

図4

AAPCCによるリスクプールの仕組み

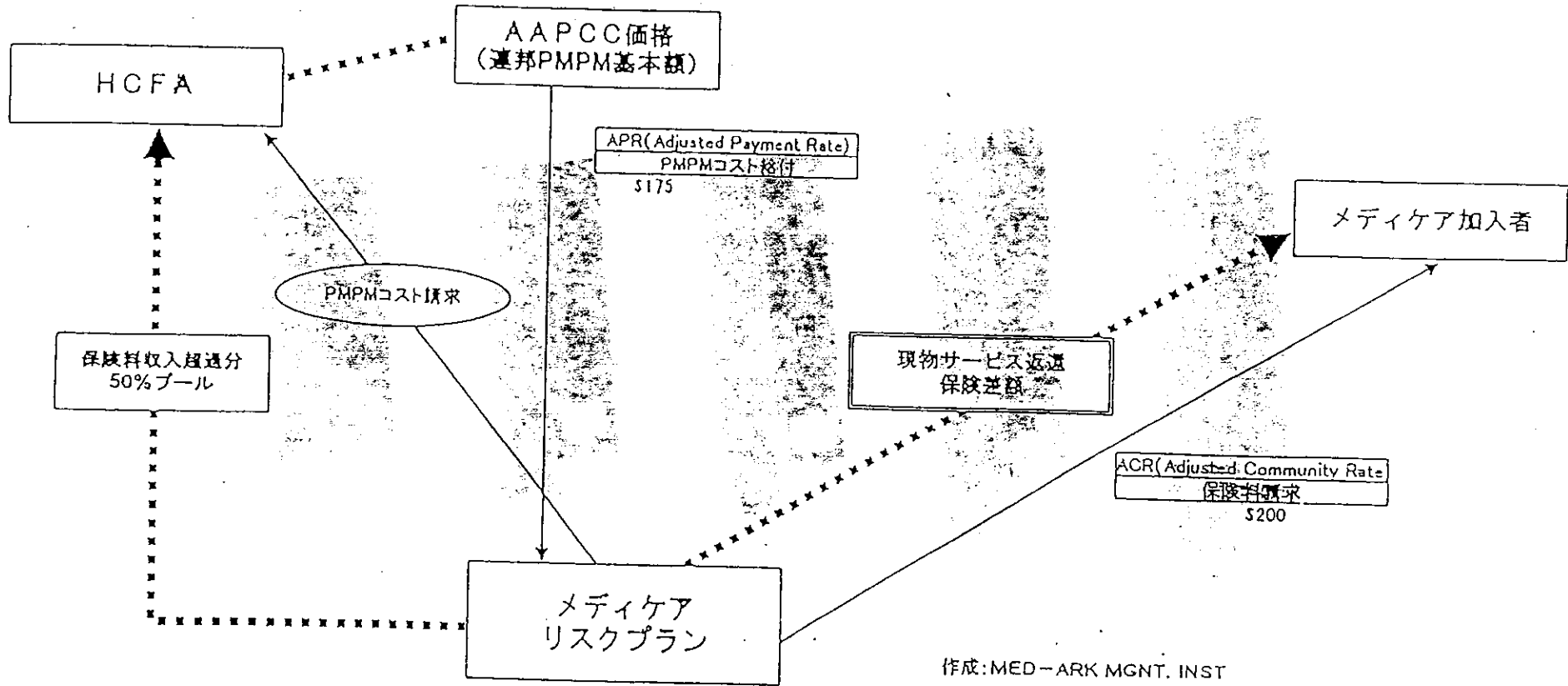
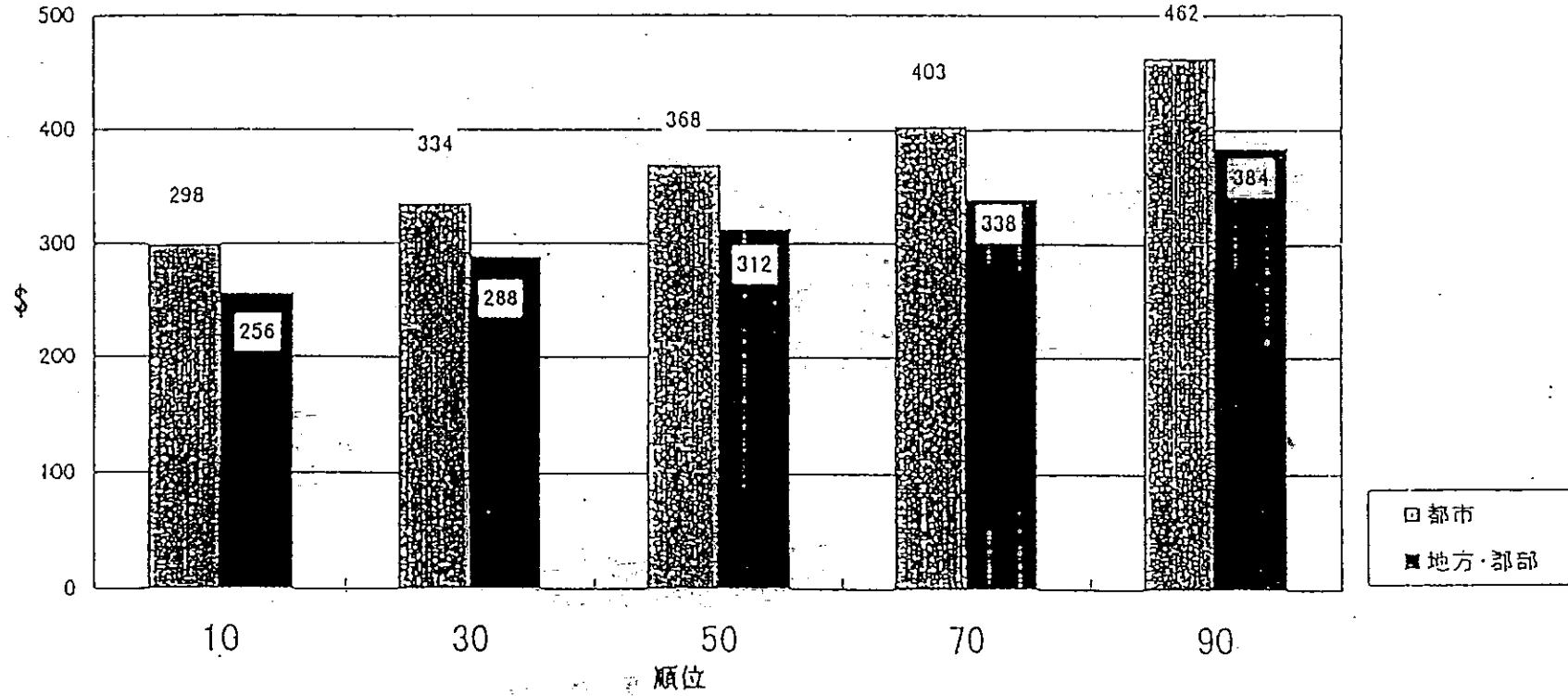


