

整理番号N	30歳	男性	40日	大腸癌	進行がん	入院治療:手術、その他の状況:大腸切除後にリークしてしまい、ドレインにより便が排出されることがあり、..水の汚染やそれに伴う不安が強い患者だった。Nsサイド判断し、Drの許可の下、ドレナージすることで患者に安心感を与えることが出来た。精神的負担の軽減が出来た。	物:入院診断計画書	不安の解消,知識の伝達,信頼構築	IC用紙 OPEオリエンテーション  オペ前オリエンテーション用紙	不安の解消,知識の伝達,意思決定の支援 不安の解消,知識の伝達		退院診療計画書	信頼構築,医療参加意識
整理番号 43-3	60歳	男性	100日	胃がん	再発 転移 終末期	入院治療:化学療法	人:医師		人:医師  物:疾患・治療の説明	知識の伝達	人:医師 人:看護師	人:医師 人:看護師 物:疾患・治療の説明書	知識の伝達
整理番号 44-2	60歳	男性	3日	大腸癌	再発 転移 終末期	入院治療:化学療法、その他の状況:入院を繰り返している	人:医師  人:看護師	不安の解消,信頼構築,医療参加意識,行動変化 不安の解消,信頼構築,医療参加意識,行動変化	人:医師  人:薬剤師(ケモ)  物:お薬の説明書	安全性の向上,知識の伝達,信頼構築,7 安全性の向上,知識の伝達,信頼構築,7 安全性の向上,知識の伝達,信頼構築,7		人:医師  人:看護師  人:友人・家族	不安の解消,知識の伝達,信頼構築 不安の解消,知識の伝達,信頼構築
整理番号 44-3	70歳	男性	28日	肺がん	再発 転移	入院治療:化学療法	人:医師		人:医師		人:医師 人:ケースワーカー	不安の解消	
整理番号 44-4	40歳	男性	N	肺がん	進行がん	その他(脳転移、骨転移)、入院治療:化学療法、緩和ケア	人:医師 人:看護師 人:薬剤師		人:医師 人:看護師  物:化学療法薬剤パンフレット 物:入院時治療計画書 物:検査同意書	不安の解消,知識の伝達 知識の伝達 不安の解消,知識の伝達		人:看護師 人:MSW 人訪問Ns	信頼構築,意思決定支援,行動変化 信頼構築,意思決定支援,行動変化



整理番号 45-2	54歳	男性	23日	胃がん	早期癌	入院治療:手術	人:医師 人:看護師  物:クリニカルパス 物:治療説明書  工夫:簡潔に説明	不安の解消,信頼構築 不安の解消,信頼構築  知識の伝達,行動変化 不安の解消,知識の伝達	人:医師   物:IC用紙  工夫:全ての不安に医師、看護師が迅速に反応	不安の解消,信頼構築 不安の解消,信頼構築  不安の解消,知識の伝達,意思決定の支援,病気の受容	人:医師 人:MSW  人:栄養科スタッフ  物:IC用紙	不安の解消,信頼構築 不安の解消,信頼構築 不安の解消,信頼構築 不安の解消,信頼構築  不安の解消,知識の伝達,意思決定の支援,病気の受容
整理番号 46-2	20歳	男性	80日 (期間中、一時帰宅あり)	白血病	早期癌	入院治療化学療法、他の状況:初発の白血病患者様。発熱にて他院急外受診し、直入となる。	人:医師	不安の解消,信頼構築	人:医師  工夫:「化学療法を受けられる患者様」用のパンフレット。出血予防や感染予防。	不安の解消,信頼構築	人:医師	不安の解消,信頼構築
整理番号 46-4	50歳	女性	5日	大腸癌	進行がん	入院治療:化学療法					人:消化器外来Ns 物:外来化学療法パンフレット 物:外来化学療法パンフレット  工夫:入院中に外来化学療法の説明を行った	不安の解消,信頼構築 知識の伝達,行動変化 知識の伝達,信頼構築



注)A:質問者、B:回答者 C:回答者

1	○A 回復期リハ病棟が新しくできたんですか。
2	○B 平成17年の9月に移転療養型と回復期リハビリ棟と一般棟ですね。それで合計で109床ということです。回復期リハビリ病棟を実際に運営し出したのは、平成18年の2月になります。
9	研究の目的は医療安全が基盤にあるということですね。
15	○B そうなってくると、今のお話はとてもよくわかりましたし、いろんな日本の病院でも割と患者さんへの開示方向ということで、疾患の基礎知識を患者さんに与えるために患者さん専用の図書室を設けたりしている病院も結構あるって今言われているじゃないですか。ただ、うちの病院はまだ古典的な医療の提供というんですか、そういうものが主になっていて、まず手術が必要だということが外来の検査レベルでわかったときに、医師によってもインフォームドの内容が、やっぱり判断ががんであれば告知するかしないかということから始まって、その先生の
16	○A 大部分はそう。
17	○B 大部分はまだまだそうだと思うんですけども。
18	○A そうだと思います。
19	○A 特に、患者さんの流れに応じて書いていただく、これもなかなかアンケートそのものとして書いていただいた施設もすごく少なかったんですよ。
25	一つのパンフレットなんかをよくお渡しされているんですけども、結構こちらが伝えたいことだけを、一方通行になりがちの部分があるので、そうではなくて、やっぱりそこにはちゃんと継続的なコミュニケーションがあって、ただ、全部は説明し切れないので、「自分でも読んでください。だけれど」というところで、きっとその人とやりとりの中でこの人は今何が必要なのか、この患者さんはどうなのかということはかなり意識して看護師もかかわっていると思うんですね。そういうところをもっと出したいなというようなところでもあらうんですね。
28	○B ほとんどは人工肛門になるという予測した上での手術説明になってくるので、それはまず医師が行っていますね。
29	○A そうですね。
30	○B あとはもう一つは、人工肛門というところで看護師からの説明は事前にお話しできる場合とできない場合もありますよね。
31	○B この方の場合人工肛門になる確率のほうが低いと言われていたんです、オペ前の説明では、やっぱり開腹してみたら人工肛門を装着するということになったんですけども、受け入れられなかった方だったんです。本来でしたら、十分に術前にイメージトレーニングも必要ですし、指導も必要だったんですけども、もともと貧血が原因で入院されてきた方なので、この病気自体を受け入れることができなかったのと、奥様がいらっしやって、数年前にがんで亡くされているんですけども、その後、自分で自炊をして健康にはすごい気をつけていた方なんです。
32	○A その最初受け入れなかったのが受け入れられるように気持ちが変わってきたきっかけというのは、どういうことだったんですか。
33	○B まず、とにかく無口な方だったんですね。それで、コミュニケーションがとれなかったんです。うちの病院は個室なので、個室ってほかの人とかかわることがほぼない状態です。やっぱり聞いてくれないので、なのでこちらも一応声かけはしていたんですけども、だんだん少しずつ、ぶつかりながらいろいろなものを話し始めて、それで実は原因が奥さんでした。奥さんをがんで亡くしたというショックが大きかったというのを聞いて、まず環境の調整から入ったんですけども。
34	この方は自営業で、いつも携帯電話を離さないで、こっちからしたら失礼だなと思っていたんですよ。私たちスタッフが検温のときにも携帯電話がかかってきたり。その背景もちょっとわかってあげられなかった。仕事のことは気になっていたようで。現場でそういうところは理解してあげるようにして、少しでも安いお部屋にまず移動していただいて、経済的な負担をなくしてあげるようにして、結構すごい時間がかかったんですけどもコミュニケーションがとれるようになって、そうしたらストーマの指導の段階でも何度も何度もお互い挫折したんです。
35	○A 何か例えばそういう患者さんの困ったなという、いろいろと受け入れられないとか、そういうときの情報というのはスタッフの間で共有したりとかあるいはプライマリーとか、いろんなそういうあれとかはあるんですか。
36	○B あんまり。うちの病院の規模だとプライマリーは難しいので、今言ったように、コミュニケーションがとれない人ってどこでもいると……
37	○A いますよね。
38	○B 思うんですけども、その場合には、その方との接点はちよつとなくすような方向ではやっぱり動きますね。それは一般だけではなくて、療養も回復も同じですね。そうしないと、結局、いい入院環境の提供にはならなくなってしまいますので。それは最終手段としてはそういう環境整備はどこにいても行いますね。



