

ニケーションがとれない患者であったが、携帯電話を離さないことに気がついてから、少しずつスタッフが声をかけるように努めた。話を聞くうちに、妻ががんで亡くなった経験や、仕事の関係、個室料金などの経済的な心配があることがわかった。そこで、経済的な心配を配慮して環境を整えた。その結果、次第に患者は心を開いていき、看護師からは、手作りの人工肛門模型を患者に示し説明するなどの働きかけを行った結果、最終的には人工肛門管理を受け入れることができた。

3.3 臨床現場の立場から

(1) 同意書に関して

昨今は、クレームを付ける患者・家族が増加している。そのため、病院は防衛策として同意書を取るようになる。例えば、末期の患者に延命処置を行うかどうかを家族に説明して決定してもらい、同意書に記入してもらおうが、説明に納得せずに、同意書が取れない場合もある。また、家族の同意を得て、その方向で進めているのに、突然、他の家族が出てきて違った方向に引っ張って行こうとする場合がある。そうした場合、それまでの家族関係をそのまま医療現場に反映しているので、家族内のことは他者が介入出来ないこととして、決定は家族に任せる方針をとっている。

(2) 医師と患者・家族の調整

医師の説明時、患者・家族は医師にはすぐに、「わかった」という反応をする。しかし、実際にはイメージできていない事が多く、看護師が医師の説明の理解の確認と生活上の具体的な内容を補足している。

(3) 医師と看護師の共通理解のための方策

患者の情報を医師に伝えるために、共通のカルテにて医師と看護師の情報共有を行っている。

(4) 病院から在宅へ

病院には訪問看護ステーションも併設しており、訪問診療も行う。在宅に戻るのが良いと考えられるケースでも不安が強い場合、なかなか在宅療養に切り替えられない場合には、入院が必要であればいつでも引き受けることを話し退院させている。このように、病院のバックアップがあれば、患者は安心して在宅に戻る。終末期には、在宅に戻る努力をして、準備を整えても、急激に状態が悪化してしまう患者もいる。在宅準備を整えた家族からは、「何で？」という反応が返ってくることもある。また、病院内に移る病棟がある（療養病床等がある）ので、病床のコントロールはしやすいが、在宅に移行するタイミングを逸してしまう事もある。

(5) 回復期リハビリテーション患者の現状

回復期リハビリテーション病棟の患者は9割が回復して退院するが、実際には3ヶ月以内の回復は難しく、実際は別の施設への転院となる場合もある。本院でも療養病棟と回復期リハビリテーション病棟のベッドに患者が移動していることも多くある。

(6) 高齢患者の治療選択

高齢者に対する治療の選択や決定に看護師としてジレンマを感じることもある。

例：透析導入年齢の高齢化、医療費の無駄ではないかと感じることもある。

(7) 入院患者の孤立化

個室が主流になっており、プライバシー確保のためには望ましいと考えるが、患者が不安で落ち着かない、携帯電話を手放せないなどの患者もいる。大部屋があった頃は患者同士で

情報交換をしていたが、そうした場がなくなり、喫煙室で交流している場面も見かけたが、今やそこも無くなり、大部屋では、患者一人一人カーテンを閉め切って孤立化している現状である。

(8) 中小病院における人材確保

中小病院では地域に住んでいる看護師がほとんどであり、人材確保が困難である。長期研修に出す余裕がない。専門看護師は欲しいが現実的には無理がある。診療報酬制度において、退院調整加算は専門の部署があり専任で勤務することが条件であるが、本病院のような状況では専任スタッフは置けない。また、看護必要度の制度を運用するためには、記録が必要となり、そのことに時間がかかるなど、制度の適用に伴う人材確保に苦慮している。

【B 病院の分析結果】

1.1 病院の背景、患者の情報提供における特色

平成 19 年 4 月 1 日に企業立病院から医療法人へ設置主体の変更があった。急性期病院であり救急センターの機能を持っている。病床数は 111 床で 2 病棟編成、同区内に 7 つの大学病院があり、それ以外に 100 床前後の民間の病院が 3 つある。近隣には都立病院がある。

1.2 患者の受け入れから情報提供の流れ

※調査票 2 問 8 「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」

患者の情報提供には、以下の 5 つの方法を持っている。

- (1) 診療案内、外来の受付窓口
- (2) 医療連携室
- (3) 苦情処理対応窓口
- (4) インターネットによる相談窓口
- (5) 患者家族から意見箱

2. 患者と医療者間の情報提供における発生している問題点、現状

2.1 院外との連携

(1) 受け入れる患者の特性と本病院の役割

企業立病院時代は、社員の福利厚生機関の役割が強く、病院間連携には、手薄な状態であった。設置主体の変更に伴い、近隣の大学病院（三次救急医療機関）から状態の安定した回復期の患者を受け入れ、1ヶ月から2ヶ月の入院後、在宅や地域につなげるという役割を担うという方針転換した。それまでは、病床稼働率を始めとする経営指標を重視してこなかった。現在は、約 60% という病床稼働率を高めるためにも、連携に重点をおくようになった。

