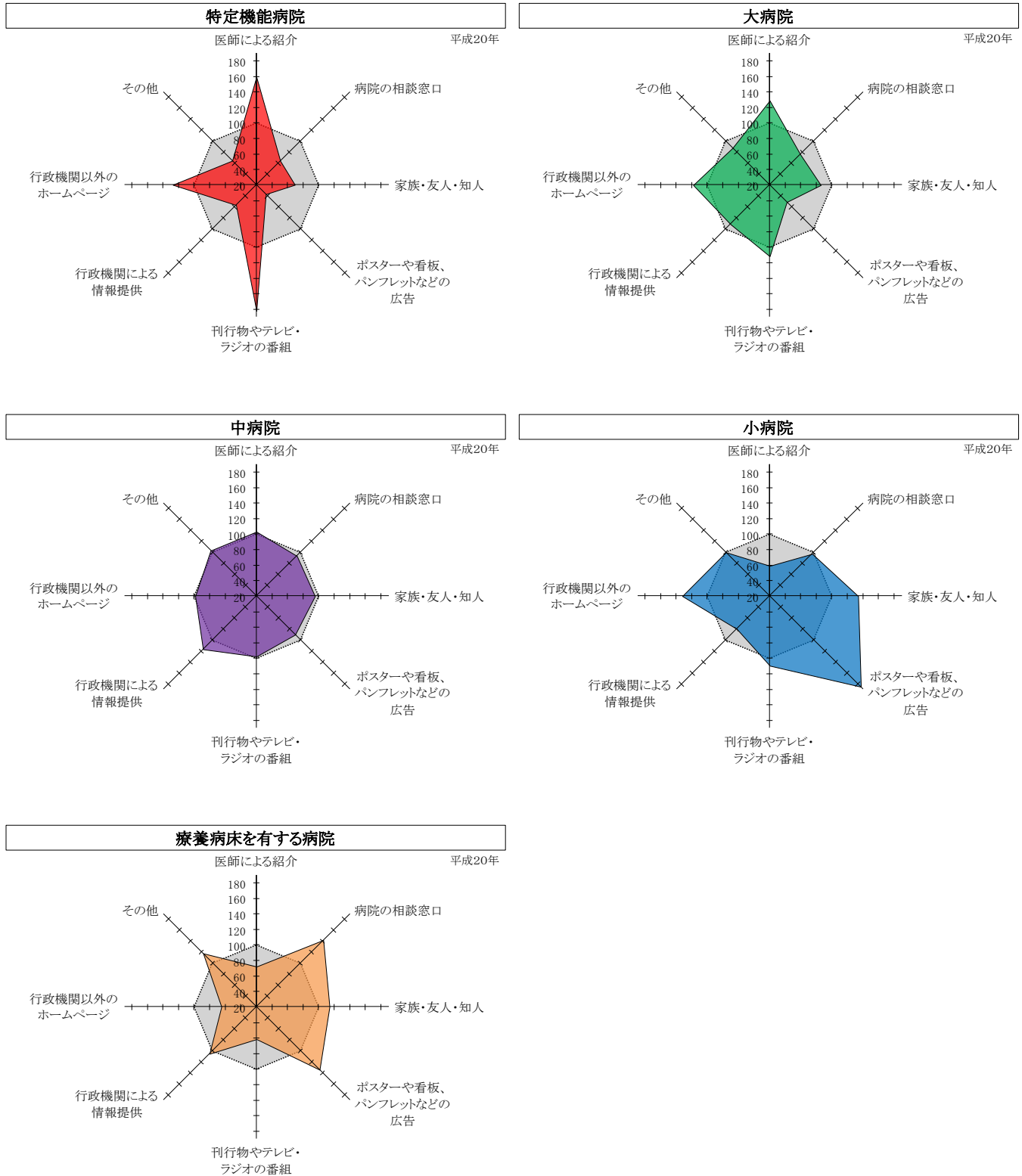


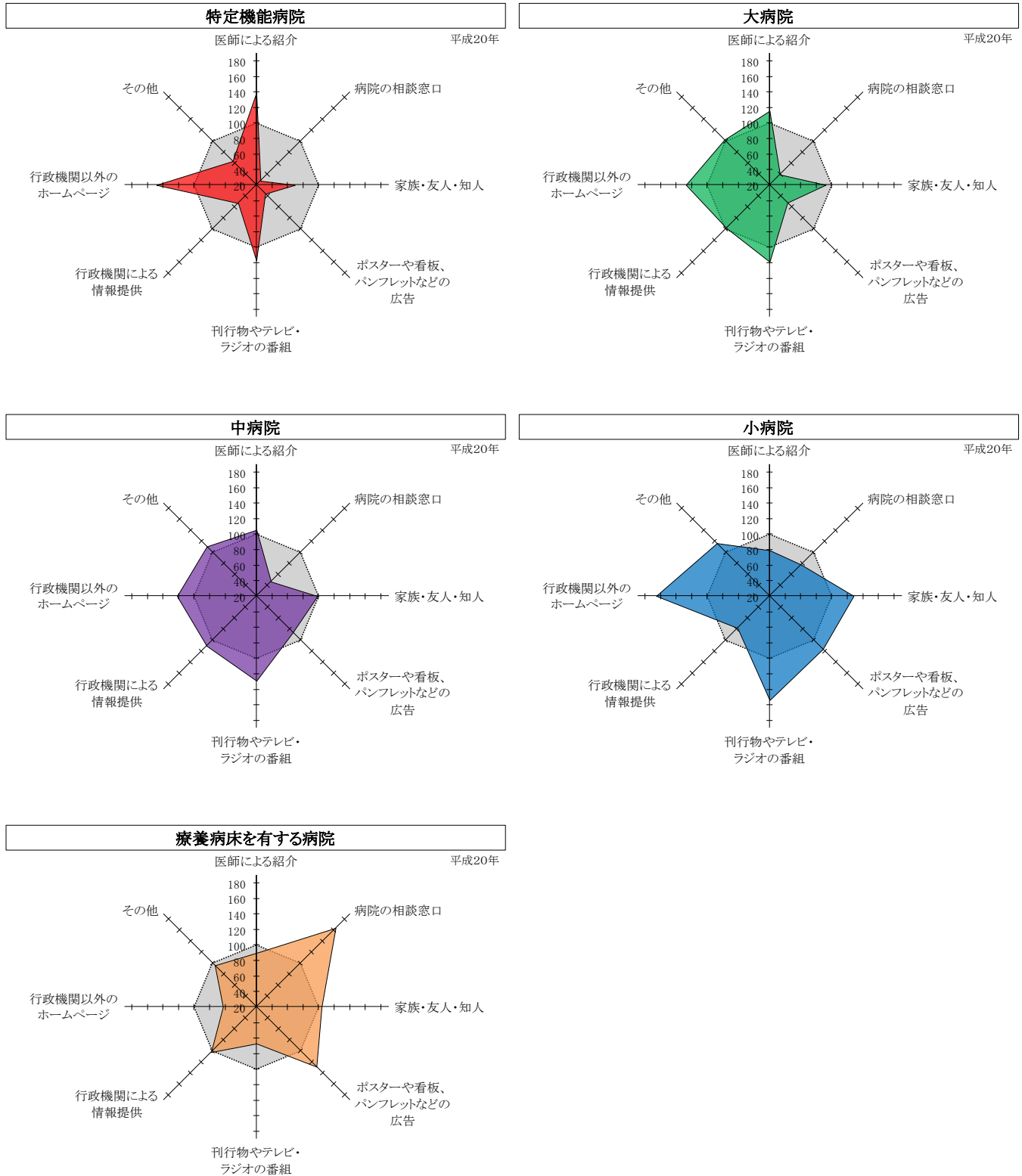
参考1 病院の種類別にみた外来患者の病院を選択する際の情報源

以下のレーダーチャートは、6頁「表3 病院の種類別にみた患者（外来・入院）の病院を選択する際の情報源（複数回答）（基本集計）」に基づき、外来患者全体における各情報源の割合（「医師による紹介」43.1%等）をそれぞれ100とした場合において、病院種類別に各情報源の割合（特定機能病院における「医師による紹介」は68.5%等）の値を示した。



