

# 生活実態と新たな問題に関する調査

(全36頁)

よりよく生きるために  
長期療養のモデルを一緒に作りましょう。

◇◇◇ はじめに ◇◇◇

本アンケートは、科学的根拠を確立し、薬害 HIV 感染被害者の実際の生活に即した政策を提言する目的で行います。具体的には、長期的な視野にたった医療のあり方、生活の質の向上と支援のあり方、さらに医学研究まで含んだ今後の方向性などを検討します。

参加は全く自由意思です。答えにくい質問には無理してお答えいただく必要はありませんが、できるだけ正確に・率直にお答えいただければ幸いです。無記名式アンケートであり、調査の結果は統計的な処理をしますので、個人が特定されることや個人の回答を他の目的で使用することはありません。

アンケート自体は 2005 年に「薬害 HIV 感染者被害者（患者・家族）生活実態調査委員会」が行ったアンケートを基に作成しておりますので、同様なアンケートに以前答えられたかもしれません。5 年前や 12 年前と比較する目的もありますので、再度同じ設問があること、どうぞご了承ください。また科学的な比較を可能とする項目の決められた質問形式が何種類もあり、似たような設問が何度も出てきます。お手数ですが是非ご協力をお願いします。尚、「薬害 HIV 感染被害者」という言葉のかわりに、患者さんと用いている場合もありますが、ご了承ください。

薬害 HIV 感染被害者の方々の、長期的な医療や生活がよりよいものとなるよう本アンケート結果を生かしてゆきますので、ご協力お願い申し上げます。

◇◇◇ 1. 最初に、あなたのことや健康状態についてうかがいます ◇◇◇

問 1-1 あなたの性別をおしえてください。

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問 1-2 あなたの生年月と年齢をおしえてください。

昭和・平成・西暦	[ ] 年	[ ] 月	生まれ
平成 22 年 10 月 1 日現在	満	[ ]	歳

問 1-3 あなたの現在のお住まいはどちらですか。

[ ] 都/道/府/県
-------------

問 1-4 2005 年当時のあなたのお住まいはどちらでしたか。

[ ] 都/道/府/県
-------------

問 1-5 最後に通った学校と、卒業・中退・在学中いずれかをお答えください。(各々あてはまるもの 1 つに○)

1. 小学校	2. 中学校	3. 高等学校	4. 専門学校	を	1. 卒業	2. 中退
5. 短大・高専	6. 大学	7. 大学院	8. その他( )	に	3. 在学中	

問 1-6 最近 1 ヶ月の、あなたの健康状態について、どのようにお感じですか。(ひとつだけに○)

1. とても良い	2. まあ良い	3. あまり良くない	4. 悪い
----------	---------	------------	-------

問 1-7 最近のあなたの体調についてうかがいます。(各々 1・2 のいずれかに○)

(1) 食欲はありますか.....	1. はい	2. いいえ
(2) 週に 2-3 回以上下痢をおこしますか.....	1. はい	2. いいえ
(3) 半年前と比較して 5kg 以上体重が減りましたか.....	1. はい	2. いいえ
(4) 少し歩いただけで息切れをしますか.....	1. はい	2. いいえ
(5) 疲れやすいですか.....	1. はい	2. いいえ
(6) 手足がしびれ、痛むことがありますか.....	1. はい	2. いいえ
(7) 週に 2-3 回以上 37℃以上の熱が出ることがありますか.....	1. はい	2. いいえ
(8) よく眠れますか.....	1. はい	2. いいえ
(9) 2-3 年前と比べて体型や顔などの外見が大きく変わりましたか.....	1. はい	2. いいえ
(10) その他 [ ]		

問 1-8 あなたはふだん、次のようなことができますか。(各々あてはまるもの 1 つに○)

	いつもできる	できないときもある	まったくできない
(記入例) 椅子から立ち上がれますか		○	
(1) 思うように歩くことはできますか			
(2) 思うように走ることはできますか			
(3) 階段の昇り降りはできますか			
(4) しゃがみこんで床にあるものを取れますか			
(5) 床(畳)から立ち上がれますか			
(6) 椅子から立ち上がれますか			
(7) 重いものを持ち上げられますか			
(8) 一人でTシャツなどの服を着られますか			

問 1-9 この数週間の、あなたの心身の健康状態についてお答えください。(各々1から4のいずれかに○)

(1) 何かをするとき、いつもより集中して	1. できた	2. いつもと変わらなかった	3. いつもよりできなかった	4. まったくできなかった
(2) 心配ごとがあって、よく眠れないようなことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
(3) いつもより、自分のしていることに生きがいを感じる事が	1. あった	2. いつもと変わらなかった	3. なかった	4. まったくなかった
(4) いつもより、容易に物ごとを決めることが	1. できた	2. いつもと変わらなかった	3. できなかった	4. まったくできなかった
(5) いつもストレスを感じたことが	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
(6) 問題を解決できなくて困ったことが	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
(7) いつもより、日常生活を楽しく送ることが	1. できた	2. いつもと変わらなかった	3. できなかった	4. まったくできなかった
(8) いつもより、問題があった時に積極的に解決しようとする事が	1. できた	2. いつもと変わらなかった	3. できなかった	4. まったくできなかった
(9) いつもより、気が重くて、憂うつになることは	1. まったくなかった	2. いつもと変わらなかった	3. あった	4. たびたびあった
(10) 自信を失ったことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
(11) 自分は役に立たない人間だと考えたことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
(12) 一般的にみて、いつもよりしあわせと感じたことは	1. たびたびあった	2. あった	3. なかった	4. まったくなかった

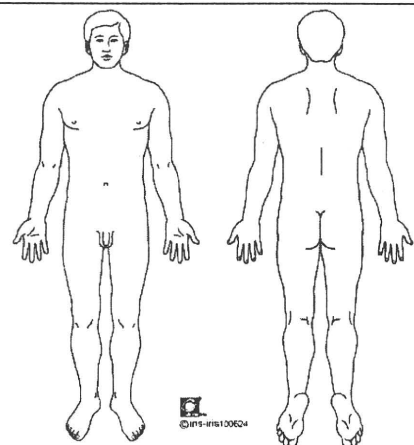
問 1-10 現在または過去に以下のような病気を発症しましたか。(あてはまるものすべてに○)

