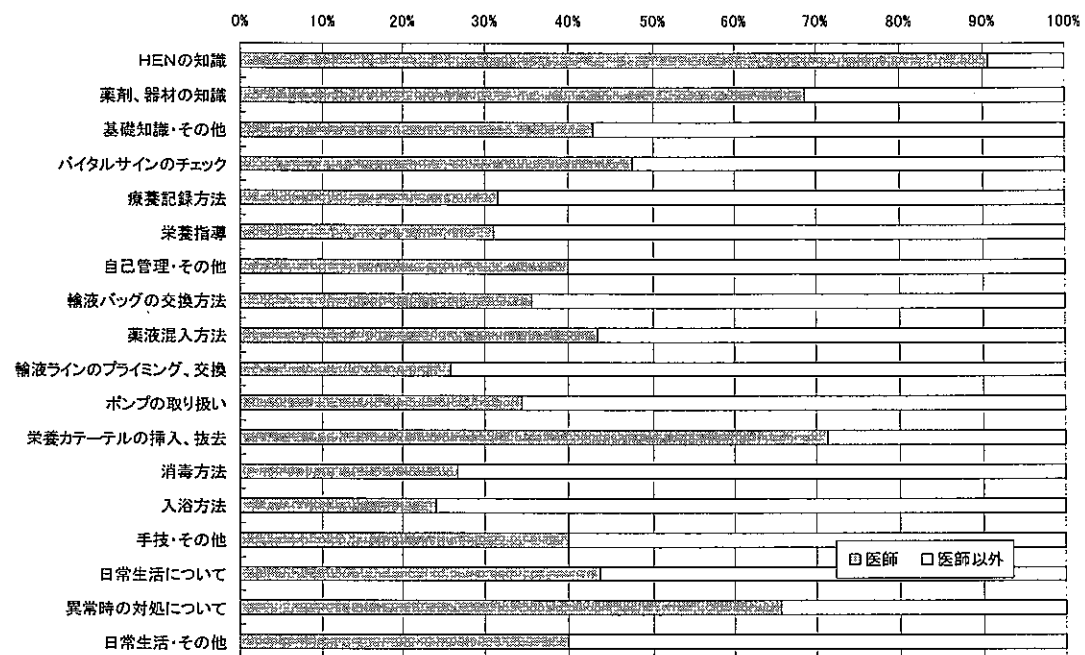
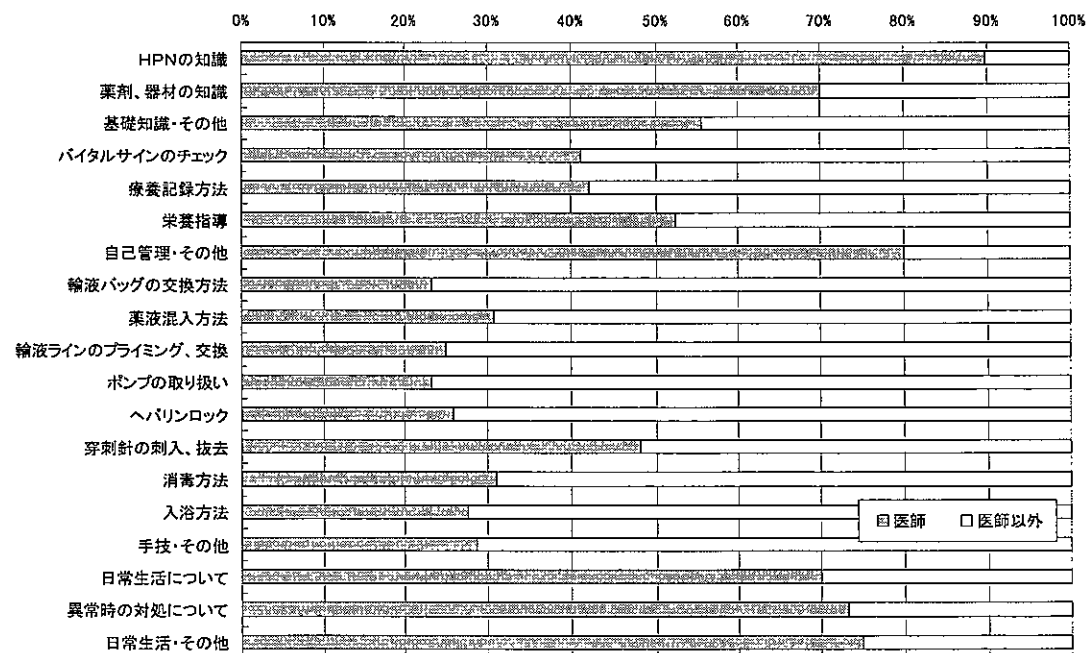