(2) 医療連携の問題点

従来、送り元の大学病院から転院患者を受け入れる場合、医師から医師の紹介（紹介状）のみで他の職種は関わっていなかった。しかし、転院してきた時点で、患者家族から、「この病院では一生面倒みてくれるといわれてきたのに」など、B 病院の機能を正確に伝えられていない

状況が起こっていた。それは、医師同士では患者の情報は共有され、患者・家族には、「受け入れてもらえる」という情報は伝えられていても、患者の今後の見通しや、受け入れ先の医療機関の情報はほとんど伝達されていなかった。そこで、受け入れた時点で患者・家族の話を聞き、患者や家族の認識と受け入れ側の状況が大きく異なることが明らかになって初めて、送り出し側の医療者と患者が、「十分な情報提供や合意が得られていない」「強引な形で送って」という不満が上がった。このように、転院を受け入れる場合、受け入れ側の医療機関（B病院）の役割が、転送元の病院では患者・家族には全く伝達されていないことが明らかになった。

(3) 大学病院の医療連携に問題を生じた事例

患者はもちを詰まらせて救急搬送、蘇生はしたけれども植物状態になって気管切開をした。B病院へ転院させる際に、大学病院からB病院へは、「家族は全部その状態を受け入れている。急変しても積極的な治療は必要ありません」という説明があった。B病院は、「うちの病院は療養型ではない」と伝えたが、1・2ヶ月程度の入院を条件に受け入れることにした。先述したように、B病院へ転院することには「家族が納得している」と送り出し側の医療機関からは言われていた。しかし、家族は、このような状況になったことすら受け入れていなかった。その結果、1週間後、送り出し側の大学病院に戻ってしまった。

こうした状況を経て、転院や入院前に、患者・家族との情報交換や同意が必要であることを認識し、解決策として、医師同士の連携だけでなく、病院の入院受け入れ窓口としての医療連携室の専門性を高める対策に取り組んでいる。

2.2 院内の連携

(1) サービス向上委員会や電子メールによる相談窓口

病院の代表電子メールアドレスを公開しているが、総務が受信して、医療連携室へ転送する。また電話による対応も総務が受けて、必要な場合はメールと同様に医療連携室へ伝える。院内に設置された意見箱の投書と併せて、1ヶ月に一度、同委員会で検討する。フィードバックは、ウェブサイト（ホームページ）を活用している。

(2) 入退院の説明

入院前に、本人と家族に来院していただき、主治医との打ち合わせや病棟見学、90日間という入院期間などを患者とその家族に同意していただく。患者本人に判断力がなければ、家族と合意形成を行う。また複数の家族が関係する場合は、複数回の確認が必要である。医療従事者が「患者へ説明することと、患者やその家族が納得することとは違う」という認識をスタッフが持つようにしている。入院決定後、入院計画書を渡す。入院後、経過は適宜説明する。

(3) 手術時の説明

外科の医師がPCから出力した資料を用いて説明を行う。不明点は、看護師や医師に質問していただくようにしている。他科の医師は、説明したことをカルテに記入するだけである。患者へ文書を渡さない傾向が強い。手術や問題が起こりそうなどときには医師と患者の2者にせず、看護師が同席している。

3. 患者と医療者間の問題についての解決策

3.1 医療連携室の充実

先述したような入退院のトラブルを防いだり、入院稼働率をあげるためには医療連携機能の

充実が不可欠という方針を打ち出し、事務職（二人）と医師、ケアマネージャー（看護師）から構成される医療連携室を立ち上げた。ここでは、患者また本人に判断力がなければ、キーパーソンを中心に家族に説明し、施設の規模や90日間という日数の制限を説明している。そうした、連携室の機能はホームページにも掲載している。

<医療連携室の役割とは>（HP掲載内容）

- ・地域の医療機関との連携を行い、診療機能の分担を推進します。
- ・医療機関より連絡をうけ、当院の医師・診療科につながります。
- ・初診時の事務手続きのお手伝いをします。
- ・検査のみの紹介にも対応します。
- ・検査予約のお手伝いをします。
- * 早期の退院をめざし、住み慣れた自宅での療養開始を支援します。
- ・退院時の事務手続きのお手伝いをします。（逆紹介など）
- * 「かかりつけ医」である主治医の立場を尊重しながら、入院が必要な疾患への対応と緊急な入院にも、対応致します。

