資料５

在宅医療連携拠点事業を中心とした地域緩和ケア

2014.10.29　小笠原内科　小笠原文雄

小笠原内科は平成元年から在宅緩和ケアを始め、18年在宅緩和ケアを岐阜県全域に普及させる為、岐阜在宅ホスピス研究会を緩和ケア病棟入院料届出受理施設（以下PCU）の医師、在宅療養支援診療所（在支診）の医師と3人で構想を練り、立ち上げた。

20年には岐阜在宅コミュニティを立ち上げ、その中心に教育的在宅緩和ケアのできる在宅医療連携拠点診療所（拠点診療所）としてかかりつけ医や在支診の支援・実践教育をすることにより、在宅看取りまで支えられる医師のスキルアップと看護師（トータルヘルスプランナー（THP）の育成)、薬剤師の教育を行ってきた。THPとは医療・看護・介護・福祉・保健の幅広い範囲の知識を持っており、縦の関係ではなく横の関係でチーム内どの立場の人間にもしっかりと意見､特に医師にも介入できる能力を持った多職種連携のKeyPersonである。THPのケアシステムにより、在宅看取りをするまで簡単に支えられるようになっただけでなく、急変時のバックアップベッドの機能を病院やPCUだけでなく拠点診療所が果たせるようになり、かかりつけ医の教育・支援も可能になった。

現在、地域緩和ケアを提供する上で、がん対策基本計画に沿って整備してきたがん診療連携拠点病院を地域緩和ケアの拠点として整備しようとしている現状がある。しかし、在宅の現場を理解、経験していない病院（特に医師）だけでは在宅緩和ケアを地域に推進するには無理があり、急速に進む少子高齢化の中で起こるこれからの社会状況を踏まえた地域（在宅）緩和ケアがなされない恐れがある。つまり介護力の弱い老夫婦や独居患者などは無理、とかバックアップベッドを確保せよ、という意見が圧倒的に多くなる。

しかし、診療報酬改定では「機能強化型在宅療養支援診療所」が新たに制度化され、在宅緩和ケアの拠点を担える可能性がある在支診が整備されつつある。しかし、これは施設基準を見ると末期がん患者を対象とした在宅緩和ケアには必ずしも適していない。実際は厳密に24時間対応を行っていない、在宅医のスキルが未熟、何かあれば病院へ送ればよいと考える診療所が多いので、これが上述のバックアップベッド充実の主張につながっている。

【Ⅰ】地域緩和ケアの拠点について

①拠点は拠点病院と拠点診療所が担う。
②拠点病院はPCU、がん診療連携拠点病院（緩和ケアチーム）を想定。
③拠点診療所は緩和ケア連携拠点機能強化型在宅療養支援診療所（緩和ケア連携拠点診療所）を想定。

【Ⅱ】緩和ケア連携拠点診療所

1）施設基準

①高い在宅看取り率…緩和ケア診療所の質を表す

②多い在宅看取り数…経験の豊富さと社会貢献を表す（地域差が大きい）

③独居の看取り…困難事例を表す・スキルがある

④付帯　イ）最近、看取り率も看取り数も増加している在支診が増えた。

ロ）高い在宅看取り率・数を維持して、連携拠点診療所も指導できるハブとなる在宅拠点センターが都道府県にひとつあるとよい。

2）機能

①かかりつけ医・在支診の支援・実践教育

②困難事例の在宅ケアを担う

③病院のスタッフからの退院相談や相談外来…在宅緩和ケアチームの紹介業務

④拠点病院とともに教育・研修などを担う

3）実践教育が出来る為に望ましい基準

①緩和ケア連携拠点診療所は年間のがん在宅看取り率が概ね85%、がん在宅看取り数が年20人（地域差あり）、過去100人看取り、独居の看取り2人。

②緩和ケアセンター的な拠点診療所はがん在宅看取り率が概ね95%、がん在宅看取り数が年40人（地域差あり）、独居の看取り10人。

③最も大切なことは自院で在宅看取りができるだけでなく、緩和ケアに関わっている医師・看護師・薬剤師などに対して往診同行や、在宅緩和ケアの支援・教育的在宅緩和ケアなどを実践する能力があること。

イ）地域の在宅緩和ケア推進に貢献したいと思っていること。

ロ）モルヒネの持続皮下注の指導経験があること。

ハ）THPのケアシステムを取り入れている。

ニ）遠隔診療・遠隔診療指導が実践できる能力があること。

【Ⅲ】緩和ケア連携拠点診療所を中心とした在宅緩和ケアの充実と普及の意義

①患者・家族にとって最も望ましい形の緩和ケアが提供できる

②地域の病院からスムーズに在宅移行ができる

③病院の医師が本来の業務に専念できる。

④かかりつけ医・在支診の負担を減らすことができる

⑤医療費削減となる

【Ⅳ】往診同行、教育的在宅緩和ケアを受ける対象者
①往診同行
イ）がん診療連携拠点病院の院長・看護部長・病棟医長、PCU・緩和ケアチームのリーダー・リンクナース・退院調整室看護師・緩和医療専門薬剤師など
ロ）PCU の科長、専従・専任医師、師長、専門・認定看護師
ハ）在宅医師、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー　他
②教育的在宅緩和ケア
地域のかかりつけ医（在支診を含む）や訪問看護師、薬剤師、ケアマネなど

【Ⅴ】PCU、がん診療連携拠点病院（緩和ケアチーム）に望むこと
①上述の往診同行（在宅緩和ケア実施研修）へ参加
②病診連携デスカンファランスの開催（退院前から在宅看取りまでのケース）
緩和ケア連携拠点診療所と共同開催が望ましい。
座長－病院側、在宅側(病院側だけでもよい)
発表者－病院の医師・看護師・退院調整室スタッフ　等
在宅側の医師・訪問看護師・ケアマネ・薬剤師　等
年 3～6 回病院で開催
③在宅側の相談外来・初回面談への参加・研修
④講演会（市民啓発などのため）の開催
⑤現在の PCU は主に病院のバックアップ機能を担い、一旦 PCU に入ると看取りまでそこに留まる患者が多い。今後、がん診療連携拠点病院は PCU に患者を送るのではなく在宅へ、そして PCU は PCU での看取りに主眼を置かず、落ち着いたら積極的に在宅へ退院させ、在宅のバックアップ機能を担ってもらいたい。また、それだけでなく教育的在宅緩和ケアを実践する能力のある PCU（緩和ケアチーム）のスタッフは退院させた患者をサポートする、モルヒネの持続皮下注などのできない在宅チームの支援・教育をして在宅看取りまで支えてほしい。
⑥積極的治療が出来なくなった時、緩和ケアチームのサポートを受けている時、主治医はそのスタッフの意見に従うようにすべきである。
⑦主治医は THP の視点を有する退院調整室のスタッフの指示に従ってほしい。

【Ⅵ】結果として
モルヒネの持続皮下注ができない、デスエデュケーションが不得意、本人は家にいたいのに家族がせん妄で不安になった、などの理由で地域の診療所が患者を救急車で病院へ送ることなく、家で希望死・満足死・納得死できるようにする為に、緩和ケア在宅拠点診療所、がん診療連携拠点病院や PCU が協力して

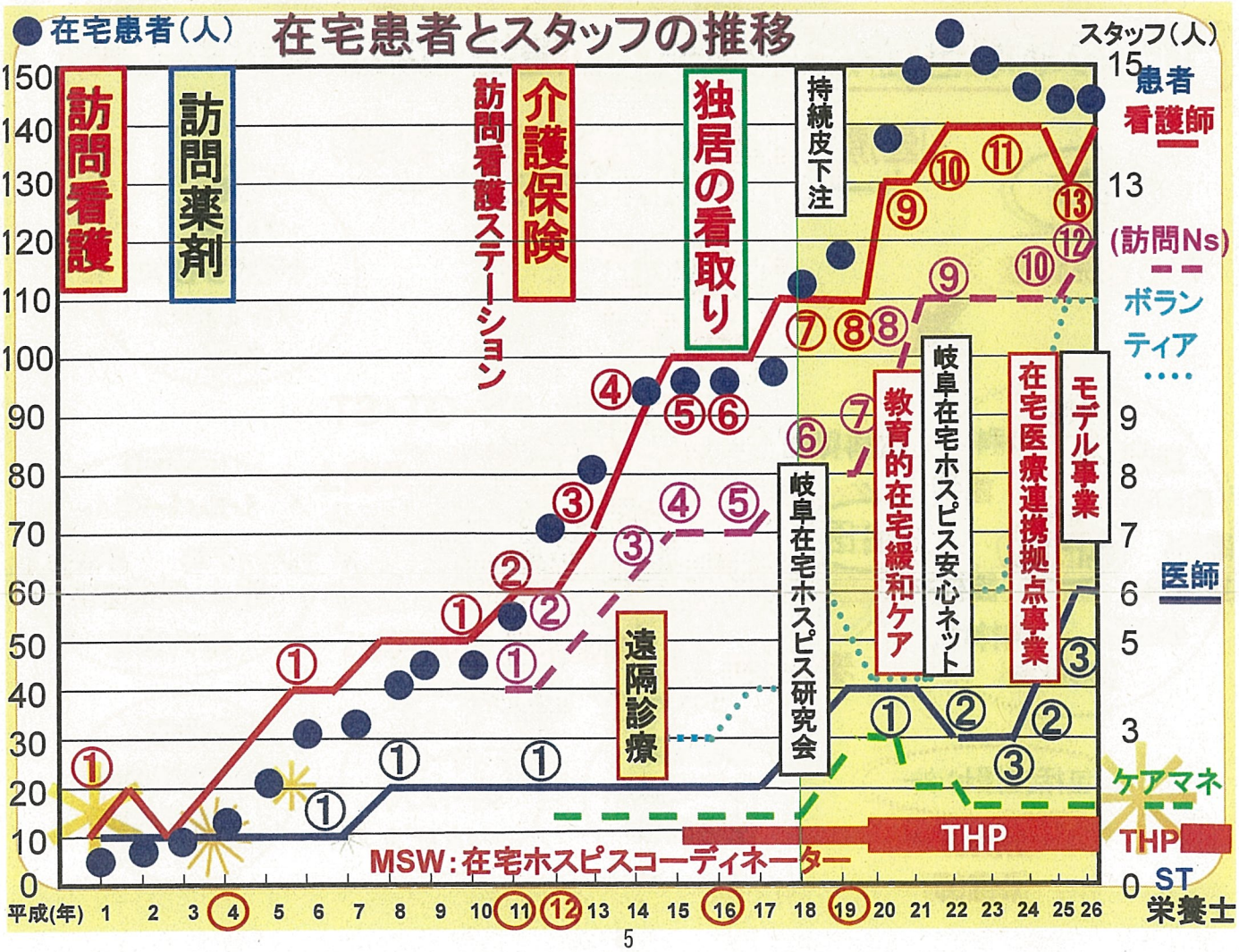
地域のサポート体制を構築することにより、地域完結型の在宅緩和ケアシステムを完成する。そうすれば質の高い緩和ケアが提供でき、結果として在宅看取り数が増え、点から面への戦略となり、日本人の文化・人生観・死生観の変革をもたらすと思う。当然のことながら、医療費も大幅に減ることにより、国民の幸福感につながるはずである。

