

慢性期医療の質評価 ～医療の質に基づく支払い(P4P)～



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代表取締役社長
武藤正樹

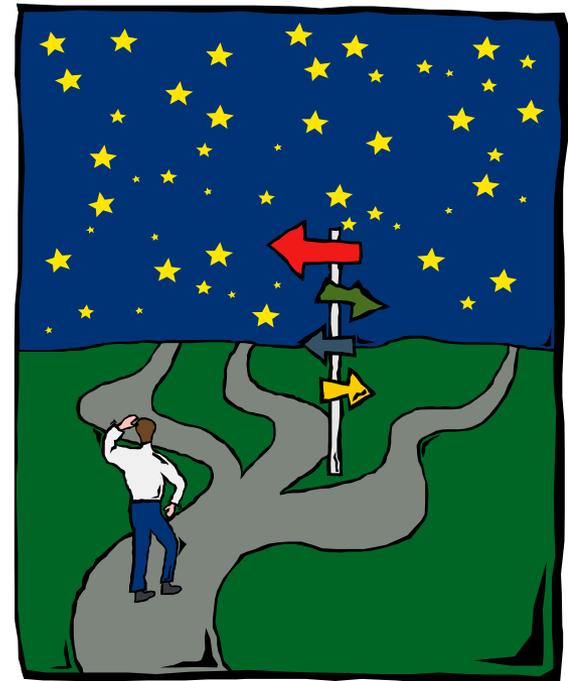


国際医療福祉大学三田病院

2月13日(月)新装オープン!

目次

- パート1
 - P4Pの国際潮流
 - 米国、英国、韓国の事例
- パート2
 - 日本版P4P
 - 回復期リハから始まった日本版P4P
 - 介護P4P
- パート3
 - 慢性期医療の質評価



A photograph of the Golden Gate Bridge in San Francisco, California, taken from a low angle looking down the length of the bridge towards the water. The sky is a deep blue with scattered white clouds, and the water is dark. The bridge's towers and cables are silhouetted against the sky.

パート1
P4Pの国際潮流
～米国の現状～

P4Pとは何か？

- Pay for Performance(P4P)プログラム
 - 米国で始まったヘルスケアサービス提供の質に対する支払い方式
- 「高品質の仕事に対して個人がボーナスを得るのと同様、病院もまた高品質のヘルスケアに対してボーナスが支払われるべき(HHS長官トンプソン AP通信社 2003年7月)」
- 「質の向上に対する経済的なインセンティブの欠如が質のギャップを温存する結果になっている(MedPAC モダンヘルスケア 2003年6月)」

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

米国のP4Pプログラムの歴史

- 2001年
 - プライマリケアグループむけP4P保険プランでスタート
- 2004年
 - 3700病院が質パフォーマンス報告を開始
- 2005年
 - 病院P4Pプログラム試行(プレミア、ホスピタルコンペアーなど)
 - 上位10%に対して2%割り増しDRG支払いボーナス
- 2008年
 - ナーシングホームP4P, 在宅医療P4Pの試行事業
- 2009年
 - メディケアでP4Pの一種であるVBP (Value Based Purchasing: 医療サービスの価値に基づく購入) がスタート

米国のP4Pの最新トレンド

2009年よりメディケアにP4Pの
一種であるVBP (Value Based
Purchasing)が導入された！

Value- based purchasing

(メディケアに導入されるP4P)

- 医療の質パフォーマンスを報酬に反映
- 病院毎に質パフォーマンススコアを計算
 - ケアプロセス、患者調査、生存率等の領域別スコアを算出し、それらをもとに総スコア (VBP Total Performance Score) を算出
- 質パフォーマンスは達成あるいは改善の視点から測定
- スコアは一般にも公開

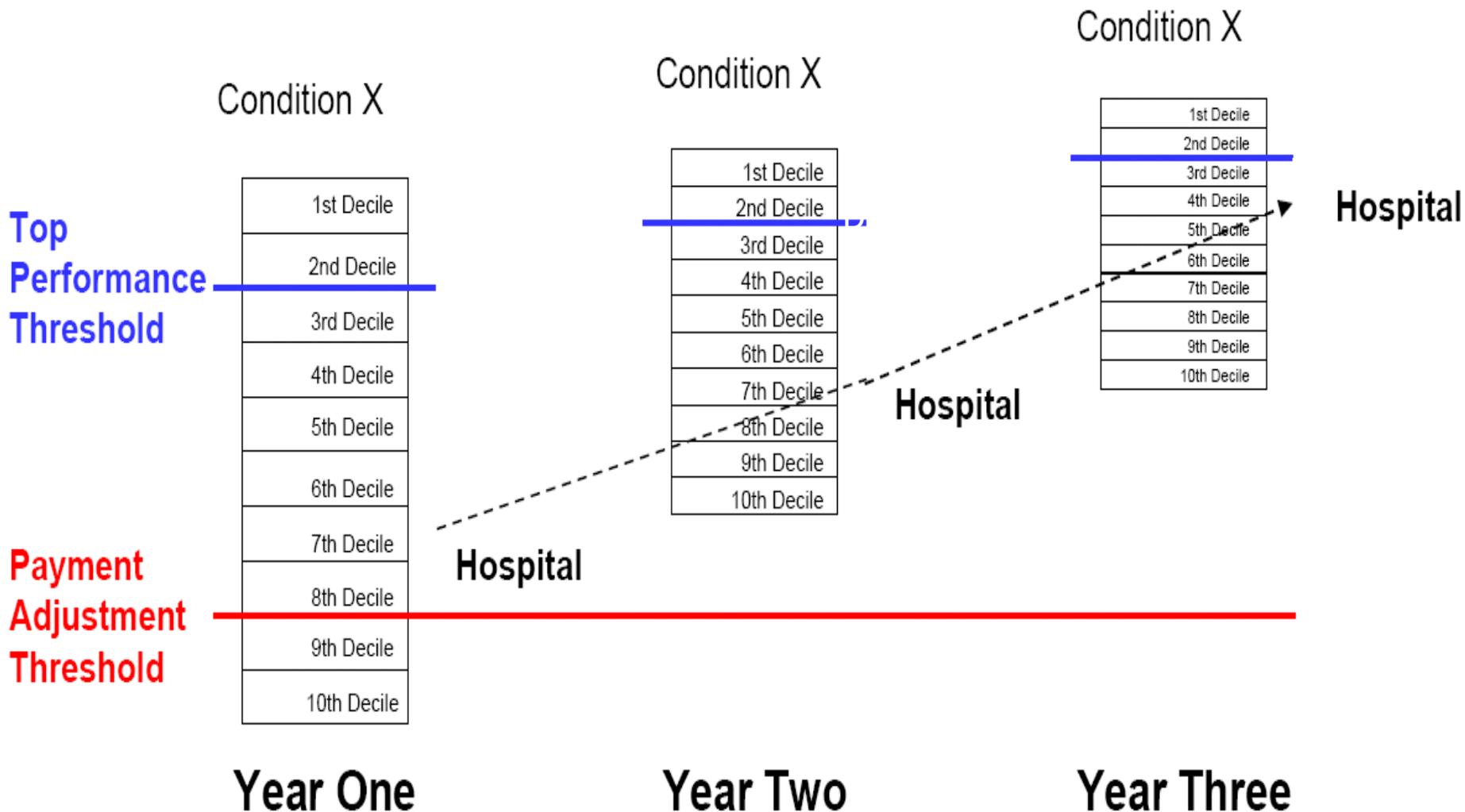
VBPの臨床指標

- 1 急性心筋梗塞
 - 来院時のアスピリン投与、退院時のアスピリン処方、左心収縮不全患者に対するACE阻害剤・ARB投与、禁煙教育、退院時のβ₁遮断薬処方、来院30分以内の血栓溶解剤投与、120分以内の冠動脈インターベンションカテーテル実施
- 2 心不全
 - 退院時指導、左心収縮不全患者に対するACE阻害剤・ARB投与、禁煙指導

VBPの臨床指標

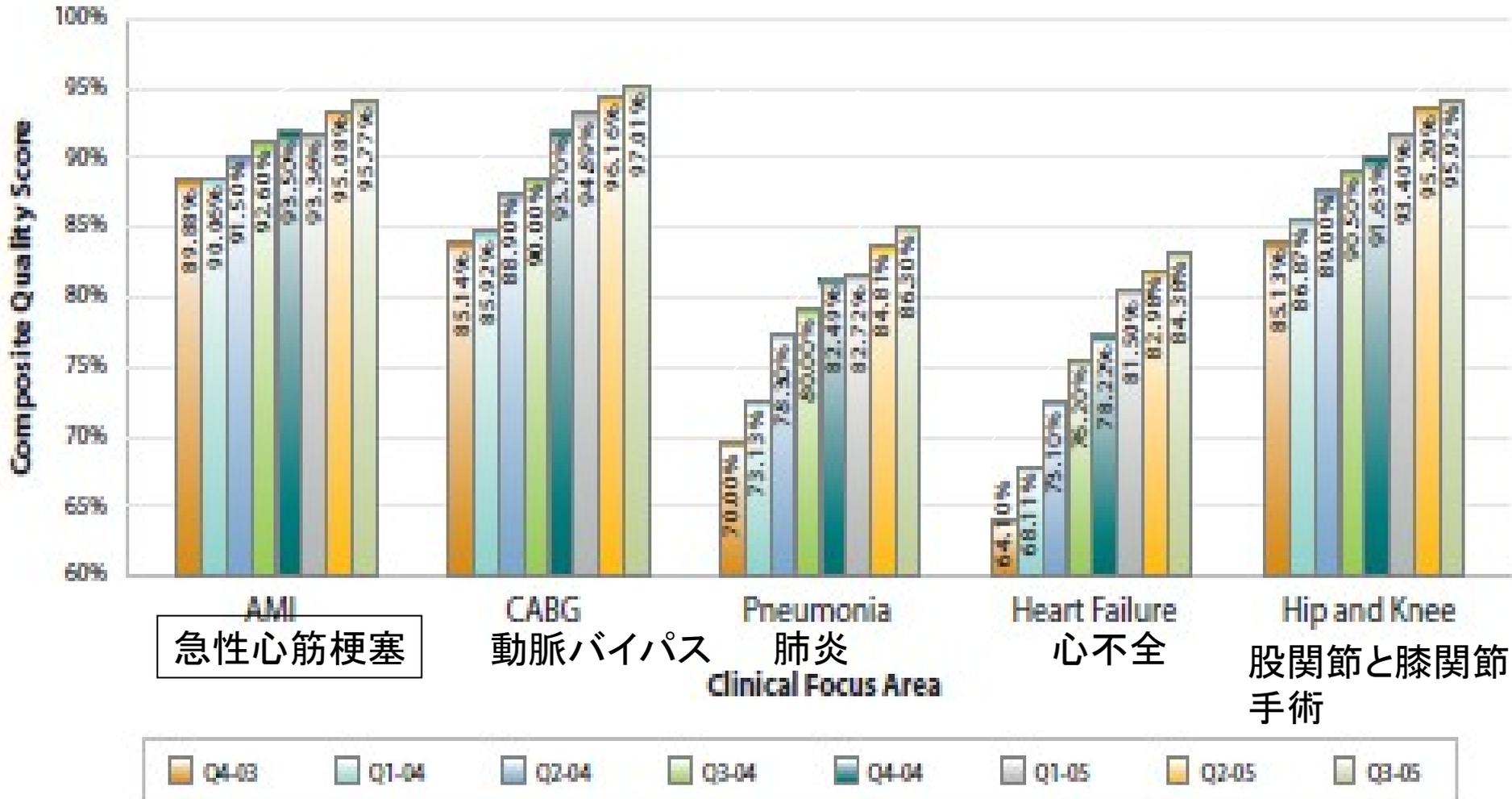
- 3 肺炎
 - 肺炎球菌ワクチン接種、抗菌剤投与前の血液培養、禁煙教育、適切な抗菌剤の選択、インフルエンザワクチン接種
- 4 手術部位感染症予防
 - 切開前1時間の予防的抗菌剤投与、術後24時間以内の予防的抗菌剤投与中止
- 5 アウトカム指標
 - 30日以内の急性心筋梗塞死亡率
 - 30日以内の心不全死亡率
- 6 患者満足度
 - 医師態度、傾聴、説明など

P4P支払いインセンティブ



Composite Quality Score

CMS/Premier HQID Project Participants Composite Quality Score:
Trend of Quarterly Median (5th Decile) by Clinical Focus Area
October 1, 2003 through September 30, 2005 (Year 1 and Year 2 Final Data)



REPRINTED
WITH
PERMISSION

The New York Times

Business Day

THURSDAY, JANUARY 25, 2007

Bonus Pay by Medicare Lifts Quality

By REED ABELSON

Paying a hospital to do the right thing is a lot harder than it looks. The 266 hospitals participating in a Medicare experiment that pays them more to follow medical recommendations have steadily improved the quality of patient care.

