

E 結論

入院および外来 EF ファイルから診療行為別の医療費を集計する。

F 研究発表

1. 論文発表

1) 国内 なし

2) 海外

1. Onizawa M, Nagaishi T, Kanai T, Nagano K, Oshima S, Nemoto Y, Yoshioka A, Totsuka T, Okamoto R, Nakamura T, Sakamoto N, Tsuchiya K, Aoki A, Ohya K, Yagita H, Watanabe M: Signaling pathway via TNF α /NF κ B in intestinal epithelial cells may be directly involved in colitis-associated carcinogenesis. *Am J Physiol GI & Liver*. (in press), 2009.
2. Takazoe M, Matsui T, Motoya S, Matsumoto T, Hibi T, Watanabe M: Sargramostim in Patients With Crohn's Disease: Results of a Phase 1-2 Study. *J Gastroenterol*. (in press), 2009.
3. Okamoto R, Tsuchiya K, Nemoto Y, Akiyama J, Nakamura T, Kanai T, Watanabe M: Requirement of Notch activation during regeneration of the intestinal epithelia. *Am J Physiol GI & Liver*. 296:G23-G35, 2009.
4. Nemoto Y, Kanai T, Tohda S, Totsuka T, Okamoto R, Tsuchiya K, Nakamura T, Sakamoto N, Fukuda T, Miura O, Yagita H, Watanabe M: Negative feedback regulation of colitogenic CD4⁺ T cells by increased granulopoiesis. *Inflamm Bowel Dis*. 14:1491-1503, 2008.
5. Fujii F, Kanai T, Tomita T, Nemoto Y, Totsuka T, Sakamoto N, Nakamura T, Tsuchiya K, Okamoto R, Watanabe M: FTY720 suppresses

- the development of colitis in lymphoid-null mice by modulating the trafficking of colitogenic CD4⁺ T cells in bone marrow. *Eur J Immunol*. 38:3290-3303, 2008.
6. Araki A, Tsuchiya K, Okada E, Suzuki S, Oshima S, Okamoto R, Kanai T, Watanabe M: Single-operator method for double-balloon endoscopy: a pilot study. *Endoscopy*. 40:936-938, 2008.
 7. Murayama M, Okamoto R, Tsuchiya K, Akiyama J, Nakamura T, Sakamoto N, Kanai T, Watanabe M: Musashi-1 suppresses expression of Paneth cell specific genes in human intestinal epithelial cells. *J Gastroenterol*. (in press), 2008.
 8. Sawada T, Nishiyama C, Kishi T, Sasazuki T, Komazawa-Sakon S, Xue X, Piao JH, Ogata H, Nakayama J, Taki T, Hayashi Y, Watanabe M, Yagita H, Okumura K, Nakano H: Fusion of One twenty-two to BSAC(Basic, SAP, and coiled-coil domain) results in aberrant upregulation of transcriptional activity. *J Biol Chem*. 283:26820-26828, 2008.
 9. Tomita T, Kanai T, Nemoto Y, Fujii T, Okamoto R, Tsuchiya K, Nakamura T, Sakamoto N, Totsuka T, Watanabe M: Colitogenic CD4⁺ effector-memory T cells actively recirculate in chronic colitic mice. *Inflamm Bowel Dis*. 14:1630-1640, 2008.
 10. Yoshioka A, Okamoto R, Oshima S, Akiyama J, Tsuchiya K, Nakamura T, Kanai T, Watanabe M: Flagellin stimulation suppresses IL-7 secretion of intestinal epithelial cells. *Cytokine*. 44:57-64, 2008.
 11. Tomita T, Kanai T, Fujii T, Nemoto Y, Okamoto R, Tsuchiya K, Totsuka T, Sakamoto N, Watanabe M: Continuous generation of

colitogenic CD4⁺ T cells in persistent colitis. *Eur J Immunol.* 38:1264-1274, 2008.

12. Hino K, Tsuchiya K, Fukao T, Kiga K, Okamoto R, Kanai T, Watanabe M: Inducible expression of microRNA-194 is regulated by HNF-1 during intestinal epithelial cell differentiation. *RNA.* 14:1433-1442, 2008.

13. Tomita T, Kanai T, Fujii T, Nemoto Y, Okamoto R, Tsuchiya K, Totsuka T, Sakamoto N, Akira S, Watanabe M: MyD88-dependent pathway in T cells directly modulates the expansion and survival of colitogenic CD4⁺ T cells in chronic colitis. *J Immunol.* 180: 5291-5299, 2008.

14. Totsuka T, Kanai T, Nemoto Y, Tomita T, Okamoto R, Tsuchiya K, Sakamoto N, Watanabe M: Immunosenescent colitogenic CD4⁺ T cells convert to regulatory cells to suppress colitis. *Eur J Immunol.* 38:1275-1286, 2008.

15. Aragaki M, Tsuchiya K, Okamoto R, Yoshioka S, Nakamura T, Sakamoto N, Kanai T, Watanabe M: Proteasomal degradation of Atoh1 by aberrant Wnt signaling maintains the undifferentiated state of colon cancer. *Biochem Biophys Res Commun.* 368:923-929, 2008.

16. Tomita T, Kanai T, Nemoto Y, Totsuka T, Okamoto R, Tsuchiya K, Sakamoto N, Watanabe M: Systemic, but not intestinal, IL-7 is essential for the persistence of chronic colitis. *J Immunol.* 180:383-390, 2008.

17. Ito Y, Kanai T, Totsuka T, Okamoto R, Tsuchiya K, Nemoto Y, Yoshioka A, Tomita T, Nagaishi T, Sakamoto N, Sakanishi T, Okumura

K, Yagita H, Watanabe M: Blockade of NKG2D signaling prevents the development of murine CD4⁺ T cell-mediated colitis. *Am J Physiol GI & Liver.* 394: G199-207, 2008.

2.学会発表

1) 国内

1. 永石宇司、鬼澤道夫、鈴木雅博、渡辺 守 : CEACAMI による腸管粘膜免疫の調節機構. 第16回 浜名湖シンポジウム. 浜松, 2008年12月20日

2. 渡辺 守: 免疫調節剤. 第31回 IBD Club Jr. 研究会. 東京, 2008年12月13日

3. 後藤文男、程塚正則、太田裕子、望月菜穂子、酒井英樹、野坂俊壽、小林大輔、坂本直哉、渡辺 守: 胆嚢直接浸潤を来し手術により根治し得た Lymphoepitelioma-like hepatocellular Carcinoma (LELC) の1例. 第302回 日本消化器病学会関東支部例会. 東京, 2008年12月6日

4. 渡辺 守: クリニカルセミナー6 生物製剤が炎症性腸疾患の臨床と基礎研究に与えたインパクト. 第38回日本免疫学会総会・学術集会. 京都, 2008年12月3日

5. 土屋輝一郎、荒木昭博、鈴木伸治、岩寄美智子、渡辺 守: シンポジウム I 全小腸生検マッピングによる部位別構造の分子機構解析. 第46回小腸研究会. 東京, 2008年11月29日

