

透析患者に対する医療保険はどうあるべきか

山崎親雄

増子記念病院

key words : 透析, 診療報酬, 施設基準, 経営

要 旨

透析医療は、診療報酬点数に基づく経済誘導にしたがって発展し、かつ抑制されてきた。日本経済が破綻する中、平成 14 年度の診療報酬改定では、かつて例を見ないほどの透析医療費の大幅削減があった。

この改定は、わが国透析医療の質を低下させ、透析施設経営を困難にし、ひいては透析患者の生命予後すら低下させる可能性を秘めている。

本論文は、これを明らかにすると共に、透析医療の質を維持するために、今後日本透析医学会および会員に課せられた事業・努力について述べたものである。

はじめに

平成 14 年の診療報酬改定は、いつの日かわが国の透析医療を振り返るときが有るとすれば、間違いなくこの改定を契機にわが国の透析医療の質が低下したと評されることであろう。それは、経済のみを優先した技術料の大幅切り下げと、時間区分による技術料格差を廃止したことによる。技術料の大幅切り下げは、民間透析医療機関の経営を困難にし、設備投資や人件費に影響を及ぼし、透析医療の質を確実に低下させるだろう。時間区分による技術料格差を廃止したことは、「透析時間が長いほど生命予後がよい」とする透析の常識を無視したもので、もし短時間透析が指向されるなら、世界一を誇るわが国の透析成績を急速に悪化させるだろう。

わが国の経済が完全に破綻した現在、以前の透析経営は望むべくもないが、せめて良質な透析医療が維持される診療報酬であってほしいと期待しつつ、5 年後の透析診療報酬を考えてみたい。

1 過去の透析診療報酬

1) 経済誘導政策による透析医療の普及

昭和 40 年の初め頃より、きわめて限られた施設で研究的に導入された透析は、継続的に、繰り返し治療を続けることにより、尿毒症患者の生命予後を大きく変えたが、治療費は膨大であった。適応患者数の増加に伴い医療費の問題は深刻となり、昭和 42 年、手術の項目として人工腎臓点数が新設された（表 1, 2）。一回当たりの技術料は 920 点であった。その後、透析医療の普及を誘導するように、昭和 47 年には 1,540 点、49 年には 2,150 点と人工腎臓点数は増加し、昭和 47 年の身体障害者更正医療適用とあわせて、患者数も施設数も急激に増加した。

2) ダイアライザー包括と分離に伴う大幅切り下げ

身障者更正医療が適用された直後の、昭和 47 年 12 月時点での透析患者数は 3,600 余人であったが、昭和 52 年 12 月末では 22,500 余人へと指数関数的に増加し、これに伴う透析総医療費も、国民総医療費の 3% に至り、ついに透析医療費の抑制政策が始まることとなった。特に透析医療費の中でも、ダイアライザー

表1 透析関連診療報酬改定の推移

	昭和 42	47	49	53	56	58	60	61	63
技術料：人工腎臓 点数（円）	920	1,540	2,150	4,000 ^{注1)}	2,000	→	1,800	1,700	→
外来包括点数									
慢性維持透析患者 外来医学管理料									
加算									
夜間加算				150	400	→	→	500	→
食事加算					50(+10)	→	→	60(+10)	→
滅菌加算					30	→	→	→	→
導入期加算								300	→
水処理加算									30
休日加算									
身障加算									
除水調整器加算									
ダイアライザー（円）	購入価	購入価	購入価	技術料へ 包括	9,600	8,600	8,100	→	7,600
	平成 01	02	04	06	08	09	10	12	14
技術料：人工腎臓 点数（円）	→	→	→	1,740 ^{注2)}	1,730	1,760	1,770	→	1,590
外来包括点数（円）				2,100 ^{注3)}	2,080	2,110	→	→	1,960
慢性維持透析患者 外来医学管理料（円）			2,500	→	→	→	2,900	2,800	2,670
加算									
夜間加算	→	→	→	→	→	→	→	→	→
食事加算	61(+10)	62(+10)	63(+10)	→	→	63	→	→	廃止
滅菌加算	→	15	→	→	→	廃止			
導入期加算	→	→	→	→	→	→	→	→	→
水処理加算	→	→	→	技術料へ					
休日加算		500	→	→	→	→	→	→	→
身障加算			100	120	→	→	→	→	→
除水調整器加算				30	→	技術料へ			
ダイアライザー（円）	→	7,100	6,200	5,250	4,750	4,650	4,180	3,530	3,190

