

201419008A

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

腎機能障害者の高齢化に伴う 支援のあり方に関する研究

H26 - 身体・知的 - 一般 - 003

平成26年度

総括研究報告書

研究代表者 日ノ下 文彦 国立国際医療研究センター

平成27(2015)年 3月

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

腎機能障害者の高齢化に伴う
支援のあり方に関する研究
(H26- 身体・知的 - 一般 -003)

平成 26 年度 総括研究報告書

研究代表者 日ノ下文彦

平成 27(2015) 年 3 月

目 次

腎機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究 —パネルディスカッションにより浮き彫りになった問題点—

班員名簿	4
研究要旨	5
A. 研究の背景と目的.....	6
B. 研究方法.....	6
C. 研究結果.....	9
I. 第1回パネルディスカッション	9
II. 第2回パネルディスカッション	46
III. 第3回パネルディスカッション	78
IV. 第4回パネルディスカッション	112
D. 考察と今後の展望.....	148
E. 結語	155
F. 研究発表.....	155
G. 知的財産権の出願・登録状況.....	155

班員名簿

区 分	氏 名	所 属	職 名
研究代表者	日ノ下 文彦	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター	臨床研究連携・バイオバンク部門長 腎臓内科科長、理事長特任補佐
分担研究者	戸村 成男	浦和大学総合福祉学部	教授
分担研究者	秋 葉 隆	東京女子医科大学血液浄化療法科	教授
研究協力者	勝木 俊	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター	腎臓内科医師

厚生労働科学研究費補助金
 障害者対策総合研究事業
 平成26年度総括研究報告書

腎機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究
 ―パネルディスカッションにより浮き彫りになった問題点―

研究代表者	日ノ下 文彦	国立国際医療研究センター病院	腎臓内科
分担研究者	戸村 成男	浦和大学	総合福祉学部
分担研究者	秋葉 隆	東京女子医科大学腎臓病総合医療センター	血液浄化療法科
研究協力者	勝木 俊	国立国際医療研究センター病院	腎臓内科

研究要旨

血液透析 (hemodialysis, 以下 HD) および腹膜透析 (peritoneal dialysis, 以下 PD) 患者の高齢化が進んだ結果、通院困難な HD 患者が増加し、認知症や様々な合併症により、介助、介護、支援を要する HD 患者、PD 患者が著増している。一方、通院が困難であったり自立していない透析患者に対する系統的な支援体制や医療体制、後方支援体制、介護環境が必ずしも整っているとは言えない。そこで、2013 年度には全国的な「障害透析患者の透析実態に関するアンケート調査」を実施し、HD における送迎の問題、長期入院 HD と長期留置型カテーテルの問題、介護保険サービスの利用に関わる問題、PD においては注排液実施のあり方や介助に関わる問題、注排液の実施場所や療養場所に関する問題、長期入院 PD の問題などの実態を明らかにした。

今年度は、アンケート調査結果および透析関連施設から寄せられた数多くの意見をもとに問題点を整理してポイントを絞り、東京、福岡、大阪、名古屋の 4 ヶ所で研究班員や各地域の医師、医療者を交えて、高齢透析患者に関わる問題について地域の実情を検討し、将来に向けた建設的な方策について議論した。その結果、現状を改革するための方策として実現が難しい提案もあったものの、すぐに取り組める（地域によっては既に取り組んでいる）アイデアや方法論も拾い上げることができた。地域によって透析の事情や医療環境が異なるため、今後はそれぞれの地域の実情に合わせながら、高齢化する透析患者への支援や透析のあり方について建設的な提言に結び付けられるものと期待している。

A. 研究の背景と目的

わが国は世界でも有数の高齢化社会であるため、維持透析患者のうち 70 歳以上の高齢者は 45.7%、80 歳以上の高齢者に絞っても 50,750 人（全体の 16.5%）と透析患者の超高齢化が進んでいる [日本透析医学会. 図説 わが国の透析療法の現況 2013 年 12 月 31 日現在]。

一般に、高齢血液透析 (hemodialysis, 以下 HD) 患者、特に後期高齢者は認知症を有していたり自立していなかったり寝たきりに近い患者の比率が高く、家族やヘルパー、維持 HD 施設（以下、サテライト）の手厚いサポートを要することが多い。日本透析医会と全腎協の全国患者調査によると要介護高齢 HD 患者の 37.5% しか在宅介護サービスを受けておらず、介護保険制度の施設サービス利用者は 1.9% に留まっている [杉沢秀博. 臨床透析 8:55-62, 2012]。同様に、日本透析医会と全腎協が実施した最近の実態調査によると、ひとり暮らしの患者は 1996 年に 7.0% であったものが、2011 年には 10.7% と増加傾向にあり、10 人に 1 人が独居となっている [杉崎弘章ほか. 日透医誌 28:80-93, 2013]。HD 患者の高齢化と独居患者が増加した結果、通院困難な HD 患者数が増え、サテライトによる送迎も増えている。送迎でも対応しきれない障害度の高い患者では、介護施設への入所や療養型病床への入院など何らかの対策を講ずる必要が生じる。2014 年春の診療報酬改定で慢性維持透析管理加算（1 日 100 点）が付けられたものの、これですべてが解決できたわけではなく、HD の医療

現場では苦労を強いられていることが多い。

一方、通院困難な慢性腎不全の高齢患者に対して腹膜透析 (peritoneal dialysis, 以下 PD) 導入は有用かもしれないのだが、わが国では PD の普及は進んでおらず、在宅もしくは介護関連施設などで円滑に PD を持続できる環境が整っているとは言えない状況にある。

そこで、我々は昨年度実施した「障害透析患者の透析実態に関するアンケート調査」の結果をもとに高齢 / 障害透析患者の支援のあり方や将来モデルを議論し、透析医療が直面している課題を克服する具体的方策について模索するためのパネルディスカッションを企画した。

B. 研究方法

高齢透析患者に関わる諸問題について各地域の実情を把握し、将来に向けた建設的な方策を話し合うため、東京、福岡、大阪、名古屋の 4 か所でパネルディスカッションを開催した（資料 1：パネルのプロローグ）。その際、2013 年度に実施した「障害透析患者の透析実態に関するアンケート調査」で浮かび上がった問題点を整理して、パネリスト並びにフロア参加者に提示（資料 2）、それぞれの問題点について忌憚のないご意見やご提案を語ってもらった。会場で議論した内容は、ICレコーダーおよびビデオにて記録し、その骨子を文章化した。

資料 1 基調プレゼンテーション

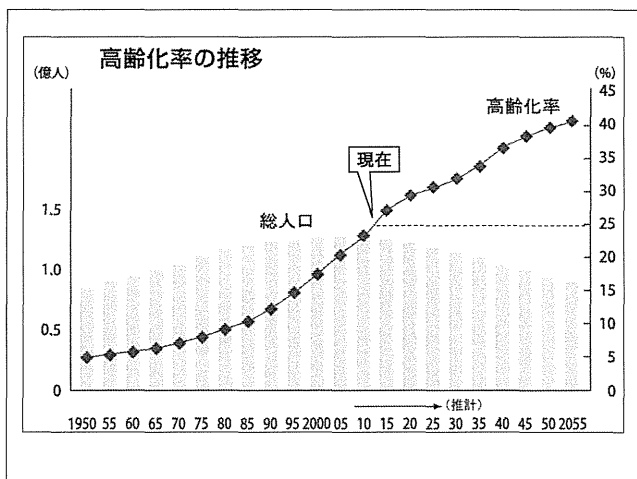
パネルディスカッション(各回とも内容は同じ)

厚労科研「腎機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究」

- 高齢化社会における今後の透析医療のあり方を問う -

プロローグ

国立国際医療研究センター 腎臓内科
日ノ下 文彦



アンケート調査

「障害透析患者の透析実態に関する研究」



ご協力頂いた皆様には、
大変感謝致します。

障害透析患者の実態に関するアンケート調査 (回答書) (2013年12月1日現在)

今後、高齢/障害透析患者に対する生活・医療支援および医療制度を検討していく上で参考とさせていただきますので、ご多忙中恐れ入りますが、以下の設問について、ご回答をお願い致します。なお、本アンケートは血液透析 (HD, HDF etc) と腹膜透析 (PD) の2つのパートから成り立っています。どちらかしか行っていない施設では、関わっている透析にだけお答え下さい。