6. 渡辺 守: 生物学的製剤が IBD 治療に与えたインパクト. 徳島 IBD フォーラム. 徳島, 2008年11月28日

7. 土屋輝一郎、渡辺 守: GSK3 inhibitor restores the stability of Atoh1 protein, resulting in the differentiation of colon cancer cells. 第67回日本癌学会学術総会. 名古屋, 2008年10月28日

8. 藤井俊光、金井隆典、富田貴之、亀山佳織、篠原玉子、根本泰宏、戸塚輝治、渡辺 守: 免疫調整剤FTY720による腸炎惹起性リンパ球の骨髄封じ込め効果の検討。第36回日本臨床免疫学会総会。東京, 2008年10月18日
9. 根本泰宏、金井隆典、渡辺 守: IL-7を標的とした腸炎惹起性メモリーT細胞の制御。JDDW 2008。東京, 2008年10月3日
10. 渡辺 守: 消化器病学会ガイドライン最終報告—炎症性腸疾患— 厚生労働省研究班の見解—日本の炎症性腸疾患専門医を代表して—。JDDW 2008。東京, 2008年10月1日
11. 朝倉 均、渡辺 守: 治りにくい炎症性腸疾患を新しい視点で見直す—消化管での再生へのチャレンジ—。JDDW 2008。東京, 2008年10月1日
12. 成田知大、吉村 築、池邊佐和子、伊藤 剛、加納嘉人、鎌田和明、水谷知裕、大木史郎、相馬友子、草野史彦、酒井義法、田沢潤一、永山和宜、黒岩俊彦、渡辺 守: S状結腸癌に対する術後化学療法中に自己免疫性肝炎を急性発症した1例。第301回日本消化器病学会関東支部例会。東京, 2008年9月6日
13. 渡辺 守: 炎症性腸疾患治療に生物学的製剤が与えたインパクト。第2回GIフォーラム九州。福岡, 2008年9月6日
14. 渡辺 守: 炎症性腸疾患治療に生物製剤が与えたインパクト。第20回IBD Club in Hamamatsu。浜松, 2008年7月12日
15. 渡辺 守: 炎症性腸疾患における粘膜免疫異常と上皮分化・再生障害の接点。第29回日本炎症・再生医学会。東京, 2008年7月9日
16. 河合富貴子、佐野智彦、倉田 仁、檀 直彰、渡辺 守: 集学的治療により長期生存が得られている直腸癌の1例。第300回日本消化器病学会関東支部例会。東京, 2008年7月5日
17. 綾田 櫻、松本太一、浦牛原幸治、小野圭一、小島 茂、武田雄一、野内俊彦、渡辺 守: 初発4年後に気腹で再発した腸壁囊状気腫の1例。第300回日本消化器病学会関東支部例会。東京, 2008年7月5日
18. 戸塚輝治、金井隆典、根本泰宏、富田貴之、渡辺 守: 慢性大腸炎の発症と維持におけるIL-7の役割。第45回日本消化器免疫学会総会。京都, 2008年7月4日
19. 根本泰宏、金井隆典、渡辺 守: 骨髄における腸炎惹起性メモリーT細胞と顆粒球造血系のクロストーク。第45回日本消化器免疫学会総会。京都, 2008年7月3日
20. 金井隆典: 抗TNF α 抗体療法がもたらした基礎と臨床へのインパクト。第45回日本消化器免疫学会総会。京都, 2008年7月3日
21. 長堀正和: 炎症性腸疾患: いつ疑うか? いつ専門医へ紹介するか? 第1回消化器疾患勉強会。東京, 2008年6月25日
22. 鬼澤道夫: 抗TNF抗体療法による炎症性腸疾患合併大腸癌に及ぼす影響。第14回多摩消化器先端医療勉強会。東京, 2008年6月23日
23. 秋山純子: 腸管上皮の分化と増殖を制御する分子機構。第14回多摩消化器先端医療勉強会。東京, 2008年6月23日
24. 大岡真也: クロウン病の腸管エコー、イタリヤでの学び。第14回多摩消化器先端医療勉強会。東京, 2008年6月23日
25. 渡辺 守: これからも消化器病研究をリードする。第14回多摩消化器先端医療勉強会。東京, 2008年6月23日
26. 荒木昭博、吉岡篤史、鈴木伸治、岡田英理子、土屋輝一郎、渡辺 守: IBDにおける内視鏡診断(クローン病)。第86回日本消化器内視鏡学会関東地方会。東京, 2008年6月23日

27. 鈴木伸治、土屋輝一郎、大島 茂、吉岡篤史、吉岡早苗、金井隆典、渡辺 守、荒木昭博、岡田英理子：小腸静脈瘤治療のアプローチ。第 86 回 日本消化器内視鏡学会関東地方。東京，2008 年 6 月 23 日
28. 北村まり、谷口末樹、渡部尚子、古本洋平、鎮西亮子、浅野 徹、佐崎なほ子、忠願寺義通、藤木和彦、堀内亮郎、真築城剛、三田村圭太郎、鈴木伸治、渡辺 守：クリッピングで止血困難であり、食道拡張用バルーンにて圧迫止血に成功したマロリーワイス症候群の一例。第 86 回 日本消化器内視鏡学会関東地方会。東京，2008 年 6 月 23 日
29. 渡辺 守：生物学的製剤が炎症性腸疾患治療に与えたインパクト。第 10 回 IBD 治療研究会。名古屋，2008 年 6 月 13 日
30. 戸塚輝治：慢性大腸炎の発症と維持における IL-7 の役割。第 32 回 日本リンパ学会総会。東京，2008 年 6 月 6 日
31. 鈴木雅博、陳 正新、鈴木伸治、植山真由美、玄 世鋒、小野塚泉、井津井康浩、岡田英理子、岡本隆一、中川美奈、戸塚輝治、土屋輝一郎、永石宇司、中村哲也、長堀正和、荒木昭博、坂本直哉、金井隆典、渡辺 守：急性肝炎重症型を伴った drug-induced hypersensitivity syndrome の 1 例。第 299 回 日本消化器病学会 関東支部例会。前橋，2008 年 5 月 17 日
32. 三好理絵、池邊佐和子、加納嘉人、鎌田和明、伊藤祐子、大木史郎、相馬友子、草野史彦、酒井義法、田沢潤一、永山和宜、新田沙由梨、渡辺 守：5-FU/ロイコポリン併用療法により長期SDが得られた stage IV 進行胃癌の 1 例。第 299 回 日本消化器病学会 関東支部例会。前橋，2008 年 5 月 17 日
33. 渡辺 守：炎症性腸疾患の病態を新しい側面から繙く。第 27 回東京女子医科大学消化器病臨床フォーラム。東京，2008 年 5 月 14 日
34. 土屋輝一郎、岩崎美智子、渡辺 守：小腸構造理解を目指した小腸マッピングによる遺伝子発現解析。第 94 回 日本消化器病学会。福岡，2008 年 5 月 10 日
35. 山地 統、浦牛原幸治、大日向麻衣、村川美也子、高橋有香、小野圭一、小島 茂、武田雄一、野内俊彦、土居逸平。外科治療を回避しえた大量出血を反復したクローン病の 1 例。第 94 回 日本消化器病学会。福岡，2008 年 5 月 10 日
36. 金井隆典、渡辺 守：腸炎惹起性免疫記憶リンパ球の恒常的循環を遮断する炎症性腸疾患治療ストラテジー。第 94 回 日本消化器病学会。福岡，2008 年 5 月 9 日
37. 富田貴之、金井隆典、藤井俊光、根本泰宏、戸塚輝治、渡辺 守：腸炎惹起性 T 細胞の MyD88 を介した直接的 TLR シグナルの重要性。第 94 回 日本消化器病学会。福岡，2008 年 5 月 9 日
38. 藤井俊光、金井隆典、富田貴之、亀山佳織、篠原玉子、根本泰宏、戸塚輝治、渡辺 守：免疫調整剤 FTY720 による腸炎惹起性リンパ球の骨髄封じ込め効果の検討。第 94 回 日本消化器病学会。福岡，2008 年 5 月 9 日
39. 戸塚輝治、金井隆典、根本泰宏、富田貴之、渡辺 守：腸炎惹起性メモリー CD4+ T 細胞の加齢に伴う抑制性細胞へのコンバージョン。第 94 回 日本消化器病学会。福岡，2008 年 5 月 9 日
40. 富田貴之、金井隆典、藤井俊光、篠原玉子、亀山佳織、根本泰宏、戸塚輝治、渡辺 守：慢性腸炎発症・維持には腸管 IL-7 ではなく全身性 IL-7 が必須である。第 94 回 日本消化器病学会。福岡，2008 年 5 月 9 日
41. 岡本隆一、土屋輝一郎、渡辺 守：炎症性腸疾患における Notch シグナルを介した上皮