また、具体的病名がわかる場合は( )内に記してください。

1. 血友病	2. 脳出血 ( )	3. C型慢性肝炎
4. 高血圧症	5. 糖尿病	6. 胃腸疾患 ( )
7. 腎臓疾患 ( )	8. 喘息・慢性気管支炎	9. アレルギー疾患 ( )
10. 痛風・高尿酸血症	11. 悪性腫瘍 ( )	12. 自律神経失調症
13. 血友病性関節症	14. 貧血	15. 心臓疾患 ( )
16. 日和見感染症 ( )		17. 脳神経疾患 ( )
18. C型慢性肝炎以外の肝疾患 ( )		
19. その他(病名: )		
20. 何らかの症状はあるが、診断が分からない(症状: )		

副問 1-10-1 【「関節や筋肉が痛い方」】

右の図に、ご自身の身体の痛い部分に ○、  
また手術をされたことのある方は、その部分に △ を書きいれて  
ください。



問 1-11 10 年前と比較して、あなたの健康状態について、どのようにお感じですか。(ひとつだけに○)

- |       |          |            |       |
|-------|----------|------------|-------|
| 1. 良い | 2. 変わらない | 3. あまり良くない | 4. 悪い |
|-------|----------|------------|-------|

問 1-12 上の質問で、3. または 4. と答えた方にうかがいます。体調がよくない理由は何でしょうか？

- |                 |               |                      |
|-----------------|---------------|----------------------|
| 1. HIV 関連疾患     | 2. C 型慢性肝炎の進行 | 3. 使っている薬の副作用(薬剤名: ) |
| 4. その他の疾患(病名: ) |               |                      |
| 5. 原因がわからない     |               |                      |

問 1-13 抗 HIV 薬による副作用のひとつである「リポジストロフィー(脂肪萎縮症)」についてお伺いいたします。  
あなたは現在リポジストロフィーの症状(頬がこける、手足がやせる等)が出ていますか。(ひとつだけに○)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. リポジストロフィーの状態にある                 |
| 2. リポジストロフィーの疑いがあるが、はっきりしていない。     |
| 3. リポジストロフィーの状態ではない → 問 1-14 へ     |
| 4. リポジストロフィーという病名を知らない。 → 問 1-14 へ |

副問 1-13-1 【「1. リポジストロフィーの状態にある」、「2. リポジストロフィーの疑いがあるが、はっきりしていない。」と答えられた方】現在は治療を受けていらっしゃいますか。(ひとつだけに○)

- |   |
|---|
| 1. リポジストロフィーに対して治療を行っている。<br>具体的にどのような治療を受けていますか？ |
|---|

- |  |
|--|
| 2. 主治医・担当の先生から「治療法がない」と言われており、経過を見ている。 → 副問 1-13-2 へ |
| 3. 主治医・担当の先生から「軽症なので」と言われており、経過を見ている。 → 副問 1-13-2 へ  |

副問 1-13-2【「2. 主治医・担当の先生から「治療法がない」と言われており、経過を見ている。」、「3. 主治医・担当の先生から「軽症なので」と言われており、経過を見ている。」と答えられた方】新しい治療法ができた場合に、どのようなことを望みますか。(ひとつだけに○)

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 必要な情報を受け、必要であれば治療を受けたい。 |
| 2. 治療を受けたくない。              |

【ここからは全員がお答えください】

問 1-14 HIV 感染の直接の原因は次のうちどれですか。(ひとつだけに○)

- |              |                                |
|--------------|--------------------------------|
| 1. 非加熱濃縮血液製剤 | 2. 二次感染[非加熱製剤を使用した方からの HIV 感染] |
|              | 3. 三次感染[二次感染した方からの HIV 感染]     |

副問 1-14-1 【1. 非加熱濃縮血液製剤と答えられた方】非加熱濃縮製剤は何の疾患の治療に使われましたか。(ひとつだけに○)

- |   |
|---|
| 1. 血友病 A(第8因子欠乏症)                             |
| 2. 血友病 B(第9因子欠乏症)                             |
| 3. 血友病 A・B 以外の血友病類縁疾患(第5因子欠乏症、フォン・ウィルブランド病など) |
| 4. その他(具体的に: )                                |

血友病の方のみお答えください。血友病以外の方は、ページの下にあります「ちょっと一服」へお進みください。

問 1-15 血友病の重症度(かっこ内は凝固因子活性の値)は、次のうちどれですか。(ひとつだけに○)

1. 重度(1%未満)      2. 中等度(1~5%未満)      3. 軽症(5%以上)      4. わからない

問 1-16 この1ヶ月で、何回くらい出血がありましたか。(ひとつだけに○)

1. 出血していない      2. 1ヶ月で〔      〕回くらい

問 1-17 普段、血液製剤を使用していますか。(ひとつだけに○)

1. 使っていない      2. 使っている

副問 1-17-1 [2. 使っていると答えられた方]どれくらいの頻度で血液製剤を使っていますか。

(一つの口にだけ チェック(✓)をいれてください。)

- |                               |                                  |                                 |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | <input type="checkbox"/> 2日に1回以上 | <input type="checkbox"/> 週に3回   |
| <input type="checkbox"/> 週に2回 | <input type="checkbox"/> 週に1回    | <input type="checkbox"/> 月に2回以下 |

副問 1-17-2 血液製剤を使用する際に、どのくらいの量を使用しますか。

1回に、〔      〕単位使用

## ☆ ちょっと一服(1) :

このアンケートでは、たくさんの設問の中で、ちょっと気分転換をはかるための質問も用意しています。ぜひ直感を働かせて、教えてください。

※「ちょっと一服」の結果は、本アンケート簡易報告よりも早い段階で皆さまにご報告いたします。

あなたの好きな食べ物ベスト3を教えてください♪

第1位

第2位

第3位



◇◇◇ 2. HIV 感染症やC型肝炎についてうかがいます ◇◇◇

【身体の状態について】

問2-1 身体の状態を表す指標となる検査データについてうかがいます。  
わかる範囲でここ1年間において最新の数値を記入してください。

検査をした日 平成・西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●身長 \_\_\_\_\_ cm ●体重 \_\_\_\_\_ kg

