

(別添)

(調査名)	在宅療法の普及及び技術評価に係わる調査
-------	---------------------

(調査の趣旨・概要)

在宅医療の普及促進の視点から、腹膜透析や在宅酸素療法等の在宅療法の普及状況の把握と、普及の推進に際しての阻害要因について供給側、需要側の側面から多面的に抽出し、状況改善に向けた課題形成を行うと共に各在宅療法に関する診療報酬上の適正な技術評価について調査・研究を行う。

(調査の必要性・意義)

※現状の問題点、期待される効果を含め可能な限り詳しく記入してください。

平成4年の第二次医療法改正において在宅医療の普及促進が国策として提示された。在宅医療の中で患者自ら医療技術を行う「ハイテク在宅医療」の分類の中でも、その普及が進展したもの、しなかったものと様々である。例えば腹膜透析の普及率は慢性腎不全患者全体の4%であり、さらにここ数年低下傾向にあるのが現状である。また在宅血液透析に関しても全国で100名程度と普及が進まない状況にある。更に、在宅酸素療法や在宅中心栄養療法などもその普及は満足できる状況にないといわれており、本調査ではその実態を明確にし、その普及のための課題形成を行う。

例えば、CAPDについては事前の予備基礎調査で、基幹病院において経済上の理由から導入期のCAPDを扱うことが出来ないという状況との報告^{1) 2)}があり、一方患者側では、その問題点についてはこれまで公式にコンセンサスを得るに至っていないという状況である。

以上より在宅医療の普及促進の視点から、腹膜透析などの在宅療法の普及に際しての阻害要因について供給側、需要側の側面から多面的に抽出し、状況改善に向けた課題形成を行う。本調査では、在宅医療の領域におけるハイテク在宅医療固有の特徴を明確にし広くコンセンサスの形成を得るために、また、診療報酬上の適正な技術評価についても調査・研究することを目的とする。

また、近年在宅医療患者の高齢化を考慮し、デイサービスやショートステイなどの利用との関係や、複数の在宅療法を利用する場合など在宅療法の利用の実態を把握し、在宅療法の普及にあたっての阻害要因となっているのか否か等についても検討を加える。

文献)

- 1) 高橋 進：CAPD 療法の入院時における診療報酬の妥当性に関する研究 腎と透析 49: 751~756, 2000
- 2) 高橋 進：慢性腎不全の医療経済 慢性腎不全新しい診断と治療の ABC11 最新医学別冊 pp200~213, 2003 最新医学別冊 最新医学社

(調査対象医療技術・調査対象医療機関等・調査方法)

※調査票(案)を添付してください。

研究方法：

1) 供給側の課題抽出(医療施設調査)

①在宅固有機能の抽出

地域の基幹的機能を有する病院が在宅医療の導入を行うにあたり、提供している固有の機能を抽出する。

②医療資源消費の実態把握

①で抽出した在宅固有の施設側の機能において、施設側が提供している物、労働時間等の実態を把握する。

③施設責任者の実態の把握

施設責任者および担当部門の医師が在宅医療の推進に対してどのような意識を持っているのか、普及に向けた課題を把握する。

④ショートステイ等の利用状況の把握

在宅医療を行っている患者でショートステイやデイサービス、訪問診療、訪問看護を併用している患者がどのくらいいるか等を把握する。

2) 診療報酬上の課題形成(レセプト調査)

ハイテク在宅療法のレセプト(主に導入期)から診療報酬上の算定実態を調査し、診療報酬上の評価が適切に行われているか検証を行うとともに、普及に向けた課題の形成を行う。

3) 患者側の課題形成(患者調査)

患者とその家族が在宅療法(腹膜透析、在宅透析など)を行う上で必要とされる手技操作等にかかる時間、自己負担額、満足度、訪問看護・ショートステイ等の利用状況等について把握する。

調査対象領域

区分	在宅指導管理料の種類
注射療法	在宅中心静脈栄養法指導管理料
泌尿器系	在宅自己腹膜灌流指導管理料
	在宅血液透析指導管理料
呼吸器系	在宅酸素療法指導管理料
	在宅人工呼吸指導管理料
その他	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

