

方法でアナウンスをした：B4版ポスター：健康はままつ21協力機関、行政機関、公共施設、学校；A4版チラシ：健康はままつ21協力機関、行政機関、公共施設、老人クラブ、結核予防婦人会、ボランティア連絡会、民生委員協議会、学校；広報はままつ（冊子版、WEB版）；FMハロー；浜松市メールマガジン；OPTIM浜松メールニュース；ホームページ：浜松市、浜松医師会；新聞：中日新聞、静岡新聞

## 5) 地域メディアの活用

### (2008年)

メディアメッセージ2008に参加し、プロジェクトを紹介するブースを設置した。静岡新聞、および中日新聞にプロジェクトに関する掲載を行った。浜松市立図書館への緩和ケアを知る100冊設置に際し、浜松市立中央図書館より新聞社へプレスリリースを行い、静岡新聞と中日新聞に掲載された。

### (2009年)

AERAから「在宅医療のエキスパート」の特集として浜松地域の在宅医療に取り組んでいる診療所の紹介の依頼があり、OPTIM参加施設の先生に自己紹介文を書いていただいて原稿とした。

## 6) その他のトライアル

浜松市へ依頼し、管轄の地下道4カ所に啓発ポスターを設置した。遠州鉄道に依頼し、バス車内広告24台、バス停1カ所、駅構内2カ所に啓発ポスターを設置した。浜松市文化振興財団主催によるスター混声合唱団ハートフルコンサート会場にリーフレット・冊子・啓発ポスターを設置した。

7) 考察

(注意) リーフレット・冊子・ポスターの配布・提示、および図書(緩和ケアを知る100冊)の設置にかかわる事象・解釈・ノウハウ/解決策については資料2も参照

事象	解釈	ノウハウ/解決策
リーフレット・冊子・ポスターの配布・提示		
リーフレットや冊子を置くところがなかった (ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング)	場所がない、個々においても埋もれてしまうため	がん治療・緩和ケア啓発ボードを作成しまとめて掲示できるようにした
地域の医療福祉機関、行政ルートでどのくらい配布されているのか?設置されているのか?わからない(ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング)	非常に多くのポスターや冊子などが行政に送られてくるがその効果などを系統的に評価するシステムはないため	FAX で現状調査が実施可能か打診している
緩和ケアのポスター、リーフレットだけおくと緩和ケアしかやっていないと思われるため、「腫瘍センターに病気を治そうと思ってやってきた」患者が不安になるのではないかの懸念があった。実際に、最もよく出るパンフレットは「化学療法」、「放射線療法」であり、緩和・在宅ケアの倍くらい(ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング)		OPTIM 以外の治療系や相談支援の冊子と一緒にまとめてがん治療・緩和ケア啓発ボードに掲示した
タイトルが「緩和ケア」では一般の方は目を引かないという意見があった(ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング)	「緩和ケア」、「がん」とも関心のある人しか目を留めないで、より関心のない人も目を向けるようなタイトルが必要と考えられた	ミーティングで20程度のタイトルをブールし、「がんとともに生きる時代への提案」とした
字が多いポスターのため足が止まらなると中身を見ることができない(ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング)	文字が多いので立ち止まって見てもらえることが望ましい	市民公開講座などのイベントと一緒に貼ると立ち止まってもらえるかもしれない。エレベーター前など人が立ち止まるところに置いた
「見本のため必要な人は相談室に取りに来て下さい」とかいて冊子を置いてあっても実際に相談に来る人はいない。冊子を「見本」ではなくて実物を置いておくとなくなる(ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング)	相談室にくることのハードルが高い	「相談室にわざわざ来なくてももっていける」情報源の方が有効な可能性がある
腫瘍センターにおいたパンフレットより、外来エレベーター前、外来廊下のパンフレットが減る(ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング)	がん患者の多い病棟よりも一般の人が多いところで情報のニードがある	変更はないが、一般的な情報は広く目に触れるように配布することが必要

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
 OPTIM Study

ンバーミーティング)		
腫瘍センターに置いたパンフレットでは「一般的な緩和ケア」の情報冊子はほとんど出ないが、「食欲がないときに・・・」当院の緩和ケアチームで作成した「こんな症状やつらさをやわらげる方法があります」パンフレットや院内のサポートのご案内のような個別のパンフレットが出る（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	腫瘍センターでは一般的な情報が既に伝わっていると考えられる、一般的な情報が必要な場所と、より個別な情報が必要な場所とがあると考えられる	情報を置く場所に依りて必要とされている情報を把握して必要な資料をおくことが望ましいが、現時点では方法は不明
患者のアンケートで「緩和ケアチームがあることをもっと知らせてほしかった」とあるが、担当医療者からは「これ以上啓発して患者が増えると対応できない」とのジレンマがきかれた（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	対応できる準備をしてから啓発するのが理想ではあるが、これ以上対応する準備が経済的、人力的にできないことがあると思われる	準備が整わない場合は啓発は控えるしかないのではないかと
冊子のスタンドは役にたっているのにおいてもいいよといわれる（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	スタンドは他の目的にも使用できるため役に立つ感じが多いため	リーフレットとスタンドを同時に送付することでリーフレットの導入がスムーズになる
がん治療や緩和ケアや相談支援の冊子をまとめて掲示したほうが埋もれないのではないかと（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	まとめておくと目立つ？	がん治療・緩和ケア啓発ボードとして1枚にまとめた
浜松駅周辺の地下道ポスター掲示スペースがあいていた（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）		浜松市健康医療課に依頼し、啓発ポスターを掲示してもらった
バスに乗車すると車内広告をよく見る（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）		浜松市の主要交通機関である遠鉄へ交通広告（バス車内・バス停・駅構内）の掲示を依頼した
<b>図書（緩和ケアを知る 100冊）の設置</b>		
一般市民への介入が弱いのではないかと懸念があった（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	浜松市内の4つのがん診療連携拠点病院の院内図書館に設置したのみだが、患者図書館の利用率が低いので啓発効果も弱そう	浜松市立図書館へ設置依頼をしていく
院内図書館に設置してあることがわからないのではないかと懸念があった（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	浜松市内の4つのがん診療連携拠点病院の院内図書館に設置したのみだが、患者図書館の利用率が低いので啓発効果も弱そう	病院ホームページで院内図書館に緩和ケアを知る 100冊があることをリストと一緒に紹介。 がん治療・緩和ケア啓発ボードの中に緩和ケアを知る 100冊の冊子を設置場所

