

# 平成 20 年度透析関連診療報酬改定について

山崎親雄

key words : 人工腎臓, 診療報酬, 時間区分, 慢性維持透析患者外来医学管理料, ダイアライザー価格

## 要 旨

2008 年度診療報酬改定における最大の成果は、人工腎臓の時間区分による点数設定が復活したことにあ  
る。透析担当医や患者会（全国腎臓病協議会：全腎協）からの強い要望のほか、日本医師会の強力な支援や、厚生労働省（厚労省）担当者に、「透析の質を維持するためには長時間透析が必要」という考えを理解していただいたことなどが、中央社会保険医療協議会（中医協）で議論はあったものの、最終的に了解が得られた要因である。これを受けて、すべての透析医療機関は、その患者にとって最も適切な透析時間を設定し、世界に誇るわが国透析患者の「元気で長生き」を追求していただくよう希望する。

## はじめに

透析医と透析患者が熱望していた診療報酬上の透析時間区分復活が、平成 20 年の改定（表 1）で実現した。今回の診療報酬改定に際し、従来にもまして、日本透析医会が、日本医師会や厚生労働省との間で良好な意思疎通ができたことが、好結果をもたらしたものと考えている。

ここでは、透析関連の改定部分について解説するとともに、要望に関する経過や、現時点での評価について、日本透析医会の立場から述べたい。

## 1 J038 人工腎臓（技術料）に関する改定内容について

### 1) 時間区分復活<sup>2)</sup>

#### ① 透析時間区分の変遷

それまで一律であった人工腎臓点数に、初めて透析時間区分が導入されたのは昭和 53 年で、ダイアライザーを包括した技術料は、i) 5 時間未満 3,100 点、ii) 5 時間以上 9 時間未満 4,000 点、iii) 9 時間以上 4,100 点であった。

次の昭和 56 年の改定で、ダイアライザーが分離され、人工腎臓は、診療行為別分類で手術料から処置料へ移行された。昭和 60 年の改定では、ダイアライザー機能の向上や、透析技術の進歩などがあいまって、透析時間区分は 4 時間未満 1,300 点、4 時間以上 1,700 点となった。

その後平成 6 年には、透析液や抗凝固薬の標準的な使用量を考え、これらに生理食塩液を加えた包括点数が設定された。

ところがこの年に、日本透析医学会統計調査委員会は、初めて 1 年死亡に対する透析時間区分別の相対危険率について報告した。それは、原則的に、透析時間が長いほど、死亡に対する相対危険率が減少するというもので、これをもとに、平成 8 年の診療報酬改定では、4 時間以上・未満の診療報酬点数区分に加えて、5 時間以上透析点数が新設された。ただ、その後も 4 時間透析への流れは止まることはなかった。

