

## (社)日本透析医会の現状と将来・その目指すもの

山崎親雄

この原稿は、本年、7月25日（土）に開催された大阪透析研究会で、特別講演として話された内容をもとに、一部改変し作成されたものである。

なお、(社)日本透析医会研修委員会では、各支部で実施される研修会に対し、年間10件について助成を行っており、今回の大阪透析研究会の特別講演も、この助成を受けて実施されたものである。助成を受けた研究会には、成果の報告が義務づけられており、この原稿はこれに従った報告書に代わるものである。

### はじめに

ご紹介いただきました山崎でございます。このたびは、(社)日本透析医会の副会長でもあります飯田先生より、毎回の診療報酬改定のたびに透析医療費は縮小されており、これに(社)日本透析医会がどのように関与しているのか不明瞭な部分も多く、一度、大阪透析医会の会員の前で、(社)日本透析医会の活動について説明をするようにとのご要望があり、本日、ここに叱られに参りました。ただ叱られるだけではいけませんので、ぜひご協力をというお願いもして参りたいと思います。

### (社)日本透析医会の事業について

ご存じのように、(社)日本透析医会は、厚生省保健医療局エイズ疾病対策課を監督官庁とする特定公益増進法人であります。エイズ疾病対策課は、臓器移植対策室があったり、阪神淡路大震災の時には、(社)日本透析医会からの情報を基に、透析施設の支援をしていただいたところで、腎不全などの難病対策も担当しております。

ところで、昨年10周年を迎えました(社)日本透析医会は、その設立に際しましては、表1に示すよ

うな事業が活動目的としてあげられました。これらの事業目的につきましては、現在それぞれの委員会として活動が継続されております。特に感染性の廃棄物処理につきましては、亡くなれましたが、当医会の常務理事でもありました白鷺病院の山川 眞先生が中心となって厚生省担当官と交渉し、原案ではダイアライザー・回路はすべて感染性廃棄物に分類されていたものが、専門家（担当医）の判断によって感染性か非感染性かを判断することになったものです。

表1 (社)日本透析医会の事業

- |   |   |
|---|---|
| 1 | 透析医療の適正化に関する調査研究事業<br>導入期審査・マニュアルの作成・診療報酬対応<br>廃棄物対策・倫理委員会・施設基準作成など |
| 2 | 地域医療システムに関する調査研究事業<br>災害時救急透析医療システム作成・合併症対策など                       |
| 3 | 腎移植普及推進に関する事業   |
| 4 | 腎不全予防医学の調査研究事業  |
| 5 | 研修等事業<br>研修会の開催・学術研究支援など  |
| 6 | 広報活動事業<br>雑誌およびニュース発行など   |
| 7 | その他   |

## 診療報酬改定への取り組み

さて、本日は表1にありますすべての項目についてお話をしておりますと、時間が足りなくなりますので、これ以降は、テーマを診療報酬に限りお話をさせていただきます。

まず、(社)日本透析医会の診療報酬改定に関する基本的戦略は、民間透析医療機関の経営安定と、これを通じて良質な医療を患者さんに提供することにあります。戦術といたしましては、(社)日本透析医会が先に述べました厚生省認可の法人であることから、日本医師会の了解を得た上で、保険局医療課との直接的な交渉に限り進めて参りました。従いまして、政治家を経由するという方法は全くっておりません。これは、歴代の会長をはじめとする理事会の基本姿勢であります。厚生省担当官との直接交渉は、時には暗黙の了解を必要とする事項もあり、交渉の経過のすべてを会員の皆様にお伝えできなかったことが、この問題に関する不明瞭な部分として、本日お叱りを受けるに至った次第と考えております。

## 過去の診療報酬改定に対する具体的交渉

透析の技術料は、昭和53年にいったん技術料とダイアライザー（回路を含む）が包括化され、昭和56年の改定時に、それが再び分離されました。この時注目すべき点は、それまで手術の項に分類されていた技術料が、処置料の項に分類され大幅にダウンしたことと、それまでは各都道府県での購入価の1/10で請求していたダイアライザーに公定償還価格が設定されたことにあります。それ以降の改定では、処置料に分類された技術料は原則的には据え置かれ、ダイアライザーの公定償還価格が、実勢価格調査に基づき次第に切り下げられてきました。こうした中で、(社)日本透析医会の診療報酬改定に対する要望・交渉は、ダイアライザーの切り下げに見合った技術料のアップを第一としてきましたが、

