

日本透析医会と透析関連診療報酬

—日本透析医会は医療費改定にどうかかわったか—

山崎親雄

key words : 透析診療報酬, 加算点数, 包括化, 財政平衡, 患者数減少

要 旨

わが国の透析医療の質と量は、診療報酬によって誘導されてきた。今回、この透析患者の生命予後に大きな影響を与える診療報酬改定に、日本透析医会がどのように関与してきたかを振り返ってみた。さらに、今後一層の高齢化が進むとともに、患者数そのものが減少する時代を迎え、将来問題となるであろう診療報酬上の課題について、私見を交えて検討を試みた。

はじめに

生命予後を含む医療の質が診療報酬に大きく影響されることを、我が国の透析では何回も経験してきた。

更生医療適用以前には、あまりにも有名な「金の切れ目が命の切れ目」という非情なフレーズどおりの現実があったし、診療報酬上の透析時間区分が、短時間透析や長時間透析へと誘導してきた(表1)¹⁾。

一方、日本透析医会設立の動機は、1979(昭和54)年に設立された都道府県透析医会連合会(以下連合会)の時より、適正な透析医療を確保し、普及し、どこにいても透析医療が受けられるシステムの確立にあった。そのためには診療報酬改定への関与と、これによる透析施設の経営的安定が活動目標であった。

1 医会は診療報酬改定にいつから関与したか

診療報酬改定時に、透析関係者がどのようにかかわ

| | 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% |
| 2007年 | 24.3% | 41.2% | 24.3% |
| 2008年 | 22.6% | 34.9% | 25.5% |
| 2009年 | 22.5% | 34.4% | 26.8% |
| 2010年 | 21.7% | 27.5% | 27.5% |

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
 2008年の診療報酬改定で時間区分が復活した

表1 時間区分と4時間未満透析比率

ったかは定かではない。記録に残っているところでは、1976（昭和 51）年の人工透析研究会誌 9 巻 1 号で、千葉大学の小高通夫先生が、夜間透析の保険取扱いに関して、厚生省との交渉にあたっていと述べておられる。また、全国腎臓病連絡協議会（全腎協）は『歩みとどまらず』という 30 周年記念誌で、夜間透析をはじめとする診療報酬改定に対する要望を続けてきたと述べている。

日本透析医会が診療報酬改定に関与したのは、記録としては 1978（昭和 53）年と思われるものがある。実質的には、正式に連合会が発足する直前の 10 月のもので、その年の 2 月にダイアライザを包括した改定に対し、ダイアライザの分類と価格設定、RO を用いた水処理加算（1,000 円/回）などの要望をしたと思われる。

また、日本透析医会雑誌（14 巻 3 号、1999）に、当時の平澤会長が、「透析診療報酬の変遷と透析医会の歩み」と題した論文で、医会が関与した診療報酬改定は、昭和 53 年の夜間加算、昭和 56 年のダイアライザ滅菌加算が始まりとしており、実際には連合会設立以前から、将来、日本透析医会の幹部となる人々たちによって、改定要望が行われてきたことを裏付けている。

2 透析関連診療報酬の推移

透析関連診療報酬の歴史は、大きく分けて 3 期に分かれると提唱してきた。

I 期は、昭和 42 年に手術料として比較的高額な人工腎臓点数が設定され、患者数や、民間透析施設が増え続けた時期で、透析治療普及のために診療報酬により経済誘導された時期である。II 期は、透析医療費が増加し、昭和 53 年および昭和 56 年のセット改定では、ダイアライザに公定償還価格が設定され、これ以降、ダイアライザは実勢価格調査を基に価格を切り下げ、患者数増加分に見合った透析医療費の抑制が続いた時期である。

第 III 期の始まりは、小泉内閣による平成 14 年の改定で、約 1,000 億円が透析医療費から削減された。内容的にも、専門家の意見を聞くこともなく、医療の質を担保するという姿勢は見られなかった。特に透析時間区分の廃止については、論理的にはまったく理解できないもので、透析時間短縮による生命予後の悪化が危惧された。こうした経済優先の改定は、現在進行中

