

平成 30 年診療報酬改定における 腹膜透析関連改訂内容の経緯

中元秀友

埼玉医科大学総合診療内科

key words : 高齢化社会, 地域包括ケア, 透析医療, 腹膜透析, 生命予後

要 旨

我が国の高齢化は世界に例をみない速度で進行している。このような状況下、わが国では近い将来、人口構造が大きく変化して「超少子高齢化」社会がくる事が予測されている。このような超高齢化社会の到来に合わせて、今後、国が進めていこうとする診療政策に「地域包括ケアシステム」がある。地域包括ケアシステムでは、各地域がその実状に合わせて地域の医療体制を構築していく。その根本は、超高齢者を含む高齢者の生活の場は地域の自宅であり、透析医療に関しても在宅が前提となる。自宅から通院で透析を行う血液透析は問題ないが、入院で血液透析を行っている高齢者の患者も自宅へ戻ることが推奨される。

地域包括ケアシステムを考えれば、透析医療としての在宅透析は最も推奨すべき透析方法であり、在宅療法で自由度が高い腹膜透析 (PD) は、今後、国が最も推奨していく透析方法の一つとなりうる。その流れの一つとして、2016 年以後、重症者管理加算として、PD 患者でも訪問看護管理療養費の算定日数制限が緩和された。この流れも、地域包括ケアとして PD を積極的に推奨しようとする厚生労働省の方向性に準じたものと思われる。

2018 年度の診療報酬改定では「II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実」の項目のトップの「1. 重点的な対応が求められる医療の充実」の 6) として「適切な腎代替

療法の推進」が提示された。これは、これまでの診療報酬では適切な腎代替療法を提供していなかったことを国が指摘している事を示している。特に別表として「適切な腎代替療法推進の考え方」を明記している。

ここに明記されていることは「(2) 日本は諸外国と比べ、腹膜透析や腎移植が普及していない」、「(3) 施設の規模や、透析装置と患者数の比には、ばらつきがあるが、同一の診療報酬となっている」とある。これに対応することとして、「腹膜透析や腎移植に資する取り組みや実績等を評価」、さらに「血液透析の診療報酬を、施設の効率性等を踏まえた評価となるよう適正化」と明記した。これに準じた診療報酬の改訂が行われている。今後の診療報酬改訂でもこの方向性は維持されるものと思われる。

今回の診療報酬改定の基本は、あくまで「適切な療法選択」を行うことにある。自己管理が可能で PD を望む患者に PD を行うことは重要である。しかしながら、自己管理が十分行えず、家族の負担になるような場合には HD を選ぶことは当然の流れであろう。家族の負担等も十分に考慮し、家族を交えた説明を行い、最終的な療法を選択すべきである。

より良い日本の透析療法を維持し、最高の医療を患者に提供できるよう、日本透析医学会と日本透析医会は今後も協力し合い、透析医療のあり方を考えていく事が重要であろう。

はじめに

内閣府の報告^{※1)}によれば、先進諸国の高齢化率の比較で我が国は1980年代までは下位、90年代にはほぼ中位であったが、平成17(2005)年には最も高い水準となった。また、高齢化の速度について、高齢化率が7%を超えてからその倍の14%に達するまでの所要年数(倍加年数)によって比較すると、フランスが126年、スウェーデンが85年、比較的短いドイツが40年、イギリスが46年であるのに対し、我が国は昭和45(1970)年に7%を超えると、その24年後の平成6(1994)年には14%に達している。このように、我が国の高齢化は世界に例をみない速度で進行している。地域別に高齢化率の今後の推移をみると、これまで高齢化が進行してきた先進地域はもとより、開発途上地域においても、高齢化が急速に進展すると見込まれている(図1)^{※1)}。

このような状況から、わが国では近い将来、人口構造が大きく変化して「超少子高齢化」社会がくる事が予測されている。今後、高齢者は急激に増加し、老年人口は2010年の2,948万人から2035年には3,741万人に、さらに75歳以上の後期高齢者人口は2010年の1,419万人から2035年には2,278万人に1.6倍に増加する事が予測されている。このような「超少子高齢化」に合わせて人口の減少も予測されており、対照的に医療費や税金を負担する生産年齢人口の大幅な減少が予測されている。

日本は世界で最も急速に高齢化が進行している医療先進国である。その結果、わが国は現在すでに高齢化社会に直面しており、今後は超高齢化社会が現実のものとなってくる。さらに、わが国では少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少に直面しており、それに伴い高齢化社会に向けた医療のあり方が問題となっている。しかしながら同様な現象は今後世界中で生じ、高齢化