図5

メディケアAAPCC価格の分布状況（1995年）



(注)10～90の順位の意味は、HCFAがHMOに給付したAAPCC価格の中で10番目に多かった価格帯という意味である。したがって、都市では298ドルがもっとも一般的な給付額である。

出典: ProPac1996. HCFA, office of Managed Care

表3

1日当り定額 (Per Diem) に含まれるサービス (主にマネジドケア)

含まれるサービス	除外サービス
①室料/食事 (二人部屋)	a. 特別なベッド
②看護・介護	b. エアコンディショニング
③SWサービス	c. 酸素吸入療法
④リハビリテーションプログラム	d. 抗生物質療法
⑤室内洗面用具・用品	e. 第三世代医薬品
⑥患者・家族教育	f. 骨折治療用トラクション (Traction)
⑦外科手術依頼	g. 義足・義肢 etc
⑧栄養指導・カウンセリング	h. 一般検査
⑨ケース・マネジメント	i. 放射線治療
	g. I V・E N用品 (チューブ etc)

③ 入院医療のマネジメント

- ・ 退院計画
- ・ 早期退院プログラム
- ・ SUB-Acute-Care
- ・ チームケア構造

＜利用者が入院医療にたどりつく遊筋＞

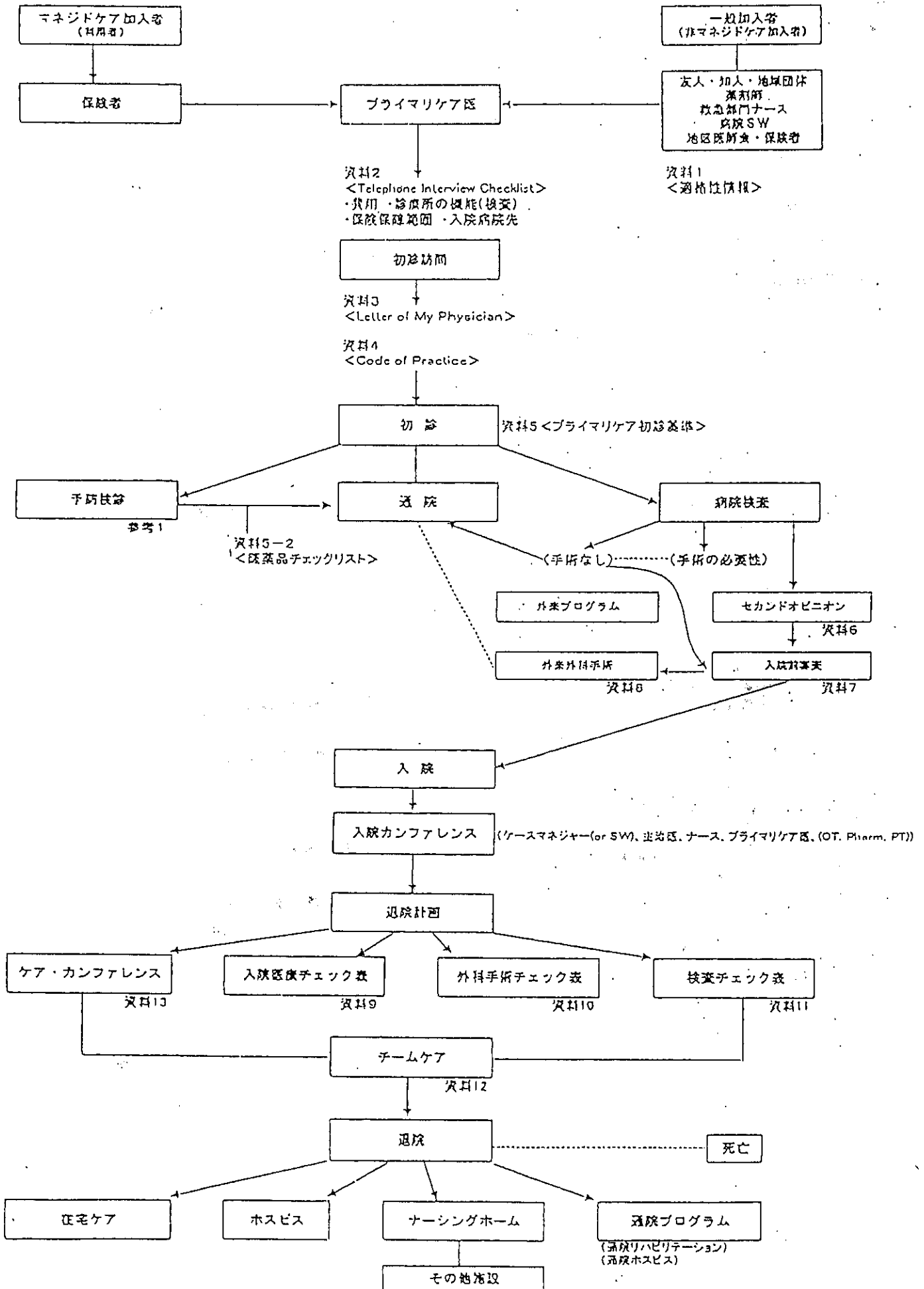


図1 入院短縮の方法

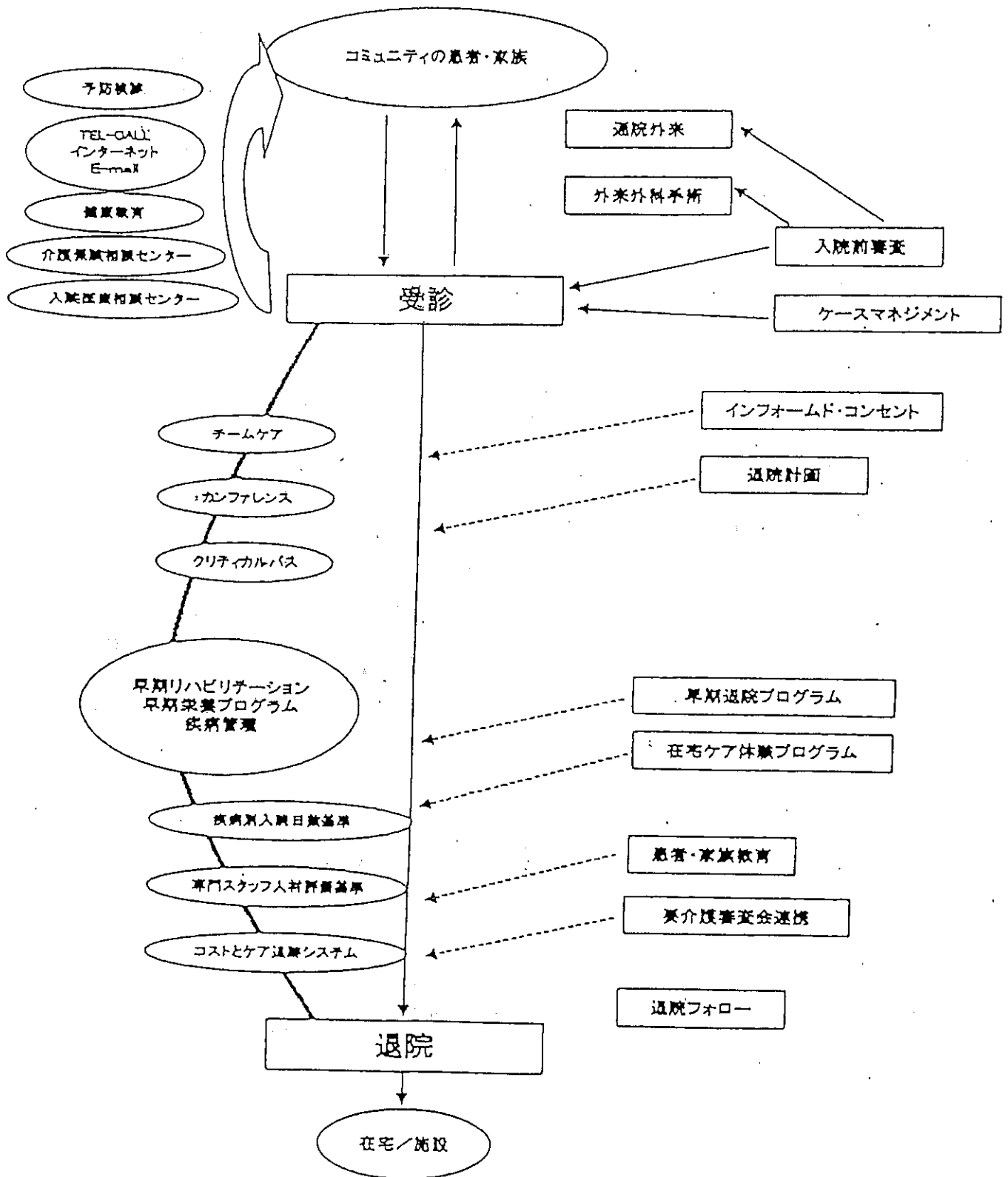


図2 退院後の生活目標設定のための病院支援体制

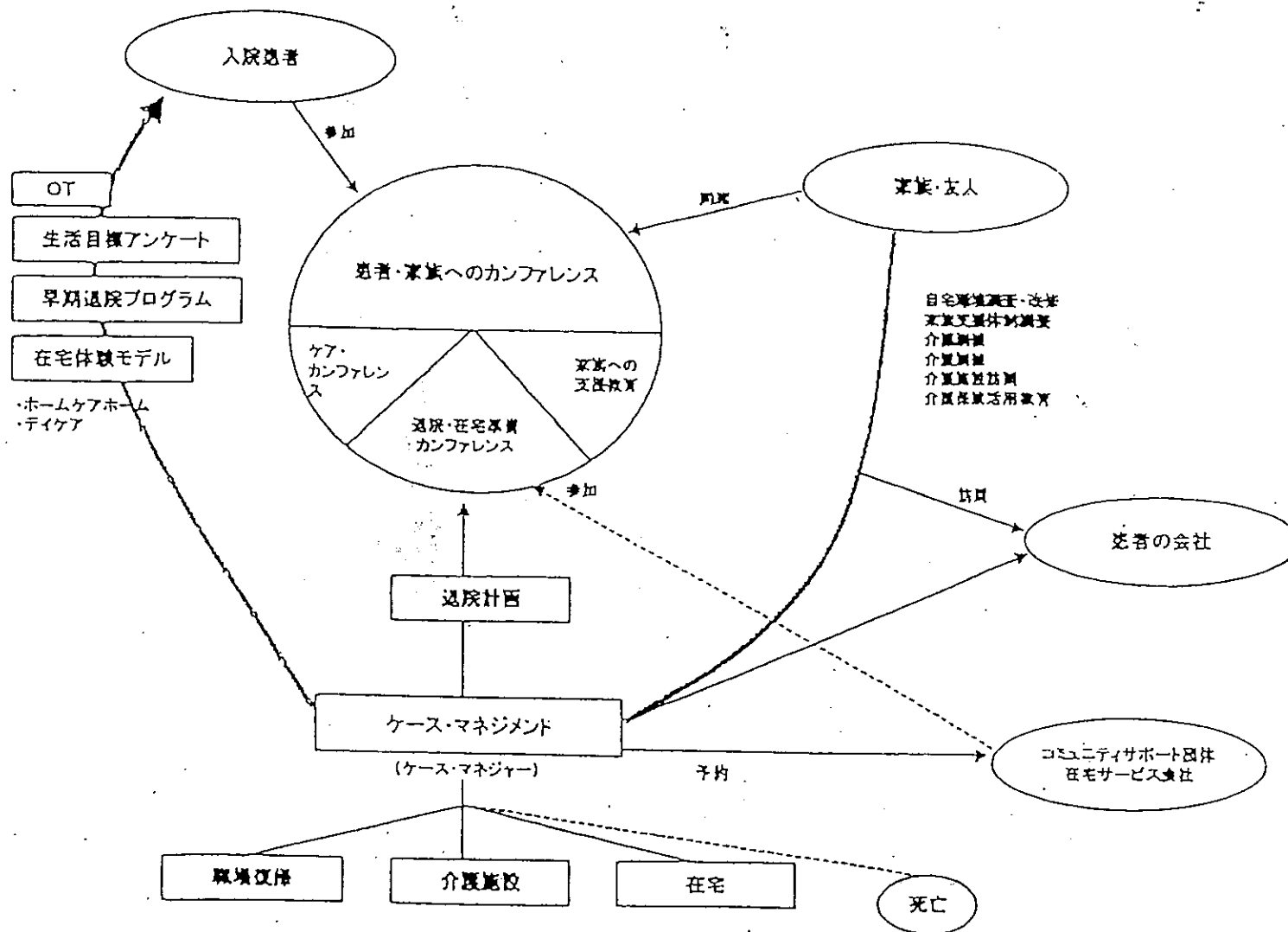


図3 在宅ケア退院プログラム

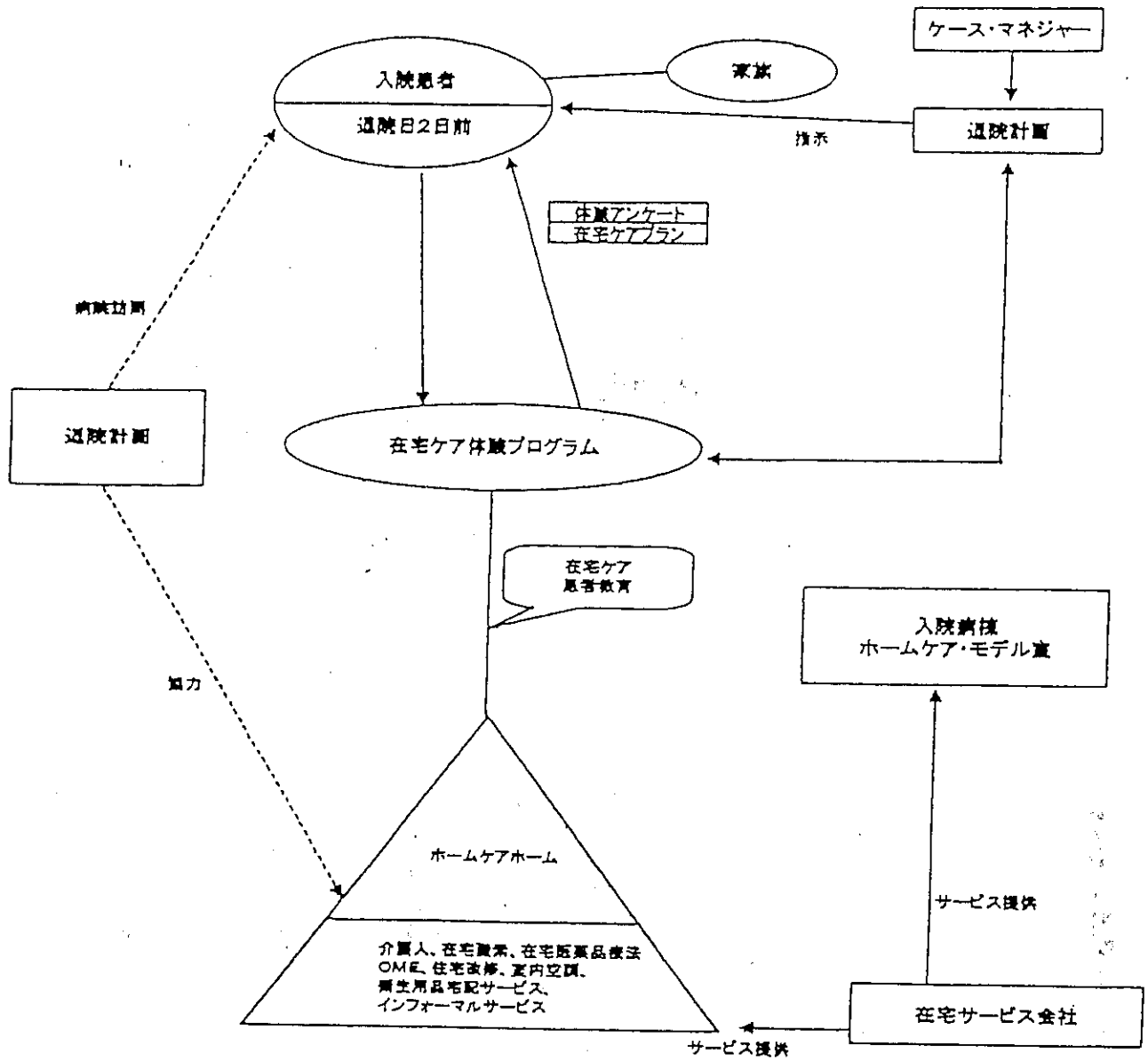


図4 患者・家族教育による入院医療への介入方法

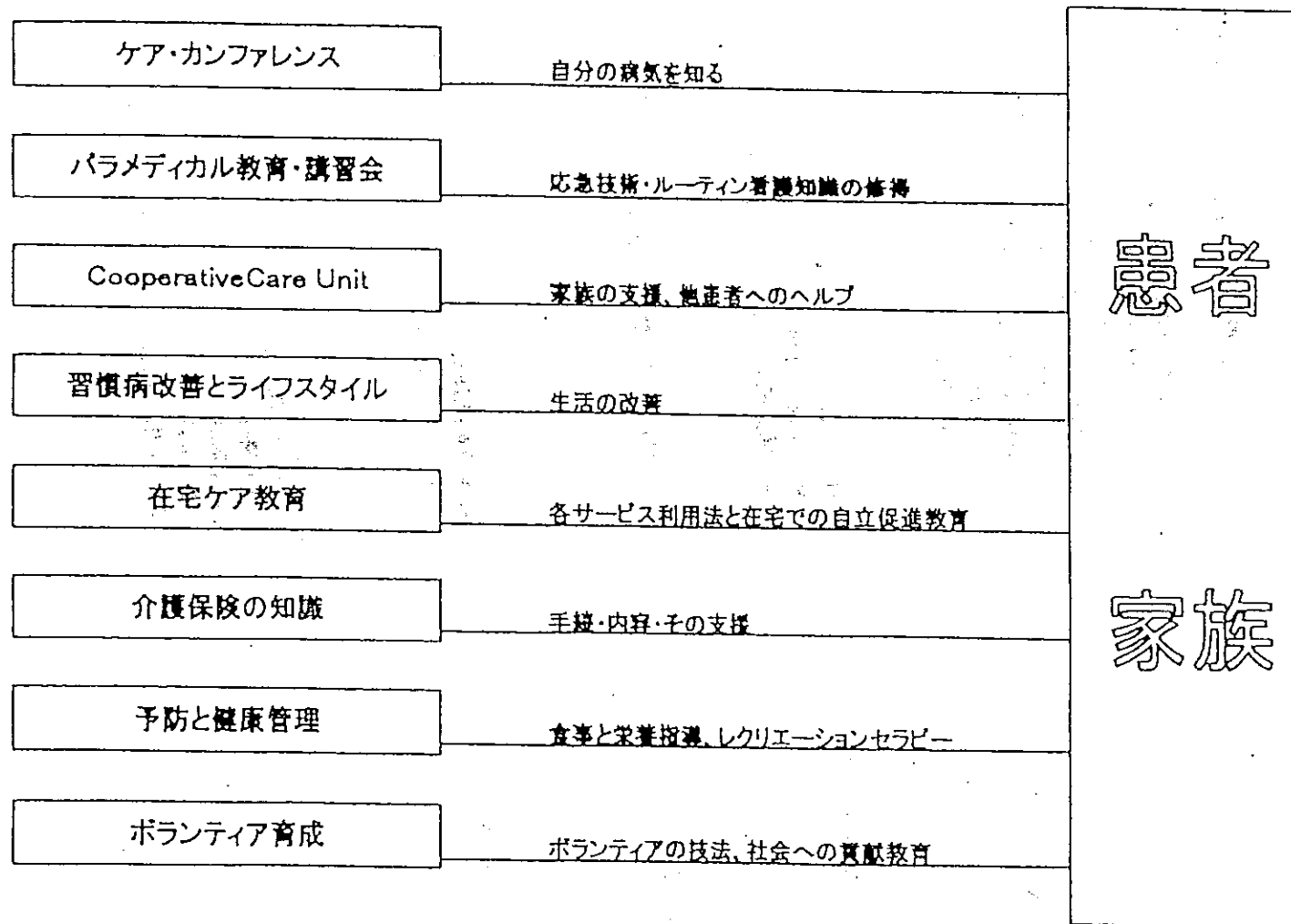


表1 入院の必要性判定項目

項目	内容（基準またはガイドライン項目）
①治療の必要性 イ外科的 ロ内科的	入院外科手術の必要性基準 ・外来外科手術項目リスト不可欠 ・セカンドオピニオン 慢性疾患入院標準 （合併症有無、ADLレベル）
②入院日数の必要性	疾病別入院日数のガイドライン ・急性疾患…28日MAX ・慢性疾患…6か月MAX
③退院後の環境の必要性	自宅の調査 家族介護の可能性 地域開業医のフォロー体制有無
