

成がなされる。人柄、専門的知識、カウンセラーのテクニック等を高めるよう計画的に研修できる様にしたい。

- ・当部署の看護職員は、全ライフサイクルにわたる健康問題の相談指導に対応するために、自己研鑽と経験による知識や問題解決支援能力の蓄積が不可欠である。看護部に属し臨床看護との交流がある場合にはこれらの能力が蓄積出来、育成効果も上がると思われる。
- ・指導対象の広がりに伴う研修の必要性和、研修の継続が課題である。
- ・体験を大切に、カンファレンス等で振り返り（評価）を行い、目標を設定し、意識的に経験を積み重ねていくことが必要であると思う。
- ・当院は老人病院であるが、「老人」の看護や介護のあり方については養成課程ではあまり実践的なトレーニングを受けていない。当院に入って、他職種とぶつかりつつ仕事をしながら学んでいくしかない。
- ・現在3名なので2名保健婦を増員したい。地域に育って来た経験5年以上の人を研修に出して育成したい。

こうしてみると、当然のことながら各病院の特性や事情により実際の確保や育成の状況には違いがある。比較的共通しているのは、相談・指導担当部署の職員には、多様な相談内容に応じることが出来るように多様な内容の、しかもOJT、院内教育、情報交換会、院外研修等多様な形態での教育・研修が継続的に必要であると考えていることがわかる。取り合えず免許や臨床経験を基準に職員を確保し、自分の病院の相談・指導業務に合わせて、その後の研修や教育を活用して自己研鑽してくれることを望んでおり、部署に配属されてからの教育・研修にも積極的な考え方が出ている。相談・指導を担当する条件として、「本人の希望」をあげる病院も「専任体制」病院では、38.4%あることを先に述べたが、それは、このような研鑽を強く望んでいるためと考えられる。

4 保健相談・指導の対象者と保健相談・指導の実態

(1) 1週間の相談・指導件数

① 面接による個別相談・指導件数

1990年2月5日～2月11日の1週間の相談・指導件数（延べ人数）について、115病院が回答し、その総件数は3395件。1病院あたり平均件数は29.5件であった。（患者、家族と一緒に相談・指導を受けた場合には1件とした。また、同じ人が1週間の間に2回以上の相談・指導を受けた場合にはそれぞれ1件とした。）

各病院での1週間の相談・指導件数をみると、「9件以下」が26.6%と比較的に多かったが、一方では「100件以上」の病院も4.3%あり、差が大きい〈表25〉。「兼任体制」の場合は、「9件以下」が37.5%と多く、「専任体制」の場合は、1週間の相談・指導件数が「30件以上」の病院

看護職による相談活動

表25 1週間の相談・指導件数*別病院数

	専任 体制	兼任 体制	計
1 ~ 9件	25 (23.4)	12 (37.5)	37 (26.6)
10 ~ 19件	21 (19.6)	5 (15.6)	26 (18.7)
20 ~ 29件	12 (11.2)	3 (9.4)	15 (10.8)
30 ~ 49件	13 (12.1)	1 (3.1)	14 (10.1)
50 ~ 99件	16 (15.0)	1 (3.1)	17 (12.2)
100件以上	5 (4.7)	1 (3.1)	6 (4.3)
不明	15 (14.0)	9 (28.1)	24 (17.3)
計	107 (100.0)	32 (100.0)	139 (100.0)

*1990年2月5日~11日の1週間の件数。患者・家族と一緒に相談・指導を受けた場合には1件。同じ人が、1週間に2回以上の相談・指導を受けた場合にはそれぞれ1件とする。

も31.8%あった。

② 電話での相談件数

1990年2月5日~2月11日の1週間の電話による相談件数(延べ人数)について、113病院が回答し、その総件数は1615件。1病院あたり平均件数は15.5件であった。

各病院での1週間の電話による相談件数をみると、「9件以下」が41.7%と多かった(表26)。

(2) 相談・指導の対象となった患者の状態

① 患者の年齢

1990年2月5日~2月11日の1週間の相談・指導の対象となった患者の年齢別分布は(表27)の通り。「40~64歳」が41.3%を占め、「65歳以上」は34.9%であった。

② 受診状況

1990年2月5日~2月11日の1週間の相談・指導の対象となった患者を受診状況別にみると、「当院の一般外来に通院中」(36.9%)、「当院の専門外来に通院中」(24.9%)という者の割合が多かった。「当院で受診していない」者も4.3%含まれていた(表28)。

③ 訪問看護実施状況

表26 電話相談件数*別病院数

	専任 体制	兼任 体制	計
1 ~ 9件	50 (46.7)	8 (25.0)	58 (41.7)
10 ~ 19件	23 (21.5)	5 (15.6)	28 (20.1)
20 ~ 29件	12 (11.2)	— (—)	12 (8.6)
30 ~ 49件	9 (8.4)	1 (3.1)	10 (7.2)
50 ~ 99件	2 (1.9)	2 (6.3)	4 (2.9)
100件以上	1 (0.9)	— (—)	1 (0.7)
不明	10 (9.3)	16 (50.0)	26 (18.7)
計	107 (100.0)	32 (100.0)	139 (100.0)

*1990年2月5日~11日の1週間の件数。

表27 患者の年齢別相談・指導件数(延べ人数)

	専任 体制	兼任 体制	計
1歳未満	145 (5.2)	6 (1.0)	151 (4.5)
1~5歳	73 (2.6)	8 (1.3)	81 (2.4)
6~14歳	58 (2.1)	6 (1.0)	64 (1.9)
15~39歳	399 (14.3)	114 (19.1)	513 (15.1)
40~64歳	1167 (41.8)	232 (38.9)	1399 (41.3)
65~69歳	360 (12.9)	75 (12.6)	435 (12.8)
70歳以上	592 (21.2)	155 (26.0)	747 (22.0)
計	2794 (100.0)	596 (100.0)	3390 (100.0)

*この質問に回答した113病院の集計

1990年2月5日～2月11日の1週間の相談・指導の対象となった患者の中で、病院の訪問看護の対象者となっている者の割合は、19.0%。訪問看護実施病院のみでその割合をみると、28.9%であった〈表29〉。「専任体制」病院では、訪問看護対象者数の割合が、「兼任体制」病院に比べて多い。

④ 疾 病

この1年間に相談・指導で対応した患者の疾病名をすべてあげてもらったところ、7割以上の病院で対応していたのが、「糖尿病」(90.6%)、「脳血管疾患」(83.5%)、「高血圧症」(79.1%)、「心疾患」(74.8%)であった〈表30〉。

