

介護保険制度における最適マネジメントの
方策に関する研究

第2回 班会議 検討結果

- 1 マネジド・ケアの日本への応用
- 2 質疑応答
- 3 研究計画の確認と分担について

3] マネジドケアにおける“ケース・マネジメント”

1) MCOによる定義:

『ケース・マネジメントとは、ケアサービスの質を改善しコストの効果的な成果を得る目的を持ち、①コミュニケーション能力と②サービス資源を最大限に活用して、ケアとコストを a. 査定、b. 計画、c. 潤達・手配、d. 調整、e. 追跡監視、f. 評価する共同活動の「家庭（プロセス）」そのものをいう』

(出所: CCMC: Commission for case Manager Certification)

2) MCOにおける『ケース・マネジメント』介入対象者

a. ハイ・リスク/ハイ・コスト患者:

エイズ、脳卒中、心臓障害、熱傷、異常分娩、異常胎児（出産）、移植、神経系疾患、重度外傷、交通障害、etc.

b. 長期入院患者:

①DRG 規定日数を超える場合

②各 MCO が設定する疾患別入院日数を超える場合

c. 医療費 \$10,000 を超える患者: (総給付額)

d. 入院外科手術患者:

①手術の失敗 (ICU、CCU で介入)

②再手術必要患者 (セカンド・オピニオン再申請)

3) MCOにおけるケース・マネジャーの仕事 (4つの業務)

①医学・医療分野 (Medical Activity)

1. 患者・家族とのコミュニケーション (病院・在宅・リハビリセンター共)
2. 医療スタッフとのコミュニケーション (ニーズ評価、改善討議、退院計画情報の活用)
3. 退院・転移に伴うサービスの手配 (費用効果、サービスの質、プライマリ・ナースおよび退院計画者、SW と協議)
4. 家族への訪問 (入院中)
5. 在宅ケア調整 (在宅の安全性 (医療的)、バリアの除去、修理改修の手配)
6. 在宅ケアでの患者モニタリング (30日~60日) …再評価、サービスプランの変更
7. 医療スタッフへの情報フィードバック
8. 患者・家族の失望・不安を明確化
9. 医師への訪問または電話コンタクト (患者ニーズ・処方 of 適正を確認)
10. MCO の各種承認申請業務 (手術同意書、セカンド・オピニオン報告書 etc.)

②経済的分野 (Financial Activity)

1. 予想医療費を患者・家族に告知する
2. 自己負担分の支払いについて相談する
3. 患者・家族の不安を取り除く (地域の税理士、会計士、コンサルタントなどを手配)
4. 未収金 (未払金) の処理策を患者と協議する
5. MCO への釈明 (利用者の未払金に対する誤解や強制を回避する)

③態度・心理的動機づけ分野 (Behavioral/Motivational Activity)

1. 苦痛・障害・不安不満の発見…事前介入的コミュニケーション
2. 家族 (とくに介護家族) の精神状態を監視
3. 患者・家族への情報開示 (本人およびその他にかかわるすべての情報)
4. ソーシャル・カウンセリング (ex. 離婚、レイプ、性生活、独居者の孤独感 etc.)

④患者の職業に関する分野 (Vocational Activity)

1. 学歴、職歴、職業的スキル (テクノロジー)、趣味の把握
2. 将来やりたい仕事および将来の目標の把握
3. 職業 (職場) 復帰のアシスタント (職能テストの手配、職業訓練校への入学手続、移送 etc.)
4. 回復期における職能訓練 (面接の受け方指導、新しいスキルの修得)
5. 患者の会社への訪問 (会社が患者に期待していることを把握)
6. 復帰後の適性度、対応度チェック (患者のスキルレベル評価 (回復度)、元の職場へ戻れるか、職場を変更すべきかを協議する)
7. 医師との情報共有 (1~6に関する情報を医師に知らせる)

