

# がん診療の経済的な負担に関するアンケート調査

1. 担当がん患者数  
(実人数)

	担当患者数		主に経済的理由によって治療を変更・中止した患者	
			過去1ヶ月間	過去6ヶ月間
入院	(1ヶ月平均)	人	人	人
外来	(1週間平均)	人	人	人

2. 過去6ヶ月間に主に経済的理由によって治療を変更・中止した事例のうち、直近3例について

事例① ワープロなどで作成したものを添付していただいても結構です。

性(男・女)	年齢( 歳)	経過年数( )年( )ヶ月	転移(有・無)	再発(有・無)
部位 (造血系は病名を記入)				
病期	I (A・B・C)	II (A・B・C)	III (A・B・C)	IV (A・B)

予定の治療 術式・処方などを具体的に

手術   
  薬物   
  放射線   
  緩和   
  その他( )

変更後の治療 対処法を具体的に









表5-1. 回答者の属性(がん臨床医)

臨床経験年数 (n=786)	17.8±7.5	
性別 (n=784)	男	693 (88.4%)
	女	91 (11.6%)
勤務 (n=789)	常勤	729 (92.4%)
	非常勤	60 (7.6%)

表5-2. 担当がん患者数

入院 (n=797)	担当患者数	主に経済的理由によって治療を変更・中止した患者	
	1ヶ月平均	19.7±25.7人	過去0ヶ月間
外来 (n=864)	1ヶ月平均	1.5±2.1人 9.17±9.77%	過去1ヶ月間
	1週間平均	39.3±53.9人	過去0ヶ月間
		過去1ヶ月間	過去0ヶ月間
		1.6±1.8人 1.55±2.38%	2.3±1.9人 2.83±5.03%
		1.0±0.0人 0.39±0.50%	

図5-1. 患者の経済的負担についての説明

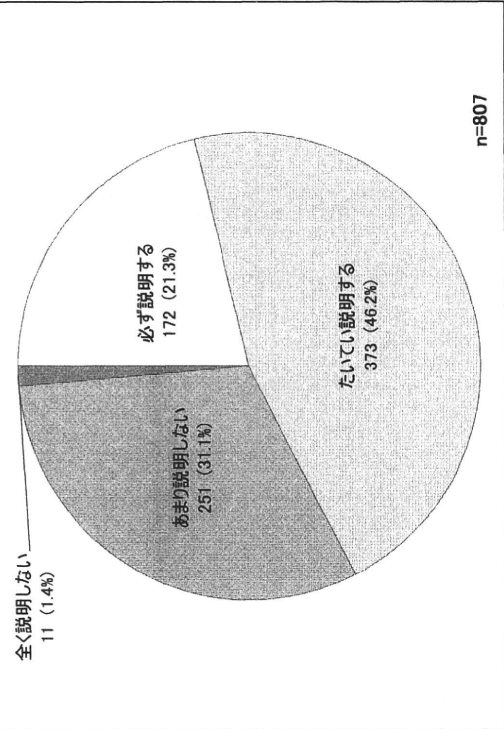


図5-2. 費用について主に説明する人(複数回答)

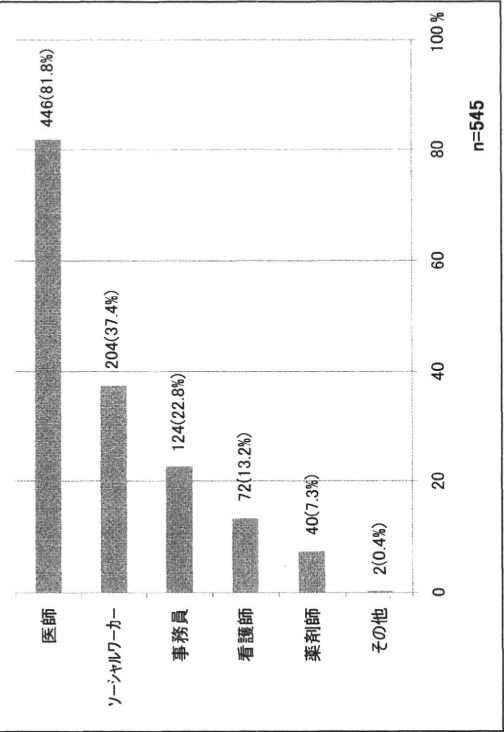


図5-3. 制度について主に説明する人(複数回答)

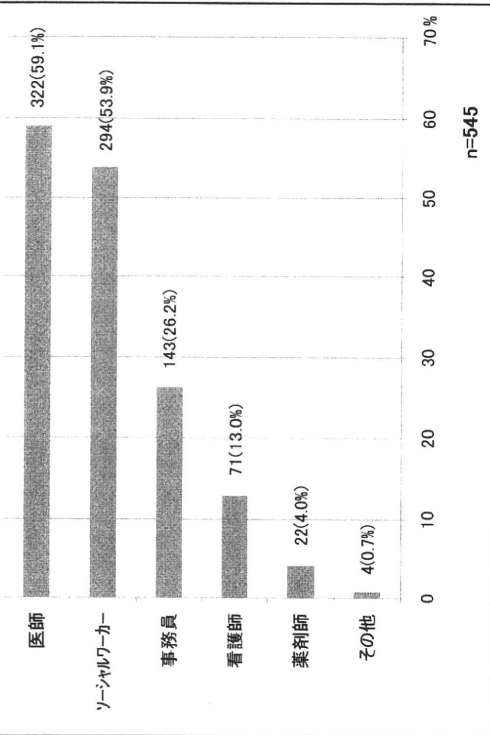


図5-4. がん患者の経済的負担軽減について優先度の高い項目(複数回答)

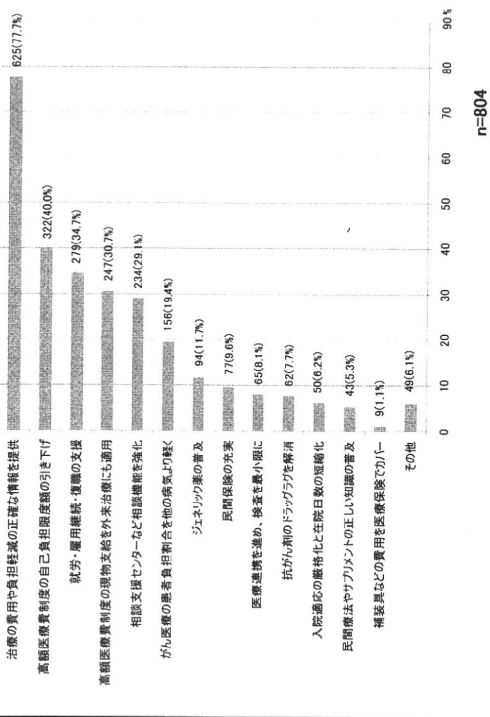


図5-5. 変更内容の割合(固形がん)

