

透析診療報酬の変遷と透析医会の歩み

平澤 由平

この原稿は、平成10年7月4日(土)ホテルニューオカヤマにて開催された、岡山県医師会透析部会平成10年度総会に際し、記念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。また、この記念講演は、(社)日本透析医会研修委員会の助成を受けたものである。

ご紹介いただきました平澤でございます。

当地には、以前にもお世話になったことがございます。今回は、今後さらに厳しくなると思われる透析の診療報酬や医療経済的な内容を含めて、話をして下さいという大森先生からの依頼を受けました。私自身、それほど詳しいわけではありませんが、いままで関わってきたことなどを振り返りながら、若干お話し上げてみたいと思います。

図1には、わが国の透析の歴史を示しましたが、これは、むしろ私自身の経験が中心となっております。

す。私自身の積極的な腎不全治療への関わりは、図1の上段に示しました昭和38年頃からの腹膜透析でした。当初はきわめてプリミティブな方法で、しかし次第に技術的にも進歩してきました。中段には、血液透析の発展を示してみました。ダイアライザーの変遷、機械の進歩、透析液の変遷、水処理やシャントの変遷です。下段には、保険診療についての推移を書きました。昭和40年に腹膜透析が、昭和42年に血液透析が保険収載されました。しかし保険家族についてはまだ自己負担が大きく、透析を

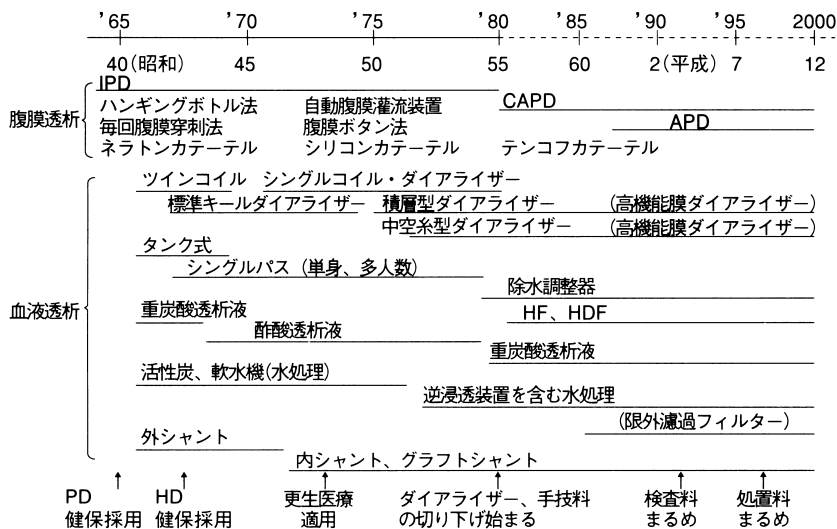


図1 わが国の透析療法の歴史、特に初期15年間における進歩

受けることは経済的に容易なことではありませんでした。昭和47年暮れに更生医療の適用を受けることとなり、これで経済的な問題はほぼ解決されました。したがって、この頃より急激に患者数も増加し、本格的な透析の普及期に入って参りました。

ちょうどその頃に、外シャントから内シャントに移行したり、ディスポーザブルなダイアライザーが登場してきたり、多人数用の透析液供給装置が普及し、透析の技術そのものが加速度的に発展し、これらの技術的進歩も透析の普及を支える大きな要因となりました。保険については、当時はその解釈が不明な部分も多く、ダイアライザーもかなり高価でしたので、患者数の増加と併せて透析医療費が増加することとなりました。しかし、さすがに高度成長期といえどもかさむ透析医療費が問題となり、昭和53年の改定で一旦ダイアライザーと技術料が包括化され、次の昭和56年の改定では、再び分離したダイアライザーと技術料の大幅な切下げが実施されましたことをご承知の通りです。それ以後は、技術料の切下げまたは据置と同時に、改定の度にダイアライザーの価格が切り下げられて参りました。そのほか、定期検査の包括や処置料と透析液などの包括が実施されてきました。

しかし、度重なる医療費の切下げにもかかわらず、治療法そのものの進歩や管理方法の改善により、透析治療の実績は上がってきていると考えます。われわれの施設の成績を示しますと（図2）、昭和40年代、昭和50年代、昭和60年代のそれぞれに導入された患者さんの5年生存率は、どの年代を取り上げても、時代と共に改善しております。同様な比較を糖尿病性腎症についてみましても、時代と共に成績は改善しております（図3）。昭和40年代には考えてもみなかったほどに透析患者の余命が、想像を超えて改善してきたこととなります。最近では、1990年の国民の平均余命のちょうど半分ぐらいの余命を示すようになっております（図4）。

