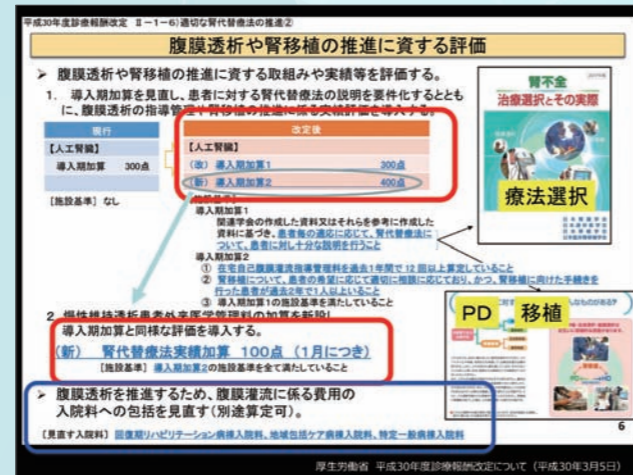


PD療法の診療報酬

今回の診療報酬改定で特筆すべきなのは、導入期加算の見直しと透析を継続する患者さんへの外来医学管理料の新設である。導入期加算では、腎代替療法の療法選択説明を要件化している。さらに、「在宅自己腹膜灌流管理料を過去1年間で12回以上算定していること」「腎移植について、患者の希望に応じて相談に応じていること」などとして、PDや腎移植を推進した実績を評価している。慢性維持透析患者さんに対しては導入期加算と同様な評価を行い、腎代替療法実績加算ができるようになったことで、HD施設に対してPDを行うように強く求めている。

そして、「腹膜透析を推進するため、腹膜灌流にかかる費用の入院料への包括を見直す」という方針が打ち出され、入院患者さんを地域に戻すための回復リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料では、PDを別途算定できるようになった。今後も患者さんやご家族にシームレスな在宅養サービスを提供するために、地域包括ケアを前提

とした総合診療や多職種連携を算定に組み入れてくることが予測される。



日本におけるPD医療の未来

PD療法のメリットは、患者さんの自由度とQOLの高さにある。在宅で行えるので、ADLを高めて患者さんの満足度も高い。併用療法を行いやすく、地域包括ケアにも適している。さらには、AIやIoTを組み入れてインターネットからデータ監視や患者さんの見守りができることも、今後重要になってくる。厚生労働省のPD推奨によって、2018年に新規導入したPD患者さんは大幅に増加した。もうすぐ数字が出るが、驚くべき増加となっているはずだ。おそらく2018年は、日本のPD療法にとって大きな変換点になるだろう。

日本はHD大国で、透析患者さんの予後がいいのはHD療法に貢献している先生やメディカルスタッフのおかげといえる。PDを望む患者さんには適正にPDを導入し、HDと療法選択をできるのが望ましい姿といえる。ただ、透析導入患者さんの高齢化を考えると、もっとシンプルなPDを提供したい。PDの進歩はここから始まると思っていますので、関係各位の協力を仰ぎたい。

本邦におけるPD医療の未来

1. PD療法のメリットは自由度とQOLの高さ。
2. PDは在宅療法でありADLを高める。
3. PDは患者の満足度が極めて高い。
4. 忘れてならない残存腎機能(RRF)の維持。
5. PD療法は医療施設にとって収益性も良い。
6. PDは認知症の進展予防に役立つ。
7. PDのもう一つのメリットは併用療法にある。
8. PDは地域包括ケアに最も適している。
9. 次の医療はIoT、AI、ロボット医療の融合。

米国ではPDの良さを見直している。
 日本でも厚生労働省はPDを推奨しています。
 適切な患者へのPD推奨が重要です。

総括

東京女子医科大学 腎臓病総合医療センター血液浄化療法科 教授
土谷 健 先生

今回は、お2人のPD療法の権威をお招きして、日本のPDの見直しの必要性についてうかがった。まず、川西先生は日本の透析患者の生存率が30年間向上していないことに着目し、透析回数の見直しについて提言された。また、中国とタイの透析事情を紹介し、新しい潮流についても紹介された。続いて、中元先生は平成30年度の診療報酬改定で、PDの導入期加算の見直しや腎代替療法実績加算の新設がなされたことを紹介し、地域包括ケアの一翼を担うPD療法の拡大への期待を示された。厚生労働省のPD推奨の追い風を受けて、2019年以降のPD療法の発展に期待したい。



