**大阪府におけるがん患者の悩みやニーズに関する実態調査2019年度版**

参考資料２

この調査は、大阪府からの受託事業として行っています。

調査票に同封している説明文書をよくお読みいただき、

調査への参加および別の研究のためにこの調査の情報を使用することについて

同意していただける場合は、必ず□に✔をつけてください。

私は、課題名「大阪府におけるがん患者の悩みやニーズに関する実態調査2019年度版」

について、説明文書を読み、内容を理解したうえで、**この調査に参加すること**について、

□ 　同意します

また、**この調査で得られた情報を別の研究等のために使用すること**について、

□ 　同意します

**～記入にあたってのお願い～**

1. この調査票は、**がんと診断された方を対象としています。**1ページから10ページまでお答えください。
2. 黒、または青のボールペンを使い、はっきりとご記入をお願いします。
3. この調査票には、回答者のお名前や個人を識別する情報は含まれておりませんので、率直なご意見をお聞かせください。
4. 答えにくい質問や不快感を与えてしまう質問があるかもしれません。そのように感じられた場合は、無理にお答えいただかなくて構いません。答えられるところだけお答え下さい。
5. ご記入後は、お手数ですがお渡しした封筒に入れ、**お受け取りから１週間以内**にポストに投函して下さい。
6. この調査票を病院から依頼されたタイミングをお教えください。（□に✔を入れてください。）

□外来時に依頼があった　□入院時に依頼があった

□外来化学療法室において依頼があった　□放射線治療室において依頼があった

□その他（　　　　　　　　　　　　）

**＜お問い合わせ先＞**

**大阪府受託事業がん患者状況調査班**

研究責任者：荒尾晴惠（職位：教授）

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 看護実践開発科学講座

〒565-0871　大阪府吹田市山田丘1－7

Tel&Fax: ①06-6879-2542(直通) 　　②06-6879-2611(直通)

E-mail：sneedsosaka@yahoo.co.jp

**Ⅰ．治療や療養に関することについてお伺いします。**

**緩和ケアについてお伺いします。**

**○緩和ケア**

**がん医療における「緩和ケア」とは、がんに伴うからだの苦痛と気持ちのつらさを和らげるとともに、がんになったことによる様々な不安を解消することです。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| よく知っている | やや知っている | どちらともいえない | あまり知らない | 知らない |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

**問１　がん医療における緩和ケアについてよく知っていますか。当てはまる番号を１つ選んで○をつけてください。**

**問２　緩和ケアは、いつからはじまるものと思いますか。当てはまる番号を１つ選んで○をつけ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| がんと診断された時から | がんの治療を開始した時から | がんの治癒が見込めなくなった時から | 分からない |
| 5 | 4 | 3 | 1 |

**てください。**

**問３　現在かかっている病院の緩和ケアにおける対応について、当てはまる番号を１つ選んで**

**○をつけてください。**

| 内　　　　容 | 非常にそう思う | ややそう思う | どちらともいえない | あまりそう思わない | そう思わない | 該当しない |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 現在かかっている病院において、痛みなどのつらい症状があった時にすぐに対応してくれた。
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 1. 現在かかっている病院において、あなたが不安に思っていることについて話しを聞いてくれた。
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 1. 現在かかっている病院において、あなたが治療方法や療養場所を選択する際に何が最善の選択肢かを一緒に考えてくれた。
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 1. 現在かかっている病院において、あなたが経済面での相談を必要としている時に役立つ情報などを紹介してくれた。
 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| ⑤現在かかっている病院において、あなただけでなくあなたの家族にも配慮してくれた。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ⅱ．相談支援や情報提供に関することついてお伺いします。**

**１．がん医療に関する相談支援についてお伺いします。**

**問1　現在かかっている病院内に設置されている「がん相談支援センター（※下記の説明を参考にしてください）」を利用したことがありますか。当てはまる番号を１つ選んで○をつけてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 利用したことがある |
| 2 | 病院内にあることは知っているが、利用したことがない |
| 3 | 存在は知っているが、どこにあるのかは知らず、利用したことがない |
| 4 | 存在を知らない |

