

2009.07.19

区分	難治性疾患治療研究事業対象疾患 (45 疾患)					
疾病番号	対象病名	対象病名別名	標準病名	I C D 10	病名管理番号	レセ電算コード
			皮膚筋炎	M339	20074246	7103007
			皮膚筋炎性呼吸器障害	M331	20074247	8839362
			皮膚筋炎母体より出生した児	P008	20091802	8844585
10	特発性血小板減少性紫斑病	血小板減少性紫斑病				
			シェーンライン・ヘノッホ紫斑病	D690	20051979	2870012
			血小板減少性紫斑病	D694	20060152	2873007
			血栓性血小板減少性紫斑病	M311	20060185	4466002
			続発性血小板減少性紫斑病	D695	20068925	2874005
			特発性血小板減少性紫斑病	D693	20072045	2873013
			薬剤性血小板減少性紫斑病	D695	20077214	2873019
11	結節性動脈周囲炎 (1) 結節性多発動脈炎 (2) 顕微鏡的多発血管炎	結節性動脈周囲炎				
			結節性多発動脈炎	M300	20084040	8833125
	結節性動脈周囲炎 (1) 結節性多発動脈炎 (3) 顕微鏡的多発血管炎	結節性多発動脈炎				
			結節性多発動脈炎	M300	20084040	8833125
	結節性動脈周囲炎 (1) 結節性多発動脈炎 (4) 顕微鏡的多発血管炎	顕微鏡的多発血管炎				
			顕微鏡的多発血管炎	M300	20085919	8842086
13	大動脈炎症候群	大動脈炎症候群				
			大動脈炎症候群	M314	20069784	4467003
14	ビュルガー病 (バージャー病)	バージャー病				
			バージャー病	I731	20052559	4431001
			閉塞性血栓血管炎	I731	20075797	4431010
		ビュルガー病				
			バージャー病	I731	20052559	4431001
			家族性高リポ蛋白血症 1 型	E783	20079713	8831270
			高カイトロミクロン血症	E783	20061530	2723001
			閉塞性血栓血管炎	I731	20075797	4431010
15	天疱瘡	自己免疫性水疱症				
		天疱瘡				
			ブラジルト疱瘡	L103	20052937	8839845
			家族性良性慢性天疱瘡	Q828	20055611	7573010
			眼性類天疱瘡	L121	20057418	8832032
			紅斑性天疱瘡	L104	20061445	6944002
			新生児天疱瘡	L00	20065784	8835053
			尋常性天疱瘡	L100	20066198	6944003
			水疱性類天疱瘡	L120	20066426	6945004
			増殖性天疱瘡	L101	20068621	6944005
			天疱瘡	L109	20071366	6944006
			薬物誘発性天疱瘡	L105	20077293	8840733
			落葉状天疱瘡	L102	20077467	6944008
			良性家族性天疱瘡	Q828	20077723	8841020
			良性粘膜類天疱瘡	L121	20077761	8841033
			類天疱瘡	L129	20077908	6945003
			癩痕性類天疱瘡	L121	20078451	6946007
16	脊髄小脳変性症	脊髄小脳変性症				
			遺伝性小脳性運動失調症	G119	20054373	3342004
			脊髄小脳変性症	G319	20066992	8835986
17	クローン病	クローン病				
			クローン病	K509	20051702	5559001
			クローン病によるビタミン B 1 2 欠乏性貧血	D518	20051703	8832851
			クローン病性若年性関節炎	K509	20051705	8832850
			ステロイド依存性クローン病	K509	20092806	8844993
			回腸クローン病	K500	20055789	8831033

区分	難治性疾患治療研究事業対象疾患（45疾患）						
疾病番号	対象病名	対象病名別名	標準病名	ICD 10	病名管理番号	レセ電算コード	
			空腸クローン病	K500	20059380	8832789	
			十二指腸クローン病	K500	20064015	5550006	
			小腸クローン病	K500	20064545	5550004	
			小腸大腸クローン病	K508	20089144	8843906	
			大腸クローン病	K501	20069732	5551003	
			直腸クローン病	K501	20070950	8837780	
			ルポイド肝炎				
18	難治性肝炎のうち劇症肝炎	劇症肝炎	リポイド肝炎	K754	20053614	8840981	
			B型劇症肝炎	B169	20050101	8830063	
19	悪性関節リウマチ	悪性関節リウマチ	劇症肝炎	B199	20059789	5700002	
			悪性関節リウマチ	M0530	20053916	7148003	
20	パーキンソン病関連疾患（1）進行性核上性麻痺（2）大脳皮質基底核変性症（3）パーキンソン病	パーキンソン病	パーキンソン病	G20	20052621	3320002	
			パーキンソン病Y a h r 1	G20	20089102	8843950	
			パーキンソン病Y a h r 2	G20	20089107	8843951	
			パーキンソン病Y a h r 3	G20	20089099	8843952	
			パーキンソン病Y a h r 4	G20	20089101	8843953	
			パーキンソン病Y a h r 5	G20	20089105	8843954	
			家族性パーキンソン病	G20	20086806	8842319	
			家族性パーキンソン病Y a h r 1	G20	20089106	8843850	
			家族性パーキンソン病Y a h r 2	G20	20089104	8843851	
			家族性パーキンソン病Y a h r 3	G20	20089098	8843852	
			家族性パーキンソン病Y a h r 4	G20	20089100	8843853	
			家族性パーキンソン病Y a h r 5	G20	20089103	8843854	
			進行性核上性麻痺				
			進行性核上性麻痺	G231	20066118	3318005	
大脳皮質基底核変性症							
大脳皮質基底核変性症	G238	20084775	8841403				
21	アミロイドーシス	アミロイドーシス	アミロイドーシス	E859	20050911	2773001	
			アミロイドーシス関節炎	E854	20050912	8830303	
			アミロイドーシス緑内障	E859	20050913	8830304	
			アミロイド苔癬	E854	20050925	8830307	
			胃アミロイドーシス	E854	20054153	8830412	
			家族性アミロイドーシス	E852	20055562	2773034	
			原発性アミロイドーシス	E859	20060427	2773011	
			原発性全身性アミロイドーシス	E859	20060470	2773029	
			限局性アミロイドーシス	E854	20060535	8833272	
			心アミロイドーシス	E854	20065361	8834886	
			腎アミロイドーシス	E854	20066203	2773031	
			全身性アミロイドーシス	E858	20068352	2773013	
			続発性アミロイドーシス	E853	20068907	2773014	
			透析アミロイドーシス	E853	20089096	8843939	
			肺アミロイドーシス	E854	20073519	8838787	
			斑状アミロイドーシス	E854	20074035	8839013	
			皮膚アミロイドーシス	E854	20074202	2773017	
			老人性アミロイドーシス	E858	20077973	2773035	
			23	ハンチントン病	ハンチントン病	ハンチントン病	G10
25	ウェゲナー肉芽腫症	ウェゲナー肉芽腫症	ウェゲナー肉芽腫症	M313	20051259	4464001	
			モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症）				
			もやもや病	I675	20050703	4375001	
26	特発性拡張型（うっ血型）心筋症	うっ血型心筋症					

2009.07.19

区分	難治性疾患治療研究事業対象疾患 (45 疾患)					
疾病番号	対象病名	対象病名別名	標準病名	ICD 10	病名管理番号	レセ電算コード
			うっ血型心筋症	I420	20050446	4254001
		特発性拡張型心筋症				
			特発性拡張型心筋症	I420	20072030	4254028
27	後縦靭帯骨化症	後縦靭帯骨化症				
			胸椎後縦靭帯骨化症	M4884	20059028	7237003
			頸椎後縦靭帯骨化症	M4882	20059559	7237009
			後縦靭帯骨化症	M4889	20060712	8833497
			腰椎後縦靭帯骨化症	M4886	20061765	7248007
	多系統萎縮症 (1) 線条体黒質変性症 (2) オリーブ橋小脳萎縮症 (3) シャイ・ドレーガー症候群	オリーブ橋小脳萎縮症				
			オリーブ橋小脳萎縮症	G232	20051405	8831003
		シャイ・ドレーガー症候群				
			シャイ・ドレーガー症候群	G903	20052001	3330003
		線条体黒質変性症				
			線条体黒質変性症	G232	20068007	8836114
		多系統萎縮症				
			多系統萎縮症	G903	20089108	8843934
28	表皮水疱症 (接合部型及び栄養障害型)	表皮水疱症				
			栄養障害型表皮水疱症	Q812	20054848	7098033
			後天性表皮水疱症	L123	20060778	7098008
			接合部型先天性表皮水疱症	Q818	20080648	8836048
			先天性表皮水疱症	Q819	20067796	7573032
			単純性表皮水疱症	Q810	20070084	8837131
			致死型表皮水疱症	Q811	20070389	8837473
			優性栄養障害型先天性表皮水疱症	Q812	20077339	7573090
			劣性栄養障害型先天性表皮水疱症	Q812	20077932	7573091
29	膿疱性乾癬	膿疱性乾癬				
			膿疱性乾癬	L401	20073354	6961007
30	広範脊柱管狭窄症	広範脊柱管狭窄症				
			広範脊柱管狭窄症	M4800	20061260	7249020
31	原発性胆汁性肝硬変	原発性胆汁性肝硬変				
			原発性胆汁性肝硬変	K743	20060477	5716001
32	重症急性膵炎	重症急性膵炎				
			重症急性膵炎	K85	20064100	5770022
33	特発性大腿骨頭壊死症	特発性大腿骨頭壊死症				
			特発性大腿骨頭壊死	M8705	20079988	8838193
34	混合性結合組織病	混合性結合組織病				
			混合性結合組織病	M351	20062101	7109008
35	原発性免疫不全症候群	免疫不全症候群				
			原発性免疫不全症候群	D848	20060501	2793012
			先天性免疫不全症候群	D848	20067820	2793001
			低IgA血症	D802	20071240	2790005
36	特発性間質性肺炎	特発性間質性肺炎				
			特発性間質性肺炎	J848	20072032	5168009
37	網膜色素変性症	網膜色素変性症				
			網膜色素上皮変性	H355	20077081	3626007
			網膜色素変性	H355	20086603	8842213
38	プリオン病 (1) クロイツフェルト・ヤコブ病 (2) ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病 (3) 致死性家族性不眠症	クロイツフェルト・ヤコブ病				
			クロイツフェルト・ヤコブ病	A810	20051706	0461004
		ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病				
			ゲルストマン・シュトロイスラー・シャインカー症候群	A818	20084320	8841322
			ゲルストマン症候群	F812	20051808	3108001
		プリオン病				
			亜急性性海綿状脳症	A810	20053829	8830171

区分	難治性疾患治療研究事業対象疾患（45疾患）					
疾病番号	対象病名	対象病名別名	標準病名	ICD10	病名管理番号	レセ電算コード
		致死性家族性不眠症				
			致死性家族性不眠症	A810	20085387	8841662
39	原発性肺高血圧症	肺高血圧症				
			原発性肺高血圧症	I270	20060486	4160003
			新生児遷延性肺高血圧症	P293	20090480	8844234
			二次性肺高血圧症	I272	20092002	8844798
			肺高血圧症	I270	20073604	8838825
			肺動脈性肺高血圧症	I270	20092001	8844804
			慢性肺血栓塞栓性肺高血圧症	I272	20085395	8841669
40	神経線維腫症Ⅰ型／神経線維腫症ⅠⅠ型	レックリングハウゼン病				
			フォン・レックリングハウゼン病	Q850	20052855	2377001
			神経線維腫症Ⅰ型	Q850	20085389	8841666
			多発性神経線維腫	Q850	20069137	8837037
		神経線維腫症Ⅰ型				
			フォン・レックリングハウゼン病	Q850	20052855	2377001
			神経線維腫症Ⅰ型	Q850	20085389	8841666
			多発性神経線維腫	Q850	20069137	8837037
		神経線維腫症Ⅱ型				
			神経線維腫症Ⅱ型	Q850	20085388	8841663
41	亜急性硬化性全脳炎	亜急性硬化性全脳炎				
			亜急性硬化性全脳炎	A811	20053842	0462001
42	バッド・キアリ（Budd-Chiari）症候群	バッド・キアリ症候群				
			バッド・キアリ症候群	I820	20052579	8839103
43	特発性慢性肺血栓塞栓症（肺高血圧型）	特発性慢性肺血栓塞栓症				
			特発性慢性肺血栓塞栓症	I269	20085394	8841668
44	ライソゾーム病（1）ライソゾーム病（ファブリー病を除く）（2）ライソゾーム病（ファブリー病）	GM1-ガングリオシドーシス				
			GM1ガングリオシドーシス	E751	20050180	8830079
		GM2-ガングリオシドーシス				
			GM2ガングリオシドーシス	E750	20050181	8830080
			GM2ガングリオシドーシスⅠ型	E750	20079692	8830081
			GM2ガングリオシドーシスⅡ型	E750	20079693	8830082
			GM2ガングリオシドーシスⅢ型	E750	20079694	8830083
		アスパルチルグルコサミン尿症				
			アスパラギングルコサミン尿症	E771	20050798	8830246
		ウォルマン病				
			ウォルマン病	E755	20051283	2727003
		ガラクトシアリドーシス				
			ガラクトシアリドーシス	E751	20084072	8831888
		クラッペ病				
			クラッペ病	E752	20051635	3300002
		ゴーシェ病				
			ゴーシェ病	E752	20051890	2727004
		シアリドーシス				
			ガラクトシアリドーシス	E751	20084072	8831888
			シアリドーシス	E771	20086644	8842242
		スルファターゼ欠損症				
			スルファターゼ欠損症	E752	20052188	8835765
		セロイドリポフスチノーシス				
			神経系セロイドリポフスチン症	E754	20065957	8834938
		ダノン病				
		ニーマン・ピック病				
			ニーマン・ピック病	E752	20052459	3302003
		ファーバー病				
		ファブリー病				
			ファブリー病	E752	20084068	8839589

2009.07.19

区分	難治性疾患治療研究事業対象疾患 (45 疾患)						
疾病 番号	対象病名	対象病名別名	標準病名	I C D 10	病名管理 番号	レセ電算 コード	
		フコシドーシス					
			フコース症	E771	20052861	8839775	
		ボンベ病					
			ボンベ病	E740	20053249	2710010	
			糖原病 2 型	E740	20079724	8838010	
		マンノシドーシス					
			マンノース症	E771	20053309	8840419	
		ムコリビドーシス					
			I 細胞病	E770	20084062	8830106	
			ムコリビドーシス	E779	20053349	8840475	
			ムコリビドーシス 1 型	E771	20079709	8840476	
			ムコリビドーシス 3 型	E770	20079710	8840477	
			ムコリビドーシス 4 型	E751	20079711	8840478	
		ムコ多糖症					
			7 型ムコ多糖症	E762	20050038	8830051	
			サンフィリップ症候群	E762	20084073	8834121	
			ハンター症候群	E761	20052540	2775006	
			マロトー・ラミー症候群	E762	20053302	8840293	
			ムコ多糖体症	E763	20053351	2775007	
			ムコ多糖蓄積症性心臓病	E763	20053354	8840474	
			モルキオ症候群	E762	20053448	8840682	
			第 1 型ムコ多糖症	E760	20069885	8837215	
			ライソゾーム病				
			神崎病				
			白質変性				
				アルパース病	G318	20086793	8842457
			遊離シアル酸蓄積症				
			特発性慢性肺血栓栓症 (肺高血 圧型)	慢性肺血栓栓性肺高血圧症			
				慢性肺血栓栓性肺高血圧症	I272	20085395	8841669
		45	副腎白質ジストロフィー	副腎白質ジストロフィー			
				副腎白質ジストロフィー	E713	20083901	8839695

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
分担研究報告書

医療・介護複合経営体としての医療法人における経営管理の現状把握

研究分担者 荒井 耕 一橋大学大学院商学研究科 准教授

研究要旨

医療介護複合体としての医療法人における管理会計の状況や、施設・事業横断的な経理・医事データの統合状況をしっかりと把握することは、適切な償還制度や疾患別患者トータルコスト把握制度を構築する上で、極めて重要である。

A. 研究目的

難治性疾患はもちろんのこと、機能分化と連携による医療提供が推進されている今日では多くの疾患において、患者は複数の施設・事業からの医療・介護・福祉サービスを受けている。こうした現状において、特定の疾病を患った患者のトータルコストを把握するためには、複数の施設・事業の垣根を超えた患者データ（特に経理・医事データ）の結合・統合が必要になる。また各医療法人が、疾患種類ごとの採算管理をするのかどうか、またその際に各施設・事業ごとの採算管理をするのか、さらに疾患別採算管理とは別に施設・事業ごとの独立採算制をとるのかどうか、という医療法人の管理会計のあり方が、現実には、各施設の患者退院時期や提供サービス内容に影響を与える。そのため、医療法人の管理会計のあり方が、難治性疾患をはじめとして多くの疾患の医療費構造に影響を与えている。それゆえ、複数の機能の異なる施設・事業を営む医療法人における連携統合のための管理会計等の現状と、施設・事業を跨る患者データのリンクの現状を把握する。

B. 研究方法

急性期病院、回復期リハビリ病院、診療所、長期療養施設（特別養護老人ホーム・老人保健

施設など）、訪問看護事業、訪問介護事業など、複数の機能の異なる施設・事業を営む医療法人を対象として、施設・事業間の連携統合のための経営管理の現状に関するアンケート調査を実施した。病院を有する 3844 医療法人の事業報告書から複数の機能の異なる施設を有していることが判明した 1618 医療法人に郵送し、217 法人から回答を得た（回収率約 13%）。

C. 研究結果

アンケート調査結果によれば、29%の医療法人では患者群（疾患種類）ごとの採算管理を実施していないが、60%の医療法人では患者群の各施設・事業単位での採算管理を実施し、8%の医療法人では患者群の法人全体での採算管理を実施している。また、各施設・事業の採算性管理については、独立採算制としている医療法人が 42%、独立採算としていない医療法人が 58%であった。

患者データのリンク状況に関しては、72%の医療法人が医事的・臨床的な患者データを施設・事業横断的に統合利用しており、その利用目的として 43%（複数回答）の法人が採算性の検討・改善を挙げている。また 76%の医療法人が経理・請求業務を法人レベルで集中化しており、73%の医療法人がその経理・請求データを

法人レベルで統合して戦略的分析をしている。

D. 考察

過半の医療法人において疾患種類ごとの各施設・事業単位での採算管理がなされていることから、各種疾患の施設退院時期や提供サービス内容は、管理会計制度によりかなり影響を受ける可能性が高い。また各施設・事業の独立採算制もその傾向を強めることになるだろう。こうした採算管理制度を支えるため、すでに7割以上の医療法人が経理・請求業務の法人レベルでの集中化とデータの統合利用による戦略的分析を行ない、また施設・事業横断的な患者データの統合と採算性改善のための利用もなされている。こうした傾向は、独立採算でサービスを提供することが期待されている民間の医療法人としては当然の流れである。退院時期や提供サービス内容が管理会計制度により影響を受けることが医療的観点から望ましくないとするならば、そうした影響を出さないように、各種サービスごと及び各種施設・事業ごとの採算性を適切に考慮した償還制度を構築する努力が必要であろう。もしそれができないとするならば、こうした傾向は続くと考えられるし、また法人内連携は進むが地域内法人間連携はなかなか進まないであろう。

一方、すでに7割以上の医療法人が医事的・臨床的な患者データを施設・事業横断的に統合利用しているため、特定の疾病を患った患者の法人内での医療・介護・福祉のトータルコストを把握することが可能となっている。そのため、

適切な情報収集の仕組みを構築すれば、多くの疾患種類の患者トータルコスト情報を、数多くの医療法人から定期的に把握することが可能な状況となっている。

E. 結論

医療介護複合体としての医療法人における各施設・事業でのサービス内容や施設・事業間連携のタイミングに影響を与える管理会計の状況や、患者を軸とした施設・事業横断的な経理・医事データの統合状況を、定性的な側面も含めて今後さらにしっかりと把握しておくことは、適切な償還制度や、複数施設・事業からのサービス提供を受けることが一般的な疾患における患者トータルコスト情報（医療費構造）の定期的な収集枠組みを今後構築する上で、極めて重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 2010年2月時点では、なし
2. 学会発表 2010年2月時点では、なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
分担研究報告書

消化器系特定疾患についての医療費構造分析

研究分担者 渡辺 守 東京医科歯科大学大学院消化器病態学分野 教授
研究協力者 長堀 正和 東京医科歯科大学大学院消化器病態学分野 助教

研究要旨

日本においては世界に類をみない誇るべき独自の制度をもち、難治性疾患患者を援助してきた。しかし、社会保障費が潤沢でないなかで、特定疾患治療研究事業の公費負担制度のあり方に関する研究が必要となった。過去に希少性に疑問があるとして潰瘍性大腸炎を指定から除外する検討がなされたが、患者会等の反対もあり、保留になった。実際に潰瘍性大腸炎およびクローン病に係る医療費がどのように使用されているのか、有用性、妥当性、公平性の詳細な分析はほとんどない。生物製剤などの有効な治療薬の出現で、今後の医療費の上昇が予想される一方で、QOLの改善や、失業者の就労への復帰など、これらの治療により、社会経済的に良好な結果が得られることも期待される。本研究はこのような状況に鑑み、特定疾患治療研究事業のうち、消化器系難病患者にかかる医療費に関する分析的研究を行い、本事業が患者の生活にどのように反映されているのかも分析する。

A. 研究目的

本研究は特定疾患治療研究事業のうち、消化器系難病患者（潰瘍性大腸炎およびクローン病）にかかる医療費に関する分析的研究を行い、本事業が患者の生活にどのように反映されているのかも分析することにより、患者支援における医療費の公費負担制度を検討する資料となることを目的とする。

B. 研究方法

現状把握のため、潰瘍性大腸炎およびクローン病を対象とし、抽出症例につき DPC データおよび電子レセプトデータから当該患者にかかった医療費を主な診療行為別に分析する。倫理面への配慮に関しては、完全に個人が特定できないように配慮し、調査・分析を行う。本研究は臨床介入の行わない研究であり、疫学研究の

倫理指針を完全遵守する。また、この研究は東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会にて承認され、研究の協力に関するお願いが附属病院内に掲示されることとなっている。

C. 研究結果

緊急調査として平成20年7月の当院のレセプトデータから潰瘍性大腸炎およびクローン病患者を抽出した（外来120名入院3名）。本データから得られた患者1人当たりの医療費のデータは同様の方法にて得られた他院のデータと比較されたが、金額において大きな差があることが明らかとなり、医療費の分析において、データ収集ソース選択の重要性が明らかとなった。また、全体調査の一環として生涯医療費推計のための疾患モデルの作成について検討したが、診断年齢分布や重症度別割合などの正確な疫学

データの重要性が明らかとなった。また、今後も治療の進歩や、それともなう予後の変化が予想され、考慮すべきと考えられた。

D. 考察

DPC およびレセプトデータの解析では評価不可能な病気のコスト（通院費用、サプリメントなど）に関しては、消化器系特定疾患の特徴も鑑みて、患者個別調査を検討していく予定である。また、来年度には生涯医療費推計に必要な疫学データの収集を行う。

E. 結論

来年度において匿名化ソフトの準備ができ次第、全体調査のためのデータを提出する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1.Okamoto R, Tsuchiya K, Nemoto Y, Akiyama J, Nakamura T, Kanai T, Watanabe M: Requirement of Notch activation during regeneration of the intestinal epithelia. **Am J Physiol GI & Liver.** 296:G23-G35, 2009.

2.Totsuka T, Kanai T, Nemoto Y, Tomita T, Okamoto R, Tsuchiya K, Nakamura T, Sakamoto N, Akiba H, Okumura K, Yagita H, Watanabe M: RANK-RANKL signaling pathway is critically involved in the function of CD4+CD25+ regulatory T Cells in chronic colitis. **J Immunol.** 182: 6079-6087, 2009.

3.Tomita T, Kanai T, Totsuka T, Nemoto Y, Okamoto R, Tsuchiya K, Sakamoto N, Ohteki T, Hibi T, Watanabe M: IL-7 is essential for lymphopenia-driven turnover of colitogenic

CD4+ memory T cells in chronic colitis. **Eur J Immunol.** 39: 2737-2747, 2009.

4.Onizawa M, Nagaishi T, Kanai T, Nagano K, Oshima S, Nemoto Y, Yoshioka A, Totsuka T, Okamoto R, Nakamura T, Sakamoto N, Tsuchiya K, Aoki A, Ohya K, Yagita H, Watanabe M: Signaling pathway via TNF α /NF κ B in intestinal epithelial cells may be directly involved in colitis-associated carcinogenesis. **Am J Physiol GI & Liver.** 296:G850-G859, 2009.

5.Nemoto Y, Kanai T, Kameyama K, Shinohara T, Sakamoto N, Totsuka T, Okamoto R, Tsuchiya K, Nakamura T, Sudo T, Matsumoto S, Watanabe M: Long-Lived colitogenic CD4+ Memory T Cells residing outside the intestine participate in the perpetuation of chronic colitis. **J Immunol.** 183: 5059-5068, 2009.

2. 学会発表

1.Watanabe M: Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease: Current Understanding. Asia Pacific Working Group Inaugural Meeting on IBD, 2009年3月7日, China.

2.Okamoto R: Notch1 activation promotes goblet cell depletion and expression of PLA2G2A in the inflamed mucosa of ulcerative colitis. DDW2009, 2009年6月1日, Chicago.

3.Tsuchiya K, Okamoto R, Nakamura T, Watanabe M: GSK3 inhibitor induces the intestinal differentiation by the protein stabilization of Atoh1. DDW2009, 2009年6月2日, Chicago.

4.Nemoto Y, Kanai T, Matsumoto S, Watanabe M: Long-lived colitogenic CD4+ Memory T cells can be maintained outside the

intestine in the absence of commesal bacteria. JUCC, 2009年11月20日, Tokyo.

5. Tsuchiya K, Okamoto R, Nakamura T, Watanabe M: Colon carcinogenesis is divided into the undifferentiation and proliferation regulated by Atoh1 and Beta-Catenin on wnt signaling, respectively. GASTRO 2009, 2009年11月23日, London.

6. 渡辺 守: 炎症性腸疾患と発癌. 第106回日本内科学会総会・講演会, 2009年4月10日, 東京.

7. 玄 世峰: 潰瘍性大腸炎の長期予後—重症潰瘍性大腸炎に対するサイクロスポリン持続静注療法の長期成績—. 第95回日本消化器病学会総会, 2009年5月7日, 札幌.

8. 渡辺 守: IBD 診療のシンポと近未来像—治る時代へ—. 第6回 市民公開講座—炎症性腸疾患の治療をめぐる—, 2009年5月17日, 徳島.

9. 根本泰宏、金井隆典、渡辺 守: 腸内細菌から直接的自然免疫と抗原刺激を受ける炎症性腸疾患メモリーCD4+T細胞の維持機構. 第51回日本消化器病学会大会 (JDDW2009), 2009年10月15日, 京都.

10. 岡本隆一、土屋輝一郎、渡辺 守: 炎症性腸疾患における上皮分化・増殖機構の解析と粘膜再生治療への応用. JDDW2009, 2009年10月16日, 京都.

11. 渡辺 守: 炎症性腸疾患における Notch シグナル異常と分子標的の可能性. 第37回日本臨床免疫学会総会, 2009年11月14日, 東京.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得: なし
2. 実用新案登録: なし
3. その他: なし

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
分担研究報告書

当科外来における医療費調査：中間報告

研究分担者 川合 眞一 東邦大学医学部内科学講座（大森）膠原病科 教授
研究協力者 楠 芳恵 東邦大学医学部内科学講座（大森）膠原病科 助教
研究協力者 村岡 成 東邦大学医学部内科学講座（大森）膠原病科 大学院生
研究協力者 川下 政幸 東邦大学医療センター大森病院医療情報管理センター 主任
研究協力者 松裏 裕行 東邦大学医学部第1小児科学講座 准教授

研究要旨

東邦大学医療センター大森病院膠原病科外来において、患者自己負担費用について連結不可能匿名化したアンケート調査を実施した。本年度は499例の調査を終了した段階での中間解析を行った。内訳は関節リウマチ（RA）247例、全身性エリテマトーデス（SLE）80例、強皮症35例などであった。当院に支払う診療費と院外薬局に支払う薬剤費自己負担額はRA患者で最も高額であったが、SLE患者ではその次に高額であり、強皮症など他の特定疾患患者ではRA患者の約30%ほどであった。RAとそれ以外の膠原病患者において自己負担費用が月額3万円以上となった患者比率を比較すると、RAでは31.6%であったのに対し、他の膠原病患者では5.2%と有意に低かった。一方、交通費はSLE患者が最も高額であった。今後症例を集積し、背景因子を詳細に解析する予定である。

A. 研究目的

近年、RA治療には種々の生物学的製剤が臨床に導入され、患者の治療効果は著明に改善した。しかし、これらの薬剤は一般に高薬価であり、自己負担も大きくなっているが、公的補助が行われている患者は少ない。一方、SLEなどのRA以外の膠原病患者は、多くの場合特定疾患に認定されている。また、特定疾患以外でもさまざまな制度によって個別に医療費が補助されている患者も少なくないが、これらは疾患、障害の程度、年齢などにより異なっている。そこで、患者自己負担の実態を調べるには、患者を対象にアンケート調査を行う必要がある。今回は当科外来患者を対象として、医療費および関連費用の自己負担分をアンケート調査した。

なお、当初連結可能匿名化で調査することで計画したが、内容が医療費という微妙な問題であることから、最終的には連結不可能匿名化として調査した。調査は現在も行われており、本年度は中間報告とした。

B. 研究方法

本研究計画は大森病院倫理委員会で承認された。当科外来に通院中の患者を対象として連結不可能匿名化アンケートを用いて調査した。患者には、疾患名と性・年齢のみを医師が記入したアンケート調査表を渡し、記入後は主治医には渡さず、外来受付に設置した回収箱に入れていただいた。集計時点までに回収し解析し得た499例を今回の対象とした。

研究代表者の全体解析を目的とした当院のレセプトデータに関しては、匿名化番号を付与した後に研究代表者に提出した（本分担報告には含めない）。

C. 研究結果

499例の内訳はRA 247例（男/女：63/184）、SLE 80例（10/70）などであった（表1）。診療費（当院支払）と院外薬局支払費用のいずれも、RA患者の自己負担分が最も高額であった。特定疾患の中では、SLE患者の医療費（診療費と院外薬局費用の合計）自己負担分が最も高額であった。一方、交通費はSLE患者が最も高額に負担していた。

15.6%の患者が鍼灸治療を経験しており、29.3%の患者が医療補助食品を利用していたが、疾患間に明らかな差はなかった（表2）。また、鍼灸および補助食品に対しては、各々平均月額8600円および6400円を負担していた。

対象疾患の各々で平均月額医療費自己負担額を層別して図示した（図1）。RAで3万円以上の月額自己負担額の患者が多かったことから、RA 247例とRA以外の膠原病患者252例で3万円未満と3万円以上とに層別して解析したところ、RA患者では3万円以上を自己負担している患者が31.6%を占め、RA以外の膠原病患者の5.2%よりも有意（ $p<0.0001$ ）に多かった（表3）。

D. 考察

今回の調査により、近年高薬価の薬剤が使用されるようになったRA患者の自己負担費用は、他の膠原病患者に比べて明らかに高額であった。この原因の1つとして、RA以外の膠原病患者では特定疾患として医療費の公的自己負担医療費補助制度があることも関係していると思われる。本アンケート調査は現在も続けており、ま

た、調査内容には特定疾患、介護保険、身体障害、後期高齢者制度なども含まれていることから、今後症例を集積した後に詳細を解析する予定である。

E. 結論

今回の当科外来通院患者を対象としたアンケート調査の中間解析結果から、RA患者ではRA以外の膠原病患者と比較して患者医療費自己負担額が高いことが明らかとなった。来年度にはさらに症例を集積して詳細に解析する予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

1. Kitahara K, Kusunoki N, Kakiuchi T, Suguro T, **Kawai S**. Adiponectin stimulates IL-8 production by rheumatoid synovial fibroblasts. *Biochem Biophys Res Commun*. 2009;378(2):218-223.
2. Nishimoto N, Miyasaka N, Yamamoto K, **Kawai S**, Takeuchi T, Azuma J, Kishimoto T. Study of active controlled tocilizumab monotherapy for rheumatoid arthritis patients with an inadequate response to methotrexate (SATORI): significant reduction in disease activity and serum vascular endothelial growth factor by IL-6 receptor inhibition therapy. *Mod Rheumatol*. 2009;19(1):12-19.
3. Hashimoto J, Gamero P, van der Heijde D, Miyasaka N, Yamamoto K, **Kawai S**, Takeuchi T, Yoshikawa H, Nishimoto N. A combination of biochemical markers of cartilage and bone

- turnover, radiographic damage and body mass index to predict the progression of joint destruction in patients with rheumatoid arthritis treated with disease-modifying anti-rheumatic drugs. *Mod Rheumatol.* 2009;19(3):273-282.
4. Nishio S, Yamamoto T, Kaneko K, Tanaka-Matsumoto N, Muraoka S, Kaburaki M, Kusunoki Y, Takagi K, **Kawai S**. Pharmacokinetic study and Fcγ receptor gene analysis in 2 patients with rheumatoid arthritis controlled by low-dose infliximab. *Mod Rheumatol.* 2009;19(3):329-333.
 5. Kojima F, Kapoor M, **Kawai S**, Yang L, Aronoff DM, Crofford LJ. Prostaglandin E₂ activates RAP1 via EP2/EP4 receptors and cAMP-signaling in rheumatoid synovial fibroblasts: Involvement of EPAC1 and PKA. *Prostaglandins Other Lipid Mediat.* 2009;89(1-2):26-33.
 6. Inoue S, Hashiguchi M, Takagi K, **Kawai S**, Mochizuki M. Preliminary study to identify the predictive factors for the response to methotrexate therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Yakugaku Zasshi.* 2009; 129(7):843-849.
 7. Kunisch E, Jansen A, Kojima F, Löffler I, Kapoor M, **Kawai S**, Rubio I, Crofford LJ, Kinne RW. Prostaglandin E₂ differentially modulates proinflammatory/prodestructive effects of TNF-alpha on synovial fibroblasts via specific E prostanoid receptors/cAMP. *J Immunol.* 2009;15;183(2):1328-1336.
 8. Inoue S, Hashiguchi M, **Kawai S**, Mochizuki M. Erythrocyte methotrexate- polyglutamate assay using fluorescence polarization immunoassay technique: application to the monitoring of patients with rheumatoid arthritis. *Yakugaku Zasshi.* 2009;129(8):1001-1005.
 9. Koike R, Harigai M, Atsumi T, Amano K, **Kawai S**, Saito K, Saito T, Yamamura M, Matsubara T, Miyasaka N. Japan College of Rheumatology 2009 guidelines for the use of tocilizumab, a humanized anti-interleukin-6 receptor monoclonal antibody, in rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol.* 2009;19(4):351-357.
 10. Nishimoto N, Miyasaka N, Yamamoto K, **Kawai S**, Takeuchi T, Azuma J. Long-term safety and efficacy of tocilizumab, an anti-interleukin-6 receptor monoclonal antibody, in monotherapy, in patients with rheumatoid arthritis (the STREAM study): evidence of safety and efficacy in a 5-year extension study. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(10):1580-1584.
 11. Miyasaka N, **Kawai S**, Hashimoto H. Efficacy and safety of tacrolimus for lupus nephritis: a placebo-controlled double-blind multicenter study. *Mod Rheumatol.* 2009;19(6):606-15.
 12. Kusunoki Y, Tanaka N, Kaneko K, Yamamoto T, Endo H, **Kawai S**. Tacrolimus therapy for systemic lupus erythematosus without renal involvement: a preliminary retrospective study. *Mod Rheumatol.* 2009;19(6):616-21.
 13. **Kawai S**, Uchida E, Kondo M, Ohno S, Obata J, Nawata Y, Sugimoto K, Oribe M, Nagaya I. Efficacy and safety of ketoprofen patch in patients with rheumatoid arthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Pharmacol.* [Epub 2010 Feb 4] (in press)

表 1. 当科外来通院中の患者における疾患別月額医療費

	総数	男/女	年齢	医療費平均 月額 (千円)	診療費平均 月額 (千円)	院外薬局 平均月額 (千円)	交通費 (千円)
RA	247	63/84	60.3±13.6	24.7±36.5	14.4±33.3	10.3±14.5	1.4±2.1
SLE	80	10/70	45.0±15.4	14.4±36.8	11.2±34.4	4.1±2.5	6.8±8.6
SSc	35	4/31	58.5±11.7	0.8±10.5	4.5±4.6	33.6±7.5	1.4±1.6
PM/DM	24	11/13	60.5±11.8	10.2±10.1	5.3±4.3	4.8±7.3	2.0±2.9
MCTD	21	3/21	50.0±12.1	6.3±7.3	6.1±6.1	0.8±1.5	2.3±6.4
Sjs	18	1/7	57.4±16.3	8.1±8.7	3.0±3.0	5.2±7.2	0.9±1.1
PMR	17	7/0	76.1±8.5	8.3±7.5	4.5±4.3	4.3±4.3	0.8±0.9
血管炎	17	3/4	56.4±21.6	4.3±3.0	4.3±3.1	0.5±1.2	0.8±1.2
ベーチェット	9	0/9	50.1±12.6	8.2±6.6	5.7±4.2	25.6±2.7	0.6±0.4
その他	31	13/18	58.3±17.3	9.7±13.9	6.4±12.2	3.4±3.3	0.8±1.1
計	499	112/387	57.4±15.6	17.4±31.0	10.6±27.7	6.7±12.2	1.4±2.4

データは平均±SD、医療費=当院自己負担費用+院外薬局自己負担費用

RA=関節リウマチ、SLE=全身性エリテマトーデス、SSc=強皮症、PM/DM=多発性筋炎/皮膚筋炎、MCTD=混合性結合組織病、Sjs=シェーグレン症候群、PMR=リウマチ性多発筋痛症

表 2. 当科外来通院中の患者における鍼灸および補助食品に対する自己負担費用

	総数	鍼灸治療利 用者(%)	鍼灸費平均 月額(千円)	医療補助食品利 用者(%)	医療補助食品 平均月額(千円)
RA	247	40(16.2)	8.9±8.6	73(29.6)	5.9±5.1
SLE	80	9(11.3)	3.3±11.9	24(30.0)	1.5±2.5
SSc	35	8(22.9)	7.6±10.1	13(37.1)	8.8±8.3
PM/DM	24	4(16.7)	7.5±4.4	4(16.7)	8.5±8.5
MCTD	21	4(19.0)	12.8±6.4	7(33.3)	9.9±1.6
Sjs	18	2(11.1)	8.5±9.2	6(33.3)	7.4±4.2
PMR	17	2(11.8)	10.5	3(17.6)	4.3±1.2
血管炎	17	2(11.8)	20.0	4(23.5)	4.8±3.9
ベーチェット	9	2(22.2)	5.9	4(44.4)	5.0±6.7
その他	31	5(16.1)	9.6±8.8	8(25.8)	4.3±2.7
計	499	78(15.6)	8.6±7.9	146(29.3)	6.4±6.8

データは平均±SD、医療費=当院自己負担費用+院外薬局自己負担費用

RA=関節リウマチ、SLE=全身性エリテマトーデス、SSc=強皮症、PM/DM=多発性筋炎/皮膚筋炎、MCTD=混合性結合組織病、Sjs=シェーグレン症候群、PMR=リウマチ性多発筋痛症

表 3. 関節リウマチ患者とそれ以外の膠原病患者における平均月額医療費の比較

平均月額医療費	RA (%) n=247	RA以外 (%) n=252
3万円未満	169 (68.4)	239 (94.8)
3万円以上	78 (31.6)	13 (5.2)

χ^2 検定 p<0.0001

RA=関節リウマチ

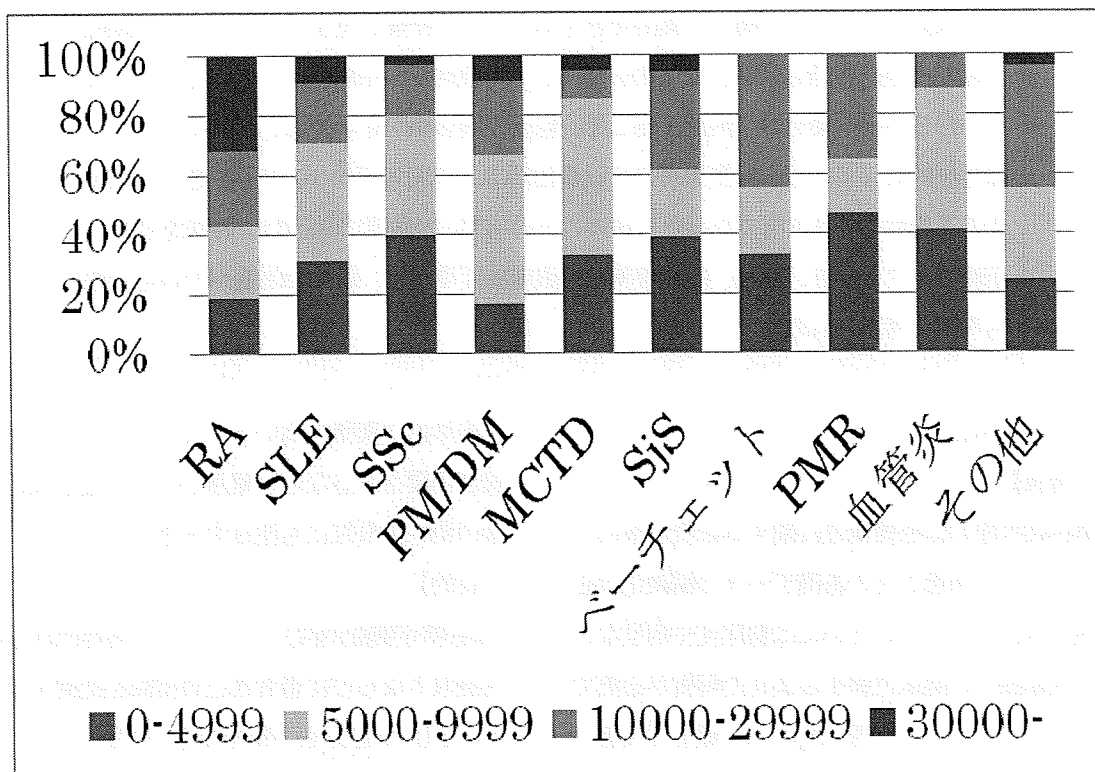


図 1. 当科通院中の患者における平均月額医療費の層別解析

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
分担研究報告書

「慶應義塾大学病院専門外来におけるパーキンソン病患者の医療費の検討」
—中間報告—

研究分担者 鈴木 則宏 慶應義塾大学医学部神経内科 教授
研究協力者 高橋 一司 慶應義塾大学医学部神経内科 専任講師
研究協力者 鈴木 和久 慶應義塾大学病院医療事務室 課長代理

研究要旨

【目的と方法】 難治性疾患の医療費構造に関する研究を進めていく上で、疾患ごとの基礎データの精緻化は必須と考えられ、そのためには重症度や病型などの臨床情報をふまえた解析が必要である。本年度は難治性疾患のうちパーキンソン病（PD）に注目し、当院(特定機能病院)パーキンソン病専門外来の医療収入ならびに患者自己負担額を把握した。特にPDの重症度によって分類し、1人あたりの平均医療費はどのようになっているかに着目し、分析を行なった。

【結果】 PDでは、早期から薬剤費を主体とした治療費が発生していた。罹病期間と年間の神経内科請求金額、また罹病期間と年間薬剤費の相関は、いずれも有意ではなく、むしろ平均費用は全病期を通じて、軽度の増加傾向を示すにとどまっていた。医療券を保有していない早期患者の自己負担額は、年間で平均10万円を超え、医療券のある患者の約3.7倍であった。病期ごとの年間の治療費の検討は、難病患者援助の基礎データとなり、今後、高額療養費の限度額変更など、新たな制度への対応の際にも有用と考えられた。

A. 研究目的

【背景】

難治性疾患の医療費構造に関する研究を進めていく上で、疾患ごとの基礎データの精緻化は必須と考えられ、そのためには重症度や病型などの疾患独自の臨床情報をふまえた解析が必要である。パーキンソン病（PD）は、難治性疾患の中で、炎症性腸疾患に次いで患者数が多く、かつ多種の薬剤による優れた対症療法が可能である。現在、難病医療（法別51）の医療券は、Hoehn & Yahrの重症度分類のstage III以上かつ生活機能障害II度以上の患者で認定されている。しかし、現行の治療ガイドラインでは、

発症早期に薬価の高いドパミンアゴニストの選択が推奨されるなどの観点から、認定以前の患者の治療費負担にも注目すべきである。

【目的】

当院(特定機能病院)パーキンソン病専門外来の医療収入ならびに患者自己負担額を把握する。

特にPDの重症度、罹病期間に注目し、

- ・ 難病医療の医療券の保有の有無
- ・ 1人あたり1年間の平均医療費と平均薬剤費
- ・ 自己負担額 に関して解析する。

特定機能病院は医療法により制度化された医療機関の機能別区分の1つであり、高度の医療を提供する能力を有することなどとして厚生労働

大臣の承認を受けている病院である。本年度は難治性疾患のうちパーキンソン病 (PD) に注目し、特定機能病院である当院のパーキンソン病専門外来の医療収入ならびに患者自己負担額を把握した。特に PD の重症度によって患者を 3 群に分類し、難病医療(法別 51)の医療券の保有の有無、1人あたり1年間の平均医療費と自己負担額はどのようになっているかに着目し、分析を行った。

B. 研究方法

【対象】:当院のパーキンソン病専門外来を受診した PD 患者 122 例

【調査期間】:平成 20 年 7 月から平成 21 年 6 月の 1 年間

【方法】:(1) PD 患者は、Hoehn & Yahr の重症度分類 (H&Y stage) により分類した。各重症度の患者数は H&Y stage I ; 4 名、stage II ; 42 名、stage III ; 62 名、stage IV ; 13 名、stage V ; 1 名であった。そこで、以下のように 3 群に分けて、解析を加えた。

早期群 : H&Y stage I + stage II ; 計 44 名

中期群 : H&Y stage III ; 計 62 名

進行期群 : H&Y stage IV + stage V ; 計 14 名

(2) 上記の 3 群において、難病医療(法別 51)の医療券の保有の有無、1 年間の医療費総額と自己負担額の算出を試みた。次に、診療科別に、すなわち神経内科受診と、それ以外の科の受診に分けて解析した。さらに、PD の医療費における薬剤費の割合を検討した。患者によって、院内処方例と、院外処方箋により院外調剤薬局で処方を受けている例がある。院内処方例は、当院の請求額に薬剤費が含まれているため、問題が無いが、院外処方例では抗 PD 薬の処方内容から薬剤費を算出した。

上記の 3 群において、難病医療の医療券の保有の有無、1 年間の医療費総額と自己負担額の算出を試みた。次に、処方内容から薬価を用いて年間薬剤費を算出した。また診療科ごとに、すなわち神経内科受診と、それ以外の科の受診に分けて解析した。

C. 研究結果

(1) 図 1 に対象患者の Hoehn & Yahr 重症度分類、表 1 に各患者群での平均年齢と平均年齢を示した。

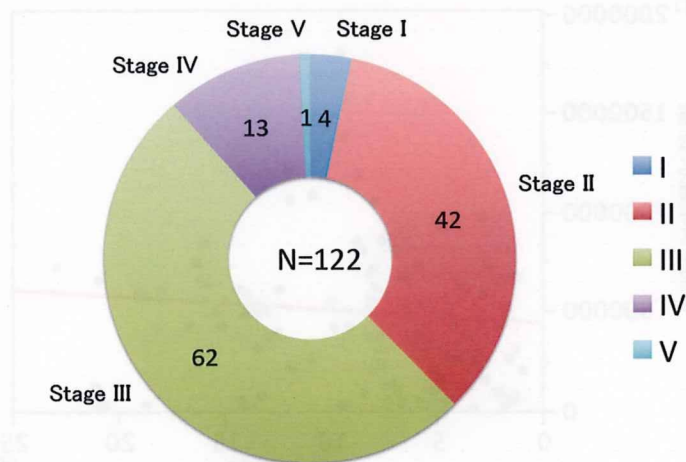


図 1 : 対象患者の Hoehn & Yahr 重症度分類

表1：対象患者背景

	Hoehn & Yahr stage	患者数 (人)	平均年齢 (歳) mean±SD	平均罹病期間 (年) mean±SD
早期群	I + II	44	65.6 ± 7.3	5.5 ± 3.4
中期群	III	62	68.2 ± 8.1	10.4 ± 4.9
進行期群	IV + V	14	77.1 ± 6.1	11.0 ± 5.5

(2) 図2に、病期別の神経内科の請求金額と他科の請求金額総額（1年間、外来のみ）を示した。早期群から神経内科請求金額が発生して

おり、図3の通り、罹病期間と神経内科請求金額総額に相関関係は認められなかった。

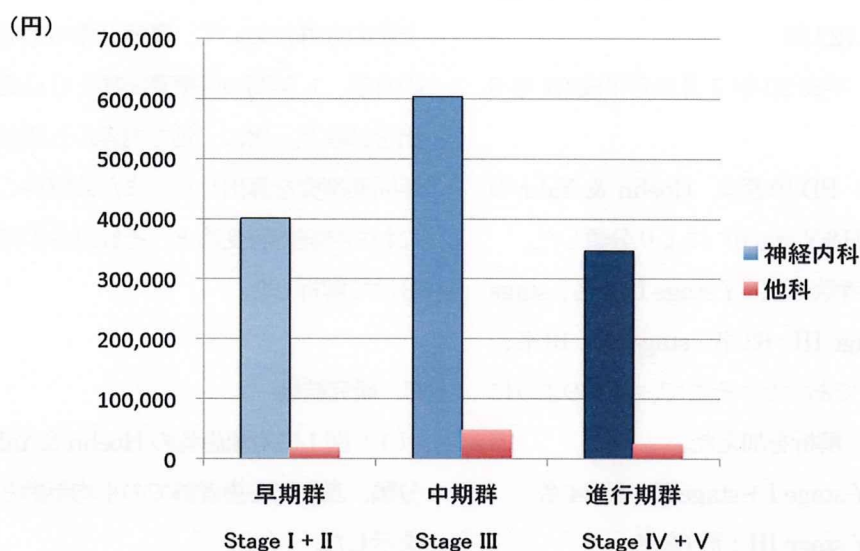


図2：病期別の神経内科と他科の請求金額総額（1年間、外来のみ）

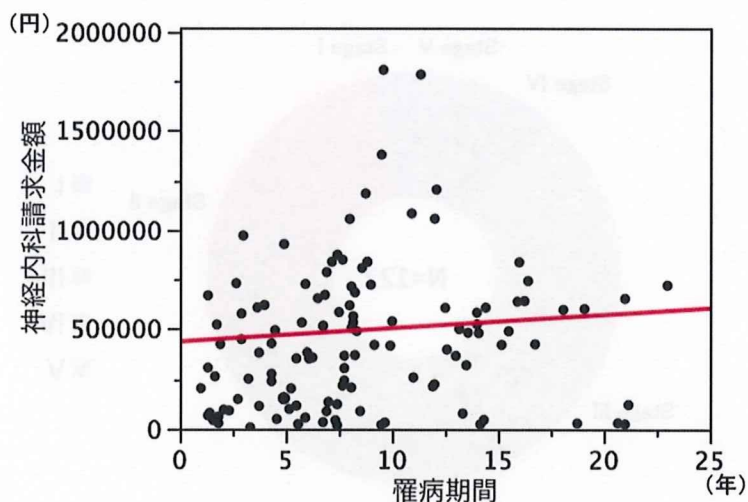


図3：罹病期間と神経内科請求金額総額（1年間）