

[各支部での特別講演]

2006年診療報酬改定後の透析施設シミュレーション

工藤 高

関東学院大学大学院 経済学研究科

key words : 06年マイナス改定, 改定対応策, ゲーム理論, コスト適正化, 市場実勢価格

要 旨

2006年4月の診療報酬改定は、新聞報道によると、小泉前首相の「過去最大のマイナス改定率にするように」という意向をうけて▲3.16%（診療報酬本体▲1.36%、薬価・材料▲1.8%）で断行された。本稿では、改定の度に厳しさが最近の透析医療に関する改定内容と具体的影響、その対策を検証する。

2006年改定では外来における透析技術料は引き上げられたが、実質的にはエリスロポエチン製剤の包括化でマイナスとなった。さらに、慢性維持透析患者外来医学管理料引き下げ、休日・夜間加算引き下げ、ダイヤライザー引き下げ、そして、再診料、院外処方箋料も引き下げという厳しい内容であった。

2006年改定の影響を実際の人工透析診療所で検証してみると、単純な新旧点数比較でなにも対策をとらなかった場合は年間5,000万円減収（▲11%）と試算された。同院ではこれを広告戦略の見直しによる新規患者の受入れ、エリスロポエチン製剤の使用適正化、コストの適正化、CAPD（腹膜透析）患者受入れ体制の構築でなんとか前年並みの収入を確保することができた。

最近の改定では、ダイヤライザーに限らず特定保険医療材料の償還価格引き下げが実施される。そのマイナス分を軽減させるため、個々の医療機関は値引き交渉で材料や薬価購入金額を下げる経営努力をする。しかしその結果、厚生労働省が次回改定で、市場実勢価格の低下に応じて再びダイヤライザー償還価格や薬価

を下げる。そのため医療機関経営がさらに苦しくなるという、経済学でいう「囚人のジレンマ」の構造がうかがえる。これからは透析医療機関に限らず医療機関を取り巻く環境をみていくと、過去の経営手法を脱却した経営努力が必須となってくる。

1 慢性透析療法の現状

透析医学会によると、2004年末の透析医療施設数は3,932施設（前年比4.85%増）、透析ベッド数97,366台（前年比5.0%増）であり、透析患者の増加とリンクして増えている。そのため新規透析患者が増加しても新規参入の医療機関で相殺され、1医療施設あたりの患者数は増加していない計算になる。

80～90年代前半は人工透析の技術料は高く、さらにダイヤライザーおよび透析使用薬剤の材料・薬価差益、使用した透析液や実施検査がすべて出来高請求可能だったため利益率は驚くほど高かった。これは慢性期入院である当時の介護力強化型病棟も同様だった。しかし、過去3回の連続マイナス改定で完全に医療費抑制の時代に入り、その中でも人工透析関連点数は大きなターゲットとされた。慢性期入院も2006年改定で、医療区分1のいわゆる社会的入院の患者には、老人保健施設よりも低い1日あたり764点という点数が設定された。

2 2006年診療報酬改定内容

2000～2006年までの過去4回における診療報酬改

表1 慢性維持透析関連の診療報酬改定の推移

| 項目 | 2000年 | 2002年 | 2004年 | 2006年 |
|----------------------|---------------------|-------|-------|---------------------|
| (1) 慢性維持透析患者外来医学管理料 | 2,800 | 2,670 | 2,460 | 2,305 |
| (2) 人工腎臓の夜間加算および休日加算 | 500 | 500 | 500 | 300 |
| (3) 人工腎臓（入院中以外の場合） | 1,630 ^{†1} | 1,960 | 1,960 | 2,250 ^{†2} |
| (4) ダイアライザー価格（%） | — | 9.5 | 11.9 | 11.0 |

†1 4時間未満の場合（4～5時間：2,110点、5時間以上：2,210点）。

†2 エリスロポエチン製剤が包括化。

定の透析関連点数の推移は表1のようになる。

表1の(1)の慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある透析患者に月1回算定可能な管理料である。包括されている検体検査実施料が、改定の度に検体検査ベースで10%前後ほど下がることにリンクして、2002年2,670点→2004年2,460点→2006年2,305点と毎回引き下げられている。

(2)の夜間加算、休日加算は、中医協の2006年改定内容を議論するプロセスで、当初は「廃止を含めて引き下げる」とされていたが、医療提供側より「廃止はあまりに乱暴」といった意見が相次いだため、最終的には200点引き下げの300点になった。(3)は外来における人工腎臓点数を290点引き上げたが、エリスロポエチン製剤が包括化されたため実質的にはマイナスとなった。また、(4)のダイアライザーも材料費ベースで2002年▲9.5%、2004年▲11.9%、そして今回も▲11%と大きな引き下げとなった。

