

透析医療はどこへ向かうのか

大平整爾

(社)日本透析医会 副会長／札幌北クリニック

key words：透析医療の多様化，診療報酬制度の枠，医療費負担の再考，医療制度改革

要旨

わが国における腎機能代替療法は腎移植の伸び悩みから，慢性透析療法殊に慢性血液透析療法が主体となつて経過してきている。

慢性透析療法が本邦に導入されて約 30 有余年が経過し，この間，本療法は種々の領域で目覚ましい進歩・発展を遂げたと言えるであろう。技術的な進展が延命を生み患者の社会復帰を促進したが，健康保険の適用拡大により透析患者数は日本透析医学会が統計を取り始めた 1968 年以降一貫して増加の一途をたどっている。患者の高齢化・糖尿病性腎不全例の急増など対象患者群に大きな変化が認められ，一方では「透析医療費の高騰」がしばしば話題の俎上に乗り診療報酬改訂のたびにマイナス査定が繰り返されてきている。

私共透析医はこれら透析医療を取り囲む社会情勢を的確に捉えながら，私共の行う医療行為が質的向上を保ちつつ，どこへ向かうのかを熟慮しなければならないであろう。会員諸兄の考察の一助に私見を述べさせていただきます。

はじめに

日本経済低迷の影響をもろに受けて，医療費に対する風当たりもきわめて強い。つまり，医療費の高騰が取り沙汰されて，総医療費を押さえ込もうとする動きである。

透析医療は高額医療の代表的なものとして矢面に立

たされて殊に厳しい視線を浴び，診療報酬の改定のたびに「マイナス改定」が繰り返されてきている¹⁾。末期慢性腎不全患者に対する腎機能代替療法には，長年の臨床経験と研究からいくつかの選択肢が登場してきた。

透析医は個々の腎不全患者に相對して，それ等の中から当該患者に最適な治療形式を選択するのが重要な務めの一つであるが，この当然の行為が遺憾ながら必ずしも容易ではない。すべての医療行為には，①医学的，②社会的，③倫理的な問題が立ちはだかっているが(表 1)，本論では透析医療をこの観点から見直し，それぞれの項目における主な問題に重点的に触れてみたい。

1 腎機能代替療法の現況

先刻ご承知のように，慢性透析患者は毎年約 1 万人増加し，2002 年 12 月 31 日現在総計約 23 万人に達している²⁾。腹膜透析が 3.8% で残る 96.2% は血液透析であり，著しく血液透析優位な状況にあると言える。つまり，腹膜透析患者数の伸び悩みが依然として顕著であり，この点については後述する。なお，わが国における腎移植の年間施行例数は 700 例前後に止まり，献腎が思うに任せないところに最大の障壁があるとされている。

慢性透析に関しては

- ① 新規導入患者の高齢化 (2002 年新規導入患者の平均年齢は 64.7 歳 [n=32,637]) (表 2)

表 1 日本における透析医療が抱える諸問題

1. 透析医療の専門性にかかわる課題
 - ① 透析導入と非導入の適正な判断
 - ② 透析導入期前の学際的患者管理
 - ③ 導入時期の判断
 - ④ 透析方法の的確な選択
 - ⑤ 残腎機能の保持
 - ⑥ 維持透析期における合併症予防と発生時の対策
 - (1) 長期使用可能なブラッド/ペリトネアールアクセスの確立
 - (2) 血圧の調整, 心機能の改善と維持
 - (3) 動脈硬化の解明
 - (4) Ca/P 代謝の是正とアミロイド症対策を含め骨関節障害の解明, 予防と治療
 - (5) 低栄養状態の改善
 - (6) 透析液の再考と純化
 - (7) QOL, ADL の向上, 適正な尺度に基づく透析医療の質的向上, 並びに適正なアセスメントによるその自己および第三者評価
 - (8) 各種病態に対するわが国に適合したガイドライン・フローチャート・またはアルゴリズムの作成
 - (9) 適正透析量の検討
 - (10) 罹病率と死亡率の詳細な分析
 - (11) 総合的長期的腎機能代替療法の確立
 - (12) 腎移植の推進
 - (13) 臨床研究法の再考
2. 透析医療の社会性にかかわる課題
 - ① 高騰する医療費問題, 透析医療における診療報酬制度の適正化
 - ② 医師の裁量権
 - ③ 介護者の問題
 - ④ 社会資源活用の問題
 - ⑤ 患者・家族への医療情報開示, 患者の自己管理能力の向上
 - ⑥ 医療事故の開示・予防・事後対策
 - ⑦ 透析スタッフ・患者・家族並びに一般市民への教育と啓蒙
 - ⑧ 『透析科』の標榜, 透析専門医の呼称の認可取得, 透析室施設基準の検討と設定
 - ⑨ 透析スタッフ後継者の育成
 - ⑩ 社会からの意見聴取と社会への透析専門医としての意見発信
 - ⑪ 患者の社会復帰の促進
3. 透析医療の人間性/倫理性にかかわる課題 (上記 2 と表裏一体)
 - ① 自己決定権・informed consent・shared decision making などに関連する問題
 - ② 代理判断, 事前指示(書)
 - ③ QOL, ADL の向上とその算定法
 - ④ 終末期医療のあり方と充実
 - ⑤ 透析回避, 透析中止などにおける医療人のかかわり方
 - ⑥ 生命の捉え方

