

## クローン病の治療に関するアンケート

### 選択肢記号の説明

- 複数選択 (チェックボックス)
- 単一選択 (ラジオボタン)
- 単一選択 (プルダウン)

MAC

Q1

あなたが医療機関を受診される前のクローン病の症状についてお聞きします。  
医療機関を受診する前に、どのような症状がありましたか。あてはまるものをすべてお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 腹痛
- 2. 下痢
- 3. 発熱 (微熱が続く)
- 4. 下血 (血便)
- 5. 食欲不振
- 6. 吐き気・おう吐
- 7. 体重減少
- 8. 貧血
- 9. 肛門部の痛み
- 10. 肛門部の出血
- 11. その他【FA】
- 12. 特に症状はなかった

Q1\_11FA

SAP

Q2

下記の症状が初めて出たのは、何歳の頃ですか。  
※複数症状があった場合は、一番先に出た症状についてお答えください。  
【【Q1の選択内容】】

▲ 設問文を折りたたむ

- ▽ 1. 0歳
- ▽ 2. 1歳
- ▽ 3. 2歳
- ▽ 4. 3歳
- ▽ 5. 4歳
- ▽ 6. 5歳
- ▽ 7. 6歳
- ▽ 8. 7歳
- ▽ 9. 8歳
- ▽ 10. 9歳
- ▽ 11. 10歳
- ▽ 12. 11歳
- ▽ 13. 12歳
- ▽ 14. 13歳
- ▽ 15. 14歳
- ▽ 16. 15歳
- ▽ 17. 16歳
- ▽ 18. 17歳
- ▽ 19. 18歳
- ▽ 20. 19歳
- ▽ 21. 20歳
- ▽ 22. 21歳
- ▽ 23. 22歳
- ▽ 24. 23歳
- ▽ 25. 24歳
- ▽ 26. 25歳
- ▽ 27. 26歳
- ▽ 28. 27歳
- ▽ 29. 28歳
- ▽ 30. 29歳
- ▽ 31. 30歳
- ▽ 32. 31歳
- ▽ 33. 32歳
- ▽ 34. 33歳
- ▽ 35. 34歳
- ▽ 36. 35歳
- ▽ 37. 36歳
- ▽ 38. 37歳
- ▽ 39. 38歳
- ▽ 40. 39歳
- ▽ 41. 40歳
- ▽ 42. 41歳
- ▽ 43. 42歳
- ▽ 44. 43歳
- ▽ 45. 44歳
- ▽ 46. 45歳
- ▽ 47. 46歳
- ▽ 48. 47歳

▽ 49.	48歲
▽ 50.	49歲
▽ 51.	50歲
▽ 52.	51歲
▽ 53.	52歲
▽ 54.	53歲
▽ 55.	54歲
▽ 56.	55歲
▽ 57.	56歲
▽ 58.	57歲
▽ 59.	58歲
▽ 60.	59歲
▽ 61.	60歲
▽ 62.	61歲
▽ 63.	62歲
▽ 64.	63歲
▽ 65.	64歲
▽ 66.	65歲
▽ 67.	66歲
▽ 68.	67歲
▽ 69.	68歲
▽ 70.	69歲
▽ 71.	70歲
▽ 72.	71歲
▽ 73.	72歲
▽ 74.	73歲
▽ 75.	74歲
▽ 76.	75歲
▽ 77.	76歲
▽ 78.	77歲
▽ 79.	78歲
▽ 80.	79歲
▽ 81.	80歲
▽ 82.	81歲
▽ 83.	82歲
▽ 84.	83歲
▽ 85.	84歲
▽ 86.	85歲
▽ 87.	86歲
▽ 88.	87歲
▽ 89.	88歲
▽ 90.	89歲
▽ 91.	90歲
▽ 92.	91歲
▽ 93.	92歲
▽ 94.	93歲
▽ 95.	94歲
▽ 96.	95歲
▽ 97.	96歲
▽ 98.	97歲
▽ 99.	98歲
▽ 100.	99歲
▽ 101.	100歲

SAR

Q3

あなたは初めて下記の症状が出たとき、医療機関での受診を考えたか。最もあてはまるものを1つお答えください。  
※複数症状があった場合は、一番先に出た症状についてお答えください。  
【【Q1の選択内容】】

