

診療報酬改定と今後の透析医療

山崎親雄

key words : 透析, 診療報酬, EPO 包括, 貧血の推移, 将来予測

はじめに

この原稿は、日本透析医会支部主催の研究会特別講演の要旨をまとめたものである。

本来は、2006年4月1日の広島県透析連絡協議会での講演「診療報酬改定と今後の透析医療」と、5月13日開催の第20回鹿児島県透析医会学術講演会での講演「透析医療の過去と現状と将来」とを別々に寄稿すべきであるが、講演内容がかなりの部分で共通であることから、両者をまとめて一つの原稿とした。また、必要な新規情報を追加し、数値などについては最近のものに差し替えて使用した。

講演内容は大別して以下のようなものであった。

1. 歴史的に見た診療報酬改定と透析医療
2. 2006年度診療報酬改定
3. EPOの包括と貧血管理
4. 「長生き」な透析に関する当院の取り組み
5. 透析の将来予測

以下に、具体的な講演内容を要約する。

1 透析診療報酬の推移

透析医療ほど、社会的・経済的背景に左右され続けた医療はない。

透析黎明期の1967年、先人たちの努力により人工腎臓点数が保険収載された時、いつの日か、25万人を超すような患者が治療を受けているなどと、誰がいったい想像できただろうか？ 機器や治療法そのものの進歩、診療報酬による経済誘導、更正医療の適用な

どがあいまって、いまや人口500人に1人の透析患者が存在し、なお増加し続けている。

日本透析医会は、いままでの患者背景がそのまま続くなら、2020年には約32.3万人の透析患者が存在し、65歳未満・75歳未満・75歳以上の患者数および透析医療費が、それぞれおおよそ1/3ずつになると推計している（図1-1, 1-2）¹⁾。

透析医療費は、より直接的に透析医療の質に関係してきた。診療報酬の推移と、これに伴う透析医療の変化を表1(a, b)に示した²⁾。過去の診療報酬改定は、大きく分けて3期に分けられる。第1期は、保険点数の新設から1981年改定までで、明らかに透析医療の普及を図るため、民間施設が参入しやすい高点数が設定された時期である。また、国産メーカー育成のため、ダイアライザーは特定保険医療材料としての保険点数は設定されず、都道府県購入価とされ、きわめて高価であった。併せて身障者医療（更正医療）と高額療養費制度の適用により患者自己負担がほとんどゼロとなり、急激な患者数の増加と総透析医療費が膨張したため、1978年に技術料とダイアライザーを包括し、1981年に再び分離する改定の中で、技術料とダイアライザー価格が大幅に引き下げられた。ちなみにこの時点で、人工腎臓点数は手術料から処置料へ分類し直され、ダイアライザーにも公定償還価格が設定された。手術よりも手間のかからないと考えられている処置料や、償還価格が設定されたダイアライザーは、その後の改定時に、価格操作が容易になったと認識している。第2期は、平成14年（2002年）の改定までで、

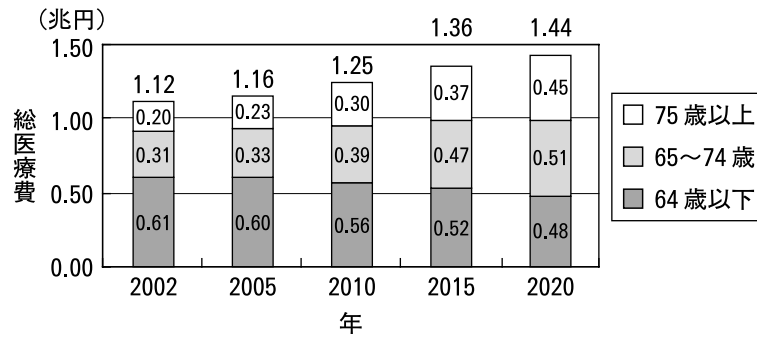


図 1-1 年齢階級別透析総医療費
(文献 1 より)

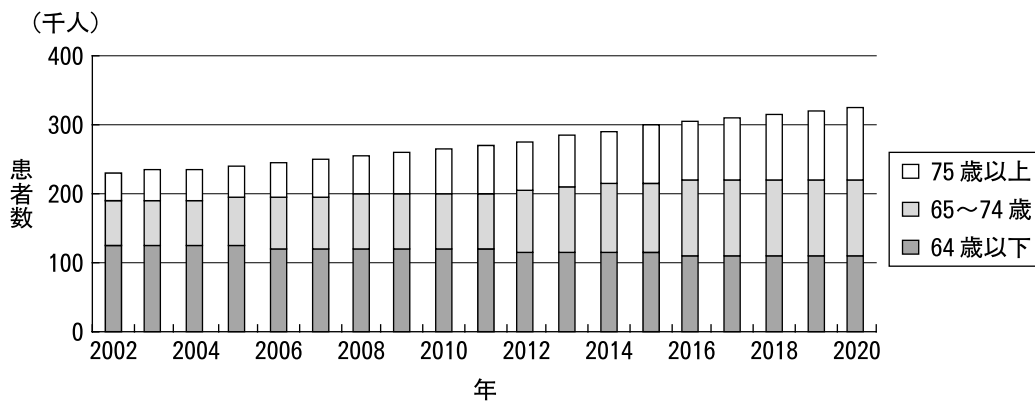


図 1-2 年齢階級別患者数の推計
(文献 1 より)

「もの」に関しては実勢価格に基づき確実に価格が引き下げられ、見返りに、夜間加算・障害加算・水処理加算・除水調整器加算などが新設された。水処理加算は、全国の施設に RO 装置が導入されるきっかけとなり、このことが間違いなくわが国の透析の質を高めることになった。また材料や技術の改良により、透析時間区分も短縮し 4 時間透析が主流の中で、生命予後に関する相対的危険率が低下（成績が改善）するというきわめて正当な理由で、5 時間透析が新設された改定もあった。またこの間、検査料である慢性維持透析患者外来医学管理料や外来透析が包括化されたが、これらの背景は、検査項目や頻度に関して、あるいは抗凝固薬と透析液使用量に関して、あまりにも地域および施設間格差が大きく、これらを標準化したことによるとされている。その後検査については、これも「もの」と類似した価格設定が行われているという考え方より、実勢価格に基づき引き下げ続けられている。

第 3 期は、2002 年の改定から今回の改定まで引き続くもので、透析の質などとは無関係に、膨張する透析医療費の大幅な抑制が第 1 の目標で、予め引き下げ

幅が決められているという暴力的な改定である。2002 年診療報酬改定による時間区分の廃止は、世界一のわが国の透析医療成績を危機的な立場に立たせる可能性がある。そして、2006 年、本年の診療報酬改定も、まず透析医療費の引き下げありきから始まった。

2 2006 年の診療報酬改定

平成 14 年（2002 年）の改定から、改定の道筋や改定幅は、首相直轄の経済財政諮問会議および閣議で決定され、厚生労働省がこれを具体化し、中医協の場で了解を求めるという図式になっている。日本医師会や、中医協そのものが、改定の本質に関与する機会が大幅に減じていると推測される。

