

内閣官房長官 菅 義偉 様
厚生労働大臣 加藤 勝信 様

日本呼吸器疾患患者団体連合会

患者代表

遠山 和子 NPO 法人日本呼吸器障害者情報センター
高橋 昭 全国低肺機能者グループ 東北白鳥会
下田 忠義 広島低肺友の会
長尾 直行 ぎふ低肺機能者グループ
小山 万里子 ポリオの会
松本 光雄 全国ポリオ会連絡会
池田 靖宏 J-LAM の会 (リンパ脈管筋腫症患者と支援者の会)
藤波 武昭 呼吸不全友の会(ホットの会)
前田 稲二郎 呼吸器機能障害者団体 神奈川もみじ会
菱谷 正樹 北海道低肺の会
一般社団法人日本呼吸器学会
理事長 橋本 修 日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野主任教授
保険委員会副委員長 蝶名林 直彦 聖路加国際病院呼吸器センター特別顧問
堀江 健夫 前橋赤十字病院呼吸器内科副部長

平成 29 年度 慢性呼吸器疾患患者の療養環境整備に関する陳情書

平素は当会の活動にご理解を賜り感謝申し上げます。

慢性呼吸器疾患患者の療養環境整備に関する以下の要望にご対応いただきますよう、お願い申し上げます。

1. 自己負担の軽減

高齢者・障害者を取り巻く環境は依然として厳しく、医療費の負担増、健康保険料・介護保険料の増額、医療リハビリの短縮など療養環境の悪化に加え、各種年金額の減額等で困窮が深まっています¹⁾。さらに慢性呼吸器疾患患者は身体障害者認定や介護保険の要介護度認定において認定結果が低く見做される傾向があり²⁾、日常生活において支援が十分に得られていない問題があります³⁾。

- ① (保険局保険課)内部障害の更生医療の対象が心臓、腎臓、肝臓、小腸、免疫に限定されているのは不公平であり、肺も対象として含まれるべきです。具体的には、在宅酸素療法(以下 HOT)や在宅人工呼吸(以下 H MV)さえ行えば就労や社会活動が可能となる慢性呼吸器疾患患者のために、HOT および H MV の患者を、更生医療の「重度かつ継続」の対象として下さい。また人工透析を行う慢性腎不全患者と同様に、HOT および H MV を行う慢性呼吸器疾患患者を、高額療養費制度における高額長期疾病の対象として下さい。
- ② (社会・援護局障害保健福祉部 企画課)呼吸器の身体障害認定において、意見書に記載された医師の意見よりも、審査で低く認定されるという実態があります。6 分間歩行試験時の酸素飽和度を等級判断の必須要件として下さい。これにより、呼吸器専門でない医師も含め、医師が意見書に労作時低酸素の有無を必ず記載し、審査においても労作時低酸素が必ず等級に反映されるようにして下さい。
- ③ (老健局老人保健課、老健局介護保険計画課)労作時の強い呼吸困難のために日常生活に支障をきたす慢性呼吸器疾患の患者が、介護認定を申請しても、患者の実感とはかけ離れた認定結果となることが多く、要介護 3 以上に認定される患者はわずか 13%です²⁾。労作時の息切れによる動作や生活の制限がきちんと評価されるよう、認定調査項目に労作時の呼吸困難の項目を追加して下さい。また酸素療法の「特別な医療」の時間加算 0.8 分をより適正に手厚く評価して下さい⁴⁾。

2. 療養指導および呼吸リハビリテーションの充実

呼吸リハビリテーション(以下呼吸リハ)は 2006 年に保険収載されたものの、実際に呼吸リハを受けられる医療施設は極めて少なく、患者が呼吸リハの恩恵を十分に受けられない状況にあります⁵⁾。また医療の在宅化がどんどん進むのに対し、その在宅において呼吸リハを提供する仕組みがなく、呼吸リハを受けることができない現状があります⁶⁾。

まず第一に、慢性呼吸器疾患の患者が、より多くの医療機関で、充実した内容の包括的な療養指導と呼吸リハが受けられるようにして下さい。次いで、患者が在宅移行後も、地域包括ケアシステムの中で、基幹病院の医療チームと、かかりつけ医の医療チームとが連携し(外来リハ、訪問リハ、通所リハを通じ)、安定期・慢性期まで、シームレスに呼吸リハが継続して提供されるような、医療・介護保険上の仕組み作りをお願いします。

