

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

平成10年度 研究報告書

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

平成10年3月

主任研究者 小山 秀夫

国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長

総括研究報告書

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

主任研究者 小山 秀夫 国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長

研究組織

石川 誠（近森リハビリテーション病院
常任理事）
岩本 晋（山口県立大学教授）
齋藤 正身（霞ヶ関南病院院長）
柴田 裕介（伸寿苑副施設長）
須磨 忠昭（メディアーク研究所）
田中 千枝子（東海大学）
藤林 慶子（上智社会福祉専門学校）
矢野 聡（国際医療福祉大学教授）
西村 秋生（国立医療・病院管理研究
所 医療経済研究部 研究
員）

A. 研究目的

平成12年度の公的介護保険制度の本格的実施に向けて、介護保険施設のマネジメントがどのように変化すると予想できるか、そしてマネジメントの最適化のためにどのような方法があるのかを研究することは重要な課題である。

本研究の目的は、今後大きな変革を求められる介護保険施設における最適なマネジメントを模索し、介護保険施行時に有用となる施設マネジメントにおける最適化指標等を作成することである。本研究では、介護保険制度の施行までに、施設マネジメントの最適化について、以下のように研究を遂行する計画である。

① 公的介護保険による長期療養施設への影響、② 経営環境の変革としての

介護保険導入に伴う介護保険施設に必要な対応、③ 施設運営の外部環境としての制度変更の施設マネジメントと利用者に対するケアへの影響、④ ドイツ、オーストラリア、カナダ等における施設ケアマネジメントの実態把握並びに最適マネジメントの概念の明確化、⑤ 施設マネジメント研修会の開催による問題点の把握、解決方策の模索、研修会の効果測定等の実施。本研究は、3年間間にわたって継続して研究を実施する。

B. 研究方法

平成10年度の研究については、班会議を招集し、班会議等において検討を重ね、以下のように実施した。

第1に、アメリカ合衆国におけるマネジメント・ケアの実態の詳細分析を文献調査、聞き取り調査等から実施した。第2に、施設マネジメントに関する聞き取り調査を実施した。第3に、ケアマネジメントに関わるインボランタリーケースに関する調査のプリテストを実施した。第4に、諸外国との比較検討については、文献調査と諸外国の専門家に聞き取り調査を実施し、ドイツにおけるケアマネジメント並びに介護保険施行時の問題点を整理した。第5に、現在、北米において提唱されている理論の一つであるプリシードプロセスモデルについては、聞き取り調

査から検討を行った。

C. 研究結果

本年度の研究結果は、以下のとおりである。

- ① 合衆国のマネジド・ケアについては、今後もその動向を注目する必要性が大きいことが確認された。DRG／PPSのように米国の医療政策は、何年間かのタイムラグを経て、わが国においても注目を集め、導入が検討される場合が多い。特に、DRG／PPSは、わが国においても導入が検討され、多くの調査研究が実施されているところである。本研究では、マネジド・ケアを理解するためのインデックスを作成するとともに、米国における動向とマネジド・ケアの日本への応用、病院等における経済性の検討、合衆国において、マネジド・ケアが病院組織並びに病院管理にどのような影響を与えているかの検討をおこなった。マネジド・ケアについての研究は、今後わが国の保健・医療・福祉分野において大きな影響を与えるものであり、その活用が期待されるものである。また、マネジド・ケアだけではなく、保健・医療・福祉の政策に密接に関係する New Public Managementについても研究を行った。

New Public Management理論は制度・政策的にも重要な問題であり、介護保険制度等に関する今後のわが国の保健・医療・福祉分野の動向に大きく関係するものである。ゆえに、NPMの研究を実施することによって、広義のマネジメントからみた施

設マネジメントの関連性が明らかになった。

- ② 施設マネジメントにおける聞き取り調査については、施設マネジメント概念が病院、特別養護老人ホーム、老人保健施設の介護保険施設となる3種別では、それぞれ共通部分と共通していない部分のあることが明らかとなった。今後、施設種別間のマネジメント概念の整理と調査によるマネジメント実態把握を行うことが必要であると考ええる。現場の管理者等の意識を把握できたことは本研究の成果の一部であり、来年度により詳細な研究が必要である。
- ③ 施設管理概念からは非採算・非効率として経営されがちなインボランタリーケースについての実態調査を実施した。本調査は、今年度はプリテストの段階ではあるが、インボランタリーケースに対してどのように対応してよいかかわからない現場の状況が明らかとなった。本研究を進展させることにより、施設内でインボランタリーなケースにどのように対応することが施設マネジメントにとっても、利用者のケアマネジメントにとっても有用であるかが明確になることによって、その実践的応用が期待でき、ひいては最適マネジメントの模索にとっても重要であると考ええる。
- ④ 諸外国の専門家への聞き取りは、今年度はドイツの介護保険制度の実態を把握した。ドイツにおける介護保険制度はわが国の介護保険制度の先駆的制度として、様々な影響を与えてきた。ドイツの介護保険制度の施

行後の問題点等を把握し明らかになったことにより、今後わが国の介護保険施設等における動向予測がある程度可能となるものと考える。

- ⑤ プリシードプロシードモデルは、ヘルスプロモーションに関する理論から始まっているが、それ以外の分野にも応用できる理論である。利用者の問題を最終的には行政・政策等に結びつけていく考え方は、わが国の保健・医療・福祉分野の最適マネジメントにも応用できるものであるとの結論を得た。

D. 考察

今年度の研究においては、基礎的資料の収集を行うことができた。諸外国の保健・医療・福祉の最適マネジメントを把握し、動向を確認することは、今後とも最適マネジメントの研究にとっては重要であると考える。

今年度の研究成果の今後の活用としては、次年度以降に現場において実態把握や要望等を把握するための調査を実施することにより、現場において有用な最適マネジメントが模索可能であると考える。

E. 結論

諸外国におけるマネジド・ケアやNew Public Management、ドイツの介護保険制度に関する分析・検討、インボランタリーケースについての調査等を行った結果、今後のわが国の最適マネジメントの研究に一定の方向性を見いだすことができた。

本年度においては、次年度に向けてのプリテストや情報収集等を行った。結論として、本年度の研究結果から、

いくつかの最適マネジメントに関する方策についての基礎資料が得られたと考える。これらの基礎資料から来年度に向けて、より詳細な研究が可能となるものと考える。

F. 研究発表

1. 論文発表

平成10年度においてはなし。

2. 学会発表

平成10年度においてはなし。

G. 知的所有権の取得状況

なし

研究費の名称＝厚生科学研究費

研究事業名＝長寿科学総合研究事業

研究課題名＝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

研究期間（年度）＝1998-1999

主任研究者名＝小山秀夫（国立医療・病院管理研究所）

研究協力者＝石川誠（近森リハビリテーション病院常任理事）、岩本晋（山口県立大学教授）、齋藤正身（霞ヶ関南病院院長）、柴田裕介（伸寿苑副施設長）、須磨忠昭（メディアーク研究所）、矢野聡（国際医療福祉大学教授）、田中千枝子（東海大学）、藤林慶子（上智社会福祉専門学校）、西村秋生（国立医療・病院管理研究所）

研究目的＝平成12年度の公的介護保険制度の本格的実施に向けて、介護保険施設のマネジメントがどのように変化すると予想できるか、そしてマネジメントの最適化のためにどのような方法があるのかを研究することは重要な課題である。

本研究の目的は、今後大きな変革を求められる介護保険施設における最適なマネジメントを模索し、介護保険施行時に有用となる施設マネジメントにおける最適化指標等を作成することである。本研究では、介護保険制度の施行までに、施設マネジメントの最適化について、以下のように研究を遂行する計画である。① 公的介護保険による長期療養施設への影響、② 経営環境の変革としての介護保険導入に伴う介護保険施設に必要な対応、③ 施設運営の外部環境としての制度変更の施設マネジメントと利用者に対するケアへの影響、④ ドイツ、オーストラリア、カナダ等における施設ケアマネジメントの実態把握並びに最適マネジメントの概念の明確化、⑤ 施設マネジメント研修会の開催による問題点の把握、解決方策の模索、研修会の効果測定等の実施。

研究方法＝平成10年度の研究については、班会議を招集し、班会議等において検討を重ね、以下のように実施した。

第1に、アメリカ合衆国におけるマネジド・ケアの実態の詳細分析を実施した。第2に、施設マネジメントに関する聞き取り調査を実施した。第3に、ケアマネジメントに関わるインボランタリーケースに関する調査を本格的に実施するためのプリテストを実施した。第4に、諸外国との比較検討については、文献調査と諸外国の専門家に聞き取り調査を実施し、ドイツにおけるケアマネジメント並びに介護保険施行時の問題点を整理した。第5に、現在、北米において提唱されている理論の一つであるプリシードプロシードモデルについての検討を行った。

研究結果と考察＝本年度の研究結果は、以下のとおりである。

- ① 合衆国のマネジド・ケアについては、今後もその動向を注目する必要性が大きいことが確認された。DRG/PPSのように米国の医療政策は、何年間かのタイムラグを経て、わが国においても注目を集め、導入が検討される場合が多い。特に、DRG/PPSは、わが国においても導入が検討され、多くの調査研究が実施されているところである。本研究では、マネジド・ケアを理解するためのインデックスを作成するとともに、米国における動向とマネジド・ケアの日本への応用、病院等における経済性の検討、合衆国において、マネジド・ケアが病院組織並びに病院管理

にどのような影響を与えているかの検討をおこなった。マネジド・ケアについての研究は、今後わが国の保健・医療・福祉分野において大きな影響を与えるものであり、その活用が期待されるものである。また、マネジド・ケアだけではなく、保健・医療・福祉の政策に密接に関係する New Public Management についても研究を行った。New Public Management 理論は制度・政策的にも重要な問題であり、介護保険制度等に関する今後のわが国の保健・医療・福祉分野の動向に大きく関係するものである。ゆえに、NPMの研究を実施することによって、広義のマネジメントからみた施設マネジメントの関連性が明らかになった。

- ② 施設マネジメントにおける聞き取り調査については、施設マネジメント概念が病院、特別養護老人ホーム、老人保健施設の介護保険施設となる3種別では、それぞれ共通部分と共通していない部分のあることが明かとなった。今後、施設種別間のマネジメント概念の整理と調査によるマネジメント実態把握を行うことが必要であると考える。現場の管理者等の意識を把握できたことは本研究の成果の一部であり、来年度により詳細な研究が必要である。
- ③ 施設管理概念からは非採算・非効率として経営されがちなインボランタリーケースについての実態調査を実施した。本調査は、今年度はプリテストの段階ではあるが、インボランタリーケースに対してどのように対応してよいか分からない現場の状況が明らかとなった。本研究を進展させることにより、施設内でインボランタリーなケースにどのように対応することが施設マネジメントにとっても、利用者のケアマネジメントにとっても有用であるかが明確になることによって、その実践的応用が期待でき、ひいては最適マネジメントの一端を担うものとする。
- ④ 諸外国の専門家への聞き取りは、今年度はドイツの介護保険制度の実態を把握した。ドイツにおける介護保険制度はわが国の介護保険制度の先駆的的制度として、様々な影響を与えてきた。ドイツの介護保険制度の施行後の問題点等を把握し明らかになったことにより、今後わが国の介護保険施設等における動向予測がある程度可能となるものとする。
- ⑤ プリシード・プロシードモデルは、ヘルスプロモーションに関する理論から始まっているが、それ以外の分野にも応用できる理論である。利用者の問題を最終的には行政・政策等に結びつけていく考え方は、わが国の保健・医療・福祉分野の最適マネジメントにも応用できるものであると考える。

結論＝今年度の研究成果の今後の活用としては、次年度以降に現場において実態把握や要望等を把握するための調査を実施することにより、現場において有用な最適マネジメントが模索可能であるとする。

今年度は班会議において、マネジド・ケア、New Public Management、ドイツの介護保険制度に関する分析・検討を行った。調査については、聞き取り調査は、大分県と北海道根室市、札幌市で行った。インボランタリーケースについての調査は、関西圏の在宅介護支援センター500件を無作為抽出し、調査を実施した。今年度は研究協力者が有しているマネジド・ケア等についての資料とインターネットからの資料などから分析を行った。プリシード・プロシードモデルについては、その提唱者であるローレンス W. グリーン博士から直接聞き取り調査を行った。

本年度においては、第2年度に向けてのプリテストや情報収集等を行った。結論として、本年度の研究成果から、いくつかの最適マネジメントに関する方策についての基礎資料が得られたと考える。これらの基礎資料から来年度に向けて、より詳細な研究が可能となるものとする。本研究の詳細については、別紙のとおりである。

「PRECEDE-PROCEED model の理論と実際」

患者教育から 地域ヘルスプロモーションのための 計画まで

ローレンス W グリーン

ヘルスプロモーション研究所
ブリティッシュコロンビア大学
バンクーバー, カナダ

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

さて、北米から皆様にご挨拶を申し上げたいと思う。この北米において、またプリティッシュコロンビア大学においては、もう 25 年以上も前から、健康に関する行動、健康教育、ヘルスプロモーションの研究が行われており、それを基盤として、疾病の予防、セルフケア、そして地域のヘルスプロモーションの計画や評価が行われている。

日本やアジアの諸国、特に日本は、私の考え方に大きな影響を与えてくれた。そして、マーシャル・クーターという私の共同編集者、共同著者にも影響を与え、そのような影響の下で、プリシードープロシードモデルはどんどんと発展をしてきた。「ヘルス」という考え方、そして、日本におけるヘルスの伝統を踏まえながら、ヘルスプロモーションをどういう形で改善していけるかと考えているところである。

患者教育研究から 地域ヘルスプロモーション のための計画まで

ローレンスW.グリーン
ヘルスプロモーション研究所、
プリティッシュコロンビア大学、
バンクーバー、カナダ

さて、スライドである。これは、アメリカからIBMに載せて持ってきたものであり、アメリカのIBMを使い、そして、カナダで作ったものである。日本語版が出ている。これは日本で、富士通のコンピュータで翻訳をしているので、こういったコンピュータも、日本のコンピュータ、アメリカのコンピュータを使いながらやっている。

今日はスライドショーをするが、両方が上手く動くことを願っている。

目的

- ◆新しく登場してきた臨床並びに地域ヘルスプロモーションに照らして、この25年にわたる患者教育研究のもつ意味合いを検討する
- ◆患者のヘルスケア並びにヘルスプロモーションの実践の向上のため、プライマリーケアにおける最適の相互作用のプロセスを提案する

さて、すこし臨床の場に焦点を当ててみるが、一体その臨床の現場、そして患者教育から、より幅広い地域の健康、地域の保健、そして、その医学という科学を、その地域レベルのヘルスプロモーションにどのように転換していったかを述べる。25年にもわたって、こういった患者教育に対する研究を行ってきたと、既に述べた。そして、

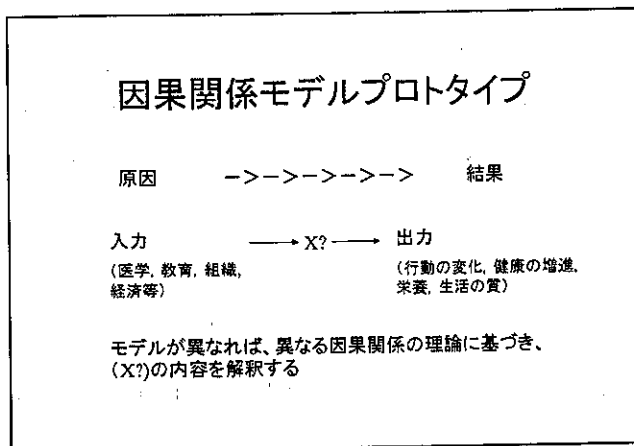
臨床の場でのヘルスプロモーション、そして地域を対象にしたヘルスプロモーションへと姿を変えていっている。そこで、これを上手く絡み合わせていく、そして、プライマリーケアやパブリックヘルス（公衆衛生）を実施していくためにはどうすればいいか。そして、個々の患者のセルフケア、そしてヘルスプロモーションへとどう導いていけばよいかということ述べる。

患者教育、そして患者のコンプライアンスに関する研究が初期に行われてきたが、その後さらに、医師、看護婦、その他の医療職が、患者との関係パートナーシップとみる共同モデルへと研究そのものも変化してきた。このパートナーシップにおいては、医療職と患者が共同することにより患者の健康の状態を改善していく。患者や家族に対してエンパワメントを与える、そうすることで、より積極的なその役割を患者自身が果たす、そして、患者自身の健康管理をしていくということである。これは、この20年の間に発展してきた考えである。それに合わせて研究も変わってきた。従来は、医学モデル、生物学的なモデルで研究が行われてきたが、それが、地域をモデルとするコミュニティーモデルへと変化している。また、ヘルスプロモーションのプログラムのプランニングもそうである。従来は、医学的な医療資源をベースにしたプランニングであったが、それが人口をベースにしたプランニングのプロセスへと形を変えている。

もう一つ、今日、私が「進化」ということで述べたいのは、心理学的な、そして心理生理学的な理論、行動変容の理論、これは個々の個人の行動変容であるが、それはさらに、社会的な、政治的な、そして疫学的な、経済的な理論やモデルへと変化してきた。すなわち組織そのものを変えるのだ、政策を変えるのだ、そして環境を変えるのだという考えに移行している。こういった進化の過程を、今回経験していただきたい。個人の行動変容、すなわち、医療の現場での個人の行動変容から、地域、人口をベースにしたプランニングへと姿を変えてきた。その中に行動変容のモデルと、それから社会学的な、経済的は、政治的な、そして疫学的なモデルとを組み合わせられている。そしてそれを組み合わせることで、組織を変え、政策を変え、環境を変えてきた、そういった進化の過程を皆と一緒にたどっていきたいと考えている。

これが、特に重要なのは、今人口が大きく高齢化へと移行しており、阿部先生も述べたように、人口の高齢化が進んでいる、ということは、高齢者の健康が非常に重要になってくるのである。地域の中でそれを、そして家庭の中でそれを、どう取り上げていくのかということが大事である。今のままでは健康保険制度を維持することは非常に難しくなっている。すべてのコストを医学的なケア、医療の場で使うとなったら、この健康保険制度は立ち行かなくなってしまう。これから先5年、10年というのが非常に重要な時期である。ここにお集まりの方の中にも団塊の世代の方がいるかと思うが、団塊の世代が高齢者へと変化していき、団塊の世代が70歳になったら、ヘルスプロモーションではなくて、その人達の関心はどうやって医療を受けるかになってくるであろう。その時代になって変化をしなければいけないとなっても、これは非常に難しい。2010年以降に、その制度そのものを、そして組織そのものを変えていくのは非常に難しい。今がチャンスである。やろうと思えば、今これからの10年間で、大きくその社会を、制度を変えていかなければなら

ない。



では、この旅を続けるに当たって、この因果関係のモデルを見ていただきたい。健康・保健の分野で、その原因、因果関係のモデルがどう働いていたかを見ていきたい。このモデルでは、原因と結果に焦点が当たっている。皆、これはいろいろ検討していると思うが、このモデル、理論、どこでも同じような形で使われている。原因の側で

は、中のインプットがある、入力がある、そして出力として、何らかの結果が出てくるといふように捉えている。たとえば、行動の変化だとか、健康の増進とか、栄養の向上とか、QOLの改善とか、そういったものが結果として出てくる。ただ、この中でいろいろな入力がある。医学、教育、組織、経済等々といろんな側面の入力があるが、どこに焦点を当てるか、そしてまた、この入力がどのような形で結果に影響を与えるか、そのプロセスはどうなっているか、ということで、いろいろなモデルが生まれている。モデルが異なれば、因果関係の理論も異なる。したがって、そういったそれぞれのモデルごとに、プロセスの内容を考えていかなければならない。

そこでまず医学モデルから入って。医学、看護の分野、そしてPTの分野で、そしてまた眼鏡士や歯科医、こういった人達の活動は、基本的なアプローチとしては、何らかの専門家による介入によって健康を回復するというモデルである。これが医学モデルである。ここでは、その因果関係が過度に簡素化されている。このモデルにおいては、患者が以前の健康を回復することによって健康が作り出される。そのために、疾病の治療をする、障害の治療をする。ところが現実を見てみると、これだけではない。社会的、経済的な状況を含む様々の因子、様々な要因が健康に影響を与えている。

これは回転ドアの概念である。回転ドアというのは患者が入ってきて、回転ドアを通りながら治療を受ける。症状、そしてまた、その症状の原因となっている生物学的な原因を治療し、その人が、同じ回転ドアを通して地域に戻っていく。すると実はそこに、その患者の持っていた問題の根源がある。家族の問題かもしれない。地域の問題かもしれない。学校かもしれない。職場かもしれない。そこにも、その人の健康に影響を与えた原因がある。ライフスタイルかもしれない。環境かもしれない。喫煙かもしれない。また友人と毎晩酒を飲むことかもしれない。ここに実は真の原因がある。ほとんどの疾病、特に慢性疾

患と呼ばれている疾患の、生活習慣病と呼ばれている疾病の原因というのはその地域の中にある。

したがって、その患者の生物学的な状況を治療するだけで健康を回復しても、回転ドアがぐるぐる回っているだけで、またその人は回転ドアを通して医療の現場に戻ってくる。同じ症状でまた戻ってきたときには、さらに症状は悪化しているであろう。高血圧の患者でも、喘息の患者でも、関節炎の患者でも同じである。地域に戻って、地域の中で問題に対応していかなければ、またその人が治療を受けて地域に戻って元の生活に戻れば、症状は悪化していく。

医学モデルの次に、生物医学的モデルというのがある。ここでは、特異性、還元主義が使われている。この生物医学モデルでは、分子学、化学、生物学、薬理学、解剖学、生理学、そういった側面に焦点が当てられている。基本的な生物医学研究をすることにより細胞がどう変わっていくかを見る。そして、生物学的な、生化学的な試験試薬を使って、そしていろいろな薬剤を使って動物実験をし、その化学物質が、動物にどういう影響を与えるかを見、それをもとに薬を作る、ワクチンを作る。こうして作られたワクチンや薬を、極めてコントロールされた形で人間で実験をする。人間の体に入れた場合、それがどう作用するかを観る。新薬ができると大勢の人を対象に無作為分配の臨床試験をする。最後にこの技術を薬剤、もしくは外科的手順という形でパッケージ化し、そしてそれを病院や診療所、プライマリーケアの現場で臨床に供される。

これによって、医学の臨床が標準化され、また、生物学的な人間というその科の中で一環性を持つことができた。人間という種、これは日本人であっても、アメリカ人であっても、カナダ人であっても、ヨーロッパ人であっても人間であることに変わりはないわけであり、その人間としての特質は、かなり類似性が高いであろう。種の中では、生物学的な特性は大きく変化はしない。しかしながら人間は、社会的な動物であると言われている。したがって、人間が社会の中で置かれているということを考えれば、社会によって、地域によって、また家族によって、置かれている環境は随分違うといえる。したがって、この生物医学的でXを分子レベルや生化学的レベル、生理科学的なレベルに落としていく。その中で、医学という実践を標準化していくが、標準化された医学というのは、実は上手くいかないことがある。なぜか。それは回転ドアに過ぎないからである。ライフスタイル、生活関連病、そして文明病と呼ばれている疾患には、これでは対応できない。いろいろな疾病や健康上の問題は、特に産業革命以後は、社会の中にその根源を持っていることが多いといえる。したがって単に、バイオメディカル（生物医学的）なモデルだけではない、そこから一歩進んだモデルを見ていく必要がある。

生物医学的モデルを強化する形で、その人のヘルスサービスの研究モデルというのがある。

る。さらにまた、ヘルスサービスに関する研究やモデルも作られた。その種類はいろいろあるが、新しい技術が普及され、そしてそれを実践していくということがベースになっている。エビデンスベース、証拠に基づいた実践であり、また、科学に基づく最も優れた実践を行っていくということ、さらに新たな技術を医療の現場にいる人達、医療従事者、さらにまた歯科医などが実践していくということである。

そして次に、2点目として、たとえば、医者、看護婦、または歯科医などの専門職と患者との間に相互作用がある。この患者と医者の相互作用とは、いわばコミュニケーションが重要だということである。そして、このヘルスサービスモデルにおけるX3とは、患者の行動である。医療従事者から治療を受けた後の患者の行動である。自分が処方を受けたものに対して、きちんとコンプライアンスを持っているか、そして、健康増進するような行動をやっているかどうかということである。そしてX4という要素、これは、地域社会にある様々な影響要因である。家庭や職場、学校、またはレクリエーションの現場など様々な要因が、ヘルスケアの制度とは独立して、それとかがわりなく健康に影響を与える。

そしてX5とは、資源、リソースである。保健専門家、保健婦、病院、プライマリーケアセンター、さらにまた保健所といったようなリソース、資源である。こういった資源がどの程度利用できるかということも健康に影響を与える。私たちは、医療資源に多大の投資をしてきたが、そのやり方、投資の仕方は、健康、特にプライマリーヘルスやヘルスプロモーションに対して資するような形ではなかった。健康を医療を通して確保するというだけでなく、保健を通して確保することも重要である。そのような投資も必要である。

患者と保健医療職の 行動に関する4つの予測因子

- 人口統計学的、社会経済的、及び重篤度の特性=“ニーズ”
- 動機づけの特性
- 物理的、労力的及び経済的推進要因と障害、並びに
- 特に社会環境における行動に関連した状況的報酬と罰則。

ヘルスサービスに関して様々な研究がなされた結果、患者と保健医療職の行動に関する4つの予測要因があるということがわかった。まず第一が、人口統計学的、社会経済的、及びその疾病の重篤度の特性である。いわゆる‘ニーズ’ということである。第二に動機づけの特性がある。つまり患者自身が、自分の健康を何とか良くしていこう

というその動機づけをどの程度持っているかということ。そしてもう一つ、これはロナルド・アンダーソンが呼ぶところの、前提要因である。ただ動機づけというのはつまり、準備要因で、どのように健康保健サービスを使っていくかというその動機づけを持っているかどうかということである。第三に、物理的、労働的、経済的推進要因と障害、これは

実現要因である。家族または地域社会の中にどれだけの資源があって、何らかの健康サービスをどの程度活用できるかという実現要因。そして、アンダーソンのモデルに私もいくつか要素を追加した。それは、特に社会環境における行動に関連した状況的な報酬と罰である。

ヘルスサービス、そして保健行動に関して様々な研究が累積された結果、この4つの予測因子に関して、いくつかの行動が予測できるということがわかった。まず、人口統計学的、社会経済的な特性というのはあまり変えることができない。したがって、私たちの介入の活動またはヘルスプロモーションにおける様々なプログラム、または医療も、あと3つの特性を変えようとするものとなるということである。つまり、変えることができるのは前提、強化、実現要因ということになる。これらが実際活動の中心となり、人々の保健行動に影響を与える元になっていくのである。

予測因子の変化に関する ランダムイズした臨床試験

- ◆前提要因
 - 健康に関する信念、態度、知覚
 - 恐怖、逆効果となる強力な刺激
- ◆実現要因
 - 訓練や実践により増大するスキル
 - 資源：個人、家族、地域
- ◆報酬又は“強化”

長年の間に、多くの臨床試験がなされた。無作為化された臨床試験として、このような予測要因を変えていく様々な臨床試験がなされた。これまで対象としてきたものとして動機、前提要因がある。たとえば健康に関するビリーフや態度、ものの見方、またに影響を与えるようなやり方、また、恐怖は保健行動に大きく影響する刺激であるが、

これは恐怖に対処するために人がすぐに何かを行うことができる時のみ有効である。もし、私たちが前提要因を変えるよう動機づけるために恐怖を使うならば、あることを行えばすぐに恐怖が緩和できるように注意しなければならない。それが上手くいかなければ、人々はさらにコミュニケーションをとろうとしても、その後、自分の行動をなかなか変えようとはしてくれないであろう。恐怖というのが障害になっていくのである。

次に実現要因であるが、たとえば、訓練や実践によって拡大できるようなスキル（技能）、さらに、個人、家族そして地域がもっている資源、これらも実現要因の要素である。それから報酬ないしは強化要因である。これは人々の経験に組み込んでいくことが重要である。新しい行動を試す、たとえば、新しい食事をとる、または禁煙する、ないしはもっときちんと薬を飲むというようなことをすると、それをきちんと行うことによって報酬を受ける。つまり罰則を受ける気がするのではなくて報われたという気持ちになる、このことが強化要因になっていくのである。

これは、ジョンズホプキンス大学で、1970年代初めに私がつくったモデルの基盤にな

った。いくつかの無作為試験において、1970年代において試した。喘息、それから高血圧患者の管理などで試した。これは日本の皆の経験にとっても関連ある試みである。このような慢性疾患、つまり喘息、そして高血圧管理というのは、かなりのセルフケア、それから自己管理が必要とされる。1974年以降、20年掛かり、プリシード、そして今はプリシードプロシードモデルと言われているが、およそ800の発表された研究で調べられている。そして、ホームページ、ブリティッシュコロンビア大学のホームページ、www.ihprubc.ca がホームページのアドレスだが、こちらをインターネットで見ると、プリシードモデルという項目の中に、このようなモデルの新しいグラフィック的な説明が出ており、さらにまた、800の研究におけるプリシードプロシードモデルの検討結果が示されている。そしてそれを見ることは、このモデルを自分たちで適用する上で参考になるのではないかと思う。

では、ヘルスサービスモデルの特定の具体的な事例を紹介する。ヘルスサービスモデルのコミュニケーションにおける問題である。ここでは特にX2、すなわち、医療従事者と患者との間のコミュニケーションに焦点を当てた事例である。まず第一に、コミュニケーションと教育という要素を見る。すなわち、医療従事者はその中で、患者がその健康を決定するもの、すなわち前提、強化、実現要因、さらにまた、健康に影響を与える環境要因に対する個人の、患者自身のコントロールを強化するものである。

ホプキンスの喘息トライアル

- ◆問題: 救命救急センターの利用
- ◆行動上の問題: 症状の発症の初期に投薬ができない
- ◆教育的診断手法: 患者が互いに投薬やERの経験を話す機会を提供する
- ◆教育的診断: 患者は医療スタッフが患者の問題を理解しているかどうか疑わしく思っている

*Green LW, Health Educ Monographs 2:34-74, 1974

まず、喘息のトライアルを行なった。これは、救急救命治療室での問題であった。喘息患者は、何度も何度も救急救命治療室に来診していた。どのように薬を飲むのか、喘息の発作が起きるその初期の段階でちゃんと薬を飲みなさいというふうに言われていても、なかなか上手くなされていない。症状の発症の初期に投薬がきちんとできな

いという患者さんが大変多かったという問題が背景にあった。

そこで私たちは教育的診断を行なった。なぜこういった患者さんが服薬をきちんと行わないのか、症状の初期の段階できちんと服薬をしないのか、その診断を行ったのである。患者にお互いに話をしてもらい、私たちが彼らに対してインタビューをするのではなく、患者同士で話をしてもらい、それを私たちは聞いていた。患者同士で話をしてもらう方が、私たちと話をしてもらうよりも、自分たちの経験をより率直に話してくれると考えたので

ある。患者たちがお互いに話し合っているのを聞いていてわかったことは、患者は医療従事者（ドクターや看護婦たち、救命救急治療室のスタッフ）は、本当に息ができないというのがどういうふうにしんどいのかわかっていないのではないかと考えているということであった。喘息患者は喘息の発作にみまわれると、まったく息ができない。ドクターやナースで喘息になったことがない人達には絶対わからないのではないかとこのように思っていたのである。ドクターや看護婦が、「お薬を飲めば良くなりますよ」と言うことは簡単である。けれども、本当に息ができないという状況に彼らはなつたことがない。そうすると、そういう経験のないドクターや看護婦は、自分たちの苦しみをわからないのではないかとこのように不信感があったのである。

このような問題を解決するためには、ドクターや看護婦に患者ともっと会話をしてもらうというだけでは十分ではないと考えた。患者たちがお互いに話しをする、経験を語り合う、そして、投薬、薬に関して経験があり、さらにまた、自分自身も喘息の経験のある人に話をしてもらう、また彼らと話をする方が効果があるというふうに考えた。

ホプキンスの喘息のトライアル： 方法と結果*

- ◆ 52名の患者をグループ介入への参加、不参加に関し無作為に割り付けた
 - グループリーダーへの指示
 - 介入に関する理論的根拠の確立
- ◆ その後の18週間の結果
 - ER来診が50%減少
 - グループ介入に参加した患者の半数しかERを来診しなかった

* Green L.W. Health Educ Monographs 2:34-74, 1974

そこで、このホプキンス大学での喘息の臨床試験では、以下のようなことを行なった。52名の救命救急治療室にやってきた患者を無作為にグループに分け、グループ討議を行ってもらった。グループリーダーを決め、グループリーダーに私たちは指示を与えた。まず第一に、グループリーダーはそこに静かに座っていること。このグループ

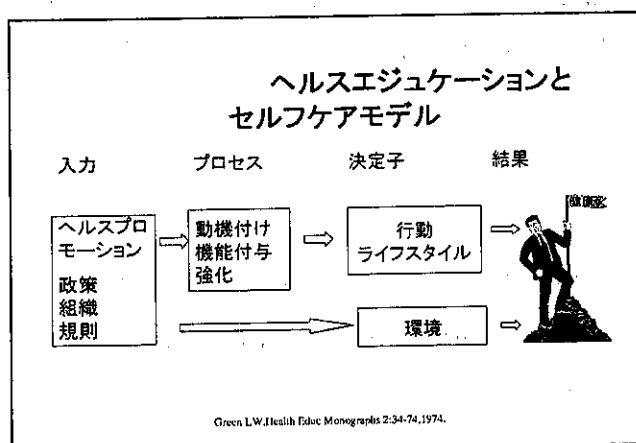
リーダーというのは医学生であった。白い白衣を着て、静かに座っていること。そして、患者同士に話をしてもらうということ。そして、患者がそれぞれ経験談をする。誰かがその薬に関して何かいい経験があったという話をしたときには、グループリーダーである医学生は一生懸命頷いてあげて大きく微笑んであげるとのこと。それをすることによって、グループリーダーである医学生は、きちんと薬を飲んで上手く収まったというその行動を強化できるわけである。つまり、患者たちに、こうしなさい、ああしなさいと直接的な指示をしているのではなく、患者さん自身のこれまでのいい経験を強化していくのである。一方で、ある患者さんが自分の薬に関して、あまりいい経験がなかったという話があったとする、上手くいかなかった、薬が効かなかったということを使ったとする。その場合、グループリーダーである医学生は、頷いたり微笑んだりするのではなく、ただ静かに座つ

て聞いていること。このような介入方法の理論的根拠として、患者というのは、自分が信頼できると思う人たちから何かを聞く、自分たちのことを理解してくれていると思う人から何かの話を聞く必要がある、そのことが重要なわけである。

その後、18週間の結果を見ると、このような教育的経験をもった人たちの救命救急治療室への利用が50%減少した。この18週間に、50%も救急治療室への来診が減少したのである。したがって、1回、患者さんたちに集ってもらい、簡単なサポートグループ討議を行い、医学生であるグループリーダーは、ああしろ、こうしろと指示するのではなくて、良い経験を話された場合には、それに対して静かに頷いて微笑んであげるといっただけで50%も来診が減ったわけである。

日本に関してそのことを考えてみると、このようなことをすると本当に大きな影響が出てくると考えられる。つまり、医療費が大幅に削減できるのではないかとということである。このようなことをやることによって、コスト1に対して効果が7倍も上がるということがわかった。つまり、このようなプログラムをやることに対して1ドルのコストがかかったとして、救急治療室で7ドル節約できるのである。つまり、医療費がそれだけ削減できるということである。このように教育的診断を行った。

そして、‘強化’という要因に着目した。その後、動機づけ、強化、実現要因という要因を加えて、モデルをさらに精緻化していった。生活習慣などが健康の結果にどのように影響を与えるかということである。プリシードのモデルは、以前の調査結果から前提、実現要因を強調していたが、その後慢性疾患に関する調査研究を通じて、強化要因がより重要であることが分かってきた。



そして次に重要なのが、政策や組織、こちらに書いてあるようなことである。政策や法規、または組織要因の重要性である。特に、行動に対する環境の要因、たとえば、労働環境や家における経済環境、または職場や学校での環境、こういったような要因も重要であり、政策、法規、組織要因に関して第2段階の研究がなされた。その結果、

プリシードというモデルが作られていった。

第2のホプキンスの喘息のトライアル*

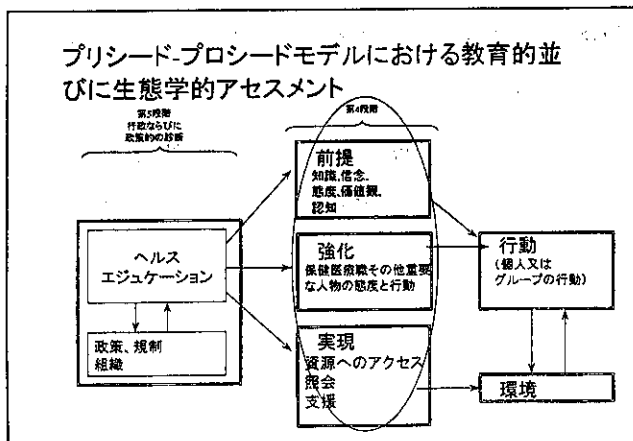
- ◆ 3つの条件に患者を無作為に割り付けた:
 - 喘息のナース、患者にはそのことを知らせる
 - 喘息のナース、患者にはそのことを知らせない
 - 同じ患者教育にナースをナースを配置
- ◆ 結果

*Maiman LA, Green LW, Gibson G, MacKenzie EJ: Education.
For self-treatment by adult asthmatics. JAMA 241:1919, 1979

2つ目のホプキンスにおける喘息トライアルがその結果行われた。一回、患者にお互いに話をしてもらおうということで、この前の喘息のトライアルでは非常に上手くいったが、今度は喘息をもつ看護婦にグループに入ってもらおうことで、同じようないい結果が得られるかどうかということのみてみた。患者さんを無作為に3つのグループ

に分けた。まず一つのグループに対しては、喘息患者のナースを付けた。この看護婦は自分が喘息患者であることを患者さんに話した。2つ目のグループは、やはり看護婦は喘息患者であるが、患者には話さなかった。3つ目のグループ、これは、同じような患者教育を提供するけれども、喘息をもっていない看護婦である。

この試験における結果、喘息をもった看護婦に割り付けられた患者グループは、その救命救急治療室への来診が顕著に削減された。その看護婦が喘息をもっているかもっていないか、患者が知っていても知らなくても、看護婦自身が喘息患者である場合には、より効果的に、患者に話をすることができたのである。そこで、この結果から以下のような結論に至る。つまり、「共感する」という要素である。人々が他の患者の状態を理解しているということである。医学教育、看護教育、さらにまた歯科における教育、さらにまたPTの教育などにおいて重要なことは、患者というのはい体どういう気がするものなのか。たとえば、喘息、または関節炎を病む、または高血圧をもつということが一体本当にどういうことを意味するのか、共感できるかどうか、感受性を持てるかどうかということが非常に医療においては重要だということがわかってきた。



このプリシードモデルが、それぞれのファクター、前提、実現、強化要因がどういったもので構成されているかを知るに従って詳しくなってきた。患者教育を高血圧の自己管理について研究する助成金をいただいたことで、特に詳しい研究をすることができた。プロシードのモデルが、こういっ

た実現要因には患者自身ではコントロールできないものがあるということがわかってきた。実現要因というのは、個人ではコントロールできない。そのためには政策を変える、組織、職場を変える、家庭、法規を変えるということが必要になってくる。生活の条件を変えなければいけない。それが変わって始めて、医療の専門家から受けたアドバイスを実現できるとということがわかってきた。たとえば、高血圧の人が体重を減らし、そして低塩食をとらなければいけない。そのためには、まず、職場のカフェテリア、あるいは自動販売機で売られているものの中身が変わらなければならない。あるいは、家族のサポートがあって初めて食生活を変えることができるということがわかってきた。ヘルスプロモーションとは、健康教育と、そして政策、法規、組織が組み合わさったものだということがわかってきた。

初期は教育中心であり、ヘルスプロモーションを教育中心に行なっていたが、それにプラスして、政策、規制、組織も考えなければいけない。また、これをエコロジカルなオリエンテーションと言っている。個人、組織、家族、そして地域、こういったことを考えて、どういった力が環境の中にあるのかを考え、そしてそれが行動にいかに関与するのかを考えなければならぬ。

また、行動をする人々というのは、環境にも逆に影響を与えることができる。よって、環境要因、健康、行動に注意を払うことにより我々は、人々が環境をコントロールする事を支援することができる。このように、ヘルスプロモーションは、環境と行動の間の相補的な関係になっている。これを考えているのが、プロシードモデルの部分に当たり、それを組み合わせて、プリシード-プロシードとなる。

ホプキンスの高血圧トライアル

- ◆ジョンホプキンス病院の外来における教育的診断
- ◆教育的診断に基づく介入法の構築
 - レジメンを明らかにするための出口面接--実現
 - 患者の自信を付けるための小グループミーティング--準備
 - 家族による自宅訪問--強化

*Green L.W. et al. Preventive Medicine 1976

ジョンズホプキンス大学では、それ以外にもトライアルを行なった。高血圧の臨床試験がその例である。行動と教育の診断をし、どういった要因があって、それが高血圧に関する行動で何が一番重要で、何を変えることができるのかを検討した。まず、教育診断をしてわかったことは、患者はいろいろな薬が出るので、混乱するというこ

である。ここは、大学病院であり有名な大学である。ということは、ドクターは、いろいろな実験プロトコルを次から次へと患者に試す。ですから患者は、いろいろな薬、2つの赤い錠剤を1日2回だと思っていたら、次に3つの緑の錠剤、あるいは青に変わったり、

4回に変わったり、サイズも変わるし、食事の前だったり後だったり飲むタイミングも変わる。このように処方の方法が常に変わるというのが大学病院ということで、一番いい投薬の組み合わせを考えるための実験が行われているということは、患者にとっては混乱が大きかったということがわかった。

ドクターの受診をした後、出口面接をして、まず、どういう薬をどのようにいつ飲むのかということを確認した。これが実現要因に関するものである。もう一つ、教育診断をしてわかったのは、患者たちは、いろいろな養生法をやってきたが自分の血圧をコントロールできなかったことで自信を失っていたこと、自分でコントロールできないという気持ちを持っていることがわかった。これに対処する方法として、小グループのミーティングを行なった。これは先ほどの喘息のものとよく似ているが、患者たちがお互いに話をする。そして、それをサポートするような専門家が一人いて、患者さんの自信が持てるようにする。血圧のコントロールができる、という自信を持てるようにする。これは前提要因と名づけることができる。

3番目にわかったのは、患者が言うには、家で薬を飲もうと思ったら、家族がそれに合わせて食事のあり方を変えてくれないということである。血圧のコントロールをしようにも、家族が食事の面であまり協力してくれないということがわかった。3番目の介入は、保健婦が患者の自宅を訪問し患者の家族に会い、その家族の方が患者のサポートをしていただけのように話をした。家族として患者のために血圧コントロールに何ができると思えますかというような話をする。何かいいアイデアはないでしょうかと。あればそれを書きとめてもらって、そして、それに署名をしてもらうというようなことを行なった。契約を結んだわけである。このような形で私は私の夫、あるいは妻、あるいは両親、祖父母が血圧コントロールできるように協力します、という契約書のようなものを作ってもらった。

主要な血圧コントロールの結果 (コントロールの%の変化)*

◆ 対象群(通常のケア)	◆ +1
◆ 出口面接のみのグループ	◆ +1
◆ 家族サポートのみのグループ	◆ +11
◆ 小グループのみのグループ	◆ +18
◆ 出口面接+小グループ	◆ +13
◆ 家族サポート+小グループ	◆ +13
◆ 出口面接+家族サポート	◆ +10
◆ 3つの介入すべて	◆ +28

* Levine DM, Green LW, Deeds S, et al. Health education for hypertensive patients JAMA 241:1200 1979

このトライアルの結果は、アメリカのメディカルアソシエーションのジャーナルに79年に出ている。非常にプラスの結果が出ている。ファクトリアルデザインで無作為に、患者を8つのグループに割り付けをし、ありとあらゆる3つの先ほどの介入の組み合わせを考えた。まず対象群、これは通常のケア、何もしないということである。2

番目には、出口面接のみのグループであり受診後に面接するだけのグループである。3番