

広島県肝疾患患者フォローアップシステムの改善に向けた アンケートへの御協力をお願い

1 アンケートの目的

広島県では、平成 25 年 4 月から、肝炎ウイルス陽性者の方に対し、適切な肝炎医療を受け重症化を予防するための継続的な受診を後押しさせていただき、広島県肝疾患患者フォローアップシステム（以下、「システム」と略）を運用しています。

システムの運用開始から 7 年半が経過しましたが、登録されている皆様にとって更に有益なシステムとなるよう、改善を図ることを検討しています。

そこで今回、現在登録されている皆様に対し、現在の利用状況や今後の希望などをお聞きすることとしました。

つきましては、本アンケート調査の趣旨を御理解いただき、調査に御協力いただけると幸いです。

2 アンケートへの回答方法

(1) 郵送による回答

同封の登録者アンケートに御記入のうえ、返信用封筒により返信してください。

(2) インターネットによる回答

次の広島県ホームページの調査サイトへアクセスし、回答の入力をお願いします。

⇒ 標題：広島県肝疾患患者フォローアップシステムに関するアンケート調査について
(広島県ホームページのトップページからの検索でも可能です。)

フォローアップシステム アンケート

QR コード



3 回答締切日

令和 3 年 1 月 29 日（金）

4 その他

このアンケートにより得られた情報は、目的以外に利用することはありません。また、誰がどのように回答されたかは分からない方法で調査しますので、御協力いただける場合は、必ず無記名での回答をお願いします。

また、回答は自由意志によるものであり、回答しないことで不利益となることはありませんが、調査の趣旨を御理解いただき、ぜひ御協力いただくようお願いします。

調査実施者：広島県健康福祉局業務課

(問合せ先) 〒730-8511 広島市中区基町 10 番 52 号

電話 082-513-3078 (ダイヤル)

E-mail fuyakumu@pref.hiroshima.lg.jp

広島県肝疾患患者フォローアップシステムに関する登録者アンケート

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※該当する箇所に○を記載してください。また、必要に応じて〔 _____ 〕内に記載してください。

問1 あなたの性別と年齢を教えてください。

- 性別 () 男性 () 女性
年代 () 10 歳代 () 20 歳代 () 30 歳代
() 40 歳代 () 50 歳代 () 60 歳代
() 70 歳代 () 80 歳代 () 90 歳代以上

問2 あなたの肝炎ウイルス型を教えてください。

- () B 型肝炎 () C 型肝炎
() B 型肝炎と C 型肝炎の両方

問3 あなたが肝炎ウイルスに感染していると知ったきっかけを教えてください。

(当てはまるもの1つに○)

- () 行政(都道府県又は市町村)が実施する肝炎ウイルス検査(住民健診を含む。)
() 職場の健康診断(定期健診など)による肝炎ウイルス検査
() 人間ドックの肝炎ウイルス検査
() 妊婦健診時の肝炎ウイルス検査
() 医療機関が行う血液検査(手術前や内視鏡検査前など)
() 献血したときの血液検査
() その他(具体的に記載してください。)

- () 覚えていない

問4 あなたが肝炎ウイルスに感染していると知った時期を教えてください。

- () 3 か月以内 () 3~6 か月前 () 6 か月~1 年前
() 1~5 年前 () 5~10 年前 () 10~20 年前
() 20~30 年前 () 30 年以上前 () 覚えていない

問5 あなたの現在の病態を教えてください。(当てはまるもの全てに○)

- () 無症候性キャリア () 慢性肝炎(治療後の方を含みます。)
() 肝硬変 () 肝がん(治療後の方を含みます。)
() 分からない

問6 あなたがフォローアップシステムへの登録に同意された年月を教えてください。

- () [_____] 年 [_____] 月 () 不明

※登録へ同意した際に記載された登録同意書を保管していれば、同意年月日を確認できます。

質問は裏面に続きます。

問7 あなたがフォローアップシステムへの登録に同意した理由を教えてください。

(当てはまるもの全てに○)

(1) 制度に関する理由

- 年1回の肝疾患専門医療機関への受診勧奨や保健指導が受けられるから。
- 初回精密検査費用の助成が受けられるから。
- 定期検査費用の助成が受けられるから。
- 最新の治療情報や講演会の案内があるから。
- その他(具体的に理由を記載してください。)

特に理由はない。

(2) 周囲からの勧めに関する理由

- 主治医や医療機関の職員に勧められたから。
- 肝疾患相談室に勧められたから。
- 行政(県庁, 保健所, 市町)に勧められたから。
- 肝疾患コーディネーターに勧められたから。
- 家族, 友人, 知人に勧められたから。
- その他(具体的に誰かを記載してください。)

特に周囲からの勧めによるものではない。

問8 あなたが初めて登録に同意した年以降のことについて教えてください。

- (1) 現在までの肝疾患専門医療機関(以下「専門医療機関」と略)への受診状況及び受診調査票の持参状況を教えてください。(登録に同意した際の初回受診は除いてお答えください。)

	毎年受診している	時々受診している	受診したことがない
専門医療機関への受診			

	必ず持参している	時々持参している	持参したことがない
専門医療機関への受診調査票の持参			

- 登録して1年以内(初回受診のみ)のため, 上記に該当しない。
- その他(上記に当てはまらない場合は, 具体的に記載してください。)