④費用負担の必要性	入院費用／在宅費用負担の可能性
⑤家族支援の必要性	家族の意識調査 地域サービス体制
⑥ハイリスク、スクリーニング	再入院の頻度 高額医療費の可能性 独居高齢者 合併症高齢者 特定の疾患（AIDS、がん、移植、etc）

表2 退院計画の対象者

項目	内容
①診断/疾病名 (入院時診断による)	①がん②AIDS③脳卒中④移植⑤脳血管障害 ⑥骨折⑦脊椎疾患⑧循環器疾患⑨心筋梗塞 ⑩重度熱傷⑪ハイリスク出産⑫COPD(呼吸器) ⑬痴呆/精神疾患⑭重度腎疾患⑮腰部骨折 ⑯敗血症⑰ハイリスク新生児⑱脳腫瘍 ⑲複合外傷⑳ヘルニア 21 アルコール依存 /薬物依存 22 ターミナルケア患者 etc
②治療/療法	①外科手術/ICU・CCU患者 ②呼吸器依存 ③TPNIEN療法 ④抗がん剤療法/抗生物質療法 ⑤長期ICU入院患者
③患者の個人的特性	①再入院患者(退院後2週間~30日) ②75歳以上の患者 ③独居高齢者 (家族・友人の支援が困難な患者) ④他病院/他施設からの転移入院患者 ⑤ADLレベル(要介護レベル)…自宅内での自立レベル ⑥介護保険適用者 ⑦感染症患者(院内感染のみ) ⑧再手術患者 ⑨年間医療費(年当り100万円以上) ⑩入院当り医療費(1か月30万円以上を超える場合)
