

## 制度利用アンケート

**問1** 被認定者の方についてお尋ねします。

**問1-1** 被認定者の性別、年齢、認定疾病名をご記入ください（1つに○）。

性 別	1 男	2 女
年 齢	_____ 歳	
認定疾病名	1 中皮腫	2 肺がん

**問1-2** このアンケートを記入している方はどなたですか（1つに○）。

- 1 被認定者本人                      2 被認定者の家族が代理として

**問1-3** 被認定者の家族構成について教えてください。

次の「記入例」を参考に、お1人1行ずつ御記入願います。

記入例 : 同居している方が本人（被認定者）の他、配偶者と子2人と本人の母親の場合は、記入例のようになります。  
 収入の有無の欄については、主たる生計維持者は◎を、その他の収入有りの方は○を記入してください。

	被認定者との関係										年齢	収入の有無	
	本人	配偶者	子	子の配偶者	父	母	祖父	祖母	孫	兄弟姉妹		あり (主たる者に◎)	なし
例1	○										57歳	◎	
例2		○									55歳		○
例3			○								26歳	○	
例4			○								28歳		○
例5						○					85歳	○	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

**問2** 申請から認定・支給までの長さはどう感じましたか（1つに○）。

- |   |           |   |    |   |               |   |    |   |           |
|---|-----------|---|----|---|---------------|---|----|---|-----------|
| 1 | とても<br>短い | 2 | 短い | 3 | どちらとも<br>いえない | 4 | 長い | 5 | とても<br>長い |
|---|-----------|---|----|---|---------------|---|----|---|-----------|

**問2-1** 申請した月と認定された月を教えてください。

申請した月 平成 年 月 ⇒ 認定された月 平成 年 月

**問3** 石綿健康被害医療手帳を使用していますか（1つに○）。

1 はい

2 いいえ

↓  
[ 問3-1~2へ ]

↓  
[ 問3-3へ ]

→ **問3-1** 問2で「1 はい」とお答えの方にお伺いします。医療手帳の交付を受けて、以前よりも医療を受けやすくなりましたか（1つに○）。

- |   |             |   |            |   |       |   |               |   |              |
|---|-------------|---|------------|---|-------|---|---------------|---|--------------|
| 1 | とても<br>そう思う | 2 | やや<br>そう思う | 3 | 変わらない | 4 | あまりそう<br>思わない | 5 | 全くそう<br>思わない |
|---|-------------|---|------------|---|-------|---|---------------|---|--------------|

**問3-2** 石綿健康被害医療手帳について医療機関の人は知っていましたか（1つに○）。

- |   |       |   |             |   |               |   |               |   |            |
|---|-------|---|-------------|---|---------------|---|---------------|---|------------|
| 1 | 知っていた | 2 | 少し<br>知っていた | 3 | どちらとも<br>いえない | 4 | あまり知ら<br>なかった | 5 | 知らなかつ<br>た |
|---|-------|---|-------------|---|---------------|---|---------------|---|------------|

→ **問3-3** 問3で「2 いいえ」とお答えの方にお伺いします。医療手帳を使用しない理由は何ですか（いくつでも○）。

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1 入院や通院をしていないから        | 2 被認定者であることを知られたくないから |
| 3 労災申請中で医療費が保留となっているから | 4 病院での手続きが面倒だから       |
| 5 小額なので請求する必要がないから     | 6 その他（ ）              |

**問4** 申請日以降から手帳交付前まで自己負担していた医療費を機構に請求しましたか（1つに○）。

1 はい

2 いいえ

↓  
[ 問4-1へ ]

→ **問4-1** 問4で「2 いいえ」とお答えの方にお伺いします。医療費を請求しない理由は何ですか（いくつでも○）。

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1 入院や通院をしていなかったから      | 2 被認定者であることを知られたくないから |
| 3 労災申請中で医療費が保留となっているから | 4 病院での手続きが面倒だから       |
| 5 小額なので請求する必要がないから     | 6 その他（ ）              |

**問5** 被認定者の方の認定疾病の療養の状況について、教えてください。

**問5-1** この1か月間（平成22年3月）の生活のようすについて、最もあてはまる番号1つに○をしてください。

1. 主に入院していた
2. 主に自宅にいて、通院（往診含む）と、療養中心の生活をしていた。
3. 通院治療をしながら、仕事や家事をしていた。
4. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

