

原子爆弾被爆者実態調査等についてのお願い

1. 厚生労働省では、1965年以来10年ごとに原子爆弾被爆者実態調査を実施してきておりますが、このたび、前回（1995年）調査に引き続き国内にお住まいの被爆者の方々への調査を行うのにあわせて、新たに、日本国外にお住まいの被爆者の方々への調査を行うことといたしました。

調査内容は、同封の調査票のとおりであり、国外にお住まいの被爆者の方々の健康や各種支援事業に関する状況などの把握を目的とする基礎的な調査です。

お手数ではございますが、本年11月1日（火）現在の状況について同封の調査票にご記入のうえ、返信用封筒に入れて11月30日（水）までに投かんしてくださいませよう願います。

- この調査票に記入された内容については、十分に秘密が守られ、他に漏れたり、調査の目的以外に使われたりすることはありません。
- この調査は、厚生労働省が各都道府県、広島市及び長崎市に委託して行うものであり、調査対象者は、これらの都道府県・市から被爆者健康手帳又は被爆確認証（健康診断受診者用を除く）の交付を受けている方です。
- わかりにくい点などがございましたら、この書類をお送りした封筒に記載のある都道府県、広島市又は長崎市の原爆被爆者対策担当課にお問い合わせください。

2. 調査票のほかに、「被爆について思うこと」をお書きいただける自由記載用紙を同封しておりますので、よろしければ、ご記載のうえ、返信用封筒に入れてください。

お送りいただいたものは、国立原爆死没者追悼平和祈念館において公開いたしますので、その際の公開の範囲について、自由記載用紙の所定の欄にご記入をお願いいたします。

- 「被爆について思うこと」をお書きにならない場合でも、上記1.の調査票については、ご記入のうえ、返送していただきますよう願います。

2005年10月

厚生労働省

秘 承認期限平成18年3月31日まで

平成17年度 原子爆弾被爆者実態調査 調査票 (国外用)

2005年11月1日 (火) 現在

【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。
- 番号または記号を選ぶ質問については、当てはまる番号または記号を○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。
- この調査票は、統計以外の目的には使用しませんから、ありのままを記入してください。
- 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()
-------	-----	--------	----------

【被爆者健康手帳を持っている方は、その被爆者健康手帳を見て記入してください。】

公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								

【被爆者健康手帳を持っていない方は、被爆確認証を見て記入してください。】

番	号						
---	---	--	--	--	--	--	--

ふりがな		男	西暦			
氏名		女	明治	年	月	日生
			大正			
			昭和			

居住国	
国籍	
居住地	電話番号

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。

なお、被爆確認証を持っている方は、その被爆確認証を見て、質問3に記入してください。】

質問2 被爆者健康手帳を持っている方で、「法第1条による区分」の欄は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。
(1995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」を○で囲んだ場合には、被爆した距離について、1～6のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1 第1号	問1 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	

1 0.0～0.5キロメートル	4 1.6～2.0キロメートル
2 0.6～1.0キロメートル	5 2.1～3.0キロメートル
3 1.1～1.5キロメートル	6 3.1キロメートル以上

質問3 被爆者確認証を持っている方で、被爆の状況はどれに該当しますか。当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

「1 直接被爆」を○で囲んだ場合には、被爆した距離について、1～6のうち、当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

1 直接被爆	問1 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。(被爆確認証の「被爆の状況」の欄を参考にしてください。)
2 入市被爆	
3 その他の被爆	

1 0.0～0.5キロメートル	4 1.6～2.0キロメートル
2 0.6～1.0キロメートル	5 2.1～3.0キロメートル
3 1.1～1.5キロメートル	6 3.1キロメートル以上

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
(あなたを含めた)

人

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

(注) 「世帯」とは、2005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、あなた以外に被爆者健康手帳または被爆確認証の交付を受けている方がいましたら、この調査票の最初の頁と同様に、その方の被爆者健康手帳または被爆確認証の番号を記入してください。

