

腫瘍内科医の立場

第3回 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

2025年8月28日

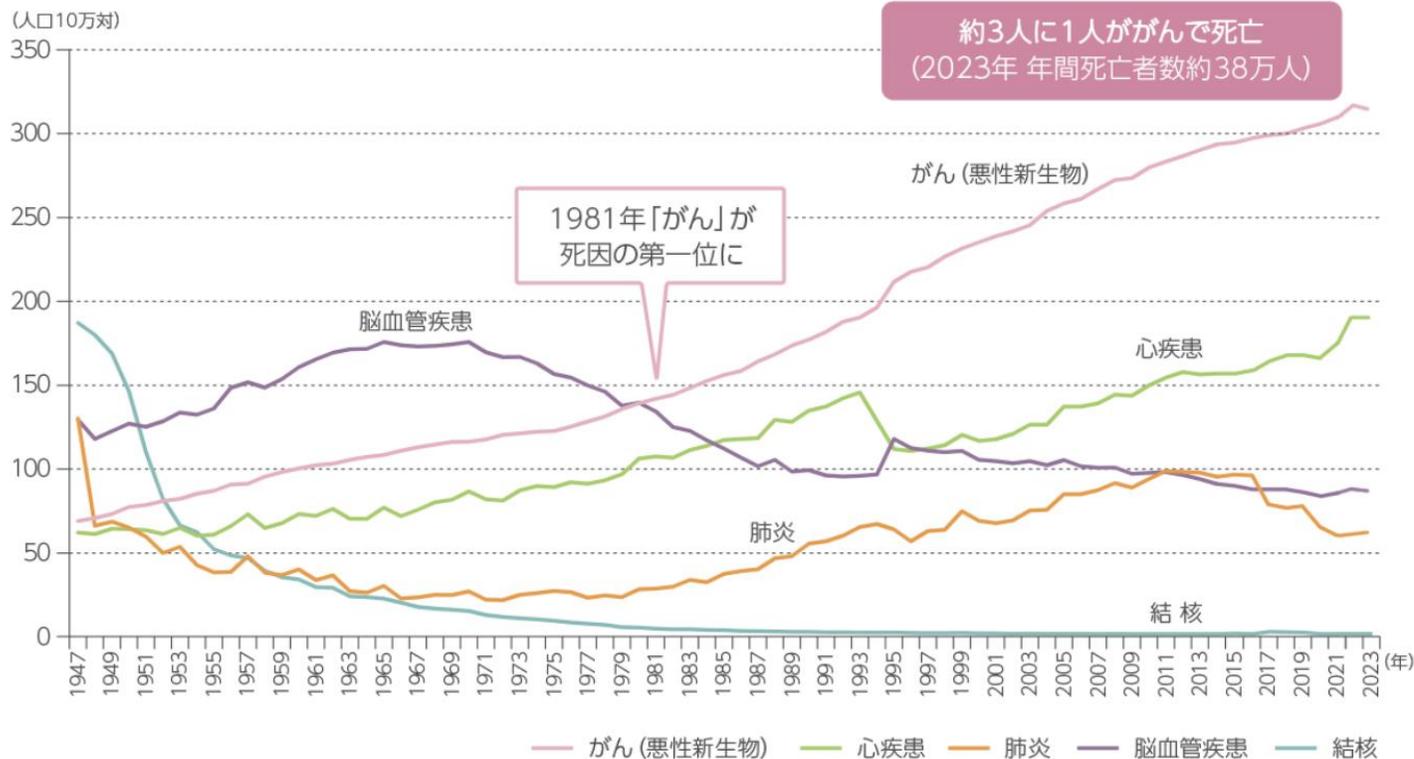
国立がん研究センター中央病院

呼吸器内科

後藤 悌

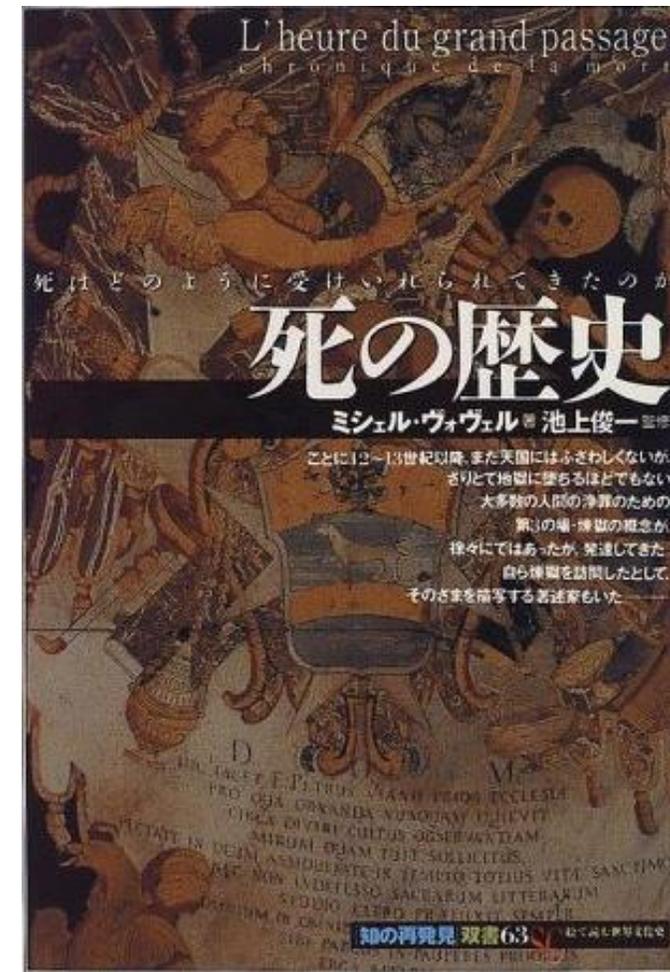
「がん（腫瘍）」の特徴：死因の第一位・いまだ多くの方が死に至る

我が国における粗死亡率の推移（主な死因別）



1) 令和5年(2023)人口動態統計(報告書:人口動態調査結果の概要)より作図

https://p.ono-oncology.jp/support/work/01/01_incidence/01.html



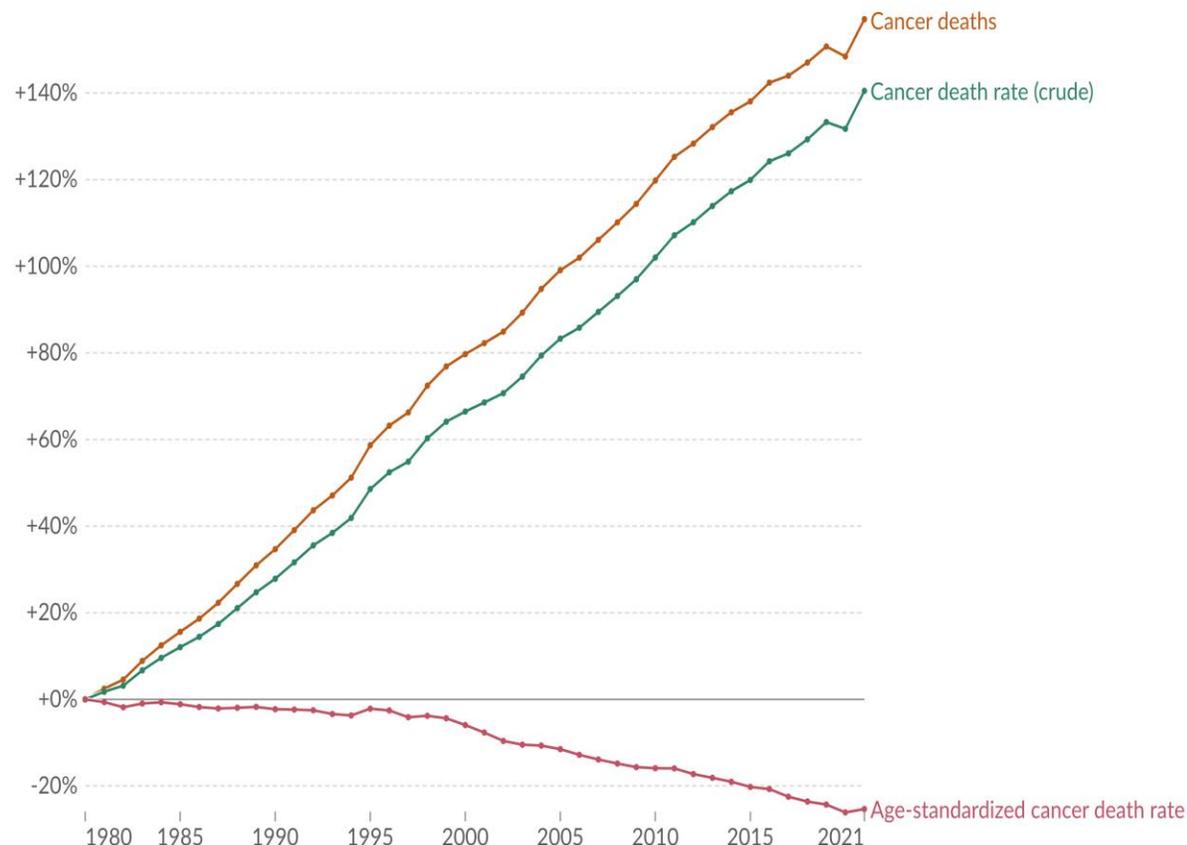
創元社 (1996/12発売)

