

座談会

在宅訪問診療の現状と課題

千住 秀明¹⁾鈴木 陽一²⁾徳永 豊³⁾力富 直人⁴⁾

討論内容

呼吸リハビリテーションと在宅呼吸リハビリテーション
在宅酸素療法
在宅人工呼吸の管理
地域連携プログラムにおける呼吸ケアの位置づけ

Round table talk : Problem and current state of home diagnosis and treatment medical institution

- 1) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻理学・作業療法学講座
Hideaki Senju
Department of Physical Therapy, School of Health Sciences, Nagasaki University, Nagasaki 852-8520, Japan
- 2) 板橋区役所前診療所
Yoichi Suzuki
Itabashikyakushomae Medical Office, Tokyo 173-0013, Japan
- 3) 徳永呼吸睡眠クリニック 内科・呼吸器科
Yutaka Tokunaga
Tokunaga Pulmonary & Sleep Clinic, Hiroshima 730-0016, Japan
- 4) 長崎呼吸器リハビリクリニック
Naoto Rikitomi
Nagasaki Pulmonary Rehabilitation Clinic, Nagasaki 854-0063, Japan

2007年8月29日開催

千住(司会) 本日はお忙しいところお集まりいただき、ありがとうございます。

今日の座談会は、「在宅訪問診療の現状と課題」がテーマです。これまで呼吸リハビリテーション(以下、呼吸リハ)の効果に対するエビデンスが数多く積み重ねられ、「Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease」(GOLD)等、様々な形で高く評価されてきています。しかし、入退院時のアウトカムとしては確かに有効性を示しているものの、退院すると、時間とともに消失することも明らかになっています。このような現状を回避するために、在宅診療の果たす役割が大きいと考えています。

そこで本日は、長崎呼吸器リハビリクリニック院長の力富先生、徳永呼吸睡眠クリニック院長の徳永先生、板橋区役所前診療所の鈴木先生にお集まりいただき、「在宅」に焦点をあて、在宅訪問診療の現状とその課題について、討議したいと思います。

入院時リハビリテーションプログラム

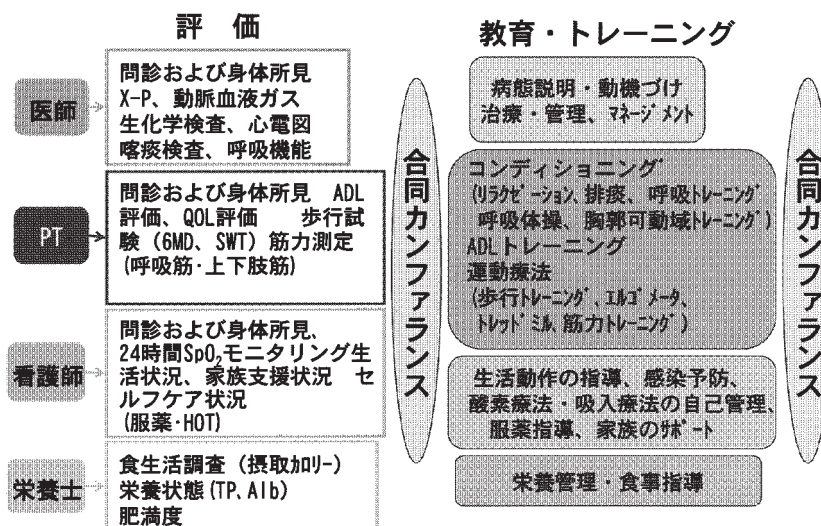


図1 入院時リハビリテーションプログラム

力富先生は、10年前にわが国初の呼吸リハ専門クリニックを立ち上げて、入院、外来、デイケア、訪問リハまで、系統的に幅広く実践されています。先生のクリニックをモデルに各地に同様なクリニックが開院されています。

徳永先生は、「よりよい呼吸と睡眠を確立することで元気な生活を取り戻す」ことを目的に、呼吸器疾患、および睡眠時無呼吸症候群の診療と治療、予防など、在宅呼吸療法を行っておられます。

鈴木先生は、東京都で訪問診療、呼吸リハまた地域住民を対象にした患者教育をなさっています。

いずれも、第一線の臨床現場で在宅訪問診療を実践されている先生方でございます。

では最初に在宅の呼吸リハについて、力富先生の施設で行われている院内、外来、そして訪問指導等、いつ、誰が、どのようなプログラムで実施されているのかをご紹介します。

呼吸リハビリテーションと在宅呼吸リハビリテーション

力富 呼吸リハを標榜して開院以来約10年が経過しましたが、当時はまだ全国的にあまり普及していなかったため、県内外、それから海外を含め数多くの患者さんを受け入れてきました。しかし近隣以外の患者さんに対し呼吸リハを導入してお帰りいただいてから、どのように継続していただくかという課題がありました。

いままでの主たる対象疾患は毎年少しずつ変わってはおりますが、最も多いのは現在も慢性閉塞性肺疾患

(COPD)です。開院当初から、COPDと肺結核後遺症を中心に呼吸リハを導入しました。

当院の診療のシステムとしては、医師、理学療法士(PT)、看護師、管理栄養士の4職種で独自のプログラムを作り、19床で患者さんを受け入れてきました(図1)。

開院当時は呼吸リハ自体が患者さん方にも耳慣れないし、いままで呼吸リハを受けたこともない方たちが殆どでしたので、呼吸リハをどのように理解していただいて、かつ実践していくかが課題でした。私がまず病状を説明し、PTが運動療法や排痰、呼吸トレーニングを行います。看護師も非常に大きな役割を担っており、服薬指導や在宅酸素療法(HOT)などの取扱い、人工呼吸器の指導(最初の説明を私が行ったあと)から生活の仕方まで対応します。また、いま一番問題になっている栄養については、管理栄養士が説明しています。

院内の組織をどのように有機的に組み立てるのかと申しますと、入院患者さんについて必ず週1回カンファランスを行い、各職種がデータを持ち寄って問題点を挙げ、共有することからリハビリが開始されます。患者さん個々のニーズに合わせた様々な治療法(呼吸リハプログラムや運動負荷のかけ方、薬物療法の指導など)を行い、呼吸リハの目的が達成されれば外来でのケアに移行します。

