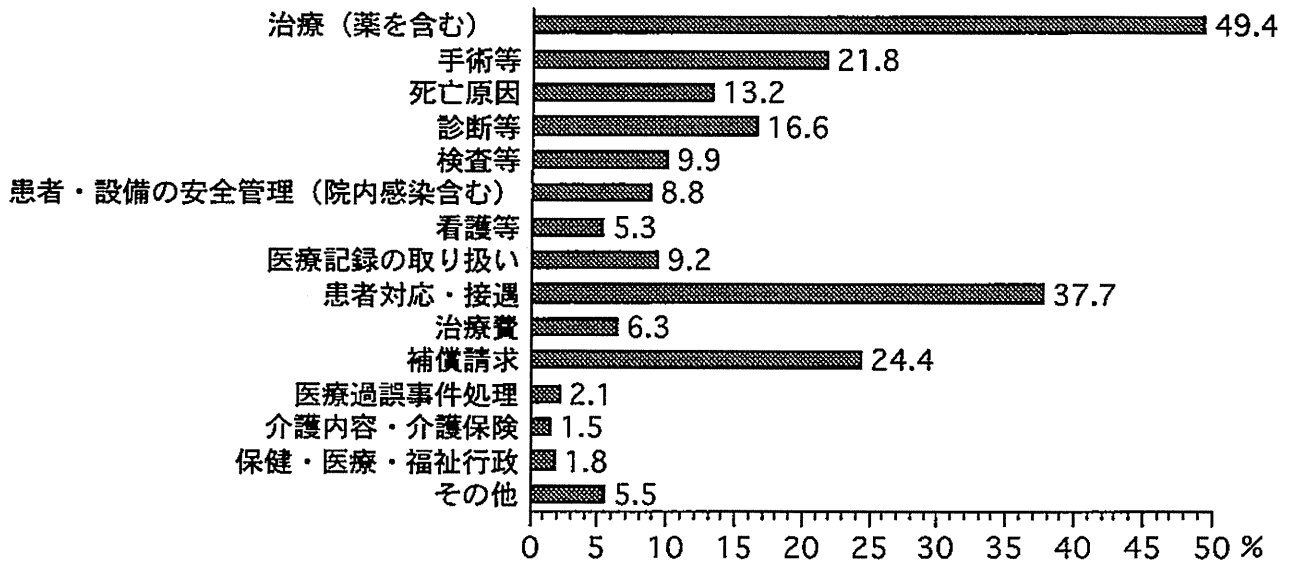
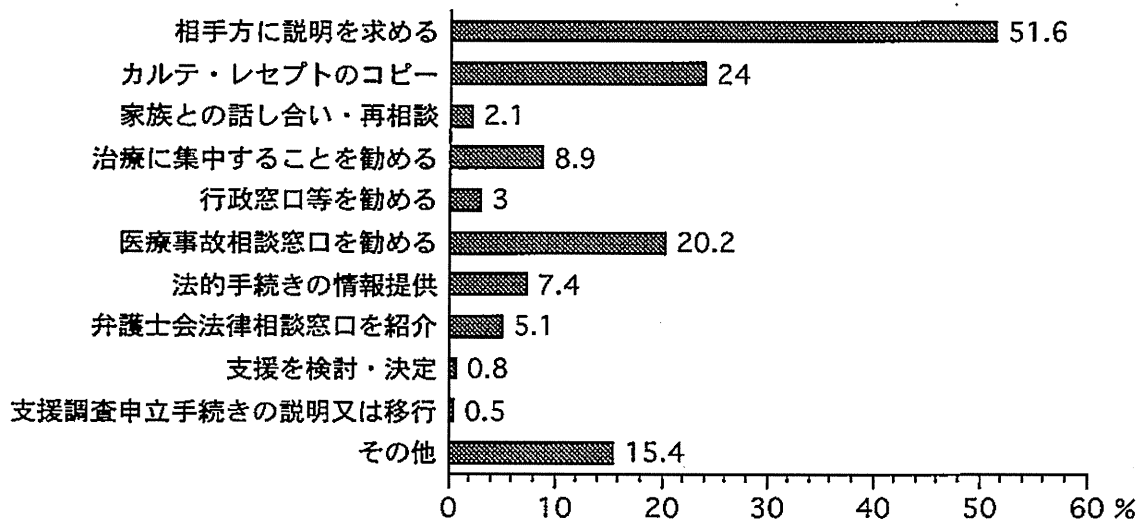


2003～2012年の相談集計

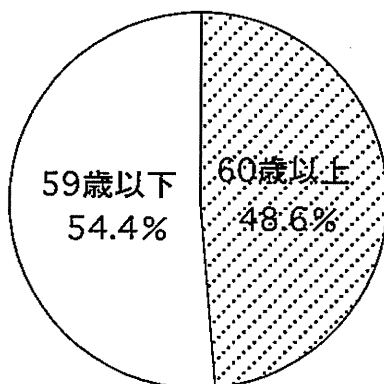
相談の主な内容（複数選択、10年間の総件数を100とした%）



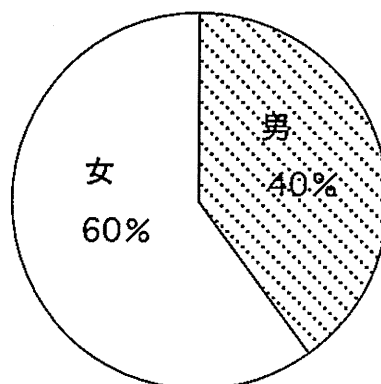
助言の主な内容（同上）



患者の年齢



患者の性別



説明不足について

苦情は自己決定が不十分な状況と、期待と異なる現象等によって発生する、その打開のためには説明不足を極力減らすべきで、以下に患者の声を例示する。

病状、病態について

- 現時点での症状、これに対する治療法、改善の見通しの説明がない
- がん治療の効能、リスクに関する説明不足
- 入院後の治療に不安、転院したい

検査について

- 救急で運ばれ検査結果の説明無く同意書にサインさせられた

病名、診断について

- Aと診断されていたが転院後Bと診断され薬も減った。Aの診断根拠を知りたい
- なぜ子宮癌の再発に気づけなかったのか、説明がない

治療について

- 歯科医で実施したと説明された治療につき他の歯科医では実施されてないと言われた。説明を求めたら顔面を叩かれた
- スカートを履きたくて下肢静脈瘤の手術をしたのに傷跡が残った。傷跡が残ることの説明がなかった
- 入院中転倒して4日後に容態急変、頭蓋内出血のため開頭手術をしたが意識が戻らない、なぜこうなったのか
- 乳がんの手術で事前の説明と異なる部位を手術された

