

がん医療経済と患者負担最小化に関する研究

主任研究者 濃沼 信夫 東北大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨

がん対策基本法に掲げられた患者の意向の尊重、患者中心の医療を実現する上で、経済的な悩み
に適切に対応することが欠かせない。本研究は、患者の経済的負担の実態を正確に把握し、患者の立
場から負担を最小化する方策を検討した。全国のがん診療施設 35 病院でがん患者を対象に調査を
実施した。経済的負担が特に大きいと考えられる化学療法(回答 256 名、回答率 51.2%)、造血器腫瘍(60
名、57.1%)、粒子線治療(143 名、71.5%)では、貯蓄の取り崩し、民間保険給付金、親族からの借金な
どで支払いを行っている患者が少なくない。粒子線治療は民間保険が必ずしも十分な役割を果たし得な
い状況にある。また、サバイバー(フォローアップ 939 名、回答率 36.5%、治療を終えた者 871 名、
47.7%)の経済的負担の実態を調査したところ、健康食品・民間療法への支出額が特に大きく、長期にわ
たる経済的負担感はある。さらに、がん保険を扱う民間保険会社すべてを対象に調査を実施(回
答 20 社、回答率 41.7%)したところ、がん保険料は年間平均 5.5 万円であり、高齢になるにつれ高くなる
傾向にある。給付対象は入院給付、手術給付、診断給付、通院給付、死亡給付、退院時の給付、生前
給付の順に多い。がん医療の進歩を患者にあまねく届けるため、臨床現場、現行制度の運用、制度改革
の3つのレベルで、種々の工夫、対策がなされる必要がある。

分担研究者

濃沼信夫	東北大学大学院医学系研究科 教授	菱川良夫	兵庫県立粒子線医療センター 院長
岡本直幸	神奈川県立がんセンター がん予防・情報研究部門 部門長	森田智祝	京都大学大学院医学研究科 講師
中山富雄	大阪府立成人病センター 調査部疫学課 参事	伊藤道哉	東北大学大学院医学系研究科 講師
下妻晃二郎	流通科学大学サービス産業学部 教授	A. 研究目的	
河島光彦	国立がんセンター東病院 放射線部 医長	わが国では、がんは罹患数、生存数、死亡数と ともに増加傾向にあり、人口の高齢化と長足の医療 技術の進歩に伴って、がん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。一方、経済 の長期低迷等から医療財源は逼迫しており、がん 医療の質向上と患者サービスの改善に向けて、	
廣中秀一	静岡県立静岡がんセンター 副医長		

がん医療の有効性の評価が求められている。

これには臨床的評価に加えて、QOL、評価、経
済的評価が必要となる。また、近年、医療財源の
逼迫に伴う患者(窓口)負担の増加が顕著なもの
となり、高額な抗がん剤や医療機器の登場、長い
臨床経過などで、患者の経済的負担は大きな課
題となりつつある。

本研究は、がん医療に投じられる莫大な資源
に見合う成果が得られているかを、医療経済学
の立場から検証することにより、質、効率、安全に
優れ、患者負担が最小化となるがん医療の
実践に役立つ基礎的資料をうることを目的とする

B. 研究方法

(1)がん患者を対象とする調査

昨年度までに実施した、がん患者の経済的負
担の実態把握を踏まえ、今年度は特に経済的負
担が大きいと考えられる分野を対象に調査を実施
した。すなわち、化学療法、造血器腫瘍、粒子線
治療の患者を対象とした、大学病院、がんセン
ターなどがん医療の中核的病院の外来を受診した
がん患者(一部は入院患者)に、担当医より自計
式の調査票を手渡し、郵送により回収した。

調査項目は、窓口で支払った外来・入院の直
接医療費、交通費・健康食品・民間保険料・その
他の費用などの間接費用、高額療養費償還、医
療費還付、民間保険給付金などの受取金額、経
済的負担に対する説明の状況、経済的負担に関
する希望などである。