入院中は、かなり有機的に各職種が連携しながら患者さんの呼吸困難や栄養改善等の治療ができますが、外来ケアに移行してからが難しい。通院できる方はそのまま外来でフォローできますし、入院による呼吸リハが導入できた方は、訪問リハが必要になることは非常に少ない。呼吸リハ



千住 秀明先生

ができるということは、通院できるような状態までには大體なっているということですから、よほど時間が経過して、年齢的な問題や病状が悪化しない限りは、近隣の方は自ら来院されるなり、あるいは家族が連れて来るなりして外来で十分対応できます。しかし自分で足をもたない、あるいは県外など当院から遠く離れたところに住んでいて入院による呼吸リハ導入はうまくいったけれども、近くに同様の施設がないという方がやはり一番の問題となります。近くに訪問指導ができる PT や看護師、あるいは呼吸リハに詳しい先生がいらっしやると継続できるのですが、必ずしもそれができないことが、いまの問題点だと思っています。

千住 ありがとうございます。先生の施設では、県内外含めた COPD 患者さんを対象に主として入院型の呼吸リハを医師、PT、看護師、管理栄養士さんたちによる包括的なプログラムで実施していること、終了後に、交通手段がない、遠方のため通院できない等の一部の患者さんが継続できないことが問題ということでしょうか。

徳永先生の施設ではいかがでしょうか。

徳永 私は呼吸器内科専門医として3年前に開業しました。HOT および在宅人工呼吸療法(HMV)の指導管理や特定疾患療養指導として呼吸リハを指導しています。やはり COPD が多いです。実際に患者さんのフーバー兆候を患者さんとご家族にビデオでみてもらいながら、呼気時の口すぼめ呼吸や、下部胸郭の呼吸介助(squeeze)を指導しています。労作時に肺の過膨張が起こることを理解していただき、薬剤だけに頼るのではなく、患者さん本人とご家族に自分でできる呼吸リハを説明しています。

千住 先生の施設では、先生が中心となって看護師さんとともに指導されているのですか。

徳永 小さなクリニックですので、私自身が診療時間内で指導しています。外来時間は限られているので、月別の指導管理の目標をたてて行っています。

千住 どうしても呼吸リハなど専門的な介入が必要になったときには他の施設を紹介されていますか。

徳永 広島市内で包括的な呼吸リハを実施している吉島病院を紹介しています。

千住 先生の施設では、呼吸リハの適応と判断される患者さんはどの程度おられますか。

徳永 包括的な呼吸リハが必要な方は20人程度おられます。私のクリニックは、市内の中心部のビル街にあります。重症の呼吸不全患者さんを沢山かかえるわけにはいきません。重症呼吸不全の前段階の患者さんを対象に、忙しい勤務医やかかりつけ医の間で困っている患者さんと家族に対して、適切なアドバイスができればと考えています。例えば、HOT の指導管理の診療報酬はかかりつけ医で請求していただき、私は専門医としての特定疾患療養指導を行っています。

千住 病診ではなくて、診診連携ですね。

徳永 その通りです。呼吸器内科の勤務医当時と比較して一歩引いた感じで診療をしています。

力富 予約制ですか。

徳永 はい、すべて予約診療制です。30分に3人の予約としています。10分診療です。

千住 では鈴木先生のクリニックをご紹介下さい。

鈴木 私たちの施設は、実は外来は殆ど対応していないのです。往診を専門としているのですが、全診療科を診ているものですから、患者さんの高齢化に伴い増加し、現在500人を超えています。そのうち主病名が呼吸器疾患の方が80人強いらっしやり、慢性心不全の3人を入れて37人のHOT患者さんを管理しています(平均年齢は80歳近い)。

私たちが往診をする場合、既にかなり日常生活動作(ADL)が悪い方が多く、ただ呼吸器の重症度として通院ができないというだけでなく、合併症や脳血管疾患であるとか、整形外科的な病因で通院できないという方ももちろんおられます。そういう方に対して在宅で呼吸器的な指導をしていくというスタイルです。

もちろん COPD であれば stage III, IV が多いわけです。呼吸リハ全般ということになってくると薬物療法や酸素の指導は当然ですが、運動療法ができないケースが多く、どちらかというとコンディショニングや生活指導、ADL 指導などが中心になってきます。

また、病院からの紹介患者さんが多いのですが、いままで病院等で指導されてきた内容を確認してみると、今ひと

つ理解できていない、あるいは在宅でどのようにやってよいか分からないという方がかなり多いです。やはり高齢者独特のものだと思うのですが、独居であったり、ご夫婦ともに理解できていなかったりというパターンが殆どです。

2005年発行の「在宅呼吸ケア白書」などを読むと、病院側は一通り全般を指導していることになっているのですが、患者さんは指導を受けたというスコアが随分低い。このギャップが現実なんです。ですから、そのギャップを埋めていく必要があります、それが我々の役割であろうと思っています。

千住 東京都では、呼吸不全患者さんでリハが必要な人は、在宅に至るまでにどのような介入や指導を受けているのですか。

鈴木 きちんと指導を受けたというシートが退院サマリーに付いてくるので、受けているはずなのです。

力富 どのくらいの期間受けられるのですか。

鈴木 大体8日間です。クリニカルパスなどを作っているところでは8日間で帰ってきます。

千住 呼吸リハなどすべてのプログラムを含めて8日間ですか。

鈴木 最近酸素導入と教育が8日間で、いわゆるリハプログラムというのは、まだ近隣の病院では作っていないようです。それこそ先生方のいわゆる4週間とか、6週間というものはないようです。

千住 HOTのパスだけですね。

鈴木 そうです、HOT全般の導入指導ですね。ただ、8日間(短期間)という現実もあるので、私たちとしてみれば、「実際に在宅でできなければ仕方がないので、入浴だとか、自宅で歩行できればよいというレベルの人であれば、全部を教えなくてもいいですよ」という話を最近病院との連携の会でしているのです。