表1 通知を含む改定内容概要<sup>1)</sup>

1. J038 人工腎臓に関して	以外に1回のみ、PTHの出来高請求が可能であることが明示された。
1) 人工腎臓1(外来包括)について透析時間区分が復活され、表2の点数となった。	
2) 14回ルールが通知から注へ移行され、対象から妊娠中の患者が除外された。	
3) 開始時期と終了時期が明示された。	
4) 人工腎臓治療時間については患者の納得を得た上で最も妥当な時間とし、開始・終了時間を含む治療時間を診療録に記録することが明示された。	
5) 人工腎臓に包括される薬品としてダルベポエチンが追加され、貧血管理については関係学会が示すガイドラインを踏まえて適切に行うことと明示された。	
6) 人工腎臓2について、夜間に治療を開始し、翌日0時を超えて12時間以上治療が継続された場合は、2日として算定する。	
2. 慢性維持透析患者外来医学管理料	
1) 梅毒脂質抗原検査(定量)が追加され、βリポ蛋白が削除された。	
2) 同一月に、同一の保険医療機関に入院した場合を除き、他の医療機関の入院なら、慢性維持透析患者外来医学管理料の請求が可能となった。	
3) シナカルセット塩酸塩の初回投与から3カ月に限って、慢性維持透析患者外来医学管理料以外に、出来高で請求できる項目と頻度が追加された。	
4) 副甲状腺機能亢進症に対する副甲状腺摘出術後(退院月の翌月から5カ月間)・パルス療法・シナカルセット投与(投与開始から3カ月)に際し、月2回以上PTH検査を実施した場合に限って、慢性維持透析患者外来医学管理料	
3. 持続緩徐式血液濾過	
1) 夜間開始し0時を超えて12時間以上継続治療する場合は2日として算定することや、妊娠時には15回以上の技術料請求が可となったことは、人工腎臓と同じ。	
4. 血漿交換療法	
1) 慢性C型ウイルス肝炎が新たに治療対象になった。	
2) 夜間に開始し0時を超えて12時間以上継続治療する場合は、2日として算定。	
5. 在宅自己腹膜灌流指導管理料および在宅血液透析指導管理料	
1) 頻回指導加算点数が2,000点に引き上げられた。	
6. その他	
1) 糖尿病合併症(特に足病変について)管理加算170点/月が新設された。	
2) 臨床工学技士による生命維持装置の管理保守に対して、医療機器安全管理料150点/月が新設された。	
3) 時間内に、夜間、早朝等に実施される診療に対し夜間・早朝等加算50点が新設された。	
7. 人工腎臓用特定保険医療材料価格など	
1) ダイアライザー価格が表3のように引き下げられた。	
2) その他の材料価格の引き下げ β <sub>2</sub> -MG除去用吸着型血液浄化器・緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル・血漿交換用血漿分離器・血漿交換用血漿成分分離器・エンドトキシン除去用吸着式血液浄化器・CAPD用カテーテルおよび専用回路……などの材料価格が引き下げられた。	

表2 透析時間区分と人工腎臓点数

1. 人工腎臓1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合(包括)	
イ 4時間未満の場合	2,117点(-133点)
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,267点(+17点)
ハ 5時間以上の場合	2,397点(+147点)
2. 人工腎臓2 その他の場合(出来高)	1,590点(±0点)

表3 平成20年度改定に伴うダイアライザー価格の推移

区分	膜面積	改定前(円)	改定後(円)	下げ幅(円)	下げ率(%)
I型	1.5 m <sup>2</sup> 未満	2,300	1,380	-920	-40.0
	1.5 m <sup>2</sup> 以上	2,070	1,370	-700	-33.8
II型	1.5 m <sup>2</sup> 未満	1,660	1,380	-280	-16.9
	1.5 m <sup>2</sup> 以上	1,880	1,320	-560	-29.8
III型	1.5 m <sup>2</sup> 未満	1,710	1,570	-140	-8.2
	1.5 m <sup>2</sup> 以上	2,220	1,570	-650	-29.3
IV型	1.5 m <sup>2</sup> 未満	2,240	1,770	-470	-21.0
	1.5 m <sup>2</sup> 以上	2,350	1,800	-550	-23.4
V型	1.5 m <sup>2</sup> 未満	2,620	1,890	-730	-27.9
	1.5 m <sup>2</sup> 以上	2,660	2,020	-640	-24.1

表 4 時間区分の廃止と 4 時間未満透析の比率

	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
2004 年	22.6	37.3	20.2
2005 年	24.2	38.5	21.6
2006 年	25.7	40.5	22.8

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。

## ② 時間区分の廃止

平成 14 年の改定で、当時の小泉首相の主導する経済財政諮問会議の指示に従って、2,800 億円の医療費歳出を削減する際、透析時間区分を廃止し、大幅な点数引き下げを実施し（食事加算の廃止などを含めて、医療費ベースで 1,000 億円程度を透析が負担した可能性がある）、これを改定財源に充てた。

当時、時間区分を廃止するべき合理的または医学的な根拠はなく、閣議や国会質問での説明に使用された「患者ごとの所要時間が標準化されたこと等を踏まえ廃止した」という一文は、まったく意味不明で、理解不能であった。

