

# 平成 30 年度透析診療報酬改定について

太田圭洋

key words : 診療報酬改定, 透析, 平成 30 年度, 効率性, 中央社会保険医療協議会

## 要 旨

平成 30 年度診療報酬改定では、例年と違い腎代替療法はフォーカスを当てられ、かなり大幅な見直しが行われた。特に施設の効率性による区分を新設し、効率性の高い施設の点数の大幅に削減が行われた。改定の経過から、この削減にはかなり政府の高いレベルが関与したと思われる。日本透析医会は効率性が高いというだけで、一部の透析施設に対する診療報酬の引き下げを行うことは不合理であり反対である。

## はじめに

平成 30 年度診療報酬改定では、例年と違い腎代替療法にフォーカスが当てられ、かなり大幅な見直しが行われた。特に施設の効率性により人工腎臓の包括点数を三つに区分し、効率性の高い施設の点数を大幅に引き下げる大規模な改定となった。

本稿では、平成 30 年度改定の内容とともに、改定にいたる経過と日本透析医会の対応に関して述べたいと思う。

## 1 平成 30 年度診療報酬改定の内容

### 1-1 慢性維持透析の点数引き下げ及び「施設の効率性」による区分の新設

今回の改定では、以前の診療報酬改定と同様、包括されているエリスロポエチン等の ESA 製剤の実勢価格の低下を理由とした引き下げに加え、「施設の効率性」による区分を新設し、効率性の高い施設の慢性維

持透析技術料がより引き下げられることとなった (図 1)。

「施設の効率性」は、透析用監視装置 1 台に対する「J038」人工腎臓を算定した患者数の比率で判断されることとなった。具体的には、透析用監視装置 1 台に対する患者数が 3.5 と 4.0 で線引きされ、透析用監視装置の台数が 26 台以上で 3.5 以上 4.0 未満が慢性維持透析 2、同じく 4.0 以上が慢性維持透析 3 となり、「効率性」が高いほうが、低い点数がつけられることとなり、とくに 4.0 を超える施設においては 120 点という大幅な引き下げとなった。

具体的な透析用監視装置の台数、および患者数の数え方等「施設の効率性」に関する詳細は表 1 の通りで、入院患者と月 5 回以内の外来透析についてはカウントの対象外となった。また、施設基準として慢性維持透

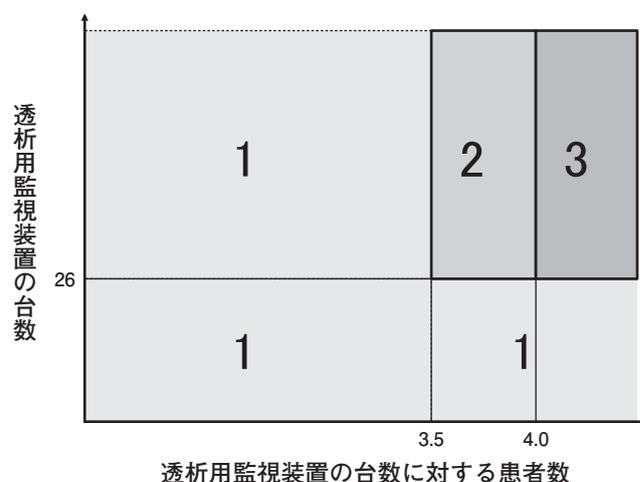


図 1 「施設の効率性」の考え方

表1 「施設の効率性」に関する詳細

<p>1. 透析用監視装置の台数の数え方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>以下のいずれも満たす透析用監視装置が台数に数えられる。             <ol style="list-style-type: none"> <li>透析室に配置されていること。</li> <li>患者に対して使用できる状態である（定期的なメンテナンスがなされており、必要な配管等と接続されている状態）。</li> </ol> </li> <li>直近12か月の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計を12で除した値を透析用監視装置の台数とする。</li> </ul> <p>2. 患者数の数え方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>直近12か月の各月の外来患者数の合計を12で割った値を患者数とする。なお外来で人工腎臓を実施した回数が月5回以下の患者は、その月の患者数の合計に数えない。</li> </ul> <p>3. 慢性維持透析1及び2の施設基準の届け出方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、慢性維持透析1または2の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末まで所定点数を算定できる。</li> <li>新規に慢性維持透析1または2の届出をする場合は、届出前12月の実績（実績がない場合は届出前3月の実績）が施設基準に適合しており、届出が受理されれば、翌月から所定点数を算定できる。</li> <li>届出前12月の実績が施設基準に適合していれば、変更の届出を行うことができる。</li> <li>人工腎臓の算定の実績がない新規の保険医療機関については、算定初月の翌月から4ヶ月は慢性維持透析1の施設として扱う。</li> </ul>
---