多いものから三つまで選んでもらった回答も同じような傾向を示した。

⑤ 医療器具の装着・使用の状態

医療器具の装着・使用に関する相談・指導で、この1年間に次のような患者に対応したことのある病院の比率は〈表31〉の通り。多くの病院で、対応していたのは、「在宅経管栄養法」(61.2%)、「在宅自己注射」(60.4%)、「吸引」(59.7%)、「在宅酸素療法」(54.0%)、「在宅自己導尿」(51.1%)であった(複数回答)。

(3) 保健相談・指導の依頼・紹介者

相談・指導が始まるきっかけとして誰からの依頼・紹介があるのか、すべてあげてもらったところ、「患者本人や家族が自分から申し出る」(91.4%)、「院内の主治医」(87.1%)、「院内の病棟看護職」(77.7%)、「院内の外来看護職」(74.8%)をあげる病院が多かった。院外の「保健所の看護職」(48.2%)、「市町村の看護職」(48.2%)からの紹介で始まる場合がある病院も半数近い(複数回答)〈表32〉。

表29 相談・指導対象者の訪問看護実施状況

	専任体制	兼任体制	計	回答病院数*
相談・指導対象者数 (A)	2782人	601人	3383人	113
(再掲)訪問看護実施病院での相談・指導対象者数 (B)	1998人	226人	2224人	86
(再掲)訪問看護対象者数 (C)	626人	17人	643人	86
C/A	22.5%	2.8%	19.0%	113
C/B	31.3%	7.5%	28.9%	86

* (A) (C) 共に回答した病院についての集計

表28 受診状況別相談・指導件数(延べ人数)

	専任体制	兼任体制	計
当院を初めて受診	221 (7.9)	108 (18.0)	329 (9.7)
当院の一般外来に通院中	968 (34.6)	284 (47.3)	1252 (36.9)
当院の専門外来に通院中	732 (26.2)	115 (19.1)	847 (24.9)
当院を退院後、通院していない	198 (7.1)	5 (0.8)	203 (6.0)
当院を退院予定	147 (5.3)	18 (3.0)	165 (4.9)
当院に入院中	239 (8.6)	39 (6.5)	278 (8.2)
当院の検(健)診受診	153 (5.5)	22 (3.7)	175 (5.2)
当院で受診していない	136 (4.9)	10 (1.7)	146 (4.3)
計	2794 (100.0)	601 (100.0)	3395 (100.0)

*この質問に回答した115病院の集計

看護職による相談活動

表30 相談・指導で対応した疾病名（複数回答）

疾患名	対応した疾病すべて				上位三つまで		順位
	専任配置		兼任体制		計		
悪性新生物	71	(66.4)	16	(50.0)	87	(62.6)	①
糖尿病	99	(92.5)	27	(84.4)	126	(90.6)	
血液・造血器の疾患	46	(43.0)	8	(25.0)	54	(38.8)	
神経系難病・膠原病	59	(55.1)	9	(28.1)	68	(48.9)	
感覚器疾患	23	(21.5)	6	(18.8)	29	(20.9)	
高血圧症	91	(85.0)	19	(59.4)	110	(79.1)	③
心疾患	83	(77.6)	21	(65.6)	104	(74.8)	④
脳血管疾患	91	(85.0)	25	(78.1)	116	(83.5)	②
慢性呼吸不全	59	(55.1)	13	(40.6)	72	(51.8)	⑤
喘息等の呼吸器疾患	47	(43.9)	15	(46.9)	62	(44.6)	
肝疾患	65	(60.7)	14	(43.8)	79	(56.8)	
消化器系疾患	74	(69.2)	17	(53.1)	91	(65.5)	
腎疾患	56	(52.3)	13	(40.6)	69	(49.6)	
泌尿生殖器疾患	43	(40.2)	12	(37.5)	55	(39.6)	
妊娠・分娩・産じょくの合併症	34	(31.8)	9	(28.1)	43	(30.9)	
皮膚・皮下組織疾患	31	(29.0)	8	(25.0)	39	(28.1)	
骨関節疾患	52	(48.6)	12	(37.5)	64	(46.0)	
先天性疾患	37	(34.6)	7	(21.9)	44	(31.7)	
老人性痴呆	73	(68.2)	20	(62.5)	93	(66.9)	
精神障害・心身症	68	(63.6)	13	(40.6)	81	(58.3)	
その他	19	(17.8)	—	(—)	19	(13.7)	
不明	1	(0.9)	—	(—)	1	(0.7)	
回答病院数	107	(100.0)	32	(100.0)	139	(100.0)	

* ()内の%は、各回答数を回答病院数でわった比率である。

表31 患者の医療器具の使用状況（複数回答）

	専任体制		兼任体制		計		順位
在宅自己注射	65	(60.7)	19	(59.4)	84	(60.4)	②
在宅自己腹膜灌流	18	(16.8)	3	(9.4)	21	(15.1)	
在宅酸素療法	60	(56.1)	15	(46.9)	75	(54.0)	④
在宅中心静脈栄養法	26	(24.3)	2	(6.3)	28	(20.1)	⑩
在宅経管栄養法	71	(66.4)	14	(43.8)	85	(61.2)	①
在宅自己導尿	60	(56.1)	11	(34.4)	71	(51.1)	⑤
人工肛門	54	(50.5)	15	(46.9)	69	(49.6)	⑥
人工膀胱	21	(19.6)	3	(9.4)	24	(17.3)	
気管カニューレ挿入	44	(41.1)	8	(25.0)	52	(37.4)	⑧
吸引	69	(64.5)	14	(43.8)	83	(59.7)	③
ネブライザー	49	(45.8)	12	(37.5)	61	(43.9)	⑦
ベースメーカー装着	26	(24.3)	7	(21.9)	33	(23.7)	⑨
人工透析	12	(11.2)	2	(6.3)	14	(10.1)	
その他	20	(18.7)	1	(3.1)	21	(15.1)	
不明	13	(12.1)	5	(15.6)	18	(12.9)	
回答病院数	107	(100.0)	32	(100.0)	139	(100.0)	

