

#### Hold Harmless Clause - ホールド ハームレス クローズ

- ・無損害条項

管理医療契約によく出て来る条項で、HMO側と医師側は医療的過失業務、または組織団体に不正行為があった場合、そのどちらかに責任があっても、相互の責任追及をしない。多くの保険会社は、この種の損害を保障内容から除外している。また管理医療組織が破産した場合、医師が患者に請求書を送ることを禁ずる、という文を言及することもある。州、及び連邦法規が、この文を必要とする場合もある。

#### Indemnify - インデムニファイ

- ・賠償

損害を賠償すること。

#### Independent Practice Association (IPA) - アイピーエイ

- ・個人開業医協会

健康管理機関の分配型で、HMOがまず医者 of 組織団体と契約し、次に個人開業医と契約する。IPAの医師は自分の診療所で開業し、継続して療養支払い制の患者の診察をする。HMOはIPAに人头数に従って償還する；しかしながら、通常IPAは療養支払い制で開業医に償還する。この種の方式は、前払い式と従来の医療分配式を組み合わせている。

#### Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) -

##### ジョイントコミッション

- ・第三者医療評価委員会

非営利団体で、主として病院、研究施設、外来施設等の認定評価をする。たいていの管理医療プランは、全契約病院に対し、JCAHOから認可を受けるよう要求する。

#### Managed Care - マネージドケア

- ・管理医療

一般的な言い方では、医療ケアの品質と費用効率性向上のために、医師、病院、その他の医療供給者を集合させて、組織化することを言う。管理医療組織には、HMO、PPO、POS、EPO、etc. 等が含まれる。

#### Market Share - マーケットシェア

- ・市場占有率

管理医療会社が獲得した市場発展可能性のこと；通常、市場占有率は市場発展可能性の歩合で表示される。

#### Medical Group Practice - メディカルグループプラクティス

- ・医療集団開業

米国集団開業協会、米国医師協会、医療集団管理協会が医療集団開業を次に定義：正式、かつ正当に認知された団体に従事し、患者の治療及び事業管理において、医療機器、施設、公共文献、職員等を共有する、3人以上の資格医師の集団による健康管理供給。

#### Medically necessary - メディカリーネササリイ

- ・医学的必要性

保険でカバーされているサービスは、診療行為の地域水準に従い、会員もしくは会員になる資格のある人の健康状態を維持、擁護しなければならない。

#### Multispecialty Group - マルティスペシヤルティグループ

- ・多様専門集団

多様な医学専門分野を代表し、一体となって集団開業する、医師のグループ。

**National Committee for Quality Assurance (NCQA) - エヌ シー キュー エイ**

- ・国民品質保証委員会

管理医療プラン、買い手、消費者、民間部門と共同で、患者の治療品質、及び保険プラン業績の改善を目的として創立された非営利団体。

**Network Model HMO - ネットワークモデルエイチエムオー**

- ・ネットワーク型HMO

2もしくは3以上の自営集団開業医と契約し、医療サービスを供給するHMO。中には少数の個人開業医もいるが、主にグループを中心に構成されている。

**Open Enrollment - オープンエンrollment**

- ・入会登録期間

入会資格のある購入者が入会したり、あるいは他の健康保険プログラムに移籍できる、一定期間。

**Outcomes Management - アウトカムズ マネージメント**

- ・結果管理

臨床結果とは、内科的、もしくは外科的介入、あるいは非介入の結果である。結果のデータベースを使うことにより、看護人は患者に対しどの治療方式が一貫して良い結果をもたらしているかを、より良く認知できると考えられている。結果管理が臨床原案開発に繋がることもある。

**outlier - アウトリヤー**

- ・正道からそれたもの

基準から外れている人；特に有益利用評価に使われる用語。サービスを過剰利用するか、または過少利用する供給者のことを指す(例えば、利用度の標準偏差値がベル形曲線の中央から2つ外れているものは"outlier"と言う)。

**Out-of-area Benefit - アウト・オブ・エリアベネフィット**

- ・地域外手当

HMOが指定した地域以外での緊急事態に対し、HMO会員に認められた保障。

**Outpatient Services - アウトパシエント サービス**

- ・外来医療

外来医療は、病院やその他の認可された施設(精神医療診療所、地方医療診療所、移動X線部門、移動透析部門等)で供給される医療、及びその他のサービスのことである。その様なサービスには、外来理学療法、X線診断、ラボ検査等も含まれる。

**Participating Provider - パーティシイペイティング プロヴァイダー**

- ・参加医療供給者

医療管理契約者(HMO、PPO、IPA、その他の医療管理組織等)との契約協定を通じて参加する医療供給者。

**Peer Review - ピアー リビュー**

- ・同僚評価

同じ職業に携わるメンバーによって構成された評価機構で、患者に供給された医療品質(治療に関する書類・医療審査、診断順序、治療結果、患者が受けた治療、有効利用の適切性・有効利用評価、請求料金の妥当性等)、を評価する。

**Performance Standards - パフォーマンス スタンダーズ**

- ・業績水準

個々の供給者が、特に医療品質に関し、充足しなければいけない水準。水準は一定期間に成される治療の量を定義することもある。それ故、産婦人科医の業績水準は週毎、または月毎に診療時間や診察の一部、もしくは全部を、当直日、年間分娩数、年間婦人科手術数等に明記されることがある。

