

問2. B型肝炎ウイルスへの感染を理由に、次の各項目に関して嫌な思いをしたことがありますか。
1～14のすべてにお答えください（それぞれ最もあてはまるものに☑）。

よくある 時々ある どちらとも あまりない 全くない
いえない



1. これまで医師（歯科医師を含まない）の言動で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
2. この1年間医師（歯科医師を含まない）の言動で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
3. これまで歯科医師の言動で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
4. この1年間歯科医師の言動で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
5. これまで看護師の言動で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
6. この1年間看護師の言動で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
7. これまで市役所や保健所などで嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
8. この1年間市役所や保健所などで嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
9. 職場で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
10. 家族の言動で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
11. 親せきの言動で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
12. 友人の言動で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
13. 近所の人々の言動で嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5
14. 地域のつきあいで嫌な思いをしたことがある 1 2 3 4 5

問3. これまで、B型肝炎ウイルスへの感染を主な理由として、次のことがらを経験されましたか（あてはまるものすべてに☑）。

<input type="checkbox"/> 1 家族の関係が悪くなった	<input type="checkbox"/> 9 同僚・上司との関係が悪くなった
<input type="checkbox"/> 2 親せきとの関係が悪くなった	<input type="checkbox"/> 10 昇進をあきらめた
<input type="checkbox"/> 3 恋愛や結婚に関してつらい経験をした	<input type="checkbox"/> 11 退職（転職）した
<input type="checkbox"/> 4 子どもを持つことをあきらめた	<input type="checkbox"/> 12 収入が減った
<input type="checkbox"/> 5 地域での活動などに参加しなかった・やめた	<input type="checkbox"/> 13 民間保険の加入・更新を断られた
<input type="checkbox"/> 6 友人との関係が悪くなった	<input type="checkbox"/> 14 医療・福祉関係の施設入所や利用を断られた
<input type="checkbox"/> 7 いじめにあった（どこで	） <input type="checkbox"/> 15 趣味・スポーツなどができなかった
<input type="checkbox"/> 8 飲食に関してつらい経験をした	<input type="checkbox"/> 16 特にない

問4. 次の項目の経験は、あなたにとってどのくらい辛いものでしたか。

	非常に 辛かった	少し 辛かった	どちらとも いえない	あまり辛く なかった	全く辛く なかった	経験がないので わからない
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
1. 医師（歯科医師を含まない）から差別的な扱いを受けた.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 該当なし
2. 歯科医師から差別的な扱いを受けた.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 該当なし
3. 看護師から差別的な扱いを受けた.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 該当なし
4. 市役所や保健所などで差別的な扱いを受けた.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 該当なし
5. 会社の上司・同僚から差別的な言動をされた.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 該当なし
6. 家族から冷たい態度を取られた.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 該当なし
7. 親せきから冷たい態度を取られた.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 該当なし
8. 交際相手から冷たい態度を取られた.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 該当なし
9. 友人から冷たい態度を取られた.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 該当なし
10. 近所の人から冷たい態度を取られた.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 該当なし

問5. あなたがB型肝炎ウイルスに感染していることについて誰が知っていますか（あてはまるものすべてに☑）。

<input type="checkbox"/> ₁ 配偶者	<input type="checkbox"/> ₆ 職場の上司	<input type="checkbox"/> ₁₁ 誰も知らない
<input type="checkbox"/> ₂ その他の家族	<input type="checkbox"/> ₇ 職場の同僚	<input type="checkbox"/> ₁₂ 秘密にしている人はいない
<input type="checkbox"/> ₃ 親せき	<input type="checkbox"/> ₈ 隣人（地域住民）	<input type="checkbox"/> ₁₃ その他 具体的に
<input type="checkbox"/> ₄ 友人	<input type="checkbox"/> ₉ かかりつけ医（歯科医師）	
<input type="checkbox"/> ₅ 恋人	<input type="checkbox"/> ₁₀ かかりつけ医（歯科医師以外）	

問6. これまでに、次のような経験をしましたか。

	大変あてはまる	少しあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
	▼	▼	▼	▼	▼
1. 訴訟に関して、必要な書類の入手に苦労した	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 医療機関で、訴訟への批判的な意思を伝えられた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 親きょうだいに検査や手続きの協力を得るのが大変だった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 感染原因が集団予防接種と分かって胸のつかえが取れた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. 感染原因が集団予防接種と分かって家族間のわだかまりが解けた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. 感染していることによって家族との絆（関係）が深まったと思う	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. 感染していることによって、交友関係が狭くなったと思う	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. 感染していることによって、物事に消極的になったと思う	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