▲ 設問文を折りたたむ

1. 受診を考えたが、受診はしなかった
2. 受診は考えなかった
3. 初めて症状が出たときに受診した

MTS

Q4

初めて下記の症状が出てから、(1) 初めて医療機関を受診するまでの期間、(2) クロウン病と診断されるまでの期間はどれくらいですか。それぞれ最もあてはまるものを1つお選びください。  
※複数症状があった場合は、一番先に出た症状についてお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q4S1

Q4S2

- |    |                                |
|----|--------------------------------|
| 1. | (初めて症状が出てから) 初めて医療機関を受診するまでの期間 |
| 2. | (初めて症状が出てから) クロウン病と診断されるまでの期間  |

選択肢リスト

1. 1ヶ月未満
2. 1ヶ月～3ヶ月未満
3. 3ヶ月～6ヶ月未満
4. 6ヶ月～1年未満
5. 1年～2年未満
6. 2年以上
7. 覚えていない/よくわからない

MAC

Q5

初めて下記の症状が出たときに医療機関を受診しなかったのは、どのような理由からですか。あてはまるものをすべてお選びください。  
※複数症状があった場合は、一番先に出た症状についてお答えください。  
【【Q1の選択内容】】

▲ 設問文を折りたたむ

1. 通院する時間がなかったから
2. 定期的な通院が嫌だったから
3. 大したことはないと思っていたから
4. 市販薬で様子をみたら
5. 治療費が負担になるから
6. 病院での検査が嫌だったから
7. 日常生活にあまり支障がなかったから
8. (重い病気にかかっていると思い) 病院に行くのを躊躇(ちゅうちよ)したから
9. 食事などの生活習慣の改善で治そうとしたから
10. その他【FA】

Q5\_10FA

SAR

Q6

下記の症状の中で、あなたに医療機関の受診を決意させた症状はどれですか。Q1で回答された症状が表示されますので、受診を決意させた症状を1つお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

1. 腹痛
2. 下痢
3. 発熱(微熱が続く)
4. 下血(血便)
5. 食欲不振
6. 吐き気・おう吐
7. 体重減少
8. 貧血
9. 肛門部の痛み
10. 肛門部の出血
11. その他【【Q1\_11FAの選択内容】】
12. 上記以外の症状で受診を決意した
13. 症状で受診は決意していない(別の理由で受診を決意した)

MTS

Q7

あなたが（1）クローン病の治療で最初に受診した医療機関、（2）クローン病と診断を受けた医療機関、  
 （3）クローン病と診断された後に治療を開始した医療機関、（4）クローン病の治療で現在主に受診している医療機関はどこですか。  
 それぞれあてはまるものを1つお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q7S1	1. (クローン病の治療で) 最初に受診した医療機関
Q7S2	2. クローン病と診断を受けた医療機関
Q7S3	3. クローン病と診断された後、治療を開始した医療機関
Q7S4	4. (クローン病の治療で) 現在主に受診している医療機関

選択肢リスト

- 1. 一般の診療所（医院）・クリニック
- 2. 胃腸（消化器）専門の診療所（医院）・クリニック
- 3. 一般・総合病院
- 4. 胃腸（消化器）専門の病院
- 5. 大学病院
- 6. その他 FA

MTS

Q8

あなたが（1）クローン病の治療で最初に受診した診療科、（2）クローン病と診断を受けた診療科、  
 （3）クローン病と診断された後に治療を開始した診療科、（4）クローン病の治療で現在主に受診している診療科はどこですか。  
 それぞれあてはまるものを1つお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q8S1	1. (クローン病の治療で) 最初に受診した診療科
Q8S2	2. クローン病と診断を受けた診療科
Q8S3	3. クローン病と診断された後、治療を開始した診療科
Q8S4	4. (クローン病の治療で) 現在主に受診している診療科

選択肢リスト

- 1. 一般内科
- 2. 消化器内科
- 3. IBD（炎症性腸疾患）専門外来
- 4. 一般外科
- 5. 胃腸科
- 6. 肛門科・大腸肛門科
- 7. その他 FA

SAP

Q9

あなたがクローン病と診断されたのは何歳の頃ですか。  
 ※現在の年齢ではなく、クローン病と最初に診断された年齢をお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 0歳
- 2. 1歳
- 3. 2歳
- 4. 3歳
- 5. 4歳
- 6. 5歳
- 7. 6歳
- 8. 7歳
- 9. 8歳
- 10. 9歳
- 11. 10歳
- 12. 11歳
- 13. 12歳
- 14. 13歳
- 15. 14歳
- 16. 15歳
- 17. 16歳
- 18. 17歳
- 19. 18歳
- 20. 19歳
- 21. 20歳
- 22. 21歳
- 23. 22歳
- 24. 23歳
- 25. 24歳
- 26. 25歳
- 27. 26歳
- 28. 27歳
- 29. 28歳
- 30. 29歳
- 31. 30歳
- 32. 31歳

▽ 33.	32歲
▽ 34.	33歲
▽ 35.	34歲
▽ 36.	35歲
▽ 37.	36歲
▽ 38.	37歲
▽ 39.	38歲
▽ 40.	39歲
▽ 41.	40歲
▽ 42.	41歲
▽ 43.	42歲
▽ 44.	43歲
▽ 45.	44歲
▽ 46.	45歲
▽ 47.	46歲
▽ 48.	47歲
▽ 49.	48歲
▽ 50.	49歲
▽ 51.	50歲
▽ 52.	51歲
▽ 53.	52歲
▽ 54.	53歲
▽ 55.	54歲
▽ 56.	55歲
▽ 57.	56歲
▽ 58.	57歲
▽ 59.	58歲
▽ 60.	59歲
▽ 61.	60歲
▽ 62.	61歲
▽ 63.	62歲
▽ 64.	63歲
▽ 65.	64歲
▽ 66.	65歲
▽ 67.	66歲
▽ 68.	67歲
▽ 69.	68歲
▽ 70.	69歲
▽ 71.	70歲
▽ 72.	71歲
▽ 73.	72歲
▽ 74.	73歲
▽ 75.	74歲
▽ 76.	75歲
▽ 77.	76歲
▽ 78.	77歲
▽ 79.	78歲
▽ 80.	79歲
▽ 81.	80歲
▽ 82.	81歲
▽ 83.	82歲
▽ 84.	83歲
▽ 85.	84歲
▽ 86.	85歲
▽ 87.	86歲
▽ 88.	87歲
▽ 89.	88歲
▽ 90.	89歲
▽ 91.	90歲
▽ 92.	91歲
▽ 93.	92歲
▽ 94.	93歲
▽ 95.	94歲
▽ 96.	95歲
▽ 97.	96歲
▽ 98.	97歲
▽ 99.	98歲
▽ 100.	99歲
▽ 101.	100歲

SAR

Q10

あなたのクローン病のタイプについて、現在（直近に）診断されているものを1つお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 小腸型
- 2. 小腸・大腸型
- 3. 大腸型
- 4. その他【FA】 Q10\_4FA
- 5. 覚えていない／よくわからない（診断されていない）

SAR

Q11

現在、あなたのクローン病の状態は以下のどちらにあてはまりますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 活動期（症状が出ている状態）
- 2. 寛解期（症状が治まっている状態）

MTS

Q12

あなたのクローン病の状態について、活動期（症状が出ている状態）と寛解期（症状が治まっている状態）の  
 継続期間を直近のケースでお答えください。  
 ※寛解期の経験がこれまでにない方は選択肢10をお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q12S1

1. 活動期（症状が出ている状態）

Q12S2

2. 寛解期（症状が治まっている状態）

選択肢リスト

- 1. 1ヶ月未満
- 2. 1ヶ月～3ヶ月未満
- 3. 3ヶ月～6ヶ月未満
- 4. 6ヶ月～1年未満
- 5. 1年～3年未満
- 6. 3年～5年未満
- 7. 5年～7年未満
- 8. 7年～10年未満
- 9. 10年以上
- 10. 寛解期の経験はない

SAR

Q13

あなたのクローン病の状態について、寛解期（症状が治まっている状態）を経験した回数を教えてください。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 1回
- 2. 2回
- 3. 3～4回
- 4. 5～7回
- 5. 8回以上
- 6. 覚えていない／よくわからない

MTS

Q14

あなたのクローン病の重症度についてお聞きます。1) 初めてクローン病と医師に診断された時の重症度、  
 2) 現在医師に診断されている重症度は、それぞれ以下のどれにあてはまりますか。  
 ※現在、寛解期（症状が治まっている状態）の人は、直近の活動期（症状が出ている状態）の重症度をお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q14S1

1. 初めてクローン病と診断された時

Q14S2

2. 現在（直近）の活動期

選択肢リスト

- 1. 軽症
- 2. 中等症
- 3. 重症
- 4. 劇症
- 5. 覚えていない／医師から診断されていない

SAR

Q15

現在、あなたがクローン病の治療のために、医療機関に受診している頻度はどれですか。  
最も近いものを1つお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 週1回程度（以上）
- 2. 月2回程度
- 3. 月1回程度
- 4. 2ヶ月に1回程度
- 5. 3ヶ月に1回程度
- 6. それ以下

MTM

Q16

あなたがクローン病の治療について、  
活動期（症状が出ている状態）および寛解期（症状が治まっている状態）で行っている治療  
をすべてお答えください。

※活動期、寛解期を複数回繰り返している人はいずれも直近のケースでお答えください。

※血球成分除去療法とは、血液の一部を透析のように一旦体外へ取り出し、  
医療機器を通した後、血液を体内に戻す治療です。

※薬物療法は市販の薬ではなく、医師から処方された薬に限定します。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q16S1

1. 活動期（症状が出ている状態）

Q16S2

2. 寛解期（症状が治まっている状態）

選択肢リスト

- 1. 薬物療法（飲み薬、注射薬、座薬・注腸薬）
- 2. 栄養療法
- 3. 血球成分除去療法（顆粒球吸着療法）
- 4. 外科手術

MTS

Q17

では、  
クローン病の治療において、これまで血球成分除去療法もしくは外科手術を行ったことはありま  
すか。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q17S1

1. 血球成分除去療法（顆粒球吸着療法）

Q17S2

2. 外科手術

選択肢リスト

- 1. 行ったことがある
- 2. 一度も行ったことがない

**Q18**

あなたがクローン病の治療のために、

- 1)活動期及び寛解期を含めてこれまで（現在も含め）使用（服用）したことがある治療薬の商品名（ブランド名）、
- 2)現在活動期（症状が出ている状態）で使用（服用）している治療薬の商品名（ブランド名）、
- 3) 現在寛解期（症状が治まっている状態）で使用（服用）している治療薬の商品名（ブランド名）をそれぞれお選びください。  
（それぞれいくつでも）

※2について、現在寛解期（症状が治まっている状態）の人は、直近の活動期に使用（服用）していた治療薬をお答えください。  
 ※3について、現在活動期（症状が出ている状態）の人は、直近の寛解期に使用（服用）していた治療薬をお答えください。  
 ※表示される項目についてお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q18S1	1. これまで（現在も含め）使用（服用）したことがある治療薬
Q18S2	2. 現在（もしくは直近）の活動期で使用（服用）している治療薬
Q18S3	3. 現在（もしくは直近）の寛解期で使用（服用）している治療薬

選択肢リスト

<input type="checkbox"/>	1. サラゾピリン（飲み薬／5-ASA 製剤）
<input type="checkbox"/>	2. サラゾピリン（座薬／5-ASA 製剤）
<input type="checkbox"/>	3. サラゾスルファピリジン（飲み薬／5-ASA 製剤）
<input type="checkbox"/>	4. ベンタサ（飲み薬／5-ASA 製剤）
<input type="checkbox"/>	5. ベンタサ（座薬・注腸／5-ASA 製剤）
<input type="checkbox"/>	6. メサラジン（飲み薬／5-ASA 製剤）
<input type="checkbox"/>	7. プレドニン／プレドニゾロン（飲み薬／ステロイド）
<input type="checkbox"/>	8. プレドニン／プレドニゾロン（注射／ステロイド）
<input type="checkbox"/>	9. ゼンタコート（飲み薬／ステロイド）
<input type="checkbox"/>	10. リンデロン（座薬／ステロイド）
<input type="checkbox"/>	11. レミケード（点滴静注薬／生物学的製剤）
<input type="checkbox"/>	12. ヒュミラ（皮下注射薬／生物学的製剤）
<input type="checkbox"/>	13. ステラーラ（点滴静注薬、皮下注射薬／生物学的製剤）
<input type="checkbox"/>	14. エンタイビオ（点滴静注薬／生物学的製剤）
<input type="checkbox"/>	15. インフリキシマブBS（点滴静注薬／レミケードのジェネリック／生物学的製剤）
<input type="checkbox"/>	16. イムラン（飲み薬／免疫抑制剤）
<input type="checkbox"/>	17. ロイケリン（飲み薬／免疫抑制剤）
<input type="checkbox"/>	18. フラジール（飲み薬／抗菌薬）
<input type="checkbox"/>	19. シプロキササン（飲み薬／抗菌薬）
<input type="checkbox"/>	20. その他 <span style="float: right;">FA</span>

**Q19**

あなたがクローン病の治療で、生物学的製剤（レミケード、ヒュミラ、ステラーラ、エンタイビオ、インフリキシマブBS）を使用するようになったきっかけは次のうちどれですか。

最もきっかけとなったものを1つお選びください。  
 ※複数の生物学的製剤を使用したことがある人は、最初に使用した生物学的製剤についてお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

<input type="radio"/>	1. 自分から希望して使用した
<input type="radio"/>	2. 医師の勧めがあったので使用した
<input type="radio"/>	3. 看護師の勧めがあったので使用した
<input type="radio"/>	4. 薬剤師の勧めがあったので使用した
<input type="radio"/>	5. 家族や知り合いからの勧めがあったので使用した
<input type="radio"/>	6. 生物学的製剤を使用している他のクローン病患者さんからの勧めがあったので使用した
<input type="radio"/>	7. インターネットでの情報が良かったので使用した
<input type="radio"/>	8. その他【FA】 <span style="float: right;">Q19_8FA</span>

**Q20**

あなたが以前に使用していた生物学的製剤（レミケード、ヒュミラ、ステラーラ、エンタイビオ、インフリキシマブBS）について、現在使用していない（中断している）理由はどれですか。

あてはまるものをすべてお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

<input type="checkbox"/>	1. 症状が治まっているので
<input type="checkbox"/>	2. 症状が治まらなかったため
<input type="checkbox"/>	3. 副作用が出たため
<input type="checkbox"/>	4. 薬剤費が高額なため
<input type="checkbox"/>	5. 注射薬が嫌になったため
<input type="checkbox"/>	6. 自己注射が困難になったため
<input type="checkbox"/>	7. 定期的な通院が困難になったため
<input type="checkbox"/>	8. 寛解期に入ったため
<input type="checkbox"/>	9. 理由はわからないが、医師から中止（中断）するよう言われたため
<input type="checkbox"/>	10. その他【FA】 <span style="float: right;">Q20_10FA</span>

SAR

Q21

今後のクローン病の治療で、生物学的製剤を使用してみたいですか。最も近いものを1つお選びください。

※現在使用されている方は、今後も継続して使用したいかをお答えください。

※「生物学的製剤」について…化学的に合成したものでなく、生物が作り出すタンパク質をもとに作られた医薬品。

これまでの薬よりも炎症に対する抑制効果があるとされていますが、感染症などの副作用に注意する必要があります。

なお、皮下注射もしくは点滴で投薬されます。

現在発売中の製品…レミケード、ヒュミラ、ステララ、エンタイビオ、インプリキシマブBS

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. ぜひ使用してみたい
- 2. やや使用してみたい
- 3. どちらともいえない
- 4. あまり使用したくない
- 5. まったく使用したくない

MTM

Q22

あなたは現在行っている（既存）治療と比べて、生物学的製剤に今後どのようなことを期待していますか。

あてはまるものをすべてお選びください。また、そのうち最もあてはまるものを1つお選びください。

※現在、生物学的製剤を使用している人は、現在のものと比べて、今後さらに生物学的製剤に期待することをお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q22S1  
Q22S2

- 1. 期待していること
- 2. 最も期待していること

選択肢リスト

- 1. （既存治療より）効果が高い（強い）こと
- 2. （既存治療より）効果が出る（現れる）のが速いこと
- 3. （既存治療より）効果が長く続く（持続する）こと
- 4. （既存治療より）副作用の頻度が少ないこと
- 5. （既存治療より）副作用が強くないこと
- 6. （既存治療より）入院頻度が減ること
- 7. （既存治療より）通院頻度（回数）／投与頻度が減ること
- 8. （既存治療より）薬剤費が安いこと
- 9. その他
- 10. 特に期待することはない

SAR

Q23

あなたは現在使用（服用または通院して注射）されているクローン病の治療薬について、医師の指示通りに使用（服用または通院して注射）していますか。

※点滴、自己注射の使用についても含みます。

※複数、治療薬を使用（服用または通院して注射）している場合は、総合的な印象でお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 指示通りに使用（服用または通院して注射）している
- 2. ほとんど指示通りに使用（服用または通院して注射）している
- 3. 指示通りでないことが時々ある
- 4. 指示通りでないことが多い
- 5. まったく指示通りでない

MTS

Q24

あなたの現在（直近）の活動期（症状が出ている状態）における薬物治療（治療薬）について、各項目における満足度をそれぞれお答えください。

※現在、寛解期の場合は、直近の活動期について、お答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q24S1  
Q24S2  
Q24S3  
Q24S4  
Q24S5

- 1. 薬の効果
- 2. 薬の剤型（飲み薬、座薬、注腸、点滴静注薬、皮下注射薬）
- 3. 薬の使用（服用）頻度
- 4. 薬の副作用
- 5. 薬剤費

選択肢リスト

- 1. 大変満足している
- 2. やや満足している
- 3. どちらともいえない
- 4. あまり満足していない
- 5. まったく満足していない

MTM

**Q25**

クローン病の治療で行っている、現在（直近）の活動期（症状が出ている状態）における薬物治療（治療薬）について、不満に感じている点をすべてお選びください。  
また、そのうち最も不満に感じている点を1つお選びください。  
※現在、寛解期の場合は、直近の活動期について、お答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q25S1	1. 不満に感じている点
Q25S2	2. 最も不満に感じている点

選択肢リスト

- 1. 症状に対する効果が不十分
- 2. 症状に対する効果がすぐに現れない
- 3. 症状に対する効果が長続きしない
- 4. 寛解期に移行する（入る）までの期間が長い
- 5. 副作用の強さが強い
- 6. 副作用の頻度が高い（多い）
- 7. 薬の種類（数）が多い
- 8. 薬の使用（服用）頻度が高い（多い）
- 9. 点滴時間が長い
- 10. 通院して行う注射頻度が高い（多い）
- 11. 自己注射が嫌（方法が難しい、痛いなど）
- 12. 飲み薬が服用しづらい
- 13. 座薬・注腸薬が使用しづらい
- 14. 薬剤費が高い
- 15. その他 FA
- 16. 特に不満な点はない

MTS

**Q26**

あなたの現在（直近）の寛解期（症状が治まっている状態）における薬物治療（治療薬）について、各項目における満足度をそれぞれお答えください。  
※現在、活動期の場合は、直近の寛解期について、お答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q26S1	1. 薬の効果
Q26S2	2. 薬の剤型（飲み薬、座薬、注腸、点滴静注薬、皮下注射薬）
Q26S3	3. 薬の使用（服用）頻度
Q26S4	4. 薬の副作用
Q26S5	5. 薬剤費

選択肢リスト

- 1. 大変満足している
- 2. やや満足している
- 3. どちらともいえない
- 4. あまり満足していない
- 5. まったく満足していない

MTM

**Q27**

クローン病の治療で行っている、現在（直近）の寛解期（症状が治まっている状態）における薬物治療（治療薬）について、不満に感じている点をすべてお選びください。  
また、そのうち最も不満に感じている点を1つお選びください。  
※現在、活動期の場合は、直近の寛解期について、お答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q27S1	1. 不満に感じている点
Q27S2	2. 最も不満に感じている点

選択肢リスト

- 1. 症状に対する効果が不十分
- 2. 症状に対する効果がすぐに現れない
- 3. 症状に対する効果が長続きしない
- 4. 寛解期を維持する期間が短い
- 5. 副作用の強さが強い
- 6. 副作用の頻度が高い（多い）
- 7. 薬の種類（数）が多い
- 8. 薬の使用（服用）頻度が高い（多い）
- 9. 点滴時間が長い
- 10. 通院して行う注射頻度が高い（多い）
- 11. 自己注射が嫌（方法が難しい、痛いなど）
- 12. 飲み薬が服用しづらい
- 13. 座薬・注腸薬が使用しづらい
- 14. 薬剤費が高い
- 15. その他 FA
- 16. 特に不満な点はない

MTS

**Q28**

あなたがクローン病の治療について、活動期（症状が出ている状態）および寛解期（症状が治まっている状態）に、医師から処方され、使用している治療薬（栄養療法、血球成分除去療法を含む）について、効果や副作用、使用（服用）頻度、使いやすさ、薬剤費など総合的な満足度を教えてください。「0点」を「非常に不満足」、「100点」を「非常に満足」とした場合、最も近い点数をお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q28S1	1. 活動期（症状が出ている状態）
Q28S2	2. 寛解期（症状が治まっている状態）

選択肢リスト

- 1. 0点（非常に不満足）
- 2. 10点
- 3. 20点
- 4. 30点
- 5. 40点
- 6. 50点
- 7. 60点
- 8. 70点
- 9. 80点
- 10. 90点
- 11. 100点（非常に満足）

SAR

**Q29**

あなたはクローン病の治療のために、症状やお薬の管理などでインターネットアプリを使用したことはありますか。あてはまるものを1つお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 現在使用している
- 2. 現在は使用していないが、過去に使用したことがある
- 3. これまで使用したことはない
- 4. 覚えていない／よくわからない

MAC

**Q30**

では、クローン病の治療において、インターネットアプリのどのような機能を使用されていますか（いましたか）。あてはまるものをすべてお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 症状や食事内容などを記録している（いた）
- 2. 症状などを医師と共有している（いた）
- 3. 使用（服用）するお薬を管理（記録）している（いた）
- 4. 患者さん同士の情報共有に使用している（いた）
- 5. トイレの場所を検索している（いた）
- 6. その他【FA】 Q30\_6FA

SAR

**Q31**

あなたは、クローン病の治療方法や治療薬について、医師との間でどのように決まることが多いですか。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 医師が治療方法や治療薬をすべて決定する（説明のみ）
- 2. 医師があなたに治療方法や治療薬を提示し、医師とあなたで相談して決定する
- 3. あなたが医師に治療方法や治療薬の要望を伝え、医師とあなたで相談して決定する
- 4. その他【FA】 Q31\_4FA

MTS

**Q32**

クローン病の治療について、医師に相談したことがあるのはどのような内容ですか。表示されている内容について、それぞれ相談したことがあるかどうか、又は相談しようと思ったことがないか、それぞれ最もあてはまるものを1つお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q32S1	1. 治療薬の効果について
Q32S2	2. 治療薬の副作用について
Q32S3	3. 治療薬の変更または追加の要望について
Q32S4	4. 治療の中止または中断について
Q32S5	5. （クローン病の影響による）日常生活における悩みについて

選択肢リスト

- 1. 相談したことがある
- 2. 相談しようと思ったが、相談したことはない
- 3. 相談しようと思ったことがない

SAR

Q33

あなたはクローン病における医師とのコミュニケーションについて、どの程度満足されていますか。  
最もあてはまるものをお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

1. 大変満足している
2. やや満足している
3. どちらともいえない
4. あまり満足していない
5. まったく満足していない

SAR

Q34

あなたがクローン病の治療のために医療機関に支払う費用（自己負担額）は、  
1ヶ月あたりで平均して大体どれくらいになりますか。  
※医療機関受診後に薬局で支払う費用も足し合わせた金額でお答えください。市販薬（ド  
ラッグストア、薬局で購入できる薬）、サプリメントは除きます。

▲ 設問文を折りたたむ

1. 月0円（自己負担なし）
2. 月1円～1,000円未満
3. 月1,000円～3,000円未満
4. 月3,000円～5,000円未満
5. 月5,000円～7,000円未満
6. 月7,000円～10,000円未満
7. 月10,000円～20,000円未満
8. 月20,000円～30,000円未満
9. 月30,000円以上

MTS

Q35

クローン病の症状に対して、既存の治療薬より炎症に対する抑制効果（症状に対する効果）  
が高い薬が発売された場合、  
以下の投与経路（剤型）であれば、どの程度使用してみたいと思いますか。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q35S1  
Q35S2  
Q35S3

- |    |       |
|----|-------|
| 1. | 飲み薬   |
| 2. | 皮下注射薬 |
| 3. | 点滴静注薬 |

選択肢リスト

1. ぜひ使用してみたい
2. やや使用してみたい
3. どちらともいえない
4. あまり使用したくない
5. まったく使用したくない

MTM

Q36

では、あなたがQ35で回答した新しい治療薬（炎症に対する抑制効果が高い薬）を使用する  
場合に、以下の項目について重要度が高いと思うものを、  
投与経路（剤型）ごとに、それぞれ最大3つまでお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q36S1  
Q36S2  
Q36S3

- |    |       |
|----|-------|
| 1. | 飲み薬   |
| 2. | 皮下注射薬 |
| 3. | 点滴静注薬 |

選択肢リスト

1. 症状に対する効果が高い
2. 症状に対してすぐに効果がある
3. 症状に対して効果が長く続く
4. 寛解期に入るまでの期間が短い
5. 寛解期を維持する期間が長い
6. 副作用の頻度が少ない／重篤な副作用がない
7. 服用／注射する頻度が少ない
8. 自分で注射することが可能
9. 点滴時間が短い
10. 薬剤費が高くない
11. 上記に重要と思うものはない

