

## 2020 年度診療報酬改定と日本透析医学会の対応

中元秀友

埼玉医科大学総合診療内科/日本透析医学会理事長

key words：腎代替療法指導管理料，HIF-PHD 阻害薬，バスキュラーアクセス，新型コロナウイルス感染症，遠隔診療

### 要 旨

2020 年 4 月より新たな診療報酬体系がスタートした。大きな流れとして、今回の診療報酬改定は、2018 年度（平成 30 年）の診療報酬改定の流れを汲むものであった。基本的に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。

前回と同様に今回の診療報酬改定の基本は、あくまで「適切な療法選択」を行うことであった。さらに今回の改定は、腎移植の推進を目指した診療報酬改定であった。「適切な療法選択」の基本は自己管理が可能で血液透析療法（HD）を望む患者に HD を行い、また腹膜透析療法（PD）を望む患者に PD を行うことである。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。

さらに今回の改定で注目すべき流れは、低酸素誘導因子（HIF-PHD）阻害薬の出現に伴い、HIF-PHD 阻害薬を包括から別途算定を可能とする「イロハ（包括算定）」と「ニホヘ（出来高算定）」の選択が可能となる人工腎臓評価を示したことである。これまでは包括化を中心に透析医療費の引き下げが行われてきたが、包括から別途算定を選択できる方法を新たに示したことは大きな変化である。

もう一つの大きな診療報酬改定のポイントは、バスキュラーアクセスに関する診療報酬の見直しであった。総じて厳しい見直しであったが、経皮的血管形成術（PTA）に関する 3 カ月縛りの解除は喜ばしい改定であった。日本アクセス研究会が 2015 年に施行した調査「PTA 施行症例数・回数（年間）」によれば 12.5% が 3 カ月以内に PTA を再度施行（未発表）されており、10% 以上の症例で再狭窄・閉塞がおこる可能性が予想され、3 カ月以内の PTA の必要性が言われていた。今回の改定では 1 回のみに関し 3 カ月以内の再請求を認めることとした。この PTA の 3 カ月縛りの解除に対しては、患者重視の立場から日本透析医学会からも強い要望を出してきた経緯もあり、それが認められたと考えている。

しかしながら令和元年末より、本邦のこの医療形態の未来に大きな影響を与える大事件が発生した。中国の武漢から発生した新型コロナウイルスの世界的な大流行である。この大事件は令和 2 年以後の医療のありかたを大きく変える可能性がある。施設透析から在宅透析、すなわち腹膜透析や在宅血液透析の推進につながる可能性が予想される。今回、緊急事態に併せて政府が示した遠隔医療の推進は、今後の医療に影響を及ぼす可能性もあり、注意していく必要がある。

診療報酬改定は、その後の透析医療の方向性に大きな影響を与える可能性がある。日本透析医学会はその重要性を十分に考慮して、これまでも積極的に診療報酬改定に要望をしてきた。今回の改定でも、厚生労働省等とも十分な議論を行うよう努力してきた。今後も

診療報酬改定の重要性を考え、患者ならびに透析医療に係る医療者の要望を反影できるよう努力していきたい。

### 1 わが国の透析医療の現状

— 2018 年末日本透析医学会統計調査より

本邦で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。本邦の人口構成の高齢化に伴い透析患者の高齢化も急速に進んでいる。最新の日本透析医学会の統計調査報告では、2018 年 12 月 31 日末現在<sup>1)</sup>、新規透析患者の導入時平均年齢は女性 71.61 歳、男性 69.27 歳、全体では 69.99 歳と女性は 71 歳を超え、全体の導入期平均年齢もあとわずかで 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 70.26 歳、男性 67.96 歳、全体では 68.75 歳に達している。

近年の透析患者の特徴として、透析患者の原因疾患の変化に伴う合併症の増加がある。透析導入の原疾患は 1998 年以後糖尿病が第 1 位を占めている。2018 年末でも 42.3% が糖尿病であり圧倒的に多い。第 2 位は慢性糸球体腎炎で 5,963 名であり 15.6% であるが、

第 3 位の腎硬化症が 5,961 名で 15.6% と確実に増加、慢性糸球体腎炎と拮抗している。次年度には腎硬化症が逆転して 2 位になるのは確実である。糖尿病性腎症は 1998 年に第 1 位になって以来第 1 位を維持しているが、この数年は横ばいから減少傾向に転じている。近年は腎硬化症が増加しているが、この中に一部糖尿病性腎臓病 (DKD) が含まれている可能性が考えられる。今後この点を明確にしていく必用がある。

糖尿病を原疾患とする患者では、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心血管合併症を有する患者が増加していることも近年の透析患者の傾向と言える。一方、原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。これは人口の高齢化によるものと推測される。今後の透析患者の動向を考える場合には、高齢化と合併症を前提として考える必要がある。

2018 年末の統計調査は本邦の透析施設 4,458 施設に対して行われた。図 1 に 2018 年末までの透析患者数の推移、ならびに有病率 (人口 100 万人あたりの透析患者数) を示す。わが国の透析患者数は統計調査開始