	検査項目	最近の値	基準値	内容
一般血液検査	白血球数(WBC)(/μl)		3500~8500	血液中の免疫機構の主役
	リンパ球(%)		18~50	白血球の成分、主にウイルス感染や自己免疫に対応する
	赤血球数(RBC)( $10^4$ /μl)		384~554	血液中の酸素を運ぶ血球
	ヘモグロビン(Hb)(g/dl)		11.3~16.6	赤血球中の色素タンパク質。貧血の診断などに重要
	血小板数(PLT)( $10^4$ /μl)		15.5~36.5	止血機構の中心物質
	フェリチン(ng/ml)		男性 20~220 女性 10~85	体内の鉄の貯蔵状態を示す 血液系疾患のマーカー
HIV関連	CD4Tリンパ球数(/μl)		700~1500	免疫機構の司令塔となるT細胞のうち、CD4を発現したもの
	CD8Tリンパ球数(/μl)		700以上	T細胞のうち、CD8を発現したもの
	CD4/CD8		0.5~2.3	免疫の抑制度を概観できる
肝臓・腎臓・関連	プロトロンビン時間 PT(%)		80~100	出血傾向の指標、凝固因子の異常を測る
	APTT(秒)		27.1~40.9	出血傾向の指標、凝固因子の異常を測る
	総蛋白(TP)(g/dl)		6.8~8.3	血清蛋白の総量
	アルブミン(Alb)(g/dl)		3.8~5.3	血清蛋白の主成分。浸透圧の維持や、各種の物質の運搬に関与
	総ビリルビン(T-BIL)(mg/dl)		0.3~1.3	血液中に存在する胆汁色素高値だと黄疸の原因となる
	直接ビリルビン(D-BIL)(mg/dl)		0.0~0.2	総ビリルビン中の水溶性ビリルビン
	AST(GOT)(IU/l)		13~33	肝機能障害の目安
	ALT(GPT)(IU/l)		8~42	肝機能障害の目安
	ALP(IU/l)		110~340	肝・胆道系の障害の目安
	γGTP(IU/l)		男性:70以下 女性:40以下	肝・胆道系の障害の目安 アルコール飲酒に反応
連	クレアチニン(Cr)(mg/dl)		男性:0.6~1.1 女性:0.4~0.8	腎機能障害の目安
	CRP(mg/dl)		0.2以下	炎症の指標
腫瘍マ	AFP(ng/ml)		20以下	肝腫瘍マーカー(癌の判定)
	PIVKA-II(mAU/ml)		40以下	肝腫瘍マーカー(癌の判定)

糖 尿 病	血糖(GLU)(mg/dl)		80～110	血中のブドウ糖値
	HbA1c(%)		4.3～5.8	過去 3 ヶ月程度の血糖値の平均を推測できる
脂 質 関 連	総 コ レ ス テ ロ ー ル (T-CHO)(mg/dl)		128～219	血中のコレステロール総量
	中性脂肪(TG) (mg/dl)		29～188	血中の中性脂肪量
ウ ィ ル ス 関 連	HIV-RNA 定量(コピー/ml)		0	血液中の HIV-RNA 量
	HCV 定量 (注)		0	血液中の HCV 量
	HCV ジェノタイプ (セロタイプ) ○で囲んでください。	1a 型, 1b 型, (1 型) 2a 型, 2b 型, (2 型) 3 型, 4 型, 5 型, 6 型		C 型肝炎ウイルスの遺伝子型

注:HCV 定量測定にはいくつかの方法があり、それにより単位も異なります。

・アンプリコアモニター(AMP-M2)法

単位 IU/ml 測定範囲 0.5～5000KIU/ml

・コア抗原法

単位 fmol/l 測定範囲 20～400000fmol/l

・コパス TaqMan HCV

単位 LogIU/ml 測定範囲 1.2～7.8LogIU/ml(15～6.9x10<sup>7</sup>IU/ml)

### 【HIV・AIDS 診断について】

問 2-2 あなたが、「HIV 陽性であること」を告知されたのはいつですか。はっきりとは知らされていないものの、HIV 陽性であることに気づいた場合も、その時期についてお答えください。

昭和・平成・西暦( )年 または あなたが( )歳のときに  
(告知された・自ら気付いた)(どちらかに○)

問 2-3 あなたは、AIDS(エイズ)を発症していますか。また、発症時期はいつ頃ですか。(ひとつだけに○)

1. 医師に発症していると言われた →昭和・平成・西暦 ( )年頃発症
2. 医師からは言われていないが、発症していると思う →昭和・平成・西暦 ( )年頃発症
3. 発症していない
4. わからない

### 【慢性肝疾患の診断について】

問 2-4 あなたは、C型肝炎ウイルス(HCV)に感染していますか。(ひとつだけに○)

1. 感染している
2. 感染していた(現在ウイルス陰性になっている)
3. 感染していない →問 2-8 (8 頁)へ
4. わからない →問 2-8 (8 頁)へ

副問 2-4-1 普段どれくらいアルコールを飲みますか? (一つの□にだけ チェック(✓)をいれてください。)

全く飲まない  時々飲む程度  毎日飲む(1 合以下)  毎日飲む(1 合以上)

副問 2-4-2 普段どれくらいタバコを吸いますか(一つの□にだけ チェック(✓)をいれてください。)

吸う方は、1 日どれくらい吸うかご記入ください。

吸わない  吸う → 1 日に、( ) 本程度

〔以下、問 2-5 から問 2-7 は、問 2-4 で、「1. 感染している」「2. 感染していた(現在ウイルス陰性になっている)」と回答した方がお答えください〕

問 2-5 ここ 1 年間に、C 型肝炎について、消化器内科の医師など、肝臓の専門医の診察を受けたことがありますか。  
(ひとつだけに○)

1. ある → (            ) 回            2. ない            3. わからない

問 2-6 この 1 年間に、C 型肝炎に関連して、次のような検査を受けたことがありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. エコー(超音波)    2. CT    3. MRI    4. いずれも受けたことがない    5. わからない

問 2-7 C 型肝炎に関連して、現在のどのような診断を受けていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 慢性肝炎    2. 肝硬変    3. 肝がん    4. 食道・胃静脈りゅう    5. 無症候性キャリア  
6. わからない    7. その他 (            )

〔ここからは全員がお答えください〕

**【HIV 治療について】**

問 2-8 これまでに、抗 HIV 薬(HIV 感染症の進行を抑える薬)を処方されたことがありますか。(ひとつだけに○)

1. 処方されている            2. かつては処方されていたが現在は処方されていない → 副問 2-8-4(9 頁)へ  
3. 処方されたことはない