SAR

Q37

クローン病の症状に対して、既存の治療薬より炎症に対する抑制効果（症状に対する効果）が高い薬が発売された場合、1ヶ月に支払う治療費（自己負担額）の増加額がいくらまでであれば使用したいと思えますか。  
※1ヶ月の治療費の総額ではなく、今よりどのくらい高くなって使用したいかをお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 今より治療費が増えるのであれば、使用したくない
- 2. 月1,000円未満
- 3. 月1,000円～3,000円未満
- 4. 月3,000円～5,000円未満
- 5. 月5,000円～7,000円未満
- 6. 月7,000円～10,000円未満
- 7. 月10,000円～20,000円未満
- 8. 月20,000円～30,000円未満
- 9. 月30,000円以上増加しても効果があるなら使用したい

MTM

Q38

あなたがクローン病になって日常生活で困っていること（不安なこと）は、どのようなことですか。あてはまるものをすべてお選びください。また、そのうち最も困っていることをお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q38S1

1. 日常生活で困っていること

Q38S2

2. 最も困っていること

選択肢リスト

- 1. 病気のことが頭から離れない
- 2. 食事制限があるので、食事を通じた付き合いができない
- 3. 外出中のトイレ
- 4. 病気のせいでイライラすることが多い
- 5. 仕事や学業に支障
- 6. 突然の腹痛
- 7. 我慢できない排便
- 8. 病気のことを理解してくれる上司・同僚・友人がいない
- 9. 治療費の負担
- 10. 毎日の食事療法
- 11. 定期的な通院
- 12. 家族の負担
- 13. その他

FA

MAC

Q39

今後、あなたがクローン病の治療を継続していくうえで、ポイントとなるのはどのようなことですか。あてはまるものを最大3つまでお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

- 1. 医師との信頼関係
- 2. 副作用がない（少ない）こと
- 3. 家族・学校・職場でのサポート
- 4. 治療費が高くないこと
- 5. 通院頻度が高く（多く）ないこと
- 6. 医療機関での待ち時間が長くないこと
- 7. 飲み薬が服用しやすいこと（薬の大きさ、飲みやすさ）
- 8. 1日あたりの薬の服用回数が少ないこと
- 9. 服用する薬の種類（数）が少ないこと
- 10. （自分で）注射を打ちやすいこと（痛くない、使いやすい）
- 11. 点滴（注射）の時間が長くないこと
- 12. 食事制限の克服
- 13. 薬剤の必要性が説明され理解していること
- 14. 使用（服用）する薬について、ある程度要望を聞いてもらえること
- 15. （家族や友人など）病気について相談できる人がいること
- 16. その他【FA】

Q39\_16FA

MTM

**Q40**

あなたはクローン病の治療に関する情報を、主にどこから入手していますか。  
 あてはまるものをすべてお選びください。また、そのうち最も参考になる情報の入手先を1つお選び  
 ください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q40S1 1. 情報の入手先

Q40S2 2. 最も参考になる情報の入手先

選択肢リスト

1. 主治医

2. 主治医以外の医療関係者（看護師、薬剤師等）

3. 患者同士の情報交換

4. 医療機関の冊子・ポスター

5. TV・新聞・雑誌

6. 医学関連の書籍

7. インターネット

8. その他 FA

MTM

**Q41**

では、インターネットでクローン病の治療の情報を集めるときに、参考しているサイトはどのような  
 ものですか。（いくつでも）  
 また、そのうち最も参考になるサイトを1つお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q41S1 1. 参考しているサイト

Q41S2 2. 最も参考しているサイト

選択肢リスト

1. 製薬会社のサイト

2. 医療機関（病院・診療所・クリニック）のサイト

3. 患者ブログ

4. 一般疾患マニュアル

5. 情報まとめサイト（Wikipedia やNAVER まとめなど）

6. Q&A サイト（Yahoo! 知恵袋や教えて! goo など）

7. その他 FA

MAC

**Q42**

クローン病により合併している症状があれば、すべてお選びください。

▲ 設問文を折りたたむ

1. 狭窄（腸管が狭くなる）、腸管が詰まっている

2. 腸管に穴があいている（ろう孔）

3. 肛門（周辺）病変（痔ろう、肛門腫瘍）

4. 皮膚病変

5. 関節炎

6. その他【FA】 Q42\_6FA

7. 特になし

SAR

**Q43**

ご家族（あなた以外）に、IBD（クローン病もしくは潰瘍性大腸炎）と診断されたことのある  
 人はいらっしゃいますか。  
 ※また、血縁関係のないご家族（義理の父母や兄弟など）は除きます。

▲ 設問文を折りたたむ

1. ご家族にいる（親、兄弟、子ども、祖父母、それ以外の親戚）

2. あなた以外のご家族にはいない

3. 覚えていない／よくわからない