

20) 医療の企業化、あるいは病院の企業化をテーマにした仕事はアメリカにおいて次々に発表されている。主なものをあげておく。まず第二次大戦以前を対象として、アメリカにおける資本主義的医療の土台が構築されるプロセスを分析した、E. Richard Brown の *Rockefeller Medicine Men*, University of California Press, 1979 がある。企業化の波との対抗関係を主なモメントとして、アメリカの医師職の権威と医療供給システムの歴史を通観した 514 ページに及ぶ大部の著作が、Paul Starr の *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, Inc., Publisher, 1982 であり、最終章を “The Coming of the Corporation” という題にしている。ここでは、医師の権威の低下が、医療の企業化とパラレルな進行を示したとされている。

最新の単行書に、題名もそのものズバリを示す、Stanley Wohl の *The Medical Industrial Complex*, Harmony Books, 1984 がある。これは、自らが病院株式会社で働いたことのある医師として、いわばインサイドからの医・産複合体論になっている。1983年の DRG 実施までをカバーしている。

なお、一般には企業 (Corporation) による医療マーケットの支配 (量的支配とともに、医療界の行動原理が企業の行動原理と同質のものになるという意味での

質的支配も含意する) として、企業化がアメリカの今日の医療を動かす基本傾向ととらえて問題はないが、貨幣化として把握する人々もいる。例えば、コロンビア大学の Eli Ginzberg がそうである。彼の主張を簡潔に知るには、*The Monetization of Medical Care* (New England Journal of Medicine, May 3, 1984) が良い。また、西ドイツの Ute Frevert も、469 ページに達する大作 *Krankheit als politische Problem 1770-1880* (Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1984) の理論的枠組みとして、貨幣化 (Monetarisierung) を用いている (例えば 12 ページなど)。

筆者は、現段階を画するものが、貨幣化一般ではなくして、大資本 (= 大企業) のもとに医療が包摂されることととらえるので、企業化が、正確には大企業化が適切であると考ええる。

21) Review, Jul./Aug. 1984, p. 38.

22) Review, Jul./Aug. 1984, pp. 22-24. オッテンスマイヤーの発言は、積極的に開業医という立場を守りつつ、企業化する病院システムの中でしかるべき地位を確保しようとする点で、医師層の意見を代表するものとみて良い。

23) Review, Jan./Feb. 1984, p. 102.

24) S. Wohl, op. cit., p. 5.

(ひの・しゅういつ 国立公衆衛生院衛生行政室長)

透析医療の国際比較

二 木 立

はじめに

1970年代以降の医療技術革新は目覚ましい。しかし、それらの大半は診断技術の革新であり、治療技術の進歩は意外に少ない。例えば華々しく登場した ICU・CCU (集中治療) も近年はその治療効果に対して数々の疑問が提出されている。

それに対して透析医療 (血液透析) は延命効果が確認された数少ない治療技術である。この血液透析は1960年代に治療技術として確立された後、1970～80年代にかけて各国で急速に普及し、現在では全世界で約20万人がその恩恵に浴している。

しかし他面、血液透析はその費用が高額 (年間1人600万円) であるため、医療費高騰の一因とみなされ、近年では各国で種々の医療費抑制策がとられている。

わが国では透析医療の社会経済的研究が少なくないが、国際比較研究はほとんど行われていない。一般にわが国における医療の国際比較研究は医療保障制度面や「国民医療費」面など“マクロ”面に限られ、“ミクロ”な個々の医療行為・医療技術の比較研究はほとんどみられない。

しかし、今後“医療の質を低下させない医療費節減”をはかっていくためには、この種の国際比較研究が不可欠である。事実欧米諸国では透析医

療を含めた高度・高額医療技術の国際比較研究が盛んであり、いくつかの国際シンポジウムも開催されている¹⁻³⁾。

小論ではこれらの動向を紹介しつつ、わが国の透析医療の国際的位置・特殊性を検討したい。

I 慢性腎不全治療患者数の国際比較

図1は日本と欧米諸国の慢性腎不全治療患者数の推移をみたものである。日本では慢性腎不全の治療のほとんどは透析（そのほとんどは血液透析）によって行われているのに対して、欧米諸国では腎移植が盛んであり、図1でも欧米諸国の数