千住 「在宅呼吸ケア白書」によると患者さんの呼吸リハに対する第1位の要望は、「日常生活のなかで息切れが楽になる工夫を教えてください」です。入院中に呼吸リハを指導されているので解決されなければならない問題ですが、指導が日常生活で生かされていないようです。鈴木先生の視点からご覧になって、うまく生かされていない要因は何だと思いますか。

鈴木 1つは、どうしても理解力の問題があると思うのです。若い介護者がいるお宅ではスムーズに行くのです。また、ご本人が希望して勉強されていたり、自ら受診された方の場合には、ある程度きちんと覚えて帰られます。意欲も大きいですね。しかし、病気が悪化して受動的に導入されたような方の場合には、やはり在宅になっても、ただ



鈴木 陽一先生

安静にしているだけという場合が多く、指導を生かすことができていないようです。

もう1つは、入院中は個々人の生活が想像しにくく、最善の工夫を考え指導するということが難しいのではないかとということが挙げられると思っています。

力富 病院側も、8日間という日数の枠内で高齢の方に理解していただく、というのはかなり難しいですよ。

鈴木 どうしても16日間で退院させる等の院内努力目標があると、PTや管理栄養士などの多職種の人たちと一緒に患者さんを指導する、というようなプログラムはなかなか実行しにくいでしょうね。

また、薬物療法についても、意欲が乏しかったり理解力の足りない人の場合には、在宅になって薬を棚に袋でまとめてあったりなどということも多いです。

千住 要は、自己管理ができる患者さんが少ないということですね。鈴木先生の患者さんは、高齢で認知障害があり、かつ様々な合併症をおもちの方が多いということでしょうか。

鈴木 「在宅呼吸ケア白書」によると、要介護1以下の患者さんが70%近いということだったと思うのですが、私たちの施設では、逆に要介護2以降が70%強なのです。それだけ認知症であるとか、動けないという要素のある人を診なければいけないという状況があります。そのような現状のなかでも、在宅指導することによって、いわゆる負のスパイラルから抜け出せる方もいるわけです。あとは増悪予防ということも在宅医の1つの重要な役割なのでしょうね。

千住 いまの在宅医療の実状を表しているのではないのでしょうか。病院で様々な専門家が呼吸リハを指導して在宅に帰す、しかし在宅ではなかなかそれを有効に生かせない。



徳永 豊先生

また一方で、診療所では呼吸リハを含めた患者教育をしようにも十分な診療時間が確保できない。もし、そのような患者さんがおられましたら呼吸リハ目的で診療していただける施設が必要ですが、東京都に紹介できる施設はありますか。

鈴木 入院指導は近隣の都立病院などでも可能ですし、私が週1回外来に行っている24時間後方支援病院でも可能です。また通院なら、木田厚瑞教授のおられる日本医科大学呼吸器クリニックなどもご紹介することができます。大学病院はなかなか顔がみえるような連携はまだ難しいですね。

千住 この現状を解決するためにはどのような方策が必要でしょうか。

徳永 1つの医療施設での呼吸リハの完結は無理ではないかと思います。医療資源には限界があります。医療の連携を上手に使っていくことが有効な呼吸リハが広がる方策だと思います。

千住 基本的にそうですね。

力富 近隣ではない地域から来られた方の病状をある程度よくして在宅に帰した後に、その地域の訪問看護師や、PTの先生などが指導を行っている場合もあるのですが、PTとはいっても必ずしも同じように十分に指導できるとは限りません。そのあたりについてもすぐに解決できる問題ではないので、徐々に指導できる医療機関を増やしていくしかないかなと思っています。

鈴木 2006年に呼吸リハが診療報酬上に載ったところ、急速に届出施設数が増えました。当然整形外科疾患が一番多かったのですが、次が脳卒中、第3位が呼吸リハだったのです。また、診療報酬で「1」という高い点数が取れるところも、整形外科に次いで呼吸器科の施設が多いので

です。ですから、2006年から飛躍的に呼吸リハに対する関心度が高まり、各地域で講習会が行われたりするなど、具体的に前向きな環境が整ってきたと思います。それを在宅に結び付けていくには、やはり先生方がいわれるように、それぞれのクリニックや診療所、病院の特徴を活かして、チームやその地域ごとの病診連携、診診連携がうまく活用できるようなシステム作りをしていく、ということでしょうか。

千住 それでは、地域ごとにシステムを作るには、地域でまとめ役をしていただける医師が必要と思われそうですが、多忙な臨床業務のなかでお互いの病院で連絡をとるのは、困難に思いますが…。

力富 診療所や在宅で呼吸リハが指導できる先生が各地域におられるとよいのですか。

例えば長崎には呼吸器専門医は沢山いるのですが、大病院が忙し過ぎるのです。急性期の重症患者の対応でクタクタになっていますよね。しかも先程も申しましたように入院期間に足かせもある。ですから、とりあえずある程度状態が安定したらすぐに家に帰す、しかしそこから先の呼吸リハまではなかなか手が回らない、そして在宅で呼吸リハが指導できるPTの先生も沢山はおられない、そういう状況ですよ。

しかし最近では、「どうにかしなくてはいけない」とは、皆さん感じておられます。以前は「呼吸リハって何?」というようなところがありました。しかし、学会などにより国際的なスタンダードとして「GOLD」のガイドラインが作られ、講習会が増え、といった機運はあるので、そういう方たちが参加してトレーニングを受けたり、あるいは知識や技術を広めていくような機会がどんどん増えればよいのです。

そして、その受け皿も問題です。大病院では急性期リハはできると思いますが、慢性の患者さんのリハまでは対応できないですよ。まず診療報酬点数が付いたことでとにかく第一歩は踏み出したので、あとは呼吸リハに興味をもつ先生方が増え、診療所として採算が成り立つ範囲でどんどん進めていただけるとよいのですが。

千住 徳永先生は、広島県内で様々な立場の先生方を集めて指導されていますよね。そのあたりのことについて、紹介いただけませんか。地域連携システムを作るよい見本になっていると思うのですが。