3.2 医療者同士の連携、チーム医療

(1) 治療結果について患者と医師との関係が円滑に行かなくなってしまった事例

進行胃がんの患者。進行し飲水も困難な状況で大学病院から転院してきた。進行がんであり、治療は厳しい状況であることは医師から患者、家族（妻）に伝えられていた。しかし、改善を求める状況に応じて、手術することになった。患者は医師の「お茶が飲めるように」という言葉に望みを託し手術を受けたが、結果的には飲水できる状態にはならなかった。患者は、「医師は水が飲めるようになる」といった」と看護師に話し、医師とは口も利かず、お互いに目も合わせない状況が続いた。そうした状況に対しては解決策はなかったが、退院後も、その医師の外来に通い、抗がん剤治療を受けていた。外来でも、視線を合わせることはなかったが、家族は、理解し見守っていた。そして患者が、「先生はお茶が飲めるようになった」と話せたことから、患者の本心が医師に伝わったようであり、その出来事があってから、看護師長は医師の態度が変わったと感じている。

それまで医師は、「患者が手術前に聞けばよいのに」「手術のサインをしたのは患者である」というとらえ方であった。一方、患者は、「このようには聞いていなかった」と、すべてが解決できるような希望を話す。そして、「聞きたいことがあるから医師と話をしたい」と繰り返し説明を求めるが、医者は、もう一度同じ説明を繰り返すだけである。看護師長はそうした看護師からの情報を収集して、医師に伝えて調整を図る役割を担っている。しかし、上記のような出来事があってから、医師の説明が患者の気持ちや立場を理解したものに変化してきたと感じていた。また、こうした病棟での看護師が抱える医師の問題は、看護部長にも伝えられ、医師の話の聞き役となったり、看護師に対する不満や要望を聞くなど、医師と看護師、看護師と医師の関係改善に向けて、看護部長が間を取り持つ役割を果たしていた。

(2) 外部の専門家を入れる

人工肛門や在宅用の輸液ポンプや在宅酸素療法などの使用方法は、外部の専門家に説明を依頼し、その後のフォローにつなげている。

(3) 院内チームカンファレンス

例えば、骨折の患者の場合、患者と家族、医師とリハビリスタッフ、退院支援担当、看護師長、ケア・マネジャー、ヘルパーなど、すべてが参加したカンファレンスを行っている。

(4)患者同士の情報交換

以前は、同じ疾患の患者を違う病室にするように配慮していたが、患者同士は自分の状況を話したり、廊下ですれ違った時に患者同士が情報交換をしていた。これが患者の励みになることがあり、また、死亡した患者の安否を尋ねられることがある。現在は、特別な場合を除いては、自然な状況に任せている。

3.3 患者会や自治体との連携

(1)患者会

医師が主導する糖尿病外来を中心とした患者会がある。企業病院の時代から行われているものであり、旅行を計画して年に1回か2回は当院の医師も看護師もボランティアで参加している。その後、写真などで話が盛り上がり患者も交流を楽しみにしているが、医療スタッフの負担は大きい。

(2)糖尿病教室

1カ月に1回は管理栄養士と医師と看護師という形でチームを組んで開催している。〔216〕

(3)医療相談会

糖尿病療法士である専門看護師として、院内では、午前中、外来にて相談を受ける。午後は入院パスの人たちの指導をする。

(4)地域の自治体の企画へ参加

地域の要望に対し、ラジオ体操などは事務職員が参加しているが、地域の自治体からは医者や看護師、栄養士などに専門職として参加してほしいなどの企画が持ち込まれている。

【C 病院の分析結果】

1. 病院の背景、患者の情報提供における特色

企業立病院の急性期病院であり、20以上の診療科を有している。一般病棟550床 精神病棟50床の地域中核病院の役割を担っている。がん拠点病院でもある。

2. 患者と医療者間の情報提供における発生している問題点、現状

聞き取り調査は、呼吸器病棟と外科病棟で、日常的に患者と接している看護師のグループインタビューとした。

2.1 治療の決断を支援する

(1)化学療法目的で入院する患者

外来でがんと診断された患者は、ほとんどが入院前に病名告知され、治療方法を説明されて入院する。患者は入院翌日には治療が開始される場合が多いので、入院時に対応した看護師がオリエンテーションまで担当している。入院後、移転の有無などの検査が行われる場合は、医師が治療計画を説明した後、検査の説明などは看護師が行う。

化学療法について説明は、治療前日に、看護師と薬剤師が副作用、体重の計測、尿量の測定

についてパンフレットを用いて説明している。

患者は、クリティカルパスやパンフレットを渡されるため、「この時期だから、この副作用が出るのか」と判断している。そのため、患者は、心配事を医師には相談せず、看護師に聞いてくる場合が多い。薬剤師は、化学療法が開始されると定期的に患者の様子を見に来る。骨髄抑制など、感染のリスクが高くなったときの行動などの説明書は作成していないが、感染、出血のリスクや予防策については、適宜、口頭で説明している。説明の時期や内容は検査結果によって判断しているので、特に基準を設けてはいない。