投薬について

- 薬の副作用と見られる症状と薬との関係、現時点での症状、これへの治療法、改善の見通しについて説明がない
- 長期の投薬の必要性和死亡原因との関係を説明してほしい

手術の危険性について

- 出産後、子宮全摘になった。一応の説明はあったが、説明が下手で判りにくかった
- 未破裂脳動脈瘤の術中破裂により高次脳機能障害となる。術前の説明不足
- 網膜剥離の危険性につき説明がないままレーシック手術がされた

感染について

- MRSAに感染したのは病院の管理が悪いからではないか

死亡原因について

- 死亡原因、敗血症・DICの原因について説明がない
- 心不全・慢性呼吸不全・肺炎で緊急入院、1週間後に死亡。急死に対する説明不足
- 入院患者の容態が変化したにもかかわらず医師が30分以上来ずに死亡した、説明がほしい
- 死亡原因に関して院長より「素人に話しても分からないでしょう」と言われ説明がない

不適切な処置について

- ベッドにしばる等の身体拘束の理由の説明がなかった

費用について

- 治療前に治療内容とその費用についての説明がなかった
- 矯正歯科で高額な治療費、明細がない
- 同意書に「患者さまのご都合により治療を中断する場合、治療費の御返金には一切応じかねます」と記載されており、未治療分の費用の返還を拒否された

相談員による対話のサポート

相談員は相談者の代理人ではなく、あくまでも相談者のエンパワメントを心がける。

苦情を整理する

相談者は漠然と不満を持っていながら具体的にどうしたらいいのかイメージがない、或いは苦情が多くあって整理されていないこともある。苦情を整理しながら、それに順位を付けることも検討。

真に何をしたいのかを考えてもらう

相談者の中には確固たる考えを持ち、それを確認したい人もいる。第三者から見てそれが支持されるのかどうか検討し、再考を促すこともあり、その人が解決の方向に進むための助言を行う。

真実を知るために

苦情の多くは相談者が把握している事実と医療側が把握している事実とに相違がある。事実を共通認識にするための対話が重要。

社会保障に関する基本理念文献

日本国憲法 1946年

第11条 (基本的人権の享有)

国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる。

第12条 (自由及び権利の保持責任)

この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によって、これを保持しなければならない。

第13条 (個人の尊重)

すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

第14条 (法の下での平等、貴族制度の廃止、栄典の授与)

すべて国民は、法の下に平等であって、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない。

第25条 (生存権、国の社会保障的義務)

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

②国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

第97条 (基本的人権の本質)

この憲法が日本国民に保障する基本的人権は、人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果であって、これらの権利は、過去幾多の試練に堪へ、現在及び将来の国民に対し、侵すことのできない永久の権利として信託されたものである。

第98条 (憲法の最高法規性、条約及び国際法規の遵守)

この憲法は、国の最高法規であって、その条規に反する法律、命令、詔勅及び国務に関するその他の行為の全部又は一部は、その効力を有しない。

②日本国が締結した条約及び確立された国際法規は、これを誠実に遵守することを必要とする。

WHO 憲章 1946年

健康とは、単に病気や虚弱でないということだけではなく、肉体的・精神的さらには社会的に良好な状態をいう。到達しうる最高水準の健康を享受することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的もしくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的人権の一つである。

各国政府は、自国民の健康に関して責任を有し、この責任は、十分な保健的及び社会的措置を執ることによってのみ果たすことができる。

世界人権宣言 1948年

(前文) 人類社会のすべての構成員の固有の尊厳と平等でゆずることのできない権利を承認することは、世界における自由、正義及び平和の基礎である……

第22条 すべて的人是は社会の一員として社会保障を受ける権利を有し、……

第25条 ①何人も、衣食住、医療及び必要な社会的施設等により、自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を保持する権利並びに失業、疾病、心身障害、配偶者の死亡、老齢その他不可抗力による生活不能の場合に、保障を受ける権利を有する。

②母と子とは、特別の保護及び援助を受ける権利を有する。すべての児童は、嫡出であると否とを問わず、同じ社会的保護を受ける。

国際人権規約(社会権規約) 1976年

第12条 この規約の締結国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める。

アルマ・アタ宣言 1978年

第10条 現在かなりの部分が軍備と軍事紛争に使われている世界の資源を、十分にかつよりよく利用すれば、世界中のすべての人々の健康水準は西暦2000年までに十分達成可能となろう……

ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言
WHO(世界保健機関)患者の権利に関するヨーロッパ会議
(1994年3月28日～30日於アムステルダム)

患者の権利

1 保健医療における人権と価値

「はじめに」において引用された規範的文書は、保健医療の場面にも妥当するものとして理解されるべきであり、したがって、これらの文書において明らかにされている人間の価値は医療保障制度にも反映されるべきことが注意されなければならない。また、例外的な制限が患者の権利に対して課される場合には、その制限は国際的人権規範にしたがっていないなければならない、かつその国の法律に根拠をもつものでなければならないことが注意されるべきである。更に、以下に明記される権利は、他者の健康及び権利に十分配慮した上で行使すべき責任を伴うものということができるだろう。

- 1.1 すべて人は、人間として尊重される権利を有する。
- 1.2 すべて人は、自己決定の権利を有する。
- 1.3 すべて人は、身体及び精神の不可侵性の権利及び身体の安全を保障される権利を有する。
- 1.4 すべて人は、プライバシーを尊重される権利を有する。
- 1.5 すべて人は、その道徳的及び文化的価値観、並びに宗教的及び思想的信条を尊重される権利を有する。
- 1.6 すべて人は、疾病の予防及び保健医療に対する適切な措置によって健康を保持される権利、および、達成可能な最高水準の健康を追求する機会をもつ権利を有する。

2 情報

- 2.1 保健医療サービス及びその最適な利用方法に関する情報は、関心を有する全ての人の利益のために、公けに利用可能にされるべきである。
- 2.2 患者は、容体に関する医学的事実を含めた自己の健康状態、提案されている医療行為及びそれぞれの行為に伴う危険と利点、無治療の効果を含め提案されている行為に代わり得る方法、並びに診断、予後、治療の経過について、完全な情報を提供される権利を有する。
- 2.3 情報は、その提供による明らかな積極的効果が何ら期待できず、その情報が患者に深刻な危害をもたらすと信ずるに足る合理的な理由があるときのみ、例外的に、患者に提供しないことが許される。
- 2.4 情報は、それが提供されようとする患者の理解能力にふさわしい方法で伝達されなければならない。耳慣れない専門用語の使用は最小限にとどめられなければならない。患者が一般に用いられている言語を話せないときは、何らかの方法での通訳が提供されるべきである。
- 2.5 患者は、明示的に要求したときには、知らされない権利を有する。
- 2.6 患者は、誰であれ、自分に代わって情報を知らされる者を選任する権利を有する。
- 2.7 患者はセカンド・オピニオンを得る可能性を有するべきである。
- 2.8 保健医療施設に入院した場合には、患者は、自己の治療にあたる保健医療専門職員の氏名及びその専門的地位について、また自己の滞在与ケアに適用される規則ときまりについて情報を提供されるべきである。
- 2.9 患者は、保健医療施設を退院する場合には、自己の診断、治療及びケアに関する書面による要約を要編求することができ、かつこれを交付されるべきである。

