

## 石綿健康被害救済制度の被認定者の介護等の実態調査 調査票

### 【記入上の注意】

- 石綿健康被害救済制度被認定者の方の療養時の状況をご家族にお伺いする調査です。
- 黒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。  
(消せるペンは使用しないでください)
- この調査に関してご不明点がある場合は、下記の調査担当窓口までご連絡ください。

### (調査担当窓口)

独立行政法人環境再生保全機構 石綿健康被害救済部給付課 担当：宮武、鎌田、遠藤  
 電話 0120-301-888 (9:30~17:30、土日祝日除く)  
 FAX 044-520-2193  
 Eメール asbe-survey@erca.go.jp

- 回答日をご記入ください。

回答日	平成 29 年    月    日
-----	-------------------

- 対象となる被認定者の氏名、生年月日をご記入の上、認定疾病名の当てはまる番号に○をつけてください。

(独立行政法人環境再生保全機構が保有する年齢・性別等の基本情報を集計の際に使用させていただきます。)

氏 名	
生年月日	大正・昭和・平成    年    月    日
認定疾病名	1 中皮腫 2 肺がん 3 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 4 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺

- 必要に応じてお問い合わせさせていただく場合がございますがご了承いただけますか。  
「はい」と回答した方は連絡可能な方の氏名・電話番号についてもご記入ください。

お問合せへの同意	はい ・ いいえ
氏 名	
電話番号	
対象となる被認定者とのご関係	



問3 認定疾病の治療のため、被認定者の方が定期的に通院していた医療機関、通院の状況等についてお聞きします。複数の医療機関に通院していた場合には、主な機関について（5つまで可）ご回答ください。なお、通院目的については当てはまるものすべてに○をつけてください。

	1つ目の医療機関	2つ目の医療機関	3つ目の医療機関	4つ目の医療機関	5つ目の医療機関
医療機関名					
所在地	( )都・道・府・県 ( )市・区・町・村	( )都・道・府・県 ( )市・区・町・村	( )都・道・府・県 ( )市・区・町・村	( )都・道・府・県 ( )市・区・町・村	( )都・道・府・県 ( )市・区・町・村
療養期間中の平均通院頻度	平均(年・月 ) 回	平均(年・月 ) 回	平均(年・月 ) 回	平均(年・月 ) 回	平均(年・月 ) 回
1回の通院にかかる交通費	およそ( )円	およそ( )円	およそ( )円	およそ( )円	およそ( )円
通院時の主な交通手段	1 徒歩・自転車 2 自家用車 3 電車・バス 4 タクシー 5 その他( )	1 徒歩・自転車 2 自家用車 3 電車・バス 4 タクシー 5 その他( )	1 徒歩・自転車 2 自家用車 3 電車・バス 4 タクシー 5 その他( )	1 徒歩・自転車 2 自家用車 3 電車・バス 4 タクシー 5 その他( )	1 徒歩・自転車 2 自家用車 3 電車・バス 4 タクシー 5 その他( )
通院目的 (該当するものすべて)	1 手術前後の通院 2 化学療法 3 放射線療法 4 その他( )	1 手術前後の通院 2 化学療法 3 放射線療法 4 その他( )	1 手術前後の通院 2 化学療法 3 放射線療法 4 その他( )	1 手術前後の通院 2 化学療法 3 放射線療法 4 その他( )	1 手術前後の通院 2 化学療法 3 放射線療法 4 その他( )

問4 療養期間中、被認定者の方が認定疾病の治療のために医療機関に入院しましたか。入院した場合は、入院回数と1回当たりの平均入院日数をご記入ください。

1 入院した  
└───┬───▶ 入院回数 ( ) 回  
1回当たりの入院日数およそ ( ) 日

2 入院していない

問5 入院に当たり、被認定者の方が差額ベッド(個室等)を利用しましたか。利用した場合、1日当たりにかかったおよその費用をご記入ください。

1 利用した  
└───┬───▶ 1日当たりおよそ ( ) 円 (問6へお進みください。)

2 利用していない (問7へお進みください。)

問6 (問5で「利用した」と回答した方がご記入ください。)

差額ベッドを利用した理由は何ですか。当てはまる番号に○をつけてください。(複数回答可)