* ()内の%は、各回答数を回答病院数でわった比率である。

表32 依頼・紹介者（複数回答）

	専任体制		兼任体制		計		順位
患者本人や家族が自分から	97	(90.7)	30	(93.8)	127	(91.4)	①
相談・指導部門看護職からアプローチ	73	(68.2)	22	(68.8)	95	(68.3)	⑤
院内の主治医	94	(87.9)	27	(84.4)	121	(87.1)	②
院内の他の医師	46	(43.0)	7	(21.9)	53	(38.1)	⑩
院内の外来看護職	86	(80.4)	18	(56.3)	104	(74.8)	④
院内の病棟看護職	87	(81.3)	21	(65.6)	108	(77.7)	③
院内のソーシャルワーカー	48	(44.9)	8	(25.0)	56	(40.3)	⑨
院内の栄養士	25	(23.4)	9	(28.1)	34	(24.5)	
院内の理学療法士・作業療法士	31	(29.0)	7	(21.9)	38	(27.3)	
院内の事務職	36	(33.6)	9	(28.1)	45	(32.4)	
院内の他の職員	13	(12.1)	1	(3.1)	14	(10.1)	
他院の医師	22	(20.6)	6	(18.8)	28	(20.1)	
他院の看護職	13	(12.1)	7	(21.9)	20	(14.4)	
他院のソーシャルワーカー	15	(14.0)	3	(9.4)	18	(12.9)	
保健所の看護職	56	(52.3)	11	(34.4)	67	(48.2)	⑥
市町村の看護職	56	(52.3)	11	(34.4)	67	(48.2)	⑥
市町村の福祉担当者	36	(33.6)	9	(28.1)	45	(32.4)	
検診・人間ドックのフォローとして	57	(53.3)	6	(18.8)	63	(45.3)	⑧
その他	6	(5.6)	—	(—)	6	(4.3)	
不明	1	(0.9)	1	(3.1)	2	(1.4)	
回答病院数	107	(100.0)	32	(100.0)	139	(100.0)	

*（ ）内の％は、各回答数を回答病院数でわった比率である。

(4) 相談・指導時の来所者

相談・指導に来るとき必ずしも患者本人が来るとは限らない。1990年2月5日～2月11日の1週間の相談・指導の対象となった患者について来所者をみると、「患者本人」だけで来たのが58.6%、「患者と家族一緒」に来たのが18.8%、「家族」だけが来たのが16.9%であった〈表33〉。

表33 来所者別相談・指導件数（延べ人数）

	専任体制	兼任体制	計
患者本人	1474 (53.6)	472 (82.5)	1946 (58.6)
家族	509 (18.5)	52 (9.1)	561 (16.9)
患者と家族一緒	586 (21.3)	38 (6.6)	624 (18.8)
知人	19 (0.7)	1 (0.2)	20 (0.6)
その他	160 (5.8)	9 (1.6)	169 (5.1)
計	2748 (100.0)	572 (100.0)	3320 (100.0)

*この質問に回答した113病院の集計。
年齢別件数に回答した113病院と同じ病院ではない。

「専任体制」病院の場合、家族が一緒だったり、家族だけが来所する割合が「兼任体制」に比べて多かった。〈表29〉でみたように、対象患者の中に通院困難で訪問看護の対象となっている患者が多いためと考えられる。

(5) 相談内容

看護職員が行なう相談・指導の内容は、一つの病院でも多岐にわたった。ほとんどの項目に6割以上の病院が対応していた。特に8割以上の病院が対応している内容は、「食事療法」(95.0%)、「医師に相

看護職による相談活動

談するほどではないが、気になる症状について」(93.5%)、「医療器具の紹介、装着・使用方法、購入方法」(92.1%)、「服薬指導・薬の疑問に対する対応」(86.3%)、「緊急時の予測、対応、連絡方法」(84.9%)、「病態観察のチェックポイントの説明」(82.0%)、「運動療法」(82.0%)、「介護者・家族の健康管理」(81.3%)、「福祉サービスについての情報提供・助言」(81.3%)であった〈表34〉。

療養生活に関連する様々の相談内容に、幅広く対応していることがわかる。一人の患者が療養生活を営むとき、そこに様々な場面で不安や疑問が生じる。まず、簡単に通院できない患者をどうやって病院まで連れていったら良いのかから始まって、病気・薬・治療等についての疑問・不安への対応、また病態のチェックや変化時の対応方法、医療器具の操作方法、食事や運動など生活の仕方、介護の方法、医

表34 相談内容（複数回答）

	専任体制		兼任体制		計		順位
病気・病状の説明	90	(84.1)	21	(65.6)	111	(79.9)	⑩
病態観察のチェックポイントの説明	91	(85.0)	23	(71.9)	114	(82.0)	⑥
検査・検査値結果の詳しい説明	80	(74.8)	16	(50.0)	96	(69.1)	⑳
服薬指導・薬の疑問への対応	96	(89.7)	24	(75.0)	120	(86.3)	④
食事療法	103	(96.3)	29	(90.6)	132	(95.0)	①
運動療法	89	(83.2)	25	(78.1)	114	(82.0)	⑥
医療器具の紹介、使用方法、購入方法	98	(91.6)	30	(93.8)	128	(92.1)	③
治療方針・方法への疑問についての相談	85	(79.4)	19	(59.4)	104	(74.8)	⑰
複数科受診に伴う問題	66	(61.7)	16	(50.0)	82	(59.0)	
医師に相談するほどではないが気になる症状	104	(97.2)	26	(81.3)	130	(93.5)	②
緊急時の予測、対応、連絡方法	91	(85.0)	27	(84.4)	118	(84.9)	⑤
患者の病院までの移送方法	76	(71.0)	17	(53.1)	93	(66.9)	
院内医師への相談の仕方	89	(83.2)	21	(65.6)	110	(79.1)	⑪
院内看護職への相談の仕方	73	(68.2)	17	(53.1)	90	(64.7)	
老人性痴呆、精神障害者等への接し方、受診のさせ方	80	(74.8)	23	(71.9)	103	(74.1)	⑬
褥瘡処置・予防	82	(76.6)	24	(75.0)	106	(76.3)	⑯
日常生活動作の維持・拡大	85	(79.4)	22	(68.8)	107	(77.0)	⑮
基本的生活行動の介護技術	85	(79.4)	23	(71.9)	108	(77.7)	⑭
ターミナルに向けて関係者の意見調整	56	(52.3)	15	(46.9)	71	(51.1)	
介護用品紹介・工夫の助言	87	(81.3)	23	(71.9)	110	(79.1)	⑪
介護者・家族の健康管理	92	(86.0)	21	(65.6)	113	(81.3)	⑧
介護者の精神衛生	77	(72.0)	16	(50.0)	93	(66.9)	
家族関係の調整	76	(71.0)	17	(53.1)	93	(66.9)	
ハイリスク妊産婦の生活指導	24	(22.4)	7	(21.9)	31	(22.3)	
病児・障害児の生活指導	44	(41.1)	6	(18.8)	50	(36.0)	
受診科、医師の選択、転医に関する相談	83	(77.6)	17	(53.1)	100	(71.9)	⑰
開業医等への相談の仕方	74	(69.2)	12	(37.5)	86	(61.9)	
保健所・市町村の訪問指導の情報提供	89	(83.2)	21	(65.6)	110	(79.1)	⑪
福祉サービスの情報提供	88	(82.2)	25	(78.1)	113	(81.3)	⑧
患者会・家族会の情報提供	67	(62.6)	15	(46.9)	82	(59.0)	
その他	13	(12.1)	1	(3.1)	14	(10.1)	
不明	1	(0.9)	—	(—)	1	(0.7)	
回答病院数	107	(100.0)	32	(100.0)	139	(100.0)	