注1) ダイアライザー包括点数

2) 入院技術料

3) 外来透析処置薬剤包括点数

標準的な透析時間を使用

ダイアライザーは最高区分点数を使用

に含まれる差益が問題とされ、昭和53年の改定では技術料とダイアライザーが一旦包括され、次の昭和56年の改定で、改めて人工腎臓点数（処置として分類）とダイアライザーが切り離され、ダイアライザーに公定償還価格が設定された。この改定操作の中で、昭和53年包括以前の治療費に比べ、標準的な透析では、一回あたり数千円の切り下げとなった。

3) ダイアライザー実勢価格調査結果に伴う切り下げ

昭和53年、56年の改定以降は、透析時間区分の変更と連動して技術料の引き下げはあったが、改定の基本はダイアライザーの実勢価格調査に基づく切り下げが主であり、これは現在に至るまで継続した方針となっている。たとえば1.5m²のダイアライザーで見ると、昭和56年の9,300円が平成14年の改定時には3,190円と約1/3となっている。なお、ダイアライザーに関しては、昭和56年の改定時に膜面積

表 2 透析関連診療報酬改定特記事項

S 42 年 人工腎臓技術料（手術）	H 02 年 休日加算の新設 ダイアライザー区分の変更
S 53 年 ダイアライザーと技術料の包括 時間区分の設定（5 時間以上） 夜間加算の新設	H 04 年 身障加算の新設 慢性維持透析患者外来医学管理料
S 56 年 ダイアライザーと技術料（処置）の分離 ダイアライザー膜面積区分の新設 食事（材料）加算の新設	H 06 年 外来透析包括 水処理加算の技術料への組み込み 除水調整器加算の新設
S 60 年 時間区分の変更（4 時間）	H 08 年 5 時間透析区分の新設 ダイアライザー機能分類
S 61 年 導入期加算の新設	H 09 年 滅菌加算の廃止 除水調整器加算の技術料への組み込み
S 63 年 水処理加算の新設	H 10 年 15 回以上透析は材料のみの請求 在宅血液透析指導管理料の新設 心電図・胸部 X 線検査の包括
	H 14 年 時間区分の廃止 食事加算の廃止

による区分と滅菌加算が新設され、平成 8 年の改定時に、I、II 型の機能区分が実施された。

4) 加算とその意味

人工腎臓点数に加算が初めてついたのは昭和 53 年の改定で、午後 1 時以降に開始した場合 150 点とされた。昭和 56 年には、この加算点数は夜間加算となった。また、今回の改定で廃止された食事加算も昭和 56 年から始まったものである。その後は、透析医療費の切り下げに少しでも歯止めをかけるように加算が新設された。昭和 61 年の導入期加算、昭和 63 年の水処理加算、平成 2 年の休日加算、平成 4 年の身障加算、平成 6 年の除水調整器加算である。

ところで、これらの加算が、結果的には透析医療の質の確保に与えた影響は計り知れない。ダイアライザーに関する加算や機能分類は、問題であった EOG 滅菌を駆逐し、ハイパフォーマンス膜と呼称されるより機能の優れた膜の普及を促し、透析の質を担保した。夜間加算と休日加算は、夜勤職員の確保に資され、働く

表 3 加算点数と透析の質

夜間加算・休日加算	→施設の経営	→患者の就業を保障
滅菌加算・水処理加算・除水調整器加算	→施設の経営	→透析の質を保障
導入期加算・障害加算	→施設の経営	→スタッフの技術料
食事加算	→透析の質を保障	

