


An aerial photograph of Tokyo, Japan, showing a dense urban landscape with numerous skyscrapers and buildings. The Tokyo Tower is visible on the left side. The title text is overlaid on the image.

# 地域包括ケア時代を生き抜く 介護サービスの質評価システム



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  
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院

2月5日(日)10:00~15:00見学会

2月13日(月)新装オープン!

# 目次

- パート1
  - 社会保障・税の一体改革と医療計画見直し
- パート2
  - 医療計画見直しと在宅医療
- パート3
  - 2012年診療報酬改定と在宅医療
- パート4
  - 2012年介護報酬改定と地域包括ケア
- パート5
  - 在宅末期ケア
- パート6
  - P4Pとは
- パート7
  - 日本版P4P
- パート8
  - 介護サービスの質評価と介護P4P
    - 介護施設評価、通所ケア評価

# パート1

## 社会保障・税の一体改革



～2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの  
『正念場』が始まる～

# 社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は・・・  
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

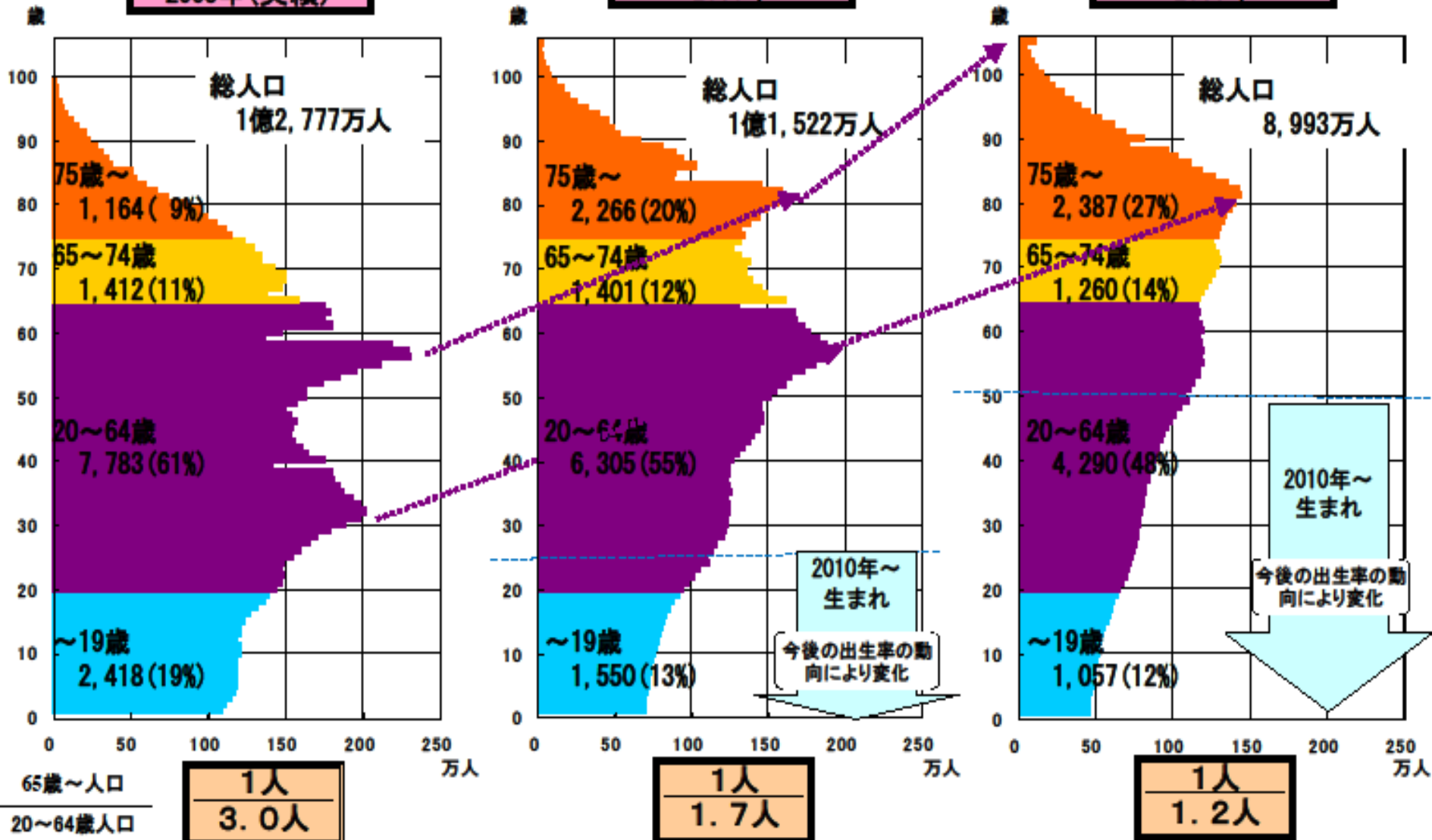
# 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。

2005年(実績)

2030年

2055年



注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

# 団塊の世代の少年時代は「3丁目の夕日」

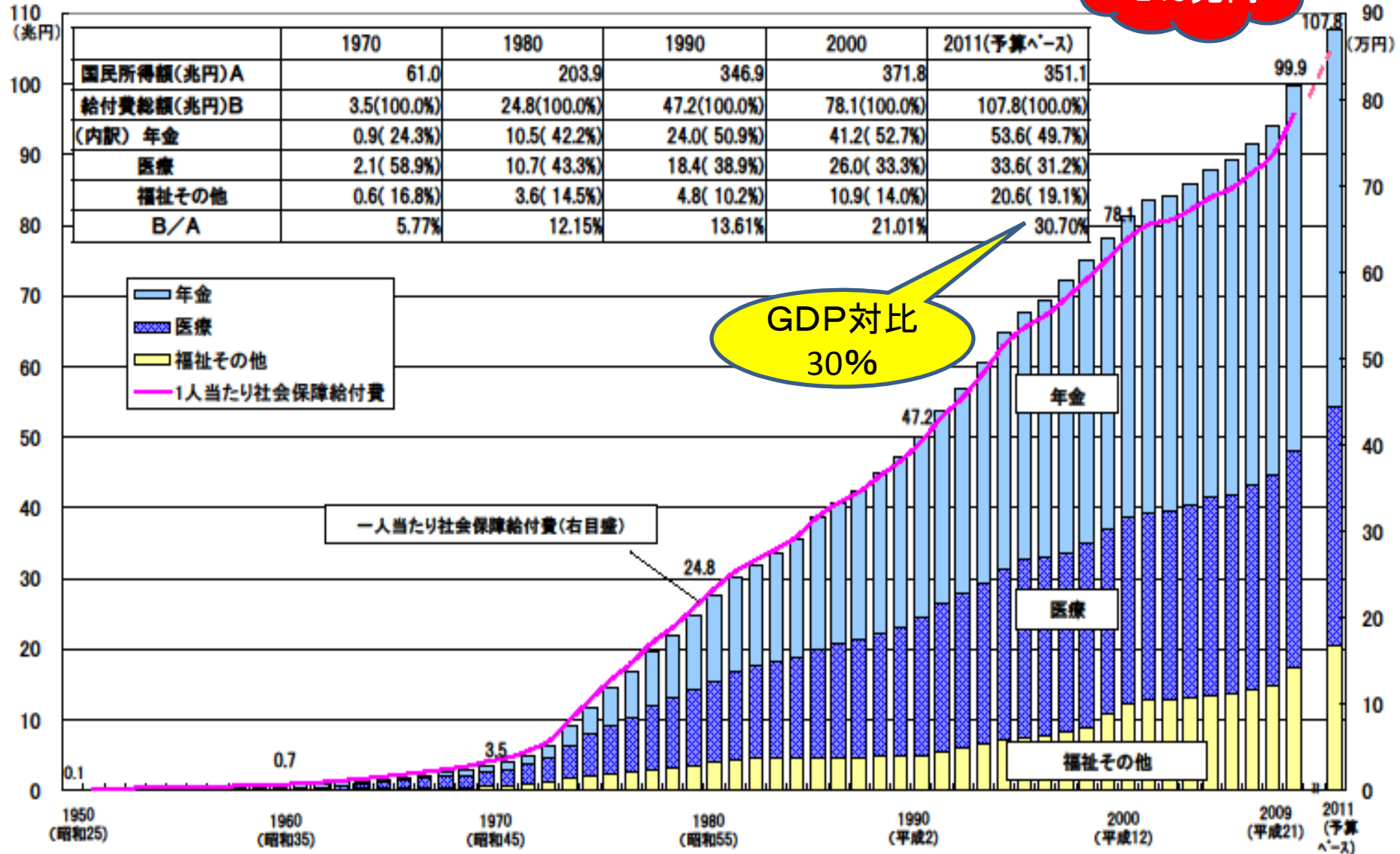
ALWAYS  
三丁目の夕日

日本テレビ 全国放送 連続ロードショー

制作：日本テレビ・東宝プロダクション / 脚本・演出：土井裕貴 / 監修：土井裕貴 / 音楽：久石让 / 衣装：山本由加里 / 美術：大友啓介 / 編集：高橋信 / 効果：大友啓介 / 監査：大友啓介 / 宣伝：大友啓介 / 制作：ALWAYS（日本テレビ）制作委員会 / <http://www.always3.jp>

# 社会保障給付費の推移

2025年  
140兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

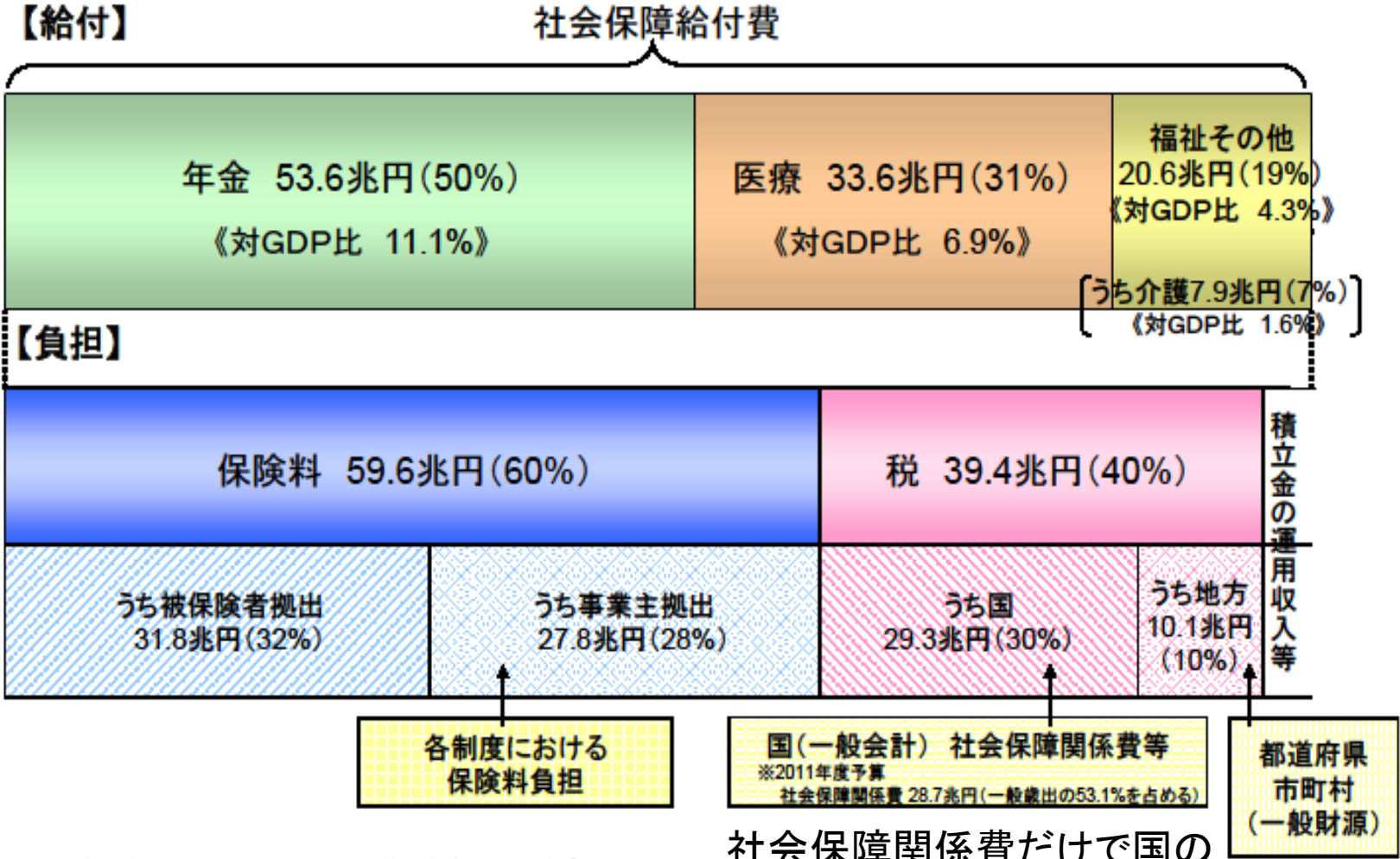
2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。



# 社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

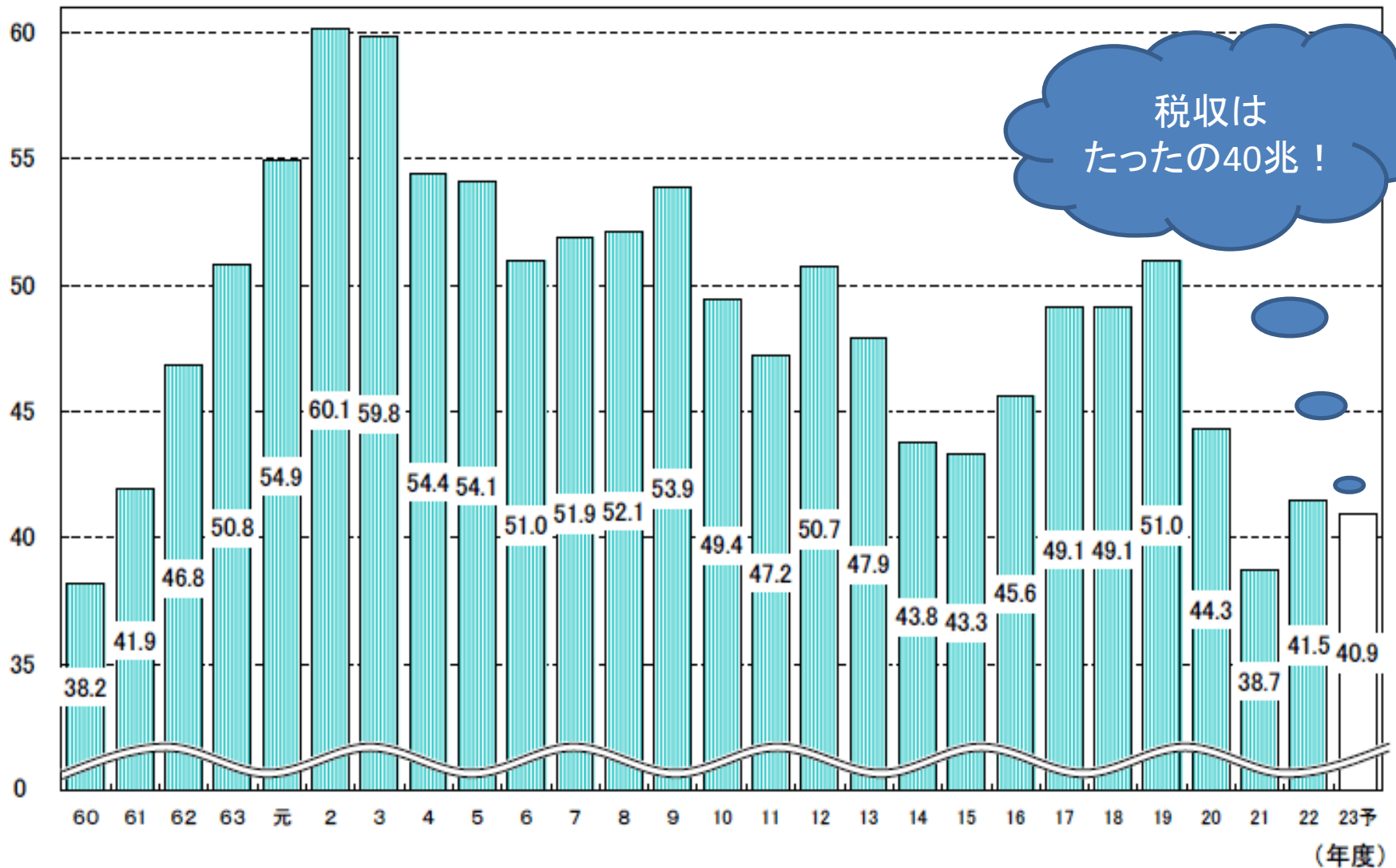


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の  
一般歳出の53%を占めている

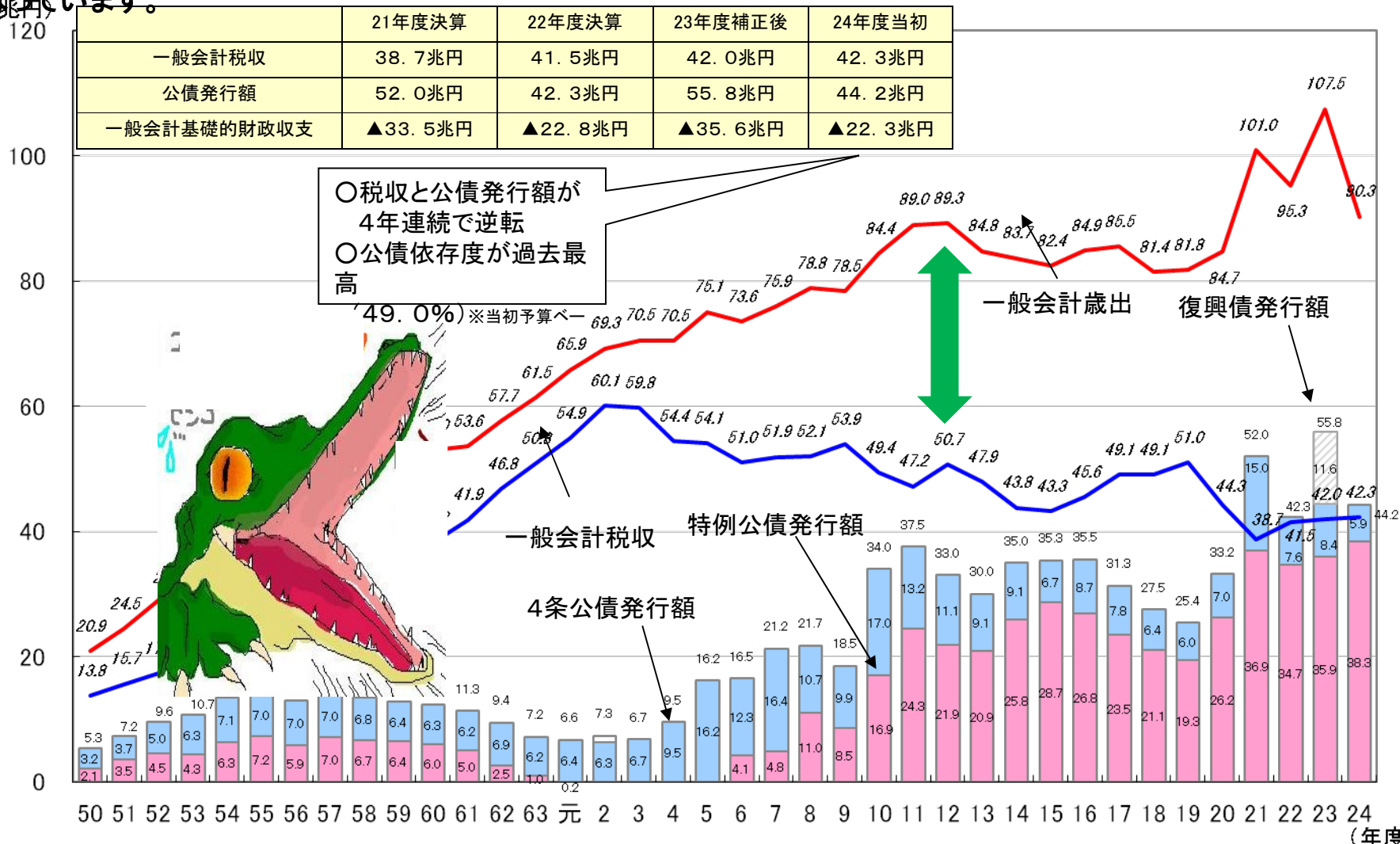
# 一般会計税収の推移

(兆円)



# 一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移 財政健全化の必要性②

社会保障関係費の増加等により、歳出は増加傾向にあり、90兆円を超える規模となっています。一方、税収については、景気の低迷等を背景に、ピークの平成2年度の2/3程度の40兆円にまで落ち込んでおり、公債発行額を下回るようになってきています。この結果、歳出と税収の乖離は大きくなっており、グラフの形がまるで「ワニの口」のようになっています。



(注1) 平成22年度までは決算、23年度は4次補正後予算、24年度は政府案による。

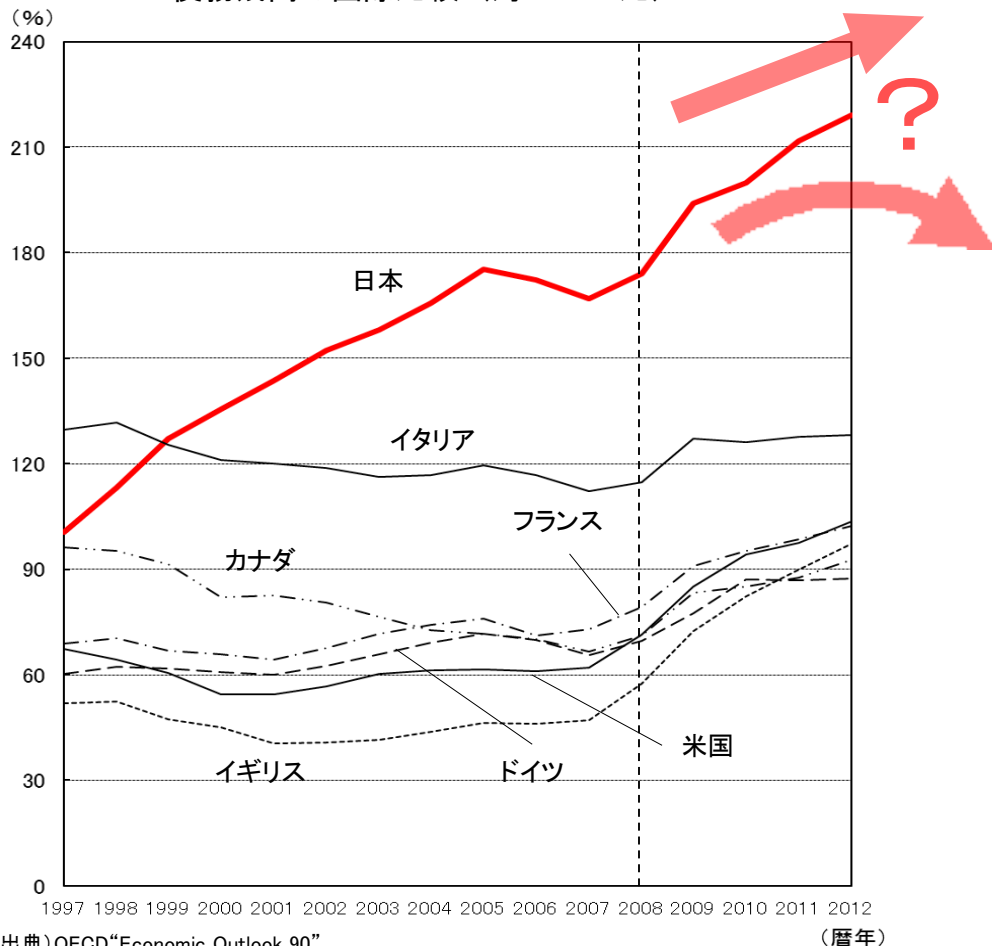
(注2) 平成2年度は、湾岸地域における平和回復活動を支援するための財源を調達するための臨時特別公債を約1.0兆円発行。