- 39 ○A 環境整備で、個室だったのを2人部屋なのか4人部屋になったとか。
- B いえ、一般はほとんど個室なんです。26床なんですけれども、20床が個室で、その中で差額が必要な部屋とあと無償のところもあるので、それを移動してという形をとったことと、あとは人物の背景をスタッフが理解したということでも共有感が芽生えたということだと思わすけれども。ただ、そういうケースは多いですね。やはり環境をわかってあげて、共有してあげることによって心を開く患者さんというのは多数いらっしゃると思いますけれども。
- 40 ○A そうですね。ご家族の背景というかね。
- 41 ○B そうですね。
- 42 ○A 患者さんの心情というか、そういうものをわかれば本当にあれがその次に進めるというか、そういうところ。
- 43 ○B ただ、ちょっと逆にお尋ねしたいんですけども、アメリカの場合で、そこら辺ってすごい割り切った関係でしか医療って成立していないようなイメージが私にはあるんですが、というのは、医療保険自体が皆保険ではありませんよね。そういう人種的な差別とか経済的な差別と言ったらいけないのかもしれないけれども、そういうことがある国の中で、逆に我々看護師という立場というのは患者寄りだ立っているときに私は考えているんですが、そういう場合もうまく成立するものなのかなと。
- 44 ○A 中間層ですね。それとか、病院にお世話になったからといって寄附をするんですよ、あっちの人は。ですからそれでやっていけると。
- 45 ○B そうすると、日本は逆に皆保険じゃないですか。そうすると、最近不況になってきたから、うちの病院でもちょっと対策を立てたほうがいいねと言っているのは、クレマーになってしまう患者さんたちが多くなるんじゃないかという話がちよっと出てきているんですね。このアンケートに答えたケースって、逆に我々にとってみるとすごく印象がよかったケースだと思うんですね。そうすると、患者参画した上でのケア計画とかということでは、そういういろんな意味でのクレマーになっちゃうようなケースも今非常に多い中で、逆にうちの病院では
- 46 例えば、一つのがんの方でも重症肺炎の方でもいいんですけども、もうそろそろちょっと危ない時期が来るぞといったときには、ご本人が意志があればその方になんてすけれども、ほとんどはそういう状態ですからご家族にといった場合に、これから先そういう状況が訪れたときに延命処置をするかしないかという判断をまず我々は求めるんですよ。そのときにも書式がありまして、そこに書いていただくという。我々の治療のできることはこれだけです。それに同意しないと書いたら、じゃあご家族のほうとの相談の結果、何もしないでみとることになる
- 47 ○A それを書いてもらって、現実になんていう状況になったときに、いや、あれはご破算、また一から相談ということ、そういうケースは今までないんですか。
- 48 ○B ありますよね、たまに。たまにですが。その場合には、その同意書にサインした人ではなくて、違う……
- 49 ○A 違う人ですね。
- 50 ○A キーパーソンが出てくるんですよ、突然。
- 51 ○A そうそう。そうなんですよ。ずっと見ている人は、恐らく同じ気持ちでずっと見ているからあれですけれども、たまにいますよね。何か突然出てきた人が、その人が……
- 52 ○A その予防って何か……
- 53 ○B そこはもう、一応我々がお願いするのは、キーパーソンとしての窓口は1つにしてくださいということをした上で、そこまで、家族間のことで、我々が介入できないと判断をしているので、ご家族間で決めていただきたいという旨をお伝えします。ただ、実際には、本当に今挿管しなかったら呼吸停止が来るぞと言っていたす前に違う親戚の方が来て、挿管してしまったということもあります。ただし、ほんの何日か延命でただけなんですけれども、ただ、ご家族から言わせると、やっぱり命としてだけ、その人ではなくて、ただ心臓が
- 54 ○B 確かにそうですね。大部分の人たちはそうだと思うんですよ。やっぱりほとんどの方は苦しい思いはさせたくないし、これ以上つらい思いをもう、かわいそうだからという人がほとんどなんですけれども、中にはいますよね。
- 55 ○A そうですね。
- 56 ○A 多分、そこにまたお金の問題が絡んできたり、いろいろ複雑な問題も。
- 57 ○A そうですね。
- 58 ○B 古い病院のときに、遺産相続の問題があるので、とにかく何月何日までということと言われたことが実際にあるんですよ。そのときに、医師が「それはわかりません」と。今、そのあなたの言っていることをやっただとしても、それがあしただめになるかもしれないということまでは責任を持ってませんということは言ったんですけどもね。
- 59 ○A だから、医療が責任を持てる範囲というのは、やっぱりそこまでね、家族のそこのところまではなかなか本当はできないんだろうと思います。だから、その教育というのがどこで行われるかという……
- 60 ○B 若いうちのからの。
- 61 ○A そうそう。



- 78 ○A やっぱ病院に行けば助けてくれるみたいなイメージじゃなくて、人間はどこかで死ななきゃいけないんだから、自分は病院で最後を迎えたいのか、在宅、家でいきたいのかというようなことも含めてやっぱり考えていく。
- 79 ○B 70歳代でリビング・ウィルのそれをおっしゃった方もいらっしゃるんですよ。胃ろうをつくるかつからないかと言ったんですけども、最終的にご家族が決断したのは、「母は一その方は脳梗塞もやっているのですね一元気なところにリビング・ウィルというところでの考え方に沿った生き方をしたいと申しました」と。「だから胃ろうはしないで結構です」という話をされていて、そうすると、末梢点滴しかできない方だったので、そうしたらもうジリ貧ですよ。そのときに、一応我々がやったことは、先生は「それだったらそれでいいよ」と言った
- 80 逆に、その時点で、そういうケースがあったときに、患者寄りの我々看護師が患者さんの気持ちとかそういうところでどういうふうにご家族側にそれを訴えることができるかというんですかね、それは非常にその患者さんの運命を左右してしまうというのとは日々我々としては感じているところなんです。医師というのは、「インフォームドしています」と。「十分な説明をして同意をとりました」とおっしゃっても、割と医学用語を使っとうわって説明しているだけで、そのときは患者さんって何かいい子になってしまっただけで「はい、わかりました」と言う
- 81 ○A やっぱ自分の死期というのは見えないんですよ、患者さん自身。
- 82 ○B 見えないんですね。
- 83 そうすると、この人工物っていうんですか、いろんな意味での人工物というところの話になってくると、私が看護師、スタッフに言っていることは、患者さんのクレームであっても何であっても、とにかく医師記録のところに書いていいよと言っているんですよ、看護記録ではなくて。というのは、機能的に看護業務というのは、医師のカルテの中に看護記録が入っているところもあるけれども、そうするとカルテでドクターも使うから、共有物であっても結局持って歩いて仕事ができるわけじゃないので、温度板と一緒に看護記録って入り込んでいっている
- 84 それがそういうふうになるのかなということと、さっき言ったように、方向性を決めるための入院療養計画書とか退院療養計画書ではない別物のインフォームドの様式があって、そこに書いてもらうとか、そういう医師、看護師、患者の共有できるものをとにかく何かしら書いてもらうということで、書式をつくったというのがあります。
- 86 ○B ああ、なるほどね。
- 87 ○A はい。
- 88 ○B やっぱその情報を媒介するものが人間の言葉であっても紙であっても、それをどういうふうにご医療側が……
- 89 ○A だから、そうですね、書いておくとか。
- 90 ○B 提供するか。
- 91 ○A そうですね。だから、この情報をちょっと書いておくことによってだれかが発見するとかいう、何かの中に流れて。
- 92 ○B それにはうちは医師記録を使うというところが違うと思います。各先生方にも医師記録に記録をしましたっていうと必ずドクターは看護記録ってそんなに見ないです。熱型は見ますけれども。あと見るのは、カルテの自分たちが書いた所見とかそういうところでは見るので、そこにどの先生が見てもわかるような形で何か問題があったのはぼんと書いておくと、それに対しての判断を医師がしていくというのはやっていますよね。そこはちょっとほかとは違うかもしれないとは思ってはいるんですが。
- 93 ○A この地域というかこの病院自体はそんなに早く患者さんを、在院日数……
- 94 ○B は13日ぐらいですね。1月で今のところ13日ぐらいだったと思います。ただ、うちの病院は、先ほどいっちゃったときに話したように療養と回復期ですので、2階が一般で、3階が療養で、4階が回復期なんです。その適応に応じて移動が可能ですよ。だから、院内の中で入院はされていても、2階病棟の一般には籍は置かずに、そちらの病棟に移動しますから、在院日数は調整はできるわけですよ。
- 95 ○A 私はあんまり療養型とかは知らないんですけども、今、一般はどんどん在院日数が短くなって……
- 96 ○B ええ、14日ぐらいで。
- 97 ○A 行く場所がないとか、むしろがんの患者さんが追い出されて、療養型に助けを求めているっていうところのそれは大阪のちょっとテレビを見たんですけども、実際に療養型というところに入るとか、そういう人たちにに対しては、例えば入院の軽減、期間とかいろんなあれはありますか。
- 98 ○B うちの開院というか療養をオープンさせたときからお話しているのは、終身ではないということはお伝えしています。3カ月から6カ月ぐらいの入院期間でほかを紹介をかけていきますよということはお伝えしています。ただ、この町田地区のちょうど南地区というんですけども、貧富の差って言うたらいいんですけども、とても裕福な地域と生保の人たちが固まっている地域とここはちょうど混在しているんですね。それが1つと、もう一つは、うちのこの病院は透析用のセンターがあるというところがあって、もともと若年性の糖尿病とか
- 99 ○A 場合によっては訪問看護ステーションにつないだりということも。
- 100 ○B そうです。あります。在宅に入るとか。



