

透析医療をめぐる医療政策

山川智之

白鷺病院

key words : 医療費, 消費税, 在宅血液透析

要 旨

高齢化の進行に伴い悪化し続ける国家財政を背景に、近年、社会保障費削減の声は高まっており、今後、医療費削減政策が強化される可能性は高いが、特に透析医療については、1人当たりの医療費が多いことから、30年来常に医療費の削減対象とされてきた。但し透析医療の国民医療費に占める割合はこの30年間約4%で変わっていない。

平成26年4月に消費税が5%から8%になったが、消費税の医療機関負担分を初・再診料などの基本診療料を中心に補填する現在のやり方は、包括点数の大きい透析医療において負担の大きいものとなっており日本透析医会としてもこの点は強く訴えていく所存である。なお平成27年10月にはさらに10%に引き上げられる予定であったが、急遽1年6カ月の先送りとなった。

近年、サービス付き高齢者向け住宅などの高齢者住宅でHHDを施行する施設が現れた。この高齢者住宅等における通院困難患者のHHDという流れは、「在宅血液透析管理マニュアル」で定義された患者の自己管理を前提とした治療ではなく、フランスなどで普及しているリミテッドケア透析ともまったく異なる「非自己管理型在宅血液透析(HHD)」とでもいべきものであり、治療の質の担保という点で大きな問題がある。単に反対するだけではなく、透析医療における医師、他職種それぞれの役割をしっかりと論じたうえで、

我々のほうから、新しいHHDのあり方を行政に提案していく必要があると考える。

1 医療費削減政策の背景

1990年代初頭のバブル崩壊後、国家財政は急速に悪化し、その後も日本経済は低迷を続けたため国の債務は膨らみ続けている。政府債務残高は2013年末の時点で780兆円を超え、借入金等を含めたいわゆる国の借金は1,000兆円を超えた。GDP比で約200%となるこの国の債務は、まさに戦費調達のために大量に国債を発行した太平洋戦争末期に匹敵し、国際的にみても財政破綻したギリシャよりはるかに高く先進国最悪であり、さらに現在も国家財政は収入に対して支出が大きく超過しており、累積赤字国債は増え続けている。

日本の国債は国内消費がほとんどであり海外保有率はきわめて低いことから、国債の利回りは低水準で安定しているが、国の借金が国民の金融資産約1,600兆円に迫り増え続けている状況で楽観視はできない。近い将来、国内の金融資産で国債の消化が賄いきれずに海外資産に頼るようになれば国債の金利は上昇し、政府の債務負担はさらに増加し、インフレ傾向に傾く。ハイパーインフレが発生し円が暴落した場合、大量失業、生活必需品が入手困難になり、公定価格でありインフレに弱い公的医療保険制度は破綻するというのが最悪のシナリオだが、今の動向からすれば将来的にはありえない話ではない。

政府支出増大の最大の原因として、少子高齢化の進

展とそれに伴う社会保障費の増大があげられている。社会保障給付費の約 1/2 を占めるのは年金で医療は 3 割強であるが、いずれも高い伸び率を示している。このため、当時の厚生省保険局長がいわゆる「医療費亡国論」を唱えた 1980 年代前半頃から、医療費の伸びが経済成長率と大きく乖離しないようコントロールする医療費抑制政策がとられてきた。

この結果として日本の医療費は、世界の先頭を走る高齢化の進展にもかかわらず、先進諸国と比較して必ずしも対国民総生産比で見れば医療費が高いとは言えない。しかし、医療費が高いかどうかは最終的にはそれを負担する国民が判断するものである。医療費を財源としてみた時、大きく分けて消費税などの税金、保険料で賄われる公的医療保険、患者の自己負担の三つしかない。医療費を上げる場合、税金を上げて医療に回せるか、保険料を現状以上に上げることが許されるか、軽減されている高齢者の自己負担をアップ、あるいは公的医療保険のカバー範囲を限定することで患者の自己負担を増やすのか、これらは政治の問題であり、最終的には国民の判断にゆだねられる事柄である。