(注3) 平成23年度は、東日本大震災からの復興のために平成23年度～平成27年度まで実施する施策に必要な財源について、復興特別税の収入等を活用して確保することとし。

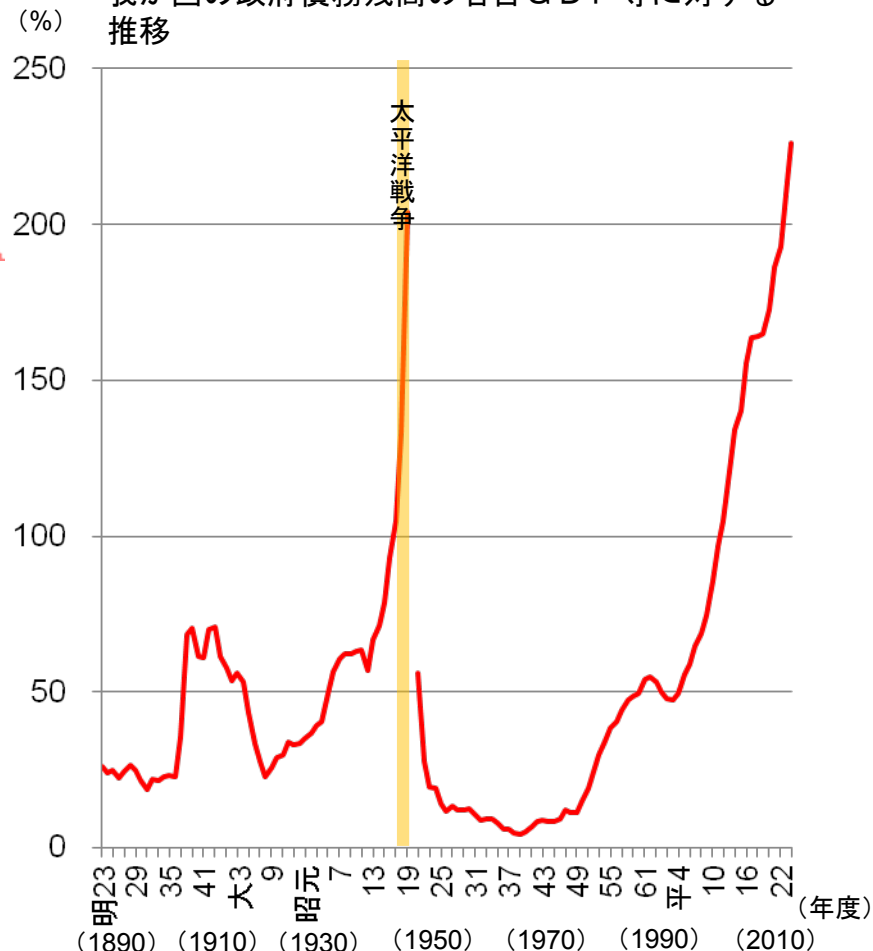
# 政府債務残高の現状

我が国の財政は、毎年の多額の国債発行が積み重なり、国際的にも歴史的にも最悪の水準にあります(太平洋戦争末期と同水準)。欧州諸国のような財政危機の発生を防ぐために、GDP(返済の元手)との対比で債務残高が伸び続けないう、収束させていくことが重要です。

債務残高の国際比較 (対GDP比)



我が国の政府債務残高の名目GDP等に対する推移



(出典) OECD "Economic Outlook 90" (暦年)  
 (注) 国際比較のため、債務残高の値は国民経済計算の体系(SNA)に基づく一般政府ベースのものを使用しており、

(出所) 債務残高は「国債統計年報」(国債及び借入金現在高)等  
 GDPは「日本長期統計総覧」(国民経済計算)等

# 消費増税法が成立

そしてついに増税！

しかし、  
その前になすべきことは？  
社会保障制度改革！

# 社会保障・税の一体改革

# 医療・介護サービス提供体制の見直し

## 【子ども・子育て】

### 潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒	241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	⇒	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2008年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

※平成29年(2017年)には118万人(4.4%)

### 地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所	⇒	10000か所 (市町村単独分含む)
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

## 【医療・介護】

### 2011年度

### 2025年度

	2011年度	2025年度
【医療】		
病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度	【高度急性期】 22万床 15～16日程度
	<b>一般病床 107万床</b>	【一般急性期】 46万床9日程度
		【亜急性期等】 35万床 60日程度
医師数	29万人	32～34万人
看護職員数	141万	195～205万人
在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分
【介護】		
利用者数	426万人	641万人(1.5倍)
		・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減
		・ 入院の減少(介護への移行):14万人増
在宅介護	304万人分	449万人分(1.5倍)
うち小規模多機能	5万人分	40万人分(8.1倍)
うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15万人分(—)
居住系サービス	31万人分	61万人分(2.0倍)
特定施設	15万人分	24万人分(1.6倍)
グループホーム	16万人分	37万人分(2.3倍)
介護施設	92万人分	131万人分(1.4倍)
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))
介護職員	140万人	232万人から244万人
訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分

機能分化して103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

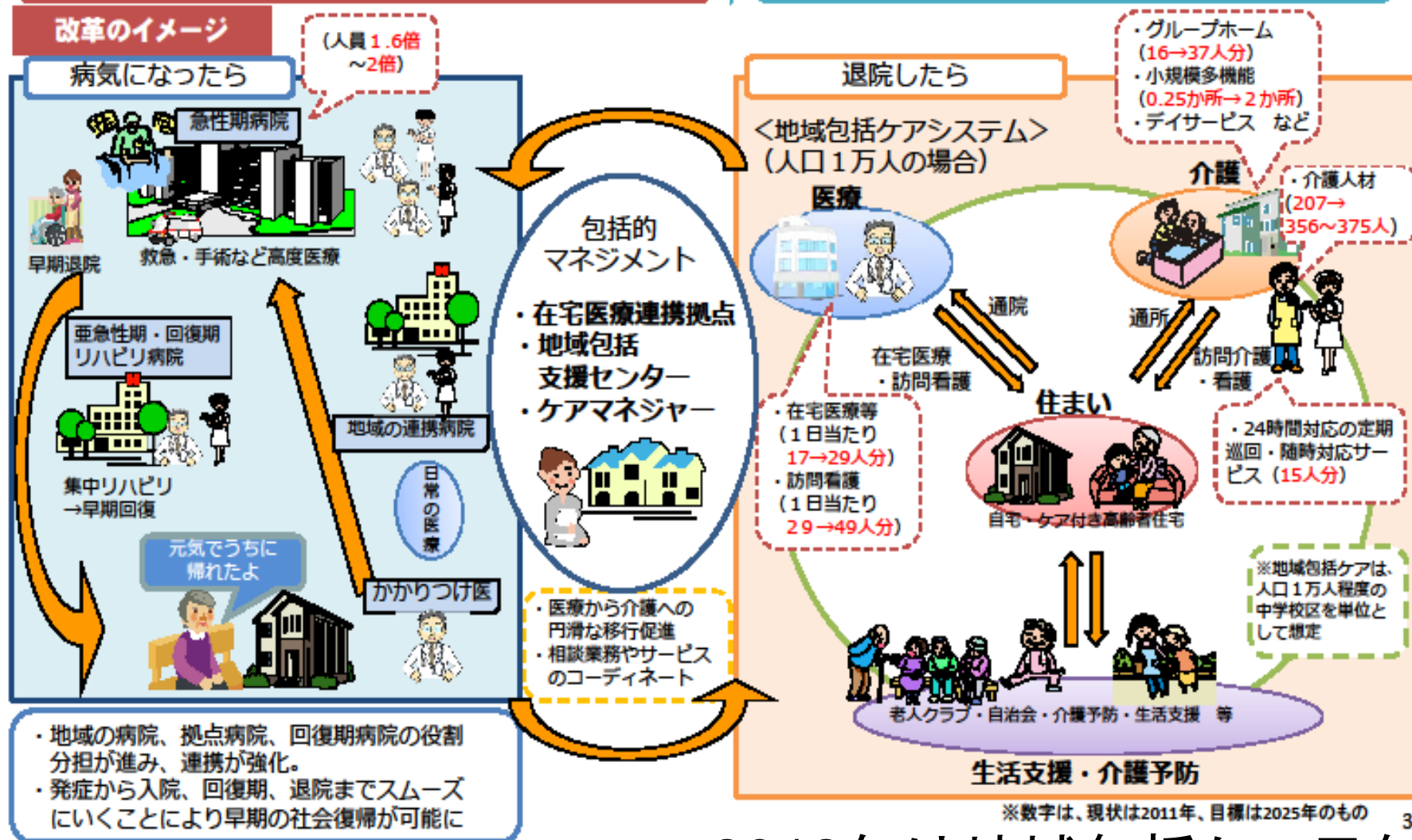
## 改革の方向性 ②

## 医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

### 改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

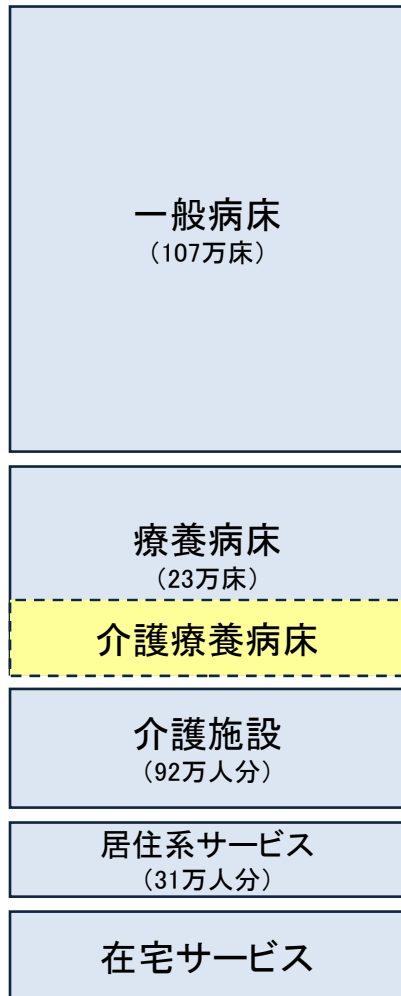
# 医療・介護機能の再編（将来像）

医療・介護の充実①

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



## 【取組の方向性】

### ○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

### ○地域包括ケア体制の整備

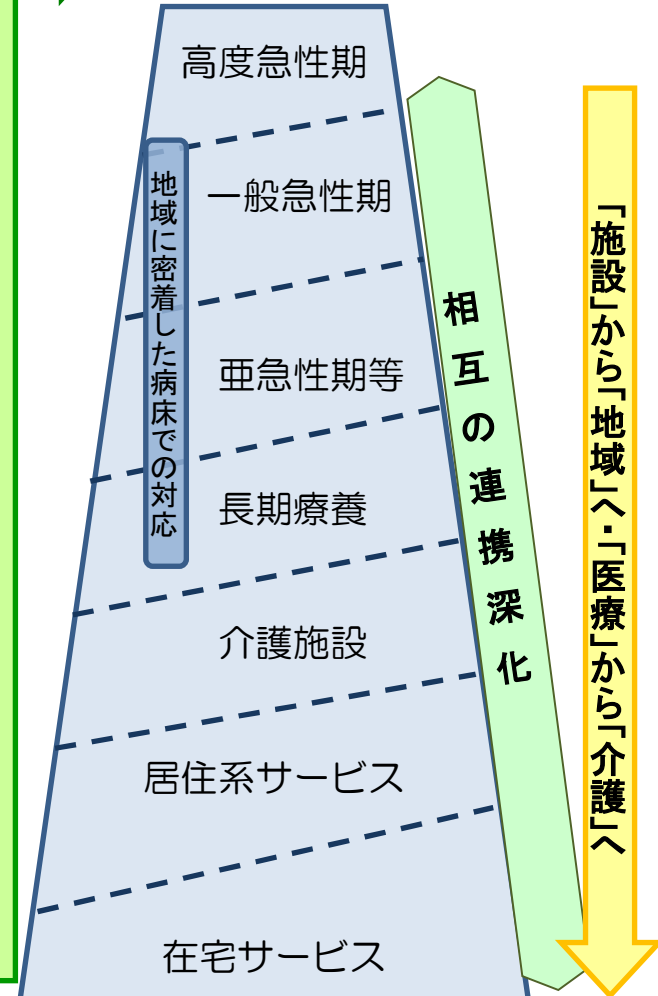
- ・在宅医療の充実
  - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
  - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
  - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
  - ・ケアマネジメント機能の強化 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

## 【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域

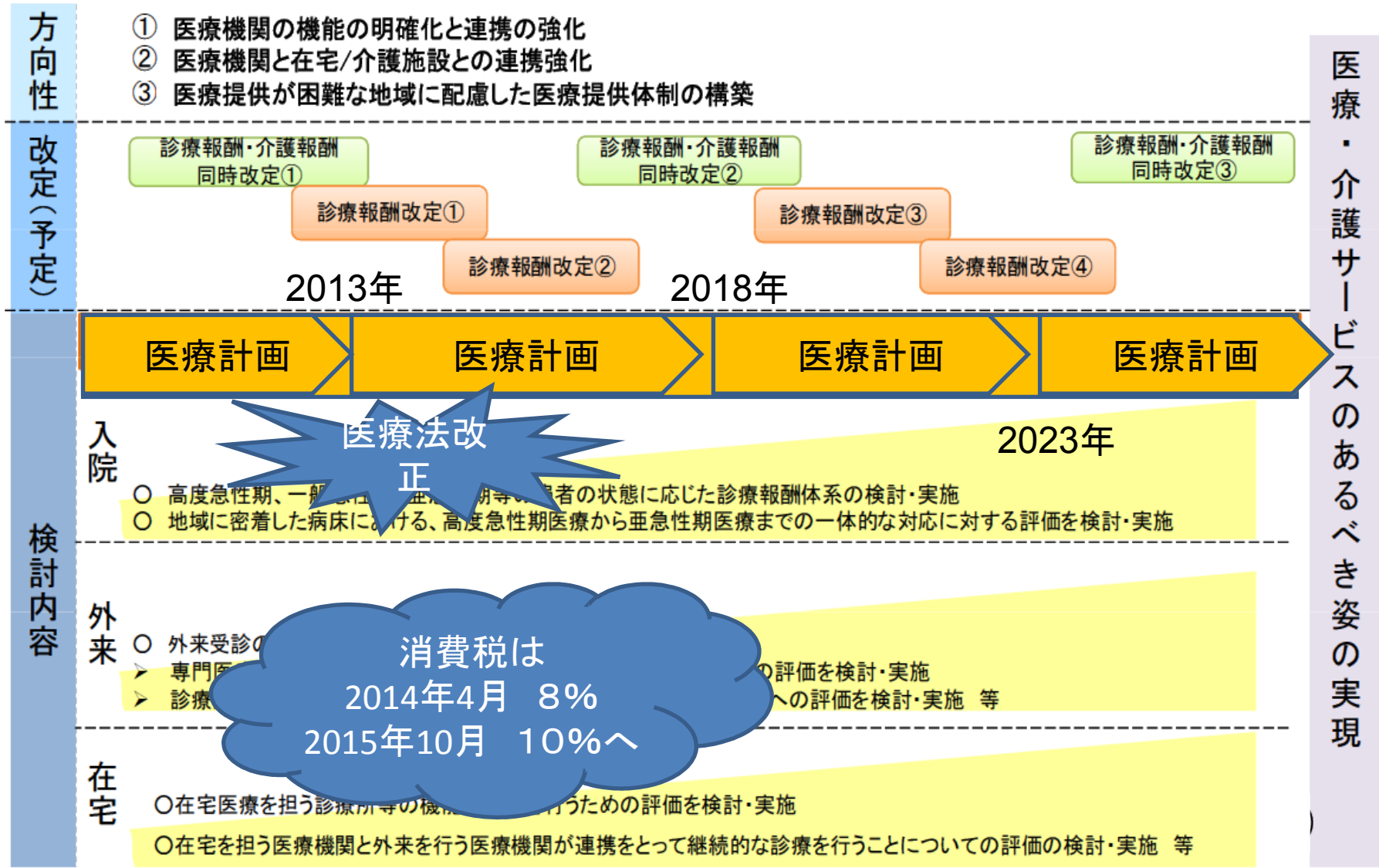


地域での暮らしを継続  
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資



# 診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



# パート2

## 医療計画の見直しと在宅医療

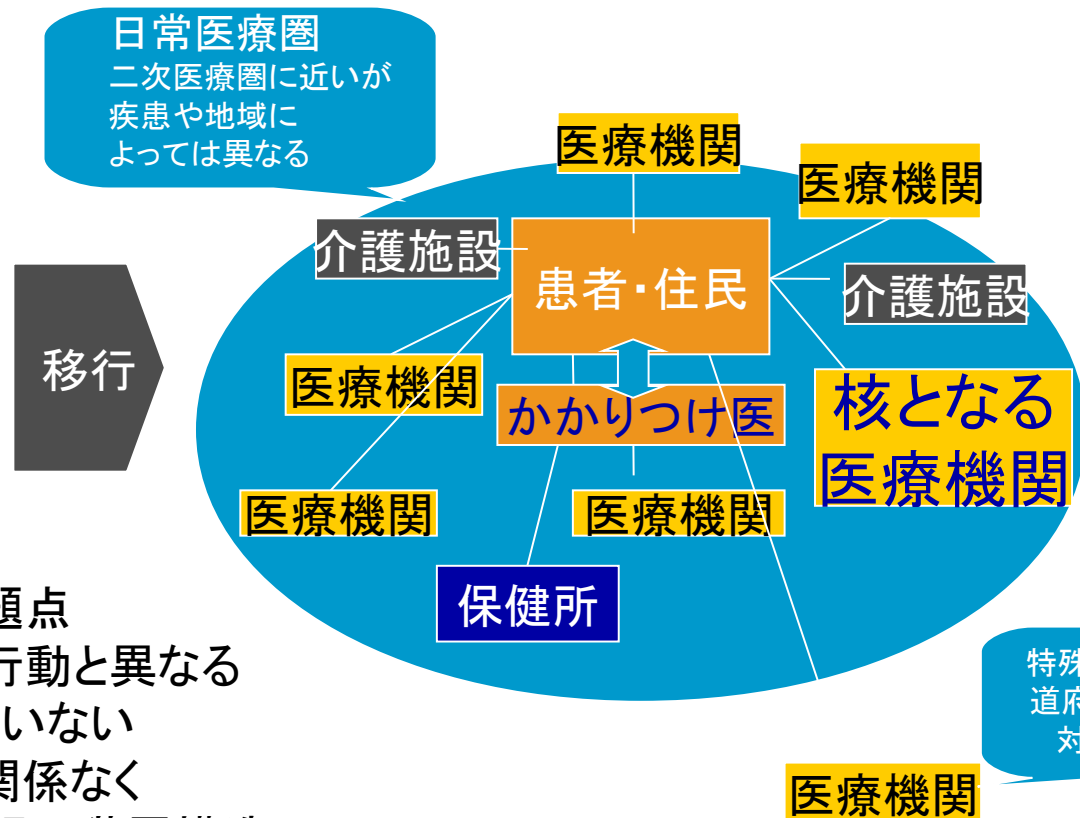


2006年6月第5次医療法改正  
地域医療計画の見直し

# 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



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、周産期医療、小児医療)別のネットワーク形成

# 現行の医療計画～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

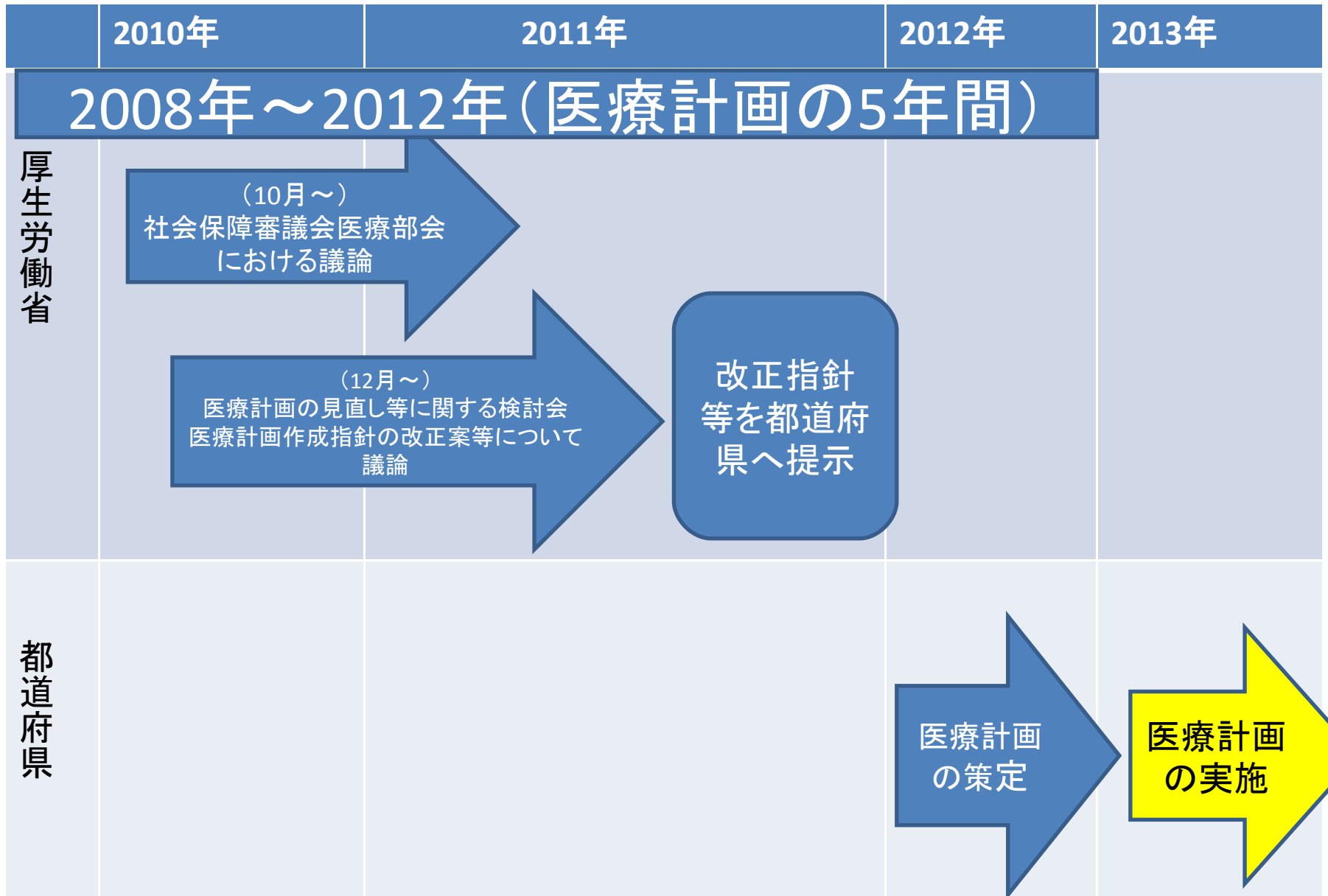
- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