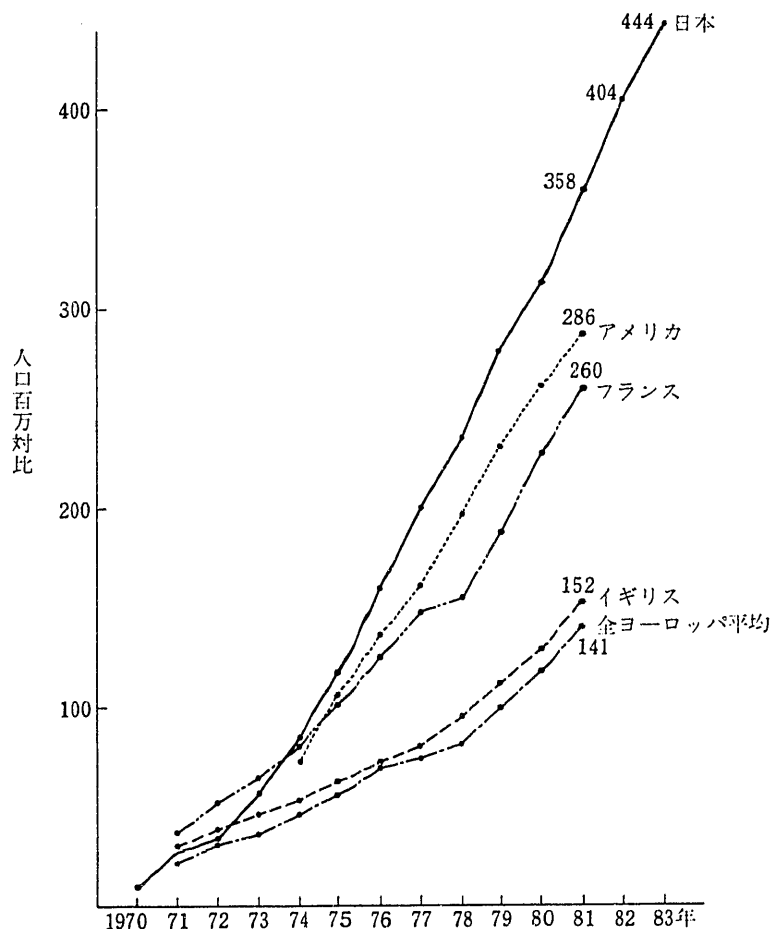
値には透析と腎移植の両方を含んでいる。

しかし、日本は透析患者のみでも欧米の腎不全治療患者数を大幅に上回っている。

わが国では1972年10月の透析医療の更生医療・育成医療適用と1973年10月の高額医療費支給制度の発足以後透析患者数が飛躍的に増加し、1975年以後は一貫して世界一の水準である。1983年末の透析患者数は実数で5万3,017人、人口100万対で443.7人に達している。

表1は慢性腎不全患者の治療方法の国際比較をしたものである。

この表から、日本と欧米諸国との間には慢性腎不全治療に関して構造的違いが存在することが分



- 注：1) 日本は慢性透析患者のみ。欧州は透析患者+生存腎移植患者(累計)。アメリカは Medicare 対象の透析患者+腎移植患者(術後3年以内)。
 2) 日本と欧州は各年末現在。アメリカは毎年7月1日現在。
 資料：(日本) 人工透析研究会「わが国の慢性透析療法の現況(1983年12月31日現在)」。
 (欧州) Proc Eur Dial Transplant Assoc 各年版。
 (アメリカ) Eggers P.W., et al.: Health Care Financing Review, 5(3): 69, 1984.

図1 慢性腎不全治療患者数(人口100万対)の推移

表1 慢性腎不全患者の治療方法の国際比較 (1982年)

	慢性透析患者数 (年末)				腎移植患者数 (年間)		
	実数	人口100万対	IPD・CAPD比率	家庭透析比率	実数	人口100万対	死体腎移植比率
日本	47,978人	404.2人	1.7%	0.2%	395人	3.3人	37.5%
アメリカ	58,924	257.0	8.7	16.1	4,878	21.3	70.2
全ヨーロッパ	71,458	124.5	8.5	13.0	5,591	9.7	89.5
うちイギリス	4,751	85.0	24.7	45.5	1,095	19.6	88.7
スウェーデン	918	110.6	19.4	14.4	233	28.1	77.3
西ドイツ	15,091	246.6	2.9	14.2	1,036	16.9	96.2
フランス	11,943	223.7	8.0	18.3	834	15.6	94.2
イタリア	12,414	218.6	8.5	12.5	231	4.1	92.6

注：1) IPD：腹膜透析，CAPD：腹膜利用連続透析法。

2) アメリカは1981年。

3) 日本と欧州の家庭透析には IPD・CAPD は含まない。米国では含む。

資料：(日本) 図1文献に同じ+「厚生白書」58年版。

(欧州) 図1文献の1982年版より計算。

(アメリカ) US・DHHS: End-Stage Renal Disease Program Medical Information System—Facility Survey Tables, 1981.

かる。

まず透析患者数（人口100万対，以下同じ）は日本で404.2人と著しく多く，これはアメリカの257.0人の1.57倍，全ヨーロッパ平均の124.5人の実に3.25倍である（ただしアメリカでは全透析患者のうち7%は Medicare の給付を受けていないと推計されており⁶⁾，この点を考慮すると日米間の格差は多少縮小する）。

他面わが国では家庭透析は0.2%にすぎない。それに対して欧米諸国ではイギリスの45.5%は例外としても，各国とも1割強の患者が家庭透析を受けている。また，近年新しい透析技術として欧米で急速に普及しつつある CAPD（腹膜利用連続透析法）もわが国では保険適用の遅れ等のため1.7%にとどまっている。なお，この CAPD はわが国でも1984年3月より保険適用となったが，点数設定，実施医療機関の基準の問題等で普及に大きな隘路がつくられ，同年6月現在で保険請求可能な医療機関は全国でわずか20にすぎない⁷⁾。

しかしわが国と欧米諸国との腎不全治療方法の根本的相違は，わが国における腎移植の著しい少なさである。

表1に示したように1982年の日本の年間腎移植患者数は人口100万対3.3人にすぎず，これはアメリカの21.3人の15.5%，全ヨーロッパ平均の

9.7人と比べても34.0%である。

腎移植には死体腎移植と生体腎移植があり，欧米諸国では死体腎移植が主流である（アメリカ70.2%，全ヨーロッパ平均89.5%）。それに対してわが国でも近年死体腎移植が増加してきているが，それでも1982年で37.5%にとどまっている。

II 透析患者の高齢化・重症化と治療成績の低下

1970年代以降の透析医療の普及により多くの患者の延命・社会復帰が可能となった。しかし，他面透析の対象（適応）の拡大により，患者の高齢化・重症化が進行し，治療成績の低下が表れていることも見落とせない。

表2は毎年の透析導入患者（新規透析患者）の平均年齢の推移をみたものである。

後述するように，ヨーロッパ諸国では日本やアメリカに比べて厳しい患者選択基準に基づいて透析が行われているが，それでも平均年齢は毎年上昇し，1970年の36歳から1980～82年には49.0歳に達している。わが国でも透析導入患者の平均年齢は1981年に50歳を突破し，1983年には51.9歳に達している。アメリカの最近のデータは不明であるが，すでに1978年の時点で全透析患者の平均年齢

表 2 血液透析導入患者の平均年齢の推移

	1970年	1974年	1979年	1982年
日 本	—	—	47.46	50.83
ア メ リ カ	39	44		
全 ヨーロッパ	36	41.8	46.5	49.0
うちイギリス	—	36.7	40.8	42.0
スウェーデン	—	47.7	48.2	50.3
西 ド イ ツ	—	44.4	50.0	51.7
フ ラ ン ス	—	43.7	49.2	50.8
イ タ リ ア	—	43.6	48.8	52.8

注：1) アメリカの1970・1974年，ヨーロッパの1970年は慢性腎不全全治療患者。

2) ヨーロッパの1974・1979年は施設透析患者。

3) ヨーロッパの1982年は1980～82年全治療開始患者の年齢階級別分布表より筆者が試算。

資料：図1と同じ。

が52歳に達しており⁵⁾，透析導入患者の平均年齢は当然それを数歳上回るものと推定される（なお，腎移植患者の平均年齢についてはこのような上昇傾向はみられない）。

さらに透析患者のなかで全身の各種合併症を有する患者の比率が急増している。とくに透析療法の黎明期には適応外とされた糖尿病性腎症による腎不全患者の増加が著しい。例えばアメリカでは透析導入患者のうち糖尿病性腎症患者の比率は，1973年以前の7.0%から1980年には21.8%にまで増加している⁶⁾。日本でも同様の傾向がみられ，1983年には糖尿病性腎症の透析導入患者は15.6%に達している⁴⁾。

このような透析患者の高齢化・重度化は治療成績の低下をもたらしている。

例えばアメリカの Gutman らの透析患者の日常生活動作・就業状況調査によると，1979年6～9月に全米18の透析センターで治療を受けていた

2,481人の患者（平均年齢50歳）のうち，日常生活動作が自立していた患者は非糖尿病患者でも60%，糖尿病患者ではわずか23%にすぎなかったというショッキングな結果がだされている⁷⁾。

さらに透析医療が世界一普及しているわが国では，治療成績の低下は延命率の低下という形でより直接的に表れている。

表3に示したようにわが国の透析患者の生存率は1978年以降傾向的に低下し，とくに1年生存率は1978年透析開始患者の77.7%に対して1982年透析患者では65.8%にまで低下している⁴⁾。

これに対して欧米諸国ではこのような生存率の低下傾向はまだ認められていない。アメリカでは1973～79年の間生存率はほぼ一定であり，全患者の1年生存率は81%，65～74歳患者でも74%である⁶⁾。ヨーロッパ諸国では1974～76年治療開始患者に比べて1979～81年治療開始患者の生存率はわずかながら改善されており，60～65歳の老人患者（ほとんどが透析療法）でも1年生存率は80%を上回っている⁸⁾。

III 透析患者数の決定因子

慢性腎不全治療患者・透析患者は1970年代以降各国で急増しているが，国別の患者数の格差の縮小傾向（収れん）はまったくみられない⁹⁾。例えば日本の透析患者数（人口100万対，以下同じ）と全ヨーロッパ平均の腎不全治療患者数の格差は1975年の2.07倍から1981年の2.54倍へと拡大している。ヨーロッパ諸国内でも例えばフランスとイギリスとの格差は同じ期間に1.65倍から1.71倍に

表 3 慢性透析患者生存率

(1978年1月1日より1982年12月31日までに透析を開始した4万3,741名について)

YEAR	NUMBER	1 Y. S. R.	2 Y. S. R.	3 Y. S. R.	4 Y. S. R.	5 Y. S. R.
1978	7,315	77.7%	66.6%	60.3%	55.4%	54.0%
1979	7,894	70.9%	62.5%	56.9%	53.0%	
1980	8,453	69.6%	61.9%	58.1%		
1981	9,630	70.2%	62.7%			
1982	10,449	65.8%				
TOTAL	43,741	70.4%	63.3%	58.4%	54.2%	54.0%

資料：文献4)。

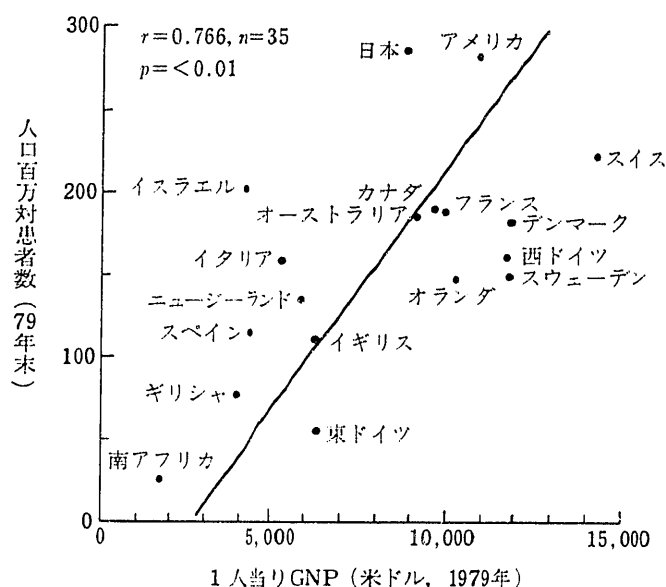
なっている。またアメリカでは連邦政府による公費負担制度発足後も透析患者数の州間格差が著しい。

そのために欧米諸国では患者数の決定因子（患者数格差の説明因子）についての研究・論争が盛んである。ここではそれらのうちの代表的諸説を紹介する。

1. 国富水準

透析や腎移植等の高度・高額医療技術の普及が各国の国富水準によって重大な影響を受けることは当然予想される。

図2は日本と欧米35ヵ国を対象にして、1979年の慢性腎不全治療患者数（人口100万対）と1人当たりGNP（米ドル）との相関をみたものである。全体としてみると両者の相関は非常に強く、相関係数(r)は0.766に達している。このことは統計学的には各国の患者数格差の59% ($r^2=0.587$) が1人当たりGNPの差によって「説明される」ことを示している。西ヨーロッパ諸国のうちイギリスは腎不全治療患者が著しく少ないことで有名であるが、この図からはイギリスの患者数はイギリスの1人当たりGNP水準にちょうど適合している



注：図には18ヵ国しか示していないが相関係数は35ヵ国のデータを用いて計算。

資料：Proc Eur Dial Transplant Assoc 11: 14, 1981.