- 1 医療機関側の事情により
- 2 重症であるため
- 3 周囲の療養者に気兼ねない環境で療養するため
- 4 家族が泊まり込みで介助するため
- 5 その他 ( )

問7 被認定者の方が療養期間中に自己負担で利用していた衛生材料はありますか。当てはまる番号すべてに○をつけ、1ヶ月当たりにかかったおよその費用をお答えください。

- |    |          |            |            |    |
|----|----------|------------|------------|----|
| 1  | ガーゼ      | 1ヶ月当たりおよそ（ | ）円         |    |
| 2  | 消毒液      | 1ヶ月当たりおよそ（ | ）円         |    |
| 3  | 脱脂綿      | 1ヶ月当たりおよそ（ | ）円         |    |
| 4  | おむつ      | 1ヶ月当たりおよそ（ | ）円         |    |
| 5  | 手袋       | 1ヶ月当たりおよそ（ | ）円         |    |
| 6  | 綿棒       | 1ヶ月当たりおよそ（ | ）円         |    |
| 7  | ばんそうこう   | 1ヶ月当たりおよそ（ | ）円         |    |
| 8  | 包帯       | 1ヶ月当たりおよそ（ | ）円         |    |
| 9  | サージカルテープ | 1ヶ月当たりおよそ（ | ）円         |    |
| 10 | その他（     | ）          | 1ヶ月当たりおよそ（ | ）円 |
| 11 | なし       |            |            |    |

問8 療養期間中に病気や療養生活等について、被認定者の方が相談した窓口等ありましたか。当てはまる番号に○をつけてください。（複数回答可）

- 1 行政機関（保健所、福祉事務所、独立行政法人環境再生保全機構を含む）
- 2 医療機関のソーシャルワーカー
- 3 医療機関の医師、看護師
- 4 友人、知人
- 5 患者・家族の団体、支援団体
- 6 その他（
- 7 相談していない





問 14 (問 12 で「1 受けていた」と回答した方がご記入ください。)

被認定者の方が療養期間中に利用したすべての介護保険制度によるサービスについて当てはまる番号すべてに○をつけてください。

<b>1 訪問系サービス</b> ( <ul style="list-style-type: none"><li>・ 訪問介護 (ホームヘルプサービス)</li><li>・ 訪問入浴介護</li><li>・ 訪問看護</li><li>・ 訪問リハビリテーション 等</li></ul> )
<b>2 通所系サービス</b> ( <ul style="list-style-type: none"><li>・ 通所介護 (デイサービス)</li><li>・ 通所リハビリテーション (デイケア) 等</li></ul> )
<b>3 短期入所サービス (ショートステイ)</b> ( <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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)</li><li>・ 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</li></ul> )
<b>4 入所・入院サービス</b> ( <ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)</li><li>・ 介護老人保健施設</li><li>・ 介護療養型医療施設 等</li></ul> )
<b>5 居住系サービス</b> ( <ul style="list-style-type: none"><li>・ 認知症高齢者グループホーム</li><li>・ 介護付有料老人ホーム 等</li></ul> )
<b>6 その他 (住宅改修、福祉用具貸与・購入 等)</b>

問 15 被認定者の方は、認定疾病の療養期間中に介護保険制度外の介護サービスを利用しましたか。当てはまる番号に○をつけてください。

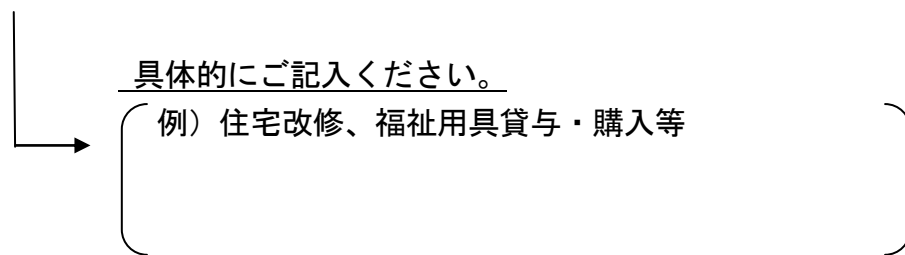
- 1 利用した (問 16 へお進みください。)
- 2 利用していない (問 17 へお進みください。)