④その他	①経済力に問題がある患者 ②情緒不安定

表3 早期退院プログラム

プログラム種類	内容
①ICU/CCU	<p><対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> ①1.5日以上入室の者 ②感染症・合併症患者 ③再手術患者 <p><内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ①合併症の予防/IV・EN ②感染症予防/IV・EN ③早期栄養管理と早期リハビリテーションの実施
②栄養管理プログラム	ICU/CCUにおけるEN療法
④早期リハビリテーションプログラム	<ul style="list-style-type: none"> ①PT・OTによる早期介入 ②職場復帰リハビリテーション ③在宅での自立性向上リハビリテーション
④慢性患者ケア・プログラム	<p><対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> ①複合併症患者 ②24時間看護の必要な者 ③ADLレベル基準（自立の程度判定）以上の者 <p><内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ①看・SW・栄・PT/OT・薬のチームケア ②機能の改善 ③自立レベルの向上 ④入院期間最大6か月以内 ⑤家族教育
⑤在宅移行リハビリ・プログラム	<p><対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> ①2時間/H、以上、リハビリの必要な者 ②退院後在宅ケアに移行する者 <p><内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ①職場復帰のOT ②ADLレベル向上による早期退院 ③6か月以内に退院（ケアプランに基づく退院促進）
⑥在宅ケア体験プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ①院内ホームケア・模擬プログラム ②本人の元職場訪問（復帰後の社内環境整備） ③地域サービス体験プログラム（インフォーマル・サポート）
⑦その他	<ul style="list-style-type: none"> ①レスパクトケア・プログラム ②ターミナルケア・プログラム

