

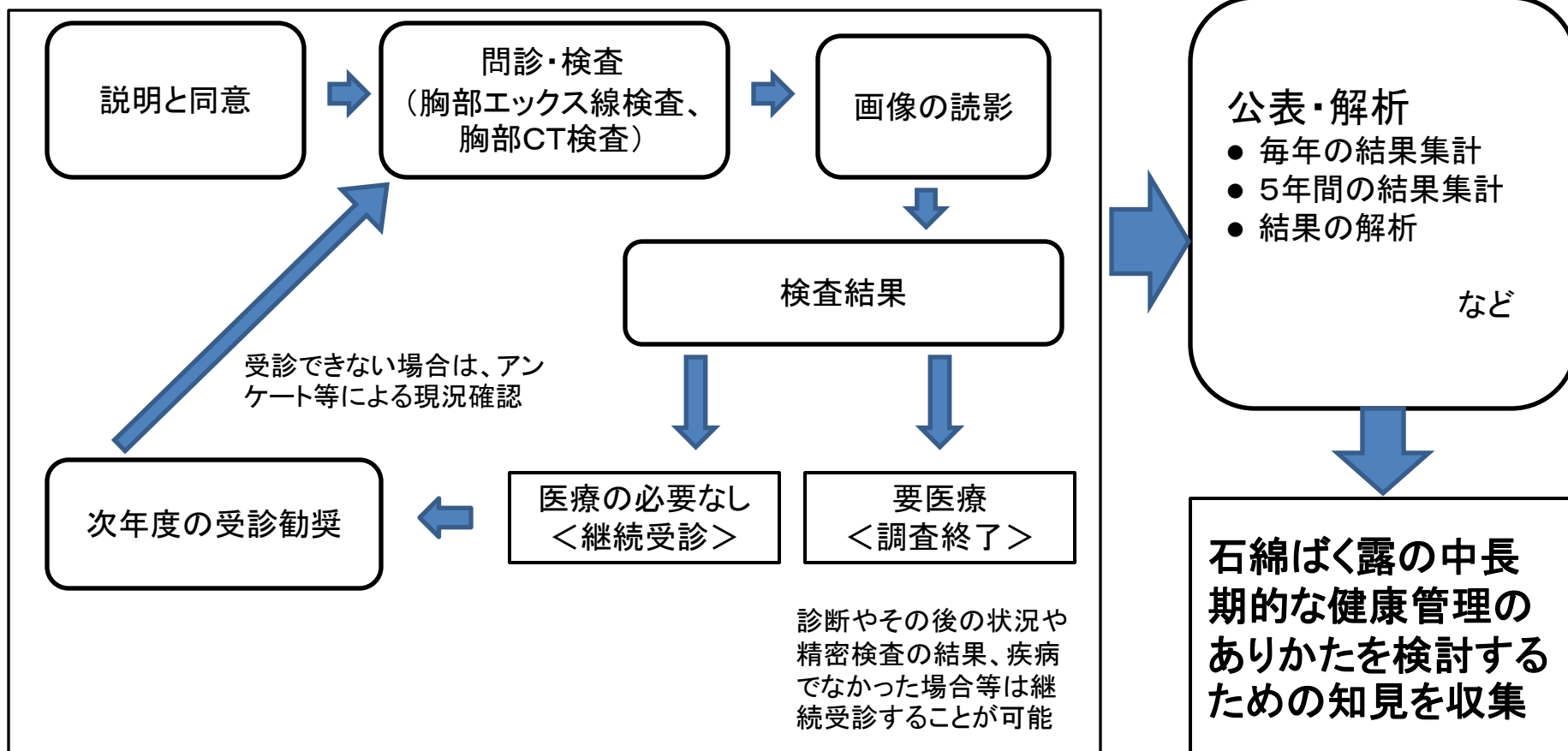
# 第2期石綿の健康リスク調査の全体イメージ(案)

## 目的:

一般環境を経由した石綿ばく露による健康被害の可能性がある方を対象に、石綿関連所見やばく露歴等による石綿関連疾患の発生状況の比較を行い、石綿ばく露者の中長期的な健康管理のあり方に関する知見を収集する。

## 調査対象者:

8,800人



# 1. 調査対象者の設定(案)

これまでの受診者  
(実人数)

平成18～20年度受診者:2,848人  
うち胸膜プラーク有:682人(約24%)

新規受診者

大幅増の方法

・調査の周知・広報  
・住民説明会

など

調査対象  
範囲を拡大

調査対象者

調査対象規模:8,800人  
うち胸膜プラーク有:2,600人(見込)

