

これからの医療計画の方向性と 地域医療連携

～2012年診療報酬・介護報酬同時改定を見据えて～

国際医療福祉総合研究所長

国際医療福祉大学大学院 教授

(株)医療福祉経営審査機構CEO

(株)医療福祉総合研究所社長

武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承
医師数120名、290床、
平均在院日数10日
入院単価6500点

2007年より東京都認定がん診療病院
2008年よりDPC対象病院

新三田病院



国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

平成7年栃木県大田原市に、日本初の保健・医療・福祉分野の総合大学として設立。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、診療放射線技師、社会福祉士、介護福祉士、薬剤師等のメディカル・スタッフを育成している。

国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程:保健医療学専攻、医療福祉経営専攻

臨床心理学専攻

博士課程:保健医療学専攻

- 栃木本校のほかサテライトキャンパスも設置(東京・小田原・熱海・福岡・大川)
- 同時双方向遠隔授業
- 医療職のための本格的な生涯学習コース、「乃木坂スクール」開講

保健医療学部

看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科、視機能療法学科、放射線・情報科学科



大学クリニック(栃木大田原)

医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

薬学部

薬学科

福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科(平成19年4月開設)

小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

(206床)



国際医療福祉
大学病院

(300床)



塩谷病院

東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



目次

- パート1
 - 2012年ダブル改訂はあるのか？
- パート2
 - 地域医療計画の見直し
- パート3
 - 地域医療連携と連携パス
 - 介護連携パス
- パート4
 - 在宅療養支援病院
- パート5
 - 介護P4P



パート1

2012年ダブル改訂はあるのか？



4月20日中医協

関係団体の意見

- 日本病院会
 - 「改訂は粛々で行うべき」(4月23日 常任理事会)
- 日本精神科病院協会
 - 「改訂は延期すべき」(4月25日 山崎会長)
- 日本医療法人協会
 - 「延期も考慮すべき」という意見が大勢(4月16日 常任理事会)
- 全日本病院協会
 - 「未提示」(4月16日 常任理事会)
- 日本医師会
 - 「改訂延期とするもその後反対意見続出」(4月27日代議員会)

同時改定予定どおり実施

- 細川厚生労働大臣は「定期的に改定を行うことは、医療や介護制度にとって重要なことで、実施を延期することは考えていない」(6月3日)



細川厚生労働大臣

A photograph showing the aftermath of a disaster. In the foreground, a large blue and red ship is partially submerged in a sea of debris. The background shows a town with many houses, some of which are destroyed or heavily damaged. A massive plume of dark smoke rises from the town, filling the sky. The overall scene is one of devastation and tragedy.

震災という事態の中でも、
痛みを伴っても、改訂は断行すべき

痛みを日本全体で共有すること
マイナス改訂覚悟で、
徹底的にムダを省いて、メリハリ
をつけた大胆な改訂を！

改定を考える前に・・・

社会保障改革に関する集中検討会議
医療計画の見直し

社会保障改革に関する 集中検討会議

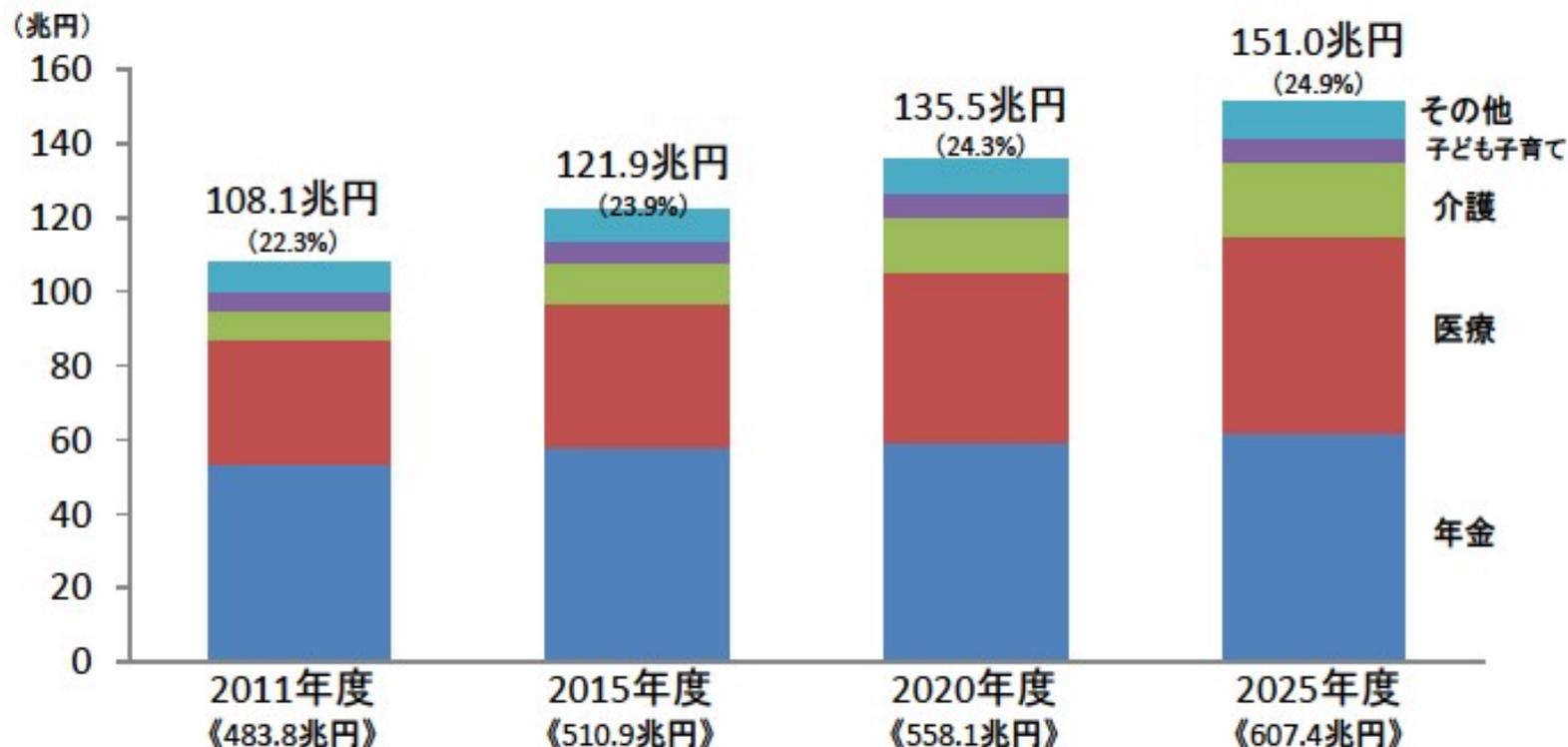
第10回会議(2011年6月2日)



社会保障に係る費用の将来推計について③

○給付費に関する見通し

給付費は2011年度の108.1兆円(GDP比22.3%)から2025年度の151.0兆円(GDP比24.9%)へ増加。



注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等」②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2: 医療介護について充実と重点化・効率化を行わず、現状を投影した場合の給付費は、120.7兆円(2015年)、132.7兆円(2020年)、146.8兆円(2025年)である。さらに、子ども・子育てに係る機能強化を考慮しない場合の給付費は、119.9兆円(2015年)、131.7兆円(2020年)、145.8兆円(2025年)である。

注3: 上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子ども手当、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診を含めた計数である。

注4: ()内は対GDP比である。《 》内はGDP額である。

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等57～58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設	92万人分	161万人分	131万人分		
特養	48万人分	86万人分	72万人分		
老健（老健＋介護療養）	44万人分	75万人分	59万人分		
居住系	31万人分	52万人分	61万人分		
特定施設	15万人分	25万人分	24万人分		
グループホーム	16万人分	27万人分	37万人分		

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15～16日程度
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性等 75日程度 亜急性等57～58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値 152万人/月	【一般急性期】 28万床 66万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 21万床 49万人/月 70%程度 9日程度
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等			【その他等】 41万床 58万人/月 90%程度 19～20日程度 (うち亜急性期等(6月未満)は46日程度)	【その他等】 30万床 43万人/月 90%程度 19～20日程度 (うち亜急性期等(6月未満)は46日程度)
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	37万床、91%程度 139日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	155万床、83～84%程度 24日程度	155万床、83～84%程度 25日程度
介護施設	92万人分	161万人分	132万人分	
特養	48万人分	86万人分	73万人分	
老健（老健＋介護療養）	44万人分	75万人分	59万人分	
居住系	31万人分	52万人分	61万人分	
特定施設	15万人分	25万人分	24万人分	
グループホーム	16万人分	27万人分	37万人分	

(注) パターン1に係る注を参照。

医療一般病床の考え方

- 現在の医療一般病床
 - 「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期・回復期リハ等」に再編
 - 「地域一般病床」
 - 明確な区分けが難しい地方などでは、幅広い医療機能を担う地域密着型の「地域一般病床」を創設する。地域一般病床は、人口5万－7万人の自治体の住民100人あたりに1床程度を整備するとの想定だ。
 - 平均在院日数を大幅に短縮
 - 在宅サービスを充実

パターン1

- パターン1
 - 一般病床
 - 107万床(2011年度 平均稼働率約75%、平均在院日数約19–20日)→103万床(2025年度)
 - 一般病床は2025年度の時点で103万床
 - ▽高度急性期18万床(70%、15–16日)
 - ▽一般急性期35万床(70%、9日)
 - ▽亜急性期・回復期リハ等26万床(90%、60日)
 - ▽地域一般病床24万床(77%、19–20日)
 - 長期療養(慢性期)23万床(91%、150日)→28万床(91%、135日)
 - 精神35万床(90%、300日)→27万床(90%、270日)

パート2

地域医療計画の見直し



2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

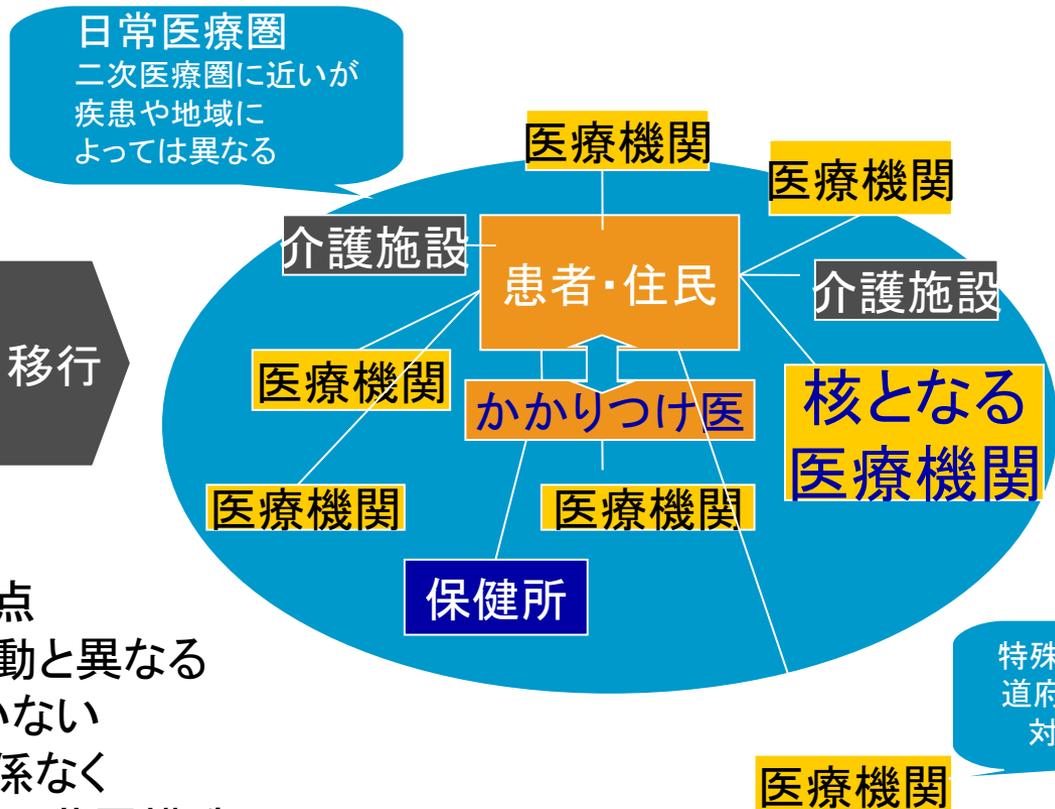
第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の
考え方



移行



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく
結果として大病院重視の階層構造

* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医、小児医療)別のネットワーク形成

4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして
地域医療計画作成指針に採用

2013年地域医療計画 次期見直し

地域医療計画は5年計画
2008年～2012年

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- ○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

医療計画見直し等検討会

- **第1回 2010年12月17日**
 - **医療計画制度の現状と課題等について**
- **第2回 2011年2月18日**
 - **医療計画の新たな評価手法の導入等について**
 - 東京医科歯科大学・河原教授:「医療計画を踏まえた医療連携体制構築に関する評価方法について」
 - 尾形委員:「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントについて」
 - 武藤座長:「医療連携体制に係る各都道府県の取り組み状況の差異について」
-

第1回検討会(2010年12月17日)

- 二次医療圏そのものも見直しの必要性
 - 全日本病院協会 神野正博副会長
 - 「医療圏そのものを見直し、定義をきちんとすべきかもしれない」
- 精神疾患を医療計画へ
 - 日本精神科病院協会 長瀬輝誼副会長
 - 精神科疾患は以前から比べると、かなりのウエートを占めるようになった
 - 精神科疾患にも配慮して医療計画を作るべき」だとの考えが示された。
- 介護との連携
 - 日本医師会 鈴木邦彦常任理事
 - 高齢化が進み、医療だけでは地域は支えられない
 - 介護との連携の必要性

第1回検討会(2010年12月17日)

- 中小病院の役割

- 日本医療法人協会 伊藤伸一副会長

- DPC病院以外の地域の一般病院の機能を、医療計画の中にどのような形で盛り込むのか。病院機能、病床機能をもう少し明確に表すようにすべきでないか

- 歯科連携

- 日本歯科医師会 池主憲夫常務理事

- 医療連携における歯科連携の重要性を強調した。

- 薬局の役割

- 日本薬剤師会 山本信夫副会長

- 在宅における癌治療、緩和医療における薬局の役割

第2回検討会(2010年2月18日)

- 医療計画策定のためのデータ集積や分析の在り方
 - 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
 - 「患者動向を示す最新データが、医療計画の見直し検討には必須である」
 - 「この5年間にDPCデータやレセプトオンラインデータが整備されてきているので、こうしたデータベースの利用が不可欠」
- 医療計画の評価
 - 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
 - 医療計画では、PDCAサイクルを回すことが必要
- 医療計画作成評価
 - 国際医療福祉大学大学院武藤正樹

医療計画見直し等検討会

- **第3回 平成23年2月28日**

- **各都道府県の医療計画への取り組み状況について**

- 千葉県健康福祉部・井上理事：「医療計画への取り組みについて」
 - 山口県宇部環境保健所・恵上所長：「地域医療連携体制構築に関する保健所の関与について」
 - 伏見委員：「医療圏における地域疾病構造及び患者受療行動に基づく地域医療の評価について」
 - 青森県健康福祉部・大西保健医療政策推進監：「保健医療計画の策定について」