**※　○がん相談支援センター**

**「がん相談支援センター」とは、がん診療連携拠点病院などに設置されている「がんの相談窓口」で、**

**患者・家族、地域の方々に、がんに関する情報提供及び相談を行うところです。**

**○がん診療連携拠点病院**

**「がん診療連携拠点病院」とは、がんに罹患したときに質の高いがん医療を受けることのできる医療機**

**関を選択できるよう、わが国に多い５つのがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん）の**

**診療等に関して指定要件を充足した病院です。指定を受けた病院は、がん診療状況等を公開し、がん医**

**療水準の向上に努めることとなっています。**

**問２　がんの診断や治療を受け、どのようなことに悩みましたか。当てはまる番号すべてに○を**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 病院や医師の選択に関すること |
| 2 | 診断や治療に関すること |
| 3 | 病気による症状、治療による副作用や後遺症に関すること |
| 4 | 在宅医療に関すること |
| 5 | かかっている病院での医療従事者（医者・看護師等）との人間関係に関すること |
| 6 | 不安など心の問題に関すること |
| 7 | 生き方や死に方、生きがい、価値観、自分らしさに関すること |
| 8 | 仕事や経済面（医療費や生活費、ローンのことなど）に関すること |
| 9 | 家族・周囲の人々（親類、友人など）とのかかわりに関すること |
| 10 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**つけてください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 非常にそう思う | ややそう思う | どちらともいえない | あまりそう思わない | そう思わない |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

**問３　あなたは、がんになったことでご家族に負担をかけていると思いますか。当てはまるもの**

**を１つ選んで○をつけてください。**

　**問４　あなたは「患者会や患者サロン（がん患者やその家族など、同じ立場の人が、がんのこと**

**を含めて気軽に語り合う交流の場）など」があることを知っていますか。当てはまるものを**

**１つ選んで○をつけてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 知っている |
| 2 | 存在は知っているが、どのような活動をしているのか知らない |
| 3 | 存在を知らない |

**２．へ**

付問４－１　　問４で「1　知っている。」と回答された方にお伺いします。患者会や患者サロンなどについてどこで知りましたか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 病院の医師、看護師等スタッフからの説明 | 5 | テレビや新聞、ホームページなど |
| 2 | 病院からの配布物（院内放送等も含む） | 6 | 活動しているところを見た |
| 3 | 行政機関が発行した冊子 | 7 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 4 | 知人や家族から聞いた |

**２．がん医療に関する情報提供についてお伺いします。**

**問１　がんの治療や療養を考える際にどのような情報を知りたいですか。当てはまるものを１つ選んで○をつけてください。**

| 内　　　　　容 | 非常にそう思う | ややそう思う | どちらともいえない | あまりそう思わない | そう思わない |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①自分の病状を理解するための、がんの症状についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ②自分の治療内容を理解するための、がんの治療についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ③病院で提供される以外の治療法についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ④がん治療に伴う副作用と対応方法についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ⑤がん治療に伴う不妊のリスクと対応方法についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ⑥府内各病院の診療体制についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ⑦府内各病院の治療状況や治療成績についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ⑧緩和ケアについての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ⑨がん治療にかかる費用についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ⑩経済的支援や社会保障制度などの情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ⑪治療に伴う身体への長期的な影響についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ⑫同じ世代の患者の闘病体験についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ⑬同じ病状の患者の闘病体験についての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ⑭患者会や患者サロンについての情報 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

**問２　がん治療や療養をする上で必要な情報や情報が提供される体制などについて、ご意見をお聞きかせください。**

|  |
| --- |
|  |

**Ⅲ．ご自身のお仕事に関することについてお伺いします。**

**問1　がんと診断された時点と現在のお仕事を、それぞれ１つずつ選んで解答欄に数字を記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 自営業 |
| 2 | 正社員 |
| 3 | 派遣社員/契約社員 |
| 4 | パート/アルバイト |
| 5 | 無職（専業主婦を含みます） |
| 6 | 学生 |
| 7 | その他（　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 診断時点 |  |
| 現在 |  |

**問２　問１でがんと診断された時にお仕事をされていた方にお尋ねします。診断後検査や治療が**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 退職して再就職した | 4 | 同じ職場の同じ部署に勤務した |
| 2 | 退職して再就職していない | 5 | その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3 | 同じ職場の違う部署に異動した |  |