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
OPTIM Study

		の地図と一緒に眺めてみる
浜松市立図書館への依頼ルートがなかった（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	付き合いがないため、聖隷三方原病院が民間病院のため	公明党の議員さんにセッティングしていただいた市との意見交換会で協力を依頼し、館長を紹介してもらった。市議会議員より図書館長によるしくと一報入れてもらった。
市立図書館は寄贈されると嬉しい（浜松市立図書館職員／ヒアリング）	図書購入費が削減されている中で新品100冊は大変ありがたい。	感謝の気持ちをもっていただいているときに、ポスターの掲示やリーフレット・冊子の設置を依頼しやすい。
浜松市立図書館に設置されているリーフレットを見てプロジェクトのことを知り、コンサートへの緩和ケアに関するブース設置の依頼があった（浜松市文化振興財団職員／電話によるOPTIM 問い合わせ）	一般利用者だけではなく、行政や企業などにプロジェクトを知ってもらう副次的機会となる	浜松市文化振興財団主催によるスター混声合唱団ハートフルコンサートに緩和ケアに関するブースを設置できた
浜松市立図書館では毎月図書に関するイベントを行っている（浜松市立図書館職員／ヒアリング）		6月のがん支えあいの日、10月のホスピスデーに合わせて緩和ケアを知る100冊を用いたイベント開催を打診していく
一般市民の方より緩和ケアを知る100冊のリストの中で絶版になっている図書があると指摘を受けた（一般市民／講演会会場での指摘）		出版社の都合で絶版となっていることを説明し、代替手段として流通在庫内で探して購入、中古本での購入、浜松市立図書館で借りる、浜松市内の地域がん診療連携拠点病院での閲覧があることを説明
<b>講演会の開催</b>		
民間病院である聖隷三方原病院が主催である会議は公共機関は情報提供しないため、集客が悪いことが懸念された（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	医療センターなどが主催している事業は公共機関からの広告があり動員が数百人になるから、公共機関のルートが重要だと考えた	日ごろ付き合いのある天竜区役所に直接電話をして、たまたまそこに前回のOPTIMフォルダーがあったため「これですね」と了解を得られた。市役所では不可であっても、日ごろから付き合いのある区役所から行くと了解が得られることがある。その後、全ての区役所にいったところポスターの掲示の了解が得られた
参加・協力施設にポスターやチラシをおくときに、総務課などを經由して依頼すると意義が分からないため有効に掲示されないのではないか	ポスターの掲示は意義の分かっている人に依頼しないと、有効に掲示されない可能性がある	参加者が集まる機会に啓発グッズの掲示の依頼を直接し、リンクスタッフから施設内で有効な場所に掲示するように

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
OPTIM Study

との懸念があった。実際に、総務課の中の掲示 板に張ったり、ポスターの上からポスターをは ることがあった（地域医療福祉従事者／ヒアリ ング）		総務課に依頼してもらうほうがよい
負担なく浜松市内の医療福祉、行政、民間企業 に開催を告知できる方法がなかった（ステアリ ングメンバー／ステアリングメンバーミーティ ング）	新しい方法を開拓するのは非常に大変な ため	聖隷三方原病院発行「みどりの通信」は 毎月市内 700 ヵ所に送付しているの で同封してもらった 幅広く告知していくときには既存のル ートが確立したものに協力を依頼する
同じようなテーマの講演会と日時が重なった （ステアリングメンバー／ステアリングメンバ ーミーティング）	市民公開講座の開催スケジュールを把握 していなかった	医師会、浜松市、拠点病院、社会福祉協 議会など主要なところに講演会の開催 予定について確認する
新聞の紹介記事を見て来場してくれた方が多か った（アンケート結果）	新聞での記事が告知には有効そう	新聞社へのプレスリリースを積極的に 行っていく
3新聞の紹介記事に投げ込み記事をしたとこ ろ、「講演1大腸がんについて 講演2緩和ケ ア・・・」という記事を投げ込んだが、タイト ルは全て「大腸がんの講演」であった（新聞記 事）	講演の順番が大腸がんが最初であったた め	新聞の紹介記事では講演1のタイトル を見出しにされるため強調したい記事 の順にするなどの配慮が必要
メディアメッセージ 2008 では親子での来場者が 多かった（ステアリングメンバー／イベント参 加）	後援に浜松市教育委員会がついていたた め、学校でチラシが配布されていた	学校教育を通して副次的に親への啓発 効果も期待できるため、浜松市教育委員 会へアプローチしていく
主催で開催するのは大変なわりに、集客が乏し かった（講演会参加者集計）	民間病院主催だと講演会の広報方法に限 られてしまう	地域で行なっている講演会を把握し、浜 松市・浜松医師会共催の健康はままつ 21 市民公開講座へ緩和ケアに関する講 演を依頼した
浜松市・浜松医師会共催による健康はままつ 21 市民公開講座の演者として、OPTIM 浜松より 国立がんセンター中央病院の土屋先生を招聘し た（ステアリングメンバー／ステアリングメン バーミーティング）	主催者側は演者を探すのに困っている？	すでに計画されている講演会に頼んで 講演を入れてもらう際は、主催者側の困 っていることを把握し、それに対し何が 協力できるか提示し交渉することが重要
浜松市・浜松医師会共催の健康はままつ 21 市民 公開講座の参加者が多かった（600名） （浜松市健康増進課職員／ヒアリング）	伝統行事であり、広報はままつなど幅広い 広報手段を利用できたため	地域で開催している講演会を把握し、講 師の招聘や企画の立案など協力を依頼 することで、負担が少なく、集客力が高 い講演会が開催できる
浜松市・浜松市医師会共催の健康はままつ 21 市民公開講座のアンケートに緩和ケアに関する	通常使用しているアンケートの裏面が余 白であった	OPTIM 側でアンケートの集計を行うこ とで主催者側の負担軽減をはかること

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
 OPTIM Study

ものも含めてもらった（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	主催者側でアンケートの集計が大変そうだった	により、緩和ケアに関するアンケートを含めてもらえた
浜松市・浜松医師会共催の健康はままつ21市民公開講座のアンケートで、民生委員協議会や結核予防婦人会で講演会を知り参加した人が多かった（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	健康や医療に関心が高い集団であるかもしれない	啓発ルートとして民生委員協議会や結核予防婦人会へアプローチしていく
浜松市健康増進課より民生委員児童委員協議会で浜松市・浜松医師会共催の健康はままつ21市民公開講座のアンケート結果のフィードバックがあることを知った（健康増進課職員／ヒアリング）		アンケート結果のフィードバックの際に緩和ケアについて理解を深めていただく一助として、リーフレット・冊子を配布してもらった