例) 血液透析+腹膜透析 ⇒ 基本情報～最後まで。
血液透析のみ ⇒ 基本情報～Part I まで。 腹膜透析のみ ⇒ 基本情報および Part II

該当する項目を選択する場合は、□に✓を付けてください。___には、文字・数字等を記入してください。ご面倒をおかけしますが、何卒よろしくお願い致します。本回答書は、ご記入後、同封した封筒に入れ、12月末までにご返送ください(間に合わなければ、2014年1月上旬の投函でも結構です)。返信用封筒には、貴施設の住所等をご記入頂かなくてもかまいません。

基本情報
記入年月日：平成__年__月__日記入 (なるべく12月中にご回答をお願いします)

・医療機関の種別は、以下のどれですか。
 国立大学 私立大学 国立 県市町村立 社会保険 厚生連
 その他公的 私立総合 私立 私立診療所

・医療機関の種別は、以下のどれですか。
 ①無床診療所
 ②有床診療所
 ③病院(200床未満)
 ④病院(200床以上)

・住所 _____ 都・道・府・県 _____ 区・市・町・村(区市町村名のみで結構です。)

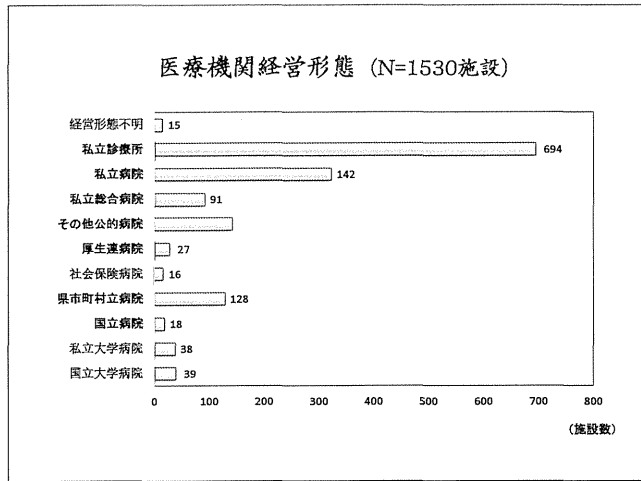
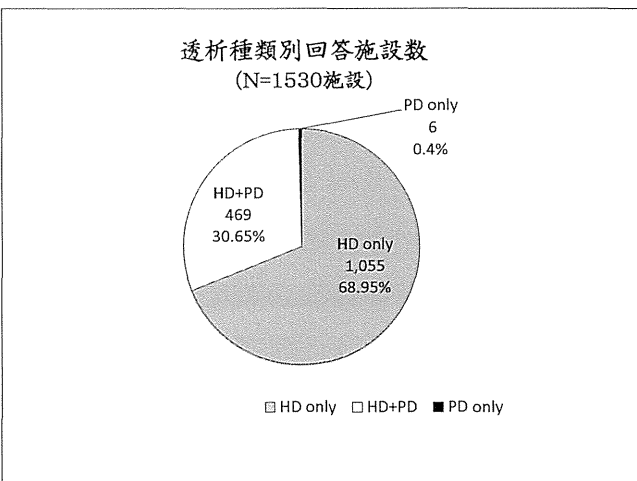
・記入者職種 医師 看護師 臨床工学技士 事務 その他(_____)

I. 血液透析 (HD, HDF etc)

1. 導入透析/維持透析のどちらに対応していますか。
 ①導入透析と維持透析の両方に対応(外来患者・入院患者の両方に対応)
 ②導入透析と維持透析の両方に対応(ただし維持透析は入院患者のみに対応)
 ③導入透析のみ対応
 ④維持透析のみ対応

|
|
|
|

以下、省略

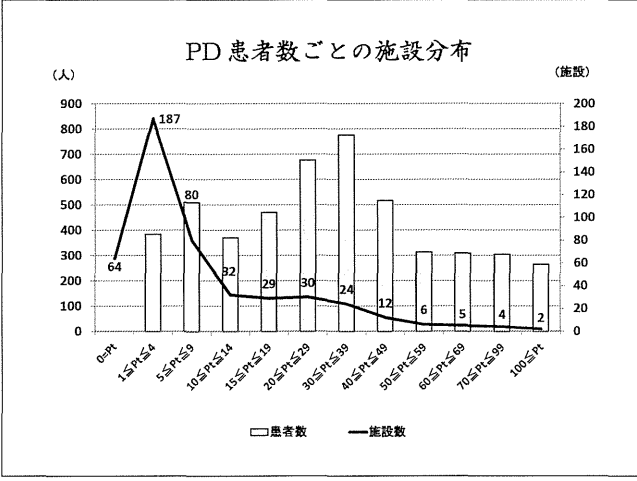


現在の透析患者数区分からみた HD 施設数

現透析患者数	1 ≤ Pt ≤ 50	51 ≤ Pt ≤ 100	101 ≤ Pt ≤ 150	151 ≤ Pt ≤ 200	201 ≤ Pt ≤ 250	251 ≤ Pt ≤ 300	301 ≤ Pt ≤ 400	401 ≤ Pt ≤ 1000	不明
施設数 (N=1524)	547	520	234	100	28	15	11	11	58

PD 実施施設の機能分類

	HD+PD	PD Only	総数
PD導入とフォローアップ	328	3	331
PD導入のみ	9	0	9
PD導入後のフォローアップのみ	131	3	134
PD患者に対して訪問診療	1	0	1
総計	469	6	475



C. 研究結果

I. 第1回パネルディスカッション

(2014年9月23日、国立国際医療研究センター、東京)

参加者(発言順)(図1)

国立国際医療研究センター腎臓内科	日ノ下文彦 (モデレーター)
同	勝木 俊 (レポーター)
八王子東町クリニック	杉崎 弘章 (パネリスト)
須田クリニック	須田 昭夫 (同)
厚生労働省障害保健福祉部企画課	田中 桜 (同)
つくばセントラル病院	石津 隆 (同)
福島県立医科大学腎臓高血圧内科	中山 昌明 (同)
東京女子医科大学血液浄化センター	秋葉 隆 (同)
浦和大学総合福祉学部	戸村 成男 (同)
東京慈恵会医科大学腎臓高血圧内科	横山啓太郎 (同)
その他フロア参加者 (一部、発言者不詳)	

① HD における送迎と通院介助

日ノ下 今、挙げていただいた件は、いわゆる血液透析 (HD) 患者の送迎あるいはご家族やお知り合いによる通院介助の問題でございます。これについて、まず壇上のパネリストの先生方のほうで感想、コメント、ご意見ございますか？ 杉崎 先生、いかがでしょう？

杉崎 地域によって、送迎をやっている地域とやっていない地域があるようですけれども、医療サービスの一環として送迎をやるということは、やれる施設だったら僕はやっても良いと思います。ところが、だんだんいろいろ人件費だとか維持費が上がってきてますので継続するのが難しくなっています、やはり医療施設として本当に



図1

やらなくちゃいけない送迎を絞り込む必要があると思います。ADL の下がった人達に本当は送迎をしてあげるのがいいかなと。そうすると、それに対する補償とか助成がしやすくなるのではと考えます。財源的なことから言うと、送迎をしなくてもいい人達には送迎をしないで、本当に ADL の低下した人達に送迎をするというのが基本的にはいいんじゃないかなというふうに思っています。医療保険、介護保険をはじめ自治体の助成などを受け易いと思います。

