

# 在宅医療下でのCPAP治療の課題 - 月一回受診の功罪 -

2009年1月の症例検討会は、特別編として、某病院の診療の実態から得られた経験をもとに上記テーマについて問題点をまとめ、意見交換を行いました。施設ごと、また会社ごとに、日本のCPAP 診療でおこりうる問題に対する対応は多様であり、制度上の問題のために根本的な解決は不可能であるものの、より良い現場での対応を考える機会となりました。

ご参加になれなかった皆様においても、ここで紹介する問題について各々の診療の実際と照らし合わせて、よりよい対策を考えるきっかけになってもらえればと思い、今回の発表資料の一部を掲載しました。

関西電力病院 神経内科 睡眠関連疾患センター  
杉山華子 丸本圭一 立花直子

## 今回の発表の目的

- 日本でOSAS患者に対して、CPAPを処方し、その効果を確認しながら患者の診療を保険内で継続する場合、諸外国とは全く違う経路を経て開始され、特殊な制度の上に位置づけられる奇異な医療であることを理解するべきである
- 医療従事者も患者もこのことを十分に理解していない(もしくは学ぶ機会を与えられない)ことが多く、CPAP使用者が増えるにつれ、未受診問題が生じてくる
- 未受診に対する方策が確立していなかったK病院でのケーススタディを呈示し、実際の診療で出会った問題の経験と対応を共有し、従事者全体の意識の向上につなげる

K病院では、未受診の場合の対応策が決められておらず、病院の事務側も十分に実態を把握していない状態であったため、2007年8月に対象者の状況をカルテ上で調査

CPAP処方総数 286

|   |     |
|---|-----|
| 1ヶ月に1回必ず受診                                  | 183 |
| ときに受診が抜けるが事情あり                              | 18  |
| 保険制度を説明しても無視、自分の都合に合わせた頻度で受診                | 9   |
| 長期に受診なし                                     | 15  |
| 前主治医の時代にすでに受診が中止され長期間把握されていない<br>(引き継いでいない) | 57  |
| カルテ上は中止されているが、リストに名前あり<br>(事務レベルでのミス?)      | 4   |

その後、1年かけて引き継いでいない例を把握し、大部分を中止とした

## この過程でわかったことと考察

1. 一般に言われているCPAP adherenceを上げるための方策(機器の改良、適正圧の設定、マスクフィッティング等)を採っても未受診者は数多く出る
2. 「CPAP adherenceが高い」と「月1回受診を遵守する」とは重なり合いはあっても、同義ではない
3. 1ヶ月に1回受診を保険適応の条件としているのは、日本のみ
4. 保険制度によって、大きく医療が左右されるのは、どの専門領域でも同じだが、CPAP診療はとても特殊である

他の場合は、病院に来ないと損をするのは患者(例:薬がもらえない、検査が受けられない等)だが、CPAPでは損をするのは病院やCPAP dealerである

5. とにかく病院に来させるだけと考えると、ある種の病院にとっては「打ち出の小槌」だが、まっとうな医療や医師-患者関係をつくっていくには、相当の工夫が必要

## 日英米の医療保険制度の比較(参考)

|                    | イギリス          | 日 本           | 米 国                | 年    |
|--------------------|---------------|---------------|--------------------|------|
| 医療サービス提供           |               |               |                    |      |
| 病院運営               | 公的病院<br>中心    | 民間病院<br>中心    | 民間病院<br>中心         |      |
| フリーアクセス            | なし            | あり            | 保険による              |      |
| 医療提供者・支払者分離の<br>時期 | 1991年以降<br>分離 | もともと<br>分離    | もともと<br>分離         |      |
| 医療保障               |               |               |                    |      |
| 財源方式               | 税             | 社会保険          | 私的保険中心             |      |
| 医療を受けられない人         | 原則なし          | 原則なし<br>(皆保険) | 約 4,000 万人(人口の14%) |      |
| 医療資源*              |               |               |                    |      |
| GDP 比医療費水準(%)      | 7.3           | 7.6           | 13.1               | 2000 |
| 稼働医師数(人口千対)        | 2.0           | 1.9           | 2.7                | 2000 |
| 稼働看護師数(人口千対)       | 8.4           | 7.8           | 8.1                | 1998 |
| 平均在院日数             | 9.8           | 43.7          | 7.5                | 1996 |
| 人口・寿命              |               |               |                    |      |
| 人 口(千人)            | 58,837        | 127,400       | 284,797            | 2001 |
| 平均寿命(男)            | 75.4          | 77.7          | 74.1               | 2000 |
| 平均寿命(女)            | 80.2          | 84.6          | 79.5               | 2000 |

近藤克則『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革』より引用

病院事務が把握している患者リストと、会社が把握しているリストに  
差があることがわかり、再度、1社について再調査を行った

## 対象

C社のCPAP使用者(月平均処方数260)のうち、2008年  
5月～9月に外来受診数が5回未満であった32人

- |       |  |     |
|-------|--|-----|
| [A-1] | 規則的に受診していたが、突然来なくなる  | —4人 |
| [A-2] | OSAS以外で神経内科に通院、担当医は(自分がCPAPを<br>最初に処方していないので)CPAPの使用に気付かず終診    | —3人 |
| [A-3] | 当初からOSASの症状で困って受診しておらず、本人は必要<br>性が理解できずに未受診(AHI $\leq$ 30が大部分) | —5人 |
| [A-4] | CPAP処方の絶対的適応だが(AHI $\geq$ 30) motivationが低く<br>未受診             | —9人 |
| [B]   | 本人の都合で飛び飛び(数ヶ月に1回など)に受診する                                      | —3人 |
| [C]   | 他地域紹介に伴う問題<br>—dealer・担当医・患者・照会先の連絡の不備と認識のずれ                   | —2人 |
| [D]   | その他(特殊ケースや、たまたま1回未受診となった場合)                                    | —6人 |

