

クリニカルインディケーターと医療の質 ～医療のアウトカム測定と評価～



国際医療福祉大学大学院教授
(医療福祉経営専攻、医学研究科公衆衛生学専攻)
武藤正樹

国際医療福祉大学三田病院 2012年

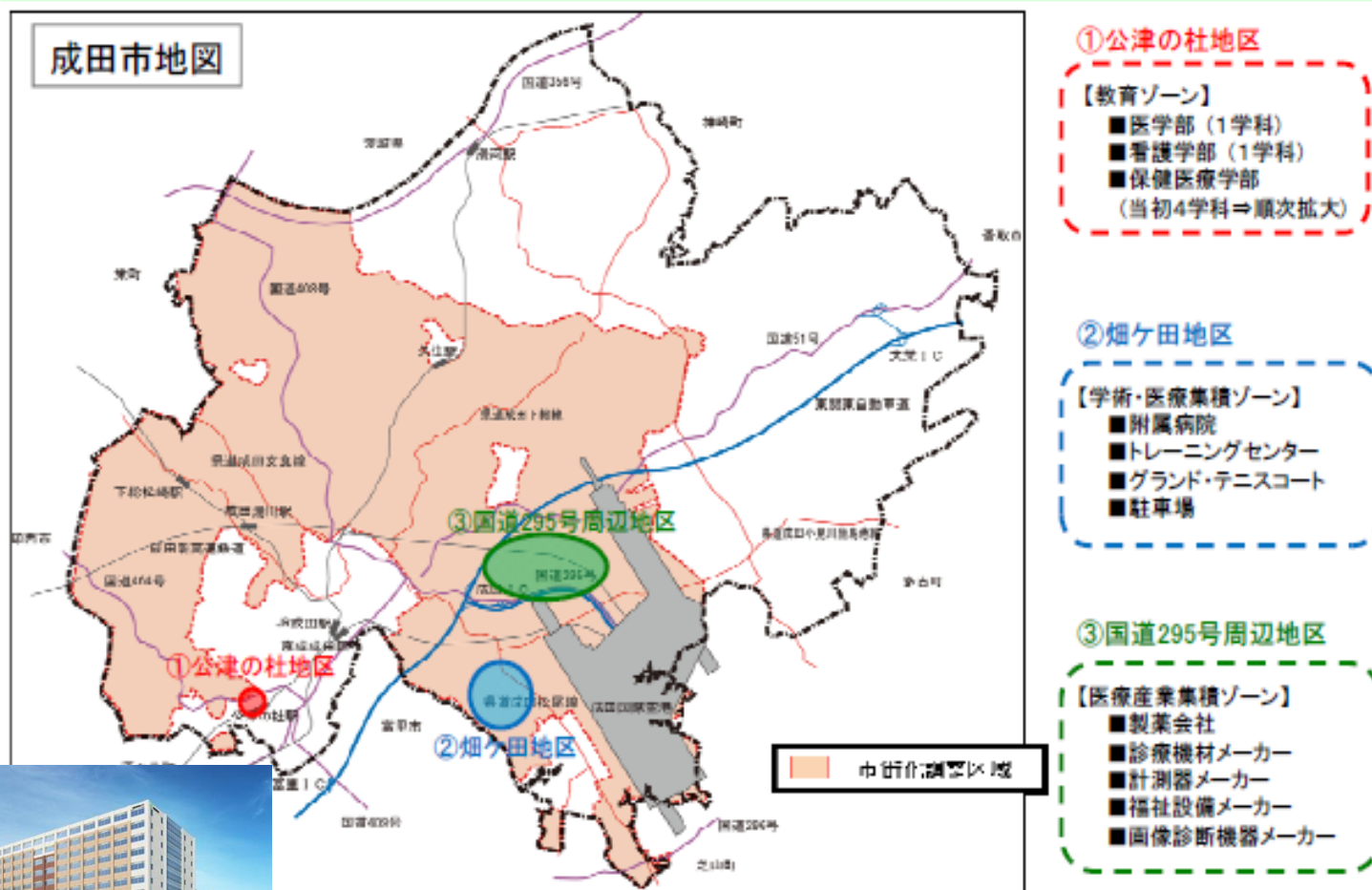


JCI認証取得

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



A photograph of a large, modern multi-story building, likely a university medical department, taken at dusk. The building has a mix of light-colored upper floors and darker lower floors, with many windows. It is surrounded by trees and a paved walkway. In the foreground, there are some white construction barriers and a few people. The sky is a deep blue.

国際医療福祉大学医学部
2017年4月開校

2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定





2018年4月、国際医療福祉大学
心理・医療福祉マネジメント学科
大学院(h-MBA, MPH)

今日の目次

- パート1
 - 臨床指標とは？
 - 歴史と諸外国の事例
- パート2
 - 国内の臨床指標事例
- パート3
 - 臨床指標とDPC
- パート4
 - 臨床指標とP4P
 - 米英事情
- パート5
 - 日本版P4P～入院医療分科会より～



パート1

臨床指標とは？

歴史と諸外国の事例

臨床指標（クリニカル・インディケーター）

- 臨床医療の質を評価する定量指標
- 要件
 - 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
 - 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（施設間ベンチマークができること）
 - 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

臨床指標の歴史

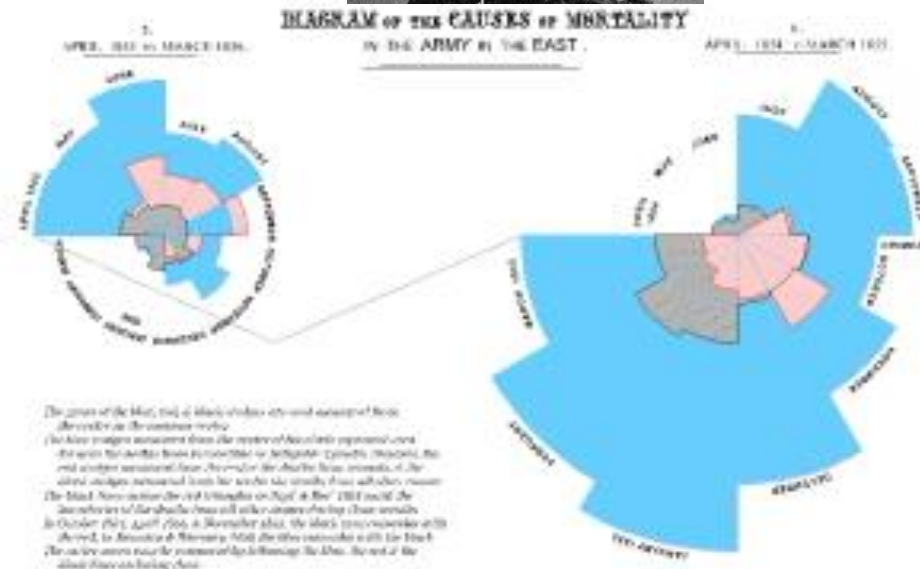
• 臨床指標の歴史

- (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



A. ドナベディアンと臨床指標

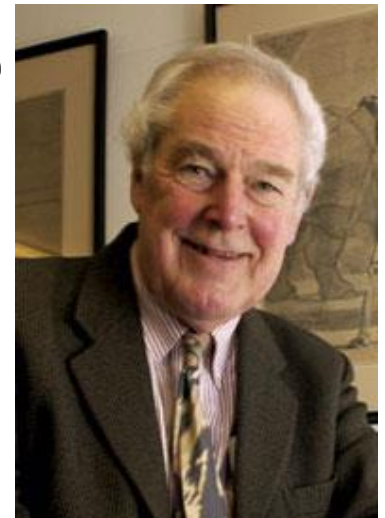
- ミシガン大学のアベデイス・ドナベディアン
 - 医療評価の方法論の確立(1965年)
 - 医療はその**構造、プロセス、アウトカム**により評価すべき
 - 構造: 設備、人員、組織
 - プロセス: 診療録に記載される診療過程
 - アウトカム: 回復率、死亡率、再入院率、再手術率、院内感染率、患者満足度
 - アウトカム評価としての臨床指標
 - アウトカム指標としての臨床指標(1980年代後半)が注目をあつめる



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

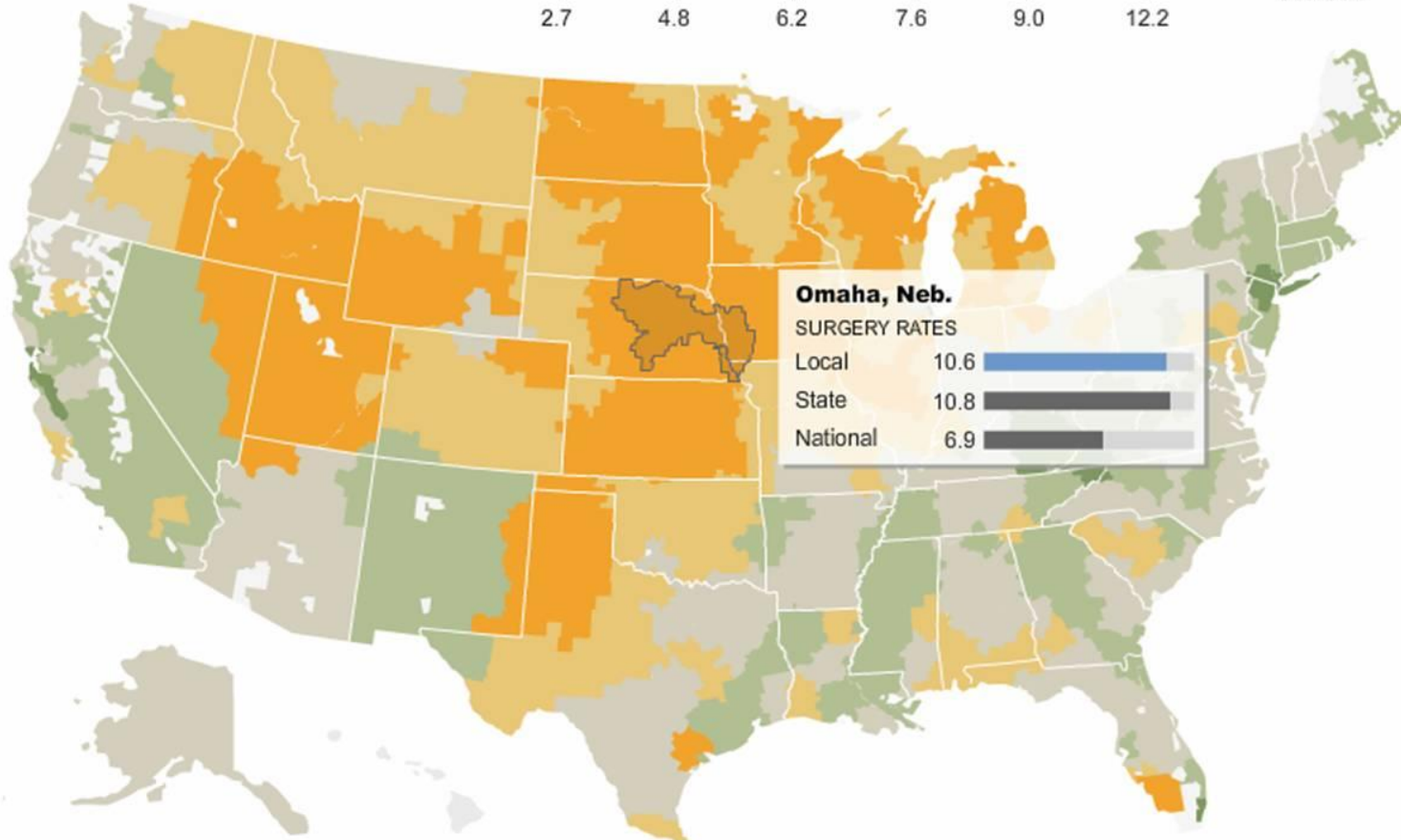
NATIONAL AVERAGE

6.9

BELOW | ABOVE

2.7 4.8 6.2 7.6 9.0 12.2

Data not available



諸外国では臨床指標は常識

- 米国
 - JCAHOの臨床指標
 - 病院などの機能評価
 - NCQA(National Committee on Quality Assurance)の指標
 - HMOの機能評価
 - メリーランド病院協会の臨床指標
 - CDCの院内感染に関する指標
 - NNIS(National Nosocomial Infection Surveillance)
- 英国
 - NHSの臨床指標
- オーストラリア

米国JCAHO (保健医療機関合同認可委員会)



JCAHO本部(シカゴ)

米国JCAHOのIMSystem におけるクリニカルインディケーター(CI)

No	領域	分母	分枝または絶対数
1	術後CI	麻酔を含む特定の手技を受けたすべての患者数(A1)	A1のうち2日以内に中枢神経系の合併症を併発した <u>患者数</u>
2			A1のうち2日以内に末梢神経系の異状を呈した <u>患者数</u>
3			A1のうち2日以内に急性心筋梗塞を起こした <u>患者数</u>
4			A1のうち2日以内に急性心停止を起こした <u>患者数</u>
5			A1のうち2日以内に病院内で死亡した <u>患者数</u>
6	産科的CI	すべての分娩数	帝王切開による <u>分娩数</u>
7		以前帝王切開を行った患者数	帝王切開後に至急から出産した <u>患者数</u>
8		すべての出産数	2500g未満の出生体重で出生した <u>新生児数</u>
9		2500g以上体重でのすべての出産数(A2)	A2のうち、5分間アプガーの採点法により4点未満であるか、1日以内に1日以上新生児ICUへの入院が必要であるか、臨床的に母親の弛緩が有るか、重度の出生時外傷が有るかの <u>新生児数</u>
10		1000g以上2500g未満の体重のすべての出生数(A3)	A3のうち5分間のアプガーの採点法により4点未満である <u>新生児数</u>
11	心血管系CI	なし(割合ではなく絶対数)	CABGの最初の手術から退院までの <u>日数</u>
12		なし(割合ではなく絶対数)	主診断が急性心筋梗塞で救急部門から送られた患者の救急部門到着時から血栓崩壊治療開始までの <u>時間</u>
13		退院時主診断がうっ血性心不全の患者数(A4)	A4のうち病院が記載されていた <u>患者数</u>
14		なし(割合ではなく絶対数)	経皮的冠動脈形成術(PTCA)を行った患者の、手技から退院までの <u>日数</u>
15a		一つの血管にたいする大動脈冠動脈バイパス術(isolated CABG)を行った患者数(A5)	A5のうち院内で死亡した <u>患者数</u>
15b		経皮的冠動脈形成術(PTCA)を行った患者数	A6のうち院内で死亡した <u>患者数</u>
15c		退院時主診断が急性心筋梗塞である患者(A7)	A7のうち院内で死亡した <u>患者数</u>

JCAHOのIMSytem におけるクリニカルインディケーター(CI) 2

No	領域	分母	分枝または絶対数
16	腫瘍学的CI	原発性の肺ガン、大腸/直腸癌、乳癌で切除術を行った患者数	A8のうち診療録の中で外科的病理学コンサルテーションレポートが作成されている数
17		ステージI以上の原発性乳癌で主要な生検か切除術を行った患者数	Aのうち管理する立場の医師によって腫瘍のステージが認定された数
18			A9のうち、診療録にエストロゲンレセプター分析の結果が記載されている患者数
19		原発性の非小細胞癌で開胸術を行った患者数(A10)	A10のうち、完全に腫瘍が外科的切除術を行った数
20		原発性の大腸/直腸癌で切除術を行った患者数(A11)	A11のうち、管理する立場のいしによって、全大腸検査を含む術前評価が行われた患者数
21a	外傷のCI	すべての外傷患者	救急部門への到着時及び、到着までの3時間は少なくとも1時間毎に、収縮期血圧、脈拍数、呼吸数が記載されている患者数
21b		特定の頭蓋内損傷を有する外傷患者数(A12)	A12のうち、救急部門への到着時及び、到着までの3時間は少なくとも1時間毎に、グラスゴースケール値が記載されている患者数
22		救急部門における特定の頭蓋内損傷で昏睡状態の患者数(A13)	気管内挿管法または輪状甲状膜切開術の前に救急部門を退院したAの患者数
23		なし(割合でなく絶対数)	頭部CTスキャンの患者において、救急部門到着から最初のCTスキャンまでの時間
24a			特定の神経外科的手技を行った患者において、救急部門到着から手技までの時間
24b			特定腹部の外科的手技を行った患者において、救急部門到着から手技までの時間
25a		気胸または血胸と診断された外傷患者で病院内の死亡数(A14)	A14のうち、胸部フィステル形成または開胸術を行っていない患者数
25b		収縮期血圧が70mmHg未満で救急部門到着2時間以内の外傷患者で病院内での死亡数(A15)	A15のうち、開腹術または開胸術を行わなかった患者数

JCAHOのIMSytem におけるクリニカルインディケーター(CI) 3

No	領域	分母	分枝または絶対数
26	薬物の使用に関するCI	65歳以上の入院患者(A16)	A16のうちクレアチン・クリアランスが推定されているか測定されている患者数
27		なし(割合でなく絶対数)	抗生物質の予防的静脈投与を受けている場合の選択的外科的手技; 抗生物質の予防的静脈投与のタイミング
28		退院時診断がインシュリン依存性の糖尿病の入院患者(A17)	A17のうち、退院前に自己血糖グルコース測定とインスリン管理を行った患者または、糖尿病管理の退院時フォロー部門に紹介された患者数
29a		ジゴキシンを受けた入院患者	A18のうち、対応した薬物レベルの測定をされなかった患者もしくは、特定の限度を超えた
29b		テオフィリンを受けた入院患者(A19)	A19のうち、対応した薬物レベルの測定をされなかった患者もしくは、特定の限度を超えた
29c		フェニトインを受けた入院患者(A20)	A20のうち、対応した薬物レベルの測定をされなかった患者もしくは、特定の限度を超えた
29d	感染症管理のCI	リチウムを受けた入院患者(A21)	A21のうち、対応した薬物レベルの測定をされなかった患者もしくは、特定の限度を超えた
30		なし(割合でなく絶対数)	退院時の処方箋数
31		選定された外科的手技を受けた入院及び外来患者(A22)	外科手術部位の感染によって合併症を併発した患者
32		なし(割合でなく絶対数)	ICUにおける人工呼吸器に関連する肺炎のサーベイランス及び予防(ICUを有する病院)
33		入院患者における人工呼吸の使用日	ICUにおける人工呼吸器に関連する肺炎のサーベイランス及び予防(ICUを有しない病院)
34		入院患者central or umbilical line days	入院患者central or umbilical line のうち、primaryな血中stream infectionに発展した患者数

メリーランド病院協会の急性期病院のClinical Indicator ①

Maryland Hospital Associationが急性期入院医療のベンチマーキングで用いるインディケーター
急性期病院の臨床指標

内容	領域
院内感染症発生率	病棟のタイプ別、患者のリスク別の院内感染症発生率 例 院内感染症/1,000人・入院日 菌血症/中心静脈を使用した1,000人・入院日 肺炎/人工呼吸器を使用した1,000人・入院日 尿路感染/膀胱留置カテーテルを使用した1,000人・入院日
ICUにおけるデバイスの使用率	病棟タイプ別の機器使用頻度 例 中心静脈を使用した延べ患者数/全延べ患者数 人工呼吸器を使用した延べ患者数/全延べ患者数 膀胱留置カテーテルを使用した延べ患者数/全延べ患者数
手術創の感染率	以下の術式での手術創感染症 [1]CABG[2]股関節形成術[3]膝関節形成術[4]腹式子宮摘出術
入院死亡率	全入院患者 TIAを伴わない脳血管障害(DRG014) 呼吸器系の感染と炎症、17歳以上、合併症・併発症を伴うもの(DRG079) 慢性閉塞性肺疾患(DRG088) 肺炎、17歳以上、合併症・併発症を伴うもの(DRG089) 心不全とショツク(DRG127) 消化管出血、合併症・併発症を伴うもの(DRG174) 腎不全(DRG316) 敗血症、17歳以上(DRG416) 人工呼吸器を必要とする呼吸器系の疾患(DRG475) HIV、主要な病態を伴うもの(DRG489) その他のすべてのDRG
新生児死亡率	出生体重別、入院経路別の死亡率 出生体重:750g以下、1,000g以下、1,800g以下、1,801g以上 入院経路:病院内出産、他院からの転送
周手術期死亡率	全手術患者、麻酔リスク別(ASA1-5)の周手術死亡率
分娩管理	帝王切開率(総、初回、2回目以降)、帝王切開後の経膣分娩