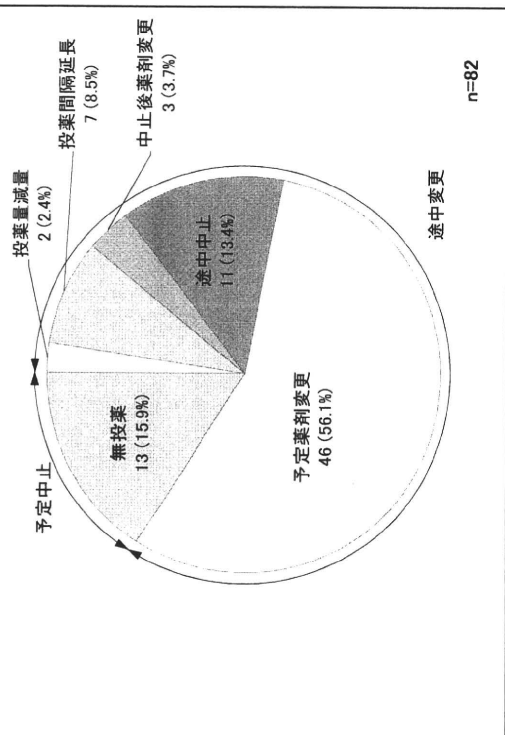
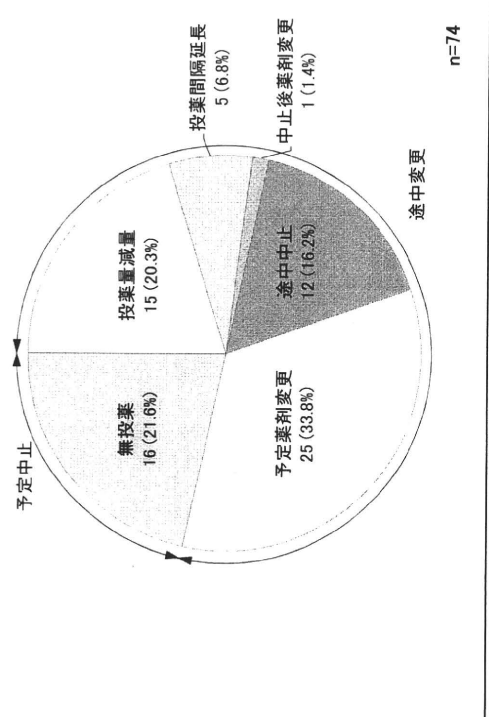


図5-6. 変更内容の割合(造血系腫瘍)



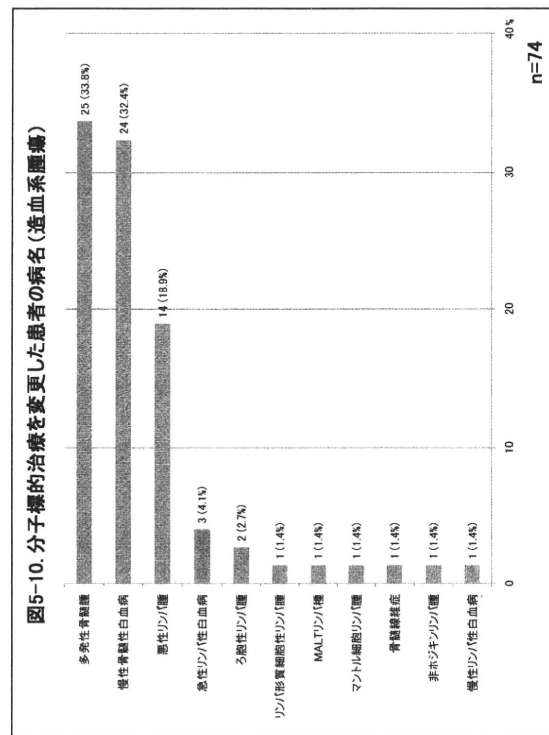
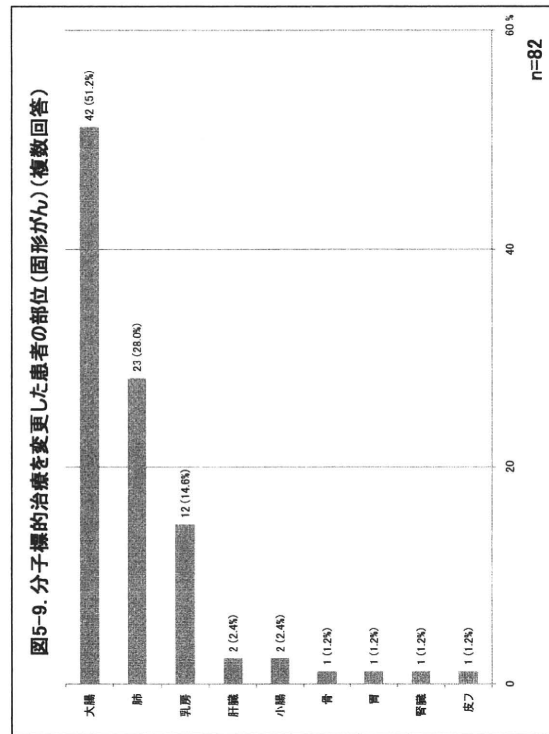
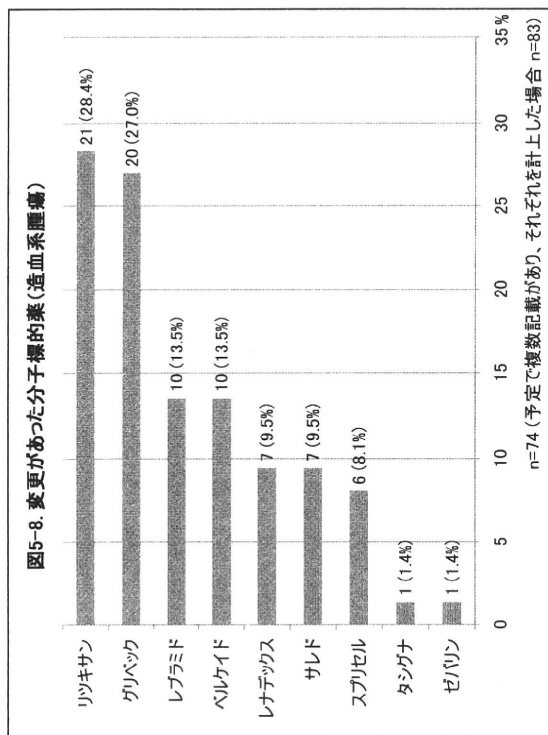
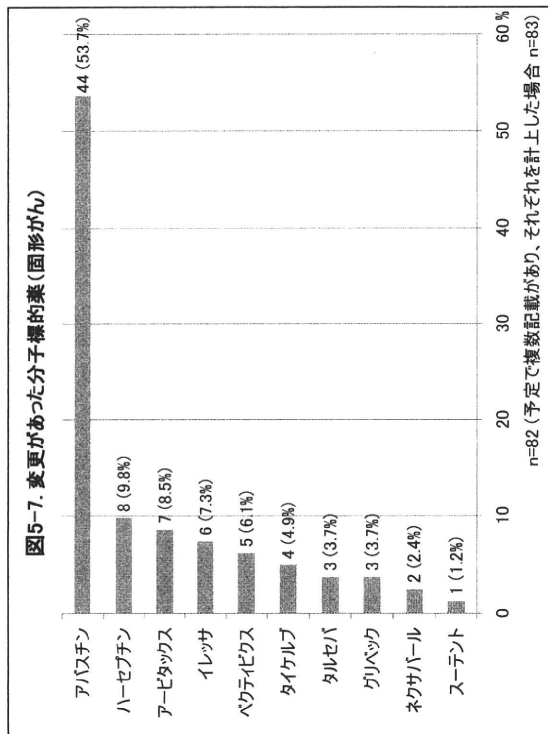


