

独居末期がん患者(医療依存度が高く、かつ家族の介護力を期待できない患者)の問題解決に向けての整理
(自分の経験を通しての見方なので、検討の叩き台と考えていただきたい)

ホームケアクリニック川越 川越厚

看取りの場	看取りの場となる可能性		患者のQOL		経済性	将来の課題
	現状	将来	現状	将来		
1.一般病棟、療養型病床	最も一般的。だが 最近は入院先を探すのが困難	病床削減などの影響を受けて、 受け入れ可能性が低くなる	よくない	長期入院する場所ではない。QOLを良い状態で保つには限界がある	一番高くつく(PCU解説前に確認したことあり)	治療病院を含め、末期がん患者が一般病棟に原則として滞在しないような制度を考えるべき
2.PCU(緩和ケア病棟)	入院待ち状態	診療報酬が現在のままなら ベッド数が増え、受け入れ患者数は増加 。しかし施設ゆえの限界あり。	末期がん患者の入院施設の中では、ケアが厚いので最良。ただし長期に滞在する場所ではない	同左	点数的には、病院サイドにとって経営的に十分やっている(つまり高い)設定となっていると思う。	ベッド数は今のままでは、どんどん増加すると予測される。地域的な偏りがないようにPCUの数は調整段階に入っている。また在院日数の縛りを入れて、ベッドが有効に活用するようにしなければならない
3.救命センター	救急車を呼ぶと搬送される可能性が高い。 現実に増えつつある	今後増える可能性あり (治療病院、バトンタッチする医療機関が責任を果たさない場合)	医師の目から見ると、最悪の場所。	原則として、救命センターに末期がん患者が担ぎ込まれることがあってはならない。	大変高くつく	治療病院、その後を引き継ぐ医療機関の責任。 救命センターの対象患者ではないので、治療病院、そこから患者を引き継ぐ医療機関は亡くなる時まで責任をきちんと果たす必要がある。
4.介護系入院施設(特養、老健など)	末期がん患者に関しては、 新規の入院は非常に困難	現状(医療環境、職員教育など)のままでは、 将来的にも受け入れ施設になり難い。	医療の問題が解決すれば「よい」と思うが、現段階では例外的なので評価が難しい	ケア主体の施設なので、医療の問題が解決すればADLはよい		医療の整備、職員の意識改革、教育など。現状はバックアップする医療機関がしっかりしていない問題あり
5.非医療系施設	まだ例外的	条件を整えば、将来的に十分可能。 グループホームは検討事項。	規則に縛られない自由さが魅力。	環境を整備すれば、自宅に次いだQOLを期待できる	医療費は患者宅(下記)と変わらない。	施設の経営が成り立つかどうかという問題がある。 地域力の活用が必要
6.患者宅	非常に稀	条件を整えば、将来的に十分可能	最高。患者・家族の満足度は非常に高い	同左	医療施設で行われるよりも安価につく。	独居患者では生活支援の問題が大きいので、現在の制度だけで解決しようとすれば限界がある。地域力の活用が必要