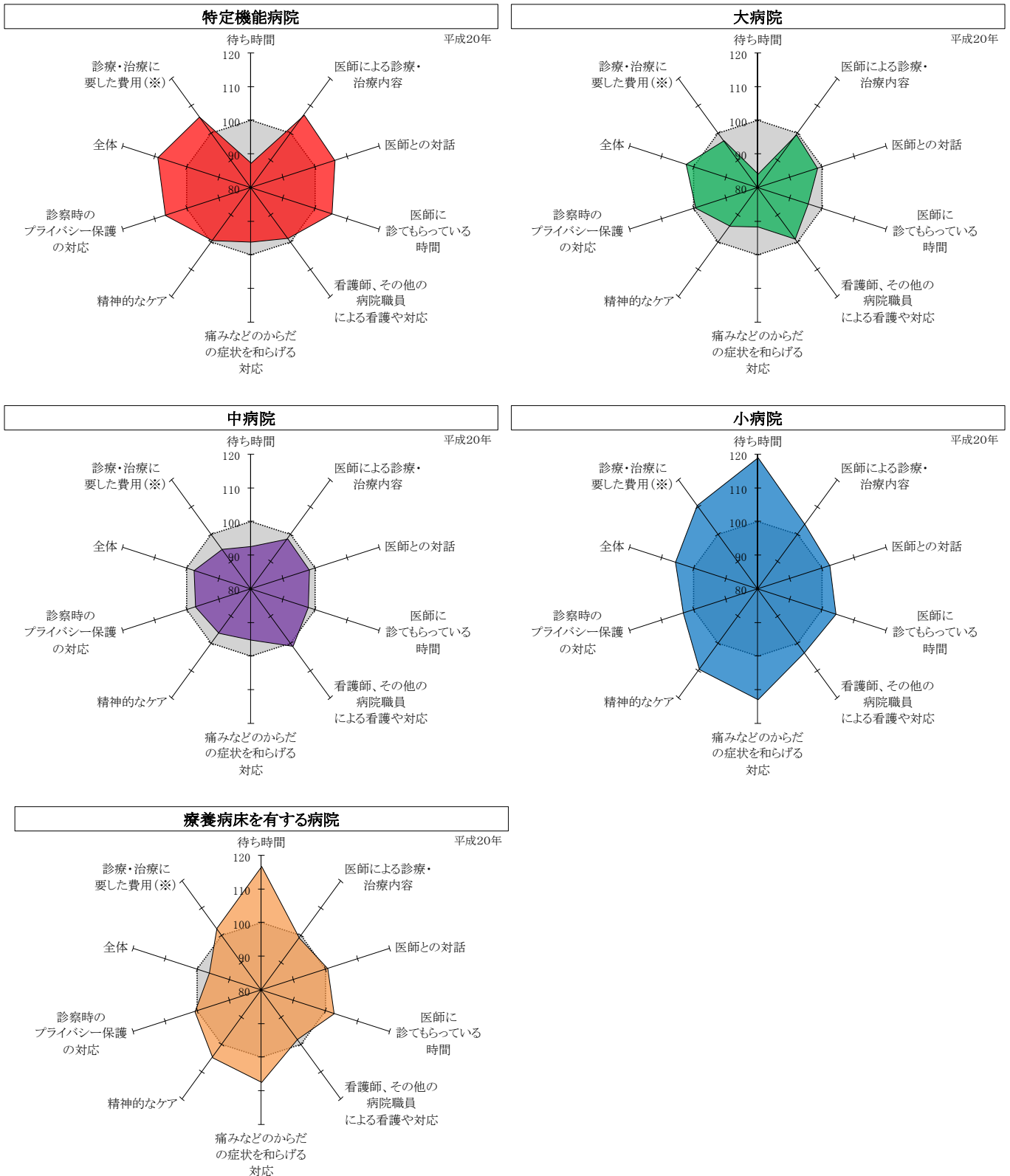
参考2 病院の種類別にみた入院患者の病院を選択する際の情報源

以下のレーダーチャートは、6頁「表3 病院の種類別にみた患者（外来・入院）の病院を選択する際の情報源（複数回答）（基本集計）」に基づき、入院患者全体における各情報源の割合（「医師による紹介」58.8%等）をそれぞれ100とした場合において、病院種類別に各情報源の割合（特定機能病院における「医師による紹介」は81.4%等）の値を示した。