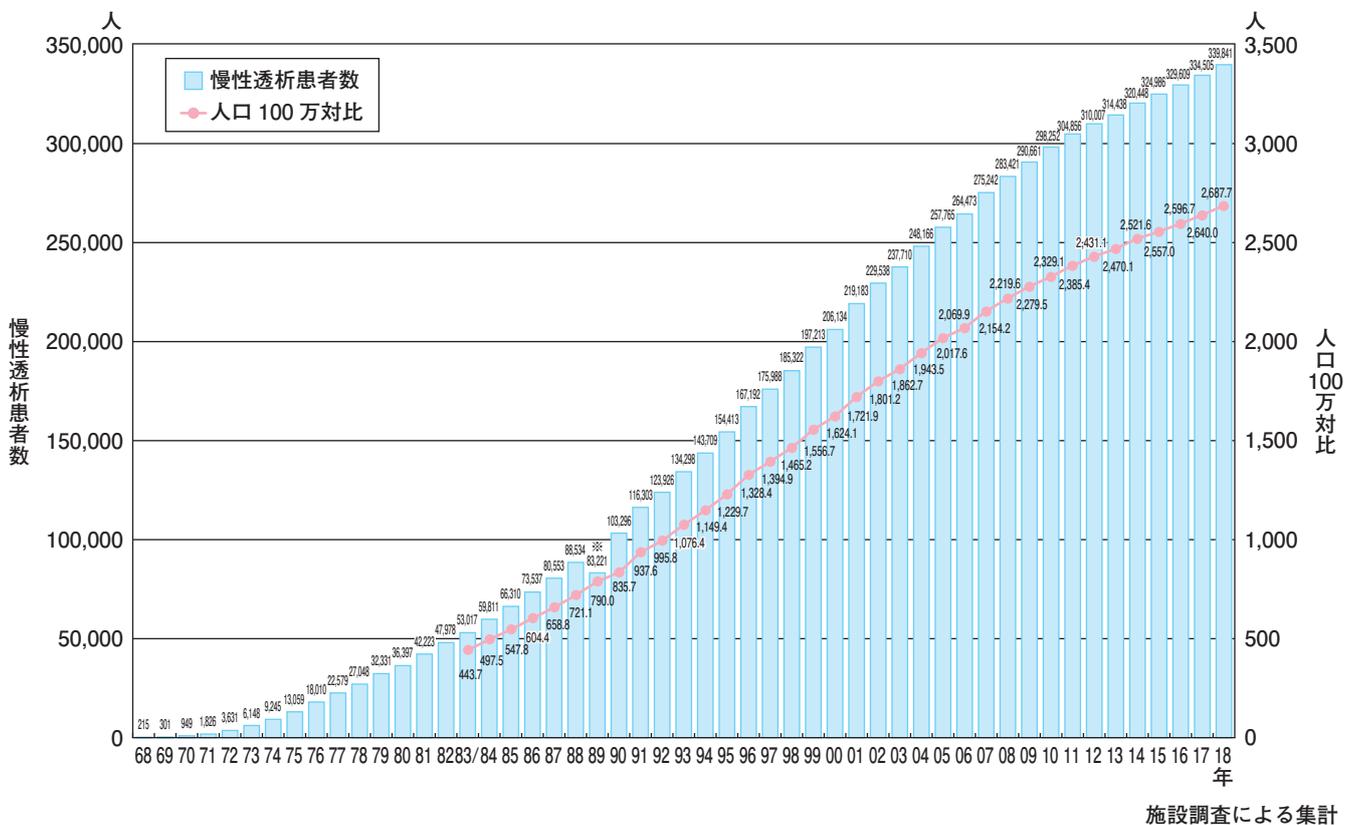


図 1 慢性透析患者数 (1968-2018 年) と有病率 (人口 100 万人対比, 1983-2018 年) の推移 (文献 1 より)



図2 PD患者数ならびにPD導入患者数の年代別推移  
(文献1より)

以後年々増加しており、2018年末で339,841人であり、人口100万人あたり2,688人であった。本邦の透析患者数はこの数年で中国(53.5万人)に抜かれ、米国(51.3万人)にもおよばない。しかしながら、2018年末の100万人あたりの透析患者数として2,688人(+44.0人)は世界でも圧倒的に多く、台湾と共に世界のトップレベルにある<sup>2)</sup>。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。2018年末の死亡患者数は33,863人であり、年間粗死亡率は10.0%であった。主な死亡原因は心不全(23.5%)、感染症(21.3%)、悪性腫瘍(8.4%)であり、近年死亡原因は変わっていない。

では透析の種類はどうであろうか？血液透析患者のうち2012年以降血液透析濾過(HDF)の患者数は急増しており、2018年末の患者数は125,793人で維持透析患者全体の37.0%であった。一方、腹膜透析患者数は9,445人(2.8%)であり、2017年末の9,090人(2.7%)より355人増加した(図2)。

2009年のPD患者数の毎年の調査開始以後減少傾向であったが、今回は大幅な増加が認められた。これは2018年4月に行われた診療報酬改定の影響と思われる。その内訳はPD単独が7,582人(PD患者の80.3%)、HD(F)の併用が1,863人(19.7%)であった。

併用療法のうち1回が1,621人、2回が1,621人、3回が30人、それ以外の併用が70人であった。2018年にPDの新規導入患者数は2,293人であり、2017年より176人増加している。これまで増加していなかったPD患者数は2017年末に久しぶりに69人の増加を認めた。そして2018年は一気に355人の増加を認めた。この患者数の増加は、後に述べる2018年春の診療報酬の改定が影響した可能性が大きい。しかしながら、透析患者中でのPD比率は、あいかわらず全透析患者のわずか2.8%であった。なお、2018年末のPD患者数9,445人の性別の記載は9,069人にあり、うち男性は65.9%、女性は34.1%であった。

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におけるHDであり、PDならびに移植患者が少ない事も本邦透析医療の特徴であり、問題点と言える。この流れに大きく影響したのは2018年4月から施行された新しい診療報酬であった。

## 2 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年)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7割給付に制限されていた。したがって、当時の自己負担は月に10万円