こうした中で、2006 年の診療報酬改定も、すでに自然増からの引き下げ幅が設定され、平成 14 年改定を上回る 3.16% の引き下げ幅が提示された（表 2）。しかし透析の場合は、改定財源を捻出するための大幅な値下げが過去の改定でも実施されており、平成 14 年度の改定では 8% のマイナスとされている。今回の改定でも、ダイアライザーや薬価などを除く本体（技

表1(a) 透析関連診療報酬改定の推移

	1967年12月	1972年2月	1974年10月	1978年2月	1981年6月	1983年2月	1985年3月
技術料：人工腎臓点数	920	1,540	2,150	4,000 ^{†1}	2,000	→	1,800
外来包括点数							
慢性維持透析患者外来医学管理料							
加算							
夜間加算				150	400	→	→
食事加算					50(+10)	→	→
滅菌加算					30	→	→
導入期加算							
水処理加算							
休日加算							
身障加算							
除水調整器加算							
ダイアライザー	購入価	購入価	購入価	技術料へ包括 ^{†1}	9,600	8,600	8,100

	1986年4月	1988年4月	1989年4月	1990年4月	1992年4月	1994年4月	1996年4月
技術料：人工腎臓点数	1,700	→	→	→	→	1,740 ^{†3}	1,730
外来包括点数						2,100 ^{†4}	2,080
慢性維持透析患者外来医学管理料					2,500	→	→
加算							
夜間加算	500	→	→	→	→	→	→
食事加算	60(+10)	→	61(+10)	62(+10)	63(+10)	→	→
滅菌加算	→	→		15	→	→	→
導入期加算	30	→	→	→	→	→	→
水処理加算		30	→	→	→	技術料へ	
休日加算				500 ^{†2}	→	→	→
身障加算					100	120	→
除水調整器加算						30	→
ダイアライザー	→	7,600	→	7,100	6,200	5,250	4,750

	1997年4月	1998年4月	2000年4月	2002年4月	2004年4月	2006年4月
技術料：人工腎臓点数	1,760	1,770	→	1,590	→	→
外来包括点数	2,110	→	→	1,960	→	2,250 ^{†5}
慢性維持透析患者外来医学管理料	→	2,900	2,800	2,670	2,460	2,305
加算						
夜間加算	→	→	→	→	→	300
食事加算	63	→	→	廃止		
滅菌加算	廃止					
導入期加算	→	→	→	→	→	→
水処理加算						
休日加算	→	→	→	→	→	300
身障加算	→	→	→	→	→	→
除水調整器加算	技術料へ					
ダイアライザー	4,650	4,180	3,530	3,190	2,800	2,660

†1 ダイアライザー包括 †2 休日加算の新設 †3 入院技術料

†4 技術料への透析処置薬剤包括水処理加算の技術料への組み込み †5 外来点数にエリスロポエチンの包括

標準的な透析時間を使用

ダイアライザーは最高区分点数を使用

表 1 (b) 透析関連診療報酬改定の特記事項

1967年 12月	人工腎臓技術料（手術）
1978年 2月	ダイアライザーと技術料包括 時間区分の設定（5時間） 夜間加算の新設
1981年 6月	包括の分離 ダイアライザー区分の新設 人工腎臓が手術から処置へ 食事（特食）加算の新設
1985年 3月	時間区分の変更（4時間）
1986年 4月	導入期加算の新設
1988年 4月	水処理加算の新設
1989年 4月	消費税分改定
1990年 4月	休日加算の新設 ダイアライザー区分の変更
1992年 4月	身障加算の新設
1994年 4月	慢性維持透析患者外来医学管理料の新設 技術料への透析処置薬剤包括水処理加算の技術料への組み込み 除水調整器加算の新設 水処理加算の技術料への組み込み
1996年 4月	5時間透析区分の新設 ダイアライザーの機能分類
1998年 4月	慢性維持透析患者外来医学管理料包括範囲の拡大と点数アップ 15回以上の透析は材料費のみの請求 在宅血液透析指導管理料の新設 ダイアライザー滅菌加算の廃止
2002年 4月	透析時間区分の廃止 食事加算の廃止
2006年 4月	外来点数にエリスロポエチンの包括 夜間・休日加算の引き下げ ダイアライザー区分と価格の見直し

術料と加算点数）で、500～600億円のマイナスが検討されたという情報もあった。これに対して日本透析医会は、表3に示すような対応策を考え、保険局医療課に要望書を提出した。

最終的には、表4に示す通り、外来透析へのEPO包括と包括技術料の引き下げ、夜間・休日加算の引き下げ、慢性維持透析患者外来医学管理料の引き下げと、ダイアライザーの新分類に基づく引き下げが実施され、本体のみではなく、「もの」の価格を含めて、約600億円の引き下げになったと考えられる。

さて、EPOの包括に関しては表5に示される経過で点数が設定されたとされている。すなわち、EPOを使用する・しないにかかわらず、従来の包括技術料に薬価改定後（▲7%とされている）のEPO320点を上乘せし、ここから技術料を30点マイナスしたものである。

日本透析医会の集計では、使用比率などから計算すれば、薬価改定前の価格で263点/回と計算してきて

表 2 平成 18 年度診療報酬改定（概要と経過）

<p>〈最初に経済ありき〉</p> <p>平成 14 年改定を上回る最大幅の引き下げ（3.16%） 平成 14 年の透析は 8% の引き下げ→本年は？ 最初は透析本体で 500～600 億円 透析本体とは「医科点数表の解釈」関連部分 （薬剤やダイアライザー価格は本体に含まれない）</p> <p>〈途中経過〉</p> <p>夜間・休日加算の全廃→引き下げ EPO の包括→最終的に実行</p>
--

表 3 平成 18 年診療報酬改定と日本透析医会の対応

<p>〈原則〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急激で大幅な引き下げは経営を悪化させ透析の質が担保できなくなり容認できない。 2. 技術料だけは引き下げさせない。 3. しかし全体で一定の引き下げはやむをえない。 4. 工夫すれば質を担保できる引き下げもある。 <p>〈具体的要望〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 透析時間区分の復活 2. 透析液浄化加算の新設 3. 慢性維持透析患者外来医学管理料の見直し

表4 平成18年度診療報酬改定結果

夜間・休日加算40%引き下げ：180億円
慢性維持透析患者外来医学管理料で50億円
EPOを包括した技術料で120億円
ダイアライザーで275億円

外来透析は、全体で▲6%前後とされている。

表5 EPOの包括点数について

切り下げた薬価(▲7%)で包括。
包括後30点を下げて290点/回とした。

もともと包括されたEPOは320点/回
日本透析医会データ(平成17年6月)
外来患者の84%が使用
1回あたりのEPO点数は313点
外来患者全員にEPOを上乗せするなら263点/回
もしEPOの包括がなければ技術料がマイナス50点

