

2012年診療報酬改定と透析医療に及ぼす影響

山崎親雄

衆済会増子クリニック 昂

key words : 診療報酬改定, 要望書, ON-LINE HDF, 特定除外

要旨

2012年診療報酬改定では、包括された薬剤価格の低下に伴う包括技術料の引き下げが実施された。一方、技術料見直しの中で、「ON-LINE HDF」およびシャントPTAに点数が設定された。また、長期入院に関する特定除外の見直しや、回復期リハビリテーション病院での透析治療の包括からの除外は、これらの改定が、今後、どのように影響してゆくものか、注意深く見守る必要がある。

はじめに

2012年の診療報酬改定が実施された。東日本大震災のため診療報酬改定は見送りという考えもあったが、急性期医療の確保や病院医療従事者の負担軽減のための経済的バックアップは喫緊の課題で、通常通りの診療報酬改定が実施された。

結果は、前回診療報酬改定が総額で0.16%アップ、今回は0.004%アップということで、額の多寡は問わないが、民主党政権下での2度の改定は、プラス改定であった。わが国の医療崩壊に、少しでも歯止めをという意志の表れだろう。また、従前の中央社会保険医療協議会（中医協）や、厚生労働省の動きとは異なり、改定に関して、その経過がきわめてわかりやすく公開され、パブリックコメントも募集されるようになっていく。

ただ、透析に関してはマイナス改定が続いており、

そのうちの一定部分（ON-LINE HDFや水質確保加算）は、再び透析領域に帰されたが、残る部分は改定財源に使われたことになる。

しかし、今回の透析関連の改定内容には、経済的問題とは別に、将来の透析に大きな影響を与える可能性を持つ項目が含まれており、ここでは改定内容とともに、その後の問題についても言及する。

1 要望書

1-1 要望書の提出

医科点数に関する要望は、学会が中心となって提案され、内科系学会社会保険連合（内保連）および外科系学会社会保険委員連合会（外保連）経由で要望書が集約される。日本透析医学会の要望書は、前年6月までにまとめられ、内保連へ提出される。一方、日本透析医会は、慣例として、直接、厚生労働省保険局医療課へ出向き、透析医療の現況（透析医療提供体制の問題点や課題）について情報提供し、あわせて診療報酬に対する要望書を提出してきた。

今回の改定に関しても、2010年11月、2011年7月には、毎年6月に実施される外来レセプト（透析点数）調査の結果や、2010年4月の診療報酬改定が透析に与えた影響について情報を提供するとともに、各地で行われている保険審査上の問題点についても情報の交換をし、次回改定に関する要望点を予告的に提示した（表1,2）。最終的には、これらの経過の中で提示した項目のうち、重要な数点について要望書を作成

表1 わが国の透析医療の現況と将来 (抜粋, 2010年11月)

1. わが国の慢性透析療法の概要
 - ① 透析患者数の伸びは鈍化してきている。
 - ② 透析患者数は2017年の約32万人を頂点に減少する。(その後2012年, 約33万人に補正された。)
2. 現在および将来の透析医療に関する問題点
 - ① 急速に進行する患者の高齢化と要介護透析患者の増加。
 - ② 自力通院困難な患者が増加し, 施設による送迎が実施されている。
 - ③ 通院困難患者の紹介先がなく苦慮している施設が37%。
 - ④ 3カ月以上の長期入院患者は1万人を超えると推測される。
 - ⑤ 長期入院患者の約2/3が一般病床に入院している。
 - ⑥ 透析医療におけるマンパワーのひっ迫。
 - ⑦ 透析に関与する医師数の相対的減少と患者あたりスタッフ数の減少。
 - ⑧ 透析医師不足により透析医療を中止せざるをえない施設の増加。
 - ⑨ 地域によってはすでに透析患者減少の局面に入った。

表2 透析と保険診療 (抜粋, 2011年7月)