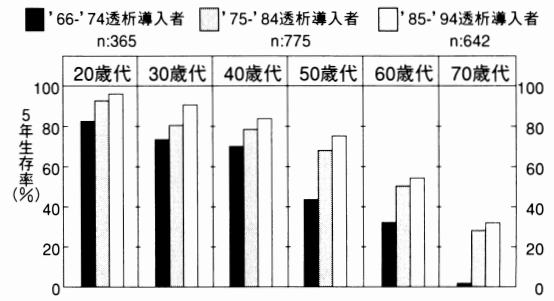


図2 慢性透析患者の5年生存率の治療年代別比較

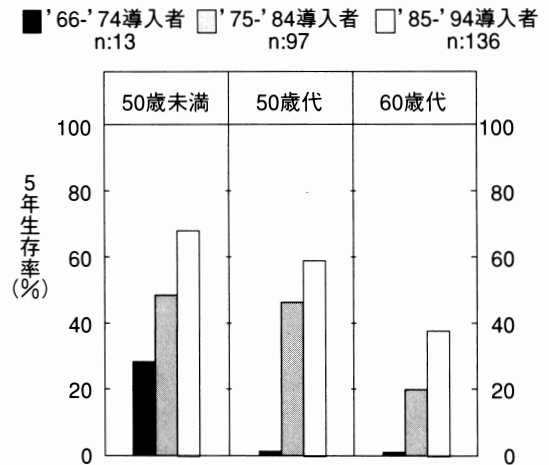


図3 糖尿病透析患者の5年生存率の治療年代別比較

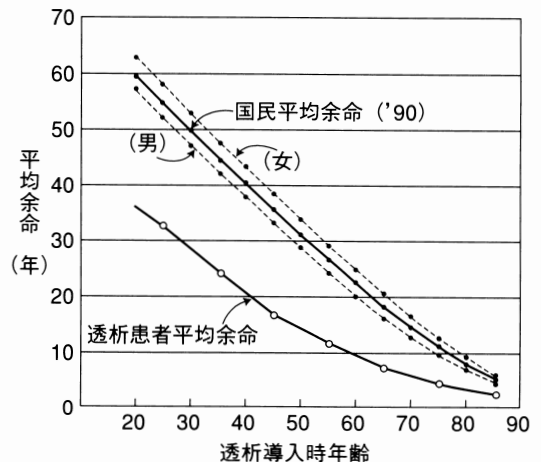


図4 透析患者の平均余命、国民平均余命との比較

たとえば35歳の一般国民の平均余命は45年程度ですが、35歳の透析患者の平均余命は23年程度となります。これはもちろん世界的にみてもっとも優

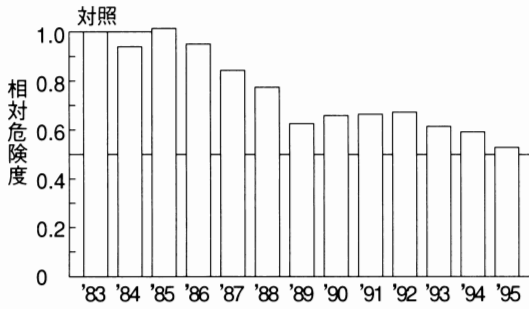


図5 透析導入年が血液透析患者の1年生存に与えるリスク（日本透析医学会，1997）

れた成績ではありますが、見方によってはなお健康人の半分の余命しかないということになり、それではまだ不十分と考えています。しかし、現在もなお透析患者の平均余命は延長していると考えます。私自身が診ていた患者でも、50歳で導入した方が27年の透析を続けておりますから、一般国民の平均余命の90%程度に到達しているといえます。また、65歳で導入された患者が今ちょうど80歳になりましたので、この患者については健康人と変わらない平均余命を全うしたことになります。こういう人たちを見ておきますと、まだまだ透析患者の長生きは可能と思われれます。

以上の成績は私どもの施設の経験でしたが、図5には日本透析医学会の成績を示しました。やはり過去10年位は透析導入の1年生存率に与えるリスクが低下してきており、つまり生存率が改善しているといえます。糖尿病性腎症を原疾患とする導入患者についても全く同様な結果が得られています。これは、昭和60年位からわが国でも高機能膜ダイアライザーが開発され、使用されるようになったことと、透析液作製のための水処理—徹底的な純水化—が多く施設で図られてきたことが大きな要因でしょう。また、導入年度別1年生存率が改善しはじめたころから、臨床的にエリスロポエチン（r-HuEPO）が登場しており、これが高齢者の生存率を顕著に改善していると推測します（図6）。診療報酬が下がったり部分的に包括されたにも拘わら

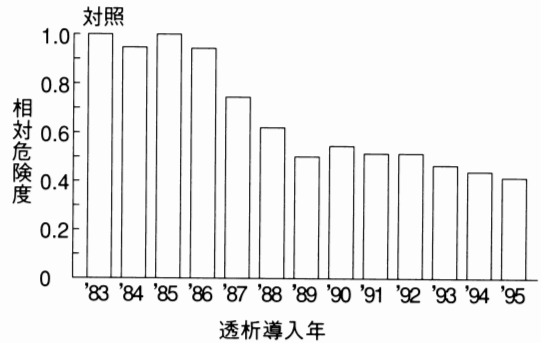


図6 透析導入年が75～89歳で導入された血液透析患者の1年生存に与えるリスク（1996年度日本透析医学会統計）

ず、治療成績が向上してきていることは、わが国の透析医療が概ね健全に発展してきたという気がします。

さて、もう一度透析に関する診療報酬の推移を振り返ってみますと（表1）、昭和42年に血液透析が保険収載されました。最初は手術料に分類された手技料が920点、ダイアライザーや透析液は購入価に応じた請求でした。しばらくこうした方法が続いた後、昭和47年暮れに更生医療が適用となりました。手技料はこの頃には当初の倍以上の2,150点になり、優秀でしかし高価なダイアライザーが出回るようになりましたので、技術料とダイアライザーなど、いわゆる「もの」を合わせて、一回の透析が45,000円以上にもなる状況でした。そこで昭和53年には、手技料とダイアライザーを包括して4,000点とし、次いで昭和56年の改定では再び手技料とダイアライザーを分離し、手技料は2,000点、ダイアライザーには初めて公定償還価格（特定保険医療材料としての点数）930点（膜面積1.5—2.0m²）が設定されました。この時の診療報酬改定では、透析の費用は約25—30%切り下げられたとされています。また透析の技術料は、診療行為別分類では手術料から処置料へと変更されました。以後透析の技

表 1 (外来維持) 血液透析の診療報酬(点数)の推移

	昭和 42.10	47.10	49.10	53.2	56.6	58.2	60.3	61.4	63.4	平成 2.4	4.4	6.4	8.4	9.4	10.4
処置料(1回) 手技料 透析液 生食水 抗凝固剤	920 使用量 " "	1840	2150	4000 (含 ダイ ライ ザー)	2000	1800	1700	1700	1700	1700	1700	2100	2080	2080	2110
ダイアライザー 滅菌加算	購入価	購入価	購入価		930 30	830 30	790 30	790 30	740 30	710 15	620 15	525 15	475 15	465	418
加算				150	400	400	400	500 300	500 300	500 300	500 300	500 300	500 300	500 300	500 300
夜間透析 導入期															
休日透析										500	500	500	500	500	500
食 事							60	60	60	62	62	63	63	63	63
水処理									30	30	30				
除水調整器												30	30	30	
特殊疾患管理											100	120	120	120	120
慢性維持透析 外来医学管理 (月)												2500	2500	2500	2900

↑
更生医療適用

術料は若干の切下げはありましたが、ほとんど変化することなく据え置かれてきました。しかしダイアライザーは実勢(納入)価格調査をもとに引き下げが続きました。

ここで、こうした透析診療報酬の切下げに対して、われわれ(社)日本透析医会(透析医会)がどのような活動を展開してきたかを少しお話ししてみようと思います。

昭和50年代になりますと、ダイアライザー価格がメーカーの言い値で設定され非常に高くなったり、医療機関に対しては大幅な値引きが実施されていたりしており、関係者の中でも、いつまでもこうした状況が続くことはないと考えられるようになりました。高価なダイアライザーの大幅な値引きは、透析医療機関の収入増となり、いわゆる長者番付でも各地の透析医療機関が名前を連ねるといふ現象がみられ、これに対して医師会の中からも批判が聞かれるようになりました。こんなことを続けていたの

では、むしろ将来の透析がやりにくくなるのではないかと心配もしました。そこで、昭和52年にこうした問題をまじめに取り上げ、将来的にはわが国の腎不全治療のあり方を厚生省などに提言するために、一方では、良質な透析医療が将来にわたって守られるために、都道府県透析医会連合会が設立されました。その後、昭和62年に連合会が改組・法人化され、(社)日本透析医会となっております。皮肉にも連合会ができた翌年の昭和53年には技術料とダイアライザーが包括化され、次の昭和56年の診療報酬改定で透析医療費が大幅に切り下げられ、その後もダイアライザー価格の引き下げが続いていることは、お話しした通りです。これに対して透析医会は、人工腎臓の点数に加算点数を加えるという戦術で、急激な価格の低下を抑制してきました。加算となった項目は、結果的には価格の抑制を緩和するものでしたが、良質な透析医療を支えるために、また透析患者のために有用なものでした。