【HEN】



【HPN】

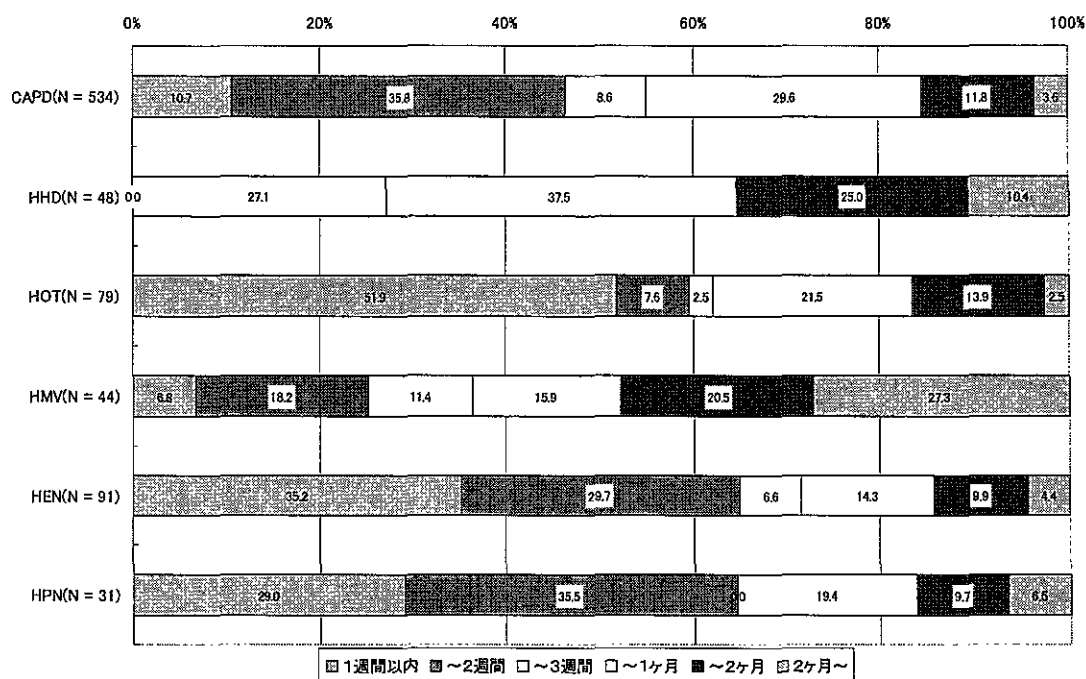


③施設から在宅に移行するまでの教育期間（患者様アンケート調査票）

施設から在宅に移行するまでの教育期間が1ヶ月を超える患者の割合は、HMDが47.8%でもっとも大きく、次いでHHDの35.4%である。