大平による

表 2 世界各国の高齢化率 (単位: %)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
日本	12.0	14.5	17.2	19.6	22.0	25.2	26.7	27.4
アメリカ	12.5	12.6	12.4	12.3	12.9	14.3	16.1	18.1
イギリス	15.7	15.5	15.3	15.2	15.7	17.1	18.0	19.0
ドイツ	15.0	15.2	16.0	18.1	19.2	19.7	20.9	22.9
フランス	14.0	14.9	15.7	16.0	16.2	17.9	19.7	21.3
スウェーデン	17.8	17.3	16.7	16.6	17.9	19.8	20.7	21.2

出典: 日本については, 1995 年までは「国勢調査」, 2000 年以降は国立社会保障・人口問題研究所の中位推計. 諸外国の数值は国連資料 (The Sex and Distribution of the World Population, 1994)

注: 高齢化率=65 歳以上人口が総人口に占める割合

- ② 糖尿病性腎不全の著増
- ③ 長期透析患者の増加 (10 年以上透析患者は 24.3%)
- ④ これに伴う動脈硬化や骨・関節障害などの合併症が重大な問題となっている. これ等 4 項目は, 患者ケアのすべての面で従来よりも一層人手を必要とする状況を生み出している.

中でも派生してきた深刻な課題は, ①血液透析の困難な症例の増加, ②通院困難患者の通院補助や通院不可能患者の収容先の確保である. さらに透析療法への非導入およびすでに開始している透析療法の中止の模索と, これ等に関連して終末期医療のあり方と充実が私共透析医療人の一方の大きな課題と認識せざるをえない状況にある³⁾.

2 透析医療の形態²⁾

2002 年末の時点で, 慢性透析患者の 96.2% は血液透析 (HD) 療法下に, 3.8% が腹膜透析 (PD) 療法下にある. HD 患者の 82% は昼間透析で, 社会復帰に有利な夜間透析は 18% を占めるに過ぎない. HD 患者の約 70% は, 1 回 4.0~4.5 時間・週 3 回の形式で行われて最頻であるが, これは診療報酬点数に大きく影響されているものと推定される.

HD における透析量を代表する尺度の一つは Kt/V であり, 日本透析医学会の統計⁴⁾は「好ましい HD の条件」の一つを,

$$s(Kt/V) > 1.6$$

$$(Kt/V)/t = 0.30 \sim 0.45$$

$$\text{透析時間} > 5 \text{ 時間}$$

としている. これのみで HD の適正性を結論できないことを認めるとしても, 141,767 例の HD 症例の分

析⁵⁾では $Kt/V > 1.6$ は 16.5%, $1.2 < Kt/V < 1.6$ は 51.7% で, 透析不足と推定される $Kt/V < 1.2$ は 31.8% に存在している.

表 3 に掲げた当院症例の $dp(Kt/V)$ を分析すると, 望ましい $dp(Kt/V) > 1.2$ を示す症例は高齢者と短時間透析者に多いことが明白である. 患者の自覚症状や検査値などから, HD スケジュールを再考する必要がある. 時間を延長した緩徐な HD が一般的に透析中の症状出現率を低下させるが(表 4), HD の時間設定には種々の考慮事項が出てきて, 簡単には決定し難い面がある(表 5).

関連 5 施設の HD 患者 566 名からアンケートで得た結果によれば(回答率: 75.9%), 時間延長に伴う利点を縷々説明した後の回答であるが, 透析期間から見ると時間延長を望む者は 13.0~33.7% (平均 22.3%) で, 年齢からみた希望者は 19.5~31.5% (平均 28.1%) であった. 長時間透析のメリットを説明しても, 大多数の HD 患者は必ずしもそれに賛同しない現状が浮き彫りになった.

これには個々の透析施設の事情(表 5)が絡み, 患者側への説明が奥歯に物の挟まったようでシャープさに欠けていることも一因であろう. つまり, 多くの患者を 4 時間から 5 時間または 6 時間へと延長すれば, 人員的にも経済的にもその施設が成り立っていかない懸念がでてくるために, 患者への説明が曖昧となるきらいが出てくるということである. 現行の透析治療時間による診療報酬の撤廃が, 大きな制限因子の一つになっていることは疑いがない.