1. 透析医療費
 - ① 1回あたりの透析単価は2000年と比べ10%以上減少している。
 - ② 対国民医療費の割合は2000年以降, ほぼ3%台後半の一定で推移している。
 - ③ 近年は, 高額な透析関連薬剤比率が上昇している。
2. 次回診療報酬改定要望 (案)
 - ① 適切な診療報酬の設定: 急激で大幅な点数引き下げは, 透析提供体制を破綻させる。
 - ② 透析液水質管理加算の点数アップ: 出来高技術料とのバーターは不可。
 - ③ 障害加算算定基準の見直しと点数アップ。
 - ④ 入院に関して (今後増加する通院困難透析患者への対応として)
 - 回復期リハビリ病棟での透析関連包括廃止 (人工腎臓1とダイアライザー請求)。
 - 透析に関して療養病棟における医療区分2の見直し (包括薬剤が高額なため)。
 - 一般病床における透析患者長期入院に関して入院基本料の特定除外を維持。
 - ⑤ 各種治療モードに関する適応症の撤廃と人工腎臓1の適用
 - HFおよびHDFの適応病態による縛りを排除する。
 - 人工腎臓1での請求とする。
 - ⑥ シェントPTAの新たな手術料の設定を

表3 日本透析医会と透析医学会の要望

1. 日本透析医学会
 - ① 「ON-LINE HDF」の新設: 人工腎臓+90点
 - ② シェントPTAの見直し: 6,730点
 - ③ 入院CAPD技術料の見直し
 - ④ 6時間以上透析区分新設: 5時間+125点
 - ⑤ グリコアルブミンを包括外へ
2. 日本透析医会
 - ① 適切な人工腎臓点数の設定
 - ② 回復期リハビリ病棟入院包括から人工腎臓をはずす
 - ③ 療養型病床群での透析医療区分を2→3へ
 - ④ 回数制限の緩和: 14回→16回/月
 - ⑤ 引き下げは包括点数で
引き下げは時間区分での調整を

いての詳細は割愛する。

1-2 最終的要望内容

表3に, 日本透析医学会および日本透析医会から提出された最終要望の概要を示した。一見してわかる通り, 日本透析医学会の要望は, 新規技術など, 学術的な項目に関する要望で, 日本透析医会の要望は, 既存の診療報酬点数の運用に関する項目などが多くなっている。ただし, 前回の水質確保加算など, 重要な技術料に関しては, 両者から要望が提出されている。

2 審議の経過

民主党政権下では, 冒頭に述べたように, 中医協の中での議論が透明化され, 中途経過が報告される。たとえば2012年1月13日の時点で, これまでの議論の整理として, 点数はいまだ設定されないものの, 透析

し, 2011年10月に提出した。その後は, 厚生労働省および中医協で, 具体的な改定作業が行われ, 途中で日本透析医会よりの要望内容に関する疑問点などについて説明を求められる機会もあったが, その内容につ

表4 これまでの議論の整理
(2012.01.13 第214回中医協総会)

1. 人工腎臓点数は引き下げ
2. 「ON-LINE HDF」
3. 透析液水質確保加算2の新設
4. シェントPTA
5. 回復期リハビリ病棟と透析
6. CAPD 指導管理料
7. ダイアライザ新区分

に関しては表4に示した改定が行われると予告されている。またこの時点でパブリックコメントが募集され、人工腎臓に関する点数の見直しについては、「透析治療の質を担保する観点から、引き下げるべきではない。透析治療の現場では医師をはじめスタッフは疲労が重なり、バーンアウトや後継者不足が深刻化している。」や、長期入院に関して「透析患者を受け入れることができる医療療養病床は非常に少なく、受け皿の整備が不十分な状態で、透析患者の特定除外が廃止された場合、長期入院中の多くの透析患者は行き場を失う。」など、的確な意見が述べられている。

3 透析関連診療報酬改定結果

3-1 人工腎臓 (J 038)

2006年の改定でESA製剤が包括された。その後、2008年改定では、薬価に連動した技術料の引き下げはなかったが、2010年および2012年改定では、ESA製剤の薬価に見合った技術料の引き下げが予告され、実施された。2010年の改定では32点、今回は、4時間以上透析で30点、4時間未満透析で35点のマイナスとなった。いずれの点数も、引き下げられた薬価の範囲内ではあるが、納入価から考えると、施設経営にとってのマイナスとなることは間違いない。

ところで今回の診療報酬改定とは別に、今後、薬剤や検査などの包括範囲が拡大する可能性は否定できない。理由は三つあって、一つは米国で始まった包括で、治療成績が悪化せず質が保たれる結果ができれば、世界中のトレンドになると考えられることによる。二つ目の理由は、そのことがわが国では実証済みで、ESAが包括されたにもかかわらず、貧血管理は悪化しなかった事実による。最後の理由は、第15回透析医療費実態調査報告(太田圭洋, 他: 日本透析医会雑誌, 27(1): 2012)に見るとおり、透析医療費に占める薬剤費比率の上昇にある。たとえばESAが包括された

2006年から2011年までの5年間で、外来透析請求合計は0.3%上昇とほとんど変化がなかったにもかかわらず、薬剤費(注射と内服)は約40%上昇しており、2011年の調査結果では院内処方を実施する施設での請求合計に占める薬剤比率は7.5%、そのうちレグパラ・ホスレノール・レミッチ(あえて商品名で記載)3剤の占める割合は35.5%であった。今後の透析総医療費の抑制を考えると、こうした薬剤の包括も一つの選択肢とされる可能性がある。

3-2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)と

透析液水質確保加算2 (J 038-2)

2010年の改定では、医科点数上は、従来のHDFとして保険請求が認められた「ON-LINE HDF」も、今回の改定では、「近年有効性が明らかになりつつある新しい治療法」として、従来の人工腎臓点数に50点上乗せさせ、保険収載された。ちなみに、日本透析医会は、保険請求上の混乱を招かないために、人工腎臓1(外来包括)での請求が望ましいとし、あわせて「病態によるしぼり」をはずすべきと主張してきた。また、先述した2011年10月に、日本透析医会として保険局医療課へ要望書を提出するにさいして、「ON-LINE HDF」の技術料に関する意見聴取があり、①新規点数の設定、②人工腎臓1+加算点数、③人工腎臓1での請求、④今回は見送り、という四つの考え方があると意見を述べた。あわせて、この技術料を新規に設定するとしたとき、透析技術料を引き下げてこれに充填することは避けるべきと要望した。

結果的に、透析医療費の引き下げと連動して新規点数が設定されたが、適応症による治療制限が撤廃され、誰にでも使用できることになった。認可された機器のみでの実施となるが、「ON-LINE HDF」可能な装置は、一方では全自動の開始・終了が可能な装置で、今後、急速に数を増やすことになるだろう。そのとき、わが国でも、「ON-LINE HDF」に関する大規模な前向き研究が行われると考えており、特に生命予後に関して、従来の透析に比し有用性が示されれば、通常の透析に代わって、最も普通の血液浄化法となる可能性すらあると考えている。

また、「ON-LINE HDF」の技術料設定に連動して、水質確保加算がアップした。もともと、日本透析医会は、2010年の改定にさいして、置換液作成のための

透析液清浄化に必要な点数として42点を要望したもので、置換液の清浄化を担保するための20点はいまだ不足ではある。

3-3 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 (K 616-4)

最近の診療報酬改定で、日本透析医学会も日本透析医会も、新点数の設定を要望してきたが、今回の改定で、大腿動脈などに対する末梢血管拡張術と同点数で新設された。この点数は、日本透析医学会要望点数をはるかに上回るものであった。確かに、手技を考えれば妥当と考えるが、予防的に行われることと、繰り返し実施されるという点は、一般的な末梢動脈拡張術と大いに異なる点である。それゆえ、保険請求は3カ月に1度と、厳しい制限となった。また、3カ月以内に実施する場合には、施設が異なっても請求することができないとされており、しばらくの間、臨床の現場で、その運用には混乱を来す可能性もある。なお、このシャントPTA点数から考え、内シャント設置術および観血的内シャント血栓除去術の点数が相対的に低すぎる点については、大いに不満とするところである。

3-4 一般病棟入院基本料 (A 100)

今回の診療報酬改定の中で、将来の透析（透析患者）にとって最も大きな影響を与える項目は、13:1および15:1の一般病棟での特定除外制度の見直しであろう。具体的には、90日を超えた患者（透析患者も該当する）では、

- ① 引き続き出来高による入院基本料を算定することができるが平均在院日数の計算対象とする
- ② 従来通り平均在院日数の計算対象外とするが、療養型病棟入院基本料1と同じ請求とする

