

## 平成 22 年度診療報酬改定と評価

山崎親雄

増子クリニック 昂

key words : 診療報酬, 損益分岐点比率, 人工腎臓, 透析液水質確保加算, 在宅血液透析

### 要 旨

平成 22 年度の診療報酬改定が実施された。

技術料（人工腎臓点数）については、包括されている薬剤価格が低下したために引き下げられるという初めての経験であった。32 点が引き下げられたが、これが原因で経営困難に陥り、廃業しなければならない施設があるとすれば、日本透析医会は、今後の診療報酬改定対応を大きく変えなければならないと考えている。また、人工腎臓 1 の技術料が 10 点下がって、透析液水質確保加算が新設された。医師の技術料が臨床工学技士の技術料に変わったということが明確にわかるという点では、意義深いものと評価している。

いずれにしても、一度の改定で、技術料・加算点数・入院透析への人工腎臓 1 適用・DPC と透析・在宅血液透析の技術料と加算点数・CAPD と 1/週の血液透析併施・シャント手術料・緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入手技料・ダイアライザー価格など、これだけ多くの透析関連点数が新設・改定されたことはない。各方面からの要望が、それぞれ認められた可能性もあり、今後の改定対応のために、検証する必要がある。

### 1 改定の背景

#### 1) 政権交代

医療崩壊に歯止めをかけるべく医療費抑制策を中止し、診療報酬の引き上げを公約とした民主党政権が誕

生し、若干の期待を持った時期もあった。といっても透析医療費が上がるなどとは考えたこともなく、せめて人工腎臓点データ置き位の期待をした。しかしちょっと考えてみれば、子孫につけを回す大幅な国債の発行でもない限り、そんな真水にあたるお金はどこにもないということは明白で、透析に関しては、所詮は改定財源の一部として、従来通りの引き下げが行われるだろうと考えていた。

#### 2) 透析経営分析資料

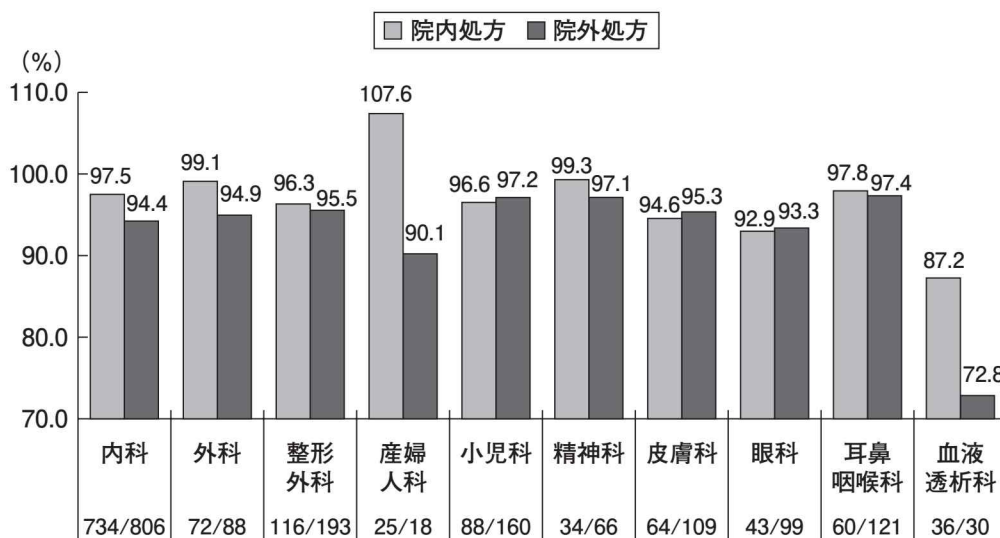
政権が交代し、新しい中医協委員が検討を始める以前から、中医協の間ではいくつかの経営実態調査に関する結果報告が公開され、小児科や産科、救急などの部門の大幅な赤字と、整形外科や眼科、皮膚科などの経営効率が良いとされた。たとえば DPC 病院での部門別集計では、今までにはなかった透析と検診が大幅な黒字を呈し、特に透析では、経常利益率が 27% に達すると報告された (表 1)<sup>※1)</sup>。