調査対象

在宅医療を実施している各診療科の医師・看護師および在宅医療各メーカーのインタビュー調査を行う。また既存文献の調査に基づき、合わせて調査票のデザインを行う。

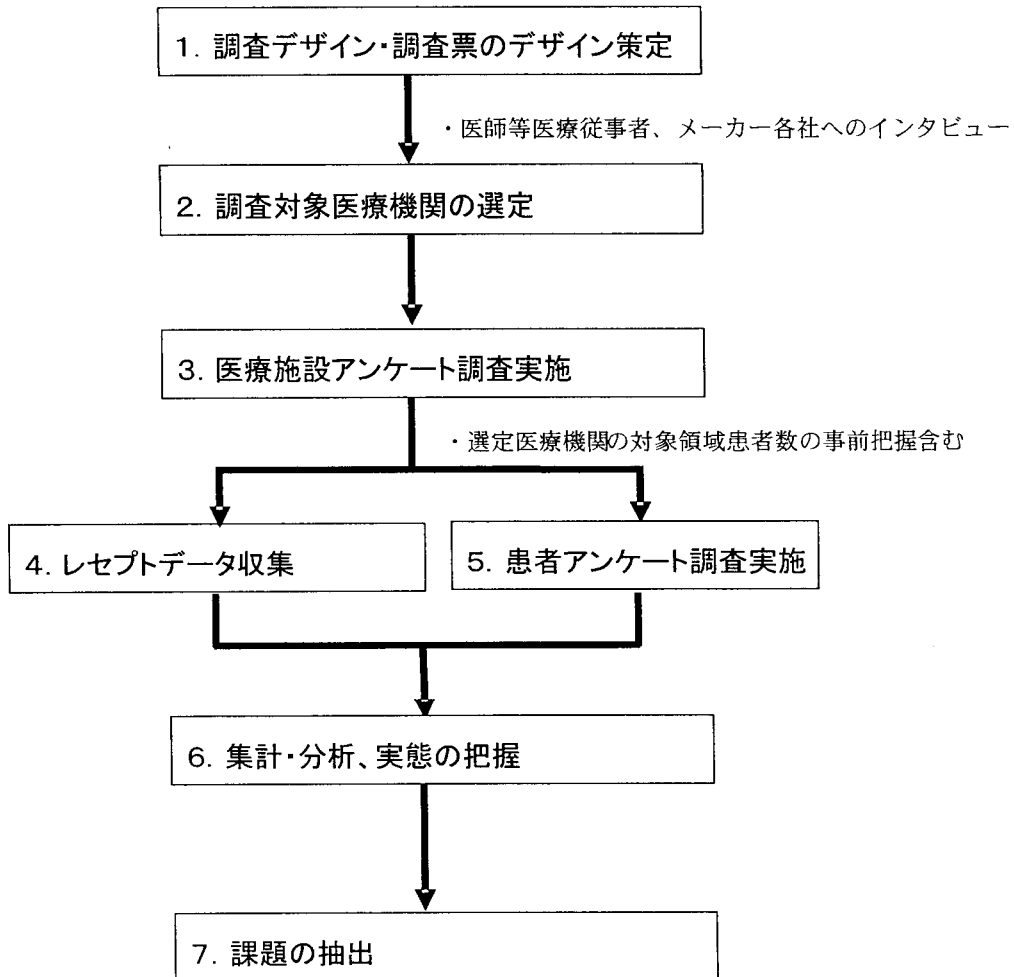
- ① 特定機能病院等及び専門施設の任意の医師・看護師
- ② 対象領域の患者（アンケート調査患者数：各療法（50～500名））
- ③ 在宅医療メーカー各社
- ④ 文献調査

調査対象医療機関の選定

厚生労働省データベース(既存調査等のデータ)より対象領域の患者を多く持つ医療機関を特定し、調査対象医療機関とする。

CAPD（連続携行腹膜灌流法）	約 200 施設
HHD（家庭血液透析法）	4 施設
HOT（在宅酸素療法）	約 100 施設
HPN（在宅中心静脈栄養法）	約 100 施設
HMV（在宅人工呼吸療法）	約 100 施設
HEN（在宅成分栄養経管栄養法）	約 100 施設