3 コンセント

- 3.1 患者によるインフォームド・コンセントは、あらゆる医療行為にあたって事前に必要とされる。
- 3.2 患者は、医療行為を拒否し、または中止させる権利を有する。そのような医療行為の拒否あるいは中止の結果生じうる事態については、患者に対し慎重な説明がなされなければならない。
- 3.3 患者が自己の意思を表明することができず、かつ医療行為が緊急に必要であるときは、その患者のコンセントがあったものと見なすことができる。ただし事前の意思の表明により当該状況下においてコンセントをしないことが明らかなきときはこのかぎりでない。
- 3.4 法定代理人のコンセントが必要であり、かつ提供されようとする医療行為が緊急に必要にもかかわらず代理人のコンセントを即時に得ることが不可能なときは、その治療を実施することが許される。
- 3.5 法定代理人のコンセントが必要な場合であっても、患者は（未成年であると成年であると問わず）その能力が許すかぎり意思決定の過程に関与させられなければならない。
- 3.6 法定代理人がコンセントを与えることを拒否し、かつ医師その他の提供者がその医療行為が患者の利益となるとの意見である場合には、その決定は裁判所もしくは何らかの仲裁機関に付託されなければならない。
- 3.7 患者がインフォームド・コンセントを与えることができず、しかも法定代理人も、患者がこの目的のために選任した代理人もない場合には、明らかとなっていること及び患者の望みであると推定されうることを最大限に考慮した上で、代わりの意思決定手続を提供するために適切な手段が講じられるべきである。
- 3.8 患者のコンセントは人体のあらゆる組織の保存及び利用に当たっても必要である。現に当該患者に対する診断、治療及びケアが行われている過程の中で人体の組織が使われている場合には、コンセントがあると推定することが許される。
- 3.9 患者のインフォームド・コンセントは、臨床教育に参加を求めるときに必要とされる。
- 3.10 患者のインフォームド・コンセントは、科学研究への参加にあたり事前に必要とされる。あらゆる研究の実施要領は固有の倫理的な審査手続に付せられなければならない。このような研究は自己の意思を表明できない者に対して実施すべきではない。ただし、法定代理人のコンセントがあり、当該研究が当該患者の利益になると思われる場合はこの限りでない。

研究への参加が患者の利益になる場合という要件に対する例外として、無能力者が、何ら反対の意思を表明せず、研究による危険及び/あるいは負担が最小の場合で、その研究が重要な価値を持ち、かつ代替しうる手段が全くなく他の研究課題を流用できない場合には、その患者の健康に直接の利益とならない観察的研究に参加させることが許される。

4 秘密保持とプライバシー

- 4.1 患者の健康状態、医学的な状況、診断、予後、治療その他の個人的性質にかかわる情報はすべて秘密にされるべきである。これは死後においても同じである。
- 4.2 秘密にされるべき情報は、患者が明示的にコンセントを与えた場合もしくは法が明らかに規定している場合のみ開示されうる。情報の開示が、当該患者の治療にかかわる他の医療提供者に対してなされる場合には、コンセント

があるものと推定される。

- 4.3 患者を特定できるデータはすべて保護されなければならない。データの保護はその保管方法に応じて適切になされなければならない。同様に、それから個人を特定するデータを引き出しうる人体の組織も保護されなければならない。
- 4.4 患者は、自己の医療記録や専門記録及び自己に対する診断、治療及びケアに付随するその他のファイルや記録にアクセスし、自己自身のファイル及び記録あるいはその一部についてコピーを受領する権利を有する。第三者に関するデータはアクセスの対象から除外される。
- 4.5 患者は、自己に関する個人データ及び医療データについて、それが不正確、不完全、不明瞭だったり、古くなったり、診断や治療及びケアの目的と無関係である場合には、その訂正・補完・削除・明瞭化、更新を要求する権利を有する。
- 4.6 患者がコンセントを与えていることに加え、その患者に対する診断、治療及びケアに必要なものとして正当化される場合でなければ、患者の私生活及び家庭生活への干渉は許されない。
- 4.7 医療行為は個人のプライバシーを十分尊重した上でのみなす。これは医療行為には、その患者がコンセントを与え、もしくは要求した場合を除き、必要な者以外の立ち会いが許されないことを意味する。
- 4.8 保健医療施設に入院した患者は、プライバシーを保障する物理的な設備を期待する権利を有する。医療提供者が身体に直接触れるケアを提供したり、検査や治療を実施しようとする場合には特にそうである。

5 ケアと治療

- 5.1 すべて人は、自己の健康の必要性に応じた保健医療を受ける権利を有する。これには予防的ケアや健康増進を目的とした活動も含まれる。サービスは継続的に利用でき、すべての者に公平にアクセス可能でなければならない。そして差別なく、その社会において利用できる経済的、人的、物的資源に応じて提供されなければならない。
- 5.2 患者は、医療保障制度のあらゆる段階において、提供されるケアの範囲、質、機能を含むサービスの計画及び評価に関連する事項に関して、何らかの形で代表を送る集団的権利を有する。
- 5.3 患者は高度な技術水準のみならず患者と保健医療提供者の間の人間的な関係に裏づけられる質のケアを受ける権利を有する。
- 5.4 患者は、自己に対する診断、治療及びケアに関与しうるすべての医療提供者及び/あるいは施設との協力を求め、継続的なケアを受ける権利を有する。
- 5.5 ある特定の治療の供給が限られていて、提供者が、それを受ける者を患者の中から選択しなければならない場合には、すべての患者が公正な選択手続によって選ばなければならない。そのような選択は医療水準に基づいたものでなければならない。いかなる差別もあってはならない。
- 5.6 患者は、医療保障制度の機構と両立する範囲内で、自己の医師その他の医療提供者及び保健医療施設を選択し、変更する権利を有する。
- 5.7 保健医療施設にとどまる医学的な理由がもはやない患者は、他の施設に移され、あるいは自宅に送り返される前に十分な説明を受ける権利を有する。移送は、他の保健医療施設がその患者を受け入れることに同意した後のみ可能である。患者が自宅に帰される場合、その患者の状態を考慮してそれが必要であるときには在宅サービスが利用できな