緩和ケア推進検討会

在宅医療連携拠点事業を中心とした地域緩和ケア

- 在宅医療（緩和ケア）連携拠点診療所の実際
- 受け皿となる在宅医療側の課題
- 全国展開するにあたっての課題
- がん診療拠点病院への要望
- 国民への啓蒙・人生観・死生観の変革

平成26年10月29日（水）16:00～18:00
於：厚生労働省　共用第8会議室
医療法人聖徳会　小笠原内科　　院長　小笠原文雄



H18年 岐阜在宅ホスピス研究会
＜在宅療養支援診療所＞



在宅看取り率を上げたい

世話人

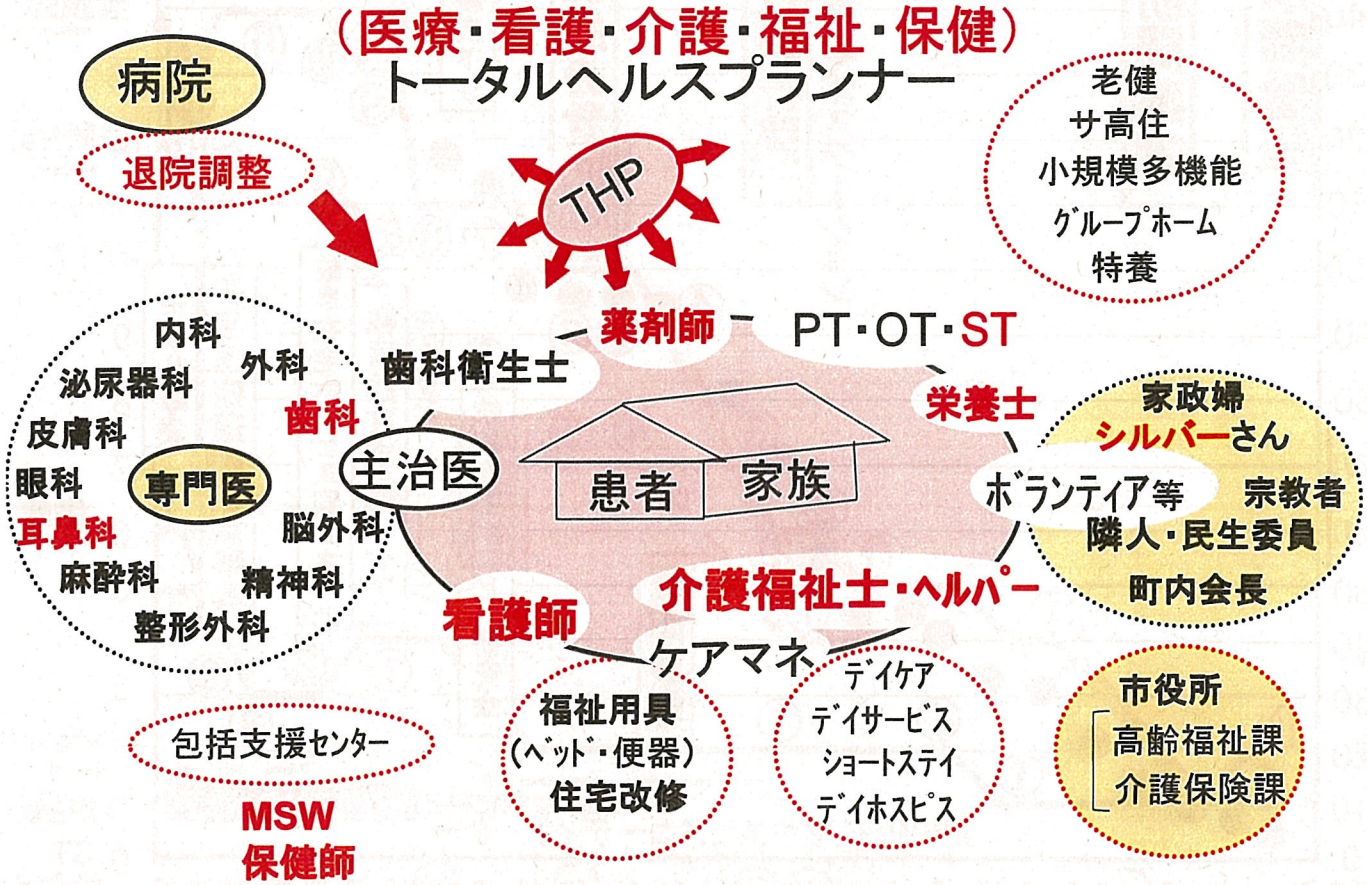
医師　93名

看護師　10名

緩和ケアの普及

THPの地域包括ケアシステム（連携・協働・協調＋介入）

（医療・看護・介護・福祉・保健）
トータルヘルスプランナー



THPの介入

① **事前約束指示** ・・・医師に介入（薬剤師と連携）

疼痛時	ボルタレン（坐）、オプソ、アンペック（坐）
嘔気・嘔吐時	ナウゼリン（坐）
便秘時	レシカルボン(坐)、グリ浣
熱発時	ボルタレン（坐）
けいれん時	エスクレ（坐）、ダイアップ（坐）
不眠時	デパス、ダイアップ（坐）（保険不可）
呼吸苦	モルヒネシロップ（2～3mg）
	SPO_2低下時　O_2吸入
不安時	夜間セデーション（今日の治療指針2012）