調査フロー



(今後のスケジュール)

各分野に協力をお願いし、可及的速やかに調査を開始する。

患者さんアンケート調査票(CAPD)

下記の設問にお答えください。

1. あなたの性別は？

- a. 男 b. 女

2. あなたの年齢は？

_____ 歳

3. あなたのお住まいの都道府県は？

_____ 都・府・県

4. あなたの疾患名は何ですか。

①合併症のある方にお伺いします。どんな合併症がありますか。

5. 透析歴はどのくらいですか。

_____ 年 _____ ヶ月

6. CAPDをはじめどのくらいですか。

_____ 年 _____ ヶ月

7. CAPD以外に他の在宅療法を行っていますか。

- a. はい b. いいえ

①はいとお答えした方へお伺いします。他の在宅療法は何ですか。

8. 同居されているご家族をお答えください。

- a. 夫 b. 妻 c. 子 d. その他(_____) e. 独居

9. 現在お仕事をしていますか。

- a. はい b. いいえ

10. CAPDを行うための主な介助者はどなたですか。

- a. 夫 b. 妻 c. 子 d. その他(_____) e. ひとりで行う

11. あなたを含めた同居家族全体の去年1年間の総収入額はいくらですか。

- a. 300万円未満 b. 300万円～500万円 c. 500万円～800万円 d. 800万円以上

12. 加入している健康保険は何ですか。

- a. 国民健康保険 b. 社会保険 c. 共済保険 d. その他(_____)

13. 現在行っているCAPDに満足していますか。

- a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

14. 今後もCAPDを続けたいですか。

- a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

① はいとお答えした方へお伺いします。CAPD(腹膜透析療法)を続けたい理由は何ですか。

- a. 生活の自由度がある b. 趣味等の時間がとれる c. 仕事の都合
d. その他()

② いいえとお答えした方へお伺いします。CAPDを続けたくない理由は何ですか。

- a. 精神的に大変 b. 介助者が苦痛を訴えている c. 時間的に無理がある
d. その他()

15. CAPDがあることを知ったのは何ですか。

- a. 医師から b. 看護師から c. その他医療者から d. インターネット e. 雑誌 f. テレビ
g. その他()

16. CAPDを選択した理由は何ですか。

- a. 医師の奨め b. 看護師の奨め c. 医療者の奨め d. 患者さんからの奨め
e. 自ら選択 f. 仕事の都合 g. その他()

17. CAPD療法を選択するにあたり、医療機関から十分な説明がありましたか。

- a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

① 説明は主にどなたからありましたか。

- a. 医師 b. 看護師 c. 技士 d. その他の医療従事者 e. その他()

② CAPD以外の療法(HD、移植)について、説明がありましたか。

- a. はい b. いいえ

● はいとお答えした方にお聞きします。CAPD以外にどの療法について説明がありましたか。

- a. HD b. 移植 c. HDと移植の両方

18. 在宅へ移行するまでの教育についてお聞きします。

①教育は十分でしたか。

- a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

②教育期間はどれくらいでしたか。(例:2ヶ月、2週間など)

③1回の教育時間はどれくらいでしたか。

_____時間

④在宅へ移行にするにあたり不安はありましたか。

- a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

●はいとお答えしたかたにお聞きします。不安だった理由はなんですか。

- a. 知識不足 b. 手技・技術 c. トラブル時 d. その他()

19. 外来受診(通院)についてお聞きします。

①受診回数:月に_____回

②通院にかかる時間:片道_____分

③交通手段:

- a. 徒歩 b. 車 c. 電車 d. タクシ e. バス
f. その他()

④ご家族の付添いはありますか。

- a. はい b. いいえ

20. 訪問診療を受けていますか。

- a. はい b. いいえ

医師:_____回/月

看護師:_____回/月

その他:_____回/月

21. ショートステイやデイサービスをご利用していますか。

- a. はい b. いいえ

①はいとお答えした方へお伺いします。

・サービスをご利用した期間:

・サービスをご利用した理由:

・介護度:

22. ご家庭でのCAPDの管理についてお聞きします。

- ①透析液(バック)の交換頻度: 1日に_____回
- ②透析液(バック)の交換場所:
- ③1回の透析をするために準備時間はどれくらいかかりますか。
 - ・患者さん: _____分
 - ・介助者: _____分
- ④透析終了後、後片付けはどれくらいかかりますか。
 - ・患者さん: _____分
 - ・介助者: _____分

23. 緊急時についてお聞きします。

- ①これまで緊急対応が必要なときがありましたか。
 - a. はい b. いいえ
- ②はいとお答えした方にお聞きします。緊急時の対応は十分でしたか。
 - a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

緊急対応内容は？

(_____)

24. 自動腹膜透析機器をお使いの方にお聞きします。

- ①透析機器のメンテナンス、トラブル対応等に満足していますか。
 - a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満
- ②透析機器のメンテナンスは、誰がどのくらいの頻度で行っていますか。
 - i) 実施者: a. 医療機器メーカー b. 医療機関 c. その他(_____)
 - ii) 頻度: a. 月に1回 b. 2ヶ月に1回 c. その他(_____)
- ③透析機器のメンテナンスは、1回あたりどのくらい時間がかかりますか。
_____分

25. 薬剤・器材等の配送についてお聞きします。

- ①配送は誰が行っていますか。
 - a. 患者さん b. ご家族 c. 製薬メーカーなど d. 医療機関 e. その他(_____)
- ②配送頻度はどれくらいですか。
 - a. 月に1回 b. 月に2回 c. その他(_____)
- ③薬剤・器材等の保管にどれくらいスペースが必要ですか。(例: 畳半畳分くらい)

26. 在宅療養にかかる費用(自己負担分)は月にどれくらいですか。

_____ 万円

①医療機関の窓口にお支払いする自己負担額は月にどれくらいですか。

_____ 万円

②医療機関の窓口以外にお支払いする自己負担額は月にどれくらいですか。

どこに	自己負担額
_____	_____ 万円
_____	_____ 万円
_____	_____ 万円

27. 施設透析と比べて在宅で透析を行って良かった点はどんなことですか。(複数回答可)

- a. 透析スケジュールが自由
- b. 社会復帰しやすい
- c. 透析中、家族と接する時間が多くなった
- d. 体調が良くなった
- e. 通院に要する時間がかからなくなった
- f. その他(_____)

28. 施設透析と比べて在宅で透析を行って困った点はどんなことですか。(複数回答可)

- a. 透析に関する知識・技術を十分習得しなければならない
- b. そばに医療スタッフがない
- c. 介助者が必要なこと
- d. 介助者の負担が大きい
- e. その他(_____)

29. 現在医療廃棄物は、誰が収集していますか。

- a. 自治体で一般ゴミとして収集
- b. 医療廃物業者が収集
- c. 患者さんが医療機関へ持って行く
- d. その他(_____)

30. CAPDを導入してから、導入時以外でこれまでにカテーテル留置の手術を受けたことがありますか。

- a. はい
- b. いいえ
- c. わからない

①はいとお答えした方にお聞きます。これまでに何回お受けになりましたか。

_____ 回

31. 在宅療養でお気づきの点ございましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

患者さんアンケート調査票(HHD:家庭血液透析)