医療計画見直し等検討会

- **第4回 平成23年5月23日(月)14:00**
 - 「災害医療について」 厚労省医政局指導課救急・周産期医療等対策室 宮本室長
 - 「東日本大震災におけるDMATの活動について」 小井土DMAT事務局長 国立病院機構災害医療センター臨床研究部長
 - 「二次医療圏データベースを用いてわかること」 国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授
 - 「循環器疾患の地域医療連携の取り組み」 順天堂大学医学部 田城准教授

第4回医療見直し等検討会

- **ポストDMATのシステム作り**
 - 鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）
 - 被災地における急性期医療のニーズが低かったことなどを挙げ、「これまでDMATが想定していなかったことが起きている」
 - 末永裕之委員（日本病院会副会長）
 - 「JMAT（日本医師会災害医療チーム）や病院団体との協働作業で、『ポストDMAT』をどうするかが課題
 - 亜急性期から慢性期を含めた長期的な支援の必要性を強調
- **災害時の情報連携の構築**
 - 神野正博委員（全日本病院協会副会長）
 - 津波による患者情報の流失などが起こったことから、「情報連携を何らかの形で入れ込むことが、これからの災害医療、あるいは医療計画に必要なことだと思う」

第5回医療計画見直し検討会

7月13日

在宅医療

集中検討会議パターン1と医療計画と
の関係は？

医療計画の見直し その方向性～

災害医療、精神医療、在宅医療

4疾患5事業の見直しを！

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- ⑥在宅医療

2013年からは精神疾患・在宅が加えて
5疾患6事業にしてはどうか？

災害医療計画の見直し



災害医療計画の見直しを

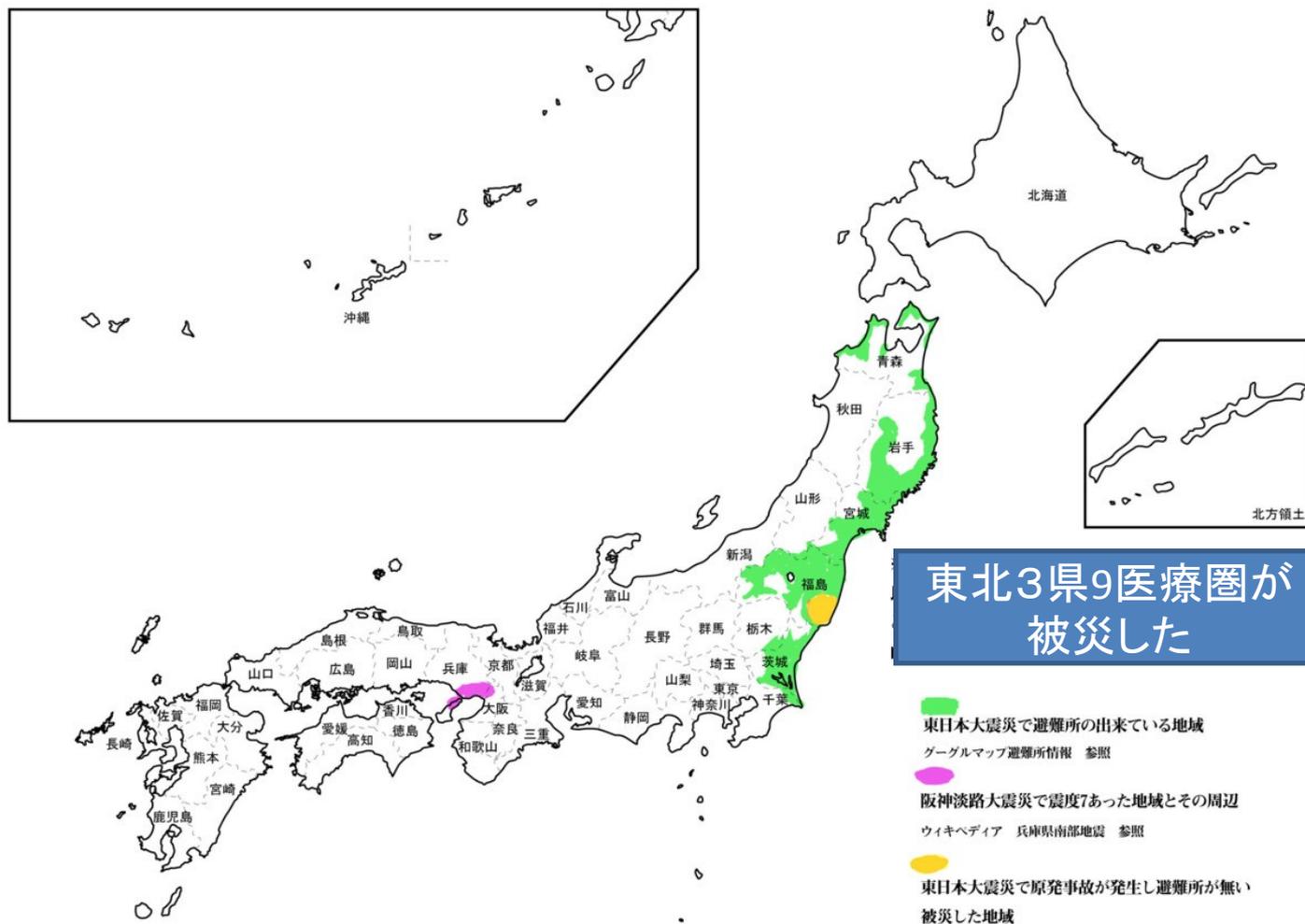
- 災害拠点病院の要件見直し
 - 被災した東北3県沿岸9医療圏とその周辺医療圏の災害拠点病院の現状調査が必要
 - 災害医療ネットワークが機能したかどうか？
 - 災害拠点病院の要件見直しが必要
 - 初期医療体制、後方病床確保、高齢者施設支援
 - 医薬品備蓄、医療派遣チームなど
 - 災害医療は平時の連携体制を基礎に、いったん緩急あればスケールアップして対応できる体制が必要
- 被災9医療圏は東北3県の広域の医療計画が必要だろう

災害医療の在り方検討会の設置

2011年中にとりまとめ

2013年の次期医療計画へ反映

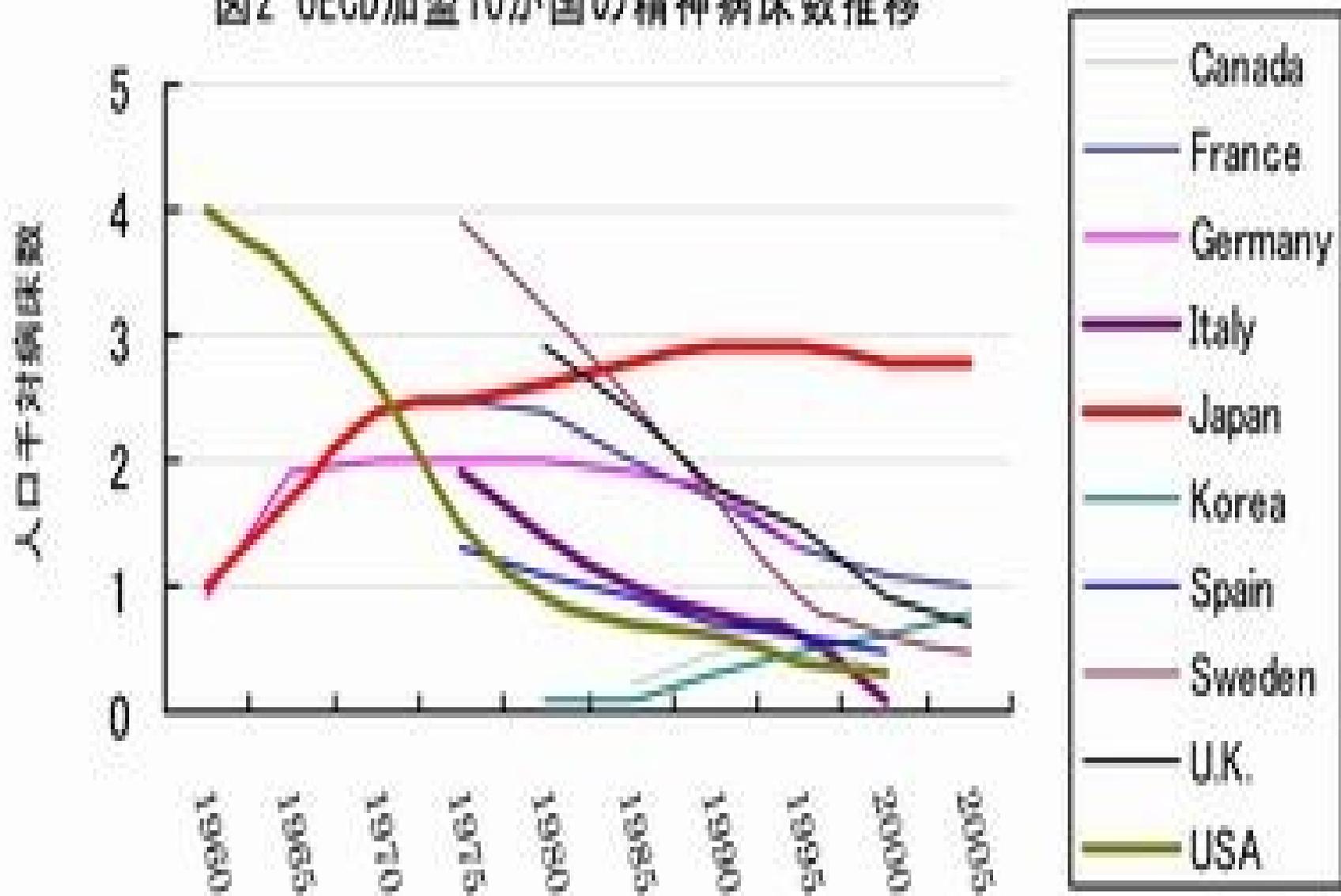
広域の災害医療圏の設定が必要



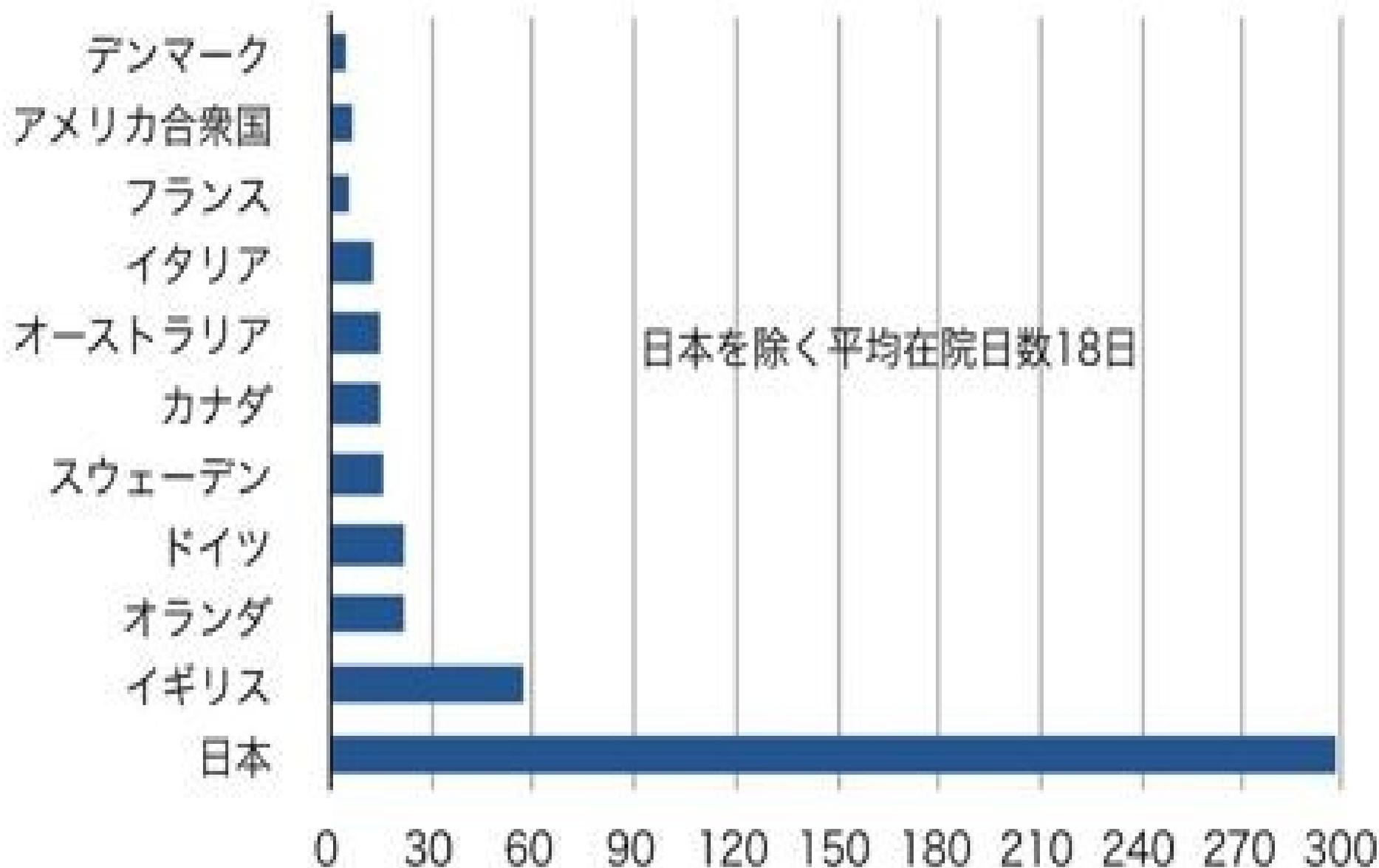
精神医療の見直し

多すぎる精神病床数と
長い在院日数

図2 OECD加盟10か国の精神病床数推移



2005年退院者平均在院日数



「地域医療計画の5疾患目に 精神科疾患を要望」

(日本精神科病院協会) 2010年12月22日

- 社団法人 日本精神科病院協会長 山崎 學氏
- 今後増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要がある。
- このため、医療計画のいわゆる4疾病5事業の疾病に、精神疾患を追加し、5疾病5事業とすることについて検討していただきたい。

精神疾患が地域医療計画の5疾患に 加えられると・・・

- 精神科医療施設の診療機能の明示
- 地域医療計画における数値目標の明示
- 地域連携クリティカルパスの作成
- そしてそのための作成指針を作成しなければならない。

2010年診療報酬改定 認知症連携パス

- 1 認知症専門診断管理料500点(1人につき1回)
 - [算定要件]
 - 認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の個別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明行った場合に算定する。
- 2 認知症専門医療機関連携加算50点(月1回)
 - かかりつけ医の外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算する。

世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診~1ヶ月
月 日

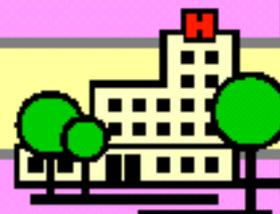
定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

FAX
予約

FAX
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



検査前には事前に
病院予約を取って下さい



病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

精神科連携パスを作ろう！

- 精神科連携パス作成手順

- 院内パス作成が基礎

- 急性期精神疾患から作成し慢性期精神疾患へ
 - エビデンスやガイドラインに基づいて
 - アウトカム指向で
 - チームアプローチで
 - 精神科退院調整パスの作成

- 精神科連携パスの作成へ

- 基本は院内パスと同じ
 - アウトカム指向で、ガイドラインに基づいて、多職種協働で

2012年診療報酬改訂で 精神科連携パスのさらなる評価を！



精神科連携パス勉強会
(大内病院、東京足立区 2011年5月11日)