析1と2については厚生局への届け出が必要となり、届け出のない場合は3となることにも留意が必要である。

#### 1-2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）（＝オンラインHDF）の時間区分の新設

これまでオンラインHDFについては、診療報酬上は「慢性維持透析濾過（複雑なもの）」という扱いで時間区分はなく、1回あたり一律2,225点だったが、今回の改定では、人工腎臓点数に50点の慢性維持透析濾過加算を新設する形に変更され、実質的に時間区分が新設されることとなった。4時間の慢性維持透析濾過の場合は、改定前の点数が通常透析と比べ50点プラスだったので、慢性維持透析の引き下げ分（35点）の減点ということになった。しかし、4時間未満の慢性維持透析濾過では、改定前に比し大幅な減点となる一方、5時間以上のオンラインHDFでは、いまままであった維持透析と維持透析濾過の点数の逆転現象が解消され増点となった。

#### 1-3 長時間透析（6時間以上）に対する評価の新設

これまでの時間区分に加え、通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有する患者に対し6時間以上の透析を行った場合、慢性維持透析の点数に加えて長時間加算が算定できることとなった。通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有する患者の定義は以下の条件のいずれかである。

- ① 心不全兆候を認める、または血行動態の不安定な患者
- ② 適切な除水、適切な降圧薬管理、適切な塩分摂取管理を行っても高血圧状態が持続する患者
- ③ 高リン血症が持続する患者

加算点数は1回あたり150点で、条件を満たす患者限定ではあるが、5時間透析の点数と併せてかなり大きな評価となった。

#### 1-4 障害者加算および夜間・休日加算の増点

著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して算定できる障害者等加算は、これまで1回あたり120点だったものが140点と20点引き上げとなった。対象患者の条件について変更されるのではとの危惧があったが、本改定では特に変更はされなかった。

また外来患者に対して、午後5時以降に開始、または午後9時以降に終了する透析、および休日に行う透析について算定できる時間外・休日加算が、これまで300点だったものが、380点と80点の大幅な引き上げとなった。

#### 1-5 透析液水質確保加算の区分廃止と引き下げ

これまで透析液の水質確保に関する評価として、透析液水質確保加算1（8点）、透析液水質確保加算2（20点）という二つの点数が設定されていたが、1が廃止となり、2の算定要件である「月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たし

た血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること」が新しい水質確保加算（10 点）の算定要件となった。この結果、これまで水質加算 2 を算定していた施設においては、実質的に 1 回あたり 10 点の引き下げとなった。

透析液水質確保加算の施設基準を満たすことが、オンライン HDF を施行したときに算定できる慢性維持透析濾過加算算定の必要条件となるのはこれまで通りである。

この水質確保加算の変更に伴い、改定前の水質確保加算 1 の条件であった

- ① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること
- ② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が 1 名以上配置されていること

は、人工腎臓の技術料の算定要件となり、これを満たさないと人工腎臓の算定が不可となった。昨年度で数

% の施設は水質確保加算 1 または 2 を算定していないことがわかっており、これらの施設を救済するため 1 年間の猶予期間が設けられた。

#### 1-6 腹膜透析や腎移植を推進する施設の評価

腹膜透析や腎移植を推進するための取り組みや実績を評価するために、実績のある施設について、導入期加算と慢性維持透析外来医学管理料においてより高い評価が行われることになった。