調査期間:平成22年度から5年間

調査対象地域

大阪府泉南地域等、尼崎市、鳥栖市、横浜市  
鶴見区、羽島市、奈良県、北九州市門司区

調査対象者

原則として①～④を満たす者

① 石綿取扱施設の稼働時期に調査対象地域に居住

② 指定医療機関等で検診を受診可能

③ 調査内容を理解し調査の協力に同意

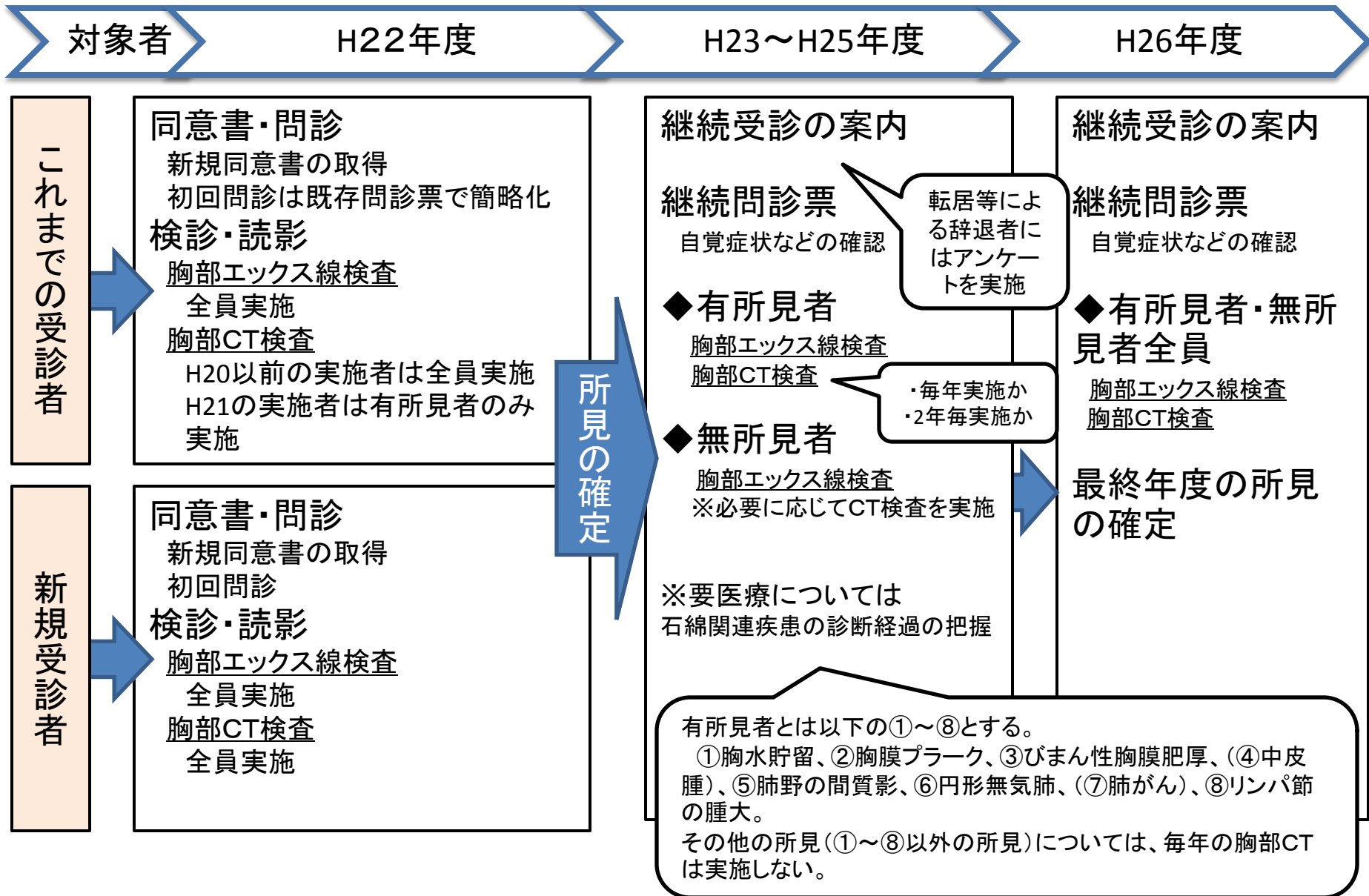