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

# 4疾患5事業の見直しの方向性

- 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

2次医療圏見直し

- 5事業

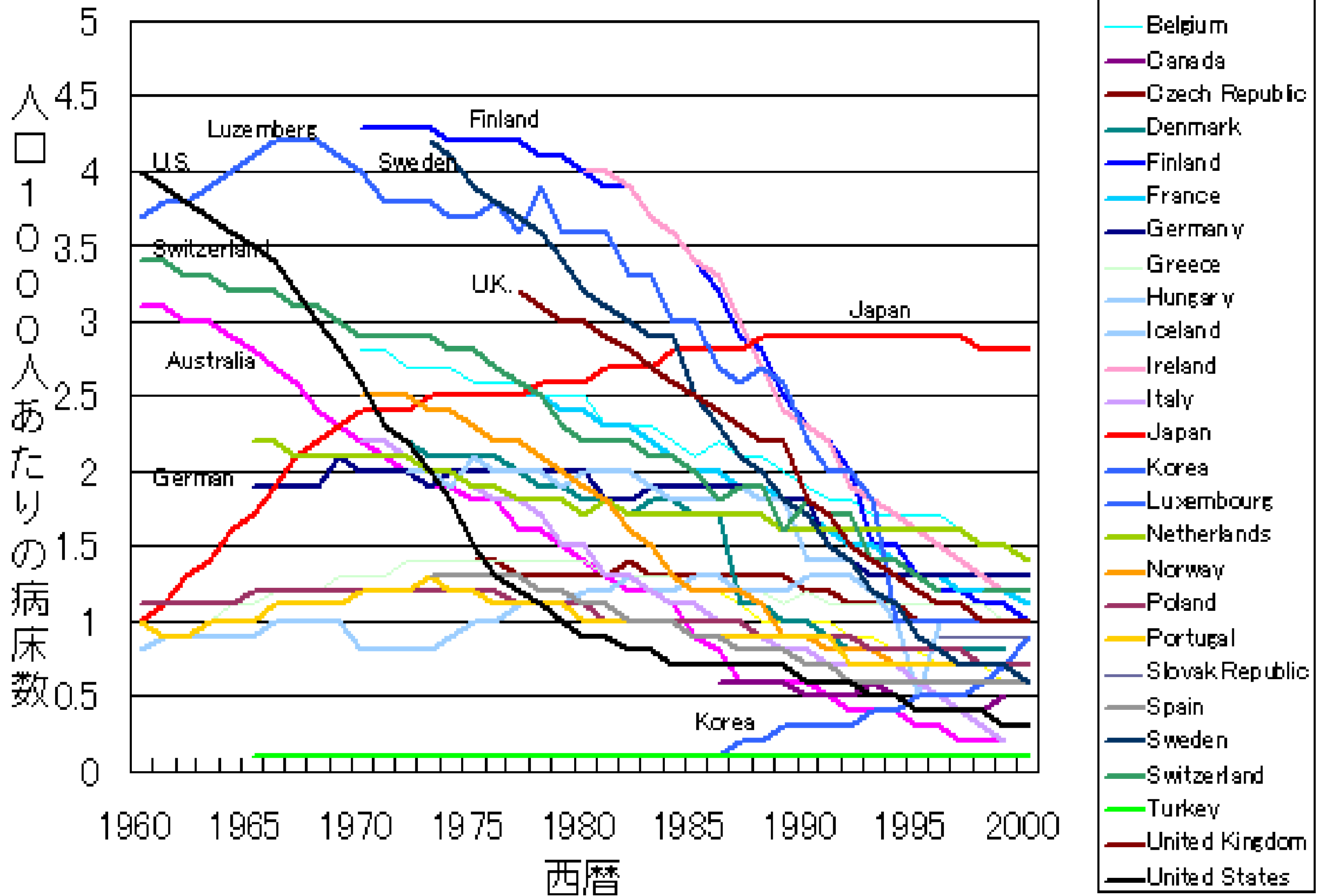
- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- \*在宅医療構築に係わる指針を別途通知する



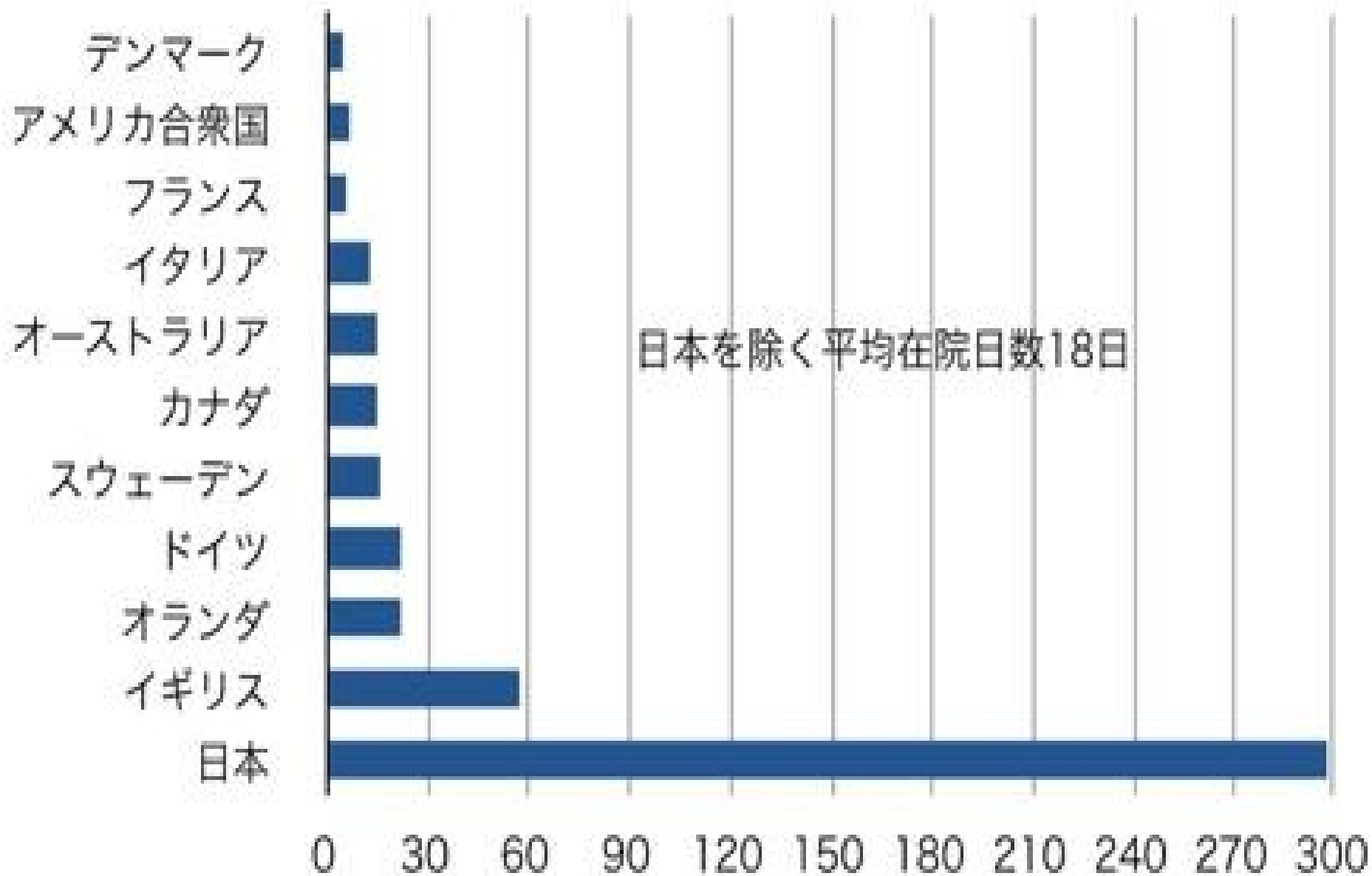
# 精神科疾患を5疾患に追加

日本の精神医療の特殊性

# OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



## 2005年退院者平均在院日数

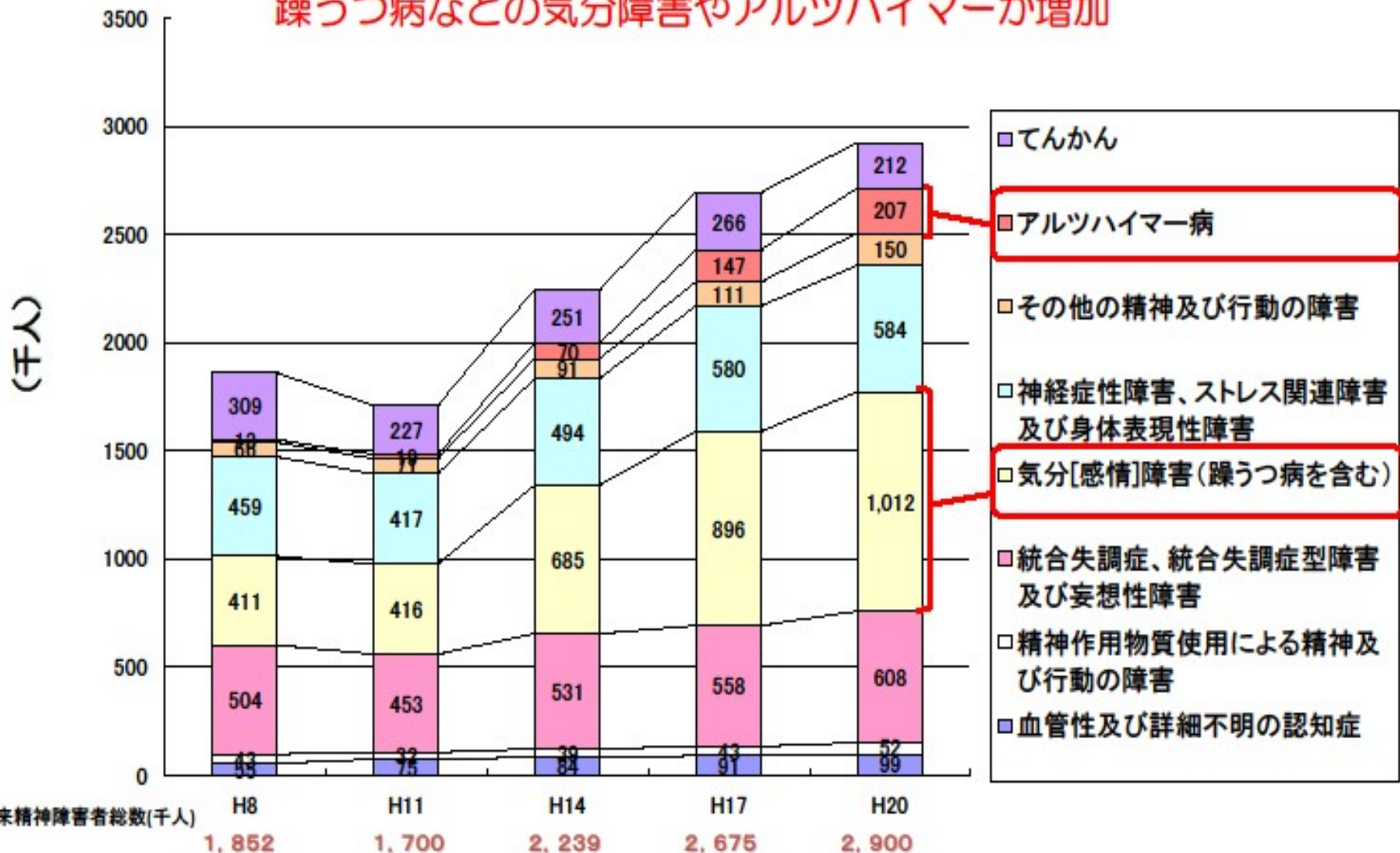


# 社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

- 医療計画の5疾患目に精神疾患を追加することで合意
  - 精神疾患の患者数は323万人(2008年患者調査)
  - 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)のいずれよりも多い
  - 自殺による死亡者数3.1万人(糖尿病死亡者数1.4万人より多い)
- 委員からは積極的に支援する意見があいついだ
  - 「精神疾患は社会全体で見守らなければならない」(高智英太郎健保連理事)
  - 「他の4疾病よりも地域連携が必要」(横倉義武日医副会長)

# 精神疾患外来患者の疾病別内訳

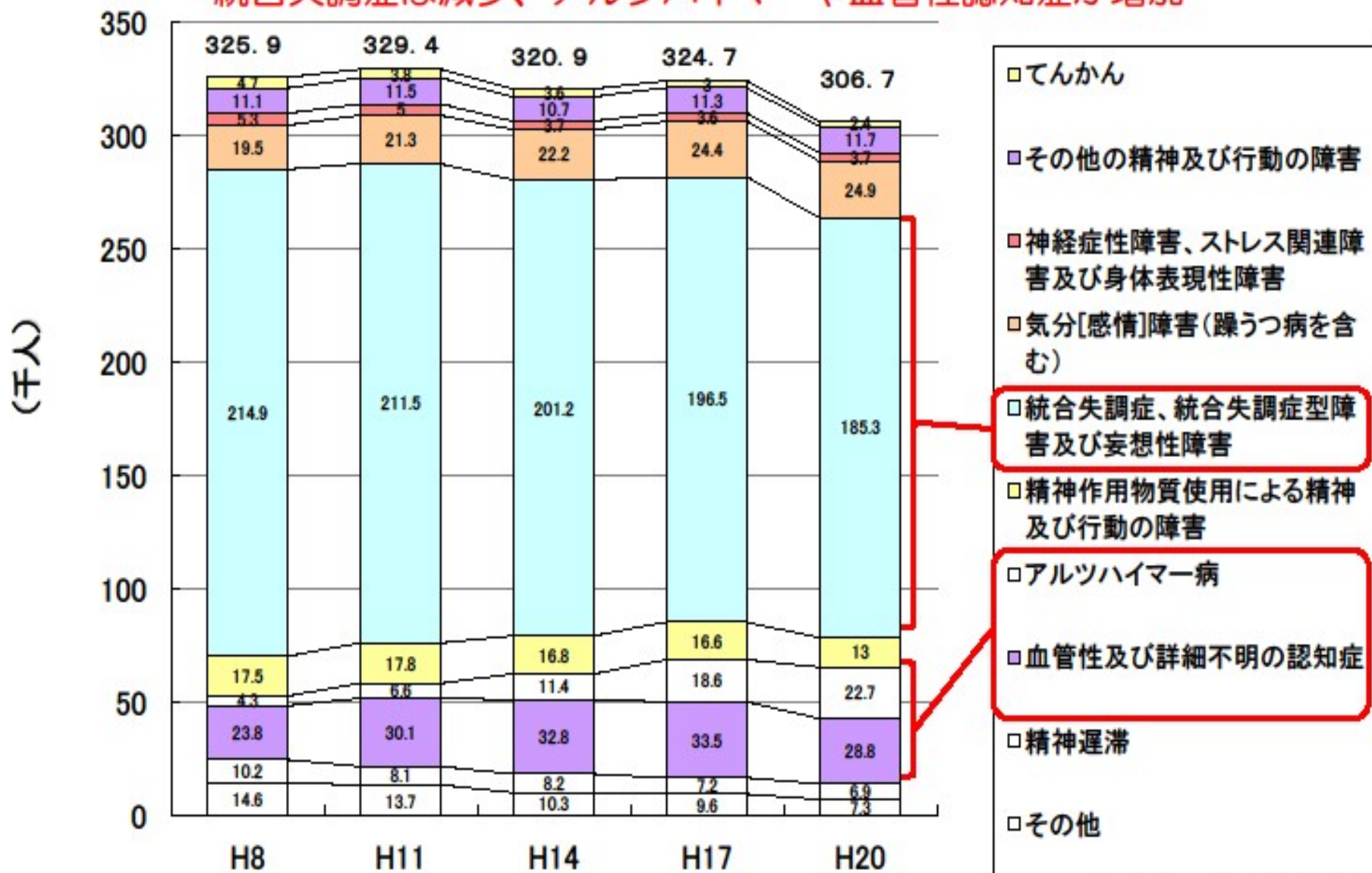
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

# 精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

# 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

# 認知症地域連携クリティカルパス

世田谷区もの忘れ連携パス



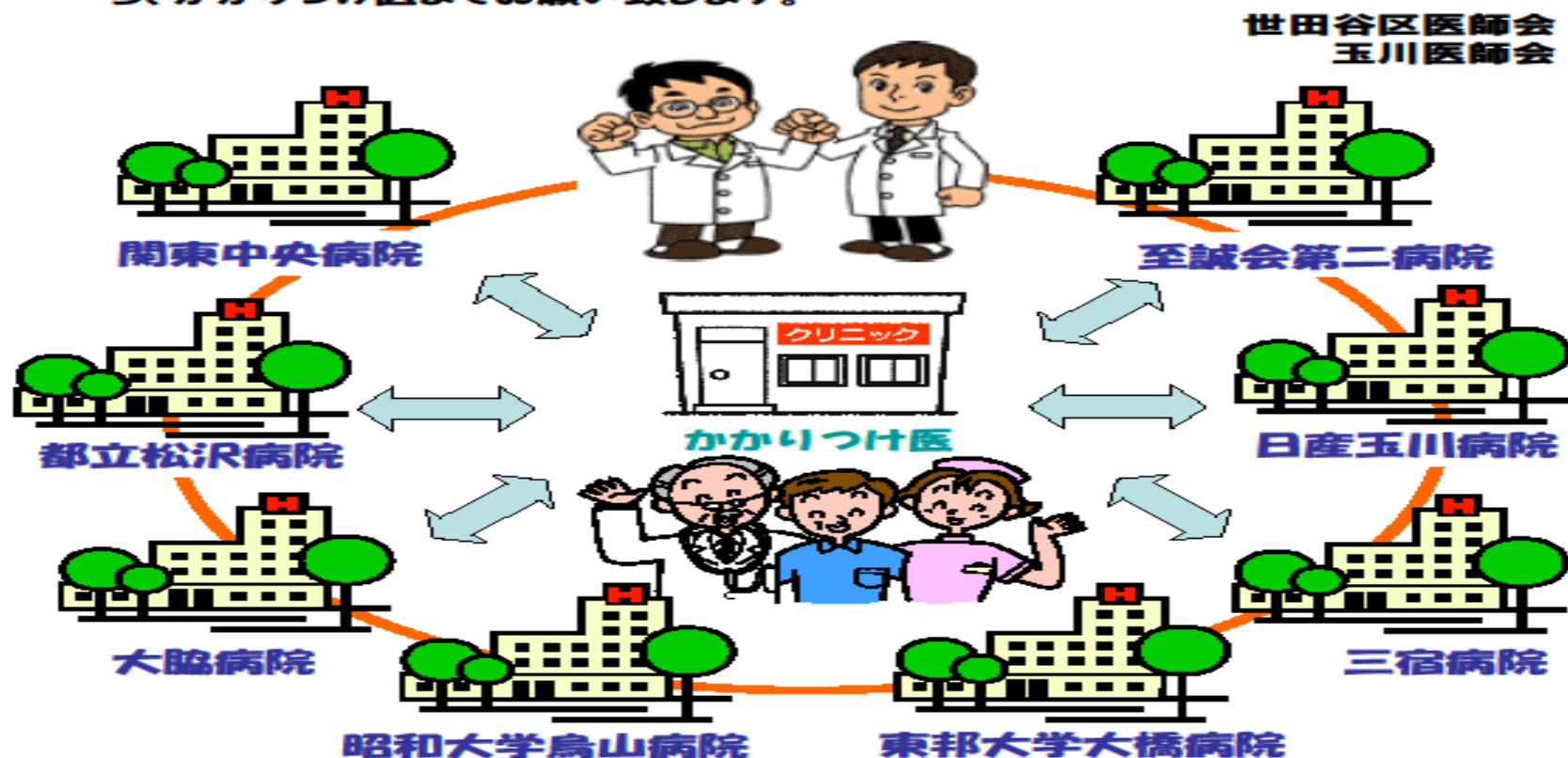


# 世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



# 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



検査前には事前に  
病院予約を取って下さい

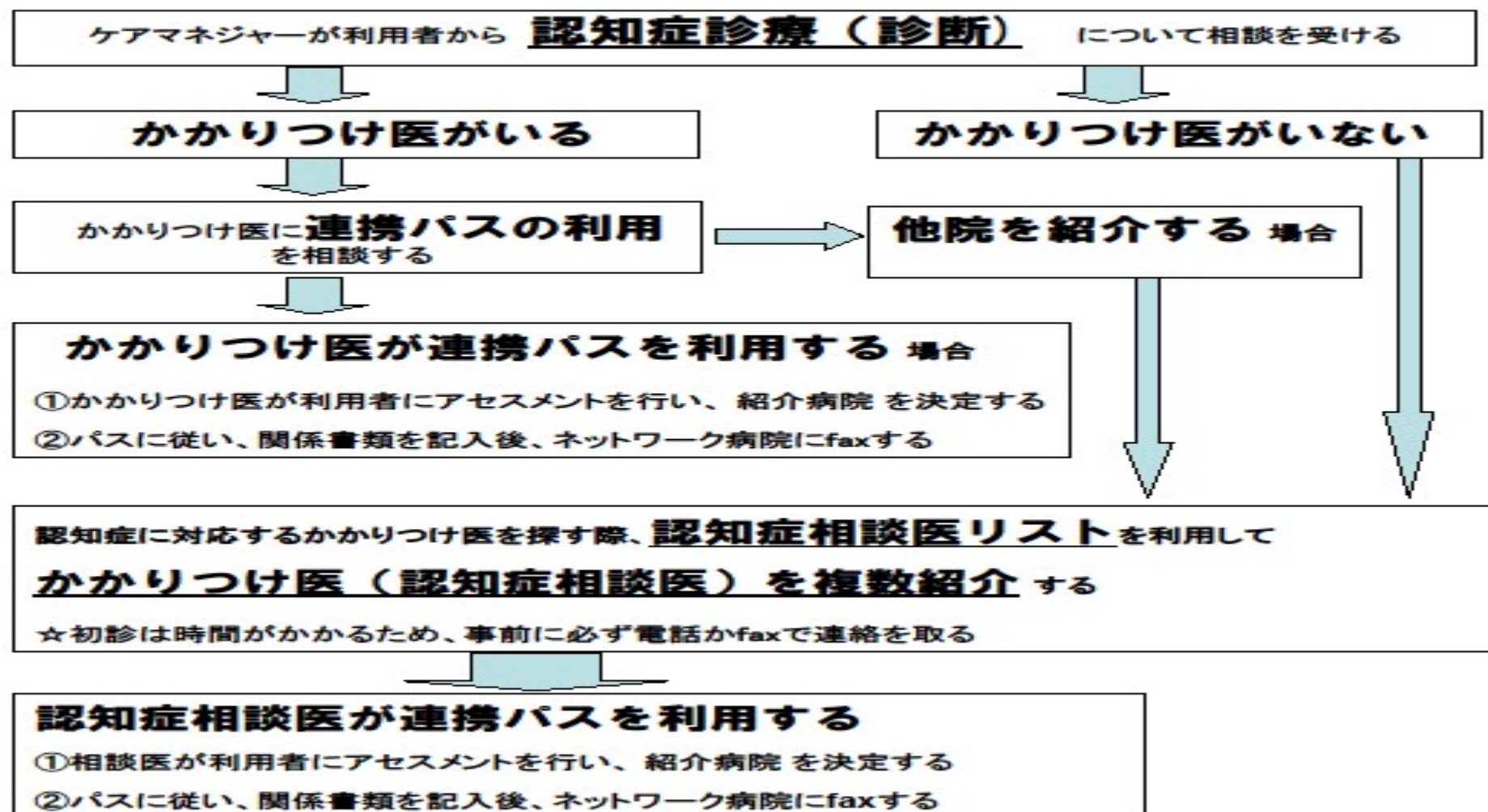


病状に変化が  
あった時には  
病院と連携を  
とります

病院への紹介の  
際は事前に予約  
をお取り致します



# 世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。  
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

# 『今後の認知症施策の方向性について』の概要

## 今後目指すべき基本目標－「ケアの流れ」を変える－

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。

### 1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるよう、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

### 2 早期診断・早期対応

#### 「認知症初期集中支援チーム」の設置

認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。

#### かかりつけ医の認知症対応力の向上

認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。

#### 「身近型認知症疾患医療センター」の整備

かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。

### 3 地域での生活を支える医療サービスの構築

#### 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

不適切な薬物使用により長期入院することのないように、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

#### 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保

一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

#### 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行う。

#### 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。

#### 一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上

「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等で対応困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