### 3 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション

#### 1) 緩和ケアに関する地域の相談機能および適切な専門緩和ケアの判断と紹介機能を持つ窓口の設置

(2008～2009年)

聖隷三方原病院よろず相談地域支援室に「浜松がんサポートセンター」を設置した。相談件数は以下のとおりであった。

	2008年	2009年 (2009年4月～2010年1月)
相談件数	1603	1149

#### 2) 退院支援

(2008年)

浜松地域の退院支援の状況をヒアリングで把握した。浜松市内の病院11施設のうち、7施設が既存のプログラムを実施していたため、1施設（聖隷三方原病院）で研究班のプログラムを導入した。

聖隷三方原病院でOPTIMの退院支援プログラムの試験運用を行った。まず、がん患者が多く入院する5つの病棟の課長、および、地域の訪問看護ステーション6施設、居宅介護支援事業所1施設を対象としたヒアリングを実施した。退院支援・地域連携にかかわる課題の明確化を行い、方略を検討した。浜松市内で先駆的に退院支援を行ってきた病院を見学し、カンファレンス等に参加した。次に、看護部にて、がん以外の疾患でも活用できるように作成された本プログラムを活用し、新規に開設した腫瘍センターで運用を開始した。続いて、診療部を含む退院支援プロジェクトを立ち上げた。

(2009年)

新しく退院支援プログラムを導入した病院で退院支援プログラムの運用を継続した。あわせて、地域全体のとりくみとして、各病院での退院支援プログラムの質の向上を目的として、各病院の連携担当者と地域の医療福祉従事者からなる「連携ノウハウ共有会」を立ち上げた（後述）。

#### 3) わたしのカルテ

(2008年)

介入前の評価として、浜松地域の医療福祉従事者間の情報共有の現状を把握するために、介護支援専門員、訪問看護師、保険薬局薬剤師に聞き取り調査を行った。その結果、1) 退院患者を受け取る側の介護支援専門員と訪問看護師は、退院前に病棟との十分な情報共有がないまま患者を受けざるを得ない現状がある。病院でどのような治療が行われたか、緊急時の対応方法の情報が得られていない。2) 保険薬局薬剤師は病院との連携基盤がないため、処方箋以外の情報がない。患者の病名、治療内容等の情報が得られず、服薬指導が困難である、という問題がわかった。

地域全体で「わたしのカルテ」を一斉に運用することは難しいと考えられたため、パイロットテストとして、聖隷三方原病院にて、1) 腫瘍センターを利用するすべての患者に対してわたしのカルテを渡して情報を自己管理するように促す（退院となる患者に対しては退院調整プログラ

ムの一環として運用し地域医療福祉従事者と情報共有を図る)、2) 1 診療科と緩和ケア担当医師が診察した外来がん患者にわたしのカルテを配布し、診療データ等を挟んで保険薬局に通ってもらうことで、薬剤師との情報共有を図る、ことを行った。介入後3ヶ月の時点で、病院と地域の医療福祉従事者を集めたフォーカスグループを行って評価したところ、「わたしのカルテは利用する患者の必要性の意識が希薄であるため、関係する医療福祉従事者が一部ではなく全員が患者に利用を促進する必要がある」と考えられた。そのため、OPTIM の地域の集まりでわたしのカルテについてのアナウンスを複数回行った。保険薬局に関しては、総数が多く、周知は難しかった。

(2009年)

継続して腫瘍センターで私のカルテを配布し、患者情報の自己管理を行っている。年間のわたしのカルテの配布総数は以下のとおりであった。

表4 わたしのカルテの配布数

	2008年	2009年(2009年4月～2010年1月)
配布総数	2200部	500部

4) 地域カンファレンスの開催

(2008～2009年)

地域の医療福祉従事者が一堂に会し、顔を合わせて話し合うことで、地域の問題点を系統的に抽出し、分析するために、「多職種地域カンファレンス」を開催した。内容は、講演やレクチャーにつづいて、グループワークを行った。期間中に行われたカンファレンスは以下の通りである。地域カンファレンスの活動の記録と評価については資料3、4に要約した。

表5 地域カンファレンス(2008～2009年)

	内 容	参加人数
2008年7月12日(土)	パネルディスカッション(10施設からの緩和ケア・連携の現状と課題・解決策の発表) テーマごとのフリーディスカッションフリータイム&ゲーム	125名
2008年11月8日(土)	OPTIM進捗とがん緩和在宅医療の進捗のレクチャー 地域ごとのグループディスカッション(連携の課題と解決策)	101名
2009年4月11日(土)	・OPTIM2008年度のまとめと2009年度のOPTIM浜松 行動計画の共有 ・事例検討 ・がん緩和在宅医療の課題に対する解決策の検討(グループディスカッション)	98名
2009年11月14日(土)	・患者さん・ご家族の声をきく ・浜松地域の連携の課題と現在の取り組みの紹介 ・フリーグループディスカッション	106名

## 5) 地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援

(2008～2009年)

リンクスタッフはそのつど依頼したタスクフォースで業務ができるように個別の相談を行い、全体での会議などは行わなかった（「組織マネジメント」を参照）。リンクスタッフへの情報提供手段として、月1回「OPTIM コミュニケーションメール」をメール・FAX 経由で配信した。

## 6) その他のトライアル：地域リソースの共有

(2008年)

「地域にどんなリソースがあるかわからない」という課題が見られたため、FAX などにより「診療所のできることリスト」を新たに作成し、浜松市内の一般病院 10 病院の地域連携担当部署に配布した。その後、地域のリソースについてのフォーカスグループを行なった。その結果、新しいデータベースの必要を感じているものは少なく、すでにある医師会など既存のデータベースの周知、「公開ではみられないより生々しい情報」集、情報を得るためのヒューマンネットワークの維持を求めている。したがって、地域の集まりで既存のネットワークの周知とヒューマンネットワークの拡大をおこなった。上記の結果については資料5に要約した。

(2009年)

「公開では知ることのできない生々しい情報」集として「浜松がん緩和在宅ケアマップ」を作成し、OPTIM リンクスタッフに配布した（OPTIM 浜松メンバー内での配布のみを目的として合意を得たため、研究報告書には添付しない）。

## 7) その他のトライアル：診療所同士の連携の促進

(2008年)

