

世界の眼からみた日本の透析と医療保険制度

太田圭洋

社会医療法人名古屋記念財団

key words : 透析, 日本, 世界, 医療保険制度, 診療報酬改定

要 旨

世界の透析医療の現況は、米国、EU 諸国、日本などの先進国以外の国で急速に透析患者数は増加している。各国ともさまざまな社会保険制度を整備しており、その違いにより透析医療の普及に差が生じている。日本の透析を支える医療保険制度は世界的に見れば恵まれたものであるが、近年、社会保障財源の逼迫により、透析医療にはさまざま逆風が吹きつつある。今後、世界に冠たる日本の透析を守っていくためには、いかに透析医療を支える制度を維持していくかが重要である。

はじめに

平成 30 年度改定では、透析医療はフォーカスを当てられ大幅な見直しが行われた。「効率性」により人工腎臓点数に区分が設けられ大幅に引き下げられたわけであるが、この背景には、現在の社会保障財源の逼迫と、日本の透析医療に対する政策立案者の厳しい認識がある。

数年前ではあるが、透析の医療経済を研究するある会の設立の際に当時の保険局医療課のナンバー 2 である企画官が来て、以下のような話をしていったことがある。彼は「疾病負荷量でみると CKD は、癌や虚血性心疾患、慢性呼吸器系疾患、糖尿病と比較し国民に対する負荷は小さい。にもかかわらず我が国では、医療費に占める腎不全医療費の割合は、癌よりは少ないものの他の主要な疾患と比較して大きい。この医療費

> 疾病負荷量の状況は、疾病の特殊性から来るものではなく、我が国の特殊性に起因する要素が大きい。なぜ日本は他の国と比較して特殊なのか定量的に分析いただきたい。また、この特殊な状況を、今後も許容・是認すべきかどうか」と問題提起を行った。日本透析医学会や日本透析医会の歴代理事長、会長その他、我が国の腎不全医療の中心で活躍される先生方を前にして、彼はプレゼンテーションのスライドの中で「CKD の「身の丈」という表現を使い、「先生方には、国民にこの特殊な状況を国民が納得するよう説明していく責任があります」と発言していった。

この認識が、彼個人の考え方なのか、厚生労働省全体の考え方なのかは未だに不明であるが、社会保障財源がひっ迫する現状において、今後も平成 30 年度改定のように、透析医療に関して厳しい対応が行われる可能性は決して低くないと言わざるを得ない。本稿では、日本の透析に関する社会保障制度が、他国と比較してどうなのか、またどのような歴史をたどってきたのかを概説し、現在の社会保障改革の流れの中で、今後、透析医療においてどのような制度的な変革が行われる可能性があるかに関してすこし考察してみたいと思う。

1 世界の透析医療の現況

世界の透析患者数や治療の状況を概略として把握するのに、データとしてはアメリカの USRDS が毎年公表するレポートや、フレゼニウス社が公表するレポー

表 1 主要国の 2006/2007 から 2014/2015 年の年齢区分別, 末期腎不全患者発生数比較

	0-19 years old	20-44 years old	45-64 years old	65-74 years old	> = 75 years old
Russia	84.0	48.7	107.2	272.2	392.9
Romania	-18.7	32.6	58.0	99.9	190.1
Malaysia	24.1	58.8	65.7	52.0	32.3
France	-2.0	11.6	9.2	0.9	17.1
Taiwan	-31.8	-5.1	-16.0	-11.2	9.9
United Kingdom	-1.9	-4.9	8.7	-13.2	7.7
Greece	-12.6	-2.4	4.4	-4.7	7.2
Argentina	-10.5	3.9	-0.1	7.5	7.0
Spain	-26.9	-6.4	-1.0	6.3	4.0
Canada	0.5	15.4	17.4	-4.3	3.0
Japan	-32.4	-7.1	-14.6	-14.7	0.6
Norway	65.2	0.5	-12.2	-21.8	-1.8
Singapore	-57.3	4.9	10.5	-8.7	-2.7
Uruguay	-6.6	29.6	2.3	3.0	-4.6
Israel	25.6	10.5	2.3	-11.2	-4.8
Belgium, French sp.	—	10.6	-3.8	-5.8	-5.1
Netherlands	-16.3	-5.5	-6.8	-12.9	-7.7
United States	-15.0	0.8	2.2	-11.2	-8.4
New Zealand	-24.9	2.5	-2.7	-9.9	-9.3
Belgium, Dutch sp.	—	-0.5	-17.4	-15.9	-10.3
Hong Kong	23.3	-12.3	2.7	-8.8	-12.0
Australia	31.8	-9.2	3.5	-15.4	-12.7
Sweden	-3.8	5.6	-13.3	-17.1	-13.2
Denmark	-49.2	3.0	-17.0	-23.8	-17.1
Austria	-42.0	-7.7	-26.1	-16.8	-22.0
Iceland	-50.2	20.9	-40.5	16.0	-24.0
Finland	38.0	0.4	5.2	-15.2	-24.3
Bosnia and Herzegovina	-77.2	-13.3	-17.4	-28.7	-33.6
Scotland	-30.0	-7.5	8.9	-13.0	-34.0