図8 患者別チームケアづくり

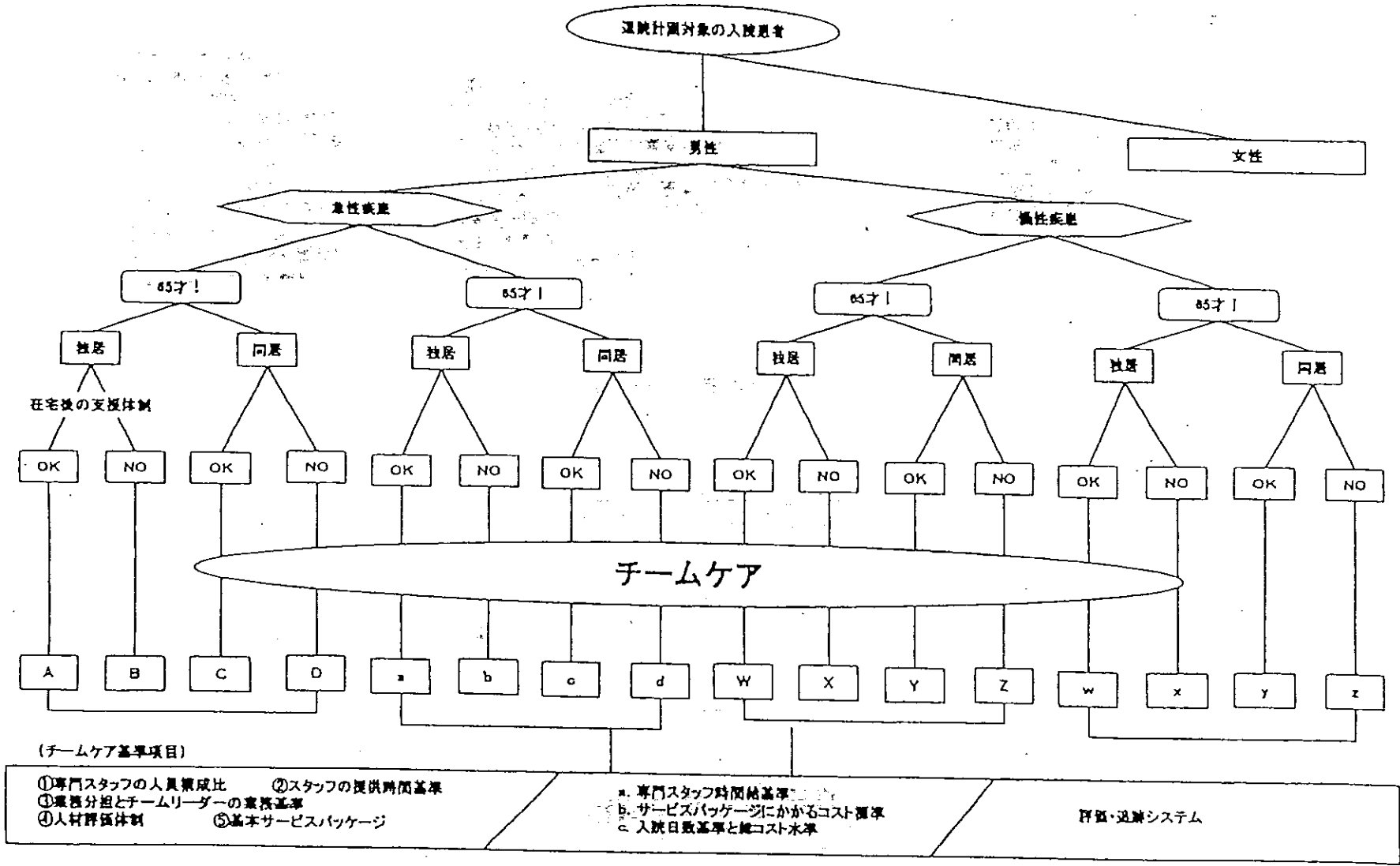
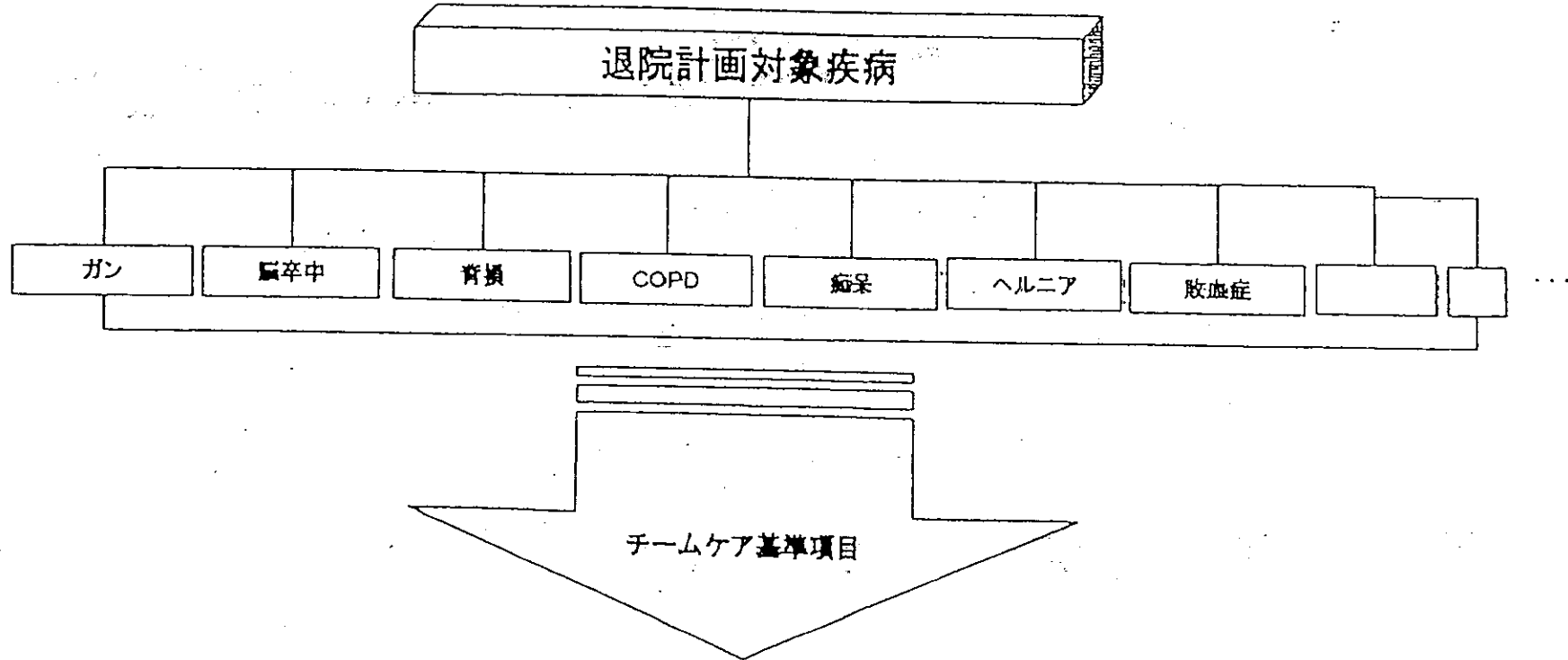