The latest results in the three-year experiment show that more heart attack patients are getting aspirin when they arrive at the hospital, for example, and more patients are getting vaccines to prevent pneumonia.

But even some of the hospitals earning the largest payments say Medicare needs to develop a more sophisticated way to reward hospitals for providing better care rather than more care.

The problem, they say, is that the experiment ranks hospitals and rewards only the top performers. It also tends to judge the hospitals more on whether they are offering certain treatments than on whether the care is actually benefiting patients.

"This isn't the system they will ultimately use for large-scale pay for performance," said Dr. Charles A. Riccobono, the chief quality officer for Hackensack University Medical Center.



Aaron Houston for The New York Times

Regina Berman, an administrator, and Dr. Charles A. Riccobono of Hackensack University Medical Center.

ナーシングホームP4P

Nursing Home
Quality Based Purchasing Demonstration

ナーシングホームP4P デモンストレーションプロジェクト

- 2008年から3年計画でCMS (Center for Medicare and Medicaid Services)が実施中
- メディケア対象のナーシングホーム入居者に、質パフォーマンス指標を用いた支払い方式のデモンストレーションプログラムを実施
- 4～5州、100施設(半数はコントロール)で実施

質パフォーマンス指標

- 質パフォーマンス指標
 - スタッフィング 30ポイント
 - 不適切な入院 30ポイント
 - 質アウトカム(MDSアウトカム) 20ポイント
 - 施設基準サーベイ 20ポイント
- 質パフォーマンス指標の得点ポイントに応じた報酬
 - 上位20%の高得点群
 - 上位20%の改善群
- ケースミックス調整
 - RUGIIIを使用

質パフォーマンス指標

- スタッフینگ
 - 正看護師数／延べ入居者数
 - 総看護時間(正看護師、准看護師、看護助手)／延べ入居者数
 - 看護職の離職率
- 不適切な入院
 - 心不全、電解質インバランス、呼吸不全、敗血症、尿路感染症における病院への入院率
 - ナーシングホームでの適切な管理により、上記の疾患は入院を予防することができることより

質アウトカム指標 (MDSアウトカム指標)

- 長期入居者
 - 日常生活動作に介助が必要な入居者割合の増加
 - 入居者の居室への移動能力の悪化率
 - 褥瘡を有するハイリスク入居者の率
 - 膀胱留置カテーテル患者率
 - 身体抑制患者率
- 短期入所者
 - 日常生活機能のレベルが改善した入居者率
 - 中等度障害者の日常生活動作の改善率
 - 尿失禁の改善に失敗した患者の割合

訪問看護P4P

包括支払い方式(HHA／PPS)

訪問看護P4P



Visiting Nurse Service of New York

ニューヨークに約70ある在宅ケアエージェンシーのうち、
非営利団体としては最大の組織。

ニューヨーク訪問看護サービス (VNSNY) の事業規模とスタッフ

• 訪問看護サービス

- ケアの対象は、新生児から95歳以上の高齢者まで。自立、回復期リハビリ状態、要介護者、終末期まで。
- 毎日約31,000人への訪問を、総勢12,330人のスタッフが提供している
- 1年間でのべ11万人以上の患者に、220万件訪問(2005年実績)

• スタッフ

- 看護師(2505人)、リハビリセラピスト(695人)、ソーシャルワーカー(594人)、ヘルパー(5777人)、栄養士(136人)、医師、心理療法士など

• ICT

- 多職種チームをコーディネートするためにICT化が必須
- ICT機器によって、文書整理・集計・サマリー作成作業など大幅に省力化した。自社「ペンタブレット」を開発

VNSNYの訪問看護師さんたち



訪問看護サービスの質評価

VNSNYでは訪問看護サービスの
質評価に注力

訪問看護サービスの質評価と改善

- ①プロセス測定
 - ケアマネジメントの文書化
 - 糖尿病ケア、創傷ケア、心不全 ケア
 - ケア提供のモニター(14日ごとにケア手順遵守のモニター)
- ②アウトカム(成果)測定
 - 急性期病院への入院率(1～3日、同4～60日、61～120日ごとに測定)
 - 日常生活動作の改善率(入浴・清潔、移動、歩行、経口による服薬)

入院率の改善の例

- 在宅ケアの患者のうち、急性期病院に入院した率は、全国では28%のところ、NYは44%とかなり高かった
- 目標設定は「在宅ケア患者の入院率を5%下げる」(これでメディケア15億ドル節約の見込み)
- 退院後14日以内の再入院が多い
- これまで患者(家族)、病院、開業医、在宅ケア機関の4者の方向性がばらばらなためにうまくいかないので、退院後14日間、この4者を結びつける活動を、ナースプラクティショナーがナースと連携して実施。
- 具体的には、確実に服薬できるような調整、2週間以内に医師の診察、リスクアセスメントをして結果によって訪問間隔を早めていくことや、遠隔医療(テレヘルス)でバイタル管理を密に行うことを実施
- これらの活動によってVNSNYは目標の「在宅ケア患者の入院率を5%下げる」ことに成功。

米国の訪問看護サービスの 診療報酬支払い方式

HHA／PPS(訪問看護包括払い)

訪問看護P4P

HHA／PPS (Home Health Agency/Prospective Payment System)

訪問看護包括支払い

- 包括期間
 - 60日を1期間として包括支払いを行う
- 診断群
 - 22の診断群と12のその他診断群から診断群を選ぶ
- 3種類レベル
 - 臨床的重症度レベル(3段階)
 - 機能障害度レベル(3段階)
 - 訪問頻度(60日以内に14回以内、14回以上)
- 153のケースミックス
 - 診断群とレベルの組み合わせで153の包括支払いグループを設定

22 診断群

- 1 全盲と視力障害
- 2 血液疾患
- 3 がんと一部の良性腫瘍
- 4 糖尿病
- 5 嚥下障害
- 6 歩行障害
- 7 消化器疾患
- 8 心疾患
- 9 高血圧
- 10 神経系疾患1
 - 中枢神経障害と麻痺
- 11 神経系疾患2
 - 末梢神経障害
- 12 神経疾患3
 - 脳卒中
- 13 神経疾患4
 - 多発性硬化症(MS)
- 14 整形疾患1
 - 下肢障害
- 15 整形疾患2
 - その他整形疾患
- 16 精神疾患1
 - 躁病、うつ病
- 17 精神疾患2
 - 変性疾患および器質精神疾患
- 18 呼吸器疾患
- 19 皮膚疾患1
 - 外傷、火傷、術後合併症
- 20 皮膚疾患2
 - 皮膚潰瘍、その他皮膚病変
- 21 気管切開ケア
- 22 尿道瘻、膀胱瘻ケア

訪問看護P4P

訪問看護の質に応じた支払い方式

P4P: Pay for Performance

訪問看護P4P

- 2008年から2年計画のCMSデモンストレーションプロジェクトが始まった
- 7州(コネチカット、マサチューセッツ、イリノイ、アラバマ、ジョージア、テネシー、カリフォルニア)の在宅ケアエイジェンシー567箇所を対象
- オアシス質指標によるエイジェンシーのポイント・レイティング
- パフォーマンス指標の得点ポイントに応じた報酬
 - 上位20%の高得点群
 - 上位20%の改善群上位

訪問看護の質評価指標

- 急性期病院への入院率
- 救急外来受診率
- 入浴の改善
- 移動の改善
- 車椅子への移乗の改善
- 服薬コンプライアンスの改善
- 手術創の改善

Sample measure: Hospitalization

Agency	Year 1	%ile	Baseline	Change	rank	%ile	
A	16	100%	18	-2	-11%	TOP 20% performance (3)	
B	18	95%	15	3	20%		
C	18	90%	21	-3	-14%		
D	19	85%	19	0	0%		
E	20	80%	20	0	0%	9	20%
F	21	75%	25	-4	-16%	5	60%
G	22	70%	29	-7	-24%	2	90%
H	23	65%	24	-1	-4%	8	30%
I	24	60%	30	-6	-20%	3	80%
J	25	55%	28	-3	-11%	7	40%
K	27	50%	31	-4	-13%	6	50%
L	29	45%	43	-14	-33%	1	100%
M	30	40%	27	3	11%	10	10%
N	31	35%	37	-6	-16%	4	70%
O	32	30%	34	-2	-6%	BOTTOM 30% performance (4)	
P	35	25%	32	3	9%		
Q	36	20%	40	-4	-10%		
R	42	15%	41	1	2%		
S	42	10%	50	-8	-16%		
T	43	5%	46	-3	-7%		

•(1) High performance winners: agencies with **top 20% performance**

•(2) High improvement winners:

(Excludes:

- Agencies already in top 20% performers (3)
- Agencies in bottom 30% performers (4)

top 20% improvement

(no payment to agencies with no improvement)



~英国のP4Pの現状~

英国の国営医療(NHS)

- 英国の国営医療サービス(NHS)と開業医
 - すべての住民に対して、原則無料で、包括的なサービス(予防やリハビリサービス等を含む)を税財源で提供
- 登録医制度(GP: general practitioner)
 - 住民は、予め登録した診療所のGPの診療を受け、必要に応じてGPの紹介の下に病院の専門医を受診
 - 住民は、診療所の登録と変更を自由に行うことができる。

英国のGP

- 英国の開業医 (GP: general practitioner)
 - 全英で診療所数は10,352 (イングランド 8,451、ウェールズ 497) 2005年
 - GP数はイングランド (2004年) で31,523人 (非常勤、研修医を除く)
 - GPは開業医トラスト (PCT : Primary Care Trust) を地域単位で形成し、地域における保健医療事業の計画立案とNHSからの事業委託を実施
 - イングランドで約300の開業医トラストがあり、一つの開業医トラストは現在、平均して人口14万人をカバー