参考3 外来患者の項目別満足度（満足の数値）

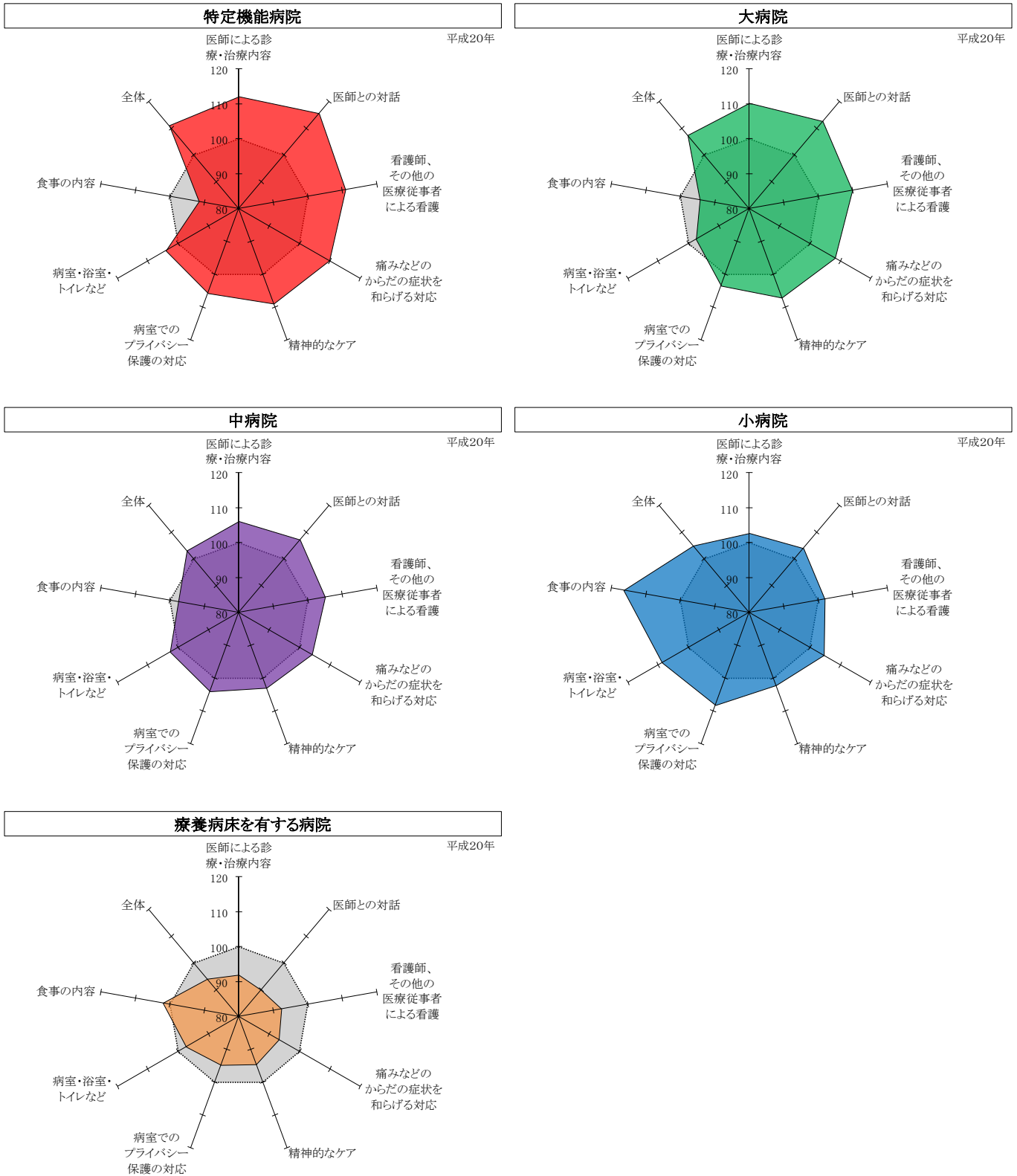
以下のレーダーチャートは、26頁「図13 項目別にみた外来患者の満足度（基本集計）」に基づき、外来患者全体における各項目の満足割合（「待ち時間」24.5%等）をそれぞれ100とした場合において、「統計表7 外来患者の構成割合、満足度・病院の種類・満足度の項目別（基本集計）」の値を用いて、病院の種類別に各項目の満足割合（特定機能病院における「待ち時間」21.4%等）の値を示した。