## A-1例 74歳 男性

主訴： いびきと無呼吸

初診時経緯： いびきと強い眠気のある友人が当院でCPAP治療をしていると知り、  
2001年に自ら受診(高血圧 高尿酸血症で当院に通院加療中)

PSG data： カルテ内に見当たらず

CPAP処方日： 2003年11月11日

最終受診日： 2005年6月1日

経過： OSASのことをきちんと理解していた様子

当時のPSGの結果は見つけれなかったが記載からは、重症と思われる

当時の質問紙やカルテからは真面目な性格が窺え、毎月1回受診していた

2004年8月27日に脳梗塞で右片麻痺となり入院、左内頸動脈の高度狭窄有

2005年6月1日が最後で、以後受診していない。

同月14日に腹部エコー施行済みだがその後どの科にも受診していない

⇒ 本人もやる気があったが、突然受診しなくなっている  
リスクも多いので、他疾患の発症など、定期通院できなくなった理由が生じた  
可能性が考えられる

## A-3例 55歳 男性

主訴： 家族にいびきと無呼吸を指摘された(本人は困っていなかった)

初診時経緯： 自ら受診

PSG data : AHI 23.9

CPAP処方日： 2005年3月11日

最終受診日： 2007年9月21日

経過： 妻が行けというので仕方がなく受診

CPAPをあまり上手に使えず、その効果も自覚できない

マウスピースへの変更も提案したがpassive-aggressiveに終始

はじめのうちは通院をしていたが、ある時から全く来なくなった

⇒ かなり強引にCPAPを導入、疾患、保険制度などの教育なしで開始した

## A-4例 60歳 男性

主訴： 入院中に指摘されたいびきと無呼吸

初診時経緯： 脳梗塞で地域開業医より紹介され入院

PSG data： AHI 36.3

CPAP処方日： 2006年8月8日

最終受診日： 2007年6月21日

経過： 2006年7月19日～8月8日の間、脳梗塞で当院入院中にいびきを指摘され、当時、脳卒中とOSASの関係に興味があったレジデントがPSGをオーダー、上記結果が得られたのでCPAPを導入  
本人は全く困っていなかったが血管系のイベントがあったため教育・説得  
毎月がんばって受診していたが生活パターンが合わず(卸市場勤務)、  
約1年で突然来なくなった

⇒ 本人はOSASの自覚症状はなく困っていなかった上に、保険制度に関しては説明不足であった

頑張らせるにも限度があり、本人から中止を申し出る余地を残していなかった

## **B例**     59歳   男性

主訴：            いびきと無呼吸

初診時経緯：    高脂血症 高尿酸血症で通院中の内科より  
いびきと無呼吸の精査目的で紹介

PSG data：      （施行したと思われる記載はあるが、詳細なdataみあたらず）

CPAP処方日：   2002年6月21日

最終受診日：   2007年9月15日

経過： 単身赴任で東京に住んでおり、1月に1回自宅(大阪)に戻る  
当初、内科1回/2ヶ月と睡眠を1回/2ヶ月と隔月で受診しても問題にされなかった  
保険・リース・買取のことは直近の担当医がしつこく説明をしたが、受け流す  
受診が変則的になっているのも自覚しているが、2ヶ月に1回受診で自分は損をしないので、毎月受診をするincentiveなし

⇒ 本人の性格と CPAP導入時の説明の甘さ  
モラル・ハザードについて今の保険制度では対応できない

## C例 68歳 女性

主訴：いびき 入眠困難

初診時経緯：糖尿内科主治医が上記訴えに対してパルスオキシメトリを施行、  
頻回の酸素飽和度の低下が検出されたので当科紹介

PSG data : AHI:25.7

CPAP処方日：2007年8月31日

最終受診日：2008年7月10日

経過： M県K市に引越しのためO田クリニックに紹介状を書いた

外来担当医は必要なprocedureについて、機器会社の担当者に口頭で確認したが、指示が具体的でなく、次の病院に移った際に会社の現地担当が連絡をしてくれるものと思い込んだ

⇒ 中止伝票を出していない

医師は、どのように具体的な過程でCPAP機器が本人に渡り、どういう契約内容かを理解しておらず、学ぶ機会がない

事務側も病院によっては、こういった事情に疎い

# CPAPの月1回受診から益を受けるのはどんな患者か？ どうすれば、月1回診療が楽しくなるか？

1. 他の合併症の管理のための通院を同時に月1回やっていて、その合併症とOSASの治療が密接に結びついている場合
2. 主たる問題は、睡眠不足や悪い睡眠衛生である場合に、CPAPの使用状況モニターを材料として、生活指導・睡眠指導・行動変容を起こさせることができる
3. CPAP診療を軸にして、メンタル面をささえている場合
4. 患者側に教育を受けるreadinessがあり、医療側にそれを与える能力と時間があり、それらがきちんとマッチしている場合



とはいえ、杓子定期的に月1回を強制することは、自律性を獲得するという意味ではマイナスでは？ **理想は、そのときの状況で受診頻度を適宜修正できることだが。。。**