英国の開業医(GP)の診療報酬体系

- 包括報酬(global sum)
 - 人頭支払い制度
 - 人頭支払いでは、登録住民の年齢別、性別、医療ニーズに応じた住民一人当たりの括報酬が支払われる
 - 包括報酬には、もちろん地域や登録患者の特殊事情も加味される
 - 包括報酬には、診療所の維持費、各種検診、簡単な外科的処置、時間外診療なども含めた額が支払われる
- 追加サービス(enhanced services)
 - 出来高払い
 - 診療所が特別なサービスを提供すると報酬が出来高払いで追加される

第三の診療報酬体系として P4Pを導入

- Quality and Outcome Framwork:QOF
 - 2004年、ブレア政権より新たに英国版P4PであるQOFが追加された
 - 10の疾病グループと146の臨床指標を設定
 - 臨床指標ごとに標準的な達成目標数値を設定し、目標を達成すれば成果報酬が支払われるという方式である。
 - 点数スライド制

2004年以降の変化

- GPの収入
 - 人頭払い(global sum)は約30%
 - 出来高払い(enhanced service)は約 20%
 - Quality and Outcome Frameworkは50%
- GPの収入は2004年以降、平均4万ドル、それまでの30%程度も増収になったといわれている。

英国では2004年よりP4Pを導入

- Quality and Outcome Framwork:QOF
 - 2004年より新たに英国版P4PであるQOFが追加された
 - 10の疾病グループと146の臨床指標を設定
 - 臨床指標ごとに標準的な達成目標数値を設定し、目標を達成すれば成果報酬が支払われるという方式である。
 - 点数スライド制

QOFの仕組み

- 10疾患・146臨床指標の設定
- 10疾患
 - ①喘息、②がん、③慢性閉塞性肺疾患（COPD）、④冠動脈疾患、⑤糖尿病、⑥てんかん、⑦高血圧性疾患、⑧甲状腺機能低下症、⑨重篤な長期療養を必要とする精神疾患、⑩脳卒中および一過性虚血発作

英国版P4P

QOF (Quality Outcom Framework) の仕組み

- 10疾患・146臨床指標の設定
- 10疾患
 - ①喘息、②がん、③慢性閉塞性肺疾患(COPD)、④冠動脈疾患、⑤糖尿病、⑥てんかん、⑦高血圧性疾患、⑧甲状腺機能低下症、⑨重篤な長期療養を必要とする精神疾患、⑩脳卒中および一過性虚血発作
- 臨床指標 (Clinical Indicator)
 - 指標がよければよいほど、ポイントがつく
 - 1ポイント175ポンド

脳卒中あるいはTIA

- 脳卒中あるいは虚血性脳発作(TIA) 最高点31ポイント
 - 1 患者登録 4ポイント
 - 2 CTあるいはMRI撮影 最高2ポイント 25~80%
 - 3 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25~90%
 - 4 禁煙指導 最高2ポイント 25~70%
 - 5 血圧測定 最高2ポイント 25~90%
 - 6 血圧150/90mmHg 以下 最高5ポイント 25~70%
 - 7 総コレステロール値記録 最高2ポイント 25~90%
 - 8 総コレステロール値193mg/dl(5mmol/l)以下 最高5ポイント 25~60%
 - 9 アスピリン服用あるいは抗血小板薬、抵抗凝固薬の服用 最高4ポイント 25~90%
 - 10 インフルエンザワクチンの予防接種 最高2点 25~85%

糖尿病

- 糖尿病(最高点99ポイント)
 - 糖尿病の患者登録が可能 最高6ポイント
 - BMI記録 最高3ポイント 25~90%
 - 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25~90%
 - 禁煙指導 最高5ポイント 25~90%
 - HbA1c記録 最高3ポイント 25~90%
 - HbA1cが7.4%以下 最高16ポイント 25~50%
 - HbA1cが10%以下 最高11ポイント 25~85%
 - 網膜症スクリーニング記録 最高5ポイント 25~90%
 - 末梢動脈の拍動記録 最高3ポイント 25~90%
 - 末梢神経障害記録 最高3ポイント 25~90%

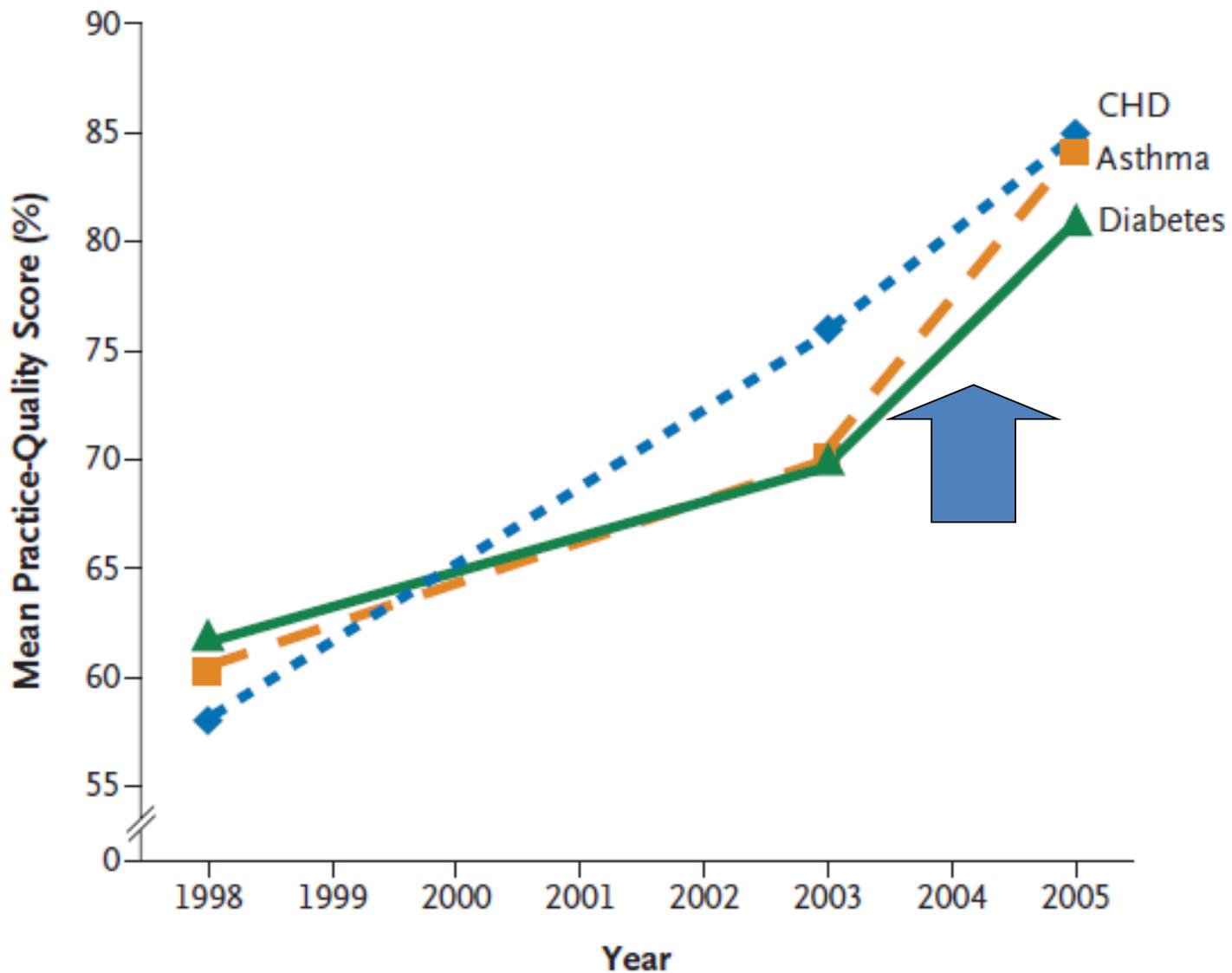


Figure 1. Mean Scores for Clinical Quality at the Practice Level for Coronary Heart Disease, Asthma, and Type 2 Diabetes, 1998 to 2005.

サウスロンドンのGPクリニック



2007年10月

Dr Marie

マリー先生のP4Pに対する意見

- クリニックの女医のマリーさんが説明してくれた。
 - 「まずNHSのインフォメーションシステムを見せましょう」と言って、電子カルテの前に案内してもらった。
 - 「この患者は冠動脈疾患の患者ですが、テンプレートを開けて、この患者が12ヶ月以内に血圧の記録があるかどうかチェックします。また禁煙指導をおこなったかどうかもチェックするわけです。していなかったら電話で呼び出して次の診察の予約をとるわけです。これがポイントになって収入になるわけですから、患者のフォローの仕方が、QOF(クオーフ)導入の2004年前とはだいぶ変わりましたね。」

マリー先生のP4Pに対する意見

- Q「収入はどうですか？」
- A「このクリニックでは15%ぐらいの増収ですね。増収分はクリニックの人の雇用に当てました。患者を電話で呼び出したりするのも人手もかかりますからね。QOFのおかげで患者の日常のケアに目が行き届くようになったし、診療の質はあがりましたね。」
- Q「患者データの電子カルテへの入力の手間ではありませんか？」
- A「そうでもないです。テンプレートのチェックボックスを選んでいけば良いので、そんなに手間でもないです。」
- Q「デメリットはありましたか？」
- A「QOFではNHSの監査が増えたのが、ちょっとわずらわしいですね」とのことだった。

英国のP4Pの成功の秘訣

- 国営医療(NHS)のため全国一律の医療政策の方針が徹底しやすい
- ブレア政権における医療の質への投資政策
- NICEによるガイドライン整備と臨床指標の測定の基盤
- 全英に共通した電子カルテの導入

韓国P4P

急性心筋梗塞と帝王切開分娩で導入



2011年1月国際医療福祉大学大学院 h-MBA韓国ツアー

韓国P4P

健康保険審査評価院 (HIRA)

서 초 평 화

COFFEE & WINE

365 아코너

우리은행

健康保険審査評価院(HIRA)