再生機構, 第94回 日本消化器病学会, 福岡,
2008年5月8日

42. 根本泰宏, 金井隆典, 亀山佳織, 篠原玉子,
藤井俊光, 富田貴之, 岡本隆一, 戸塚輝治, 渡
辺 守: 腸炎骨髄に存在する腸炎惹起性 CD4
+メモリー細胞による自然免疫系へのフィー
ドバック機構, 第94回 日本消化器病学会, 福
岡., 2008年5月8日

2) 海外

1. Hibi T, Watanabe M, Camez A, Khan M :
Efficacy and safety of adalimumab for the
treatment of Japanese patients with
moderately to severely active crohn's
disease: results from a randomized
controlled trial. ACG 2008. Orlando., 2008
年10月6日

2. Hibi T, Watanabe M, Camez A, Khan M : A
multicenter, randomized, double-blind,
placebo-controlled study of adalimumab for
the induction of clinical remission in
Japanese patients with crohn's disease. ACG
2008. Orlando., 2008年10月3日-8日

3. Okamoto R, Tsuchiya K, Nakamura T, Kanai T,
Watanabe M : Dysregulated differentiation of
intestinal epithelia in UC. 3rd Japan -
Korea IBD Symposium. Korea., 2008年9月20
日.

4. Watanabe T, Matsumoto T, Watanabe M,
Hibi T: For the establishment of
surveillance of colitic cancer. 3rd Japan
- Korea IBD Symposium. Korea., 2008年9月
20日

5. Kanai T, Totsuka T, Nemoto Y, Hibi T,
Watanabe M : The destiny of colitogenic CD4+
T Cells - are they effector or memory? 13th
US-Japan GI & Liver Meeting in 21st Century.

Tokyo., 2008年6月13日

6. Onizawa M, Nagaishi T, Nemoto Y, Oshima
S, Okamoto R, Totsuka T, Kanai T, Yagita
H, Watanabe M : Neutralization of tumor
necrosis factor suppresses the development
of colitis-associated tumor in mice. DDW
2008. San Diego., 2008年5月21日

7. Tomita T, Kanai T, Nemoto Y, Fujii T,
Totsuka T, Watanabe M : Intestinal IL-7 is not
Essential for the Persistence of
IL-7-dependent chronic colitis. DDW 2008.
San Diego., 2008年5月21日

8. Fujii T, Tomita T, Kanai T, Nemoto Y,
Totsuka T, Watanabe M : FTY720 suppresses the
development of colitis in lymphoid-null
mice by trapping colitogenic CD4+ T Cells in
bone marrow. DDW 2008. San Diego., 2008年
5月20日

9. Tsuchiya K, Inoue K, Aragaki M,
Okamoto R, Nakamura T, Kanai T, Watanabe
M : Notch signaling suppresses the
transcriptional activity of Hath1 Gene,
resulting in the undifferentiated form of
human intestinal epithelial cells. DDW 2008.
San Diego., 2008年5月20日

10. Totsuka T, Kanai T, Nemoto Y, Tomita
T, Watanabe M : Colitogenic CD4+ T Cells
convert to regulatory cells to suppress
colitis in the process of the
immunosenescence. DDW 2008. San Diego.,
2008年5月20日

11. Nemoto Y, Kanai T, Tohda S, Totsuka T,
Okamoto R, Tsuchiya K, Fukuda T, Yagita
H, Watanabe M : Negative feedback
regulation of pathogenic CD4+ T Cells by
increased granulopoiesis. DDW 2008. San
Diego., 2008年5月20日

12. Watanabe M: New member presentation.
IOIBD Annual Meeting 2008, Kyoto., 2008年
4月3日-6日
13. Kanai T: Mucosal immunology in IBD. IOIBD
Annual Meeting 2008. Kyoto., 2008年4月3
日-6日

G 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
分担研究報告書

全身性エリテマトーデス患者のレセプト調査結果と
今後のアンケート調査計画

研究分担者 川合 眞一 東邦大学医学部内科学講座（大森）膠原病科 教授
研究協力者 村岡 成 東邦大学医学部内科学講座（大森）膠原病科

研究要旨

東邦大学医療センター大森病院膠原病科における2008年7～10月におけるレセプト情報を基に、代表的難治性疾患である全身性エリテマトーデス（systemic lupus erythematosus, SLE）患者における医療費の実態を調査した。対象は、当科のデータベースから抽出したSLE患者114名を対象とした。87.6%が女性で、平均年齢は47.8歳であった。入院患者（n=11）の保険点数は平均69,367点/月、外来患者（n=103）では平均2,209点/月であった。特定疾患制度に基づいた患者自己負担額は入院2,250～23,100円/月、外来1,120～11,500円/月に分布した。

A 研究目的

特定疾患として医療費自己負担分の一部補助が行われている代表的難治性疾患、全身性エリテマトーデス（systemic lupus erythematosus, SLE）患者における医療費の実態をレセプト情報を基に調査し、厚生行政における福祉政策に役立つ情報を得ることを目的とした。

B 研究方法

東邦大学医療センター大森病院膠原病科に受診中のSLE患者114名を対象とした。東邦大学医学部倫理委員会に既に承認されている当科の患者データベースから対象を抽出した。本データベース登録対象患者からは、既に診療情報の研究利用に関するインフォームドコンセントを取得しており、2008年7～10月における入院および外来の月単位のレセプト情報を調査した。