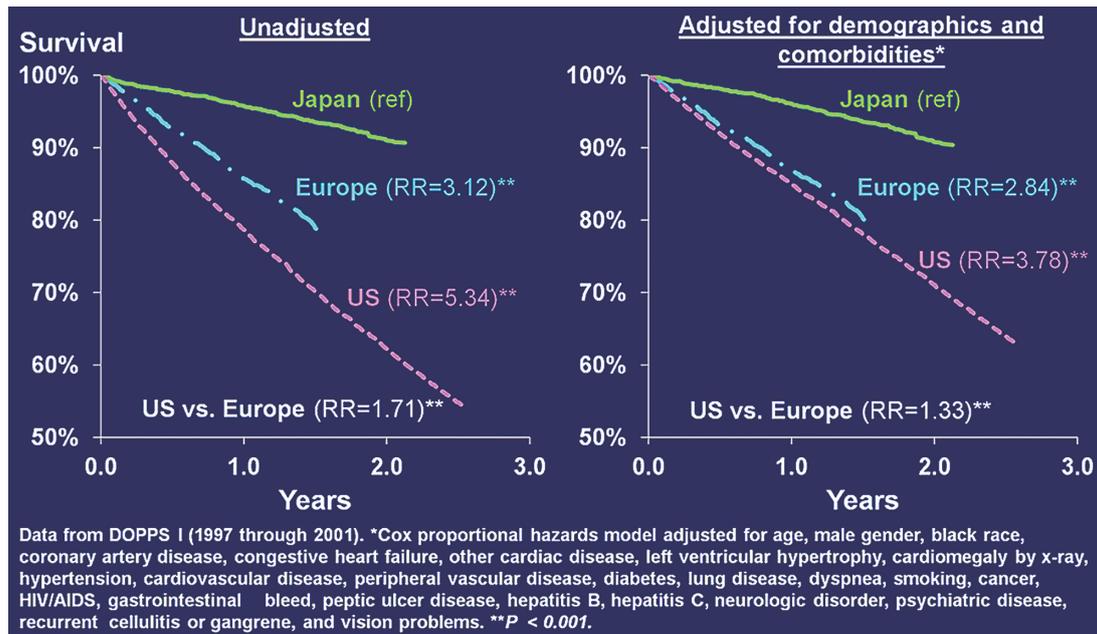


図3 日本、ヨーロッパ、ならびに米国の血液透析患者の生存率  
(文献3より)

以上が基本であった。その後、昭和48年から自己負担の限度額が設定された。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た。全腎協は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。有名な事実として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（図3）<sup>3)</sup>。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33万人を超えた現在で、透析医療費の

総額は年間1兆6千億円以上と言われている。

このような医療環境下、血液透析に関する透析医療の診療報酬は先にも述べたように年々低下している。

図4には本邦の透析医療費の変遷を示す。人工腎臓処置料は年々確実に低下している。特に2002年の小泉政権の下で行われた診療報酬改定で血液透析技術料の引き下げ、時間区分の廃止はきわめて大きな影響を及ぼした。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2008年より人工腎臓処置料の時間区分は復活したが、診療報酬改定において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）。

つい先日に行われた2018年の診療報酬改定では、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（図5）。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であった。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の診療報酬はどうであろうか？

		2000年	2002年	2004年	2006年	2008年	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年				
											慢性維持透析を行った場合1	慢性維持透析を行った場合2	慢性維持透析を行った場合3		
HD	人工腎臓	4時間未満	1633	1960 ↓	1960	*2250 *ESA 包括化	2117 ↓	2075 ↓	2040 ↓	2030 ↓	2010 ↓	1980 ↓	1940 ↓	1900 ↓	
		4-5時間	2110				2267 ↑	2235 ↓	2205 ↓	2195 ↓	2175 ↓	2140 ↓	2100 ↓	2055 ↓	
		5時間以上	2210				2397 ↑	2370 ↓	2340 ↓	2330 ↓	2310 ↓	2275 ↓	2230 ↓	2185 ↓	
		6時間以上加算										150			
		慢性維持透析濾過							2255 ↑	2245 ↓	2225 ↓				
		慢性維持透析濾過加算										50			
		夜間・休日加算	500	500	500	500	300 ↓	300	300	300	300	300	380 ↑		
		導入期加算	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300			
		導入期加算1											300		
		導入期加算2											400		
		障害者加算	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	140 ↑		
	透析液水質確保加算						10 ↑	1,8 1,20 ↑	1,8 1,20	1,8 1,20	1,8 1,20	1, - 1, 10 ↓			
	内シャント外シャント設置術	10700	10700	10700	10700	10700	13910 ↑	18080 ↑	18080	18080	18080	18080			
	経皮的シャント拡張術・血栓除去術							18080 ↑	18080	18080	18080	18080			
	慢性維持透析患者外来医学管理料	2800	2670 ↓	2460 ↓	2305 ↓	2305	2305	2305	2305	2250 ↓	2250	2250			
*慢性維持透析患者外来医学管理料加算											100 ↑				
*導入期加算2の施設基準を満たす															
PD	在宅自己腹膜灌流指導管理料	3800	3800	3800	3800	3800	3800	4000 ↑	4000	4000	4000				
	頻回加算	頻回加算	1900	1900	1900	1900	2000 ↑	2000	2000	2000	2000	2000			
		紫外線殺菌器加算	400	360 ↓	360	360	360	360	360	360	360	360			
		自動腹膜灌流装置加算	2700	2500 ↓	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500			
	連続携行式腹膜灌流	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330				
	導入期加算	導入期加算	100	100	100	100	100	500 ↑	500	500	500	500			
		乳幼児加算	乳幼児加算							1000 ↑	1100 ↑	1100			
										500 ↑	550 ↑	550			
カテーテル留置加算	1300	1300	1300												
カテーテル留置術(手術)				12000 ↑	12000	12000	12000	12000	12000	12000	12000				

図4 2018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
HD	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
	慢性維持透析濾過	2225	廃止	廃止	廃止
	慢性維持透析濾過加算	新設	↑ 50	↑ 50	↑ 50
	水質確保加算	1,800,20	↓ 10	↓ 10	↓ 10
	障害者加算	120	↑ 140	↑ 140	↑ 140
PD	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

2002 年に紫外線殺菌器加算が 400 点から 360 点に、自動腹膜灌流装置加算が 2,700 点から 2,500 点に減額されたものの、その後は基本的に増額が続いている。特に 2006 年にカテーテル留置の手術に診療報酬 12,000 点が認められ、PD 推進の大きなきっかけとなった。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 年の改定では、訪問看護管理療養費の算定日数の制限を緩和している。改定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を緩和された。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。

### 3 2018 年度（平成 30 年）の診療報酬改定の基本方針と透析医療費改定

まず、2020 年の診療報酬改定を示す前に、前回 2018 年の診療報酬改定の概要を述べる。それは今回 2020 年の診療報酬改定が、前回の改定を基本として行われた改定であったためである。

平成 30 年度の診療報酬改定が 2018 年 3 月に発表された<sup>41)</sup>。2018 年の診療報酬改定の基本方針として以

下の 3 項目が明確に示された（図 6）。この改定では、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」があげられた。

この基本方針で注目すべきことは、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、高齢者に対して「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をした。さらに、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。

2018 年の診療報酬改定では、「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」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」が提示されたことである。これは、これまで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、

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 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）
- ▶ 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）

## 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指針（概要）  
（平成29年12月13日 第378回中医協 資料2-1より引用）

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定が行われている。今後の診療報酬改定でもこの方向性が維持されるものと思われる。

平成30年の人工腎臓の大きな改定として、これまで行われていた時間による3区分に加えて、施設規模による区分が行われたことであった（図5）。すなわち患者が100人以上（コンソールでは26台以上）の施設、さらにコンソール1台あたりの回転数が高い施設（1台あたり患者数3.5人未満、3.5人以上4人未満、4人以上で分類）で施設を3区分し、高回転率で人数の多い施設の人工腎臓評価を厳しくしたことであった。これは大都市圏の患者数の多い収益性の高い施設は人工腎臓評価を厳しく、地方にある患者数の少ない収益性の低い施設では人工腎臓評価を高くしたものであった。これにより、人工腎臓の評価は複雑になったものの、将来性を考えれば理解できる流れであった。将来的にこの方向性は維持される事は確実である。

ついで注目すべき改定として、「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（導入期加算1と2）が導入されたことである。導入期加算は、「腎代替療法について患者について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5）。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。

さらに今回の改定が真剣に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

▶ 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!

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7 腹膜透析や腎移植の推進に関する評価

(平成30年度診療報酬改定 II-1-6) 適切な腎代替療法の推進②  
(平成30年度診療報酬改定の概要 厚生労働省保険局医療課 平成30年3月5日版より一部改訂して引用 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352.html>)

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、2018年の診療報酬改定で行われた大きな改定として「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(図7)。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6)。2018年の診療報酬改定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。この診療報酬改定を基にして2020年の改定が行われた。

4 2020年度(令和2年)の診療報酬改定の基本方針と透析医療費改定

4-1 基本方針

2018年(平成30年)度の診療報酬改定に引き続いて、2020年(令和2年)度の診療報酬改定が本年4月より施行された<sup>2)</sup>。本年度の診療報酬改定の本体は医科+0.53%、歯科+0.59%、調剤+0.16%であり、全体として+0.55%であった。しかしそのうちの+0.08%は、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的対応分であり、それを除けば実質+0.47%であり、2010年以後では最小の増加率であった。さらに薬価は-0.99%、材料費は-0.02

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸, 人生 100 年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現, 医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保, 経済・財政との調和

## 改定の基本的視点と具体的方向性

## 1 医療従事者の負担軽減, 医師等の働き方改革の推進【重点課題】

## 【具体的方向性の例】

- ・医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・業務の効率化に資する ICT の利活用の推進

## 3 医療機能の分化・強化, 連携と地域包括ケアシステムの推進

## 【具体的方向性の例】

- ・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
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・地域包括ケアシステムの推進のための取組

## 2 患者・国民にとって身近であって, 安心・安全で質の高い医療の実現

## 【具体的方向性の例】

- ・かかりつけ機能の評価
- ・患者にとって必要な情報提供や相談支援, 重症化予防の取組, 治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・アウトカムにも着目した評価の推進
- ・重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・口腔疾患の重症化予防, 口腔機能低下への対応の充実, 生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化, 院内薬剤師業務の評価
- ・医療における ICT の利活用

## 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】

- ・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・費用対効果評価制度の活用
- ・市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・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)
- ・医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

図 8 令和 2 年度診療報酬改定の基本指針 (概要)

(令和元年 12 月 10 日 社会保障審議会医療保険部会/社会保障審議会医療部会)

% であり, 総額としての改定率は -0.46% とマイナス改定であった。

今回の診療報酬改定の基本方針として以下の 4 項目が明確に示された (図 8)。この方向性は, 基本的に前回 2018 年の診療報酬改定の流れを汲むものである。

今回の改定の基本認識として

- ① 健康寿命の延伸, 人生 100 年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ② 患者・国民に身近な医療の実現
- ③ どこに住んでいても適切な医療を受けられる社会の実現, 医師等の働き方改革の推進
- ④ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保, 経済・財政との調和

であり, 基本的には前回平成 30 年度の診療報酬改定の流れを汲むものであった。

さらに, 改定の基本的視点と具体的方向性は上記の基本認識を実現するための具体的な方向性を示すものであり, 四つの方向性が示された。

- ① 医療従事者の負担軽減, 医師等の働き方改革の推進が重点課題として提示された。これは勤務環境の改善を主体とし, 業務の効率化, 特に情報通

信技術 (Information and Communication Technology; ICT) の利用の推進を明記している。

- ② 患者・国民にとって身近であって, 安心・安全で質の高い医療の実現を明記している。ここには患者にとって必要な情報提供や相談支援, 重症化予防の取り組みを具体的方向性の例として示しており, 透析を含む慢性腎臓病を念頭においた記載と言える。またここにも ICT の利用の推進を記載しており, 遠隔診療を念頭に置いた方向性を示したものと言える。
- ③ 医療の分化・強化, 連携と地域包括ケアシステムの推進が記載され, 今後の高齢化社会への取り組みは平成 30 年の方向性を汲んでいることが理解できる。
- ④ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上であり, 後発品の使用や薬剤師との協同作業による医薬品の適正使用の推進等を明記している。

## 4-2 透析医療費改定

透析医療に関しても, 基本方針に基づいた改定が行

われた。今回の診療報酬改定は、将来の透析医療の方向性を示すものと思われる。では、どのような診療報酬改定が行われたのか？ 透析に関する大きな改定項目は三つであった。その変更ポイントを以下に示す。

(1) 低酸素誘導因子（プロリン水酸化酵素（HIF-PHD）阻害薬の取り扱いと人工腎臓評価）

一つ目の重要な改定は、「人工腎臓評価の見直し」であり、基本的には人工腎臓に係る診療報酬の引き下げである（図9）。これまでの流れに変わらず、今回の「人工腎臓評価の見直し」もマイナス改定であった。先に示した平成30年の診療報酬改定で、人工腎臓評価を施設規模により三つに分類をしている。今回もその流れは継続した。これらの人工腎臓に係る診療報酬はすべて56点マイナスとなった。1回あたり560円の減額、週3回で1,680円の減収である。月平均13回の透析では7,280円の減収と計算できるが、実際にはエリスロポエチン刺激薬（ESA）のバイオシミラー、あるいはオーソライズド・ジェネリック（AG）に変更することで、得られる収益の増加額とほぼ一致する

ものであった。したがって、今回の人工腎臓評価のマイナスはバイオシミラー、あるいはAGを導入することで補填することが可能な金額といえる。

一方、同時に行われた大きな変更として「包括請求を行う群イロハ」とは別に、低酸素誘導因子——プロリン水酸化酵素（HIF-PHD）阻害薬を別途請求する場合の「別途請求を行う群ニホへ」を設定したことである。これは「イロハ」の請求額よりいずれも126点マイナスに設定したものであった。図9の「人工腎臓に係る評価の見直し」に示される「それ以外の場合」にあたる。どのような病院規模の算定においても、金額にして1回あたり1,260円の減額、週3回で3,780円の減収となる。きわめて大きな引き下げになる。しかし別途HIF-PHD阻害薬を請求できるので、ESAを高容量用いている患者ではESAをHIF-PHD阻害薬に変更することで収益性を維持できる可能性がある。HIF-PHD阻害薬は鉄欠乏のある患者や炎症のある患者での有用性が報告されていることから、HIF-PHD阻害薬の使用を促す狙いも推測できる。この流れは、今後HIF-

人工腎臓の評価の見直し

➤ エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格等を踏まえ、HIF-PH阻害薬の使用を含め人工腎臓に係る評価を見直す。

現行				改定後			
【人工腎臓】				【人工腎臓】			
慢性維持透析を行った場合				慢性維持透析を行った場合			
	場合1	場合2	場合3		場合1	場合2	場合3
4時間未満	1,980点	1,940点	1,900点	4時間未満	別に定める患者の場合 1,924点	1,884点	1,844点
4時間以上 5時間未満	2,140点	2,100点	2,055点	4時間以上	別に定める患者の場合 1,798点	1,758点	1,718点
5時間以上	2,275点	2,230点	2,185点	4時間以上 5時間未満	別に定める患者の場合 2,084点	2,044点	1,999点
				5時間以上	別に定める患者の場合 1,958点	1,918点	1,873点
					別に定める患者の場合 2,219点	2,174点	2,129点
					それに外的場合 2,093点	2,048点	2,003点

**【算定要件】**

- ・「1」から「3」までの場合には、ロキサデュスタット錠は、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤と同様のものとみなし、その費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。
- ・「1」から「3」までの場合であって、ロキサデュスタット錠を処方する場合には、院内処方を行うこと。

**【施設基準】**

- ・人工腎臓に規定する注射薬
- エリスロポエチン、ダルベポエチン

**【算定要件】**

- ・「1」から「3」までのうち、定める薬剤を使用しない場合には、HIF-PHD阻害薬の服薬状況等について、診療録に記載すること。

**【施設基準】**

- ・別に規定する患者 HIF-PH阻害薬を院外処方している患者以外の患者
- ・人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータベゴル、HIF-PHD阻害薬(院内処方されたものに限る。)

慢性維持透析患者外来医学管理料に係る要件の見直し

➤ 慢性維持透析患者外来医学管理料における二次性副甲状腺機能亢進症の検査を、エテルカルセチド及びエポカルセトにも対応した要件に見直す。

図9 人工臓器に係る評価の見直し

(令和2年度診療報酬改定 IV-7 医薬品, 医療機器, 検査等の適切な評価—⑩)

(令和2年度診療報酬改定の概要 厚生労働省保険局医療課 令和2年3月5日版 引用)

PHD 阻害薬が保存期の慢性腎臓病患者でも適応となることが予測され、その場合、保存期の患者では別途算定になることから行った方向性と考えられる。

その他の前回の改定で示された慢性維持透析濾過、水質確保加算、障害者加算については継続して同額で認められた（図5）。

(2) 導入期加算の見直しと腹膜透析の取り扱い

二つ目の流れとして、平成30年の改定でも行われた「腹膜透析や腎移植に資する取り組みや実績等を評価」<sup>※1)</sup>をさらに推進するものであった。前回の改定で導入された300点であった「導入期加算1」は200点に減額、一方400点であった「導入期加算2」は500点に増額された（図10）。また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も継続して認められた。この流れは、「導入期加算1」がすでに70%以上の透析施設で算定されていること、一方「導入期加算2」の算定は20%未満にすぎないことから、一層のPDならびに腎移植の推進を目指した流れである（図11）。PDに関しては、平成30年度改定以

後着実に増加した。しかしながら腎臓移植、特に献腎移植の増加は厳しいものであった。したがって、今回は腎移植への取り組みはこれまでの2年で1例から1年で3例に強化された。これはきわめて厳しい変更である。より腎移植への取り組みを勧めるという将来への布石と言える。

今回の特記すべき加算の追加として「腎代替療法指導管理料」がある。「導入期加算1」については減額になったが、別途「腎代替療法指導管理料」（図10）が新設された。これは「導入期加算1」「導入期加算2」がいずれも透析導入後に行われる加算であるのに対して、導入前の保存期に得られる診療報酬である。これは「腎代替療法開始前のより早期の段階から、腎代替療法に関する情報提供を行うことで、生命予後の改善が期待できることから、腎代替療法開始前の保存期腎不全患者に対する腎代替療法指導管理料を新設する。」と記載されているように、保存期の慢性腎臓病患者に対して30分以上の情報提供を行うことで、2回まで算定できる加算である。