表1の下段に示しましたものが、私どもの活動

によって認められた加算項目です。最初は滅菌加算です。これは昭和49、50年ごろから臨床の場で問題となっていたエチレンオキシドガス（EOG）によるアレルギーを防止するための合理的な要求であり、厚生省もこれを理解して加算点数となりました。ダイアライザーの滅菌に用いられていたEOGによるアレルギーについては、後ほどお示しします。それから夜間透析加算でした。社会復帰をする患者支援のために夜間透析を実施することは、職員の確保など透析医療機関にとって大きな負担となっていました。最初は昭和53年の150点から始まり、400点になり、昭和61年に500点となり、今日に至っております。導入期加算は昭和60年に新設されました。休日加算は平成2年度からとなっております。食事は透析医会の活動とは関係ない部分で加算として認められました。あとは水処理加算です。この水処理加算については、平成6年の改定時に大部分の施設がRO使用による水処理を実施していると認め、加算から技術料に上乘せされました。それから次の加算は除水調整器加算でした。この加算点数も、本年（平成10年）の改定時に技術料に上乘せされました。水処理加算も除水調整器加算も、良質な透析医療を提供するために重要な加算でした。また糖尿病性腎症や長期透析患者、高齢透析患者の増加により、透析中の介護度が高くなり、これを補う意味で、後に身体障害者加算と呼ばれるようになりました特殊疾患管理加算が新設されました。以上の加算はすべて透析医会がお願いし、つけられたものであります。透析手技料が処置料に分類されていたことと、透析医療費全体の膨張を考えると、ダイアライザーの価格引き下げに見合った技術料の増加は困難で、こうした加算という方法がとられてきたわけです。

ところで平成4年の診療報酬改定では、透析の定期的検査が包括されました。この問題は、検査の種類や頻度が施設によって、あるいは地域によって

大きく異なり、保険請求に相当の差があるということから始まっています。厚生省からは、どうして同じ治療をしているにもかかわらず大きな違いがあるのかという指摘を以前から受けていました。そこで透析医会では、この2～3年前から標準的な診療マニュアルを作ろうと考え、「安定期慢性維持透析の保険診療マニュアル」ができました。これをもとに検査を実施するように会員に呼びかけていたのですが、特に非会員施設では、検査が過多となる傾向にあったと記憶しています。そこで厚生省は、透析医会の作製したマニュアルを基準にして検体検査の包括ができないものかと透析医会に相談がありました。透析医会では、将来の透析診療報酬のあり方なども考え真剣に討議した結果、マニュアルにある検査点数+ α をつけていただくことで合意し、2,500点/月となりました。その次にはもっと深刻な問題が起きました。それは透析液と抗凝固剤を技術料に包括したいという厚生省よりの提案でした。この問題にも、通常ヘパリン、低分子ヘパリン、メシル酸ナファモスタット（フサン®）など抗凝固剤使用が施設によって大きく異なることや、透析液の使用量が地域によって違うことが背景にありました。こうした施設や地域による違いが会計検査院によって指摘され、監督官庁である厚生省に指導があったと聞き及んでいます。この問題を解決するために、透析技術料に、透析液・抗凝固剤・生理食塩水などの充填液を包括化したいという提案が厚生省よりあり、時間をかけて検討した結果、一定量の低分子ヘパリンやフサン®の使用を考慮にいれた2,100点の部分包括が平成6年の改定で実施されました。透析液使用量や抗凝固剤の使用量などについても、透析医会のマニュアルには記載してありましたが、現実的にはこれが遵守されなかったものと考えています。

さて、診療報酬改定に対する透析医会の対応についてお話ししてきました。果して正しい活動であったかご批判をいただきたいのですが、いずれにしま

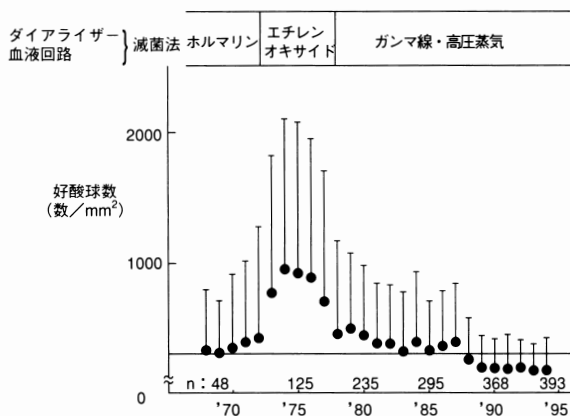


図7 慢性透析患者の末梢血好酸球数の推移 (信楽園病院)

しても低下するダイアライザー価格を補う加算の要求と、標準化に基づいた包括の受け入れを行ってきました。しかし今後については、技術料のアップのための方策や、適当な加算項目がなくなってきました。医療経済が逼迫する中で、今後はさらに厳しい状況が出て来る可能性があるかと危惧しています。

同時に、「もの」と「手技料」と「経営費用」を別にし、手技料についてはかかった人件費などを積み上げて算出するという診療報酬点数設定方式は、厚生省の今後の医療制度改革の中で検討されると思いますが、この点については、われわれ透析医会も未だ資料を持ち合わせていません。今後の透析医会はこの課題を解決して行く必要があると考えています。

図7には、先に述べましたEOGによるアレルギーについて示しました。昭和50年前後に、当時は主としてシングルコイルでしたが、EOG滅菌のダイアライザーを使っていたところ、好酸球の増加や喘息様発作が観察されました。これは私どもの施設に限ったことではなく、全国的に見られた合併症でした。このデータを診療報酬改定時に厚生省に示し、γ線滅菌や高圧蒸気滅菌へのインセンティブが働くような加算を要求した訳です。ダイアライザーの滅菌加算ができて以降、EOGアレルギーは解消

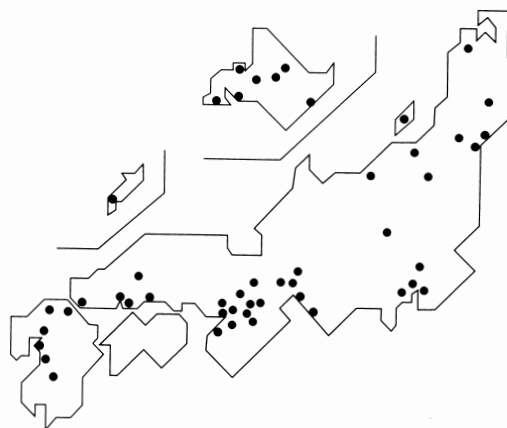


図8 水道水中のAlの高濃度地域 (50ppb以上)