徳永 若手医師とコメディカルスタッフをジョイントした「ヤングドクターセミナー」と題した勉強会を行っています。若手医師が臨床現場と一緒に働くのは、若いPT、臨床工学技師(ME)の方や呼吸療法士の認定資格を取った方たちです。また、人工呼吸関連の訴訟が社会問題になっ

ていますね。そこで、若手の医療スタッフに安全管理と呼吸器の医療技術を伝達するという目的で毎年セミナーを開催しています。呼吸ケアにおいて地域連携のシステム化のモデルができればと考えています。

千住 東京地区ではどうでしょうか。

鈴木 診療報酬として呼吸理学療法は認められましたが、大病院は割合通院ができるレベルの方が対象ですし、私たちの施設などでは通院ができないレベルの方が対象となっています。しかし、その中間層に位置されている方々に対応している施設がぬけている印象があるのです。本来は、中等症までの方が通院リハなり、通所リハなりをして維持していただきたいところなのですが、そこがちょっと欠けてしまっている。ご本人が必要を感じておられない場合もありますが、どこへ行ったらよいのかというのが分らない方もおられると思うのです。

もう1点は、逆に訪問だけに限って申しますと、地域に訪問してくれるPTの先生がおられないのです。例えば、よくある話として出てくる、患者家族を取り囲むという多職種で包括的に支えるという図について板橋区で考えてみますと、訪問できる呼吸療法認定士は私の知る限りでは区内に5人しかいない。訪問を専門とする常勤のPTが2人、作業療法士は1人、管理栄養士も1人、(もちろん薬剤師は沢山いますが)という状況なのです。国内でPTが増えているという話は聞くのですが、残念ながら在宅医療・ケアの分野にはいないのです。ですから、私たちの施設と連携しているPTは、もう手一杯という状態です。

私たちの診療所には当初PTが2人いたのですが、それですと他の病院やクリニックの先生方がマンパワーとして利用できないのです。貴重な社会資源ですから独立させて、少しでも他の先生方にも利用しやすいようにしました。そのようにしないと、地域全体では役に立ってもらえないという状況です。

千住 地域のなかでマンパワーが足りないということですね。

鈴木 そうです、専門職が地域における訪問には不足しています。管理栄養士もずっといなくて困っていたのですが、ようやく今年の4月から1人採用でき、訪問してもらっています。なかなか人を探すのは難しいですね。

力富 管理栄養士さんがみつからないのは、どうしてですか。

鈴木 介護保険の意見書に訪問栄養指導をチェックする欄があります。以前その欄をチェックしケアマネージャーが困ったことがありました。訪問栄養指導へつなげず、結局保健所に通うという話になってしまいました。患者の生



力富 直人先生

活環境に合わせて指導することが、訪問栄養指導等の大事な要素なのですが、栄養士の学校には、まだ訪問栄養指導の講義が殆どなく、指導できる教官もいないのだそうです。そのため学生は、卒業後の進路として訪問栄養指導は意識しないと聞きました。また訪問栄養指導だけではコスト的に合わないという面から求人もしないのかもしれませんが、PTについても、単独で独立開業ができない、訪問看護ステーションのなかに属さないといけないという制度上の問題もあり、在宅医療の分野に来られないのかもしれませんが。

千住 次回の診療報酬改定時に、リハビリテーションを中心としたステーション計画が立てられていますが、これが実現すれば、PTはもっと在宅に出て行く機会が増えるのではないのでしょうか。

呼吸リハの課題は、病院で呼吸リハをして在宅に帰す、しかし在宅ケアが不十分なため呼吸リハの効果が失われている。これからは地域医療を担う病院や診療所が連携をとって、呼吸リハの効果を在宅で長く維持するシステム作りで早急に取り組む必要がある。ということで呼吸リハの課題をまとめさせていただいてよろしいでしょうか。

在宅酸素療法

千住 次にHOTの治療上の問題点ということで、HOTの現状についてお尋ねしたいと思います。先生方もご存知のように、HOTは1985年に保険適応され、2006年には約13万5千人以上の患者さんが適応を受けていると業界誌では推定されています。わが国では在宅医療のモデルとして広く社会に定着し、患者さんは「息切れが楽になった」とか、「外出ができるようになった」など沢山のメリットを挙げていますが、一方では在宅ゆえに停電や災

害時などに不安があることを示しています。また、患者団体から、負担は同じなのに HOT 事業者によってサービスに大きな格差があるとの不満も日本呼吸器学会等に寄せられています。

日本呼吸器学会は日本呼吸器疾患患者団体と協力して、2007 年 1 月 15 日に厚生労働省の関係団体に、「事業者に一定の質を保障してほしい」という要望書を提出しました。これに対する厚生労働省の回答は、「基本的には自由競争なので、それぞれの医師が質のよい事業者を選ぶことが大事であって、それは皆さん方の選択の問題」であったと聞いています。しかし、患者さんの立場になればご自身に事業者の選択権がないので、実際は格差がますます広がり、患者団体のなかでは、いかに HOT の質を上げていくか、ということが一番の問題になっているようです。

つきましては、事業者選択の基準や質の確保等の視点から、実際に先生方がどのように事業者を信託されているのか伺いたいのですが、いかがでしょうか。

徳永 事業者の信託は大切です。まず HOT の歴史と現状の問題点の理解が必要です。HOT が 1985 年に保険適応された当時は全国各地に国立療養所が沢山あり、多くの慢性呼吸器疾患の患者さんは療養所に入院していました。長期入院のため住民票記載の住所が療養所という方も少なくなかったことを伺いました。HOT は在宅医療のモデルケースだといわれますが、病院のベッドで 24 時間酸素を吸入している慢性呼吸不全患者さんを在宅に帰すことは、実際、大変だったと思います。当時の厚生福祉行政、医療関係者および在宅酸素事業者の努力を思い起こす必要があります。こうした努力と HOT の普及のお蔭なのか、やがて全国の国立療養所は閉鎖されていきました。

