

表 4. 病棟・病院外来・診療所における教育内容別の実施施設数

	病院			診療所 n = 103 (%)
	急性期病棟 n = 17 (%)	回復期病棟 n = 8 (%)	病院外来 n = 20 (%)	
食事療法	14 (82.4)	6 (75.0)	16 (80.0)	97 (94.2)
運動療法	10 (58.8)	5 (62.5)	15 (75.0)	88 (85.4)
禁煙指導	11 (64.7)	3 (37.5)	15 (75.0)	81 (78.6)
日常生活の注意事項	16 (94.1)	7 (87.5)	19 (95.0)	101 (98.1)
服薬管理	17 (100.0)	7 (87.5)	17 (85.0)	95 (92.2)
血圧の管理	13 (76.5)	6 (75.0)	17 (85.0)	100 (97.1)
糖尿病の管理	10 (58.8)	4 (50.0)	11 (55.0)	80 (77.7)
疾患の理解	4 (82.4)	5 (62.5)	12 (60.0)	91 (88.3)
行動変容	7 (41.2)	2 (25.0)	10 (50.0)	49 (47.6)

診療所では、「食事療法」については管理栄養士や看護師よりも医師が 88.6% 実施していた。「服薬管理」についても同様に薬剤師よりも医師が 93.7% 実施していた。全ての教育内容で医師が最も多く患者教育を実施していた。

6. 患者教育を実施していない理由

教育を実施していない理由として、「人手不足」と「時間が無い」が病棟・病院外来・診療所のいずれにおいても半数以上を占めた。また、病院外来では「かかりつけ医に戻す」が 40.9% と高い割合を占めた。

考 察

本調査で質問紙の回収率が 34.4% と低かった理由として、脳卒中又は心筋梗塞に関わる病院として掲載されているものの、実際には当該疾患の診療数がゼロである病院が見られたこと、また今回、心筋梗塞再発予防の実態調査を同時に行ったため、脳神経系を専門とする病院と心筋梗塞を専門とする病院が異なり、両方を専門としなければ回答ができないと医療機関が判断されたことが考えられる。

1. 地域連携パスの活用と患者教育の実態

脳卒中の再発予防のためには、救急病院や脳卒中センターなどの急性期病棟、療養型を含めた慢性期病棟、病院外来、診療所、介護施設や通所リハビリなど 1 人の患者に対して疾病管理を含めた継続的な患者教育が必要である。特に脳卒中は再発率が高いことから、医療連携を中心としたネットワークが必要不可欠であり、その実現のためには地域連携パスの使用はネットワーク確立のために重要である。しかし今回の結果については、2007

年の改正医療法により脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、がんの 4 疾患の医療連携体制の構築と疾患ごとの地域連携パスの作成・実施が推進⁶⁾ されていることを踏まえると地域連携パスの活用は十分とは言い難い。

さらに患者教育の実施率は、急性期病棟と比較して回復期病棟が低く、診療所と比較して病院外来が低かった。回復期病棟は急性期より長い入院期間にも関わらず、また回復期は急性期と維持期の間の中心部分であることを考慮すると、回復期病棟から地域医療へ情報や継続的な患者教育が止まるという状況は避けるべきと考える。さらに慢性期病棟、及び病院外来からの後方への医療連携は施設が異なるため、何の情報を共有するかというパスの形式作成は困難であるが、そのパス作成過程が地域の連携を深めることであり、医療の質を均一化し、効率化することにつながる⁷⁾。そこで、まずは地域医療に携わるスタッフや介護施設と接触を図り、パス作成や改善の協議をはじめることが地域連携医療促進の第一歩と考える。

2. 脳卒中再発予防のための患者教育

脳卒中治療ガイドライン⁸⁾ によると脳出血による死亡は、食事の減塩とたんぱく質の量の増加、及び高血圧の降圧薬治療によって激減したが、糖尿病や高脂血症が著しく増加、アテローム血栓性脳梗塞が増加、同時に心原性脳塞栓が増加していると報告されている。降圧薬や抗凝固薬、抗脂質薬の開発と改良により、脳卒中の発症や再発が抑制傾向にあることは明らかであるが、高血圧症や糖尿病などの基礎疾患の改善を土台にしなければ、根本的な予防を図ることはできない。

そこで食事に対する患者教育の実態をみると、管理栄養士による食事指導の実施率は診療所以外で高いものの、調理実習が実施されている所はほとんどなかった。

糖尿病の食事コントロールも含めて、塩分や脂質制限など食習慣の改善を患者とその家族が実行に移すには、調理実習は見直される教育方法と考える。そこで病院では管理栄養士による食事療法の指導、また設備機能を活かして調理実習等を行い、患者と食習慣改善の目標設定を行うことが重要である。そして地域連携パスを踏まえて塩分制限や高血圧管理を含めた食事に関する教育内容の継続を図り、診療所においては医師・看護師によって食習慣改善及び目標到達度の確認を患者と行うことが疾病管理の一つとして重要と考える。

また、糖尿病は脳梗塞の確立された危険因子とされながら、糖尿病管理の患者教育の実態は約半数であった。脳卒中治療ガイドライン⁸⁾によると脳梗塞の発症予防には、糖尿病を含む危険因子として高血圧、脂質異常症、肥満、喫煙を包括的にコントロールすることが必要と述べている。すなわち食習慣の改善を図らなければ、塩分・脂質のコントロールが十分にできず、結局は脳卒中の再発につながると考える。

3. 今後の地域連携と患者教育のあり方への課題

脳卒中は後遺症を残しやすく、予防医学の観点から考えると、一次・二次予防を強化することが望ましい。特に脳梗塞は再発率が高いことから、IT 技術を活かし⁹⁾、病院・診療所・訪問事業・保健福祉施設や在宅をつなぐ情報ネットワークを普及し、再発防止を第一目標とした切れ目のない医療サービスの提供が求められる^{10,11)}。

武藤は疾病管理モデルからみた脳卒中の医療連携として地域連携パスの普及が疾病管理のインフラを形成するとし、パス患者登録をするデータベースの構築、疾病ケアマネージャーの育成、情報共有するための IT 連携化の構築を課題としており¹²⁾、本調査の地域連携パス使用状況や患者教育の実態をみるとその課題が未だに明確化されていない状況が伺えた。

そこで、脳卒中再発及び重症化予防のためには回復期病棟のチームによる患者教育の充実や、診療所のスタッフ体制の強化による教育の充実、あるいは疾病管理を押し進める国々が展開するような病院の外部組織による教育を展開する仕組みなどの整備が必要と考える。

結 語

1. 脳卒中の地域連携パスの使用は、病院 51.1%、診療所は 19.0%であった。
2. 脳卒中患者の患者教育実施率は、急性期病棟 70.8%、回復期病棟 57.1%、病院外来 43.5%、診療所 61.3%であった。
3. 教育時間は、急性期病棟は「1～2時間」が 52.9%、慢性期病棟は「1～2時間」「3～4時間」

が 37.5%、病院外来と診療所は「10分未満」がそれぞれ 60.0%、84.4%であった。

4. 急性期病棟と回復期病棟では退院時指導の実施割合が高く、病院外来と診療所では医師による個別指導の実施割合が高かった。
5. 脳卒中再発予防のためには、回復期病棟と病院外来において高血圧や高脂血症、糖尿病管理等を踏まえた専門スタッフによる教育の必要性が求められる。

文 献

1. 厚生統計協会：国民衛生の動向 2010 / 2011. p.49, 厚生統計協会, 東京, 2010
2. 厚生労働省：平成 20 年度国民医療費の概況. 2010 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/08/index.html>)
3. 厚生労働省：介護保険制度改革の概要介護費用一介護保険法改正と介護報酬改定一. p.6, 2007
4. Hata, J., Tanizaki, Y. and Kiyohara, Y. et al. : Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community : the Hisayamastudy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76 : 368-372, 2005
5. 日本脳卒中協会：脳卒中予防十か条, 2003 (<http://www.jsa-web.org/week/pre.html>)
6. 厚生労働省：良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律, 2007 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/kanrenhouan02a.html>)
7. 渡邊 進：ADL に基づいた 3 種類の脳卒中連携パス, 脳卒中リハビリテーション連携パス. p.133-138, 医学書院, 東京, 2007
8. 篠原幸人, 小川 彰, 鈴木則宏 他 (編)：脳卒中治療ガイドライン 2009. p.25, 協和企画, 東京, 2009
9. Southard, B.H., Southard, D.R. and Nuckolls, J. : Clinical trial of an Internet-based case management system for secondary prevention of heart disease. *J. Cardiopulm. Rehabil.*, 23 : 341-348, 2003
10. 森山美知子 編著：新しい慢性疾患ケアモデル—ディジーマネジメントとナーシングケースマネジメント. p.83-92, 中央法規出版, 東京, 2007
11. 武藤正樹, 田城孝雄, 森山美知子 他：地域連携クリティカルパスと疾病ケアマネジメント, 地域医療支援病院における循環器地域連携クリティカルパスの実践. p.69-80, 中央法規, 東京, 2009
12. 武藤正樹：疾病管理モデルからみた脳卒中の医療連携, 脳卒中リハビリテーション連携パス. p.11-13, 医学書院, 東京, 2007

The current situation of patient education on the prevention of cerebral apoplexy recurrence

Koji Harada¹⁾, Michiko Moriyama²⁾, Takeshi Hyakuta³⁾,
Kazuyuki Nagatuka⁴⁾ and Toyonori Omori⁵⁾

- 1) Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University
- 2) Institute of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University
- 3) The Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing
- 4) National Cerebral and Cardiovascular Center
- 5) Graduate School of Medical Sciences, Nagoya City University

Key words : 1. cerebral apoplexy 2. patient education 3. prevention of recurrence

In order to examine the current state of patient education on the prevention of cerebral apoplexy recurrence, a questionnaire survey was conducted. The participants were medical staffers at 157 hospitals and 395 clinics in Hiroshima Prefecture and Toyono Medical Bloc, Osaka Prefecture. The survey form was sent by mail and the study was conducted between January and March, 2010. Forty-seven valid forms were received from the hospitals (a valid response rate of 29.9%) and 168 from the clinics (42.5%).

Patient education was practiced at 70.8% of the acute-stage wards, 57.1% of the recovery-stage wards, 43.5% of the outpatient units, and 61.3% of the clinics. The average time spent on patient education was "1-2 hours" at 52.9% of the acute-stage wards and 37.5% of the chronic-stage wards. Only "less than 10 minutes" was spent at 60.0% of the outpatient units and 84.4% of the clinics, respectively; it was provided mostly by the doctors. Community collaboration paths were used by 24 hospitals (51.1%) and 32 clinics (19.0%).

It was inferred that, in order to prevent recurrence of cerebral apoplexy, which has a high rate of recurrence, education by specialists is called for at recovery-stage wards and outpatient units with a focus on management of high blood pressure, hyperlipemia and diabetes.

〈事例報告〉

心筋梗塞患者の再発予防に向けた地域連携と患者教育の実態

原田浩二¹⁾ 森山美知子¹⁾ 百田武司²⁾ 長束一行³⁾ 大森豊緑⁴⁾

The current situation of community collaboration on patient education towards prevention of recurrence of myocardial infarction

Koji Harada, Michiko Moriyama, Takeshi Hyakuta, Kazuyuki Nagatuka, Toyonori Omori

要 旨

心筋梗塞の再発予防に関する患者教育の実態を明らかにするために、広島県と大阪府豊能医療圏における病院及び診療所に対して郵送による質問紙調査を行った。調査期間は2010年1月～3月、質問紙配布数は病院157施設、診療所395施設、病院の有効回答数は31部（有効回答率19.7%）、診療所は168部（有効回答率42.5%）であった。

地域連携クリティカルパスの使用は病院16.1%、診療所14.3%、患者教育実施率は病棟74.2%、病院外来61.3%、診療所59.5%であり、専門スタッフの配置割合は病院よりも診療所が低く、病院では管理栄養士による食事療法、薬剤師による服薬指導、看護師による糖尿病管理の教育が特徴であった。診療所は医師による教育が多く、教育時間は5～10分程度であった。

病院では在院日数が短く、かかりつけ医に患者をもどすことから包括的な患者教育の実施は少なく、一方診療所では専門スタッフの配置が少なく、医師の診察中による短時間の教育にとどまる状況を見ると、再発・重症化予防に向けた教育プログラムが組み込まれた、病診連携を推進する地域連携クリティカルパスの運用が重要で、これにアウトカム評価指標を導入した、医療機関と医療保険者、疾病管理会社等との連携による新たな再発予防システムの構築が必要と考える。

Key words : 心筋梗塞, 患者教育, 再発予防, 地域連携クリティカルパス

序 文

2006年に策定された医療制度改革大綱の基本的な考え方に安心・信頼の医療の確保と予防の重視が位置付けられ、患者の視点に立った切れ目のない医療の提供が推進されることとなった。これを受け、2007年に施行された改正医療法により、都道府県の第5次医療計画の下、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、がんの4疾病について医療連携体制を構築することが求められ、その方法論の一つとして疾患ごとの地域連携クリティカルパス（以下、地域連携パスと略す）の作成・実施が推進されている¹⁾。広島県においても、広島県地域保健対策協議会の下に疾病ごとのワーキンググループが組織され、予防から急性期、

慢性期、維持期に至るまでの医療機関の整備及びネットワーク化、地域連携パスの策定が進んでいる²⁾。

この4疾病のうち心筋梗塞は、その急性期治療が進歩し、急性心筋梗塞患者の死亡率は減少傾向にある。平成17（2005）年の患者調査によると、虚血性心疾患で継続的な治療を受けていると推測される総患者数は約86万3,000人であり³⁾、虚血性心疾患は慢性疾患としての側面が強くなっている。その一方で、虚血性心疾患の主な治療である冠動脈インターベンション後の再狭窄の頻度はバルーンによる冠動脈拡張術で30～40%と報告され⁴⁾、薬剤溶出性ステントの登場により再狭窄の問題も克服されようとしているが、生命予後やQOL（Quality of Life）に与える影響は未だ十分でないという報告もある⁵⁾。

心筋梗塞二次予防に関するガイドライン⁶⁾によると再発予防のためには、血圧や脂質異常をコントロールする

¹⁾広島大学大学院 保健学研究科 ²⁾日本赤十字広島看護大学

³⁾国立循環器病研究センター

⁴⁾名古屋市立大学大学院 医学研究科

著者連絡先：〒734-8553 広島市南区霞 1-2-3

ための薬物療法に加え、食事療法・運動療法・禁煙指導・飲酒管理など生活習慣の改善が重要であることが示されている。しかしながら、わが国の医療提供体制の下では、①在院日数が短く入院中に十分な患者教育ができない、②患者教育上の問題点としてスタッフ数・専門スタッフの不足や部屋の確保が困難、③200床未満の病院や診療所では専門医や専門スタッフの配置割合が200床以上の病院に比べて低いという現状¹⁾にも関わらず、医療専門家チームによる計画的な治療管理が必要な「生活習慣病管理料」の診療報酬が設定されており、理念と実態と政策がミスマッチしている感がある。

今後、心筋梗塞患者の重症化、再発予防及び医療費の適正化のためには、急性期医療機関と慢性・維持期治療を行う診療所との連携を進め、基礎疾患管理を含む広義の疾病管理を進めていく必要がある。そこで本研究は、病院・診療所における心筋梗塞再発予防のための患者教育の実態を明確にして、地域連携および患者教育の具体的な対策を提示する基礎資料とすることを目的とした。

1. 対象及び方法

調査対象は、引き続き実施する患者教育介入研究のフィールドとして選択した地域である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」に掲載されている病院132施設、診療所256施設と独立行政法人福祉医療機構が運営する保健・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心筋梗塞、脳卒中の診療に関わる病院25施設、診療所139施設で合計552施設（病院157、診療所395）とした。また心筋梗塞の診療に関わる医療機関とは、心筋梗塞の救急医療から回復期及び再発予防のための病院外来・入院診療を行っている医療機関とした。尚、広島県（三次医療圏）と大阪府豊能医療圏（二次医療圏）の結果に患者教育等の実施率に差はなかったので両方のデータを用いた。調査期間は2010年1月20日から同年3月10日までとした。

データ収集方法は郵送による無記名自記式質問紙法で、病院は看護部長宛、診療所は院長宛に質問紙を送付し、患者教育の実態を把握している医療スタッフに質問紙への記入を依頼した。病院については該当する病棟と病院外来に分けて質問紙の記入を依頼した。調査内容は医療機関の概要（病床数、年間入院患者数等）、教育体制に関する項目（専門医・専門スタッフの配置、地域連携パスの使用状況）、患者教育の実態（教育の実施率、教育方法、教育内容、実施職種・実施時間等）とし、すべての質問項目について記述統計処理を行った。倫理的配慮として本調査の実施にあたり、広島大学大学院保健学研究科倫理審査委員会の承認を受けた。質問紙は無記名で医療機関が特定できないようにした。看護部長又は院長

宛に、調査の趣旨、目的、回答の任意性、公表の仕方を記載した依頼文書を送付し、質問紙の返信をもって同意があったとみなした。

2. 結果

(1)調査対象の属性

病院は157施設中50施設から回答が得られ、うち有効回答のあった31施設を分析対象とした（回収率31.8%、有効回答率19.7%）。無効回答の理由として、急性心筋梗塞及び脳卒中に関わる病院として掲載されているものの、実際には当該疾患での診療が行われない病院が見られたこと、また今回、脳卒中再発予防の実態調査を同時に行ったため、脳神経系を専門とする病院と心筋梗塞を専門とする病院が異なり、両方を専門としなければ回答ができないと医療機関が判断したことが考えられる。診療所は395施設中168施設から回答を得た（回収率、有効回答率42.5%）。

1) 病床規模別病院数

200床未満が16施設（51.6%）、200～500床未満が9施設（29.0%）、500床以上が6施設（19.4%）であった。

2) 心筋梗塞患者数等

年間入院患者数は「0～10人」が10施設、「11～50人」が9施設であった。月平均病院外来患者数は「0～10人」11施設、診療所では「0～10人」が78施設と最も多かった。

3) 専門スタッフの配置

管理栄養士の配置は病院では31施設中29施設、診療所では168施設中25施設であった。心臓リハビリテーション指導士は病院6施設、診療所2施設であった。臨床心理士/カウンセラーは病院10施設、診療所5施設であった。

(2)心筋梗塞の地域連携クリティカルパス利用率と患者教育実施率及び教育時間

地域連携パスの使用は病院5施設（16.1%）、診療所24施設（14.3%）であった。

患者教育の実施は、病棟23施設（74.2%）、病院外来19施設（61.3%）、診療所100施設（59.5%）であった。教育時間は、病棟では「1時間未満」が9施設、病院外来では「5～10分」が8施設であった。診療所では「5～10分」が46施設、「1～5分」が43施設であった（表1）。

(3)指導管理料の算定

200床未満または診療所しか算定できない特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料は、診療所それぞれ85.1%、26.2%であった。大血管疾患リハビリテーション料は、病院・診療所とも10%未満であった。

(4)患者教育の方法

教育方法は、病棟・病院外来・診療所のいずれにおいても「個別指導」が最も多く、病棟18施設（78.3%）、病院外来16施設（84.2%）、診療所98施設（98.0%）であっ

表 1 患者・家族への教育実施施設数と教育時間

	病 院				診療所 (n=168)		
	病 棟 (n=31)		病院外来 (n=31)		実数	(%)	
	実数	(%)	実数	(%)			
患者への教育実施施設数	23	(74.2)	19	(61.3)	100	(59.5)	
家族への教育実施施設数	20	(64.5)	12	(38.7)	64	(38.1)	
患者への教育時間	6時間以上	3	(13.0)	—	—	—	
	4～5時間	2	(8.7)	—	—	—	
	3～4時間	3	(13.0)	—	—	—	
	2～3時間	1	(4.3)	—	—	—	
	1～2時間	4	(17.4)	—	—	—	
	1時間未満	9	(39.1)	—	—	—	
	60分程度	—	—	0	(0.0)	0	(0.0)
	30分程度	—	—	1	(5.3)	0	(0.0)
	20分程度	—	—	1	(5.3)	4	(4.0)
	10～15分程度	—	—	2	(10.5)	5	(5.0)
	5～10分程度	—	—	8	(42.1)	46	(46.0)
	1～5分程度	—	—	3	(15.8)	43	(43.0)
	無回答	1	(4.3)	4	(21.1)	2	(2.0)
	小計	23	(100)	19	(100)	100	(100)

た。一方「集団指導」は病院外来では実施されておらず、病棟 2 施設、診療所 2 施設のみであった。「栄養指導」は病棟18施設、病院外来13施設、診療所10施設であった。「パンフレット配布」による教育は、病棟17施設、病院外来 8 施設、診療所45施設であった。

(5)教育内容と実施専門スタッフ

1) 病棟・病院外来・診療所における患者教育の内容

「食事療法」は病棟95.7%、病院外来89.5%、診療所100%であった。「生活上の注意」は病棟100%、病院外来89.5%、診療所100%であり、診療所の方が実施数は高い結果となった(表2)。

2) 病棟・病院外来・診療所における患者教育担当者の状況

病棟では、食事療法は管理栄養士が56.4%、服薬管理は薬剤師が48.9%、運動療法は看護師が37.0%、理学療

法士が33.3%であった。それ以外の禁煙指導、生活上の注意、血圧管理、糖尿病管理、疾患理解、行動変容の教育内容では看護師による教育が46.5～58.6%であった。病院外来では、食事療法は管理栄養士71.4%、糖尿病管理は看護師50.0%、服薬管理は薬剤師が25.0%であった。それ以外の運動療法、禁煙指導、生活上の注意、血圧管理、疾患理解、行動変容の教育内容では医師による教育が66.7%～88.2%を占めた。診療所では、食事療法は管理栄養士11.9%、服薬管理は薬剤師4.3%であったものの、それ以外の教育内容では医師による患者教育が70.7～84.8%、次いで看護師の11.2～23.9%であった。

(6)患者教育を実施していない理由

患者教育を実施していない理由として、「人手不足」と「時間がない」が病棟・病院外来・診療所のいずれにおいても最も多かった。また、病院外来では「かかりつけ医に戻す」、病棟では「専門病院へ転院する」という理由が挙げられていた。

表 2 病棟・病院外来・診療所における教育内容別の実施状況

教育内容	病 院				診療所 (n=100)	
	病棟 (n=23)		病院外来 (n=19)		実数	(%)
	実数	(%)	実数	(%)		
食事療法	22	(95.7)	17	(89.5)	100	(100.0)
運動療法	16	(69.6)	11	(57.9)	88	(88.0)
禁煙指導	18	(78.3)	17	(89.5)	83	(83.0)
生活上の注意	23	(100.0)	17	(89.5)	100	(100.0)
服薬管理	23	(100.0)	14	(73.7)	94	(94.0)
血圧管理	18	(78.3)	17	(89.5)	100	(100.0)
糖尿病管理	17	(73.9)	13	(68.4)	80	(80.0)
疾患理解	19	(82.6)	13	(68.4)	91	(91.0)
行動変容	14	(60.9)	10	(52.6)	53	(53.0)

3. 考 察

(1)地域連携クリティカルパスと患者教育の実施状況

再発・重症化予防のために疾病の自己管理を必要とする慢性疾患においては、一連の医療サービスの流れの中で、急性期病院又は回復・維持期を担当する診療所等のどこかにおいて患者教育を実施することが重要である。しかし、急性期病院では機能分担や在院日数の短縮化が進む中で、人手や時間的余裕がないこと、また患者側にも教育を受ける余裕がないことに加え、「かかりつけ医に戻す」「専門病院へ送る」などの理由から、患者教育の実施率は74%にとどまっていた。また、病院外来では「人手不足」に加え、「かかりつけ医に戻す」という理由

から実施率は61%と低く、食事療法を除き、多くの教育は医師によって実施されていた。一方、診療所においては、患者教育の実施率が60%であり、特定疾患管理料は医師以外の者が実施しても算定可能であるにも関わらず、ほぼ医師によって患者教育が行われ、5分～10分程度の実施が多かった。

以上のことから、患者教育は慢性期・維持期の医療を提供する診療所では医師が限られた診療時間の範囲でしか実施しておらず、200床以上の比較的専門スタッフの配置割合が高い病院でも限定的にしか実施されていない実態が明らかになった。とくに心筋梗塞の再発・重症化には生活習慣が強く影響するにも関わらず、患者のライフスタイルに合わせた疾病の自己管理ができるような時間をかけている教育とは言い難かった。急性期から回復期、維持期に亘り切れ目のない医療提供、専門医とかかりつけ医との協働、疾患管理体制の強化を図るための地域連携パスの実施率が低いことを考えると、専門スタッフが先導して地域連携パスを運用し、診療所の医師を支援できる形で6ヶ月から1年に1回の検査で冠動脈拡張術を実施した病院外来に患者を戻す際に、かかりつけ医で実施した検査結果を見ながら看護師等コメディカルスタッフが包括的な患者教育を実施し、それを再度かかりつけ医に報告するなどの病診連携の強化及び多職種が協働できるような体制の構築が望まれる。

(2) 専門的なケアの提供体制とアウトカム評価システムの構築の必要性

病棟では理学療法士による運動療法は33%と比較的多くの施設で実施されているにも関わらず、心大血管疾患リハビリテーション料の算定施設の割合が低く、過去の調査結果からあまり改善されていないことがわかる⁸⁾。算定要件が厳しいことが理由の一つとして考えられるが、包括的な心臓リハビリテーションは、運動耐容能や生命予後の改善など高いエビデンスで重要性が示唆されており⁹⁾、維持期における日常生活の中で行う包括的な心臓リハビリテーションも心機能の維持やQOLの向上に効果があることから¹⁰⁾、地域レベルでの実施体制の構築は急務であると考えられる。一方、心筋梗塞の基礎疾患となる糖尿病の管理に関する教育については、病院では看護師による実施率が高く、「糖尿病合併症予防管理料」の診療報酬が新設されたことによって実施が促進されていた。また認定看護師や糖尿病療養指導士の配置は、専門医や病床規模の大きさと有意に関連し、比較的大規模な病院に限られている傾向がみられる¹¹⁾ことから、地域レベルで専門スタッフを有する大病院と他の医療機関との地域連携パスを活用した実施が課題である。尚、地域連携パスは、単なる病診連携にとどまらず、重症化予防・再発予防の疾病管理ツールでもあることから、質の担保と評価のためのアウトカム評価指標を組み込み、どこかの場

所で責任をもってデータをモニタリングすることが重要であると考えられる¹²⁾¹³⁾。

(3) 新たな再発予防システムの構築

患者の継続的教育プログラムの要望¹⁴⁾、都道府県における二次医療圏単位での地域医療連携の推進、退院調整や心臓リハビリテーション、糖尿病管理等の患者教育に関する診療報酬の後押しなどを考えると、地域連携パスの使用の促進と、特に病院外来と診療所における再発予防教育の実施の連携が必要である。そのためには病院から病院外来、診療所において高血圧、糖尿病管理などを含めた継続的な地域連携パスの使用、加えてアウトカム評価指標の導入、さらに医師、看護師、理学療法士、管理栄養士、薬剤師など、どの医療スタッフであっても患者一人に対して一つの地域連携パスを活用するなど包括的な教育が必要と考える。

欧米では、政府（医療保険者）や医療機関、疾病管理を実施する会社によって、医療の効率化、医療費の適正化、そして患者のQOL向上の観点から、看護師や薬剤師らが家庭訪問や電話、インターネットを活用した指導で心筋梗塞後の再発予防教育とデータ管理が導入されており¹⁵⁾¹⁶⁾、現在のわが国の医療の置かれた状況を鑑みると、医療機関と医療保険者、疾病管理会社等との連携による、現在のわが国の医療システムでは対応困難な部分を補強する疾病管理システム開発の必要性¹⁷⁾¹⁸⁾が、今後高まると考えられる。

結語

心筋梗塞は治療後の再狭窄の頻度が高く、再発防止のためには多職種が協働して患者のライフスタイルに合わせた生活習慣の改善に向けた教育が必要である。しかし実際の患者教育の実施率は病棟74%、病院外来61%、診療所60%であり、病棟以外は医師による実施が多かった。さらに地域連携パスの使用は2割に満たなかった。今後は専門スタッフが先導して病棟から病院外来、診療所において高血圧や糖尿病管理などを含め、医師、看護師、理学療法士、管理栄養士、薬剤師など、どの医療スタッフであっても患者一人に対して一つの地域連携パスを使用するなど包括的な教育が必要である。さらに患者教育等の効果を客観的に評価できるようアウトカム評価指標の導入と疾病に関するデータ管理を含めた医療機関と医療保険者、疾病管理会社等との連携による疾病管理システムの構築の検討が必要である。

文献

- 1) 厚生労働省：良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律、<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/kanrenhouan02a.html>、アクセス2010年1月10日

- 2) 広島県健康福祉局保健医療部医療政策課：広島県保健医療計画、<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/page/1208492928710/index.html>、アクセス2010年1月10日
- 3) 厚生統計協会：厚生指標臨時増刊 国民衛生の動向第54巻第9号、pp446、厚生統計協会出版、東京、2007
- 4) 日本循環器学会：冠動脈疾患におけるインターベンション治療の適応ガイドライン 待機的インターベンション、http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2000_fujiwara_h.pdf、アクセス2010年1月10日
- 5) 横井宏佳：PCI時代の心臓病治療、本当にそれでいいのか、*Therapeutic Research* 28(4)：679~695、2007
- 6) 日本循環器学会：心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版)、http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2006_ishikawa_h.pdf、アクセス2010年1月10日
- 7) 森山美知子、柘植尚子、古井祐司 他：医療機関における患者教育の実態及び疾病管理サービスの利用意向に関する調査、*病院管理*43(1)：47~58、2006
- 8) 後藤葉一、齋藤宗靖、岩坂壽二 他：我が国における急性心筋梗塞症回復期心臓リハビリテーションの全国実態調査、*日本心臓リハビリテーション学会誌* 11(1)：36~40、2006
- 9) 日本循環器学会：心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2007年改訂版)、http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2007_nohara_h.pdf、アクセス2010年1月10日
- 10) 森山美知子、中野真寿美、古井祐司 他：セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラムの有効性の検討、*日本看護科学会誌* 28(4)：17~26、2008
- 11) 中野真寿美、森山美知子、坂巻弘之：糖尿病患者教育の標準化/適正化に向けた療養指導体制の実態調査、*広島大学保健学ジャーナル* 6(2)：118~125、2007
- 12) 森山美知子編著：新しい慢性疾患ケアモデル—ディーズマネジメントとナーシングケースマネジメント—、pp83~92、中央法規出版、東京、2007
- 13) 武藤正樹、田城孝雄、森山美知子 他：地域連携クリティカルパスと疾病ケアマネジメント、地域医療支援病院における循環器地域連携クリティカルパスの実際、pp69~80、中央法規、東京、2009
- 14) 森山美知子、古井祐司、田久浩志 他：一般住民の生活習慣改善プログラムへの支払意思額に関する調査、*広島大学保健学ジャーナル* 6(2)：126~134、2007
- 15) Southard BH, Southard DR, Nuckolls J: Clinical trial of an Internet-based case management system for secondary prevention of heart disease, *J Cardiopulm Rehabil* 23: 341~348, 2003
- 16) Warrington D, Cholowski K, Peters D: Effectiveness of home-based cardiac rehabilitation for special needs patients, *Journal of Advanced Nursing* 41(2): 121~129, 2003

ABSTRACT

The current situation of community collaboration on patient education towards prevention of recurrence of myocardial infarction

Koji Harada¹⁾, Michiko Moriyama¹⁾, Takeshi Hyakuta²⁾, Kazuyuki Nagatuka³⁾, Toyonori Omori⁴⁾

¹⁾Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

²⁾The Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing

³⁾National Cerebral and Cardiovascular Center

⁴⁾Graduate School of Medical Sciences, Nagoya City University

In order to examine the current situation of patient education on prevention of recurrence of myocardial infarction, a questionnaire was administered to 157 hospitals and 395 clinics in Hiroshima Prefecture and Osaka Prefecture Toyono Medical area by mail, between January and March, 2010. Thirty-one valid forms were received from the hospitals (valid response rate, 19.7%) and 168 from the clinics (42.5%).

Community collaboration critical pathways were used in 16.1% of the hospitals and 14.3% of the clinics. Patient education was practiced in 74.2% of the hospital wards and 61.3% of the outpatient units, and 59.5% of the clinics. Specialists were allocated more at the hospitals than at the clinics. The patient education at the hospitals included dietary education by dietitians, medicine intake guidance by pharmacists, and diabetic management education by nurses. Education at the clinics was largely done by physicians, and the average time spent was 5 to 10 minutes at one session.

Due to short length of hospital stay and that patients are quickly discharged to clinics, patients at the acute stage could not afford time to receive education. The clinics had few specialists allocated and education was limited to short sessions by physicians during the consultation. Based on these facts, we strongly suggest to develop, foremost, community collaboration critical pathways between hospitals and clinics which promote collaborative patient education aimed at prevention of recurrence and aggravation. The pathway should then include outcome indicators to further develop a new preventive system supported by a medical insurance organization and/or a disease management company.

Keywords : myocardial infarction, patient education, recurrence prevention, community collaboration critical pathways