*（ ）内の％は、各回答数を回答病院数でわった比率である。

師や看護職及び各種サービスの活用の仕方などについての助言を求めている。その一つ一つに看護職が丁寧に対応すると相談内容は様々な次元で多岐にわたるといえることであろう。

(6) 1回の相談・指導時間

相談・指導は、1回にどの位の時間がかかるのか、各病院の最も多いケースで答えてもらった。「30分～1時間未満」が最も多く、43.9%を占め、次に「15分～30分未満」が34.5%と次いだ〈表35〉。

(7) 患者一人の相談・指導回数

1990年2月5日～2月11日の1週間の相談・指導の対象となった患者について、それぞれの相談・指導回数別に計上してもらった。その内訳は、1回切りで終わる「初めてで終了予定」の割合は低く(19.0%)。「初めてで継続予定」(19.6%)、「2回目以上」(61.4%)と継続的に関わる患者の割合が高かった〈表36〉。

(8) 関係者との連絡調整

相談・指導担当部署は、患者の相談・指導に直接応じているだけではなく、その後、関係者と連絡調整することが多い。この活動があって初めて、慢性疾患患者の療養生活を様々なサービスで支えることが出来るようになる。直接患者の目にはふれない活動ではあるが、重要な仕事である。

先にみた、依頼・紹介者が多岐に広がっているのと同じで、連絡調整する職種や機関の種類も多い。多い順にみると、院内においては「主治医」(95.7%)を筆頭に、「病棟看護職」(92.1%)、「外来看護職」(89.2%)、「栄養士」(72.7%)、「理学療法士・作業療法士」(63.3%)、「事務職」(62.6%)など院内のあらゆる部門と連絡を取り合っていることがわかる〈表37〉。院外の「保健所の看護職」(78.4%)、

表35 1回の相談・指導の時間 (最も多いケース)

	専体制	兼任制	計
15分未満	5 (4.7)	7 (21.9)	12 (8.6)
15分～30分未満	38 (35.5)	10 (31.3)	48 (34.5)
30分～1時間未満	49 (45.8)	12 (37.5)	61 (43.9)
1時間～2時間未満	11 (10.3)	1 (3.1)	12 (8.6)
2時間以上	1 (0.9)	1 (3.1)	2 (1.4)
不明	3 (2.8)	1 (3.1)	4 (2.9)
計	107 (100.0)	32 (100.0)	139 (100.0)

*設問「面接による個別相談・指導は1回にどの位の時間がかかりますか。最も多いケースについてお答えください」

「市町村の看護職」(77.7%)、「市町村の福祉担当者」(67.6%)と連絡を取り合うところも多い。その他「医療機器・介護用品の業者」、「他院の医師」、「民生委員」、「老人ホーム」など、必要とあらば患

表36 相談・指導回数別件数 (延べ人数)

	専体制	兼任制	計
初めてで終了予定	481 (17.8)	144 (24.4)	625 (19.0)
初めてで継続予定	528 (19.5)	117 (19.8)	645 (19.6)
2回目以上	1694 (62.7)	330 (55.8)	2024 (61.4)
計	2703 (100.0)	591 (100.0)	3294 (100.0)

*この質問に回答した111病院の集計

看護職による相談活動

表37 依頼・照会に応じたり、連絡・調整する職種や機関（複数回答）

	専任体制		兼任体制		計		順位
院内の主治医	102	(95.3)	31	(96.9)	133	(95.7)	①
院内の他の医師	70	(65.4)	17	(53.1)	87	(62.6)	⑩
院内の外来看護職	97	(90.7)	27	(84.4)	124	(89.2)	③
院内の病棟看護職	101	(94.4)	27	(84.4)	128	(92.1)	②
院内のソーシャルワーカー	73	(68.2)	20	(62.5)	93	(66.9)	⑧
院内の栄養士	79	(73.8)	22	(68.8)	101	(72.7)	⑥
院内の理学療法士・作業療法士	70	(65.4)	18	(56.3)	88	(63.3)	⑨
院内の事務職	74	(69.2)	13	(40.6)	87	(62.6)	⑩
院内の他の職員	20	(18.7)	3	(9.4)	23	(16.5)	
他の病院の医師	55	(51.4)	11	(34.4)	66	(47.5)	
他の病院の看護職	60	(56.1)	13	(40.6)	73	(52.5)	⑬
他院のソーシャルワーカー	40	(37.4)	6	(18.8)	46	(33.1)	
診療所の医師	52	(48.6)	7	(21.9)	59	(42.4)	
保健所の看護職	89	(83.2)	20	(62.5)	109	(78.4)	④
市町村の看護職	90	(84.1)	18	(56.3)	108	(77.7)	⑤
市町村の福祉担当者	77	(72.0)	17	(53.1)	94	(67.6)	⑦
民生委員	48	(44.9)	14	(43.8)	62	(44.6)	
老人ホームの看護職	47	(43.9)	10	(31.3)	57	(41.0)	
老人ホーム以外の福祉施設	38	(35.5)	8	(25.0)	46	(33.1)	
患者の学校の教員	39	(36.4)	6	(18.8)	45	(32.4)	
患者の職場の健康管理担当者等	33	(30.8)	6	(18.8)	39	(28.1)	
労働衛生機関	9	(8.4)	—	(—)	9	(6.5)	
農協の健康管理担当者	10	(9.3)	—	(—)	10	(7.2)	
医療器機・介護用品の業者	69	(64.5)	17	(53.1)	86	(61.9)	⑫
患者会・家族会	50	(46.7)	10	(31.3)	60	(43.2)	
ボランティア	33	(30.8)	6	(18.8)	39	(28.1)	
その他	14	(13.1)	1	(3.1)	15	(10.8)	
回答病院数	107	(100.0)	32	(100.0)	139	(100.0)	

*（ ）内の％は、各回答数を回答病院数でわった比率である。

者を取り巻く人々の誰にでも連絡を取り合うであろうことがうかがわれる。

視点を变えて病院の外の機関からみると、患者のことで病院と連絡を取りたいというとき、その窓口がはっきりしているということは、非常に都合が良い。この窓口があって初めて病院と他の機関との連携が効果的なものになりうると考えられるが、その機能を相談・指導部門が備える可能性は高い。

今回の調査では、文書による依頼・照会があるか否かも聞いた。文書で依頼・照会があるということは、両者の間に一定の信頼関係があると考えられる。特に院内において文書化されているということは、連携のルートが確立していることを表していると考えられる。調査結果をみると、「専任体制」病院では、58.9%の病院で文書による依頼・照会が行なわれていた。「病棟看護職」(40.2%)、「主治医」(37.4%)との連携ルートが確立している病院が比較的多かった〈表38〉。