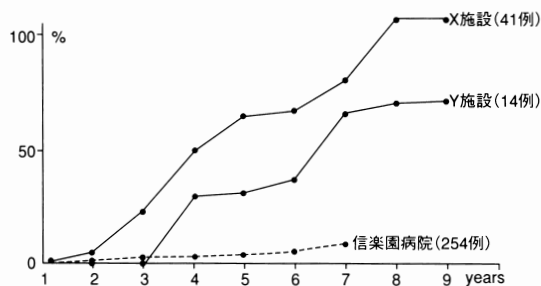


図9 透析患者の病的骨折発生率

されました。

次に、水処理の問題を図8に示しました。昭和55年頃だったと思いますが、透析医会が全国500程度の会員施設の協力を得まして、水道水と透析液のアルミニウム濃度を調査させていただいたことがあります。当時、アルミニウムの測定は技術的にはかなり困難で、北里ラボの研究所にお願いし、十分測定が可能であるという手技を確立していただいた上で、調査が実施されました。そうしますと、「ちょっと問題である」というレベルのアルミニウム濃度を示す水道水を用いている地域が日本でも決して少なくはないということが判りました。

図9は私どもの施設での経験ですが、水道水のアルミニウム濃度が高い地域の透析患者には、骨折を合併する頻度が高いということも判りました。こうしたアルミニウムの蓄積による骨軟化症やアルミ

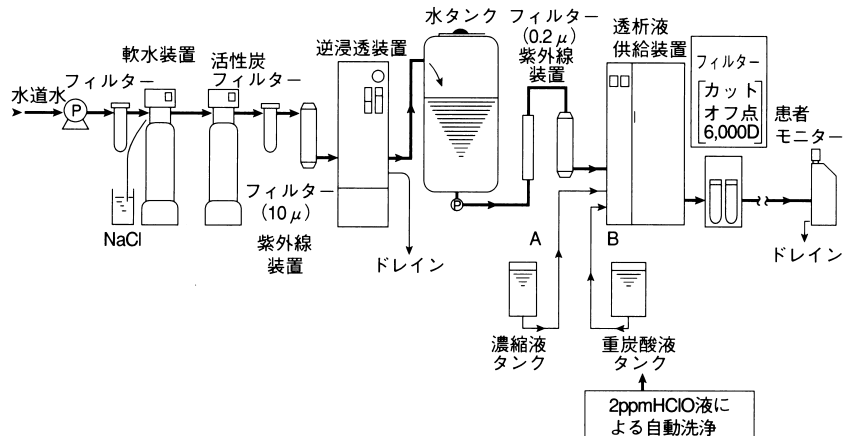


図10 水処理と透析液供給システム

ニウム脳症は、ROによる水処理装置（図10）を用いれば予防可能であるということで、透析医会は厚生省に対して、アルミニウムの測定とRO装置に対する補助をお願いしました。アルミニウム測定の保険収載は比較的容易でしたが、RO装置を用いた水処理加算が保険で認められるには、その後数年を要したと記憶しています。ところでこの時点ではアルミニウムの除去に重点をおいた要望でしたが、これに加算点数が認められ全国的にRO装置が普及したことは、今になって考えれば、はからずもエンドトキシンの除去にも大きな役割を果たしてきたこととなり、これがわが国の透析治療成績の優秀さをもたらした一因と考えております。学会などでこの話をしますと、日本の成績が優れている理由の一つに、きわめてピュアな水と透析液の使用が関係すると評価する海外の研究者もいます。

さて、わが国の透析患者数は依然として増加の一途を辿っています。お話ししたような成績の向上は、さらに患者数増加に寄与することでしょう。そこで今後の患者数の予測をしてみますと（図11）、2005年には20数万人に達すると予想されます。ただ、透析患者の年齢は高齢化し、導入患者年齢も高くなっております（図12）。保存期の治療が進歩し、導入年数が後ろにずれてきていることも関与し

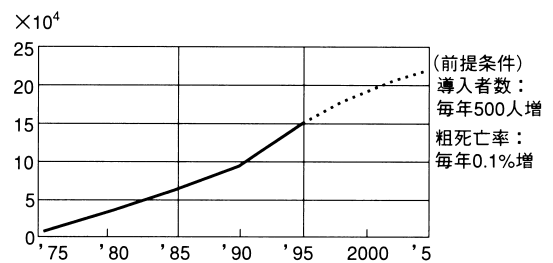


図11 透析患者数の推移と予想

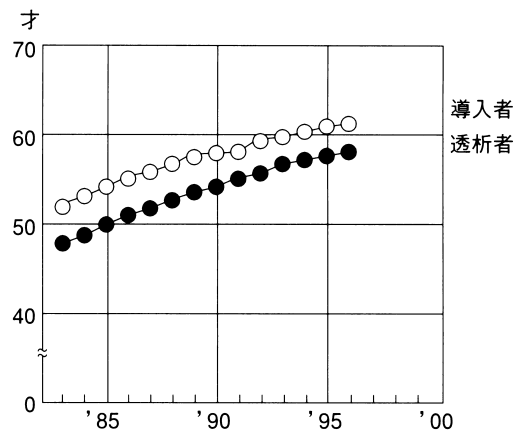


図12 慢性透析患者の平均年齢の推移
(日本透析医学会, 1997)

ているでしょう。いずれにしても、透析患者数は増加し、高齢化することが予想されます。また、透析歴の長い患者も多くなってきています。そうします

と、アミロイドーシスの合併は現時点では不可避です。図13には、アミロイドーシスのうち手根管症候群（CTS）のみの頻度を示しましたが、20年以上の患者の半数がこれを合併していることとなります。

以上のような患者数の増加と合併症頻度の問題もあって、透析医療費はさらに増加することが予想されます。たとえばダイアライザーについては、私どものハザードモデルを用いた解析では、公定償還価格の高い高機能膜を使った方がCTS合併のリスクを下げたり、死亡のリスクを下げるのが可能で、おそらく50~60%程度にリスクを下げるだろうという結果です（図14）。