※「診療・治療に要した費用」は「負担が小さい」を「満足」と表現している。

参考4 入院患者の項目別満足度（満足の数値）

以下のレーダーチャートは、30頁「図18 項目別にみた入院患者の満足度（基本集計）」に基づき、入院患者全体における各項目の満足割合（「医師による診療・治療内容」69.9%等）をそれぞれ100とした場合において、「統計表8 入院患者の構成割合、満足度・病院の種類・満足度の項目別（基本集計）」の値を用いて、病院の種類別に各項目の満足割合（特定機能病院における「医師による診療・治療内容」78.3%等）の値を示した。



保健所番号 施設番号  
H-1

厚生労働省

平成20年 受療行動調査

外来患者票  
(平成20年10月)

秘 送務省承認 No.27361  
承認期限 平成21年1月31日迄

この調査は、今後の医療のあり方を検討するために、病状や病歴、妊娠の管理、健康診断等、今日来院された患者さんご本人に記入していただきます。お子さんの場合や、病状により記入が困難な方は、家族の方と協力して回答してください。お答えは、あてはまる番号に○をつけてください。

この記入後は、調査票のみ回収用封筒に入れ、密封の上、病院に設置された回収箱または切手を貼らずに郵便ポストへ投函してください。

なお、調査票の入った回収用封筒は厚生労働省においてのみ開封され、調査票は統計目的の以外には使用いたしませんので、率直なご意見をお聞かせください。

調査票の記入者はどなたですか。

- 1 患者さんご本人
- 2 家族の方

患者さんご本人の性別を選んでください。

- 1 男
- 2 女

患者さんご本人の生年月日を記入してください。元号を選択し、年月日を記入してください。

1 明治 } → [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 生  
 2 大正 }  
 3 昭和 }  
 4 平成 }

※以下の間を家族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 今日診察までの待ち時間(予約した場合は予約した時刻からの待ち時間)はどれくらいでしたか。次の1~7であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。検査などで医師に診てもらっていない場合は「8 その他」に○をつけてください。

- 1 15分未満
- 2 15分~30分未満
- 3 30分~1時間未満
- 4 1時間~1時間30分未満
- 5 1時間30分~2時間未満
- 6 2時間~3時間未満
- 7 3時間以上
- 8 その他

問2 今日診察時間(診察室で医師に診てもらった時間)はどれくらいでしたか。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。検査などで医師に診てもらっていない場合は「6 その他」に○をつけてください。

- 1 3分未満
- 2 3分~10分未満
- 3 10分~20分未満
- 4 20分~30分未満
- 5 30分以上
- 6 その他

問3 今日診察を受けた病状や症状について、初めて受診したとき、患者さんご本人で診療科を選択しましたか。次の1または2であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。患者さんご本人で診療科を選択し、1に○をつけた方で、そのとき、受診した診療科が違っていると答えた場合は5に○をつけてください。あてはまる番号に○をつけてください。わからない場合は4に○をつけてください。

初診のとき、患者さんご本人で診療科(内科・外科など)を選択しましたか

1 選択した

2 選択しなかった  
(医師の紹介、窓口により案内された、総合診療科などで案内された場合を含む)

3 言われた(「専門ではないなど」)  
4 言われなかった  
5 わからない

問4 この病院を選ぶにあたり、次の(1)~(10)の情報について必要だと思いましたが、それぞれ右側の欄内の1~3であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。「入手できた」欄には、「必要であった」、「必要でなかった」、「わからなかった」、「わからないうちに入手できなかった」に○をつけてください。

病院を選択する際の情報	必要であった	必要でなかった	わからなかった	入手できた
(1) 医師などの専門性や経歴	1	2	3	
(2) 医師、看護師などの配置や人数	1	2	3	
(3) 診察や検査・治療などの待ち時間	1	2	3	
(4) 受けることができる検査や治療方法の詳細	1	2	3	
(5) 治療に要する平均的な通院期間	1	2	3	
(6) 生存率、合併症発生率などの治療結果	1	2	3	
(7) 治療に要する費用や支払いの方法	1	2	3	
(8) 実施している治療(臨床試験)の治療薬	1	2	3	
(9) 安全(医療事故防止など)のための取り組み	1	2	3	
(10) 連携している医療機関や福祉施設	1	2	3	

