

目は、家族サポートのみのグループであり保健婦が家族を訪問するというグループである。4番目は小グループのみのグループである。それぞれのグループに50名。5番目は、出口面接と小グループディスカッションの組み合わせを受けた患者である。次に家族サポート+小グループを受けた患者。次に、出口面接+家族サポート。そして8番目、3つの介入をすべて受けた患者というふうに分けた。このようなデザインにすることで、すべての組み合わせを分析し、どの組み合わせが一番いいのかをみることができた。

さて、結果だが、これはコントロールのパーセントの変化を見ている。何パーセントの患者が血圧が改善したかということであるが、対象群は1%しかない。また、出口面接のみのグループも1%の患者しか改善していない。次に、家族サポートのみのグループ、11%の患者が血圧状態を改善している。続いて小グループのみのところで18%。次に、出口面接と小グループで、13%。出口面接のみのグループよりはいいが、小グループのみよりは低くなっている。次に家族サポート+小グループで13%。出口面接+家族サポートは10%しか改善しなかった。一方で、3つの介入すべてを受けた患者さんたちは、28%の改善した。

同じ患者さんをあと5年間、フォローアップ（追跡）した。こういった教育を受けたいただいた5年後、血圧コントロールは、行動変化と相関関係があることがわかった。一方で、5年死亡率が54%下がっていることがわかった。無作為で、健康教育についてこのようなトライアルをして公表し、しかも死亡率が下がったという結果が出たのが初めてのものだったと推測される。大きく死亡率が下がっており、1982年には、'American Journal of Public Health' にその結果を発表している。

一般的原則

- ◆ すべての患者に効果的な唯一の方法はなく、またある患者に常に有効な方法もない
 - 他の方法より本質的に常に優れた方法はない、常に状況を考慮に入れる必要がある
 - 患者により適した方法は異なる
 - 方法選択のための診断的アプローチ
- ◆ 行動は準備、実現ならびに強化因子の組み合わせにより影響を受ける

こういったことを基に一般原則を導き出した。まず一つだけの方法で、すべての患者に効果的だというものはないということである。すべての患者に常に効くような唯一の方法というものはない。人々を取り巻く環境は常に変わっており、人々それぞれ違った環境を持っているということを忘れてはならない。すなわち、他の方法よりも

常に本質的にすぐれているという方法はないのである。常に状況に左右され、人々を巡る状況によって変わってくる。前提要因、実現要因、強化要因によって変わってくる。後ほど、診断の原則の話をするが、なぜ教育診断をしなければいけないのか。それはどういっ

た状況に、すなわち前提、強化、実現要因を、患者、あるいは患者集団が持っているかを知らなければいけない。それを知ってはじめて適切な介入が、教育において、政策において、あるいは環境サポートにおいてできるからである。患者を、ドクターが治療する前に診断するわけである。同じことが保健婦にも、あるいは健康教育を行う人にも、政策を変える行政官にも、やはり変える前にその状況を診断する、行動や教育を診断しなければいけない。次に重要なのは、患者によって適した方法は異なるということである。そして3番目、方法を選ぶために診断的なアプローチをとる必要があるということである。

2番目の一般原則だが、ジョンズホプキンス大学のトライアルでわかったように、行動に影響するのは、前提、実現、強化要因の組み合わせだということであるため、どういった要因がどう組み合わせられているかということを考えてプランニングをしていく必要があると考える。

臨床的相互作用に関する レコメンデーション

- ◆ 慢性的状態はその性質上無症状であること並びにコントロールされている状態と治癒の違いを強調する
- ◆ コントロールには生涯にわたる生活習慣とモニタリングが必要であることを指摘する
- ◆ できる限り治療法を簡素化する
- ◆ 治療のゴールを話し合い、進歩の状況や問題について定期的に話し合う

これは、臨床的な相互作用に関する提言である。まず、大抵の慢性疾患というのは症状が無いということを強調する。高血圧であっても自分ではわからないため、自分の気分で、いつ薬を飲んだらいいのか、ケアを受けたらいいのかということがわからない。常に警戒をするということである。糖尿病も同じで、慢性的な状態になってい

ても、自分では症状が無いからわからない。糖尿病の人、高血圧の人、そういった人々が日本でも増えていると聞いている。これは、人口の高齢化に因るものである。まず、症状が無い、無症状であるということを強調しなければならない。また、血圧のコントロールや血糖値のコントロールと、それが治癒するということは違うこと。すなわち、こういった病気は治らないためコントロールしなければいけない。そのことをきちんと伝えなければいけない。そのためにも、そしてその病気のコントロールが重要だということを伝える必要があるであろう。

2番目に、私の方からアドバイスしたいことは、生涯にわたり生活習慣を変えていく必要性である。短期的に変えても駄目である。生涯にわたる生活習慣とモニタリングが必要である。これからずっと自分の状況を管理するという気持ちが必要だと考え、またモニタリングもずっと行う必要がある。定期的に血糖をチェックする、あるいは血圧をチェックすることがずっと必要になるということである。

行動の変化のための 一般的原則*

- ◆ 教育的診断の原則
- ◆ 因子の階層的秩序の原則
- ◆ 累積学習の原則
- ◆ 参加の原則
- ◆ 状況並びに個人の特異性の原則
- ◆ 複数の手法の原則
- ◆ フィードバックの原則

* Green LW, Frankish CJ: Theories and principles of health education applied to asthma Chest 106:219S, 1994

また、治療方法だが、日常行うことであるので環境管理の一環と言えるだろうか、できるだけシンプルな形の治療法にする必要がある。また、こういった問題があるのか、こういったことを患者が目標としているのか定期的に話し合いをする必要があると思う。これらの原則は、患者の行動と治療者の行動の両方に適用できる一般的な原則

になってくる。ドクターあるいは保健婦の方々のご存じと思うが、これまでのことを考えると、皆の行動も、やはり同じような前提、実現、強化要因によって影響を受けている。だから、教育診断の原則、これは、患者の行動を変える場合でも、看護婦やドクターの行動を変える場合でも重要である。

また、こういったものにヒエラルキーがあるということである。まず最初に、前提要因、次に、実現要因、そして3番目に強化要因というようなヒエラルキーがある。これを考えていく必要があるであろう。そして、3番目には、累積的な学習という原則である。患者で慢性病の方は、すでにこれまで何かを学んでいる。他のところからもいろいろなことを常に学び続けているということを考えなければいけない。

一番大きな違いは、これは学校であっても、教室であっても、患者であっても、自分自身が積極的に参加し、そしてこういった行動をとるのか自分で決めること自体、大きな影響がある。自分自ら参加するということ、参加的なやり方で、そして自分がその結果をコントロールしていると、自分で目標を意思決定すること、自分の価値観に基づいて決められるということ、これによって大きなプラスがあると考えられる。介入が上手くいくと考えられる。

次に、状況、あるいは個人がそれぞれ違うという原則である。我々が出すメッセージは、その個々に方が持っている知識や態度、ピリーフ、その他の準備要因に合わせて出さなければならない。それができれば、個々の方の前提要因、強化要因、あるいは実現要因に合わせてメッセージを出せば、それだけ変化を必要とする行動に対して効果を期待することができる。マスコミを利用することに反対しているように聞こえるかもしれない。なぜならマスコミは、個人レベルの情報ではあまり効果がないからである。しかし、強化要因として、マスコミというのは非常に重要だと思うので、マスコミの利用に反対しているわ

けではない。その特徴を考えていこうということである。教育的なメッセージを出す際においては、受け取る側の一人ひとりの価値観に合わせてすべての人に一斉に同じものを出そうという考え方はそぐわないという意味である。

次に、複数の手法を使うということである。すなわち、介入法一つをやるのではなくて、たとえば、前提要因に対応した介入、実現要因に対応した介入、そしてまた、強化要因に的を絞った介入、それを組み合わせて複数使うということ。それからフィードバックの原則というのがある。すなわち、行動をモニタリングしなければいけない。行動がどう変化をしたかをモニタリングする。そして今、こういうふうに行っていますよというフィードバックを与える。今ちゃんとできていますよ、よくできていますよということを伝える。これが報酬であり強化となる。フィードバックの原則、これは教育の中でも明らかにされている。教育研究をみましても、やはりフィードバックを与えることで行動変容が大きく変わってくるということを示されている。

102の研究のメタ解析

- 薬剤の誤用やミスを防ぐための患者教育とカウンセリングに関する実験的RCT研究
- 薬剤のミスが平均40~72%低減、これは標準偏差で0.5に相当
- 臨床成績は23~47%改善
- 患者用のパッケージインサートを除き方法間に有意差なし

さて、こういった原則を実施してから、もう既に、この初期の私がジョンズホプキンスでやった研究から、その10年の間にいろんな研究が行われた。実は102の研究が行われている。それを対象に、その研究のメタ解析、メタ分析を行なった。これは、患者教育やカウンセリングの介入を対象にしている。特に、処方薬のその使い方につ

いての研究を行なった。エラーが、もしくは薬を誤用したことがどれだけ変化したかを見たものである。そうすると、薬の服用のミス、これは患者のカウンセリングをするだけで、大体40%~72%低減するということがわかった。すなわち標準偏差でいうならば、0.5であり実は大きな影響である。医学介入をやっても、薬の服用ミスがあれば、これはあまり効果を持たないことになってしまうため非常に大きな意味を持つ。また臨床成績を見ても、やはり症状の改善、血圧なり、糖尿病、血糖値なりの改善、喘息もしかりである。関節炎の症状もそうである。こういった臨床結果が、実は23%~47%改善したという数字が出ている。

すなわち、こういった大きないろいろな数の研究を見ましたら、こういった違いが出てきたのである。研究と研究の間にはあまり大きな差はなかった。ただ、一つ重要なことがわかってきた。処方薬の中に患者用のパッケージインサートというその服用方法について

記載した紙が入っている。たとえば、この薬はこういった副作用がありますよという副作用が記載されている。これは小さな紙に書かれているため字体を小さくしなければ、たくさんの副作用を羅列できない。そうすると、これは高齢者は読むのが難しいということになる。しかも、パッケージの中（包装の中）に入れるため、さらにそれを折り畳んで入れていた。このパッケージインサートを読めば、患者は薬を服用しないかもしれない。こんな副作用があるのだからやめようと思って飲まないかもしれない。この患者用のパッケージインサートを除いて方法間に優位差はなかった。

どの方法を選ぶかということが大事なのではない。大事なのは正しい方法を、それぞれの患者に応じて適切な方法を選ぶことである。すなわち、患者に合わせて使うべき方法、手法を変えなければいけないということである。教育診断、行動診断をしていくわけである。そして、それを基にデザインをしていく。したがって、研究そのものも、それぞれの教育診断、行動診断に基づいてデザインされているため、結果としては大きく変わらない。それぞれの患者に何を学ぶかということが大事だということを示しているのである。

セルフケアにおける患者の役割の 改善のためのプロトコール

- ◆ 準備要因のアセスメント
 - 患者に動機づけがなされているか
 - ヘルスの信念モデル
- ◆ 実現要因のアセスメント
 - 患者が直面している障害は何か？
- ◆ 強化因子のアセスメント
 - 期待と支援は現実的なものであるか？

*Green, Western Jour Med.1987;147,346-349

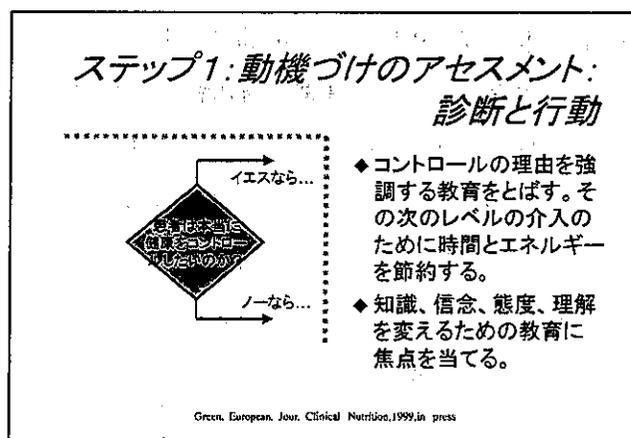
そして、こういったことを、定期的な日常的なプロトコールで実施することが可能だということを述べたい。すなわち、セルフケアにおける患者の役割ということを描きたいのである。このアルゴリズム、プロトコールの第一段階は、前提要因のアセスメントである。この患者、動機づけがあるかどうか、これを患者に質問して明らかに

していかなければいけない。すなわち、これをやることは、こういった行動をとることが自分にとって大事だと患者が信じているかどうかにかかってくる。それから、ヘルスビリーフモデルがどうであるかということも見ていかなければいけない。すなわち、自分の健康をよくしたいということで、それに対して3つの信念が必要である。まず、もし自分が、たとえば慢性疾患、慢性的な状態のリスクファクターをコントロールしなければ、自分がその影響を受けると信じている。それから、その結果、もし自分が自分の状態をコントロールできなければ、その結果は非常に大きなマイナスとなって現れると信じているかどうか。それから、第3点は、恐怖ということである。恐怖は、健康教育において有効な意味をもつ。ただし、その場合、すぐにその恐怖を低減できるような何らかの手段が患者になければならない。なければ、その恐怖は逆にマイナスの作用をもってしまいまう。したが

って患者は、ある行動を、すなわち提言されている処方にしたがって行動すれば、自分にとってマイナスよりもプラスが大きいということを信じていなければならない。この3つの信念が必要である。

次に、実現要因をアセスメントしていく。一体患者はどういった障害に直面しているのか。家庭で、職場で、どういう障害があるのか。たとえば、薬を飲まないとするならば、その薬を飲ませないその障害は何なのか。たとえば、子供が蓋を簡単に空けられないよう、蓋がきっちり閉まるようになっていく薬がある。ところが関節炎の患者さんはやはり手の力が弱いのですから、その蓋を開けるのが難しくなっていて、もう面倒くさいから薬を飲まないでおこうと思っていないかどうか。それから、強化要因のアセスメントも必要である。患者は、プラスのフィードバックやプラスの結果を期待している。と同時に、強化要因のアセスメントの中で患者の期待が現実的なものなのか、それからまた、ライフスタイルを変えるにあたって友人や家族、雇用主からの支援が十分にあるかどうか、そういったこともアセスメントしていく必要がある。

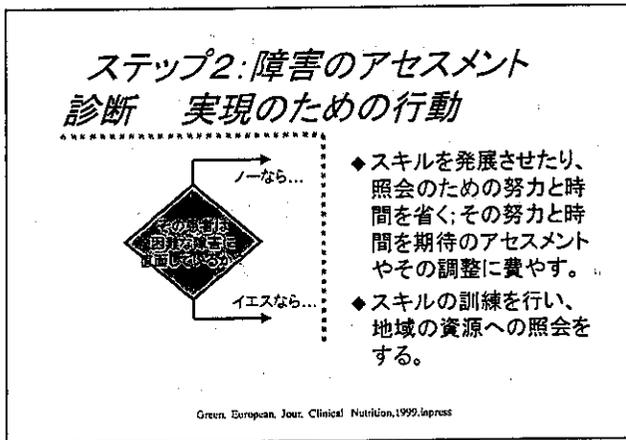
先ほど、私が前のスライドでお見せしたプリシードモデルの組み合わせのヒエラルキー、これをアルゴリズムと呼んでもいいかもしれない。その一般則と、今お話をしていることは同じことである。すなわち、介入をより効果的に応用していくためには、不要な介入は避けた方がいいということである。もう既に患者が、準備ができている、実現できている、そういったものをまた敢えて繰り返す必要はないということである。



そこでこのアルゴリズム、もう一度ステップをたどって見ていきたいと思う。まず動機づけのアセスメントと診断である。すなわち、患者は本当に自分の健康をコントロールしたいのか。これは非常に簡単な質問である。これを、2回、3回、4回、5回と患者に聞かなければいけない。本当に患者は自分の健康に関心があるのか、健康

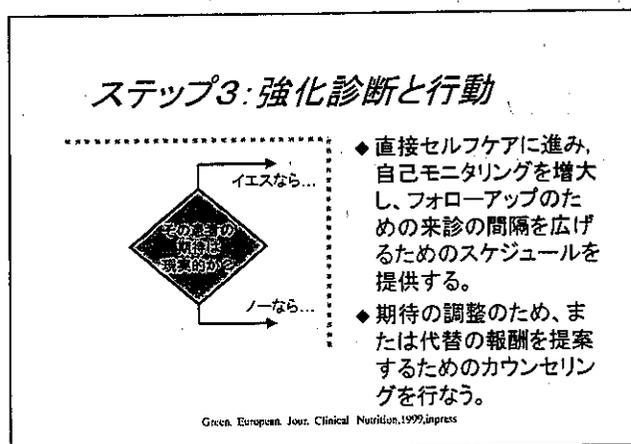
をコントロールしたいと思っているのかどうかをチェックする必要がある。もし答えが「イエス」だったら、コントロールをしなければいけない理由がこれこれですというそれを強調する教育をとばして、次のレベルの介入に時間とエネルギーを割くことができる。もしこの答えが「ノー」ならば、患者の知識、信念、態度、そして理解を変えるための教育に力を注がなければならない。すなわち、まず患者が、自分は健康をコントロールしな

ければいけない、コントロールしなければその結果、マイナスの大きな影響を受ける、ということをお患者が信じるようになっていかなければならない。でなければ、いくらいろいろな薬を出しても、治療をしても、そのコストに見合うだけの結果が得られないのである。



第2番目のステップは、実現要因の中でどういった障害があるかをアセスメントする。このレベルの診断として、その患者は、困難な障害に今直面しているかどうかということをチェックする。答えが「ノー」ならば、ここのレベルの教育をスキップすることができる。すなわち、敢えてわざわざどこかに紹介をしてここのところに対応し

なくても、もし患者がもう障害を持っていないのだったら、次のステップに進んでいいのである。でも、もし患者が何らかの障害に直面している、たとえば、セルフケアなり、周りの人からのケアに何か障害があるとすれば、スキルの訓練を行う、そして、地域の必要な資源（リソース）へ紹介をしなければならない。ステップ2は、すなわち動機づけができていて、その患者がスキルを持っているか、そういった準備要因があるかどうかをみる。もしそれができていないのであれば、スキルの訓練をする。もしくは地域の中に、たとえば、患者のサポートグループ等がある。そういったところに紹介するということをしていかなければならない。

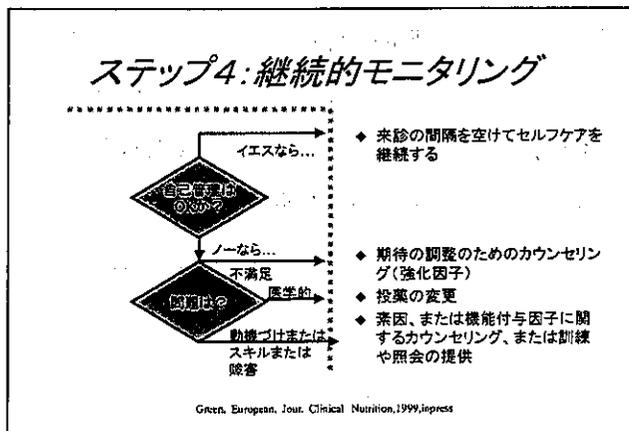


ステップの3は、強化の段階である。ここでもまた簡単な質問を投げかける。その患者は現実的な期待を持っているか、患者の期待度が現実的なものであるかどうかということである。答えが「イエス」ならば、直接セルフケアに進んで自己モニタリングを増大し、フォローアップのための来診の間隔を広げるためのスケジュールを提供し

てあげればよい。だんだん伸ばしていき、だんだん自分でやっていくようにする。医療職のところに来なくても、アドバイスを受けなくても、自分でセルフケアができるような支

援をしていくことである。自分にセルフケアの責任がある、自分で自己モニタリングをしなければいけないという責任を強調する。

しかし、もし患者の期待が非現実的なものであるならば、期待を調整しなくてはならない。とても不可能な期待を持っている患者というのは適切でないため、その期待を現実的な期待に調整していかなければならない。もしくは、代替の報酬を提案するためのカウンセリングを行う必要がある。自分の行動を維持するために他の人からの報酬でもし対応できないのであれば、それにかわる報酬というものを提示する必要がある。期待が現実的であれば、それをさらに進めていく。もし期待が非現実的であれば、やってみただけで自分の期待どおりなかなかならない、だからもうやめたということで、患者はその行動変容を起こさない可能性もある。したがって、期待を調整しなければいけないのである。たとえば、家族のところに行って、雇用主のところに行って、それぞれ家族がどういう形で患者のサポートをするのか、また雇用主はどういう形でサポートするのかという働きかけもしていかなければいけないと考える。



ステップの4は、継続的なモニタリングであり、ここには2つある。まず、自己管理がちゃんとできているかどうか。自己管理ができているか。たとえば、血圧が徐々に徐々に下がってきたか。喘息の症状がコントロールできているか。関節炎のその症状がコントロールできているか。糖尿病の場合には血糖値がコントロールできている

か。もし自己管理ができている、「イエス」というのであれば、これからもセルフケアを続ける。そして来診の間隔をさらにあけていく。答えが「ノー」ならば、すなわち自己管理ができていないとするならば、患者の期待を調整するためのカウンセリングを行う。すなわち、少し強化要因に力を入れる。自分の手にできないその報酬を求めているだろうか、ということをチェックする必要がある。

次に「ノー」ならば、一体どこに問題があるのか。たとえば、患者は、これまで慣れた結果に対して自分は不満だと思っているかもしれない。不満であるならば、やはり期待値が高すぎるということが考えられるので、期待値を下げていかなければならない。もし患者の持っている問題が医学的な問題であるならば、すなわち、たとえば、処方方が違っていた、正しい処方方が与えられていなかったということであるならば、たとえば投薬方法

を変えるとか、投薬量を変えるとか、投薬回数を変えるとか、それからまた、関節炎の患者であれば適切な運動を指導するとか、そうしたところにも含めていかなければならない。

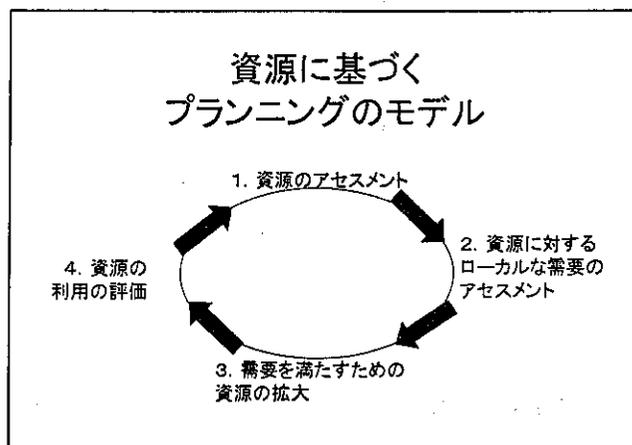
もし問題が動機づけやスキル、もしくは患者が直面している障害にあるならば、もう一度前提要因や実現要因に関するカウンセリングを提供したり、また、他の訓練や地域の資源への照会をしていかなければならない。こういったことを、単純な形でみてきたのでプリシードモデルを非常に効果的なステップに分けていき、これを臨床の現場で応用することが可能である。

自己モニタリングというのは非常に重要である。一番いいモニタリングはやはり自己モニタリングである。したがってステップ4で、患者がその問題をまだ持ちつづけているかどうかということをチェックしなければならない。そして、患者の様々な健康の決定因子へのコントロール力を高めていくことが必要である。これが実はWHOによるヘルスプロモーションの定義であり「人々に健康の決定要因に対するより大きなコントロール力を与えること」、これがヘルスプロモーションの定義である。このようにして明らかにされた問題の性質により、介入方法も違ってくる。

さて、保健婦は地域で家庭訪問をし、たとえば、生活習慣病で治療を受けている患者のところに行くであろう。その時保健婦は、患者の問題、患者がその疾患のコントロール、疾病のコントロールができていないとするならば、一体その原因がどこにあるのかというのを見つけ出す一番いい立場になる。そして、こういった慢性的な状況のコントロール力を高めるための支援をしていく一番いい立場にいるのが実は保健婦である。

さて、ヘルスサービスモデルの中で、このX4とX5は、行動とライフスタイル、そして資源というところだが、そこについて少し述べる。こういったヘルスサービスのモデルの中で、実は最も遅れているのがX4番である。すなわち、社会環境に対する働きかけである。X1やX2以上に遅れているのが実はX4のところである。X3というのは、ちょうど医療職にあったところであり、ここはかなりわかっている。ところが、X4のところ、すなわち、個人の健康に影響を与えている社会要因がどこにあるかと、どういったものであるかということが、また十分にわかっていないのである。臨床の現場を離れたところで、すなわち、国民健康保険の制度を離れたところで一体状況がどういうものであるのか。そこに健康を促すような要因が備わっているだろうか。たとえば、職場の禁煙を進めるような動きがあるだろうか。たとえば、職場のカフェテリアや、また学校の自動販売機の中に、その個人が必要とする健康を高めるための様々な食物が提供されているだろうかということを見ていかなければならない。日常生活の中に、こういった疾病の発症を押さえるような要因が揃っているかどうかを見ていかなければならない。ヘルスプロモーションの中でこういったところに目を向けていかなければいけない。健康を決定する因子がヘルスケア

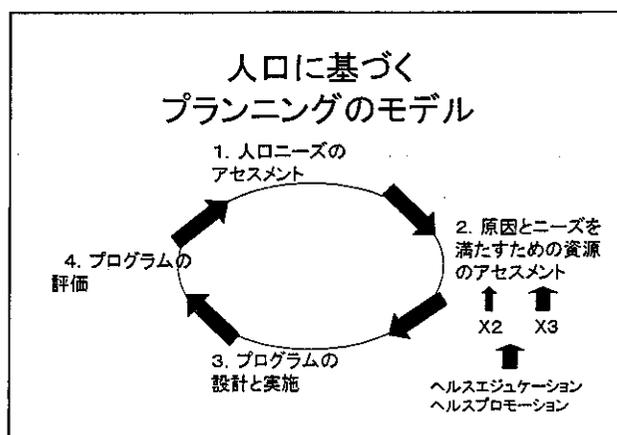
のシステムの外にも備わっているかどうか、それを見ていく必要がある。



ヘルスサービスのモデル中で最も遅れているものとして、ヘルスケアの資源のところが遅れている。なぜかと言うと、コストがかかるからである。資源をベースにしたプランニングのサイクルを生んでしまう原因にもつながっている。説明すると、多くの国で一体何が行われているのかということを見て、医療制度をどう変えようとしているのか、ヘルスケアのシステムをどう変

えているのかというのを見ると、実は、悪循環が起きている。資源をアセスメントする。その資源に対するその地域の需要のアセスメントをする。その後、今度は、その需要を満たすために資源を拡大する。もしくは、資源が十分に活用されていないなら、その資源を十分に活用できるように需要を満たす。たとえば、病院の病床が余っている、では、もっと患者さんを入れようということになる。そして資源の利用の評価をする。これによって、ヘルスケアの、特に医学的なケアのコストはどんどん上がっていくのである。

最近日本でもそうだと聞いている。医療支出がどんどん上がっていることを私は聞いている。なぜか。実は、この悪循環の中に今、はまってしまっているのである。資源をベースにしたプランニングのサイクルを使うことにより、悪循環の中にどっぷり漬かってしまっているのである。資源を満たすために需要を拡大するのか、もしくは、需要を満たすために資源を拡大するのか、いずれにせよコストが上がっていく。

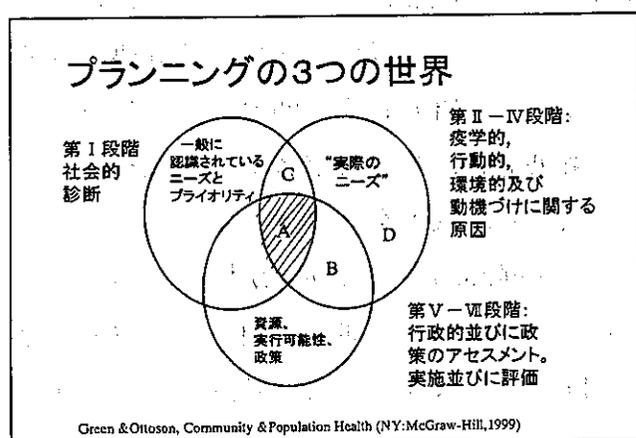


これにかわって私たちが採用できるのは、人口に基づいたプランニングのモデルである。プリシード-プロシードモデルはその一つの例であり、人口をベースにしたプランニングをしようというのが、プリシード-プロシードモデルである。この中ではまず、その地域の人口のニーズをアセスメントする。資源をアセスメントするのではない。資源はまず置

いておいて、その地域の人達が一体どういうニーズを持っているのか、疫学的診断を行なう。すなわち、疾病の分布がどうであるか、また健康状態の分布がどうであるかを調べる。

次に、その原因とニーズを満たすための資源のアセスメントを行う。そしてプログラムを設計し、それを実施する。こういった原因に対してプログラムを設計し、原因に対してプログラムを実施する。そしてプログラムの評価をする。どういう効果を人口全体に対して、人口のニーズに対して及ぼしたかということの評価するのである。こうすることにより、地域の人口の健康度が増えていく。地域の人達が抱えるニーズ、原因を一つずつアプローチすることにより、コストを下げながら健康度を高めることができるのである。

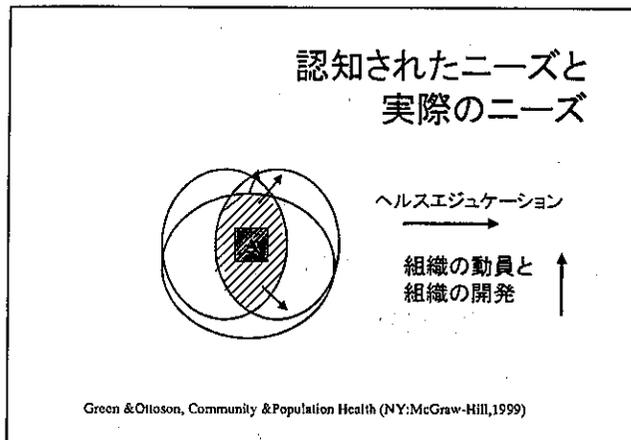
そしてこの中で、健康教育、ヘルスプロモーションということを考えていかなければならない。その中で、患者と、それから臨床家達のその相互作用、関わり、パートナーシップということも見ていかなければいけないのである。地域の健康の問題が何かあるならば、一体その原因は何だろう。ひょっとしたらそれは、ヘルスケアシステムの外にあるかもしれない。ヘルスケアのシステムの中では見えてこない原因があるかもしれない。それを見ていかなければならないのである。



これは、プランニングの3つの世界、プランニングの3つの視点である。まず最初に、一般住民が認識しているニーズとプライオリティというものがある。一般の人達の思考というのがある。それから次に、“実際のニーズ”、ここの実際のニーズというのを括弧を付けている。「実際」というのは、我々、その医療職としての専門知識

から見た実際のニーズである。ただ、それと一般の人の認識との間にはズレがあるかもしれない。実際のニーズは何なのかということ、疫学診断、行動診断、環境診断、動機づけの診断、そして問題の原因のアセスメントをすることで、実際のニーズが何であることを明らかにしていく。それから第3番目に、政治家や行政官、意思決定者、たとえば、市長、市議会、町長、町議会、そういった人達が見た実現可能性は何なのか。政策面でどれだけのサポートがしていけるのかということである。これから日本の国民健康保険にとって資源をかえていくことはたやすいことではない。なぜなら、人口が高齢化していくと、医療に対する需要というのも変わってくる。このまま放っておけば、すなわち、資源をベースにしたプランニングのサイクルにどっぷり漬かっていると、医療費はどんどん増えていくだけである。したがって、実際にその人達、そこに住む人達の観点は何か。実際のニーズは何なのか。そして、政策として、資源として持っていることとすり合わせた上で一体何ができるのかを見ていかなければならない。この3つの円が重なりあっていると

ころ、ここが最も効果的な行動がとれるところである。ここの部分でプログラムを組めば、最も大きな効果が期待できる。



そしてさらに、この3つの円が離れているのではなく、できるだけこの円が収斂するように、すなわち一つの円になっていくように努力をしていかなければならない。そのためには、健康教育が必要である。健康教育をする、そうすることによって、この左上にあった円が右下へと下りてくる。右上にあった円は左下に下りてくる。下に

あった円は上に上がっていく。こうすることで円が重なり合い、専門家から見た観点を住民の認識と近づけることができる。住民の認識も専門家の観点到近づけていくためには研究をする。そしてその中で、一般の人にも参加してもらう。一般住民が抱える健康に対するニーズが何なのか、それをアセスメントする中で、単に研究者や専門家だけがやるのではなくて、一般市民の参加も得る。そしてまた政策決定者、意思決定者にも参加をしてもらう。下にあった円、すなわち意思決定者の、行政官の、政治家の円を上を上げていく。様々な諸機関の、また部門間の協力も必要であり、保健部門と教育部門が協力する、保健所と学校が協力する。保健所が職場と協力をする。そうすれば、他の部門からの協力も増えてくる。そうすれば、資源をその地域の人達の持つヘルスのニーズに傾注することができる。

最後に、こういった地域のいろいろな職種の動員をするだけではない、組織の開発をしていく、そうすることで真のニーズに資源が投入できるようにしていかなければならない。こういうふうにして3つの円が一つの円へと近づいていけば、効果は大きくなるわけである。プリシード-プロシードモデルやプランニングとアセスメントのモデルを使って、これを近づけていく。そうすれば日本の国民健康保険制度、カナダの健康保険制度というものが非常に良い形に変わっていくであろう。そして、それが上手くいけば、アメリカでも真の健康保険の制度が導入できていくのではないかと私は考えている。

セルフケアにおける患者の役割の改善のためのプロトコール

- ◆ 準備要因のアセスメント
 - 患者に動機づけがなされているか
 - ヘルスの信念モデル
- ◆ 実現要因のアセスメント
 - 患者が直面している障害は何か？
- ◆ 強化因子のアセスメント
 - 期待と支援は現実的なものであるか？

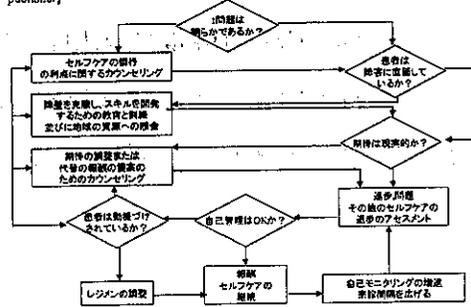
*Green, Western Jour Med, 1987; 147, 346-349

さて、最後になるが、一体この医療の制度の中で、患者のセルフケアにおける役割を改善するために何ができるのかということをもう一度まとめてみる。前提要因のアセスメントをすることである。患者に動機づけがあるのかどうか。ヘルスピリーフモデルを応用してチェックする。実現要因のアセスメントとしては、一体患者はどうい

う障害に直面しているのだろうかということを見ていかなければならない。そして強化要因のアセスメントをする。患者の持つ期待値が、そして支援が現実的なものであるかどうかを見る。セルフケアにおける患者の役割を強化するためには、やはり人口をベースにしたプランニングサークルを導入しなければいけない。資源をベースにしたプランニングのサイクルではこれではできない。個々の個人のニーズ、個々の施設のニーズではなく、その人口が持つニーズは一体何なのかというところに目を向けていく必要がある。

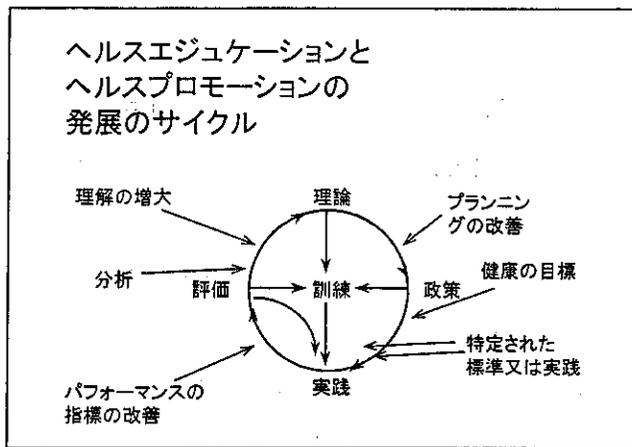
患者教育又はセルフケアにおけるアセスメント、機能付与並びに強化因子の選別アルゴリズム

[Adapted From L. W. Green, West J. Med. 147(1987): 346-9; printed by permission of the publisher]



このプロトコール、部分を一つにまとめるとこういう状況になる。これは一つのアルゴリズムだが、これを部分的に分けて説明をした。これを段階的なケア、もしくはトリアージのアプローチ、すなわち、選別のためのアルゴリズムと呼べるかもしれない。これを使うことにより、継続的なヘルスプロモーションのための統合されたシ

ステムを構築することが可能である。患者、そして慢性疾患を持つ人達を地域全体でとらえていく必要があると同時に、地域全体の健康度を高めるためのシステムを構築していかなければならない。



最後に、日本は、アメリカ、カナダの、そしてヨーロッパ諸国、オーストラリアの経験を基に、健康教育の科学をもっと体系的に発展させていけるのではないかと考えている。まず、評価をする。今実際に行われているプログラムや実践の評価をする。その評価によって理論も改善するであろうし、また、評価の結果、実際の現場へのフ

ィードバックが与えられるということもあるであろう。よりよい分析をする。そして今何が行われているかということの理解を増すことによって、より優れた理論を構築することができる。理論を一般化することによって社会へ応用することができるが、中には非常に日本に特異的な理論も生まれてくるかと考える。理論が改善すれば、それに基づく政策も改善する。行政官に対して、また、政策決定者に対して、プランニングをこのように改善したいという訴え、説得力を高めることができるであろう。そしてまた、現実的な、そして数値化できるような目標を設定できる。そしてそれを、標準化された実践によって評価していく。パフォーマンスの指標の改善もできるであろう。また評価によって訓練もよくなるし、理論によってまた訓練もよくなるし、政策によっても訓練がよくなる。そして訓練が改善すれば、実践もさらに高まる。これは発展のサイクルである。

ヘルスプロモーションと健康教育、そして、最終的には、人口全体の健康度を高めるための発展のサイクルである。すべてが、エビデンスベースとの実践の現場で応用されていかなければいけない。社会行動科学も応用する、そしてそれを実践していかなければならない。患者教育から地域の健康教育へ、そしてそれをさらに政策や組織の開発へと進めていく必要がある。

日本でのご成功をお祈りしている。というのは、日本には、大きな潜在的な可能性があると思うからである。もう皆さんがすでに享受している健康のレベルというのはすばらしいものがあるかと思う。日本は長寿国であり他の国よりも日本の平均寿命は長い。ただ、これからも人口の高齢化は進んでいくため、皆さんに与えられた課題というのはこれからも大きなものとなっていくであろう。今日の話が皆様の何かの参考になればと思っている。

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1回 班会議 検討結果

- 1 米国におけるマネジド・ケアに関する研究について
- 2 質疑応答
- 3 今後の研究計画について

MANAGED CARE INDEX - マネージドケア インデックス

Administrative Costs - アドミニストレイティブ コスト

- ・管理コスト

有効利用評価、保険販売活動、医療保険代行、保険外交員の歩合、掛金徴収、請求処理、保険者利益、品質保証計画、リスク管理等に関わる費用。

Adverse Selection - アドヴァース セレクション

- ・逆選択

一定のグループ、または個々のプログラムの申し込み者の中で、健康を損ねた人達、または平均以上に医療手当てを利用しがちな人達が、多数で、ディダクティブルが少ないプランに入会する傾向。

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) - エーエイチシーピーアール

- ・医療政策及び調査機関

医療サービスの品質、適切性、効率性等の向上を任務とする公衆衛生局業務機関。

Ambulatory Care - アンビュラトリイケア

- ・外来通院医療

外来本位の医療サービス。入院の必要はない。外来医療センター、病院の外来部、開業医、在宅医療サービス等がこの部類に入る。

Beneficiary - ベネフィシャリイ

- ・保険受給者

保険契約に従い、保険給付金を受けている者、またはそれを受ける資格のある者。医療保険給付も、この中に含まれる。

Benefit Payment Schedule - ベネフィット ペイメント スケジュール

- ・給付金支払いスケジュール

保険プランがカバーする医療サービスに対して支払われる、金額のリスト。

Capitation - キャピテーション

- ・保険配当金

マネージドケアのプランが、一定期間中の患者の治療費を、固定額として医療提供者に支払う制度。供給者に対し、割当金超過額の償還はない。歩合は会員全員に対し固定されるか、または実際の医療資源利用計画に基づき、会員の年齢や性別によって調節される。

Case Management - ケース マネージメント・事例管理

医師、看護婦、指定医療専門職が管理する、全医療関連事の事例処理。医師のケース マネージャーは、コンサルタント、専門医、病院、補助的医療提供やサービス等へ適切な照会をして、指定医療機関の管理をする。事例管理は、融通がきかない断片的な治療、そして医療施設や医療資源の重複投資を回避し、サービスの連続性とアクセス性の確保を目的としている。またより一層適切なサービスを提供し、徐々に患者のニーズにそうように努める。

Claims Review - クレイズ リビュー

- ・請求調査

償還前に、入会者の医療請求を再調査する方法。供給されたサービスが医学的に妥当であるか、またサービスの所用費が高過ぎないかを確認するのを目的とする。

Closed Panel - クローズド パネル

- ・制限グループ

医療サービスは、HMO所有の医療センターか付属診療所で、HMOだけの診察をする、特別に構成された医療グループ(法的には別れている)に属する医師によって行なわれる。これは通常グループ型HMOかスタッフ型HMOのことを示す。

Coinsurance - コインシュランス

- ・共同保険

健康保険契約の費用分担義務で、被保険者は、保険がカバーする治療費の一部、または何パーセントかを負担すると規定されている。ディダクティブが支払われた後、この規定は治療費の残額の何割かを、通常は20%、被保険者に支払わせる。

Community Rating - コミュニティ レイティング

- ・地域社会評価

個々の病歴や、医療サービスの利用傾向等を考慮せず、一定地域の全住民の平均医療コストに基づいて、保険料を決定する。

Concurrent Review - コンカレント リビュー

- ・同時調査

直接治療に携わっていない医療専門職(通常は看護婦)による手術や入院に関する調査。

Coordination of Benefits (COB) - シー オー बी

- ・給付調整

請求者が二つ、またはそれ以上のグループ保険プランでカバーされている場合、第三支払い者はこの規定と手順に従い、他の支払い者に払う金額を決定する。

Co-payment - コ・ペイメント

- ・共同支払い

一種の費用分担制度で、被保険者、ないし保険購入者が、通常、サービスを受ける度に固定額を支払い、第三支払い者が残額の一部を償還する。

Cost Sharing - コスト シェアリング

- ・費用分担

一般収支調停で、消費者は診察前か加療中、またはそのどちらの場合も、私費払いをしなければならない。また費用分担は、被保険者が健康保険会社に、毎月掛け金の一部を払う時にも出て来る。

Cost Shifting - コスト シフティング

- ・費用移転

一部の患者の支払不足額を埋め合わせるために、他のグループの患者に、割増し料金を請求すること。よくある例は、メディケイド、またはメディケアからの支払い不足額の埋め合わせのために、民間保険の患者に割増し料金を請求すること。

Credentialling - クリデンシャリング

- ・資格制度

訓練、経験、実技能力等、臨床学的特権の判定基準に達しているかを確認するのを目的とする、開業医の資格評価過程。

Deductible - ディダクティブ

- ・差し引き額

保険者が付加請求の償還をする前に、保険購入者が負担しなければならない私費。

Diagnosis-related groups (DRG) - ディー アール ジー

- ・ 診断関係グループ

メディケアやその他の保険者が使う方法で、診断と治療に従って病気を区別する。メディケアの入院患者にかかる全運営費用は事前に決定され、固定額、または各DRGの既定額に応じ、ケース毎に支払われる。

Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT) -

イー ビー エス ディー ティー

- ・ 早期及び定期的スクリーニング、診断、及び治療

EPSDTプログラムは、21才以下の受診者の身体的欠陥、または精神的欠陥のスクリーニングと診断サービスをカバーすると同時に、発見された全ての欠陥障害や慢性疾患の治療と更生のために、治療的医療やその他の対策等もカバーする。

Employee Retirement Income Security Act (ERISA) - イー アール アイ エス エイ

- ・ 従業員年金所得安全保証条約

ERISAは自己健康保険プランを、健康保険を統治する州の法律から免除する。その中にはリスク合同基金への寄付、病気に対する差別待遇禁止、そしてその他の州健康法改正等も含まれる。

Exclusions - エクスクルージョンズ

- ・ 除外

特殊な人物、団体、地域、不動産、あるいは危険性のあるものに対し、保障を拒否する保険契約条項。

Exclusive Provider Organization (EPO) - イー पी オー

- ・ 独占医療供給団体

PPOに類似した管理医療団体で、医師に対し保険会社からの配当金はないが、患者はネットワークの医師による医療ケアだけしか選べない。患者がネットワーク外の医師を選ぶ場合は、患者への治療所用費の償還はない。

Exclusivity Clause - エクスクルーシビティ クローズ

- ・ 独占条項

契約の一部で、医師が他の管理医療団体(HMO, PPO, IPA, etc.)と契約を結ぶ事を禁ずる。

Experience Rating - エクスペリエンス レイティング

- ・ 経歴評価

保険会社が保険申込者の病歴を調べ、個々あるいは団体のリスクを評価する制度。

Federally Qualified HMOs - フェデラリー クオリファイド エイチ エム オーズ

- ・ 連邦認可HMO

消費者を守ることを目的とした一定の連邦契約規定を満たすHMO。例えば、広範囲に渡り、基本的な医療サービスを供給する、経済的支払い能力が保証されている、医療品質が監視されている等。HMOは連邦政府に資格認可の申し込みをしなければならない。認可手続きは米国医療財政管理局(HCFA)、米国保健・人的サービス局(DHHS)で執行される。

Fee Disclosure - フィー ディスクロージャー

- ・ 料金公表

医師、そして介護者が治療を始める前に、患者と料金について話し合うこと。

Fee-for-service - フィー・フォー・サーヴィス

- ・ 療養費支払い

患者が診察後に医師、病院、その他の医療供給者に料金を払い、その後保健会社や政府に請求する伝統的な支払い制度。

Fee Schedule - フィー スケジュール

- ・料金支払いスケジュール

保険会社や政府が、療養費支払い式で医師、病院、その他の医療供給者に償還する時に使う、料金総括リスト

Fiscal Intermediary - フィスカル インターメディアリ

- ・会計仲介者

サービス供給者と契約し、償還請求処理をする代行者(例えばBlue Cross)。会計関係の処理の他に、顧問的サービスを提供したり、または供給者との連絡の中心部となり、供給者の必要に応じ会計監査をすることもある。

Formulary - フォーミュラリ

- ・処方書

治療上最も有益、かつ費用効率的と思われる、選り抜かれた調合薬とその適用量のリスト。組織団体は、しばしば薬学・治療学委員会の後援下で処方書を作成する。HMOの場合、医師はその処方書から薬を処方するよう要請されることが多い。

Gatekeeper - ゲイトキーパー

- ・門番

あらゆる面で患者の健康管理、調整に携わるプライマリケア医。患者に特別な医療の照会が必要な場合、また入院が必要な場合、非常事態でない限り、ゲイトキーパーは事前許可を取らなければならない。

Group Insurance - グループ インシュランス

- ・グループ保険

従業員(とその扶養家族)グループが、同一の契約でカバーされている保険契約、もしくは医療サービス契約で、雇用主やその他の企業団体によって発行される。

Group Model HMO - グループ モデル エイチ エム オー

- ・グループ型HMO

HMO会員の治療のために、多様専門医療グループと契約を結んだHMO；会員はネットワーク外の医師への照会がない限り、グループ内の医師から医療ケアを受けるよう要請される。

Inpatient Services - インペイシエント サービス

- ・入院サービス

病院の入院サービスとは、宿泊と食事、看護とそれに関連したサービス、診断と治療サービス、内科及び外科サービス等、病院が患者に供給するモノと医療サービスである。

Health Maintenance Organization (HMO) - エイチ エム オー

- ・健康管理機関

HMOは病院と医師の両者に、前払いで総括医療保障を提供する。HMOは医療供給者(医師、病院、その他の医療専門職)と契約を結び、会員は全医療サービスを、HMO参加医から受けるよう要請される。会員は特定期間に入会する。HMOの種類にはスタッフ、グループ、ネットワーク、IPAがある。(詳細はstaff model, group model, network model, IPA modelを参照)

Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) - エイチ イー ディー アイ エス

- ・保険プランの雇用主データと情報セット

雇用主への、保険プランのデータ報告を画一するために設計された、一組の業績評価。現在HEDISは保険プランの業績に関し、五大領域を評価している：品質、アクセスと患者の満足度、会員数と利用度、財政、保険プラン管理に関する記述情報。