

腎不全医療の需要の動向

西 三 郎

1. はじめに

腎不全医療は、その需要が高まるなかで必ずしも安定した医療供給の体制が整備されているとはいえ、医療需要側である患者の中にも将来の医療についての不安が見られている。このような腎不全医療を、医療全体についての将来展望のもとでそのあり方の検討がせまられているといえよう。

本報告は、まず腎不全医療の背景となる現在の国民医療が直面している課題を概観し、とくに現在日本が行っている医療費の適正化対策とその背景を分析し、次いで腎不全医療の需要の動向を既存の衛生統計を用いて分析し、今後の検討の資料に資することをねらいとしてまとめた。

2. 医療をめぐる新しい情勢と問題点

(1) 医療需要、医療供給における変貌

1) 医療の需要と供給を変化させる要因

国民医療費の高騰は、日本のみならず先進諸国すべてにみられる現象であることから、その要因およびそれへの対策には、共通した原則があるといえよう。しかしながら、医療は、各々の国の文化的生活に深くかかわっていることよりその解決は容易ではなく、各国ともこの共通原則をふまえながら具体的な政策展開にあたりその対応に苦慮している。まず国民医療費の増騰に関連する要因を、医療需要と医療供給との二つに分けて原則的な事項を中心に概括してみよう。なお、医療における需要と供給の関係は、他の分野と異なり、生活に必要なことでありながら一人一人に個別的な対応を必要とし、しかも高度に専門的であることから

ら需要と供給とがお互に深く関連しあっている。このため、二つを区分して述べることは妥当ではないが、問題を整理するためここではあえて区分した。

医療需要に変化をもたらす直接的な要因は、疾病構造の変化と医学、医療技術の進歩による医療の質の向上および医療の概念自体の拡大が挙げられる。間接的な要因は、国民生活水準の向上、社会保障の充実、高齢化社会の3つが重要なものといえよう。医療供給に変化をもたらす要因は、医療の発展、医療施設の整備、医療保険制度の充実が挙げられる。これらの要因について簡単に説明しよう。

2) 医療需要を変化させる間接的要因

間接的に医療需要の増大をもたらした国民生活をみると、国際的にみて必ずしも同一歩調を揃えてはいないが、第二次世界大戦後の混乱期からの脱出が図られた後は、各国ともに、教育水準は向上し、経済的文化的に豊かな社会の方向をたどってきている。教育水準が向上することにより、健康についての知識、理解が深まり、健康を尊重することの意義を認識し、行動も健康的になってきている。その上、経済的文化的に豊かになることにより、現実に必要な医療サービスを利用することができるようになった。すなわち、医療ニーズがあっても、なかなか医療需要には結びつけなかった時代から、医療のニーズを自覚し、それに基づいて潜在化されていた医療需要を顕在化しそれを満たすための行動に結びつくことが容易な時代になったといえる。また、国民生活水準の向上をもたらした国民経済の繁栄により、社会保障の充実

が理念としてのみでなく具体的な事実として国民に取って身近なものにされた。このことにより豊かな社会が実現した現在では、たとえ政府が厳しい財政事情におかれようとも、国民は福祉水準の維持を期待している。

基本的人権の思想は、民主主義の普及とともに第二次世界大戦のもたらした大きな成果として敗戦国、旧植民地に急速に広まり、各々の国の憲法にその旨が規定され、社会保障の充実が国家の大きな責務とされた。さらに次々に設立された国際機関は、基本的人権の尊重を旨としている。例えば、世界保健機関は、その憲章の前文に、

「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。

到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである。

すべての人民の健康は、平和と安全を達成する基礎であり、個人と国家の完全な協力を依存する。

……中略……

各国政府は、自国民の健康に関して責任を有し、この責任は、十分な保健的及び社会的措置を執ることによってのみ果たすことができる。…後略」

すなわち、健康を基本的権利とし、国にその責任をかせくことを規定し、各々の国において社会保障の充実が大きな国家目標とされるとともに国民においても健康への権利性に基づく医療需要の顕在化がみられた。

間接的な要因としての最後に、社会の高齢化が挙げられる。高齢化は、先進国のみならず中進的な開発途上国においても急速にすすみつつあり、多様な医療ニーズを有している高齢者の人口に占める割合の増加を意味する。とくに、日本では、高齢化の速度が急速でありその課題への対処が急務とされている。現在老化の研究が世界的規模ですすめられてはいるが未だその研究は著についた段階であるにもかかわらず、超高齢者が急増し、従来の高齢者対策とは別の視点の導入がせまられ

ている。超高齢者とはということがようやく論議され始めたことから未だその定義は確定していないが、85歳以上の高齢者と仮定すると、昭和59年現在717千人、日本総人口の0.60%であるが、2025年には3311千人、2.60%（厚生省推計）4335千人、3.47%（日本大学推計）となると予想されている。このことは、疾病の予防とともに健康的な生活能力維持への指導が必要となる対象者が増加してくることを意味する。すなわち、社会の高齢化は、医療需要の増加に間接的な要因というよりは直接的な要因ともいえよう。

(2)医療の発展とその影響

1)医療の変貌と直接的な医療需要への変化

直接的に医療需要に関係する要因として、疾病構造の変化と医学、医療技術の進歩による二つが挙げられ、この二つが相互に関連しながら医療需要の質的、量的な拡大さらには医療自体の範囲を拡張させ、医療需要全体の規模を著しく拡大させてきている。

戦後の混乱期の日本では、コレラ、天然とう等の伝染病が猛威をふるい、国民の健康状態は明治に逆戻りした状況におかれた。しかし、国および国民の努力による国民生活の向上を背景にすすめられた生活環境の整備、公衆衛生活動の発展および医学、医療技術の進歩により急性および慢性伝染病の脅威は過去のものとなり、乳児死亡率の低下、平均寿命の延長がみられ現在では世界のなかで最も長寿な国になった。すなわち、現在では、国民の三大死因は、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患となり疾病対策の重点もいわゆる成人病に移行し、疾病構造の変化といわれている。成人病の時代における疾病予防にみられる早期発見、早期療育は従来の診療と共通する内容であり、また従来の診療においても生活指導、リハビリテーションが加わり現在の医療の概念は、予防、保健活動から診療、リハビリテーションを包括するように拡大され、さらに図1に示すように健康づくりからターミナルケア迄をも含む広い範囲へと発展してきている。次に簡単に、医学、医療技術の進歩

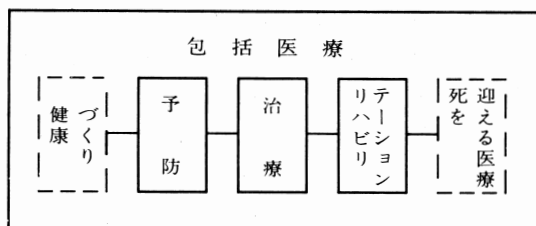


図1 包括医療の概念とその拡大の方向

による影響を説明しよう。

医療技術の進歩は、他の分野にみられる技術進歩とはその性格を異にし、医学の進歩と密接不可分の形で技術進歩がすすめられ、医療の質の向上が常に含まれている。すなわち、技術進歩により提供される医療の質が高くなることを意味し、そこには経済的効果を期待し得ない。一般に医師は、医療行為にあたり常に医療の質の向上を願っていることから、技術進歩においてもそのことを常に考慮している。人工腎臓に言われている経済的効果のある技術開発においても、その内容をみると医療の質の向上が加味されているといえよう。

医学の進歩により、多くの疾病の病因の解明がすすみ、有効な治療方法が開発されたことにより、治療および療養期間の短縮がみられ、従来の医学では死亡したであろう患者が軽快または治癒するようになり、さらに病気をもちながら日常生活さらには生産活動が可能にされた。例えば、人工腎臓の開発により、死を余儀なくされていた腎不全患者の救命からさらには定期的な透析によるという時間制約があるが社会復帰ができるようになった。すなわち、医学医療技術の進歩の成果は、医療需要を著しく喚起し、さらには高度医療といわれる高額な医薬品を大量に用いる医療、重装備の医療機器を駆使した医療が行われるようになり、医療行為自体に、社会的な同意を必要とし、さらには医学研究の着手をも社会的に規制することがみられてきている。例えば、脳死の判定と脳死状態における行為、人間の受胎から受精への関与、遺伝子の操作等の極めて倫理的な要素を加味した

医療行為、医学研究が次々に登場してきている。これらは、現状では医療ニーズとはいえなくとも将来には医療ニーズといえるようになり、さらに医療需要として顕在化し医療需要の質の向上、拡大に結びつく事項となろう。

現代医学の恩恵が及ばない時代における医療は、急性症の治療が主流を占めており診療の結果も死亡か治癒かの区分しなく、長期療養の例は数が少なかったが、現在は疾病構造の変化によりいわゆる成人病などの長期慢性疾患に診療の重点が移行し、狭い診療から、生活指導およびリハビリテーションが重要になってきている。また、重症患者に対する医学の進歩は、死亡の回避に成功してもその回復後に植物状態にみられるような医学的な治療よりは看護、介護に重点をおく必要な患者を生じてきている。また、ねたきり患者、痴呆老人等の新しい形の看護、ケアの必要が高まってきている。

最近では、「一病息災」ということが再認識され、慢性的な経過をたどる病気例えば、糖尿病、心臓病、肝炎、腎炎等により患していたとしても、医師の治療および指導のもとに適正な療養生活を過ごすことにより生涯を全うすることが可能な時代になってきた。すなわち、従来の医療の対象が、疾病の医学的な治療に限定されていたものから、看護、介護、リハビリテーションおよび療養指導、生活指導にも重点が置かれるようになってきている。人間は必ず死を迎えるものであることより、威厳をもって死を迎えることができる方策が求められ、病院内での機械に囲まれた死よりも自宅で家族に囲まれた死への希望が多い。このような人間の死にゆく過程へのケアの一つにとターミナルケアがあるといえる。維持透析を受けている患者にとって人生の最後を迎えるに際しても人工腎臓を必要とすることから、腎移植、CAPD、家庭透析等の普及とともにターミナルを安心して迎えることが出来るよう人工腎臓装置を保有する病院、施設の整備が急務といえよう。

尊厳なる死を迎えることができるためには、その人が最後まで人間としてのすこやかな生をすこ

せることが必要である。このため健康づくりを単に狭い意味での健康に限定せずに生活自身の豊かさを求めるものへと発展しなければならない。健康づくりには、前述の超高齢者の生活能力維持機能もその一つであり、透析患者等に対する日常生活についての保健指導、生活指導も重要な機能といえる。すなわち、医療は、このように包括的な内容に拡大、発展してきていることから、医療需要といわれる内容も広い概念での医療として検討することが必要ではなかろうか。

疾病構造の変化は、生命の脅威となる疾病が、単に伝染病から成人病に移行したことのみを意味するものではない。疾病の病因また病態像が変化し、生活習慣に関連している例が少なくないことより、疾病対策の段階としての医療においても国民生活に深いかかわりを持った生活指導が重要になってきている。

医療需要は、生活水準の向上および医学、医療技術の進歩により拡大、発展されるものであり、それを抑制することは人間社会の進歩、発展を阻害するものであるといえよう。このような人間発展の法則のもとで各々の国において、自国の文化に適応させながら、いかにして合理的効率的に医療需要の欲求を満たし、必要な医療供給を確保するかの努力が払われている。

2) 医療従事者とその専門性の確立

医療を担当するのは医師を始め多くの医療従事者である。まず、医師の機能とその発展の経過を見てみよう。

地域社会のなかで人間の苦痛を癒すために行われていた医療行為から、文明の発展とともに学問として医学が誕生し、医学を修めたものが医師として医療を専門的に取り扱うようになっていった。西洋では古くより医師はプロフェッションとして公共性の高い専門職とされていた。医学の進歩発展に伴い、医師の業務を補助する技術者が必要となり、その資格が定められ専門的に医療に従事するようになってきている。日本では、明治以前の漢方医学に依拠して医療が行われている時代より、医師は専門的な職業とされていた。明治になり近

代国家として西洋医学に基づく医療に大きな転換がなされ、現在の医療制度の基本的な事項は既にこの時代に整備された。西洋医学による医師の養成を始めるとともに、江戸時代からの医師も既得権として医師の資格が与えられ、庶民には医療供給の混乱を起こすことなく新しい医療制度に移行させるという偉業をなした。そこでは、多くの先進国の制度と同様に医業は医師に限るとされ、医師による自由開業制度が確立された。

戦前の日本では、伝染病院、精神病院以外の一般病院は、医学教育のための病院、軍病院を除くと富裕階級のための私立病院に殆ど限定され、庶民の多くが入院を必要とする時には有床診療所に限られていた。このことは、医師以外の医療従事者の教育の多くは、看護婦を含めて診療所の医師による徒弟制度的な方式にまかされ、現在のチームによる医療の時代においても医師がすべての分野にわたり中心となり指示、指導するという体制が維持されていることの理由の一つといえよう。戦後は、看護婦等の医療従事者の資格が法的に定められ、専門職としての教育訓練の体系が整備され、国は医療供給体制の整備とともに医師を始め多くの医療従事者の確保を計画的にすすめている。

医学の進歩により医療はその細分化の方向を強め、専門医制度の有無にかかわらず専門分化（スペシャリスト化）がすすんでいる。また、他方では、チームによる医療といわれるように数多くの専門職が医療に参加してきている。しかしながら、日本では、医師、歯科医師、薬剤師は3師として医療の社会では同列の専門職とされているが、その他の専門的医療従事者は、その下に位置づけられ、教育年限も大学卒業よりは短い高等学校卒業後3年間の一般的なものである。最近になりようやく看護の大学および大学院が設けられた。また、医療の中で新しい専門分野の技術者を必要としてもその資格、制度の確立は困難であり、これらの技術者が、患者に直接接触する行為が必要となることが予め明らかな場合には、苦勞して、准看護婦の資格を得ることにより現行法制度に準拠する方式がとられている。厚生省は、透析療法の専門技術

者訓練の予算を計上しているにもかかわらず専門職としての法的資格を定めていない。このことは、各々の専門性の尊重が前提としてのチームが編成出来難くなり、適正な医療の確保のためにも検討されなければならない。

医療は、医師が行いその他の従事者は、医師の指示、指導によるとされ、現実には医師以外の専門職は、自分の専門により判断することができる範囲が狭い。専門訓練を受けた人の技術を正しく評価し、専門職として適正な報酬が支払える診断報酬体系を確立することは、短期的にみても医療費の変動があろうとも長期的には医療費の適正化に結びつくものといえよう。

医療における新しい技術を必要とする分野において、医師であることのみを理由に訓練を受けずにその業務を担当することは過去における富士見病院事件にみられるように適正な判断ができずに危険な行為をなすことも考えられる。その上医師であることを理由に高い報酬を要求することもあり得よう。医師には医師としての訓練と報酬の体系が必要であり、その他の専門技術者においても同様であることから、高度な医療機器の導入がすすめられている現状において医療におけるチームのあり方および医師の役割について基本的な段階からの論議が必要な時期にきているといえよう。将来の医師数が過剰になるとの意見が見られているなかで、各々の専門職の専門性の確立は、医療における危険防止とともに医療経済の側面からみても効果があるといえよう。

(3)医療供給と医療保険の改革

1)医療供給体制の整備と保健医療計画

医療供給体制の整備には、車の両輪として医療供給そのものの整備と供給される医療を利用し易くするための医療保険制度の整備が必要である。アメリカを除く殆どの先進諸国は、この両者を整備しており、日本においても昭和36年に国民皆保険制度を達成し、すべての国民は、強制的に何等かの医療保険に加入している。ここでは、後者の医療保険を次項に譲り、医療供給そのものの整備

を中心にまとめる。

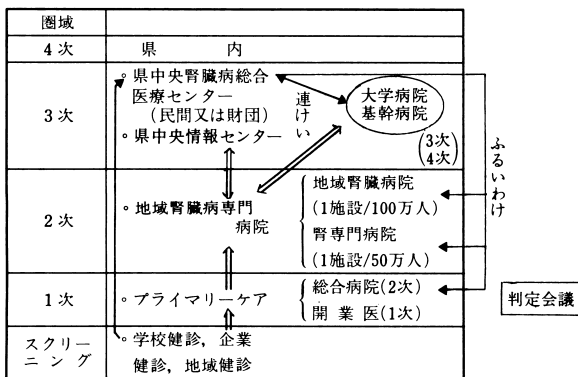
医療供給を直接担当するのは医療従事者であり、その人々が働く場が医療施設、必要とする医療機器、医薬品は医療産業、医薬品産業より供給されている。医療従事者については前項において述べていることからここでは除く。

医療施設は、医療法によると、病院、診療所および助産所であるが、その他に国民の医療に直接かかわる施設として、医業類似行為のあん摩、マッサージ指圧、はり、きゅう、柔道整復の施術所、薬局等がある。さらに、保健所、市町村保健センター等の保健施設および社会福祉施設のなかにも医療にかかわる施設が含まれている。現行制度では、医師は、すべての医業を行えることから理論的には当該施設で医療が完結できることとなり、他の医療施設と連携した医療は例外となる。現実には、医学の専門分化がすすみ、医療が高度化され、機能分化がなされているため、実態として医療施設相互の連携が各医療施設の努力により行われている。このため、医療施設が連携して新しい時代に適した医療を行うには、いわゆる医療のシステム化を制度化し、その体系のもとで医療施設の整備を図ることであり、その整備には、資源の配分を効率的に行うための保健医療計画の策定が必要である。

保健医療計画は、空間的な範囲を限定しなければ具体的な計画の策定は不可能である。しかるに、医師の選択の自由を有する患者と自由開業制のもとでの医療供給体制の現状において、医療の圏域を定めてもその圏域を具体的に保障することは困難である。現在国会で審議されている医療法改正案に、都道府県が医療計画を策定することが規定に含まれているが、民間医療機関の規制を担保するものは行政指導によらざるを得ないであろうし、患者の行動規制は含まれていない。現行の制度における計画になじまない要素の検討が不十分のまま机上で計画を策定してもその実行性は乏しいものとなる。その上、医療施設間の連携についての制度を欠いた現状の中でどのようにして各レベルの医療施設を結ぶのかも示されていない。

医療法改正前の現在において、すでに幾つかの都道府県が独自で、保健医療計画を策定している。例えば、神奈川県地域保健計画の腎疾患（予防）管理対策（図2）には、各レベルに整備される医療機関が示されている。なお、ここでは、予防に力点が置かれたためか、透析医療の位置づけが明示されていない。この計画図は、各レベルの間を矢印で結んでいるが、具体的に連携の方式を記述していない。現実には、前述のように、各レベル間および同じレベル内の医療施設の連携は、個別又は個人的な努力によって行われている。また実際に透析を受けている患者のなかには、旅行等に際して別の施設を利用し、病状の変化に応じて入院を繰り返している例が少なくない。医療供給体制が確立され、どの医療施設を訪れた患者に対しても、他の医療施設への紹介を含めて適正な医療が確保され、総ての患者が人生の最後まで不安なく過ごせるようにすることが保健医療計画の重要な目的の一つである。なお、腎疾患対策とくに透析医療は、医療のなかで比較的新しい分野であることも関連して、個人的努力ではあるがシステム化が最も進んでいるといえよう。このための努力が、制度化により逆に硬直化した連携体制に陥らないような配慮が必要である。

図2 腎症患者管理基本計画



資料：神奈川県地域保健計画協議会
「神奈川県地域保健計画」

2) 短期的な医療保険から長期的な総合的な制度へ

現在の医療保険制度は、給付の対象が比較的短期間に単一の診療所において治療できるような急性症が中心であった発足当時の医療状況を想定した制度のままで現在に至っており、しかも短期的な決済によっている。疾病構造が長期慢性疾患に変化し、医療の概念も拡大され、高度医療が導入されてきている現状において、旧来の形態の制度では、いずれはその破綻がくることは明といえよう。単年度には治療しないのみならず生涯にわたり医療を必要とする疾患が増加し、その上高齢化社会となれば、医療保険も年金と同様に長期的な視点の導入が不可欠である。その上、医療における機能分化がすすみさらに超高額医療が出現してきている現状では、規模の小さい保険制度から再保険制度ないしは保険規模の拡大、さらには社会保障制度への部分的移行などの検討が必要ではなからうか。

このような状況のもとで制定された老人保健法は、高齢者の保険給付を若い世代が負担するよう保険者間の財政調整の道を開いた意義は大きい。また、保険給付に一部負担が導入され、健康保険法改正の露払いを行ったことは、保険財政への安定化に大きく寄与したといえよう。しかし、一部の国民からの批判も見られるように、極めて厳しい状況にある人々への救済、早期発見、早期療育のための早期受診抑制への代替えの不足にはさらに検討が必要であろう。

健康保険法改正に含まれている特定療養費払い制度の導入は、新しい高度医療による財政への影響を排除する効果が大きく保険財政的な視点に限定すれば優れた方式といえよう。しかし、この改訂により民間保険の参入、医学研究の特定施設への集中化等の変化が生じる前に、民間保険に加入できない階層の差別化、従来の医学分野にみられた広い研究の裾野の切断等の危険を排除しなければならない。

医療保険制度自体の基本的な事項の検討を経ずに部分的な改訂を重ねることは、その時々におい

ては正しくとも、医療全体としてみるときに歪みをもたらす危険があるといえよう。例えば、開発的医療を特定の施設に限定することにより、医師の配置に偏りをみせるとともに一般の医療施設において医療に不可欠な創造的、開発的意欲の減退を招く危険があろう。また、民間活力、民間保険の導入は、医療に含まれている社会保障としての性格を希薄にし、自己責任のみが強調される危険がある。厳に世界保健機関が規定している健康の権利の否定、疾病にり患するのは自己の健康づくりの努力の不足という意見すらみられている。とくに、医療供給側にみられる公的資金の配分の減少を受益者負担に期待する背景には、医療収益の減少を阻止しようとする意図が含まれている。現実に厳しい経営を余儀なくされている医療施設としては、収入源の確保への強い要望も理解できなくはないが、他の分野の産業にみられる市場調査と同様に医療の市場調査が、診療費の支払い能力の有無に重点がおかれ、医療ニーズが在りながら貧困、無知の階層が切り捨てられる可能性があるのではなかろうか。医療における社会保障としての性格を達成させるなかでの民間活力の導入でなければならず、現在見られている短期的な保険財政危機対策、個別の医療施設の安定経営改善策としてのみでは将来に禍根を残すことになろう。

新しい国民経済計算体系では、医療保険の負担は雇用者負担分を含めて雇用者所得からの支払いとし、医療保険の給付は家計が受け取ったものを家計最終消費支出として医療施設に医療費を支払

うと擬制している。このことから、家計の医療に関する部分だけを見ると、支払い側は社会保険負担、医療支出と医療に支払われる税とよりなり、受け取り側は医療給付となり、差し引き社会保険負担と税の他に医療支出と医療給付との差額にあたる自己負担よりなる。医療供給側の受け取りは、家計の医療支出と公的施設であれば税、その他であれば補助金となり、支払いは医療施設を経費となる。すなわち、社会保険給付も、社会保険負担として所得から予め支出していることから自己負担となり、医療費は、家計よりの自己負担分と政府よりの一般税からの医療への支出分とからのみであり、財政厳しい政府からの医療費支出が減少する分だけ家計が支出しなければならないことになる（表1）。

医療保障の目的を達成していくためには、この限られた政府支出をいかに配分するかにあるといえよう。年金は、前もって家計から支出していた年金掛け金と老齢福祉年金、障害福祉年金等のように政府から個人への移転であり、医療は、現在の家計からの支出と政府からの移転である。このため、透析患者等の長期慢性患者の療養生活を保障するには、医療と社会福祉さらに年金を統合させた新しい医療保障を考えることが必要である。すなわち、療養生活に必要な経費に対して、生活保護受給者、年金生活者、資産または所得による生活者かにより、また入院か、施設収容か、在宅かにより、現物であれ、現金であれ政府からの給付の範囲が長期的視点さらには生涯にわたる期間

表1 医療にかかわる家計、医療施設及び政府の勘定

家 計		医療施設		政 府	
支 払 い	受 け 取 り	支 払 い	受 け 取 り	支 払 い	受 け 取 り
1,1 社会保険負担 (1,1)	1,4 医療給付 (2,1)	2,1 経 費 (1,4)	2,2 社会保険診療報酬 (1,1)	3,1 公費負担 (2,4)	3,2 税 金 (1,3)
1,2 自己負担 (1,2)			2,3 患者自己負担 (1,2)		
1,3 税 金 (1,3)			2,4 公費補助金 (3,1)		

注：社会保険の保険者は省略

医療施設は公私の区分をしない

企業は関与しないとする

を通じて各々予め合理的に定められていることが必要である。早急に、従来の意見にとらわれずに必要な自己負担を含めた合理的な負担の割合を定めることにより、現在の制度にみられる入院に比較して苦しい在宅療養生活を強いられていることの矛盾が解消に近づき、在宅ケアの推進に貢献することとなろう。

透析医療をみると、透析技術の進歩により現在では経済的にも比較的安定した療養生活を過ごしている患者においても合併症の発生、新しい患者の増加による医療供給の相対的不足などに不安を訴えている。現時点での透析をよりよくする努力とともに、生涯にわたり透析を保障するための制度づくりが必要である。その一つに透析医療施設においてサテライト等での透析が比較的経営が安定しているが入院等の重症者の医療経営が厳しいことの解消により、透析医療全体としての経営が長期的にみて安定し、透析患者も末期の医療を心配することなく療養生活に専念でき、社会復帰の促進に結びつくこととなろう。

(4)医療費適正化とその問題点

1)医療の適正化と医療費の適正化の違い

国民医療費は、保険者等の負担58.6%、老人保健制度負担分22.6%、公費負担制度負担分7.9%、公費・保険または老人保健の一部負担8.8%、労働者災害補償保険等2.2%で、全額自費はわずかに2.0%に過ぎない（昭和58年度）。すなわち、現在では殆どの医療の診療報酬が、何等かの法的規制を受けている。しかしながら、実際の医療行為は医師の判断によるため、保険者側は請求された診療報酬を審査の基準を満たしている限り支払うこととなり、その一定額が国庫より支出されている。このため、厳しい財政状況におかれている政府としては、国民医療費の高騰は、国の負担金額の増加のみならず、その支出の決定の段階に参加できないことによる将来への危惧が深まり、医療費適正化の推進を図る理由がここにあるといえよう。

医療における医師患者関係は私的な関係として

とらえられ、診療費のすべてを自分で支払う時代から、社会保障の一環として、国民皆保険制度の時代に移行してきた現在において、限られて資源の有効配分による適正な医療を国民に保障することが国の務めといえよう。豊かな社会となってきた現在において、国民の多くが適正規模での医療費の負担は不可能ではない時代にきてはいる中で、医療費の適正化を直接目指すのではなく、医療の適正化を通じて結果としての医療費適正化とならなければならないといえよう。

政府は、病院医療費の節減を意図を含んで宅ケアの推進を図ろうとしている。そのため、新しく中間施設の概念を提唱し、制度改革を含むその整備の検討およびそれと密接な関連のもとでの家庭医制度の創設を検討している。しかし、在宅ケアにおける看護、介護能力の絶対的不足、包括的な医療のシステム化のために必要な保健・医療・福祉の機能の連携を図る制度の整備についての検討は著しく立ち遅れている。すなわち、在宅ケアのための資源の不足、欠乏のなかでそれらのサービスを必要としながらも購入し得ない状況が、サービスへの飢餓感、貧困感をもたらしている。とくに、経済的には多少の余裕のある階層でありながら手元に余裕のある流動資産が欠乏しているために、家庭内に看護および介護能力の不足を補うための援助者の雇入れができずに厳しい療養生活を過ごしている例が少なくない。最近では、多くの地方自治体において何等かの在宅ケアを支えるためのサービスの提供の制度を設けているが、それを上手に利用している例の方が少なく、ニーズとサービスのずれを感じさせる結果に終わっていることがしばしばみられる。例えば、過去の入院において、多額な費用の負担、複雑な人間関係、精神的な緊張などを経験したなどの理由により、厳しい療養生活にありながら入院を拒否して在宅で療養しているか、また、病院による介護に多くの人手を必要とする患者の入院の拒否などにより、結果として在宅療養しか残された方法がないなどの例が少なくない。豊かな時代のものでこのような生活の選択を余儀なくされていることは、新

しい意味での貧困といえよう。

このような新しい貧困に対して、現在すすめられている衛生行政、福祉行政および医療保険による在宅ケアのための活動方式を拡充強化してもその解決は困難であろう。基本的に活動の見直しを行い、適正な看護、介護を必要とする在宅療養者に提供できる体系的なサービス体制を確立することにより実際に在宅での療養生活者に安心感を与えることが必要である。このことにより高齢者のみならず多くの国民に不安を与えている老後生活を安心させ、さらには必要以上の末期のための蓄財からも解放することができよう。

現在みられている在宅療養生活が困難な状況は、それを支援するサービスの質、量ともに絶対的に不足していることと経済的にそのサービスの購入が困難なことが二重に重なっている上に何等かの形で自己負担分が増加している現実のなかで、それらが相互に深くからみあっている。その糸目をほぐすことにより将来において私的負担の増を可能とし、結果として財政負担の軽減に結びつくことになろう。医療費の適正化から将来を展望ししかもミクロ的な解析をふまえてマクロ的な視野からの医療の適正化への努力が期待される。

2) これからの医療とその問題点

医学の進歩は今後さらに加速され、病因の解明、疾病自体の制御技術の進歩に加えて高度情報社会のもとで医療情報伝達が容易となり、最新知見の普及とともに医療の格差が減少し医療技術の平準化が促進されよう。例えば、人工知能の研究開発、簡便な臨床検査の普及により素人ができる自己診断の発達、人工臓器、人工治療機器の開発により医療監視のもとで日常生活と殆ど変わらない療養生活が可能となる等現在の医療をめぐる環境とは著しく異なり、病人、健康人、さらには高齢者においても生活能力の格差が減少してくることが予想される。このような多くの成果による恩恵を広く国民に利用できるように普及させることが将来における新しい一番大きな医療の課題といえよう。従来の医学研究の成果は、いわゆる医師の学派を

通じて普及され、異なる学派にその成果が及ぶには多少の時間を要することもみられていた。そのことの背景に病院医師の人事権を各々の学派の領しゅうが持っており、研究開発とともにその成果の普及に貢献していた。これらの学派は、同じ医療圏内においても相互の協力が少なく医療の体系化には妨げとなることもみられ等の欠点も少なくなかった。

医学の研究開発における厳しい競争関係と日常診療における協力関係を保つことを調和よく成立させ、研究の推進とその成果の普及が体系的に行われることが重要である。現在このような、医療のシステム化に関する研究開発に対する研究費の配分は少なく、研究自体も現状分析的な段階のものが多く、将来展望をふまえた総合的な研究は少ない。その少ない将来に関する報告には現状から遊離した空論的という偏りもみられている。このような分野の研究には、多くの研究実績を挙げてきた社会科学の手法を大幅に導入するとともにさらに共同した研究が必要である。

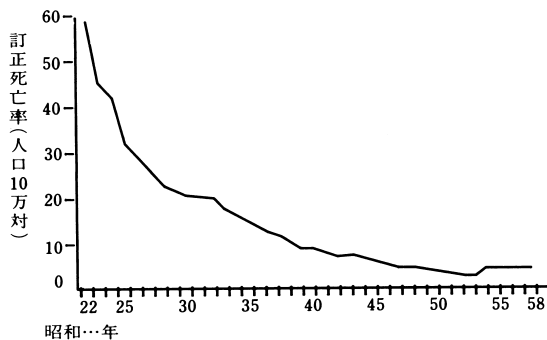
以上述べたような医療をめぐる新しい情勢を背景に腎不全の医療の動向についての私見を次にまとめた。

3. 腎不全の医療の動向

(1) 腎疾患の医療の動向

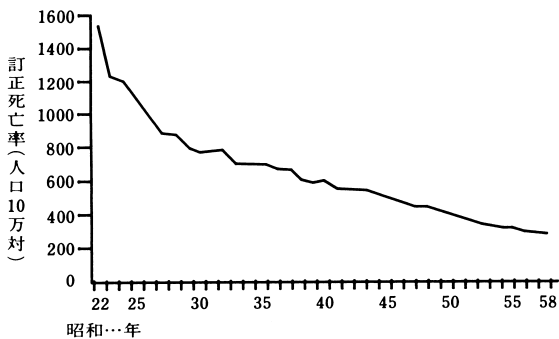
腎疾患の医療の動向は、雑誌「厚生指標 腎疾患特集 第32巻第10号」昭和60年9月に、その全貌をよくまとめていることから、本論は、その文献を引用しながら意見を述べる。特集の視点は、腎疾患の予防に比較的重点がおかれ、腎疾患医療においても現状分析が中心であり、今後の透析医療への展望についてはあまり多くが語られていない。腎疾患の死亡および受療の2点について、特集号の内容を含めて説明しよう。

図3 腎疾患訂正死亡率



資料：厚生省「人口動態統計」

図4 全死因訂正死亡率



資料：厚生省「人口動態統計」

1) 腎疾患の死亡の動向

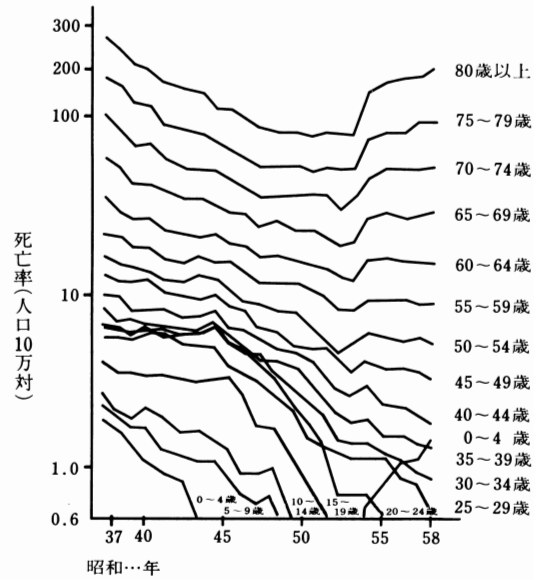
腎疾患の死亡の動向について、特集号は、訂正死亡率および年齢階級別死亡率の推移を図3、4および表2に示し、全死因と同様低下傾向をたどってきたが、腎疾患では、昭和54年を最低として、以降上昇に転じ、死亡順位は、昭和54年より第10位となったと述べている。なお、昭和54年より国際死因分類の第9回修正が適用され、腎疾患死亡の範囲が拡大され死亡数が増加したが、昭和52年からの増加傾向は変わらないとしている。腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼの年齢階級別死亡率について、表3、図5に示すように、死亡率の低下傾向と昭和44年頃を境に50歳未満の若年齢層の死亡率の改善の加速を人工透析療法の普及と軌を一にした傾向であり、乳児の高い死亡率の増加に寄与しているのは新生児特に生後1週間未満の早期新生児であると述べている。表4では、諸外国と比較し、欧米先進国に劣る水準であり、人工透析療法の高い普及度にあるわが国としては不可解としている。しかし、それ以外の年齢においては、高齢者以外は年々低下傾向にあるが、指摘のように先進国に劣っていることについて説明は記されていない。国際比較の検討は次回に譲り、最近の死亡推移を見てみよう。

表2 腎疾患死亡数年次推移 (年齢階級別)

	昭和54年	55	56	57	58
総数	9,264	10,180	10,685	11,389	12,269
0～4歳	60	78	99	100	133
5～19	96	73	78	64	70
20～49	1,008	869	829	785	713
50～54	459	442	436	464	438
55歳以上 (再掲)	7,480	8,566	9,098	9,855	10,812
70歳以上	5,168	6,105	6,639	7,355	8,168

資料：厚生省「人口動態統計」

図5 腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼの年齢階級別死亡率(人口10万対)の年次推移



注 死亡率0.6以下はその変動に統計的有意性が乏しいので本図からは省略した。

資料：厚生省「人口動態統計」

表3 腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼによる年齢階級別死亡率(人口10万対)

	昭和25年	30	35	40	45	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
総数	32.4	21.4	16.5	11.7	8.9	6.3	6.1	5.5	5.8	8.0	8.8	9.1	9.7	10.3	10.6
0～4歳	17.9	9.9	3.7	1.2	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.7	0.9	1.2	1.3	1.7	1.5
5～9	8.9	7.8	3.8	1.9	1.0	0.4	0.5	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2
10～14	5.8	4.3	3.0	2.4	1.4	0.5	0.5	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
15～19	7.1	5.1	4.4	3.5	3.4	1.0	0.7	0.5	0.4	0.5	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3
20～24	9.7	6.1	6.2	6.1	4.1	1.7	1.5	0.8	0.8	0.8	0.6	0.6	0.6	0.4	0.4
25～29	13.1	7.1	7.1	6.7	5.5	2.0	1.5	1.4	1.3	1.3	1.3	1.0	0.9	0.7	0.6
30～34	14.0	7.9	7.0	6.8	5.5	2.7	2.2	1.7	1.6	1.6	1.4	1.3	1.1	1.0	1.1
35～39	17.6	10.9	8.2	7.1	6.3	3.2	2.7	2.3	2.1	2.2	1.8	1.8	1.6	1.5	1.4
40～44	22.4	13.2	9.9	8.3	6.8	4.4	3.6	3.0	2.8	3.2	2.6	2.5	2.3	2.1	2.5
45～49	31.2	18.1	14.7	11.8	8.7	5.2	5.2	4.3	3.7	4.5	4.0	4.1	3.9	3.5	3.4
50～54	46.5	25.9	19.0	13.1	10.8	7.1	5.8	4.9	5.6	6.5	6.2	5.9	6.2	5.7	5.2
55～59	68.0	38.8	27.3	18.8	15.3	10.4	9.6	8.5	8.6	9.4	9.6	9.6	9.1	9.2	9.1
60～64	108.6	64.9	43.1	27.8	20.2	19.9	13.9	12.5	12.0	15.9	16.7	15.9	15.6	15.8	15.2
65～69	186.0	113.5	73.2	41.9	27.5	24.7	21.7	19.4	21.2	28.9	30.2	29.2	29.9	31.4	28.6
70～74	279.7	179.8	129.4	75.0	46.0	37.3	36.5	31.6	36.5	47.5	54.1	54.3	55.6	57.3	55.0
75～79	387.1	275.6	205.6	116.8	66.7	51.7	55.4	53.9	55.7	82.2	91.7	93.6	102.6	103.8	103.0
80歳以上 (再掲)	562.0	377.2	314.6	185.2	116.7	85.9	90.1	88.2	87.9	142.8	163.4	173.0	179.9	198.5	211.5
65歳以上	282.8	191.3	143.5	82.6	52.0	41.7	41.6	39.1	41.8	61.3	69.2	71.2	75.7	81.2	82.8

資料 厚生省「人口動態統計」

表4 諸外国の腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼの年齢階級別死亡率(人口10万対)

1981年

	総数	0歳	1~4	5~14	15~24	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75歳以上
オランダ	9.3	1.1	0.1	—	0.1	0.2	0.3	0.9	2.7	14.7	169.7
フランス	11.5	0.7	0.2	0.1	0.2	0.3	1.1	2.3	5.9	23.8	136.2
カナダ	5.8	2.2	0.1	0.1	0.1	0.5	0.8	2.6	6.0	20.2	96.1
イギリス	9.6	4.7	0.5	0.2	0.2	0.4	0.7	2.6	6.4	21.3	107.0
西ドイツ	8.2	0.5	0.3	0.1	0.3	0.6	1.5	3.2	7.3	23.4	75.1
イタリア(1980)	6.6	0.3	0.2	0.2	0.5	0.7	1.3	3.3	8.8	22.2	62.1
アメリカ	7.4	6.2	0.2	0.1	0.3	0.7	1.4	3.6	9.0	24.5	90.9
ベルギー(1979)	15.1	1.6	0.2	0.2	0.4	0.8	1.4	4.6	10.8	42.2	168.0
日本	9.1	5.3	0.3	0.3	0.4	1.2	2.1	4.9	12.2	40.1	129.7
ギリシア	19.2	—	—	0.2	1.3	1.4	3.0	6.9	21.8	61.7	205.5
ルーマニア	8.1	0.5	0.9	0.7	1.9	2.8	5.3	9.6	14.9	29.1	60.6
アルゼンチン(1979)	12.6	7.7	2.0	0.9	1.8	3.0	5.1	10.4	22.2	59.9	167.9
ユーゴスラビア(1980)	10.3	0.3	0.7	0.6	1.5	1.9	4.1	12.0	23.2	48.7	84.7
タイ	5.2	1.6	0.7	0.5	1.9	3.0	7.6	15.4	22.5	34.2	51.5

資料 "World Health Statistics Annual 1983, 1984"

まず、乳幼児に高い死亡の傾向を見ると、国際死因分類の修正が適用された昭和54年よりの現象であり、しかも、早期新生児によるものである(表5, 6)。この死亡数の増加の解釈として、新しい分類への不慣れに加えて、新生児の臨床医の私見としていわれた新生児医学の進歩により腎不全に至るまで生存が可能となったこと等から、主題の課題とは別の事項が含まれていると考えてもよからう。

腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼの死亡の動向は、表3に見られるように総数の死亡率は上昇しているが、前述の0~4歳の階級を除いた

39歳以下の死亡率は年々減少し、死因分類の変更により60歳以上の昭和54, 55年の死亡率が多少増加傾向を見せたが現在では低下又は停滞し、75~79歳では59年にやや減少し、80歳以上では現在でも上昇している。このことを表7に腎機能障害関連疾患と併せてまとめた。なお、80歳以上の死亡率の上昇は、発症自体を下げなければ避けられない現象であることから、本疾患の死亡総数が上昇してはいても死亡自体は高齢化に向かっており、この傾向は透析医療の進歩によりまた体系的な予防対策によりさらに加速されよう。

表6 乳児死亡数 腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼ(580-589)

日	1年4週未満				4週-2月未満											4か月		5か月		6か月		7か月		8か月		9か月		10か月		11か月	
	未満		1週未満		1-2週未満				3-4週未満				2か月																		
	総数	総数	総数	総数	1日	1日	2日	3日	4日	5日	6日	2-3週未満			3か月																
1979	41	30	18	0	0	0	4	9	4	1	5	5	2	3	1	0	3	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
1980	53	33	20	1	3	6	4	1	5	0	7	3	3	2	6	4	1	0	0	1	1	0	5	0							
1981	81	62	37	1	3	11	7	5	6	4	15	6	4	6	2	2	2	0	2	0	1	2	1	1							
1982	85	66	49	4	8	8	12	10	5	2	7	7	3	9	4	0	0	3	1	1	1	0	0	0							
1983	115	92	62	5	12	13	16	7	3	6	18	5	7	7	4	3	2	1	0	3	1	1	1	1	0						
男	54	45	29	4	5	9	6	2	1	2	9	2	5	1	2	2	0	1	0	2	1	0	0	0							
女	61	47	33	1	7	4	10	5	2	4	9	3	2	6	2	1	2	0	1	0	1	0	1	1	0						

資料 厚生省「人口動態統計」

表5 0-4歳死亡数 腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼ(580-589)

国際基本分類	死因	年	総数	0歳	1	2	3	4	0-4
(580-589)	腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼ	54	9264	41	5	4	2	8	60
		55	10180	53	11	4	6	4	78
		56	8383	81	1	2	8	7	99
		57	11389	85	9	4	2	0	100
		58	12269	115	6	6	6	0	133
580	急性糸球体腎炎	54	186	0	0	0	0	1	1
		55	152	0	0	0	0	0	0
		56	136	0	0	0	0	1	1
		57	102	0	0	0	0	0	0
		58	110	0	0	0	0	0	0
581	ネフローゼ症候群	54	403	5	1	2	1	6	15
		55	423	4	4	2	3	4	17
		56	458	3	1	0	4	3	11
		57	412	6	6	1	2	0	15
		58	425	7	2	2	4	0	15
582	慢性糸球体腎炎	54	2085	0	0	0	0	0	0
		55	2016	0	0	0	1	0	1
		56	1813	0	0	0	0	1	1
		57	1655	0	0	1	0	0	1
		58	1534	0	0	0	0	0	0
583	腎炎および腎症急性または慢性と明示 されないもの	54	428	0	0	0	0	0	0
		55	450	0	0	0	1	0	1
		56	401	0	0	0	0	0	0
		57	313	0	0	0	0	0	0
		58	270	0	0	0	0	0	0
584	急性腎不全	54	1168	16	4	0	1	0	21
		55	1372	23	2	1	1	0	27
		56	1618	33	0	1	1	1	36
		57	1892	44	0	0	0	0	44
		58	2152	54	1	2	1	0	58
585	慢性腎不全	54	2003	1	0	0	0	0	1
		55	2328	0	1	1	0	0	2
		56	255	0	0	0	0	0	0
		57	2933	0	3	0	0	0	3
		58	3221	0	2	2	0	0	4
586	腎不全、詳細不明	54	2876	19	0	2	0	1	22
		55	3348	26	4	0	0	0	30
		56	3636	45	0	1	3	1	50
		57	4041	34	0	2	0	0	36
		58	4519	53	1	0	0	0	54
587	腎の硬化症、詳細不明	54	110	0	0	0	0	0	0
		55	86	0	0	0	0	0	0
		56	65	0	0	0	0	0	0
		57	39	0	0	0	0	0	0
		58	34	0	0	0	0	0	0
589	腎機能低下により生ずる障害	54	5	0	0	0	0	0	0
		55	5	0	0	0	0	0	0
		56	1	0	0	0	0	0	0
		57	2	1	0	0	0	0	1
		58	4	1	0	0	1	0	2

表7 腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼ(580-589)の死亡動向

死亡数												
年	総数	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90歳以上	90-94	95-99	100歳以上	
54	9264	682	1125	1366	1620	1260	665	257	221	32	4	
55	10180	741	1183	1614	1849	1492	840	310	264	40	6	
56	10685	717	1174	1721	1920	1733	930	335	272	57	6	
57	11389	726	1206	1823	2192	1956	1020	364	299	60	5	
58	12269	767	1274	1935	2303	2193	1261	476	401	70	5	
59	12688	788	1148	1909	2416	2421	1451	532	...	...	...

死亡率												
年	総数	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90歳以上	90-94	95-99	100歳以上	
54	8.0	15.9	28.9	47.5	82.2	122.3	133.5	...	...	...	...
55	8.8	16.7	30.0	53.6	91.0	136.7	205.2	260.3	...	...	...
56	9.1	15.9	29.2	54.3	93.6	148.8	210.4	265.9	...	...	...
57	9.7	15.6	29.9	55.6	102.6	157.6	213.8	261.9	...	...	...
58	10.3	15.8	31.4	57.3	103.8	167.1	243.9	315.2	...	...	...
59	10.6	15.3	28.6	55.0	103.1	177.1	263.8	320.5	...	...	...

総死亡に対する比率(%)												
年	総数	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90歳以上	90-94	95-99	100歳以上	
54	1.3	1.4	1.6	1.4	1.4	1.2	1.1	0.9	1.0	0.7	1.0	
55	1.4	1.5	1.6	1.6	1.5	1.4	1.2	1.0	1.0	0.8	1.2	
56	1.5	1.5	1.6	1.7	1.6	1.5	1.3	1.0	1.0	1.1	1.2	
57	1.6	1.5	1.8	1.9	1.9	1.7	1.4	1.1	1.1	1.1	0.9	
58	1.7	1.6	1.9	2.0	2.0	1.8	1.6	1.3	1.3	1.1	0.8	
59	1.7	1.6	1.8	2.0	2.1	2.0	1.8	1.4	...	...	...

死亡数及び死亡率の対前年との差												
年	総数	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90歳以上	90-94	95-99	100歳以上	
死亡数												
55	916	59	58	248	229	232	175	53	43	8	2	
56	505	-24	-9	107	71	241	90	25	8	17	0	
57	704	9	32	102	272	223	90	29	27	3	-1	
58	880	41	68	112	111	237	241	112	102	10	0	
59	419	21	-126	-26	113	228	190	56	...	...	...
死亡率												
55	0.7	0.8	1.1	6.1	8.8	14.4	71.7	...	...	...	...
56	0.4	-0.8	-0.7	0.7	2.6	12.0	5.2	5.6	...	...	...
57	0.5	-0.3	0.6	1.4	9.0	8.9	3.4	-4.0	...	...	...
58	0.7	0.2	1.6	1.7	1.2	9.5	30.1	53.4	...	...	...
59	0.3	-0.5	-2.8	-2.3	-0.7	10.0	19.9	5.3	...	...	...

表7-2 腎機能障害関連疾患(401-405, 580-589, 590-599)の死亡動向

死亡数											
年	総数	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90歳以上	90-94	95-99	100歳以上
54	27946	1333	2464	3701	5710	5880	3886	1639	1407	216	16
55	28523	1321	2399	3804	5746	6155	4153	1835	1577	237	21
56	28426	1237	2230	3800	5612	6207	4357	1875	1579	275	21
57	27416	1199	2143	3680	5213	6151	4288	1838	1562	258	18
58	28289	1196	2063	3700	5336	6420	4550	2180	1857	298	25
59	28394	1188	1879	3473	5324	6574	4932	2233	...	...	...

死亡率											
年	総数	60-64	60-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90歳以上	90-94	95-99	100歳以上
54	24.2	31.0	63.2	128.7	289.8	570.9	780.3	...	...	...	...
55	24.5	29.7	60.8	126.3	282.9	564.1	1014.7	1540.6	...	...	...
56	24.3	27.4	55.5	119.9	273.6	532.8	985.7	1488.1	...	...	...
57	23.2	25.7	53.0	112.3	243.9	495.6	899.0	1322.3	...	...	...
58	23.8	24.6	50.9	109.6	240.5	489.3	880.1	1443.7	...	...	...
59	23.8	23.1	46.8	100.0	227.2	480.9	896.7	1345.2	...	...	...

総死亡に対する比率(%)											
年	総数	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90歳以上	90-94	95-99	100歳以上
54	4.1	2.8	3.4	3.9	5.0	5.8	6.5	5.9	6.1	4.9	3.8
55	3.9	2.7	3.3	3.8	4.8	5.6	6.2	5.7	5.9	4.6	4.2
56	3.9	2.6	3.1	3.8	4.8	5.5	6.2	5.7	5.8	5.2	4.1
57	3.9	2.6	3.1	3.8	4.6	5.4	6.0	5.6	5.8	4.9	3.3
58	3.8	2.5	3.0	3.7	4.6	5.3	5.8	5.8	6.0	4.7	3.9
59	3.8	2.4	2.9	3.6	4.5	5.4	6.1	5.7	...	...	...

死亡数及び死亡率の対前年との差											
年	総数	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90歳以上	90-94	95-99	100歳以上
死亡数											
55	577	-12	-65	103	36	275	267	196	170	21	5
56	-97	-84	-169	-4	-134	52	204	40	2	38	0
57	-1010	-38	-87	-120	-399	-56	-69	-37	-17	-17	-3
58	873	-3	-80	20	123	269	262	342	295	40	7
59	105	-8	-184	-227	-12	154	382	53	...	...	...
死亡率											
55	0.3	-1.3	-2.4	-2.4	-6.9	-6.8	234.3	...	...	...	...
56	-0.3	-2.4	-5.2	-6.4	-9.3	-31.3	-28.9	-52.5	...	...	...
57	-1.0	-1.7	-2.5	-7.5	-29.7	-37.1	-86.8	-165.8	...	...	...
58	0.6	-1.1	-2.1	-2.8	-3.5	-6.3	-18.9	121.4	...	...	...
59	-0.1	-1.6	-4.1	-9.5	-13.2	-8.4	16.6	-98.5	...	...	...

2)腎疾患の受療の動向

腎疾患の有病状況は、国民健康調査に示されてはいるが、標本数が少ないことより考察の対象から除き、患者調査による受療の動向をみてみよう。
腎炎、ネフローゼ及び腎不全の受療状況を傷病

分類が修正された昭和54年よりの結果を表8にまとめた。調査が標本調査であり、標本が少ないことも関連してか殆どの年齢において増加、減少の傾向が見られない。年齢別に見て高齢者以外の死亡率が減少してはいても受療率は変わらないこと

表8 腎炎、ネフローゼ及び腎不全(580-586)の受療動向

受療患者数(千人)																			
年	総数	0歳	1	2	3	4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80歳	不祥
54	522	0	1	2	3	5	41	46	22	22	60	72	74	66	37	32	19	19	1
55	523	0	0	1	3	5	44	52	19	17	71	72	88	67	31	22	16	13	2
56	559	0	0	1	6	4	38	47	25	15	69	94	98	56	32	33	14	27	0
57	503	0	0	1	5	3	33	35	22	14	72	80	78	63	31	28	19	19	0
58	558	0	1	1	4	3	31	38	28	15	69	91	98	76	30	35	18	20	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

受療率(人口10万対)																			
年	総数	0歳	1	2	3	4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-34	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80歳	不祥
54	45	0	6	11	16	26	42	52	28	27	30	41	49	68	94	109	97	123	0
55	45	0	0	6	17	27	44	58	23	22	36	41	58	67	79	74	81	77	0
56	47	0	0	6	35	23	38	50	30	19	35	55	63	54	79	103	67	155	0
57	42	0	0	6	31	18	34	36	26	18	37	45	49	58	75	86	90	99	0
58	47	1	9	9	22	21	33	38	32	19	38	49	61	66	74	104	80	98	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

総患者数に対する比率(%)																			
年	総数	0歳	1	2	3	4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-34	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80歳	不祥
54	0.63	0.00	0.08	0.18	0.24	0.32	0.58	1.22	0.90	0.65	0.61	0.72	0.63	0.65	0.67	0.58	0.46	0.64	1.69
55	0.65	0.00	0.00	0.10	0.27	0.37	0.68	1.49	0.84	0.55	0.77	0.75	0.73	0.65	0.58	0.39	0.41	0.42	2.00
56	0.65	0.00	0.00	0.10	0.53	0.29	0.55	1.18	0.93	0.46	0.71	0.97	0.79	0.51	0.56	0.54	0.31	0.74	0.00
57	0.62	0.00	0.00	0.11	0.48	0.26	0.60	1.05	0.87	0.43	0.80	0.87	0.65	0.58	0.56	0.47	0.43	0.51	0.00
58	0.67	0.00	0.08	0.09	0.32	0.19	0.44	1.01	1.14	0.45	0.71	0.91	0.83	0.75	0.54	0.64	0.44	0.67	0.00
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

受療患者及び受療年率の対前年との差																			
年	総数	0歳	1	2	3	4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-34	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80歳	不祥
死亡数																			
55-54	1	0	-1	-1	0	0	3	6	-3	-5	11	0	14	1	-6	-10	-3	-6	1
56-55	36	0	0	0	3	-1	-6	-5	6	-2	-2	22	10	-11	1	11	-2	14	-2
57-56	-56	0	0	0	-1	-1	-5	-12	-3	-1	3	-14	-20	7	-1	-5	5	-8	0
58-57	55	0	1	0	-1	0	-2	3	6	1	-3	11	20	13	-1	7	-1	1	0
	-558	0	-1	-1	-4	-3	-31	-38	-28	-15	-69	-91	-98	-76	-30	-35	-18	-20	0
死亡率																			
55-54	-0	0	-6	-6	1	1	2	6	-5	-5	6	0	8	-1	-16	-35	-16	-46	0
56-55	3	0	0	0	18	-4	-5	-8	7	-3	-1	14	5	-13	1	29	-14	78	0
57-56	-5	0	0	0	-5	-5	-4	-14	-4	-1	2	-10	-14	4	-4	-17	23	-56	0
58-57	4	1	9	3	-9	3	-1	2	6	1	1	4	12	8	-1	18	-10	-1	0
	-47	-1	-9	-9	-22	-21	-33	-38	-32	-19	-38	-49	-61	-66	-74	-104	-80	-98	0

より、疾病の発生状況が死亡率と同様な変化をしていると仮定すれば、高齢者以外では疾病期間が長期化し、高齢者では短縮化していることが予想される。なお、慢性疾病における疾病期間の長期化は、治療効果があることを意味している。国際

的にみて死亡率に減少傾向がみられているように、疾病の予防対策等により患者数が減少する一方で、治療技術の進歩により患者数が増加するであろう。透析医療だけを予測するなら、治療対象の範囲の拡大と治療技術の進歩により透析患者数の増加が

表8-2 腎機能障害関連疾患(401-405, 580-586)の受療動向

受療患者数(千人)

年	総数	0歳	1	2	3	4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80歳	不祥
54	6013	0	1	2	3	5	42	47	25	31	121	408	1108	1331	833	888	661	506	1
55	6063	0	0	1	3	5	46	52	21	24	127	402	1124	1345	863	893	631	519	7
56	6487	0	0	1	6	4	38	48	31	21	136	413	1136	1455	910	1002	715	566	5
57	5650	0	0	1	5	3	33	36	27	22	120	354	969	1264	753	832	624	607	0
58	6816	0	1	1	4	3	32	41	30	21	125	389	1133	1593	913	1008	769	751	2
59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

受療率(人口10万対)

年	総数	0歳	1	2	3	4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80歳	不祥
54	518	0	6	11	16	26	42	53	31	39	62	231	737	1370	2127	3077	3347	3305	…
55	519	0	0	6	17	27	46	58	26	31	64	229	737	1332	2192	2983	3119	3201	…
56	550	0	0	6	35	23	38	51	38	27	68	239	728	1386	2256	3149	3476	3260	…
57	476	0	0	6	31	18	34	37	32	28	63	198	611	1153	1856	2531	2912	3262	…
58	570	0	7	7	25	18	35	41	35	26	68	209	708	1390	2243	2973	3455	3783	…
59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

総患者数に対する比率(%)

年	総数	0歳	1	2	3	4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80歳	不祥
54	7.27	0.00	0.08	0.18	0.24	0.32	0.60	1.25	1.02	0.92	1.24	4.10	9.39	13.12	15.10	16.14	16.13	17.06	1.69
55	7.56	0.00	0.00	0.10	0.27	0.37	0.71	1.49	0.93	0.77	1.39	4.20	9.38	13.06	16.26	16.00	15.98	16.68	7.00
56	7.57	0.00	0.00	0.10	0.53	0.29	0.55	1.20	1.16	0.64	1.41	4.28	9.11	13.14	15.91	16.38	15.81	15.55	8.62
57	7.00	0.00	0.00	0.11	0.48	0.26	0.60	1.08	1.07	0.68	1.34	3.84	8.07	11.58	13.57	13.84	14.10	16.18	0.00
58	8.24	0.00	0.08	0.09	0.32	0.19	0.46	1.09	1.22	0.62	1.28	3.91	9.60	15.70	16.55	18.32	18.77	25.32	3.39
59	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

受療患者と受療年の対前年との差

年	総数	0歳	1	2	3	4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80歳	不祥
55-54	50	0	-1	-1	0	0	4	5	-4	-7	6	-6	16	14	30	5	-30	13	6
56-55	424	0	0	0	3	-1	-8	-4	10	-3	9	11	12	110	47	109	84	47	-2
57-56	-837	0	0	0	-1	-1	-5	-12	-4	1	-16	-59	-167	-191	-157	-170	-91	41	-5
58-57	1166	0	1	0	-1	0	-1	5	3	-1	5	35	164	329	160	176	145	144	2
59-58	-6816	0	-1	-1	-4	-3	-32	-41	-30	-21	-125	-389	-1133	-1593	-913	-1008	-769	-751	-2
死亡率																			
55-54	1	0	-6	-6	1	1	4	5	-5	-8	2	-1	-0	-38	65	-94	-227	-104	…
56-55	32	0	0	0	18	-4	-7	-8	13	-4	4	10	-9	54	64	166	356	59	…
57-56	-74	0	0	0	-5	-5	-4	-13	-6	1	-5	-41	-116	-233	-400	-618	-564	1	…
58-57	94	0	7	0	-5	1	0	4	3	-2	6	11	97	237	387	442	543	522	…
59-58	-570	0	-7	-7	-25	-18	-35	-41	-35	-26	-68	-209	-708	-1390	-2243	-2973	-3455	-3783	…

資料 厚生省「患者調査」

今後も継続されることが予想される。従来の治療技術の進歩による成果は、主として治療効果を高め、治療における困難性の軽減に貢献してきたが、

今後は、技術開発が対象疾病の拡大をもたらす方向にあることから、治療における困難性を軽減することには結びつかない可能性が高いといえよう。すなわち、患者の高齢化に加えて、患者数の増加に比例又はそれ以上に治療における苦労が増すことが予想されよう。

(2)透析医療における課題

1)地域別格差

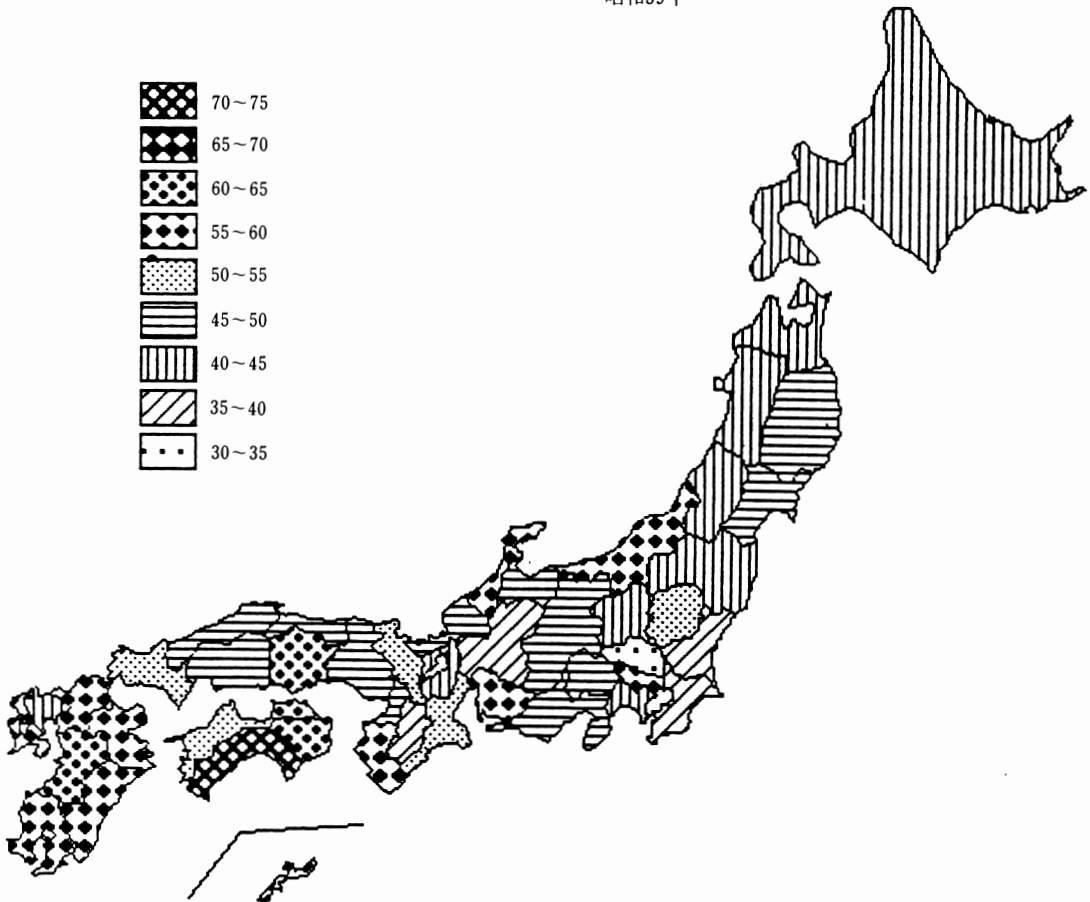
透析患者の動向は、人工透析研究会の報告およ

び前記特集号にあることから、ここでは、透析の地域格差についての考察を都道府県別の資料に限定して報告しよう。都道府県別透析患者数（人口10万対）および腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼの死亡率を図6、7に関連する都道府県別のデータの相関係数を表9に示す。

都道府県を単位としてその格差をみると人口10万対患者数では、最高高知県 729.3と最低千葉県 376.5と1.9倍の開きは、死亡率の最高高知県19.1最低神奈川県6.8 との 2.8倍よりは小さい。両者の相関係数は、死亡率と0.55であり、透析医療の普及が医療ニーズに多少の対応がみられる程度といえよう。また、患者率と患者流出率の相関係

図6 慢性透析患者数（人口10万対）

昭和59年



資料：透析研究会

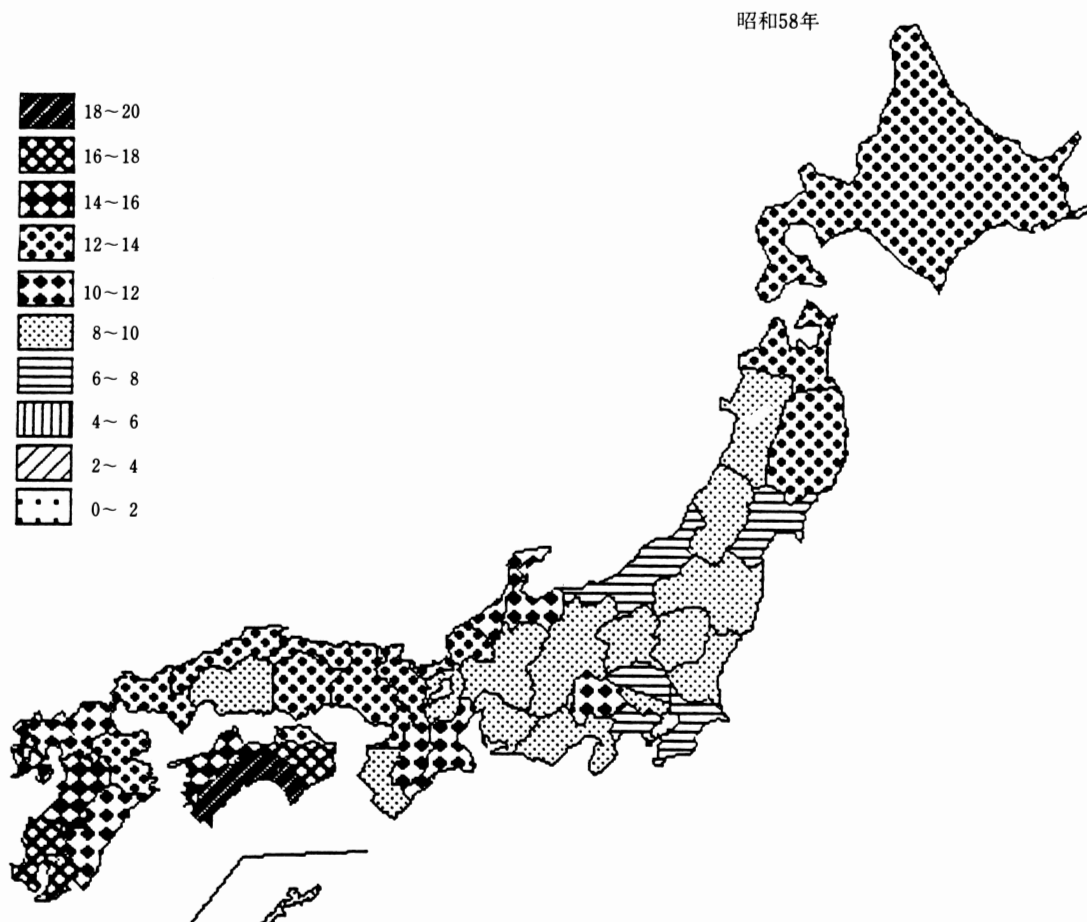
数は-0.41、流入率は-0.09であることは、患者率が少ない都道府県では、医療需要に医療供給が対応せずに他県に患者が流出していることも多少は関連していよう。流入率と患者数に関係がみられない。これらの結果のみから、透析医療の地域格差を論じるには資料が不足してはいるが、透析医療は、都道府県別全体としては医療ニーズに対応していない状況もみられ、しかも、医療供給が十分でない地域といえるであろう患者数の少ない地域から患者が転出している傾向も否定できず、地域格差の解消のための医療供給の整備が必要であるといえよう。

表9 都道府県別慢性透析患者数と関連指標との相関係数

項目	相関係数
透析患者数 (人口10万対)	腎炎・ネフローゼ症候群 及びネフローゼ死亡率 (人口10万対) 0.55
	昼間透析率(%) -0.24
	夜間透析率(%) 0.22
	流出患者率(%) -0.41
	流入患者率(%) -0.09

資料：人工透析研究会 昭和59年
厚生省「人口動態統計」 昭和58年

図7 腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼ死亡率（人口10万対）



資料：厚生省「人口動態統計」

2)腎疾患の医療費の動向

腎疾患の医療費について、前記特集号に詳しくまとめられていることから、その一部の紹介と国民医療費による分析を報告しよう。健康保険診療報酬による医療費の年次推移を表10、11に示す。これらの表を読むには、診療報酬点数の改正に加えて、疾病分類の修正による点を加味しなくてはならない。健康保険の種類、本人・家族の違いについては前記論文を参照することで論議は省略するが、入院、外来ともに昭和53年前後から低下傾向にあり、56年頃より横ばいとなっている。また、表12に示すように全医療費に占める腎疾患医療費

の構成比率は透析患者の増加にもかかわらず年々減少している。

国民医療費の一般診療費のなかで腎炎、ネフローゼ及び腎不全の診療費(表13)、患者一人当り診療費(表14)を現在の疾病分類に修正された昭和54年より、58年までを示す。患者一人当り診療費とは患者調査により推計された患者数を、国民医療費一般診療費で割った値であり、正しい意味での患者一人当りではないが、年次推移をみるための指標として用いた。この表にみられるように総額、患者一人当りともに入院、外来の両者において昭和58年の診療費は前年を下回っていた。こ

表10 腎炎、ネフローゼ及び腎不全1日当り医療費及び各平均医療費との比率

(上段単位 円)		(入院)										
		昭和40年度	45	48	50	52	53	54	55	56	57	58
政管健保	本人	1,397	3,237	7,115	14,305	20,144	16,395	18,740	14,969	19,105	18,021	16,443
	家族	1,377	2,451	3,989	8,519	11,918	15,083	15,811	14,765	15,732	15,020	14,490
組合健保	本人	1,463	3,908	7,363	14,179	13,649	18,172	15,039	18,196	14,231	18,009	18,480
	家族	1,513	2,477	4,068	8,429	13,760	12,142	14,002	12,203	13,620	14,314	18,870
国保		1,374	2,423	4,371	11,111	14,609	15,170	16,463	18,205	16,831	19,204	18,161
政管健保	本人	0.95	1.22	1.85	2.07	2.30	1.62	1.74	1.29	1.57	1.38	1.24
	家族	0.89	0.94	1.10	1.36	1.50	1.63	1.62	1.42	1.45	1.30	1.20
組合健保	本人	1.00	1.44	1.79	1.92	1.47	1.59	1.28	1.40	1.08	1.26	1.28
	家族	1.04	0.99	1.10	1.26	1.62	1.23	1.35	1.11	1.15	1.18	1.53
国保		0.94	1.01	1.27	1.77	1.86	1.61	1.69	1.74	1.52	1.64	1.53

資料：社会保険庁「医療給付受給者状況調査」、健保連「健康保険組合医療給付実態調査」、厚生省「国民健康保険医療給付実態調査」

表11 腎炎、ネフローゼ及び腎不全1日当り医療費及び各平均医療費との比率

(上段単位 円)		(外来)										
		昭和40年度	45	48	50	52	53	54	55	56	57	58
政管健保	本人	566	1,252	2,819	5,949	17,258	18,023	31,383	32,447	10,566	27,377	27,659
	家族	582	1,040	1,546	10,424	15,921	18,244	26,649	18,591	10,211	23,692	22,260
組合健保	本人	909	1,327	5,080	12,093	30,230	29,876	32,397	29,337	25,782	29,700	28,284
	家族	583	1,308	1,789	5,202	12,748	16,202	20,820	27,084	21,952	21,195	19,653
国保		595	1,108	2,087	7,723	13,901	24,343	28,169	32,157	33,980	26,167	20,765
政管健保	本人	1.2	1.3	2.1	3.0	6.8	6.2	10.1	9.7	3.0	7.6	7.3
	家族	1.6	1.6	1.5	6.4	8.0	7.9	10.7	7.0	3.6	8.1	7.8
組合健保	本人	1.9	1.3	3.3	5.4	10.2	8.7	8.7	7.4	6.7	7.2	6.6
	家族	1.5	1.8	1.7	3.0	5.8	6.3	7.4	8.9	7.2	6.6	6.0
国保		1.4	1.4	1.8	4.0	5.7	8.6	9.3	9.7	9.4	7.1	5.4

資料：社会保険庁「医療給付受給者状況調査」、健保連「健康保険組合医療給付実態調査」、厚生省「国民健康保険医療給付実態調査」

のことは、他の疾病には見られない現象で、診療報酬点数引き下げによるものといえよう。

国民医療費一般診療費に占める腎炎、ネフローゼ及び腎不全の診療費の比率および患者一人当り診療費の比較をみると（表15、16）、入院、外来ともに低下している。

以上のように腎炎、ネフローゼ及び腎不全の診療費のみにみられる実質的な低下は、透析医療における将来が、対象の拡大、診療内容の高度化がすすむであろうなかで、現状のままでは、将来も厳しい経済的な状況が続くであろう。

表12 保険者別、腎疾患医療費百分率の年次推移

(%)

	昭和 54年度	55	56	57	58
政 管 健 保					
X 泌尿生殖系の疾患	11.1	8.9	7.0	8.4	9.7
(69,70)腎炎、ネフローゼ及び腎不全	8.0	5.6	3.4	5.0	5.7
(69)腎炎及びネフローゼ	1.3	1.2	0.9	1.0	0.9
(70)腎 不 全	6.7	4.5	2.4	4.1	4.9
組 合 健 保					
X 泌尿生殖系の疾患	10.8	11.2	8.9	9.5	9.2
(69,70)腎炎、ネフローゼ及び腎不全	6.4	7.2	5.1	5.2	4.7
(69)腎炎及びネフローゼ	1.5	1.2	1.1	1.0	1.0
(70)腎 不 全	4.9	6.0	4.0	4.2	3.7
国 保					
X 泌尿生殖系の疾患	8.0	8.9	8.7	7.8	5.6
(69,70)腎炎、ネフローゼ及び腎不全	5.1	5.9	5.8	5.0	2.9
(69)腎炎及びネフローゼ	0.9	0.7	1.3	0.6	0.6
(70)腎 不 全	4.2	5.2	4.5	4.4	2.2

資料：社会保険庁「医療給付受給者状況調査」
 健保連「健康保険組合医療給付実態調査」
 厚生省「国民健康保険医療給付実態調査」

表13 年齢階級別腎炎、ネフローゼ及び腎不全の医療費

(単位/億円)

年	総数	0-14	15-44	45-64	65歳	65-69	70歳	入院 総数	0-14	15-44	45-64	65歳	65-69	70歳	入院外 総数	0-14	15-44	45-64	65歳	65-69	70歳
54	5257	238	2657	1641	720	315	405	1172	147	338	384	304	109	195	4084	91	2319	1258	416	206	210
55	5725	203	2648	2291	584	289	294	1178	155	402	377	245	92	153	4547	48	2246	1914	339	197	142
56	4960	210	2084	1890	777	261	516	1191	164	355	374	298	116	182	3770	45	1729	1516	479	145	334
57	5391	234	2132	2228	797	366	431	1303	161	343	413	386	107	279	4088	73	1789	1815	411	259	152
58	4501	172	2059	1648	622	238	384	1179	123	286	337	433	116	317	3321	49	1773	1311	189	122	67

3) 透析医療とその将来

現在みられる透析医療の地域分布の格差の解消とともに対象疾病の拡大への対応が必要である。しかるに、透析医療の診療費の実質低下傾向がみられている状況においては、民間の医療機関のみに期待してはその対応に遅れが生じる危険性があるといえよう。このため、公的医療機関による医療供給分野の拡大は、現在すすめられている民間活力重視の方向に適合してはいたないが、著しい不採算の地域にはその整備が必要であろう。また、患者の高齢化がすすむなかで合併症の増加、糖尿病等のように透析治療の背景にある基礎疾病の治療、ケアの必要性が高まるなかで、不採算部分の拡大が予想され、透析医療の展望は、現状の医療供給体制、診療報酬体系においては厳しいことが予測されよう。将来における透析医療の発展と患者の福祉の向上のために、医療全体の将来の展望のもとで、予防から治療、透析医療、腎移植等を総合した計画に基づく資源配分、診療報酬の改訂が望まれる。そのための施策の重要な一つとして、医療施設における経営実態を明らかにし、適正な診療報酬の算定の根拠を得ることが、経済的に安定した医療供給体制の確立に資することとなり、現在の透析医療にみられる激しい地域格差およびそのことによると思われる患者の移動を防ぐことなどを通じて患者の福祉の向上に結びつくものといえよう。

4. おわりに

透析医療は、新しい医療分野にもかかわらず、いわゆる大学が研究開発した成果を実地医家が応用するという方式によらず、第一線の現場において先進的な開発が行われ、大学と同じないしはそれ以上の成果をあげた医療技術である。このため、研究開発費用の多くが診療報酬によっていた特徴を考慮すれば、今後の透析医療の研究開発の推進には格段の配慮が必要といえよう。現在までに、厚生省が難病医療の研究に多くの研究費を投入したことにより研究者が数多く難病を研究対象とし、難病対策が科学的な内容をもって推進できるよう発展できた。透析医療においてもその対象が拡大されようとしている現在、研究開発の推進が重要であり、それが可能となる施策が必要である。ただし、従来とかく研究開発の推進が大学、研究所等の権威に依拠することがしばしばみられ、研究費を細分化した配分がなされていたが、透析研究体制の確立にあたり、過去の成果を活用した研究開発機構となるようにしなければならない。本報告にみられるように透析医療が、日常診療において厳しい財政状況に追込まれていることは、長期的展望のもとで再検討が必要であり、そのための資料として貢献できれば幸いである。