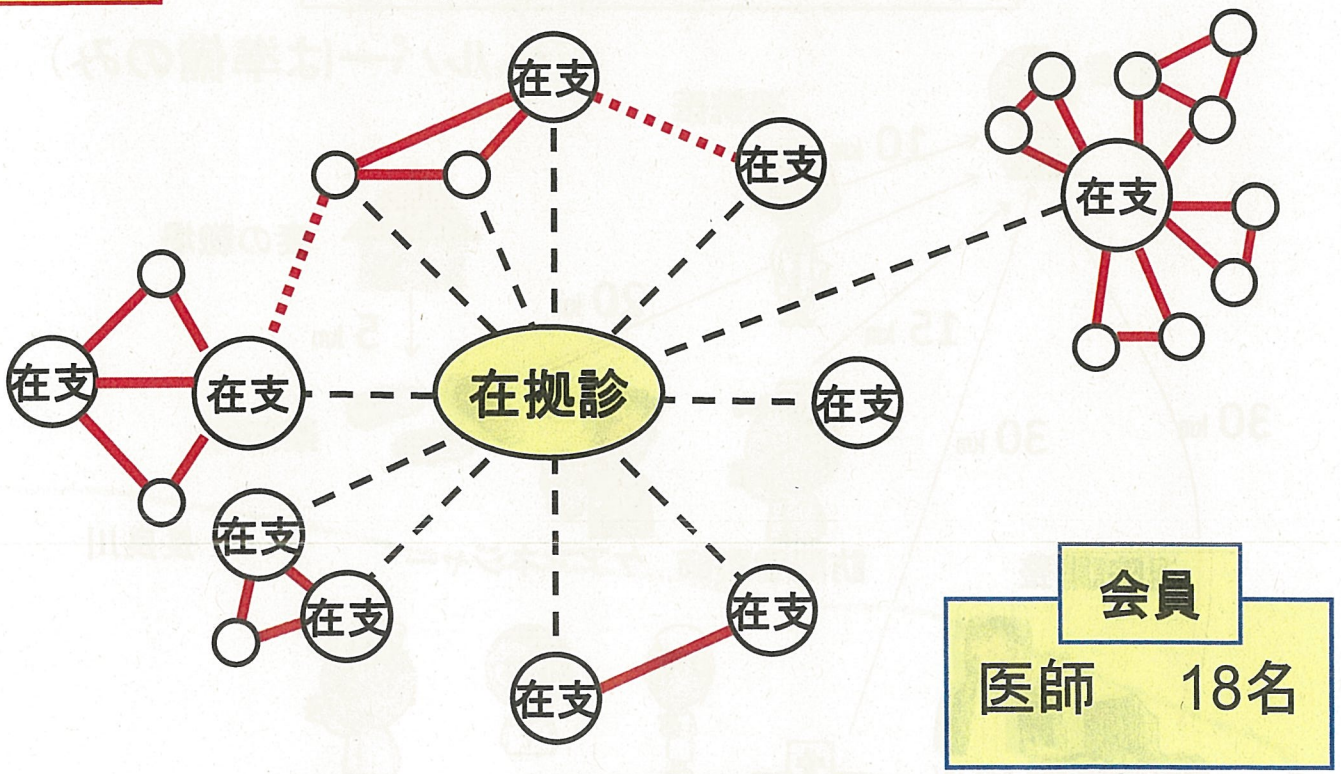
独居でもモルヒネの持続皮下注が安心して笑顔になる

② **ケアマネジメント** ・・・ケアマネに介入

③ **死の教育** ・・・ 患者・家族などに介入

H20年

岐阜在宅コミュニティ



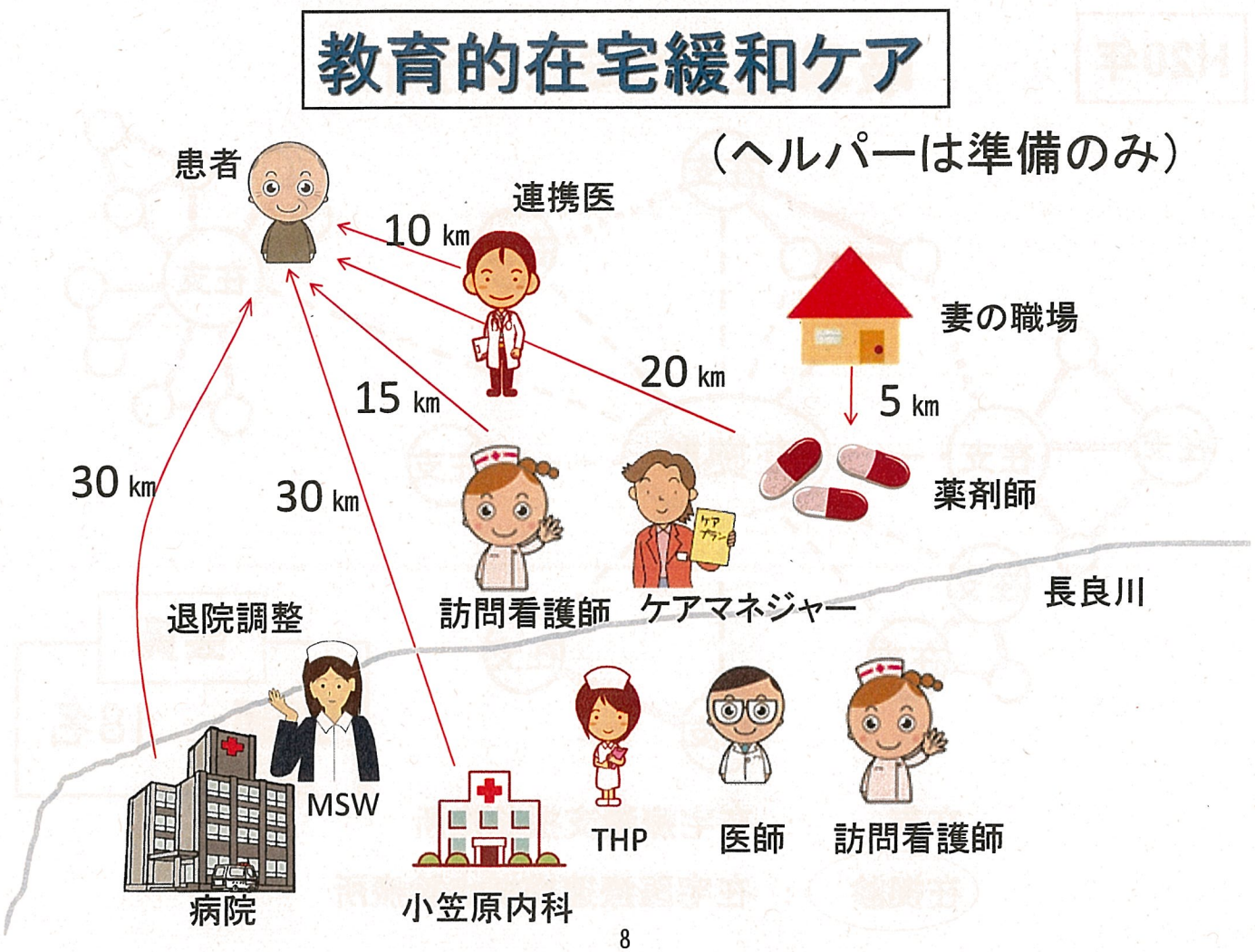
会員

医師　18名

在支　：在宅療養支援診療所

在拠診　：在宅医療連携拠点診療所


H20年
山県市
教育的在宅緩和ケア
在宅医療連携拠点診療所
5km
揖斐郡
患者
美濃加茂市
岐阜市
本巣市
各務原市
垂井町
大垣市
北方町
一宮市
愛知県
羽島市
北名古屋市
名古屋市
小笠原内科
安八郡


教育的在宅緩和ケア
（ヘルパーは準備のみ）
患者
連携医
10 km
妻の職場
20 km
15 km
5 km
30 km
30 km
薬剤師
訪問看護師
ケアマネジャー
長良川
退院調整
MSW
病院
小笠原内科
THP
医師
訪問看護師

歩けなければ入院…

40代　男　　胃がん、イレウス
19年12月　　胃がん
22年10月　　イレウス
医師が持続皮下注できない
23年2月　妻が相談外来
教育的在宅緩和ケア 開始
4月　希望死・満足死・納得死



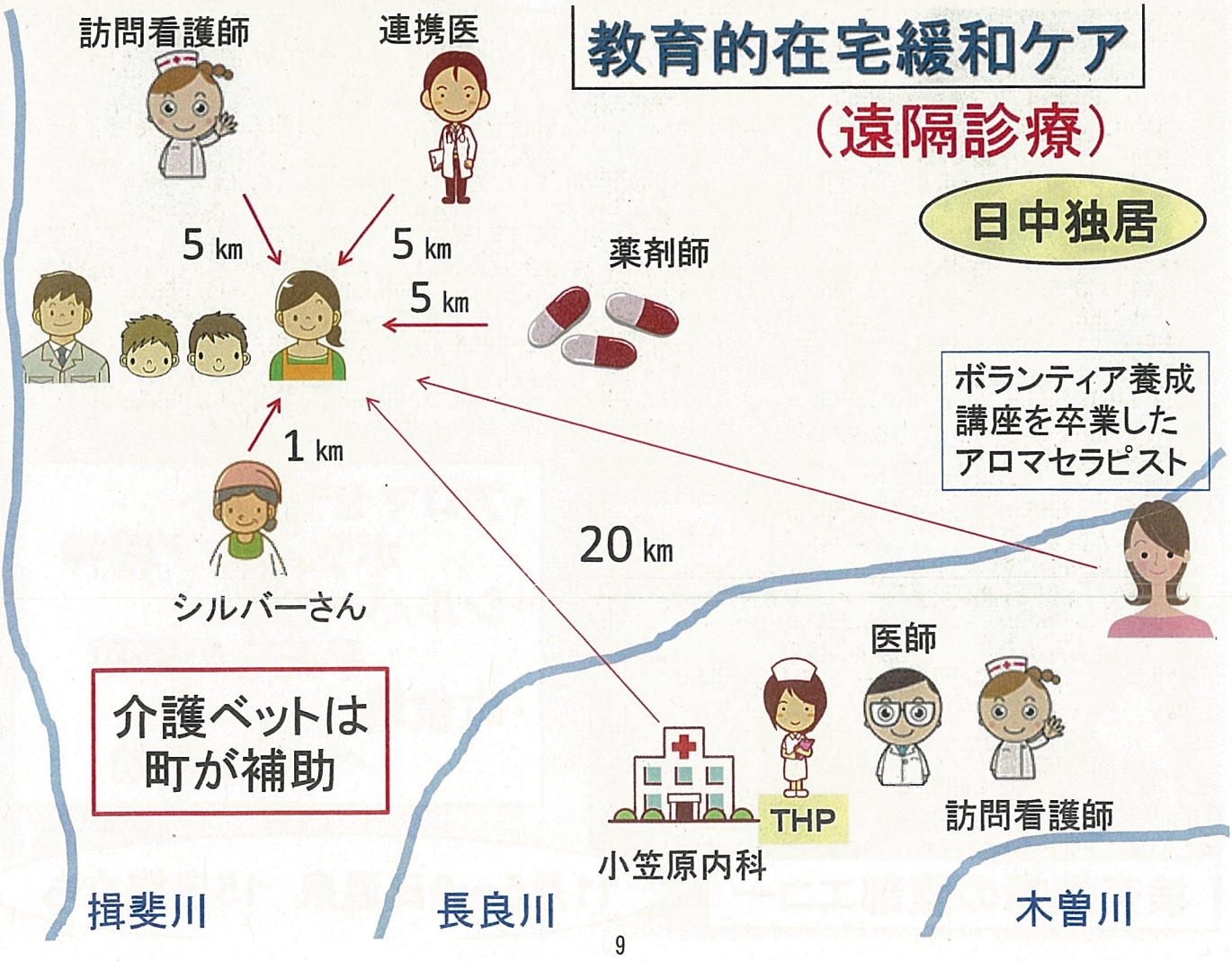
山の向こうの薬剤師





教育的在宅緩和ケア
（遠隔診療）

日中独居



死にたい ➡ 遠隔診療で笑顔

20km遠方

35歳　女　胃がん、卵巣転移、肺転移、がん性胸・腹膜炎

日中独居

21年　5月　　胃がん・卵巣がん手術、抗がん剤
23年　5月　　痛い。不眠。早く死にたい。
➡ テレビ電話を使った遠隔診療（教育的在宅緩和ケア）
7月　　39.3℃の熱発 ➡ 午後往診しようか？
お顔が見れたし、先生疲れちゃうので、往診はいいよ。