医師等との連携についての自由記述では、うまくいっていると回答した病院と問題点や課題を書いた病院と半々であった。問題点や課題の内容をみると、院内医師との連携の困難さ、地域の開業医との連

表38 文書による依頼・照会があり、連絡・調整する職種や機関（複数回答）

	専任体制		兼任体制		計		順位
院内の主治医	40	(37.4)	2	(6.3)	42	(30.2)	②
院内の他の医師	13	(12.1)	1	(3.1)	14	(10.1)	
院内の外来看護職	22	(20.6)	2	(6.3)	24	(17.3)	⑤
院内の病棟看護職	43	(40.2)	1	(3.1)	44	(31.7)	①
院内のソーシャルワーカー	5	(4.7)	2	(6.3)	7	(5.0)	
院内の栄養士	7	(6.5)	1	(3.1)	8	(5.8)	
院内の理学療法士・作業療法士	2	(1.9)	2	(6.3)	4	(2.9)	
院内の事務職	2	(1.9)	1	(3.1)	3	(2.2)	
院内の他の職員	2	(1.9)	—	(—)	2	(1.4)	
他の病院の医師	13	(12.1)	2	(6.3)	15	(10.8)	
他の病院の看護職	18	(16.8)	2	(6.3)	20	(14.4)	
他院のソーシャルワーカー	7	(6.5)	—	(—)	7	(5.0)	
診療所の医師	9	(8.4)	2	(6.3)	11	(7.9)	
保健所の看護職	32	(29.9)	3	(9.4)	35	(25.2)	③
市町村の看護職	31	(29.0)	1	(3.1)	32	(23.0)	④
市町村の福祉担当者	11	(10.3)	1	(3.1)	12	(8.6)	
民生委員	—	(—)	1	(3.1)	1	(0.7)	
老人ホームの看護職	7	(6.5)	2	(6.3)	9	(6.5)	
老人ホーム以外の福祉施設	6	(5.6)	1	(3.1)	7	(5.0)	
患者の学校の教員	2	(1.9)	—	(—)	2	(1.4)	
患者の職場の健康管理担当者等	2	(1.9)	1	(3.1)	3	(2.2)	
労働衛生機関	1	(0.9)	—	(—)	1	(0.7)	
農協の健康管理担当者	2	(1.9)	—	(—)	2	(1.4)	
医療器機・介護用品の業者	—	(—)	1	(3.1)	1	(0.7)	
患者会・家族会	1	(0.9)	1	(3.1)	2	(1.4)	
ボランティア	1	(0.9)	1	(3.1)	2	(1.4)	
その他	1	(0.9)	1	(3.1)	2	(1.4)	
文書による依頼照会なし	44	(41.1)	27	(84.4)	71	(51.1)	
回答病院数	107	(100.0)	32	(100.0)	139	(100.0)	

*（ ）内の％は、各回答数を回答病院数でわった比率である。

携の困難さ、連携を促進するには病院全体としての取り組みの必要性を指摘するものがほとんどであった。具体的な記述の例は以下の通り。

- ・継続医療、看護の理解に乏しいため、一旦家に帰った患者の全体像を把握した医療、看護を進めることに抵抗があるようで、連携はとりにくい。昔から全然変化なし。理解ある医師も何人かはいるが、現実的に入院、外来患者の治療、検査で忙殺されている状態。
- ・地域医療について病院医師の認識度希薄。しかし現在一応は各専門科医師が関与。専門性に固執し、患者の生活指導や経済問題に対して医師以外の職種への紹介もせず、自分の患者と抱え込んで家族が苦しんでいる場合がある。しかし、若い医師は1度往診に出ると、以後協力的になる傾向がある。開業医は20年位前までは、営業権を独占していたが、保健婦や専門病院を活用した方が自分にも有利と

看護職による相談活動

考えるようになり、紹介や協調的傾向が多くなった。

- ・最近少しずつ、病棟、外来の医師より個別に退院後や地域での状況をフォローしてほしい旨依頼がみられるようになったが、まだまだ浸透していない。しかし、糖尿病患者の教育については、院内で医師、栄養士、看護婦がばらばらに患者個々に対応していたものを、お互いの連携と協力によりチーム医療を推進している。
- ・一度当室を利用されればそのメリットを理解してもらえが、利用したことのない医師に業務を理解してもらうのに時間がかかる。特に大学病院は医師の移動が多いので繰り返しのPRが必要になる。医師とは記録を通して、あるいは直接面接して患者の情報を提供して診療の効果があがるように看護職の判断を伝えている。
- ・医師の中に医師以外の職種の相談業務を軽視する風潮があるのは残念。当院は大変うまくいっているが、他院の開業医にみられる。
- ・院内では対象者及び糖尿病患者については、定期的に医師、看護婦を囲んで連絡会を実施しているので連携は良いと思う。問題は、院外のスタッフとの連携であるが、地域担当保健婦を窓口に、訪問看護婦、ヘルパー等と連絡を取り合うよう努め、徐々に連携もスムーズになってきているが、ホームドクターも参加しての連絡会までには至っていない。
- ・医師会連絡室とケースワーカーと看護婦の三者で協力体制を取っている。医師会医師との連携は出来ているが範囲が限られているので、すべての患者について相談するところまではしていない。
- ・今のところケース担当医師とは特に問題はない。しかし、自分たちには何が出来るという看護職自身が主張出来る「看護」を持たないと本当の意味での連携は困難。看護職の協力出来る点、あるいは患者への援助内容を具体的に伝えられることが課題。それは特に、院内の医師の他に、家庭との連携をとらなければならない時はさらに必要。
- ・医師それぞれの性格やポリシーやあり連携も個々様々。担当看護職員だけの問題でなく、病院全体として考えていく必要あり。
- ・各単位の婦長の援助を受けながら、医師、他職種との連携と調整を行なっているが、今後に向けてはシステム化し、円滑に連携がとれるようにしていく（リハ会議他ミーティングへの出席）。
- ・院内に病院長の諮問機関として「継続医療推進委員会」があり、委員会のメンバーは、医師、ケースワーカー、医事課職員、看護婦で構成。これにより医師との連携は非常にスムーズである。

(9) 医療・福祉関係者から求められる情報提供や助言

「相談・指導の依頼とは別に、医療・福祉関係者から在宅療養に関連して情報提供や助言を求められることがありますか。」という問いに、75.5%の病院が「ある」と答えている。「専任体制」病院ではその割合がさらに高く、81.3%となる〈表39〉。

どのような医療・福祉関係者から情報提供や助言を求められるかについては〈表40〉の通り。82.9%

の病院があげたのが「保健所・市町村の看護職」で、「院内の病棟看護職」(61.9%)、「院内の外来看護職」(54.3%)を大きく上回った。「院内の外来医師」(52.4%)、「院内の病棟医師」(47.6%)、「院内のソーシャルワーカー」(45.7%)からの求めも半数前後の病院であった。