表2 診療報酬改定と加算点数

1	施設の経営に資する加算
①	夜間加算
②	休日加算
③	食事加算
2	スタッフの業務に関する加算
①	身障者加算（看護婦など）
②	水処理加算（臨床工学技士など）
③	除水調整器加算（臨床工学技士など）
④	導入期加算
3	ダイアライザーに関する加算
①	膜面積加算
②	滅菌加算

種々の理由により不可能でした。そこで、(社)日本透析医会は、進歩・変化する透析の技術やシステムに対する手当てとして、各種の加算やダイアライザーの分類による価格の維持を要求し、実現して参りました（表2）。

昭和56年の改定では、夜間加算とダイアライザーの滅菌加算および食事加算、昭和60年には導入期加算、昭和63年には、ダイアライザーの膜面積による価格分類と水処理加算、平成2年は休日加算、また慢性維持透析患者外来医学管理料が新設された平成4年の改定時は、身障者加算および外来の透析が、透析液などを含めて部分的に包括化された平成6年には、除水調整器加算が新設されました。ところが、これ以降の改定時には、加算点数として要求するべき比較的普及した技術はなく、平成8年の改定では、ダイアライザーの機能別分類による価格の下げ幅を抑制したことと、平成10年の改定では、慢性維持透析患者外来医学管理料の項目を増加させ、点数アップを要望するにとどまりました。なお、平成9年度の改定は、消費税率改定に伴うもので、技術料には手をつけられませんでした。ちなみに、大部分の加算点数は、その後、若干の点数の見直しがありましたが現在でも継続しており、特に水処理加算と除水調整器加算は、平成6年と平成9年の改定時に透析技術料に上乘せされました。

しかし、こうした加算点数にもかかわらず、ダイ

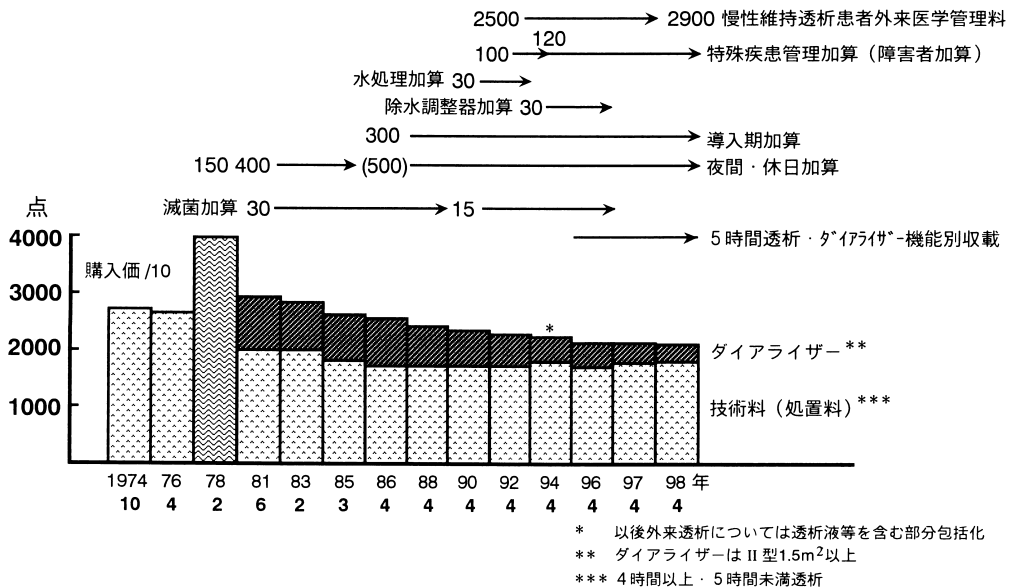


図1 透析に関する診療報酬の推移

ダイアライザー価格の引き下げはこれのプラス分を上回り、結局は、透析全体の点数を相対的に引き下げる事となっています(図1)。

現在の医療経済と透析の診療報酬

医療費の縮小は、なにも透析だけに限ったことではありません。しかし、なお透析患者数の増加傾向と、これに伴うr-HuEPOを含めた透析医療費全体の膨張傾向は続いております。表3は、厚生省が毎年、主として国保6月分のレセプトを抽出し、診療行為別に医療費を分類したものです。傷病中分類別にみる慢性腎不全医療費——種々の状況から、大部分は透析医療費と考えられます——は、全体では、例えば高血圧の医療費に比べれば低いのですが、1人当たりでは、他を圧倒して1位となっています。ちなみにこの分類では、悪性腫瘍はそれぞれの臓器別に分類されており、上位にはランクされません。中医協の場で透析医療費が注目される所以です。