パート3

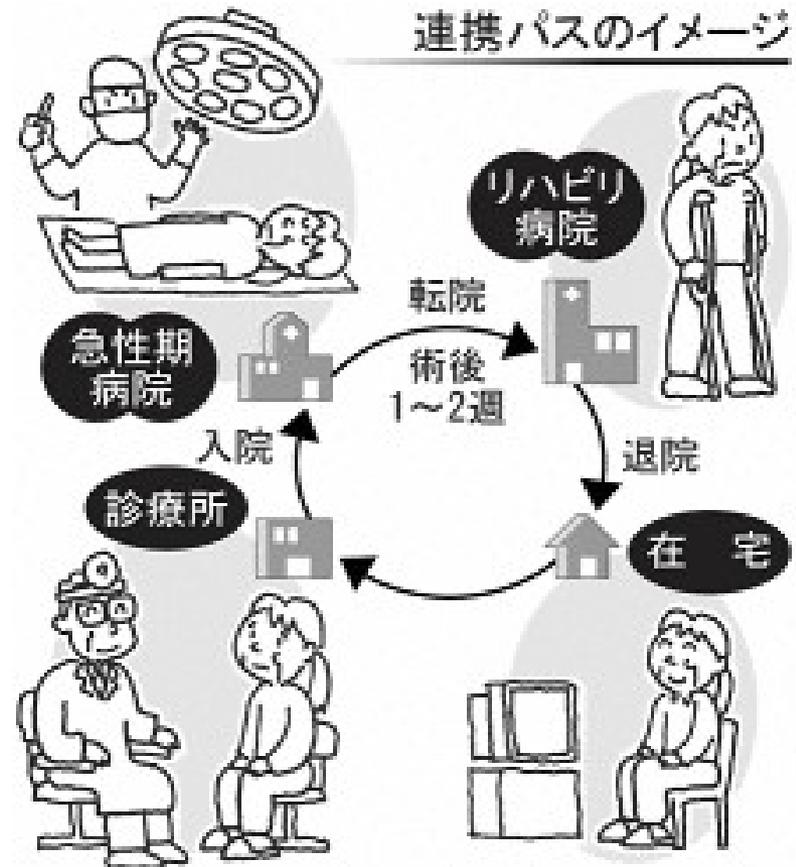
地域連携クリティカルパス



地域連携クリティカルパスとは？

- 地域連携クリティカルパス

- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画
- 病病連携パス
- 病診連携パス
- 在宅医療パス



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

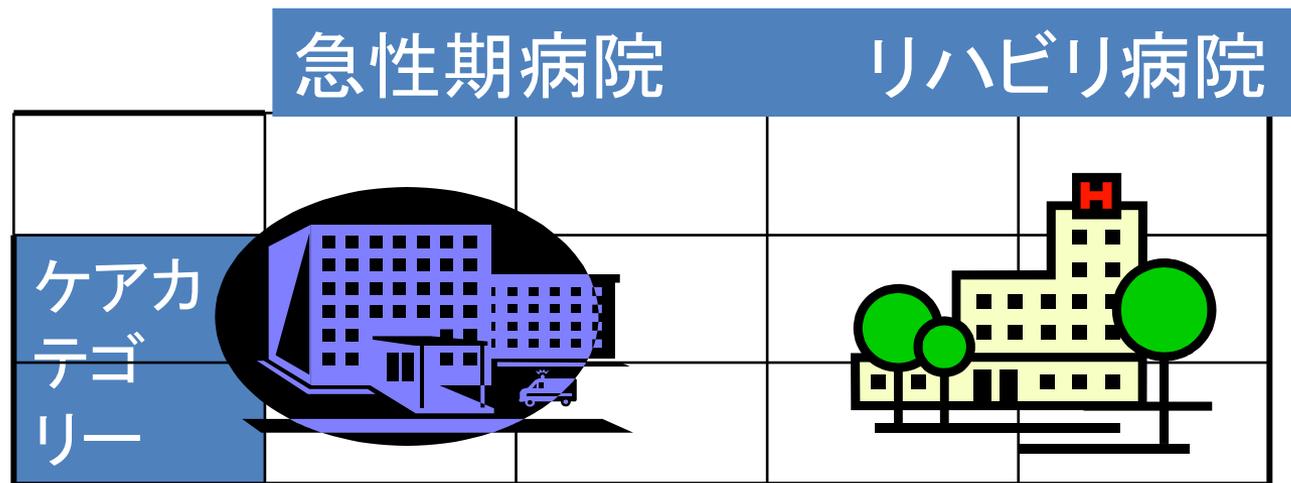
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本 ソルデム3A500ml×1本			
			口腔内清拭(インジアンガーグル)								
検査		血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	RBP, TTR, CRP	RBP, TTR, CRP	
活動・安静度		フリー	フリー	ベッド上安静	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	
栄養(食事)		入院前と同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml×3	水200ml×3	濃厚流動食100ml×3	濃厚流動食200ml×3	濃厚流動食300ml×3	濃厚流動食400ml×3	
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC								
清潔		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	
		体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()
観察				創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	
記録											
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	
担当看護師署名											

クリティカルパスは患者さんにも好評 疾患別に作る標準診療計画



地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院
と一緒に作るパス、使うパス



整形外科疾患や脳卒中で始まった

2006年4月診療報酬改定 地域連携パスの新規点数と運用

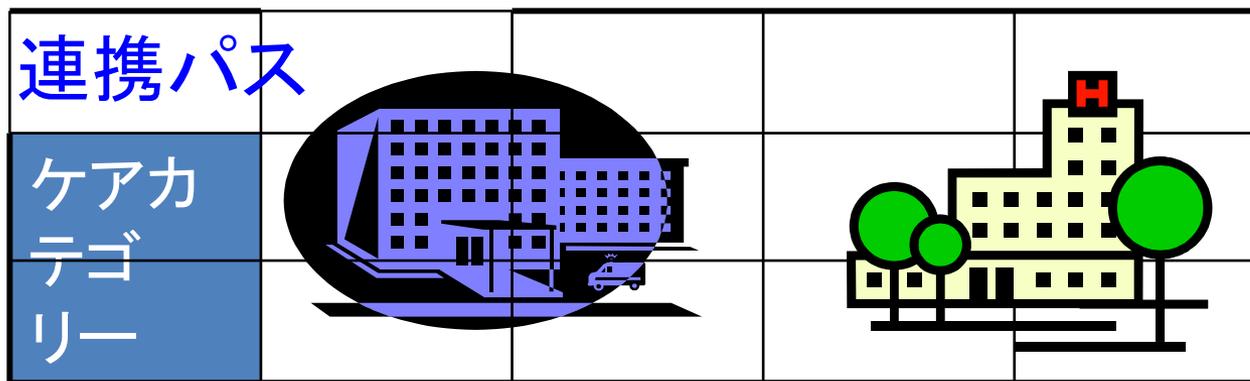
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



定期的な会合

急性期病院

リハビリ病院



有床診療所
でもOK

地域連携診療計画管理料
1500点

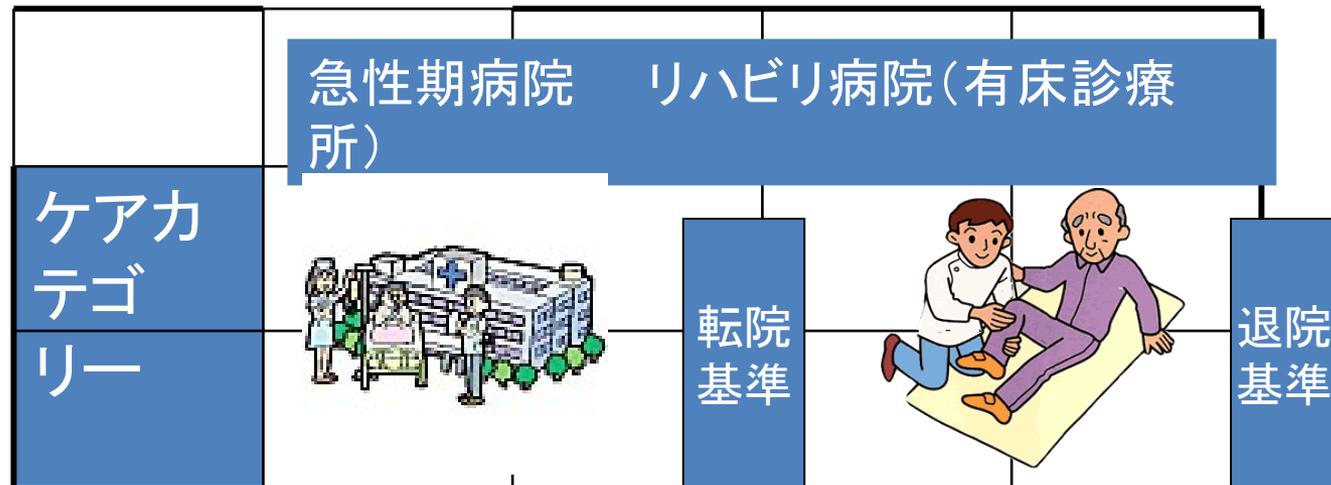


地域連携診療計画退院時指導料
1500点



脳卒中地域連携パス (08年診療報酬改定)

- 算定要件
 - 医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
 - 退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記



地域連携診療計画管理料
900点

地域連携診療計画退院時指導料
600点

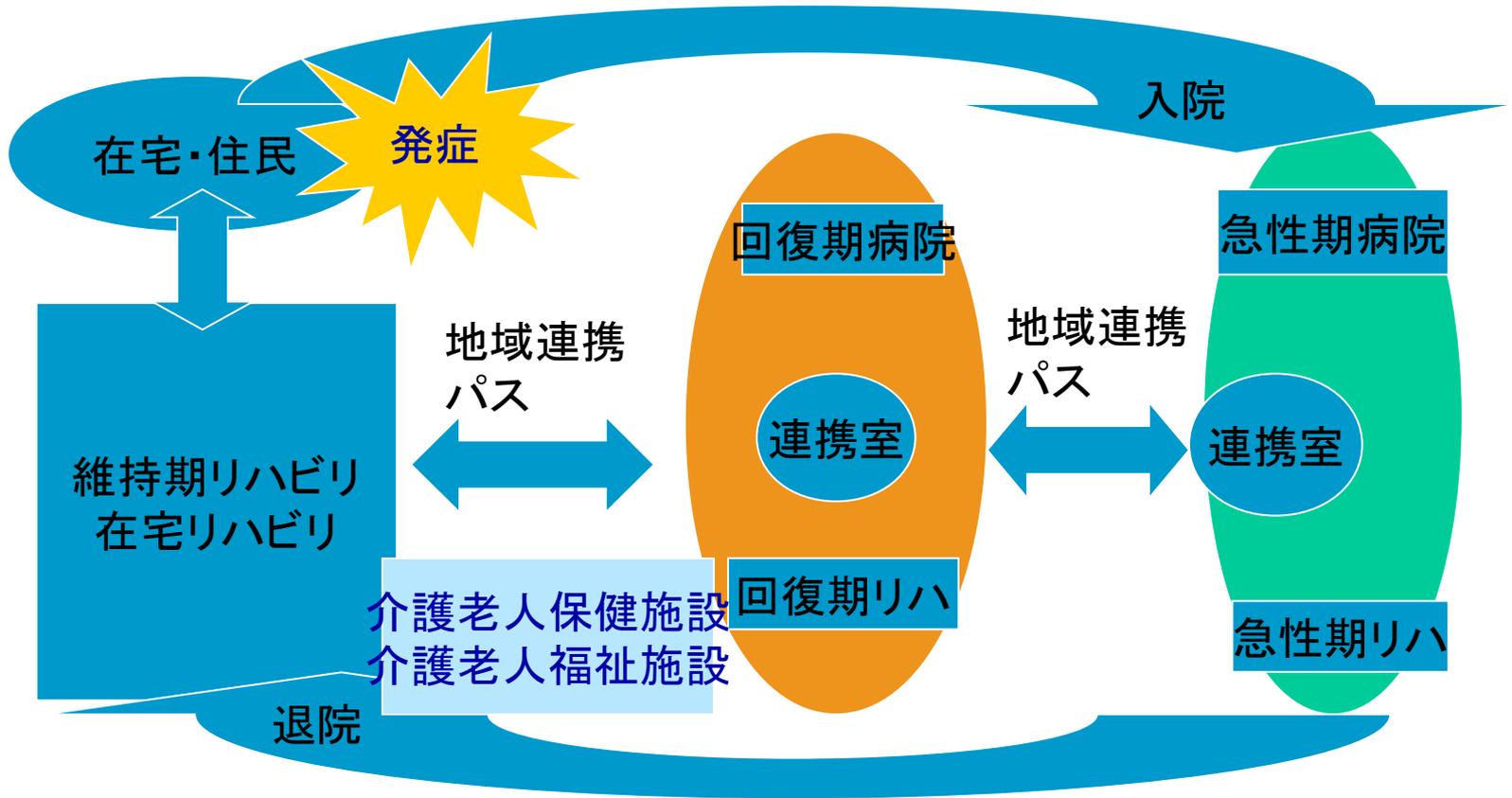
脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

メトロポリタン・ストローク・ネットワーク
慈恵医大リハビリテーション医学講座



安保雅博教授

脳卒中連携と地域連携パスの流れ



東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて



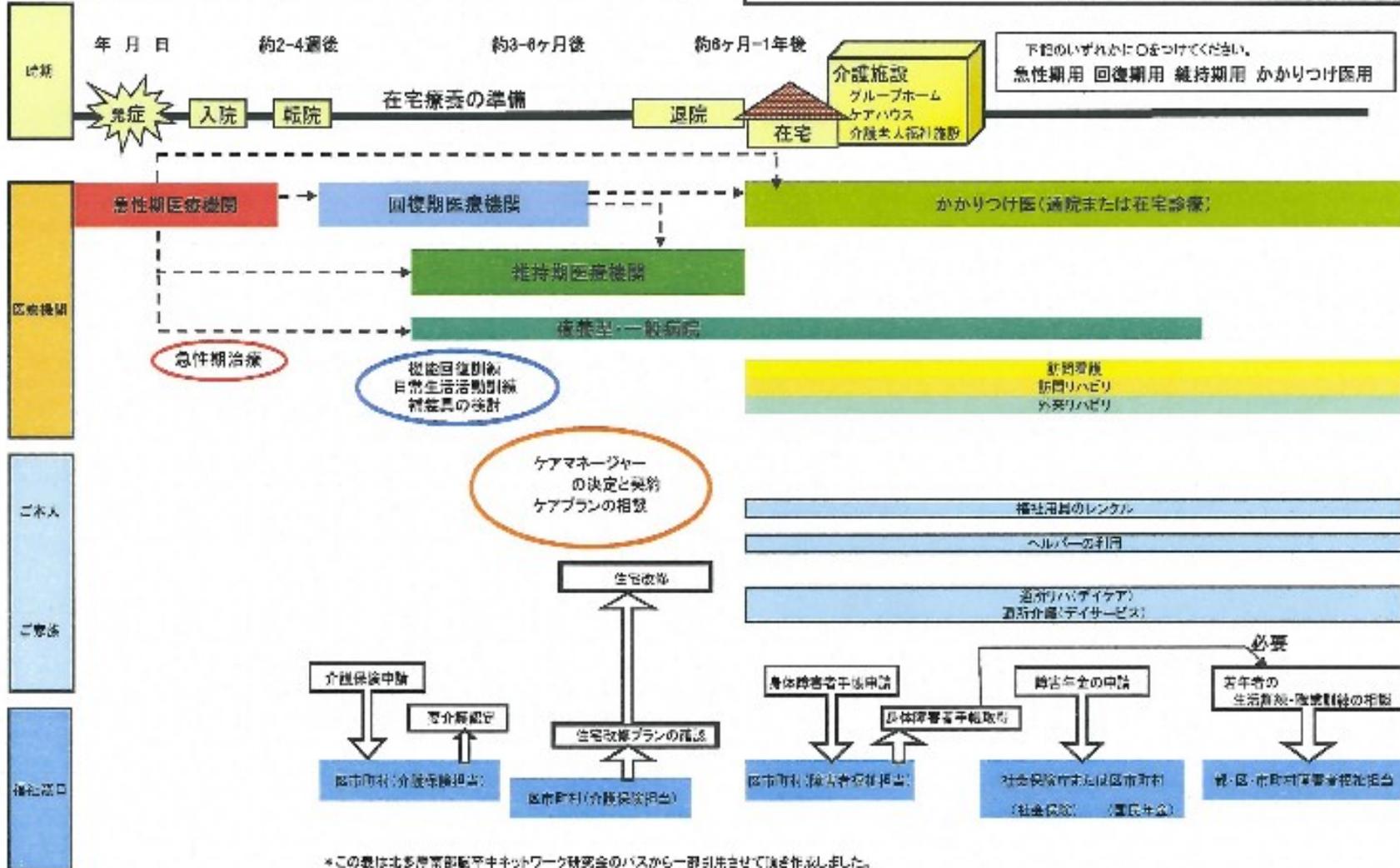
急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

