

D-1表(累計):ばく露歴分類が「オ(その他)」の者とプロット数との関係表(平成18~21年度実人数累計)

<鳥栖市>

	胸膜ブランクあり	胸膜ブランク以外の所見あり	所見なし	計
プロット対象者数	2	13	81	96
プロット数	3	18	110	131

※複数地域に居住歴のある者は、それぞれの地域にプロットした。

D-2表(累計):ばく露歴分類が「オ(その他)」で胸膜ブランクのプロットがある町名別一覧表

(平成18~21年度実人数累計)

<鳥栖市>

	プロット数	
	胸膜ブランクありの者のプロット	全プロット数
曾根崎町	0	45
松原町	0	8
桜町	0	7
田代外町	0	6
原町	1	6
西田町	0	5
本鳥栖町	1	4
轟木町	0	1
真木町	0	2
京町	0	3
古野町	0	3
田代大官町	0	3
姫方町	0	3
藤木町	0	2
今泉町	1	3
本町	0	2
元町	0	2
大正町	0	2
東町	0	2
田代本町	0	2
神辺町	0	2
古賀団地	0	2
飯田町	0	2
幡崎町	0	2
儀徳町	0	2
高田町	0	1
鎗田町	0	1
本通町	0	1
秋葉町	0	1
加藤田町	0	1
浅井町	0	1
酒井西町	0	1
山浦町	0	1
村田町	0	1
幸津町	0	1
合計	3	131

※複数の居住歴のある者は、それぞれの町ごとに計上している。

石綿の健康リスク調査に参加し、医療の必要があると判断された者の診断経過について
(平成18～20年度実人数累計)

平成18年度～20年度に石綿の健康リスク調査に参加し、医療の必要があると判断された者がその後、医療機関でどのような診断を受けているのか確認するため、本人や家族から承諾を得て医療機関に照会を行った。

照会を行った結果、肺がん2人、中皮腫疑い1人、良性石綿胸水疑い1人が確認された。

本人や家族に問い合わせを行ったところ、労災制度や石綿救済制度で認定された者は確認できなかった。

平成18年度から平成20年度に健康リスク調査へ参加し、医療の必要があると判断された者のその後の診断経過

	計	うち女性	ア.主に直接職歴	うち女性	イ.主に間接職歴	うち女性	ウ.主に家庭内ばく露	うち女性	エ.主に立入・屋内環境ばく露	うち女性	オ.その他	うち女性
対象者	8	1	4	0	2	0	1	1	0	0	1	0
石綿関連疾患(疑いを含む)	4(2)	0	1	0	2(2)	0	0	0	0	0	1	0
a 中皮腫	1(1)	0	0	0	1(1)	0	0	0	0	0	0	0
b 肺がん	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
c 石綿肺	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d 良性石綿胸水	1(1)	0	0	0	1(1)	0	0	0	0	0	0	0
e びまん性胸膜肥厚	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※()は、疾患疑いを再掲

※肺がんについては、石綿以外の原因によるものも含まれている。

18年度	
19年度	
20年度	

石綿ばく露健康リスク調査問診票

年 月 日

番号

※太枠のみ記入してください。

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平
氏名			年 月 日生	歳
現住所	〒 -		電話番号	

あてはまる番号や□に○をつけてください。また、空欄はご記入ください。

この調査は、国の石綿対策における有用な資料となります。
本調査票の内容について、国及び実施自治体において個人情報特定されない形で利用することに同意していただけますか。 □ 同意する □ 同意しない

問1. この健康リスク調査を受ける理由はなんですか。(○をつけてください。)

(1) 自分または家族が石綿を扱う仕事をしていた。
(2) 石綿を扱う場所の近くに住んでいた。
(3) 仕事以外で、身の回りにおいて石綿(製品、材料など)を扱うことがあった。
(4) その他()

問2. あなたのこれまでの居住歴について、右のページの「居住歴」欄に記入してください。.....