☞ 肝炎の病態が進行しないようにするためには, ご自身の感染が分かっている場合は経過観察(治療後も含みます)のために継続的な専門医療機関への受診が必要です。

☞ 毎年県からお送りしている受診調査票を受診時に持参していただくことで, 県があなたの受診状況を把握でき, このことが今後の県の肝炎対策の向上につながります。

☞ 専門医療機関受診の際には, ぜひ受診調査票をご持参くださいますよう, 御協力をお願いします。

(2) (1) で、専門医療機関を受診している場合で、「受診調査票を持参したことがない」と回答した方は、その理由を教えてください。(当てはまるもの全てに○)

- () 受診調査票を持参するのが面倒だから。
- () 受診調査票を持参しなくても受診できるから。
- () 専門医療機関から受診調査票の持参を求められないから。
- () 定期検査費用の助成が受けられないので、受診調査票を持参する必要がないから。
- () その他(上記以外の理由がある場合は、具体的に記載してください。)

☞システムへの登録に同意された場合は、県から毎年受診の案内に関するお知らせが送られ、専門医療機関を忘れずに受診することができます。また、その際に受診調査票を持参していただくことで、システムへの登録情報が更新されます。さらに、一定の要件を満たす方は、肝臓の状態をチェックするための初回精密検査や定期検査費用の助成を受けることができます。

(3) (1) で専門医療機関を「時々受診している」又は「受診したことがない」と回答した方は、どのようなきっかけがあれば、受診しようと思いますか。

(最も該当するもの1つに○)

- () 何らかの症状が出た場合
- () 医師から受診を勧められた場合
- () 行政(保健所、市町)から保健指導を受けた場合
- () 近所に専門医療機関ができた場合
- () 受診にかかる費用が無料になる場合
- () その他(具体的なきっかけを記載してください。)

問9 あなたの肝炎治療費助成制度(受給者証)の利用状況を教えてください。

- () 現在受給者証の交付を受けている。(申請中の方を含みます。)
 - () インターフェロン治療(注射薬の治療)
 - () 核酸アナログ製剤治療(B型肝炎の飲み薬の治療)
 - () インターフェロンフリー治療(C型肝炎の飲み薬の治療)
- () 過去に受給者証の交付を受けていた。
 - () インターフェロン治療(注射薬の治療)
 - () 核酸アナログ製剤治療(B型肝炎の飲み薬の治療)
 - () インターフェロンフリー治療(C型肝炎の飲み薬の治療)
- () 受給者証の交付を受けずに上記の抗ウイルス治療をした。
- () 上に記載の抗ウイルス治療以外で治療(強ミノ、ウルソ、瀉血等)した。
- () これまでに治療していない。

質問は次のページに続きます。

問 10 今後のフォローアップシステムへの登録継続希望について教えてください。

- () 登録を継続したい。
↓ 以下に理由をお答えください。(当てはまるもの全てに○)
() 県から受診案内が送られることで、忘れずに受診できるから。
() 定期検査費用の助成が受けられるから。
() 行政(保健所、市町)から保健指導が受けられるから。
() その他(具体的に理由を記載してください。)
- () 希望する支援が受けられれば、登録を継続したい。
(理由や希望する支援の内容を記載してください。)
- () できれば登録をやめたい。(※この回答により登録を解除するものではありません。)
↓ 以下に理由をお答えください。(当てはまるもの全てに○)
() 県からの受診案内がなくても毎年受診しているから。
() 他の公費負担医療制度を受けているから。
() 個人情報を登録することが不安だから。
() その他(具体的に理由を記載してください。)
- () どちらとも言えない。(理由を記載してください。)

☞ 個人情報を登録することが不安な方へ：

あなたの個人情報は、適切な肝炎医療の受診勧奨を行うため、県やお住いの市町及び受診された専門医療機関が共有しますが、この制度の目的以外に使用することはありません。また、フォローアップシステムに登録された内容は、広島県情報セキュリティポリシーに基づき、適正かつ厳正に管理しますので、御安心ください。

問 11 フォローアップシステムについて改善してほしいこと、受けたい支援など(既存制度を含みます。)について教えてください。(当てはまるもの全てに○)

- () 定期検査費用の助成対象者を拡大する。
() 定期検査費用の助成額を増やす。
() 定期検査費用の助成回数を増やす。
() 定期検査費用助成の申請方法を簡単にする。
() 初回精密検査費用の助成対象者を拡大する。
() 知りたい情報が提供してもらえる。(希望する情報の内容に☑してください。)
 患者向け講演会・教室 肝炎訴訟情報 各種公的助成制度
 患者会(ピアサポート) メールマガジンの配信
 その他
- () 専門医療機関への受診案内のお知らせが受けられる。
() 行政による保健指導が受けられる。
() 肝炎治療受給者証の更新申請の診断書の代わりに受診調査票が使える。
() フォローアップシステムが広く患者に知られるよう、広報の方法を改善する。
() その他(具体的な希望があれば、御自由に記載してください。)
- () 特に希望なし

質問は以上で終わりです。御協力ありがとうございました。
回答いただいた内容は、今後の施策に有効に活用させていただきます。