101	<p>あともう一つは、がんの方だと、療養ですとね—今、医療用療養床は区分で入院基本料が決まるんですよ。がんの場合だと、疼痛コントロールを麻薬等で行っている場合は医療区分2というところに入るんですよ。そういう方たちは療養床に必然的に、要は枠の中に入れるわけですよ。ただし、在宅に戻れるケースに限っては、もう療養に入っていくのが一般病棟にいうがですが、とにかく在宅に戻す努力を我々はします。そのときにお約束するのは、必ずうちがバックあるので、何かあったら引き受けますということとを条件として在宅方向にもっていく努力をします。</p>
102	○A そのバックアップというのは、例えば訪問看護ステーションを持っていらっしゃるとか。
103	○B ええ、うちも……
104	○A ありますか。
105	○B 訪問看護ステーションを持っているということと、あともう一つは、うちが主治医になるということですね。なので、訪問診療もやっていますので、優先的にそちらを使っていただくということです。
106	<p>あとはもう一つは、患者さんへの安心感ですね。うちの病院を選ぶか選ばないかというのは、その後の判断に患者さんからなってくるので、患者さんが1日でも多く、1時間でも多くおうちで過ごしていただきたいという。その患者さんのためにということを考えて、何かあったらうちがついているんだからということでお話しするケースが多いですね。</p>
107	○A 厚生労働省の中でもホームドクターって救急で入るあるいはそういう……
108	○A かかりつけ医。
109	○A かかりつけ医。要するに、何ていうんですか。
110	○B そうですね。そういうネットワーク。
111	○A あるいはそういうネットワークをとるところでいうと、ちょっと都心から離れてますよね、ここって。
112	○B いや、ちょっとどこからえらく離れています。
113	○A すごい離れているということは、逆に言えば、地域の中でそういうような形を……
114	○B 確立したいという。
115	○A 確立するというか。
116	<p>それから、私なんかは、例えば今言った患者さんが一番いいところで療養するということがあって、その人をずっとどういう形になってもここで支えますよって、何か中心があるということがすごい必要なことだと思っているんですけども。</p>
117	<p>○B ちょうど東京都の外れじゃないですか。隣はもう神奈川県ですから、ここは。そうすると、我々のところって、何か起きた場合に3次救急だったら……。2次だったらうちでもまあなんとか。ただ、脳出血とか、的になるとお隣の南町田病院っていうところとかあとは大学病院に紹介するしかないんですよ。へその、何ていうんでしょうか、本当にこういうところにいるから、自分たちのところの医療圏は守ろうっていう基本的なうちのこの病院が目指しているものがあるんですよ。地域医療にとにかく密着した病院になりたいということですよ。</p>
118	○A そうですね。だから、回復期リハというのは家庭に近いほうがいいわけですよ、そういう意味でいうと。療養型とか。そうですね。救急はとにかく余り動けないからしょうがないとしても、回復期というのはうちに近くの方が。
119	○B そうですね。
120	○A そういう意味では、ここに回復期というのが……
121	○B たた、回復期であっても、この辺の地区の人がしやめ運んでくるかっていうと、そうでもないんですよ。
122	○A そうでもないんですか。
123	○B 割と遠い都心からいらっしゃるってか、逆に都心は回復期リハビリ病院というのが少ないから都外に出るとか、あとは先ほども言ったように神奈川県とも挟まっていますから、神奈川からの紹介が多かったりとかってところが非常にありますよね。
124	<p>ただ、とにかく回復期リハというのは療養とちょっと違うところは、必ずというか、ほぼ8割、9割の方というのはよくなってほかに移っていくんですよ。おうちに帰るとか特養に入るとかかっていうことが必ずできるんですが、療養の方というのはやっぱり医療区分の中で動いていますので、なかなか難しいです。3カ月以内に移動できるという人はほとんど皆無です。</p>
125	○A そうですか。
126	○B そうです。入院されたときにもう違うところを申し込んでおかれたとしても、そんなに早くも動いているわけではないということですね。
127	○A そうですね。

128	○B そうすると、そこで私たち看護師が努力しなきゃいけないのは、とにかくターミナルの方だと、1分でも1秒でもいいから早く帰してあげたいというところで努力をしていくということですね。
129	昨日も、今週中に1回娘さんのところで帰そうと思った乳がんの末期の方がいて、在宅酸素も、もう肺にメタしていますから、準備して、全部セットアップして、退院の前の日の夜、呼吸苦を訴えて、胸部写真を撮ったら胸水がたまっていて、もう胸水がたまってきたら息苦しいですよ、肺がんですから、最終的には、「苦しい」、「苦しい」って言って、最終的にきのうみとりになっちゃったというケースもあるぐらい、そういうところで動こうというところもやっぱりあると思うんですよ。
130	○A そうすると、やっぱりご家族からしたら、「帰ってくると思っていた。準備もした。なのに何で」というふうにはかたとられないというんですかね。
131	○A 難しいけれども。
132	○B 本当にそうなんです。
133	○A 救急で救命じゃないんですけども、そこに家族、家庭環境のような、最後をみとるような満足度を与えるというのはすごい難しいですよ。
134	○B 難しいです。そういう急激な状態の悪化というケースの場合にはほとんどやっぱり、ずっとそういうことを繰り返しながら入退院してきたという方だとすごく理解は深まるんですよ。その時間が稼げますからね。だけれども、急激に、やっと帰れると思ってといった場合には、やはり患者さんのご家族の表情はかなり険しくお帰りになる方が。
135	○A やっぱりすぐ受け入れられないんでしょうね、気持ちかね。そのご家族のちょっとしたフォローみたいなのが本当は必要なのかもしれませんね。
136	○B 難しいと思います。
137	○A やっぱり理想的な死に方ってないんですよ。
138	○B ないですよ。だから、やっぱり自分自身で決めておくしかないんだと私は思いますけれどもね。個人的な意見ですけども。
139	○A だから、乳がんの方も、もちろん肺に近いそういう状態もあり得るかもしれない、だから「家で」と言っていてということも、やっぱり「ひょっとしたらこういうパターンもあり得るんですよ」と家族に言っていたらもうちょっとイメージが違っていたのかもしれないですね。
140	○B そうかもしれないです。その在宅に戻すという介入の時点でどれだけの説明がしてあったかっていうところも……。ただ、その方はもう病棟を動かしちゃっているんですよ。要は、院内でコントロールしやすい環境なわけですよ、ここって。それがあだになっちゃう場合もありますよね。それはすごく感じますね。
141	○A 何かそういう場合は、ちょっとこれはまた別の研究で退院調整にかかわっていた研究をしていたんですけども、退院調整の専任みたいの方……
142	○B 専任でやられている方はいないですね。
143	○A 退院調整とか、本当にがん専門看護師が病棟を超えてそういうところで……
144	○B コーディネートしたりですね。
145	○A コーディネートして、いつもどこかつながっているというところでその役割をするというような、ある意味では今までは病棟単位でいっているという。ではなくて、もうちょっとそういう意味でスキ間じゃないけれども、それをつなぐスタッフがどこかに一人でもいて全体を見られるとすごくいいというか、そういう……。
146	○B そうですね。それはすごい感じています。
147	○A そうですよ。
148	○B ただ、うちみたいなって言っちゃいけないけれども、109床の病院だと、集まってくるナースも地元の方が割と多いですよ。要は、この地区に引越してきたからとってというのが就職のほぼ大半を占める理由です。そうなることで、その中で専任の何か持っている方というのはめったにいないですよ。私を含めて、私も専任看護師の勉強をしに行きたいと思っても抜けられないという、現場の数というんですか、そういうのもありまして、余力がないので。
149	○A そうですよ、本当に。そういう本当にどこかに……
150	○B 本当にどのから手が出るぐらい
151	○A そうですね、本当に。一つのそういうある意味ではまた違うところから支援するというような部門をつくらとか、あるいは相談室がいつもちょっとそのあれを……。
152	○B アメリカほどにそういうソーシャルワークがきちんとして、日本ではそこまで介入するところは……。
153	○A 向こうのアメリカのソーシャルワーカーって……
154	○B もっと違うんでしょう。
155	○A ある種看護師に近いです。だけれども、医療のことはちょっと違います。だからカウンセリングまでやるという。



