

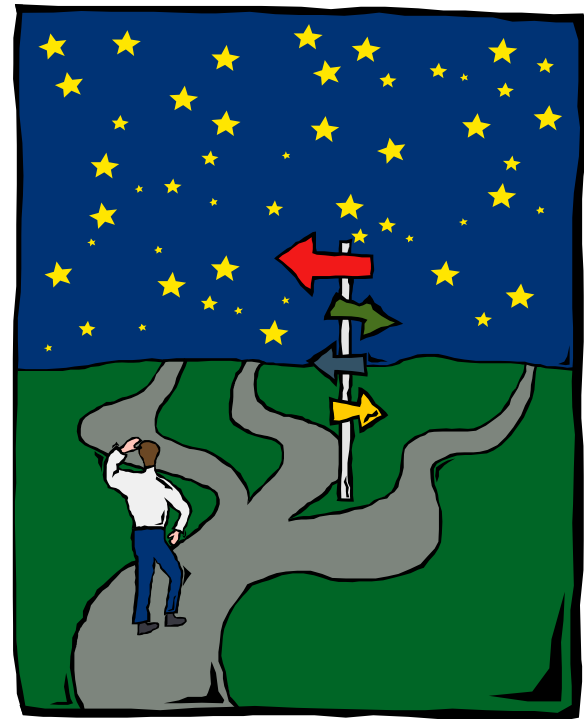
介護連携パスと介護P4P



国際医療福祉総合研究所所長
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
武藤正樹

目次

- パート1
 - 地域連携パスと介護連携パス
- パート2
 - P4Pとは何か？
- パート3
 - 日本版P4P
- パート4
 - 介護P4Pへ



パート4

地域連携パスと介護連携パス



地域連携クリティカルパスとは？



2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

地域医療計画の見直し

疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

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

移行

日常医療圏
二次医療圏に近いが
疾患や地域に
よっては異なる



日常医療圏と診療ネットワーク構想

疾病別、事業別(がん、脳卒中、糖尿病、小児救急など)

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
- * 在宅医療

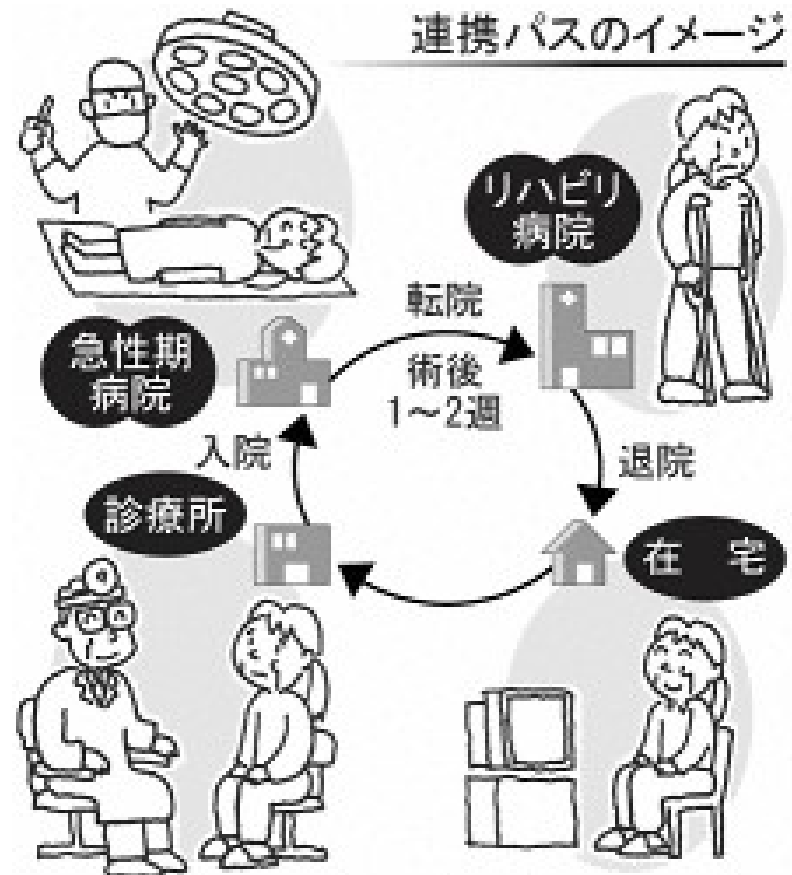
保険薬局も大きく役割が変わった！

医療計画作成指針(07年7月通知)

- 医療計画における医療連携の考え方
 - － 各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施する。
 - － 関係者すべてが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する
 - 医療連携の必要性について認識の共有
 - 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有
 - 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有
- 状況に応じて、**地域連携クリティカルパス**導入に関する検討を行う

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



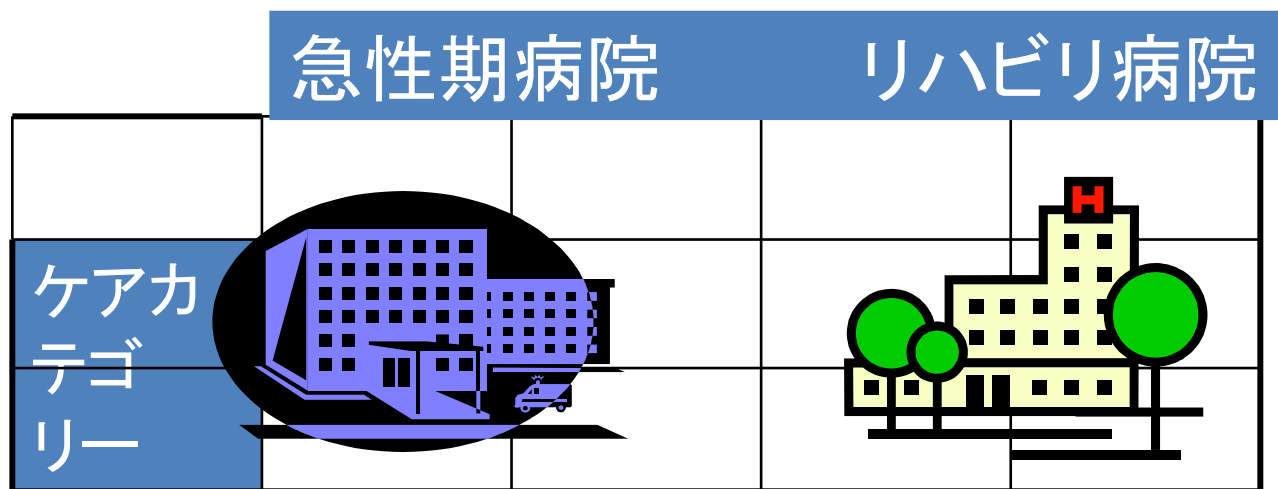
	クリティカルバスの名	胃瘻					職員用			
	患者氏名			指示医署名:		指示受け看護師署名:				
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
達成目標		#1 胃瘻創部に伴なう合併症(出血,創感染,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する。								
治療・処置・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコール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 (インジゲンガーグル)	口腔内清拭 (インジゲンガーグル)	口腔内清拭 (インジゲンガーグル)						
				内服経下投与				鼻胃管の除去	交包	交包
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				RBP, TTR, CRP		RBP, TTR, CRP
活動・安静度		フリー		ベッド上安静		フリー		フリー		フリー
栄養(食事)		入院前に同じ		絶飲食		水100ml × 3		水300ml × 3		水300ml × 3
						濃厚流動食 100ml × 3		濃厚流動食 200ml × 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							TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)
清潔			清拭	清拭		清拭		清拭		清拭
排泄		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	内服継続	内服中止	内					内服継続
観察		体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()					体温() () () ()
		脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()					脈拍() () () ()
		血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()					血圧() () () ()
		SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()		SPO ₂ () () () ()					SPO ₂ () () () ()
				出血() () () ()	出血() () () ()					出血() () () ()
				創状態() () () ()	創状態() () () ()					創状態() () () ()
				喀痰() () () ()	喀痰() () () ()					喀痰() () () ()
										下痢() () () ()
										嘔吐() () () ()
										臍満() () () ()
		褥創()	褥創()	褥創()	褥					褥創()
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										

クリティカルバ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

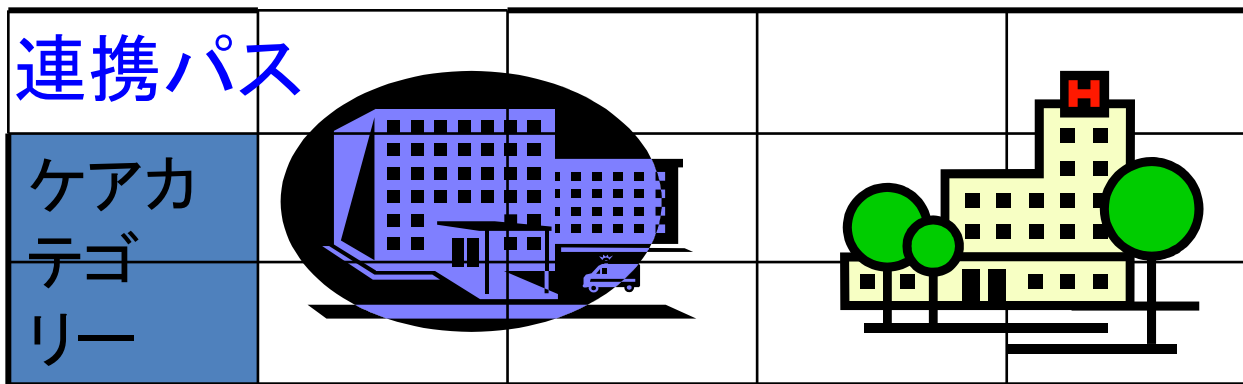
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的会合