在宅診療を行っている診療所の有志の医師の集まりである、「浜松在宅緩和医療をすすめる会」で OPTIM を紹介と白髭医師からドクターネットについて紹介、医師会のカンファレンスに研究班本体からのアウトリーチとして川越医師の講演会を企画した。

(2009年)

診療所を個別訪問し、在宅診療についての課題と解決策を収集し、報告書にまとめて、医師会などに提出した（資料6）。「浜松在宅緩和医療をすすめる会」の診療所医師と協力して、医師会の協力を得ながら、「浜松在宅 Dr. ネット（仮称）」の立ち上げ準備会を開催した。

## 8) その他のトライアル：連携ノウハウ共有会

(2009年)

地域の総合病院 5～6 病院と、地域の診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局などからなる約 20 名で、地域の情報共有や退院支援プログラムについて情報共有を行うカンファレンスを年 8 回行った。主な議題は以下のとおりである。

表6 連携ノウハウ共有会で議論された課題

- ・退院支援・調整の質を向上させるために必要なシステムのリストに基づいて、各病院の退院支援プログラムの共有と学びあいを行った
- ・病院と地域とが共通して必要とする情報の「項目」を明らかにして共有した（シートは作成しない）
- ・病院から在宅へ継続する医療処置・ケアの申し送り方法について共有した
- ・退院後のふりかえり、フィードバックの方法について共有した
- ・デスカンファレンスを行い患者ごとの改善点を共有する仕組みを構築した
- ・病院の退院支援部署が院内で活用されるための工夫について共有した
- ・病院医師の退院支援への協力を得るための方略について議論した

#### 9) その他のトライアル：地域デスカンファレンス

(2009年)

連携の事例が増えてきたことから、施設をまたがって診療した患者のうち特に困難であった症例について、担当施設から案内を送り、関係者 5～10 名程度で行うカンファレンスを開催した。評価は 2010 年度に行う予定である。

#### 10) その他のトライアル：保険薬局のネットワーク化

(2009年)

浜松市薬剤師会が長崎市薬剤師会に見学に行くことにより、P 浜ねっと（保険薬局の在宅対応薬局のメーリングリスト）が作成されたため、カンファレンスなどでアナウンスを行った。

#### 11) その他のトライアル：療養型病床群と施設の訪問

(2009年)

がん患者の受け入れを行っている療養型病院 2 病院、看取りを行っている施設 2 施設、浜松市内の施設の施設長会議（8 施設が参加）に訪問し、がん患者の看取りに関するヒアリングを行った。一部の療養型病院とでは、ホスピス病棟の待機中の患者を療養型病床群でお願いし、病状が悪化し、患者・家族の希望がある場合にはホスピス病棟に転院する bridging program を試験運用した。数名の患者で対象となったが、ヒアリングにより、「療養病院では手厚いケアは受けられなかった」との否定的な意見が聞かれたため積極的な運用を中止し、十分納得していただける患者家族に限った運用とした。

施設については、新規入居者を受け入れることは待機患者が多く難しいが、施設内で発生したがん患者については看取りを行っているとのことであった。OPTIM から継続して情報の共有をすることとした。

12) その他のトライアル：浜松市とがん診療連携拠点病院の協議会

(2008年)

新聞をみた政党から OPTIM 視察の希望があり視察をうけた。議員から市と協議会を設ける方向でコーディネーションされた。2008年に4つのがん診療連携拠点病院と関連する浜松市の複数の行政部署とで話し合いが行われた。介護保険の短縮、救急搬送の問題、地域全体のがん在宅緩和医療の問題点の整理、市民への啓発、患者会遺族会を立ち上げることについて協力して解決に当たることが話し合われた。特に、介護保険の短縮、市民への啓発、患者会遺族会を立ち上げることとなった。

(2009年)

4つのがん診療連携拠点病院と関連する浜松市の行政機関とで話し合いが行われた。介護保険認定までの期間の短縮、救急搬送の問題、地域全体のがん在宅緩和医療の問題点の整理 (OPTIM 終了後のネットワーク体制の維持) について協力して解決に当たることが話し合われた。

13) その他のトライアル：介護保険認定までの期間の短縮化

(2008年)

浜松市内の介護支援専門員に質問紙調査を行い、浜松市内のがん患者の介護保険認定に要する期間が長く、介護保険認定を受ける前に死亡している患者は少なくない (資料 11)。浜松市、医師会、介護支援専門員連絡協議会にアンケート結果を報告し、介護保険認定までの期間の短縮化を依頼した。その結果、主治医意見書に病状不安定、がん終末期で今後病状の悪化が予測される、と記載された患者は迅速審査を行うなどの対応が可能となった。

(2009年)

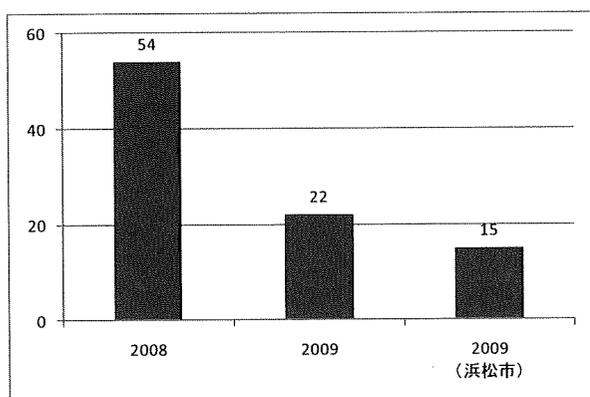
フォローアップ調査をしたところ、浜松市の報告では、申請を行った 258 名中、要介護認定申請を行ったが調査を待っている間に死亡したがん患者は 15 名/年、主治医意見書を待っている間に死亡したがん患者は 23 名/年、訪問調査は終了したが、結果の通知までに死亡したがん患者は 26 名/年であった。介護支援専門員を対象とした質問紙調査では、要介護認定申請を行ったが調査を待っている間に死亡したがん患者は 54 名/年から 22 名/年に、訪問調査は終了したが結果の通知までに死亡したがん患者は 126 名/年から 66 名/年に減少した。さらに改善の必要な点として、5 項目を具体的に明確化して市に依頼した (詳細は 2010 年度に報告する)。