問3. 本人の現在までの通学歴・職歴及び石綿を扱っていたご家族の現在までの職歴を別紙調査票「①本人の通学歴、②本人の職歴、③家族の職歴」欄に記入してください。

問4. 仕事以外で石綿を吸い込んだ可能性はありますか。
□ ある (その場所とその時の状況))
□ なし □ わからない

問5. 現在までに、肺の病気にかかったことがありますか。
□ ある → 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 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()
□ なし

問6. 現在、何か症状がありますか。
□ ある : 発熱・せき・呼吸困難・胸痛・その他()
□ なし

問7. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか。
□ ある : (続柄) 中皮腫・肺がん・石綿肺・その他()
□ なし

問8. あなたはタバコを吸いますか。
(1) 吸わない (2) 吸う (3) 以前吸っていた
()歳から()歳まで()年間 1日に()本吸う
()歳から()歳まで()年間 1日に()本吸う
喫煙係数()

問9. あなたの同居しているご家族でタバコを吸う人はいますか。
□ いる : (続柄) ()歳から()歳まで同居)
(続柄) ()歳から()歳まで同居)
□ いない

問9. これまでの胸部X線検査受診の有無
1. 無 2. 有: 時期(年 月ごろ)・医療機関名()
結果

問10. これまでの胸部CT検査受診の有無
1. 無 2. 有: 時期(年 月ごろ)・医療機関名()
結果

問11. 石綿ばく露があったと思われる時の周辺環境等わかっていることがあればご記入ください。

問診者

	ばく露歴については、該当するものすべてに○を記入(ア～エは重複可)
①昭和33年～61年に鳥栖市に居住していた者	ア. 直接石綿を取り扱っていた職歴がある()
②上記①のうち、現在も市内に居住しているもの	イ. 職場で石綿ばく露した可能性のある職歴があるもの()
③平成19年度の市の石綿健康受診者(①の重複含む)	ウ. 家庭に石綿ばく露の明らかな職歴があるもの()
④上記以外の者	エ. 石綿取扱い施設や吹き付け石綿の事務室等に立ち入り経験がある者()
	オ. 上記ア～オに該当しない者()

○左のページ問1. (1)(2)(3)(4)のいずれかに○がついた場合お答え下さい。
受診者の家庭生活等についてはあてはまる□に○をつけご記入ください(複数回答可)。

1 □ 自分または家族が石綿を扱う仕事をしていた

2 □ 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)

3 □ 家族が石綿関連の仕事についており、 年～ 年(通算 年)
道具や作業着、マスク等を家に持ち帰ったことがある。

4 □ 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)

5 □ 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。〔地域：(都道府県市町村名)〕 年～ 年(通算 年)

6 □ 造船所の近くに住んでいたたり、遊んでいたことがある。〔地域：(都道府県市町村名)〕 年～ 年(通算 年)

7 □ 倉庫や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。〔地域：(都道府県市町村名)〕 年～ 年(通算 年)

8 □ 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。〔地域：(都道府県市町村名)〕 年～ 年(通算 年)

9 □ 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。〔地域：(都道府県市町村名)〕 年～ 年(通算 年)

10 □ 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)

11 □ 工場に出入りしていたことがある。 年～ 年(通算 年)

12 □ その他() 年～ 年(通算 年)

13 □ いずれもない。 14 □ わからない。

○左のページ問2. 居住歴(出生時以降)についてご記入ください。

(記入例)	住 所	備 考
昭25 年から 昭31年	○県△市○町××	
年から 年		
年から 年		
年から 年		

問3. 別紙調査票

- 全受診者について記入をお願いします。(太枠のみ本人が記入して下さい。それ以外は保健師が記入します。)
 これまでの通学歴、学校を卒業してから現在に至るまでの職業歴、石綿を扱っていたご家族の現在までの職業歴についてご記入願います。
 (在学中のアルバイト、戦時中の仕事など短期間の仕事もできる限り、記入願います。)