株式会社 ジェイ・エム・エス
 ・お問い合わせ先
 東京本社 血液浄化営業部 TEL (03)6404-0602
 〒140-0013 東京都品川区南大井1丁目13番5号 新南大井ビル



2019.02.00AA000-AA

PD NET SEMINAR Report 2018

2018年12月15日 東京国際フォーラム

腹膜透析(PD)療法は、2019年以降の変革に向けて黎明期を迎えつつある。ガイドライン改訂と専門医制度導入がその起爆剤で、なかでも2020年始動を目指す専門医制度は在宅医にも門戸を開き、PD療法を担う人材の拡大が期待される。今回は「透析療法におけるPDの見直し～日本のPDは適正か!?～」と題して、オピニオンリーダーの先生方に現状を踏まえたくうえで今後の動向をご講演いただいた。



演題 1

PD治療の現状と今後の方向性! ～世界のPDと日本のPD～

医療法人あかね会土谷総合病院 副院長
川西秀樹 先生



日本では生存率が変わっていない!?

PD療法が保険適用されて34年になるが、透析患者の生存率はこの間変わっていない。その理由として、「高齢化、糖尿病性腎症患者や腎硬化症の増加など、予後不良な患者の導入が多くなっていることが原因」とされているが、実際は「透析療法は進歩していない」のではないだろうか。1980年にCAPDが始まり、85年にHPM研究会、95年に日本HDF研究会が始まったが、これらは所詮はマイナーチェンジにすぎなかったのかもしれない。透析患者の生存率改善を目指すには、週3回の標準透析の枠を超える「回数正」を実現するほかはないと考える。

頻回血液透析の有効性を示すデータが、Blood Purification 2018に掲載されたので紹介したい。1995年から2014年、週3回のHDで体液コントロールが困難な症例52名を対象にした。1年後に週4回透析が35人、週5回が3人、週6回が7人になったが、心エコーEF低値群(<55%)と正常群にわけて検討したところ、EF低値の頻回透析導入3年後の生存率は42.3%で、EF正常群61.5%と維持されていた。更に両群とも心疾患による入院率は有意に下がり、週3回

のHDで体液コントロールが困難な症例に対する頻回透析の有効性が示唆された。

日本で30年間生存率が変わっていない

・導入患者の高齢化、糖尿病性腎症患者や腎硬化症の増加など予後不良な患者の導入が多くなっていることが原因で、粗死亡率は年々悪化傾向を示していると考えられる
 (図説わが国の慢性透析療法の現況より)

本当でしょうか?

透析療法は進歩していない??

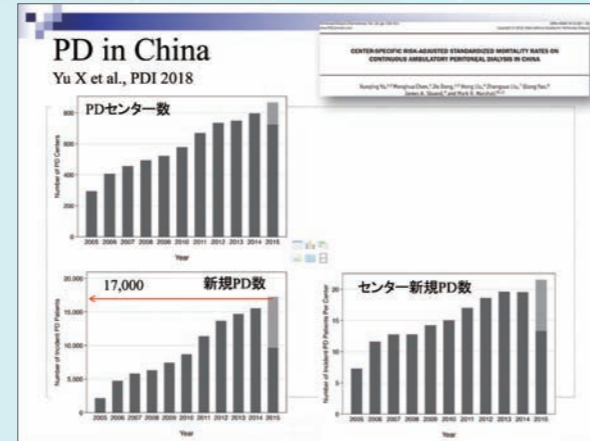
1980年CAPD
 1985年HPM
 1995年JSHDF ⇒ 生存率は不変

▶週3回、標準透析の枠を超えていない
 ▶回数枠の是正!!