しかし専門的な目で見れば、この集計は重大な間違いを犯している。結論的にいうなら、レセプトからのコスト計算では、外来人工腎臓点数に包括される透析液や ESA 製剤が、材料費として算出不能なことにある。指示した厚生労働省も、この集計を請け負った研究チームも、このことを知らなかった、または気づかなかったことによるもので、日本透析医会は両者に対して、透析に関するこの集計が無意味であることを申し入れた。しかし中医協の間では、透析が儲かってい

表 1 平成 20 年度 医療機関の部門別収支に関する調査報告 (案)

透析部門	金額 (円)	構成比 (%) (医業収益比)
医業収益	25,006,591	100
医業費用	18,170,863	73
材料費	4,227,338	17
給与費	10,074,049	40
委託費	295,873	1
設備関係費	2,201,326	9
その他医業費用	1,372,276	5
収支差額	6,835,728	27
医業外収益	322,763	1
医業外費用	298,294	1
総収支差額	6,860,197	27
病院数	12	
平均入院延べ患者数	270	
平均外来延べ患者数	750	

(注) レセプト診療科と同様の方法で透析部門の収支を算出した。なお、この計算結果は透析部門の収支算定のためのデータが正確に調査できた病院のみについて集計したものである。  
(09.07.10 第 15 回診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会による)



\* 診療科の下の数字は n 数 (院内処方/院外処方) n ≥ 10 の診療科を表示

図 1 無床診療所の損益分岐点比率—院内処方と院外処方の比較—(法人) ※2

るという理解になったはずである。

さてこの集計はさておき、透析の経営効率が良いという決定的な資料は、日本医師会が TKC に委託して調査した経営実態で、特に無床診療所に関する部門別集計結果である (図 1) ※2)。これによれば、透析以外の一般診療所の損益分岐点比率が 90% 以上であるのに対し、透析では、院内処方施設でも 87.2%、院外処方施設にいたっては 72.8% と異例の低値を示してい

る。

### 3) 包括された ESA 製剤の含み利益

今回の改定に関する担当部署との話し合いの中で、早くから、「包括された人工腎臓点数」の中の、ESA の価格については議論があった。実際のところ、平成 18 年の EPO 包括時から見ると、EPO の薬価は大幅に切り下げられており、1 回あたり 900~1,000 円程度

の差額が発生していたと推測された。過去、外来人工腎臓点数に抗凝固薬などが包括された技術料（処置料）については、一旦包括された以上はすべてを含んで技術料という考え方があったためか、包括された抗凝固薬などの薬価が下がったから技術料を下げるという改定は行われなかった。

## 2 日本透析医会の対応

### 1) 今までの改定に対する基本姿勢

これまでの日本透析医会の診療報酬改定に対する対応は、設立当初から、厚生労働省の認可する社団法人であることより、内・外保連や日本医師会を経由することなく、専門家として相談を受けたり、専門家として意見を述べたりする中で、直接、保険局医療課へ要望書を提出してきた。もちろん、原則的に、日本医師会の了解を得た上でのことである。今回については、「政策決定は議員が」、「中医協から医師会常務理事が消えた」などという背景がある中で、はたして従来通りの交渉でよいものかは疑問であったが、結局改定点数は保険局医療課で原案が作成されるものであり、例年と変わらない要望書の提出となった。また、日本医師会に対しても、要望内容に関して報告し、了解を得ることになった。

### 2) 要望事項のまとめ

日本透析医学会総会の時期に開催される支部長会議や、保険審査員懇談会の席上で提出される診療報酬に関する要望事項や、6月に実施される外来透析点数調査などの結果を、毎年、11月ごろに、健康局疾病対策課や保険局医療課へ提供し、透析に関する情報交換を続けてきている。したがって、2010年診療報酬改定への要望は、2008年秋から始まったことになる（表2）。2009年度には、4月に第1回の情報提供を、8月には総論的な改定要望事項が提出され、最終的には11月に、透析液浄化加算の新設と在宅血液透析管理料の引き上げの2点に絞った要望書<sup>1)</sup>が提出された。ちなみに、日本透析医学会および全腎協からの要望についても表3に示しておく。

### 3) 交渉の過程

2009年11月に要望書を提出した後、DPC包括から慢性維持透析をはずすという基本方針に基づき、

表2 医会の改定対応

〈2008年〉	
11月	外来透析点数集計分析結果・透析医療の問題点・透析提供体制などについて医療課と情報交換
〈2009年〉	
04月	前年改定分の影響検証・透析提供体制の問題点・保険審査上の問題点などを医療課へ提示
08月	透析提供体制の危機・経営実態・支部長会議および保険審査員懇談会から抽出された改定要望項目・重点改定要望項目などについて医療課へ提出し検討
11月	最終要望書を医療課へ提出（日本医師会へも）

表3 2010年改定に対する最終要望書

〈日本透析医会〉	
1. 透析液浄化加算	42点
常勤の臨床工学技士を条件に	
2. 在宅血液透析管理料	
〈日本透析医学会〉	
1. 新規技術	
・ カフ付きブラッドアクセスカテーテル（永久保存）挿入手技料	
・ 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入手技料	
・ 精密ろ過フィルター装着加算	他2件
2. 既存技術の再評価	
・ CAPD技術料アップ	他5件
〈全国腎臓病協議会〉	
1. 時間区分された技術料の維持	
2. 透析回数の制限をしないように	
3. 透析液浄化加算	他6件

DPC以外の入院に関しても慢性維持透析患者に対しては、人工腎臓1（いわゆる外来包括点数）を適用する妥当性や、例外病態に関して、専門家としての意見を求められた。また、在宅血液透析の安全性を確保するため、ガイドラインやマニュアルの整備を要請され、従来からあった「施設のための在宅血液透析教育・指導マニュアル」とは別に、「在宅血液透析管理マニュアル」を上梓した<sup>2)</sup>。そのほか、人工腎臓点数などに関しても、専門家集団としての意見を述べる機会もあった。

## 3 改定内容結果

今回実施された透析関連の改定<sup>3)</sup>について、その概要を表4に示した。

### 1) 技術料（人工腎臓点数）

技術料については、今までにも繰り返し、大幅で急



表 4 平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について

## 〈人工腎臓等の適正な評価について〉

## 第 1 基本的な考え方

現在、人工腎臓の際の透析液等の薬剤費は、入院では出来高評価、入院外では包括評価としている。しかし、全身状態が比較的安定している患者に対して行う慢性維持透析においては、入院と外来で同等の医療が提供されていると考えられる。そこで、入院で行う慢性維持透析について評価体系の見直しを行う。

## 第 2 具体的な内容

## 1. 人工腎臓の評価体系について

入院で行う慢性維持透析について包括評価に変更する。なお、入院において、急性腎不全等に対して実施する人工腎臓については、引き続き出来高評価を行う。また、エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するが低価格であるダルベポエチンへの置換が進んでいる現状を踏まえ、包括点数を見直す。

## 2. 透析液の水質管理について

人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設する。

## 〈在宅における専門医療の評価〉

## 第 1 基本的な考え方

医療技術の進歩により、在宅で実施可能な医療の分野が拡大している。在宅にあっても専門的な医療を受けることができるよう、評価を行う。

## 第 2 具体的な内容

## 1. 在宅における血液透析の評価の引き上げ

## (1) 在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

在宅血液透析指導管理料について、患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

## (2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合、その手技料の算定を認める。

(参考 URL 3 より、一部改変)

激な人工腎臓点数の引き下げは、透析提供体制の破綻を来し、透析難民が出現する危険性があることを訴えてきた。そうした中で、4 時間以上 5 時間未満人工腎臓点数 1 が 32 点引き下げられた。人工腎臓 2 の点数も 10 点下げられていることから、透析液水質確保加算 10 点が、人工腎臓点数を引き下げて新設されたことがわかる。したがって、人工腎臓 1 の実質の点数引き下げは 22 点という考えもあるが、新設された加算にはかなりのコストが含まれるため、10 点まるまる分が戻ったとはいえない。

## 2) 入院透析技術料

DPC では、透析を実施した場合には、1,000 点以上の処置料に該当する人工腎臓点数とその加算点数のみが出来高で請求されるが、コーディングによっては、ダイアライザーなどがすべて持ち出しになる場合もあった。このため、透析を DPC 包括から外出しにしてほしいという要求が強く、これに応える形で DPC 包括から外だしが図られた。このとき、どこまでを透析関連とするかが検討され、通常慢性維持透析に限って、ESA・抗凝固薬・透析液・生食が包括された人工

腎臓 1 と、ダイアライザーがその範囲とされた。さらに DPC 以外の入院でも、通常慢性維持透析を実施する場合は、人工腎臓 1 で請求することになった。

通常慢性維持透析以外の透析は、従来出血病変以外にもその適用範囲が拡大されたが、一方で、期間に制限がついたものもある。日本透析医会は、多量の ESA やメシル酸ナファモスタットなどが使いやすいように、栄養障害や重症感染症なども適用となるよう提案したが、これらの病態は選択されなかった。

## 3) 透析液水質確保加算

高機能のダイアライザーでは通常透析でも逆濾過が生じていることや、自動回収機能を有する透析液供給装置が市販されたことなどから、透析液清浄化は過去 3 度の改定にさいしても、要望事項としてあげてきた。今回は、ISO の透析清浄化基準を参考に算出された 42 点/回の透析液清浄化加算として、日本透析医会としては第一の要望項目とした。結局、先述したように、人工腎臓技術料を 10 点減点し、これを透析液水質確保加算とした。原則的には臨床工学技士の技術料であると理解している。付記された、参考とする学会

等の基準とは、日本透析医学会学術委員会による「透析液水質基準と血液浄化器性能評価基準」<sup>3)</sup>を指すと疑義解釈で示された。

#### 4) 在宅血液透析指導管理料

今回の改定では、厚生労働省には在宅医療（特にハイテク在宅医療）を促進させる意図があったものと考えられる。2008年11月の透析保険診療に関する情報交換の席でも、在宅血液透析の点数が低いことについては言及してきた。

2009年11月の要望書提出直前に、在宅血液透析管理に関する収支に関しての情報提供を求められた。たとえば在宅血液透析を実施する患者が、月に数度も施設を受診することはなく、また施設の管理担当看護師が家庭訪問をした場合には、その費用は施設の持ち出しになることなどを厳密に計算し、情報提供するとともに、日本透析医学会として在宅血液透析指導管理料のアップを第二の要望事項とした。結果的には、ほぼ要求どおりの指導管理料や透析液供給装置加算が設定された。

#### 5) ダイアライザー

これまで日本透析医学会は、診療報酬改定にさいして、薬価や材料価格については関与することはなかった。しかし、平成20年の改定では、あまりにも大幅なダイアライザー価格の引き下げがあり、透析施設の経営というより、わが国ダイアライザーメーカーの存続にもかわる可能性があるかと判断し、大幅な切り下げがないよう要望した。ただ、材料費実勢価格に上乘せされる一定幅の管理費用（従来R幅といわれていた）が、今回の改定で7.5%から4%へと引き下げられることは既定の事実であった。今回改定されたIV型1.5m<sup>2</sup>以上のダイアライザー価格から逆算すると、実勢価格の加重平均は約1,700円であったと考えられる。

#### 6) その他

日本透析医学会は、緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入費用について、まったく同じ手技である中心静脈カテーテル挿入には注射手技料点数が設定されていることの矛盾を繰り返し指摘してきたが、今回整合を図るため、この点数が準用された。また、日本透析医学会が新規技術として第一に要望したカフ型

緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入術についても、注射手技料として新設された。

多くの手術料点数が見直される中で、内シャント手術料もアップした。しかしシャントに関するPTAが据え置かれたのは、たとえばPTCAに対して回数を目安が提示されたごとく、頻度が多いことがマイナス評価されたものと推測する。

CAPD患者および在宅血液透析患者に1/週の施設血液透析が認められたのは、先述した在宅血液透析技術料の見直しにリンクしてのものと考えられる。

最後に、on-line HDFについては、診療報酬改定と並行するように機器に関する製造認可がおりた。この機器の販売・普及に関しては、メーカーがきわめて慎重な態度をとっていると聞いている。薬事法上の問題など、種々の問題を解決しつつ、今後実施されてゆくであろう。もし現時点でこの治療を実施し、保険請求する場合には、日本透析医学会としては、①認可された機器を用いていること、②HDFフィルターを用いていること、③HDFの適応病態患者であること、④HDF（人工腎臓2）として請求すること、の4点が遵守される必要があると考えている。

直接の改定項目ではないが、自己負担がある患者に対して領収書が発行されるが、今回の改定で、明細書の発行が義務づけられた。しかし透析の場合には、毎回受診時に処理すると、高額療養費制度および身体障害者自立支援法などとの兼ね合いで、数回の透析以降の透析では自己負担がなくなることになる。したがって、日本透析医学会としては、領収書および明細書は、翌月に一括して発行することが妥当であると考えている。

## 4 評価

1回の診療報酬改定で、これほど多くの透析関連項目が対象となったことはない。必ずしも日本透析医学会からの要望項目ではないものもあり、各方面からの要望は意味があることと考えられ、次回改定などでも、日本透析医学会のほか、関連学会（腎不全看護学会や臨床工学技士会）や全腎協などと協議し、改定要望書を策定したい。

包括された技術料が、包括されている薬剤価格が低下したために引き下げられるという初めての経験は、今後とも十分起こりうることと認識しておきたい。な

表 5 新しい視点からの診療報酬改定要望

1. これ以上引き下げるとつぶれる医療機関が出るという話は狼少年——どこまでの引き下げに透析施設は耐えられるか経営実態調査（エビデンス）が必要
2. 儲からなければ質は保障されないという文化の醸成
3. 透析看護度を基にした障害加算の算定  
看護基準の作成と透析看護料
4. 送迎に対する介護保険の適用
5. 終の棲家は——経済的誘導が必要
6. 感染性廃棄物処理費用——CO<sub>2</sub>排出抑制の考えで
7. 日本透析医学会等の学会や全腎協と共同で

お、今回は 32 点の引き下げであったが、これが原因で経営困難に陥り、廃業しなければならない施設があるとすれば、日本透析医会は、今後の診療報酬改定対応を大きく変えなければならないと考えている。また、人工腎臓 1 の技術料が 10 点下がったことは、あらかじめ想定したものではない。個人的には、透析液水質確保加算のための財源は、包括点数の中でという錯覚があった。しかし先述したように、医師の技術料が臨床工学技士の技術料に変わったということが明確にわかるという点では、意義深いものと評価している。

## 5 今後の診療報酬改定に対する方向性

日本透析医会が、たとえ厚生労働省管轄の法人でなくなっても、結局のところ診療報酬改定にさいしては、保険局医療課と透析医療に関する情報交換をしながら、要望書を提出することになると考えている（表 5）。ただこのとき、資料もなしで、「これ以上の引き下げは透析医療提供体制が崩壊する」という訴えは通用しない。たとえば、地方で、1 人でがんばっているが、患者数も増えないという施設の経営が、どこまで維持できるかというような情報の収集が必要になる。

喫緊の問題としては、患者自身および支援者の高齢化と、家族構成の変化から、ひとりで生活できない透析患者、送迎しない限り通院できない患者、身体状況が次第に悪化し亡くなってゆく患者をどこで診るかなど、医療政策と関係する問題についても検討し、診療報酬として誘導できる提案も必要となる。

また、すでに述べたが、日本透析医学会・腎不全看護学会・臨床工学技士会・全腎協などと共同で、診療報酬を考えることも必要である。

## 追記

- ① 字数の関係上、改定された人工腎臓価格やダイアライザー価格は割愛した。
- ② この原稿を書いている間に、今回の診療報酬改定で、人工腎臓実施日をレセプト摘要欄に記載することが課長通知（平成 22 年 3 月 26 日付）で出された。しかし日本透析医会は、この情報を素早くキャッチし、会員に流すことができなかったため、多くの施設で 4 月請求分のレセプトで対応できず、混乱が生じた。明細書の発行に対する日本透析医会の見解をすばやく出せたのと同じように、こうした情報提供ができるような工夫を考えてみたい。

## 文 献

- 1) 日本透析医会：要望書。日本透析医会総会資料；2010。
- 2) 在宅血液透析管理マニュアル作成委員会：在宅血液透析管理マニュアル。日透医誌，25(1)(別冊)；2010。
- 3) 日本透析医学会学術委員会（秋葉隆委員長）：透析液水質基準と血液浄化器性能評価基準 2008。透析会誌，41(3)：159-167，2008。

## 参考 URL

- ‡1) 「第 139 回（2009.07.29）中医協診療報酬基本問題小委員会資料 診療報酬専門組織・医療機関のコスト調査分科会からの報告」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/dl/s0729-14b.pdf>
- ‡2) 「定例記者会見（平成 21 年 11 月 18 日分）2) TKC 医業経営指標に基づく動態分析の概要—2008 年 4 月～2009 年 3 月期決算—について」[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20091118\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20091118_2.pdf)
- ‡3) 「第 2 改定の概要 2 平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について II-4（患者の視点等/患者の心身の特性や生活の質等への配慮）-①」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/index.html>