他方、CAPD、HOT、HEN、HPNでは、この割合は14~16%程度である（図表8）。

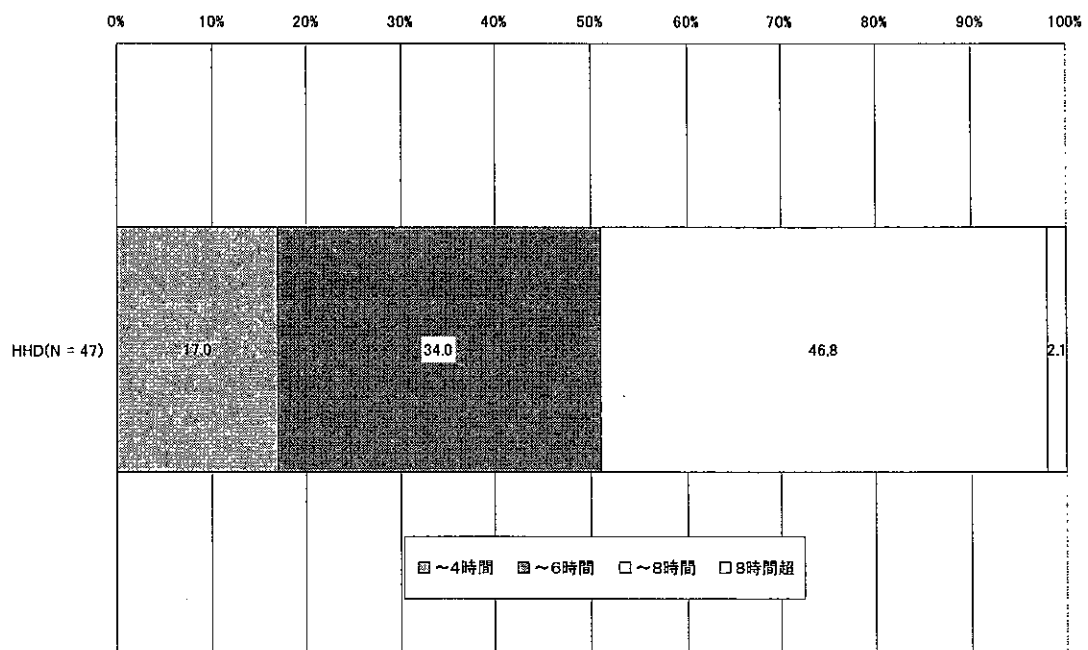
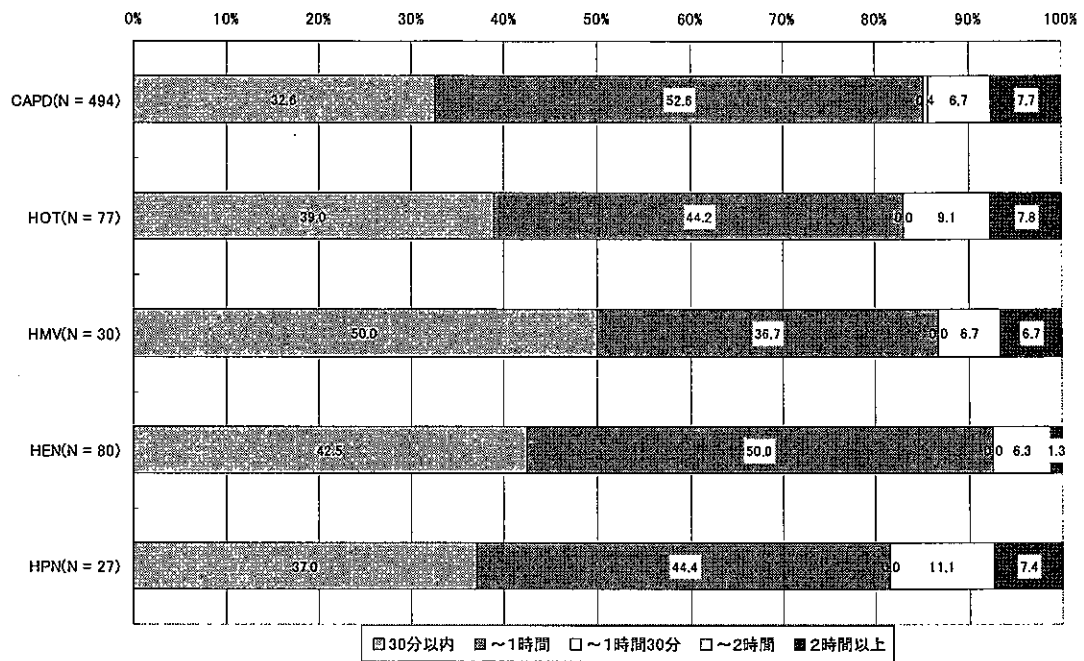
図表8 療法別の患者が施設から在宅に移行するまでの教育期間



