

協働実行グループ

- 同種の患者集団に対して提供されるケアのパターンやスタンダードに関わる、各部門や分野の臨床リーダー達によって構成されるチーム
- このチームは通常、パスウェイ作成グループで構成される

協働実行グループ



- 実施をサポートする
- データの再検討(1ヶ月~3ヶ月に1度)
- 業務改訂の先導
- 変化のための教育

協働実行グループは、以下のものを
転換させる...

- データを情報に
- 情報を知識に
- 知識を実務に
- 実務はさらなるデータを生み出す!



臨床管理は



- 組織における規範、価値体系を、各患者に対する各部門の直接ケア業務に適用されるように方向付ける

最も難しいのは、
合併症の管理である

- 糖尿病
- 慢性的な呼吸器疾患
- 認知欠損
- 既知、あるいは未知の物質乱用
- 肥満
- 機能していない家族



これらの複雑な患者に
必要なものは何か？

- よく修正されたパスウェイ
- 経験豊かなスタッフ
- 良好に機能しているチーム



Variance Data Must be Put In Context with Other Data

- Length of Stay
- Readmission rates (national rate=6-8%)
- Satisfaction (ex:Picker, Press-Ganey, Parkside)
- Functional outcomes over time (SF12: return to work, presence of depression, able to resume household chores, pain)



Benchmarks

- Healthgrades.com
- QI Project.org



Total Joint Replacement: Infection Rate

- Hip infections
 - National=1.4%
 - 1996=2.5%
 - 1998=1.5%
- Knee infection
 - National=1.18%
 - 1996=6.7%
 - 1998=6.4%



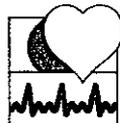
Displayed on Value Compass

- Clinical (including critical indicators)
- Functional over time
- Financial
- Satisfaction



Example: AMI (heart attack)

- | <u>Hospital</u> | <u>Comparator</u> |
|---|-------------------|
| • Length of Stay=4.5 | • 5.2 days |
| • Total Charges/case=\$16,198 | • \$12,545 |
| • Readmissions within 30 days=5.95% | • 6.80% |
| • Discharge prescription for aspirin=100% | • 100% |



Time to Thrombolytics=30min.goal

- <1-30min=6/20pts
- 31-45 min=8/20pts
- 46-60 min=2/20pts
- >60 min=4/20pts
- American College of Cardiologists national average=39.5 minutes



ヴァリアンスデータは他のデータと関連させておかなければならない

- 在院期間
- 再入院率(国全体では6-8%)
- 満足度(例: Picker, Press-Gaoney, Parkside)
- 時を経た後の機能状態のアウトカム(SF12: 仕事への復帰、抑うつが存在、家事の再開)



ベンチマーク(基準)



- Healthgrades.com
- QI Project.org

全関節置換術: 感染率

- | | |
|-------------|---------------|
| • 股関節感染 | • 国全体 = 1.4% |
| • 1996=2.5% | |
| • 1998=1.5% | |
| • 膝関節感染 | • 国全体 = 1.18% |
| • 1996=6.7% | |
| • 1998=6.4% | |



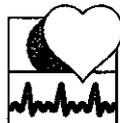
評価コンパスに表示

- 臨床的評価(クリティカル・インジケーターも含む)
- 時を経た後の機能状態評価
- 経済的評価
- 満足度評価



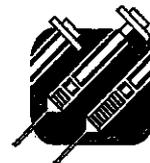
例: 急性心筋梗塞(心臓発作)

- | 病院 | 比較対照 |
|--------------------------|------------|
| • 在院日数=4.5 | • 5.2 days |
| • ケースあたりの合計請求額= \$16,198 | • \$12,545 |
| • 30日以内の再入院率=5.95% | • 6.80% |
| • アスピリンの退院時処方= 100% | • 100% |

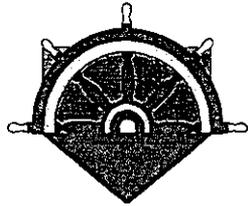


血栓溶解剤投与までの時間= 目標30分

- | | |
|----------------|-------------------------|
| • <1-30分=6/20例 | • アメリカ心臓病学研究所全国平均=39.5分 |
| • 31-45分=8/20例 | |
| • 46-60分=2/20例 | |
| • >60分=4/20例 | |



Value Compass can be displayed at four levels to steer your ship



- Individual
- Casetype (all C-section)
- Broad specialty (I.e. all obstetrics or all women's health, inpatient and outpatient)
- Administrative

Some improvements are rapid

- More raised toilet seats for orthopedic patients
- Copies of ultrasound to new parents
- Increased attention to skin, nutrition, and mobility for geriatric patients



Some improvements take a long time

- Those that require major investments in equipment, time, changing habits or convenience



Longer-term improvements

- Those that require a shift of responsibility from one department to another, such as having nurses do swallow evaluations for people who have had cerebral vascular accidents (Stroke)



Tips for Success

- Emphasize the improvement potential of using pathways without making people feel they are doing a bad job now

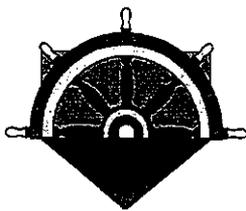


More Tips

- It is always better to include more people than you think are necessary in the writing group and the collaborative practice group



評価コンパスは、4つの次元で表示することができる



- 個人
- ケースタイプ (全ての帝王切開ケース)
- おおまかな分類 (例、全ての産科または婦人科ケース、入院と外来)
- 管理

迅速な改善もあれば

- 整形外科患者の便座はもっと高く
- 超音波画像写真を新しく親となる人々へ
- 高齢患者の皮膚、栄養、移動などにもっと注意を



時間のかかる改善もある

- 設備、時間に大きな投入が必要だったり、習慣や便利さに変化をもたらすもの



長期の改善

- ある部門から別の部門へと責任の所在が移るような改善。たとえば脳血管発作(脳卒中)を起こした人の嚥下の評価を看護婦にさせるなど



成功のためのヒント

- 今の仕事のやり方が悪いという気持ちを抱かせないようにして、パスを使用時の改善可能性を強調する



さらなるヒント

- あなたが必要だと感じる人数よりもっと多くの人を作成グループや協働実行グループに入れると良い



More Tips

- Teach everybody what the critical indicators are for, and what to do when they do not occur



More tips



- Use inclusion and exclusion criteria
- Use staging of disease, such as New York Association Functional Classification criteria:<http://cpmcrd.med.columbia.edu>

More Tips

- Give the Collaborative Practice Groups an easy way to get feedback to all the staff



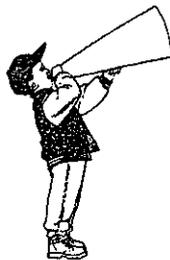
More Tips

- Feedback should be about the Value Compass and the positive changes made
- It should also include the plans for future improvements



Feedback ideas

- Newsletter
- Storyboards
- Articles



Hospital Joins Community in Performance Improvement

- Programs of Care: Diabetes, Oncology, Cardiovascular, Psychiatry-Mental Health, etc.
- Organized between public health, community services, and hospital
- Clinical Pathway extends across sites

さらなるヒント

- クリティカル・インジケーターは何のためにあるのか、そして、それが出現しないときにはどうすべきなのかを全員に教える



さらなるヒント



- 包含基準と除外基準を用いる
- 病気のステージ(段階)分類を用いる。例えば New York Association Functional Classification criteria:
<http://cpmcrd.med.columbia.edu>

さらなるヒント

- 協働実行グループが簡単に、全スタッフにフィードバックすることができるような方法を考える



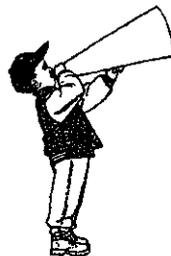
さらなるヒント

- 評価コンパスや、生じた良い変化についてフィードバックする
- フィードバックには今後の改善についても含ませるべきである



フィードバック案

- ニュースレター
- パネル表示
- 記事



パフォーマンス向上において 病院が地域に参加する

- ケアプログラム: 糖尿病、癌、心血管疾患、精神科・メンタルヘルス等
- 公衆衛生、地域サービス、そして病院が組織化される
- クリニカルパスウェイは場所を越えて広がる

Examples of Improvements in Clinical Integration

- Increased, earlier use of Hospice
- New programs, such as polypharmacy and Wound Management
- Providing patients with glucometers, scales

Strategies Extend to Disease Management

- Began with pharmaceutical companies for CHF, Asthma, Cystic Fibrosis, Diabetes, etc.
- Goal: to maintain at highest level of functioning possible



Disease Management

- Includes ongoing education for self-care, regular monitoring by doctors and nurses
- Will include the Internet, especially disease-specific sites, such as for Hepatitis C



The Truth

- Clinical Pathways are a “high maintenance” change----
- More like having a pet dog than a cat or a turtle



Hospitals transformed by pathways are already committed to quality



- Administrative leaders
- Knowledge leaders
- High standards of care
- The patient’s journey and a healing experience are the top priority

Good News!

- Every hospital has leaders....
- Some need to be given a chance to shine!



臨床統合における改善例

- ホスピス利用の増加、利用の早期化
- 多剤投与や傷の管理などの新しいプログラム
- 患者に糖測定器、秤を提供する

疾病管理へと広がる戦略

- 鬱血性心不全、喘息、嚢胞性線維症、糖尿病等に関しては製薬会社と始まっている
- 目標: その状態における最高レベルの機能状態を保つこと



疾病管理

- セルフケアのための継続的な教育と、医師や看護職による定期的な観察も含まれる
- ここにはインターネット、特に例えばC型肝炎などの、疾患専門サイトも含まれる



真相

- クリニカルパスウェイは高度の維持管理が必要となるような変化であり---
- ペットで言うならば、猫や亀よりも、犬を飼うというような感じである



パスウェイによって機能を変容させた病院は、すでにクオリティーを約束されています



- 管理リーダー
- 知識リーダー
- 高いスタンダードのケア
- 患者の行程と治療経験が最優先事項である

グッドニュース！

- どの病院にもリーダーはいます....
- 輝くチャンスが必要な人もいます！



Conclusion: Have High Expectations

- Greatest outcome with the least cost
- Increased control, participation, and cooperation from patients and families
- More cooperation between departments
- Creative solutions



Thank you!

1. 招聘外国人研究者

指名・職名 ブリット・インガー・セーブマン 准教授
所属 (スウェーデン) カルマール大学 健康行動科学学科

2. 対象研究課題

スウェーデンにおけるクリニカル・パス方法導入とその効果研究

3. 受入先

1) 受入先機関

ア 名称：東京医科歯科大学医学部保健衛生学科
イ 所在地：東京都文京区湯島 1-5-45

2) 受入研究者

ア 氏名：阿部 俊子
イ 職名：助教授

4. 招聘期間

平成13年1月22日～平成13年2月1日（11日間）

5. 研究活動の概要

<はじめに>

スウェーデンは、65歳以上の高齢者が激増した国として知られているが、特に高齢者たちの生活基盤作りを社会保障政策をとって試み、その水準と安定度の高い生活は国際間においても定評がある。医療体系については、かつて自活が困難になりだした高齢者達は、施設かあるいは病院で寝かされたまま、放置されるということが1960年代半ばまで続いていた。しかし、地域ごとの診療所設置を急ぎ、病院は高度医療に専念する体制に変えた。次に治療・看護制度と生活対策制度を分離し、行政の責任所在を明確にした。さらに1992年から1994年の間に実施されたエーデルリフォームにより、社会保障は地域へシフトし、行政システムの見直し、コストパフォーマンス原理の採用などが行われるようになった。サービスの拠点は病院や施設であったのが、これを機会に在宅と地域で生活を継続する努力がされるようになった。現在の医療体制として地域医療行政とナーシングホームは、ランドゥスティング(県)からコミューン(市町村)に移された形になっており、またホームドクター制が導入されることによって、ランドゥスティングは高度医療に専念することになった。また、コミューンは、医療や看護に関する最高責任者となるマース(MAS:医療責任看護婦)を任命し、地域住民の医療、看護、介護、そして保健が適正に実施されている

任看護婦)を任命し、地域住民の医療。看護、介護、そして保健が適正に実施されているか否かを監視し、時に医師に対して摘発通告する権限が与えられている。

これらの背景からもわかるように、スウェーデンでは特に地域へ医療をシフトする基盤があったため、継続医療の視点からのアプローチが促進している。地域においてより良い生活を送るために交通機関や道路、建物の内部などが非常に整備されていることは世界的に有名なことである。地域医療を推進することと行政の役割がコミュニケーションにシフトすることによって、病院では入院期間の短縮が可能となってきている。病院における高度医療に関する研究では、1990年前半よりその効果的な管理体制に注目されるようになってきた。

これらの研究背景を踏まえた上で、研究的な視点からスウェーデンにおいてクリニカル・パス法がどのように導入されていくのか、その効果に関する内容を紹介する。

1) クリニカル・パス法に関連する研究動向

1990年代に導入された医療費抑制政策により、病院医療費については、その効果が認められている。しかし、外来医療費と薬剤費に関してはこの間も上昇継続に歯止めがかかっていない。このために政府は薬剤費の抑制のために種々の改革を行ってきている。スウェーデンではクリニカル・パス法として、アメリカに見られるようなシートを利用する方法ではなく、患者や利用者への効果的な介入方法の一部として標準化をすべき部分が強調されている。資料に見られるように、薬剤に関する研究は、スウェーデンの薬剤事情に基づいており、効果的な介入の方法について、薬剤の種類や内容を変化させることによって患者への利益が変化するかといった内容の研究も見られている。

また、全体的な研究においては、病院の入院期間短縮化や地域ケアの推進によるシステムやプログラムを評価するために、比較研究が実施されているところである。プライマリヘルスケアの費用効果についての研究は、いわば慢性期における標準化の試みであって、利益と不利益とのバランスを検討している研究も見られる。

プライマリヘルスにおけるケア介入の提供者については、地域医療における看護婦の役割が重要視されてきている部分がみられるが、最近の動向として多職種によるコンサルタントやチーム医療による関わりによって、費用の削減を含めた効果評価がさかんに行われるようになってきている。

研究の設定では、疾患を特定しより標準化が可能となる方法を取っていたり、あるいは医療職のコンセンサスが得られやすいようなデザインが取られている。基本的にクリニカル・パス関連の研究は、対象の無作為抽出試験による検証が基本に実施されている。

なお、クリニカル・パスの関連文献については、資料添付の通りである。

2) 今後の課題

病院からのフォローアップとしては、病気に起因する症状や医学的管理が分析されている研究がみられるが、これらの医学的管理と多職種に関わりによる医療を包括した医療システムの確立が必要である。クリニカル・パスに関しては、特に医学的管理において研究が進んでおり、疾病管理や服薬管理による効果評価が重要な内容となっている。

クリニカル・パスの管理による効果研究は、スウェーデンでは、残念ながら世界の中で先進的に行われている状況ではない。しかし、高度医療に専念することにより、治療効果

や管理体制を評価することが可能となると考えられる。本件に関連して、クリニカル・パスに関してスウェーデンの医師の中に関心を示すものが見られるが、具体的な方法論を推進していくことが重要であると思われる。病院や地域において質の高い医療提供をするために、早期から患者に系統的に関わる必要があるとあり、クリニカル・パスなどを用いてケアの標準化を図るとともに、より効果的で有効な実践のシステムを築くことが、スウェーデンにおける今後の重要な課題であると思われる。さらに両国における研究内容について、日本との情報交換を行い、実践の推進がはかれることを期待している。

6. 資料

スウェーデンにおけるクリニカル・パス導入の際に、参考となる論文を一覧にした。

著者/題名	目的/内容(対象,方法,介入など)	結果/まとめ
1. Eriksson M, et al:分娩初期における早期入浴をすすめるか否か:200名の女性の無作為抽出試験, Miwifery13(3),1997	分娩初期において早期入浴をすすめるか否かが分娩の経過や痛覚消失に影響するかを決定することを目的とする/ 無作為抽出コントロール試験	分娩初期の入浴は、分娩時間の延長をさげ、オキシトシンや硬膜外の痛覚消失を増大させるには、子宮頸部の拡大5cmを越えた時にむしろ行うべきである。
2. Schmidt I, et al:ロキソニンのナシグロムドで向精神薬処方する際の一般多領域チーム介入の効果, J Am Geriatr Soc46(1), 1998	ロキソニンのナシグロムドにおいて、向精神薬の処方の量と償について、一般多領域チーム介入による効果を評価することを目的とする/33ナシグロムド 無作為抽出コントロール試験	基本的な結果では、最も一般的な処方薬である hypnotics、anxiolytics 及び antipsychotics を用いて、広範囲にわたる向精神薬の処方が見られた。介入したナシグロムドで12ヶ月間チーム会議を実施し、psychotics, benzodiazepine hypnotics 及び antidepressants の処方が有意に減少した。
3. Schmidt IK, et al:ロキソニンのナシグロムドにおける医師とスタッフの薬のアドヒアランスと介入, Ann Pharmacother32(1),1998	ロキソニンの15のナシグロムドにおいて一般的なナシグロムドで話し合われた薬に関する問題の種類と頻度について言及することとこれら介入と居住者のアドヒアランスの医師及びスタッフのアドヒアランスについて報告することを目的とする。/15のロキソニンのナシグロムド 無作為抽出コントロール試験	薬の指示と問題のある選択が明確でなかったことは、最も一般的な薬関連の問題点であった。全体の19%に、治療を変えることによって居住者の臨床状況に有益な影響を示していたことが報告された。47%において変化によって客観的な効果はみられなかったとスタッフは報告している。これらは、薬の変更は適切であったことを示している。薬による治療についての知識が増大したことが追跡調査の中で医療スタッフが主張するところである。
4. 胃食道反流神経疾患(GERD)の臨床診断に対する初期治療としての高プロトン抑制剤, プラミドプラゾールにおけるロキソニンのマルチセンター・グループの試み, Fam Pract17(5),2000.	プラミドプラゾールにおいてGERD患者のマネジメントによって症状管理を基礎とする方法の効果評価をすることを目的とする。少なくとも中等度の胸焼けあるいは逆流といった主症状のある一般の臨床における患者は、最初の段階で omeprazole 20mg b.i.d. が公然と7日間与えられた。病気を繰り返した者には、omeprazole 20mg o.m. と placebo による無作為に抽出されたプラミドプラゾールによる治療が第2段階として2週間実施された。	371名の患者のうち選択された362名は、最初の段階で評価された。73%は、病気を繰り返した。病気を繰り返した合計179名のうち174名は第2段階で評価された。Omeprazole による治療の74%、placebo の28%はおのおの病気を繰り返した者として有意に差が見られた。

著者/題名	目的/内容(対象,方法,介入など)	結果/まとめ
5. Troeng T, et al: 外科における入院中の死亡と長期入院の目的。Qual Assur Health Care2(2),1990.	285名の入院患者のうち273名の入院中の記載をレビューすることによって入院の目的と長期入院を分類するといったシステム利用の可能性を試験することを目的とする。	1年間の調査期間に外科的介入のために3767名の全患者が入院した。これらから死亡した131名を選択した。100名は33日以上の長期入院をし、91名は内科、感染あるいは整形外科分野に関連していた。介入は、診断及び治療における脱落と遂行に分類された。可能性のある介入は特定された介入は死亡した患者の23%に見られ、長期入院患者の10%に見られた。わずか3%の患者は他の分野で経験された介入と関連していた。つまり、入院中の死亡や長期入院は外科における介入を特定する目安として利用することができるといえる。
6. Stromberg L, et al: 予想支払いシステム(PPS)と大腿骨骨折費用。Acta Orthop Scand68(1),1997.	ストックホルムにおける1060名の大腿骨骨折後の入院消費と費用及び自宅から入院した1178名の高齢患者のPPS実施を調査することを目的とする。患者に関連する会計システムと外科のための別立て費用の詳細と宿泊費用を用いて、リハビリの種類による費用の差を比較した。	償還払いシステムの変更後、外科系の入院は20日から12日と約半分になった。これは、高齢者病棟において退院の早期化と増大を達成した。ペット稼働は2倍となり(107%)、そのことによって入院の費用は増大した。大部分の高齢者入院のための診断関連の記載はもはや含まれなくなった。対照的に、急性期病院ではリハビリテーションの費用は12%増加したが、手術後の継続性を強化することによって治療とリハビリのための入院の費用は12%減少した。
7. Salander P, et al: 症状から医学的介入へのパス: 脳腫瘍患者における症状の進展と早期診断の障害に関する記述的研究。Fam Pract16(2),1999.	悪化したがん患者28名と配偶者に症状の進展、医学的介入の支援探索と経験についてインタビューした。症状の累積した進展について言及されるとともに医学的介入への障害となる因子を特定する。	ほとんどの配偶者は医師の診療に結びつくような先立つ広範囲の機能障害を証言した。患者の因子として、相いれない症状の欠乏、性格の変調、逃避があり、配偶者の因子では、配偶者の忍耐、配偶者の継続的な適応、医師の因子として、根拠ある選択的な診断、医師の非難性、医師の個人的な価値観が適切な医学的介入へのパスにおいて障害となっていたことが特定された。

著者/題名	目的/内容(対象,方法,介入など)	結果/まとめ
8. Aberg-Wistedt A, et al: 精神分裂病患者へのチームを基本とする集中的なケア・マネジメントの2年間の効果. Psychiatr Serv 46(12), 1995.	集中的、チームを基本とするケア・マネジメントプログラム及び一般的な精神分裂病のサービスがあてがわれた精神分裂病障害患者の2年間の効果を査定する。特色とされるケア・マネジメントは、患者との接触時間、患者が表出するニーズを基本とするリハビリテーション計画、そして彼らのリハビリテーション計画が議論されるチーム・ミーティングへの患者参加を増加させることである。/ 40名/ 無作為抽出コントロール試験	ケア・マネジメントにおける患者は、調査前と比べ2年後には有意に緊急訪問が少なくなった。そして、彼らの親類は2年後には精神分裂病サービスによって人間関係に關係するケアへの負担が有意に減少したことが示された。患者の社会的ネットワークのサイズはケア・マネジメントグループにおいて増加し、コントロールグループにおいて減少していた。
9. Fagerberg B, et al: 急性期脳血管疾患病棟の継続性を統一したケアと従来の治療とのケアとの効果の比較: 無作為抽出による高齢者の1年間の調査. 70歳以上. Stroke 31(11), 2000.	高齢者の脳血管疾患病棟の継続性を統一した急性期脳血管疾患病棟のケアと従来のケア効果を比較することを目的とする。/ 249名(70+) / 無作為抽出コントロール試験	脳血管疾患病棟の102名(61%)の患者と高齢者病棟の49名(59%)の患者は、1年後生存し、在宅にいた。ADLとQOLには有意な差が見られなかった。合併症として心疾患を伴った患者の中には、従来のケアを受けたグループと比較して3ヵ月後に死亡や施設ケアの減少が見られた。この影響は1年後には見られなかった。24時間後にケアを求める患者は、軽微の脳血管疾患患者であり、一人暮らしの者であった。
10. Halgesen F, et al: 要求に応じた専門看護婦へのコンタクトによる前立腺癌患者のケア・プログラム. 無作為抽出試験. Scand J Urol Nephrol 34(1), 2000	医学的な安全性を評価することと専門看護婦によって要求時にケア・プログラムされる利用可能な資源及び泌尿器科医師による典型的なケア・プログラムとの比較し、評価することと目的とする。/ 400名の患者 / 無作為抽出コントロール試験	観察機関としての最初の3年間では、医学的な安全性は併発症の頻度と症状から介入までの時間によって測定され、ナース群も医師群も同様であった。接近法の分析とHAD尺度では、両軍に有意な差は見られなかった。一人当たりの平均外来患者費用(薬剤費用を含んで)、医師群と比較して、ナース群の方が低くなっていった。特に計算する時に転移した患者を見ると37%も低い費用となっていた。

著者/題名	目的内容(対象,方法,介入など)	結果/まとめ
11. Lokk CT, et al: ヘルニアにおける調整変更と介入プログラムの効果. Psychosom 69, 2000.	ヘルニアの心理社会的な変数における調整変更の効果と構造的な介入プログラムの影響を検討することを目的とする。	コントロール群では心理社会的な変数の有意な変化は見られなかった。しかし介入群では、30週間のフォローアップ時にコントロール群と比較して、活動に関する積極的な感じと同様に活動の要求に対して有意に増大が見られていた。
12. Johanson B, et al: プライマリ-癌の強化:在宅における看護婦のコンタクトに関する無作為化試験. J Adv Nurs 30(6), 1999.	癌患者の在宅ケアにおける看護婦のコンタクトによるプライマリ-ケアを強化する要因について評価することと診断後6ヶ月間の在宅ケア-ヒス利用の予測をすることを目的とする。	コントロール群の26%に比較し、プライマリ-ケアが強化された患者の約90%はそのようなコンタクトを取っていた。プライマリ-ケアを強化することによって、実施されてきた日々の業務は、特に高齢者や長期間のコンタクトが必要な患者にとつて、ケアを身近に感じ、継続性を増大させるための効果的な方法となるかもしれない。
13. Lundborg CS, et al: スウェーデンのプライマリ-ケアにおける尿路感染と喘息に対する効果のある処方,相互作用的教育介入による無作為化コントロール試験. J clin Epidemiol 52(8), 1999.	尿路感染(UTI)と喘息に対する処方,それは国のガイドラインに書かれてある内容による教育内容となっており、スウェーデンのUTI-18グループ 104名の医師,喘息-18グループ 100名の医師 / 無作為抽出コントロール試験	尿路感染のために最初に選択される薬の処方介入群では52%から70%に増加し、コントロール群では維持されており、有意差が見られた。Corticosteroid の吸入を受けている患者の割合は、両群で差は見られなかった。教育モデルは処方の改良に利用されることができ。
14. Hellenius ML, et al: スウェーデンの Sollentuna でのプライマリ-ヘルニアにおける冠動脈疾患の日和見スクリーニングと予防プログラムの4年間の経験. Scand J Prim Health Care 17, 1999.	心疾患の予防プログラムの可能性を調査することを目的とする。削減のための助言と治療は、心疾患のリスクファクターとして特定のされた。また、フォローアップのデザインは個人的に設定された。 / 51000名の住民 / 無作為抽出コントロール試験	4年間に5622名の患者が、うち4655(83%)が20-60歳の年齢であったのだが、プログラムの参加した。喫煙、肥満、高血圧、高コレステロール、トリグリセリドのリスクファクターが高く見られた。フォローアップの介入時、平均S-Distolは男性で7%、女性で10%削減していた。Sistolは男性で24%、女性で42%削減していた。最低血圧は、男性で95から90 mmHgに、女性で94から88 mmHgまで減少した。

著者/題名	目的/内容(対象,方法,介入など)	結果/まとめ
15. Ekman I, et al:中等度から重要な慢性心疾患を持った高齢患者のナース管理による外来ケアプログラムの可能性.Eur Heart J19(8),1998.	慢性心疾患によって以前に入院したナース管理による外来ケアプログラムの可能性を評価することを目的とする。1541名の患者/無作為抽出コントロール試験	すべての入院患者の89%は65歳以上であった。そのうち69%は、スクリーニングされ医療病棟において治療された。研究基準は158名の患者に当てはまった。主として死亡や疲労に従って無作為に抽出された構成グループ79名の患者のうち、ナースへの訪問がなかったのは、23名(29%)であった。入院数と入院日数は、構成グループと通常のケアグループとは差がなかった。抽出の基準と介入のアルゴリズムを用い、外来患者のナース管理による、症状マネジメントプログラムは、中等度から重度の慢性心疾患を持った高齢患者の過半数には可能性がないことがわかった。
16. Serafen AL, et al: 入院経験、在宅ケアによるケアのニーズ、デレンティアルの2次的分析. J Am Geriatr Soc43(3),1995.	ヘルス効果を予測する患者及び治療に関連する因子を決定することを目的とする。症状が安定し急性期から退院をし、ひとつ以上の慢性的な症状があり、ケアのADL尺度1~5までの入院患者が対象となっている。/チーム150名の患者、通常のケア99名の患者/ 無作為抽出コントロール試験	多数の医学的、社会的、行動学的及び機能的な因子は、効果に関連していた。主要となる心疾患、処方箋、禁酒、基本的な精神状態すべてが6ヶ月間の調査に影響していた。その他の因子をコントロールしているチームでは、フォローアップ時に介助付きの歩行は改善しており、1つの利益に対して10名の患者が治療されたという評価が得られた。さらにリハビリテーションの在宅チームでは死亡率や機能的なリスクが通常のケアで明らかに無効となっていた。
17. Yomson Y, et al:プライマリヘルスケアにおける2つの異なる脂質介入プログラムの費用と効果.J Intern Med237(1),1995.	高コレステロールに対する非薬学的な2つの異なる介入方法による費用と効果を比較することを目的とする。/ 低いレベル35名の患者、中等度のレベル41名の患者/ 無作為抽出コントロール試験	2つの介入プログラムの効果に差はなかったが、低い効果の得られた見解があった。ストットホルムにおいてコレステロール値>or =6.5 mmol L-1の人が人口の1/3がプライマリヘルスケアによって発見され、治療の助言が行われとしたら、低いレベルモデルによってセーブされる純益は、中等度のレベルモデルとして存在している現在のガイドラインに比べて93 million SEKの純益となる見込みである。

著者/題名	目的/内容(対象,方法,介入など)	結果/まとめ
18. Gotherstrom C, et al:短期間のケア・プログラムの効果に関する研究の検討.Int J Qual Health Care6(1),1994.	Rush Medicus Nursing Process Quality Monitoring Instrument(RMI-MSV) のスケール版は、国立病院の外科、医学的及び整形外科病棟において検討された。/3病棟:それぞれ 20 名の患者と 5 名のレジスタナースが設定され、6ヶ月間にわたって評価された。	介入病棟ではコントロール群に比べて、用具の大きな6つの目的の殆どに大きな改善が見られた。しかしながら、文書を扱う目的についてコントロール群と介入群と比較して、統計学的にはたまた一つにしか有意差は見られなかった。得られた効果は RMI-MSV の妥当性の根拠に寄与するものであった。RMI-MSV は、変化と適切な質の高いケアのための感受性があることがわかった。
19. Melin AL, et al:ブライマリ・ホームケアプログラムによる虚弱老人の機能的健康状態の理解と客観的な尺度による自己認識との関係.Scand J Soc Med42(4),1993.	ブライマリ・ホームケア介入プログラム及び虚弱老人に対する客観的な尺度による自己認識の関係によって効果を試験することを目的とする。急性期病院から退院すること、施設収容されるリスクについて、高齢患者は、医師先導によるブライマリ・ホームケアと通常のケアとを無作為に受ける。	700-700 の調査から、個人の ADL スコアは両群において増大し、社会的なコンタクトはチーム群において関連が見られた($p=0.03$)。チーム群とコントロール群では、チーム群において自己の身体的な健康状態評価における仮の統計的な有意差があったことを除いては、自己の機能的な評価に違いはなかった。肯定的な相関は、すべての自己評価と客観的な機能評価とで報告された。しかし、700-700 の時点ではさらに強調されていた。700-700 の時には実際上の合意は得られていたが、研究参加時には室内歩行と社会活動は客観的な尺度と比べて過小評価されていたのだが、身体的なケアと社会的なコンタクトは過大評価されていた。80 歳以上の患者の人口統計学的なグループでは、若い患者よりも 6ヶ月後では、自己評価と客観的な社会的機能の尺度との間に強い相関が見られた。
20. Unden AL, et al:急性心筋梗塞後の男性患者のためのナース支援を増大することによる肯定的な効果.Qual Life Res2(2),1993.	急性心筋梗塞をフォローする外来患者クリニックに参加した 70 歳以下の患者へのナースの支援を増大することによる効果を評価することを目的とする。/56 名の患者/無作為抽出コントロール群	ナースの支援を増大させることは、将来の QOL を除いては、憂鬱な気持ちなどの心理社会的な変数やスコアとコンタクトを取ることの満足感において肯定的な効果が得られた。介入群の患者は、8 週間の700-700の間に憂鬱な気分の減少を示し、コントロール群では増加を示した。

著者/題名	目的/内容(対象,方法,介入など)	結果/まとめ
21. Melin AL, et al: 在宅におけるリハビリテーションの費用効果:スウェーデンの高齢者の研究. Am Public Health 83(3), 1993.	高齢者と障害を持った患者に対してケアすることが短期入院後の費用に効果があるかを調査することを目的とする。調査では、6ヶ月後の機能状態とケアの利用及び費用におけるプライマリ・ホールドケア介入の影響を試験する。/ team:110名の患者, コントロール:73名の患者 / 無作為抽出コントロール試験	介入群の患者は6ヶ月の時点で IADL と屋外歩行は改善し、診断及び薬について有意に少なくなっていたことが証明された。介入群ではコントロール群と比較し、入院が少なく外来ケアが増大した。重要な費用削減は、介入群において見られた。
22. Melin AL, et al:短期入院治療後の高齢者プライマリ・ヘルスケアでのリハビリテーションの有効性. MedCare 31(11), 1992.	短期入院治療から退院した患者が選択された後の患者評価におけるプライマリ・ヘルスケア介入プログラムの効果を評価することを目的とする。/ 249名の患者/ 無作為抽出コントロール試験	6ヶ月のフォローアップ時において、IADL (p=0.04)、屋外歩行(p=0.03)、医学的な身体状況においてもコントロール群よりもプライマリ・ケア介入群において、有意な改善がみられた。また、短期入院病院施設の利用は、コントロール群よりも介入群において、少なくなっていた。