

	ずかしい。
172	評価は誰がおこなうかがわからないと話が進まないと思います。
173	わが国の保険制度下では経済的評価を臨床医が気にすることは皆無に等しいと考えます。
174	施設差あり。治療ガイドライン未設定な範囲では比較しづらいのでは。
175	予防に力を入れるべきだと思います。
176	日本では国民保険と高額医療保障があるため、この研究は難しいと思います。患者に負担がかかって、はじめて患者側が負担と高価を比較するようになるのではないのでしょうか。
177	保険制度 EBM に基づくとされる標準的治療法と experimental な治療への各施設の認識 癌治療施設の拠点化・専門医 どこでも癌治療を行う問題点
178	効果と経済性をねらえば specialized center が 1 番になります。これは各種国際会議での結論です。
179	効果のない化学療法等を漫然と継続する事が見られるが、個人、健保に対する経済的な圧迫は莫大になり、医療経済をゆがめている。
180	臨床医の診断・治療の能力の標準化されていない日本の現状では、経済的評価はさらに難しい問題と思われる。臨床能力の標準化を優先すべきと思われる。
181	がん診療に対する保険制度上の評価に一貫したポリシーがない。 がん診療の評価で 5 年生存での比較しかなく QOL の評価から見た治療効果の比較がない(できない)ので自己満足の治療に陥ってしまう。
182	特に難しい研究内容の分野だと思いますが、今後重要になると思われます。
183	治療効果の evidence が示されれば、費用は高くとも患者は納得してその治療法を受け入れる。経済的評価の前に治療法の評価が優先されるべきと考えます。
184	いわゆる民間療法(代替治療)をどのように評価するのか、公的保険で負担されない部分をどのように評価するのが困難に思われる。表に出るコストだけでない負担も「がん」の場合はあるのではないのでしょうか。現状では情報を開示し、少しでも経済的に優れた方向に向かうようにしていく方法が好ましいと思います。
185	費用対効果をどのような基準(中間生存期間、QOL、抗癌剤および補助薬の費用、人件費、医師、看護師など)で判定するかを決めるのが常に難しいと考える。
186	まず第一に癌の予防に関する知恵と一般に流布することが先決ですし、タバコの害、学会での禁煙、医師らが全開的な禁煙運動を起こすなど。医療経済はその次になります。
187	QOL 向上、および寿命延長に伴う社会的費用効果をどのように出すのか。例えば、癌治療を受けたことで6ヶ月間よけいに生きた場合のコスト算定をしないとイケないと思うが、その評価をどうするのか。
188	用語が難解な所がありました。もう少し素人にもわかる言葉で説明してください。

189	治癒が可能(望める)な病態と、治癒が望めず緩和ケア対応のみの場合に別けた評価が必要だと思います。
190	自分が1年延命できる確率と耐えるべき苦痛と経済的負担から算出する値と、社会的効用(生産性 etc)から出す値などを出して比較することはできるかもしれませんが、どう反映されるのでしょうか。
191	医師法の改正が必要。 生命を助けるために全力を尽くすこととお金のことは相対することでは。 医師は聖職でなく労働者であることを明記すべき。 医療は契約であり、ビジネスである。医師に倫理を求めるのは無理。契約違反したものは刑法で裁くべき。
192	最低でも日本国としての全国での癌個別のデータベースがあり、目安となる発見率・治癒率 etc が定期的に先進され、医療機関が簡単に手入れられる体制づくりが必要。
193	保険診療のもとではむずかしい。 保険外診療を認め患者サイドにもコスト意識をもってもらわなければならないと思う。
194	日頃殆ど考えていない問題提起でしたので正確に回答できていないと思います。また、各用語の基本的意味あいも正確に把握できていません。医療経済に関する最も基本的な入門書、啓蒙書のようなものを御教示頂ければと思います。いずれにしても重要な分野となると思いますので、科学として確立していただきたいと存じます。
195	都市部、郡部のコストに対する意識の違いがあり、また病院格差の違いもあり、一律には評価できない面あり。
196	CRC、Co-medical スタッフを含め、まだまだ人員不足はひどい状況。目にみえない形の経済的投資が少なすぎる。設備、機器等に安易に予算がつき込まれ過ぎている。
197	財源が限られた中で今後医療を行っていくことを考えると、経済面もある程度は気にする必要があるのですが、決してそれが主ではないことを強調したい。
198	膀胱癌に対する膀胱十二指腸切除術は QOL、経済面から意味がない。欧米のように止めてしまおうという考えと、いやまだ学問的追及のためやっという考えが混在する。
199	EBM へ向かうための準備であるとする、これは理想の医療ではないと思います。理想的にはコストが度外視できる(状態)状況が最良と思いますが効率の面からEBMに移行せざるを得ないというのが実状ではないのでしょうか。医療保険制度がある限りは経済面が優先されるべき理由は特に悪性疾患については大きくはないと思います。 現状で保険制度が経済的に破たんする可能性があることに問題があるならば、がん医療の前にけずるべきものがあると思います。
200	経済的評価によって治療法を決めるわけではないが、治療を選択する場合の説明時の1つの材料として考慮されるべきもの。
201	いま、前立腺肥大症を対象に経済効率研究の前向き試験を全国 10 大学で実施しておりますが、前立腺肥大症のような QOL disease の場合は尺度が多くあり(症状スコア、QOL スコアなど)、分析しやすいですが、癌の場合は stage 別に分け、さらに年齢などの因子で外科治療と非外科治療に分かれるため benign disease に比較して困難になると可能性があります。
202	がんの免疫療法についての大規模な検討がなされるべきだと考えます。又、機能性食品等の検討を学会等が取り上げるべき時期ではないかと考えます。患者さんが迷って、大きな無為な経済

