

整理番号

--



政府統計

平成27年度 原子爆弾被爆者実態調査

調査票（国内用）

平成27年11月1日（日）現在

この調査は統計法に基づく国の統計調査です。
調査票情報の秘密の保護に万全を期しますので、ありのままを記入してください。

【記入上の注意】

- 黒または青のボールペンまたはインクを用いて、はっきり記入してください。
- 番号を選ぶ質問については、当てはまる番号を○で囲んでください。
- 文字を記入する場合は、かい書で、数字を記入する場合は1・2・3・・・のように算用数字を用いて、ていねいに記入してください。
- ご自分で記入できない方は、ご家族などに手伝ってもらって記入してください。なお、その場合は、あなたからみた記入者の続柄について**当てはまる番号ひとつ**を○で囲んでください。

1 配偶者	2 子	3 兄弟姉妹	4 その他()
-------	-----	--------	----------

【あなたの生年月日、電話番号を記入してください。また、性別、元号については○で囲んでください。】

男 ・ 女	明治 大正 年 月 日生 昭和	電話番号
-------------	--------------------------------------	------

- この調査票に記入していただいた内容について確認をさせていただくことがあります。

厚生労働省

質問1 あなたは、広島、長崎のどちらで被爆しましたか。当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

1 広島	2 長崎
------	------

【被爆者健康手帳を見て記入してください。】

質問2 あなたは、被爆者健康手帳の「法第1条による区分」の欄で第何号になっていますか。当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

(平成7年以前に被爆者健康手帳を取得された場合は「法第2条による区分」と記載されていることがあります。)

1 第1号	右のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。	あなたは、爆心地から何キロメートルの場所で被爆しましたか。(被爆者健康手帳の「被爆の場所」の欄を参考にしてください。)																
2 第2号																		
3 第3号																		
4 第4号																		
		<table border="1"><tr><td>1</td><td>0.0～0.5キロメートル</td><td>5</td><td>2.1～2.5キロメートル</td></tr><tr><td>2</td><td>0.6～1.0キロメートル</td><td>6</td><td>2.6～3.0キロメートル</td></tr><tr><td>3</td><td>1.1～1.5キロメートル</td><td>7</td><td>3.1～3.5キロメートル</td></tr><tr><td>4</td><td>1.6～2.0キロメートル</td><td>8</td><td>3.6キロメートル以上</td></tr></table>	1	0.0～0.5キロメートル	5	2.1～2.5キロメートル	2	0.6～1.0キロメートル	6	2.6～3.0キロメートル	3	1.1～1.5キロメートル	7	3.1～3.5キロメートル	4	1.6～2.0キロメートル	8	3.6キロメートル以上
1	0.0～0.5キロメートル	5	2.1～2.5キロメートル															
2	0.6～1.0キロメートル	6	2.6～3.0キロメートル															
3	1.1～1.5キロメートル	7	3.1～3.5キロメートル															
4	1.6～2.0キロメートル	8	3.6キロメートル以上															

質問3 あなたは、現在どんな住居に住んでいますか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1 持ち家
2 民間賃貸住宅
3 公営・公団・公社の賃貸住宅または社宅等
4 老人ホーム(原爆養護ホームを含む。)
5 借間・その他

質問4 あなたの世帯には、**あなたを含めて**何人の世帯員が同居されていますか。

また、その世帯員について、あなたとの続柄を教えてください。**当てはまる番号すべて**を○で囲んでください。

世帯員数 人
(あなたを含めた)

01 配偶者	05 孫の配偶者	09 祖父母
02 子	06 ひ孫	10 兄弟姉妹
03 子の配偶者	07 父母	11 その他の親族
04 孫	08 配偶者の父母	12 その他

(注)「世帯」とは、**平成27年11月1日現在**、同じ住居に住んでおり、かつ、生計を共にしている人々の集まりとします。

同じ住居に住んでいても、あなたとは別に独立の生計を維持している場合は、別の世帯になります。

質問5 あなたの世帯には、**あなたを含めて**何人の方が**被爆者健康手帳**の交付を受けていますか。**当てはまる番号ひとつ**を○で囲んでください。

1 1人	3 3人	5 5人以上
2 2人	4 4人	

質問6 あなたは、**平成27年10月中**に収入を伴う仕事をしましたか。**当てはまる番号**を○で囲んでください。

1 した	→ 右のうち、当てはまる番号すべてを○で囲んでください。	1 自営業主として仕事をした (自営業の手伝いを含む。)
2 しなかった		2 常雇者として仕事をした
		3 臨時的な仕事をした