いずれにしても多くの透析担当医は、これにより透析時間の短縮傾向が促進され、わが国の透析治療成績が低下するのではと危惧した。

実際、「医科点数表の解釈」の通知に記載された「人工腎臓の時間等については、患者の病態に応じて、最も妥当なものとし、治療内容の変更が必要となった場合には、患者に十分な説明をすること」という文言はほとんど効果を発揮せず、透析患者の高齢化もあって、日本透析医学会統計調査では、短時間透析比率が急激に増加してきていた（表 4）。

## ③ 透析時間区分の復活

日本透析医会は、平成 16 年・18 年の診療報酬改定のたびに、長時間透析の生命予後に対する優位性を根拠に時間区分の復活を求めてきたが、実現されなかった。

一方、平成 14 年の診療報酬改定直後に、時間区分撤廃に対する反対意見が噴出した際に、厚労省は、「(透析時間区分については) 今後は、難易度・時間・

技術力などを踏まえた評価を進めるとした医療制度改革の基本方針に従って、関係団体の要望や専門家の意見を考慮しつつ検討する。」としており、いつかは必ず見直しがあるものと考えていた。

こうした中で、今回（平成 20 年）の診療報酬改定では、18 年度に初めての診療報酬マイナス改定が実施されたことや、医療崩壊の大きな要因として引き続き医療費抑制策の影響があることなどから、日本医師会はプラス改定を強く要望し、厚労省もメリハリがあり、かつ医療の質を担保できる改定が必要と判断した。加えて、関連団体である全腎協の強い要望や、日本透析医学会・日本透析医会など専門家の意見が聞き入れられ、6 年越しの透析時間区分による診療報酬が復活することになった。

## ④ 時間区分復活までの経緯

今回の時間区分復活（人工腎臓に係わる時間評価の導入）については、基本的な考え方として、「副作用等により、時間を長くせざるを得ない患者がいることや、透析時間が生命予後に影響を与える可能性があることに考慮」して、「透析時間に応じた診療報酬上の評価」を行ったとされている。当初は、日本医師会の支援や厚労省担当者の理解があったことから、日本透析医会としては単純に透析時間と生命予後に関する資料を提出し（図 1）、これにより比較的容易に時間区分が復活されると考えていた。しかし、中医協基本問題小委員会での論議が始まると、保険者側代表などから、

- i) なぜ短時間透析が増加してきていたのか？
- ii) 短時間透析の多い施設は悪い施設か？
- iii) 長時間透析が良いなら、なぜ標準的には 5 時間でなくて 4 時間なのか？

などの質問が出された。最終的には、日本透析医学会/日本透析医会共同の要望書（参考資料 1）と、それに添付された透析時間と死亡に対する相対危険率に関する表を用いた説明が理解されたものである。

なお、日本透析医会は、戦術的な問題もあって、公式的には 4 時間以上/未満のみの点数設定を要望してきたが、5 時間以上にも点数配分が実施されたことは、時間が長いほど生命予後が良いという質を担保するためには、「平成 14 年改定以前に戻す」という配慮が基本にあったものかと推測する。