(2)手術目的で入院する患者

手術の決定は、外来の診察時に行われることがほとんどであるため、入院時には、患者がどのように説明を受け、どのように理解しているのかを確認している。入院翌日に手術の場合が多いので、手術の準備（呼吸訓練など）は、外来でパンフレットを渡されているので、入院を受け持った看護師が、手術オリエンテーション時に患者の状況を確認している。

がんの種類による特徴は、乳がんの場合は温存手術が多いので、手術に関する情報を自分で収集してくる患者が多く、術前に精神的に落ち込んでいる状況を見受けることは少ない。大腸がんの場合、人工肛門をつくることが決定し、外来で説明を受けている患者には、入院したら、手術前からパンフレットやビデオなどを用いて患者教育を行っている。しかし、造設が決定していない患者には、その可能性が高いと言われている患者でも、人工肛門に関する指導は行わない。そうした患者は手術後に医師から説明を受けてから、様子を見ながら、落ち着いた時点で、人工肛門を直接見てもらったり、簡単な処置から始動を開始している。しかし、受け入れが難しいと判断される場合には、家族と一緒にビデオをみることなどから始めるが、拒否反応が見られたら無理強いはいらない。カンファレンスで検討しながら、患者の気持ちの動きを見極め、患者から「やってみようかしら」という言動を待ち、“チャンス”を逃さないように取り組んでいる。また、臭いを気にする場合には、消臭剤を何種類か試すなど、患者の気持ちに沿った援助を行っている。また、入院中に、必ずWOCを紹介し、外来でもその看護師が相談相手になることを伝えると患者は安心する。このように、継続的に関わってくれる専門職がいることで、患者は安心感を得、スタッフも困難な状況を相談することで心理的負担が軽減されている。胃がんの場合は、胃切除後の食事について、クリティカルパスで計画されているので、医師の指示に従って、食事が開始される前から、栄養士が計画的に、パンフレットを使って説明している。

(3)術後の継続治療について

内科的治療で化学療法が繰り返される場合には、入院中に医師から退院後の治療計画が説明される。定期的な化学療法を外来のがん治療室で行う患者も多い。

手術後に化学療法や放射線療法を行う場合は、病理診断結果が出てから治療方針が確定されるため、結果によって化学療法が必要となるかもしれないことを説明して退院させる。そのことで、患者も治療が続けられるかもしれないと認識している。そして、外来で、病理結果が伝えられ、治療方針が説明される。患者の多くは、その場で「ハイ」と返答する。しかし、入院後、治療が何回も繰り返されるとい認識はあまりなく、治療を始めてから、「手術より大変」とか、「こんなに時間やお金がかかるとは思わなかった」「副作用や食欲不振などによる体力低

下がキツイ」などの言葉が聞かれることが多い。患者は、医師からの説明時には必要性を認識しているようだが、実際に治療が開始されると、不満や不安を看護師に訴えてくる場合も多い。その原因を、看護師は、がん患者は病名を告知されてショックを受けたまま、手術などの治療の話を受けるが、医師は手術に関連したことしか話さない。手術後に体力が低下し、通常の体力に回復して日常生活に復するまでにはかなりの時間を要することはほとんど話されていない。特に、高齢者は手術そのものが順調に経過しても、体力が回復するまでにはリハビリテーションを実施しても、患者は考える水準になるまではかなりの時間がかかるので、そこまで入院してられるのではないかと本人も家族も考えてしまう。また、術後に化学療法や放射線療法などが必要なことを説明されていても、どのような状況になるかを理解している患者はほとんどいない。また、医師にこの治療が必要です、といわれると、考えて決断する時間はほとんど与えられていない。

2.2 退院の決断を支援する

(1) 退院指導の方法

退院指導用としてまとめたパンフレットは作っていない。カテーテル、経管栄養、吸引などが必要な場合は、それぞれの指導用パンフレットを組み合わせで渡している。輸液ポンプなどの指導書はがん相談室に用意してある。人工肛門以外は、A4で1枚にまとめたものを渡す。患者会の説明は、パンフレットを使って行う。

(2) ターミナル患者の退院支援

進行がんの場合は、化学療法もできないことを医師が説明して、対症療法、退院、転院、緩和ケア病棟などの情報を伝え、患者の意向も踏まえて決定している。方針が決まれば、それに向けて退院指導が行われる。しかし、患者の中には、「もう少し体力が回復したら」とか、「家族に迷惑がかかる」など、患者は退院できない事情を看護師に訴える。医療者が「今しか帰れない」「今がピーク」と評価していても、患者の認識はそれとは異なる場合があり、1日延ばしの間に、家に帰る機会を失ってしまう場合もある。また、家族からは、自宅での介護に不安を訴えられる場合が多い。このような患者には、ヘルパー派遣などのサービスを説明しても、「他人が家に入るのは嫌」、「他人の手を借りてまで連れて帰りたく無い」、などの理由が上げられ、他の家族への協力依頼もできない場合が多い。これらの状況を、看護師は、患者は自分の病気の見通しを自分で判断するのは難しく、死が近いといった認識のないまま、決断することができないのではないかと感じる。また、家族が受け入れるかどうかは、それまでの家族関係が関係し、また、他者の力を借りてまで退院させたくないという考えも、病前からの人間関係や生き方を反映していると感じている。

