

**Table 3** Plasma lenalidomide pharmacokinetic parameters when administered alone or in combination with dexamethasone

Parameters	10-mg cohort		25-mg cohort		Combination cohort	
	Day 1 (single dose)	Day 12 (multiple dose)	Day 1 (single dose)	Day 12 (multiple dose)	Day 1 (single dose) Len	Day 12 (multiple dose) Len + Dex
Number of patients	3	3	3	6	6	6
$t_{max}$ (h) <sup>a</sup>	0.93 (0.50, 1.00)	0.50 (0.45, 1.00)	1.01 (0.43, 2.00)	0.97 (0.45, 1.47)	1.70 (1.00, 1.97)	2.76 (0.53, 4.02)
$C_{max}$ (ng/mL)	315 (39.5)	311 (22.5)	622 (29.3)	714 (15.2)	474 (27.1)	433 (46.1)
$AUC_t$ (ng h/mL)	962 (29.8)	973 (26.5)	2600 (39.0)	2687 (34.6)	2063 (10.9)	1817 (20.1)
$AUC_r$ (ng h/mL)	1034 (30.2)	1024 (27.6)	2686 (36.3)	2773 (32.1)	2177 (12.6)	1890 (17.4)
$AUC_{\infty}$ (ng h/mL)	1037 (30.5)	NA	2710 (37.2)	NA	2183 (12.8)	NA
$t_{1/2}$ (h)	2.52 (24.3)	2.43 (16.5)	3.11 (25.8)	3.14 (30.6)	2.56 (14.0)	2.55 (23.0)
CL/F (mL/min)	161 (30.5)	163 (27.6)	154 (37.2)	150 (32.1)	191 (12.8)	221 (17.4)
$V_z/F$ (L)	35.0 (17.4)	34.2 (10.8)	41.4 (18.8)	40.8 (17.8)	42.2 (11.9)	48.7 (17.2)
AR ( $C_{max}$ )	NA	0.988 (27.6)	NA	1.15 (24.0)	NA	0.914 (25.1)
AR ( $AUC_r$ )	NA	0.991 (13.8)	NA	1.03 (9.6)	NA	0.868 (7.59)

Geometric mean (CV%)

AR accumulation ratio, Dex dexamethasone, Len lenalidomide, NA not applicable

<sup>a</sup> Median (minimum–maximum)

**Table 4** Plasma dexamethasone pharmacokinetic parameters when administered alone or in combination with lenalidomide

Parameters	Combination cohort	
	Day 2 (single dose) Dex	Day 12 (multiple dose) Dex + Len
Number of patients	6	6
$t_{max}$ (h) <sup>a</sup>	2.49 (1.00, 4.00)	1.75 (0.47, 3.07)
$C_{max}$ (ng/mL)	499 (33.0)	523 (33.9)
$AUC_t$ (ng h/mL)	3528 (38.4)	2633 (44.5)
$AUC_r$ (ng h/mL)	3526 (38.3)	2687 (43.0)
$AUC_{\infty}$ (ng h/mL)	3661 (43.8)	NA
$t_{1/2}$ (h)	4.24 (31.9)	3.85 (32.3)
CL/F (mL/min)	182 (43.8)	248 (43.0)
$V_z/F$ (L)	66.9 (23.3)	82.7 (21.3)
AR ( $C_{max}$ )	NA	1.05 (18.7)
AR ( $AUC_r$ )	NA	0.762 (16.2)

Geometric mean (CV%)

AR accumulation ratio, Dex dexamethasone, Len lenalidomide, NA not applicable

<sup>a</sup> Median (minimum–maximum)

Mean plasma dexamethasone concentrations are demonstrated in Fig. 2c. Table 4 summarizes the plasma pharmacokinetic parameters for dexamethasone when administered alone (day 2) and in combination with lenalidomide (day 12). The mean  $C_{max}$  and median  $t_{max}$  values were comparable between days 2 and 12, indicating that the oral absorption rate of dexamethasone was not

altered significantly after multiple doses. Mean  $AUC_r$  was 24% lower (3526 ng h/mL on day 2 to 2687 ng h/mL on day 12), while mean CL/F was 36% higher on day 12 compared to day 2 (182 mL/min on day 2 to 248 mL/min on day 12). There were no considerable differences in  $t_{1/2}$  when dexamethasone was administered with or without lenalidomide.

#### 4 Discussion

In this study, the 25 mg dose of lenalidomide, which was the dose used in the pivotal phase III studies MM-009/010 of lenalidomide conducted outside of Japan, was found to be safe in Japanese patients with relapsed/refractory MM. Safety data in this study were also comparable with those reported in clinical studies conducted previously. The most common AE was neutropenia in this study. Ten of 15 patients (67%) experienced grade 3 or 4 neutropenia. Two patients experienced interruption of lenalidomide for 14 or 21 days, respectively, to manage neutropenia. In the patient in whom lenalidomide was interrupted for 21 days, neutropenia disappeared 10 days after treatment interruption. However, lenalidomide was not administered until the next cycle in accordance with the protocol. Although administration of G-CSF was permitted for neutropenia treatment, only one patient received G-CSF. Other treatment-related adverse events were also clinically manageable. Grade 2 interstitial pneumonia (IP) was reported in 1 patient in the 25-mg cohort on day 29. This patient had grade 3 hypoxia,

corresponding to DLT, and IP-like findings were seen on diagnostic imaging studies. Pulse steroid treatment was given for IP; after the steroid treatment, there was improvement clinically and based on imaging studies by day 40. Although the M protein was significantly reduced, this patient discontinued the study. Occurrences of IP-like syndrome associated with lenalidomide have previously been reported [6, 7]. Given the high incidence of thromboembolic events reported in several clinical trials of LD therapy, international groups of multiple myeloma experts including the International Myeloma Working Group (IMWG) have recommended prophylactic anticoagulation for patients treated with LD therapy according to the risk factors [8, 9]. In our study, dexamethasone and lenalidomide were co-administered to 12 patients and 7 of them received low-dose aspirin at the investigators' discretion. None of the patients developed DVT, pulmonary embolism, or thrombosis during the study. Patients with a prior history of DVT in the previous 3 years or ones with prior history of acute myocardial infarction in the previous 6 months were not enrolled in the study.

All 6 patients in the combination cohort achieved PR at the time of interim analysis. In addition, 2 of the 6 patients achieved CR after the interim analysis. The median time to response (TTR) in the combination cohort was 4.1 weeks. A recent compassionate use study of lenalidomide and dexamethasone reported a median TTR of about 4 weeks [10], which indicates rapid response of LD therapy in relapsed/refractory MM patients. In the monotherapy cohorts, all patients were on stable disease at the end of cycle 3. By cycle 3, the patients were not allowed to receive dexamethasone. At the interim analysis, one patient in the 10-mg cohort achieved minimal response. Two patients in the 25-mg cohort showed responses of PR. It should be noted that two patients in the 10-mg cohort and 4 patients in the 25-mg cohort started the combination therapy (lenalidomide + dexamethasone) by interim analysis. Duration of the combination therapy varied among the patients. Moreover, patients in the 10-mg cohort received 25 mg of lenalidomide after its tolerability was confirmed.

It has been reported that LD therapy was effective in patients with previous exposure to thalidomide or bortezomib [1, 2, 10, 11]. Patients who had a history of bortezomib or thalidomide therapy, respectively, achieved PR at the time of the interim analysis in the combination cohort. Responses were also seen in patients with high-risk cytogenetic features. In the combination cohort, a patient with t(4;14) achieved PR at the interim analysis and CR thereafter. This patient had del(13q) in addition to t(4;14). The other two patients with del(13q) achieved PR at the data cutoff in the combination cohort. Also, two patients with t(4;14) who were treated with lenalidomide in the

25-mg cohort showed responses of MR and PR, respectively, when combined with dexamethasone. In the MM-016 study, LD therapy induced durable responses among relapsed t(4;14) or del(13q) diseases [12].

