

5. 二次予防のための患者教育体制の必要性

これらの結果から、急性期病院/病棟を退院した後に、再発・重症化予防を長期に亘り展開する仕組みの強化、または新たな仕組みの導入が必要と考えられた。回復期病棟におけるチームによる患者教育の充実や、診療所のスタッフの指導体制強化が望まれるとともに、疾病管理を推進している諸外国で展開されているような、病院の外部組織として「疾病管理センター」を設置し、看護師等を配置し、コールセンターなどを用いて継続的に指導を展開するような仕組みの導入や、同様の仕組みを急性期病院内に設置する方策などの整備が必要と考えられる。

V. 健康危険情報

なし

VI. 研究発表

関連業績一覧に記載

VII. 知的財産の出願・登録状況

なし

脳卒中及び心筋梗塞患者に対する保健指導（患者教育）に関する

調査協力をお願い

拝啓 貴施設におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。業務でお忙しい中、このような調査をお願いいたしますことの失礼をお許してください。

調査の名称と位置づけ

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）「保健指導を中心とした地域における脳卒中及び心筋梗塞の再発予防システムとエビデンス構築に関する研究」（研究代表者：独立行政法人国立健康・栄養研究所大森豊緑）の一環として行うものです。

本調査の内容と目的

脳卒中及び心筋梗塞の再発・重症化予防に焦点を当て、急性期及び回復期／維持期の医療を担う医療機関における保健指導（患者教育）の実態を把握することを目的としています。

本調査結果をもとに、医療機関及び専門家が有機的に連携する、二次医療圏レベルでの効果的な保健指導（患者家族教育）及び適切な疾病管理を実施するための地域連携システムの構築をめざしたいと考えております。

送付先・結果の公表の仕方等

広島県のホームページ「広島県保健医療計画における「急性心筋梗塞」及び「脳卒中」に係る医療連携体制」に掲載されているすべての医療機関に送付致しております。調査票は無記名で、返信をもって同意を得たとみなさせていただきます。結果は、厚生労働省に報告書として提出するとともに、学術誌および学会等で成果を発表する計画です。

お忙しい中大変申し訳ございませんが、同封の封筒にて期日までにご返送のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

※なお、病院用調査票は、脳卒中患者教育の調査票と心筋梗塞患者教育の調査票とが同封されております。恐れ入りますが、該当部署担当者にご依頼いただき、記入後、まとめて同封の封筒にて返信くださいますようお願い申し上げます。

返信期限：平成 22 年 2 月 15 日（月）までに投函下さい。

実施者・問合せ先

広島大学大学院医歯薬学総合研究科脳神経内科学 教授 松本 昌泰

広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座 教授 森山美知子

連絡先：広島市南区霞 1-2-3 TEL 082-257-5365 FAX 082-257-5369

脳卒中及び心筋梗塞患者に対する保健指導（患者教育）に関する

調査協力をお願い

拝啓 貴施設におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。業務でお忙しい中、このような調査をお願いいたしますことの失礼をお許しください。

調査の名称と位置づけ

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）「保健指導を中心とした地域における脳卒中及び心筋梗塞の再発予防システムとエビデンス構築に関する研究」（研究代表者：独立行政法人国立健康・栄養研究所大森豊緑）の一環として行うものです。

本調査の内容と目的

脳卒中及び心筋梗塞の再発・重症化予防に焦点を当て、急性期及び回復期／維持期の医療を担う医療機関における保健指導（患者教育）の実態を把握することを目的としています。

本調査結果をもとに、医療機関及び専門家が有機的に連携する、二次医療圏レベルでの効果的な保健指導（患者家族教育）及び適切な疾病管理を実施するための地域連携システムの構築をめざしたいと考えております。

送付先・結果の公表の仕方等

保健・福祉・医療情報 WAM NET に掲載されている大阪府豊能医療圏の脳卒中と心筋梗塞の診療に関するすべての医療機関に送付致しております。調査票は無記名で、返信をもって同意を得たとみなさせていただきます。結果は、厚生労働省に報告書として提出するとともに、学術誌および学会等で成果を発表する計画です。

お忙しい中大変申し訳ございませんが、同封の封筒にて期日までにご返送のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

※なお、病院用調査票は、脳卒中患者教育の調査票と心筋梗塞患者教育の調査票とが同封されております。恐れ入りますが、該当部署担当者にご依頼いただき、記入後、まとめて同封の封筒にて返信くださいますようお願い申し上げます。

返信期限：平成 22 年 2 月 15 日（月）までに投函下さい。

実施者・問合せ先

国立循環器病センター 内科脳血管部門 長東 一行

広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座 森山美知子

連絡先：大阪府吹田市藤白台 5 丁目 7 番 1 号 国立循環器病センター

内科脳血管部門 B グループ 長東 一行 TEL 06-6833-5012

貴施設の脳卒中クリティカルパスについてお聞きします。該当番号を○で囲んでください。

質問6 院内の脳卒中クリティカルパスがありますか。

1. はい 2. いいえ

質問7 脳卒中地域連携パスに参加（実際に使用）していますか。

1. はい 2. いいえ

脳卒中の急性期病棟と回復期病棟の、それぞれについてお聞きします。

どちらか一方のみの場合は、該当する方についてご回答下さい。

6 ページ以降（外来）は、すべての医療機関がお答え下さい。

急性期病棟について

→ 脳卒中の急性期病棟を有していない場合は、
4 ページ「回復期病棟」へお進み下さい。

質問8 急性期病棟の年間の脳卒中入院患者数をお答え下さい。（おおよその実患者数）

入院患者数（年間 ）人

貴施設の入院中（急性期）の脳卒中患者教育についてお聞きします。

質問9 脳卒中再発予防教育（生活習慣改善の指導）について、入院中に指導を行っていますか。

1. はい 2. いいえ → 質問11へ進んでください。

補問9-1 上記の入院指導はどのように行っていますか。行っているものを○で囲んでください。
(複数回答可)

1. 退院時指導 2. 管理栄養士による個別栄養指導 3. 教室などの集団指導
4. 時間を設けての個別指導 5. 調理実習 6. パンフレットなどを渡す
7. その他（ ）

補問9-2 一人の患者につき入院中にどれぐらいの時間をかけて指導していますか。

()におおよその日数と時間を記載してください。

教育実施日数 () 日間 総時間数 () 時間

質問 14 (1)以下の患者教育を実施していますか。実施している場合、「有」を○で囲んでください。

(2)それらの指導はどの職種が行っていますか。該当する番号を○で囲んで下さい。

(複数回答可。その他の欄には具体的に職名を記入。)

	入院中の 実施有無	実施している職種に○(複数回答可)							入院中 のおおよその 指導時間
		医師	看護師	PT	OT	管理 栄養士	臨床 心理士	その他 (具体的に)	
食事療法	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
運動療法	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
禁煙指導	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
日常生活の注意事項	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
服薬管理	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
血圧の管理 (毎日のモニタリング等)	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
糖尿病の管理 (SMBG やフットケア等)	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
疾患の理解	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
行動変容	有・無	1	2	3	4	5	6		()分

質問 15 上記の患者教育を実施していない場合、その理由をお教えてください。(複数回答可)

<p>1. 病診連携で、治療後は直ちにかかりつけ医にもどすため</p> <p>2. 人手不足 3. 時間がない 4. 診療報酬の対象となっていない</p> <p>5. 必要ではない(理由:) 6. 教え方がわからない</p> <p>7. その他()</p>

以下は、全ての医療機関がお答え下さい

質問 16 外来の月平均の脳卒中患者数をお答え下さい。(おおよその実患者数)

外来 脳卒中患者数(月平均) ()人

貴施設の外来の脳卒中患者教育についてお聞きします。

質問 17 脳神経外科医、脳神経内科医又は脳卒中を専門とする医師による専門外来を設置していますか。

(非常勤の場合は、常勤換算してください。)

1. はい ()人 2. いいえ

質問 18 脳卒中再発予防教育(生活習慣改善の指導)について、外来で指導を行っていますか。

1. はい 2. いいえ → 質問 20へ進んでください。

補問 18-1 上記の指導はどのように実施していますか。該当するものを○で囲んでください。
(複数回答可)

1. 外来診察時の医師による個別指導 1人の患者にかかる時間 ()分
2. その他の職種(看護師など)による個別指導
1人の患者にかかる時間 ()分
3. 管理栄養士による個別栄養指導

→上記回答1~3のいずれかを実施している場合、外来指導の頻度はどれくらいですか。
すべて実施している場合は、合わせた頻度をお答え下さい。

1. 受診のたび 2. 月1回 3. 半年に1回 4. 1年に1回
5. その他 ()

4. 脳卒中予防教室などの集団指導
1人の患者が参加する時間と回数 ()時間×()回
5. 脳卒中リハビリテーションプログラムの中での実施
プログラムの実施期間()日間 又は ()ヶ月間
1回のプログラムの実施時間 1回()分
プログラムの実施頻度(毎日 又は 週()日)
6. 調理実習
7. パンフレットなどを渡す
8. その他 ()

心筋梗塞患者に対する保健指導（患者教育）に関する調査票 病院用

心筋梗塞患者を診療しておられない場合（診療対象外）は、これで調査は終了です。
このまま、返信用封筒で返信をお願いいたします。

心筋梗塞患者を診察しておられる場合は、引き続きご回答願います。

施設の概要についてお尋ねします。該当番号を○で囲んでください。

質問1 病床数をお答え下さい。

1. 20～200 床未満 2. 200～500 床未満 3. 500 床以上

質問2 心筋梗塞患者が入院する病棟で算定している入院基本料をお答え下さい。

1. 7 対 1 2. 10 対 1 3. 13 対 1 4. 15 対 1

専門職の配置についてお聞きします。該当番号を○で囲んでください。

質問3 循環器専門医を配置していますか。（非常勤は常勤換算して数字に含めてください。）

1. はい（ ）人 2. いいえ

質問4 院内に管理栄養士を配置していますか。（非常勤は常勤換算して数字に含めてください。）

1. はい（ ）人 2. いいえ

質問5 院内に心臓リハビリテーション指導士（心臓リハビリテーション学会認定）を配置していますか。（非常勤は常勤換算して数字に含めてください。）

1. はい（ ）人 2. いいえ

質問6 院内に臨床心理士／ヘルスカウンセラーを配置していますか。
（非常勤は常勤換算して数字に含めてください。）

1. はい（ ）人 2. いいえ

貴施設の心筋梗塞クリティカルパスについてお聞きします。該当番号を○で囲んでください。

質問7 院内の心筋梗塞クリティカルパスがありますか。

1. はい 2. いいえ

質問8 心筋梗塞地域連携パスに参加（実際に使用）していますか。

1. はい 2. いいえ

質問 11 上記の患者教育を実施していない場合、その理由をお教えてください。(複数回答可)

1. 病診連携で、治療後は直ちにかかりつけ医にもどすため
2. 人手不足
3. 時間がない
4. 診療報酬の対象となっていない
5. 必要ではない(理由:)
6. 教え方がわからない
7. その他()

質問 12 入院中に算定している診療報酬をお答え下さい。(複数回答可)

1. 心大血管疾患リハビリテーション料(I)
2. 心大血管疾患リハビリテーション料(II)
3. リハビリテーション総合計画評価料

質問 13 貴施設で心大血管疾患リハビリテーション料を算定していない場合、算定していない理由をお答え下さい。(複数回答可)

1. 専任の常勤医師が確保できない
2. 常勤の看護師が確保できない
3. 常勤の理学療法士が確保できない
4. 十分な施設(場所)が確保できない
5. 必要な機器がそろえられない
6. 十分な患者数が確保できない
7. 実施するスタッフに十分な知識や技術がない
8. 病院が必要と判断していない

質問 14 心筋梗塞年間患者数をお答え下さい。(おおよその実患者数)

入院患者数(年間)人

質問 12 (1)以下の患者教育を実施していますか。実施している場合、「有」を○で囲んでください。

(2)それらの指導はどの職種が行っていますか。該当する番号を○で囲んで下さい。

(複数回答可。その他の欄には具体的に職名を記入。)

	外来での 実施有無	実施している職種に○(複数回答可)							
		医師	看護師	PT	OT	管理 栄養士	臨床 心理士	その他 (具体的に)	外来での おおよその 指導時間
食事療法	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
運動療法	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
禁煙指導	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
日常生活の注意事項	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
服薬管理	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
血圧の管理 (毎日のモニタリング等)	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
糖尿病の管理 (SMBG やフットケア等)	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
疾患の理解	有・無	1	2	3	4	5	6		()分
行動変容	有・無	1	2	3	4	5	6		()分

質問 13 実施していない場合、その理由をお教えてください。(複数回答可)

1. 人手不足	2. 時間がない	3. 教え方がわからない
4. 必要ではない(理由:)	
7. その他()	

貴施設の 外来の心筋梗塞患者教育についてお聞きします。

質問 14 心筋梗塞再発予防教育について、外来で実施していますか。
(食事や運動などの生活習慣改善に関する指導です。)

1. はい

2. いいえ → 質問 16 へ進んでください。

補問 14-1 上記の指導はどのように実施していますか。該当するものを○で囲んでください。

1. 外来診察時の医師による個別指導

1人の患者にかかる時間 ()分

2. その他の職種(看護師など)による個別指導

1人の患者にかかる時間 ()分

3. 管理栄養士による個別栄養指導

→上記回答1～3のいずれかを実施している場合、外来指導の頻度はどれくらいですか。

すべて実施している場合は、合わせた頻度をお答え下さい。

1. 受診のたび

2. 月1回

3. 半年に1回

4. 1年に1回

5. その他()

4. 教室などの集団指導

1人の患者が参加する時間と回数 ()時間×()回

5. 心臓リハビリテーションプログラムの中での実施

プログラムの実施期間()日間 又は ()ヶ月間

1回のプログラムの実施時間 1回()分

プログラムの実施頻度(毎日 又は 週()日)

6. 調理実習

7. パンフレットなどを渡す

8. その他()

補問 14-2 家族への指導を併せて行っていますか。

1. はい

2. いいえ