問5 この病院を選ぶにあたり、何を参考にしましたか。次の1~8であてはまる番号すべてに○をつけてください。特になければ9に○をつけてください。

- 1 医師による紹介
- 2 病院の相談窓口
- 3 家族・友人・知人
- 4 ポスターや看板、パンフレットなどの広告
- 5 刊行物やテレビ、ラジオの番組
- 6 都道府県・市区町村・保健所などの行政機関による情報提供
- 7 行政機関以外のホームページ
- 8 その他
- 9 特になし

※裏面(次のページ)にも記入してください。

※このページにも記入してください。

問6 今日診療を受けた病状や症状について、今日までに、医師などから患者さんご本人に対して診療に関する情報の説明がありましたか。次の1～4であてはまる番号すべてに○をつけてください。説明がなかった場合は5に○をつけてください。

説明があった  
説明がなかった

1 口頭による説明があった  
2 説明文書ももらった  
3 診療記録（カルテ、レントゲンなど）を見せてくれた  
4 その他

5 説明はなかった -----> 5に○をつけて方は問8へ進んでください。

問7 問6で1～4に○をつけた方のみお答えください。今日診療を受けた病状や症状について、今日までに、この病院で医師などから受けた説明に対してお聞きします。次の(1)～(6)の説明について、それぞれ右側の欄内の1～5であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。

医師などから受けた説明	よくわかった	大體わかった	あまりわかった	まったくわからなかった	説明を受けなかった
(1) 病名・病状	1	2	3	4	5
(2) 治療の方法・期間	1	2	3	4	5
(3) 病状についての今後の見通し	1	2	3	4	5
(4) 薬の効能・副作用	1	2	3	4	5
(5) 栄養・運動等の生活習慣上の指導	1	2	3	4	5
(6) その他	1	2	3	4	5

問8 現在、この病院以外の医療機関にもかかっていますか。かかっている方は、次の1～4であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。かかっている方は、次の5または6であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。

かかっている

1 違う病気で他の医療機関にかかっている  
2 同じ病状について、異なる目的でかかっている（専門的治療や検査、医師の紹介などを含む）  
3 同じ病状で他の医師の意見を聞くためにかかっている（セカンドオピニオン外来を含む）  
4 同じ病状でその他の理由によりかかっている

かかっていない

5 この病院で他の診療科にかかっている  
6 他ににかかっていない

(注) セカンドオピニオン外来 … 診断や治療方法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見を聞くための外来。

問9 下の問(1)～(10)についてすべてお答えください。この病院における受診について、患者さんご本人の感想をそれぞれ右側の欄内の1～5であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。わからない場合やあてはまらない場合は「6 その他」に○をつけてください。

内容	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) 待ち時間についてどう思いますか	1	2	3	4	5	6
(2) 医師による診療・治療内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(3) 医師との対話に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(4) 医師に診てもらっている時間に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(5) 看護師、その他の病棟職員による看護や対応などに満足していますか	1	2	3	4	5	6
(6) 痛みなどのからだの症状を和らげる対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(7) 精神的なケアに満足していますか	1	2	3	4	5	6
(8) 診察時のプライバシー保護の対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(9) 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
(10) 診療・治療に要した費用については負担になりますか	非常に負担が小さい	やや負担が小さい	ふつう	やや負担が大きい	非常に負担が大きい	その他

問10 これまでのおよそ5年間にこのことのある医療機関で不満を感じたら、誰か（どこか）に相談しましたか。(1)～(7)のそれぞれ右側の「相談した」欄に○をつけてください。○をつけた相手に相談した結果、不満の解消に役立ったかどうかについて、1～3であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。不満を感じたことはあるが、相談したことはなかった場合は(8)に、不満を感じたことはなかった場合は(9)のそれぞれ右側の欄に○をつけてください。

相談相手	相談した	役立った	役立たなかった	どちらでもない
(1) 主治医（担当していた医師）		1	2	3
(2) 別の医師（セカンドオピニオン外来 等 含む）		1	2	3
(3) 医療機関のスタッフ（相談窓口を含む）		1	2	3
(4) 行政機関（医療安全支援センターなど）		1	2	3
(5) 家族・友人・知人		1	2	3
(6) 第三者機関、団体（医師会を含む）		1	2	3
(7) その他		1	2	3

