

報告

虚血性心疾患の予防を目指した看護職者による患者指導の研究 —地域の医療機関を対象とした調査から—

大井山果^{1,2}, 松田愛美^{1,2}, 北村佐和子^{1,3}, 松原 勇¹, 多久和典子¹

概要

虚血性心疾患の発症・再発予防には、看護職者による積極的な患者指導による生活習慣の改善や、医療施設間連携が重要である。この点に関し、地域の現況を明らかにし、さらに効果的な指導方法を考察するため、I県内の看護職者を対象に任意・記入式アンケート調査を行い、264名について分析した。病院と診療所を比較すると、看護職者の年代・関連診療科の臨床経験、疾患別の担当頻度、研修参加状況が異なっていた。生活指導の実施頻度の高い項目・低い項目は互いに類似していたが、実施率と1回あたりの指導時間は病院にポイントの高い項目が多かった。自身の患者指導に満足している看護職はわずかであり、また、クリニカルパスの使用は極めて限定的であった。今後、ニーズに呼応した研修機会の増加や、クリニカルパスや資料の共有により、看護職者間・施設間の連携を図り、各施設の患者の特性に合った継続的な介入の仕組みづくりを推進していくことが望まれる。

キーワード 虚血性心疾患、生活習慣病、患者教育、予防看護、クリニカルパス

1. はじめに

心疾患は、がんに次いで現在日本人の死因の第2位を占めている。2009年の心疾患による死亡数は18万人あまりで、全死亡数の15.8%であり、その内、虚血性心疾患によるものは41.8%を占めている¹⁾。我が国における虚血性心疾患の増加の背景には、ライフスタイルの欧米化による脂質異常、耐糖能異常などの生活習慣病の増加がある。過栄養と運動不足により、内臓脂肪の肥大を介してこれらの病態が重複して生じると、動脈硬化が急速に進むことが明らかにされており、メタボリックシンドロームという疾患概念として確立されている。これを放置すると、狭心症や心筋梗塞といった虚血性心疾患の発症にいたる。さらに、喫煙、過度の飲酒なども、虚血性心疾患の発症に直結する粥状動脈硬化の危険因子としてよく知られている。

メタボリックシンドロームおよびその予備軍をスクリーニングで抽出し、該当者に効果的な保健指導を徹底させるために、わが国においても2005年に診断基準が策定され²⁾、2008年度から特定検診・保健指導が開始されている。また、「食

べすぎ」や「運動不足」、「喫煙」などの生活習慣の改善をめざして、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン³⁾、再発予防・生活の質維持・向上にむけた二次予防ガイドラインが定められている⁴⁾。しかしながら、長年親しんだ安楽な生活習慣を改善することは極めて難しいのが現実である。保健師・検診センターの看護職者による一次予防をますます充実させることに加えて、循環器疾患や糖尿病・脂質異常症等の患者に関わる看護師による積極的な患者指導が重要と考えられる。

早期再灌流療法の確立で在院日数が短縮されている現在、効果的な患者指導を実現するためには様々な工夫が必要である⁵⁾。患者指導パンフレットの作成^{6,7)}や、多職種共有、あるいは、地域連携のクリニカルパス(クリティカルパス)の導入⁸⁻¹⁰⁾も普及しつつある。しかしながら、地域のさまざまな医療施設に勤務する看護師が、虚血性心疾患・予備軍の患者への生活指導にどのように取り組み、どのような課題を感じているのか、その実態は十分明らかではない。

本研究は、I県内の病院・診療所など、様々な医療施設での看護職者による患者指導の現況や地域連携のクリニカルパスの活用状況を明らかにし、施設の特徴を生かした効果的な指導方法や地域連携への課題について考察することを目的とした。

¹ 石川県公立大学法人石川県立看護大学

² 富山大学附属病院(現所属)

³ 石川県立中央病院(現所属)

2. 研究方法

I 県の病院・診療所（循環器科，内科，外科），検診センターに勤務する看護職者 531 名を対象に，無記名，任意の記入式アンケート調査を行った。アンケートの項目は，勤務先の種類，看護師経験年数，循環器科・代謝内科勤務経験年数，虚血性心疾患・関連生活習慣病の患者を担当する頻度，生活指導の状況（指導の頻度と重要性の認識，指導に用いる資料，1 回に掛ける時間等），自身の生活指導に対する満足度，生活指導において課題と考えていること，研修の受講状況とニーズなどから成る。なお，生活指導の頻度と重要性の認識については，虚血性心疾患の危険因子として重要であることが知られている生活習慣・健康障害を中心に具体的な 21 項目を提示し，各項目について回答を求めた。すなわち，禁煙に関する 3 項目（禁煙・受動喫煙回避の推奨，禁煙意欲，禁煙プログラムの紹介・実際の援助），塩分制限に関する 2 項目（必要性の説明，具体的な方法の指導），肥満に関する 5 項目（BMI の説明，実際の算出，これに基づく 1 日総摂取カロリーの算出と説明，腹囲測定と保健指導，内臓脂肪と動脈硬化の関連性），高血圧・脂質異常症・高血糖に関する 5 項目（関連各検査項目の異常値の意味，動脈硬化が危険因子であることの説明など），運動に関する 2 項目（医師の指示に基づく適切な運動の推奨，具体的な方法についての指導），ストレスに関する 3 項目（危険因子であることの説明，ストレスの状況，ストレス除去方法を一緒に考える），動脈硬化と心筋梗塞の因果関係に関する 1 項目，計 21 項目である。以上の各項目について，生活指導の頻度に関し，「いつもする」「たいていする」「あまりしない」「しない」の 4 段階評定で回答をもとめた。また，同じ項目について，生活指導の重要性の認識についても，「大変重要」「重要」「あまり重要でない」「重要でない」の 4 段階評定で回答をもとめ，解析した。