遠隔診療と訪問看護師







- アロマセラピスト
  ボランティア精神
- シルバーさん
  手持ちの野菜
- 町役場
  ベッドの援助

11月5～6日温泉　15日旅立ち

旅立ち5日後
悲しみと満面の笑顔

11月21日



オプソ(5)　1錠
ピーカード(60)　1錠
フェントステープ(8)　1枚
プレペノン　0.1ml/hr

年末年始、隔日交換なんて

56歳　男　肺がん、骨転移
35km遠方
22年12月17日　退院
モルヒネ　144mg　持続皮下注

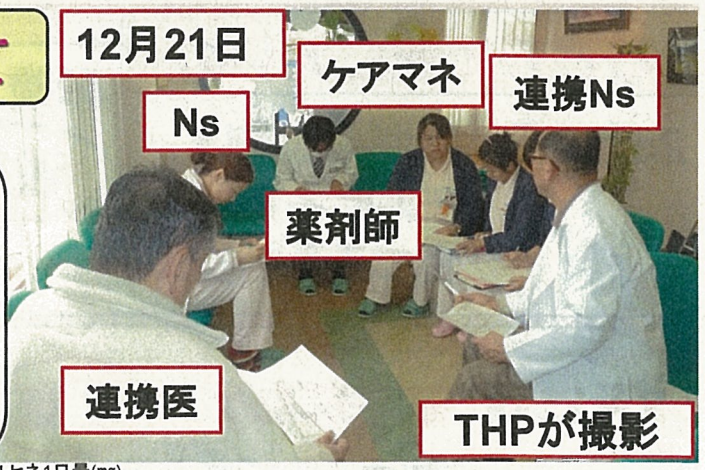
12月21日　SOS

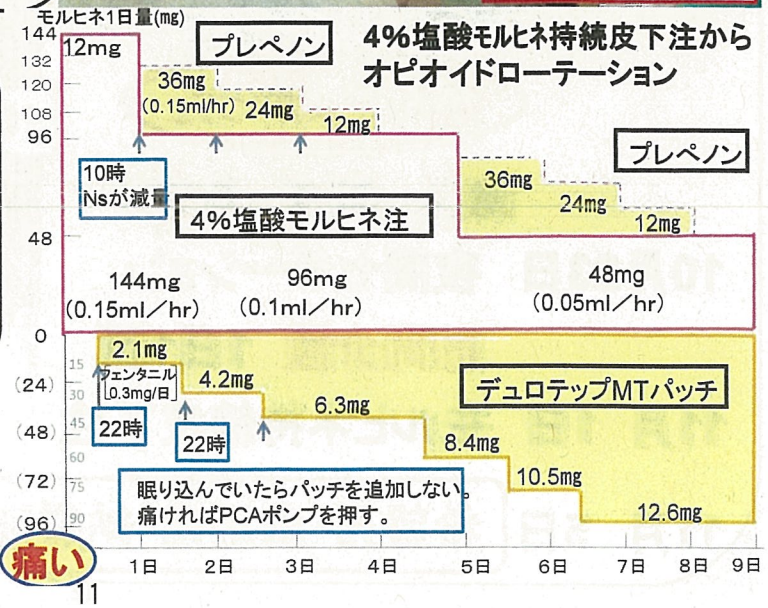
教育的在宅緩和ケア

オピオイドローテーション

23年1月26日
希望死・満足死・納得死

12月21日





がんが可愛い

日中独居

遠方10km

79歳　乳がん、多発骨転移
7年　乳がんの治療せず
22年4月　痛くて不眠、苦しく動けず
アルブミン1.8g/dl
教育的在宅緩和ケア ➡ 笑顔

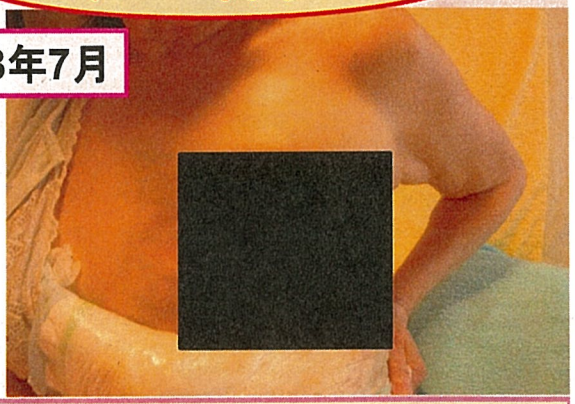


22年4月

訪問診療　150回
看護　750回
介護　30回

尿道留置カテーテル抜かないで

今が一番幸せ



23年7月

24年1月

アルブミン	3.9g/dl
パシーフ	360mg
オキシコンチン	120mg
フェントステープ	1mg

24年3月　希望死・満足死・納得死

ひとりで死にたいの

89歳　女　肝がん、多発性骨転移

25年3月　肝がん、痛い
モルヒネで嘔吐
首つろうと思った

独居

年金　72,466円（1ヶ月）
家賃　3万円
貯金　50万円（葬式代等）

9月25日　在宅緩和ケア　笑顔
首つらなくてよかった
がんでよかった
隣人　朝夕　見守り
10月23日　夜間セデーション
訪問介護　1日1回
11月　1日　モルヒネ持続皮下注
11月　5日　希望死・満足死・納得死



10月4日

NHK総合
ウィークエンド中部

余命１ヶ月。退院したら５日の命

72歳　子宮腫瘍、両側胸水、腹水
縦隔リンパ節腫大　遠方　15km

両側胸水を毎日600ml排液
盲目の息子と2人暮らし
24年1月　20km離れた妹が相談外来
患者『家に帰りたい』

医師　無理

O_2 5ℓ／分

2月13日 退院前共同指導



家で死んだら本望ですよ

2月14日　退院





地域連携

笑顔



教育的在宅緩和ケア

3月16日

お庭へ出れた



4月13日



笑顔で暮らすと、元気になる

8月18日



金華山



26年　元気

香典返し

68歳　男　脳出血、昏睡、四肢麻痺
経鼻経管栄養、**気管切開**、人工鼻

24年11月　脳出血術後　意識戻らず。
痰の吸引が2時間おき ➡ **退院したら死ぬよ。**

25年 2月　**在宅緩和ケア**

栄養	1500ml ➡ 1000ml
吸痰	12回 ➡ 4～5回
訪問看護	週2回+**24時間対応**
訪問介護	週10回
訪問入浴	週2回
ベッド	
利用者負担	月約34,000円
訪問診察(44回)	往診(6回)