(2)サバイバーを対象とする調査

積極的ながん治療を終了したサバイバーの経
済的負担についての実態を明らかにするため、フ
ォローアップ中および治療を終了した者を対象に
自計式の調査を実施した。調査票は、フォローア
ップ患者には手渡し、がん登録患者、患者会の会
員には郵送法により配布・回収した。調査項目は、
がん患者を対象とする調査に準じた。

(3)がん医療を扱う民間保険会社を対象とする
調査

昨年度までに実施した、がん患者の経済的負
担の実態調査では、公的保険を補完する民間保
険の役割が少なくない一方、このための保険料負
担も少なくないことから、わが国でがん医療を扱う
すべての民間保険会社を対象に郵送法による調
査を実施した。調査項目は、年代別・部位別の保
険料・給付金、今後の給付対象の拡大・廃止、保
険の将来像などである。

(倫理面への配慮)

東北大学および各施設の倫理委員会の承認を受
けるとともに、外来患者には、担当医を通じて調
査の趣旨と協力の有無により診療上不利を被
らないこと等の説明を行った。回答は匿名とし、連
結不可能のデータ処理を行った。

C. 研究結果

(1)がん患者を対象とする調査

1)化学療法を受ける患者

化学療法を受ける患者に対する調査は、回答
256 名、回答率 51.2%である。平均年齢は 65.2
歳、性別は男性が 67.3%を占める。診断を受けた
時期は回答時の 1.8 年前である。年間の通院回
数は平均 22.2 回、入院日数は 31.7 日である。

年間の自己負担額は、直接費用が入院 59.4
万円、外来 37.6 万円、交通費 8.3 万円である。間
接費用は、健康食品・サプリメント 16.6 万円、漢方
27.4 万円、その他の民間療法 35.1 万円、その他
の支出 15.5 万円、民間保険料 29.2 万円である。
自己負担額の平均は年間の 103.3 万円、すべて
の項目に該当する場合は 262.7 万円である。

一方、高額療養費の償還額は年間 32.3 万円、
医療費還付は 15.4 万円である。また、民間保険
からの給付金は 163.3 万円である。償還・給付額
の平均は 65.3 万円である。支払いは、貯蓄

83.2%、民間保険の給付金 24.8%、家族・親戚からの借金 8.1%などである。

患者の経済的負担に関する病院側から説明の状況は、「十分な説明を受けた」25.0%、「説明はなかった」59.4%である。説明をしたのは、医師が 68.3%を占める。

経済的負担についての相談状況は「相談しなかった」が 82.0%であり、その理由は「相談しなくても良い」75.6%である。また、相談したのは 18.0%であり、相談先は、病院の相談窓口 53.3%、役所の相談窓口 16.7%、同じ病気の人 13.3%などである。経済的理由により治療に影響したのは 6.7%であり、治療を変更または中止している。

がん治療の経済的負担に対する要望(複数回答)は、「治療(薬)の保険適用の迅速化」57.8%、「自己負担は、他の病気より軽く」47.8%、「高額療養費の限度額引き下げ」39.1%などである。

2) 造血器腫瘍の患者

造血器腫瘍の患者に対する調査は、回答 60 名、回答率 57.1%である。平均年齢は 55.8 歳、性別は男性が 55.0%を占める。診断を受けた時期は回答時の 2.9 年前である。年間の平均通院回数は 18.4 回、入院日数は 73.4 日である。回答時の治療の状況は、寛解導入療法中 14.3%、地固め治療中 12.5%、移植待機中 3.6%、移植後の定期検査中 19.6%、再発・再燃の治療中 21.4%、完全寛解・検査通院中 21.4%である。

年間の医療費自己負担額は、直接費用が入院 176.3 万円、外来 36.7 万円、交通費 15.0 万円である。間接費用は、健康食品・サプリメント 14.3 万円、その他の支出 16.9 万円、民間保険料 29.4 万円などである。自己負担額の平均は年間 167.8 万円、すべての項目に該当する場合は 302.9 万円である。