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



地域連携パス加算のモデル

熊本市のシームレスケア研究会の
整形疾患における地域連携パス

シームレスケア研究会

- 研究会参加施設
 - K病院(急性期特定病院)、S病院(急性期特定病院)、C病院(急性期特定病院)
 - N病院(回復期リハ)、S病院(回復期リハ)、K病院(回復期リハ)、T医院(有床診療所)、K医院(無床診療所)
- 月1回会合(医師、看護師、理学療法士他)
 - 会場:持ち回り
- ネットワーク診療ガイドライン作成
- データベース作成
- 連携パスの作成・改訂



熊本医療センター 野村一俊先生

シームレスケア研究会の経緯

- 研究会立ち上げ
 - 平成15年10月
 - 世話人会立ち上げ(6施設)
- 第1回研究会(平成15年11月)
 - 各施設のパス、手術適応、術式、後療法の提示
 - 診療ガイドラインの検討
 - 使用中の連携パスの提示
- 第2回(平成15年12月)
 - 診療ガイドライン案作成
 - 研究会連携パス
 - データベース案の検討
- 第3回(平成16年1月)
 - 連携パスの検討、連携パス
 - データベースの電子化の検討
 - 目標設定:4月からの連携パス運用開始
- 第4回(平成16年2月)
 - 連携パスの検討、電子化案の検討
 - 患者用連携パス案の検討
- 第5回(平成16年3月)
 - 2施設加わる
 - 連携パス試用結果検討
- 第6回(平成16年4月)
 - 第6回研究会
 - 連携パス使用実績、問題点の検討
- 以後毎月1回研究会を開催

国立病院機構熊本医療センター連携パス

〇〇〇〇 病院→〇〇〇〇 病院 〇〇〇〇 様 〇 歳 【大腿骨頸部内側骨折用連携パス】案												医療者用				
診断名: (右・左) 大腿骨頸部骨折 手術: 平成〇年〇月〇日 人工骨頭置換術施行										退院後: 自宅・施設()						
受傷前歩行能力: 車椅子・伝い歩行・歩行器・シルバーカー・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立)																
達成目標: 移動能力		車椅子坐位		平行棒内歩行		歩行器歩行		杖歩行		階段昇降		屋外歩行		()		
訓練開始日		〇/〇		〇/〇		〇/〇		〇/〇		〇/〇		〇/〇		自・監・介		
経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日～6日	術後7日	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	退院後 1週以内			
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル抜去		病棟内トイレ		病棟内トイレ						自・監・介			
清潔	清拭				創チエック		シャワー浴可		入浴				自・監・介			
セルフ	【荷重制限】 有・無		歩行補助具 有・無		歩行補助具 有・無		歩行補助具 有・無		歩行補助具 有・無		歩行補助具 有・無		自・監・介			
急性期病院 リハビリ病院																
薬剤	持参薬 確認	術後1～2日まで 抗生剤点滴		疼痛時: 坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々))		疼痛時: 坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々))								疼痛 有・無		
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血				X線(2R) 採血						X線(2R) 採血		有・無		
処置	綱線牽引 有・無	ドレーン抜去 創処置		創処置(1回/2日)		創処置 抜糸		置なし						有・無		
食事	常食 特食()	腹鳴音確認後飲水可 常食 特食()												有・無		
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導		家屋調査説明有 介護保険説明有		入院時OR 介護保険申請〇/〇		家屋訪問調査〇/〇		家屋改修指導〇/〇		試験外泊 退院		訪問〇/〇		
退院時 情報	問題行動: 有・無 痴呆: 有・無・疑い 痛み: 有・無(部位:) 意欲: 有・無・どちらも言えない		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度 筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		問題行動: 有・無 痴呆: 有・無・疑い 痛み: 有・無(部位:) 薬: 飲薬・坐薬(回/日)		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度 筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇 要介護度: 〇 サービス: 有・無()									
【コメント】														【コメント】		
平成 年 月 日 〇〇 病院 リハビリテーション科 術後1～2週間														平成 年 月 日 〇〇 病院 人工骨頭 術後8週間 骨接合 術後10週間		
* 貴院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報 ハードバックして頂ければ幸いです。																

人工骨頭置換術を受けられる方へ

患者様用パス

骨接合術を受けられる方へ

『治療の流れ』

手術

リハビリテーション

退院

* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術...転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後7週
リハビリ	関節を動かす訓練 筋力訓練 歩行訓練			
入浴	キズが良ければシャワー浴から開始。			
検査		X線検査 血液検査		X線検査 血液検査
教育	入院時指導	自宅での生活が目標の方 (家屋訪問調査 家屋改修指導 試験外泊)		

『リハビリ』

目標:(車椅子・起立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩)

歩行訓練進行の目安

平行棒内歩行

歩行器歩行

杖歩行

屋外歩行

歩くとき膝がグラグラしない。
肩の力を抜いて歩ける。
平行棒内を一人で1往復以上歩ける。

平行棒内を杖だけで歩ける。 階段昇降ができる。
片手で平行棒内を歩ける。

『日常生活、生活の場』

目標:(自宅・施設)

* 実生活そのものがリハビリとなります。
* リハビリスタッフと一緒に練習してきた事を生活の場を通して実践していきましょう。

- 1) 布団の上、畳の縁、廊下、浴室などは転倒しやすいので注意しましょう。
- 2) 階段の昇りは良い方の足から降り方は悪い方の足から一段ずつ始めた方が楽です。

3) 脱臼しやすい姿勢に注意!

【右写真を参照】



家屋改修(自宅での生活が目標の方)

* 家屋改修の内容は各個人個人、状況によって異なります。リハビリスタッフにご相談ください。
* 家屋環境のチェックが必要となります。
* 家屋環境のチェックが必要となります。
家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

『治療の流れ』

手術

リハビリテーション

退院

* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術...転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後10週
リハビリ	関節を動かす訓練			

入院診療計画予定表

大腿骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

() 様 担当医 () 担当看護師 () 担当理学療法士 ()

経路	入院日	手術当日	術後1日	術後2日	術後3~4日	術後5日~3週	X線検査 血液検査
通	()	()	()	()	()	()	
食	□食事は夕食まで □飲水は22時まで	□朝食は、お腹の動くまで 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	□朝食あり	□朝食あり	□朝食あり	□朝食あり	
歩	□歩みに応じて訓練で 引き強ります (痛くないように)	□手術が終わって、3時間 はベッド上安静です	□病棟で訓練します	□リハビリにて訓練開始です	□リハビリにて訓練開始です	□リハビリにて訓練開始です	
リ	□3時間たったら、身体を おこせます	□車椅子で移動出来ます	□車椅子で移動出来ます	□車椅子で移動出来ます	□車椅子で移動出来ます	□車椅子で移動出来ます	
ハ	□病室でのリハビリが 始まります	□病室でのリハビリが 始まります	□病室でのリハビリが 始まります	□病室でのリハビリが 始まります	□病室でのリハビリが 始まります	□病室でのリハビリが 始まります	
歩	□排便の確認をします	□排便の確認をします	□排便の確認をします	□排便の確認をします	□排便の確認をします	□排便の確認をします	
入	□必要に応じて毛を 剃ります	□必要に応じて毛を 剃ります	□必要に応じて毛を 剃ります	□必要に応じて毛を 剃ります	□必要に応じて毛を 剃ります	□必要に応じて毛を 剃ります	
入	□可能であれば 入浴できます	□可能であれば 入浴できます	□可能であれば 入浴できます	□可能であれば 入浴できます	□可能であれば 入浴できます	□可能であれば 入浴できます	
内	□静脈薬の確認	□静脈薬の確認	□静脈薬の確認	□静脈薬の確認	□静脈薬の確認	□静脈薬の確認	
輸	□輸液のための注射の テストがあります	□輸液のための注射の テストがあります	□輸液のための注射の テストがあります	□輸液のための注射の テストがあります	□輸液のための注射の テストがあります	□輸液のための注射の テストがあります	
注	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	
検	□必要時に血液検査、 他科受診があります	□必要時に血液検査、 他科受診があります	□必要時に血液検査、 他科受診があります	□必要時に血液検査、 他科受診があります	□必要時に血液検査、 他科受診があります	□必要時に血液検査、 他科受診があります	
説	□入院説明 □手術説明 □手術室看護説明	□入院説明 □手術説明 □手術室看護説明	□入院説明 □手術説明 □手術室看護説明	□入院説明 □手術説明 □手術室看護説明	□入院説明 □手術説明 □手術室看護説明	□入院説明 □手術説明 □手術室看護説明	