### 4 地域での生活を支える介護サービスの構築

#### 認知症にふさわしい介護サービスの整備

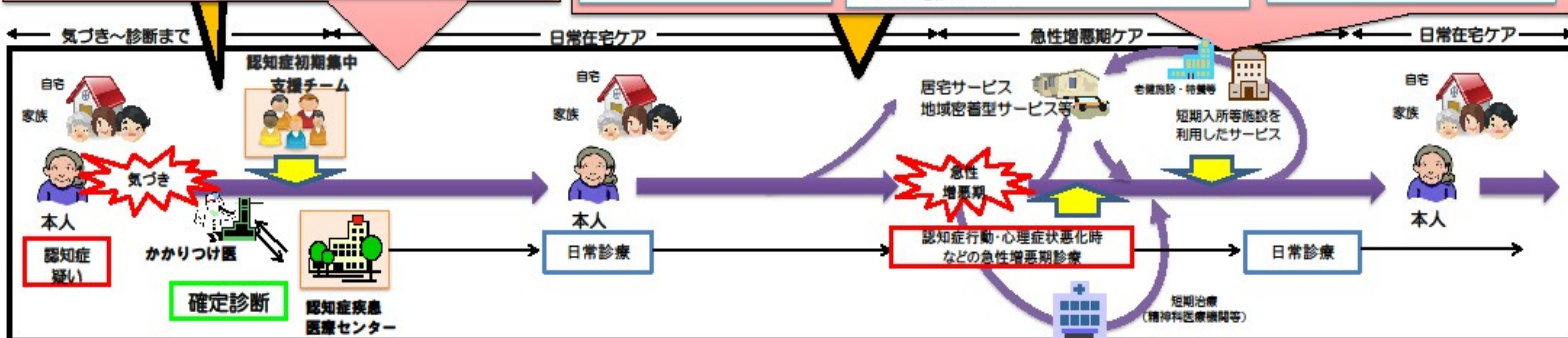
「グループホーム」「小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。

#### 認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

#### 「グループホーム」の活用推進

「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。



### 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

「認知症サポーター」の養成を引き続き進めるとともに、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりをみせるよう支援していく。

### 5 地域での日常生活・家族の支援の強化

#### 「認知症地域支援推進員」の設置

全国の市町村に、介護と医療の連携を強化し、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。

### 家族に対する支援

認知症の人のアセスメント、サービス提供等を行う際には、認知症の人だけでなく、家族への支援の視点を含めたサービス提供が行われるようにする。

### 市民後見人の育成と活動支援

全国の自治体で権利擁護の確保や、市民後見人の育成と活動支援が実施されるよう、その取組の強化を図る。

6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

# 在宅医療に係わる医療体制の 充実・強化

# 「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
  - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
  - 看取りまで行える医療のための連携体制
  - 認知症の在宅医療の推進
  - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

# 在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

## ■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

- 北海道
  - ・在宅医療を実施する医療機関割合  
現状35.2%→目標値38.1%
- 山形
  - ・主任介護支援専門員研修受講者数  
44人(H18)→50人(H24)
- 福島
  - ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
  - ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
  - ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局  
76.9%(H18) → 81%(H24)
  - ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合  
84.1%(H18) → 85.9%(H24)
- 茨城
  - ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合  
6%(H18) → 50%(H24)
- 東京
  - ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)  
5自治体(H19) → 全市町村(H24)
- 山梨
  - ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数 1圏域(H18) → 4圏域(H24)
- 福井
  - ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区  
→5地区(H24)
- 福岡
  - ・在宅医療を受ける患者数  
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)
- 佐賀
  - ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)
- 熊本
  - ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
  - ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
  - ・往診や訪問看護を実施する医療機関数  
582(H18) → 640(H24)
  - ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合  
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)  
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
  - ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合  
82.9%(H18) → 100%(H24)
- 沖縄
  - ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)  
0.46(H18) → 0.82(H24)
  - ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)  
3.7(H18) → 4.5(H24)

# 在宅医療連携拠点事業

市町村ごとに2000拠点の設置をめざす！



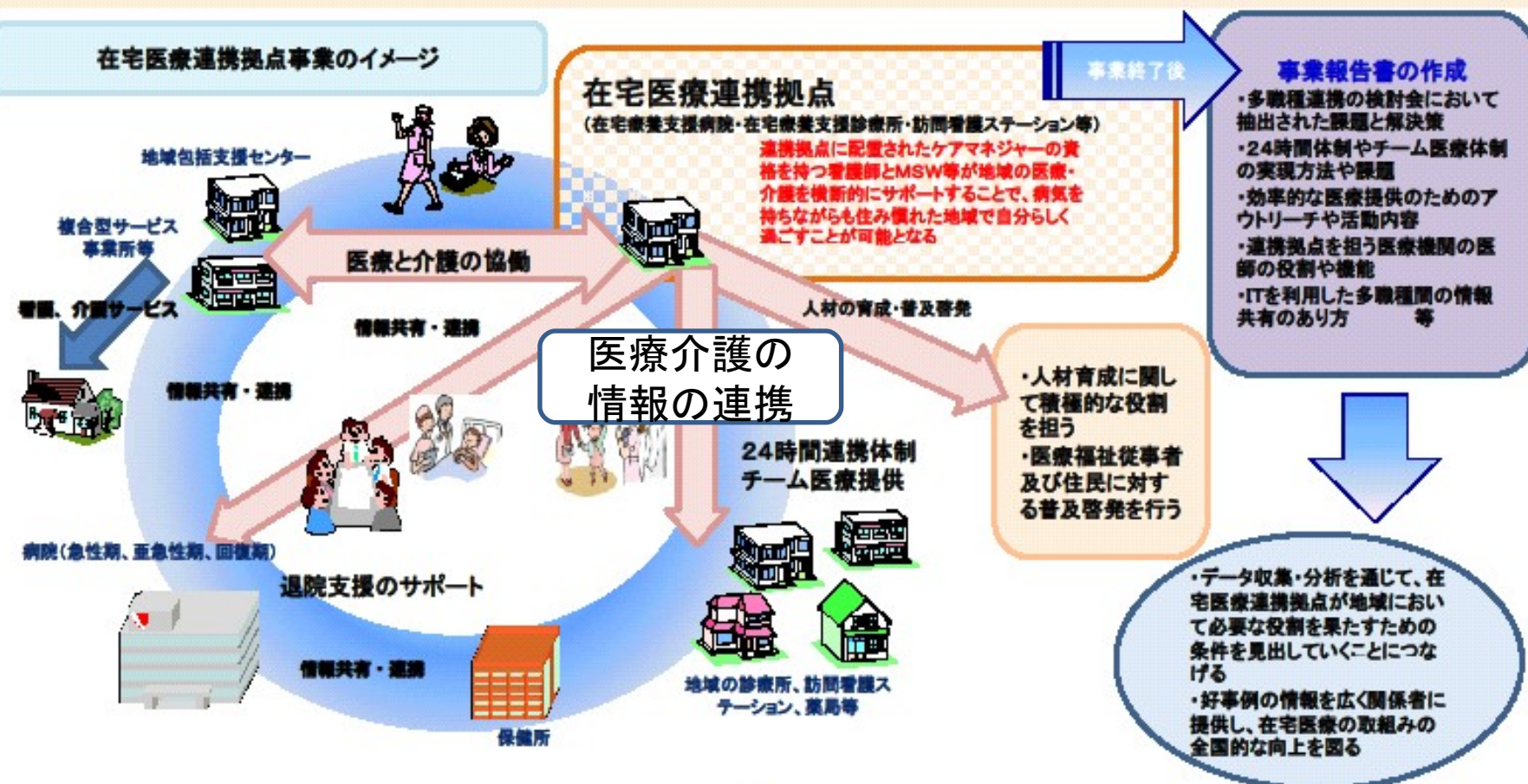
# ① 在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

## ■本事業の目的

○高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。

○このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



# 新生在宅医療・介護元年

- 在宅医療連携拠点事業
  - ①在宅チーム医療を担う人材の育成
  - ②実施拠点となる基盤の整備
  - ③個別の疾患などに対応したサービスの充実・支援
- 2012年度を「新生在宅医療・介護元年」として立ち上げたい
- 在宅医療連携拠点事業にはICTが必須！



大谷医政局長

# パート3

## 2012年診療報酬改定と在宅医療



2月10日中医協答申

# 2012年診療報酬改定率

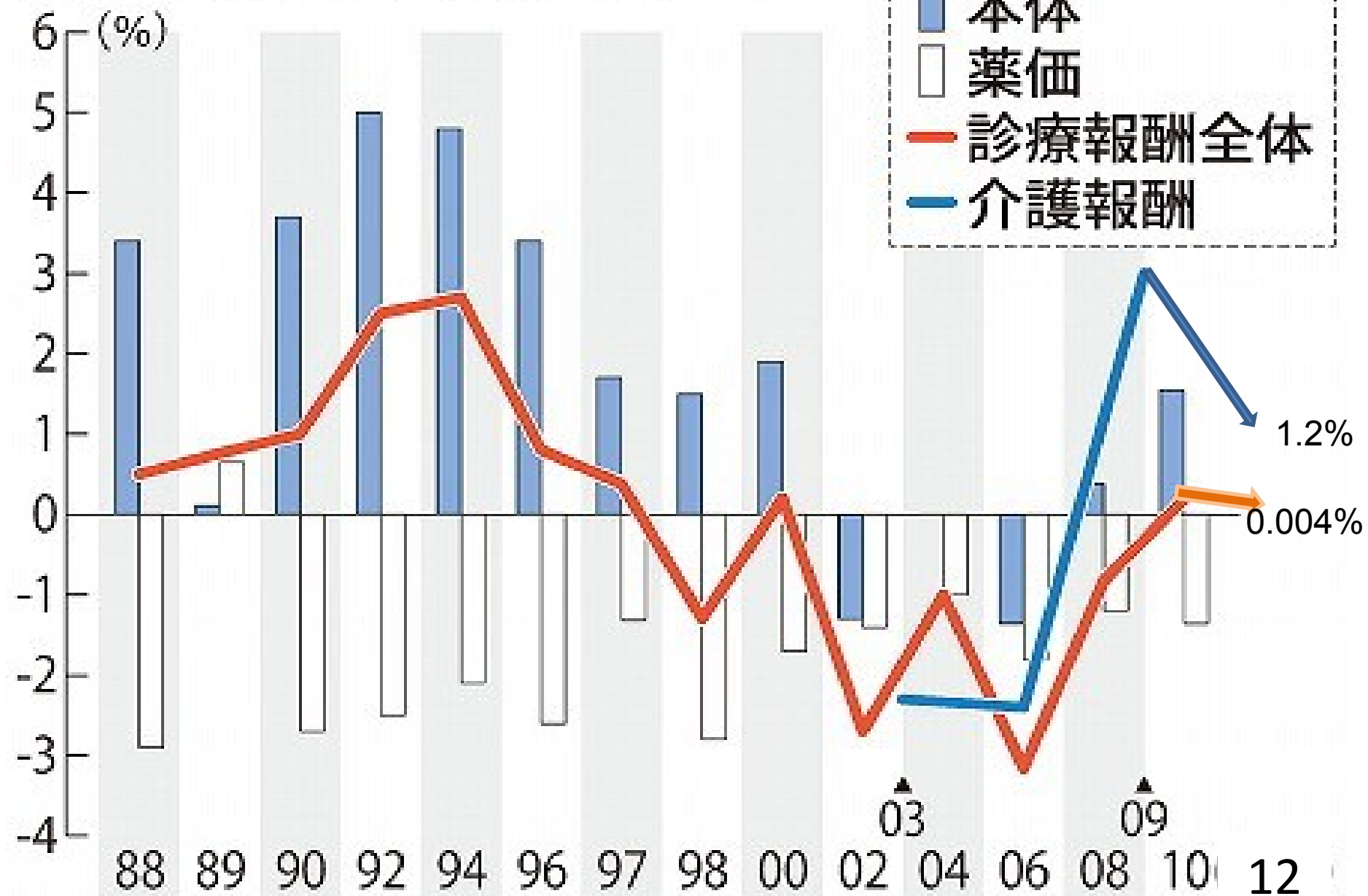
## 0.004%アップ

- 2012年度診療報酬改定率  
全体 0.004%
  - 診療報酬本体部分 1.379%  
(5500億円)
    - 医科 1.55%(4700億円)
    - 歯科 1.70%(500億円)
    - 調剤 0.46%(300億円)
  - 薬価・材料費
    - ▲1.375%(5500億円)
    - 薬価改定▲1.26%(5000億円(薬価ベース6%))
    - 材料費改定▲0.12%(500億円)
- 2012年介護報酬改定率  
1.2%

- 小宮山厚労相(12月21日)
  - 「首の皮一枚でもプラスにすると行ってきた」



# 診療・介護報酬 改定率の推移



※介護の06年度分は05年10月の一部見直し分も含む

# 2012年診療報酬改定基本方針

- 社会保障審議会医療部会・医療保険部会  
(12月1日)
- 2つの重点課題と4つの視点
- 2つの重点課題
  - ①急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
  - ②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実

# 在宅療養支援診療所と 在宅療養支援病院



諏訪共立在宅療養支援診療所

# 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

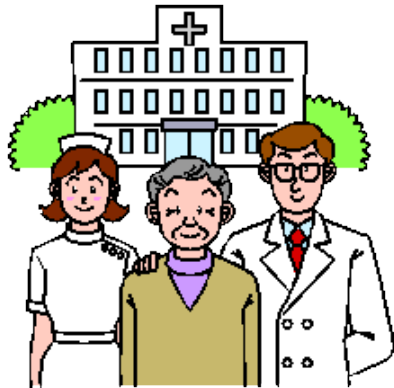


B診療所  
(連携先)