④1回当たり教育時間（患者様アンケート調査票）

患者が受けた1回の教育時間は、HHD以外の療法では1時間以下が大半を占める。HHDでは他の療法に比べ、1回当たりの教育時間が著しく長い（図表9）。施設調査で明らかになったHHDの教育・指導時間が長いことが、患者サイドの調査からも裏付けられている。

図表9 1回の教育時間



(3) CAPD カテーテル留置状況について（カテーテル留置状況調査票）

①留置件数

回答 41 施設の平成 16 年中のカテーテル留置件数は、平均 9.7 件（中央値 7 件）である（図表 10）。

図表 10 平成 16 年中の年間カテーテル留置件数（N = 41）

平均(件)	標準偏差	最小値	25%値	中央値	75%値	最大値
9.7	11.11	0.0	1.5	7.0	16.0	62.0

②留置場所

留置を行っている 40 施設すべてが、留置場所が手術室であると回答している（資料編 p.100、TABLE0003。なお、同表の 41 施設中のうち「いいえ」の 1 施設は該当事例なしと答えており、留置を行っているのは 40 施設である）。

③入室人数

カテーテル留置を手術室で行う場合の入室人数は、医師が平均 2.1 人（中央値 2.0 人）、看護師が平均 1.8 人（中央値 2.0 人）である（図表 11）。

図表 11 カテーテル留置・手術室への入室人数（N = 39）

	平均(人)	標準偏差	最小値	25%値	中央値	75%値	最大値
医師	2.1	0.57	1.0	2.0	2.0	2.0	3.0
看護師	1.8	0.71	1.0	1.0	2.0	2.0	4.0

④所要時間

カテーテル留置の所要時間は、平均 78.7 分（中央値 60 分）である（図表 12）。

図表 12 カテーテル留置の所要時間（入室から退出までの時間）（N = 37）

平均(分)	標準偏差	最小値	25%値	中央値	75%値	最大値
78.7	26.60	30.0	60.0	60.0	90.0	120.0

⑤麻酔医の入室

カテーテル留置を行っている施設のうち、麻酔の入室があるのは40%である(図表13)。

図表 13 麻酔医の入室の有無

全 体	有	無	無回答
40	16	23	1
100.0	40.0	57.5	2.5

(4) メンテナンスの状況について

①保守点検の頻度(ヒアリング調査)