④ 5年間継続して調査に参加可能

※現在居住してなくとも②を満たす方を受け入れる。

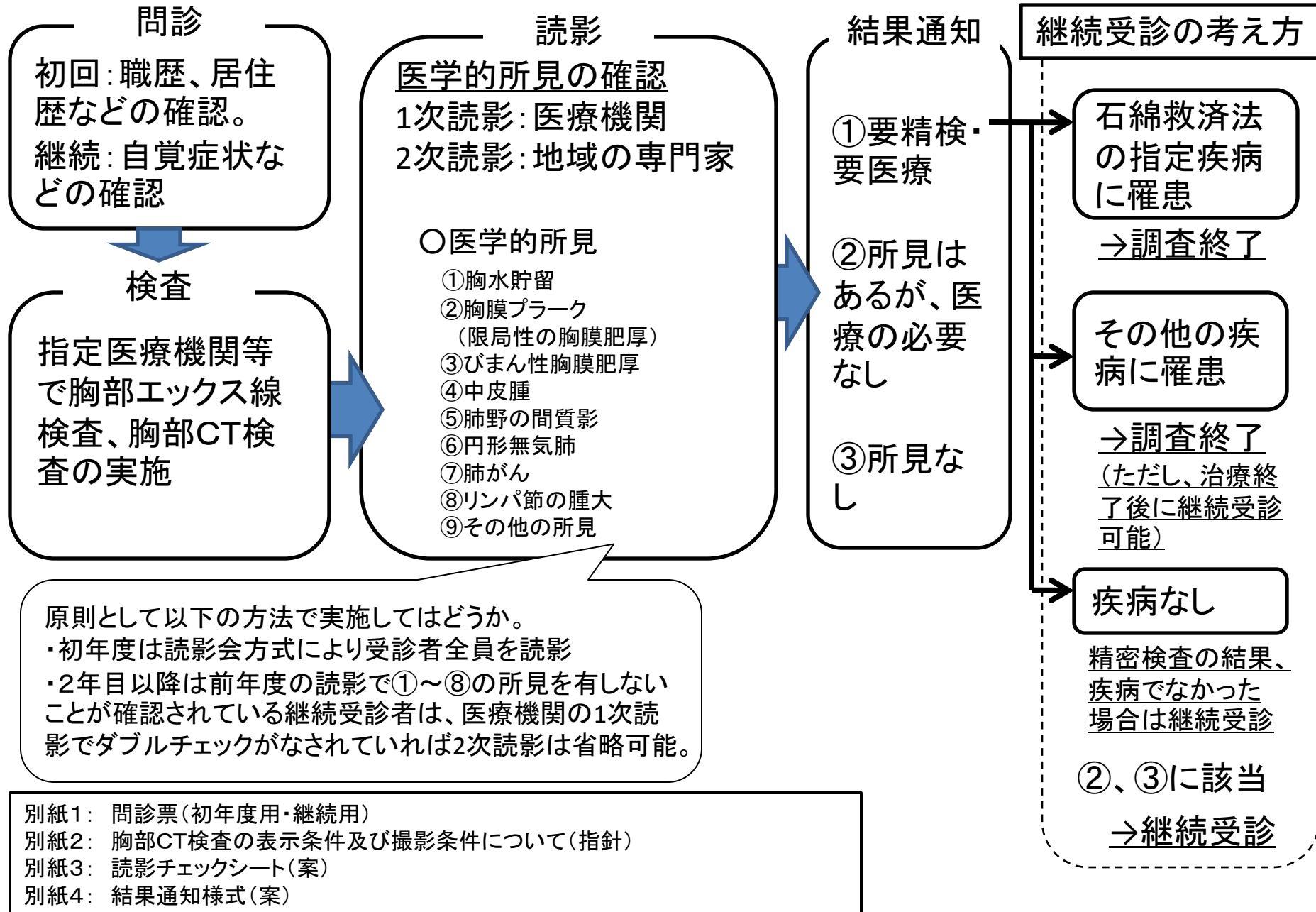
調査期間内の  
疾病発生の見込み

・中皮腫 10人程度  
・肺がん 40人程度

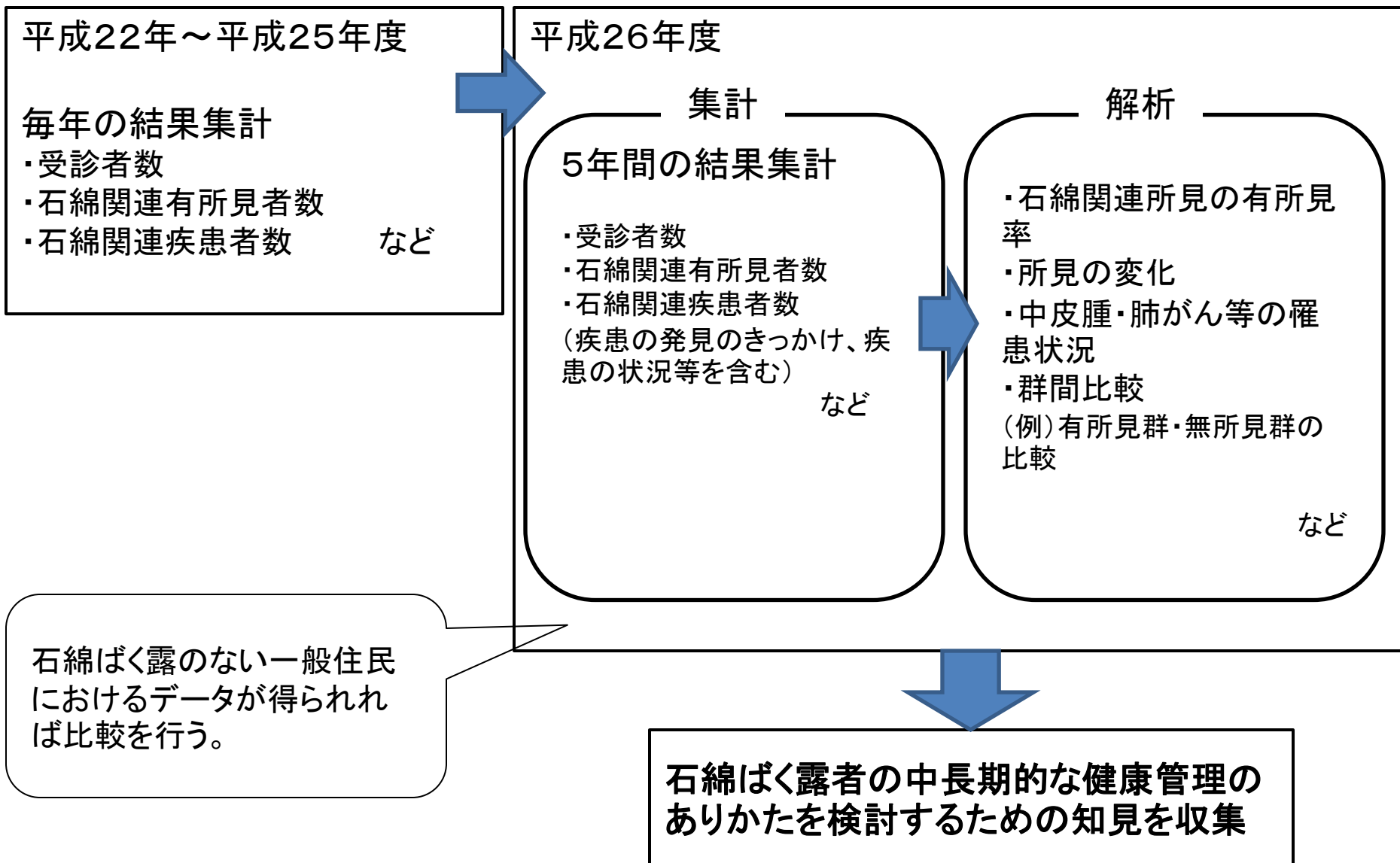
## 2. 調査対象者の問診・検診の実施方法(案)