一方、高額療養費の償還額は年間 150.1 万円、医療費還付は 52.4 万円、民間保険からの給付金は 266.7 万円である。平均の償還・給付額は

180.8 万円である。支払いは、貯金 70.2%、高額療養費の受領委任払い制度や貸付制度の利用 28.1%、民間保険の給付金 19.3%などである。

患者の経済的負担に関する病院側から説明の状況は、「十分な説明を受けた」43.4%、「説明はなかった」39.6%である。説明した人は医師が 77.3%を占める。経済的負担についての相談状況は「相談しなかった」が 71.2%であり、その理由は「相談しなくても良い」75.7%である。また、「相談した」は 28.8%であり、相談先は、病院の相談窓口 52.9%、役所の相談窓口 17.6%、同じ病気の人 11.8%などである。

がん治療の経済的負担に対する要望(複数回答)は、「治療(薬)の保険適用の迅速化」57.9%、「高額療養費の限度額引き下げ」49.1%、「自己負担は他の病気より軽く」40.4%などである。

3) 粒子線治療を受ける患者

粒子線治療を受ける患者に対する調査は回答 143 名、回答率 71.5%である。平均年齢は 65.8 歳、性別は男性が 81.3%を占める。転診を受けた時期は回答時の 2.1 年前である。年間の通院回数は平均 21.0 回、入院日数は 50.2 日である。回答時の治療の状況は、治療継続中 12.1%、治療終了・検査通院 83.7%である。

年間の自己負担額は、直接費用が高度先進医療 288.3 万円、入院 64.7 万円、外来 32.5 万円、交通費 39.9 万円である。間接費用は、健康食品・民間療法 41.8 万円、その他の支出 5.4 万円、民間保険料 24.0 万円である。自己負担額の平均は年間 473.0 万円、すべての項目に該当する場合は 496.6 万円である。

一方、年間の高額療養費の償還額は 20.2 万円である。医療費還付は 21.5 万円、民間保険からの給付金は 143.1 万円である。平均の償還・給付額は 114.6 万円である。支払いは、貯金 90.1%、民間保険の給付金 12.1%、家族・親戚からの借金 12.1%などである。

患者の経済的負担について病院側から説明の状況については、「十分な説明を受けた」87.0%、「説明はなかった」7.3%である。説明した人は医師が 91.6%を占める。

経済的負担についての相談状況は「相談しなかった」が 83.2%であり、その理由は「相談しなくても良い」81.4%である。また、相談したのは 16.8%であり、相談先は、病院の相談窓口 35.7%、役所の相談窓口 10.7%、同じ病気の人 7.1%などである。経済的理由により治療へ影響したのは 9.0%であり、治療を中止・断念または延期している。

がん治療の経済的負担に対する要望(複数回答)は、「治療(薬)の保険適用の迅速化」66.2%、「近くに専門施設を」34.5%、「高額療養費の限度額引き下げ」33.1%などである。

(2) サバイバーを対象とする調査

1) フォローアップ中の患者

フォローアップ中の患者を対象とする調査の回答は 939 名(回答率 36.5%)である。平均年齢は 61.3 歳、女性が 69.9%、がんの部位は乳房が 63.4%を占める。診断を受けた時期は回答時の 4.8 ± 3.9 年前である。年間の通院回数は平均 15.7 回、入院日数は 20.7 日である。

年間の自己負担額は、入院 89.1 万円、外来 28.1 万円、交通費 5.5 万円、健康食品・サプリメント 18.3 万円、漢方 23.7 万円、温泉療法 17.3 万円、その他の費用 18.0 万円、民間保険料 22.1 万円などである。年間の自己負担額の平均は 82.0 万円である。高額療養費の償還は年間 28.5 万円、医療費還付は 6.4 万円、民間保険の給付金は 89.1 万円である。平均の償還・給付額は 37.3 万円である。

経済的な影響があるとの回答は、被用者では 36.4%であり、その 31.1%が「仕事を辞めた・解雇された」としている。また、30.8%は「自分の収入が

減少した」としている。

費用負担に対する説明では、「十分な説明を受けた」26.9%、「説明はなかった」56.6%である。経済的負担についての相談状況については「相談しなかった」が 84.1%であり、その理由は「相談しなくても良い」68.1%である。一方、「相談した」は 16.8%であり、相談先は、同じ病気の人 49.2%、病院の相談窓口 30.3%などである。病院以外の経済的な情報源としては、雑誌・本 36.9%、インターネット 27.8%、患者団体 26.4%、新聞 26.1%などの順である。

がん医療の経済的負担に対する要望は、「保険適用の迅速化」63.1%、「高額療養費の限度額引き下げ」39.2%、「自己負担を他の病気より軽く」38.9%などの順である。

2) 治療を終えた者

治療を終えた者を対象とする調査の回答は 871 名(回答率 47.7%)である。平均年齢は 61.2 歳、女性が 89.1%、がんの部位は乳房が 75.0%である。診断を受けた時期は回答時の 11.2 年前、治療を終えたのは 7.8 年前である。

回答者の 51.0%が医療費の自己負担額を記載しており、年間の自己負担額は、入院 31.9 万円(該当者 4.1%)、外来 5.3 万円(同 54.1%)、民間療法・サプリメント 17.1 万円、漢方 13.5 万円、温泉療法 16.7 万円、その他の費用 4.5 万円、民間保険料 11.6 万円などである。年間の自己負担額の平均は 14.2 万円、償還・給付額の平均は 4.7 万円である。

治療当時の費用負担に対する病院側の説明について、「十分な説明を受けた」は 15.6%、「説明はなかった」65.2%である。経済的負担についての相談は「相談しなかった」が 94.0%であり、その理由は「相談しなくても良い」79.6%、「相談しなかった」11.3%である。

病院以外の経済的な情報源としては、雑誌・本 42.4%、友人・知人 25.5%、患者団体 19.8%、新

聞 18.7%、家族・親戚 15.7%、テレビ・ラジオ 10.6%、インターネット 7.4%などの順である。

がん医療の経済的負担に対する要望は、「保険適用の迅速化」58.8%、「高額療養費の限度額引き下げ」37.3%、「気楽に相談できること」26.9%、「情報がほしい」26.0%などの順である。

(3) がん医療を扱う民間保険会社

がん医療を扱う民間保険会社を対象とする調査では20社から回答が得られた(回答率41.7%)。第1分野と第3分野を取り扱う会社が全体の80%、第2分野と第3分野を取り扱うのが20%を占めており、そのうち独立したがん保険を取り扱う会社は68.4%である。

がんの年間保険料は平均5.5万円であり、年齢別では、30歳時4.0万円、40歳時5.2万円、50歳時7.1万円、60歳時10.1万円、70歳時12.6万円と、年齢つれて高額となる。性別では、すべての年齢階級において男性の保険料が高い。

年間の給付額は、平均145.9万円であり、性別・年齢別では、男性では45歳代の208.5万円、女性では35歳代の153.0万円と最も高額である。部位別では、例えば子宮がんは127万円、乳がんは113万円、前立腺がんは84万円であり、造血器腫瘍が191万円と最も高額である。

給付対象となる商品の有無をみると、入院給付は回答した保険会社のすべてがあるとしている。手術への給付は94.1%、診断給付は88.2%、通院給付は82.4%、死亡給付は70.6%などである。年間給付額の平均は、死亡給付が660万円と最も高く、次いで、入院56.6万円、手術35.4万円、診断給付135.9万円、通院給付6.5万円などの順である。

現在は給付対象ではないが、検討されているものは、高度先進医療11.8%、在宅療養11.8%、実額5.9%、自由診療5.9%、終末期医療5.9%などである。また、今後主流になると考えられる給付

対象(複数回答)は、入院83.3%、診断50.0%、手術50.0%である。

がん民間保険の将来予測(複数回答)では、支払い管理態勢の強化(84.2%)、終身保障の増加(73.7%)、リスク細分型保険の増加(73.7%)などが挙げられている。また、将来望むこととして、がんに関する正確な統計情報の入手(91.5%)、医療機関で民間保険の情報提供(83.3%)、民間保険に関する規制緩和(77.8%)などが挙げられている。

D. 考察

これまでの調査で、がん患者の年間自己負担額は、入院50.6万円、外来12.9万円など直接費用と、民間保険料25.5万円など間接費用を合わせると、平均93.2万円にのぼり、経済的負担が少なくないことが明らかになった。今年度は、がん治療のなかでも特に経済的負担が大きいと考えられる分野を対象に調査を実施した。

化学療法分野では、高額な抗がん剤の登場で自己負担が高額になる可能性がある。また、医療技術の進歩やDPC(包括診断群分類による支払い)の普及などにより、外来での化学療法が増加しつつあるが、民間保険は主に入院を主な給付対象としていることも自己負担が重くなる一因と考えられる。

調査では患者の97%が現時点では経済的負担によって治療には影響していないと答えているが、窓口負担額は1ヶ月で34万円になる場合があり、貯蓄の取り崩しや民間保険の給付金で支払われていることを考えると、治療の長期化にも対応した自己負担の軽減策が重要と思われる。

造血器腫瘍は、医療費が高額レセプトの上位を占めており(健康保険連合組合:平成16年高額医療給付に関する交付金交付事業)、患者の平均年齢が50歳代と、他の悪性腫瘍に比べて比較的若年である(老人保健の対象にならない)ことも、

経済的負担が大きいと考えられる。調査結果とみると、自己負担額の平均は年間167.8万円であり、仕事への影響、収入の減少など現役世代としての悩みも少なくないことが窺える。

陽子線治療は先進医療として288.3万円の自己負担に加え、入院や外来の窓口負担が必要であり、経済的負担は高額である。支払いは90%の患者が貯蓄の取り崩しとしており、貯蓄残高によって治療選択が行えない可能性もある。調査対象はすでに陽子線治療を受けた患者であるため、事前の費用説明によって治療を選択しえない患者も存在すると考えられる。民間保険の給付金から支払った患者は12%にとどまり、入院や手術を主な給付対象としている民間保険のあり方も課題といえる。

要望では、陽子線治療の保険適用や、陽子線治療施設の充実を挙げる患者が多い。通院時間は片道平均2時間、交通費は年間約40万円であり、この面での患者負担も大きい。

サバイバーのうち、フォローアップ中の患者は、年間の自己負担額は、入院89.1万円、外来28.1万円など、平均82.0万円である。間接費用では健康食品や民間療法にかかる費用が大きな割合を占めており、将来にわたって負担が継続する可能性もある。これら間接費用は高額療養費償還、医療費還付、民間保険給付金の対象とならず、経済的負担感には小さくないと考えられる。

治療を終了したサバイバーは、治療終了が平均7.8年前であるが、現在も関連する費用負担が生じていることがわかる。回答者は乳がん治療の経験者が多かったが、これはサバイバーの追跡は容易ならず、患者会の協力を得て実施したためである。

経済的負担に関する情報は、書籍や友人・知人、患者会等から得ており、インターネットは10%以下であった。がん対策情報センターなどでの経済面を含めた情報提供が期待される。

公的保険を補充する機能としての民間保険の役割はがん治療では欠かせないものとなりつつある。民間保険は主に入院を給付対象とし、通院給付は退院後のフォローアップを主な対象にしていることが調査からも窺える。医療技術の進歩、外来化学療法、日帰り手術などの普及に見合う、外来治療への対応が特に不十分と考えられる。ただし、回答したすべての会社が手術に対応する商品を発売しており、診断についても80%以上の会社が対応していることが明らかになった。医療技術の進歩、医療制度や患者意識の変化に見合う民間保険のあり方が、さらに検討される必要がある。

E. 結論

がん患者の経済的負担の実態を把握するため、経済的負担が特に大きいと考えられる分野のがん患者、およびサバイバーを対象にアンケート調査を実施した。また、がん治療に欠かせない存在になりつつある民間保険について、患者負担の観点から調査を行った。