(3) がん相談室

がん専門看護師、退院支援の看護師が常駐している。患者から要望があれば連絡をとりアドバイスをを行う。また、毎週の病棟カンファレンスには、がん専門看護師が参加するので、看護師は、そこで相談をする。そうした仕組みがあることで、病棟看護師にとっても、困難な場合にも相談先がある安心感があると感じている。

(4) ブログなどの情報について

がん患者が自分の体験をインターネットを通じて書き込みを行っている情報を、患者も取り入れている。参考になり励まされていることも多いが、なかには、大きなショックを受ける患者もいる。しかし、患者自身が語る体験なだけに、看護師が修正しようとしても、困難な場合も多い。

2.3 患者と医療者間の問題についての解決策

(1) チーム・カンファレンス

人工肛門患者など、患者自身の受け入れが自己管理に影響するので、患者の発言が変化するタイミングを逃さないように、看護チーム全体で、患者の問題点や目標共有している。

(2) 術後の日常生活指導

手術のクリティカルパスはあるが、術後の日常生活行動の自立に関しては、看護が病棟独自のパンフレットを作成する

(3) 患者会の紹介

退院するときに、人工肛門や乳がんなどの患者会のパンフレットを渡し、紹介している。

2.4 今後の改善について

(1) 治療以外の知識を伝える仕組み

患者は、入院前に疾患や治療自体のことは詳しく調べている。一方、治療（特に手術や化学療法）が身体に与える影響や治療後の日常生活、費用に関しては詳しくはない。また、医師は、手術して病巣を「取ればよくなる」というような治療の結果に説明の重点を置く。手術前には、治療に関することだけでなく、術後の体の回復過程や費用の負担を説明しておく必要がある。

(2) 治療や治療以外の生活管理に関するパンフレットを用意する

放射線治療や化学療法などは病院内の共通パンフレットがあるので、その活用方法の検討と、治療後の生活管理について、患者にわかりやすい指導パンフレットを整える。

(3) 患者が治療や術後の日常生活を考える時間、重要なことを決める際の支援体制

実際には、情報を得て、考え・選択する時間が患者さんには与えられていない。治療前に、その後の生活管理をどのようにしていくか、何が必要かなど、家族の生活も含めた生活にかかわる専門職（MSW）、必要治療にかかる費用や退院後の生活に必要な事柄、例えば、住宅の改装や家族の支援、ケアサービスの利用などの選択の際に患者の意思決定を支援する。

(4) がん支援相談室の積極的な介入

家族関係が悪化している場合は、退院を強く勧められない。様々な事情から入院期間が長期にわたる可能性のある患者には、実際に長期化する前に、相談するような取り組みを行う。また、緩和ケアについても、治療している病棟で紹介しても、目的を理解しなかったり、治療ができなくなるのではないかと訴える患者・家族もいる。このような場合、治療全体を支援するがん支援相談室や緩和ケアチームの活用など、専門チームの積極的な介入を図る。

(5) ケアサービスの利用を理解してもらう

退院後の日常生活ケアについて、支援サービスを紹介しても、他人を家にいれたくないという患者・家族も多い。様々なケアサービス（他人の力）を利用することのメリットを患者に理解してもらうため、本人たちが、サービス提供者と直接に接する場面を作るなどの仕組み作りも必要である。さらに、必要な介護用品などを手軽に調達できる情報や実物を見て試すなど、入院中に解決できるサービスを提供する。

IV. 考察

アンケート調査およびヒアリング調査を通じて、患者－医療従事者間のコミュニケーションに関する以下のような課題が把握された。本調査の調査対象は範囲、件数とも限定的なものであるが、日本の病院が抱える課題に一般化することができる、もしくは一般化する際の参考情報として有益であると考えられる。