### 3. 自治体・医療機関の読影・通知の実施方法(案)



## 4. 毎年度の経過報告と最終年度の解析(案)



平成〇〇年度 〇〇市・県における石綿の健康リスク調査問診票(案)

※太枠のみ記載して下さい。

フリガナ	-----	生年月日	明・大・昭和 年 月 日 歳
氏名		性別	男・女
現住所	〒 ー	電話番号	( ) ー

あてはまる□に印をつけてください。

<p>1. この健康リスク調査を受ける理由はなんですか</p> <p><input type="checkbox"/> 自分が石綿を扱う会社に勤務しており、直接石綿を扱う作業を行っていた</p> <p><input type="checkbox"/> 自分が石綿を扱う会社に勤務していたが、直接石綿を扱う作業はしていない (事務や経理などの石綿を扱わない作業を担当していた。)</p> <p><input type="checkbox"/> 家族が石綿を扱う仕事や日曜大工をしていた</p> <p><input type="checkbox"/> 石綿取扱施設や吹き付け石綿のある倉庫等への立入経験がある</p> <p><input type="checkbox"/> 石綿取扱工場周辺に居住・通学・通勤をしていた</p> <p><input type="checkbox"/> その他(他に受診理由があれば記載してください) ( )</p>
<p>2. 現在までに、肺の病気にかかったことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ある ( 疾患名 )</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>
<p>3. 現在何か症状がありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ある : 発熱・せき・呼吸困難・胸痛・その他( )</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>
<p>4. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか</p> <p><input type="checkbox"/> ある : (続柄 ) 中皮腫・肺がん・石綿肺・その他( )</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>
<p>5. 喫煙の有無</p> <p><input type="checkbox"/> 現在の吸っている 1日平均 本 年間</p> <p><input type="checkbox"/> 過去に吸っていた 1日平均 本 年間 止めた年齢 歳</p> <p><input type="checkbox"/> 普段は吸わないが稀に吸うことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 吸わない</p> <p><input type="checkbox"/> 同居者に吸っている方がいる</p>
<p>6. 胸部エックス線検査受診の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 時期( 年 月ごろ)・医療機関名( )</p> <p>(1年程度前まで) 結果 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 通院している(疾患名 )</p>
<p>7. 胸部CT検査受診の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 時期( 年 月ごろ)・医療機関名( )</p> <p>(1年程度前まで) 結果 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 通院している(疾患名 )</p>
<p>8. その他石綿ばく露があったと思われる時の周辺環境など、わかることがあれば記入してください</p>

問診日 \_\_\_\_\_  
問診者 \_\_\_\_\_

9. 居住歴(出生時以降)を記載してください。

居住した時期	住所	備考
(例)SOO 年～ SOO 年	OO県OO市OO町1-1	
年～ 年		
年～ 年		
年～ 年		
年～ 年		
年～ 年		

10. 本人の通学歴を記載してください。

通学した時期	学校名	学校の所在地
(例)SOO 年～ SOO 年	OO小学校	OO県OO市△△町1-1
年～ 年		
年～ 年		
年～ 年		
年～ 年		
年～ 年		

11. 本人の職歴を記載してください。

従事した時期	会社名	所在地	仕事の内容	備考
(例)SO年～SO年	OO建設	OO県OO市OO町2-1	石綿吹き付け作業	
年～ 年				
年～ 年				
年～ 年				
年～ 年				
年～ 年				

12. 家族の職歴を記載してください。(当時同居していた家族のうち、石綿を取り扱っていた方のみ記入)

続柄	従事した時期	会社名	所在地	仕事の内容	備考
(例)父	SO年～SO年	OO建設	OO県OO市□□町2-1	石綿吹き付け作業	
	年～ 年				
	年～ 年				
	年～ 年				
	年～ 年				
	年～ 年				

受診者の家庭生活等について記入願います。(複数回答可)

- |   |    |      |    |
|---|----|------|----|
| <input type="checkbox"/> 1. 石綿製品の製造加工作業や内職が自宅であった。                          | 年～ | 年(通算 | 年) |
| <input type="checkbox"/> 2. 家族が石綿関連の仕事についており、<br>道具や作業着、マスク等を家に持ち帰ったことがある。  | 年～ | 年(通算 | 年) |
| <input type="checkbox"/> 3. 家庭で石綿製品を使って日曜大工等をしたことがある。                       | 年～ | 年(通算 | 年) |
| <input type="checkbox"/> 4. 石綿工場・鉱山の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。<br>(都道府県名・市町村名 ) | 年～ | 年(通算 | 年) |
| <input type="checkbox"/> 5. 造船所の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。<br>(都道府県名・市町村名 )     | 年～ | 年(通算 | 年) |
| <input type="checkbox"/> 6. 建築材料の置場の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。<br>(都道府県名・市町村名 ) | 年～ | 年(通算 | 年) |
| <input type="checkbox"/> 7. 自動車修理工場の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。<br>(都道府県名・市町村名 ) | 年～ | 年(通算 | 年) |
| <input type="checkbox"/> 8. 幹線道路や大きな交差点の近くに住んでいたことがある。<br>(都道府県名・市町村名 )     | 年～ | 年(通算 | 年) |
| <input type="checkbox"/> 9. 吹きつけ石綿のある建物の部屋で、過ごしたことがある                       | 年～ | 年(通算 | 年) |
|   | 年～ | 年(通算 | 年) |
| <input type="checkbox"/> 10. いずれもない   |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> 11. わからない  |    |      |    |



