みなさまにお伺いします。

A-6　現在受けている治療を、中断したいと思うことはありますか。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方はA-7へ）

A-6-1　はいの場合、理由を教えてください。

A-7　これまでの治療における医師の説明のうち、どのようなことについて説明不足だと感じましたか。下記のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 自分の病気の現在の状態
2. 自分の病気の今後の見通し
3. 検査の方法
4. 検査の結果
5. 治療の方法（薬の飲み方など）
6. 治療に要する期間
7. 薬の副作用
8. これから始める治療に期待できる治療効果（治療開始前の説明）
9. 現在おこなっている治療の治療効果（治療中の説明）
10. 検査や治療について、他の検査方法や治療方法の選択も可能であることの説明
11. 予定する検査や入院などに関する医療費の概算
12. その他（自由にお書きください）
13. 説明不足だと感じたことはない

みなさまにお伺いします。

A-8　これまでの治療において、病院のどのような支援が役に立ちましたか。
下記のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 待ち時間への対応
2. 夜間や週末の診療などの、診療時間の融通性
3. 肝臓疾患に対する情報提供
4. 肝炎治療医療費助成制度に対する情報提供
5. 肝疾患相談センターへの相談
6. その他（自由にお書きください）

7. 特になかった

A-9　これまでの治療において、周囲の方のどのような支援が役に立ちましたか。
下記のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 職場での仕事量の調整
2. 職場での勤務時間の短縮
3. 休暇が取りやすい職場の環境
4. 家族の家事への参加
5. 職場、家庭での病気や治療に対する理解を示す言葉
6. その他（自由にお書きください）

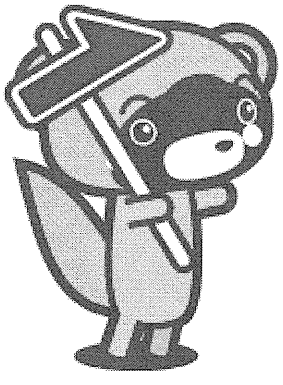
7. 特になかった

みなさまにお伺いします。

A-10　これまでの治療において、国や自治体のどのような肝炎対策が役に立ちましたか。
下記のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 無料の肝炎ウイルス検査
2. 肝炎治療医療費助成
3. 肝臓疾患に対する情報提供
4. その他の支援制度についての情報提供
5. その他（自由にお書きください）

6. 特になかった



➡ インターフェロン治療を受けたことがある方は、9ページへお進みください。
➡ インターフェロン治療を受けたことがない方は、15ページへお進みください。

インターフェロン治療を受けたことがある方にお伺いします。
現在治療中の方も含みます。

B-1　最初にインターフェロン治療を受けたのは何歳頃ですか。

_____歳頃

B-1-1　現在インターフェロンの治療中ですか。

1. はい　　2. いいえ

B-2　投与期間（注射を打っている期間）3か月以上の継続したインターフェロン治療を、いままでに2回以上受けたことがありますか。
現在治療中の方はそれも含みます。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方はB-3へ）

B-2-1　はいの場合、2回目のインターフェロン治療を受けたのは何歳頃ですか。

_____歳頃

B-3　1回目の治療のときのインターフェロンの投与期間についてお伺いします。
現在治療中の方は、予定の投与期間をお答えください。

1. 3か月間
2. 6か月間
3. 1年間
4. 覚えていない／わからない
5. その他（　　）

B-4　1回目の治療のときのインターフェロンの投与間隔（注射を打つ間隔）についてお伺いします。現在治療中の方は、現在の投与間隔をお答えください。

1. 1週間に2-3回
2. 1週間に1回
3. 覚えていない／わからない
4. その他（　　）

インターフェロン治療を受けたことがある方にお伺いします。
現在治療中の方も含みます。

B-5　インターフェロン治療が終了した方にお伺いします。（治療中の方はB-6へ）
治療期間は予定されていたよりも短くなりましたか。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方はB-6へ）

B-5-1　はいの場合、理由を教えてください。

B-6　インターフェロンの治療と、内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス、ヘプセラ、またはバラクルード）の服薬期間が重なったか、または連続したことがありますか。