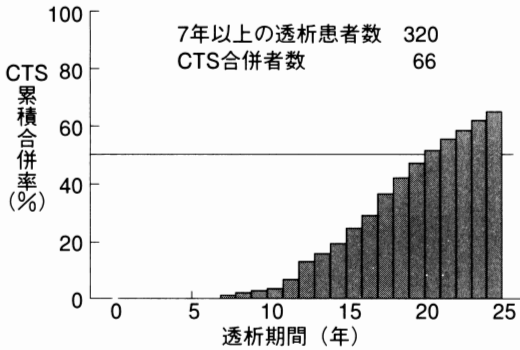


図13 透析期間とCTS合併率

さて、今までに話しました透析医療の将来を医学的な面から考えてみますと、透析患者の平均余命は明らかに延長して行きます。今、透析患者の平均余命が同年齢の一般国民の平均余命の50%程度であるものが、希望的観測では75%位になるかもしれません。このためには、貧血や栄養状態の改善とか、透析液の純化、透析膜の改良が必要です。おそらくこれからの透析医療の方向は、こうした方面に目が向いて行くと思えます。透析患者の平均余命が、同年齢一般国民の75%程度となれば、腎不全に対する透析医療は非常に良い治療法であると断言できると考えます。また、最も重要な合併症であるアミロイドーシスの問題も、透析膜の改善や、透析液の純化にかかっていると考えます。もっと良いダイアライザーへの要望はかなり強く持っています。どの程度まで進歩するかわかりませんが、構造上の工夫などが加われば、まだ性能は向上します。また、今後一層の透析液の純化が必要ですが、一つには限外濾過膜による透析液からのエンドトキシンの完全除去であり、もう一つは、カプラーの改造と考えます。現在のカプラーでは、構造的な理由で消毒が十分に行われず、細菌の繁殖を止めることはできません。この他、もっとβ₂-MGを除去するという

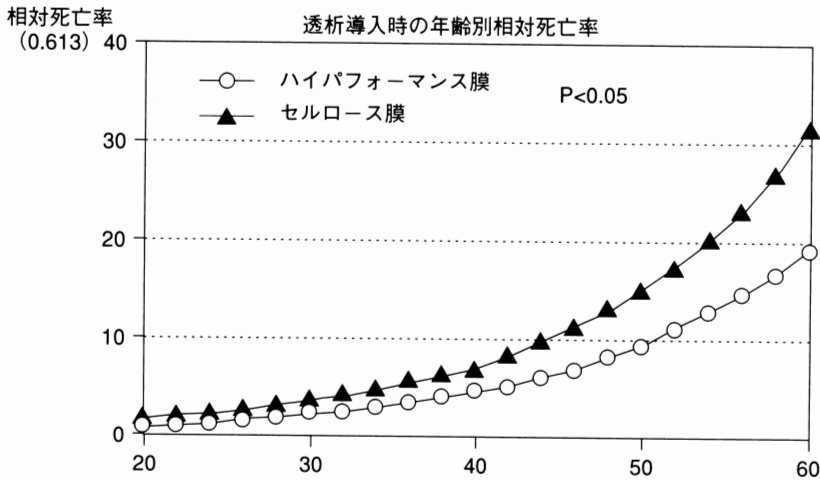


図14 透析導入時の年齢別相対死亡率

目的で、HDF や頻回透析が実施されて行くと思います。アミロイドの AGE 化を抑制する薬物や、活性酸素の発生を抑制する薬物の登場も期待されます。もう一つの合併症である骨の問題については、まもなく検討が始まろうとしている Ca レセプターアゴニストなどが近い将来使用されるようになるでしょうし、新しいリン吸着剤も登場してくるものと思います。ブラッドアクセスの問題は、透析療法の永遠のテーマです。長期生存のためには良いブラッドアクセスの確保が必須ですが、ステントなどの利用により、一層の進歩が期待できます。いずれにしましても平均余命が延長しますと、こうした合併症対策が重要になってくるとともに、治療そのものはコストがかかるものになってくるとい問題があらわして生じてくることとなります(表2)。

私どもは、今日のわが国透析療法の治療成績は世界一であり、これは、今まで透析に関係した医師やコメディカルスタッフの努力によるもので、誇りと考えておりますが、国民総医療費に占める透析に関する医療費比率からみると、コストがかかりすぎているという見方もあります。厚生省は、時あたかも2,000年を目標に、診療報酬体系の見直しを含めた医療制度の抜本改正を実施するとし、医療審議会な

表2 透析療法の将来

1	平均余命の延長 国民平均余命の50%(現在)→75% 貧血、栄養の改善
2	透析アミロイド症の予防 ハイパフォーマンス ダイアライザー 透析液の純化 血液透析濾過 頻回透析 薬物
3	腎性骨症の予防 Ca レセプターアゴニスト リン吸着剤
4	ブラッドアクセスの保持 ステントの進歩

どで議論が進められております。表3は診療報酬体系の見直しに関する与党医療保険制度改革協議会案ですが、厚生省案もほぼこれと類似したものになっております。与党案の中でも重要と思われる項目について抜粋してみました。診療報酬については、「技術料」と「もの」と「施設管理費用」を分離した体系が原則とされています。「もの」の適正価格については、近い将来にある程度は明確にされると思います。改定毎に実施されてきたダイアライザー価格の切下げは、これに先行しているものと思います。特に薬剤については、参照価格制度など償還限度額を一定に制限し、それ以上高価な薬剤については患者負担とするという制度などが検討されています。その他、医療機関の機能に応じた評価体系一大病院は大病院らしく診療し、中小病院や診療所はプライマリーケアとか、病院の特性に見合った

表3 診療報酬体系の見直し
与党医療保険制度改革協議会(与党協案、H9)
医療保険福祉審議会制度企画部会

1	見直しの方向 (1) 医療技術の評価 (2) 医療品、医療材料(もの)の価格の適正化 (3) 医療機関の投資的費用、維持管理費用の評価
2	医療機関の機能に応じた評価体系 (1) 大病院:入院重視、外来は原則紹介制 (2) 中小病院、診療所:外来はプライマリーケア機能を重視、入院は病院の特性、診療科の特性を重視
3	疾患の特性に着目した評価体系 (1) 急性期医療:出来高払いと定額払いの最善の組合せ、入院の疾患別定額払いの導入 (2) 慢性期医療:入院は定額払い、外来は出来高払いを原則 (3) 急性、慢性、入院、外来の区別にとらわれず、診療行為の定型化、標準化が可能なものは、原則として定額払い制を導入
4	薬価基準制度の見直し 償還限度額を定める制度の導入

診療を一が考えられ、これは今までにも、医療法の改定時に実施されてきています。次に疾患の特性に着目した評価体系として、急性期医療と慢性期医療に区別し、特性に見合った支払方式が提案されています。与党協案は、厚生省案とも異なりますし、中央社会保険医療協議会（中医協）の場でも様々な意見があって検討中ですが、急性期入院の疾患別定額払い方式の導入が掲げられております。急性・慢性、入院・外来にとらわれず、診療行為の定型化・標準化が可能なものは、原則として定額払いという案も出てきており、このことを含めて、いままで述べてきた診療報酬体系の見直しは、透析にとっても大きな影響をもたらすものと考えております。

ところで、当地の国立岡山病院の先生方も関係していると思われませんが、国立病院を中心とした10病院で、「急性期入院患者に対する診断群分類別定額払い」方式（いわゆるDRG/PPS方式）の試行が中医協基本問題小委員会で検討されています（表4）。この方式は、急性期の入院患者について、これを診断群分類をもちいて分類し、診療報酬を定額で算定するものです。支払額は、基礎償還点数と相対係数および調整点数からなっています。基礎償還点数（A）は、収集された資料から対象診断群に該当するレセプトを抽出し、このうち包括されるべき項目についての総点数を一件当りの幾何平均として算出したものです。診断群分類Xの相対係数