C 研究結果

87.6%が女性患者であり、平均年齢は47.8歳であった。入院治療を受けた11名の患者では入院点数（平均±SD）69,367±27,755点/月、最高が112,597点/月、最低が27,906点/月であった。なお、特定疾患制度に基づいた患者自己負担額の限度額は2,250～23,100円/月に分布していた。

外来治療を受けた103名の患者では外来点数（平均±SD）2,209±1,605点/月、最高が13,154点/月、最低が263点/月であった。なお、特定疾患制度に基づいた患者自己負担額の限度額は1,120～11,500円/月に分布していた。

D 考察

特定疾患は医療費も高額で経済的な負担の大きい疾病であるとされているが、今回のSLE患者における調査結果では、入院・外来ともに、明らかに高い保険点数であるとは言えなかった。今後

SLEに限らず多くの疾患における比較検討が必要であると考えられた。近年、リウマチ膠原病疾患の中で最も患者数の多い関節リウマチでは高薬価の新薬が次々に登場し、患者の自己負担はかなり大きくなっている。そこで、来年度はリウマチ膠原病疾患全体の実態調査を計画している。

E 結論

SLE患者における保険点数を調査した。今後は、他のリウマチ膠原病疾患と比較検討する必要があると考えられた。

F 研究発表

論文発表

- 1) **Kawai S**, Tanaka K, Ohno I, Utsunomiya K, Seino Y. Safety of long-term tacrolimus therapy for rheumatoid arthritis: an open-label uncontrolled study in non-elderly patients. *Mod Rheumatol*. 2008 Aug; 18(4):345-353.
- 2) Kitahara K, Takagi K, Kusunoki Y, Nishio S, Nozaki T, Inomata H, Takei M, Sawada S, **Kawai S**. Clinical value of second and third generation assays of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2008 Jul; 67(7):1059-1060.
- 3) Akimoto K, Kusunoki Y, Nishio S, Takagi K, **Kawai S**. Safety profile of tacrolimus in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2008 Nov; 27(11):1393-1397.
- 4) Kusunoki N, Yamazaki R, **Kawai S**. Pro-apoptotic effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on synovial fibroblasts. *Mod Rheumatol*. 2008 Dec; 18(6):542-551.
- 5) Kitahara K, Kusunoki N, Kakiuchi T, Suguro T, **Kawai S**. Adiponectin stimulates IL-8 production by rheumatoid synovial fibroblasts. *Biochem Biophys Res Commun*. 2009 Jan 9;378 (2):218-223.
- 6) Nishimoto N, Miyasaka N, Yamamoto K, **Kawai S**, Takeuchi T, Azuma J, Kishimoto T. Study of active

controlled tocilizumab monotherapy for rheumatoid arthritis patients with an inadequate response to methotrexate (SATORI): significant reduction in disease activity and serum vascular endothelial growth factor by IL-6 receptor inhibition therapy. *Mod Rheumatol*. (in press) [Epub 2008 Nov 1]

- 7) Nishimoto N, Miyasaka N, Yamamoto K, **Kawai S**, Takeuchi T, Azuma J. Long-term safety and efficacy of tocilizumab, an anti-interleukin-6 receptor monoclonal antibody, in monotherapy, in patients with rheumatoid arthritis (the STREAM study): evidence of safety and efficacy in a 5-year extension study. *Ann Rheum Dis*. (in press) [Epub 2008 Nov 19]

G 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）

分担研究報告書

特定疾患患者の障害者自立支援法、療養介護制度における
医療費構造に関する検討

研究分担者 中島 孝 国立病院機構新潟病院 副院長
共同研究者 武田 輝行 国立病院機構新潟病院企画課
亀井 俊治 国立病院機構新潟病院療育指導室長

研究要旨

障害者自立支援法の施行により、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている障害程度区分6の方の自己負担額は、原則1割負担（福祉部分及び医療部分）となった。

ALS患者、多系統委縮症などで、気管切開人工呼吸療法中の障害区分6患者は障害者など一般病棟に長期入院されている場合は特定疾患治療研究事業の公費負担制度のもとで医療費の自己負担額が0円だが、障害者自立支援法の療養介護病棟の認定をうけていると患者の自己負担が生ずる。療養介護を受けられる病棟では医療のみならず、日常生活の世話などをうけられるために、患者のQOLの向上を目指したケアが可能と思われるが、医療費の自己負担割合が高くなる特徴がある。

当院の障害者など一般病棟に入院中の特定疾患公費医療受給者証を有する気管切開され人工呼吸器を装着された、全介助状態の筋萎縮性側索硬化症患者2名に対して、障害者など一般病棟+療養介護病棟に転棟した場合の一月の本人負担額の内容の比較検討をおこなった。

A 研究目的

1972年以來、特定疾患治療研究事業対象疾患においては医療費の負担軽減が公費によりなされている。一方で、障害者医療制度の下で、医療費の公費負担制度も作られてきた。2006年4月より障害者自立支援法の施行により、従来、筋ジストロフィーなどの筋萎縮症児（者）の措置入院制度は終了し、代わりに、療養介護制度に移行した。療養介護とは、医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療

養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話を
行う制度であり、①気管切開を伴う人工呼吸器
による呼吸管理を行っている障害程度区分6
の方と②筋ジストロフィー患者又は重症心身
障害者であって、障害程度区分5以上の方が対
象となっている。医療費の自己負担は、原則1
割負担（福祉部分及び医療部分）で、食費（標
準負担額）の負担があり所得による調整が行わ
れる。

ALS患者、多系統委縮症などで、気管切開人

工呼吸療法中の障害区分6患者が、障害者など一般病棟に長期入院する場合は特定疾患治療研究事業の公費負担制度のもとで医療費の自己負担額がきまってくる。一方、診療報酬制度上は同じ、障害者など一般病棟に入院していても、障害者自立支援法の療養介護病棟の認定をうけると患者の自己負担額は高くなる。

療養介護の下では医療のみならず、日常生活の世話などをうけられるために、患者のQOLの向上を目指したケアが可能と思われるが、医療費の自己負担割合などの差が生ずる特徴がある。実際に病棟を運営する際には、患者・家族に対して医療費自己負担額の差を十分に説明する必要がある。

また、病院運営においても、患者の医療費と療養介護における福祉費用の合計についての理解が必要である。このため今回事例をもとにして研究をおこなった。

B 研究方法

当院の障害者など一般病棟に入院中の特定疾患公費医療受給者証を有する気管切開され人工呼吸器を装着された、全介助状態の筋萎縮性側索硬化症患者2名に対して、療養介護が認定された場合の一月の本人負担額の内容の比較検討をおこなった。

C 研究結果

上記患者は、障害者など一般病棟に入院中において、診療報酬の保険点数として、一月に約12万点が必要となるが、公費負担制度により、食費を含めて、本人負担は0円となる。衣類やクリーニング、おむつなど代金などの日常生活に必要な諸経費は全額自己負担である(例1, 2)。