これまでの導入期加算は、導入後 1 カ月であれば、無条件に 1 回あたり 300 点が算定できたが、改定後は導入期加算 1 と 2 は、それぞれ施設基準を満たし厚生局へ届け出をすることが算定の条件となった。

導入期加算 1 は日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会作成の「腎不全治療選択とその実際」等に基づき、患者毎の適応に応じて、腎代替療法について患者に対し十分な説明を行っていることが条件となり、点数は改定前と同じ 300 点であ

表 2 人工腎臓等の診療報酬点数

		旧点数	新維持透析 1	新維持透析 2	新維持透析 3	
人工腎臓技術料 (1 日につき)	慢性維持透析*1	～4 時間	2,010	1,980 ( -30)	1,940 ( -70)	1,900 ( -110)
		4～5 時間	2,175	2,140 ( -35)	2,100 ( -75)	2,055 ( -120)
		5 時間～	2,310	2,275 ( -35)	2,230 ( -80)	2,185 ( -125)
		6 時間～*2		2,425 ( +115)	2,480 ( +70)	2,335 ( +25)
	オンライン HDF*1	～4 時間	2,225	2,030 ( -195)	1,990 ( -235)	1,950 ( -275)
		4～5 時間		2,190 ( -35)	2,150 ( -75)	2,105 ( -120)
		5 時間～		2,325 ( +100)	2,280 ( +55)	2,235 ( +110)
		6 時間～*2		2,475 ( +250)	2,430 ( +205)	2,385 ( +260)
その他		1,580	1,580 ( ±0)			
透析液水質確保加算 (1 日につき)	(旧)1	8	廃止 (人工腎臓技術料に包括)			
	(旧)2	20	10 ( -10)			
夜間・休日加算 (1 日につき)		300	380 ( +80)			
障害者加算 (1 日につき)		120	140 ( +20)			
導入期加算 (導入後 1 月まで・1 日につき)	(新)1	300	300 ( ±0)*3			
	(新)2*4		400 ( +100)*3			
下肢末梢動脈疾患指導管理加算 (1 月につき)		100	100 ( ±0)			
慢性維持透析患者外来医学管理料 (1 月につき)		2,250	2,250 ( ±0)			
(新)腎代替療法実績加算*4			100 (新設)			
慢性維持透析管理加算 (入院 1 日につき)*5		100	100 ( ±0)			

単位 (点 = 10 円)

\*1 透析液、抗凝固薬、生理食塩液および ESA (赤血球造血刺激剤) を含む

\*2 通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有する患者に限る (本文参照)

\*3 腎代替療法について患者に対し十分な説明を行っていることが条件として追加

\*4 腹膜透析や腎移植の推進について一定の実績のある施設について算定可 (本文参照)

\*5 療養病棟入院基本料 1 を届け出、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を行っている患者について算定

る。

導入期加算2は導入期加算1の条件に加え、在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること、および腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録した患者、および生体腎移植が実施され透析を離脱した患者が過去2年で1人以上いることが条件となり、点数は1回あたり400点と、現行点数から100点の増点となった。

また、導入期加算2の施設基準を満たす施設においては、その施設が慢性維持透析外来医学管理料を算定する全患者に対して、腎代替療法実績加算として月100点の加算点数を算定できることとなった。

さらに、これまで回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟および特定一般病棟において、入院料に包括され算定できなかった腹膜透析の技術料および透析液、診療材料が別に算定できることとなり、いままです質的に不可能であった腹膜透析患者の上記病棟への入院が可能となった。

以上、人工腎臓関連の点数を、旧点数との比較でまとめたものを表2で示す。

## 2 平成30年度改定の経過と日本透析医学会の対応

平成30年度の診療報酬改定においては、透析医療について特に厳しい改定になるのではないかと、という情報がかかなり早い段階で伝わってきた。具体的には2017年3月ころに、診療報酬改定を行う厚生労働省の保険局医療課が透析医療の実態調査を行う方針であるとの内容であった。4月には保険局医療課から日本透析医学会に対して具体的な調査目的と調査内容が提示された。調査目的は「透析患者の状態や治療内容等を明らかにし、平成30年度診療報酬改定に向けた検討に資するデータを収集することを目的とする」とされ、調査内容として患者特性調査、施設特性調査、タイムスタディー調査、診療報酬明細書調査、コスト調査と、広範囲に透析診療にかかるコストを把握するためのかなり詳細なものであった。この調査に関して日本透析医学会、日本透析医学会への調査への協力要請がなされた。

この調査へ協力するかに関して常任理事会でさまざま議論されたが、最終的に9月11日に、日本透析医学会秋澤忠男会長、日本透析医学会中本秀友理事長連名

での調査への協力依頼文書を各会員あてに発出した。調査は10月初旬に行われ、10月中旬に締め切られた。しかし、本調査は調査内容が膨大で、また非常に厳しいスケジュールで実施されたため、調査協力施設にかなりの偏りが生じ、調査結果に大きなバイアスがかかることが予想された。そのため、本調査結果の解釈は慎重に行う必要があり、この結果だけに基づいて診療報酬改定を行うことは不適切であることを保険局医療課担当者に伝えるとともに、10月には日本医師会にも情報提供を行い、中医協での議論において、適切に対応していただくよう協力を要請した。

2017年10月26日、内閣府の経済財政諮問会議において、有識者議員から「社会保障改革の推進に向けて」という文書が提出され、入院透析患者で4時間以上5時間未満の透析を受けている患者数は、都道府県別の年齢と人口で補正後、約4.5倍の差がある、との資料が示された。本会議に臨時議員として参加した加藤厚生労働大臣は、透析医療に地域差があるとのこの指摘を受け、「国民皆保険を堅持するため、効率化・適正化を図る」具体的方向性の中に透析医療の適正化(=診療報酬の引き下げ)を明示した。一部のメディアはこの経済財政諮問会議の動きを「過剰で無駄も多いとされる透析が行われていることから、厚生労働省が透析診療報酬を見直す方針」と報道した。しかしながら、この会議の資料で示された透析医療の地域差は、地域の透析患者数、入院患者比率、治療法などの影響を大きく受けたものであり、これをもとに透析医療において、地域によって過剰な透析が行われていると結論づけるのは誤りであり、十分な根拠に基づいた指摘ではないことについて保険局医療課担当者に注意を促した。

同年12月8日には、中央社会保険医療協議会(中医協)総会において、「腎代替療法」をテーマに透析医療が議論された。論点として、腹膜透析・腎移植の推進に資する取り組みや実績の評価、障害者加算の評価の充実、長時間血液透析の評価、オンラインHDFの時間区分の設定、腹膜還流の一部入院基本料の包括範囲の見直しなどと同時に、血液透析の効率性を踏まえた評価の適正化、水質確保加算の適正化が提示された。「血液透析の効率性」とは、透析ベッド数あたりの患者数とされ、効率性の高い施設において診療報酬の引き下げを行う方針が示された。

これまで一貫して医療の質に応じた評価を求めてきた日本透析医会としては、「効率性」という医療の質との関連が示されていない指標で診療報酬が区分される方針は合理性に欠き、到底納得できないものであった。そのため、同日の中医協で、日本医師会の松本純一委員から、効率性の高い施設も不適切な透析を行っているわけではなく、限られたベッドを活用して地域の多数の透析治療の需要に応じているにすぎないこと、また、そうした施設で利益率が高いというデータも示されていない中で、過度の引き下げが行われた場合、地域の透析治療に大きな影響が出ること等、医療側委員として懸念を表明していただいた。

同様に、厚生労働省保険局医療課の担当者に対して、上記の日本透析医会としての考えを伝えるとともに、2017年11月29日に、

- ① 消費税を考慮した適切な人工腎臓点数の設定
- ② 5時間以上の人工腎臓「2」慢性維持透析濾過における配慮
- ③ 有床診療所の療養病床での慢性維持透析加算の算定可能化
- ④ 障害者加算の見直し
- ⑤ 腹膜透析患者への血液透析実施時の施設限定の撤廃

を内容とする平成30年度診療報酬改定における日本透析医会の改定要望書を、保険局医療課課長宛に提出した。

様々な働きかけを行ったが、施設の効率性で診療報酬を区分するという方針は変わらず、今年2月7日の中医協の答申で点数が公表され、4時間透析で「効率性」の低い施設で35点、最も「効率性」の高い施設で120点の引き下げになり、また透析液水質確保加算の1が廃止され2のみとなり、実質1透析あたり10点の減額となった。

一方で、慢性維持透析濾過（＝オンラインHDF）での時間区分の設定、長時間透析加算の新設、障害者加算・夜間加算の増点が行われた。この中には前述の日本透析医会の要望書に含まれた項目や、透析施設の効率性で判断するなら、夜間透析に対する悪影響が懸念されるため配慮する必要があると医会として具体的に要望していた事項も含まれ、診療報酬の減額にさいしても医療の質の担保を求めていた医会の要望がある程度反映された結果となった。

3月5日には、厚生労働省からの通知で診療報酬改定の詳細が公表され、透析ベッド26台以上の施設において、透析ベッドに対する患者数が3.5と4.0で診療報酬の点数が区分されることが明らかになった。ここにおいても、厳しい改定がなされた場合、地方の小規模施設の廃止など、地域の透析医療が崩壊するかもしれないという医会の懸念に対し、ベッド台数の少ない小規模施設に対する配慮がなされる形となった。

### 3 本改定に対する日本透析医会の見解 および今後に向けて

繰り返しになるが、今回の改定は前例のない非常に厳しい経過を辿った。保険局医療課により実施された異例の透析施設の実態調査に続き、昨年秋以降、複数のマスコミから何度も透析診療報酬の削減を正当化する記事が発信された。内閣府の経済財政諮問会議で、合理性に欠ける資料を元に強引とも思える論拠で透析診療の適正化（＝診療報酬引き下げ）が訴えられたことは、今回の透析診療報酬削減に関して、政府のかなり高いレベルが関与したことを示唆するものと考えられた。

今回の改定では効率性が高い透析施設の人工腎臓点数の大幅な引き下げが行われたが、日本透析医会は効率性が高いというだけで、一部の透析施設に対する診療報酬の引き下げを行うことには反対である。その理由は、次の三つである。

- ① 効率性が高い医療施設も、決して不適切な透析を行っているわけではなく、限られたベッドを活用して地域における多数の透析治療の需要に応じているにすぎず、効率的に医療を提供することを妨げる結果となること。
- ② 効率性による区分が設定された場合、透析施設における受け入れ患者数の事実上の上限が決まってしまう、新規患者に透析治療の必要が発生したさいに、施設に受け入れの余裕があっても受け入れが困難になる可能性があること。
- ③ 効率性が高いとされた施設の利益率が必ずしも高いというデータがない中で、大幅な診療報酬の引き下げが行われれば、地域の透析医療に大きな影響の出る可能性があること。

これらの内容については、日本医師会や医系議員の方々にも説明し、前述のように中医協においても、日

本医師会の松本純一委員から医療側委員として懸念を表明していただいたが、残念ながら効率性による診療報酬区分の新設を止めることはできなかった。

一方で、保険局医療課の担当者には、透析医療の現状や、医療の質を担保する制度を求める日本透析医会の姿勢について理解していただき、改定の悪影響を最小限に留めるよう働きかた。具体的には、効率性の高い医療施設の引き下げ額の軽減、小規模施設への配慮、夜間透析実施施設への配慮、患者数の計算方法・透析用監視装置の台数の計算方法の工夫など、現場の状況を踏まえた提案を行い、ある程度配慮していただくことができた。また、導入期加算の算定要件や腹膜灌流

や移植の実績の条件なども、極力、透析施設が算定しやすいように修正いただいた。回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟における腹膜灌流の包括入院料からの除外に、腹膜透析液や交換セット等の特定保険医療材料の包括からの除外が加えられたのは、当会からの働きかけの結果実現したものである。

以上のように、きわめて厳しい今回改定の状況の中で、透析医療への影響を極力減らすよう医会として努力した。今後、今回の改定の影響を把握し、不合理な効率性による診療報酬区分の廃止を含め、透析医療の質を担保する診療報酬に向けた働きかけをしていきたい。