

資料編

文京区がんに関するアンケート調査【がん患者・経験者用】

※これは、がん患者・経験者様用の回答用紙です。ご家族の方は別の用紙にご記入ください。

1. あなた自身のことについてお尋ねします。

現在の年齢	歳代	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 回答したくない
お住まいの地域	<input type="checkbox"/> 文京区	<input type="checkbox"/> 文京区以外の東京都	<input type="checkbox"/> 東京都以外			

問1 同居されている方について、お答えください。（当てはまるものすべて）

一人暮らし 祖父母 父母 きょうだい 配偶者・パートナー 子 孫 友人・知人
その他〔 〕

（子を選択した方へ）お子様の人数： _____人

お子様の状況：乳児 未就学児 小学生 中学生 高校生

大学生・専門学生 社会人 その他〔 〕

※問2～問5について、複数がんで治療中もしくは治療されていた方は、最初に診断された状況でお答えください。

問2 どの部位のがんと診断されましたか。

脳 口腔・咽頭・喉頭 甲状腺 肺 食道 胃 大腸 肝臓 膵臓 腎臓
膀胱 血液・リンパ 乳房 子宮体 子宮頸 卵巣 前立腺 その他〔 〕

問3 診断時の年齢を教えてください。

10代未満 10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80代 90代以上

問4 診断されてからの年数を教えてください。

1年未満 2年未満 3年未満 4年未満 5年未満 5年以上

問5 診断された時のがんの進行度（ステージ）を教えてください。

0期 Ⅰ期 Ⅱ期 Ⅲ期 Ⅳ期 不明・覚えていない 知らされていない

問6 現在の治療状況を教えてください（当てはまるものすべて）

治療開始前 経過観察中
手術後の療養中 再発治療中
治療中（放射線・化学療法・ホルモン療法） 経過観察終了（治療なし）
緩和ケア（病気に伴う心と身体等の痛みを和らげるケア）
その他〔 〕

2. がんの診断を受けてから、治療中までの状況についてお尋ねします。

あなたががんの治療を受けながら生活する上で、特に困ったことや困っていることを選択してください。

問1 診断治療に関すること

	困りごとはない (なかった)	困りごとはあったが 対処できた	困りごとがあり 対処できなかった (できていない)
病気による症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療機関・治療方法の選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病気の進行や予後への不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病気や治療による気分の落ち込み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
妊孕性 ^(※) の温存に関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
遺伝に関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外見の変化に関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(※) 妊娠するための力のこと。卵子と精子だけでなく、性機能や生殖器、内分泌の働きも含む。

問2 治療中・治療後の生活に関すること

	困りごとはない (なかった)	困りごとはあったが 対処できた	困りごとがあり 対処できなかった (できていない)
家事と治療の両立	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
育児と治療の両立	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族の介護と治療の両立	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分の身の回りのこと(入浴・排泄・通院等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事と治療の両立	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
学業と治療の両立	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
趣味と治療の両立	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
セクシュアリティのこと (性のあり方)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問3 経済状況に関すること

	困りごとはない (なかった)	困りごとはあったが 対処できた	困りごとがあり 対処できなかった (できていない)
医療費の負担について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活費の負担増について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
収入の減少について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. がん治療と生活支援についてお伺いします。

あなたががんに罹患したことで、必要とした生活支援について選択してください。

問1 家事について支援を必要とすることがありましたか。

はい

いいえ ▶▶▶ 問2へ

【問1で「はい」と回答した方のみ】

1) 必要としたものを選択してください。(当てはまるものすべて)

掃除 洗濯 買い物 調理 その他〔 〕

2) 必要とした時期を選択してください。(当てはまるものすべて)

治療前 治療中 治療後 常時 その他〔 〕

問2 自分の身の回りのことについて支援を必要とすることがありましたか。

はい

いいえ ▶▶▶ 問3へ

【問2で「はい」と回答した方のみ】

1) 必要としたものを選択してください。(当てはまるものすべて)

食事 排泄 入浴 通院等の外出 その他〔 〕

2) 必要とした時期を選択してください。(当てはまるものすべて)