ければならない。

- 5.8 患者は、自己に対する診断、治療及びケアにおいて、尊厳をもって扱われる権利を有する。これは患者の文化や価値観を尊重してなされなければならない。
- 5.9 患者は、ケア及び治療の過程において、家族、親戚、友人からの援助を受け、いつでも精神的な支援と指導を受ける権利を有する。
- 5.10 患者は現在の知見に応じて、苦痛を軽減される権利を有する。
- 5.11 患者は人間的なターミナルケアを受け、尊厳ある死を迎える権利を有する。

6 適用

- 6.1 この文書によって明らかにされた権利の行使のためには、この目的のための適当な手段が確立されるべきである。
- 6.2 これらの権利の享受は、差別なく保障されるべきである。
- 6.3 これらの権利を行使するに当たり、患者は、国際的人権規範に適合し、かつ、法定の手続にしたがった制限にのみ服する。
- 6.4 患者がこの文書で明らかにされた権利を自ら行使しえない場合には、これらの権利は、法定代理人、もしくはその目的のために患者から選任された代理人によって行使される。法定代理人も個人的な代理人も以内場合には、患者を代表する他の手段が講じられるべきである。
- 6.5 患者は、この文書に明らかにされている権利の行使を可能にするような情報や助言にアクセスできなければならない。裁判所の救済手続きに加えて、苦情を申し立て、仲裁し、裁定する手続きを可能にするような、その施設内での、あるいはそれ以外のレベルでの独立した機構が形成されるべきである。これらの機構は、患者がいつでも苦情申立手続きに関する情報を利用でき、また独立した役職の者がいて患者がどのような方法を探るのが最も適切か相談できるようなものであることが望ましい。これらの機構は更に、必要な場合には、患者を援助し代理することが可能となるようなものにすべきである。患者は、自分の苦情について、徹底的に、公正に、効果的に、そして迅速に調査され、処理され、その結果について情報を提供される権利を有する。

7 定義

このヨーロッパにおける患者の権利の原則においては、次の用語は以下の意味で使われている。

患者 健康であるか病気であるかを問わず、保健医療サービスの利用者

差別 人種、性別、宗教、政治信条、国籍及び社会的出身、少数民族や個人的反感との関連で典型的になされる人相互間の区別

保健医療 医療、看護その他の医療提供者及び保健医療施設によって実施されるサービス医療提供者 医師、看護師、歯科医その他の医療専門職員

保健医療行為 あらゆる診断、治療、その他診断的、治療的、リハビリ的な目的を持ち、医師その他の保健医療提供者により行われる行為

保健医療施設 病院、ナーシングホーム、障害者のための施設などあらゆる保健医療機関ターミナルケア もはや利用可能な治療方法によってはその病気や状態の重大な予後を改善することが不可能な場合に提供されるケア、並びに死に際するケア。

(患者の権利法をつくる会訳)

患者さんの“気づき”を高めるヒント



～ 健康な時ほど大切 ～

医療者と患者さんとの良好な関係づくりは、患者さんの満足度を高め、治療方針の決定においてとても大切です。そのためには、患者さんが健康な時から医療への関心を持ち、医療者に伝えるべき事を意識・整理しておくことが大きなカギとなります

～ 伝えて・分かり合う ～

患者さん(「患者」になる可能性のある全ての人)にとって、医療者へ何を伝える必要があるのか、受診に備えた日々の心構え等を下記『あなたが伝える患者情報8カ条』としてひな型を作成しました。この8カ条を患者さんが受け入れることによって、患者さん自身の健康情報管理とコミュニケーション力が良くなり、患者さんからの適切な情報提供は、患者さんの満足度向上や、医療効率の改善につながることを期待できるでしょう

～ 患者さんと一緒に ～

私たちの『8カ条』をひな型としてご利用いただき、皆さんの医療機関でも、それぞれの『〇カ条』を皆さんの患者さんと一緒に多くの方に広めていただくことを提案します

あなたが伝える患者情報8カ条

- あなたの情報提供が、医療者との相互信頼・協力体制をつくります！
- 医療の未来を築く大切な宝は、あなた自身が持っているのです！

- 【1、情報収集】 **体調変化に備えて、適切な相談機関を調べておきましょう**
- 【2、心構え】 **初診は「お見合い」、十分な準備で臨みましょう**
- 【3、ありのまま】 **正しい診断や相互の信頼関係をつくるには正直な報告から**
- 【4、納得】 **分からないことは遠慮無く質問を、セカンドオピニオンの利用も**
- 【5、ライフスタイル】 **あなたの性格、仕事、家族、住居の情報も、重要な診断要素です**
- 【6、感想文】 **良かった点と改善点の感想文提出を、それは退院時のエチケット**
- 【7、寄り添い】 **慢性病ではあなたも主治医、医療者と二人三脚の取り組みで**
- 【8、意思表示】 **もしもの時に備え、あなたの意思を周囲の人に
知らせておきましょう**

「クリニックITフォーラム2013/待合室から医療を変えようプロジェクト資料」

医療政策実践コミュニティー(Health Policy Action Community : H-PAC)「8カ条班」有志
連絡先 hachikajyo@yahoogroups.jp, 提言書 <http://h-pac.net/report2.html>

(障がいと生きる社会を考える)

「後遺症と障がいを生きる社会を考える」

橘とも子氏

(国立保健医療科学院 健康危機管理研究部 上席主任研究官)

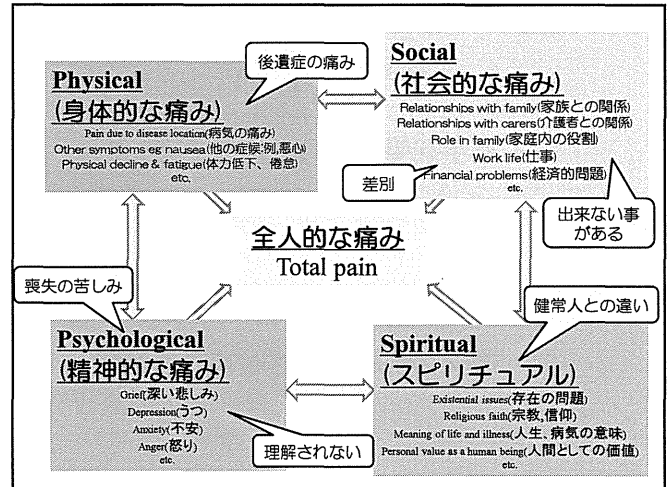
「障がいと生きる人の家族の立ち位置」

橘秀昭氏

(医療法人社団 松井病院 副院長)