日ノ下 ありがとうございます。では、須田先生。どうぞ。

須田 かつては一部の患者さんが家族による送迎を受けていましたが、高齢化社会では送迎が必要な人が増加しました。独居高齢者や老老介護が珍しくなくなり、それが今、問題になってきていると思います。健康保険を使う場合、患者に無償のサービスを提供することは禁じられていたと思います。法的な問題もありそうですね。送迎がなければ通院できない患者さんがこれだけ増えているときに、これを放置しておくことはできないので、きちんと議論していただきたいと思います。送迎の費用もだんだん高額になっています。私どもの所は、長期通院する患者さんがたくさんおられて、通院できなくなったらどうしようという不安を口にしていました。一昨年から送迎を開始したんですけれども、あつという間に送迎の希望者が増えてしましまして、通院の負担感が大きい 40 名ほどの患者さんを送迎しております。施設の費用負担は月 90 万円ほどになり、なかなかの負担です。ただ、今はできるからいいんですけれども、これがもっと高齢化した場合に、送迎を続けられるかどうか、わかりません。患者さんの現在の状態は送迎に耐えられるのですけれども、ストレッチャー対応が必要な患者さんが増えてきますと、現在の体制は破綻すると思うんですね。ところが、透析患者さんが安心して生活できる場所がだんだんなくなってきています。今度、医療介護総合法とか、地域包括医療とかということになり、ベッド数の削減を計画しているんですね。患者さんを在宅に留めようとしています。2025 年に必要な病床数が 43 万床削減されます。それから、介護保険も地方自治体に移管され、半分の患者さんは無資格者がお世話するというふうに、だんだん医療と介護が劣化していっていますので、どこまで

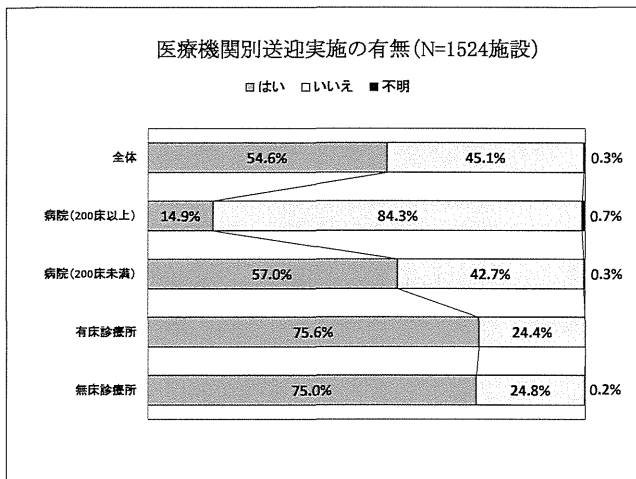
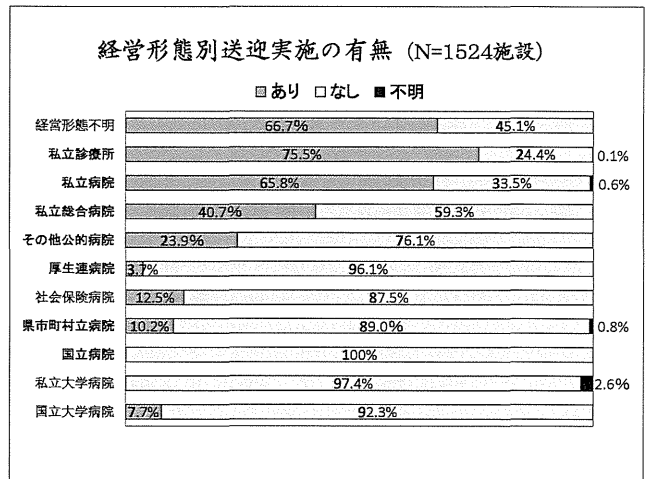
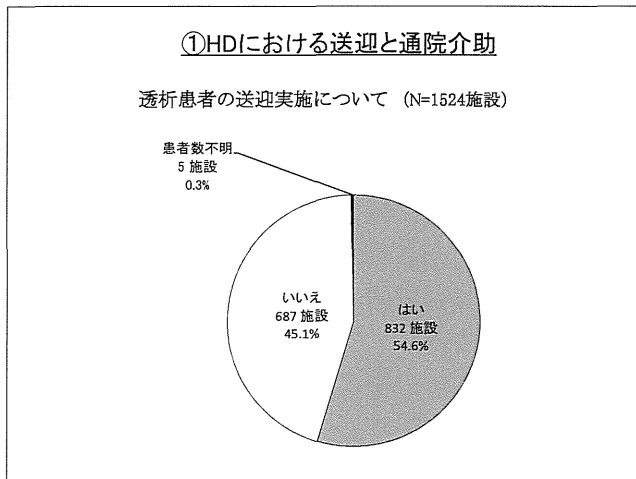
患者さんを支えていけるか、たいへん不安に思っているところです。

日ノ下 今、須田先生と、それから杉崎先生からお示しになったお話は、いくつかの問題を含んでいると思うんですが、まず一つ、経済的なお話がございました。例えばひと月 90 万も送迎に支出していると。私どもは病院ですので、現場のサテライトの経済的状況はよく分からないところがあるんですが、かねがね、「それだけの送迎をやっていて本当に経営成り立つのかな？」と思っておりました。赤字で苦しんでおられる施設もあるのではないかと邪推してたんですけれども、まず経営的にはちょっと苦しくなる。それから、法的な話がちょっと出てましたですね。確かに慢性的な患者の問題、あるいは例えばリハビリに通う患者に関しては特別送迎がないのが普通ですから。いわゆる施設による送迎がですね。ですから、その辺り、果たして行政のほうでは今のところ容認、黙認されているわけですけれども、今後も施設による送迎を認めていく予定なのか。あるいはどうなりそうか。その辺りいかがですか？ 田中先生、何かご意見ありますか？

田中 障害保健福祉部の田中と申します。私が担当している部分は障害者の障害福祉サービスの部分になりますので、介護保険ですとかその他の法律の部分は私のほうからはお答えすることはできないのですが、今の送迎の問題をお聞きしてしまして、高齢者の方でも腎不全の患者は身障者手帳が取得できる。恐らく皆さん、1 級を取得しているかと思いますが、自治体によって差はあると思いますが、公共交通機関の割引、JR の割引ですとか、それからタクシーとか。これは国のサービスではなくて、自治体や JR 等が独自に行っているものなんですけれども、そういったサービスを活用してはどうかとお伝えをさせていただきたいと思いました。日ノ下 いわゆる公共サービスのさらなる活用ということでしょうかね。他に何か、どなたかそちらの席の方。石津先生、ございます？

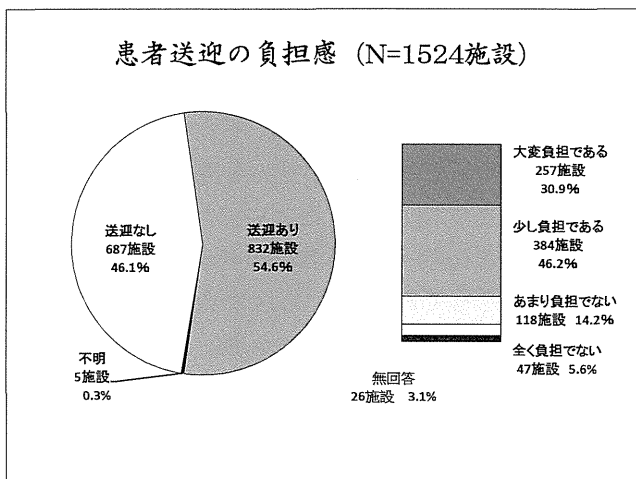
石津 うちの病院も送迎をしてしまして、病院のほうで患者が 210 人ぐらい居て、外来の患者は 170～180 人なんですけど、送迎を使ってる方は 60 名以上。あと、サテライトのクリニックが 130 名ぐらいの患者に対して、送迎を使ってる方が今朝現在 68 名だったと思います。半分ぐ

資料 2-①



送迎職種別の施設数 (N=832施設)

職種	施設数
医師	1
看護師	2
臨床工学技士	3
介護職員	9
看護助手	2
送迎の運転手	600
複数職種	48
運転手とX線技師	2
事務職	19
事務を含めた多能職	22
外部委託+職員	9
外部委託(タクシー・契約業者・派遣等)	96
ボランティアシルバー人材	3
その他	7
不明	9



HD施設への通院介助者の内訳 (N=1524)