表 7 介護保険の短縮化のフォローアップ

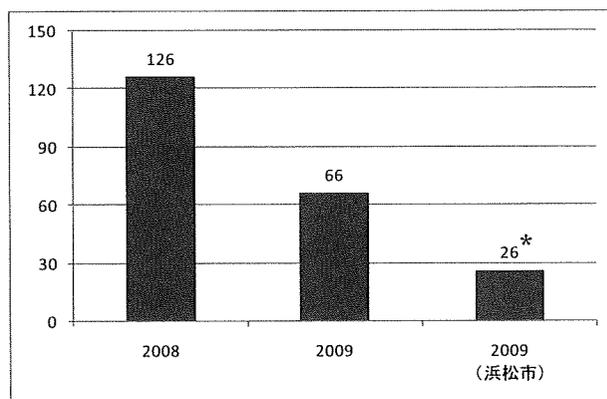
	前 (2008年)	後 (2009年)
浜松市の報告	なし	(申請を行った 258 名中)
①要介護認定申請を行ったが調査を待っている間に死亡したがん患者		15 名/年
②主治医意見書を待っている間に死亡したがん患者		23 名/年
③訪問調査は終了したが、結果の通知ま		

でに死亡したがん患者		26名/年
介護支援専門員を対象とした質問紙調査		
①要介護認定申請を行ったが調査を待っている間に死亡したがん患者	54名/年	22名/年
②訪問調査は終了したが、結果の通知までに死亡したがん患者	126名/年	66名/年

調査を待っている間に死亡したがん患者数



結果の通知までに死亡したがん患者数



\*浜松市が把握している数は26名であり、これ以外に主治医意見書を待っている間に死亡したがん患者23名が含まれると推定される。

#### 14) 考察

(注意) 地域連携にかかわる事象・解釈・ノウハウ/解決策については資料3,4,5も参照

##### (1) 退院支援に関すること

事象	解釈	ノウハウ/解決策
<b>【システム】(地域)</b>		
地域全体で、連携の課題の共有や解決策の検討がなされていない(看護師/ミーティング)	地域の多職種で課題を共有し、解決策を考える場がないため	病院と地域の医療福祉従事者が直接顔を合わせて、話し合う場をつくる(地域カンファレンス)
退院支援のシステムが確立されている病院とこれからの病院がある	病院ごとに退院支援に対する認識が異なるため	すでにノウハウをもっている施設とこれからシステム整備を行っていく施設とでノウハウの共有を行う(連携ノウハウ共有会)
<b>【システム】(病院内)</b>		
病院の退院支援や連携の課題が認識されていない場合がある(看護師/ミーティング)	病院と地域のスタッフが話し合える場がなく、院内でリーダーシップをとるひとがないため	病院で退院支援のプロジェクトを立ち上げるなど、課題を共有し、具体的な解決策を検討していくシステムをつくる
病院や病棟によって退院支援に対す	病院の役割や病院・病棟の状況、管理	・まずニーズがあって、役立ち、協力が得られそう

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
 OPTIM Study

る認識の高さやスキルに差がある(看護師/ステアリングミーティング)	者の認識や経験等により優先度も異なっているため	な病棟を選定して、退院支援プログラムを導入していく <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的に評価(量的・質的評価)を行いながら、ステップアップできるようにしていく</li> </ul>
外来通院中で、在宅支援が必要な患者へのサポートが十分ではないという地域内での共通の課題がある	外来患者で在宅支援が必要な患者のスクリーニングやサポートするための構造が確立されていないため	地域内でノウハウの共有やディスカッションできる場をつくる(連携ノウハウ共有会)
スクリーニングに時間がかかるわりに、もれが多い(看護師/ミーティング)	電子カルテやペーパーのみのスクリーニングでは十分ではないため	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ペーパーによるスクリーニングとラウンドやカンファレンスを組み合わせるなど、複数の方法でもれがないようにする</li> <li>・緩和ケアチームのラウンドに退院支援担当看護師が同行し、タイムリーに相談やディスカッションができるようにする</li> </ul>
スクリーニングからアセスメント、ケアへつながっていない(病棟看護師/フォーカスグループ)	スクリーニングからアセスメント、ケアにつながるような構造になっていないため	定期的にカンファレンスを行うなどの構造をつくる
<b>【教育】</b>		
在宅移行する患者にどのようなサポートが必要なのかわからない(看護師/フォーカスグループ)	退院支援に関する知識や経験の不足、在宅での生活をイメージすることが難しいため	退院支援についての知識を得たり、在宅での生活を実際にみることで教育システムをつくる
退院支援を行う看護師の力量に差がある(看護師/フォーカスグループ)	病棟でのポジションや退院支援の経験、退院支援に関わる教育、在宅看護の経験、モチベーション等が、支援・調整のありかたに影響を及ぼしている可能性がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援部署が実際の調整場で教育的なかかわりを行う(例:在宅スタッフに電話をかける際に一緒に行ってみるなど)</li> <li>・退院前の指導を訪問看護師と共に行う</li> <li>・病院の教育システムの整備</li> <li>・院内教育の評価・見直し(クリニカルラダー)</li> <li>・まず、管理者が支援・調整ができること、支援の重要性を認識しスタッフにかかわることが重要である</li> <li>・「在宅の視点のある病棟看護の評価尺度」で評価する</li> </ul>
<b>【院内連携】</b>		
(退院支援について)たいへんさよ、自分たちでやれたという達成感がある(病棟看護師/フォーカスグループ)	「やりがい」がモチベーションの向上につながっている	退院支援部署が病棟からのコンサルテーションを受けるときには、病棟の力量を見極めながら、病棟看護師が達成感をもてるように関わる
外来看護師と病棟看護師間での連携	情報共有や申し送りをする構造・方法	・外来看護師が退院カンファレンスにできるだけ参