一方で、療養介護事業が認定されると、診療報酬体系上同じ障害者など一般病棟の診療報

酬は同じであるが、療養介護によって、日常生活援助の質が向上する。この時、特定疾患治療研究事業は適応されない。医療費、福祉費は原則一割の自己負担となり、本人の所得により月ごとの上限負担額が決められる(例1, 例2)。

低所得2の設定を例にとると(例2)、自己負担は、医療費は月々15,028円、福祉サービス費26,400円、食事療養費14,880円であり、合計54,508円の自己負担となる。さらに、障害者手帳の級数が1, 2級であれば、重度障害者医療費助成制度によりこの内、一部還付される軽減措置をうけることができる。日常生活に必要な衣類、タオル、クリーニング、おむつなどは療養介護のなかで支給されるため、自己負担はないことが原則である。

(例1) Aさんの場合(ALS・呼吸器装着・重症認定の特定疾患に該当)			
レセプト金額(点数)	1,209,900円	(120,990点)	
食事療養費		(59,520円)	
【内訳】			
健康保険	1,120,371円	(35,340点)	
特定疾患	89,529円	(24,180点)	
自己負担額	0円	(0点)	
↓			
<療養介護へ移行>			
レセプト金額(点数)	1,209,900円	(120,990点)	
食事療養費		(59,520円)	
【内訳】			
健康保険	1,120,371円	(35,340点)	
特定疾患	0円	(0点)	
療養介護医療費	74,228円		
●療養介護給付費	241,070円		
自己負担額	64,080円		
【自己負担額内訳】			
●療養介護給付費	24,600円		
●食事療養費	24,180円		
●療養介護医療費	15,300円		

(例2) Bさんの場合(ALS・呼吸器装着・重症認定の特定疾患に該当かつ低所得者に該当)			
レセプト金額(点数)	1,209,900円	(120,990点)	
食事療養費		(59,520円)	
【内訳】			
健康保険	1,120,371円	(44,640点)	
特定疾患	89,529円	(14,880点)	
自己負担額	0円	(0点)	
↓			
<療養介護へ移行>			
レセプト金額(点数)	1,209,900円	(120,990点)	
食事療養費		(59,520円)	
【内訳】			
健康保険	1,120,371円	(44,640点)	
特定疾患	0円	(0点)	
療養介護医療費	74,501円		
●療養介護給付費	241,070円		
自己負担額	54,508円		
【自己負担額内訳】			
●療養介護給付費	24,600円		
●食事療養費	14,880円		
●療養介護医療費	15,028円		

D 考察

特定疾患治療研究事業のもとでは入院医療費の自己負担額は0円であるが、同様の病状、病態であっても療養介護サービスに移行すると自己負担額は64,080円から54,508円となる。療養介護病棟では、追加の療養介助員の配置があるため、日常生活に対する援助の質が改善すると思われるが、自己負担は高額となり、家族の医療費負担は増える。これが、日常生活の援助が向上した部分に対する経費として理解ができるかどうかは患者・家族の満足度上問題となる。

療養介護は措置入院ではなく、義務ではなく、申請に基づき認定されるものであるため、療養介護病棟に入院したまま、療養介護の認定をうけず、入院を継続することも、制度的にはあり得るため、同じ疾患で同じ障害の患者に対して、異なる制度を同じ病棟で適応する混乱がおきる可能性がある。

E 結論

同じ疾患、同じ病態であっても支援する医療福祉構造が異なると患者の自己負担額は大きく異なる。現時点では、得られるサービスのアウトカムは十分に評価できないため、患者の生活援助の質が大きく異なるかどうかなど、患者・家族への情報提供が必要だけでなく病棟運営においても十分な理解が必要である。

F 研究発表

1.論文発表

- 1) 中島孝、ALS ケアをめぐる問題—倫理から緩和ケアへ、臨床神経学 48(11):958-960,2008
- 2) 中島孝、患者の病態にあわせて適切なパ

リエーションを選択—ガイドラインの作成の実際の適応、難病と在宅ケア Vol 14(2):9-12,2008

- 3) 宮下光允、秋山美紀、落合亮太、萩原章子、中島孝、福原俊一、大生定義、神経内科的疾患患者の在宅介護者に対する「個別化された重みつき QOL 尺度」SEIQoL-DW の測定、厚生指標 55(1):9-14,2008
- 4) 中島孝、QOL と緩和ケアの転遷、現代思想 Vol36:2,p148-173,2008
- 5) 中島孝、伊藤博明、緩和ケアとは本来何なのか？生きるためのケアにむけて、難病と在宅ケア、Vol13(10):9-13,2008

2.学会発表

- 1) 中島孝、治療困難な病態における QOL 概念と評価—難病ケアと緩和ケア—、東京 2009年1月16日、勇美財団主催第7回「平成20年度在宅医療推進のための会」テーマ「終末期」
- 2) 中島孝、ニューロエンハンスメントの倫理問題医療の資源化を超える—enhancement から palliation へ—第27回日本医学哲学・倫理学会大会 ワークショップ 北海道大学、2008/10/26
- 3) Takashi Nakajima, Neuroethics and QOL perspectives of cybernics technology - enhancement or palliation for human beings ? 2nd International Workshop on Cybernics Date: November 28, 2008 Cyberdyne R&D Center, Tsukuba
- 4) 中島孝、災害時の難病患者支援について—2回の地震を経験して—石川県難病支援ネットワーク会議 2008年9月20日

- 5) 中島孝、「QOL を高めるケア—共に生きるということ」構成理論により考える NPO 在宅を支える診療所・市民全国ネットワーク 京都大会 2008 年 9 月 15 日
- 6) 中島孝、神経難病在宅療養者の災害時避難支援に関わる通常の備えと避難支援の実際神経科学セミナー・東京都難病セミナー神経難病等在宅療養者への災害時支援 2008 年 7 月 31 日
- 7) 中島孝、緩和ケアとは本来なんなのか—生きるためのケアに向けて 構成理論から難病ケアと緩和ケアを再理解する 石川県保険医協会 医師とコメディカルのための講演会 2008 年 7 月 13 日
- 8) 中島孝、「神経難病医療と QOL 向上への取り組み—特に ALS の多専門職種ケアにむけて」 第 13 回 JALSA 山梨県支部定期総会特別講演、2008 年 6 月 29 日 日曜日
- 9) 中島孝、神経学における倫理 各論 ALS をめぐる問題—倫理から緩和ケアへ第 49 回 日本神経学会総会 シンポジウム SY-6 横浜
- 10) 中島孝、「医療と QOL : QOL の新しい評価法」国際リハビリテーション看護研究会第 19 回公開研修会 2008 年 5 月 18 日 土曜日
- 11) 中島孝 治療困難な病態における QOL 概念と評価—難病ケアと緩和ケア、日本緩和医療学会第五回教育セミナー—2008 年 7 月 3 日、静岡