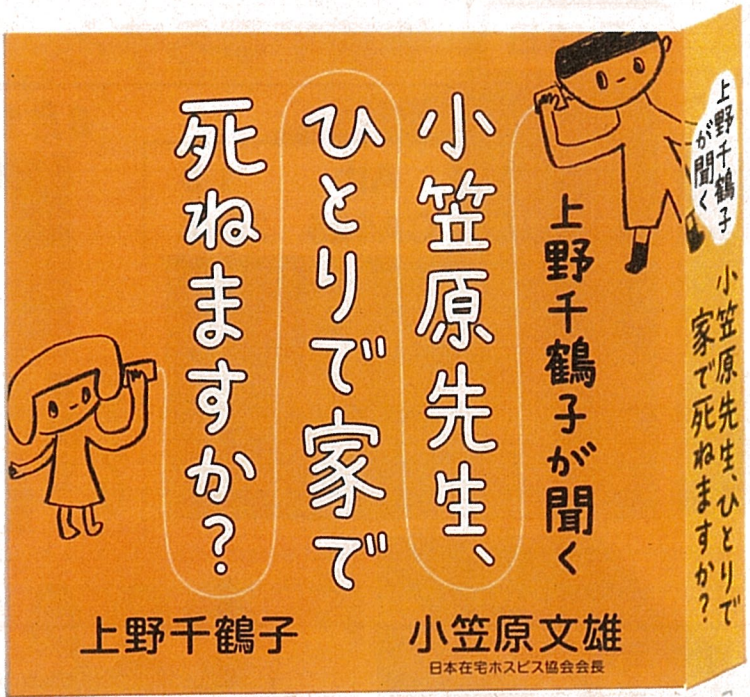


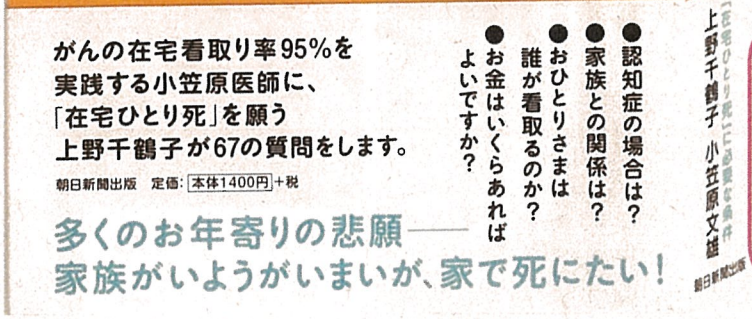
初七日

26年1月　希望死・満足死・納得死 ➡ **黄色い本を香典返し**

生き方・死に方を問う

いのちの不思議さ？





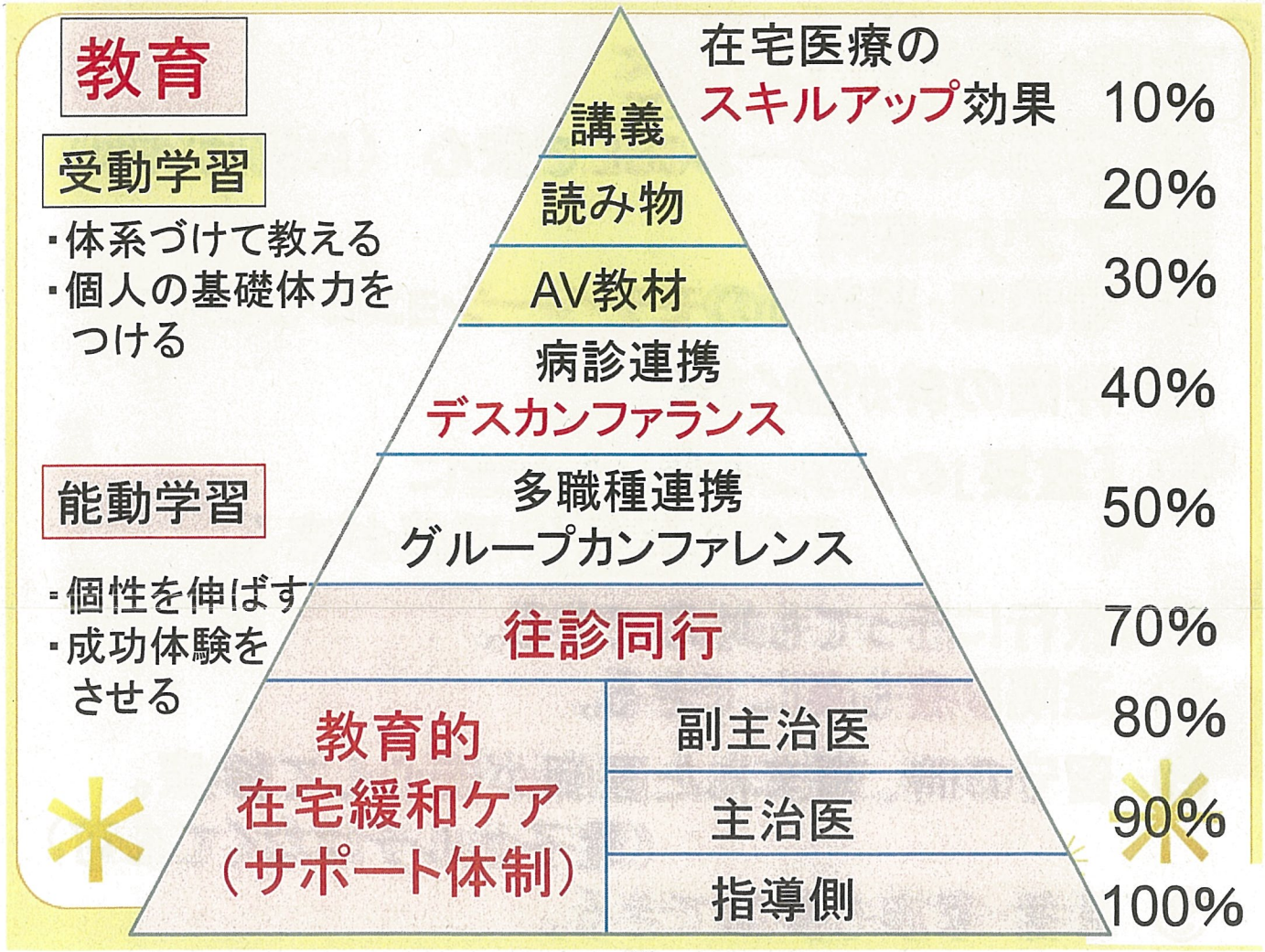
患者・家族のための本

医療者・介護者のための本

表1　教育的在宅緩和ケア前後の変化

医院	在宅看取り数（人） 全疾患 前 在宅死	全疾患 後 在宅死	がん 前 在宅死	がん 前 入院死	がん 後 在宅死	がん 後 入院死	在宅看取り率 がん 前	在宅看取り率 がん 後
A 26ヶ月	11	22	11	14	20	9	44	69
B 20ヶ月	53	62	26	6	23	1	81	96
C 16ヶ月	9	15	5	3	9	1	63	90
D 12ヶ月	11	13	5	2	5	1	71	83
E 12ヶ月	0	4	0	2	3	0	0	100
F 17ヶ月	3	7	1	5	2	6	17	25
F 14ヶ月	6	4	3	2	2	0	60	100
計	**93**	**127**	**51**	**34**	**64**	**18**	**60 %**	**78 %**