（B_x）は、診断群分類Xの診療報酬の幾何平均値を先のAで割ったもので、診断群分類Xが全体の疾患群の平均に比してよりお金がかかるか、あるいは安くてすむかを—ある意味ではより重症か軽症かを—示す指数となります。調整点数とは、たとえば看護料については2.5:1看護を基準にして点数が設定されており、2:1看護を採る施設ではその差額が調整点数として加算されることとなります。ちなみに透析については、1,000点以上の処置料は定額から外されており、別に出来高で請求されることとなっています。またそれぞれの疾患群には、特定入院期間が設定されており、これは診断群分類Xの平均入院期間+2SDとなっています。いずれにしましても、これら点数算出の基本は現在の診療報酬点数が基本となっておりますので、今回の試行では一件当りの医療費の削減は不可能でしょうが、平均在院日数は短縮されると想像されます。（その後のDRG/PPSの試行は、平成10年11月から実施されました）

さて、透析についても全包括の可能性がささやかれております。透析医会でも、もしこの問題が現実化した場合を考え検討を始めました。図15,16,17には、全国25医療機関の、平成9年6月の外来透析レセプトを集計し解析した結果の一部を示しました。集計前の印象としましては、高齢者や糖尿病性腎症、あるいは透析歴の長い患者で治療費もかかると考えていました。もし、透析を全包括する事態になっても、これらの疾患群は別点数が必要であろうと考えた訳です。結論的には、夜間加算と手術を除けば、病院と診療所の請求には差がなく、年齢による差や、透析歴による差はありませんでした。糖尿病性腎症については、在宅自己注射を請求する患者を糖尿病性腎症としますと、非糖尿病性腎症に較べて、やはり若干高い請求となっています。糖尿病性腎症で、在宅指導料・身障者加算請求比率、注射や内服薬が高いと思われま

表4 「急性期入院医療の定額払い方式の試行」
実施要綱（案）
中医協、基本問題小委員会、平成10.6.26

診断群分類に応じた定額報酬の算定方式：		
基礎償還点数 (A)	診断群分類に応じた相対係数 (B)	調整点数 (C)
A = 診療報酬点数の総和 ÷ 相対係数の総和		
B = 診断群分類 X の診療報酬点数の幾何平均 ÷ 全診断群分類の診療報酬点数の幾何平均		
C = 加算, 手術など		

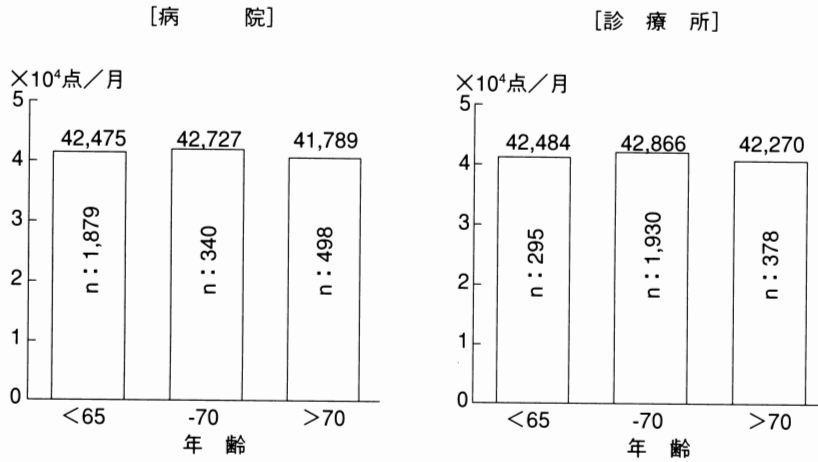


図15 年齢階層別・外来血液透析・診療報酬平均点数(月)
(夜間, 手術点数を除く. 12回透析の場合も含む)

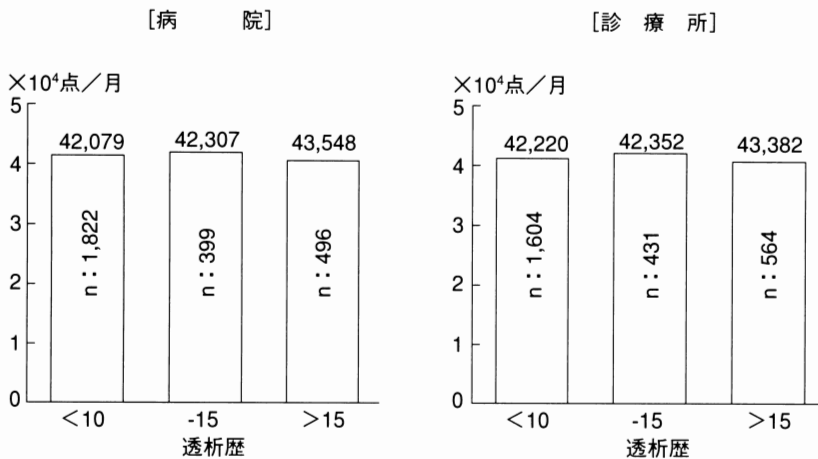


図16 透析歴階層別・外来血液透析・診療報酬平均点数(月)
(夜間加算, 手術点数を除く. 12回透析の場合も含む)

こうした解析をもとに, もし透析が包括化される場合には, 表5のような問題を検討しておく必要があります。たとえば, 要介護者など手のかかる患者については, 現時点では身障者加算(特殊疾患加算)の有無のみが差として出てきているに過ぎません。果してこれだけでよいのか? もっと対象患者を増やす必要はないか? 人件費を考えるともっと点数を上げる必要はないか? などが検討されるべきです。また, 合併症治療のために手間がかかる,

あるいは材料費がかかる場合—たとえば r-HuEPO やリクセル®, HDF など—は, 同じ点数でよいのか? などの検討が必要になります。一方, CAPD に係わる診療報酬については, HD との相対的価値を比較した価格の再設定が必要でしょう。もちろん, 全包括で最も問題となる点は, 医療の質の低下が懸念されることです。これを医師のモラルや, 医療機関の姿勢だけで抑えられるか? という問題は必ず派生して来ることでしょう。

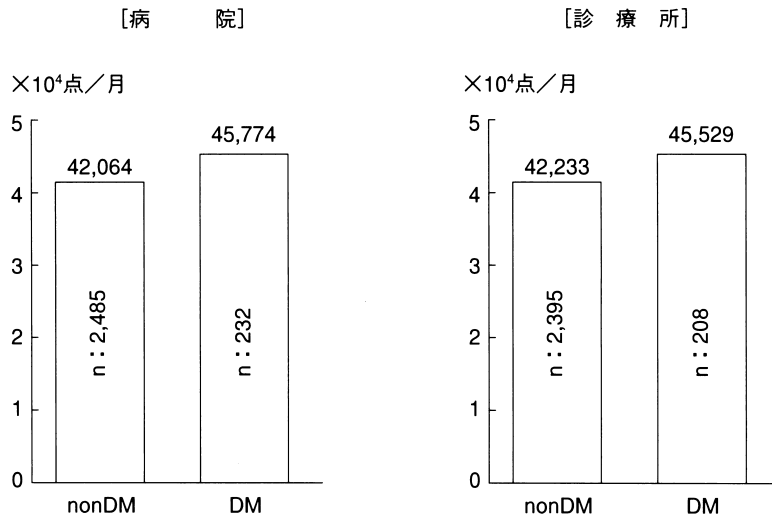


図 17 DM（在宅インスリン）有無別・外来血液透析・診療報酬点数（月）
（夜間加算・手術点数を除く。12回透析の場合も含む）

表 5 外来透析療法の定額化で検討すべき点

- 1 要介護者、合併症者の取り扱い
特殊疾患管理加算でよいか
条件の再検討が必要か
- 2 r-HuEPO, リクセル®, HDF など高額となる治療の取り扱い
亜分類とし、相対係数を用いて対処するか
- 3 CAPD, APD の取り扱い
- 4 粗診、粗療の防止対策

さて、包括の場合、ダイアライザーの再使用の問題も重要です（表 6）。平成 9 年 10 月の中医協でのヒアリングに際して、米国で再使用できるものが、日本でなぜできないのかという質問がありました。たしかに今米国では、メディケアの対象者の 70%～80% にダイアライザーの再使用が実施されています。しかし種々の状況から判断しますと、再使用をやってもよい、または、差しつかえがないとは言いきれません。安全性に対する疑問もいくつか投げかけられています。細菌感染で死亡した例や発熱反応のほか、持続的にパイロジェンが血液へ移行することにより長期の臨床症状が出て来たり、消毒液に

表 6 ダイアライザーの再使用について
言われている問題

- 1 安全性
細菌感染、発熱反応、パイロジェン流入、アルブミン喪失、透析効率低下
- 2 法規制の現状
イタリア、スペインでは法規制
英国、フランスでは好ましくない旨の通達
ドイツでは DIN 基準を満たさないので殆ど再使用されない
- 3 経済性
再使用の実際コストは見かけより高い（副作用に対する費用など）
- 4 倫理性
インフォームド コンセントが必要（スウェーデン、オーストラリア）
- 4 予後
患者の生存率の低下がみられる
死亡率は 10% 増加
死亡相対リスクは 1.07～1.15
（残留過酢酸の毒性か）

よる変性した自己蛋白による自己免疫疾患の発生が示唆されたりしています。そのほかアルブミンが喪失しやすくなったり、反対に目づまりなどにより効率が低下するとされています。ヨーロッパでは再使

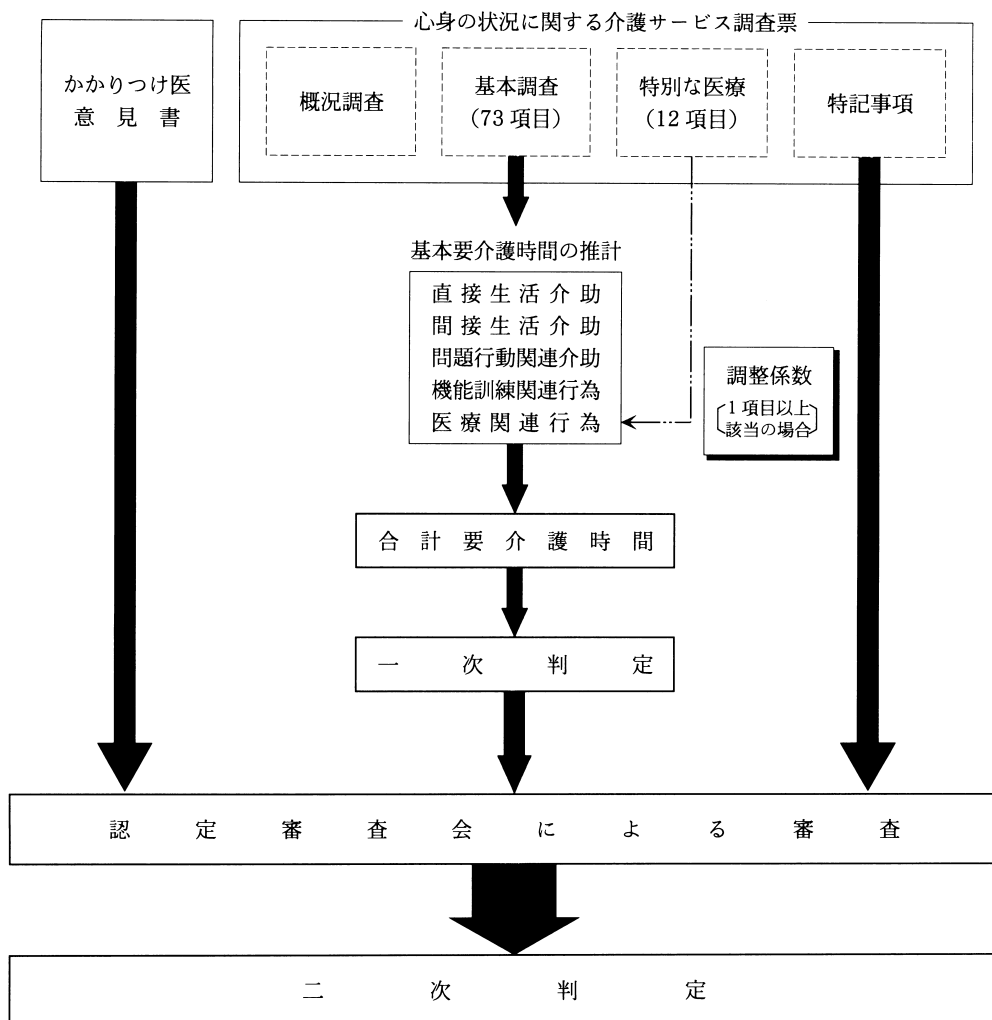


図18 要介護認定の流れ（案）

用の問題については否定的な国が多く、イタリアやスペインでは法律で禁止されています。英国やフランスでは法規制こそありませんが、好ましくない旨の通達が厚生省から出されています。ドイツでは好ましくないという臨床検討に基づいて、実際にはほとんど再使用はありません。再使用は一見経済的と考えがちですが、実際にはコストがかかる上、たとえば発熱や感染症に抗生物質を用いるとなれば、かえって不経済であるとも評価されています。スウェーデンやオーストラリアでは、副作用も含めた十分なインフォームドコンセント後に再使用が実施され