問7. 現在、B型肝炎治療に関する医療費助成制度を利用していますか(あてはまるものいくつかでも可)。

- ₁ インターフェロン・核酸アナログ製剤に関する助成制度を利用している
- ₂ インターフェロン・核酸アナログ製剤以外の助成制度を利用している
- ₃ その他 (具体的に)
- ₄ 利用していない

問8. 上の問で「4 利用していない」と答えた方にうかがいます。その理由を教えてください (あてはまるものいくつかでも可)。

- ₁ 制度を知らないから
- ₂ 手続きに費用がかかるから
- ₃ 手続きに手間がかかるから
- ₄ 制度の対象外だから
- ₅ 周囲に感染のことが知られると困るから
- ₆ 治療していないから
- ₇ その他
 { 具体的に }

IV. 男性で、お子さんがいる方におたずねします(それ以外の方はP.15にお進みください)。

問1. お子さんは何人いますか。 人

問2. お子さんにワクチン接種をしましたか。

- ₁ 全員にした
- ₂ した子としなかった子がいる
- ₃ 全員していない
- ₄ わからない

問3. 父子感染をしたお子さんがいますか。

- ₁ いる → 人
- ₂ いない

V. 母子感染でB型肝炎に感染した方(子)におたずねします (それ以外の方はP.16にお進みください)。

問1. 母子感染のことを、誰から伝えられましたか。

母親から	父親・他の 家族から	医師・看護師から	その他
▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄ { 具体的に

問2. 母子感染を伝えられた後、あなたの母親に対する気持ちは変わりましたか(1~5までのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑。あてはまらない場合は、6. その他に記入してください)。

	大変 あてはまる	やや あてはまる	どちらとも いえない	あまりあて はまらない	全くあて はまらない
	▼	▼	▼	▼	▼
1. 母親のせいで感染したと恨んだ	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 母親を助けたいと思った	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 母親とどう接して良いか分らなかった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 母親と病気について話したいと思った	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. 母親との時間を大切にしたいと思った	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. その他 (具体的に)

問3. 母子感染を伝えられた後、母親のあなたに対する態度は変わりましたか(1~5までのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑。あてはまらない場合は、6. その他に記入してください)。

	大変 あてはまる	やや あてはまる	どちらとも いえない	あまりあて はまらない	全くあて はまらない
	▼	▼	▼	▼	▼
1. 腫れ物にさわるように気を使うようになった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. あなたの健康を気づかうようになった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. やさしくなった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. あなたの将来を気づかうようになった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. 病院に行くように勧めらるようになった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. その他 (具体的に)

VI. 女性で出産経験がある方におたずねします（それ以外の方はP.22にお進みください）。

問1. 1人目のお子さんについて、出産時の状況をお答えください。

お子さんの性別を教えてください。 ₁ 男 ₂ 女

お子さんの生年	あなたの妊娠時のHBV検査の有無	お子さんのワクチン接種	母子感染	母子感染判明の時期	現在のお子さんの状態は
昭和/平成 []年 生まれ	<input type="checkbox"/> ₁ した <input type="checkbox"/> ₂ しない <input type="checkbox"/> ₃ わからない	<input type="checkbox"/> ₁ した <input type="checkbox"/> ₂ しない <input type="checkbox"/> ₃ わからない	<input type="checkbox"/> ₁ した → <input type="checkbox"/> ₂ しない <input type="checkbox"/> ₃ わからない ↓ 問2. 2人目のお子さんにお進みください	昭和/平成 []年	<input type="checkbox"/> ₁ キャリア <input type="checkbox"/> ₂ 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> ₃ 肝硬変 <input type="checkbox"/> ₄ 肝がん <input type="checkbox"/> ₅ 死亡

ア) 母子感染が判明したときのお気持ちをおうかがいします（それぞれあてはまるものに☑）。

	とても 思った	やや 思った	どちらとも いえない	あまり思わ なかった	全く思わ なかった
1. ショックを受けた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 子どもに申し訳ない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子どもの将来への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. どうしてよいかわからない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

イ) お子さんに伝えましたか。 ₁ はい ₂ いいえ → 次の質問 ウ) へ。

誰から伝えられましたか。

母親から	父親・他の家族から	医師・看護師から	その他
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄ 具体的に