往診料や訪問診察料に高い加算

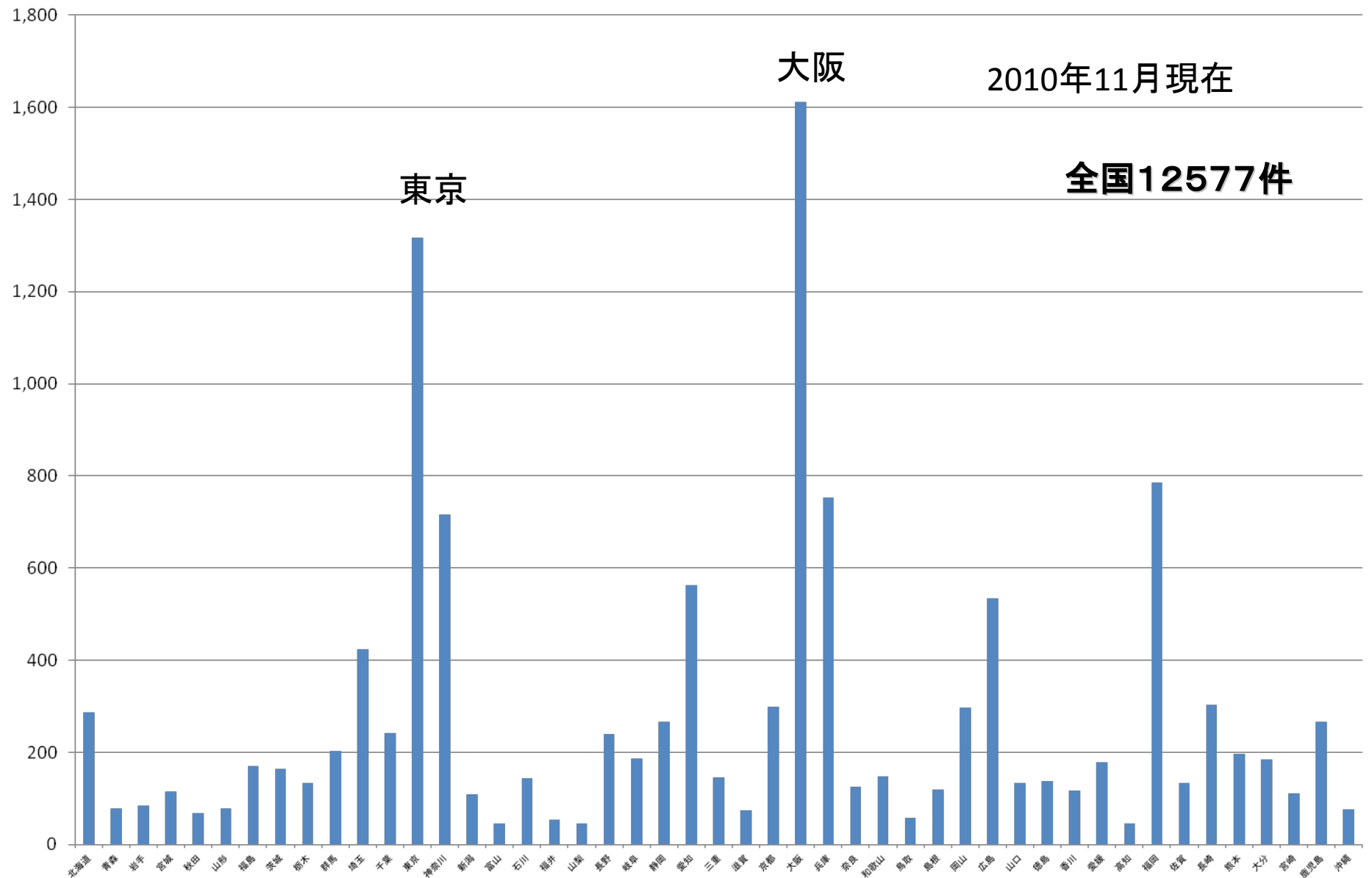
A診療所  
在宅療養支援診療所



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



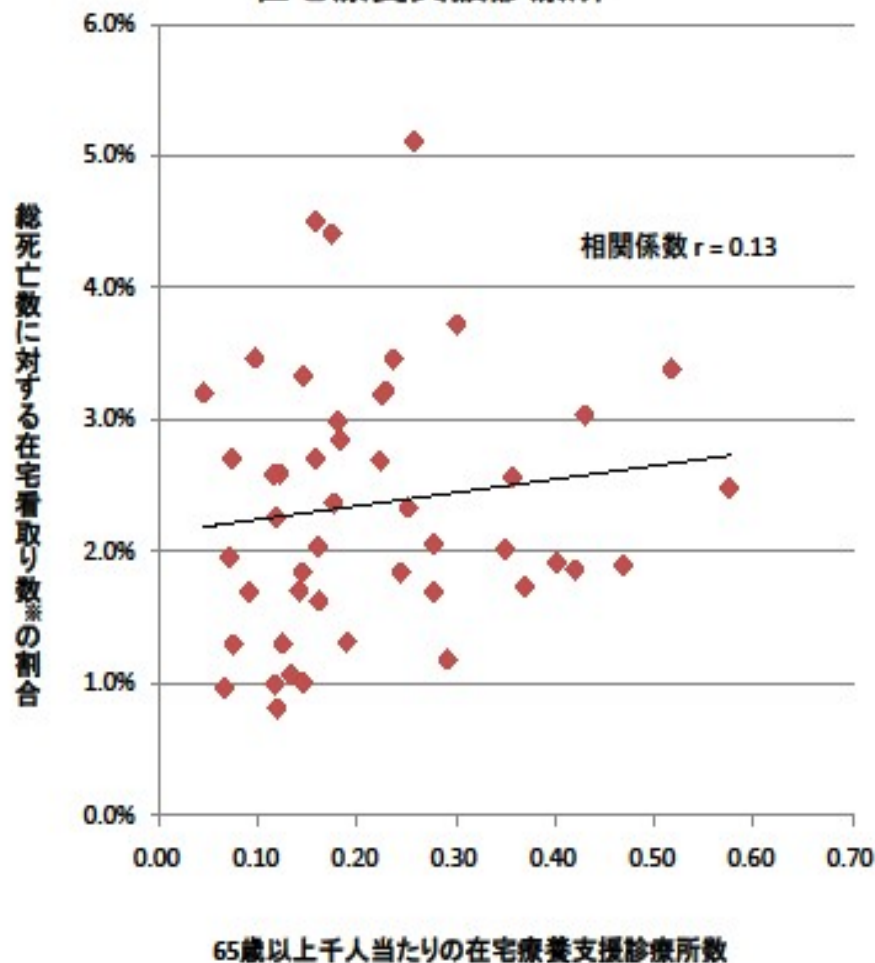
# 在宅療養支援診療所



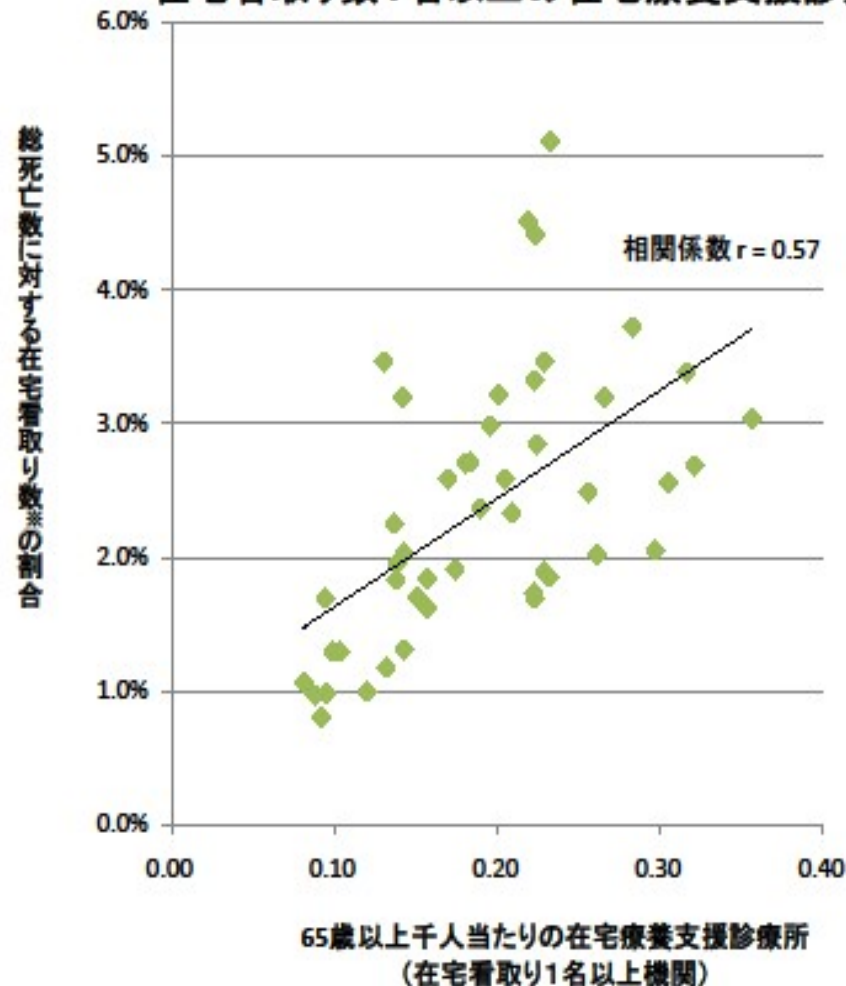
※地方厚生局施設基準届け出データより【2010年11月】

# 在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

## 在宅療養支援診療所



## 在宅看取り数1名以上の在宅療養支援診療所



(※)在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

# 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

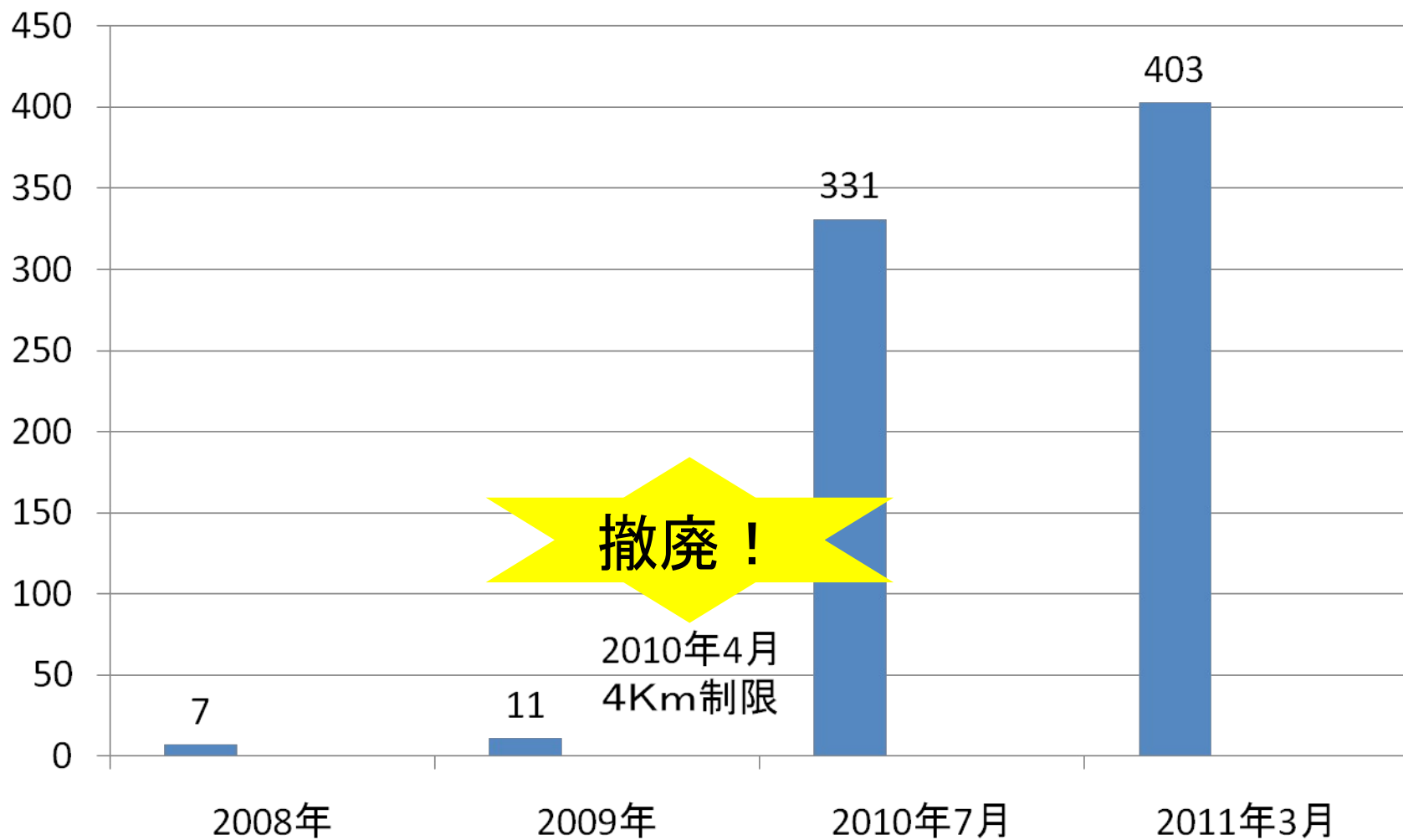
## － 在宅時医学総合管理料

- ・ 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

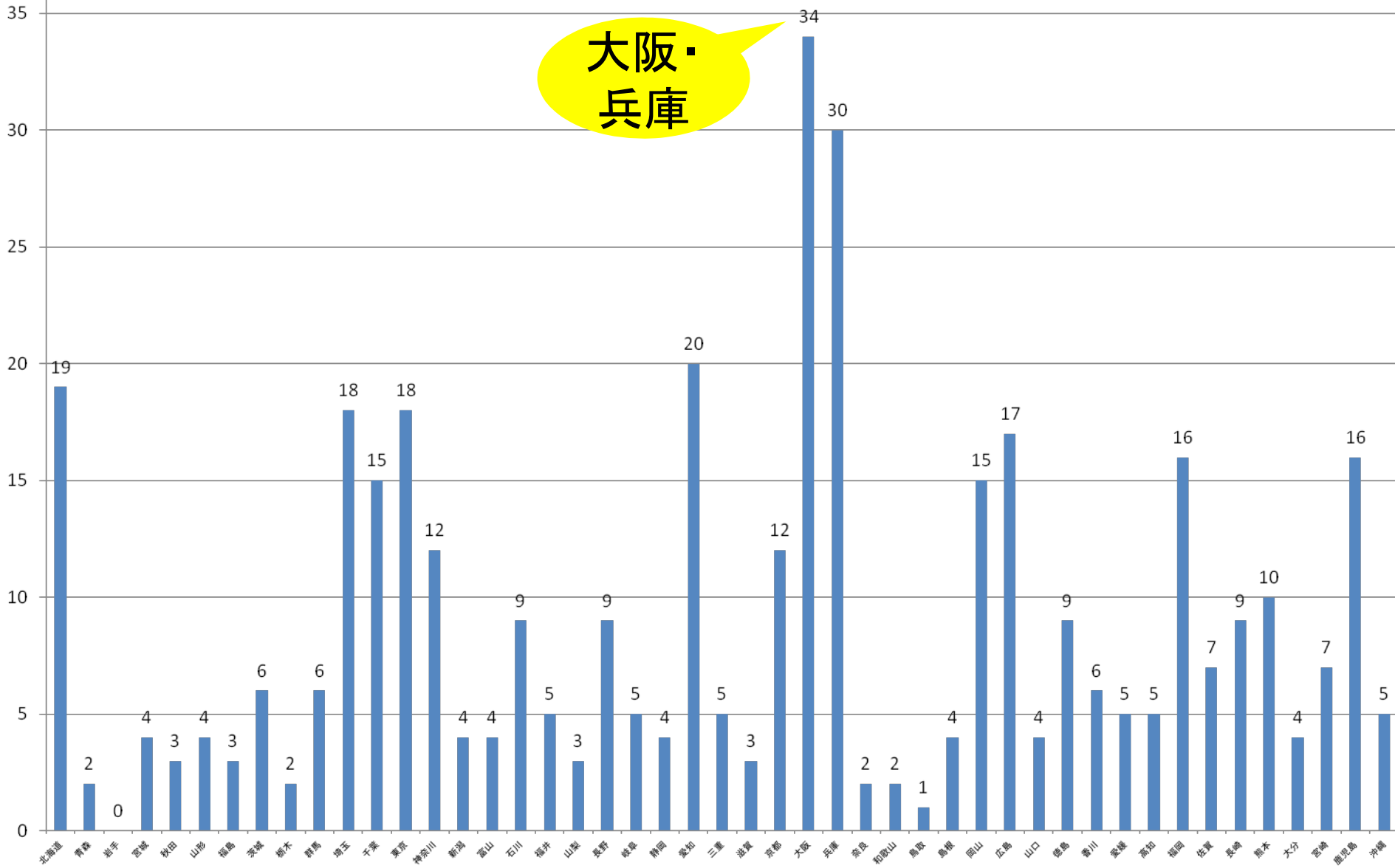
## － 特定施設入居時等医学総合管理料

## － 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





# 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



2012年診療報酬改定と  
機能強化型  
在宅療養支援診療所・病院

# 在宅療養支援診療所の課題

- 過去1年間に1人も看取りを行っていない在宅療養支援診療所が50%に上る
- 在宅療養支援診療所の約7割は医師1人体制で、24時間対応に負担を感じている
- 在宅医療提供上の課題として緊急入院受け入れ病床の確保や24時間体制に協力可能な医師の存在が挙げられる
- 在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の役割分担が不明確

# 機能強化した在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院等への評価

- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
  - －イ 所属する常勤医師3名以上
  - －ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
  - －ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

機能強化型  
在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院



# 機能強化した在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院等への評価

- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
  - －イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
  - －ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
  - －ハ 連携する医療機関数は10未満
  - －ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

## パート4

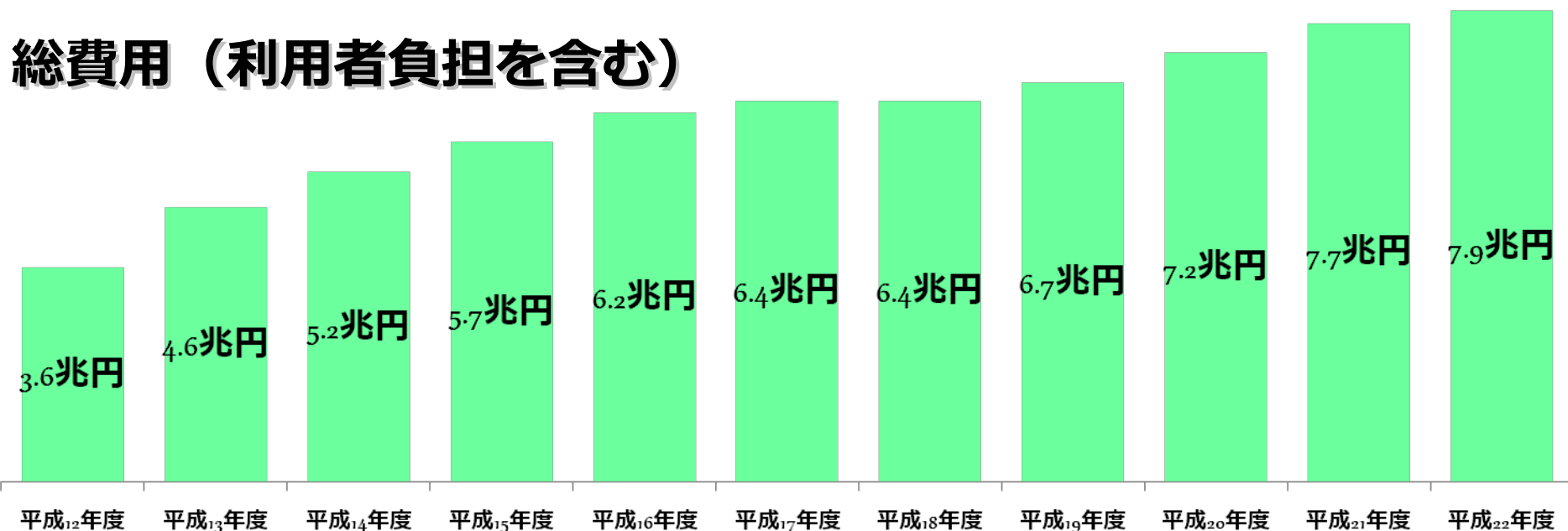
# 2012年介護報酬改定と地域包括ケア



社会保障審議会・介護給付費分科会

# 介護保険の総費用と保険料の動向

## 総費用（利用者負担を含む）



(注) 平成12年度～平成19年度は実績、平成20年度は補正後予算、平成21年度（介護報酬改定+3.0%）、平成22年度は当初予算

## 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（加重平均）基準月額〕

### 第1期

(平成12～14年度)

2,911円

### 第2期

(平成15～17年度)

3,293円  
(+13%)

### 第3期

(平成18～20年度)

4,090円  
(+24%)

### 第4期

(平成21～23年度)

4,160円  
(+1.7%)

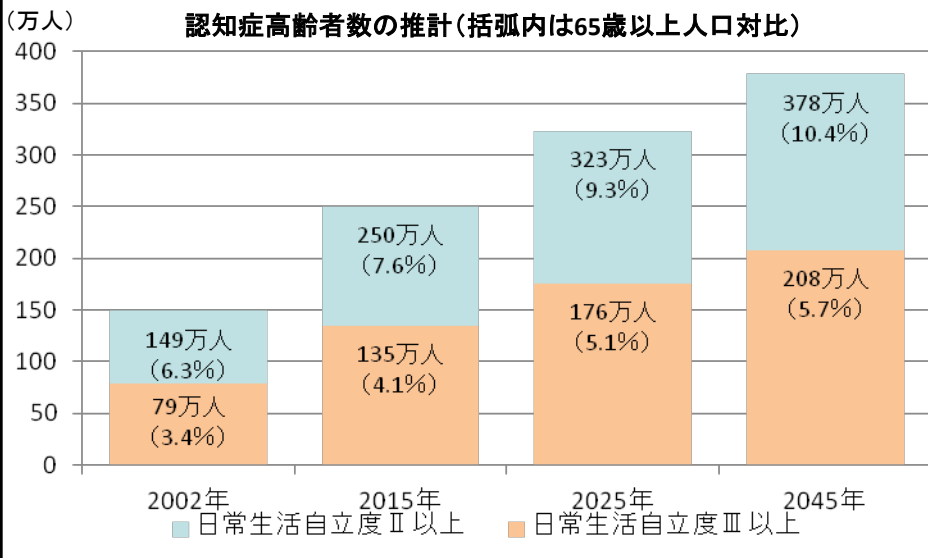


# 今後の介護保険を取り巻く状況について

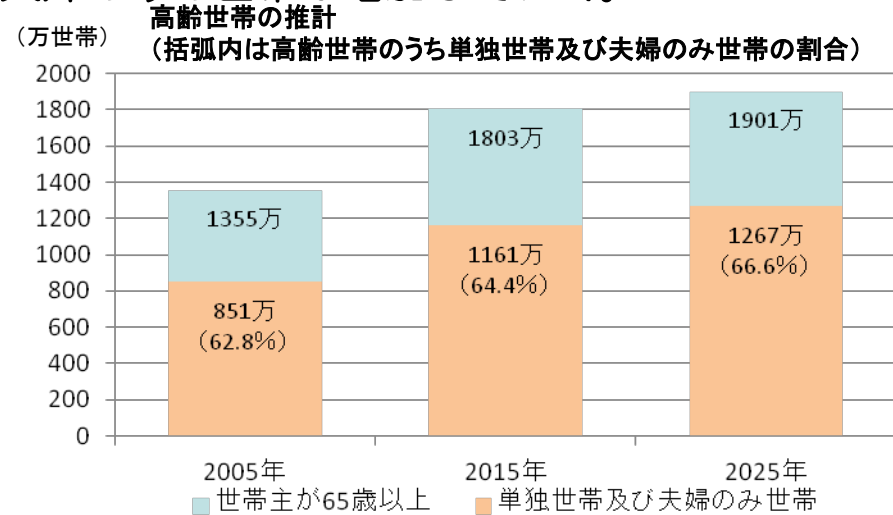
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



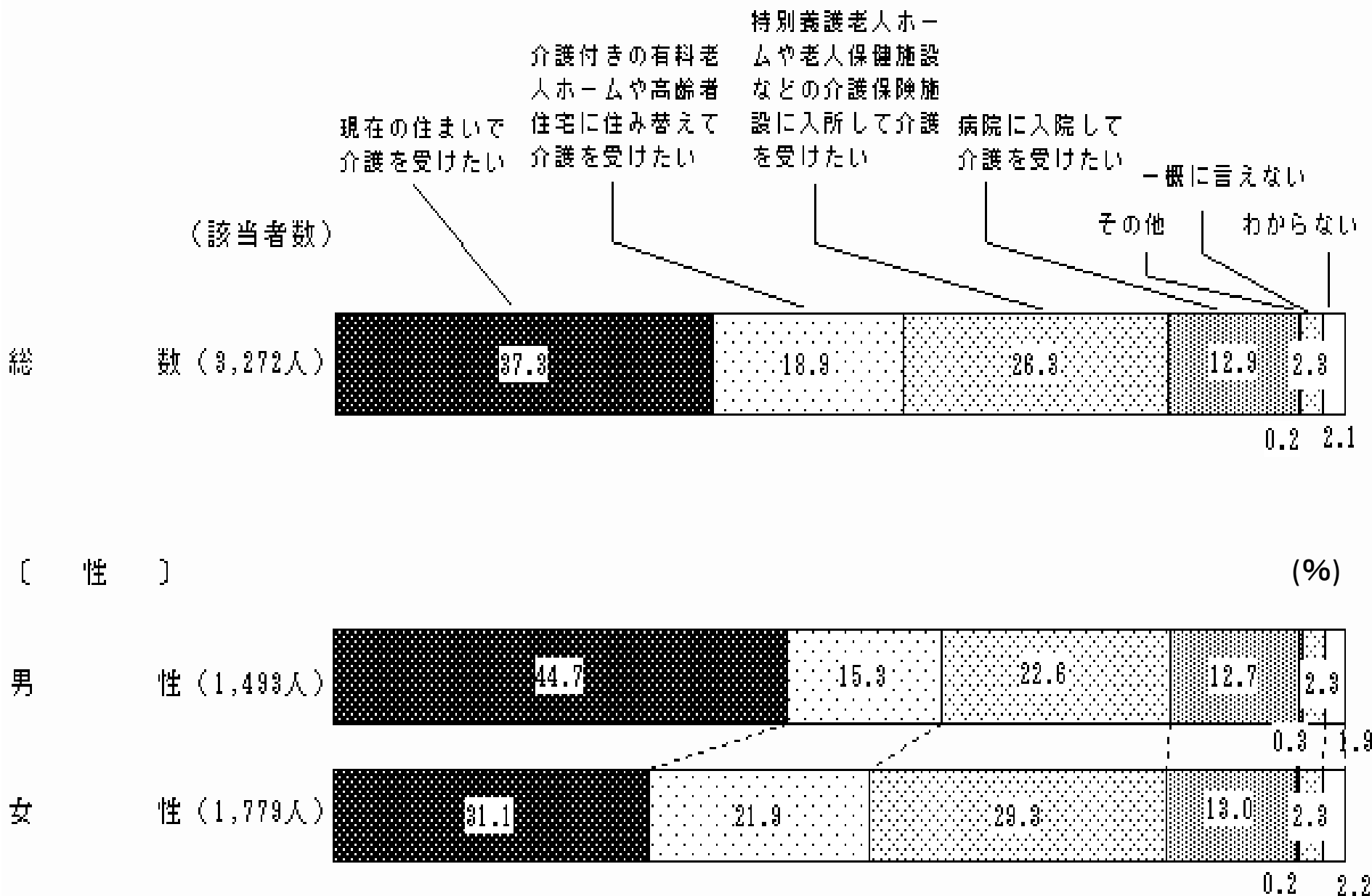
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

# 自分自身が介護を受けたい場所

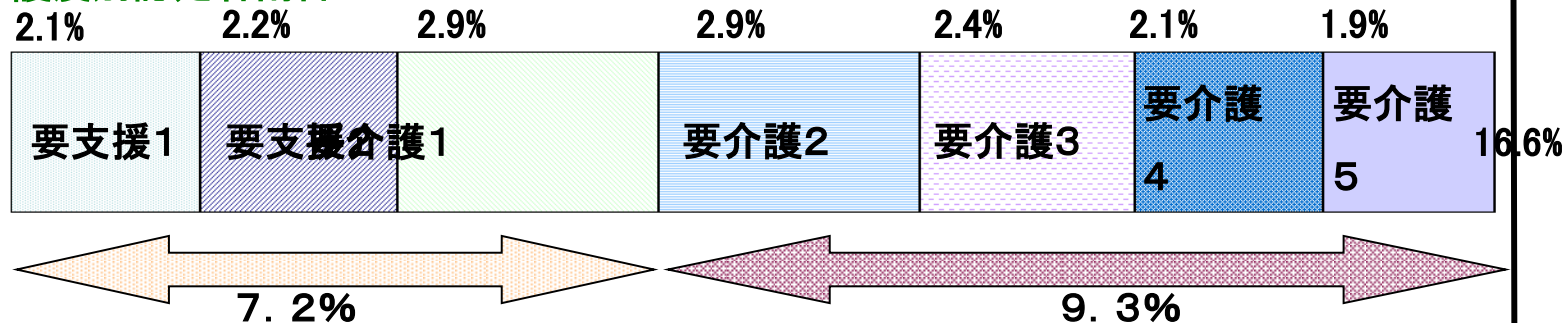


# 65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

## ○要介護度別認定者割合

【出典】平成22年6月 介護保険事業状況報告



## ○各国の高齢者の居住状況(定員の比率) (全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合)

日本 (2005)

4.4%

※1 介護保険3施設等 (0.9%)  
※2 (3.5%)

スウェーデン (2005) ※3

※制度上の区分は明確ではなく、  
類型間の差異は小さい。 6.5%

サービスハウス等 (2.3%)  
ナーシングホーム、  
グループホーム等 (4.2%)

デンマーク (2006) ※4

10.7%

プライエボーリ・エルダボーリ等 (8.1%)  
プライエム等 (2.5%)

英国 (2001) ※5

11.7%

シェルタードハウジング (8.0%)  
ケアホーム (3.7%)

米国 (2000) ※6

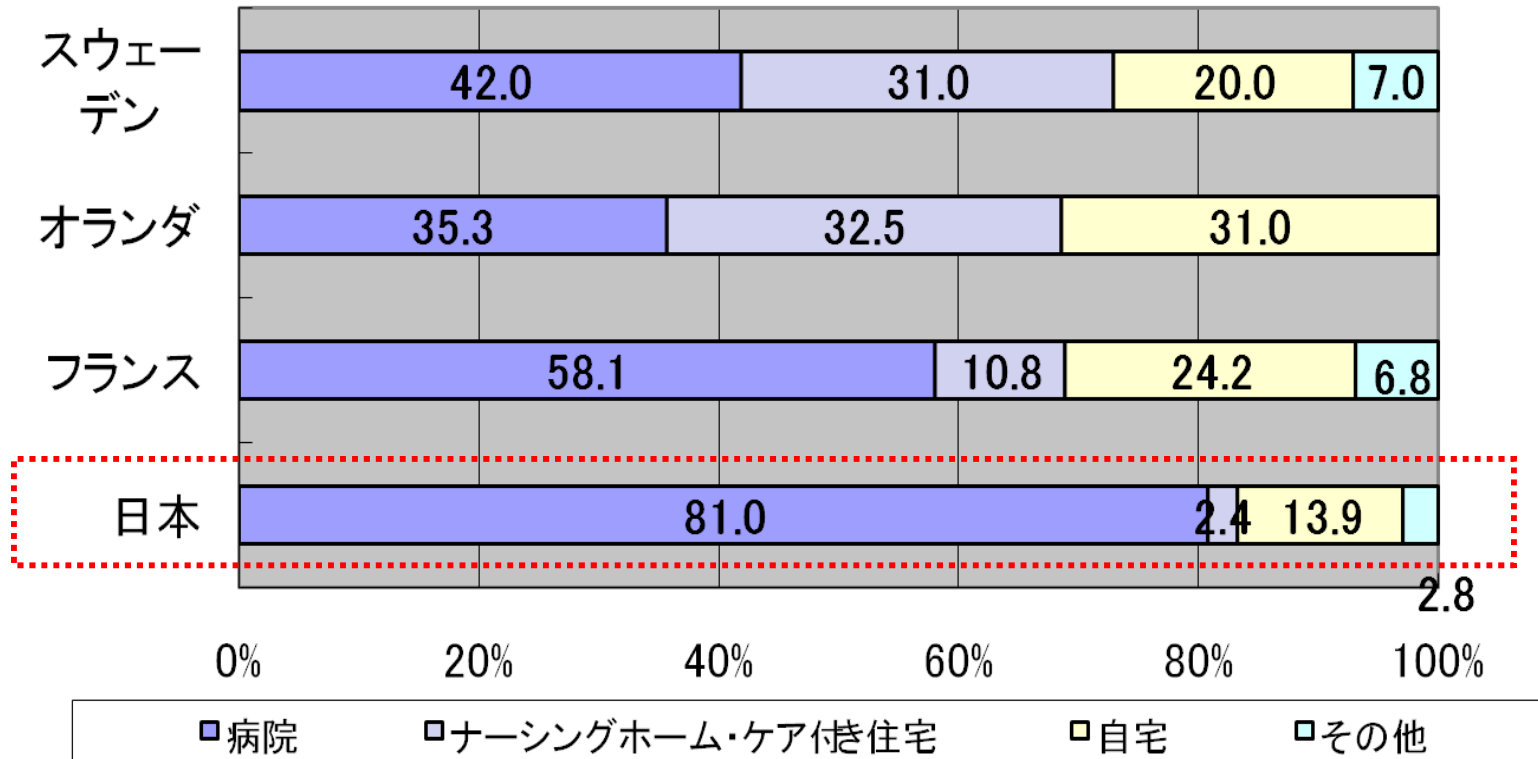
6.2%

アシテッド・  
リビング等 (2.2%)  
ナーシング・ホーム (4.0%)