診療計画

私は、下記の地域連携診療計画に関する説明を受けました。
 記載された診療情報が、各連携施設間で共有されることに同意します。
 説明・同意日 年 月 日 施設名 _____
 患者・家族氏名 _____ 説明者氏名 _____



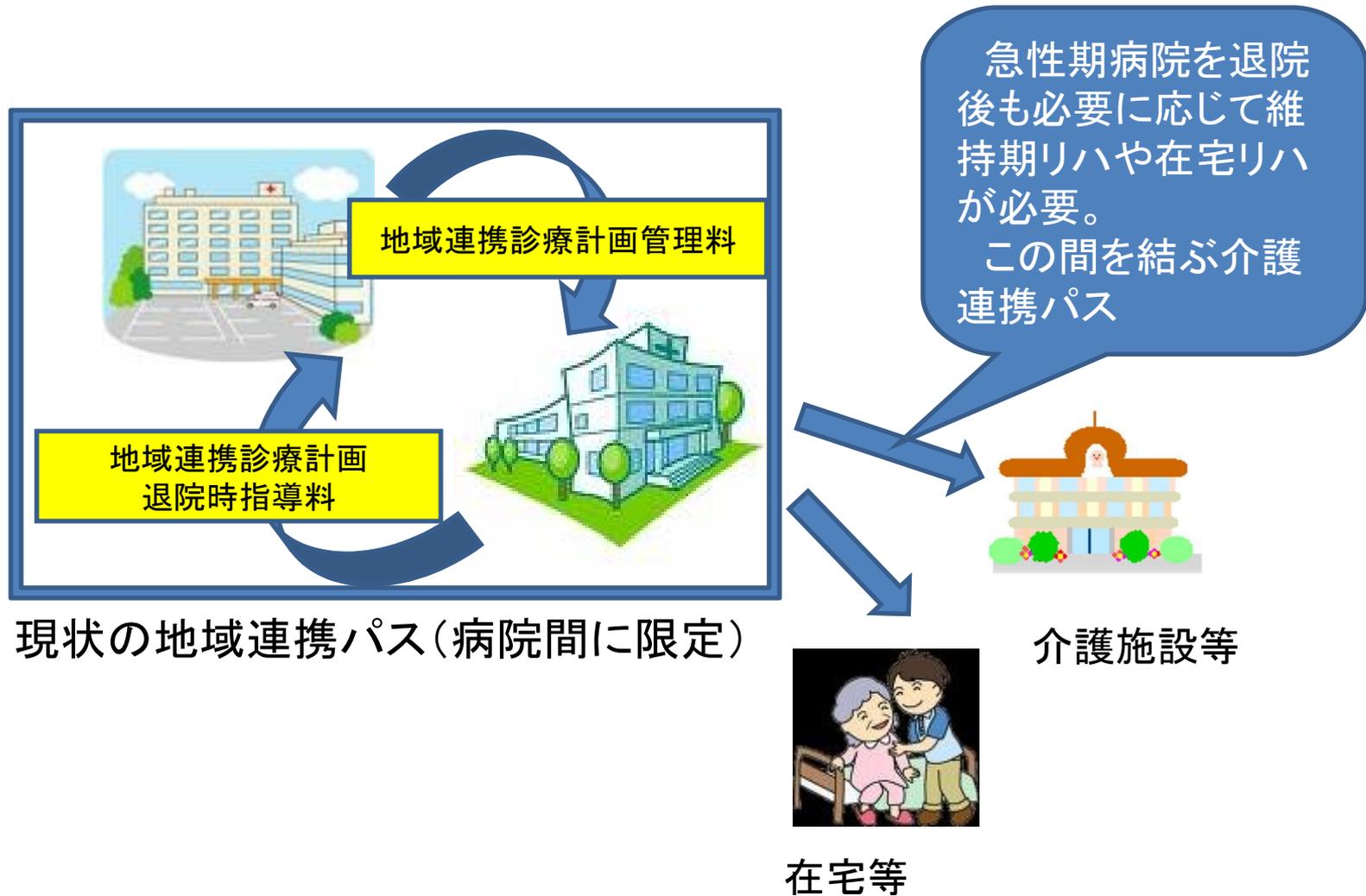
*この表は北海道医療部職平キックネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂き作成しました。
 *状況により上記の内容が変更になる可能性があります。

慈恵医大のホームページからごらんになれます

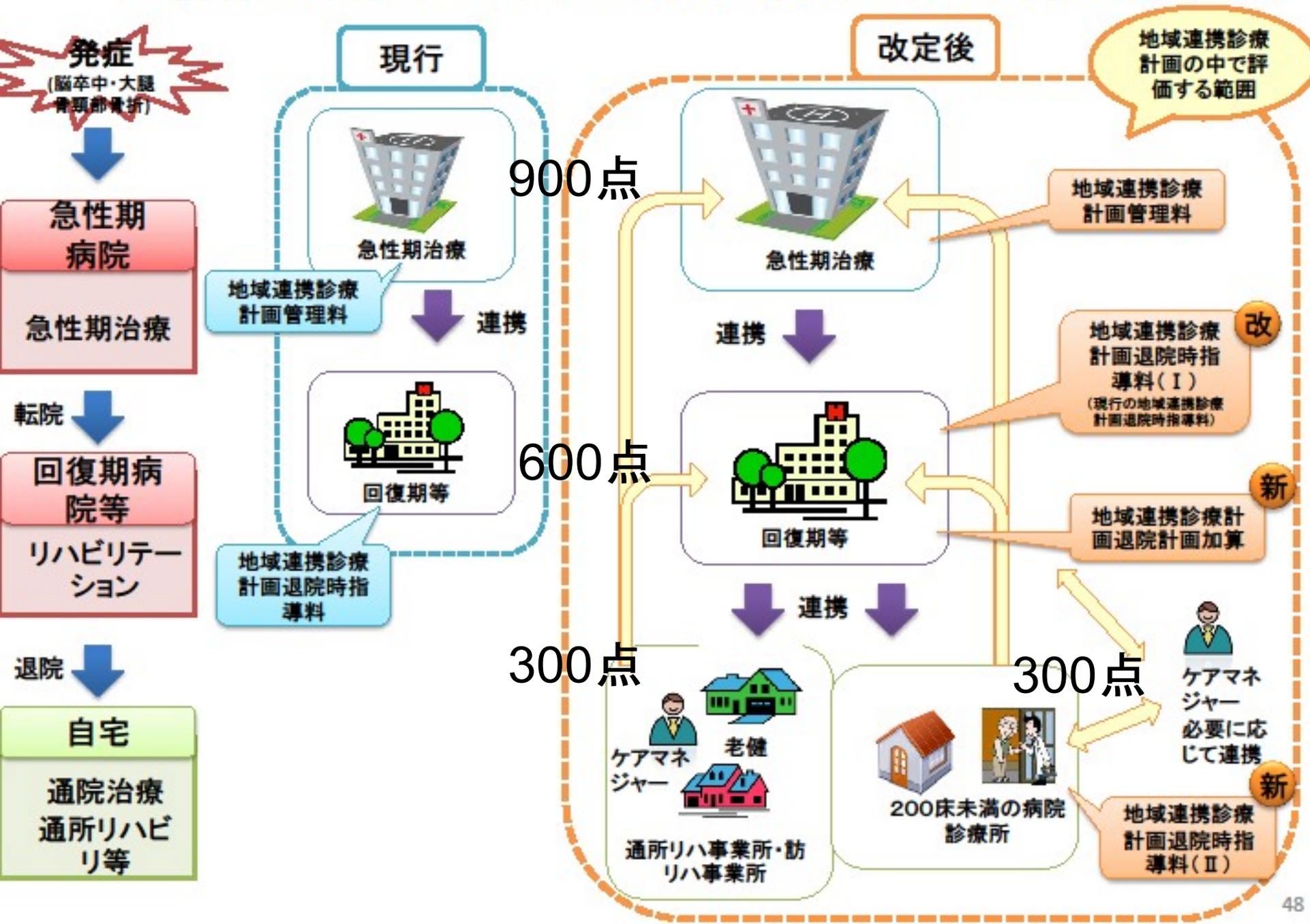
2010年診療報酬改定

- ①地域連携パスの施設拡大
- ②疾病拡大

①地域連携パスの施設拡大



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



介護連携パス研究会 (2010年3月28日青山)

介護サービスを含む
地域連携クリティ
カパスを、
「介護連携パス」
と呼んでは？

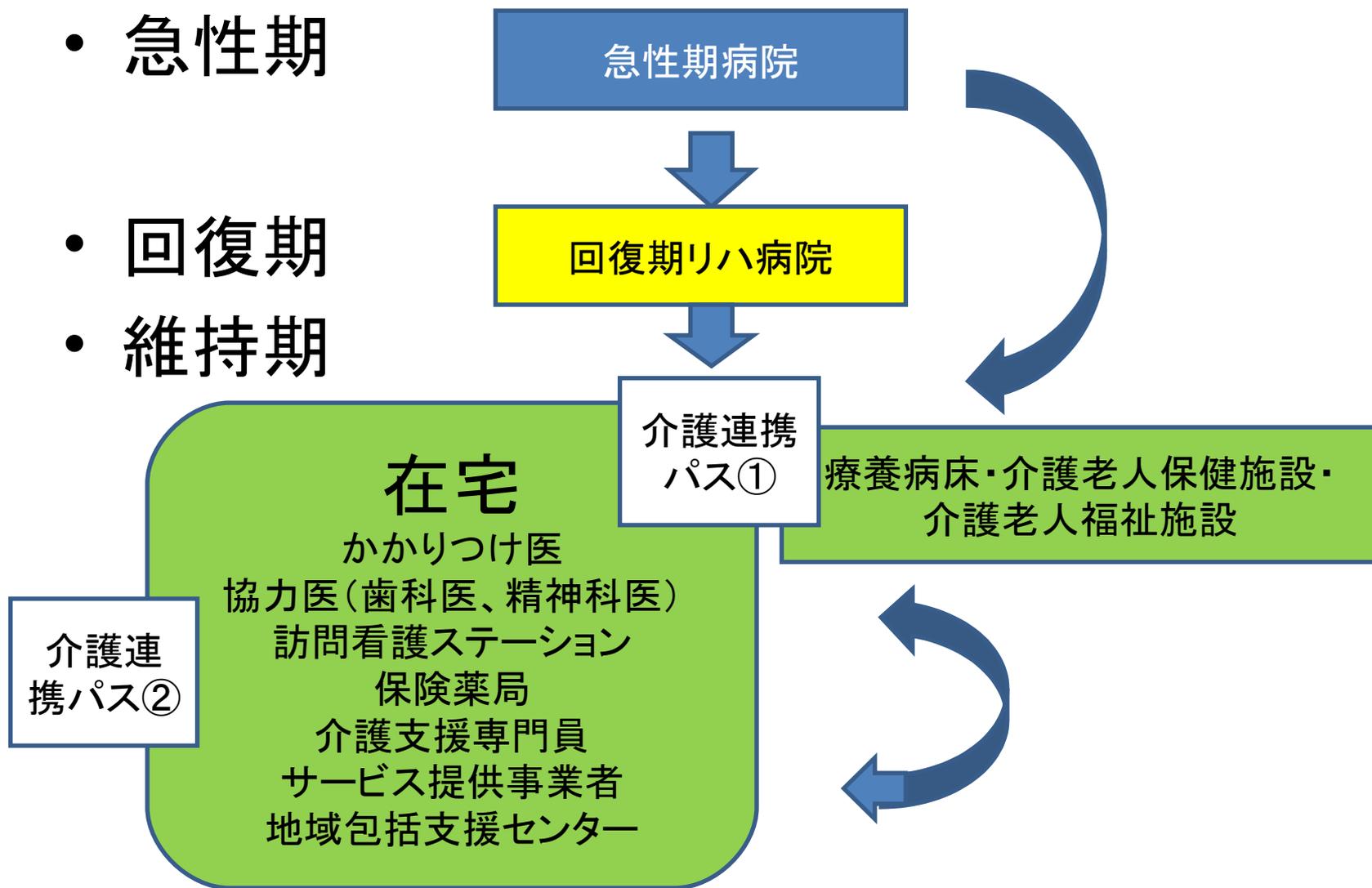


介護連携パスの必要性と期待

- 医療サービスと介護サービスの切れ目のない連携を図ることが必要
- とくに在宅サービスには医療と介護の連携が必要
- 介護サービス提供を担う関係者間の相互の連携が必要
- 連携を通じた、介護サービスの質の向上に期待
- 2012年診療報酬・介護報酬同時改定時に介護連携パスを保険収載しては？

2種類の介護連携パス

- 急性期
- 回復期
- 維持期



第2回介護連携パス研究会

- テーマ:医療と介護のシームレス連携を目指して
- 日時 2010年9月18日(土)13:00 ~ 17:00
- 会場 国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス5階ホール
 - 〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー5階



第2回介護連携パス研究会

- 基調講演「香川シームレスケア研究会における脳卒中在宅地域連携パスの運用」
 - 香川労災病院 副院長・脳神経外科部長 藤本俊一郎
- 講演Ⅰ「介護の質検討プログラムの狙いと進捗報告」
 - 介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
- 講演Ⅱ「新宿区委託事業“退院調整モデル事業”の現状報告」
 - 東京女子医科大学病院 地域連携室 下村裕見子
- 講演Ⅲ「介護連携パス研究会の地方展開と茨城分科会の現状報告」
 - 有限会社ファイブアローズ あおぞら介護塾 塾長 岩下由加里
- 講演Ⅳ「どこでもMY病院構想」
 - 内閣官房IT担当室野口聡参事官
- (株式会社アイ・シー・キューブ 代表取締役 江幡博明)
- パネルディスカッション
 - 司会: 介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
 - 東京女子医科大学病院 地域連携室 下村裕見子