1. はい　　2. いいえ

B-7　インターフェロンの自己注射を勧められたことはありますか。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方はB-8へ）

B-7-1　はいの場合、自己注射を行いましたか。

1. はい（はいに○をした方はB-8へ）　　2. いいえ

B-7-2　いいえの場合、勧められても自己注射を行わなかった理由を教えてください。
下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. 注射の方法が覚えにくい
2. 注射の薬剤や器具の管理が難しい
3. 注射を行う場所や時間の確保が難しい
4. 自分で行うのに恐怖心がある
5. その他（自由にお書きください）

インターフェロン治療を受けたことがある方にお伺いします。
現在治療中の方も含みます。

B-8　インターフェロン治療が終了した方にお伺いします。（治療中の方はB-１０へ）
治療終了直後の治療効果について、下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. ウイルス量が測定できない程低下した
2. 肝機能が正常化した
3. 肝機能が改善した
4. 治療前と変化なし
5. 肝機能が増悪した
6. 覚えていない／わからない
7. その他（　　）

B-9　インターフェロン治療が終了した方にお伺いします。
治療効果に、どの程度満足していますか。

1. 非常に満足している
2. 満足している
3. 満足でも不満でもない
4. 満足していない
5. 非常に不満である

B-10　インターフェロン治療が終了した方と、現在治療中の方にお伺いします。
インターフェロンの副作用には、どのようなものがありましたか。
下記のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 発熱・倦怠感
2. 頭痛・不眠
3. うつ
4. 食欲不振・嘔気・腹痛
5. 体重減少
6. 脱毛
7. 関節痛・筋肉痛
8. 眼底出血
9. 皮疹
10. 甲状腺機能異常
11. 血球減少
12. 肺炎
13. その他（　　）
14. 副作用なし
（副作用なしに○をした方はB-13へ）

B-11　上記の１～１３のうち、もっともつらかった副作用はどれでしたか。
番号を一つ選んで、右欄に記入してください。　　＿＿＿番

インターフェロン治療を受けたことがある方にお伺いします。
現在治療中の方も含みます。

B-12　インターフェロン治療が終了した方にお伺いします。（治療中の方はB-13へ）
前問（B-11）で選択したもっともつらかった副作用の程度について、
下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. 副作用のため治療中止となり、中止後も副作用の症状が続いている
2. 副作用のため治療中止となり、副作用の症状は改善した
3. 何とか治療を続けることができるくらいであった
4. あまり気にならなかった
5. その他（　　）

B-13　インターフェロン治療が終了した方と、現在治療中の方にお伺いします。
インターフェロン治療中に感じた不安について、下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. 費用が高い
2. 仕事や家事との両立
3. 副作用が怖い
4. 効果が不明
5. 不安はない
6. その他（　　）

B-14　インターフェロン治療が終了した方と、現在治療中の方にお伺いします。
インターフェロン治療により、あなたの仕事や家事などの日常生活にどのような影響がありましたか。下記のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 仕事や家事を休まなければならない日が増えた
2. 通院による拘束時間が増えた
3. 職場を異動した
4. 仕事を継続できなくなった
5. 同僚に負い目を感じ精神的なストレスとなった
6. 収入が減った
7. 治療に伴う副作用がひどかった
8. 家事をこなせなくなった
9. 家族に負い目を感じ精神的なストレスとなった
10. 特に支障はきたさなかった
11. その他（　　）

インターフェロン治療を受けたことがある方にお伺いします。
現在治療中の方も含みます。

B-15　治療中、あなたの病気のことを職場の方々に知らせましたか。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方は B-16 へ）

B-15-1 はいの場合、職場の方々の対応はどのようでしたか。

1. とてもよく理解してくれた
2. 少し理解があった
3. どちらでもない
4. あまり理解されなかった
5. まったく理解されなかった
6. その他（自由にお書きください）

B-16　治療中、家族の方々の対応はどのようでしたか。

1. とてもよく理解してくれた
2. 少し理解があった
3. どちらでもない
4. あまり理解されなかった
5. まったく理解されなかった
6. その他（自由にお書きください）