① 本人の通学歴

	通学した時期 (年月～年月)	学校名	学校の所在地 (都道府県・市)		通学した時期 (年月～年月)	学校名	学校の所在地 (都道府県・市)
	(記入例) S25.4-S50.6	〇〇小学校	〇県△市〇町××	3			
1				4			
2				5			

② 本人の職歴(石綿との関連を詳しく把握しておくこと)

従事した時期 (年月～年月)	会社名	所在地	この期間で石綿 を扱っていたと 思われる時期	仕事の内容	保健師チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
					①業種	②内容	③取扱 材料	④近傍 作業	⑤出入 場所	⑥吹付 部屋	⑦労災 認定
(記入例) S25.4-S50.6	〇〇産業(株)	〇県△市 〇町	(記入例) S25.4-S50.6	石綿の吹き付け作業 を担当していた	11	2	3	1	2	3	1
					通算	年	月				

(詳しく記入)

③ 家族の職歴(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して下さい。)

続柄 父・母 兄・姉	従事した時期 (年月～年月)	会社名	所在地	この期間で石綿 を扱っていたと 思われる時期	仕事の内容	保健師チェック欄 (⑥⑦以外は複数選択可)						
						①業種	②内容	③取扱 材料	④近傍 作業	⑤出入 場所	⑥吹付 部屋	⑦労災 認定
	(記入例) S25.4-S50.6	〇〇産業(株)	〇県△市 〇町	(記入例) S25.4-S50.6	石綿の吹き付け作業 を担当していた	11	2	3	1	2	3	1
					続柄	通算	年	月				
					続柄	通算	年	月				

石綿ばく露による健康リスク調査紹介状

No. _____

平成 年 月 日

委託医療機関 様

鳥栖市長 橋本 康志

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

下記の方は、石綿ばく露の可能性があり健康リスク調査事業に同意されましたので、
ご高診いただきますよう、よろしくお願い致します。

氏名	(男・女)	生年 月日	T・S (年 月 日生 歳)
住所	市 町	電話番号	
今回行っていただきたい検査	1. X線直接撮影		2. CT検査
前回の結果			

結果報告書

検査実施日 平成 年 月 日

検査内容	1. X線直接撮影	2. CT検査
胸部X-p CT所見	所見なし	所見なし
	所見あり	所見あり
	1. 胸水貯留 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	2. 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	3. びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	4. 中皮腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	6. 肺野間質影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	7. 円形無気肺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	8. 肺がん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	9. リンパ節の腫大 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
10. その他の所見 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
総合判定	1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要精査 () 4. 要医療	
確定診断名	診断名が確定した場合はご記入下さい。 1. 診断なし 2. 診断有 [a中皮腫 b肺がん c石綿肺 d良性石綿胸水 eびまん性胸膜肥厚 fその他の疾患 () g胸膜プラーク]	
	医療機関所在地 医療機関名 医師名	

石綿ばく露による健康リスク評価に関する調査受診券及び請求書

受診者氏名	大正 昭和 年 月 日 (男・女)	発行年月日	平成 年 月 日
		発行番号	
住 所	鳥栖市 電話番号	有効期限	平成 21 年 12 月 31 日

