

<教育講演 (3)-4 >

神経内科における保険診療の課題と対策

伊藤 道哉¹⁾

要旨：医療技術の高度化，分子標的薬等新薬の保険収載は，画期的な治療効果につながる可能性をもたらしながら，窓口負担の増加・国民医療費の増大をまねき，中医協でも費用対効果の議論が活発化している。国民皆保険制度も半世紀，制度疲労によるほころびを医療者の気合いで持ちこたえるには限界がみえており，東日本大震災の深刻なダメージは，医療崩壊を加速させる。神経内科の領域は，「難病」制度のなかで保険診療をおこなうかぎりにおいて，患者の自己負担をおさえることができたが，高額療養費を巡る議論，がん対策基本法等疾病対策の法制化の潮流の前に，大きな転換点を迎えている。法制化による難病対策の安定財源確保が喫緊の課題である。（臨床神経 2013;53:923-925）

Key words：医療制度改革，経済負担，分子標的薬，認知症の疾病費用，難病対策基本法

はじめに

医療技術の高度化，分子標的薬等新薬の保険収載は，画期的な治療効果につながる可能性をもたらしながら，窓口負担の増加・国民医療費の増大をまねき，中医協でも費用対効果の議論が活発化している。

超高齢化は加速し，看取りと介護負担の重荷は，御神輿から肩車へ，国民の大問題となる。国民皆保険制度も半世紀，制度疲労によるほころびを医療者の気合いで持ちこたえるには限界がみえており，東日本大震災の深刻なダメージは，医療崩壊を加速させる。

神経内科の領域は，「難病」制度のなかで保険診療をおこなうかぎりにおいて，患者の自己負担をおさえることができたが，高額療養費を巡る議論，がん対策基本法等疾病対策の法制化の潮流の前に，大きな転換点を迎えている。今回がんと認知症対策に焦点を当て，保険診療の目指すべき方向性を検討する。

がん患者の経済負担

まず，がんの患者負担の調査の概略を紹介する^{1)~3)}。全国のがん医療の中核的施設 39 施設において，がん患者を対象に自記式調査を実施した。また，患者の同意をえて，担当医から診療情報の提供を受け，患者（負担状況）と医師（診療情報）のデータリンケージにより解析をおこなった。回答数は患者 3,028 件（回答率 61.6%），医師 4,087 件（同 83.1%）である。医師調査（臨床経過）とのデータリンケージをおこなった患者は，男 43%，女 57%，平均年齢 63.8 歳，再発 12% である。初回診断時からの平均経過期間は 30.7 ヶ月，

病期は Stage I 31%，II 27%，III 15%，IV 23% などである。医療保険は国保 50%，組合健保 21%，後期高齢者医療制度 17%，協会けんぽ 10% などであり，自己負担割合は 3 割 69%，1 割 30% などである。回答者の 62% は経済的な困りごとがあるとし，63% が高額療養費の受領委任払い制度を利用している。病期別に平均自己負担（間接費用をふくむ）年額をみると，Stage I 69.3 万円，II 67.2 万円，III 90.5 万円，IV 114.2 万円である。診断時，就労していた者は 51% であり，がんで仕事をやめたと思われる者の割合は，I 24%，II 26%，III 34%，IV 41% である。

医師調査と突合をおこなった患者 2,089 人は，48.2% が高額療養費を利用し，68.8% は経済的な困りごと（最上位は医療費負担）を有する。

臨床病期別に平均の自己負担年額をみると，I 61.0 万円，II 68.3 万円，III 98.2 万円，IV 128.4 万円と重症化につれ費用支出も増える。

分子標的治療を受けるばあい，固形腫瘍患者の自己負担額は 121.7 万円，造血系腫瘍患者は 115.6 万円であり，高額な自己負担がある。がんの疾病費用（cost of cancer）を試算すると年間 10 兆円ほどである。患者調査（負担状況）と医師調査（診療情報）のデータを突合することで，病態ごとの経済的負担の実態および就労の状況をより正確に把握することが可能となった。重症化するにつれ，入院，外来の自己負担額に加え，健康食品や民間療法への支出も大きくなる傾向にある。経済的理由による治療への影響があったのは 5.7% で，保険のきかない検査等がもっとも多く，次いで放射線治療，化学療法，手術などである。

また，がんで，仕事をやめたと思われる者の割合も増大する。診断時に就業している割合は 53% で，がん罹患による仕事の変化については，継続しなかったが 27% などである。

¹⁾ 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野〔〒 980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町 2-1〕
（受付日：2013 年 5 月 31 日）

Table 1 認知症のコスト

国名	DALY ^{a)} 2004 年	疾病コスト* YLD=QALY とみなした推計値	QALY 貨幣換算
アメリカ	1,227,000	613.5 ~ 1,227.0 億ドル (5.5 ~ 11.0 兆円)	50,000 ~ 100,000 ドル ^{b)}
オーストラリア	87,000	66.1 億オーストラリアドル (0.6 兆円)	76,000 オーストラリアドル ^{b)}
ドイツ	402,000	120.6 億ユーロ (1.6 兆円)	30,000 ユーロ ^{c)}
イギリス	303,000	60.6 ~ 90.9 億ポンド (0.9 ~ 1.4 兆円)	20,000 ~ 30,000 ポンド ^{b)}
カナダ	132,000	26.4 ~ 132.0 億カナダドル (0.2 ~ 1.2 兆円)	20,000 ~ 100,000 カナダドル ^{b)}
日本	707,000	3.5 ~ 4.2 兆円	5,000,000 ~ 6,000,000 円 ^{b)}

^{a)} World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, WHO, 20008.

URL <http://www.who.int/evidence/bod>

URL http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/YLLInc_2004.xls

URL http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/YLDInc_2004.xls

^{b)} Shirowa T, Sung YK, Fukuda T, et al. International survey on willingness-to-pay (WTP) for one additional QALY gained: what is the threshold of cost effectiveness? Health Econ 2010;19:422-437.

^{c)} Schwander B, Gradl B, Zöllner Y, et al. Cost-utility analysis of eprosartan compared to enalapril in primary prevention and nitrendipine in secondary prevention in Europe—the HEALTH model. Value Health 2009;12:857-871.

がんで仕事をやめたと思われる者の割合は、I 24%、II 26%、III 34%、IV 41%である。

認知症の疾病費用

介護費用をふくむ世界の認知症コスト (cost of dementia) は、2010 年では、医療・介護にかかる直接費用にインフォーマルケアの費用を加えて、6,040 億ドル (約 54 兆円) のぼるとされる。これは、世界の GDP (62 兆ドル) の 1% に相当する巨額である⁴⁾。

インフォーマルケアの費用は、家族による介護に要する時間を貨幣換算したものである。認知症患者の介護者は、洗濯、着替え、整容、排便、食事など、日常生活支援に 1 日平均 1.6 時間、調理、買い物、クリーニング、家計管理など日常生活の代行的な支援を加えると 3.7 時間を費やすとされる。

各国別の認知症のコストの試算があり、日本は、患者数を約 235 万人として、449 億ドル (約 4 兆円、インフォーマルケア 1.6 時間) ~ 624 億ドル (約 5.6 兆円、3.7 時間) とされる⁵⁾。これは、前述のがんのコストのほぼ半分で、わが国の GDP の 1% に相当する。

疾患による社会的損失については、疾病により失われた生命や生活の質を包括的に測定する、障害調整生存年 (Disability-adjusted life years; DALY) がもちいられる。医療政策の優先度を定める指標にもなる、これは、疾病の罹患で余命以前に死亡することによる損失 (Years of life lost because of premature mortality; YLL) と、疾病に起因する障害による損失 (Years of healthy life lost as a result of the disability; YLD) を合算したものである。認知症の障害調整生存年は、2005 年 (10 万対 171.96 人、人口比 0.75%) は 11, 077, 525 年、2015 年 (10 万対 190.61 人、人口比 0.91%) は 13, 539, 653 年、2030 年 (10 万対 232.34 人、人口比 1.20%) は 18, 394, 267 年と増加する。障害調整生存年をもちいたわれわ

れの推計では、認知症コスト (cost of dementia) 3.0 ~ 3.6 兆円である⁶⁾ (Table 1)。

認知症のコストは、認知症のケアの経済評価にもちいられるとともに、効果的、効率的な政策決定と資源配分をうながし、認知症対策に必要な財源を確保する上で有用である。また、この予防とケアの意義について、国民の理解と意識を高めるのに役立つ。経済的損失が大きい認知症は、その対策や研究に相当な社会資源が投入されるべき疾患である。

今後、TDP-43 等研究の急速な進展により、従来の認知症に加えて、認知・行動障害をとともう神経内科領域の患者は増大し、ハイリスクストラテジーとしてのスクリーニング、各種検査にもとづく抗体医薬や分子標的治療適用の可否等、あらたな保険診療の課題も浮上する。

難病対策基本法 (仮称) にむけて

現状では、原則として患者数が 5 万人未満で人口の 0.05% 程度以下の疾患であり (例外: 全身性エリトマトーデス、潰瘍性大腸炎、パーキンソン病関連疾患)、特定疾患医療受給者証所持者数は平成 23 年度末で 778,178 人であった。しかし、これにかかる事業費は、平成 24 年度においては 1,278 億円で、国庫からの支出は 350 億円で、不足額の大部分 928 億円を都道府県などの自治体が負担する構造になっている。

難病対策の財源確保のため、難病対策基本法 (仮称) の策定が検討されている。平成 25 年 1 月 25 日に厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会より発表された「難病対策の改革について (提言)」において、現在の給付水準がそのまま維持されたばあいは、特定疾患医療受給者証所持者数は現在の 5 ~ 6 倍の 400 ~ 500 万人となり、事業費も 6,000 億円規模に拡大される。そのばあい、国庫補助: 1,600 億円、地方自治体負担: 4,400 億円に増大する。また提言には、「広く国民の理解を得られる公平かつ安定的な仕組みとなるよう、

必要な財源を確保しつつ、法制化について検討する.」,「対象患者は、対象疾患に罹患している者のうち、症状の程度が重症度分類等で一定以上等であり、日常生活又は社会生活に支障がある者とする.」として、法制化による財源確保を示唆する。

これを受けて「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」(平成25年8月21日閣議決定)には、「(9) 難病対策に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、難病および小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な医療費助成の制度を確立するため、必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。(10) (9)に掲げる必要な措置を平成26年度を目途に講ずる。このために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。」と明記される。以上、法制化による難病対策の安定財源確保が喫緊の課題である。

※本論文に関連し、開示すべきCOI状態にある企業、組織、団体はいずれもありません。

文 献

- 1) 厚生労働科学研究補助金「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」研究代表者 濃沼信夫東北大学教授 平成22～24年度報告書, 2013.
- 2) 濃沼信夫, 伊藤道哉, 金子さゆり. がんの経済難民を出さないために. 医療白書2011. 東京: 日本医療企画; 2011, p.44-54.
- 3) Koinuma N. Proposal for the Breakdown of Increased Cancer Healthcare Cost and Its Improvement. *Jpn J Clin Oncol.* 2013; 43:351-356.
- 4) Alzheimer's disease International: World Alzheimer Report 2010. *The Global Economic Impact of Dementia;* 2010.
- 5) Wimo A, Winblad B, Jönsson L. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009, *Alzheimers Dement.* 2010; 6:98-103.
- 6) 濃沼信夫, 伊藤道哉. 認知症のコスト. 未病と抗老化 2011; 20-24.

Abstract

Problems with countermeasures of health insurance treatment in neurology

Michiya Ito¹⁾

¹⁾ Health Administration and Policy, Tohoku University Graduate School of Medicine

In order to tackle with the high price of new technology and new therapeutic drugs, Central Social Insurance Medical Council in Japan has begun to discuss the possibility to introduce technology assessment in the actual public health insurance system. It is indispensable to minimize the economic burden of patients to deliver technological advances in treatment. It is important for the physician to recognize the economic burden of patients and to reduce this burden as much as possible. Around 69% of the cancer patients had economic worries ($n = 2037$) in our survey “*Economic burden of patient with cancer from the viewpoint of cancer economics*”. The mean out-of-pocket expense (752,000 yen) of the patients without economic worries was three-fourths that of the patients (987,000 yen) with economic worries. The out-of-pocket expenses and the refunds/benefits were 1,217,000 yen and 652,000 yen for molecular targeted treatment ($n = 494$). The Intractable Diseases Control Act is to be enacted in 2016–17 to promote work on nanbyo control using all the resources of the nation, and this act should surely entail financial support.

(*Clin Neurol* 2013;53:923–925)

Key words: healthcare reform, economic burden, molecular targeted drugs, cost of dementia, Intractable Diseases Control Act