※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。

国立熊本病院 整形外科

※ 家屋環境のチェックが必要となります。

※ 家屋環境のチェックが必要となります。

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

生活が目標の方

家屋改修指導 試験外泊

伝い歩き・歩行器・杖・独歩

目標

杖歩行

ただで歩ける。 階段昇降ができる。
車内を歩ける。



自宅・施設

生活の場を通して実践

しましょう。

ずつ始めた方が楽です。

目標の方

まず。リハビリスタッフにご相談ください。

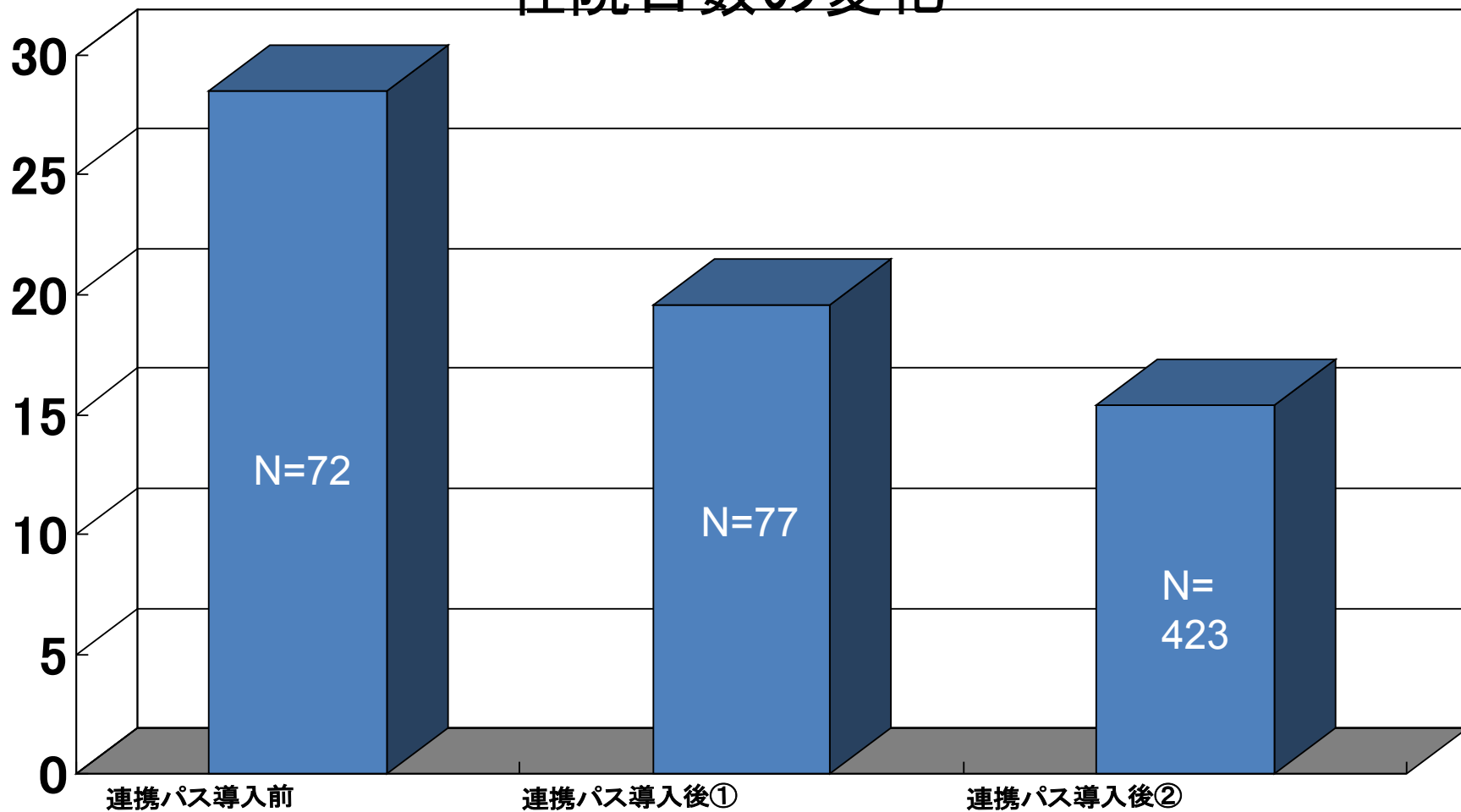
熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

シーム...		一覧画面		印刷		骨接合		人工骨頭				
熊本医療センター →		にしくもと病院		イニシャル:氏 N. 名 S.		95歳 女性		診断名: 左 左大腿骨頸部骨折		患者No 1		
ID 702557		ID						手術日: 平成16年3月24日		手術: γネイル		
受傷日: 平成16年3月23日		受傷場所:		受傷機転:								
受傷前歩行能力: 伝え歩き		補助道具: 伝え歩き		最終到達目標: 屋内:		屋外:		退院後:				
到達目標: 移動能力		車椅子坐位		平行棒内歩行		歩行器歩行		杖歩行		階段昇降		
訓練開始日		3月26日		4月16日						最終歩行獲得レベル		
経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3~6日	術後7日	術後2週	術後4週	術後6週	術後8週	退院日	退院後1週以内
	3月23日	3月24日					転院4月2日	4月21日		5月19日		
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル病棟内トイレ病棟内トイレ									
清潔	清拭		シャワー浴		入浴							
ケサアル					上下更衣							
					靴下・靴の着脱							
					洗面所(立位で)							
					床から起立							
薬剤			疼痛対策: 無		疼痛対策:							痛み
検査	X線(2R)	X線(2R)			X線(2R)	X線	X線	X線	X線	X線	X線	
	採血	採血			採血	採血	採血	採血	採血	採血	採血	
処置	鋼線牽引		創処置		創処置		創処置					
			ドレーン		(1回/2日)		抜糸					
食事	腹鳴音確認後飲水可											
教育	入院時OR	床上動作	家屋調査説明:		入院時OR	家屋訪問調査	家屋改修指導		試験外泊			
	NsOR	の指導	介護保険説明:		介護保険申請				退院時訪問			
退院時情報	荷重制限: 無し	禁忌肢位:			荷重制限:	禁忌肢位:						
	問題行動: 無し	ROM: 股関節屈曲	95°		問題行動:	ROM: 股関節屈曲	°					
	痲痺: 無い	外転	35°		痲痺:	外転	°					
	痛み: 有り	MMT: 大腿四頭筋力	3		痛み:	MMT: 大腿四頭筋力						
	意欲: 有り	中殿筋力	2		意欲:	中殿筋力						
記載日	平成16年4月9日		【コメント】		記載日	【コメント】						
担当医	田中あづさ		動作中、左股関節の痛みを頻繁に訴えます。今後の指導をお願いします。		担当医							
看護師					看護師							
理学療法士	階橋 政和											
既往症					バリアンス							