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
 OPTIM Study

が十分ではない（外来看護師/地域カンファレンス）	が確立されていないため	加できるようにする ・外来看護師が退院カンファレンスに参加できない場合でも、病棟看護師や患者・家族と顔合わせを行う
患者の入退院についての情報がタイムリーに病棟と退院支援部署で共有できない場合がある（地域カンファレンス、看護師/デスクカンファレンス）	連携が十分なかったり、連絡がとりにくい曜日の入退院であったりするため	定期的に情報交換する場をもつなど、日頃から連携をとっておく
看護師と医療ソーシャルワーカーの協働について、役割が明確化されていないために葛藤が生じる場合がある（フォーカスグループ）	日本では専門職としての役割分担が明確にされておらず、専門家として自分の役割の部分に責任をもつという以上に、協働していくという文化のため	・事例ごとにフレキシブルな対応を行う ・がん患者では、医療依存度が高い患者が多いため に看護師が入ることが望ましい
<b>【病院と地域との連携】</b>		
地域の医療福祉従事者への紹介が遅くなる（地域カンファレンス）	① がんによる病状の進行が速いため ② アセスメントの不足 ③ 患者・家族の意向	・信頼できる主治医などから患者・家族へ声をかけるようにする ・早めに患者に「どういうふうにご経過していきたいか」を聞く ・退院するかどうか分からなくても、早目に退院支援部署や地域医療福祉従事者に紹介する ・がん患者のケアマネジメントについて共通理解できるようセミナーを行う
在宅で利用できる社会資源についての情報提供やコーディネーションが十分ではない場合がある	がん患者特有の変化の速さを予測して対応することが難しい場合があるため	調整時には、必ず在宅医、訪問看護、介護保険の利用を併せて相談する
病棟・外来スタッフと在宅スタッフが直接連絡をとることが少ない（看護師/地域カンファレンス）	連携をとることの意味が認識されていない、「顔の見える関係」が構築されていないため	・病院スタッフと在宅スタッフが知り合い、話し合える場をつくる ・当事者どうして連絡をとりあうようにする
介護支援専門員と訪問看護師の役割の違いや仕事の内容など地域医療福祉者がどんなはたらきをしているかを病院看護師が知らない（看護師/フォーカスグループ）	実際に調整でかかわる経験の少なさと、知識を得るための機会がなかったため	・勉強会の開催（地域医療福祉従事者からレクチャーを受けられる機会をつくる） ・地域カンファレンスや症例検討会への参加を促す ・患者・家族への説明を介護支援専門員や訪問看護師が行うことも選択肢に入れる
病院と地域とが必要とする情報が十分に共有されていない（訪問看護師/連携ノウハウ共有会）	病院と地域のスタッフが課題を共有し、解決していく場がなかったため	病院と地域のスタッフが話し合える場をつくる（連携ノウハウ共有会）
病院の窓口が明らかになっていない	各病院によってシステムが異なり、複	・各病院で窓口が一本化できるかを相談する

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
 OPTIM Study

(訪問看護師/地域カンファレンス)	雑で、組織も変化していくため	・窓口の一本化ができない場合にも、事例ごとに連絡窓口・連絡ルート・連絡方法を決めておく
土曜日や日祭日の退院だと、訪問診療や訪問看護、各種サービスが入りにくい(訪問看護師、介護支援専門員/ヒアリング)	24時間、365日の在宅療養を支える社会資源が十分ではないため	退院日を週末など、往診や訪問看護などが入りにくい日は避ける
地域のなかで、ふりかえりのカンファレンスが行われている場合は少なく、課題解決につながっていない(退院支援看護師/連携ノウハウ共有会)	問題が認識されていない場合が多かったため	定期的なふりかえりが行えるような構造をつくる
<b>【退院カンファレンス】</b>		
患者・家族と医療者間にバリアがある場合がある(訪問看護師/フォーカスグループ)	コミュニケーション不足のため	患者・家族の視点に立って相談できるようにする(聞けないところ、言えないところを代弁するなど)
退院カンファレンスが十分にできていない場合がある(病院、病棟によって差がある)	病院や病棟によって、システム整備が十分ではない状況があるため	地域のなかで、システム整備や連携のノウハウの共有を行う
医師がカンファレンスに参加できない病院がある(看護師/フォーカスグループ、連携ノウハウ共有会)	医師の仕事量の多さ、人数の少なさもある。現状ではかなり努力している状況で、限界もある。カンファレンスの開催時間など工夫できる部分をみつけていくことも必要である	・夜間でもカンファレンスが可能な院内・外のスタッフと相談していく ・医師へのはたらきかけ(医師—医師) ・医師の都合のよい候補日時を複数挙げてもらい、調整を行う
主治医が退院カンファレンスの開始から終了まで参加できない場合がある(介護支援専門員/地域カンファレンス、フォーカスグループ)	退院カンファレンスに30分～1時間以上の時間がかかっているため	・カンファレンスまでに患者・家族の心配事を十分にきき、在宅スタッフと患者・家族が相談しておけるようなコーディネーションを行う。計画がほぼ完成というところまでつめておく ・主治医が退院カンファレンスに参加できるように、10-15分など時間を限定して依頼する
診療所医師が退院カンファレンスに出席できにくい場合が少なくない(退院支援担当看護師/連携ノウハウ共有会)	医師一人で診療を行っている場合、参加できる日時が限られるため	退院前カンファレンスは、診療所医師が参加しやすい日時を設定する(診療と診療の間の時間など)
カンファレンスに保険薬局が参加できていない(保険薬局薬剤師/フォーカスグループ、地域カンファレンス)	参加できていない原因として、確認ができていない、かかりつけ薬局が決まっていない、ことが考えられる。また、スタッフの認識が薄いことも要因として考えられる	・カンファレンス以前に確認できるシステムとする(入院時に確認し、データベースに記載する) ・退院カンファレンスの必須メンバーに保険薬局を入れる

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
OPTIM Study

入退院を繰り返す場合、退院カンファレンスが行われず、情報共有ができない場合がある（地域カンファレンス）	再入退院時の情報共有の重要性が認識されていないため	再入退院でも、その後の変化を予測し、退院カンファレンスを行う
<b>【地域内の連携】</b>		
地域内での情報共有の方法が確立されておらず、情報が十分に共有されていない場合がある（地域カンファレンス、デスクカンファレンス）	最も安全で、コストの負担が少なく、迅速に情報共有できる方法が確立されていないため。また E-mail による情報共有を好まない等、個人による差異もある	関わる関係者で情報共有の方法について、退院前に決めておく
地域内で、必要な時にカンファレンスが行えていない場合がある（デスクカンファレンス）	タイムリーに関係者が集まるのが難しい場合もあるため	定期的にカンファレンスを行えるような構造をつくるなどの工夫を行う
<b>【その他】</b>		
サマリの記載にかなりの時間を要している（病棟看護師/フォーカスグループ）	がん患者の場合、ケースが複雑であることが多いため	・退院カンファレンスを行った場合、サマリは極めてシンプルでよいとするなど在宅スタッフと相談していく ・看護サマリでなくてもカンファレンスシートでも可とする
診療所は薬剤や診療材料等を患者ごとに準備したり、在庫を抱えることへの負担がある（診療所医師/ヒアリング）	地域全体でサポートする体制がないため	・携帯型ディスプレイポンプ等、病院から出せるようにするなど、個々の事例で病院と診療所で相談する ・地域全体で負担を軽減する方策があるかを相談する場を持つ

