

がん相談支援センター利用者調査

このアンケートはがん相談支援センターをよりよいものにするためのご意見をうかがうことを目的としています。ご回答にかかる時間は 10 分程度です。

無記名で、どなたが回答されたのかを特定することはありません。思ったまま、感じたままをお書きください。

この調査はみなさんの自由意思によるもので、強制ではありません。答えたくない質問がありましたら、無記入で次の質問に進むなど、無理のない範囲でお答えください。

アンケートの主体は研究班（研究代表者：若尾文彦・国立がん研究センターがん対策情報センター長）です。

問い合わせ先： 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供研究部
電話 03-3542-2511 内線 1615

<今回の相談について伺います>

問1. どのようなお困りごとで、がん相談支援センターを利用されましたか？

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 病気の情報や治療のこと | <input type="checkbox"/> 2. 痛み、吐き気、腫れなどの症状 |
| <input type="checkbox"/> 3. 食欲やだるさ、不眠など、体の不調 | <input type="checkbox"/> 4. 気持ちの落ち込み、イライラなど |
| <input type="checkbox"/> 5. 医療費や介護費用など経済的なこと | <input type="checkbox"/> 6. 仕事や学校のこと |
| <input type="checkbox"/> 7. 医療スタッフと関係 | <input type="checkbox"/> 8. 家族や友人との関係 |
| <input type="checkbox"/> 9. これという困りごとはないが、誰かに相談したかった | |
| <input type="checkbox"/> 10. その他 () | |

問2. がん相談支援センターは相談しやすい雰囲気でしたか？ (○は1つ)

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |

問3. 相談員はあなたの相談に対して真摯に取り組んでくれたと思いますか？ (○は1つ)

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |

問4. 相談員は病院や主治医や他の職員には言えないことでも話せる様な雰囲気でしたか？

(○は1つ)

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |

問5. 相談員は、病院から中立な立場を保っていましたか（○は1つ）

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |

問6. あなたの問題は、相談員に理解してもらえたと感じますか？（○は1つ）

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |

問7. あなたが必要な情報は得られましたか？（○は1つ）

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |

問8. あなたの相談したかった問題は、解決へ近づいたと感じますか？（○は1つ）

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |

問9. 今回相談したことで、今後困りごとが出てきたときに、自分で対応することができると思いますか。
（○は1つ）

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |













問10. がん相談支援センターを利用したことで、安心して治療を受けたり、療養生活を送ったりできるようになりましたか？（○は1つ）

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |

問11. がん相談支援センターを利用したことで、担当医や看護師など病院の職員とのかかわり方は良い方向に変わりましたか？（○は1つ）

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |

問12. 今日の相談前、相談後のお気持ちの変化について、下記の絵で一番近いと思われる0～5の番号に○印をお願いいたします。また、よろしければその理由をカッコ内にご記入下さい。

相談前						
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
相談後						
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
その理由	()					

問13. がん相談支援センターをまた利用したいと思いますか。(○は1つ)

<input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う	<input type="checkbox"/> 2. ややそう思う	<input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない
<input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない	

問14. 家族があなたと同様に困っていることがあったら、相談支援センターに相談するのをすすめますか？(○は1つ)

<input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う	<input type="checkbox"/> 2. ややそう思う	<input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない
<input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない	

問15. 今までにがん相談支援センターをどれくらい利用したことがありますか？(○は1つ)

<input type="checkbox"/> 1. 今回がはじめて	<input type="checkbox"/> 2. 以前1度利用した	<input type="checkbox"/> 3. これまでに2度使った
<input type="checkbox"/> 4. 3度以上使った		

問16. どのようにしてがん相談支援センターをお知りになりましたか？(○は1つ)

<input type="checkbox"/> 1. 医療スタッフから聞いた	<input type="checkbox"/> 2. ポスター・パンフレット等をみた
<input type="checkbox"/> 3. 家族・友人・知人から聞いた	<input type="checkbox"/> 4. インターネットで見つけた
<input type="checkbox"/> 5. 患者会・患者サロンなどで聞いた	<input type="checkbox"/> 6. その他 ()

問17. 情報がほしい、相談したいと思ってから、すぐに相談支援センターを利用することができましたか？

(○は1つ)

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う | <input type="checkbox"/> 2. ややそう思う | <input type="checkbox"/> 3. どちらともいえない/わからない |
| <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 5. まったくそう思わない | |

<あなたご自身について伺います>

問18. 性別をお答えください。(○は1つ)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 男性 | <input type="checkbox"/> 2. 女性 |
|--------------------------------|--------------------------------|

問19. 年齢をお答えください。(○は1つ)

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 20 歳代 | <input type="checkbox"/> 2. 30 歳代 | <input type="checkbox"/> 3. 40 歳代 | <input type="checkbox"/> 4. 50 歳代 |
| <input type="checkbox"/> 5. 60 歳代 | <input type="checkbox"/> 6. 70 歳代 | <input type="checkbox"/> 7. 80 歳以上 | |

問20. 今回の相談のがん患者さんからみて、あなたの関係は次のうちどれですか？(○は1つ)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 患者さん本人 | <input type="checkbox"/> 2. 患者さんの配偶者 | <input type="checkbox"/> 3. 患者さんの親 |
| <input type="checkbox"/> 3. 患者さんの子(嫁・婿含む) | <input type="checkbox"/> 4. 患者さんの職場関係者 | <input type="checkbox"/> 5. 患者さんの友人 |
| <input type="checkbox"/> 7. 患者とは関係ない | | |

問21. その他、何かご意見、コメントがあればお知らせください。

()