	配偶者	一親等(子供・親)	兄弟・姉妹	その他の親族	知人・友人	透析仲間	ヘルパー	その他(介護タクシー、介護職員など)	総計
各施設の平均値	4.7	3.1	0.3	0.4	0.2	0.1	5.4	7.3	
各施設の中央値	3	2	0	0	0	0	2	1	
各施設の最大値	51	50	20	16	6	20	160	45	
各施設の最小値	0	0	0	0	0	0	0	1	
集計人数(合計)	5,402	3,829	422	471	224	129	6,675	117	17,269

- ### # 患者の送迎と通院介助
- 1) 中小規模病院とサテライトにおける送迎が著増している。おまけに、負担感も強い。経済的にも、持ち出しで大変かと思われるが、今後、改革の余地はないのだろうか？
 - 2) 送迎運転手を雇用して送迎している施設が多いが、問題はないのだろうか？
 - 3) 介護保険サービスはもっと活用できないのだろうか？
 - 4) HD施設による送迎に頼らない場合、配偶者や親族に頼っている場合が多いが、親族の負担が多くなり過ぎていないだろうか？ 老々介護で問題になっているケースはないのだろうか？

らいの方が使ってまして、多くの場合はタクシー代わりのレベルの方が多くですけど、茨城県ですので、電車とかバスとかでこまめに動くという習慣がなくて、皆さん、ご自宅の車を基本的に移動手段として使っているの、そういう手段がないと、ある程度元気な方でも移動できないこと。あと、一見元気でも目が見えなかったりとか、視力が悪かったりといういろいろ問題があるので、運転までは難しいという方が結構多いというのが。現実的にうまく回すためには、経営上、患者にたくさん来ていただきたいという、そういう気持ちはあるわけですけど、そういうことをしないと、現実的に経営が回らなくなってる。今、逆に問題になっているのは、比較的元気な方を送り迎えする手段は病院とかクリニックとか提供しやすいんですけど、車いすが必要とか、ストレッチャーが必要だけど自宅に居たいという方を病院に連れていくということに関しては、手間もコストも、あと安全の面で人手が掛かったりするので、うちの病院だと、基本的には運転手だけの車と、それから運転手プラスそういうヘルパーの資格を持っている人が乗って、ちょっと手を貸せば動けるといような方、限定してまして、本当の意味で動けないけどご自宅で頑張っているという方を支援する仕組みというのがないので、そういう方は介護タクシーとかを使われるんですけど、収入のいい人から見るとなんとかなる額なのかもしれませんが、田舎だと距離数がかさんだりとか。月に 13 回あることですので、やっぱりそこら辺りの金額の負担で、入院に追い込まれてしまうといったようなこともするので。その辺りが、軽い人を送る手段は田舎では透析の値段がある程度人数が集まればいいということもあるんですけど、本当に送迎が必要な弱ってきている方をおうちに残すための送迎をまかなう仕組みがないということを常々感じております。

日ノ下 今、石津先生がご指摘になったのは、送迎に関して、一つは私も疑問に思っているのがあって、本来、送迎がなくても通えるある程度元気な方がタクシー代わりに、あるいは何か透析施設からのサービス提供を期待して送迎を受けている。自転車なりバスなりで来れなくはないけれども乗っているという、そういう利用の仕方もあって、いわばサービス精神で各施設が送迎されている患者が居る。それから、反対に、両極端の形

で、かなり不自由があって、全く 1 人では通えない。場合によってはストレッチャーの移送も考えなきゃいけないぐらいのレベルの人を移送、あるいは送迎するにはどうすればいいのか。そういう問題ですよ。

何か今のお話に関して、もしフロアのどなたかからご意見とかご質問、あります？ 送迎に関して。あるいは普段困ってらっしゃることとか。中山先生、どうぞ。

中山 福島大学の中山といいますけれども、中村と書いてありますが、中山です。

日ノ下 失礼しました。

中山 今、ここに都心部の先生方のコメントだったと思うんです。例えば福島市の場合ですと、やはり比較的医療圏が広域になります。そういう中で、われわれ大学で働く者は、例えば透析導入して、ご高齢の方、そして要介護の方、そういう方をどうするか。導入した後、その後どうするかというと、どうしても必然的に、送迎サービスの施設というのを選ぶんですね。福島市の中においても、そのようなサービスを行っている施設はかなり限定されていまして、元気な人はそうじゃないサービスがない所に行ってしまう。結果的に、送迎サービスをやっている所に、ある意味、ボランティア的にそういう患者、つまり非常に重症度の高い患者がどうしても流れていく傾向がある。明らかに特化してきている。そういう意味で、今まで送迎サービスを行っている先生方や施設の負担がますます増えてくるという状況があります。ただ、そこに頼らないと、実際患者、血液透析、通院施設として出そうとした場合には出せない現実もあります。そこで、じゃあ、通院が難しいなら在宅はどうだということで、次の PD も含めた話になると思うんですけども、現実、送迎の問題としては、われわれ田舎の者としては非常になくてはならない施設に、非常に重要なものとして使わせていただいているというのが現実です。

日ノ下 中山先生、田舎って話ですけど、地方では、送迎の施設は多いんですか、少ないんですか？ 今の話だとやらない所は、逆に、まったく送迎をやらない。やるところは重症の方もほとんど引き受けることになって――。

中山 ただし、詳細を私は全て把握してませんが、基本的には、都市部の送迎を実施する施設はあまり多くなっていない。で、比較的周辺部、あるいは、

最近になって開業されたような施設はむしろ実験的にやっているものが多いようです。で、都市部からちょっと離れますと、当然、交通手段、非常に大きな問題です。そのため、送迎サービスとかがある程度必須のものになりますし、そうなりとそこの上に要介護者の方が乗っかるという構図が現実的です。

日ノ下 ありがとうございます。どうですかね。フロアの先生方の中で、本当に送迎は苦労しているよという方、いらっしゃいますか？ はい、どうぞ。

某フロア参加者 今ちょうどタクシーの話が出たので、ちょっとタクシーの問題も一緒にディスカッションしたいと思ったんですけど、いわゆる地方自治体で身障の第1級の人達には1年間に例えば100枚のタクシー券という、いわゆるタクシー券を出していますよね？ それは一律に、やっぱり自分でも動ける人にも出しているわけですね、1級だと。そうすると、じゃあ、50枚とか、1年間に100枚。これが役立つのかというと、多くの患者は動ける人達も行っていますので、その人達の分をもし、もしですね、なくすことができ、本当にADLが低い人達だけに渡るといようなことになったら、1年間157回ぐらい透析で、往復ですから、314回ぐらい通いますかね。そのカバーも一部はできるんじゃないかなという。そこら辺りのところが。介護保険は乗り降りするだけの点数しか出ないんですね。110円なんですけど、それしか出ないものですから。あと、要はタクシーのその運賃が問題じゃないかなと。そこら辺りも一緒に検討してもらえればいいなと思います。

日ノ下 今出たお話というのは、例えば行政の中にはタクシー券を出しているんだけど、適正配分になっていない。比較のお元気な方にも出している形で、そうすると、特に高齢の人は認知症があつたりする。障害のある透析患者に対して、自動的に週3回の分が配布されるような形になると、なおいいんじゃないかということですね。どなたかご意見ありますか？ 秋葉先生、いかがですか？ この問題。送迎について。

秋葉 「身障者1級を出してあげるとタクシー券をもらえるよ」と保存期腎不全の患者によく言ってるわけなんですけども、それは本当に有効利用されているかということ、そんなことは全くなく

て、何に使ってるか分からないような一。それが正直なところですよ。ですから、今お話しいただいたように、公正な配分によって、同じ投資で助かる人が出てくるっていうのは当然期待されるべきで、行政のほうでそういう必要な患者に本当に配布する。そういうシステムを私達が訴えて作っていくということが、本当に必要じゃないかなと思いました。

日ノ下 ありがとうございます。各透析医療施設だけで持ち出して送迎やるのは大変な部分もあると。そこでタクシー券をもう少し活用したらいいんじゃないかな。ただそのタクシー券の配分の仕方を決めるのは、医療者側だったり医師はなかなか難しかったり。公平性が担保できないので、そこを評価する形というものを行政側でお願いしたい。こういうことでございましょうかね。いかがですか、その件に関して田中先生。可能ですか？