患者の夜間透析を保障した。導入期加算と身障加算は、手の掛かる患者に対する看護師や臨床工学技士の技術料とも考えられる。水処理加算と除水調整器加算は、この普及により、患者の生命予後と安楽な透析を可能にした（表 3）。ちなみに水処理加算は平成 6 年に、除水調整器加算は平成 9 年に、それぞれ人工腎臓点数に上乗せされ廃止された。なお、これらの加算点数新設に関しては、すべて日本透析医学会の要望に応えるものであったと考えている。

5) 技術料/検査料の包括

平成 4 年の改定時に、慢性維持透析患者外来医学管理料が新設された。また、平成 6 年の改定では、

入院以外の人工腎臓点数に、透析液・生理食塩液など輸液剤・抗凝固薬が包括された。当時、透析に関する検査の種類や頻度・費用と、透析液や抗凝固薬の使用量が、地域や施設によって大幅に異なることを会計検査院が指摘しており、これを是正するために包括し、標準化したものである。必要な資料は日本透析医会の「保険診療マニュアル」が参考とされた。その後慢性維持透析患者外来医学管理料に関しては、新規項目の追加による点数のアップや、検査料そのものの価格の変動にしたがって切り下げられてきている。

6) 時間区分の設定と5時間透析の新設

透析および周辺技術の進歩により、透析時間が短縮してきたのは当然といえる。しかし、現在のダイヤライザーや透析モードは、4時間が透析時間区分になった昭和60年に比較して、透析時間短縮を可能にする技術的進歩はないと考えられる。むしろ、「4時間透析よりも5時間透析のほうが生命予後がよい」とする日本透析医学会の調査結果を受けて、平成8年には4時間区分の上に、5時間以上透析区分が新設された。振り返ってみれば、この時間区分は標準的な透析時間を提示し、良好な生命予後を保障するものであったといえる。

2 今回の診療報酬改定

1) 過去の経過や質を無視した大幅削減

透析に関する診療報酬改定時には、日本透析医会が保険局医療課と、直接話し合いを持つ場があった。もちろん、すべての交渉は、日本医師会の了解をとって行われた。しかし今回の改定では、保険局医療課にわれわれの要望を聞いてもらう機会はなかった。この改定の中で最も問題なことは、平成8年には透析医療の質（生命予後）を勘案してわざわざ5時間以上の透析時間区分を新設した「質の向上」をはかる姿勢を、厚生労働省自らが無視したと考えられる点にある。

2) 最初に経済ありき

実際、今回の改定では2,800億円を診療報酬から削減するという大命題が最初にあった。毎年定期的に実施される外来透析レセプト調査では、約3,000円/回（約9%：加算および手術点数を除く）のマイナスであり、年間では透析全体で約1,000億円となる。

年間1万人の透析患者が増加するということから、今後2年間に増加する透析医療費を先取りしたことになる。

3) 経営にも影響

わが国の透析医療では、民間の診療所といえども医師・看護師は当然として、臨床工学技士・管理栄養士・MSWをかかえた典型的なチーム医療が展開されてきた。これがわが国透析医療の質を向上させる一因でもあった。今回の改定は、こうした透析医療の特徴ともいべきチーム医療の維持を困難にする。特に、食事加算の廃止は管理栄養士が解雇された可能性がある。また、経営の逼迫は、スタッフの数に影響することは必至であろう。

3 今後の診療報酬

1) 患者数の伸びと透析医療費の増大

透析患者数の伸びは、いまだ低下の傾向を示さない。糖尿病性腎症の増加が患者数の増大を招来しているという見方があるが、わが国の糖尿病性腎症は高齢発症が多く、その意味では人口の増加、特に、高齢人口の増加が関与していると考えられるが検証はしていない。

2) 透析医療の質とは

透析医療の質は表4に掲げる要素が関与する。生命予後に関係する透析時間については、今までにも述べてきたが、このほかダイヤライザーや透析モード、エンドトキシン処理などが関係するだろう。安楽で安全な透析は、スタッフの総合力や、新規技術の導入が関係する。施設のアメニティやサービスは、その透析医療機関にとってのわかりやすいアイデンティティとして、患者へアピールするものだろう。情報の公開は、たとえば検査データの提供や説明は当然として、患者最大のニーズと思われる移植情報なども、積極的に提供すべきであろう。これらすべてが総合的に判断

表4 良質な透析医療

1. 生命予後がよく合併症予防が可能
2. 安全でかつ効率的
3. チーム医療が可能でかつ快適な治療環境
4. 情報の共有と移植との共有

金もかかるが人手もかかる

表5 良質な透析医療の確立

1. 治療基準の明示——班研究「MINT」
2. 施設基準の明示——班研究「感染と事故」
3. 適正スタッフ数の提示
職能集団である日本透析医学会の使命

され、質の高い透析医療となる。

3) 標準的な治療の提示

後述する施設基準や適正スタッフ数を含めた標準的な透析治療を公にすることは、質の確保にとって重要である(表5)。現在(社)日本透析医学会では厚生労働班研究の一環として、MINTと呼ばれるITを用いた新しい合併症治療ツールを開発中である。この中では、たとえば標準的な透析検査値やこれに基づく検査データに関する警告が発せられるシステムや、合併症の診断と治療基準が提示されることになっている。

4) 施設基準の提示

透析医療への参入に制限はない。透析医療を経験したか、専門医であるかとは別に、施設や設備についても制限はない。しかし、今後透析の質を一定に保つためには、特に安全対策を考えるなら、一定の施設基準が必要であるという考えが出てきている。一方で、診療報酬などによって保障されていない設備や施設についての基準は、自らの足かせとなるだけで不要という考えもある。日本透析医学会では、少なくとも安全対策と質の維持のためには、一定の施設基準が必要で、かつそれは職能集団自らが提示するものと考え、準備を進めている。

5) 適正スタッフ数の提示

施設基準のソフト部分が、適性スタッフ配置であると考えている。常識的には、透析医療において、医師・看護師とならんで臨床工学技士は必須であり、MSWと管理栄養士は配置することが望ましいと考えられる。しかし、どれだけの患者に対して、何人の看護師や臨床工学技士を配置するべきかという問題は、いまだ検討されていない。安全と質の確保のためには、やはり日本透析医学会が自ら提示するものと考え、日本腎不全看護学会・日本臨床工学技士会と共同で、検討中である。

6) 診療報酬改定のための活動(日本医師会との協調)

従来の日本透析医学会の診療報酬改定に対する活動は、医師会の了解を得た上で、直接あるいは健康局疾病対策課を経由して、保険局医療課に要望書を提出してきた。この方法で、新規の加算点数や、外来透析の包括化に際して、日本透析医学会の考えを部分的にでも受け入れてもらうことができた。しかし今回の改定では、要望書は提出したものの、直接の説明をする機会は与えられなかった。こうした中で、今回の改定対応の不備を検討した日本医師会は、各医学会を統合したネットワークを構成し、各医学会が要望書を取りまとめ、改定案を検討するシステムを構築することになり、日本透析医学会もこれに参加することとなった。

7) 診療報酬改定の根拠

医療経済の逼迫する中で、経営が苦しくなったから技術料のアップをという要望は通用しない。最近の診療報酬改定時には、外保連方式に準じた技術料の算出や、小規模ではあったが経営実態調査をもとに適正技術料を算定し、要望したが受け入れられなかった。次回の診療報酬改定で、技術料のアップを要望するには、それなりの規模の実態調査を実施し、事実を証明する必要がある。その際にはぜひご協力をお願いする次第である。

8) 施設特性による技術料について

施設機能とか、地域差をはたして技術料に反映することは可能であろうか。たとえば今回の改定では、大幅な技術料の低下が、最も深刻な影響を与えた施設は、導入や合併症治療など手間のかかる入院患者を抱え、相対的に外来患者の少なかった施設で、公的病院などがこれに該当する。また、患者数を増やすにも増やしようのない過疎地の透析施設では、経営が悪化したからといって透析を中止するわけには行かない。こうした状況を考慮し、施設特性による技術料の差または加算ははたして可能かということも、今後の検討を要する。

