

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 } 説明した人を○で囲んで下さい。
- 説明はなかった
- 覚えていない

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

経済的理由で	がん治療の内容		時期
	変更	()	→ ()
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 ()

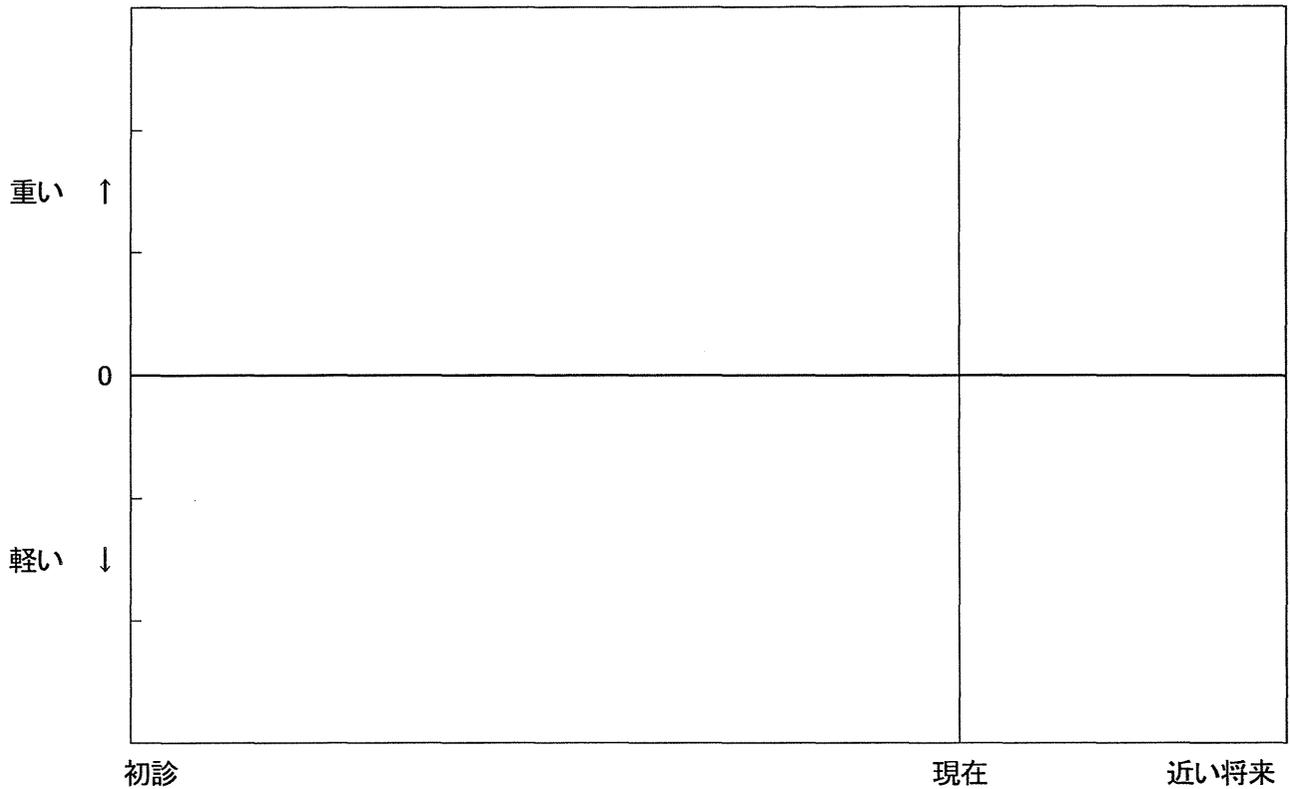
14. 現在のお仕事について、当てはまるものに○をつけて下さい。

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 ()

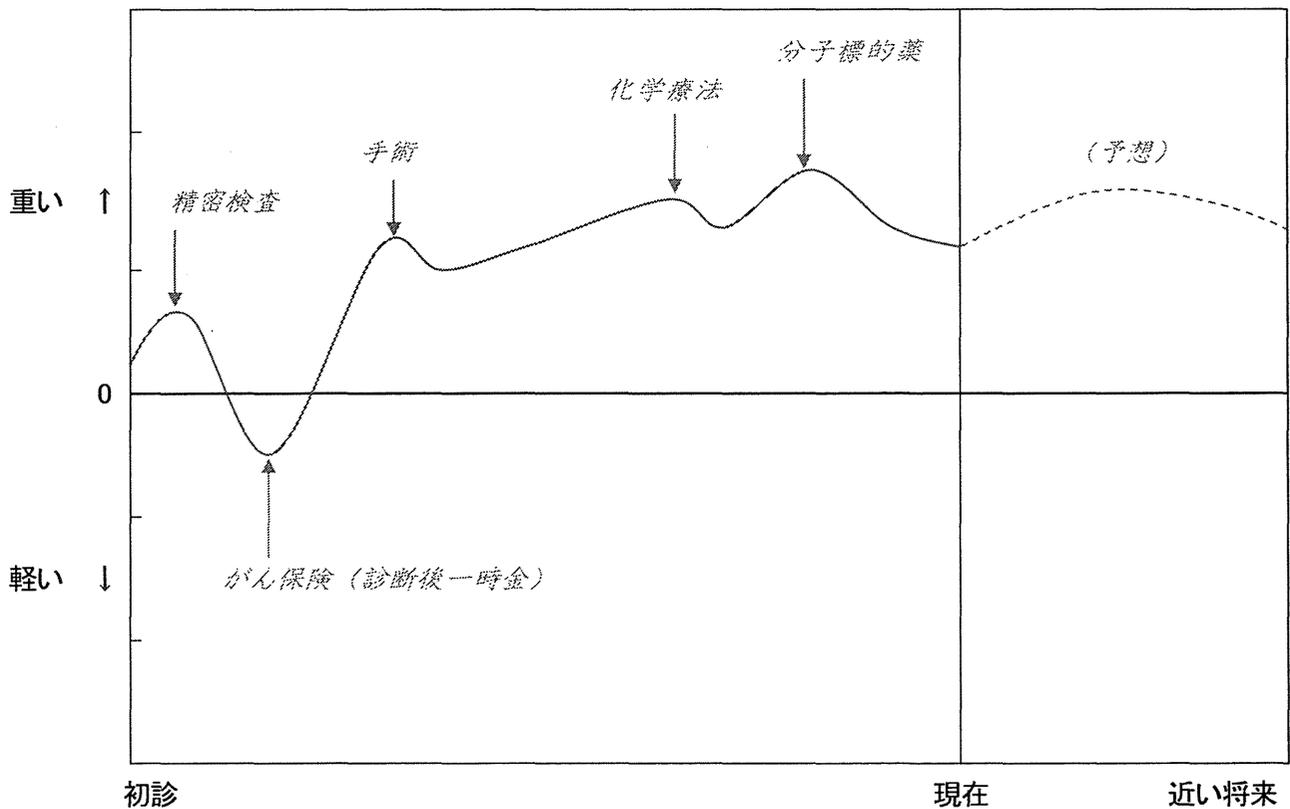
15. 経済的負担感の変化についてお伺いします。記入例を参考に、治療を開始した時点から曲線(直線)で、負担感の増減を記入して下さい。また、思い当たる理由をお書き下さい。

経済的負担感



<記入例>

経済的負担感



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>	現在治療中の場合は○
<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"/> ネクサパール (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について、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 H22-1-1. 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 H22-1-1. がんの部位(固形がん) n=2,099(複数回答)

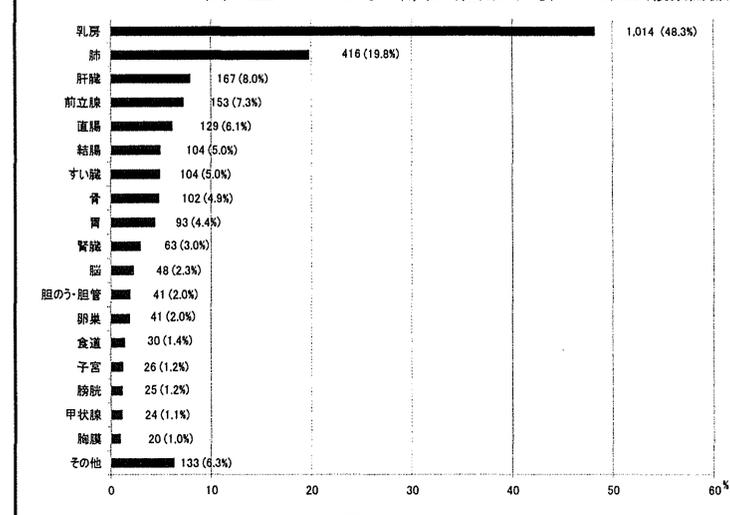


図 H22-1-2. 現在受けている、または、これまでに受けた治療(固形がん) n=2,119(複数回答)

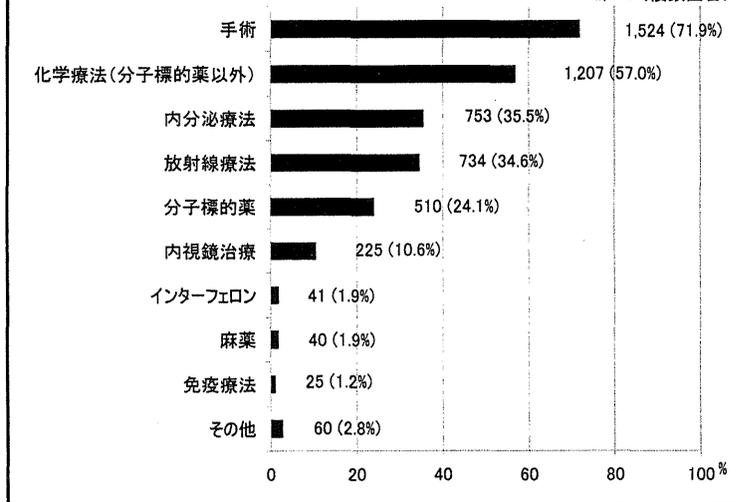


図 H22-1-3. 現在受けている、または、これまでに受けた分子標的薬(固形がん) n=510(複数回答)

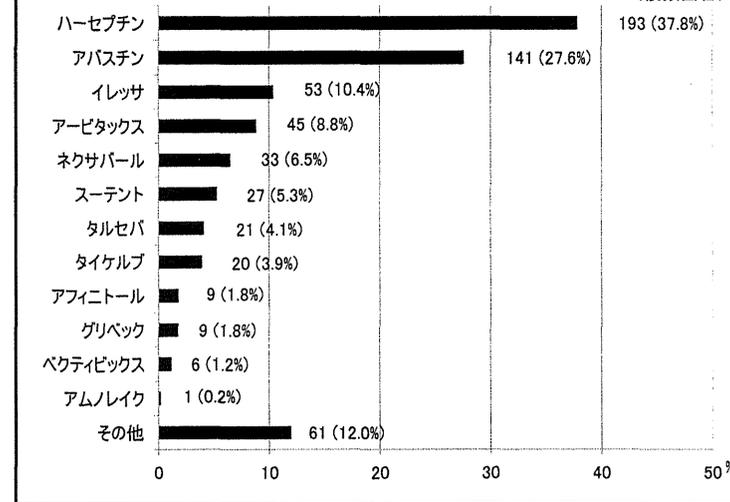


図 H22-1-4. 経済的負担(医療費・保険診療)(固形がん)

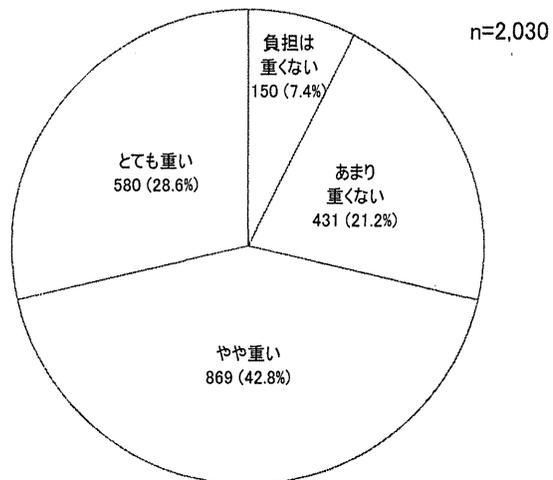


図 H22-1-5. がん患者の自己負担額と償還額(年間)(固形がん)

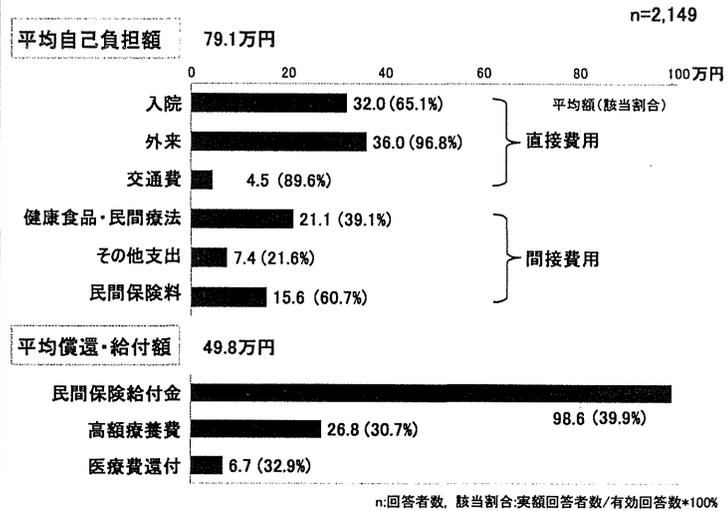


図 H22-1-6. 高額療養費制度を利用しましたか(固形がん)

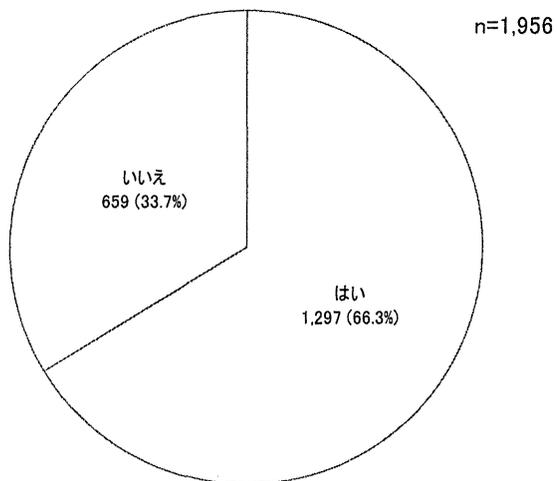
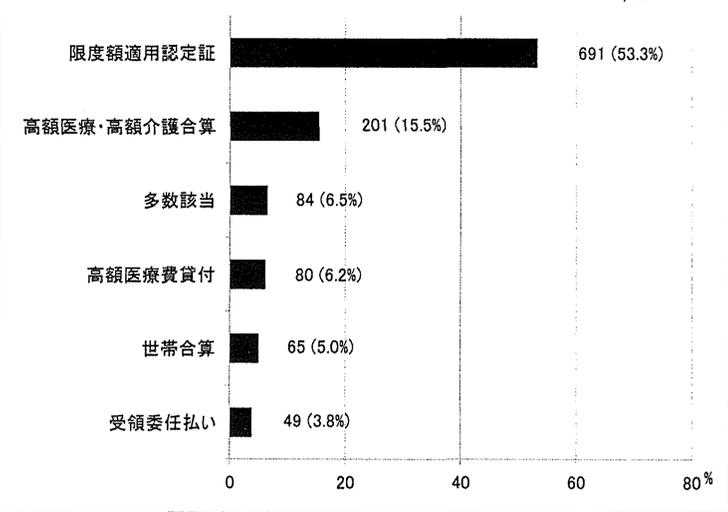


図 H22-1-7. 利用した制度(固形がん)



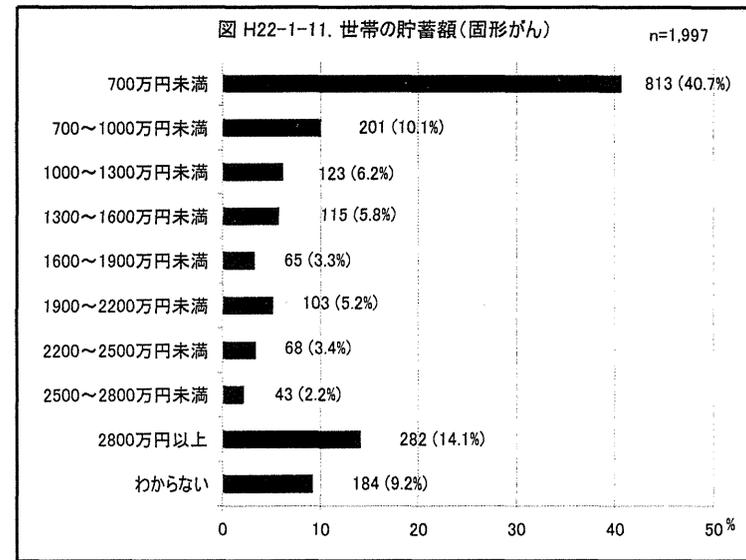
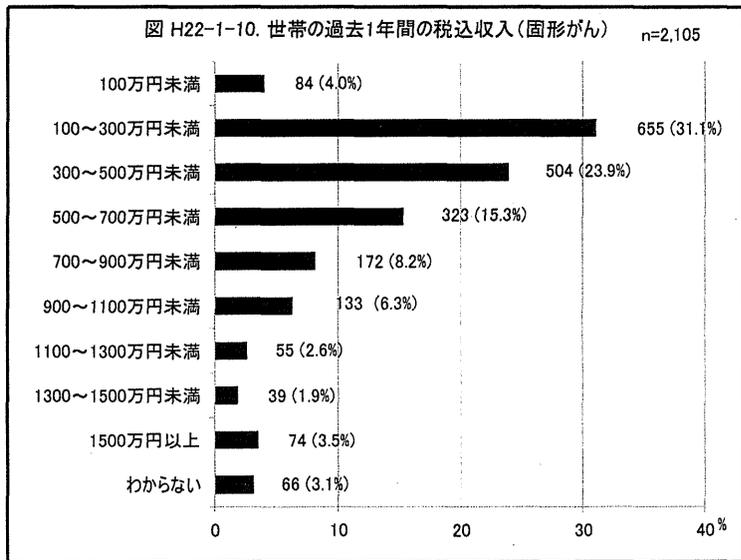
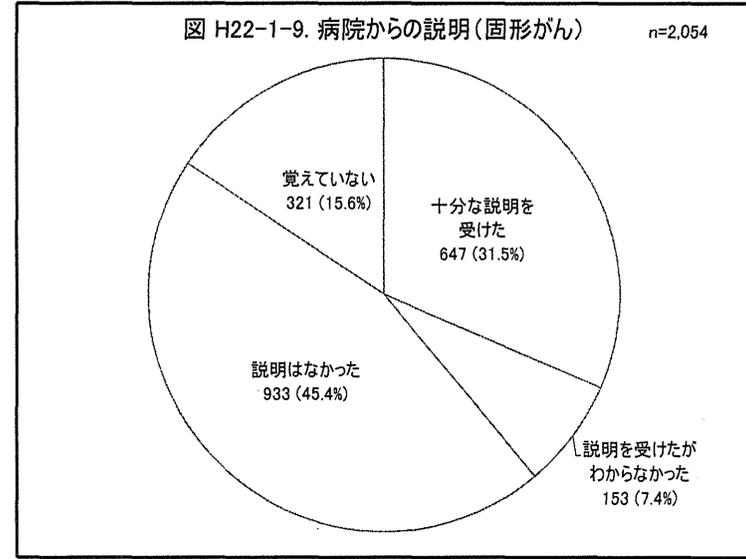
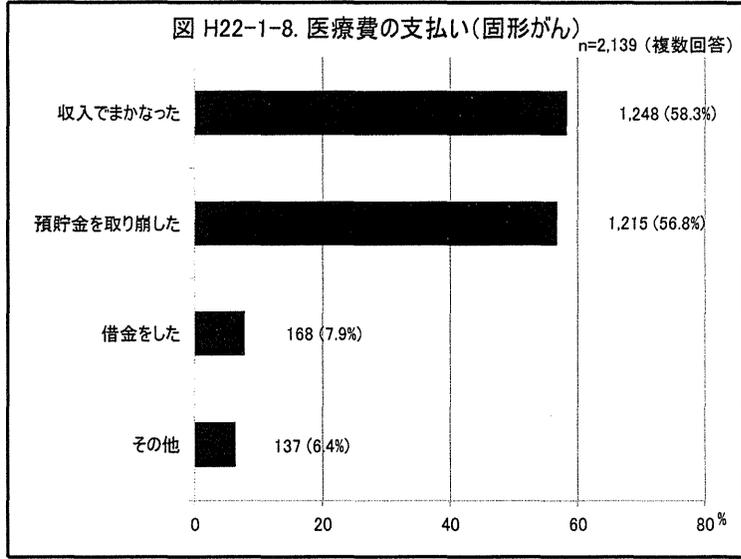


図 H22-1-12. 経済的理由で、がん治療に影響がありましたか(固形がん)

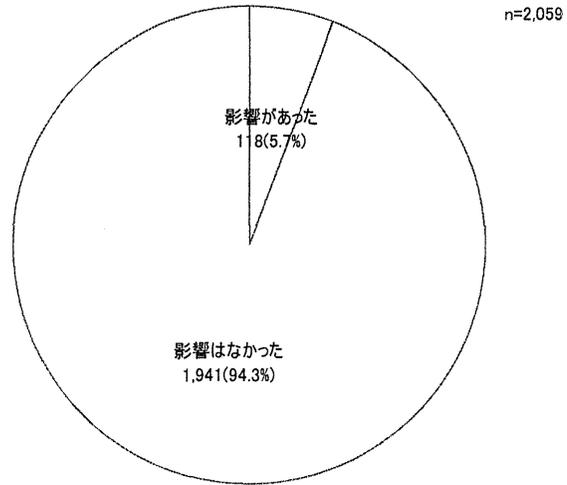


図 H22-1-13. 仕事への影響(固形がん) n=2,059(複数回答)

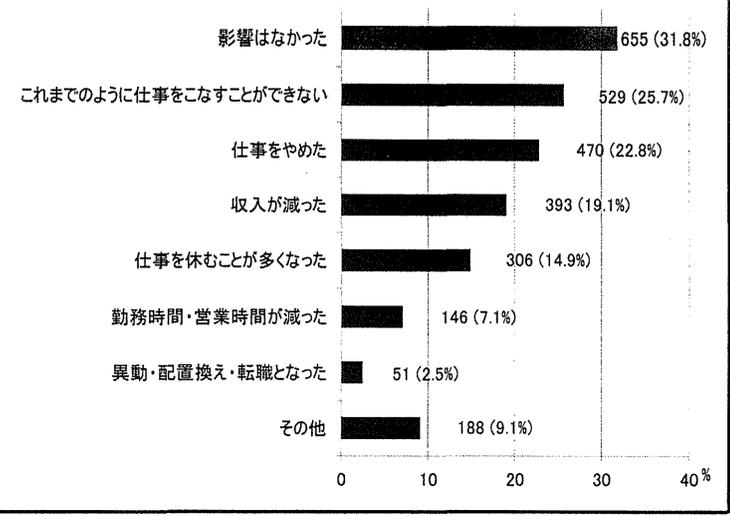
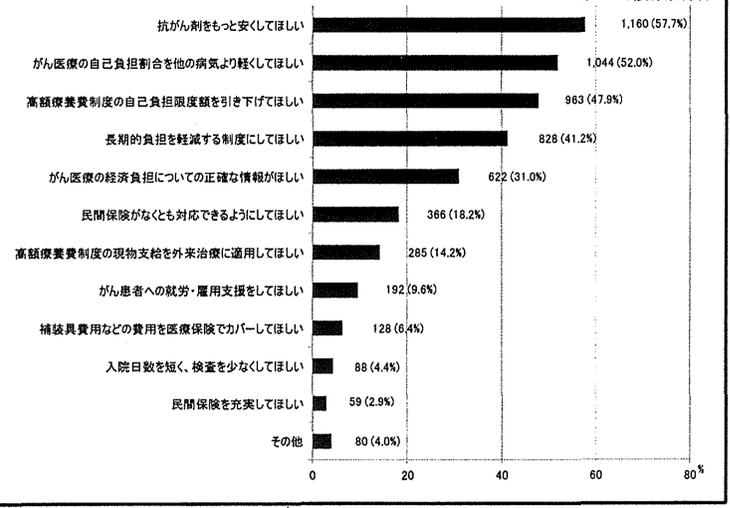


図 H22-1-14. 経済的負担に対する希望(固形がん) n=2,009(複数回答)



がん診療の経済的な負担に関するアンケート調査

平成 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：江崎 泰斗（九州がんセンター 消化管・腫瘍内科）

研究協力者：鶴池 直邦（九州がんセンター 血液内科）

<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>

九州がんセンター 消化管・腫瘍内科
〒811-1395 福岡市南区野多目 3-1-1
江崎泰斗、大田麻由
TEL：092-541-3231
FAX：092-542-8503

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、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 } 説明した人を○で囲んで下さい。
- 説明はなかった
- 覚えていない

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

経済的理由で	がん治療の内容		時期
	変更	()	→ ()
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 ()

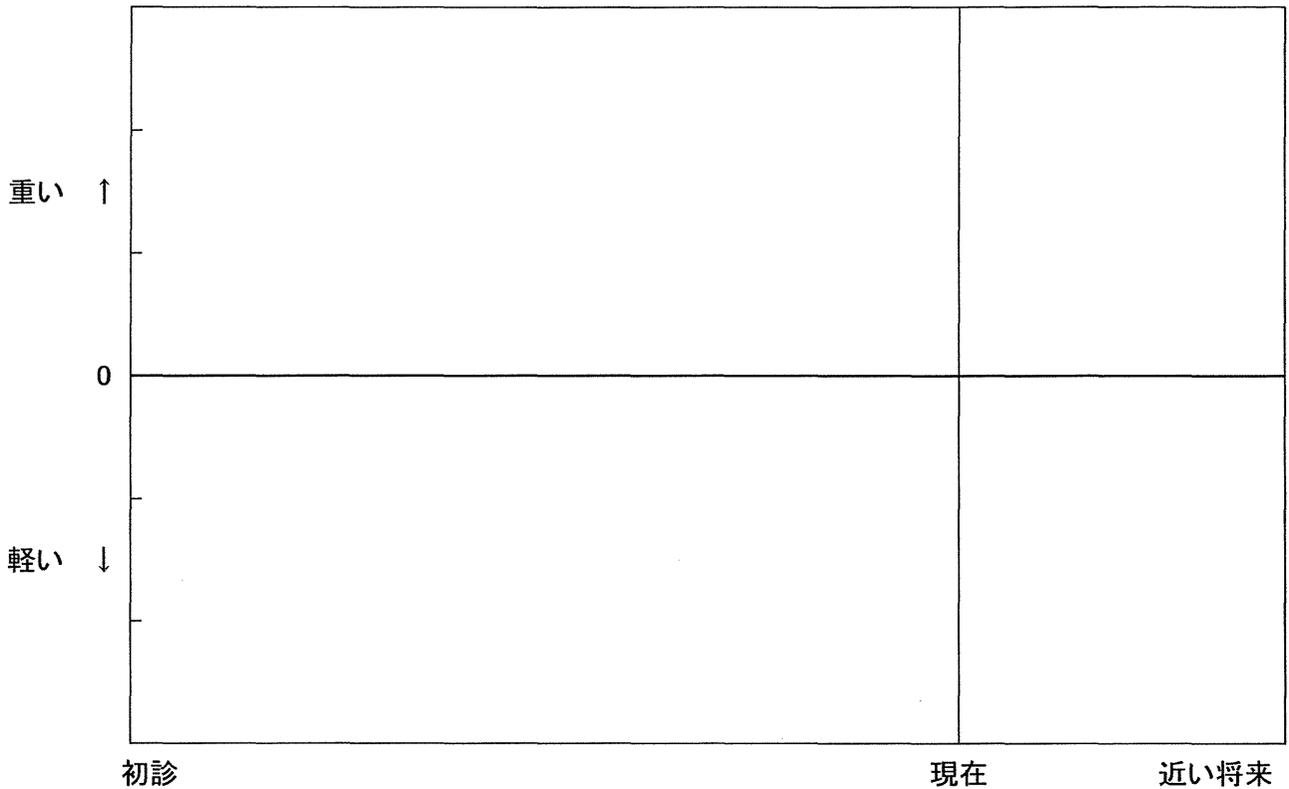
14. 現在のお仕事について、当てはまるものに○をつけて下さい。

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 ()

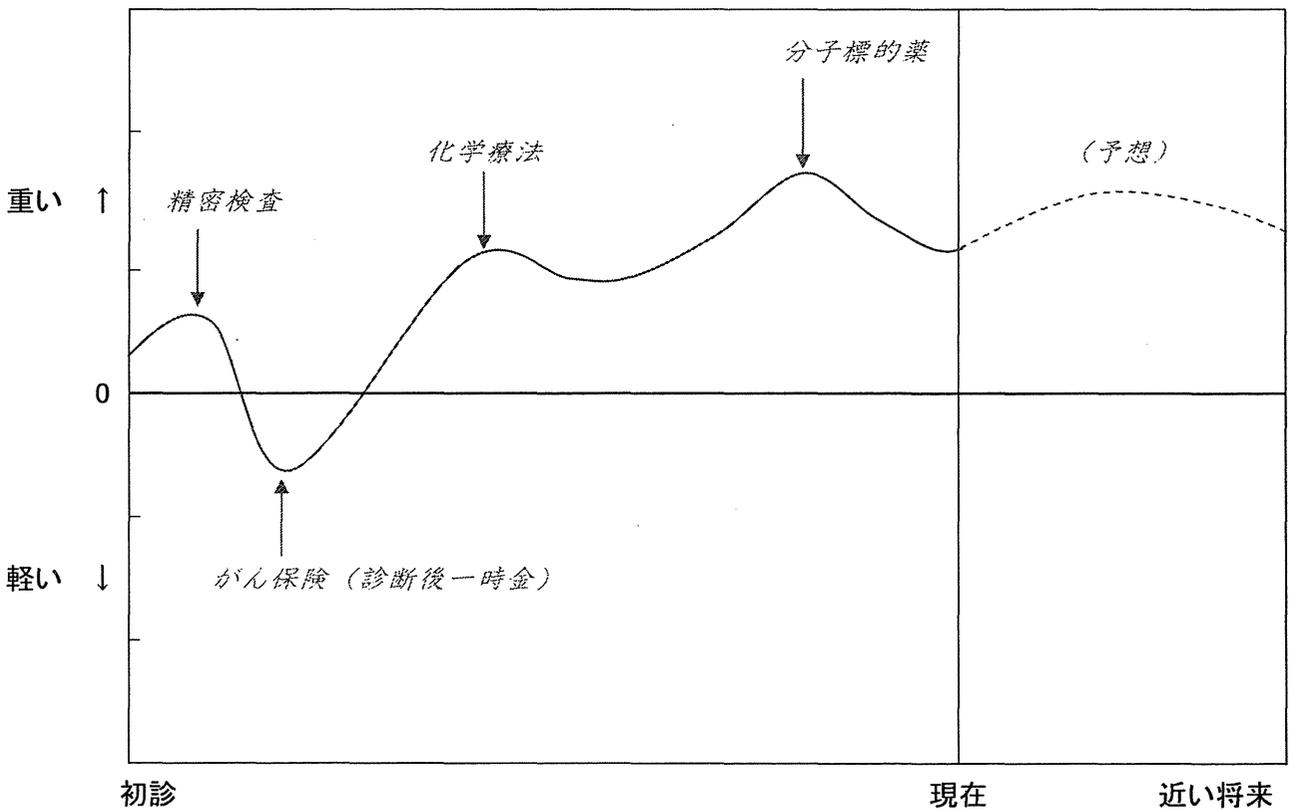
15. 経済的負担感の変化についてお伺いします。記入例を参考に、治療を開始した時点から曲線(直線)で、負担感の増減を記入して下さい。また、思い当たる理由をお書き下さい。

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 | → | } | <input type="checkbox"/> 関係が強固になった |
| <input type="checkbox"/> 影響があった | | | <input type="checkbox"/> 関係が不安定になった |
| | | | <input type="checkbox"/> 気を使うようになった |
| | | | <input type="checkbox"/> 同居した |
| | | | <input type="checkbox"/> 別居した |
| | | | <input type="checkbox"/> 離婚した |
| | | | <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. 現在の病名に○をつけて下さい。

急性骨髄性白血病	慢性骨髄性白血病	悪性リンパ腫	多発性骨髄腫
急性リンパ性白血病	慢性リンパ性白血病	成人T細胞性白血病/リンパ腫	
その他 ()			

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"/> 同種造血幹細胞移植	年	月		
<input type="checkbox"/> 自己末梢血幹細胞移植	年	月		
<input type="checkbox"/> 分子標的薬	<開始>	<終了>	現在治療中の場合は○	
<input type="checkbox"/> グリベック (イマチニブ)	年	月～	年	月
<input type="checkbox"/> サレド (サリドマイド)	年	月～	年	月
<input type="checkbox"/> スプリセル (ダサチニブ)	年	月～	年	月
<input type="checkbox"/> ゼヴァリン (イブリツモマブ)	年	月～	年	月
<input type="checkbox"/> タシゲナ (ニロチニブ)	年	月～	年	月
<input type="checkbox"/> ペサノイド (トレチノイン)	年	月～	年	月
<input type="checkbox"/> ベルケイド (ボルデゾミブ)	年	月～	年	月
<input type="checkbox"/> マイロターゲット (ゲムツズマブ)	年	月～	年	月
<input type="checkbox"/> リツキサソ (リツキシマブ)	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"/> 成分輸血	年	月～	年	月
<input type="checkbox"/> G-CSF	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について、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 H22-2-1. 回答者の属性(造血系)

性別	全体	546 (100.0%)
	男	301 (55.1%)
	女	245 (44.9%)
年齢(歳)	全体	60.9±13.9 (n=548)
	男	60.8±14.2 (n=301)
	女	61.0±13.5 (n=245)
初回診断時期(ヶ月前)		46.6±47.2 (n=492)

図 H22-2-1. 現在の病名(造血系) n=544

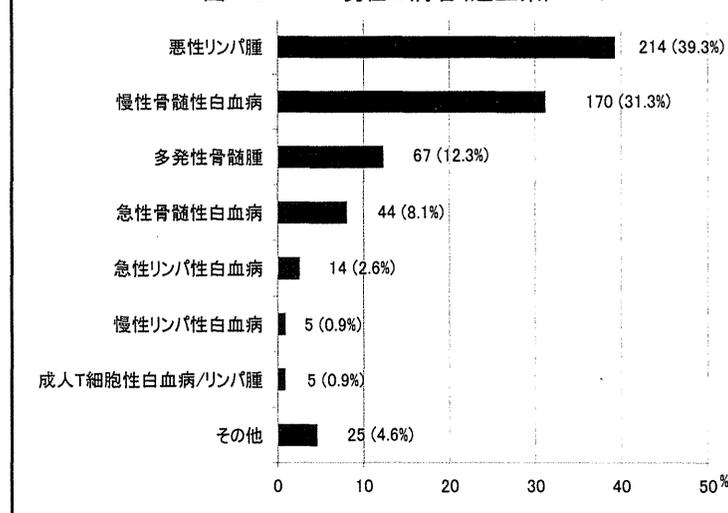


図 H22-2-2. 現在受けている、または、これまでに受けた治療(造血系) n=535 (複数回答)

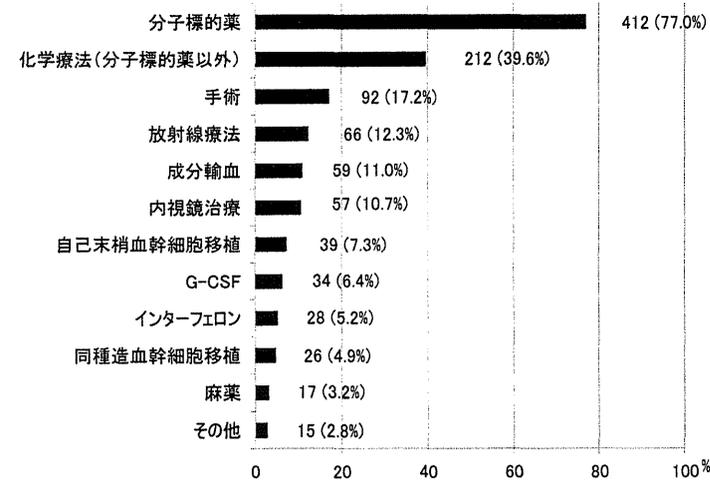


図 H22-2-3. 現在受けている、または、これまでに受けた分子標的薬(造血系) n=412 (複数回答)

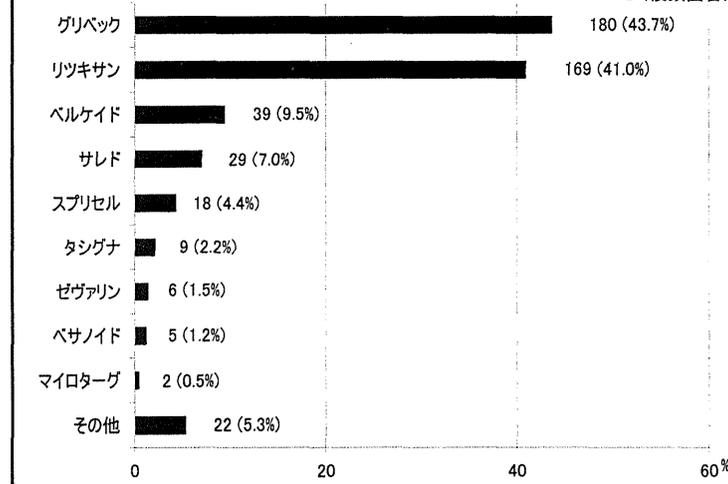


図 H22-2-4. 経済的負担(医療費・保険診療)(造血系)

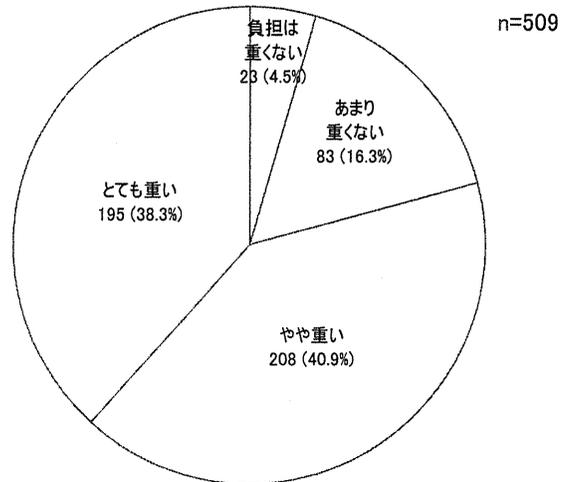


図 H22-2-5. がん患者の自己負担額と償還額(年間)(造血系)

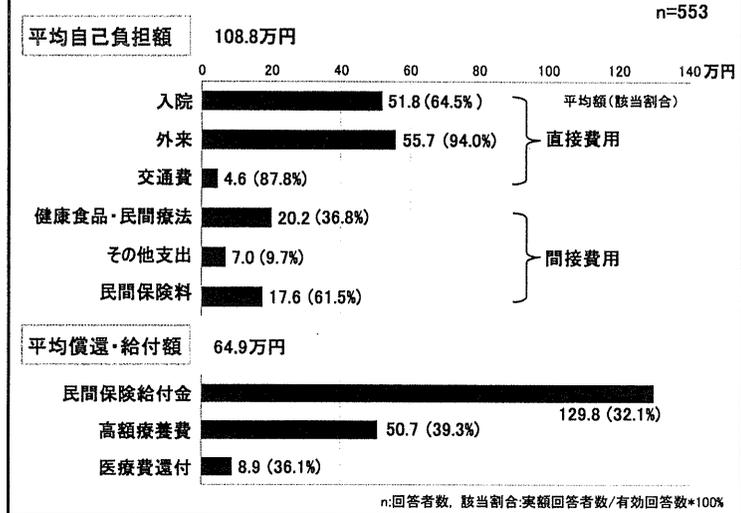


図 H22-2-6. 高額療養費制度を利用しましたか(造血系)

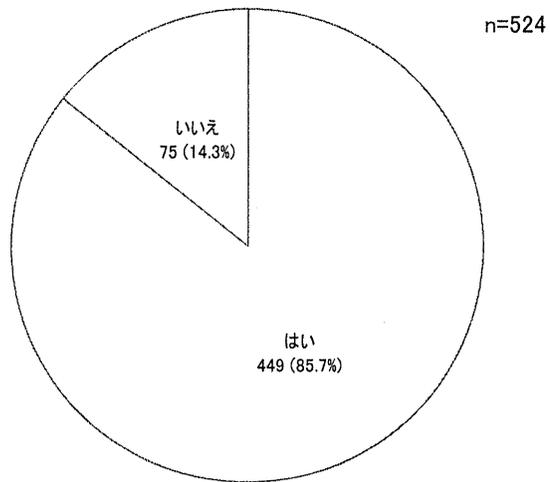


図 H22-2-7. 利用した制度(造血系)

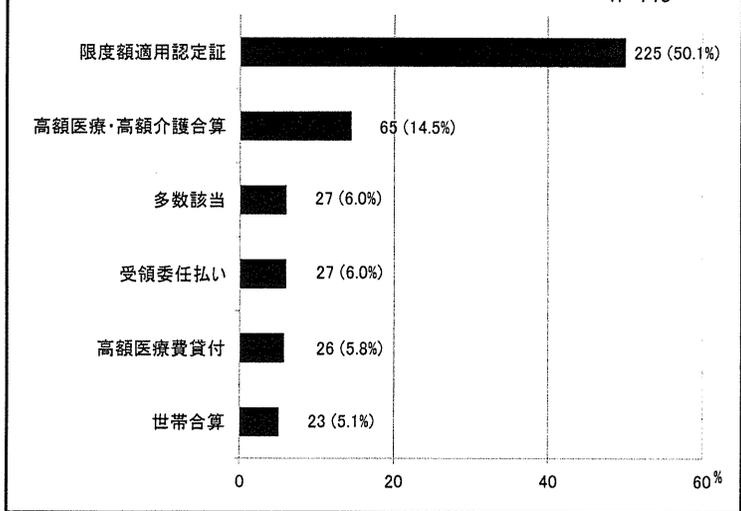


図 H22-2-8. 病院からの説明(造血系) n=535

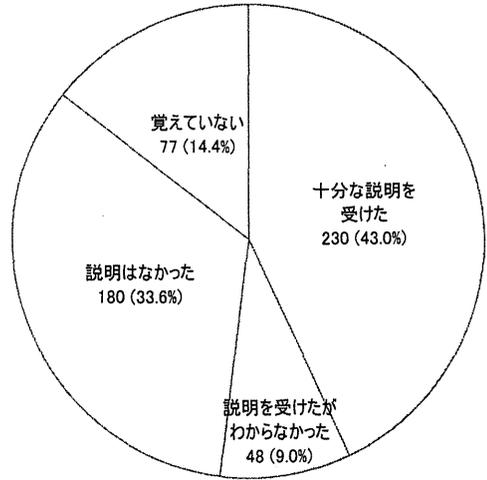


図 H22-2-9. 経済的理由で、がん治療に影響がありましたか(造血系) n=523

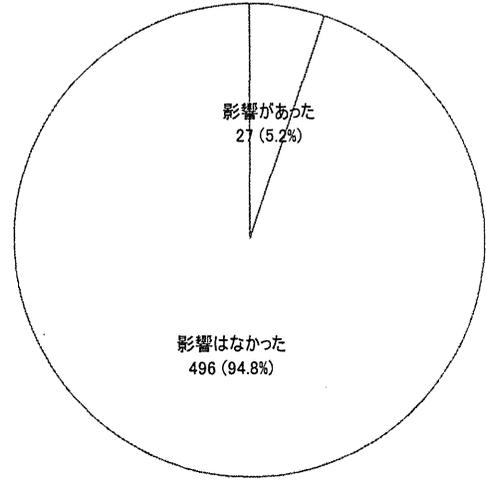
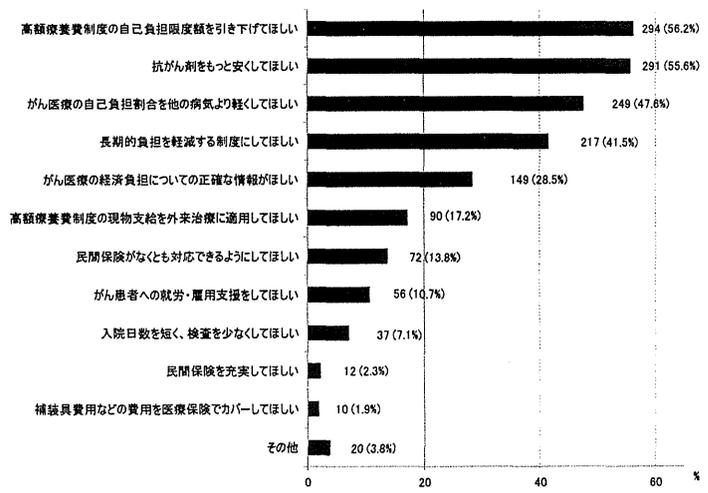


図 H22-2-10. 経済的負担に対する希望(造血系) n=523 (複数回答)



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）
江崎 泰斗（九州がんセンター部長）
岡本 直幸（神奈川県立がんセンター専門員）
金倉 譲（大阪大学教授）
佐々木 康綱（埼玉医科大学国際医療センター教授）
執印 太郎（高知大学教授）
曾根 三郎（徳島大学教授）
武井 寛幸（埼玉県立がんセンター部長）
直江 知樹（名古屋大学教授）
古瀬 純司（杏林大学教授）
堀田 知光（名古屋医療センター院長）

＜調査の趣旨＞

分子標的薬など、新規のがん治療は大きな効果をもたらす一方で、その経済的負担が患者の大きな悩みとなっております。さらには経済的理由から、治療を断念したり変更せざるをえない患者も稀ではなくなってきています。

このアンケートは、がん患者の経済的負担について、がん臨床医を対象として調査を実施し、患者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＞

- 数値等については、診療録などを参照して記入して下さい。
- ご回答は統計的に処理しますので、個人が特定されることはありません。
- 調査票は2週間程度でご返送下さい。まことに恐れ入りますが、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、金子さゆり、伊藤てる子
TEL：022-717-8128 FAX：022-717-8130