ています。単に副作用の問題だけではなく、再使用群では死亡に対する相対リスクが高く、これは消毒に用いる過酢酸の残留毒性によるためではないかとも言われています。中医協のヒアリング以来、ダイアライザーの再使用については透析医会に課せられた宿題であると理解していますが、以上のような理由から、不可と考えております。なお、現在諸外国の実態を調査中であります。

ところで、透析患者の長期生存が可能になり、導入患者の高齢化や糖尿病性腎症の増加が問題になり

ますと、医療だけではなく介護が重要になってきます。平成12年からの介護保険の導入は、透析にも大きな影響を与えるものと想像しております。図18は介護認定の流れを示しております。現在全国で、行政と医師会がタイアップして介護認定の試行が実施されていますが、当地では草野先生がお詳しいと聞いております。こういう流れの中で透析患者についても介護認定が行われるはずですが、また、65歳未満の方でも、表7に示すような病態の方は介護保険の適応になるとされ、糖尿病性腎症による透析患者以外でも、脳血管障害、閉塞性動脈硬化症、骨粗鬆症による骨折など、透析に深い関係を有すると考えられる合併症もあり、今後透析患者が介護保険の中でどの様に位置づけられるか、注目される所です。

さて、本日の主たるテーマであります透析医療の経済的な問題を整理してみますと、表8のようになると考えます。まず第一は、現在の部分包括が果して全包括に向かうかどうかという問題です。慢性疾患で治療の定型的なものは包括が望ましいという意見がある反面、「もの」と「技術料」は包括すべきではないという原則的な考え方も示されており、現時点では全包括の可能性は不明です。しかし、もし全包括された場合にでも、透析医療機関の経営が成り立つと同時に、診療の質が低下することがあってはなりません。透析の質が低下しないための方法を、いろいろな角度から検討して行く必要があります。

ダイアライザーの価格については、先にもお話ししました中医協基本問題小委員会の席上で、現状と問題点について述べさせていただく機会がありました。指摘された問題の一つは、ダイアライザーのR幅と実勢調査価格幅が、他の特定保険医療材料に比べて大きすぎるといことでした。しかしこれは、ダイアライザーの機能別分類が問題であると考えます。つまり、新しく開発された高機能のものが高価

表7 考えられる特性疾患の候補疾病

- 初老期の痴呆（アルツハイマー病、脳血管性痴呆など）
- 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞など）
- 筋萎縮性側索硬化症
- パーキンソン病
- 脊髄小脳変性症
- シャイ・ドレーガー症候群
- 糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息など）
- 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- 慢性関節リウマチ
- 後縦靭帯骨化症
- 脊柱管狭窄症
- 骨粗鬆症による骨折
- 早老症（ウエルナー症候群）

表8 透析医療の経済的問題

診療報酬の包括化
部分包括 → 全包括
外来、入院、合併症、治療法加算制
ダイアライザー
機能別価格制
参照価格制
リユースの適否
要介助者のサポート
介護保険制度

保存期治療の推進

格であることは当然で、これを従来のもので一緒に分類すれば、同じ分類の中で価格幅が大きくなることは当然と思われます。また、ある程度は自由市場の中での購入ですから、購買力の強い努力する医療機関と、そうでないところでは、自ずと納入価格に差があり、実勢調査価格には一定の幅があると考えます。むしろ、より高機能なものをⅢ型として分類すれば、納入価格幅も縮小すると提案もしましたが、特に支払者側委員からは、改めてⅢ型へのシフトが生じ、医療費はさらに膨らむ可能性があることを危惧した発言がありました。もしⅢ型を新しく分

類するなら、参照価格制度を導入し、より高価なダイライザーについては、患者負担の導入を考えるべきであるという感想も聞かれました。日本の透析治療成績は世界に誇るものであるという主張も、だから医療費がかかってもよいということにはならず、なかなか容易ではないというのが実感です。ダイライザーの再使用の問題もこの時に出された質問で、これについてはさきに述べた通りです。

それから、介護保険の問題についても、透析は原則的に医療であるから関係ないということではありません。要介護者の入院や通院介助は透析患者の介護問題にとって、とても深刻な問題になってきております。いつ、どのような問いかけ、あるいは問題提起が起こってきても、これに対応できるように透析医会では準備しておく必要があります。

こうした透析の問題とは別に、透析に関与する医師は、改めて保存療法について考える必要があります。今、透析医会では、導入期審査を実施している数県に補助金を出しており、新潟県でも更生医療の審査を兼ねて、その導入が妥当であったかを評価しています。この審査で感じることは、以前に較べて保存療法が上手になっていると思いますが、なかにはもう少し保存療法を上手にやれば、透析導入時期がさらに延長すると思われる症例もあるという印象を持っています。

さて、透析医療経済の問題を中心にお話しして参りましたが、最後に（社）日本透析医会会長として一言皆様をお願いを申し上げて、私の講演を終わりにしたいと思います。

私ども（社）日本透析医会は、昭和52年に都道府県透析医会連合会を作ったところから始まります。できるだけ多くの賛助者を得て、強い力で独自に厚生省へ提言できる立場を作りたいというのが本当の目的でした。各地にお願いに参りましたが、医師は医学の勉強をすればよいことで、経済の問題などに関係するなどもってのほかである、というお叱

りを受けたこともありました。それでも少しずつこれに同調する方々が増加してきておりましたが、昭和56年の大幅な透析医療費の引き下げの時点では、全く無力感を味わいました。なんの相談もなく、透析医療費を1/4削減、30%削減、中には50%削減などという情報が飛び交い、混乱させられました。当時は透析医療機関の経営に対して批判的な人たちも少なくありませんでした。こうした状況下で、透析医療機関の経営の安定と、質の高い透析医療を守るためには、どうしても社団化する必要に迫られました。昭和57年に始まった社団化の運動は、昨年亡くなられた元厚生事務次官の翁先生など、多くの方々の支援を受け、昭和62年に保健医療局疾病対策課管轄の社団法人として認可されました。以来、診療報酬改定時には、われわれの提言や要望が全く無視されるという状況はなくなりました。厚生省にとりましても、できる限り良い医療を提供することこそが業務の本質であるという認識があり、われわれの提言がそのために役立つことに気がついていただけたと考えています。災害時対策や診療マニュアルの作製などはその一例です。診療報酬改定時のダイライザーの引き下げに見合った加算の新設が行われたのは、私どもの運動の成果と考えています。しかしこれからは、日本の経済、特に医療経済が逼迫する中で、今まで以上に透析医療に対してプレッシャーがかかる可能性もあります。これに対して厚生省に提言あるいは要望をする際に、（社）日本透析医会の力量が問われることとなります。（社）日本透析医会の力量とは、質の高い提言と会員数であると言い換えることができます。未入会の先生方につきましては、ぜひ（社）日本透析医会に入会していただき、また新しい目での提言をしていただくように心からお願いする次第です。よろしく願い申し上げます。

本日は長時間にわたりご静聴いただき、有難うございました。

（終り）