いま日本呼吸器学会や日本呼吸器疾患患者団体連合会からも上がっている HOT の質の問題の背景として、HOT の指導管理と機器加算という 2 つの大きな問題があります。指導管理については、当初は血液ガスを必ずしないとイケなかったのですが、1994 年にパルスオキシメーターによる経皮動脈血酸素飽和度 (SpO₂) 測定が保険適応となり、HOT の指導管理上、動脈血ガス分析の代用として認められました。パルスオキシメーターは当時は高価でしたが、いまは患者さんが自己購入できるほど安価になりました。次に機器加算の問題です。2000 年に介護保険が導入されたことにより、介護療養施設サービスを受けている患者さんは、在宅酸素の指導管理は算定できず(一般診療費のなかに含まれる)、機器加算だけが認められています。呼吸困難があつて酸素飽和度が少し下がればすぐに HOT を導入してしまう。かかりつけ医の先生に「血液ガスをやりましたか？」と伺うと「やっていません。」「肺機能検

査はしたこともありません。」「胸部 X 線を撮ったこともありません。」となってくると、HOT 導入の医学的根拠はどこにあるのかと問いかけたくになります。

何よりも重要なことは、HOT の質の維持と事業者の信託問題解決のために、診療報酬請求上での在宅酸素の指導管理のガイドライン化が必要であるということです。それから高額な機器加算についても、診療所や病院が被保険者に保険請求するのではなく、保険者と在宅酸素事業者がサービスの実態に応じた価格を機器加算として算定していけば、事業者の信託問題は自ずと解決していくのではないかと私は考えています。医薬分業の次には、医療機器分業が求められているのではないのでしょうか。

千住 鈴木先生の施設ではいかがでしょうか。

鈴木 紹介される時点で診断が確定し、治療もある程度決まっておりますので、私たちのところで HOT を新規に導入するということは殆どありません。紹介してくれる病院が取り扱っているプロバイダーを引継ぐという形です。患者会には様々なプロバイダーを使っている患者さんがおられて情報交換をしているようですが、正直なところプロバイダーの「付け替え」まではしたことはないです。

千住 患者さんからは事業者を変えて欲しいという声はありますか。

鈴木 はい、意識がしっかりしている方はご自分の意思をおもちですから、例えばこちらの機種のほうが自分にとっては有利だということをいわれることもあります。あとは、電気代も結構違いがありますね。ですから、今後は患者さんの経済状況も踏まえながら、(サービスの迅速性などもございますが)機種については少し厳しくしてもよいのかなと思っているのですが。

千住 お二人の先生のご意見をお聞きになって力富先生はいかがですか。

力富 そうですね、動脈血ガス分析をせずに在宅管理をするということは私の診療所ではございませんが、紹介されてくる患者さんのなかには、ただ苦しいというだけで導入されて、私どもの施設に来られてから HOT を中止されている例が幾つかあります。パルスオキシメーターは簡便に SpO₂ を推定できるメリットがありますが、どうしても動脈血ガスの動脈血酸素飽和度 (SaO₂) や動脈血酸素分圧 (PaO₂) との間に乖離がありますし、動脈血二酸化炭素分圧 (PaCO₂) は分らないわけです。また HOT を導入した後どうやって患者さんをケアし管理するかということも大事ですね、単に HOT をやればよいというわけではないと思うのです。「在宅呼吸ケア白書」にもあるように、HOT のみでは息切れは決して解消しません。不必要に HOT を導入しないようきちんとした対応が必要ですね。

業者によっても対応の違いがあります。私のクリニックにも「安くやります」といって来る業者がいますが、そういった場合には最初から受け付けません。私どもの施設として大事なことは、HOTなどの機器の管理、患者さんの健康管理をするための訪問看護ステーションとの連携、それから緊急時や休日の対応、様々なクレームの対応、基本的にはそこが一番大事と考えています。結局そういった視点で業者を選ぶとなると限定されてくると私は思います。長崎は沢山の業者はいませんが、数社と対応してみて、そう感じました。

千住 HOTをもう少し厳格に適応することと、事業者をチーム医療の一員としてふさわしい企業かどうか評価し、選択するということですか。

徳永 そうですね。1985年のHOTが開始された原点に戻って見る必要があります。現在の医科診療報酬点数表にもHOTを実施する保険医療機関の条件のなかで動脈血ガス分析、スパイロメトリー、胸部X線検査については記載されています。しかしパルスオキシメーターだけでよいとは言っていません。HOT導入時には、その医学的根拠を記載すべきです。関係者の努力によりHOTは普及はしましたが、力富先生がいわれたように血液ガスをみなくなったり、呼吸困難の対処療法としての酸素療法導入という例が起ってきます。診療報酬請求のなかで必ずどこかで医学的根拠のチェックが入るといえることになれば、HOTの質は維持できるのではないのでしょうか。

千住 どこにチェックを入れるべきですか。

徳永 指導管理および機器加算の実態のチェックです。機器加算というのは、機器本体のリース価格だけでなく、24時間在宅酸素を運用するサービスを含めて考えるべきです。レンタカーのリースを例にしますと、利用者の自己責任のもとに車をリースする場合と24時間の故障対応、救急対応、点検、車検対応のサービス付きの場合ではリース価格は異なります。実際の在宅酸素の機器はリース会社から在宅酸素事業者にリースされて運用している場合が多いとのこと。リースアップを何年としている機器なのか、故障状況なども医療関係者には全然分らないのです。故障状況等を含めて情報公開を進めていただければ質の悪い医療機器は自然淘汰されていくのではないのでしょうか。

千住 多数の患者さんが挙げているこの問題は、院内で主治医が事業者を選択するのではなく、事業者が殆ど事務レベルで決められていることが原因ではないかと思うのです。

徳永 確かにそうですね。以前、私が勤めていた公立病院では、事務が行う在宅の事業者選定は年1回でした。新規事業者の参入は難しくなっています。また在宅事業者

に支払う在宅酸素の機器加算の年間予算も決まっていて、冬場に慢性呼吸不全の急性増悪からHOTの導入患者さんが増えると、予算がないといってよく叱られていました。一生懸命働いて怒られるのも公的病院ならではの。民間病院では、機器加算の差額が多い事業者ほど、事務サイドに好まれるかもしれません。薬事法上、在宅医療機器の選択権は、患者さん側にはありません。ただし、機器の在宅サービスが悪いところは患者さん側から拒否できるのではないのでしょうか。