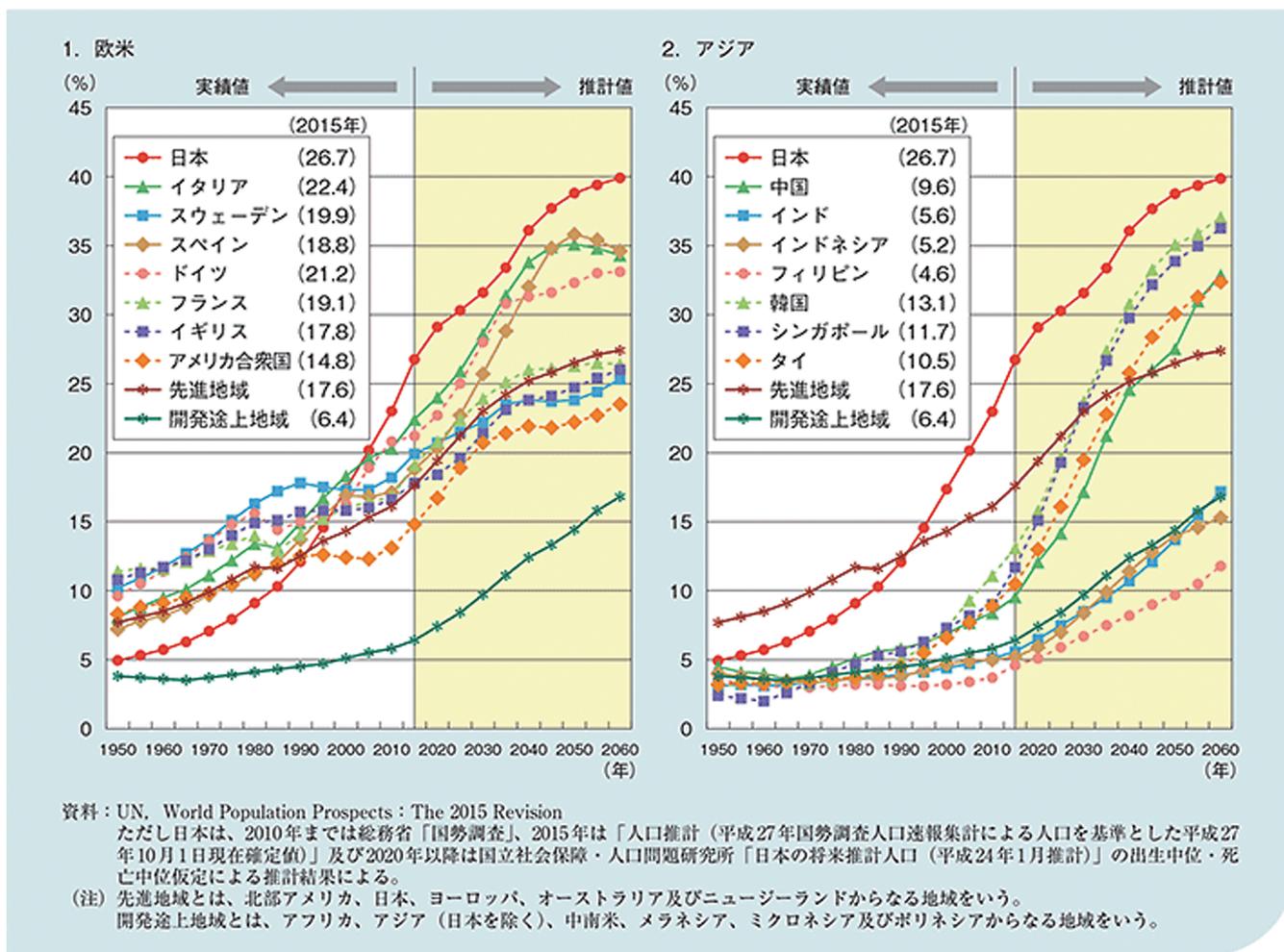


図1 近年の世界の高齢化率の推移
(参考 URL ※1 より)

社会に伴う医療費の高騰は、今後、世界各地で問題となる可能性がある。わが国の未来は世界の医療の未来を示すものと考えられている。

このような状況下、わが国の透析医療の特徴として透析患者の高齢化、特に透析導入患者の高齢化が現実になっている。今後の透析医療を考える場合、透析患者の高齢化は重要なポイントとなる。

1 超高齢化社会の到来と地域包括ケア

このような超高齢化社会の到来に合わせて、今後、国が進めていこうとする診療体系の政策に「地域包括ケアシステム」がある（図2）。地域包括ケアシステムという用語が初めて使われるようになったのは2005年の介護保険法の改定後であり、今後、少子高齢化社会の進行に伴い予想される多くの問題を緩和するための方策であった。その手始めに、地域住民の介護や医療に関する相談窓口である「地域包括支援センター」の創設が打ち出されたのが最初であった。

その後、2011年の同法改正（同法の施行は2012年4月より）では、条文中に「自治体が地域包括ケアシステム推進の義務を担う」と明記され、システムの構築が義務化された。2015年の同法改正では、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療と介護の連携推

進、地域ケア会議の推進、さらに新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」の創設などが取り入れられ、国は地域包括ケアの推進にさらに力を入れている。2018年の診療報酬改定においても、今後の目指す医療体制として「地域包括ケアシステムの推進」が明記されており、今後の診療報酬改定も「地域包括ケアシステムの推進」が前提となることが明らかである。では地域包括ケアとはどのようなシステムなのであろうか？

地域包括ケアシステムとは、超高齢者が住み慣れた環境である地域の自宅で、日常生活を送っていく事を前提とするシステムである（図2）^{※3}。超高齢者は多くの疾患を持病として持つ患者も多く、また自力での生活維持が困難な患者も多い。このような高齢者を効率よくサポートするために、家族、地域の医療機関、介護施設、さらに自治体等が協力して状況に応じて助け合いながら、サポートしていく事を目的としている。特に「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」といった五つのサービスを一体的に提供できる体制を構築しようとするものが、地域包括ケアシステムである。