スマートフォンやi-PADを利用した 地域カルテ

- 桜新町アーバンクリニック・用賀三丁目薬局
– スマートフォンを利用した在宅医療の現場からの
報告



②地域連携パスの疾病拡大

大腿骨頸部骨折、脳卒中から
「がん」、「肝炎」、「認知症」地域連携パスに
疾病拡大

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

① がん治療連携計画策定料(計画策定病院)

750点(退院時)

[算定要件]

がん診療連携拠点病院又は準ずる病院において、がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成し、患者に説明した上で文書にて提供した場合に退院時に算定する。

② がん治療連携指導料(連携医療機関)

300点(情報提供時)

[算定要件]

連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



計画策定病院

750点

がん診療連携拠点病院等

がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成。患者に対して、退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明する。



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

計画策定病院で作成された治療計画に基づき、外来医療、在宅医療を提供する。また、計画に基づき、適切に計画策定病院に対して適切に患者の診療情報を提供する。



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有



連携医療機関

300点

200床未満の病院
診療所

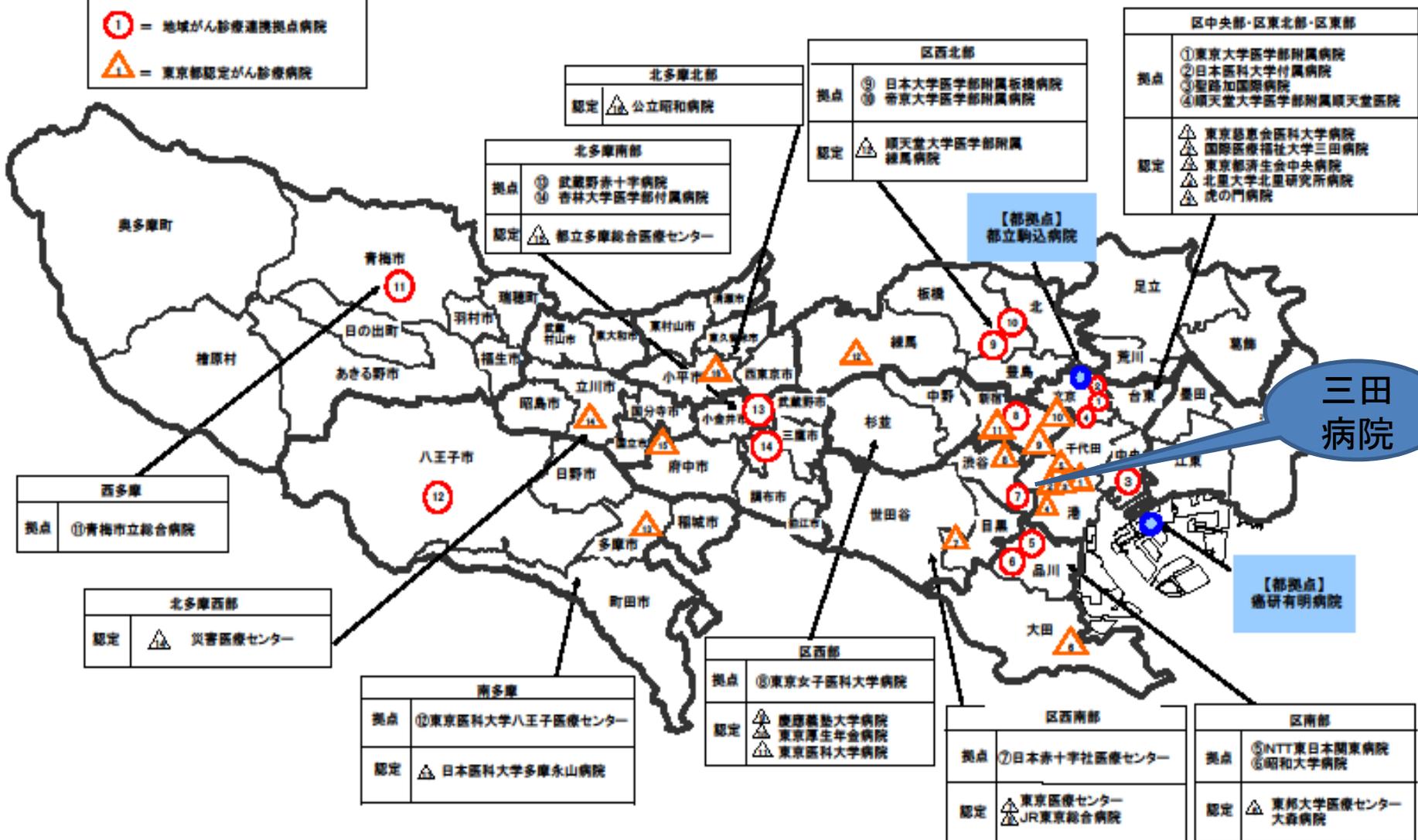
港区がん連携パス研究会



がん診療連携拠点病院・東京都認定がん診療病院整備状況

平成22年4月1日現在

- = 都道府県がん診療連携拠点病院
- 1 = 地域がん診療連携拠点病院
- △ = 東京都認定がん診療病院



東京都がん診療連携拠点病院は30カ所

港区内のがん診療連携拠点病院

- ①東京慈恵会医科大学
- ②国家公務員共済組合連合会虎の門病院
- ③東京都済生会中央病院
- ④国際医療福祉大学三田病院
- ⑤北里大学北里研究所病院

第2回港区がん連携パス研究会

- 港区内の5つのがん診療連携拠点病院で研究発表会を9月20日に開催
- プログラム
 - 港区医師会 会長 赤枝恒雄 先生
 - みなと保健所 所長 大久保さつき 先生
 - 平成22年診療報酬改定とがん関連項目
 - 厚労省保険局医療課 前田彰久 先生
 - 東京都医療連携手帳について
 - 都立駒込病院 鶴田先生)
 - 事例発表
 - 虎ノ門病院の取り組み(竹内)
 - 国際医療福祉大学三田病院の取り組み(久保田)
 - 東京都済生会中央病院の取り組み(鳥海)
 - 港区薬剤師会 龍岡健一先生



東京都がん診療連携拠点病院 協議会

5大がん連携手帳を作成



都立駒込病院
鶴田 耕二先生

診察・検査予定表 (Stage IA・IB 胃がん)

手術日 年 月 日

問診・診察

探血

手術記録 (前・後・不明)

開経状況 T N M Stage

病期 平成 年 月 日

手術日

手術術式

病理

組織型 cm

pT n PgR HER2

ER NG

ly 断端 (陰性・陽性)

備考

退院後2週

1年	2年	3年	4年	5年
9ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月
●	○	○	○	○

放射線療法

平成 年 月 日

部位

総線量・回数

期間 平成 年 月 日

備考

化学療法

薬名・薬剤名・投与量 (/ m) ・回数

平成 年 月 日

胃癌(肺がん術後)

肝臓

連携元の担当医は患者さんに譲り前に、治療・検査の予定を記入して下さい

●手術病棟で施行
○かかりつけ病棟で施行
◎必要に応じて行います

3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

東京都医療連携手帳



東京都医療連携手帳を 利用される方へ

—かかりつけ医を持ちましょう!—



肝がん治療

肝切除法 治療日 平成

肝切除法 ラジオ波焼灼術 肝動脈腫瘍

肝動注療法 その他 (

切除・焼灼・塞栓の部位 (術式・使用薬剤など)

治療開始日

病期

分化学 正常 肝臓 肝臓

門脈浸透 正常 肝臓 肝臓

肝臓腫瘍 正常 肝臓 肝臓

腫瘍化 (0 1 2 3 4)

well mod por

東京都医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail: path@ciok.jp

F A X: 03 (5388) 1436

☎ 送: T163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局健康政策部

医療政策課がん対策係



連携手帳とは

この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

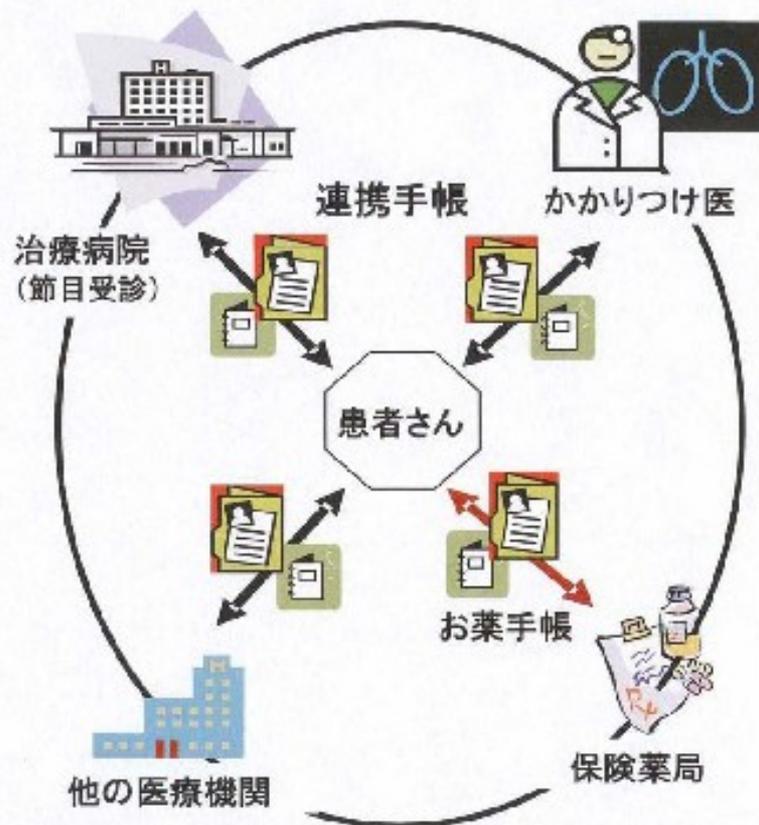
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

Stage IA・IB の患者さんは、一般的に術後の抗がん剤治療を行う必要はないとされています。しかし、再発の危険性はゼロではなく、定期的な検査が必要です。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は 3 ページにあります）までご連絡ください。

なお、胃がん以外のがん（肺がん、肝がん、大腸がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけの先生に相談するか、地域の健康診断などをお受け下さい。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お名前	
生年月日	明・大 明・平 _____年 _____月 _____日
身長 _____cm	体重 術前 _____kg 退院時 _____kg
手術病棟	
TEL	
I D	
担当医	
手術日	_____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日
かかりつけ医療機関 (1)	
医師名	
TEL	
かかりつけ医療機関 (2)	
医師名	
TEL	
かかりつけ薬局	
TEL	

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病

アレルギー (薬、食べ物等)

内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

- は手術前まで行います
- はかかりつけ医で行います
- ◎は手術前またはかかりつけ医どちらかで行います

手術日 年 月 日				1年		2年		3年		4年		5年	
	手術後 2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月
問診・診察	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	●	○	●
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)		○	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	○	◎	○
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、1年目は行いますが、2年目以降は症状がある場合に行います。					◎			◎		◎		◎	
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査					◎			◎		◎		◎	
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査					◎			◎		◎		◎	

連携パスの「連携疾患」における さらなる報酬拡大を！

「連携疾患」とは専門医と診療所医師との連携が必要な慢性疾患のこと
慢性疾患の疾病管理の診療報酬インセンティブがこれからは必須

連携疾患の要件

- 要件① 慢性疾患で患者数が多く、専門医だけではとても診きれない疾病
- 要件② 診療ガイドラインが明確で、地域連携パスがある
- 要件③ 専門医とかかりつけ医との役割分担が明確で、二人主治医が成り立つ
- 要件④ 専門医に紹介すべき基準が明確、緊急時や合併症発生時の専門医の受け入れが可能

連携疾患の例

- 脳梗塞、がん(胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、肝がんなど)、糖尿病、肝炎、認知症
- 糖尿病慢性腎臓病(CKD)、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、成人喘息、心房細動(af)、慢性心不全、骨粗しょう症、関節リュウマチ、変形性関節症、逆流性食道炎、軽症の特発性造血疾患など

パート4 在宅療養支援病院

規制緩和で注目される
あらたな200床以下の病院像

在宅療養支援病院の規制緩和

在宅療養支援病院は
在宅療養支援診療所の病院版

06年在宅療養支援診療所の新設

特養、有料老人ホーム、ケアハウスの入居者で末期がんの患者に対する訪問診療料が算定できる



特養
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点

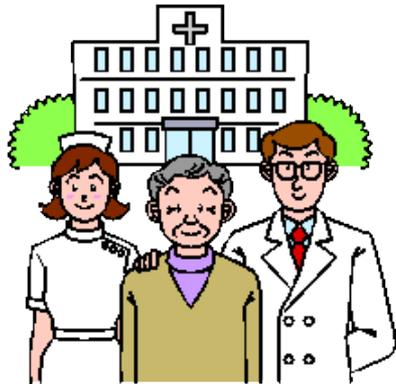


B診療所
(連携先)



往診料や訪問診察料に高い加算

A診療所
在宅療養支援診療所

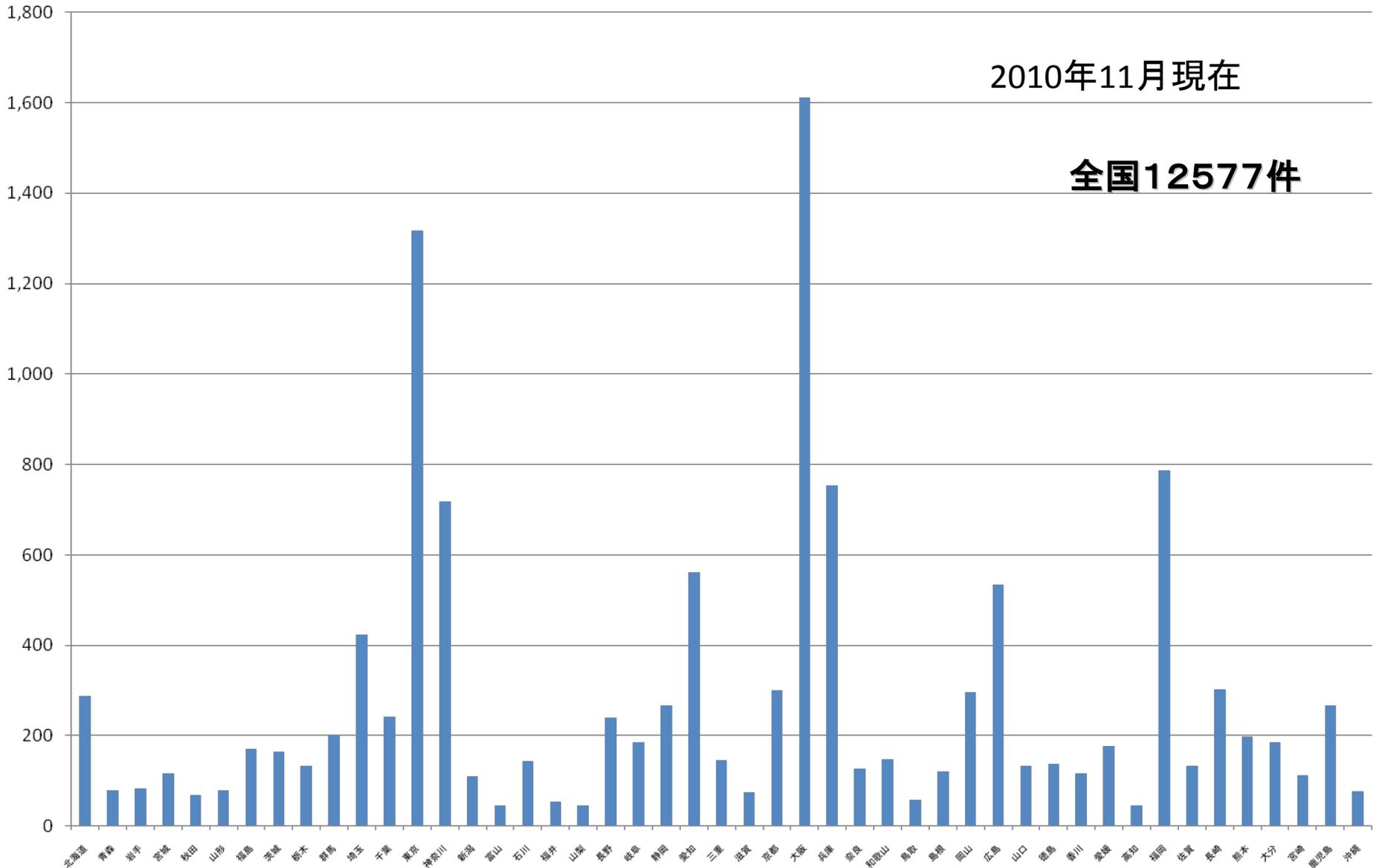


A診療所と連携しているB診療所(またはC病院)がA診療所の代形で訪問診療を行えば、在宅療養支援診療所なみの高い診療点数を算定できる

在宅療養支援診療所

2010年11月現在

全国12577件



※地方厚生局施設基準届け出データより【2010年11月】

在宅療養支援病院とは？



在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- 2008年診療報酬

- 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
- このため届け出は11病院に限定

- 2010年、この4Km要件が撤廃された
- この要件撤廃の影響は？

在宅療養支援病院

- **200床未満の病院でも、24時間365日体制をとり、届ければ在宅療養支援病院となり以下の算定が可能になる**
 - **往診料**
 - 緊急加算650点、夜間加算1300点、深夜加算2300点がある。届出なしに比べて緊急加算と夜間加算は2倍、深夜加算も1.8倍
 - **ターミナルケア加算**
 - 10000点、届出なしの点数の5倍