千住 安心を売っているわけですからね。

HOTの質を上げようとするのなら、まず基本に戻るといって、それと医師自身ももう少し事業者を選択する必要があるということですね。

徳永 その通りですね。中島誠之助氏は、著書「ニセモノはなぜ、人を騙すのか？」でニセモノにひっかかる条件として、騙される側に儲け心があること、知識がないことを挙げています。

千住 では極端な言い方ですが、患者さんは、その病院の医療指針がどの事業者を選択しているのかで、その病院の質まで分るといえることですか。

徳永 そうなってほしくないですね。

力富 よくない業者のところは少ない人数で沢山の患者さんをもっているから、夜間も対応しないし、急なことに対処できないことが多いと思います。

千住 質のよくないプロバイダーは自然淘汰される必要がありますね。患者サービスの競争をしているのならよいのですが、分りやすくいえば病院の納入価格で競争しているため利用者が不利益を被っているのが実態ですか。

徳永 健康保険から支払われるHOTの機器加算は同額です。機器加算の差額をとれば、在宅事業者は民間企業ですから、利潤を上げなければいけません。当然、在宅機器およびサービスの低下を招きます。

力富 当院の場合ですが、HOTの機器については殆ど差額がないです。殆ど差額による利益は出ていないと思います。

徳永 機器加算は、実際の医療機器リースとその付加されているサービス内容の実態に応じて、医療保険上から報酬が支払われるというシステムに変更する必要があるのではないのでしょうか。

千住 だから我々医療者側が、そのサービスに対し評価基準をもって、プロバイダーも選択しなくてはいけないということですね。

力富 まず、HOTの導入基準が甘いからでしょう。HOT導入の際は、安静時の動脈血液ガスにおけるPaO₂、あるいはパルスオキシメーターで測定したSpO₂の基準や、

労作時と睡眠時の著明な SpO₂低下などの条件が付きますが、少し甘めに導入されている場合がありますね。もちろん実際に患者さんを診ると、必ずしも患者さんに不利益になっているばかりではないと思うのです。ただ、こういって本当に失礼かもしれませんが、呼吸器専門医以外の先生が導入された場合、少し甘過ぎるというか、不必要かなという例がときどきみられます。

徳永 HOT 導入の医学的根拠のコメント書きが必要ですね。

力富 先程千住先生がおっしゃったように、全国 HOT 患者さんの数は 2006 年で 13 万 5 千人以上と推定されています。極端に HOT の数が増えているわけでないところをみると、質の悪い HOT が日本中に出回っているというわけではないのだろうなと思います。

千住 鈴木先生は、現状で何かよいアイデアはありますか。

鈴木 在宅医も HOT の意義をよく考えよ、ということでしょうか。当施設では、この 1 年間で 3 人 HOT を中止した方がおられます。理由は様々ですが、1 例はまったく使っていないというケースです。確かに設置しておけば医療機関の多少の利益にはなるでしょうが、明らかにおかしいことなので、引き上げてもらいました。あとの 2 例は、HOT 導入の基準がゆるかったケースです。HOT の適応は慢性呼吸不全なのに、急性呼吸不全後まだ血液ガスが少し回復していないという状況で、早々と HOT を導入して帰された、という方です。急性呼吸不全後の退院ではしばらくゆっくり回復が続いており、そういう方を 24 時間 SpO₂ モニターしたり、あるいは労作時に SpO₂ を測ってみてまったく落ちない、この HOT はもう必要ないと考えておしまいになっている方がいます。

患者さんも、3 割負担ですと相当な負担になります。国民医療費も上がりますし、結局誰の利益にもならないですね。

千住 その他に HOT でテレメディスンという電話を利用して、島嶼や遠隔地などの患者さんはおられますか。

徳永 最近は、パルスオキシメーターが普及し、また慢性呼吸不全患者さんへの訪問看護活動も活発に行われています。訪問看護の報告もインターネット経由で低コストで即時に入ってきます。

千住 いまでは訪問看護が広く浸透し、ニーズはなくなったのでしょうか。

徳永 ベテランの訪問看護師の報告書に勝るものはないですね。テレメディスンも新たな変化が求められていますね。

在宅人工呼吸の管理

千住 HOT に関してはこれで閉めたいと思います。

では次は、在宅人工呼吸管理のリスクについてです。これも HOT と同様に、現在 1 万 7 千人くらいの患者さんが HMV をされており、「呼吸が楽になった」という報告がありますが、一方で喉が乾燥するとか、機器のトラブルが心配など、高度在宅医療のために不安や心配も数多く寄せられています。実際に HMV が患者さんにどのようなメリットをもたらし、どのような問題が生じているのか、現状把握とその解決策についてお話いただけないでしょうか。HMV の患者さんを経験されている鈴木先生からお尋ねしたいと思います。

鈴木 私たちは気管切開下陽圧人工呼吸 (TPPV) は診ていません。いま 4 人の非侵襲的陽圧換気 (NPPV) の方を管理していますが、継続できている方というのは、やはり本人の理解度が高い、あるいは若い介護者がいるというお宅です。また、老老介護のお宅で、病院で導入されて在宅ではうまくいかなかったという方がいます。顔面に潰瘍ができるのも早いので、もう呼ばれて行ったときにはすごい潰瘍になってしまって、痛いから絶対に NPPV を着けないということになってしまいます。そういった点で苦労しますね。

あとは比較的全身状態のよい段階で導入された方についてはよいと思うのですが、本当に痩せて栄養状態が悪く、寝たきりになって導入された方については、うまくいかなかったり予後も悪い。よい印象はあまりないですね。

千住 マスクフィットの問題は入院中に解決していく問題だと思いますが、退院後にそういう問題になるのは、やはり入院期間が短く十分な時間が取れないことが 1 つの原因ですか。

鈴木 短いのでしょうね。病院ですと高齢でどうしてもできないところに手を出す人がいるというか、看護師さんがお手伝いをしてくれますから、問題が表面化せず帰ってくるのだとは思いますが。