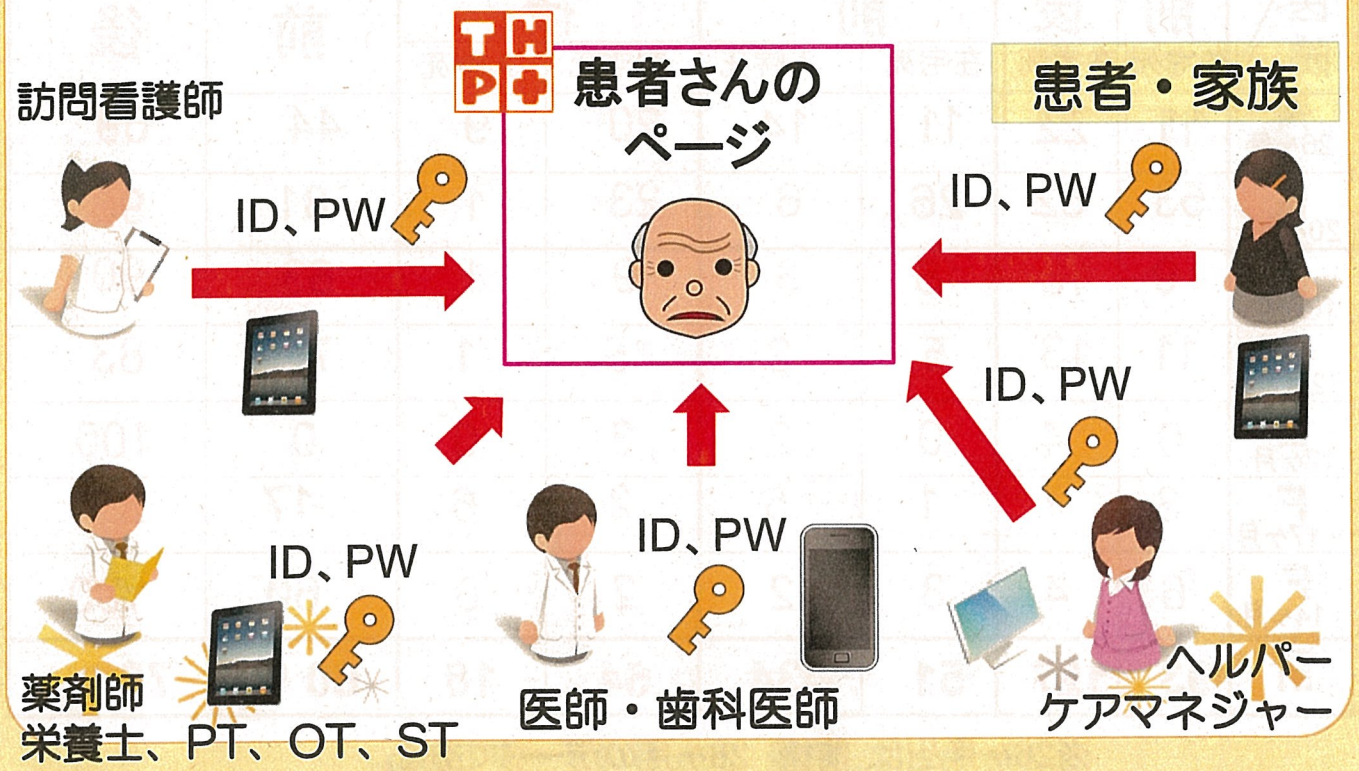
※26ヶ月とは、前後　26ヶ月のデータである。



24年

THP+

それぞれの職種がID、PWを使って患者さんのページを見ます。スマホ、iPad、PCのいずれでも操作可能です。

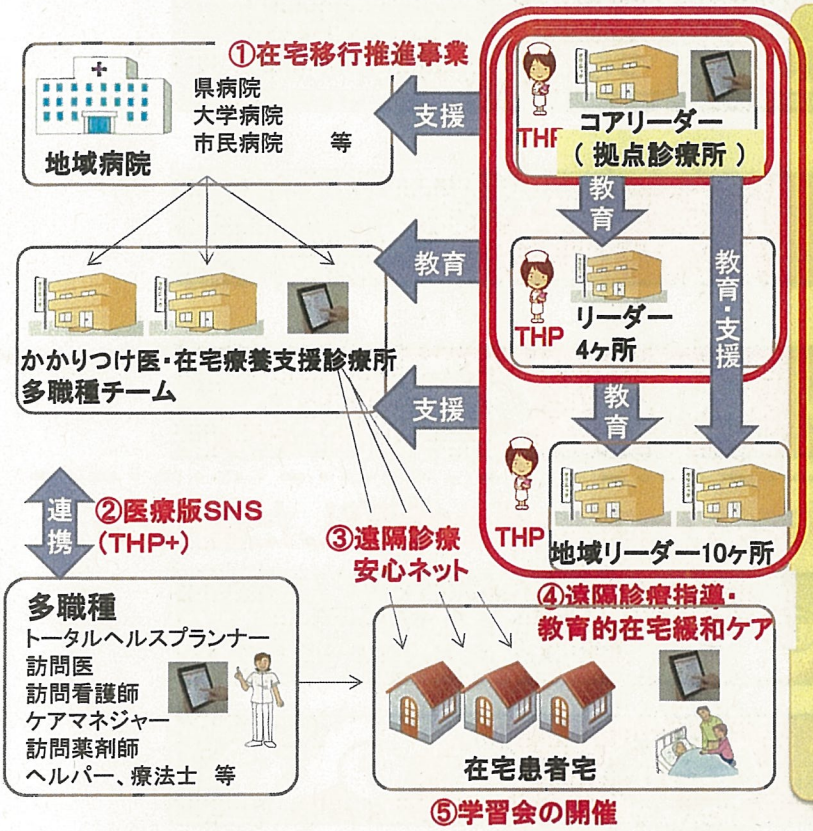


THP+ の素晴らしさ

① 情報共有のツールSSLで安心 （以前はVPN）
② アプリで便利
③ 看護師・薬剤師のモチベーションが上がる
④ 仲間の絆が強くなる
⑤ 「重要」のボタンを押したときに医師の携帯に連絡が来る。
⑥ 旅行に行っても対応できる。
⑦ 遠隔診療も楽にできる。
⑧ 留守の時、頼まれた医師が安心して診療。（電子カルテはなくても可）
⑨ 患者・家族も参加できる。

遠隔診療利用型在宅医療モデル事業

平成24年度在宅医療連携拠点事業での実績をもとに、県下全域への展開を図る。これを実現するため、病院から在宅移行した患者のワークショップや遠隔医療・安心ネットの実施、小笠原内科による遠隔診療指導、教育的在宅緩和ケアなどを実施する。



①病院から在宅移行した患者のワークショップ
病院退院調整時、患者症状等を考慮し受け入れ可能なかかりつけ医の選定等について助言するなど、在宅への受け入れ支援を行う。

②医療版SNS（THP+）
患者を中心とした医療従事者の持つ情報（患者状態、写真等）をリアルタイムに共有し、チーム医療を実現する医療版SNS（THP+）の導入を行う。セキュリティはSSLによる暗号化で外部からの侵入を防いでいる。

③遠隔診療・安心ネット
過疎地など遠方の患者に対し、スマートフォン、iPadなどの携帯端末を使用し情報共有や遠隔診療を実施し、安心ネットを構築する。

④遠隔診療指導・教育的在宅緩和ケア
在宅で経験が少ないかかりつけ医・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションに対し、スマートフォン、iPadなどの携帯端末を使用し遠隔診療指導を実施する。同じ患者に同時に関わることで実践教育及び1人医師に対する後方支援、THPの育成を行う。

⑤学習会の開催
上記を実現するため学習会などを実施。

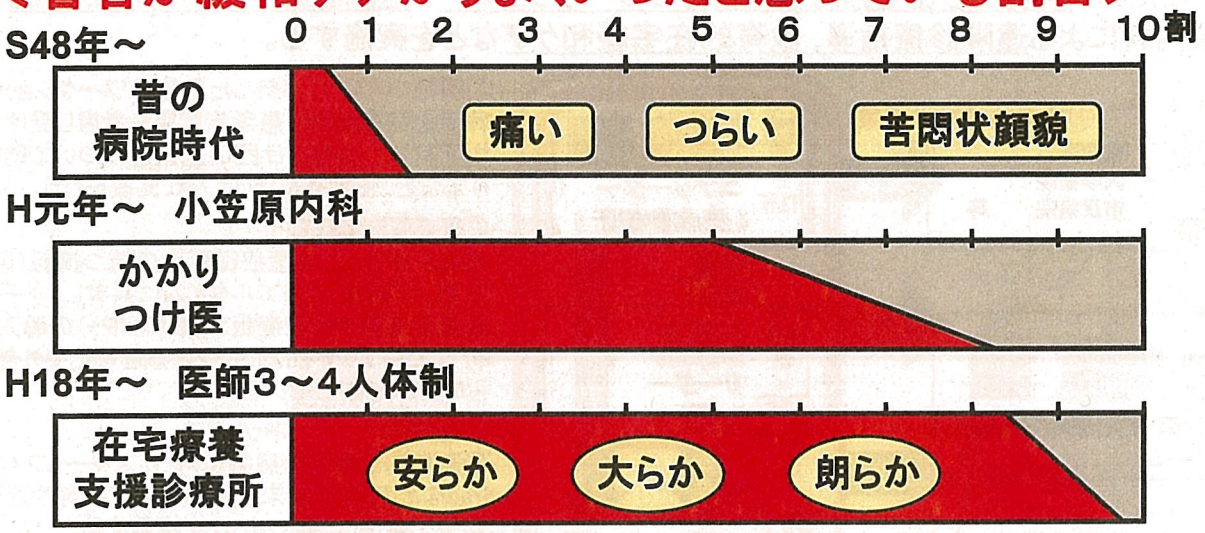
結語

遠隔診療を利用しながら、
THPのケアシステムの中で
THP＋で情報共有すると
教育的在宅緩和ケアもやりやすく、
簡単に**看取り**まで支えられる。

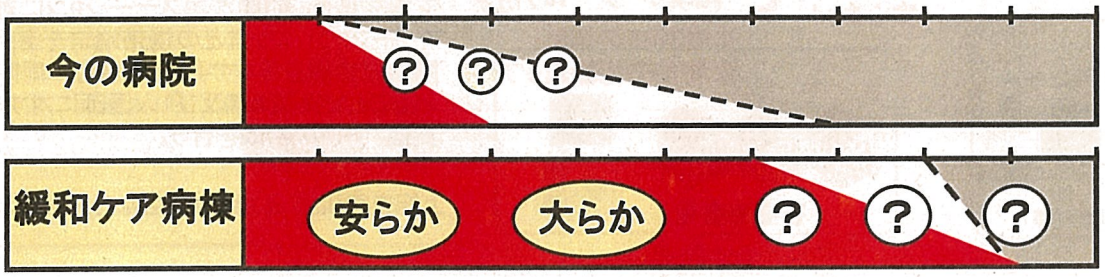
岐阜で実践している
遠隔診療利用型在宅医療モデル事業
が日本を救う。？

緩和ケアの実態

＜著者が緩和ケアがうまくいったと思っている割合＞



＜著者が緩和ケアがうまくいっていると推定した割合＞



ガンサバイバーが生活する環境

癒しの空間

仮想癒しの空間

ストレス空間

自由

不自由

いのち

活き活きと生きる

管理

癒しを提供する者は、自ら癒されてなくてはならない

がん診療連携拠点病院（特に医師）に対して

15年　市民病院 ➡『医師会を通して講演依頼を』➡ 講演なし

19年　県総合医療センター ➡『院長・看護部長・事務局長』も出席

講演でデスカンファレンス・退院調整が重要 ➡ 退院調整件数が40%増加？

25年　名古屋第二赤十字病院　講演後、

院長 ➡『黄色い本』75冊購入。医師らに読ませる。

26年　四国がんセンター『黄色い本』100冊購入。

開業医が病院医師に黄色い本を渡す ➡ 患者を依頼される

結論

医師に講演を聞いてもらう
黄色い本を読んでもらう

訪問同行
訪問看護同行

退院調整にTHPの視点

デスカンファレンス

も有効

病診連携デスカンファレンス

岐阜県総合医療センター
計75名参加　医師38名
Ns15名、薬剤師22名

岐阜大学病院
（計48名参加）





座長：病院Dr
小笠原

発表：病院Dr・Ns・退院調整室
在宅Dr・Ns・ケアマネ

病院の役割：退院調整（THPの視点）

①難易度を考え　②地域全体をながめ
③どの医療機関　④どの訪問看護ステーション
⑤どの調剤薬局　⑥どこまでスキル　があるのかを知り、
マッチングを考え、
退院調整する。

<アンケート>

～在宅医療の実施内容～

オープンベッド
連携医療機関名（小笠原内科）

在宅療養支援診療所	○	在宅自己注射（インスリン等）	○
往診	○	在宅中心静脈栄養	○
緊急往診	○	IVHポート	○
訪問看護	○	在宅リハビリテーション	○
在宅酸素療法	○	気管カニューレなどの在宅自己管理	○
在宅鼻腔栄養	○	胃ろうチューブなどの在宅自己管理	○
在宅疼痛管理	○	膀胱留置カテーテル交換	○
腹膜透析	×	褥瘡処置の在宅自己管理	○
人工呼吸管理	○	病床　有・(無)	0床
☆その他 何かございましたら ご記入お願いします。		プレペノンやサンドスタチンの持続皮下注可能 人工肛門・人工膀胱・腎瘻の管理可能 独居でも可能	

