

P2-6 芳賀赤十字病院における慢性呼吸不全患者への在宅人工呼吸療法の試み

芳賀赤十字病院内科

阿久津郁夫

在宅酸素療法患者数は1999年には全国で78000例（業界推定）にも及びこの10年間で約5倍増加した。栃木県においても1990年には約150例であったが昨年度は約1100例と全国以上の伸びを示している。芳賀赤十字病院も1990年に7例導入して以来現在毎年約30例の在宅酸素療法患者の診療にあたっている。その基礎疾患は、慢性閉塞性肺疾患52.3%、肺結核後遺症16.5%、肺癌10.1%、肺線維症6.4%、気管支拡張症2.8%等である。

一方、1994年4月の診療報酬改正により、慢性呼吸不全患者に対し従来の在宅酸素療法のみならず、在宅人工呼吸療法にも保険点数が給付されるようになった。全国的には在宅人工呼吸療法患者は年々増加し、石原らの1998年の全国アンケート調査によれば、在宅での挿管下人工呼吸(TIPPV)症例は約1000例、在宅非侵襲的人工呼吸器(NIPPV)症例は約1800例にも達したと推計されており、現在もさらに増え続けていると考えられる。栃木県における呼吸器疾患への在宅人工呼吸療法は、2000年4月現在ではTIPPV 3例、NIPPV 37例が施行中であり、在宅移行人数も1995年の3例から1999年には15人と増加してはきているが、呼吸器疾患患者への在宅人工呼吸療法は、全国の中でみると積極的には行われていないのが現状である。

当院では、1995年以来4名の慢性呼吸不全患者（慢性閉塞性肺疾患2名、陳旧性肺結核症2名）に在宅人工呼吸療法(TIPPV)を試みている。その施行には、(1)院内でのコンセンサスを得てコメディカルとの協力・連携体制を確立、(2)退院指導と在宅介護へのフローチャートの確立、(3)患者・家族の在宅への理解を得て在宅療養生活の実現に必要なケア技術・知識の習得を図る、(4)地域開業医との協力体制の確立、(5)地域福祉資源の活用と協力体制及び役割分担の決定、

(6)救急時の地域消防署の協力を得る、(7)電力会社に停電時間を事前に教えてもらう、(8)医療機器メーカーとの連携を密接にとるなど多くの方々の協力とコンセンサスが必要であり、各関係部署の方々にカンファレンスに出席してもらい、在宅人工呼吸器ネットワーク作りを行ってきた。

また、実際に施行してみて在宅人工呼吸療法普及の障害として考えられることは、(1)医療関係者にこのシステムが正しく認識されていないこと、(2)認識されていても病院側のマンパワーの問題・救急体制の問題があること、(3)地域の積極的な協力体制が必要であること、(4)患者家族の中の主たる介護者への負担が大きくなりがちなこと、(5)医療機関のバックアップ体制として、ホームドクターが見つかりにくい場合もあること、(6)在宅にむけて備品費用がかかること、(7)本年よりの介護保険の導入により、むしろ家族の経済的負担が増え、家族がサービスの利用をしぶるケースもでてきていることなどが考えられた。

当院における在宅酸素療法施行患者もさらに増加して行くことが予想され、今後も非侵襲的陽圧換気をも含めて在宅人工呼吸療法の導入を試みるべき症例も増加するものと考えている。呼吸器疾患において、在宅人工呼吸療法をさらに展開していくためには、従来の1人の医師による自己完結医療から、院内のみならず地域を含めたチーム医療重視型へと転換していく努力が必要になってくる。今回数少ない経験ではあるが、当院における在宅人工呼吸器ネットワーク作り、実施状況等を紹介し、各症例における問題点を探り、今後の方向性を考えていく一助としたい。