

オレンジクロスシンポジウム 2019年7月19日

医療だけで健康は創れるのか

—「社会的処方」の活動を手がかりに、生老病死を住民の手に取り戻そう—

「社会的処方のエビデンス」

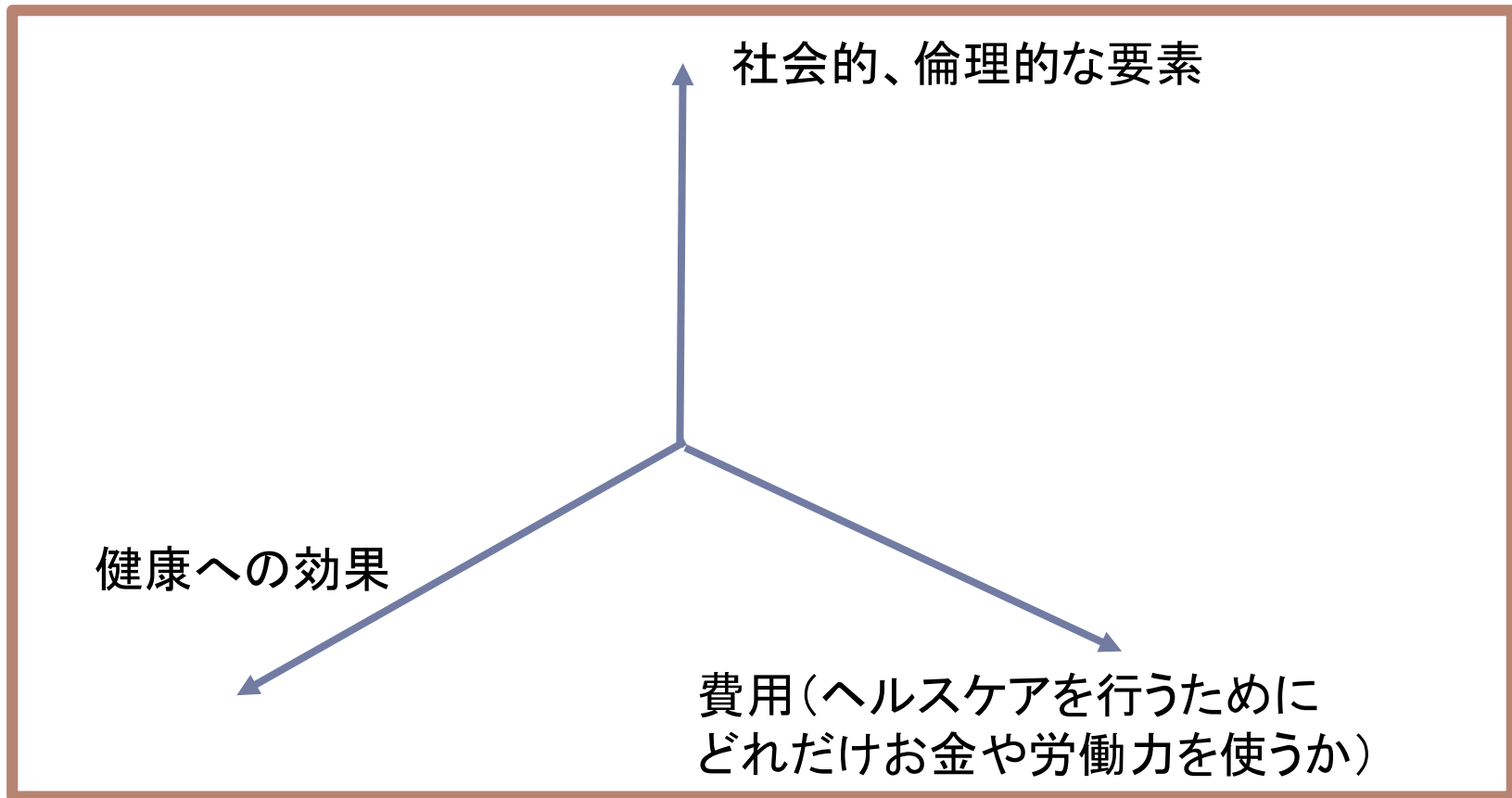
慶應義塾大学 経営管理研究科 後藤 励

reigoto@kbs.keio.ac.jp

ヘルスケアを評価する軸の広がり

HTA(医療技術評価)

様々な要素についてのエビデンスを総合的に評価する



イギリスのHTA（医療技術評価）機関NICEは 薬剤・医療機器の評価以外も行っている

NICE National Institute for
Health and Care Excellence



NICE National Institute for
Health and Care Excellence



Older people with social care needs and
multiple long-term conditions

NICE guideline

Published: 4 November 2015

[nice.org.uk/guidance/ng22](https://www.nice.org.uk/guidance/ng22)

Home care for older people

Quality standard

Published: 22 June 2016

[nice.org.uk/guidance/qs123](https://www.nice.org.uk/guidance/qs123)

とはいいながら

- ▶ 社会的ケアに関しても評価するようになったのは2012年
とつい最近
 - ▶ National Institute for Clinical Excellence (1999)
 - ▶ National Institute for Health and Clinical Excellence (2005)
 - ▶ National Institute for Health and Care Excellence (2012)
- ▶ 「医療サービス」だけを供給するのがNHSではないという
一つの表れ
- ▶ しかし、エビデンスは薬剤や医療機器に比べ貧弱
- ▶ 評価方法などを工夫している途上

エビデンス重視の世の中では、
評価が行いやすいモノに資源が集中するリスクも

社会的処方現在のエビデンスは？

- ▶ 系統的レビューでも、現状でのエビデンスは不十分 (Bickerdike et al., 2017)
 - ▶ 小規模
 - ▶ 短期間
 - ▶ 対照群のない前後比較や記述疫学研究が多く、因果の厳密な立証が出来ない
- ▶ そもそも、社会的処方の評価は難しい (Drinkwater, 2019)
 - ▶ 「社会的処方」という介入自体が多様
 - ▶ 本人への影響も多様
 - ▶ 本人以外の幅広い影響がありえる

社会的処方の影響

- ▶ 系統的レビュー(Bickerdike et al., 2017)で示されているもの

消費者側(需要側)

本人の健康やウェルビーイング

- メンタルヘルス関連の尺度が多い

本人の体験・経験

- 満足度
- 社会的な孤独・孤立

生産者側(供給側)

費用

- NHS側から見た費用
- 医療機関や処方先から見た費用

医療サービス消費

- GP受診回数
- 病院への紹介件数
- 救急受診件数 入院件数 など

供給側の満足度

- GP
- リンクワーカー

社会的処方のエビデンスを考える論点（1）

- ▶ 評価指標について
 - ▶ 中間的なアウトカムも重要
 - ▶ 利用者満足度、自分の健康問題を管理する能力
 - ▶ 家族の満足度やQOL
 - ▶ サービス供給についてのプロセス指標
 - ▶ アウトカム同士の相互の関係を把握するのがまず先
 - ▶ サービス供給者と患者、患者家族の間の相互作用のモデル化と共有

(例) NHS England：社会的処方¹の共通アウトカム指標の枠組み（案）

1. 個人への影響

- ▶ 自分の健康やウェルビーイングを管理することができると感じ、実際に何らかの対処を行うことができる
- ▶ より活動的になる
- ▶ 借金、住居、移動と言った実際の問題についてよりよく対処できる
- ▶ 他者とよりつながりをもち、孤独や孤立を感じるものが少なくなる

2. コミュニティグループへの影響

- ▶ ボランティアグループ、社会的企業などの組織としての対応力
- ▶ ボランティア人員の変化
- ▶ 受け入れ可能な紹介患者数

3. 保健医療システムへの影響

- ▶ GPの診察患者数の変化
- ▶ 救急患者数の変化
- ▶ 入院日数(人日)の変化
- ▶ 処方される薬の量の変化
- ▶ GPやその他の紹介先のスタッフのやる気の変化

社会的処方のエビデンスを考える論点（2）

- ▶ 「社会的処方を導入してよくなった」と言える状況は多様
- ▶ 理想:「社会的処方を導入して、これまでに比べて健康が改善し、費用も安くなった」
 1. 「費用はかかったが、健康が改善した」→費用対効果からはよくなったと言える
 - ▶ 社会的処方導入・維持の費用(リンクワーカーや地域の処方先の整備など)はゼロではない!
 - ▶ 医療費の削減だけ見てもダメ!
 2. 「健康は変わらなかったが、費用は減った」→ケアの効率性はよくなったといえる
 - ▶ 医療従事者や家族の負担が減ったなど

社会的処方のエビデンスを考える論点 (3)

- ▶ 現場が改善に向かうような分析の枠組みで評価することが重要
 - ▶ 医療費の減少(のみ)をアウトカムにする→医療機関の立場からは収入減の場合も？
 - ▶ 医療専門職の労働時間や満足度を同時に測定→収入と費用を両方考慮すると現場は改善といえそう
 - アウトカムを改善するための当事者の努力を引き出せるような枠組みでの評価が不可欠(インセンティブ整合性という)
 - インセンティブ整合性のない「改善」は広まらない(ある人からは改善だが、ある人からは改悪)

参考文献

- ▶ Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ open*. 2017;7(4):e013384.
- ▶ Drinkwater C, Wildman J, Moffatt S. Social prescribing. *BMJ*. 2019;364:l1285.
- ▶ NHS England. Social prescribing and community-based support Summary guide. 2019.