

## 日本の地域包括ケアシステムにおける 「セルフマネジメント支援」の確立

筒井 孝子（兵庫県立大学大学院経営研究科）

東野 定律（静岡県立大学経営情報学部）

地域包括ケアシステムにおけるセルフケアやセルフマネジメントの考え方を整理し、今後の日本の健康づくりの中心となる、これらのセルフケア等に関する施策のあり方について示した。

政府が高齢患者のセルフマネジメントをサポートする（セルフマネジメントサポート）ために医療現場の専門的知識を利用するために情報提供および支援を行い、当事者が自らの症状について理解し、適切な行動に移すことができるようになる。

そして、これによって、患者自身がより優れた自己管理を行うことができるようにすることが英国が、ここ10年間、実施してきた医療施策の根幹である。これを日本で実現できるかどうか、今、まさに問われている。日本では地域包括ケアシステムの下で医療や介護、社会的サービスが提供されることとなる。しかし、このシステムの基盤は住民が自身の症状を自己管理（セルフマネジメント）できるようサポートできるようになることが前提である。

その方法として、患者の意思決定への関与を奨励し、当事者に自らの症状とそのケアについて情報提供を行い、健康的行動を奨励し、さらに当事者が専門的支援をいつ、どのように、求めるべきかについてもサポートすることができるようなサービスとしての「セルフマネジメント支援」が確立されなければならない。

このサービスが地域包括ケアシステムのサブシステムとして包含され、機能するかが今後の課題であり、この達成に際しては、市町村のマネジメント力の強化が必須となる。

### 1. はじめに

厚生労働省は医療制度改革の一環として、健康保険組合などの各公的医療保険制度の運営者に予防対策を講じることを求めており、例えば、一定の運動をすることで運営者がヘルスケアポイントを付与し、これらのポイントを賞品と交換できるシステムを導入するというような加入者の生活習慣の変更を促すための事業等、これまでにはない多様な取り組みを実施している。

これは第二次安倍政権が2013年6月の閣議決定「日本再興戦略」の「戦略市場創造プラン」の第1のテーマとして、「国民の『健康寿命』の延伸」が掲げられ、「健康日本21（第二次）」においては初めて「健康寿命」（「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」）と「健康格差の縮小」が示されてきたことと同じ文脈にあるといえる。

これまでの日本における健康政策は、厚生労働省「健康日本21（第二次）」<sup>1</sup>と厚生労働省「平成26年版厚生労働白書」<sup>2</sup>に示されてきた通りであるが、ここ25年間、税収が伸び悩む一方で社会保障関係費が3倍となり、国の財政を圧迫していることや医療費における脳卒中、心臓病、糖尿病といった生活習慣病の減少に対する予防・健康づくりが重要との認識から、こういった国家目標が提示されることとなったわけだが、長期的な健康増進効果と費用抑制効果との関連については、未だ十分なエビデンスは示されていない<sup>3</sup>。

保健行政における医療費削減効果に関する研究など<sup>4</sup>でも同様に予防や健康増進活動が医療費の抑制に効果があるというエビデンスは提供されていない。これは健康増進策に関しては「データヘルス計画」として研究も行われる予定ではある

が<sup>5</sup>、医療費節減効果を果たして検証しうるかは疑問とされる。それでも政府が健康づくりに取り組もうとしているのは、人々にとって健康は代えることができないほど価値の高いものであるからといえる。

現在、構築がすすめられている地域包括ケアシステムにおいても予防や健康づくりに関する施策が包含されている。このシステムは、医療と介護の連携が主眼とされ、2005年ほどは健康施策が大きく取り扱われてはいないが、地域における医療と介護サービス提供システムの前提に住民の健康と、これを保持する政策が必要であることは当然といえる。

さらに、今後、このシステムにおいて推進が期待されている健康づくりに際しては、「セルフケア」、「セルフマネジメント」に関する施策の普及、推進がすすめられねばならない。これらの施策に関しては、英国ですでに先駆的な取り組みがなされているだけでなく、わが国においても多様な取り組みがなされており、久留米市の地域包括支援センターから生まれた自主グループ「がまだす倶楽部」による介護予防事業や富山市のカレッジ方式の自主グループ活動「健康・長寿ふれあいサークル」、静岡市の統一プログラムを通じた「しぞ〜かでん伝体操」による自主活動等は、今後の地域包括ケアシステムの基盤となるものと期待される。

そこで本稿では、地域包括ケアシステムにおけるセルフケアやセルフマネジメントの考え方を整理し、今後の日本の健康づくりの中心となる、これらのセルフケア等に関する施策のあり方について示すことを目的とした。

## 2. 「セルフケア」、「セルフマネジメント」、「セルフマネジメント支援」とは

### 1) セルフケア

世界保健機関（WHO）は、セルフケアを「個人、家族、地域が健康の改善、病気の予防、疾患の抑制、状態の回復に意志をもって取り組む活動」と定義している<sup>6</sup>。また、英国保健省（2005）は、

「人々が自分のため、子供のため、家族のために行う活動で、健康で精神的・身体的に良い健康状態を保つ、社会的・心理的なニーズを満たす、病気や事故を防ぐ、軽度の病気や長期的症状のケア、急性疾患後や退院後の健康や健康状態の安定を保つといった目的で行なう。」<sup>7</sup>とし、WHOと比較すると、若干、複雑な定義となっている。いずれにしても、これらの定義からわかることは、セルフケアの技術や知識は、いわば素人の経験から成立することが前提となっていることである。つまり、セルフケアは日常生活の一部であることが前提で何か特別な態度や活動を要求しているわけではないということである。

ただ、セルフケアの考え方については、医療サービスのユーザー側とケアラー・医療従事者側とのパートナーシップを強調するという考え方<sup>8</sup>もあれば、セルフケアの活動は医療従事者を除外して考えると示すもの<sup>9</sup>もあり、この言葉が示す内容が多様であることに留意する必要がある。

また、セルフケアに含まれる活動範囲は幅広く、特定の状況下では何も行わないとするものもあれば、頭痛の際の痛み止めの方法を示したものもある。さらには、患者が長期的に症状管理のための専門的知識を形成していくための活動までも含めるとする<sup>10</sup>ものも存在する。

さらに、これらセルフケアの主体は健常人、障害のリスクを持った人、すでに症状が現れている人、病気と診断された人、治療を受けている人など、すべての人の行動や活動をも含むとされ、セルフケアとは、多様なセルフケアや自己診断、セルフマネジメント、自己治療や自己測定など、あらゆる内容を網羅すると考えられてきた。

### 2) セルフマネジメント

セルフマネジメントという言葉は、Creerにより1960年代半ばに患者の治療に対する積極的な介入を示すために初めて用いられた<sup>11</sup>。ここで示されるセルフマネジメントの目的としては、身体的な健康状態や機能に対する慢性疾患の影響を最小化、または疾病における精神的な影響に立ち向かうこととされた<sup>12</sup>。

また、セルフマネジメントは患者と医療関係者間の共同活動と説明されてきた<sup>13</sup>。したがって、セルフマネジメントの活動とは予め決められた医療従事者によるサービスの間に患者によって行われるものとされてきた。

これらの活動は症状の管理、病気の治療、慢性疾患症状特有の身体的又は精神的影響に対する取り組み、ライフスタイル改善などが含まれるとされ<sup>14</sup>、例えば、自宅でのセルフケアの管理の工程、これへの対応は各患者の医師やその他のケア提供者の共同作業、共同のガイダンスのもとに行われる<sup>15</sup>ものと考えられている。

さらに、セルフマネジメントは選択肢ではなく、むしろプライマリケアの不可欠な部分として欠かせない一連の活動とみなす<sup>14</sup>とされる考え方もある。そして、このようなセルフマネジメントを支援することについても「セルフマネジメント支援」として、その内容についての一定の定義が用意されるようになった。

### 3) セルフマネジメント支援

セルフマネジメント支援は、患者の活動、教養、エンパワメントを促進するためのケアに対する患者中心の共同のアプローチを伴う<sup>16</sup>と説明されてきた。つまり、これは、医療専門家による情報提供や従来の患者教育といった役割を拡大するものと考えられている。

例えば、患者の自信の確立やセルフマネジメントの改善あるいは、より良いアウトカムを導くための選択に対する手助けまでも、このセルフマネジメントの役割に含まれる<sup>17</sup>とされ、セルフマネジメント支援の重要な特徴とされる慢性疾患ケアモデルには、患者とケア提供者の有意義な交流を目的とし、患者の情報強化や活発化を重要視することに重点がおかれたモデルとして示されるようになってきた<sup>18</sup>。

なお、このセルフマネジメント支援に含まれるものとしては、①患者の教育、②生活様式の変化を促進するための様々な行動変容技術の利用、③健康促進のための行動の採用、④各種の慢性疾患症状に対する技術の向上等があげられてきた<sup>19</sup>。

例えば、これらのセルフマネジメントに際して、患者が受ける指導は問題解決や目標設定だけでなく、糖尿病<sup>20,21</sup>・心不全<sup>22</sup>・高血圧<sup>23</sup>・狭心症<sup>24</sup>などの慢性疾患におけるエビデンスベースの標準化された治療介入に関する指導も含まれる。

また、サービス提供者とその利用者との共同で実施するケアプランニングは、各ケア提供者がセルフマネジメント支援を可能とするための重要な方法と考えられ、サービス提供者と利用者が協働するケアに関しても症状における医療管理に焦点を置くだけでなく、両者の役割分担とその管理、慢性疾患によって生じる行動変容についての話し合い、慢性疾患者の生活の変化に際しての感情的影響に関わる管理も行なう<sup>25</sup>ものとされた。このように慢性疾患管理においては、こういった考え方が基礎となってセルフマネジメント支援がなされてきた<sup>26,27</sup>。

## 3. 地域包括ケアシステムの推進のためのセルフマネジメント支援

### 1) 地域包括ケアシステムにおけるセルフケアの当面の推進方法

日本における医療や介護サービスの提供は基本的に患者に対するケアを専ら専門家が担うものとしてきた。したがって、患者の予後や、その治療といったアウトカムに影響が大きいのは、サービスを提供する専門家の専門性に因るものであり、これを向上させることが重要であるとの方針が貫かれてきた。いわば専門家主導の健康づくりといえる。

一方、イギリス保健省が刊行した白書に示されたセルフケアの位置づけの下図からは、その大部分をセルフケアが占めており、患者への専門的ケアは、ごく一部だけ示されているに過ぎず<sup>7</sup>、健康づくりの主体は患者自身であることが示されている。

日本は今後、地域包括ケアシステムを構築し、このシステムを推進していくが、その際には、住民の健康づくり施策と、どのように連動すべきかが方針として示されている必要がある。すなわち、

これまでほとんど実施されてこなかった住民が主体となった健康づくりをどのようにすすめるかが大きな課題となる。英国で実施されているようなセルフマネジメントやこの支援を地域包括ケアシステムにどのように位置づけるかが検討されなければならないのである。

その際に住民や専門家に理解してもらわねばならないことは、Glasgowらが示してきたように、セルフマネジメントは選択肢ではなく、むしろプライマリケアの不可欠な部分として欠かせない一連の活動とみなすべきということであろう。

しかし、これまで日本国民は、「風邪をひきそうだから病院に行く、素人判断はよくない」といった慣習の下で健康を保持してきたと思っている。これを変更するのは容易ではない。しかし、国外では、セルフマネジメント支援の効果のエビデンスも示されつつある<sup>28</sup>。例えば、高齢患者自らが、自らの身辺管理をできるようサポートすることは、当事者のモチベーションを向上させるという効果をもたらすとといったことや、当事者が自らにとって適切な食事や運動を理解すること、そして、これを自らの力で実践できることで、より当事者自身の健康状態を促進させ、その症状を改善につなげることができるという臨床的アウトカムも示されつつある<sup>28</sup>。

ただ、日本では、これまで高齢患者に対して、セルフケアもセルフマネジメントを積極的に推進するという施策は採られてこなかったし、これを可能だと専門家も思っていない。このため、日本では、セルフケアの推進という英国が実施してきたような施策はそもそも困難といえる。

そこで、これまでの専門家主導の方法を当初は踏襲し、セルフマネジメント支援を専門家に委託した方法を採用することをすすめるべきであろうと考える。セルフマネジメント支援から、セルフケアへという道筋に移行するという方法は、一見、迂遠にみえるが、日本の現状においては実効性を高めるのではないかと考えられる。

(2) セルフマネジメントやセルフケアの主体へのアプローチ

セルフマネジメントやセルフケアの効果は示されつつあるが、これらに関する第一の主体は患者あるいは利用者自身である。ただし、こういったセルフケア、セルフマネジメントの奨励と支援方法は、その目的、アプローチ、内容、提供、期間、対象集団によって大きく異なる。よって、「セルフマネジメントの取り組み」を一つの単一のものであると認識すると誤解を招く可能性がある。提供するサポートの種類も多様であるし、実は、そ

図1 英国政府の政策におけるセルフケアの位置づけ



出典:Department of Health. Our health, our care, our say: a new direction for community services. London; Department of Health: 2006.:111

の結果も、また多種多様となる。効果としての改善があるという対象もいれば、逆の場合も当然、ありうる。したがって、これらの結果の蓄積や、これに関する分析は慎重になされねばならない。

また、セルフマネジメント支援は、一般的には標準化されたプログラムの介入によって実現されてきた。これらのプログラムは、通常、慢性疾患患者の考え方や患者自身の疾患の現れ方に焦点を当てており、プログラムには幅広い介入行動も含まれるが、基本的にはその成果を自己効力感や健康関連行動、健康状態、予期せぬ入院の減少を目標としてきた介入行動があったとされ、実際的にはその結果はさまざまであるとされている<sup>29</sup>。

しかし、いずれもセルフマネジメント支援プログラムの狙いは、患者自身の医学的管理に対する関与、社会的行動の維持、疾患関連の問題対処に必要な知識・技術・自信（自己効力感）を習得する際のマイナスの感情管理（恐怖心や落ち込みなど）といったものに対して、患者自身が準備し、その耐性を持つことにある。慢性疾患管理においては、こういった考え方を基礎にセルフマネジメント支援がなされてきたのである。

疾患に関する知識や技術を持ち、これらの問題に対応できる感情管理を学ぶことは、高齢者だけでなく、これからわが国の地域包括ケアシステムの構成員となる国民すべてに必須の内容といえる。国民全体で地域包括ケアシステムを構築し、これを推進すべきということは国策であり、すべての国民に求められている。

したがって、セルフケア等の施策を推進するには、その支援における戦略が必要であり、セルフマネジメントの実施に際しては、当事者となる高齢者が新たな行動をおこすためには、どのような方策が有用であるかを十分に吟味してすすめることが必要とされる。

高齢患者の社会的状況や病気の段階、セルフケアのスキルのレベルによっても、この戦略は変化する。各高齢患者の知識レベル、病気と健康に対する考え、行動に対する姿勢、自信のレベル、社会的ネットワークの強さ、モチベーションのレベルの組み合わせは無限にある。しかも、この組み

合わせによっても用いる戦略が変化し、必要とされるサポートは変わる。

平成27年1月27日に厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」<sup>30</sup>には、これからの認知症に対するわが国の基本的考え方として、『認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す』が示されたが、ここには認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、認知症の人が認知症とともに、よりよく生きていくことができるために、学校で認知症の人を含む高齢者への理解を深めるような教育を推進することも目標として掲げられた。具体的には、小・中学校で認知症サポーターを養成する講座の開催といった活動が示されており、いわば認知症に対応するための知識、技術、自己効力感といったセルフマネジメント支援の基礎となる内容を初等義務教育で学ぶことが提案されたといえる。

このことは、多くの国民が認知症という疾患の理解を深めるだけでなく、これに罹患した場合の問題対処に必要な知識・技術・自信（自己効力感）を習得する際のマイナスの感情管理を国民が学ぶことで、疾患に対する耐性を保持できるようになることが目指されることとなる。

英国では、10年以上前にNHSが健康増進をめざし、個々人が、自らの人生の様々な段階のヘルスケアや健康増進のパスを利用しながら、自らの健康と幸福に対して責任を取ることができることを目標として、この健康増進計画が策定されたという。すなわち、医療における情報の非対称性に対して、患者と医療関係者との差を減少させ、ヘルスリテラシーを改善することで平均余命の長くするといった目標がたてられたのである。

具体的には、①人々が選択したセルフケアに自信を与えること、②人々が必要な時点でNHSを利用するように医療従事者、特に医師と開業看護

師がサポートを提供すること、医師と看護師の時間がより重篤の健康状態に着目できるように、③患者に軽度の病気に関して適切な情報を提供することで、患者自身が治療に携わることができるような知識を得ることへの支援がなされた<sup>31)</sup>のである。

このため、英国では、セルフケアを①健康の維持、②不健康の予防、③薬剤の適切な使用、④軽度の疾患への対応、⑤長期にわたる健康問題の管理とし、これらのことを個人と介護者が協働で行うこととした。日本で、このような住民自身によるセルフケアを実現するためには、多くの工程を経る必要がある。

前述もしたように最初から高齢者自身に対して、これを実践することは困難であろう。このため、介護保険制度における給付管理を担う介護支援専門員や保険者である市区町村職員は、これから地域包括ケアシステムの構築そして推進に際して、施策としてのセルフマネジメント支援をいかに実現すべきかを熟慮し、これからの介護予防施策の中核とする方策を考えねばならないといえる。

#### 4. おわりに

日本における健康政策の大きな課題は、人々が健康であることを自らの課題として自覚し、セルフケア、セルフマネジメントを自律的に実施する知識や技術を持っていないことである。しかしながら、本論で紹介した英国においても、現行と同様のセルフケアに関する知識や技術をすべての国民が持っていたわけではない。

英国政府が医療における情報の非対称性について、医療関係者との差を減少させ、ヘルスリテラシーを改善することで平均余命の長くするといった目標をたて、これを戦略的に実践してきたことが現在の状態を齎したといえよう。

日本でセルフケアというと、いわゆる自助グループの組織化や2005年から、全国で実施された介護予防という健康的な生活習慣という内容が想起されることが多い。だが、これから、最も強化すべきは、保健・医療・介護・看護・福祉の専門職と

患者とのICTプラットフォームの形成といえる。これは、医療現場を「治療のために、一時的に滞在する病院」(分断された医療現場)から、地域で続けて生活する高齢者のための地域包括ケアシステムに、どのように組み込んでいくかを検討する際の前提となる基盤となるからである。

現在、入院医療体制の機能分化が進み、退院支援に係る入院医療と在宅医療のそれぞれを担う医療機関連の実現のためには、入院中早期からの介護保険制度のコーディネーションを担う人材との係わりが求められている。すなわち、入院前、入院中を問わず、地域包括支援センター職員あるいは、介護支援専門員が地域の介護を必要とする高齢患者に対し、かかりつけの専門職として関わるような新たな役割を創出することも考えられる施策といえる。しかし、これらの専門職と同等の知識を持つ患者がいれば、さらに地域包括ケアシステムの有用性は高まるものと考えられる。

セルフマネジメント支援プログラムの狙いは、前述もしたように、患者自身の医学的管理に対する関与、社会的行動の維持、疾患関連の問題対処に必要な知識・技術・自信(自己効力感)を習得する際のマイナスの感情管理(恐怖心や落ち込みなど)といったものに患者自身が準備し、その耐性を持つことにある。

さらに、こういったセルフマネジメントをサポートする介入は、医療の一連の流れの様々なポイントで実施しなければならず、その対象は長期的症状を持っていない人から、重度の長期症状や複数の長期症状を持つ人までが含まれる。

医療や介護、そして社会的サービスは、人々が自身の症状を自己管理(セルフマネジメント)できるようなサポートを提供する。その方法として、意思決定への関与を奨励し、当事者に自らの症状とそのケアに関する情報提供を行い、健康に資する行動を奨励し、さらに当事者が専門的支援をいつ、どのように、求めるべきかについてもサポートすることができるような仕組みを構築しなければならない。この仕組みが地域包括ケアシステムのサブシステムとして機能できるように包含されるかは、市町村のマネジメント力に依る。

すでに、地域支援事業や社会保障制度改革プログラム法に盛り込まれた新たな財政支援制度である「地域医療介護総合確保基金」においては、医療・介護連携を促進するための自由な事業を双発することが可能となっている。これらの枠組みを活用し、患者本人へセルフマネジメント支援を実施するといった方策の財源はあるともいえる。

残りの課題は、セルフケアを地域ごとに進めていこうとする、いわば規範的統合としての地域の文化の構築が求められている。

## 引用文献

- 1 厚生労働省HP「健康日本21（第二次）」  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html)（2015年2月15日アクセス）
- 2 厚生労働省HP「平成26年版厚生労働白書 健康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年～（本文）」  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/>（2015年2月15日アクセス）
- 3 二木立：新予防給付の行方？長期的な健康増進効果と費用抑制効果は未証明。社会福祉研究, 95, 20-28（2006）
- 4 足立泰美, 赤井伸郎, 植松利夫. (2012). 保健行政における医療費削減効果. 季刊社会保障研究, 48(3), 334-348.
- 5 厚生労働省保険局・健康保険組合連合会. (2014). データヘルス作成の手引き（平成26年12月）  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000069358.pdf>
- 6 WHO (1983) Health Education in Self-care: Possibilities and Limitations. Report of a Scientific Consultation. Geneva: World Health Organization.
- 7 Department of Health (2005) Self Care: A Real Choice. London: Department of Health.
- 8 NHS Scotland (2005) National Framework for Service Change in NHS Scotland. Self Care, Carers, Volunteering and the Voluntary Sector: Towards a more Collaborative Approach. Edinburgh: Scottish Executive Publications.
- 9 Eales, C.J. and Stewart, A.V. (2001) Health and responsibility: self-efficacy, self-care and self-responsibility, S Afr J Physiother, 57: 20-5.
- 10 Haugh, M.R., Akiyama, H., Tryban, G., Sonoda, K. and Wykle, M. (1991) Self care: Japan and the US compared, Soc Sci Med, 33: 1011-22.
- 11 Koch, T., Jenkin, P. and Kralik, D. (2004) Chronic illness self-management: locating the "self", J Adv Nurs, 48: 484-92.
- 12 Lorig, K. and Holman, H. (1993) Arthritis self-management studies: a twelve-year review, Health Educ Q, 20: 17-28.
- 13 Lorig, K. (1993) Self-management of chronic illness: a model for the future, Generations, 17: 11-14.
- 14 Glasgow, R.E., Davis, C.L., Funnell, M.M. and Beck, A. (2003) Implementing practical interventions to support chronic illness self-management, Jt Comm J Qual Saf, 29: 563-74.
- 15 Clark, N.M., Becker, M.H., Janz, N.K. et al. (1991) Self-management of chronic disease by older adults, J Aging Health 3: 3-27.
- 16 Goldstein, M.S. (2004) The persistence and resurgence of medical pluralism, J Health Polit Policy Law, 29: 925-45; discussion 1005-19.
- 17 Coleman, M.T. and Newton, K.S. (2005) Supporting self-management in patients with chronic illness, Am Fam Physician, 72: 1503-10.

- 18 Glasgow, R.E., Toobert, D.J., Hampson, S.E. and Strycker, L.A. (2002) Implementation, generalization and long-term results of the "choosing well" diabetes self-management intervention, *Patient Educ Couns*, 48: 115-22.
- 19 Farrell, K., Wicks, M.N. and Martin, J.C. (2004) Chronic disease self-management improved with enhanced self-efficacy, *Clin Nurs Res*, 13: 289-308.
- 20 Coster, S., Gulliford, M.C., Seed, P.T., Powrie, J.K. and Swaminathan, R. (2000) Monitoring blood glucose control in diabetes mellitus: a systematic review, *Health Technol Assess*, 4: i-iv, 1-93.
- 21 Balas, E.A., Krishna, S., Kretschmer, R.A. et al. (2004) Computerized knowledge management in diabetes care, *Med Care*, 42: 610-21.
- 22 Ara, S. (2004) A literature review of cardiovascular disease management programs in managed care populations, *J Manag Care Pharm*, 10: 326-44.
- 23 Khan, N.A., McAlister, F.A., Lewanczuk, R.Z. et al. (2005) The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part II: therapy, *Can J Cardiol*, 21: 657-72.
- 24 McGillion, M., Watt-Watson, J., Kim, J. and Yamada, J. (2004) A systematic review of psychoeducational intervention trials for the management of chronic stable angina, *J Nurs Manag*, 12: 174-82.
- 25 Fuller, J., Harvey, P. and Misan, G. (2004) Is client-centred care planning for chronic disease sustainable? Experience from rural South Australia, *Health Soc Care Community*, 12: 318-26.
- 26 Goldberg, H.I., Ralston, J.D., Hirsch, I.B., Hoath, J.I. and Ahmed, K.I. (2003) Using an Internet comanagement module to improve the quality of chronic disease care, *Jt Comm J Qual Saf*, 29: 443-51.
- 27 Goldberg, H.I., Lessler, D.S., Mertens, K., Eytan, T.A. and Cheadle, A.D. (2004) Selfmanagement support in a web-based medical record: a pilot randomized controlled trial, *Jt Comm J Qual Saf*, 30: 629-35, 589.
- 28 The Health Foundation, UK.(2011) Evidence: Helping people help themselves, A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management.
- 29 Dongbo, F., Hua, F., McGowan, P. et al. (2003) Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial, *Bull World Health Organ*, 81: 174-81.
- 30 厚生労働省HP「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」について  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html> (2015年2月15日アクセス)
- 31 NHS North West : Understanding Self Care - What, why, how……Catalyst for delivering reform in the NHS (2010)



## **Implementation of self-management in the community-based integrated care system of Japan**

Takako Tsutsui  
Professor, University of Hyogo Graduate school of Business and administration

Sadanori Higashino  
School of Management and Information, University of Shizuoka

### **Abstract**

After introducing the concept of self-care and self-management in the community-based integrated care system, this paper will explain the various measures regarding self-care that will become the core of health promotion policies in Japan.

To support the self-management of elderly persons, the government will promote the exchange of specialized knowledge and information in medical settings so that patients can understand their own symptoms and take appropriate measures to deal with them.

Improving the self-management of patients has become the core of medical measures in the United Kingdom since a decade ago. However, Japan may not be so advanced in the implementation of such measures.

The community-based integrated care system of Japan was created to provide medical, nursing and social care services in an integrated manner. However, to make this system work, supporting the population's capacity to manage their own symptoms is a crucial requirement.

Concretely, the government needs to encourage patients to get more involved into the decision-making process, to provide information on care and symptoms to the patients, and to promote healthy behaviors. Another essential component is to help patients decide when and how they have to look for professional assistance.

The implementation of these self-management services as a subsystem of the community-based integrated care system is a major challenge in Japan. To succeed, the management capacity of municipalities needs to be reinforced.