の平成 30 年度の改定でも官邸主導で改定が進められているとされ、その中で特に透析については、名指しで診療報酬切り下げの対象となっていると聞く。いずれにしても第 III 期は、経済が優先された改定の時期といえる。

ところで、透析診療報酬はまもなく第 IV 期に入ると思われる。それは、透析患者の死亡数が増加し、年間患者数の増加が止まり、その結果、患者数の減少する時期を迎えることによる。この時点では、I 期とは反対に、民間透析施設が透析治療から離脱することが予想され、治療提供体制を維持するための政策（経済）誘導が必要になるであろう。

3 透析関連診療報酬の特徴

透析診療報酬改定の中では、以下に示すような特徴がみられる。

3-1 加算点数

加算点数の新設は、透析の質を維持するうえで、医会にとって重要な戦略であった。また、切り下げられる透析医療費（主としてダイアライザ）を少しでも取り戻す意味で交渉が行われ、医会としては「ものから技術料へ」という戦術に一致するものでもあった。ただ振り返ってみると、純粹に医療の質を担保するうえでこれが新設されたというものもあるが、いつの交渉の場でも、「そちらを我慢するからこちらを」という取引は、あったかと思われる。

例えば、夜間透析は、昭和 53 年のダイアライザが包括された改定で新設され、昭和 56 年の大幅引き下げ改定では、食事加算が新設された。ダイアライザではなく技術料そのものが下げられた昭和 61 年改定では RO を用いる水処理加算が、慢性維持透析患者外来医学管理料による検査が包括された平成 4 年には障害加算（表 2）が、技術料に抗凝固薬などが包括された平成 6 年には除水調整器加算が新設された。

3-2 検査・薬剤の包括と医療の標準化

透析に関する技術料と物の包括は、過去三つの異なる事情で実施された。第一は、先にも述べた昭和 53 年・56 年のセット改定で、ダイアライザを包括し、その後、公定償還価を設定したことで、大幅な医療費引き下げを実施した。第二は、会計検査院に指摘され

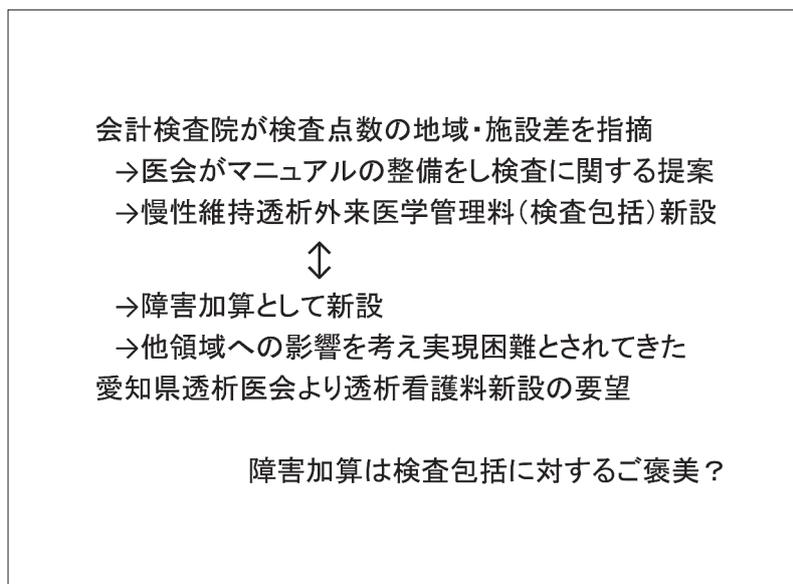


表2 障害加算 (1992年改定)

た項目について、透析医療の標準化を目指して実施されたもので、慢性維持透析外来患者医学管理料による検査包括と、透析液・抗凝固薬・生理食塩液など、透析処置薬剤の包括である。第三番目はEPOの包括で、これにより急激に増加していたEPO使用量が減少し、透析医療費の減少につながった。