※ C 型肝炎に感染されている方 → 問 2-9(9 頁下段)へ  
※ C 型肝炎に感染されていない方 → ちよつと一服(11 頁下段)へ

処方されている抗 HIV 薬についてうかがいます。

副問 2-8-1 現在処方されている薬すべてに○をつけてください。

薬の名前がわからない方は、添付のカラー資料「抗 HIV 薬リスト」をご参照ください。

項目は、商品名/一般名(略名)として記載をしています。(あてはまるものすべてに○)

<p><b>核酸系逆転写酵素阻害剤</b></p> <p>1. エプジコム / ラミブジン・アバカビル(合剤) (3TC/ABC)</p> <p>2. コンビビル / ラミブジン・ジドブジン(合剤) (3TC/AZT)</p> <p>3. ツルバダ / エムトリシタビン・テノホビル(合剤) (FTC/TDF)</p> <p>4. ハイビッド / ザルシタビン(ddC)</p> <p>5. ザイアジェン / アバカビル(ABC)</p> <p>6. レトロビル / ジドブジン(AZT)</p> <p>7. ビリアード / テノホビル(TDF)</p> <p>8. エムトリバ / エムトリシタビン(FTC)</p> <p>9. エピビル / ラミブジン(3TC)</p> <p>10. ゼリット / サニルブジン(d4T)</p> <p>11. ヴァイデックス EC / ジダノシン(ddI)</p>	<p><b>プロテアーゼ阻害剤</b></p> <p>16. レクシヴァ / ホスアンプレナビル(FPV)</p> <p>17. カレトラ / ロピナビル / リトナビル(LPV/RTV)</p> <p>18. ノービア / リトナビル(RTV)</p> <p>19. レイアタツツ / アタザナビル(ATV)</p> <p>20. インビラーゼ / サキナビル(SQV)</p> <p>21. クリキシバン / インジナビル(IDV)</p> <p>22. ビラセプト / ネルフィナビル(NFV)</p> <p>23. プリジスタ / ダルナビル(DRV)</p>
<p><b>非核酸系逆転写酵素阻害剤</b></p> <p>12. ストックリン / エファビレンツ(EFV)</p> <p>13. ビラミューン / ネビラピン(NVP)</p> <p>14. レスクリプター / デラビルジン(DLV)</p> <p>15. インテレンス / エトラビルン(ETR)</p>	<p><b>インテグラーゼ阻害剤</b></p> <p>24. アイセントレス / ラルテグラビル(RAL)</p> <p><b>CCR5拮抗薬</b></p> <p>25. シーエルセントリ / マラビロク(MVC)</p> <p><b>国内未承認薬</b></p> <p>26. Fuzeon / Enfuvirtide (T-20)</p> <p>27. その他(            )</p> <p>28. わからない</p>

副問 2-8-2 現在処方されている薬はいつ頃から開始されましたか。

昭和・平成・西暦 (            ) 年 (            ) 月頃から



副問 2-8-3 最初に抗 HIV 薬を服用された時期はいつ頃ですか。

昭和・平成・西暦 ( ) 年 ( ) 月頃から

副問 2-8-4 現在の薬(の組み合わせ)とは別に、1年以上服用された薬がありましたら、下の表より選んでください。それぞれの薬については、添付のカラー資料「抗 HIV 薬リスト」をご覧ください。項目は、商品名/一般名(略名)として記載をしています。(あてはまるものすべてに○)

**核酸系逆転写酵素阻害剤**

1. エブリコム / ラミブジン・アバカビル(合剤)  
(3TC/ABC)
2. コンビビル / ラミブジン・ジドブジン(合剤)  
(3TC/AZT)
3. ツルバダ / エムトリシタビン・テノホビル(合剤)  
(FTC/TDF)
4. ハイビッド / ザルシタビン(ddC)
5. ザイアジェン / アバカビル(ABC)
6. レトロビル / ジドブジン(AZT)
7. ビリアード / テノホビル(TDF)
8. エムトリバ / エムトリシタビン(FTC)
9. エピビル / ラミブジン(3TC)
10. ゼリット / サニルブジン(d4T)
11. ヴァイデックス EC / ジダノシン(ddI)

**非核酸系逆転写酵素阻害剤**

12. ストックリン / エファビレンツ(EFV)
13. ビラミューン / ネビラピン(NVP)
14. レスクリプター / デラビルジン(DLV)
15. インテレンス / エトラビルン(ETR)

**プロテアーゼ阻害剤**

16. レクシヴァ / ホスアンプレナビル(FPV)
17. カレトラ / ロピナビル / リトナビル(LPV/RTV)
18. ノービア / リトナビル(RTV)
19. レイアタツツ / アタザナビル(ATV)
20. インビラーゼ / サキナビル(SQV)
21. クリキシバン / インジナビル(IDV)
22. ビラセプト / ネルフィナビル(NFV)
23. プリジスタ / ダルナビル(DRV)

**インテグラーゼ阻害剤**

24. アイセントレス / ラルテグラビル(RAL)

**CCR5拮抗薬**

25. シーエルセントリ / マラビロク(MVC)

**国内未承認薬**

26. Fuzeon /Enfuvirtide (T-20)
27. その他( )
28. わからない

副問 2-8-5 これまでに、抗 HIV 薬の副作用で悩まされたことがありましたか。(ひとつだけに○)  
また、ある場合には、もっとも悩まされているものを2つ教えてください。

- |         |             |     |
|---------|-------------|-----|
| 1. あった  | 薬の番号(上の表から) | 症状  |
|         | [ ] によって    | [ ] |
|         | [ ] によって    | [ ] |
| 2. なかった |             |     |

[以下、問 2-9 から問 2-12 までは、問 2-4 で、C 型肝炎ウイルスに「1. 感染している」と回答した方がお答えください]  
それ以外の方は、ちょっと一服 (11 頁下段)へ

**【慢性肝疾患の治療について】**

問 2-9 今までに、以下のような C 型肝炎の治療を受けたことがありますか。

1. インターフェロン
2. 強カミノファーゲン C(強ミノ C)(一般名:グリチルリチン製剤)(点滴もしくは静脈注射薬)
3. 肝庇護剤(内服薬、グリチロン、プロヘパール、プロルモン、EPL、チオラ、タウリンなど)
4. ウルソデオキシコール酸(内服薬)
5. 小柴胡湯(しょうさいこうとう:漢方薬、内服薬)
6. 瀉血(しゃけつ)療法
7. その他(治療名・薬剤名: )
8. 積極的な治療を受けたことがない。