おり、実質290点の上乗せは、透析施設経営上、意義あるものであったと評価している。ちなみに290点は、薬価改定後のEPO1,500単位シリンジの価格と一致し、また1回1,500単位は、日本透析医会調査による外来患者の標準的な使用量とほぼ一致する。

3 改定による影響

今回の改定が、透析医療機関の経営や、透析の質にどのような影響を与える、または与えたかは、これからの検証が必要である。しかし、われわれの施設での経験や工夫について述べておく。

1) 施設での工夫

日本透析医会は、後述するEPO使用と貧血の推移を調査するのに併せて、医療施設がどのような経営改善策をとったかについても調査を実施し、現在集計中である。結果については、この原稿とともに、日本透析医会雑誌に掲載される予定である。

2) ダイアライザーの供給不足

新しく分類されたダイアライザーについては、今回の改定以前の使用頻度は、II型・III型がそれぞれ25%、IV型が50%とされ、I型およびV型は1%未満とされていた。しかし改定によりII・III型の価格が大幅に引き下げられたことと、より良質なダイアライザーが志向され、IV型ダイアライザーへの急激なシ

フトがあったと考えられる。こうした中で、当院を含めた多くの施設で、A社のIV型ダイアライザーの一部が、突然、2週間にわたり供給停止となった。改定以降、IV型へのシフトによる需要に供給が追いつかなかったもので、メーカーの計算違いがあったものと説明されている。現在でもなお、IV型ダイアライザーの供給は、今ひとつ安定した状況ではないと言われている。

3) 夜間透析の減少

夜間透析を実施する施設が近隣にない場合には、点数が引き下げられたからといって、夜間透析を中止することはできない。しかし近隣に夜間透析を実施する施設があって、自施設の夜間患者が少ない場合、夜間透析を閉鎖することは容易に推測される。実際、改定以後、当院にも、夜間透析が閉鎖されたために他院から転入した例があった。また、こうした状況下で、職員の確保が困難な公的病院の夜間透析が閉鎖される計画があると聞いている。当院では約30%の患者が夜間透析を実施しているが、高齢化などにより、就業のために必要な夜間透析を利用する患者は、確実にかつ急激に減少している。

4) EPOの使用

EPOの包括が明らかになった時点で、EPO使用は減少し、貧血管理は悪化し、生命予後が悪化するとして、これに反対する人は少なくなかった。ただ、これらの批判の根拠は、(自分はそんなことをしないけれども)そうする人たちが多くいるはずというものであった。確かに、同様の傾向として、平成14年の診療報酬改定で透析時間区分がなくなってから、4時間未満透析の頻度は急激に上昇し続けてきた(表6)。しかし繰り返すなら、今回のEPO包括点数の内容から、いままで通りのEPO投与を続けても、技術料に限って言えばマイナスにはならない計算である。ただ、ダイアライザーの大幅な値下げをなで補うかと考えたとき、貧血が悪化しても包括されたEPO使用量を減らすかという考えがまったくないとはいえず、医師の選択に委ねられていることは間違いない。透析時間の問題にしても、貧血管理の問題にしても、医療施設差が明確になる可能性があり、またこうした情報は必ず患者の知るところとなり、患者による透析施設選択の

表 6 4 時間未満透析比率

	4 時間未満比率(%)	75 歳以上 4 時間未満(%)	75 歳以上患者比率(%)
2000 年	14.6	28.0	14.9
2001 年	16.6	28.0	16.2
2002 年	20.3	34.5	17.8
2003 年	21.9	36.1	18.9

4 時間未満/回⇨2002 年調査は 12 時間未満/週(3 回)
2002 年の診療報酬改定で時間区分が廃止された。

表 7 「昴」患者さんへの提案とお願い

年間約 5,000 万円のマイナスが見込まれる。
貧血管理を徹底（貧血を悪化させない）する。
透析医学会/昴の貧血管理ガイドライン遵守する。
長生きのための透析条件を引き続き勧める。

1. 血流量を 250 以上とする（希望に応じて）
2. Hgb 10 以上を最低目標
3. Hgb 11~12 を推奨
4. 鉄剤を使用する
5. EPO 使用量を調節する

表 8-1 ヘマトクリット値 (%)

	平成 18 年 1 月	6 月
単純平均	31.64	31.23
施設の患者数を考慮した加重平均	31.61	31.31

表 8-2 1 月～6 月のヘマトクリット値変化

	施設数 (N=439)
2 ポイント以上増加	13
-2 ポイント以上 2 ポイント未満	396
-2 ポイント未満	30

表 8-3 施設の Ht 30% 未満の患者割合

	平成 18 年 1 月	6 月
単純平均 (%)	27.6	31.6

時代が来るかもしれない。

ちなみに、当院の、貧血管理に関する患者へのお願いを表 7 に示した。

なお、最近の調査では、薬価改定以後の EPO 売り上げは、包括の影響もあって、約 15% 低下したとされている³⁾。一方、EPO 効果を補うため、鉄剤の投与は劇的に増加したと推測されるが、まだ一定規模の調査結果はえられていない。

4 貧血の推移

1) 実態調査

EPO を外来技術料に包括化した今改定以降、貧血

がどのように推移したかは、改定の妥当性を検討する上できわめて重要である。日本透析医会は、本年 6 月に、これに関するアンケート調査を実施し、速報値を会員に知らせた。その結果を表 8-1、8-2、8-3 および図 2、図 3 に示す。

平均ヘマトクリット値は、1 月の 31.6% が、6 月の 31.3% へと統計的に有意な低下を見るが、この低下が臨床的にどれほど意味のあるものかは、なお詳細な検証を要する。また、改定以降 EPO の使用が検討(変更)されたとしても、効果発現時期などから考え、おそらく 6 月までの推移では、観察期間が短すぎるものと推測される。ちなみに、当院(増子クリニック昴:

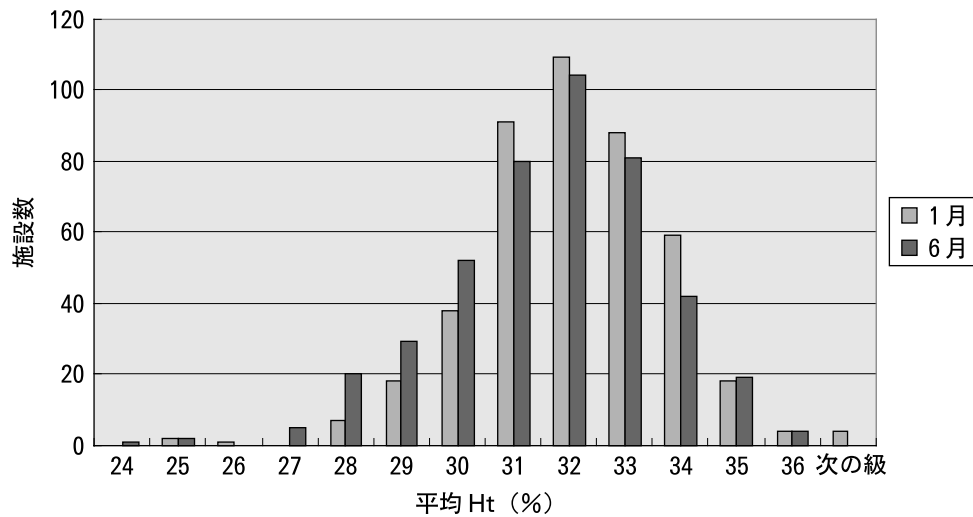


図2 平均 Ht (%)