3-3 財政平衡

平成20年の透析時間区分復活点数は、従来の一歩化されていた人工腎臓点数を患者比率で計算し分配されたものにすぎない(表3)¹⁾。平成22年の改定では、外だし人工腎臓点数(その他の場合)を10点減らし、

透析液水質確保加算10点が新設された。また、平成24年のオンラインHDF点数は通常の透析点数を減らして作られた。これらは、新しい財政の持ち出しがない、いわゆる「財政平衡」とよばれる常套手段で、今後も透析新規技術の保険収載があるとするれば、同様の手段がとられるものと思われる。

4 これからの診療報酬改定と日本透析医会

日本透析医会の診療報酬改定に対する目標は、透析医療体制の維持にある。換言すれば、透析患者のために良質な医療が提供でき、医療施設の経営が安定し続けられることである。その中で、以下のような診療報

時間区分比率は少し以前のデータを使用します
 区分間にそれほど大きな差はつけられません
 4時間未満透析を減らして4時間以上・5時間透析に上乘せ
 <仮定>

1. 4時間以上未満に150点差・5時間とは130点差
2. 5時間以上:4時間以上:4時間未満=1:7:2
3. A=4時間未満の下げ幅
 B=4時間以上の上げ幅 / C=5時間以上の上げ幅

A=133 B=17 C=147
 元の一律点数
 $2250 = 0.2(2250 - 133) + 0.7(225 + 17) + 0.1(225 + 147)$

表3 時間区分の復活と財政平衡

酬上の問題に関して、早急な対応が必要と考える。これが、今後の日本透析医学会の最も重要な戦略・戦術となると考える。

01. 今までどおり、厚生労働省担当者と直接的な交渉の機会を持つこと。

これまでにも述べてきたように、日本透析医学会の診療報酬改定対応とは、直接、保険局医療課担当者との交渉であった。ここには、要望だけではなく、透析施設にとって不利と思われる資料も提出してきた。これは、日本透析医学会が保険改定に関する圧力団体ではなく、専門家としての co-worker で、たとえ透析医療費を引き下げることがあっても、患者と透析施設のために、質の低下と経営崩壊をきたさない工夫を共同で考えるためである。

そういう意味では、平成 14 年の改定のように、官邸主導で、透析名指しの引き下げを指示して実施された改定以外は、それなりの成果が上げられたと評価している。なお、日本医師会は、過去には透析医療費を犠牲にしてでも……という対応があったが、現時点では透析に関する理解も深く、頼るべき重要な組織と考えている。

02. 改定のための資料提供

過去、最も充実した資料をもとに要望した加算は、RO 装置を用いた水処理加算である。吉田豊彦理事にお願いし、みはま病院の事務と臨床工学技士によって精密な計算がなされ、1 回当たりの費用が提示された。慢性維持透析外来患者医学管理料の新設にさいしては、「慢性透析保険診療マニュアル」が作成され、これに基づく標準的な検査点数が算出された。

最近では、長期療養型病床に入院する透析患者の包括範囲が広く、必要な検査や薬剤使用が困難であるとする資料作成を提出するよう依頼された。これを、太田圭洋理事が自施設のデータを用いて 1 日で作成し、中医協資料として用いられ、慢性維持透析加算が新設された。後述する中医協での評価では、要望項目が、「評価すべき医学的有用性または根拠が示されている」か否かが分岐点となっており、要望のための根拠となるべき資料を提示する必要がある。

03. 要望時期

一般的に、各学会よりの要望は、前年 3 月に内科系・外科系学会社会保険連合（内保連・外保連）経由で提出され、中央社会保険医療協議会（中医協）医療技術評価分科会における「評価の対象となるもの」と「評価の対象とならないもの」に分類される^{※1)}。

日本透析医学会はこの流れとは別に、数度の情報提供を繰り返した後に、最終的には前年秋ごろに、保険局医療課へ要望書を提出してきた。ESA の包括は、この時点での話し合いで情報の交換が行われ、改定年 1 月の中医協で議論されたことから、遅すぎる活動ではないが、より早い時期に、日本医師会経由で要望書を提出することや、日本透析医学会や腎臓学会の要望書提出に組み込んでもらうような工夫も必要かと思う。

04. 透析医療体制維持と質の確保のための政策提言

今しばらく続くと予測されている透析医療費の引き下げと、近い将来、透析患者数の減少をきたす背景から、良質な透析医療の維持と、透析施設経営安定化のために、政策提言することが必要である。そのための調査研究と資料作成をデザインする必要がある。またその中では、薬剤も含めたより広範囲な包括や、患者自己負担の増加も検討されなければならない。

05. 通院が困難な患者増加への対応

患者確保のためのサービス送迎が混在する現在の送迎は、原則施設負担と考える。一方、車椅子でしか通院できない患者は介護タクシーの利用となるが、月 2 万円程度の費用が発生する。タクシー乗車も困難な患者は、リフト付きのタクシーの利用か、リフト付き車両を用いた施設による送迎がない限り入院となる。入院による医療費の増大を考えるなら、後者の場合の送迎費用は、介護保険による手当や、自己負担があっても当然と思われる。その場合には、送迎患者の区分けが必要になるが、まだこの点に関する調査研究はない。

06. 高齢者医療対策作成時に、透析患者の特殊な病態を配慮してもらう働きかけ

老健施設ができた時の保険請求では、透析技術料は請求できたものの、頻回実施が必要な検査や EPO を含む高額な薬剤費用は請求できず、施設の持ち出しとなっていた。先述した長期療養型病床群での透析も同

様であった。また、回復期リハビリ病棟での透析では、ルールに従えばダイアライザの請求は不可とされた。

こうした状況は、厚生労働省担当者が透析に配慮することなく（気がつかずに？）高齢者医療対策を策定することによるもので、その正常化には時間とエネルギーを要する。一方で、一般病床での特定除外制度には最初から透析が組み込まれており、大きな恩恵を得ていた。そこで、今後とも高齢者医療対策は次々と打ち出されると考えるが、必要に応じて、あらかじめ、その中への透析組み込みを働きかける必要がある。

07. 外だし人工腎臓点数（その他の場合）の確保

薬剤やダイアライザなど、ものの材料費は実勢価格に従って下げられたが、長い間、外だし人工腎臓点数は据え置かれてきた。関連機器の機能向上に伴う価格の上昇や、スタッフ確保の困難さなどを考えるならば、引き上げられても当然と思われる。

一方、透析液水質確保加算が新設されるにさいして、これが10点引き下げられた。従来の加算は技術料ではなく、ものの引き下げと交換に新設されたが、財政平衡の考えのもとに、臨床工学技士の技術料へと変わったと考えるなら、納得できないこともない。これからも、これこそが医師およびスタッフの人件費やホスピタルフィーそのものであることを考えるなら、これが下がることがあってはならない。

08. 包括されたものへの消費税

平成14年の診療報酬改定時に実施された消費税の3%アップでは、入院DPCでは包括された材料費についての配慮が行われたが、同じく薬剤が包括化された人工腎臓については、診療報酬上で特別な配慮はなかった。このため、後の調査では、消費税増税による透析1回当たりの施設負担増は278.5円とされた²⁾。ただ、それまで包括されたESA価格の下がりに見合っただけで、人工腎臓点数は30点近く引き下げられていたものが10点ですんだのは、消費税を見込んで手心が加えられたのかもしれない。

いずれにしても次回の消費税関連改定では、人工腎臓包括点数から外だし人工腎臓点数を引いた薬剤や、慢性維持透析外来患者医学管理料に含まれる材料費に、消費税アップ分を上乗せするのを忘れてはならない。

09. 薬剤などの全包括を提示された時の対応

透析医療費の中で薬剤比率のみが増え続けていることは、周知の事実である。

わが国の透析では、すでに薬剤や検査の一部が包括されていることと、治療が標準化されやすいことから、また急性期でも入院ではDPCとして包括払いが実施されていることから、包括払いが導入される可能性はある。その場合、質の低下を防止する条件の検討や、マニュアルの作成が必要になる。また、ダイアライザメーカーや製薬メーカーとの整合も必要になる。

10. 透析関連医療費の区分けを提示された時の対応

生活（医療）保護患者ではすでに実施されているが、その治療が透析に関係したのか、そうでないものかによって、障害者医療の適用を区別することは、広く拡大される可能性がある。現在は、最終的には主治医の判断によるとされているが、たとえば、圧迫骨折による腰痛が、透析に関連したものか、年齢などが関係したものかの区別はきわめて困難と思われる。ただこれも、提示された時のために、準備しておく必要はあると考える。

11. 患者自己負担が提示された時の対応

前項とも関係するが、患者および患者会の問題として傍観することはできない。支払いができず、透析継続が困難になる患者も出てくるであろうことは、米国の例を見るまでもない。また、たとえば日常的な治療の中で、安易に使用されている薬剤などを、今から整理することなども、必要と思われる。

12. サテライト施設と入院施設の経営格差

透析の場合でも、有床診療所と無床診療所では、利益率は大きく異なる。ただ、無床診療所でも、この利益をもって同一法人の病院の赤字を埋めているという関係もよく知られている。一定規模で、まったく独立した無床診療所は、まだかなり経営的な余裕を残していると推測される。透析医療費が引き下げられる場合、施設背景を考えたうえで、より利益率の大きい施設のマイナス幅を大きくできればと、行政は考えているはずである。

13. 透析回数・時間区分・深夜透析などへの対応
頻度が多いほど、時間が長いほど、死亡率が低下するというのは事実である。時間については、時間区分によって診療報酬が異なるという仕組みがあるが、回数については15回という制限がある。もしこの制限が16回となった場合、どれほどの患者が恩恵を被るかは、考えておくべき事柄と思われる。

14. 現時点での微妙な請求に対する評価

障害加算は、「透析が困難」な患者に対して請求されることとなっており、請求頻度が施設によって大きく変わるという現状は把握されている。また、インスリンを使用する患者でも、毎回の「透析が困難」であるとは限らない。したがって、透析ごとに障害加算を請求するか否かを判定すべきとする解釈もある。

また、透析患者にも特定疾患療養費の請求がみられるが、主病の解釈の違いによる。保険診療の中の主病は、最も費用を要したものと考えており、透析患者では腎疾患・腎不全そのものが主病であると考えやすい。いつか社会的問題となる前に、整理しておきたい。

15. 患者数が減少する状況下での透析医療体制の確保と診療報酬

患者数が減少すれば、施設数も減少することは当然である。かつて透析担当医が不在となったため、CAPDしかできなくなった施設があった。しかし、施設閉鎖や医師不在となって、選択すべき治療範囲が狭まったり、透析難民が数多く出現するような状況は、厚生行政の失敗といえる。

高額な点数で人工腎臓の普及を誘導した時代、患者数が増加するのに合わせて透析単価が引き下げられていった時代、良質な医療の維持も困難にする経済優先

の引き下げが行われている時代とはまったく異なる経済誘導を考えるとときにきている。

16. 医師のいない場所/医療施設ではない場所での透析の可能性

患者のみならず、透析を専従とする医師も減少する。その場合、患者の治療アクセスを維持するために、医師の遠隔コントロール下で、認可された医療施設ではない場所で、包括指示に基づき、主としてコメディカルが治療を担当する……という透析形態の可能性についても、検討は必要である。

17. その他

おわりに

日本透析医学会設立30周年記念の講演内容について、特に講演では触れることができなかった早急に検討しておくべき問題について、重点的に記した。本来ならば、私が会長のうちにやらなければならなかった課題と反省をしている。

文 献

- 1) 山崎親雄：平成20年度透析関連診療報酬改定について。日透医誌 2010；23(2)：210-215.
- 2) 太田圭洋，山川智之，秋澤忠男，他：「透析医療機関の消費税負担増加に関する緊急アンケート調査」結果報告。日透医誌 2014；29(3)：409-412.

参考 URL

- 1) 「中医協医療技術評価分科会：医療技術の評価」<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000191261.pdf>