療法によって、定期点検の頻度は異なり、HHD の頻度が最も大きい(図表14)。

図表 14 保守管理の状況

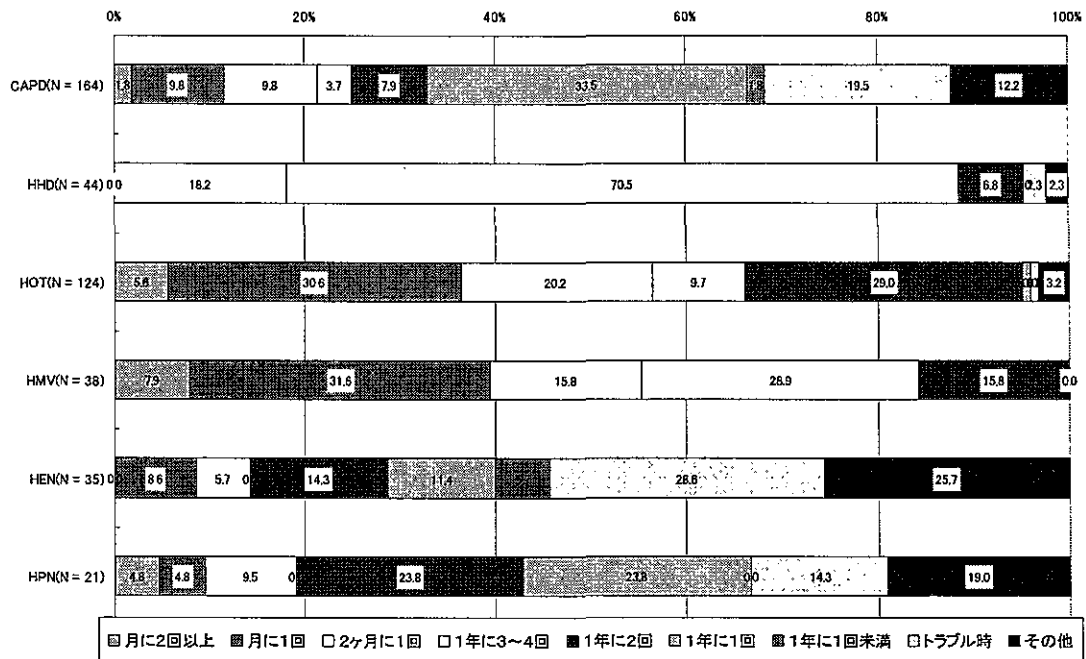
療法	点検の頻度
CAPD	年に1回、定期点検を実施
HHD	年に3～4回、点検を実施
HOT	酸素濃縮機は半年に1回、ボンベは配送時および3ヶ月毎に点検を実施。 なお、1万5千時間を基準にしてオーバーホールを実施

②メンテナンスの頻度(患者様アンケート調査票)

メンテナンスの頻度は、CAPDでは「1年に1回」の回答割合が最も大きい。HHDでは、「1年に3～4回」の回答割合が最も大きく、ヒアリング調査結果と整合的である。

HOTでは、「月に1回」と「半年に1回」の回答割合が最も大きく、これもヒアリング調査結果と整合的である。HENは「トラブル時」、HPNは「1年に2回」と「1年に1回」の回答割合が最も大きい(図表15)。