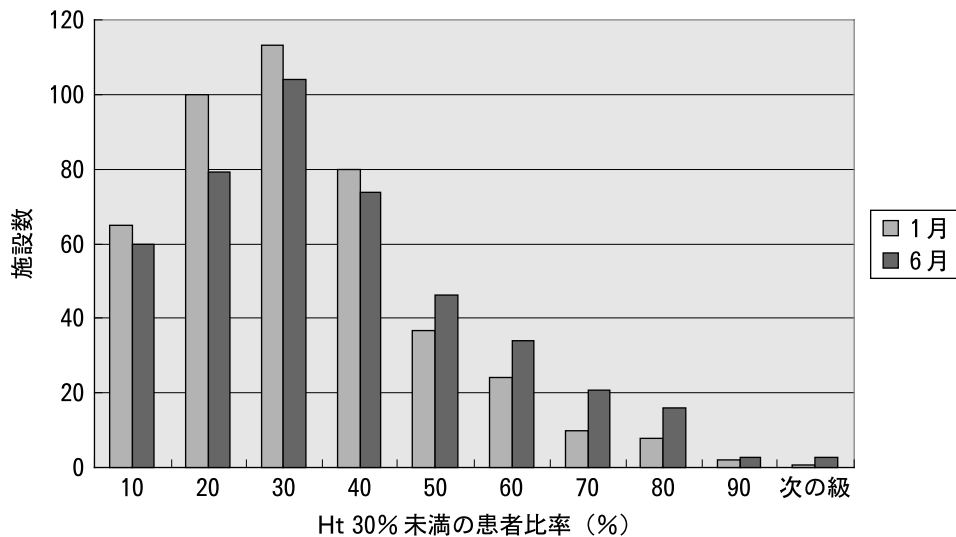


図3 HT 30% 未満の患者比率

外来透析のみ)の1月・10月の医師別一回あたり EPO 投与量および平均 HGB 値を図4に示したが、EPO 使用量は増加しているが、貧血は変化していない(統計学的処理は実施していない)という結果になっている。また増子記念病院(入院透析を含む)の貧血の推移も図5に示した。

なお、EPO 使用と貧血に関する実態調査は全腎協も実施しており、10月をめぐりに集計されると聞き及んでいる。この原稿が出版される時期には、その結果が報告されているものと考えられる。また、透析医学会統計調査でも、昨年度に引き続き貧血調査が実施されることから、2007年度の日本透析医学会学術集会時にその結果が報告されると思われるが、これが、EPO 包括と貧血管理の推移に関する大規模な検証結果とな

るだろう。

2) 貧血に関する文献的考察

貧血と EPO および生命予後に関する研究は、前向き調査が DOPPS で実施されている。今までの研究結果として、わが国の EPO 使用量および平均 Hgb 値は、諸外国に比し圧倒的に低値である(図6)⁴⁾。これは、わが国の腎性貧血に対する EPO の薬事法承認事項の内容と関係し、多くの医師が Hct 30% 前後を目標に治療した結果にほかならない。日本透析医学会の統計調査でも、ガイドラインの最低目標である Hgb 10 g/dL を超えない患者比率は、38.8% となっている⁵⁾。

また、K-DOQI では、EPO 不応性の最大原因である鉄欠乏を防止するため、鉄剤の投与を推奨している

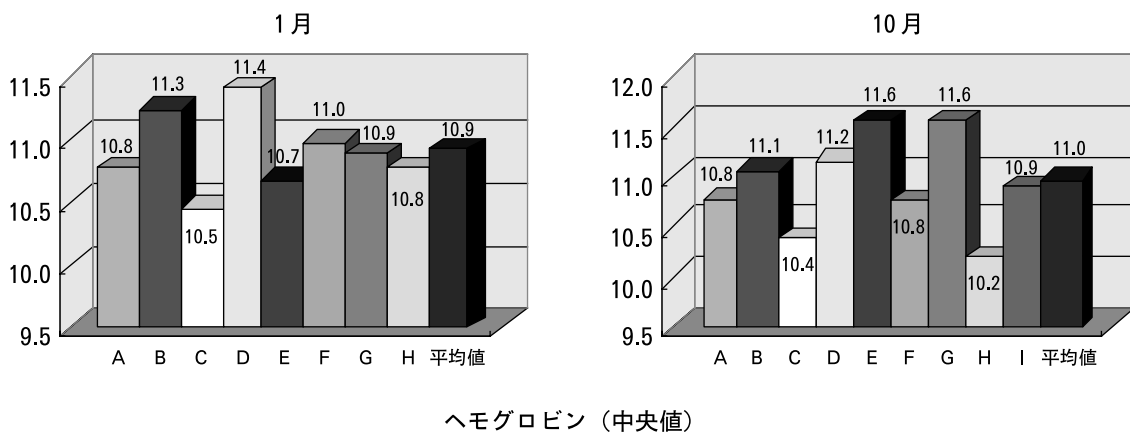
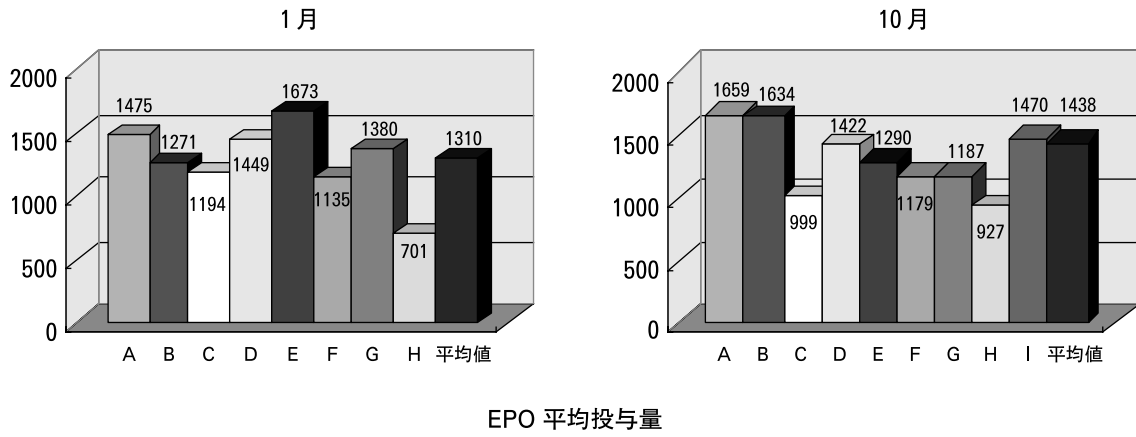


図4 貧血管理の推移 (医師別)

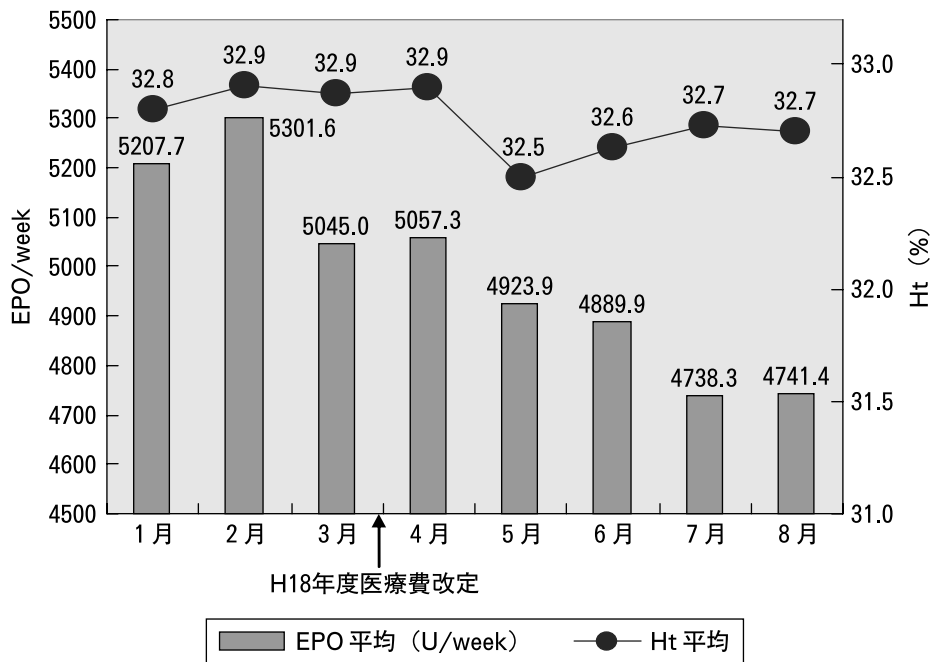


図5 貧血管理の推移 (増子記念病院)

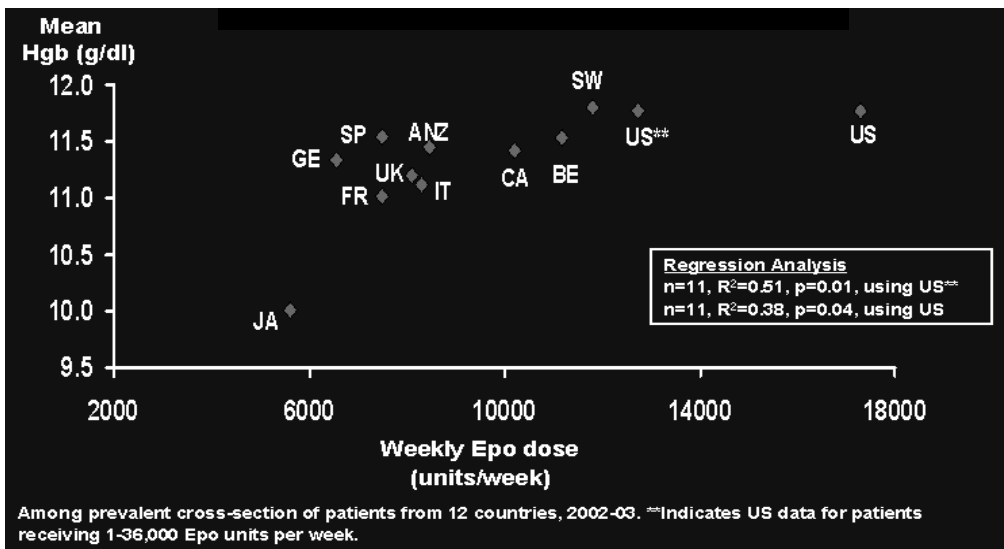


図6 EPO使用量と平均Hgb(国別比較)
(文献4より)

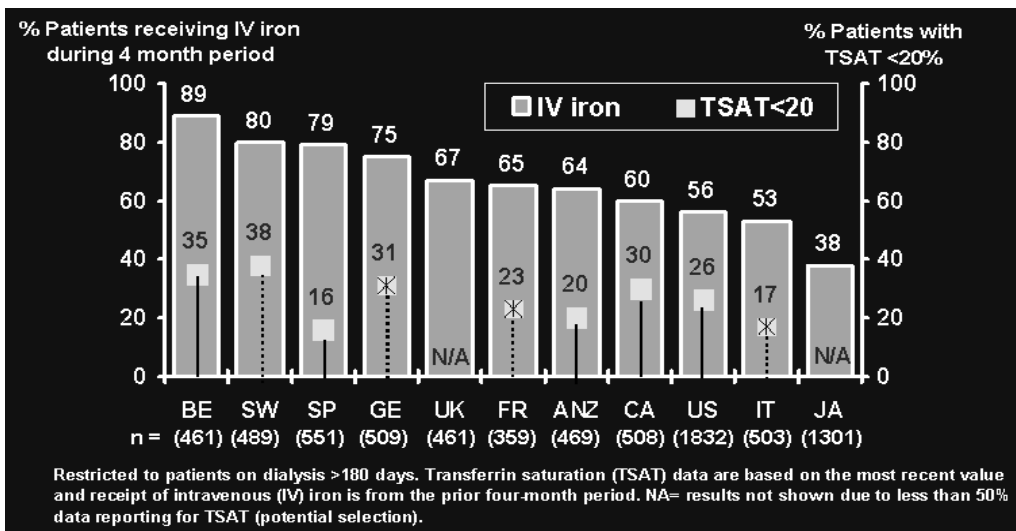


図7 鉄剤使用頻度とT-SAT(国別比較)
(文献4より)

が、DOPPS研究からは、わが国透析患者のフェリチン値も圧倒的に低値であるという結果が得られている(図7)⁴⁾。

さて、DOPPSには、貧血の程度と生命予後に関する報告がある。これによれば、 $11 \leq Hgb < 12$ を示す患者の生命予後に関する相対危険率を1とした場合、 $12 \leq Hgb$ では相対危険度率が8%減少し、 $10 \leq Hgb < 11$ では9%上昇するとされている(図8)⁴⁾。

ただ同じくDOPPS研究では、日本の透析患者の死亡に関する相対危険率を1とした場合、米国では3.8倍、欧州でも2.8倍の相対危険率を示している(図9)⁶⁾。平均Hgb値の最も低いわが国が、総合的な

死亡に関する相対危険率が最も低値という結果は、貧血以外の要素の、死亡に関する相対危険率への大きな関与が推測される。

5 民間施設で透析成績を維持するためにできること

診療報酬が透析の質を左右し、生命予後に大きな影響を与える可能性については今までに述べてきた。ここでは、そうした医療経済的には質を担保し難い環境ではあるが、サテライト透析施設として透析患者のアウトカムを向上させる工夫、特に当院での試みについて、概要を簡単に述べてみる。

ところで、「ぜんじんきょう」に、長きに亘って医

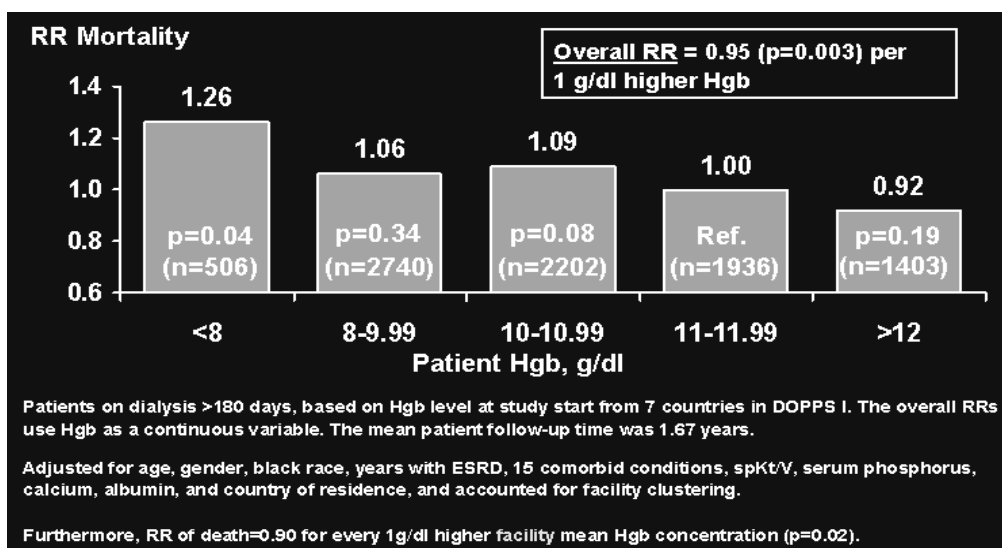


図8 Hgb値と死亡に対する相対危険率 (文献4より)

Mortality Measure	US		Europe		Japan	
	RR	p-value ^a	RR	p-value ^a	RR	p-value
Crude	5.34	<0.0001	3.12	<0.0001	1	Ref
Adjusted ^b	3.78	<0.0001	2.84	<0.0001	1	Ref

Analyses performed on DOPPS I data, collected from 1997-2001. Adjusted for case-mix.

^a P-value for comparison with Japan.

^b Adjusted for demographics and 15 classes of comorbidity.

US versus Europe: Crude RR=1.71, adjusted RR=1.33 (p<0.0001).

NOTE: Japan data under represents hospital units. Including such patients in DOPPS II gives smaller RRs.

図9 死亡に対する相対危険率 (日・米・欧比較：DOPPS) (文献6より)

表9 透析と長生き

ぜんじんきょう (Dr. AKIZAWA)	当院 解釈
十分な透析	Kt/V(透析量)を指標
時間は長く	高齢といえども
良好な栄養	PCRは蛋白摂取量と一致
十分な体格	Cr産生速度・筋肉量・筋力
炎症予防	シャントと呼吸器感染(肺炎)・CRP(持続)陽性
QOL向上	生きがい・ADL・リハビリ
リンに注意	動脈硬化を加速
体重増加は5%以内	
禁煙 節塩	

学講座を連載してきた秋澤先生がその最終稿で、表9に示すような「長生き」に関する秘訣を示している⁷⁾。患者向けのメッセージではあるが、透析施設(特にサテライト診療所)にとってもきわめて重要な提案であると考えている。なぜなら、これらの内容は、患者自身が実行するものが多いことと同時に、合併症治療の

ための設備を有しない診療所でも、透析の工夫によって対応(予防)可能な項目であることによる。

設立時より「安全で長生き」をコンセプトとする当院(無床診療所)では、上記の「長生きの秘訣」にもある十分な透析・長時間透析のほか、特に「感染防止」と「十分な体格⇒筋力の維持」を当面の診療と研究の

表 10 長生きの条件（日本透析医学会）と達成率

長生きの条件	全国の達成率 (%)	「昴」の達成率 (%)
5時間以上透析	11.9 ^{†2}	16.7
Kt/V: 1.6 以上	19.8 ^{†2}	46.5
体重減少率: 4~6%	42.0 ^{†2}	62.9
血清リン値: 4~6 mg/dl	50.9 ^{†2}	58.5
血清 Alb 値: 4~4.5 g/dl	29.8 ^{†2}	41.0
血清 β_2 MG 値: 30 mg/L 以下	42.3 ^{†1}	75.0
ヘモグロビン: 10 g/dl 以上	61.2 ^{†3}	85.7

†1 1999年12月, 日本透析医学会統計調査より

†2 2004年12月, 日本透析医学会統計調査より

†3 2005年12月, 日本透析医学会統計調査より

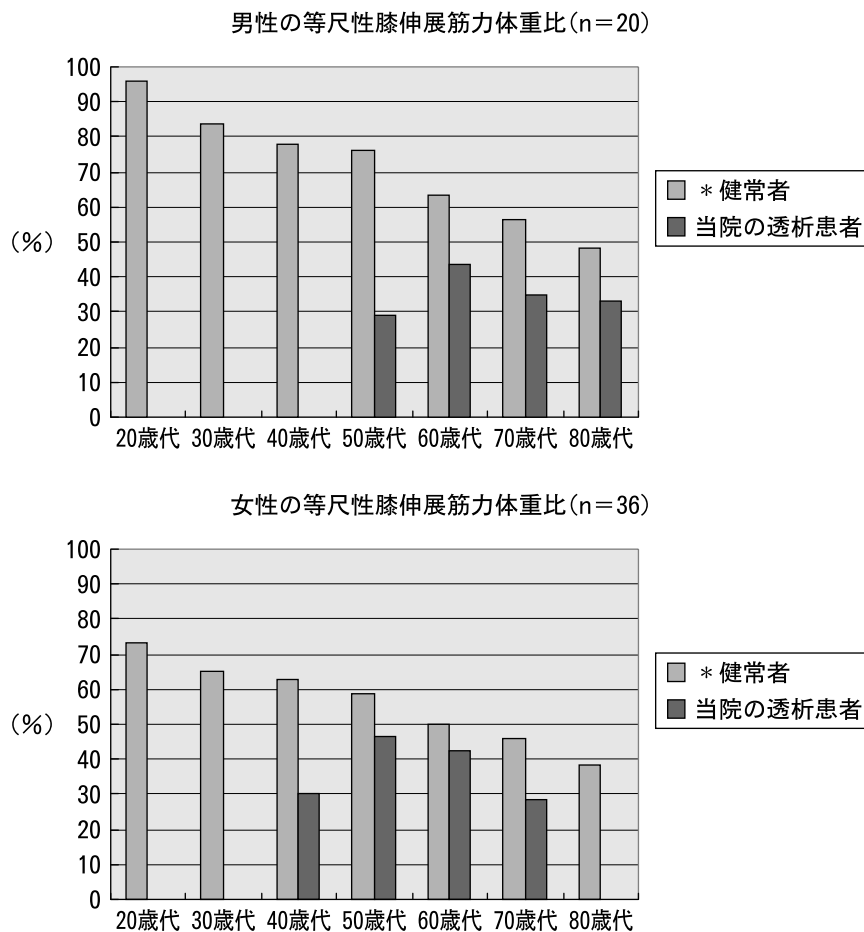


図 10 等尺性膝伸展筋力体重比

* 等尺性膝伸展筋力(健常者)のデータは平澤ら: PT ジャーナル, 38(4); 2004, より引用.

目標とした。ちなみに、長生きの条件とされてきた透析指標に関する当院の達成率を表 10 に示しておく。

まず「感染防止」については、従来のワクチン（肺炎球菌・インフルエンザなど）接種に加え、シャント管理のためのスペシャリストによる感染の早期発見と対応も、長期生存にとって重要な役割の一つとしている。また今後は、CRP 持続陽性の問題に取り組む予定である。

次に「十分な体格」については、「歩くことさえで

きれば」あるいは「車椅子への移動が自力でできれば」長生きであろうという単純な仮説をたて、%クレアチニン産生速度や PCR などの計測、TANITA 社製の体内組成分析器 (BCA) を用いた BMI・筋肉量・脚点などの測定と、アニマ社製膝伸展筋力測定装置を用いた下肢筋力を測定し、これらの測定結果を総合的に評価し、リハビリの処方をはじめたところである。一例として、下肢筋力（等尺性膝関節伸展筋力）/体重比の測定結果を図 10 に示すが、透析患者では、各年代

とも健常人の60~80%と低下しており、なんらかの臨床介入がない限り、一層筋力が低下するであろうことは想像に難くない。

なお、これらの研究および臨床応用の詳細については、今回の報告では割愛する。

6 透析医療の将来予測

時間区分が廃止された2002年以降、医療内容よりも経済が優先される診療報酬改定が続いてきた。特に透析は、診療報酬改定について議論する中医協の中では、個別に、増加する患者数と医療費が問題とされてきた。最終的には、透析医療費を大幅に削り、これをほかの重点的・政策的医療費の財源としてきたことは、周知の通りである。

1) 患者数予測

今までにも、将来の患者数推移を提示した研究はあった。しかしながら結果的には、糖尿病性腎症や腎硬化症(=高齢者)導入が急激に増加する以前の予測は、すべて現実の増加を予想できなかった。当面は、単純に、将来にわたっていままで通り患者数は増加し続けるとする予測が最も現実的であろう。たとえば日本透析医学会のデータを基に、糖尿病性腎症透析導入患者数の将来予測が報告されたが、それによれば、2004年を基準とした場合、2010年では30.6%増し、2015年では52.2%増しとしている⁸⁾。

日本透析医会でも、将来の透析医療のあり方やグラウンドデザインを考えるため、日医総研に委託し実施した透析の将来予測がある。これによれば、現時点での年齢別・疾患別患者数の増加、死亡患者数の推移などより、2020年の患者数を32.3万人と推測している。

死亡患者数の増加は、患者の高齢化より考えて続き、日本透析医学会統計調査では、15年生存率は明らかに低下しており、まもなく10年生存率にも影響が出るであろう。一方、導入患者数は、人口そのものは減少傾向を示し始めたが、高齢者人口(比率ではない)はなお増加し続けており、したがっていまや高齢者の疾患である腎不全は増加し、透析導入患者も増加することになる。

こうした高齢者人口の推移に関連すると思われる透析導入患者数であるが、もしなんらかの理由でそれが減少するとすれば、世界中で始まったCKD対策が効

果を示すこと、特に高血圧の管理と糖尿病性腎症の克服のめどが立つこと、明らかに予後不良な患者の導入抑制のほか、医療保険などの操作による社会的要因などによるものであろう。

CKD対策、高血圧管理、糖尿病性腎症の克服は、ある意味では加齢現象の阻止であり、日常生活の抜本的な改革であることから、容易ではない。また、超高齢者や、合併症などによる回復不能の意識障害者、寝たきりの患者、担癌者など腎不全以外の理由による予後不良の患者などの導入抑制が可能かということになるが、患者および家族が導入を希望すればこれを拒否することは困難であり、またたとえそうした状況がなくても、医師自身が導入しないと決心をすることは困難と推測される。また、このことによる導入患者数の減少は、限られた数字でしかないと考える。保険操作などによる患者数の変化は、保険本人以外の自己負担が50%であった昭和47年までの状況を考えれば容易に想像できる。

2) 医療費の推移予測と透析経営

透析医療費の推移からわかるように、平成14年改定までは、毎年約2%(2年に一度の改定で約4%)ずつ透析単価は低下してきた。しかし年2%の単価切り下げが続くことは、透析医療の存続を不可能にすることは経験から容易に推測できる。そこで、従来の半分、年1%ずつ単価が低下した場合を仮定すると、2020年の透析医療費は13,700億円となり、先述の透析患者推計値32.3万人から考えれば、1人当たり35万円/月の透析医療費となる(図11)。しかし、この時、透析施設全体の経常利益は▲579億円、売上高経常利益率は▲4.2%と赤字を呈すこととなり、透析医療機関の経営は成り立たないことになる。さらに半分の0.5%/年の価格引下げも推計されているが、その場合でも2020年の透析医療費は14,380億円であるが、全透析機関の経常利益は▲240億円、売上高経常利益率は▲1.7%と、やはり透析施設の経営は成り立たない¹⁾。

ところで透析医療費が抑制される最大の根拠は、患者数がなお増加し続けていることによるとされる。しかし、平成5年度の患者増加数9,955人を全国3,940施設で割ると、1施設あたり年間2.5人の患者数増加にしかならない⁵⁾。したがって、立地条件や競合施設など、いくつかの条件はあると考えるが、患者がまっ

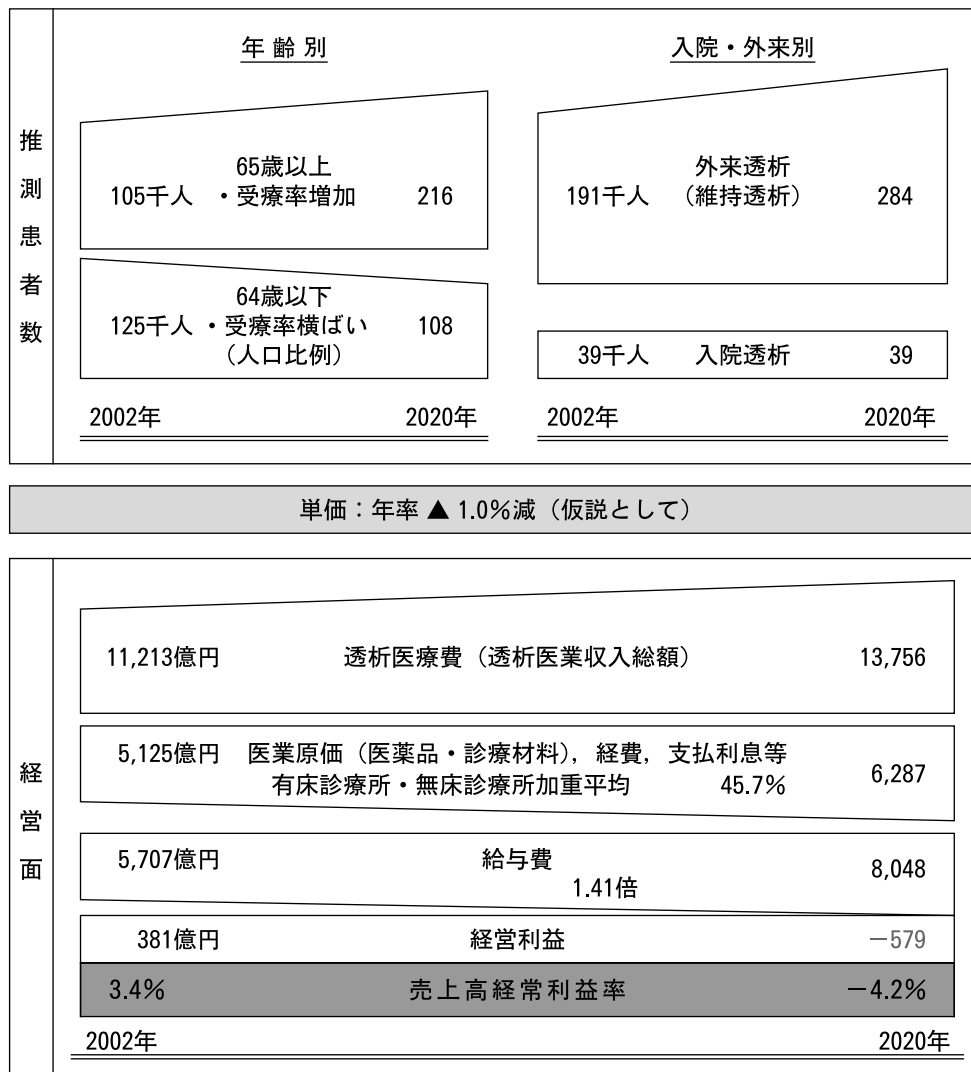


図 11 透析医療の将来像イメージ

たく増えないばかりか、減少している施設もあると想像される。こうした経営上の先行き不安や、後継者問題が絡んで、透析施設を閉鎖したという報告もある。これ以上の経営悪化は、将来の透析治療確保にとって深刻な問題となりつつある。

8 高齢者保険

医療制度改革法案の成立により、高齢者保険制度の運用が平成 20 年より開始される⁹⁾。基本的には、75 歳以上の後期高齢者が対象で、受益者負担を増加させ、現役世代に対して公平感をかもし出すとともに、将来にわたる安定した保険制度の確立が目標であるが、高齢者医療費の伸びそのものを抑制することが、制度を導入する最大の意図であろう。言い換えるなら、後期高齢者医療は、心身の特性や生活実態を踏まえ、かつ保険のあり方について配慮された制度の中で、高齢者

医療費の伸びの抑制が目的で、限りなく包括された診療報酬の導入と、これによる医療内容の制限 (国民のコンセンサスを得てということにはなっているが) によって、もたらされると考えられている。包括以外にも、在宅医療への誘導と家族による介助は医療費の抑制に働く。また、保険料の徴収や財政運営は、市町村およびこれが所属する広域連合が実施することになっており、医療費の抑制を市町村などの努力に依存するとともに、保険料率や、医療内容に地域差が生じる可能性もある。

なお、65 歳以上 74 歳未満の障害者も高齢者保険の適用となるが、保険の適用は本人の選択とされ、保険料と自己負担率から考えると、透析患者は選択しないほうが有利とされている。ただ、75 歳以上の透析患者は高齢者保険の対象となるため、従来の診療報酬とは異なる点数を設定するとされていることから、

はたして全包括となるか？
 はたして経営的に容認できる点数か？
 はたして透析の質が担保できるものか？
 はたして風邪薬や湿布は高額療養費の対象として続くか？
 はたして平成 20 年度の従来診療報酬改定とどのようにリンクするものか？

などについて、慎重な見守りが必要な上、日本透析医学会は、高齢者保険の内容や、次回診療報酬改定について、なんらかの具体的提案をする必要があると考えている。

おわりに

わが国の透析治療成績が世界一である理由は、そこそこお金がかけられていることと（自己負担も少ない）、多くの手間をかけるだけの経営的な余裕があったこと、生真面目な医療従事者の努力、自制できる日本人患者の性格などにあったと考える。しかし、平成 14 年以降の診療報酬改定で明確になってきているなりふりかまわぬ医療費の抑制と、将来出現するであろうお金のある人だけが優れた医療を受けられるという医療制度の導入は、急激にわが国の透析成績の悪化を招来する可能性を秘めている。また、それに併せて、透析医療機関の治療成績や経営にも格差が生じたり、競合が生じたりするであろう。

日本透析医学会活動のあり方が問われるところである。

なお、ここに用いた図表は著者等の了解をとった上で掲載され、かつ引用文献を示した。

文 献

- 1) 杉崎弘章, 鈴木 満, 吉田豊彦, 他: 透析医療におけるブランドデザイン. 日透医誌, 19; 468-479, 2004.
- 2) 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; 30-35, 2003.
- 3) Medical Industry, JAPAN MRDICINE, No. 1016 (8/28), 11; 2006.
- 4) Pisoni RL, Bragg-Gresham JL, Young EW, et al.: Anemia Management and Outcomes from 12 Countries in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). AJKD, 44(1); 94-111, 2004.
- 5) 日本透析医学会統計調査委員会: 図説 わが国の慢性透析療法の現況 2005. 12. 31 現在, 日本透析医学会, 2006.
- 6) Goodkin DA, Bragg-Gresham JL, Koenig KG, et al.: Association of Comorbid Conditions and Mortality in Hemodialysis Patients in Europe, Japan, and US in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). JASN, 14(12); 3270-3277, 2003.
- 7) 秋澤忠男: 元気で長生きを. ぜんじんきょう, No. 215; 16-17, 2006.
- 8) 秋葉 隆, 中井 滋, 若井建志, 他: 糖尿病性腎症による新規慢性透析患者の推計. 透析会誌, 39; 1237-1244, 2006.
- 9) 平成 18 年版厚生労働白書 (厚生労働省編); 2006.

(平成 18 年 4 月 1 日/広島県「広島県透析連絡協議会」,
 平成 18 年 5 月 13 日/鹿児島県「第 20 回鹿児島県透析
 医学会学術講演会」)