伝えたあと、お子さんの態度は変わりましたか。以下の5段階でお答えください（それぞれあてはまるものに☑）。

	大変 あてはまる	やや あてはまる	どちらとも いえない	あまりあて はまらない	全くあて はまらない
1. 母親と子の間にわだかま りができた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 自暴自棄になった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子ども自身の健康を心配 するようになった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 母親にやさしくなった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. 感染の意味が理解できな い様子だった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ウ) お子さんにB型肝炎の症状が表れた方にお聞きします。お子さんがB型肝炎を発症したときのあなたのお気持ちをおうかがいします（それぞれあてはまるものに☐）。

	とても 思った	やや 思った	どちらとも いえない	あまり思わ なかった	全く思わ なかった
1. ショックをうけた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 子どもに申し訳ない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子どもが差別されないか 心配	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 子どもの健康への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. 子どもの将来への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. どうしてよいかわからない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. 子どもに最善の医療を受 けさせたい	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

エ) お子さんにB型肝炎の症状が表れた方にお聞きします。現在のお気持ちをおうかがいします（それぞれあてはまるものに☐）。

	とても 思った	やや 思った	どちらとも いえない	あまり思わ なかった	全く思わ なかった
1. 子どもに申し訳ない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 子どもが差別されないか 心配	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子どもの健康への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 子どもの将来への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. どうしてよいかわからない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. 子どもに最善の医療を受 けさせたい	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

オ) 妊娠・出産の際に、母子感染に関して、医師からの説明はありましたか。

丁寧に説明 された	だいたい説明 された	どちらとも いえない	ほとんど説明 されなかった	全く説明 されなかった
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

カ) 1人目のお子さんの感染に関して具体的な状況をお書きください。

[自由記述]

問2. 2人目のお子さんについて、出産時の状況をお答えください。

お子さんの性別を教えてください。 ₁ 男 ₂ 女

お子さんの生年	あなたの妊娠時のHBV検査の有無	お子さんのワクチン接種	母子感染	母子感染判明の時期	現在のお子さんの状態は
昭和/平成 []年 生まれ	<input type="checkbox"/> ₁ した <input type="checkbox"/> ₂ しない <input type="checkbox"/> ₃ わからない	<input type="checkbox"/> ₁ した <input type="checkbox"/> ₂ しない <input type="checkbox"/> ₃ わからない	<input type="checkbox"/> ₁ した → <input type="checkbox"/> ₂ しない <input type="checkbox"/> ₃ わからない ↓ 問3. 3人目のお子さんにお進みください	昭和/平成 []年	<input type="checkbox"/> ₁ キャリア <input type="checkbox"/> ₂ 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> ₃ 肝硬変 <input type="checkbox"/> ₄ 肝がん <input type="checkbox"/> ₅ 死亡

ア) 母子感染が判明したときのお気持ちをおうかがいします(それぞれあてはまるものに☑)。

	とても思った	やや思った	どちらともいえない	あまり思わなかった	全く思わなかった
1. ショックを受けた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 子どもに申し訳ない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子どもの将来への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. どうしてよいかわからない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

イ) お子さんに伝えましたか。 ₁ はい ₂ いいえ → 次の質問 ウ) へ。

誰から伝えられましたか。

母親から	父親・他の家族から	医師・看護師から	その他
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄ 具体的に

伝えたと、お子さんの態度は変わりましたか。以下の5段階でお答えください(それぞれあてはまるものに☑)。

	大変あてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1. 母親と子の間にわだかまりができた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 自暴自棄になった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子ども自身の健康を心配するようになった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 母親にやさしくなった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. 感染の意味が理解できない様子だった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ウ) お子さんにB型肝炎の症状が表れた方にお聞きします。お子さんがB型肝炎を発症したときのあなたのお気持ちをおうかがいします（それぞれあてはまるものに☑）。

	とても 思った	やや 思った	どちらとも いえない	あまり思わ なかった	全く思わ なかった
1. ショックをうけた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 子どもに申し訳ない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子どもが差別されないか 心配	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 子どもの健康への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. 子どもの将来への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. どうしてよいかわからない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. 子どもに最善の医療を受 けさせたい	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

エ) お子さんにB型肝炎の症状が表れた方にお聞きします。現在のお気持ちをおうかがいします（それぞれあてはまるものに☑）。

	とても 思った	やや 思った	どちらとも いえない	あまり思わ なかった	全く思わ なかった
1. 子どもに申し訳ない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 子どもが差別されないか 心配	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子どもの健康への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 子どもの将来への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. どうしてよいかわからない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. 子どもに最善の医療を受 けさせたい	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