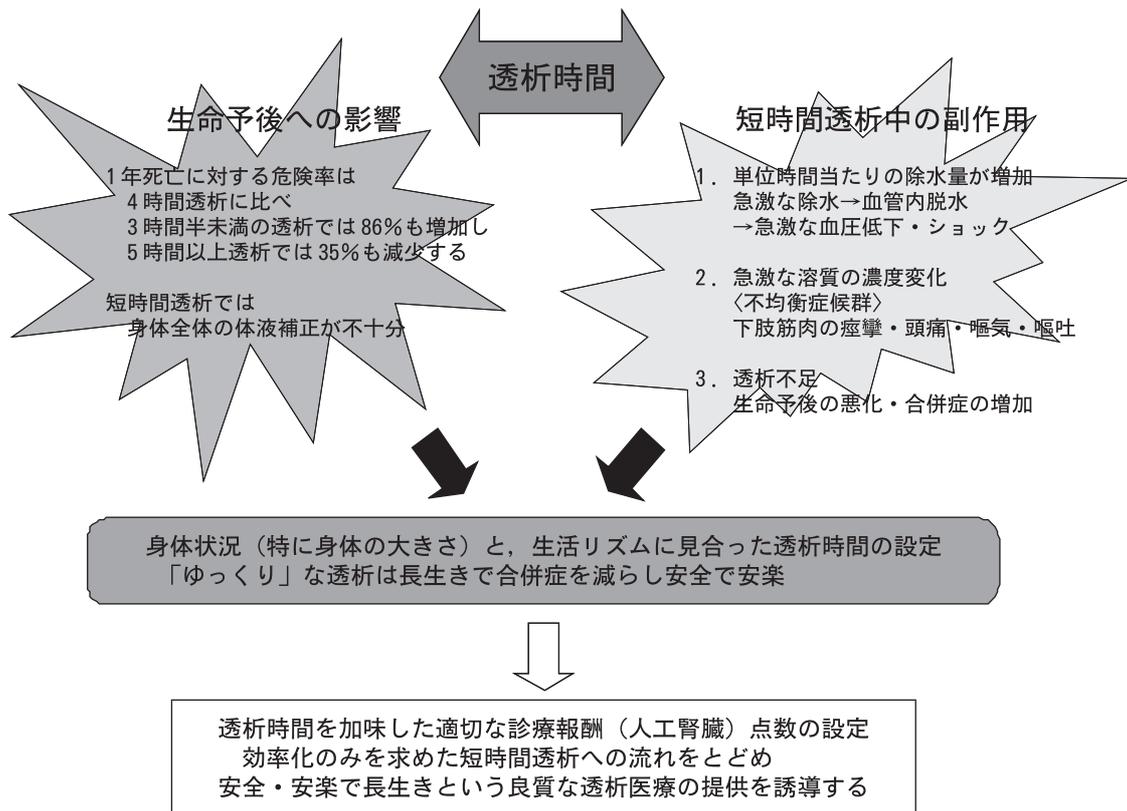


図1 透析時間と生命予後

## ⑤ 復活された透析時間区分の評価

この透析時間区分による人工腎臓点数に関して、新しい財源が投入されたとは考えがたく、4時間未満透析を引き下げた点数で、4時間以上および5時間以上の点数が上積みされたいわゆる「財政中立」に基づく透析技術料の再配分であったと考える。実際には従来の人工腎臓1 (包括) 2,250点が、時間区分をもとに、4時間未満では133点減の2,117点、4時間以上は17点増しの2,267点、5時間以上では147点増しの2,397点と3段階に設定された。なお、入院中の人工腎臓点数は、時間に関係なく1,590点に据え置かれた。

端数の複雑な点数であるが、4時間以上と4時間未満の差が150点、4時間以上と5時間以上の差が130点と考えれば、わかりやすい数字となる。

ちなみにこれらの点数の算定には、それぞれの時間区分となる患者数比率を推測し適用したと考えられ、5時間以上：4時間以上：4時間未満は、1：7：2であったかと推測している。実際、3区分の点数差とこの患者比率から、4時間以上に上積みされた17点などは容易に算出できる。

いずれにしても、今回、透析医療の質の向上を目的とし、「透析時間が長いほど死亡に対する相対危険率

が減少する」というエビデンスが評価され、透析時間区分が復活されたことにより、これをもとに短時間透析への流れがとまり、5時間以上の長時間透析比率が高まったとすれば、きわめて望ましい経済誘導政策であり、本来あるべき行政のあり方と高く評価したい。

## 2) その他の人工腎臓関連部分の改定 (抜粋)

① 開始時期と終了時期が明示され (準備や後片付けのための時間は含まれない)、開始・終了時間を含む治療時間を診療録に記録することが明示された。透析チャートなどを含め、診療録に透析時間が間違いなく記入されているか、確認が必要である。

② 「人工腎臓2について、夜間に治療を開始し、翌日0時を超えて12時間以上治療が継続された場合は、2日として算定する。」とした通知は、24時間以上にわたって実施されることがあるJ038-2持続緩徐式濾過術についての新しい (当然の) 解釈を、人工腎臓および他の血液浄化法に敷衍し当てはめたものと推測している。

## 2 その他の主たる改定内容について

### 1) 慢性維持透析患者外来医学管理料

① βリポ蛋白が包括からはずれた。また、指導管理料に含まれない通常の検査では、項目数に準じて設定されている血液化学検査料が1~2点下がり、心電図は20点下がったが、慢性維持透析患者外来医学管理料点数は据え置かれた。

② 同一月に、同一の保険医療機関に入院した場合を除き、他の医療機関の入院なら、慢性維持透析患者外来医学管理料の請求が可能となった。これについては、日常的には、医療機関でのレセプト請求段階では転出患者のその後の入院が不明で、保険者からの再審請求ではじめてわかることや、透析も実施しない白内障の短期入院でも、出来高払いとする不明朗さを改善したものと説明を受けている。

③ 副甲状腺機能亢進症に対する副甲状腺摘出術後(退院月の翌月から5カ月間)・パルス療法・シナカルセット投与(投与開始から3カ月)に際し、月2回以上PTH検査を実施した場合に限って、慢性維持透析患者外来医学管理料以外に1回のみ、出来高請求が可能であることが明確にされた。

### 2) 血漿交換療法

① 慢性C型ウイルス肝炎が新たに治療対象になった。インターフェロン治療と血漿交換療法の併用が有効かというエビデンスはなお不足していると思われるが、最近のウイルス肝炎訴訟との兼ね合いで、適応を拡大したものと推測する。

### 3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料および在宅血液透析指導管理料

① 頻回指導加算点数が2,000点に引き上げられたが、少しでも在宅治療への誘導が意図されたものと考えられる。

### 4) その他

① 糖尿病合併症(特に足病変について)管理加算170点/月が新設された。糖尿病患者の増加に伴い、網膜症・腎症・神経症や、糖尿病性足病変、糖尿病大血管症等の重症な合併症の発症を防止することは重要であるとした上で、特に「糖尿病性足病変」については、重点的な指導による発症防止効果があるため、評価を行うとしたものである。しかし算定要件として専任の常勤看護師の関与が必要とし、この看護師については、糖尿病治療および糖尿病性足病変の診療に従事した5年以上の経験が必要なことと、表5に示す研修を修了したものである。特に後者・研修に関する要件は、わが国でいったいどれほどの看護師がこれに該当するものかということを見ると、この点数設定による効果の波及には、多いに疑問を感じるところである。

一方、こうした足病変は、糖尿病の経過が長くなるほど頻度が増加し、それゆえ透析患者にこそ頻度はきわめて高いと考える。実際、透析の現場では、通常の看護師が、日常的に、糖尿病性足病変の予防や治療に当たっており、ここに適用されてこそ、この点数は生かされるものと信じている。

② 臨床工学技士による生命維持装置の管理保守に対して、50点/月の医療機器安全管理料が新設された。これは平成18年6月の医療法改正に関連し、特に生命維持管理装置の操作および保守点検に、臨床工学技士が強く関与することを推奨するために新設された。血液浄化装置も対象となる生命維持装置とされたが、人工腎臓装置(自動腹膜装置、血液濾過装置、血液透析濾過装置も同様に)は除外された。透析についてはすでに臨床工学技士が深く関与しており、したがって対象患者も多く、もしここに医療機器安全管理料が適用されるとすると、その改定財源は人工腎臓の点数を下げてこれに充てたであろうと推測している。

③ 時間内に、夜間・早朝等に実施される診療に対

表5 糖尿病合併症管理料算定に必要な専任常勤看護師の研修

1. 認定看護師：糖尿病看護 ((社) 日本看護協会)
2. 認定看護師：創傷・オストミー・失禁 (WOC) 看護 ((社) 日本看護協会)
3. 慢性疾患看護：CNS プログラム サブスペシャリティ 糖尿病看護 (コース認定されている看護系大学院)

現時点では上記のいずれかの研修を修了したもの

し、夜間・早朝等加算 50 点が新設された。スケジュールの確立した透析の場合、「病院勤務医の負担軽減に資するため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止める観点から」という基本的な考え方からははずれるが、条件が合えば請求可能とされている。夜間は透析の夜間加算が請求されるため、早朝午前 6 時～8 時開始の場合と、土曜日の正午～17 時開始の場合には、請求可能である。

#### 5) 人工腎臓用特定保険医療材料価格など

① ダイアライザー価格などの特定保険医療材料価格は、原則的に、実勢価格が調査され、その加重平均に一定（今回は 7.5%）幅の調整価格（かつては R 幅といわれた）が上乘せされることになっている。例えば今回の改定で 550 円の引き下げがあった IV 型 1.5 m<sup>2</sup> 以上のダイアライザー（1,800 円）は、調整幅を除く実勢価格の加重平均が約 1,675 円のはずである。ちなみにダイアライザー価格には血液回路の価格を含むとなっているから、本当のダイアライザーの実勢価格はさらに低いことになる。この実勢価格調査は、メーカーの出荷価格は関与せず、医療機関の購入価格と、問屋からの出口価格が調査されたことになっている。ただ、実勢価格調査の結果については公表されず、現時点ではこの価格の妥当性を評価するコスト調査も行われていない。多くの関係者が、血液回路を含めた実勢価格 1,675 円は、あまりに安価すぎるのではという印象を持っているが、これを証明することができない。

日本透析医会は、今回の改定までは、「ものの価格」にはまったく関与することがなかった。ただ今回のダイアライザー価格があまりにも大きな引き下げであったことから、日本透析医会はこれにも関与すべきという意見が出始めている。現在は、これらを進める上での資料をまったく持ち合わせていないが、今後、日本透析医会の事業の一部とするかは、会員の意見を収集し判断してゆきたい。

② 薬価改定については、一定幅の医療費抑制のためには、今回の改定では診療報酬部分がわずかながらプラス改定であったが故に、帳尻合わせのためには、薬価やものの材料の引き下げが必須となる。標準的な 4 時間透析の技術料アップとダイアライザー価格との関連もこの関係にあるとは考えるが、密接にリンクし引き下げられたものであるかの詳細については不明で

ある。

透析関連の薬価も大幅な切り下げが実施されたが、エリスロポエチンでは、最も標準的な使用量とされる 1,500 単位（シリンジ）の場合、291→268 点、283→220 点となり、ダルベポエチン 30 μg で 803→795 点となっている。

ちなみに、平成 18 年の診療報酬改定では、単純に考えれば透析 1 回当たり 290 点分のエリスロポエチンが包括されたと考える。しかし今回の改定では、先述した時間区分の点数変化以外に、エリスロポエチンが包括された外来人工腎臓点数には変化がなく、エリスロポエチン自身の薬価引き下げから考えるなら、透析医療機関の経営にとっても、きわめて幸運な改定結果であったと考えている。

一方、診療報酬改定に関する主たる部分が明らかになった直後に、透析に使用する生理食塩液の薬価が引き上げられた。1 L 製剤が 16 点から 25 点となり、日本透析医会の標準的な保険診療マニュアル<sup>3)</sup>では 1 透析あたり 2 L の生理食塩液の使用を推奨していることから、透析 1 回当たり 180 円のコスト高（減益）になったことは、医療機関の経営にとっては大いなる痛手であると考えられる。

#### おわりに

平成 20 年度の診療報酬改定が終わった。全体的にはわずかとはいえ診療報酬はアップされたものの、薬価などものの価格が引き下げられ、全体としては若干のマイナス改定であったとされる。

透析もまったく同様で、技術料部分は、多くの施設で若干のアップとなったが、ダイアライザー価格の大幅な引き下げなど、ものの価格が低下したため、全体ではわずかなマイナス改定であったと推測する。