治療前 治療中 治療後 常時 その他〔 〕

問3 療養環境を整えるために必要なものはありましたか？

はい

いいえ ▶▶▶ 4—問1へ

【問3で「はい」と回答した方のみ】

1) 必要としたものを選択してください。(当てはまるものすべて)

介護用ベッド(特殊寝台・床ずれ防止用具・体位変換器等)

手すり・スロープ

車いす

歩行器・杖

その他〔 〕

2) 必要とした時期を選択してください。(当てはまるものすべて)

治療前 治療中 治療後 常時 その他〔 〕

問 5 現在、就労していますか。

はい

いいえ ▶▶▶ 問 6 へ

【問 5 で「はい」と回答したかたのみ】

1) 現在の就労状況を教えてください。

正社員・公務員

契約・派遣社員

パート・アルバイト

個人事業主・フリーランス

その他〔 〕

2) 現在の就労状況に満足していますか？

大変満足している

概ね満足している

どちらでもない

あまり満足していない

満足していない

問 6 仕事と治療の両立を検討した際の悩みや困りごとを選択してください。（当てはまるものすべて）

特になし

休暇など職場の制度の未整備

利用できる制度の情報不足・わかりにくさ

周囲（同僚や取引先等）のコミュニケーション

治療のための時間の確保

仕事の内容（重いものが持てない等）

不利な扱い（重要な職務から外された等）

体調面の悩み（体調不良、体力低下等）

心理的な悩み（申し訳ない、迷惑をかける等）

外見等（脱毛等）

その他〔 〕

問 7 がんに罹患後も仕事を継続するために、必要なことは何だと思われますか。（当てはまるものすべて）

職場の制度や整備（傷病休暇、短時間勤務、在宅勤務等）

制度の周知や、制度を利用しやすい環境の整備

物理的な職場環境の整備（例：ストーマでも使いやすいトイレ、ウィッグを直せる休憩室等）

人事労務担当、職場の人の理解、配慮、協力

プライバシーへの配慮

社会全体の両立支援への機運の醸成、啓発

国の制度の確立

家族の理解、協力

自分自身が病気の理解を深めること

その他〔 〕

問 8 がんの患者が利用できる、下記の制度やサービスを知っていますか。

	利用したことがある	知っているが利用しなかった	知らない
高額療養費制度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療費控除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
文京区がん患者ウィッグ購入等費用助成事業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小児慢性特定疾病医療費助成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護保険サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域で利用できる医療サービス（訪問看護や訪問診療等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
がん相談支援センター	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暮らしの保健室（※）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

（※）誰でも予約なしに無料で、健康や介護や暮らしの中での様々な困りごとの相談ができる、看護師や医療の専門家がいる地域のサロン。

【「知っているが利用しなかった」に1つ以上 がついた方】

1) 利用しなかった理由を教えてください。（当てはまるものすべて）

- 利用方法が分からなかった
- 手続きが面倒だった
- 申請基準などに該当しなかった
- 必要がなかった
- 利用したい時期にまだ知らなかった
- その他 []

問 9 経済的な負担を軽減するために利用した助成や支援事業があれば教えてください。

6. あなた自身の現在の生活や気持ちに関することをお伺いします。

問1 がんと現在の生活や気持ちに関することをお伺いします。

過去7日間を対象に、自身の状態に最も適しているものを選択してください。

	全く 当てはまらない	わずかに 当てはまる	多少 当てはまる	かなり 当てはまる	非常によく 当てはまる
苦しいと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病気に前向きに対応している 自分に満足している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病気と闘うことに希望を 失いつつある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
神経質になっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
死ぬことを心配している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病気の悪化を心配している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事（家のことを含む）を することができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事（家のことを含む）は 生活の張りになる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活を楽しむことができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分の病気を十分受け入れている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
よく眠れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いつもの娯楽（余暇）を楽しんでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現在の生活の質に満足している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問は以上で終了です。ご協力いただき、ありがとうございました。

文京区がんに関するアンケート調査【ご家族用】

※これは、がん患者・経験者のご家族用の回答用紙です。がん患者・経験者の方は別の用紙にご記入ください。

1. あなた自身のことについてお尋ねします。

あなたの現在の年齢	歳代	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 回答したくない
お住まいの地域	<input type="checkbox"/> 文京区	<input type="checkbox"/> 文京区以外の東京都	<input type="checkbox"/> 東京都以外

