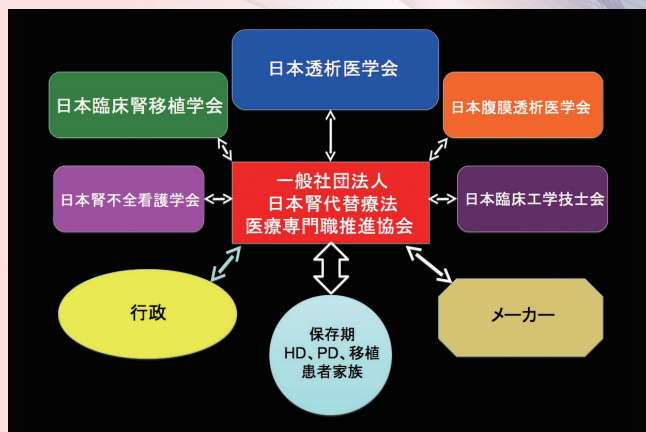


(社) 日本腎代替療法医療専門職推進協会設立

腎移植は、透析と比較して予後を改善、腎不全患者の第一選択になる。生体腎移植は年間1,500件程度実施されているが、献腎移植(脳死・心停止下)は年間200件程度にとどまる。55歳未満の透析患者約48,000名のうち、献腎移植登録を行っているのは約12,500名のみという現状があり、移植登録を増やすためにさらなる取り組みが必要とされている。

2019年12月に日本透析医学会が中心になり日本腎代替療法医療専門職推進協会を設立する事が決定した。透析医療に携わる医療専門職の共通の新資格として「腎代替療法専門指導士」を認定し、育成・教育を行う。在宅医療および腎移植医療の推進が重要課題であり、透析見合わせ希望者に対しては緩和を含めた適切な対応を行える体制の構築を目指している。



Comment

広島大学病院
腎臓内科 教授
正木 崇生 先生



PDの診療報酬動向と期待すること

2018年度の改定では、腹膜透析や腎移植に資する取り組みや実績を評価して加算がついた。しかし、その加算はHD患者に対するものであり、PD患者そのものに対する加算ではなかった。2017年と2018年の全透析患者におけるPD患者の割合を算出すると、増加率はわずか0.05~0.06%であった。2019年の上半期は急激に増えて、半年で1年分くらいの導入数増加が見られたが、パーセンテージが大きく変わるほどではない。腹膜透析や腎移植を推進するのであれば、有意な診療報酬改定を期待したい。

Comment

京都大学医学部附属病院
腎臓内科 講師
横井 秀基 先生



診療報酬—京都大学の場合—

2018年度の診療報酬改定で、京都大学にどのような影響がみられたかをまとめた。新規導入患者はHDが年に70~80名程度で、10日ほど入院しているので、導入期加算2の部分は年で80,000点増加している。大学病院では外来維持透析は行っていないため、慢性維持透析外来医学管理料は算定できない。PDに関しては、HD+PD併用療法のみ行っている。年に10名程度だが、併用療法についてはHDベッド数の制限があり、遠方より来院する患者の利便性と安全性に問題があった。2020年度の診療報酬改定でHDとPDが別施設でも算定できるようになれば、大学病院にとっては大変有意なことである。

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、新しいガイドラインと2020年度の診療報酬改定についてうかがい、3人のコメンテータの先生方からもご意見を頂戴した。ガイドラインによって新たな規範を手にしたPDが、今後どのように変わっていくのか。それを裏付けるであろう2020年度の診療報酬改定が山場を迎えている。それに加えて、日本腎代替療法医療専門職推進協会が今まさに立ち上がる寸前という状況で、こうした職種を得ることによってPDや移植だけでなく、HDも活性化すると予想される。2020年は、腎代替療法が大きく動いていけば良いと感じている。

PD NET SEMINAR Report 2019

2019年12月21日
東京国際フォーラム

昨今の診療報酬改定を受けて、腹膜透析(PD)療法の腎代替療法の選択において大きな意味を持ってきた。日本腹膜透析医学会では、日本腹膜透析医学会認定医・連携認定医制度を立ち上げ在宅医療の先生方にもすそ野を広げ、高齢在宅患者の腎代替療法における選択肢の拡大を目指している。今回は「療法選択~説明してますか? PDって知ってますか?~」と題して、オピニオンリーダーの先生方にご講演いただくとともに、コメンテータの先生方にご意見を頂戴した。



川西 秀樹 先生

土谷 健 先生

中元 秀友 先生

演題 1

腹膜透析ガイドライン2019

医療法人あかね会 土谷総合病院 副院長
川西 秀樹 先生



2019年版ガイドラインで何が変わったか

「2009年版腹膜透析ガイドライン」から10年をへて、「2019年版腹膜透析ガイドライン」が改訂された。2009年版と同様に、腹膜透析を「CKDステージ5患者に対する包括的腎代替療法の初期治療である」と位置づけ、管理指針を明確に示した。2019年版では、従来の5章構成をPart1として7章構成に増やし、新たに腹膜炎管理とカテーテル・出口部管理の章を追加した(図)。また、Part2を新設してGRADEシステムに基づきClinical Question(CQ)を立て、システムティックレビューを行った。

おもな変更点は、第1章の導入では、日本透析医学会「維持血液透析ガイドライン:血液透析導入」2013年との一致が行われた。第2章の適正透析では、私がかねて主張してきた「体液量過剰を避け、PDにおいても適正体重「ドライウエイト(DW)」を維持することが重要である」を世界で初めてガイドラインに入れていただいた。

第3章の栄養管理は評価と指導介入が加わり、第4章の腹膜機能に

は排液バイオマーカーへの期待が加わった。第5章のEPS回避のための中止条件は、PETを「推奨する」から「提案する」になった。

目次 2019年版

- 第一章 導入
- 第二章 適正透析
- 第三章 栄養管理
- 第四章 腹膜機能
- 第五章 被嚢性腹膜硬化症回避のための中止条件
 - 小児:特殊性を各項目に付記として加えた
- 第六章 腹膜炎管理
- 第七章 カテーテル・出口部管理



PDに最適な症例を考慮することの重要性

PDに関する十分な情報提供を行うと、残存腎機能への効果、PDの利点が発揮できる症例、PDからの移行についても提示する必要があります。

欧米からの研究によると、合併症のある高齢者は1年以内にPDの利点はなくなることが示され、その利点は、おもに残存腎機能維持(RKF)の効果によるもので、RKFが低下し、さらに腹膜透過性亢進が加わり死亡率は上昇すると考えられる。リスクの高い症例では導入期よりPDの優位性が少ないので、PDに最適な症例を選択することが重要となる。さらに合併症のある高齢者のPD継続率は低下する可能性があり、これらの症例への厳格な管理が重要となる。

計画的導入 ⇒ Timely initiation

- 必ずしも早期導入でなくて良い。
- しかし緊急導入は避けたい。
- **CKD ステージ5(GFR15.0 mL/min/1.73 m²未満)の患者で、治療に抵抗性の腎不全症候 ⇒ 透析導入を考慮**
- **糸球体濾過量が6.0 mL/min/1.73 m²未満 ⇒ 透析導入を推奨**



Part 2:CQ (Clinical Question)と推奨

新たに加えられたPart2のClinical Questionは全6項目であり下に推奨を含めて示す。GRADEシステムに基づいた解析を行ったため明確な結論を提示することはできなかったが、これは逆にPD療法のエビデンスの限界を示しているとも考えられる。特記すべきは、

ISPDガイドラインでは推奨されている“出口部への抗菌薬塗布”の推奨を外し、これまで日本では適応の関係で行われてこなかった“腹膜炎時の抗菌薬腹腔内投与”の推奨を加えた点であろう。

CQ1 腹膜透析患者に、**レニン・アンジオテンシン系阻害薬(RAS阻害薬)**(ACEI,ARB)の内服は有用か?
推奨 RAS阻害薬(ACEI,ARB)内服を**弱く推奨**する(GRADE2C)。

CQ4 腹膜透析患者にカテーテル挿入を行う場合、開腹手術のカテーテル挿入と腹腔鏡下手術のカテーテル挿入のどちらが有用か?
推奨 なし

CQ2 腹膜透析患者に、**イコデキストリン透析液**使用とグルコース(ブドウ糖)透析液単独使用のどちらが有用か?
推奨 体液管理の面において、イコデキストリン透析液使用を**弱く推奨**する(GRADE2C)。

CQ5 腹膜炎を起こした腹膜透析患者へ、抗菌薬は、経静脈投与か、**腹腔内投与**のどちらが良いか?
推奨 腹膜炎を起こした腹膜透析患者へ、抗菌薬は腹腔内投与を**弱く推奨**する(GRADE2C)
注意 現在、腹腔内投与については保険適応がない

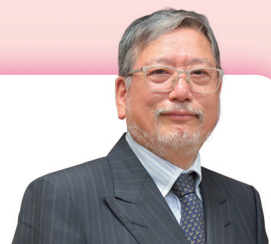
CQ3 腹膜透析患者に、**出口部への塗布**としてムピロシン軟膏/ゲンタマイシン軟膏と塗布しない(洗浄のみ)のどれが良いか?
推奨 出口部への塗布としてムピロシン軟膏/ゲンタマイシン軟膏塗布を**行わないことを弱く推奨**する(GRADE2C)。

CQ6 糖尿病性腎症の患者さんの透析療法は腹膜透析開始と血液透析開始のどちらがよいか?
推奨 なし

Comment

大阪市立大学医学部附属病院
人工腎部 病院教授

武本 佳昭 先生



ガイドラインの意義とは

ガイドラインの「強い推奨」は、標準的な治療としてすでに実施されている内容である。臨床で一番困るのは、「行うことを弱く推奨する」と「行わないことを弱く推奨する」の間をどうするのかということである。CQ3「出口部への塗布としてムピロシン軟膏/ゲンタマイシン軟膏塗布を行わないことを弱く

推奨する」を例に挙げると、出口部の感染予防に軟膏塗布をほとんど行わない日本のデータはよいが、海外のように軟膏を予防塗布すればさらに向上するのかという疑問は残る。ガイドラインを策定した先生方には、この間を埋める指標を示していただきたい。

演題 2

PDの未来

～2020年診療報酬改定の動向～

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



PDの未来
～2020年診療報酬改定の動向～

埼玉医科大学 総合診療内科
中元 秀友

2018年度診療報酬改定の効果

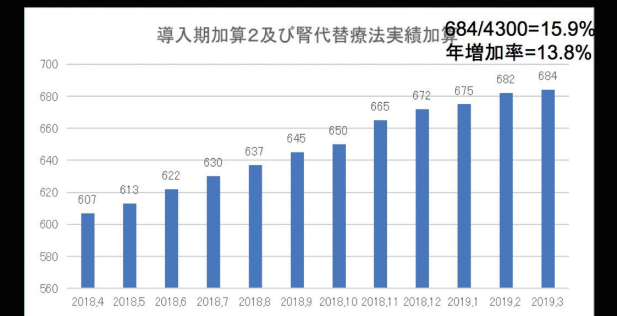
2018年度診療報酬改定のポイントは、「糖尿病性腎症の重症化予防を行い、新規透析患者の抑制」「腹膜透析や腎移植の普及推進」「施設の規模や効率化を踏まえた報酬体系」だった。マイナス改定と受け止められたが、夜間診療加算、障害者加算、透析液水質確保加算などのプラス算定もつけられた。また、人工腎臓6時間以上加算が新設され、HDFについては新たに慢性維持透析濾過加算がつけられた。

その一方で、われわれが強く要望した「透析療法の適正な選択(SDM)」「腹膜透析や腎移植実施施設」への加算が認められた。しかしながら、今後の課題も指摘された。

PDの利点は、残存腎機能維持に優れる、心血管系への負荷が少ない、生活の質(QOL)の維持に優れる、などが挙げられ、本来であれば「PD First」という考え方が強調されるべきである。にもかかわらず、治療を始める前から腹膜透析を知っていたのは全体の4割にすぎず、6割の人は知らなかった。過半数の患者は、「医師が治療法を決定し、それに従った」と認識していることから、患者が参画して治療法を決める(SDM)ことの重要性が高まり、2009年に腹膜透析導入ガイドラインがつけられた。5学会合同療法選択ツール「腎不全 治療選択と

その実際」が作成された。今回の「療法選択加算」により正確な情報を患者さんに提供し、患者さん自身が治療法を選択できるようになった。こういった積み重ねで、導入期加算1の算定施設数は3,374で全体の8割近くに到達し、導入期加算2の算定施設数は684に増加した。

平成30年4月以後の導入期加算2算定施設数



北海道厚生局、東北厚生局、関東信越厚生局、東海北陸厚生局、近畿厚生局、中国四国厚生局、四国厚生支局、九州厚生局ホームページよりデータダウンロード(2019年4月5日現在)を引用

2020年度診療報酬改定に向けて

2020年度の診療報酬改定では、医科は0.53%、薬価はマイナス1%となっている。透析医療については、2018年度の診療報酬改定の方向性(適切な療法選択、特にPDと移植の推進)は維持、強化されている。次期診療報酬改定に向けた交渉もすでに始まっており、ポイントは高齢化社会に向けた地域包括ケアの充実と認知症対策である。

PDとHDの併用療法については、これまでは同一医療機関で実施するルールだったが、今回の改定では他施設で行う場合も認められるようになった。問題視された重複申請ができないような仕組みをつくり、患者さんの利便性や臨床実態を踏まえた算定が認められることになった。

2020年度の診療報酬決定

	2006年度	2008年度	2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2018年度	2020年度
合計	▲3.16%	▲0.82%	0.19%	0.004%	▲1.26% (0.10%)	▲0.84% (▲1.03%)	▲0.90% (▲1.19%)	▲0.53% (▲0.46%)
診療報酬 本体	▲1.36%	0.38%	1.55%	1.38%	0.10% (0.73%)	0.49%	0.55%	0.47% (0.55%)
医科	▲1.50%	0.42%	1.74%	1.55%	0.11% (0.82%)	0.56%	0.63%	0.53%
歯科	▲1.50%	0.42%	2.09%	1.70%	0.12% (0.99%)	0.61%	0.69%	0.59%
調剤	▲0.60%	0.17%	0.52%	0.46%	0.04% (0.22%)	0.17%	0.19%	0.16%
薬価等	▲1.80%	▲1.20%	▲1.36%	▲1.38%	▲1.36% (▲0.63%)	▲1.33% (▲1.52%)	▲1.45% (▲1.74%)	▲1.00% (▲1.01%)

※2014年度のカッコ内は、消費増税対応分を含めた数字

2016年度、2018年度、2020年度の薬価等のカッコ内は、薬価制度改革の効果を含めた数字

※2020年度の本体のカッコ内は、働き方改革への特約的な対応を含めた数字



2020年度は現在も交渉中です。患者さんのためにより良い医療に貢献できるよう日本透析