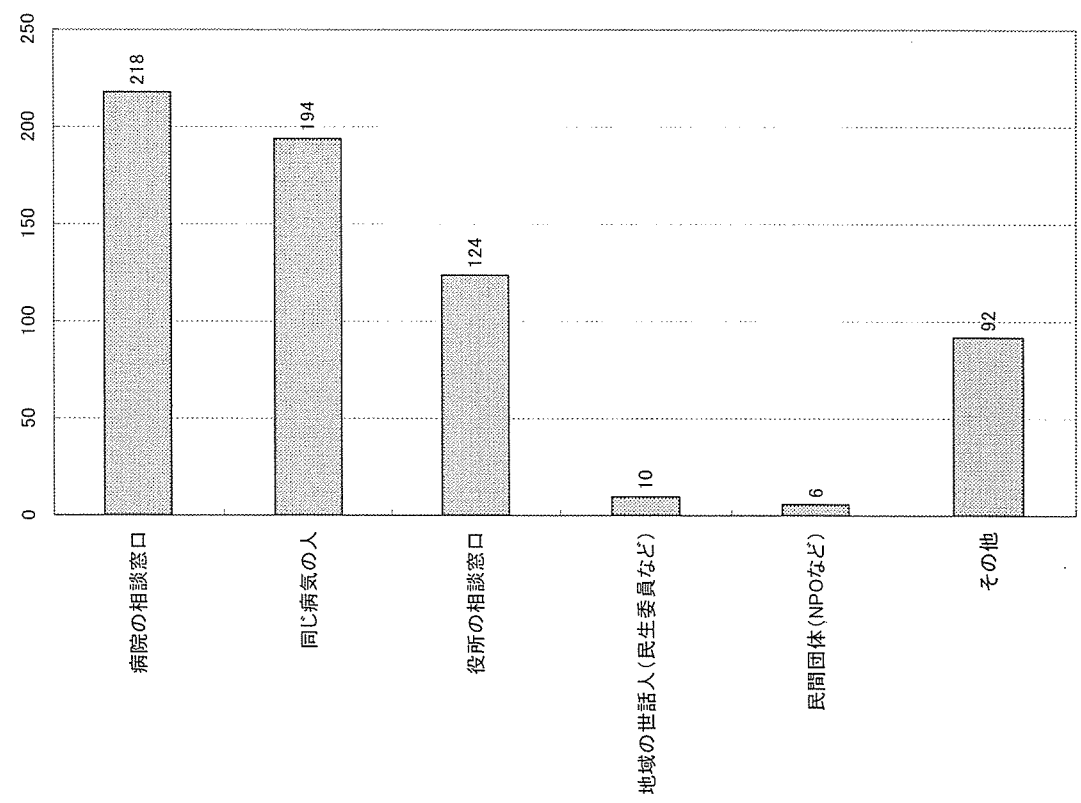
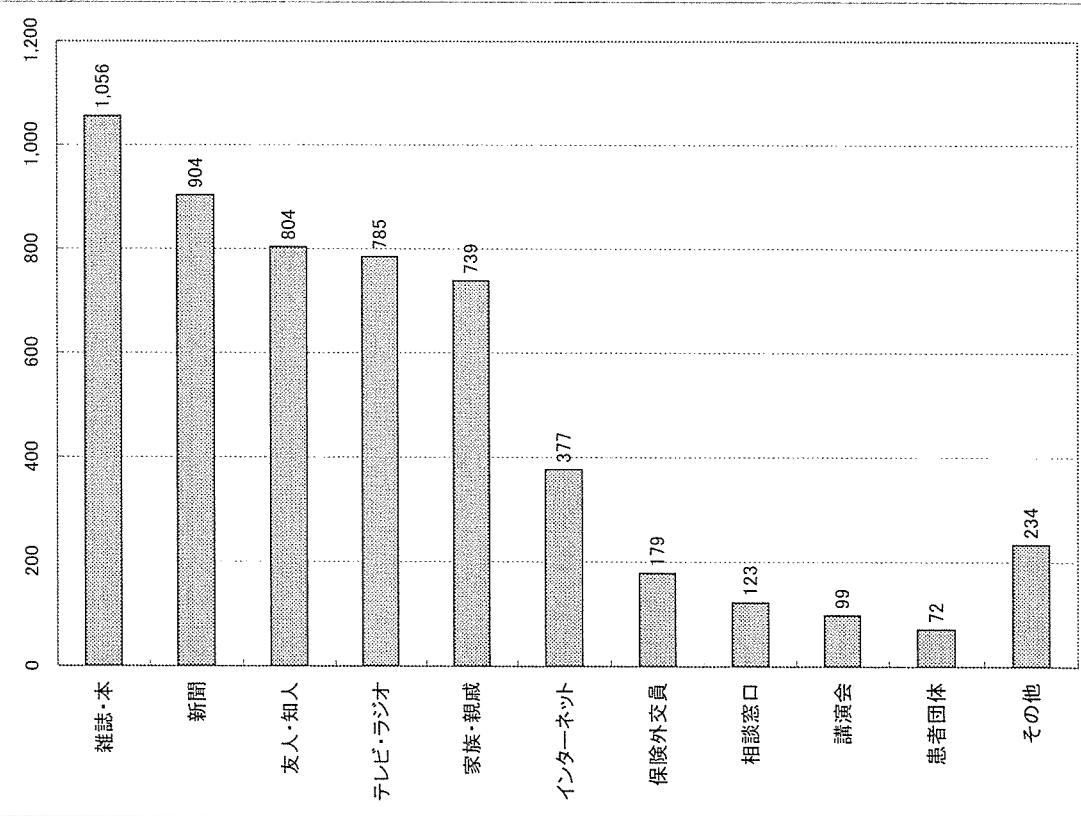


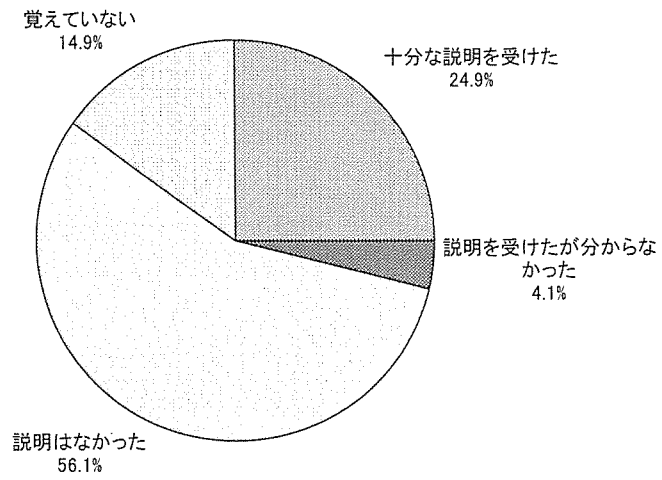
相談先
(n = 538, 複数回答)