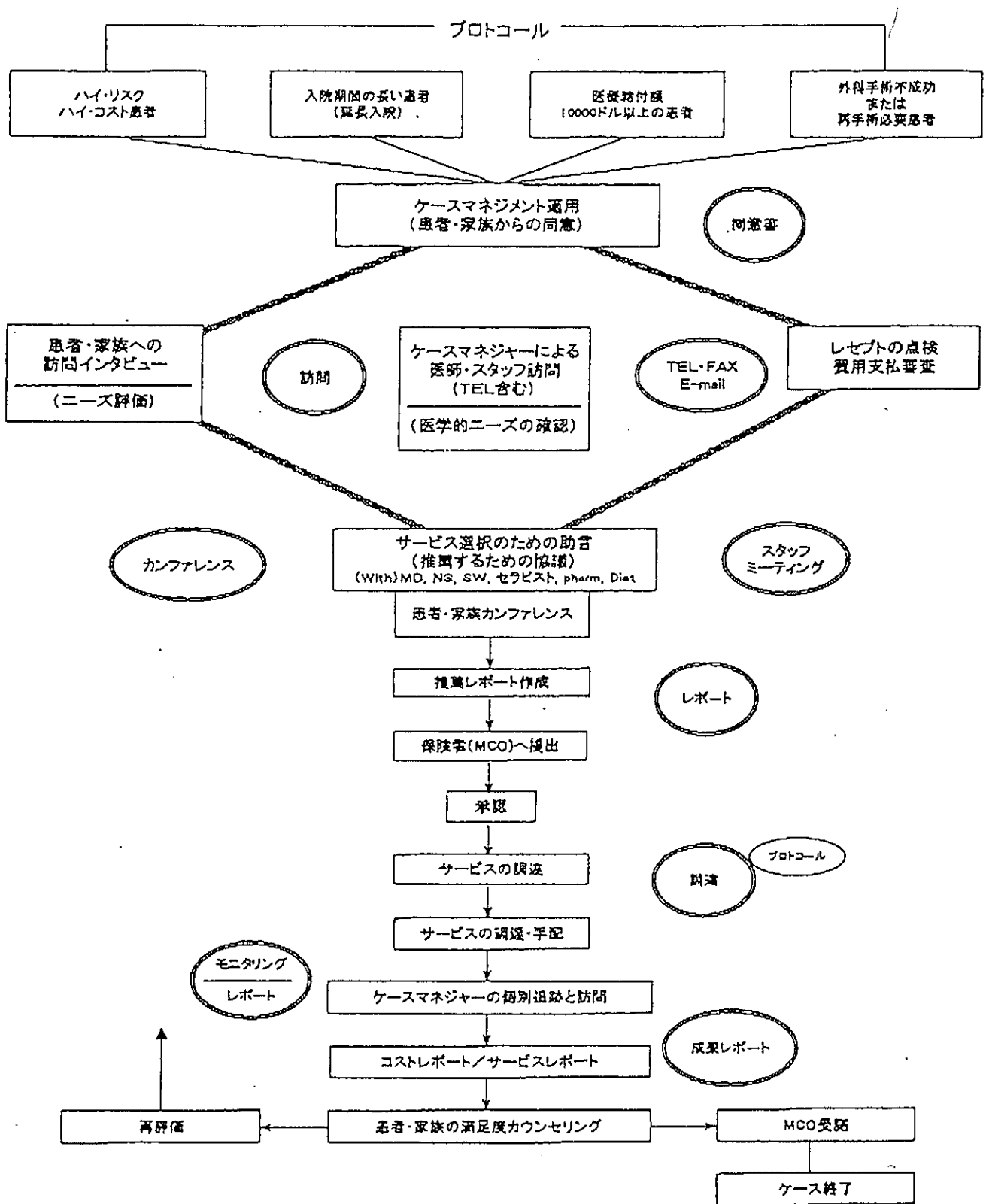
4) ケアサービス手配・調達のプロトコール

MCO はケース・マネジャーがサービスを手配する際に、次のような業務を行うよう手配基準を設定している。

1. 手配はケース・マネジャー自信が直接行うこと
2. サービスに関する内容の把握 (患者の期待に応えられるサービスであるか、費用、提供組織、サービスへのアクセス etc.)
3. 患者背景を MCO に報告する (診断名、治療内容、保障種類、支払限度額、ケアに関する特別な事項など)
4. 患者の医療ニーズレポート提出 (ニーズ評価および手配サービスの種類など)
5. サービス提供者への手配確認書送付 (手配の内容、提供内容など)
6. 電話、口頭による内容をすべて文書にしておくこと

ケースマネジメント介入の構図

図9





介護保険制度における最適マネジメントの 方策に関する研究

第3回 班会議 検討結果

- 1 病院の経済性（入院医療における効率化の項目）
- 2 マネジド・ケアにおけるケアの質の管理
- 3 質疑応答
- 4 研究経過

病院の経済性

(入院医療における効率化の項目)

AUPHA (American University Programs of Hospital
Administration)

ACHA (American College of Hospital Administration)

の Board Member, John Peterson MBA による文献から転記

〈病院の経済性〉

米国病院における効率性 (Efficiency) の向上項目

〔1〕 構造機能の最大化

- a) 入院規模の設定 (ピーク時と通常時のヒト・モノの基準量)
- b) ピーク時における代替ベッド機能
- c) 外来ベッド (1日外科手術回復ベッド、入院前検査期間、空床待ち期間)
- d) 退院待機ベッド (退院計画で退院決定後、何らかの理由で次のサービス (在宅/介護施設) へ移行できない入院患者用)
- e) ヒト・モノの最大活用基準設定 (病床数、救急部門、手術室、ICU室など)
- f) フレックス・ベッド (メディケア・スイング・ベッド、フレックス・ユニット)
- g) ピーク時における多病院連携 (ポイントは手術対応のレベル)

〔2〕 病棟 (病床) の最大活用化

- a) 入院受け入れ基準づくり
- b) 入院患者情報の全部門共有体制 (入院決定→退院の連続したインフォメーション体制)
- c) サービス提供のスケジュール体制 (退院計画とパスウェイ)
- d) 慢性患者の病床占有率 (許容限度レベルの設定)
- e) 長期入院患者への医療・臨床ニーズ判定 (必要性のレベル設定)
- f) ハイリスク、ハイコストサービス (特に外科手術) に対する実施日程、タイミング (集中的にヒト・モノを必要とするサービスが通常の活動を妨げないために、実施日程、タイミングを適正にマネジメントすること)
- g) 患者及びコミュニティの反応 (退院の意志、地元の受け入れ反応)
 - i) 適正を越えて、病床を稼働させないための手法を確立する
(方法) ①入院決定患者へのキャンセル (入院延期含む) …説明と説得マニュアル
②退院促進・誘導 (退院教育、カンファレンス、コミュニティサービスの利用モチベーション)
③開業医/他施設との連携体制
④臨時/代替的ベッドの活用
⑤入院当日と手術日との間隔を最大限短縮する (手術室以外での手術体制)
- i) 入院拒否、キャンセル、入院延期のための管理手法を確立する
 - ①入院受け入れ基準 (年齢、合併症、患者の個別環境因子など)
 - ②入院前検査・判定ルール (PAT プロトコール)
 - ③入院予約データのモニタリング
 - ④個別患者毎に『必要性』を評価・判定する仕組み (臨床とADL、ライフスタイル)

j) 医師に対する退院促進のインセンティブ体制

- ① 退院計画の実施プロセスを常にレポートする
- ② 病床稼働率を病床占有率の適正基準を把握させる
- ③ コミュニティ・サービスの量・内容などを認識させる
- ④ 医師への教育（専門医へのライフケア教育）

k) 手術室/ICU・CCUの適正利用

- ① 日程・実施時間のモニタリング（手術内容毎の実施時間標準化）
- ② 手術室の実施プロセス・情報システム（関係部門が手術の進行状況を把握できる体制）
- ③ 手術の種類毎にICU/CCUの滞在日数基準を設定

l) 平均在院日数を基準とした入院受け入れローテーション体制

- ① 5～7日毎のローテーションで、病床の空床、患者の必要性レベル評価などをモニタリングする。
- ② 5～7日ごとのローテーションで、介護施設、在宅サービス、自院の代替ベッド（ex: スイングベッド、サブアキュートケア、ベッドなど）の空床状況をモニタリングする

m) 1日外科手術の術後回復ベッドは1日単位で完全に空床にしておく

n) 病棟を発信基地とする情報システムの確立

- ① ナースセンターからハウスキーピング、及び患者移送部門などへ患者の退院情報を発信→退院に関わるすべての対応を迅速化する

〔3〕入院短縮と病床占有率増

a) 次の部門の効率化→①MRI検査室、②手術室、③臨床検査室、④PT

- ① 提供時間基準/提供スピード標準
- ② 患者分類化（疾病別、年齢層別、保険タイプ別、居住地域別など様々な分類枠の中から、自院で選定する）
- ③ 1日当たり提供件数の標準化

j) 総合的で包括的なPATの実施（広範囲の入院前検査・判定）

c) 計画とスケジュールのモニタリング（遅延、欠落のチェック）

d) サービスの遅延減少（部門間コミュニケーション、各サービスのタイミング改善〈パス〉）

e) 救急以外の手術の実施時間…午後、土、日実施を基本とする

f) 手術の将来予測…件数、実施総時間、術後入院日数

- ① 1日外科手術への移行可能性を分析
- ② 1日外科手術の規模、稼働レベルを予測する

g) 手術の効率化（手術室の稼働率向上）

- ① 日数、タイミングの適性向上…モニタリングとコミュニケーション体制の徹底化
- ② 不必要な手術の排除…セカンドオピニオンと再手術実施率基準（最少標準）
- ③ 無駄な手術の排除…手術患者の退院後、再入院率最少標準（再入院数及び再入院に至る日数基準）

h)MR 室、検査室の外来検査改善

①「入院の必要性」を軸とする外来検査

②入院部門、看護部門とのホットライン・インフォメーションシステム

i)外部の MR センター、検査センター活用

j)退院促進プログラムの開発 …機能回復リハビリプログラム

…LTC リハビリプログラム

…ホームケア・ホームプログラム

…通院ホスピス/ペインコントロールプログラム

j)患者・家族教育…ライフスタイル教育、コミュニティケア啓蒙

〔4〕他サービス活用による入院の削減

a)1日外科手術(所有/連携)

b)コミュニティ・サービス(潜在入院患者の入院防止)

c)サブアキュート(ポストアキュート)ケア(所有/連携)

d)ナーシングホームまたは延長的看護施設(所有/連携)

e)ホームケア、訪問看護、ホームメーカー、Meals-on-Wheels(所有/連携)

f)職場復帰リハビリプログラム(所有/リハセンターとの連携)

g)アルコール依存及び薬物乱用の治療・回復療養センター(所有/連携)

h)ホスピス/メンタルヘルスセンター(所有/連携)

i)コミュニティ・サービスの組織化(自院での開発と提供)

j)住民教育(Tel-Medライブラリー、E-mail、インターネット)

k)効果的退院計画(在宅ケアを目的とする計画)

l)予防と健康増進(予防接種、住民医療相談、スクリーニング、検診車)

〔5〕入院日数の最短化

a)主要疾病毎の目標入院日数…投入サービスの基準量

b)クリティカル・パスの開発

c)医師及び患者・家族の理解向上(入院期間が「短い」ことの意味を正しく理解させる)

d)退院計画に基づく「利用審査」と『モニタリング』

①無駄の排除

②遅延の件数削減

③統計やデータの公開(職員及び地域へ)

e)チーム体制とそのモニタリング

①年齢群別チームケア/疾病群別チームケア

②部門を横断するマネージャースタッフ(フローティング・ナース、Manager)

〔6〕 理事会・管理トップの役割

- a) 入院代替サービスの併設／連携
- b) コミュニティの環境及び住民意識を適正に把握する
- c) マネジドケアへの対応策（HMOに入るか否か）
- d) 医療スタッフへのコストコントロール教育（各プロトコルの理解と実施モニタリング）
- e) 専門スタッフの人材評価基準改善（コストコントロール貢献度を重視）
- f) 統計・データシステムの開発
- g) 患者・住民教育プログラム／カリキュラムの開発とコンプライアンス・サーベイ

出典：John Peterson／Enhancing Hospital Efficiency

マネジドケア (HMO) におけるケアの質の管理

〔 HMO を中心とするケアの質とコストの適正化の試み 〕

1. 支払方法による質の確保とインセンティブ

- a) 入院規模の設定 (ピーク時と通常時のヒト・モノの基準量)
- PCP
- ① 質のインセンティブ (患者満足、予防、検診実施率、入院送り込み率)
 - ② 包括的ケアへのインセンティブ (患者教育協力、学会研修会参加、ハイリスク・ハイコスト、患者の診療件数、開業医 ↔ 病院情報ネットワークシステム、ホームケア処方率)
 - ③ サービス活用のインセンティブ (専門医、病院紹介率、救急送り込み率)
- SCP
- ④ 各標準・ガイドラインの実施率
 - ⑤ 合併症・感染症患者発生率 (自分の患者の)
 - ⑥ 標準枠外診療の実施率
 - ⑦ 診療活動における各種目標値の達成率
 - ⑧ ALOS/再入院率 (自分の患者の)
 - ⑨ 患者・PCP の満足度レベル
 - [⑩ 保険者 (HMO) への書類提出率]
 - [⑪ 事前承認の実施率]
- ⑫ ALOS 水準
 - ⑬ 合併症・感染症発症率
 - ⑭ 副作用発生率
 - ⑮ 帝王切開率
 - ⑯ ハイリスク・ハイコスト患者の入院率
 - ⑰ 患者満足度/PCP・SCP 満足度

2. ケアのマネジメントによる質の確保

- ① プライマリケア、ケースマネジメント
- ② 退院計画とチームケア体制
- ③ パス・コーディネーターによる提供と介入の適正タイミング
- ④ Co-operative Care Unit/患者・家族教育
- ⑤ 在宅ソフト・ランディング・プログラム (LTC リハ・プログラムなど)
- ⑥ 専門スタッフの人材評価項目 (コスト貢献度項目重視)

3. 支払者（HMO）による質の確保

①定額給付 + 付加給付

- a) 予測による前払い（資金運用の自由度、年度末ボーナス給付）
- b) 患者の個別性（ニーズに基づく）への付加給付
- c) 集団（グループプラクティス）（病院グループ）への共同インセンティブ
（共同責任と共同貢献によるグループとしての評価）



ケアの連続性、包括性を確保する

②利用アクセスの適正化

- a) プレアドミッション／セカンドオピニオン
- b) ケース・マネジメント
- c) 再手術・再入院発生件数の最少標準（各グループ毎に）
- d) 外来医薬品処方メール・オーダー化
- e) 予防教育・検診の給付と提供者の優遇
- f) 住民へのライフスタイル改善プロモーション（セミナー、イベント、ビデオなど）

③提供者・保険者機能の質確保

- a) 病院の選定基準／PCP・SCPの選定基準（火曜日のマネジドケア研究会資料参照）
- b) NCQA と HEIDS
- c) 病院が行うアテンディング医選定基準

④その他 質確保

- a) PBMにおけるヘルプデスクとP&Tコミッティ
- b) HMOによる統合インフォメーション・システム（臨床、管理、アクセスの統合）
- c) 書類・統計のペーパーレス化（すべてをコンピュータ化）
- d) 加入者（患者）、住民、企業主の理事会参加（意志決定に関与）
- e) コンプライアンス／満足度の恒常的・日常的調査と提供者へ結果の情報提供体制
（毎月1回、住民定例会による提供者・HMOへの苦情ヒアリング会）
（毎月1回の会員サーベイ、PCPへのSCP、病院に対するサーベイ）
（HMOスタッフによる病院への立ち入りと改善指導體制）
- f) コミュニティサービスの組織化
 - a) インフォーマル・サポートへの助成金提供
 - b) 各種ホームケア・サービス・エージェンシーの統合化

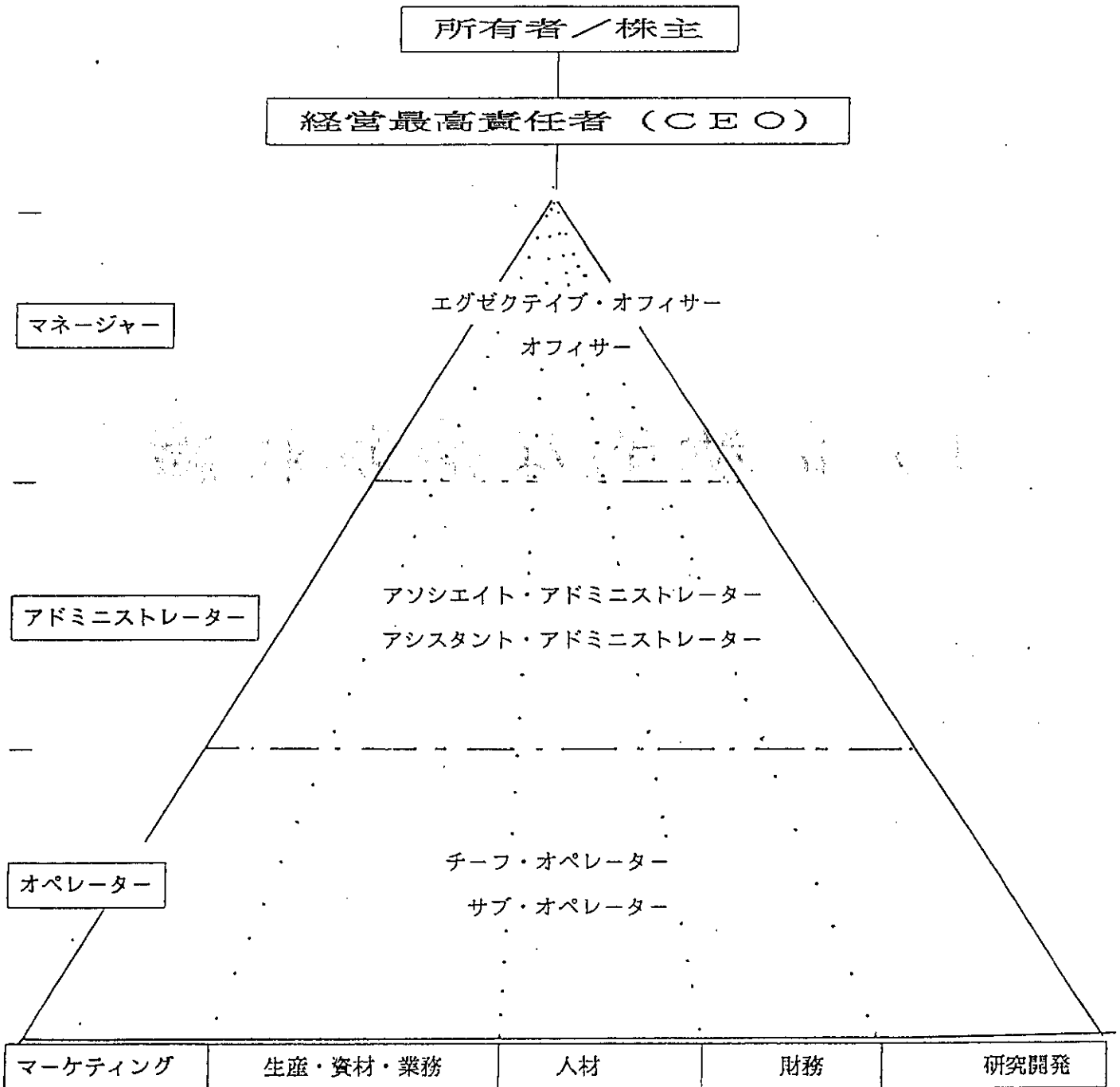
介護保険制度における最適マネジメントの
方策に関する研究

第4回 班会議 検討結果

- 1 合衆国の病院組織と病院管理
- 2 質疑応答
- 3 調査の実施についての説明と検討

1) 伝統的な病院組織

<組織実体システム>



<病院組織>

企画・調査・営業 渉外・広報 対外的接点 環境	診療・看護・相談・検査 病歴・投薬・給食・医事 受付・営繕保守・用度 警備保安・総務・庶務	人事・採用・労務 福利厚生・教育 研修・人材開発	予算・経理 会計・資金調達 医事 コスト・コントロール	経営機能 医療医学機能 経営管理機能 環境機能
----------------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------