

## **研究に関する説明書類及び参加同意書**

「東日本大震災と福島第一原子力発電所事故が浜通り地区の乳癌患者に与えた影響についての聞き取り調査」

### **■研究の概要**

この研究の目的は、東日本大震災及び福島第一原発事故の被害において、浜通り地方の乳癌患者の方々にどのような健康影響が生じたか理解することです。プロジェクトの一部として、私（尾崎章彦）が、この地域に住んでいる乳癌患者にインタビューをさせていただきます。

### **■研究への参加**

調査実施に当たり、参加する方々がインタビューを受けることに同意してくださることを確認する必要があります。この研究の一環として、インタビューを受けることにご同意いただける方は、添付のフォームに署名をお願いします。

参加・不参加は任意です：この研究への参加は任意のものです。インタビューは、同意していただけるようでしたら録音させていただき、後で文字起こしをします。細かい会話の内容の漏れがないように録音をさせていただきたいと思いますが、もし録音しない方がよろしければ、代わりにメモを取らせていただきます。また、一度ご同意頂いた後でも、

- ・答えたくない質問には答えなくて構いません
- ・いつでもインタビューを終わらせることができます
- ・いつでもこの研究について質問することができます
- ・研究結果を論文等にするために提出する前であれば、いつでもこのプロジェクトへの参加を取りやめることができます。その場合には、インタビューのデータは消去致します。

### **■匿名性及び個人情報の扱い**

研究ご参加者の情報は、お申し出がない限り匿名にさせていただきます。匿名化されていない録音データを聞くことができるのは、私と通訳や書き起こしを手伝う研究従事者だけです。文字起こし後の匿名化されたデータは他の研究者も見ることができます。匿名化されたインタビュー内容は、解析を経て学術論文や専門書のような出版物に掲載されることがあります。インタビュー内容の一部が引用されることがありますが、名前や所属など、個人が特定されるような情報は掲載されることはありません。

■問い合わせ先

この研究について何かご質問があれば、下記の連絡先にご連絡下さい。

大平 広道

南相馬市立総合病院 外科 副院長

Email : [h.ohira@bz04.plala.or.jp](mailto:h.ohira@bz04.plala.or.jp)

電話 : 0244-22-3181

尾崎 章彦

常磐病院乳腺外科・福島県立医科大学医学部

甲状腺内分泌学講座

Email : [ozakiakihiko@gmail.com](mailto:ozakiakihiko@gmail.com)

電話 : 080-4154-0766

## 研究の参加に対する同意書

私はこの研究についての説明資料を読み、理解しました。質問に対して回答を得て、納得しました。

下記項目の□の欄にレ点でチェックをお願いします。

私は自分の意思でこの研究のためにインタビューを受けることに同意します。

署名: .....

氏名: .....

日付: .....

## インタビューの録音に対する同意書

私はこの研究についての説明資料を読み、理解しました。質問に対して回答を得て、納得しました。

下記項目の□の欄にレ点でチェックをお願いします。

私はこのインタビューが録音されることに同意します。

署名: .....

氏名: .....

日付: .....