障がいと生きる人の 家族の立ち位置

松井病院
副院長 橋 秀昭



傾聴とは

- 「志向相関的に聴くことを通して、傾聴する対象となる人が自分自身の存在と自分の人生を肯定できるような新しい物語（構造）の再構成ができるように援助する行為」

構造構成理論～緩和ケアの本質を解く～岡本拓也より

「志向相関的」

- 人によって世界の見方(存在・意味・価値)は異なる。お互いの違いを理解しようとする努力、尊重しようとする努力が大事。



傾聴とは

- 「志向相関的に聴くことを通して、傾聴する対象となる人が自分自身の存在と自分の人生を肯定できるような新しい物語（構造）の再構成ができるように援助する行為」

構造構成理論～緩和ケアの本質を解く～岡本拓也より

傾聴を通して

- 話をすることで本人が問題点の整理を行う事が出来る。
- 新しい視点を獲得する事が出来る場合がある。
- 辛い出来事を経験を肯定的にとらえなおす事が出来るかも知れない。



傾聴の基本

- 相手を受け入れる態度
- 適切なうなずき、相づち
- 時折、相手の発言を繰り返す
- 適切な情報を引き出す為の質問



落ち込んでいる家族への接し方

- うつ状態の人に対しては **がんばれ**
「頑張れと励ましてはいけない」



じゃあ、どうしたらいいんでしょう？



現実的な対応

1. 何かネガティブな事を言っているでもスルーする。
2. 自分はいつでも相手の味方だと言うメッセージを伝える。
3. その人の持っている良い点を認める。
4. 逆境の中で頑張っている事を認める。

やるべきでは無い事

- 頑張れと励ます。
- 相手の話を遮ってやたらとアドバイスする。
- 相手の話に反論する。
- しかる。



まとめ

- 障がいと共に生きている家族の苦しみに
ついては「Total Pain/全人的な痛み」と
いうとらえ方が有効です。
- お互いの違いを尊重した上でのサポート
が重要です。
- 自分自身の人生も大事にしましょう。

【第2部】 シンポジウム

中山健夫氏（京都大学大学院医学研究科健康情報学分野 教授）

大山正夫氏（患者の権利オンブズマン東京）

橘とも子氏（国立保健医療科学院健康危機管理研究部上席主任研究官）

橘 秀昭氏（医療法人社団 松井病院 副院長）

患者を知りたい入門講座 参加者アンケート

1. 今回の「入門講座」にどのようなきっかけでご参加されましたか。

- 患者ニーズを知りたいから 自身の立ち位置を考えるため
 患者・家族へよりよい支援のため メーリングリストで知って
 その他 ()

2. 講座へのご参加で、ご自身の「立ち位置」の認識することはありましたか。

- 自身の立ち位置を考えるきっかけになった
 他職種との連携を意識することができた
 特に意識することはなかった 「立ち位置」の意味がわからなかった
 その他 ()

3. 今後も「入門講座」が開催されるようでしたら参加されたいと思いますか。

- ぜひ参加したい テーマや講師によって参加する わからない
 次の点を改善すれば参加したい ()
 その他 ()

4. 本日の各講師の講演について感想があればお書きください。

- ① 中山健夫先生 ()
()
② 大山正夫先生 ()
()
③ 橋とも子先生 ()
()
④ 橋 秀昭先生 ()
()

5. 「入門講座」を他職種連携や情報提供をより向上させる人材養成に役立てるアイデアがありましたらご教示ください。

6. 今日の内容全般や進行等についてご意見・ご感想をお聞かせください。

※ 記入欄が不足の方は裏面へお書きください。

ご協力ありがとうございました。

患者を知りたい入門講座 参加者アンケート集計結果

参加者 33 名 アンケート回収数 20 枚

1. 今回の「入門講座」にどのようなきっかけでご参加されましたか。(複数回答あり)

- 患者ニーズを知りたいから 4人
- 自身の立ち位置を考えるため 3人
- 患者・家族へよりよい支援のため 5人
- メーリングリストで知って 6人
- その他 4人

- ・ご本を拝読していたので。傾聴ボランティア活動に活かしたいと思ったので。
- ・会社関係からの紹介
- ・橘とも子先生からの紹介
- ・ボランティア活動
- ・講座のタイトルに惹かれて来ました。
- ・勤め先(製薬会社)で患者中心の医療が会社中心の policy になっているため。

2. 講座へのご参加で、ご自身の「立ち位置」の認識することはありましたか。(複数回答あり)

- 自身の立ち位置を考えるきっかけになった 16人
- 他職種との連携を意識することができた 5人
- 特に意識することはなかった 「立ち位置」の意味がわからなかった
- その他 ()

3. 今後も「入門講座」が開催されるようでしたら参加されたいと思いますか。(複数回答あり)

- ぜひ参加したい 12人
- テーマや講師によって参加する 6人
- わからない
- 次の点を改善すれば参加したい ()
- その他 ()

3. 本日の各講師の講演について感想があればお書きください。

① 中山健夫先生

- ・ EBM の意味を再認識させられた。
- ・ 相手と自分は何ができるかという共有できる新しい価値づくりにお互いが立っている意識大事ですね。

- ・ 最後のスライドの内容に感銘を受けました。相手（のために）に自分は何ができるか、相手と一緒に何ができるか、という視点を持っていきたいと思いました。
- ・ 国民の「がん情報不足感の解消に向けて」の3つの柱で、3つ目の患者が **demanding** 要求「足りていない」という気持ちから「受けて」から「送り手」へ変化するという視点が重要と考えました。
- ・ 全体的に専門的な「患者情報視点」を整理して考えることができました。
- ・ 「自分が何ができるか？」という問いかけを改めて自分でも考えました。
- ・ 患者から発信される情報の重要性を理解しました。
- ・ 新しい発見がありました。
- ・ 私の立ち位置に科学的根拠をいただいたと思います。
- ・ 患者視点の情報提供が具体的に欲しいと切に願っています。
- ・ とても講演が上手であったという間に時間が経過したという印象です。内容としても理解しやすく勉強になりました。
- ・ たいへん勉強になりました。
- ・ EBM、ナラティブについて勉強したいと思っていたので良い機会になりました。「患者視点情報」と「エビデンスとは違った個別の治療を考える」ことが大切なことを知りました。
- ・ EBM の本当の意味を、最近実感するようになりました。
- ・ 一番最後のスライド「立ち位置」の変容がとても印象に残りました。