表39 医療・福祉関係者への情報提供・助言

	専任体制	兼任体制	計
助言の求めあり	87 (81.3)	18 (56.3)	105 (75.5)
なし	13 (12.1)	12 (37.5)	25 (18.0)
不明	7 (6.5)	2 (6.3)	9 (6.5)
計	107 (100.0)	32 (100.0)	139 (100.0)

よくある内容についての自由記述をみると、次の三つの内容に分類された。

一つは、ある特定の患者についての在宅及び院内での状況についての情報提供。例えば

(院外より)

- ・地域の保健婦より、患者の治療方針について
- ・地域の保健婦から、入院中あるいは通院中の病状について
- ・市町村の福祉担当者や看護職から、患者の受診状況や医師の指示について
- ・患者の外来受診時の状況についての情報提供や入院中の状況についての情報提供
- ・保健所・市町村の保健婦と、同一患者を看護する上で、かかわり方を話し合い、情報を提供し合っている。
- ・地域からは、入院時の状況。病棟からのサマリー、退院時の面接状況から得たことを助言している。

(院内より)

- ・在宅になった場合の想像される問題点など(リハビリ評価会議などで)。訪問中の患者のADL状況等について

表40 情報提供や助言を求める医療・福祉関係者(複数回答)〈情報提供・助言の求めがある病院のみ〉

	専任体制		兼任体制		計		順位
院内の外来医師	50	(57.5)	5	(27.8)	55	(52.4)	④
院内の病棟医師	44	(50.6)	6	(33.3)	50	(47.6)	⑤
院内の外来看護職	48	(55.2)	9	(50.0)	57	(54.3)	③
院内の病棟看護職	56	(64.4)	9	(50.0)	65	(61.9)	②
院内のソーシャルワーカー	43	(49.4)	5	(27.8)	48	(45.7)	⑥
院内の栄養士	14	(16.1)	5	(27.8)	19	(18.1)	
院内の理学療法士・作業療法士	31	(35.6)	5	(27.8)	36	(34.3)	⑦
院内の薬剤師	5	(5.7)	4	(22.2)	9	(8.6)	
院内の他の職員	15	(17.2)	5	(27.8)	20	(19.0)	
保健所・市町村の看護職	73	(83.9)	14	(77.8)	87	(82.9)	①
その他の	21	(24.1)	2	(11.1)	23	(21.9)	
回答病院数	87	(100.0)	18	(100.0)	105	(100.0)	

* ()内の%は、各回答数を回答病院数でわった比率である。

看護職による相談活動

- ・在宅療養に関し、予想される問題点と具体的な対策。家族関係。
- ・病気の予後。在宅ケアの可否に関すること
- ・病棟の看護婦から、糖尿病患者の在宅での自己管理の仕方について見てきてほしい。理学療法士から、自宅でのリハビリテーションの方法をどうしているか。
- ・院内看護職やソーシャルワーカーより、家族の状況、本人の病気についての理解の有無、経済的状況、生活の仕方
- ・患者の状態確認、患者・家族への指導についての情報。
- ・介護者の疲労度、家族の協力関係
- ・院内からは、家族関係と近所との人間関係

二つめは、在宅療養やセルフケア、及び病院のシステムに関連する特定の情報の提供、例えば、

(院外、院内より)

- ・最新の医療器具・器材等について
- ・介護用品の紹介、購入方法

(院外より)

- ・院外からは、当院の継続看護活動について
- ・開業医に現在通院しているが、病院の糖尿病教室を受講出来ないか。
- ・病院の入浴サービスはどのようにしたら受けられるか。
- ・医療機関の体制、かかり方、通院方法について
- ・他の医療機関より、人工呼吸器装着患者（在宅）のケアシステムについて

(院内より)

- ・院内からは・地域での保健、看護サービスがどのようなものであるか。
- ・訪問看護のシステムや活動内容についての説明
- ・福祉サービス内容及び手続き方法、施設の内容、医療費の支払い、在宅での医療費について
- ・外来医師より、往診をしてくれる医師はいないか。
- ・薬剤師より、薬液の購入ルートはあるのか。
- ・指導用パンフレット等媒体について

三つめは、在宅療養やセルフケアを援助するノウハウの伝授について、例えば

(院内、院外より)

- ・在宅での生活の仕方

- ・在宅での介護方法，介護の工夫，介護用品の準備，使用方法（入浴，褥瘡処置，おむつの使用方法等）について
- ・医療依存度の高い患者の在宅療養をどう進めたら良いか（消毒，滅菌，器材の準備，マンパワーの配置等について）
- ・療養環境整備の方法
（院外より）
- ・保健所・市町村の看護職より，在宅患者の問題点についての相談
- ・地域の保健婦より，新しい介護器具や褥瘡処置手技について
- ・院外の医師，看護職より，CAPD患者の入浴，腹膜炎，システムに関しての工夫について
- ・ヘルパーより，男性の独居老人の食事内容や身体の清潔への配慮について
- ・園児の流行性疾患発生の時の予防法，保護者に対するの注意事項，保護者への接し方
- ・院外より，在宅介護者の健康管理についての講演依頼
- ・近所の医師に対するの要望や不満などの解決策
（院内より）
- ・院内の病棟看護職より，家庭訪問にあたっての準備について（関係機関との連絡調整の取り方，訪問指導料など）
- ・院内より，自宅で使用する機器（吸引器，ベッド，車椅子など）について
- ・院内看護職より，家庭看護の実際（退院指導や療養指導の参考として）
- ・老人の退院後の件（転医，訪問看護）
- ・食事，入浴，日常生活行動の自立
- ・指導用リーフレットの要請

前の項で相談・指導部門特に，訪問看護も併せて行なっている部門の看護職が在宅療養に関連する様々な保健・医療・福祉機関等と連絡を取り合っており，在宅療養や自己管理を援助していることを述べたが，病院看護職のそこでの具体的な役割が，関係者からの相談内容を通して見えてくる。つまり，病院内及び病院外の患者の状態や生活など患者に関する情報を把握している者として，双方からの問い合わせに応じ，地域からみると病院の窓口として機能し，院内からみると地域への窓口として機能している。

また，院内・地域の関係者が在宅療養やセルフケアを援助していくときの資源としても活用されている。

(10) 病院への苦情の受け付け

相談・指導担当部署に医療・看護の内容に関する苦情が持ち込まれている病院は，65.5%あった〈表41〉。病院の中に苦情受付部門がないため，苦情のある患者が回されて来やすいこと，及び患者・家族

看護職による相談活動

表41 医療・看護の内容に関する苦情の持ち込み

	専任制	兼任制	計
あり	79 (73.8)	12 (37.5)	91 (65.5)
なし	24 (22.4)	18 (56.3)	42 (30.2)
不明	4 (3.7)	2 (6.3)	6 (4.3)
計	107 (100.0)	32 (100.0)	139 (100.0)