中国におけるPDの現状

世界の透析事情はどうか。中国のPDについては、PD患者の約70%が登録されている外国メーカーのデータベースを解析したデータが示されている。2005年から2015年のPD患者85,000人の平均年齢は52歳、原疾患が糖尿病は17%と少なく、4バッグ交換は50%であった。ちなみに生存率は4バッグと3バッグで変わらないというデータが掲載されていた。医療保険は、最近つくられた新しい農村協力医療システムが36%、都市勤労者向けの都市職工基本医療保険が36%、都市住民基礎保険が19%、自己負担が7%である。就労状況は、就労者が7%、学生0.5%、失業者55%、不明40%で半分は失業している。PDセンター数は2005年から増加の一途で、800施設を越え、センターの新規PD患者数は20人で、2015年の新規PD患者数は17,000人にのぼる。死亡率はセンター間格差があり、患者数の少ない小規模施設は平均よりも予後が不良で、このような施設が20%くらい存在している。HDと比較すると、PDの施設間格差は大きいと思われる。PDOPPSのデータで各国の死亡率を比べると同様に施設間

格差が大きいことから、世界的に見てもPDの死亡率は施設間格差が大きいといえる。

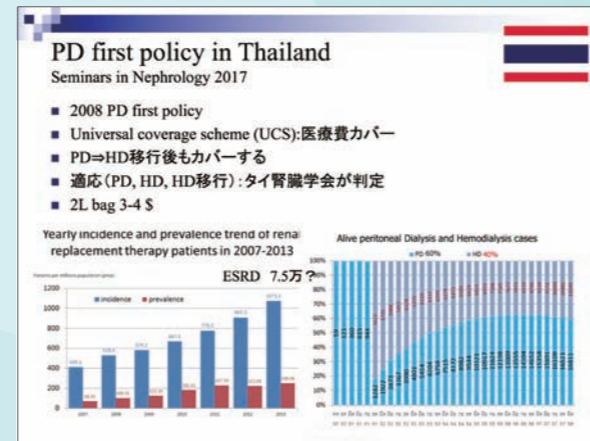


アジアで急増するPD療法

タイは診療報酬が特徴的で、2008年にPD first policyができた。これ以前は、人口の9%を占める公務員は無料、16%を占める就労者は包括化された金額を人头割、残りの75%の一般人は定額制だが、PDは自己負担がかなりあった。2008年以降は、一般人に対してもPDの医療費がカバーされるようになり、最近PDからHDに移行しても支払われるようになった。PDとHDの適応、PDからHDへの移行は、タイ腎臓学会が判定している。ESRDは罹患率、有病率ともに増加の一途で、約75,000人と考えられている。一部PDだけを実施する施設があるが、大部分はPDとHDの両方を実施する施設である。

国から病院への支払いは、かつては1患者あたり月に4,000バーツだったが、現在は3,000バーツで日本円にして10,000円ほどの補助が出ている。患者の自己負担は、1回あたりHDで1,900円、PDは2,000円だが、HDは回数が多いので年間の自己負担はPDよりもかなり大きくなる。タイは透析患者数も医療費も増大しているものの、医療費予算の2,400億円は予想を下回る伸び率に過ぎないという。透析を受けずに亡くなる人が未だ多いのが、タイの現状といえる。その一方で、看護師不足は問題化している。16週間のPD

訓練プログラムでは、6週間は在宅療法について、10週間は手技について学び、合格した看護師だけがPD管理を行うことができる。1看護師あたり平均30~50人の患者を担当するが、なかには200人を担当する場合もあるという。



PD治療の新しい潮流

最後にPD治療の新しい流れとして、SONG (The Standardized Outcomes in Nephrology) を紹介する。さまざまなガイドラインが作成されているが、SONGが重要視しているのは患者さんの考えであり、声を聞く姿勢を前面に打ち出している。「PDが一番よくないことは何ですか」という質問を患者さんに投げかけると、食欲がないなどの症状が出てくる。その症状に対して、どういった現象が起きているかを示し、解決を提示する。患者さんの意見を聞いて、対策を考えながらガイドラインをつくっていくという考え方である。日本はまだ参加していないが、今後注視していきたい。

2017年の日本のPD患者数は、2016年よりもやや増えて9,090人になった。PD患者数が増えない理由は、HD施設数の多さ、診療報酬上のメリットが少ないなどの理由はあるが、一番大きな原因は新しいデバイスがないことに尽きる。バッグ交換がより簡便な画期的なPDシステムをつくるべきなのに、未だに実現していない。日本はPD先進国だから、メーカーには新しいデバイスを開発していただいて、PDの普及につなげていきたい。



PDの診療報酬改革 ~“今”でしょう!!~

埼玉医科大学病院 副院長 総合診療内科 教授
中元秀友 先生



わが国の透析医療費と医療成果

2017年のPD患者数は9,090人で、前年よりも若干増えた。2018年はPD患者さんがさらに増える傾向が明確に出ている。これは厚労省が地域包括ケアを推進するうえでPD療法を推奨する流れを示したため、2019年のうちに、あるいは2020年には1万人を越える期待が高まっている。

HDを含めた日本の透析患者数は約33万人、世界に目を向けると2017年にアメリカは50万人を突破し、中国は53万人、インドは15万人となった。人口100万人あたりの患者数は、日本は2,500人だが、人口13億人の中国で同じレベルまで患者が増えると300万人に到達すると予測されている。インドの人口も13億人であることを考えると、アジアやアフリカで将来的に透析患者数の増大が見込まれる。

医療費に目を向けると、日本の透析医療費は年間1兆6000億円、皆保険制度により自己負担率は0~2%で、身体障害者手帳を取得すれば自己負担は実質0円になる。個人保険のアメリカは、これは20年前のデータだが自己負担率は0~20%と高いために、透析を間引いたり、苦しくなってから透析を受ける人が少なくない。5人に1人は

経済的な理由によって透析を中断するために、入院回数は日本の3倍、社会復帰率は4分の1となっている。

各国透析医療費と医療成果-2 (1995年)

支払方式	国名	自己負担率	年間入院回数	社会復帰率
ビスマルク 個人保険	日本	0-2%	0.59/年	82.5%
	米国	0-20%	1.41/年	23-31%

米国のAD保有率: 51%
米国では2004年に15000人が透析継続の中止で死亡
米国では透析患者の22%が死亡前に透析を中止
米国での透析中止は「relatively common among dialysis patients」

透析の現状と診療報酬の意味すること

急速に高齢化が進む日本では、透析患者さんも高齢化し、平均導入年齢は69歳まで上昇し70歳に到達する日も間近だ。原疾患は圧倒的に糖尿病が多く40%を越えており、このため全身性の血管病変を併発しやすく、心血管合併症を多発して予後が悪い患者さんが多い。

税金を負担する生産年齢人口が減少するなかで、増大する一方の高齢者医療をどう支えていくのか。そこで重視されているのが、地域包括ケアシステムである。患者さんを病院から地域に戻し、自宅や介護施設で暮らす高齢者に安定した医療を提供することを目指している。

保険制度の根幹となる診療報酬は、小泉政権時代に財政再建のためにマイナス算定され、大きく減額された。その後はゆるやかに回復し、平成30年度の改定では診療報酬本体はプラス算定になったものの薬価は大きく下がっている。日本人の平均寿命が延伸するなかで、慢性疾患を複数持っている高齢患者さんに対応するために、診療報酬も急性期医療から慢性期医療へ、在宅に移行するための回復リハビリなどの病床に手厚くする方向性が明確に示されている。

改定年度	診療報酬本体	薬価等	全体的改定率	政権
2000年度	1.90	-1.70	0.20	自民党
2002年度	-1.30	-1.40	-2.70	自民党
2004年度	0.00	-1.00	-1.00	自民党
2006年度	-1.36	-1.80	-3.16	自民党
2008年度	0.38	-1.20	-0.82	自民党
2010年度	1.55	-1.36	0.19	民主党
2012年度	1.379	-1.375	0.004	民主党
2014年度	0.73	-0.63	0.10	自民党
2016年度	0.49	-1.33	-0.84	自民党

平成30年度診療報酬改定より

- 「改定率」
- 診療報酬本体 +0.55% (医科 +0.63%・歯科 +0.69%・調剤 +0.19%)
- 薬価 ▲1.65% (薬価ベース ▲7.48%)
- ▲1.36% 実勢値等改定
- ▲0.29% 薬価制度の抜本改革
- 材料価格 ▲0.09%