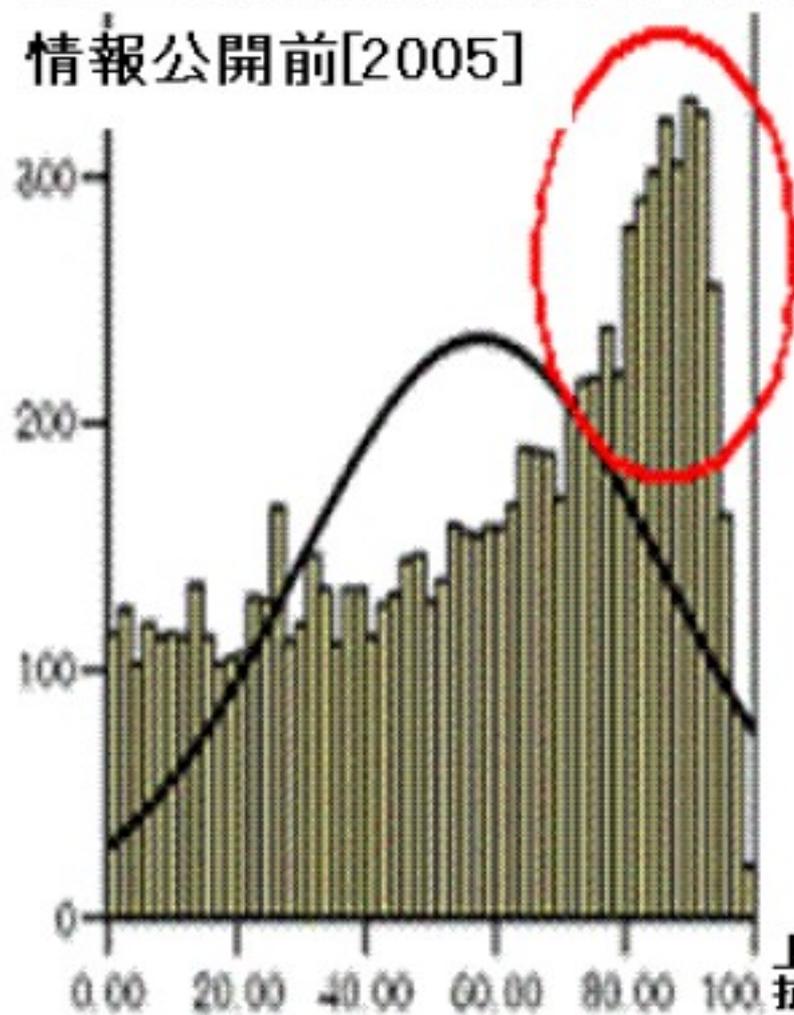
- 2000年に350の保険者を全国レベルで統合
- 健康保険審査評価院(Health Insurance Review and Assessment Agency:HIRA)を設置
- 2004年電子レセプト100%実現
- 適正医療の評価
- 2011年よりP4Pを360病院で実施
 - 急性心筋梗塞
 - 帝王切開

適正医療の評価

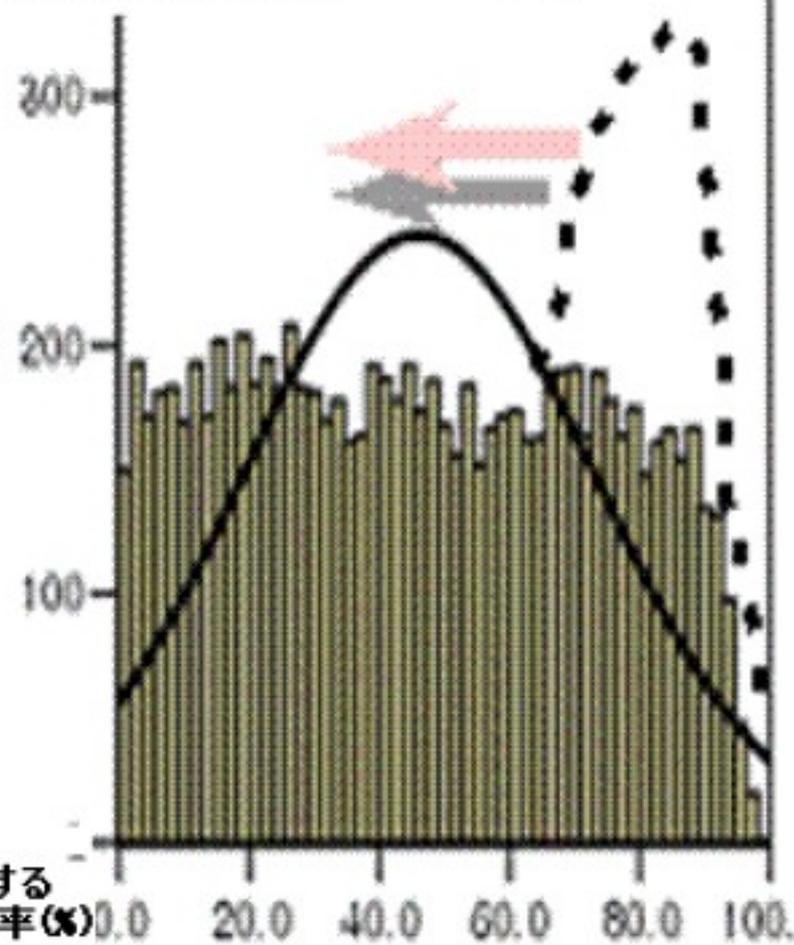
- 上気道感染への抗菌剤の処方率
- 外来における注射剤処方率
- 帝王切開分娩率
- 抗菌剤の適正使用

上気道炎に対する抗生物質処方率別の医療機関数の分布
[韓国健康保険審査評価院による]

情報公開前[2005]



情報公開後[2006年]



適正医療の評価

- 外来患者に処方する注射剤の使用適正化
 - 外来患者の注射剤の処方率を公表
 - 39.11%(2002年)→23.23%(2006年)
- 医薬品の適正使用
 - 骨関節炎の非ステロイド抗炎症剤
 - バゾプレシン処方率
 - 1単位輸血実施率
 - 血液製剤使用率

適正医療の評価

- ビアーズ基準 (Beer's criteria)
 - 高齢者の薬剤使用に関するガイドライン
 - 2005年の6835万件の処方中876万件(12.8%)がビアーズ基準による不適切処方であることも判明
- 帝王切開率
 - WHOの推奨値である5～15%の2倍以上と高かった。このため帝王切開分娩率の値を医療機関別に公表することとした。
- 医療機器の適正使用
 - CT実施率分析

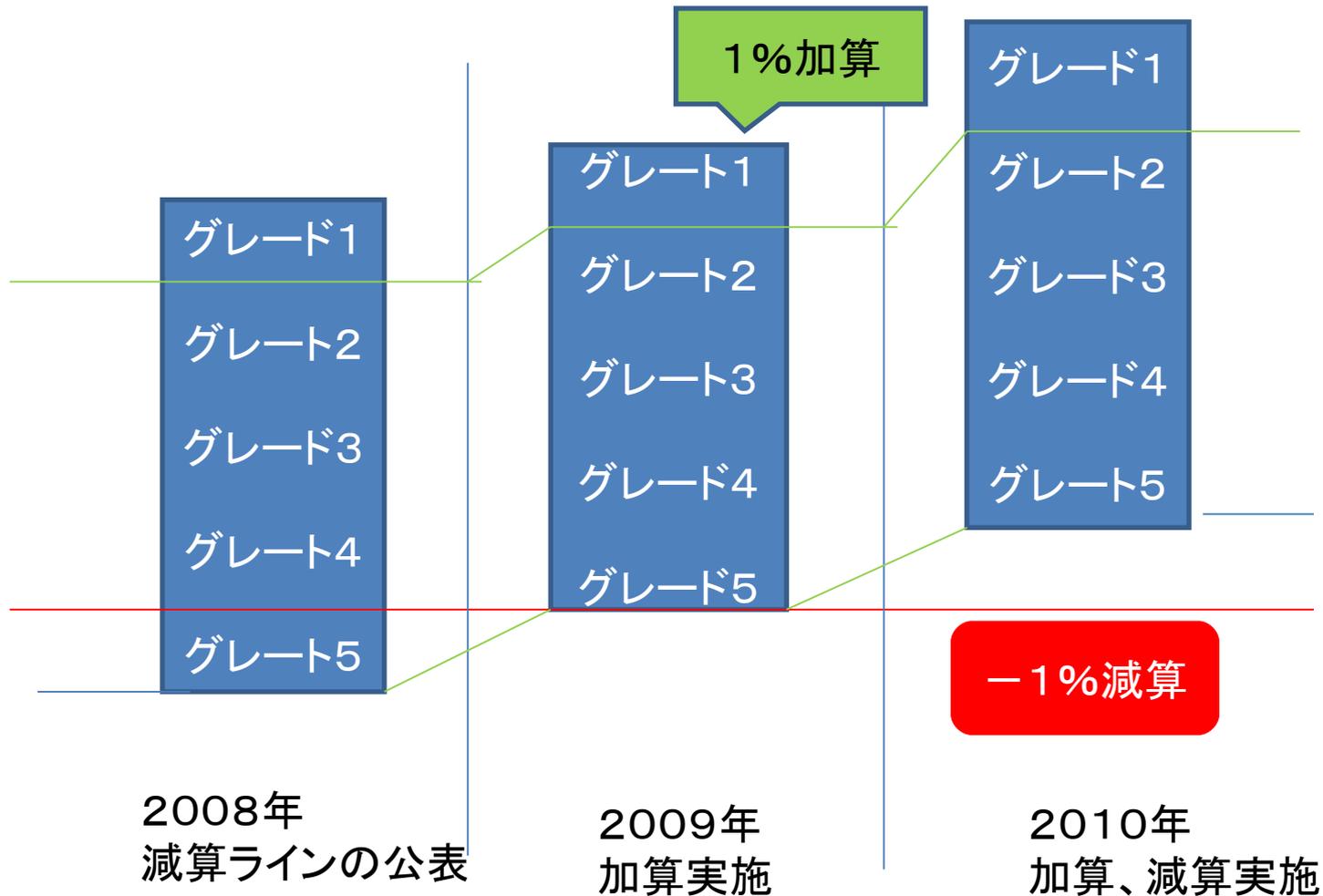
韓国版P4P

2007年からP4Pのパイロットプロジェクト
(HIRA-Value Incentive Program)を42の
急性期病院でスタートさせた。国際的
にも急性心

韓国P4P評価指標

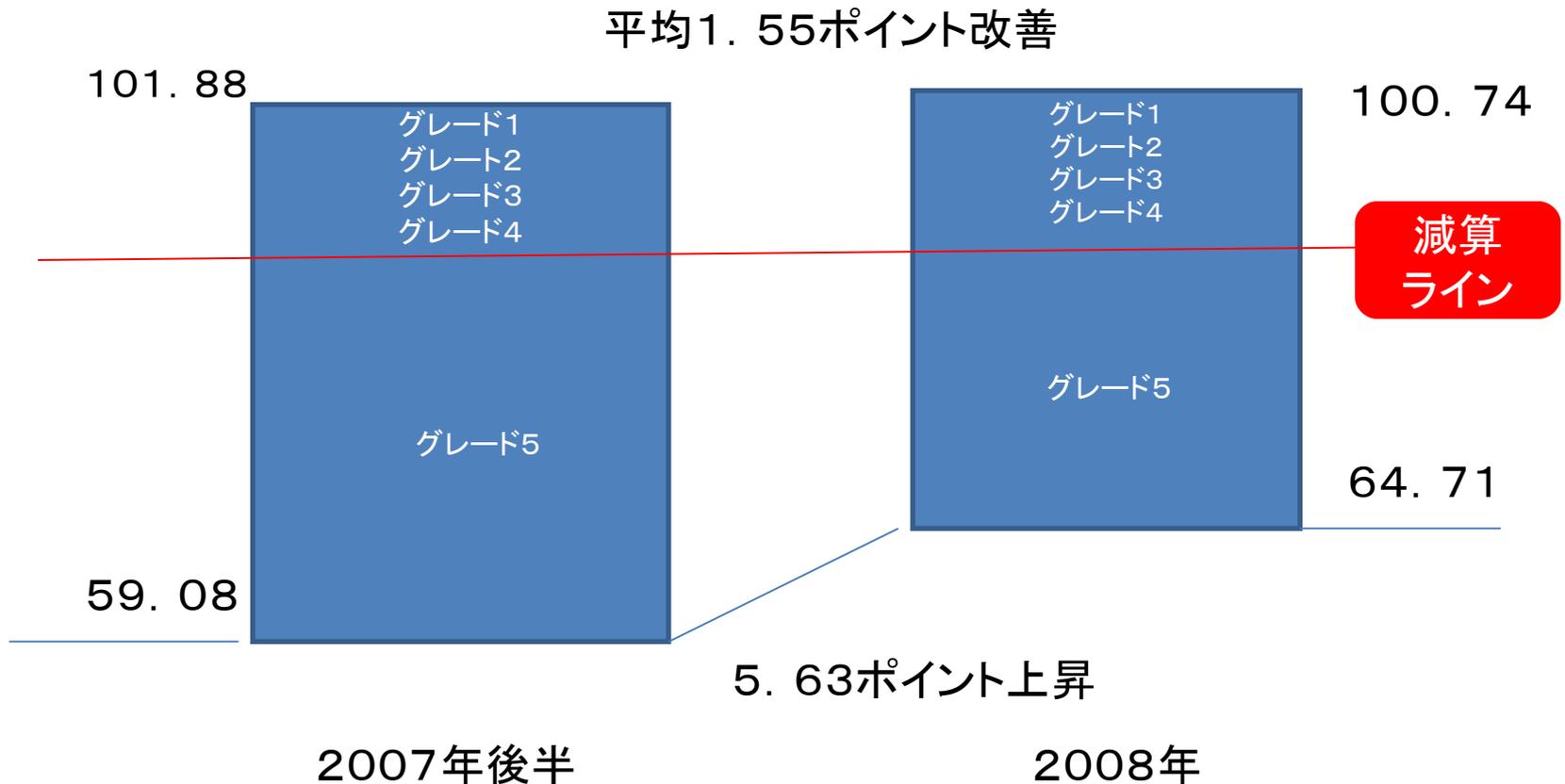
- 急性心筋梗塞
 - 急性心筋梗塞診療件数
 - PCIまでの時間
 - 入退院時のアスピリンやβブロッカー投与率
 - 入院中死亡率
- 帝王切開
 - リスク調整した帝王切開率
- これらの指標で病院をランク付け(グレード1~5)