When administered alone to Japanese MM patients under fasting conditions, the pharmacokinetics of lenalidomide show rapid absorption and elimination, with a  $t_{max}$  and  $t_{1/2}$  of about 1 and 3 h, respectively after both single and multiple doses. The lack of a significant difference in any of the pharmacokinetic parameters between days 1 and 12 indicated no plasma accumulation after multiple doses of lenalidomide. The  $C_{max}$  and AUC increased in a dose-dependent manner. These pharmacokinetic characteristics are comparable to those reported for Japanese MDS patients and Caucasian healthy subjects [13, 14]. It is also reported that a majority of lenalidomide is eliminated unchanged through urinary excretion [15]. Co-administration with multiple doses of dexamethasone had no significant effect on the elimination of lenalidomide, as evidenced by the identical mean values of the  $t_{1/2}$  for lenalidomide alone and lenalidomide plus dexamethasone. Judged by the wider range of  $t_{max}$  and the higher variability in  $C_{max}$ , the oral absorption of lenalidomide appeared mildly affected when co-administered with large quantities of dexamethasone tablets. These changes are considered negligible and not clinically relevant since there was no marked influence on the other PK parameters.

After a single oral 40 mg dose, dexamethasone showed a median  $t_{max}$  of 2.5 h and a mean  $t_{1/2}$  of 4.2 h. These data are comparable to those reported at a lower oral dose (1 mg) in adult healthy subjects [16]. Dexamethasone is also known to be eliminated through urinary excretion [17]. Upon multiple dosing, dexamethasone displayed a 36% increase in  $CL/F$  and a 24% decrease in  $AUC_t$  with little change in  $t_{max}$  and  $C_{max}$ , indicating a slightly faster elimination from plasma after multiple doses. It has been known that higher doses of dexamethasone can induce CYP3A4 activity, the primary enzyme responsible for dexamethasone metabolism [18]. Thus, dexamethasone may accelerate its own metabolism via enzyme induction, thereby causing a lower exposure in plasma with multiple high doses. Lenalidomide is not likely to affect dexamethasone metabolism because it is not an inducer of the human cytochrome P450 enzymes.

**Conflict of interest statement** Conflicts of interest of all authors are as follows; H. Lau, K. Takeshita, and M. Takatoku are employees of Celgene Co., Ltd. S. Iida, T. Chou, S. Okamoto, H. Nagai, K. Hatake, H. Murakami, T. Takagi, K. Shimizu, and T. Hotta received acceptance research expenses for this trial from Celgene KK, Tokyo. S. Iida received research grants from Kyowa Hakko Kirin Co., Ltd. and Chugai Pharmaceutical Co., Ltd. H. Murakami received grants from Janssen Pharmaceutical K.K. and Novartis Pharma K.K. S. Iida declares honoraria from Janssen Pharmaceutical K.K.

## References

- Weber DM, Chen C, Niesvizsky R, et al. Lenalidomide plus dexamethasone for relapsed multiple myeloma in North America. *N Engl J Med.* 2007;357:2133–42.
- Dimopoulos M, Spencer A, Attal M, et al. Lenalidomide plus dexamethasone for relapsed or refractory multiple myeloma. *N Engl J Med.* 2007;357:2123–32.
- Dimopoulos MA, Chen C, Spencer A, et al. Long-term follow-up on overall survival from the MM-009 and MM-010 phase III trials of lenalidomide plus dexamethasone in patients with relapsed or refractory multiple myeloma. *Leukemia.* 2009; 23:2147–52.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical practice guidelines in oncology multiple myeloma, version 2, 2010. Available from [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/myeloma.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/myeloma.pdf).
- Blade J, Samson D, Reece D, et al. Criteria for evaluating disease and progression in patients with multiple myeloma treated by high-dose therapy and haemopoietic stem cell transplantation. *Br J Haematol.* 1998;101:1115–23.
- Thorunburg A, Abonour R, Smith P, et al. Hypersensitivity pneumonitis-like syndrome associated with the use of lenalidomide. *Chest.* 2007;131:1572–4.
- Chen Y, Kiatsimkul P, Nugent K, Raj R. Lenalidomide-induced interstitial lung disease. *Pharmacotherapy.* 2010;30(3):113e–6e.
- Palumbo A, Rajikumar SV, Dimopoulos MA, et al. Prevention of thalidomide- and lenalidomide-associated thrombosis in myeloma. *Leukemia.* 2008;22:414–23.
- Palumbo A, Dimopoulos M, San Miguel J, et al. VTE Management recommendation for len/dex in MM. In: *Hematologica*; XIth International Myeloma Workshop and the IVth International Workshop on Waldenström's Macroglobulinemia. 2007. 92(Suppl 2);217 (Abs. # PO-1121).
- Wisel KC, Hänel M, Niederwieser D, et al. Speed of response with lenalidomide and dexamethasone in patients with relapsed or refractory multiple myeloma: first results of the MM-019 German compassionate use protocol. *Hematologica.* 2009. 94 (Suppl 2) (Abs. 0397).
- Wang M, Dimopoulos MA, Chen C, et al. Lenalidomide plus dexamethasone is more effective than dexamethasone alone in patients with relapsed or refractory myeloma regardless of prior thalidomide exposure. *Blood.* 2008;112:4445–51.
- Reece D, Song KW, Fu T, et al. Influence of cytogenetics in patients with relapsed or refractory multiple myeloma treated with lenalidomide plus dexamethasone: adverse effect of deletion 17p13. *Blood.* 2009;114:522–5.
- Harada H, Watanabe M, Suzuki K, et al. Lenalidomide is active in Japanese patients with symptomatic anemia in low- or intermediate-1 risk myelodysplastic syndromes with a deletion 5q abnormality. *Int J Hematol.* 2009;90:353–60.
- Celgene Corporation REVLIMID® (lenalidomide) packaging insert. Available from [http://www.revlimid.com/pdf/REVLIMID\\_PL.pdf](http://www.revlimid.com/pdf/REVLIMID_PL.pdf).
- Chen N, Lau H, Kong L, et al. Pharmacokinetics of lenalidomide in subjects with various degrees of renal impairment and in subjects on hemodialysis. *J Clin Pharmacol.* 2007;47:1466–75.
- O' Sullivan BT, Culter DJ, Hunt GE, Walters C, Johnson GF, Caterson ID. Pharmacokinetics of dexamethasone and its relationship to dexamethasone suppression test outcome in depressed patients and healthy control subjects. *Biol Psychiatry.* 1997; 41:574–84.
- Minagawa K, Kasuya Y, Baba S, Knapp G, Skelly JP. Identification and quantification of 6 $\beta$ -hydroxydexamethasone as a major urinary metabolite of dexamethasone in man. *Steroids.* 1986;47:175–88.
- McCune JS, Hawke RL, LeCluyse EL, et al. In vivo and in vitro induction of human cytochrome P4503A4 by dexamethasone. *Clin Pharmacol Ther.* 2000;68:356–66.

# 資 料

# 資料編

## 目次

### がん診療の経済的な負担に関するアンケート調査

#### 1. 固形がんの患者対象

調査票..... 178

結果..... 185

#### 2. 造血系がんの患者対象

調査票..... 207

結果..... 214

#### 3. 医師対象

調査票..... 233

結果..... 238

# がん診療の経済的な負担に関するアンケート調査

平成 22 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の在り方に関する研究」

研究代表者：濃沼 信夫（東北大学教授）

研究分担者：石岡 千加史（東北大学教授）

研究協力者：東北大学病院 化学療法センター運用ワーキンググループ

## <調査の趣旨>

このアンケートは、経済的な負担ができるだけ少ない、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、がん診療を受けられている皆様を対象にしております。

- 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、今後の診療に不利益は生じません。
- まことに恐れ入りますが、お答えいただいたアンケートは、1週間程度でご返送下さい。何とぞ、よろしくお願い申し上げます。

## <お問い合わせ先>

### 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、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. がんに関して、経済的な負担はどの程度ですか。あてはまる数値に○をつけて下さい。

	支出あり (☑をつけて下さい)	負担は 重くない	あまり 重くない	やや重い	とても重い
1 医療費 (保険診療)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
2 医療費 (自費診療)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
3 通院にかかる交通費	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
4 補装具などの費用	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
5 民間保険料	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
6 民間療法の費用	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4