### Point-of-Service Plan (POS) - ピー オー エス

#### ・適性医療プラン

または無制限HMOとも呼ばれるもので、POSプランは会員にプライマリケア医を選ぶように奨励するが、要請はしない。従来のHMOでは、照会が必要な時は、プライマリケア医が"ゲイトキーパー"となっている；しかしながらこのプランの会員は、個人の判断で、ネットワーク外の医師にかかることができる。プライマリケア医を選ばない会員は、ネットワークの医師を使う会員よりも、高いディダクティブルとコ・ペイを払わなければならない。

### Practice Parameters - プラクティス パラメーターズ

#### ・開業要因

米国医師会は開業要因を患者管理の戦略と定義し、医師が臨床的決断を下す時の補助的援護のために開発された。また開業要因は開業選択、開業指標、開業政策、開業水準を指すこともある。

### Preadmission Review - プリアドミッション リビュー

#### ・入院事前調査

患者が病院に入院する前に、医学的に入院が必要かを確認する調査業務。

### Preferred Provider Organization (PPO) - ピー ピー オー

#### ・優先医療供給組織

PPOは医療購買者(例えば、事業主、保険会社)と医療供給者との間に交わされた医療協定で、ネットワークの医師を使うことによって、妥当な価格で会員にインセンティブ(安いディダクティブルやコ・ペイ等)を供給する。非優先医師を選好する会員は、高い費用を払えば、それもできる。優先医師は優先待遇を受ける代わりに、既定された料金スケジュールに同意し、一定の有効利用評価の指標に従わなければならない。

### Preauthorization - プリオーソリゼーション

#### ・事前許可

医療サービスをする前にその必要性を評価する、監査、ならびに管理方法。

### Quality Assurance (QA) - キュー エイ

#### ・品質保証

医療組織構成における、医療品質の保証を目的とした活動、及びプログラム。そのようなプログラムには、品質上の欠陥を確認し、矯正する同僚評価、もしくは有効利用評価部門が含まれる。プログラムは、その効率性を評価する機能を必然とし、医療の質を既定水準と対比測定することもある。

### Risk - リスク

#### ・危険率

損害の見込み、あるいは可能性。例えば、入院率が当初の既定数を越えた場合は、医師の責任となる。HMO構成内では、有効利用管理機能として、しばしばリスク分担を用いる。また保険用語では、リスクを特定人口に関連した損害可能性と定義している。

### Risk pool - リスク プール

#### ・リスク合同基金

特定の出費に使われる合同基金。通常、リスク用に当てられた資金が、年度末までに消費されなかった場合、その一部、または全額がリスク管理に返還される。

### Staff Model HMO - スタッフ モデル エイチ エム オー

#### ・スタッフ型 HMO

HMO部門によって管理された医師のグループを通じて、医療サービスを提供するHMO；ほとんどの医師は俸給制で、HMOの患者だけを診察する。

#### Self-Insurance - セルフ・インシュランス

##### ・自己保険

事業主、または組織団体が従業員の健康保険の損害責任を取る。普通、請求支出のために資金が積み立てられ、請求処理は自営団体と契約のある経営サービス会社とする。

#### Stop Loss - ストップ ロス

##### ・損害阻止

極端に大きな単一損害請求があったり、一定期間に過剰に請求が集中した時、第三者が再保険をかけて、損害保障をする。自己保険の大事業主も、損害阻止の目的で、"再保険"を購入できる。

#### Tertiary Care - ターシャリイケア

##### ・第三医療

広範囲にわたる診断治療能力を備えた提携大学や、研修病院の施設を要する、副専門医療。

#### Third-Party - サードパーティ

##### ・第三者

従業員に、自己健康保険を提供する事業主と契約している、経営管理者、個人、または会社。彼等は自己保険の開発、調整、請求の処理と支払いをし、事業主のために損害阻止保険を捜索することもある。またプログラムの効率性を分析し、医療給付の使用形態の調査をすることもできる。

#### Usual, Customary and Reasonable (UCR) - ユーシイアール

##### ・通常、慣例、妥当

医師の請求額が妥当で、通常の料金を超過せず、同地域の他の医師の診察料と慣例している場合、その全額を払う健康保険プラン。

#### Utilization Review (UR) - ユーアール

##### ・有効利用評価

または利用管理、あるいは利用調節とも呼ばれ、患者の医療サービス利用だけではなく、医療サービスの適切性と質をも、評価、調節する組織的手段である。通常は、特に専門医の照会、救急室利用、入院等のようなサービスに関するデータ収集、評価ともしくは許可に携わる。

#### Utilization - ユティリゼイション

##### ・利用度

特定期間中のサービスの使用形態、あるいはサービスの種類。通常、利用度は一定期間中のリスク人口を単位比率で表示する(例えば、HMO入会者千人毎の年間入院患者数)

#### Withhold - ウィズホールド

##### ・保留

HMOが効果的なケアに対し、インセンティブを創設するために保留する、医師への毎月の配当金の一部。利用範囲を超過する医師は保留金を受領しない。この制度は低利用者への経済的インセンティブになる。保留金は全サービス、特に病院治療、検査所の利用、あるいは専門照会をカバーすることができる。

(資料提供：San Diego Health Care International Services)

## 米国医療関連用語集

### 【ア】

アウト・オブ・ポケット・コスト/イクスペンス Out-of-pocket costs/expenses(OOPs)