しかし一方で透析治療には、他の医療にはみられない多くの設備と人員が必要です。これは、透析診

療所と一般の診療所を比較すれば一目瞭然で、このことには厚生省も理解を示しています。従って、他の医療以上にコストがかかっていることも事実です。ただ、これまでは透析医療機関の経常利益率が、一般医療機関のそれを上回っているという認識を厚生省はもっています。診療報酬改定の場合で最も大きな力の1つを有している日本医師会にも、同じような認識はあります。近年、身近に急激に規模を拡大している医療機関は、介護保険を見越した老人施設か、主として大規模に透析を扱う医療機関であることは、全国各地でみられる現象かと思われる。

こうした中で、技術料の据え置きはまだしも、ダイアライザーが今後とも引き下げられる根拠を、表4に示しました。ダイアライザーは、今年度の改定で17.5%のR幅が設定されました。II型1.5m<sup>2</sup>以上の公定償還価格が4,180円、消費税5%であることから、実勢購入価の平均は3,388円と計算されます。民間も公的医療機関もすべて含めてのもので、この数字が妥当か否かは各施設の判断に任せることとして、中医協の場では依然としてダイアラ

表3 傷病（中分類）別高点数疾患  
平成7年社会医療診療行為別調査

	傷病名	件数(A)	点数(B)	B/A	1995	1993
1位	高血圧性疾患	5,045,417	8,755,819,592	1,735	1位	1位
2位	脳梗塞	939,421	6,770,066,306	7,210	2位	2位
3位	腎不全	146,532	4,832,576,881	32,980	3位	6位
4位	糖尿病	1,579,494	4,619,829,423	2,926	5位	4位
5位	虚血性心疾患	1,011,878	4,192,362,783	4,147	6位	5位
6位	精神分裂病	408,770	3,792,589,424	9,296	4位	3位

表4 ダイアライザー価格

1	中医協基本問題小委員会でのヒアリング
①	良質のダイアライザーが使いたい
②	REUSEはNO
③	より優れたダイアライザー開発の余力
2	価格構成（回路を含む） 実勢価格の加重平均+17.5%のR 5%の消費税
3	価格の推測
II型 1.5㎡以上(¥4,180)	$= a(1+0.175) * (1+0.05)$
a	=3,388
II型 1.5㎡以上(¥3,540)	
b	=2,869

イザーは協議対象項目ですし、今年度も実勢価格調査は実施されることになっております（その後、ダイアライザーは、卸レベルでの納入価調査が実施されました）。薬剤・検査を含めた「もの」の差額縮小は、医療費の抜本改定の主たるものであり、次回の診療報酬改定でも、ダイアライザーなどの特定治療材料のR幅の見直しは必至と考えられます。

#### 次回診療報酬改定への対応

（社）日本透析医会の、次回の診療報酬改定への対応につきましては、①従来通り、②ダイアライザーを含めた全包括、③その他、が考えられます。

まず、①の従来の方式では、先に述べましたようにダイアライザーの価格見直しは必至と考えられ、この分が技術料のアップや、加算点数のアップあるいは新設などがない限り、総透析点数は減少することになるでしょう。ところで、医師の技術料である

手術料や放射線診断料は、今回の改定でもそれなりにアップしました。また、それぞれの職種の主たる技術料であるとされる点数——例えば臨床栄養士の指導料や、臨床検査技士による生体検査料——もアップされました。しかし、処置料については原則的に据え置かれました。透析は、先に述べましたように、昭和56年の改定で処置料に分類し直されており、今回の改定では、それでも管理が大変とされる入院出来高の場合のみ、10点がアップされたのみでした。このことから考えると、ダイアライザーの低下分が技術料に上乗せされることはほとんど不可能と思われ、従来の方式では、透析医療費の削減は避けられないこととなります。

