

テーマ⑧ 抗がん剤療法について

ご意見の表題	ご意見の概要
1 抗がん剤費用の軽減について	<p>がん治療は、抗がん剤が主体であるが、段々、効き目がなくなるため、新たに金額の高い抗がん剤を使うことになる。 抗がん剤は、一般市民が苦もなく支払いできるように保険の適用範囲を拡大してほしい。</p>
2 専門医がもっと抗がん剤の新薬の勉強をしてほしい	<p>乳がん患者間では常識となっている治療法を知らない医者もいる。医者同士の連携や情報交換が重要であり、国内外の学会の様子をネット配信してほしい。 海外のがん医療を参考にして、一日も早く患者の望んでいる抗がん剤の承認をしてほしい。 乳がん再発前の術後補助療法としてハーセプチンが保険適応で使用できるようにしてほしい。</p>
3 標準的抗がん剤治療の普及について	<p>抗がん剤治療においては、①未承認薬の問題、②適応症の問題、③標準的治療の格差の問題があり、報道などでは、①②が多く取り上げられているが、③が重要だと考える。標準的治療が地域、施設、医療者間の差なく提供されることが最も患者(国民)にとって利益となる。 抗がん剤治療において、「がん難民」を生み出している背景の一つとして、医療者と患者間における、治療目的の種類の理解、患者への説明不足がある。抗がん剤治療に関する正しい情報提供が不可欠である。</p>
4 個人差を重視した抗がん剤療法の実施が必要	<p>抗がん剤投与については、体表面積から投与量を決定するという画一的な方法ではなく、個人差を考慮したきめ細かい方法を広めるべきである。そのために、診療報酬で技術料を認めるなどの病院、医師等が報われる仕組みが必要である。 がんの縮小、消滅だけを重要視するのではなく、当初からがんの消滅が期待できないのであれば、極力副作用を抑え、現状維持が可能なような抗がん剤治療が必要と考える。</p>
5 がん治療薬全般の早期承認について	<p>国内で研究されているがん治療薬の中で有望とされているもの及び海外で使用許可がおりているがん治療薬については、優先的に審査し、早期承認をしてほしい。そのためには治験で一定の成果をおさめる必要があるが、末期の患者など自己責任において有償の治験を受けたいと望む患者もおり、そのような人たちに対応したシステムが必要不可欠と思う。</p>
6 医療者側の思いが知りたいです	<p>抗がん剤治療は医療者と患者がともに長くつきあっていく療法である。医療者は、正確で十分な情報を患者に与えたうえで、「患者を医療に参加させ、納得を得ること」が、治療を続行・中断するうえでいかに重要であるか考えてほしい。 どうしたら、個々の患者にあったきめ細かい抗がん剤治療をどこでもふつうに実施できるのか、患者側の思いだけでなく、医療者側にも具体的な案を掲げていただき、よい方向に進んでほしい。</p>
7 乳がんの治療について	<p>転移性乳がんだけに投与が認められている「ハーセプチン」を、早期又は転移を認めない場合の術前化学療法、術後補助療法などでも認めてほしい。また、乳がんに変良よく効くとされている血管新生阻害剤「アバスタチン」を一刻も早く承認してほしい。</p>

