

	パス－治療法の選択におけるEBMの利用		穴				
荒平聡子、 河島光彦	肝細胞がんの 治療ガイドライン・放射線治療	小立鉦彦	がん看護	南江堂	東京	2007	In Press
濱島ちさと、 祖父江友孝	スクリーニングと その適用	田中平三、 辻 一郎、 吉池信男、 大賀英史	健康・栄養科 学シリーズ 社会・環境と 健康	南江堂	東京	2004	94-97
濱島ちさと	経済評価から みたがん検診	三木一正、 渡邊能行	住民検診・職 域検診・人間 ドックのため のがん検診 計画ハンドブ ック	南江堂	東京	2004	14-18
濱島ちさと、 祖父江友孝	悪性新生物の 第2次予防対 策	大野良之、 柳川 洋	生活習慣病 マニュアル第 4版	南江堂	東京	2004	142- 154

濃沼信夫、 伊藤道哉	がん検診の受診率向上に 関する医療経済	病院管理	42 Suppl	181-181	2005
Namiki S, Koinuma N, Arai Y, et al	Impact of hormonal therapy prior to radical prostatectomy on the recovery of quality of life	International Journal of Urology	12	173-181	2005
Koinuma N, Takeyoshi H, Ito M	Economic evaluation of cancer treatment	16 th International Congress on Anti- Cancer Treatment Abstract book		211-212	2005
濃沼信夫、 並木俊一	QOL 評価に必要な医療 経済学の視点	Urology View	2(2)	14-21	2004
濃沼信夫	がん対策の費用対効果	Geriat Med	42(5)	579-586	2004
濃沼信夫、 伊藤道哉	がん医療の経済分析	病院管理	41 Suppl	133-133	2004
濃沼信夫、 伊藤道哉	癌医療経済とその研究基 盤の整備に関する研究	Cancer Science	95 Suppl	545-545	2004
Namiki S, Koinuma N, Arai Y, et al.	Health related quality of life in Japanese men after radical prostatectomy or radiation therapy for localized prostate cancer	Int J Urol	11	619-627	2004
並木俊一、 濃沼信夫、 荒井陽一、 他	前立腺全摘術症例におけ る前立腺癌診断後1年間 の医療経済分析	泌尿紀要	50	71-75	2004
Namiki S, Koinuma N, Arai Y, et al.	Recovery of health related quality of life after radical prostatectomy in Japanese men: A longitudinal study	Int J Urol	11	742-749	2004
岡本直幸、 田中利彦	肺癌 CT 検診受診者コホ ートの追跡調査	日本がん検診診断学 会誌	13(2)	167-171	2006
Okamoto N, Yamashita K, Tanaka H, et al.	Five-year survival rates for major cancer sites of cancer-treatment-oriented hospitals in Japan	Asian Pacific J Cancer Prev	50(7)	46-50	2006

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
濃沼信夫	がん医療の経済的評価	公衆衛生	71(2)	108-112	2007
濃沼信夫、 並木俊一、 荒井陽一	高齢者の泌尿器疾患の治療:前立腺癌患者の QOL と医療経済	Urology View	4(2)	12-19	2006
濃沼信夫	国際比較にみる日本の医療システム	ジェロントロジー New Horizon	18(3)	14-24	2006
Koinuma N, Ito M, Takeyoshi H	Economic evaluation of cancer screening promotion	Eur J Health Economo	7 Suppl (1)	S53-53	2006
濃沼信夫、 伊藤道哉、 尾形倫明、 金子さゆり、 丁 漢昇、 門馬靖武	がん患者の経済的負担	病院管理	43 Suppl	149	2006
濃沼信夫	がん患者の経済的負担について	血液・腫瘍科	53(4)	427-435	2006
濃沼信夫	がんの医療経済	Health Science	22(4)	429	2006
Koinuma N, Ito M, Ding H, Frangakis G, Kaneko S, Ogata T, Monma Y	How to minimize economic burden of the patients with cancer	Abstract Book, 17 th International Congress on anti- cancer treatment		353-353	2006
濃沼信夫、 並木俊一、 荒井陽一	高齢者の泌尿器科疾患の治療:前立腺癌患者の QOL と医療経済	Urology View	4(2)	12-21	2006
濃沼信夫	がん治療を巡る医療経済学	治療	87(4)	1625- 1633	2005
濃沼信夫、 伊藤道哉	がん医療経済と患者負担最小化に関する研究	第 64 回日本癌学会 proceedings		121-121	2005
濃沼信夫	がん患者の経済的負担の最小化に向けて	日本癌治療学会誌	40(2)	295-295	2005

大重賢治、 岡本直幸、 水嶋春朔	米国における保険者のがん検診サービスの枠組みに関する調査	公衆衛生	71	102-107	2007
岡本直幸	個人情報保護と地域がん登録制度	神奈川県医師会がん検診研究会論文集	平成 17 年度	18-21	2005
井沢純一、 岡本直幸、 他	患者から医学生へのメッセージ	ホスピスケアと在宅ケア	13	214-219	2005
岡本直幸	がん専門施設における胃癌生存率の格差	医学のあゆみ	210	932-934	2004
岡本直幸、 今村由香、 他	神奈川県における外科治療の施設間格差の現状	JACR モノグラフ	9	54-56	2004
Fujino Y, Okamoto N, et al.	Prospective study of transfusion history and thyroid cancer incidence among females in Japan	Int J Cancer	112	272-275	2004
中山富雄、 鈴木隆一郎	肺癌検診の問題点	日本胸部臨床 肺癌 up-to-date	65	s102- s106	2006
中山富雄、 鈴木隆一郎	低線量CT肺癌検診の有効性評価	肺癌	46(7)	871-876	2006
中山富雄、 佐川元保、 遠藤千顕、 濱島ちさと、 他	有効性評価に基づく肺がん検診ガイドラインの作成	CT 検診	13(3)	225-230	2006
Marugame T, Sobue T, Sato H, Nakayama T, et al.	Lung cancer death rates by smoking status: comparison of the Three-Prefecture Cohort study in Japan to the Cancer Prevention Study II in the USA	Cancer Sci	96(2)	120-6	2005
中山富雄、 楠 洋子、 鈴木隆一郎	各種がん検診から学ぶ精度管理－肺がん	肺癌	45(2)	183-187	2005