がん死亡率の減少・スクリーニング・手術・放射線・薬物療法の進歩

Change in three measures of cancer mortality, Japan, 1980 to 2021



This chart compares cancer deaths, crude cancer death rates, and age-standardized¹ death rates.

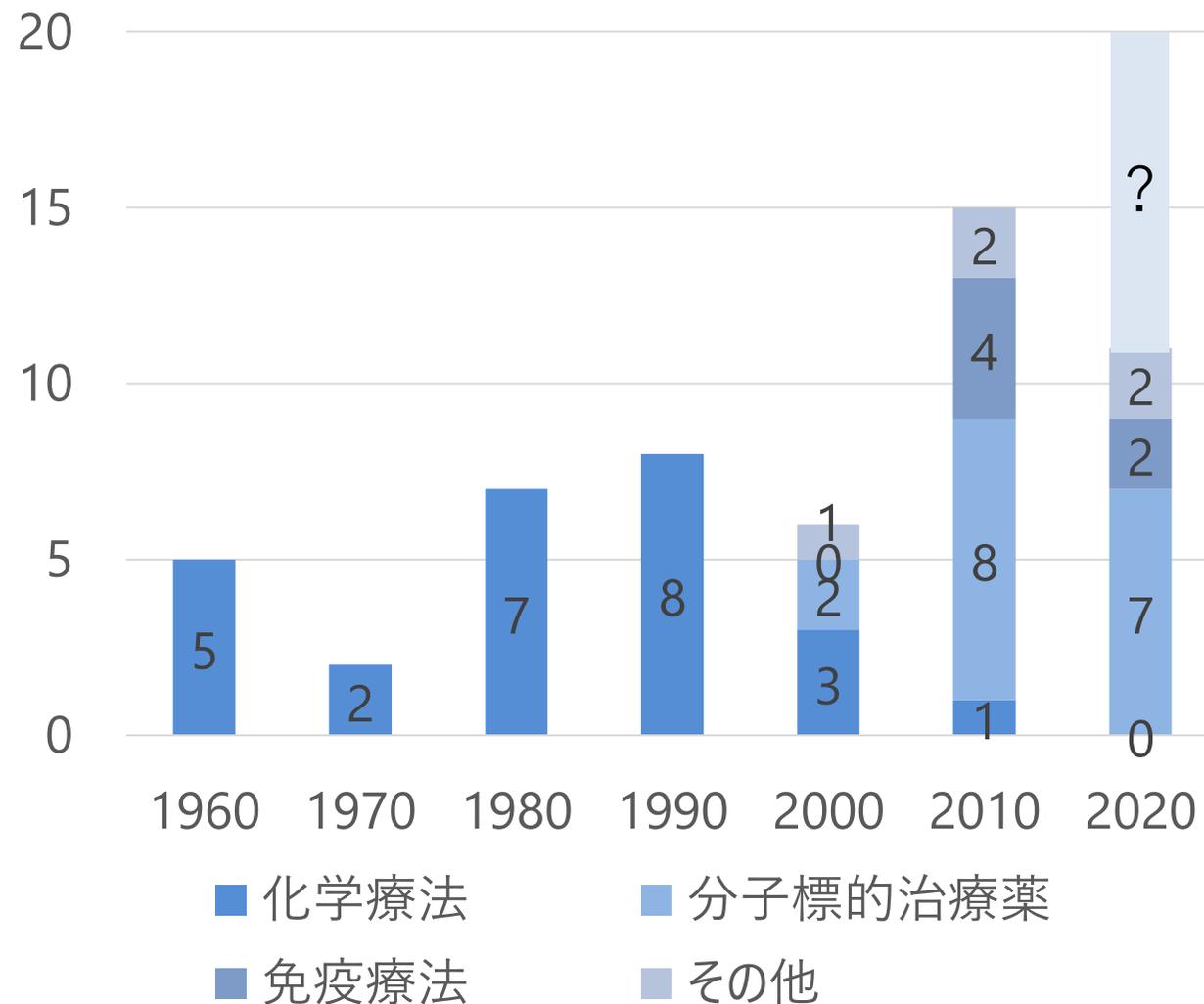


Data source: IHME, Global Burden of Disease (2024)

OurWorldInData.org/cancer | CC BY

1. **Age standardization:** Age standardization is an adjustment that makes it possible to compare populations with different age structures by standardizing them to a common reference population. [Read more: How does age standardization make health metrics comparable?](#)

肺癌の承認薬



医薬品市場統計データ（薬価ベース）

・医薬品

| | |
|--------|-----------|
| -2011年 | 9兆4816億円 |
| -2014年 | 9兆9834億円 |
| -2016年 | 10兆4375億円 |
| -2017年 | 10兆5154億円 |
| -2018年 | 10兆3374億円 |
| -2019年 | 10兆6256億円 |
| -2020年 | 10兆3717億円 |
| -2021年 | 10兆5990億円 |
| -2022年 | 10兆9394億円 |
| -2023年 | 11兆2806億円 |
| -2024年 | 11兆5037億円 |

・抗腫瘍剤

| | |
|--------|---------------|
| -2011年 | 6252億円 |
| -2014年 | 7477億円（薬効別1位） |
| -2016年 | 9746億円 |
| -2017年 | 11165億円 |
| -2018年 | 12000億円 |
| -2019年 | 14042億円 |
| -2020年 | 14849億円 |
| -2021年 | 16533億円 |
| -2022年 | 17520億円 |
| -2023年 | 10936億円 |
| -2024年 | 10970億円 |

・オプジーボ

| | | |
|--------|--------|------|
| -2014年 | 27億円 | |
| -2016年 | 1190億円 | (2位) |
| -2017年 | 1026億円 | (2位) |
| -2018年 | 1062億円 | (3位) |
| -2019年 | 983億円 | (4位) |
| -2020年 | 1076億円 | (2位) |
| -2021年 | 1208億円 | (2位) |
| -2022年 | 1524億円 | (1位) |
| -2023年 | 1662億円 | (1位) |
| -2024年 | 1446億円 | (2位) |

・キイトルーダ

| | | |
|--------|--------|------|
| -2018年 | 782億円 | (6位) |
| -2019年 | 1284億円 | (1位) |
| -2020年 | 1201億円 | (1位) |
| -2021年 | 1211億円 | (1位) |
| -2022年 | 1283億円 | (2位) |
| -2023年 | 1539億円 | (2位) |
| -2024年 | 1851億円 | (1位) |

・アテゾリズマブ

| | | |
|--------|-------|-------|
| -2023年 | 813億円 | (10位) |
|--------|-------|-------|

・デュルバルマブ

| | | |
|--------|--------|------|
| -2023年 | 1098億円 | (6位) |
| -2024年 | 1086億円 | (7位) |

・アバスチン

| | | |
|--------|--------|-------|
| -2012年 | 655億円 | (8位) |
| -2013年 | 754億円 | (6位) |
| -2014年 | 1017億円 | (2位) |
| -2016年 | 1110億円 | (3位) |
| -2017年 | 1146億円 | (1位) |
| -2018年 | 1175億円 | (2位) |
| -2019年 | 1180億円 | (2位) |
| -2020年 | 1029億円 | (3位) |
| -2021年 | 1009億円 | (5位) |
| -2022年 | 857億円 | (10位) |