下記の設問にお答えください。

1. あなたの性別は？

- a. 男 b. 女

2. あなたの年齢は？

_____ 歳

3. あなたのお住まいの都道府県は？

_____ 都・府・県

4. あなたの疾患名は何ですか。

①合併症のある方にお伺いします。どんな合併症がありますか。

5. 透析歴はどのくらいですか。

_____ 年 _____ ヶ月

6. HHDをはじめてどのくらいですか。

_____ 年 _____ ヶ月

7. HHD以外に他の在宅療法を行っていますか。

- a. はい b. いいえ

①はいとお答えした方へお伺いします。他の在宅療法は何ですか。

8. 同居されているご家族をお答えください。

- a. 夫 b. 妻 c. 子 d. その他() e. 独居

9. 現在お仕事をしていますか。

- a. はい b. いいえ

10. HHDを行うための主な介助者はどなたですか。

- a. 夫 b. 妻 c. 子 d. その他() e. ひとりで行う

11. あなたを含めた同居家族全体の去年1年間の総収入額はいくらですか。
a. 300万円未満 b. 300万円～500万円 c. 500万円～800万円 d. 800万円以上
12. 加入している健康保険は何ですか。
a. 国民健康保険 b. 社会保険 c. 共済保険 d. その他()
13. 現在行っているHHDに満足していますか。
a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満
14. 今後もHHDを続けたいですか。
a. はい b. いいえ c. どちらともいえない
- ①はいとお答えした方へお伺いします。HHDを続けたい理由は何ですか。
a. 生活の自由度がある b. 趣味等の時間がとれる c. 仕事の都合
d. その他()
- ②いいえとお答えした方へお伺いします。HHDを続けたくない理由は何ですか。
a. 精神的に大変 b. 介助者が苦痛を訴えている c. 時間的に無理がある
d. その他()
15. HHDがあることを知ったのは何ですか。
a. 医師から b. 看護師から c. その他医療者から d. インターネット e. 雑誌 f. テレビ
g. その他()
16. HHDを選択した理由は何ですか。
a. 医師の奨め b. 看護師の奨め c. 医療者の奨め d. 患者さんからの奨め
e. 自ら選択 f. 仕事の都合 g. その他()
17. 療法を選択するにあたり、医療機関から十分な説明がありましたか。
a. はい b. いいえ c. どちらともいえない
- ①説明は主にどなたからありましたか。
a. 医師 b. 看護師 c. 技士 d. その他の医療従事者 e. その他()

18. 在宅へ移行するまでの教育についてお聞きします。

①教育は十分でしたか。

- a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

②教育期間はどれくらいでしたか。(例:2ヶ月、2週間など)

③1回の教育時間はどれくらいでしたか。

_____時間

④在宅へ移行にするにあたり不安はありましたか。

- a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

●はいとお答えしたかたにお聞きします。不安だった理由はなんですか。

- a. 知識不足 b. 手技・技術 c. トラブル時 d. その他()

19. 外来受診(通院)についてお聞きします。

①受診回数:月に_____回

②通院にかかる時間:片道_____分

③交通手段:

- a. 徒歩 b. 車 c. 電車 d. タクシ e. バス
f. その他()

④ご家族の付添いはありますか。

- a. はい b. いいえ

20. 訪問診療を受けていますか。

- a. はい b. いいえ

医師:_____回/月

看護師:_____回/月

その他:_____回/月

21. ショートステイやデイサービスをご利用していますか。

- a. はい b. いいえ

①はいとお答えした方へお伺いします。

- ・サービスをご利用した期間:
- ・サービスをご利用した理由:
- ・介護度:

22. ご家庭でのHHDの管理についてお聞きします。

- ①透析を行う頻度：1週間に_____回、1回_____時間
- ②透析を行う場所：
- ③1回の透析をするために準備時間はどれくらいかかりますか。
- ・患者さん：_____分
 - ・介助者：_____分
- ④透析終了後、後片付けはどれくらいかかりますか。
- ・患者さん：_____分
 - ・介助者：_____分

23. 緊急時についてお聞きします。

- ①これまで緊急対応が必要なときがありましたか。
- a. はい b. いいえ
- ②はいとお答えした方にお聞きします。緊急時の対応は十分でしたか。
- a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

緊急対応内容は？

(_____)

24. 血液透析機器についてお聞きします。

- ①透析機器のメンテナンス、トラブル対応等に満足していますか。
- a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満
- ②透析機器のメンテナンスは、誰がどのくらいの頻度で行っていますか。
- i) 実施者： a. 医療機器メーカー b. 医療機関 c. その他(_____)
- ii) 頻度： a. 月に1回 b. 2ヶ月に1回 c. その他(_____)
- ③透析機器のメンテナンスは、1回あたりどのくらい時間がかかりますか。
- _____分

