

2025年へのカウントダウン

——透析医療と診療報酬改定——

武藤正樹

国際医療福祉大学大学院

key words：透析医療，地域医療構想，診療報酬改定，サービス付き高齢者向け住宅

要旨

団塊の世代700万人が後期高齢者になる2025年、医療提供体制が大きく変わる。この変化は一言で言えば、「病院から地域への転換」と言ってよいだろう。この医療提供体制の転換は地域医療構想や診療報酬改定によって推し進められている。透析医療もその例外ではない。透析患者も高齢化している。そして入院透析から在宅透析への移行がすでに始まっている。

はじめに

団塊の世代700万人が75歳以上の後期高齢者となる2025年へ向けて、医療・介護の提供体制の改革が待ったなしだ。2025年、65歳以上の高齢者人口は3,700万人、現在のカナダよりも巨大な高齢者人口塊がこの国の都市部に生まれる。その2025年まであと10年、いよいよ2025年へのカウントダウンが始まった。2025年の75歳以上の後期高齢者が中心となる医療は、これまでの若者中心の医療とはまったく様相が異なる。これまでの急性期病院での救命や完治が中心の医療から、高齢者を治し支える医療、すなわち高齢者特有の多病で、しかも合併症を引き起こしやすい疾患の治療やリハビリ、緩和ケア、終末期ケア、そして在宅医療が医療の中心となる。

本稿では2025年へ向けての医療提供体制の変革について、まず2014年より始まった地域医療構想を取り上げ、つぎに本年4月の診療報酬改定のポイントを

振り返ってみよう。とくに7対1入院基本料の見直しや地域包括ケア病棟について見ていこう。2025年へのトレンド、それは一言で言えば「病院から地域への転換」である。これは透析医療においてもいえる。このトレンドを地域医療構想、診療報酬改定の両面から見えていこう。

1 地域医療構想

さて2025年の団塊の世代の高齢化は、文字通りこの国の形を変えると一言でいほどの大変化である。このため医療と介護の提供体制も大いに変わる。この2025年へのあるべき医療提供体制のビジョンを構築する「地域医療構想」の取り組みが2014年から全国で始まった。この地域医療構想は地域医療計画の一環で、現状の一般病床、療養病床という病床機能区分をさらに細分化し、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と四つの区分にわけたうえで、2025年のそれらの病床数を推計することになった。2015年6月にこの病床数推計が内閣府の専門調査会により公表された。これによると、全国130万床の病床は、人口減少と高齢者の急増で、全体の病床数は現在より20万床以上減少し、そして若者向けの高度急性期、急性期の病床は縮小し、高齢者向けの回復期は膨れ上がり、慢性期はやや縮小、そして在宅医療が急増という推計値が提示された（図1）。

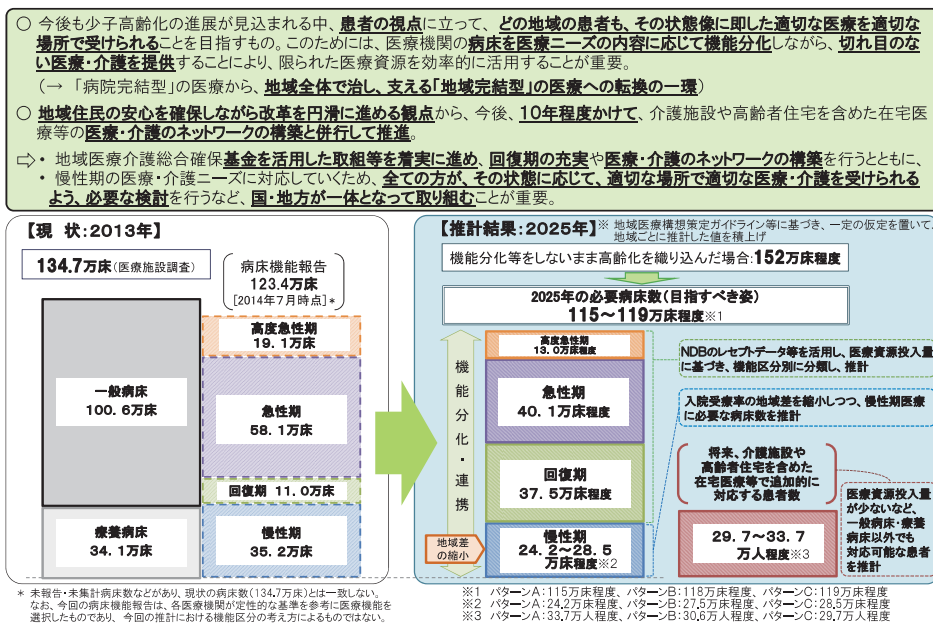


図1 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(全国ベースの積上げ)
 (医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会報告書より)

