

A-23 在宅人工呼吸療法の現状と問題点

北里大学東病院MEセンター部

北里大学医療衛生学部臨床工学

瓜生伸一 白井敦史 小林馨 田村千秋

渡辺敏

在宅人工呼吸療法は、人工呼吸器使用中の患者のQOL向上を援助する目的で実施されているが、今年度の診療報酬改訂により、さらに普及することが予想される。しかし、現状のままではいろいろな問題が発生することが考えられるので、当病院での経験をもとに在宅人工呼吸療法の現状と問題点について報告する。

1. 北里大学東病院における実績

北里大学東病院では、昭和62年3月に第1例目を開始以後、14才から75才までの神経難病疾患患者7症例に対し実施してきた。実施後のフォローワー体制は、医師は4週間に1度、看護職は症例により4週間または2週間に1度、臨床工学技士の場合は、2週間に1度の割合で必ずチームを組んで訪問しており、平成5年度における延訪問件数は137件、延訪問時間160時間、延滞在時間79時間となっている。

2. 診療報酬改訂の概要

今回改訂された主な点は、在宅人工呼吸指導管理料が1,800点から2,000点に引き上げられた。この対象となる患者は、今回の改訂で筋萎縮性疾患などの疾患名が廃止され、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法が適当と医師が認めたものとなっている。また、従来、在宅人工呼吸指導管理料を申請するにあたって必要だった届け出も廃止された。人工呼吸器使用加算は、陽圧式の場合、2,700点から5,400点に、また、陰圧式が1,200点から2,000点になった。

3. 在宅人工呼吸療法の現状の問題点

今年度の診療報酬改訂により、在宅人工呼吸療法そのものは実施しやすくなつたが、現状における問題点の第1点には、在宅人工呼吸療法を実施する際の安全性の低下があげられる。現在、いろいろな施設において在宅人工呼吸療法が実施されており、また、今回の診療報酬の改訂により、さらに普及することが予想されるが、在宅人工呼吸療法を実施する際には、どの医療施設においても安全性を維持して実施しなければならないと考える。しかし、その導入方法、管理方法、緊急時の対応などは医療施設により様々であり、現状ではそれらに関する基準になるものはない。そのため、基準がない現状において、仮にこれらのことの準備なしに実施したとしても何等支障はないが、その安全性が低下する可能性がある。

問題点の第2点には、人工呼吸器メーカーの関与がある。在宅人工呼吸療法におけるメーカーの関与は必要不可欠であるが、その業務分担が人工呼吸器の提供であるのかまたはメンテナンス全般に及ぶのか不明確であるため、どの範囲までをメーカーとして関与するのか明確にする必要がある。

4. 考察

在宅人工呼吸療法の目的は、人工呼吸器使用中の患者のQOLを向上することにある。同時に実施する際の安全性を十分に検討する必要がある。今回の改訂のように条件が緩和されたことは、今後、在宅人工呼吸療法が普及していくうえで非常に重要であるが、実施条件等の基準がないままでは、その安全性の低下が懸念される。

在宅人工呼吸療法をどの医療施設においても同じレベルで安全性を維持しながら実施できるようしていくためには、まず、医療施設側の体制として、医師、保健婦、臨床工学技士など人材を確保したうえでのチーム医療として実施すること、定期的な訪問、緊急時の対応など実施後のフォローバック体制を確立すること、導入方法から実施後の管理方法、緊急時の対応などをシステム化し明確にすることなど、在宅人工呼吸療法を実施できる条件を基準化することが必要と考える。また、実施条件を基準化しても実際に体制を整備して実施しているかどうかは判断できないため、第三者機関により体制を評価してもらうことも必要と考える。在宅人工呼吸療法に対する人工呼吸器メーカーの関与は必要不可欠であり、積極的な関与が望まれるが、メーカーの業務分担は、人工呼吸器の提供にとどめることが望ましいと思われるため、このことを明確にしておくことも必要と考える。

5. 結語

今回、在宅人工呼吸療法に関する診療報酬が改訂されたことで、在宅人工呼吸療法の現状と問題点について報告した。今回の診療報酬の改訂により、在宅人工呼吸療法は、さらに実施し易くなつた反面、実施条件等の基準がない現状では、準備などを行わずに実施した場合の問題点が残る。そのため、在宅人工呼吸療法に関する実施条件等の早急な基準化が必要と考える。また、人工呼吸器メーカーの在宅人工呼吸療法への関与は、必要不可欠であるが、医療施設側と人工呼吸器メーカーとの業務分担を明確にすることも必要である。