(Percent changes from 2006/2007 to 2014/2015 in the incidence of treated ESRD, by age group and country) USRDS annual report 2017 から <https://www.usrds.org/adr.aspx>

トが参考になる。フレゼニウス社のレポートによると、2016年時点で末期腎不全患者数は、世界で373万人に達し、この数字は年5~6%のペースで増加している。その内訳は血液透析265万人、腹膜透析34万人、腎移植74万人となっており、どの治療モードも年5~6%のペースで増加している¹⁾。

国別では、アメリカの49.6万人、中国46.5万人に次いで日本は33.0万人で第3位である。その後にはインド(13.3万人)、ブラジル(12.3万人)と続く。最近のBRICSなどの新興工業国や発展途上国の経済発展と人口増加に伴い、ここ最近は米国、日本、EU諸国以外の地域での透析患者数の増加が目立っており、上記3地区の透析患者数をその他の地域の患者数が2010年には凌駕し、2016年には全世界の患者数の約60%が、その他の地区で透析が行われている。人口100万人あたりの透析患者数は、台湾(3,090人)、日本(2,535人)が高いことは知られているが、韓国

(1,185人)、マレーシア(1,145人)、シンガポール(1,100人)などは、すでに1,000人を超え、ドイツ(1,070人)やアメリカ(1,430人)に匹敵する水準に達している。

今回、USRDSのレポートで世界の透析人口等を見ていて、すこし驚いたことがある。表1に、末期腎不全患者の発生率の年齢別の2006/2007年と2014/2015年の変化を示す。主要国の末期腎不全患者(treated ESRD)の発生数を比較した表であるが、日本は75歳以上の患者の発生数は0.6%増加とほぼ横ばいであるものの、多くの国(特に北欧)では、75歳以上の患者の発生数が、この約10年で劇的に減少していることになっている。これらの国の高齢化が進行している中でこの現象は、いわゆる透析導入の差し控え(非導入)が増加していることを表している可能性が高く非常に興味深い。今後、我が国でもACP(アドバンスド ケアプランニング)の概念は普及していく

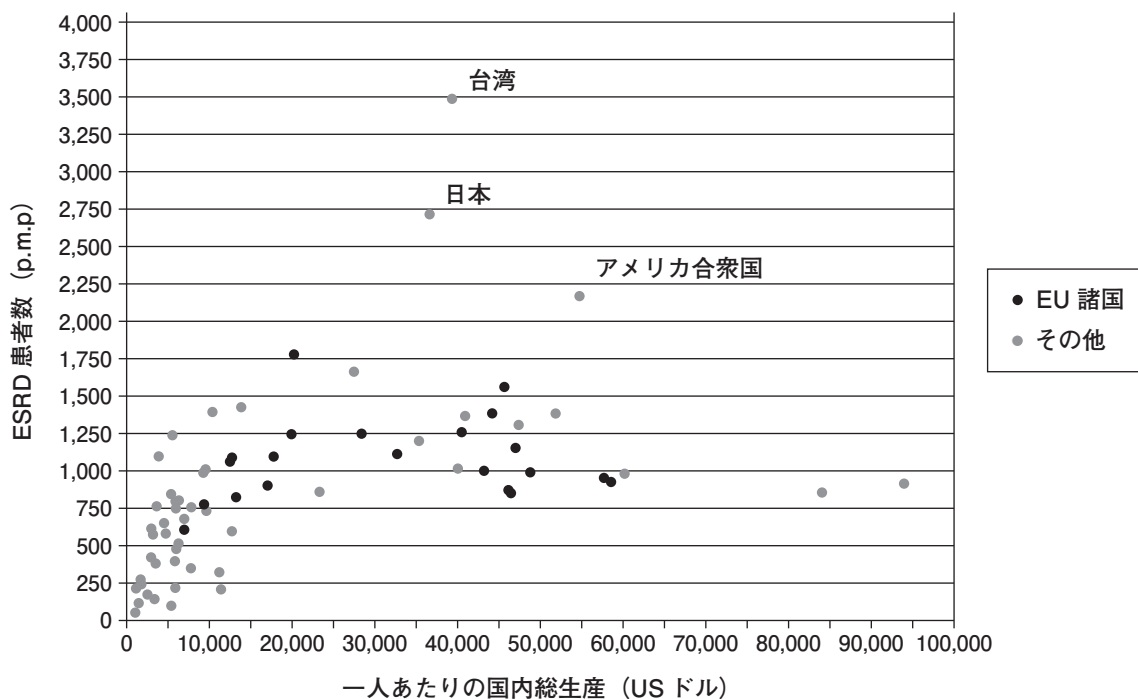


図1 一人当たりGDPと人口100万人あたりESRD患者数
(文献1より引用)

と考えられ、日本の透析患者数は、想定より早く減少に転じるかもしれない。

透析患者数と経済力との関係に関しては、以前から人口あたりのESRD患者数とその国の1人当たりGDPに相関があることが指摘されていた。透析医療が高額であることから、経済的要因が治療に制限を与えていることによるとされていたが、最近のデータでは、1人当たりGDPが10,000ドルを超える国々については、経済力と末期腎不全患者数との間に相関関係は見られないことになっている。ある程度、経済が発展した国々では、その国の社会保障制度や、人々の考え方で末期腎不全患者数は大きく変わりうることを示している(図1)。

2 各国の透析に関わる医療保険制度

各国の透析に関わる医療保険制度は、1回あたり透析の費用や、患者の自己負担額等が、はっきりと同じ条件で比較できる資料はいろいろ探したが見つからなかった。ただ、現在我が国は医療のアウトバウンドやインバウンドを積極的に進めており、さまざまにサーチャが行われている。それらのレポートを参考に、以下いくつかの国の制度を紹介する。

中国(上海)では、上海市衛生局が定める血液透析費用は400元(約6,500円)/回(ダイアライザ再利用

の場合は355元/回)となっている。血液透析は重大疾患に区分され、職員基本医療保険の場合、就労状態と就労者の年齢区分により自己負担率は異なるが、治療費の95%から97.5%は医療保険でカバーされる。上海市以外の地域に関しても、2012年8月の状態では、透析費用は平均90%前後が保険でカバーされているとのことである^{±1)}。

台湾では、1995年に全民健康保険がスタートした。これは強制的かつ政府の単一保険制度であり、台湾人口の99.9%が加入し93%の病院、診療所をカバーしている。加入者の職業等で全6種類に分類され、分類ごとに保険対象と保険料の負担比率が決められている。台湾の医療費は総額予算性であり、日本の診療報酬制度同様に点数制を採用している。基本的には1点=1台湾ドルであるが、医療費支出が予算を超えると1点あたりの台湾ドル換算率を変更して支出を抑制する制度になっている。2015年度には1点=0.82台湾ドルとなっている。血液透析治療は3,900点(約12,800円)と規定されているが、全民健康保険法第48条で規定される重大疾患に該当し、医療費の自己負担は免責対象となっているため、患者負担は無償である^{±1)}。

タイでは、三つの主要な公的医療保険(公務員医療給付、社会保険、国民皆保険)があり、それらによる国民のカバー率は99%に及ぶ。2002年9月から30

パーツを支払うことで1回の外来もしくは入院が可能な「30 パーツ医療制度」が施行されたことにより国民皆保険制度が整備され、透析医療に関しても保険給付の対象となっている。しかしながら、公務員医療給付を除く二つの保険については償還額の上限が設定されており、また、国民皆保険の透析医療については2008年よりPDファーストポリシーが適応されているため、国民皆保険の患者が腎不全になった場合には原則PDしか受けることができない（PD治療過程で問題発生した患者のみHDでの保険適応が認められる）。そのため国民皆保険の患者でも自費で血液透析治療を受ける患者が多く存在する。血液透析の平均コストは公立で1,917.0±214.9 パーツ、私立で1,956.3±356.3 パーツ、日本円で（6,300円～6,500円程度）とのことである^{‡2, ‡3)}。

インドには国民皆保険制度は存在せず、公務員は公立保健医療施設で無料で医療が提供されるものの、多くの一般国民は民間保険に加入するか、無保険であることが多い。透析治療に関しても、インドでは公務員と一部貧困層以外への公的医療保険制度は存在しない。透析患者は公務員か自己負担が可能な患者に限られていると言ってよいのが現状である。つまり現在のところ、透析治療受療可能な対象者数としては、公務員（中央政府公務員、国会議員、最高裁判事、知事など）が2007年時の統計で447万人、全人口の0.4%、年間

所得が100万ルピーを超える富裕層が2009年推計で380万世帯（全世帯の1.7%）、年間所得が20万ルピーから100万ルピーの中間層が2,850万世帯（全世帯の12.8%）と、約3,200万世帯、全世帯の約13%程度であるとのことである。いくつかの病院での透析の例がレポート内に示されているが、私立の病院では、患者支払い額は1回の透析につき1,300ルピー（2,500円）から2,800ルピー（5,000円）くらいであるという^{‡3)}。

3 米国メディケアの包括支払制度（ESRD PPS）

アメリカでは2011年から維持透析療法に包括支払制度を導入された。この包括点数には透析に関連する全注射薬と注射薬と同効の内服薬、多くの透析関連検査が包括化されており、医療の質によるペナルティー制度が導入されている。導入当初の1回あたりの基本料金（ベースレート）は229.63ドルであったが、2019年も235.82ドルとほとんど増加していない。これにDrフィーとして、医師の外来診療に月4回で300ドル強が請求されることとなる²⁾。

今回、USRDSのコストデータから、米国の透析医療費がどのように推移したか確認した。米国メディケアの透析患者数はその後も増加し続けているが、メディケアの透析関連支出の増加は、包括化導入後あきらかに緩やかになってきている（[図2](#)）。患者数1人あ

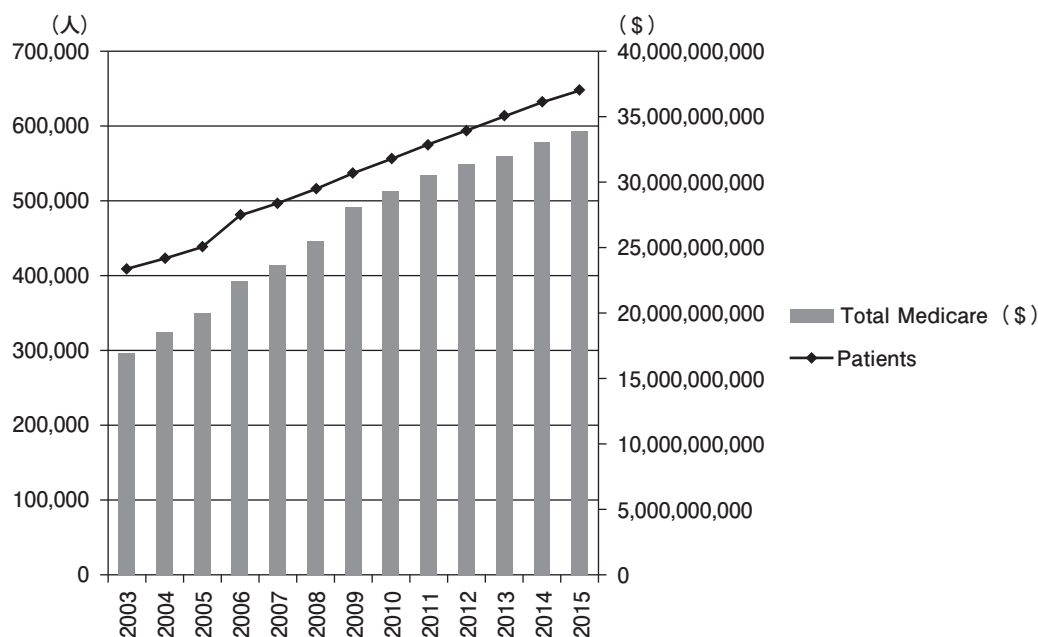


図2 米国メディケアにおける透析患者数と ESRD 支出額の推移

(Total Medicare spending (\$) of reported ESRD patients) USRDS annual report 2017 から作成。

<https://www.usrds.org/adr.aspx>

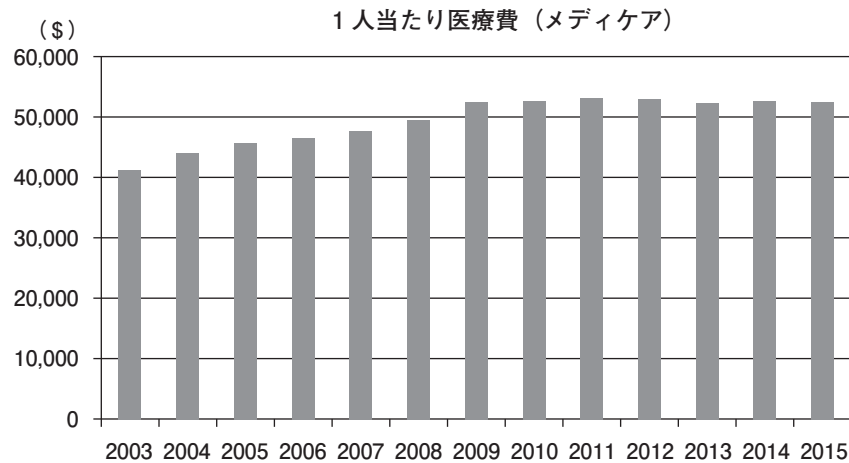


図3 透析患者外来1人当たり医療費の推移

(Total Medicare spending (\$) of Outpatients hemodialysis patients) USRDS annual report 2017
から作成。 <https://www.usrds.org/adr.aspx>

たりの透析患者医療費を試算してみたところ、包括化までは上昇傾向にあったものが、包括化後1人当たり医療費増加は止まっていた。包括化により効率的に透析医療費の増加が抑制されているようである。(図3)。

4 日本の透析関連の社会保障制度の変遷

ここまで、世界の透析医療の現況、および各国の透析関連の医療保険制度をみてきた。各国の透析医療をとりまく環境はまちまちであり、単純に比較することは困難であるが、総論としては日本の透析医療を取り巻く環境は、世界的には恵まれているということができよう。しかし冒頭でも述べたように、現在、日本の透析制度も医療費抑制の流れの中で、非常に強いアゲインストの力が働きつつあり、今後、どのように変革が行われていくか予断を許さない状況になりつつある。そこで、現在の日本の透析医療を支える諸制度がどのように確立してきたか、詳細を把握する人も少なくなりつつある中、ここにまとめておきたい³⁾。

4-1 医療保険への適用（1967年10月）

透析医療が医療保険の給付の対象となったのは1967年10月からである。当時は健保本人10割、家族5割、国保7割の給付であった。急性腎不全、次いで慢性腎不全での人工腎臓を保険適用にという動きが外科医を中心に起こり、人工透析は人工心肺に準じて保険適用しようと厚生省に働きかけた結果である。ただ、当時の患者数数百数十人という少ない状況で、保険適応が認められた政治的背景は不明である。当時の一年生存率

は50%未満であった。

この保険適用後も、人工腎臓は透析必要者に対し約10人に1台の割合しかない順番待ちの状態であり、治療は死ぬ人待ちの状態であった。医療機関側も「人工腎臓は少ないから、できるだけ社会に貢献する人を選ぼう」という施設も多かった。また、健康保険本人以外は医療費自己負担が多額となり（当時の透析医療費負担は月9～30万円ほど。大企業の大卒初任給が4万5千円、サラリーマンの平均月収が約10万円の時代）、「人工透析かね次第」とか「金の切れ目が命の切れ目」といわれていた所以である。実際、当時の透析医からその頃の話を知ると、腎不全となった患者を前にして、まず主治医がすることは親族会議の招集であったとのこと。「田畑どれくらい売れるね？」と治療費の確保策に医師が関与しなければいけない状態だった。結果として、1970年頃の患者の約8割が男性であった。

4-2 患者会の結成と活動、透析への更生・

育成医療適用（1972年10月）

そのような状況におかれた患者が1971年活動を開始した。3月に日大医学部付属板橋病院の患者による「ニーレ友の会」が透析患者の全国組織の準備を開始し、全国の患者会も集結し、同年6月6日に全腎協結成大会を東京で開催した。「金の切れ目が命の切れ目」といわれた実情を報告し、当面の緊急目標4点を採択した（①人工透析の費用を全額国庫負担に、②透析患者を身体障害者に、③全国各地に腎センターを、

④長期療養患者の治療費保障を).

その後、患者会として厚生大臣に面会し要望した際には、新聞、テレビ各社が大きく報道し、翌日にはNHKラジオで厚生省医務課長と患者会の対談も行われた。当時、患者会は厚生省・大蔵省への陳情を連日行った。

その年の予算要求に厚生省は11億円の腎疾患対策費を計上、約半額の5億6,500万円で予算成立した(更生医療の予算化)。翌72年6月に身体障害者福祉法改正案が成立し、腎機能障害が身体障害者福祉法の対象となり、同年10月の改正法の施行により、人工腎臓に更生・育成医療が適応されることとなった(この年の患者数3,631人)。

更生医療の適用により、患者は高額な自己負担なく透析治療を受けることができることとなり、前述の「金の切れ目が命の切れ目」という状況はなくなった。その後、透析患者数は指数関数的に増加することとなり、まさに透析普及のブレークスルーとなった出来事であった。更生医療が適応された1972年10月、初代全腎協会長大西晴幸氏が急逝。まさに透析患者にとっては命がけという言葉そのものの更生医療適用への歩みであった。

4-3 医療保険の高額療養費制度の新設(1973年10月)

更生医療適用の翌年の1973年10月に健康保険法が改正され高額療養費制度が制定された。当時、腎不全患者が求めた更生医療という公費負担制度適用の動きとは別に、他の疾病でも医療費の高額自己負担が問題となっていた。健康保険法の家族療養費は5割給付であり、家族の医療費が高額にかかり、頼りになるべき保険が有効に機能していないという批判があった。

1971年10月には社会保障審議会から「癌、心臓病等の高額医療および長期療養のため、保険の自己負担額が極度に重くなるような場合の対策が必要」という答申書が出されている。1973年1月、高額療養費についての要綱が社会保障審議会および社会補償制度審議会に諮問され、検討された内容をもとに同年10月健康保険法が改正され高額療養費制度が創設された。当時の自己負担限度額は3万円とされ、同時に健保家族の給付が5割から7割に引き上げられた。

これにより、透析医療費の負担は、更生医療の保険優先の原則から、更生医療の適応となるのは高額療養

費の自己負担額3万円となり公費負担の財源の軽減となった。透析医療費の出所が税金(公費負担)から医療保険(保険加入者と企業)へ大きくシフトしたことになる。

実際の患者負担は変わらないものの、負担の出所が変わることにより透析患者への風当たりが強まった。健康保険組合の一組合員が透析に入ったことにより、「お金がかかるので退職して欲しい」と言われたり、国保加入者で透析することになった患者が他市町村にある病院へ入院することになった際、「病院に住所を移したら、医療費の独り占めのように大変だ」といわれたこともあったという。

近年、健康保険組合の財政が厳しいのは周知の事実であり、高額な医療費を使用する患者を保険者としては加入を渋るベクトルが働く。全腎協(患者会)運動の当初のスローガンは「全額公費負担」であり「疾病は国民個人の責任でなく、すべて国民は平等に生きる権利があるという生存権の保障として国が負担すべき」という理念を掲げていた。しかし結果として、透析医療費は自助・互助のシステムである保険への依存度が増大して現在にいたっている。

4-4 長期高額疾病への指定(1984年10月)

透析患者はその後も急増していった。更生医療ができた1972年には3,631人だったものが1975年には13,059人、1984年には59,811人となった。高額療養費制度により更生医療の公費負担が大幅に減ったとはいえ、患者数の増加もあり更生医療給付費の中で腎機能障害がしめる割合は1979年には92%を占め、公費の負担も増大していった。

そこで、公費負担をさらに減らし、保険中心での透析医療負担への動きがでてくることとなった。その流れの中で1984年の健康保険法改定において「長期特定疾病にかかる特例」が導入された。

これは高額療養費の自己負担限度額を、それまでの3万円から、費用が著しく高額な一定の治療を著しく長期間にわたって継続しなければならない疾病と厚生大臣が定めるものに関して軽減するものである(当時は1万円とされた。現在では収入の高いものは2万円となっている)。この当時、厚生大臣に指定された長期高額疾病は、①人工腎臓を実施している慢性腎不全、②血漿分画製剤を投与している血友病、の二疾患であ

り 1996 年に抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群が追加された。

この金額が当時、なぜ 1 万円になったかに関して推察するに、1984 年度の国民医療費は約 14 兆 5 千億円であり国民 1 人当たり年間 12 万円強、月約 1 万円の医療費が使われていたことになる。平均月 1 万円くらいの負担は透析患者でも負担してもらおうということであったかもしれない。また、この特例の成立は、同年の健康保険本人の負担に 1 割負担が導入されたこともあり、負担増大の引き換えのメニューとして成立したとも言える。

4-5 障害者医療費助成制度

現在、すべての都道府県で実施されている障害者医療費助成制度も、透析患者への公的支援としては重要な制度である。この制度により、健康保険の長期高額疾病の特例や更生医療で残った医療費自己負担分が実質 0 円になるからである。

この制度は各自治体の単独事業であり、個々の歴史的な流れを把握することは難しい。ただ、透析医療への影響を考えた場合、美濃部都政下の東京都の先進的な事例は見落とすことはできない。更生医療の適用がなされる前の 1972 年、東京都は都独自に透析医療の公費負担を予算化した。その後東京都は難病の都単独事業の中で、全国でも唯一「人工透析を必要とする腎不全」に医療費助成を実施し、自己負担額の半額を補助した。

東京都のこの動きが国や他県に与えた影響は大きく、同年に透析患者の医療費への更生医療適用が実現した。また翌年には老人医療費無料化が実施された。

この頃から各地で保険や更生医療を利用しても出てくる自己負担額を、都道府県独自の障害者医療費助成制度としてカバーする運動が各自治体で取り組まれた。1991 年に沖縄県でも医療費助成が始まったことで、全国 47 都道府県すべてでこの制度が実現したこととなった。

5 現在の社会保障改革の流れと、今後の透析医療

このように、特に透析黎明期から初期にかけて作り上げられた世界に冠たる日本の透析を支える諸制度であるが、現在の強い社会保障費の抑制政策のもと、高額医療である透析医療に対する風当たりは強い。この

大きな流れの中で平成 30 年度改定が行われた。平成 30 年度改定の概要とそれに至った経緯に関しては、紙面の都合上、本誌別号に詳細を書いたのでご参照いただきたい。ここでは、現在、我が国で行われつつある社会保障改革に関して、その大きな流れに触れておきたい。

現在、我が国は大きな社会保障制度改革を、非常に速いペースで行っている。その原因は、人口動態の変化と財政の悪化である。少子・高齢化の流れは今後も大きく変わることは難しく、すでに 2008 年をピークに人口減少期に入り、生産年齢人口が減少する中、財政状況が他の先進国と比較しても突出して悪化している中で、今後も増加していく高齢者をどのように支えていくかを、我が国は真剣に考えざるをえない状況になってきているからである。

この状態を改善させていくために、現在の安倍政権では、経済財政諮問会議を改革の中核と位置づけ、そこで経済財政再生計画（いわゆる骨太の方針）を策定、毎年 6 月にそれを閣議決定し政府方針とすることで、さまざまな改革プランを進めていっている。各省庁は、そこで決められた政府方針どおりに改革が行われているか厳しく進捗管理されている。病院病床の機能分化・連携を進める地域医療構想の推進も地域包括ケアの推進も、すべていつまでに誰が（どの省庁が）、なにをやるのか、それをどのように評価していくのか決められている。

毎年の予算編成過程において約 3 分の 1 を占める社会保障費は、高齢化の進展による自然増として、毎年 6,000 億円強の増加が見込まれている。財政を立て直すための目標として、プライマリーバランスの黒字化を目指し、社会保障費の自然増を毎年 5,000 億円以下に抑制するという方針も、経済財政諮問会議で決定され政府方針としてここ数年継続されてきた。

医療費に関しても、診療報酬改定は、社会保障費の自然増を抑制する大きな手段に位置づけられており、財政が厳しい中、全体として非常に厳しい締め付けが行われている。

この流れの中で、平成 30 年度改定においては、透析を含む腎代替療法は、診療報酬上、適正化（評価の引き下げ）を行う項目とされ、効率性の指標による区分の新設と人口腎臓技術料の引き下げが行われた。今後もこの流れは継続していくことが予想され、この流

れが透析医療に関連する諸制度にどのような影響を及ぼしていくか予断を許さない状況にある。

今後、透析に関連するさまざまな制度改革が計画される可能性があると考え、ここに代表的な2つの改革の可能性を示す。このような施策が検討された場合に、われわれ透析関係者はどのように対応するか、いまから検討をしておく必要があるだろう。

① 包括化が求められた場合

包括化に関しては、前述のようにすでにアメリカで導入された前例がある。現在の人工腎臓にも、ESA含め多くの薬剤等が包括化されているが、これに今後MBD関連の内服・注射薬等の包括が求められる可能性はある。2006年のESA包括化では日本の透析患者の腎性貧血管理は悪化せず、むしろガイドラインの策定等も行われ腎性貧血管理は改善したが、MBD関連の内服・注射薬の包括は、患者がすぐに効果がわからないため、粗診粗療を引き起こす可能性がある。今後、新たな腎性貧血治療薬としてHIF-PH阻害薬が上市された際に、内服薬である同剤をESA包括がなされている既存の人工腎臓点数での請求を認めるのかどうか検討せざるをえないが、院外処方半数を超えた現在の透析医療で、内服薬の包括が技術的に可能となった場合、高額な薬剤が多いMBD関連薬の包括化に道を開く可能性もあり慎重な検討が必要である。

② 診療報酬上、透析・非透析の区別を求められた場合

現在の診療報酬請求では、生活保護に関わる医療扶助においてのみ、透析関連と非透析関連を分けて請求する形になっている。この区別は主治医の判断という形になっているが、医療保険財政が厳しくなる中、生活保護患者以外にも、透析関連のみを月1万円自己負担の高額療養費制度や自立支援医療の適応とし、それ以外の医療は、透析患者でも通常の患者と同じ自己負担

を求めるよう制度改正が模索される可能性はある。患者の自己負担増加が、日本の透析医療を大きく変えてしまう可能性は高く、このような改革が模索された際に、我々としてどのように対応していくか事前に十分検討を重ねておく必要があるだろう。

さいごに

透析医療のみならず、日本の医療そのものが大きな変革を求められる中、今まで当たり前であった日本の透析医療を支えてきた諸制度が今後も変わらないという保証はどこにもない。制度が人の手で作られたものであるのならば、それを変えることも可能である。先人たちが作り上げてきた世界に冠たる日本の透析医療を今後、どのように守っていくか、透析医療にたずさわる一人ひとりが真剣に考えていく必要があろう。

文 献

- 1) Fresenius Medical Care : ESRD Patients in 2016 A Global Perspective
- 2) 大平整爾：アメリカ透析医療費の支払い包括化。日透医誌 2012； 27： 38-43.
- 3) 太田圭洋，山崎親雄：医療制度・公的支援の発展と将来。臨床透析 2009； 25(13)： 1843-1851.

参考 URL

- ‡1) 「訪日外客向け血液透析支援サービスプロジェクト報告書」
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryu/downloadfiles/pdf/27fy_wellness.pdf (2019/3/11)
- ‡2) 「KITASAITO パッケージ透析海外展開事業プロジェクト報告書」
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryu/downloadfiles/pdf/24fy_jinyukai.pdf (2019/3/11)
- ‡3) 「透析技術ネットワーク開発計画ファイナルレポート」
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/kanmin/chusho_h24/pdfs/n01.pdf (2019/3/11)