

図1

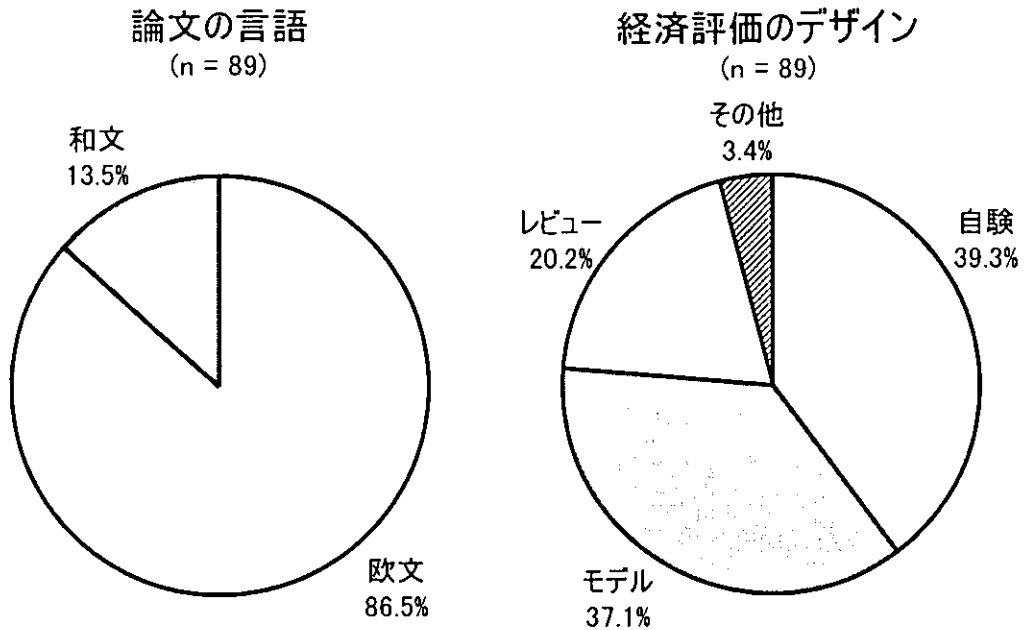


図2

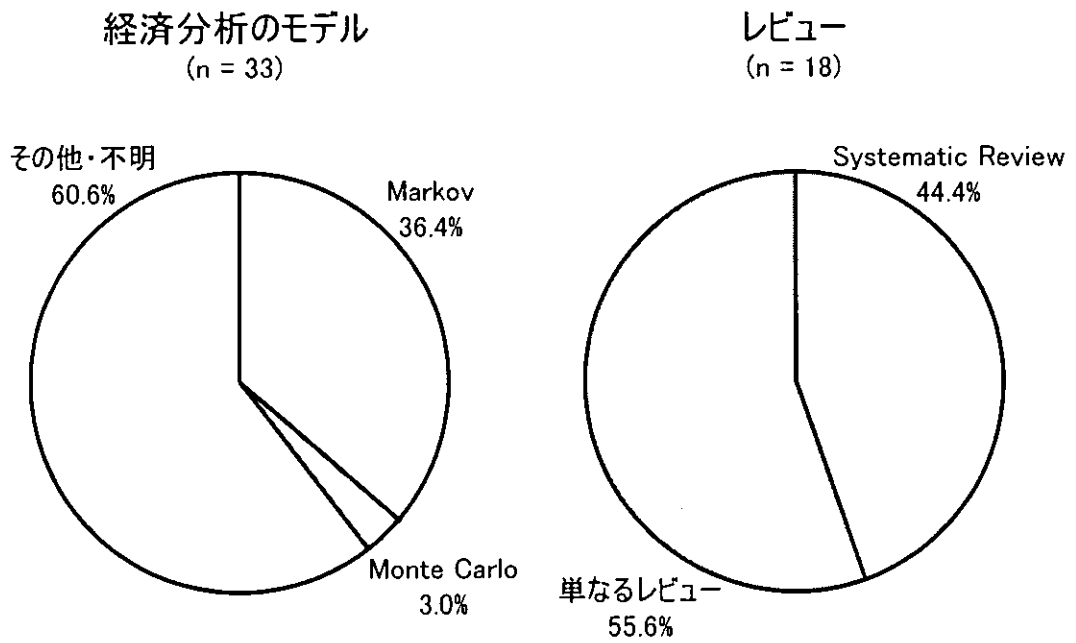


図3

有効性評価

(n = 89)

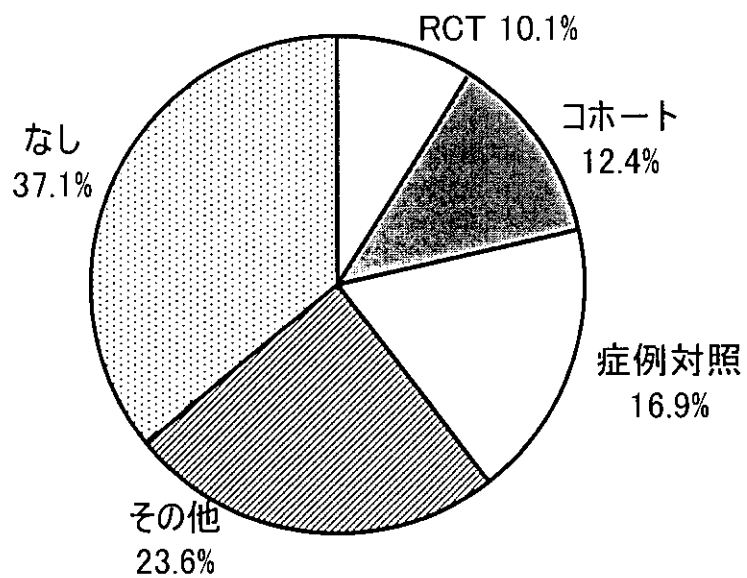


図4

経済的評価

(n = 89)

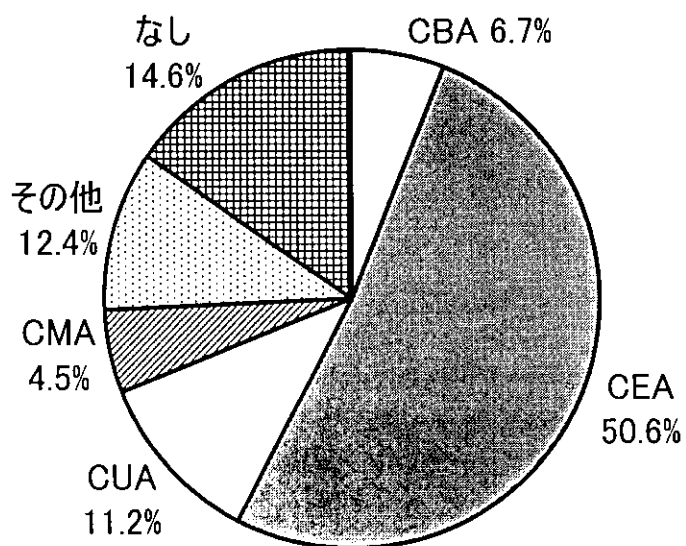


図5

対象
(n = 80, 複数回答)

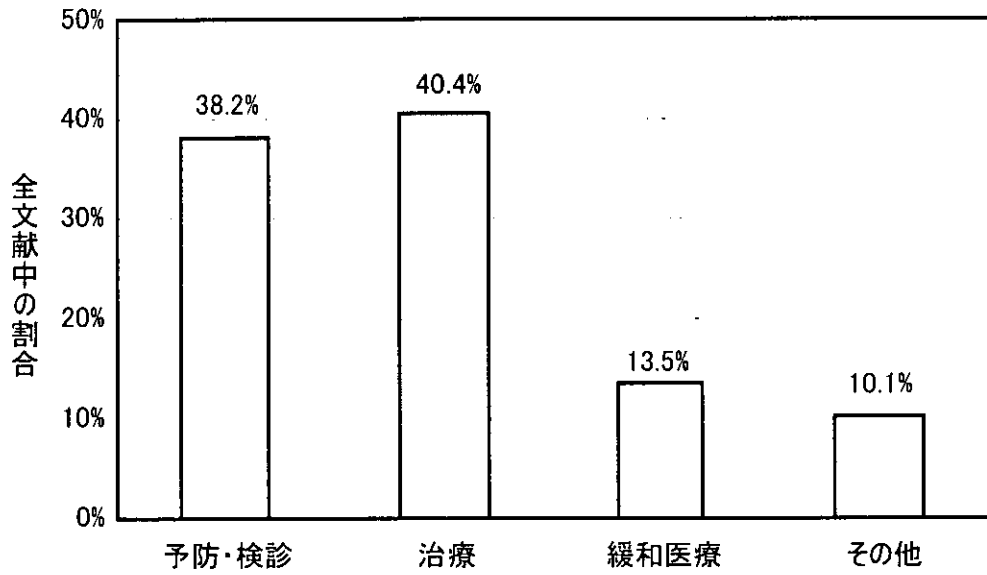


図6

部位
(n = 83, 複数回答)

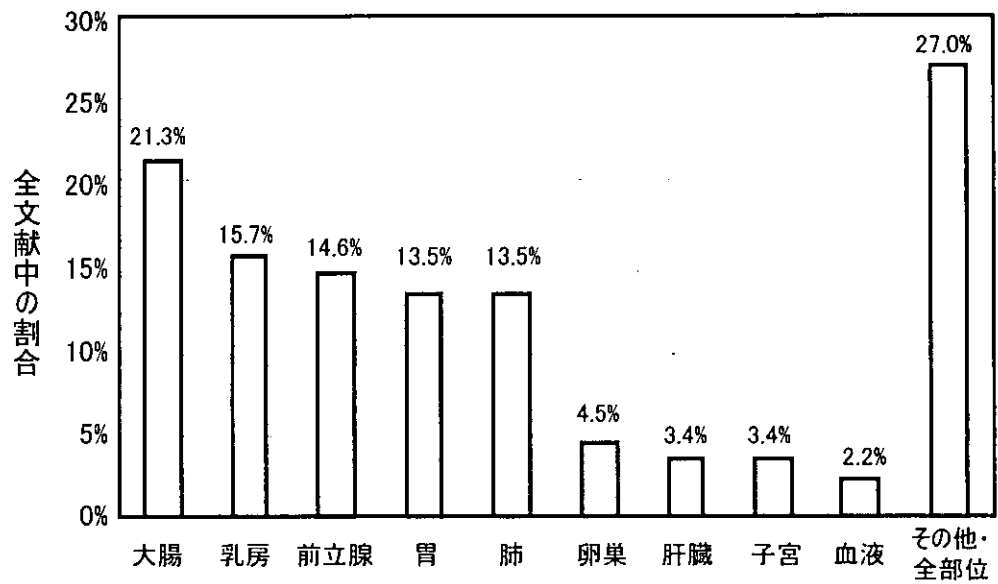


図7

感度分析
(n = 89)

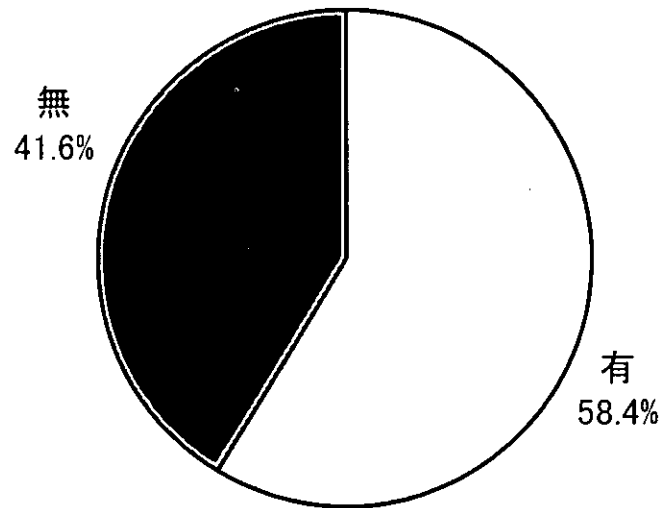


図8

分析の立場
(n = 89)

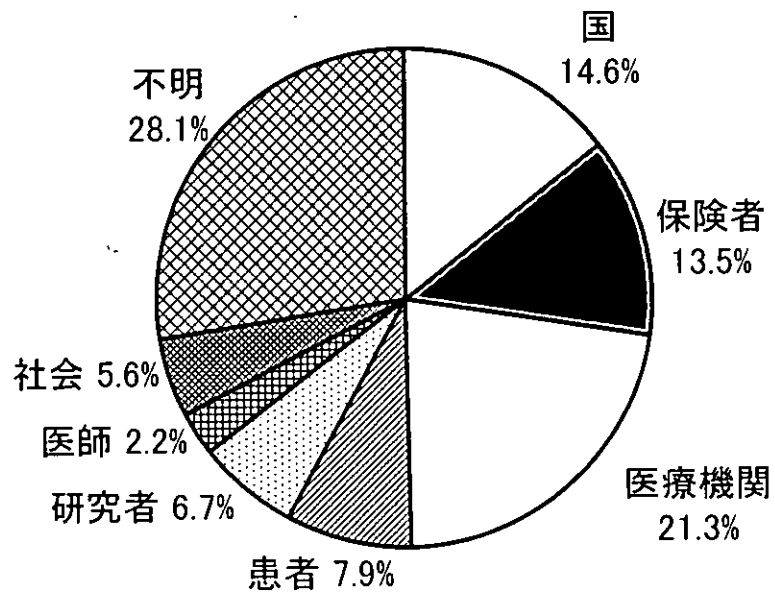


図9

経済分析の結果 (n = 89)

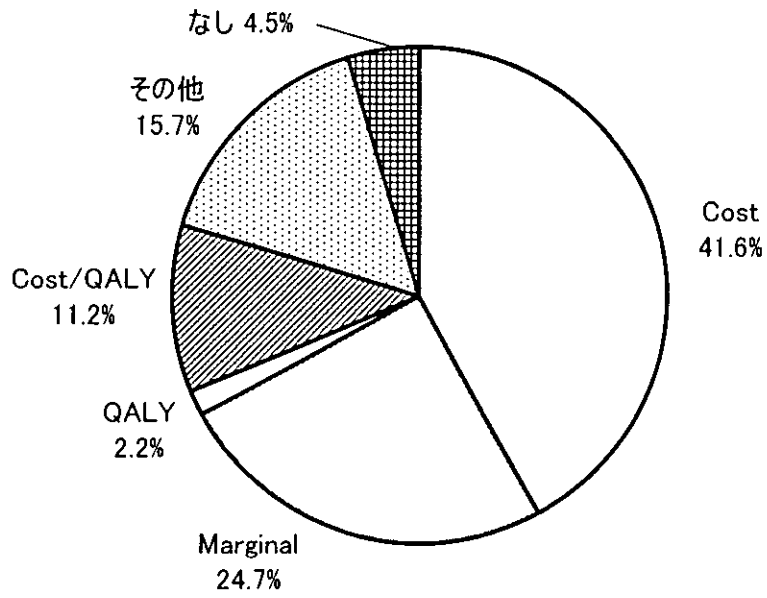
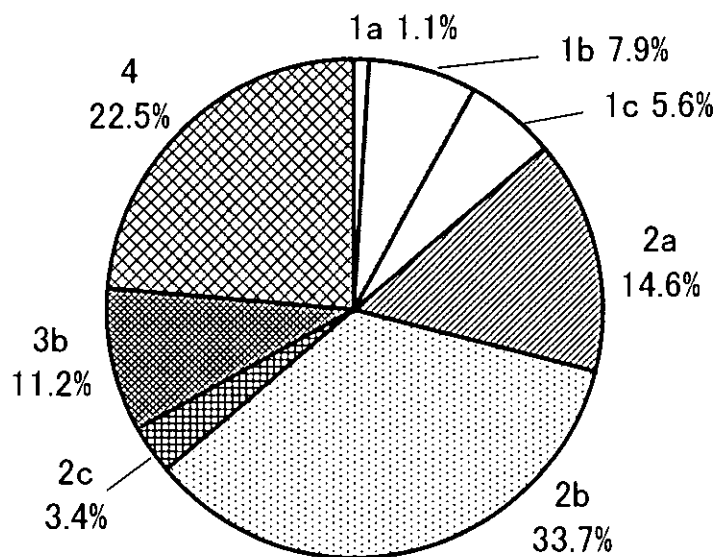


図10

文献の評価 (n = 89)



文献チェックシート

記入日: 2004年 月 日 記入者:

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|
| 文献番号 | | <input type="checkbox"/> 欧文 | <input type="checkbox"/> 和文 |
| I. デザイン | | | |
| <input type="checkbox"/> 自験 | | | |
| <input type="checkbox"/> モデル | <input type="checkbox"/> Markov | <input type="checkbox"/> Monte Carlo | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> レビュー | <input type="checkbox"/> Systematic Review | | <input type="checkbox"/> 単なるレビュー |
| II. 方法 | | | |
| 1. 分析法 | 有効性評価 | | |
| | <input type="checkbox"/> RCT <input type="checkbox"/> コホート <input type="checkbox"/> 症例対照 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 2. 対象 | 経済評価 | | |
| | <input type="checkbox"/> CBA <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> CUA <input type="checkbox"/> CMA | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 3. 部位 | <input type="checkbox"/> 予防・検診 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 緩和医療 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 4. 年齢 | 平均値 () 中央値 () 範囲 (~) | | |
| 5. 割引率 | (%) | | |
| 6. 感度分析 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| III. 分析の立場 | | | |
| <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 保険者 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| IV. 結果(最も重要な結果のみ) | | | |
| <input type="checkbox"/> Cost () <input type="checkbox"/> Marginal () | | | |
| <input type="checkbox"/> QALY () <input type="checkbox"/> Cost/QALY () | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| V. 文献のレベル(別紙参照: Economic and Decision Analyses) | | | |
| <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 1c <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b <input type="checkbox"/> 2c <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | | |
| 特記事項 | | | |

文献のレベル: Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence

(May 2001)

| Level | Therapy/ Prevention, Aetiology/Harm | Prognosis | Diagnosis | Differential diagnosis/symptom prevalence study | Economic and decision analyses |
|-------|---|--|--|--|---|
| 1a | SR (with <u>homogeneity*</u>) of RCTs | SR (with <u>homogeneity*</u>) of inception cohort studies; <u>CDR†</u> validated in different populations | SR (with <u>homogeneity*</u>) of Level 1 diagnostic studies; <u>CDR†</u> with 1b studies from different clinical centres | SR (with <u>homogeneity*</u>) of prospective cohort studies | SR (with <u>homogeneity*</u>) of Level 1 economic studies |
| 1b | Individual RCT (with narrow <u>Confidence Interval‡</u>) | Individual inception cohort study with ≥ 80% follow-up; <u>CDR†</u> validated in a single population | Validating** cohort study with <u>good†††</u> reference standards; or <u>CDR†</u> tested within one clinical centre | Prospective cohort study with good follow-up**** | Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses |
| 1c | <u>All or none §</u> | All or none case-series | Absolute SpPins and SnNouts†† | All or none case-series | Absolute better-value or worse-value analyses †††† |
| 2a | SR (with <u>homogeneity*</u>) of cohort studies | SR (with <u>homogeneity*</u>) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs | SR (with <u>homogeneity*</u>) of Level >2 diagnostic studies | SR (with <u>homogeneity*</u>) of 2b and better studies | SR (with <u>homogeneity*</u>) of Level >2 economic studies |
| 2b | Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up) | Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of <u>CDR†</u> or validated on split-sample § § § only | Exploratory** cohort study with <u>good†††</u> reference standards; <u>CDR†</u> after derivation, or validated only on split-sample § § § or databases | Retrospective cohort study, or poor follow-up | Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses |
| 2c | "Outcomes" Research; Ecological studies | "Outcomes" Research | | Ecological studies | Audit or outcomes research |
| 3a | SR (with <u>homogeneity*</u>) of case-control studies | | SR (with <u>homogeneity*</u>) of 3b and better studies | SR (with <u>homogeneity*</u>) of 3b and better studies | SR (with <u>homogeneity*</u>) of 3b and better studies |
| 3b | Individual | | Non-consecutive study; Non-consecutive | | Analysis based on |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| | Case-Control Study | | or without consistently applied reference standards | cohort study, or very limited population | limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations. |
| 4 | Case-series (and poor quality cohort and case-control studies § §) | Case-series (and poor quality prognostic cohort studies***) | Case-control study, poor or non-independent reference standard | Case-series or superseded reference standards | Analysis with no sensitivity analysis |
| 5 | Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles" | Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles" | Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles" | Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles" | Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on economic theory or "first principles" |

Produced by Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes since November 1998.

Users can add a minus-sign "-" to denote the level of that fails to provide a conclusive answer because of:

- EITHER a single result with a wide Confidence Interval (such that, for example, an ARR in an RCT is not statistically significant but whose confidence intervals fail to exclude clinically important benefit or harm)
- OR a Systematic Review with troublesome (and statistically significant) heterogeneity.
- Such evidence is inconclusive, and therefore can only generate Grade D recommendations.
- * By homogeneity we mean a systematic review that is free of worrisome variations (heterogeneity) in the directions and degrees of results between individual studies. Not all systematic reviews with statistically significant heterogeneity need be worrisome, and not all worrisome heterogeneity need be statistically significant. As noted above, studies displaying worrisome heterogeneity should be tagged with a "-" at the end of their designated level.
- † Clinical Decision Rule. (These are algorithms or scoring systems which lead to a prognostic estimation or a diagnostic category.)
- ‡ See note #2 for advice on how to understand, rate and use trials or other studies with wide confidence intervals.
- § Met when all patients died before the Rx became available, but some now survive on it; or when some patients died before the Rx became available, but none now die on it.
- § § By poor quality cohort study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both exposed and

non-exposed individuals and/or failed to identify or appropriately control known confounders and/or failed to carry out a sufficiently long and complete follow-up of patients. By poor quality case-control study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both cases and controls and/or failed to identify or appropriately control known confounders.

- § § § Split-sample validation is achieved by collecting all the information in a single tranche, then artificially dividing this into "derivation" and "validation" samples.
- †† An "Absolute SpPin" is a diagnostic finding whose Specificity is so high that a Positive result rules-in the diagnosis. An "Absolute SnNout" is a diagnostic finding whose Sensitivity is so high that a Negative result rules-out the diagnosis.
- ‡‡ Good, better, bad and worse refer to the comparisons between treatments in terms of their clinical risks and benefits.
- ††† Good reference standards are independent of the test, and applied blindly or objectively to applied to all patients. Poor reference standards are haphazardly applied, but still independent of the test. Use of a non-independent reference standard (where the 'test' is included in the 'reference', or where the 'testing' affects the 'reference') implies a level 4 study.
- †††† Better-value treatments are clearly as good but cheaper, or better at the same or reduced cost. Worse-value treatments are as good and more expensive, or worse and the equally or more expensive.
- ** Validating studies test the quality of a specific diagnostic test, based on prior evidence. An exploratory study collects information and trawls the data (e.g. using a regression analysis) to find which factors are 'significant'.
- *** By poor quality prognostic cohort study we mean one in which sampling was biased in favour of patients who already had the target outcome, or the measurement of outcomes was accomplished in <80% of study patients, or outcomes were determined in an unblinded, non-objective way, or there was no correction for confounding factors.
- **** Good follow-up in a differential diagnosis study is >80%, with adequate time for alternative diagnoses to emerge (eg 1-6 months acute, 1 - 5 years chronic)

http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp

がんの医療経済とその研究基盤の整備に関するアンケート
 (がん臨床医対象 回答数 n=1717)における自由意見の詳細

| | |
|----|--|
| 1 | 小児の場合、小児慢性疾患で患者負担がないため、あまり問題になりません。 |
| 2 | ①予防重視 ②自己責任 の立場で、国民全体の意識を高める必要があると考える。 |
| 3 | がん医療は高額となる治療が多いので、このような研究は是非とも必要と思います。 |
| 4 | 治療に関するグローバルスタンダードの確立と、その中で Pt に対し費用効果を明示し治療をする方向にもっていく。 |
| 5 | 在宅緩和ケアをすすめるにあたり、介護保険の対象とならない年代層での経済的負担が多く、ひとつのネックになっております。 がん医療における経済的なアンバランスの実態と是正等もテーマにはなりません。 |
| 6 | がん医療の経済的側面については余り考えたことがなく、check できないところが多くあります。 |
| 7 | 末期癌では 1 例 1 例大きく異なるので、評価はなかなか困難と思います。 |
| 8 | がん医療といえども、経済的になりたないものは継続できない。 経済的評価は重要と考えています。 |
| 9 | 今後、限られた医療支出の中で、いかに有効な治療法を選択するかが大変重要と考えますので、研究の発表を期待しております。 |
| 10 | コスト面での効果を重要視すると適切な治療ができなくなる場合があるのでは。 End stage での治療とガンそのものの治療とを区別する必要があると思うが。 |
| 11 | 効果のない抗癌剤などを do something として行うことが多い。 CUPS に対して意味のない検査が多い。 |
| 12 | 医療者として経済的評価をすることは困難であり、専門家の育成が必要と考えます。 |
| 13 | 医療経済について考えたことがないので、ほとんどの言葉が初めてのものでした。良い回答ではないと思いますが、悪しからず。 しかし、今後はこういった側面にも目を向ける必要を感じています。 |
| 14 | 医療費の問題と密接に関連があります。皆保険か自由診療かです。 いずれにせよ無駄な治療は淘汰されるべきです。 |
| 15 | がん検診の有効性に関する課題を明らかにするため、経済的評価の情報を国民に開示すべきと考えます。 |
| 16 | “がん医療の経済的評価”という言葉自体も一般的でなく、漠然としたイメージしか湧きません。しかしながら、方法論はよくわかりませんが、今後の医療において、一定の経済的評価は医療の効率化を進める上で必須と考えます。 |
| 17 | 基本的に最も重要なものは情報公開である。情報公開によって国民が判断した方向性にもっていくことが大切と思う。 |
| 18 | 用語の理解が不十分で、アンケートに十分答えられなかった。 医療経済により関心をもつためには、小冊子・解説用パンフレットなどがあると助かります。 |

| | |
|----|---|
| 19 | 臨床家は、特定のがんで治療法 A と B の効果の差と A と B にかかるコスト差を勘案して治療法を決定する。現在の保険医療体制ではコストが高いがその割に効果が大きくない治療法は避けられる。しかし自由診療が認められれば大きな変化があると思われる。医療経済は医療体制に依存している。 |
| 20 | 患者の QOL の維持、向上を考えるだけで精一杯の現状であるが、将来的に限られた財源の有効利用を考える必要がある。 |
| 21 | 患者さん、家族は経済的な負担を理解しないでなんでもやろうとする。いまだに医療は“ただ”という考え方をなくしてはいない。今後、経済的評価を行うのであれば、患者・家族の考え方を理解してあげないといけない。 |
| 22 | 症例数がもともと少ない疾患に対して分析を施行する際の困難性。経済分析ができるかどうか疑問がある。 |
| 23 | 将来的に広く普及する、安全で安価な進行がんに対する治療法の開発を、現時点で予算を充分にとって行うことが、国家的見地として重要である。 |
| 24 | 患者状態の把握・評価の標準化の設定 ≒ 分別 |
| 25 | がん医療の経済的評価自体、日本の現状では意味が無いと思います。患者が望まないことが多いのと、安価な治療を望んでもほとんど不可能と思われる。 |
| 26 | がんの臓器、細胞の種類、病勢など、分析あるいはモデルの作成には緻密な項目の設定が望まれる。ステレオタイプに決定するのは誤解を生じたり、診療の進歩にさしさわる懸念がある。一方“がん”の弱味につけこむような医療機関もありうるのが現実であり、“コスト”という概念を医療界にうえつけるのは必要。 |
| 27 | 欧米の論文では経済的評価も出ていますし、学会からの Newsletter でもそのような話題が高いのですが、日本ではほとんどありません。頑張って調査していただきたい。 |
| 28 | 現在のところは保険制度のおかげで cost-effectiveness をあまり気にしないで intention to treat で行っているが、今後包括医療になるとどう変わるか危惧している。 |
| 29 | 1 については、治療によりなおる患者、なおる可能性がかなりある患者、なおる可能性がある程度ある患者、なおる可能性のない患者によって、臨床面、QOL 面、経済面の重要度はかなり異なる。 |
| 30 | 医療サイド (Dr. Ns. ケースワーカー) が患者様や御家族に診断・治療・予後についての説明に際し、他疾患と異なり、質・量(時間)及び特別な配慮を必要としますが、保険請求に際しもう少し多く配慮してもよいのでは? (現状でも管理料をみとめられていますが) |
| 31 | きめこまやかなステージ分類を専門に行う者をおき、統一した治療成績データベースと、保険診療のデータとを照らし合わせる。もとのがんとひとことにいっても様々な段階にあることがネックになっていて指標が作れない。 |
| 32 | 本評価を行う場合、様々な因子が存在する。したがっていくつかの一定条件のもとで行わないと、不可能ではないかと考えます。 |
| 33 | 無駄な治療(多くは化学療法)、無益な治療を見極めるボーダーライン、EBM を各学会で設定すべし。 一応の各 stage pt. の back ground を考慮したクリニカルパスに準じた治療法を確立して実行すべし。 |

| | |
|----|---|
| | し。経験のみに頼ったさまざまな治療が、さまざまな施設で行われているのが日本の現状。 |
| 34 | 医療を包括的に進歩させる上で、あらゆる医療行為の“Log”を取ることが重要です。本格的な電子カルテの開発・普及が最も効果的な経済評価の基盤と考え推進しております。 |
| 35 | 経済的評価の元になるデータベースが不完全なため分析も困難。 基本には疾患ごとの原価計算に基づく費用管理が制度化されることが前提となる。 |
| 36 | 諸外国に比べ、医療費が安いと、治験に参加してくれる患者さんが少ないのではないかと思う。 |
| 37 | 患者が費用意識を明確に持つべき。 医療者側が費用意識を明確に持つべき。 なんとなく、できるだけ医療として流れており、経済的責任の所在がない。 |
| 38 | きびしい経済状況の中、がん治療の経済的評価は必要かもしれないが、机上の理論により、現場の治療に制限が加えられる可能性が大であり、慎重な態度での分析が必要だと思います。 |
| 39 | 経済効率のみを至上とせず“誰のための医療か”に立脚した経済的評価を行う(日本型の)必要があると考えております。 |
| 40 | 一般的な経済的評価は非常に難しい。年令、がんの種類によって、大きく作用されるから。 |
| 41 | 発生率の低いがん(特に肉腫)についてのデータベースの確立。 |
| 42 | まず1つの病院のがん患者について、経済的評価を行うべきであろう。 |
| 43 | 今後、医療費の患者負担分の増加もあり、研究を進めていくべき分野だと思います。また、得られた研究成果が、できるだけ多くの医療従事者が知るところとなるような、情報の広め方も重要だと思います。 |
| 44 | 今後、高価な分子標的薬剤が臨床に多く使用されると思われるが、現在では病名さえ clear すれば自由に使い、costが大きくなると思います。有効であるならば問題はないですが、無効な場合は早目に修了するなどの対策が必要になると思います。 |
| 45 | わが国の特殊な保険制度の中での経済的評価は単純に欧米と比較できないので、分析が難しいと思う。 |
| 46 | がん患者に対する細やかな医師の説明にかかる長時間の診療に対する診療報酬はないため、この費用も考慮に入れなければならないと思う。 |
| 47 | 学会でもっと経済的評価についてとりあげてほしい。 |
| 48 | 非常に大切になってくるテーマと考えます。ただ、本邦において、がん医療の効果を評価する場合、臨床面、QOL については、患者や家族に理解してもらい易いが、経済面を理解いただく、即ち、極めて高価である治療法に比べ、やや効果は劣るが安価な治療法をどう考えるかは難しいのが現状ではないかと思えます。 |
| 49 | まず第1に自分さえよければという国民(特に老人)、医師の意識、票を意識する政治屋、利権にしがみつく行政の意識が変化しないと無理でしょう。一度、医療はパンクした方が早くよくなるかも知れません。 がん治療を受ける側、患者の選択の自由度をもっと上げるべきだと思います。 |

| | |
|----|--|
| 50 | 医療機器・薬価など医療産業にくらいついている数多くの分野が、経済的評価といわれる考え方を100%左右している。視点をそちらに向けての調査が必要。原価を限りなく0に近づけてはじめて比較出来るのではないか。 医療機関が金儲け第一と考えているならば、経済面での治療効果が第一ということになる。 |
| 51 | がんが未だ「治らない」ことが多いので臨床的な面が重要になるのはやむを得ない。治るがんが増えれば、相対的に臨床的な面の重要性は下がっていくと思われるが、現時点で下げることが理想と思われては困るので、1のように答えた。 |
| 52 | 治療方法での経済面の評価は必要で、患者殿の選択の目安となりうる情報が得られれば大変助かると思います。但、包括医療化への動きであれば、色々困った問題が出ると思われます。実際、緩和ケアは包括のため支持療法等を使うと費用面で足がでるので、緩和ケア科が受け付けないなどの問題が現場ではおきています。 |
| 53 | 医師は利益の追求をすべきではないというのが自論ですが、勤務医としては経済効率を考慮しなければならぬのが実情です。 専門家が病院にいて一定の発言権を持つのが良いと考えます。 |
| 54 | 評価の前にある程度の(治療選択 etc、研究者・医療者のゆとりなど)自由度を確保しないと進めないように思う。 現実には医療関係者の犠牲が大きすぎる現状がある。 日本の貧しさを感じるばかりである。 |
| 55 | 医療に使える資源(経済)は有限なのだから、患者さん個々のQOLと費用を考えた、最適な医療が行われることが望ましい。 |
| 56 | 経済面を重視することにより、患者に充分ながん医療を行うことができなくなっている場面がある。しかし同じ臨床効果が上がる治療が2つあれば、当然安い治療が選択されることとなるだろうから、経済的評価は重要と考える。 1は答えにくい質問でした。 |
| 57 | 医療にコストがかかること(コストにより医療に差が出ることもあること)の社会的同意が必要と考えます。 |
| 58 | まず、患者が本当に満足できる終末期医療というものを確立したうえで、次に経済性を論ずるべきではないでしょうか。 |
| 59 | DRG/PPSで“まるめ”になった場合、独立行政法人化後のがん医療に対して、第三者評価機関を設置して各施設の評価法を確立することが経済の効率化につながると思う。 |
| 60 | 患者が社会復帰した時の社会的存在としての評価も入れるべきである。 |
| 61 | 医者が高度な治療技術を苦勞して身に付けてもそれに対する社会的な評価が何もなく、辞めてしまうDrが多数存在し、今後の医療現場の空洞化が心配である。 |
| 62 | がんの医療経済については全くの素人でアンケートにほとんど答えられません。 病理を専門としていますが、申し訳ありません。 2は内容が理解できません。5もわかりません。 |
| 63 | がん医療の経済的評価も大切ですが、そのような問題以前に日本の医療体制をこれからどうしていくのかを国民全体で議論する必要があると考える。 1、いつでも 2、最良の医療を 3、安価に受ける、ことが理想と思いますが、この3つの点を成立さ |

| | |
|----|--|
| | せている国は世界中でないはず。3 つのうちどれかを犠牲にしなければならないと思います。どの 2 つをとるかによって経済的評価の位置づけが変わると思いますが。 |
| 64 | 同一の治療方法でも施設間に治療成績のばらつきがみられ、治療方法に対する評価が困難である。 |
| 65 | 普段あまり深く考えた事がないものですから、このアンケートがお役に立つかどうか自信がありません。 |
| 66 | 医師のコストをどう評価するかが最重要 現在最も安くみられている。 |
| 67 | 小児血液腫瘍を専門としているので、患者さんには直接医療費の負担がかからないため、これまであまり考えてこなかった問題です。しかし、今後はこのような問題に対しても意識を持つ必要があると思います。 |
| 68 | 私はがん医療の専門家ではないので、私の意見は一般医としての考えです。 |
| 69 | 進歩のはやい分野で、治療法に関する評価が確定した時点では、新しい治療法が主流になっている可能性も考えられます。 |
| 70 | 標準治療の確立があつたうえでの、意味がある経済的評価が成立すると思うので、(同じ効果なら安い方が better という意味で)現状でのこうしたアプローチは、重要とは考えられない。 |
| 71 | 今まで小児癌について、日本における経済評価の論文はほとんど接したことがなかった。どの程度重要なのか認識がなかった。 |
| 72 | 非常に難しい問題で、医療者としては治療効果や QOL を優先して治療し、経済面により治療法を左右することは現時点ではあまりないと思います。 将来的にも医療経済上、治療法の選択が制限されないようにしてほしいと思います。 |
| 73 | 大学病院ですが、年間 24,000 あまりの眼科患者中、眼内腫瘍は数例にて、経済的評価が困難です。 |
| 74 | 欧米で既に使用されている薬がなかなか使用されない。早く認可しようと努力しているようだが、あまりにもギャップがありすぎる。無駄な時間が過ぎて適切な治療が遅れる。既に適応された薬でも他の疾患では保険医療ができない。(たとえ欧米でエビデンスが認められていても)頭が固すぎる。 |
| 75 | がん医療は今後コストの増大が見込まれます。現在の“根拠に乏しい支出”を増大させることが必要なのですが、大学医局などでは恣意的な姿勢のままですし、民間はコストのみ優先です。目標を立ててやる(ガイドラインをつくる)ことが必要かつ有効です。提言書をどんどん出して下さい。放射線治療(腫瘍)医として何らかの形で参加できれば幸いです。 |
| 76 | 現在の制度では、個々の医療費がどの位かかるのかわかりにくい。個々の患者で、一目でわかるようなシステムが構築されると意識が高まる。 |
| 77 | 保険診療報酬請求(レセプト)事務を早急に迅速化かつ効率化してほしい。現状のままでは、医療者側が疲弊してしまい、とても医療経済なんてことを考えている余裕はありません。リアルタイムでの電子化と高額医療の症状詳記文書記入などということは廃止してほしい。すなわち、出来高支払い制度をやめ、包括医療費(セット)として制度を改めるべき。 |
| 78 | 日本では最も欠けている点と考えています。 |

| | |
|----|--|
| 79 | 評価は困難のように思います。評価できると考えるのは社会主義ではないでしょうか。 |
| 80 | あまりなじみがなく、お答えになっているか心配です。 |
| 81 | 経済的評価を確認することは重要なことであると考えます。 |
| 82 | 製薬会社がもうけるだけの治療。 アガリクスなどに回っている多額の医療費の是正。 |
| 83 | 癌患者の生存率向上が社会に及ぼす影響を生産年令と非生産年令に分けて考えるべきでしょう。 |
| 84 | 今日までは、経済面にあまり視点をおかず、良いと思われる治療法を極力取り入れるようにしてきました。しかし、日本における医療経済は無限では無いので、各方面にどのように分配していくか再検討が必要と考えます。 |
| 85 | がん医療で、できる限り手をつくすことは、即、経済的評価を無視した治療につながります。しかし、我が国の国民性からすると、この点の理解がなかなか得られません。診断・治療法を経済面からも評価して、ガイドラインを作成することが早急に必要です。 |
| 86 | 家族の負担が現時点では評価されていない。ぜひそういった点も明らかにしてほしい。 |
| 87 | 患者に feedback 可能な data を。 |
| 88 | 医療費のコスト削減が声高にいわれ、包括評価導入という政策変更が進行している現在、単なるコスト評価だけでなく、病気の研究成果や患者の満足といった効果も含めた経済評価が重要であると考えます。またそのための評価法を検討する必要が有ります。 |
| 89 | 実際にほとんど気にしないでやっていますし、一番は金に糸目を付けないことが理想かと思います。 |
| 90 | 決定的な根治方法がない現在において、cost だけが重要視されるのも問題かと思われます。逆に不必要な ope、化学療法ではなく QOL を最重視した care(ホスピス、etc.)の充実も急務かと思われます。 |
| 91 | 治療効果の不確実、不確定な癌に対する高額な抗癌剤の投与に大きな疑問を感じます。 |
| 92 | 医療と経済は確かに考慮する必要があるが、経済的評価(お金)を気にするばかり、少数の患者(Rare case など)が、医療現場において犠牲になるのではないかと、非常に心配である。公的病院ほど経済性を度外視した研究医療が必要ではないか。 |
| 93 | 臨床研究を行う上で、ヨーロッパの EORT のような第三者機関の設置が望まれる。 |
| 94 | 経済的評価の具体性がよくわからない。 |
| 95 | がんの発症年令によって個々の経済状態がちがう(30 代の癌と 70 代の癌が本人にとって全然ちがうこと)。 公的病院で経営改善といわれるが医業収入を上げることはひいては税金(国県)が減少してしまうのだからあまり意味のないことを証明していただきたい。 欧米との比較とその分配。 薬剤料、外資の製薬業の収入がどれくらい海外に流出しているのか。 |
| 96 | がんに限らず(生殖医療、移植医療などを含めて)医師は患者の治療のためという大義があれば、金は湯水のごとく湧いてくると勘違いしている傾向がある。 |

| | |
|-----|--|
| 97 | アメリカの医療経済をそのまま導入することには反対です。アメリカの医療はビジネスであり、日本にはなじみません。日米の中間あたりにソフトランディングすべきかと考えます。 |
| 98 | 明らかに検診の効果のあるものは、自費でも施行の義務づけを行うべきかと思います。進行癌に対する医療費は大きくなるのは当然です。これだけ患者の QOL や自己決定権を重視するのなら、自分で努力している人とそうでない人の医療費の使い方まで分けてもよいのではないのでしょうか。これだけ医療費がふくらみ、限られたパイをうばいあう〇〇主義病院が増える一方なら、そうならざるを得ないのではないのでしょうか。 |
| 99 | 米国式のコストパフォーマンスが主体となる癌治療システムは日本になじまないし、癌治療の改悪化である。 絶対に米国化してはならない。主任研究者はアメリカナイズされず、日本独特の良がん医療を目指すものにしていただきたい。 |
| 100 | 高齢者の増加にともない、治療の適応、特に手術を本人だけでなく、家族もよく考えてほしい。寿命に対する考え、うけ入れが、全般的に希薄。かえって治療をうけない方が QOL を保てることを経済的にも証明できないものか。 |
| 101 | アメリカのようにコストをかなり優先するようになると質的な低下が十分考えられる。治療効果に対する費用(コスト)の関係は大切だが、少なくとも最優先ではないと考えます。 |
| 102 | 治療が下手で、問題を起こせば起こすほど、もうかる仕組みになっているのがおかしい。 |
| 103 | 小生の territory では、ガンマナイフ治療が脳転移に有効であるにもかかわらず、癌治療で無知に等しいレベルにある人が majority である。 |
| 104 | コストと一言にいても薬剤原価から、ホスピスケアの人件費に至るまで数多くのコストがあげられます。また効果といっても精神的満足度をどう評価するのか、治療者側だけでは不十分とも思います。 |
| 105 | 治療効果、QOL、経済評価がどのような関係の中で行われるべきか良く理解できず難しい問題です。 |
| 106 | LK の分野では標準治療がまだ確立されておらず、経済面は二の次になってしまっています。経済面も含めた standard が今後の課題かと考えます。 |
| 107 | これまで、がん医療は、治療成績を重視(患者の QOL を考慮しない)した治療・診療が押し勧められてきた。 今後は QOL 対治療効果を検討した治療が求められるようになるでしょう。ですから、その中で、更に経済的評価を考えるとかなり難しい。極端に言えば、まだそのレベルではない、と言わざるを得ないと考えます。 |
| 108 | がん患者に直面する臨床医としては、本音はコストを無視し、臨床的治療効果と患者の QOL のみを重視したいと思います。コストの算出に、上記の 2 つの factor を客観的に科学的に解析する必要がありますかと思えます。 |
| 109 | “命は地球より重い”なら、コストをいくらかけてもさいごまで治癒をめざすべき。“少しの望みでもあんならやって下さい”という家族に、金のムダとは言えない。経済的評価の確立とそのうけ入れは日本では難しいかも。 |
| 110 | 今後、治療効果と本人の満足度、費用との兼ね合いはますます重要になってくると思います。しかし、がんの場合はいくら費用がかかろうとも少しでもいい治療を受けたいというのが本音ではない |

| | |
|-----|--|
| | でしょうか。(特に根治できない場合。)実際、アガリスクや免疫療法、何百万もするそうですが、はやっています。 |
| 111 | これからの癌治療においては、より高価な機器、薬剤を用いた治療が行われることが予想される。今の医療財政を考えると、これらの高額機器薬剤にかかる費用の自費負担と言うことも考えないといけないのではないか。 |
| 112 | これまで経済面に対する関心が高いとは言えず、これからの厳しい医療情勢を考えると重要度が増してくると思われれます。しかし一方で経済性が強調されすぎると、医療の縮小につながる可能性もあるので、他面とのバランスも十分考慮する必要があります。そのためには各種の治療法の客観的評価を正しく行うべきだと思います。 |
| 113 | まず、明らかに utility 上問題のある治療。 明らかに efficacy に問題のある治療を同定し、行わないようにすることが現在要求されていることだと思います。その先は、急速に進歩しているこの領域でデータを出しても、すぐに陳腐化するでしょう。 |
| 114 | 経済的評価については重要であると思いますが、臨床医の立場からはなじみが少ないこともあり、また、時間的にも余裕がないのが現状です。 |
| 115 | 高齢者、超高齢者の腫瘍と予後のエビデンスが乏しい。特に高齢者の手術にまつわる術式と経済効果についてもデータがないと思います。 |
| 116 | テーラーメイド癌治療に代表されるような実体のない、方法論の確立されていない領域が過大に評価されるあまり実際に大多数の患者の治療に関わっている既存の領域、施設、研究者への研究費の配分がバランスよくなされていない。 |
| 117 | 日本でもついにこのようなアンケートが廻るようになったのかという心境です。米国のように(これは良いとは云えませんが)松竹梅セットが必要な時代になったのでしょうか。State of Arts なら保険 study の治療は治験費でしょうか。 |
| 118 | 大学等の人間はほとんど興味を示していないのではないかと。 |
| 119 | より安く、より安全に、より効果的に、より確実にが全て矛盾なくなりましたのでしょうか。 |
| 120 | 小児科では小児慢性特定疾患という公費負担の制度があるため医師、患者家族共にコストという意識には欠けていると思います。 |
| 121 | 公務員であることより、更に我国の insurance System より今まで、あまり考慮いたしておりません。理想経済面 0%とした点は、Endpoint は QOL を加味した、生存率であり、経済負担は考慮しなくてもよいという社会 System を理想といたしました。 |
| 122 | がん医療に従事する医師、職員の経済的評価を米国の一流病院のものと同じにして計算するべきである。 |
| 123 | がんセンター理論、制癌剤開発とその結果の検証を自己反省と内部告発も含め、歴史的に解明することか。正しい評価の上に大切なものを浮きぼりにするのではないのでしょうか。 |
| 124 | 私の専門は整形外科であり、この分野の悪性腫瘍で治療法がほぼ確立しているのは骨肉腫だけです。その他の腫瘍については経済評価の前に、抗癌剤使用非使用の比較研究も優劣がはっきり残っていると思います。 |

| | |
|-----|---|
| 125 | 専門家が入るべき。 |
| 126 | がん医療に限らず、経済評価を医療面に反映する事は重要でありこれからの医療(限りある財源)にとっては避けて通れない道であり、医師のサイドでも認識がなされなければならない。一方、臨床的には甚だ不良な成績のがん治療もあり基礎研究・臨床研究が継続される現状にあると認識している。 |
| 127 | 治療を選択する場合、患者さんの価値観が各自異なる場合が多いので一般化した議論が難しい。効用分析の概念を説明したとしても、医師を含め理解する、又はさせることが大変である。 |
| 128 | 医師は算術は悪徳医師の代名詞ではなくなったのです。 |
| 129 | 日本の医療そのものが安すぎるため、がん医療にもコストがかかるということをもっと理解してもらう必要がある。他の国との比較などの情報をもっと必要である。 |
| 130 | 大変難しい問題でアンケートに適切に答えられているのか自信がありません。患者さんの立場から考えれば cost が安い方が良いに決まっていますが、米国で私が経験したようなナースの訪問看護システムがあると入院していなくてもかなり費用の節約になると思いますが、そうすると日本の病院はつぶれてしまうでしょうし具体的なよい考えが今浮かんできません。 |
| 131 | 入院費検査費、支持療法すべて含めた解析が必要。さらに交通費その他まで計算要 外来化学療法、入院化学療法の比較が必要。 |
| 132 | 医療は、国の基本的な、経済的な安定のきその 1 つの分野にすぎず、その中で本邦の国民 etc が最大限かつ標準とされる医療を受けられるように研究すべきである。 |
| 133 | 患者さんの初診から完治 or 死亡までの治療・経済効果をしっかり考えないと、国が疲弊してしまう。効果が弱くてもやりたい人もいれば、負担や QOL から望まない人もいる。化療だけでなく、癌の手術(子宮など)でも個人によって QOL が異なる。やはり、質的にも量的にも松、竹、梅のコース分けをして、健康保険で行なう範囲と自費の範囲を決める必要がある。その為にも上記の様な調査が必要だろう。更にもう1つ。「研究」ということではないが、患者の為に診療報酬の請求のできない検査も水面下でたくさん行なわれている。解剖でさえただ働きである。全割の病理検査は標本作製でも 1 日以上検鏡も 2 時間~3 時間かけても診断料は二千元である。小児科の惨状が有名だが医療そのものが慈善事業の状態だと思う。「医は算術」など、ごく一部の話しであり又、経営が成り立たず、倒産してしまえば医療は行なえない。胃癌手術よりクラウンのバンパー修理の方がなんてどうかしている。 |
| 134 | 勉強不足のため、がん医療の経済的評価について十分知識がありません。意識改革が必要とは常々考えておりますが。現在の医療における経済的な無駄、不適切性は早急に解決すべき。しかし、経済性ばかりが全面に出て、患者不在の医療がごく一部で生まれぬか、心配する。 |
| 135 | 患者サイドの経済的評価データによる啓発活動が必要。 |
| 136 | DRG などによって基準化された基本コストが何らかの形で提示されることが必要で、個人負担の区分、割合等、支払われる保障会社を参加させた受益負担の考えを整理すべきだ。 |
| 137 | 経済的評価は患者負担軽減のために使われるべきで、個の医療の質の低下につながらぬような配慮が必要と考える。 |
| 138 | 早期診断法として、PET などが有効などというものがあるが、費用効果についての評価が診断に関する日本の論文には全くないままのものが多い。これは絶対にあらためるべきである。 |

| | |
|-----|--|
| 139 | このアンケート内容はがん医療専門家にとっても難しい内容でしょう。 |
| 140 | 一般的なこととなりますが、日本においてはデータベースの不完全性、不統一性をどこまで厳格に実行できるか、あるいは妥協するかが最大の問題かと感じています。 |
| 141 | どこまでが公的資金、保険でカバーすべきものなのかのコンセンサスが不十分。その意識も足りない。臨床研究に対する患者へのものも含めたサポートが足りず、さらに practice とごちゃ混ぜになっている。 |
| 142 | 我が国では、総じて、治療と無治療群、あるいは異なる治療群間での RCT が極めて乏しく、費用効果分析、費用効果分析などの研究はさらに乏しい。経済的評価も含めた EBM を発展させるためには、個々の癌について、診療上の疑問点を抽出整理し、どちらの治療選択がより費用効果・効用にすぐれるかなど、それに答えをだすための大規模な RCT、費用効果・効用分析を専門医と協議の上企画・立案する機関が必要である。 |
| 143 | がん専門ではありませんが、予防を積極的に評価することはできないのでしょうか。 |
| 144 | 人と金です。重要なのは。 |
| 145 | 抗ガン剤などの有効性に関するエビデンスが少ないので、患者さんに経済面も含めていくつかの治療法を説明するとき、具体的な%が示せないのこまる。 |
| 146 | 無治療がもつとも正しい選択のようにいう Dr は、大キライです。 |
| 147 | 命を金で計るのは好まない。 |
| 148 | 今まで、あまり関心が払われなかった分野だと思う。経済的な裏付けのある、診断、治療法の標準化が必要であると思う。 |
| 149 | 医療の経済的評価は今後の社会情勢を考えると不可欠で避けて通れない問題だと思います。しかし、具体的にどのようにすることが良いのかはわかりません。近年開発されている分子標的薬は高価のものが多く(臨床試験の質をあげれば、コストがかかることは避けられず、メーカー側からすれば当然の結果と思いますが)、どのような使用法が良いのかは大切なことだと思います。example.ハーセプチンの開始時期や終了時期等は、よく悩みます。 |
| 150 | 医療費の高騰が経済を圧迫していることは事実であろうが、その根底の医療自体の質を是正せねばならないと考える。不適切な治療(緩和ケアでよいのに抗癌剤を与えている、など)の横行をチェックできる様な調査はできないか。 |
| 151 | 医療経済自体破綻してきているのに対し、費用の非常にかかる医療行為であるため、経済的な評価を推進していくことは非常に有用なことと考えます。 |
| 152 | 検診なども費用対効果とみるべきだ。 |
| 153 | 現在の日本医療では混合診療を可能にすること。 上記のためには倫理的なサポート体制が必要となる。 |
| 154 | がん患者の性別、年齢により異なる。がんの種類によっても異なる。がんの進行度でも異なる。QOL は個人差がある。 |
| 155 | がん医療に限らず他の医療に関しても経済的評価の手法をひろめていく必要がある。 治療成績の中での QOL 評価をもっと客観的に評価できる指標を EBM にもとづいて構築すべき。 |

| | |
|-----|---|
| 156 | がんに限らず、日本では、治療の経済効果を考える手が少ないので、この面の研究は重要であると思う。しかし、このアンケートの項目は、医療経済の専門家ではない多くの臨床医にとって、むずかしすぎると思う。 |
| 157 | 医師の soft 面の評価 認定専門医制度との Link 等への配慮。 |
| 158 | 予防も含めて評価すべき。 |
| 159 | 1.がん医療の評価は理想的には3者が均等であるべきかと考えます。もちろん、治療効果が満足得られることが前提ですが、私の専門分野の肝胆膵がん、特に膵がんの治療成績は極めて不良で、現時点では臨床面が第1です。60%と書きましたが80%ぐらいかもしれません。 5.については3つ選ぶとのことですが、その他にいくつも重要なものがありそうです。 |
| 160 | QOLを第1に考え、次に経済面を考慮すべきかと思われる。 |
| 161 | がん医療は、現状では、特に化学療法など cost benefit の点で低すぎると考えます。奏効率、生存率が飛躍的に改善しなければ、患者、その家族も納得できないでしょう。 |
| 162 | がん治療におけるエンドポイントを何に置くかによって経済的評価結果は異なると考える。経済分析のガイドラインをまず設定する必要がある。 |
| 163 | デフレ時代だが、安ければいいというわけでない。効果第一であるべき。 |
| 164 | がん医療の経済的評価においては癌の種類、進行度、患者の背景などによって大きな差がでてくるものと思われませんが、少なくとも頻度の高い癌に関しては、現行行われているいくつかの治療法に関し単なる生存率だけではなく、QOLを含めた費用効果研究が望まれると思います。 |
| 165 | 正直のところ薬、検査等の価格は正確に知りません。病院の売り上げを上げるためには念のためということで、CT、MRIを行うこともあるので「経済的評価」の意味すら理解していません。経済的＝病院の利益、患者、国民の負担、政府の適切な予算配分、でしょうか。 |
| 166 | 小児の場合、症例数も少なく、年齢や進行度による差が大きいので評価が難しい。 また、経済的評価とQOLや生存率のバランスがよくわからない |
| 167 | 特に癌性疼痛緩和を含む癌末期医療は、費用はかかるが医療効果としての数字として残らないため、その効果比を評価することが困難と考える。 |
| 168 | 臨床面とQOLとは連動する部分あり、分けて考えられるのか。 |
| 169 | がん医療は人の生死、苦痛に関するものであり、意識、感情も付加される。非常に複雑な体系であり、単なる経済的効果のみで判断すべきものではない。あまりに米国式の考えに追従ことには、不快感を感じる。一方医療コストの際限のない増加は、国の経済全体、一般生活の質の低下を来さないとも言えない。患者のQOLに基き、その改善を来すようながん医療と社会制度の充実が必要であり、新特効薬の開発に対して、国は大学、製薬会社と連携し、ある程度よろこんで国費を投入すべきである。その上で、QOLをふまえた、チェック方式が確立すれば、国民全体の納得する評価ができるであろう。 |
| 170 | 臨床面とQOL面とは違っているのがわからないQOLは臨床面の一部と思うが。 経済評価という定義がわからない。がんの進行状況により経済性をどう考えるかが個々に違う等です。 |
| 171 | がん罹患後の経済をいくら検討しても無駄になるか、非人間的な研究であると非難され兼ねないと思う。やはり、がんにかからぬ予防的研究もしなければならぬのではないかと。非常にむ |