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。 ※2 介護保険3施設及びグループホーム  
※3 Sweden Socialstyrelsen (スウェーデン社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)  
※4 Denmark Socialministeriet (デンマーク社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)  
※5 Elderly Accommodation Counsel (2004) 「the older population」  
※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

# 死亡の場所(各国比較)

死亡場所の内訳



(注)「ナースィングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Döden angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

出典: 医療経済研究機構

「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

# 2012年介護報酬改定の 基本方針

地域包括ケアシステム

# 2012年介護報酬改定の基本方針

- 1 地域包括ケアシステムの基盤評価
  - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
  - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- 2 医療と介護の役割分担・連携強化
  - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退行強化
  - ②介護施設における医療ニーズへの対応
  - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 認知症にふさわしいサービスの提供
- 質の高い介護サービスの確保

# 地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への  
包括的な支援(地域包括ケア)を推進

## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

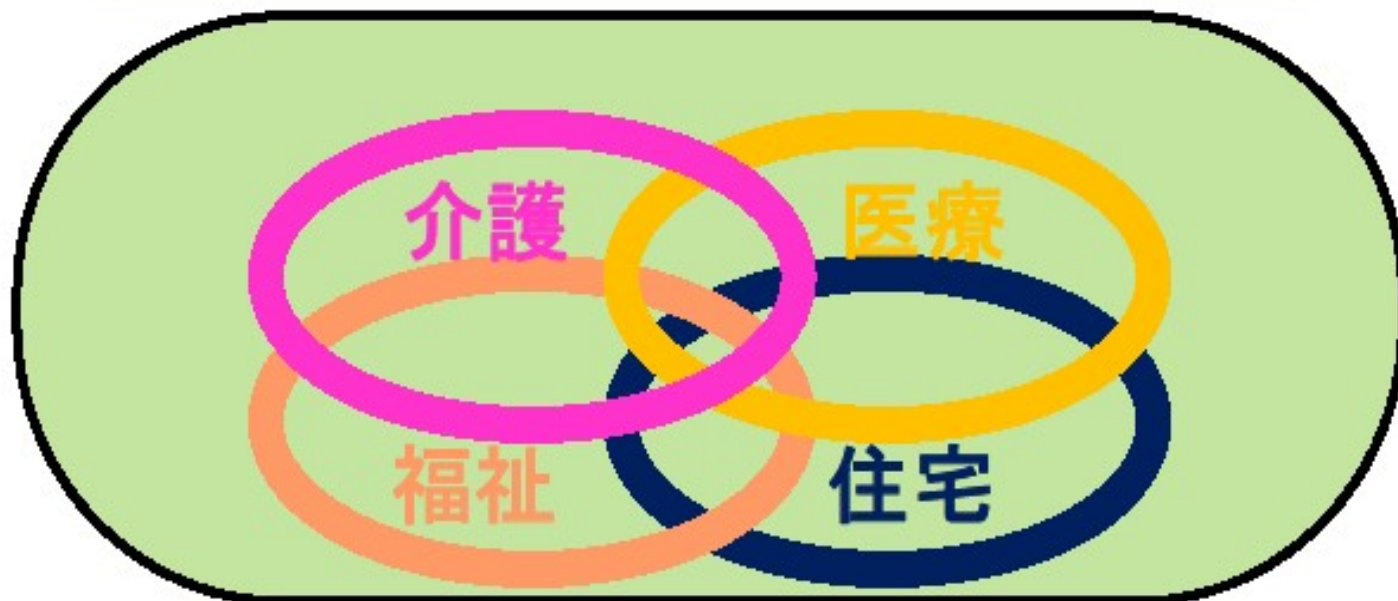
### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

(「地域包括ケア研究会報告書」より)

# 地域包括ケアシステム



## 【地域包括ケアの四つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の4つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～④の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

### ①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

### ②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

### ③見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

### ④高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備

・持ち家のバリアフリー化の推進



# 地域包括ケアシステムのイメージ

認知症患者へのサービス  
複合型サービス  
小規模多機能型居宅介護  
(訪問看護と組み合わせた  
複合型サービスを含む)  
グループホーム



在宅療養支援病院



定期巡回・随時対応型  
訪問介護看護



在宅療養支援診療所



介護保険施設



サービス付高齢者向け住宅などの住まい



NPO,  
住民参加、企業  
、自治体など

# 地域包括ケアシステムを支える 3つの新規サービス

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
  - 改正介護保険法(2011年6月)
- ②複合型サービス
  - 介護給付費分科会(2011年5月)
- ③サービス付高齢者向け住宅
  - 改正高齢者住まい法(2011年10月)

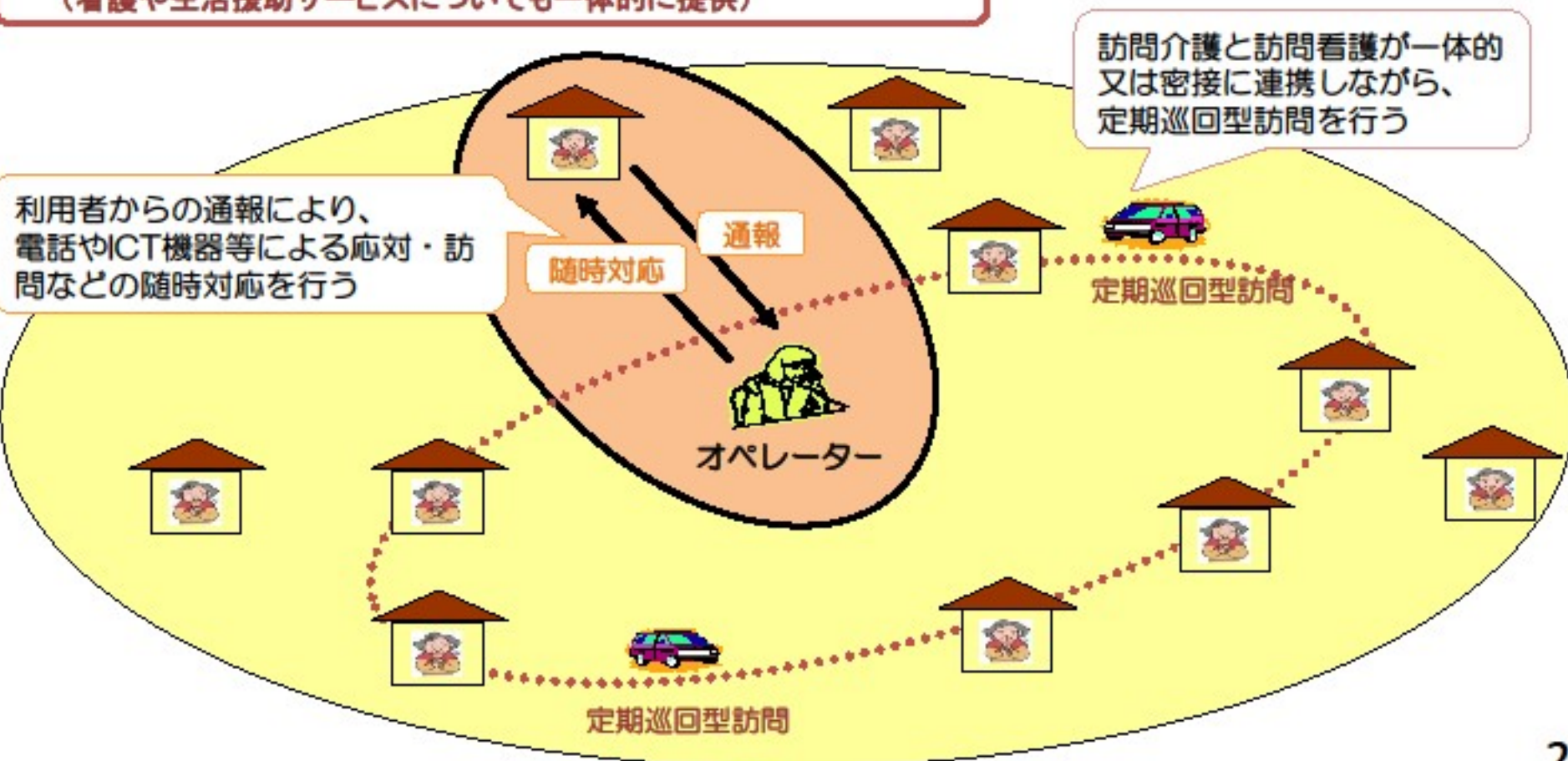
# ①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

# I 制度概要について

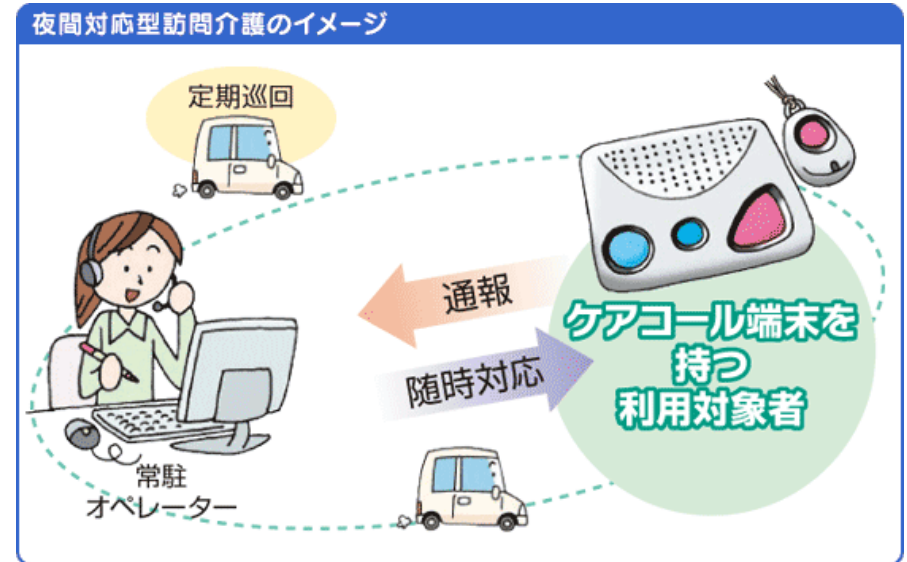
- 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 地域密着型サービスの一類型として創設
- 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
- 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス  
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



# 24時間対応型訪問介護サービス例

- 随時訪問の代表例(複数回答)
  - ①ベッドや車椅子からのずれ落ち(46%)
  - ②オムツ交換・トイレ介助(46%)
  - ③トイレやお風呂で転倒(26.9%)
  - ④体調が悪い(11.5%)
  - ⑤何となく不安(7.7%)



- 平成21年度世田谷区24時間随時訪問サービス当評価研究事業報告書

## ②複合型サービス

小規模多機能型居宅介護と  
訪問看護との組み合わせサービス  
介護給付費分科会(2011年5月)

# 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

○ 今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



- 要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする
- 別々に指定しサービス提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネジャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能
- 事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

# ③サービス付高齢者向け住宅

改正高齢者住まい法(2011年10月)



# サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」(高齢者住まい法:国土交通省・厚生労働省共管)に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」(介護保険法:厚生労働省)などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護

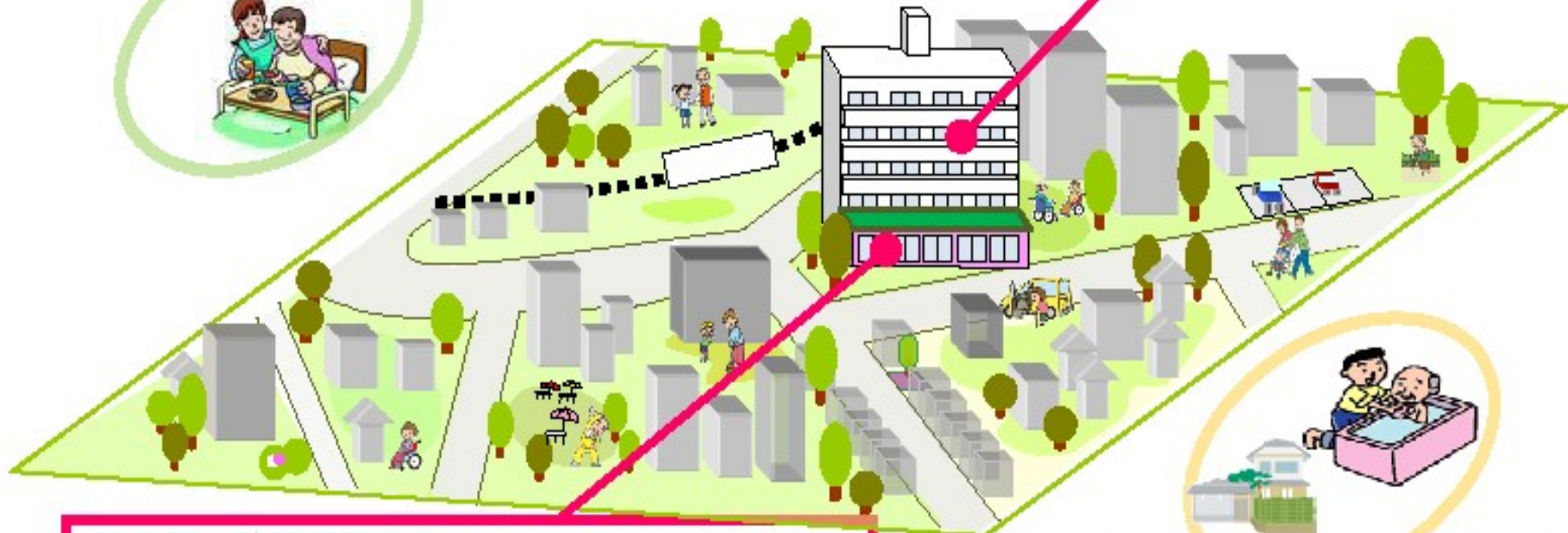
「定期巡回・随時対応サービス」

→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅

(国土交通省・厚生労働省共管)

→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター、定期巡回・随時対応サービス(新設)

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

# 21世紀長屋モデル

- 高齢者の新しい暮らしのデザインは、『**長屋モデル**』
- 最新式のIT設備や医療・介護の緊急通報サービスや見守り、生活支援サービスと、旧来の古き良き長屋生活をマッチさせた新しいデザインが必要



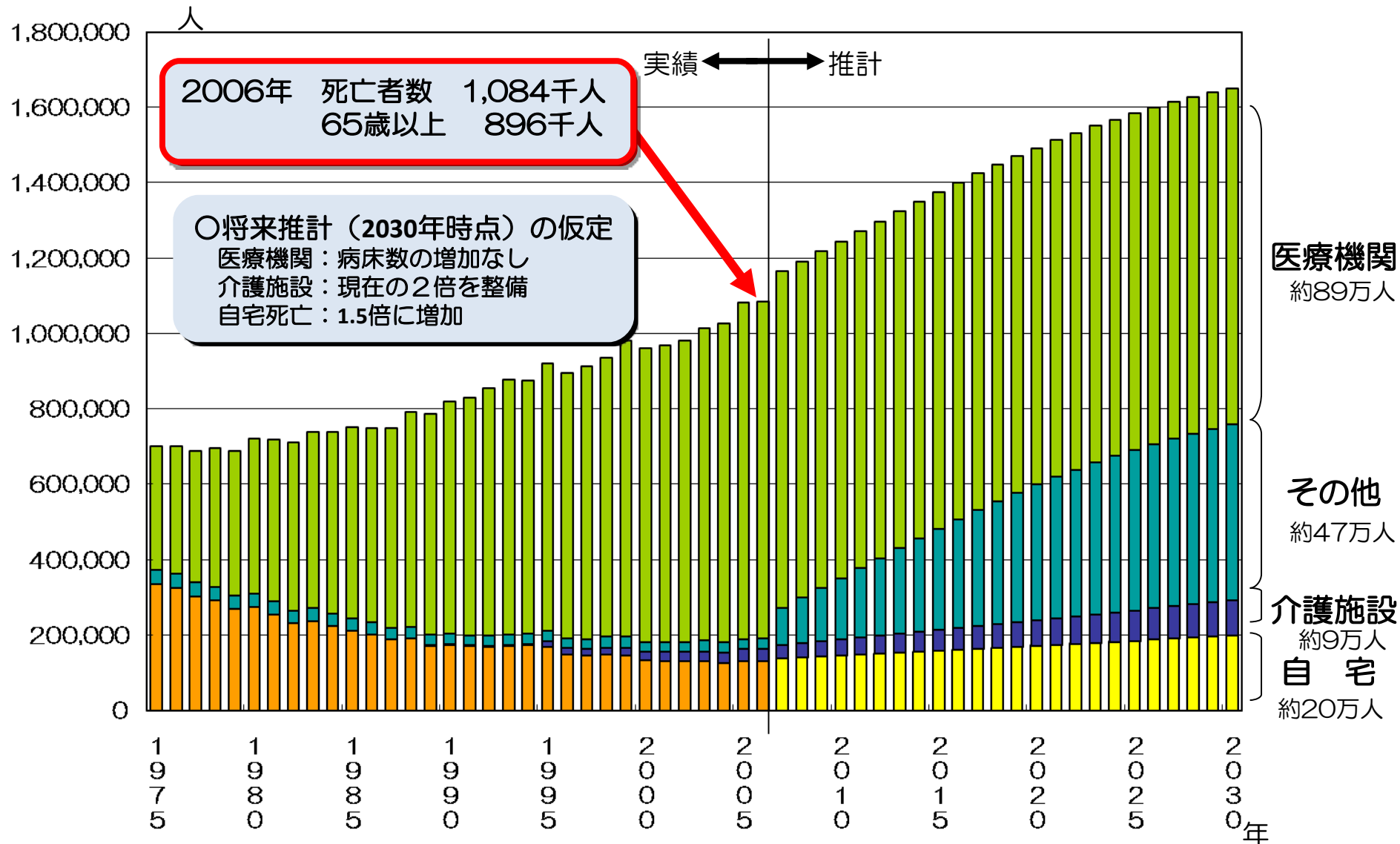
- 江戸時代の長屋

# パート5 在宅終末期ケア



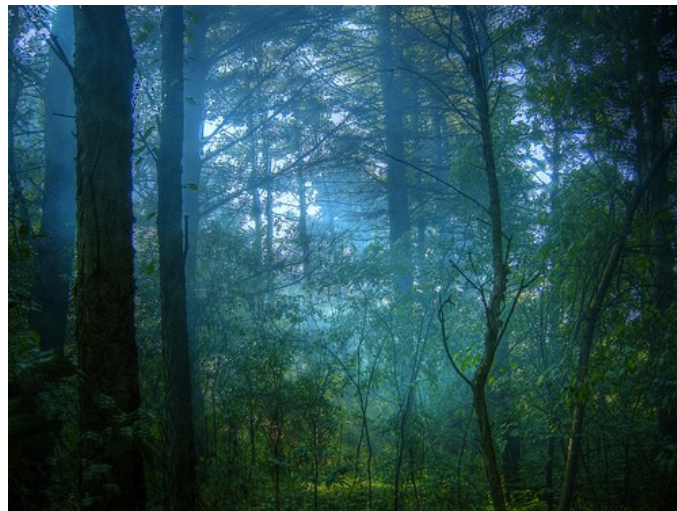
団塊世代の死に場所さがし

# 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】  
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」  
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

# 病院死には病床が足りない 2030年団塊世代47万人の 「死に場所」が不足



富士の樹海林

# 地域で支える終末期ケア連携の 仕組みが必要

2030年団塊世代47万人の  
「死に場所」が不足

# 在宅お看取り環境の整備

- 在宅でのお看取り環境整備が必要
- 家族のお看取り経験が減っている
- 在宅でお看取りをするための患者家族用教育
- お看取りくん
  - 遠隔バイタルサインモニター
- 170万人大死亡時代への準備
- 在宅終末期ケア連携システム

# 新川医療連携懇話会

- 終末期医療における地域連携クリティカルパスの試み
  - 富山県新川(にいかわ)医療圏(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)で、2005年より開業医が中心となって、在宅終末期医療や栄養管理などの検討のために「新川医療連携懇話会」を立ち上げた
  - ターミナルケアでは単独の医師による24時間管理体制では、医師の疲弊が激しいので、複数主治医制をとること
  - 在宅医師同士の連携ミスによる医療事故の防止と回避、病院との連携確保等のために



中川先生



# 緩和ケア 在宅ねと

2009.11

8

ふろんと・ふえーす

中川彦人さん

解説

退院時共同指導料(退院前カンファレンス)について

緩和ケア キーポイント・チェック

在宅で患者自らが痛みをコントロールする鎮痛法PCA

Today's Viewpoint

緩和ケアへの道程

# 新川地域在宅終末期医療

- 新川圏域の概要

- 2市2町(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)
- 人口約13万人

- 連携病院: 4公的病院

- ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院

- 主な在宅対応医療機関

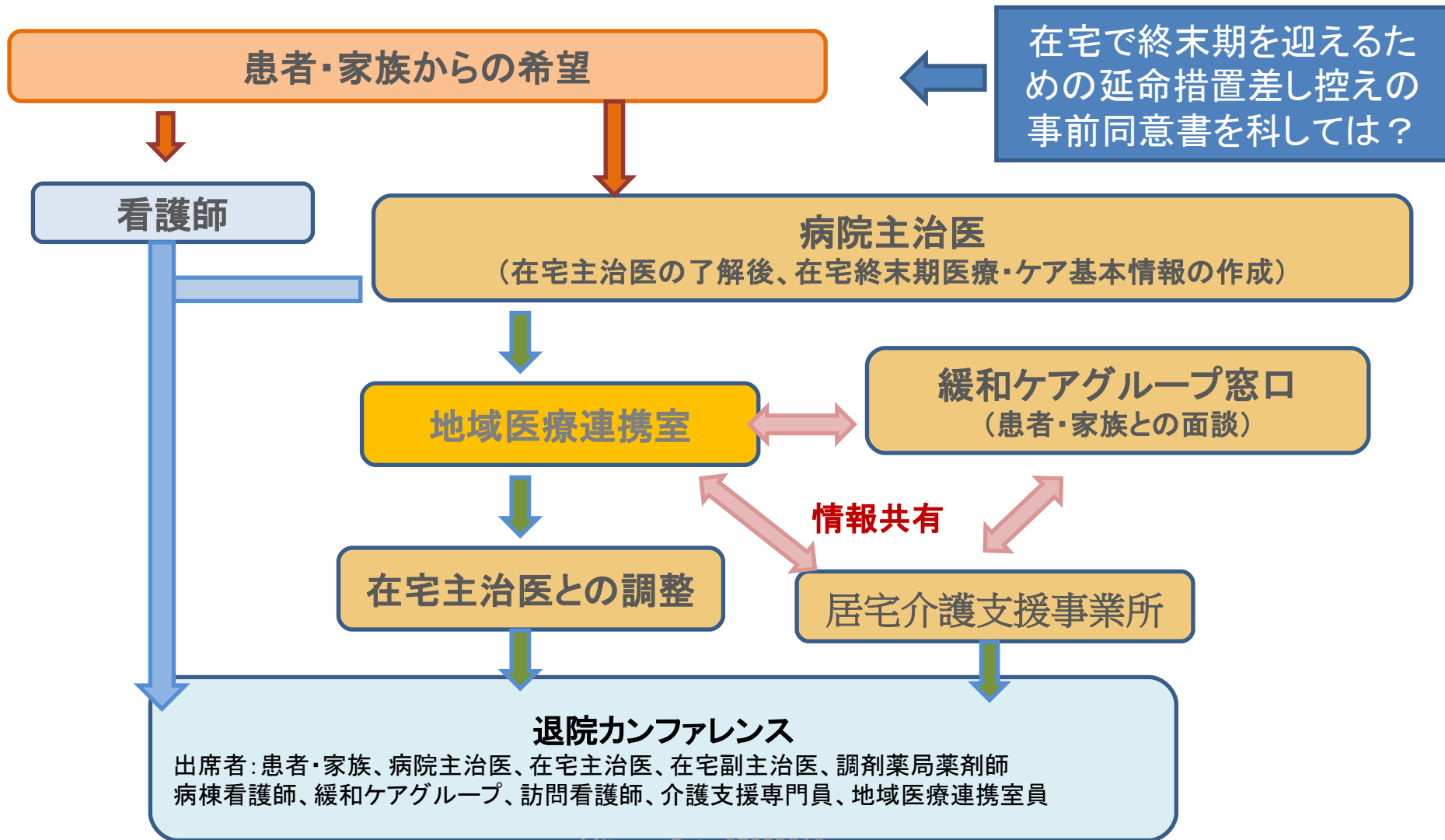
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 連携パス導入の経緯等