わが国で主体的に行われているのは施設透析であるが, この時間の調整が自由となるものに在宅(家庭)血液透析がある. しかし, 在宅 HD 患者は全国で僅か 99 名に止まっており²⁾, 患者/家族に対する教育の困難性/手間暇・患者側の安全性への危惧・緊急時体制の不備/負担・低または負採算性・患者側の依存的体質(少ない希望者)などが大きな隘路となっている. limited care の HD 施設は日本では皆無であるが, 在宅血液透析とともに“doctor fee”を節減する一法ではあろう.

また, 在宅 HD 療法の一変法としての 1 回 2 時間・週 6 回(ダイアライザー再利用, 透析液自動作成および自動洗浄)の治験に参画する機会を得たが, この方式は患者に概ね快適な HD をもたらし検査データ

表 3 血液透析時間と年齢からみた $dp(Kt/V)$
—Daugirdas の方式で算出—

週 3 回 HD	男 性	女 性
5.0 時間	1.42 (31 例)	1.69 (10 例)
4.5	1.32 (22)	1.47 (10)
4.0	1.21 (25)	1.34 (28)
3.5	1.01 (4)	0.62 (1)
3.0	0.70 (6)	0.86 (2)
合 計	(88 例)	(51 例)
70 歳以上	1.04 (14 例)	1.04 (10 例)
65~69 歳	1.38 (10)	1.38 (5)
60~64 歳	1.35 (8)	1.35 (9)
60 歳未満	1.31 (56)	1.29 (27)
合 計	(88 例)	(51 例)

札幌北クリニック, 平成 15 年 2 月時点での数値

表 4 血液透析時間と症状出現率 (/HD 1,000 回)

	Diaphane (仏, 1981)	Bregamo (伊, 1991)	Tassin	Tassin
透析時間 (hrs)	4.3	4	8	5
血圧低下	208 回	216 回	70 回	129 回
筋痙攣	102 回	110 回	31 回	20 回
嘔 吐	44 回	45 回	6 回	15 回
頭 痛	30 回	—	7 回	12 回

Laurent G, Charra B: Nephrol Dial Transplant, 13 (suppl 6); 125, 1998, より.

表 5 血液透析時間の設定上の問題点

1. 医学的な考慮事項
 - ① 適正透析量の把握: Kt/V , $(Kt/V)/t$, URR
 - ② ブラッドアクセスの状態: 確保可能な血流量と循環器系への影響度
 - ③ 患者の身体的耐性(除水量・血圧など)と精神的(心理的)我慢度
2. 透析施設の特性(事情)
 - ① 施設のスタッフ数, 勤務体制(人員の確保)
 - ② 時間外手当
 - ③ 透析関連機器の準備, 洗浄, 消毒に要する時間
 - ④ 診療報酬制度の締め付け
 - ⑤ 激務によるスタッフの心身の継続的疲労感

も良好で, 血圧の適正化が得られるなどの利点を実感している. 自己穿刺を容易にするボタン・ホール式などのブラッドアクセス上の工夫が進めば, 将来の発展を期待したい HD 方式である. しかし, 経済性が前面に出てきて医療側が責任だけを押し付けられる体系であれば, 医療側が在宅 HD や limited care HD を推進していこうとする意欲を殺ぐことになる. 透析医療の質を左右する重要な因子の一つは医師と患者との接触時間(doctor bedside time)⁶⁾の多寡にある

のであって、この点が適正に担保された制度が肝心である。

わが国における PD 患者数は伸び悩み、2002 年末時点で 3.8% を占めるに過ぎない。CAPD 患者増加の伸び悩み（普及の低迷）の原因は多種考えられるが、表 6 のように要約できる。いくつかの医学的な項目ではすでにかんがりの改善や進歩が確認されているが、医療者および患者に正しい理解を得てもらう面での努力は依然不十分と言わざるをえない。

それでは何故、CAPD 患者を増やさなければならないのか。表 7 にその概要を掲げた。項目 5 の特性は高齢者への適用を示唆するものであろう。PD は、

- ① 血行動態の安定性
- ② 代謝管理の安定性

表 6 何故、CAPD 患者は増えないのか

1. 主として医学的問題
① 腹膜炎、出口部感染、腹膜硬化症 (使用器具・ケア・治療法の工夫/進歩・中止基準の設定)
② 腹膜透析液の非生理性、腹膜機能の経年的劣化 (透析液の改良 [中性液・icodextrin], 腹膜休息法, HD 併用)
③ カテーテル・トラブル, カテーテルの劣化 (カテーテル挿入法の工夫, カテーテル材質の進歩)
④ 目標とする「透析量」設定の不明確さ, 並びに「透析量」調整の困難性 (CANUSA, NKF-DOQI, ADEMEX などの報告)
2. 主として社会的問題
① 患者・家族の依存性 (自主性の向上, 社会復帰の意欲亢進とその動機付け)
② 医療者・患者/家族のバイアス (正しい知識, 教育と啓蒙)
③ 透析および一般医療界, 一般社会への教育と啓蒙 (患者が PD を知らない, 医師が選択肢として PD を示さない)
④ 在宅患者の孤独感 (患者支援体制, 患者会)
⑤ 介護者の不足 (介護保険の活用, 介護支援専門員の協力/教育)
⑥ PD 中止および治療法変更への不安 (先発完投型の治療法ではない) (PD 療法の利点の理解)

表 7 何故、CAPD 患者を増やさなければならないのか

- | |
|--|
| 1. 連続的血液浄化法という生理的手段 |
| 2. 自主的で自由な患者の日常生活 |
| 3. 社会復帰に対する優位性 |
| 4. 残腎機能の比較的長期保持
残腎機能保持期における良好な身体状態と予後 |
| 5. 循環器系への低侵襲性 |
| 6. 重装備なしで多人数に施行可能 |
| 7. 優れた費用効果 |

③ 高血圧管理の有用性

④ 通院からの解放

⑤ ブラッドアクセス・トラブルからの解放

などいくつかの重要な利点を有し、家族の協力や支援体制の確立により、高齢者にも十分に施行可能である^{7,8)}。項目 7 に掲げた費用効果は本邦では HD 例と PD 例とでそれぞれの月当たりの経費に大差がないが、イギリスやフランスでは CAPD の経費が著しく廉価であると報告されている⁹⁾。交換キット・回路・透析液などに関わる価格が再考される必要がある。

いずれにせよ患者の高齢化が著しく、したがって循環器系合併症を有する患者が急増している現状に鑑み、PD 適応症例を広げる機運を高めることが必要だと考える。

3 慢性透析療法の合併症

これに関しては表 1 に主な事項を掲げたが、

- ① 動脈硬化を基盤とする虚血性心疾患・脳血管障害・閉塞性動脈硬化症・BA 作製困難
- ② ADL を損なう骨関節障害
- ③ 易感染性などへの対策

が焦眉の急である。糖尿病性腎不全の急増に対しては腎疾患専門医と糖尿病専門家の連携を強化することは当然であるが、これを国民的な重要問題として捉え糖尿病の予防対策に相当思い切った国家的予算措置を講ずる必要がある。

4 医療経済情勢の変化

1979 年当時、国民総医療費 16 兆円のうち透析医療は 0.7 兆円 (4.4%) を占めていた。20 年後の 1999 年には国民総医療費は 30.7 兆円へと約 2 倍に増加したのに対して、透析医療費は 1.1 兆円 (3.6%) であり相対的に減少したと言えよう¹⁰⁾。1.1 兆円は確かに巨額であるが、その主因は合併症を有する高齢患者の経年的増加にあるのであって、透析医が定見なく闇雲にこの療法を誰かれなく施行しているのでは決してない。本療法が高額だとしばしば言われるが、透析医療費の多くの部分が関連機器や薬剤の価格に占められていることは一般に知られておらず、また、意識的に言及されてきていない。ただ、私共透析医には透析医療費に対して一般社会への説明責任は発生するのであり、的確な説明により社会の理解と納得を取り

付けなければならぬ。

日本の医療費について考える場合、総額約 31 兆円であることの他に、その財源は税金が 32%、事業者負担が 23%、そして国民の保険料・窓口負担が 45%であることを知っておきたい。さらに、人口構成の高齢化が進んだ結果、老人医療費はその伸び率が国民医療費のそれを大きく上回っており、1998 年度では国民総医療費の 36% を占めるに至っている点に注目しなければならない。

1) 平成 14 年 4 月以降の透析関連保険点数の問題点——透析診療報酬と日本透析医会の活動——

前回の透析診療報酬改定では、

- ① 慢性維持透析患者外来医学管理料の引き下げ
- ② 透析時間制の撤廃
- ③ 食事加算の撤廃

が決定された。

厚労省による診療報酬改定の解説によると、「人工腎臓の時間などについては、患者の病態に応じて、最も妥当なものとする。」とある。日本透析医学会の膨大な透析資料は、すでに透析時間の一定以上の長さが患者の一般状態や生命予後に良好な結果をもたらすと結論¹¹⁾しており、定番の 4 時間/回を 5~6 時間/回へと延長しなければならない患者は少なくない。しかし、これには適正人員の配置・機器の整備等々に

相当な経費が必要であり、新報酬制度のもとで透析分野の収益が 8~10% 減少している現状(透析患者 1 人当たり年間医療費では約 47 万円の減収)では個々の透析施設にのみ犠牲を強いることは明白であり、透析時間の延長は担当医が望み患者が賛同したとしてもそう易々とはい実行しがたい環境である。

1967 年に血液透析が保険収載されて以来、透析医療にかかわる診療報酬制度は目まぐるしく変遷した。1978 年手技料とダイアライザーが包括化されて 4,000 点となり、1981 年の改定では再び手技料とダイアライザーとが分離され手技料は 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 1.5~2.0 m²) が設定された。1992 年改定では、透析の定期検査が包括化されている。ダイアライザーについては実勢価格調査に基づく引き下げが続き、差益収入が望みえない状態となったことは記憶に新しい。

日本透析医会は手技料 (doctor fee) に重点を置く戦術を採ったと考えるが、急激な収入減を抑制するために、診療報酬改定の度に夜間透析・導入期・休日・食事・水処理・除水制御器・特殊疾患管理などに加算点数を付けることに成果を上げたことは評価されよう。このような透析医会を中心とした懸命な努力にもかかわらず透析医療費は改定毎に減額されてきているが、この間の事情は図 1¹²⁾ から明らかに読み取れる。す

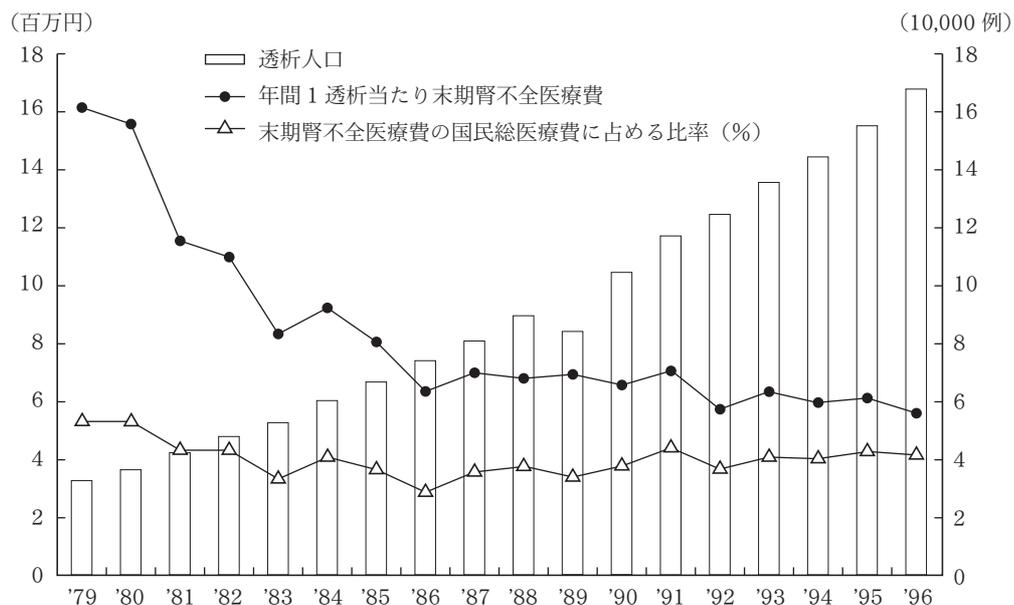


図 1 透析患者数とその末期腎不全医療費に占める割合の推移
透析患者数は増加、透析単価は低下、国民医療費に占める率は一定
(文献 12 より引用)

なわち、患者数の増加（これは同時に重症患者数の増加を意味する）と透析単価の低下がある一方、国民医療費に占める割合は一定である。透析施設に経済的な苦境が重くのしかかっているが、低い死亡率・高い生存率と社会復帰率など世界に誇りうる治療成績を上げていることは自負してよいのではないか。

ブラッドアクセス（BA）はHDに必要不可欠である。その重要性のほかに作製・修復に多額の経費を要するものであるために一言するが、BA関連の保険点数にも矛盾が多い。

BAのPTA技術料は血管結紮術（K602の2）：3,130点（31,300円）に統一されてきているが、PTAに使用するカテーテルは約11万円でステントが約25万円である。技術料の低さと材料費の高さに驚くしかない。カテーテルやステントの価格はアメリカで入手すれば1/5～1/10で済むと知ると、その驚きは一層募る。

脈管を温存する方式のPTAを主体とするBAIVT（blood access interventional therapy）は今やBA修復に際して重要な手段となっているが、現時点では外科的修復術よりも遥かに高額な費用を要する^{12, 13)}。

中本¹⁴⁾はBA修復がすべてPTAにより行われると、外科的修復時に比較して90億円程透析医療費を押し上げることを概算した。それを踏まえて中本は、

- ① BAIVT関連機材価格の低下に対する努力
- ② 技術料の適正化を要望
- ③ その運用を絶対的適応（今後のBA造設が著しく困難な症例、人工血管のrun-off veinの狭窄および中心静脈狭窄）と相対的適応に区分して技術料を別途に設定すること

を提案したが妥当な考え方であろう。

2) 医療費の負担は誰がするのか

医療者の立場から医療は“minimal requirement”に甘んじてよいはずはなく、常にその時点、時点での“optimal requirement”でなければならない。これは国民の願いであるが、過去の実績が示すように当然ながら総医療費の高騰が避けえない。「国庫がもっと負担すべき」¹⁵⁾との意見に対して中村秀一厚労省老健局長は、次のように述べている。

「2002年度の社会保障関係費は18.3兆円である。国の歳出は約80兆円だが、そこから地方交

付税や公債償還費を除くと、国が政策的に使える経費（一般歳出）は48兆円弱である。すでに社会保障の経費は一般歳出48兆円の約4割を占めており、1970年の2割に比較すると、この30年間にその比重が高くなっている。……このように歳出に比べて歳入がまったく足りないという状況下で、社会保障関係費、とりわけ医療費の国庫負担をもっと増やせというのも相当困難であることは、制約条件として考えなければならない。」

GDPに占める総医療費の割合（1998年）¹⁵⁾はアメリカ：12.9%、ドイツ：10.3%、フランス：9.4%、日本：7.4%であり、わが国の国民医療費（患者負担と保険給付を含む）はその経済力と比べると決して高い水準ではなく、もう少しわが国の富を医療分野へ振り向けられるのではないかと考えるのは素人の浅知恵なのであろうか。

国の税収入は結局のところ国民のものであり、その財源をなににどれ程使用するかは国民の総意で決められるべきことであろう。総医療費が上限を定めた枠の中で論議される昨今の「医療保険改革」について、紺谷（日本証券経済研究所主任研究員）は「高齢化社会の対応や医療問題の解決を目指したのではなく、単に財政問題の解決策でしかなかったと見るべきです。その意味で厚生労働省よりも財務省の意向が強く働いたものだろうと疑っています。」と述べている¹⁶⁾。国民のコンセンサスがどの方向へ向かうのかには、私共医療人の正しい意見表明が一つの鍵であると考えたい。むろん、医療費が無制限に高騰することが許される訳ではなく、国民がより充実した医療を望むのであれば医療費負担の区分を再考しなければならない時期には来ている。

表8は、第26回日本医学会総会における特別シンポジウム『医療費の負担は誰がするのか』における各識者の発言を、著者の責任において要約したものである。現行の医療保険制度のみでは高水準の医療を受けることが経済的に難しくなっていることを、全識者が言及している。そこでどのような負担を誰が担うのかに関しては、私的保険の拡充や混合診療の導入などが論議されたが、明確な方向性をこのシンポジウムでは見出せなかった。

吉田¹⁷⁾は新たな医療費財源の調達法として、

- ① 皆保険制度は堅持し、この制度の下で患者1

表8 『医療費の負担は誰がするのか』

—第26回日本医学会総会 特別シンポジウム, 福岡市, 2003年4月—

池上直也 (慶応大学教授)
患者の要望は, ① 金に糸目をつけずに最高の医療を受けること ② 低い保険料と税負担
患者・国民の対立の解消策 → 社会連帯か自助か 私的保険の拡充, 混合診療の導入は日本の現状では難しい
島田忠彦 (一橋大学教授)
① 医療費の負担は結局, 患者・被保険者・納税者の三者の負担率 ② 公的保険給付範囲の縮小化へ向かうべき ③ 従来の発想を転換して, 私的保険の役割を検討すべき
高木安雄 (九州大学教授)
① もはや, 公的保険のみでの財源確保は困難 ② 中間的連帯保険の導入 ③ 民間保険の導入
飯野奈津子 (NHK 解説員)
① 医療費の使途の透明化を図ること ② 無駄を無くして質の高い医療の実現 ③ 負担の公平化 ④ 国民に選択肢を示せ

著者の責任で講演を要約

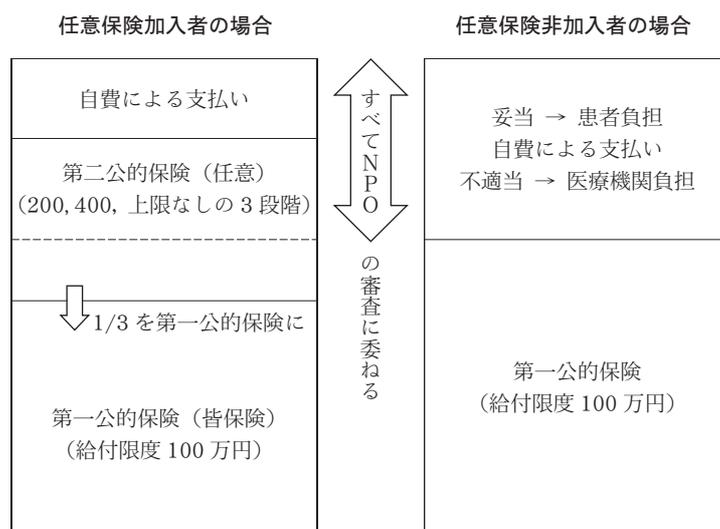


図2 高額医療費の新しい支払いシステムの概念図
(文献17より引用)

- 人1カ月100万円程度を上限に現物給付する
- ② それ以上の高額医療となる場合に備えて, 第二公的保険(任意加入の掛け捨て保険で保険料を所得控除の対象とする)を創設する
- ③ 第二公的保険でもさらに不足する部分は自費支払いで補う

という「支払い三段階建」を提言している(図2)。付帯的に論議されるべき事項が少なくないが, 具体的な提案として傾聴に値するものであろう。

この考え方は, 現在しばしば論争されている「自由診療」または「混合診療」にも絡む微妙で難しい側面を心情的にも乗り越えなければならないと考える。自らの健康を自ら守る姿勢は当然ながら求められるものであり, それに対して応分の自己負担を背負うことの必要性も考えなければならないであろう¹⁸⁾。

国民はそれぞれの実生活でそれぞれの希望に対し収入に応じて出費しているのであるが, 健康管理に重点を置き, より良い医療を受けるためには幾分かの自己

負担を厭わない人が居て不思議はない。ただし、厚労省が現在の保険診療枠を狭めて自由診療へ押し付ける方向へ向かうのであれば、問題は解決しまい。

「財政危機は本当だろうか」¹⁶⁾という一般庶民が持つ素朴な疑問に、政府は正しく誠意を持って答える必要がある。「医療保険と年金の危機」が作り出されたものだという指摘¹⁶⁾があるのを知っているにつけても、医療費の不足分を直ちに自己負担でとは短絡しえない。

慢性血液透析患者については、1カ月に15回以上を実施した場合には、「人工腎臓（つまり技術料）は算定できない」という保険上の縛りがあるが、患者の自己管理意識を強化する意味でもこの分を自己負担にという考え方もある。しかし、年収500万円以下の患者比率が約62%（n=8,549、無回答者[10.1%]を除いての比率）である現況¹⁹⁾からは自己負担増は容易ではない。ただ、個々の患者の療養態度がなんらかの観点から公正に考慮されて個々人の医療費負担に反映するという考え方は、両刃の刃ではあろうが、今後の大きな課題であろう。

透析医療にかかわる保険診療報酬についてはこれまで日本透析医学会が厚労省に対して孤軍奮闘してきたきらいがあるが、この度日本医師会の枠組みのなかで意見を具申できる仕組みとなったことは一つの大きな進歩だと捉えたい。

3) 緊急を要する検討課題

① 通院不能または困難な高齢透析患者の受け入れ先

高齢透析患者の急増に対してこの問題が大きく浮かび上がり、現時点で各施設が苦慮している。廣田²⁰⁾は

a. 介護透析患者は透析中に大変「手がかかる」ことを勘案し、少なくとも一般透析患者と同程度の保険請求を可能にする

b. 入院要介護透析患者について、透析通院日の入院施設での入院基本料85%を減算する制度から除外する

の2項目の実施を提案している。なお、通院困難な在宅透析患者に対して、ホームヘルパーの充実や移送支援体制など通院介護保証制度が一層整備されることを望みたい。

② 適正透析施設の認定^{21, 22)}

日本透析医学会が認定する認定医・指導医（専門医）

の資格を基本として、現在透析医学会が検討中の施設基準をクリアした施設を透析医学会が「適正透析施設」（仮称）として認定するような制度が、透析施設が外から見える形で襟を正していくうえで必要だと考える。論議を尽くさなければならない点が多いが、患者が施設を選択するうえでの一つの指標となり施設側の努力目標の一つになると思われる。この認定証の有無が将来的に保険点数に反映されるようになるためには、少なくとも認定の仕組みが公的な第三者機関に委ねられなければならないであろう。

③ 慢性透析医療の多様性を可能にする制度の確立

現状は施設血液透析が主体で、ごく僅かに在宅血液透析（家庭血液透析：HHD）が行われているにしか過ぎない。患者の特性と病状に応じてHDまたはPDを選択する医療側の姿勢が問われると同時に、これを可能にする制度を確立することが肝要であろう。HDについては、施行時間に応じた保険点数の復活を強く望みたい。施設透析の外に、患者が病状や希望に応じてHHDを安心して行いうる制度を一層整備していくことが望まれるが、現状では明らかに医療側の持ち出しであるほかに過剰な責任を押し付けられている懸念がある。

これも前述の諸点をクリアできればコスト・ダウンの一法になりうるが、この観点でより現実的な施策としては通所形式のセルフ・ケア（limited care）がある²³⁾。この方式は、患者・医師間の同意のもとで通所可能で安定期にある患者をコ・メディカルが中心となり日々のHDを行い、医師の直接診察は通常は週1回にするというものである。

第一に医療法上の問題を解決しなければならないであろうが、コ・メディカルが患者の容体変化にどれ程の責任を持つのか、医師が透析室に不在時の有事に対しては電話連絡などが主体となるであろうが、この点をどのように明確に取り決めるかなど課題は多いし、セルフ・ケアのHDに患者側と医療側の双方を益するような利点がなければ普及は望まれない。透析専門医・スタッフの不足が連続的な勤務や残業を増やして、この人々の心身の疲労感を深刻化している²³⁾。慢性透析医療が従来のように奉仕の精神のみに頼ることに、もはや限界がきている。セルフ・ケア様式のHDが患者の安全を保障し医療の質を低下させないことなどいくつかの難問を孕んでいるにせよ、検討されなけれ

ばならない所以である。ただし、この方式がすでに行われているアメリカなどでは、医師の裁量権の狭小化や医師が患者に接する時間の短縮化などいくつかの問題点が湧出しており、熟慮を要する課題であることを認識しなければならない。

④ 後継者の育成

腎疾患の診断と治療を広くカバーできる専門医を育成することは、本邦透析医療の黎明期にこの分野に心血を注いできた医師達が引退の時期を迎えつつある現況に鑑み、急務の課題の一つである。大学にのみ依存するのではなく、研修医などが腎疾患の診断と治療に関する基礎的な知識と実技とを身につけられる研修の場を公私の医療機関がこの分野の魅力を示しつつ、協力して構築することが肝要である。

⑤ その他

上記以外にも緊急の課題は数多い。透析施設の運営が経済的に苦境にあるために、施設のチェーン化がすでにわが国でも進みつつあるし、株式会社の医療への参入など規制緩和の動き（これは透析医療に限定したことはないが）、加速する定額払い、広告の自由化、保険者によるレセプトの直接審査支払い、保険者と医療機関の直接契約、公的医療機関の守備範囲等々論議の俎上にある問題は多く、医療制度改革は急を望まれながら難題が立ちほだかり方向が定まらずにいる。

おわりに

医療の質の維持・向上は万民の望むところであるが、経済性とのバランスも求められている。国民が医療の分野に求めている多様なニーズを可能にするためには、患者中心・患者参加型の医療を推進しなければならないのは論を待たないが、この達成には国民が自らの財産である税収入を健康維持の分野にどれ程振り分け、もしどうしても不足分が出るのであれば応分で公正な自己負担をする覚悟があるのか否かが今改めて問われている²⁴⁾。

文 献

- 1) 鈴木正司：こんな透析治療の成績に誰がした？. 日透医誌, 17; 333, 2002.
- 2) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の

- 現況 (2002年12月31日現在). 日本透析医学会, 2003.
- 3) 大平整爾：透析導入と透析中止の考え方. 腎と透析, 54: 620, 2003.
- 4) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況 (1998年12月31日現在). 日本透析医学会, 1999.
- 5) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況 (2000年12月31日現在). 日本透析医学会, 2001.
- 6) Ronco C, Marcelli D: Opinions regarding outcome differences in European and US haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 14; 2616, 1999.
- 7) Dimkovic N, Oreopoulos DG: Chronic peritoneal dialysis in the elderly. *Semi Dial*, 15; 94, 2002.
- 8) 平松 信：高齢者におけるPD療法選択の意義. 腎と透析, 53 (別冊腹膜透析2002); 33, 2002.
- 9) 松信精一：ヨーロッパの透析事情. 腎と透析, 54; 661, 2003.
- 10) 川淵孝一：急性期病院等との連携をいかに強化するかが増患の鍵. *プロヴェントウス* 1; 4, 2003.
- 11) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況 (2001年12月31日現在). 日本透析医学会, 2002.
- 12) 日台英雄：患者負担増をどう考えるか. 医療サービス市場化の諸点; 瀬岡吉彦・宮本 守編著, 東洋経済新報社, 東京, P133, 2001.
- 13) 大平整爾, 辻 寧重, 上泉 洋：透析医療経済とブラッドアクセス. *臨床透析*, 16; 1453, 2000.
- 14) 中本雅彦：ブラッドアクセスと保険. *透析会誌*, 36; 682, 2003.
- 15) 中村秀一：医療制度改革について. *ヘルスケア改革の流れ*; 日本大学大学院グローバル・ビジネス研究科編, *メディカルトリビューン*, 東京, P17, 2002.
- 16) 紺谷典子：医療保険“改革”と財政赤字. *日医雑誌*, 129; 730, 2003.
- 17) 吉田豊彦：高額医療費に備える新たな公的保険制度の提言. *経営と透析*, 3; 16, 2003.
- 18) 阿部正俊：医療と医療保険の「改革」について. *日医雑誌*, 17; 5, 2002.
- 19) 全腎協, 日本透析医会, 統計研究会：2001年度血液透析患者実態調査報告書 10. 経済状態; 全腎協, 東京, P36, 2002.
- 20) 廣田紀昭:透析時間・老人透析. *日透医誌*, 18: 1, 2003.
- 21) 大平整爾：透析施設に求められる諸条件. *臨床透析*, 18; 889, 2002.
- 22) 山崎親雄：透析患者に対する医療保険はどうあるべきか. *日透医誌*, 18; 30, 2003.
- 23) 黒川 清, 内藤秀宗, 平澤博之：血液浄化法の現況と21世紀の課題 (座談会). *B. P. up-to-date*, 13; 1, 2003.
- 24) 青柳 俊：「混合診療」の導入は皆保険体制崩壊を招く. *日医ニュース* NO. 1003, 2003.