

C型肝炎患者さんの 病態と生活に関するアンケート調査

研究事業名：厚生労働省 厚生労働科学研究費補助金（肝炎等克服政策研究事業）

研究課題名：「我が国のウイルス性肝炎対策に資する医療経済評価に関する研究
（H26-肝政-一般-03）」（平尾班）

研究代表者 国立大学法人香川大学医学部人間社会環境医学講座公衆衛生学
教授 平尾 智広

お問合せ先（代表）

厚労科研平尾班分担研究者 調査担当：大東文化大学大学院スポーツ・健康科
学研究科健康情報科学領域予防医学専攻 教授 杉森 裕樹 電話(代表)：
0493 - 31 - 1558

（アンケート受取代行 バイオコミュニケーションズ㈱ 電話：045-470-0005（担当：柴山・加部・待寺））

はじめに、今回の私たちの研究にご協力していただけることを深く感謝申し上げます。この研究では、C型肝炎を患っておられる患者さんに、病気の状態と生活の状況をお尋ねした上で、その結果をまとめて集計、分析を行い、C型肝炎患者さんが、治療によりどのように生活が改善されるのかを明らかにしたいと考えています。C型肝炎の治療は長期間を要し、治療が終わった後も長期の観察が必要とされます。治療期間と、経過観察期間の患者さんの状況を詳しく把握するため、本アンケートは治療前と治療を開始してから12, 24, 36, 48週後にご回答していただく必要があり、ご負担をおかけすることを大変心苦しく思っております。しかし、一人ひとりのC型肝炎患者さんが、このアンケートにお答えいただくことで、今まであまり注目されていなかった、治療による体調や精神的な状態の変化を少しでも明らかにしたいと思っております。

本アンケート調査結果を国としてのC型肝炎対策に反映させることで、C型肝炎患者さんには、今よりもより良い毎日を送っていただくことを切に願っております。

平尾 智広

杉森 裕樹

本アンケート全般に関する説明

- ・本アンケート調査は、C型肝炎の患者さんに、ご協力をお願いしております。
- ・本アンケートは、いつでも中断・撤回することができます。
- ・本アンケートは無記名（名前を書かない）アンケート調査です。封筒とアンケート用紙には番号を振っておりますが、これは5回の時期に分けて繰り返しお答えいただいたアンケートを同一の方のものと認識するためのものであり、決して個人を特定するものではありません。
- ・秘密の保護には万全を期していますので、ありのままを記入してください。
- ・分からない質問や、答えにくい質問には、お答えいただく必要はありません。
- ・記入に当たっては特に説明がない限り、あてはまるもの1つに をつけてください。正解や誤答はありませんので、あなたの個人的な体験や経験、感想に基づいてお答えください。
- ・本アンケートを記入するにあたって、質問事項を一読されてから記入されるようお願いします。
- ・本アンケートにお答えいただきましたら、返送用封筒にお入れいただき、大東文化大学 杉森裕樹までご返送ください。
(アンケート受取代行はバイオコミュニケーションズ(株)を指定しております。)

研究事業名：厚生労働省 厚生労働科学研究費補助金（肝炎等克服政策研究事業）

研究課題名：「我が国のウイルス性肝炎対策に資する医療経済評価に関する研究
（H26-肝政-一般-03）」

分 担 研
究：

「ウイルス性肝炎に関する各種治療中における効用値の時系列変化と医療経済評価」

調査責任施設：大東文化大学スポーツ・健康科学研究科健康情報科学領域予防医学

調査協力施設：国立病院機構長崎医療センター、国立病院機構東広島医療センター、国立病院機構仙台医療センター、国立病院機構信州上田医療センター、国立病院機構九州がんセンター、国立病院機構名古屋医療センター、国立病院機構東名古屋病院、国立病院機構嬉野医療センター、国立病院機構愛媛医療センター、国立病院機構東京病院、国立病院機構岩国医療センター、国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター、国立病院機構熊本医療センター、国立病院機構別府医療センター、国立病院機構まつもと医療センター松本病院、国立病院機構岡山医療センター、国立国際医療研究センター病院、国立国際医療研究センター国府台病院、東京大学附属病院、帝京大学附属病院

調査責任者：杉森 裕樹

お問合せ先：担当 杉森 裕樹 電話(代表)：0493-31-1558

（大東文化大学大学院スポーツ・健康科学研究科健康情報科学領域 予
防医学専攻 教授）

解析担当：杉森 裕樹

調査期間：平成27年4月（承認日）～平成28年3月 調査票回収方法：すべての調査票のご記入後、同封の返信用封筒にて郵送をお願いします。

質問票に関する説明

質問票は下記の5回分が入っています。それぞれのタイミング（治療前と治療を開始してから12, 24, 36, 48週後）で質問票を記入し、同封の封筒にてポストに投函くださいますようお願いいたします。