**進む中で、働き方に変化はありましたか。当てはまるものを１つ選んで○をつけてください。**

**問３　問２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。」と回答された**

**方にお伺いします。退職・異動はどのような経緯で決まりましたか。当てはまるものを１つ選んで○をつけてください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 自分から希望した | 2 | 会社側から指示され従った | 3 | その他 |

**問４　問２で「１　退職して再就職した。」と回答された方にお伺いします。再就職した雇用主はあなたの治療歴を知っていますか。当てはまるものを１つ選んで○をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 知らない | 2 | 知っている |

**問５　がんと診断された時にお仕事をされていた方にお尋ねします。がんと診断された当初、**

**仕事に関して悩んだことについて、当てはまるものすべてに○をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 職場の事務手続き（休職や傷病手当の手続きなど） | 6 | 職場の上司や同僚、取引先への説明の仕方 |
| 2 | 経済的な問題 | 7 | 顧客の減少など仕事への影響 |
| 3 | 仕事復帰の時期 | 8 | 仕事の引き継ぎ |
| 4 | 仕事をやめるかどうか | 9 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 5 | 治療を受けるためのスケジュール調整 |

**問６　がんと診断された時にお仕事をされていた方にお尋ねします。がんと診断された当初、**

**事業主もしくは仕事関係の人々（顧客、取引先、従業員など）からの理解や支援は得られましたか。当てはまるものを１つ選んで○をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 十分得られた | 4 | 必要なかった |
| 2 | ある程度得られたが十分ではなかった | 5 | 伝えなかった |
| 3 | 全く得られなかった |  |

　**問７　がんと診断された時にお仕事をされていた方にお尋ねします。がんの治療が進んでいく中で、事業主もしくは仕事関係の人々（顧客、取引先、従業員など）からの理解や支援は得られましたか。当てはまるものを１つ選んで○をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 十分得られた。 | 4 | 必要なかった。 |
| 2 | ある程度得られたが十分ではなかった。 | 5 | 伝えなかった。 |
| 3 | 全く得られなかった。 |  |

**問８　がん治療や療養をしながら仕事を継続する上で、どのような対応や支援のための制度が**

**必要だと思いますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 年次有給休暇等の時間単位での取得 | 7 | ハローワークでの支援の充実 |
| 2 | 短時間勤務や在宅勤務など勤務体制の変更 | 8 | 社会労務士など専門家に相談できる機会 |
| 3 | 体調を考慮した配置転換 | 9 | 職場の理解 |
| 4 | 職場復帰支援へのアドバイス制度（産業医・保健師等からの助言指導） | 10 | その他 |
| 5 | 休職前の部署、役職の復帰 |
| 6 | 休職前の賃金保障制度 |

**Ⅴ．治療歴等についてお伺いします。**

**問1　がんと診断されたのはいつですか。あるいは、何年何か月前ですか。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 昭和・平成・令和 |  |  | 年 |  |  | 月 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 年 |  |  | ケ月 |

あるいは、　　　　　　　　　　　　　　　　　前

**問2　その時、何のがんと診断されましたか。当てはまる番号を選んで○をつけてください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 脳 | 8 | 肝臓 | 15 | 子宮 | 22 | 骨髄腫 |
| 2 | 喉頭・咽頭 | 9 | 胆道・胆のう | 16 | 卵巣・卵管 | 23 | 骨 |
| 3 | 肺 | 10 | すい臓 | 17 | 乳房 | 24 | 軟部組織系（筋肉・脂肪） |
| 4 | 食道 | 11 | 腎臓・副腎 | 18 | 前立腺 | 25 | 悪性リンパ腫 |
| 5 | 胃 | 12 | 膀胱 | 19 | 精巣 | 26 | その他（　　　　　） |
| 6 | 十二指腸・小腸 | 13 | 皮膚 | 20 | 甲状腺 |
| 7 | 大腸・直腸 | 14 | 口腔・舌 | 21 | 白血病 |

**問３　がんの診断に至った経緯を教えてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 自覚症状があり、自ら病院に診察へ行った | 4 | 人間ドッグ |
| 2 | 職場の検診 | 5 | その他（　　　　　　） |
| 3 | 市町村が実施する検診 |  |  |