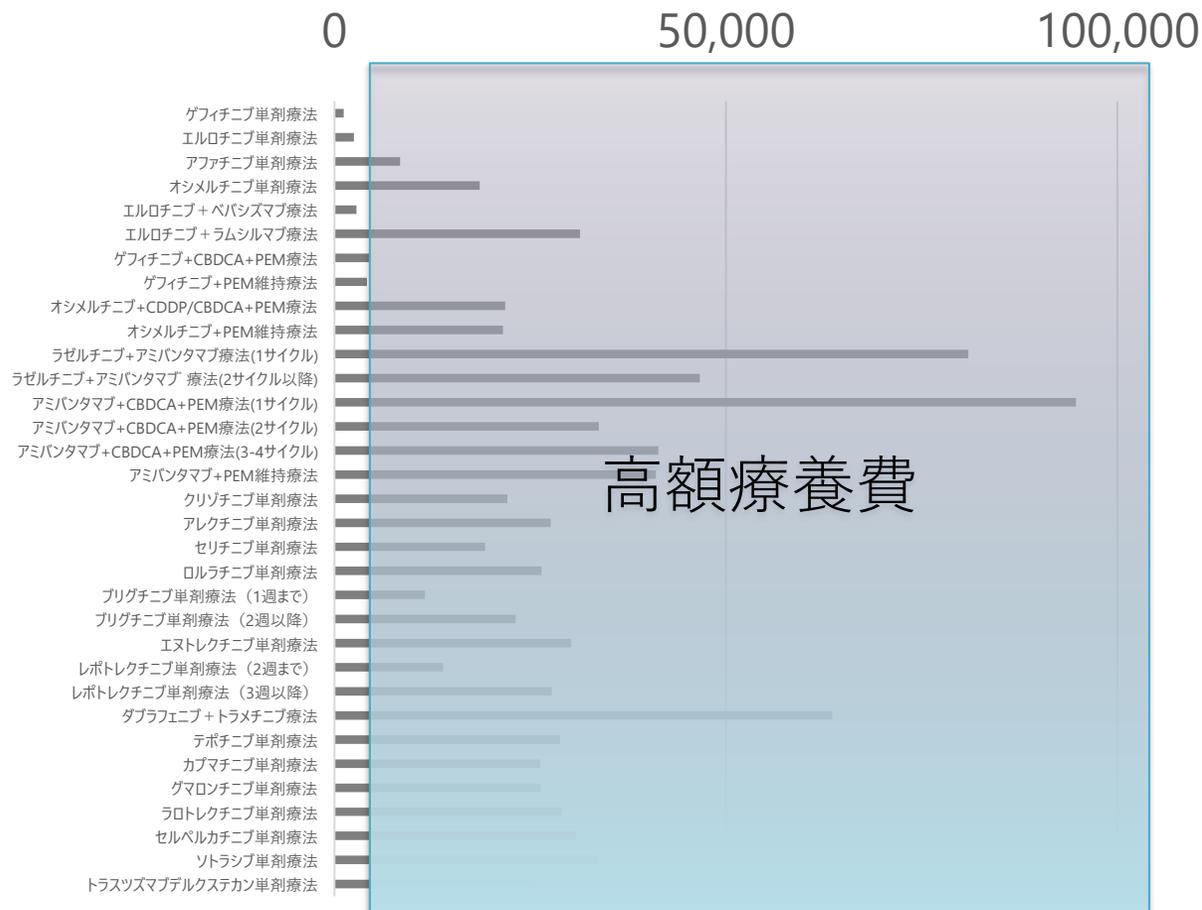
・タグリッソ

| | | |
|--------|--------|------|
| -2019年 | 819億円 | (8位) |
| -2020年 | 926億円 | (7位) |
| -2021年 | 1021億円 | (4位) |
| -2022年 | 1119億円 | (4位) |
| -2023年 | 1087億円 | (7位) |
| -2024年 | 1099億円 | (6位) |

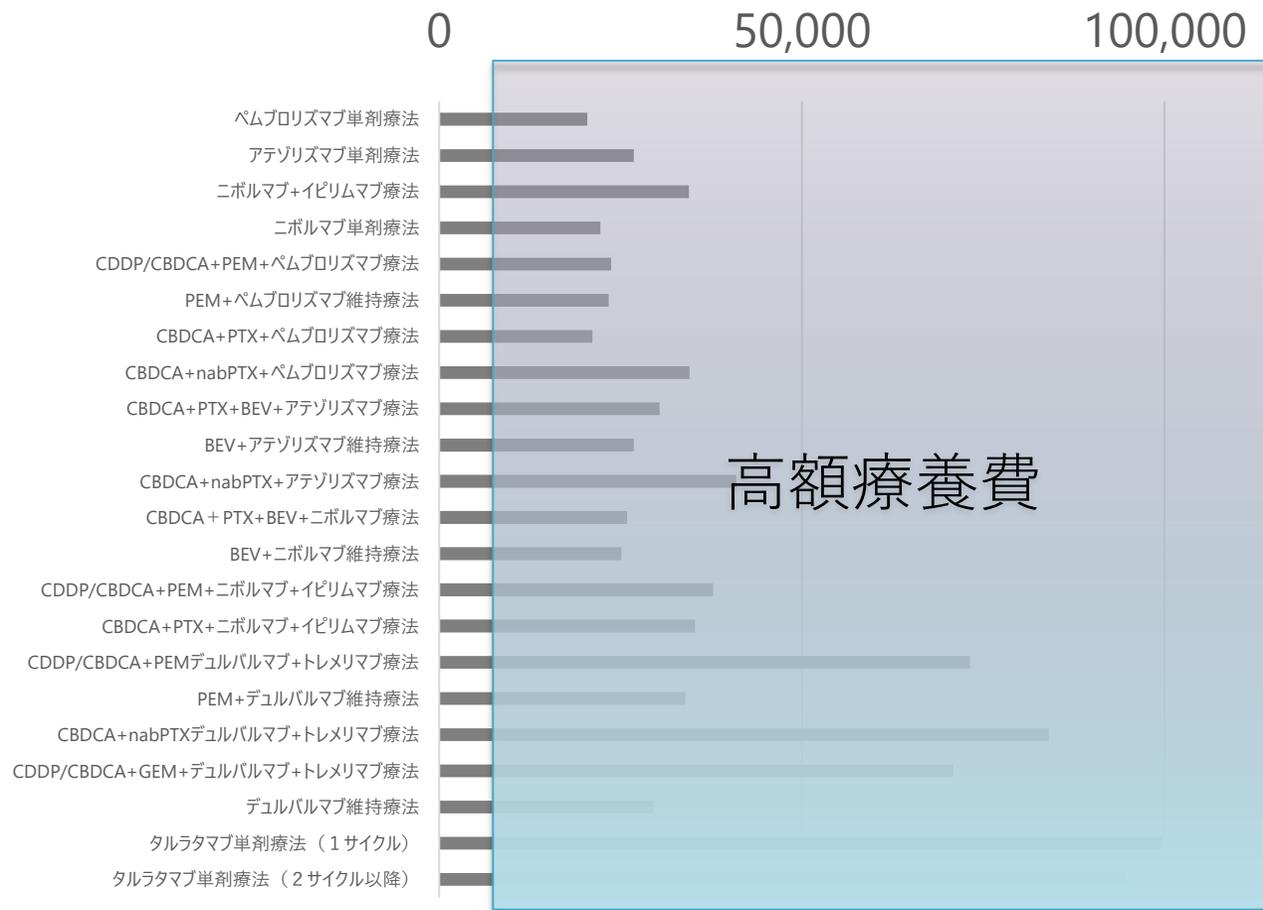
高額価する治療費：肺癌治療薬の薬価（1日当たり）

1日の薬剤費:3万円程度が主流・高額薬は10万円近い

分子標的薬・日額（円）

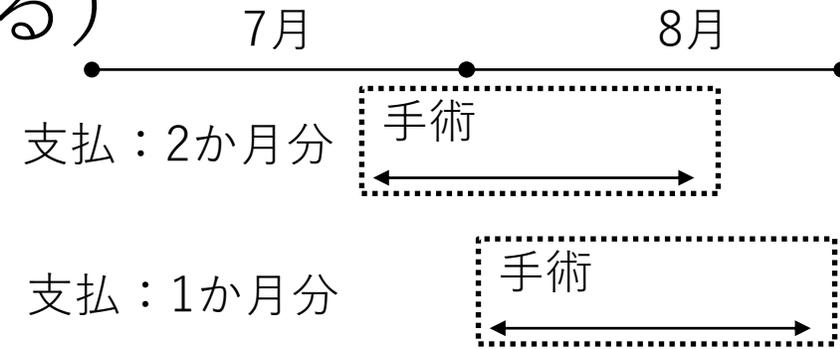


免疫治療薬・日額（円）



高額療養費制度の問題点：（医師が考える）患者の立場

- 暦月単位（医療費の算定や請求に準じる）
 - 入院する時期によって医療費が異なる
- 処方日数の「格差」
 - 病状にかかわらず「最大日数の処方（3か月？）」が負担軽減
- 制度が複雑
 - 区分もわからない
 - 「合算」の仕組みを知らない・わからない（難しい）・不公平
 - 医療機関・世帯単位（同じ保険に入っている家族）



高額療養費制度の問題点：医療者の立場

- 医学的な妥当性がないこと、患者にとって理解困難な制度を盾に、コスト意識を欠いた対応
 - 暦単位・処方日数・地域格差
 - 長期処方や検査のタイミング
 - 薬価・医療費を把握していない
- 設計が、患者と医療者双方にコスト無関心を生じさせる
 - 効果・副作用が同等でも高額薬を使う
 - 企業の働きかけや新規性志向が、費用対効果を伴わない高額薬使用につながる

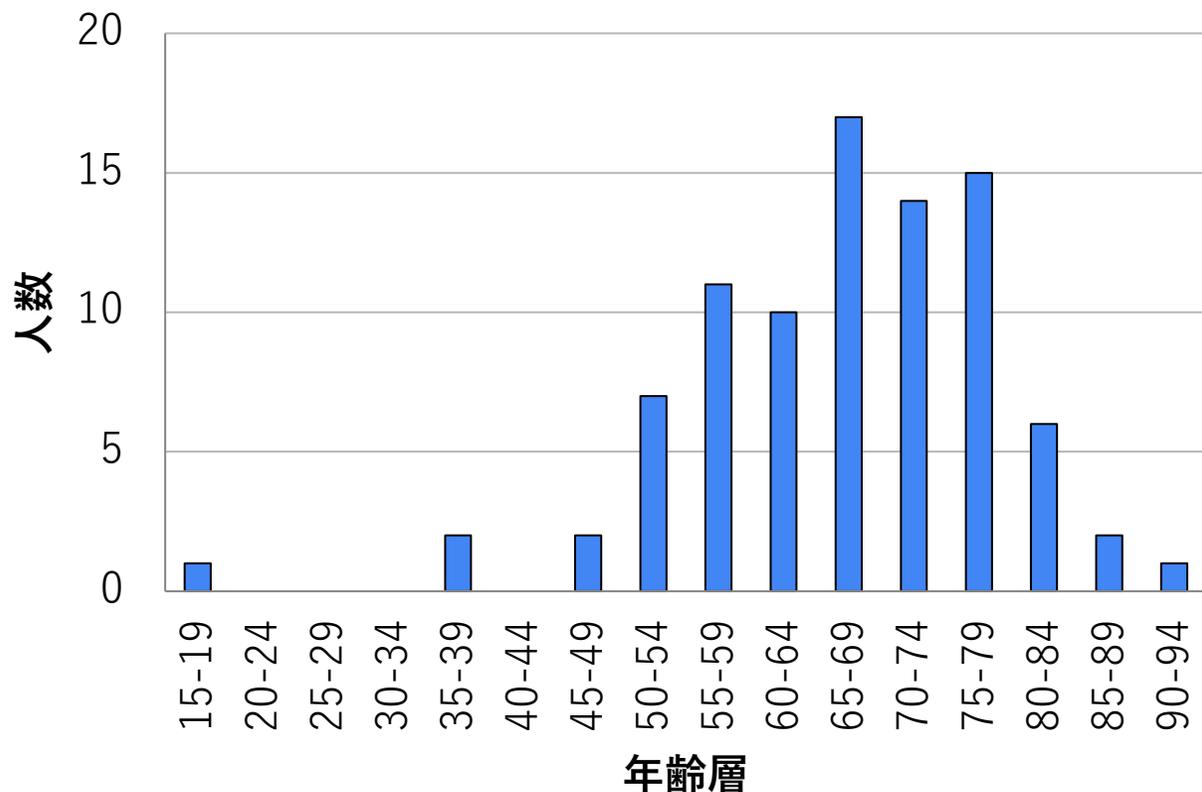
高額療養費制度（医療費負担）は応能原則に従うか？

高齢者世代の有料個室利用が多い

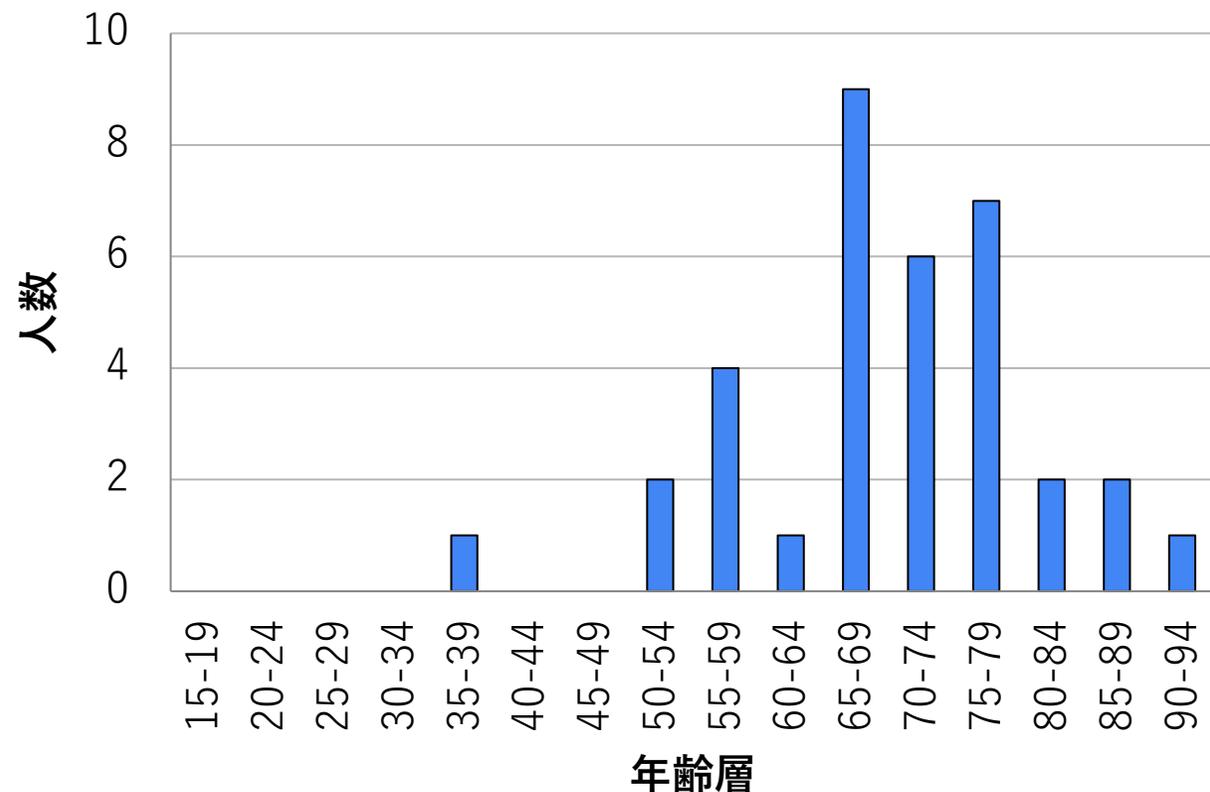
中央値：68歳（全体）・70歳（内科）

75歳以上の割合：27%（全体） 34%（内科）

全体（外科+内科）



内科