中山富雄、 鈴木隆一郎	肺癌検診の経済評価	Proceedings of the society for clinical and biostatistical research	24(1)	1-5	2004
中山富雄、 楠 洋子、 西村ちひろ、 他	胸部 CT 検診発見肺癌の 生存率. 従来型検診との 比較	胸部 CT 検診	11(2)	177-181	2004
中山富雄、 楠 洋子、 鈴木隆一郎	各種がん検診から学ぶ精 度管理－肺がん	肺癌	45(2)	183-187	2004
Kurita M, <u>Shimozuma K</u> , et al.	Clinical validity of the Japanese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia scale.	Support Care Cancer Oct	15	1-6	2007
<u>Shimozuma K</u> , et al.	Recent topics of health outcomes research in oncology	Breast Cancer	14(1)	60-5	2007
Kuroi K, <u>Shimozuma K</u> , et al.	Current status of health outcome assessment of medical treatment in breast cancer	Breast Cancer	14(1)	74-80	2007
Imai H, <u>Shimozuma K</u> , et al.	Economic evaluation of the prevention and treatment of breast cancer-present status and open issues	Breast Cancer	14(1)	81-7	2007
Ohsumi S, <u>Shimozuma K</u> , et al.	Quality of life of breast cancer patients and types of surgery for breast cancer - Current status and unresolved issues	Breast Cancer	14(1)	66-73	2007
Ono M, <u>Shimozuma K</u>	Quality of Japanese health care evaluated as hospital functions	Breast Cancer	14(1)	88-91	2007

Matsuda, T, Takayama T, Tashiro M, Nakamura Y, Ohashi Y, <u>Shimozuma K</u>	Mild cognitive impairment after adjuvant chemotherapy in breast cancer patients-evaluation of appropriate research design and methodology to measure symptoms	Breast Cancer	16(1)	6-12	2005
<u>下妻晃二郎</u>	生活の質(QOL)測定の 現在 癌の臨床における QOL-癌の臨床・研究に おける意義、現状(可能性 と課題)	医学のあゆみ	213(2)	127-132	2005
斎藤信也、 <u>下妻晃二郎</u>	症状緩和におけるがん化 学療法と役割と限界	がん患者と対症療法	16(1)	6-12	2005
Noguchi W, <u>Shimozuma K</u> , et al	Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) for Japanese patients with cancer	Support Care Cancer	12(4)	240-245	2004
森田智視、 <u>下妻晃二郎</u> 、 他	EORTC QOL 調査票胃癌 患者用モジュール STO22 (日本語版)の開発	癌と化学療法	31(8)	1195-11 99	2004
野口 海、 <u>下妻晃二郎</u> 、 他	がん患者に対する Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual(FACIT-Sp)日 本語版の信頼性・妥当性 の検討.	総合病院精神医学	16(1)	42-48	2004
野口 海、 <u>下妻晃二郎</u> 、 他	がん患者に対する Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual(FACIT-Sp)日 本語版の信頼性・妥当性 の検討(予備的調査)	癌と化学療法	31(3)	387-391	2004
<u>下妻晃二郎</u>	がんと QOL. 特集:保健 医療分野における QOL	保健医療科学	53(3)	198-203	2004

	研究の現状				
<u>下妻晃二郎</u>	癌患者の QOL 評価法. コンセンサス-癌の症状緩和医療	コンセンサス 癌治療	3(4)	178-180	2004
<u>下妻晃二郎</u>	臨床研究における QOL 評価-現状と課題	Osteoporosis Jpn (日本骨粗鬆症学会雑誌)	12(3)	132-138	2004
<u>下妻晃二郎</u>	QOL 研究の基本的な考え方と癌医療における QOL 評価の現況	PRACTICAL ONCOLOGY	16(3)	17-20	2004
<u>Kawashima M,</u> et al.	Accelerated radiotherapy and larynx preservation in favorable-risk patients with T2 or worse hypopharyngeal cancer	Jpn J Clin Oncol	In Press		2007
<u>Kawashima M,</u> et al.	Prospective trial of radiotherapy for patients 80 years of age or older with squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus	Int J Radiat Oncol Biol Phys	64(4)	1112-1121	2006
Nakamura K, <u>Kawashima M,</u> et al.	Multi-institutional analysis of early squamous cell carcinoma of the hypopharynx treated with radical radiotherapy	Int J Radiat Oncol Biol Phys	65	1045-1050	2006
Furuse J, <u>Kawashima M,</u> et al.	Adverse hepatic events caused by radiotherapy for advanced hepatocellular carcinoma	J Gastroenterol Hepatol	20	1512-1518	2005
<u>Kawashima M,</u> et al.	Phase II study of radiotherapy employing proton beam for hepatocellular carcinoma	J Clin Oncol	23(9)	1839-1846	2005
<u>Kawashima M</u>	Chemoradiotherapy for head and neck cancer: cure rent status and perspectives	Int J Clin Oncol	9	421-434	2004

Hironaka S, et al.	Weekly paclitaxel as second-line chemotherapy for advanced or recurrent gastric cancer	Gastric Cancer	9(6)	14-18	2006
Ueda S, Hironaka S, et al.	Combination chemotherapy with irinotecan and cisplatin in pretreated patients with unresectable or recurrent gastric cancer	Gastric Cancer	9(3)	203-7	2006
Matsuoka M, Hironaka S, et al.	Computer-assisted analysis of biopsy specimen microvessels predicts the outcome of esophageal cancers treated with chemoradiotherapy	Clin Cancer Res	12	1735-42	2006
Yamazaki K, Boku N, Hironaka S, et al.	The role of the outpatient clinic in chemotherapy for patients with unresectable or recurrent gastric cancer	Jpn J Clin Oncol			2007
廣中秀一	未分化型胃癌の化学療法	The GI Forefront	2	46-48	2006
Tahara M, Ohtsu A, Hironaka S, Boku N, Ishikura S, Miyata Y, Ogino T, Yoshida S	Clinical Impact of Criteria for Complete Response (CR) of Primary Site to Treatment of Esophageal Cancer	Jpn J Clin Oncol	35	316 - 323	2005
Matsuoka M, Boku N, Yoshino T, Hironaka S, et al.	Small cell carcinoma of the esophagus responding to fourth- line chemotherapy with weekly paclitaxel	Int J Clin Oncol	10	429-32	2005
菱川良夫、	頭頸部がん領域の粒子線	頭頸部癌	32(3)	332-336	2006