**問5-2** 通院（往診、訪問診療を含む。）の状況について、教えてください。

**問5-2-①** この1か月間（平成22年3月）に通院（往診、訪問診療含む。認定疾病のためのものに限る）をしましたか。

- |   |               |        |   |           |
|---|---------------|--------|---|-----------|
| 1 | はい            | _____回 | 2 | いいえ       |
|   | ↓             |        |   | ↓         |
|   | [ 問5-2-②~⑤へ ] |        |   | [ 問5-3へ ] |

**問5-2-②** 通院医療機関の所在地について、あてはまる番号1つに○をしてください。

- 1 居住地と同一の市町村（東京23区は同一区）
- 2 居住地と同一の都道府県
- 3 居住地の都道府県以外の都道府県

**問5-2-③** 通院医療機関までの片道の距離はどのくらいですか。

片道約 \_\_\_\_\_ キロメートル

**問5-2-④** 主な交通手段は何ですか。あてはまる番号1つに○をしてください。

- 1 徒歩・自転車
- 2 自家用車
- 3 公共交通機関
- 4 その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

**問5-2-⑤** この1か月間（平成22年3月）に通院にかかった費用（交通費）についてあてはまる番号1つに○をしてください。

- |   |                        |   |                |   |                |
|---|------------------------|---|----------------|---|----------------|
| 1 | 5,000円未満               | 2 | 5,000～9,999円   | 3 | 10,000～14,999円 |
| 4 | 15,000～19,999円         | 5 | 20,000～24,999円 | 6 | 25,000～29,999円 |
| 7 | 30,000円以上（具体的に _____ ） |   |                |   |                |

**問5-3** 入院の状況について、教えてください。

**問5-3-①** この1か月間（平成22年3月）に入院（認定疾病のためのものに限る。）をしましたか。

- |   |    |           |   |           |
|---|----|-----------|---|-----------|
| 1 | はい | → _____日間 | 2 | いいえ       |
|   |    |           |   | ↓         |
|   |    |           |   | [ 問5-4へ ] |

**問5-3-②** この1か月間(平成22年3月)に入院にかかった費用で医療費以外のもの(差額ベッド代、病院で使用する生活用品など)についてあてはまる番号1つに○をしてください。

- |                     |                       |                       |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 10,000 円未満        | 2 10,000 ～ 19,999 円   | 3 20,000 ～ 49,999 円   |
| 4 50,000 ～ 99,999 円 | 5 100,000 ～ 149,999 円 | 6 150,000 ～ 199,999 円 |
| 7 200,000 円以上(具体的に: |                       | )                     |

→ **問5-4** 介護の状況について、教えてください。

**問5-4-①** 被認定者の方の、日常生活の自立の状況について、あてはまる番号1つに○をつけてください。

- 1 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、座位を保つことができる。
- 4 1日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替えにおいて介助を要する。

**問5-4-②** 主に介助や手助けをしている方は、被認定者からみてどなたですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

- 1 配偶者
- 2 子
- 3 子の配偶者
- 4 父母
- 5 事業者(ホームヘルパー等)
- 6 その他( )

**問5-4-③** この1か月間(平成22年3月)に、介護のためにかかった費用(ホームヘルパーの費用、ベッドのレンタル料など)はどれくらいですか(1つに○)。

- |                     |                       |                       |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 10,000 円未満        | 2 10,000 ～ 19,999 円   | 3 20,000 ～ 49,999 円   |
| 4 50,000 ～ 99,999 円 | 5 100,000 ～ 149,999 円 | 6 150,000 ～ 199,999 円 |
| 7 200,000 円以上(具体的に: |                       | )                     |

**問6** 石綿健康被害救済制度について全体的に満足されていますか(1つに○)。

- |          |       |             |       |          |
|----------|-------|-------------|-------|----------|
| 1 とても満足だ | 2 満足だ | 3 どちらともいえない | 4 不満だ | 5 とても不満だ |
|----------|-------|-------------|-------|----------|