## 職歴に関するチェック項目

### 【①業種】

- |   |  |
|---|--|
| 1 鉱業  | 4 電気・ガス・熱供給・水道業                          |
| 11 <input type="checkbox"/> 石綿鉱業                                | 41 <input type="checkbox"/> 配管・配線取扱い業    |
| 12 <input type="checkbox"/> その他の鉱業                              | 42 <input type="checkbox"/> 電気業          |
| 2 建設業   | 43 <input type="checkbox"/> ガス供給業        |
| 21 <input type="checkbox"/> 石綿含有製品を取り扱う作業                       | 44 <input type="checkbox"/> 熱供給業         |
| 22 <input type="checkbox"/> 石綿含有製品の近傍で行うその他の作業                  | 45 <input type="checkbox"/> 水道業          |
| 23 <input type="checkbox"/> その他の作業                              | 5 運輸業                                    |
| 3 製造業   | 51 <input type="checkbox"/> 鉄道業          |
| 30 <input type="checkbox"/> 石綿製品製造業                             | 52 <input type="checkbox"/> 道路貨物運送業      |
| 31 <input type="checkbox"/> 清酒製造業                               | 53 <input type="checkbox"/> 水運業          |
| 32 <input type="checkbox"/> 化学工業                                | 54 <input type="checkbox"/> 倉庫業          |
| 33 <input type="checkbox"/> 石油製品・石炭製品製造業                        | 55 <input type="checkbox"/> 運輸に附帯するサービス業 |
| 34 窯業・土石製品製造業   | 6 医療・福祉                                  |
| 341 <input type="checkbox"/> ガラス・同製品製造業                         | 61 <input type="checkbox"/> 医療業          |
| 342 <input type="checkbox"/> セメント・同製品製造業                        | 7 サービス業                                  |
| 343 <input type="checkbox"/> 建設用粘土製品製造業(陶磁器製を除く)                | 71 <input type="checkbox"/> 廃棄物処理業       |
| 344 <input type="checkbox"/> 陶磁器・同関連製品製造業                       | 72 <input type="checkbox"/> 自動車整備業       |
| 35 <input type="checkbox"/> 鉄鋼業                                 | 73 <input type="checkbox"/> 機械等修理業       |
| 36 <input type="checkbox"/> 非鉄金属製造業<br>(銅・アルミニウム・鉛などの板・合金などを製造) | 74 <input type="checkbox"/> その他のサービス業    |
| 37 <input type="checkbox"/> 金属製品製造業                             | 8 <input type="checkbox"/> 解体業           |
| 38 <input type="checkbox"/> 一般・輸送用機械器具製造業                       | 9 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )   |
| 39 <input type="checkbox"/> 造船業                                 | 10 <input type="checkbox"/> 不明           |
| 310 <input type="checkbox"/> 食料品製造業                             | 11 <input type="checkbox"/> なし           |
| 311 <input type="checkbox"/> 繊維工業                               |  |
| 312 <input type="checkbox"/> その他の製造業                            |  |

### 【②仕事内容】

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> 石綿鉱山での作業、石綿製品の製造に関わる作業             | 19 <input type="checkbox"/> レンガ・陶磁器・セメント製品製造に関わる作業             |
| 2 <input type="checkbox"/> 石綿や石綿含有岩綿等の吹きつけ・貼りつけ等作業            | 20 <input type="checkbox"/> 吹きつけ石綿のある部屋・建物・倉庫等での作業<br>(教員 その他) |
| 3 <input type="checkbox"/> 石綿原綿または石綿製品の運搬・倉庫内作業               | 21 <input type="checkbox"/> エレベーター製造または保守に関わる作業                |
| 4 <input type="checkbox"/> 配管・断熱・保温・ボイラー・築炉関連作業               | 22 <input type="checkbox"/> ランドリー・クリーニングに関わる作業                 |
| 5 <input type="checkbox"/> 造船所内の作業(造船所における事務職含めた全職種)          | 23 <input type="checkbox"/> ガスマスクの製造に関わる作業                     |
| 6 <input type="checkbox"/> 船に乗り込んで行う作業(船員 その他)                | 24 <input type="checkbox"/> 上下水道に関わる作業                         |
| 7 <input type="checkbox"/> 建築現場の作業(建築現場における事務職含めた全職種)         | 25 <input type="checkbox"/> ゴム・タイヤの製造に関わる作業                    |
| 8 <input type="checkbox"/> 解体作業(建築物、工作物、石綿含有製品等)              | 26 <input type="checkbox"/> 道路建設・補修等に関わる作業                     |
| 9 <input type="checkbox"/> 港湾での荷役作業                           | 27 <input type="checkbox"/> 映画放送舞台に関わる作業                       |
| 10 <input type="checkbox"/> 発電所・変電所・その他電気設備での作業               | 28 <input type="checkbox"/> 農業、バーミキュライト等を扱う作業                  |
| 11 <input type="checkbox"/> 鉄鋼所または鉄鋼製品製造に関わる作業                | 29 <input type="checkbox"/> 酒類製造に関わる作業                         |
| 12 <input type="checkbox"/> 耐熱(耐火)服や耐火手袋等を使用する作業              | 30 <input type="checkbox"/> 消防に関わる作業                           |
| 13 <input type="checkbox"/> 自動車・鉄道車両等を製造・整備・修理・解体する作業         | 31 <input type="checkbox"/> 歯科技工に関わる作業                         |
| 14 <input type="checkbox"/> 鉄道等の運行に関わる作業                      | 32 <input type="checkbox"/> 金庫の製造・解体に関わる作業                     |
| 15 <input type="checkbox"/> ガラス製品製造に関わる作業                     | 33 <input type="checkbox"/> その他の石綿に関連する作業                      |
| 16 <input type="checkbox"/> 石油精製工場、化学工場内の精製・製造作業や<br>配管修理等の作業 | 34 <input type="checkbox"/> タルク等石綿含有物を使用する作業                   |
| 17 <input type="checkbox"/> 清掃工場または廃棄物の収集・運搬・中間処理・処分の作業       | 35 <input type="checkbox"/> いずれもない                             |
| 18 <input type="checkbox"/> 電気製品・産業用機械の製造・修理に関わる作業            | 36 <input type="checkbox"/> 不明(忘れた・覚えていない)                     |