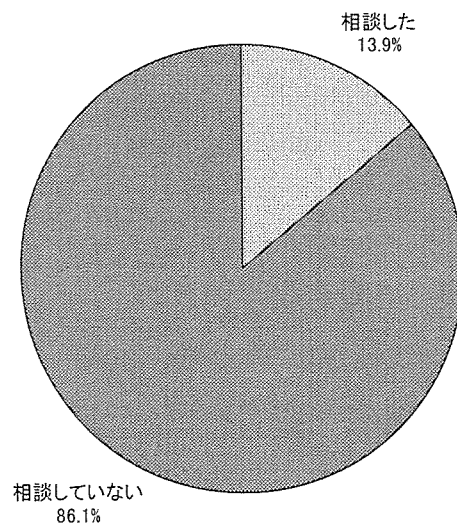
がんの経済的負担についての情報源
(n = 3,083, 複数回答)



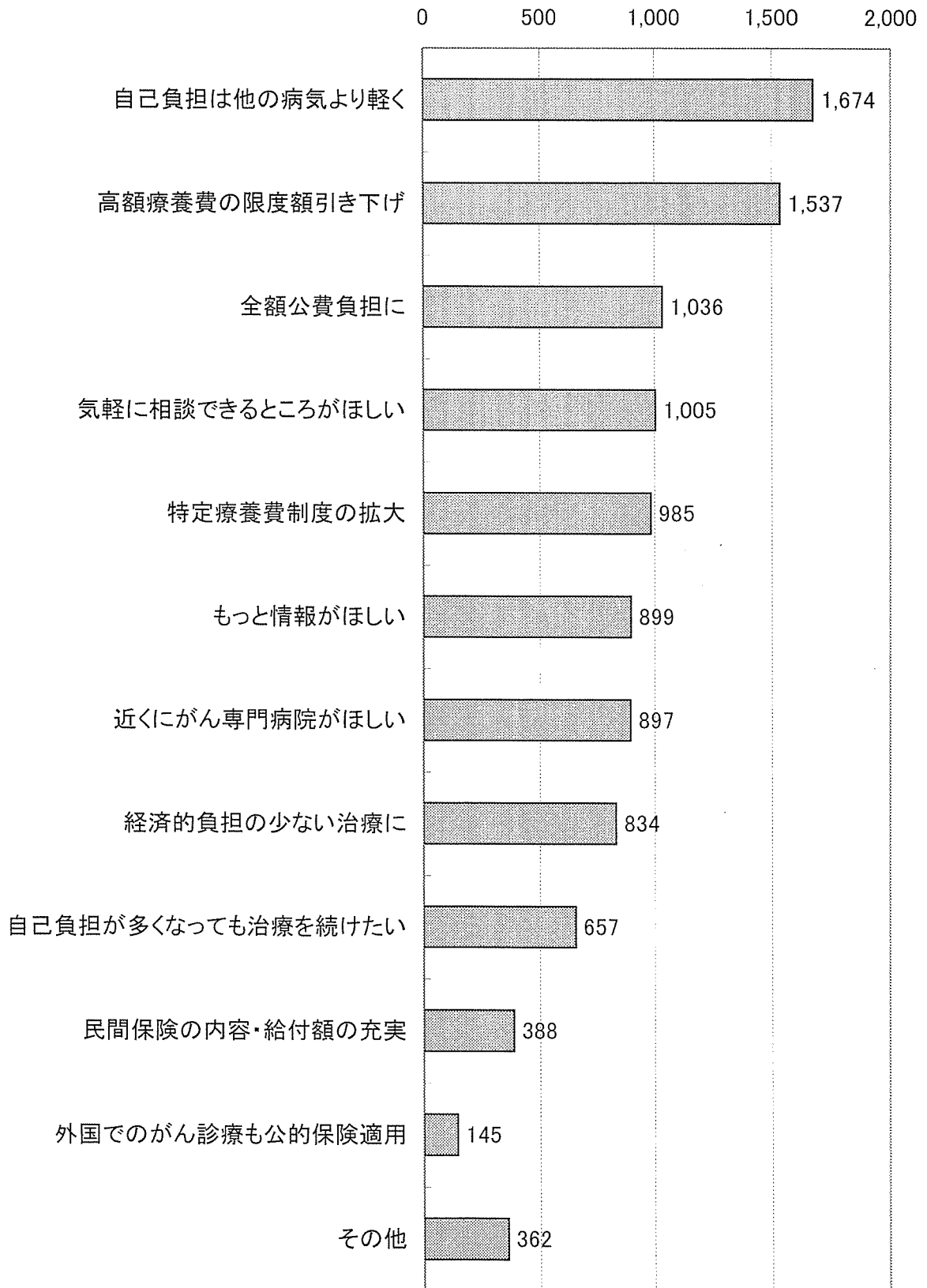
経済的負担について説明があったか
(n = 3,528)



がんの経済的負担について外部の人に相談したか
(n = 3,906)



がんの経済的負担について特に希望するもの
(n = 3,771, 複数回答)



がん診療の経済的な負担に関するアンケート調査

平成 18 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

「がん医療経済と患者負担最小化に関する研究」

主任研究者：濃沼 信夫（東北大学教授）

分担研究者：廣中 秀一（静岡県立静岡がんセンター）

<調査の趣旨>

このアンケートは、質が高く安全で、患者さんの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、がん診療で病院を受診されている全国の患者さん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。また、回答が 0 円の場合も記入欄に「0」と記載して下さい。ご本人が記載することが困難な場合は、御家族の方に記載をお願い致します。

まことに恐れ入りますが、ご回答いただいた調査票は 1週間程度 で、ご返送下さい。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。

倫理的事項

調査票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。

なお、このアンケートは個人的な質問が含まれているため、

- 1) 答えにくい質問には回答しなくても構いません
- 2) プライバシーの保護および人権は守られています
- 3) アンケート調査に参加しなくても不利益は被りませんので御安心下さい。

<お問い合わせ先>

〒 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、三澤仁平、佐藤菜保子、尾形倫明

TEL：022-717-8128 FAX：022-717-8130

1 通院・入院について（がん治療にて通院されている全ての病院についてお答え下さい）

1-1 自宅から病院までの交通手段について、あてはまるものを○で囲んで下さい。

| | | | |
|--------|-----|------|-----------------------------|
| 徒歩・自転車 | 電車 | 自家用車 | 飛行機 |
| バス | 新幹線 | タクシー | その他（ ） |

1-2 通院時間は片道どのくらいですか。

| | |
|----|---|
| 時間 | 分 |
|----|---|

1-3 通院にかかる交通費（宿泊費を含む）は、往復でいくらですか。

| | | | |
|-----|---|--------|---|
| ご自身 | 円 | つきそいの方 | 円 |
|-----|---|--------|---|

1-4 入院日数・通院回数はどのくらいですか。

| | 入院 | 通院 |
|--------|----|----|
| 先月1ヶ月間 | 日 | 回 |
| 過去1年間 | 日 | 回 |

2 いまの病気（がん）に関する支出について

2-1 病院や薬局の窓口で支払った金額はいくらですか（複数の場合、合計額）。

| | 入院分 | 外来分 |
|--------|-----|-----|
| 先月1ヶ月間 | 円 | 円 |
| 過去1年間 | 円 | 円 |

2-2 健康食品や民間療法などの支出額はいくらですか。

（医療施設内で行われるものと、保険適用のものを除いてお答え下さい）

| | 先月1ヶ月間 | 過去1年間 | 利用期間 |
|---------------------------------|--------|----------|-------|
| 1 健康食品・サプリメント（下記に具体的な名前をあげて下さい） | | | |
| (例) 〇〇〇〇 | 6,000円 | 1万4,000円 | 2年6ヶ月 |
| | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 2 漢方 | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 3 鍼灸 | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 4 マッサージ | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 5 アロマセラピー | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 6 温泉療法 | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 7 その他（ ） | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| | 円 | 円 | 年 ヶ月 |

2-3 その他の支出額（贈答費・かつら代など）はいくらですか。

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

2-4 民間保険・簡易保険・県民共済などの保険料はいくらですか。

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

3 いまの病気（がん）に関する給付について（複数の病院に通院の場合、合計を記載下さい）

3-1 高額療養費として、戻ってきた金額はいくらですか。

| | |
|-------|---|
| 過去1年間 | 円 |
|-------|---|

3-2 医療費還付として、戻ってきた税金はいくらですか。

| | |
|-------|---|
| 過去1年間 | 円 |
|-------|---|

3-3 民間保険・簡易保険・県民共済などから受け取った金額（入院給付金など）はいくらですか。

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

4 いまの病気（がん）に関する自己負担について（複数の病院に通院の場合、合計を記載下さい）

4-1 これまでで、医療費の自己負担額が最大の月の支払い金額はいくらですか。

| | |
|----|---|
| 最大 | 円 |
|----|---|

4-2 上記請求額に対して、どのように対応しましたか。当てはまるものすべてに○を付けて下さい。

- 1 高額療養費の受領委任払制度や貸付制度を利用した
- 2 医療費減免制度を利用した
- 3 民間保険からの給付金で支払った
- 4 貯金から支払った
- 5 家族・親戚から借りた
- 6 友人・知人から借りた
- 7 ローンを組んだ
- 8 分割払いにした
- 9 その他 []

5 いまの病気（がん）の経済的負担について、病院から説明がありましたか。○をつけて下さい。

1 十分な説明を受けた

2 説明を受けたがわからなかった

3 説明はなかった

4 覚えていない

説明した人を○で囲んで下さい。

医師 看護師 その他の職員 ()

うらに続く

6 いまの病気(がん)の経済的負担について、外部の人に相談しましたか。

| | | |
|---------------------|-----|------------------|
| 1 相談した | 相談先 | 1 病院の相談窓口 |
| 2 相談していない ↓ その理由 | | 2 役所の相談窓口 |
| 1 相談しなくてもよい | | 3 地域の世話人(民生委員など) |
| 2 相談したくない | | 4 民間団体(NPOなど) |
| 3 相談したいができなかった | | 5 同じ病気の人 |
| | | 6 その他() |

7 経済的理由で、がん治療の選択に影響がありましたか。

| | | | |
|---------|---|-----------|-----------|
| 1 影響した | ↓ | 1 治療を変更した | 3 治療を中止した |
| 2 影響しない | | | 2 治療を延期した |

その治療内容を記入して下さい。

影響前：

影響後：

8 いまの病気(がん)の経済的負担について、希望するものを3つまで(その他を含む)選び○をつけて下さい。

- 1 もっと情報がほしい
- 2 気軽に相談できるところがほしい
- 3 自宅の近くに、がん専門病院があってほしい
- 4 がんの新しい治療(お薬)をできるだけ早く保険適用としてほしい
- 5 もし選べるなら、経済的負担の少ない治療(お薬)にしてもらいたい
- 6 がん診療の自己負担は、他の病気より軽くしてほしい
- 7 がん診療での特定療養費制度(室料差額など)の対象をひろげてもらいたい
- 8 高額療養費の限度額を引き下げてもらいたい
- 9 がん診療は全額公費負担にしてもらいたい
- 10 外国でがん診療を受けた場合も、公的保険を適用してもらいたい
- 11 民間保険の内容・給付額を充実してもらいたい
- 12 その他()

9 いまの病気(がん)の経済的な負担に関して、自由にご意見をお書き下さい。

10 ご自身について

10-1

| | | | | | | |
|----|---|----|---|---|-----|------|
| 年齢 | 歳 | 性別 | 男 | 女 | 居住地 | 都道府県 |
|----|---|----|---|---|-----|------|

10-2 現在、当院にて治療中の病気（がん）が診断されたのはいつですか？（再発された方は再発と診断された時期）

平成 年 月頃 あるいは 年前

10-3 最初のがんと診断された時の部位に○をつけて下さい。また、現在治療されている部位に◎をつけて下さい。（複数治療されている場合はすべてにつけて下さい）。

| | | | | |
|------|-----|----|------|-----|
| 食道 | すい臓 | 脳 | 頭頸部 | 眼 |
| 胃 | 胆管 | 肺 | 乳房 | 骨 |
| 十二指腸 | 肝臓 | 口腔 | リンパ腫 | 白血病 |
| 小腸 | | 皮膚 | 腎臓 | 膀胱 |
| 結腸 | | 卵巣 | 前立腺 | 精巣 |
| 直腸 | | 子宮 | その他（ | ） |

10-4 あなたが、最初のがんと診断されてから、現在まで受けられた治療のすべてに○をつけて下さい。

- | | | |
|------------------|---------|------------------|
| 1 外科手術（内視鏡手術を含む） | 4 放射線療法 | 7 リハビリテーション |
| 2 薬物療法（抗がん剤など） | 5 緩和ケア | 8 ストーマケア（人工肛門など） |
| 3 内分泌療法（ホルモン剤など） | 6 在宅ケア | 9 その他（ |

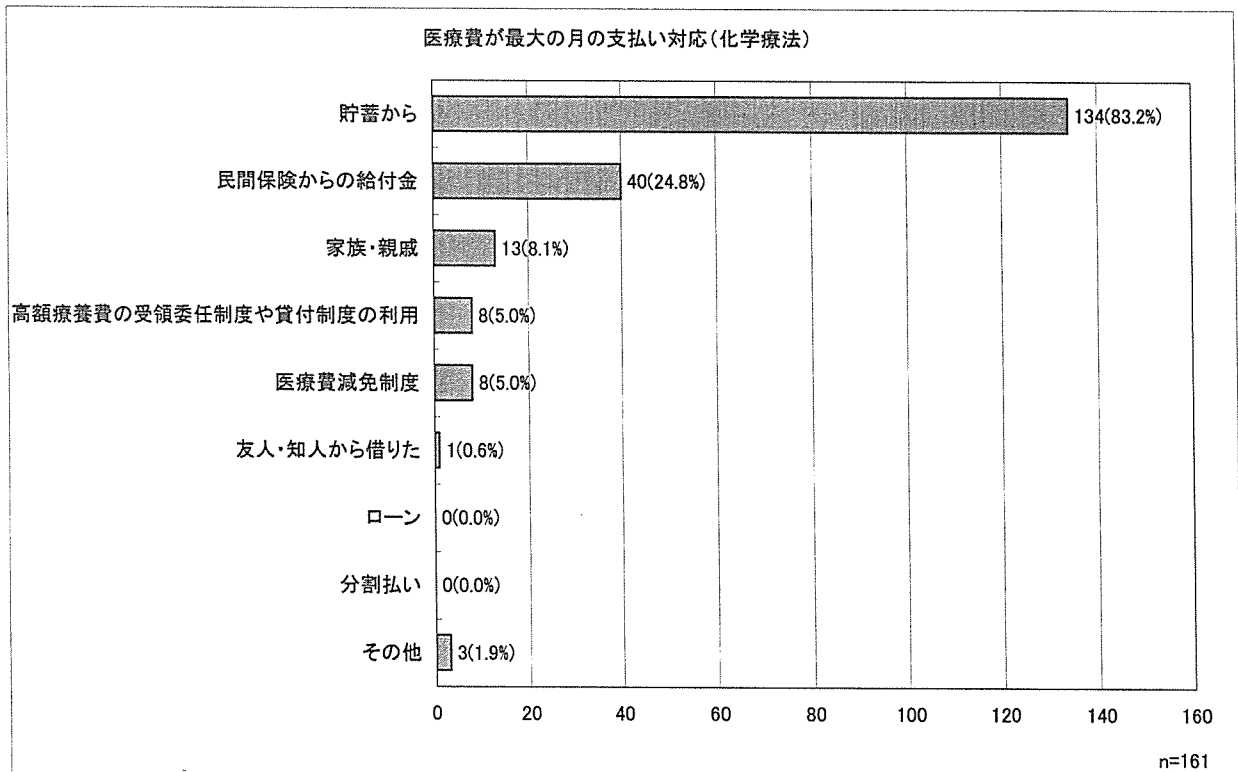
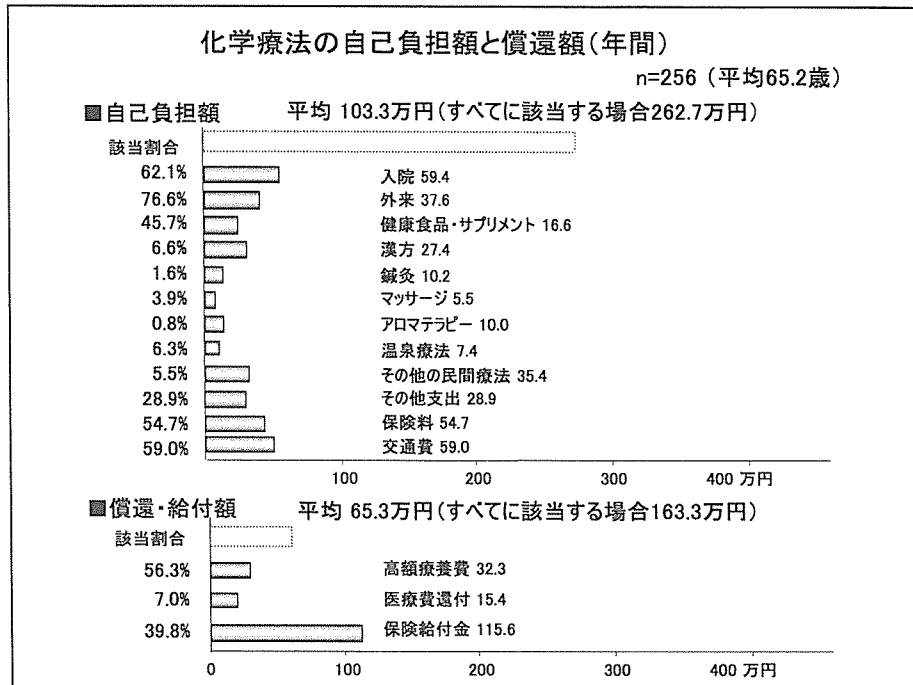
10-5 現在の治療状況について、1つに○をつけて下さい。

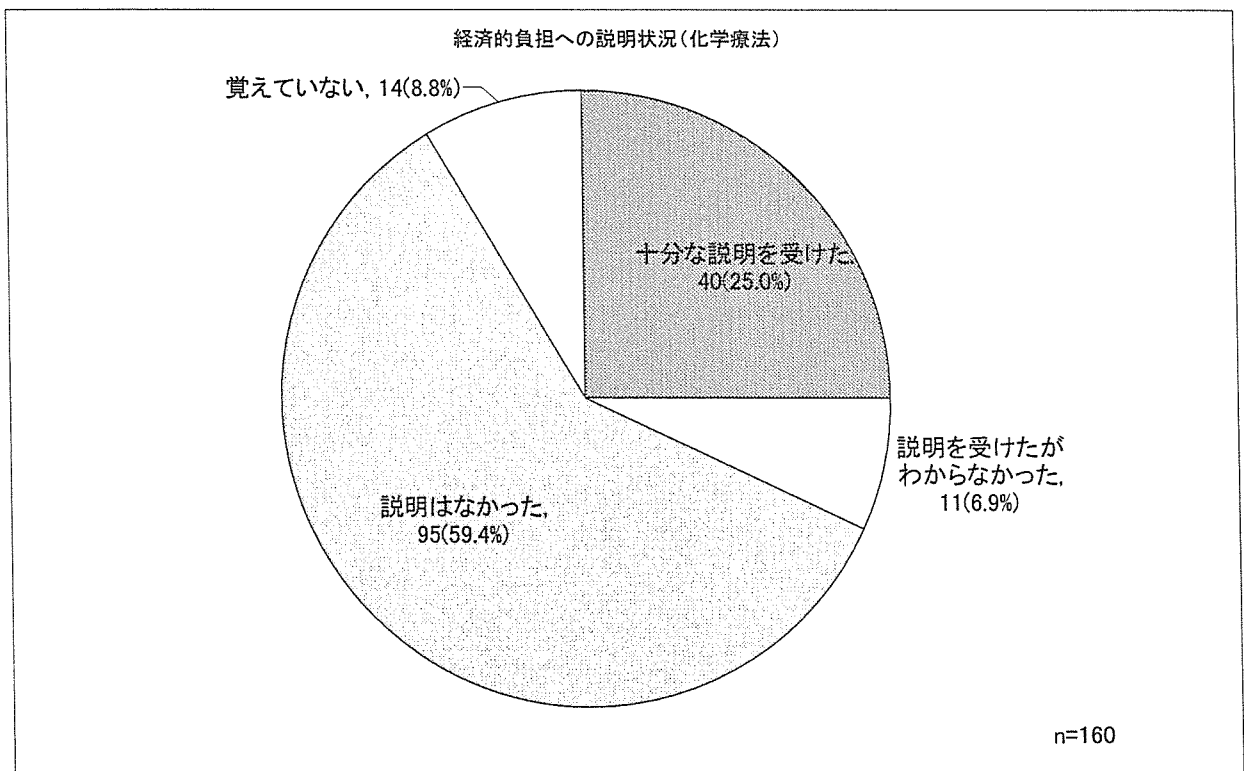
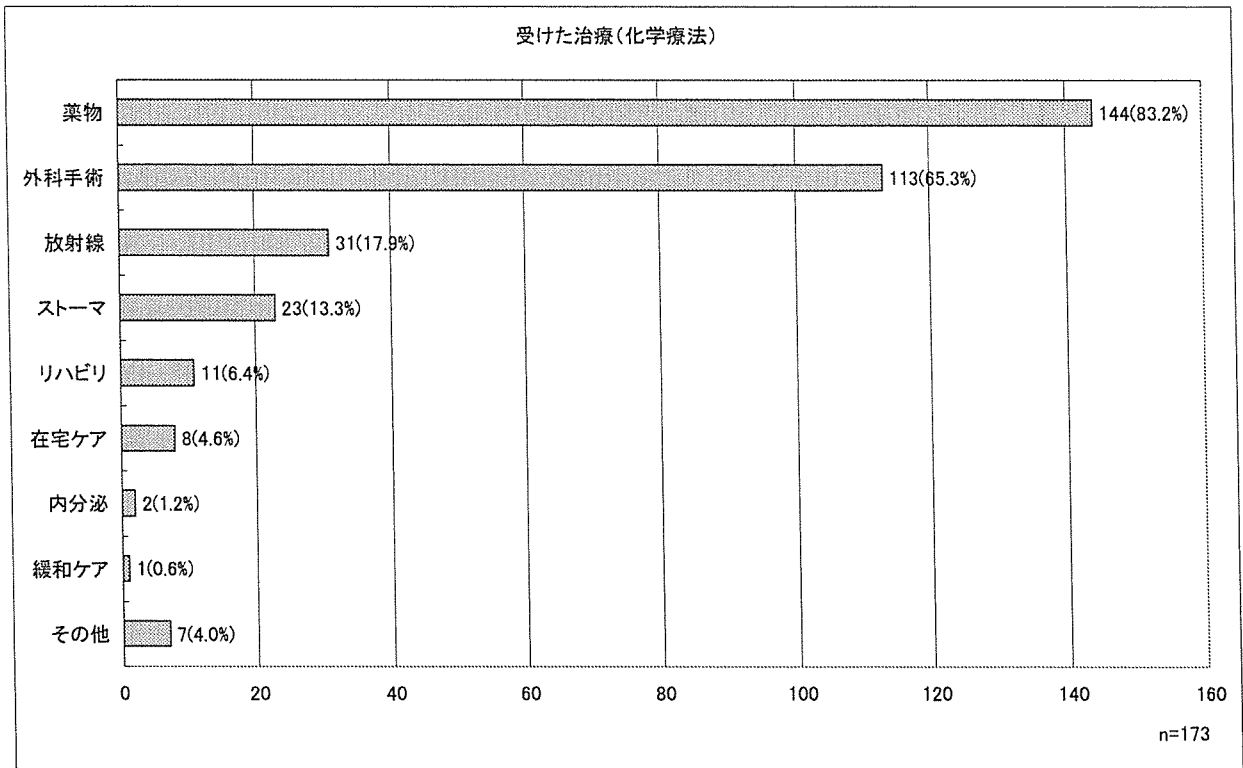
- | |
|--------------------------------------|
| 1 手術前の検査で通院中 |
| 2 がんに対する治療を継続中 |
| 3 がんに対する治療は終了し、検査やストーマ（人工肛門）管理などで通院中 |
| 4 その他（ |

記入日 平成 年 月 日

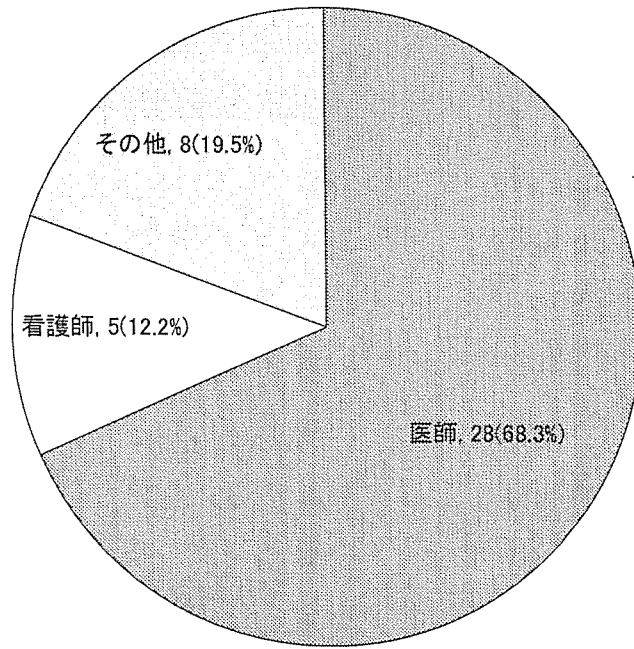
ご協力、どうもありがとうございました。

治療法の番号



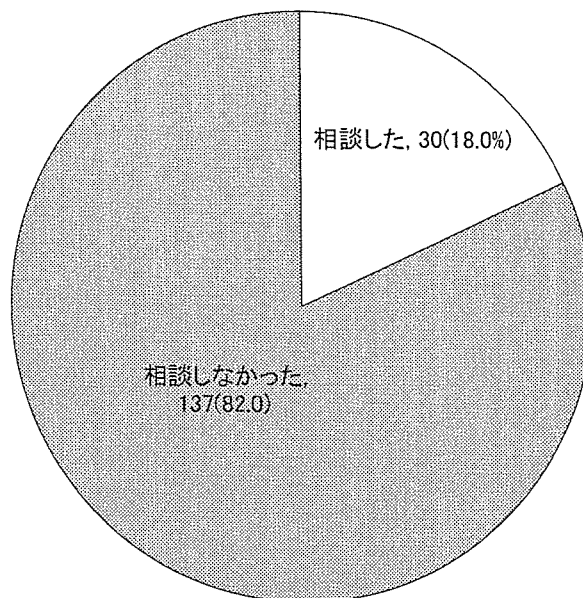


経済的負担について説明した人(化学療法)



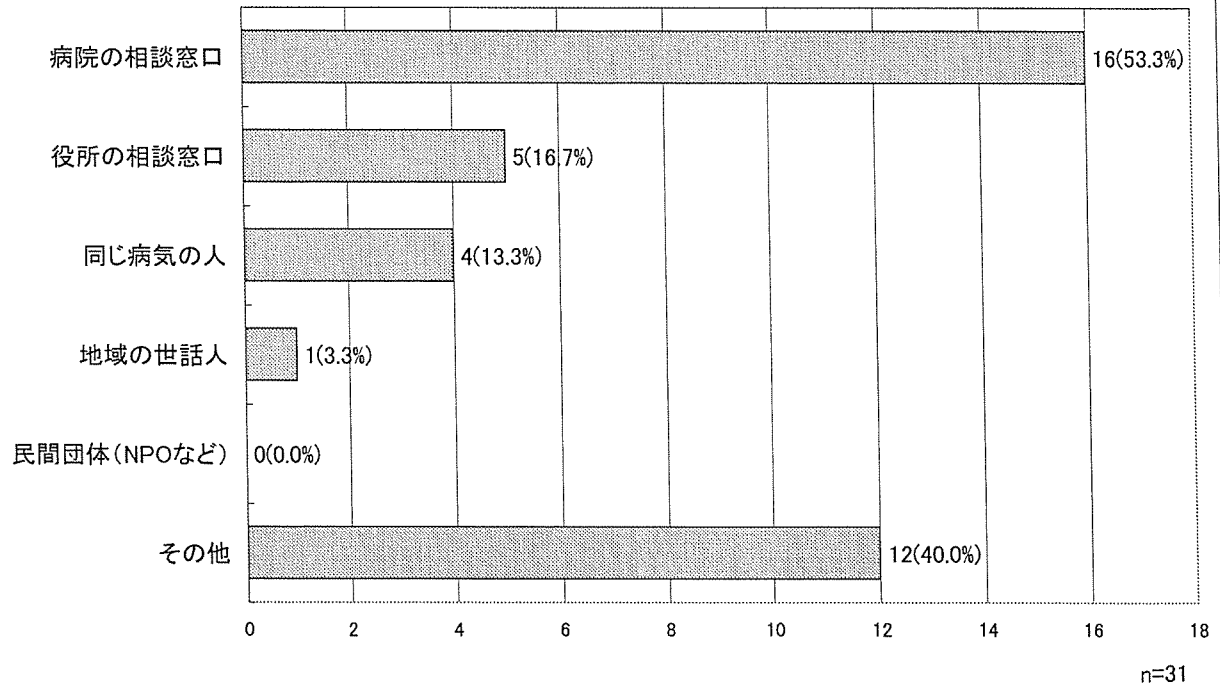
n=41

経済的負担に対する相談の有無(化学療法)

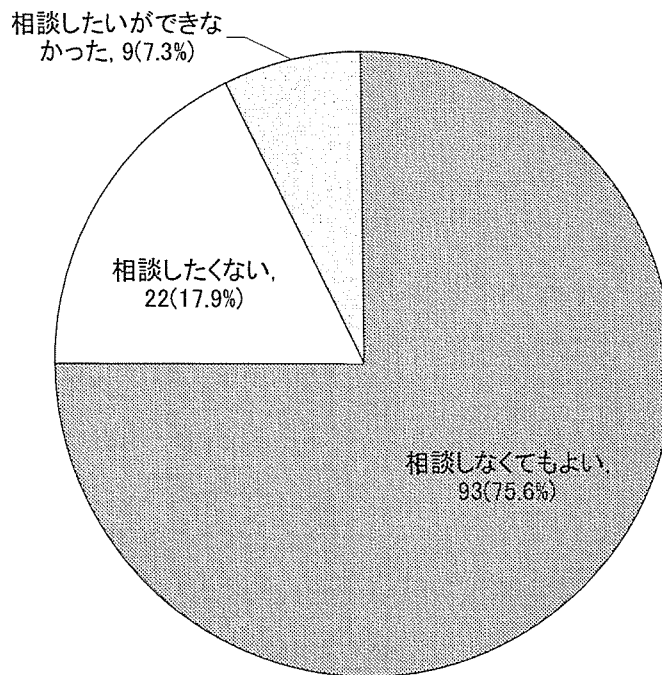


n=167

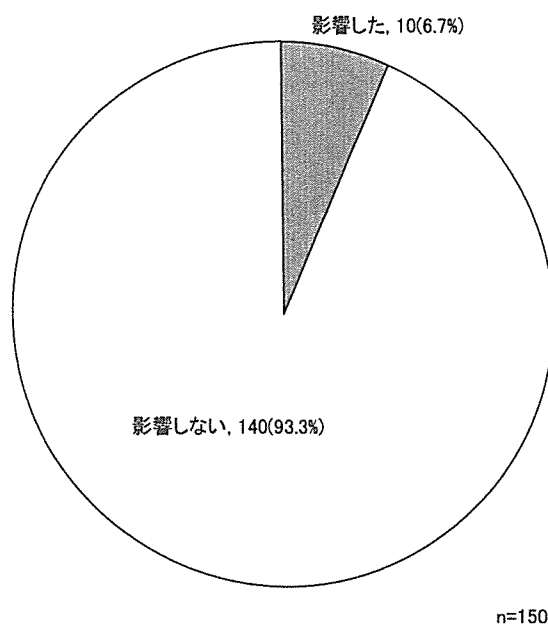
経済的負担に対する相談先(化学療法)



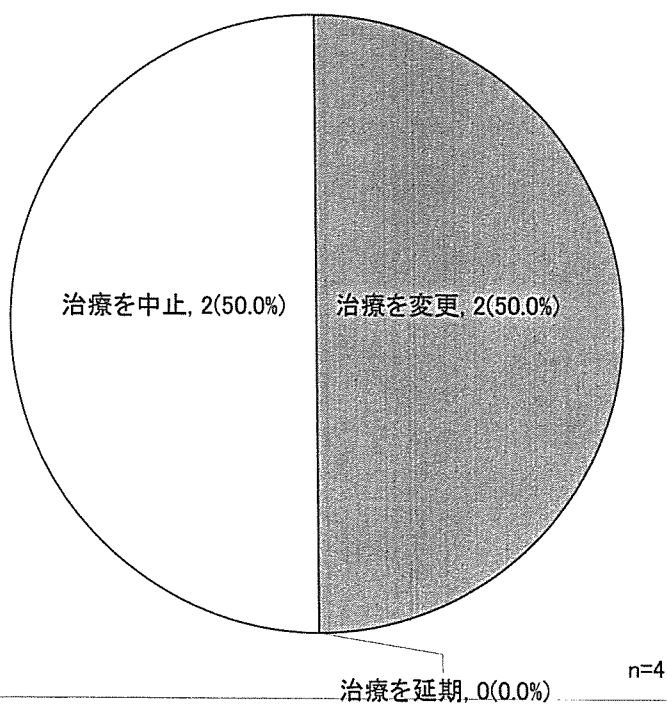
相談していない理由(化学療法)

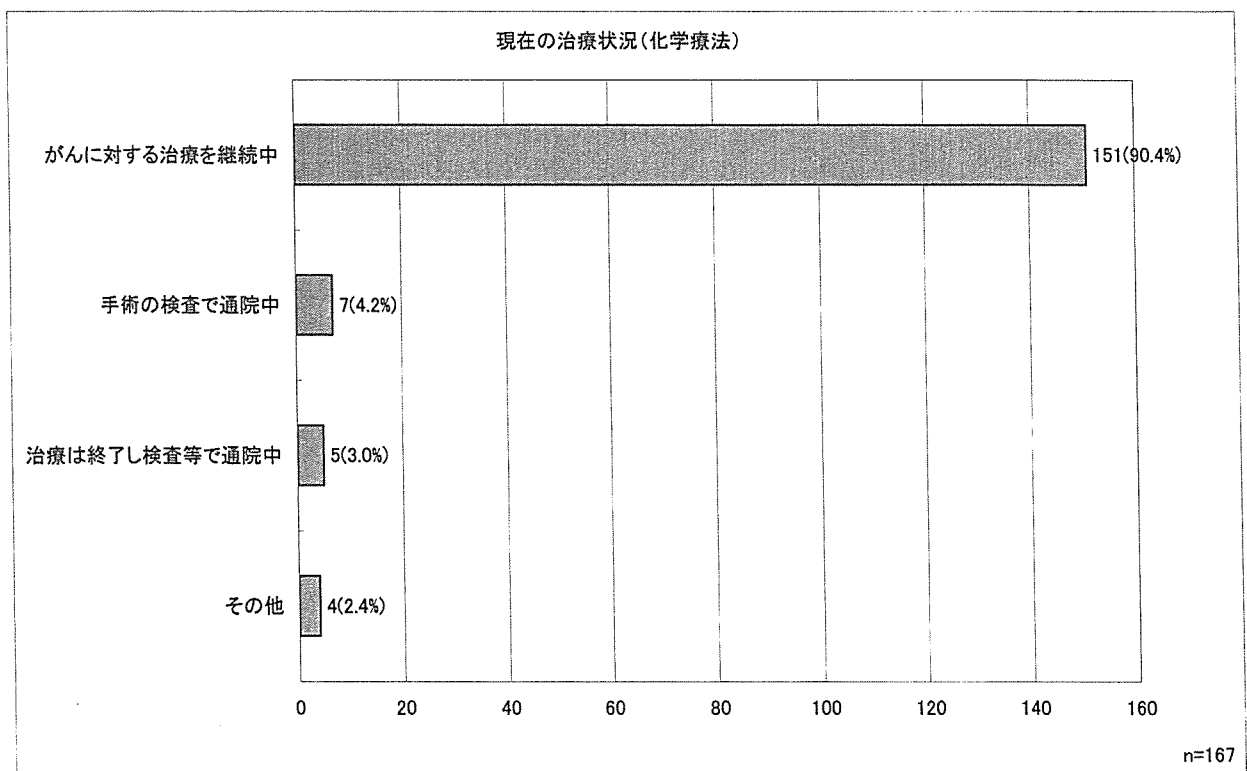
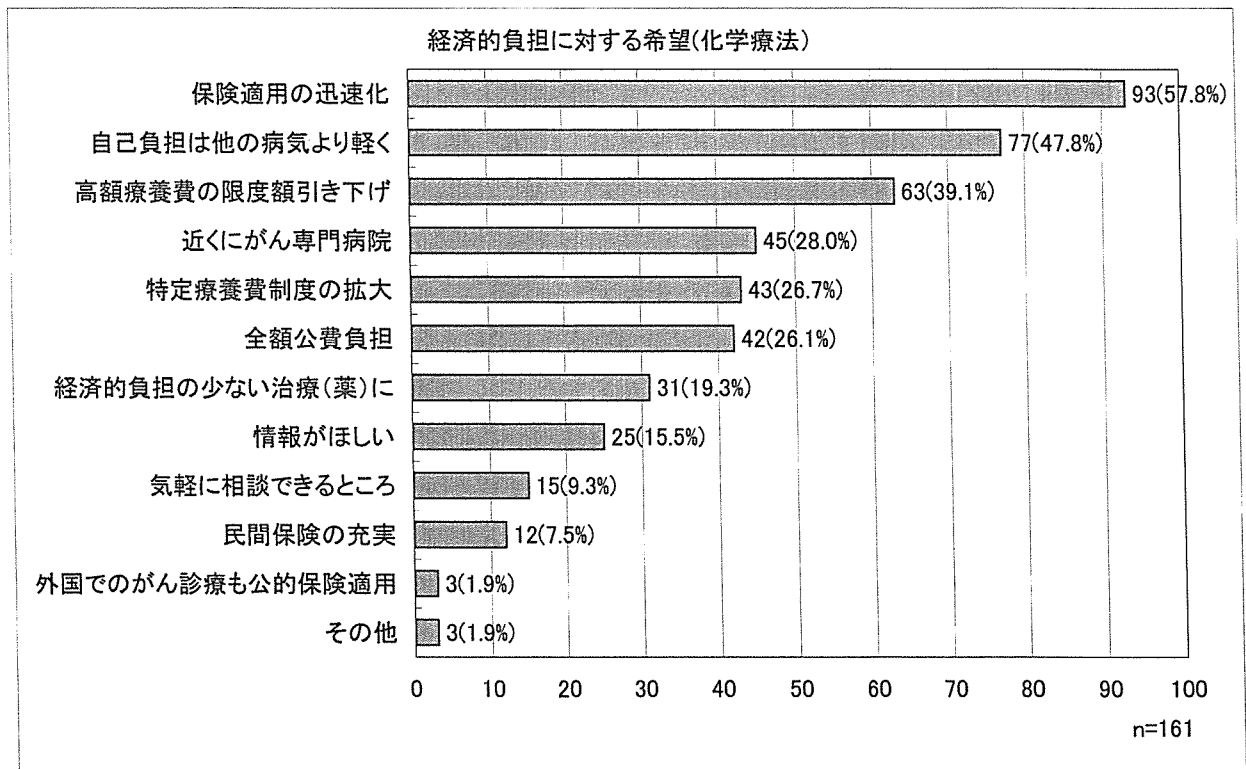


経済的負担による治療の影響への有無(化学療法)



経済的負担によるがん治療選択への影響(化学療法)





がん診療の経済的な負担に関するアンケート調査

平成 18 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

「がん医療経済と患者負担最小化に関する研究」

主任研究者：濃沼 信夫（東北大学教授）

分担・協力研究者：岡本 直幸（神奈川県立がんセンター） 本村 茂樹（神奈川県立がんセンター）

金森 平和（神奈川県立がんセンター） 廣中 秀一（静岡県立静岡がんセンター）

<調査の趣旨>

このアンケートは、質が高く安全で、患者さんの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、がん診療で病院を受診されている全国の患者さん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。ご本人が記載することが困難な場合は、御家族の方に記載をお願い致します。

調査票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、アンケート調査に参加しなくても不利益は被りません。

まことに恐れ入りますが、ご回答いただいた調査票は **1週間程度** で、ご返送下さい。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>

〒 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、三澤仁平、佐藤菜保子、尾形倫明

TEL：022-717-8128 FAX：022-717-8130

1 通院・入院について

1-1 自宅から病院までの交通手段について、あてはまるものを○で囲んで下さい。

| | | | |
|--------|-----|------|-------------------|
| 徒歩・自転車 | 電車 | 自家用車 | 飛行機 |
| バス | 新幹線 | タクシー | その他（ ） |

1-2 通院時間は片道どのくらいですか。

時間

分

1-3 通院にかかる交通費（宿泊費を含む）は、往復でいくらですか。

ご自身

円

つきそいの方

円

1-4 入院日数・通院回数ほどのくらいですか。

| | 入 院 | 通 院 |
|---------|-----|-----|
| 先月 1ヶ月間 | 日 | 回 |
| 過去 1年間 | 日 | 回 |

2 いまの病気（がん）に関する支出について

2-1 病院や薬局の窓口で支払った金額はいくらですか（複数の場合、合計額）。

| | 入院分 | 外来分 |
|--------|-----|-----|
| 先月1ヶ月間 | 円 | 円 |
| 過去1年間 | 円 | 円 |

2-2 健康食品や民間療法などの支出額はいくらですか。

（医療施設内で行われるものと、保険適用のものを除いてお答え下さい）

| | 先月1ヶ月間 | 過去1年間 | 利用期間 |
|---------------------------------|---------|-------------|----------|
| 1 健康食品・サプリメント（下記に具体的な名前をあげて下さい） | | | |
| (例) 〇〇〇〇 | 6,000 円 | 1 万 4,000 円 | 2 年 6 ヶ月 |
| | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 2 漢方 | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 3 鍼灸 | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 4 マッサージ | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 5 アロマテラピー | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 6 温泉療法 | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| 7 その他（ ） | 円 | 円 | 年 ヶ月 |
| | 円 | 円 | 年 ヶ月 |

2-3 その他の支出額（贈答費・かつら代など）はいくらですか。

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

2-4 民間保険・簡易保険・県民共済などの保険料はいくらですか。

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

3 いまの病気（がん）に関する給付について

3-1 高額療養費として、戻ってきた金額はいくらですか。

| | |
|-------|---|
| 過去1年間 | 円 |
|-------|---|

3-2 医療費還付として、戻ってきた税金はいくらですか。

| | |
|-------|---|
| 過去1年間 | 円 |
|-------|---|

3-3 民間保険・簡易保険・県民共済などから受け取った金額（入院給付金など）はいくらですか。

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

4 いまの病気（がん）に関する自己負担について

4-1 これまでで、医療費の自己負担額が最大の月の支払い金額はいくらですか。

| | |
|----|---|
| 最大 | 円 |
|----|---|

4-2 上記請求額に対して、どのように対応しましたか。当てはまるものすべてに○を付けて下さい。

- 1 高額療養費の受領委任払制度や貸付制度を利用した
- 2 医療費減免制度を利用した
- 3 民間保険からの給付金で支払った
- 4 貯金から支払った
- 5 家族・親戚から借りた
- 6 友人・知人から借りた
- 7 ローンを組んだ
- 8 分割払いにした
- 9 その他 [

]

5 最近1年間に受けた治療 すべてに ○をつけて下さい。

- | | | |
|-------------|----------------------|------------------|
| 1 自家幹細胞移植 | 5 化学療法（抗がん剤など） | 7 放射線療法 |
| 2 同種幹細胞移植 | 6 分子標的治療 | 8 外科手術（内視鏡手術を含む） |
| 3 さい帯血幹細胞移植 | a 抗体薬（リツキサン、マイロタッグ等） | 9 インターフェロン |
| 4 輸血 | b 低分子薬（グリベック、ベサノイド等） | 10 その他（ |

6 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。

- 1 十分な説明を受けた
 - 2 説明を受けたがわからなかった
 - 3 説明はなかった
 - 4 覚えていない
- 説明した人を○で囲んで下さい。
- 医師 看護師 その他の職員（

7 いまの病気（がん）の 経済的負担 について、外部の人に相談しましたか。

- | | | |
|---|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 相談した 2 相談していない <p style="margin-left: 20px;">↓ その理由</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <ol style="list-style-type: none"> 1 相談しなくてもよい 2 相談したくない 3 相談したいができなかった </div> | → | <p style="text-align: center;">相談先</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 病院の相談窓口 2 役所の相談窓口 3 地域の世話人（民生委員など） 4 民間団体（NPO など） 5 同じ病気の人 6 その他（ |
|---|---|---|

8 経済的負担 で、がん治療の選択に影響がありましたか。

- | | | | | | | |
|---|-----------|--|-----------|-----------|-----------|--------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 影響した 2 影響しない | → | <table border="0"> <tr> <td>1 治療を変更した</td> <td>3 治療を中止した</td> </tr> <tr> <td>2 治療を延期した</td> <td>4 その他（</td> </tr> </table> | 1 治療を変更した | 3 治療を中止した | 2 治療を延期した | 4 その他（ |
| 1 治療を変更した | 3 治療を中止した | | | | | |
| 2 治療を延期した | 4 その他（ | | | | | |

その治療内容を記入して下さい。

影響前：

影響後：

うらに続く

9 いまの病気（がん）の経済的負担について、希望するものを3つまで（その他を含む）選び○をつけて下さい。

- 1 もっと情報がほしい
- 2 気軽に相談できるところがほしい
- 3 自宅の近くに、がん専門病院があってほしい
- 4 がんの新しい治療（お薬）をできるだけ早く保険適用としてほしい
- 5 もし選べるなら、経済的負担の少ない治療（お薬）にしてもらいたい
- 6 がん診療の自己負担は、他の病気より軽くしてほしい
- 7 がん診療での特定療養費制度（室料差額など）の対象をひろげてもらいたい
- 8 高額療養費の限度額を引き下げてもらいたい
- 9 がん診療は全額公費負担にしてもらいたい
- 10 外国でがん診療を受けた場合も、公的保険を適用してもらいたい
- 11 民間保険の内容・給付額を充実してもらいたい
- 12 その他（)

10 いまの病気（がん）の経済的な負担に関して、自由にご意見をお書き下さい。

11 ご自身について

| | | | | | | |
|------|----|---|----|-----|-----|------|
| 11-1 | 年齢 | 歳 | 性別 | 男 女 | 居住地 | 都道府県 |
|------|----|---|----|-----|-----|------|

11-2 いまの病気（がん）と診断されたのは 平成 年 月頃 あるいは 年前

11-3 診断名

11-4 現在の治療状況について、1つに○をつけて下さい。

- 1 診断後初めての治療中（寛解導入療法中）
- 2 診断後初めての治療中（地固め治療中）
- 3 移植待機中
- 4 移植後の定期検査中
- 5 再発・再燃の治療中
- 6 がんに対する治療は終了（完全寛解）し、検査などで通院中
- 7 その他（)

| | |
|--------------|---------------------|
| 記入日 平成 年 月 日 | ご協力、どうもありがとうございました。 |
|--------------|---------------------|