韓国P4Pの加算・減算方式



急性心筋梗塞P4Pスコア

- スコア改善



韓国版P4P

- 急性心筋梗塞
 - 罹患率や死亡率が韓国内で増加していること、先進各国のP4Pの指標であること
 - 急性心筋梗塞診療件数、PCIまでの時間、入退院時のアスピリンやβブロッカー投与率、入院中死亡率など
- 帝王切開
 - 韓国の高い帝王切開率は、情報開示だけでは是正できないとの考えたから
 - リスク調整後の帝王切開率

今後の韓国版P4Pの予定

- 2011年からは対象病院数を360病院に拡大
- さらにグレードを5段階から9段階に精緻化
- インセンティブも1%から2%に増加させてP4Pを実施予定
- 脳卒中や予防的抗菌剤投与などの領域に拡大して行う予定

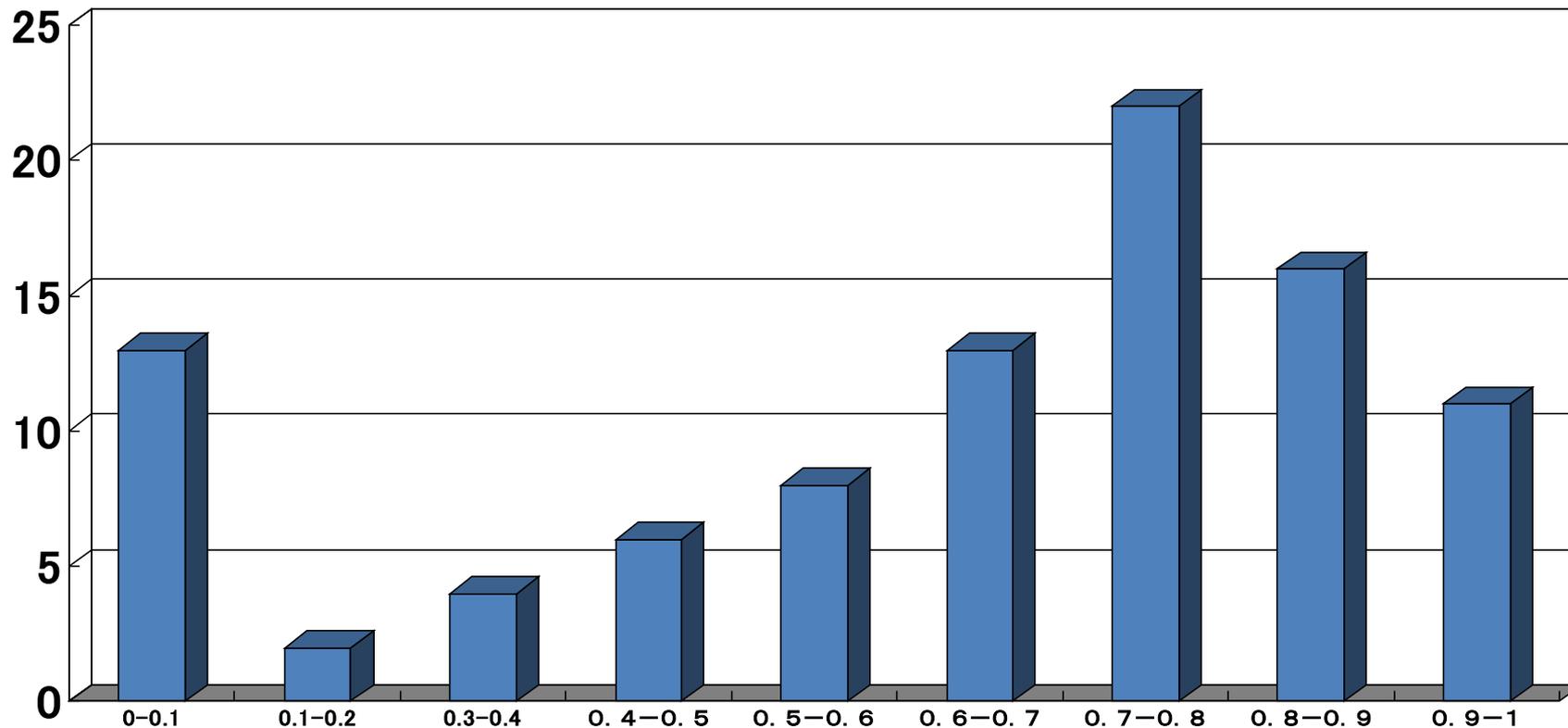
日本への応用可能性

DPCデータベースから P4P指標を検証する

- 急性心筋梗塞
 - 来院時のアスピリン処方率
 - 来院時のβブロッカー処方率
 - 来院より120分以内のPTCA施行率
- CABG
 - 手術終了時間から48時間以内の予防的抗菌剤の投与中止
- 市中肺炎
 - 初回の抗菌剤投与前の血液培養実施
- 人工関節置換術
 - 手術終了時から24時間以内の予防的抗菌剤投与中止
 - 前回退院後、30日以内の再入院率

AMI(緊急入院)入院初日 アスピリン投与率

病院数



実施率(95病院、2006年)

(株)メデイカルアーキテクト【ヒラソル】

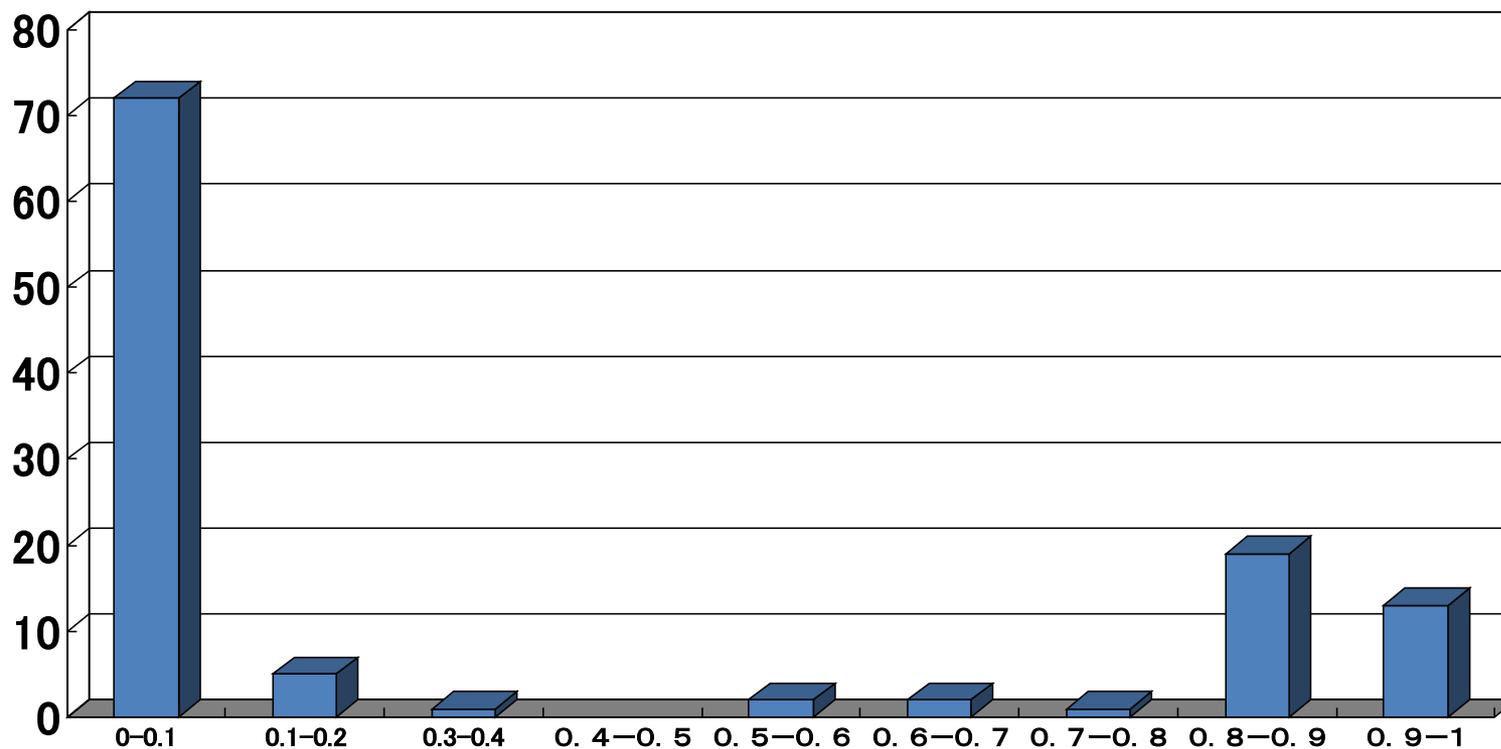
周術期の抗菌剤使用

CDCガイドライン

- 周術期の抗菌剤の予防的投与
- 投与方法のガイドライン
 - 皮膚切開開始2時間前投与
 - 3時間以上手術には術中追加投与
 - 術後投与は無菌手術であれば基本的に必要ない
- 手術種類による投与
 - 汚染手術、非汚染手術
- 無菌手術における抗菌剤の術後投与中止
 - DPCデーターから分析する

人工関節置換術後24時間以内 抗菌剤投与中止率

病院数



実施率(88病院 2006年)