- a. 在宅での終末期医療のニーズ増加
- b. かかりつけ医単独での医療限界
- c. 平成17年4月新川圏域8診療所からなる協議会設立
- d. 新川厚生センター・在宅医療部会を通じて在宅医療体制推進



# 病院入院中・退院前 在宅終末期連携パスの運用フロー



在宅で終末期を迎えるための延命措置差し控えの事前同意書を科しては？

# 新川地域在宅終末期医療

## ● 運用基準・留意点

- 対象者：がん等で余命6カ月以内と想定される患者
- 在宅医の選択：患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内（原則）
- 診診連携（主治医・副主治医）による在宅主治医の弊害防止
- 病診連携における役割分担
- 多職種チーム診療による介入
- 様式・書式の統一

# 様式の統一

## 在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

（患者名） [ ] （生年月日）年 月 日生 [ ] 歳	
住所 [ ] TEL [ ]	臨床経過： [ ]
主たる介護人： [ ] 続柄 [ ] TEL [ ] FAX [ ]	治療歴： 1. 手術 有 ( [ ] ) 無 ( [ ] ) 2. 抗癌剤 有 ( [ ] ) 無 ( [ ] )
かかりつけ医（主治）： [ ] TEL [ ] FAX [ ]	在宅移行時における病状の問題点 [ ]
副かかりつけ医（主治）： [ ] TEL [ ] FAX [ ]	予後に影響を与える因子 [ ]
副かかりつけ医（主治）： [ ] TEL [ ] FAX [ ]	臓器不全（心、腎、肝、他 [ ]）
連携病院：病院 TEL [ ] FAX [ ]	栄養状態： [ ]
連携病院サポート医：科 [ ]	出血（消化管 [ ]、他 [ ]）
担当看護師 [ ]	腹水： [ ]
在宅介護支援所： [ ]	他： [ ]
介護保険 無 [ ] 有 [ ] 要介護 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] ケアマネージャー名 [ ]	予後予測： [ ] ヶ月
家族構成（介護相談窓口および決定権者を記入下さい） [ ]	連携病院への通院：必要 [ ] 毎、不要 [ ]
[ ] <b>終いに対する対応</b>	インフォームドコンセント
終いに対する対応（本人・家族）	告知について
1. 最後まで自宅 [ ]	告知：本人、家族（ [ ] ）
2. 最後は連携病院 [ ]	内容 [ ]
3. 状況により判断 [ ]	本人： [ ]
緊急連絡先	家族： [ ] <b>告知理解度について</b>
かかりつけ医→副かかりつけ医1→副かかりつけ医2→救急外来	精神的サポート 要 [ ] 不要 [ ]
診断：主 [ ] 癌 転移： [ ]	告知理解度 [ ] 療養から死への不安点 [ ]
副 1. [ ] 2. [ ]	本人：十分 [ ] 不十分 [ ]
3. [ ] 4. [ ]	家族：十分 [ ] 不十分 [ ]
既往歴： [ ]	療養方針 [ ]

1. 全身状態の管理

- PS(performance status) [ ] 0、1、2、3、4
- 栄養：経口 [ ] 非経口 [ ]
- 留置カテ：有 ( [ ] )、無 ( [ ] )
- 排泄：自力 [ ]、介助 [ ]
- 褥瘡：有 [ ]、無 [ ]
- 口腔ケア：有 [ ]、無 [ ]
- その他のケア内容 [ ]

2. 投薬内容 [ ] **疼痛管理について**

3. 疼痛管理 [ ]

無 [ ] 有 [ ] 投与経路 経口 [ ] 経静脈 [ ] 座剤 [ ] 他 [ ]

麻薬 [ ]

NSAIDS [ ]

訪問看護（指導ならびに実行状況）

- 口腔ケア 有 [ ] 無 [ ]
- 入浴 自宅 [ ] サービス（自宅 ティ） [ ]
- 褥瘡処理 有 [ ] 無 [ ]
- 清拭 指導 [ ] 家族 [ ] ヘルパー [ ]
- 他 [ ]

介護

- ヘルパー 有 [ ] 無 [ ]
- ティサービス 有 [ ] 無 [ ]

入力者 [ ]

自動入力 [ ]

病院担当医 [ ]

病院担当Ns [ ]

緩和グループ担当者 [ ]

ケアマネージャー [ ]

在宅かかりつけ医 [ ]

Mitsuyo Goto 07292010

# 様式の統一

## 在宅療養実施計画書様式

### 医療機関用

### 患者・家族用

作成日 年 月 日  
\_\_\_\_様 歳 男・女

在宅介護人： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

かかりつけ医（主治医） \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

副主治医 1 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

副主治医 2 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

連携病院 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

連携病院サポート医 \_\_\_\_\_

ケアマネージャー名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

訪問看護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

訪問介護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

薬局名  
アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）  
テンプレート例  
疼痛をできるだけ抑制する  
褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）  
テンプレート例  
呼びかけに応じない  
呼吸をしていない

\_\_\_\_\_ ケアマネージャー入力  
氏名

\_\_\_\_\_ かかりつけ医が入力

作成日 年 月 日  
\_\_\_\_様 歳 男・女

在宅介護人： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

連絡先

（下記の医師コールの基準にあてはまるようになった場合や、その他、状況が

悪化し連絡が必要と思われる場合は下記連絡先の1に連絡し、連絡が取れない

場合や、その先生の指示があれば、以後2、3、4の順に連絡してください。

1 かかりつけ医（主治医） \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

2 副主治医 1 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

3 副主治医 2 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

4 ○○病院 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

連携病院サポート医 \_\_\_\_\_

ケアマネージャー名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

訪問看護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

訪問介護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

薬局名  
アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）  
テンプレート例  
疼痛をできるだけ抑制する  
褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）  
テンプレート例  
呼びかけに応じない  
呼吸をしていない

# 様式の統一

## 在宅診療報告書様式（連携カルテ）

開始日 _____ 様 4 w					_____ 様 8 w						
日付	開始日	1W	2W	3W	4W	日付	5W	6W	7W	8W	9W
項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
問題点（特記事項）						問題点（特記事項）					
（一般状態）記載者						（一般状態）記載者					
P.S						P.S					
栄養状態						栄養状態					
精神状態						精神状態					
身体所見						身体所見					
（投薬）記載者						（投薬）記載者					
疼痛管理						疼痛管理					
麻薬						麻薬					
NSAIDS						NSAIDS					
他						他					
補液						補液					
（検査）						（検査）					
（病状説明）						（病状説明）					
他						他					
（訪問看護）記載者						（訪問看護）記載者					
食事						食事					
排泄						排泄					
清拭						清拭					
入浴						入浴					
精神面						精神面					
他						他					

項目	13 W 3月29日	14 W 4月5日	15 W 4月12日	16 W 4月19日
問題点(特記事項)	経口摂取量減少	本日IVHに注入ホアア導入	意識レベル低下(TEL前)	

(一般状態) 記載者	上田	藤田	上田
PS	4	4	4
栄養状態	Poor	Poor	Poor
精神状態	正常・安定	正常・安定	正常・安定
身体所見	脱水 浮腫	脱水 浮腫	脱水 浮腫 腹水(CTH) 900ml 尿300ml

(投薬) 記載者	上田	藤田	上田
疼痛管理	疼痛+NSAIDs	疼痛+NSAIDs	
麻薬	オキシコドン(5)IT	オキシコドン(5)IT	
NSAIDs	ロキソニン300mg	ロキソニン300mg	
他			
補液	①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg	①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg	①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg
(検査)	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) ホアア注入 1000ml/h
(病状説明)			
他	NS上服薬と IVHホアトの服用法 を確認(理路)	添付薬550 シシ72(1ml) 理路	BD118/92 P84 KT 369 呼吸数20回/分

(訪問看護) 記載者	上田	上田
食事	水分摂取量UP	果物、ビーチ摂取
排泄	排便 364	排便 400g
清拭	1000ml	1000ml
入浴	1000ml	1000ml
精神面	安定	安定
他	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸数20	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸数20

(訪問介助) 記載者	上田	上田

項目	13 W 3月29日	14 W 4月5日	15 W 4月12日	16 W 4月19日
問題点(特記事項)		片血 80%	片血 80%	片血 80%

(一般状態) 記載者	藤田	上田	藤田
PS	4	4	4
栄養状態	Poor	Poor	Poor
精神状態	正常・安定	正常・安定	正常・安定
身体所見	脱水 浮腫	脱水 浮腫	脱水 浮腫 20時夜急いで 市立病院受診 入院

(投薬) 記載者	上田	藤田	上田
疼痛管理			
麻薬			
NSAIDs			
他			
補液	①オキシコドン1000mg ②オキシコドン1000mg ③オキシコドン1000mg	①オキシコドン1000mg ②オキシコドン1000mg ③オキシコドン1000mg	①オキシコドン1000mg ②オキシコドン1000mg ③オキシコドン1000mg
(検査)	IVHホアト(1F) ホアア注入 1000ml/h	IVHホアト(1F) ホアア注入 1000ml/h	IVHホアト(1F) ホアア注入 1000ml/h
(病状説明)			
他			

(訪問看護) 記載者	上田
食事	ビーチ 少量摂取
排泄	排便 364
清拭	1000ml
入浴	1000ml
精神面	安定
他	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸数20

(訪問介助) 記載者	上田

出所: 中川彦人



社外スタッフとのチーム作業が **スピードアップ!**

効率よく共同作業ができる

Microsoft®  
**Office Groove® 2007**

マイクロソフト オフィス グルーヴ 2007

Microsoft®  
**Office**

新登場



**部長**

君にプロジェクト  
リーダーを任せるから、社外スタッフと  
コミュニケーション  
をとってしっかり進  
行してくれたまえ!



**パートナー  
企業  
斉藤さん**  
よろしくね!



**中村君**

ガンバります!



**パートナー企業  
伊藤さん 武藤さん**  
頑張ろう!



出所: 中川彦人

# マイクロソフトGroove

## Office Groove 2007



インターネット接続

- パスのファイルをメンバーで共有して更新
- オフラインでもファイルを開覧
- セキュリティ確保



※ 今年バージョンアップして  
SharePoint Workspace 2010  
に商品名変更

- ディスカッション - Microsoft Office Groove

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) オプション(O) ヘルプ(H) ワークスペース(W)

ディスカッション

新規作成 ビュー

カテゴリ	件名	日付	作成者
	PCAポンプの設定について	2010/01/05 18:13	藤岡 照裕
	ファイル(ルート フォルダ)に検査結果と使用薬剤を追加。	2010/01/06 12:27	藤岡 照裕
	疼痛管理	2010/01/06 12:58	千代 英夫
	Re: 疼痛管理	2010/01/17 10:47	藤岡 照裕
	在宅療養実施計画書を更新しました。	2010/01/06 18:59	藤岡 照裕
	訪問入浴について	2010/01/08 17:48	フレンドイー
	排泄介助について	2010/01/08 18:06	フレンドイー
	訪問看護の臨時訪問希望について	2010/01/12 19:16	遠藤 幸枝
	PCAポンプのカセット交換回数について	2010/01/27 12:11	見澤 哲郎
	オピオイドの減量について	2010/02/02 16:46	見澤 哲郎
	Re: オピオイドの減量について	2010/02/02 23:54	藤岡 照裕
	Re: オピオイドの減量について	2010/02/03 17:31	遠藤 幸枝
	デュロテックパッチの貼付部位について	2010/02/02 16:56	見澤 哲郎
	主治医往診を訪問看護に振り替えて欲しいとの希望に対して…	2010/02/02 22:19	藤岡 照裕
	2月2日撮影の右胸壁腫瘍の画像をアップしました。	2010/02/02 22:45	藤岡 照裕
	今後の方針	2010/02/04 18:19	藤岡 照裕
	Re: 今後の方針	2010/02/05 14:59	遠藤 幸枝
	PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて	2010/02/05 17:20	見澤 哲郎
	Re: PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて	2010/02/05 18:07	藤岡 照裕
	在宅に要する費用	2010/02/08 9:46	渡辺俊雄

件名 疼痛管理  
 カテゴリ  
 作成者: 千代 英夫 作成日時: 2010/01/06 12:58

ステロイドの併用はどうでしょうか。また、抗生剤投与の必要性はないか。

現在のビュー: カテゴリ別 | ビューのレコード数: 49

ファイル ディスカッション 1 予定表 画像

ワークスペース メンバ

- 千代クリニック
  - 千代 英夫
- 川瀬医院
  - 川瀬 紀夫
- 富山県立中央病院 地域連携室
  - 地域連携室
- 黒部市民病院 在宅介護支援センター
  - 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
  - 金谷 雅美
- 藤岡医院
  - 藤岡 三郎
- ストローハット
  - サポート (ストローハット)
- 中川医院
  - 中川 彦人
- 黒部訪問看護ステーション
  - 遠藤 幸枝
- 富山県立中央病院
  - 渡辺俊雄
- 藤が丘クリニック
  - 藤岡 照裕
- メープル薬局
  - 見澤 哲郎

ワークスペースに招待: 受信者の追加  
 名前または電子メールを入力 送信

チャット

よく使う機能

194 KB

出所: 中川彦人

予定表

新しい予定... 今日 日 週 月

2010年 3月

日単位ウィンドウの表示

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
2月 28日	3月 1日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	2日 10:30 訪問介護 13:00 訪問介護 16:00 訪問介護	3日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	4日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	5日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護	6日
7日	8日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護	9日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 15:00 訪問介護 17:15 訪問介護	10日 シメドドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	11日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	12日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 14:00 訪問介護 17:30 訪問介護	13日
14日	15日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	16日 10:30 訪問介護 15:00 訪問介護 17:15 訪問介護	17日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護	18日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	19日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護	20日
21日 13:30 訪問看護	22日	23日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 16:00 訪問介護	24日 シメドドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護	25日	26日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護	27日
28日	29日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	30日 10:30 訪問介護 13:00 訪問介護 16:00 訪問介護	31日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	4月 1日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	2日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 14:30 訪問介護 17:30 訪問介護	3日

ワークスペース メンバ

- 千代クリニック
  - 千代 英夫
- 川瀬医院
  - 川瀬紀夫
- 富山県立中央病院 地域連携室
  - 地域連携室
- 黒部市民病院 在宅介護支援センター
  - 稲場 智佳子
- シメドドラッグ 黒部薬局
  - 金谷 雅美
- 藤岡医院
  - 藤岡三郎
- ストローハット
  - サポート (ストローハット)
- 中川医院
  - 中川 彦人
- 黒部訪問看護ステーション
  - 遠藤 幸枝
- 富山県立中央病院
  - 渡辺俊雄
- 藤が丘クリニック
  - 藤岡 照裕
- メープル薬局
  - 見澤 哲郎

ワークスペースに招待: 受信者の追加  
 -名前または電子メールを入力 - 送信

チャット

よく使う機能

ファイル

ディスカッション

予定表

画像

画像

画像の追加...

R0011754s

1/20



ワークスペースメンバ

- 富山県立中央病院 地域...
- 地域連携室
- 藤が丘クリニック
- 藤岡 照裕
- ストローハット
- サポート (ストローハ...
- 中川医院
- 中川 彦人
- 藤岡医院
- 藤岡 三郎
- 川瀬医院
- 川瀬紀夫
- メープル薬局
- 見澤 哲郎
- 富山県立中央病院
- 渡辺俊雄
- 黒部市民病院 在宅介護...
- 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
- 金谷 雅美

ワークスペースに... 受信者の追加

-名前または電子... 送信

チャット

よく使う機能

- ツールの未読通知の無効化
- ツールの追加
- ワークスペースのプロパテ...
- 自分が使用している他のコ...

ファイル 1 | ディスカッション | 予定表 | 画像 1

出所: 中川彦人

Mitsuyo Goto 06072010

# ICT化のメリット

## あんしん在宅ネットにいかわ

- 1. 患者さまの情報が迅速にかつ適確に得られる。
- 2. 情報の種類が多く情報量も多い。
- 3. 情報がきれいで読みやすい。
- 4. Faxなどの紙媒体に比べ管理しやすい
- 5. 自分が往診や訪問をしていない日でもリアルタイムの情報が得られる
- 6. 連携相手の状況や時間を気にせず情報伝達ができる。
- 7. 稀にしか対応しない副主治医でも適確に情報が得られる。
- 8. 訪問看護や訪問調剤薬局では、訪問前の準備がしやすい。
- 9. ディスカッション機能の利用で、疑問点の解決につながる。
- 10. チーム医療の最大の目的である多職種が同じ目的と意識を持って患者さまに向き合うことができる



あんしん在宅ネットにいかわ  
患者さんが亡くなったあとの  
デスクカンファレンスに発展

A photograph of the Golden Gate Bridge in San Francisco, California, taken from a low angle on the bridge deck. The bridge's towers and suspension cables are silhouetted against a deep blue sky with scattered white clouds. The water of the bay is visible in the background, and the city lights are faintly visible on the distant shore.

# パート6 P4Pとは？

ヘルスケアの質に基づく支払い方式  
Pay for Performance (P4P)

# 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

# そもそもヘルスケアの 質評価とは？

ナイチンゲールから始まった  
医療の質評価

# 医療の質評価の歴史

## • 医療の質評価（臨床指標）の歴史

- (1) 1800年代末 (Nightingale: 医療評価における臨床指標の開発)
  - クリミア戦争における病棟死亡率(臨床指標)の測定
- (2) 1965年～ (Donabedian: 医療評価モデル構築)
  - 構造、プロセス、アウトカム(臨床指標)
- (3) 1975年～ (Wennberg: Practice variation study)
  - ヘルスサービス・アウトカム研究の嚆矢
- (4) 1985年～ (患者立脚型アウトカム測定尺度の開発)
  - がんや循環器疾患における臨床QOL尺度の開発
- (5) 1990年～ (QOL研究の活発化)
  - QOL指標による研究の活発化

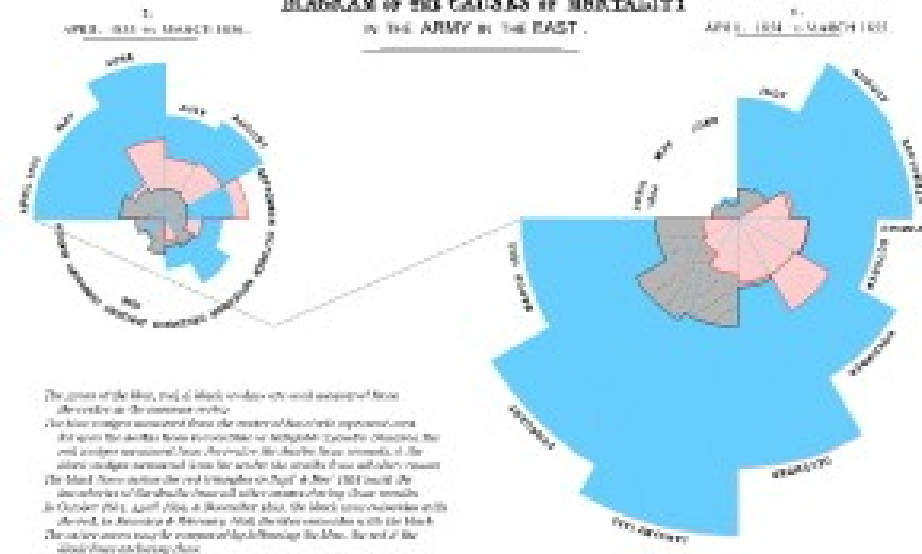
# F. ナイチンゲールと臨床指標

- クリミア戦争(1853-56)
- トルコ側スクタリの英国陸軍病院
- 病棟死亡率を計測
  - 病棟死亡率が40%にも及ぶ
  - F. ナイチンゲールが統計分析とグラフを開発
- 病棟環境の改善
  - ナイチンゲール病棟
  - 医者はおしなべてナイチンゲールに敵対的
- ナイチンゲールとその看護団が病院に入って6ヶ月後、病棟死亡率は2%と改善

- ナイチンゲールが開発した円グラフ



DIAGRAM OF THE CAUSES OF MORTALITY IN THE ARMY IN THE EAST.