図2 慢性腎不全治療患者数と1人当たりGNPとの相関

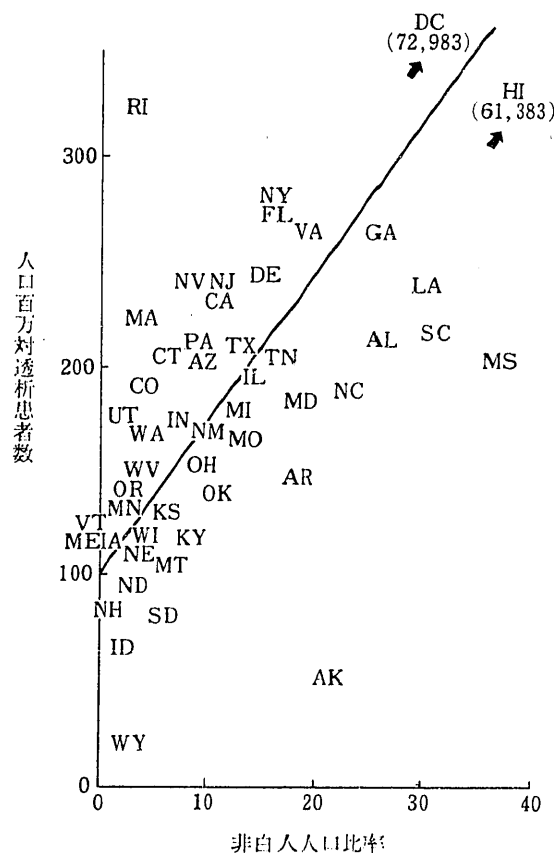
ことが分かる。

またこの図からは1人当たりGNPが2,700ドル以下の国では血液透析・腎移植を施行する経済的条件が存在しないことも示唆されるが、全世界人口の実に4分の3がこのような低所得水準の国民なのである。

ただしこの図の35ヵ国には1人当たりGNPがかなり低い北アフリカ・東欧諸国も含まれている。これらの国を除いた先進資本主義国を対象を限定すると、国富水準と腎不全治療患者数との相関はかなり弱くなる。例えば Protasらのアメリカと西欧18ヵ国のみを対象とした研究によると、1978年の1人当たりGDPと透析患者数との相関係数は0.18にとどまっていた⁵⁾。

2. 人種差

広大な国土をもつアメリカでは透析患者の州間格差が著しい。



資料：文献11) p. 356.

図3 アメリカの州別透析患者数と非白人人口比率との相関

例えば1979年の人口100万対透析患者数は全米平均204.7人に対して、最高の3州(地区)ではワシントン地区983人、ハワイ州383人、ロードアイランド州319人に達している。その反面最低の3州ではワイオミング州20人、アラスカ州52人、アイダホ州67人とどまっている¹⁰⁾。

そのためにアメリカでは州間格差の原因の研究が盛んであり、とくに人種差が注目されている。

例えば Eggers らの全米調査によると Medicare の新規受給患者(透析+腎移植)の出現率は黒人と白人の間で3倍の格差がみられる。例えば1980年には白人の67人(人口100万対)に対して、黒人は185人に達している⁶⁾。

図3は州別の非白人人口比率と透析患者数との相関をみたものである。両者の相関係数(r)は0.76と著しく高く、この結果は統計学的にはアメリカの透析患者数の州間格差の58%($r^2=0.58$)は非白人人口比率によって「説明される」ことを示している¹¹⁾。

さらに Prottas らはより直接的に黒人人口比率と透析患者数との相関分析を行い、相関係数(r)0.698、寄与率(r^2)0.49という結果を得ている。Prottas らはこの結果を基にして黒人を除いた米国民の1978年の透析患者数を人口100万対172人と推計(黒人を含んだ実際の患者数は209人)し、ヨーロッパ諸国と比較する場合はこの「補正された数値」を用いるべきことを主張している⁵⁾。

黒人に腎不全患者が多いことの理由としては、腎不全の基礎疾患である高血圧が黒人で白人に比べて多いことがあげられている。例えば最近の全国調査によると黒人の高血圧有病率は白人に比べて69%多いとされている⁶⁾。ただし、このような格差が純粋に生物学的な人種差によるものか、黒人が置かれている社会経済的条件的劣悪さによるものかは明らかにされていない。

アメリカにおける黒人以外の非白人の透析患者数の多寡はわが国の透析患者数の著しい多さが人種差によるものか否かを考えるうえで興味深い。

この点については残念ながらアメリカにおけるアジア人の少なさのために確定的な結果は得られていない。しかし、いくつかの報告によると、ア

ジア人の透析患者比率は白人と黒人の中間に位置している。例えば、1980年の Medicare の新規受給患者(透析+移植)の人口100万対出現率は、先に述べたように白人67人、黒人185人に対して「その他」では140人となっている⁶⁾。また、有名なカイザー財団の会員の腎不全患者発生率調査によると、1973~77年平均で白人31.5人、黒人101.4人に対して、アジア人は75.7人となっている¹²⁾。

3. 透析適応基準の差

アメリカと西欧諸国間、および西欧諸国内の透析患者数格差の原因として人種差以外に注目されているものに各国の透析センターの患者選択(透析適応)基準の差がある。

ヨーロッパ諸国では国家レベルの透析適応基準は明文化されていないが、個々の透析センターのなかには日本やアメリカの“常識”からみて著しく厳しい透析患者選択基準をもっているものが少なくない。

表4は1977年のヨーロッパ諸国の透析センターの患者選択の実態を示したものであるが、全ヨーロッパ平均で30.4%の透析センターが65歳以上の患者の排除を行っている。とくにイギリスではそのようなセンターが全体の82.4%に達している。透析患者数が多い西ドイツやフランスでは年齢制限を実施しているセンターは少ないが、それでもそれぞれ2.4%、5.6%存在する。さらに糖尿病患者の受け入れを無条件に行っている透析センターは全ヨーロッパ平均で49.7%であり、この比率

表4 ヨーロッパの透析センターの患者選択の実態(1977年)

	年齢制限		糖尿病患者		
	なし	あり	無条件	選択的に受け入れ 受け入れなし	
	%	%	%	%	%
全ヨーロッパ	69.6	30.4	49.7	40.9	9.5
うちイギリス	17.6	82.4	10.2	57.1	32.7
スウェーデン	58.3	41.7	13.6	68.2	18.2
西ドイツ	97.6	2.4	75.4	24.0	0.6
フランス	94.4	5.6	66.4	30.7	2.9
イタリア	88.3	11.7	75.2	24.2	0.7

資料: Proc Eur Dial Transplant Assoc, Vol. 15, p. 13, 16, 1978.

が最も高い西ドイツでも75.4%である。逆に糖尿病患者の透析をまったく行っていないセンターは全ヨーロッパ平均で9.5%存在し、とくにイギリスではそのようなセンターは32.7%に達している。

このような透析患者の選択が各国の透析患者数の水準に重大な影響を与えることは当然予想される。

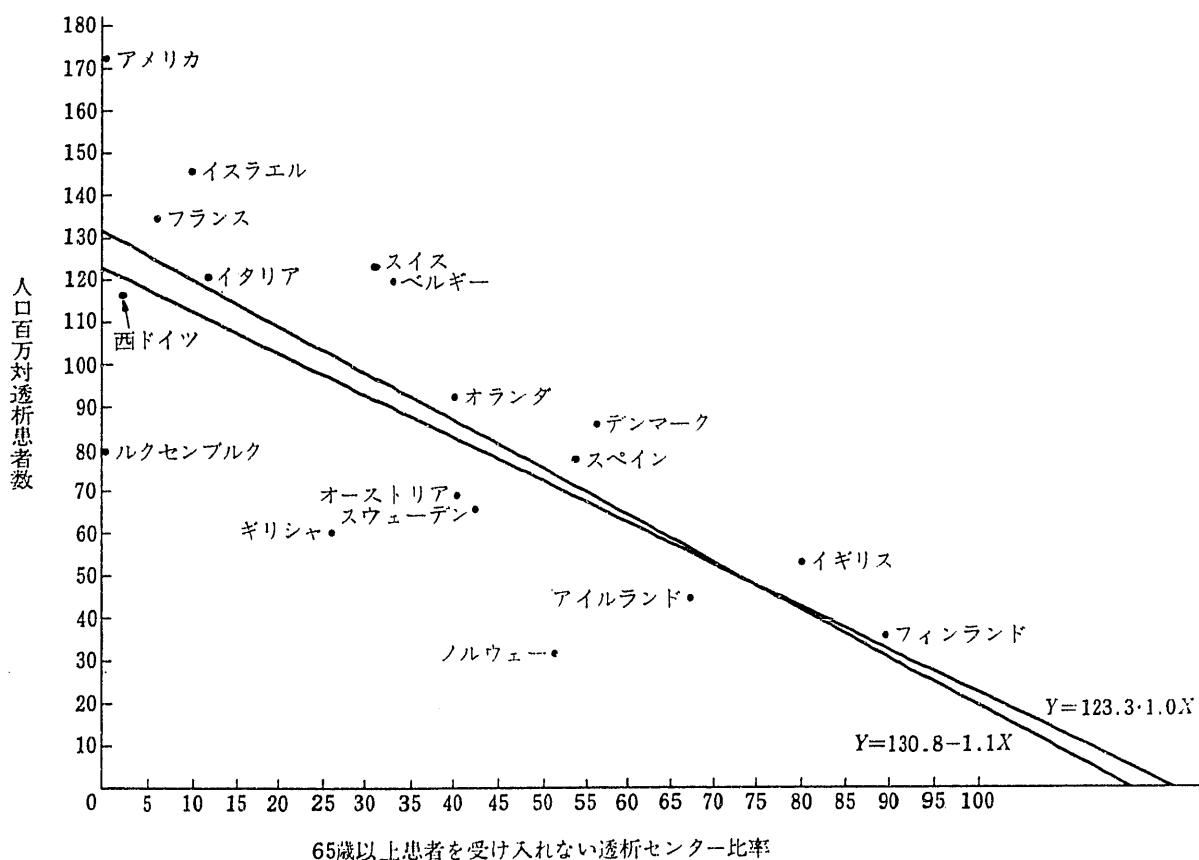
図4は欧米18(17)ヵ国を対象として、65歳以上患者を受け入れない透析センター比率を独立変数、透析患者数(人口100万対)を従属変数とする回帰分析の結果を示している。アメリカを除いた西ヨーロッパ17ヵ国の回帰分析では重相関係数(R^2)は0.56であり、アメリカを含んだ18ヵ国の回帰分析では R^2 は0.60に上昇する(ただし、アメリカの透析患者数は黒人を除いた「補正された数値」)。

Prottasらはこれらの分析結果に基づいて、アメリカの透析患者数は西欧諸国に比べて一見過剰

にみえるが、その格差の大半は人種構成差(黒人比率)と透析センターの患者選択の違いによって説明できると結論づけている⁵⁾。

日本の透析センターはアメリカの場合と同様に事実上ほとんど患者制限を行っていない。しかし、1978年の人口100万対患者数は235人であり、図4の回帰分析から予測される水準(120~130人)を大幅に上回る「外れ値」となっている。

日本の透析患者数の欧米諸国に比べての著しい多さの原因は、以上検討してきた国富水準、人種差、透析センターの患者選択基準によってはごく部分的にしか説明されえない。先に述べたように日本では腎移植がごく少ないため透析患者がそれだけ増加している側面も存在するが、これも全体としてみれば無視できる程度であり、日本の透析患者数の多さは“謎”にとどまっている。



資料: 文献 5) p. 100.

図4 人口100万対透析患者数(1978年)と65歳以上患者を受け入れない透析センター比率との回帰分析

IV アメリカにおける営利型透析センターの急伸長

各国の透析患者数を規定する因子として忘れてはならないものに医療保障制度、医療供給制度がある。一般的に医療公営方式に比べて医療保険方式のほうが新技術の普及が速いことはよく知られている。透析の場合も医療保険方式をとる西ドイツ、フランス等で医療公営方式のイギリス、スウェーデン等より透析患者数が多い。

それと同時に、アメリカと日本で著しく透析患者数が多い原因のひとつとして、透析医療費は公費・保険によってほぼ全額支払われる反面、透析施設の設立・拡充が民間施設に依存して行われたことを見落とすことはできない。ここでは、アメリカの動きについて簡単に触れたい。

アメリカでは1972年の社会保障法の改正により、1973年より慢性腎不全治療（透析と腎移植）がMedicareの給付対象となり、連邦政府が総費用の80%を支払うことになった。しかもその支払い方式は他の医療分野のような原価補償方式ではなく、上限つきの定額制であり、1973～83年まで他の消費者物価・医療価格の高騰にもかかわらず、病院の透析センターでは1回当たり159ドル、独立透析センターの場合は138ドルに固定されてきた^{13,14)}。

血液透析技術は一面で労働集約的であるが、他面で資本集約的でもあり、固定設備・機械の比重が大きいという特徴をもち、それだけに効率化の余地があり、「規模の経済」も働きやすい。

しかも Medicare 開始当時の透析料金が比較的

表 5 アメリカの血液透析センター数の推移

	1973年	1980年	1981年	1982年
総数	604	1,054	1,120	1,143
病院	536	649	654	657
独立	68	405	466	486

資料: Hospitals, 56(7): 31, 1982.

Iglehart, J.K.: New Eng. J. Med., 306: 492, 1982.
Health Care Financing Administration: National Listing of Providers Furnishing Kidney Dialysis and Transplantation Services, Jan. 1982.

表 6 チェーン組織に属する透析センター数等の推移

	1978年	1982年	1983年
透析センター数	(95) 130	(164) 257	(170) 273
患者数	(7,500) 8,902	(12,311) 16,854	(13,050) 18,390
うち家庭透析数	—	(849) 1,473	(900) 1,728

注: ()内は National Medical Care 1社のみの数値。
資料: Modern Healthcare/May 15, 1984, p. 164.

高水準に設定されたため、1973年以降病院に属さない独立透析センターが急増した。

表5に示したように Medicare 認可の透析センター数は1973年の604から1982年の1,143へと9年間で1.89倍増加したが、とくに独立透析センターの増加は著しく、同じ期間に68から486へと7.15倍化し、1982年には全透析センターの42.5%を占めるに至っている。しかもこれらの病院外の透析センターの大半は営利目的のものである。

これらの営利目的の独立透析センターの多くは当初は腎疾患専門医の所有する小規模なものであったが、1970年代後半以後はチェーン組織に属するセンターが急増している。

表6に示したように1983年には5つのチェーン組織の透析センター数は273に達し、独立センターの過半数を占めるに至っている。

とくに最大手の National Medical Care は1社のみで170の透析センターを保有し、そこでの透析患者数は1万3,050人に達し、全米の患者数の約2割を占めている。

このようなチェーン組織の透析センターは1983年の透析医療費切り下げ（病院131ドル、独立センター122ドル）後、経営難に陥った病院透析センター、小規模透析センターの買収により、さらに拡大すると予測されている。

チェーン組織の営利型透析センターはアメリカの新しい「医療産業複合体」の重要な一角を構成しており、その功罪について活発な研究・論争が行われている^{15~17)}。

先に述べたようにアメリカの透析医療費は事実上定額制により単価が抑制されてきた。これによる医療費抑制効果は国際的にも注目され、医療費

支払い方式の操作を通しての医療費抑制の成功例という評価もなされている¹⁸⁾。

ただし、この点ではアメリカ以上に日本が“成功”していると思われる。わが国では1970年代前半には透析医療の保険点数は他の医療分野に比べてかなり高く設定されたため、民間の透析施設が急増した。しかしその後透析施設の普及が一巡した1970年代後半以後は、1978年2月、1981年6月の2回の医療費改定で透析医療費のそれぞれ20～30%の大幅切り下げが行われ、透析医療費の“超過利潤”もほとんど消滅した。その結果透析患者1人当りの年間医療費も外来ベースで800万円から600万円にまで低下し、透析医療費の「国民医療費」に対する比率も、患者増にもかかわらず減少傾向にある。

おわりに

以上、透析療法を中心に慢性腎不全治療の国際比較を行ってきた。それにより、わが国の透析患者数は欧米諸国に比べて著しく多く、しかもその原因は“謎”のままにとどまっていることが明らかになった。

はじめにも述べたように透析療法は治療効果の確認されている数少ない医療技術であり、高額医療を理由にした安易な抑制はなされるべきではない。

しかし、今後高齢化社会の到来に伴う患者増を考えたとき、やはりその適応基準について一考を要する時期に入っているとみえよう。

〈文 献〉

- 1) Banta, H.D., Kemp, K.B.(ed): The management of health care technology in nine countries, Springer Publishing Company, 1982.
- 2) Culyer, A.J., Horisberger, B.: Economic and medical evaluation of health care technologies, Springer-Verlag, 1983.

- 3) 二木 立: 検査と薬の経済学の国際的動向——医療経済学国際会議に参加して——, 社会保険旬報, 1450号, 1983年。
- 4) 人工透析研究会「わが国の慢性透析療法の現況(1983年12月31日現在)」。
- 5) Prottas, J.P., et al.: Cross-national differences in dialysis rates, Health Care Financing Review, 4(3): 91-103, 1983.
- 6) Eggers, P.W.: The Medicare experience with end-stage renal disease: Trends in incidence, prevalence, and survival, Health Care Financing Review, 5(3): 69-88, 1984.
- 7) Gutman, R.A., et al.: Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis, N. Eng. J. Med., 304: 309-313, 1981.
- 8) Broyer, M., et al.: Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe, XII, 1981, Proc Eur Dial Transplant Assoc., 19: 1-91, 1982.
- 9) Kerr, D.N.S.: Dialysis strategy: Cost and effectiveness, Proc Eur Dial Transplant, 18: 664-673, 1981.
- 10) Relman, A.S.: Treatment of end-stage renal disease—Free but not equal, N. Eng. J. Med., 303: 996-998, 1980.
- 11) Lemann, J., et al.: Treatment of end-stage renal disease, N. Eng. J. Med., 304: 355-356, 1981.
- 12) Hiatt, R.A., et al.: Characteristics of patients referred for treatment of end-stage renal disease in a defined population, Am. J. Public Health, 72: 829-833, 1982.
- 13) Greenspan, R.E.: The high price of federally regulated hemodialysis, JAMA, 246: 1909-1911, 1981.
- 14) Iglehart, J.K.: Funding the end-stage renal-disease program, N. Eng. J. Med., 306: 492-496, 1982.
- 15) Relman, A.S.: The new medical-industrial complex, N. Eng. J. Med., 303: 963-970, 1980.
- 16) Wohl, S.: The medical industrial complex, Harmony Books, 1984.
- 17) Lowrie, E.G., et al.: The success of Medicare's end-stage renal-disease program, N. Eng. J. Med., 305: 434-438, 1981.
- 18) Rutten, F.F.H.: Macroeconomic evaluation of kidney dialysis, 文献 1) pp. 152-164.

(にき・りゅう 代々木病院・医師)