G 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）

分担研究報告書

神経難病患者の施設療養費と在宅療養費の比較

研究分担者	美原 盤	脳血管研究所美原記念病院神経内科	院長
研究協力者	内田 智久	脳血管研究所美原記念病院事務部医事課	課長
	相澤 勝健	脳血管研究所美原記念病院地域医療連携室	室長
	高橋 陽子	脳血管研究所美原記念病院看護部	部長
	高尾 昌樹	脳血管研究所美原記念病院神経内科部	部長

研究要旨

難治性疾患患者の治療費は、社会保障制度によって負担軽減が図られてきたが、社会保障費の削減に伴い見直しが求められている。その一連の政策に伴い、施設療養から在宅療養への移行が推進されている。そこで、神経難病患者に関する施設療養と在宅療養における保険負担額および患者負担額の実態を明らかにした。その結果、保険負担額は、施設療養で 106.5 ± 9.0 万円/月/人、在宅療養で 74.2 ± 29.9 万円/月/人、患者一部負担額は、施設療養では生じてなく、在宅療養で 4.1 ± 1.8 万円/月/人、保険適応対象外の患者負担額は、施設療養では特になく、在宅療養では 2.5 ± 2.2 万円/月/人であった。また、在宅療養の実施に伴うイニシャルコストおよびランニングコストとして 40.4 ± 16.2 万円/人、在宅療養におけるQOLの維持向上に係わる費用として 255.1 ± 301.8 万円/人の負担が発生していた。医療・介護サービスの使用に関しては比較的十分なサポート体制が成されており、それぞれの負担額は患者の意向に基づいたものであったが、在宅療養の実施およびQOLに係わる費用に関しては、行政機関や医療機関の機能に起因する公的補助制度の使用量とそれに伴う自己負担額のばらつきが生じていた。施設療養から在宅療養に移行することで、患者負担の増加が予想されることから、社会保障制度の見直しにおいては、自己負担額の適正化と併せて、公的補助制度が適切に使用されるようなサポート体制の構築が求められる。

A 研究目的

わが国では、難治性疾患の患者に対し「特定疾患治療研究事業」にて治療に係わる医療費の公費補助を行い、患者の経済負担の軽減が図られてきた。しかしながら今日、医療費自体の抑制を含む社会保障費の削減が政策的に推進されている。社会保障費の削減は、患者負担の拡大につながるものである。一連の政策の一つである、慢性期医

療における施設療養から在宅療養への移行を例に挙げると、入院中は医療機関のサポート下において療養が成されるのに対し、在宅の場合は原則として患者および介護者の負担に基づくため、在宅療養の実施に伴って大きな経済的負担が生じることが危惧される。さらに、その状況によっては在宅療養患者のQOL(Quality of Life)に好ましくない影響を及ぼす可能性は否めない。す

なわち、社会保障制度の削減を推進するに当たっては、患者本位の医療提供体制の確保を大前提とした議論が成されなければならない。

そこで本研究では、神経難病患者に関する施設療養と在宅療養における、医療費としての保険負担額と患者の経済的負担額の実態を明らかにすることを目的とした。

B 研究方法

1) 対象

特定疾患公費医療受給者証を有する神経難病患者であって、在宅療養を主としながら定期的に美原記念病院障害者施設等一般病棟における施設療養を行っている者を対象とし、①保険負担額(公費負担分含む)、②患者負担額(保険一部負担およびその他の負担額)について、施設療養と在宅療養のそれぞれの実施期間中に発生した額を把握した。さらに、③在宅療養の実施に伴う負担額(公費負担分含む)として、在宅療養に限った療養環境の整備や医療機器の購入などのインシヤルコストおよびランニングコスト、QOLの維持向上を目的として発生した費用を把握した。

2) 方法

①については、診療報酬明細書、介護報酬明細書、各支払い請求書等から抽出した。②については、保険一部負担は診療報酬明細書、介護報酬明細書、各支払い請求書等から抽出し、保険一部負担以外として発生した負担は患者および介護者からの自己申告から収集した。③については、患者および介護者からの自己申告から収集した。

3) 期間

①および②については、平成20年4月1

日から同年9月30日までとした。③については、発症から平成20年9月30日までのものとした。

なお、本研究は脳血管研究所倫理委員会にて承認(承認番号036-04)され、研究実施および患者データの取扱いにおいては脳血管研究所個人情報規定を遵守した。

C 研究結果

1) 対象の構成

本研究に同意が得られた症例は7例であり、疾患別内訳は、筋萎縮性側索硬化症(ALS)6例、脊髄小脳変性症(SCD)1例、性別内訳は男性4名、女性3名、患者の平均年齢は 61.4 ± 12.7 歳、発症からの年数は 6.1 ± 2.7 年(全て平成20年11月末現在)、全症例が人工呼吸器装着、要介護度5、身体障害者手帳1級であった。また、対象期間中の各医療・介護サービスの使用状況について、入院回数は1人当たり 2.0 ± 1.0 回、1入院当たりの日数は 16.6 ± 6.8 日、訪問診察の利用回数は 4.8 ± 0.8 回/月、訪問介護は 1.2 ± 1.3 回/日、訪問介護は 0.8 ± 0.6 回/日であった。(図1)。

2) 結果

保険負担額は、施設療養で 106.5 ± 9.0 万円/月/人、在宅療養で 74.2 ± 29.9 万円/月/人であった。施設療養に関しては、全て入院に係わる費用(医療保険)であり、在宅療養に関しては、訪問診察に係わる費用(医療保険)が 20.4 万円/月/人(28.0%)、訪問看護に係わる費用(医療保険)が 26.0 万円/月/人(35.7%)、訪問介護に係わる費用(介護保険)が 26.4 万円/月/人(36.3%)であった(図2-1)。主な内容は、施設療養が入

院料、食事療養費等、訪問診察が診察料、各種指導料等、訪問看護が基本療養費等、訪問介護が身体介護、生活介護等であった。症例の分布は在宅療養で特にばらつきが大きく、最も高額となった症例は施設療養における最も高額となった症例を上回っていた(図2-2)。

保険適応対象における患者一部負担額は、施設療養では特定疾患公費医療受給者証および身体障害者福祉医療受給者証によって負担はなく、在宅療養では4.1±1.8万円/月/人であった。在宅療養の内訳は、訪問診察に係わる費用が0.2万円/月/人(5.7%)、訪問看護に係わる費用が1.0万円/月/人(24.7%)、訪問看護に係わる費用が3.0万円/月/人(69.6%)であり(図3-1)、主な内容は、訪問診察および訪問看護が車両交通費、訪問看護が介護保険の一割負担であった。在宅療養における最高額と最低額との差は、5.7万円/月であった(図3-2)。

保険一部負担以外として発生した患者負担額は、施設療養では専ら入院中であるために特になく、在宅療養では2.5±2.2万円/月/人であった(図4-1)。内訳は、カテーテルやチューブなどの医療材料の費用が2.0万円/月/人(77.1%)、おむつやタオルなどの衛生用品の費用が0.5万円/月/人(18.5%)、流動食以外の食品や飲料等食材の費用が0.1万円/月/人(4.4%)であった。在宅療養における最高額と最低額との差は、6.0万円/月であった(図4-2)。在宅療養の実施に伴って発生した患者負担額は、家屋改築や必要な医療機器の設置・購入などのインシヤルコストおよびランニングコストが40.4±16.2万円/人、患者会の会費やエアコンなどの空調設備、福祉車