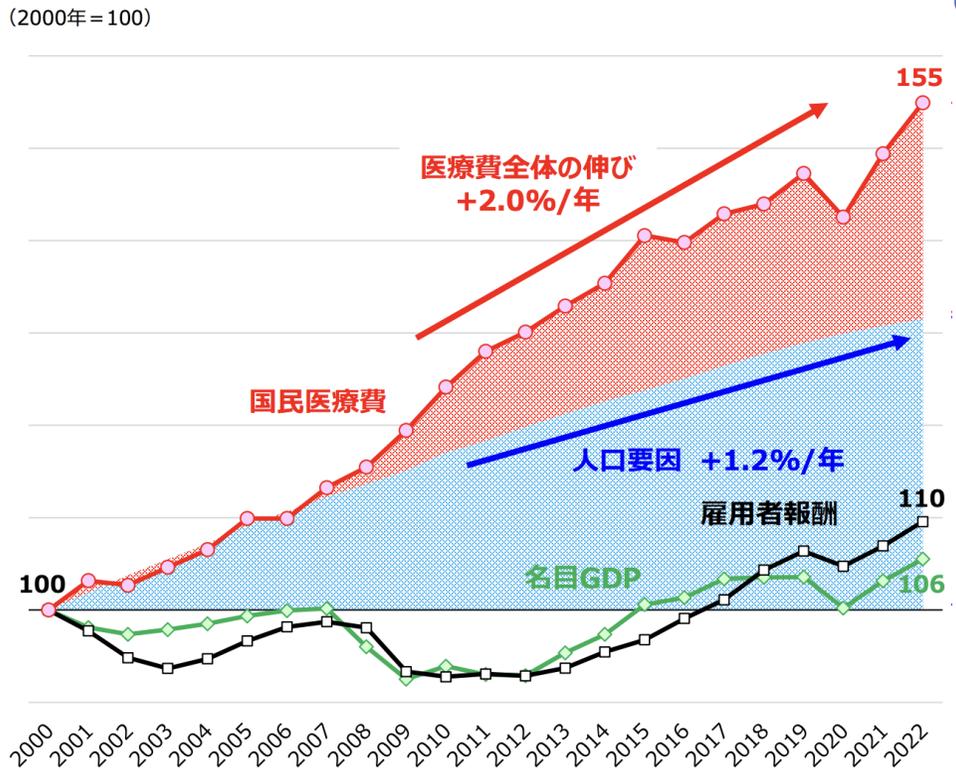


保険料を超えて膨らむ医療費にどう向き合うか

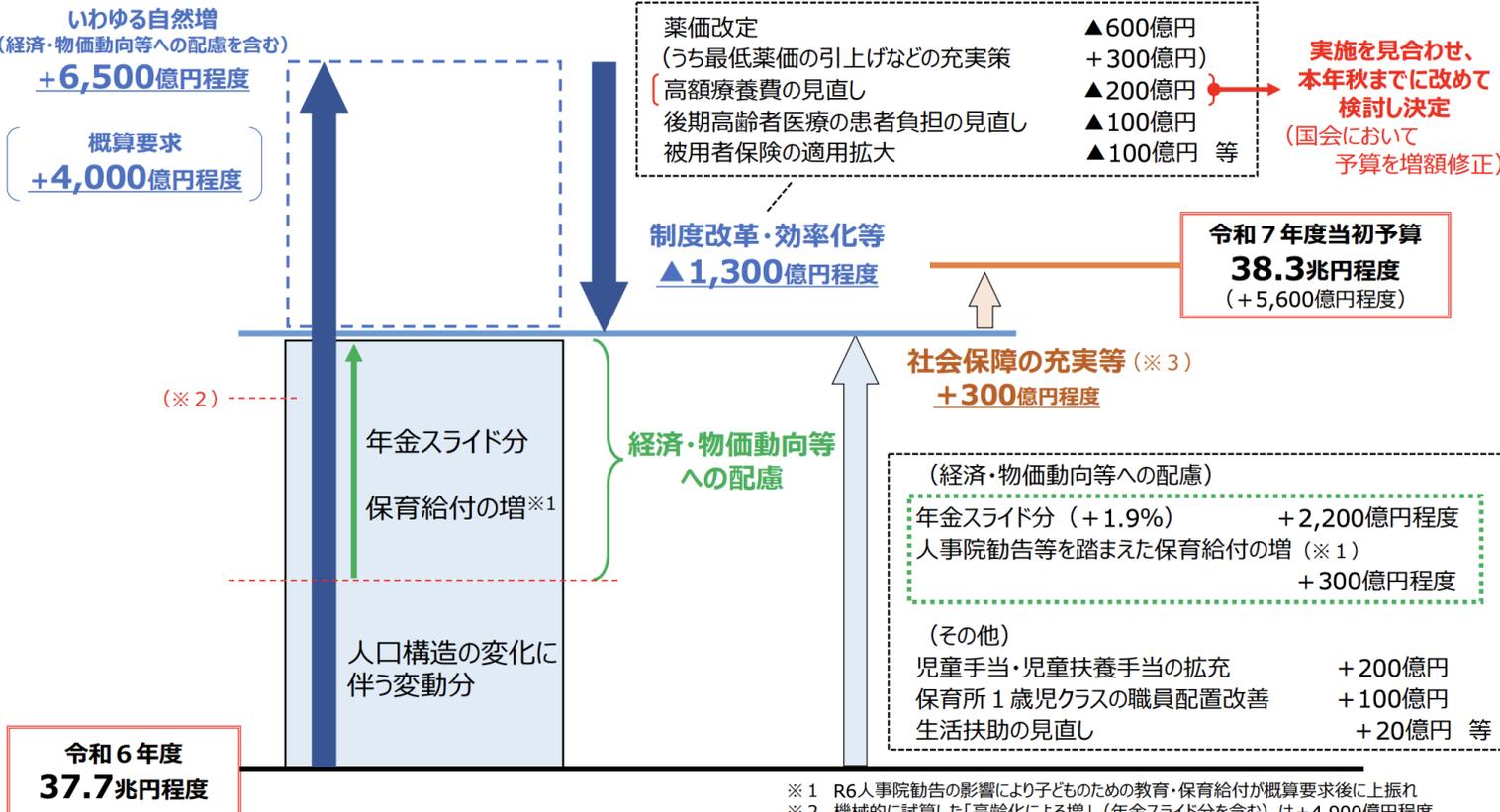
保険料を凌駕する医療費の増加にどのように対応するのか？

医療費の増加は人口要因以上に医療の高度化・新薬導入

薬価改定を中心とした医療費の抑制



(出所) 内閣府「国民経済計算」、厚生労働省「国民医療費」、厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」



※1 R6人事院勧告の影響により子どものための教育・保育給付が概算要求後に上振れ
 ※2 機械的に試算した「高齢化による増」(年金スライド分を含む)は+4,900億円程度
 ※3 高等教育の負担軽減における多子世帯無償化の開始に伴う影響分

皆保険制度に向けて考慮すべき要素

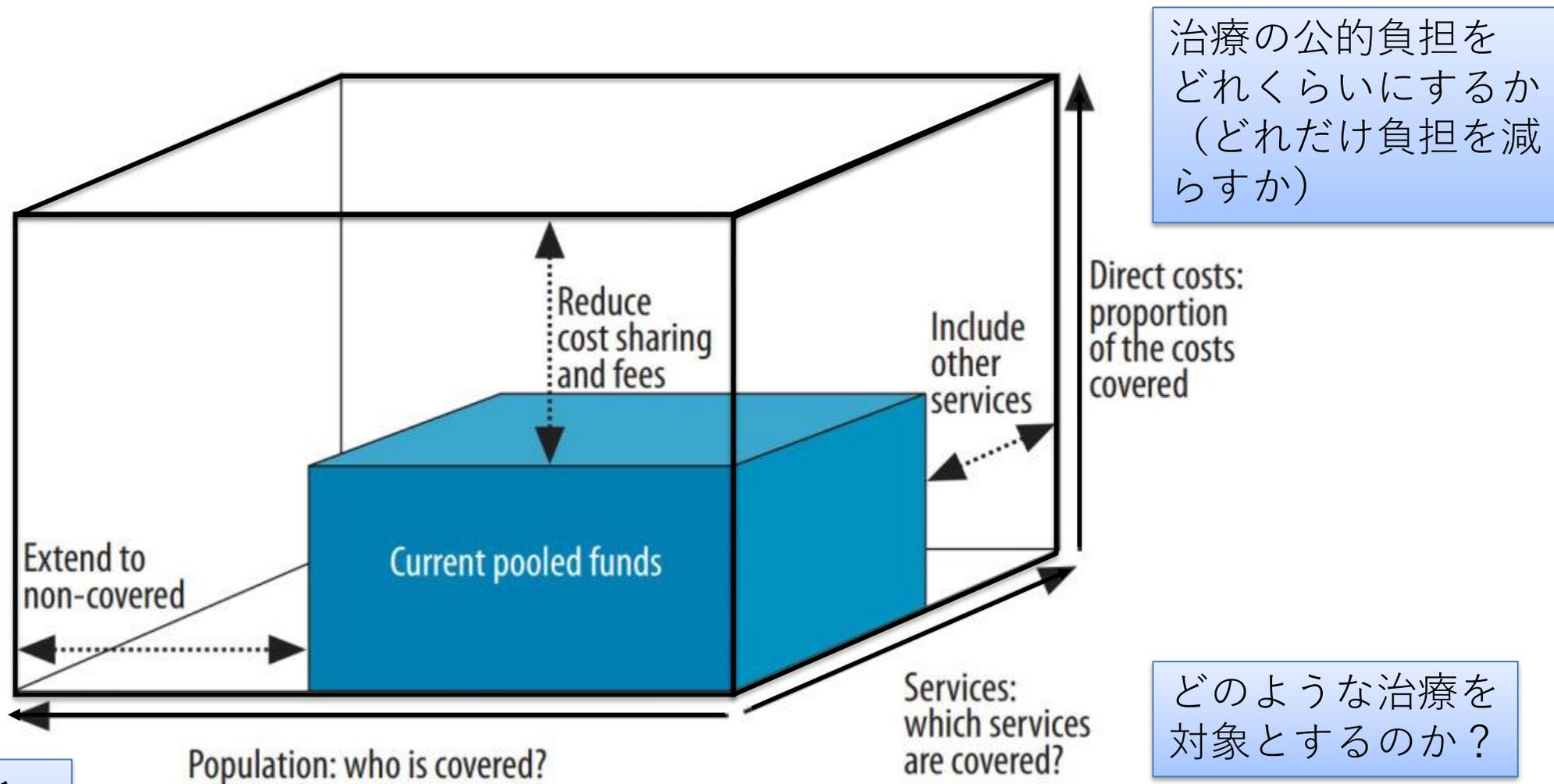
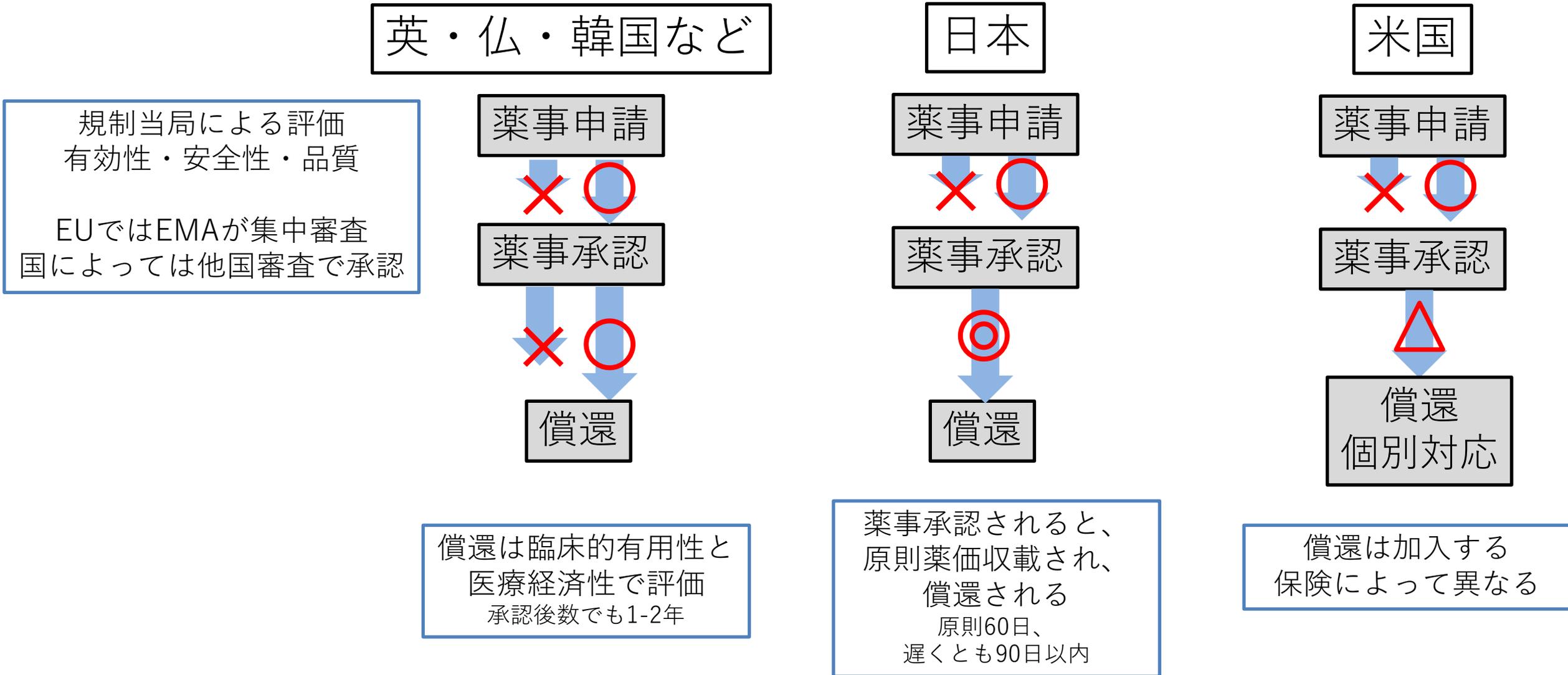


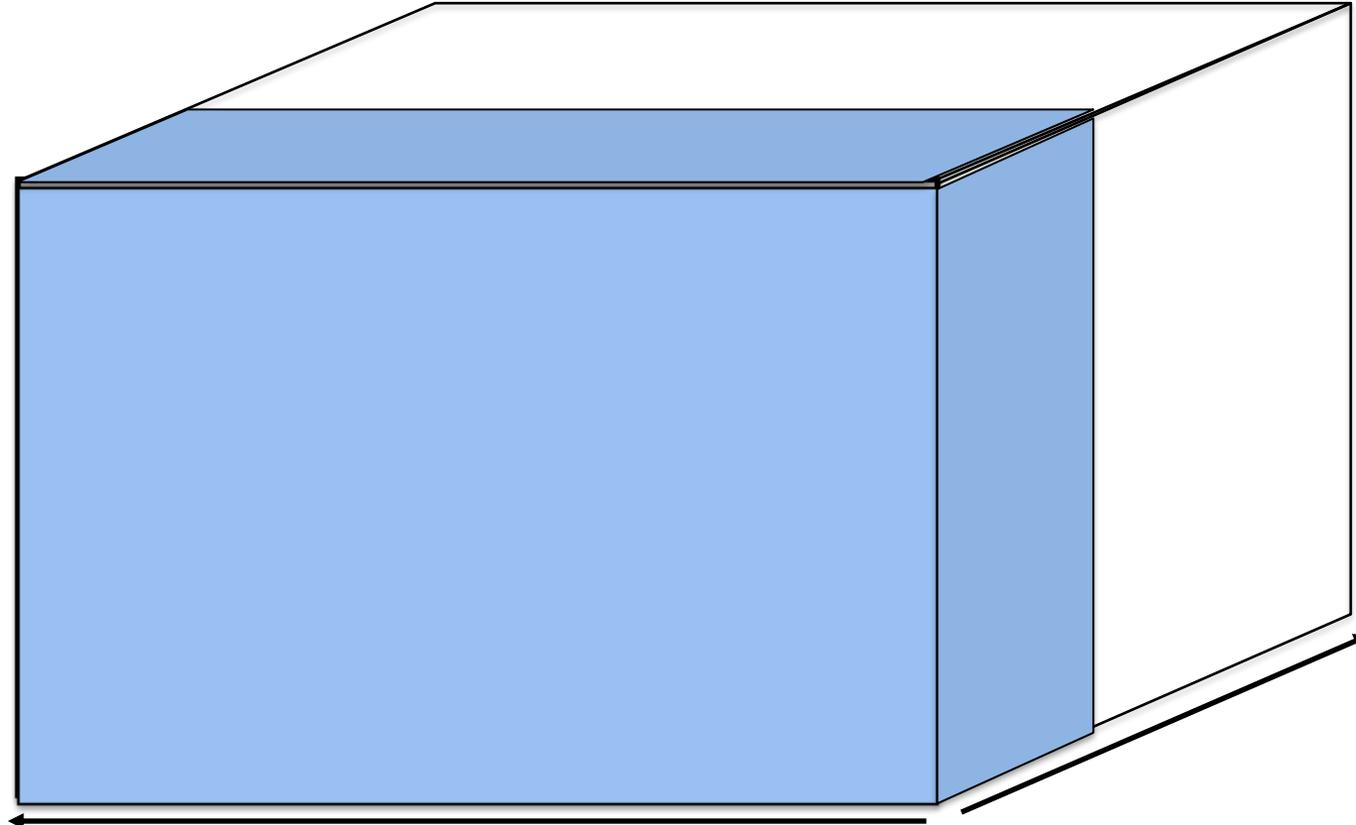
Fig. 10.3, [Dimensions to consider when moving towards universal health coverage.]. - Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research - NCBI Bookshelf

各国の医療制度：承認＝償還は日本特有の制度



皆保険制度多くの国の保険制度の現状：イギリス・フランス・韓国など

誰：国民 公的負担：0%～ 治療：科学+経済性で決定



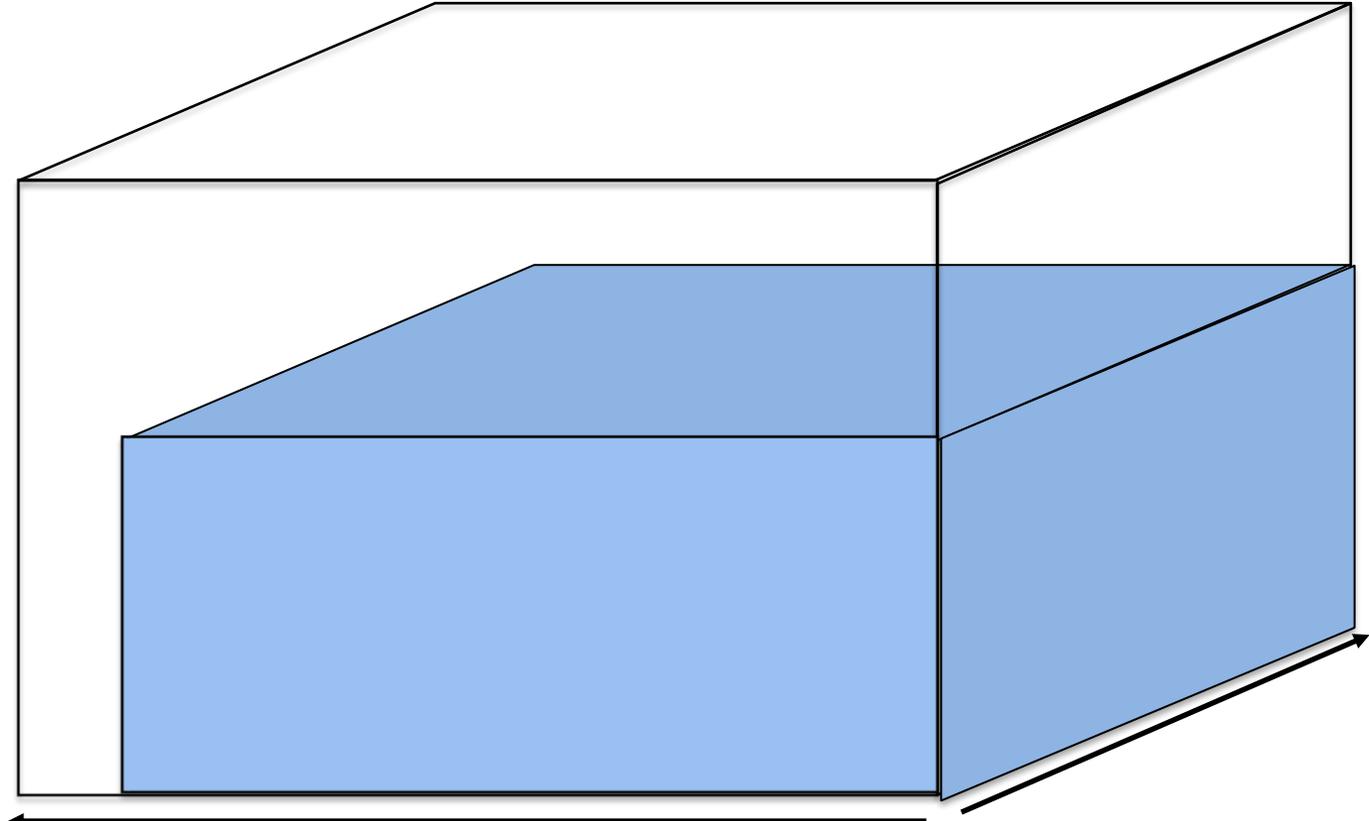
誰の治療を適応とするか？

治療の公的負担を
どれくらいにするか

どのような治療を
保険適応とするか

アメリカの保険制度の現状

誰：一部 公的負担：0-100% 治療：科学で決定



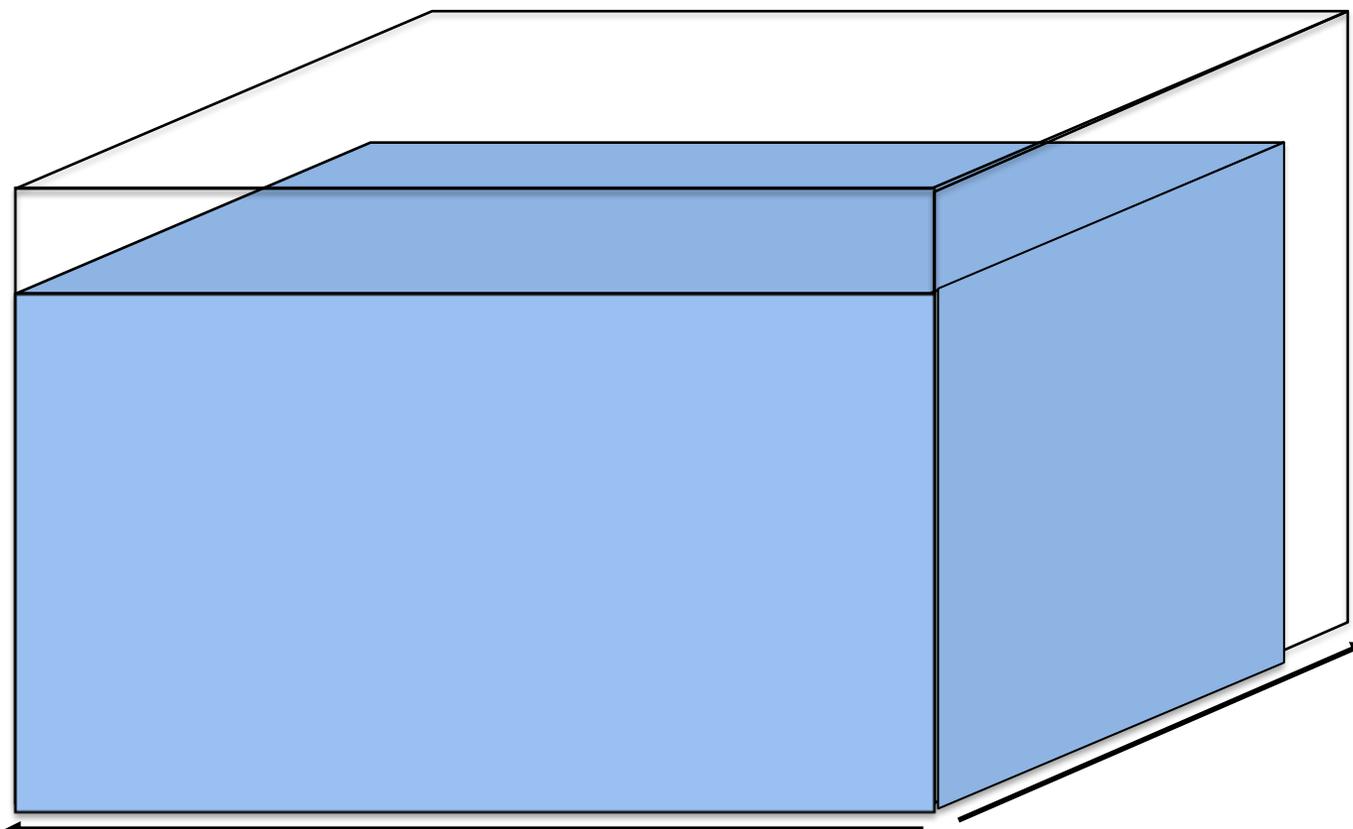
誰の治療を適応とするか？

どのような治療を
保険適応とするか

治療の公的負担を
どれくらいにするか

日本の保険制度の現状

誰：国民 公的負担：0-30% 治療：科学で決定



誰の治療を適応とするか？

どのような治療を
保険適応とするか

治療の公的負担を
どれくらいにするか

肺癌治療薬の承認・償還状況（2024年1月） フランス・日本・アメリカ

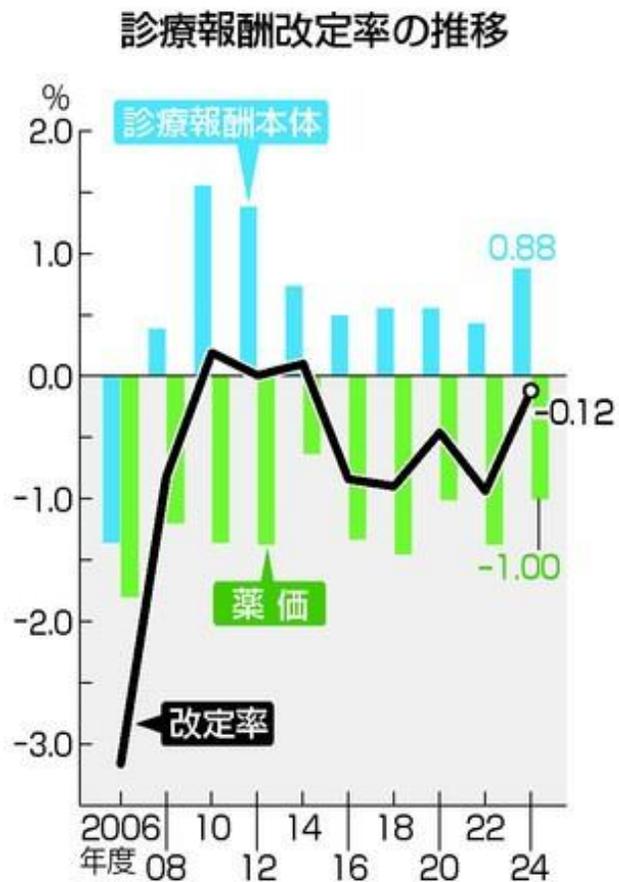
世界の主流は「使用制限」

| バイオロジー | 薬剤名 | 50%以上 縮小(%) | 一次治療での使用可否 | | |
|--------------|------------------|----------------|-------------|-----------|-----------|
| | | | フランス | 日本 | アメリカ |
| ALK | アレクチニブ | 83 | はい | はい | はい |
| | ブリグチニブ | 74 | はい | はい | はい |
| | ロルラチニブ | 76 | はい | はい | はい |
| ROS1 | クリゾチニブ | 72 | いいえ | はい | はい |
| | エントレクチニブ | 78 | いいえ | はい | はい |
| | レポトレクチニブ | 79 | いいえ (>2次治療) | はい | はい |
| EGFR Ex19,21 | オシメルチニブ | 80 | はい | はい | はい |
| EGFR Ex20 | アミバンタマブ | 73 | いいえ | はい | はい |
| BRAF V600 | ダブラフェニブ+トラメチニブ | 68 | いいえ (>2次治療) | はい | はい |
| | エンコラフェニブ+ビニメチニブ | 75 | いいえ | はい (他がん) | はい |
| MET Ex14 | テポチニブ | 56 | いいえ | はい | はい |
| | カプマチニブ | 68 | いいえ | はい | はい |
| RET | セルベカチニブ | 84 | いいえ | はい | はい |
| | プラルセチニブ | 72 | いいえ | いいえ | はい |
| HER2 | トラスツズマブ・デルクスステカン | 55 | いいえ | はい | はい |
| KRAS | ソトラシブ | 55 | いいえ | いいえ (≥2次) | いいえ (≥2次) |

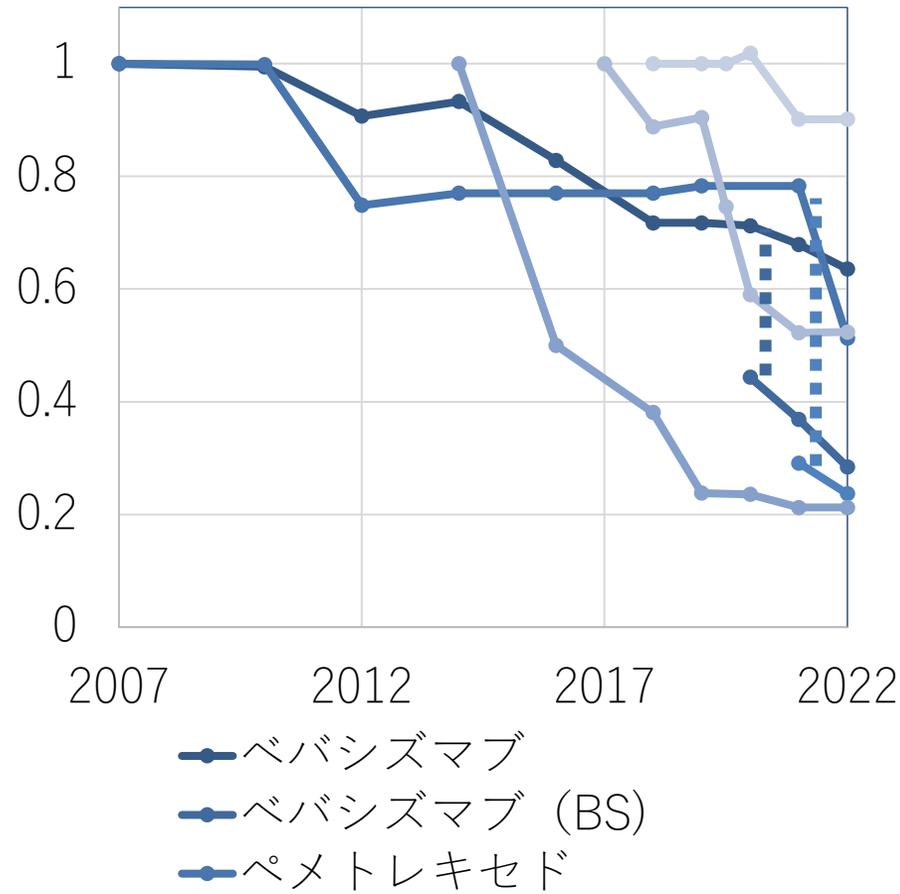
最大の課題は医療費の増加・財源不足・持続可能性

当事者意識がない限り、費用対効果や合理化は不可能

医療費抑制に薬価改定



薬剤費抑制のために、薬価を削減



日本のマーケットの魅力低下
=開発しない

日欧米のドラッグラグ・ロスの状況

| | 承認済 | 未承認合計 | 未承認の内数 (品目数) | |
|----|-----|------------|--------------|-------------------|
| | | | 開発中 | 未着手 |
| 米国 | 136 | 7 | 3 | 4 |
| 欧州 | 86 | 57 | 26 | 31 |
| 日本 | 0 | 143 | 57 | 86 (品目) |

持続可能性と新規治療が導入されないという危機感があるか？

- 患者：
 - ほとんどの治療を低負担で受けることができる
- 医師：
 - 世界で唯一のEBM
evidenced ~~economy~~ based medicine
が実施可能な国
- 国民：
 - 支払側として高騰化する保険料は社会問題