図7 疾病別チームケア基準づくり



- ① 専門スタッフ人員構成比
- ② 各スタッフの提供時間基準
- ③ 治療・処置ガイドライン
- ④ 栄養管理介入ガイドライン
- ⑤ リハビリテーション・ケアプラン
- ⑥ 医薬品処方ガイドライン
- ⑦ 専門スタッフ業務分担基準
- ⑧ チームリーダー業務基本コード
- ⑨ 入院日数基準
- ⑩ 医療器材・用品使用基準
- ⑪ 患者・家族教育メニュー
- ⑫ カンファレンス提供基準

- a. 専門スタッフ人材評価項目
- b. 患者・家族サーベイ
- c. 医薬品利用コンプライアンス追跡
- d. ケース・マネジャー(退院計画者)によるケア提供のアセスメント
- e. サービス・パッケージの変更
- f. クリティカル・パス(適用の場合)追跡(パス・コーディネーター)
- g. 退院教育・在宅ケア移行準備
- h. コミュニティサービス手配
- i. 介護保険手続

- イ. コスト・コントロール
- ロ. 時間給改善
- ハ. 入院日数追跡
- ニ. 総コスト基準
- ホ. 在宅ケア、コスト予測
- ヘ. 退院後フォローの体制とコスト予測

表5

Sub-Acute Care : 提供プログラム別のサービス実態

	ナーシングホーム併設			急性病院併設		
	中間的看護	高度看護	一般 Sub-Acute	急性リハビリ	Sub-Acute	急性
対象患者	回復期ケア	臨床的安定 リハビリニーズ	同左	医学的安定 急性リハ	医学的治療中 合併症	治療中 合併症あり
医師診療	月1回	月1回	週1回(2 週間に1回)	毎日	週に3~7回	毎日
看護時間 (1日当り)	LPN、2.5 人 看護助手	2.5~3.5 RN:1 / LNP・看護 助手	4.0~4.5 R N:1 / LP N・看護助 手	5.5~7 RN、看護 助手	5.5~6.5 RN、看護 助手	6.5~9 RNのみ
呼吸療法	なし	必要に応じて	同左	週に5~7 回、1日当 り3時間	24時間	24時間
リハビリテー ション	ほとんど 不必要	週当り3~ 5回	週当り5回	週当り5~ 7回、1日 当り3時間	毎日	毎日
薬剤・検 査	外部契約 必要に応 じて	同左	同左	薬剤 24 時 間体制 検査は依頼	両方共 24 時間体 制	同左
平均在院 日数 (ALOS)	2年以上	30~60日	10~40日	15~25日	5~30日 (10日AV)	4~8日
退院 (退所)	死亡	在宅、また は長期施設	在宅または 長期ケア施設 急性リハビリ 施設	在宅、また は、Sub- Acuteへ	在宅 (長期ケア 施設はほと んどなし)	在宅、ま たは高度 ナーシン グホーム へ

出典 : Group Health Cooperative

表 6

Sub-Acute Care の第三者認定基準

<認定項目>

- ① Comprehensive (包括・複合的なケアサービス機能)
- ② Cost Effective (コストの効率性)
- ③ Outcome Orientation (成果の質向上)
- ④ Professional Staffing (専門性の高いスタッフの配置)
- ⑤ Program Description (プログラム内容の明確化・標準)
- ⑥ Site of Care (提供施設の明確化)
- ⑦ Continuum of Care (ケアの連続性)

出典：NCQA and JCAHO, Managed Care Handbook 1997

表 4

マネジドケアにおける1日定額給付のレベル (Sub-Acute Care)

ケアのレベル	ケアの内容
①Special (特別)	特別なケアが必要 1日当り/6時間の専門看護 1日当り/2時間以内のセラピスト
②Tier (第3段階)	集中的なケアが必要 1日当り/4.5~6時間の看護 (50%はRNが行う) 1日当り/0~2時間のリハビリテーション
③Tier (第2段階)	中間的なケアが必要 1日当り/4~4.5時間の看護 (45%がRN) 1日当り/0~1.5時間以内のリハビリテーション
④Tier (第1段階)	最少のケアが必要 1日当り/3.5~4.0時間の看護 (RNの義務は任意) 1日当り/1時間以内のリハビリテーション
⑤ Skilled Nursing Care (高次看護)	スキルド・ナーシングが必要 1日当り/2.5~3.5時間の看護 (30%がRN) 1日当り/2時間以内のリハビリテーション

出典: Group Health Cooperative

④ パス、疾病管理そしてPBM

- ・ パス開発プロセス
- ・ フローチャートサンプル
- ・ パス・コーディネーターの仕事
- ・ Disease MGNT
- ・ PBMプログラム

<Critical Paths の定義>

“A Critical Paths is an optimal Sequencing and Timing of interventions by Physicians , Nurses , and other Dicipines for a particular diagnosis or procedure , designed to minimize Delays and Resource Utilization and maximize the Quality of Care”

R.J.Coffey : An introduction for Critical Paths

<Disease Management の定義>

“Disease Management is a prospective disease specific approach to delivering health care spanning all encounter sites and augmenting the Physician’s Component visits with interim management Through Non-Physician practitioners specializing in the target disease”

D.W.Plocher : Disease Management

図9 クリティカル・パスの開発プロセス