千住 ある意味では、実際に教育の目的が達成できてないということですね。

鈴木 いままたま管理している方たちは、病状が悪化して導入された方が多いので、そういうことになっているのかもしれないですが。

千住 つまり在宅に戻す場合は、基本的には全部自己管理ができるようになってから帰るのが原則ですが、その時間が取れるだけの入院期間が保証されていないということですね。

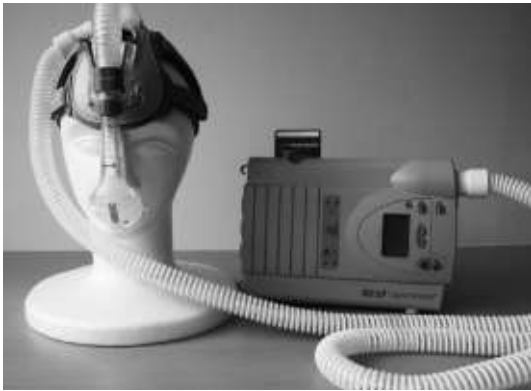


図2 在宅用バイレベル型陽圧人工呼吸器(レスピロニクス社製 BiPAP synchrony 2) 使用状況がカードに記録される。



図3 在宅用バイレベル型陽圧人工呼吸器(レスメド社製 Nip ネーザルIII) パルスオキシメーターの接続により治療効果の確認ができる。

鈴木 途中で退院ということになっている方もおられるということです。HOTと異なり、NPPVは夜間ご本人たちのみでの扱いがあり、トラブル時の対応からも、入院中に自己管理を達成して欲しいですね。

千住 徳永先生の施設でもHMVの患者さんはおられると思いますが。

徳永 NPPVは10数例実施しています。最近の在宅用のNPPV機器はかなり進歩してきています。NPPVの使用頻度がカードに記録されるようなタイプが主流になってきました。

千住 データが記録されるということですね。

徳永 そうです。実際に在宅人工呼吸をしているのかどうかということが、カードに記録として残るようになっていきます(図2)。さらに、パルスオキシメーターの接続ができるタイプもあります(図3)。カードリーダーのインターネット接続が可能となれば、新たなテレメディスンになると思います。

千住 そのレポートは事業者の方が提供してくれるのですか。

徳永 カードを外来受診時にもってきてくださればカードリーダーで簡単に印刷することができます。私のクリニックでは、印刷して患者さんに在宅医療の記録としてさし上げています。

千住 鈴木先生のところはいかがですか。

鈴木 HMVとはずれますが、本来はカードを使えば私たちが解析できるのですが、古い機器で使用状況が分からず、どれくらいリークしているのかといった状況もまったく不明であるというCPAPの方が1人いらっしゃいます。また、管理している病院に新しい機器に替えるよう依頼しても、なかなか了解してくれないという話もあります。契

約上の理由なのかは分かりませんが。

千住 事業者が「ノー」ということですか。

鈴木 業者ではなく、その管理料を算定している病院側のようなのです。

千住 病院側自体が「ノー」というと。

鈴木 結局、解析をするにあたってパソコンにリーダーがないとできませんよね。それを揃えられないということかもしれないですけども。

千住 力富先生の病院はいかがでしょうか。

力富 いま現在はHMVの患者さんはいません。かつてHMVを導入された方に対しては、呼吸リハもやり、そして自己管理ができるということが第1の条件で指導しました。完全に寝たきり状態の方はあまり意味がないかもしれません。かなり重症でPaCO₂値が上がり、かつ呼吸筋疲労も強いが、しかしまだ自己管理や呼吸リハができるような状態の方たちに導入しています。いままで3例か4例くらいでしょうか。数が多くないせいもあり大きな問題もありませんでした。

千住 先生方のお話を伺っていると、呼吸リハ、HOT、在宅人工呼吸のいずれについても、これからは大病院よりも小回りが効いて、きちんと患者さんのニーズを引き上げてくれるようなクリニックがお勧めということでしょうか。

徳永 最近ではインターネット時代で、患者さんやご家族は多くの医療情報をおもちです。小規模な診療所は、お互いの特徴を生かして、無駄を少なくして、効率よく、医療技術やサービスを磨いていくことが、患者さんのニーズに合っているのかもしれません。国民医療を担っているという使命感を持ち続けたいと考えています。

地域連携プログラムにおける呼吸ケアの位置づけ

千住 最後のテーマになりましたが、地域連携プログラムにおける呼吸ケアの位置づけについてご意見をいただきたいと思えます。在宅で呼吸リハ、HOT、HMVなどを有効に活用するのは地域でネットワーク作りが非常に大切だと理解されていますが、実際に有効に機能している地域は数少ないと思えます。特に呼吸管理の分野では呼吸器専門医が少なく、必ずしも専門でない医師や看護師などの医療関係者がかなり在宅呼吸ケアにかかわらざるを得ないという現実があります。それに対して専門医がどのような役割を果たしていくべきでしょうか。

力富 私どもの病院では、看護師さん、PT、それから医師の研修を開院以来ずっと受け入れてきましたし、現在もそういう方々が常時いらっしゃるという状態です。勉強してからそれぞれの地域に戻っていただければ、患者さんたちも助かるわけです。積極的にどんな方でも受け入れられますけれども、私どもの施設だけでは限界がありますので、受け入れ施設がもっと沢山増えていくか、関係者のための講習会を各地域でやっていただくことが大切かと思えます。

もちろん講習会にも限界があります。講習会はいくらでも授業です。実際に私どもの施設で研修され、呼吸リハを受ける患者さんを目の前にして「目からうろこが落ちた」という方も多いのです。

千住 長崎呼吸器リハビリクリニックは診療の傍ら、関係職員の方の研修制度をもっておられるわけですね。有料のウィークリーマンションも用意されて、そこに滞在しながら医師、看護師、PTなど医療関連職種の方が一定期間教育を受けられる制度を作っている、非常に特異的な施設だと思のですが、そういった施設がもっと各地域にあるとよいということですね。

板橋区では、鈴木先生たちが作られている患者教育の会で定期的な介入をされていると思うのですが、そちらに医師やケアマネージャーなど様々な職種の方々が参加されていると伺っています。それも意味では地域教育の機会です。そのことを少しご紹介いただけないでしょうか。