【被爆者健康手帳の交付を受けている方がいる場合】

公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								

公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								

公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								

公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								

【被爆確認証の交付を受けている方がいる場合】

番 号							
-----	--	--	--	--	--	--	--

番 号							
-----	--	--	--	--	--	--	--

質問6 あなたは、ふだん、収入を伴う仕事をしていますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

1 している	2 していない
--------	---------

質問7は、現在、「病院、老人ホームなど、自宅以外のところに入院または入所中」以外の方にお聞きします。（入院または入所中の方は質問8へ進んでください。）

質問7 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」を○で囲んだ場合には、問1、問2にもお答えください。

1 手助けや見守りを必要とする

2 手助けや見守りは必要としない

質問9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月未満

2 1月～3月未満

3 3月～6月未満

4 6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。

ア、イ、ウすべてについて、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1人についてお答えください。

ア 1 配偶者

2 子

3 子の配偶者

4 父母

5 その他の親族

6 親族以外のもの

イ 1 同居者

2 同居者以外

ウ 1 男

2 女

質問 8 は、現在、病院、老人ホームなど、自宅以外のところに入院または入所中の方と、質問 7 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 8 入院や入所、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、2 つ以上ある場合には、主たる原因の番号を 1 つだけ に記入してください。

- | | |
|-----|-----------------------------|
| 0 1 | 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞、脳卒中等） |
| 0 2 | 心臓病 |
| 0 3 | がん（悪性新生物） |
| 0 4 | 呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） |
| 0 5 | 関節疾患（リウマチ等） |
| 0 6 | 認知症 |
| 0 7 | パーキンソン病 |
| 0 8 | 糖尿病 |
| 0 9 | 視覚・聴覚障害 |
| 1 0 | 骨折・転倒 |
| 1 1 | 脊髄損傷 |
| 1 2 | 高齢による衰弱 |
| 1 3 | その他（ <input type="text"/> ） |
| 1 4 | 不明 |

主たる原因

質問 9 あなたは、2005年10月中に病院・診療所（医院）に入院または通院していましたか。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10 あなたは、日本国外に住んでいる被爆者の方々を支援するための事業が実施されていることを知っていますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

「1 知っている」を○で囲んだ場合には、1～6のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

1 知っている

2 知らない

1 渡日して被爆者健康手帳等の交付を受けることを支援する事業

2 将来渡日した際の被爆者健康手帳等の円滑な交付に役立てるために、被爆確認証を交付する事業

3 渡日して治療を受けることを支援する事業

4 日本から専門医を派遣して、被爆者が住んでいる国で健康相談等を実施する事業

5 被爆者が住んでいる国で医療機関にかかったときの医療費等に対して助成する事業

6 被爆者が住んでいる国の医師を日本に受け入れたり、日本から専門医を派遣したりして、研修等を実施する事業

質問11は、質問10の1～6についてひとつでも「1 知っている」と回答された方にお聞きします。

質問11 あなたは、日本国外に住んでいる被爆者の方々を支援するための事業について、何によって知りましたか。

当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

また、「6 その他」を○で囲んだ場合には、具体的に記入してください。

1 厚生労働省や自治体からのお知らせ等

2 住んでいる国にある日本の在外公館（大使館・領事館等）

3 住んでいる国にある関係団体

4 住んでいる国にいる親族や友人・知人

5 日本にいる親族や友人・知人

6 その他（ ）

質問12 あなたは、「渡日して被爆者健康手帳の交付を受けることを支援する事業（渡日旅費等を支給する事業）」を利用したことがありますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

「2 利用していない」を○で囲んだ場合には、1～3のうち当てはまる番号ひとつを○で囲んでください。

また、「3 今後も利用する考えはない」を○で囲んだ方は、その具体的な理由も記入してください。

1 利用した

2 利用していない

1 2002年5月以前に手帳を取得した
2 今後、手帳取得の際には利用したい
3 今後も利用する考えはない
理由：

(注) この事業は、2002年6月から実施されています。

質問13 あなたは、「渡日して治療を受けることを支援する事業（渡日旅費等を支給する事業）」を利用したことがありますか。当てはまる番号を○で囲み、に利用回数を記入してください。