香川一史	治療				
菱川良夫、 村上昌雄	医療システムとしての粒子 線治療と治療成績の評価	新医療	12	48-51	2006
Nishino K, Aoki Y, Amikura T, Obata H, Sekine M, Yahata T, Fujita K, <u>Tanaka K</u>	Irinotecan hydrochloride (CPT-11) and mitomycin C as the first line chemotherapy for ovarian clear cell adenocarcinoma	Gynecol Oncol	97(3)	893-7	2005
Aoki Y, Kurata H, Watanabe M, Fujita K, <u>Tanaka K</u>	Combination chemotherapy with irinotecan hydrochloride (CPT-11) and mitomycin C in platinum-refractory ovarian cancer	Am J Clin Oncol	27	461-464	2004
Aoki Y, <u>Tanaka K</u> , et al.	Adjuvant chemotherapy as treatment of high-risk Stage I and II endometrial cancer	Gynecol Oncol	94	333-339	2004
Ishizuka O, Tanabe T, Nakayama T, Kawakami M, Kinebuchi Y, <u>Nishizawa O</u>	Prostate-specific antigen, Gleason sum and clinical T stage for predicting the need for radionuclide bone scan for prostate cancer patients in Japan	Int J Urol	12(8)	728-732	2005
瀬戸貴司、 江口研二	小細胞肺癌の最新標準治 療	成人病と生活習慣病	35(3)	293-297	2005
Hyodo I, Amano N, <u>Eguchi K</u> , Narabayashi M, Imanishi J, Hirai M, Nakano T,	Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan	J Clin Oncol	Apr 20 23(12)	2645-54	2005

Takashima S					
<u>江口研二</u>	肺癌検診の現状と問題点	日本医事新報社	4178	1-9	2004
<u>江口研二</u>	肺癌の治療戦略	肺癌 Medical Practice	21	1208-18	2004
Meguro-Hashimoto A, Takatoku M, <u>Ozawa K</u> , et al.	The usefulness of magnetic resonance imaging (MRI) for disseminated trichosporosis of the gastrocnemius muscles	J Infect.		(Epub ahead of print)	2006
Katai H, <u>Sasako M</u> , Sano T, et al.	Gastric cancer surgery in the elderly without operative mortality	Surg Oncol	13(4)	235-8	2004
<u>Sasako M</u>	Role of surgery in multidisciplinary treatment for solid cancers	Int J Clin Oncol	9(5)	346-51	2004
Sayegh ME, Sano T, <u>Sasako M</u> , et al.	TNM and Japanese staging systems for gastric cancer: how do they coexist?	Gastric Cancer	7(3)	140-8	2004
<u>濱島ちさと</u>	がん検診の有効性	からだの科学	238	46-49	2004
<u>濱島ちさと</u>	海外における経済評価ガイドライン	臨床研究・生物統計研誌	24(1)	13-18	2004
<u>濱島ちさと</u>	がん検診の有効性評価	公衆衛生	68(12)	977-980	2004
<u>濱島ちさと</u>	米国予防サービス委員会に見る大腸がん検診の経済評価	新医療	32(2)	72-74	2005

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷



解説

がん患者の経済的負担について*

濃 沼 信 夫**

Key Words : cancer economics, out-of-pocket expenses, QOL, patient-centered medicine, chemotherapy

がん対策基本法のねらい

2006年6月, がん対策基本法が成立し, 2007年4月1日より施行される. がんの年間死亡数は32万6千人を数え, 死因の30.1%を占めるに至っており(2005年人口動態統計), がん対策の法制化は多くのがん患者・家族の強い要望に国会が応えたものといえる. この法律の基本理念は, ①がん診療技術の向上, ②がん医療の均てん化, ③患者の意向の尊重, の3つであり, 国をあげてがんとの闘いに取り組むとの意志を明確にした(参議院厚生労働委員会付帯決議)ものである.

がん対策基本法は, 患者・家族・遺族の代表を含む「がん対策推進協議会」を厚生労働省内に設け, 国は「がん対策推進基本計画」, 都道府県は「都道府県がん対策推進計画」を策定し, がん対策の総合的かつ計画的な推進を図ることを求めている. そして, 医師など医療関係者は, がん患者の置かれている状況を深く認識し, 良質かつ適切ながん医療を行うことが要請されている.

がん患者のQOLの向上には, がん患者の悩みに総合的に対応することが重要である. がん患者の悩みには, 身体的な悩み(約半数の患者), 精神的な悩み(同)とともに, 経済的な悩みが少なくない(約1/3の患者)¹⁾. すなわち, がんは長い臨床経過をたどることが多く, 高額な抗がん

剤や診療機器が次々に登場することで, 患者の医療費負担は大きなものになりつつある. また, 医療財源の逼迫に伴って, 患者一部負担金が引き上げられ, がん患者の経済的負担の増加は, 今やがん医療を展開する上で看過できないものとなりつつある.

人口の高齢化と長足の医療技術の進歩に伴って, 医療には今後も多くの資源が消費されることが予想される. がんの医療費は2015年(平成27年)には約3兆円になると推計される²⁾. 2006年4月の診療報酬改定は3.16%の大幅な引き下げで, 医療施設は厳しい経営を迫られているが, 他方, 6月に成立した医療制度改革関連法は財政対策の色彩が強く, 患者は段階的な負担増が求められている. 医療環境が厳しさを増す中で, 質の向上と安全の確保および患者サービスの改善を図りつつ, 患者負担が最小となるがん医療を実践することはきわめて重要な課題となっている.

がん罹患の経済的な影響

がん患者の経済的負担の実態を把握するため, 患者および医師にアンケート調査を実施した³⁾. 調査は, 東北大学, 信州大学, 自治医科大学, 国立がんセンター, 静岡がんセンター, 大阪成人病センター, 神奈川県立がんセンターなど, 全国の中核的ながん診療施設35病院を対象とし, 実施施設の倫理委員会の承認を得るとともに, 回答は匿名で連結不可能のデータ処理を行った.

* How to minimize economic burden of the patients with cancer?

** Nobuo KOINUMA, M.D., Ph.D.: 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野[〒980-8575 仙台市青葉区星陵町2-1]; Department of Health Administration and Policy, Tohoku University Graduate School of Medicine, Sendai 980-8575, JAPAN

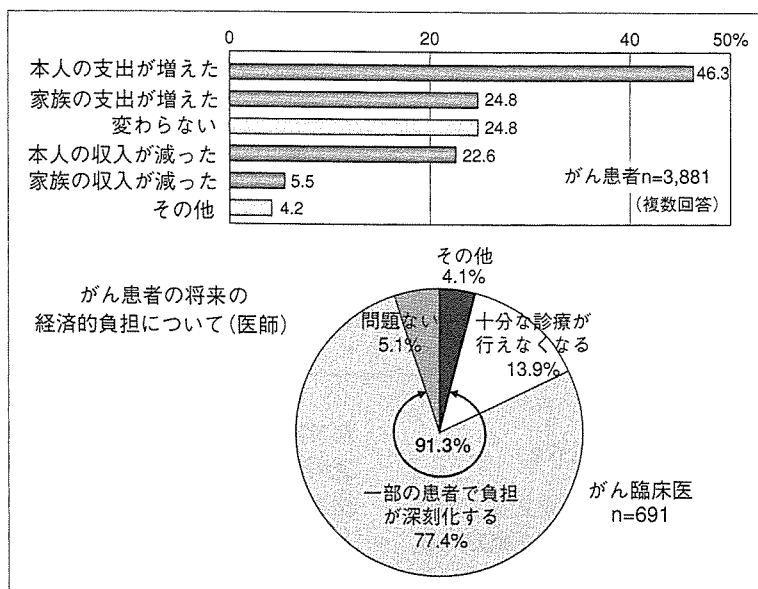


図1 がん罹患による経済的な影響(患者)

がん患者に対する調査(以下, 患者調査)は, 有効回答4,174名(回答率52.1%), 男女比は55:45, 年齢は 63.2 ± 12.5 歳, 診断を受けた時期は回答時の 3.6 ± 2.1 年前であった. 平均の通院回数は, 月2.5回, 年間11.8回, 年間入院日数は39.4日である. また, がん臨床医に対する調査(以下, 医師調査)は, 有効回答691名(回答率32.5%)で, 男女比は92:8, 臨床経験年数は 15.5 ± 8.2 年, 専門は外科系57%, 内科系34%である.

患者調査で, がん罹患の経済的影響をみると, 「本人の支出が増えた」が約半数, 「家族の支出が増えた」が1/4を占めた(図1). サラリーマンの場合($n=458$, 複数回答), 「仕事をやめた・解雇された」が28.8%と最も多く, 「仕事を休むことが多くなった」(26.6%), 「以前のように仕事をこなすことができない」(25.8%)が続き, 「仕事に影響はない」は21.6%にとどまる.

また, 自営業の場合($n=268$, 複数回答), 「以前のように仕事をこなすことができない」が51.9%と過半数を占め, 次いで, 「収入が減った」(31.0%), 「とくに影響はない」(26.5%)である. 医師調査でも, 今後患者の経済的負担が課題となるとする回答が9割を占めた(図1).

患者の通院回数は, がん全体で月1回程度であり, 造血器腫瘍は他のがんに比べてやや多め

である(図2). 1年間の合計入院期間は, がん全体で1か月強であり, 造血器腫瘍は他のがんに比べてやや長めである.

自己負担は年額100万円

がん治療で患者が医療機関の窓口を支払った平均金額は, 入院で年間50.6万円, 外来で月2.6万円, 年間12.9万円である. 交通費は月1.3万円, 年間6.0万円である(図3). また, 間接費用としては, 健康食品・民間療法が月2.9万円, 年間20.8万円, その他費用(贈答費, かつら代など)が年間12.6万円, 民間保険料が月2.6万円, 年間25.5万円である. 回答金額の分布は, 少額で多く, 高額になるに従って少なくなるロングテールを呈し, 平均在院日数の分布に似ている(図4).

医療機関受診に伴う直接費用, それ以外で発生する間接費用を部位(27分類)別にみると, たとえば, 肺がんは年額で, 入院57.2万円, 外来12.7万円, 健康食品など25.0万円, その他の費用11.0万円, 民間保険料26.4万円である. また, 大腸がんは, 各46.9万円, 14.8万円, 20.2万円, 13.8万円, 30.5万円である.

直接費用と間接費用を単純に合計すると(すべての項目に該当する患者の場合), がん全体では年間128.4万円である. 直接費用は年間69.5万円

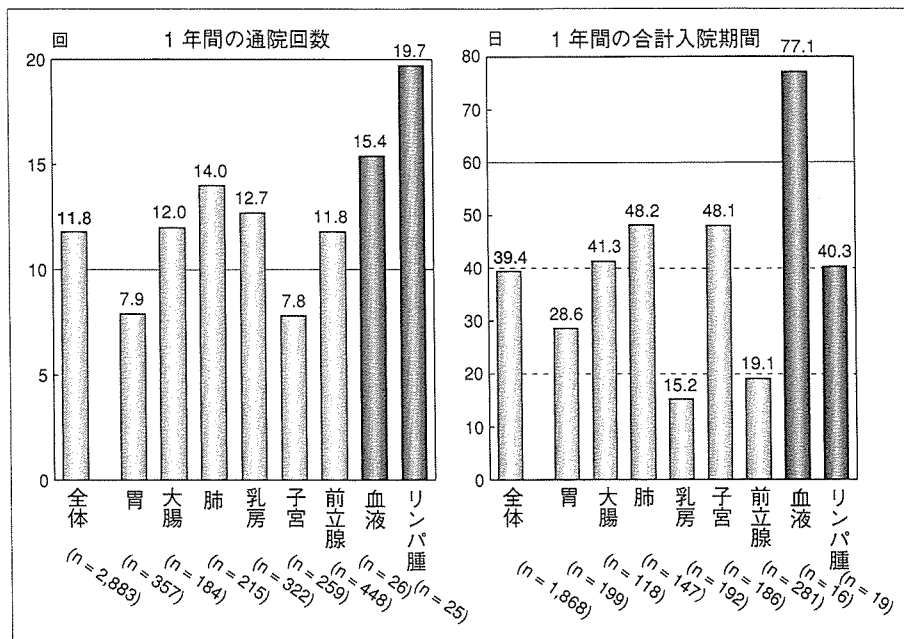


図2 1年間の通院回数と合計入院期間(27部位のうち主要8部位)