② 大山正夫先生

- ・ 患者の権利オンブズマンのことが知れてよかった。
- ・ 患者を広義にとらえること、医療の現場を通してお互いがよい人生に影響を与えあうこと、患者体験と歴史的なお話がとてもわかりやすかったです。ありがとうございます。
- ・ 医療の歴史、患者－医師関係の歴史的変化をお話の中で感じました。そういえば昔はガンの告知自体がテーマになるくらい **Shared decision making** とはほど遠いものだったと思います。
- ・ 「相談員は相談者の代理人ではなく、あくまでも相談者のエンパワメントを心がける」という点が重要と考えました。
- ・ 患者の義務の中で医療者が患者のリテラシーを変えるという視点が重要と考えます。
- ・ 病院や医師へのフィードバックの伝え方に大山さんならではの説得力があると思いました。相手に対する尊敬、尊重と事実関係の明確さ、ということでしょうか。
- ・ 健康の定義、肉体、精神、社会的に良好になって初めて健康ということが理解できました。
- ・ 患者も医療リテラシーが必要というお話が印象に残りました。
- ・ ご主張は基本的に、患者視点のご主張をまとめて下さり、ありがとうございます。
- ・ やはり、患者目線から医療者を評価されるのは本当に意味があることだと実感しました。
- ・ 患者が患者を変えるという言葉が印象的でした。

- ・ 患者を変えられるのは患者自身、医療者の情熱は患者に伝わる…、ということが心に残りました。憲法についても考えていかなければと思いました。
- ・ 日本の医療史を伺ったような気がしました。
- ・ 今日の医療が多く犠牲や、患者本人の闘いによって形成されたものであることがわかりました。

③ 橘とも子先生

- ・ とてもいいお話でした。患者と医療者との連携といっても、単純な話ではなく、相互の立場も考えないといけないと考え直しました。本を拝見いたします。
- ・ すばらしい内容だった。エビデンスの蓄積が重要であると学んだ。
- ・ 事故に合われた時に、脳に対するリハが行われなかったことに驚いています。
- ・ ご自身の体験を社会に活かしていかれることに頭が下がります。
- ・ ノーマライゼーションをもう少し自分も深く考えなければならぬと考えました。自分はふだん精神障害の方に診断というレッテルをはる仕事をしているので、もう少しちゃんとその人に沿った診断のあり方を考えたいと思いました。
- ・ 現実的な状況の中でのお話、大変勉強になりました。「自尊感情」の意味の重さ、重要性を感じました。
- ・ 疫学研究で多くの発表をしていただきたいと思いました。
- ・ ただただ心にしみるご講演でした。
- ・ 患者さんのお気持ちを科学的にお話して下さったのが印象的です。おつらい経験を話されるのは本当に勇気の必要なことだと思います。ありがとうございます。
- ・ 努力・尽力の連続で、ものすごいパワーがあり、頭が下がります。
- ・ ノーマライゼーションについては考えれば深すぎて答えが見つかりません。しかし、共に生きる人間として、これからも考えていこうと思うことができました。
- ・ 自分が何をやってきたのだろうと、深く考えるきっかけになりました。もっとお話を伺いたいです。
- ・ 後遺症と障がいを実際に持ちながら「理解される社会のしくみ」を考えていらっしゃる先生の一言一言が深く心に響きました。感動しました。
- ・ 大変せいさんな事故にあわれたことを客観的にお話を伺い、私の今後の生き方に大変役立つと思います。
- ・ 非常に感銘を受けました。外見上、障害があると思えない人に対する接し方のみならず、「個人でできること、できないことの組み合わせで出来ている。」というお言葉に、どんな人間に対してもそういう気持ちで接することが大事だと思いました。

④ 橘 秀昭先生

- ・ 味方になるがキーワードですね。
- ・ 認知症、介護者、在宅療養されている患者、ポスピスさんにも接することが多いですが、ケアする人のケアの視点を改めて思いました。
- ・ 家族のあり方で本人の障害のうけとめ方や自尊心が大きく変わると思うので、本人に自然に無理なく寄り添われている姿に感銘を受けました。
- ・ 「傾聴」と「志向的相關的」の説明がわかり易く理解できました。
- ・ ご夫婦の体験を伺うという貴重な体験でした。家族だからこそ生の感情がぶつかるというのは実感としても分かり、余計に難しい面があると思いました。
- ・ 家族のあり方というものに気付くことが多く勉強になりました。
- ・ 傾聴についてのお話が印象に残りました。単に患者さんのお話を聞くことが傾聴ではないことがわかりました。
- ・ 何十年ものサポートをなさり、これからもサポートは続きますね。簡単なことではないと頭が下がります。
- ・ 支えることの大切さをとも子先生笑顔を見れば少しわかった気がします。その笑顔があるのも秀昭先生が存在があったからだと感じました。
- ・ お優しい視点が印象的でした。
- ・ お二人がとても素敵でした。私も何ができるかもっと考えてみたいと思います。
- ・ 「家族の立ち位置」について「志向相關的」…、多様性を認め合うことの重要性を感じました。「やるべきでないこと」も役立ちます。
- ・ 寄り添われた生活、本当に立派なご家族の歩みだと思います。
- ・ 相手は（どんなに近しい人であっても）別の人生を歩んできた人であり、自分の価値観が異なる存在であること、これを忘れてはいけないと思いました。

⑤ 講師全員への感想

- ・ それぞれの講師のお話ごとに多くのことを学ばせていただきました。
 - ・
4. 「入門講座」を他職種連携や情報提供をより向上させる人材養成に役立てるアイデアがありましたらご教示ください。
- ・ とともに体験を語り合うこと（患者だけでなく他職種の人達と）。
 - ・ 時には他職種で、臨床の場にも宗教観を語り合うべきではないか。
 - ・ 患者・家族・遺族を囲んで多職種が語り合う検討事例。
 - ・ より多くのの方々が参加できるよう、告知を充実できると良いと思います。
 - ・ 4月の「HSP10周年」で発表してください！次につながると思います。

- ・ 私は医療機器の製造元で働いておりますが、その立場の人間がどのような「立ち位置」にあるべきか、今後勉強したいと思います。
- ・ 医療の仕組みを基本的に理解するバランスのとれた人材を目的にしてください。
- ・ 今回、このような講座に初めて参加させていただいた為、まだアイディアまで浮かばず、すみません。また何か思いついたらご連絡したいと思います。
- ・ 患者図書室に関わる司書の研修講座にしたい。
- ・ “患者の権利”は、もっと身に付ける必要を感じますので、研修会等で学ぶ必要があると思います。