(2) わたしのカルテに関すること

地域の医療者は、病院でどのような治療が行われたか、緊急時の対応方法などの情報が得られていない（訪問看護師/フォーカスグループ）	退院支援時に、左記の情報が地域の医療者に渡る必要がある	退院支援プログラムの中にわたしのカルテの使用を組み込む
わたしのカルテだけを病棟・外来に設置すると、他のツールもあるので煩雑になる（ステアリングメンバー/ミーティング）	OPTIM で配布されるたくさんのツールをわかりやすいかたちで使う場所に設置する必要がある	OPTIM ツール一式を事務局で作成し、配置した
わたしのカルテの対象者としては「退院後、地域で医療サービスを受ける患者」を想定していたが、看護師が入院時にどの患者が対象になるかを先読みするのは困難であるとの意見がでた（病棟看護師/ヒアリング）	わたしのカルテについて説明する際、入院直後が「こういうものがあるのね」という風に理解してもらえる利点がある。そうなると、配布時に選別するという方向は難しい	・院患者全員に配布する ・退院支援が必要であると確定した時点で配布していく

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
 OPTIM Study

がん治療専門病棟が4月に開始されたばかりで忙しく、病棟看護師が入院患者全員にわたしのカルテを配布・説明して回ることができなかった（病棟看護師／ヒアリング）	わたしのカルテを説明するためのスタッフが病棟スタッフ以外に必要である	配布する対象を在宅に戻る患者など限定することを検討する
担当者がわたしのカルテを配布して病室を回ったが、「わたしのカルテだけを渡されても、具体的に使うイメージがつかない」との声があがった（患者／インタビュー）	渡された時点で具体的な使用方法を患者がイメージできない	生活のしやすさに関する質問票と一緒に配る方向にした。生活のしやすさに関する質問票の初回説明は薬剤師が行っていたので、一緒に渡してもらうことにした。
薬剤師が配布する際、どのように説明すればよいかと尋ねられた。生活のしやすさ票の説明で30分かかるため、長い説明はできなかった（病院薬剤師／ヒアリング）	簡潔な説明方法が必要である	「生活のしやすさ票」を挟んでもらうという説明のみを行い、他に質問があれば相談支援センターのスタッフを呼んでもらうこととした
実際に、がんサポスタッフが呼ばれたことはない（サポートセンタースタッフ／ヒアリング）	・短い説明で事足りている ・わたしのカルテをファイルとして持っており、他の意味が伝わっていない	評価が必要
保険薬局薬剤師は、患者の病名、検査結果、治療内容等の基礎的な情報が得られていない（保険薬局薬剤師／ヒアリング）	薬剤師に情報が伝わるような連携手段が必要	医療用麻薬を使用中の外来がん患者を対象にわたしのカルテを配布し、保険薬局薬剤師に見せてもらう
OPTIM 開始以前から、保険薬局との連携をとる工夫を独自に行っている医師がいた（病院医師・保険薬局薬剤師／ヒアリング）		今までの方法にわたしのカルテを置き換えるかたちで運用した
医師が診療中にわたしのカルテについて説明する時間がない（病院医師／ヒアリング）	他にスタッフが必要	泌尿器科医師が患者のカルテのハードコピーをわたしのカルテを挟んで手渡し、使う理由や使い方は保険薬局薬剤師が説明する
外来看護師がわたしのカルテにコミットしていない。医師－薬剤師の連携のみになっている（外来看護師／ヒアリング）	看護師の視点の介入が必要	仕組みを今後変えていく相談を外来看護師としていく
保険薬局薬剤師に、わたしのカルテの説明を行わなければならなかったが、薬局の利益にもつながる可能性もあるので、特定の薬局をOPTIM側が選別することはできない（病院医師・保険薬局薬剤師／ヒアリング）	病院付近にある保険薬局に公平に情報がいきわたることが必要	わたしのカルテに関心の高い薬剤師から、病院付近にある保険薬局へわたしのカルテについての説明と、導入へのお誘いの声かけをしてもらった。二薬局からの参加が得られた
病院付近にあるが、わたしのカルテの運用に参加しなかった保険薬局がいた（保険薬局薬剤師／ヒアリング）	わたしのカルテが特定の保険薬局の利益につながる可能性がある	医師は「患者が二薬局のどちらかを利用する場合、わたしのカルテが利用できる」と情報提供を行い、患者がその

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
OPTIM Study

		どちらかを選んだ場合に、わたしのカルテを手渡すこととした。
薬局の選択は患者の自由意思に任せているため、わたしのカルテの利用も患者の判断に委ねているが、断られた例は聞いていない（病院医師／ヒアリング）	患者にはわかっているよう様子	このまま続行
わたしのカルテの運用とは関係なく、薬剤師会主体で全国的に「お薬手帳」をもっと推進して行く動きが出始めた（保険薬局薬剤師／ヒアリング）	わたしのカルテと「お薬手帳」の運用を協力して行っていく必要がでてきた	わたしのカルテとお薬手帳と一緒に啓発していくことにした。保険薬局にポスターを貼ることにした。
ポスターは主に保険薬局薬剤師の意見を取り入れながら作成したが、病院薬剤師側でも病院に貼るポスターを作成しており、その内容の趣旨が違うことが明らかになった（病院薬剤師／ヒアリング）	ポスターの啓発効果を高めるためには、病院・薬局ともに同じポスターを貼った方がよい。	病院、保険薬局薬剤師間で話し合ってもらおう
保険薬局における情報不足の問題は連携手段の問題だけでなく、そもそも病院・保険薬局間の連携と共通認識のなさにあることが明らかとなった（病院薬剤師／ヒアリング）	薬業連携自体のあり方を考え直す必要性がでてきた	薬業連携に熱心な保険薬局に働きかけ、薬剤師会主体の薬業連携ミーティングを計画してもらい、当事者同士で連携について話し合ってもらったこととなった。
患者が入院時にもってきて、外来での様子を伝えてくれる（病棟看護師／ヒアリング）	患者－医療者間のコミュニケーションツールとして役立っている	どんな患者がうまく使っているのかを調査し、使えそうな患者に重点的に渡していく
病棟看護師がわたしのカルテに地域の医療者向けの情報を挟み込み、患者にも見せるように説明することで、患者がわたしのカルテを退院時に大事に持って帰って、地域の医療者に見せている。自分で書き込みもしている（病棟看護師／フォーカスグループ）	わたしのカルテを使って、病院から地域へ必要な情報提供ができています	よりスムーズに行えるように、退院時の患者支援のひとつとして仕組み作りをしていく
データがばらばらになるよりは、ひとつにまとまっていた方が、患者の情報を探しやすい（訪問看護師／フォーカスグループ）	患者が中身を整理しているかどうかは別として、ひとつにまとまっていることが大切である	「治療に関するものは何でも挟んでください」と声かけをする
患者が自分で使いやすいように改良している（例：カレンダーを挟む）（患者／インタビュー）	必要性を感じている患者は自ら積極的に使用している	うまく使えている患者にインタビューを行い、使用例を収集する