156	○A カウンセリングをやっつね、全部。
157	○B もっと幅が広くて奥も深いようなイメージです。
158	○A でも、日本の場合は主に社会資源の情報提供のパターンが多いので。でも、回復期のリハなんかに来られる方がふえてきて、ちょっと状況は少しだけ変わってきたのかなというのを思いますけれども。
159	○B でも、本当はソーシャルワークがそういうところをきちんと掘り下げられる人だと、もうちょっとスムーズにいくのかなと思うときもありますけれどもね。
172	○A そうですね。
212	○A だから、この間資料を見たら、透析を開始する年齢というのがあるわけですよ。
213	○B ああ、開始年齢ですね。
214	○A もつた方がいいを起えていて、それで新しくこころしていつたのが90歳以上が1,000人近くいるわけですよ。
215	○C えー。
216	○A そういう時代なんですよ、はっきり言えば。
217	○B そうです。うちもそれは、たまに 大の先生がお話していますよ。透析を導入する年齢層が上がってきているけれども、じゃあその人がこういうふうに透析……やっぱりそれは論点ですよ、医療費のむだという。やっぱりそれはどうしても考えちゃうと思いますよ。
222	○B そうですね。それは日々感じますね。
223	○A それを引き受けちゃった我々が悪かったかなとは思うんですけども。医療の技術は発達してきたかもしれないけれども、それに見合ったやっぱり考え方というのはまだまだ。
224	でも、さっき言われたように、こういう病院の悩みというのをみんなが話し合う機会というのはもちろん必要じゃないかなと。
225	○B 何かどこかで、そうだとすれば、何かの
230	うちは本当に地域に根ざした病院を目指していますから、そういうところでの地域住民を交えたところでの何かそういうディスカッションができるのかというのが本当はできれば一番なんですよ。医療者は、やっぱり同じ見解で看護師はいると思うんですよ。医者も経営者になると、90歳過ぎたって何でもやりますよ。
231	○A やりますよね、きっと。
232	○C やると思います。
233	○A だから、医療者として救急にいたら、90歳だからって帰せませんものね。
234	○B そうです。
235	○A そうそう。
236	○A そこなんですよ。だから、あんたは来ちゃいけない人なんだということを懇々と教育するしかないです、その人とその家族に。
237	○B だから、本当にもっと手前のところからこういう人生論というんですかね。よく私も言うんですけども、死なないということはない、不老不死はないってよくお年寄りに言うんですよ。中には90歳を過ぎてもビンシャンしている方がいますからね。そういう方は治療すれば治ると思ってるわけですよ、何かが起きて。だけれども、「ご自身も頭の中をよく考えてみてください」という話をする、「ああ、そうだった」と思い出せるということを繰り返して話していくことで納得させるしかないんですよ。本当にそういうことの繰り返しだと思います。
238	○A いえいえ、申しわけありません。
239	○A 最後に何か聞き落としたこととかそういうことがないかをちょっと。
240	○A そうですね。何しろ生の声が……
241	○A もし、ストーマの増設のパンフレットがあるのであればちょっといただいて帰りたいなと思っていましたけれども。
242	○B 簡易資料はみんなあるんですけども、パンフレット。それぞれに
243	○A すみません。手づくり模型とか。
244	○B 手づくり模型なんかはどうしたんですって。
245	○B あると思います。
246	○A 26床って個室ですか。
247	○B 20床が個室ですね。
248	○A アメリカ並ですね。
249	○B そうですね。多分なんですけれども、うちのこの病院の経営者というか院長がこの病院を建てる数年前にハワイの病院に見学に行って、そういうところからちょっといろいろアイデアをいただいたんですけども、建つときに非常に反対したんですよ。看護師の動線が悪くなるので、ちょっと。個室は必要でしょうと。だけれども、数人部屋、2人部屋、4人部屋というものをつくっていただきたいと言ったけれども、却下されたんです。結果的にはそうしとけばよかったと今思っていると思います。
265	○B ただ、やっぱり患者さんからすると絶対個室じゃないとだめという人もいますし……
266	○A いますよね。



- 267 ○B あと、うちの2階が一般だと、金額がさっきも言ったように差額のある部屋とないところがあると、差額がないところの個室に行ったら絶対もう……
- 268 ○A 動かないでしょう。
- 269 ○B 病棟をかわってくれと言っても動かなくなっちゃいますよね。そうすると、それもよくないだろうと思うし。ただ、中には怖がってわーわー騒いじゃう方もいますから、そういう方は個室にしなきゃ。本当矛盾だらけなんです。ただ、うちの場合は、業務量がそれでやっぱり時間がかかっちゃいますよね。
- 270 ○A かかりますよね。
- 271 ○B 個室は一つ一つ回っていかないといけないというところがあるので。あとは、パッと見れるわけではないので、やっぱり安全確認とかも不備になりますし。ただ、3階、4階は4人部屋があるんですけども、やっぱり個室にしちゃうんですよ。なので、そこは強制的に、盗難が起きたときに責任を持ってないということを利用して、あけるんですよ。カーテン越しに何があろうとわからないから、これは困るんですよ。私たちが患者さんの安全を確認したいのということであけてしまうというのは……。そのくらいでしかもう理由づけにならないんです
- 272 ○A 前は夜とそれから処置をするときしかあれだったのね。
- 273 ○B そうですよ。今もそれは基本なんですけれども、やっぱり自己中心的になっていますよね、皆さん。核家族じゃないですけども、本当に隣の人の顔は知らないという方がふえているのと同じように、そういう傾向はすごく感じますね。
- 278 ○C 空いた部屋に入っている形なんです。ね。
- 283 ○B リハビリのプログラムまで入っているんです。ね。
- 284 ○A (アメリカの病院です) 椅子はこういうようなひじかけのいすを準備しろとか、いろんなことは全部書いてありましたね。あるいは、火つけて、フライパンは重いからどういう影響があるからどうだとか、そういうことまで全部書いてあって、実は、徹底しているというか。それと、必ず患者だけじゃないんですよ、だれか1人ケアする人を連れてくるというのが条件でした。ね。
- 285 ○B なるほどね。そうですね。
- 286 ○A 1人でうちへ帰って、1人ですぐ生活はできないというか。
- 287 ○B 日本で人工骨頭、3日というのは……。
- 288 ○A 日本はちょっとできないですね。階段があったりいろいろしてというのは少しはこう……。
- 289 ○B やってないですよ、まだね。
- 290 ○A まだ3日はないですね。1週間というのは聞きましたけれども。
- 291 ○B 1週間。大体2日目、3日目から立ち上がっていい状態になってくると思うので、その時点でフル加重がいいかどうかというところでまた分かれていっちゃうという。



注)A:質問者、B:回答者

1	○A 病院の歴史とかそういうことでは、こちらの病院の回答をいただいている中で注目しているところが幾つかありまして、
3	調査票の2、問8のところで、「患者からの相談や提案を受け付けるための部署や方法としてどのようなものがありますか」という問いに対して、全部で5つ〇をつけていただいています。1つ目が診療案内、外来の受付窓口と次が医療連携室、3番目に苦情処理対応窓口、次にインターネットによる相談窓口、最後に患者家族から意見箱というものが設置されているんですが
4	この中でも特に連携室があるような病院というのはまだまだ多数ではないと思うんですけども、連携室ができた背景ですとか、現在どのような活動をされているかを聞かせていただけますか。
6	○B いいでしょうかね、私のほうから。
7	19年4月1日付で今のA会の医療法人になったその前は企業病院で、全くそういうところは手薄な状態で来た病院
9	特にここの特徴は、区で、7つの大学病院を持っていて、それ以外の100床前後の民間の病院が3つその中これから生き残って一般病院でいくのは大変
11	大学からこういうところというか、要は施設に行くには、ワンクッションなければいけない。
12	大学はどんどん機能的にやればやるほど在院日数が短くなる。
13	同じ急性でも、3次救急の安定したところで1カ月から2カ月ぐらい受けてから次につなげるという役割をとる、連携室を動かしていかなければどうしようもない
15	それまでの形態は、医者から医者で患者を移動させていた。それではいろんなトラブルがある
17	連携にした意味は、きちんと医者と医者が最初の情報があっても、次の段階で医者から家族、本人が合意を得られているのか、
19	こっちに来て、ここの役割はこうですよということを事前にとらなければ、転院してきてもトラブルが起きる
20	もう一つは、患者さんも、企業から余り経営を主にしてきませんでしたのでもう一つは、うちは稼働率が低いので、そういうことの意味を込めて立ち上げた
22	それで、連携室の中にも2つ役割がある。インとアウトというか、最初に事務的な人が入院の相談をする。
24	今度は看護師が次に送っていくという、前と後というような感じではスタートした
25	それが今は機能していますとは自信を持って「しています」とは言えません
26	そういうことでスタートをして、初年度、19年の1年間は事務職1人しか配置できなかった。
27	今度、一たん移ってきた人が、ここから次につなげて出すことが非常に大変、
28	ケアマネを持ったナースが1年前に就職、1年たった現在では、彼女がいるのといないのでは、病棟との連携、情報の伝達、医師の部門ではスムーズにいきつつある
31	正直形だけつくっていて、中身がありません。病院自体で考えていることは、もっとインの状態、
33	大学だけではなく、地域のクリニックも含めて、きちんと判断できて患者さんが入ってくるように
34	事務職を2人ぐらいに新たに採用して、連携を前と後に分けて強化しようかと移行中です。
36	○A 大学がたくさん周りがあるので、そうすると、やっぱり今、大病院は本当に「在院日数」、「在院日数」ってあれですけども、その受け皿として ワンクッションの準備を整える、それから在宅へ帰ったりとか施設に行くというところで。
38	そうすると、どこでも大病院はいろいろ探していますよね、そういう病院を。
39	そうすると、かなりニーズが高いんじゃないかなというふうには思うんですけども、どうですかね。
40	○B いろんな問題があるんですが、病院の医者がそう判断する。
41	連携に依頼が来る。こっちの連携に依頼が来ても失敗がある
43	必ずルールというか守ろうということは、家族なり本人が、大学病院の医者が言っているとおりなのかというところがある
44	だから、事前に来ていただいて、こっちの担当になる主治医と話をし、合意をして、入院という形態をとらないと、残念ながら今はトラブルっています。送りたいほうは、こっちに送りたいわけですから…
46	○A そうですね。
47	○B 十分な情報とか、合意が得られていないのに、強引な形で送ってくる。1件、寂しいというか、最近、ありました
49	1月4日に、もちをのどにつかえて、蘇生はしたんだけど植物人間の状態になって気切をして、
50	「もう家族は全部その状態を受け入れています。急変しても積極的な治療は必要ありません。
52	うちも療養（型病院）ではありませんので受けられません」ということだった
53	救命救急センターですので、1、2カ月ここを通過して、次へということ受けた
54	そのときだけ家族の事前の行動を、ちょっとショートカットしてしまった。余りにも、家族が納得していませんということで。