2 近年の医療費削減政策

2012 年末に成立した第 2 次安倍内閣は、少なくとも社会保障政策については新自由主義的政策をとった小泉内閣と似た方向性があると考えられるべきである。2001 年に成立した小泉内閣は、2004 年に発覚した日本歯科医師会関係者が中央社会保険医療協議会（中医協）委員に対して贈賄を行った汚職事件をきっかけに、中医協から診療報酬改定率の決定権を取り上げ内閣の決定事項とし、また 2002 年から 2006 年にかけての診療報酬改定において 3 回連続のマイナス改定とするなど厳しい医療削減政策がとられた。その後、2005 年頃より「医療崩壊」というキーワードで医療システムの綻びが社会問題として語られ、その大きな要因として医療費抑制政策があげられた影響もあり、その後の麻生政権、民主党政権では比較的医療費削減政策は緩和された。

民主党政権下の 2012 年に、民自公の三党合意で成立した社会保障と税の一体改革法案は、社会保障財源の安定確保のために消費税の税率を上げ、制度の持続性の確保を目的として掲げている。その内容として、社会保障の給付の重点化、制度の運営の効率化、医療

保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等、医療費を削減するための施策があげられている。事実、第 2 次安倍内閣成立後初めてとなる 2014 年の診療報酬改定では、後述するように小泉内閣以来の事実上のマイナス改定となった。2014 年 6 月 24 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2014」では、社会保障給付費について、いわゆる「自然増」も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく必要がある、としている。このために、都道府県単位での医療提供体制の再編と医療費適正化について目標設定することを検討する、としている。

このような状況を考えれば、今後、より厳しい社会保障費抑制政策がとられる可能性が高いものと考えられるべきであろう。

3 透析医療費の今後の動向

30 年来の医療費削減政策の中で、特に透析医療は 1 人当たりの医療費が多いことから、常に医療費の削減対象とされてきた。1982 年末に 5 万人弱だった透析患者数は 2012 年末には約 31 万人と 6 倍以上となったが、透析医療の国民医療費に占める割合はこの 30 年間約 4% で変わっていない。すなわち、透析医療費は、透析患者の増加に合わせ国民医療費に占める割合にあわせた減額を行う事実上のキャップ制がこの 30 年間の方針であったと解釈でき、今後もこの方針は続いていくものと思われる。

このような状況であるため、透析の診療報酬改定については、他から財源を持ってくるようなことは原則的にありえない。唯一とっていい例外は 2012 年の PTA の診療報酬に関する増点で、これは外科系学会社会保険委員会連合が手術報酬の試算を出した結果として、手術に関する診療報酬の大幅増点を実現したさきに引き上げられたものである。このような例外的事例を除いて、透析の診療報酬改定は財政中立が維持されている。

典型的な例は、2008 年の透析技術料の時間区分復活である。2008 年以前は外来透析の技術料は透析時間にかかわらず 2,250 点であったが、この改定で 4 時間未満が 2,117 点、4 時間以上 5 時間未満が 2,267 点、5 時間以上が 2,397 点の 3 段階となった。この点数は、4 時間未満を 20%、4 時間以上 5 時間未満を 70%、5 時間以上を 10% と仮定した場合、平均の透析技術料

は2,250点で改定前と一致する。つまり、この時間区分復活の改定は、短時間透析の点数を削減してより長い透析時間の点数に振り分けたものということができる。2010年の改定時に新設された透析液水質確保加算も同様で、1日あたり10点の点数がついたが、一方で出来高の人工腎臓技術料は1,590点から1,580点と10点削減された。臨床工学技士が算定の条件になっており、チーム医療の観点からは意義はあると考えられるものの、この点数自体は技術料の点数が振替えられたものと考えられる。また前述の例ほどまでに明示されていないが、2012年の改定で新設されたオンラインHDFの点数も、通常のHDの点数を削って振り分けられているものと思われる。したがって、新たな点数の設定や加点の要望をする場合には、どこから財源をもってくるのかということに注視しなければ、点数はついたが思わぬ所が削られて全体としてバランスを欠く、というような事態もなりかねず、配慮が必要と言える。

また中井らによる2001年から2010年までの日本透析医学会統計調査による透析人口から算出した慢性維持透析人口の将来統計によれば、わが国の透析人口は2021年末に348,873人で最大となるとしている¹⁾。前述のように、これまでの透析医療費が国民医療費の約4%という事実上のキャップ制の方針が今後も続くのであれば、透析患者人口が増え続ける限り1人あたりの透析医療費の削減も、少なくとも2020年頃までは続いていくことになる。

4 消費税増税の透析医療に与える影響

平成26年の診療報酬改定は、消費税が5%から8%に引き上げられる平成26年4月と同時であったため、消費税増税に対する対応を含む形で行われた。

消費税は、消費一般に広く公平に課税される間接税であり、ほぼすべての国内における商品の販売、サービスの提供を課税対象としている。消費税は事業者負担を求めるものではなく、商品やサービスの最終的な消費者が負担するものとされているが、公的医療保険でカバーされる医療においては、消費税法上は非課税取引と位置づけられている。このため医療機関等が社会保険診療を提供するさいに、患者から消費税を受け取ることはない。一方で、医療機関等が医薬品や設備等を仕入れるさいには消費税を支払っているが、

この支払に含まれる消費税分については、患者に転嫁できないため医療機関等のコストになっている。このため、診療報酬や薬価等を設定するさいに、医療機関等が仕入れにさいして支払う消費税が医療機関等にとって実質的な負担となることがないように、点数を上乗せすることで対応をしてきている、という建前になっている。

しかしながら、平成9年に消費税が3%から5%に上げられたときに上乗せされた項目は36項目に過ぎず、その後の改定で包括化あるいは項目の廃止となっているなど、診療報酬における消費税分の補填については明確ではない。今回の8%への消費税引き上げのさいの対応についても様々な議論があったが、最終的には、今回は個別項目に上乗せすることは現実的に不可能であるとして、初・再診料を診療所と病院に同額上乗せし、余った財源を入院基本料に充てる、という方針が出され、その方針に沿った対応がなされた。

しかし、初・再診料の請求診療報酬に対する比率は病院と診療所で大きく異なるうえ、診療科によって消費税の負担額は大きく異なる。材料や薬剤などが出来高で請求できず包括化されているようなケースでは、包括点数に消費税の上乗せがなければ医療機関の負担が増えることになる。透析の技術料がまさにそのケースで、初・再診料に比し技術料等の請求金額が大きい。透析回路、生理食塩液、穿刺針、ESA製剤がすべて透析技術料に含まれる慢性維持透析においては、技術料に消費税増税分の上乗せがなければ、医療機関の負担となる。

日本透析医会では、平成26年度診療報酬改定の要望事項の一つとして、「包括人工腎臓点数に含まれている薬剤・診療材料の消費税増税分の適切な評価」をあげ、実際のコスト計算を元に人工腎臓点数19点アップを要望した。今回の消費税増税対応については、個別項目について、基本診療料との関係上、上乗せしなければ不合理になると思われる項目等に補完的に上乗せするという方針もあり、対応を期待したが、公式には要望は受け入れられなかった。唯一明確な消費税の補填である再診料の3点アップは、透析医療における消費税課税経費からすればきわめて小さいと言わざるをえない。現時点では平成27年10月に予定される10%への消費税増税においては、この問題はさらに深刻化するものと考えられるため、日本透析医会とし

でも強く訴えていく所存である。

5 非自己管理型在宅血液透析の諸問題

平成22年の診療報酬改定では、在宅血液透析(HHD)の診療報酬の大幅増点が実現した。このさいに「関係学会のガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと」と指導管理料算定の条件として明記されたことから、日本透析医会が中心に、日本透析医学会、腎不全看護学会、臨床工学技士会、在宅透析研究会からなる委員で在宅血液透析管理マニュアル作成委員会を構成し、「在宅血液透析管理マニュアル」²⁾を平成22年2月に作成した。このマニュアルにおけるHHDの定義は「患者及び介助者が、医療施設において十分な教育訓練を受けた上で、医療施設の指示に従い、1人に対して1台患者居宅に設置された透析機器を用い、患者居宅で行う血液透析治療である」としている。すなわち患者の自己管理と治療における有責性を前提としたものである。

HHDの診療報酬引き上げ後、サービス付き高齢者向け住宅などの高齢者住宅でHHDを施行する施設が現れた。中には住宅の共用施設として透析室を設置し、透析機器を共有しながら、1人1台の透析機器であることが大前提である透析液供給装置加算を請求する施設もあった。このような施設は論外であるが、この高齢者住宅等における通院困難患者のHHDという流れは様々な問題を含有している。

高齢者住宅における医療自体は在宅医療の範疇であるが、「在宅血液透析管理マニュアル」で定義された患者の自己管理を前提とした治療ではない。また、フランスなどで普及している、患者が自己穿刺などを行うリミテッドケア透析ともまったく異なる性格の治療であり、「非自己管理型在宅血液透析」とでも言うべきものである。この非自己管理型在宅血液透析は、ルール上は、在宅血液透析と称しているが、診療報酬上参考にするべきとされた「在宅血液透析管理マニュアル」を無視した、本来のHHDとは似て非なる治療を行っている。

厚生労働省は在宅医療を推進しているが、その大きな目的は医療費削減であり、HHDの診療報酬上の評価もその文脈で考えなければならない。決して透析関係者が考えるような、頻回長時間透析も可能な質の高い透析であるという認識を、厚生労働省が持ってHHD

の診療報酬の増点をしたのではない。あくまでHHDは人件費などの固定費を要さない安価な透析医療という位置づけなのである。

平成20年12月26日付け保険局医療課長通知の中で、在宅血液透析を行っている患者の定義が、在宅血液透析指導管理料を算定している患者に加え、介護老人保健施設、特別養護老人ホームに入所中の透析患者を含めて定められた。HHDの自己管理ができる透析患者がいる可能性は低いこのような施設をHHDの対象とする、という通知には、我々が元来HHDの対象でないと考えてきた患者も、今後は安価な透析であるHHDでカバーしようという意図がある、とみるのが自然だろう。

さらに治療の責任の所在という観点で考えた時にこれは大きな問題を有している。なぜなら、患者に透析治療に関する自己管理能力がない、つまり治療に責任を負う能力がなくても、医師は患者の透析治療の現場にいないと認めることになるからである。透析の専門家である我々がそれを諾とする、というスタンスをとるならば、厚生労働省は喜んでそれを追認するだろう。そのほうが医療費は安くなるからである。そうなれば、診療報酬で既存の施設透析から、より安価な非自己管理型在宅血液透析への強力な誘導がなされる可能性は低くはない。最悪のシナリオは、この非自己管理型在宅血液透析への倫理観の低い営利企業の参入である。ただでさえ質よりアクセスで透析施設が選ばれがちな状況がある中で、透析に知識も関心もない名ばかりの管理医師が、名目上のHHDの主治医を務めるような施設が乱立するような事態になれば、透析医の存在意義さえ否定されることにもなりかねない。

この在宅血液透析を巡る一連の動きは、透析医療の質に医師がどのように寄与し、今後どのように関わらなければならないかを我々に突きつけている。一方で、透析医療は深刻な医師の人材難があり、今のシステムをそのままの形で維持することが難しくなっているのも事実である。それらも含めた種々の状況により、非自己管理型在宅血液透析が必要であると判断するのであれば、単に必要に迫られてなし崩しに対応するのではなく、透析医療における医師、他職種それぞれの役割をしっかりと論じたうえで、我々のほうから、新しいHHDのあり方を行政に提案するのでなければならない。具体

的には、透析専門医の関与の必須化、医師不在の施設における責任スタッフの資格認定、医療内容の情報公開などが考えられるだろう。

文 献

- 1) 中井 滋, 若井建志, 山縣邦弘, 他: わが国の慢性維持透析人口将来推計の試み. 透析会誌, 45: 599-613, 2012.