(8) 相談したことはなかった

(9) 不満を感じたことはなかった

(注) セカンドオピニオン外来 … 3頁（注）参照。

回収用封筒に入れて密封の上、回収箱または、切手を貼らずに郵便ポストへ投函してください。ご協力ありがとうございます。

厚生労働省

平成20年 受療行動調査

入院患者票  
(平成20年10月)

この調査は、今後の医療のあり方を検討するために行うものです。病状やけが、妊娠の管理、健康診断等で、入院されているご本人に記入をお願いします。お子さんの場合や、病状により記入が困難な方は、家族の方と協力して回答してください。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、調査票のみ回収用封筒に入れて密封の上、調査員にお渡しいただくか、切手を貼らずに郵便ポストへ投函してください。なお、調査票の入った回収用封筒は厚生労働省においてのみ開封され、調査票は統計目的の以外には使用いたしませんので、率直なご意見をお聞かせください。

調査票の記入者はどなたですか。

- 1 患者さんご本人
- 2 家族の方

患者さんご本人の性別を選んでください。

- 1 男
- 2 女

患者さんご本人の生年月日を記入してください。元号を選択し、年月日を記入してください。

1 明治 } → 年 月 日 生  
2 大正 }  
3 昭和 }  
4 平成 }

※以下の問を家族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 今回の入院の原因となつている病状や症状について、初めて受診したとき、患者さんご本人で診療科を選択しましたか。次の1または2であつてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。1に○をつけた方で、そのとき、受診した診療科が違つていると言われませんか。3または4であつてはまる番号に○をつけてください。わからぬ場合は5に○をつけてください。

・初診のとき、患者さんご本人で診療科（内科・外科など）を選択しましたか

1 選択した

2 選択しなかった  
(医師の紹介、窓口により案内された、総合診療科などで案内された場合を含む)

3 言われた（「専門ではない」など）  
4 言われなかった  
5 わからない

裏面（次のページ）にも記入してください。

問2

この病院を選ぶにあたり、次の(1)～(10)の情報について必要だと思いましたが、それぞれ右側の欄内の1～3であつてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。「入手できた」欄には、「必要であつた」、「必要でなかつた」、「わからぬ」にかかわらず、実際に入手できたものに○をつけてください。

病院を選択する際の情報	必要であつた	必要でなかつた	わからない	入手できた
(1) 医師などの専門性や経歴	1	2	3	
(2) 医師、看護士などの配置や人数	1	2	3	
(3) 検査・治療などを受けられるまでの期間（入院待ち・手術待ちの期間を含む）	1	2	3	
(4) 受けることができる検査や治療方法の詳細	1	2	3	
(5) 治療に要する平均的な入院期間	1	2	3	
(6) 生存率、合併症発生率などの治療結果	1	2	3	
(7) 治療に要する費用や支払いの方法	1	2	3	
(8) 実施している治療（臨床試験）の治療薬	1	2	3	
(9) 安全（医療事故防止など）のための取り組み	1	2	3	
(10) 連携している医療機関や福祉施設	1	2	3	

問3

この病院を選ぶにあたり、何を参考にしましたか。次の1～8であつてはまる番号すべてに○をつけてください。特にない場合は9に○をつけてください。

- 1 医師による紹介
- 2 病院の相談窓口
- 3 家族・友人・知人
- 4 ポスターや看板、パンフレットなどの広告
- 5 刊行物やテレビ、ラジオの番組
- 6 都道府県・市区町村・保健所などの行政機関による情報提供
- 7 行政機関以外のホームページ
- 8 その他
- 9 特にない

問4

今回の入院の原因となつている病状や症状について、今日までに、医師などから患者さんご本人に対して診療に関する情報の説明がありましたか。次の1～4であつてはまる番号すべてに○をつけてください。説明がなかった場合は5に○をつけてください。

・説明があつた

1 口頭による説明があつた  
2 説明文書をもつた  
3 診療記録（カルテ、レントゲンなど）を見せてくれた  
4 その他

5 説明がなかった -----> 5に○をつけた方は問6へ進んでください。

次のページにも記入してください。

問5 問4で1~4に○をつけた方のみお答えください。  
今回の入院の原因となっていない病気や症状について、今日までに、この病院で医師などから受けた説明に対してお聞きします。次の(1)~(6)の説明について、それぞれ右側の欄内の1~5であってはその番号を一つ選んで○をつけてください。