地域包括ケアシステムは繰り返して述べているように、厚生労働省が強く推奨するシステムであり、各地域がその実状に合わせて構築していくことを前提とし

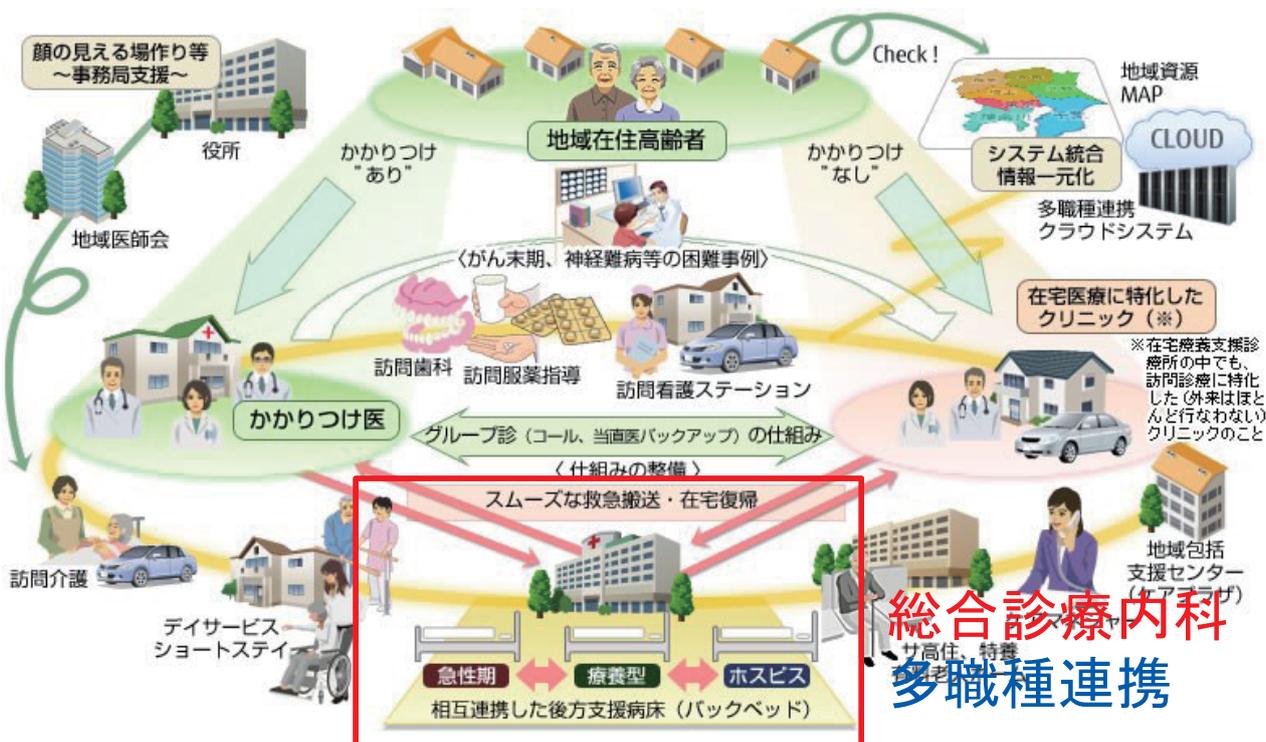


図2 患者や家族にシームレスな在宅療養サービスを提供（地域包括ケアネットワーク）

（参考 URL ※3 より一部改変）

ている。その前提の根本は、超高齢者を含む高齢者の生活の場は地域の自宅であり、在宅での治療が基本となる(図2)。

透析医療に関しても、地域包括ケアシステムが前提となる。したがって、今後の透析医療の基本は在宅が基本である。自宅から通院で透析を行う血液透析は問題はないが、入院で血液透析を行っている高齢者の患者も自宅へ戻ることが推奨される。地域包括ケアシステムを考えれば、透析医療としての在宅透析は最も推奨すべき透析方法であり、在宅療法で自由度が高い腹膜透析(PD)は今後、国が最も推奨していく透析方法となりうる。

2 本邦の透析医療の現状と問題点

—2016年12月31日現在の日本透析医学会統計調査より

図3には、日本透析医学会の統計調査委員会の結果^{※2}から、2016年度末の本邦透析患者の現状を示す。2016年12月31日現在で329,609人の患者が透析を行っており、2015年12月31日と比較して4,623人(+1.4%)の増加であった。わが国の透析患者の特徴として現在なお着実に増加しているものの、その増加率は減少している。その理由は、国民の高齢化に伴い透析患者が高齢化していること、さらに導入理由が慢性腎炎から糖尿病や腎硬化症に変化していることがある。

本邦の現状は、人口の高齢化に伴い透析患者の高齢化も急速に進んでいる。日本透析医学会の統計調査報告によれば、2016年12月31日末現在^{※2}で、新規透析患者の導入時平均年齢は女性71.19歳、男性68.57歳、男女合計では69.20歳と、女性は71歳を超え、全体

の導入期平均年齢も70歳に迫る状況である。維持透析患者全体でも平均年齢は女性69.61歳、男性67.34歳、合計68.15歳に達している。透析導入の原因疾患は1998年以後、糖尿病が第1位を占め、2016年では43.2%が糖尿病、第2位の慢性腎炎は16.6%と減少している。また第3位の腎硬化症が14.2%と着実に増加している。糖尿病を原因疾患とする透析患者では、心血管合併症等を有する比率が高く、糖尿病患者の増加に伴い合併症を有する患者が増加していることも、近年、透析患者の傾向といえる。一方、原因疾患の最近の傾向として糖尿病の増加は鈍り、腎硬化症の比率が急速に高まっているが、これは人口の高齢化によるものと推測される。

本邦の透析患者数はすでに中国に抜かれたものの、現在の対100万人あたりの透析患者数としては2,596.7人と世界で最も多く世界第1位である。これは本邦の透析医療の成績が優れており、圧倒的に死亡率が低いこと、さらに本邦の腎臓移植数が圧倒的に少ない事によるものと推測される。また本邦の特徴として、腹膜透析(PD)患者数が少なく、2016年12月31日現在9,021人であり、透析患者中でのPD比率は全透析患者のわずか2.7%である。この比率は前年度に比べて0.2%減少しており、この数年PD患者数の減少が続いている。本邦の末期腎不全患者の腎代替療法の選択は圧倒的に施設での血液透析であり、PDならびに移植患者が少ない事は本邦透析医療の特徴である。

3 わが国の透析医療費の変遷と現状

本邦で透析医療に対して健康保険が適応されたのは昭和42年(1967)からである。初期には健康保険本人に対しては10割給付であったが、健康保険家族には7割給付、国民健康保険では5割給付に制限されていた。

当時の自己負担は月に10万円以上の場合が多数であった。その後、昭和48年から自己負担の限度額が設定されたものの、それでも毎月15,000円から50,000円の支払いが必要であった。そのため、高額な医療費を支払うために家を売る、借金をする、生活保護を受けるために離婚する、などの実態が明らかとなり、昭和46年に透析患者による全腎協が組織され、医療費の控除にむけて積極的な活動を行った。その積極的な患者会の活動の結果、透析医療費に関しては月々20,000円を限度として国庫負担となった。現在では医療制度

透析施設数:	4396施設(16施設減、0.4%増)
慢性透析患者数:	329609人(4623人増)
血液透析(HD):	258374人(79.5%)
血液透析濾過(HDF):	76836人(23.3%)
血液濾過(HF):	26人(0.0%)
在宅血液透析患者数:	635人(0.2%)
腹膜透析患者数:	9021人(2.7%)
新規導入患者数:	39462人(1135人増、3.0%増)
HD(F)での導入:	37398人、PDでの導入: 1946人(5.6%)
死亡患者数:	31790人(722人増、2.3%増)
腹膜透析患者内訳:	腹膜透析単独患者数 7190人
	HD+HD併用療法 1831人
	総計9021人

図3 我が国の慢性透析療法要約(2016年12月31日現在)
(参考URL 註2より一部改変)

をきちんと利用すれば（身体障害者申請など）、ほとんどの患者は自己負担なく平等に透析医療を受けることができる。このような制度は世界でも類がなく、きわめて優れた医療保険制度と評価されている。

先に示したように、本邦の透析患者の死亡率は、欧米と比べて圧倒的に低値である。本邦の透析患者の予後が欧米に比べて格段に優れているのは、本邦の透析医療レベルが高い事に加え、この保険制度によってすべての透析患者が優れた透析医療を享受できるためと考えられる。今後も本邦の良好な透析医療の成績を示すためにも、この保険制度は維持すべき制度である。

しかしながら、高齢者の増加、さらに合併症を有する透析患者の増加等により、医療費が年々増加している事も検討すべき重要な課題である。透析患者数が30万人を超えた現在で、透析医療費の総額は年間1兆5千億円以上と言われている。

4 これまでの本邦の診療報酬の変遷

このような医療環境の下、透析医療の診療報酬は年々低下している。図4には本邦の透析医療費の変遷を示す。

人工腎臓処置料は2000年以後確実に低下している。さらに2006年にはESAが包括化され、透析の収益性

は一層悪化した。その後の診療報酬改定においても人工腎臓処置料については減額であり、厳しい方向性が認められてきた（図4）。

以下に述べる2018年の改訂では、これまでの時間区分に加えて、施設の規模、すなわち透析用監視装置の台数、それに監視装置台数に対する人工腎臓算定人数によって透析施設を三つに区分し、個々の診療報酬を別途規定した。これは「施設の規模と効率性を踏まえた診療報酬体系」として新たな規定であった。算定3の施設、すなわち規模が大きく人工腎臓算定人数が多い施設での診療報酬は110点から125点の減点であり、きわめて厳しい算定となった（図5）。6時間以上の長時間透析への加算の新設、夜間・休日換算の増額等があったものの、大規模施設にとって厳しい算定状況となった。

それに比較してPDの診療報酬は、2010年に導入期加算が100点から500点に増額、さらに2012年に、在宅自己腹膜灌流指導管理料は3,800点から4,000点に増額された。さらに2016年の改訂では、訪問看護管理療養費の算定日数の制限を緩和している。改訂以前には訪問看護管理療養費の算定は月12日までを限度としていた。これらの患者では、月13日以上訪問看護を行っていたとしても、訪問看護管理療養費を算

		回数/月	2000年	2002年	2004年	2006年	2008年	2010年	2012年	2014年	2016年	
HD	人工腎臓	4時間未満	1633	↑			↓ 2117	↓ 2075	↓ 2040	↓ 2030	↓ 2010	
		4-5時間	2110	↓ 1960	1960	※2250	↓ 2267	↓ 2235	↓ 2205	↓ 2195	↓ 2175	
		5時間以上	2210	↓			↑ 2397	↓ 2370	↓ 2340	↓ 2330	↓ 2310	
		慢性維持透析濾過	-	-	-	-	-	-	↑ 2255	2245	↓ 2225	
		慢性維持透析濾過 加算	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		夜間・休日加算	0~13	500	500	500	500	↓ 300	300	300	300	300
		導入期加算	0~13	300	300	300	300	300	300	300	300	300
		障害者加算	0~13	120	120	120	120	120	120	120	120	120
		透析液水質確保加算	13	-	-	-	-	-	↑ 10	1,8 0,20	1,8 0,20	1,8 0,20
		内シャント外シャント設置術	-	10700	10700	10700	10700	10700	↑ 13910	↑ 18080	18080	18080
	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	-	-	-	-	-	-	-	↑ 18080	18080	18080	
	慢性維持透析患者外来医学管理料	1	2800	↓ 2670	↓ 2460	↓ 2305	2305	2305	2305	↓ 2250	2250	
PD		在宅自己腹膜灌流指導管理料	1	3800	3800	3800	3800	3800	3800	↑ 4000	4000	4000
		頻回加算	0~2	1900	1900	1900	1900	↑ 2000	2000	2000	2000	2000
		紫外線殺菌器加算	0~1	400	↓ 360	360	360	360	360	360	360	360
		自動腹膜灌流装置加算	0~1	2700	↓ 2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500
		連続携帯式腹膜灌流	0	330	330	330	330	330	330	330	330	330
		導入期加算	14	100	100	100	100	↑ 500	500	500	500	500
		乳幼児加算	~14日	-	-	-	-	-	-	-	↑ 1000	↑ 1100
	15~30日		-	-	-	-	-	-	-	500	↑ 550	
		カテーテル留置加算	-	1300	1300	1300	-	-	-	-	-	-
	カテーテル留置術(手術)	0	-	-	-	↑ 12000	12000	12000	12000	12000	12000	

*ESA包括化

図4 2016年診療報酬改定までの透析関連診療報酬の推移

項目	2017年	2018年改定		
		慢性維持透析1	慢性維持透析2	慢性維持透析3
人工腎臓 4時間未満	2010	↓ 1980	↓ 1940	↓ 1900
人工腎臓 4-5時間	2175	↓ 2140	↓ 2100	↓ 2055
人工腎臓 5時間以上	2310	↓ 2275	↓ 2275	↓ 2185
人工腎臓 6時間以上加算	新設	↑ 150	↑ 150	↑ 150
慢性維持透析減過	2225	廃止	廃止	廃止
慢性維持透析減過 加算	新設	↑ 50	↑ 50	↑ 50
水質確保加算	4,8 円,20	↓ 10	↓ 10	↓ 10
障害者加算	120	↑ 140	↑ 140	↑ 140
慢性維持透析患者外来医学管理料	2250	2250	2250	2250
慢性維持透析患者外来医学管理料 加算	新設	↑ 100	↑ 100	↑ 100
導入期加算	300	廃止↓	廃止↓	廃止↓
導入期加算1	新設	300	300	300
導入期加算2	新設	400	400	400

* 導入期加算には腎代替療法の説明のあり方や腎臓移植と在宅腹膜透析の普及に係る施設基準を設けられた
 * 新設の慢性維持透析患者外来医学管理料の加算は導入期加算2の施設基準全てを満たす事が要件とされた

図5 2018年度診療報酬改定

定できなかった。2016年以後、重症者管理加算として、PD患者でも訪問看護管理療養費の算定日数制限が緩和された。この流れも地域包括ケアとしてPDを積極的に推奨しようとする厚生労働省の方向性に準じたものと思われる。

5 平成30年度の診療報酬改定の基本方針

平成30年度の診療報酬改定が本年3月に発表された。今回の診療報酬改定の基本方針^{3,4)}として以下の3項目が明確に示された(図6)。

改定に当たった基本認識

- ▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現
- ▶ どこに住んでも適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築)
- ▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

改定の基本的視点と具体的方向性

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- ・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- ・かかりつけ医の機能の評価
- ・かかりつけ歯科医の機能の評価
- ・かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・国民の希望に応じた看取りの推進

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

【具体的方向性の例】

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・難病患者に対する適切な医療の評価
- ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進
- ・アウトカムに着目した評価の推進

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】

- ・チーム医療等の推進等(業務の共同化、移管等)の勤務環境の改善
- ・業務の効率化・合理化
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入(再掲)
- ・地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化(再掲)
- ・外来医療の機能分化(再掲)

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・薬価制度の抜本改革の推進
- ・後発医薬品の使用促進
- ・医薬品の適正使用の推進
- ・費用対効果の評価
- ・効率性等に応じた薬局の評価の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)

図6 平成30年度診療報酬改定の基本方針(概要)

まず第1項目として「人生100年時代を見据えた社会の実現」、第2項目として「どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）」、さらに第3項目として「制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進」であった。この基本方針で驚かされたことは、厚生労働省が人生100年を明確に示した事である。これまでの「人生80年」から、一挙に20年延長され「人生100年」となった。さらにこの「人生100年」は現実のものとして、「安定、さらに持続的に国民に医療・介護を提供」できる診療体制を組んでいくとの宣言、その基本的なシステムは「地域包括ケアシステム」であることを明記した。

その診療報酬改定の基本方針に基づき、今回の透析医療に関して具体的な方向性として、「きちんとした療法選択説明を行う事」、さらに「PDならびに移植を実際に行っている透析施設の取り組みを評価する」ことであった。この流れは、今後の透析医療の方向性を明確に示したものであり、我々としても今後の透析医療のあり方を考えていく基本となる。

6 平成30年度の診療報酬改定にみる透析医療費

2018年4月に行われた診療報酬改定^{※5)}の概要を図7に示す。

今回の診療報酬改定では、「II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実」の項目のトップの「1. 重点的な対応が求められる医療の充実」の6)として「適切な腎代替療法の推進」を提示されたことである。これは、これまでの診療報酬では適切な腎代替療法を提供していなかったことを国が指摘している事を示している。特に別表として「適切な腎代替療法推進の考え方」を明記している(図8)。ここに明記されていることは「(2)日本は諸外国と比べ、腹膜透析や腎移植が普及していない」、「(3)施設の規模や、透析装置と患者数の比には、ばらつきがあるが、同一の診療報酬となっている」とある。これに対応することとして、「腹膜透析や腎移植に資する取り組みや実績等を評価」、さらに「血液透析の診療報酬を、施設の効率性等を踏まえた評価となるよう適正化」と明記した。これに準じた診療報酬の改訂が行われている。今後の診療報酬改訂でもこの

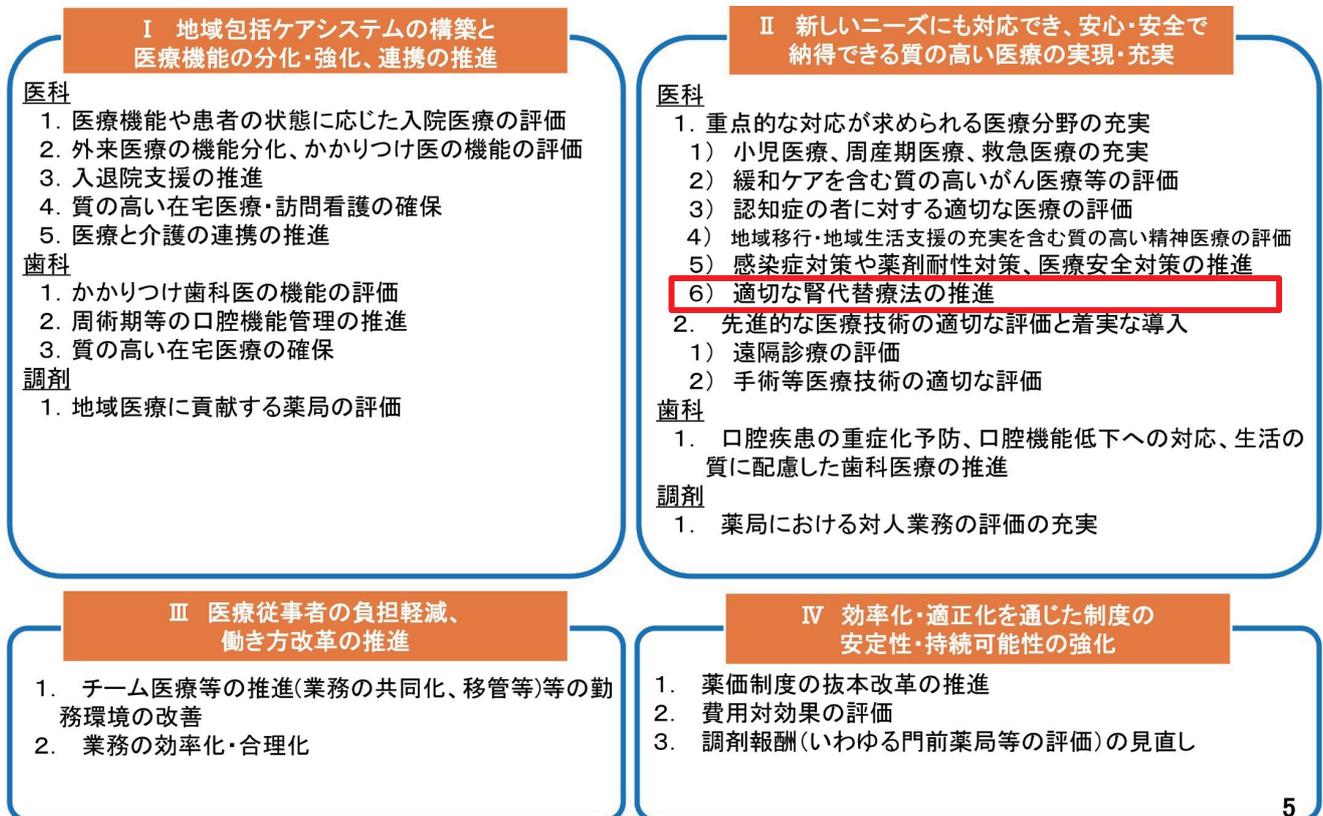


図7 平成30年度診療報酬改定の概要

(厚生労働省：平成30年度診療報酬改定について(平成30年3月5日)より一部改変)

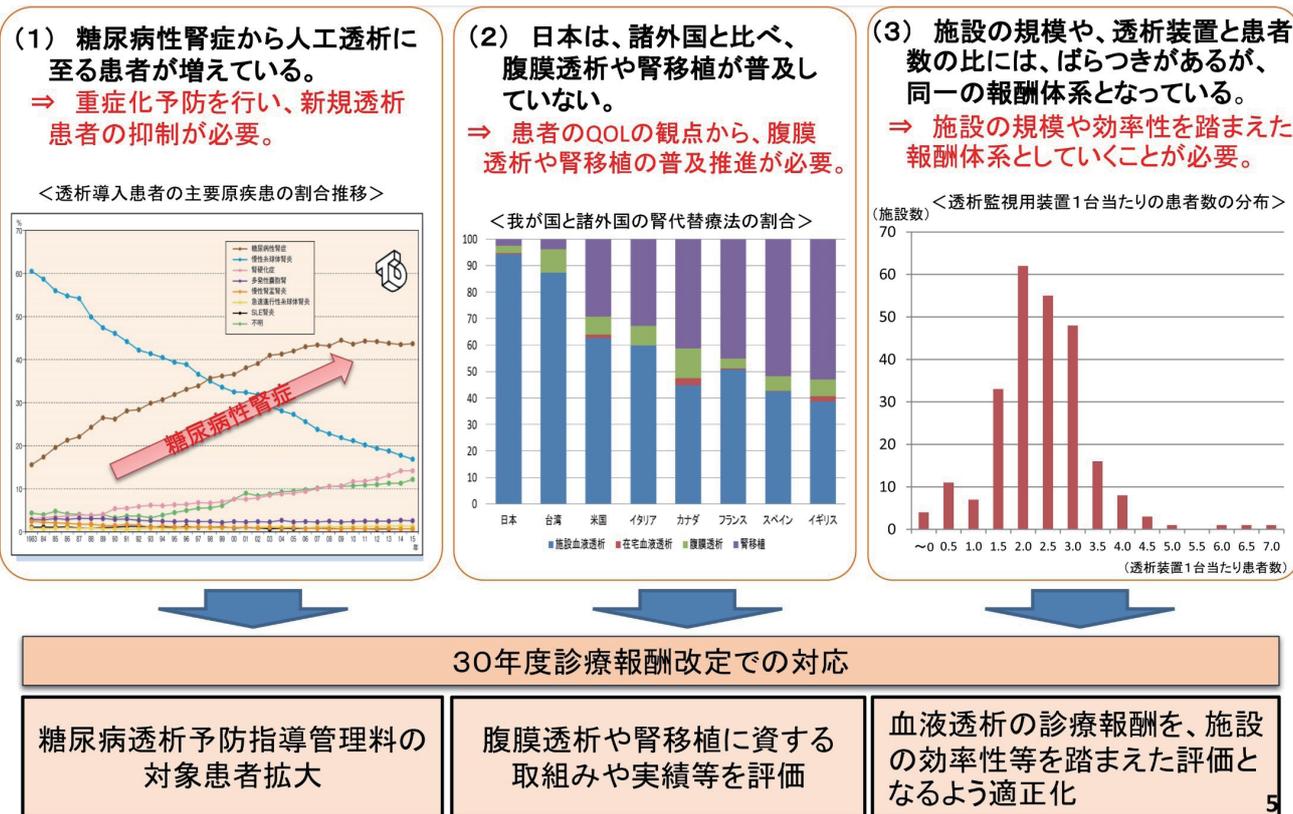


図8 適切な腎代替療法推進の考え方
(厚生労働省：平成30年度診療報酬改定について（平成30年3月5日）より）

方向性が維持されるものと思われる。

今回の改訂について示す。まず一番の改訂ポイントとして、透析施設の規模によって人工腎臓処置料の診療報酬の算定が大きく異なる事である。透析機器の台数と、透析患者の回転数で3群に分け、最も小規模施設「台数が一定以下、患者数一定未満」の「慢性維持透析を行った場合1」で30～35点（1.5～1.6%）の削減、中規模の「台数が一定以上、患者数が一定の範囲内」の「慢性維持透析を行った場合2」で70～80点（3.4～3.5%）の削減、最も大規模の「慢性維持透析を行った場合3」は、1と2のいずれにも該当しない場合に算定するもので110～125点（5.4～5.5%）の削減であった。

一方、削減が多かったぶん加算は高額となり、さらにいくつかの新たな加算が認められた。夜間・休日加算は300点より380点に増額され、障害者加算は120点から140点に増額された。さらに6時間以上の長時間透析に対して150点の新たな診療報酬が認められた。これらの加算の増額は、今回の基本となる人工腎臓処置料は減額でも、長時間透析や障害者加算、夜間・休日加算などの透析を積極的に行うことで収益性は維持

されることを示している。しかしながらこれらの加算算定条件は厳しく、加算を取れる患者数には限界があることから、総合的な収益性は厳しくなったと言わざるをえない。

さらに今回の注目すべき加算として「腹膜透析や腎移植に資する取り組みや実績等を評価」する事を明確に示した加算が導入期加算である。導入期加算は、「腎代替療法について患者に適切な説明を行うこと」を施設基準に加えて、300点の「導入期加算1」に変更された。さらに腹膜透析の指導管理実績や腎移植推進の取り組み実績を要件として、400点の「導入期加算2」を新設した（図9）。これらはいずれも適切な療法選択を推奨するための政策である。すなわち、現在、本邦ではきわめて少ないPD、ならびに腎臓移植を積極的に増加させようとした試みであり、本邦透析医療の将来を物語る流れである。

さらに今回の改訂が真剣にPDおよび移植を推進しようとしている事実を示す項目として、「導入期加算2」を算定できる施設では、すべての血液透析患者に対して月1回100点の腎代替療法実績加算が認められたことである。すなわちPDならびに移植に積極的に

➤ 腹膜透析や腎移植の推進に資する取組みや実績等を評価する。

1. 導入期加算を見直し、患者に対する腎代替療法の説明を要件化するとともに、腹膜透析の指導管理や腎移植の推進に係る実績評価を導入する。

現行	改定後
【人工腎臓】	【人工腎臓】
導入期加算 300点	(改) 導入期加算1 300点
	(新) 導入期加算2 400点

【施設基準】 なし

【施設基準】

導入期加算1

関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、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うこと

導入期加算2

- ① 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
- ② 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、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること
- ③ 導入期加算1の施設基準を満たしていること

2. 慢性維持透析患者外来医学管理料の加算を新設し、導入期加算と同様な評価を導入する。

(新) 腎代替療法実績加算 100点 (1月につき)

【施設基準】 導入期加算2の施設基準を全て満たしていること

➤ 腹膜透析を推進するため、腹膜灌流に係る費用の入院料への包括を見直す(別途算定可)。

【見直す入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料



図9 腹膜透析や腎移植の推進に資する評価

(厚生労働省：平成30年度診療報酬改定について(平成30年3月5日)より一部改変)

取り組んでいる施設に対して、別途の血液透析患者への加算を認めたものである。PDを行っていることの基準として、「過去の1年間に12回以上在宅自己腹膜透析灌流指導管理料を請求していること」、移植を行っていることの基準として「患者の希望に応じて適切に相談に応じていること、かつ腎移植に向けて手続きを行った患者が過去2年間に1人以上いること」であり、この基準は継続的にPDや移植に取り組んでいない限りは算定できないものである。この加算は、今後、実際にPD患者数や移植実施数が増加しない限りは認められるものと推測される。さらに、施設の取り組み状況が不十分であればこの算定はさらに厳しくなる可能性がある。

その他にも、今回の診療報酬改定で大きな変化として「腹膜透析を推進するため、腹膜灌流に係る費用の入院料の包括を見直す(別途算定可)」が明記されたことがある。これは、見直す入院料として「回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料」に関しては、腹膜透析の管理料が別途算定できることを示す。これらの病棟は、いずれも社会復帰をして地域包括ケアに結びつけるた

めの病棟である。国はPD患者を今後の地域包括ケアでの管理を目的とし、高齢者末期腎不全患者の在宅でのケアを前提とした方向性を示すものである(図9)。

今回の診療報酬改訂で大きく変化したこととして、今後はクリニックや地域の診療所でもPD、移植への取り組みが推進されるものと思われる。

7 今回の診療報酬改訂に向けての日本透析医学会と日本透析医会の連携

以前より指摘されている本邦の末期腎不全医療の特徴として、腹膜透析(PD)患者数の比率が全透析患者の2.7%と少ない事、さらにPD患者数が年々減少していることが指摘されている(図3)¹⁻⁶⁾。本邦のPD患者数は1980年代に急速に増加したものの、被嚢性腹膜硬化症(EPS)の危険性が報告された1990年代以後はほぼ横ばいであり10,000人を越えていない。本邦のPD患者数の割合は永く3%台を維持していたが、この数年は3%以下の状況であり、透析療法を行っている国々の中で最も少ない。世界のPD療法は8%程度を維持しており、香港やメキシコでは30%を越えている。

本邦でPD療法が増加しない理由としていくつかの可能性が指摘されている¹⁻⁵⁾。一般的に言われている理由は以下である。

- ① 本邦ではHD療法の成績がよく、また多数のHD施設があり、PD療法のメリットが生きないこと
- ② 医師、看護師ともにPD療法の専門家が少なく十分な教育が行われていないこと
- ③ そのため、患者にPDの情報伝達が十分に行われていないこと
- ④ エビデンスが少ないこと
- ⑤ PDが医療施設において金銭的なメリットが少ないこと
- ⑥ 腹膜劣化のためにPDの長期継続が難しいこと
- ⑦ 合併症として被嚢性腹膜硬化症（EPS）の危険性があること
- ⑧ 在宅療法としてPDのバックアップ体制が十分でない
- ⑨ 家族への負担がある
- ⑩ 高齢者に向かない

しかしながら、本邦では2000年以後、世界に先駆けてすべてのPD透析液が中性化され、腹膜への透析液の影響は劇的に改善した。それに伴いPDの合併症であるEPSの危険性は減少した。また、金銭的にもPD療法はHDと遜色なく、また在宅療法としてPDへの介護は認められている。PD療法の残存腎機能維

持のメリット、さらに生活の質（QOL）維持のメリット、さらに満足度の高さはよく知られており、末期腎不全療法としてもその地位、メリットはよく知られている¹⁻⁶⁾。

一方、腎移植患者が増加しないことも本邦の末期腎不全医療の特徴である。その理由としてドナーの少なさは知られているが、その他にも、末期腎不全の療法説明が十分に患者側に伝わっていないこともその一因と言われている。そのためにも患者教育、情報伝達の重要性はよく知られている。

このような療法説明の重要性は、これまでも日本移植学会の先生たちと議論してきた。この議論は、国会の参議院議員である秋野公造先生とも何度か議論をしていた。2017年7月に秋野公造先生、日本移植学会の湯沢賢治副理事長、聖マリア病院移植外科の谷口雅彦医師と会談を持つ機会があり、「日本透析医学会と日本移植学会が協力して厚生労働省へ療法選択外来への診療報酬加算を要望できないか？」との議題が提案された。患者の視点に立った療法選択を行うべきだ、との考えであった。この件に関して、シンポジウムを企画して共同意見として要望書を出す事で効果があるのでは、との意見があった。

2017年10月の日本腹膜透析医学会で、我々は、秋野公造参議院議員と協力して8学会緊急シンポジウムを企画し（[図10](#)）、療法選択外来への医療保険適応の必要性を合意事項として結論した。8学会とは日本透



図10 第34回日本腹膜透析医学会緊急シンポジウム

析医学会, 日本透析医会, 日本腎臓学会, 日本臨床腎移植学会, 日本腹膜透析医学会, 日本腎不全看護学会, 日本臨床工学技士会, さらに日本 HDF 研究会である。8 学会合意のもと, 療法選択外来や患者教育への診療報酬加算の必要性を緊急シンポジウムの結論としてまとめた。その結果を秋野公造参議院議員と連携して厚生労働省に要望書として提出した。

その結果, 平成 30 年度の診療報酬改定において, 「腹膜透析や腎移植は, 血液透析に比べ, 患者の QOL が高いことから, 透析医療に係る診療報酬において, 腹膜透析や腎移植の推進に資する取組みや実績等を評価してはどうか。」と明記された。実際に導入期加算を見直ただけでなく, 患者に対する腎代替療法の説明を要件化するとともに, 腹膜透析の指導管理や腎移植の推進に係る実績評価を導入し, 腹膜透析や腎移植の実績のある施設に対しては, 腎代替療法実績加算(月に HD 患者毎に 100 点を加算)を実現した。

さらに回復期リハビリテーション病棟, 地域包括ケア病棟, 特定一般病棟の入院料における PD に係る費用の包括を見直し, 別途算定できるように変更した。これらの改訂は, PD が地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟で広く行われる可能性を示唆し, 今後 PD 患者の在宅への移行を強く推進する力となる。今後の診療報酬改定においても, この傾向は維持されるものと思われる。

今後の超高齢化社会において, 国は地域包括ケアにあった PD 療法を強く推進していくことが明確に示された診療報酬改定であった。今回の診療報酬改定に関しては, 秋野公造先生との共著「やさしい腎代替療法」⁷⁾に詳細に記載している。興味ある方は, 参照して頂きたい。

おわりに

— 今後の診療報酬改訂に向けて

今回の診療報酬改定は, 今後の高齢化社会において透析医療のあるべき方向性を示している。高齢者医療の基本は地域包括ケアシステムであり, 透析医療もその方向性を見ていくことは重要である。高齢者が自宅で, 地域の先生たちや介護施設と連携して生活を維持していくのが基本となる。在宅透析として PD, さらに移植のよい点を見直していく方向性は理解できる。そのために患者に対して十分な療法説明を行い「適切

な療法選択」を行っていくことは重要である。

しかしながら今回の診療報酬改定の基本は, あくまで「適切な療法選択」を行うことにある。自己管理が可能で PD を望む患者に PD を行うことは重要である。しかしながら, 自己管理が十分行えず, 家族の負担になるような場合には HD を選ぶことは当然の流れであろう。家族の負担等も十分に考慮し, 家族を交えた説明を行い, 最終的な療法を選択すべきである。

よりよい日本の透析療法を維持し, 最高の医療を患者に提供できるよう, 日本透析医学会と日本透析医会は今後も協力し合い透析医療の方向性を考えていきたい。

文 献

- 1) 中元秀友, 西山 強, 佐藤 忍, 他: 腹膜透析 (PD) の医療経済性—PD 療法は収益性の低い治療法なのか? 日透医誌 2013; 28: 408-422.
- 2) 中元秀友, 西山 強: 第 4 章 透析医療の社会経済 3 腹膜透析の医療経済性. 平方秀樹監修. 全人力科学力透析力 for the people 透析医学. 医薬ジャーナル社, 2014: 296-306.
- 3) Nakamoto H: Encapsulating peritoneal sclerosis (EPS)—A clinician's approach to diagnosis and medical treatment—. Perit Dial Int 2005; 25 (Suppl 4) : S30-S38.
- 4) 中元秀友: 医療経済性からみた腹膜透析 (PD) 療法—PD の診療報酬について—. 日本腹膜透析医学会編. 腹膜透析 2017. 東京医学社, 2017: 51-54.
- 5) 中元秀友, Marshall M, Deenitchina S, 他: 現在の収益性から PD の未来を予測する. 日本腹膜透析医学会編. 腹膜透析 2018. 東京医学社, 2018 (in press).
- 6) 中元秀友: 第 3 章各種透析方法 2. CAPD 1. 腹膜透析 (PD)—最新の知見—. 新田孝作監修. 最新透析医療: 先端技術との融合. 東京: 医薬ジャーナル社, 2016: 236-246.
- 7) 中元秀友, 秋野公造: やさしい腎代替療法. 東京: 西村書店, 2018.

参考 URL

- ‡ 1) 「内閣府報告」 http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_1_5.html
- ‡ 2) 日本透析医学会統計調査委員会「図説 わが国の慢性透析療法の現状 2016」 <http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>
- ‡ 3) FUJITSU 「特集これからの日本に求められる“地域包括ケア”とは?」 <http://jp.fujitsu.com/solutions/cloud/elderly-care/teamcare/chiiki-houkatsu/>
- ‡ 4) 厚生労働省「平成 30 年度診療報酬改定の基本方針」 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000187430.htm>
- ‡ 5) 厚生労働省「診療報酬改定について」 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106602.html>