54	そのときだけ家族の事前の行動を、ちょっとショートカットしてしまった。余りにも、家族が納得していきないうことで。
56	実際来たら、娘さんや奥さんは、そういう状況になったことすら受け入れていない段階、
57	医者は、物を追い出すように救急車を呼んで、「はい、次の病院に行きなさい」ということで、結果的には1週間もいました
58	また大学病院に戻ってしまって、
59	向こうの連携と、私たちの反省として、きちんと情報を流す、確認をする。
60	一つでもショートカットしてしまったら、結果はよくなかった
61	大学病院でもあり得ないケース。一人出した患者さんを家族の希望で救命で受け取るという行為自体がないことだったので、そういうことが。
62	○A 本当に私も非常にそういう経験は実はあるんですけども、そうすると、入院する前に同意というか、きちっとした形で入院の目的からどうするかということが、
63	今までは入院してしまってからごちゃごちゃいろいろとあってということですけども、
64	それがだんだん入院前にきちっとした形でインフォームド・コンセントして、
65	将来的な見通しに立った上でというふうにだんだん患者さんとか家族との話し合いが入院の入り口のほうに、そこできちっとやるんだというほうにシフトしてきているということのかなというふうには思ったんですけども。
66	これは我々去年もあれしたときにもそういうふうにならんとしたんですけども、
67	入院する前にきちっとそこところはやっていくような形にもうなってきたというふうには思っているんですが、
68	今、看護部長さんの話を聞いていたら、そういうふうな受けるときというのに、
69	本当に何を考えているかということ、シフトしてきているのかなというふうには思ったんですけども。
70	○B 多くは、本人に判断力がなければ、キーパーソンの人を中心に家族によく説明、
71	納得をされても、施設を見なければ、どういうレベルなのか、こういう規模ですので、90日とかそういう条件がわからない
72	一生いれるような安易な理解をして入院してしまうということが過去にあった。
73	その辺をちょっと師長のほうからお聞きいただいて。
74	何か今回のような話で。
75	○B ドクターが説明しても、受けた側の家族の気持ちが文章ではわかりません。
76	私たちはドクターからの情報しかわからなかった。
77	書いてあるとおりの、ご家族の感じでは最初からなかった。
78	その時点で、もう「あれっ、おかしいなあ」って。部長からもお話あったように、事前に来ていただいてというのは、必要だと思いました。
79	医療従事者は説明しても、どう納得しかたというのがわかりません。
80	家族の方は、ずっといられるものだ勘違いしていた。
81	1回聞いても、何度か説明しないと、聞いただけですと、医療従事者から言う説明って、「はい」、「はい」って皆さんどうしても返事として言葉に出してしまう、
82	医療従事者は納得されたと思うんですけども、実は全くのみ込んでなくて、
83	後から「そうでしたよね」って言っても、「そうでしたっけ」という。そのときに、「はい」と返事しても、全くそのときは返事だけでご理解はできていない。
84	何度か確認というところで、医療連携室とか通っていく段階での理解の確認だとか、1度ではなく、2回、3回するべきだ。
85	1人だけのお話だけではわからなくて、2回、3回確認しないと、
86	「本当にご理解してなかったんだな」とか、
87	そのときは「はい」と言っても、まだ足りないようですというところで、もう一回フィードバックしないと、
88	がんの告知にしても、すべてにおいて確認が。



89	いろんな人とかがかわって、ドクターだけではなくて、24時間かかっているナース、話しどおりではない表情だとか行動とかが出てくる
90	家族の反応だとか、そういうところで情報をキャッチして、もう一度、ドクター、医療連携室に、私たち（看護師）が情報として流して、確認、確認ということは心がけています
92	そこで落ち度がないようにしないといけないと思っています。
93	○A 例えば入院の期間ですとか、ここの病院はどういうところだって説明するとき、もちろん口頭で説明はするんですけども、そのときに何か補助になるような書類のようなものですか説明用の何か道具というものはあるんでしょうか。
94	○B 病状のことは、ドクターが必ずパソコンで打ってご家族だとかご本人にお渡ししています、
95	そこで、理解、いただいてもわからない文章とか、時々、もう一度、患者が私たち（看護師）、ドクターに聞いてくる。
96	病状のところは、そうですね。
97	○A クリティカルパスのようなもので、例えば入院から退院まで、もしくは90日間の間でこのようなことがこちらはありますというような何か患者向けの説明資料というものは。
98	○B 入院時に、入院計画書をお渡しするときに一つずつ説明をして、
99	あとは話、会話ができない患者は家族、家族も毎日来られる方や1週間に1回とか、ちょっとお会いできない方の場合、お会いしたとき
100	退院間際のときだとか、初回もそうですけれども、見つけています
101	用紙をお渡しするときに説明しています。
102	入院の段階と経過はまた違います。そこは、このとおりではなくて経過を見まして、というところは必ずお話しするようにしています。
103	そうでないと、10日間と書いてあるから10日間と思われる方、そのとおりだと思うんですね。
104	なので、このとおりではなくて、どこどこでお話ししないと。全部が全部入るわけにはいかないの で、業務上でこちらの人数的なものもあります
105	最初お渡ししても、入院される段階を見まして、「こんな感じだな」というふうになんか少しくわかってこられる方と、理解が難しい方は何度も来られる、「きょうはどうですか」とか「いつです。来週ですかね」って。
107	そういう方は、何度か先生とお話しをしたりだとかしないとという方がいらっしゃいます。
108	○A そうすると、新しい経営母体がかわったんですね。
109	○B ここが企業病院から医療法人にかわった。
110	○A 企業から医療法人にかわったときに、どういう性質の病院にしようかというところの部分は
111	○B 職員も全部移管されたので、経営のコアの部分は変わってはいない、今、2年経過しましたけれども、その辺にメスが入るのが、この4月ごろの状態。
114	この3人がすごい苦勞しているのは、医者の今までの考え方を、情報とかも変化してきている、
115	家族が説明責任をきちんと求めたり、文書でというところに、口頭でつい流してしまうとか、自分が言ってしまうと、そういうところがまだ現場で整理がされておきませんので、その辺が
116	○B 今問題視されているのが、補助説明とか手術の説明をされるときに、ここでは、パソコンで打ってお渡ししている
117	○B 外科はやっている。ほかの科はやっていない。
119	なので、一方的にドクターからの説明だけで、文書に残さずサインをしてもらって、説明しただけでサインをもらうという形だったんです。
120	そのときは、患者や家族が、わかったつもりで「はい、はい」、「じゃ、サインしましょう」ってサインした後になって、「いや、これは聞いていない」ということが何例かある。
122	「それは聞いてなかった。不親切だ」みたいな感じで言われたことが何例かあります。それで今、説明する時点で説明の仕方と、kannja に説明した内容をお渡しして、それにサインをいただくというように進めてはいる。まだでき上がってはいないです。
124	第三者が説明に入るように最近はいります。全部が全部入るわけにはいかないの、業務上でこちらの人数的なものもあります、
126	主だった手術だとか、この人は後で問題になるかなというような人は入るようにしています。



127	○A その補助の説明をされる方というのは看護師の方、第三者というのは。
130	○B それは看護師です。
133	○A 説明のときに。
134	○B ドクターが2人入る余裕はないです。
135	○A 一度、患者さんの病気を書いて、イメージしているようなものをお渡しするところからどこかに出てきていましたね、このアンケートの中にね。そういうふうにだんだんしていますというところが……
136	○B 必ず内科の先生で1人、複写、看護師に用紙がないんですね、そういう所定のそれを看護師に伝えてお渡ししている。
137	患者と家族がそれを納得しているかといったら、疑問なんですけど、でも一応お渡ししているときもあります。
138	それはまれ。ほんの時々しかなくて、ほとんどがやった後に、話した後にドクターがカルテにこういう内容を話したと書くだけそれも患者さんに話した言葉をそのまま書くのではなくて、自分なりのドクター言葉で書く。
140	後で読み返したときに、ちゃんとこれが説明されているか、後で見たとき、もう不明という感じになっています。
141	○A そうすると、やっぱり同席すると、納得しているか、していないかということは看護師のほうがあられしてつけ加えたりとか、また本当に大丈夫ということを確認したりとか、そういう……
142	○B 後で言われたときに、「そういうば、こういう説明をしていた」というのはわかるように。
143	○A そうですね。説明を1人でやって、1人でというのは、確かに。それは名医かどうかはわかりませんが、やっぱりそこはいわゆる両方はいずれもありませんのでね。
144	○B 証拠みたいなのが全くどこにも残っていませんので。
145	○A 先ほど、2回目のチェックをやったり、幾つかやはり入院前から複数の人がかかわって、入院前に同意を得たり、患者にその病状への理解ですとか、治療の経過を理解してもらった上で入院になるということがどうも傾向のようなんですけども、こちらの病院でもそういうような同じような取り組みをやっているのか
146	今回のこのいろいろな病院にアンケートを送らせていただいたんですが、その中でも、インターネットを使って患者相談の窓口を開いているというところは全体の数で1割から2割程度だったと思いますけれども、思ったよりちょっと少なかったんですけども、病院のホームページというのはいずれもこの病院も持っているわけですけども、そこからさらにホームページ、またはもしかしたらメールかもしれないんですけども、相談窓口に使っているというところは少なかったんですが、こちらの病院では具体的にはどのような形で患者さんからの相談というか受け付けて……
147	○B 意見箱にはすごいシビアな意見が入ります。それは1カ月に1回オープンして、今力を入れようというサービス向上委員会というのがあるので、そこで公表して話をする
150	病院の代表のメールアドレスがあるんですが、そこに文章が来るということはあります。
151	それを受けるのが、総務なので、医療はわからない。それが連携室にプリントアウトされて、こういう相談が来ているとか、そういうのはあります。
152	○A そうですね。大体総務が開いているというのは
153	○B 連携とも面識があると、連携担当の看護師のところにメールが来たりとか電話で来る、
154	そういうことがないときは、当院では総務に届きます。総務の方が「こういうのが来ているんだけど、自分はわからないので」と言って、連携のほうに動く。
155	もう一つは、地域性もあると思うんですが、親子3代でこの病院にずっとかかっているということで、何かあるとすぐ病院に電話がかかる。
156	交換者がおられませんので、総務が電話を受けております。これもすぐ連携に「出てください」みたいな、本当に伝達経路はスマートではない。
157	○A このあたりって下町ですか。
158	○B 何ていうんでしょうね。
159	○B いや、山の手です。
160	○A 下町じゃないですよ。そうですね。やっぱりお屋敷町ですよ。
161	○A どちらかというと……
162	○B ところなんです。
163	○A 所得の高い方が多いです。
164	○A そうですね。
165	○B すぐその辺は