(株)メディカルアーキテクツ【ヒラソル】

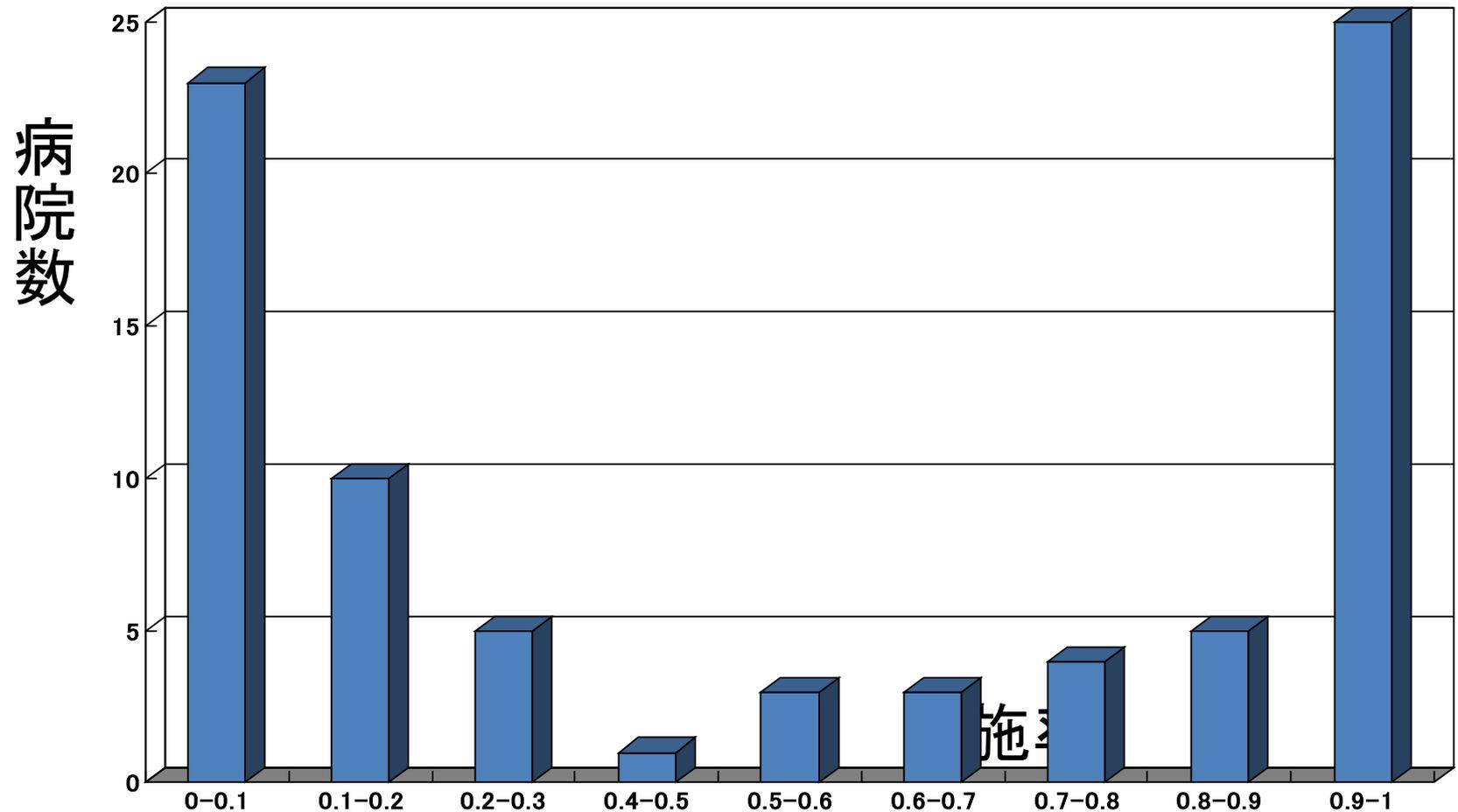
CDCガイドライン

不必要な膀胱留置カテーテル

- CDCガイドラインでは、不必要な膀胱留置カテーテルの挿入はしないように薦めている
- ソケイヘルニアのような日帰りでも可能なマイナー手術で、短時間に手術が終了するものに関しては、膀胱留置カテーテルを挿入しない。

膀胱留置カテの挿入は病院によってばらばら

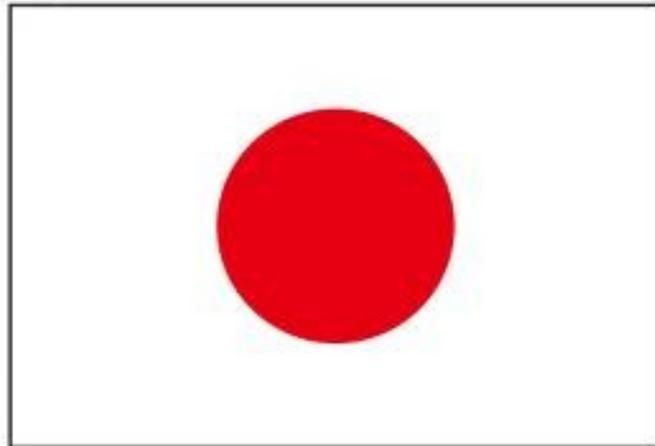
◆鼠径ヘルニア(15才以上) 膀胱留置カテーテル使用



2006年度 83病院のデータ

(株)メディカルアーキテクト「girasol」による分析

パート2
日本版P4P



08年診療報酬改定
回復期リハビリテーション病棟に
対する質の評価の導入

回復期リハビリに対する 質評価導入の基本的な考え方

- 今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

回復期リハビリテーション 病棟入院料への質評価の導入

- 「回復期リハビリテーション病棟入院料」
 - 「入院料1」、「入院料2」
- 「入院料1」の算定要件に、以下の医療の質成果指標を導入
 - 日常生活自立度の尺度となる「日常生活機能評価」の点数が10点以上の重症患者が、新規患者の15%以上
 - 退院患者のうち、他の医療機関への転院等を除く在宅などへの復帰割合が60%以上
 - 「重症患者回復病棟加算」（入院料1）（50点）の新設
 - 入院料1算定病棟で、重症患者の30%以上の日常生活機能が退院時に3点以上改善した場合

【重症者回復加算】 50点(1日につき)

- [算定要件]
 - 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること
- [施設基準]
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること
- 入院時と退院時の日常生活機能の改善率に着目した回復期リハP4P

日常生活機能評価

- 回復期リハ病棟入院料1における重症患者とは
 - 重症患者とは入院時に10点以上の患者
- 回復期リハ病棟入院料1における重症患者回復加算の施設基準とは
 - 重症患者の30%以上が退院時に日常生活機能評価で3点以上改善している

リハビリP4Pに対する意見

- 「世界的にP4Pの動きは見られるが、パフォーマンスの指標の中心はプロセス評価でありアウトカム評価は少数であり、アウトカム評価は難しいというのが趨勢である。」
- 「加えて、アウトカム評価はこれまでわが国の診療報酬支払いには無かった概念である。ゆえに、あくまでも『試行的』に実施されるのであって『検証』をしっかりとやることを確認したい」
- 08年2月1日の中医協総会で、遠藤久夫委員（医療経済学）



09年中医協特別調査の結果

- 特別調査
 - 09年7月1日現在で回復期リハ入院料を算定していた全病院(1011病院)を対象に実施し、501病院から回答を得た(有効回収率49.6%)
- 特別調査結果の速報
 - 在宅復帰率は全体で75.5%で70%を上回った
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定病棟からの退院患者の在宅復帰率
 - 全体で75.5%と、要件で求められている60%を15.5ポイント上回った。
 - 入院料1の在宅復帰率は、重症患者回復病棟加算を算定している場合が75.7%、同加算を算定していない場合が76.0%。
 - 入院料2では、4月以降に算定を開始した場合が73.3%、3月以前から算定を継続している場合が70.4%で、いずれも7割を超えた。
 - 重症患者割合も15%を上回った
 - 入院料2の算定病棟に新規入院した重症患者の割合は、昨年3月以前から算定を継続している病棟では16.5%で、質の評価が導入された4月以降に算定を開始した病棟の27.2%で、いずれも算定要件の15%を上回った。
 - 厚労省の見解
 - 「質の評価導入後の方が重症度が軽ければ、軽症患者を選別していると想定されるが、そういう結果は出なかった」

介護P4Pへ



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

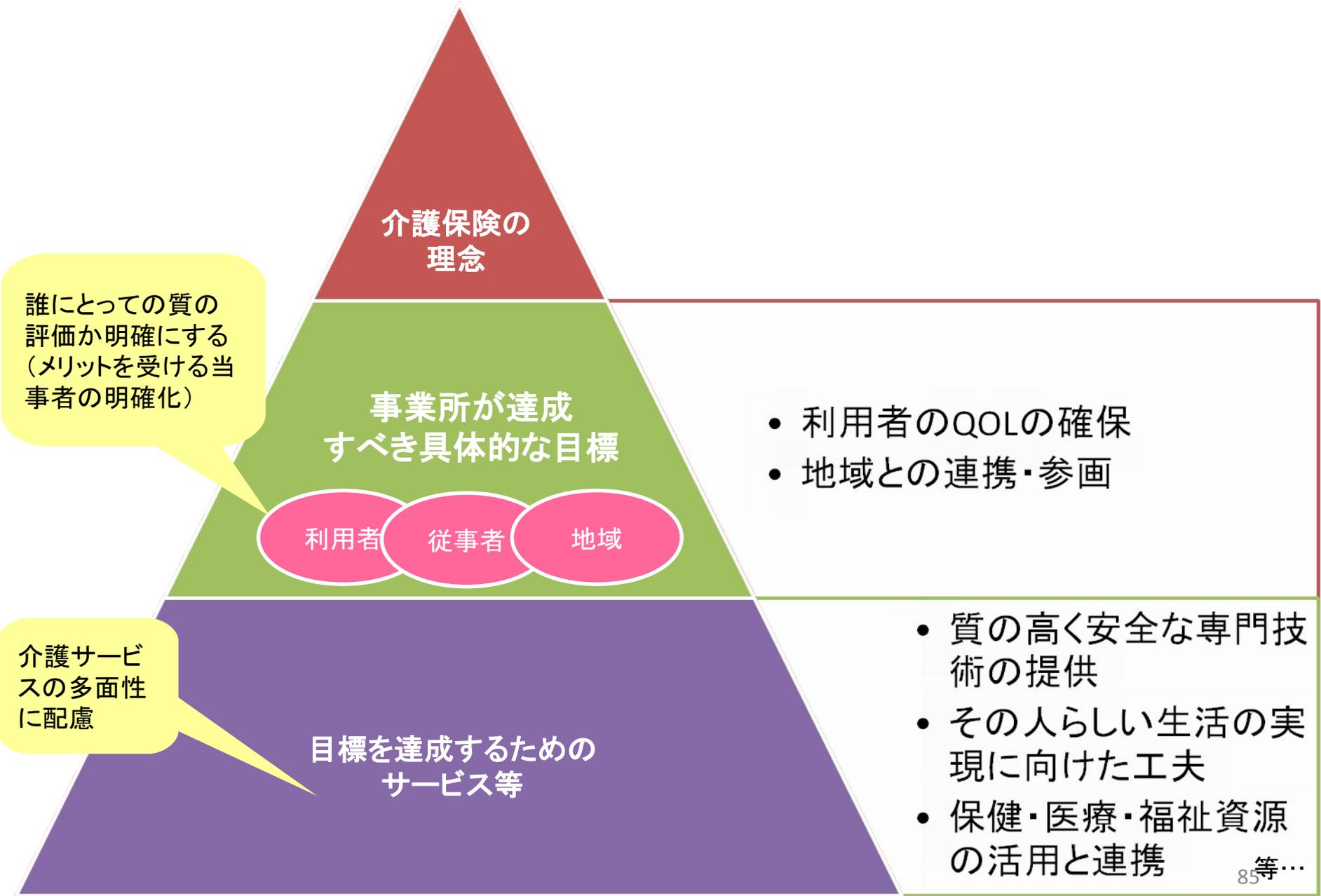
「介護サービスの質の評価の在り方に係る検討 に向けた事業」検討委員会

- 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(基本的なイメージ)