(注1) 自営業主とは、商店主、工場主、農業主など一定の店舗、工場、事務所などにおいて、事業を行っている者をいいます。

(注2) 常雇者とは、雇用契約期間が1年以上の者または雇用契約期間に定めのない者(役員を含みます。なお、正社員・パートなどの形態は問いません。)をいいます。

(注3) 臨時的な仕事とは、雇用契約期間が1年未満のものや内職などをいいます。

質問7 あなたの世帯の**世帯員全員の平成26年の**税込み所得額（総収入額）の合計はどのくらいですか。**当てはまる番号ひとつ**を○で囲んでください。

1	100万円未満
2	100万円以上300万円未満
3	300万円以上500万円未満
4	500万円以上1,000万円未満
5	1,000万円以上

質問8 あなたは、「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による手当を**平成27年10月現在**受けていますか。**当てはまる番号**を○で囲んでください。

1 受けている	→ 右のうち、当てはまる番号すべてを○で囲んでください	1 医療特別手当
2 受けていない		2 特別手当
		3 原子爆弾小頭症手当
		4 健康管理手当
		5 保健手当（一般分）
		6 保健手当（増額分）
		7 家族介護手当
		8 介護手当

質問9 あなたの世帯は、生活保護を受けていますか。**当てはまる番号**を○で囲んでください。

1 受けている	2 受けていない
---------	----------

質問10 あなたは、公的な年金・恩給を受給していますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

1 受けている	右のうち、当てはまる番号すべてを○で囲んでください。	1 基礎年金 2 基礎年金と厚生年金 3 基礎年金と共済年金 4 国民年金 5 福祉年金 6 厚生年金 7 共済年金 8 恩給 9 その他
2 受けていない		

質問11 あなたは、「身体障害者手帳」、「戦傷病者手帳」、「精神障害者保健福祉手帳」をお持ちですか。各手帳すべてについて、当てはまる番号を○で囲んでください。

身体障害者手帳

1 持っている	右のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。	1 一級 2 二級 3 三級 4 四級 5 五級 6 六級
2 持っていない		

戦傷病者手帳

1 持っている
2 持っていない

精神障害者保健福祉手帳

1 持っている	右のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。	1 一級 2 二級 3 三級
2 持っていない		

質問12は、現在、自宅にお住まいの方にお聞きします。病院に入院中の方や、特別養護老人ホームなどの介護施設、サービス付高齢者向け住宅などに入居中の方は質問13へ進んでください。

質問12 あなたは、日常生活を送る上で、だれかの手助けや見守りが必要ですか。当てはまる番号を○で囲んでください。

1 手助けや見守りを必要とする

2 手助けや見守りを必要としない

問1～問3にもお答えください。

次ページへ

問1 日常生活はどのような状況・状態ですか。また、そのような状況・状態になってからどのくらいになりますか。それぞれ当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

- 1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる
- 2 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない
- 3 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座った姿勢を保つことはできる
- 4 1日中ベッド上で過ごし排せつ、食事、着替えに介助を要する

左の1～4のうち○をつけた状況・状態になってからの期間

- 1 1か月未満
- 2 1か月～3か月未満
- 3 3か月～6か月未満
- 4 6か月～1年未満
- 5 1年～3年未満
- 6 3年～5年未満
- 7 5年～10年未満
- 8 10年～20年未満
- 9 20年以上

問2 主に手助けや見守りをしてくれるのはだれですか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

2人以上いる場合には、中心になっている方、おひとりについてお答えください。

- | | | |
|---------|----------|------------------|
| 1 配偶者 | 4 父母 | 6 介護サービスの事業者 |
| 2 子 | 5 その他の親族 | 7 その他（町内会、NPOなど） |
| 3 子の配偶者 | | |

問2で1～5を選んだ場合、問3にもお答えください。

問3 その方は、同居されていますか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

- | | | |
|---------|----------------------------|---|
| 1 同居者 | 右のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。 | 01 同一家屋
02 同一敷地
03 近隣地域
04 同一市区町村
05 その他の地域 |
| 2 同居者以外 | | |

質問13へ

問1～問2にもお答えください。

問1 あなたは、今後、手助けや見守りが必要になったときに、誰から介護を受けたいと思っていますか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。
2人以上いる場合には、特に介護をお願いしたい、おひとりについてお答えください。

- | | | |
|---------|----------|------------------|
| 1 配偶者 | 4 父母 | 6 介護サービスの事業者 |
| 2 子 | 5 その他の親族 | 7 その他（町内会、NPOなど） |
| 3 子の配偶者 | | |

問1で1～5を選んだ場合、問2にもお答えください。

問2 その方は、同居されていますか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

- | | | |
|---------|---|---|
| 1 同居者 | → | 01 同一家屋
02 同一敷地
03 近隣地域
04 同一市区町村
05 その他の地域 |
| 2 同居者以外 | | |
- 右のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