**問４　その後、現在までに担当医に再発（転移）が認められると言われましたか。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | はい | 2 | いいえ |

**問５へ**

付問4―1　再発（転移）が認められた部位など、当てはまる番号すべてに○をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 脳 | 8 | 肝臓 | 15 | 子宮 | 22 | リンパ節（腺） |
| 2 | 喉頭・咽頭 | 9 | 胆道・胆のう | 16 | 卵巣・卵管 | 23 | 骨 |
| 3 | 肺・胸腺 | 10 | すい臓 | 17 | 乳房 | 24 | 軟部組織系（筋肉・脂肪） |
| 4 | 食道 | 11 | 腎臓・副腎 | 18 | 前立腺 | 25 | 脊髄 |
| 5 | 胃 | 12 | 膀胱 | 19 | 精巣 | 26 | 腹膜 |
| 6 | 十二指腸・小腸 | 13 | 皮膚 | 20 | 甲状腺 | 27 | 心膜・心のう |
| 7 | 大腸・直腸 | 14 | 口腔・舌 | 21 | 骨髄 | 28 | その他（　　　　　） |

**問５　現在の治療の状況について、当てはまる番号を１つ選んで○をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | がんに対する治療を継続中 | 2 | がんに対する治療は終了し、定期的な検査通院中 |
| 3 | その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  |

**問６　現在の治療の内容について、当てはまる番号を１つ選んで○をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 手術療法（下記の2、3以外） | 4 | 薬物療法（抗がん剤・ホルモン療法・分子標的薬など） |
| 2 | 内視鏡的手術 | 5 | 放射線療法 |
| 3 | 胸腔鏡下手術・腹腔鏡下手術 | 6 | その他（　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 手術療法（下記の2、3以外） | 4 | 薬物療法（抗がん剤・ホルモン療法・分子標的薬など） |
| 2 | 内視鏡的手術 | 5 | 放射線療法 |
| 3 | 胸腔鏡下手術・腹腔鏡下手術 | 6 | その他（　　　　　　　　　　　） |

**問７　現在までに医療機関で受けた治療について、当てはまる番号すべてに○をつけてください。**

**問8　治療を決定するプロセスにおける医療者の関わりやあなたの思いについて、当てはまるものを**

**１つ選んで○をつけてください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 内　　　　　容 | 非常にそう思う | ややそう思う | どちらともいえない | あまりそう思わない | そう思わない |
| 1 | 医師から治療の選択肢に関する利点と欠点について十分に説明を受けましたか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 治療の決定までに、医師と十分に話合えたと思いますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | 治療の選択に当たって、あなたの大切にしていることが尊重されたと思いますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | 治療の選択は、あなたにとって納得できるものでしたか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

**問９　現在のあなたの日常生活の状況にもっとも該当する番号１つに○をつけてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 特に症状はなく社会活動ができ、病気や治療による制限を受けることなく、がんにかかる前と同じように行動できる |
| 2 | 病気に伴う症状、治療による副作用や後遺症などの症状が軽くあり、からだを使う仕事（肉体労働）は制限されるが、歩くことや軽作業、家事や事務などは行える |
| 3 | 歩くことや身の回りのことはできるが、少し人の助けがいることがある |
| 4 | 身の回りのある程度のことはできるが、しばしば人の助けが必要で、日中の半分以上は横になっている |
| 5 | 身の回りのことができず、常に人の助けが必要で、一日中横になっている |

**問１０　あなたの症状の強さはどのくらいですか？がん患者さんは、病気やその治療から生じる症状を経験することがあります。ここでは、この24時間に以下の症状がどのくらいの強さだったかをお聞きします。 各項目について、0（症状は全くなかった）から10（症状はこれ以上考えられないほど強かった（ひどかった））までの数字に1つだけ〇をつけてください。**

全く

なかった

これ以上

考えられない

ほど強かった

（ひどかった）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **痛み**が最も強かった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2 | **だるさ（つかれ）**が最も強かった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3 | **吐き気**が最も強かった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4 | **睡眠の障害**が最もひどかった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5 | **ストレス**が最も強かった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6 | **息切れ**が最も強かった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7 | **もの忘れ**が最もひどかった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8 | **食欲不振**が最も強かった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 9 | **眠気（うとうとした感じ）**が最も強かった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 10 | **口の渇き**が最も強かった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | **悲しい気持ち**が最も強かった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 12 | **嘔吐**が最もひどかった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 13 | **しびれやピリピリ痛む感じ**が最も強かった時の程度は？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**Ⅶ．あなたご自身のことについてお尋ねします。**

**問1　あなたの年齢、性別を教えてください。**

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　歳 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 男性 | 2 | 女性 |

**問２　あなたの家族について教えてください。あなたは現在、結婚していますか。**

**当てはまるものに1つ○をつけてください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 未婚 | 2 | 既婚 | 3 | 離婚又は死別 |

**問３　あなたは現在、どなたと同居されていますか。あなたから見た続き柄について、当てはまるものすべてに○をつけてください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 同居者なし | 5 | あなたの母 | 9 | 孫 |
| 2 | 配偶者（夫または妻） | 6 | 配偶者の父 | 10 | あなたの兄弟姉妹 |
| 3 | 子供 | 7 | 配偶者の母 | 11 | 配偶者の兄弟姉妹 |
| 4 | あなたの父 | 8 | 子供の配偶者 | 12 | その他の方（　　　　　　）　　　 |

**問４　あなたのお子様についてあてはまるものを1つ選んで○をつけてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 一番下の子どもがまだ小学校に行っていない |
| 2 | 一番下の子どもが小学生か中学生である |
| 3 | 一番下の子どもが高校生である |
| 4 | 一番下の子どもが大学、短大、専門学校等に通っている |
| 5 | 子どもは、全員就職または結婚して独立している |
| 6 | その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 7 | 子どもはいない |

**問５　あなたのお住まいの地区について当てはまるものに○をつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 地　区　名 | 市　　町　　村　　名 |
| 1 | 豊　能 | 池田市、箕面市、豊中市、吹田市、豊能町、能勢町 |
| 2 | 三　島 | 摂津市、茨木市、高槻市、島本町 |
| 3 | 北河内 | 枚方市、寝屋川市、守口市、門真市、大東市、四條畷市、交野市 |
| 4 | 中河内 | 東大阪市、八尾市、柏原市 |
| 5 | 南河内 | 松原市、羽曳野市、藤井寺市、富田林市、河内長野市、大阪狭山市、河南町太子町、千早赤阪村 |
| 6 | 堺　市 | 堺市 |
| 7 | 泉　州 | 和泉市、泉大津市、高石市、岸和田市、貝塚市、泉佐野市、泉南市、阪南市、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町 |
| 8 | 大阪市 | 大阪市 |
| 9 | その他 | （　　　　　　　　　　　　　）※都道府県市区町村名をご記載ください |

**問６　がんと診断された時点と現在の世帯の月収について、当てはまる番号を選び右側の四角内に**

**番号をご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 5万円未満 | 6 | 35万円未満 |
| 2 | 10万円未満 | 7 | 40万円未満 |
| 3 | 15万円未満 | 8 | 45万円未満 |
| 4 | 20万円未満 | 9 | 50万円以上 |
| 5 | 25万円未満 | 10 | なし |
| 6 | 30万円未満 |

|  |  |
| --- | --- |
| 診断時点 |  |
| 現在 |  |

**Ⅷ. 最後に大阪府の緩和ケアやがん対策についてお伺いします**

**問1　大阪府が緩和ケアの普及啓発を目的に発行している『がんとわかったときからはじまる**

**緩和ケア』のちらしを知っていますか。当てはまる番号を１つ選んで○をつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 知っており、読んだ | 知っているが、読んだ事はない | 知らない |
| 3 | 2 | 1 |

付問１₋１　問１で「３　知っており、読んだ」と回答された方に伺います。

ちらしについて、参考となった点や追加で掲載してほしい内容などのご意見やご感想があればお書きください。

|  |
| --- |
|  |

**問2　大阪府に対して、がん対策に関するご意見やご要望があればお聞かせください。**

|  |
| --- |
|  |

**最後までご協力いただき、ありがとうございました。**

**お伺いした貴重なご意見を、今後の大阪府のがん対策の推進に活用させていただきます。**