自己負担分。定額自己負担分、定率自己負担分、免責部分を含めて、医療サービスに対して保険加入者が支払う部分。

アウトカム Outcomes

提供された医療サービスや処方薬、治療行程によって達成された成果。

アウトカム・マネジメント Outcomes management

主として、結果の測定(アウトカム・メジャーメント)によって収集されたデータに基づいて業務改善をし、継続的な品質改善プログラムの中で再評価・再修正することによって、システムティックに医療の成果を改善すること。

アウトカム・メジャーメント Outcomes measurement

特定の疾病や症状の治療効果や治療結果を測定すること。患者の機能回復やQOL、身体機能の状態などの主観的要素、そして死亡数や罹病率、健康状態という客観的な項目が含まれる。

アウトカム・リサーチ Outcomes research

利用された製品や手順、健康やコストの面から見た医療技術の効果を評価することを目的とした研究。

アベレージ・コスト Average cost

治療費総額を、供給された治療の総件数で割ることによって得られる数値。  
(参照: Marginal cost: マージナル・コスト)

アベレージ・ホールセル・プライス Average wholesale price (AWP)

公開発表された医薬品の卸価格。薬局は、頻繁にこの薬価を処方薬剤の価格設定の基礎として使う。これは、ブランド品にとっては信頼できる参考価格になりうるが、ジェネリック薬の場合はメーカーが同じジェネリック薬に、それぞれ独自の卸価格を設定しているため紛らわしいことがある。

アベレージ・マニファクチャラー・プライス Average manufacturer price (AMP)

生産者価格。卸業者が小売り業者に流通させる商品の分としてメーカーに対して支払う平均価格。

アンビュラトリー・ケア Ambulatory care

開業医、診療所、メディカル・センター又は外来病棟など、入院を必要とせず通院が可能な患者への医療サービス。

【イ】

インダレクト・コスト Indirect costs

市場を通していない物資やサービスの価値、治療の効果の価値を評価する際に用いられる。

【ウ】

ウィリングネス・トゥー・ペイ Willingness to pay

個人が勧められた治療に同意し、そのために用意しようと思う最高の金額。

【エ】

エイ・エム・オー HMO

ヘルス・メインテナンス・オーガナイズーション参照。

エレクトロニック・データ・インターチェンジ Electronic data interchange(EDI)

コンピューター同士でのビジネスやその他の情報の交換。

エンployer・コントリビューション Employer contribution

医療保険の雇用主負担分。その金額は雇用主によって異なる。医療保険の雇用主負担は、特定の金額や割合で支払われるが、就業状況、勤続期間、扶養家族など、多様な条件に基づいている。

エンployer・マンドイト Employer mandate

連邦の HMO 法により、雇用主は従業員に保険を提供する際に、選択肢として HMO 保険が含まれなければならないことが義務づけられていること。

【オ】

オポチュニティー・コスト Opportunity cost

経営上ある選択肢を選んだ場合と比較して、より最適な資源を利用した際に生まれる経済的純利益。経済性分析において使用される間接費用の基本概念。直接的評価が難しい。

【カ】

カード・プログラム Card programs

保険会社により処方薬の保険償還額が異なるため、加入者がこのカードを薬局に提示することにより、どの範囲まで保険でカバーされているかの情報を得られるシステム。

## カウンター・デテイルング Counterdetailing

HMO 保険において、医師の処方行動に関して再教育または影響を与えること。通常、より多くの薬剤がフォーミュラリーに則って処方されるようにするために計画、実行されている。このプログラムでは、医薬品メーカーのセールスが医師に対して処方行動に影響を与える目的で医薬品情報を提供するテクニックが採用されている。

## 【キ】

### ○ キャピテーション Capitation

保険会社から医療機関への支払い方法の一つで、マネージドケアの大きな特徴の一つである。保険会社からは、毎月人頭割りで設定された金額が医療機関にあらかじめ支払われる。医療機関は、その予算内で、実際にかかる費用に関係なく、保険加入者が必要とする全ての医療サービスを提供する責任がある。

## 【ク】

### クオリティー・アジャステッド・ライフ・イヤー（または クオリ） Quality adjusted life year(QALY)

費用対効用分析で用いられる尺度。死亡率と罹病率データを利用する。

いかなる費用対効用分析においても使用できる QOL の基準である。この尺度は、健康状態に対する嗜好(主観)が変化しないことを前提としている。

## 【ケ】

### ケース・マネージメント Case management

- 1: 特定の医療サービスを必要とする患者に行われるプロセス。限られた医療資源を利用して、最大限の治療結果やコスト効率を上げることを目的としている。
- 2: 患者が最適でコスト効率の高い治療法を決定するのを助けるもの。これは、治療が長期にわたる場合や、高額な医療を必要とする時、又は慢性症状など、患者が医療機関（病院、他の医療機関、又は在宅）を決めたり、もしその治療が保険の範囲外の場合に自分で支払うかどうかを決定する際に役立てられる。

### ゲートキーパー Gatekeeper

以下の役割を持つ初期診断医。ゲート・キーパーはケア・コーディネーターと呼ばれることもある。

- 1: 患者に対して初期診断レベルのサービスを提供する。
- 2: 患者が必要とする医療サービスをコーディネートする。
- 3: 救急の場合を除いて、必要とする専門医への紹介を受ける際に、患者がまず相談しなければならない人。