5. 今日の内容全般や進行等についてご意見・ご感想をお聞かせください。

- ・ 本日はありがとうございました。
- ・ 貴重なお話ありがとうございました。
- ・ 全体的な構成がすばらしく、一つの統一したメッセージがそれぞれの先生方の視点（専門）に立った勉強会だったと思います。これからも続けていただきたい講座です。
- ・ 石井さんの前書きにあった「リテラシー」について本当に同感です。これからもうちよつこのリテラシーを突き詰めて考えていきたいです。
- ・ 今日はお話の内容が濃く、とてもよかったです。参加して良かったです。
- ・ 全般的に良かったです。もっと集客が多いと良いと思いました。
- ・ 4人のお話が色々な部分で関連があり、今日の講座全体のテーマがよくわかりました。私の仕事をとおして、このテーマを考え、出来ることを無理せず、科学的根拠を持って実行して行きたいと思いました。ありがとうございました。
- ・ かなりレアな方の紹介でもあり、難しさを感じましたが、相手への思いやり、人とのつながり、自分の努力・・・と人生そのもののあり方で、少しでもノーマライズされた方向に進んで行って欲しいと思いました。
- ・ 企画、内容、準備、進行など全ての点で素晴らしく、たいへん勉強になりました。ありがとうございました。
- ・ 本日の講座受講し、近年になく参考になりました。ありがとうございました。病院、医療従事者も、最近は患者に対する説明、接遇も大分、一昔前よりは変わってきたがしています。

※記入欄が不足の方は裏面へお書きください。

ご協力ありがとうございました。

患者を知りたい入門講座

－患者の立ち位置、医療者の立ち位置、あなたの立ち位置－

「患者を知って、よりよいサポートをしたい。」しかし、個々の支援技術の充実 に比べ、患者の全体像を知る機会が多くありません。患者の全体像を俯瞰することは、自身の「立ち居地（ポジショニング）」を認識し、相互の理解と、適切な支援・連携を求める助けになることが期待されます。

この入門講座は、患者を知って、患者のために尽力したい方、効果的な支援を行うための人材養成プログラムの一環で、2012年1月に開催した入門講座の第2弾です。

開催概要

日時：2014年2月16日（日）13:00～17:00（開場12:30）

会場：航空会館201会議室（東京都港区新橋1丁目18番1号）

<http://www.kokukaikan.com/>

交通：JR新橋駅徒歩5分／都営三田線 内幸町駅 A2 出口1分

参加費：無料

主催：平成25年度厚生労働科学研究費：『国民のがん情報不足感の解消に向けた「患者視点情報」のデータベース構築とその活用・影響に関する研究』研究班（研究代表者：中山健夫）

事務局：健康情報棚プロジェクト（患者を知りたい入門講座 実行委員会）

参加申込方法：Eメールにて実行委員会事務局まで

（E-mail:tana-project@hotmail.co.jp）

参加申込締切：2014年2月14日（金）まで、お名前、ご所属を明記。

※講師の橘とも子先生の下記ご著書を事前に読んでいただくと幸いです。

『トラウマティック・ブレイン－高次脳機能障害と生きる奇跡の医師の物語』

（出版社：SCICUS（サイカス））出版社の特設HP：<http://traumatic-brain.com/>

受講対象：医療に関わる全ての方。

医療従事者（医師、看護師、薬剤師等）、がん相談員、MSW、介護職員、図書館員、患者ご家族、患者団体の研修担当者、患者さんへの情報支援に関わる方等。

プログラム

【第1部 講演】

1.（患者視点情報を知る）

「患者視点情報とは何か。」

中山健夫氏（京都大学大学院医学研究科健康情報学分野教授）

2.（「患者中心の医療」の本質を考える）

「結核・がん・糖尿病等の体験から－患者からの情報発信と行動変容－」

大山正夫氏（患者の権利オンブズマン東京）

3.（障がいと生きる社会を考える）

「後遺症と障がいを生きる社会を考える」

橘とも子氏（国立保健医療科学院 健康危機管理研究部 上席主任研究官）

「障がいと生きる人の家族の立ち位置」

橘 秀昭氏（医療法人社団 松井病院 副院長）

【第2部 シンポジウム】

【閉会予定 17:00】※都合により講演者・演題・順序が変更する時があります。

病院・診療所

待合室から医療改革

病院や診療所に計約30万カ所もある待合室をもっと活用できないか。シンポジウム「待合室から医療を変えよう」が3月下旬、東京都文京区の東京大で開かれた。主催は東大公共政策大学院の自主的勉強会「待合室プロジェクト」(河内文雄代表)。全国から医療関係者や市民ら約300人が参加した。1日に数百万人が利用する待合室の可能性を見直すきっかけになる議論だった。

東大でシンポジウム

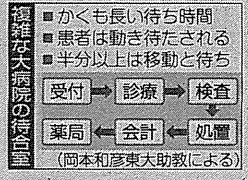
東大病院の設計に携わった岡本和彦東大工学部助教が「待合室は誰のもの?」と問う基調講演をした。大病院では診察などの合間に患者はひたすら待た探している。



患者や市民に活用を 相談や栄養指導で利用も

▽フレームン屋
岡本さんは「なぜ待たは病院もフレームン屋も同じ」と例えた。予約患者数を伝えるボードが置かれた大病院の入り口。待合室には多数の患者があふれていた。

開店前に並ぶ「出発待ち」の中に入ってから空席を探す「順番待ち」も利用しやすいよう「仕事待ち」と「待ち」の必要を挙げた。この「待ち」の効率化は難しい。病院は予



約なし」だと、開院前に患者の6割が来院して並び、ずっと混雑する。予約制で「待ち」時間は減り、電子化を導入すればさらにスムーズになる。

▽本棚を交身
患者の視点から医療情報を提供してきたのが研究グループ「健康情報棚プロジェクト」。代表の石井保志さんは「時間の余裕がある待合室は自ら病気に気づく場になる」と強調した。

▽フロンジに
千葉県立東金病院が研究グループ「健康情報棚プロジェクト」の代表の石井保志さんは「時間の余裕がある待合室は自ら病気に気づく場になる」と強調した。

「待合室は元気をもら約150カ所に設けた。待合室は管理栄養士の活動の場になる」と報告した。

悩みの相談に応じる必要はない。石井さん、時間複数回、栄養指導を重ねたところ、9カ月で血糖値は下がった。待合室は管理栄養士の活動の場になる」と報告した。

待合室改革 医療を充実

病院や診療所に計約30万平方メートルの待合室をもつて活用できないか。シンポジウム「待合室から医療を充実しよう」が3月下旬、東京都文京区の東京大で開かれた。主催は東大公共政策大学院の自主的勉強会「待合室プロジェクト」(河内文彦代表)。全国から医療関係者や市民ら約300人が参加した。一日に数百万人が利用する待合室の可能性を見直すきっかけになる議論だった。



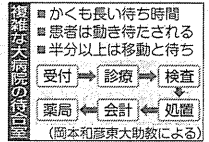
予約患者数を伝えるボードが置かれた大病院の入り口。待合室には多数の患者があふれていた

全国数百万人「空き時間」…東大でシンポ

役立つ闘病文庫や栄養士



岡本和彦 東京大助教



東大病院の設計に携わった岡本和彦(東京大工学部助教)が「待合室は誰のもの?」と問う基調講演をした。大病院では診察などの会間に患者はひたすら待つ。探している。

岡本は「なぜ待つ?」は病院も「メン屋も同じ」と例えた。開店前に並ぶ「出発待ち」、中に入ってから空席を探す「順番待ち」、やっと座れたからでの上りまわりの「仕事待ち」と「待ち」の3要素を挙げた。