2 2016年診療報酬改定の改定率と基本方針

さて、上記の2025年へ向けての地域医療構想とも連動して、診療報酬においても2012年から急性期病床の絞込みと回復期の拡大、在宅医療への移行が進行している。この流れは2016年の診療報酬改定でも踏襲され、急性期の7対1病床の絞込みと回復期にあたる地域包括ケア病棟の拡大、在宅医療が大きなテーマとなった。

まず2016年改定の改定率について見ていこう。本体改定率はプラス0.49%で、薬価・医療材料マイナス1.33%で、ネットではマイナス0.84%である。政府の「骨太の方針2015」では、2016~2018年度の社会保障費の伸びについては、総額1兆5,000億円を目安とするとともに、薬価・医療材料の引き下げ分を本体に充当しない中での、きわめて厳しい財源状況の中での本体プラス改定であった。

ここでは2016年診療報酬改訂について、主に中医協診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」(分科会長、著者、以下「入院医療分科会」)の議論を振り返ってみよう。入院医療分科会は2015年4月より毎月2回ペースで、都合10回開催し、10月15日に「とりまとめ」を行い、10月21日に中医協の基本問題小委員会にその報告を行った。その後、改訂の議論の舞台は中医協総会に移ったが、ここでは入院

医療分科会「とりまとめ」とその後の中医協総会の議論をあわせ、4月改定を見ていくことにする。

3 入院医療等の調査・評価分科会

さて前回の2014年診療報酬改定では、7対1入院基本料病床の削減と、その受け皿病棟としての地域包括ケア病棟の新設がなされた。その影響に関して分科会で調査を行ったところ、7対1入院基本料病床は改定前後でおよそ1.6万床の削減、そして地域包括ケア病棟は2015年4月時点で2.46万床に達していた。7対1病床はピーク時の2014年3月時点で38万床を超えていた。これがようやく前回2014年改定を境に、7対1病床は減少に転じ、今後、超高齢化社会へ向け必要とされる地域包括ケア病棟への転換がわずかに進んだといえる。

さて、今回の改定での入院医療分科会の議論のポイントは、前回の2014年改定を踏襲して以下のようである。「7対1入院基本料の重症度、医療・看護必要度の要件見直し」、「7対1の在宅復帰率の見直し」、「地域包括ケア病棟入院料の要件見直し」。これを見ていこう。

3-1 重症度、医療・看護必要度の要件見直し

7対1入院基本料の要件の「重症度、医療・看護必要度」の評価項目は、モニタリングおよび処置等のA

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。

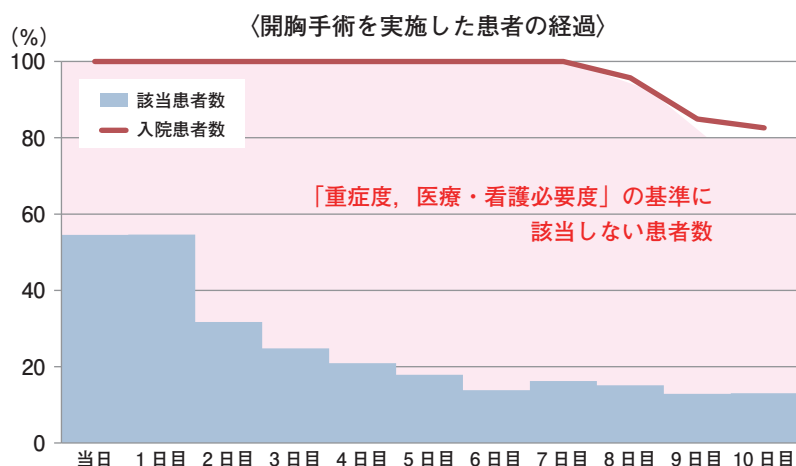


図2 開胸手術実施患者の術後の経過について
(中央社会保険医療協議会総会資料より)

項目、日常生活動作などの患者の状況等のB項目からなる。現状では「A項目2点以上かつB項目3点以上」に該当する患者が15%以上であることが7対1の要件となっている。このA項目とB項目の見直しが分科会の議論の中心となった。とくに現状のA項目かつB項目の評価が急性期の患者状態を十分に反映していないことが議論となった。

たとえば、開胸手術直後の患者や救急搬送後の患者等の明らかに急性期医療の対象患者であるにもかかわらず、現行のA項目2点以上かつB項目3点以上の要件を満たす患者の割合が低かった。図2は開胸術後の患者の重症度、医療・看護必要度の推移である。開胸手術直後でも重症度基準に該当する患者割合は50%程度で、術後3日目にはその割合は25%を下回っていることがわかった。こうした術後というあきらかな急性期においてもA項目、B項目の該当患者が少ないのはなぜだろうか？

それは急性期医療で最近、急速に普及している enhanced recovery after surgery (ERAS) などの「術後回復強化プログラム」の導入と関係している。ERASでは早期離床や早期経口栄養摂取を進めているので、いきおい術後のB項目の得点が下がる。こうしたERASのような周術期のプログラムの技術進歩にA項目、B項目のような従来の評価方法が追いついていないのが現状だ。こうしたことから、たとえば術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらずA項目のみで基準を満たすこととしてはどうかという意

見も分科会の中では出た。このためA項目のみによる評価とA項目かつB項目の従来方式を併用することになった。

次にB項目については、認知症やせん妄との関係について議論がなされた。実は前回改定のさいにも認知症をB項目に反映させてほしいという現場の要望は多かった。しかし今回は認知症の評価項目と既存のB項目の間に相関が見られたため、結果的には既存のB項目でも認知症を反映できるということになり、独立した認知症項目は取り入れられなかった経緯があった。しかし、今回は、ハイケアユニットで用いているB項目13項目のうち「他者への意思の伝達」、「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動」の3項目が認知症やせん妄と特に関係が強いことがわかった。このため一般病棟のB項目の「寝返り」、「起き上がり」、「座位保持」を「寝返り」、「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動」に置き換えて新たなB項目を設定することが提案された。

以上より、A項目についてはA項目のみの評価とA項目とB項目の両者による評価の併用と、B項目については認知症・せん妄項目の追加と既存項目の整理で7項目とすることなどが提案された。そしてこの入院医療分科会の報告を受けて、中医協総会では、手術項目についてあらたなC項目の追加を含めた新項目の提案がなされ、最終的に図3の項目と重症者の定義案が示された。そしてこの新項目で該当患者のシミュレーションを行い、そのうえで現行の該当率15%を

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

Aモニタリング及び処置等			
	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪無菌治療室での治療	なし		あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし		あり

B 患者の状況等			
	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない		ある
3 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況		
	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の親血的手術(術日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者
又は
A得点が3点以上の患者
又は
C得点が1点以上の患者

図3 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

25% に引き上げられることになった。

3-2 在宅復帰率

前回の診療報酬改定で、退院支援の取り組みの評価としての「在宅復帰率」が導入された。その計算式は、分子に自宅、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰機能強化加算を届けている療養病床への退院を取ることとし、分母には死亡退院や自院の他の病床への転棟をのぞく退院患者が含まれている。そして在宅復帰率の基準値は75%とした。入院医療分科会の調査によると、結果的には7対1病床からの在宅復帰率の平均は92%と高く、75%を割った病院は数すくなかった。

今回改定ではこの計算式を見直すことになった。具体的には退院先に有床診療所を加えた上で在宅復帰率を80%以上とした。

3-3 地域包括ケア病棟の要件見直し

地域包括ケア病棟は、2014年改定で、今後、増加が見込まれる高齢者医療の受け皿として創設された。急性期を終えた高齢者のポストアキュート期の受け入れ、地域での軽症・中等度の高齢者の救急(サブアキュート)患者の受け入れ、そしてそれらの患者を地域に復帰させる在宅支援機能を有する地域包括ケア病棟の拡大が大きな課題となっている。

要件見直しについては、現在は地域包括ケア病棟入院基本料に包括に含まれている手術料の扱いが議論となった。地域包括ケア病棟における手術の実施について調べたところ、創傷処置や皮膚切開、胃ろうなど軽微なものが多かった。その平均点数も1日あたり2.9点であった。入院医療分科会の議論としては、地域包括ケア病棟がその在宅からの救急受け入れを積極的に行うという趣旨からも手術料や麻酔料を包括外とする意見と、実態として手術実施が少なかったことからこのまま包括とすべきという両論が出た。中医協ではこの両論に対して議論が行われた結果、手術料・麻酔料は包括外となった。

4 透析医療と診療報酬改定

さて、次に透析医療について見ていこう。透析医療においても病院病床から地域への流れがトレンドとなっている。現在、日本には約30万人の透析患者がいる。ダイアライザーの進歩、透析液や水処理、ブラッドアクセスなどの透析技術の進歩によって、透析患者の生命予後は延長し、いまや30年以上も長期にわたって透析を継続している患者もまれではない。そしてさらに最近では糖尿病腎症による透析導入が増え続けている。しかも高齢者の新規透析導入が増えている。こうした透析患者の増加や患者の高齢化が、透析医療の課題だ。

また入院透析患者も大きな課題だ。(社)日本透析医学会統計調査委員会によれば、2010年末、慢性透析患者30万人のうち1割にあたる3万人が入院している。透析患者の入院は、透析導入目的を始めとして、心血管系合併症、ブラッドアクセストラブル、消化器合併症、感染症、運動障害、さらには社会的入院と多岐にわたる。

しかし、この入院透析患者の長期入院が入院医療分科会でも話題となった。それは前回改定の2014年改定で、一般病床に入院中の透析患者の特定除外制度の見直しを検討しているときだった。これまでは7対1や10対1の一般病床では、慢性期の維持透析で90日超えの長期入院患者については、特例的に平均在院日数のカウントから除外されていた。いわゆる「特定除外制度」である。これが2014年診療報酬改定によって「特定除外制度」が見直され、90日超の透析患者も平均在院日数のカウントに入れることになった。こうした長期入院患者を平均在院日数に入れると当然、平均在院日数が延長する。これによって、7対1や10対1の平均在院日数要件を満たすことができなくなる病院が出てくる。入院医療分科会の調査では、2014年の改定前には透析患者が7対1で4.2%、10対1で32.1%も入院していた。これが2014年改定による特定除外制度の見直しにより減少する。しかしながら、透析患者が高齢化していることもあって、自力通院が困難な入院中の透析患者を目の前にして「長期入院を断る」ということは実際には困難だ。

こうした透析患者の入院制限や、高齢化による通院困難な中で、いま注目を集めているのがサービス付き高齢者住宅（以下、「サ高住」）である。つぎに透析対応型のサービス付き高齢者住宅について振り返ってみよう。

5 サービス付き高齢者住宅と透析患者

ここで、改めてサ高住について振り返ってみよう。サ高住は2011年の高齢者住まい法（「高齢者の居住の安定確保に関する法律」）の改正を受けて始まった高齢者向けの新たな住宅制度である。サ高住は「バリアフリーであること」、「一定の面積や設備を有すること」、「少なくとも安否確認と生活相談サービスが提供されること」、「入居者が保護される契約形態であること」などの基準を満たせば登録することができる。そ

してサ高住は国土交通省の補助金対象であることや、税制面の優遇措置があることで、いま急速にその数を伸ばしていて、2014年2月現在は14.6万戸を突破するまでに至った。

さてサ高住の運営事業主体はこれまでのところ介護福祉事業者が多いが、最近では医療法人が運営する医療型サ高住も話題となっている。このことが私も委員を務めている厚生労働省の病院経営管理指標に関する調査委員会で行った医療機関アンケート調査でも話題になった。調査は医療機関の医業外事業に関するものだった。これまで医療機関における医業外事業といえば居宅介護支援事業や訪問看護ステーションが定番だった。しかしアンケートで、今後実施したい医業外事業を全国の医療機関に聞いたところ、なんとサ高住がトップにおどり出てきたのだ。

では医療機関が医業外事業で実施するサ高住とは一体どのような事業だろう？ 最近では医療型サ高住のさまざまなモデル開発とその実践が盛んである。具体的に医療型サ高住には以下のような患者の需要がある。

- ① 一般病床からの長期入院患者の移行
- ② 療養病床からの長期入院患者の移行
- ③ 精神病床からの入院患者の移行
- ④ 在宅復帰強化型老健の患者の移行など

①の一般病床からの移行では、以下のようなパターンがある。一つは7対1、10対1看護の急性期病院に併設されるサ高住である。これは先述したように、7対1、10対1病床における90日超えの特定除外患者制度が見直されたため、これら特定除外患者の在宅の受け皿として併設することもありうる。この中に慢性透析患者も含まれている。②の療養病床からの移行では、医療療養病床における医療区分1患者のような軽症患者の受け皿、今後は2017年まで廃止されることになっている介護療養病床からの移行、そして③の精神科病床からの移行もこれからのトレンドである。今、精神科病床34万床は大きな岐路に立っている。とくに精神科患者の長期入院患者の受け皿としてのサ高住が注目されている。そして④の在宅復帰強化型老健の在宅受け皿としての在宅復帰強化型老健併設型サ高住とつづく。