→ 質問14へ

質問13は、現在、病院に入院中の方や、特別養護老人ホームなどの介護施設、サービス付高齢者向け住宅などに入居中の方と、質問12で「1 手助けや見守りを必要とする」と回答された方にお聞きします。

質問13 入院や入居、手助けや見守りが必要となった原因は何ですか。当てはまる番号すべてを○で囲み、ふたつ以上ある場合には、主たる原因の番号をひとつだけ□に記入してください。

01	脳血管疾患（脳出血、脳梗塞、脳卒中等）
02	心臓病
03	がん（悪性新生物）
04	呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等）
05	関節疾患（リウマチ等）
06	認知症
07	パーキンソン病
08	糖尿病
09	視覚・聴覚障害
10	骨折・転倒
11	脊髄損傷
12	高齢による衰弱
13	その他（ <input type="text"/> ）
14	不明

主たる原因

質問14 あなたは、平成27年11月1日現在、介護保険制度の要支援または要介護の認定を受けていますか。1～4のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1	認定を申請していない
2	認定を申請中
3	自立と認定された

→ 質問16へ

4	要支援または要介護の認定を受けている
---	--------------------

右のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1	要支援 1
2	要支援 2
3	要介護 1
4	要介護 2
5	要介護 3
6	要介護 4
7	要介護 5

→ 質問15へ

質問15は、質問14で「4 要支援または要介護の認定を受けている」と回答された方にお聞きします。

質問15 あなたは、平成27年10月中に介護保険制度によるサービスを利用しましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。

1 利用した

右のうち、当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

2 利用しなかった

1 訪問系サービス

〔 訪問介護（ホームヘルプサービス）
訪問入浴介護
訪問看護
訪問リハビリテーション 等 〕

2 通所系サービス

〔 通所介護（デイサービス）
通所リハビリテーション（デイケア）等 〕

3 短期入所サービス（ショートステイ）

〔 短期入所生活介護（特別養護老人ホーム等でのショートステイ）
短期入所療養介護（介護老人保健施設等でのショートステイ） 等 〕

4 入所・入院サービス

〔 介護老人福祉施設
（特別養護老人ホーム）
介護老人保健施設
介護療養型医療施設 等 〕

5 居住系サービス

〔 認知症高齢者グループホーム
介護付有料老人ホーム 等 〕

6 その他（ ）

質問16 あなたは、平成26年11月1日から平成27年10月31日までの1年間に、健康診断を受けましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。
(被爆者健康手帳の一般検査の欄を参考にしながら記入してください。)

- | | |
|-------|----------|
| 1 受けた | 2 受けなかった |
|-------|----------|

受けた健康診断の種類について、当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

- | | |
|-----------|---|
| 1 被爆者健康診断 | 2 その他の健康診断
(後期高齢者医療広域連合の健康診査や人間ドック等) |
|-----------|---|

問1～問3にもお答えください。

問1 何回受けましたか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。
(がん検診は、何種類受けても一回と数えてください。)

- | | |
|------|------|
| 1 一回 | 3 三回 |
| 2 二回 | 4 四回 |

問2 被爆者健康診断の結果で、一度でも要精密検査になりましたか。当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。
(被爆者健康手帳の一般検査の「判定」の欄を参考にしてください。)

- | |
|-----------------|
| 1 要精密検査になった |
| 2 要精密検査にはならなかった |
| 3 未判定(検査中) |

問3は、問2で「1 要精密検査になった」と回答された方にお聞きします。

問3 被爆者健康診断の精密検査を受けましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。また、その結果、一度でも異常がありましたか。1～3のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。
(被爆者健康手帳の精密検査「異常の有無」の欄を参考にしてください。)

- | | |
|----------|------------|
| 1 受けた | 1 異常があった |
| 2 受けなかった | 2 異常はなかった |
| | 3 未判定(検査中) |

質問17 あなたは、平成27年10月中に病院・診療所（医院）に入院または通院していませんか。あるいは、在宅医療（往診を含む。）を受けましたか。
当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

- 1 入院していた
- 2 在宅医療を受けていた（在宅酸素療法、経管栄養等）
- 3 病院（歯科以外）・診療所（医院）へ通院した
- 4 歯科診療所・病院の歯科へ通院した
- 5 入院も通院もしなかった。また、在宅医療も受けなかった。

質問18 被爆者であることから、現在苦勞していたり、心配していることはありますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

1 ある

右のうち、当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

2 ない

- 1 自分や配偶者の健康
- 2 子や孫の健康
- 3 仕事のこと
- 4 経済上の困窮
- 5 今後の生活
- 6 肉親の日常の世話
- 7 家族の将来（就職、結婚など）
- 8 その他（ ）

質問はこれで終わりです。
ご協力ありがとうございました。