# A. ドナベディアンと臨床指標

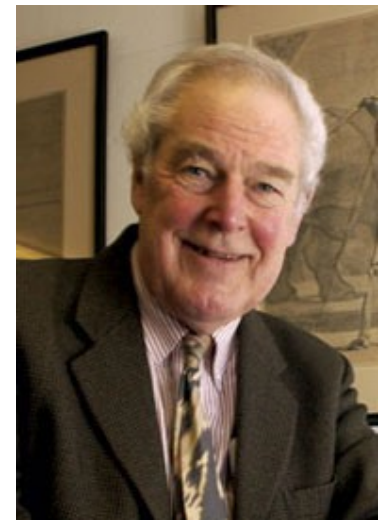
- ミシガン大学のアベデイス・ドナベディアン
  - 医療評価の方法論の確立(1965年)
    - 医療はその構造、プロセス、アウトカムにより評価すべき
    - 構造: 設備、人員、組織
    - プロセス: 診療録に記載される診療過程
    - アウトカム: 回復率、死亡率、再入院率、再手術率、院内感染率、患者満足度
    - アウトカム評価としての臨床指標
  - アウトカム指標としての臨床指標(1980年代後半)が注目をあつめる



**Avedis Donabedian**  
(1919-2000)

# J. ウェンバーグの Practice variation study

- ダートマス大のJ.ウェンバーグ  
「New England Journal」(1984年)の発表論文
  - メイン州を30の小地域に分け、それぞれの地域の間で入院の数、手術の数、外科医数を人口との比率で比較した
- 結論
  - 鼠径ヘルニア修復術の手術頻度は最大の地域と最小の地域でその差は1.7倍しかなく、どの地域をとってもばらつきがなかった
  - ところが、扁桃摘出術を見ると、最大の地域と最小の地域で14倍もの差があった(最大の地域では子供のほとんどが扁桃腺をとられているという状態)
  - 人口当たりの外科医師数とある種の手術件数には相関がある
- ヘルスサービスアウトカム研究のさきがけ
- Practice Variation Study (医療サービスのばらつき研究)の先駆けとなる



# 手術施行率のバラつき(米国)

JUNE 11, 2007

E-MAIL | FEEDBACK

## Regional Differences in Costs and Care

REIMBURSEMENTS

SURGERY RATES

ENROLLEES

Chart Key/Help

ALL SURGERIES 102.1



HEART BYPASS 5.2



KNEE REPLACEMENT 6.9



MASTECTOMY 1.2



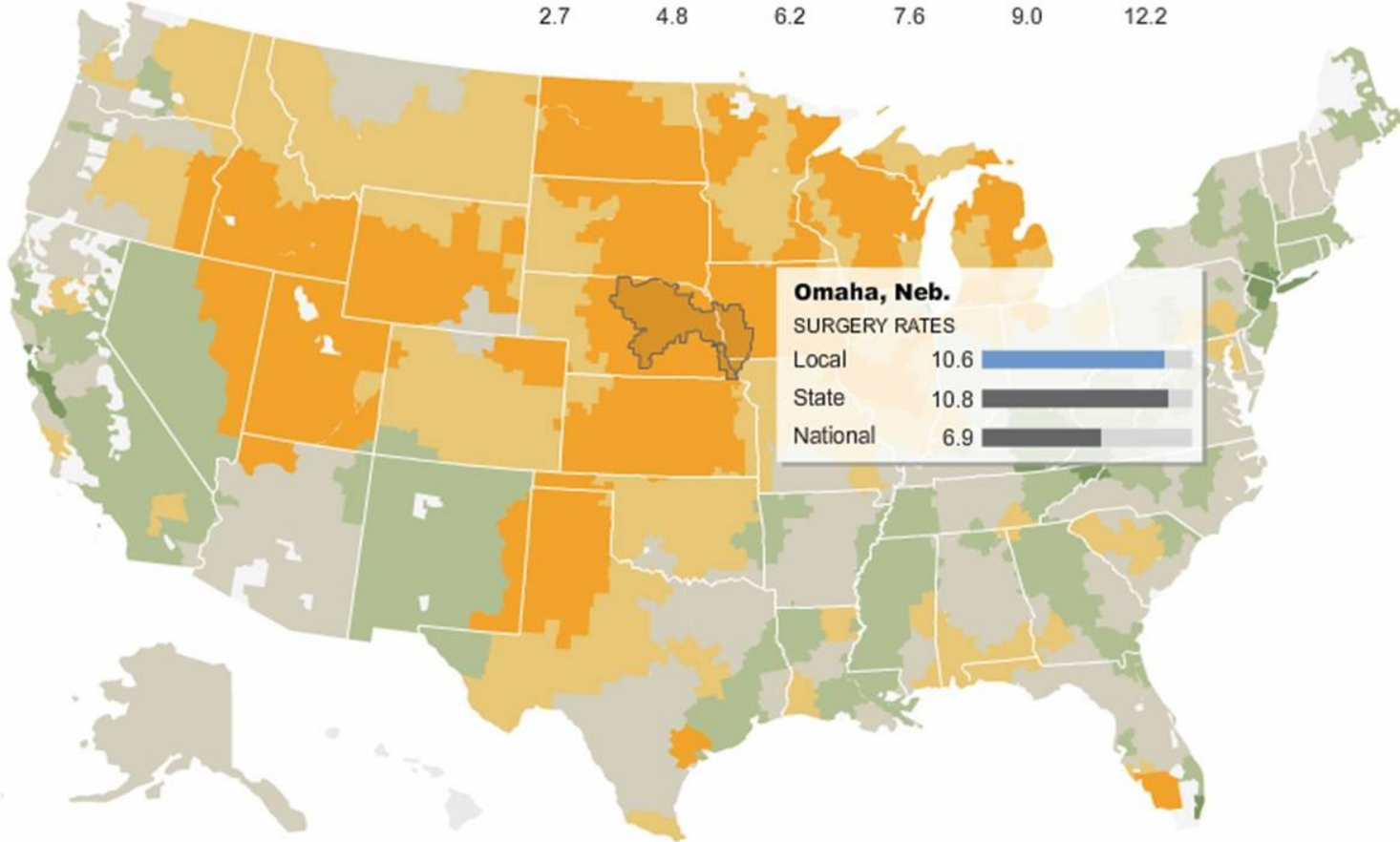
**Knee replacement surgery**  
rates per 1,000 Medicare enrollees in 2003  
by hospital referral region

NATIONAL AVERAGE  
6.9

BELOW | ABOVE

2.7 4.8 6.2 7.6 9.0 12.2

Data not available



# 臨床指標(アウトカム指標)の効果

- 診療内容の直接評価が可能
  - 患者属性、医源性との関連が明確
- 診療過程に直接介入が可能
- 反復収集が容易という点で実施可能性が高い
- 患者重症度補正をすれば施設間比較が可能
- 診療現場での管理ツール、教育ツール、コミュニケーションツールとして有用
- クリティカルパスとの併用も可能
- 医療安全の指標としてリスクマネジメントへの応用可能



P4Pとは質指標を計測して、  
その成績の良いところに  
ボーナスを与えること

Pay for Performance

# 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

# 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が、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:

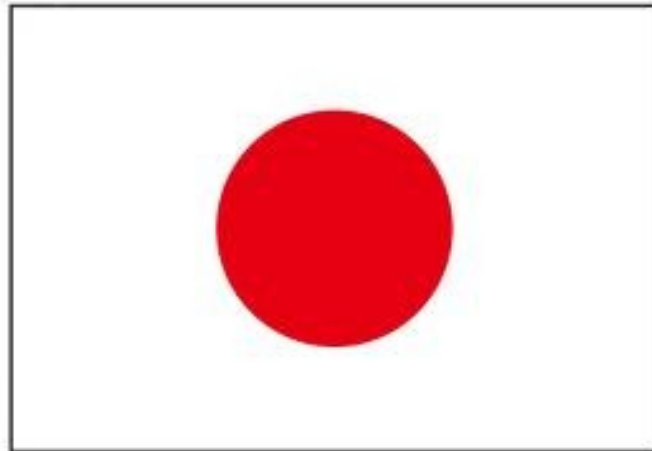
(Excludes:

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

**top 20% improvement**

(no payment to agencies with no improvement)

パート7  
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」

# 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



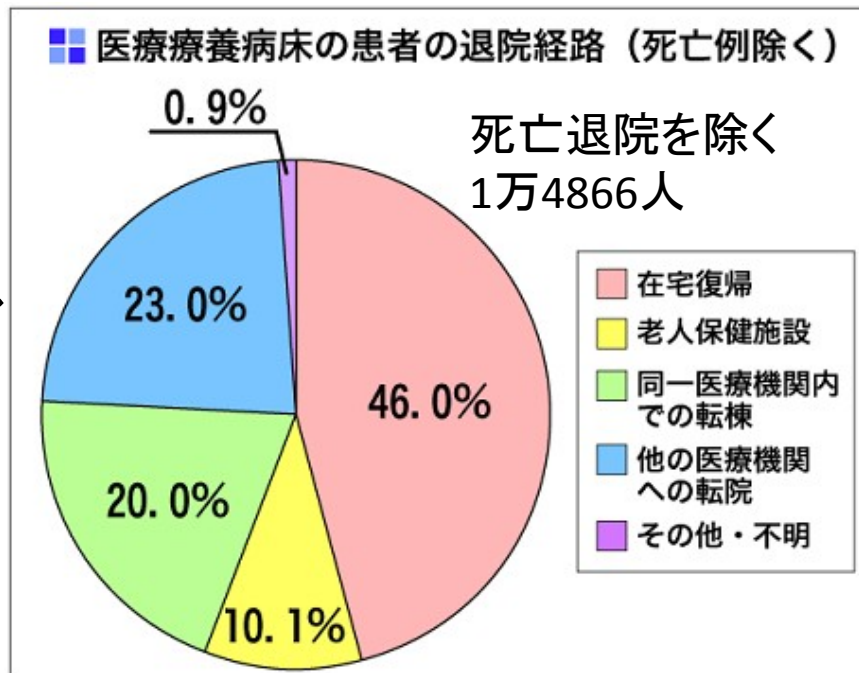
- 日本慢性期医療協会（武久洋三会長）
  - 「2010年度診療報酬改定に係る要望書」
  - 在宅復帰率や医療区分の改善率に基づく評価の導入などを求めた
- 「重症病棟の在宅復帰率」
  - 医療区分2-3の患者が8割以上を占める「重症病棟」の在宅復帰率が50%以上の場合には「医療療養病棟1」、50%未満の場合には「医療療養病棟2」として評価するよう要望
- 「医療区分の改善率」
  - 入院から3か月後の1か月平均医療区分が入院から1か月後の平均医療区分より改善している患者の割合が60%以上の場合、「医療区分改善加算」として、入院患者1日1人当たり20点を加算するよう求めた
- 療養病床P4P



# 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、より好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  
取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

# パート8

## 介護サービスの質と介護P4P





# 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」



宮島俊彦前老健局長

# 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

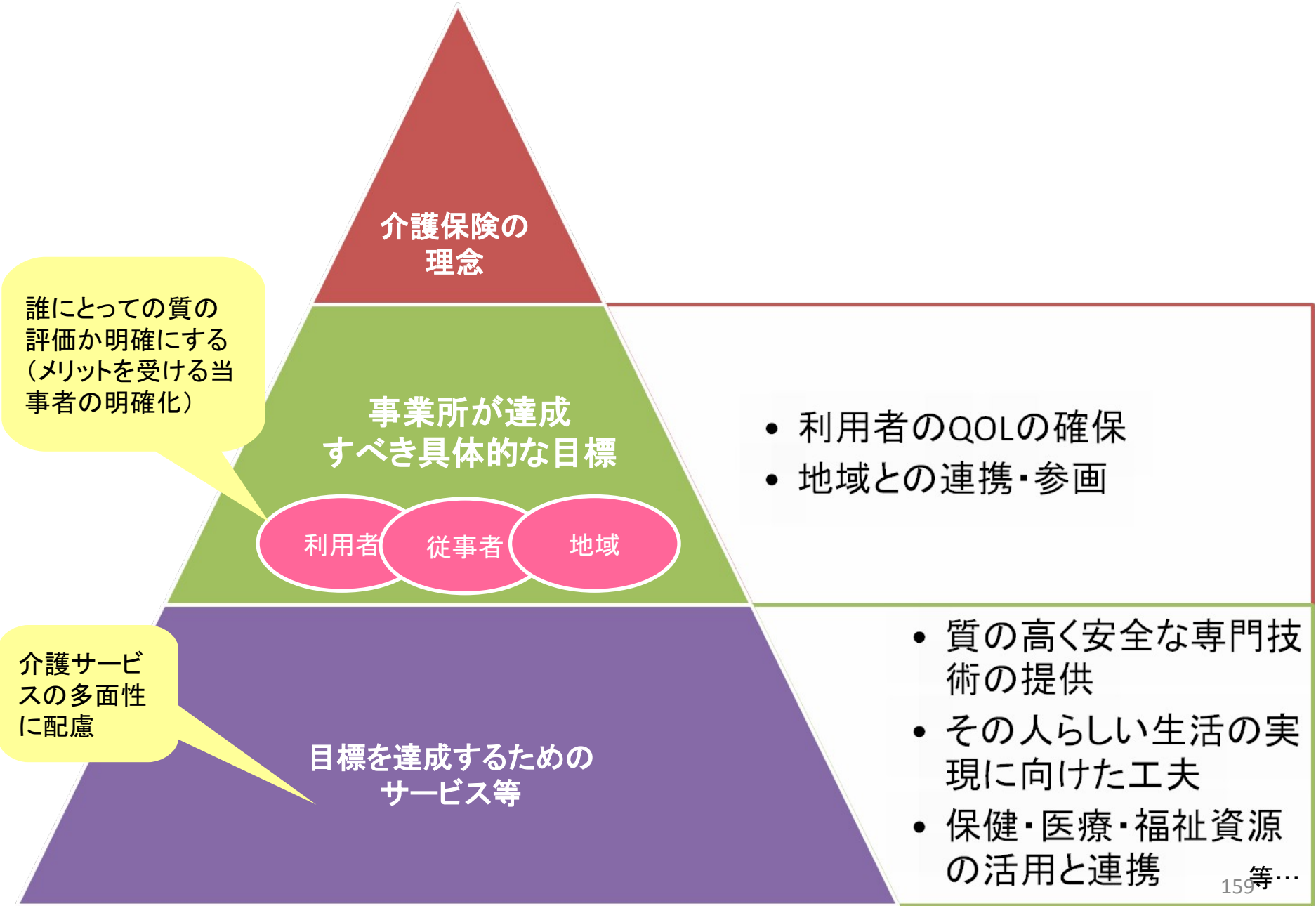
# 「介護サービスの質の評価の在り方に係る検討 に向けた事業」検討委員会

- 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

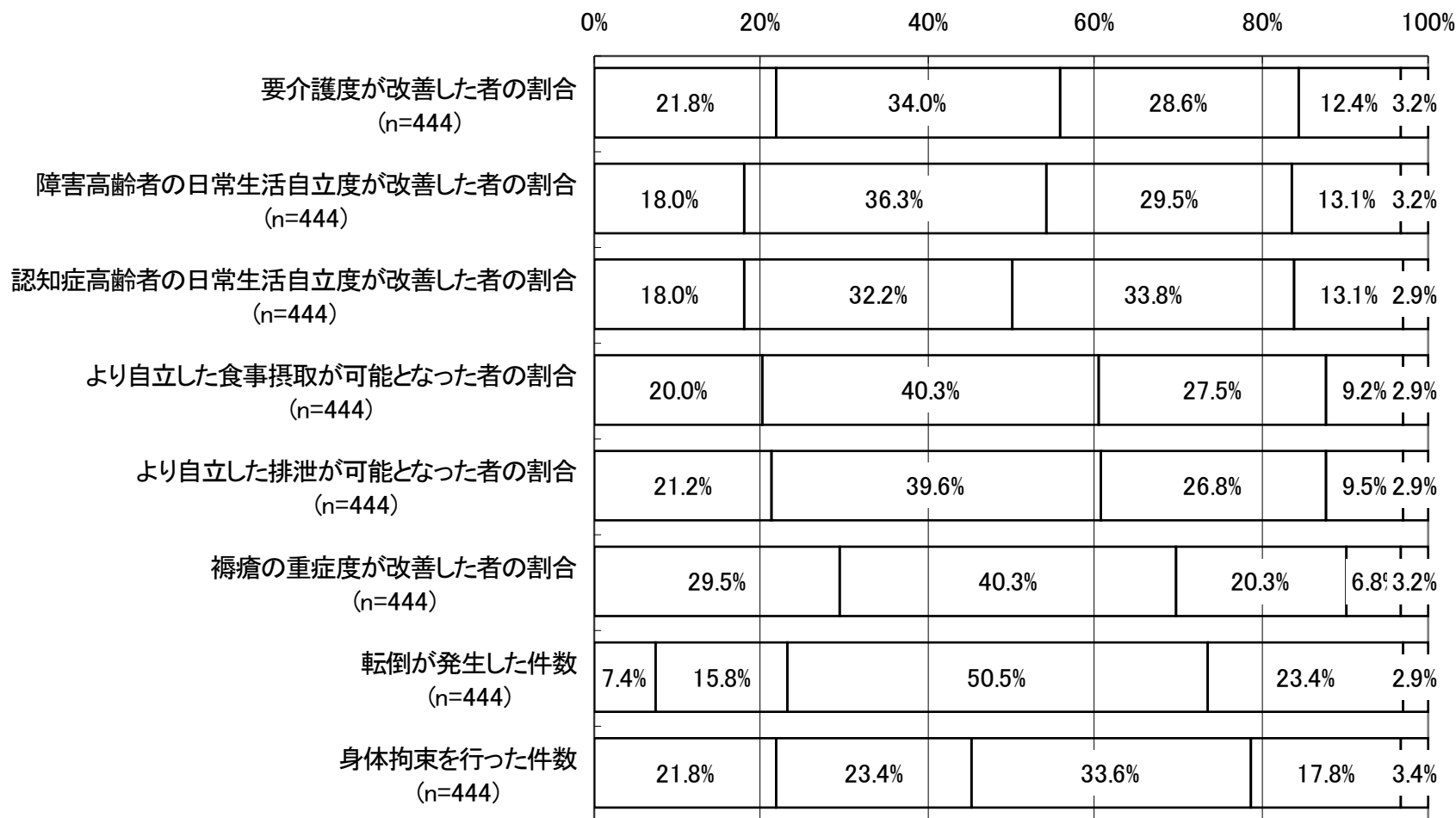
# 平成22年度調査

- 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

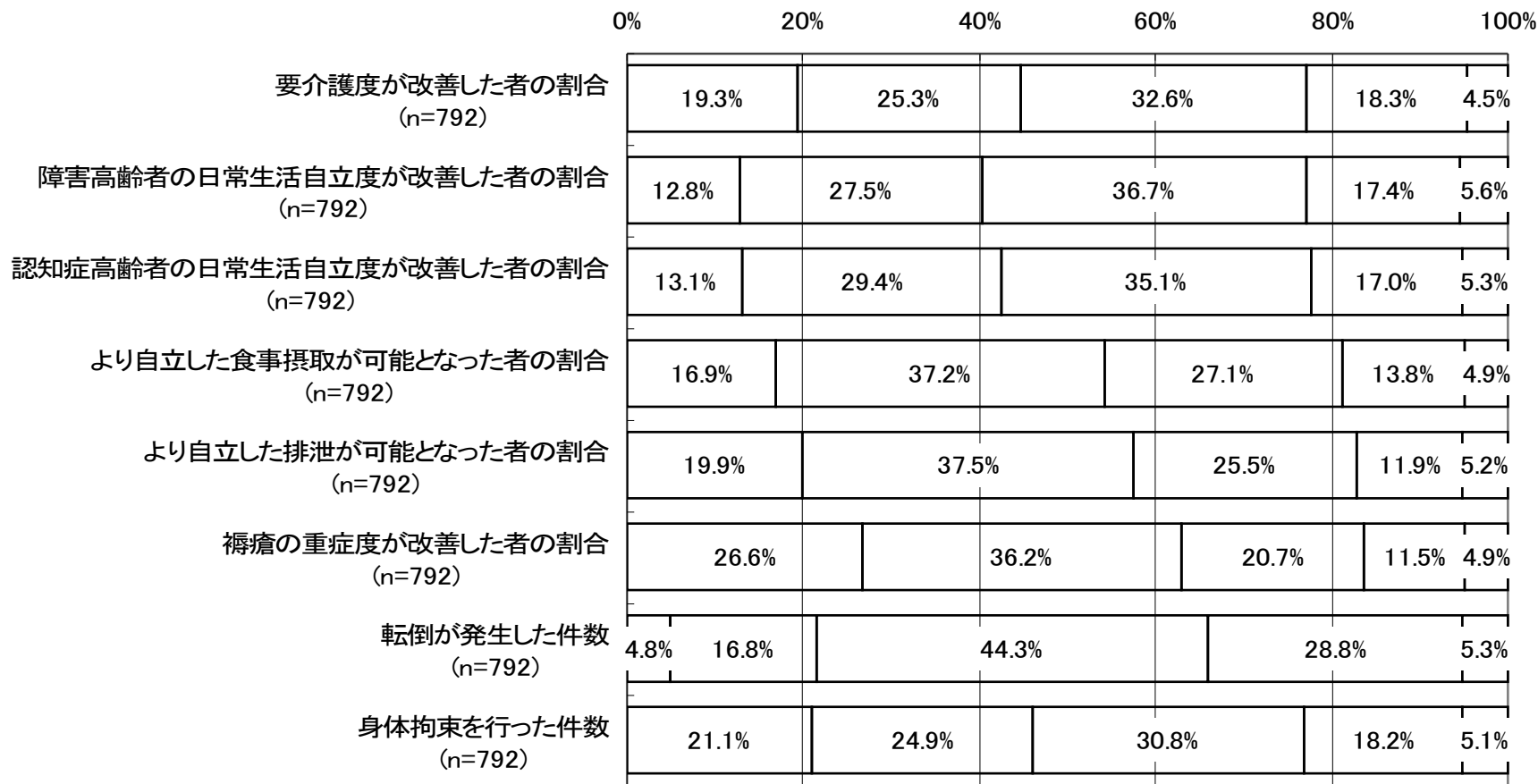
- 調査時期
- 調査方法
- 回答
  - 老人保健施設 444施設(回収率37.0%)
  - 特別養護老人ホーム 792施設(回収率39.6%)

# 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



# 調査結果の概要

- 今回の介護施設調査では調査期間が短期であったこともあり、要介護度の顕著な変化は認められなかった。
- マルチレベル分析により要介護度の変化は介護施設サービスの差より、利用者の特性に大きく依存していた。
- しかし、施設サービスのうち平均在所日数は介護サービスの質とある程度の関係性が認められた。
- 介護サービスの質のアウトカム評価にはさらなる検討が必要。



# 通所ケアサービスにおける質評価

介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業  
老人保健事業推進費等補助金(平成23年度)

# 調査対象

- 調査時期
  - 2011年7月
- 通所リハ事業所
  - 2000件、回答1031件(回答率51.6%)
  - 22、295人(平均年齢80.1歳)
  - 平均利用期間 49.6月
  - 平均介護度 2.3
- 通所介護事業所
  - 1000件、回答400件(回答率40%)
  - 7、568人(平均年齢84.1歳)
  - 平均利用期間 48月
  - 平均介護度 2.3

# 結論の概要

- 通所リハ事業所ごとにおける利用者の1年間の平均要介護度の変化はばらつきがみられた。
- 平均介護度が悪化している事業所と改善している事業所間では、リハ提供状況やリハ専門職の配置状況では差は大きくはなかった。
- 平均介護度が悪化している事業所と改善している事業所を比べると、悪化している事業所は要介護度、医療必要度、年齢ともに高い傾向があった。
- したがって通所リハ事業所のアウトカムの差は、事業所間のサービスの質の差よりも利用者個人の特性に依存していて、要介護度の変化をアウトカム指標としてとらえることには慎重であるべきと考えられた

# 今後の課題

- 要介護度の変化以外のアウトカム指標を探索すべき。
- 通所ケアで提供されているサービス内容についてのさらなる調査分析が必要。
- 以上を通じて、通所リハにおけるサービスの質評価する方法の開発と、介護報酬における評価についても検討すべき。

# 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

- 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
- 地域包括ケアにおける評価の視点
  - 今回の評価は施設サービス評価、通所ケアサービスを行ったが、いずれは地域包括ケアシステム全体の中での包括的評価が必要。

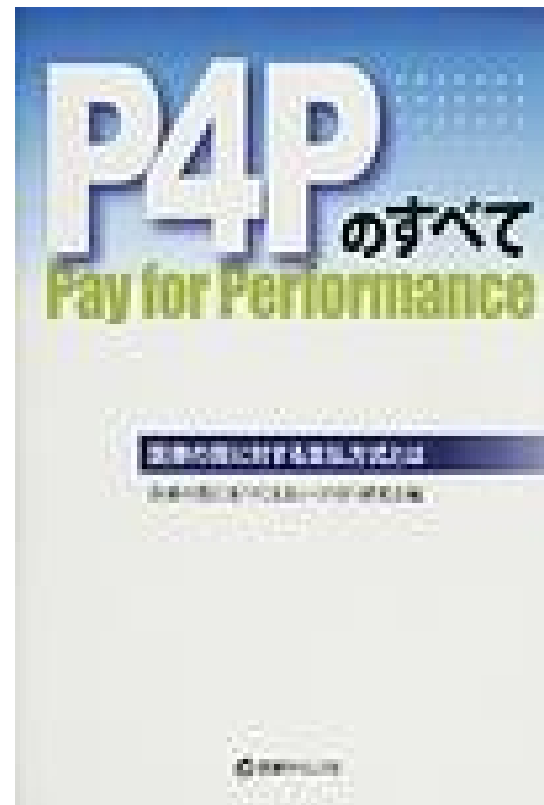
## まとめ

- ・21世紀はヘルスケアの質評価と説明責任の時代
- ・ヘルスケアの質評価に注目しよう
- ・質の高いヘルスケアサービスに経済的インセンティブを
- ・ヘルスケアの質に基づく支払い方式(P4P)に着目しよう
- ・通所ケアも質を問われる時代、社会に向かってその質を説明する責任の時代



# 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](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)