医師などから受けた説明	よ わ か っ た	大 体 わ か っ た	あ ま り わ か ら な か っ た	ま っ た く わ か ら な か っ た	説 明 を 受 け な か っ た
(1) 病名・病状	1	2	3	4	5
(2) 治療の方法・期間	1	2	3	4	5
(3) 病気についての今後の見通し	1	2	3	4	5
(4) 薬の効能・副作用	1	2	3	4	5
(5) 栄養・運動等の生活習慣上の指導	1	2	3	4	5
(6) その他	1	2	3	4	5

問6 今後の治療・療養はどうしたいかと思えますか。次の1~7であってはその番号を一つ選んで○をつけてください。

1 完治するまでこの病院に入院して欲しい
2 より高度な医療を受けられる病院に転院したい
3 他の病院や診療所に転院したい
4 介護を受けられる施設などで治療・療養したい
5 自宅で医師や看護士などの定期的な訪問を受けて、治療・療養したい
6 自宅から病院や診療所に通院しながら、治療・療養したい
7 その他

問7 今後、退院の許可がでた場合、あなたは自宅で療養ができますか。次の1~4であってはその番号を一つ選んで○をつけてください。

1 自宅で療養できる
2 自宅で療養できない
3 療養の必要がない
4 わからない

問7-1 問7で2に○をつけた方のみお答えください。  
どの条件が選べば、あなたは自宅で療養することができますか。次の1~9であってはその番号すべてに○をつけてください。わからない場合は10に○をつけてください。

1 療養のための部屋、手すりの設置、段差をなくすなどの改築など
2 家族の協力
3 通院手段の確保
4 療養のための指導（服薬・リハビリ指導など）
5 入浴や食事などの介護が受けられるサービス
6 医師、看護士などの定期的な訪問
7 緊急時の病院や診療所への連絡体制
8 療養に必要な用具（車いす、ベッドなど）
9 その他
10 わからない

問8 下の問(1)~(9)についてすべてお答えください。この病院における受診について、患者さんご本人の感想をそれぞれ右側の欄内の1~5であってはその番号を一つ選んで○をつけてください。わからない場合やあてはまらない場合は「6 その他」に○をつけてください。

内 容	非 常 に 満 足 し て い る	や や 満 足 し て い る	や や 不 満 で あ る	や や 不 満 で あ る	非 常 に 不 満 で あ る	そ の 他
(1) 医師による診察・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) 看護師、その他の医療従事者による看護などに満足していますか	1	2	3	4	5	6
(4) 痛みなどのからだの症状を和らげる対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(5) 精神的なケアに満足していますか	1	2	3	4	5	6
(6) 病室でのプライバシー保護の対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(7) 病室・浴室・トイレなどに満足していますか	1	2	3	4	5	6
(8) 食事の内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(9) 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9 これまでのおよそ5年間にかかったことのある医療機関で不満を感じたら、誰か(どこか)に相談しましたか。(1)~(7)のそれぞれ右側の「相談した」欄に○をつけてください。  
○をつけた相手に相談した結果、不満の解消に役立ったかどうかについて、1~3であってはその番号を一つ選んで○をつけてください。  
不満を感じたことのあるが、相談したことはなかった場合は(8)に、不満を感じたことはなかった場合は(9)のそれぞれ右側の欄に○をつけてください。

相談相手	相談した	役立った	役立たなかった	どちらでもない
(1) 主治医 (担当していた医師)		1	2	3
(2) 別の医師 (セカンドオピニオン外来 <sup>(注)</sup> など)		1	2	3
(3) 医療機関のスタッフ (相談窓口を含む)		1	2	3
(4) 行政機関 (医療安全支援センターなど)		1	2	3
(5) 家族・友人・知人		1	2	3
(6) 第三者機関、団体 (医師会を含む)		1	2	3
(7) その他		1	2	3

(8) 相談したことはなかった
(9) 不満を感じたことはなかった

(注) セカンドオピニオン外来… 診断や治療方法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見を聞くための外来。

回収用封筒に入れて密封の上、調査員にお渡しいただくか、切手を貼らずに郵便ポストへ投函してください。ご協力ありがとうございます。