在宅療養支援病院

－ 在宅末期医療総合診療料

- ・ 処方せん交付で1495点、処方せんなしで1685点と、高い評価

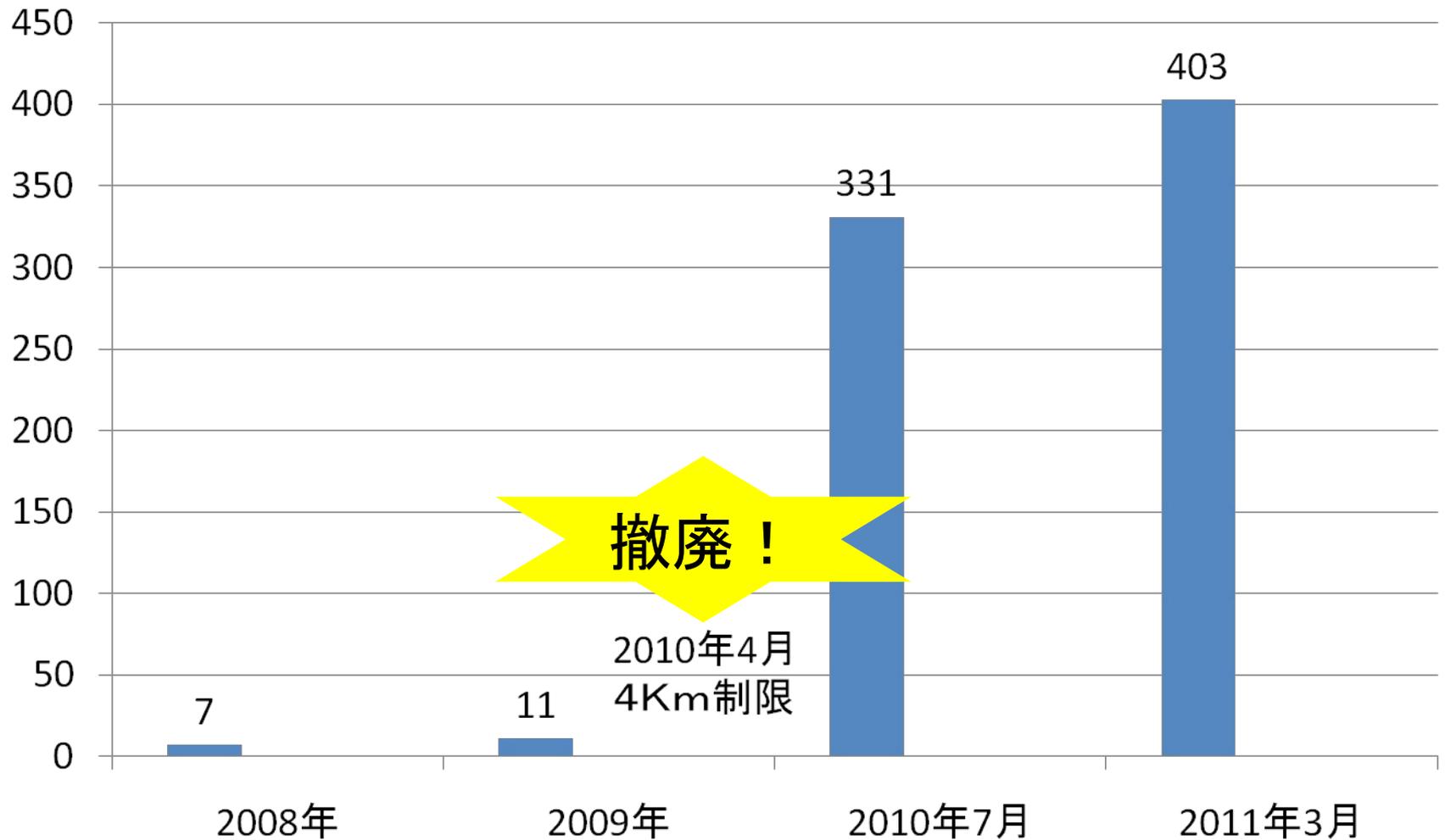
－ 在宅時医学総合管理料

- ・ 処方せん発行で4200点であり、届出なしの2200点よりも2000点高い
- ・ 処方せん発行なしでは4500点と2500点で、2000点の差がある

－ 特定施設入居時等医学総合管理料

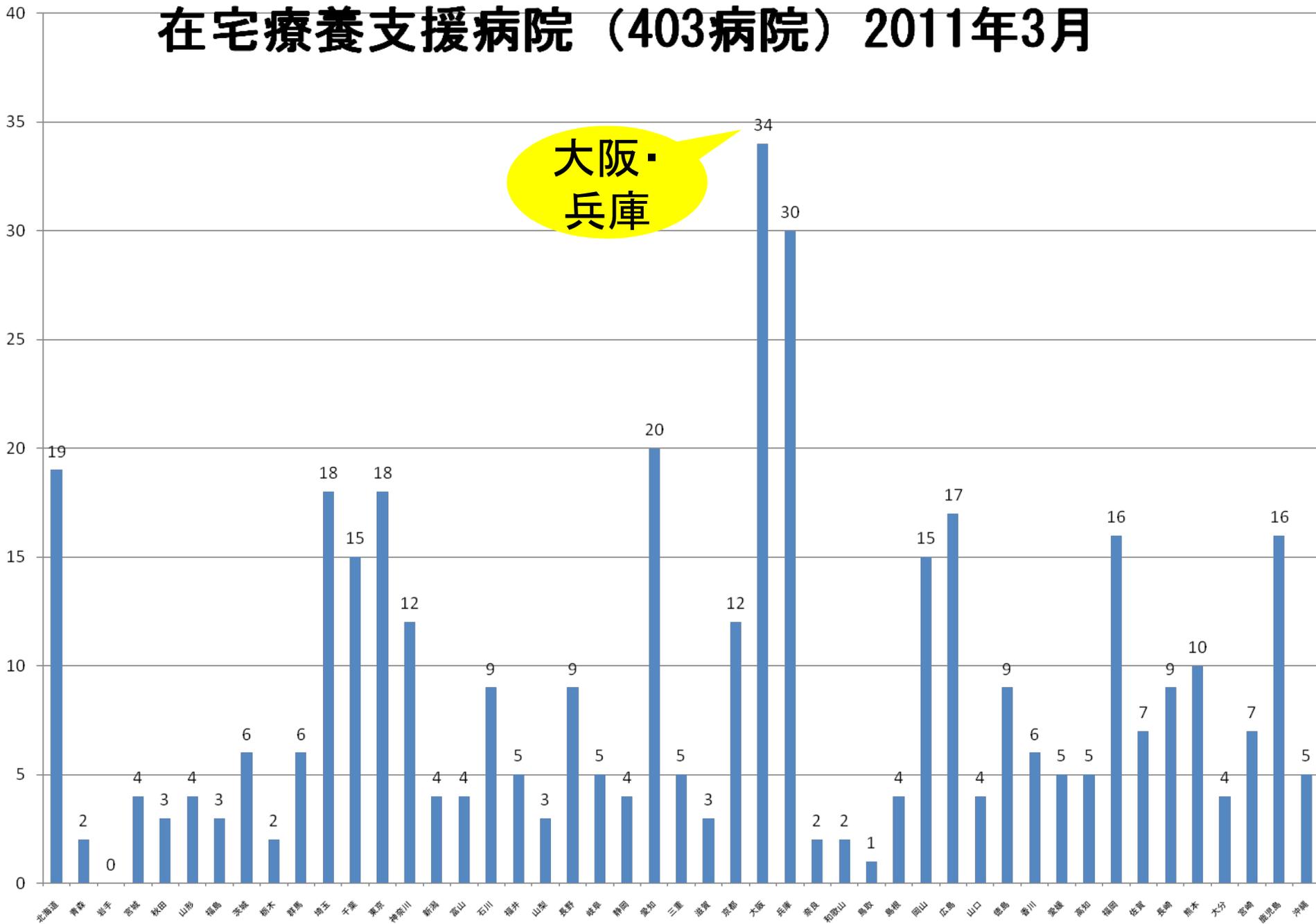
－ 退院時共同指導料

在宅療養支援病院数の推移



在宅療養支援病院（403病院）2011年3月

大阪・
兵庫



医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



鈴木先生



在宅療養支援病院実態調査

日本医療マネジメント学会
地域医療委員会

47都道府県 在宅療養支援病院

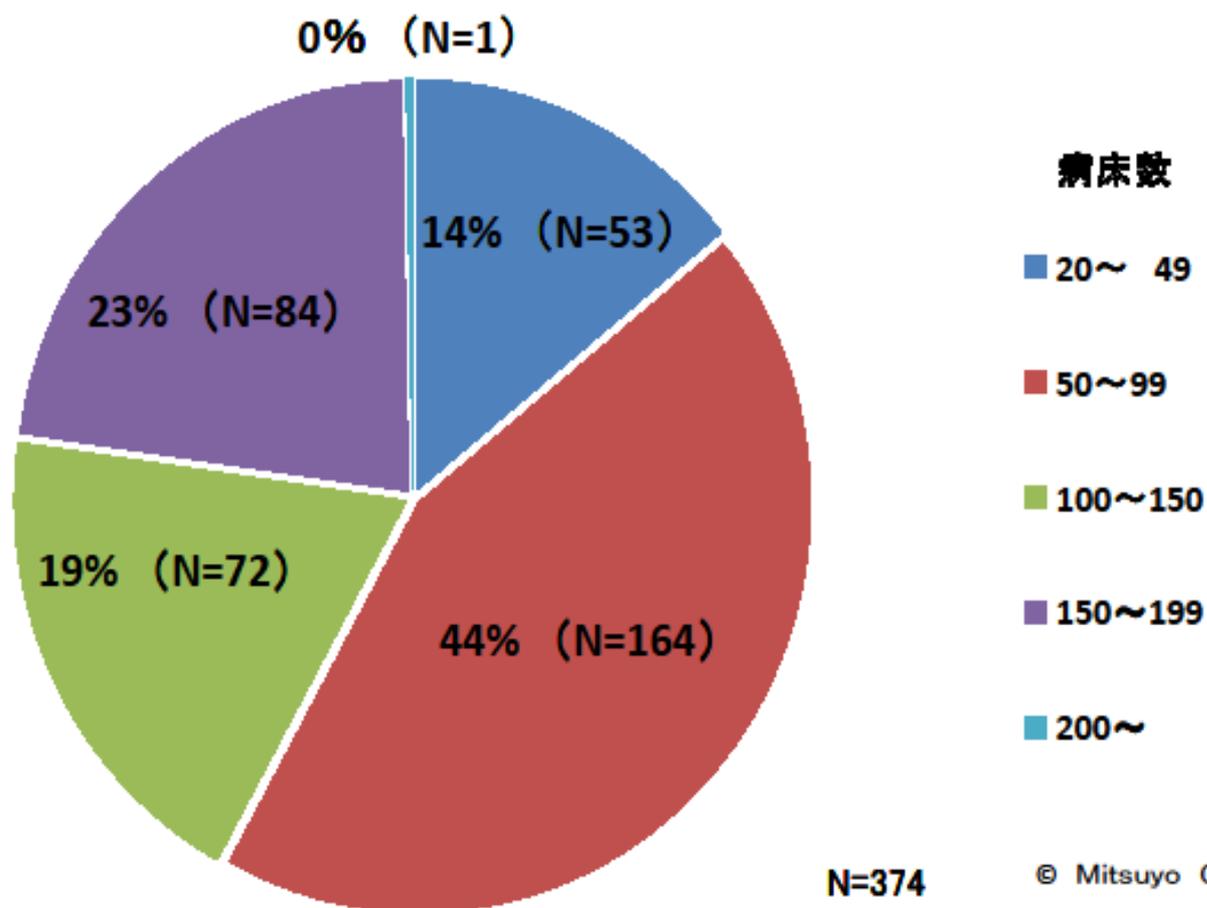
調査対象及び客体

- 平成22年12月時点、全国の在宅療養支援病院届け出のある374施設 (H23年3月時点 N=411)
- 調査票配布と回収状況

調査票配布数	回収数	回収率 (%)	有効回答数	有効回収率 (%)
374	107	28.61	106	28.34

47都道府県 在宅療養支援病院 病床規模別 施設数

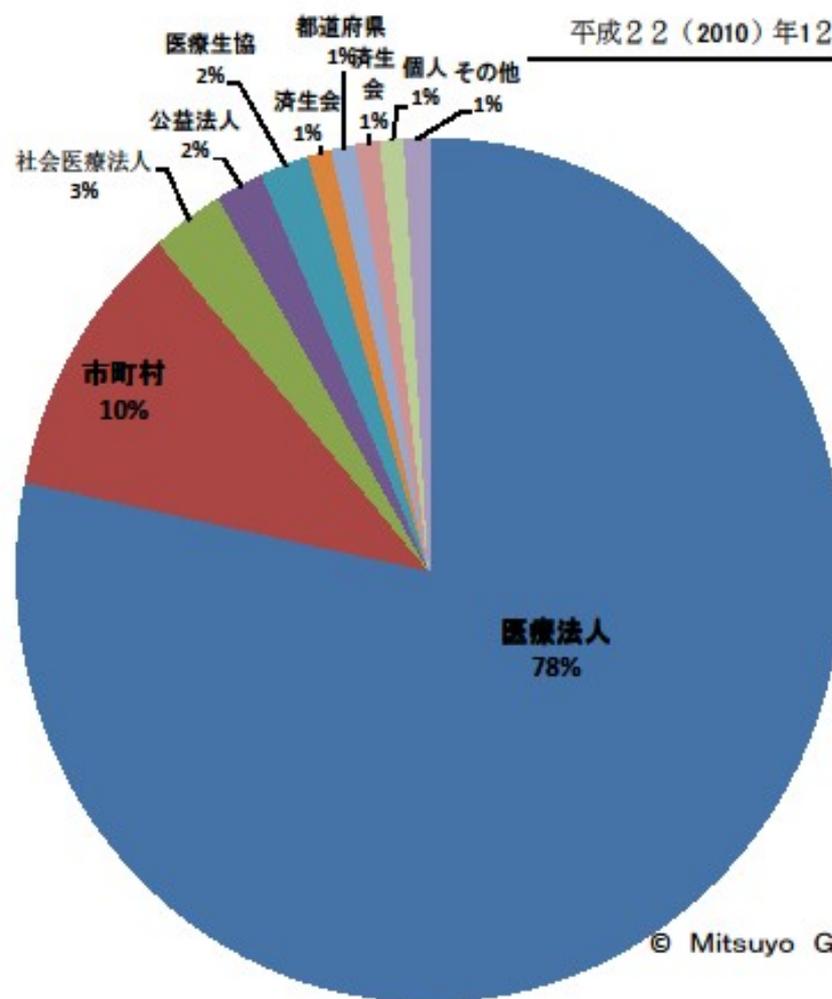
平成22(2010)年12月1日現在