図5-11. 分子標的治療を変更した患者(大腸がん)

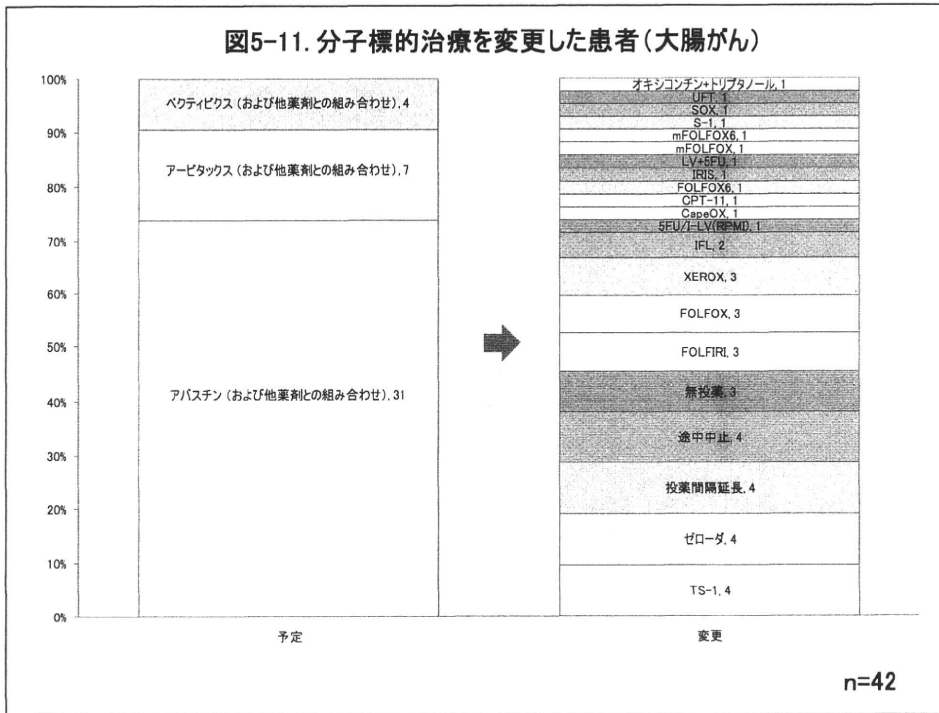
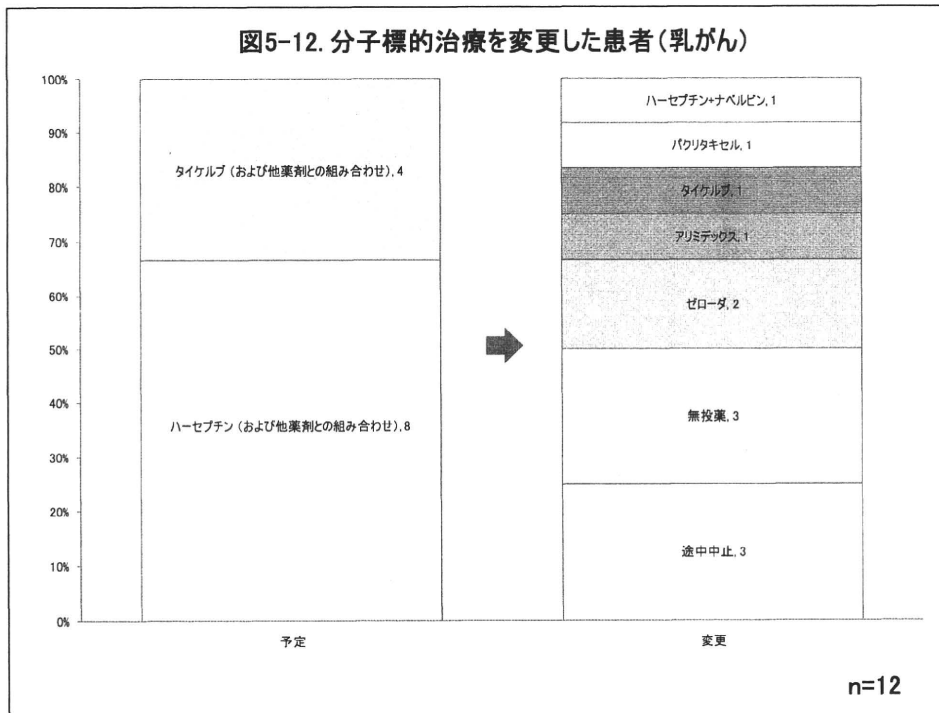
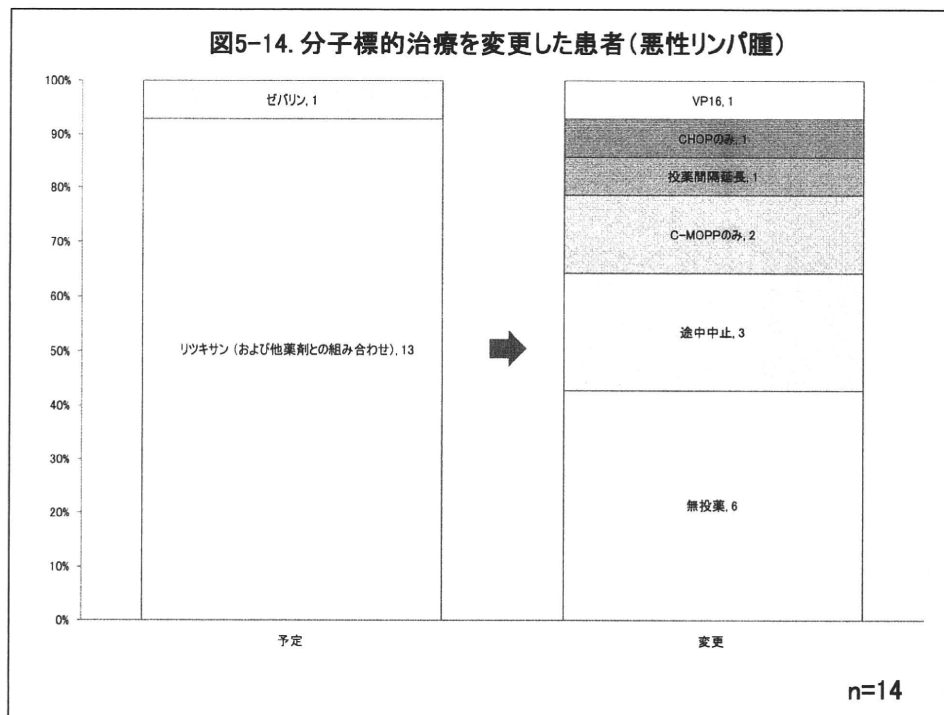
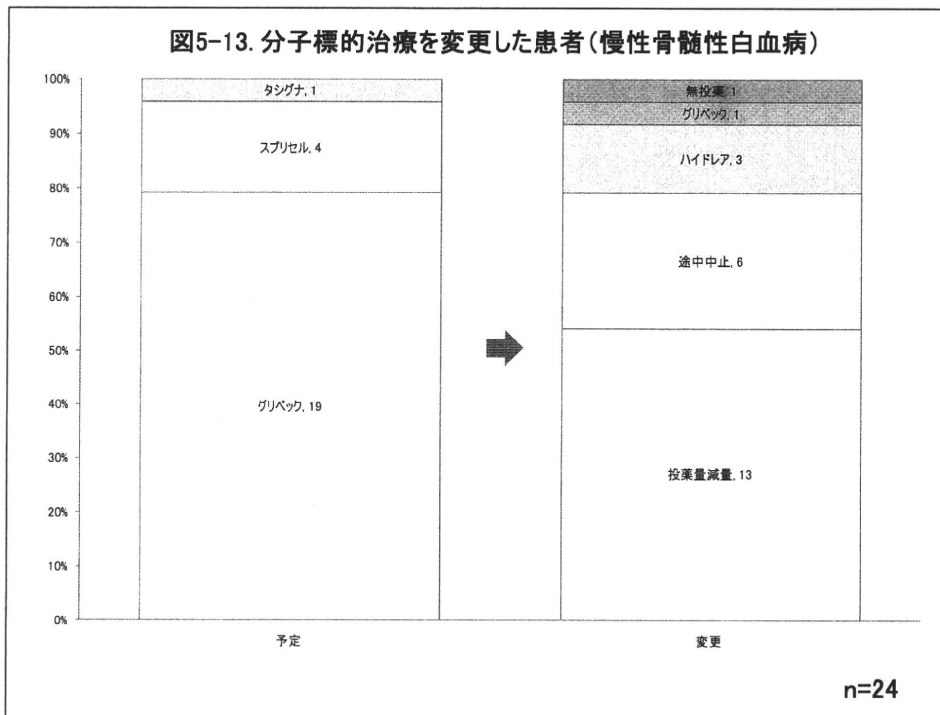


図5-12. 分子標的治療を変更した患者(乳がん)







番号	自由記載(抜粋)
1	<p>CML のグリベック、スプリセル、タシグナの 3 剤については金の切れ目が命の切れ目になりかねない状況で、これについては公費負担も考えて欲しい。</p> <p>6 ヶ月以上前であれば、CML の若年(34 歳)男性で、「これ以上の内服は無理」と受診なくなり、その後、詳細不明という患者もいる。</p> <p>また、Myeloma のレブラミド、ベルケイド、サリドマイド等も高額であり、患者が経済的負担で治療に迷うこともある。高額療養費等は説明しているが、それでも患者の負担は大きい。</p>
2	<p>がんに限らず、良性疾患でも経済的負担のため、治療を変更せざるを得ない場合があります。私の経験した症例としては、Myelodysplastic syndromes の RCMD で赤血球輸血を頻回に行っている方で、鉄過剰症となり、エクジェイドを処方しましたが、経済的理由により中止となりました。また、移植後、アスペルギルス感染症に対して、ブイフェンドを処方しておりましたが、経済的理由により中止となりました。</p> <p>一般薬でも高額となることがあり、がんに限らず保険制度全体に問題があると思います。</p>
3	<p>62 歳男性 CML、2008 年、経済的負担軽減を理由に、グリベック 400mg/日を 200mg/日に減量した。2010 年 9 月、MMR 維持できている。</p> <p>6 ヶ月以内の変更ではないが、事例としてあるため記載します。</p> <p>自分の病気の治療のことで、家族に経済的負担をかけることは希望しないという点で、患者様とも意見が一致しています。</p> <p>医療費以外でも経済的負担がかかるため、治療薬等で、どんどん医療費が高騰するのは避けたいと思います。</p>
4	<p>現在、グリベックやイレッサなどの分子標的薬が多数開発され、それらを使用するのが当然のことになっているが、中には、それ程効果のないものもある。</p> <p>僅かでも生存が延びたというエビデンスがあれば保険承認をして、保険で賄っていくと、保険の予算がなくなり、使用すれば効果があり、根治できたり、社会復帰できる薬剤にまで、しわ寄せがくる。</p> <p>効果の高いもの、根治が得られるものの保険のカバー範囲と、効果が少ないもののカバー範囲を、わけるべきではないかと思う。</p>
5	<p>大腸がんの分子標的治療薬は、費用に値する効果が得られていると思えない。</p> <p>副作用対策、外来化学療法等担当医の手間の増加は尋常ではない。</p> <p>お金をどうするのかを決める前に、ドラッグラグ解消にばかり目を奪われて高価な薬をどんどんガイドラインに組みこむことに、強い反発をおぼえる。</p>
6	<p>薬の開発には、長年の基礎研究と膨大な開発費がかかり、製薬会社もボランティアではないから収益を上げる必要があるが、効果と比べてあまりに高額すぎる。</p> <p>手術や、緩和治療、患者との話し合いに対する評価に比べ、あまりに偏っており、真に患者のベネフィットにつながらない。</p> <p>患者さんは、無理してでも高い薬にお金を払うし、生保で負担が全くない人もいる。費用で治療変更という例は、当院ではあまりないが、今後医療費に限界が来るだろう。前立腺がんなど、安くあがる除癌術より、高額な注射薬を多用するのは医師にも責任があり、もっと除癌術を広め、医療費削減すべきだろう。</p>