田中 先ほどもお伝えしましたように、公共交通機関の割引ですとか、タクシー券の配布等は国の制度ではなくて、自治体等が行っている制度ですので、おそらく自治体によっても差があるかと思えます。自治体の自治事務で行っていただいておりますので、比較的元気な方にはサービスを提供せずに、重症な方に限ってサービスを提供するように国から指導するというのは、(現時点でサービスを受けている方が受けられなくなるという)後ろ向きの指導をすることになりますので、非常に難しいことかと思えます。

日ノ下 ありがとうございます。分かったことは、厚労省や国側が対応するのではなくて、もし今の形を考えるのであれば、地方の行政に働きかけて、その適正配分を考えるしかない。こういう話ですね。戸村先生、いかがですか？ 福祉学的な立場から、何かご意見、コメントございますか？

戸村 介護保険制度のところでディスカッションしたいと思うのですが、平成27(2015)年度から介護保険制度が改正される予定です。問題なのは、要支援1・2の対象者について介護保険本体の給付(予防給付)から、訪問介護と通所介護を外し、対応するサービスについて地域支援事業として再編成されることです。これには透析患者の送迎の問題も絡んでくると思います。また後で介護保険制度のところでディスカッションさせていただければと思います。

日ノ下 ありがとうございます。今までは施設に

よる通院の補助の想定ですね。それからあとタクシーの活用などの議論があったわけですが、それ以外にも配偶者の方とか息子さん、娘さんが毎回おじいちゃん、おばあちゃんを送り迎えているというようなところもあると思うんですが、それも、例えば配偶者の方、お元気であったのが、年と共に70代、80代になってきて運転もままならずというようなことで、なかなか思うように今までどおり送ってあげられないというようなケースもあると思うんですが、ご親族や友人、お知り合いの送迎というのはどうですかね。活発に行われてますかね？

ちなみに今回やったアンケート調査の中では、例えば同じ透析をやっている仲間がその施設と一緒に乗っけてあげて来るとか、あと、施設によっては極めて少数なんだろうけれども、NPOのような組織がそういったことを支援するというような施設もあるようでございます。何か、うちはこのことをやっているというのはございますか？ どうぞ、もし何かありましたら、フロアの先生方、あるいは医療者の方からご意見いただければと思います。大丈夫でしょうか？

あと、何でも結構です。例えば、送迎に関しては、持ち出しだと相当な経費が掛かる。一部、パネリストの先生から月何十万円も支出しているという話がありましたけれども、ばかにならない金額ですよ。これは違う形で何か拠出できないのか。そういうご意見もあってもいいと思うんですが、ないでしょうか？ ちなみに、須田先生の所とか杉崎先生の所は、基本的には今、送迎されているんですよね？ それは今後も、仮に今と同じ形で補助が出なかったとしても続けるおつもりはあるのでしょうか？

杉崎 私の所はADLの落ちている、ほとんど車いす生活の方だけしか送迎していませんので、大体コスト的に言いますと、1人の患者に1ヶ月大体4万円から4万5000円ぐらい支出しています。**須田** 今のところできますので、やめることは考えていません。送迎は手間がかかる、費用がかかるということで、大変だということはありますが、やはり送迎にも意味、意義があると思うんですね。患者さんが自宅にすることができて家族と、あるいは友人とそれまでの生活を送れるという、この利益は大変大きいものがあると思うんです。そんな面倒くさいことをしないで、施設に入ってい

れば良いじゃないかという考えもあるでしょうし、それしかできないなら仕方ないですが。介護も透析もできるという遠方の施設に入所したお婆さんと、家族が2ヶ月後に面会したところ、体中があざだらけで体臭がひどく、会話もできないほど認知症が進んでいたもので、そのまま連れ帰ったと言って相談に来られました。そのお婆さんは独居でしたが、元の自宅に戻り、介護サービスを利用して、家族ができるだけ一緒に寝て面倒を見るようにしましたら、近ごろは笑顔が見られ、簡単な会話もできるようになっています。透析食を作るのが怖くて入所させてしまったと言っていました。要介護度の高い人を施設に入所させることには、ある種の危険もあるように感じます。家族とのコミュニケーションは非常に大事なことだと思います。

2012年の暮れに、ここ（国立国際医療研究センター）で東京医療センターの本田美和子先生が講演されたと思うんですが、Humanitude（注：体育学を専攻する二人のフランス人Yves GinesteとRosette Marescottiによって作り上げられた知覚・感情・言語による包括的なコミュニケーションに基づいたケア技法）の知識は大事で、認知症のお年寄りに対して人間らしい態度で接する。目線を合わせて優しく話す。そっと体に手を触れる。それから、できるだけ歩かせる。そういったことをできるのは施設の多忙な職員ではなくて、家族のほうが優れているのではないかなと思います。ですから送迎、必ずしも悪いものではないというふうに考えております。

日ノ下 ありがとうございます。今のお話の中で、全人的な観点から、多少施設の持ち出しがあっても、送迎をしてあげることに人生における意義を感じてらっしゃる。確かにありますね、それね。あと、この2施設の先生方、今後も送迎をお続けになるということでしたけれども、何か、名古屋方面でしたっけ？ 地域によっては送迎をやめようかという話も出ておるとちょっとお聞きしたんですが、杉崎先生、その辺りの事情、解説していただけますか？

杉崎 今、明らかに透析施設が送迎をやっていないという所は、岡山県、新潟もほとんどやらないと聞いております。また、愛知県では「送迎の在り方」を検討しようということになっているそうです。

日ノ下 そうですか。それは、やめる理由というか、どういうお考えがあるんですか？

杉崎 やはり施設の負担が大きいということ。必要であれば、ADLが落ちた患者でやる、通常通える患者にサービスでやるということだけはやめようというようなことだったようです。

日ノ下 ありがとうございます。どうでしょう？

ちょっとフロアの先生方に、あるいは医療者の方々にお尋ねしてもいいですか？ うちには維持透析施設の患者が居るけれども、送迎はしない、していないという先生、居ます？ いらっしゃいますね。いろんな考えがあるとは思いますが、今、手を挙げられた先生、もしくは医療者の方、送迎について何か、どういうふうにお考えになっているか、おたずねしてよろしいでしょうか？ どうぞ。

萩原 眞仁会横須賀クリニックの萩原と申します。看護師をしております。私の所は四つ施設がありまして、今患者は1,050人ほどですか。そのうちの300人ぐらいが介護保険を取得しております。そのうちの80%ですね。介護タクシーを使用しています。実は四つの施設のうちの二つはちょっと駅から便が悪いので、その駅回りのバスは回していますけれども、ドアトゥドアでは送迎はやっておりません。今のところ、私の所は横須賀クリニックだけで419名なんですけれども、そのうちの30名ほどが家族の送迎で行っております。今のところ、駅前にバスを回して、その2施設は存続してますけれども、他の二つの施設、久里浜と横須賀については今後も出すつもりや計画はありません。それで、多分、介護保険の介護タクシーでまかなえている状況というか。それと、先ほど介護タクシーの話があったんですけど。介護タクシーじゃなくてタクシー券。自治体によってやっぱり違うんですけど、48枚ぐらいしか年間出ない所もありますので、全くそれだと通用しないと。それと、介助が必要な人に関しては、その交通機関の値引きとかが必要かと、それと、そのタクシー券はあまり使い道がないというふうに思っております。

日ノ下 ありがとうございます。横須賀というと郊外ですので、それぞれのクリニックに通われる方もちょっと距離があったりする場合も多いとは思いますが、巡回バスで対応できる分はそれに乗っていただいて、場合によってはそれぞれの

各自の足、もしくは家族に送り迎えしてもらったり、一部介護タクシー使ってまかなってらっしゃるんですね。それで特に患者のほうから不満が出たりとか、あるいは近くに全面的に送迎する施設があって、そっちへ患者が流れていくとか、そういったことはないんでしょうか？

萩原 今のところ、患者のほうでは介護保険で要介護1以上の方は介護タクシーが使えますので、本当に送迎に介助が必要な人に関しては、それは取得できておりますので、その辺りでは患者のほうから非常に困ったということは今ないんですけれども、実際、もっと重症度が高く寝たきりの状態の方なんかにおいては、やはり施設入所とか、そういうことを希望される方がいらっしゃいます。

日ノ下 ありがとうございます。また入所料が高い施設への入所といったような話が次、出てくると思うんですけども、他に何か？ あともうおひとかた、いらっしゃいましたよね？ 送迎はやってないという施設が。いかがです？ コメントございますか？ にしがも透析クリニックの青木先生。

青木 京都のにしがもクリニックの青木ですけど、僕の所のクリニックは近くから通ってくる人が多いので、特に今のところは送迎をしていませんし、通院困難なほとんどの方は家族が自家用車で送って来られているという、こういう現状です。ただ、ご自身の車の運転に関してはこのごろいろいろとあるんで、できるだけ運転をしないで下さいということをお勧めしています。それから、親病院の西陣病院のほうは、近くのタクシー会社と相談して、現在の契約台数の増車について、相乗りでなんとか送るだけでもできないかということを検討しているということです。以上。

日ノ下 京都地域では送迎は少ないんですかね？

送迎やるような施設は？

青木 個人的なクリニックは、されてる所があるようにお聞きしてますけどー。

日ノ下 ありがとうございます。そろそろ送迎に関するディスカッションに関しては時間が来たんですが、どなたか、これだけは言っておきたいとかございますか。どうぞ。

菅原 すみません、私、茨城のJA取手総合医療センターでMEをしております菅原と申します。貴重なお話、ありがとうございました。私達の施

設は今後、送迎をやることを検討しているんですが、その中で、送迎をしている施設の先生方にお伺いしたいんですけども、患者が急変したときの対応、または開始時にこれだけは苦労したという話を聞かせていただければ参考にさせていただきたいんですけどもー。

日ノ下 須田先生。

須田 急変したら多分困ると思うんですけども、公共交通機関なら安心、というわけでもないと思います。日頃から通院に耐えられるかどうかの判断は必要だと思います。一番ありそうなのが出血ですね。穿刺した所のガーゼがはがれて出血してしまったとき、どうするか。でもこれは、送迎を利用していなくても起こることですよ。うちはドライバーさんを派遣してもらっているんですけども、応急処置を手伝えるように、練習してもらっています。

日ノ下 よろしいでしょうか？ 確かに送迎は患者にとってはありがたいというか、楽なんですけれども、特に高齢の方とか、障害を持っておられるとか、認知症の方とか、送迎中の事故といいますか、ちょっと転んで骨折したとか、あるいは心筋梗塞を途中で起こしちゃったとか、そういうときの対応、それから責任問題とか、気になる部分ではあるんですけど、それほど問題にはなってないんです。横山先生、この件に関してはあまりコメントいただかなかったのですが、先生、何か？

横山 難しい問題がたくさんあると思います。私も勉強になりました。私の勤務している大学病院は導入する施設で、維持透析のクリニックをご紹介する立場になります。ご紹介時には明らかにその送迎される病院を希望される方が多いです。しかし、クリニックでは送迎は経営上の問題あるとお感じになっていると伺いました。送迎をする患者の選別の基準が難しいと感じます。送迎の基準を下げることによって患者さんを集めることは出来ても、自立していて通院可能な患者も送迎することになると経営も圧迫し、患者の自立も妨げることになると思います。送迎の基準が設定されれば、先生方の送迎の数の負担も減るのかなって思いながら聞いておりました。ちょっと私にアイデアがなかったもので発言できず、黙っておりました。

日ノ下 ありがとうございます。送迎についてはなかなか結論は出そうにないんですけども、現在

送迎をしていらっしゃる所は、それなりに意義があるから続けましょうというお話なんですけど、また、地域によっては送迎をしておられない施設もいくつかある。かつ、送迎をしていなくても、それが当たり前で、施設による送迎なしでも何とか他の手段で対応できたり、ご自身あるいは家族の送迎によって対応できれば、それはそれでまた不満がない。ただ、今後、さらにいわゆる要介護度の高い患者とか、ストレッチャーでも運ぼうかというようなタイプの患者がさらに増えてくることは予想されますので、送迎をしようという施設はさらに負担も、それから経費も掛かるかもしれません。そういうときに、今、今回のディスカッションの中で出た案件としては、やはり本当に必要な方にはタクシー券を配ったり送迎をしましょう。でも、必要のない方にはひょっとしたら送迎をわざわざしなくてもいいのかもしれない。その切り分けをどうするのか。誰が判断するのか。それから、国や厚労省では多分難しいだろうという話も出ていましたので、じゃあ、そこは各地域の行政とタイアップして、何かいい方策を考えていこう。そういったことも必要なのかなとは思いました。時間がきましたので、次の話題に移りたいと思います。よろしくお願ひします。

② HD 患者の長期入院透析

日ノ下 長期入院透析の問題も現場では多々遭遇するんですけども、少なくともわれわれがやったアンケート調査では、522 施設だけで 5275 人入院されていました。従いまして、アンケートの回収率が 40% 強でしたから、下手すると全国に 1 万人前後の入院透析患者がいらっしゃるかもしれないですね。ただ、ご承知のように、昨年度までは長期入院透析がなかなか難しい形でしたので、診療報酬の改定がこの 3 月にあって、慢性透析患者が 1 日 100 点の管理料がつくようになって、これまで長期入院を認めていらっしゃった病院の先生にとっては少しは朗報だったのかもしれませんが、それだけ、入院を要するような、失礼かもしれませんが、放っておけない患者というのは結構いらっしゃるわけで、そういう方への対応はどうあるべきかというのがありますが、中山先生、いかがですか？

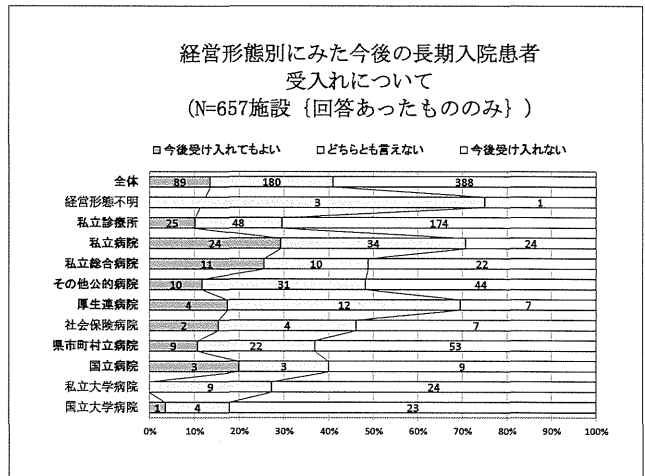
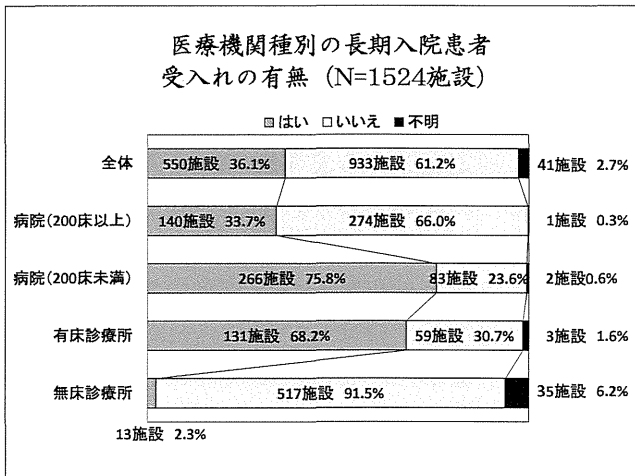
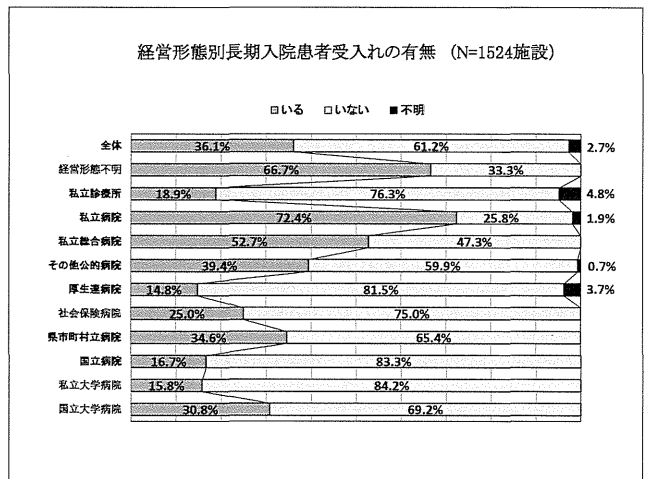
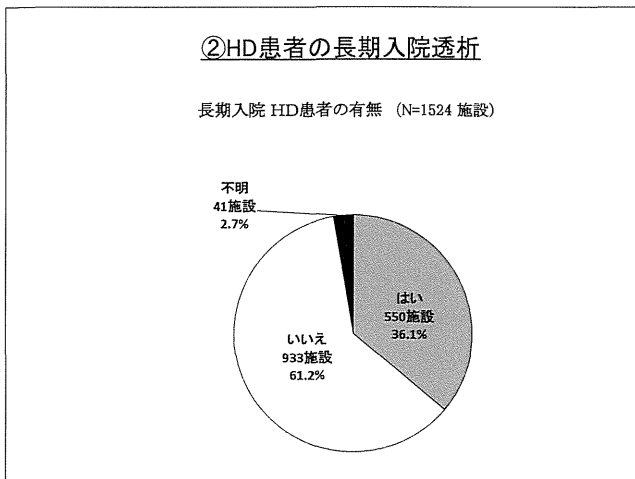
中山 最初に、ちょっとこの問題を議論する際に、いくつかもう少し明らかにしていただきたい

などと思うことなのですが、それは、なぜ長期入院しているかという根本的、基本的なポイントとして――。ですから、それが社会的な事情なのか、医学的な事情なのか。それらの事情であるとするれば、身体能力という、脳梗塞のために通院できないのが問題なのか、それとも、例えば心血管系の、特に心臓病のために、慢性の心不全のために通院が不可能になっているのか。あとは、それが今問題なのは、認知症が実際この中にどの程度含まれているのか。あと、社会的な問題としては、やは

り家族の支援が常識的な観点から見ても十分得られずに、いわば姨捨状態になっているのか。その辺りをもう少し踏み込んで、本当に必要な人、そして、もしかしたら透析自体の適応があるのか、ないのか。そういうことも含めた全体像が見えてくれば、適切な、真に長期入院が必要な方の入院、もう少しさらに煮詰められるのではないかなと思います。

日ノ下 ありがとうございます。今のご意見は、長期入院と一口にいってもいろんなパターンがあ

資料 2-②



長期入院 HD に対する各施設のコメントのまとめ (複数回答あり)

長期入院は受入れ困難	必要な患者は受入れている	仕方なく受入れている	社会的入院患者が増えている	長期入院透析施設が不足。必要だと感じる	透析患者受入れ福祉施設が増えて欲しい	医療法や診療報酬の改正が必要	その他	総計
62	61	26	43	157	49	62	65	389

- ### # HD患者の長期入院透析
- 1) 自宅からの通院が難しく、長期入院となっている患者が増えている。今回のアンケートで入院患者数を明記した522施設だけで、5,275人もいた。アンケート回収率から試算すると、全国で入院HD患者数が1万人を超えている可能性すらあるが、これをどうすべきだろうか？
 - 2) 診療報酬改訂前の段階では、入院HD施設が少ないとの声が多かったが、診療報酬改定(慢性維持透析管理加算の新設)でこの問題は解決できるだろうか？
 - 3) 診療報酬の改定で長期入院HDを受け入れる病院の経営は成り立つのか？
 - 4) 長期入院HDが可能な施設は、各地域で適正配置になっているのか？ 地域包括ケアとの兼ね合いはどうしていくべきか？

り得ると。場合によっては不必要な入院も含まれている可能性もあって、その原因を探らないというのは長期入院をよしとするか、あるいはよくないとするのか、見極めにくいというような話だろうと思います。ただ、実際に透析、うちの病院もそうなんですけれども、透析導入をしている大学病院や基幹病院の側からすると、大体長期入院透析を要する方っていうのは、本当の意味での、全くの社会的入院というのは少ないですね。例えば、脳卒中で通院が難しい、かつ一人暮らし。今、単身の高齢者が非常に増えていますので。しかも、経済的な余裕もなく、住まいもなかなか体の状態に合った施設を見つけにくい。あるいは経済的な理由から賃貸が難しい。そういったケースもありますね。あるいは、透析導入をしたはいいけれども、呼吸困難が続いて心不全もひどい。で、仮に送迎があったとしても通院は難しいだろうとか、そういった重篤な医学的問題を抱えた方が多い。実際に多くなっているかなという印象がありますけど。どうですか、横山先生の所とか。

横山 多分、国際医療研究センターも、そういう大学も、その病院に入院してくる時はいくつかの医学的問題を抱えていると思います。それを後方病院にご紹介する時には、やはりかなり安定していて、生活支援のためにご紹介するという場合も少なからずあると思います。都市部では、入院透析になると転院が余儀なくされることが問題です。地方ではかなりの割合で透析クリニックに入院ベッドを持っていて、患者が通院できなくなったら、通院していた透析クリニックに入院することになります。同じスタッフ、同じ病院に診ていただいて看取られるケースがかなり多いと思いますが、都市部はほとんど入院施設を持たないクリニックで見ているので、何かあるとクリニックから離れて入院する。そうすると、その入院した施設は自宅から遠い所になる。都市部でも周辺部に行くので、かなり家族も見舞いに行ったりできないし、最期の時には、面倒をみる医療スタッフのメンバーががらりと変わってしまいます。この長期入院の問題というのは都市部で地方とは違った問題を抱えているというふうに解釈しています。

日ノ下 ありがとうございます。都市部と地方では事情が違うかもしれないという話ですね。その辺り、いかがですか？ 杉崎先生、何かお考えありますか。先生も透析医会の立場から、そういう

調査をされていますね。で、論文にもされていますので。

杉崎 今回、医療改定が行われて、療養病床のところ、医療区分3が2になりましたよね。で、1日に100点付いたということで、私なんか、集計を取らせてもらった立場とすると、これで透析難民は居なくなるかなという感覚で点数のアップを見ていました。ですので、多分、今後は今の状態でいけば、いわゆる社会的入院という人達も少し吸収できてしまうのではないかなというふうに考えております。

日ノ下 ありがとうございます。社会的入院が果たしてそれを認めていいのかどうかという議論もあるのかもしれませんが。石津先生なんかどうですか？ 地方ではー。

石津 うちの病院は、以前、療養型もやっていたので、一般病床から老健まで、全部ある施設だった。で、この問題を考えるとき、ちょっと視点が変わってしまっていて、家に引き取れない長期透析の患者というくくりで考えて、その一部に長期入院という考え方があるのと、長期入院になってしまう方はどういう方かという、寝たきりだとか、インスリンの回数が非常に多いとか、胃瘻を行っているとか、そういう方がなりやすいんですけど、純粋に病院でないといけないという方はだんだん減ってくる。時間がたったら状態が安定してきたり固定化してきますので、なんとか施設で見ていただけないとか。そういうときにネックになるのが、一つは看護師さんみたいな医療スタッフが老健以外だとかかなり手薄になってしまっていて、夜の急変とかは非常に嫌がられるという問題と、あと医療費が、これは皮肉なことに、入院のほうが自己負担が安いんです。施設に居らしたほうがかえって医療の intensity は下がるのに、自己負担は周辺施設に出したほうがご家族にとって経済的負担が増えるということで、実際は病状的には移したくても、お金が安いから病院に居させて下さい。あとはうちの関連じゃなくて、どこか長期で入院できる療養病院に行かせて下さいという方が結構多くて、長く居たときに、そういう病状以外の部分が結構関わってくるというのが、そのいろんな階層施設を持っているから見ると問題かなというふうに思っています。

日ノ下 ありがとうございます。今、提起いただいたのは、一つは長期入院療養という形以外にも

形式を取った場合に、十分な看護ができないかもしれないという問題と、あと後半部は、経済的あるいは社会保障的な観点からすると、入院していたほうが返って得だと。本人もご家族のほうも。例えば、老健といますか、そういった施設に移して、通えるんだけれども、そういう形はあえて無理して取らないほうが、返って有利だということですね。先生はその矛盾に対して、もうそれはやっぱりおかしいから今後は変えていこうということですかね。

石津 そうです。難しいですが、ある程度期間が長くなった方は医療とか手のかかる程度に応じて、要するに経済状態が同じであれば、手がかかっているほうが慢性期に移行した場合には少し自己負担が多くなるか、同じか。逆転しているのはちょっとよくないんじゃないかなということか。医療費を全体で抑制するという観点から見てもよくないんじゃないかなと思います。せめて同じぐらいに上げていいんじゃないかと常々思っています。

日ノ下 なるほど。今回の診療報酬改定で、地域包括ケアを打ち出して、どんどん状態がいい人はそれほど濃厚でない治療の形式に変えていこうとしているというような形も示されていますので、その辺りが今後制度化されて病状に合った病院、施設を選ぶ、あるいは配置していくというようなことも行政としては考えてるのかなあ。やらなきゃならないのかもしれない。その辺りについて何か田中先生のお考えありますか？ 今の問題。かえって入院していたほうが安上がりという話もありましたが。

田中 これは、保健局医療課の問題になるので、持ち帰って担当の課にお伝えしたいと思います。

日ノ下 何かこの問題に関して、他の先生はご意見、コメントございますか？ ちなみに長期療養施設を設けていらっしゃるような有床診療所もしくは中小の病院の先生、もしくは医療者の方、いらっしゃいますか？ いらっしゃったら手を挙げていただけます？ いらっしゃいますね。何かご意見とかコメント、ございますか？

土屋 千葉県にあります300床ぐらいの規模の東葛病院という所で急性期透析、透析を行っているんですけれども、やはり高齢者だったり認知症であったり、ADLが低かったり、また社会保障の話もありましたけれども、さまざまな理由で治

療が長期化して、どうしても帰る場所が家の中になくなっていくという状況が出てきたときにどうするのかと。実際、後方病院というのも探せばあるんですけども、やはりあまりいい療養環境とは言えない所が多い特徴がありまして、そういう障害者の人権をどのように考えるべきなのかと。経済的なものとか社会的な現状とか、いろんなことが複雑に絡まっちゃってるんですけども、その人をどうしたらいいのかというのを常に。やはり長期療養もやらざるを得ないので、ある程度は受けながら、何とか中期に帰せないかというのが取り組んではいるのでんですけども、なかなか。やはり制度の谷間だったり、家族の会話力が核家族化で非常に薄かったり、あるいはもともと家族関係悪かったりとか、かなり厳しい状況が広がっていて、高齢化がこれ以上進んできたとき、一体どうなるのだろうかというのがかなり不安で考えています。

日ノ下 今のコメントに関して二つ質問があるんですけど、一つはこの春の診療報酬改定がいろいろなご苦勞、大変さを補ってくれるかどうかというのが一つと、もう一つは今のお話から致しますと、いったん長期療養になってしまった方がいろんな事情、ご家族の事情だったり、経済的な問題だったり、あるいは次の後方病院に移した場合、医療資質の内容とかで移しづらいとかありますよね。ですから、結局いったん置いてから、そのまま他へまた移さずに引き受けていることが多いというお話ですが、それは何か改革の余地はありますか？ その2点です。

土屋 急性期もやっている病院なので、点数が付いたからといってそういう方を集めるという方針はしておりませんので、多少追加というぐらい。変わらないんですけれども。今後、何かいい方法があるか。いい方法がないというのが実際のところじゃないかなと思っておりませんが、むしろ教えていただきたい。

日ノ下 先ほど壇上のパネリストの先生の中で少しお話が出ていましたけれども、いわゆる施設ですね。ある程度病状が落ち着いて、なんとか療養型施設ならいいだろうということで移そうとしてもなかなか受け入れてくれない。あるいは、受け入れる側のインセンティブがあまりないです。それから、移しても透析施設に通うのが大変だったり。その辺りはどうでしょうかね？ やっぱり

後方病院を、もしくは後方施設を充実させて、障害が残っている高齢の方を受け入れる病院あるいは施設に行ったほうが良いということがあっていいですかね。その辺りはどうですかね？

土屋 おっしゃるとおり、そういうやり方もあると思います。施設に入った上でその通院透析を継続することは介護保険の条件の縛りなんかがあって、その施設側の利益がどうしても取れないといったことがあります。あるいは、送迎に関して家族が裕福で、例えば経済的にそれが可能であれば、送迎に対応される方もいらっしゃるんですけども、結構な金額になるので、なかなか現実的には厳しい。やはり老人保健施設は難しいかなとか、送迎が付いている透析クリニックに移して欲しいとか、そういう形で現実的には動いているのかなと思います。

日ノ下 もう一步踏み込んでお尋ねしていいですか？ 介護保険の施設、例えば老健であったり、そういった施設がもし制度の改革で引き受けられると、やはり透析をやっている病院としては助かりますかね？

土屋 選択肢の幅が増えるという意味では非常にいいことではないでしょうか。

日ノ下 今はかなり難しいですよ。先ほどおっしゃられたように。

土屋 まだすごく少ない。

日ノ下 何か、壇上の先生ございますか。どうぞ。

須田 病院を出て介護施設に行けば、医療費が節約できると思われていますが、実は入居者は介護施設に対して一ヶ月に約 13 万円を支払います。さらにその施設に対しては介護保険から 30 万円程度のお金が支払われます。療養病床に居ても大抵は、医療費の総額が 35 万円ぐらいだと思いますので、ちっとも公費の節約になっていないんじゃないかと思うんですけど、いかがでしょうか？

日ノ下 それについてはいかがですか？ 他の先生。田中先生も何か？ 杉崎先生、いかがですか？

杉崎 やはりこれ、もう保険の根本的な問題になるので、医療保険と介護保険とか。やっぱり、何ていいますかね、厚生省も保険の取り扱いが二つに分かれてるんですよ？

田中 介護保険は老健局になります。

杉崎 そうですよ。ですから、ここら辺りをうまく対応してくれないと、僕ら、いろい

ろと不便を感じるし、患者もどうしてこれだけ負担が多いのっていうことになる。起こり得る問題ですから、ここら辺り、やっぱりもうちょっと田中先生にお願いしたいなど。**田中** 今、私、障害保健福祉部なので、今の立場からはお願いしにくいのですが、保険局の診療報酬改定が 2 年に 1 回で、老健局の介護報酬の改定が 3 年に 1 回で、平成 30 年に同時改定がございまして、そのときに向けて是非この現場の客観的なデータを集めて、ご意見を出していただければというところです。

日ノ下 介護保険を取り扱ってる部署と、医療保険を扱ってる部署の意見のすり合わせとか、あるいは現実的なギャップに関しての調整とか、そういうのは適宜行われているのでしょうか？ そういう改定がたまたま合致する年だけの直前だけ行う？

田中 それはよく、お役所は縦割り行政だと批判される場所ですけども、私個人的にはいろいろ連携を取るようにしております。今回、このパネリストとして参加するに当たっても、保険局医療課の先輩ですとか、老健局の先輩にもお話を伺っていますし、私の立場で答えられないことは持ち帰ってお伝えするというふうにしておりますので。今後もそのように取り組んでいきたい所存です。

日ノ下 他に何かフロアの先生から、是非この長期入院あるいはそれに関係した問題でコメントしたいという方、いらっしゃいますか？ 医療者の方でも、是非ご意見等がありましたら。

お話をまとめますと、長期入院も本当に適応がある方に関しては今後続けていだろう。それから、多少の慢性維持透析管理加算が付いたことによって、病院の形態によっては多少助けになる。かつ、そういうその入院を必要とするような患者の受け皿にはなるだろう。ただ、今後の問題として、例えば中山先生からお話がありましたけれども、単なる社会的入院だったり、あるいは病状が安定してきて、ある程度状態がよくて通えなくはない。あるいは施設入所とかっていう形で対応してもいいのではないかというような患者の受け入れが全然まだ進んでいないところがあります。地域によって異なると思いますし、またその老健とか病院、特養、全て一括して経営しているような所もありますので、そういう所ではなんとかやれ