- ①(保険局医療課)医療機関が在宅療養指導管理料、在宅療養指導管理材料加算を算定するにあたり、算定要件である指導事項が確実に実施されるよう、支払基金等で、実施の有無をチェックする仕組みを作して下さい^{7) 8)}。
- ②(保険局医療課)呼吸器科などの医師からリハビリ科への処方指示を、診療報酬上で評価して下さい⁹⁾。また患者教育などの療養指導を奨励するために、呼吸ケア指導士(理学療法士、栄養士などメディカルスタッフ含む)、慢性呼吸器疾患看護認定看護師等による患者療養指導(患者教育)を診療報酬上評価して下さい¹⁰⁾。
- ③(保険局医療課)時間内歩行試験およびシャトルウォーキングテストの医師の指導管理の下の実施について、「看護職員または臨床検査技師」、に「理学療法士」を加えて下さい¹¹⁾。
- ④(老健局老人保健課、保険局医療課)慢性呼吸器疾患患者の要介護度を適正に評価して下さい(陳情項目1)。その上で、要介護者に対する介護サービスメニューとして、「通所介護」、「訪問リハビリ」で、理学療法士等による呼吸リハビリテーションの提供が行われるようにして下さい。

3. 在宅酸素療法(HOT)事業者の質の確保

患者にとってHOT事業者の対応は、日頃はもちろん、緊急時、災害時において特に重要です。最近、酸素引火による死亡事故や大規模風水害による故障、施療中断など不安が増大していますが、対応するHOT事業者の間で、迅速・的確なサービスに大きな差があり、自己負担額は同じなのに患者が不利益を被る例が多発しています。

- ①(保険局医療課)医療機関が業務委託するHOT事業者の保守管理体制基準として、患者団体連合会が定義した「安全な在宅酸素療法施行上最低限必要とされるHOT事業者像¹²⁾」を診療報酬算定要件に明記して下さい。
- ②(医政局地域医療計画課)HOT事業者の質にはかなり差があるのが実状です。自己負担額が同一である以上、質のよい事業者のサービスを受けたいと願うのが道理であり、事業者の選定にあたっては患者さんの希望を反映(選択権の付与)できるようにして下さい。患者の意思を無視して機器を切り替えるようなことは止めて下さい^{7) 8) 13)}。
- ③(医政局地域医療計画課)厚生労働省平成28年度医療施設運営費等補助金 緊急災害時在宅酸素供給装置対策事業として、一般社団法人日本産業・医療ガス協会が、平成29年3月に作成した「在宅酸素供給装置の保守点検事業者のための緊急・災害対応体制の整備に関する手引書」の内容を、良質な医療関連サービスを提供する事業者の要件を定めた「医療関連サービスマーク」の認定要件として下さい¹⁴⁾。
- ④(保険局医療課)最低限必要な緊急時・災害時対応のための事業者の質を確保するために、これ以上の保険点数の切り下げはしないで下さい¹⁵⁾。

4. これからの療養環境整備のために

慢性呼吸器疾患(特に COPD)は社会の認知度が低く、健診項目にも含まれていないために、診断や治療開始が遅れがちです。また患者の呼吸困難や酸素療法に対する周囲の理解が低く、外出や災害などの際に患者が辛い思い

をすることもしばしばです。慢性呼吸器疾患の認知の向上や予防、新たな治療法などについて、対策を進めて下さい。

- ①（健康局健康課）呼吸器疾患予防のため、病状を悪化させないために、受動喫煙対策を早急に進めて下さい¹⁶⁾。
- ②（健康局健康課、労働基準局安全衛生部）市町村が行う健康増進法に基づく健診や高齢者の特定健診、労働安全衛生法に基づく企業健診の項目に、スパイロメトリーを入れて下さい。
- ③（医政局地域医療計画課）慢性呼吸器疾患が地域の医療供給体制の中に位置づけられるように、すべての都道府県の地域医療計画に COPD 対策を明記して下さい。
- ④（内閣府）災害時の呼吸器疾患患者への配慮を、福祉避難所だけに留まらず、医療機関や事業者なども含めた地域全体で進めて下さい。
- ⑤（老健局老人保健課、老健局介護保険計画課）呼吸ケアハウス（呼吸器疾患患者のためのグループホーム）を設置し、高齢・独居の呼吸器疾患患者への対策を講じて下さい。
- ⑥（健康局結核感染症課予防接種室）成人肺炎球菌ワクチンの定期接種の対象者に、60 歳未満の呼吸器の機能に日常生活活動が極度に制限される程度の障害がある人も含めて下さい¹⁷⁾。
- ⑦（保険局医療課）在宅ハイフローセラピーを保険適用として下さい。従来の酸素療法よりも高度な呼吸管理が行える上に、不快感が少なく飲食や会話が可能など QOL 向上が期待されるため、早急な対応を望んでいます¹⁸⁾。
- ⑧（保険局医療課）前回改定時に HOT は「3か月に3回」が認められるようになったが、HMO の患者は HOT を併用の場合も含め1か月に1回の通院が義務付けられたままです。毎月の通院は、患者および家族にとって、とても負担が大きいため、その負担を軽減する意味からも、患者が安定した病態の場合、医師の判断により、HMO については「2か月に2回」を認めて下さい。

以上