メリーランド病院協会の急性期病院のClinical Indicator ②

Maryland Hospital Associationが急性期入院医療のベンチマーキングで用いるインディケーター

内容	領域
予定しない再入院	期間別、疾患別の予定しない再入院率 期間別:15日以内、31日以内 疾患別:全疾患 呼吸器系の感染と炎症、17歳以上、合併症・併発症を伴うもの(DRG079) 慢性閉塞性肺疾患(DRG088) 肺炎、17歳以上、合併症・併発症を伴うもの(DRG089) 心不全とショック(DRG127) 狭心症、腹部痛及び関連病態(DRG140,143)
外来処置後の予定しない入院	処置別、入院目的別の予定しない入院率 処置別:[1]心臓カテーテル、[2]消化管・呼吸器・泌尿器系の内視鏡検査、[3]すべての外来手術 入院目的別:入院治療、様子観察、両者の合計
予定しないICUへの再入室	
予定しない手術室への再入室	
CABGによる死亡率	全手術患者、麻酔リスク別(ASA1-5)の死亡率 ただしCABGは単独に行われたもののみが対象
抑制	抑制数:件数、患者実数、2回以上抑制患者数 抑制時間別件数:時間以内、4時間以内、16時間以内、24時間以内、24時間超 理由別抑制件数:認識障害、治療の円滑化、転倒の危険、破壊・粗暴行為、その他 時間帯別挽制件数:7:00-14:59,15:00-22:59,23:00-6:59
転倒・転落	件数:転倒・転落件数 理由別:患者の健康状態、治療に伴うもの、環境、その他 傷害別:傷害を伴うもの、傷害程度(severity score)1-3 回数別:2回以上の件数
鎮静・麻酔に伴う合併症	重症度・治療の必要度別の件数 [1]酸素投与を必要としたもの、[2]酸素飽和度の中等度の低下を認めたもの、[3]酸素飽和度の高度低下を認めたもの、[4]覚醒のために薬剤投与を必要としたもの、[5]誤嚥を生じたもの、[6]気道閉塞を生じたもの、[7]収縮期血圧の20%以上の低下を認めたもの、[8]麻酔科医又は医師の治療を必要としたもの、[9]予期しない意識障害を生じたもの

メリーランド病院協会の急性期病院のClinical Indicator ③

Maryland Hospital Associationが急性期入院医療のベンチマーキングで用いるインディケーター

放射線部業務の機能評価指標

リスクマネジメント	訴訟件数、医療事故件数、インシデント報告数、装置故障件数、放射線診療従事者被曝線量
診療支援	正確性:再撮影率 迅速性:至急撮影の画像到達時間(TAT) 効率性:デジタル化率
患者サービス	撮影待ち時間、予約待ち日数、苦情(投書)件数
収益性	検査件数/労働量の経時的変化、特定機能材料コスト、造影剤コスト、感光材料コスト、機器修理コスト、検査件数

検査部業務の機能評価指標

診療支援	正確性(精度管理):外部及び内部精度管理による評価、異常値・極端値の報告数 迅速性:緊急/一般/細菌/病理/輸血検査のTAT 病理業務:病珪解剖数、手術検体数、迅速標本診断数 輸血業務:輸血製剤の適正使用率 緊急検査体制:緊急待ち時間(術中病理検査等を含む)
リスクマネジメント	輸血ミス、インシデント報告数、医療事故数、訴訟件数
患者サービス	検査(採血)待ち時間、予約待ち日数、苦情(投書)件数
収益性	検査数/労働量の経時的変化、試薬コスト、受託検査、外部委託の選択と収益性評価、検査件数、検査室稼働率、在庫数

メリーランド病院協会の急性期病院のClinical Indicator ④

Maryland Hospital Associationが急性期入院医療のベンチマーキングで用いるインディケーター
看護部業務の機能評価指標

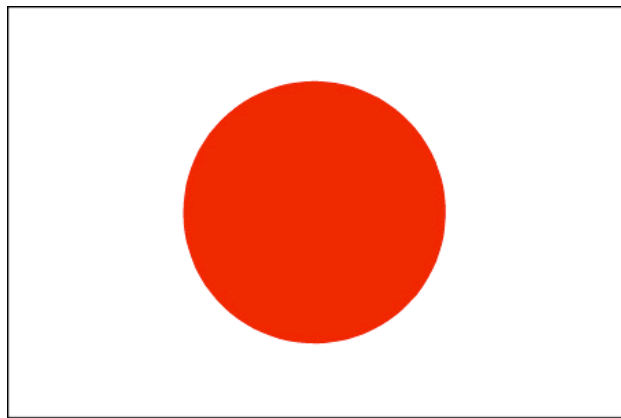
資質と設備	資格:看護師、準看護師、助産師、保健師 専門看護師数、定着率、退職率 設備:看護用具/器材
体制	看護体制:2:1(I群の1)、夜間勤務等看護加算 看護師(長)の専任制:現任教育、臨床実習指導、電算、RMT、ICT、治験コーディネー
業務	標準ケア達成度、パス導入度、目標管理、看護計画立案率と達成率 在宅支援における退院援助:在宅介護準備のための家族指導数、訪問看護師と連携 在宅療養指導料件数:自己注射、自己腹膜還流、在宅血液透析、在宅酸素療法、在宅
看護量	日常生活援助の業務、診療介助への業務、環境整備への業務、器械器具に関する業
アウトカム	医療事故数(患者安全性):院内感染、褥瘡、プレアポイド、転棟/転落抑制数、看護必要
教育	教育:就労前の技術研修、卒後研修(基礎研修Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、リーダー研修Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)、基本 看護実践能力評価:知識・判断・行為・行為の結果 改善提言:年度別目標管理、日常管理、年度毎の各委員会活動 看護研究:論文、学会報告 学生、研修生受入れ数

薬剤部業務の機能評価指標

内容	領域
リスクマネジメント (誤薬対策)	医薬品に関する医療訴訟件数、並びに医療事故件数、プレアポイド件数、疑義照会件数、インシデント報告数
感染対策	院内感染発生件数、抗菌薬採用品目数、無菌製剤(TPN)処理件数、消毒薬採用品目数
診療支援	薬剤管理指導料算定件数(退院時服薬指導、麻薬管理指導加算)、特定薬剤治療管理料算定件数、無菌製剤処鋤口算件数(TPN、抗悪性腫瘍剤)、入院患者指導件数(糖尿病等)、外来患者指導件数(ワーファリン、喘息、抗ガン剤投与患者の痙攣管理)、入院患者の個人セット件数(内服薬、注射薬)、ユニットドーズ件数、製剤調整件数(院内、特殊、生物学的、PET)
適正使用	医薬品情報提供件数(患者、医師)、適応外(禁忌)薬剤使用数量、CPGの非遵守薬剤使用数量、CPG掲載致
収益性	採用医薬品品目数、薬剤費、在庫数、期限切れ廃棄数、値引率、部署別業務量/労働量の経時変化、外部委託業務の選択と収益性評価

パート2

臨床指標の国内事例



日本医療機能評価機構と臨床指標

- 第四領域 診療の質の確保
- 4.31.2治療実績が取りまとめられ診療の質改善の指標となっている
 - 4.31.2.1治療実績や症例報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している
年報の発刊実績、関連学会誌などへの報告
 - 4.31.2.2症例データベースを構築し診療実績について統計的に検討している
退院時要約情報の集積、症例データベースの構
 - 4.31.2.3診療の質に関する評価指標を設定して質改善に役立てている
臨床指標(クリニカル・インディケータ)の設定、指標に基づいた質改善の取り組み

VHJ研究会の臨床指標

病院が外部の施設の手術成功率といった診療結果を報告・比較しあって「医療の質」を高めようというプロジェクト。国内の先進的な民間14病院(VHJ研究会)が1999年から始める。同研究会がメリーランド病院協会(米国)が実施する病院評価システムを参照に国内で実施。

内容

- ・すべての退院例について、「麻酔の種類」など数十問(A4で5枚)の診療データを報告。
- ・提携先の第三者機関として京都大学医学部が分析し、病気別の死亡率や在院日数などを数値化。各病院に全病院(VHJ)分のデータを送る。
- ・各病院がこの「結果」と実績を見比べ是正を図る。
- ・膨大で詳細なデータを貯めて、今後は個々の患者の遺伝子パターンの違いなど、患者ごとに適した治療を研究する。
- ・将来は個別の丁寧な治療を患者の評価アップさらには経営の安定につなげる狙いがある。
- ・全病院のデータは現在、一般公開されていない。
- ・非公開理由は「重度の患者が集まりやすい病院が『死亡率が高い』と誤解されかねない」など。しかし将来は公開し、病院を選ぶ判断材料にする予定。

VHJ(Voluntary Hospital of Japan)研究会

医療法人 溪仁会 手稻 溪仁会 病院
医療法人 社団 カレス アライアンス 日鋼 記念 病院
財団法人 竹田 総合 病院
医療法人 立川 メディカル センター 立川 総合 病院
医療法人 鉄蕉会 亀田 総合 病院
医療法人 財団 河北 総合 病院
社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷 浜松 病院
特別医療法人 財団 恵寿 総合 病院
医療法人 洛和会 音羽 病院
医療法人 仁生会 細木 病院
トヨタ 記念 病院
財団法人 倉敷 中央 病院
麻生 セメント(株) 飯塚 病院
特定医療法人 雪の聖母会 聖マリア 病院

医療施設との客観評価(情報交流)や医療情報公開の準備が必要

【重要】情報の精度情報の隠匿・隠蔽・改ざん体質は会社存亡にかかわる → 雪印、日本ハム、東京電力

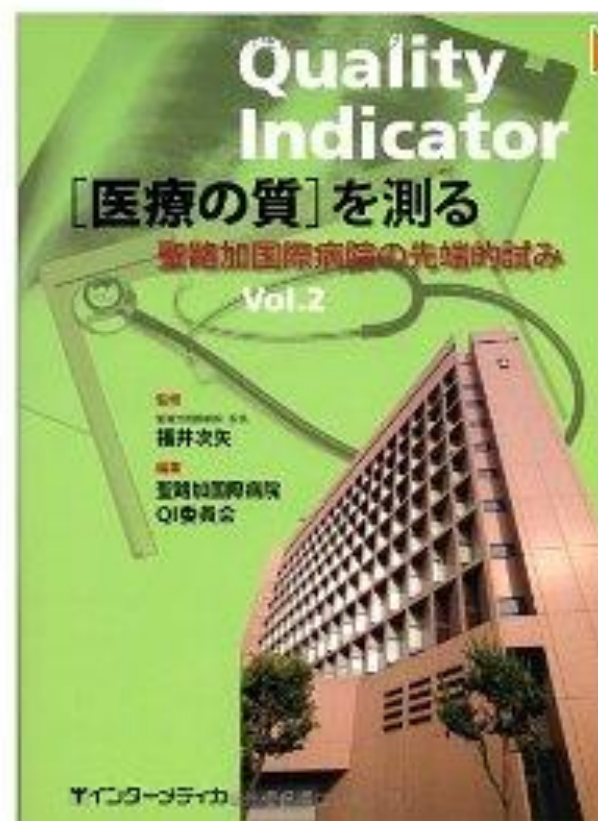
聖路加国際病院のQuality Indicator

• 急性期医療

- 急性心筋梗塞のPCIまでの時間
- 救急受診から入院まで4時間以内の患者割合
- 術前1時間以内の予防的抗菌剤投与率

• がん診療

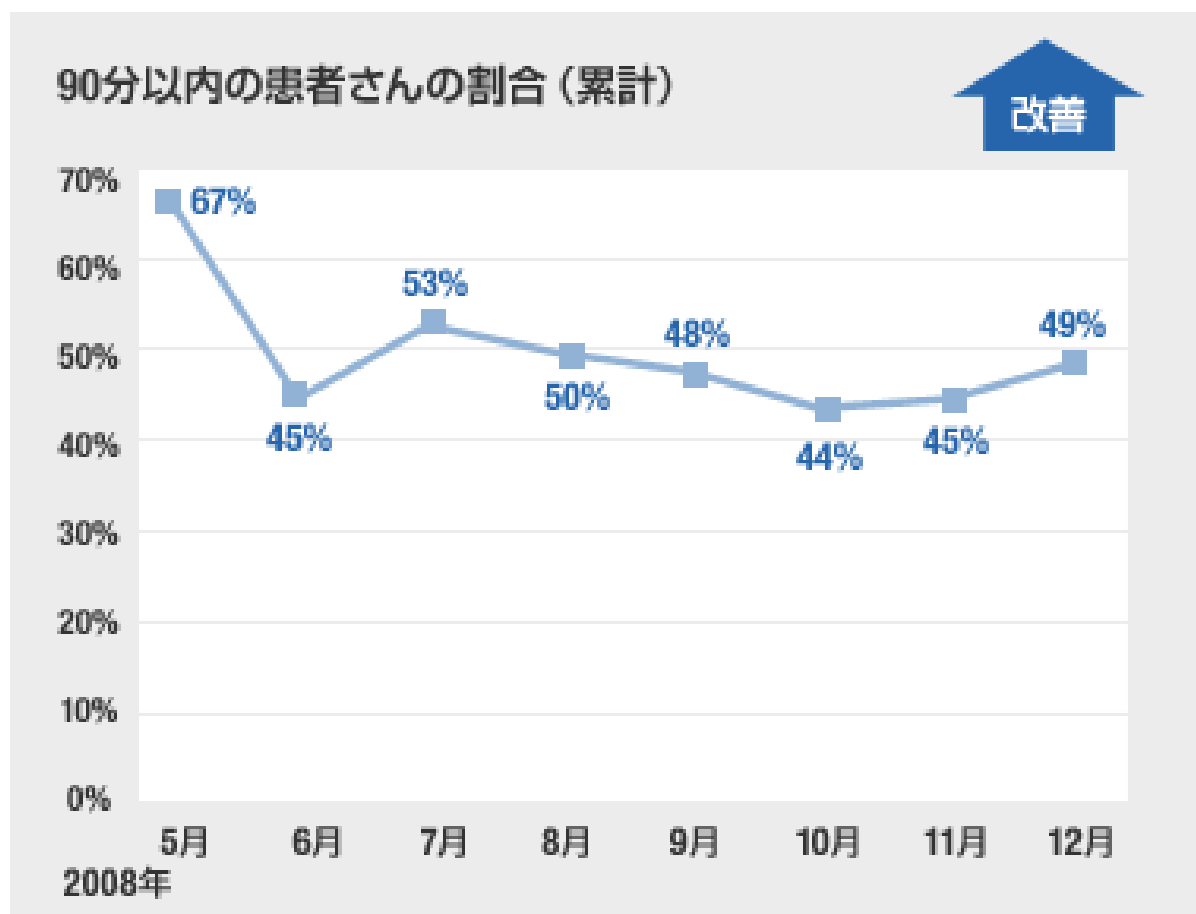
- 女性健診受診者での乳房検査受診率
- 乳がん患者での乳房温存手術率
- 放射線治療における同意文書の作成割合



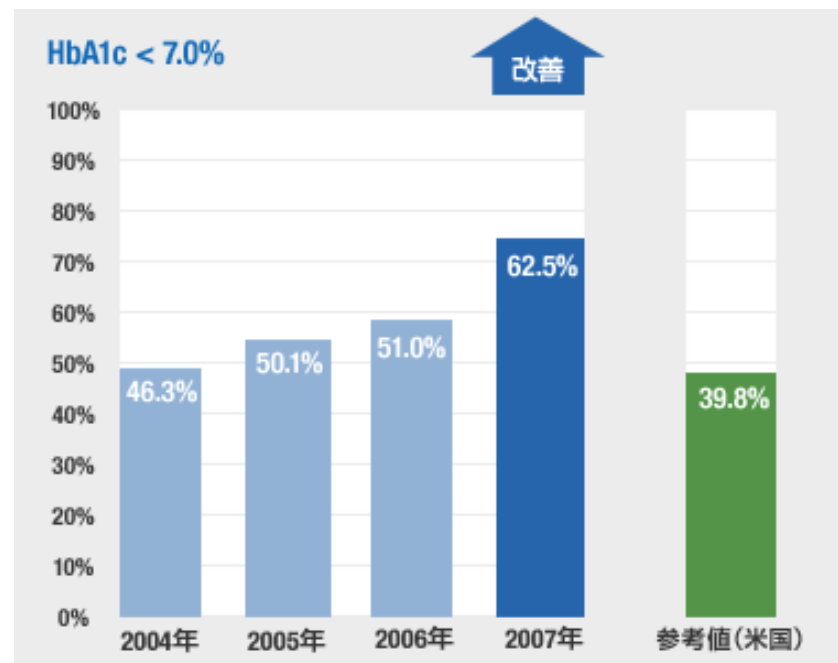
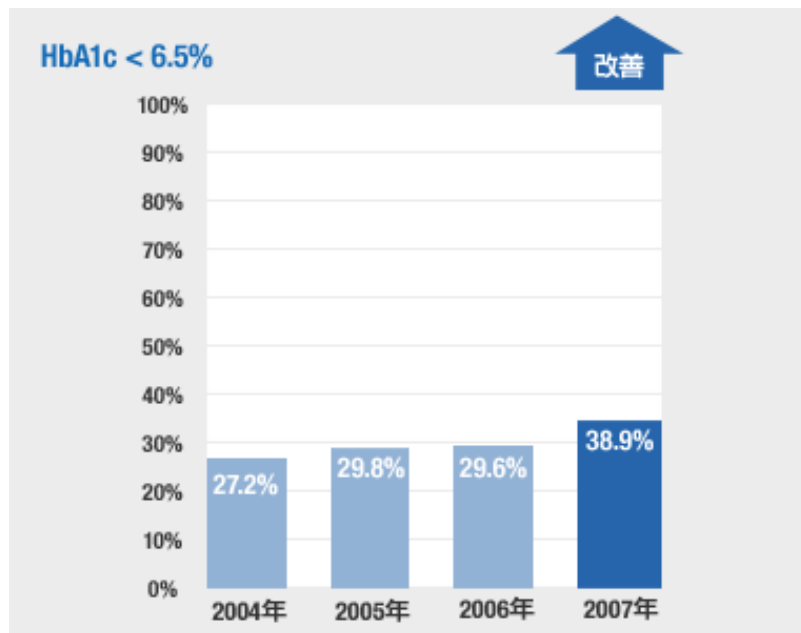
聖路加国際病院

- 生活習慣病に関する指標
 - 糖尿病患者での血糖コントロール
 - 降圧剤使用者における血圧コントロール
 - 腎機能コントロール
- 医療安全に関する指標
 - 入院患者での転倒・転落率
 - 褥瘡発生率
 - 処置テンプレート記入率
- 病院経営に関する指標
 - 患者満足度
 - 救急車受け入れ台数
 - 外来待ち時間

急性心筋梗塞のPCIまでの時間



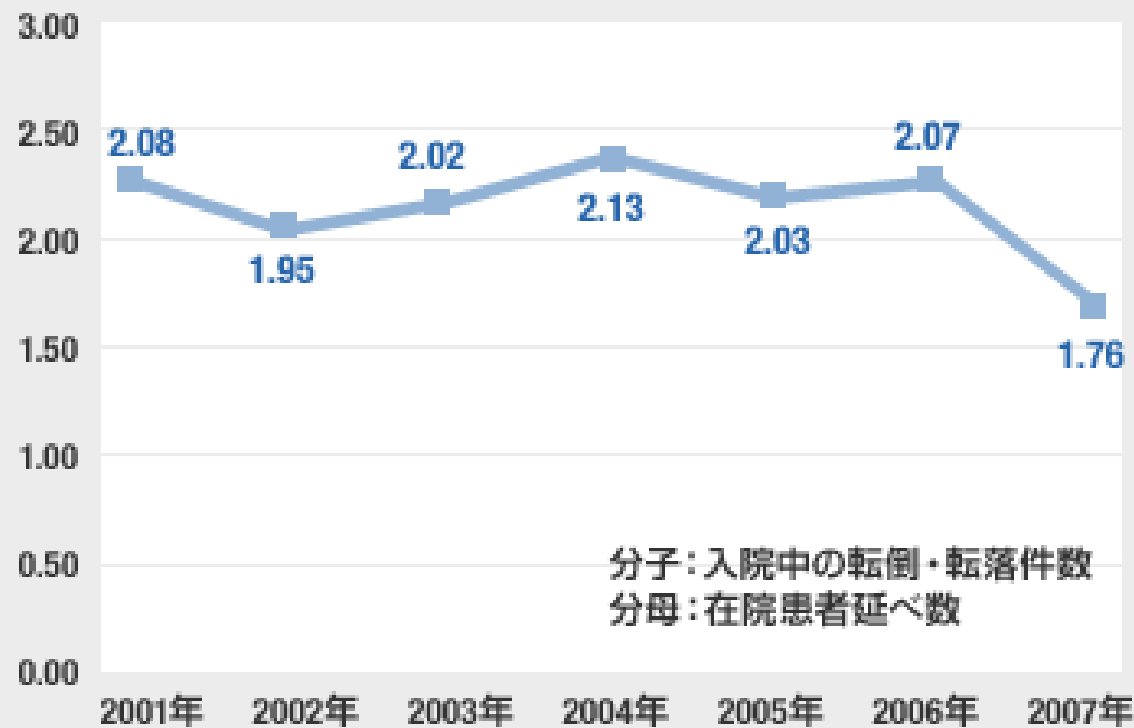
HbA1cのコントロール率



転倒・転落率

入院患者での転倒・転落発生率
(単位 % パーミル)

改善



東京都病院協会
診療アウトカム評価事業

[illegible]

入力画面

調査24疾患項目

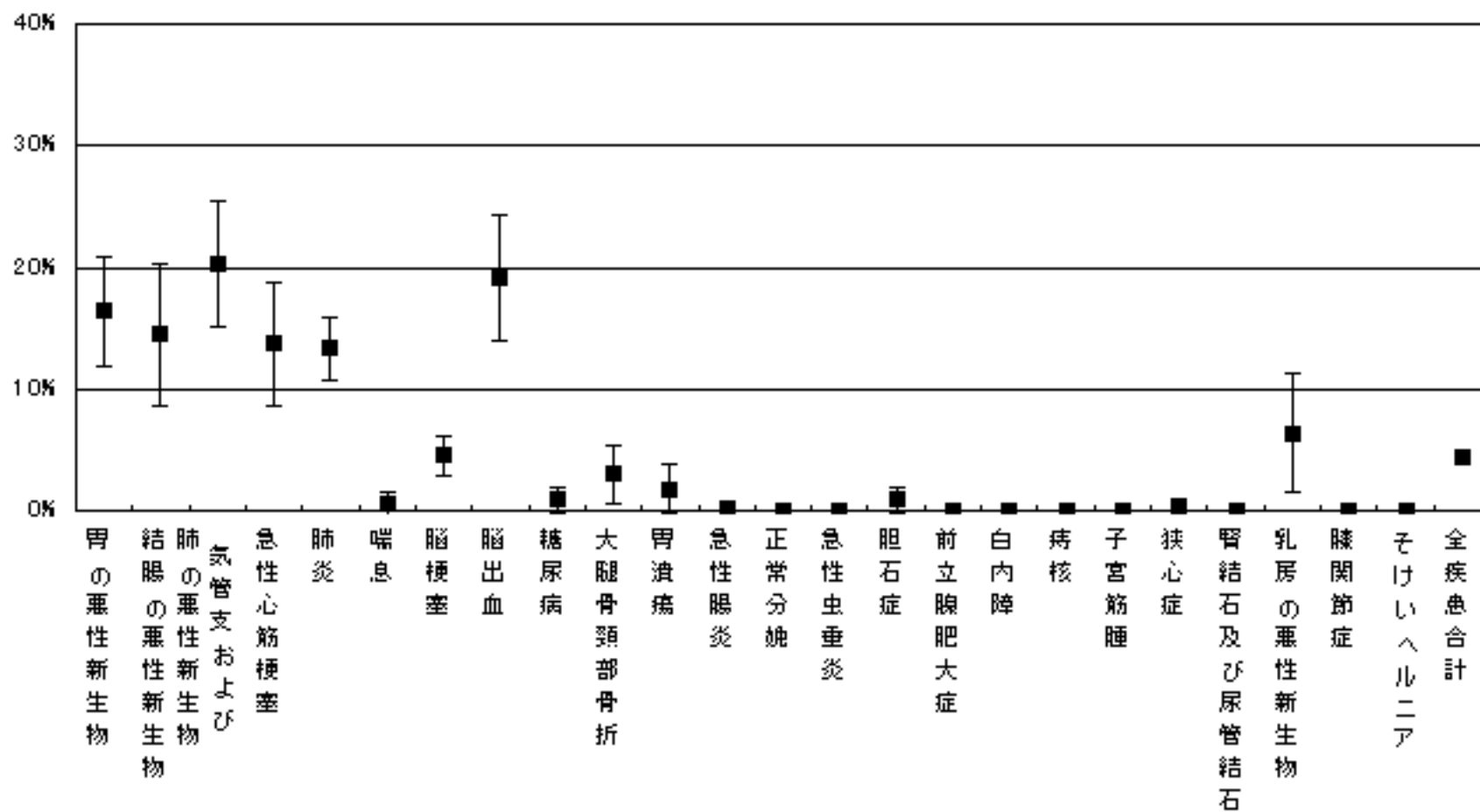
• 24疾患

- － 胃の悪性新生物
- － 分娩
- － 結腸の悪性新生物
- － 急性虫垂炎
- － 気管支・肺の悪性新生物
- － 胆石症
- － 急性心筋梗塞
- － 前立腺肥大症
- － 肺炎
- － 白内障
- － 喘息
- － など

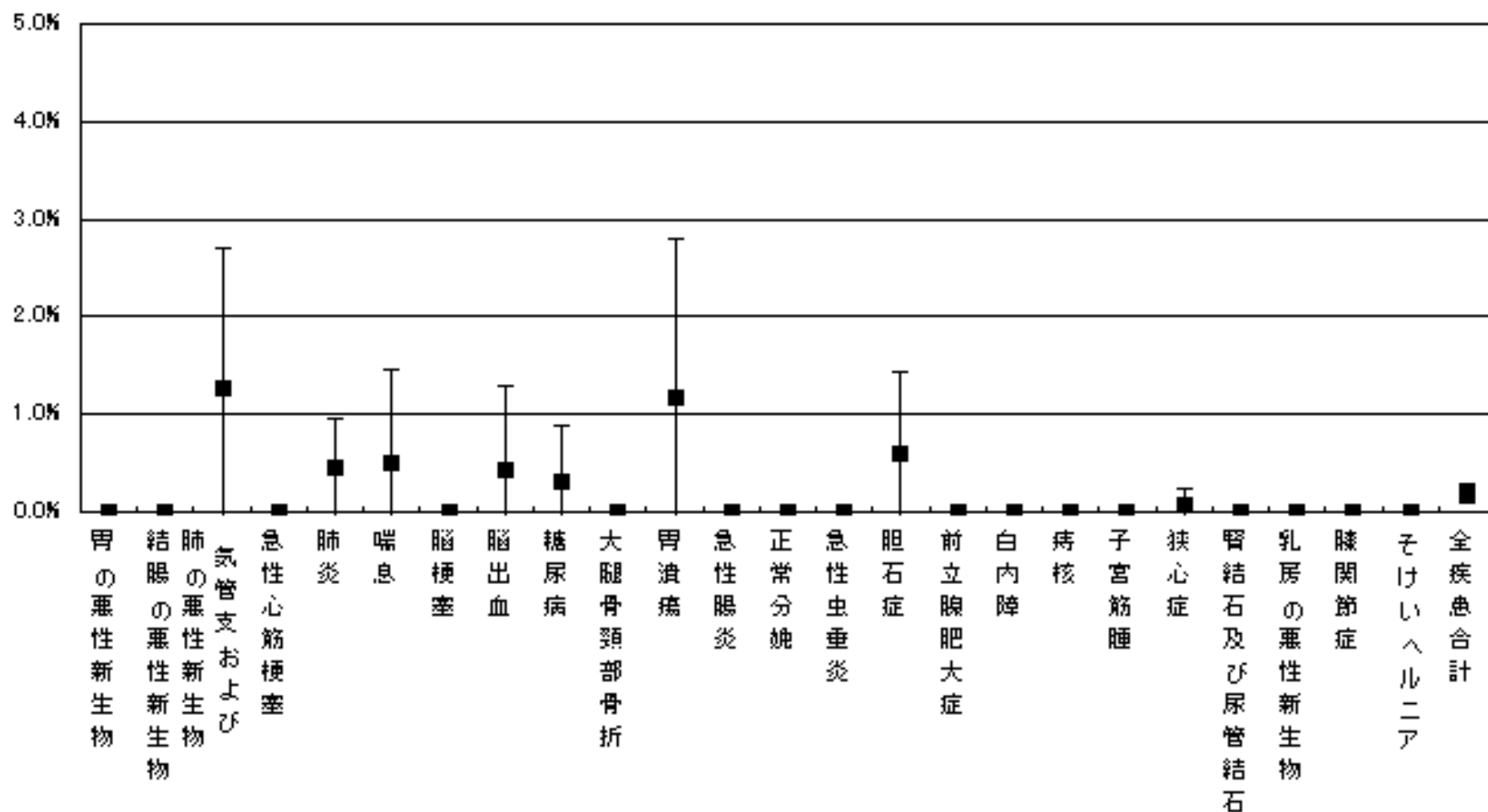
• 臨床指標

- － 平均在院日数
- － 院内感染症発生率
- － 死亡率
- － 抑制率
- － 予定しない再入院率
- － 転倒・転落率

25疾患の死亡率(2004年7～9月)



予定しない30日以内再入院率 (2004年7～9月)



国内22学会の臨床指標

日本救急医学会など22学会が
臨床指標をまとめた

学会でまとめられたClinical Indicator : Working Groupの必要性

●22学会がまとめたクリニカルインディケーターの項目

22学会からアンケート回答のあったCI全体像 【大分類】

A. 構造 Structureに関する指標(計53項目)

- A-1 職員数に関する指標(7)
- A-2 症例数、論文数など間接的に職員の能力を表す指標(18)
- A-3 施設基準、病床数など設備に関する指標(3)
- A-4 検査可能項目数など機能に関する指標(4)
- A-5 事故予防など安全に関する指標(4)
- A-6 痺例検討会開催回数など質確保の体制に関する指標(15)
- A-7 選択メニューの実施など患者アメニティに関する指標(2)

B. 過程 Processに関する指標(計45項目)

- B-1 救急における即応性に関する指標(5)
- B-2 診断のための情報収集と記録の適切性に関する指標(9)
- B-3 治療手技選択・治療過程の適切性に関する指標(24)
- B-4 インフォームド・コンセント等患者の尊重に関する指標(7)

C. 結果 Outcomeに関する指標(計95項目)

- C-1 診断の精度、迅速性に関する指標(21)
- C-2 予後から判定する治療の適切性に関する指標(67)
- C-3 予後以外から間接的に治療の適切性を測る指標(7)

●【抜粋】processの側面の具体的な項目について(1)

B-1 救急における即応性に関する指標の例として(5項目のうち4項目)

- ◇脳卒中患者または3・3・9度方式で2桁以上の意識障害を示す頭部単独外傷患者について、初療からCTスキャンを行うまでの時間
- ◇急性心筋梗塞患者について発症後血栓溶解療法または再灌流療法を行うまでの時間
- ◇脳血管障害患者が頭部CT検査を受けるまでの時間
- ◇食道静脈癌破裂患者到着後内視鏡検査に入るまでの時間

B-2 診断のための情報収集と記録の適切性に関する指標の例として(9項目のうち5項目)

- ◇救急隊要請(覚知)から病院到着(病者)に至る病院前救護(Prehospital Care)、時間経過についてのカルテへの記載率
- ◇来院(救急患者搬入)時に診療した時刻と診療医師名についてのカルテへの記載率
- ◇来院(救急患者搬入)時のバイタルサイン(意識、呼吸、脈拍、血圧、体温)のカルテへの記載率
- ◇CPAOA状態で搬入された患者について動脈血ガス分析をチェックした率
- ◇院内感染の起炎菌判明率

B-3 治療手技選択・治療過程の適切性に関する指標(2/24)

- ◇抗てんかん薬血中濃度測定率
- ◇気管内挿管再挿管率

●【抜粋】processの側面の具体的な項目について(2)

C-1 診断の精度、迅速性にかかわる指標(2/21)

- ◇大腸早期癌発見率
- ◇微小肝癌発見率

C-2 予後から判定する治療の適切性に関する指標(15/67)

- ◇来院時心肺停止(CPAOA)状態で搬入された患者の一次蘇生率
- ◇気管支喘息大発作(重積発作)を呈した患者(CPAOAを除く)の死亡率
- ◇重症外傷患者死亡率
- ◇stage2以上の悪性黒色腫生存率
- ◇院内感染発生率、術後感染症の発症率
- ◇新生児死亡率、周産期死亡率、胎児死亡率、死産率
- ◇ADL指標改善率
- ◇内視鏡検査の合併症発生率
- ◇中心静脈栄養のためのカテーテル感染症発生率
- ◇FHF(激症肝不全)の救命率
- ◇大腸・肛門癌の進行度別5年生存率

C-3 予後以外から間接的に治療の適切性をはかる指標(2/7)

- ◇リハ中の事故発生率
- ◇疾患別腸手術の術後在院日数

全国医学部長・病院長会議の 臨床指標

「大学病院の医療に関する委員会」

（委員長 永井良三東大病院長）

56の国公立病院(2004年)

大学病院の医療に関する委員会指標

- 安全確保
 - リストバンドの装着率
 - 安全装置つき静脈留置針
- 的確な診断・治療
 - クリティカルパスの導入状況
 - 剖検実施患者数
- 薬剤処方
 - 院外処方箋の監査率
 - 疑義紹介の実施率
 - 疑義紹介後の処方箋変更率
- 情報開示
 - カルテ開示の実施率
- インシデント・事故等
 - 針刺し事故
 - 転倒・転落発生率
- カルテ
 - カルテ未記載率
 - 退院後1週間以内のカルテ提出率
 - 退院サマリー記載率
- アウトカム
 - 患者満足度
 - 合併症等
 - 麻酔に伴う合併症発生率
 - 褥瘡発生率

大学病院の医療に関する委員会指標

- 診療科別インディケーター

- 心臓血管領域

- 心臓血管外科手術数(難易度別)
 - オフポンプCABG件数
 - ペースメーカー埋め込み

- 呼吸器領域

- 開胸・肺悪性腫瘍切除件数
 - 胸腔鏡手術件数
 - 肺がん術前診断率

- 腹部領域

- 腹部外科手術の実施件数(難易度別)
 - 腹部外科領域における内視鏡的手術の実施件数
 - ERCP実施件数

- 脳神経領域

- くも膜下出血後の血管スパズム件数

- 整形外科領域

- 整形外科手術後の局所感染率

- 後期高齢者の手術数

- 腎臓領域

- 新規腹膜透析導入率

- 糖尿病・代謝領域

- 入院時のHbA1cが8%以上で、退院後6ヶ月後に7%以下になった患者率
 - 入院患者への栄養指導の実施

- 血液疾患領域

- 造血幹細胞移植件数

大学病院の医療に関する委員会指標

- 産婦人科領域
 - 合併症妊娠例数
 - 胎児異常症例数
 - 早期早産率
- 小児領域
 - 小児3次救急受け入れ率
 - NICU入室患者数
- 皮膚科
 - 植皮正着率
- 耳鼻咽喉科・眼科領域
 - 耳鼻咽喉科領域の悪性腫瘍手術率
 - 緑内障手術実施率
- 部門別
 - 放射線科
 - CTによる全検査件数
 - 放射線科医師による読影率
 - リハ科
 - 処方からセラピストが治療開始するまでの時間
 - 救急部門
 - 来院時心肺停止患者数
 - 死亡退院した救急入院患者数
 - 検査領域
 - 検査部における臨床検査外部精度評価の成績
 - 検査結果報告の平均所要時間

わが国でも臨床指標が病院評価の
スタンダードの一つになるだろう

診断群分類別に計測することが
ポイント

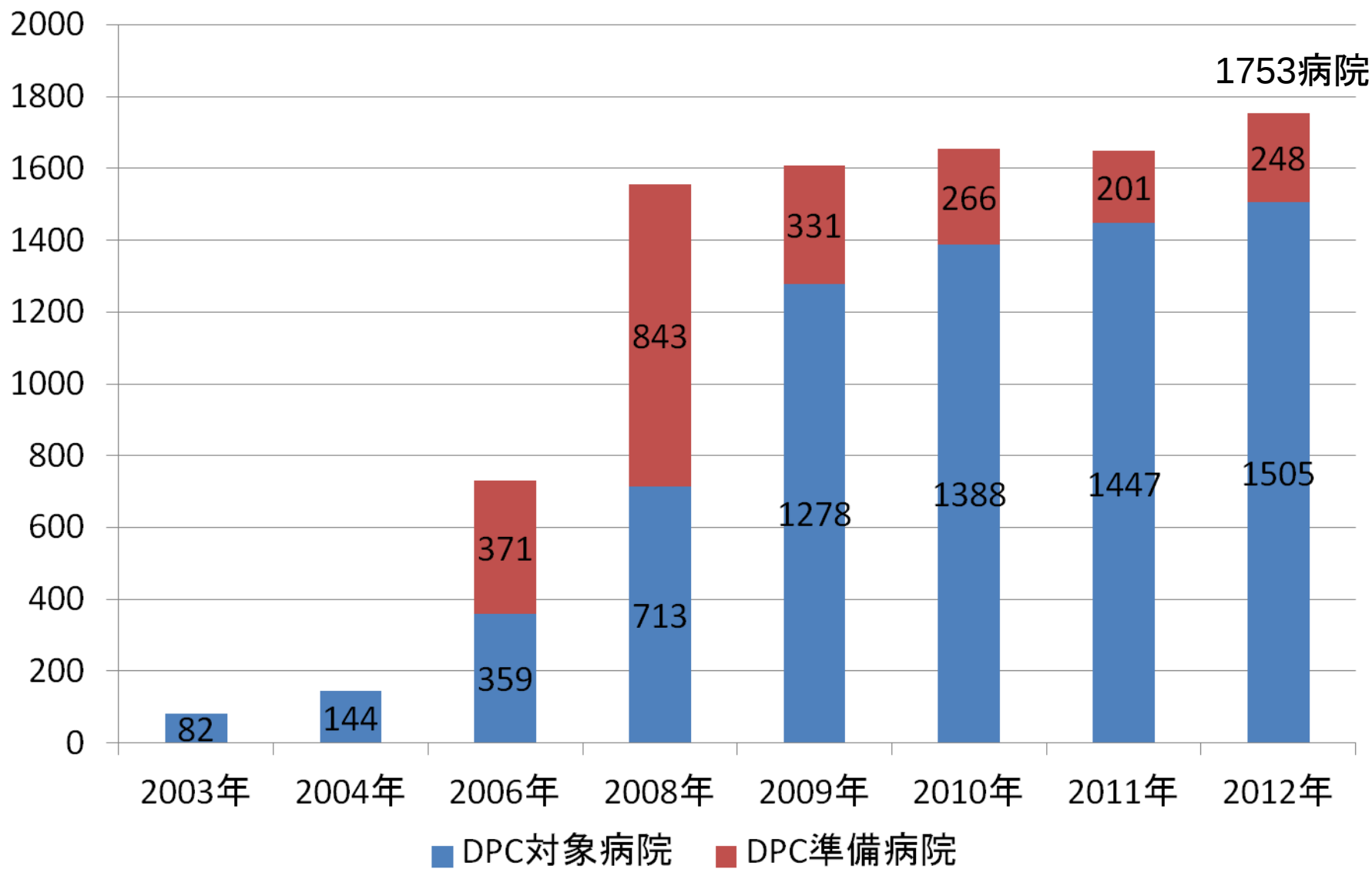


パート3

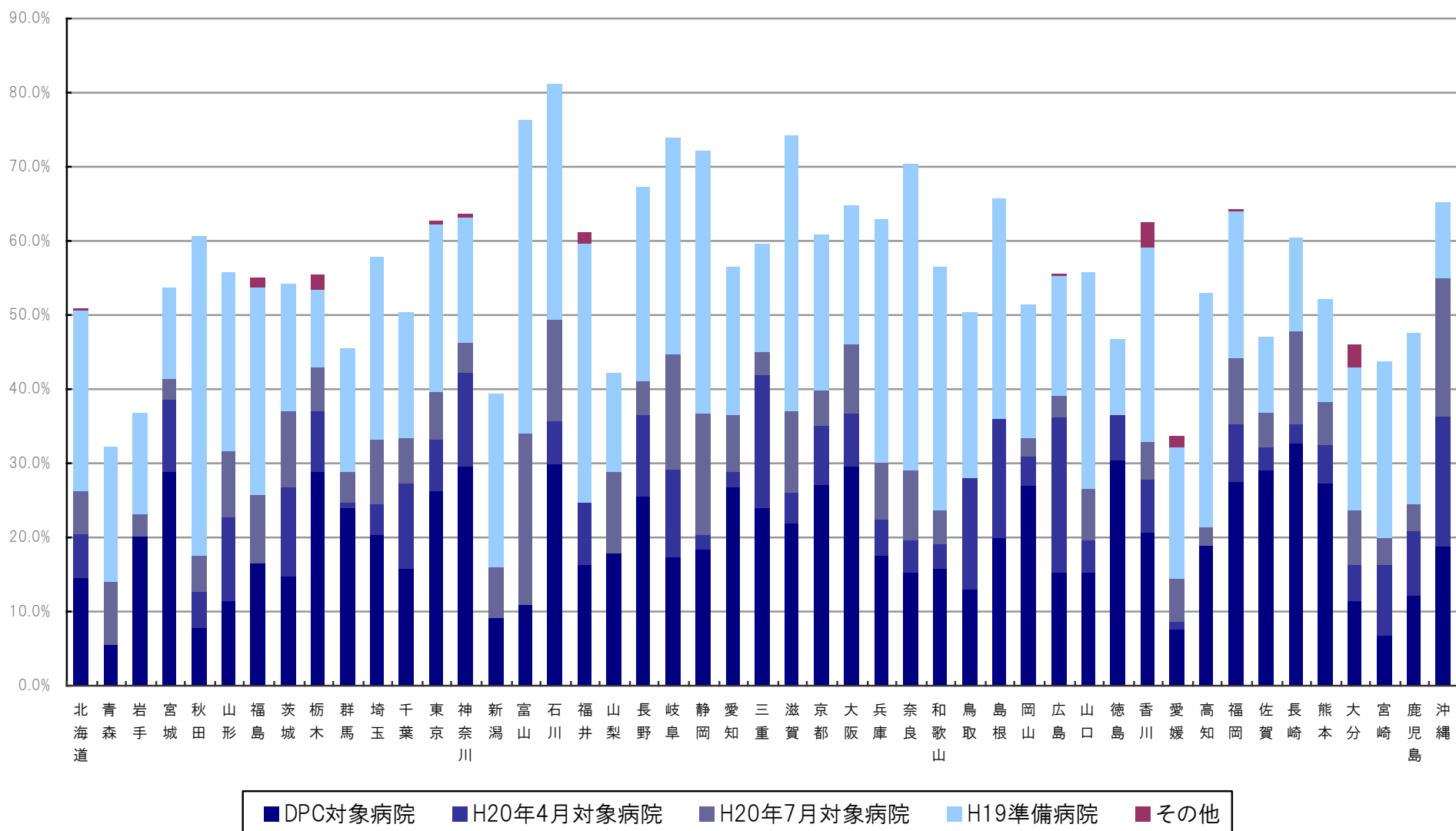
臨床指標とDPC

DPCの診断群分類は
臨床の質を測る上での標準分類尺度

DPC対象病院・準備病院数推移



一般病床に占めるDPC関連病床割合

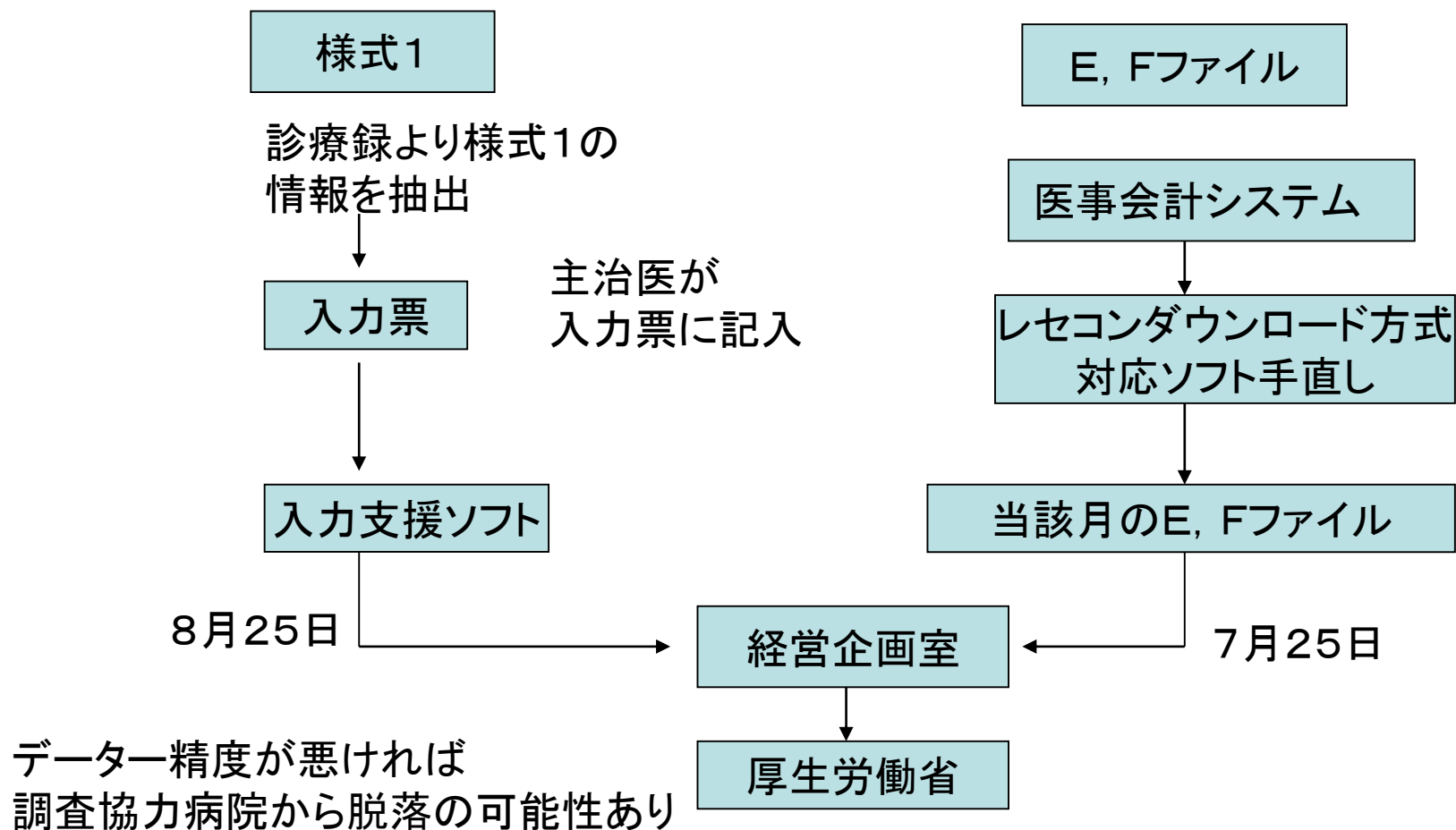


DPCは巨大なデータベース

50万床からの
疾病情報、レセプト情報が集積している

DPC調査(7-10月)準備

様式1、E, Fファイルの提出



様式1：疾病情報

- 入院経路
- 退院時転帰
- 主傷病名
 - 医療資源を最も投入した傷病名
 - 入院時併存症名
 - 手術情報
- 診断関連情報
 - 妊娠
 - 喫煙
 - JCS
 - ADL
 - 褥瘡ステージ
 - がん
 - UICC分類
 - ステージ分類
 - PS
- 脊髄麻痺患者の重症度
- Hugh-Jones分類
- 心不全NYHA分類
- 狭心症における入院時重症度【Killip分類】

様式1の記入

- 急性膵炎の重症度分類
- 閉塞性黄疸に対する術前減黄術の有無
- 電解質異常の有無
- 周術期及び併存疾患治療時のインスリン療法の有無
- 多発性骨髄腫の病期分類
- 急性白血病の秒系分類
- 非ホジキン病の病期分類
- Burn Index
- その他重症度分類
- 救急カテ実施時間
- 救急脳血管障害検査実施時間
- 麻酔時間
- 輸血量
- 米国麻酔学会【ASA】による分類
- 予定しない再手術【48時間以内】
- 予定しない外来処置後の入院
- 2日以内のICUへの再入室率
- ICUへの緊急入室

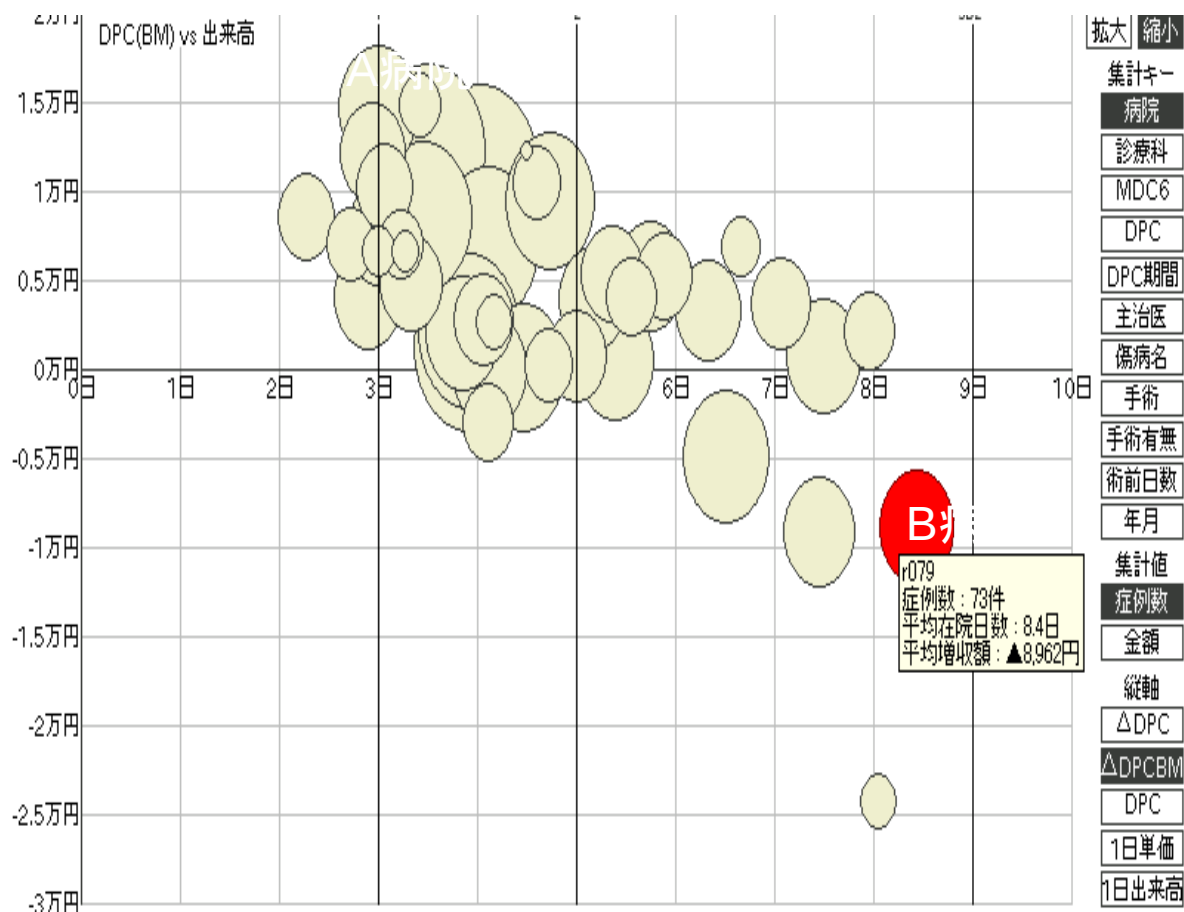
臨床指標

DPCデータから 臨床指標を読み取る

DPC別病院間ベンチマーク

2006.7-10

020110xx97x0x0:白内障、水晶体の疾患 手術あり 処置2なし 片眼



クリティカルパスベンチマーク

2006.7-10

020110xx97x0x0: 白内障、水晶体の疾患 手術あり 処置2なし 片眼

A病院

	99.2%	術前1日	術日	術後1日
診察			¥3,500 ■薬剤管理指	¥500 ■退院時服薬
投薬			¥2,780 クラビット点 ジクロード点 ネオシネジン	¥990 セフゾンカプ 調剤料(入院)
注射				
処置				
手術			¥137,600 ■水晶体再建 ヒーロン 1% パニマイシン	
検査			¥380 スリットM(前)	¥1,230 精密眼圧 スリットM(前)
画像				

B病院

	93.4%	術前2日	術前1日	術日	術後1日	術後2日	術後3日	術後4日
診察				¥3,500 ■薬剤管理指				¥500 ■退院時服薬
投薬				¥3,870 クラビット点 ジクロード点 フルメトン				¥70 調剤料(入院)
注射					¥60 アタラックス 皮内、皮下及 ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射
処置					¥450 創傷処置1			
手術				¥150,490 ■水晶体再建 オベガン0.6 ヒーロン 1%				
検査				¥1,970 精密眼圧 矯正視力(1以 スリットM(前)	¥380 スリットM(前)	¥380 精密眼圧 精密眼底(片) スリットM(前)	¥380 スリットM(前)	¥1,230 精密眼圧 スリットM(前)
画像								

ガイドライン準拠率も 臨床指標の一種

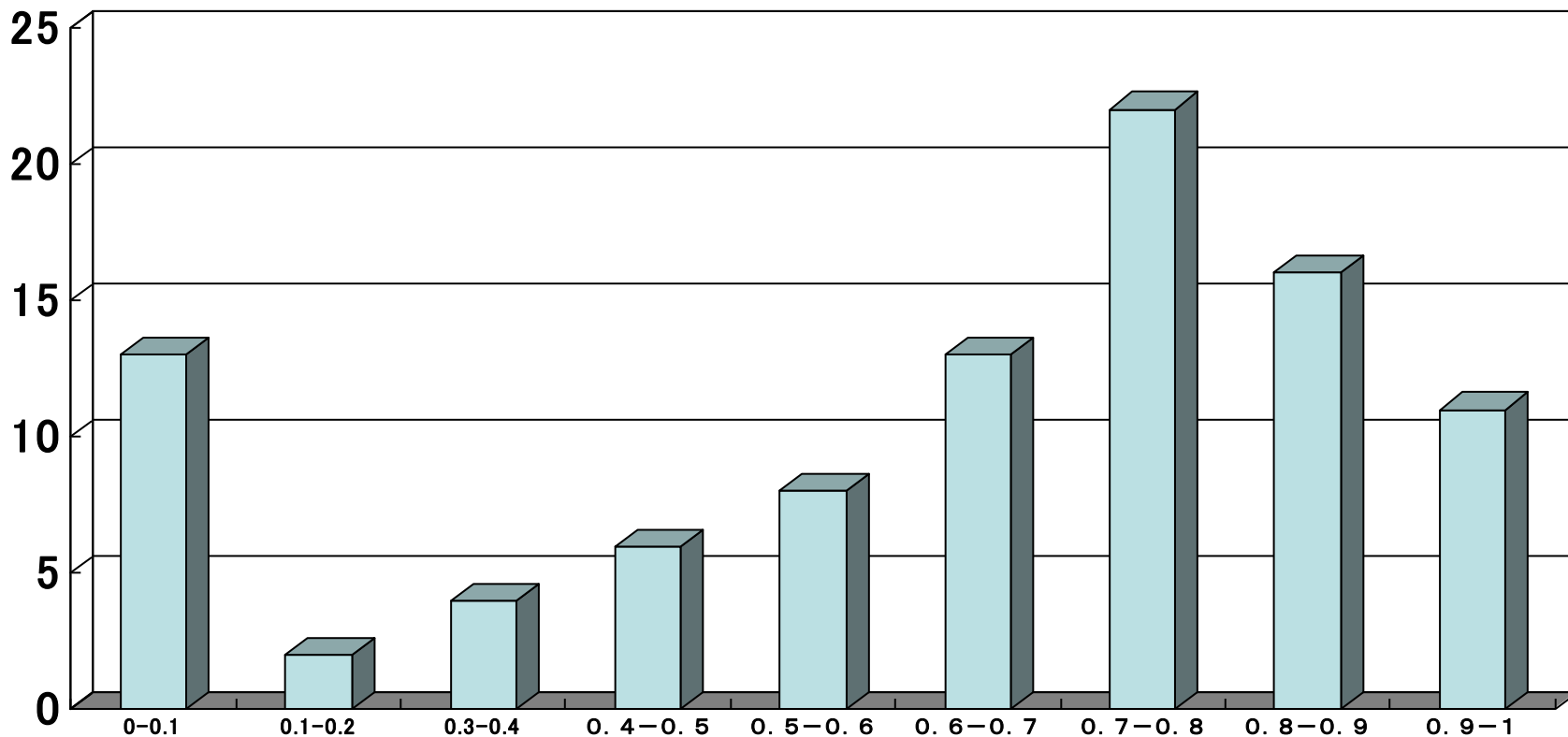
診療ガイドラインをどれだけ守っているか？

ガイドライン準拠率

- 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】

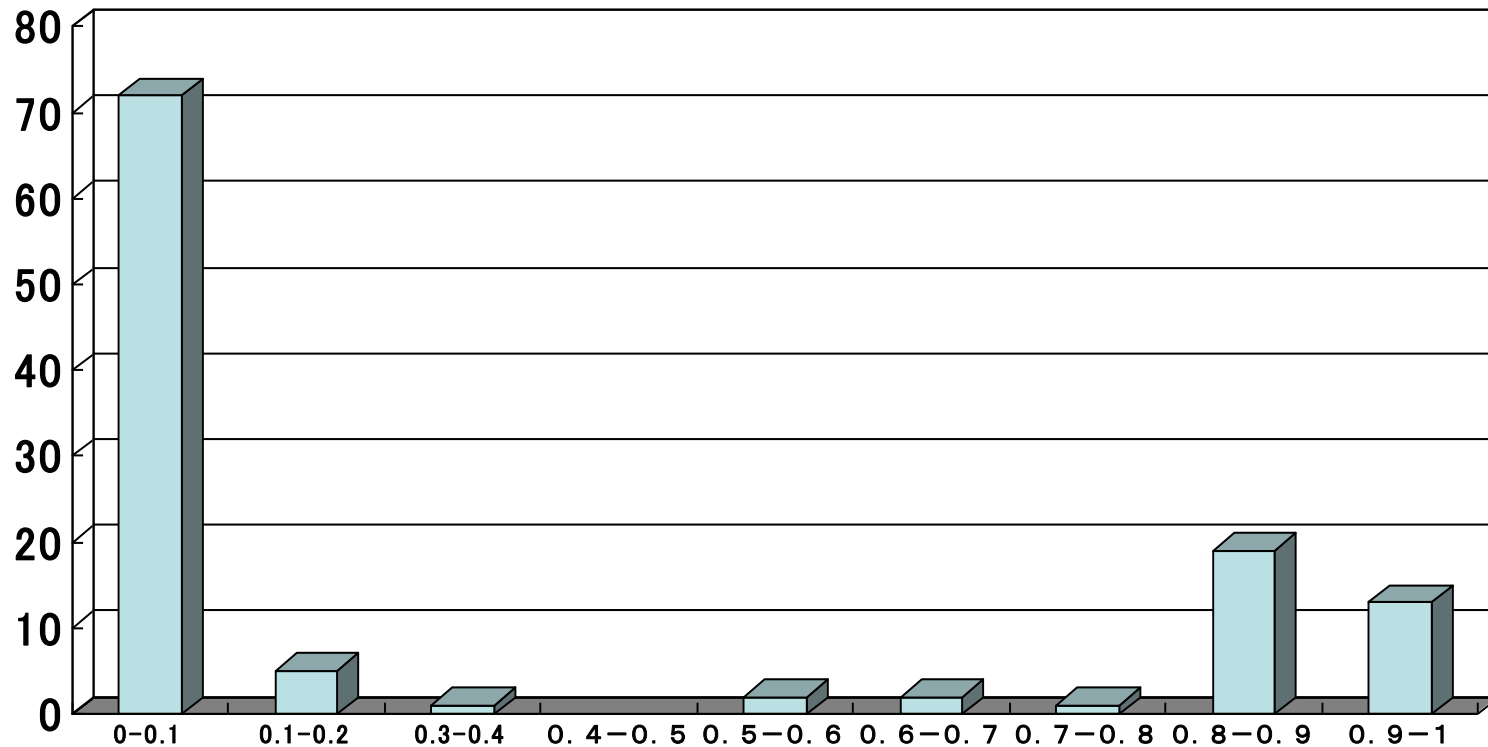
周術期の抗菌剤使用

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

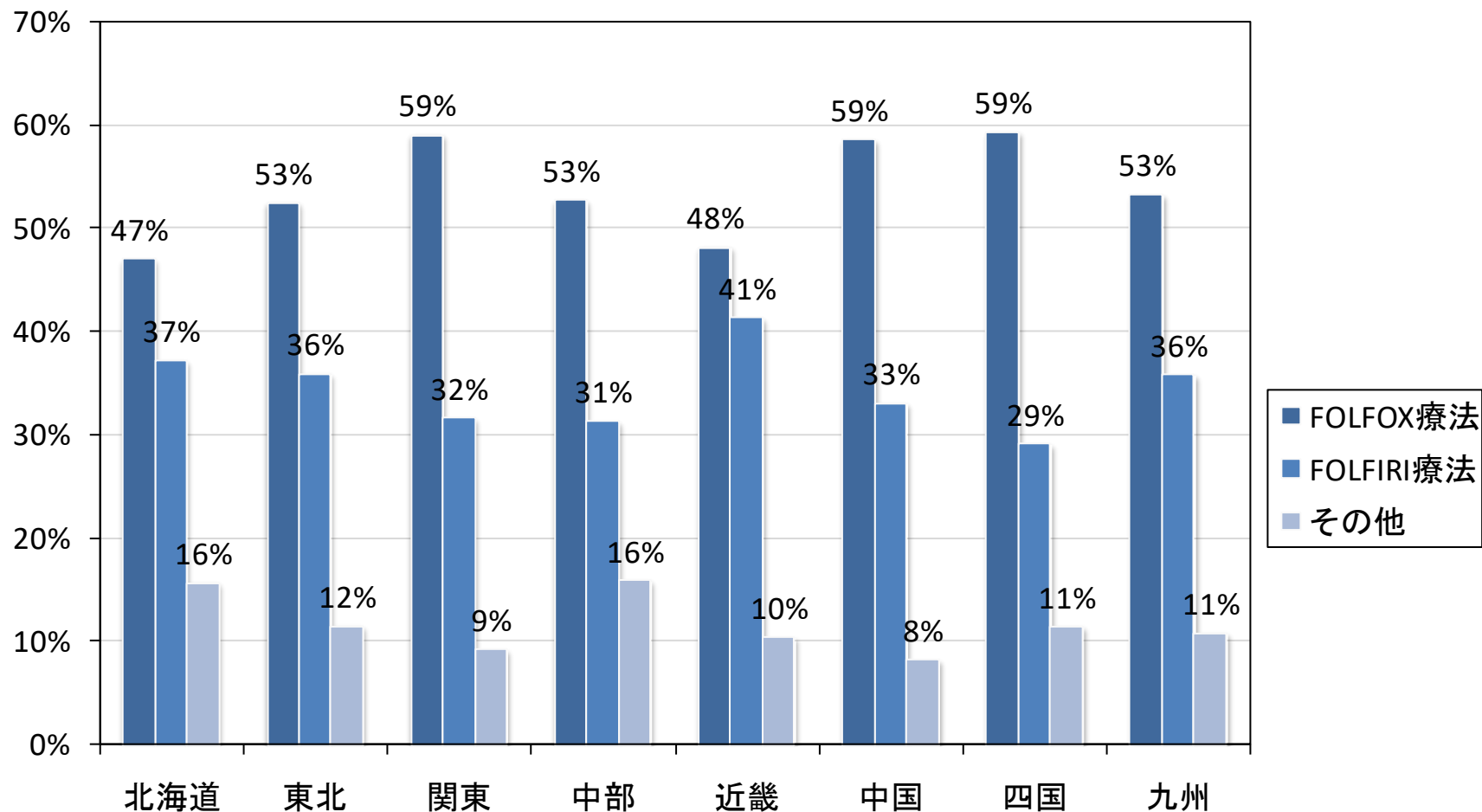
病院数



実施率(88病院 2006年)

(株)メデイカルアーキテクト【ヒラソル】

化学療法レジメン実施状況 / DPC



注: FOLFOX 療法、FOLFIRI 療法共に Bevacizumab 投与症例を含む

(株)メディカルアーキテクト作成

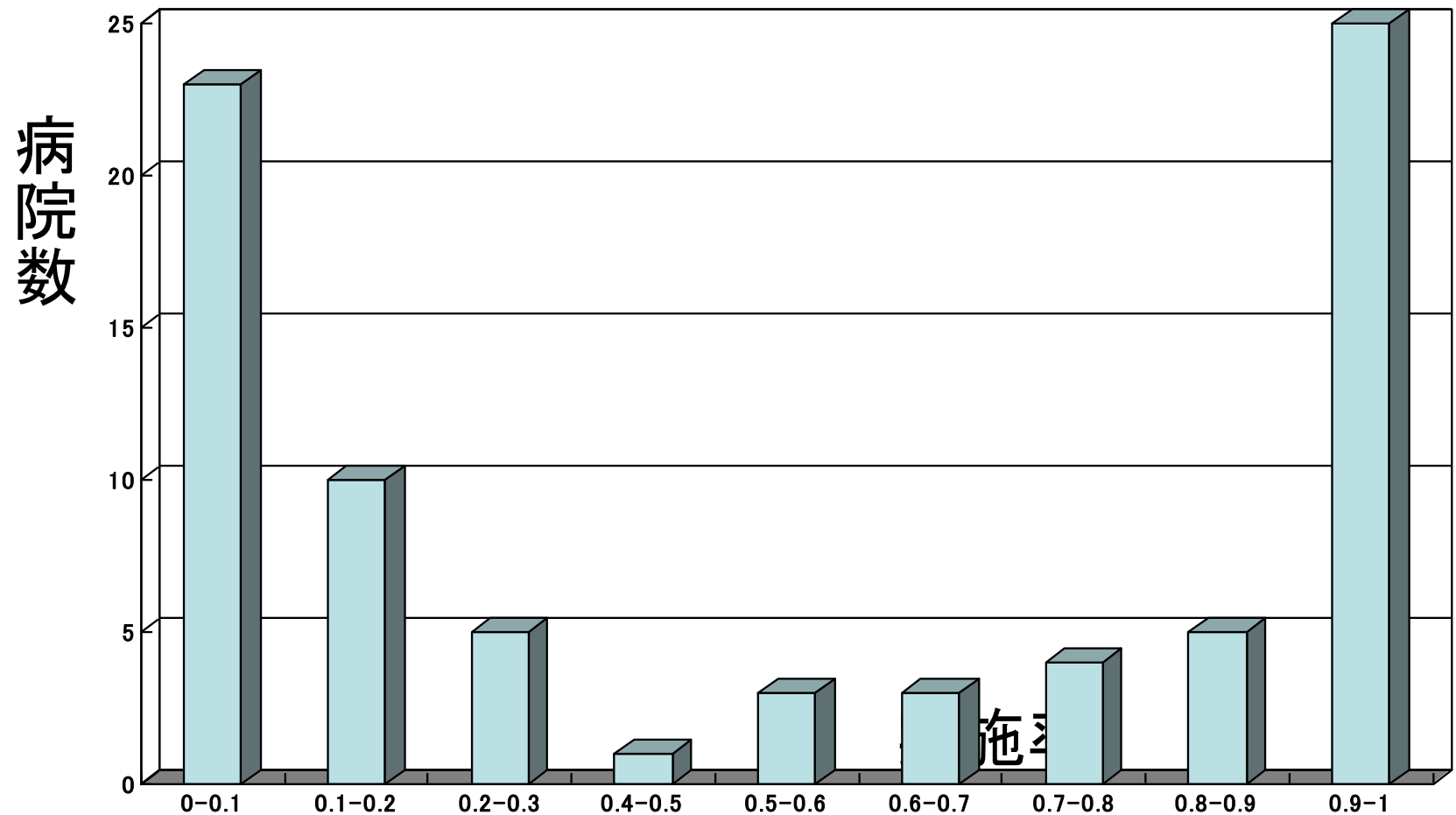
CDCガイドライン

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

A photograph of the Golden Gate Bridge in San Francisco, viewed from a low angle looking down the length of the bridge towards the other tower. The sky is blue with scattered white clouds. The bridge's suspension cables and towers are prominent on the left side.

パート5

臨床指標とP4P～米国～

P4Pとは？

- 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)」

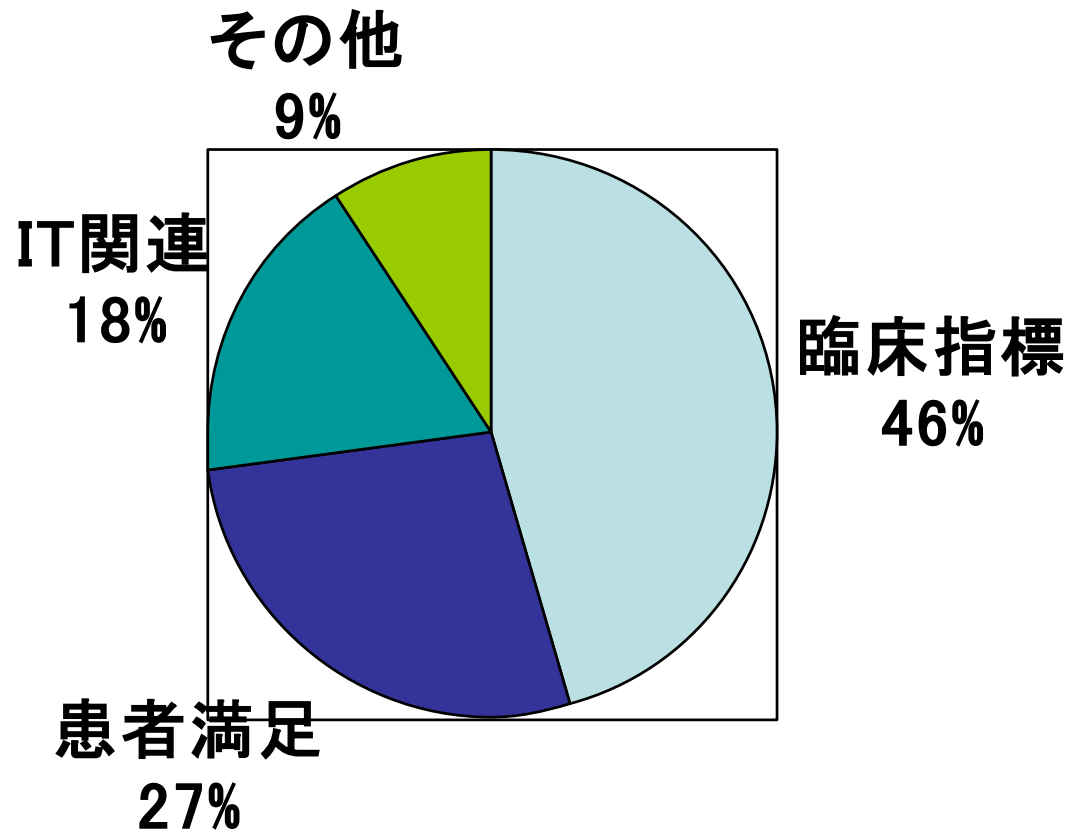
P4Pの定義とは？

- 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

パフォーマンス測定 カリフォルニアP4Pの例



臨床指標

病院向けP4Pプログラム

- 疾患別に臨床指標を設定する
 - 急性心筋梗塞
 - 心不全
 - 市中肺炎
 - 心臓バイパス手術
 - 腰と膝の人工関節手術

急性心筋梗塞

＜プロセス指標＞

1. 来院時にアスピリンの投与
2. 退院時にアスピリンの投与
3. 左室収縮機能不全に対しACE阻害剤の投与
4. 禁煙指導・カウンセリングの実施
5. 退院時にβブロッカーの投与
6. 来院時にβブロッカーの投与
7. 来院後30分以内に血栓溶解剤の投与
8. 来院後120分以内にPCIの実施

＜アウトカム指標＞

9. 入院死亡率

診療プロセスの評価（米国の事例）

National Use and Effectiveness of β -Blockers for the Treatment of Elderly Patients After Acute Myocardial Infarction

National Cooperative Cardiovascular Project

Harlan M. Krumholz, MD; Martha J. Radford, MD; Yun Wang, MS; Jersey Chen, BA;
Asefeh Heiat, MD; Thomas A. Marciniak, MD

Context.—Despite the importance of β -blockers for secondary prevention after acute myocardial infarction (AMI), several studies have suggested that they are substantially underutilized, particularly in older patients.

Objectives.—To describe the contemporary national pattern of β -blocker prescription at hospital discharge among patients aged 65 years or older with an AMI, to identify the most important predictors of the prescribed use of β -blockers at discharge, and to determine the independent association between β -blockers at discharge and mortality in clinical practice.

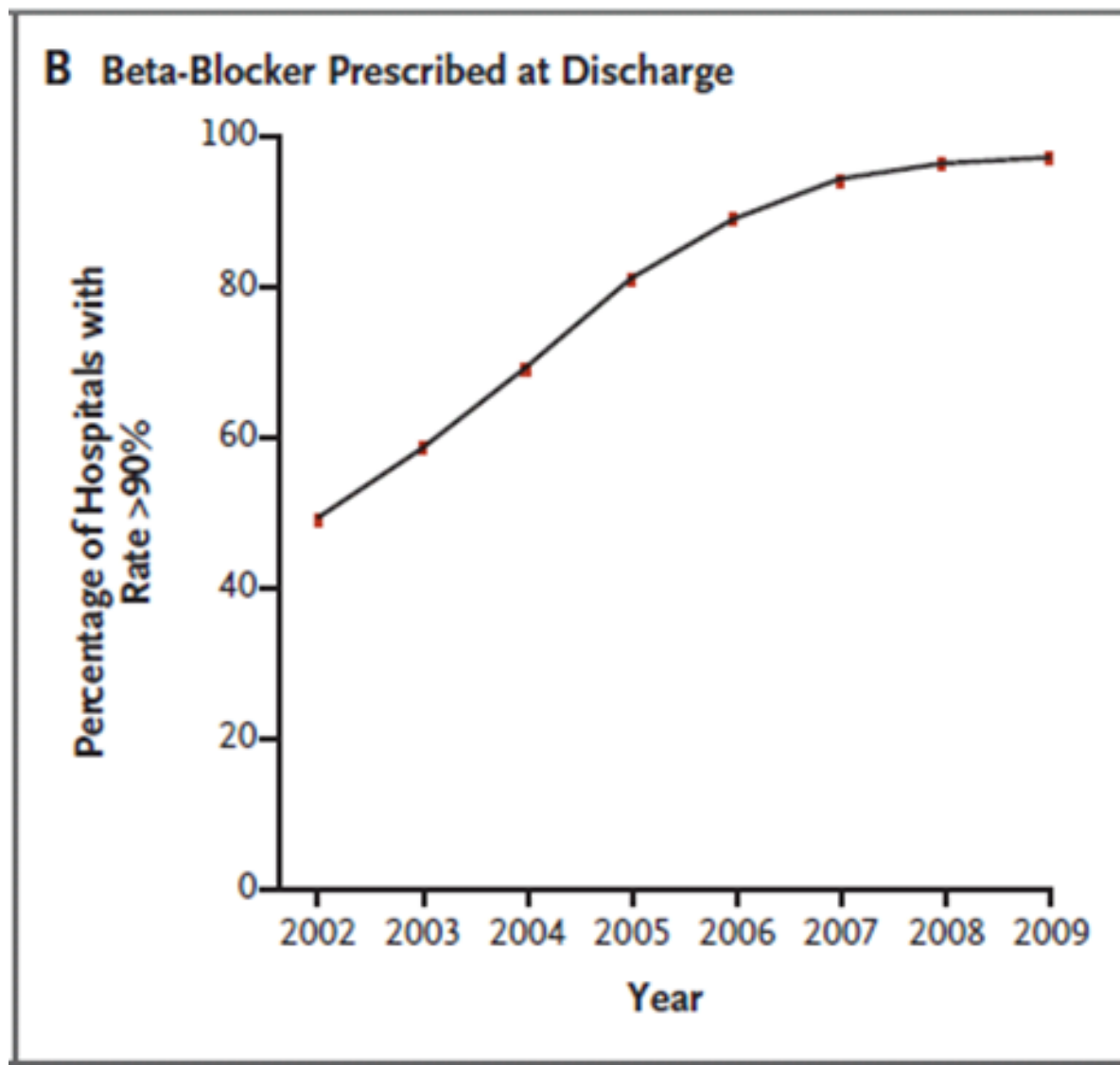
Design.—Retrospective cohort study using data created from medical charts and administrative files.

Setting.—Acute care nongovernmental hospitals in the United States.

Patients.—National cohort of 115 015 eligible patients aged 65 years or older who survived hospitalization with a confirmed AMI in 1994 or 1995.

Main Outcome Measures.— β -Blocker as a discharge medication and mortality in the year after discharge.

DESPITE THE IMPORTANCE of β -blockers for secondary prevention after acute myocardial infarction (AMI),^{1,2} several studies have suggested that they are substantially underutilized,³⁻¹⁰ particularly in older patients. Although these studies agree that increasing the appropriate use of β -blockers is an important opportunity to improve secondary prevention after an AMI, they differ in study design and approach, yielding very different estimates of the use of β -blockers. None provide a national perspective on the prescribed use of β -



[Chassin et al, 2010]

心不全

＜プロセス指標＞

18. 左室機能の評価

19. 詳細な退院指導

20. 左室収縮機能不全に対するACE阻害剤
の投与

21. 禁煙指導・カウンセリングの実施

肺炎

＜プロセス指標＞

- 22. 血中酸素飽和度が測定された患者の割合
- 23. 現状の推奨に適合した初期投与の抗菌薬
- 24. 抗菌薬投与開始前の血液培養
- 25. インフルエンザワクチンの接種状況の確認と接種
- 26. 肺炎球菌ワクチンの接種状況の確認と接種
- 27. 来院後4時間以内に初回の抗菌薬が投与された患者の割合
- 28. 禁煙指導・カウンセリングの実施

心臓バイパス手術

＜プロセス指標＞

- 10. 退院時にアスピリンの投与
- 11. 内胸動脈を用いたバイパス術
- 12. 切開一時間以内に予防的抗菌薬の投与
- 13. 手術患者への予防的抗菌薬の適切な選択
- 14. 手術終了後24時間以内に予防的抗菌薬を中止

＜アウトカム指標＞

- 15. 入院死亡率
- 16. 術後出血・血腫
- 17. 術後の生理的異常・代謝異常

股関節・膝関節置換術

＜プロセス指標＞

- 29. 皮膚切開の1時間前以内に予防的抗菌薬の投与
- 30. 手術患者に対する予防的抗菌薬の適切な選択
- 31. 手術終了後24時間以内の予防的抗菌薬を中止

＜アウトカム指標＞

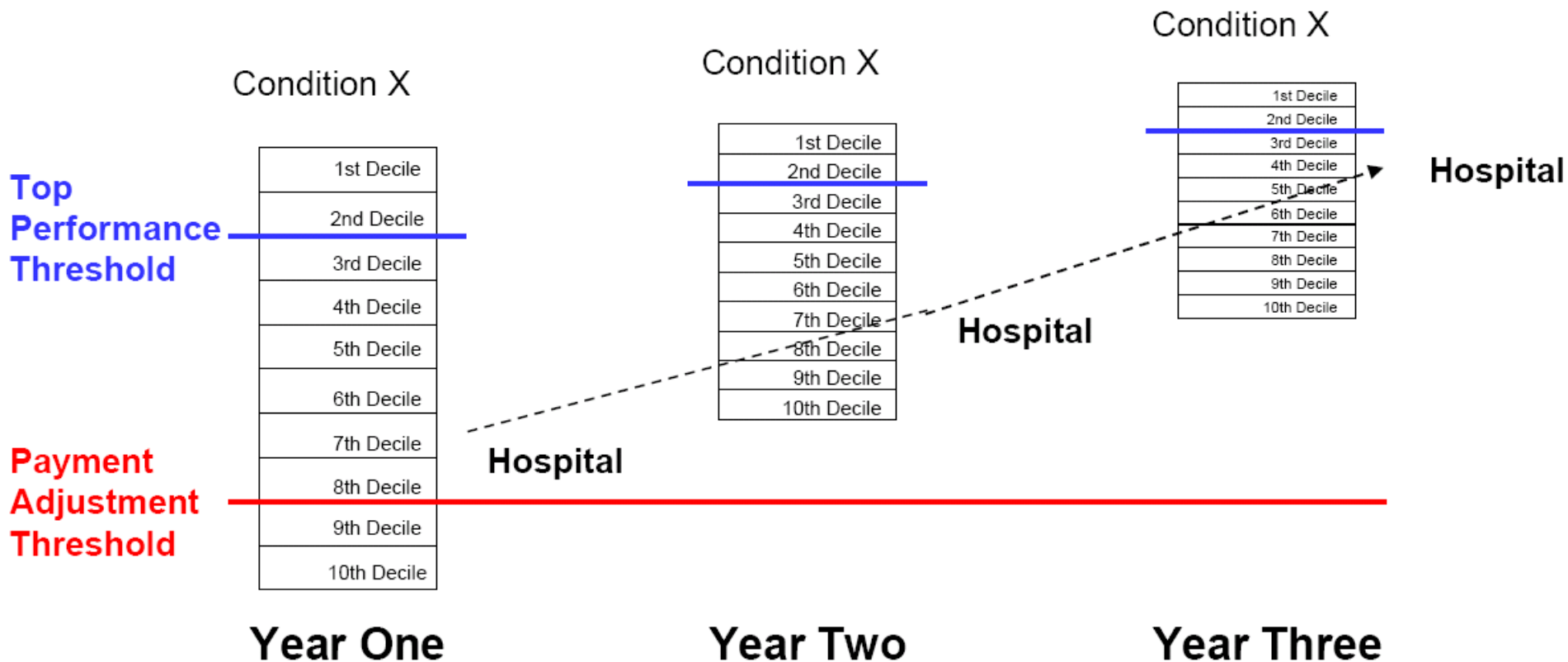
- 32. 術後出血・血腫
- 33. 術後の生理的異常・代謝異常
- 34. 退院後30日以内の再入院
- 35. 自宅への退院・在宅医療

患者満足度(患者体験)とIT関連

- 患者満足度
 - 医師とのコミュニケーション
 - ケアの総合的格付け
 - ケアコーディネーション
 - ケアの専門性
 - ケアへのアクセス
- IT関連
 - データーの統合度
 - 臨床の意思決定支援度

P4Pとは
臨床指標、患者満足、IT等で評価して
保険償還でボーナスを与える
支払い方式

P4P支払いインセンティブ

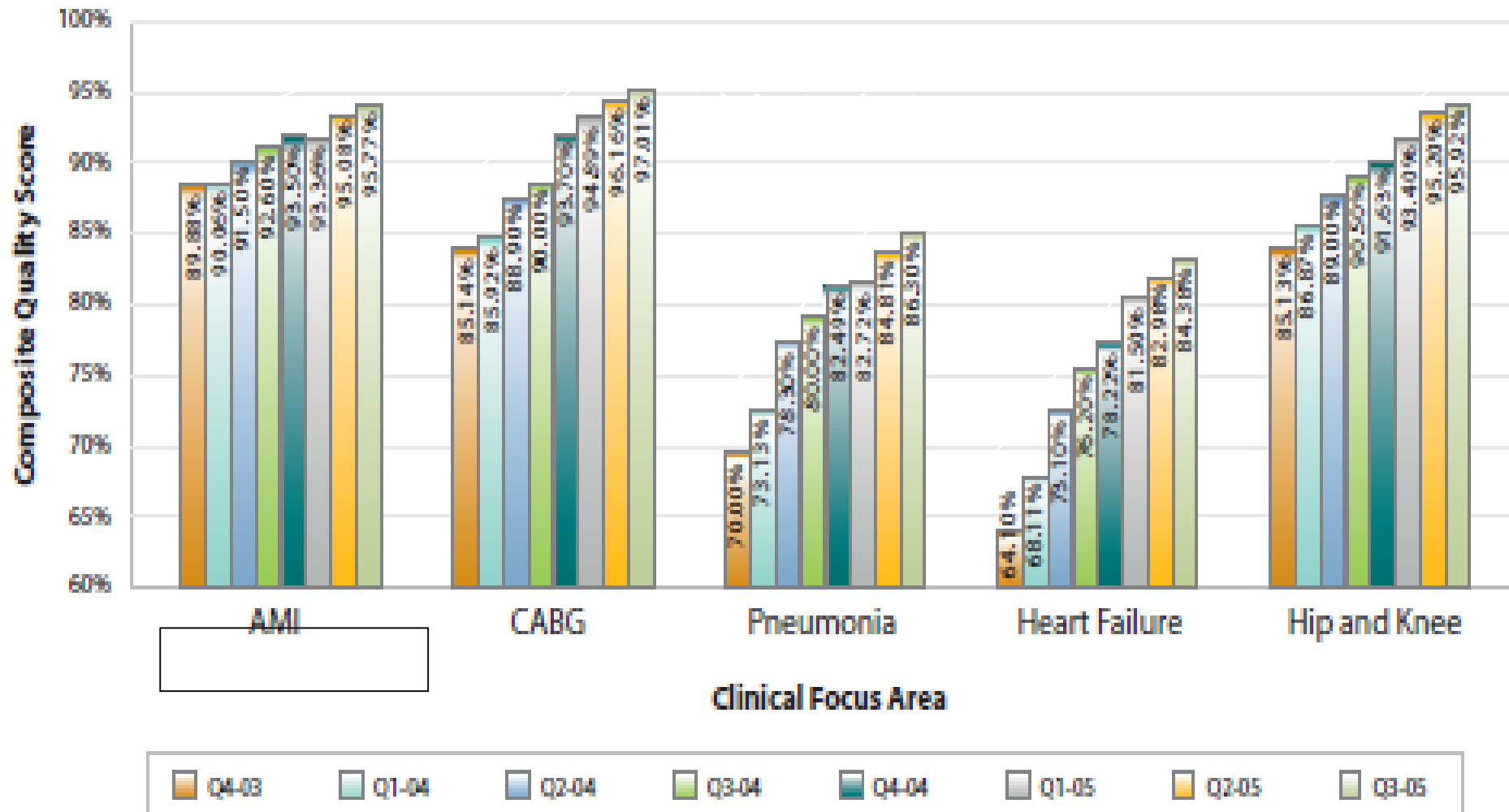


Composite Quality Score

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.



P4P~英国事情~

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

開業医の診療報酬体系

- 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包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 Framework: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

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。

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

QOFの仕組み

- 146の臨床指標
 - たとえば④冠動脈疾患で「新規に診断された冠動脈疾患患者のうち、運動負荷や専門医による評価のために紹介がなされた紹介患者割合」という指標がある
 - この紹介患者割合が25～90%の範囲の中で、紹介患者割合の応じてP4Pの最低0ポイントから最高7ポイントまで加点がなされる。つまり紹介患者割合が多ければ多いほど高いポイントがつく。
 - 1ポイント単価175ポンド

英国版P4Pの指標(喘息)

- 喘息(最高点72ポイント)
 - 1 喘息患者の登録 最高7ポイント
 - 2 スパイロメトリーやピークフローメトリーによる診断割合(8歳以上):最高15点 25~70%
 - 3 喫煙状態の記載割合(14~19歳):最高6点、25~70%
 - 4 喫煙状態の記載割合(20歳以上):最高6点、25~70%
 - 5 禁煙指導患者割合:最高6点、25~70%
 - 6 喘息手帳を持っている患者割合:最高20点、25~70%
 - 7 インフルエンザワクチン接種率:最高12点、25~70%

慢性閉塞性肺疾患（COPD）

- COPD（最高点45ポイント）
 - 1 COPDの患者登録 5点
 - 2 新患におけるスパリロメトリと可逆性試験（reversibility testing）最大5点 25～90%
 - 3 全患者におけるスパリロメトリと可逆性試験（reversibility testing）最大6点 25～90%
 - 4 喫煙状態の記載 最大6点 25～90%
 - 5 禁煙指導 最大6点 25～90%
 - 6 FeV1 検査記録 最大6点 25～70%
 - 7 吸入器使い方チェック 最大6点 25～90%
 - 8 インフルエンザワクチン接種率 最大6点 25～85%

冠動脈疾患

- 冠動脈疾患（最高点121ポイント）
 - 1. 冠動脈疾患患者の患者登録が可能：最高6ポイント
 - 2. 新規に診断された狭心症患者（2003年4月1日以降に診断）のうち、運動負荷や専門医による評価のために紹介がなされた割合：最高7ポイント 25～90%
 - 3. 冠動脈疾患患者のうち、喫煙の状態についての記録がこの15ヶ月になされていた患者の割合（喫煙歴のない患者については初診から1回の記載でよい）：最高7ポイント 25～90%
 - 4. 喫煙習慣のある冠動脈疾患患者のうち、禁煙指導や専門診療への紹介に関する記録がこの15ヶ月になされていた患者の割合：最高4ポイント 25～90%
 - 5. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月に血圧の記録がある患者の割合：最高7ポイント 25～90%
 - 6. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月における直近の血圧測定値が150/90以下である患者の割合：最高19ポイント 25～70%

冠動脈疾患

- 7. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月に総コレステロール値の記録がある患者の割合: 最高7ポイント 25~90%
- 8. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月における総コレステロール値が5mmol/l(193mg/dl)以下である患者の割合: 最高16ポイント 25~60%
- 9. 冠動脈疾患患者のうち、アスピリンやその他の抗血小板薬、あるいは抗凝固薬が(禁忌や副作用の記録がない場合に)この15ヶ月に投与されている記録がある患者の割合: 最高7ポイント 25~95%
- 10. 冠動脈疾患患者のうち、βブロッカーが(禁忌や副作用の記録がない場合に)現在投与されている患者の割合: 最高7ポイント 25~50%
- 11. 心筋梗塞の既往(2003年4月1日以降に診断)のある患者のうち、ACEIやARBが現在投与されている患者の割合: 最高7ポイント 25~70%
- 12. 冠動脈疾患患者のうち、9月1日から3月31日の間にインフルエンザ予防接種の記録がある患者の割合: 最高7ポイント 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%

糖尿病

- 血圧記録 最高3ポイント 25～90%
- 血圧 145／85mmHg以下 最高17ポイント 25～55%
- 微量アルブミン尿試験 最高3ポイント 25～90%
- 血清クレアチニン値 最高3ポイント 25～90%
- ACE阻害剤／A2拮抗剤の服用(蛋白尿、微量アルブミン尿)最高3ポイント 25～70%
- 総コレステロール値記録 最高3ポイント 25～90%
- 総コレステロール193mg／dl(5mmol/l)以下 最高6ポイント 25～60%
- インフルエンザワクチン接種率 最高3ポイント 25～85%

高血圧

- 高血圧(最高点105ポイント)
 - 1 高血圧患者の登録 最高9ポイント
 - 2 喫煙歴の記載 最高10ポイント 25～90%
 - 3 禁煙指導の実施 最高10ポイント 25～90%
 - 4 血圧記録の記載 最高20ポイント 25～90%
 - 5 血圧150／90mmHg以下 最高56ポイント 25～70%

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%

QOFによる臨床指標の変化

- 開業医グループで計測した臨床指標の改善度(2004年と2005年比較)
 - コステロール低下した患者割合
 - 71 %から79 %と上昇
 - アスピリンや抗凝固剤を使用する患者割合
 - 90 %から94 %と上昇
 - β 遮断剤使用率
 - 63 %から68 %と上昇
 - インフルエンザ予防接種率
 - 87%から90%と上昇

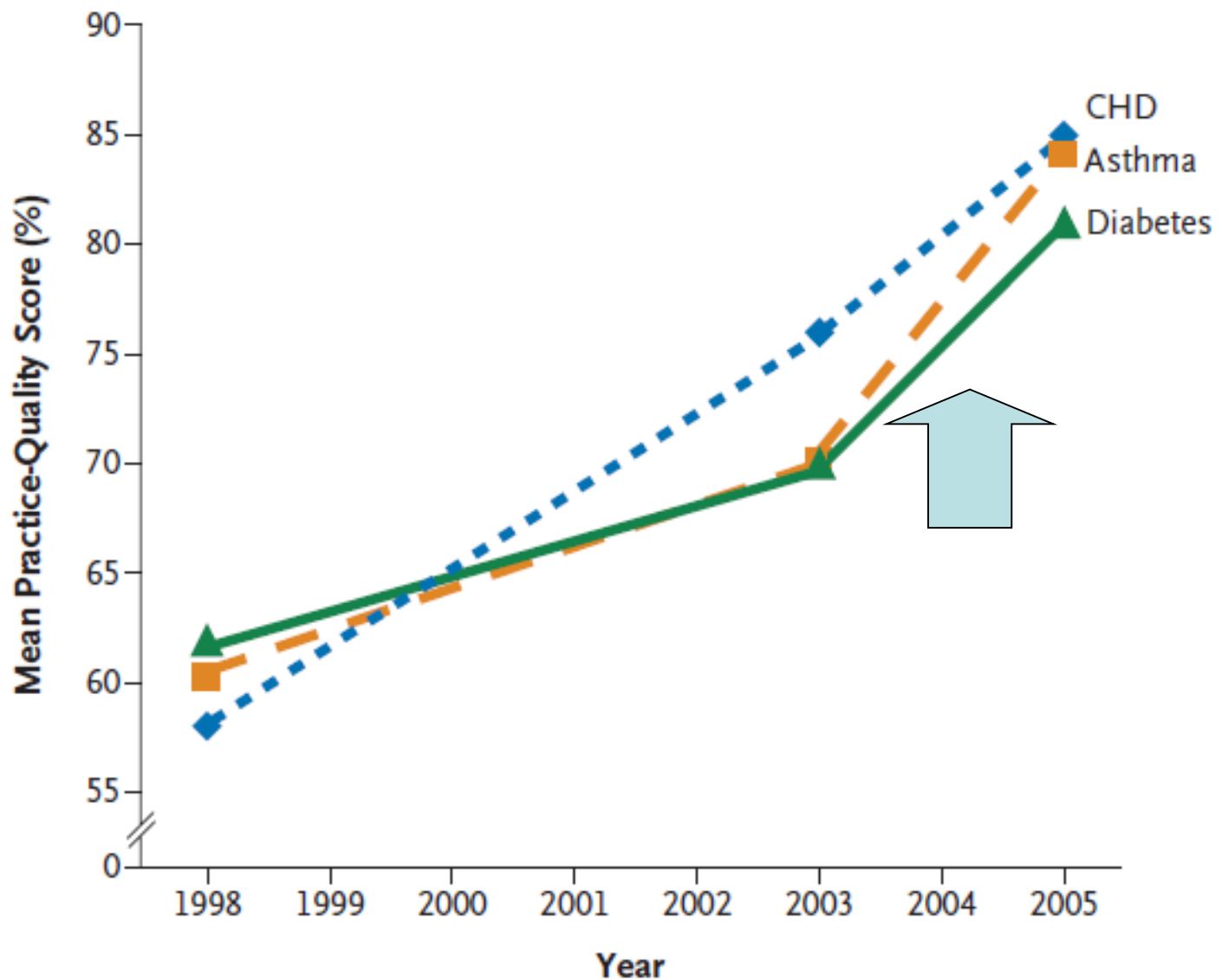


Figure 1. Mean Scores for Clinical Quality at the Practice Level for Coronary Heart Disease, Asthma, and Type 2 Diabetes, 1998 to 2005.

[Campbell et al., 2007]

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に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。

パート4 日本版P4P

中医協入院医療分科会より

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

- 「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」

2018年診療報酬改定

次期診療報酬改定に向けた
基本認識、視点、方向性等について

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

入院医療分科会

中医協診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏 名	所 属
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いけだ ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
おがた ひろや 尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
しま ひろじ 島 弘志	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つつい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

2018年診療報酬改定のポイント

- ①7対1入院基本料の見直し
- ②地域包括ケア病棟
- ③回復期リハビリテーション病棟

ポイント①

7対1 入院基本料の見直し

看護師配置数と重症患者割合
(重症度、医療・看護必要度)

現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪無菌治療室での治療	なし		あり
8 救急搬送(搬送日より1～2日間程度)	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない		ある
3 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5～7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3～5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2～3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1～3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

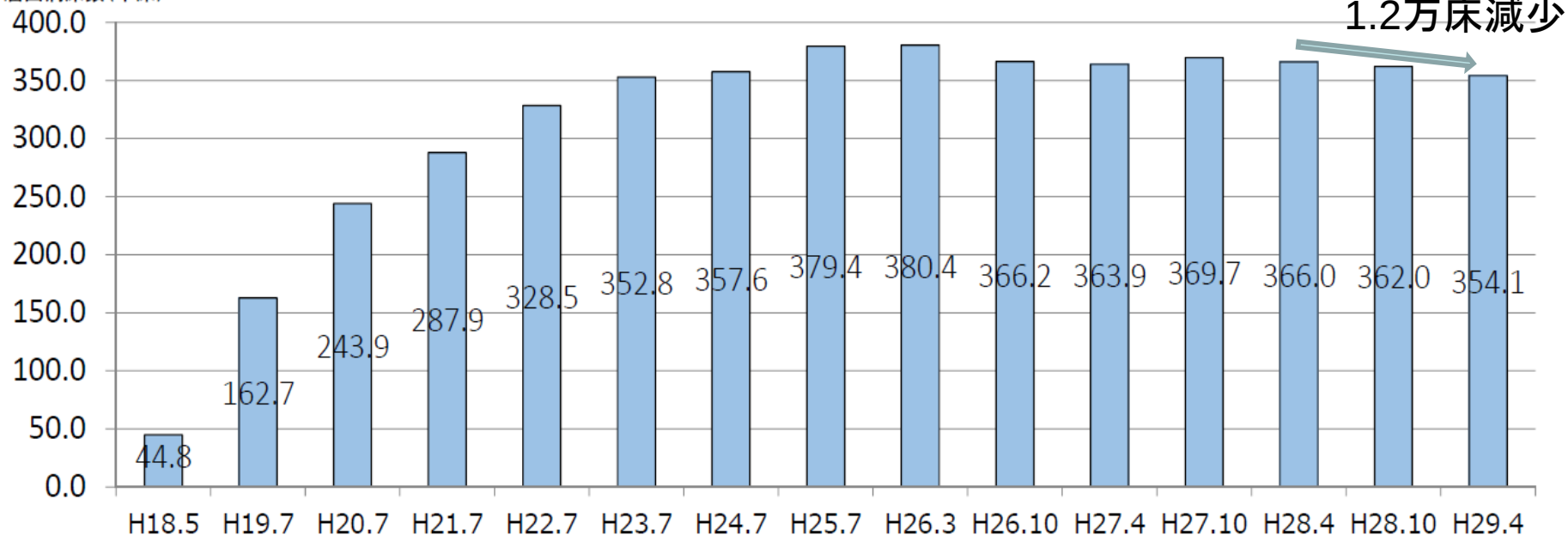
C 1得点が1点以上の患者

2016年改定の 7対1への影響

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。

届出病床数(千床)



1.2万床減少

[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

出典：保険局医療課調べ

2018年診療報酬改定

7対1, 10対1を統合・再編して
新評価体系へ

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

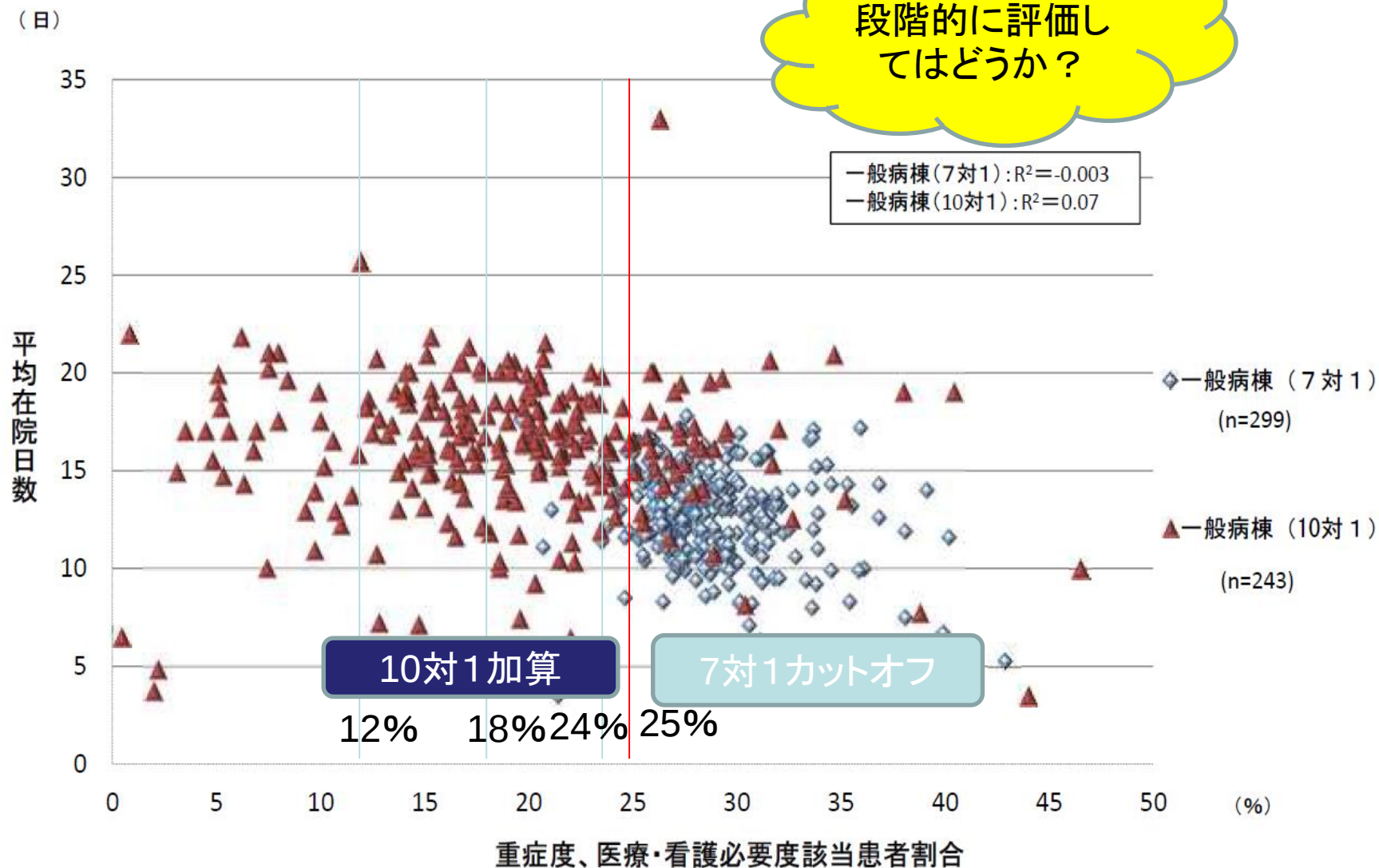
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟（10対1）の加算による評価について

【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



7対1と10対1の
診療報酬点数
の差を考えれば
、病院としては7
対1を維持した
いと考えてしまう

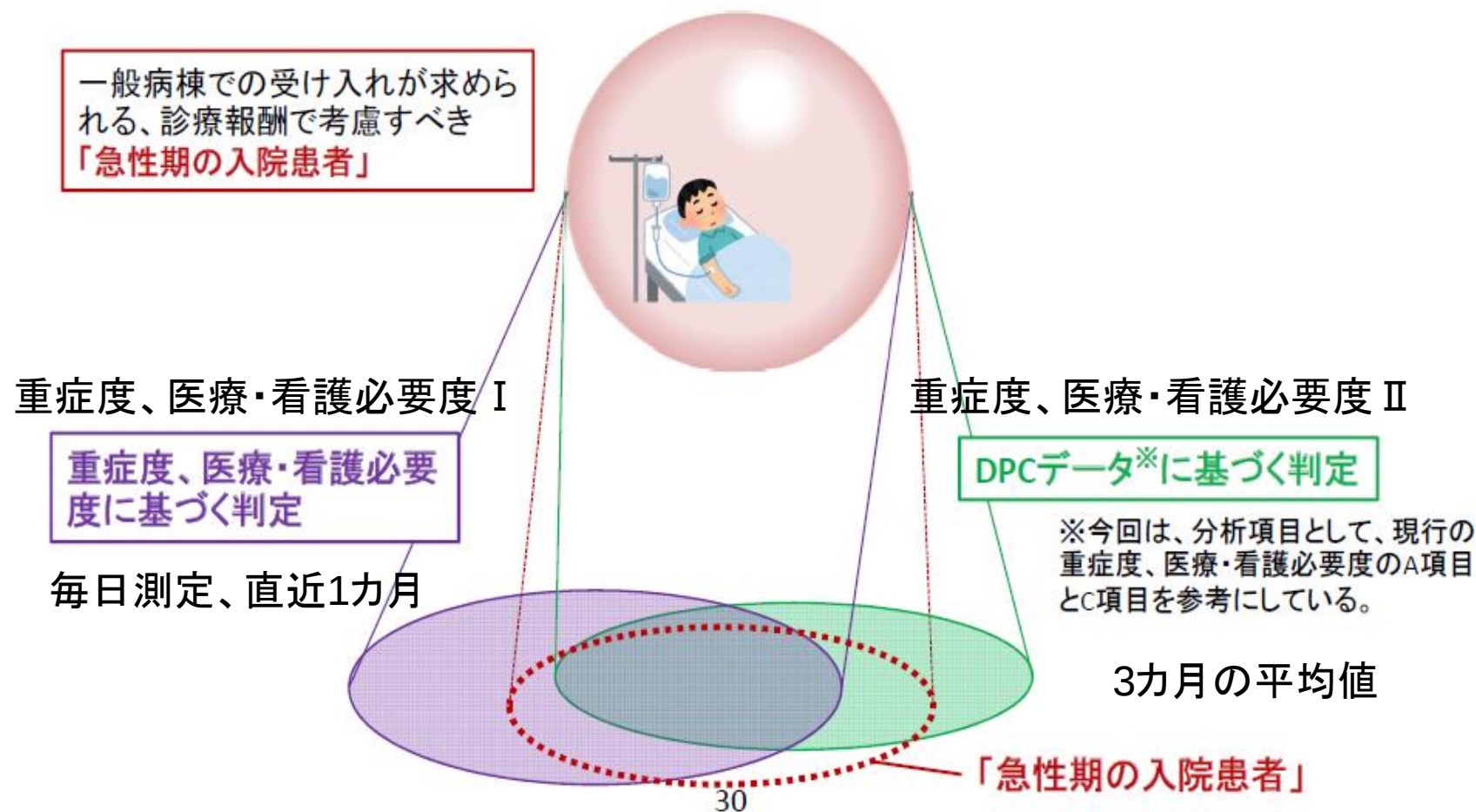
7対1ではカットオフ値
である25%ギリギリの
病院が圧倒的だが、
10対1では正規分布に
近くなっている

段階的に評価
してよいのでは
ないか？

入院医療分科会 2017年8月24日

急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を 把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。



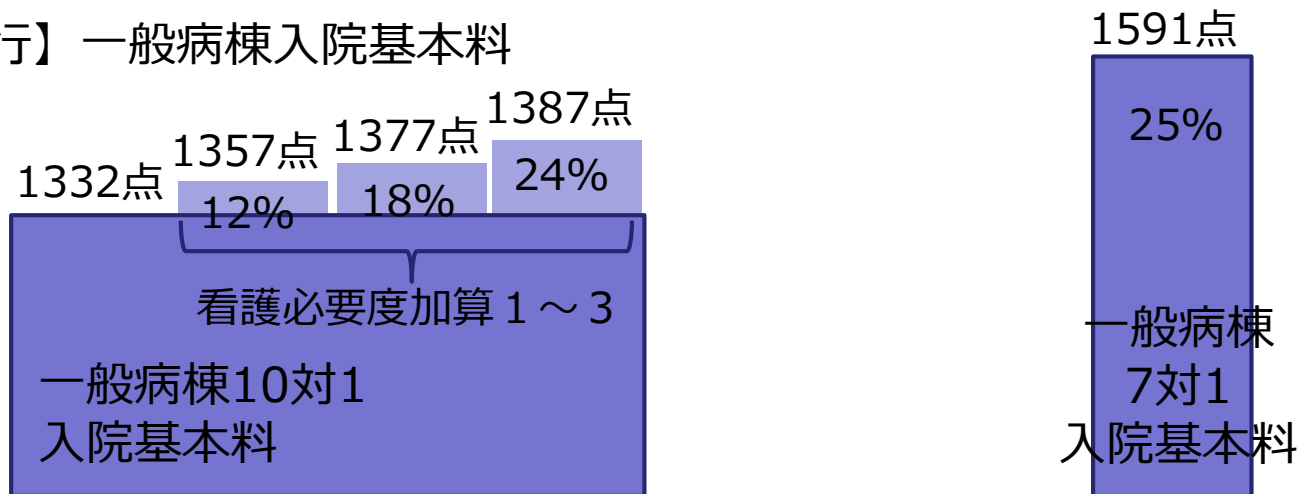
○看護配置などに基づく「基本部分」と、「診療実績に応じた段階的評価」を組み合わせではどうか？

○医療機関の選択で従来方式の重症度医療看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)に基づく重症患者割合計算を選択性としてはどうか？

中医協総会(2017年11月24日)

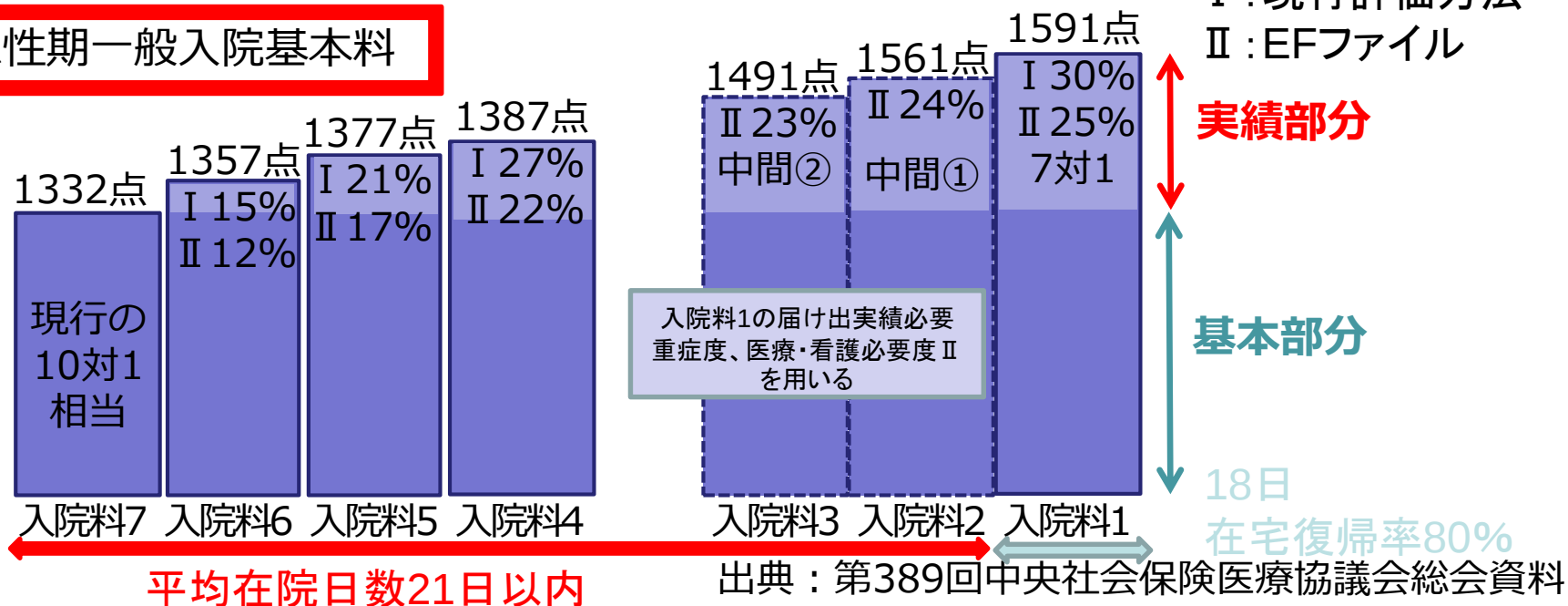
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



ポイント② 地域包括ケア病棟

病床機能区分の回復期の主流となる病棟

地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

地域包括ケア病棟の地域医療に果たす役割を踏まえた要件(案)

中医協 総 - 2

25.11.27(改)

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期

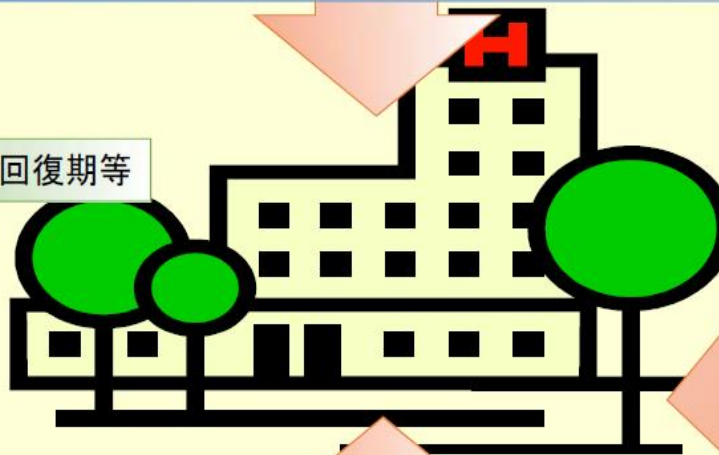


急性期

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点 (60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点 (60日まで)
	看護職員配置加算	150点
	看護補助者配置加算	150点
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点(14日まで)

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

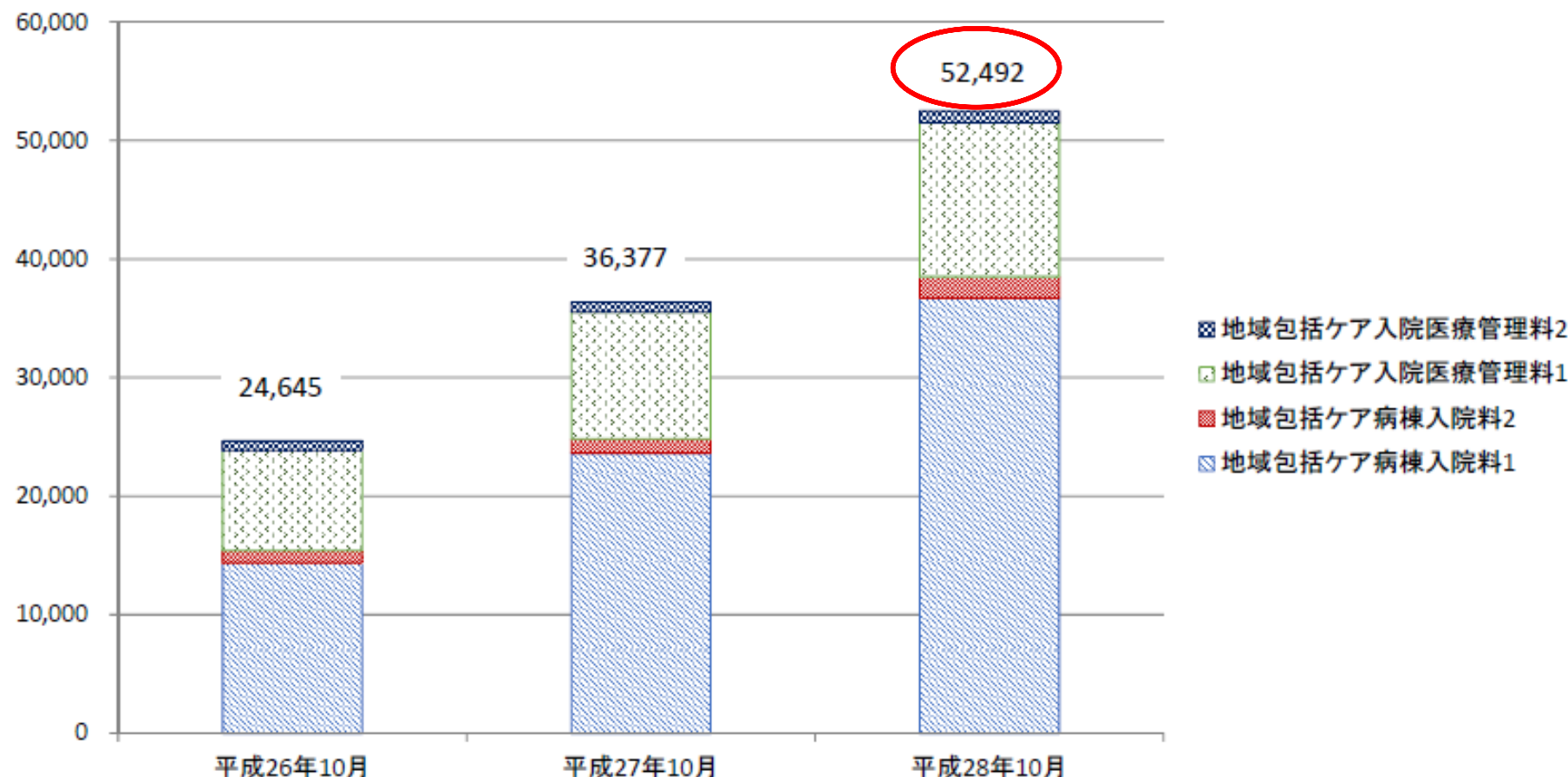
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

(床)



地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の入棟元をみると、自院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約6割で、そのうち在宅医療の提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=1,395)

自宅	26.7%						
自院	<table> <tr> <td>自院の7対1、10対1病床</td><td>49.4%</td></tr> <tr> <td>自院の地域包括ケア・回りハ病床</td><td>0.4%</td></tr> <tr> <td>自院の療養病床</td><td>0.0%</td></tr> </table>	自院の7対1、10対1病床	49.4%	自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%	自院の療養病床	0.0%
自院の7対1、10対1病床	49.4%						
自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%						
自院の療養病床	0.0%						
他院	<table> <tr> <td>他院の7対1、10対1病床</td><td>13.5%</td></tr> <tr> <td>他院の地域包括ケア・回りハ病床</td><td>0.1%</td></tr> <tr> <td>他院の療養病床</td><td>0.4%</td></tr> </table>	他院の7対1、10対1病床	13.5%	他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%	他院の療養病床	0.4%
他院の7対1、10対1病床	13.5%						
他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%						
他院の療養病床	0.4%						
介護療養型医療施設	0.1%						
介護老人保健施設	1.2%						
介護老人福祉施設（特養）	1.2%						
居住系介護施設	2.9%						
障害者支援施設	0.0%						
その他	1.9%						
不明	2.2%						

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
自院	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
他院	その他の病床		0.2%
	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
有床診療所	その他の病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.2%
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	在宅強化型	1.4%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.5%
		上記以外	3.2%
死亡退院			3.2%
その他			0.0%
不明			11.2%

地域包括ケア病棟は創設
当初の3つの機能を育て行
くことが大事だ

自宅からの患者については負荷
がかかることが確認できた。何ら
かの評価を検討してもいいので
はないか

2017年8月24日 入院医療分科会

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点(案)

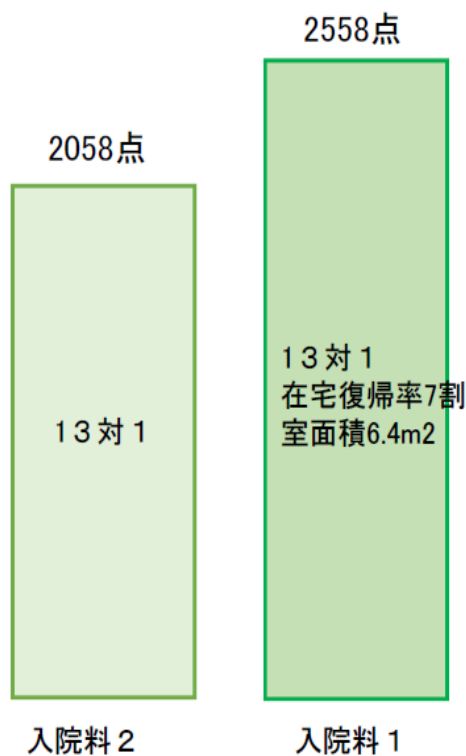
在宅患者支援病床初期
加算300点14日まで

【論点(案)】

- 自宅等から受け入れた患者と、それ以外からの受け入れた患者とで、提供する医療内容等が異なっていることから、「**救急・在宅等支援病床初期加算**」について、急性期後の入院患者と、在宅からの入院患者とで、診療実績等を踏まえつつ、評価を区別してはどうか。
- 地域包括ケア病棟入院料・治療管理料の届出要件において、在宅医療や救急医療の提供等が求められているが、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、**訪問系サービスの提供**についても、要件の選択肢の一つとすることを検討してはどうか。
- 在宅医療、介護サービス等の地域で求められる多様な役割・機能を有する地域包括ケア病棟を持つ医療機関については、地域包括ケアシステムの構築により貢献できるよう、それらのサービスに係る実績等も加味した評価を検討してはどうか。

地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



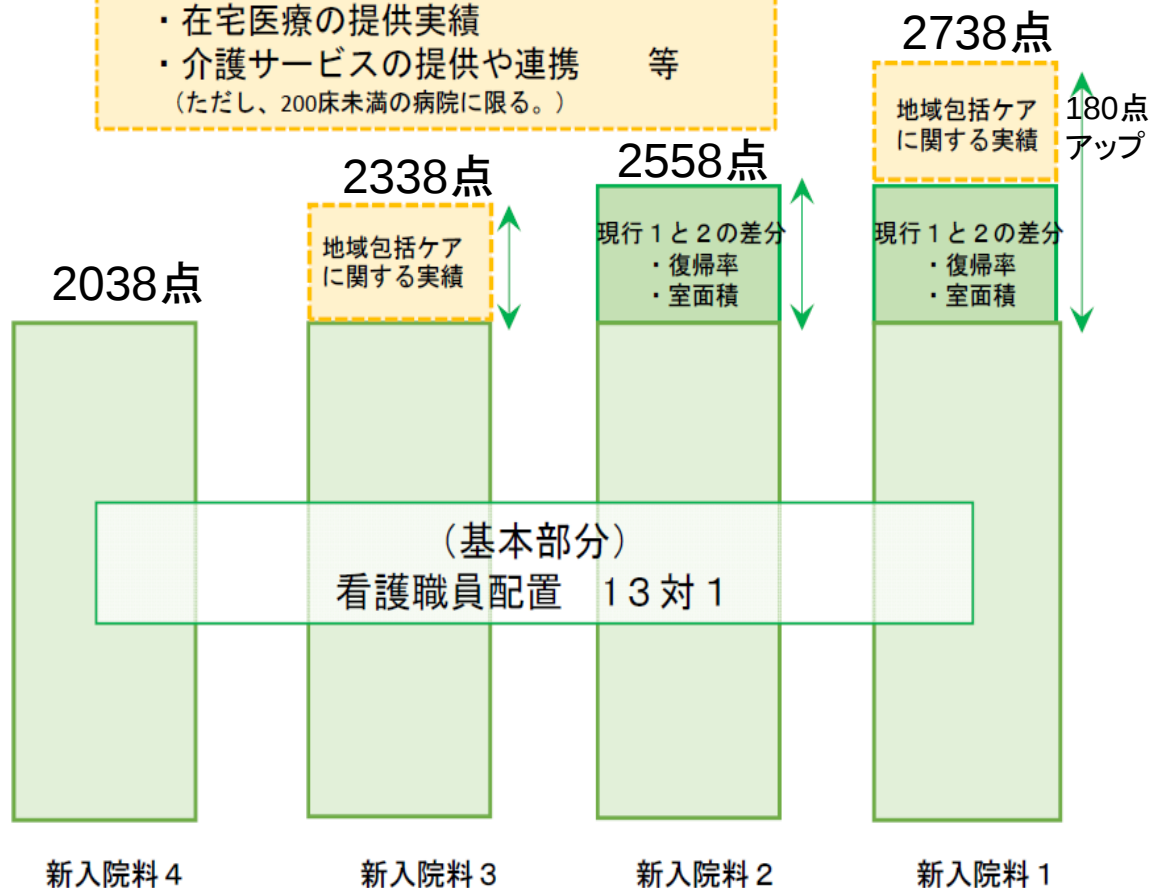
再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- （ただし、200床未満の病院に限る。）

- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

ポイント③

回復期リハビリテーション



2017年10月25日 中医協

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

実績指数 =
$$\frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の}\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)\text{の総和}}$$

実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い（退棟患者の4割以上）保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者）

医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- 入棟時に年齢が80歳以上の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

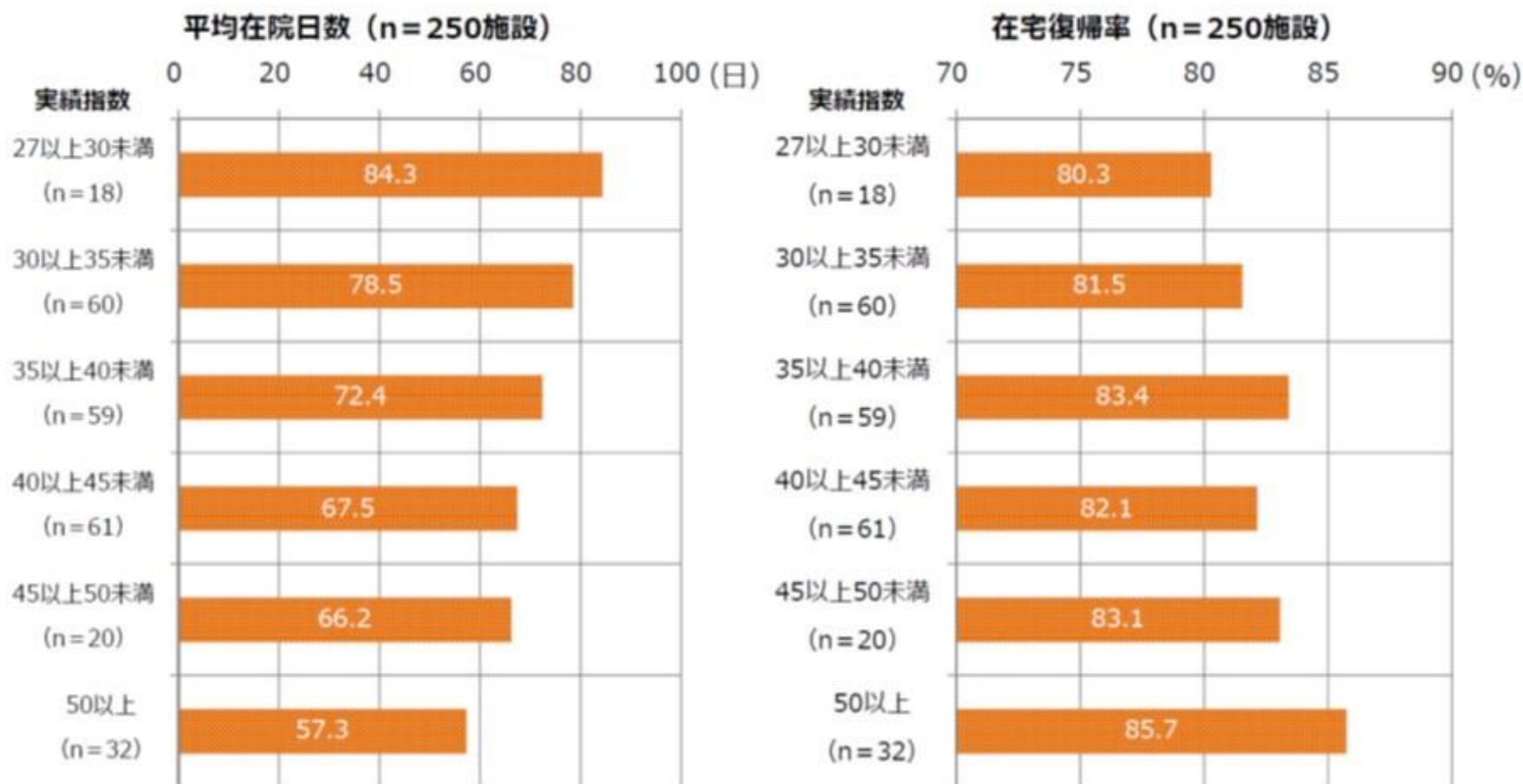
（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

27未満が連続するとペナルティの対象に！

回復期リハ病棟における実績指数と平均在院日数・在宅復帰率

○ 実績指数が高いほど、平均在院日数は短い傾向、在宅復帰率は横ばいかやや高い傾向。



※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟(過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟)について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定の見直し(案)】

【実績部分】

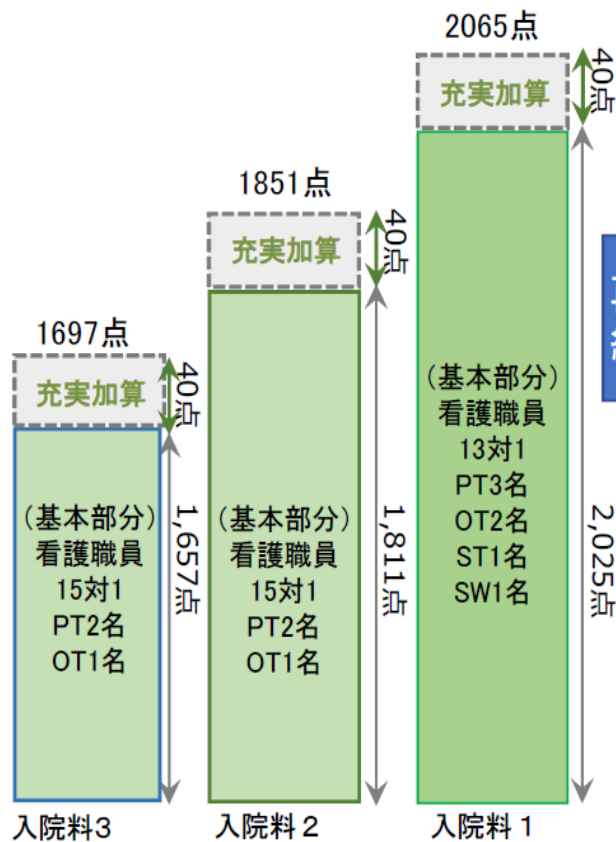
現行のリハビリテーション充実加算の要件である、
リハビリテーションの実績指数を用いる
(1日あたりのFIM得点の増加を示す指数)

【入院料2相当の実績】

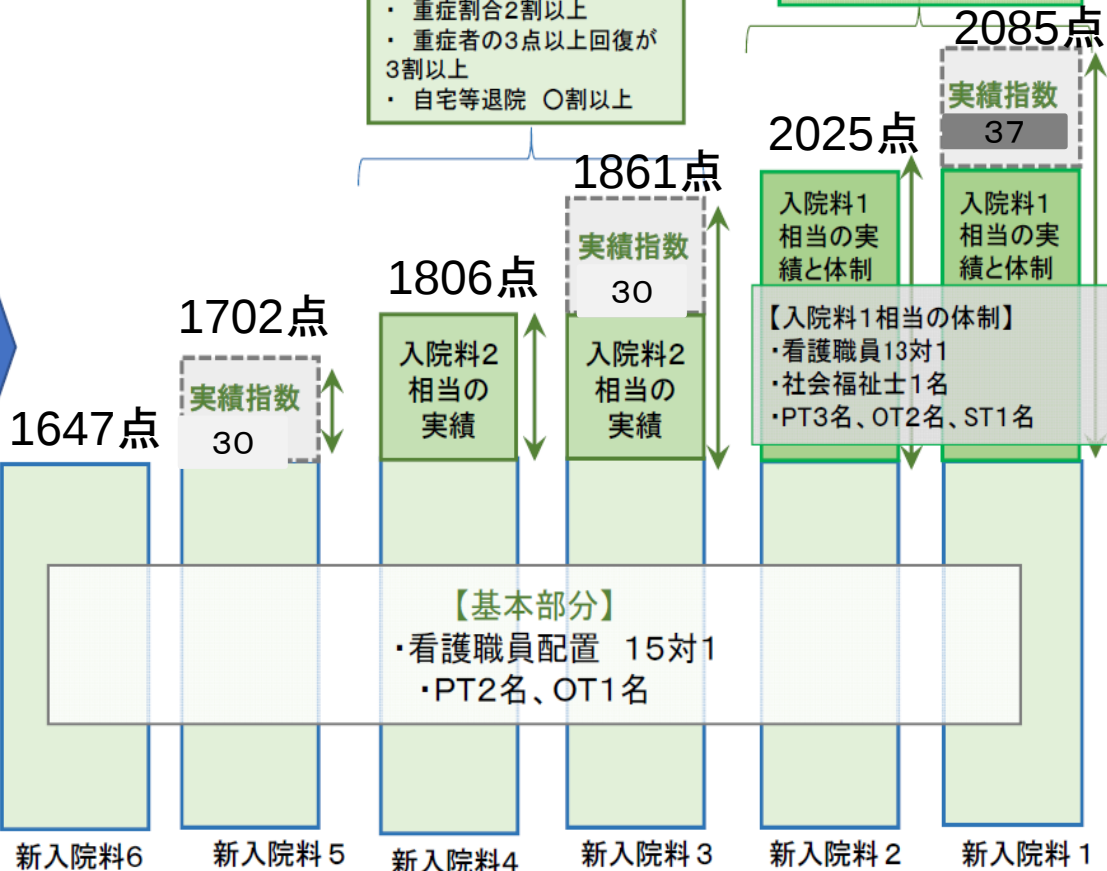
- ・重症割合2割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 ○割以上

【入院料1相当の実績】

- ・重症割合3割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 ○割以上



再編



回復期リハビリテーション病棟入院料

8 (新)回復期リハビリテーション病棟入院料

FIMを上げるには？

排泄リハ・嚥下リハに着目！

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価（合計：126点～18点）

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計14～2点		計21～3点		
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

入院医療分科会の再編・統合

～DPCなど2つのWG設置、内容は非公開に～



中医協総会
2018年5月23日

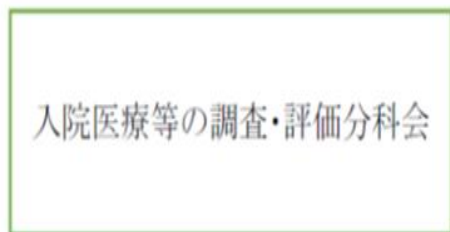
- 入院医療に関する診療報酬の技術的な検討を行う「入院医療等の調査・評価分科会」と「DPC評価分科会」を再編・統合
- 新たな分科会の下に「DPCワーキンググループ」(仮称)と「診療情報・指標等ワーキンググループ」(同)を設置する厚生労働省案が了承された。

入院医療分科会の再編・統合後の 初回分科会

入院医療分科会(2018年7月12日)

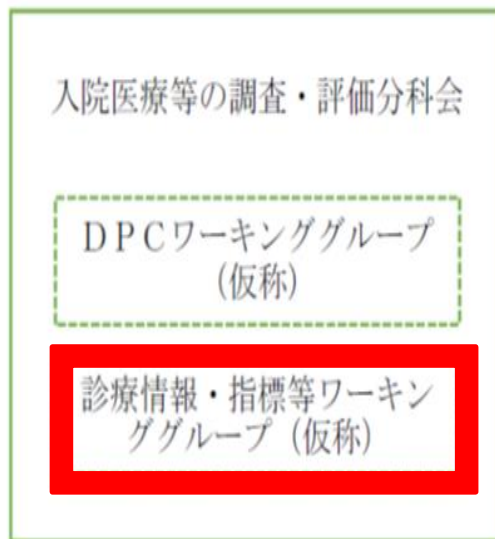
入院医療分科会の再編・統合

分科会長 武藤



現 行

分科会長 尾形



再編後のイメージ

○DPCワーキング(山本班長)

DPC(診断群分類)、
医療機関別係数等に関する
調査研究・結果分析

○診療情報・指標等ワーキング
(池田班長)

データ提出加算の提出データ、
医療ニーズやアウトカム等の
指標等に関する調査研究・
結果分析など

入院基本料にアウトカム評価を！

まとめ

- ・21世紀は医療の質評価と説明責任時代
- ・医療の質を表す臨床指標に注目しよう
- ・DPCやP4Pでは臨床指標はなくてはならない指標
- ・病院のマネジメントに臨床指標を活用しよう

「臨床指標の実際」9月発刊 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！



ご清聴ありがとうございました



フェイスブック
でお友達
募集してい
ます

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
mutoma@iuhw.ac.jp

グループワーク

- 診療報酬へ臨床指標導入とアウトカム評価について討議し、具体的な提案を行おう。