**問6-1** 認定と支給を受けて生活上の負担感はどうになりましたか(1つに○)。

- |            |         |         |         |            |
|------------|---------|---------|---------|------------|
| 1 とても軽くなった | 2 軽くなった | 3 変わらない | 4 重くなった | 5 とても重くなった |
|------------|---------|---------|---------|------------|

**問6-2** 石綿救済制度の給付内容について、ご意見やご要望があれば具体的にご記入ください。

[ ]

**問7** 申請から認定までの手続き等について、今後、見直したほうがよいと思われることがありましたら、下記から選んでください（いくつでも○）。

- |              |              |               |
|--------------|--------------|---------------|
| 1 様式の内容      | 2 手引きの内容     | 3 プライバシーへの配慮  |
| 4 指定疾病       | 5 説明の態度・言葉遣い | 6 エックス線画像等の提出 |
| 7 戸籍・住民票等の提出 | 8 認定までの審査期間  | 9 給付金額        |
| 10 その他（      |              | ）             |

**問7-1** 問7で見直したほうがよいと思われることについて、今後どのように見直したほうがよいか、ご意見等があればその理由とあわせて具体的にご記入ください。

[ ]

**問8** 被認定者やご家族がより良い療養を行えるような環境整備として、どのようなものが必要かについて、ご意見等があれば具体的にご記入ください。

例： 治療や介護に関する情報提供、石綿関連疾患に関する医療機関向けの啓発、診断・治療の研究、等

[ ]

**問9** 最後に石綿の病気になられたことについて、わかる範囲で教えてください。

**問9-1** 石綿の病気になられたことについて、石綿を吸ったのではないかというお心あたりはありましたか（1つに○）。

1 あった

2 なかった



[ 問9-2へ ]

[ 問9-3へ ]

→ **問9-2** 問9-1で「1 あった」とお答えの方にお尋ねします。具体的にどのようなお心あたりがありましたか（1つに○）。

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1 石綿関係の仕事をしていた  | 2 石綿工場の近くに住んでいた |
| 3 石綿の仕事をする家族がいた | 4 その他（          |

→ **問9-3** 被認定者本人について、中皮腫または肺がんの診断のきっかけとなったものを教えてください。(1つに○)

- 1 健康診断を受診して指摘された。 → [ 問9-4へ ]
- 2 自覚症状があったため医師の診察を受けたところ指摘された。 } → [ 問9-5へ ]
- 3 他の病気で治療中に指摘された。 }
- 4 その他(具体的に )

→ **問9-4** 問9-3で「1 健康診断」とお答えの方にお尋ねします。中皮腫または肺がんの診断のきっかけとなった所見を指摘されたのはどの健康診断ですか。(ひとつに○)

- 1 市町村の肺がん検診 (自治体名: )
- 2 職場での定期健康診断
- 3 人間ドック
- 4 石綿作業従事者の健康管理手帳による検診
- 5 環境省の石綿健康リスク調査による検診 (自治体名: )
- 6 石綿取扱い企業による周辺住民への検診 (企業名: )
- 7 その他(具体的に )

→ **問9-5** 被認定者の方が、環境省が石綿健康リスク調査を実施している以下の市区町村に、該当する期間に居住していたことがありますか(あてはまるものに○)。

- 1 神奈川県横浜市鶴見区に、平成元年以前に居住していたことがある
- 2 岐阜県羽島市に、昭和51年以前に居住していたことがある
- 3 大阪府の以下の市町村に、平成2年以前に居住していたことがある(該当に○)  
( 岸和田市 貝塚市 泉佐野市 泉南市 阪南市  
熊取町 田尻町 岬町 河内長野市 )
- 4 兵庫県尼崎市に、昭和30年～昭和50年に居住していたことがある
- 5 奈良県の以下の市町村に、平成元年以前に居住していたことがある(該当に○)  
( 王寺町 斑鳩町 )
- 6 福岡県北九州市門司区に、平成16年以前に居住していたことがある
- 7 佐賀県鳥栖市に、昭和33年～昭和61年に居住していたことがある
- 8 1～7のいずれにも該当しない

どうもありがとうございました。

これでアンケートは終わりです。お手数ですが返信用封筒で送付してください(切手は不要です)。

今後ともよろしく願い申し上げます。