図表 15 メンテナンスの頻度



(5) 配送の状況について

①機器、器材、薬液等のデリバリー（ヒアリング調査）

療法により、デリバリー費用の負担者は異なっている（図表 16）。

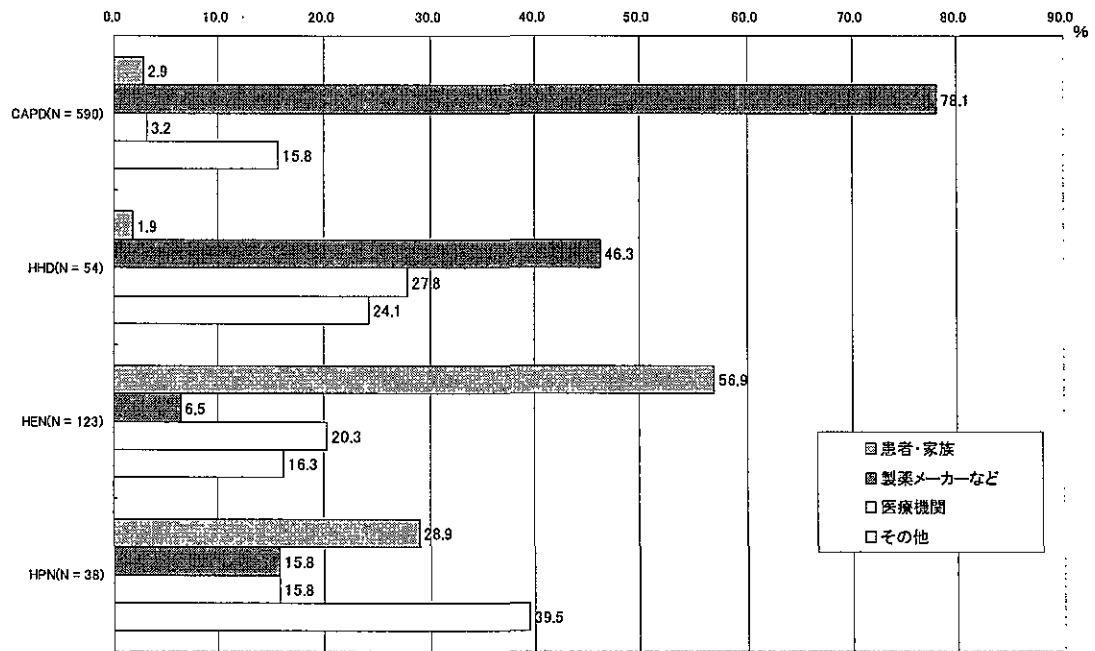
図表 16 デリバリーの状況

療法	費用負担等
CAPD	患者への宅配コストはメーカーが全額負担している。
HHD	医療機関が患者宅に配送しているため、メーカーは関与せず。
HOT	医療施設から業務委託費用として（880 点の範囲内で）回収しているが、持ち出しになっている。（持ち出しが月 20 万円以上になる患者もいる）
HEN、HPN	宅配費用は薬局が負担していたが、東京社会保険事務局から実質的な値引きに該当するので患者負担とするよう指導を受けた。

②デリバリーの実施者（患者様アンケート調査票）

CAPD では、製薬メーカーなど企業がデリバリーを実施するという回答割合が最も大きい。他方、HEN では、患者・家族がデリバリーを行うという回答割合が最も大きい（図表 17）。

図表 17 デリバリーの実施者（複数回答）



(6) 在宅療法に係る自己負担について（患者様アンケート調査票）

図表 18 在宅療法に係る患者の費用負担

(万円)

		N	平均	標準偏差	中央値
CAPD	在宅療養費用(自己負担)	505	0.9	4.30	1.0
	医療施設窓口負担	475	0.5	0.56	0.2
	医療施設以外への支払い	220	0.7	1.08	0.5
HHD	在宅療養費用(自己負担)	45	1.8	1.03	2.0
	医療施設窓口負担	45	0.6	0.62	0.4
	医療施設以外への支払い	22	1.0	0.82	1.0
HOT	在宅療養費用(自己負担)	128	1.7	1.58	1.2
	医療施設窓口負担	112	1.2	1.25	0.9
	医療施設以外への支払い	59	0.7	0.80	0.4
HNV	在宅療養費用(自己負担)	35	3.2	2.71	3.0
	医療施設窓口負担	28	0.9	1.55	0.0
	医療施設以外への支払い	20	2.1	2.37	0.7
HEN	在宅療養費用(自己負担)	99	1.8	2.38	0.8
	医療施設窓口負担	93	0.8	1.16	0.5
	医療施設以外への支払い	40	1.7	2.37	0.7
HPN	在宅療養費用(自己負担)	31	3.3	4.81	1.0
	医療施設窓口負担	30	1.9	3.26	0.3
	医療施設以外への支払い	15	2.6	3.26	1.0

(7) 各種指導管理料および加算について（レセプト）

在宅療法を受療している患者のレセプトから見た指導管理料と加算の分布（構成割合）は次の表の通りである（図表 19）。

図表 19 在宅療法受療中の患者にかかる指導管理料と加算

【CAPD】

主に受療している療法	N	指導管理料				
		在宅自己腹膜灌流指導管理料	在宅自己連続携行式腹膜灌流頻回指導管理料	在宅酸素療法指導管理料(その他)	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	在宅自己注射指導管理料
CAPD	264	256 (97.0)	159 (60.2)	1 (0.4)	1 (0.4)	9 (3.4)