## 【コ】

### コインシュランス Coinsurance

保険加入者が支払いを義務づけられている医療費の一部。通常、定率で支払うが、定額の免責分を別途支払うことが前提となっている。

### コスト・イフェクティブ・アナリシス Cost-effective analysis

全体的な費用対効果の比率を求める分析手法。現在持っている医療資源を使って、対象とする患者(保険加入者)のグループのために、医療上の効果を最大限に引き出すことを目的とする。言い換えれば、同じ医療上の効果をあげるために、最も低いコストを導き出すことでもある。よく用いられる単位としては、生存年あたりのコストなどがある。

### コペイ/コペイメント Copay/copayment

保険加入者が医療を受けた時点で支払いが義務づけられている自己負担額。加入者は通常、通院1回につき\$10というように、特定の治療にかかった費用の一部を支払わなければならない。コペイメントは、外来、処方箋、病院により金額が異なっている。コペイメントとコインシュアランスは、共に自己負担であるが、コペイメントが定額払いであるのに対し、コインシュアランスは定率制のため、提供されたサービスにより額が異なる。

### コンカレント・ドラッグ・イバリュエーション Concurrent drug evaluation

薬剤師が患者に薬を調剤するとき、患者の治療状況、服薬状況などの情報を検索でき、その情報と照合し問題を見つけ出せるシステム。

### コンプライアンス Compliance

患者が処方された薬を医師の指示通りに服用すること、またはその程度。治療途中で服用を止めてしまったり、一日3回服用すべきところを1回しか服用しないなど、一般的にコンプライアンスが良くないと、期待された治療上の結果が表れず、治療コストも余計にかかってしまう。

## 【シ】

### ジェネリック・サブステイテュション Generic substitution

ブランド商品の代わりにジェネリック薬を投与すること。

### ジェネリック・ドラッグ Generic drug

特許期間終了後に販売されるブランド商品と化学的には同じ複製品。ジェネリック薬は、ジェネリック(一般)名で販売される。ジェネリック・イクイバレント(同種同効ジェネリック薬)とも呼ばれる。

### ジョイント・コミッション・オン・アクレディテーション・オブ・ヘルスケア・オーガナイズーションズ

### Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO)

医療機関第三者評価機構。病院だけでなく、在宅ケアや精神医療、外来ケア、長期療養サービスを提供する全ての医療機関を評価し認定する民間の非営利組織。



【セ】

セラピューティック・サブスティテューション Therapeutic substitution

ある医薬品の代わりに他の医薬品を処方すること。代替医薬品を使用する前に、医師の許可が必要とされる。

セルフ・ファンディング、セルフ・インシュランス Self-funding, self-insurance

日本でいう自社健保。雇用主自身が外部から保険を購入せずに、自らの資源で行う医療保険。自己基金プランは、自らが運営するか、保険運用のための管理業務を専門の運営会社に委託することもある。自己基金を行う雇用主は、ストップ・ロス保険(基金が支払い超過のために破産しないように、高額医療に対する支払いについてかける部分的な保険)という外部の保険に加入することで基金からの医療費支払い義務を制限することができる。

センシティブ・アナリシス Sensitivity analysis

感度分析。経済性分析の際に、前提条件が変化した場合の安定性(同じ結果になるかどうか)をテストするプロセス。

【タ】

ダイレクト・コスト Direct cost

商品と医療サービスの市場での購入価格。

ダイアグノスティック・リレイトド・グループ Diagnostic-related group(DRG)

DRG は疾病ごとにメディケアから病院に支払われる金額を定めたもので、477 の診断分類基準に基づき、それぞれの医療サービスにかかったコストに関係なく診断毎に一定額がメディケアから支払われる。メディケアでは 1983 年から DRG に基づいて定額支払制(PPS)を実施している。

【テ】

ディスカウント・レート Discount rate

将来の治療結果やコストを、現在の金額単位に換算するときの一般的割引率(通常 2~6%)。

ディスペンス・アズ・リットン Dispense as written(DAW)

薬剤師が処方変更してはならないという、医師の指示。(処方変更は通常、ブランド品に代えてジェネリック品を用いる際に行われる。)

ディダクティブル Deductible

保険加入者が、自己負担分として支払わなくてはならない免責額。

## 【ト】

### ドラッグ・セレクション Drug selection

医師が処方する際に承認した場合にのみ、薬剤師はブランド商品かジェネリック薬どちらかを選択することができる。

### ドラッグ・フォーミュラー Drug formulary

保険単位で用いられる契約医療機関が処方できる医薬品のリスト(医薬品集)。契約している薬局がその保険の加入者に対して調剤する医薬品は、このリストに含まれている。リストは定期的に評価され、かつ修正される。オープンまたボランタリー・フォーミュラーとは、処方する者の任意でフォーミュラー以外の医薬品も利用することができる。クローズド、セレクトまたはマンドトリー・フォーミュラーとは、フォーミュラーに強制力があり、収載以外の医薬品の使用を認めない。(保険から支払わない。)

### ドラッグ・ユース・エバリュエーション Drug use evaluation(DUE)

薬物が適正に使用されているかの評価。

DUEには、プロスペクティブ(Prospective=処方前)、コンカレント(Concurrent=薬物治療中)、レトロスペクティブ(Retrospective=薬物治療後)の3通りがある。