インターフェロン治療を受けたことがある方にお伺いします。
現在治療中の方も含みます。

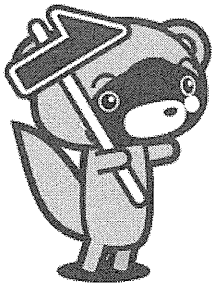
B-17　治療前および治療中における、医師の説明は十分と感じられましたか。

1. はい　　2. いいえ　　3. どちらとも言えない

B-18　もう一度インターフェロン治療を受けることを勧められた場合、
あなたは希望しますか。

1. はい　　2. いいえ　　3. どちらとも言えない

B-19　インターフェロン治療中の困ったこと等について、自由にお書きください。



➡ 内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス、ヘプセラ、またはバラクルード）治療を受けたことがある方は、16 ページへお進みください。

➡ 内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス、ヘプセラ、またはバラクルード）治療を受けたことがない方は、21 ページへお進みください。

インターフェロン治療を受けたことがない方にお伺いします。

C-1　医師からインターフェロン治療を勧められたことはありますか。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方はC-2へ）

C-1-1 はいの場合、インターフェロン治療を受けなかった理由を、下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. 費用が高い
2. 治療の時間がない
3. 副作用が怖い
4. 効果が不明
5. その他（　　）

C-1-2 はいの場合、医師の説明は十分に受けましたか。

1. 十分に説明されてよく理解できた
2. 説明されたが理解できなかった
3. あまり説明がなかった
4. その他（　　）

C-2　インターフェロン治療を受けることを勧められた場合、ご希望になりますか。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方はページ下の道案内へ）

C-2-1 はいの場合、下記の理由のうち、あてはまるものすべてに○を付けてください。また、もっともよくあてはまる番号を下欄に記入してください。

1. 医療費助成が利用できるようになったから
2. 時間がとれるようになったから
3. 副作用に対する対策が改善しているから
4. 治療効果が改善しているから
5. 治療に対する自分の理解が深まっているから
6. その他（　　）

もっともよくあてはまる番号の記入欄 → _____番

➡ 内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス、ヘプセラ、またはバラクルード）治療を受けたことがある方は、16ページへお進みください。

➡ 内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス、ヘプセラ、またはバラクルード）治療を受けたことがない方は、21ページへお進みください。

内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス・ヘプセラ・バラクルード）治療を受けたことがある方にお伺いします。

D-1　内服の抗ウイルス剤の治療（服薬）はいつ開始されましたか。

平成＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月頃

D-2　治療中、お薬の変更はありましたか。服薬中止の場合も変更とみなします。

1. はい　　2. いいえ（いいえ○をした方はD-3へ）

D-2-1　はいの場合、該当する番号すべてに○をつけ、下線部に年と月を記入してください。

1. 新しい薬に変更した　平成＿＿年＿＿月頃
2. 新しい薬が加わった　平成＿＿年＿＿月頃
3. 薬を減らした　平成＿＿年＿＿月頃
4. すべて中止した　平成＿＿年＿＿月頃

D-3　治療に対する効果について、現在、どのようであると説明を受けていますか。
下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. ウイルス量が測定できない程低下した
2. 肝機能が正常化した
3. 肝機能が改善した
4. 治療前と変化なし
5. 肝機能が増悪した
6. 覚えていない／わからない
7. その他（　　）

D-4　内服の抗ウイルス剤の治療効果に、どの程度満足していますか。

1. 非常に満足している
2. 満足している
3. 満足でも不満でもない
4. 満足していない
5. 非常に不満である

内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス・ヘプセラ・バラクルード）治療を受けたことがある方にお伺いします。

D-5　内服の抗ウイルス剤の副作用には、どのようなものがありましたか。
下記のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 倦怠感
2. 頭痛
3. 不眠
4. 食欲不振・嘔気
5. 下痢
6. 腎機能障害
7. 肝機能障害
8. 血小板減少
9. 筋肉痛
10. 鼻咽頭炎
11. その他（　　）
12. 副作用なし
（副作用なしに○をした方はD-8へ）

D-6　上記の1～11のうち、もっともつらかった副作用はどれでしたか。
番号を一つ選択して、右欄に記入してください。　　＿＿番

D-7　前問（D-6）で選択したもっともつらかった副作用の程度について、
下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. 副作用のため治療中止となり、中止後も副作用の症状が続いている
2. 副作用のため治療中止となり、副作用の症状は改善した
3. 何とか治療を続けることができるくらいであった
4. あまり気にならなかった
5. その他（　　）

D-8　内服の抗ウイルス剤に対する不安について、
下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. 薬剤の費用が高い
2. 検査の費用が高い
3. 通院が頻回である
4. 副作用がある
5. 耐性ウイルスが出現する
6. 飲み忘れる
7. 治療終了のめどが立たない
8. 効果が不明
9. その他（　　）
10. 不安はない

内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス・ヘプセラ・バラクルード）治療を受けたことがある方にお伺いします。

D-9　内服の抗ウイルス治療のための通院により、あなたの仕事や家事などの日常生活に、どのような影響がありましたか。下記のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 仕事や家事を休まなければならない日が増えた
2. 通院による拘束時間が増えた
3. 職場を異動した
4. 仕事を継続できなくなった
5. 同僚に負い目を感じ精神的なストレスとなった
6. 収入が減った
7. 治療に伴う副作用がひどかった
8. 家事をこなせなくなった
9. 家族に負い目を感じ精神的なストレスとなった
10. 特に支障はきたさなかった
11. その他（　　）

D-10　治療中、あなたの病気のことを職場の方々に知らせましたか。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方はD-11へ）

D-10-1 はいの場合、職場の方々の対応はどのようでしたか。

1. とてもよく理解してくれた
2. 少し理解があった
3. どちらでもない
4. あまり理解されなかった
5. まったく理解されなかった
6. その他（自由にお書きください）

内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス・ヘプセラ・バラクルード）治療を受けたことがある方にお伺いします。

D-11　治療中、家族の方々の対応はどのようでしたか。

1. とてもよく理解してくれた
2. 少し理解があった
3. どちらでもない
4. あまり理解されなかった
5. まったく理解されなかった
6. その他（自由にお書きください）

D-12　内服の抗ウイルス剤の飲み忘れは、最近３か月で、２回以上ありましたか。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方はD-13へ）

D-12-1　はいの場合、忘れてしまう理由を教えてください。

D-13　治療前および治療中における、医師の説明は十分と感じましたか。

1. はい　　2. いいえ　　3. どちらとも言えない

内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス・ヘプセラ・バラクルード）治療を受けたことがある方にお伺いします。

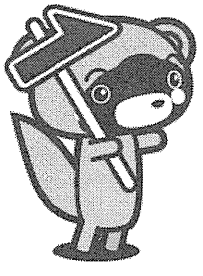
D-14　耐性ウイルス（お薬が効かないウイルス）について聞いたことがありますか。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方は D-16 へ）

D-15　あなたに耐性ウイルスがあると、医師から説明されたことがありますか。

1. はい　　2. いいえ

D-16　内服の抗ウイルス剤治療中の困ったこと等について、自由にお書きください。



22 ページの休憩コーナーへお進みください。

内服の抗ウイルス剤（ゼフィックス・ヘプセラ・バラクルード）治療を受けたことがない方にお伺いします。

E-1　医師から内服の抗ウイルス剤治療を勧められたことはありますか。

1. はい　　2. いいえ（いいえに○をした方はE-2へ）

E-1-1　はいの場合、内服の抗ウイルス剤治療を受けなかった理由を、下記のうち、あてはまるものすべてに○を付けてください。また、もっともよくあてはまる番号を下欄に記入してください。

1. 薬剤の費用が高い
2. 検査の費用が高い
3. 通院が頻回である
4. 副作用がある
5. 耐性ウイルスが出現する
6. 治療終了のめどが立たない
7. 飲み忘れる
8. 効果が不明
9. その他（　　）

もっともよくあてはまる番号の記入欄 → _____番

E-1-2　はいの場合、医師の説明は十分に受けましたか。

1. 十分に説明されてよく理解できた
2. 説明されたが理解できなかった
3. あまり説明がなかった
4. その他（　　）

E-2　内服の抗ウイルス剤治療を受けることを勧められた場合、ご希望になりますか。

1. はい　　2. いいえ(いいえに○をした方は22ページへ)

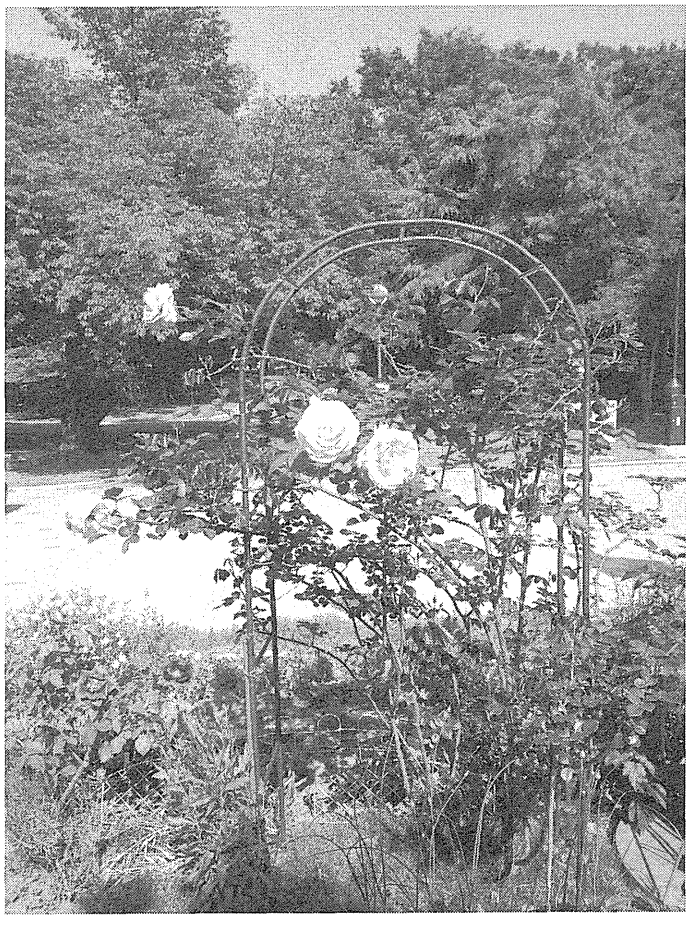
E-2-1　はいの場合、下記の理由のうち、あてはまるものすべてに○を付けてください。また、もっともよくあてはまる番号を下欄に記入してください。

1. 医療費助成が利用できるようになったから
2. 時間がとれるようになったから
3. 副作用に対する対策が改善しているから
4. 治療効果が改善しているから
5. 治療に対する自分の理解が深まっているから
6. その他（　　）

もっともよくあてはまる番号の記入欄 → _____番

今まで、アンケートにお答えいただき有難うございます。
ここで、一息入れてください。

下の写真は、近所の公園で撮影したピンク色の薔薇です。



アンケートは、あと 10 ページほどです。
ひきつづき、よろしくお願いいたします。

みなさまにお伺いします。

F-1　あなたは、治療の効果についてどのようなことを期待しますか。下記の中から、3つ選んで○をつけ、期待する度合いの大きい順に、その番号（1～7）を下欄に記入してください。

1. ウイルスが体内から完全に排除されること
2. 検査上、ウイルスに関する項目が陰性化すること
3. 検査上、肝機能が改善すること
4. 肝硬変への進行がおさえられること
5. 肝がんの発生率が低くなること
6. 疲れやすさなどの症状が改善されること
7. その他（　　）

１位＿＿＿＿番　２位＿＿＿＿番　３位＿＿＿＿番

F-2　服薬の場合、１日どのくらいまでなら受け入れられると感じますか。
下記の中から、一つ選んで○をつけてください。

1. １日１回まで
2. １日２回まで
3. １日３回まで
4. １日４回まで
5. １日５回まで
6. 必要があれば何回でも可
7. その他（　　）

F-3　毎日の定期的服薬法以外に、あなたが可能と思う服薬法を、下記の中から、一つ選んで○をつけてください。

1. １週間のうち１日のみ（曜日を決めて）
2. １週間のうち2-3日の連続服薬（例えば、月・火曜日など）
3. １週間のうち4-5日の連続服薬（例えば、月～金曜日など）
4. １日おき（例えば、奇数日など）
5. ２日おき
6. 必要があればどんな服薬スケジュールでも可能
7. １～６のいずれも不可能
8. その他（　　）

みなさまにお伺いします。

F-4　注射の場合、注射の回数はどのくらいまでなら、受け入れられると感じますか。下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. 1日2回まで
2. 1日1回まで
3. 2-3日に1回まで
4. 1週間に1回まで
5. 必要があれば何回でも可
6. その他（　　）

F-5　治療効果が明らかな場合、副作用はどのくらいまでなら、治療を継続できると感じますか。下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. 健康被害がないなら継続
2. 仕事・家事に支障がないなら継続
3. 精神的ストレスがないなら継続
4. その他（　　）

F-6　治療効果が明らかな場合、通院などの拘束はどのくらいまでなら、受け入れられると感じますか。下記の中から、もっともよくあてはまるものを一つ選んでください。

1. 必要があればいつでも
2. 仕事や家事に支障がない範囲
3. 経済的負担にならない範囲
4. その他（　　）

F-7　肝炎の治療にかかるひと月の自己負担の医療費は、どのくらいまでなら受け入れられると感じますか。

1. 5千円未満
2. 5千円以上1万円未満
3. 1万円以上1万5千円未満
4. 1万5千円以上2万円未満
5. 2万円以上3万円未満
6. 3万円以上5万円未満
7. 5万円以上10万円未満
8. 10万円以上

みなさまにお伺いします。

G-1　B 型肝炎と診断されてからどのくらいたちますか。

約＿＿＿年　（1 年未満の場合は、1 年とお書きください）

G-2　B 型肝炎の検査や治療などのために、現在何箇所の医療機関（a～c）に通院されていますか。あてはまるものすべてに○をつけて、下線部に数字をご記入ください。

a. 肝疾患専門医療機関※a　＿＿＿＿＿＿＿＿箇所

b. かかりつけ病院※b　＿＿＿＿＿＿＿＿箇所

c. かかりつけ診療所※c　＿＿＿＿＿＿＿＿箇所

※a. 肝疾患専門医療機関とは、この調査票が配布された肝疾患診療連携拠点病院をふくめて、肝臓専門の医師が常駐し、入院も可能な医療機関をさします。

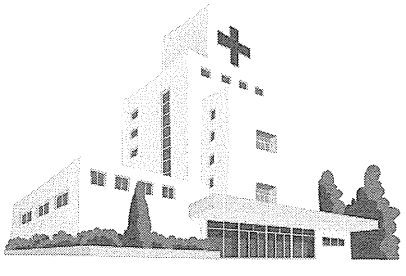
※b. かかりつけ病院とは、肝臓専門の医師は常駐しませんが、入院が可能な医療機関をさします。

※c. かかりつけ診療所とは、入院はできませんが、お薬の処方や注射を外来で行う医療機関をさします。

G-3　B 型肝炎の検査や治療のために通院している回数を、医療機関（a～c）ごとに、下記の選択肢（1～9）のうち、あてはまる番号を選んで記入してください。同じ分類の医療機関に複数箇所通院している場合には、合算したものとしてお答えください。

a. 肝疾患専門医療機関　＿＿＿＿＿＿＿＿番

b. かかりつけ病院　＿＿＿＿＿＿＿＿番

c. かかりつけ診療所　＿＿＿＿＿＿＿＿番

1. 2-3 日に 1 回
2. 1 週間に 1 回
3. 2 週間に 1 回
4. 1 か月に 1 回
5. 2 か月に 1 回
6. 3 か月に 1 回
7. 6 か月に 1 回
8. 1 年に 1 回
9. その他（　　）