主に受療している療法	N	加算								
		在宅自己注射注入器処方加算	在宅成分栄養経管栄養法栄養管セット	在宅成分栄養経管栄養法注入ポンプ	在宅自己注射血糖自己測定(1型糖尿病以外)(1回)	在宅自己注射血糖自己測定(1型糖尿病以外)(2回)	在宅酸素療法酸素濃縮装置	在宅酸素療法携帯用酸素ボンベ	在宅自己腹膜灌流紫外線殺菌器	在宅自己腹膜灌流自動腹膜灌流装置
CAPD	264	3 (1.1)	1 (0.4)	1 (0.4)	4 (1.5)	3 (1.1)	1 (0.4)	1 (0.4)	69 (26.1)	97 (36.7)

主に受療している療法	N	加算							
		在宅自己注射血糖自己測定(1型糖尿病以外)(3回以上)	在宅自己注射血糖自己測定(1型糖尿病)(3回)	在宅自己注射血糖自己測定(1型糖尿病)(4回以上)	在宅自己注射血糖自己測定(1型糖尿病)(2回)	在宅自己注射血糖自己測定(1型糖尿病)(3回)	在宅自己注射血糖自己測定(1型糖尿病)(4回以上)	注入器用注射針加算(1型糖尿病、血友病患者又はこれに準ずる患者)	注入器用注射針加算(その他)
CAPD	264	8 (3.0)	15 (5.7)	1 (0.4)	2 (0.8)	1 (0.4)	1 (0.4)	1 (0.4)	7 (2.7)

【HHD】

主に受療している療法	N	指導管理料		在宅透析液供給装置
		在宅血液透析指導管理料	在宅血液透析頻回指導管理料	
HHD	28	28 (100.0)	17 (60.7)	27 (96.4)

【HOT】

主に受療している療法	N	指導管理料		
		在宅酸素療法指導管理料(その他)	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	在宅人工呼吸指導管理料
HOT	73	68 (93.2)	1 (1.4)	4 (5.5)

主に受療している療法	N	加算						
		在宅酸素療法設置型液化酸素装置	在宅酸素療法携帯型液化酸素装置	在宅酸素療法酸素濃縮装置	在宅酸素療法携帯用酸素ボンベ	在宅人工呼吸人工呼吸器(陽圧式)	在宅人工呼吸人工呼吸器(鼻マスク若しくは顔マスクを)	人工鼻使用加算
HOT	73	2 (2.7)	2 (2.7)	65 (89.0)	66 (90.4)	1 (1.4)	4 (5.5)	1 (1.4)

【HMF】

主に受療している療法	N	指導管理料	
		在宅酸素療法指導管理料(その他)	在宅人工呼吸指導管理料
HMF	12	3 (25.0)	10 (83.3)

主に受療している療法	N	加算				
		在宅成分栄養経管栄養法栄養管セット	在宅酸素療法酸素濃縮装置	在宅酸素療法携帯用酸素ボンベ	在宅人工呼吸人工呼吸器(陽圧式)	在宅人工呼吸人工呼吸器(鼻マスク若しくは顔マスクを)
HMF	12	1 (8.3)	8 (66.7)	7 (58.3)	3 (25.0)	9 (75.0)

【HEN】

主に受療している療法	N	指導管理料	
		在宅中心静脈栄養法指導管理料	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
HEN	56	1 (1.8)	49 (87.5)

主に受療している療法	N	加算		
		在宅中心静脈輸液セット	在宅成分栄養経管栄養法栄養管セット	在宅成分栄養経管栄養法注入ポンプ
HEN	56	1 (1.8)	51 (91.1)	44 (78.6)

【HPN】

主に受療している療法	N	指導管理料		
		在宅酸素療法指導管理料(その他)	在宅中心静脈栄養法指導管理料	退院前在宅療養指導管理料
HPN	20	1 (5.0)	19 (95.0)	1 (5.0)

主に受療している療法	N	加算					
		在宅中心静脈輸液セット	在宅成分栄養経管栄養法栄養管セット	在宅成分栄養経管栄養法注入ポンプ	在宅酸素療法酸素濃縮装置	在宅酸素療法携帯用酸素ポンプ	在宅中心静脈注入ポンプ
HPN	20	6 (30.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	15 (75.0)