### ドラッグ・ユーティライゼーション Drug utilization

処方、調剤、投与、服用などの薬剤使用全般を指す。

### ドラッグ・ユーティライゼーション・レビュー Drug utilization review(DUR)

薬剤が適正に使用されているかを判断するために、処方薬剤の使用状況、医師の処方傾向、又は患者の服薬状況などを数量的に調査すること。

## 【テ】

### ナショナル・ドラッグ・コード National drug code(NDC)

薬剤識別のための、国内の統一コード・システム。

## 【ヒ】

### ピア・レビュー Peer review

同等の専門性と経験をもつ医療スタッフが、提供された特定の医療サービスの質を評価すること。

### ピア・レビュー・オーガナイズーション Peer review organization(PRO)

1982年のTax Equity and Fiscal Responsibility Act(TEFRA)により、医療サービスの質と、メディケア、メディケイドへの加入・再加入・支払いを再検討するために設立された団体。この組織は、入院率の維持や低下、入院日数の縮小に努める一

方、不適切な治療の防止に対する責任がある。professional standards review organizationとしても知られている。

ピー・ピー・オー PPO

プリファード・プロバイダー・オーガニゼーション参照。

【フ】

ファーマシー・アンド・セラピューティクス・コミッティー

Pharmacy and therapeutics(P&T) committee

様々な専門領域のヘルスケア従事者から成る、処方薬の安全性と効果的利用に関する検討委員会。多くはマネージドケア組織の医療部分と薬剤部分の間の組織的な公式なコミュニケーションの場である。この委員会の主な機能は、医薬品フォーミュラリーの開発・管理・運用である。

フィー・フォー・サービス・リインバースメント Fee-for-service reimbursement

従来型の出来高払いによる保険会社から医療機関に対する支払い(保険償還)の方法。医療機関が医療サービスを提供した分だけ保険会社に請求し支払いを受ける。

プライマリ・ケア Primary care

伝統的に家庭医や小児科医、内科医によって提供される基本的な初期診断。

プライマリ・ケア・フィジシャン Primary care physician(PCP)

初期診断医。主として内科医や家庭医、一般医、小児科医、産科医、婦人科医がこれにあたる。

プラクティス・ガイドライン Practice guidelines

医療行為に関して、医師と患者が適切な医療を決定するのにサポートするためにシステムティックに開発されたガイドライン。マネージドケア組織はしばしば、ケアの適性と必要性を評価するためにこのガイドラインを利用する。これと同義で使われる用語として、practice parameters, standard treatment protocols, clinical practice guidelinesがある。

プリファード・プロバイダー・オーガニゼーション Preferred provider organization(PPO)

医療機関からディスカウントを獲得する契約による医療保険。このような契約を結んだ医療機関は、プリファード・プロバイダーと言われる。通常、保険会社は保険加入者に対してプリファード・プロバイダーからサービスを受けることによるメリット(自己負担分が少なくなる)を与え、契約医療機関を利用するよう促進する。一般に加入者は、契約を結んでいない医療機関のサービスも受けられるが、この場合はディスカウントなしの出来高払いとなり、多くの自己負担を伴う。PPOの形態としては、保険会社が提供する場合と、自己基金による場合がある。

## プレミアム Premium

保険料、契約による保険内容に対して保険会社へ支払う金額。保険料は主に、家族構成等のダイブ別に設定される。

## 【へ】

### ヘルス・メンテナンス・オーガナイズーション Health maintenance organization(HMO)

保険加入者が必要とする医療サービスを保険料を徴収して提供する組織で、医療機関には定額・前払いで医療費を支払う。HMOには、スタッフ、グループ、ネットワーク、インディビジュアル・プラクティス・アソシエーション(IPA)型の4種類がある。連邦HMO法では、以下の3つの特徴をもつ組織をHMOと呼んでいる。

- 1: 当該地域で医療サービスを提供する、あるいは提供することを保証する仕組み
- 2: 一般的、基本的小よび補足的な健康維持、治療サービス
- 3: 任意に登録した人々のグループを対象とする

### ヘルス・リレテッド・クオリティー・オブ・ライフ Health-related quality of life(HRQOL)

健康状態による変動を前提としたQOLの基準。

QOLが、収入や教育、家庭環境やライフスタイルなど、多くのものに影響を受けるのに対し、HRQOLは、健康状態の変化に影響されるQOLの側面に焦点をあてようとする試みである。(QOLは、健康に関連しない要素と健康状態に関連する要素をすべて含んだ広範な概念である。)

### ヘルシー・イヤーズ・イクイバラント Healthy years equivalent(HYE)

特定の不完全な健康状態で実際に過ごす年数に関して、それと同じ価値をもつ完全な健康状態で過ごす年数はどれ位かというもの。治療の効果と経済性を評価する際、クォリティー(QALY)の代わりに使われる。

## 【マ】

### マージナルコスト Marginal cost

ある追加の治療単位で治療の規模が増加したことにより発生する追加費用。(通常アベレージ・コストとは異なる。) 経済性分析に使用される費用の基準である。直接的評価が難しい。

### マネジド・ケア Managed care

1. 医療サービスの利用度とコストに影響を与え、医療行為を評価する仕組み。その目的は、人々に高品質でコスト効率の高い医療を受ける機会を提供することにより、価値を生み出すことである。
2. 適切なタイミング、場所、そして適切な費用で適切な医療を受けられることを保証する、システム化された医療へのアプローチ。