【③仕事で取り扱った材料・製品】

- 1  石綿原綿(わた・繊維)
- 2  石綿吹きつけ材
- 3  石綿フェルト
- 4  石綿保温材・煙突材
- 5  石綿含有屋根材、スレート
- 6  石綿紙
- 7  石綿セメント管・石綿パイプ
- 8  石綿含有ボード(外壁材・内装材)
- 9  石綿パッキング・ガスケット
- 10  石綿織物・布・ひも・テープ・リボンなど
- 11  石綿含有塗料、石綿含有シーリング材、石綿含有接着剤
- 12  石綿含有摩擦材(ブレーキパッドなど)
- 13  その他の石綿製品
- 14  いずれもない
- 15  わからない

【④職場のそばでの作業の有無】

- 1  石綿含有製品(チューブ・パイプ・板・ボール紙・断熱材など)を切断、取り付け、取り外したりする
- 2  溶接
- 3  支柱・隔壁・ガード(garder)に耐火塗装をおこなったり、はがしたりする。
- 4  その他
- 5  不明
- 6  なし

【⑤仕事で頻繁に出入りしていた場所】

- 1  倉庫、車庫
- 2  部材置き場 (どこの )
- 3  配管・配線の現場 (どこの )
- 4  船体 (どこの )
- 5  その他( )
- 6  不明
- 7  なし

【⑥職場に吹き付け石綿の部屋の有無】

- 1  ある
- 2  ない
- 3  不明

【⑦会社で労災認定の有無】(ある場合は認定年月日)

- 1  ある(認定年月日 年 月 日)
- 2  ない
- 3  不明

問診票「2. 現在までに、肺の病気ににかかったことがありますか」にチェックされた方を対象

- 1  肺結核
- 2  結核性胸膜炎
- 3  肺がん
- 4  慢性気管支炎
- 5  じん肺(石綿肺)
- 6  間質性肺炎(肺線維症)
- 7  肺気腫
- 8  原因不明の胸膜炎
- 9  原因不明の胸水
- 10  その他の呼吸器の病気( )

## 平成〇〇年度 〇〇市・県における石綿の健康リスク調査問診票(案)

※太枠のみ記載して下さい。

フリガナ		生年月日	明・大・昭和
氏名			年 月 日 歳
現住所	〒 ー	性別	男・女
		電話番号	( ) ー

あてはまる口に印をつけてください。

<p>1. 現在、何か症状がありますか</p> <p><input type="checkbox"/>ある：発熱・せき・呼吸困難・胸痛・その他( )</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>
<p>2. 現在、疾患等で医療機関へ通院していますか</p> <p><input type="checkbox"/>いる：(疾患名 )</p> <p><input type="checkbox"/>いない</p>
<p>3. 前回の健康リスク調査での胸部エックス線検査、胸部CT検査を受けられた以降に他の医療機関で胸部エックス線検査、胸部CT検査を受けられたことがありますか</p> <p>胸部エックス線検査 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>ある：時期( 年 月ごろ)・医療機関名( )</p> <p>胸部CT検査 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>ある：時期( 年 月ごろ)・医療機関名( )</p>
<p>4. 家族で新たに石綿関連疾患にかかった人はいますか</p> <p><input type="checkbox"/>いる：(続柄 ) 中皮腫・肺がん・石綿肺・その他( )</p> <p><input type="checkbox"/>いない</p>
<p>5. 現在の喫煙の有無</p> <p><input type="checkbox"/>現在、吸っている 1日平均 本 年間</p> <p><input type="checkbox"/>普段は吸わないが稀に吸うことがある</p> <p><input type="checkbox"/>吸わない</p> <p><input type="checkbox"/>同居者に吸っている方がいる</p>
<p>6. その他</p> <p>前回の問診以降に職業歴や居住歴など、何か思い出したことがありましたら記載してください</p> <p>( )</p>

問診日

問診者

## 石綿の健康リスク調査における胸部 CT 検査の表示条件及び撮影条件について（指針）

## 1 表示条件について

肺野条件                    WL-550～-700    WW1300～1600  
縦隔条件（単純）        WL20～40    WW300～500

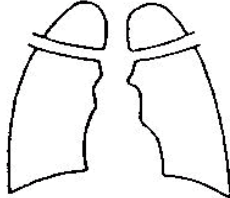
## 2 撮影条件について

スライス厚（検出器厚）    10mm 以下  
再構成間隔                10mm 以下  
被曝放射線量              概ね 1mSv 以下