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

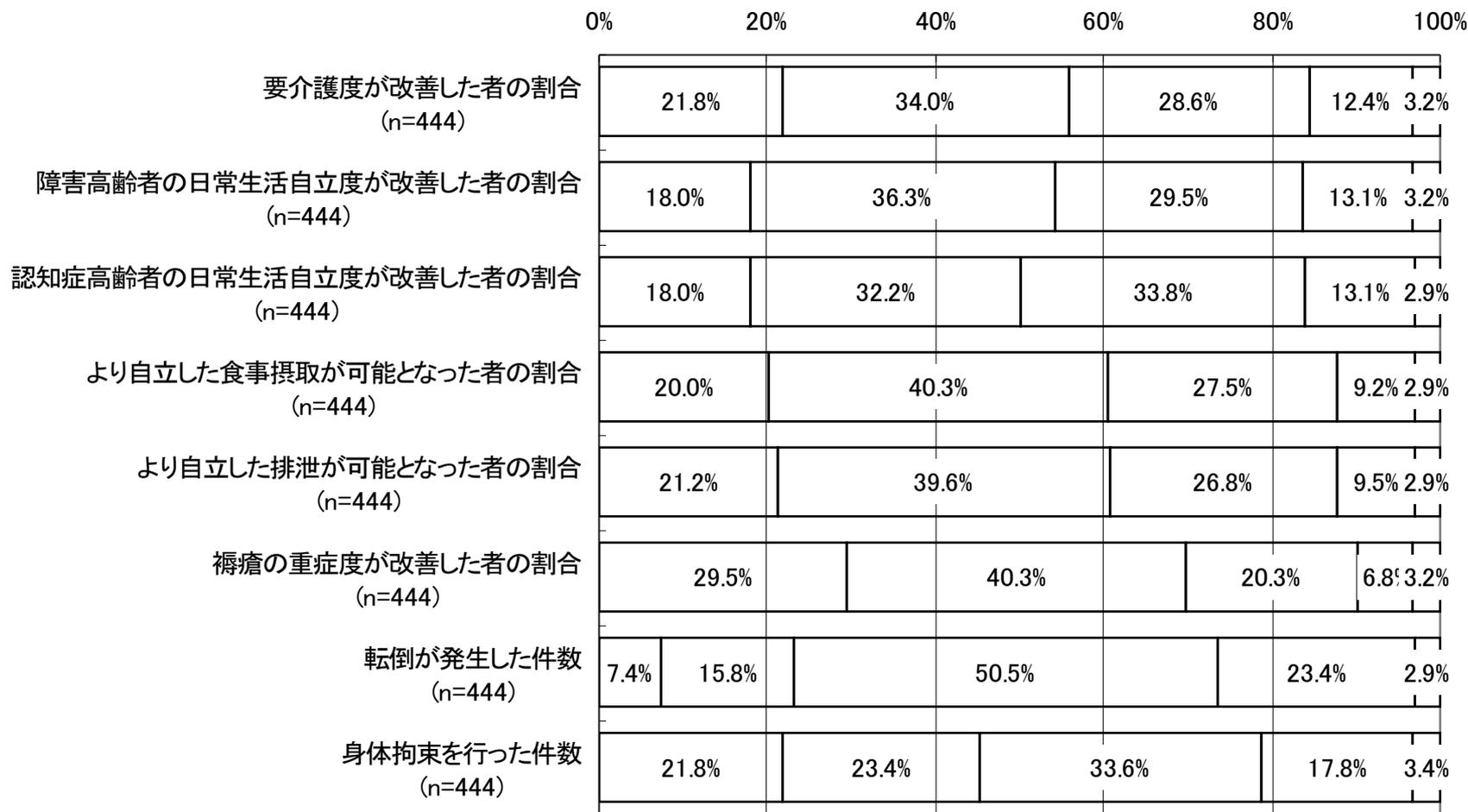
平成22年度調査

- 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

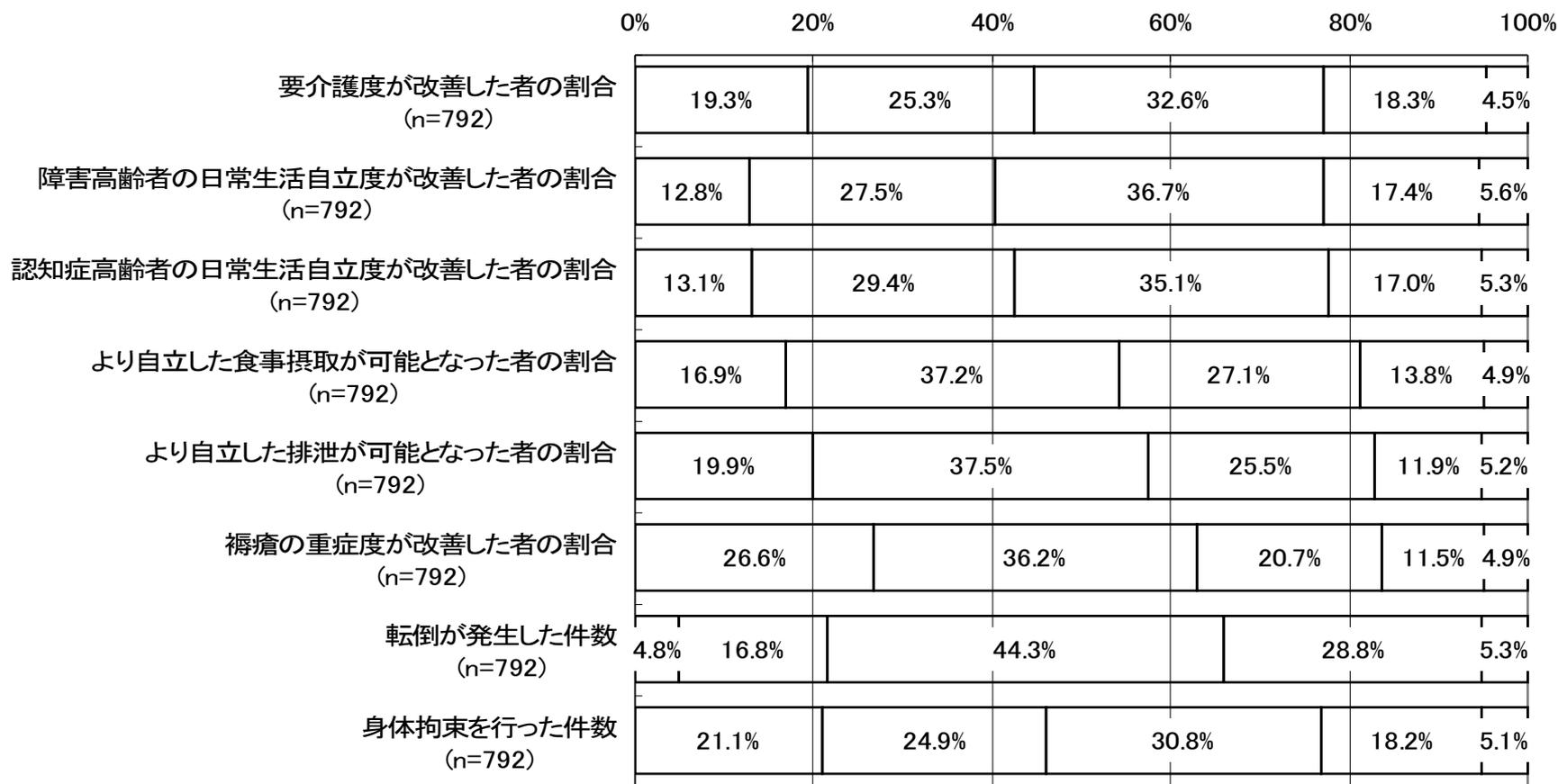
- 調査時期
- 調査方法
- 回答
 - 老人保健施設 444施設(回収率37.0%)
 - 特別養護老人ホーム 792施設(回収率39.6%)

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

入所者のアウトカム指標調査

- 老健は3ヶ月及び5ヶ月間、特養では5ヶ月間のインターバルを置いて同一利用者の状況変化を把握した。

アウトカム指標	老健				特養	
	3ヶ月後		5ヶ月後		5ヶ月後	
	改善 (%)	悪化 (%)	改善 (%)	悪化 (%)	改善 (%)	悪化 (%)
要介護度	2.9	4.1	3.8	6.0	2.8	6.1
認知症高齢者の日常生活自立度	3.6	6.6	3.9	8.1	4.5	8.2
障害高齢者の日常生活自立度	3.1	4.7	2.9	5.7	3.3	7.5
内服薬の種類数	7.4	5.6	10.9	6.4	8.9	7.1
医療的ケアの種類数	2.6	19.2	3.1	19.1	2.9	22.9
えん下	4.3	6.2	5.9	7.3	5.7	10.6
食事摂取	7.0	8.3	9.4	10.4	7.9	12.7
排尿	7.6	7.6	10.6	9.8	6.4	8.5
排便	7.4	7.6	10.6	9.8	6.5	8.3
褥瘡	2.0	2.0	2.2	2.1	2.2	3.0
転倒の発生回数	6.0	5.2	6.4	5.2	3.5	4.7
身体抑制の発生回数	1.0	0.9	1.1	0.9	0.8	0.8

介護P4P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
- 要介護認定と介護レセプトの個票レベルで結合したデータベースが必要

質の評価システムの検討に 当たっての留意点

- 利用者や事業者理解され、受け入れられる評価であること
- 質の評価の費用負担について
 - 質評価のためのデータ収集コスト、外部評価を実施する時の費用負担
- PDCAサイクルによる継続的な質改善プロセスの必要性
- P4PとP4R
 - P4Pの全段としてまず質レポートを報告することにインセンティブを与えるP4R (Pay for Reporting)が必要ではないか？

質の評価システムの検討に 当たっての留意点

- 金銭的インセンティブ以外の質向上の誘導策について
 - 情報公開、表彰制度、質改善につなげる技術支援等
- 地域サービス評価の視点
 - 今回の評価は施設サービス評価が中心であるが、いずれは地域包括ケアシステムの全体的な評価も必要である

介護P4P

- ・要介護度の改善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！

パート3

慢性期医療の質評価

2008年報酬改定 療養病棟における質の評価

褥瘡、ADL低下、尿路感染症、身体抑制
を記録することにインセンティブ

Pay for Reporting

療養病棟入院基本料を算定する病棟における 治療・ケアの質の評価の仕組み

- 療養病棟入院基本料を算定する療養病棟については、2008年度診療報酬改定より、「治療・ケアの内容の評価表」として、QI (Quality Indicator)を測定・評価し、病棟に備え付けることとなった
- 治療・ケアに問題のある可能性の患者に対しては、「治療・ケアの確認リスト」に基づいて治療・ケアの内容を確認することが求められている。
- 【治療・ケアの内容の評価表】