## マネジド・ヘルスケア・プラン Managed health care plan

マネジド・ケアを提供する医療組織。以下のような特徴をもつ。

① 登録会員に対する医療サービスと保険業務を結びつけ、医療サービスに影響力をもつ。② 直接経営または契約による、組織化された医療機関ネットワーク。医療サービスを提供し、財務的リスクも負う。また、医療サービスの高い質を維持し、コスト効率の高いサービスを提供するためのインセンティブをもつ。③ 会員の医療サービスの利用状況のパターンとその費用をモニタリングし、評価を行う情報システムをもつ。

## 【メ】

### メディケア Medicare

連邦が運営する公的医療保険。65才以上の高齢者を対象とし、入院、外来、その他の医療サービスをカバーする。メディケアは、二つのパートに分けられている。パートAは入院患者を対象とする。パートBはメディケア加入患者の外来費用をカバーする。

### メディケア・サプリメント・ポリシー Medicare supplement policy

メディケアで支払われない部分をカバーするための任意保険で、被保険者の定率自己負担部分、免責部分、定額自己負担部分の支払いを保証する保険。Medigapもしくは Medicare wrapとも呼ぶ。

### メディケイド Medicaid

州ごとに管理・運営される公的医療保険で、医療が必要な低所得者に対して、医療サービスを提供する。プログラムの費用は、連邦政府と州政府によって支払われる。

### メンバーズ Members

医療保険の加入者(加入者および扶養家族)。“Member”は、保険契約の範囲により、医療サービスを受ける(または受けない場合でも)個人を表す時にも使われる。

## 【ユ】

### ユーティライゼーション・レビュー Utilization review(UR)

医療の必要性や効率、または医療サービスと治療計画の適性を公式に査定すること。治療前、治療中、または治療後に行われる。

### ユーティリティー Utility

効用値。特定の健康状態または消費者選択の他の項目に関する、趣向や欲求の程度(例:品物やサービスに対して)。特定の治療に対する消費者の欲求の強さを測る理論的基準。ユーティリティーの測定には大きな問題がある。経済学者は、ある人のユーティリティーを他者のそれとは比較できないと考えている。

【リ】

リベート Rebate

保険加入者の医薬品使用量や、医療機関の薬剤購入量にもとづき、医薬品メーカーから支払者(保険会社や医療機関)に割戻される金額。

ブレインストーミング

各先生方資料有り

小山先生

日常の management	平時のマネジメント
KAIZEN の management	戦時のマネジメント

この介護保険のご時世に、平時の病院管理はないだろう、というお話

梅本先生

外部環境とマーケティングとは同じくりではないか

市場規模  
成長性 の指標 アンゾロフの考え方

病院経営学

目次

- ・ 病院を取り巻く環境分析－田中先生
- ・ 経営戦略－矢野先生
- ・ 財務管理－川島先生、金川先生  
原価計算－中村先生
- ・ 人事管理－松岡先生
- ・ 物品管理－中村先生
- ・ マーケティング－梅本先生、田中先生

## ① マネジドケア・プロファイル

- ・ マネジドケア医療費
- ・ MCOの発展プロセス
- ・ PPMC
- ・ MCO



(図1)