7	<p>新薬が次々と開発され、治療効果が向上し、また治療の選択肢が増えることは非常に良いことであるが、一方で、分子標的治療薬に代表される新薬は、非常に薬価が高い。近年発売されている分子標的治療薬は、月に50～70万円と非常に高額で、自己負担3割でも15～21万円程度の支払いを、毎月続けなければならない。一般家庭の収入で継続できるものではない。高額療養費制度はあるが、後日の払い戻しであり、払い戻しになるまでの自己負担分は大変な重荷である。外来でも入院と同様に、支払いの上限を自己負担限度額とすべきである。また、民間の医療保険、がん保険は外来通院で行う化学療法の費用をカバーするものが、ほとんどないのが現状である。化学療法が外来で行われる現状に合わせ、早急に拡充すべきである。</p>
8	<p>グリベックのように20世紀最大の発明であるにもかかわらず、経済的に治療継続ができない人もいる。金の切れ目が命の切れ目であってはならないと痛感している。またその他、固形がんでも、アバスタチン、アービタックスをはじめ、高価な分子標的薬が目白押しであるが、何十万円、何百万円とかかって、2、3ヶ月の延命というものもある。人生の価値観は人それぞれであるが、日本の医療経済が圧迫されてしまうことは間違いない。今後は、効率よく、また適切な治療を行われるように、専門医の育成が急務と思われる。</p>
9	<p>がん治療の進歩で次々と新薬が臨床応用され、緩徐であるが生存率の延長につながっている。しかしながら、あくまでも延命であって、治癒した症例は極々僅かにとどまっている。そのため投入する医療費は高騰する一方で、国の医療経済が窮地に立った報道や、少子高齢化による今後の国の方向性に、非常に不安を持たずにはいられない。そのような状況で腫瘍を扱う医師の憂鬱は増している。最高の医療を提供する。確かに理想だが、最高ではなく、やや効果は落ちるものの、安価でそこそこの治療を進めるのは罪なのだろうか。</p>
10	<p>医療費の自己負担の程度をできるだけオープンにして、考えていただき、時間をもつことも大切。治療に対して、お金の問題を持ち出すのは、はばかれるという意識(治療者側にも患者・家族側にも)があるように感じています。「人の命はお金には代えられないものだ」という神話、思い込みが蔓延していると思います。</p> <p>だから、相談支援センターなどで、じっくり相談に乗ることが必要です。また、最近エビデンスベースドメディスンが叫ばれるようになり、その中で一番重点が置かれているのが、単に「生命の長さ」であるように思えます。</p> <p>QOLの測定もされている研究もありますが、まだまだ少ないと思います。本アンケートの設問にもあるように、負担軽減をするのに大切なこととして、公的負担の増大、の項目がいくつもあります。お金を自分ではなく、誰か他の人に負担してもらおうというような発想ばかりでは、本当の解決には遠いと思われる。</p> <p>自分がどうするか、自分がお金を出すのか??あるいは行動するのか、という視点での解析を望みます。担当医に直接話をして下さる患者さんは、まだ対応の仕方もあるが、直接は話されない患者さんの方が多いと思われる。MSWを通して相談が来ることもあります。</p> <p>近年、分子標的治療薬が多く出てきてから、治療費の支払いの相談が増えたと、MSWの方からの情報があります。治療効果の上乗せの臨床試験ばかりでなく、医療費の軽減を目的とした、非劣勢の臨床試験を組むことも必要ではないかと考えます。</p> <p>それに関連して、治療効果の上乗せ率に対して、かかる費用の額の妥当性を考えることも、もっとオープンにしていただければ、とも思っています。</p>

11	<p>高額な分子標的治療薬も、高額医療費の制度でカバーされており、大きな恩恵を受けているものと考えます。ただ、医学的に適応が微妙な症例で、“分子標的治療薬も高額医療で、自己負担は変わらないから使う(使ってほしい)”という状況が生じることも懸念されます。</p> <p>医療費を社会全体としてどのように負担するのか(患者、税)ということや、分子標的治療薬を、“上乘せ”と考えれば、どこまで高額医療に含むかということ等も、今後、医療・政治の領域で考え直す必要があると思います。</p> <p>”国内の医療費は、国民全体で負担する”と考え、前年の医療費によって可変する間接税を導入することを考える、というのも、ひとつの意見かと思えます。</p>
12	<p>分子標的治療薬を制限なく使用しようとするのが、そもそも現実的でないと思う。</p> <p>例えば肝転移の術前治療に、高い奏効率を期待しての使用であればよいが、3rd-line では僅か1ヶ月のMST延長のために使用するのはいけない(あるいは個人負担)とするなど、国の財源の限界を考慮すれば、他に使うところがあるものと思われる。</p> <p>がん領域で言えばがん早期発見対策への補助を増すとか、他にも「治る見込みがある(高い)患者」への使い道が沢山あるはずである。</p> <p>がん領域でなければ、高齢者福祉など財源をもっと必要とする分野が、まだまだある。</p>
13	<p>がん医療自体に個人差および病院格差があるため、一概に論じにくい部分が多い。標準的治療かつ慢性的に治療を要する部分については、高額医療制度を採用し、さらにがん治療では他の治療よりも充実させてほしい。</p> <p>一方、新たな治療法の開発もきわめて重要であり、公的な資金による臨床試験(UMIN などへの登録義務、審査過程が確立されているなどの条件をつけて)に登録された患者さまへの医療費負担軽減を強く求めたい。</p> <p>全ての臨床試験でなくとも、厚生労働省が重点課題として定めた、研究かつ、よくデザインされた臨床試験に限り、登録症例は医療費が軽減(30%OFF など)となるようにすることにより、更なる医療の進歩につながることを期待できる。</p>
14	<p>イマチニブ等、高額医療制度制定時には想定されていなかった長期間高額医療が続く治療法については、経済的負担軽減のために特別な制度が欲しいと思います。</p> <p>昨今の景気後退に伴い、病气療養で職を失い、経済的困窮に陥る場合や、失職を心配して十分な治療を受けることに、躊躇される患者さんがおり、病气療養に関わる社会的な safety net の充実が急務かと思えます。</p>
15	<p>高額療養費制度の現物支給を外来治療にも適用することが、最優先事項です。一旦は、患者さんが支払わなければならない金額があれば、家計が回っていきません。</p> <p>一方で、米欧のように保険適応の範囲を2段階に分けて、患者さんが自分の経済状況に応じて治療を選ぶ時代にすべきだと考えています。このまま公金で高額な医療を支援していくことには、限界があります。現在は可能でも、未来に破綻をきたすことが見えているなら、次善の策として保険医療制度の見直しはすべきだと思います。</p> <p>医療費が払えないから、生活保護家庭になる(ある意味で安易な)解決策を選択する患者さんが激増しています。</p> <p>払えないから、働かないで生活保護家庭になるという考え方は、本末転倒ですが、確かに今の保険医療制度では、その方法が一番患者さんの負担が少ないのも確かです。</p>

16	<p>一家の働き手である現役世代ががんになると、医療費は他のどの世代より一番かかるという状況は、改善する必要がある。一方、子供や高齢者には優遇措置がとられている。</p> <p>グリベックで慢性骨髄性白血病の予後は著しく改善したが、超高齢者に対し8年生存率が9割に届くような治療を、若い世代と同様に行うことは学問的には興味があるかもしれないが、現場の医師としては甚だ疑問を感じる。</p>
17	<p>経済的負担を考えるに当たっては、費用対効果について検討をする必要があるのではないのでしょうか。新たな検査、新薬などは、社会保障の概念からは逸脱した営利企業によって支えられているのであり、費用と効果のバランスで設定しない限りは、医療費は天井知らずに上昇すると思います。</p> <p>その制度下では、医療費を国家が負担しきれず、個人に帰すことは自明です。現状での負担が大きいという議論は、負担となっている医療の内容を、科学的に、経済学的に評価してからにするべきだと思います。</p>
18	<p>当院では、高額医療還付制度の説明パンフレットを、薬物療法を受ける方全員に配布して、案内している。それ以降の具体的な問題点は把握できていない。</p> <p>小生は呼吸器領域が多いので、高額な薬剤として bevacizumab と pemetrexed を挙げるができる。経済性を考えるのは医師の仕事ではないので、予後改善効果を証明できた薬剤は、積極的に使用すべしという某先生のご意見に従って、経済性はあまり考慮せず薬剤を選択している。大学病院や、がん拠点病院での勤務が多いので、経済的理由で加療を断念する方などに多く出会っていないだけなのかもしれない。</p>
19	<p>慢性骨髄性白血病に対する分子標的薬(チロシンキナーゼ阻害薬)は、効果が高いために、多くの患者さんが平均寿命近くまで生存が可能になることが予想されています。</p> <p>これでは、高額医療費の負担が数十年も続くことになり、透析患者さんや HIV 患者さんなどと同様の、経済的な負担を強いることになります。</p> <p>医学の進歩の恩恵を、多くの患者さんが享受できるような制度を、早急に構築して頂きたいと希望します。</p>
20	<p>がん治療のために、退職を余儀なくされる人や、アルバイト探しにさえ苦勞する若い患者の話を知ることがあります。「がんを”完全に”治してから出勤して」と上司から言われた(恐らく上司に悪気はない)と苦笑いする方もいました。</p> <p>生活習慣病よりも通院回数は多いけど、重症でなければ普通に働けることを企業に啓蒙していかないと、がん治療費を民間保険で賄うことができても、失業して、生活できない患者が増えていく恐れは高いと考えています。</p> <p>個人的には、進行がんに罹患したことを理由に、退職に追い込んだと疑われる企業を公表して、法人税を1ポイント上乗せするくらいのペナルティーを科してはどうかとも思いますが。</p>
21	<p>がん治療に費用がかかるために、治療を断念するなど、あってはならないことだと思います。患者個人の負担を減らすことだけでなく、医療費の支払いを分割(ローンのように)できるようにすることも必要だと思います。</p> <p>私自身、去年がん治療を受けました。幸い、今は復職でき、「負債」を返すべく、仕事をしています。経済的負担を気にすることなく、がんの治療を十分にできれば、治療後に仕事に復帰できる人も増えて、経済的にも良い影響が出ると思います。</p>

22	<p>分子標的治療薬の導入に伴い、標準治療と考えられている治療が、かなり高額となっており、高額医療制度を利用した場合も、患者さんの経済的負担は非常に大きくなっている。また、就労されていた患者さんが、疾患のため就労困難な状況となることも多く、このような状況におけるサポート体制も十分ではない。がん種や薬剤によっては、金額の割には延命効果がそれほど大きくはない薬剤もあり、費用対効果も含めた投与基準の確立が必要と考えられる。</p>
23	<p>本邦において克服すべき疾患の第一位となったがんの現場への、画期的な分子標的薬剤の導入により、我が国の皆保険制度は危機に瀕しています。保険医療費の増大自体、もちろん問題ですが、圧倒的な海外製薬メーカーの競争力により、現場において科学的、標準的な真つ当な医療をすればするほど、国民の資産が海外に流失しています。この現状を長期的に変えていく百年の計を、我々学会は、たてる必要があります。国家の資産には限りがありますから、行きすぎの医療費増大を抑制する方策としては、例えばがん腫横断的に導入すべき薬剤の順序を決定したり、導入に適切な、費用対効果の試算を行ったりする機関の設立を提案します。ただこの機関においては、役所の人間のみならず、患者団体や医療者が対等に議論できるように配慮すべきです。この議論において、JSMO はリーダー的な役割を果たすべきです。また、患者さんが安心して外来で治療を受けられるように、更なる国のサポートの充実も求められます(外来化学療法数に応じた、ベッド稼働率の緩和など)。結果的に、入院医療費の削減につながると思います。目の前におられる患者さんの経済的負担については、高額療養費制度による配慮や、場合によっては、がんに関する医療費の国庫負担を増やすなどの対策が、現実的ではあるように思います。</p> <p>民間保険の導入は、保険適応外を増やしたいという国家の抑制の効かない意思を増大させ、必要最低限な医療給付さえ、はずされるリスク、もしくは死亡率の低い、患者会の力の弱いがん腫に、保険外のしわ寄せがいくリスクを孕んでおり、私は明確に反対です。</p>
24	<p>基本的に高額療養費制度の基準を引き下げて対処というのは反対です。分子標的薬が、今後どの領域でも増えていき、いずれのがん種も治療が高額となることは必至ですし、国の負担が更に大きくなることも問題と考えます。保険会社に確認しても、外来化学療法に対する医療費の保障のようなメニューは現時点ではあまりないようですし、こういったものも新たな保険として自らで加入していくとすることが、現実的などころではないかと考えます。</p> <p>同時に、抗がん剤・制吐剤、いずれも、ジェネリック薬品に可能な限り迅速に変換していくことが、患者側・病院側にとっても大切なことかと考えております。</p>
25	<p>当科の領域(固形がん:大腸がん、胆管・膵がん、乳がん、胃がん、肺がん、原発不明がん、肉腫等)では、薬物療法では多くの場合は、治癒は望めないのが、治療期間としては、数ヶ月か数年にとどまることが多い。その中であって、特に、乳がん、大腸がん、肺がんは高額薬物の割合が多くなってきており、また新薬の開発により、生存期間もじわじわと長くなってきているために、患者・家族の負担も大きくなってきている。また、昨今の日本の就業率の低下や、所得の低下、核家族や、婚姻していない、子がいない、などの社会的な背景や、実態が、がん患者個人個人の直接的な経済的負担を、悪化させている。正直なところ、あまりに高額な薬剤費を考えると、現在のままの保険診療制度で医療を続けていくことに、不安を感じる。現在の日本のがん医療制度で、薬物療法はこのまま継続していくことが本当に正しいのか、それによって医療費が膨大となり、医療全体が破綻するのではと、心配です。</p>

26	<p>薬剤の開発費に費用がかかるのはよくわかるが、単価の高い薬剤が多すぎる感じを受ける。単価を下げられれば、下げて欲しい。海外で使われているジェネリック医薬品が、分子標的薬にもあり、個人輸入で対応しているものもある。こういう薬品が国内で使用できるよう、迅速な審査と承認を、国に希望する。抗体などの生物学的医薬品はコストも高く、価格も高く設定せざるを得ない。また、殆どの薬剤が海外で製品化されている。国内製のイレッサ、グリベックなどのジェネリックを、いち早く導入して欲しい。国内での分子標的薬の適応がん種が承認されるのが遅い。有効な報告が海外から出れば、FDA などと変わらないくらいの早い時期に承認が得られるようなシステムを国に作って欲しい。こういう適応拡大と、国産のジェネリックを組み合わせれば、薬価の低いがん治療が行えると思う。分子標的薬は一つのシグナル伝達経路を遮断するものが多く、耐性を導き易い。複数の分子標的薬が組み合わせられれば、耐性克服への道も見えてくる可能性がある。</p> <p>こういう、複数の薬剤の併用を、ジェネリックで行えるような臨床治験をどんどん進めて欲しい。</p>
27	<p>血液内科領域でも高額な新規薬剤が承認され、使用できるようになっています。imatinib, nilotinib, dasatinib, thalidomide, lenalidomide など高価であるうえ、薬剤が効いている限り、使用し続けなければなりません。このような、使用期間が長期間に亘る高額薬剤は、特に、何らかの減免措置が必要だと思います。</p>
28	<p>標準的な手術や、エビデンスの高い標準的な抗がん剤治療に関しては、自己負担上限を引き下げる。必要性が薄い、安価であるため、患者の希望と開業医の生計のために広く薄く大量に処方されている消化剤、感冒薬、その他のエビデンスのない薬剤(例えばコンビニでも買える薬剤)に関しては自己負担額を大幅に上げる。一方で、がん薬物療法に関しては、臨床効果の定期的評価のための検査を義務付ける。</p> <p>がん薬物療法専門医や、腫瘍内科以外の非専門医が担当している際に、明らかに無効になった治療にも関わらず、患者さんの継続希望というだけで、漫然と継続している場合がある。副作用の面でも医療経済の面でも、見過ごせない。</p>
29	<p>理想的な、またはエビデンスに基づいたがん医療を実践するためには、患者本人、および社会的な経済負担が膨大に伸び続けることが予想される。</p> <p>保険で認められた範囲内の治療のみに限っても、抗がん剤を使用すれば、高額限度に達する疾患があり、分子標的薬の登場は費用に加速をつけている。当院では生活保護者が多く、標準的治療を行っている限り、患者が経済的負担を理由に治療を断念するケースは少ない。</p> <p>生活保護を受けられない低所得層では、経済的負担を理由に治療を断念した例を経験しており、今後、国庫や保険が厳しい状況に追い込まれた場合には、そのような症例は増加するものと思われる。一方で、保険で認められてはいないが、海外でエビデンスが証明された治療法は、医療者でなくとも、インターネットを通じて情報が得られ、富裕層ではそのような治療を望まれることがある。経済的格差が治療の差として生じてしまうのは仕方がないが、そのような医療の側面を、民間保険会社だけではなく、問題視することは重要なことと考える。</p>
30	<p>薬価を下げる、ジェネリック医薬品を増やす(海外のジェネリックの早期導入)、適応を拡大する(例えばサリドマイドを緩和医療で使用する:鎮痛、鎮静、悪液質改善)などで、内服薬の使用拡大をすすめる。喫煙者の医療費負担を高く設定する(自己負担金を50%アップする)。高所得者の税負担を増やすのではなく、消費税を増税して、医療福祉の費用に充てる。</p>

31	<p>がん診療について、経済的理由が、患者治療の足かせになることは、とても残念なことだと思います。しかしながら、医師がその患者の経済状況まで考えてがん治療を選択するとしたら、医学的な知識のみならず、行政・福祉的な知識も必要となり、その業務・把握内容は膨大な量になると考えられます。また、経済的な理由から、第一選択となる化学療法、および、その他の治療が出来なくなるとすれば、患者の不満は、行政や制度に向けても解決や満足は得られずに、最終的には担当した医師に向けられるような気がします。そのように考えると、仕事の量は膨大で、患者からの信頼や満足も得られないような気がして、がん診療に従事する医師は、どんどん少なくなっていくと考えます。がん診療連携拠点病院以外の病院に勤務している私は、ガイドラインや ASCO などで発表されるメガスタディを指標に、上級医と相談して、外来・入院化学療法を行っていますが、そのどこにも、その治療に関わる費用なんて記載されていません。薬価くらいは資料として提供できますが、手技料などを含めた総額の詳細までなんて、とても把握できていませんし、1st、2nd、3rd と化学療法が続いていった場合にかかる総額までは、とても説明できません。前述のようなことを考えると、費用についての知識、説明まで、医師に負わせるような仕組みにはならないことを希望します。</p>
32	<p>がん患者であっても就労可能な患者はいるが、多くは就労できないまま闘病生活を送っている。婦人科がんなどの非 vital organ の悪性腫瘍の場合、おむね闘病期間が長いいため、その間の経済的負担は、かなりのものとなる傾向がある。社会的支援などで就労支援することも重要かもしれないが、実際には患者の全身状態・意欲などから、就労ができない患者がほとんどであると思われる。どこまで社会保障として、がん患者の闘病治療費を公で持つのかは、かなり難しい問題ではあるが、経済的問題で治療が継続できない患者が、ある一定いるのであれば、生活費融資などの方策も含め、社会全体でがん闘病患者の治療費を持つというコンセプトが、必要であるかもしれない、と最近思う。</p>
33	<p>分子治療薬の使用が、ガイドラインでどんどん推奨されると、医療保険の破綻を招くと思われまます。正直 MST1 ヶ月程度の延長で認められた薬剤は、対費用効果の観点から、強く推奨すべきではないと思われまます(英国のように)。投与開始する前に、費用はこれくらいか、これで平均生存期間がどれくらい延びるか、また奏功率が何%であるのかを、しっかり説明すべきであると思ひます。数週間の予後延長で、数百万円の医療財源投資(個人負担に限らず)は避けるべきだと思ひます。個人負担で希望される場合は別ですが、別の問題として、一般の患者さんが、経済負担で治療を give up する一方で、生活保護指定の患者さんが最大限の治療が受けられるのも(時には個室希望までして)、矛盾と不公平を感じまます。</p>
34	<p>高齢者は 1 割負担のため、例えば大腸がんで分子標的剤を使用しても、1 回に外来で支払う額が 1 万円台で、何とか払える範囲内であるが、若い人たちは 3 割負担であり、その 3 倍払うことになり、いくら高額医療制度があるとはいえ、一時的にでも払わねばならない負担が大きい。今、当院の大腸がんでセツキシマブを使用している患者は、高齢者ばかりであり、60 歳代の大腸がん患者の 1 人は支払額が高い割に、奏功性が確実なわけではないと聞いて、断念した。これは皮肉な事態である。もう少し若いがん患者の支払い負担が軽くなるような制度が必要と、考えられる。また、支払額に見合うだけの効果を期待できないとしたら、よほど金に余裕のある患者さん以外は、やはり治療を諦めるケースが多くなるのではないだろうか。特に最近では定職につけない若者(貧困層)が増えているだけに、この問題は深刻である。</p>



35	<p>抗がん剤の開発、治療法の進歩により、10年前までは、がんにかかるると短命であったのが、長期生存ができる時代になってきている。現在、がんに罹っても、糖尿病のような慢性疾患と同じような時代に入ってきた。その一方で、新規に開発された抗がん剤は高価であり、長期に亘り個人で負担することは、経済的にも厳しいものがある。この国の健康保険制度は一流だと言いながら、保険で抗がん剤の使用を制限したり、新しい抗がん剤を認可しないなどという、矛盾が生じている。元気な高齢者が増えてきているが、高齢者が、がんに罹りやすいのは医学的にも生物学的にも自然のことで、高齢化社会に入ったいま、いくら優れたと思われる予防政策をとっても、がん患者はますます増えてくることは、明白である。</p>
36	<p>血液腫瘍に対する治療薬は、いずれも高額のものが多い(リツキサン、ベルケイド、サリドマイド、レナリドマイドなど)。悪性リンパ腫や多発性骨髄腫は、大きな副作用がなければ、おもに外来治療を行う疾患であり、外来治療時の経済的な負担が大きい。最近では高齢者の患者が増え、年金だけでは治療は行えず、家族の負担も大きいと感じている。いくら高額医療で、後から超過額は返金されるとしても、負担分さえ支払えないという患者もおり、有効な治療法を受けられないのは、問題と思う。</p>
37	<p>抗がん剤の価格自体が高すぎる。欧米の開発宣伝費が巨額なため、薬価が高額になることが問題。ASCOなどの欧米の学会では、ほとんどの資金が製薬会社の資金で運営されており、それが薬価に跳ね返っている。欧米の医療が市場原理主義の上に成り立っていることが問題と考える。高価な新薬によって MST が数ヶ月伸びても、経済的に破綻するようでは、残された家族のことを考えても意味があるとは思えない。</p> <p>標準的治療は健康保険でカバーすべきであるが、高価な新薬を使い、数ヶ月でも MST の延長を希望する患者さんは、自費で治療すべきである。</p> <p>高額療養医療費制度を使い、患者さんの支払いが少なくて済むとしても、医療費の支払い額には変わりなく、医療財政の逼迫に繋がっている。</p>
38	<p>中途半端に仕事をしては、医療費の自己負担さえ払えないので、生活保護などの制度を利用して、医療費を何とか工面して、治療を継続している。</p> <p>生活保護を受けるくらいなら、治療を受けず、いさぎよく死を選ぶような人はほとんどいない。しかし、本人の気持ちとして仕事にやりがい、生きがいがあり、多少でも仕事がしたいのに、中途半端に仕事をすると生活保護がおりない上に、治療費(上限の4~8万円程度)が支払えなくなるため、仕事を完全に辞めざるをえず、気持ちが落ち込み、小生の考える進行がん治療の目標の、「普段の生活を維持しながら、治療を外来化学療法で継続していく。」とは、かけ離れた状態になってしまう。医療費の全体的視点からは、我々や企業における新薬の開発の方法を含めて、薬剤費を低く保つ努力が必要。</p>
39	<p>開発コストの回収を考えたとき、単純に患者数で割り算にすると、抗がん剤は、他の薬剤に比べ不利であり、しかも現状では、ほとんどの薬は根治、数年以上の症状安定は期待できず、コストパフォーマンスも、他の分野の薬に比べ、低いといわざるを得ない。</p> <p>にもかかわらず、現在の薬剤開発においては、全体から見て小数の患者群を対象にし、MSTで数週から数ヶ月の延長しか期待できない薬剤を開発し、成果を報告し、過大に報道されている。コストパフォーマンスまで考慮すると、従来の治療法の中にも十分満足できるものが、あるのではないかと。</p>

40	<p>患者さんにとって、生存期間が数ヶ月延びることで、高額な医療費と、治療に伴う生活制限を受けたりすることが、終末期医療の観点から望ましいかどうか、検討が必要と思われます。</p> <p>がん医療は単に生存期間の延長という指標のみならず、患者さんの自己実現や、生活の質からみた評価も、同時に必要と思います。また、これから治療にかかる医療費用の概算を、患者さんにあらかじめ提示した上で、説明と同意が求められるようにすることも、重要と思います。</p> <p>がんと診断された早期から、経済的のみならず、精神的、社会的支援が受けられるようなシステムを、早急に作る必要があると思います。</p>
41	<p>患者側について思うのは、他の良性疾患の医療費が、わが国は安いと、がん医療にかかわる医療費の実態を、病気になるまでわからないため、いざ自分が支払う段階になり、驚くことが多いのではないかと。国民皆保険で医療を賄い続ける限界に来ていると思う。</p> <p>できれば民間医療保険を、最初から使えるようにしてあげてもよいと思うが、それでも本人の負担は変わらないような気がする。政府には、経済状況を好転させ、特に現役世代の雇用を確保し、個人が医療費負担に耐えられるような施策を望みたいが、国民の側にも就業条件の選り好みをしすぎるなどの、甘えがありすぎると思う。受益者たる国民も、これまでの低医療費に慣れすぎ、また、権利意識だけが強くなり、自分で負担もできないのに、あれしろこれしろといった要求ばかり強くなっている。</p>

厚生労働科学研究費補助金  
第3次対がん総合戦略研究事業

「がんの医療経済的な解析を踏まえた患者負担の在り方に関する研究」  
(H22-3次がん—一般—041)

総括・分担研究報告書（平成22年度）

発行責任者 研究代表者 濃 沼 信 夫  
発 行 日 平成23年3月  
発 行 所 〒980-8575 仙台市青葉区星陵町2-1  
東北大学大学院医学系研究科 医療管理学分野  
電話 022-717-8127  
FAX 022-717-8130