がん在宅看取りの難易度分類（距離は地域差あり）

難易度	評価項目		計
Ⅴ	患者と家族が断固反対。約30km遠方	各8点	8点以上
Ⅳ	家族と患者が反対 独居の認知症。　約20km遠方。	各5点	5～7点
Ⅲ	患者又は家族が断固反対。　認認介護。 独居。　麻薬にトラウマ。 緩和ケア病棟で苦しんでいる患者。 悪魔の呟き。　約15km遠方。	各3点	3～4点
Ⅱ	患者又は家族が反対。　老老介護。 日中独居。　未告知。　麻薬に拒否感。 病院や自宅で苦しんでいる患者。 魔女の囁き。　約10km遠方。	各1点	1～2点
Ⅰ	患者と家族が在宅を希望。約5km。	各0点	0点

在宅看取り数

在宅医が死亡診断書を書いた在宅患者数

地域への貢献度を表す指標

在宅看取り率

$$\text{在宅看取り率} = \frac{\text{在宅看取り数}}{\text{在宅医が関わった在宅患者の死亡総数}}$$

＊但し、病院医師が主治医として方針決定している患者を在宅でフォローしている場合を除く。

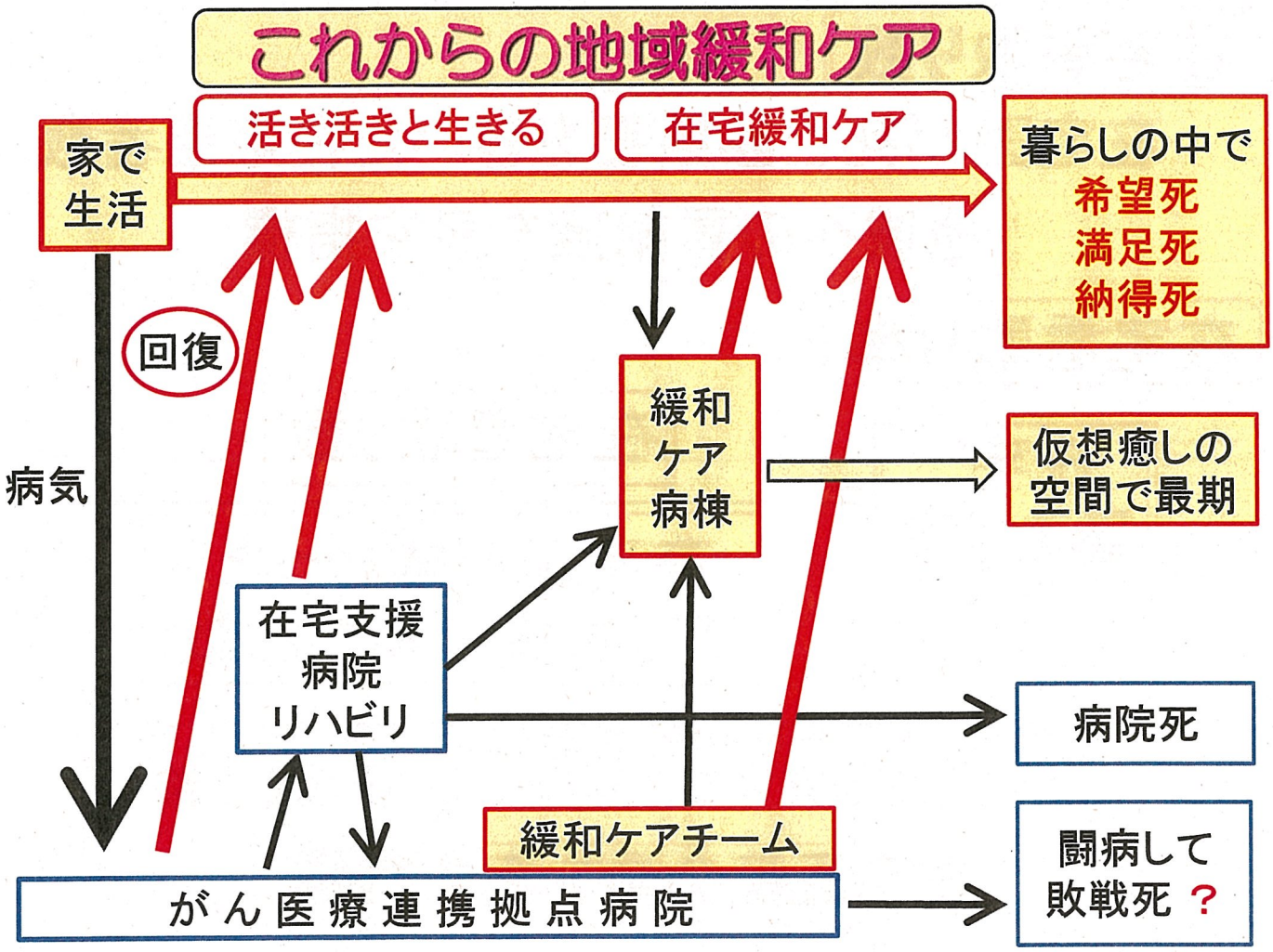
在宅医療の質を表す指標

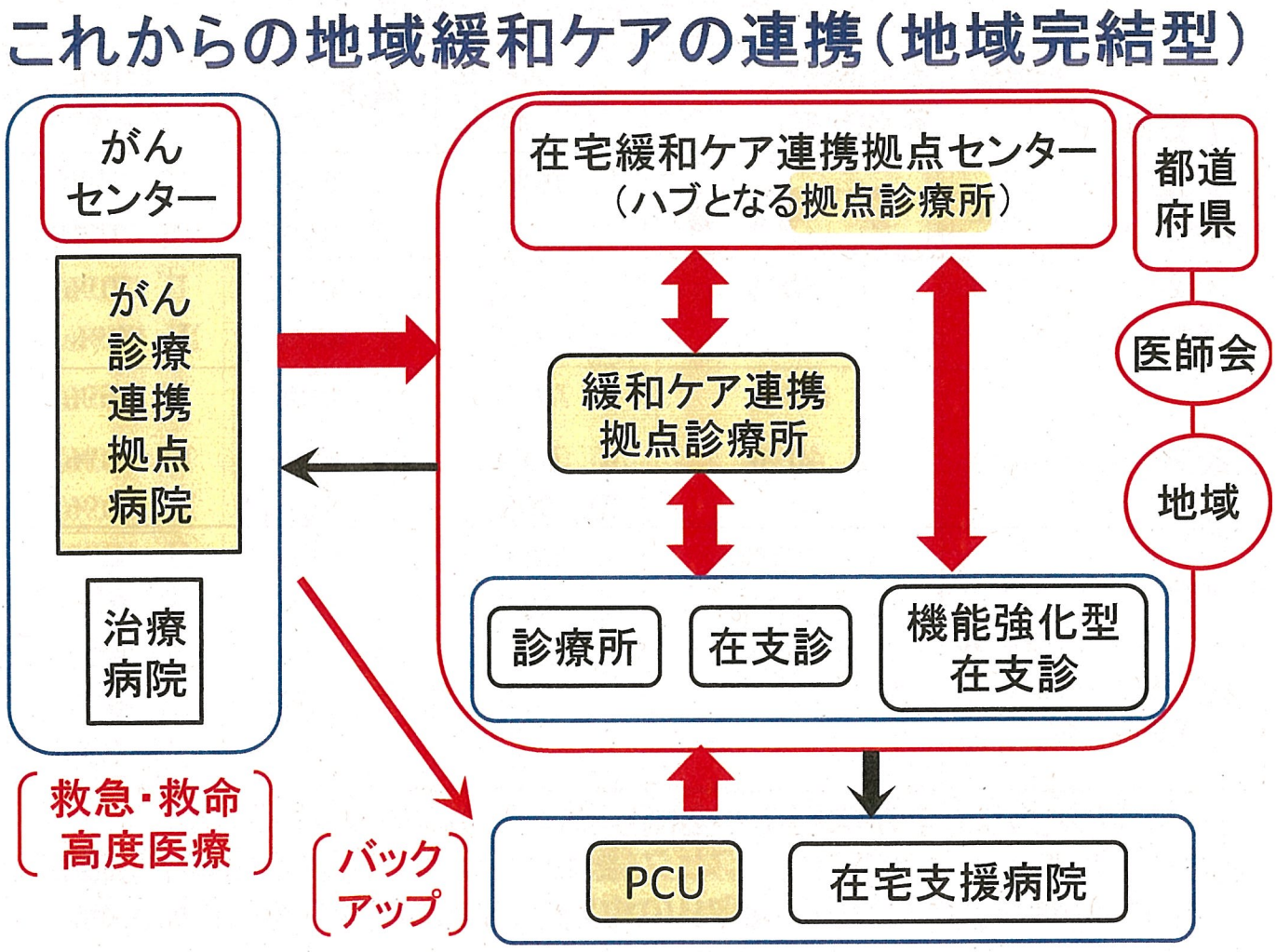
がんの在宅看取り率（推定）

医師＼看護師	在宅医療緩和ケア 未熟	片方スキルあり	両方スキルあり	THPのケアシステム
在宅医療緩和ケア 未熟	Ⅰ 40%	Ⅰ 45%	Ⅰ 55% Ⅱ 30%	Ⅰ 60% Ⅱ 35%
片方 スキルあり 両方 経験あり	Ⅰ 50%	Ⅰ 60% Ⅱ 40%	Ⅰ 65% Ⅱ 45%	Ⅰ 70% Ⅱ 50%
両方 スキルあり	Ⅰ 60% Ⅱ 40%	Ⅰ 70% Ⅱ 50% Ⅲ 30%	Ⅰ 80% Ⅱ 60% Ⅲ 40%	Ⅰ 85% Ⅱ 70% Ⅲ 50%
がんプロフェッショナル在宅ホスピス緩和ケア	Ⅰ 70% Ⅱ 50% Ⅲ 30%	Ⅰ 80% Ⅱ 60% Ⅲ 40%	Ⅰ 90% Ⅱ 80% Ⅲ 60% Ⅳ 30%	Ⅰ 100% Ⅱ 90% Ⅲ 80% Ⅳ 50% Ⅴ 30%