しかし、懸案であった透析時間区分による人工腎臓点数が復活されたことと、包括されている個々の検査点数は低下したものの、慢性維持透析患者外来医学管理料については価格が据え置かれ、同じく、包括されているエリスロポエチン価格は大幅に引き下げられたにもかかわらず、包括された人工腎臓 1 の点数は、時間区分による変化（多くの患者では点数のアップ）のみであったことは、日本透析医会や全腎協の努力もさることながら、多くの好条件が重なった幸運ともいべきものであったと認識している。

多くの好条件とは、

- i) 18 年診療報酬改定が初めての大幅マイナス改定で、今回の改定は必ずアップさせるという日本医師会の強い決意があったこと
- ii) 引き続き経済主導の医療費抑制策が、現場の医療を崩壊させているという認識が、国会や厚労省内部にもあったこと
- iii) 時間区分の復活に限っても、医師会の強い支持があったこと
- iv) 厚労省保険局医療課の担当者にも、「透析時間が長いほど生命予後が良好なこと」が理解され、日本医師会の中医協委員とともに、中医協基本問題小委員会の場で繰り返しその意義を説明していただいたこと

などを指す。しかし、日本透析医会は、今回の改定に

もこうした幸運が重なるという考えはまったく有しておらず、診療報酬改定の仕組みなどを検証し、今回の診療報酬改定に生かしてゆきたいと考えている。

いずれにしても、復活された時間区分を有効に利用し、患者にとって最も適切な透析時間を設定し、日本が世界に誇る「元気で長生きな」透析治療を継続していただくよう希望する次第である。

#### 文 献

- 1) 扶桑薬品工業株式会社：人工腎臓の診療報酬点数（平成 20 年 4 月改定分），2008.
- 2) 山崎親雄：日本透析医会事業のまとめと将来展望．日透医誌，23(1)；3-9，2008.
- 3) 日本透析医会維持透析療法委員会：安定期慢性維持透析の保険診療マニュアル（平成10年改訂）．日透医誌，13(別冊)；1998.

## 参考資料1 診療報酬改定に関する要望書

平成19年11月26日

厚生労働省保険局医療課  
課長 原 徳 壽 殿

社団法人 日本透析医学会  
理事長 西澤 良 記  
社団法人 日本透析医会  
会 長 山崎 親 雄

## 透析時間と生命予後に関する見解と、診療報酬上での透析時間区分復活のお願い

平成20年の診療報酬改定に向け、中央社会保険医療審議会・診療報酬基本問題小委員会では、透析時間区分に従った診療報酬に関する検討が始まったと聞き及んでおります。

そこで、この度、透析専門家集団である日本透析医学会と日本透析医会は、時間区分に基づく透析診療の復活が、良質な透析医療を保障するものであり、透析患者にとって大いなる福音であることをお示しし、是非、時間区分が復活するよう強く要望します。

## 1. 透析時間決定

透析時間は、担当医と患者双方の了解の上で決められます。医師は、生命予後や合併症予防などを考え、また体格や残腎機能などを考慮し、もっとも適切な透析時間を提示することが原則です。一方患者は、医師の説明を理解した上で、提示された透析時間に同意するものですが、少しでも短い方が良いとする考えは、当然理解できる心理です。その結果、一般的には、日本人の標準的な体格などから考え、4時間前後の透析が実施され、とても体の大きい患者や、活動量の多い患者では5時間以上透析も選択されます。逆に、極めて体格の小さな高齢者や、透析導入時になお一定の尿量が残る、残腎機能に期待が持てる場合には、4時間未満透析が選択される場合もあります。糖尿病性腎症や後期高齢者では、随伴することが多いネフローゼ症候群による全身の溢水や心不全のため比較的早期の透析導入となり、透析が安定した時期でも残腎機能が残っているため、4時間未満透析頻度も多くなる傾向にあります。

## 2. 4時間透析が標準と考えられる理由

透析技術料に時間区分の概念が導入されたのは昭和53年でした。当時9時間以上透析という区分もありました。その後ダイヤライザーの改良・透析液の改良・透析方法の改良・機器の改良などにより次第に短時間透析が可能となり、昭和60年には4時間以上・未満による診療報酬が設定されました。これを契機に平均的な透析時間は限りなく4時間に収斂されて行き、透析を提供するスタッフ配置を含む診療体制も、この4時間が基本となりました。日本人の体格や、透析時の循環動態の安定性（血圧低下などの少ないことなど）、透析効率などより考え、ほぼ至適な透析時間と考えられていました。

## 3. 透析時間と生命予後

ところが平成6年に、日本透析医学会統計調査委員会は、初めて透析時間と死亡に対する相対危険度の関係を報告しました。表1<sup>1)</sup>は、直近のデータを用いた分析ですが、4時間透析に比べて3時間半未満の透析では、死亡する確率が約86%も増加するというものです。また、Saranら<sup>2)</sup>は、透析OUTCOMEに関する国際比較研究(DOPPS)の中で、長時間透析と緩徐な除水(水分除去)が死亡率を減少させると報告しています。日本透析医学会の調査は後ろ向き研究ではありますが、13万人余の膨大なデータを用いており、またDOPPS研究は、7カ国・8,000人余のデータを用いた前向き調査で、いずれもエビデンスとするに十分な調査報告と考えております。

平成 14 年の診療報酬改定で、透析時間区分が廃止され、4 時間未満透析比率が増加しており、今後、わが国の透析治療成績が悪化する可能性があることを危惧するところです。

表 1 透析時間と生命予後  
(基礎的な因子で補正・全年齢)

透析時間 (時間)	ハザード比	(95% 信頼区間)	p 値
<3.5	1.862	(1.719~2.017)	<.0001
3.5 ≤ <4.0	1.285	(1.167~1.414)	<.0001
4.0 ≤ <4.5	1.000	(対照)	対照
4.5 ≤ <5.0	0.708	(0.608~0.825)	<.0001
5.0 ≤	0.653	(0.557~0.767)	<.0001

(社)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 (2006 年 12 月 31 日現在)」CD-ROM 版 日本透析医学会,  
2007, 東京

#### 4. 4 時間区分以上・未満の時間区分による透析診療報酬再設定についてのごお願い

短時間透析の生命予後が不良なことは述べたとおりです。

この他、たとえば長期合併症である透析アミロイドーシスの原因となる  $\beta_2$ -MG など分子量の大きい溶質の除去は、透析時間が最大の規定因子で、透析では時間をかけないと除去できません。

また、短時間透析では、血管内老廃物の除去は十分でも、組織間液や、細胞内液からの除去には、十分な時間をかけることが重要です。

この他、短時間透析では急激な体液量および溶質濃度の変化により、急激な血圧低下や不均衡症候群と呼ばれる苦痛を伴う副作用が出現する可能性が増加します、先に示したまだ残腎機能がある糖尿病性腎症透析患者でも、あるいはこうした患者ほど、短時間透析では副作用が出現しやすく、むしろ時間をかけた透析のほうが安全で無症状であるといえます。

以上より、身体状況と生活リズムに見合った透析時間の設定は重要で、特に「ゆっくり」な透析は、長生きで透析合併症を減らし、安全かつ無症状透析を提供することが可能となります。

このことより、透析時間を加味した適切な診療報酬点数の設定は、短時間透析への流れをとどめ、安全かつ無症状で長生きという良質な透析を誘導することになり、本来の厚生行政のあり方に合致するものと信じております。

透析医療の専門集団である日本透析医学会および日本透析医会は共同で、透析時間区分が復活することを切に要望するところであります。

#### 文 献

- 1) (社)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 (2006 年 12 月 31 日現在)」CD-ROM 版 日本透析医学会, 2007, 東京.
- 2) Saran R et al.: Longer treatment time and slow ultrafiltration in Hemodialysis: Association with reduced mortality in the DOPPS. *Kidney Int.* 2006, 69; 1222-1228.