3 2006年改定への対応策

2006年改定による減収を、経営努力により前年並み収入を確保できた事例の調査結果を紹介する。

1) 調査事例の概要

この診療所は最寄り駅から徒歩1分の場所に立地する一般的な駅前透析診療所である（表2）。

同院の経営母体である医療法人はYクリニックのほか二つの透析診療所を経営する。したがって医薬品購入や人材採用にあたって、スケールメリット（規模の経済）によるコストダウンや人材交流が不可能な単体の診療所ではない。ただし、3医療機関なのでグループ規模としては小さい。同院では2006年4月改定時点で、単純に新旧点数に置きかえてなにも対策をしなかった場合は月間約400万円の減収、年間5,000万円ダウン（▲11%）とシミュレーションされた。そ

表2 医療法人Y診療所の主な指標

| |
|------------------------------|
| 人工透析専門無床診療所 |
| 透析ベッド：38床 |
| 透析患者：119名 |
| 夜間透析：月・水・金のみ |
| 常勤医師2名、看護職員9名、臨床工学技士3名、事務員5名 |

表3 Yクリニックの対策

| |
|--------------------------|
| (1) 新規患者の受入れ |
| (2) コストの適正化 |
| (3) CAPD（腹膜透析）患者受入れ体制の構築 |

のために表3のような対策をとった。以下に表3に示された3点について述べる。

2) 新規患者の受入れ

2006年4月改定以降、新規紹介患者10名を受入れて、患者1人当たり月約40万円×10人の計算で月間約400万円のマイナス分をカバーできた。医療機関の収入構造は人工透析に限らず「患者単価×患者数（n）」で決定される。改定で単価が下がった場合、前年度並み収入を確保するためにはnを増加させるしかない。でも、机上の式は単純であるが実際にそれを行うのは難しい。透析患者数は年間1万人のペースで増加しているが、死亡患者もいるために平均では1施設当たり1年間で差し引き1～2名程度の患者増と言われている。さらに新規参入医療機関もあるため、透析患者獲得競争がますます熾烈化している。

同院では開院以来、特に積極的な医療機関広告を実施してこなかった。それを2006年改定直前より最寄り駅を通る電車内に窓シール広告をしたり、ホームページ上のクリニックの紹介をわかりやすく改善したりした。もともと同院の透析患者は半分が近隣急性期病院における透析導入患者、残り半分が都内の大学病院からである。透析医療機関の選択はアクセスが良いこ

とが重視されるが、広告の実施で「自院の存在を広く知ってもらおう」ことで潜在的需要の拡大へつながった。ただし、これまで広告を実施していなかったことによる「機会損失コスト」という見方もできる。これはなにかを実施していれば得られたはずだが、それを行わなかったことによる損失をいう。

3) コストの適正化

取り組んだコストダウン策は、①包括されたエリスロポエチン製剤の使用量適正化、②ダイアライザーの種類絞り込みによる購入価格引き下げ、③水道光熱費の節約運動を実施した。

①のエリスロポエチン製剤の使用量適正化は、鉄剤を投与することで同製剤の週当たりの使用量を40%ほど減らした。2006年7月に透析医学会が行った改定影響度調査(n=465)でも、エリスロポエチン使用量が「減少48.6%」「変わらない50.9%」、反対に鉄剤の使用量が「増加51.9%」という結果であった。

②のダイアライザーは、価格交渉による引き下げにはなかなかメーカー側も応じない。利益が圧縮されるし、市場実勢価格を下げると、それをもとに次回改定で再び特定保険医療材料価格を下げてしまうからだ。これはメーカー、医療機関ともにさらなる利益の圧縮というジレンマにおちいる(次章「ダイアライザー引き下げにみる囚人のジレンマ」を参照)。同院ではそれまでは複数メーカーのダイアライザーを購入していたが、その種類を絞りこんで交渉にあたり、同一メーカーで一定の本数以上購入を担保に、価格引下げを実現した。

③の水道光熱費は環境問題を考えて「CO₂削減」というスローガンを院内に掲げた。具体的にはエアコンの温度設定管理、無駄な電気は消灯、そして透析で大量に使う水をRO(水処理装置)で再濾過することで40%ほど減らすことに成功した。このような様々な節約運動の結果、2006年夏の実績では、法人全体で電気代▲5%、水道代▲30%の削減に成功した。

4) CAPD(腹膜透析)患者受入れ体制の構築

週3回、1回当たり4時間の透析に通うことは患者にとって大変なことである。したがって、受診が少なくて済む腹膜透析(CAPD)を導入した。個々の患者のニーズを取り入れて、そこにきめ細やかに対応して

いった。

4 ダイアライザー引き下げにみる囚人のジレンマ

経済学の「ゲーム理論」における代表的なケースに「囚人のジレンマ」がある。これは複数の人間がお互いに協力をすれば現状よりもよい状態が得られるはずが、相手を出し抜くために結果が現状よりはるかに悪くなるケースをいう。たとえば銀行強盗の共犯者AとBの2人が警察に捕まったとする。物的証拠はなにひとつなく、状況証拠のみなので自白が重要になるが、2人はなかなか口を割らない。そこで刑事は自白をさせるため「Aよ、おまえだけが自白したら即釈放してやる。しかし、Bが自白しておまえが自白しないならば、おまえは罪以上に重く刑が問われる。ただ、2人とも自白したならば、銀行強盗の罪は問われる。2人が黙秘を続けても拘留期間はきつく調べる。自白か黙秘かよく考えろ」と言う。

この場合にAとBの状況は図1のようになる。各マスの二つの数字は左が囚人Aの利益、右が囚人Bの利益を表し、数字は大きいほどに都合のいい状態を表す(この場合最も都合のいい状態である「釈放」が3となる)。Aが黙秘をして、Bが自白したときの利益はAが-1、Bは3となる。AにとってBが黙秘したならば、自分が自白をすれば釈放されるので利益は3となる。そして、お互いに拘留期間中の取り調べを黙秘でつらぬいた場合はA、Bともに利益は2となる。

このような場合、別々の独房に入り、相談不可能な2人はどう行動するか。相手がどんな行動に出ても、自分が自白するほうが利益は大きくなる。最も不利益なのは相手が自白しているのに、自分が黙秘する場合(-1)だ。このようなケースではお互いに自白をしまい、2人とも銀行強盗の罪を問われる結果になる。全体として考えるとお互いに黙秘をしていれば状況証

| | | 囚人 B | |
|------|----|-----------------------|-----------------------|
| | | 黙秘 | 自白 |
| 囚人 A | 黙秘 | お互いに黙秘 (2, 2) | A 黙秘, B 自白 (-1, 3) |
| | 自白 | A 自白, B 黙秘 (3, -1) | お互いに自白 (0, 0) |

図1 囚人のジレンマ

拠しかないため、拘留期間が過ぎれば釈放されるのだが、各個人が自分にとって最適な選択をしてしまう。つまり、囚人 A、B ともに相手を出し抜いたために、相互に協力をして黙秘をした場合よりも状態が悪くなってしまうケースが囚人のジレンマだ。なお、囚人のジレンマと逆のケースが「談合」となるわけだ。

さて、囚人のジレンマは 2006 年診療報酬改定でも見られたのではないか。改定率が過去最大のマイナス 3.16% となったのは、日本医師会が先の衆議院選挙で自民党を支持しなかったためという見方が強い。改定にあたって日本医師会が+3.0% 以上の引き上げを求めたため、お互いに落としどころがなかったわけだ。労使関係が健全な会社の春闘では、実はある程度の妥結金額ラインを決めた労使交渉が行われるのは日常的である。

また、ダイアライザーや薬価の引下げも囚人のジレンマ状態と言えよう。厚生労働省は薬剤や材料、検体検査センター契約価格等は医療機関の購入金額（市場実勢価格）を改定前に調査して、その額に応じて診療報酬改定で引き下げている（囚人のジレンマにおける「刑事」の立場）。本来ならば全体にとって最適な選択は、日本中の医療機関がダイアライザーや薬価の値引きの交渉を一切しないで高めの談合価格で購入することだ。そうすれば次回診療報酬改定でも薬価や材料償還価格引下げにはつながらない。しかし、そのような

ことは現実的には不可能であり、個々の医療機関にとって最適な選択をとり、「当院だけは安くして」と価格交渉を行う。つまり、相手を出し抜くことでの囚人のジレンマにおける自白と同じような状態になってしまう。

おわりに

人工透析診療所では、マイナス改定で医業収入が下がり、利益が減少し続けている。特に単体経営の透析診療所は「スケールメリットがないことによるコスト高、人材確保難」「経営者の高齢化」「後継者がいない」「患者による他医療機関選択」といった理由で閉鎖が増加してくると考えられる。これまでの透析施設は、4時間×週3回の人工透析を、ユーザーである患者側のニーズをあまり考えないで、提供者側の論理で一方的におしつけていた部分もあったのではないだろうか。これからは患者の様々な細かなニーズをくみ取って、できることには対応するという「SAY YES」のスタンスが必要になってくる。もし、自らが人工透析を受ける立場になったら、どんな医療機関で受けたいのか。そこにこれからの透析医療機関経営の答えがあるのではないだろうか。

（平成 18 年 8 月 5 日/大阪府
「平成 18 年度大阪透析医会講演会」）