4. まとめと今後の課題

今回の調査では、ハイテク在宅、特に CAPD、HHD では病気の軽い、重いではなく、身体障害者として完全社会復帰を目指し、またそのようになろうと努力している方がほとんどであることが明らかになった（図表 1、2）。このため、「在宅療法」から、たとえば「自己管理療法」にネーミングを変更し、完全社会復帰を目指す方々の「在宅療法」に対する認識を新たにすることが必要である（この点については HOT、HEN の一部の患者についても言える）。

現行の診療報酬制度は、以下に述べるように、幾つかの点で在宅療法の実態と乖離しており、制度の見直しが必要である。

1) CAPD

CAPD の技術料は、保険適用に際して疑義解釈で「腹腔穿刺」および「尿管カテーテル」から算出されており、現在もその名残があることが想像される。

①疑義解釈による算定当時は、腹膜灌流の施行時に毎回腹腔穿刺を行っており、現状とは異なる。入院にては CAPD 施行時の点数（1 日 330 点）では、材料費をもカバーすることもできない。

②カテーテル挿入術は、かつて腹腔穿刺を毎回実施していたことから「J」コードに分類されていたと推測される。現在は、カテーテルの挿入術は永久的な使用を目的として腹腔内に埋め込んでいる。ほとんどの医療施設において、複数のスタッフや麻酔医が手術室に入室して 60 分程度の施行をしている（資料編 p.100～101、TABLE0004～0008）ことから、「K」コードに変更すべきである。また、カテーテル挿入術は、腹膜灌流の「加算」であることも医療現場の実態から見て不合理である。

また、技術料、指導管理料、在宅医療用特定保険医療材料の部に記載されている医療用語の不統一が目立つため、統一が必要である。

2) HHD

HHD を受療している患者は、他の代替療法には否定的である（資料編 p.243、TABLE0012）。HHD の普及促進のためには、在宅血液透析の施設要件（C102-2 の(4)に記載されている「ア病床 イ専用透析室及び人工腎臓装置」条項）の見直しが必要である。

3) HOT

携帯用酸素ポンベのデリバリーは、医療施設との契約に基づいて医療機器メーカー等の企業が行っている。企業には、患者の使用本数にかかわらず、医療施設から 880 点（在宅酸素療法携帯用酸素ポンベ加算）の範囲内の一定額しか支払われないため、企業にとっては赤字になっているとのことである（図表 16）。

こうしたことから、880 点の点数が適正か否かの見直しが必要である。

4) HEN

患者のなかには、薬剤の長期処方が認められていることから、在宅移行後の通院回数が数ヶ月に1度の者もある（資料編 p.418、NTABLE0025）。このため、受診月にのみポンプ加算が認められる現行のポンプ管理指導料のあり方に工夫が必要である。

さらに、患者アンケートから本来は使い捨てであるべき回路を患者の大半が再使用している実態も明らかになった（資料編 p.403、TABLE0034）（これは回路費用が栄養管セット加算として2000点の定額払いであるため、医療施設が患者に渡すセット数に上限があるためと考えられる）。このため、患者の健康上の観点からも、再使用を防ぐような診療報酬上の配慮が必要である。

5) HPN

患者には自立度の高い慢性疾患患者が約半数を占めるものの、末期癌患者や脳疾患患者への水分補液の需要も多いと考えられる。

こうした需要に対してポンプ使用時の24時間対応（トラブル等）に要するコスト評価がない。現在はこれらも含めてポンプ加算点1000点のなかでやむなく対応せざるを得ないため、取り組む者がいないのが現状である。

また、調剤薬局の輸液剤の供給に関しても、調剤報酬が低い（無菌製剤処理を行った場合のみ40点/日加算：G-005。その他は一般調剤報酬に準ずる）。患者アンケートに示されるように（資料編 p.453、TABLE0010～0012）、施行した患者の満足度は高いが、こうした問題のためになかなか普及していない。