※小笠原内科の大まかな実績から割り出し、それ以外は推定した。

※がんプロフェッショナル在宅ホスピス緩和ケアとは、①在宅医療、②緩和ケア、③ホスピス（いのち・看取りの哲学）、の3つをマスターした人物。


これからの地域緩和ケア
活き活きと生きる
在宅緩和ケア
家で生活
暮らしの中で
希望死
満足死
納得死
回復
病気
緩和ケア病棟
仮想癒しの空間で最期
在宅支援病院リハビリ
病院死
緩和ケアチーム
闘病して敗戦死？
がん医療連携拠点病院

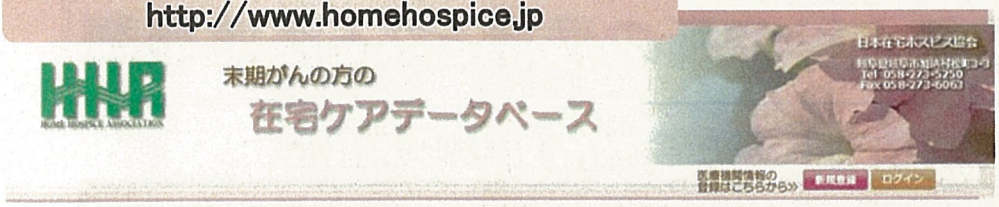

これからの地域緩和ケアの連携（地域完結型）
がんセンター
がん診療連携拠点病院
治療病院
救急・救命高度医療
在宅緩和ケア連携拠点センター（ハブとなる拠点診療所）
都道府県
医師会
地域
緩和ケア連携拠点診療所
診療所
在支診
機能強化型在支診
バックアップ
PCU
在宅支援病院

地域緩和ケア
連携拠点診療所の
候補

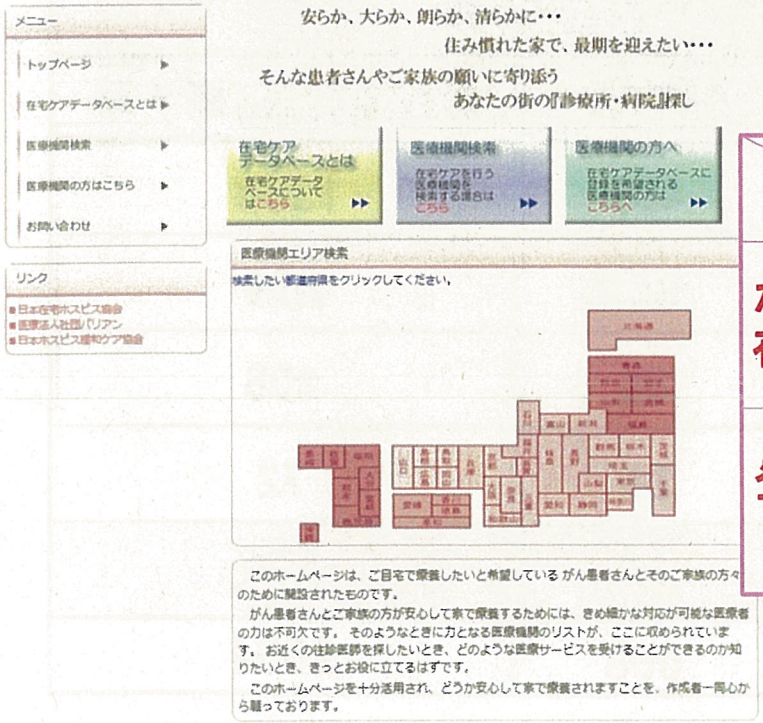
HOME HOSPICE ASSOCIATION

日本在宅ホスピス協会
（末期がんの方の在宅ケアデータベース）
URL：http://www.homehospice.jp/

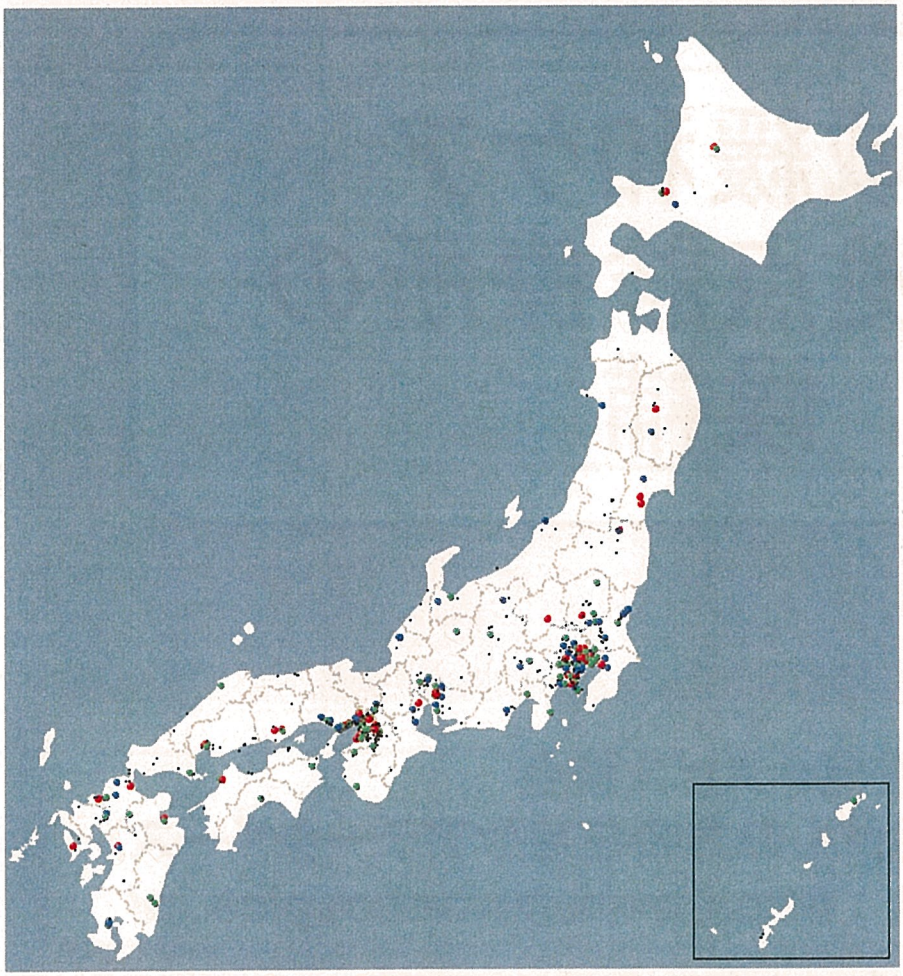
http://www.homehospice.jp



平成14年6月1日開設



	平成21年 6月23日	平成25年 7月16日
がん患者在宅死数	4150 名	9367 （2.3倍）
登録医療機関数	656 件	806 （1.2倍）



在宅がん患者に対応可能な診療所　分布

在宅がん患者看取り数
- 年間40例以上（56ヶ所）
- 年間20～39例（60ヶ所）
- 年間10～19例（96ヶ所）
- 上記以外（477ヶ所）

日本在宅ホスピス協会
「末期がんの方の
在宅ケアデータベース」
http://www.homehospice.jp

緩和ケア連携拠点診療所の候補となる医療機関

年間在宅死数別にみた診療所数の年次変化

在宅死数（例/年）	診療所数		
	2008年11月（無床診療所のみ）	2013年7月＊	総数推計値（※×3）
10未満	342	456	1368
10～19	43	96	288
20～29	18	36	108
30～39	8	24	72
40以上	13	56	168
合計	424	668	2004

日本在宅ホスピス協会「末期がんの方の在宅ケアデータベース」http://www.homehospice.jpより

診療所の在宅死数（経験値）はケアの幅を広げる

在宅死数（/年）の規模別に見たケア内容
末期がんの方の在宅ケアデータベース（http://www.homehospice.jp）より

ケアの内容＼在宅死数	0～23例（372機関）	24例以上（12機関）	48例以上（5機関）	参考：PCU（29）
一定方針のケア提供	48.7%	75.0%	80.0%	69.0%
定期的な訪問診療	94.5%	100.0%	100.0%	89.7%
緊急時の往診	71.5%	91.7%	100.0%	62.1%
モルヒネ持続皮下注可	63.6%※	100%※	100.0%	96.6%
ボランティア参加あり	24.8%※	58.3%※	60.0%	31.0%
遺族ケアあり	29.3%	41.7%	40.0%	69.0%
チームカンファレンスあり	53.5%	66.6%	40.0%	82.8%
緩和デイケアあり	16.0%	16.7%	20%	6.9%

※有意差あり（P＜0.05）　　注）登録医療機関のうち無回答の機関を除く

連携・教育（実践）・研修・支援の出来る緩和ケア連携拠点診療所の望ましい基準

①ハブとなるセンター

在宅看取り率　95%、独居の看取り数　10人

在宅看取り数　年40人（地域差あり）

②地域の拠点診療所

在宅看取り率　85%、独居の看取り数　2人

在宅看取り数　年20人（地域差あり）

③社会貢献する意思（医師）がある（いる）診療所