対象者には，研究の趣旨の説明・協力への依頼文書・返信用封筒を同封してアンケートを各医療施設宛送付した。アンケート対象者が 10 名以上となる病院については，看護部長に面会の上，協力を依頼した。対象者への依頼文書には，アンケートへの協力は任意・無記名であること，個人が特定される恐れのある内容を含まないこと，回答内容は本研究以外で使用しないことを明記した。アンケートは 2 週間後をめどに投函による返信を依頼し，回答をもって研究協力への同意が得られ

たと判断した。調査期間は 2010 年 8 月～9 月であった。

データは Excel による単純集計ののち，SPSS13.0 による統計学的解析を行い， χ^2 検定により有意差（ $p < 0.05$ ）の有無を明らかにした。

3. 結果

3.1 対象者の概要

アンケート回収率は 53.7%（285 名）であった。そのうち，年代・職種・勤務先が明確なものを有効回答とした。有効回答率は 92.6%であり，分析対象は 264 名であった。このうち，97.3%が看護師であった。年代別にみると，20 代は 21.6%，30 代は 34.8%，40 代は 31.8%，50 代以降は 11.8%であった（表 1）。勤務先別に回収率を見ると，

表 1 対象者の概要

		人数	%
勤務先	病院	209	79.2
	医院・クリニック	26	9.8
	検診センター	29	11.0
年代	20 代	57	21.6
	30 代	92	34.8
	40 代	84	31.8
	50 代以上	31	11.8

300 床以上の病院は 70.9%，300 床未満の病院は 82.4%，診療所は 18.7%，健診センターは 39.1%であり，診療所勤務の看護職者からの回収率が低かった。今回の検討では，虚血性心疾患とその関連疾患を有する患者の指導に直接関わる，病院・診療所に勤務する看護師を対象として，以下の解析を行った。

勤務先別に対象者の特性を比較すると，年齢，現在の部署の勤続年数，循環器科・心血管外科・代謝内分泌内科といった虚血性心疾患や生活習慣病に関わりのある部署での臨床経験の合計年数に相違がみられた。年齢を比較すると，病院では 20 代・30 代が合わせて 64.2%，40 代以降が 35.9%であるのに対して，診療所では 40 代以降が 80% 以上を占めており，診療所の方が年代層が高いことがわかった（ $p < 0.001$ ）。

現在の部署の勤務年数を比較すると，病院は勤務年数 3 年以下が 57.7%を占めているのに対して，診療所は 4 年以上が 77%であり，さらに 7 年以上が全体の 30%を占めていることから，診

療所の看護職者は同一施設に長く勤務していることがわかった (図1).

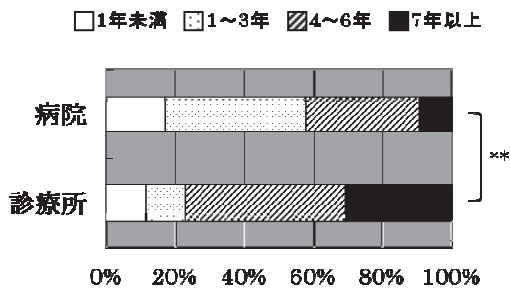


図1 現在の部署の勤務年数 **p < 0.01

また、循環器科・心血管外科・代謝内分泌内科での勤務経験の一人当たりの合計年数を比較すると、病院では3年以上の人が63.6%、1~2年の人が11.5%、勤務経験なしの人が24.9%と、多くの人が勤務経験があった。一方、診療所では、勤務経験の無い人(53.8%)が有意に多かった(p < 0.01)。

3.2 患者指導の頻度・時間

病院と診療所では疾患別の担当頻度、指導回数、指導1回にかかる時間が大きく異なっていた。

まず、病院と診療所での急性期救急医療の受け入れの有無をインターネットに公表されている情報をもとに比較すると、対象とした病院では受け入れている施設が80%を超えるのに対して、診療所では5%未満であった。このことから、急性心筋梗塞(AMI)の回復期にある患者を担当する頻度に大きな差が見られたことは当然の結果と

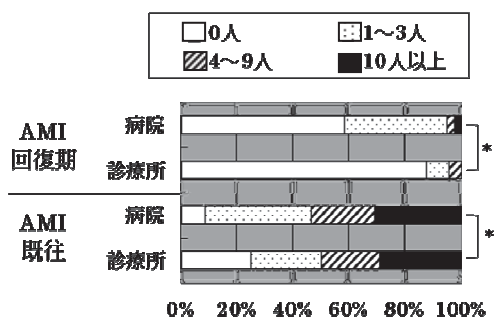


図2 急性心筋梗塞(AMI)回復期患者、および、AMI既往歴あるいは狭心症を有する患者を担当する1週間あたりの頻度 *p < 0.05

いえる(42.0% vs. 12.5%) (図2)。心筋梗塞を既往歴に持つ患者、あるいは狭心症を有する患者の担当頻度についても、病院では1週間当たり1人以上担当する人が89.8%であるのに対して、

診療所では69.2%であり、病院での担当頻度が有意に高かった(p < 0.05) (図2)。担当する患者数に呼応して、1週間あたりに行う生活指導の回数にも、病院勤務・診療所勤務の看護師の間に有意な差が見られた。

逆に、虚血性心疾患のリスクファクターである、糖尿病、高血圧、脂質異常症をもつ患者を担当する機会は、病院勤務の看護師に比べて、診療所勤務の看護師で有意に高かった。いずれの疾患についても、診療所では一週間あたり0人と答えた人は1人もおらず、3疾患全てにおいて、十数人程度もしくは20人以上と回答した人が7割前後を占めた(図3)。一方、病院では、一週間あたり0人と答えた人が数%あり、十数人程度もしくは20人以上と回答した人は、5割前後にとどまった(図3)。

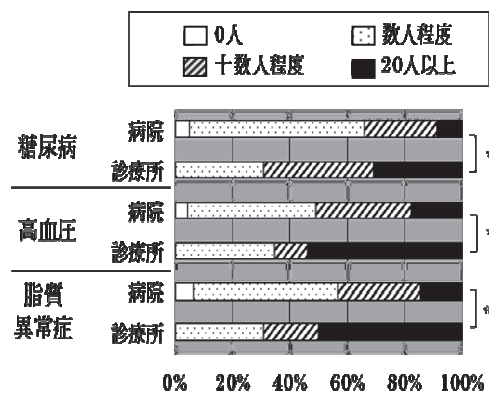


図3 糖尿病、高血圧、脂質異常症をもつ患者を担当する1週間あたりの頻度 **p < 0.01, ***p < 0.001

この結果に呼応して、糖尿病や高血圧、脂質異常症を持つ患者に対する生活指導の回数は、診療所の方が有意に多かった。糖尿病、高血圧、脂質異常症を持つ患者に対して、一週間に十数回程度~20回以上指導すると答えた人は、診療所においてはそれぞれの疾患について38.4%、30.7%、26.9%であったのに対し、病院では5.4%、6.9%、5.4%であり、いずれも診療所での指導回数が有意に多かった(p < 0.01)。

次に、一人当たり1回の生活指導にかかる時間の最大値を比較した。心筋梗塞回復期患者や心筋梗塞既往患者・狭心症患者に対しては、病院の方が診療所に比べて有意に時間をかけて行っていた(図4)。糖尿病をもつ患者、高血圧をもつ患者に対する指導時間に関しては有意差が無かった(図5)。

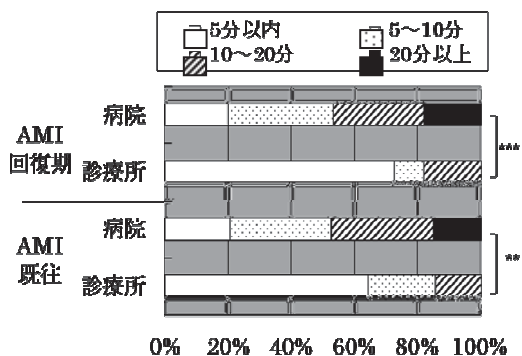


図4 急性心筋梗塞 (AMI) 回復期患者, および, AMI の既往あるいは狭心症を有する患者に対する, それぞれの最大の指導時間
***p<0.001, **p<0.01

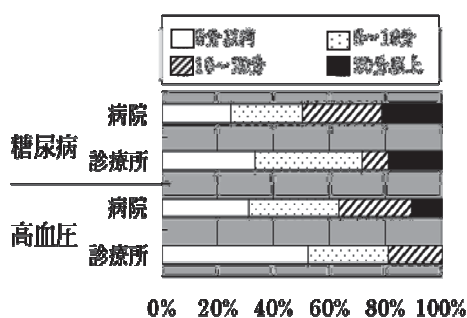


図5 糖尿病患者, 高血圧患者に対する指導時間

3.3 生活指導への関心・意欲

患者への生活指導に対する関心・意欲に関しては, 「関心がある」と答えた人は病院では 91.3%, 診療所では 84% と両施設とも多くの人が生活指導に対して関心を持っているとわかった。しかし, 診療所では「無関心」と答えた人が少数だがみられ, 「あまり関心が無い」と答えた人を合わせると, 16% を占めた (p<0.05)。

研修参加経験に関しては, 「経験なし」と答えた人は, 病院では 41.7%, 診療所では 53.8% であり, 診療所では半数以上の人参加経験がなかった。施設内研修を受けたことのある人は, 病院勤務者では 4 割に達していたが, 診療所では 1 割未満であった。逆に, 施設外研修を受けたことのある人は, 両者ともに 4 割を占めていた (図 6)。

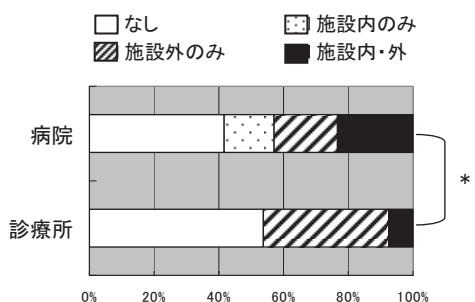


図6 生活指導に関する研修・勉強会への参加経験
*p<0.05

研修に対するニーズに関しては, 施設内研修を希望する人は多く, 病院では 8 割, 診療所では 4 割を占めた (p<0.001)。

3.4 生活指導の実施状況と重要性の認識

虚血性心疾患発症に密接に関連する, 喫煙, 肥満, 脂質異常症, 高血糖, 高血圧, 運動, ストレス等に関する生活指導の 21 項目の実施状況について, 「いつもする」から「しない」の 4 段階評定で回答を求めた。「塩分制限の必要性を説明する」「禁煙を推奨する」「高血圧・脂質異常症・糖尿病が動脈硬化の危険因子であることを説明する」「高血糖・HbA_{1c} 高値の危険性を説明する」の 4 項目は, 病院では 8~9 割, 診療所では 6~8 割前後と, 指導の実施率が高かった。前 3 者については, 病院が診療所より有意に実施率が高かった (図 7)。

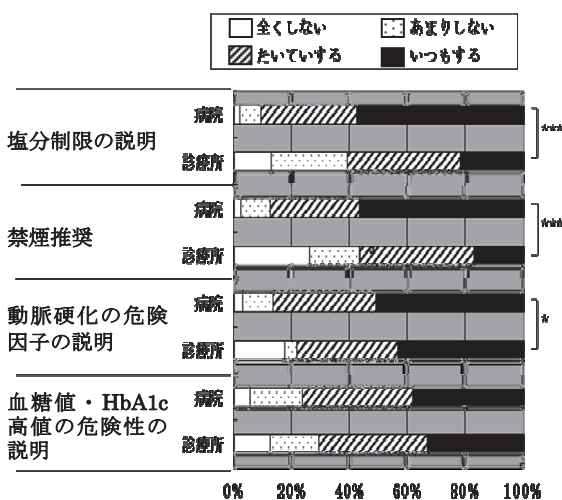


図7 実施率の高かった生活指導 4 項目の実施状況
*p<0.05, ***p<0.001

脈硬化は心筋梗塞につながることを説明する「運動内容を説明する」「ストレスが虚血性心疾患の再発に影響することを説明する」等の項目に関しても, 指導を行っている人の頻度は病院で有意に高かった (p<0.001)。

同じ指導項目について, 重要性の認識を尋ねたところ, いずれの施設においても, 実施状況が高い項目は重要性の認識も高く, 特に上記に挙げた実施率の高い 4 項目は, 「大変重要」・「重要」と答えた人が, 両施設において 90% を超えていた。

生活指導の実施率が最も低かったのは病院・診療所ともに, 「1日に必要な総摂取カロリーの計算を実施する」であった。次いで, 病院では, 「臍周囲の結果に基づきメタボリックシンドローム

の保健指導を検討する」「BMI 計算を患者と共に
行う」であった。診療所では「BMI 計算を患者
と共に」「ストレス除去方法について考える」
の順に実施率が低かった。病院、診療所ともにこ
れらの項目において「全くしない」「あまりしない」
と答えた人は合わせて全て 80% を超えていた(図
8)。しかしながらこれらの項目の重要性につい

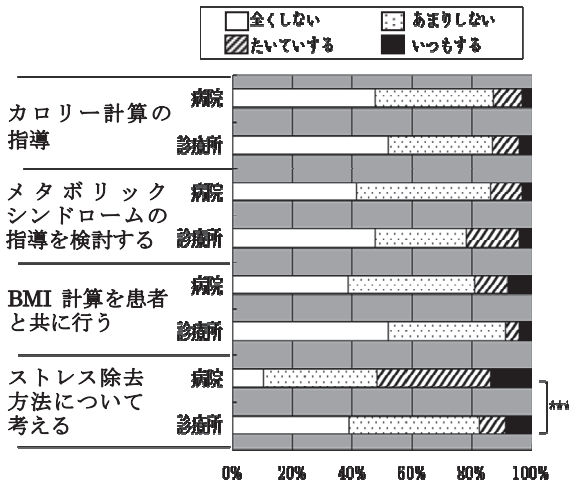


図8 実施率の低かった生活指導4項目の実施状況 ***p<0.001

では、診療所における BMI の計算 39.1% を除き、
半数以上の人々が「重要である」と回答していた。

生活指導の際に使用する資料について、患者の
疾患ごとに比較すると、病院・診療所間で顕著な
差異が見られた。

心筋梗塞回復期、あるいは、心筋梗塞既往患者
や狭心症をもつ患者に対して、病院では「指導後
に患者が持ち帰るパンフレット」を使用する人が
診療所に比べ有意に多かった(図9)。診療所では、

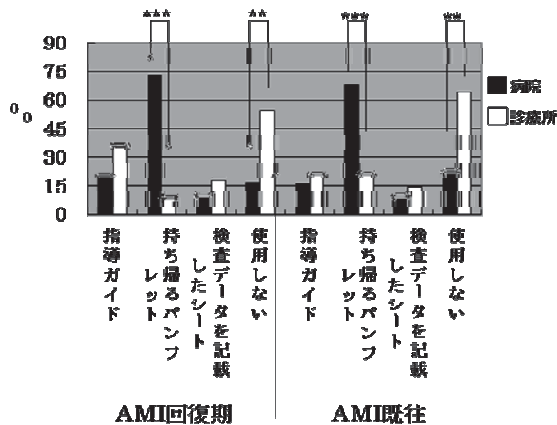


図9 心筋梗塞(AMI)回復期、あるいは、心筋梗塞
既往患者や狭心症をもつ患者の生活指導に使用す
る資料(複数回答) **p<0.01, ***p<0.001

心筋梗塞回復期・既往患者に対して、資料を「使用
しない」と答えた人が5割を超えていた。

一方、糖尿病、あるいは、高血圧や脂質異常症
を持つ患者に対しては、診療所では「患者の検査
データを記載したシート」を使用する人が病院に
比べ有意に多く、病院では「指導後に患者が持ち
帰るパンフレット」を使用する人が多かった(図
10)。高血圧・脂質異常症をもつ患者に対しても、

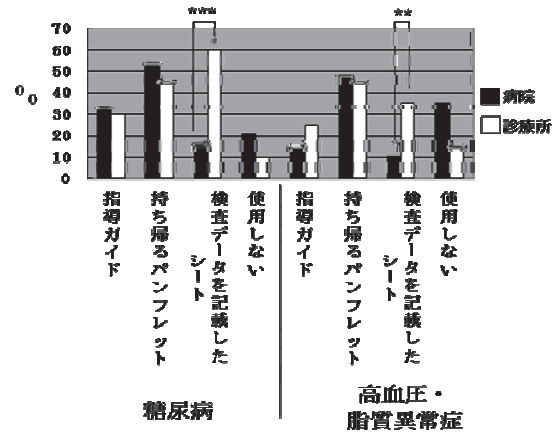


図10 糖尿病、あるいは、高血圧や脂質異常症を持
つ患者の生活指導に使用する資料(複数回答) **p<0.01, ***p<0.001

診療所では「患者の検査データを記載したシート」
を使用する人が病院に比べ有意に多かった。

一人の患者の生活指導を切れ目なく充実させる
ために、病棟 - 外来間や、異なる医療機関の間
でクリニカルパスを活用することが重要だと考え
られる。クリニカルパスの使用は、急性心筋梗塞
の患者受け入れを行っている病院の方がそうで
ない医療施設に比べ、使用頻度が有意に高かった。
しかし、病院においてもなお、「いつも使う」「使
うことがある」と答えた人を合わせても 19.8%
と低く、パスの使用は限られていることがわかっ
た(図11)。

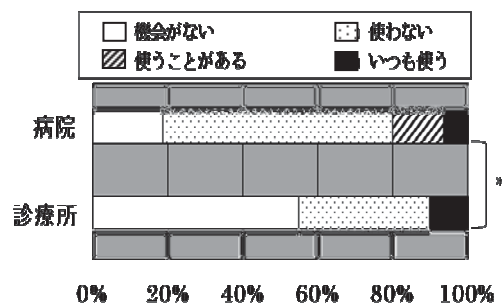


図11 クリニカルパスの使用頻度 **p<0.01

3.5 患者指導に対する満足度

自身の指導に対する満足度を問う設問では、「満足」と答えた人は回答者全体でただ1人であり、「あまり満足していない」「満足していない」と答えた人を合わせると、病院では87.4%，診療所では100%であり、いずれの施設でも、多くの人が満足していない現状が明らかとなった（図12）。

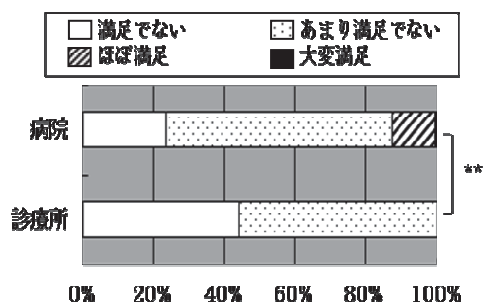


図12 自身の患者指導に対する満足度

満足していない理由として、複数回答可として回答を求めたところ、「自分の指導内容に不満足」が、診療所では8割、病院でも6割を超え、次いで、「時間が不十分」が約5割と高かった（図13）。

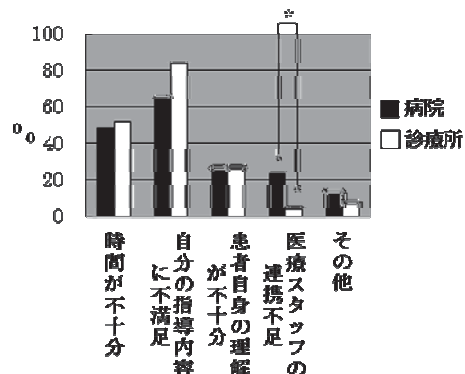


図13 自身の患者指導に満足でない理由（複数回答）
*p<0.05

両施設ともに第3位には「患者自身の理解が不十分」が挙げられた。このほか、病院では「医療スタッフの連携不足」を挙げた人が2割を占めた。その他の意見には、「パンフレットがそろっていない」「家族の協力が得られない」「指導方法・内容が統一されていない」などがあり、「専門外来・病棟に依存している」と答えた人もあった。

看護師自身が満足のゆく患者指導を行うことができれば、虚血性心疾患の予防に効果的だと思うか、という問いに対しては、両施設ともに「効果的である」と答えた人が90%に達した。

効果的な指導を行うために必要だと考える項目を複数回答可として問うたところ、病院では、「他

職種との連携強化」「自身の指導技術を磨く」「患者自身のモチベーション」がいずれも6割を超えた（図14）。診療所では「自身の指導技術を磨く」

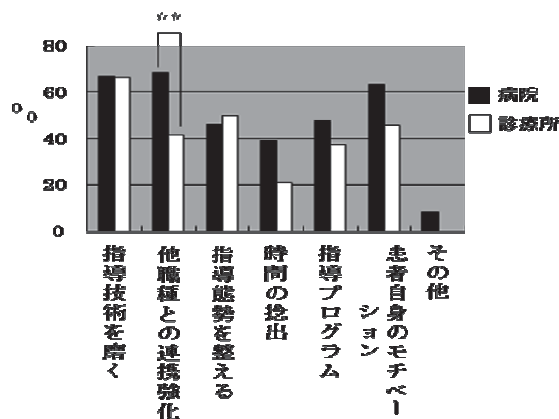


図14 効果的な指導に必要と考えるもの（複数回答）
**p<0.01

が病院と同程度に高かったが、「他職種との連携強化」は病院より有意に低かった。このほか、病院では「能率的な指導プログラム」「指導体制を整える」「時間の捻出」は、いずれも4割に達した。その他の意見として、「患者の生活パターンに合わせた指導が必要」「家族の協力が必要」「認定看護師や専門看護師がいれば良い」といった意見があった。

4. 考察

本研究の解析結果から明らかになった施設の特徴や指導体制・内容より、今後、より効果的な患者指導に必要なことを以下に考察した。

4.1 生活指導の頻度・時間

1週間あたりの担当患者数と生活指導の回数を疾患別に比較すると、心筋梗塞急性期・回復期の患者については病院で頻度が高く、一方、糖尿病、高血圧・脂質異常症などのリスクファクターとなる慢性疾患の患者については診療所の方が高かった。このことより、施設により患者への介入時期が異なる傾向があるとわかった。

一人当たりの生活指導にかかる時間は、糖尿病、高血圧も含めて病院の方が時間をかけている人が多かった。しかし、それでも効果的な指導には不十分と考えられているようであり、必要なものとして「時間の確保」を挙げた人は、診療所よりも病院で多かった。より高いレベルでの患者指導の充実をめざしていることが推察される。

病院で救急医療を受けた患者の多くは地域へと療養の場を替える。診療所においては、糖尿病や高血圧、脂質異常症など診療所での指導回数が多い疾患はもちろんのこと、心筋梗塞回復期の患者に対しても、短い指導時間の中で効率的な患者指導を行うことができるような態勢を整える必要があると考えられる。

4.2 生活指導への関心・意欲

生活指導への関心に関しては両施設とも多くの人が関心を抱いているとわかった。診療所はアンケートの回収率が低かったが、回答のあった看護職者の多くは生活指導に関心を抱いていた。看護職者自身の生活指導への関心・意欲は、効果的な指導にもつながり、また自身の知識や指導技術向上への意欲もつながる。アンケートに回答されなかった診療所勤務看護職者の生活指導に対する関心は未知数であるが、生活習慣病をもつ患者のセルフケア能力を高める支援において看護職者が最大の役割を果たすことから、看護師の患者指導に対する関心・意欲をひきだし、高める取り組みが今後ますます重要となってくる。

生活指導への関心・意欲は研修ニーズにもつながっている。病院では院内研修に参加する機会があるため、院内研修への再度の希望も高くなっていると考えられる。診療所では、院内研修参加経験のある人はいないが希望する人は多かったことから、忙しい日常業務の中でも参加できる、身近で実施される研修を希望しているのではないかと推察される。研修態勢の現状がニーズに追いついていない可能性が考えられる。このような、看護職の意欲やニーズに応えられる仕組みづくりを推進することが今後必要となってくるのではないだろうか。さらには、多施設が合同で研修会を開催することで、看護職者同士の情報交換がゆきわたり、ベテランの看護師から経験の浅い看護師まで生活指導のレベルを向上・均一化することができ、患者に対して一貫した指導を行うことができる¹¹⁾。

4.3 生活指導の実施状況

(1) 実施内容

患者指導の実施率の高い項目に関して施設間に大きな違いは見られず、重要と認識されている項目も、虚血性心疾患の発症予防として必要性を感じやすい項目にほぼ一致していた。一方、実施率の低かった項目は、医学的に粥状動脈硬化進展と

密接に関連する指導項目であるにも関わらず、知識がなければ患者に必要な性の認識を感じさせないものが多かった。実際、「BMI 計算を患者と実施する」「必要摂取カロリーの計算を実施する」「ストレスの除去方法について考える」等、なぜ重要なのかを説明すると、数分以内で指導することは到底不可能である。重要と理解している看護職者にとっても、実施できていない現状があるのではないかと考える。大血管の粥状動脈硬化の危険因子、すなわち、男性、高齢、喫煙、心筋梗塞の家族歴、高血圧、HDL コレステロール低値、HbA_{1c} 高値、BMI 高値といった医学的なエビデンスから、今回実施率の低かった項目についても重要性^{3, 4, 12)} は明らかであり、看護職者自身が指導の必要性を再認識し、取り入れていくことが望まれる。

(2) 指導態勢

指導を充実させるためにクリニカルパスや資料を用いることは重要である。クリニカルパスについては使用している人はごくわずかであった。また、指導の際使用する資料に関しては、病院では「指導後に患者が持ち帰るパンフレット」を使用する人が多く、診療所では「患者の検査データを記載したシート」を使用する人が多かった。病院では急性期・回復期の患者に指導する機会が多く、また、診療所では慢性期の患者を指導することが多いという実態に合わせて、患者に必要な資料を使用していると考えられる。しかし、病院においては高血圧・脂質異常症をもつ患者に対して2～3割の人が、診療所においては心筋梗塞既往患者に対して6割の人が、資料を用いないと回答していた。

病棟・外来間、医療施設間の連携を重視し、患者に対して継続的に指導を行えるよう共通のクリニカルパスの活用を図ることは、今後も継続して重要な課題と考えられる。パスの使用により、実施する項目に漏れがないようシステム化が可能となる。看護実施者が日々交替する職種であるからこそ、指導に漏れがないよう指導項目を明記することが重要である^{5, 6)}。また、患者のライフスタイルに個別に対応できるような、施設間共通の生活指導の補助資料を複数種類準備し、パスとともに施設間で共有することが、切れ目のない患者支援に有効と考えられる。患者指導の資料には、診療所で多く活用されているような、患者が検査データなどを自分で記入する欄を設け、患者の主体性をひきだす配慮が必要と考えられる。

一度指導したから理解できているだろうと決めつけず、繰り返し情報と指導をフィードバックさせて患者との相互理解を深める必要がある¹⁰⁾。さらに、看護師間の連携を強化し、患者に指導する内容がぶれたり、一般論におわるということがないように配慮する必要がある。このように指導態勢を整え、資料などを共有することで、看護職者に指導の方向性や方法が示され実施しやすい環境になると考える。同時に、患者にとっても受け入れやすい生活指導となると期待される。

4.4 自身の患者指導に対する満足度

自身の指導に対する満足度を問うた項目では、病院では87.4%、診療所では100%が満足していないという結果であった。満足していない理由は、両施設とも「自分の指導内容に不満足」「時間が不十分」と答えた人が多く、多忙な日常業務の中で、いかに指導時間を確保し患者に介入できるかが重要となる。看護職者の指導に対する満足度の上昇は、看護職者の自信となり、積極的な技能習得・患者への介入につながると考えられる。そのため、研修会に参加し指導技術を磨く、他職種との連携を図り情報や知識を共有するといった個々の努力に加え、指導プログラムの作成・充実、患者指導の時間の捻出といった態勢づくりを強化する必要があると考える。

効果的な指導を行うために必要なこととして、「患者自身のモチベーション」と回答した人も多かった。患者が今まで生活してきた状況や価値観・生活観などの患者背景や、精神面を理解し患者を全人的にとらえた指導が効果的であり、一番重要であるとの報告もある¹¹⁾。宗像¹⁴⁾は、「セルフケア行動への動機づけが最も強められるとしたら本人が生きがいを感じている動機付けと生活習慣を連結させたときである」と述べている。パンフレットなどの媒体を使用することは、疾患に対する知識を深めることにはつながるが、それだけでは具体的な行動を導くのに十分とは言えない。虚血性心疾患の発症にいたる経過は長く、患者一人一人の生活背景の中で何が問題点かを見出し、生活改善を図れるような、個別化された援助・指導を継続的に行っていくことが患者の生活の行動変容に生かされる。認定看護師や専門看護師の必要性を感じている人もおり、今後益々重要視されていくと考えられる。

5. まとめ

I県内の医療機関に勤務する看護師による虚血性心疾患の予防を目指した患者指導は、勤務する医療施設の性格を反映していた。病院に比べ、診療所においては、生活指導の頻度・時間が限られており、また、虚血性心疾患より、糖尿病・高血圧・脂質異常症などの関連基礎疾患を有する患者への指導の機会が多かった。いずれの施設においても、患者指導に対する関心は高かったが、自身の指導に満足していない看護師が大半を占め、指導力の向上に加え、病院では多職種の連携を必要とする意見が多かった。また、地域連携のクリニカルパスの活用は限定的であった。今回の調査では対象者の人数が限られていたが、今後、より良い患者指導による虚血性心疾患の予防に向けて、診療所勤務看護師が受講しやすい施設内研修機会の提供、病院における多職種連携、クリニカルパスを活用した施設間の連携の強化などの課題が明らかとなった。

謝辞

本研究実施にあたり、調査にご協力いただいた看護職の皆様、石川県医師会の皆様、アンケートについてご助言いただきました塚田久恵先生、高野沙知子氏に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 人口動態統計年報 主要統計表(最新データ、年次推移)厚生労働省ホームページ、
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/sui09/index.html>
- 2) メタボリックシンドローム診断基準検討委員会：メタボリックシンドロームの定義と診断基準。日本内科学会雑誌 94, 794-809, 2005.
- 3) 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) pp.1-83.
http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2006_kitabatake_h.pdf
- 4) 心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版) pp.1-52, 2006.
http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2006_ishikawa_h.pdf
- 5) 井上由美：当施設における患者教育の現状と課題。日本心臓リハビリテーション学会誌, 15 (1), 44-48, 2010.
- 6) 井上貴美, 雨宮愛子, 青柳しづか, 山田光子：心臓カテーテル検査を受ける虚血性心疾患を持つ患者へ

- の生活指導の試み. Yamanashi Nursing Journal
2 (2), 9-17, 2004.
- 7) 横溝梨恵, 金納暁美, 川原三重子, 他5名: パンフレットを使用した虚血性心疾患患者の退院指導の効果 - 患者・看護師へのアンケートの調査から -. 第39回日本看護学会論文集 262~264, 2009.
 - 8) 岡田晋吾 (編集): 「地域連携パスの作成術・活用術」. 医学書院, 113-112, 2007.
 - 9) 高橋健他: 連携ネットワーク構築を先行し, 地域内での統一を目指した「岐阜地域医師会連携パス」作成と運用の試み. 日本医療マネジメント学会雑誌, 8 (3), 443-447, 2007.
 - 10) 玉城邦子, 有賀郁子, 佐藤奈諸子, 他4名: 急性心筋梗塞におけるクリニカルパスを用いた退院支援の実際—多職種によるチームアプローチの一報告—. 那覇市立病院医学雑誌 2 (1), 19-22, 2010.
 - 11) 古味秀美, 長尾博美, 岩田尚子, 松井三恵子: 虚血性心疾患への効果的な生活指導の検討. 香川労災病院雑誌 14, p14, 2008.
 - 12) 恒川育代, 佐藤栄子, 橋本秀和, 山守育雄・石本香好子・古川由利子: 2型糖尿病患者の心筋梗塞および脳梗塞合併症のための生活習慣と行動特性の検討. 日本糖尿病教室・看護学会誌 12 (1) 4-15, 2008.
 - 13) 竹本若菜・出口淳子・野田和代・宮本純代: 虚血性心疾患患者の日常生活についての意識調査. 香川労災病院雑誌 vol.12, p45, 2006
 - 14) 宗像恒次: 最新行動科学からみた健康と病気. メヂカルフレンド社. pp130-131; 151; 163-164, 1996.

A Study on Patient Education Conducted by Nurses in Hospitals and Clinics in I Prefecture for Prevention of Ischemic Heart Disease — Based on a Questionnaire Survey —

Konomi OH'YAMA, Manami MATSUDA, Sawako KITAMURA,
Isamu MATSUBARA, Noriko TAKUWA

Abstract

Prevention of dyslipidemia, hypertension and diabetes mellitus, the three pro-atherosclerotic lifestyle diseases, and the eventual development of ischemic heart disease (IHD) are major health care issues in Japan, and here in Ishikawa Prefecture. Nurses could play central roles in patient education by extending their knowledge and skills and enrolling medical professionals, thereby achieving seamless multidisciplinary and inter-institutional care and prevention. We studied the present status of preventive nursing care in hospitals and clinics for patients with IHD and related lifestyle diseases by a questionnaire-based survey in this prefecture. Hospital nurses had more opportunities to care for and educate patients with IHD, whereas those in clinics had more influence on the underlying lifestyle diseases. When educating patients with the three above-mentioned major lifestyle diseases, nurses in clinics took more frequent advantage of utilizing patients' own data sheets, as compared with hospital nurses. Hospital nurses frequently utilized handout leaflets when educating patients with IHD. They also addressed more frequently to multiple self care issues as compared with those in clinics when educating patients with IHD and related diseases. Approximately 40% of nurses in both hospitals and clinics attended seminars outside their institutions, whereas less than 10% of the clinic nurses attended in-clinic seminars, seeking for such opportunities. The usage of clinical passes after patients' discharge was less than 20% for either hospital or clinic nurses. These observations suggest that considerable portions of preventing nursing care for IHD are still left unavailable for patients. Systematic development of skill up programs for clinic nurses and strengthening of inter-institutional communications likely deserve to be challenged.

Key words Ischemic heart disease, lifestyle diseases, patient education, preventive nursing care, clinical pass