のいずれかを選択することになった。

日本透析医会および全国腎臓病協議会（全腎協）の共同調査（太田圭洋，他：日本透析医会雑誌，22(3)：2007）によれば、長期入院透析患者の約60%が一般病床に入院し、その約半数が13:1および15:1病棟での入院とされている。他の入院や入所に比べ、自己負担が少ないという患者側の理由と、出来高請求が可能なら、在院日数計算から除外できるという病院側の理由が、この状況を作り出していた。今回対象となった病院で、長期透析入院患者がどうなってゆくか、

日本透析医会は現在調査中であるが、次回改定で、もともと急性期病棟である7:1および10:1にも特定除外制度の見直しが実施されるとすると、療養型病床群も削減の方向にあることから、医療より、透析患者の終の棲家を失うことになる。

3-5 回復期リハビリテーション入院料 (A 308)

日本透析医会および全腎協が要望を提出していたが、従来は回復期リハビリテーション入院料に包括されていた人工腎臓点数が、別に算定できることになった。おそらく、回復期リハビリテーション病床ができたとき、この病棟に透析患者が入ることなど、制度設計者はまったく予想していなかったことと思われる。同様な例は、たとえば長期療養型病床群の削減を計画するとき、ここにかんがりの透析患者が入院していることなど、考えも及ばないことであろう。いずれにしても、とりあえず透析患者の収容施設が増加したことは、望ましいことと考える。

3-6 在宅自己腹膜灌流指導管理料 (C 102)

今回の改定では、重点課題の2として、在宅医療の拡大を目標とした誘導策が多く盛り込まれ、この一環として在宅自己腹膜灌流指導管理料が200点アップした。透析医療における在宅治療を考えた場合、CAPDも、在宅血液透析も、大きな患者数の伸びはない。CAPDは血液透析と車の両輪ともいわれ、移植や血液透析とあたかも同等の治療という見方もあるが、結局のところ、医師も患者もこれを自主的に選択することは少ないというのが現状であろう。一方、在宅血液透析は、なんと言っても介助者の確保が困難であることと、事故などにさいしての責任の所在が不明確な点にあると考えている。

最近、居宅ではない場所で、家族ではない施設所属の看護師が、複数の患者の血液透析を実施し、これも在宅血液透析とするという考えがあると聞くが、現在の在宅治療の概念からは大きく外れるもので、慎重さが求められる。

3-7 特定保険医療材料 (040)：ダイアライザ

今回の改定では、今後のダイアライザ製造に関するメーカーの強い意志が明確にされていると思われる。すなわち、より大面積かつ高性能のダイアライザがい

っそう普及し、たとえばそれほどの高効率を必要としない高齢者や体格の小さな人は、低効率や小面積のダイアライザを選択するのではなく、機器などによるコントロールで対応するというものであろう。実際、水分は現時点でもUFRコントロールが可能だし、クレアチニンなどは低くなりすぎても困ることはないし、電解質は透析液内の濃度調節で可能であろう。それでも急激な血中濃度変化が問題となるものについては、血流量などで対応するのかもしれない。

ダイアライザについて、多種類のラインアップをそろえるのは非効率的で、高性能・高効率のものをコントロールしながら用いるという考え方は、危機管理上でも有用なことと考える。

おわりに

今回の透析関連診療報酬改定内容と、今後の透析への影響（表5）などについて述べたが、十分意を尽く

表5 2012年診療報酬改定のまとめ

-
1. 人工腎臓点数
将来的には包括の拡大もありか？
 2. 「ON-LINE HDF」
わが国発のエビデンスを
 3. 入院基本料と特定除外
終の棲家はどこ？
 4. 在宅医療（CAPDと血液透析）
どんな形でどこまで伸びる？
 5. ダイアライザ
III型以下・小面積ダイアライザは消える運命
-

すことはできなかった。ただ、今回の診療報酬改定内容は、単なる経済的問題というより、将来の透析や、治療の本質を問われる内容も含まれ、今後の影響を注意深く観察する必要がある。また、前回の診療報酬改定と同様、日本透析医学会や全腎協など、違った角度からみた要望を出すことは、結果から考え有効な戦術と考えられる。