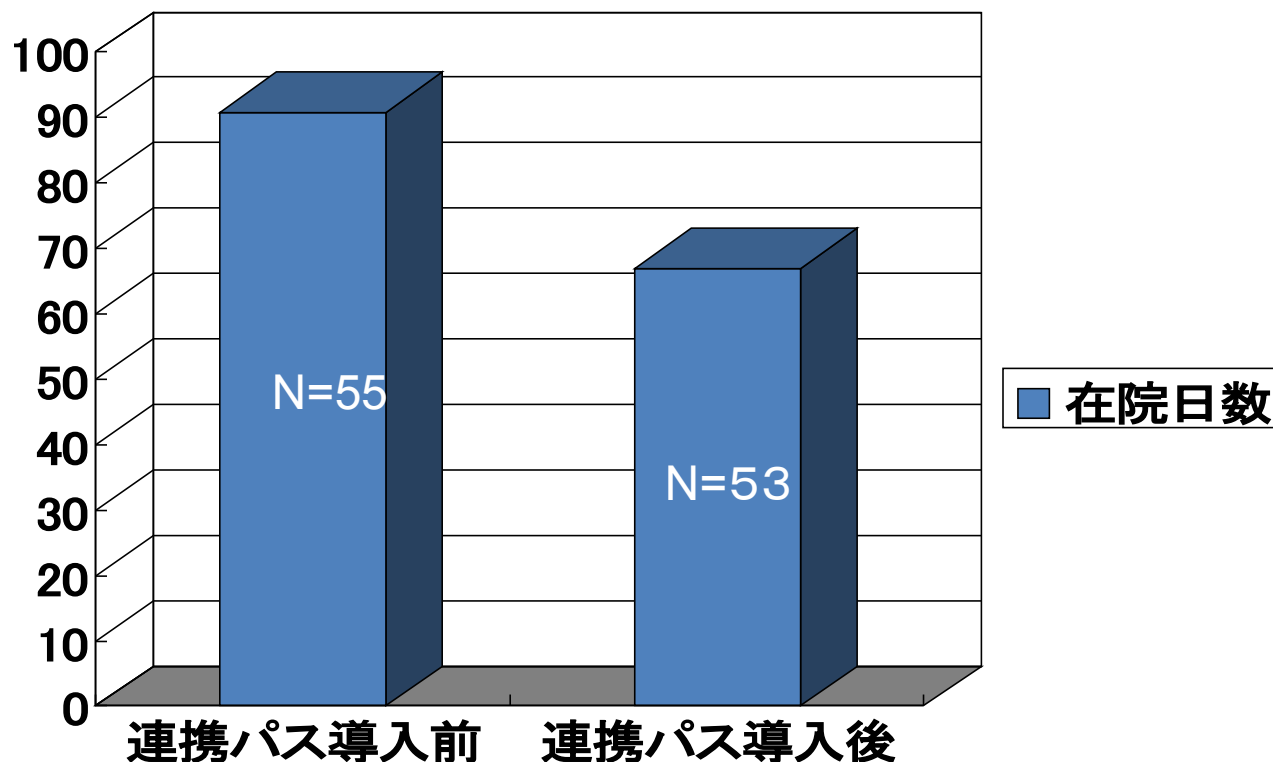
連携パスの効果

- 患者家族の転院不安の解消
 - － 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- 診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消
 - － 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- 診療目標やプロセスの共有化
 - － 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- 平均在院日数の短縮化
 - － 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- 電子化により情報共有とパス見直しの促進
 - － 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況等の分析を行うことが可能となり、連携パスの見直しを通じて、連携医療の質と効率の向上につなげていくことができるようになった。

連携パス(大腿骨頸部骨折)導入による 在院日数の変化

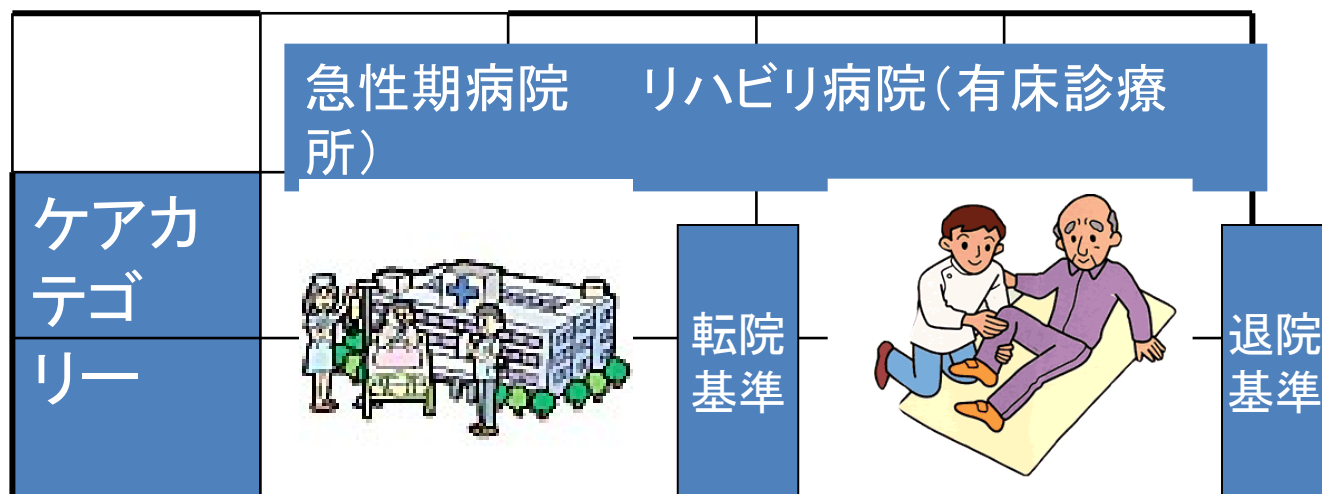


連携パスの連携先の リハビリ病院の在院日数変化



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

地域連携診療計画書

説明日 年 月 日
患者氏名 病名

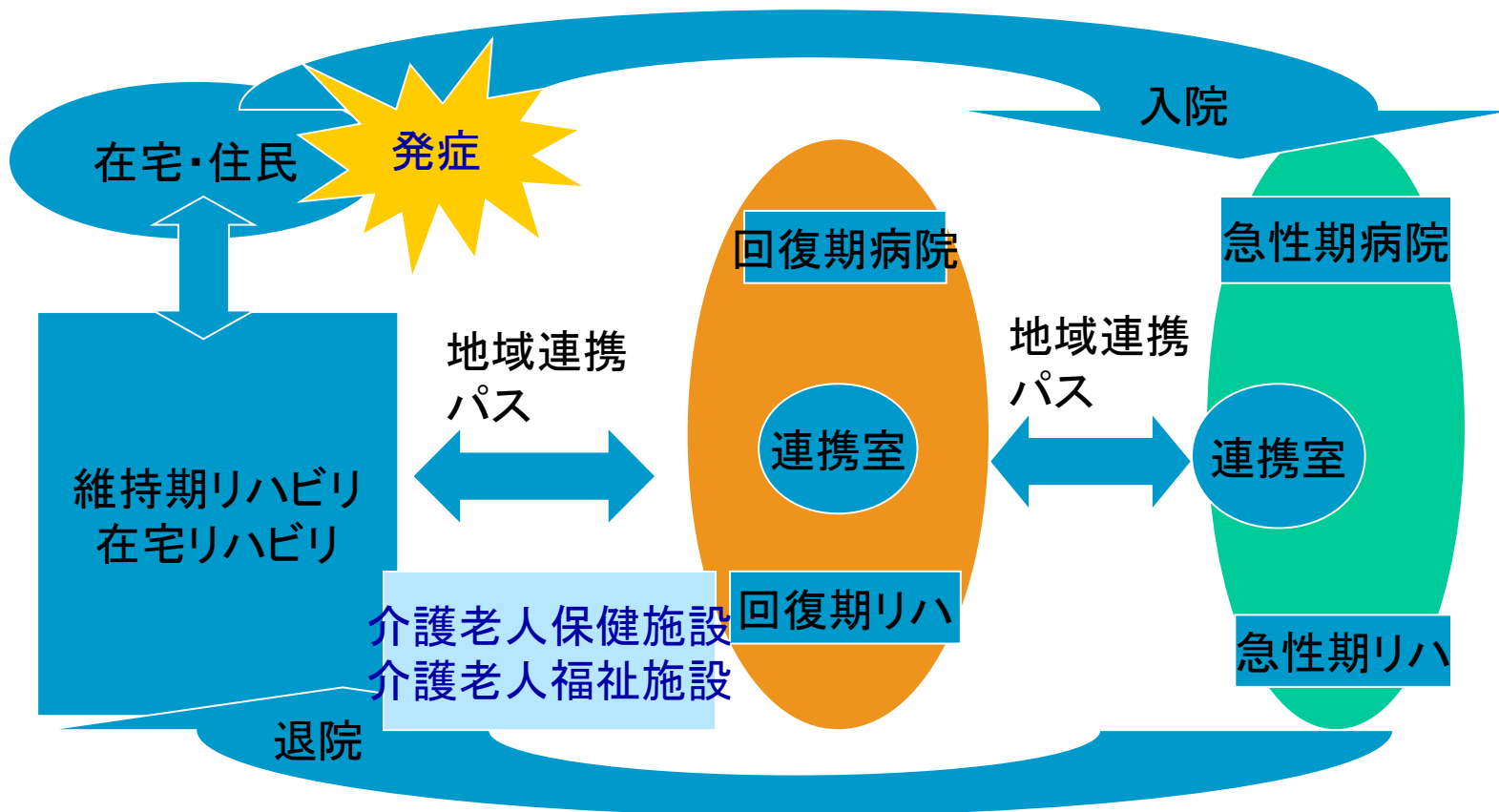
月日	/	/	/		/	/		/
経過(日または週単位)	1日目 入院日	2日目	3日目		○日	1日目	2日目	○日 退院日
達成目標					転院日 転院基準		(退院基準)	
治療 薬剤(点滴・内服)								
処置 検査								
安静度・リハビリ (OT/PTの指導を含む)								
食事(栄養)								
清潔・排泄 患者様及びご家族への説明								
退院時情報	退院時患者状態 病院名 平成○年○月○日 主治医				転院時患者状態 病院名 平成○年○月○日 主治医			退院時の日常生活機能評価合計点 ○点