		① 該当患者数		③ 継続入院患者数	①÷③	
			②※			②÷③
褥瘡	ADL区分1・2の患者における褥瘡					
	ADL区分3の患者における褥瘡					
ADLの低下（「支援のレベル」の合計点が2点以上増加）						
尿路感染症						
身体抑制						

医療療養病床の質評価

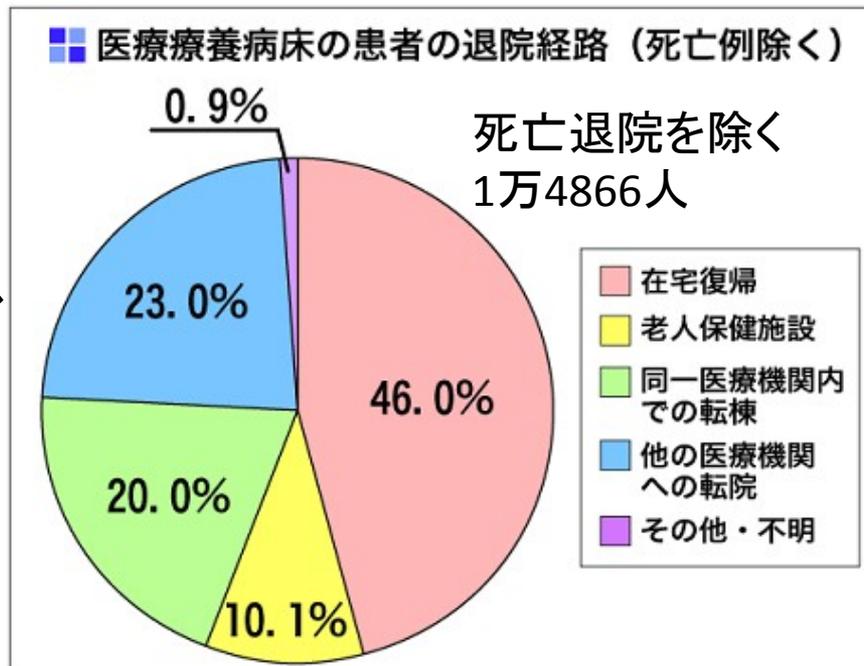


- 日本慢性期医療協会（武久洋三会長）
 - 「2010年度診療報酬改定に係る要望書」
 - 在宅復帰率や医療区分の改善率に基づく評価の導入などを求めた
- 「重症病棟の在宅復帰率」
 - 医療区分2-3の患者が8割以上を占める「重症病棟」の在宅復帰率が50%以上の場合には「医療療養病棟1」、50%未満の場合には「医療療養病棟2」として評価するよう要望
- 「医療区分の改善率」
 - 入院から3か月後の1か月平均医療区分が入院から1か月後の平均医療区分より改善している患者の割合が60%以上の場合、「医療区分改善加算」として、入院患者1日1人当たり20点を加算するよう求めた
- 療養病床P4P

医療療養病床の在宅復帰率は46%

— 日本慢性期医療協会 —

- 調査は09年12月11－15日、日本慢性期医療協会の会員833施設を対象に実施し、340施設が回答。
- 09年4月から9月までの6か月間に医療療養病床を入退院した患者について調べた。
- さらに、医療区分2、3の患者が8割以上を占める病棟の在宅復帰率は45.1%、8割未満の病棟では46.4%だった。



グラフ 医療療養病床の患者の退院経路(死亡例除く)

※ 「在宅復帰」は自宅のほか、特別養護老人ホームへの入所なども含む。
(日本慢性期医療協会の資料を基に編集部作成)

平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業(厚労省)

臨床指標を実測し公表する

平成22年度医療の質の評価・公表等 推進事業(厚労省)

- 医療の質の評価・公表等推進事業公募
(2010年6月)
 - 医療分野に関する「医療の質」の向上や情報公開を促進する目的で今年度から実施する「医療の質の評価・公表等推進事業」の参加団体を公募した
 - 10団体から申請があり、国立病院機構、全日本病院協会、日本病院会の3団体が選ばれた。

平成23年度医療の質の評価・公表等 推進事業(厚労省)

- 社会福祉法人 恩賜財団済生会
- 全日本民主医療機関連合会
- 一般社団法人 日本慢性期医療協会

事業で実施すべき内容

- 事業内容

- 臨床指標を選定し、協力病院の臨床データを収集・分析し、臨床指標を用いた医療の質の評価・公表を行い、評価や公表に当たっての問題点の分析等行う

- (1) 臨床指標に係る情報を収集・分析する人材の確保
 - (2) 臨床指標を用いた医療の質の評価を行うためのア. からウ. までに掲げる事項

臨床指標の選定と実測と公表

- 10以上の臨床指標を選定すること。なお、選定する指標は全てプロセス指標又はアウトカム指標とし、患者満足度に関する指標以外のアウトカム指標を2以上含むこと。
- 評価した各協力病院の数値の公表。なお、公表にあたっては以下の点に留意すること。
 - ア. 評価したものについては逐次速やかに公表すること。
 - イ. 各協力病院ごとに個別に公表するのではなく、団体事務局においてまとめて団体ホームページ等のインターネット上に掲載すること。
 - ウ. (2)ウ. で評価した指標のうち、少なくとも5以上の指標については、各協力病院ごとの数値を公表すること。また、特段の問題がない限り全ての指標についても各協力病院ごとの数値を公表すること。

臨床指標の測り方

- 臨床指標の選び方

- アウトカム指標もしくはアウトカムに影響を与えるプロセス指標であること
- 定義が明確であること
- データ収集が比較的容易であること
- 医療の質指標としての代表性が高いこと
- 標準的な成績が目安としてあわせて提示できることと(施設間比較ができること)
- 改善への努力が反映されやすいこと
- 卓越した事例(ベストプラクティス)を示せること

臨床指標の測り方

- 臨床指標の測り方

- 疾病別に計測

- DPC分類、DRG分類など
 - K、Jコード分類
 - 標準化した分類ごとに計測しなければ比較できない

- 継続的に計測

- 経時的比較

- グループ病院で計測

- ベンチマークができる

臨床指標の公開と利用

- 結果公表の方法
 - グループ病院で比較結果を公表
 - ランキング公表
 - いよいよホスピタル・レイティングの時代に入る
- 結果の公開と利用
 - 医療機能評価に利用
 - 医療監査に応用
 - 病院のパフォーマンス評価の一環として利用
 - 病院管理会計やバランススコアカードに応用
 - グループ病院の予算配分に応用
 - 病院ベンチマークに応用
 - ベストプラクティスを示せる
 - 情報公開によって、より良い医療結果が何かがわかり、その結果に向けて医療の質が
収れんすることが期待
 - それぞれの病院がポジショニングを知り、改善への努力を行う
 - 診療報酬制度への応用
 - DPCにおける調整係数への応用
- 日本版P4Pへの応用

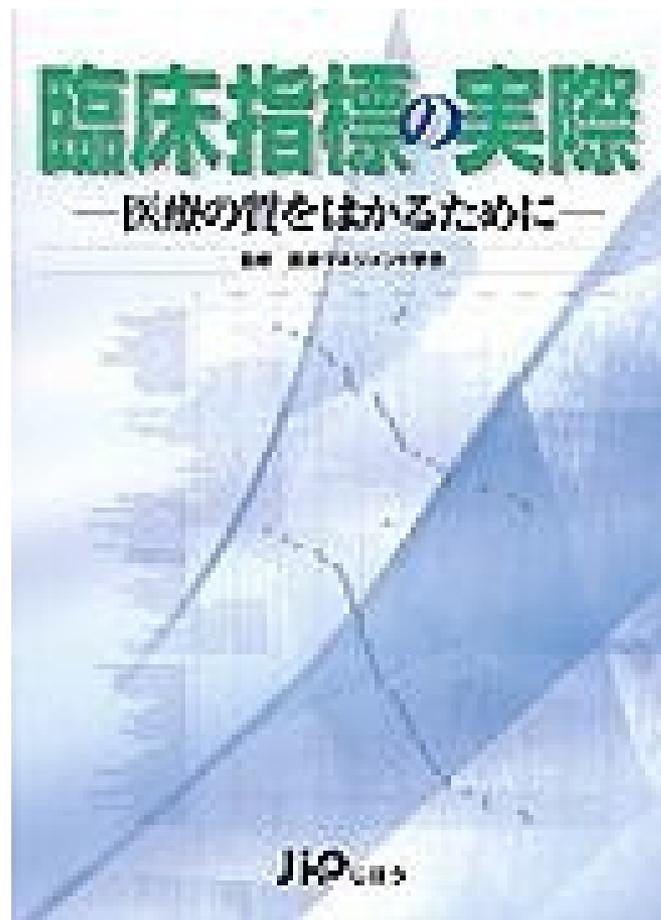
まとめ

- ・21世紀は医療の質評価と説明責任の時代
- ・医療の質を表す臨床指標に注目しよう
- ・病院のマネジメントに臨床指標を活用しよう
- ・医療の質に基づく支払い方式(P4P)に着目しよう

「臨床指標の実際」

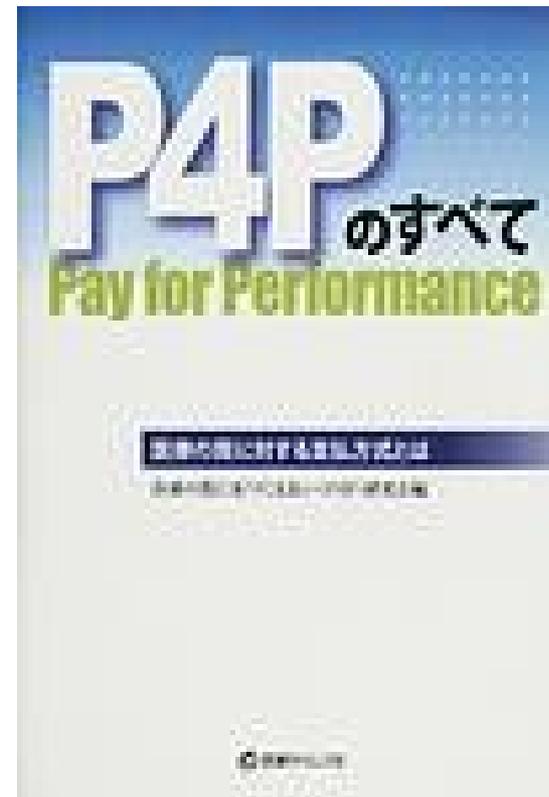
日本医療マネジメント学会監修

- 臨床指標の実際
医療の質をはかるために
- 医療マネジメント学会
／監修
- じほう 2005年8月
- 臨床指標のすべてが分かる！



P4P研究会編「P4Pのすべて」

- P4P研究会 編
医療タイムス社 版
2007年12月 発行 ページ
229P サイズ A5ソフトカバー
2,940円
- ・P4Pは医療をどのように変えるか
- ・病院経営の視点から見たP4P
- ・看護とP4P
- ・日本版P4Pへの期待と不安
- ・英米のp4P臨床指標(資料編)



P4P研究会編(武藤ら)

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