両購入費などのQOLの維持向上に係わる費用が255.1±301.8万円/人であった。なお、家屋改築や医療機器などの費用については、身体障害者福祉制度による公費補助が成されており、公費による負担額は75.8±47.3万円/人であった。身体障害者福祉制度による公費負担額およびQOLに係わる費用に関しては、症例の分布に大きなばらつきが見受けられた(図5-1、図5-2)。特に福祉車両の購入費が高額であり、平均値の増加に大きく関与していると考えられた。

D 考察

社会保障費である保険負担額は、施設療養の方が在宅療養よりも高額であることから、施設療養から在宅療養への移行は医療費抑制効果を有するものと言える。一方、患者負担額は保険負担額と全く正反対であり、政策の推進によって患者負担額は明らかに増加すると考えられた。

また、医療・介護サービスと公的補助制度とでは、サービスや制度の使用に対するサポート体制において、関連機関の機能に差があることが示唆された。本研究における患者および介護者への聞き取り調査において、医療・介護サービスについては、専門の医療機関やケアマネジャーによるサポートに対する満足度は比較的高いことが伺えた。すなわち、医療・介護サービスの使用量は、患者および介護者の意思を反映したものであり、症例ごとのばらつきは患者主体の結果であると言える。一方、公的補助制度については、適切に使用できた症例とそうでない症例が見受けられており、公的補助制度およびそれに伴う患者自己負担額(すなわち、在宅療養の実施に伴って発生

した患者負担額)に認められたばらつきは、必ずしも患者主体の結果ではないと考えられた。

聞き取り調査を通じて明らかとなった、公的補助制度を適切に使用できなかった症例とは、難病医療に対し十分な実績を有しない医療機関において確定診断に至り、職員が十分な知識を有していなかったために制度を十分に活用できなかったものと、補助用具の購入申請において、地域行政機関の担当者が疾患の性質を認識しておらず、許認可までの手続きに時間がかかり過ぎてしまい、病態が進行し申請した補助用具が使用できなかったというものである。前者は、医療機関の機能が要因であり、後者は地域行政機関である。しかしながら、公的補助を要するような難病性疾患の患者は、わが国のあらゆる地域(行政管轄)で発生し得るものであり、それらの患者の初期治療や確定診断に係わる可能性は、一定の診療科を有する医療機関であるならば全てのところで生じ得るものである。特に、発病に伴って多くの場合で患者およびその家族の就労は制限され、大きな経済的影響が生じるものであるため、適切な療養環境の整備とQOLの維持という観点から、医療機関や地域行政機関を問わず、発症の早期から公的補助制度に関する適切かつ十分な情報提供が実施されるような体制整備は不可欠であると考えられた。

E 結論

本研究により、神経難病患者の施設療養および在宅療養に関する、社会保障費としての負担額と患者自己負担額の実態が明らかとなった。さらに、施設療養から在宅療

養への移行により、医療費は削減され、それに伴い患者負担額が増加することが示唆された。

一方、患者および介護者を取り巻く現状として、医療・介護サービスの使用に関しては比較的十分なサポート体制が構築されているが、公的補助制度については充分でないことが明らかとなった。難病性疾患患者に対する社会保障制度の見直しにおいては、このような実態を反映し、自己負担額の適正化と併せて、公的補助制度が適切に使用されるようなサポート体制の構築が求められる。

F 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

内田智久, 相澤勝健, 高橋陽子, 高尾昌樹, 美原盤: 神経難病医療費構造に関する研究～神経難病患者の施設療養費と在宅療養費の比較～, 第2回平成20年度厚生労働科学研究費補助金難病性疾患克服研究事業「難病性疾患の医療費構造に関する研究」班会議, 平成20年11月22日, 東京

内田智久, 相澤勝健, 高橋陽子, 高尾昌樹, 美原盤: 神経難病医療費構造に関する研究～神経難病患者の施設療養費と在宅療養費の比較～, 全日本病院学会, 平成20年11月22日, 東京

G 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

図1: 症例一覧 (平成20年11月末現在)

症例ID	年齢・性別 発症年月	診断名	治療 内容	入院回数 入院日数	入院費 総額	診療報酬 総額	自己負担額 総額
K1	47歳 男性 19年 10月	人工呼吸器装着 要介護1 身体1級	在宅療養	1 回 31 日/回	5 回/月 5 回/月	0 万円/月 0 万円/月	0 万円/月 0 万円/月
K2	43歳 男性 19年 4月	人工呼吸器装着 要介護1 身体1級	在宅療養	1 回 36 日/回	5 回/月 5 回/月	1 万円/月 1 万円/月	0 万円/月 0 万円/月
K3	49歳 男性 19年 10月	人工呼吸器装着 要介護1 身体1級	在宅療養	1 回 12 日/回	4 回/月 4 回/月	1 万円/月 1 万円/月	0 万円/月 0 万円/月
K4	44歳 男性 19年 7月	人工呼吸器装着 要介護1 身体1級	在宅療養	1 回 10 日/回	4 回/月 4 回/月	適用なし 0 万円/月	0 万円/月 0 万円/月
K5	45歳 男性 19年 10月	人工呼吸器装着 要介護1 身体1級	在宅療養	2 回 16 日/回	4 回/月 4 回/月	0 万円/月 0 万円/月	0 万円/月 0 万円/月
K6	40歳 男性 19年 5月	人工呼吸器装着 要介護1 身体1級	在宅療養	4 回 8 日/回	4 回/月 4 回/月	0 万円/月 0 万円/月	0 万円/月 0 万円/月
K7	47歳 男性 19年 4月	人工呼吸器装着 要介護1 身体1級	在宅療養	1 回 12 日/回	3 回/月 3 回/月	0 万円/月 0 万円/月	0 万円/月 0 万円/月
平均	41.4 (±7.7)歳	-	-	2.9 (±1.0)回 15.9 (±6.9)日/回	4.9 (±2.8)回/月 18.7 (±7.0)日/月	1.2 (±1.0)万円/月 0.9 (±0.6)万円/月	0 万円/月 0 万円/月

図2: 保険負担額

図2-1: 平均値および内訳

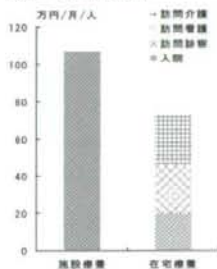


図2-2: 分布

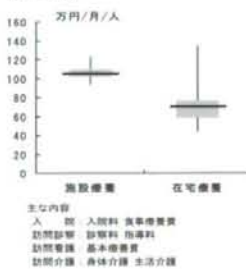


図3: 保険自己負担額

図3-1: 平均値および内訳

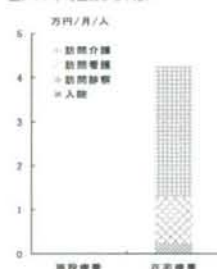


図3-2: 分布

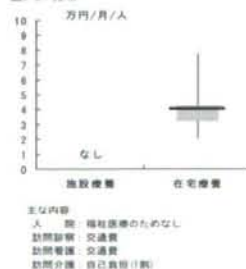


図4: 保険外自己負担額

図4-1: 平均値および内訳

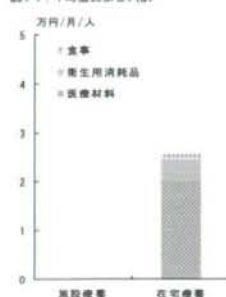


図4-2: 分布

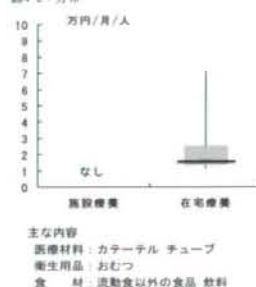


図5: 在宅療養の実施に伴う負担額(発症後からの累計)

図5-1: 医療機器等に依る費用

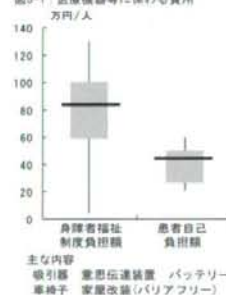
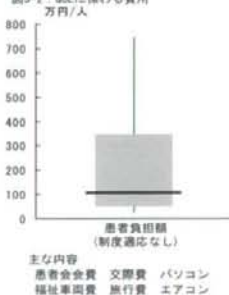
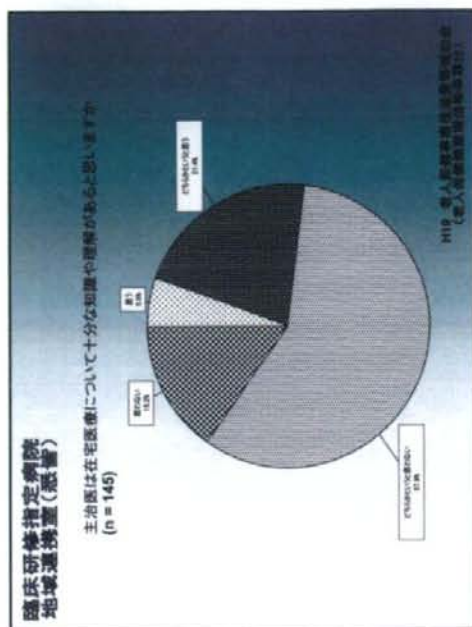
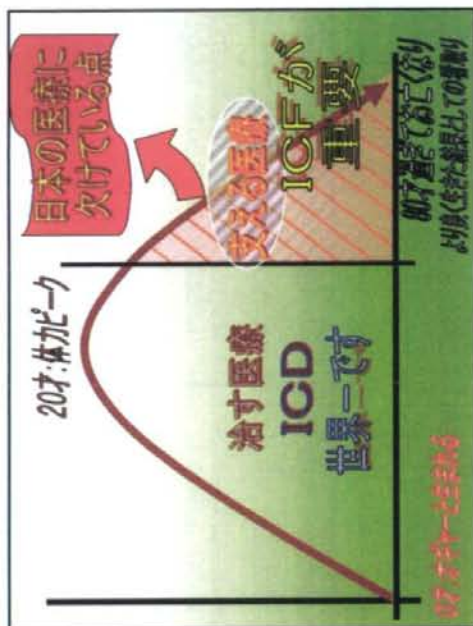


図5-2: QoLに依る費用





「在宅医療・介護・福祉の一体的提供」
— 各種疾患の医療費・介護費の推計 —

仙台往診クリニック
川島 孝一郎

06. 11. 22

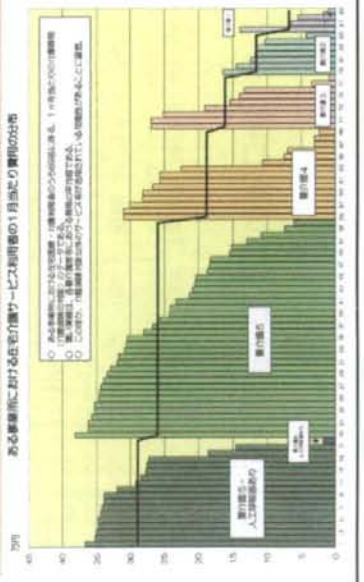


訪問系サービス(18年10月～)の報酬

利用時間 (単位)	療養支援費		訪問看護		緊急出動費		療養支援費 単行支度費
	単行分償	単行分償	単行分償	単行分償	療養支援費 (18年10月～)	単行分償	単位
→ 0.5	230単位	650単位	230単位	190単位	190単位	190単位	4時間ごとに 7,000単位
→ 1.0	460単位	1300単位	460単位	372単位	372単位	372単位	
→ 1.5	690単位	1950単位	690単位	544単位	544単位	544単位	
→ 2.0	920単位	2600単位	920単位	716単位	716単位	716単位	
→ 2.5	1150単位	3250単位	1150単位	888単位	888単位	888単位	
→ 3.0	1380単位	3900単位	1380単位	1060単位	1060単位	1060単位	
→ 3.5	1610単位	4550単位	1610単位	1232単位	1232単位	1232単位	
→ 4.0	1840単位	5200単位	1840単位	1404単位	1404単位	1404単位	
→ 4.5	2070単位	5850単位	2070単位	1576単位	1576単位	1576単位	
→ 5.0	2300単位	6500単位	2300単位	1748単位	1748単位	1748単位	
→ 5.5	2530単位	7150単位	2530単位	1920単位	1920単位	1920単位	
→ 6.0	2760単位	7800単位	2760単位	2092単位	2092単位	2092単位	
→ 6.5	2990単位	8450単位	2990単位	2264単位	2264単位	2264単位	
→ 7.0	3220単位	9100単位	3220単位	2436単位	2436単位	2436単位	
→ 7.5	3450単位	9750単位	3450単位	2608単位	2608単位	2608単位	
→ 8.0	3680単位	10400単位	3680単位	2780単位	2780単位	2780単位	
→ 8.5	3910単位	11050単位	3910単位	2952単位	2952単位	2952単位	
→ 9.0	4140単位	11700単位	4140単位	3124単位	3124単位	3124単位	
→ 9.5	4370単位	12350単位	4370単位	3296単位	3296単位	3296単位	
→ 10.0	4600単位	13000単位	4600単位	3468単位	3468単位	3468単位	

比較的重度の介護が必要なケースにおける在宅介護利用者に係る介護費用(要介護度別)

○比較的重度の介護が必要なケースにおける在宅介護の費用は、高齢や慢々の状態によって様々ではあるが、平均的には概ね20～30万円程度/月であり、50万円月を超えるケースも相当程度ある。



比較的重度の介護が必要なケースにおける在宅介護利用者に係る介護費と要介護度の状況

○比較的重度の介護が必要なケースにおける在宅介護の費用は、高齢や慢々の状態によって様々ではあるが、概ね10～30万円程度/月と等入れ、40万円/月を超えるケースもある。