※ 問 2-9 で、「1. インターフェロン」と答えた方は → 問 2-10 へ

※ それ以外の方は → 問 2-11 へ

問 2-10 【問 2-9 で、1. インターフェロンと答えられた方】

何回治療を受けましたか。(ひとつだけに○)

1 回	2 回	3 回
-----	-----	-----

副問 2-10-1 どの治療を選択されましたか。1 回ごとに、その時期と治療の内容を以下から、あてはまるものをすべて選んでください。(3 回未満の方は、その分を空欄にしてください。)  
項目は、一般名(商品名)として記載をしています。

1. ペグ・インターフェロンアルファ-2a (ペガシス) + リバビリン (コペガス)
2. ペグ・インターフェロンアルファ-2b (ペグイントロン) + リバビリン (レベトール)
3. インターフェロンアルファコン-1 (アドバファロン)
4. インターフェロンアルファ IFN $\alpha$  (スミフェロン)
5. インターフェロンアルファ, IFN $\alpha$  (オーアイエフ OIF)
6. インターフェロンアルファ-2b, IFN $\alpha$ -2b (イントロン A Intron A)
7. インターフェロンベータ, IFN $\beta$  (フェロン Feron)
8. インターフェロンベータ, IFN $\beta$  (IFN $\beta$  モチダ)
9. リバビリン (レベトール)

(a) 第 1 回目の

時期と期間..... 昭和・平成・西暦 (        ) 年 (        ) 月から (        ) ヶ月

治療内容[上記から番号を記入].....

(b) 第 2 回目の

時期と期間..... 昭和・平成・西暦 (        ) 年 (        ) 月から (        ) ヶ月

治療内容[上記から番号を記入].....

(c) 第 3 回目の

時期と期間..... 昭和・平成・西暦 (        ) 年 (        ) 月から (        ) ヶ月

治療内容[上記から番号を記入].....

副問 2-10-2 治療の結果と副作用について教えてください。(3 回未満の方は、その分を空欄にしてください。)

1. 治療終了後、持続的にウイルスが消失している。
2. 治療中、ウイルスが一旦血中から消失するも、治療終了後、再燃した。
3. 治療中もウイルスが血中から消失することなく、治療終了後も検出されている。
4. 副作用はほとんどなかった。
5. 副作用がきつかったが、治療は完了できた。
6. 副作用のため治療を中断した。

(a) 第 1 回目の結果.....	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	副作用について.....	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
(b) 第 2 回目の結果.....	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	副作用について.....	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
(c) 第 3 回目の結果.....	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	副作用について.....	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>

副問 2-10-3 治療で特に困った副作用があった場合、具体的にお書きください。

【問 2-12 へ進んでください。】

問 2-11 【問 2-9 で、1. インターフェロンと答えなかった方】今後、C型肝炎について、インターフェロン治療を受けることを検討していますか。あるいは受ける予定がありますか。 (ひとつだけに○)

- |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| 1. 検討していない          | 2. 検討しており、受ける予定がある       |
| 3. 検討しているが、受ける予定はない | 4. インターフェロン治療のことをあまり知らない |

副問 2-11-1 検討していない、あるいは受ける予定がないのはなぜですか。 (あてはまるものすべてに○)

- |                      |                              |
|----------------------|------------------------------|
| 1. 時間がないから           | 2. 副作用が心配だから                 |
| 3. 仕事や学校を休めないから      | 4. 医師から勧められていないから            |
| 5. 治療できる医療機関がないから    | 6. 受けても効果が認められないウイルスタイプであるから |
| 7. 効果がないと思うから        | 8. ウイルスが検出限界以下であるから          |
| 9. お金がないから           | 10. 治験中の抗ウイルス薬に期待して待っているから   |
| 11. その他(具体的に: _____) |                              |

問 2-12 肝硬変などが進んでいる場合には、治療の選択肢として肝移植が考えられますが、肝移植について検討してみたいと思われていますか。 (ひとつだけに○)

- |       |         |
|-------|---------|
| 1. 思う | 2. 思わない |
|-------|---------|

副問 2-12-1 【肝移植の説明を受けている方に】肝移植について、心配されていることはありますか。

(あてはまるものすべてに○)

- |  |                |
|--|----------------|
| 1. 生体肝移植でも脳死肝移植でも、検討中であり可能であればぜひ受けたい   |                |
| 2. 生体肝移植または脳死肝移植の登録済みで、待機中である          |                |
| 3. 生体肝移植について、ドナー(提供者)のなり手と相談しているところである |                |
| 4. 生体肝移植の場合、受けたいがドナーがいない               |                |
| 5. 生体肝移植の場合、受けたいがドナーに負担をかけたくない         |                |
| 6. 肝移植を受けたいが、保険適応外といわれている              |                |
| 7. 仕事の都合がつかない                          | 8. 医療費が心配である   |
| 9. 出血が心配である                            | 10. 専門の医療機関がない |
| 11. その他(具体的に: _____)                   |                |

☆ ちょっと一服(2) :

日本史上の人物(故人)で好きな人物を教えてください。またその理由も教えてください。



人物

理由

◇◇◇ 3. 通院や入院、医療体制、健康管理についてうかがいます。◇◇◇

問 3-1 ここ 1 年間に、HIV 感染症の治療で主として受診したことがある医療機関はどれですか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| 1. 診療所・クリニック                         | 2. エイズ治療・研究開発センター(ACC) |
| 3. ブロック拠点病院                          | 4. 2・3 以外のエイズ治療拠点病院    |
| 5. 2・3・4 以外の病院、またはエイズ治療拠点病院かどうか不明の病院 |                        |
| 6. その他 (具体的に:                        | ) 7. 受診していない           |

問 3-2 HIV 感染症で主に受診している医療機関の所在する都道府県はどちらにありますか。

また、片道どれくらいの時間がかかりますか。交通手段とあわせて教えてください。

所在地は [ ] 都/道/府/県

交通手段 [ ] で片道 [ ] 分

問 3-3 ここ 1 年間に、血友病の治療で主として受診したことがある医療機関はどれですか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| 1. 診療所・クリニック                         | 2. エイズ治療・研究開発センター(ACC) |
| 3. ブロック拠点病院                          | 4. 2・3 以外のエイズ治療拠点病院    |
| 5. 2・3・4 以外の病院、またはエイズ治療拠点病院かどうか不明の病院 |                        |
| 6. その他 (具体的に:                        | ) 7. 受診していない           |