鈴木 私がまだ年がだいぶ下なものですから、提案しにくい面もあるのですが、若手医師同士では勉強会をしています。また、診療所と基幹病院との定期的な勉強会もございますし、地域連携のクリニカルパスを一緒に作りましょうということを昨年から取り組んでいます。というのも、いままで病院側の立場でのパスだったということもあって、私たちが在宅で診る医師側にとって、患者さんがお宅に戻られた後は使いにくい面もあったのです。ですから、ぜひも

う1回一緒に考えて作ってくださいと、在宅酸素導入に関する地域連携クリニカルパスの導入を何例か始めたのです。入院期間は先程申し上げた通り、短いながらも退院後継続してフォローしていくことで効率を上げることがねらいです。病院にとっても患者さんにとってもメリットがあるのではないかと思います。

千住 先生の使用されているパスを紹介して下さい。これから取り組みを始める施設や地域にとっても良いモデルになると思えます。

鈴木 導入しはじめたというものの、先程も申し上げましたが専門家がどうしても少ない状況下で、呼吸リハは呼吸器専門でない訪問看護ステーションの看護師が必然的に対応していく実情がある。そこで近隣の看護ステーションと、板橋在宅呼吸ケア研究会というものを定期的に開催して研鑽を積んでいます。その他には、病院との共通の療養日誌、共通の患者指導パンフレットを作っています。継続性という意味があるのですけれども、一連の流れで在宅でも、「在宅呼吸ケア白書」にあるような「呼吸リハ1年継続率39%」ということがないようにしようということに取り組んでいます。

千住 いまのところは順調に。

鈴木 なかなか思い通りにはいかないですね。どうしても、在宅に戻ると「やめた」という人も出てくるので、それを減らすことも今後の課題です。

千住 1つはどう考えても、いまの医療システム上教育するのに十分な入院期間がとれていないですよ。

徳永先生はいかがですか。

徳永 地域連携プログラムのなかで呼吸ケアを実施する場合に安全管理という視点が絶対に必要です。在宅呼吸療法は一度原点に戻りましょうと先程申しましたが、いままで全部病院でやっていたことが在宅になった、では安全管理という立場で在宅呼吸療法を進めていくにはどうしたらよいか。それはやはり厚生労働省や地方行政、および医師会なども併せて在宅医療の安全管理を見直していく必要があるのではないのでしょうか。安全管理には当然コストがかかるのだという共通認識も必要です。地域連携のなかで在宅呼吸ケアに安全管理という視点を確立していきたいですね。

千住 そうですね。最後に、訪問診療について、提案することがあればお話し下さい。

力富 私の施設の話ですが、PTや看護師さんが訪問するなど様々な対応の仕方があります。しかし息切れでつらい患者さんの場合、それが介護保険の評価となるとグレードが低めに算定されます。一人暮して家事支援がほしい患者さんですと、呼吸リハまでには手が届かないのです。ですから何とか介護保険だけでなく、他に使える社会資源が

ないか、苦慮しています。それから、多くのPTや訪問看護師さんも、呼吸障害に対する知識があまり詳しくないという現実があります。訪問しても結局話をして帰ってくるだけのこともあるようです。つまり患者宅でどう支援してよいか分らないのです。介護保険でももう少し様々な支援が受けられるようにできればと思うのですが、現状の評価基準をそう簡単には変えられないので難しいですね。

千住 介護保険の評価基準が、息切れを反映していないですからね。

力富 そうです、息切れが評価基準に入っていないので…。家事支援などが優先され呼吸器のケア介護が十分に受けられていない。これが恐らく一人暮らしの重症の慢性肺疾患患者さんの現状ではないかと思います。

千住 鈴木先生、いかがですか。

鈴木 いまのお話の続きですけれども、結局私たちのところでも、HOT患者さんのうち訪問看護ステーションが入っている方は54%なのです。訪問看護が入っていないとなると、やはり包括的に取り組むことが難しくなります。54%については、「在宅呼吸ケア白書」の数値27%よりは随分高いのですが、それでも半分入っていないということですから。もちろん患者さんご自身の経済的な理由だとか、人が来るのが煩わしくて嫌だとかいう理由で拒否される場合もあるのですが、もう1つは介護保険上の限度額の問題があります。どうして限度額一杯になってしまうかという呼吸不全患者さんの介護認定が低いというだけでなく、ケアプランが不適切で、生活支援を優先し過ぎていることもあるのです。

病院から先にケアマネージャーに話がいくと、呼吸リハビリに理解不足のケアマネージャーは生活援助のみでプランを立てたり、ひどいときには自分の事業所のヘルパーに

仕事を回している人もいると聞きます。病院の継続看護室や医師から「この患者さんは在宅に帰ってリハビリの継続が必要なのです」ということを一言いってもらえるだけでかなりプランは違ってきます。介護プラン作成の観点からも、一言いっていただくよう基幹病院にもお願いをしています。

訪問される看護師さんたちに対しては、呼吸リハは継続することが大事なので、エビデンスを振りかざして患者さんのよくない点ばかりを探してこないで、患者さんのhopeful factorを聞き、それを基に、患者さんにとってのよい物語作りを患者さんと一緒に作り上げていくNBM(narrative based medicine)の精神で訪問しましょうと話をしています。

徳永 2006年に呼吸リハが健康保険で認められたというのは非常に画期的なことですが、民間保険が主体の米国では認められていないのですから。今後、呼吸リハと訪問看護がリンクして、日本の在宅呼吸ケアのレベルを高めていっていただければと期待しております。

千住 ありがとうございます。在宅訪問診療の現状と課題というお話をしてきましたが、やはり患者さんも、我々医療者側ももっともっと勉強をして、新しい提案を社会にしていかなければいけないと思います。本日お集まりいただいた先生方は日本を代表する、第一線で活躍されている先生です。この活動を、全国に情報発信していただいて、日本のモデルケースになることを願っています。またまだ残された問題が少なくありませんが、常に社会に問題提起し、患者さんとともに、よりよい在宅医療を目指して行きたいと思います。

本日はお忙しいなかご参加いただき、ありがとうございます。