1. 患者・家族側の特性・課題

患者側、医療者、医療機関の特性として以下のような点が指摘された。

1.1 患者・家族の特性

- ① 聞きたいことがあっても、医師には直接は聞きにくいことがある。
- ② 医療者からの説明内容は、ネガティブなことは忘れ、信じたいこと（「病気が治る」「退院できる」「食事が摂れるようになる」など前向きな発言）だけを覚えている傾向がある。
- ③ リスク（改善しないこと）を受容できるとは限らない。
- ④ 考える時間を与えられずに、医療者から提示された治療方針に同意しなければならないような雰囲気がある。
- ⑤ 目前の治療や治療結果に関心が集中し、長期的な治療経過についてはほとんど理解や認識が及ばない。特に、治療が長期にわたって繰り返される化学療法は、費やされる時間、経済的負担、体力低下や社会生活の中断などの全体的な予測が付けられていない。
- ⑥ インターネットの普及に伴い、自分で情報収集して知識を身につけようとする人が増えている。しかし、インターネット上に氾濫する玉石混交の情報をうまく消化できずに、いたずらに不安を募らせている人や、過剰に疑心暗鬼になって医師や医療従事者の情報を信じられなくなっている人もいる。
- ⑦ 患者同士の情報交換は、患者の不安軽減に効果的であるが、個室化により、患者同士が出会う機会や自然発生的な情報を得る機会が減少しているとの指摘がある。
- ⑧ 病院の機能（急性期病院）について、ほとんど理解していない。
- ⑨ 近年、クレマー化する事例が増えているとの指摘もある。
- ⑩ 通常の生活の中では、病気や高齢になった時の家族間の支援体制などはほとんど考えられていない。問題に直面して、初めて考え始めるが、すぐには解決策が見つからない。
- ⑪ 本人と家族の意向が異なることにより、同意を円滑に得られないことがある。家族の支援体制は、通常の家族関係が反映し、療養生活の決定にも影響を与えている。
- ⑫ 日常生活に他者の援助が必要となった場合でも、公的な援助サービスなどを受け入れる、他者から援助されることに抵抗を示すケースも多い。

- ⑬ 高齢になっても、予後不良な疾患となっても、自分の生き方を自分で決断するための準備ができていない。若いうちから、あるいは通常の生活の中でも自分の人生を決定していくという、生死観の醸成や自己責任に対する教育が必要である。

1.2 医療従事者側の特性

(1) 医師

- ① 患者は、多くの場合、診療・治療に関する説明を主に医師から受けている。
- ② 診断結果や治療について、多くの場合は患者に説明している。しかし、手術であれば、手術そのものに伴うリスクは説明しても、術後の経過や生活上の変化についての説明は、十分に行われているとは言えない。
- ③ 確定的でないことは言えない、訴訟リスクを避ける、手術で見るまで実際には進行度などが分からない(「開けてみないと分からない」)、体質・術中の合併症など不確定要素が多い、診療時間が限られているなどの理由から、主治医自身がそれらの説明を行うのは実際には困難な条件が存在する。
- ④ 医師とのコミュニケーションは患者にとって非常に重要である。患者の安心・不安を大きく左右することから、今後も医師のコミュニケーション能力、コミュニケーションスキル、患者の決定を尊重する能力を向上させていくことが必要である。

(2) 看護師

- ① 患者は、看護師からも診療・治療に関する説明等を受けている。
- ② 入院即治療が開始される場合が多いので、治療計画に沿って、計画的に情報提供するような指導パンフレットや患者の情報収集の体制を整えるなど、効果的な情報提供が行われるように努めている。
- ③ 病気の種類によって患者が抱える問題を共通認識しており、スタッフ内での情報交換や相互支援を行っている。
- ④ 患者の不安や不満などは看護師に話されることが多い。そのため、病棟では、看護師が患者の聞き役となり、患者との意識合わせ(「合わせ鏡」)のための対応(質問、情報提供、信頼感の醸成など)に時間を費やしている。
- ⑤ 看護師は、治療後の体力低下や日常生活の復帰にはある程度の回復期間とリハビリテーションが必要なことを認識し、早期からの歩行訓練指導に取り組んでいるが、患者が期待する回復水準とのギャップに苦慮している。
- ⑥ 治療困難な患者は、生活の場で充実した生活を送ってほしいと考えているが、患者や家族が受け入れられない場合には、短い退院のチャンスを逃してしまうことに、力の限界を感じている。
- ⑦ 患者の不安を解消するために、WOC やがん専門看護師など、患者に専門にかかわる、あるいは継続的にかかわるスタッフが有効であると考えている。
- ⑧ いったんトラブルになった患者の問題解決は困難であり、在宅療法への移行や、転院など、問題解決に向けて、医療者と患者の間の調整(「合わせること」)が、ますます難しくなっている場合がある。

(3)医療機関

- ①それぞれの医療機関は、自分の病院の地域での機能や役割を定めて、その機能を発揮したいと考えているが、患者や地域の他の医療機関はその役割や機能を理解していない場合もある。
- ②転院では、転院元の情報と受入れ病院の提供する情報の乖離が発生することがあり、ボタンの掛け違いがその後の治療やケアに影響し、その対応のために長期間マンパワーが割かれることがある。
- ③医療連携室や退院調整室等を設置し、第三者の立場で双方が合意した調整がなされる場合には、標準化された方法で紹介元からの情報提供が行われ、こうした問題の低減につながる可能性がある。
- ⑤ 中小規模の医療機関では、専門的な機能をもった人材確保が困難であるとの指摘がある。

1.3 解決の方向性(案)

- ①入院してから情報提供や情報収集をするのではなく、入院前から患者と医療者が、治療や療養生活についての見通しを、「合わせる」機会を設定する。(入院説明会などの開催)
- ②手術などの治療を受ける前に、入院前教室などに参加して、準備を整えてから入院治療に臨むなど、患者教育システムを構築し、時間的、精神的ゆとりを持って入院生活が送れるような情報提供システムを考える。(パッケージ化する)
- ③慢性疾患や老化に伴う病気、がんなどの長期にわたる疾患では、家族の役割が不可欠である。その点で、終末期などの迫られた段階ではなく、患者が十分に判断力を持って行動できる段階から、自らの人生の締めくくりに関しての希望を意思表示し、文書に残す。
- ③①に提示した入院説明会などでは、医師、病棟看護師といった特定の職種からの情報提供ではなく、外来看護師、専門・認定看護師、薬剤師、検査技師、ME、MSWなどの専門性を活かし、それぞれの立場から専門的な観点での情報提供を行う。その際には、治療の説明や継続治療、生活調整を含めた患者全体の治療計画が明確になされること。そして、専門職がその機能と役割をどのように担うのか、連携の仕方など、を明確にする。
- ④患者を支えるマンパワーは院内のリソースに限定せず、外部の事業者を含める、入院時から退院・在宅生活を視野に入れた内容とする、集合形式で行い個別の質問を別途受けるようにする、落ち着いた雰囲気理解しやすいように配慮して話すこと、などがポイントである。
- ⑤医療機関の連携においては、地域病院の機能分化における相互理解と交流、地域住民の利用などについて、地域住民参加の広報活動が必要である。

V. 平成20年度の研究結果に基づいた考察

平成19年度の科学研究において、先駆的な情報提供システムを構築している医療施設への聞き取り調査の分析からは、患者—医療者間の情報共有を促進する情報機能として、1. 病院のリスク回避、2. 業務の効率化、3. 安全性の向上、4. 患者の不安の解消、5. 患者の求める知識の伝達、6. 医療への参加意識の向上、7. 患者の行動の変化の促進、の7つの機能を抽出した。そして、医療者は患者の特性に応じて、情報を計画的に提供している状況を明らかにした。

そして、そうした患者参画を促進する情報提供のポイントとして、医療者と患者の情報共有

であり、その方法として、可視化して患者が理解しやすい媒介物を整えることや、媒介物を利用する際には、患者・家族とリスクの共有化を図る、そのために、一方的な指導ではなく、患者・家族の参加とリスクの共有や意識の共有の視点を持つ、確認文書や質問用紙を活用して患者の意識・行動変容を促す、外来での情報収集機能・教育機能の強化を図る、環境に視点をおいた癒し効果の活用など、患者の特性や患者と医療者の関係性、患者が置かれる環境的な視点から、11項目が挙げられた。

そこで、この研究では、医療者と患者・家族間において、治療や療養生活について、長期にわたり、多様な情報の共有化を必要とするがん患者への情報提供を対象として、医療機関で行われている情報提供の実態を調査したものである。

その結果、以下のような状況が把握された。

1. それぞれの医療機関においては、各医療機関の機能と役割において、患者を受け入れ必要な医療を提供しており、患者の主体的参加と患者が納得できる医療のために、情報共有の重要性を認識し、情報提供の仕組みを構築している。
2. 医療者はその役割に応じて、患者・家族に対し、必要と考える情報提供を行っているが、受け手である患者に対し、必ずしも効果的な情報提供がなされているとは限らない。
3. 患者-医療者間の問題は、患者と医療者間の情報提供や双方の確認不足などによって発生している場合が多く、一旦、問題が浮上した場合には、その対応に多くの時間と人材が割かれている。
4. 患者・家族と医療者の情報共有システムには、様々な機能をもった医療専門職がその専門性を発揮してチームで情報提供するシステムが有効であると考えられている。
5. がんのような、長期にわたって治療が継続していく疾患、生活全体に影響を与える疾患では、当面の検査・治療・手術等に関する情報提供だけではなく、術後の見通しや退院後の生活、さらに経済的な面まで含めた長期的かつ包括的な視点で療養生活を支援する情報提供のしくみが必要である。
6. 患者・家族が医療の主体者として機能するためには、若いうちから、あるいは通常の生活の中でも自分の人生を決定していくという、生死観の醸成や自己責任に対する教育が必要である。

VI 総合考察

平成 19 年度の研究においては、先駆的な情報提供を行っている病院の聞き取り調査を実施した、その結果、患者への情報は患者が医療機関に受診する前から始まっており、受診機関にアクセスする段階から、受診・入院決定時、入院時、入院中、退院決定時、退院と経過のあらゆる段階で情報提供なされていることがわかった。その中で、医療者の情報は、患者の段階を次の段階に推進させる決定的な役割を果たしていた。

また、医療機関における提供される患者への情報は、その対象の特性に応じて、患者の認知を促したり、リスク回避を目的としたり、患者の自立支援を促すものであったりと多様な目的で行なわれていた。それらの情報の提供における特徴を概観すると、

1. 医療機関の情報は、文書、掲示、ホームページ、口頭、実物提示等の多様なルートで、多様な内容の情報が患者に対して提供されている。

2. 情報提供の手順は、病院単位、診療範囲などで、目的に応じ、計画的・意図的に計画されており、医療者の役割が明確になされている。
3. 情報提供の枠組みの設定は、患者のもつ特性や情報の受け止めによるリスクなど、多くの出来事の体験の中から意図的に計画され、多くは情報提供のための媒介物（説明書やパンフレットなど）が準備され、基準に従った情報提供がなされていた。
4. 情報提供場面は、患者の反応を促したり確認する機会であり、スキルの高い医療者は、患者の反応を見て次の対応を適切に変化させるなど、媒介物は医療者と患者の相互作用を促す道具、機会、コミュニケーションツールとして活用されていた。=『合わせ鏡モデル』
4. 情報提供は、患者の行動変容や決断を促し、患者の理解・納得を尊重する必要性から、リスクの高い状況では、口頭説明だけでなく情報をパッケージ化して提供したり、患者・家族と共有する仕組み（患者目標を書き出すチケットボード、説明時の同席など）や、専任スタッフを設けるなどの事例が把握された。
5. 環境も大きな役割を果たしている。米国においては、治療に関わる専門情報だけでなく、病院そのものの持つ癒しの機能や人的資源（サバイバーなどのボランティア、代替療法、飲み物や音楽）などの情報が、患者・家族の緊張感を取り除くものとして利用され、本来の治療効果を高める相乗効果を果たしていた。

平成 20 年度の研究は、主として、長期にわたり多様な情報の共有化を必要とするがん患者への情報提供を対象として、医療機関で行われている情報提供の実態を調査した。

その結果は、20 年度の考察で前述したように、患者—医療者間、患者—家族間、医療機関の連携においても、多くの課題が抽出された。その主なものは、

1. 医療者はその役割に応じて、患者・家族に対し、必要と考える情報提供を行っているが、受け手である患者に対し、必ずしも効果的な情報提供がなされているとは限らない。
2. 患者—医療者間の問題は患者と医療者間の情報提供や双方の確認不足などによって発生している場合が多く、一旦、問題が浮上した場合には、その対応に多くの時間と人材が割かれている。

その解決策としては、

1. 患者・家族と医療者の情報共有には、様々な機能をもった医療専門職がその専門性を発揮してチームで情報提供するシステムが有効であると考えられる。
2. がんのような長期にわたって治療が継続していく疾患、生活全体に影響を与える疾患では、当面の検査・治療・手術等に関する情報提供だけでは十分ではなく、術後の見通しや退院後の生活、さらに経済的な面まで含めた長期的かつ包括的な視点で療養生活を支援する情報提供のしくみが必要である。
3. 患者・家族が医療の主体者として機能するためには、若いうちから、あるいは通常の生活の中でも自分の人生を決定していくという、生死観の醸成や自己責任に対する教育が必要である。

結論

患者・家族が医療の主体者として機能するためには、患者が学習するために必要な情報と

時間、患者の決定を支援する専門的な機能をもった人材が必要である。そのためには、疾患の特性に応じて、患者と医療者が、治療や療養生活についての見通しを、「合わせる」機会を設定することが重要である。長期にわたる療養生活や生活管理が必要な慢性疾患や機能障害を伴う疾患、高齢に伴う機能低下などは、入院治療がいかにかに優秀な成績を上げたとしても、解決できない多くの問題が発生する。これらの問題に取り組むためには、患者や家族自身が、病気の特徴や必要な生活管理の方法を学び、自らが生活の主体者になることが不可欠である。医療者自身、こうした病気を抱えて生活することの困難性を理解し、患者が主体的に行動できるための情報提供、支援の方法を患者の立場に立って構築すべきである。そうした情報提供のシステム作りが、患者主体の医療、患者の医療参画が実現できる鍵になろう。患者—医療者が互いの姿勢を合わせ、早い段階で患者・家族に当事者として関与してもらうことで、従来からの医療安全対応で行ってきた後追いの解決から脱却できるという展望が示唆された。

注)「合わせ鏡」「合わせる」ということについては、臨床現場において、従来から、医療従事者、特に看護職者は、患者の背景やニーズを把握し、最適の支援を行うような努力通じて行ってきた。ここでは、個人対個人の支援にとどまらず、組織的な対応やそのためのしくみのあり方を含めた概念として、また病院の機能特性や診療報酬上の制約、治療としてできることの限界など、現在の医療システムの限界を認識しつつそれを乗り越えるための支援を含めた概念として、「合わせ鏡」「合わせる」という表現で示した。