	アンケートの名称	アンケート用紙
1回目	治療開始前	白色
2回目	治療開始から12週後（約3ヵ月後）	緑色
3回目	治療開始から24週後（約6ヵ月後）	黄色
4回目	治療開始から36週後（約9ヵ月後）	ピンク色
5回目	治療開始から48週後（約1年後）	水色

アンケート回答スケジュール

2015年(平成27年)

4月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

5月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

6月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

7月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

8月

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

9月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

10月

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

11月

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

12月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

2016年(平成28年)

1月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

2月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29			

3月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

4月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

5月

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

6月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

7月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

8月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

9月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

10月

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

11月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

アンケート 1 回目

治療開始前にお答えください

A あなた自身、及び肝臓の病気について、お尋ねします。

以下の質問について、当てはまるものに をつけてください。

問 A-1 . あなたの性別を教えてください

- 1. 男性
- 2. 女性

問 A-2 . あなたの年齢を教えてください

- 1. 20代
- 2. 30代
- 3. 40代
- 4. 50代
- 5. 60代
- 6. 70代
- 7. 80代
- 8. 90代以上

問 A-3 . あなたの職業を教えてください

- 1. 会社員
- 2. 会社役員
- 3. 自営業
- 4. パート・アルバイト
- 5. 専業主婦・主夫
- 6. 学生
- 7. 無職
- 8. 定年後
- 9. その他

問 A-4 . C型肝炎のあなたの病名を教えてください

- 1.慢性肝炎
- 2. 肝硬変
- 3.わからない

問 A-5 . 肝細胞癌と診断されたことがありますか

- 1. ある
- 2. ない
- 3.わからない

問 A-6 . 肝臓病以外の病気で、定期通院を必要とするような病気やお薬が必要な病気がある場合、その主な病名をカッコの中に 3 つまで記入してください [例えば、糖尿病、高血圧、脳梗塞、など]

病名 ()

問 A-7 . C型肝炎に対する今までの治療状況についてお尋ねします

(現在 C 型肝炎治療で入院されている方は、入院前の状況についてお答えください。)

問 A-7-1 . 過去 1 年間以内に C 型肝炎の検査や治療の目的で入院したことがありますか

- 1. 入院したことがある
- 2. 入院していない

次ページへ続きます

問 A-7-2 . 過去 1 年以内の C 型肝炎の検査や治療の為の通院頻度はどのくらいですか

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. 1 週間に 1 回かそれ以上 | 2. 2 週間に 1 回程度 |
| 3. 1 か月に 1 回程度 | 4. 2 か月に 1 回程度 |
| 5. 3 か月に 1 回程度 | 6. 半年に 1 回程度 |
| 7. 1 年に 1 回程度 | 8. 通院していない |

問 A-7-3 . あなたは今までに C 型肝炎に対するインターフェロン治療を受けたことがありますか

1. インターフェロン治療を受けたことがある
2. インターフェロン治療を受けたことがない
3. わからない

問 A-7-4 . 問 A-7-3 でインターフェロン治療を受けたことがあると答えた方にお尋ねします

問 A-7-4-1 . 今まで受けたインターフェロン治療の治療回数を教えてください

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 1. 1 回 | 2. 2 回 | 3. 3 回以上 |
| 4. わからない | | |

問 A-7-4-2 . 最後の（直近の）インターフェロン治療はいつ受けましたか

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1. 1 年以内 | 2. 1 ~ 3 年前 | 3. 3 ~ 5 年前 |
| 4. 5 ~ 10 年前 | 5. 10 年以上前 | 6. わからない |

問 A-7-4-3 . 最後の（直近の）インターフェロン治療の治療期間を教えてください

- | | | |
|-----------|---------------|------------|
| 1. 6 か月以内 | 2. 6 か月 ~ 1 年 | 3. 1 ~ 2 年 |
| 4. 2 年以上 | 5. わからない | |

次ページへ続きます

問 A-8 . 各項目において、あなたの今日の健康状態を最もよく表している四角 () 1 つに✓印をつけてください。

問 A-8-1 . 移動の程度

1. 歩き回るのに問題はない
2. 歩き回るのに少し問題がある
3. 歩き回るのに中程度の問題がある
4. 歩き回るのにかなり問題がある
5. 歩き回ることができない

問 A-8-2 . 身の回りの管理

1. 自分で身体を洗ったり着替えをするのに問題はない
2. 自分で身体を洗ったり着替えをするのに少し問題がある
3. 自分で身体を洗ったり着替えをするのに中程度の問題がある
4. 自分で身体を洗ったり着替えをするのにかなり問題がある
5. 自分で身体を洗ったり着替えをすることができない

問 A-8-3 . ふだんの活動 (例 : 仕事、勉強、家族・余暇活動)

1. ふだんの活動を行うのに問題はない
2. ふだんの活動を行うのに少し問題がある
3. ふだんの活動を行うのに中程度の問題がある
4. ふだんの活動を行うのにかなり問題がある
5. ふだんの活動を行うことができない

問 A-8-4 . 痛み / 不快感

1. 痛みや不快感はない
2. 少し痛みや不快感がある
3. 中程度の痛みや不快感がある
4. かなりの痛みや不快感がある
5. 極度の痛みや不快感がある

問 A-8-5 . 不安 / ふさぎ込み

1. 不安でもふさぎ込んでもいない
2. 少し不安あるいはふさぎ込んでいる
3. 中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
4. かなり不安あるいはふさぎ込んでいる
5. 極度に不安あるいはふさぎ込んでいる

問 A-8-6 . 自由記載欄 (ご自由にご記入ください)

[]

次ページへ続きます

B あなたの健康状態について、お尋ねします。

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

問 B-1 以下のそれぞれの質問について、いちばんよくあてはまるものに 印をつけてください。

問 B-1-1 . 全体的にみて、過去 1 ヶ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高に 良い	とても 良い	良い	あまり 良くない	良くない	ぜんぜん 良くない
1	2	3	4	5	6

問 B-1-2 . 過去 1 ヶ月間に、^{のほ}体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん、 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり、 妨げられた	体を使う日常活動が できなかった
1	2	3	4	5

問 B-1-3 . 過去 1 ヶ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん、 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり、 妨げられた	いつもの仕事が できなかった
1	2	3	4	5

問 B-1-4 . 過去 1 ヶ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの 痛み	強い痛み	非常に 激しい痛み
1	2	3	4	5	6

問 B-1-5 . 過去 1 ヶ月間、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気だった	少し元 気だった	わずかに 元気だった	ぜんぜん元 気でなかった
1	2	3	4	5

問 B-1-6 . 過去 1 ヶ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん、 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり、 妨げられた	つきあいが できなかった
1	2	3	4	5

問 B-1-7 . 過去 1 ヶ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

ぜんぜん 悩まなかった	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり、 悩まされた	非常に 悩まされた
1	2	3	4	5

問 B-1-8 . 過去 1 ヶ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん、 妨げられなかった	わずかに、 妨げられた	少し、 妨げられた	かなり、 妨げられた	日常行う活動が できなかった
1	2	3	4	5

次ページへ続きます

問 B-2 . 過去 2 週間の間に、以下のようなことがどのくらいありましたか？

当てはまるものを一つ選んで をつけてください。

(記入例)	常に あった	ほとんど 常に あった	しばしば あった	ときどき あった	たまに あった	ほとんど なかった	まったく なかった
例．新しくなった病院の受付はわかりにくいと思うことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7

	常に あった	ほとんど 常に あった	しばしば あった	ときどき あった	たまに あった	ほとんど なかった	まったく なかった
1 おなかが張った感じがして困ったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
2 疲労感やだるさを感じたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
3 身体の痛みを感じたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
4 日中に眠気を覚えたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
5 おなかの痛みを感じたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
6 日常活動の中で息切れがひどかったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
7 思うように食べられなかったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
8 力が出なくて困ったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
9 重いものを持ち運ぶのが大変だったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
10 不安な気持ちになったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
11 元気がないと感じたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
12 幸せではないと感じたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
13 頭がぼやっとしていたと感じたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7

		常に あった	ほとんど 常にあっ た	しばし ばあっ た	ときど きあっ た	たまに あった	ほとんど なかった	まったく なかった
14	食事制限でうんざりしたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
15	イライラしたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
16	夜眠れずに困ったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
17	おなかの不快感で悩まされたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
18	自分の肝臓病のため家族に迷惑がかかっているのではと気になったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
19	気分の浮き沈みがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
20	夜寝つきにくかったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
21	手や足がつって痛かったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
22	今の症状がこの先悪化するのではと心配になったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
23	唾が出にくいため口の中が渴いたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
24	憂鬱になったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
25	自分の状態がもっと悪くなるのではと心配になったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
26	集中するのに苦労したことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
27	身体のかゆみで悩まされたことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
28	病気がこれ以上よくなるのではと心配になったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7
29	もし肝移植をしなければならなくなった場合肝臓がもらえないのでは、と不安になったことがどのくらいありましたか？	1	2	3	4	5	6	7

ご協力ありがとうございました。

本調査票は同封の返信用封筒に入れて、本調査用紙および返信用封筒にも無記名の状態でご郵送ください。