この「待ち」の効率化は難し。病院は「予約なし」と開院前に患者の6割が来院して「押し」で通院する。予約制で「待ち」時間は減り、電子化を導入すればさらにスムーズだ。

待合室の設計では効率化より、大急ぎで採光するガラスと「ベンチ」が重視されている。「一日に数千人の患者や家族が来る大病院もあり」「多数の薬を管理している。全面的

病院のフロアは2000坪を越えた。外部の市民も利用しやすく、飲食で済む「フットコート」や憩える中庭がある。病院の在り方始めている。

■第2の診察室
待合室でスタッフが悩みの相談に応じたり、医師が改善が始まっている。岡本は「待合室は元気をもち、闘病の診察室」とする見方を紹介したが、「待合室をひたすら待つ」を減らすため、診察室の側も努力したいと語った。

■血糖値下げ
千葉県立東金病院(東金市)は「待合室の栄養士」を始めた。待合室や空いている診察室を、待ち時間に糖尿病患者一人一人に5〜10分栄養指導を繰り返していき、

糖尿病や肝臓病 意外な骨折因子

骨折の主な危険因子 (骨密度以外)

- 特定部位の骨折歴あり
- 大量の飲酒
- 喫煙
- ステロイド薬の使用
- 慢性肝疾患
- 糖尿病
- 慢性腎疾患
- 親が骨折しやす症

(英ノッティンガム大の研究による)

英大チーム研究

高齢者に多い骨折しやす症は、骨がもろくなる(骨密度)だけでなく、骨への刺激や骨折しやすくなるのが特徴だ。中でも、大もものつけ根付近などの骨が折れる。寝たきりや、不自由な生活の原因になり、多くの国々で高齢化が進む中、高齢者の骨折をいかに防ぐかが大きな課題になっている。

骨の強さは主に骨密度(単位体積あたりの質量)で表されるので、ある人が骨折しやすいかどうかを知る上で、骨密度の測定が大切だとわかってはいる。しかし、英ノッティンガム大のチームがこのほか、糖尿病や肝臓病などの研究で、英医学誌に発表した研究によると、素人の目的は骨とあまり

指導を繰り返していき、同病院の管理栄養士の田中直子さんは「短時間複数回の栄養指導を重ねたことで、90分以上血糖値下がった。待合室は管理栄養士の活動の場にある」と報告した。

「患者の権利オンパレード」東洋の大山正夫さんは「医師の時間見回り、医師の無言のうちに患者に声をかけてくれる。待合室の各席に貼って切符を渡すようにして、どの席が空いているか」と報告した。

その結果、骨が折れやすかった危険因子には「大きなものを上げたり近づく(特定の部位の骨折歴がある)」「親が骨折しやすい症だった」など、いくつかは骨折と関係が深いものの、他は一方、糖尿病(1型、2型とも)や慢性の肝臓病、腎疾患、さらにパーキンソン病やがんなど、さまざまな危険

性疾患が含まれていた。ほかには「ステロイド薬の使用」や「大量の飲酒」「喫煙」などの生活習慣も危険因子とされた。こうした因子を明らかにすることで、骨折しやすい人に対する予防策に有効とされるため、英国では盛んに研究されているという。

健康・シニア

病院待合室 広がる可能性

東京で関係者らシンポ



シンポジウム「待合室から医療を変えよう！」
(3月24日、東京都文京区の東京大)

病院や診療所に計約30万力所もある待合室をもっと活用できないか。シンポジウム「待合室から医療を変えよう」が3月下旬、東京都文京区の東京大で開かれた。主催は東京大公共政策大学院の自主的勉強会「待合室プロジェクト」(河内文雄代表)。全国から医療関係者や市民ら約300人が参加した。1日に数万人が利用する待合室の可能性を見直すきっかけになる議論だった。



予約患者数を伝えるボードが置かれた大病院の入り口。待合室には多数の患者があふれていた

「待ち」の中に入ってから「順番待ち」を探す「順番待ち」、やっと座れてからゆで上がりまでの「仕事待ち」と「待ち」の3要素を挙げた。この「待ち」の効率化は難しい。病院は予約なしだと、開院前に患者の6割が来院し、待ちでスタンプが並び、ずっと混雑し

予約患者数を伝えるボードが置かれた大病院の入り口。待合室には多数の患者があふれていた

「待ち」の中に入ってから「順番待ち」を探す「順番待ち」、やっと座れてからゆで上がりまでの「仕事待ち」と「待ち」の3要素を挙げた。この「待ち」の効率化は難しい。病院は予約なしだと、開院前に患者の6割が来院し、待ちでスタンプが並び、ずっと混雑し

ち、中に入ってから「順番待ち」を探す「順番待ち」、やっと座れてからゆで上がりまでの「仕事待ち」と「待ち」の3要素を挙げた。この「待ち」の効率化は難しい。病院は予約なしだと、開院前に患者の6割が来院し、待ちでスタンプが並び、ずっと混雑し

る見方を紹介した。「待合室をより豊かにするため建築家の側も努めたい」と語った。患者の視点から医療情報を提供してきたのが研究グループ「健康情報プロジェクト」。代表の石井保志さんは「時間の余裕がある待合室は自ら病気のことを調べる場になる」と強調した。

患者は「苦痛がいつまで続くか」「生還は可能か」と不安でいっぱいになる。石井さんらは、病気に分類した闘病記文庫を全園約150カ所に設けたりして、患者らが自由に学べるようにしてきた。「待合室の本棚をインテリアでなく、患者さんに役立つものに

患者目線で活用策議論

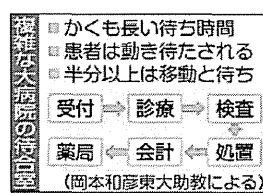
「闘病記文庫」を設置／栄養士が助言

東大病院の設計に携わった岡本和彦東大工学部助教が「待合室は誰のもの？」と問う基調講演をした。大病院では診察などの合間に患者はひたすら待ち、探している。

岡本さんは「なぜ待合室は病院もブレイクするまでアメリナイが重視。1日に数千人の患者や家族が来る大病院もあり「有数の

変身させよう」と訴えた。千葉県立東金病院(東金市)は「待合室の栄養士」を始めた。待合室や空いている診察室を使い、待ち時間に糖尿病患者一人一人に5〜10分栄養指導を繰り返している。

同病院の管理栄養士の前田恵理さんは「短



(C) 中国新聞社 無断転載、複製及び頒布は禁止します。