166	○A 東大もね。
167	○B を挟んでそうではなくなるので、ちょっと難しいところ。
168	○B 金銭的にすごく余裕がある集団と、真ん中がいなくてちょっと厳しい人が。落差が激しい。
169	○B 難しいですね。
170	○A やっぱりどちらかという山の手ですよ。そうですね。
171	○B こちらはレトロでやっているから非常に冷たいところがあって、名前言っただけいけないんです。
172	E病院の人は、医者もそうですが、「おたくがきれいな病院になったら送ります」と言われるぐらいで、そういう厳しさがあります。
173	室料差額、ホテルコストを出してもいいので、きれいになることで療養環境と言われます。
174	事前に来ていただいても、治療がどうの、中身ではなくて、ハード面で判断されてしまう可能性はあります。
175	○A そうですね。
176	○B すごい厳しいですよ。
177	○A みんなそうですね、今どきは。本当に外づらでというのがありますよね。ハンディがあつてね。
178	○B チャンスといえば、移管されて、今の経営者もこのままではいけないと思っています。
179	何とか建てかえようとは考えていますので、そのとき初めて経営的などころも打ち出されると思う、
180	急性期として100床ぐらいの病院がどうやって生き残っていくのかということでは非常に考えている。
184	○B こんなに近い距離で、D病院にほとんどの患者が行ってこっちはつらいかと思うんですが、うちに見えている患者さんは、D病院の対応が冷たいと。
186	嫌な思いをするからここがいいという人がいます。難しいですけどもね。
196	○A 総務の方がいろいろな意味で、メールもそうだし、電話も受けて、必ずこれは医療連携室につながるようにしているんでしょうか。
197	○B 今はしております。じゃないと、判断できないんですよ、正直。
198	○A そうですね。
199	○A 医療連携室のスタッフの方というのは、事務職の方とあともう一人、看護師の方ですね。
200	○B ケアマネの看護師です。
201	○A この方がじゃあ通常の入院相談を受けたり、つなぎの仕事もしながら、そういう総務からのメールの対応もされると。
202	○B そうです。
203	○B ですから、非常に雑務が多いので、事務的などころの人数を4月から補強する。
204	○A そうですね。専門職だけではなかなか。専門職は専門職としてやらなくちゃいけないところもあるんです。
205	○B ナースも、主は入院している患者を次につなげるので、具体的に動いたりカンファレンスしたりするんですが、今度は外来の人が相談に飛び込んできたりとかで、1人で機能しているとは言えないのかなと思っています。
206	○B つなぎだけです。
207	○B この1、2年の間で試行的にやっています。
208	今の医療法人に変わって、12月で事務局長と事務長がかわりましてその辺でも今影響を受けていて、
209	その方の考え方が、建てかえをする中でハードだけじゃなくて、システムも構築していこう、
210	目をつけているのは連携室の強化が運営会議で上がっている、
211	4月からこの人員を増加してそこを強化するということになっています。
212	○A 確かに大きな病院、どのぐらいの規模がいいかということとはとにかくあれですけども、それぞれ特色あるところ、日本の中で、全体の中で自分たちの役割を決めていくということが必要なのかな。というのは、同じコピーをつかっていくということではなくて、というふうには思うんですけども、それで、本当にどこでも在院日数は短い、その短い分をどこかで在宅のほうまで支えなくちゃいけないから、地域に出ていこうということ、だからそれをつないでいかななくちゃいけないという役割はすごく大きいんじゃないのかなというふうには思っているんですけども。
213	はい、どうぞ。
214	○A すみません。ちょっとご質問が変わって、もう一つのテーマだけちょっとお話を聞かせていただきたいんですけども。調査票、問11のところ、患者自身というところで、患者サロンなど患者が自由に参加できる場を設置しているということに取り組みされていると答えていただいているんですけども、あともう一つは、患者会などの患者のグループ活動を支援する、そういうようなことも行っているということなんです、こちらはどのような取り組みですか。



215	○B 糖尿病の専門をやっています、企業のと時から 会というグループをつくっていました。
216	なかなか旅行に行ったりできないので、年に1回か2回は当院の医師も看護師も全部ボランティアでついて行って旅行に行かせたりとか、1カ月に1回は糖尿病教室で、管理栄養士と医師と看護師という形でチームを組んでやっております
217	糖尿病は2泊3日と5泊6日のパス入院をして、看護師を、認定ではないんですが、認定というか糖尿病の認定は取ってないんですが、
218	糖尿病療法士は出ておりますので、一応専門ナースとして
219	○A 療法士とか。
220	○B 療法士です。午前中は外来にいて相談を受ける
221	午後は入院パスの人たちの指導をする
222	もう一つは、この地区にラジオ体操とか、地区の自治会長さんとかがいて、そういう組織がありますね。
223	事務方が参加して、そういう地域に、今いろんな話が来ていて、当院の医者とか看護師とか栄養士が公民館じゃないですけども、そういう集会所に行って話をしてくれないかという依頼がある、
224	そういう計画も地元では進めているんです。実現はしてはおりませんが、今は 会という糖尿病中心の家族会、それを院内で指導したりとか、
226	最初に言った、医者と看護師と事務職員がついて1泊2日でですけども毎年行くというのは大変です。
227	例えば40人行って、去年は行けたけど今年はまだ欠けてしまったような人であるとか、今年がもう最後かなとか、何かそういう話と、行ってきた人は、後で内科外来のところ写真とかを冊子にして置いたり、張ったりすると、そういうのを見ていらっしやいますよね、待ってたり。
229	まだそういう内容でしかやれておりませんが、
230	病棟にいと、余りそのところはちょっと。
231	看護師が2つ病棟一自由に糖尿病の入院患者のところには、
232	○A 今、入院だけでなく、本当に地域という、その、例えばメタボじゃないですけども、そういう特定健診でもないけれども、いろいろ健康に対して関心が高まっていて、そういうところに手伝ってほしいとか公開講座してほしいとか、いろんなさまざまな要望があると思うんですけども、それも一つの、病気になる病院に頼るといふ以前のものとか……
233	○B 健康教育でしょうか。
234	○A そうですね。そういうものが必要なんじゃないのかなということも、我々研究していく中で、もうちょっと前の子供のころからの教育という言い方を、そういうものも必要なんじゃないのかなということもあって、それに何らかの病院の医療者が関連していったらどうかということについても少しどう考えているのかなということもこれから先は聞いてみたいけれども、というふうには思っているんですけども。
235	○B 私は病棟にいて、まだ全然そういうことがわからないんですよ。病棟のほうが中心
236	○A こちらの3人の方ね。
237	○B アンケートに書いておりますけれども、彼女は
241	○B みんな60代の男性、消化器の患者さんの事例を出していただいたんです。胃がんの方とそれから大腸がんの方の人工肛門をつくられた方。それで、胃がんの方が2人で、大腸がんの方が1人です。1人は、先ほど出てきましたけれども、告知されなくて手術なさってしまって、いろいろとトラブルがあったということで、先ほどのお話で、どうもまだ医者の中にそのあたりの認識が少しまだ欠けているんじゃないかなというようなお話があったので、そういう背景があるのかなというふうには思ったんですけども、それで、ご本人様の希望とかいろいろ家族の希望で在宅になりましたということ。2例目は人工肛門をつくられた方で、それで、外来でフォローできるよということと整えて、いずれにしろほとんどターミナルの患者さんですけども、うちに帰られるような支援をしていくということと、それから最後の方もやっぱり胃がんの方ですけども、強く、患者同士とか患者会を知らない方を含めて、もう少しそういう意味のフォローをしていったらいいんじゃないかなということがこの中で書かれていて、きめ細かいお部屋の介助であるとか、いろんなそういうことがなされているんじゃないかなというふうにも思っているんですけども、そのあたりの病棟で一人一人が情報、さっきお話して下さったように、トラブルを抱えているというところの事前のものをみんなで共有して、どのように解決していくかということ。消化器は消化器病棟というのがあつたらいいですか。
242	○B 前は外科系、内科系って分かれていたんですが、整形が入ったので、今は混合的になっていますね。多分、今の症例は彼女のほうの病棟ですね、外科の。
243	○B 前は先生の中で一大家族が本人に言ってほしくないという思いがあつたんです。
244	先生も、そのときに必ずどこか本人がづらい思いをするから、言わないとつじつまが合わなくなってしまうので、もちろん言うんです。



245	それでも家族が言わないでほしいというところもあるんです。
246	結局、治療していったって、やっぱり患者さんはわかるわけです。
247	同じ先生ですけれども、今はちょっと考え方が少しずつ変わった
248	家族が言わないでほしいと言っても、何度か話をしていく段階で、先生が説明をして、言わないととても治療が困難になる
249	当時言わないで通していたことが、今は世の中もそうなんですけれども、そういうところに追いついてきたかなという感じがして、
250	言わないことのほうが患者さんにとってはつらいというのをかなり例として先生が多く感じてきた、最近では本人にきちんと行って、一緒に頑張って治療をするんだよというところでない、なかなか乗り越えられなくなっている。
251	情報と、やっていることが言っていることと違うということは患者さんが一番よくわかるわけです。
252	その辺で先生の当時の考え方とはかなり違ってきています。
253	数年前は、同じ病気の患者さんは同じ部屋に入れないようにと配慮していたんですけど、別の部屋にしても患者さんはわかるんです、
254	「僕と同じことをしているな」って。そうすると、廊下で結局は情報交換している。私たちもその姿を見て、それはもう避けられない、仕方がない。
255	隠そうとするほうが不自然で、私たちも知らない間に患者さん同士、実は連絡し合っていたりとか、私たちにはわからないけれども、亡くなったということも実は知っていた。
256	かなり日数たった後でも、「あの人がどうしている」というふうには必ず聞いてくる。
257	そのほうが自然であって、逆に隠そうだとか何かうまくカバーするというほうがかえって患者さんにとってはつらい。
258	知りたいというのが当然で、質問されたときに私たちが返事に困るところもある。
259	「退院した」という言い方をするんですけども、もうそのときは亡くなっていたけれども、「退院した」というふうに致し方なく答えて、でも患者さんはわかっているかなど。
260	見かけないところをみるとか、そういうのは感じているところがあります。
261	ですけれども、やっぱり抗がん剤の治療とかをする上では、振り向いていても、生きるためには前を向いていかないといけないので、情報として多分患者さんは受け入れるというか、そういうこともあるんだろうと。
263	これだけニュースとして、新聞として、インターネットでも出ていますので、もうそれは自然なんだろうなと思います。
266	○A 今の患者さん同士が廊下ですれ違って立ち話しして情報交換をしているって 今話があったサバイバーと同じで、その病院で治療して生き残った人が次の患者さんに接しているという点では、やっぱり患者さん自身にとってはそのほうが安心できるというか、もしかしたら自然な行為なのかもしれないですね。今は、特にそういう病室を分けるとかそういうことはもうされなくなっています。
267	○B 今はたまたまいいです。
268	○B 皆さんもういなくなられた。
269	○B 大部屋なので皆さん聞いている。「隣の人はこうなんだな」とか「隣の人は僕と一緒にだ」とか。本当はいけないんですけども、本当はプライバシー。
271	そんな中でみんな心配していたりして、いい方向に向かえばそこで会話が弾んでですけども、悪い方向に向かってしまったときも、大部屋なので知らないようにするのが当然なんですけれども、変に部屋をわざわざそこから、病状が悪ければ変えますけれども、変えませんでしたね。
273	そのうち皆さんも退院してというところで。そうすると、ほかの方も励みじゃないけれども、今までずっと自分が一番病気でつらいんだ、つらいんだって、いや、もっとつらい人がいるんだということも入るんじゃないのかなって。
274	食べられるだけでもありがたいという、気持ちにもなっていたと思うんです、
275	同じお部屋の人たちは、それこそちょっと気を使ったり。
276	いい雰囲気の間関係だったので、羽目を外すような人はいなかったもので、そのときは自然にその部屋で過ごしてもらいました。
278	○A ちょっと少し話は変わりますが、こちらの話の中の一つ最後のところなんですけど、こちらで入院から退院までだれがどのようなものを使って患者さんとかわり、その効果はどのような効果があったのかというのをアンケートに回答していただいたんですけども、ちょっと分けてお聞きしたいんですけど、退院後の生活指導のところは相談員というのはどういう方が相談員になっているのでしょうか。



279	退院後の。
281	○B 在宅の輸液ポンプを使うときに、実際、退院のときに説明するのに看護師が入っています。
282	在宅で何と何が必要だというところで相談員が入って、そこで業者の人に来てもらってというときの説明で看護師が入ったり、一緒に動かす。
283	○A 担当される方は医療連携室にいらっしゃる看護師の方が、それ以外の看護師の方が担当されることも……
284	○B 実際、病棟の。
285	○B 1回在宅に入っても、病気などによっては戻ってくるということを、何回も入退院を繰り返して、おうちで最後を迎える。
286	まだ在宅は少ないですね。本人は最終的には戻ってきますよね。 在宅でと決心をして帰つつも、最後の何日間はここで終えていくような気がしますよね、私は。
287	○B 在宅でみとられたんです。
288	○A それはやっぱり家族とかが
290	○B 家族の不安と、具合が悪くなったときに、往診のドクターはクリニックですから夜間とかは対応できないです。それで夜間は病院に来ます。
292	○A 今は厚労省がそういう形にもっていくということですが、受け皿がないとかいろいろ批判されていますけれども。
293	○B 現実にはそんなにないというか、ここも随分、ホームドクターも探し、ナースも全部訪問のを探し、全部やって、本人も家族も納得して帰ったって、最後の最後は病院に駆け込むということのほうがまだ多い気がする。
295	○B なかなか在宅ではみとれないんでしょうね。家族の不安が一番なのかな。
296	○B 在宅を支えている人たちも、どういうかわかりをしているのかなと思うんですね。
297	○B 1人在宅で亡くなった方は往診医の先生がとても在宅に強いという方だったというのと、病院にはもう来たくないという思いも本人の中ではあったので、その辺できつとやっぱり病院に来るケースは。
298	○B 今入院している人で1人、訪問看護師が入院させてしまう。
299	○B 大変ですからね。
300	○A やっぱり24時間いく中で、支え切れないんでしょうね。
301	○B 携わる訪問看護師のほうも。
302	○A 訪問看護ステーションのスタッフも非常に少なく、うちの大学でも訪問看護ステーションに実習に行くんですけども、毎年申請し直さない間に合わないぐらい、つぶれたりとかいろいろしていて、スタッフがいないことがあるのかなというふうには思うんですけども。ちょっとその実態はあれですけども。とにかく、そういう理想的な形にしておこうというふうには思っているところが、何かそういう意味のスタッフレベルが足りなかったりとか、いろいろあるのかもしれないし。本当に24時間、その往診の先生も携帯を離せないというか。うまくいけばあれですけども。
303	ただ、あれを見ていると、これみんな皆さんが出していただいたのは60代の方ですよね。そうすると、60代、70、80、90になってくると、やっぱりそのあたりはかなり違ってくるのかなと思うんですけども。
304	○B 多分、アンケートに答えたのは Sさんとかあの辺だと思うんですけども。
305	○B Sさんじゃないかなって思いますね。
306	○A かなり年齢的なあれとか考え方とか違いますか、どうですか。
307	○B 動ける、少しでもつえがあっても動けて身の回りができるというターミナルの方と、本人が言うから頑張って大人3人でトイレに行かせるという90代のターミナルの方とでは、やっぱり受け入れは違いますよね。
308	○B 違うと思います。
309	○B 家族それぞれ思いが違って、それこそ家族でだんなさんも家でいいんだよってという人は一思いもあると思う。家族がこれ以上つらいから見れないという、いろんな思いがあると思う。
311	60代の方だと、ターミナルでも何とか歩けて、大好きな車の運転ができるからといって在宅でという。まだ動けるんだけど、家族の思いと、本人が帰ると逆に家族に大変な思いをさせるから病院にいるという。
312	○A いろいろな。
313	○B そうですね。