問1 あなたが同居されている方について、お答えください。(当てはまるものすべて)

- 一人暮らし
 祖父母
 父母
 きょうだい
 配偶者・パートナー
 子
 孫
 友人・知人

その他〔 〕

(子を選択した方へ) お子様の人数： _____人

- お子様の状況：
 乳児
 未就学児
 小学生
 中学生
 高校生

大学生・専門学生
 社会人
 その他〔 〕

問2 あなたからみたご家族(患者)の続柄を教えてください

- 祖父
 祖母
 父
 母
 きょうだい
 配偶者・パートナー
 子
 孫
 友人・知人
 その他〔 〕

問3 ご家族(患者)ががんと診断された時のあなた自身の年齢を教えてください。

- 10代未満
 10代
 20代
 30代
 40代
 50代
 60代
 70代
 80代
 90代以上

問4 あなたは、ご家族(患者)の療養生活のサポートをしています(いました)か。

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ ▶▶▶ 問5へ
-----------------------------	--------------------------------------

【「はい」と回答した方のみ】

1) サポートをしている(していた)年数を教えてください。

- 1年未満
 2年未満
 3年未満
 4年未満
 5年未満
 5年以上

問5 あなたは、ご家族(患者)と同居しています(いました)か。※ご家族(患者)が療養中の状況で回答

<input type="checkbox"/> はい ▶▶▶ 問6へ	<input type="checkbox"/> いいえ
-------------------------------------	------------------------------

【「いいえ」と回答した方のみ】

1) ご家族(患者)が同居されている方をお答えください。(当てはまるものすべて)

- 一人暮らし
 祖父母
 父母
 きょうだい
 配偶者・パートナー
 子
 孫
 友人・知人

その他〔 〕 ※ご家族(患者)からみた続柄で回答

(子を選択した方へ) お子様の人数： _____人

- お子様の状況：
 乳児
 未就学児
 小学生
 中学生
 高校生

大学生・専門学生
 社会人
 その他〔 〕

問6 あなたが世帯で担っていた役割を教えてください。(当てはまるものすべて)

なし 家計費の収入を得る 家事 育児 患者以外の家族の介護 その他〔 〕

問7 あなたの生活を支えてくれる(くれた)人は誰ですか。(当てはまるものすべて)

いない

祖父母 父母 きょうだい 配偶者・パートナー 子 孫 友人・知人

その他〔 〕

2. ご家族であるがん患者様のことについてお尋ねします。

患者の現在の年齢	歳代	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 回答したくない
お住まいの地域	<input type="checkbox"/> 文京区	<input type="checkbox"/> 文京区以外の東京都	<input type="checkbox"/> 東京都以外			

※問1～問4について、複数がんで治療中もしくは治療されていた方は、最初に診断された状況でお答えください。

問1 ご家族(患者)はどの部位のがんと診断されましたか。

脳 口腔・咽頭・喉頭 甲状腺 肺 食道 胃 大腸 肝臓 膵臓 腎臓

膀胱 血液・リンパ 乳房 子宮体 子宮頸 卵巣 前立腺 その他〔 〕

問2 ご家族(患者)の診断時の年齢を教えてください。

10代未満 10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80代 90代以上

問3 ご家族(患者)が診断されてからの年数を教えてください。

1年未満 2年未満 3年未満 4年未満 5年未満 5年以上

問4 ご家族(患者)が診断された時のがんの進行度(ステージ)を教えてください。

0期 Ⅰ期 Ⅱ期 Ⅲ期 Ⅳ期 不明・覚えていない 知らされていない

問5 ご家族(患者)の現在の治療状況を教えてください。(当てはまるものすべて)

治療開始前

経過観察中

手術後の療養中

再発治療中

治療中(放射線・化学療法・ホルモン療法) 経過観察終了(治療なし)

緩和ケア(病気に伴う心と身体等の痛みを和らげるケア)

死亡

その他〔 〕

問6 ご家族(患者)がこれまで受けたがん治療についてお答えください。(当てはまるものすべて)

これまでに治療を受けていない

放射線治療

手術

免疫療法

化学療法(抗がん剤治療)

造血幹細胞移植

内分泌療法・ホルモン療法

分子的療法

緩和ケア

その他〔 〕

問4 診断後、ご家族（患者）のサポートをする上で十分な情報を得るために相談した人、利用したサービスについて教えてください。

	相談・利用して 満足した	相談・利用したが、 情報は得られなかった	相談・利用 しなかった
医療従事者（医師・看護師・薬剤師等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族・友人・知人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行政機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
がん相談支援センター	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者会・ピアグループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域の居場所（まちの保健室等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インターネット (病院や都道府県、市区町村のポータルサイト)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インターネット (その他 ※個人のブログ等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SNS (X、Facebook、LINE、Instagram 等) (病院や都道府県、市区町村のポータルサイト)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SNS (X、Facebook、LINE、Instagram 等) (その他 ※個人のブログ等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
書籍や冊子の出版物、 病院のパンフレット等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療セミナーや講演会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他〔 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問5 相談・利用により解決できなかった、あるいは、解決するのが大変だった困りごとはありますか。

4. 患者サポートと生活支援についてお伺いします。

ご家族ががんに罹患したことで、必要とした生活支援について選択してください。

問1 ご家族（患者）に係る家事について、サポートをしていますか（していましたか）。

はい

いいえ ▶▶▶ 問2へ

【問1で「はい」と回答した方のみ】

1) サポートしたものを選択してください。（当てはまるものすべて）

掃除 洗濯 買い物 調理 その他〔 〕

2) サポートとした時期を選択してください。（当てはまるものすべて）

治療前 治療中 治療後 常時 その他〔 〕

問2 ご家族（患者）の身の回りのことについてサポートをしていますか（していましたか）。

はい

いいえ ▶▶▶ 問3へ

【問2で「はい」と回答した方のみ】

1) サポートしたものを選択してください。（当てはまるものすべて）

食事 排泄 入浴 通院等の外出 その他〔 〕

2) サポートとした時期を選択してください。（当てはまるものすべて）

治療前 治療中 治療後 常時 その他〔 〕

問3 ご家族（患者）の療養環境を整えるために、必要なものはありましたか？

はい

いいえ ▶▶▶ 5-問1へ

【問3で「はい」と回答した方のみ】

1) 必要としたものを選択してください。（当てはまるものすべて）

介護用ベッド（特殊寝台・床ずれ防止用具・体位変換器等）

手すり・スロープ

車いす

歩行器・杖

その他〔 〕

2) 必要とした時期を選択してください。（当てはまるものすべて）

治療前 治療中 治療後 常時 その他〔 〕

5. 患者サポートと就労についてお伺いします。

問1 ご家族（患者）ががんと診断された時、あなたは就労していましたか。

はい

いいえ ▶▶▶ 問5へ

【問1で「はい」と回答したかたのみ】

1) 当時の従業状況を教えてください。

- 正社員・公務員 契約・派遣社員 パート・アルバイト 個人事業主・フリーランス
 その他〔 〕

2) あなたの勤務先は、ご家族（患者）のサポートに対する理解がありましたか。

- はい どちらでもない いいえ わからない

3) ご家族ががんと診断された後、あなたの就業状況に変化がありましたか。

変化はなかった 業務内容・時間を調整して仕事を続けた ▶▶▶ 問2へ

休職した 転職した 退職した ▶▶▶ 問3・4へ

【問1-3で「変化はなかった/業務内容・時間を調整して仕事を続けた」と回答した方のみ】

問2 仕事を継続できた要因を教えてください（当てはまるものすべて）

- 会社の制度が整っていた（休暇・時差勤務・リモートワーク等）
 就労継続に影響するほど、患者サポートは必要なかった
 他の家族等と、患者サポートを分担できた
 介護サービス（民間・公的）を利用した
 家事・育児サービス（民間・公的）を利用した
 職場の配慮やサポートがあった（上司・同僚によるフォローなど）
 あなた自身の心身の負担に対して、家族等の周囲の支えがあった。
 自分に気力・体力があった
 制度やサポートは不十分だったが、経済的に必要だったため、就労継続した
 その他〔 〕

【問1-3で「休職した/転職した/退職した」と回答した方のみ】

問3 仕事を退職した（休職・転職した）時期を教えてください。（当てはまるものすべて）

- ご家族（患者）の告知直後 ご家族（患者）の治療法決定～治療が始まる前
 ご家族（患者）の治療が始まってから ご家族（患者）の再発・転移がわかったとき
 ご家族（患者）が自分で身の回りのことができなくなったとき
 その他〔 〕

6. ご家族（患者）のサポートと地域での暮らしに関することをお伺いします。

問1 身近な地域で、ご家族（患者）のサポートに関する相談をしたいですか。

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜひ相談したい | <input type="checkbox"/> 相談するかもしれない |
| <input type="checkbox"/> 相談したくない | <input type="checkbox"/> 必要ない |
- ▶▶▶ 問2へ

【問1で「ぜひ相談したい」「相談するかもしれない」と回答したかたのみ】

1) 相談したい内容を選択してください（当てはまるものすべて）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 患者の治療法や治療の方針など医療的なこと | <input type="checkbox"/> 育児・子どものこと |
| <input type="checkbox"/> ご家族（患者）の看病、介護のこと | <input type="checkbox"/> 他の家族の介護のこと |
| <input type="checkbox"/> ご家族（患者）の生活全般・身の回りのこと | <input type="checkbox"/> あなた自身の精神的不安のこと |
| <input type="checkbox"/> 経済的なこと（利用可能な支援制度） | <input type="checkbox"/> あなた自身の就労のこと |
| <input type="checkbox"/> その他〔 | 〕 |

問2 身近な地域で、がん経験者やそのご家族との交流や、つながる機会があれば参加したいですか。

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜひ参加したい | <input type="checkbox"/> 参加するかもしれない |
| <input type="checkbox"/> 参加したくない | <input type="checkbox"/> 必要ない |
- ▶▶▶ 7-問1へ

【問2で「ぜひ参加したい」「参加するかもしれない」と回答したかたのみ】

1) 参加したい内容を選択してください（当てはまるものすべて）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 同じがん種の患者さんの家族同士で語り合える場 | |
| <input type="checkbox"/> 同世代・同年代の集まり | |
| <input type="checkbox"/> 育児ママ・パパの集まり | |
| <input type="checkbox"/> がんで家族を亡くした人同士で語り合える場 | |
| <input type="checkbox"/> がんという共通点のみで、様々な人が交流する場 | |
| <input type="checkbox"/> がん患者の家族向けセミナーや勉強会などテーマ別の学びの場 | |
| <input type="checkbox"/> その他〔 | 〕 |

7. あなた自身の現在の生活や気持ちに関することをお伺いします。

問1 がんと現在の生活や気持ちに関することをお伺いします。

過去7日間を対象に、自身の状態に最も適しているものを選択してください。

	非常に そう思う	そう思う	どちらかと いえば そう思う	どちらかと いえばそう 思わない	全くそう思 わない
悲しく感じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
将来を落胆している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者さんの死を恐れている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
神経質になっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者さんの状態がだんだん悪くなっているので、動揺している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ストレスや心配は、前よりも増えてきている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
罪の意識を感じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
前よりも気が張ってきていると感じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者さんとの関係がより親密になってきている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生きている価値や意義に対する意識が高まってきた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家庭内のコミュニケーションは増えている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者さんが病気になってから、より前向きな人生観を持つようになった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
友人や近所の人たちの助けがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者さんを守らなくてはならないことが、私を苦しめる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分の優先事項が変わっているのが嫌だ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者さんの痛みの管理をしなければいけないことがとても大変である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者さんに対して、自分が負っている在宅での介護の責任は、非常に大きい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者さんの食習慣が変化したので、対処するのに苦労している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問は以上で終了です。ご協力いただき、ありがとうございました。

文京区

がんに関するアンケート調査報告書

令和6年11月

調査・発行 : 文京区保健衛生部健康推進課

〒112-8555 文京区春日 1-16-21

電話 03-2812-7111 (代)

協力 : 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 保健師教育コース