問 3-4 この 1 年間に、あなたは、何回入院しましたか。(一つの□にだけ チェック(✓)をいれてください。)

0 回 → 問 3-8 へ  1 回  2 回  3 回  4 回  5 回以上

[以下、問 3-5 から問 3-7 までは、この 1 年間に 1 回以上入院経験のある方がお答えください。この 1 年間に入院経験のない方は問 3-8 にすすみください。]

問 3-5 [この 1 年間に入院経験のある方に] 医療機関への入院期間は、この 1 年間に合計何日間でしたか。

(一つの□にだけ チェック(✓)をいれてください。)

1~9 日  10 日~29 日  30 日~89 日  90 日~179 日  180 日~269 日  270 日以上

問 3-6 この 1 年間の入院の理由は何でしょうか。(あてはまるものすべてに○)

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. HIV に関連した日和見感染症の治療や検査                | 2. 血友病に関連した疾患の治療や検査  |
| 3. C 型肝炎に関連した疾患の治療や検査                   | 4. 1・2・3 以外の疾患の治療や検査 |
| 5. 原因不明の症状のため、精密検査が必要だったから              |                      |
| 6. 薬の副作用のため                             |                      |
| 7. 新しい薬で治療を始めるため(薬の効果、副作用の観察や服薬指導などを含む) |                      |
| 8. 静養・療養                                | 9. 整形外科の手術           |
| 10. その他(具体的に:                           | )                    |

問 3-7 ここ 1 年間に入院したことがある医療機関はどれですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| 1. 診療所・クリニック                         | 2. エイズ治療・研究開発センター(ACC) |
| 3. ブロック拠点病院                          | 4. 2・3 以外のエイズ治療拠点病院    |
| 5. 2・3・4 以外の病院、またはエイズ治療拠点病院かどうか不明の病院 |                        |
| 6. その他 (具体的に:                        | )                      |

【ここからは、全員がお答えください】

問 3-8 1997 年以降に政策医療として整備・導入された HIV 医療サービスには、以下のようなものが含まれます。あなたは利用したことはありますか。また、それぞれについてどのように評価しますか。

(各々あてはまるものに○)

	利用したことがあるか			どのように評価するか			
	利用したことがある	利用したことがない	そういうサービスを知らない	大いにいい	まあいい	よくない	わからない
(記入例) 患者ノート		○			○		
(1) HIV 専任医師による診療※							
(2) HIV 専任看護師(コーディネーターナースなど)による相談・ケア							
(3) 検診事業							
(4) ACC やブロック拠点病院等による患者向けウェブサイト							
(5) 患者ノート							
(6) メディカルソーシャルワーカー(MSW)による相談							
(7) カウンセラーによる相談							

※ HIV 専任医師とは、エイズ治療・研究開発センター・ブロック拠点病院に、和解後 HIV 専任で配属された医師のことです。

＜利用したことがある・利用したことがない人のみ＞

問 3-9 ここ 1 年間に、治療を受ける上で、あなたには、以下のような不都合や困ったことがありましたか。

(各々1・2のいずれかに○)

(1) 血友病や HIV 感染症であることを理由に、受診をことわられた 1. はい (何科でしたか ) 2. いいえ
(2) 血友病や HIV 感染症であることを理由に、後回しにされたり、診てもらえるまでに時間がかかった 1. はい (何科でしたか ) 2. いいえ
(3) 血友病や HIV 感染症であることを理由に、緊急時に入院できる医療機関が、なかなか見つからなかった 1. はい 2. いいえ
(4) HIV 感染症で主に受診している医療機関が遠い 1. はい 2. いいえ
(5) HIV 感染症と伝えることを躊躇(ちゅうちょ)して、結局受診しなかった 1. はい (何科でしたか ) 2. いいえ
(6) 受診しにくい診療科があった 1. はい (主に何科でしたか ) 2. いいえ
(7) 他科受診で、受診科間の連携が不十分であった 1. はい (何科と何科でしたか ) 2. いいえ
(8) 外来受診の受付時間が短いため、なかなか受診できなかった 1. はい 2. いいえ



問 3-15 日ごろ、あなたは、以下のようなことをしていますか。(各々あてはまるもの1つに○)

	いつも している	時々 している	あまり していない	して いない
(記入例) 治療に必要な情報は集める			○	
(1) 薬は処方どおりに飲む				
(2) 自分が飲む薬の服用法や副作用を知る				
(3) 自分で検査結果を把握する				
(4) 治療に必要な情報は集める				
(5) 納得できるまで、医師から説明を受ける				
(6) 定期的に通院する				
(7) 体調・症状の変化、副作用の程度を確認している				
(8) 食事のバランスに気をつけている				
(9) 睡眠を規則正しくじゅうぶん取るようにしている				

問 3-16 あなたは、血友病に対する凝固因子製剤の自己注射をされていますか。(ひとつだけに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

副問 3-16-1 使用済みの注射器や針はどのように処理されていますか。


問3-17 あなたは現在同居している人に以下のようなことについて伝えてありますか。(1)～(4)についてお答えください。  
同居者がおられない方は、「3. 該当者はいない」に○をつけてください。(各々あてはまるもの1つに○)

	1. 必要だと思う人には 伝えている	2. 誰にも伝えていない	3. 該当者はいない
(1) 栄養や休息が療養上大切であること			
(2) 使用済の注射器や注射針の取り扱いに注意が必要なこと			
(3) 出血時の対処の仕方			
(4) あなたの体調が急変したときの対処方法 (連絡先や病気の説明など)			

問 3-18 服薬など健康管理のために、自分なりの工夫や秘策があったら、具体的に教えてください。

問 3-19 今後の健康について、以下のような不安をお持ちですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 今後自分の病状がどうなっていくのかわからない	2. 治療の選択肢がなくなるのではないかと
3. HIV 治療を今後どうしたらいいのか	4. C 型肝炎治療を今後どうしたらいいのか
5. HIV 治療や薬が専門的で理解しづらくはないか	6. 血友病治療を今後どうしたらいいのか
7. 抗 HIV 薬を長期服用することによる副作用が出るのではないかと	
8. その他 今後の健康について、不安だと感じていることを、具体的に教えてください	



問3-20 以下についての、あなたの今のお気持ちやお考えをお聞かせください。(各々あてはまるもの1つに○)  
尚、それぞれの病気でない方もご自分の経験や知識などから想像してお答えください。

	大いに そう思う	やや そう思う	あまりそう 思わない	全くそう 思わない
(記入例) 治療に必要な情報は集める		○		
(1) HIVに感染すると命を落とす可能性が高まる				
(2) HIVに感染すると健康を維持するのが大変になる				
(3) HIVに感染すると日常生活で困ったり大変になったりする				
(4) HCV(C型肝炎ウイルス)に感染すると命を落とす可能性が高まる				
(5) HCV(C型肝炎ウイルス)に感染すると健康を維持するのが大変になる				
(6) HCV(C型肝炎ウイルス)に感染すると日常生活で困ったり大変になったりする				
(7) 血友病であることにより、命を落とす可能性が高まる				
(8) 血友病であることにより、健康を維持するのが大変になる				
(9) 血友病であることにより、日常生活で困ったり大変になったりする				

問 3-21 あなたと主治医または看護師などの医療関係者とのこれまでの会話の中で、特に印象に残っているものがあれば、差支えない範囲でお教えてください。

☆ ちょっと一服 (3)

あなたがこれまで行ったところで一番住んでみたいと思ったのはどこですか？

(自分が住んでいるところも含めます)

国名

市町村名

理由





◇◇◇ 4. お仕事や収入にかかわる状況についてうかがいます ◇◇◇

問 4-1 あなたは、今までに収入のあるお仕事をした経験はありますか。(ひとつだけに○)

1. ある          2. ない      →問 4-3 へ

問 4-2 あなたはここ10年間で転職・離職された経験がありますか。経験のある方はその回数も教えてください。

(ひとつだけに○)

1. ある:( )回          2. ない      →問 4-3 へ

副問 4-2-1 [あるとお答えの方へ] あなたのここ10年間の転職・離職経験について、やめた時期とその理由を現在に近いものから2回、お答えください。(あてはまるものすべてに○)

前回 (西暦 )年頃	1. 身体的理由・治療上の都合から 2. 「1」以外の個人的な理由から 3. HIV や血友病に対する周囲の反応が原因で職場に居づらくなったから 4. 勤務先の都合から(倒産・リストラなど) 5. その他(具体的に: )
前々回 (西暦 )年頃	1. 身体的理由・治療上の都合から 2. 「1」以外の個人的な理由から 3. HIV や血友病に対する周囲の反応が原因で職場に居づらくなったから 4. 勤務先の都合から(倒産・リストラなど) 5. その他(具体的に: )

問 4-3 現在、あなたは収入のあるお仕事をしていますか。(ひとつだけに○)

1. はい      →問 4-4 へ          2. いいえ

副問 4-3-1 収入のあるお仕事をしがいらないのはなぜですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 学生なので
2. 家事・育児・社会活動(ボランティアなど)で他の役割を果たすほうが重要なので
3. 体力的に難しかったり、治療上の都合があるので
4. 就職時や職場の対人関係がわずらわしいので
5. 血友病や HIV 感染症による偏見や差別で、就職が難しいので
6. 働きたいとは思わないので
7. 定年退職したので
8. その他(具体的に: )

副問 4-3-2 あなたは今後、収入のあるお仕事につくことを希望していますか。(ひとつだけに○)

1. はい          2. いいえ

副問 4-3-3 現在、就職するための活動をされていますか。(ひとつだけに○)

1. している          2. していない

副問 4-3-4 あなたが働くために、職場で必要だと思う条件は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 専門知識や特技を生かせる
2. 職場の人間関係がよい
3. 高い収入が得られる
4. 病気や健康状態を理由に不採用や解雇をしない
5. 病名を明らかにする必要がない
6. 身体的な負担が少ない業務
7. 治療や通院のための欠勤等で融通がきく
8. 職場のプライバシー管理がしっかりしている
9. 健康状態の悪化予防や服薬にたいして理解や協力が得られる
10. その他(具体的に: )

[ありがとうございました。問 4-16 へおすすみください]

〔現在のお仕事についてうかがいます。問 4-3 で「1. はい」と答えた方がお答えください〕

問 4-4 現在、あなたがなされているお仕事の職種は何ですか。(ひとつだけに○)

- |             |                 |              |         |
|-------------|-----------------|--------------|---------|
| 1. 専門・技術職   | 2. 経営・管理職       | 3. 事務        | 4. 営業職  |
| 5. 販売・サービス職 | 6. 運転           | 7. 生産・倉庫・技能職 | 8. 農林漁業 |
| 9. 自由業      | 10. その他(具体的に: ) |              |         |

問 4-5 現在のお仕事は、障害者雇用の枠内での採用ですか。(ひとつだけに○)

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

問 4-6 あなたは HIV 感染後、職場の上司や人事の担当者などに血友病・HIV 陽性・HCV 陽性であることやその症状・治療の副作用・関節障害などについて、主にどのように説明したり、尋ねられたときに答えたりしてきましたか。(あてはまるものすべてに○)

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. 病気について人に話したり、尋ねられることはない | 2. HIV に感染していると伝えている  |
| 3. 血友病だと伝えている              | 4. C 型肝炎だと伝えている       |
| 5. 別の病名を伝えている              | 6. むかしの怪我だ、などと説明をしている |
| 7. からだが弱いと伝えている            |                       |
| 8. その他(具体的に: )             |                       |

問 4-7 あなたは HIV 感染後、職場の同僚に血友病・HIV 陽性・HCV 陽性であることやその症状・治療の副作用・関節障害などについて、主にどのように説明したり、尋ねられたときに答えたりしてきましたか。(あてはまるものすべてに○)

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. 病気について人に話したり、尋ねられることはない | 2. HIV に感染していると伝えている  |
| 3. 血友病だと伝えている              | 4. C 型肝炎だと伝えている       |
| 5. 別の病名を伝えている              | 6. むかしの怪我だ、などと説明をしている |
| 7. からだが弱いと伝えている            |                       |
| 8. その他(具体的に: )             |                       |

問 4-8 あなたが、現在のお仕事を始めたのはいつですか。

昭和・平成・西暦( )年( )月頃 または あなたが( )歳のころ

問 4-9 あなたの、従業上の地位はどれですか。(ひとつだけに○)

- |   |
|---|
| 1. 自営業主(家族だけ、又は自分だけで事業を営んでいる人、またはその家族従業員) |
| 2. 従業員を雇っている事業主またはその家族従業員                 |
| 3. 官公庁や公営企業の正規職員(常勤に限る)                   |
| 4. 民間企業や団体の役員                             |
| 5. 民間企業の正社員                               |
| 6. 非正規従業員またはパートタイマー(派遣・契約社員を含む)           |
| 7. その他(具体的に: )                            |

副問 4-9-1 あなたがの勤務先の、または経営されている企業の従業員数はどれくらいですか。

(ひとつだけに○)

- |              |              |            |
|--------------|--------------|------------|
| 1. 1~4 人     | 2. 5~29 人    | 3. 30~99 人 |
| 4. 100~299 人 | 5. 300~999 人 | 6. 1000 人~ |

問 4-10 現在、あなたは、週平均、何時間くらいお仕事をしていますか。(ひとつだけに○)

- |                    |                    |                    |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. 20 時間未満         | 2. 20 時間以上 30 時間未満 | 3. 30 時間以上 40 時間未満 |
| 4. 40 時間以上 50 時間未満 | 5. 50 時間以上 60 時間未満 | 6. 60 時間以上         |

問 4-11 現在、お仕事(問 4-4～4-10 で答えていただいているお仕事)によるあなたのお給料は、月平均(税込み)でどのくらいですか。(ひとつだけに○)

1. 5万円未満	2. 5万円以上 10万円未満	3. 10万円以上 20万円未満
4. 20万円以上 30万円未満	5. 30万円以上 40万円未満	6. 40万円以上 50万円未満
7. 50万円以上 60万円未満	8. 60万円以上	

問 4-12 現在のあなたのお仕事や職場で次のようなことがありますか。(各々1・2のいずれかに○)

(1) 職場の人間関係に恵まれている	1. はい	2. いいえ
(2) 仕事にやりがいや面白さを感じる	1. はい	2. いいえ
(3) 体調不良や治療上の都合で欠勤が多い	1. はい	2. いいえ
(4) 通院・服薬などの健康管理がやりにくい	1. はい	2. いいえ
(5) 仕事のためにとても疲れる	1. はい	2. いいえ
(6) HIV 感染や HCV 感染の症状・薬の副作用で仕事に差しさわりがでる	1. はい	2. いいえ
(7) 関節障害によって仕事に差しさわりがでる	1. はい	2. いいえ
(8) 職場の周囲の人に HIV 陽性を知られないよう、いつも警戒心が働く	1. はい	2. いいえ
(9) 職場の周囲の人から、病気や障害を抱えながら仕事をしていることに対して理解が得られている	1. はい	2. いいえ
(10) 職場で健康保険・身体障害者手帳や健康診断、医療費が高額であることなどをきっかけに情報がもれ、病気を知られてしまう不安がある	1. はい	2. いいえ

問 4-13 病気を持ちながら働き続けるため、役立ったことや工夫していることがありましたら、具体的に教えてください。

問 4-14 あなたは、現在のお仕事を今後も続けたいとお考えですか。(ひとつだけに○)

1. これからもずっと続けていきたい	2. しばらく続けようと思う
3. 転職したい	4. 働くことをやめたい

問 4-15 あなたは、(現在のお仕事に限らず)働き続ける上で不安を感じることはありますか。(ひとつだけに○)

1. 大いにある	2. 少しある	3. ない
----------	---------	-------

副問 4-15-1 どのような不安をもっているのか、具体的に教えてください。



〔ここからは、全員がお答えください〕

問 4-16 現在、医薬品機構(独立行政法人 医薬品医療機器総合機構)から健康管理費用・発症者健康管理手当を受給していますか。(ひとつだけに○)

1. 受けている      2. 受けていない

副問 4-16-1 〔受けているとお答えの方へ〕 どの種類を支給されていますか。(ひとつだけに○)  
尚、平成 21 年 4 月 1 日現在の受給額を記しています。

1. 健康管理費用:CD4=201 以上:35,800 円/月      2. 健康管理費用:CD4=200 以下:51,800 円/月  
3. 発症者健康管理手当:150,000 円/月

問 4-17 現在あなたは、身体障害者手帳を取得していますか。取得している場合はその等級もお書きください。  
(ひとつだけに○)

1. 受けている:( )級      2. 申請中:( )級      3. 受けていない

副問 4-17-1 受けている／申請している項目をお選びください。(あてはまるものすべてに○)

1. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害  
2. その他(具体的に: )

問 4-18 現在、あなたの生活を支えている収入は次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. あなたの就労による収入      2. ご家族の就労による収入:続柄( )  
3. ご家族からの金銭的な援助      4. 財産収入(家賃収入・利子・配当など)  
5. 障害基礎年金      6. 障害厚生年金  
7. 健康管理費用や発症者健康管理手当      8. 年金・恩給などの社会保障給付  
9. 預貯金の取り崩し      10. その他(具体的に: )

副問 4-18-1 上記の問の中で、収入の柱となっているものの数字をお書きください

( )番の選択肢

問 4-19 和解金の使途(もしくは使う予定)について教えてください。(あてはまるものすべてに○)

1. 貯金・預金してある      2. 日々の生活費に取り崩している      3. 住宅購入  
4. 車の購入      5. あなたの学費      6. あなたの趣味や社会活動  
7. こどもの学費      8. 和解金の管理は家族に任せてあるので詳しい使い道はわからない  
9. その他(具体的に: )  
10. 何に使ったか覚えていない  
11. 使い切った

問 4-20 あなたの、現在の経済的な暮らし向きはいかがですか。(ひとつだけに○)

1. 経済的に十分ゆとりがある  
2. 暮らしに必要なものや、車を買換えたり、海外旅行にたまに行く程度の余裕がある。  
3. 食べるには困らない程度。車を買換えたり、海外旅行にたまに行く程度の余裕はない。  
4. 食べるのに精一杯、他のものまでは手が回らない

問 4-21 あなたの今後の生活に、経済面での不安を感じることはありませんか。(ひとつだけに○)

1. 大いにある      2. 少しある      3. ない

副問 4-21-1 どのような不安や問題ですか。具体的に教えてください。