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

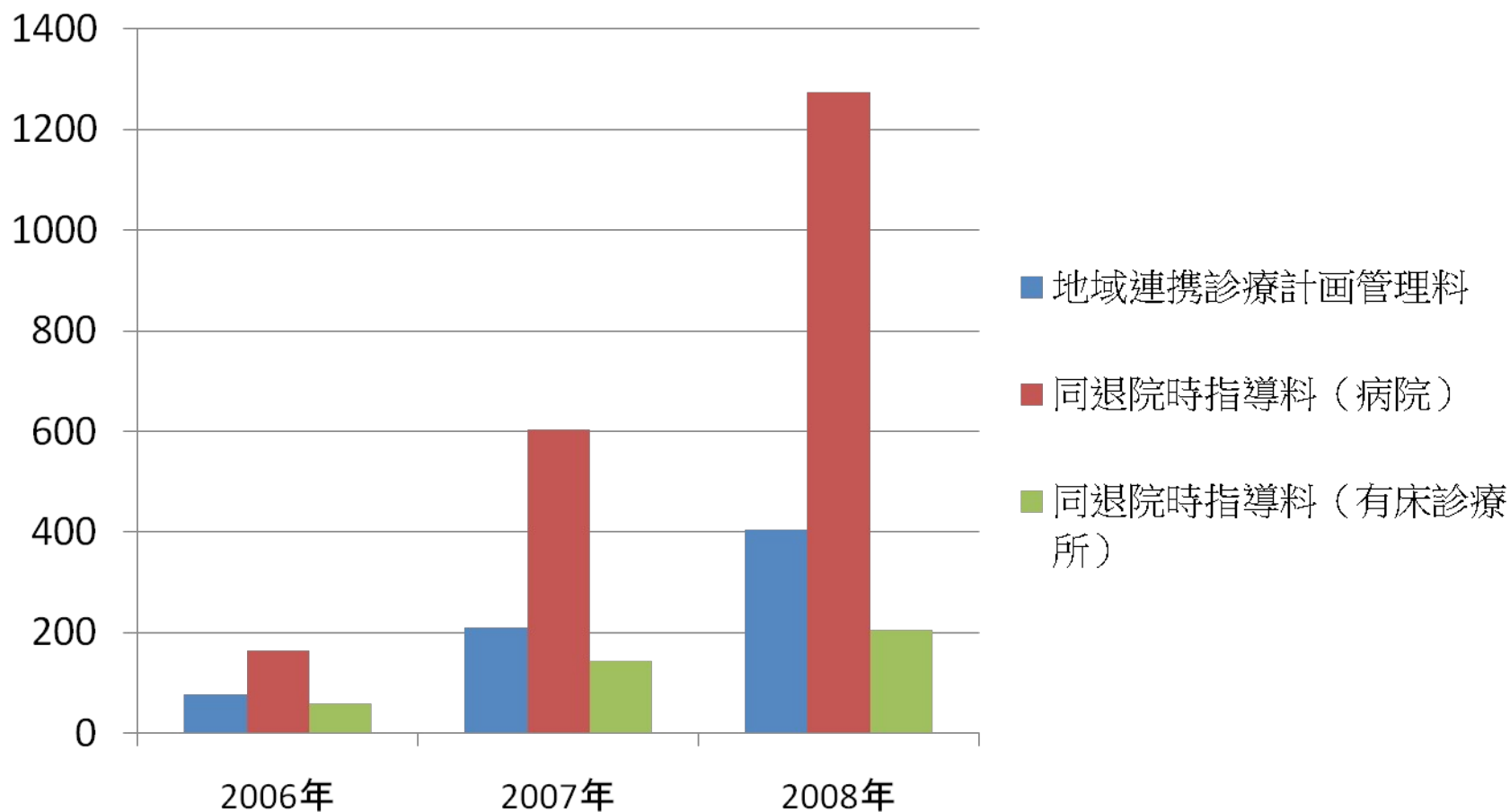


急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

地域連携クリティカルパスの増加



地域連携パスの 介護施設への拡張

2010年診療報酬改定

地域連携クリティカルパスの施設拡大



現状の地域連携パス(病院間に限定)

退院後も必要に応じて維持期リハや在宅リハが必要になることが多い。
介護施設や在宅等への地域連携パスの拡大が望まれる。

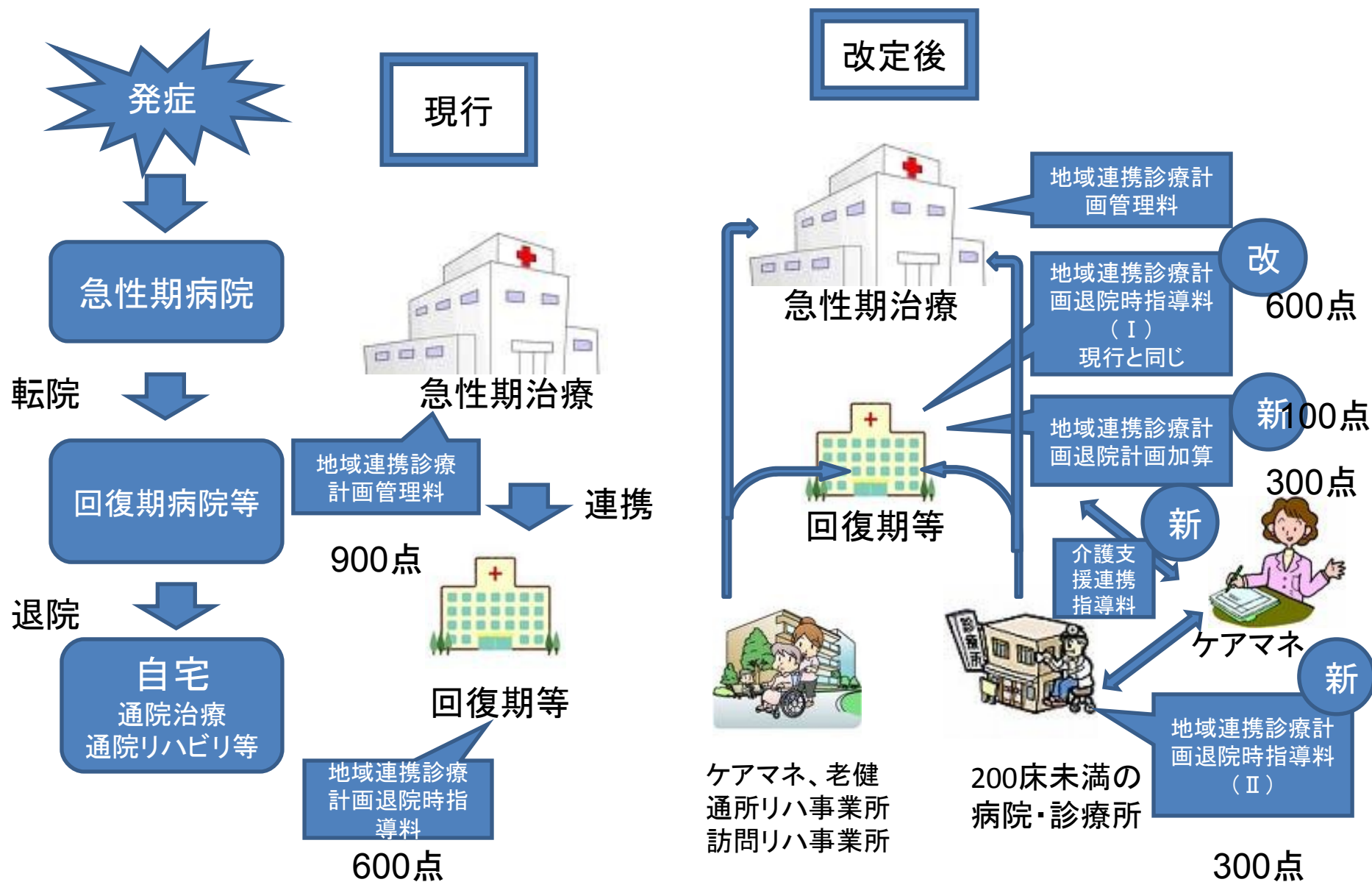


介護施設等



在宅等

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



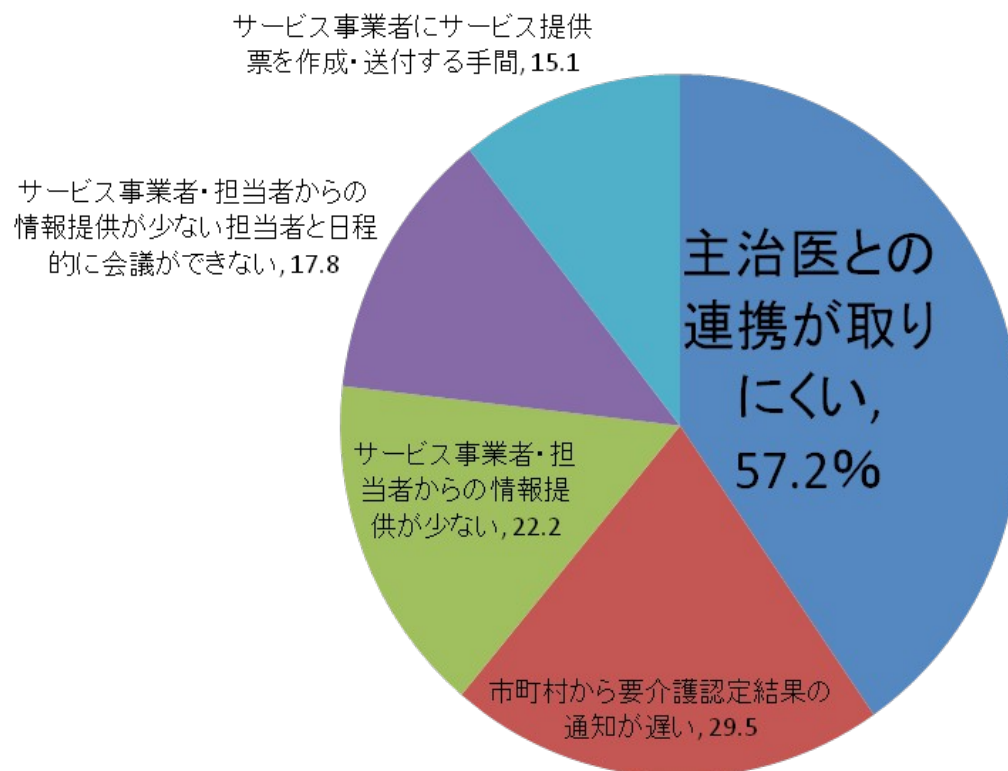
介護支援連携指導料 300点

(10年診療報酬改定で新設)

- 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等と退院の介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。
- 退院時共同指導料の多職種連携加算を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

ケアマネージャーの悩み

%



N=2,062人(複数回答)

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査
(平成19年株式会社三菱総合研究所)

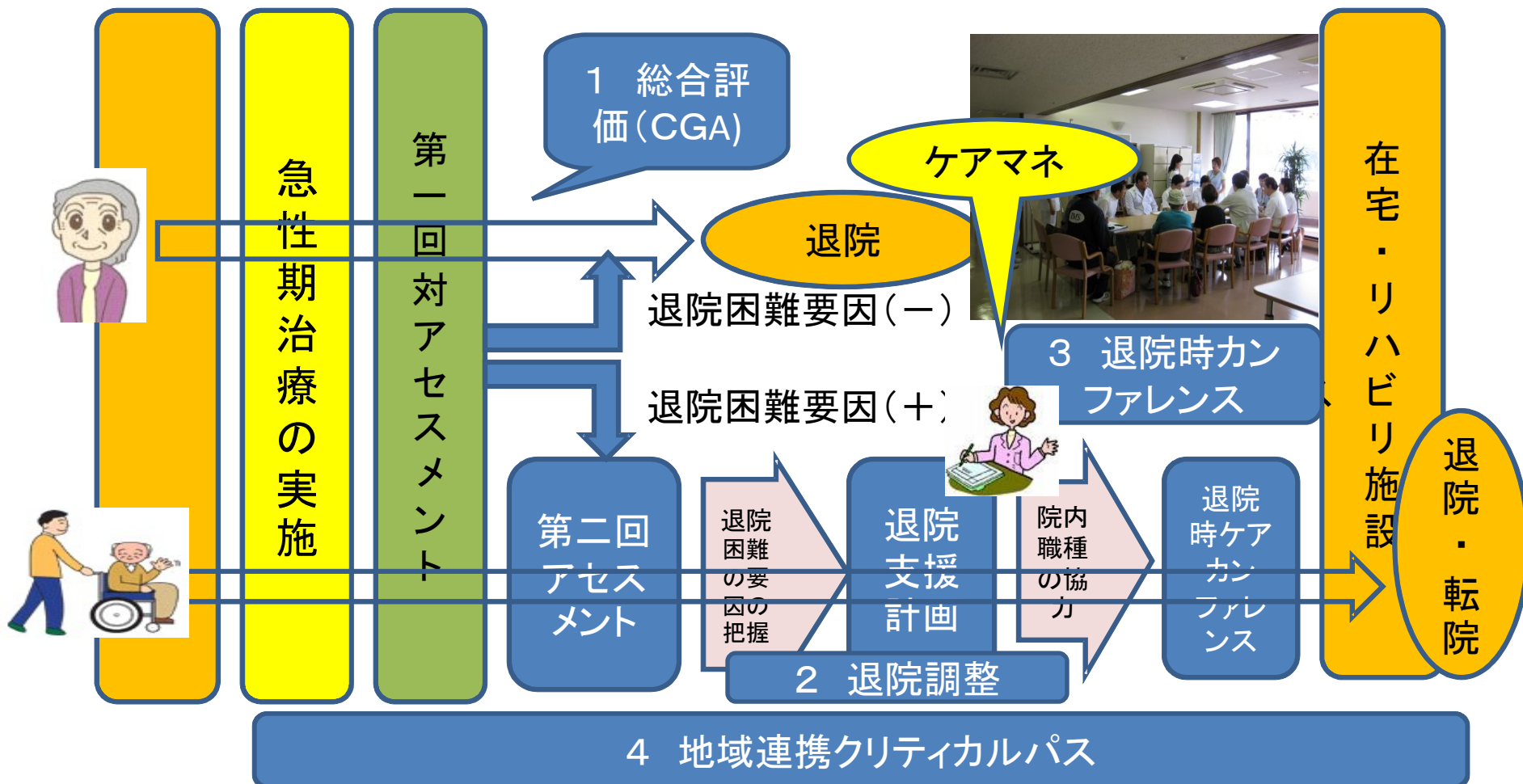
10年改定で
後期高齢者医療が
廃止され前期高齢
者にまで拡張

08年診療報酬改定

後期高齢者医療での病院での退院支援の流れ

入院

退院患者の6%は退院困難を抱えている



退院時ケアカンファレンス

退院時共同指導料(08年)

- 退院時カンファレンス
 - － 退院時共同指導料で評価
 - － 退院前カンファレンスは、患者を中心として病院職員と地域医療従事者が一同に会する得難い情報交換の場
 - － とくに在宅主治医、訪問看護師、保険薬局薬剤師、ケアマネージャー等のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合には2000点加算



～尾道市医師会と
尾道市民病院～

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

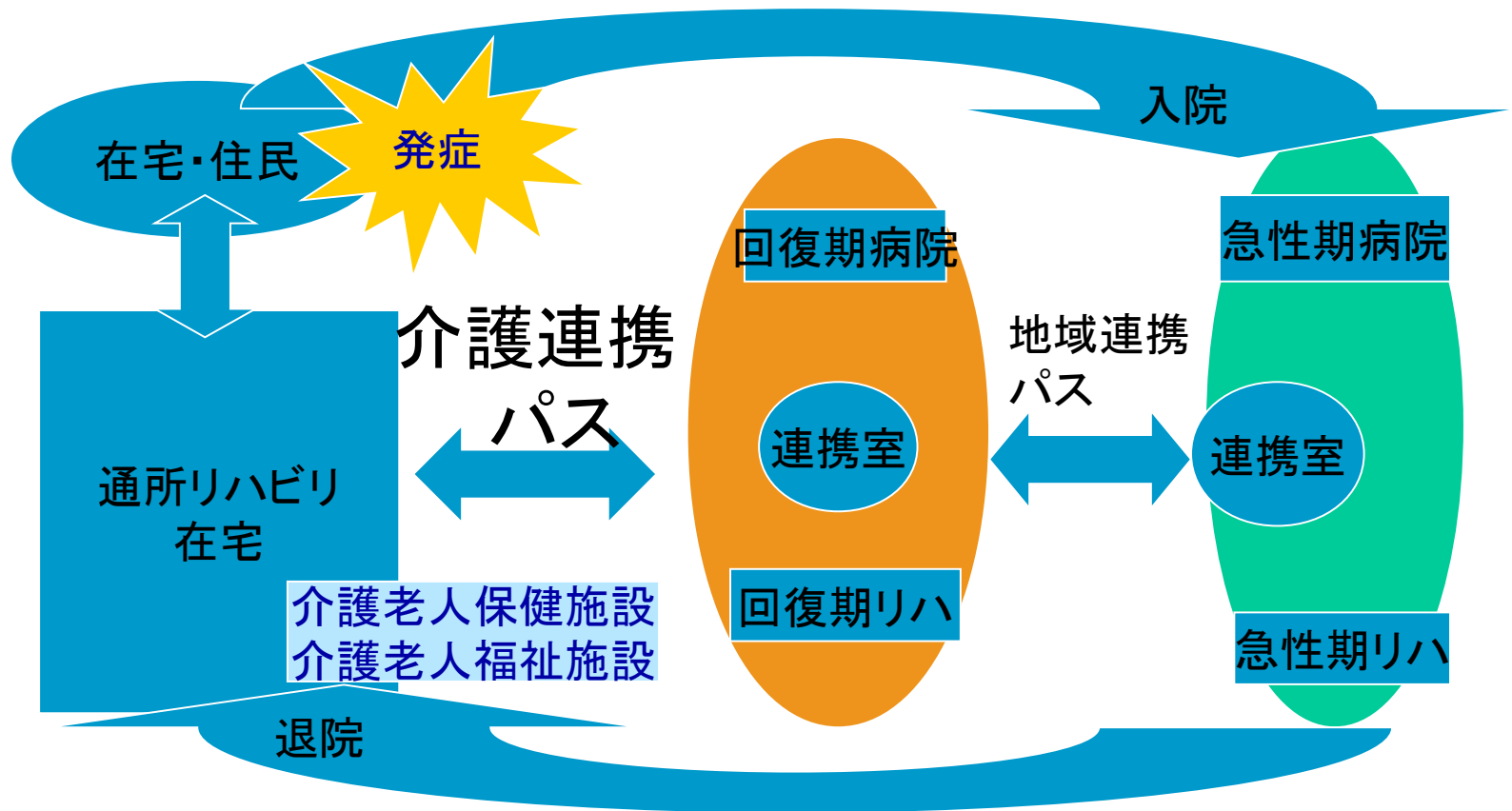
介護連携パスの必要性と期待

- 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
- 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に係る人員、施設設備及び介護サービスに関する情報の共有
- 連携を通じた、介護サービスの質の向上に期待

介護連携クリティカルパスの提案

- 介護連携パスとは医療と介護の切れ目のない連携を見据えた、介護領域における地域連携クリティカルパスのこと
- 介護連携パスには脳卒中連携パスのように病院と介護サービスを連携するパスと、在宅医療と居宅系介護サービスを連携する在宅連携パスが含まれる
- 2012年診療報酬・介護報酬同時改訂へ向けて、介護連携パスの拡大を要望したい
- さらに介護連携パスの連携の質評価をおこない、介護P4Pへ発展させたい

①病院と介護サービスを結ぶ 介護連携パス



介護連携パス

② 在宅支援型介護連携パス

介護サービス

大腿骨頭部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

() 様

入院日	手術当日	術後1日目	術後2日目	術後3～4日目	術後5日目～退院
① 手術室で麻酔をかけられ、手術を行います。	② 手術後、病室の静かさを保ち、安静に過ごします。	③ 術後1日目、痛みを軽減するための処置を行います。	④ 術後2日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	⑤ 術後3～4日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	⑥ 術後5日目～退院、歩行補助器を使用して歩行を開始します。
⑦ 手術室で麻酔をかけられ、手術を行います。	⑧ 手術後、病室の静かさを保ち、安静に過ごします。	⑨ 術後1日目、痛みを軽減するための処置を行います。	⑩ 術後2日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	⑪ 術後3～4日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	⑫ 術後5日目～退院、歩行補助器を使用して歩行を開始します。
⑬ 手術室で麻酔をかけられ、手術を行います。	⑭ 手術後、病室の静かさを保ち、安静に過ごします。	⑮ 術後1日目、痛みを軽減するための処置を行います。	⑯ 術後2日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	⑰ 術後3～4日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	⑱ 術後5日目～退院、歩行補助器を使用して歩行を開始します。
⑲ 手術室で麻酔をかけられ、手術を行います。	⑳ 手術後、病室の静かさを保ち、安静に過ごします。	㉑ 術後1日目、痛みを軽減するための処置を行います。	㉒ 術後2日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㉓ 術後3～4日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㉔ 術後5日目～退院、歩行補助器を使用して歩行を開始します。
㉕ 手術室で麻酔をかけられ、手術を行います。	㉖ 手術後、病室の静かさを保ち、安静に過ごします。	㉗ 術後1日目、痛みを軽減するための処置を行います。	㉘ 術後2日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㉙ 術後3～4日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㉚ 術後5日目～退院、歩行補助器を使用して歩行を開始します。
㉛ 手術室で麻酔をかけられ、手術を行います。	㉜ 手術後、病室の静かさを保ち、安静に過ごします。	㉝ 術後1日目、痛みを軽減するための処置を行います。	㉞ 術後2日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㉟ 術後3～4日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㊱ 術後5日目～退院、歩行補助器を使用して歩行を開始します。
㊲ 手術室で麻酔をかけられ、手術を行います。	㊳ 手術後、病室の静かさを保ち、安静に過ごします。	㊴ 術後1日目、痛みを軽減するための処置を行います。	㊵ 術後2日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㊶ 術後3～4日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㊷ 術後5日目～退院、歩行補助器を使用して歩行を開始します。
㊸ 手術室で麻酔をかけられ、手術を行います。	㊹ 手術後、病室の静かさを保ち、安静に過ごします。	㊺ 術後1日目、痛みを軽減するための処置を行います。	㊻ 術後2日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㊼ 術後3～4日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㊽ 術後5日目～退院、歩行補助器を使用して歩行を開始します。
㊾ 手術室で麻酔をかけられ、手術を行います。	㊿ 手術後、病室の静かさを保ち、安静に過ごします。	㊿ 術後1日目、痛みを軽減するための処置を行います。	㊿ 術後2日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㊿ 術後3～4日目、歩行補助器を使用して歩行を開始します。	㊿ 術後5日目～退院、歩行補助器を使用して歩行を開始します。

※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。

連携



病院

病院



かかりつけ医
副かかりつけ医

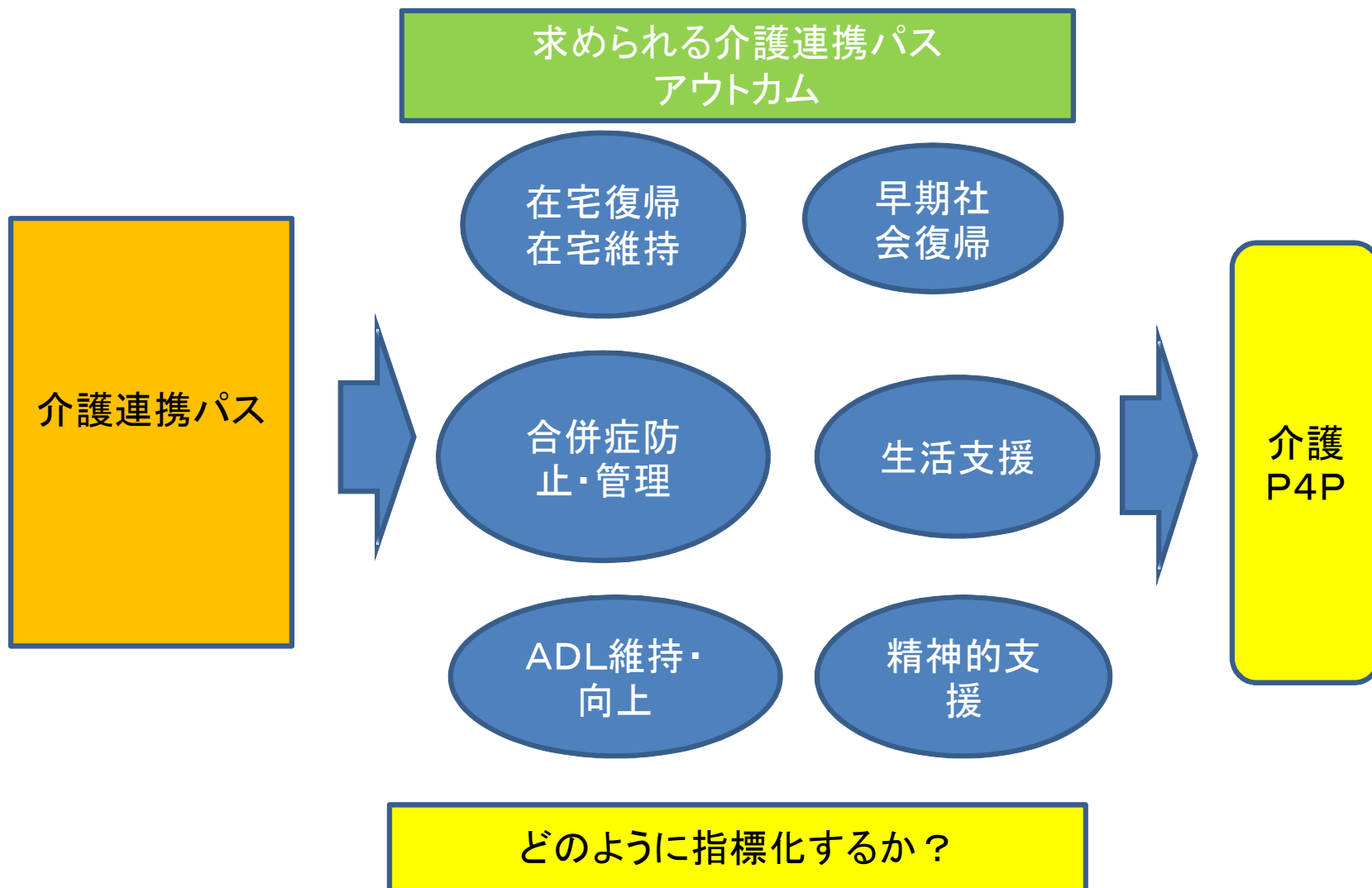


訪問看護師
薬剤師
管理栄養士
ヘルパー

ケアマネージャー

在宅支援型
介護連携パス(終末期含む)

介護連携パス・アウトカム



パート2

P4Pとは何か？

2000年から
先進各国で始まった支払い方式
米国にみるP4Pの現状

P4Pとは何か？

- Pay for Performance(P4P)プログラム
 - 米国で始まった医療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医療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)とは高質の医療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、高質の医療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

米国のP4Pプログラムのトレンド

- 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 β -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

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
 - 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

- スタッフィング
 - 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

在宅ケアP4P

Medicare Home Health P4P

在宅ケア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
- 7州の在宅ケアエイジェンシー1700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

在宅ケア・パフォーマンス指標

- 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

パート3 日本版P4P

回復期リハビリテーション病棟入院料1

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

日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

リハビリP4Pに対する意見

- 08年2月1日の中医協総会で、遠藤久夫委員（医療経済学）が以下のように慎重な意見を述べている
- 「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」



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」

医療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

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が、保険者への提供が義務付けられているものではない。
- 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						

パート4 介護P4Pへ

介護サービスの質の評価の在り方
検討委員会

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

介護の質評価の背景

009年度介護報酬改定においては、介護従事者の人材確保・処遇改善を基本的な視点の一つとして、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価等を行った。

かしながら、本来は、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことにより、処遇改善を推進するべきとの観点から、サービスの質の評価を行うための指標について、早急に検討することとされたところ。

でに、介護保険における質評価については、事業所の介護サービスの質の評価に関しては06年、09年に以下の項目で評価項目が導入されている

。

－ ①在宅復帰支援可能加算、②事業所評価加算

在宅復帰支援可能加算(09年)

- 介護P4Pの例①
 - 「在宅復帰支援可能加算」(介護老人保健施設)
 - 在宅への退所者の割合を成果指標として、その割合に応じて段階的な介護報酬による評価を行っている

事業所評価加算(09年)

- 介護P4Pの例②
 - 「事業所評価加算」
 - 介護予防リハなどを受けた者のうち要支援度のランク維持やランクアップした利用者の割合が多い事業所を評価して加算を与える
 - 「事業所評価加算」は事業所の介護サービスの質、とくに介護予防サービスの評価を要支援度の維持や改善度という介護アウトカム指標を用いて評価したところが、介護P4Pと呼ばれる所以

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

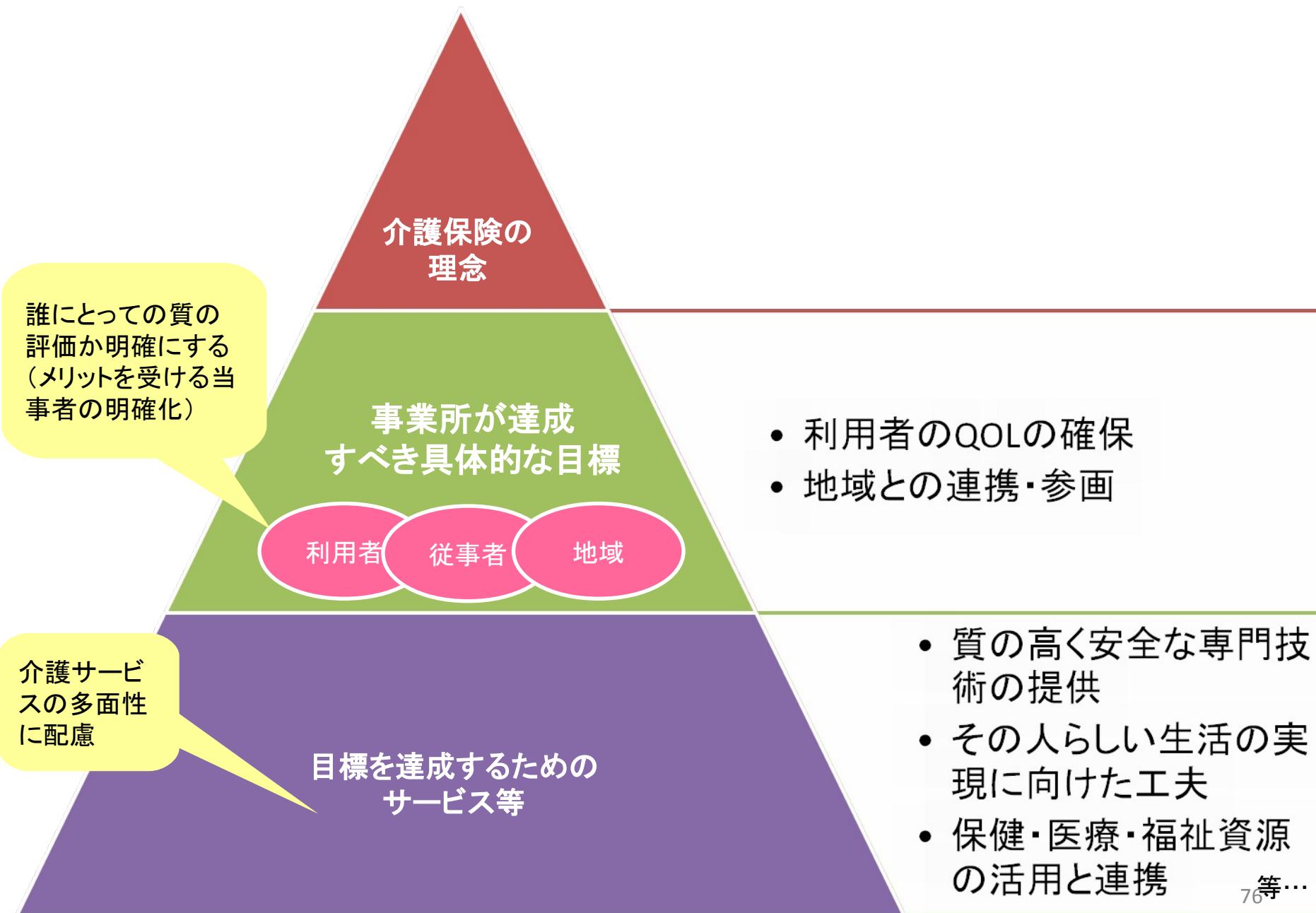
サービス類型別 結果(outcome)に着目した評価の考え方について

	施設系		訪問通所系	
		現行の評価の例		現行の評価の例
構造(structure)評価	原則的に全てのサービスが施設内で提供されることから、結果(outcome)評価も含めて可能。	【介護保健施設サービス費】 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 介護福祉士割合が50%以上、常勤職員割合が75%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上	事業所から提供されるサービスにのみ着目しているため、構造(structure)・過程(process)評価であれば可能	【通所リハビリテーションサービス費】 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 介護福祉士割合が40%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上
過程(process)評価		【介護保健施設サービス費】 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ) 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ) 多職種協働で、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に経口維持計画を作成した上で、管理栄養士等が経口摂取を進めるための特別な管理を行った場合に算定。		【通所リハビリテーションサービス費】 リハビリテーションマネジメント加算 多職種協働で、リハビリテーション実施計画を作成した上で、PDCAサイクルに基づいたマネジメントを行った場合に算定。
結果(outcome)評価		【介護保健施設サービス費】 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ) 一定割合以上の者が在宅復帰した介護老人保健施設において算定。		該当なし。

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

「その人らしい生活の実現に向けた工夫」の指標の例示

- プロセス指標

- PDCAサイクルに基づく継続的なケアの提供
- 利用者やその家族との適切なコミュニケーション
- 介護サービス計画への利用者の主体的な参画
- プライバシーに配慮したケアの提供
- 利用社の個人情報保護に係る取り組み
- 生活スペースの環境整備

「地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携」 指標の例示

プロセス評価

医療機関等の連携計画の作成と活用の評価



介護連携パスの作成と活用の評価

2012年介護報酬改定へ向け
介護連携パスと介護P4Pの
拡大検討を！

まとめと提言

- 介護連携パスを医療と介護の連携ツールとして開発しよう。
- まず現状の介護関連の情報共有ツールや連携パスについて調査しよう。
- P4Pが先進各国の支払い方式のトレンドとなりつつある。
- 介護保険では、介護度ランクアップや維持を指標として、在宅復帰支援可能加算、事業所評価加算として日本版介護P4Pが導入されている。
- 2012年介護報酬改定へ向け、介護連携パスや介護P4Pの拡大を検討しよう。

一步進んだ医療連携実践Q & A

- 編著 武藤 正樹／監修 東京都連携実務者協議会／編
- 版型 A5 発行日 2009年4月 ページ 200
- 単価 \2,940 在庫 予約受付中

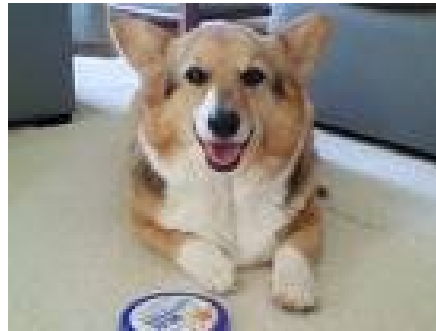


地域連携クリティカルパスと 疾病ケアマネジメント



- 日本疾病管理研究会＝監修／武藤正樹、田城孝雄、森山美知子、池田俊也＝編集 ISBN: 978-4-8058-3149-6 在庫状況: 注文受付中 判型: A4 体裁: 並製 頁数: 226頁 発行日: 2009年04月20日

ご清聴ありがとうございました



今日の講演のパワーポイントは武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。

武藤正樹

検索



グーグルで武藤正樹を検索してください。

お問い合わせは以下に

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp