

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

森山美知子¹⁾ 柘植尚子²⁾ 古井祐司²⁾
 中野真寿美³⁾ 田久浩志⁴⁾ 岩本晋⁵⁾

糖尿病、虚血性心疾患及び心不全について、わが国の医療機関での患者教育の実態及び問題点を把握し、患者教育の方向性を検討、さらに、今後、外部疾病管理サービスの受入れについて医療機関の意識や障害を明らかにすることを目的に調査を行った。内科を標榜する一般病床をもつ病院を病床規模ごとに全国から1,000病院、診療所100カ所を対象に、無記名自記式選択式質問紙による郵送回収調査を行った。322病院、26診療所を分析対象とした。結果、専門医、専門スタッフ、専門外来、患者教育プログラムの整備状況は病院規模が大きくなるほど高く、患者教育については200床未満の病院・診療所の実施割合は低く、内容も限定的であった。患者教育の問題点についてはスタッフ数・専門スタッフ不足及び看護師による教育が診療報酬対象にならないことが上げられ、5~6割の病院がこれを補完するための外部疾病管理サービスは条件が整えば採用したい意向を示した。

キーワード：患者教育、患者指導、慢性疾患、生活習慣病、疾病管理

I. 緒言

本調査は、生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を必要とする代表的な疾患である糖尿病及び虚血性心疾患、さらには急性増悪による再入院率が高いと推測される心不全を取り上げ、医療機関でのこれらの患者教育の実態から制度上の問題点を明らかにし、現行の医療保険制度の中でどのように補うことができるかについて、1つの選択肢として疾病管理サービスの活用を検討するための基礎資料とするものである。

厚生労働省は医療機関の機能分化の中で、診療所かかりつけ医機能の強化及び病診連携を進めるために、診療報酬上、200床未満の病院と診療所を200床以上の病院とさまざまな点において区別している。特に生活習慣病/慢性疾患の総合的な指導はかかりつけ医機能とされ、集団・個別の栄養指導を除いて前者にしか算定できない仕組みになっている¹⁾。

一方で、慢性疾患患者のQOLの向上及び医療費の適正化のためには疾病管理の考え方、つまり、行動変容と変容した行動を継続するための患者教育・指導と診療ガイドラインに基づいた標準化された治療の提供とが必要となるが²⁾、実態として糖尿病教育は専門職がそろった200床以上の病院の実施割合が高い結果もある³⁻⁶⁾。しかし、これには先に述べたように診療報酬上の算定制限と同時

¹⁾ 広島大学 大学院保健学研究科

²⁾ (株) HCCヘルスケアコミッティ

³⁾ 広島市立安佐市民病院

⁴⁾ 中部学院大学 人間福祉学部

⁵⁾ 徳山大学 福祉情報学部

に、入院基本料では患者教育・指導に必要な看護師数を考慮していないことから、総合的な患者教育・指導の実施には多くの困難を伴う⁴⁻⁷⁾。

そこで、本調査では、糖尿病、虚血性心疾患及び心不全について、わが国の医療機関での患者教育の実態、つまり、教育プログラムの実施割合、実施状況、実施する上での問題点を把握し、今後の患者教育の方向性を検討する。さらに、今後、外部からの疾病管理サービスの受入れについて医療機関の意識や障害を明らかにすることを目的とする。

II. 方 法

1. 研究期間：平成 16 年 11 月中旬～12 月下旬

2. 調査対象：内科を標榜する全国の医療機関を対象とした。医療機関の病床規模によって実態や問題点は異なると推測されることから、医療機関の規模別に調査対象を抽出した。

1) 病院の抽出

『病院要覧：2003-2004 年版』（医学書院）から、一般病床をもち、一般病床数が療養病床や精神病床よりも多く、総病床数の 1/2 以上を占める病院を対象とした。次に、教育プログラムの内容も検討することから、教育プログラム所有が高いと推測される 500 床以上の全病院を抽出し、さらに、500 床未満の病院については要覧の各ページから一定の間隔で無作為抽出した。結果、500 床以上 398 病院、200 床以上 500 床未満 324 病院、20 床以上 200 床未満 278 病院の合計 1,000 病院を調査対象とした。

2) 診療所の抽出

診療所は全国一覧がないため、広島県医師会ホームページの診療科別医療機関リストの内科を標榜する診療所 1,542ヶ所から、無作為に 100ヶ所を抽出した。

3. データ収集方法：無記名自記式選択式質問紙法を用い、郵送回収調査を行った。調査票には依頼文を付け、病院は看護部長宛てに、診療所は院長宛てに送付し、返信用封筒で返信してもらった。

4. 質問紙の構成：① 施設属性（病床数、看護体制（入院基本料）、虚血性心疾患・心不全及び糖尿病の専門外来や専門スタッフ（看護師及び医師）の配置、管理栄養士・臨床心理士の配置数、② 診療報酬上の算定、③ 糖尿病・虚血性心疾患・心不全の教育プログラムの所有の有無（外来と入院）、④ プログラムの内容、⑤ プログラムの実施体制、⑥ プログラム及び実施上の問題点、⑦ 患者教育の外部委託やプログラム購入の可能性、⑧ 患者教育に関するスタッフ教育の外部委託の可能性、⑨ 疾病管理会社のプログラムを採用する・しないの理由である。

5. 分析方法：各項目について、記述統計を行った。また、20～200 床未満、200～500 床未満、500 床以上でカイ二乗検定を行った。

6. 倫理的配慮：広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座倫理審査委員会で、必要な手続きを行った。

III. 結 果

1. 分析対象と医療機関の基本属性

1) 病院

334 通が返信された（回収率 33.4%）。そのうち、病院全体が療養型に転換していたため無効回答となった 12 通及び病床規模が不明なもの 12 通を除き、310 病院を分析対象とした（有効回答率 31.0%）。発送数に対する病床規模ごとの回収率は、20～200 床未満 54（19.4%）、200～500 床未満 141（43.5%）、500 床以上 115（28.9%）であった。入院基本料の算定は、I 群入院基本料 1（49.7%）、同 2（24.2%）、同 3（2.8%）、同 5（0.3%）、II 群入院基本料 3（5.9%）、無回答 17.1% であった。

2) 診療所

2 通は廃業したとの知らせを受け、27 通の返信があり（回収率 27.6%）、無効回答が 1 通で、26 通を分析対象とした（有効回答率 26.5%）。無床診療所 24（92.3%）、有床診療所 2（7.7%）であった。

表1 病院・診療所の専門外来及び専門スタッフの配置状況

設置・配置している内容	肯定解答数 (%)				有効回答数	診療所 n=26 (%)
	20~200床未満	200~500床未満	500床以上	肯定施設合計		
糖尿病専門外来	11(20.4)	69(50.4)	81(71.1)	161(52.8)***	305	2(7.7)
糖尿病の専門医	19(35.8)	87(64.0)	99(88.4)	205(68.1)***	301	3(11.5)
糖尿病療養指導士又は 糖尿病認定看護師	11(20.4)	38(27.7)	71(62.8)	120(39.5)***	304	2(7.7)
循環器内科外来 (心臓外来)	21(39.6)	114(81.4)	104(92.0)	239(78.1)***	306	6(23.1)
循環器内科専門医	25(47.2)	129(92.1)	109(96.5)	263(85.9)***	306	5(19.2)
循環器専門の看護師	1(1.9)	12(8.8)	12(10.5)	25(8.2) —	305	0(0.0)
管理栄養士	47(92.2)	140(99.3)	113(99.1)	300(98.0) —	306	5(19.2)
臨床心理士/ヘルスカウンセラー	1(1.9)	22(15.9)	69(60.0)	92(30.2) —	305	0(0.0)

項目ごとに「設置あり」「設置なし」でカイ二乗検定を行った。*** $p < 0.001$
(セル内の期待値が5以下のところは検定を行わず「—」で示した。)

表2 入院及び外来の教育プログラムの整備状況

整備されている内容	施設数 (%)				有効回答数	診療所
	20~200床未満	200~500床未満	500床以上	合計		
糖尿病 (入院) プログラムあり	28(56.0)	114(82.6)	103(92.0)	245(81.7)	300	2(100.0)
プログラムはないが実施	7(14.0)	4(2.9)	1(0.9)	12(4.0)		0(0.0)
なし	15(30.0)	20(14.5)	8(7.1)	43(14.3)	$p < 0.001$	0(0.0)
糖尿病 (外来) プログラム	11(21.6)	63(45.7)	64(56.1)	138(45.5)	303	7(26.9)
プログラムはないが実施	13(25.5)	16(11.6)	16(14.0)	45(14.9)		5(19.2)
なし	27(52.9)	59(42.8)	34(29.8)	120(39.6)	$p = 0.001$	14(53.8)
虚血性心疾患・心不全 (入院) プログラム	2(4.1)	52(38.2)	60(53.1)	114(38.3)	298	0(0.0)
急性心筋梗塞後	0(0.0)	37(27.2)	41(36.3)	78(26.2)		
心臓リハビリテーション	0(0.0)	40(29.4)	46(40.7)	86(28.9)		
狭心症/冠状動脈狭窄確認後	0(0.0)	20(14.7)	32(28.3)	52(17.4)		
心不全	1(2.0)	14(10.3)	29(25.7)	44(14.8)		
プログラムはないが実施	5(10.2)	7(5.1)	7(6.2)	19(6.4)		0(0.0)
なし	42(85.7)	77(56.6)	46(40.7)	165(55.4)		2(100.0)
虚血性心疾患・心不全 (外来) プログラム	0(0.0)	5(3.8)	10(8.7)	15(5.2)	291	4(15.4)
急性心筋梗塞後	0(0.0)	2(1.5)	2(1.7)	4(1.4)		3
心臓リハビリテーション	0(0.0)	1(0.8)	6(5.2)	7(2.4)		3
狭心症/冠状動脈狭窄確認後	0(0.0)	2(1.5)	3(2.6)	5(1.7)		4
心不全	0(0.0)	3(2.3)	2(1.7)	5(1.7)		4
プログラムはないが実施	4(9.1)	3(2.3)	4(3.5)	11(3.8)		4(15.4)
なし	40(90.9)	124(93.9)	101(87.8)	265(91.1)		18(69.2)

教育プログラムにはクリニカルパスを含む。

診療所の入院プログラムは有床診療所 (2ヶ所) を、外来プログラムは26ヶ所を対象

糖尿病 (入院・外来) で、「プログラムあり」「ないが実施」「なし」×病床規模でカイ二乗検定を行った。

2. 患者教育に関する体制の実態

1) 専門外来及び専門スタッフの設置 (表1)

糖尿病及び循環器内科の専門外来、それぞれの専門医、糖尿病療養指導士/糖尿病認定看護師(以下、まとめてCDE)、循環器専門の看護師、管理栄養士、臨床心理士/ヘルスカウンセラーの設置・配

置について表1に示す。管理栄養士はどの病床規模でも90%を超える高い配置割合であったが、認定資格ではない循環器専門の看護師、臨床心理士/ヘルスカウンセラーの配置は200床未満では1人、診療所では0人であった。これら以外の配置については病床規模別3区分間において有意差が

表3 糖尿病入院及び外来教育プログラムの内容の実施

	20~200床未満		200~500床未満		500床以上		合計		診療所	
	入院 n=35 (%)	外来 n=24 (%)	入院 n=118 (%)	外来 n=79 (%)	入院 n=104 (%)	外来 n=80 (%)	入院 n=257 (%)	外来 n=183 (%)	入院 n=2	外来 n=12 (%)
糖尿病の基礎知識	30 (85.7)	17 (70.8)	115 (97.5)	71 (89.9)	102 (98.1)	69 (86.3)	247 (96.1)	157 (85.8)ns	2	8 (66.7)
合併症予防	27 (77.1)	15 (62.5)	112 (94.9)	69 (87.3)	102 (98.1)	68 (85.0)	241 (93.8)	152 (83.1)*	2	8 (66.7)
食事療法	30 (85.7)	22 (91.7)	115 (97.5)	75 (94.9)	102 (98.1)	75 (93.8)	247 (96.1)	172 (94.0)ns	2	11 (91.7)
薬物療法	28 (80.0)	16 (66.7)	112 (94.9)	66 (83.5)	102 (98.1)	67 (83.8)	242 (94.2)	149 (81.4)ns	1	9 (75.0)
運動療法	28 (80.0)	14 (58.3)	112 (94.9)	68 (86.1)	99 (95.2)	65 (81.3)	239 (93.0)**	147 (80.3)*	2	10 (83.3)
シックデイ対策	11 (31.4)	5 (20.8)	58 (49.2)	38 (48.1)	89 (85.6)	51 (63.7)	158 (61.5)***	94 (51.4)***	1	3 (25.0)
ストレスマネジメント	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (11.9)	5 (6.3)	14 (13.5)	14 (17.5)	28 (10.9)	19 (10.4)	1	3 (25.0)
生活行動変容	7 (20.0)	4 (16.7)	49 (41.5)	31 (39.2)	56 (53.8)	41 (51.2)	112 (43.6)**	76 (41.5)**	0	3 (25.0)
禁煙指導	10 (28.6)	5 (20.8)	48 (40.7)	23 (29.1)	46 (44.2)	27 (33.8)	104 (40.5)ns	55 (30.1)ns	1	7 (58.3)
アルコール摂取制限	12 (34.3)	8 (33.3)	53 (44.9)	30 (38.0)	59 (56.7)	33 (41.3)	124 (48.2)*	71 (38.8)ns	1	6 (50.0)
心理的適応	2 (5.7)	1 (4.2)	11 (9.3)	6 (7.6)	15 (14.4)	12 (15.0)	28 (10.9)	19 (10.4)	1	3 (25.0)
家族カウンセリング	4 (11.4)	2 (8.3)	16 (13.6)	4 (5.1)	12 (11.5)	11 (13.8)	32 (12.5)	17 (9.3)	1	3 (25.0)
「うつ」への対処	1 (2.9)	0 (0.0)	5 (4.2)	1 (1.3)	3 (2.9)	7 (8.8)	9 (3.5)	8 (4.4)	0	3 (25.0)
サポーターグループ	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (14.4)	3 (3.8)	19 (18.3)	11 (13.8)	36 (14.0)	14 (7.7)	0	1 (8.3)
インスリン注射導入	28 (80.0)	16 (66.7)	102 (86.4)	55 (69.6)	95 (91.3)	62 (77.5)	225 (87.5)ns	133 (72.7)ns	1	6 (50.0)
自己血糖測定										
その他	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (3.4)	3 (3.8)	13 (12.5)	7 (8.8)	17 (6.6)	10 (5.5)	0	0 (0.0)

教育プログラムがある、または、プログラムとしてはないが教育を行っている病院の回答

それぞれの項目で病床数×実施(あり,なし) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (セル内の期待値が5以下のところは検定を行わず「-」で示した。)

その他は、「フットケア」や「口腔ケア」等が上げられた。

表4 入院プログラムで実施している教育内容（虚血性心疾患・心不全）

	20～200 床未満 n=7(%)	200～500 床未満 n=59(%)	500 床以上 n=67(%)	合 計 n=133(%)
疾患の基礎知識	4(57.1)	47(79.7)	63(94.0)	114(85.7)
自己モニタリング	2(28.6)	33(55.9)	48(71.6)	83(62.4)
食事療法	5(71.4)	51(86.4)	62(92.5)	118(88.7)
水分管理	3(42.9)	36(61.0)	54(80.6)	93(69.9)
体重管理	3(42.9)	33(55.9)	56(83.6)	92(69.2)
薬物療法	4(57.1)	48(81.4)	58(86.6)	110(82.7)
行動変容	2(28.6)	11(18.6)	27(40.3)	40(30.1)
運動療法/運動制限	2(28.6)	46(78.0)	54(80.6)	102(76.7)
症状コントロール	2(28.6)	17(28.8)	33(49.3)	52(39.1)
ストレスマネジメント	0(0.0)	7(11.9)	21(31.3)	28(21.1)
禁煙指導	3(42.9)	40(67.8)	58(86.6)	101(75.9)
アルコール摂取制限	2(28.6)	26(44.1)	37(55.2)	65(48.9)
心理的適応	0(0.0)	7(11.9)	10(14.9)	17(12.8)
家族カウンセリング	0(0.0)	2(3.4)	7(10.4)	9(6.8)
「うつ」への対処	0(0.0)	0(0.0)	1(1.5)	1(0.8)
サポートグループ	0(0.0)	2(3.4)	3(4.5)	5(3.8)
その他	1(14.3)	1(1.7)	0(0.0)	2(1.5)

虚血性心疾患及び心不全の入院指導プログラムがあると回答した病院

みられた。

CDE の院内の配置は外来専任 11.8%，病棟と外来の兼任 66.9% であった。管理栄養士の病院での配置人数は，1 人(18.6%)，2 人(18.6%)，3 人(17.3%)，4 人(11.5%)，5 人(8.7%)で，6 人～10 人(7.3%)，11 人～15 人(2.2%)，16 人(0.3%)，最高 29 人(0.3%) であった。

2) 患者教育プログラムの整備

(1) 糖尿病の教育プログラム(表 2, 3)

入院患者に対する教育プログラムは「プログラムはないが実施している病院」を含め 257 病院(85.7%)で実施されている一方，外来での教育は，プログラムはないが教育を実施している 45 病院(14.9%)を含めても 183 病院(60.4%)の実施であった。診療所については，入院プログラムは 2 有床診療所で行われていたが(100%)，外来プログラムは「プログラムはないが実施している」施設を含めて 46.1% の実施であった(表 2)。

病院の入院プログラムの実施日数は 1 日～4 週間までの幅があり，14 日間(34.5%)が最も多く，次いで 10 日間(7.6%)，7 日間(6.8%)であった。「30 分を 1 日 2 回，月に 4 日間実施」や「1 週間に

3 回を 2 週間に 1 クール，合計 6 時間」「1 週間に 3 日」という計画的なプログラムもあった。

入院教育プログラムの内容は，病気の説明，食事・薬物・運動療法，インスリン注射導入・自己血糖測定が病床規模に関わらず 80% 以上の実施率であったのに対して，生活行動変容，禁煙指導，アルコール制限は 40% 台の実施率であり，ストレスマネジメント，心理的適応，家族カウンセリング，「うつ」への対処やサポートグループは全体に 15% 以下の実施率で，200 床未満の病院では全く実施されていないか，10% 前後の実施率であった(表 3)。病院の外来教育においても同様の傾向がみられ，病気の説明や食事・薬物・運動療法やインスリン注射導入の指導の実施割合は高いが，心理社会的側面への対応や行動変容へのアプローチの実施割合が低く，さらにそれぞれの指導項目の実施率が入院よりも 10 ポイント前後低かった。

病院で採用されている指導方法は，個別指導(入院：88.4%，外来 68.7%)，パンフレット等資料提供(入院：82.0%，外来：67.6%)，講義形式(入院：69.3%，外来 61.5%)，グループワーク(入院：17.6%，外来 11.2%)，実習(調理等)(入院：16.1%，

表5 外来で算定されている診療報酬点数

	20~200床未満 n=54(%)	200~500床未満 n=141(%)	500床以上 n=115(%)	合計 n=310(%)	診療所 n=26(%)
特定疾患療養指導料	46(85.2)	40(28.4)	30(26.1)	—	21(80.8)
生活習慣病指導管理料	21(38.9)	20(14.2)	12(10.4)	—	10(38.5)
老人慢性疾患生活指導料	47(87.0)	39(27.7)	19(16.5)	—	22(84.6)
外来栄養食事指導料	42(77.8)	111(78.7)	92(80.0)	245(79.0)	6(23.1)
集団栄養食事指導料	12(22.2)	76(53.9)	79(68.7)	167(53.9)	2(7.7)
心疾患リハビリテーション料	0(0.0)	11(7.8)	12(10.4)	23(7.4)	1(3.8)
在宅自己注射指導管理料	48(88.9)	125(88.7)	108(93.9)	281(90.6)	16(61.5)

網掛けの点数が算定できるのは200床未満の病院又は診療所のみ

表6 患者教育プログラム実施上の問題点

	20~200床未満 n=48(%)	200~500床未満 n=136(%)	500床以上 n=112(%)	合計 n=296(%)	診療所 n=26(%)
スタッフ数の不足	27(57.4)	75(55.1)	65(58.0)	167(56.6)	ns 6(23.1)
専門スタッフ(糖尿病療養指導士など)がいない	25(52.1)	57(41.9)	29(25.9)	111(37.5)	** 11(42.3)
看護師による教育が診療報酬の対象にならない	13(27.1)	57(41.9)	60(53.6)	130(43.9)	** 6(23.1)
教育プログラムがない/作成できない	11(22.9)	32(23.5)	14(12.5)	57(19.3)	ns 9(34.6)
指導する部屋やスペースが確保できない	11(23.4)	39(28.7)	50(44.6)	100(33.9)	** 8(30.8)
看護部が行うことについて、組織の理解を得ることが困難	4(8.5)	8(5.9)	9(8.1)	21(7.1)	ns —
その他	2(4.3)	15(11.0)	13(11.6)	30(10.2)	— 4(15.4)

それぞれの項目で病床数×問題(あり, なし) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

外来4.2%)であった(重複回答)。病院の外来での教育実施時間帯は、平日午前37.2%、平日午後69.9%、平日夕方~夜2.7%、休日(土日)午前4.9%、休日午後1.1%であった。

(2) 心疾患の教育プログラム(表2, 表4)

心臓疾患の患者教育に関する病院の入院プログラムは「プログラムはないが実施」を含めても44.7%で、特に200床未満の病院では7施設しか実施していなかった。入院プログラムの中では心臓リハビリテーションが28.9%と最も実施されており、次いで、心筋梗塞後の生活習慣改善教育(26.2%)が行われていた。心不全の教育は14.8%しか実施されていなかった。外来プログラムの実施割合は「プログラムはないが実施」を含めても9.0%と低く、200床未満の病院ではプログラムは行われていなかった(表2)。入院による虚血性心疾患プログラムの実施日数は1日~30日までの幅があり、7日(11.3%)が最も多く、次いで14日(9.3%)、4日(6.2%)であった。また、実施していても外来でのプログラムは「非定期・非構造的」

が59.3%であり、一連のプログラム及び再教育プログラムを有するのは4施設に限られた。

入院プログラムの内容は、疾患の知識、食事・薬物・運動療法、水分・体重管理、禁煙指導、自己モニタリングは60%以上の実施率であったが、病床規模別でみるとこれらの200床未満の病院の実施割合は500床以上に比べて21~52ポイント低かった。糖尿病と同様、行動変容、症状コントロール、ストレスマネジメント、心理的適応、家族カウンセリング、「うつ」への対処、サポートグループの実施割合は40%以下と低く、200床未満では実施されていない内容もあった(表4)。病院で採用されている入院プログラムの指導方法は糖尿病と同様、個別指導(87.6%)とパンフレット等資料の提供(77.4%)が高かったが、糖尿病と異なるのは講義形式及びグループワーク、実習がそれぞれ8.8%、2.2%、1.5%と少なかった点である。また、外来指導の実施時間帯については平日の午前・午後に集中し、外来診療時間内で実施されていた。

表7 医療機関の外部サービス利用の意向 施設数(%)

	20~200床未満	200~500床未満	500床以上	合計		診療所
Q1 疾病管理会社が開発した患者教育プログラムを外来患者に勧めるか						
勧める	5(11.6)	12(9.2)	9(8.7)	26(9.4)	ns	3(12.0)
条件によっては採用	21(48.8)	67(51.5)	46(44.7)	134(48.6)		9(36.0)
Q2 疾病管理会社が患者教育プログラムとスタッフを提供する場合、委託するか						
委託する	1(2.4)	4(3.1)	4(3.9)	9(3.3)	ns	2(7.7)
条件によっては採用	22(52.4)	73(55.7)	43(42.2)	138(50.2)		9(34.6)
Q3 疾病管理会社が患者教育に関する看護師等への教育を提供する場合、スタッフ教育を委託するか						
委託する	3(7.1)	9(6.9)	8(7.8)	20(7.3)	ns	2(7.7)
条件によっては採用	28(66.7)	82(63.1)	52(51.0)	162(59.1)		11(42.3)

注)「勧める/委託する」「条件によっては採用」「採用しない」×病床規模でカイ二乗検定を行った。
有効回答数: Q1 (病院 276, 診療所 25), Q2 (病院 275, 診療所 26), Q3 (病院 274, 診療所 26)

3) 外来で算定できる生活習慣病/慢性疾患の指導に関する診療報酬算定割合 (表5)

「特定疾患療養指導料」「生活習慣病指導管理料」及び「老人慢性疾患生活指導料」が算定できるのは200床未満の病院及び診療所で、それを調査票にも明記したにもかかわらず、表5に示す数の病院が回答した。出来高算定となる「特定疾患療養指導料」「老人慢性疾患生活指導料」が200床未満・診療所ともに80%以上の割合で算定されていた。「指導計画」を策定し、食事・運動・薬等の療養指導を総合的に行う「生活習慣指導管理料」の算定は200床未満38.9%、診療所38.5%と低かった。また、「集団栄養食事指導料」の算定割合も200床未満22.2%、診療所2ヶ所と低かった。病院全体の算定割合が7.4%と低いのは「心疾患リハビリテーション料」で、500床以上の病院でも10.4%であった。

4) 患者教育プログラムを実施する上での問題点 (表6)

教育プログラムの実施上の問題点では、「スタッフ数の不足」を上げる病院が56.6%と最多であった。最も不足する職種は看護師(50.9%)で、次いで医師(10.8%)、管理栄養士(10.2%)であった。他の職種は5%未満の回答であった。表に示した問題点の他、「外来が忙しすぎて/人手不足で教育の時間が確保できない」「医師の理解に影響される」「患者をかかりつけ医に戻すため実施できない」「コメディカルとのチーム医療の遅れ」「人件

費の確保困難」「看護師の実力不足」「必要性についてスタッフの理解が不足」「認定看護師の養成に時間がかかり人数が確保できない」等の意見が上げられた。診療所では、「外来診療中に断片的な指導は可能であるが、プログラムに基づいて時間外の指導は患者側も医療者側も困難」「地域で専門資格をもったスタッフを確保することが困難」の意見が上げられた。

3. 患者教育の外部サービス利用の意向 (表7)

問題として挙げられたように患者教育の展開には障害が多いため、この外部サービス利用の意向を質問した。回答者には、「医師、看護学修士をもつ看護師及び管理栄養士が診療ガイドライン等をもとに患者教育プログラムを開発・運用している会社」と疾病管理会社を想定してもらった。「疾病管理会社が開発した患者教育プログラムを外来患者に勧めるか」については病院全体の9.4%が勧める意向を示し、48.6%が条件によっては採用と回答した。「疾病管理会社が患者教育プログラムとスタッフを提供する場合、委託するか」については、病院全体の3.3%が委託する意向を示し、50.2%が条件によっては採用と回答した。最後に「疾病管理会社が患者教育に関する看護師等への教育を提供する場合、スタッフ教育を委託するか」についての質問には病院全体の7.3%が委託すると回答し、59.1%が条件によっては採用と回答した。どの病床区分においても勧める/委託する割合

表8 「採用しない/委託しない」と回答した病院/診療所の理由 $n=148(\%)$

	病院	診療所
患者・スタッフ教育は、病院が責任を持って行うものなので	84(56.8)	7
外部委託だとプログラムの内容に病院の特徴を入れることができないので	56(37.8)	0
外部委託だと質が保証出来ないのでは	43(29.1)	5
看護師を外部からの委託で受け入れることはできない	40(27.0)	3
混合診療にならないか不安なので	19(12.8)	1
自らの施設で十分に対応できているので	19(12.8)	5
外来患者数/患者の外来回数が減るので	6(4.1)	1
その他	32(21.6)	3

複数回答

表9 「条件によっては採用」と回答した病院/診療所の条件 $n=190(\%)$

	病院	診療所
提供する会社の信頼性が確保できれば	153(80.5)	10
患者情報の守秘義務/個人情報保護法上問題がなければ	144(75.8)	5
病院の損益にならないければ	137(72.5)	7
患者に更なる自己負担が発生しなければ	123(64.7)	6
病院の診療報酬収入が減らなければ	91(47.9)	2
他の病院でも実施され、このようなことが一般的になってくれば	67(35.3)	3
混合診療にならないことが確認できれば	59(31.1)	1
患者の外来診療が確保されれば	53(27.9)	3
その他	22(11.6)	1

複数回答

は低く、条件採用は5割前後であった。興味深いことに、スタッフ教育の委託については、200床未満で66.7%が、200床～500床未満で63.1%が条件付き採用の意向を示した。

それぞれの質問について、「採用しない/委託しない」及び「条件によっては採用」と回答した病院の理由を表8と表9に示す。「採用しない/委託しない」理由では、「患者・スタッフ教育は病院の責任」と考えている病院が56.8%と多く、続いて「外部委託だとプログラムの内容に病院の特徴を入れることができない」が37.8%であった。また、「質の保証」(29.1%)、「看護師の外部委託不可」(27.0%)等が上げられた。その他では、「委託の仕組みや会社の実績が不明」「手続き的に外部委託は不可」「患者の費用負担が不明」「外来患者は診療所に返す」「予算がない」「病院の幹部が必要を感じていない」「院内の看護師のスキルアップにつながらない」といった理由が上げられた。また、「条

件によっては採用」では、「提供する会社の信頼性が確保できれば」(80.5%)が最も多く、次いで「患者情報の守秘義務/個人情報保護法上の問題がなければ」(75.8%)、「病院の損益にならないければ」(72.5%)、「患者に更なる自己負担が発生しなければ」(64.7%)が条件として上げられた。その他には、「この仕組みが一般的になれば」「医師や病院幹部の理解が得られれば」「教育スタッフの質が高ければ」「病院側と協力できれば」「スタッフの質の向上が伴えば」「継続性が保てれば」といった条件が上げられた。

IV. 考 察

1. 医療機関のサービス提供体制：理念と実態のミスマッチ

調査の結果、外来での糖尿病教育の実施はプログラムをもたないものも含め、病院で60.4%、診

療所においても46.1%の実施率で、病床規模別では200床未満の病院での実施割合が200床以上に比べて低く、診療所及び200床未満の病院では非構造的な教育の割合が高くなっていった。虚血性心疾患や心不全では患者教育の実施率はさらに低く、200床未満の病院での外来でのプログラム実施率はゼロであり、200床以上の病院及び診療所で実施されていても不定期で、非構造的なもの、つまり、医師が診察の際に、診察室で、短時間で説明する程度のものであることが伺えた。

一方で、患者教育を行う上での問題点では、病院からは「スタッフ数・専門スタッフの不足」や「部屋の確保困難」が、診療所からは「専門スタッフの不足」が高い割合で上げられたが、疾病管理会社が提供する患者教育やスタッフ教育については、利用する意向が低かった。さらに、疾病管理会社を利用しない理由では「患者・スタッフ教育は病院の責務」が最も多く、次いで、「プログラム内容に病院の特徴を入れることができない」があげられた。これらの回答は実施が十分ではない実態とは乖離する意見であり、興味深い。一般住民の健康教育プログラム利用意思が高いのに対して⁸⁾、医療機関は「あくまでも自分の病院・診療所で」と考える傾向が強く、医療政策、市場のニーズ、医療者の意識のずれが指摘される。

2. 医療提供体制：現実と政策のミスマッチ

厚生労働省は、病院と診療所の機能分化を政策的に進めている。しかし、本調査で明らかになったのは、200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く、患者教育プログラムが整備されていない実態である。そのためか、200床未満の病院と診療所のみで算定できる「治療計画に基づいて生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を行う生活習慣病指導管理料¹⁾」の算定割合は40%未満である一方で、総合的な指導や治療管理を要件としない、生活習慣病等のかかりつけ医のプライマリケア機能を評価した特定疾患療養指導料や老人慢性疾患生活指導料¹⁾は8割以上算定されていた。同時に本調査では、200床未満の病院と診療所における患者教育の実施割合が低く、実施されてい

てもプログラム化されておらず、疾患の説明、食事・薬物・運動療法の知識の提供に限定される傾向が示されており、政策誘導が効果的な治療・ケア提供に反映されていないこと、つまり、点数は算定しているがきちんとした患者教育・指導は実施されていないことがわかった。この結果は、他の調査結果と一致するものであり、実態と政策が適合していない事実を示している³⁻⁷⁾。また、専門外来があり、専門医がいても心臓リハビリテーションの算定割合が低いのは、診療報酬上の施設基準の厳しさや、患者をかかりつけ医に返すため、退院後も患者を入院していた病院に集めることの困難さが伺えた。

指導方法も、一般住民に対する調査では、「個別指導」に加え「実習」を希望するものが高い割合を占めたが⁹⁾、実習の実施割合は低かった。また、住民の勤務時間は多様であるにも関わらず、患者教育は外来の実施時間中という実態であり、住民の生活とのずれが観察された。

200床以上の病院では専門医、専門スタッフ及びプログラムを有する割合が200床未満の病院・診療所に比べて高いことから、医療政策（診療報酬の点数）の検討、つまり、生活習慣病の指導機能を中規模以上の病院に移行するか、中規模以上の病院と診療所・小規模病院とが疾患単位の医療連携（疾病別連携）を組み、役割分担を行い、患者を両方で支えるような仕組み作り、又は専門スタッフを小規模病院や診療所に派遣し、教育プログラムを提供する仕組みが必要となると考える。これを支援するIT化、電子カルテの整備など経済的な保障も必要であろう^{9,10)}。さらには、他の調査でも指摘されるように、教育を提供している大病院及び看護師に対する診療報酬が設定される必要があり、この不足が病院の負担と患者の不利益を生み出しているとも考える⁴⁻⁷⁾。

3. 疾病管理会社の三次予防への事業参入の可能性

一般住民に対する意向調査⁸⁾から、一般住民は健康に対する意識が高く、サービスについてお金を払ってでも利用したいと考える割合が高いのに対して、医療機関は十分な教育を提供できていな

いこと、また、現在の切迫する医療費の問題やスタッフ確保の困難を考えると、疾病管理会社の参入する余地は十分にあると考える。しかしながら、疾病管理会社を採用しない/委託しない及び条件付採用と回答した理由に「質の保証/会社の信頼性の確保」「診療報酬点数の算定要件に組み込まれているスタッフを外部委託する仕組み」「支払いの仕組みの整理と医療機関の減収・患者の費用負担増を防ぐ仕組み」「個人情報保護と守秘義務」などの問題点が上げられており、これらは慢性疾患患者のQOLの向上と医療費適正化のために導入されつつある疾病管理の今後の発展のために課題として取り組まれるべきものであることが伺えた。

4. 研究の限界

本調査では病床規模の異なる医療機関を3区分で比較したにも関わらず、病床規模ごとの抽出率を一定にする方法を用いなかったため、500床以上病院とそれ以外の病院・診療所とに抽出率に差が生じた。また、200～500床未満の病院とそれ以外とで回収率が10～20ポイントの差が出てしまい、教育の実施割合結果について影響が出た可能性は否めない。しかし、専門外来や専門スタッフの配置や教育内容(項目)の実施割合については、日本糖尿病学会に所属する医師に対して行った調査結果³⁾と同じ傾向を示しており、これらについては、信頼できる値であると考え。ただし、診療所については有効回答数が少なく、回答者に含む専門医の数によって回答の内容が変化することから、今後は母数を増やし、全国的に調査する必要があると考える。

また、200床未満の病院及び診療所では算定できない点数を病院が算定していると回答したことについては、病院では医事課が診療報酬事務を行うのに対して調査票の回答は看護部(看護師長ら)が行ったので、十分に診療報酬の仕組みが理解されていないこと、つまり、診療報酬の知識不足が回答に反映されたことが推測されるが、それをもって実施している患者教育の内容全般の回答の信憑性に影響を与えたとは考えにくい。

V. 結論

患者教育について、病床規模が大きくなるほど実施割合が高く、内容も充実し、専門医、専門スタッフ、専門外来、教育プログラムの整備率も高いことが分かった。また、スタッフ数・専門スタッフの不足、看護師が行う教育が診療報酬の対象にならないことが問題点として上げられた。医療機関の機能分化政策と実態との不整合について、今後、中・大規模病院と小規模・診療所が疾患単位で連携システムを構築する必要性が示唆された。また、問題点を補完するための外部疾病管理サービスの活用についても、意向及び実施する際の問題点が明確になった。

本調査は、平成16年度経済産業省健康サービス産業創出支援事業の助成を受け、事業の一部として行った。

文 献

- 1) 医科診療報酬点数表(平成14年4月版), 社会保険研究所(東京), 2003
- 2) 坂巻弘之, 疾病管理ビジネスの展望, 医療白書: 2004年度版(監修 医療経済研究機構), 日本医療企画(東京), 135-141, 2004
- 3) 森山美知子, 中野真寿美, 坂巻弘之, 糖尿病ダイジェスト・マネジメントに関する国内調査, 糖尿病の疾病管理におけるアセスメントアルゴリズムと介入プログラムの開発: 日米比較研究(財団法人ファイザーヘルスケアリサーチ振興財団第11回(平成14年度)国際共同研究報告書; 代表研究者: 森山美知子), 67-92, 2004
- 4) 数間恵子, 青木春恵, 小池智子, 他, 外来における看護の相談機能拡充・確立のための基礎的研究: 外来における看護の相談・指導に関する課題と展望, 看護, 55(3), 92-96, 2003
- 5) 柴山大賀, 小林康司, 数間恵子, わが国の病院外来におけるインスリン非使用糖尿病患者に対する看護個別相談・指導体制の実態, 日本看護管理学会誌, 7(2), 19-30, 2004
- 6) 清水安子, 今村美葉, 湯浅美千代, 大学病院における成人慢性疾患外来の個別指導の実態と看護の課題, 千葉大学看護学部紀要, 27, 19-28, 2005
- 7) 藤田君支, 松岡緑, 山地洋子, 臨床看護師が実践している糖尿病患者への教育活動に関する実態調査, 日本看護研究学会雑誌, 26(4), 67-80, 2003
- 8) ヘルスケア, コミッティー株式会社, 平成16年度健康サービス産業創出支援事業(コンソーシアム基盤整備事業), HCCコンソーシアム調査研究報

報告, 69-71, 81-86, 2005

- 9) 医療経済研究機構監修, 医療白書2004年度版:
地域医療連携の可能性とその将来像: 迫られる
“疾病予防・管理”への環境整備, 2004
- 10) 平井愛山, 千葉「わかしおネット」に学ぶ失敗し
ない地域医療連携: 広域電子カルテとヒューマ
ン・ネットワークが成功の鍵, 医学芸術社(東京),
74-82, 401-407, 2004

(平成17.8.29受付, 平成17.12.8採用)

連絡先: 〒734-8551 広島市南区霞1-2-3
広島大学大学院保健学研究科
森山美知子
E-mail: morimich@hiroshima-u.ac.jp

A SURVEY OF CURRENT STATUS OF PATIENT EDUCATION AND WILLINGNESS TO USE DISEASE MANAGEMENT SERVICE PROGRAMS IN HOSPITALS AND CLINICS IN JAPAN

Michiko MORIYAMA¹⁾, Naoko TSUGE²⁾, Yuji FURUI²⁾, Masumi NAKANO³⁾
Hiroshi TAKYU⁴⁾ and Susumu IWAMOTO⁵⁾

We conducted a survey of patient education on diabetes mellitus, ischemic heart disease and heart failure, in order to identify the current status and problems concerning patient education at hospitals and clinics in Japan, to determine the future directions for patient education, and to explore the willingness and impediment of hospitals and clinics to accept external disease management service programs in the future. We registered 1000 hospitals and 100 clinics according to the number of beds from all over Japan among those with a department of internal medicine with a proportion of beds allocated to general patients. We sent anonymous self-administered selective questionnaires to these institutions and collected the responses by mail. Finally, 322 hospitals and 26 clinics were included for the analysis. Larger hospitals tended to be better prepared in that they had specialists, specialized staff, specialized outpatient clinics and patient education programs. The percentage of the institutions having patient education programs was smaller among hospitals and clinics with less than 200 beds, and the contents of the educational material were also more limited at these institutions. Problems related to patient education, shortage of staff members and specialized staff, and non-coverage of education by nurses with fees for medical services were extracted. Fifty to sixty percent of the hospitals exhibited the willingness to use external disease management service programs to overcome these drawbacks, as long as necessary conditions were established.

Key words: patient education/patient guidance/chronic disease/lifestyle diseases/disease management

¹⁾ Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

²⁾ HCC Health Care Committee Co.

³⁾ Hiroshima City Asa Citizen's Hospital

⁴⁾ Chubu Gakuin University

⁵⁾ Tokuyama University