	的負担を負い、またそれを利用している人を放置すべきではないと思います。
203	がん医療の経済評価という分野は日本ではまだ多くの臨床家にとっては関心のもたれていない分野である。実際、このアンケート調査にある、cost-effective analysis や、utility analysis、benefit analysis 等の用語について知っている臨床家はほとんどいないのではないかと。私は学会の保険委員を任せられている関係上、多くの学会員と話をしたが、保険診療やコスト意識について理解しているものは少ない。とくに国立病院、国立大学病院関係者はコスト意識が皆無に近いと思う。個人的にはマルコフモデルを使った分析なども行いたいと思っているがデータベースが日本にはない。
204	重要な問題であるが、分析、評価がきわめて困難である。 疾患からみた場合、肺癌の様に予後の悪いものと、乳癌の様に長期経過するもので調査期間が大きく異なる。治療法からみた場合、手術法や、抗癌剤の治療の調整と治療効果の関係を把握する必要がある。諸外国ではわが国の様に検診がおこなわれておらず進行癌が多いし、抗癌剤のコストが高いことや医療費の問題で経済効果を必然的に治療に組み込んでいるが、わが国ではまだ国民の意識が低い。総合的評価は、癌の進行度を含めた外国の医療との比較が参考になるのではないかと。
205	あまり考えた事がないので、的を得たお返事が出来ずすいません。たとえば設問に関してもむしろ“経済面”を気にせず個々の患者の事を考えられれば、より理想的ではないかと、今は思っています。
206	セカンドオピニオンを求めるため、患者は保険証を使って診療を受けるが、これは費用の無駄使い。セカンドオピニオンは患者の自己負担で。健康保険には一定期間同一病名ではロックがかかる必要がある。 上記は患者に不利益にならないよう、病院の実力を一般公開しておく必要がある。
207	医療の現場へ市場原理、競争原理を導入するのであれば、現在の診療報酬に基づく DRG-PPS と併せ医療価格の自由設定(参照価格、オープン価格など)についても論じていただければ、不公平かと思えます。このことも規制緩和と言えるかと思えます。
208	あまり経済的な事を考えて診療を行っていないため、十分には答えられません。
209	治療成績、QOL、コストは別々のものではなく関連している。それらの関連を明らかにしつつ経済面の評価をする必要があると考える。
210	臨床的研究は医療側と被医療側の信頼関係が確立されていれば被医療側の協力は得られると思います。 直接経済効果に結びつかない基礎的研究は企業の協力、あるいは協同研究として行うことしか方法として考えられません。 評価する場合、統計的な評価のみならず、症例対照研究が大切と思われます。とくに高齢者の評価は難しいと思います。高齢者の治療評価、経済評価は全く異なったベースにより検討するのが適当だと思います。
211	治療そのものより高価な支持療法のコストが増大している。 治療法によって検査の項目、回数などに大きな差が生じるので、治療法にかかるコストのみでなし、副作用に伴う支持療法、検査などを含めたコスト計算をすべき。
212	殺生のコスト計算が、殺=生では不変。殺<生度観の育成のための学の在り方を問う。
213	分かりやすい説明書が欲しい。各部門別の病院収支がみたい。

214	<p>専門家(PhDのみならず、stage co-ordinations にいたるまで)の欠如。 大規模 study の fields はあるが、study の design を設定する専門家がないので臨床家は何もできず。</p>
215	<p>がん医療の経済効果には、現在の診療報酬出来高払い制が最大のネックとなっております。また各種医療保険会社の保険支払システム(長期入院→高支払い)も問題があります。 診断・治療法を標準化し、疾患ごとに一括払い方式とすることで医療機関も消費者(患者)の意識も変ると思われます。</p>
216	<p>医療経済研究に関する専門家として、私自身、思いつく Dr.は飯沼先生ぐらいのもので、研究領域がまだよく知られていない。患者さんのがん医療での経済負担は一方的に強いられている様です。臨床医が経済的な面から IC を取ることは皆無です。これは改善すべき点であると考えます。</p>
217	<p>経済的評価で最高と考えられるものが、患者さんや医療機関の選択と一致しない場合が多いと考えられます。</p>
218	<p>今後もっと勉強したいと考えております。</p>
219	<p>がんを根治・準根治・姑息・対症治療に分別しての各経済効果として、治療方法毎に出していただきたい。がんの診断及び follow up についての方法別評価(経済的)も必要かもしれない。</p>
220	<p>抗癌剤は治癒効果がなく、あまりにも高額。抗癌剤の効果を治癒の基準とすべき。</p>
221	<p>年齢によって QOL の評価は変化するものであり、社会的生活の程度をいかに設定するかがインフォームド・コンセントのあり方とかかわり、重要な因子となると思われる。</p>
222	<p>医師は経済的評価をすることが重要なのはわかっていますが、見ない、関心を持たないようにしています。これからの時代は経済的感覚を持ち、どのくらいの収支になっているかを知るべきです。よって簡便確実なる評価法を確立していただきたいと思います。</p>
223	<p>新薬が高価過ぎること。 最近ではほぼ同等の治療効果が得られると予想される場合には高価過ぎる薬剤のため pt に費用の事も話す事が多い</p>
224	<p>がん死が死因の第一位でもあり、それに関連する医療費は莫大なものと考えます。また、全ての人を救えないのも事実です。総医療抑制が叫ばれている現在、医療コストに関する大議論があるべきです。ご健闘をお祈りします。(私個人はもっと医療費があっても良いと思っています)。</p>
225	<p>現在の日本の医学環境はコスト意識が非常に低い。但しそれが許されているのはもともと非常に安いコストで医学が適用されているからである。もっともっと本来医療にお金は必要なのである。質の良いものを提供する。</p>
226	<p>一般病棟で緩和医療にとりくんでいます。治療法の選択において経済的な意味が日本ではほとんど加味せずあいまいな IC の中で流されるケースが殆どで、ジレンマを感じます。経済的評価が標準化され、医師の治療の決定プロセスに加えられるようになることが必要かと思っています。</p>
227	<p>代替医療への患者の支出、生命保険よりの支給を把握せずには研究の評価が下がります。</p>
228	<p>患者に良かれと思って aggressive な治療をして結果が良くなかった場合、後から家族に強いコストについて悩んでしまいます。</p>

229	現在ある抗癌剤はその効果がかんばしくないのにもかかわらず、かなりの医療費となっている。治療効果にみあった投与方法、治療のレジメンを考えることが経済的評価につながると考えます。そのためには診断、治療の標準化が必要と考えますが、がん患者は同じ病気でも同じような反応を示す訳ではないので、標準化はかなり難しいし、実現できにくいものと思われます。EBM が必ずしもあてはまらないし、あてはめるべきものではないのではと考えます。もし EBM をやるとしても、外国での EBM をもちこむのではなく、日本人のがんの EBM をつくる必要があると思ひます。
230	放射線治療適応症例において、化学療法よりは効果と費用については優れていると思ひています。 癌性と疼痛(特に骨転移による)については塩モヒ使用前に照射するのが良いと思ひています。
231	経済的評価を治療法選択の材料にする事は現実には必要なのだが、日本の現状では困難である。
232	日本の場合はがんの手術料に比べ、薬価や特定医療材料費が高すぎる。 例えばMSコンチン、デュロテップパッチの薬価、腎がんに対するインターフェロンの薬価(くすり代のみで負担を軽くこんな PT が多数いる)、整形領域での人工関節代(他の国の 3 倍くらいである)。
233	これまでがん医療は治療効果の評価が偏重されているきらいがあり、そのための医療資源の評価はあまり熱心に行われなかつた印象を持っております。これを支えていたのが現行の保険制度であり、定額性になれば、低コストである治療が脚光を浴びることは間違いないでしょう。進行癌では、精巣癌以外に劇的な治療はそうないわけですから。保険制度の変化はこれまでの診療、研究体系を見直す機会になると思ひます。経済的評価はがん医療に限らず、今後の医療の核でしょうから、見守っていききたいと存じます。先生のご研究が益々発展しますことをお祈り申し上げます。
234	保険制度の見直し。 厳格に抗癌剤の使用制限するか、使用範囲を広げるのか。
235	がん医療、もしくは医療全体にもっとお金をかけるべきだと思ひます。
236	それぞれ個々の治療法別の経済的評価は可能だが、併用した時の効果に対する経済的評価はより困難となると思われる。
237	とてもむずかしい問題ですが積極的に取り組みたい分野です。
238	生存率の向上という大儀名分の下に QOL を無視した治療で患者を mislead し経済的にも苦境に陥らせている現実がある。本当の意味に tailor-made 癌医療が望まれる。
239	欧米に比べ経済的評価に対する関心は少ないと考える
240	重要かも知れないが、それが前面に出ることが条件である
241	アンケートにかかれてはいる内容がよくわかりません。例えば費用効果分析と費用便益分析、費用効用分析がどう違うのかチンプンカンプンです。
242	必須だと思ひます。ただ、現在は感情的になる大多数の人々の理解を得るまでに、大変な努力が必要となると思ひます。
243	がんが治る治療法があれば、多少医療費が高くともいとわない、というのが、患者の本音。がんが治る方法がないのなら、QOL を維持し、低医療費で済む治療を望むもの。治らないのに、治るかの如く期待させる治療を行う医療者のスタンスに問題ありと考える。即ち、がん医療の経済的評価

	云々以前に問題がある。
244	がんの進行によりコストも変化すると考えられるのに、病期別のコストを検討しないといけないと思う。
245	5 に追加して、がん医療の経済的評価に関する教育機関の設立、あるいは講座の開設、又は教育システムの整備も必要と存じます。
246	自費診療で行われている民間療法の客観的評価が必要だと思います。資本主義社会である以上良いか悪いかではなく最低限の診療は保障して、その上の診療は値段が異なってもやむを得ないと思います。
247	この問題は、人間の生命を経済的にどう評価するかということになるだろう。価値観の問題をどう考慮すべきかが問題と思う。研究の哲学が問われる。
248	がん医療従事者自身による経済的評価ではなく、外からみた、第三者による評価をしていくべきであると考え。その為には医療経済の専門機関・研究者の育成が重要であろう。
249	QOLを保ったMSTを高める抗癌剤が本当に存在するのかについての検討が必要である。わずかなMSTを延ばす抗癌剤の使用の有用性をどのように考えるのか。1ヶ月～2ヶ月の延長で何百万円の医療費の使用の正当性の有無についての検討が必要である。
250	保険医療を根底から見直すような evidence に基づく医療経済学的評価が可能であれば期待したい。
251	治療成績
252	経済あつての医療制度ですので、この分野の発展に期待しています
253	術後の化学療法の対費用効果を知りたいと考えても、明確な治療のガイドラインがないため困難。ある程度の治療のガイドラインが整備されないと経済的評価までたどりつけないのではないのかと思います。
254	がんに限らず医療の経済的評価とは何なのか。全く知識がなく理解できない。医療の Quality を評価すらできない我国において、cost を評価することができるのか。
255	是非欲しいものである。
256	コストが明確な標準的治療 最先端治療(効果、コスト、副作用がやや不明瞭) 患者が選択することが望ましい
257	現行の保険医療制度下では、評価が困難ではないか。出来高制度では経済的なことを考えることがむずかしい。社会福祉と重なるものは別として考えるべき。
258	一定レベルの評価は必要ですが、がんに対する患者個々の考え方(治療効果を重視するのか、QOLを重視するのか)は千差万別であり、一つの評価に患者をはめ込むことは誤りと考える。
259	複数製薬会社など民間の財源を利用したデータ管理センター、治験センターなどの普及が必要と考えます。
260	何をもって最良の医療とするかについては考え方に個人差があるため、経済的評価をどれに適

	応していくか難しい面がある。
261	自分は、この件についてほとんど無知である。
262	実際に費やされた医療費と保険点数には乖離があるのでこれを混同しないようにすべき。
263	モルヒネ製剤のコストについて、癌性疼痛に使用できるオピオイドの種類が少ない。安価なメサドンの使用ができる様になって欲しい。
264	消化器癌に対し明確なガイドラインが作成されずに、それぞれの機関で、それぞれ加療している状態ではコストの評価は困難かと思う。 又、新たな制癌剤が出現した場合にも、その経済的評価を行うまでに多くの日数が必要となるのではないのでしょうか。
265	医療費の金銭的支出の面に評価をかたよらせず、社会医療を労働力と Employment をふくめた広いワクぐみでの、社会経済的評価が必要。および個人の human right の尊重を無視しない形の評価方法を検討していただきたい。
266	今後このような医療評価を全国レベルで定期的に行う基盤が整うならば、用いたガイドラインの資料とそれに基づく分析評価の結果を適宜関係諸機関(地方行政機関も含めて)に情報提供し、公の意見をその後の動向を調査して、それをまた情報発信してほしい。
267	治療法についてのインフォームド・コンセントは既に行なわれ、Pt サイドからの選択が可能となっているが、それぞれのコストについてのインフォームド・コンセントも追加されるべきだろう。
268	最も難しいことは、命の重さだと考えます。3.でも答えましたが、アウトカムの設定は、難しいと考えます。また基礎となるコストが、診療報酬等の見直しで変化することも問題を難しくしている。
269	各がんについて、治療法および治療成績と費用を総合的に比較評価し、有用と考えられる標準的治療法を検討後決めるべきだと思います。 標準的ではない治療を希望する患者さんもありますが、その場合は保険が適用にならない etc の対策をすべきだと思いますが。
270	「医療経済」という発想・思想を国民に啓蒙することが重要。
271	EBM に基づいたオーダーメイドの治療が理想的であるが、特に頭頸科ではEBMを形成する母集団が協時的につくられたことはない。 又、他癌治療とちがって、嚥下や音声などの QOL の経済的評価は、胃摘後とは比較にならないほど社会的価値がちがうが、これも年齢や立場により差があるため、一人一人に対する経済的評価につながりにくい。 また、がんは全員が治る、全員が数年生存可能との計算ができない所も問題を複雑にしている。
272	日常診療において経済的評価を考えることは少なく、時々患者様から費用について聞かれ答えている程度であった。
273	アメリカのように経済的評価ばかりでの診療には問題があると思いますが、本邦においては医療を行う者、その恩恵を受ける者、双方のコスト意識が低過ぎると思います。
274	現在、患者情報の管理が病院、自治体、厚労省とバラバラであり、統一した登録システムの確立が急務である。データベース化が、大学及び学会等が中心としてシステムを構築していくことが望まれる。

275	安い医療の追求ではなく、無駄な医療(やらなくてもよい医療)を省くことに重点を置くべし。
276	がん予防にも目を向けるべきではないかと思います。重症・末期癌への大量の医薬品投与よりも予防の方がより良いと存じます。
277	がん治療に使用できる、又はしたい薬剤が適応症の関係で保険医療の中で使えないものが多く、経済的評価以前の問題で行き詰まっているのが現状。したがって時に、効果の薄い治療を行うこととなり医療経済上マイナスとなっていると思われる。
278	特にありませんが、興味のあるテーマです。
279	日本の医療制度(現時点)では経済的評価は、難しいものと考えています。質問1について 臨床、QOL、経済は関連しつつもディビジョンの異なる話で、重要度の%を記入するのは、正直、私には、イメージできませんでした。
280	大切な研究と思いますが、今まで経済的評価というコンセプトで仕事をしたことがなく、反省している。
281	末期医療のガイドラインを施して治療の限界以後の出費を抑制できれば、その分、新知見にもとづいて高度先進医療や保険外診療などでの新たな分野で進歩につながる費用として使用できる。
282	アメリカでは早くから、そういった視点からの論文をよく見かけていた。今後、包括化医療に伴い、コスト・パフォーマンスの考え方と医師、個人個人への評価が明らかになってくるだろう。ただ、がんばるのではなしに、どうがんばればよいか、わかってくるのはありがたいと思う。
283	情報開示(治療成績等)が大切。
284	患者は治療の成功が 0.1%という低値でも治療を受けることを選択します。終末期の患者にとって治療を受けることは大きな希望になりますから。外科医も 0.1%の可能性がある時ラディカルな手術を行い、ほとんどの場合患者は死亡しますが、家族の満足は残ります。このような風土は我国特有なものなのでしょうか。「がん医療の経済的評価」とはこの問題に踏みこんでゆくのでしょうか。
285	診断、治療、QOL の確保などのカテゴリーにおけるコストと、達成度を標準化して評価することが重要だと思います。又、緩和ケアなどは他の分野と同一の基準で評価すべきではないと思います。
286	診療報酬、人件費について基本的に見直す必要があると思われる。
287	がん医療におけるエビデンスを意識してインフォームド・コンセントを行うことは、我々一般病院でも当然のこととなった。しかし、経済的評価を組みこんだ IC はこれからではあるが、それ程有効とは考えられない化学療法のレジメが用いられ、高額医療(8 万点以上)となるレセプトをみると、一日も早く抜本的な問題としたい。
288	必要とは思いますが、難しい問題です。
289	重要な研究とは思いますが、基礎研究者からはわからないことが多く、正確な判断ができません。
290	肉腫、骨、軟部腫瘍を専門に行っています。まれな腫瘍の治療についてのデータはほとんどありません。一般に脊椎手術、骨盤手術は手技料 30 万程度、固定材料 100~200 万円と、手技、技術料がきわめておさえられています。(手術時間は平均 12~18 時間) たぶん診療報酬について改善はなかなかおこらないと思います。外国のデータも入手方法がわ

	からないのが現状です。
291	がん医療に限らず、医療の経済的側面は軽視されていた嫌いがあると思われます。勤務医はコスト等を気にする必要性や動機は余りなく、また、お金のことを気にするのははしたないという風潮もあったと思います。
292	日本の様な保険制度の発達した国では、患者側(当事者)の医療費概念は、「生存に対して無制限の治療」は許される、となる。この事は誤りとは言えない。何故なら、効果が得られなければ投入した努力(資金)は全く意味をもたなくなる事が多いからである。しかし、無駄な、即ち効果のない資金投入(Evidence のない治療)をコントロールする必要はある。
293	金沢大学のハーフ療法等を含めて、体眠治療等についても、もう少しデータをあつめて、検討されるとよいのではないかと思います。
294	Dr 側の意識の向上、患者側からのバリアー撤廃
295	10 年程前に各種治療法と QOL、cost-benefit について調査したことがあるが、その結論評価については難渋したことを思い出します。研究に期待しております。
296	眼科での悪性腫瘍の場合、関連する脳外・耳鼻・口腔外科などに頼ることが多く、このような経済的な面での考察は、大切だと思っておりますが、このアンケートのお役に立てられないのが現状です。他科との連携を通じて、もっと情報が得られるよう検討したいと思っております。
297	わが国は、医療保険で評価されているが、実質的な費用を反映していない。また、治療成績についても、必ずしも統一されたデータがない。さらに、患者が受ける利益とリスクの比較もできていない。心情的にはできる限りの治療は行いたい、今日の経済的事情を考えると、対費用効果を考えるべき時期に来ていると思う。といっても米国民が必ずしも優れていると考えるべきでない。
298	治療面だけでなく予防(検診 etc)の効果についても評価を行って欲しい。 医療の質に対する基準が必要。
299	大変、重要な内容と認識しております。研究デザイン、データ管理、評価には、医療従事者以外の専門家の参加と十分な投資が不可欠と考えます。
300	日本では癌検診の予防・効果について評価がでたらめである。 肺癌検診や乳癌検診の費用(対)効果について更に公表し、予算の再分配を厳密にすべし。 難治癌に対する外科治療についても医療経済的評価をすすめて、開示して欲しい。予後不良癌に対する無理な手術治療が高額医療の原因になっている。
301	生命に対する価値観を重視しなければ、「がんになったら早期に死んでもらった方が安上り」などという結論が出かねない。
302	現在の日本の医療環境の中では RCT を行う環境が整っていない、本当に経済的にも患者の RCT の協力もらえない状況である。これらの点から、どの治療が本当によいかという分析を得られるのは難しいのではないと思われる。又、ガイドライン化を進めてしまうと、日本の医学そのものが、低レベルのものになる可能性が高くなり、さらに包括化(医療費)をしてしまうと患者のニーズにあった治療を行えなくなる可能性も出てくる。総合的に考えると、保険医療+患者の希望される治療は、自費でも可となる保険制度をとってもよいのではないかと考えている。
303	がん医療の評価を臨床面、経済面、QOL 面で分けて考えるのは難しいと思います。広い意味での QOL を最も大事にすべきと思いますが、QOL 改善には臨床面、臨床効果改善が大きく寄与すると思われます。そこで、どちらかを選択することはできないのではないかと思います。経済面に関

	しては、治療において他2者に差がないと考えた段階で考慮するのが妥当ではないかと考えております。
304	がん医療の経済的評価から、国に対しての財源の確保です。臨床的に最高の質のがん医療の経済的評価が必要です。
305	有効な薬剤なら自由に使える方が良くと思う。しかし、有効性が実証されていない薬が多すぎる様に思います。
306	Standardな治療体系(生存率、QOLmax.)の確立と、それに必要なコストの標準化を出せば、経済的評価は基本線が出る。
307	私は社保の審査をしておりますが、当院外科の通常の胃Caの手術ですと、手術～術後までの通常の診療報酬が120万円程度です。年に何回かしか同様の手術をしない施設での報酬は、150万円前後です。これは長期の抗生剤投与、輸血、低蛋白血症と称しての血液製剤の投与、肺炎必発による薬剤投与、30年前の術後管理の各種止血剤、多量のビタミン剤、術後肝機能異常としての強ミノCなど無駄なことが多いためです。
308	医療システムの問題点とあわせて評価してもらいたい。
309	全ての疾患において、標準治療のガイドライン コスト開示が必要
310	がん登録をすべてする。 治療プロトコルを作り、一定期間それで治療し、結果を分析する。 日本を地域別に区分し、一定のプロトコルでの治療をする。
311	常に経済的評価をあらゆる医療に導入しムダな検査、治療をなくすことが必要。
312	がん治療に伴って行われなければならない臨床検査(X-線、CT、MRI、血液検査など)をどこまで認めるかが問題で、比較検討するための基準を設定すべきだと考えます。
313	がん登録のデータベースはいくつか存在するが、治療成績、コストまでの評価ができていないのが現状である。
314	白血病などでは、ある一定の効果を求めれば、経済的な部分には目をつぶるしかないでしょうし、消化器癌などでは費やした処方や経済的負担が効果に見合うだけのものとも思えません。悪性腫瘍とひとくちに言っても、原発巣ごとに本当に必要なコストや診療報酬は大差あると思います。
315	最近、未診断の肺腫瘍症例が増加しており、VATS 術中肺生検にて診断し悪性であれば葉切除等を行っています。VATS での部分切除で stapler を数回使用し、さらに葉切除にて stapler を使用します。このことによる stapler の使用度が増加し手術費用増大の一因となっています。
316	保険診療を念頭にむけた場合(医学的に正しくても、)経済的評価の内容が、修飾されてしまう。診療システムを外しても共通な基本的評価があるとよいのですが。
317	全ての患者に等しく医療を行うという発想は「福祉」の考え方である。福祉は社会保障のひとつとして行政側が国民に対して提供を約束したものでありながら、財源不足を理由にそのやりくりを医療現場に押しつけ、現場での収支で経済的評価をつける考え方には矛盾がある。 「医療資源の有効活用」の中には「配分する」という意味が含まれ、患者や疾患に対して比重を設定することになり、「平等ではない医療」を実行することを意味する。がん医療の経済的評価はそのための道具となるから、その正確さが要求されるであろう。

318	公的病院(特に国立)では経済意識が低いと思われ改善が必要と考える。
319	経済的評価の必要性を認識してもらうため、医療保険制度を現在の出来高払いから定額性にあらためるべきです。
320	医療の財源が有限である以上、がん医療においても効率的な財源の分配が必要である。したがってがん治療の経済的評価は今後ますます重要になろう。
321	現状では、経済面が十分考慮されているとはいいがたいが、経済面で制約されている点は多々ある。何が不足していて何が過剰なのか、いいかげんな保険審査にまかせておかないでしっかりと議論すべきである。
322	十分な知識がないため、満足のいく解答になっていないと思いますが、少しでも、御参考になればと思いお答えしました。一番の問題は各治療法がどのくらいのコストがかかるかが一般の人に理解されていない点にあると思います。また、医者である私も、臨床経験がないため全く、無知に近い状態です。大学では新規抗癌剤のコストを研究費から出すこともよくあるようですが、そういったことが患者のためにはなるとはいえ、一層経済的評価を不透明にしているように思います。情報の開示、透明化が必要と考えます。
323	QOL の良い生存については、個人の価値観に大きな差があると思われるので、これをどのような指導で表現するかが極めて困難ではないでしょうか。
324	新しい臨床プロトコールでの薬剤に保険の対象外のものが多くて困る。別の基準(新薬等の使用に関して)があればよいと考えます。
325	短期入院を推奨する現在の厚労省の「治らないがん患者は死んでしまえ」+「まじめに医療をやる病院は潰れてしまえ」政策下での質の確保は、医療担当者が如何にサービス残業等をするのが良心のみによって支えられているかが現状と思う。
326	現在まで、日本のがん治療に関しては QOL、経済評価より論じられることはなく、是非とも QOL を考慮した経済的評価を行っていただきたい。
327	がん患者に経済面を考慮した治療は申し訳ないと思います。保険制度の相互扶助の精神で全体として一定の治療を行いたい。現時点では製薬会社などの営利目的で薬剤など高価過ぎるのではないのでしょうか。また、保険制度も必要ない利用もあると思うので、社会制度と国民意識の改革が必要ではないのでしょうか。(医師のもうけ主義も問題かもしれません。)本当に難しい、重い、問題だと思えます。 経済面を全く無視している訳ではありませんが、余り考えずに仕事をしています。(無駄な治療は出来るだけしないようには心掛けています)。
328	現在 一般病床、緩和ケア病棟、慢性期病床に分けられており、緩和ケアでは定額性となっているが、一般的に見ると、コストをおさえる治療が行われている。患者の QOL はコストの次となっているのではないかと思われる。
329	コストの話を患者さんに理解していただける環境が日本では整っていないと思います。
330	自由診療の拡大も含めて、患者本人がいろいろセレクト出来るシステムが理想と考える。
331	国の経済が問題であれば、まず国会議員の数を減らす(半減)。これができなければ歳費を減らし(半減)、特権をなくす。次にキャリアといわれる国家公務員の給料をはじめとした出費を0にする。これくらい大ナタをふって国民の健康を守ってほしい。

332	がん医療内部での経済的評価にとどまらず、他の医療との比較や位置づけも必要だと考えます。
333	予防面の評価が大切だと思う。たばこを売っている店など、がん病院にあってはならない。アメリカのがん死亡率低下の成果に学ぶべきです。
334	たとえ初期治療に費用が高額な場合であっても、治癒率が高く QOL も長期的に良好であれば、良い治療だと思います。
335	まず臨床面での効果が十分に達成されたいうで経済的評価に移る必要があります。
336	「生きていたい」「そのためなら(どんなに高価な治療でも)できるだけのことをしたい、受けさせたい」とう臨床要請のある疾患であり、まず厚生労働省と政府がこうしたことを行う意義と実施手法を国民に明示し、納得をえて行うべきである。
337	治療効果の客観的評価が必要。現在当病院(大学)では、自分の都合の良いように解釈して、都合の良いものだけ学会などで発表している。保険適用外治療薬もそのまま請求しているのが現状。
338	施設による技術格差をどう考慮するかも重要。
339	放射線科です。治療につながらない検査がとても多く、なぜこんなに頻繁に思うこともしばしばです。Ope や chemotherapy の費用がけずれるかどうかは存じませんが、少なくとも検査にかかる経済的な部分はけずることが可能と考えます。また最大限の治療を目指すことが良いことかとも考えます。QOL を考えると、大手術で結果的に長々ベットで生活することが高齢者にとっていい結果をまねくか、そこらへんの線びきがもっと考えられてもいいのではないかと思います。またもっとホスピスが発達すべきと思います。

厚生労働科学研究費補助金（がん克服戦略研究事業）
「がん医療経済とその研究基盤の整備に関する研究」
(H15-がん-023)

総括・分担研究報告書（平成15年度）

発行責任者 主任研究者 濃 沼 信 夫
発 行 日 平成16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 022-717-8126～9
F A X 022-717-8130