以下の問2～問8は、支出がない場合は0円と記入して下さい。

2. がんに関して、病院や薬局の窓口で支払った金額はいくらですか。

	入院分	外来分
先月1ヶ月間	円	円
過去1年間	円	円

3. 通院回数、及び交通費(宿泊費を含む)は、往復でいくらですか。

→ 先月1ヶ月間	回	過去1年間	回
先月1ヶ月間	円	過去1年間	円

4. 健康食品や民間療法支出はいくらですか。

先月1ヶ月間	円	過去1年間	円
--------	---	-------	---

5. その他の支出(補装具など)はいくらですか。

先月1ヶ月間	円	過去1年間	円
--------	---	-------	---

6. がん医療に関する民間保険について

① 払った保険料はいくらですか。

先月1ヶ月間	円	過去1年間	円
--------	---	-------	---

② 受け取った給付金はいくらですか。

先月1ヶ月間	円	過去1年間	円
--------	---	-------	---

7. 高額療養費制度\*を利用しましたか(\*最終ページの解説をご覧ください)。

いいえ  はい → 現在の自己負担限度額はいくらですか。  円

利用した制度は？

- 限度額適用認定証
- 受領委任払い
- 高額医療費貸付
- 多数該当
- 世帯合算
- 高額医療・高額介護合算

払い戻しはありましたか。

いいえ  はい →

戻ってきた金額はいくらですか。

先月1ヶ月間	円
過去1年間	円

8. 医療費還付として、戻ってきた税金はいくらですか。

昨年1年間	円
-------	---

9. 医療費の支払いで次の項目に該当された方は、当てはまるものすべてに☑をつけて下さい。

- |                                    |   |                                     |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 収入でまかなった  | } | <input type="checkbox"/> 家族・親戚から借りた |
| <input type="checkbox"/> 預貯金を取り崩した |   | <input type="checkbox"/> 友人・知人から借りた |
| <input type="checkbox"/> 借金をした     |   | <input type="checkbox"/> 金融機関から借りた  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )   |   | <input type="checkbox"/> その他 ( )    |

10. いま受けている治療の経済的負担について、病院から説明がありましたか。

- 十分な説明を受けた
- 説明を受けたがわからなかった
- 説明はなかった
- 覚えていない
- 説明した人を○で囲んで下さい。
- 医師 看護師 薬剤師 ソーシャルワーカー その他の職員 ( )

11. 経済的負担の程度について総務省家計消費状況調査に準じた質問です。

世帯構成について

世帯員の数	人	世帯における就業者数	人
-------	---	------------	---

世帯の過去1年間の税込み収入(年金・仕送りを含む)について

- |                                      |                                       |  |                                |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 100万円未満     | <input type="checkbox"/> 500～700万円未満  | <input type="checkbox"/> 1100～1300万円未満 | <input type="checkbox"/> わからない |
| <input type="checkbox"/> 100～300万円未満 | <input type="checkbox"/> 700～900万円未満  | <input type="checkbox"/> 1300～1500万円未満 |                                |
| <input type="checkbox"/> 300～500万円未満 | <input type="checkbox"/> 900～1100万円未満 | <input type="checkbox"/> 1500万円以上      |                                |

世帯の貯蓄額(有価証券を含む)について

- |  |  |  |                                |
|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 700万円未満       | <input type="checkbox"/> 1300～1600万円未満 | <input type="checkbox"/> 2200～2500万円未満 | <input type="checkbox"/> わからない |
| <input type="checkbox"/> 700～1000万円未満  | <input type="checkbox"/> 1600～1900万円未満 | <input type="checkbox"/> 2500～2800万円未満 |                                |
| <input type="checkbox"/> 1000～1300万円未満 | <input type="checkbox"/> 1900～2200万円未満 | <input type="checkbox"/> 2800万円以上      |                                |

12. 経済的理由で、がん治療に影響がありましたか。

- 影響はなかった
- 影響があった

		がん治療の内容	時期
経済的理由で	変更	( ) → ( )	年 月頃
	中止	( )	年 月頃

13. がんによって、ご自身の仕事などに影響がありましたか。あてはまるものに☑をつけて下さい。

- 影響はなかった
- これまでのように仕事をこなすことができない
- 仕事を休むことが多くなった
- 異動・配置換え・転職となった
- 仕事をやめた
- 勤務時間・営業時間が減った
- 収入が減った
- その他 ( )

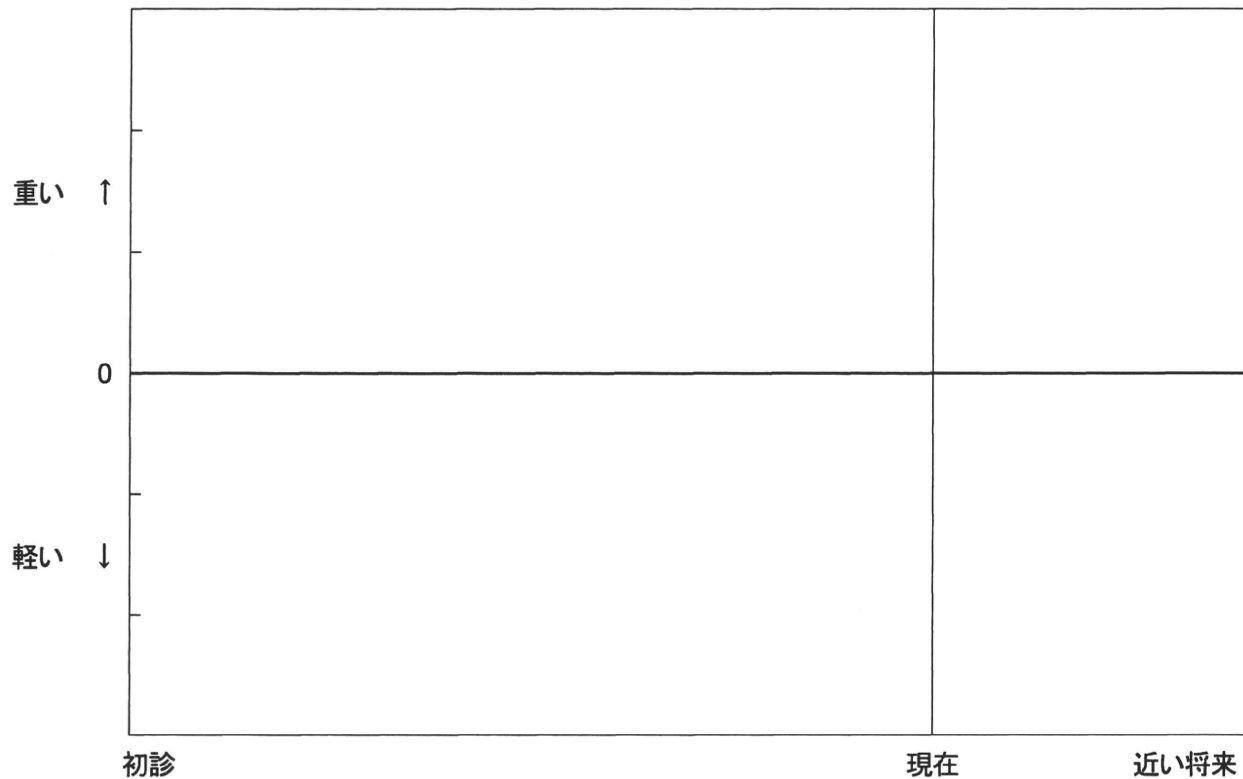
14. 現在のお仕事について、当てはまるものに○をつけて下さい。

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



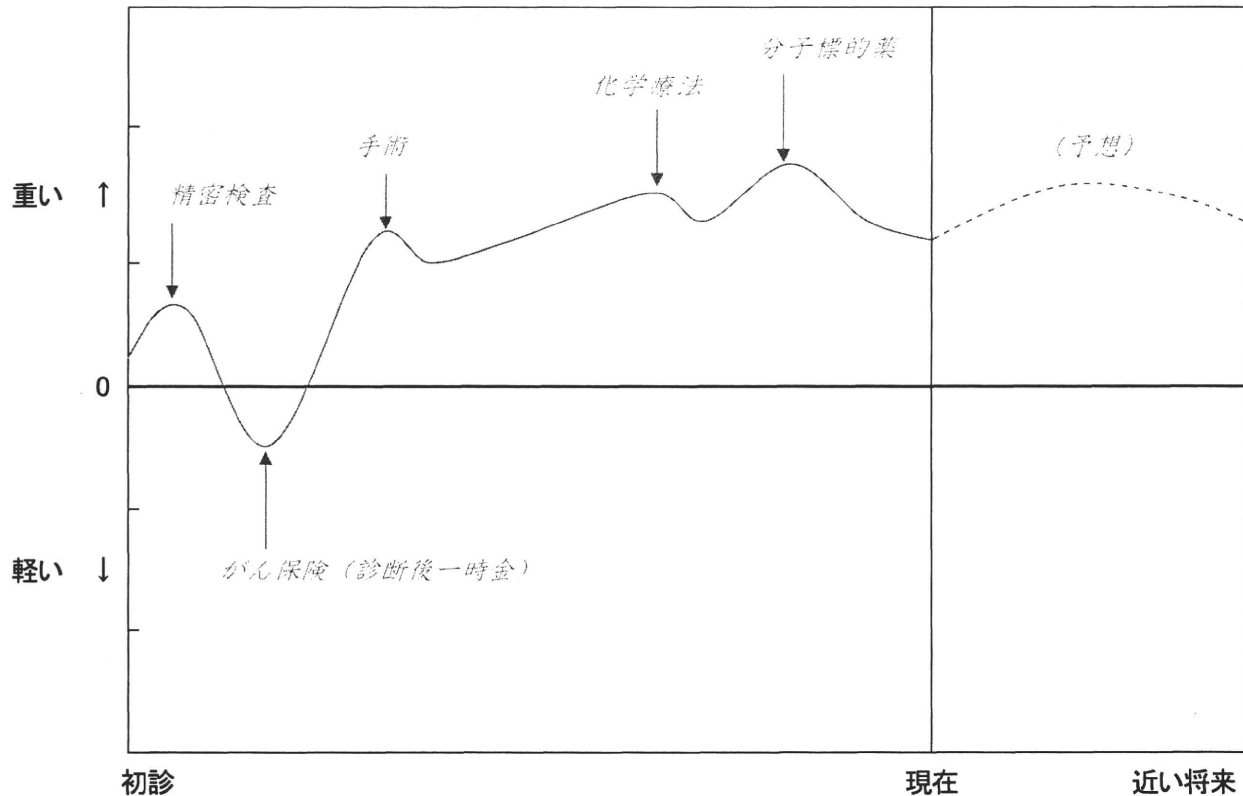
15. 経済的負担感の変化についてお伺いします。記入例を参考に、治療を開始した時点から曲線(直線)で、負担感の増減を記入して下さい。また、思い当たる理由をお書き下さい。

経済的負担感



<記入例>

経済的負担感



16. がんの経済的負担によって、ご家族との関係に影響がありましたか。

あてはまるものすべてに☑をつけて下さい。

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 影響はなかった<br><input type="checkbox"/> 影響があった | → | <input type="checkbox"/> 関係が強固になった<br><input type="checkbox"/> 関係が不安定になった<br><input type="checkbox"/> 気を使うようになった<br><input type="checkbox"/> 同居した<br><input type="checkbox"/> 別居した<br><input type="checkbox"/> 離婚した<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|---|---|---|

17. 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。

- がん医療の経済負担についての正確な情報がほしい
- がん患者への就労・雇用支援をしてほしい
- 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
- 高額療養費制度の自己負担限度額を引き下げてほしい
- 高額療養費制度の現物支給を外来治療に適用してほしい
- 長期的負担を軽減する制度にしてほしい
- 抗がん剤をもっと安くしてほしい
- 補装具費用などの費用を医療保険でカバーしてほしい
- 民間保険を充実してほしい
- 民間保険がなくとも対応できるようにしてほしい
- 入院日数を短く、検査を少なくしてほしい
- その他 ( )

18. ご自身について

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

19. 現在治療中の部位と病期をお答え下さい。該当するものを○で囲んで下さい。

部位

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	脳	いん頭	こう頭	舌	口腔	甲状腺
骨	筋肉	皮膚	その他	( )			

病期 (ステージ)

I	II	III	IV	不明
---	----	-----	----	----

20. 初めてがんと診断されたのは 平成 年 月頃 あるいは 年前

21. 再発はありましたか。

いいえ     はい    再発と診断されたのは  
 → 平成 年 月頃 あるいは 年前



22. 現在受けている、または、これまでに受けた治療に☑をつけ、その時期を記入して下さい。

<input type="checkbox"/> 手術	年 月	
<input type="checkbox"/> 内視鏡治療(胃・大腸カメラなどによる治療)	年 月	
<input type="checkbox"/> 分子標的薬	<開始>	<終了>
<input type="checkbox"/> アービタックス (セツキシマブ)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> アバスチン (ベバシズマブ)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> アフィニトール (エベロリムス)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> アムノレイク (タミバロテン)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> イレッサ (ゲフィチニブ)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> グリベック (イマチニブ)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> スーテント (スニチニブ)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> タイケルブ (ラパチニブ)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> タルセバ (エルロチニブ)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> ネクサバル (ソラフェニブ)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> ハーセプチン (トラスツズマブ)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> ベクティビックス (パニツムマブ)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> 化学療法 (分子標的薬以外)		
薬剤名 ( )	年 月～	年 月
〃 ( )	年 月～	年 月
〃 ( )	年 月～	年 月
〃 ( )	年 月～	年 月
〃 ( )	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> インターフェロン	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> 放射線療法	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> 内分泌療法 (ホルモン療法)	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> 免疫療法	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> 麻薬 ( )	年 月～	年 月
<input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月～	年 月

23. 治験に参加されましたか。

いいえ  はい → 年 月～ 年 月

24. がん医療の経済的負担ついて、自由にご意見をお書き下さい。

記入日 年 月 日

ご協力、どうもありがとうございました。

\*

## 高額療養費制度とは

医療機関に支払う自己負担額が自己負担限度額を超えた場合に、超えた分の払い戻しを受けられる制度です。申請から払い戻しまで、3～4ヶ月かかります。

### ◆ 限度額適用認定証

「健康保険限度額適用認定証」の交付を事前に申請し、「健康保険限度額適用認定証」と被保険者証を提出すると、支払いを自己負担限度額にすることができる制度です。

### ◆ 受領委任払い

市区町村が、医療機関に直接支払いをするため、窓口での支払いを、自己負担限度額にできる制度です。

### ◆ 高額医療費貸付

高額療養費の8～9割が事前に借りられる制度で、払い戻しを受ける（申請から約3ヶ月）までの負担を軽くすることができる制度です。

### ◆ 多数該当

同一人が複数の医療機関を受診するなど、1年間に4回以上高額療養費に該当した場合、4回目からの自己負担限度額が軽減される制度です。

### ◆ 世帯合算

同一世帯の2人以上が、同じ月にそれぞれ自己負担額を医療機関に支払い、その合計額が自己負担限度額を超えた場合、利用できる制度です。

### ◆ 高額医療・高額介護合算

1年間に支払った健康保険と介護保険の合算額が、一定の限度額を超えた場合、自己負担限度額（年額）を超えた分が払い戻される制度です。

表1. 回答者の属性(固形がん)

性別	全体	2,111 (100.0%)
	男	705 (33.4%)
	女	1,406 (66.6%)
年齢(歳)	全体	62.1 ± 11.6 (n=2,107)
	男	67.8 ± 9.9 (n=704)
	女	59.2 ± 11.3 (n=1,399)
初回診断時期(ヶ月前)		42.7 ± 51.9 (n=1,925)

図1-1. がんの部位(固形がん)

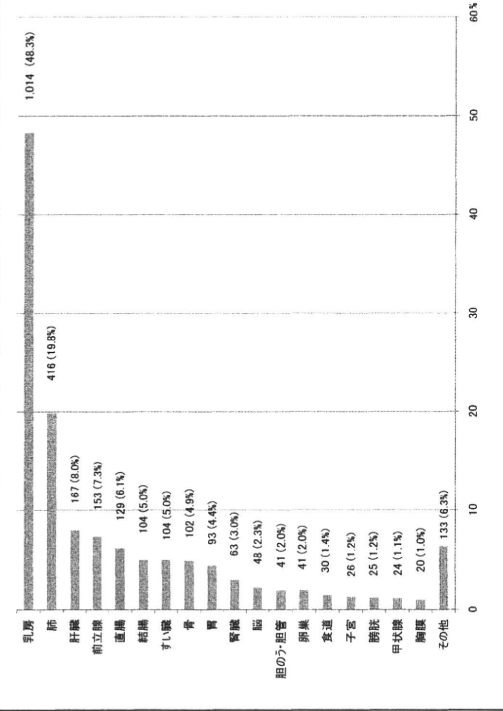


図1-2. 現在受けている、または、これまでに受けた治療(固形がん)