②の全包括は、一般的にいて粗診粗療となり、医療の質が低下することが危惧されています。実際に、平成4年の改定では、外来透析が部分的に包括化され、これに即応して、透析液流量を減少させた医療機関があったことが国会でも問題となりました。一方で、出来高払いの時に、検査項目や頻度、低分子ヘパリンの使用頻度、透析液使用量が施設によってさまざま、このことを会計検査院が指摘するところとなり、この点に関して直接指導が実施されたことも事実です。大多数の、平均的で良心的な透析医療機関にとっては、どちらも迷惑な話です。しかし、こうした質的な問題は後ほど考えるとして、もし、現在の透析が、加算点数・手術・生体検査・画像診断を除き、そのまま全包括化されたとすれば、Erythropoietinやダイアライザーの差額は技術料に転嫁されたと考えることも可能ではないで

しょうか。ただし、そのためには質の担保が必要であることは当然です。

③については、従来とは全く違った見地から、診療報酬を考えてみる必要もあることを意味します。例えば、実際に外保連が従来より実施してきた方式ですが、透析をコストから考えて、必要な技術料を算定する方式です。この方式は、厚生省などが提案する医療保険制度の抜本改正にもありますが、コスト計算から算出された費用を、技術料、ホスピタルフィー、ものに区分し、診療報酬点数とするものです。透析1人・1回当たり、何人の医師と看護婦や臨床工学技士がどれくらいの時間必要かとか、透析1ベッド当たり、どれだけの広さが必要かなど、今後、時間をかけての調査が必要ですが、最も合理的な点数設定になると考えられ、(社)日本透析医学会では、これを事業として取り組むことが総会で承認されています。これ以外に③には、国家認定された臨床工学技士の技術料や透析看護料などを新設することも考えてみる必要があると思われます。

### 全包括について

今までに、透析の包括については何度も交渉の場にもでて参りました。ただ、平成2年の慢性維持透析患者外来医学管理料による検体検査の包括や、平成4年の外来技術料の部分包括は、それまでの出来高での請求では、検査内容や、透析液使用量、ヘパリン使用量などが施設により大きく異なるため、これを標準化するために実施したと認識されております。しかし、昨年の中医協でのダイアライザーに関する公聴会で、保険者側からは、「透析は包括が望ましい」という意見もでたと聞き及んでおり、かつ医療保険制度の抜本改正案には、外来といえども、糖尿病や高血圧のような疾患は包括が望ましいという見解も示されています。後者については、その後、日本医師会の強い反対で、「糖尿病や高血圧」という具体的疾患名が削除されましたが、入院急性期では、国立病院を中心とする10施設で、DRG/

PPSが施行されるのはご存じの通りで、透析を実施する慢性腎不全もこの対象となっております。

こうした流れのなかで、(社)日本透析医学会には、外来透析の全包括を考慮にいたした診療報酬改定への取り組みも迫られております。そこで、昨年のパイロット的な集計に引き続き、今年度も、支部のある全国31道府県・約100施設にお願いし、6月分の外来透析レセプトを提出していただき集計することが事業として承認され、現在実施中であります。果して、この集計の単純な平均値が包括点数として妥当か否かは今後の検討を要しますが、少なくとも現状の把握はできるものと考えています。

### 施設基準について

医療の包括には大きな問題があることはご承知の通りです。中でも、質の低下は最も危惧される場所です。例えば、ダイアライザーの再使用が行われるようになれば、世界一を誇るわが国の透析治療成績も、米国並みに低下することは、米国の透析自身が実証済みです。再使用を含めたダイアライザーの問題については、メーカーにとってより深刻で、現在(社)日本透析医学会では、工臓協と話し合いをもって、今後の対応を検討中です。

一方、ダイアライザーの再使用以外にも、透析の質を低下させる要因は数多くあります。そこで、(社)日本透析医学会では、透析医療の質に影響を与えられる項目について一定のスタンダードを設定し、将来の透析の質を担保したいと考えております。この透析医療の標準化は、(社)日本透析医学会発足時に提示した事業目標ともなっております。

施設基準の内容については、ハード部分とソフト部分について検討されており、ハードについては、設備・機器の他、病棟など同じように、透析ベッド1床当たりの面積なども検討対象予定となっております。ソフト部分については、職員数など「ひと」の問題と、治療目標（長期生存や合併症予防の指標となるHct値やKt/Vなど）について、検討を進

表5 透析治療スタンダード・透析施設基準の作成

- 1 米国透析治療基準 (DOQI) 翻訳中
- 2 安定期慢性維持透析保険診療マニュアルの改訂
- 3 施設基準の作成 (ワーキンググループによる作業開始)  
(案) ① 各種施設統計 (粗死亡率・入院率など)  
② 設備基準 (透析室面積・水処理・廃棄物処理など)  
③ 治療指標 ( $Kt/V \cdot \beta_2$ -MG・Hct など)  
④ スタッフ (看護婦・臨床工学技士など)

める予定にしております (表5)。

これらの施設基準は、透析の質の担保であると同時に、透析医療のあるべき姿を自ら示すものであり、これらが医療法上に明記された時に、初めて透析看護料や臨床工学技士の技術料が設定されと考えられます。また、臨床工学技士の技術料が明確にされて初めて、彼らの身分が保障されたものとも考えております。

#### 今後の医療経済と医療内容について

かつて、どの先進国にも見られなかった急激な超高齢化が進む中で、将来の医療や福祉や年金については、誰がどの程度負担し、誰がどの程度の恩恵を被るか、全く予想のつかないところであります。ましてや、わが国の経済が破綻しかけている現状では、こうした社会保障費と呼ばれる分野についても、例外なく縮小を迫られているのが財政構造改革と理解しています。こうした中で、単に透析医療費にとどまらず、すべての医療費とその負担が見直されようとしています。

1981年パリで開催されたEDTAで、「その国のGNPと透析患者数は比例する」という、当然ではありますが、しかし衝撃的な発表がありました。そこで示されたスライドによれば、当時国民1人当たりのGNPが約1万ドルであった米国や日本の人口100万人当たりの透析患者は約300人、約5千ドルの英国やイタリアでは約100人というものでした。「医療の質は、経済に依存する」という典型です。

今後、一層経済主導型の医療制度改革が進められ

表6 経済と医療の接点

- 1 医師としての職業倫理と経済行為としての医療の限界  
「どんな高価な治療でも命が助かるならかわらない」  
↓  
「90歳でも透析を始めるのですか」
- 2 市場原理の導入と公的介入  
「競争原理に基づく質の担保とコストダウン」  
↓  
「保険点数による公的償還価格」  
「保険者による施設選択≒米国HMOによるMANAGED CARE」
- 3 医師の経営と一般医療産業の介入  
「医の倫理に基づく質の担保」  
↓  
「経済理論に基づく効率性の追求」  
「質の低下と規模の巨大化」  
≒ダイアライザーメーカー経営の米国透析チェーン店」
- 4 公的医療保険のあり方  
「モラルハザード」  
↓  
「負担人口の減少」  
「患者負担増は必至」
- 5 財政配分について (政治との接点)  
「なぜ医療費までも?」「なぜ透析だけが?」  
↓  
「なぜ医療費だけがキャッピングをはずせた?」  
「医療産業は政治を動かせるか」

表7

「わが国の透析が、生存率で見れば世界一であるという透析医療の質の良さを守るためには、透析が、看護婦、臨床工学技士、栄養士、MSWなどのコメディカルスタッフと共に実践されるチーム医療の典型であり、かつ、医療技術的な問題に留まらず、患者の社会的、経済的問題をも考える、包括的・専門的医療であることを立証し、明確にする必要がある。」  
(社)日本透析医会雑誌 Vol.13 No.1 巻頭言)

るなかで、表6に示したような問題が、必ずやわが国でも発生してくることでしょう。ちなみに、これらの問題は、本年5月の第43回日本透析医学会の中で、山上征二先生(この時すでにご病気が重症で出席されず、その後、志なかばで逝去されました

ことはご存じの通りです。改めてご冥福をお祈り申し上げます。)と経済学者の瀬岡吉彦先生が仕掛人の透析医療経済に関するシンポジウムや、その打ち合わせの席で検討されたものです。

これらの問題をクリアーし、なおわが国の透析の

質が世界一を保つことと、透析医療機関の経営が安定することが、これからの(社)日本透析医会の使命と考ており、透析に関する平沢会長の思い(表7)をもって講演を終らせていただきます。ご静聴ありがとうございました。