テーマ⑧ 抗がん剤療法について

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	高度先進医療の費用について	<p>がんの手術後、肺への転移がわかり、抗がん剤治療を始めたが、薬を替えても明らかに抑制しているとは言えず、担当医の薦めでサリドマイドを始めた。今はサリドマイドを飲みながら、高度先進治療を受けている。これらは全額自費である。</p> <p>がん保険も加入しているが、厚生労働省の認可がおりていない治療は保険では対応できないとのことである。早く認可されることを望む。</p>
9	承認を早急にしてほしい	<p>卵巣がんは抗がん剤併用が主であるにもかかわらず、未承認薬が多い。外国で現在使っている薬でも日本では何年、何十年待たなくてはならないのが実情である。一刻も早い承認を希望する。</p>
10	抗癌剤療法は副作用にもっと注意を払いながら行うべきだ	<p>現在の抗癌剤治療ではMTD(身体が耐えうる最大限の服用量)に基づいて標準服用量が決められているが、一部の完治可能ながんを除いては、抗癌剤の毒性による免疫機能低下によって逆に余命を縮めている場合が多いとの指摘がされている。それにもかかわらず、現場ではMTDが唯一のEBMとして用いられている。</p> <p>従来の抗癌剤治療のやり方を変え、MTDより少ない量から治療を始め、副作用と腫瘍の推移を見ながら服用量を加減すべきであり、厚生労働省もこうした治療の進め方を推奨してほしい。</p>
11	未承認の抗がん剤および、未承認と承認薬との併用について	<p>卵巣がんは乳がんや胃がんなどに比べて症例も少ないと思うが、ほかのがんで保険適用なのに卵巣がんでは認められていない抗がん剤も多いと思う。それにほかのがんに比べて発見するのに時間がかかり進行して見つかることが多いのでそれだけ抗がん剤治療に頼らなくてはいけないと思う。早急に対処してほしい。</p> <p>いろいろな資料を読むと1剤で治療するより2剤で治療する方が効果が上がるとあるが、未承認の抗がん剤と保険適用内の抗がん剤を併用すると両方も保険適用外になってしまうことにも対処してほしい。</p>
12	卵巣がんの未承認、保険適用外の抗癌剤の早期承認のお願い	<p>卵巣がんの治療は抗癌剤によるところが大きいですが、効果のあった薬も耐性が出てきて使える種類も限られてくる。卵巣がんの抗癌剤として世界では標準的に使われているドキシルなどは、治験もされており先の審議会でも承認かと期待したが駄目だった。また、ジェムザールなどは他の多くのがんには保険適用されているのに卵巣がんでは認められていない。どうして認可されないのか理由が知りたい。保険外診療では大きな経済的負担のため諦めざるを得ない方も多くいる。速やかな承認をお願いします。</p>
13	卵巣がんの抗がん剤治療における耐性の問題について	<p>卵巣がんは進行がんで見られることが多いため、治療には“抗がん剤”が重要な役割を担っているが、再発が多い性質上、使い続けると効果がなくなる“耐性”という問題がある。卵巣がんにも保険適応で使用できる薬剤の種類は限られており、保険適応内での治療が出来なくなった場合は、全額自己負担で薬剤を輸入し、多額の治療費を支払うことになる。</p> <p>卵巣がんにも効果があるといわれているドキソルビシンやジェムザールは他のがん治療には使用されているのだから、卵巣がんでも使用できるようにしてほしい。</p>
14	抗がん剤療法について	<p>卵巣がんは、初発では抗がん剤が大変奏功し、寛解を見る人が多い反面、その多くが進行がんの形で発見されることもあり、早くに再発・転移を起こしてしまう。先日、乳がんの治療薬ジェムザールが大量に破棄されていることが新聞で取り上げられていた。ジェムザールは卵巣がんにも効く可能性はあるのに認められおらず、可能性が封じられた患者から見ると残念でならない。</p> <p>欧米で普通に標準薬として使われている薬や、他のがんですでに保険適用になりながら、卵巣がんでは認められていない抗がん剤を一日も早く承認してほしい。</p>

テーマ⑧ 抗がん剤療法について

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	抗がん剤使用に関するガイドラインの改定期間および新しい情報の普及体制の整備について	抗がん剤の使い方は「ガイドライン」等の標準的な組み合わせによるものが多いと思うが、多くの研究者らによってより有効な使い方や組み合わせが明らかになっている分野もある。ガイドラインの改定期間を工夫し、より新しい療法がどこでも使える体制にしてほしい。また抗がん剤は開発の速度が速く、種類も豊富にあり、研修を受けられないと有効な治療ができないので、研修体制の整備を望む。
16	海外で認められている治療法以外に治療法がない場合はその治療法を早急に認めてほしい。また、保険適用してほしい。	私は現在日本では確立された治療法がない状態です。海外で認められている治療法以外に治療法がない場合はその治療法を早急に認めてほしいと思う。また、その際、同時に保険適用してほしい。もし国内での認可が遅くなるようなときは、救済的な意義を持った治験の実施等を考慮してほしい。 金持ちは生きることができて、そうでない人は死ぬという社会にはならないように、国がリードしてほしい。
17	健康保険対象の抗がん剤は、転移がんも対象として欲しい	食道がんの手術をしたが、その後肝臓と肺への転移が判明したので、抗がん剤治療に入った。最初の薬は肝臓には効果があったが、肺の方には効果がなく、次の薬も効果がなかった。この段階で医師より、「食道がんに使える抗がん剤は他にないので以後の治療は中止する」と言われたが、肺がんの抗がん剤は種類が多いのにどうしてとの疑問があった。保険対象の抗がん剤は、効果が全く期待できないか、よほどの副作用がない限り、転移がんにも使用出来るようにしてほしい。
18	薬の承認の早期化と混合診療を希望します	日本は薬の承認が他国に比べて遅いと感じる。例えば、悪性リンパ腫の抗がん剤であるゼヴァリンは、アメリカ、韓国等あらゆる国で承認されているが、日本はやっと治験の段階である。日本にいたから助からなかったということがないように、治療に有効だと思われる薬の承認の早期化を望む。 また、保険適用外の薬を使用した場合に混合診療を認めてほしい。たった一つ保険適用外の薬を使用したからといって、通常保険適用の治療まで保険適用外になる仕組みは矛盾しているし、高額な治療費は患者には相当な負担となる。がんが不治の病で亡くなった今、患者がお金がないために治療が受けられなかったなどということが無いよう混合診療を認めてほしい。
19	がんになっても不安のない安心できる社会をつくるのが求められる	①マニュアル通りの量、期間ではなく個人にあった治療法を採用する。 ②副作用が出ていないと効いていないという間違った考え方の医師も多い。再度正しい教育をお願いする。 ③混合診療について判断は患者責任であることを明確に説明する。
20	卵巣癌治療における未承認抗がん剤の承認を急いでください	卵巣癌患者は確実に増加していると思う。増加しつつあるにもかかわらず、早期発見のための検診システムもできていないし、卵巣癌についての知識もあまり浸透していない。病期が進行した状態で発見され、再発の可能性も高い患者を救うためには、欧米では効果があるとされすでに使用されている抗がん剤を、いち早く日本でも承認し使えるようにする必要がある。早期発見のための検診の方法や啓蒙活動についても検討を急ぐ必要がある。
21	卵巣がん未承認薬の早期承認のお願い	卵巣がんの告知を受け手術し、切除不能であった腫瘍については抗がん剤治療を行っている。最初は標準治療であるTJ療法(タキソール+パラプラチン)を、今はアクブラ+イリノテカンの治療を行っているが、腫瘍マーカーは基準値に達せず、腹腔内に播種が残存している状況である。今の薬に耐性が出た場合、有効な保険適用の薬は難しいと言われている。欧米では標準治療として他にもたくさんの抗がん剤が認められている。承認薬を一つでも多くして、多くの命を助けてほしい。

テーマ⑧ 抗がん剤療法について

ご意見の表題	ご意見の概要
22 抗がん剤については未承認薬の使用に特例を設ける	<p>卵巣がんは比較的抗がん剤の効果があると言われているが、再発に次ぐ再発、薬への耐性などから、使える薬がなくなってしまうのが現状である。もし、未承認薬を使うとなれば、薬自体が高価であるだけでなく、現在受けている治療への保険がきかなくなる「混合診療」の問題さえ抱えてしまう。海外で標準的に使われている薬の中には、日本で使われている薬の副作用を軽減したものもある。お金があり、外国から個人輸入ができ、知り合いに医者がいれば治療に選択肢があるという不公平、格差を許してよいものか。抗がん剤についてだけ特例という形で承認以前に使用できるシステムが作れないか。</p>
23 世界で使われていながら日本では未承認の薬について	<p>友人を卵巣がんで失った。40代という若さだった。耐性のため使用できる抗がん剤がなくなったので、日本では未承認だが世界では標準的に使われていて副作用も少ないよい抗がん剤があると主治医から聞き、保険外の個人輸入で治療にトライしたが、結局遅かったのか2回目の投与前に亡くなった。友人が個人輸入したドキシルを承認していないのは、日本と北朝鮮だけと聞く。世界で標準的な抗がん剤がなぜ日本では使われていないのか。治療の方法や選択肢は少しでも多くあるべきと思う。世界で標準的な抗がん剤の承認が日本で遅れているのがシステム上の問題であるなら、一刻も早く是正してほしい。</p>
24 卵巣癌未承認抗がん剤の早期承認を望む	<p>同じ卵巣癌で苦しむ人たちが治療の方法が無いと言われ亡くなっていった。どの癌も同じだと言われればそうかもしれないが、卵巣癌はもう一つ命を奪うのである。手術により卵巣や子宮を取ってしまうと子供を産むことが二度と出来ない。卵巣癌はサイレントキラーと言われ、発見されたときには病期が進んでいる場合が多い。そのため、予後が悪かったり再発を繰り返し、抗がん剤にも耐性が出来てしまい使える薬が無くなってしまふ。欧米では標準的に使われている抗がん剤でも、日本では使えない。他の癌では使えても、卵巣癌では使えない、又、保険適応外である。これでは一つの命さえ守ることができない。未承認抗がん剤の早期承認と保険適応外の抗がん剤の早期承認を望む。</p>
25 新薬の認可を早め、なおかつ、治験段階でも使えるようにして欲しい	<p>従来の抗がん剤とは異なる新しい概念の薬が次々生まれつつあるが、そうした薬は、自費診療でもかまわない、使わせて欲しいと望んでも、日本では、法の壁によって阻まれてしまっている。エビデンスの無い新薬を安易に認可する訳にはいかないという厚生労働省の立場はわかるが、今がんに冒されている者には時間がない。治験段階であっても、特に第二段階以降の治験においては、それを望む者が広く受けられるようにして欲しい。</p>
26 薬の効き目におどろいた	<p>抗がん剤の効果にびっくりした。</p>
27 卵巣がん患者に治療の選択肢を増やしてください	<p>卵巣がんは再発しやすく、抗がん剤で治療することが一般的である。卵巣がんは抗がん剤が良く効くといわれているが、再発しやすいため何度も同じ抗がん剤を使っていると、やがて耐性になったり、アレルギー反応がでたりして同じ抗がん剤が使えなくなる。現在日本で卵巣がんの保険適応を有するものは、カルボプラチン・シスプラチン・パクリタキセル・ドセタキセル・イリノテカンのみ。他のがんでは保険適応であり、再発卵巣がんで奏功があるとされている抗がん剤(塩酸ゲムシタピン)は、卵巣がんでは保険適応外である。外国では標準に使われている抗がん剤や保険適応外の抗がん剤を迅速に承認し、治療の選択肢を増やしてほしい。</p>
28 抗がん剤の認可について	<p>外来化学療法室に勤務し、抗がん剤治療に携わる中、患者さんから選択出来る抗がん剤が限られているという話を聞き考えさせられる。保険の範囲内で(病院で使えるものとして)医師が抗がん剤を選択できる幅が広がれば良いと思う。自費診療で使えても、抗がん剤治療は回数も多く、保険診療内でも高額な医療費がかかり、経済的負担となっている。安価で、その人の病気にあった抗がん剤が選べる環境になるようにしてほしい。</p>

テーマ⑧ 抗がん剤療法について

	ご意見の表題	ご意見の概要
29	化学療法での副作用がこわい	<p>抗がん剤療法と放射線療法の併用で治療を受けた。治療を受けているうちに、副作用が出てきた。最初は、つばや水が飲み込みにくくなり、次に、味覚障害が出てきて、その次に声が出せなくなった。入院生活は何度も経験があり、だんだん快方に向かうのが普通であるが、化学療法だけは全くの逆で、だんだん副作用がひどくなっていった。放射線照射で首まわりが火傷のようになっただけでも、治療の最後の方は、副作用もおさまらず、入院生活の最初の方がうそだったように楽になった。でも、味覚障害だけは、退院した今でも残っている。化学療法における副作用を減らしてほしい。</p>
30	卵巣がん治療における未承認抗がん剤の早期承認を	<p>卵巣がんと診断され抗がん剤治療を受けた。幸い抗がん剤が奏功したが、薬に対する耐性で使う薬がなくなるという現状を目のあたりにしてきた。日本における卵巣がん治療への抗がん剤の乏しさを感じる。以前、ドキシルについて厚生労働省にメールした際に薬事審議会での認可が期待できるともとれる返事もらったにもかかわらず、結果は残念なものだった。抗がん剤が魔法の薬とは思わないが、もっと手段があれば助かるかもしれない大事な命がたくさんある。今はハーセプチンなどの副作用の少ない薬も多く出てきている。卵巣がん治療に有効な抗がん剤の承認をしてほしい。</p>
31	私と卵巣がん、今私に出来る事	<p>卵巣がんについては、①耐性のため使える抗がん剤だんだんなくなってしまうので、未承認薬の早期承認が必要。②保険適応外の薬で欧米では使われているのに日本では未承認であり、高額な費用のため断念せざるを得ない。また保険適応の薬でも経済的理由で治療できないことがあり、援助が必要。等色々な問題がある。厚生労働省では、以上の件等卵巣がんについて意識してほしい。</p>

テーマ⑨ 放射線療法について

ご意見の表題	ご意見の概要
1 放射線療法について	がん放射線治療の基盤整備を人材を含め行ってほしい。
2 放射線治療の一般への情報提供と、現実的な選択肢とするための病院間の連携について	放射線に関しては情報が少ないため患者としての理解があまり得られていない。まず、放射線療法が有効な治療法の一つであることを広報する必要がある。また、どの医療機関にも簡単に設置できる機器ではないので、各自治体の医療圏での病院同士の連携による広域的な共同体制を望む。連携に関しては、都道府県がん診療連携拠点病院の相談窓口が中心になり、役割を担ってほしい。最終的には全国レベルでの連携を望む。
3 小児脳腫瘍の治療について	子供が小児脳腫瘍だとわかり、脳外科で手術、小児科で化学療法と放射線治療を受けた。今のところ再発の心配はないが、腫瘍が出来たところが、いろんなホルモンの大事なところだったので、尿崩症になったり、ステロイド剤の服用をしないといけなかったりと、腫瘍の再発の危険性も心配だが、一生薬を補充しなくてはいけなくなった。また、放射線を受けたことにより脳壊死を起こし、一時右半身が不随になり、知的障害が残り、かなり失われたものがある。生存率の向上で今後の生活のことを考えると、最低限の放射線の使用で的確な治療法の確立を願う。
4 放射線療法における問題点	わが国では十分な放射線治療が行われていない。欧米と同様に、手術、化学療法とともに、悪性腫瘍に対する治療の3本柱の一つとして早急に確立する必要がある。手術リスクの高い高齢者の患者が増えている昨今、食道がん、前立腺がん、肺がんなどに関しては、より安全な放射線療法という選択肢があることを啓蒙すべきである。また、放射線治療機器は高価であり、保険点数を大幅に上げ、採算がとれるようにする必要がある。さらに、各医科大学においては、診療の性格が全く異なる放射線療法部を放射線診断部より完全に独立させ、人材の育成を進める必要がある。
5 がんになっても不安のない安心できる社会をつくることが求められる	①専門医の絶対数が足りない。 ②先生によって技術の差がありすぎ。 ③今後のがん治療の主流となりえる可能性があるため、物理学もふくめたスキルアップをお願いする。
6 人に優しい放射線治療を	5年前に上咽頭がんで74グレイの放射線治療をし、生きてはいるがづらい後遺症も残った。通常治療で効果があり、後遺症の少ない照射方法のCFIMRTの技術を全ての病院で行うべきであり、早急に取り入れてほしい。
7 放射線療法について	がん治療、薬がだいぶ進んだと聞いているが、どの程度のものなのか、家族にがん患者が出て初めて今後どうなるか心配になった。扁桃腺部位にがんができ、現在放射線治療をしている。口が痛むせいか食事が大変になり、高齢でもあるし、今後が心配である。

テーマ⑨ 放射線療法について

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	放射線療法について	<p>がんの宣告を受け、抗がん剤治療と放射線治療を受けたが、放射線照射1ヶ月後に、放射性肺臓炎を発症し、現在は肺繊維化症まで進行している。肺繊維化症は難病とされているようだが、原因が不明の肺繊維化症は難病の指定を受けることができるが、私のように明らかに放射線が原因の場合は難病の指定は受けられないというのが納得できない。難病の指定を受けられないのは何故なのか。</p>

テーマ⑩ 緩和医療について

ご意見の表題	ご意見の概要
1 緩和医療(疼痛ケア)を全病院にて実施してほしい	緩和ケア(疼痛ケア)は全病院でがん治療と平行して実施してほしい。 緩和ケアに関する情報を患者・家族も共有させてほしい。 ホスピスを増やしてほしい。
2 緩和医療と積極的治療は両立すべき	緩和医療は1日当たりの診療報酬が定額であり、この中で積極的な治療(抗がん剤投与、放射線治療等)を行うと、その医療機関が赤字になってしまうため、日本では、緩和医療と積極的治療を同時並行して受けることができる医療機関が少ない。 医療従事者に対しても緩和医療の重要性を理解いただき、必要に応じ緩和医療を受けることができるような体制を整備すべきである。
3 緩和医療に対する現場スタッフへの教育	一般病棟でも緩和ケア病棟と同様に緩和医療が行われなければならないと思う。 十分な緩和医療を提供するには、医療を志す学生への教育及び現場スタッフへの指導が必要であり、特に、患者とのコミュニケーションの仕方などの教育を受けていない現場の医師への教育が必要と思う。
4 緩和医療に対する誤解を解き、広く理解されるようにして欲しい	「緩和医療を開始することイコール、がんに対する治療をあきらめること」ではないということが広く理解されるように、多様な手段でコマーシャルしてほしい。 長い間、がんは痛みをこらえ、もがき苦しむ闘うものであるというイメージが定着している。 最初からがまんすることなく、闘うことができるということを、今、がんに関わりのない人にも浸透していくようにしてほしい。
5 緩和医療を終末医療にしないための取り組みについて	現在、拠点病院に指定されるためには緩和医療の取り組みが必要となっているが、その中身については明確な基準がないように思う。本来緩和は終末医療ではなく、初期から必要な医療であるが、積極的な医療行為を放棄しないと緩和医療が受けられない施設もある。患者が初期から緩和医療を受けられるように早急な対策を望む。
6 緩和ケア医療体制の改善と増強	本来の緩和医療は、痛みを緩和することを重視しながら、抗がん剤治療を続けるものだとしている。しかし、実際には緩和医療を積極的に取り入れた病院を探すのは非常に難しいのが現状である。今後ますます、がん患者は増えるものと予想される。積極的な抗がん治療をしながら、痛みや精神的な苦痛を緩和することを目的とした緩和ケア医療の整備を提案する。
7 がんケアの隙間をうめる地域でのミニデイホスピス(仮称)活動	地域住民と様々な活動を通してふれあい、楽しむ機会を提供する「地域ミニデイサービス(自主ボランティアグループ)」を立ち上げ活動している。この活動を一部広げた形で、専門ではなく地域の一般住民が、がん患者や家族等何らかの支援が必要なひとを支えあうことはできないか模索している。がん患者・家族の支援は専門性のみが重要視されているが、日常のそして地域の中で支援できることがある。また、そういう場がたくさん必要と考えている。

テーマ⑩ 緩和医療について

ご意見の表題	ご意見の概要
8 緩和ケアにおける問題点	わが国では一般に緩和ケアというと終末期というイメージがあり、臨床医やコメディカルでさえ「緩和ケア＝ターミナル・ケア」と考えているように思える。がんと診断されたときから終末期まで幅広く有用なケアであるとの正しい緩和ケアの啓蒙活動が必要。また、緩和ケア施設は不足しているが、設備投資が必要なため施設の増設は現実的に難しく、一般病棟における緩和ケアチームの増設が今後の課題であり、そのため診療報酬の見直しが必要。人材面でも問題があり、日本緩和医療学会で認定医制度の検討をしているが、「学会員の8割以上が医師」という厚生労働省の基準をクリアできないため、専門医の認定ができない状況が続いている。専門医の質は認定基準を厳しくすれば解決することであり、厚生労働省は基準を見直すべきである。
9 がんになっても不安のない安心できる社会をつくるのが求められる	①一般の治療と緩和医療を平行で勧める。 ②緩和医療についてはまだ保険範囲も実態と合っていないので見直しが必要。 ③患者、家族は緩和イコール末期で治療法がないと思いがちなので医療側の説明をしっかりとる。
10 緩和医療について	麻薬の用量や用法の規制をもっと緩和してほしい。死にゆく者にせめて安らかな余生と死を与えてほしい。また、規制を緩和すれば、消費量が増え、価格が下がり、入院治療の経済的負担も減ると思う。
11 緩和医療について	死因のトップを占めるがん患者の緩和医療を行う施設がもっと増えることにより、ホスピス緩和ケアの理念に基づいて充実すれば、最後までその人らしく生きていけるようになると思う。
12 緩和医療と告知(高齢者での終末の過ごし方)	終末は自分の家で死にたいと望む患者がいても、診てくれる先生や看護師がいなければ現実的に無理である。
13 心のケアについて	現在、入院している病院の看護師さんたちのレベルの高さに感動している。がん患者は、死と対面する恐怖にさいなまれながらの生活を送っており、心がすさんでいる。そんな時に患者の目線で対応してくれる諸動作のひとつひとつがどれだけ患者の心のケアに役立っているかわからない。今後も患者の目線にたった看護を進めてほしい。
14 突然末期ガンの宣告を受け、治療を拒否しホスピスで終末を希望した場合の経費の事	夫が突然末期がんを告知され、医師の意見を聞いたうえで、全ての医療をあきらめ自宅で暮らすこととし、最後はホスピスに身を寄せての終末だった。その間、あらゆるお金を切りくずし、健康保険の適用も受けられず、24時間食わず寝ずの介護で、壮絶な生活を体験した。自分もがんを発症してしまい、現在治療中であるが、一人暮らしなので、最後はホスピスに入って診てもらったつもりであるが、ホスピスの経費を健康保険の適用にしてほしい。

テーマ⑩ 緩和医療について

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	緩和医療について	緩和医療は先生方の治療方針によって決定されていることがほとんどだと思う。