47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 開設主体別にみた施設数

平成22(2010)年12月1日現在

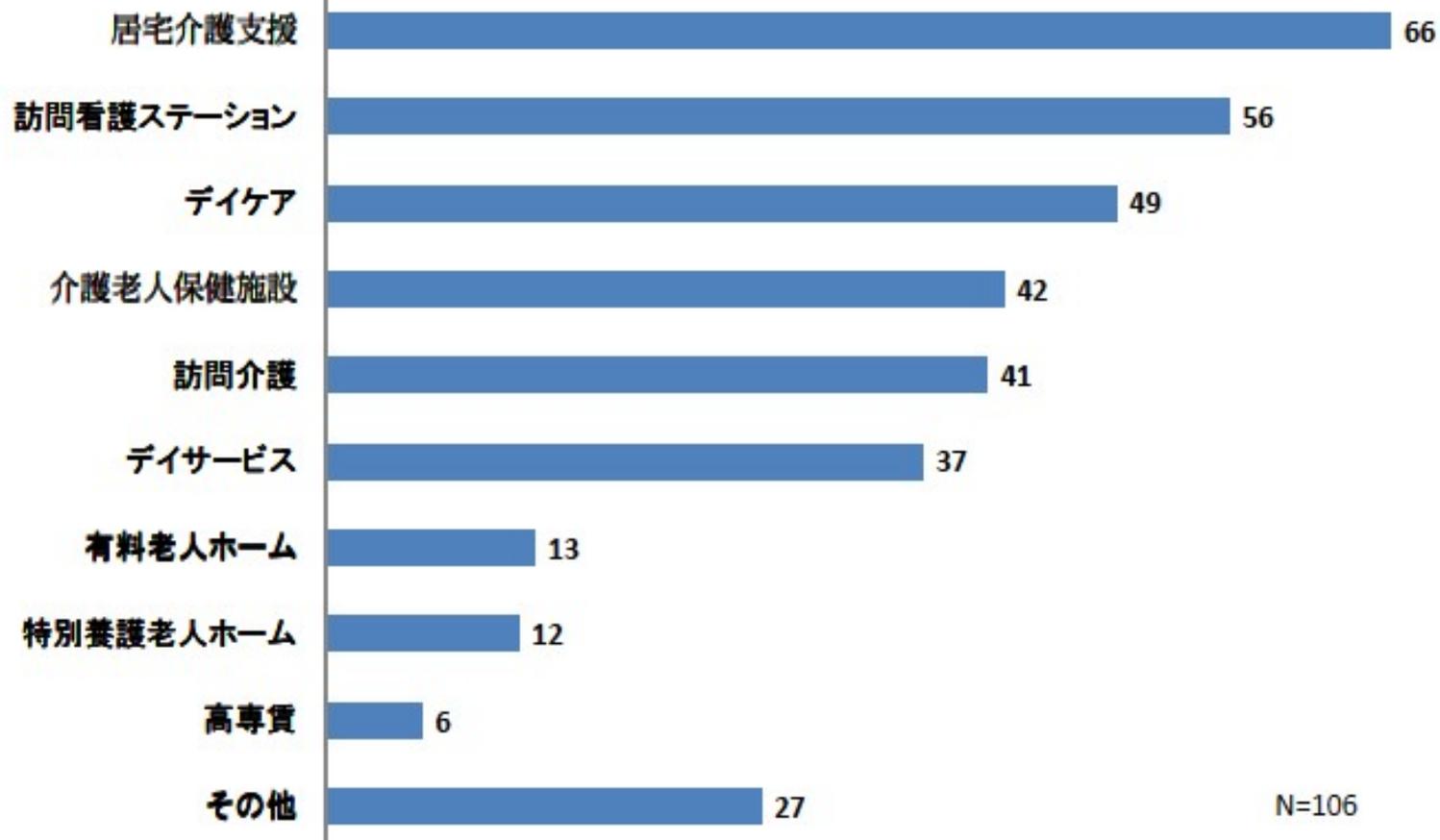
	度数	パーセント
有効		
医療法人	83	78.3
市町村	11	10.4
社会医療法人	3	2.8
公益法人	2	1.9
医療生協	2	1.9
済生会	1	.9
都道府県	1	.9
都道府県	1	.9
その他	1	.9
合計	105	99.1
欠損値		
システム欠損値	1	.9
合計	106	100.0



© Mitsuyo Goto

47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 所有する関連施設

平成22(2010)年12月1日現在

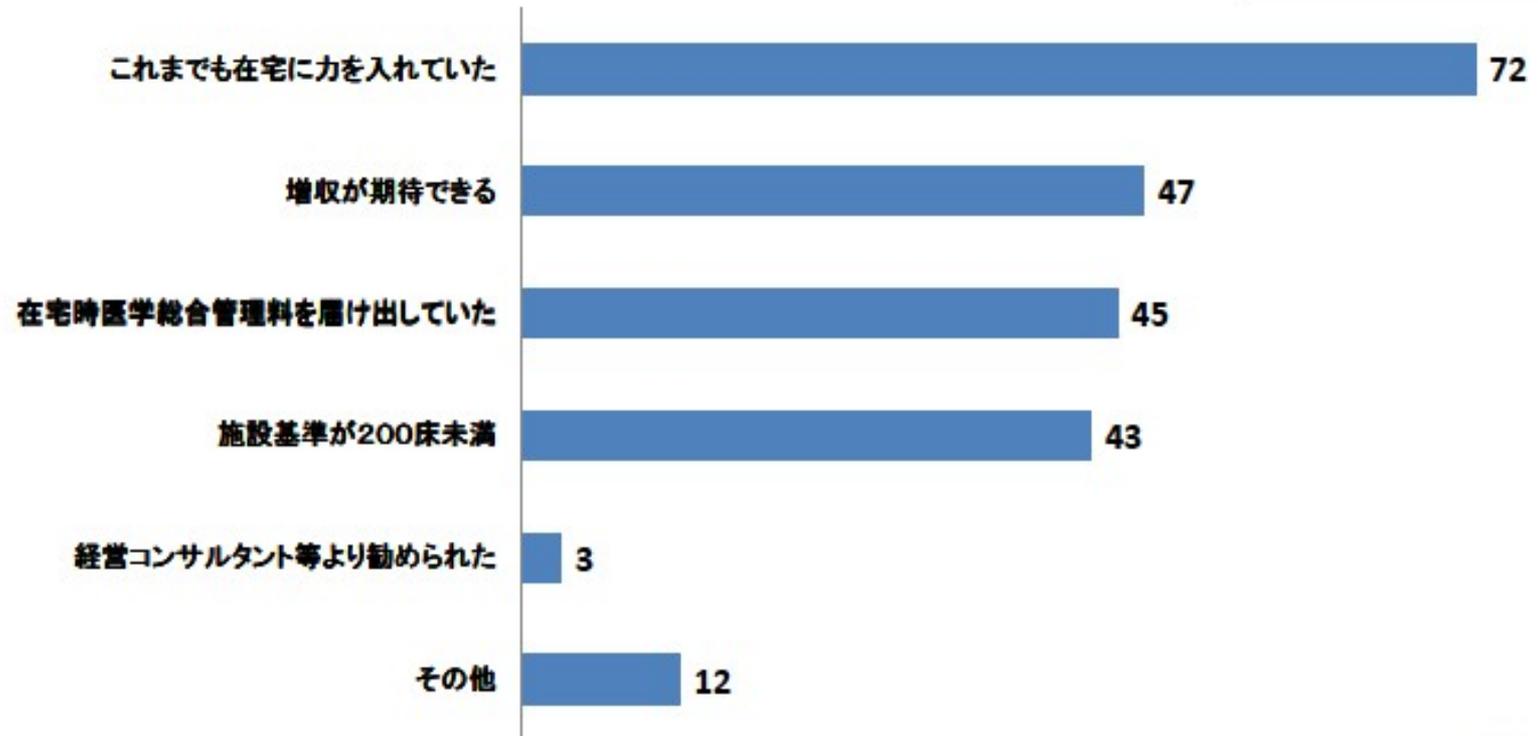


N=106

© Mitsuyo Goto

47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 届け出理由

平成22(2010)年2月1日現在

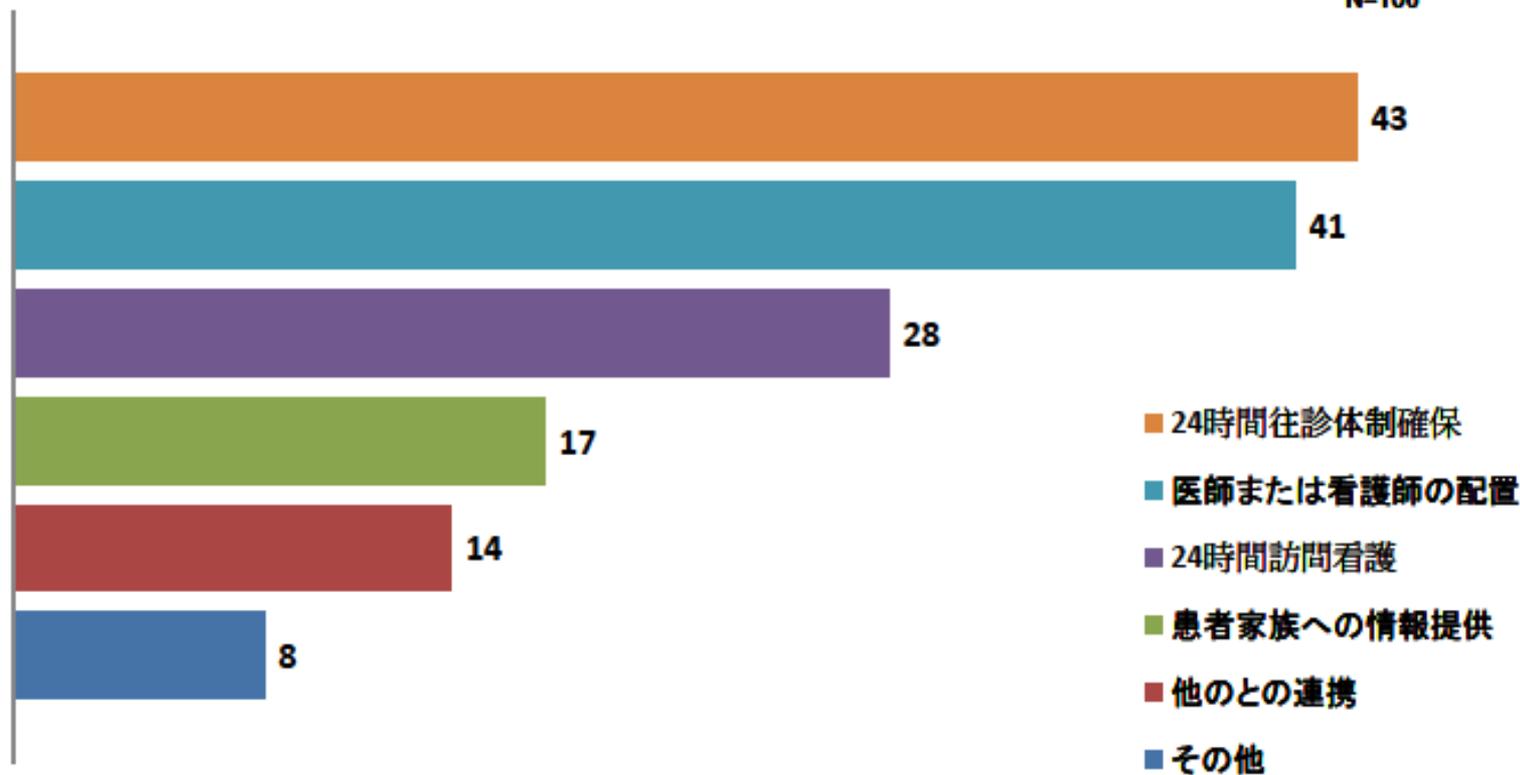


N=106

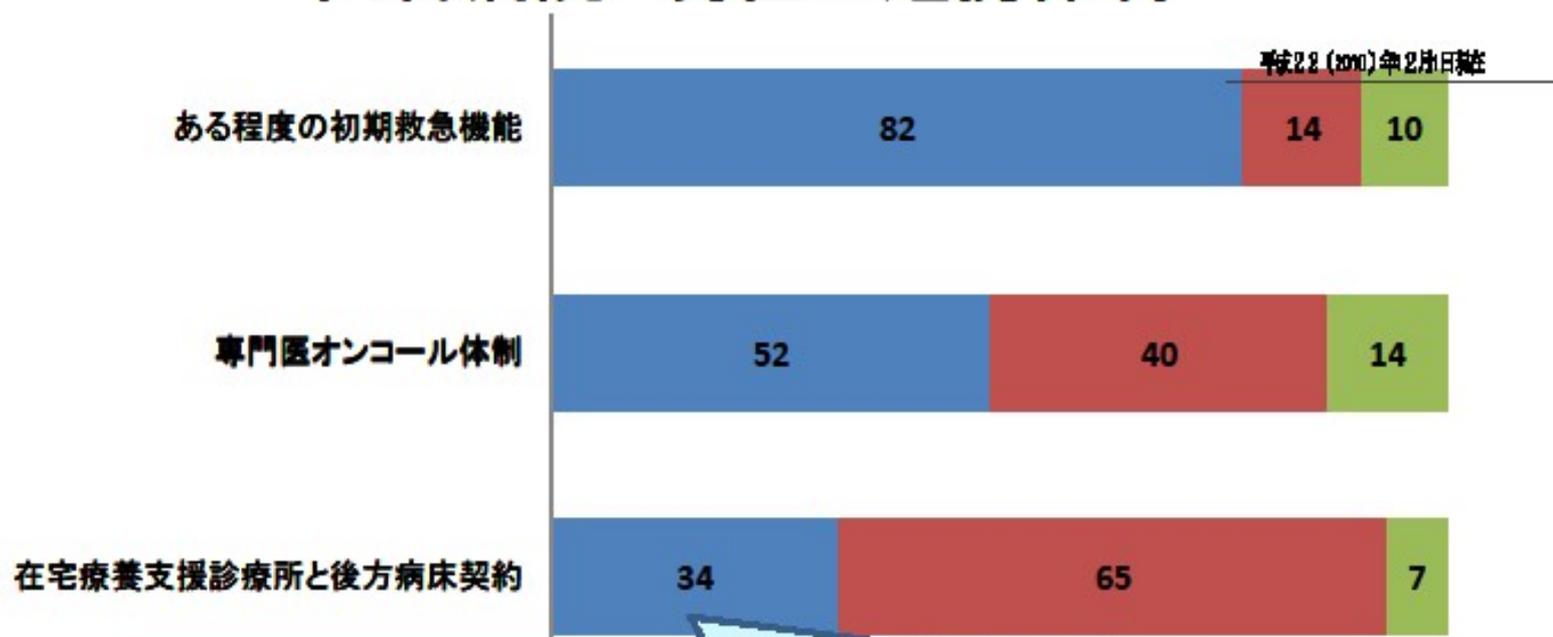
47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 施設基準で苦労した事

平成22(2010)年2月1日現在

N=106



47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 現在の連携体制



■ ある ■ ない ■ 無回答
N=106

在宅療養支援病院の 2012年改訂

- 在宅療養支援診療所や一般診療所の在宅患者のための空床確保→新設
- 診療所医師のための開放病床確保→新設
- 24時間往診体制確保(2タイプ)
 - 当直医以外の往診担当医を確保(現行)
 - 地域の医療機関との輪番制で24時間対応(新設)

パート5

介護P4P(質に基づく支払い方式)



P4Pの定義とは？

- P4P (Pay for Performance)とは高質のヘルスケアサービスの提供に対して経済的インセンティブを、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質のヘルスケアサービスへの改善プロセスを促すことにある。(Institute of Medicine 2006年)
- 主として米国・英国・カナダ・オーストラリアで導入が進んでいる
- 最近では韓国、台湾でも導入された

介護P4P

- 09年2月国際医療福祉大学主催の医療経営セミナーで厚生労働省の宮島俊彦老健局長は、以下のように述べて注目を集めた
- 「介護サービスの質の評価に当たって P4P (Pay for Performance) といった評価を介護報酬に導入できないかという考えが上っている」



宮島俊彦老健局長

介護P4P

- 介護サービスにおける質の成果（アウトカム）に応じて介護報酬を加算する仕組み
- 09年介護報酬改定で以下が導入

①在宅復帰支援可能加算

②事業所評価加算

介護報酬上の質の評価の取り組み

在宅復帰支援機能加算(介護老人保健施設) 15単位/日、5単位/日

【2009年度改定での対応】

在宅への退所者の割合に応じた段階的な評価に見直しを行った。

在宅復帰支援機能加算 10単位/日 ⇒
※在宅復帰率が50%以上

- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 15単位/日
※在宅復帰率が50%以上
- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ) 5単位/日
※在宅復帰率が30%以上

事業所評価加算(介護予防通所リハ・介護予防通所介護) 100単位/月

【2009年度改定での対応】

事業者の目標達成に向けたインセンティブを高め、利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持をより高く評価する方向で算定要件の見直しを行った。

要支援度の維持者数
+1ランク改善者数×5
+2ランク改善者数×10

>2 ⇒

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

要支援度の維持者数
+改善者数×2

>0.7

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

介護サービスの質評価 検討委員会

介護サービスの質を評価し
介護報酬に反映させる

「介護サービスの質の評価の在り方に係る検討 に向けた事業」検討委員会（2009年～）

- 小坂健 東北大学大学院歯科学研究科国際歯科保健分野 教授
- 河口洋行 国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野 准教授
- 近藤克則 日本福祉大学大学院 医療・福祉マネジメント研究科 科長
- 田中 慶応義塾大学大学院経営管理研究科 教授
- 筒井孝子 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室 室長
- 栃本一三郎 常置大学総合人間科学部社会福祉学科 教授
- 藤井賢一郎 日本社会事業大学専門職大学院ビジネスマネジメントコース 准教授
- 掘田聰子 東京大学社会科学研究所 特任准教授
- 武藤正樹 国際医療福祉総合研究所所長

介護サービスの質評価検討委員会

- 介護サービスの質の評価の在り方を検討
 - 現行の質評価の取り組み
 - 要介護度認定データ
 - 都道府県の介護サービスの情報公表制度
 - 指定地域密着型サービスの自己評価・外部評価
 - 福祉サービスの第三者評価事業(都道府県が認証)
 - 諸外国の取り組み
- 介護サービスの質の評価の目的、方法等
 - 目的は介護保険の理念の実現
 - 質の評価の階層図の作成
 - 質の評価の階層図に基づく評価項目をドナベディアン・モデル(構造、過程、結果)で整理して例示

介護サービスの質の評価の階層図(詳細なイメージ)

介護保険の 理念

この法律は(中略)これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスにかかる給付を行う。(※1)

地域が 達成すべき 具体的な目標

利用者等のQOLの確保

地域との連携・参画

目標を 達成するための サービス等

その人らしい生活の実現に向けた工夫

質が高く安全な専門技術の提供

地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携

地域社会への貢献

適切な 事業運営

従事者がやりがいを感じる職場づくり

施設・設備の管理

適切な財務管理

情報を活用した事業戦略

注) 必ずしもサービスの全側面を事業所単位で提供することを求めるものではなく、事業所規模に応じて、事業者全体で取り組む必要がある。

「質が高く安全かつ専門的技術の提供」 指標の例示

- 過程（プロセス）指標
 - － 専門的な認知症ケアの提供
 - － 専門的なターミナルケアの提供
 - － 感染症や食中毒の予防
 - － 良質な介護技術の提供
- 結果（アウトカム）指標
 - － 栄養・食事摂取の状況
 - － 排泄の状況
 - － 認知症高齢者の日常生活自立度の変化
 - － 障害高齢者の日常生活自立度の変化
 - － 要介護度の変化
 - － 褥瘡の発生
 - － 転倒の発生
 - － 身体抑制の実施

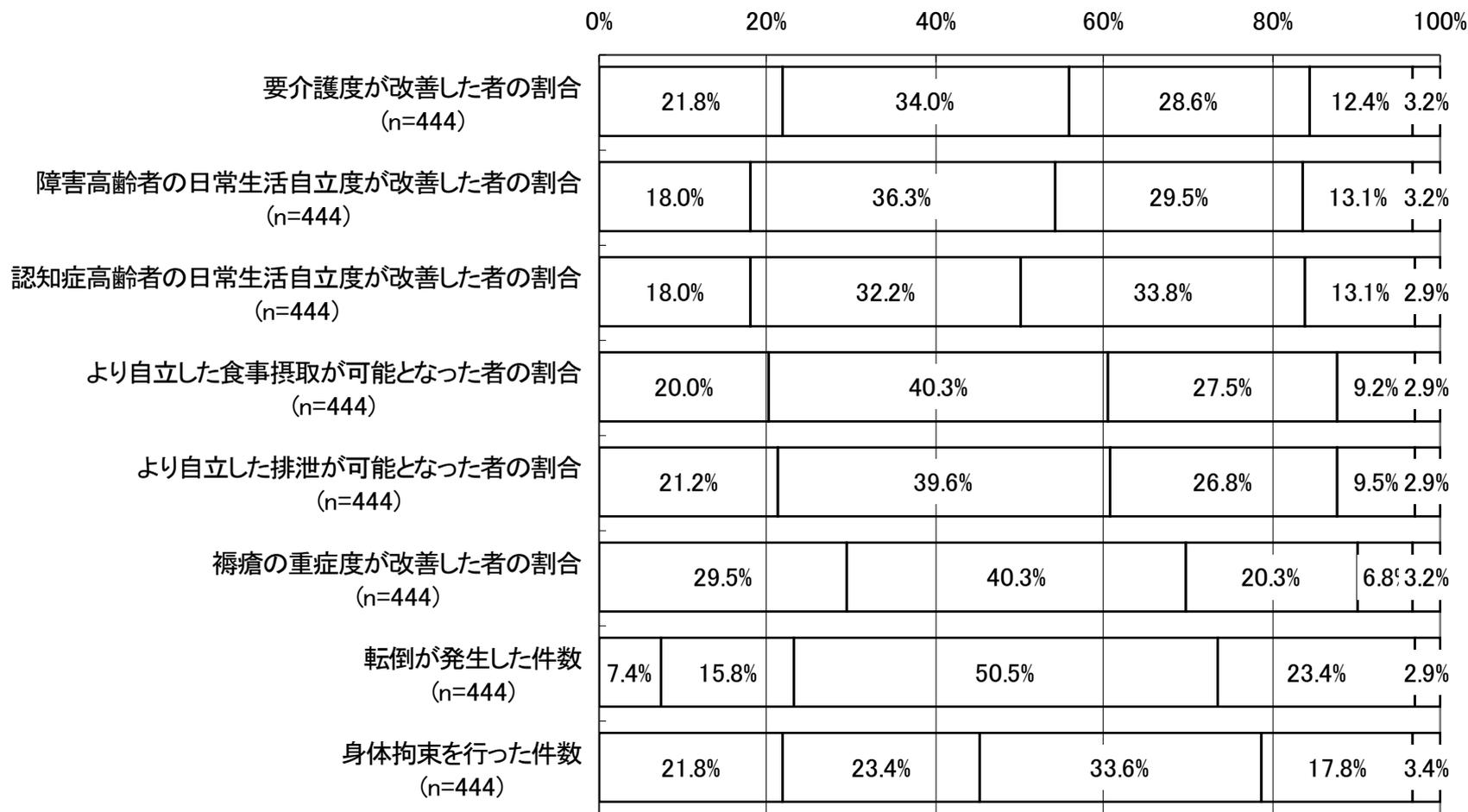
2010年（平成22年）度調査

- 平成21年度調査を受けて、介護サービスの質指標について施設調査を行う。
- ストラクチャー、プロセス、アウトカムについて指標化し、現状の実態を調査
- アウトカム指標については時間経過を追って状態変化をとらえる
 - 要介護度、日常生活自立度、食事摂取、排泄、褥瘡、転倒、身体拘束等
- 老健1200箇所、特養2000箇所調査

介護サービスの質の評価に関する 調査研究事業

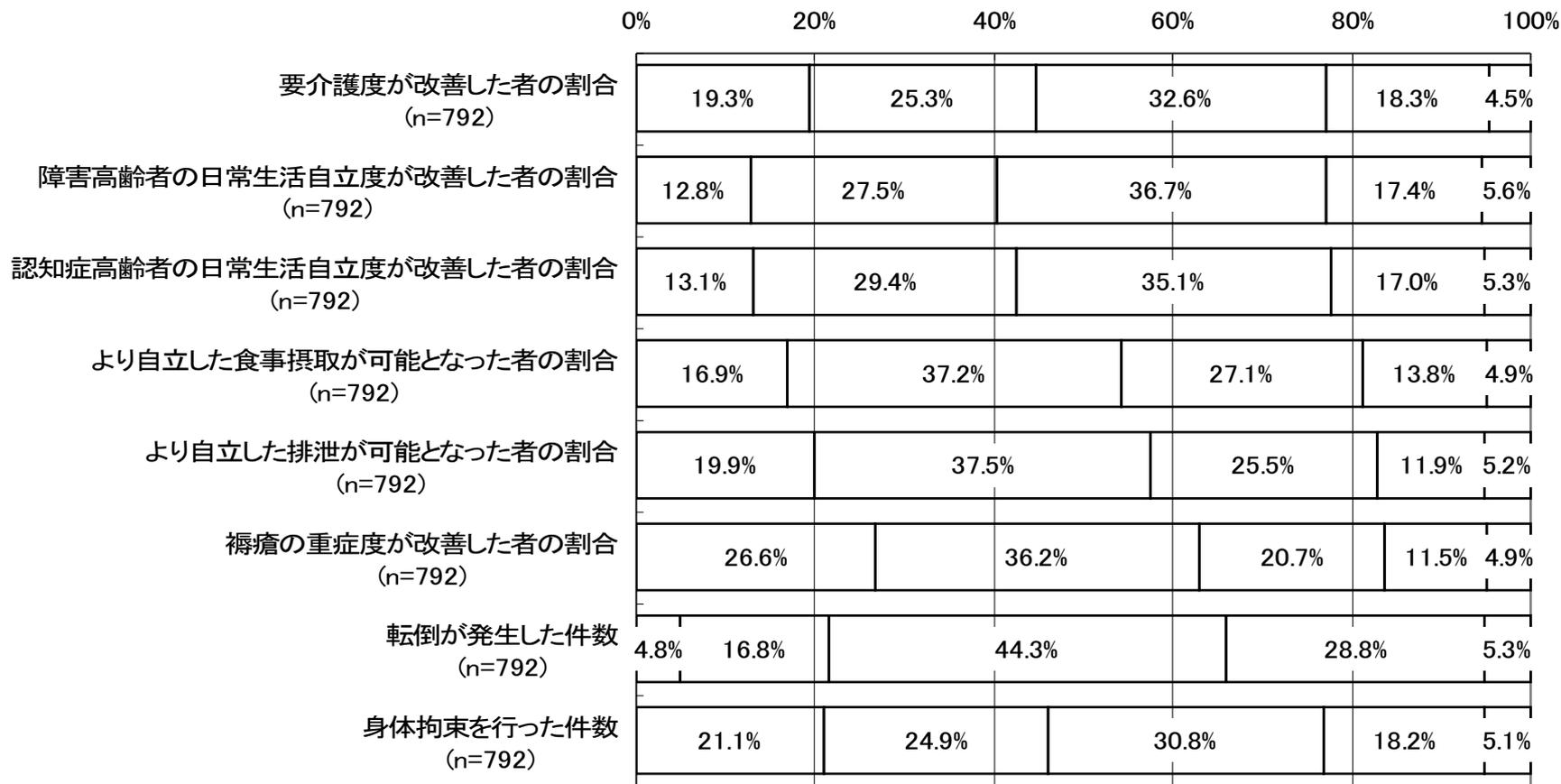
- 調査時期
- 調査方法
- 回答
 - 老人保健施設 444施設(回収率37.0%)
 - 特別養護老人ホーム 792施設(回収率39.6%)

アウトカム指標を報酬評価の対象とすることについての意向（老人保健施設）



有効である
 やや有効である
 あまり有効ではない
 有効ではない
 無回答

アウトカム指標を報酬評価の対象とすることについての意向（特別養護老人ホーム）



□ 有効である □ やや有効である □ あまり有効ではない □ 有効ではない □ 無回答

介護報酬改訂への課題

- 要介護度や日常生活動作の改善を直接アウトカムとするには、複雑な要因が係わっているので一律な評価は困難
- こうしたアウトカムに影響を与えるプロセス指標としての食事摂取、排泄などを評価することについては検討する価値あり
- 褥瘡、転倒率、抑制率等については課題を残した。
- いずれにせよさらなるデータ収集が必要。

介護P4P

- ・要介護度の改善に寄与する要因にインセンティブを！
- ・現状では要介護度が悪化するほうが収入が上がる仕組み
- ・努力する施設の評価を！

まとめと提言

- ・2012年同時改訂は断行すべき！
- ・地域医療計画を見据えた改訂を！
- ・次期医療計画では、災害医療、精神疾患、在宅医療重視の視点を！
- ・在宅療養支援病院のさらなる普及を！
- ・介護報酬へのP4P導入を！

医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 5月下旬発刊です！



ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp