

調査票配付協力医療機関名

病院

平成 27 年度 高知県 患者満足度等調査票

この調査は、高知県内のがん患者さんを対象に、「がん医療」に関する満足度と、「治療と就労」に関する実態を把握する事を目的として高知県が行うものです。

得られた調査結果は、県のがん対策に活用させていただくとともに、調査に協力いただいた医療機関にも、医療機関毎の集計結果を送付させていただき、患者さんの想いを直接医療機関にもお伝えをしていくこととしております。

個人名の記入はございませんし、調査票そのものを医療機関に提供することはありません。

高知のがん医療を充実させていくために、ぜひ、率直なご意見をお聞かせいただきますよう本調査へのご協力をよろしく申し上げます。

調査票への記入は、**患者さんご本人**が記入するようお願いいたします。お子さんの場合や、病状により記入が困難な方は、ご家族の方と協力して回答してください。

医療の満足度に関する質問(問5～問17(P5～P9))は、全員お答え下さい。

就労に関する質問(問18～32(P10～15))はがんと診断された時に 59 歳以下の方のみお答えください。

お答えは、あてはまる番号に○をつけてください。ご記入後は、調査票のみ返信用封筒に入れて密封のうえ、郵便ポストに投函してください。(切手は不要です)

なお、回収された調査票は高知県健康対策課で開封し、高知県から事業の委託を受けている業者において集計されます。

この調査に関する問い合わせ先

高知県健康政策部健康対策課 今西・永野 TEL 088-823-9674

調査票の記入者はどなたですか。

- 1 患者さんご本人
- 2 患者さんのご家族
- 3 その他の方（続柄： _____）

患者さんご本人の性別を教えてください

- 1 男
- 2 女

裏面（次のページ）にも記入してください

患者さんのがん診断時の年齢（年代）と現在の年齢（年代）をそれぞれ教えてください。

〈診断時〉		〈現在〉	
1	20歳未満	1	20歳未満
2	20歳代	2	20歳代
3	30歳代	3	30歳代
4	40歳代	4	40歳代
5	50歳代	5	50歳代
6	60歳代	6	60歳代
7	70歳代	7	70歳代
8	80歳以上	8	80歳以上

患者さんの診断時の扶養家族*の有無を教えてください

1	あり
2	なし

※ 扶養家族：自分が養育しなければならない家族。ここでは、診断時に主として患者さん本人の収入によって生計を維持されている方がいた場合「1 あり」と回答してください。

患者さんの現在の入院・通院状況を教えてください。

〈入院〉	
1	入院している
〈通院〉	
2	月1回程度通院している
3	3ヶ月に1回程度通院している
4	半年に1回程度通院している
5	年1回程度通院している
6	その他（ ）

次のページにも記入してください

※ これ以降の間をご家族など患者さんご本人以外の方が記入する場合は、患者さんご本人のお考えを回答してください。

問1

初めてがんと診断され、治療を開始した時点で、**過去1年間（子宮頸がん、乳がん検診の場合は過去2年間）にがん検診を受けていましたか。**

次の**1～5**のがん検診のうち、受けていたもの**すべて**に○をつけてください。

また、いずれも受けていなかった場合は**6**に○をつけてください。

1 胃がん検診 (バリウムによるレントゲン撮影や内視鏡(胃カメラ、ファイバースコープ)による撮影など)

2 肺がん検診 (胸のレントゲン撮影や喀痰(かたん)検査など)

3 大腸がん検診 (便潜血反応検査(検便)など)

〈4(子宮頸がん検診)、5(乳がん検診)は**女性のみ**お答えください。〉

4 子宮頸がん検診 (子宮の細胞診検査など)

5 乳がん検診 (マンモグラフィ撮影や乳房超音波エコー検査など)

6 いずれも受けていない

問2

患者さんご本人が、今までに罹^{かか}った「がん」についてお聞きします。

① 初めて治療を開始したときの病名について、次の**1～9**であてはまる病名の番号を**一つ**選んで○をつけてください。

1 肺がん

2 胃がん

3 大腸がん

4 乳がん

5 **子宮頸がん**

6 **子宮体がん**

7 肝臓がん

8 前立腺がん

9 その他(部位名:)

② ①で○をつけた「がん」が発見されたきっかけについて、次の**1～5**であてはまる番号を**一つ**選んで○をつけてください。

1 市町村で実施しているがん検診

2 人間ドックまたは職場健診

3 自覚症状があった

4 他の病気の経過観察中に見つかった

5 その他 ()

- ③ 現在までに、**再発が認められると言われましたか**。下欄内の **1 (はい)**、**2 (いいえ)** のどちらかあてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。

- 1 はい -----> 1に○をつけた方は ④ へ進んでください。
2 いいえ

- ④ ③で **1 (はい：再発が認められると言われた)** に○をつけた方のみお答えください。**再発が認められると言われたときの病名**について、次の **1～9** であてはまる病名の番号すべてに○をつけてください。

- 1 肺がん
2 胃がん
3 大腸がん
4 乳がん
5 子宮頸がん
6 子宮体がん
7 肝臓がん
8 前立腺がん
9 その他 (部位名：)

問3

問2 ① でお答えいただいた病気について、医師により説明を受け、初めて治療を開始したときのことについてお聞きします。

初めて治療を開始した時期について、次の **1～5** の中からあてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。

- 1 1年未満
2 1年以上前で2年未満
3 2年以上前で3年未満
4 3年以上前で4年未満
5 4年以上前で5年未満
6 5年以上前

問4

問2 ① でお答えいただいた病気について、医師により説明を受け、初めて治療を開始したときのことについてお聞きします。

初めて治療を開始したときの医療機関について、次の **1～2** のあてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。その他の場合は、医療機関名を記入して下さい。

- 1 今日、受診した医療機関
2 その他 (医療機関名：)

○医療の満足度等に関することについてお伺いします。

問5～問17まであります。(全員お答え下さい)

問5

問2 ① でお答えいただいた病気について、医師により説明を受け、初めて治療を開始したときのことについてお聞きします。

次の(1)～(17)の内容について、それぞれ右側の欄内の1(はい)、2(いいえ)のどちらかあてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。

質 問 項 目	はい	いいえ
(1) 病名や病気による症状の説明はありましたか?	1	2
(2) 治療の方法や治療期間の説明はありましたか?	1	2
(3) 病気のその後の見通しについて説明はありましたか?	1	2
(4) 各種検査の目的や結果の説明はありましたか?	1	2
(5) 治療(手術、化学療法、放射線療法)の効果や副作用(術後の障害を含む)について説明はありましたか?	1	2
(6) 医師からの説明は、丁寧に詳しくされましたか?	1	2
(7) 医師の説明にかかる時間はちょうど良いと思われましたか?	1	2
(8) 医師の説明は分かりやすかったですか?	1	2
(9) 医師の説明で、内容は理解できましたか?	1	2
(10) 病気のことについて他の医師に意見を聞きたいと思われましたか?	1	2
(11) 病気のことについて他の医師に意見を聞く(セカンドオピニオン)ことが出来ることについて説明はありましたか?	1	2
(12) 病気のことについて他の医師に意見を聞く(セカンドオピニオン)ことが出来ることについて知っていましたか?	1	2
(13) 病気のことについて他の医師に意見を聞きましたか?	1	2
(14) 病気のことによって不安になり、医療機関の「相談窓口」や「がん相談センターこうち」に相談をしたいと思ったことはありますか?	1	2
(15) 病気による不安について、医療機関の「相談窓口」や「がん相談センターこうち」に相談をしましたか?	1	2
(16) 病気による体や心の痛みを和らげるための支援を、医療機関で受けたいと思われましたか?	1	2
(17) 病気による体や心の痛みを和らげるための支援を、医療機関で受けましたか?	1	2

裏面(次のページ)にも記入してください

問6

下の問 (1) ~ (3) についてすべてお答えください。

問2 ① でお答えいただいた病気について、**医師により説明を受け、初めて治療を開始したときのことに満足していますか。** 次の1~5の中からあてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。わからない場合やどれにもあてはまらない場合は**6**に○をつけてください。

感 想	非常に満足している	やや満足している	ふつう	やや不満である	非常に不満である	その他
(1) 受けた診療・治療内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(2) 医師の説明には満足していますか	1	2	3	4	5	6
(3) 全体として最初に治療を受けた病院には満足していますか	1	2	3	4	5	6

問7

問2 ① でお答えいただいた病気について、**入院による治療を受けたことがありますか。** 下欄内の**1 (はい)、2 (いいえ)** のどちらかあてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。

- 1 はい
 2 いいえ -----> 2に○をつけた方は **問11** へ進んでください。

問8

問7で**1 (はい：入院治療を受けた)** に○をつけた方のみお答えください。**入院治療を受けた医療機関**について、次の**1~3**のあてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。その他の場合は、医療機関名を記入して下さい。

- 1 初めて治療を開始したときの医療機関 (問3でお答え頂いた医療機関)
 2 今日、受診した医療機関
 3 その他 (医療機関名：)

問9

問7で**1 (はい：入院治療を受けた)** に○をつけた方のみお答えください。**入院での治療を受けたときのこと**についてお聞きします。次の(1)~(7)の内容について、それぞれ右側の欄内の**1 (はい)、2 (いいえ)** のどちらかあてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。

質 問 項 目	はい	いいえ
(1) 入院治療中に、医師から治療状況の説明はありましたか?	1	2
(2) 入院治療に関する不安はありましたか?	1	2
(3) 医師からの説明は、丁寧に詳しくされましたか?	1	2

問9つづき

質 問 項 目	はい	いいえ
(4) 医師の説明にかける時間はちょうど良いと思えましたか？	1	2
(5) 看護や介助に関する説明はありましたか？	1	2
(6) 転院や退院に関する説明は十分にありましたか？	1	2
(7) 医師や看護師の連携は出来ていると思えましたか？	1	2
(8) 医療機関から、体や心の痛みを和らげるための支援を行う、緩和ケアチームがあることの説明がありましたか？	1	2
(9) 緩和ケアチームの支援を利用しましたか？	1	2

問10

問7で**1（はい：入院治療を受けた）**に○をつけた方のみ、次の問（1）～（3）についてすべてお答えください。

問2でお答えいただいた病気についての**入院治療は満足していますか**。次の**1～5**の中からあてはまる番号を**一つ**選んで○をつけてください。わからない場合やどれにもあてはまらない場合は**6**に○をつけてください。

感 想	非常に満足している	やや満足している	ふつう	やや不満である	非常に不満である	その他
(1) 入院時に受けた診療・治療内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(2) 入院時の対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(3) 全体として入院した病院には満足していますか	1	2	3	4	5	6

問11

問2①でお答えいただいた病気について、これまでに、**医師に対して患者さんご本人から診療に関する質問や相談をしたことがありますか**。下欄内の**1（ある）、2（ない）**のどちらかあてはまる番号を**一つ**選んで○をつけてください。

- | | | | | |
|-----------------|-----------------|--------|-----|-----------|
| 1 質問や相談をしたことがある | 2 質問や相談をしたことはない | -----▶ | 問16 | へ進んでください。 |
|-----------------|-----------------|--------|-----|-----------|

裏面（次のページ）にも記入してください

問 12

問 11 で 1 (質問や相談をしたことがある) に○をつけた方のみお答えください。
これまでに、医師に対して行った質問や相談の時期について、次の 1～4 のあてはまる番号すべてに○をつけてください。

- 1 初診時などの治療開始時に行った
- 2 手術後や退院前など主たる治療後に行った
- 3 治療前後に関係なく具合が悪くなったときに行った
- 4 その他 ()

問 13

問 11 で 1 (質問や相談をしたことがある) に○をつけた方のみお答えください。
これまでに、医師に対して行った質問や相談の内容について、次の 1～8 のあてはまる番号すべてに○をつけてください。

- 1 病名や病状に関するもの
- 2 治療の方法や治療期間に関するもの
- 3 病気についての今後の見通しについて
- 4 治療 (手術、化学療法、放射線療法) の効果や副作用について
- 5 各種検査の目的や検査後の結果について
- 6 転院や退院時の他院への紹介に関する事
- 7 セカンドオピニオンに関する事
- 8 精神心理的な苦痛に対する心のケアを含む緩和ケアに関する事
- 9 その他 ※食事や生活上の指導など
()

※セカンドオピニオンとは…主治医以外の第三者の医師による診断や治療方針に対する意見を聞くこと。

問 14

問 11 で 1 (質問や相談をしたことがある) に○をつけた方のみお答えください。
これまでに、質問や相談を行った時の医師の対応への感想をお聞きします。
次の (1)～(3) の説明について、それぞれ右側の欄内の 1 (はい)、2 (いいえ) のどちらかあてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。

質 問 項 目	はい	いいえ
(1) 質問や相談はしやすかったですか?	1	2
(2) 質問や相談には時間をかけて答えてくれましたか?	1	2
(3) 質問や相談への回答は適切なものでしたか?	1	2

問 15

問 11 で 1 (質問や相談をしたことがある) に○をつけた方のみお答えください。
質問や相談を行った時の医師の対応には満足していますか。 次の 1～5 の中からあてはまる番号を**一つ**選んで○をつけてください。わからない場合やどれにもあてはまらない場合は**6**に○をつけてください。

感 想	非常に満足している	やや満足している	ふつう	やや不満である	非常に不満である	その他
質問や相談への医師の対応には満足していますか?	1	2	3	4	5	6

問 16

下の問 (1) ～ (3) についてすべてお答えください。
今日、診療を受けられた病院について、患者さんご本人の感想を右側の欄内の 1～5 の中からあてはまる番号を一つ**選んで○をつけてください。** わからない場合やどれにもあてはまらない場合は**6**に○をつけてください。

質 問 項 目	非常に満足している	やや満足している	ふつう	やや不満である	非常に不満である	その他
(1) 受けている診療・治療内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(2) 医師との対話に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(3) 全体としてこの病院には満足していますか	1	2	3	4	5	6

問 17

がん対策、がん医療等について、ご意見・ご要望等をご記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

がんと診断された時に 60 歳以上であった方への質問はここで終了です。ご協力ありがとうございました。同封している専用の返信用封筒に密封して、平成 27 年 8 月 31 日までに郵便ポストに投函してください。(切手は不要です。)

がんと診断された時に 59 歳以下であった方は、就労に関する質問に引き続きお答え下さい。

○患者さんの就労等に関することについてお伺いします。

(問 18～32 まであります) **ここからの質問は、かんと診断された時に、59 歳以下であった方のみお答えください。診断時に 60 歳以上であった方は、問 17 までで質問は終了です。**

問 18

問 2 ① でお答えいただいた病気について、医師により説明を受け、初めて治療を開始したときと現在の就労状況について、それぞれ、次の 1～7 のあてはまる番号に○をつけてください。

〈診断時〉	〈現在〉
1 自営業	1 自営業
2 正社員	2 正社員
3 派遣社員/契約社員	3 派遣社員/契約社員
4 パート/アルバイト	4 パート/アルバイト
5 無職 (専業主婦を含む)	5 無職 (専業主婦を含む)
6 学生	6 学生
7 その他 ()	7 その他 ()

問 19

問 18 の〈診断時〉で 1 (自営業)～4 (パート/アルバイト) に○をつけた方のみお答えください。

診断後、検査や治療が進む中で、働き方に変化はありましたか。次の 1～6 のあてはまる番号に○をつけてください。

1 退職して再就職した	-----▶	問 20	問 21	へ進んでください。
2 退職して再就職していない	}	問 20		へ進んでください。
3 同じ職場の違う部署で勤務している				
4 変化なし (同じ職場の同じ部署に勤務している)				
5 休職中				
6 その他				
()				

問 20

問 19 で 1 (退職して再就職した)～3 (同じ職場の違う部署に異動した) に○をつけた方のみお答えください。

退職・異動はどのような経緯で決まりましたか。次の 1～3 のあてはまる番号に○をつけてください。

1 自分から希望した
2 会社側 (勤務先) から指示され従った
3 その他
()

問 28

問 27 で **1 (ある)** に○をつけた方のみお答えください。

誰に相談しましたか。 下の(1)~(11)のうちあてはまる番号**すべて**について、**相談して役立ったか**について、右の選択肢の**1~4**のあてはまる番号に○をつけてください。

	とても 役立った	やや 役だった	あまり 役立た なかった	全然 役立た なかった
(1) 上司	1	2	3	4
(2) 同僚	1	2	3	4
(3) 人事労務担当者	1	2	3	4
(4) 職場の医療者	1	2	3	4
(5) 家族	1	2	3	4
(6) 友人	1	2	3	4
(7) 患者会	1	2	3	4
(8) 主治医	1	2	3	4
(9) 看護師	1	2	3	4
(10) ソーシャルワーカー (医療機関の相談室相談員)	1	2	3	4
(11) その他 ()	1	2	3	4

問 29

問 27 で **2 (ない)** に○をつけた方のみお答えください。

相談しなかった理由について、次の**1~10**のあてはまる番号**すべて**に○をつけてください。

- 1 相談するほど困っていなかった
- 2 相談するという発想がなかった
- 3 相談相手がいなかった
- 4 相談の助言に期待できなかった
- 5 相談すると不利益が生じると思った
- 6 何を相談したらいいかわからなかった
- 7 相談する気力がなかった
- 8 がんであることを知られたくなかった
- 9 相談する時間がなかった
- 10 その他 ()

裏面 (次のページ) にも記入してください

問 30

がんと診断された後の**就労**について、**対応に困ったこと**があれば、次の**1～10**のあてはまる番号**すべて**に○をつけ、具体的な内容をご記入ください。

- 1 経済的な困難
- 2 会社側の制度・対応の問題
- 3 職場関係者とのコミュニケーションの問題
- 4 自営業者の問題
- 5 家族との関係
- 6 医療側の制度・対応の問題
- 7 本人の心理的な問題
- 8 通勤・仕事中の副作用や後遺症の問題
- 9 再就職時の問題
- 10 その他 ()

○をつけた項目について、具体的な内容をご記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

問 31

がん治療と就労の両立に向けた工夫があれば、次の**1～7**のあてはまる番号**すべて**に○をつけ、具体的な内容をご記入ください。

- 1 体調管理・体力保持に留意した
- 2 メンタルヘルスを保つ工夫をした
- 3 職務内容を変更した
- 4 働き方を工夫した（時間短縮、勤務日減少等）
- 5 通院スケジュールを工夫した（仕事に影響が出ないよう通院等）
- 6 職場関係者への状況説明、コミュニケーションの工夫
- 7 その他 ()

○をつけた項目について、具体的な内容をご記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

問32

働くことに関連して知りたいこと、就労に関するご意見等があれば、ご記入ください。

質問事項は以上です。ご協力ありがとうございました。

同封している専用の返信用封筒に密封して、平成27年8月31日までに郵便ポストに投函してください。(切手は不要です。)