プラン別総医療費の推移

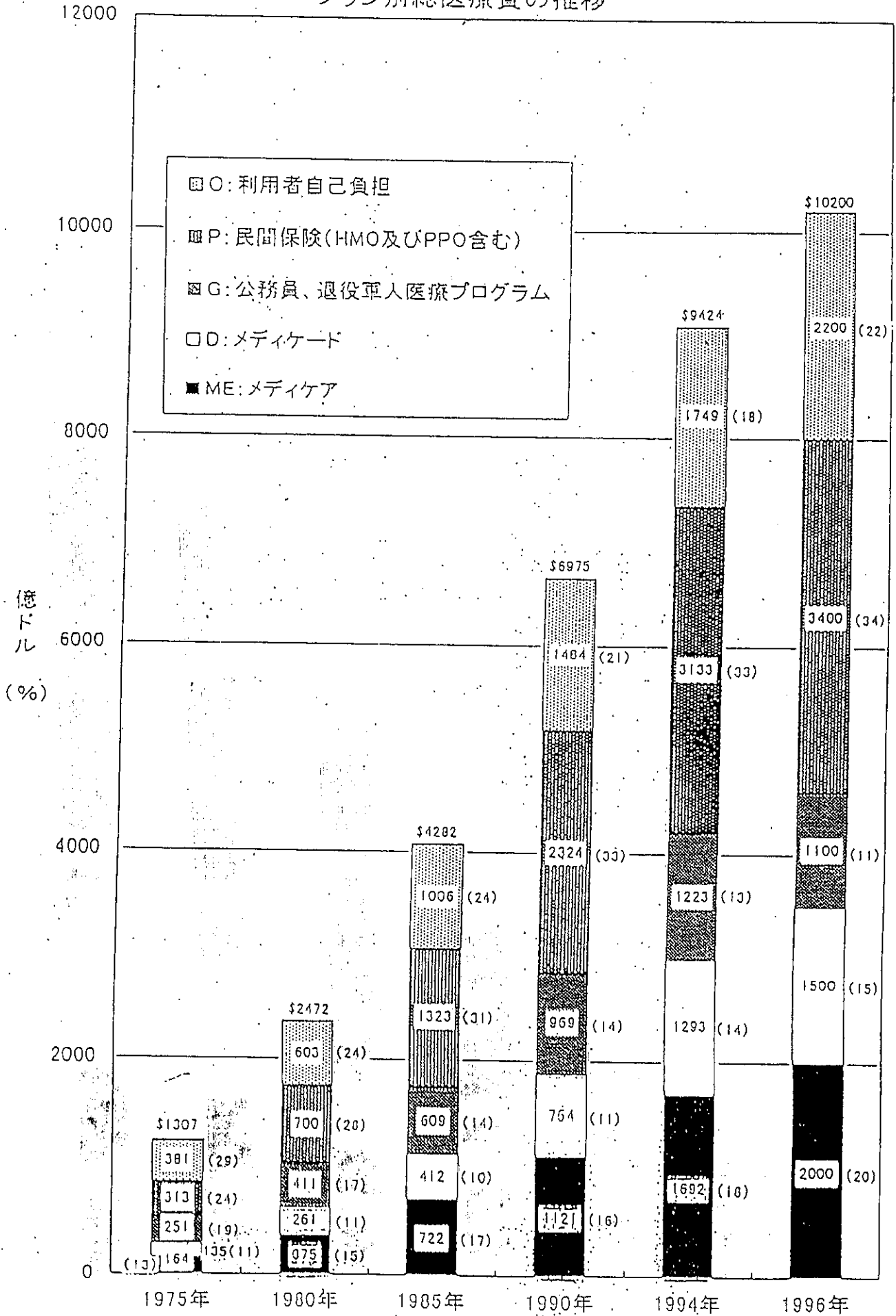
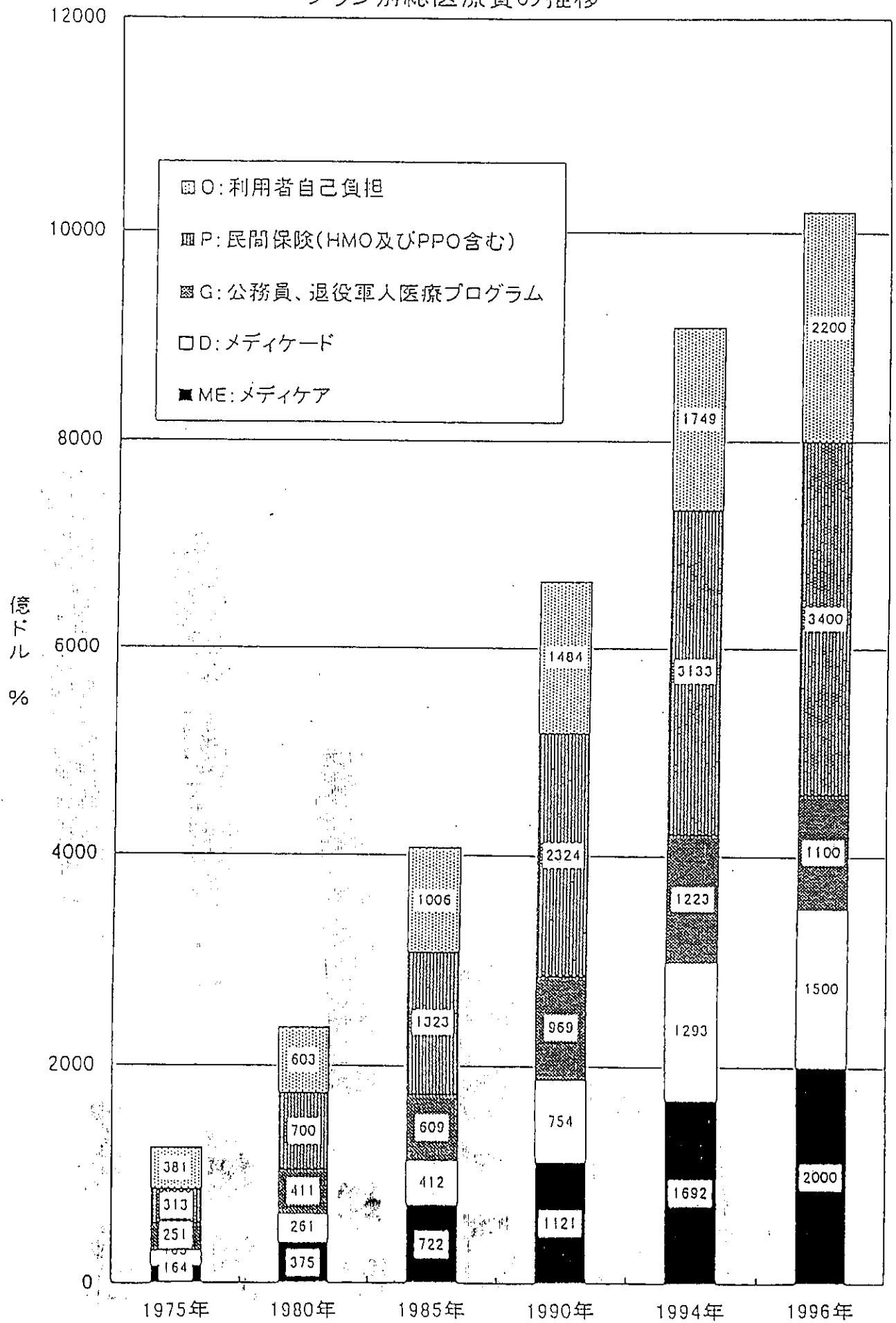