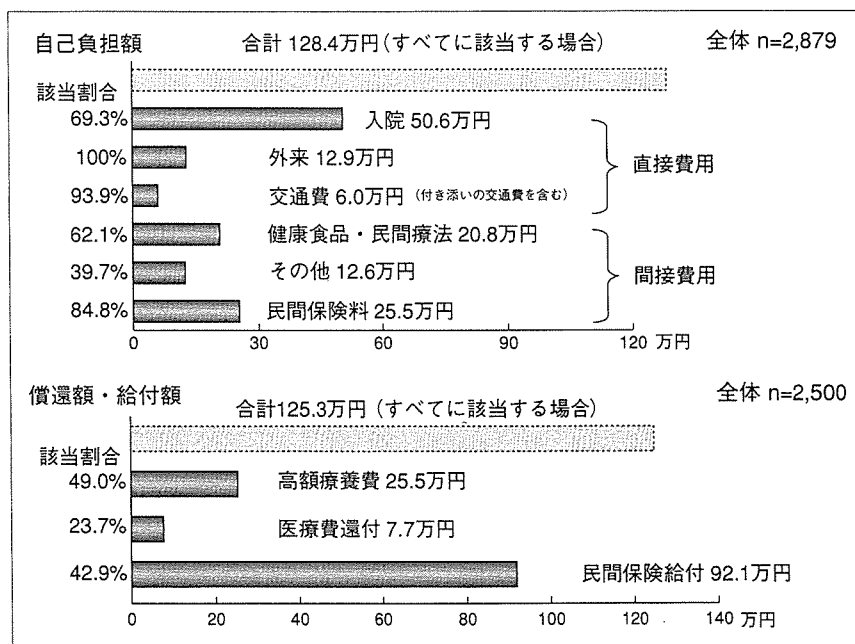


図3 がん治療の自己負担額と償還額・給付額(年間)

であるが、間接費用を加えるとこの約2倍になり、患者の負担は少くないことがわかる。部位別では年額で、胃がん(n=505)99.2万円、肺がん(n=325)139.6万円、大腸がん(n=267)129.9万

円、乳がん(n=464)101.9万円、肝臓がん(n=49)103.1万円、前立腺がん(n=625)108.1万円、子宮がん(n=393)127.8万円、などとなる。

一方、高額療養費として償還を受けた患者は

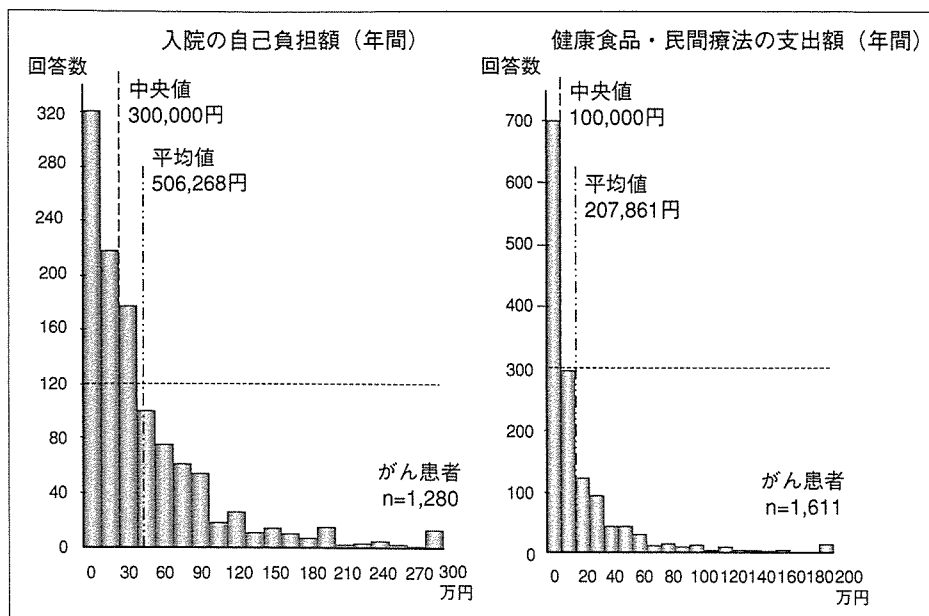


図4 回答金額の分布(ヒストグラム)

49.0%であり、年間償還額は25.5万円である(図3)。医療費還付を受けた患者は23.7%であり、戻ってきた税金は7.7万円である。また、民間保険から給付を受けた患者は42.9%であり、給付金は92.1万円である。部位別にみると、肺がんは、高額療養費(該当割合52.4%)が26.1万円、医療費還付(22.9%)が8.7万円、民間保険(45.5%)が105.1万円である。大腸がんは、それぞれが(48.2%)25.4万円、(29.7%)8.8万円、(47.4%)117.9万円である。

高額負担となる造血器腫瘍

造血器腫瘍の患者を対象とした調査は、有効回答63名(回答率63%)、男女比51:49、年齢58.7±14.5歳である。平均年齢は、がん全体が63.2歳、陽子線治療が69.5歳であるのに対し、造血器腫瘍は比較的若く、現役で仕事をしている患者も多いと思われる。仕事への影響による収入の減少や、老人医療の適用まで期間があることなど、経済的負担は少なくないことがうかがえる。

最近1年間に受けた治療は化学療法(46.0%)、輸血(27.0%)、分子標的治療(25.4%)の順に多い(図5)。治療状況は、地固め治療中(22.2%)、完全寛解し検査などで通院中(18.5%)、再発・再燃

の治療中(同)などの順である。

入院の自己負担額(年額)は184.8万円、外来(年額)は44.5万円である(図6)。病院までの交通手段は、自動車が87.3%と最も多く、次いで、電車(19.0%)、バス(9.5%)であり、往復の平均交通費は本人1,633円、付き添い1,110円である。

間接費用は年額で、健康食品・民間療法が25.0万円、その他の費用が5.9万円、民間保険料が20.5万円である。直接費用と間接費用を単純に合計すると、年間285.1万円に上る。

高額療養費の償還(該当割合65.0%)は92.9万円、医療費還付(21.0%)は4.5万円、民間保険の給付(36.0%)は141.1万円である。医療費の支払い(複数回答)は、76.2%が貯蓄の取り崩し、22.2%が民間保険の給付金によっている。「高額医療給付に関する交付金交付事業(健康保険連合組合、2004年)」によれば、悪性腫瘍の中では、造血器腫瘍が高額レセプトの上位を占めている。造血器腫瘍患者の自己負担を軽減するための临床上、制度上の配慮が欠かせないことがわかる。

公的保険を補完する機能としての民間保険の役割は、化学療法のような高額な治療では欠かせないものとなりつつある。しかし、民間保険は主に入院を給付対象とし、外来での治療が給

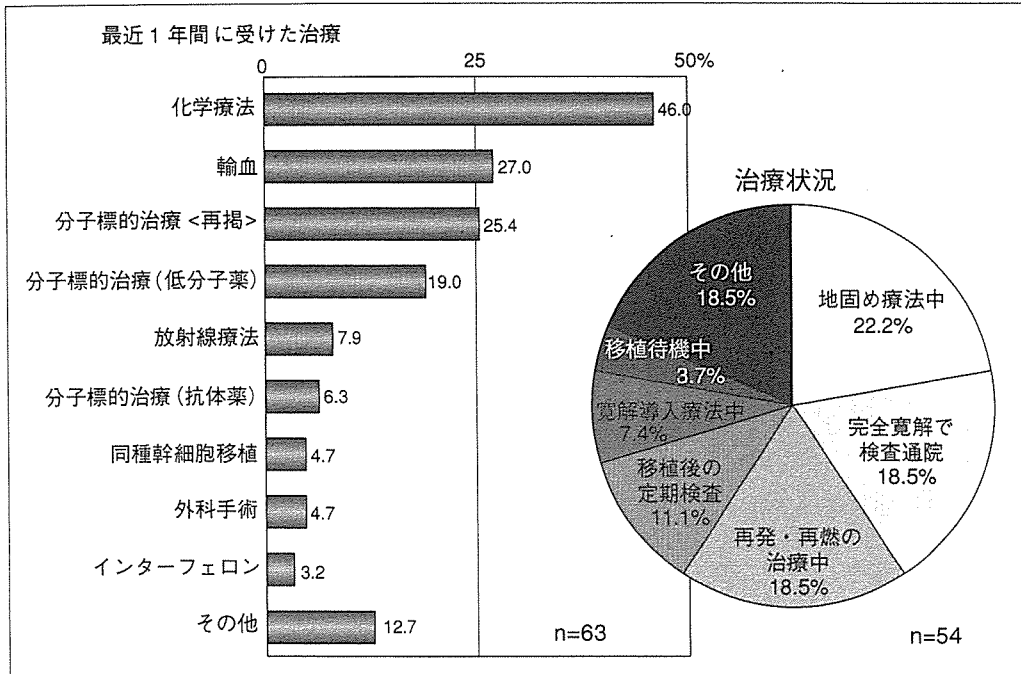


図5 造血器腫瘍患者の最近1年間に受けた治療と治療状況

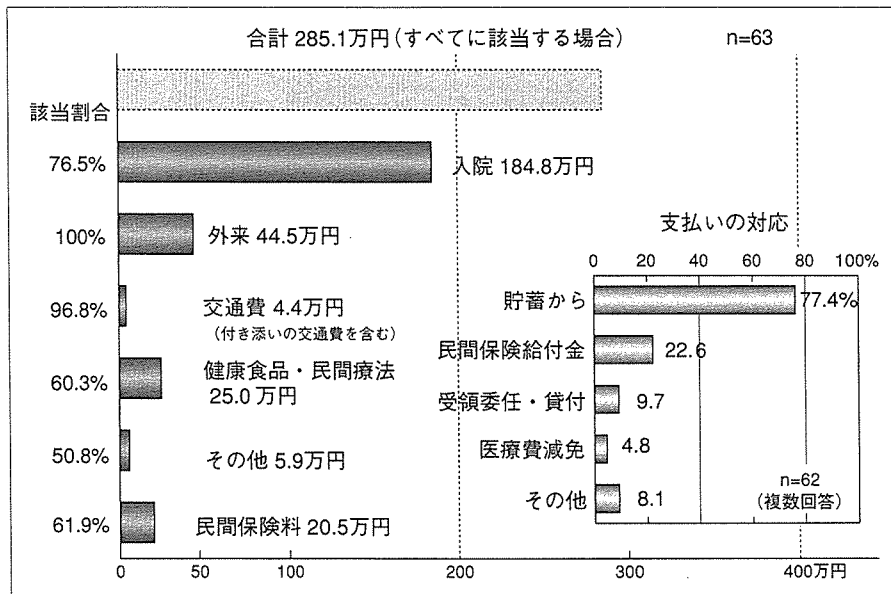


図6 造血器腫瘍の自己負担額(年間)

付の対象とならないことが多い。医療技術の進歩、診断群分類包括払い(DPC)の普及などにより、外来での化学療法が増加しており、民間保険から給付を受けられないために自己負担が

高額になる恐れがある。患者の経済的負担の軽減に向け、公的保険と民間保険の棲み分けを明確にする必要がある。また、民間保険会社によっては日進月歩のがん医療に対応したきめ細かな

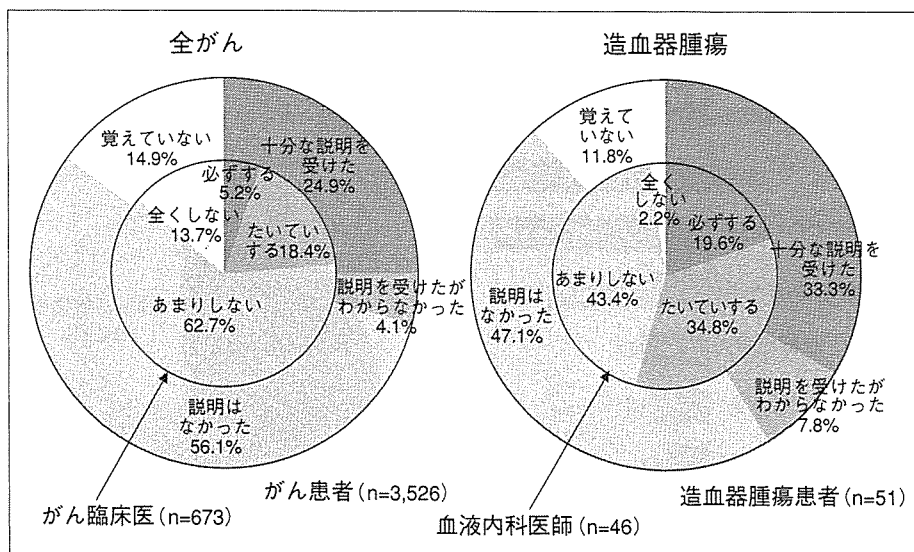


図7 経済的負担についての説明(患者・医師)

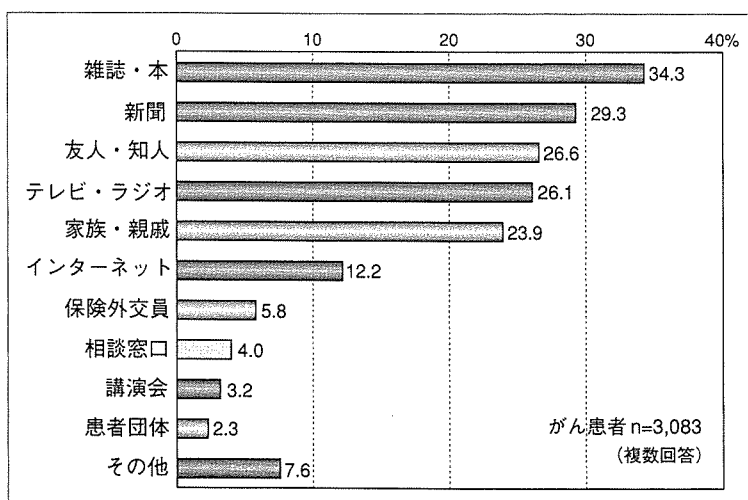


図8 がん治療の経済的負担についての情報源

保険商品の発売が望まれる。

必要な経済的負担に関する説明

経済的負担に関する病院からの説明状況を、がん全体でみると、「十分な説明を受けた」とする患者は4分の1(24.9%)にすぎず、過半数(56.1%)の患者は説明がなかったとしている(図7)。医師調査でも、経済的負担についての説明を「必ずする」と、「たいていする」を合わせると4分の1(23.0%)であり、過半数(61.1%)は「説明をあまりしない」としている。臨床現場で、患者の

経済的負担についての配慮が十分とはいえない状況にあることがわかる。説明の有無に関して、患者調査と医師調査の結果に乖離はほとんどみられない。

造血器腫瘍では、「十分な説明を受けた」が3分の1(33.3%)で、がん全体よりはやや多いものの、「説明はなかった」が約半数(47.1%)を占めており、十分とはいえない。一方、陽子線治療では、9割(92.3%)の患者が「十分な説明を受けた」と回答している。これは、高度先進医療(n=46)の平均額289.6万円に伴う説明義務によるも

のと考えられる。

経済的負担の情報源は、がん全体で見ると、雑誌・本が34.3%、新聞が29.3%、友人・知人が26.6%、テレビ・ラジオが26.1%、家族・親戚が23.9%などである(図8)。病院窓口は4.0%にすぎず、病院側の相談を受ける体制がまだまだ不十分な状況にあることがうかがえる。インターネットも12.2%にとどまり、経済面を含めたがん情報の提供は今後の課題と考えられる。経済的負担について第三者に相談した患者は、がん全体では1割強(13.9%)であるが、造血器腫瘍は4分の1(27%)を超え、他のがん患者よりも高値となっている。

医師調査の結果をみると、担当する入院患者数は平均11.1名であり、そのうち経済的な相談をした患者は1.8名(16.2%)である。相談内容は、高度先進医療1.0名、選定療養1.7名、分子標的治療1.0名、その他の高額な診療1.8名、その他の経済的問題1.5名である。

担当した1日の外来患者は平均25.6人であり、そのうち経済的な相談をした患者は1.9人(7.4%)である。相談内容は、高度先進医療、分子標的治療、その他の高額な診療、その他の経済的問題などが多い。

がん「経済難民」の回避

患者の経済的な相談に対応したスタッフは、入院患者ではソーシャルワーカーが、外来では看護師がもっとも多い。インフォームド・コンセントは医療の基本原則であり、患者に対する医師の説明義務には費用についての説明も含まれる。

医師は1日平均26名の外来患者を担当している。「医師は忙しくしており、遠慮してしまう」との患者調査の自由記載もあり、相談のための時間は限られている状況がうかがえる。患者が気軽に経済的な相談ができる環境づくり、相談に応じる人材の育成が急務と考えられる。

また、最近6か月間に経済的理由によって治療を変更した患者数は、回答のあった医師(n=77,全医師の11.9%)1人あたり、治療開始前の患者が14.2名、治療開始後の患者が1.5名の合計15.6名である。

経済的理由によって治療を変更した具体的な事例は106例あげられており、その年齢は61.0±12.0歳である。事前に説明した医療費(平均)は73.8万円、変更後は17.9万円であり、治療期間は事前説明27.4日、変更後28.1日である。経済的理由による治療法の変更には、抗がん剤の中止・変更、分子標的治療薬の中止が多い。

がん治療の経済的負担に対する患者の要望(n=3,768,複数回答)は、多い順に「がん診療の自己負担は他の病気より軽くしてほしい」(44.4%)、「高額療養費の限度額を引き下げてもらいたい」(40.8%)、「がん診療は全額公費負担にしてもらいたい」(27.5%)、「気軽に相談できるところがほしい」(26.7%)、「がん診療での特定療養費制度の対象をひろげてほしい」(25.4%)、「もっと情報がほしい」(23.8%)などである(図9)。

一方、医師調査(n=691,複数回答)では、患者負担最小化のために推進すべき項目として、「経済的情報の充実」(43.4%)と、「経済的情報の提供」(41.1%)がもっとも多い。「あまり説明していない」とした医師でも、多くが情報の充実と提供を選択している。次いで、「保険診療と自由診療の組み合わせ」(33.1%)、「経済的事情への配慮」(26.5%)、「入院・通院費用の最小化」(26.0%)、「がんの自己負担は他の病気より軽く」(17.4%)、「新薬の保険収載」(17.2%)などが続く。

患者は「がんの自己負担軽減」と「高額療養費の限度額の引き下げ」が切実な要求となっているのに対し、医師は「経済的な情報の充実」と「経済的な情報の提供」を重視している。経済的負担に対する考え方で両者の間に違いがあることがうかがえる。この傾向は造血器腫瘍患者と血液内科医師の間でも同様である。

自由記載の意見を類型化すると、がん患者(n=378,記入率8.6%)では、医療制度(25.7%)、自己負担軽減(20.6%)、情報、薬価に関する内容が多い(図10)。がん臨床医(n=96,記入率13.9%)では、医療制度(27.1%)、治療内容(16.7%)、自己負担軽減、自己負担増、情報などに関するものが多い。

医療の進歩をあまねく患者に

がん医療の進歩を患者にあまねく届けるため

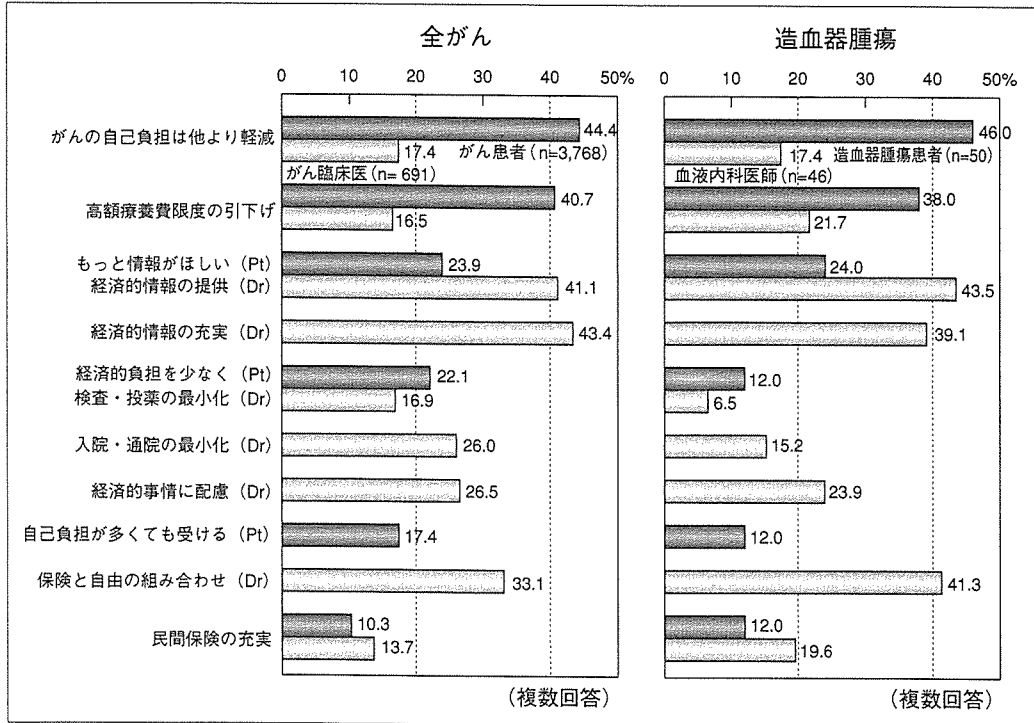


図9 経済的負担についての要望(患者)と経済負担最小化のために推進すべきもの(医師)

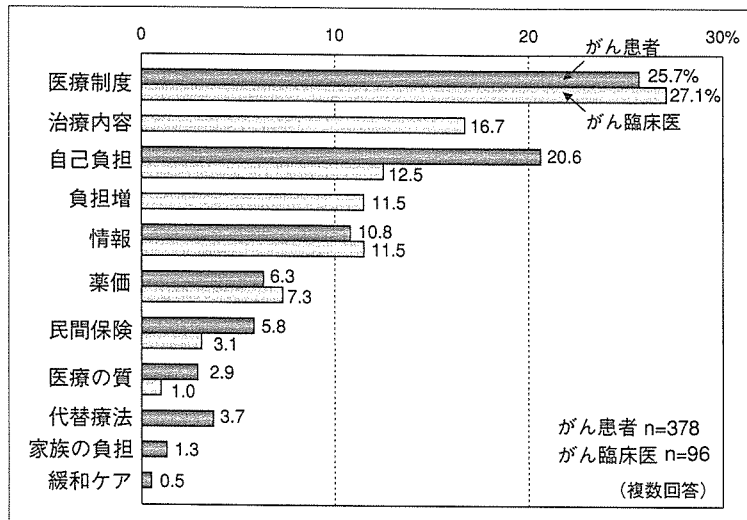


図10 経済的負担に対する自由意見(事項別)

には、経済面に関しても、①臨床現場での配慮、②制度の運用上の工夫、③医療制度の改革、の3つの対策が進められる必要がある。臨床現場での配慮としては、自己負担額についての丁寧な説明、一般のがん患者が経済的問題を気軽に相

談できる窓口の設置と専門職員の配置、検査・投薬・入院の適正化などが考えられる。

制度の運用上の工夫としては、償還払いとなっている高額療養費の現物支給化(2007年4月より実施予定)、新薬などの保険適用の迅速化、高度

先進医療(評価療養)の早期保険導入, 経済的負担に関する情報提供システムの構築などが考えられる。また, 医療制度の改革は, 患者, 医師ともにもっとも強く望むもので, 特定療養費制度(評価療養)の拡大ないし見直し, 医療資源のがん医療への重点配分など, さまざまなものが考えられる。

今回の調査から, がん罹患による経済的な負担はますます大きくなっていることがうかがえる。したがって, いわゆる, がん情報難民ばかりでなく, がん経済難民の発生を回避することはきわめて重要となっている。がん対策基本法がめざす, 質が高く安全で患者の経済的負担ができるだけ少ないがん医療を实践するため, 臨床現場でも制度上も効果的な対策の展開が強く

望まれる。

本調査に協力いただいた関係者に深甚なる御礼を申し上げたい。

文 献

- 1) がんの社会学に関する合同研究班(主任研究者 山口 建). がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書. 2004.
- 2) 濃沼信夫. がん治療を巡る医療経済学. 治療 2005 ; 87 : 1625-33.
- 3) 濃沼信夫(主任研究者). 厚生労働科学研究費補助金 第3次がん総合戦略研究事業「がん医療経済と患者負担最小化に関する研究」平成17年度総括・分担研究報告書. 2006.

* * *