問 16 (問 15 で「1 利用した」と回答した方がご記入ください。)

被認定者の方が、療養期間中に利用したすべてのサービスについて、当てはまる番号に○をつけてください。なお、その他を選択した場合は内容についてもご記入ください。

- 1 配食
- 2 調理
- 3 掃除・清掃
- 4 買い物
- 5 ゴミ出し
- 6 外出同行
- 7 移送サービス
- 8 見守り、声かけ
- 9 サロンなどの定期的な通いの場
- 10 その他



問 17 被認定者の方は、認定疾病に係る身体障害者手帳をお持ちでしたか。当てはまる番号に○をつけてください。

- 1 持っていた

↳ (「1 持っていた」場合、認定疾病に係る身体障害者手帳の取得年月日をご記入ください。)

取得年月日 ( 昭和・平成 年 月 日 )

↳ (問 18 へお進みください。)

- 2 持っていなかった

↳ (「2 持っていなかった」理由について、当てはまる番号に○をつけてください。)

- 1 利用できると知らなかったから
- 2 必要ないから
- 3 利用したかったが認定されなかったから
- 4 その他 ( )

↓  
(問 20 へお進みください。)

問 18 (問 17 で「1 持っていた」と回答した方がご記入ください。)

身体障害者手帳の交付を受けている障害の種類について、当てはまる番号に○をつけてください。

- 1 視覚障害
- 2 聴覚又は平衡機能の障害
- 3 音声機能、言語又はそしゃくの障害
- 4 肢体不自由
- 5 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害
- 6 ぼうこう又は直腸の機能の障害
- 7 小腸の機能障害
- 8 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害
- 9 肝臓の機能の障害

問 19 (問 17 で「1 持っていた」と回答した方がご記入ください。)

身体障害者等級として当てはまる番号に○をつけてください。また、認定を受けた時期もご記入ください。療養期間中、等級に変更があった場合には、認定を受けたすべての等級とそれぞれの認定を受けた時期をご記入ください。

- |   |     |                 |   |     |
|---|-----|-----------------|---|-----|
| 1 | 1 級 | 認定を受けた時期 (昭和・平成 | 年 | 月頃) |
| 2 | 2 級 | 認定を受けた時期 (昭和・平成 | 年 | 月頃) |
| 3 | 3 級 | 認定を受けた時期 (昭和・平成 | 年 | 月頃) |
| 4 | 4 級 | 認定を受けた時期 (昭和・平成 | 年 | 月頃) |
| 5 | 5 級 | 認定を受けた時期 (昭和・平成 | 年 | 月頃) |
| 6 | 6 級 | 認定を受けた時期 (昭和・平成 | 年 | 月頃) |

問 20 被認定者の方は、認定疾病に係る障害基礎年金、障害厚生年金を受給していましたか。当てはまる番号に○をつけてください。

- 1 受給していた (問 21 へお進みください。)
- 2 受給していない (最後のページへお進みください。)

問 21 (問 20 で「1 受給していた」と回答した方がご記入ください。)

障害認定を受けた障害について、当てはまる番号に○をつけてください。

- 1 呼吸器疾患による障害
- 2 悪性新生物による障害
- 3 その他 ( )

問 22 (問 20 で「1 支給していた」と回答した方ご記入ください。)

障害基礎年金、障害厚生年金の等級として当てはまる番号に○をつけてください。またその認定を受けた時期もご記入ください。療養中、等級に変更があった場合には、認定を受けたすべての等級とそれぞれの認定を受けた時期をご記入ください。

- |   |     |                 |   |     |
|---|-----|-----------------|---|-----|
| 1 | 1 級 | 認定を受けた時期 (昭和・平成 | 年 | 月頃) |
| 2 | 2 級 | 認定を受けた時期 (昭和・平成 | 年 | 月頃) |
| 3 | 3 級 | 認定を受けた時期 (昭和・平成 | 年 | 月頃) |

ご回答ありがとうございました。

その他、被認定者の方の療養生活 (医療面、介護面、就労面、経済面等) に関してご意見等がありましたら、ご記載ください。