図1

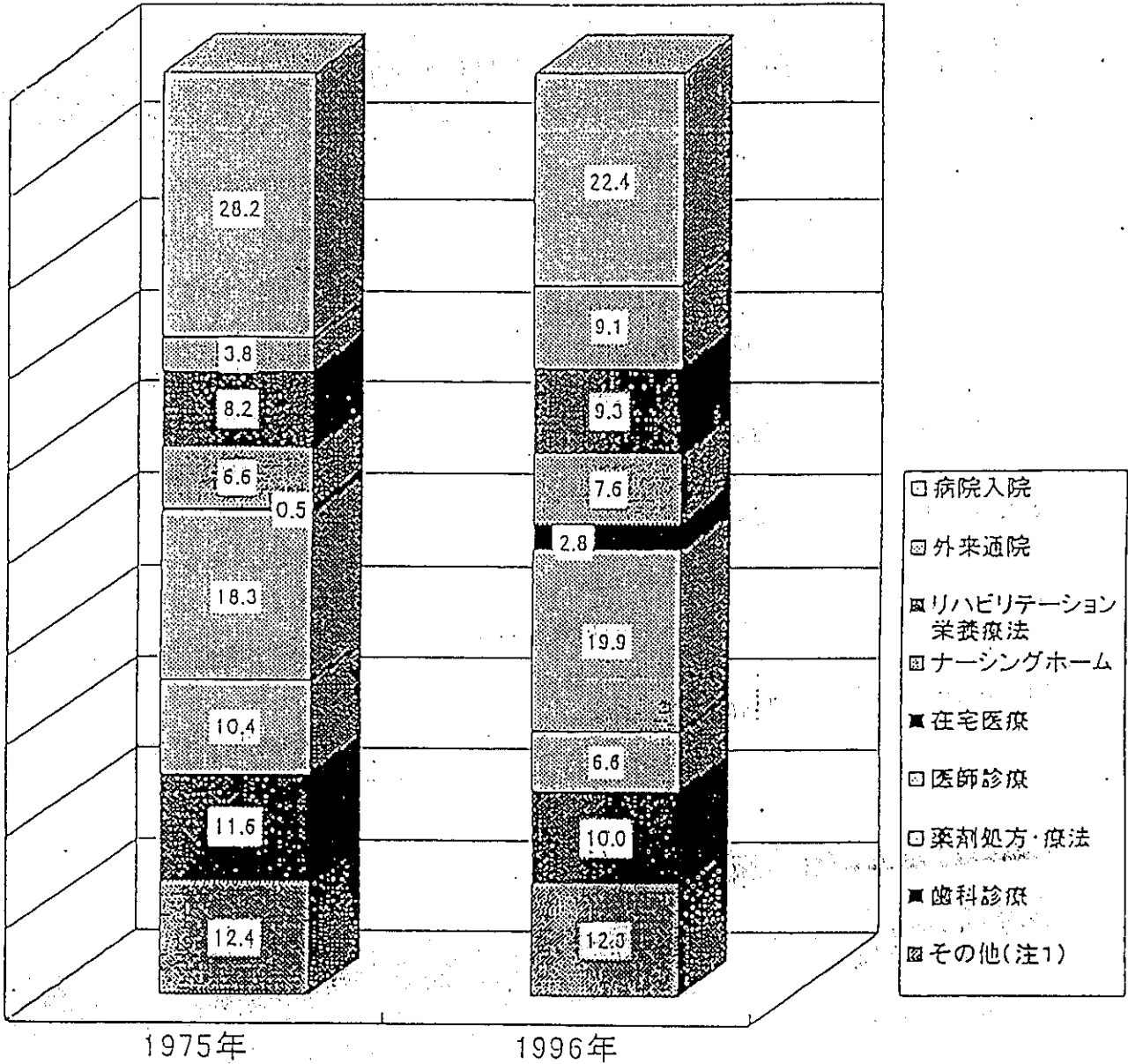
プラン別総医療費の推移



出典: Propac, 1997

図2

サービス分野別医療費給付の構成比(注a) 1975年と1996年の比較  
出典: HCFA, ProPac, 1997



(注1): 研究開発費、建設給付金、公衆衛生費、公的保険管理費 etc.  
(注a): 96は総医療費を100とした構成比

### (3) マネジドケアとは何か

#### 1) マネジドケアの発展プロセス

項目	これまでの特性	これからの特性
①ケア・サービス	臨床個別ケア/メディカル・ケア	包括連続ケア/ライフケア
②提供者	単一単体	複合・包括
③医療費	拡大・増大化	削減・抑制と適正化
④保障機能	個別・単一保障型	多様・包括保障型
⑤支払方法	FFS(出来高払い)	前払い、キャピテーション、ディスカウント
⑥利用者意識	システムへの全般的依存(依存)	自分で選び、自分で決める(自立)
⑦行政政策	規制維持と罰則強化	規制緩和と市場原理

#### 2) マネジドケアのキーワード

キーワード	手法
① 包括と連続	ゲートキーパー&ケースマネジメント
② Ono-Stop	短期急性医療(メディカル)から長期ケア(ライフケア)
③ 標準と計画	CookBook・Medicino、PBM、Clinical Pass-way
④ 評価と利用審査	入院判定、セカンド・オピニオン、JCAHO、QA
⑤ 共同、調整、抑制(3C)	患者教育、ケアカンファレンス、オンブズマン
⑥ 定額給付	キャピテーション、リスクプール