- 314 ○A だから、画一的にこれがこういふときはこうだというふうにはなかなか決められないということですかね。
- 315 ○B 本来は患者さん、帰りたくないと思っていないと思うんです。「帰りたい」「病院は家ではない。1回でもいいから家に」という思いが皆さんあるんです。
- 317 家族も「帰ってこられると困る。自分の生活もあるから」という思いもわかるんですけども、もう最後、あと何日という方を帰してあげたい。
- 318 説明すれば家族も思うんでしょうけれども、自分の生活が優先になってしまったり、逆に患者さんが遠慮してということもある。
- 319 本当はそこをもうちょっと時間をかけて私たち医療従事者が入って、帰してもできるように、その時間だとか、そこで話し合うという細かいところがいけないのが、そこが私たちは残念に思うところもあるんです。
- 320 もうちょっと時間をかけて、本当にあした、あさって亡くなるかもしれないという方のところに時間をかけたいんですけども、家族がうっとなってしまうと、幾ら時間をかけても。
- 321 多分最初からだと思うんです。最初の踏み込みのところで、私たちが最初入院するところから始まりなんですよね。
- 322 そこからもうそういう動きに多分入っていかないと、途中で言ったってなかなか受け入れが難しいですね。
- 323 そこはチームとして本来はドクターもナースもリハビリの人も同じ気持ちで最初から入っていかないと、多分その患者さんを少しでも家に帰したいというところにはいかないんですよ。
- 324 途中から言ってもやっぱり難しくできないので、最初が肝心なんです、本来は。
- 325 統一した考えだとかがまだ、その思いが統一されていないので、最後の患者さんの帰りたいというところができないですね。
- 326 一番身近にいる私たちナースが、一番つらいなと考えるところなんですけれども、もうちょっと取り組みないと。
- 327 家族から言われると、ドクターは家族の言うとおりに流されてしまう。ちょっと時間が必要だろうと思います。
- 329 ベッドは何床ですか、今。
- 330 ○B 111なんですけど、余り稼働率は言いたくありません。60だから。
- 331 ○A それで、これは2つに分けて。
- 332 ○B 前は3つ病棟があったんですけど、今はちょっと2つで。
- 333 ○A 大変ですよ、大きな単位だから。
- 334 ○B でも、そんなに。30人ぐらいですものね。
- 335 ○A 稼働率からしてみるとということですね。
- 336 ○B 本当はベッド数からいうと少ないんですけど、現場は人数ではありませんので、結構大変です。一人一人が濃厚。
- 337 ○A こちらで回答をいただいた内容でも、入院時にはやはり看護師、PTの打ち合わせが、同意があって、入院してから治療の説明のときにも看護師の方がすべてではないにしてもかかわるケースがありますし、またかかわるケースも看護提供量の多い患者さんが特にそうですね。そういう患者さんには当然看護師の方も治療説明のときにも一緒に同席されたり、その後の今度、退院後の生活指導ですとかリハビリテーションのときにも看護師さんがかかわっていらっしゃいますし、あわせてやっぱり患者さんだけではなくて家族に対しての説明ですとか同意をいただくというのは、なかなかまた手間隙かかるところで。
- 338 ○B エネルギー要りますよね。
- 339 ○A 今おっしゃったように、かなり濃厚に患者さんまたは家族とかかかわられていますから、それがちょっとこちら答えていただいたアンケートを見ていると見えてきて、今お話を聞いていて、やはりそうなんだと改めて。
- 340 ○B 人数を言うとなんかそうなんですけれども、経営者は数値しか見ていませんし、10対1しかとれていませんけれども、「患者が少ないから7対1とれるよね」って経営者は言うけれども、全然余裕がないです。
- 341 2人とも師長をやりながら、ケアに入っているという実情もあります。だから大変だと思います。逆に、かかわっているからこそ現場へのいろんなものをよく話していると思う。
- 342 ○B G師長のほうでは、整形の人で、ターミナルではないけれども具合が悪いんです。
- 343 ○B さっき言った人なんですけれども。
- 344 ○B だから、非常に大変なんですよね。
- 345 ○B ストレス。
- 346 ○B 本人もですけども、家族とも全く意志の疎通がない場合には板挟みです。
- 347 ○A そこで、場合によっては家族と患者さんの調整役になってしまうようなことも。



351	○B 板挟みになるんですけども、解決が……。だから逃避したくなるってね。
353	○B 全くもう。すれ違ったまま。
354	○B 結局、最初のインフォームドというか説明責任が、医者がやっぱり技術じゃないんですよ。言葉が、コミュニケーションが足りないということを医者は自覚をしていない。そのことによって今回は本当に全部やって。
355	来週の月曜に転院になったんですが、早くその時間が来てほしいというくらい今追い込まれています。
356	○B 毎日顔を出すんですけども。患者からは同じことを言われ、家族からも同じことを言われ。
357	○A そういう状態になってしまったら、いろいろな看護計画ですとか入院計画というものがもう余り患者さんと家族を、あと医療者を修正するような道具にすらなり得なくなってしまうというか。
358	○B どうあがいても修正がきかないという感じになってしまっている。
359	○A 今までのことがあって、病気になってという、
360	○B そこが肝心だったんですね。そこがうまくいかなかったのが、今ごろになってそういう問題が勃発して。
361	○A だから、そののこのころってやっていって見えてくるものなのかなと思いますけれども。
362	○B 本当は、医療者がそういう体験をしているはずですから、それを予測して十分過ぎるぐらい説明をすればいいんです。
363	患者は逆にトラブルにもなってくるから、軽くではないんでしょうけれども、安易に考えています。患者は、「そのときに聞けばよかったじゃない」とか、「手術のサインをしたのはあなたじゃない」ということはあるんですが、そのときは見えてないわけですね、事の重大性が。
364	99.9起きないということが起きてしまったときに、今回のケースはそうなんですが、後で振り返っていきんです。あのとき医者がこういう言葉をつけ加えてくれたら、私はそれに対してQ&Aでできた。
365	言われなかった。ドクターと話をさせてくれと言うと、ドクターの言葉として不足していた。そこだけを何回も患者は突いていく。
366	医者としては残念ながらそこに対しては答えずに、自分の説明を繰り返すだけです。
367	○A 繰り返すと余計にいろいろありますよね。
368	○B 情報というか、言葉と言葉で最初は、患者と医師というところで出発していくんでしょから、医師の思い、おごりかわかりませんが、治療に対しては自信を持ってやっているんです。けれども、言葉が不足しているということが看護婦にはわかるんですが、看護婦から医者に伝えても、医者はそれをキャッチできないというのがあります。
369	それは、医者一人の人間性ではなく、医師が持つ何か一つのものもあるんだと思います。
370	それこそ大きな病院で医者が患者や家族に向けて説明するときに、横にもう一人ドクターがいて、全部その内容を書き取って、図をかくて、複写でほんとに大学病院なんかはよく渡せる環境を、こういう小さい病院で限られた中でできるかといったら、できない。
371	○A ある病院では、にある、そこではやはり説明するための資料を600数十枚でしたか、疾患ですとか症例別にくくって、それを一応患者さんにもお渡しして。ですが、ただその資料をドクターが持っておしまいでなくて、患者さんが読んでわかりやすいかという視点で別の作業療法士の人が見直しをしたものを定型的なものたくさん用意しておいて、「はい、これ」って言って渡して、そこから説明を始めるというふうな工夫をやったり一例一例に合わせて、もちろん患者さん一人一人症状は別ですし対応も個別なんですけれども、理解ですとかある程度標準化できそうなところはそういう形で用意して、それからスタートするという工夫をされているところもあるようです。おとし、ちょっとお話を聞きに行く機会があったんですけども。
373	○A 逆に、せっかくこちらでお話を聞いているので、もしあれでしたら、うまくいった場合の何か体験とか経験というのが、こんなにうまくいって、うまくいかなかったというようにつらい話をされているとだんだん思い出してつらくなってしまいますので、こんなふうにした場合はうまくいったとか、そういうのがもしあれば教えていただければ、それは何か。
374	○B いやあ、今は思い出せないですね。
377	○B そうですね。特に思い出せないですけども、せいぜい退院支援が成功したくらいですかね。
378	○A それはどんなような。
379	○B その後何もないので、私は退院支援が成功したと思っていますけれども。整形の患者さんで、骨折後の患者さんで、元在宅だったんです。
380	○A そのときはどのようなかかわり方。
381	○B こちら側でドクターとリハビリと退院支援を担当のケアマネ、病棟から私と、あとは患者とご家族とケアマネさんと訪問看護師さんとヘルパーさんが何人かだ一つと来ていました。かかわるお方全員。
382	この部屋で話をしたんですが、今後の支援の仕方について。
383	その後、トラブルは聞いていないので、多分うまくいっていると思います。



384	○A 申しわけありません。本当にもう。
385	もしそれ以外にどうか……。そうですね。
386	○A 少し話が戻ってしまうんですが、もう一つの例で、60代男性、大腸がんの方で人工肛門をつけられた方で、人工肛門だと皮膚トラブルが悪化した際、専門の方から直接ケアのアドバイスをさせていただき、経過を観察ということが書かれていたんですが、ここでいう専門の方というのは、
387	○B ストーマの専門の人ですね。
388	○A それは専門看護師の方。
389	○B 看護師の免許も持っている人じゃないかな。
390	○B ストーマの会社の方じゃなくて。
391	○B でも、皮膚トラブルも経験があって対応してくださっていたので。
392	○A そういう人いますよ、業者の方で。
393	○B ストーマの会社の方かもしれません。免許を持っていた。物すごい腸ろう、ストーマというよりは腸ろうの状態で、がんが出てきてしまって、普通の形じゃなく、どうやっても漏れてしまって対応ができないというところに来ていただいた。
395	専門の人じゃないと、動ける人だったので、その問題さえクリアできればというときだったので、来ていただいて。それでもなかなか見ただ目で。それこそ1日に2回も3回も漏れちゃって、装着するのに1時間かかったりする。
397	1人ナースがつき切りになる。そこでいろいろみんな工夫して、これだったら漏れないというのが何日かたってできてという。最初そういう専門の人からの知識も必要だったので来ていただいて。
398	○A このように外部の方を何かお呼びして力をかりるというのは、ほかのケースでもあるんでしょうか。これは今回たまたま人工肛門の事柄を書いていたんですけども、それ以外のことでもちよつともし……。
399	○B 退院のときの、在宅に向けて輸液ポンプ、バッグになる形です。物が来ても、私もかかわったことがないので説明できないので、業者の人に来ていただいて、その方から説明を受けていた。
401	○B 在宅酸素もそうですね。
402	○A そうね。在宅酸素もそうですね。
403	○B そうですね。
404	○A いろいろと。あとは、透析なんかをするとバッグのあれとかいろいろありますよね。そういう情報も提供してあげることが必要とか、あるいはつないであげるといことですよ。全部が病院の中で解決するのはない。
405	○B 結局は、私たちに情報をいただいて、いろいろ工夫して、退院間際に日々やっているのを患者さんや奥さんに説明をして退院という感じです。