患者の自己負担は大きくなっているが、経済的負担に関する医師の説明は依然不十分な状況にあり、データベースの整備など経済面の情報提供システムの構築が不可欠と考えられる。自己負担の割合が大きい粒子線治療については、保険適用の検討に加え、民間保険の役割の拡大、居住地の近くで治療が受けられる施設整備等が望まれる。サバイバーは、健康食品・民間療法支出額が特に大きく、長期にわたり経済的負担感は少なくない。

民間保険が提供するがん保険は、入院治療とフォローアップの通院治療が主たる給付対象で、最近の医療技術の進歩や医療制度の変化、患者ニーズの多様化に必ずしも対応したものではない。がん医療の進歩を患者にあまねく届けるため、臨床規程、現行制度の運用、制度改革の

3 つのレベルで、種々の工夫、対策がなされる必要がある。

F. 健康危険情報
特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1)濃沼信夫, 川島孝一郎, 伊藤道哉, 武吉宏典: 在宅医療の医療経済, 高齢者の退院支援と在宅医療. メジカルビュー. 210-217,2006

2)濃沼信夫: 医療経済, よくわかる乳癌のすべて, 水井書店. 536-540,2006

3)濃沼信夫: 「がん難民」はなくせるか: 日本の論点文芸春秋. 542-545,2007

4)濃沼信夫: 高齢社会と医療経済-がん予防の医療経済について. 犬病医学入門. 金芳堂. 12-17,2006

5)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

6)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

7)Koinuma N, Ito M and Takeyoshi H: Economic evaluation of cancer screening promotion. Eur J Health Econom. 7 Suppl 1:533-53,2006

8)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

9)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

10)濃沼信夫: がんの医療経済. Health Science. 22(4):429,2006

11)濃沼信夫: がん医療の経済的評価. 公衆衛生. 医学書院. 71(2):108-112,2007

12)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

13)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. 7:46-50,2006

14)大重賢治, 岡本直幸, 水嶋泰朝: 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(2):102-107,2007

15)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. s102-s106, 2006

16)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

17)中山富雄, 佐川元保, 遠藤千頌, 濱島ちさと, 帝藤 博, 祖父江友孝: 有効性評価に基づく肺がん検診ガイドラインの作成. CT横診. 13(3):225-230,2006

19)Kurita M, Shimozuma K, et al: Clinical validity of the Japanese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia scale. Support Care Cancer Oct. 15:1-6,2006

20)Kuroi K, Shimozuma K, et al: Evidence-based risk factors for seroma formation in breast cancer. Jpn J Clin Oncol. 36(4):197-206,2006

21)Shimozuma K, et al: Recent topics of health outcomes research in oncology. Breast Cancer. 14(1):60-5,2007

22)Kuroi K, Shimozuma K, et al: Current status of health outcome assessment of medical treatment in breast cancer. Breast Cancer. 14(1):74-80, 2007

23)Imai H, Shimozuma K, et al: Economic evaluation of the prevention and treatment of breast cancer - present status and open issues. Breast Cancer. 14(1):81-87,2007

24)Ohsumi S, Shimozuma K, 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

25)Ono M, Shimozuma K: Quality of Japanese health care evaluated as hospital functions. Breast Cancer. 14(1):88-61,2007

26)有賀 淳, 下妻晃二郎, 他: バイオセラピーにおけるQOL評価のための調査票-FACT-BRM 日本語版の開発. Biotherapy. 20(2):217-222, 2006

27)下妻晃二郎: 乳がん診療ガイドラインの解説 2006年版 疫学・予防. 日本乳癌学会(編)(日本乳癌学会診療ガイドライン作成小委員会(疫学・予防委員長)金原出版. 13-32,2006

28)Kawashima M, et al: Prospective trial of radiotherapy for patients 90 years of age or older with squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 64: 1112-1121,2006

29)Kawashima M, et al: Accelerated radiotherapy and larynx preservation in favorable-risk patients with T2 or worse hypopharyngeal cancer. Jpn J Clin Oncol. In Press:2007

30)Nakamura K, Kawashima M, 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

31)Yoh K, Kawashima M et al: Chemotherapy in the treatment of advanced or recurrent olfactory neuroblastoma. Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology. 2:180-184,2006

32)Hironaka S, et al: Weekly paclitaxel as second-line chemotherapy for advanced or recurrent gastric cancer. Gastric Cancer. 9:14-18,2006

33)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

34)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

35)廣中秀一: 未分化型胃癌の化学療法. The GI Forefront. 2:46-48,2006

36)荻川良夫, 香川一史: 頭頸部がん領域の粒子線治療. 頭頸部癌. 32:332-336,2006

37)荻川良夫, 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

38)Morita S, Kaptein AA, Tsuburaya A, Kodera Y, Matsui T, Sakamoto J: Assessment and Data Analysis of Health-Related Quality of Life in Clinical Trials for Gastric Cancer Treatments. Gastric Cancer. 9:254-261,2006

39)伊藤道哉, 濃沼信夫: 終末期における医療供給体制の今後の課題. 保健医療科学. (印刷中)

2. 学会発表

1)濃沼信夫: 肝胆脾外科専門医制度を考える. 日本肝胆脾外科関連会議(特別企画シンポジウム). 東京. 2006,5

2)Koinuma N, Ito M and Takeyoshi H: Economic evaluation of cancer screening promotion. 6th European Conference on Health Economics. Budapest, Hungary, 2006,7

3)濃沼信夫, 伊藤道哉, 門馬靖武, 尾形倫明: がん患者の経済的負担の実態と負担軽減の方策に関する研究. 第65回日本癌学会. 横浜. 2006,9

4)濃沼信夫, 伊藤道哉, 武吉宏典: 臓器別にみた癌検診受診率向上による医療費削減効果. 第44回日本癌治療学会シンポジウム(臓器別にみた癌検診の現状). 東京. 2006,9

5)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. 第

44 回日本病院管理学会, 名古屋, 2006,10

6) 渡辺信夫: がん医療の医療経済, 第22 回日本健康科学学会 (基調講演), 仙台, 2006,10

7) Kojima N, Ito M, Kaneko S, Oota T, Monma Y and Misawa J: Informed consent about the economic burden for patients with cancer, 18th International Congress on Anti Cancer Treatment, Paris, France, 2007,2

8) 岡本直幸, 田中利彦: CT発見肺がん患者の予後に関する要因分析, 第14 回日本がん検診・診断学会, 富岡, 2006,7

9) 岡本直幸, 尾下文浩, 矢野間俊介, 三上春夫, 安東敏彦, 宮城洋平: 血漿中のアミノ酸プロファイルを用いた新たな肺がんスクリーニング法の開発, 第65 回日本癌学会, 横浜市, 2006,9

10) 川上ちひろ, 岡本直幸, 大重賢治, 初久保修: がん検診受診に関する質問票調査, 第65 回日本公衆衛生学会, 富山, 2006,10

11) 岡本直幸, 三上春夫: スッシュ法によるがん罹患要因の解析, 第17 回日本疫学会, 広島, 2007,1

12) 中山富雄: 既存の方法を用いた肺がん検診の精度管理, 第65 回日本公衆衛生学会, 富山, 2006,10,27

13) 中山富雄: 低線量CTを用いた肺がん検診, 第45 回日本臨床細胞学会秋期大会, 東京, 2006,11,10

14) 中山富雄: 肺がん検診の精度管理のあり方, 第22 回肺癌集検セミナー, 京都, 2006,12,16

15) 嶺中秀一, 他: 切除不能・再発胃がんに対する単剤化学療法と併用化学療法の治療成績, 第44 回癌治療学会総会

16) Fukuda T, Shimozuma K, Ohsumi S, Mukai H, Morita S, Imai H, Watanabe T, Ohashi Y: Quality of life of patients receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer in Japan. The ISPOR

9th Annual European Congress (2006)

11. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし