

月未満の再発ではプラチナ抵抗性と判断する。プラチナ感受性再発がんについては、プラチナ製剤を含む併用化学療法を行うことにより延命効果が期待できる。現在までにいくつかの臨床試験で、TFI 6か月以上の再発がんに対するプラチナ+タキサン併用療法の有効性が示されている¹¹⁾。プラチナ抵抗性卵巣がんに関しては、予後は不良であり延命よりも症状緩和、quality of life (QOL)の維持を第一に考える必要がある。多剤併用療法が単剤療法より勝るという報告はなく、また化学療法による副作用が患者のQOLを障害するリスクもあり、単剤による治療が基本となる。薬剤選択の基本は初回治療と交叉耐性のないものを選択することである。パクリタキセル、トポテカン、リポソーマルドキソルピシン、ゲムシタピンなどが選択される¹²⁾¹³⁾が、いずれも奏効率20~30%前後であり、治療効果には限界がある。

子宮体がん

子宮体がん治療における第一選択は外科手術であり、手術不能例に対しては放射線療法あるいは化学療法が施行される。術後補助化学療法には化学療法、放射線療法、化学放射線療法があり、いずれの治療法を優先するかは結論は出ていない。それは、日本と欧米間で選択する術式に差があること、術後治療に関しては欧米では放射線療法が中心であるのに対し日本では化学療法が行われることが多く、欧米のエビデンスをそのまま日本で適用することができないことが原因としてあげられる。今後の標準治療の確立が急がれる分野である。本稿では、進行再発がんに対する化学療法、また術後補助療法としての化学療法、放射線療法について概説する。

子宮体がんにおいては、プラチナ系製剤のシスプラチン(CDDP)、アンスラサイクリン系のアドリアマイシン(ADM)がkey drugである。進行再発子宮体がんに対するADM 60mg/m² 3週ごと投与とAP療法(ADM 60mg/m²+CDDP 50mg/m²) 3週ごと投与を比較したランダム化比較試験では、AP療法がADM単剤療法に対し奏効率が42% vs. 25%、無増悪生存期間中央値が5.7か月 vs. 3.8か月と有意に優れていた(GOG107試験)¹⁴⁾。ま

た、ADM 60mg/m² 4週ごと投与とAP療法(ADM 60mg/m²+CDDP 50mg/m²) 4週ごと投与を比較したランダム化比較試験では、AP療法がADM単剤療法に対し奏効率が43% vs. 17%と有意に優れていた(EORTC55872試験)¹⁵⁾。これらから、AP療法が再発進行子宮体がんにおける標準治療となった。近年、タキサン系薬剤も注目されるようになり、GOG177試験¹⁶⁾においてTAP療法[パクリタキセル(PTX) 160mg/m²+ADM 45mg/m²+CDDP 50mg/m²+G-CSF併用 3週ごと]、GOG163試験¹⁷⁾においてAT療法(ADM 50mg/m²+PTX 150mg/m²+G-CSF 3週ごと)が試みられたが、毒性、耐用性の面からタキサンを含むレジメンがAP療法に取って代わることにはならなかった。現在、より副作用の軽度なパクリタキセル+カルボプラチン療法(TC療法)の検討がなされ、以前の第II相試験で奏効率62%、無増悪期間中央値15か月、全生存期間25か月と良好な結果が得られており¹⁸⁾、現在GOG209試験としてTAP療法とTC療法の比較試験が進行中である。

術後補助療法については、治療適応をまず決定することが重要である。手術による適切な進行期の評価を行った後、表1で示すような再発リスク因子を判定する。中リスク以上が術後補助療法の適応となる。

術後放射線療法については、Post Operative Radiation Therapy in Endometrial Carcinoma (PORTEC)のランダム化試験では子宮全摘出術、両側付属器切除術(リンパ節郭清はせず)を施行したI期で中リスク以上の症例を対象とし全骨盤外部照射群と非照射群を比較したところ、5年骨盤内再発率および5年生存率は4% vs. 14%および81% vs. 85%で、術後放射線療法は骨盤内の再発制御には有用であったものの全生存率の改善には寄与しなかった¹⁹⁾。また、GOG99試験は子宮全摘出術、両側付属器切除術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清を施行したIb~Ic期、IIa~IIb期を対象に全骨盤外部照射群と非照射群を比較したランダム化比較試験で、2年骨盤内再発率と4年生存率はそれぞれ1.6% vs. 7.4%および92% vs. 86%と照射は骨盤内の再発には有用であるものの、同様に全生存率の改善には寄与しなかった²⁰⁾。これらの結果から、日本のガイドラインで

表 1 子宮体がんの術後再発リスク分類

低リスク群	<ul style="list-style-type: none"> ・類内膜腺がんgrade 1 あるいはgrade 2 で筋層浸潤 1/2 以内 ・頸部浸潤なし ・腹腔細胞診陰性 ・脈管侵襲なし ・遠隔転移なし
中リスク群	<ul style="list-style-type: none"> ・類内膜腺がんgrade 3 で筋層浸潤 1/2 以内 ・類内膜腺がん筋層浸潤 1/2 を超える ・頸部浸潤あり ・腹腔細胞診陽性 ・脈管侵襲あり ・漿液性腺がん, 明細胞腺がんあるいは未分化がん ・遠隔転移なし
高リスク群	<ul style="list-style-type: none"> ・付属器・漿膜・基靭帯進展あり ・腔壁浸潤あり ・骨盤あるいは傍大動脈リンパ節転移あり ・膀胱・直腸浸潤あり ・遠隔転移あり

は、術後放射線療法は骨盤内再発を減らすが生生存期間の延長に寄与するかは明らかでないとしている。ただし、手術時骨盤リンパ節郭清が行われない場合は、骨盤内リンパ節再発がある程度予想されるため術後の放射線療法が推奨される。術後化学療法に関しては、GOG122試験としてIII/IV期術後症例(残存腫瘍径<2 cm)を対象にAP療法(ドキシソルビシン+シスプラチン)と全腹部照射(whole abdominal irradiation: WAI)によるランダム化比較試験が行われ、5年無増悪生存率が50% vs. 38%, また5年全生存率は55% vs. 52%とAP療法が有意に改善した²¹⁾。この試験の結果より、III期以上の術後再発高リスク患者に対しては、術後放射線療法より化学療法のほうが好ましいと考えられる。ただし、治療関連死がAP療法群で96例中8例(8%), 全腹部照射群で126例中5例(4%)に認められており、毒性に注意する必要がある。化学療法のレジメンとしては、先のGOG122試験から、AP療法のようなアンスラサイクリン系とプラチナ製剤を含む薬剤の選択が奨められる。また、現在JGOG2043として、術後再発中リスク以上の症例を対象とし、AP療法、DP療法(ドセタキセル+シスプラチン)、TC療法の3群による第III相ランダム化比較試験が進行中であり、結果が期待される。

子宮頸がん

子宮頸がんでは、手術療法、放射線療法が治

療の中心となり、化学療法の適応は限られる。本稿においては、Ib~II期における術前化学療法の有用性、III, IVa期に対する化学放射線療法、IVb期、再発がんに対する化学療法について概説する。

Ib, II期の治療法としては、日本では広汎子宮全摘出術が推奨されるが、欧米では根治的放射線療法が無病生存期間や全生存期間において手術療法と差がないとのエビデンス²²⁾から、手術療法と放射線療法は並列したオプションとしている。これは、日本と欧米との手術法の違い、歴史的な背景による。このように手術主体の日本においては、腫瘍径の大きいIb~II期に対して、手術の根治性、安全性の観点から術前化学療法の有用性が検討されてきたが、現時点では予後改善効果は示されていない。まず、術前化学療法+手術療法と放射線療法との比較では、5年生存率および5年無増悪生存率についてハザード比0.65, 0.68と術前化学療法+手術療法が優れるというメタアナリシスがある²³⁾。術前化学療法+手術と手術単独療法の比較としては、JCOG0102試験においてbulky I/II期に対する術前BOMP療法+手術と手術単独の第III相比較試験が行われ、中間解析の段階で全生存期間において術前治療群が劣り、中止となった。本試験の問題点として、用いられた化学療法であるBOMP療法の奏効率が低かったこと、術前化学療法を4コース課していたのが長かったことがあげられる。ま

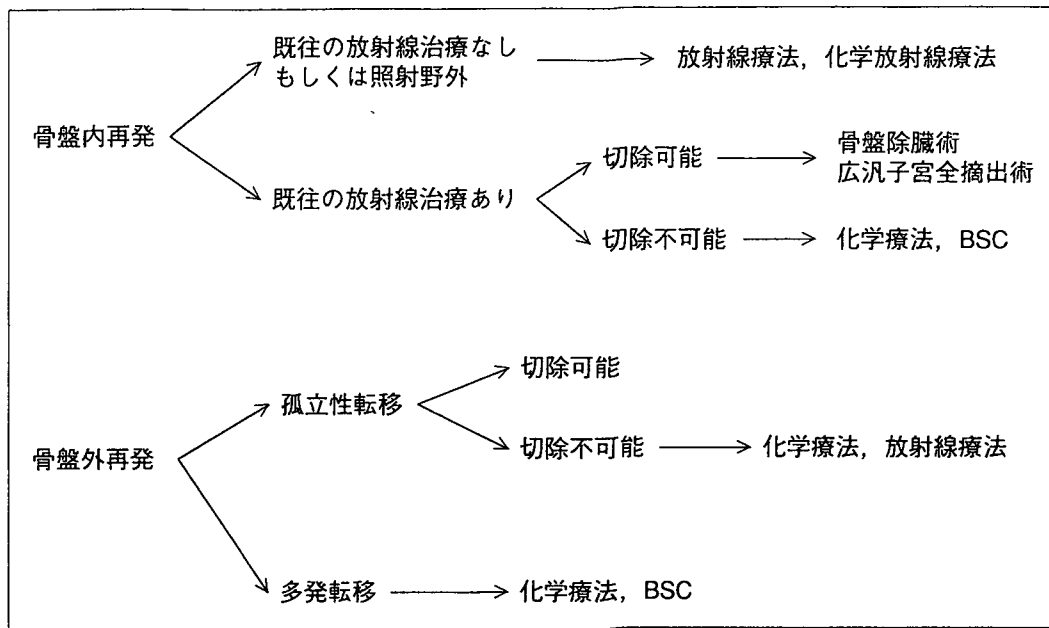


図2 再発子宮頸がんの治療フローチャート

BSC : best supportive care

た、GOG141試験において、Ib期に対する術前シスプラチン+ビンクリスチン療法を行う群と行わない群とを比較した第III相比較試験が行われたが、両群に差を認めず、術前化学療法の有用性は示されなかった²⁴⁾。このように、術前化学療法の有用性は確立していない。また、術前化学療法としてはシスプラチンを含む2剤もしくは3剤の併用療法が用いられているが、レジメンについてのコンセンサスは得られていない。2007年よりJGOG1065試験において術前イリノテカン+ネダプラチン療法+手術療法の第II相試験が行われており、2009年7月にて最終追跡調査終了となった。本試験の結果が待たれる。

III期、IVa期に対しては、同時化学放射線療法(CCRT)が推奨される。これまでに多くの臨床試験やメタアナリシス²⁵⁾が行われ、CCRTが無増悪生存期間、全生存期間を延長し、局所再発率、遠隔転移再発率を低下させることが示された。これらのエビデンスはbulky Ib期からIVa期までを対象としているものが多く、したがってガイドラインではIIb期あるいは腫瘍径が4 cmを超えるようなI期にもCCRTが考慮されると記載している。化学療法はシスプラチンを含むレジメンが推奨される。これまでにシスプラチン単剤、シスプラチンと5-fluorouracil(5-FU)の併用などが試みられたが、GOG120試験ではシスプラチン単

剤(40mg/m² 週1回6コース)とシスプラチン+5-FU+ヒドロキシウレア(シスプラチン50mg/m²+5-FU 4g/m²/96hr 4週ごと2コース+ヒドロキシウレア 2g/m² 週2回経口6週間)を比較したところ、両者で長期予後に差がなく血液毒性が併用群で有意に高頻度であったことから、シスプラチン単剤が標準治療と考えられている。

IVb期は、孤発性の遠隔転移を認めるものから全身転移を認め根治の望めないものまで含まれる。前者に対しては全身化学療法や転移病巣の手術療法、放射線療法が行われる。ただし、遠隔転移をきたした場合には根治は難しく、全身状態との兼ね合いから、緩和医療を検討することも必要である。

再発がんについては、再発部位(局所再発か遠隔再発か)、前治療としての放射線療法の有無、年齢、全身状態により治療戦略が異なる。再発子宮頸がんの治療フローチャートを図2に示す。術後の骨盤内再発で放射線治療が施行されていない場合には、放射線療法により約40%の5年生存率が得られる²⁶⁾。また、化学放射線療法²⁷⁾も試みられ、放射線療法と同等の効果が示されているが、直接比較した臨床試験はない。放射線療法後の骨盤内再発に対しては、追加照射が困難なことから切除可能なら骨盤内除臓術、広汎子宮全摘出術などの手術療法を行うが、手術関

連死が3~5%と高く²⁸⁾、適応症例の検討が必要である。切除不能の場合化学療法が考慮されるが、放射線療法後の化学療法は効きにくいとされており、緩和医療を選択することも視野に置く必要がある。

骨盤外再発については、孤立性転移であれば切除可能なら切除が、切除不可能なら局所に対する放射線療法、同時化学放射線療法が行われる。多発転移をきたした場合は、全身状態が良好で臓器機能が保たれている場合には全身化学療法が推奨される。ただし、化学療法が全生存期間の延長に寄与しているかは証明されておらず、主な目的は症状緩和・QOL向上である。レジメンはシスプラチンを中心とした単剤または2剤併用療法が推奨される。シスプラチン単剤で20~30%の奏効率を示し、またシスプラチン+パクリタキセル併用療法(TP療法)がシスプラチン単剤療法に比較して奏効率(36% vs. 19%)、無増悪生存期間(4.8か月 vs. 2.8か月)において良好であり、加えてQOL低下がなく治療関連死に至る有害事象もなかった²⁹⁾。また、GOG204試験においてTP療法に対しシスプラチン+ピノレピン療法、シスプラチン+ゲムシタピン療法、シスプラチン+トポテカン療法の4群を比較した臨床試験が行われたが、全生存期間において4群間に優位差を認めず、奏効率、無増悪生存率、全生存期間いずれにおいてもTP療法が優れる傾向にあった³⁰⁾。以上から、現在ではTP療法が標準治療とされている。しかし、パクリタキセルは日本において保険適応となっておらず、現在適応拡大申請中である。現在、JCOG0505試験として、シスプラチン+パクリタキセル併用療法とカルボプラチン+パクリタキセル療法の比較試験が進行中である。

おわりに

卵巣がん、子宮体がん、子宮頸がんについて、治療ガイドラインならびに現在進行中の臨床試験について概説した。婦人科がんは手術療法、放射線療法、化学療法による集学的治療が発展しているものの、まだまだ検討が必要な領域も多いことから、腫瘍内科医としてはエキサイティングな分野である。より多くの腫瘍内科医が婦

人科腫瘍に関わり、標準治療の確立に向けて臨床試験を行っていくことが重要と考える。

文 献

- 1) Omura G, Blessing JA, Ehrlich CE, et al. A randomized trial of cyclophosphamide and doxorubicin with or without cisplatin in advanced ovarian carcinoma. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 1986 ; 57 : 1725-30.
- 2) West RJ, Zweig SF. Meta-analysis of chemotherapy regimens for ovarian carcinoma : a reassessment of cisplatin, cyclophosphamide and doxorubicin versus cisplatin and cyclophosphamide. *Eur J Gynaecol Oncol* 1997 ; 18 : 343-8.
- 3) McGuire WP, Hoskins WJ, Brady MF, et al. Cyclophosphamide and cisplatin compared with paclitaxel and cisplatin in patients with stage III and stage IV ovarian cancer. *N Engl J Med* 1996 ; 334 : 1-6.
- 4) Piccart MJ, Bertelsen K, James K, et al. Randomized intergroup trial of cisplatin-paclitaxel versus cisplatin-cyclophosphamide in women with advanced epithelial ovarian cancer : three-year results. *J Natl Cancer Inst* 2000 ; 92 : 699-708.
- 5) Ozols RF, Bundy BN, Greer BE, et al. Phase III trial of carboplatin and paclitaxel compared with cisplatin and paclitaxel in patients with optimally resected stage III ovarian cancer : a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 2003 ; 21 : 3194-200.
- 6) du Bois A, Luck HJ, Meier W, et al. A randomized clinical trial of cisplatin/paclitaxel versus carboplatin/paclitaxel as first-line treatment of ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003 ; 95 : 1320-9.
- 7) Vasey PA, Jayson GC, Gordon A, et al. Phase III randomized trial of docetaxel-carboplatin versus paclitaxel-carboplatin as first-line chemotherapy for ovarian carcinoma. *J Natl Cancer Inst* 2004 ; 96 : 1682-91.
- 8) Katsumata N, Yasuda M, Takahashi F, et al. Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer : a phase 3, open-label, randomised con-

- trolled trial. *Lancet* 2009 ; 374 : 1331-8.
- 9) Armstrong DK, Bundy B, Wenzel L, et al. Intraperitoneal cisplatin and paclitaxel in ovarian cancer. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 34-43.
 - 10) Harries M, Gore M. Part II : chemotherapy for epithelial ovarian cancer-treatment of recurrent disease. *Lancet Oncol* 2002 ; 3 : 537-45.
 - 11) Parmar MK, Ledermann JA, Colombo N, et al. Paclitaxel plus platinum-based chemotherapy versus conventional platinum-based chemotherapy in women with relapsed ovarian cancer : the ICON4/AGO-OVAR-2.2 trial. *Lancet* 2003 ; 361 : 2099-106.
 - 12) ten Bokkel Huinink W, Lane SR, Ross GA. Long-term survival in a phase III, randomised study of topotecan versus paclitaxel in advanced epithelial ovarian carcinoma. *Ann Oncol* 2004 ; 15 : 100-3.
 - 13) Ferrandina G, Ludovisi M, Lorusso D, et al. Phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in progressive or recurrent ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2008 ; 26 : 890-6.
 - 14) Thigpen JT, Brady MF, Homesley HD, et al. Phase III trial of doxorubicin with or without cisplatin in advanced endometrial carcinoma : a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol* 2004 ; 22 : 3902-8.
 - 15) Aapro MS, van Wijk FH, Bolis G, et al. Doxorubicin versus doxorubicin and cisplatin in endometrial carcinoma : definitive results of a randomised study (55872) by the EORTC Gynaecological Cancer Group. *Ann Oncol* 2003 ; 14 : 441-8.
 - 16) Fleming GF, Brunetto VL, Cella D, et al. Phase III trial of doxorubicin plus cisplatin with or without paclitaxel plus filgrastim in advanced endometrial carcinoma : a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2004 ; 22 : 2159-66.
 - 17) Fleming GF, Filiaci VL, Bentley RC, et al. Phase III randomized trial of doxorubicin + cisplatin versus doxorubicin +24-h paclitaxel +filgrastim in endometrial carcinoma : a Gynecologic Oncology Group study. *Ann Oncol* 2004 ; 15 : 1173-8.
 - 18) Pectasides D, Xiros N, Papaxoinis G, et al. Carboplatin and paclitaxel in advanced or metastatic endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2008 ; 109 : 250-4.
 - 19) Creutzberg CL, van Putten WL, Koper PC, et al. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage-1 endometrial carcinoma : multicentre randomised trial. PORTEC Study Group. *Post Operative Radiation Therapy in Endometrial Carcinoma. Lancet* 2000 ; 355 : 1404-11.
 - 20) Keys HM, Roberts JA, Brunetto VL, et al. A phase III trial of surgery with or without adjunctive external pelvic radiation therapy in intermediate risk endometrial adenocarcinoma : a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 2004 ; 92 : 744-51.
 - 21) Randall ME, Filiaci VL, Muss H, et al. Randomized phase III trial of whole-abdominal irradiation versus doxorubicin and cisplatin chemotherapy in advanced endometrial carcinoma : a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2006 ; 24 : 36-44.
 - 22) Landoni F, Maneo A, Colombo A, et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet* 1997 ; 350 : 535-40.
 - 23) Neoadjuvant Chemotherapy for Locally Advanced Cervical Cancer Meta-analysis Collaboration. Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced cervical cancer : a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 21 randomised trials. *Eur J Cancer* 2003 ; 39 : 2470-86.
 - 24) Eddy GL, Bundy BN, Creasman WT, et al. Treatment of ("bulky") stage IB cervical cancer with or without neoadjuvant vincristine and cisplatin prior to radical hysterectomy and pelvic/para-aortic lymphadenectomy : a phase III trial of the gynecologic oncology group. *Gynecol Oncol* 2007 ; 106 : 362-9.
 - 25) Green JA, Kirwan JM, Tierney JF, et al. Survival and recurrence after concomitant chemotherapy and radiotherapy for cancer of the uterine cervix : a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2001 ; 358 : 781-6.
 - 26) Ijaz T, Eifel PJ, Burke T, et al. Radiation therapy of pelvic recurrence after radical hysterectomy for cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1998 ; 70 : 241-6.
 - 27) Grigsby PW. Prospective phase I/II study of irra-

- diation and concurrent chemotherapy for recurrent cervical cancer after radical hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer* 2004 ; 14 : 860-4.
- 28) Hockel M, Dornhofer N. Pelvic exenteration for gynaecological tumours : achievements and unanswered questions. *Lancet Oncol* 2006 ; 7 : 837-47.
- 29) Moore DH, Blessing JA, McQuellon RP, et al. Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix : a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol* 2004 ; 22 : 3113-9.
- 30) Monk BJ, Sill MW, McMeekin DS, et al. Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVB, recurrent, or persistent cervical carcinoma : a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 2009 ; 27 : 4649-55.

* * *

資 料

資料編

目次

1. がんサバイバーの経済的負担に対する調査	
調査票	225
結果	230
2. 造血系腫瘍および分子標的治療の経済的負担に関する調査	
調査票	245
結果	250

がん診療の経済的な負担に関するアンケート調査

平成 21 年度 厚生労働科学研究費補助金 第 3 次対がん総合戦略研究事業
「がんの医療経済的な解析を踏まえた患者負担最小化に関する研究」

研究代表者：濃沼 信夫（東北大学）
研究分担者：杉原 健一（東京医科歯科大学）
研究協力者：固武健二郎（栃木県立がんセンター 大腸外科）
白水 和雄（久留米大学 外科）
正木 忠彦（杏林大学 消化器一般外科）

<調査の趣旨>

このアンケートは、質が高く安全で、経済的な負担ができるだけ少ない、優れたがん医療の実践に向けた基礎資料を得ることを目的としています。

<お願い>

- このアンケートは、がんに対する手術・抗がん剤・放射線などの積極的治療を1年以上前に終了され、現在フォローアップ中（経過観察・定期検査）の方を対象にしており、受診された医療機関の担当医からお送りしています。
- 日数や金額などをおたずねする項目では、過去の領収書などを参考にしながらお答え下さい。正確にわからない場合は、おおよそで結構です。
- お答えいただいたアンケートは、返信用の封筒でお送り下さい。その際にアンケートおよび返信用封筒にお名前を書いていただく必要はありません。ご回答は統計的に処理されますので、個人が特定されることはありません。また、アンケートに参加しなくても今後の診療などへの不利益は生じません。
- まことに恐れ入りますが、ご回答いただいたアンケートは1週間程度で、ご返送下さい。なお返信用の封筒に切手はいりません。何とぞ、よろしくお願い申し上げます。

<お問い合わせ先>

実施事務局

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45
東京医科歯科大学大学院
腫瘍外科学（大腸・肛門外科）
杉原健一、石黒めぐみ
TEL：03-5803-5261
FAX：03-5803-0139

東北大学事務局

〒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
伊藤道哉、金子さゆり、尾形倫明、伊藤てる子
TEL：022-717-8128
FAX：022-717-8130

がん診療の経済的な負担に関するアンケート調査

1. 現在がんに関してお困りの事がありますか。ある場合は重要なもの3つまで○をつけて下さい。

治療・心身の面	経済的な面	社会的な面
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（下記より3つまで○）	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（下記より3つまで○）	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（下記より3つまで○）
1 再発・転移 2 後遺症・副作用 3 外見の変化 4 気分が落ち込む 5 夜眠れない 6 食欲がない 7 食事に気をつかう 8 排尿・排便 9 その他（ ）	1 医療費（保険診療） 2 医療費（自費診療） 3 通院にかかる交通費 4 民間療法の費用 5 補正具・補装具などの費用 6 介護費用 7 収入の減少 8 貯蓄の目減り 9 その他（ ）	1 家族との関係 2 友人・隣人との関係 3 医師・看護師などとの関係 4 仕事 5 財産 6 趣味・生きがい 7 定期的受診のわずらわしさ 8 医療への依存 9 がん情報の入手 10 その他（ ）

2. 初めてがんと診断されたのは 年 月頃 あるいは 年前

3. それほどの部位ですか。○で囲んで下さい。

食道	胃	結腸	直腸	肝臓	胆のう・胆管	すい臓			
乳房	子宮	卵巣	膀胱	腎臓	尿管	前立腺	精巣		
肺	胸膜	血液	脳	いん頭	こう頭	舌	口腔	甲状腺	
骨	筋肉	リンパ腫	皮膚	その他（ ）					

4. 再発はありましたか。 いいえ
 はい → 年 月頃 あるいは 年前

5. これまでに受けた治療に○をつけ、実施・終了の時期を記入して下さい。

1 手術	実施 平成 年 月頃	現在治療中の方は <input checked="" type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 内視鏡治療（胃・大腸カメラなどによる治療）	実施 平成 年 月頃	
3 化学療法（抗がん剤治療）	終了 平成 年 月頃	
4 放射線治療	終了 平成 年 月頃	
5 内分泌治療（ホルモン療法）	終了 平成 年 月頃	
6 免疫療法	終了 平成 年 月頃	
7 その他（ ）	終了 平成 年 月頃	

6. 過去1年間、がんのフォローアップ（経過観察・定期検査）のために受けた検査すべての番号を○で囲み、回数を記入して下さい。

1 外来診療	回	7 CT	回
2 血液検査	回	8 MRI	回
3 尿・便・喀痰検査	回	9 PET	回
4 単純X線検査	回	10 骨シンチグラム	回
5 超音波（エコー）	回	11 内視鏡検査	回
6 マンモグラフィー	回	12 その他（ ）	回

7. 現在、がんのフォローアップを受けている医療機関の所在地

8. 自宅から医療機関まで通常交通手段について、あてはまるものすべてを○で囲んで下さい。

徒歩・自転車	バス	自家用車	タクシー
電車	新幹線	飛行機	その他（ ）

9. 通院の移動にかかる時間は往復どのくらいですか。

10. 通院にかかる交通費は往復でいくらですか。

11. 過去1年間、がんのフォローアップのための通院回数

12. 過去1年間、がんに関する医療費（保険診療）の自己負担はいくらですか。

外来通院	円
入院	円
在宅医療	円

13. 過去1年間、がん医療に関する公的な払い戻し金はいくらですか。

高額療養費として戻ってきた金額*	円
医療費還付として戻ってきた税金	円

*支払い前に適用の手続きをした場合は、0円と記入

14. 過去1年間、がんに関連した、民間保険（県民共済・かんぽ生命等を含む）に関する金額はいくらですか。

民間保険料として支払った金額	円
民間保険で給付された金額	円

15. 過去1年間、がんに関連した、保険診療以外の支出について、その金額を書いて下さい。

自費診療（保険のきかない乳房再建手術・先進医療など）	円
補正具・補装具など（医療保険の給付以外）	円
家事・ヘルパー費用（介護保険の給付以外）	円
がんに関する本・雑誌・講演会など情報収集の費用	円
その他（ ）	円

16. 過去1年間、がんに関連した医師の処方以外の民間療法などの支出金額を書いて下さい。

ビタミン剤	円	熊笹エキス	円	乳酸菌生産物質	円
ミネラル剤	円	ニンジン（朝鮮人参）	円	コエンザイムQ10（ユビキノン）	円
ベータカロチン	円	イチョウ葉エキス	円	ワクチン（丸山・蓮見）	円
アガリクス	円	ショウガ（生姜）	円	養子免疫療法	円
AHCC	円	ローヤルゼリー	円	漢方薬（医師の処方以外）	円
メシマコブ	円	プロポリス	円	はり・きゅう（医師の処方以外）	円
レイシ（霊芝）	円	コーヒー*	円	マッサージ（医師の処方以外）	円
冬虫夏草	円	緑茶*	円	アロマテラピー	円
青汁	円	フコイダン	円	湯治	円
クロレラ	円	キチン・キトサン	円	気功・ヨガ	円
ウコン	円	サメ軟骨	円	その他（ ）	円

*がんに関し意識的に飲む場合

（上記を推奨するものではありません。）

17. 健康食品や民間療法についての心配がありますか、それぞれ当てはまる番号 1 つに ○ をつけて下さい。

	全く 心配はない	あまり 心配はない	やや 心配	とても 心配	どちらとも いえない
費用負担	1	2	3	4	0
飲み合わせ・食べ合わせ	1	2	3	4	0
きき目	1	2	3	4	0
副作用	1	2	3	4	0
依存してしまうこと	1	2	3	4	0
正確な情報の少なさ	1	2	3	4	0
医師への相談のしにくさ	1	2	3	4	0
その他（ ）	1	2	3	4	0

次ページへ続く

18. がんの経済的負担について、主な情報源は何ですか。それぞれから当てはまるものに○をつけて下さい。

病院（下記より1つに○）		病院以外（下記より1つに○）	
1 担当の医師・看護師など		1 インターネット	6 友人・知人
2 ソーシャルワーカー・事務職員など		2 新聞・テレビ・ラジオ	7 患者団体
3 がん診療連携拠点病院のがん相談窓口		3 雑誌・本	8 行政の相談窓口
4 その他（ ）		4 講演会	9 その他（ ）
5 情報源はない		5 家族・親戚	10 情報源はない

19. がんの経済的負担について、改善を希望するものを3つまで（その他を含む）○をつけて下さい。

- 1 がん医療の経済負担についての正確な情報がほしい
- 2 がん患者への就労・雇用支援をしてほしい
- 3 がん医療の自己負担割合を他の病気より軽くしてほしい
- 4 がん医療費は無料にしてほしい
- 5 自費診療や補装具費用を医療保険でカバーしてほしい
- 6 交通費等の負担を考えると、自宅近くの医療機関でフォローアップしてほしい
- 7 通院のための交通費の割引制度がほしい
- 8 外来治療についても民間保険で十分カバーしてほしい
- 9 医療保険でカバーされない自費診療や補装具費用を民間保険でカバーしてほしい
- 10 健康食品・民間療法の費用を民間保険でカバーしてほしい
- 11 がんにかかっても民間保険に加入できるようにしてほしい
- 12 その他（ ）

20.

現在の年齢	歳	性別	男 女	居住地	都道府県
-------	---	----	-----	-----	------

21. 現在のお仕事について、当てはまるものに○をつけて下さい。

常勤職員	派遣・嘱託	パート・アルバイト	自営業	専業主婦（主夫）	学生
無職	その他（ ）				

22. がん医療の経済的負担について、ご意見を自由にお書き下さい。

記入日	月	日
-----	---	---

ご協力、どうもありがとうございました。

表1. 回答者の属性

		n(%)
性別	男	1,385(41.6%)
	女	1,944(58.4%)
年齢	n=3,334	64.3±11.5歳
初回診断時期	n=1,015	7.1±6.1年前
n=3,388		

図1. がんの部位

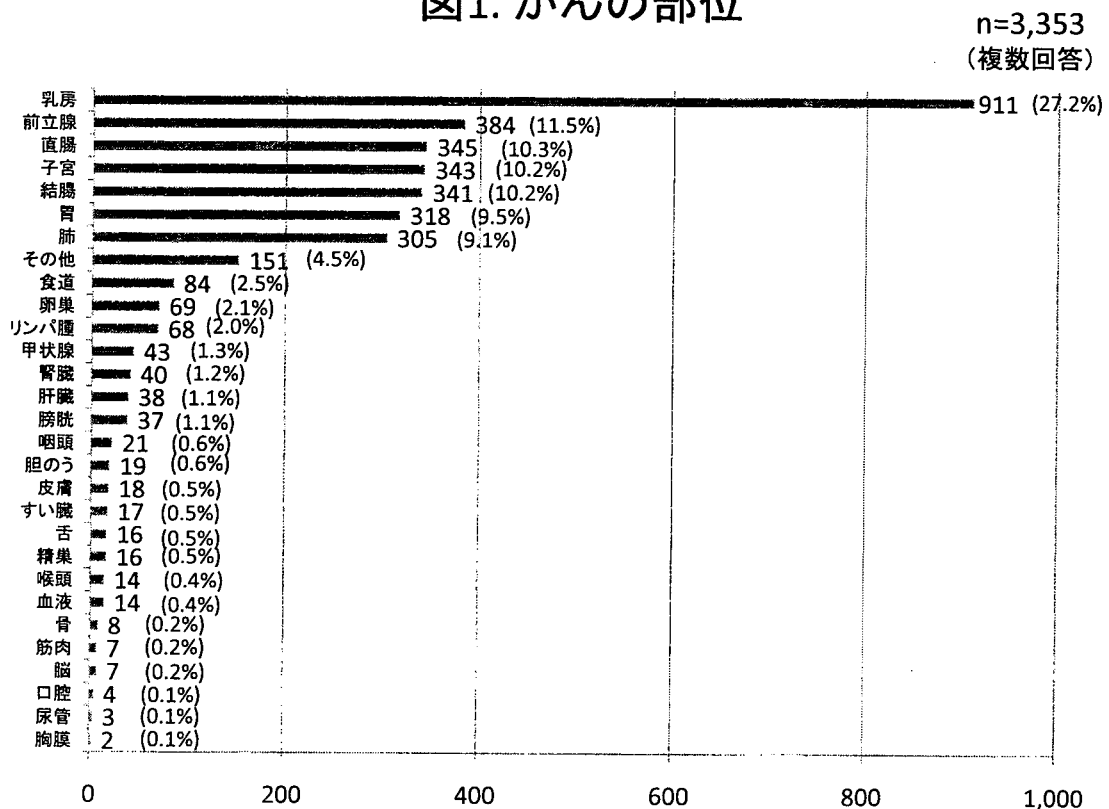


図2. 再発の有無

n=3,278

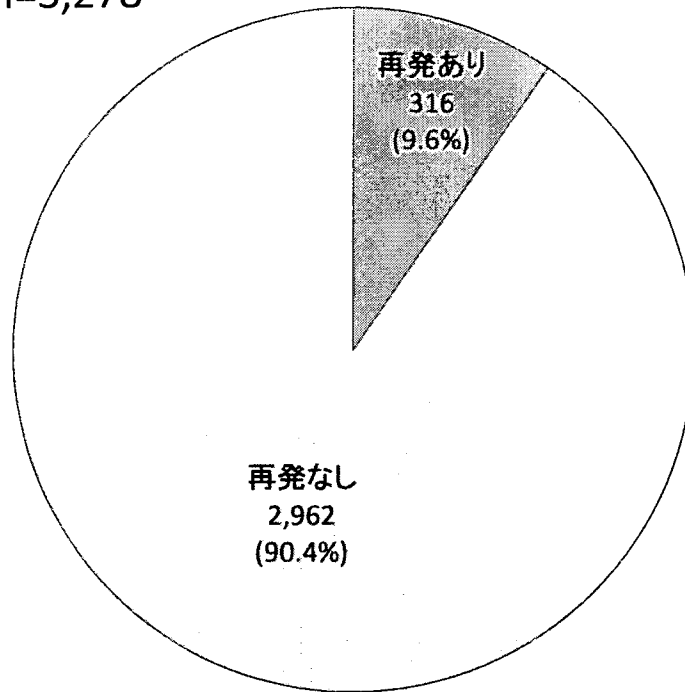


図3. 治療内容

n=3,388
(複数回答)

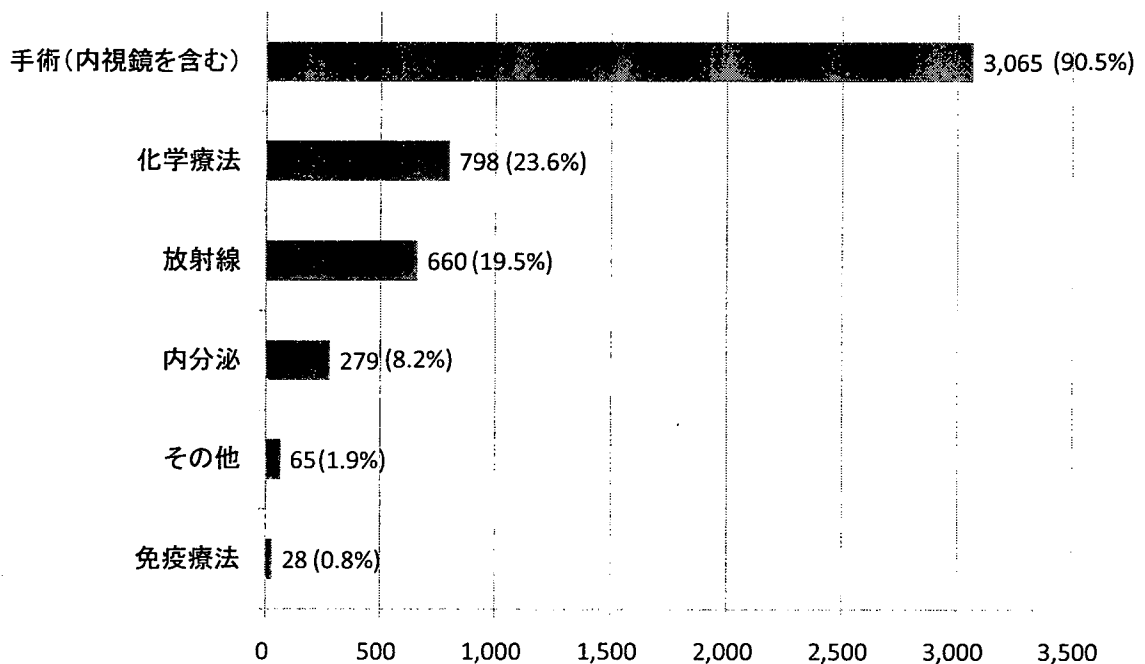


図4. 職業

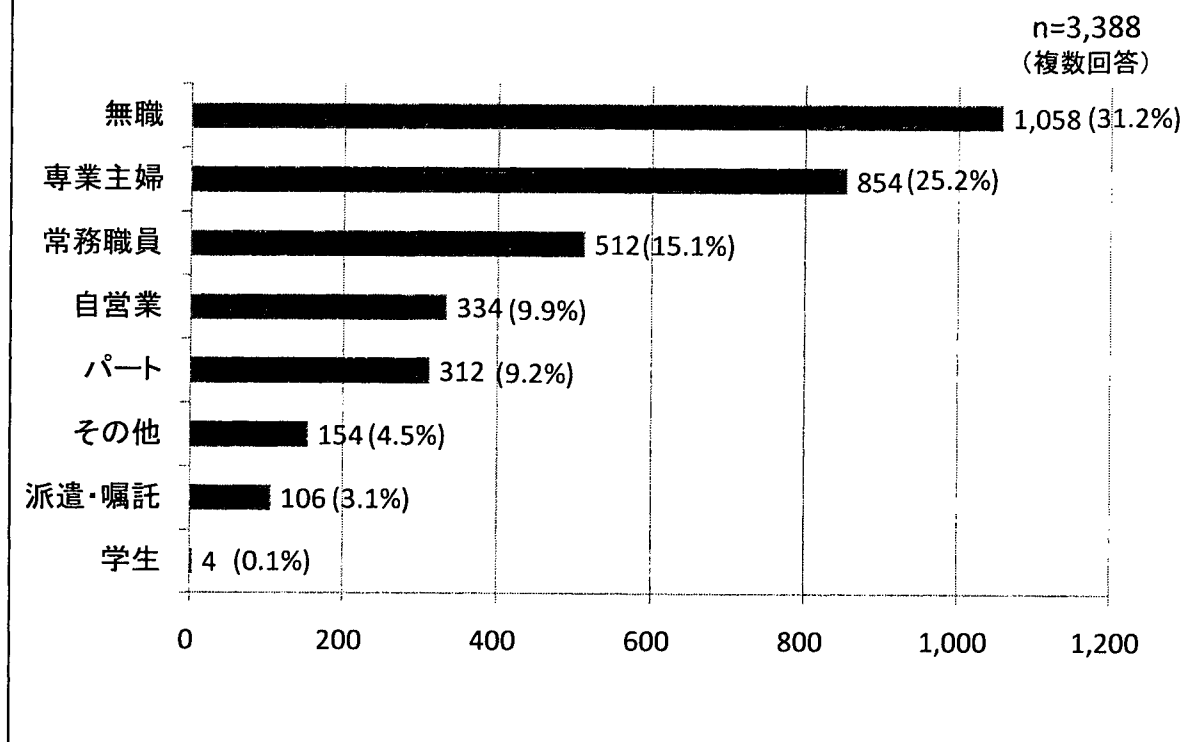


図5. 交通手段

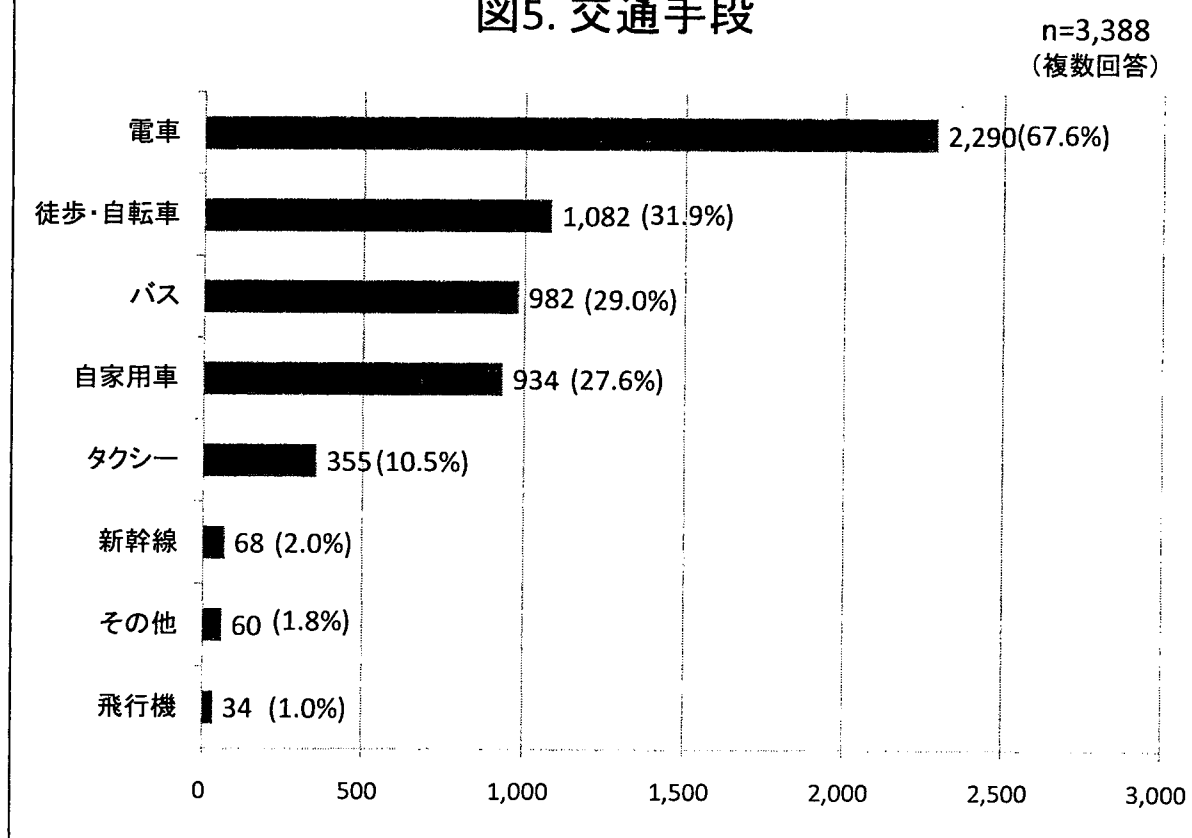
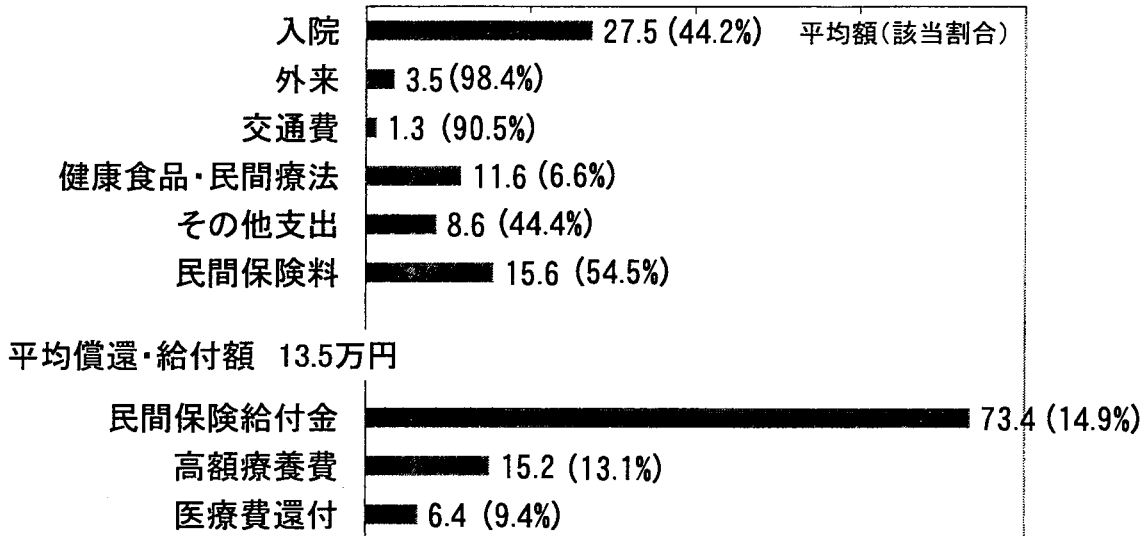


図6-1. 自己負担額と償還額(年間)

平均自己負担額 29.9万円

n = 3,388

0 20 40 60 80 万円



n: 回答者総数, 該当割合: 実額回答者数/有効回答者数*100%

図6-2. 健康食品・民間療法の自己負担額(年間)

n = 3,388

□内訳

平均 11.6万円

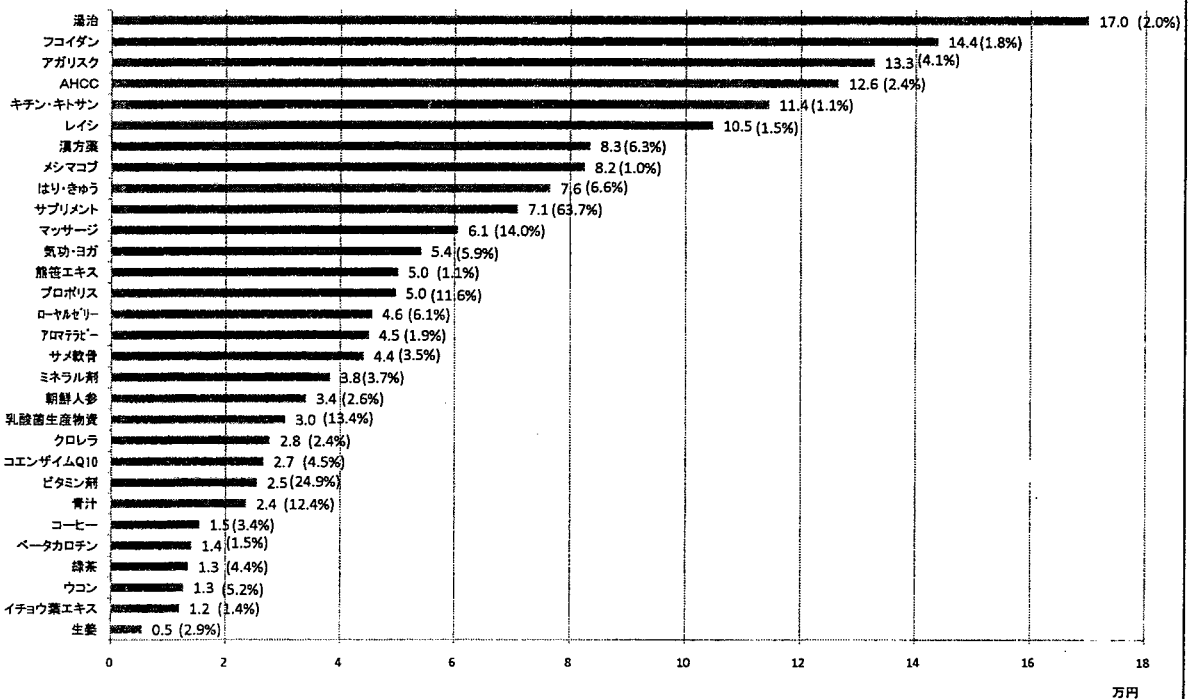


図7. 健康食品や民間療法の心配

□費用負担

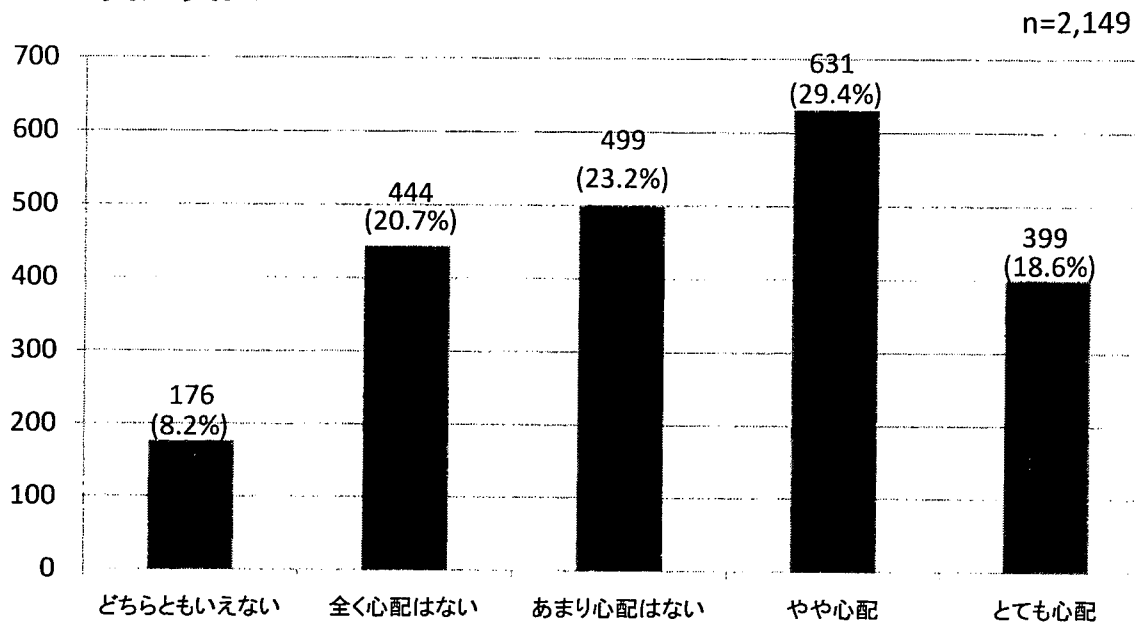


図8. 健康食品や民間療法の心配

□飲み合わせ

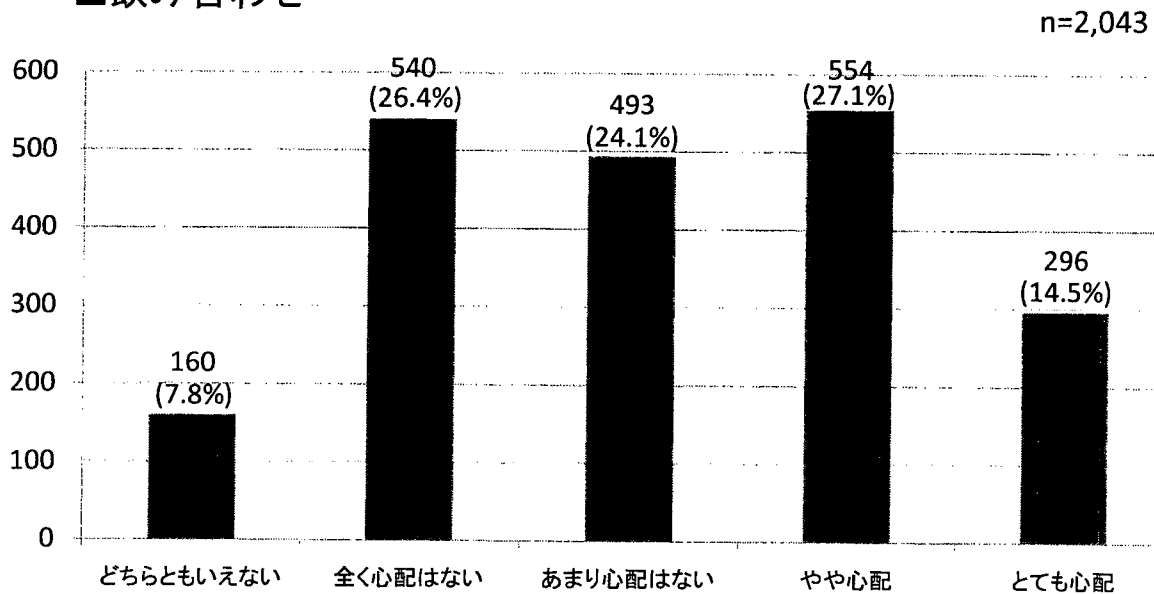


図9. 健康食品や民間療法の心配

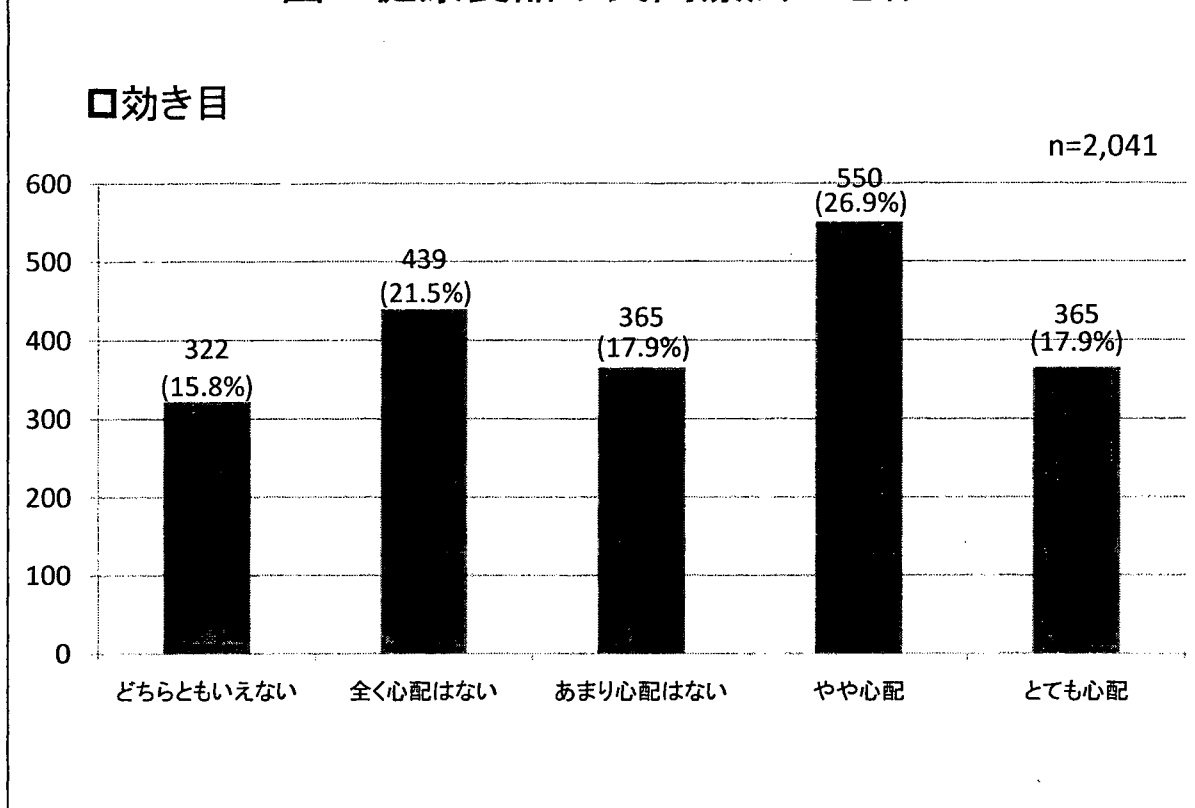


図10. 健康食品や民間療法の心配

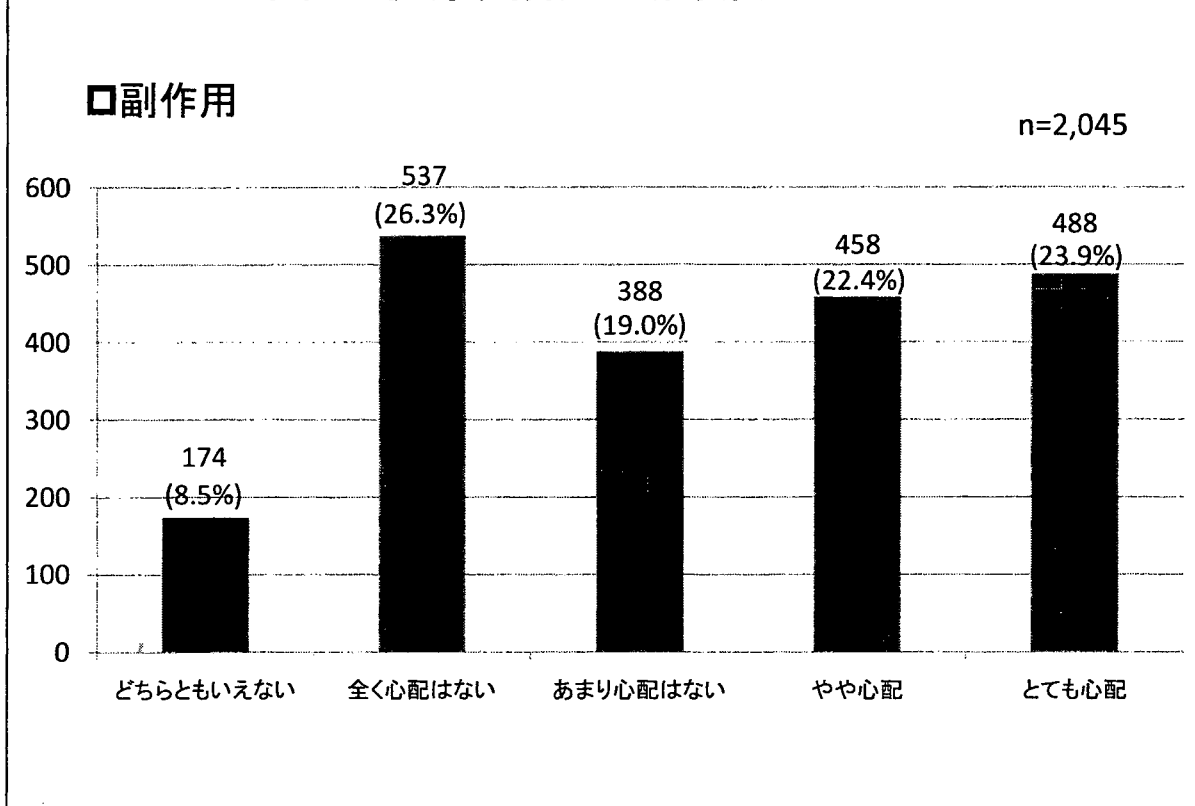


図11. 健康食品や民間療法の心配

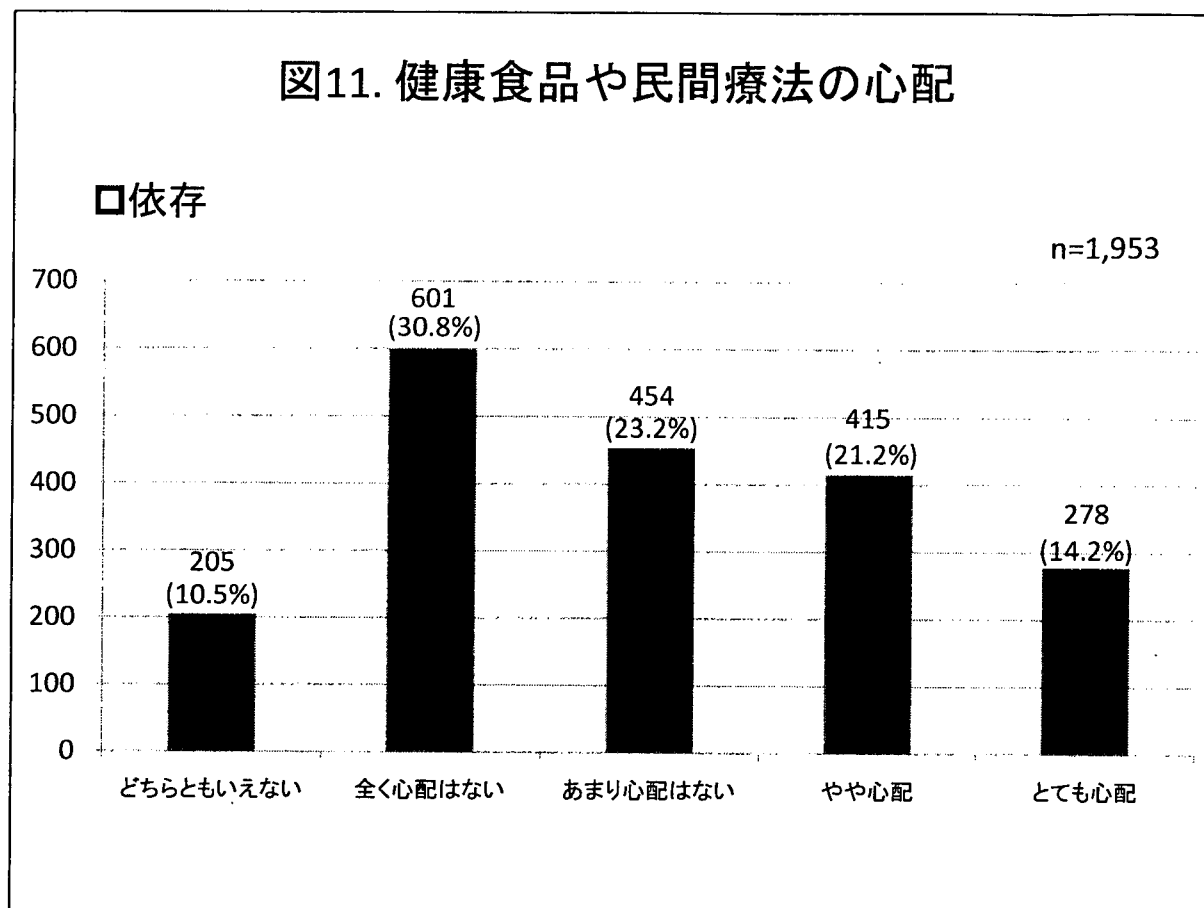


図12. 健康食品や民間療法の心配