請求要件としてはかなり厳しく、「ア 腎臓内科の診

### 人工腎臓 導入期加算の見直し

➤ 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

現行	改定後
<b>【人工腎臓】</b> 導入期加算1 300点 導入期加算2 400点	<b>【人工腎臓】</b> 導入期加算1 <b>200点</b> 導入期加算2 <b>500点</b>

**【施設基準】**  
導入期加算2

ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること

イ 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

ウ 腎移植について、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

**【施設基準】**  
導入期加算2

ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること

イ 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

ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること

---

### 腎代替療法指導管理料の新設

➤ 透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合について新たな評価を行う。

**(新) 腎代替療法指導管理料 500点（患者1人につき2回に限る。）**

**【算定要件】**

- 対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
  - ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR(mL/分/1.73m<sup>2</sup>)が**いずれも30未満**の場合
  - イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、**不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合**
- 適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。
- 関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。

**【施設基準】**

- J038 人工腎臓 導入期加算2の施設基準に準じる。
- 以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
  - ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師
  - イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師



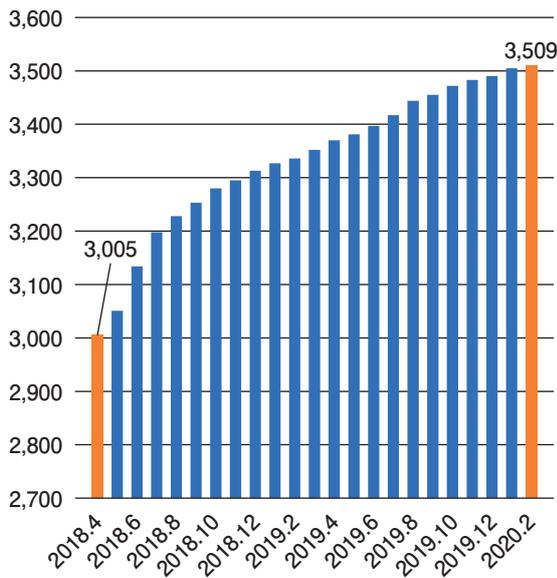
日本腎臓学会  
日本透析学会  
日本移植学会  
日本臨床透析学会  
日本臨床透析学会

図10 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

(令和2年度診療報酬改定II-4 重症化予防の取組の推進—②)

(令和2年度診療報酬改定の概要 厚生労働省保険局医療課 令和2年3月5日版 引用)

導入期加算 1



導入期加算 2 及び腎代替療法実績加算

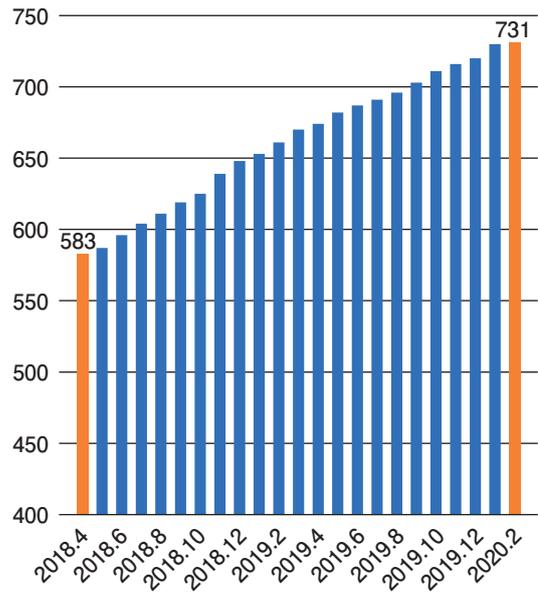
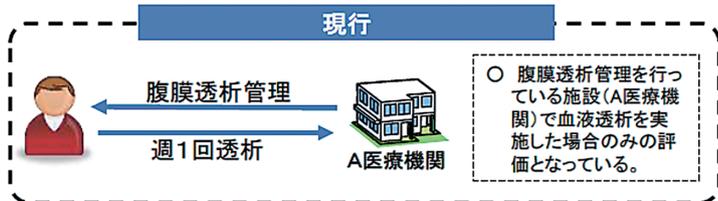


図 11 導入期加算 1, 2 及び腎代替療法実績 施設基準届出の状況  
(令和元年 12 月 10 日 社会保障審議会医療保険部会/社会保障審議会医療部会より引用)

➤ 腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

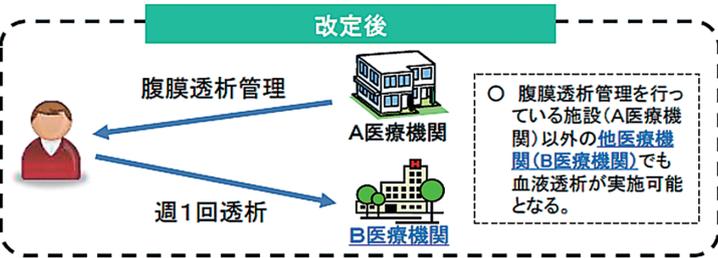
【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

○ 腹膜灌流と血液透析を併用する場合の、一般的な管理方法(右図)



**現行**

【算定要件】  
当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。



**改定後**

【算定要件】  
当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。  
また、当該管理料を算定している患者に対して、**他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に区分番号「J038」人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること。**

図 12 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

(令和 2 年度診療報酬改定 II-3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化—⑤)  
(令和 2 年度診療報酬改定の概要 厚生労働省保険局医療課 令和 2 年 3 月 5 日版 引用)

療に従事した経験を 3 年以上有する専任の常勤医師，「イ 5 年以上看護師として医療に従事し，腎臓病患者の看護について 3 年以上の経験を有する専任の常勤看

護師」，医師と看護師両方の職種が連携して指導を行うことが必須である。さらに施設要件として，「腎臓病について患者及びその家族等に対する説明を目的と

した腎臓病教室を定期的実施すること。」が必須となる。患者要件としては「eGFRが30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>未満」を基本とした慢性腎臓病患者に対して行うことが要件となる。「導入期加算1」での減額分100点の最大13回の減額が500点、最大2回の「腎代替療法指導管理料」で補填されたと考えれば大きな減額とは考えられない。むしろ「腎代替療法指導管理料」が保存期に認められるようになったこと、さらに看護師の必須要件が入ったことは望ましい変化とも言える。

一方PDに関しては、PD+HD併用療法をこれまでの「同一施設に限る」から「他施設で認める」ことになった(図12)。これは、以前より「同一施設に限る」ことで併用療法の継続を断念せねばならない患者が多数いたことから、望ましい改定である。この変更も、今後のPDの推進の継続を強く示したものと考えられる。今後もPDならびに腎移植の患者数増加を目指す方向性を示す変更といえよう。

### (3) バスキュラーアクセスに関する評価の見直し

三つ目の改定として、バスキュラーアクセスに関する評価の見直しである。基本的にこれまで18,080点であったシャント造設に係る診療報酬は12,080点に減額された。さらに経皮的シャント拡張術・血栓除去術(PTA)に関しても18,080点の診療報酬が12,000点に減額された。これらは透析施設やシャント手術を行っている病院において大きな減収となるものであるが、PTAに係る3カ月の縛りが1回に限り認められるようになったことは大きな改善であった。

これまでPTAの診療報酬は3カ月に1回のみ請求することが可能であった。しかしながら、10%以上の患者で再狭窄、閉塞が生じることが知られておりPTAの必要性が言われていた。今回の改定では1回に限り3カ月以内の再請求を認めることとした。このPTAの3カ月縛りの解除に対しては、患者重視の立場から日本透析医会からも強い要望を出してきた経緯もあり、それが認められたと考えている。

## 5 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行を契機に行われた診療報酬処置

2019年末(令和元年末)に中国の武漢で発生した新型コロナウイルス感染症の世界的な流行は、医療のあり方に大きな変化をもたらした<sup>3)</sup>。最後に、この

新型コロナウイルスSARS-CoV-2の透析医療に与える影響と腎代替療法、特に診療報酬の将来への影響を考えてみたい。

日本透析医学会では正確な透析患者の情報取得と注意喚起が重要と考え、日本透析医会(秋澤忠男会長)に呼びかけて、新型コロナウイルス感染対策合同委員会を3月27日に立ち上げた。さらに5月12日より日本腎臓学会が合同委員会に参加し、本邦での新型コロナウイルスに対する合同委員会として中心的な役割を果たしている。この委員会の役割は、全国の透析施設の透析患者の発生状況、対応状況、予後等を把握するための中心となる組織である。その委員会の調査経過は随時日本透析医学会のホームページに掲載される。このシステムにより、透析患者の新型コロナウイルスの罹患状況が正確に、しかも迅速に把握できるようになった。さらに新型コロナウイルスに関する提言の発信、調査結果の論文化も積極的に行っている。

厚生労働省の発表によれば、令和2年5月時点の対応として、透析を受けるために受診した患者に新型コロナウイルス感染が疑われる場合は、保健所等の帰国者・接触者外来等に連絡をし、感染が判明した場合にはたとえ無症状または軽症であったとしても、感染症指定医療機関または協力医療機関に入院して厳重に管理してもらうことが明記されている(図13)。透析患者は免疫機能の低下が懸念されるため、現状、透析患者はホテルや自宅での療養ではなく、全例感染症指定施設への入院ならびに透析の継続が義務づけられた。

新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設確保業務マニュアルには、基礎疾患がある透析加療中の者を除外するよう例示されており、ホテルなどの専用施設に宿泊療養する対象とはなっていない。そのための仕組みとして、各県に透析患者への対応本部を設置してもらい、各県での感染症指定施設での透析可能な入院ベッド数を把握して報告するようにした。この仕組みとして各都道府県の空き病床数を把握するために行う「医療機関日次・週次調査シート」の中に透析患者の情報を入れてもらうようにした。これによって「透析患者受け入れの空き病床数」、さらに「新型コロナウイルス感染透析患者受け入れ可能数」が記載され、各県の対策本部でも「空きベッド状況」と「受け入れ可能状況」が的確に把握できるようになった。このような透析患者への組織立っ

令和2年4月6日

## 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備についての要約

公益社団法人 日本透析医学会  
 新型コロナウイルス感染対策ワーキンググループ  
 委員長 菊地 勸

令和2年4月2日に厚生労働省より「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」<sup>1)</sup>、都道府県に事務連絡がなされましたので、透析患者に関連する要点を記載いたします。

令和2年3月1日に厚生労働省は、地域での感染拡大の状況によっては、無症状病原体保有者および軽症患者は、PCR検査陽性であっても、自宅での安静・療養を原則とすることを示しています<sup>2)</sup>。今回、厚生労働省は、感染拡大が実際に起き、地域で入院医療提供体制の対策移行が行われた場合の、軽症者など宿泊療養や自宅療養の対象者を示し、地域での感染拡大が起きた際、都道府県がその準備に抜かりがないように指示しています。

宿泊療養・自宅療養の対象者の考え方が下記のように示されています。

無症状病原体保有者および軽症患者で、感染防止にかかる留意点が遵守でき、原則①から④までのいずれにも該当せず、帰国者・接触者外来または入院中の医療機関の医師が、症状や病床の状況などから、必ずしも入院が必要な状態ではないと判断した者は入院勧告の対象とならず、宿泊施設等での安静・療養を行うことができる。

- ① 高齢者
- ② 基礎疾患がある者(糖尿病、心疾患又は呼吸器疾患を有する者、透析加療中の者など)
- ③ 免疫抑制状態である者(免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者)
- ④ 妊娠している者

上記②の下線に示したように、透析患者は、無症状病原体保有者および軽症患者でも、自宅療養の対象とはなりません。また、透析患者と同居しているかたが、無症状病原体保有者または軽症患者となった場合でも、各地域の利用可能な入院病床数の状況を踏まえて、入院が可能となるときは、入院措置を行うとされています。

## 引用:

- 1) 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について(令和2年4月2日)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000618525.pdf>
- 2) 地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策(サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制)の移行について(令和2年3月1日)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000601816.pdf>

図13 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備についての要約

た仕組みが稼働しているのは世界でも日本だけである。

今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防ぐために国が行っている政策として、「三密を避ける」こと、そのためにも「不要不急な外出を控える事」が最も重要である。しかし血液透析に関しては、患者にとって透析施設への通院は必須のものであり、十分な注意を行ったうえで継続している。そのために、もう一つの透析方法である「腹膜透析」が大きく注目されている。国が進めている「適切な腎代替療法の選択」のなかに、「腹膜透析」と「腎移植」のさらなる推進があげられるが、「腹膜透析」は透析施設に通院

する必要がないために、このような新型コロナウイルス感染症を予防するためにも最適な透析方法と言える。

以前、2011年3月11日に発生した東日本大震災も日本に大きな被害をもたらした大震災として記憶に残っているが、この時には血液透析の継続が困難な施設が多数発生し大きな問題となった。その時にも「腹膜透析」の患者は安全に透析を継続することが可能であり、「腹膜透析」は災害に強い透析方法として注目された。在宅透析である「腹膜透析」の患者は、通院する必要がないため自宅で安全に透析を継続することができる。まさに「三密」を避ける意味では最適な透析

問1 事務連絡の「1」にあるように、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、医師が電話や情報通信機器を用いて診療し医薬品の処方を行った場合、保険医療機関は、電話等再診料、調剤料、処方料、調剤技術基本料を算定できるか。

(答) 算定できる。

問2 事務連絡の「1」の場合であって、過去3月以内に在宅療養指導管理料を算定した慢性疾患等を有する定期受診患者等について、医師が電話や情報通信機器を用いて診療し、患者又は患者の看護に当たる者（以下、「患者等」という。）に対して、療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に、在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算を算定できるか。

(答) 衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に限り、在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算を算定できる。

この場合、在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等の内容、患者等から聴取した療養の状況及び支給した衛生材料等の量を診療録に記載すること。また、衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、患者等に直接支給すること。ただし、患者の看護に当たる者がいない等の理由により患者等に直接支給できない場合には、当該理由を診療録に記載するとともに、衛生材料又は保険医療材料を患者に送付することとして差し支えない。この場合において、当該患者が受領したことを確認し、その旨を診療録に記載すること。

#### 医科診療報酬点数表

#### 第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療 第2節 在宅療養指導管理料

- ・第2款在宅療養指導管理料…C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料
- ・第3款在宅療養指導料加算…C154 紫外線殺菌器加算、C155 自動腹膜灌流装置加算

図14 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その5）

（厚生労働省保険局医療課 令和2年3月12日事務連絡より）

（診療報酬BASIC点数表2020 医学通信社 参照）

方法と言える。しかしながら、それでも病院へ月に1回の通院は必要となる。

そのために国は令和2年3月12日に「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その5）」を出した（図14）。「腹膜透析」の患者が安定していれば、慢性疾患等を有する定期受診患者として認める通知である。「慢性疾患等を有する定期受診患者等について、医師が電話や情報通信機器を用いて診療し医薬品の処方を行った場合、保険医療機関は、電話等再診料、調剤料、処方料、調剤技術基本料を算定できる。」の適応を認め、「在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算を算定できる。」とした。この制度は今回の「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い」であるが、今後の透析医療は在宅医療を目指し、遠隔医療の対象となりうる方向性を示すものとして注目される<sup>4)</sup>。

## 6 おわりに

—今後の診療報酬改定に向けて

今回の診療報酬改定は、前回の診療報酬改定の流れを汲むものであった。基本的に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えていくことは重要である<sup>5~8)</sup>。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、さらに移植の良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きわめて重要である。

前回と同様に診療報酬改定の基本は、あくまで「適切な療法選択」を行うことにあった。さらに腎移植の推進を目指した診療報酬改定であった。「適切な療法選択」の基本としては、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方向性を考えていきたい。

さらに今回の改定で注目すべき流れは、HIF-PHD阻害薬の出現に伴い、HIF-PHD阻害薬を包括から別途算定を可能とする「イロハ」と「ニホヘ」の人工腎臓評価を示したことである。これまでは包括化を中心に透析医療費の引き下げが行われてきたが、包括から別途算定を選択できる方法を新たに示したことは大きな

変化である。包括化は医療の選択肢を狭めてしまう可能性もあり、診療報酬重視の治療法選択となる可能性がある。今回の流れは、今後の診療報酬改定に繋がる可能性があり、注目していきたい。

しかしながら、令和元年末より、本邦のこの医療形態の未来に大きな影響を与える大事件が発生した。中国の武漢から発生した新型コロナウイルスの世界的な大流行である。この大事件は令和2年以後の医療のありかたを大きく変える可能性がある。施設透析から在宅透析、すなわち腹膜透析や在宅血液透析の推進に繋がる可能性が予想される。今回、緊急事態に併せて政府が示した遠隔医療の推進は、今後の医療に影響を及ぼす可能性もあり、注意していく必要がある。

利益相反自己申告：バクスター（株）、東レ（株）、小野薬品工業（株）、テルモ（株）、（株）JMSより講演料、協和発酵キリン（株）、中外製薬（株）、アステラス製薬より講演料および奨学寄付金を受領している。

#### 文 献

- 1) 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（2018年12月31日現在）、透析会誌 2019; 52(12): 679-754.
- 2) フレゼニウス メディカル ケア ジャパン株式会社：ESRD Patients in 2017—A Global Perspective—2017年度末期腎不全患者に関する世界の概況.

- 3) Robinson BM, Port FK: International hemodialysis patient outcomes comparisons revisited: the role of practice patterns and other factors. Clin J Am Soc Nephrol 2009; 4(Suppl 1): S12-17.
- 4) 中元秀友：本邦透析医療の現状と未来—AI, IoT, ロボット工学は未来の透析医療に福音をもたらすのか。人工臓器 2019; 48(1): 16-23.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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).

#### 参考 URL

- ‡1) 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.html> (2020/7/13)
- ‡2) 厚生労働省「令和2年度診療報酬改定について」[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00027.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html) (2020/7/13)
- ‡3) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症について」[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html) (2020/7/13)