9) 包括

一般的にあって、包括払いは粗診粗療に、出来高払いでは乱診乱療に傾くといわれている。しかし、たと

えば技術料は 20,000 円、材料費は 365,000 円とか、技術料 31,300 円、1 種類の材料費ですら 113,000 円という医療は、それぞれ 385,000 円、144,300 円で包括したほうが、将来的には材料費価格の低下は促進される。透析全体についていえば、明らかに治療成績が低下しない条件で（たとえばダイアライザーの再使用を禁止するなど）、包括を取り入れるのも選択の一つといえる。いまさら I 型のダイアライザーを用いるかは、担当する医師の責任とすればよいし、患者は II 型を選択するだろう。ただし、外来診療の包括は日本医師会も反対しており、現時点ではむしろ否定的な考えが主流である。

10) 平成 16 年度診療報酬改定対応

平成 15 年 5 月までには、次回の診療報酬改定の要望をまとめる必要がある。不当に下げられた技術料と時間区分の復活をあわせて考えるなら、短時間透析を大幅に引き下げ、4 時間以上の透析点数を設定する必要がある。また、このためには経営実態調査も必要となろう。あわせて、透析の質を維持するための加算点数（エンドトキシン加算）や、スタッフの技術料ともいべき身障加算の適応拡大や点数のアップが、現時点では考えられている。また、ダイアライザー一本あたり平均 140 円かかっている感染性廃棄物処理費用を盛り込むべきであろう。ただ、医療制度改革や次期診療報酬改定の焦点は、高齢者（特に 75 歳以上の後期高齢者）にあるといわれており、この年代の透析患者は増加していることから、慎重に事態を見守る必要がある。

11) 透析施設経営

今回の改定を契機に、透析施設の生き残りをかけた競争は一層激化するだろう。さらに規模を拡大するチェーン店や、創業者がほとんど一人で適切な数の患者を管理する小売店は、まだ余裕があるかもしれない。しかし後者の弱点は後継者問題にあり、ここに民間資本の

表 6 透析施設経営

- | |
|---------------------------------|
| 1. 市場原理に基づく競合か/節度を保った共生か |
| 2. 良質な透析医療の提供か/目に見えるサービス（送迎など）か |
| 3. 新規技術・方式の開発と効率化 |
| 4. 対業者対策（材料や感染性廃棄物処理など） |
| 5. 患者の視点に立った医療展開（情報提供など） |
| 6. 民間資本の参入（米国型プロバイダー） |

表 7 数年後の最悪のシナリオ

- | |
|--|
| 1. 技術料はさらに削減（質の担保がない包括化）
老朽化した施設と機器・reuse・少ないスタッフ |
| 2. 質よりも量の時代となる
大型チェーン店や米国式プロバイダー |
| 3. 治療成績は最悪 |
| 4. 透析医療機関の閉鎖や買収が相次ぐ |
| 5. 患者の自己負担増/民間保険の導入 |

グローバルスタンダードを押し付ける国の透析に酷似

参入や、透析医療機関の買収などの問題が浮上してくる必然性もある（表 6）。

おわりに

経済が低迷する中で、透析医療も破滅へと向かいつつあるかもしれない。考えたくもないが、数年後の最悪のシナリオ（表 7）も示しておく。

しかし、純粋に医学・医療としての透析を考えた場合、すでにある成績を悪化させてでも（質を落としてでも）経済を優先する方程式が許されるものか、それはどんな根拠によるものか、たとえば戦時などを除きはたして過去に成績を悪化させて経済を優先した医学・医療の歴史があるものか、それを国民が認めるものか、医師として容認できるかなど、医学・医療と経済の接点に関する問題の回答が迫られていることだけは確かである。

（本稿は、日本透析医会 15 周年記念シンポジウムの講演を要約したものである。）