表42 苦情への適切な対応で病院への信頼感回復

	専任制	兼任制	計
信頼感回復よくある	19 (24.1)	1 (8.3)	20 (22.0)
たまにある	57 (72.2)	11 (91.7)	68 (74.7)
不明	3 (3.8)	— (—)	3 (3.3)
計	79 (100.0)	12 (100.0)	91 (100.0)

が安心して心情を吐露出来る雰囲気を持っていることがその理由として考えられる。特に「専任体制」病院では、持ち込まれる割合が多く、73.8%となっている。

苦情に対応した病院のほとんどは、適切な対応の結果病院への信頼感が形成されたり、回復された経験を持っている〈表42〉。

印象的な例についての自由記述では、医師への不信感、看護への不信感、職員の対応への不満、設備・システムへの不満に対応したことが記載されていた。以下にその例をあげてみよう。

- ・60歳の男性患者（アルコール依存症・糖尿病・白内障）より、医師の往診時の言葉かけが少なくなっている旨の訴えがあった。看護婦の方より医師へ説明をよくしてもらうよう話すと、医師と患者の信頼関係が回復されていった。
- ・老年期痴呆患者の処方を変更したため、患者の状態が悪くなり、家族が家で介護できないとの苦情があった。医師との面接、処方の再変更、ショートステイの利用で落ち着いた。
- ・42歳の男性の腎硬化症患者が急激な腎不全を起こして人工透析を迫られ、疾病受容できず、検査、投薬、食事指導の度に文句を言い、来部して医師の治療に対する不満を訴えた。腎臓の働き等本人の疑問に一つ一つ答え、何故透析なのか説明する傍ら、患者の置かれている立場を受けとめていく内に、疾病を理解し、現在社会復帰している。（6ヵ月間に7回面接）。
- ・乳癌患者が、抗癌剤治療の副作用から医師不信となり退院。自宅にて民間療法をしていたが、訪問看護室へ相談があった。訪問看護でターミナルケアを開始し、最終的には死の前日入院。看取った夫は病院へ感謝をしていた。
- ・病状が一進一退の患者で本人は入浴を楽しみにしていた。医師から入浴許可が出た直後、（医師の指示により）看護婦より入浴を禁止され、医師・看護婦に不信感を持ち苦情を持ち込まれた。看護婦、医師と連絡を取り、事情を説明し、再度入浴許可が出て患者は納得した。
- ・当院では大学から20代の医師が派遣されてくるが、半年、一年位のサイクルで交代する。肝臓の専門医がドイツに留学し、その間代診した医師が、売薬に頼らないで来院するようにしていた肝疾患患者に「風邪薬位自分で買って飲むように」と話し、患者は不信感を抱いてしまった。同伴して診療を受

- け、今まで通り、風邪の時でも体に異常がある時には診察に来るといことになり、まるく収まった。
- ・本人の訴える症状と医師の行なう治療とがかみ合わず不信感を持った患者があったが、院内上層部（副院長、事務管理者）との面接によって信頼感が持てるようになった。
 - ・医師や看護婦の患者、家族への説明が不十分でわかりにくいときなど相談が持ち込まれることがある。ゆっくり話を聞き問題点を把握して、説明したり、医療関係者と調整したりすることによって患者、家族の信頼が回復されることが多い。
 - ・主に主治医との関係（疾病の説明不足）や看護職の対応の遅れ（ナースコールに出るのが遅いなど）についての苦情が多い。病棟への苦情については、当部署の責任者が、患者、家族との間に立ち、関係調整をしている。
 - ・看護婦の対応について苦情相談される。その時は、各婦長に家族や患者の意見を聞いてもらい、お互いに納得してもらったこともある。
 - ・入院・手術に関して医師からの説明を受け、納得して帰宅したが、入退院係より、予定されていた日時より4日も早く入院するように電話が入った。患者は、勤務調整がつかなくなり、理由を尋ねるため病院に電話をしたところ、たらい回しにされ、怒鳴りちらしたが、結局入退院係の指示どおり入院した後、本人より相談があった。手術に必要な検査をその場ですませ、手術当日まで外泊の形をとるように取り計らった結果、勤務に支障のないようすませることが出来た。
 - ・待時間が長いと苦情があったとき、診察室まで同行して調べたところ、救急患者の処置中で診察に影響しているとのこと。理由を説明し、協力を得るよう努力したとき、不満がおさまった。
 - ・会計がいつになっても出来ないと言われ、すぐ係に問い合わせた。しばらくしてから会計カードが別の場所に放置されていたことがわかり、病院側のミス認め詫言った後、不満がおさまった。
 - ・患者側に医療システムの知識がなく、説明することで誤解がとける。
 - ・患者の誤解ということもかなりあり、説明することで納得されたり、かえって今後の受診の仕方など便利な方法がわかってももらえることもある。
 - ・苦情を聴いてもらえた、受けとめてもらえたということでもかなりの不満の訴えは解消されていると感じられる。しかし、同じ傾向の苦情が他の患者からもあった場合、会議の場で、地域の患者の声として代弁し、状況を説明し、互いに理解した上で反省する努力をしている。
 - ・和式トイレでないとどうもという老人に、安全な和式トイレを考え、設置して喜ばれた。

患者は医療者側の説明不足やミスのため、病院に対して不満を持つことがあるし、また、病院のシステムを知らなかったり、誤解をして不満を持つこともある。そしてその不満をなかなか直接言えないことが多いし、サインを出しても忙しい医療者側が見逃すこともある。そのような時、患者の不満を受けとめ、話を聴いたり、必要によっては関係者と調整するという役割を相談・指導担当部署が担っている。さらに、その患者の問題として解決するに留まらず、共通性のある問題については、病院システムや職

員の対応を検討する上での情報源としても機能している。

相談・指導担当部署が担っているこの役割は、患者サービスの一環として、患者自身にとっても、また病院運営上も有益なものであると考えられる。

(11) 相談・指導内容の課題についての意識

現時点での相談・指導の現状を踏まえた上で、相談・指導の対象者、内容、質について、各病院ではこれからの課題として何を考えているかを自由に記述してもらった。

まず、相談・指導の対象者については、相談・指導部門に対象となる患者を確実に把握出来るように把握方法を検討したいということと、相談・指導を必要とする対象者が増加しているため、対象者の層を拡げたいという内容が多かった。例えば、以下のような記述が見られる。

-
- ・対象者を確実に把握出来ていない。慢性疾患患者や器具装着患者を多く把握し、専門的見地にに基づき、適切な指導を行なう。
 - ・指導においては医師の指示によるものが多いが、もっと看護職の判断で必要に応じて行なわれても良いと思う。必要な人に行なわれているのか否かわからない点もある。
 - ・対象者は、保健婦自身の判断によって発掘していることが多く、把握範囲が狭い。対象範囲を拡げるため、医師、外来看護婦の協力をさらに得るための働きかけの方法を考える必要がある。また、医療依存度の高いケース、ターミナルケアなど絶対的支援の必要なケースを把握出来るように、病棟看護婦、医師との連絡システムやサマリーの活用などを体制化する。
 - ・現在、対象者は糖尿病や心疾患がほとんどであり、もう少し幅広く活用してもらえるように、さらにいっそうのPRが必要と思う。
 - ・現在、高血圧、糖尿病患者を対象としているが、呼吸器疾患の増加もあり、在宅酸素療法患者も増えているし、痴呆が増加しそれをかかえる家族への指導も必要性が高まっている。現在行なっていないこの2点について内容を整理し行なう。
 - ・周産期に関係して、社会的なハイリスク（未婚、若年、家や金などの生活基盤のない両親）等が増加している。また、虐待児など種々の複雑な問題を持つケースが増えている。高度な医療、看護が必要な在宅患者も増加している。
 - ・療育問題に関する母親の相談が多くなってきている。また、子供の就学に関する相談、指導が多いため、今後その効果的な解決システムを検討していくことが課題である。
 - ・対象者は当院受療者及び家族であるが、時には当院受療中でない人もある。
 - ・病院を利用する患者以外の相談業務が増える傾向にあるので、今後はテレホンサービス等を取り入れていきたい。

- ・対象者は主に外来通院者だが、入院患者、家族、地域の人々と対象を拡げたい。
- ・衛生教育の場合は予防医学なので、対象者は一般住民サービスにも良いと思われる。
- ・対象者は主に慢性疾患患者になっているが、各専門外来と結びついた患者教育、相談を行なっていくとしたら、もっと（当室の）規模を大きくしなければならない。しかし、個別相談を行なっても経済的保障がないので病院の赤字になってしまう。外来看護婦と役割分担の配慮も必要になる。

次に相談・指導の内容や質については、慢性疾患患者がより高い水準の生活を望むようになったため相談内容が変化してきたことや、問題解決にあたっては、他職種や他の機関と連携する必要性が高まってきたこと、及び看護職としては、集団、個別、訪問などの多様なアプローチをする必要があることを記述してあるものが多かった。例えば、具体的な記述としては以下の通り。

-
- ・オストメイトの相談内容が、よりQ. O. L. の向上を目指したものになってきている。スキントラブル、臭いより、性生活など日常生活の多岐にわたる相談等。一方でスキントラブルに悩むオストメイトも多い。
 - ・健康の維持増進、病気の早期発見、早期治療の面からも健康についての関心が非常に高まっているため、相談内容も幅広く、内容も深く求められている。
 - ・家庭介護教室を開いているが、介護者が知りたいと思うことと、こちらが知っていただきたいことにギャップがあり、今後もっと研鑽の必要あり。
 - ・相談内容は、幼児から老人までの幅広いが、特に今頃は精神的な面での相談が多く、カウンセリングや心因的な面での治療と看護を深めていく必要があると思う。
 - ・老人の患者に対して、時間をかけて心身両面より相談相手となる援助活動。産前産後の指導は、核家族が多くなっているため、きめ細かい指導と育児への援助。
 - ・新聞、テレビなどマスコミで医療関係が報道されるとすぐに問い合わせがあるため情報把握は欠かせない。しかし、看護婦の業務範囲を超えるものもあるので、診療科の医師に協力を得ている。
 - ・お互いの指導内容の質の評価をしていない。
 - ・専門分野（リハビリ、E.T.等）の直接指導を保健婦と同時進行で行なうことにより、患者の治療効果が上がる。
 - ・担当医師が日替わりで交替も激しいため、（患者と）医師との信頼関係が成り立ちにくい。このため医師に相談すべき内容まで看護婦に回ってきており、仲介にならねばならないことが多い。また、相談内容が、看護婦の経験や知識だけでは足りず、パラメディカルな人々の協力や助言を得、それをまとめて指導が成り立つということも多い。
 - ・高齢者、一人暮らしの人が多く、医療スタッフのみでは扱えないことが多くなりつつある。地域の福祉担当者、民生委員など対象者をとりまく人々の連携が重要と思う。

看護職による相談活動

- ・単に面接するだけで解決しないケースが多いので、関係職員、地域の関係機関と連絡、調整する必要があるケースが多い。
- ・老人夫婦世帯の共倒れ、または長期の独居などで患者本人をよく知らないキーパーソンへの指導、またはキーパーソン自身が世話を受ける年齢という場合もある。そのため微に入り細に入り、相談指導することが多く、それでもなお不十分と評価されることがある。家族の責任を放棄してしまう家族もあり、業務の逸脱と考えながらもせざるを得ないこともある。
- ・自由に相談者が来室し行なう健康相談については、何らかの情報を得たいため来る人が多く、今までにはそれに対し受け身的に答えるだけであったが、もっと積極的に集団への働きかけの必要性を感じている。また、医師の指示による保健指導については、短時間の面接でいかに患者の行動変容に結びつくような動機づけが出来るかが難しい。
- ・より理解を深めてもらうために、実践的な指導（調理実習）の回数を増やしていければと思う。
- ・退院サマリーに基づいて退院時健康管理指導の点検を行い、問題点を指導しているが、継続的に面接していると、実際の生活状況把握のため訪問を必要とする患者がいる。
- ・以前集団指導を実施していたが、患者の行動変容がみられず、個別指導体制にしてからは徐々に指導効果が上がっているため、今後疾病や患者の個性等を考え、使い分けられるように看護者自身になってくれば良いと思っている。

5 保健相談・指導担当部署設置の意味

(1) 患者・家族にとってのメリット

医療機関の中に相談・指導部署が設けられていることは、患者・家族にとってどのようなメリットがあると考えられるかを聞いた。

相談・指導部署の看護職責任者のほとんどが記入しており、その内容は大きく二つに分かれた。

一つは、患者・家族にとって、看護職による保健相談・指導がどのような意味で利点があると考えられるかを記述したものである。

もう一つは、そのような相談・指導を担う部署が、特に医療機関の中に設けられている場合、どのような利点が患者にあるかという視点から記述したもので、医療機関における相談・指導の特長を述べたものである。

① 看護職の保健相談・指導が療養生活上果たす役割

部署の看護職責任者の自由回答を分析すると、看護職による保健相談・指導があることによって、療養生活上以下のような条件を満たす上で利点があると看護職は考えていた。

A 病状の見方、生活の仕方（例えば食事、排泄、運動、保清など）や医薬品、医療器具の取り扱い方が具体的にわかり、それに関する不安が軽減する。