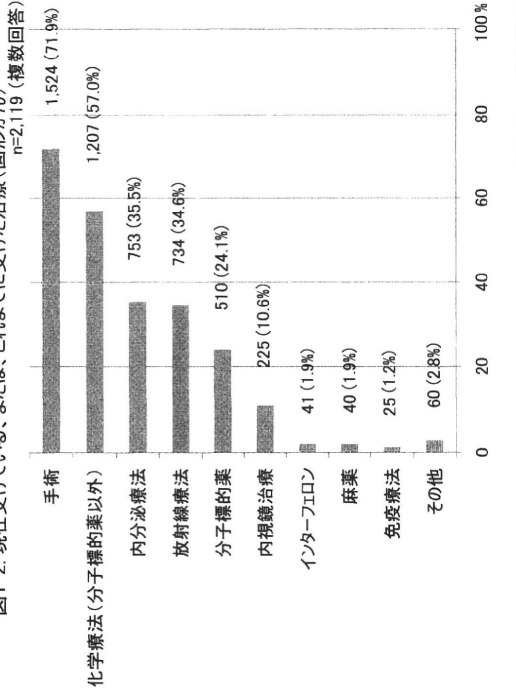


図1-3. 現在受けている、または、これまでに受けた分子標的薬(固形がん)

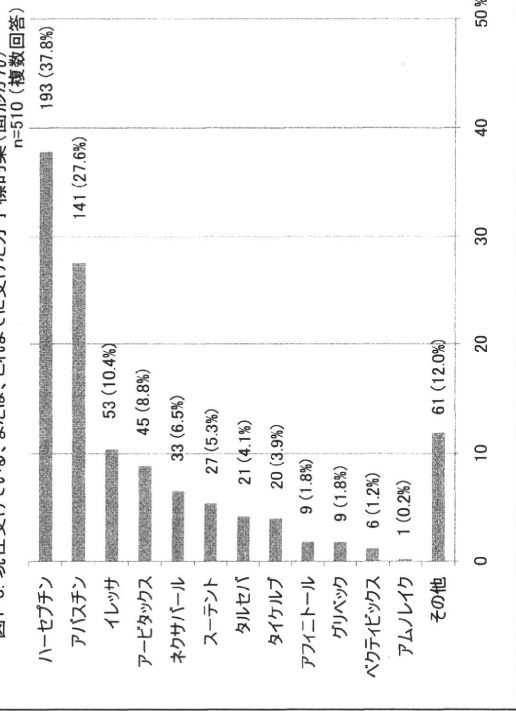


図1-4. 再発の有無(固形がん)

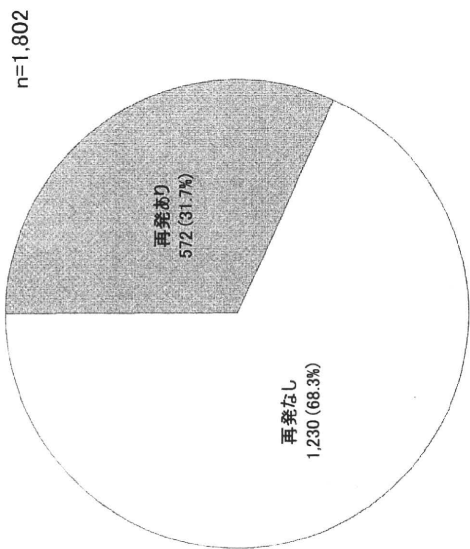


図1-5. 経済的負担(医療費・保険診療)(固形がん)

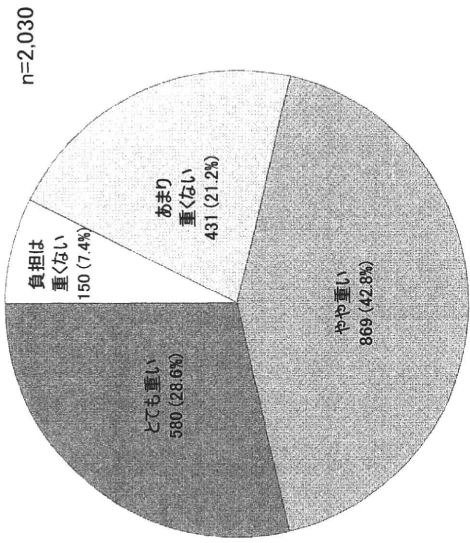


図1-6. 経済的負担(医療費・自費診療)(固形がん)

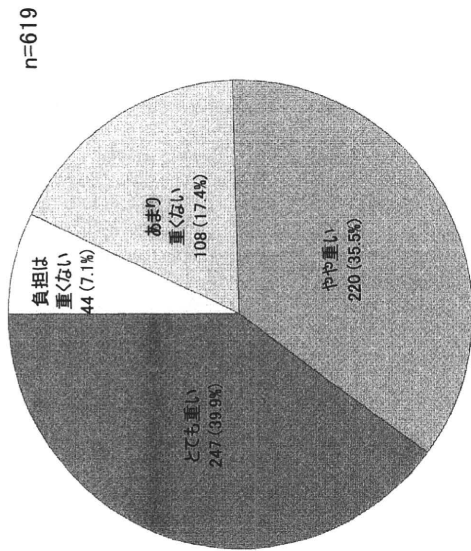
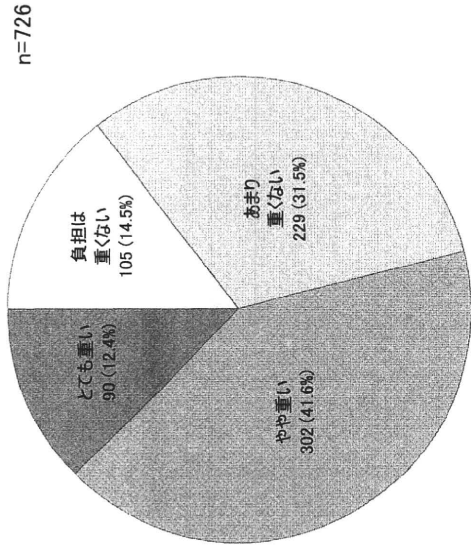
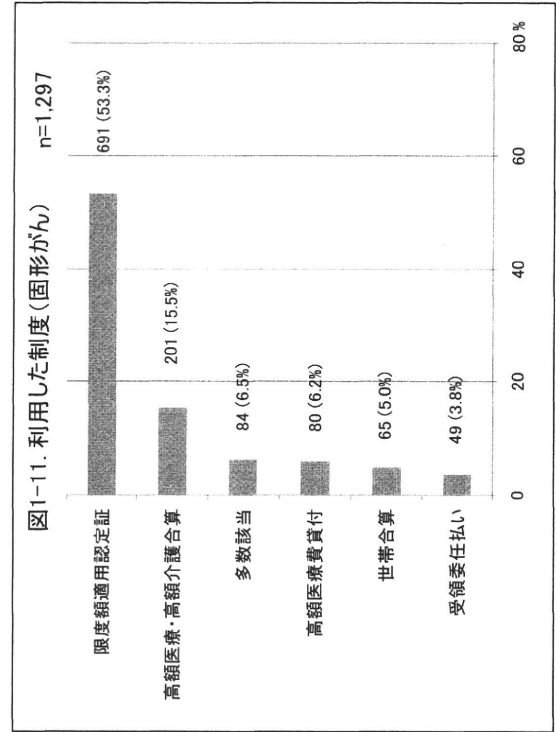
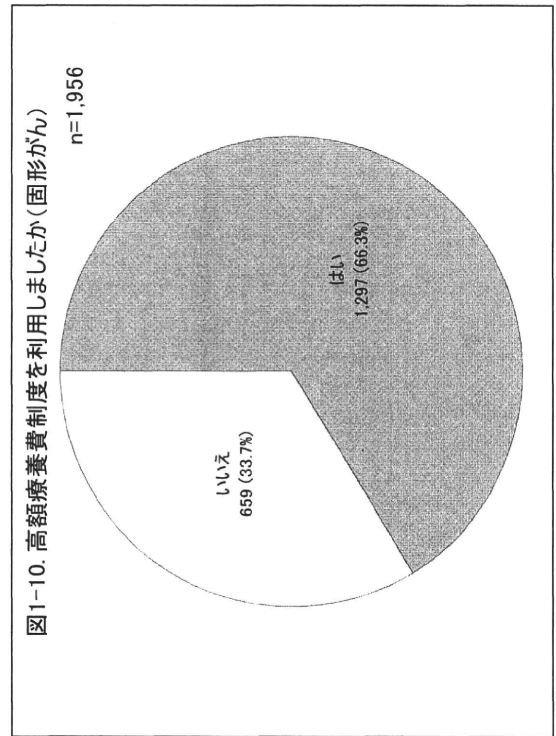
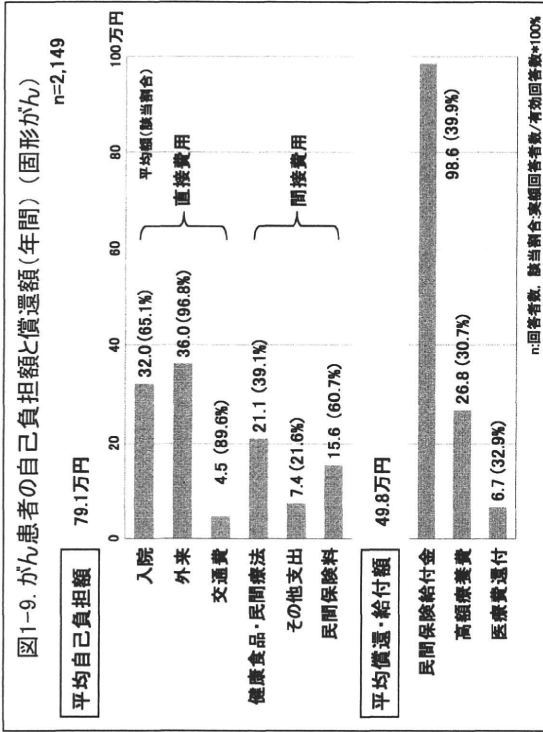
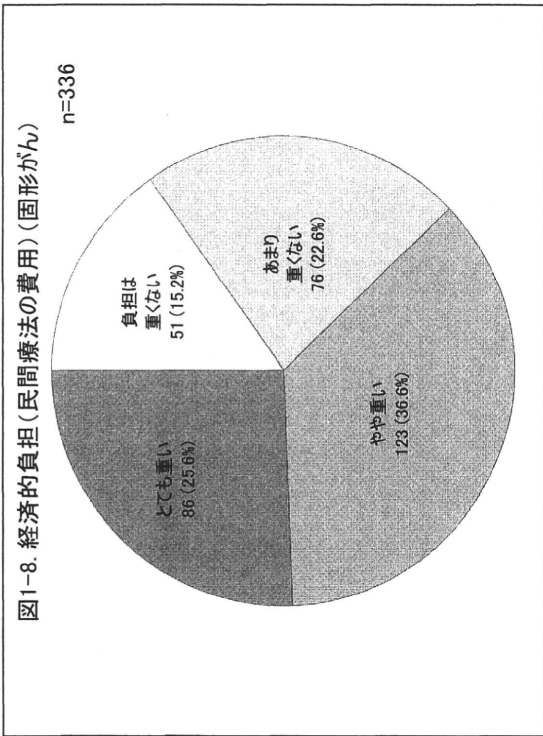
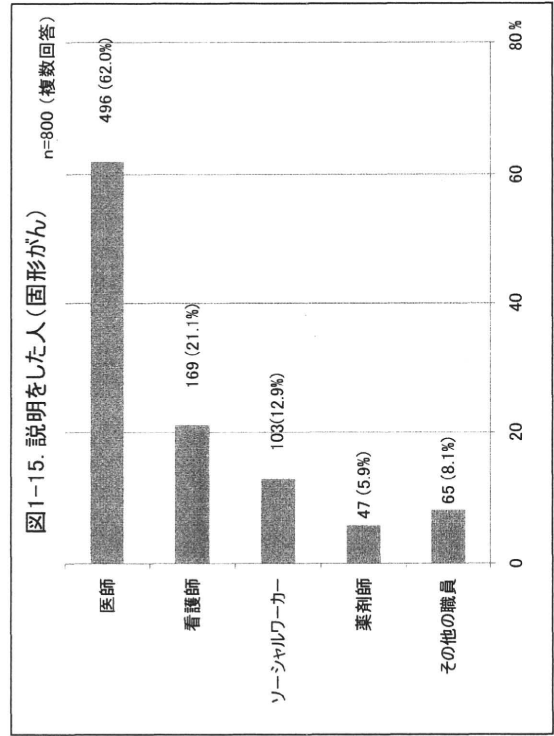
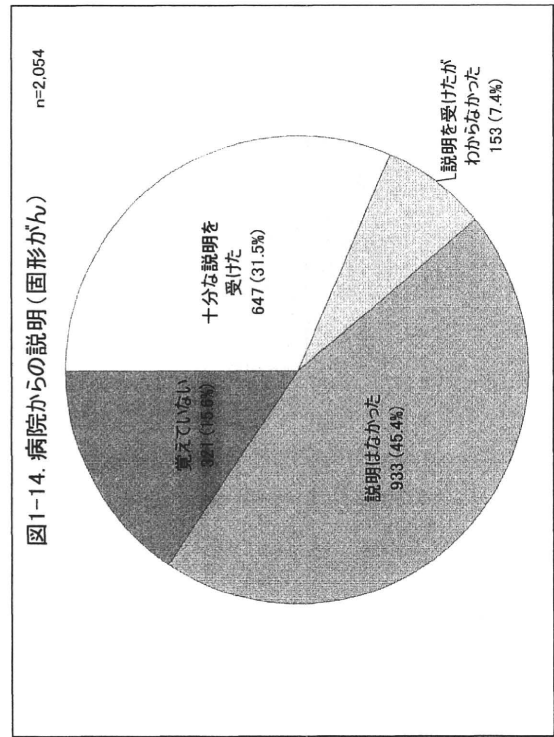
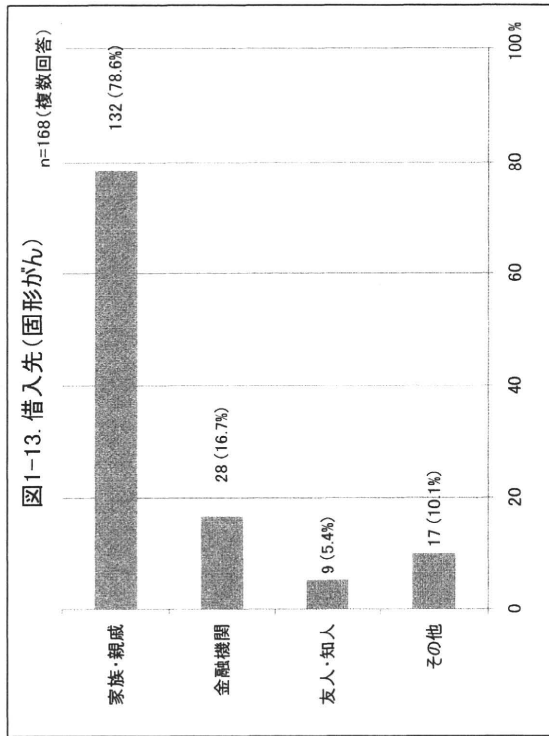
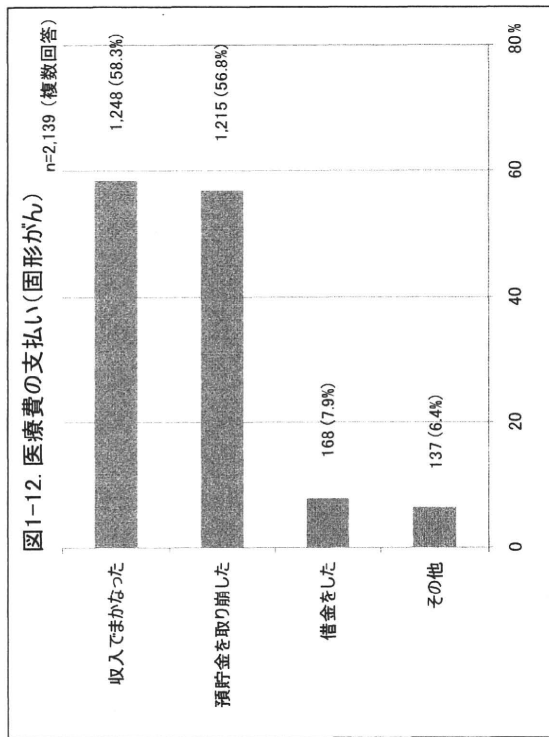


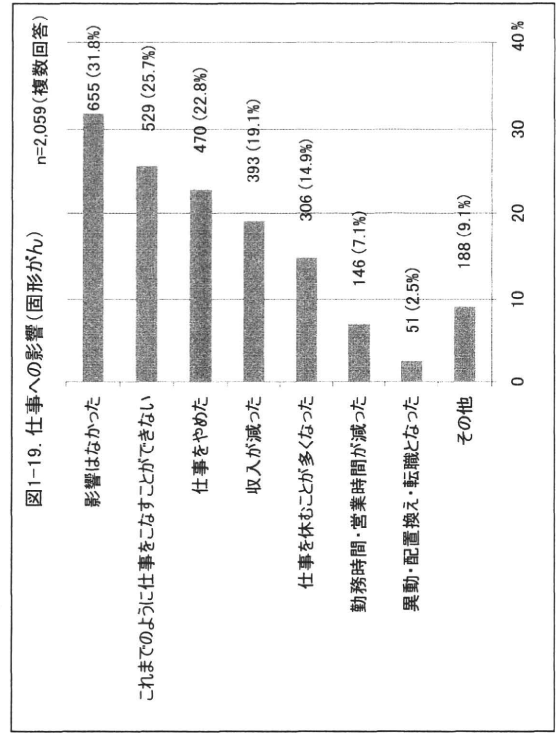
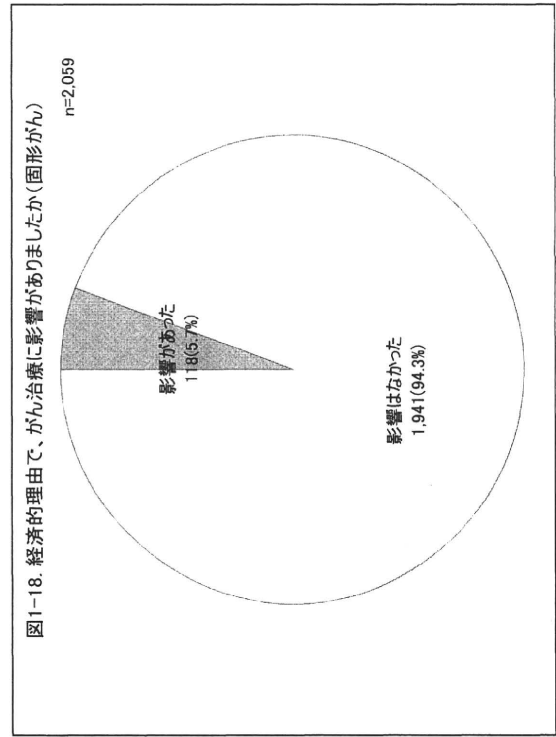
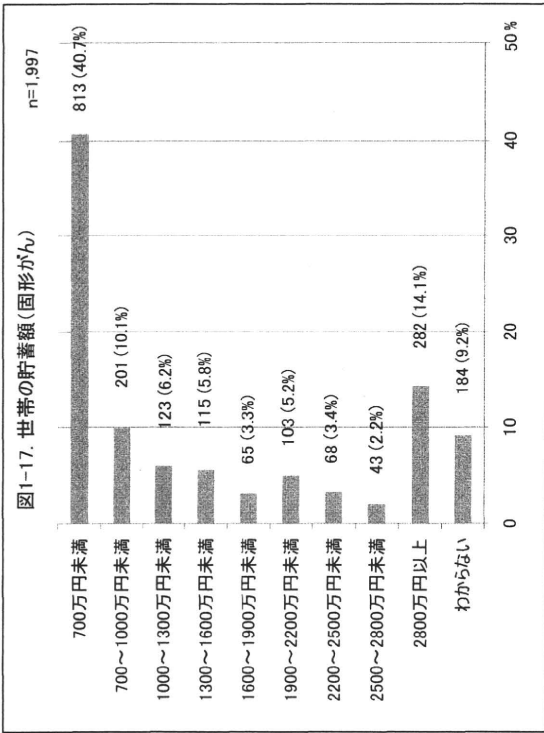
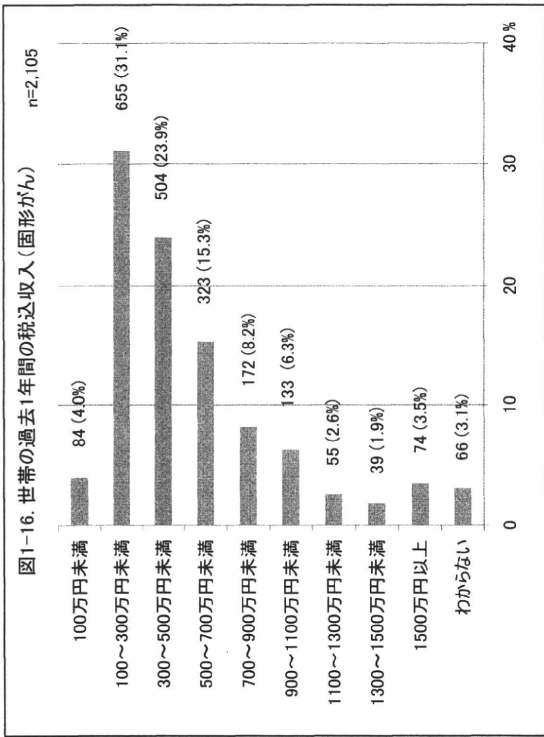
図1-7. 経済的負担(民間保険料)(固形がん)











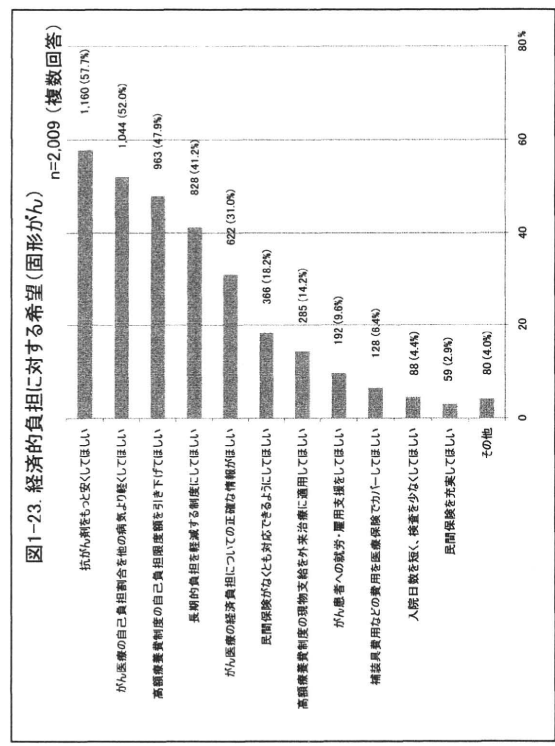
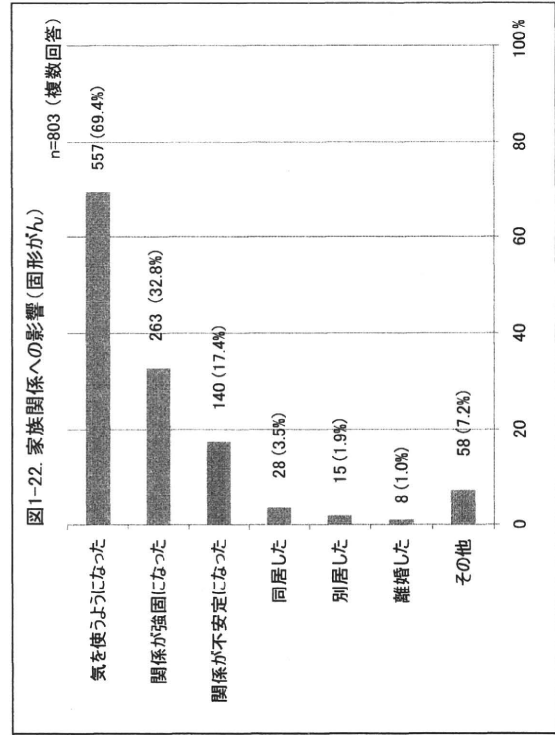
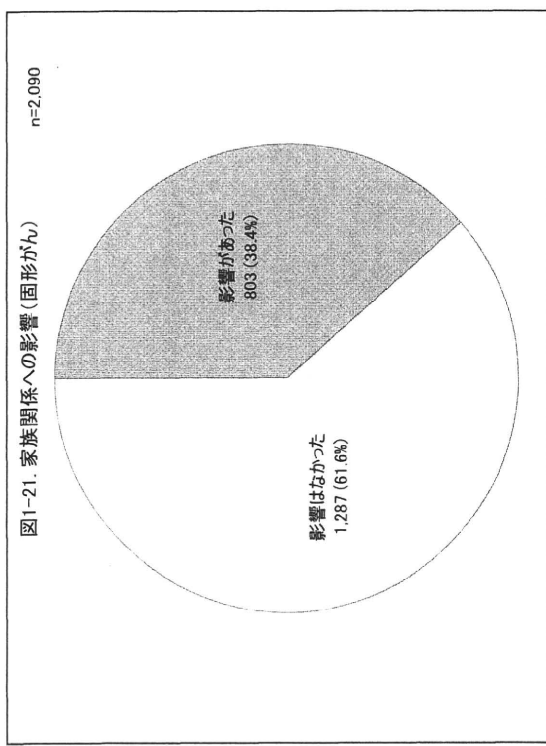
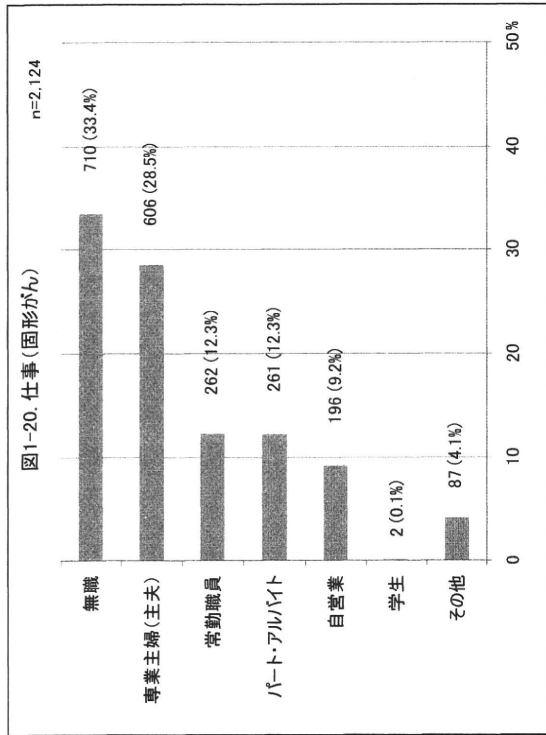


表2. 回答者の属性(固形がん)(分子標的治療)

全体	494 (100.0%)
性別	
男	158 (32.0%)
女	336 (68.0%)
年齢(歳)	
全体	61.9±11.3 (n=492)
男	66.0±10.1 (n=158)
女	59.9±11.3 (n=334)
初回診断時期(ヶ月前)	49.9±64.3 (n=444)

図2-1. がんの部位(固形がん)(分子標的治療)

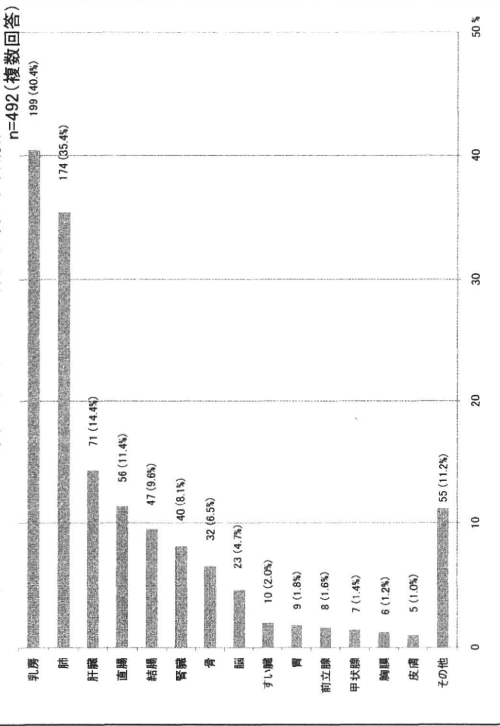


図2-2. 現在受けている、または、これまでに受けた治療(固形がん)(分子標的治療)

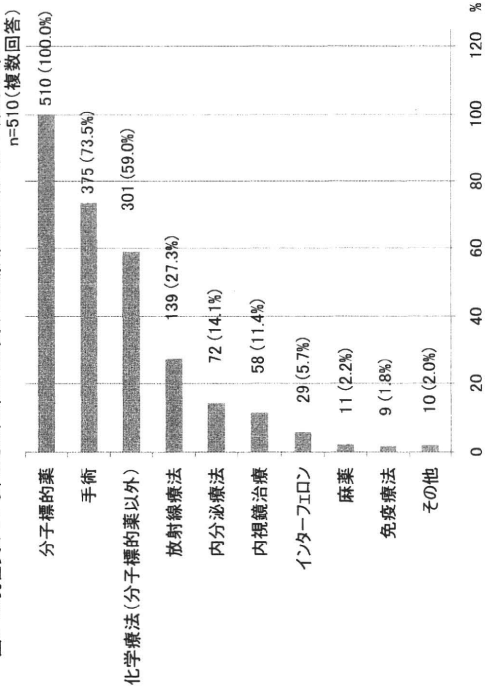


図2-3. 現在受けている、または、これまでに受けた分子標的薬(固形がん)(分子標的治療)

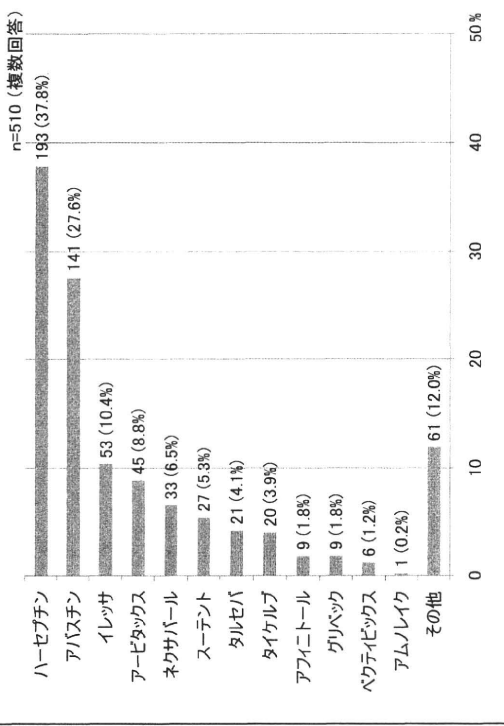


図2-4. 再発の有無(固形がん)(分子標的治療)

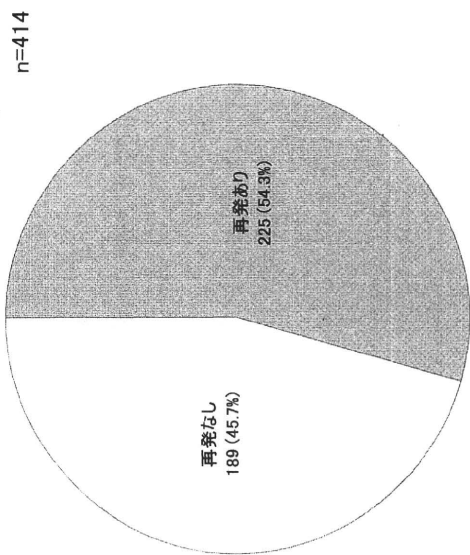


図2-5. 経済的負担(医療費・保険診療)(固形がん)(分子標的治療)

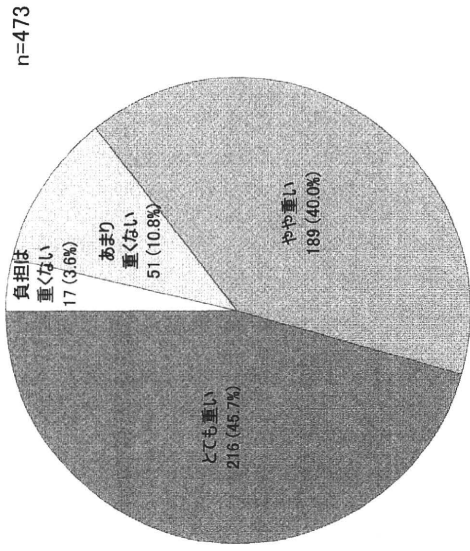


図2-6. 経済的負担(医療費・自費診療)(固形がん)(分子標的治療)

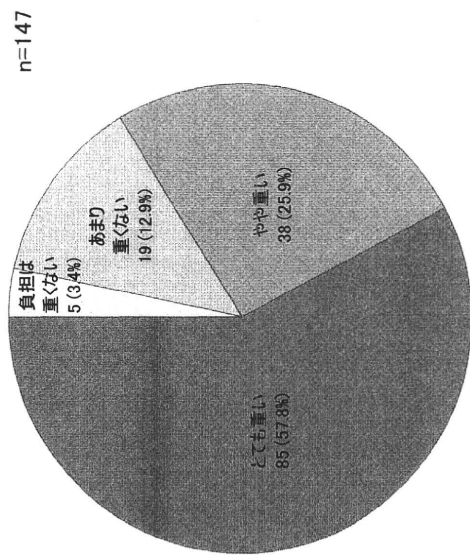


図2-7. 経済的負担(民間保険料)(固形がん)(分子標的治療)