「3 利用したことはない」を○で囲んだ場合には、1または2のうち当てはまる番号を○で囲んでください。

また、「2 今後も利用する考えはない」を○で囲んだ方は、その具体的な理由も記入してください。

1 利用したことがある

問1 利用回数は、何回ですか。
 回

2 利用を申請中

3 利用したことはない

1 今後、利用したいと考えている
2 今後も利用する考えはない
理由：

(注) この事業は、2002年6月から実施されています。

質問14 あなたは、「日本から専門医を派遣して、被爆者が住んでいる国で健康相談等を実施する事業」を利用したことがありますか。当てはまる番号を○で囲み、に利用回数を記入してください。

「2 利用したことはない」を○で囲んだ場合には、1または2のうち当てはまる番号を○で囲んでください。

また、「2 今後も利用する考えはない」を○で囲んだ場合には、その具体的な理由も記入してください。

1 利用したことがある

問1 利用回数は、何回ですか。

回

2 利用したことはない

1 今後、利用したいと考えている

2 今後も利用する考えはない

理由：

質問15 あなたは、「被爆者が住んでいる国で医療機関にかかったときの医療費等に対して助成する事業」が始まったことを知っていますか。当てはまる番号を○で囲んでください。「1 知っている」を○で囲んだ場合には、問1にもお答えください。

1 知っている

問1 何を通じて知りましたか。

当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

また、「6 その他」を○で囲んだ場合には、具体的に記入してください。

2 知らない

1 厚生労働省や自治体からのお知らせ

2 住んでいる国にある日本の在外公館（大使館・領事館等）

3 住んでいる国にある関係団体

4 住んでいる国にいる親族や友人・知人

5 日本にいる親族や友人・知人

6 その他（）

質問16 あなたは、2004年11月1日から2005年10月31日までの1年間に、医療機関で治療を受けましたか。当てはまる番号を○で囲んでください。「1 受けた」を○で囲んだ場合には、問1にもお答えください。

1 受けた

2 受けなかった

問1 その際に支払った自己負担の金額は、おおむねいくらぐらいですか。(あなた自身の治療にかかった分のみを記入してください。)

合計で ぐらい

(注) 住んでいる国の通貨単位で記入してください。

質問17 あなたは、民間保険会社の医療保険に加入していますか。当てはまる番号を○で囲んでください。「1 加入している」を○で囲んだ場合には、問1、問2にもお答えください。

1 加入している

2 加入していない

問1 1年間の保険料の額は、おおむねいくらぐらいですか

ぐらい

(注) 住んでいる国の通貨単位で記入してください。

問2 その保険で何名の方が医療を受けられるようになっていますか。

名

質問18 あなたは、「被爆者が住んでいる国で医療機関にかかったときの医療費等に対して助成する事業」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」を○で囲んだ場合には、問1にもお答えください。

「2 利用しなかった」を○で囲んだ場合には、1または2のうち当てはまる番号を○で囲んでください。

また、「2 今後も利用する考えはない」を○で囲んだ場合には、その具体的な理由も記入してください。

1 利用した

問1 これまでに助成を受けた金額は、いくらですか。

□

(注) 住んでいる国の通貨単位で記入してください。

2 利用しなかった

1 今後、利用したいと考えている
2 今後も利用する考えはない

理由： _____

質問19 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」を○で囲んだ場合には、1～7のうち当てはまる番号すべてを○で囲んでください。

1 ある

2 ない

1 自分や家族の健康
2 仕事のこと
3 経済上の困窮
4 老後の生活
5 肉親の日常の世話
6 家族の将来（就職、結婚など）
7 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。