※施設の条件により、概ね 1mSv 以下にすることが難しい場合、可及的に被曝量の低減に努めてください。

※撮影条件については、日本 CT 検診学会の肺がん検診 CT ガイドラインにある「胸部検診用 CT 撮影マニュアル — シングルスライスヘリカル CT を対象にして」や「肺癌検診用 MDCT (multidetector-row CT) 撮影マニュアルの作成 平成 17 年度技術部会報告（要約版）」を参考にしてください。

平成〇〇年度〇〇県・市 石綿の健康リスク調査  
胸部X線・胸部CT読影チェックシート

受診者氏名等	フリガナ氏名 (男・女) 生年月日 T・S 年 月 日 ( 歳)																																																																																																																										
	住所																																																																																																																										
検査内容	胸部X線 (撮影日 平成 年 月 日 撮影場所 ) 胸部CT (撮影日 平成 年 月 日 撮影場所 )																																																																																																																										
胸部X線所見	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">有 疑</th> <th colspan="2">右 左</th> <th rowspan="2">なし (正常含む)</th> <th rowspan="2">評価不能</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● 胸水貯留①</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● 胸膜プラーク②</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● びまん性胸膜肥厚③</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● 肺野の間質影⑤</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● 肺がん⑦</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● その他の所見⑨</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>( )</p> <p>※評価不能は吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックしてください。 ※胸膜肥厚や結核性所見は「その他の所見」にチェックしてください。</p> 		有 疑		右 左		なし (正常含む)	評価不能					● 胸水貯留①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 胸膜プラーク②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● びまん性胸膜肥厚③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 肺野の間質影⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 肺がん⑦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● その他の所見⑨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
			有 疑		右 左				なし (正常含む)	評価不能																																																																																																																	
● 胸水貯留①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● 胸膜プラーク②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● びまん性胸膜肥厚③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● 肺野の間質影⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● 肺がん⑦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● その他の所見⑨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
胸部CT所見	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">有 疑</th> <th colspan="2">右 左</th> <th rowspan="2">なし (正常含む)</th> <th rowspan="2">評価不能</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● 胸水貯留①</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● 胸膜プラーク②</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● びまん性胸膜肥厚③</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● 中皮腫④</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● 肺野の間質影⑤</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※肺野の間質影が見られた場合の分類項目</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>・胸膜下曲線様陰影</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>( 直下 <input type="checkbox"/> ・ 非直下 <input type="checkbox"/> )</td> </tr> <tr> <td>・小葉中心性粒状影</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・すりガラス様陰影</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・網状影</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・蜂窩肺</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・肺実質内帯状影</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>● 円形性無気肺⑥</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● 肺がん⑦</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● リンパ節の腫大⑧</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● その他の所見⑨</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>( )</p> <p>※評価不能は吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックしてください。 ※胸膜肥厚や結核性所見は「その他の所見」にチェックしてください。</p>		有 疑		右 左		なし (正常含む)	評価不能					● 胸水貯留①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 胸膜プラーク②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● びまん性胸膜肥厚③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 中皮腫④	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 肺野の間質影⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・胸膜下曲線様陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( 直下 <input type="checkbox"/> ・ 非直下 <input type="checkbox"/> )	・小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・すりガラス様陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・網状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・蜂窩肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・肺実質内帯状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		● 円形性無気肺⑥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 肺がん⑦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● リンパ節の腫大⑧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● その他の所見⑨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有 疑		右 左		なし (正常含む)	評価不能																																																																																																																					
● 胸水貯留①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● 胸膜プラーク②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● びまん性胸膜肥厚③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● 中皮腫④	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● 肺野の間質影⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
・胸膜下曲線様陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( 直下 <input type="checkbox"/> ・ 非直下 <input type="checkbox"/> )																																																																																																																				
・小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
・すりガラス様陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
・網状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
・蜂窩肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
・肺実質内帯状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● 円形性無気肺⑥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● 肺がん⑦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● リンパ節の腫大⑧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
● その他の所見⑨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
石綿との関連	<p>びまん性胸膜肥厚、肺野の間質影の所見(疑い含む)が確認された場合の石綿との関連</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>強く疑う</th> <th>疑う</th> <th>可能性がある</th> <th>他の原因である可能性が高い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● びまん性胸膜肥厚③</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● 肺野の間質影⑤</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		強く疑う	疑う	可能性がある	他の原因である可能性が高い	● びまん性胸膜肥厚③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 肺野の間質影⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																											
	強く疑う	疑う	可能性がある	他の原因である可能性が高い																																																																																																																							
● びまん性胸膜肥厚③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																							
● 肺野の間質影⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																							
総合判定	1 異常なし    2経過観察    3 要精査( )    4 要医療																																																																																																																										
読影日:平成 年 月 日																																																																																																																											

## 肺野の間質影の所見が見られた場合における細所見の定義について

### ○胸膜下曲線様陰影：

胸膜に平行に走行する曲線状の構造。

直下：線状陰影の中心が、胸膜面からおおむね5mm未満のもの

非直下：さらに胸膜面から離れてみられるもの

### ○小葉中心性粒状影：

下肺野の胸膜直下などの小葉辺縁から離れた部位に認められる小結節像。

通常、複数の粒状所見が見られ、胸膜下に規則的に並ぶことが多い

### ○すりガラス様陰影：

陰影内部でも血管影や気管支壁が認められる淡い濃度を示す異常陰影

### ○網状影：

網目状の陰影。

### ○蜂窩肺：

径数ミリ大から1 cm程度のやや壁の厚い嚢胞陰影あるいは小輪状影が2層以上に集合したもの。

### ○肺実質内帯状影：

胸膜から肺内へ向かって血管の走行とは異なった方向へ走る線状像。

平成〇〇年〇月〇日

〇〇 〇〇様

〇〇市〇〇課

## 石綿の健康リスク調査の検査結果について（案）

この度は、本調査にご協力いただきありがとうございます。

つきましては、先日、受診していただきました本調査における胸部エックス線・胸部 CT 検査の結果についてお知らせいたします。

### 検査の結果

○別紙「別記1」を参照

### 今後の対応

○別紙「別記2」を参照

※本調査で確認している石綿関連所見及び所見の説明は別添「本調査で確認している石綿関連所見及び所見の説明」に記載しています。

### 必ずお読みください

本調査では胸部エックス線及び胸部 CT の画像から所見の確認をしていますので、所見は認められたが治療の必要がないとされた方及び所見が認められなかった方につきましても、本検査受診後、何かお体に異常を感じた場合は、すみやかに医療機関で受診してください。

なお、胸痛、呼吸困難などの症状があらわれた場合は、受診の際、必ず石綿ばく露歴があることを医師へ伝えてください。

また、肺がんの最大の要因は喫煙であり、喫煙と石綿ばく露の両方を受けると、肺がんの危険性は相乗的に高くなることが知られています。喫煙も石綿ばく露もない人の肺がんの危険性を1とすると、喫煙者は約10倍、石綿ばく露者は約5倍、喫煙をする石綿ばく露者は約50倍とする報告があります。肺がん発生の危険性を減らすためには、禁煙することが大切です。禁煙に努めてください。

担当：〇〇〇〇課

電話：

(別紙)

別記1

<検査の結果について>

- ・特に異常な所見は認められませんでした。
- ・「〇〇」の所見が認められ（疑われ）ました。

別記2

<今後の対応について>

- ・特に異常な所見は認められませんが、経過を確認いたしますので、1年後の石綿の健康リスク調査にご参加をお願いいたします。
- ・所見は認められ（疑われ）ますが、特に治療の必要はありません。  
定期的な経過観察が必要となりますので、1年後の石綿の健康リスク調査にご参加をお願いいたします。
- ・すみやかに医療機関で受診し、医師の指示に従ってください。  
本調査では胸部エックス線及び胸部 CT の画像所見の確認をしています。このため、検査を受けても疾患の確定診断とはなりませんので、医療機関で精密検査を受けた結果、疾患等がなく治療の必要がなかった場合は、1年後の石綿の健康リスク調査にご参加をお願いいたします。  
また、治療が必要とされた方は、その疾患の治療に専念してください。なお、治療を終えられましたら、改めて石綿の健康リスク調査にご参加をお願いいたします。



## 本調査で確認している石綿関連所見及び所見の説明 (案)

### ●胸水貯留

胸腔内に体液が貯留することであり、石綿以外の様々な原因によっても生じます。症状は、呼吸困難や胸痛といった自覚症状で気づくこともあれば、自覚症状がなく、胸部エックス線検査で見つかることもあります。

### ●胸膜プラーク

石綿ばく露開始からおおむね15～30年以上を経て、認められるようになり、胸膜プラークは過去に石綿のばく露があったことを示す重要な医学的所見です。胸膜プラークは、壁側胸膜に生じる限局的な線維性の肥厚のことで、それ自体では疾病ではなく、通常、肺機能の低下は起こりません。徐々に石灰化が進行することもあります。

### ●びまん性胸膜肥厚

臓側胸膜（肺を覆う膜）の慢性線維性胸膜炎の状態であり、結核性胸膜炎など石綿以外の様々な原因によっても生じます。症状は、咳、痰、呼吸困難、反復性の胸痛、反復性の呼吸器感染等がみられます。

### ●中皮腫

中皮腫は、肺を取り囲む胸膜、肝臓や胃などの臓器を囲む腹膜、心臓及び大血管の起始部を覆う心膜、精巣鞘膜にできる悪性の腫瘍です。発症頻度は胸膜原発のものが最も多く、次いで、腹膜であり、心膜や精巣鞘膜の中皮腫は非常にまれです。中皮腫のほとんどは石綿ばく露が関与しています。

石綿ばく露から発症までの潜伏期間の多くは40年前後と非常に長い疾患です。中皮腫の発生の危険は石綿の累積ばく露量が多いほど高くなります。胸膜中皮腫は、息切れ、胸痛が多くみられますが、症状がなく胸部エックス線検査で胸水貯留を偶然発見されることもあります。そのほか、咳、発熱、全身倦怠感、体重減少などもみられます。

### ●肺野の間質影

肺の線維化等により（胸膜下曲線様陰影、小葉中心性粒状影、すりガラス様陰影、網状影など）の肺に異常陰影がみられる状態であり、石綿以外の様々な原因によっても生じます。

●円形無気肺

円形もしくは類円形を呈する直径 2.5～5 cm大の末梢性の無気肺であり、臓側胸膜の病変が主体で、石綿ばく露が原因で良性石綿胸水後に発生する場合が多いと言われています。

●肺がん

原発性肺がんは気管支あるいは肺泡を覆う上皮に発生する悪性の腫瘍です。中皮腫と異なり、喫煙をはじめとして石綿以外の多くの原因で発生します。肺がんは、咳、痰、血痰といった症状がよくみられますが、無症状で胸部エックス線や胸部 CT 検査の異常として発見される例も存在します。

●リンパ節の腫大

リンパ節が腫大した状態。感染症や他の炎症性疾患、原発性あるいは転移性腫瘍などでみられます。

注1 本調査で確認する所見は、必ずしも石綿を原因とするものではありません。

注2 本調査では画像及び問診から医学的所見の確認をしているもので、診断を行うものではありません。