オ) 妊娠・出産の際に、母子感染に関して、医師からの説明はありましたか。

丁寧に説明 された	だいたい説明 された	どちらとも いえない	ほとんど説明 されなかった	全く説明 されなかった
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

カ) 2人目のお子さんの感染に関して具体的な状況をお書きください。

[自由記述]

問3. 3人目のお子さんについて、出産時の状況をお答えください。

お子さんの性別を教えてください。 ₁ 男 ₂ 女

お子さんの生年	あなたの妊娠時のHBV検査の有無	お子さんのワクチン接種	母子感染	母子感染判明の時期	現在のお子さんの状態は
昭和/平成 []年 生まれ	<input type="checkbox"/> ₁ した <input type="checkbox"/> ₂ しない <input type="checkbox"/> ₃ わからない	<input type="checkbox"/> ₁ した <input type="checkbox"/> ₂ しない <input type="checkbox"/> ₃ わからない	<input type="checkbox"/> ₁ した → <input type="checkbox"/> ₂ しない <input type="checkbox"/> ₃ わからない ↓ P.22のⅧへお進みください	昭和/平成 []年	<input type="checkbox"/> ₁ キャリア <input type="checkbox"/> ₂ 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> ₃ 肝硬変 <input type="checkbox"/> ₄ 肝がん <input type="checkbox"/> ₅ 死亡

ア) 母子感染が判明したときのお気持ちをおうかがいします(それぞれあてはまるものに☑)。

	とても思った	やや思った	どちらともいえない	あまり思わなかった	全く思わなかった
1. ショックを受けた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 子どもに申し訳ない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子どもの将来への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. どうしてよいかわからない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

イ) お子さんに伝えましたか。 ₁ はい ₂ いいえ → 次の質問 ウ) へ。

誰から伝えられましたか。

母親から	父親・他の家族から	医師・看護師から	その他
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄ 具体的に

伝えたあと、お子さんの態度は変わりましたか。以下の5段階でお答えください(それぞれあてはまるものに☑)。

	大変あてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1. 母親と子の間にわだかまりができた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 自暴自棄になった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子ども自身の健康を心配するようになった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 母親にやさしくなった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. 感染の意味が理解できない様子だった	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ウ) お子さんにB型肝炎の症状が表れた方にお聞きします。お子さんがB型肝炎を発症したときのあなたのお気持ちをおうかがいします（それぞれあてはまるものに☑）。

	とても 思った	やや 思った	どちらとも いえない	あまり思わ なかった	全く思わ なかった
1. ショックをうけた	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 子どもに申し訳ない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子どもが差別されないか 心配	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 子どもの健康への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. 子どもの将来への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. どうしてよいかわからない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. 子どもに最善の医療を受 けさせたい	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

エ) お子さんにB型肝炎の症状が表れた方にお聞きします。現在のお気持ちをおうかがいします（それぞれあてはまるものに☑）。

	とても 思った	やや 思った	どちらとも いえない	あまり思わ なかった	全く思わ なかった
1. 子どもに申し訳ない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. 子どもが差別されないか 心配	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. 子どもの健康への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. 子どもの将来への不安	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. どうしてよいかわからない	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. 子どもに最善の医療を受 けさせたい	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

オ) 妊娠・出産の際に、母子感染に関して、医師からの説明はありましたか。

丁寧に説明 された	だいたい説明 された	どちらとも いえない	ほとんど説明 されなかった	全く説明 されなかった
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

カ) 3人目のお子さんの感染に関して具体的な状況をお書きください。

[自由記述]

4人目以上の方は P.24 の自由記述欄にお書きください。

VII. 全員の方におたずねします。

問1. あなたの性別に☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> ₁ 男性	<input type="checkbox"/> ₂ 女性
--	--

問2. 生まれた年と月をご記入ください。 昭和・平成

年	月	生まれ
---	---	-----

問3. あなたがお住まいの地域をご記入ください。

(都, 道, 府, 県)	(市, 区, 郡)
--------------	-----------

問4-1. あなたが、一緒にお住まいで、生計をともにしている方（世帯員）は、何人ですか。

あなたを含めて 人

問4-2. あなたは現在、どなたかと同居されていますか（同居している方すべてに☑）。

<input type="checkbox"/> ₁ 一人暮らし	<input type="checkbox"/> ₅ あなたの兄弟姉妹（ <input type="text"/> ）人	<input type="checkbox"/> ₉ あなたの義母
<input type="checkbox"/> ₂ あなたの配偶者	<input type="checkbox"/> ₆ あなたの子（未成年）（ <input type="text"/> ）人	<input type="checkbox"/> ₁₀ その他
<input type="checkbox"/> ₃ あなたの父親	<input type="checkbox"/> ₇ あなたの子（成年）（ <input type="text"/> ）人	【具体的に】
<input type="checkbox"/> ₄ あなたの母親	<input type="checkbox"/> ₈ あなたの義父	

問4-3. あなたには、就学中の（学校に通っている）お子さんがいますか。

<input type="checkbox"/> ₁ いる	→	同居している就学中の子ども <input type="text"/> 人
		別居している就学中の子ども <input type="text"/> 人
<input type="checkbox"/> ₂ いない		

問5. あなたの住居の種類を教えてください。

<input type="checkbox"/> ₁ 持ち家	<input type="checkbox"/> ₄ 都市再生機構・公社などの公営賃貸住宅
<input type="checkbox"/> ₂ 民間賃貸住宅	<input type="checkbox"/> ₅ その他
<input type="checkbox"/> ₃ 社宅・公務員住宅などの給与住居	【具体的に】

問6. 現在のあなたのお仕事を教えてください（一番あてはまるものに☑）。

<input type="checkbox"/> ₁ 正社員など正規雇用	<input type="checkbox"/> ₆ 学生
<input type="checkbox"/> ₂ 派遣社員・契約社員・嘱託など非正規雇用	<input type="checkbox"/> ₇ 無職
<input type="checkbox"/> ₃ 自営	<input type="checkbox"/> ₈ その他
<input type="checkbox"/> ₄ パート・アルバイト	【具体的に】
<input type="checkbox"/> ₅ 専業主婦（主夫）	

問7. 世帯の年収(手取り)は、大体どのくらいですか。差しつかえない範囲でお聞かせください。

<input type="checkbox"/> ₁ 0~100万未満	<input type="checkbox"/> ₄ 300万~400万未満	<input type="checkbox"/> ₇ 600万~800万未満
<input type="checkbox"/> ₂ 100万~200万未満	<input type="checkbox"/> ₅ 400万~500万未満	<input type="checkbox"/> ₈ 800万~1000万未満
<input type="checkbox"/> ₃ 200万~300万未満	<input type="checkbox"/> ₆ 500万~600万未満	<input type="checkbox"/> ₉ 1000万以上

問8. 現在の暮らしの状況を総合的にみて、どう感じていますか。

大変苦しい	やや苦しい	普通	ややゆとりがある	大変ゆとりがある
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

問9. 今後の経済的な暮らし向きについて、不安を感じますか。

とても不安	やや不安	どちらでもない	あまり不安でない	全く不安でない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

問10. あなたの最終学歴を教えてください。

<input type="checkbox"/> ₁ 中学	<input type="checkbox"/> ₃ 専門学校・専修学校	<input type="checkbox"/> ₅ 大学	<input type="checkbox"/> ₇ その他
<input type="checkbox"/> ₂ 高校	<input type="checkbox"/> ₄ 短大・高専	<input type="checkbox"/> ₆ 大学院	【具体的に】

問11. 国や社会に望むのはどのようなことですか(あてはまるものすべてに☑)。

<input type="checkbox"/> ₁ 医療費助成	<input type="checkbox"/> ₄ 真相究明・情報提供	<input type="checkbox"/> ₇ 医療従事者などへの教育
<input type="checkbox"/> ₂ 差別・偏見の除去	<input type="checkbox"/> ₅ 肝炎の治療法の進歩	<input type="checkbox"/> ₈ 特にない
<input type="checkbox"/> ₃ 被害の再発防止	<input type="checkbox"/> ₆ 若い人への教育	<input type="checkbox"/> ₉ その他(具体的に)

問12. 今後の被害救済や支援について、ご意見がありましたら、ぜひご記入ください。

VIII. 最後に、ご自由にこれまでのご経験やお気持ちをお書きください。
質問項目で答えきれなかったことなどもお書きください。

たくさんの質問にお答えいただき、ありがとうございました。
お手数ですが、記入もれがないか今一度ご確認ください幸いです。

集団予防接種等による B 型肝炎ウイルス感染の ご遺族の皆様へ

- このアンケートは、集団予防接種等による B 型肝炎ウイルスへの感染によって、ご家族を亡くされた皆様にお送りしております。
- お亡くなりになったご家族のことをおたずねする質問があり、答えづらい内容が含まれているかもしれません。答えられる質問だけでも構いませんので、ご無理のない範囲でお答えいただけましたら幸いです。
- 皆様のお声を、できる限り社会に伝えていきたいと考えております。お手数ですが、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

●ご協力いただける場合、

次のページのアンケートへお進みください。



●ご協力が難しい場合、

- 差しつかえなければ、理由をお聞かせください（あてはまるものすべてに☑）。

<input type="checkbox"/> ₁ 心の整理ができていない	<input type="checkbox"/> ₄ 忙しい
<input type="checkbox"/> ₂ 今は、思い出すのがつらい	<input type="checkbox"/> ₅ その他
<input type="checkbox"/> ₃ 体調がすぐれない	(具体的に)

- 無記入のアンケート（白紙）でも構いませんので、そのままご返送いただくと参考になります。ご面倒をおかけしますが、よろしくお願いいたします。

I. 提訴や和解の状況についてお聞きします。

問1. 提訴した時期を教えてください。

平成 年 月

問2. 和解の有無と時期を教えてください。

₁ 和解した 平成 年 月
₂ まだ和解していない

II. お亡くなりになった方(以下、故人とさせていただきます)についてお聞きします。

問1. 故人の性別に☐をつけてください。

₁ 男性 ₂ 女性

問2. 故人の生年月月をご記入ください。

昭和・平成 年 月

問3. お亡くなりになった年月月をご記入ください。

昭和・平成 年 月ご逝去

問4. 故人が、最後に住んでおられた地域をご記入ください。

(都, 道, 府, 県) (市, 区, 郡)

問5. お亡くなりになった当時、故人と一緒に住まいで、生計を共にしていた方(世帯員)は、何人でしたか。

故人を含めて 人

問6. 病状が悪化する前、故人は、お仕事をされていたか（一番よくあてはまるものに☑）。

<input type="checkbox"/> 1 正社員など正規雇用	<input type="checkbox"/> 6 学生
<input type="checkbox"/> 2 派遣社員・契約社員・嘱託など非正規雇用	<input type="checkbox"/> 7 無職
<input type="checkbox"/> 3 自営	<input type="checkbox"/> 8 その他
<input type="checkbox"/> 4 パート・アルバイト	【具体的に】
<input type="checkbox"/> 5 専業主婦（主夫）	

問7. 病状が悪化する前、故人は、家計を支える中心的な役割をされていたか（一番よくあてはまるものに☑）。

<input type="checkbox"/> 1 故人が中心になって家計を支えていた	<input type="checkbox"/> 5 故人は家計を支える役割をしていなかった
<input type="checkbox"/> 2 故人とあなたが半々程度、家計を支えていた	<input type="checkbox"/> 6 その他
<input type="checkbox"/> 3 故人も常勤で働いていたが、家計の中心は別の家族だった	【具体的に】
<input type="checkbox"/> 4 故人はパート・アルバイトなどで生計を補助していた	

Ⅲ. 故人のB型肝炎ウイルス感染や病気（慢性肝炎や肝がんなど）についてお聞きします。

問1. 故人が、B型肝炎ウイルスに感染した原因は何ですか。

<input type="checkbox"/> 1 故人が受けた集団予防接種	<input type="checkbox"/> 2 母親が受けた集団予防接種からの母子感染	<input type="checkbox"/> 3 その他 （具体的に）
---	--	--

問2. 故人が、B型肝炎ウイルスへの感染を知ったきっかけは何ですか（あてはまるものすべてに☑）。

<input type="checkbox"/> 1 献血	<input type="checkbox"/> 4 保健所・自治体などでの検査	<input type="checkbox"/> 7 わからない
<input type="checkbox"/> 2 健康診断	<input type="checkbox"/> 5 体調不良による医療機関の受診	<input type="checkbox"/> 8 その他
<input type="checkbox"/> 3 妊娠出産時の検査	<input type="checkbox"/> 6 故人は感染のことを知らなかった	（具体的に）

問3. 故人は、いつ頃、B型肝炎ウイルスへの感染を知りましたか。

<input type="checkbox"/> 1 昭和・平成	<input type="text"/>	年頃	<input type="checkbox"/> 2 故人は知らなかった	<input type="checkbox"/> 3 わからない
----------------------------------	----------------------	----	--------------------------------------	----------------------------------

問4. 故人のB型肝炎が集団予防接種に関係することを、故人が知ったのは、いつごろですか。

<input type="checkbox"/> 1 昭和・平成	<input type="text"/>	年頃	<input type="checkbox"/> 2 故人は知らなかった	<input type="checkbox"/> 3 わからない
----------------------------------	----------------------	----	--------------------------------------	----------------------------------

問5. B型肝炎ウイルスへの感染判明時、故人は感染の理由をどのようにお考えでしたか（あてはまるものすべてに☑）。

<input type="checkbox"/> 1 母子感染だと思っていたと思う	<input type="checkbox"/> 6 原因を考えたが、わからなかったと思う
<input type="checkbox"/> 2 性感染だと思っていたと思う	<input type="checkbox"/> 7 わからない
<input type="checkbox"/> 3 集団予防接種だと思っていたと思う	<input type="checkbox"/> 8 故人は自分の感染を知らなかったと思う
<input type="checkbox"/> 4 輸血だと思っていたと思う	<input type="checkbox"/> 9 その他
<input type="checkbox"/> 5 原因を考えたことがなかったと思う	(具体的に)

問6-1. 故人が慢性肝炎の発症を最初に指摘されたのはいつ頃ですか。

<input type="checkbox"/> 1 昭和・平成	<input type="text"/>	年頃	<input type="checkbox"/> 2 診断されなかった	<input type="checkbox"/> 3 わからない
----------------------------------	----------------------	----	-------------------------------------	----------------------------------

問6-2. 故人が肝がんの発症を最初に指摘されたのはいつ頃ですか。

<input type="checkbox"/> 1 昭和・平成	<input type="text"/>	年頃	<input type="checkbox"/> 2 診断されなかった	<input type="checkbox"/> 3 わからない
----------------------------------	----------------------	----	-------------------------------------	----------------------------------

IV. あなたが故人の感染や病気について知ったときのことをお聞きます。

問1. あなたは、いつ頃、故人がB型肝炎ウイルスに感染していることを知りましたか。（ご逝去後にわかった場合はその時期をご記入ください）。

昭和・平成 年頃

問2. 故人のB型肝炎が集団予防接種に関係することを、あなたが知ったのは、いつごろですか（ご逝去後にわかった場合でもその時期をご記入ください）。

昭和・平成 年頃

問3. 故人のB型肝炎ウイルス感染がわかったとき、あなたは、それが後に重篤な病気になると考えていましたか（一番よくあてはまるものに☑）。

<input type="checkbox"/> 1 認識していた	<input type="checkbox"/> 5 認識していなかった
<input type="checkbox"/> 2 やや認識していた	<input type="checkbox"/> 6 故人の感染を知らなかった
<input type="checkbox"/> 3 どちらともいえない	<input type="checkbox"/> 7 感染がわかったときには、既に重篤な症状が出ていた
<input type="checkbox"/> 4 あまり認識していなかった	<input type="checkbox"/> 8 その他（具体的に)

問4. B型肝炎ウイルスへの感染判明時、あなたは、故人の感染の理由をどのようにお考えでしたか。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ 母子感染だと思っていた | <input type="checkbox"/> ₅ 原因を考えたことがなかった |
| <input type="checkbox"/> ₂ 性感染だと思っていた | <input type="checkbox"/> ₆ 原因を考えたが、わからなかった |
| <input type="checkbox"/> ₃ 集団予防接種だと思っていた | <input type="checkbox"/> ₇ その他 |
| <input type="checkbox"/> ₄ 輸血だと思っていた | (具体的に) |

問5. 故人が発症した時、あなたはどなたかに相談しましたか（あてはまるものすべてに☑）。

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ 家族 | <input type="checkbox"/> ₆ あなたの上司 | <input type="checkbox"/> ₁₁ 病院の相談窓口 |
| <input type="checkbox"/> ₂ 親せき | <input type="checkbox"/> ₇ 医師 | <input type="checkbox"/> ₁₂ 故人の発症を知らなかった |
| <input type="checkbox"/> ₃ あなたの友人 | <input type="checkbox"/> ₈ 看護師 | <input type="checkbox"/> ₁₃ 相談できなかった |
| <input type="checkbox"/> ₄ あなたの交際相手 | <input type="checkbox"/> ₉ 患者会 | <input type="checkbox"/> ₁₄ 相談しなかった |
| <input type="checkbox"/> ₅ あなたの同僚 | <input type="checkbox"/> ₁₀ 行政・保健所 | <input type="checkbox"/> ₁₅ その他（具体的に) |

問6. 故人の主治医はできるだけのことをしてくれたと思いますか。あなたのお考えをご回答ください。

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ とてもそう思う | <input type="checkbox"/> ₂ まあそう思う | <input type="checkbox"/> ₃ どちらともいえない | <input type="checkbox"/> ₄ あまり思わない | <input type="checkbox"/> ₅ 全く思わない |
|---|--|---|---|--|

問7. 医師が故人の病状を説明するとき、あなたが同席することはありましたか。

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ おおむね同席した | <input type="checkbox"/> ₂ ときどき同席した | <input type="checkbox"/> ₃ ほとんど同席しなかった | <input type="checkbox"/> ₄ 全く同席しなかった |
|--|--|---|---|

V. 故人が亡くなられる前後のことをお聞きます。

問1. 故人は安らかに亡くなられましたか。

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ そう思う | <input type="checkbox"/> ₂ ややそう思う | <input type="checkbox"/> ₃ あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> ₄ そう思わない |
|--|--|---|--|

問2. あなたは心の準備ができていましたか。

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ できていた | <input type="checkbox"/> ₂ ほぼできていた | <input type="checkbox"/> ₃ あまりできていなかった | <input type="checkbox"/> ₄ できていなかった |
|---|---|---|--|

問3. 故人とは何でも話し合うことができていましたか。

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ できていた | <input type="checkbox"/> ₂ ほぼできていた | <input type="checkbox"/> ₃ あまりできていなかった | <input type="checkbox"/> ₄ できていなかった |
|---|---|---|--|

問4. あなたは十分にお世話することができましたか。

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ できていた | <input type="checkbox"/> ₂ ほぼできていた | <input type="checkbox"/> ₃ あまりできていなかった | <input type="checkbox"/> ₄ できていなかった |
|---|---|---|--|

問5. あなたは故人の余命を知っていましたか。

- ₁ 知っていた ₂ なんとなく知っていた ₃ ほとんど知らなかった ₄ 全く知らなかった

余命を知っていた方にうかがいます。

副問①. あなたはどのようにして故人の余命を知りましたか（あてはまるものすべてに☑）。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ 故人から聞いた | <input type="checkbox"/> ₅ 書籍やインターネットを使って自分で調べた |
| <input type="checkbox"/> ₂ 故人と一緒に、医師から説明を受けた | <input type="checkbox"/> ₆ はっきり聞いたわけではないが死期が近いことを察した |
| <input type="checkbox"/> ₃ 医師からあなたへ説明があった | <input type="checkbox"/> ₇ その他 |
| <input type="checkbox"/> ₄ あなたの家族から聞いた | （具体的に |
| | |

副問②. 最初に余命について知った時、どのくらいの期間だと理解されていましたが（一番よくあてはまるものに☑）。

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ 1ヶ月未満 | <input type="checkbox"/> ₆ 約半年 | <input type="checkbox"/> ₁₁ 約10年 |
| <input type="checkbox"/> ₂ 約1ヶ月 | <input type="checkbox"/> ₇ 半年～1年 | <input type="checkbox"/> ₁₂ その他 |
| <input type="checkbox"/> ₃ 1ヶ月～3ヶ月 | <input type="checkbox"/> ₈ 約1年 | （具体的に |
| <input type="checkbox"/> ₄ 約3ヶ月 | <input type="checkbox"/> ₉ 約3年 | |
| <input type="checkbox"/> ₅ 3ヶ月～半年 | <input type="checkbox"/> ₁₀ 約5年 | |

副問③. 余命を知った時期（タイミング）について、どのように感じていますか。

- ₁ 適切だった ₂ まあ適切だった ₃ やや遅かった ₄ 遅すぎた
₅ その他（具体的に

副問④. 故人も余命を伝えられていましたか。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ 医師から伝えられていた | <input type="checkbox"/> ₄ 故人の希望で伝えていなかった |
| <input type="checkbox"/> ₂ 家族から伝えられていた | <input type="checkbox"/> ₅ わからない |
| <input type="checkbox"/> ₃ 家族の判断で故人には伝えていなかった | <input type="checkbox"/> ₆ その他 |
| | （具体的に |
| | ） |

副問⑤. あなたは故人の余命を知った後、故人とどのように過ごしましたか。（自由記述）