25. 薬剤・器材等の配送についてお聞きします。

- ①配送は誰が行っていますか。
- a. 患者さん b. ご家族 c. 製薬メーカーなど d. 医療機関 e. その他(_____)
- ②配送頻度はどれくらいですか。
- a. 月に1回 b. 月に2回 c. その他(_____)
- ③薬剤・器材等の保管にどれくらいスペースが必要ですか。(例：畳半畳分くらい)

26. 在宅療養にかかる費用(自己負担分)は月にどれくらいですか。

_____ 万円

①医療機関の窓口にお支払いする自己負担額は月にどれくらいですか。

_____ 万円

②医療機関の窓口以外にお支払いする自己負担額は月にどれくらいですか。

<u>どこに</u>	<u>自己負担額</u>
_____	_____ 万円
_____	_____ 万円
_____	_____ 万円

27. 施設透析と比べて在宅で透析を行って良かった点はどんなことですか。(複数回答可)

- a. 透析スケジュールが自由 b. 社会復帰しやすい c. 透析中、家族と接する時間が多くなった
d. 体調が良くなった e. 通院に要する時間がかからなくなった
f. その他(_____)

28. 施設透析と比べて在宅で透析を行って困った点はどんなことですか。(複数回答可)

- a. 透析に関する知識・技術を十分習得しなければならない b. そばに医療スタッフがいらない
c. 介助者が必要なこと d. 介助者の負担が大きい
e. その他(_____)

29. 現在医療廃棄物は、誰が収集していますか。

- a. 自治体で一般ゴミとして収集 b. 医療廃物業者が収集 c. 患者さんが医療機関へ持っていく
d. その他(_____)

30. 在宅療養でお気づきの点ございましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

患者さんアンケート調査票(HPN:在宅中心静脈栄養法)

下記の設問にお答えください。

1. あなたの性別は？

- a. 男 b. 女

2. あなたの年齢は？

_____ 歳

3. あなたのお住まいの都道府県は？

_____ 都・府・県

4. あなたの疾患名は何ですか。

①合併症のある方にお伺いします。どんな合併症がありますか。

5. HPNをはじめてどのくらいですか。

_____ 年 _____ ヶ月

6. HPN以外に他の在宅療法を行っていますか。

- a. はい b. いいえ

①はいとお答えした方へお伺いします。他の在宅療法は何ですか。

7. 同居されているご家族をお答えください。

- a. 夫 b. 妻 c. 子 d. その他() e. 独居

8. 現在お仕事をしていますか。

- a. はい b. いいえ

9. HPNを行うための主な介助者はどなたですか。

- a. 夫 b. 妻 c. 子 d. その他() e. ひとりで行う

10. あなたを含めた同居家族全体の去年1年間の総収入額はいくらですか。
a. 300万円未満 b. 300万円～500万円 c. 500万円～800万円 d. 800万円以上
11. 加入している健康保険は何ですか。
a. 国民健康保険 b. 社会保険 c. 共済保険 d. その他()
12. 現在行っているHPNに満足していますか。
a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満
13. 今後もHPNを続けたいですか。
a. はい b. いいえ c. どちらともいえない
- ①はいとお答えした方へお伺いします。HPNを続けたい理由は何ですか。
a. 生活の自由度がある b. 趣味等の時間がとれる c. 仕事の都合
d. その他()
- ②いいえとお答えした方へお伺いします。HPNを続けたくない理由は何ですか。
a. 精神的に大変 b. 介助者が苦痛を訴えている c. 時間的に無理がある
d. その他()
14. HPNがあることを知ったのは何ですか。
a. 医師から b. 看護師から c. その他医療者から d. インターネット e. 雑誌 f. テレビ
g. その他()
15. HPNを選択した理由は何ですか。
a. 医師の奨め b. 看護師の奨め c. 医療者の奨め d. 患者さんからの奨め
e. 自ら選択 f. 仕事の都合 g. その他()
16. 療法を選択するにあたり、医療機関から十分な説明がありましたか。
a. はい b. いいえ c. どちらともいえない
- ①説明は主にどなたからありましたか。
a. 医師 b. 看護師 c. 技士 d. その他の医療従事者 e. その他()