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
 OPTIM Study

<p>わたしのカルテを渡す際、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・OPTIM 全体の意義を踏まえてわたしのカルテを使う意味を説明する</li> <li>・わたしのカルテを渡す際、患者の地域のスタッフみんなで見守るためのものだと説明することで、患者の気持ちが高まっている（病棟看護師・保険薬局薬剤師／ヒアリング）</li> </ul>	<p>患者が必要性を理解して使用できるよう、個々に医療者が説明を工夫できている</p>	<p>患者が理解しやすかった説明の仕方を収集し、インストラクションの仕方として1冊にまとめる</p>
<p>延命治療の希望について書かれていると、限られた時間しか接することができない訪問看護師が、患者と最初から深い話ができて役に立つ（訪問看護師／フォーカスグループ）</p>	<p>延命治療の希望について、地域の医療者が情報を必要としている。患者と医療者が話し合えるかたちで病院から情報提供できることが理想的であるようだ</p>	<p>まずはがん専門病棟の退院支援で関わった患者を中心に話し合いを行い、患者・家族に希望を書き込んでもらう（または医療者が許可をもらって書き込む）</p>
<p>わたしのカルテを使う医療者の意識が低い（病棟看護師／インタビュー）</p>	<p>医療者側への啓発活動が足りていない</p>	<p>症例検討会のレクチャーを行う際、病院内のスタッフに声をかける</p>
<p>患者さんが医療機関へ持ち運び、医療者に見せるための意識づけ、声かけができていない。声かけ時のひな型をつくり、情報提供しそうな医療者に配布しているが、あまり役に立っていない（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）</p>	<p>わたしのカルテに関しての情報提供がしにくいようだ</p>	<p>ひな型の内容をより充実させていく</p>
<p>病棟看護師が患者の再入院時に見たいと思う情報が入っていない。電子カルテで間に合う（病棟看護師／フォーカスグループ）</p>	<p>わたしのカルテの情報を必要としているのは主に地域の医療者であるため、病院スタッフの意識づけが難しい</p>	<p>再入院時にわたしのカルテを必ず開くような仕組み作りはできないか</p>
<p>誰がもっているかわからないので、外来で声かけができない（外来看護師／ヒアリング）</p>	<p>患者がわたしのカルテをもっているかわかることに負担を感じる。また、マンパワーの問題から対応できる限界もある</p>	<p>外来看護師が前日までにチェックしておける体制づくりはできないか 医療者の方から積極的に声かけをしていくために、役に立っている事例を集めて示す</p>
<p>必要そうな患者がいるのに、配られていない（訪問看護師／フォーカスグループ）</p>	<p>現時点では配布場所が限られているため、必要そうな患者にも行き渡っていない</p>	<p>今後、配布場所を増やしていく</p>
<p>すでに別のファイルを持っている患者は移し替えるのが大変（病棟看護師／ヒアリング）</p>	<p>セルフコントロール感の高い患者は、すでに他の方法で工夫することができている場合が少なくない</p>	<p>できるだけ早い段階で渡す（そうすると外来での配布が効果的か）</p>

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
 OPTIM Study

啓発ボードで相談室まで取りにきた例がない（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・啓発方法がよくない可能性がある</li> <li>・相談室まで取りにくる方法が患者にとって負担になっている可能性がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手渡しが確実であるようなら、配布場所を増やしていく方向を検討する</li> <li>・患者説明用のパンフレットをつくり、外来でそのまま持ち帰れるようなラックを作成する</li> </ul>
患者がみんなバラバラの説明を受けている。共通の説明が欲しい（病棟看護師・外来看護師／ヒアリング）	医療者がわたしのカルテに関する共通の認識がないため、説明が個々の価値観に頼っている	説明時の共通のひな型を作成する
常に持って来ない人がいる（病院医師・病棟看護師・外来看護師／ヒアリング）	なじまない人にはなじまないようだ	全員に配るのではなく、使ってもらえそうな人を中心に配布していく
誰がわたしのカルテの情報を必要としているのかわからない（病棟看護師・外来看護師／ヒアリング）	わたしのカルテの有用性に関する情報を医療者が共有していない	病院・地域スタッフが集まって、わたしのカルテの有用性について話し合う場をつくる
いまいち使いこなせていない感じがする（ステアリングメンバー／ステアリングメンバーミーティング）		実際に使っている人で、うまく使っている例を収集し、医療者間で共有する
延命治療についての欄を埋めている人を見たことがない（病棟看護師／ヒアリング）	患者が延命治療についての意見をわたしのカルテに書き込む気になるためには、医療者側からのアプローチが必要である	まずは、腫瘍センターの退院支援で関わった患者を中心に、話し合いを行い、わたしのカルテに書き込んでいってもらう（または医療者が許可をもらって書き込む）
看護師から声をかけることで所持率が上がっている病棟がある（病棟看護師／ヒアリング）	所持率が上がらない要因は、患者自身のニーズは高くない場合が多いため。また、声をかけられなければ、医療者が重要と考えていることが伝わらないと考えられる	ニーズのある対象に使用し、医療者からも声をかけていく（ニーズがある患者はすでに自分なりのノートを作っていたりするため、個別の対応が重要である）

（3）その他の連携に関すること

事象	解釈	ノウハウ／解決策
緩和ケアに関する地域の相談機能および適切な専門緩和ケアの判断と紹介機能を持つ窓口		
スタッフ間の情報共有がなかった（相談室スタッフ／ヒアリング）	スタッフそれぞれが異なる3部門（地域医療連携室、看護相談室、医療相談室）から構成されているバーチャルな組織のため	情報共有を目的として、まず週に1回定期ミーティングを行うようにした。
浜松市内のがん診療連携拠点病院からのホスピ	紹介元の医療機関にホスピスの機能	紹介元医療機関のソーシャルワーカーにフ