こうした中で、透析対応型のサ高住は腎透析クリニックや入院透析を行っている病院の隣接地に併設するサ高住だ。併設サ高住からクリニックに透析に通う。

○ 在宅医療等において、長期にわたって医学管理の必要性が高いと評価されている疾病・処置等として、以下の様な項目が挙げられている。

		別表 7**	別表 8**	上記の他医療区分 2・3のうち長期に渡る管理を要する状態等
長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等	継続的な医学管理が必要な処置等	人工呼吸器の使用	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈栄養 人工呼吸 気管切開 酸素療法 持続陽圧呼吸療法 気管カニューレ/留置カテーテルの使用 自己腹膜灌流 血液透析 経管栄養等 自己導尿 自己疼痛管理 人工肛門/人工膀胱 	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈栄養 人工呼吸器 気管切開等 酸素療法 透析 経腸栄養
	長期に渡る療養が必要な疾病	<ul style="list-style-type: none"> スモン 多系統萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 多発性硬化症 進行性筋ジストロフィー症 副腎白質ジストロフィー 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 重症筋無力症 脊髄小脳変性症 パーキンソン病関連疾患 亜急性硬化性全脳炎 脊髄性筋萎縮症 後天性免疫不全症候群 ハンチントン病 ライソゾーム病 頭脳損傷 プリオン病 末期の悪性腫瘍 	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍 肺高血圧症 褥瘡（真皮を超える） 	<ul style="list-style-type: none"> スモン 筋ジストロフィー 多発性硬化症 筋萎縮性側索硬化症 パーキンソン病関連疾患 その他の難病 悪性腫瘍 脊髄損傷等 褥瘡
短期的に病態が増悪した状態等			点滴注射	
その他	別表 7・8 に該当しない又は医療区分 1 に該当する状態			

**別表 7：在宅患者訪問診療料において週 4 回以上の訪問診療が可能 **別表 8：退院時共同指導料において、特別な管理を要する状態等として評価

図 4 長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等
(中央社会保険医療協議会総会資料より)

また場合によっては在宅透析を行えるサ高住もある。サ高住では介護サービスや配食サービスも受けられるので、独り暮らしの高齢者でも転居して在宅で透析を受けられる利点がある。また在宅透析では長時間透析あるいは短時間頻回透析（1回 1.5～2 時間，週 7 回）も可能である。これらの在宅血液透析は、従来の透析（1日 4 時間，週 3 回）より生理的条件に近いので、生命予後もよいといわれる。また在宅血液透析については 2010 年の診療報酬改定で、以下のように大幅に増点された。それまでの在宅血液透析指導管理料 3,800 点が 8,000 点へ、透析液供給装置加算の 8,000 点が 10,000 点となった。こうした診療報酬による追い風もあって、在宅透析対応型のサ高住は今後とも増加していくと考えられる。

また今回の診療報酬改定では在宅医療の診療報酬体系も大きく変わる。これまでの訪問診療は患者の疾患像や処置密度に応じた評価体系にはなっていなかった。比較的軽症な在宅患者も透析を受けている患者も一律の評価であった。これが今回は見直され、図 4 のように、在宅医療において長期にわたって医学管理が必要な別表 7（疾患）と別表 8（処置）に該当した患者に

高い評価がつくようになる。この別表 8 に在宅血液透析や在宅自己腹膜還流が入っている。

2025 年へのカウントダウンが始まった。冒頭で見たように、これからのトレンドは病院から地域への転換だ。このトレンドはますます加速する。そして透析医療においてもその例外ではない。透析患者の高齢化や入院透析の制限は、ますます病院やクリニック併設型のサ高住への透析患者の移行を促すだろう。そしてこれら透析患者を受け入れる在宅医療への診療報酬上も今後手厚く評価されるだろう。在宅透析医療の今後に注目したい。

文 献

- 1) 武藤正樹：2025 年へのカウントダウン～地域医療構想と地域包括ケアはこうなる！～、医学通信社、2015。

参考 URL

- ‡ 1) 中央社会保険医療協議会「中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（入院医療等の調査・評価分科会）とりまとめ（案）について 2015 年 10 月 15 日」<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo.html?tid=128166>（2016/1/14）