下記の医療範囲の精査をお願いします。
指定医療機関 様

鳥栖市長 橋本 康 志

診 察 ・ 検 査 内 容

I. 基本共通事項 (保険診療外で全額公費補助)

	チェック	単 価		小 計
A000 初診料	<input type="checkbox"/>	2,700	=	_____
注6 電子化加算がある場合	<input type="checkbox"/>	2,730	=	_____
A002 外来診療料	<input type="checkbox"/>	600 × _____回	=	_____
外来診療料(200床以上の場合)	<input type="checkbox"/>	700 × _____回	=	_____
E002 単純撮影料	<input type="checkbox"/>	650 × _____回	=	_____
E001 (上記に係る診断料)	<input type="checkbox"/>	850	=	_____
4号 (デジタル加算)	<input type="checkbox"/>	150	=	_____
通則4 画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	700	=	_____
通則5 画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	1,800	=	_____
電子画像管理加算(フィルム費用の加算はできません)	<input type="checkbox"/>	600	=	_____
マルチスライス型以外	<input type="checkbox"/>	6,600	=	_____
E200 胸部CT画像撮影料(マルチスライス型)	<input type="checkbox"/>	8,500	=	_____
E203 (上記に係る診断料)	<input type="checkbox"/>	4,500	=	_____
通則4 画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	700	=	_____
通則5 画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	1,800	=	_____
E400 フィルム代(半切 CT用)	<input type="checkbox"/>	292 × _____枚	=	_____
フィルム代(大角 CRレントゲン用)	<input type="checkbox"/>	241 × _____枚	=	_____
フィルム代(大四つ切り CRレントゲン用)	<input type="checkbox"/>	224 × _____枚	=	_____
フィルム代(半切 レントゲン用)	<input type="checkbox"/>	164 × _____枚	=	_____
フィルム代(大角 レントゲン用)	<input type="checkbox"/>	129 × _____枚	=	_____
画像記録用フィルム(B4)	<input type="checkbox"/>	169 × _____枚	=	_____
B009 診療情報提供料	<input type="checkbox"/>	2,500 × _____枚	=	_____
				計 円

請 求 金 額	I 基本共通事項	円
---------	----------	---

鳥栖市長 様
精密診断に要した請求額は、上記のとおりです。

平成 年 月 日 所 在 地
名 称
代 表 者

印

※レセプトを添付して下さい。
※請求分はレセプトにマーカーで印を付けて下さい。

石綿ばく露による健康リスク評価に関する調査受診券及び請求書

受診者氏名	大正 昭和 年 月 日 (男・女)	発行年月日	平成 年 月 日
住 所	鳥栖市	発行番号	
	電話番号	有効期限	平成 21 年 12 月 31 日

下記の医療範囲の精査をお願いします。
指定医療機関 様

鳥栖市長橋本康志

診察・検査内容

※ 医療機関における精密診断に係る医療の範囲の検査はできません。
II. 中皮腫及び石綿による肺がんが疑われた場合の事項(保険診療で自己負担分を補助)

	チェック	単価		小 計
A000 初診料	<input type="checkbox"/>	2,700		=
注6 電子化加算がある場合	<input type="checkbox"/>	2,730		=
A002 外来診療料	<input type="checkbox"/>	600	× 回	=
外来診療料(200床以上の場合)	<input type="checkbox"/>	700	× 回	=
E002 単純撮影料	<input type="checkbox"/>	650		=
E001 (上記に係る診断料)	<input type="checkbox"/>	850		=
4号 (デジタル加算)	<input type="checkbox"/>	150		=
通則4 画像診断管理加算 [※] 1	<input type="checkbox"/>	700		=
通則5 画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	1,800		=
電子画像管理加算(フィルム費用の加算はできません)	<input type="checkbox"/>	600		=
マルチスライス型以外	<input type="checkbox"/>	6,600		=
E200 胸部CT画像撮影料(マルチスライス型)	<input type="checkbox"/>	8,500		=
E203 (上記に係る診断料)	<input type="checkbox"/>	4,500		=
造影剤を使用した加算	<input type="checkbox"/>	5,000		=
通則4 画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	700		=
通則5 画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	1,800		=
D303 胸腔鏡検査料	<input type="checkbox"/>	60,000		=
L008 麻酔料(マスク又は挿管)	<input type="checkbox"/>	61,000		=
(重症時の場合は)	<input type="checkbox"/>	83,000		=
L009 麻酔管理料	<input type="checkbox"/>	9,000		=
D302 気管ファイバースコピー (BAL加算含)	<input type="checkbox"/>	17,000		=
D415 経気管肺生検法	<input type="checkbox"/>	33,000		=
D412 経皮的針生検法	<input type="checkbox"/>	16,000		=
D101 病理組織検査(検査料)	<input type="checkbox"/>	8,800		=
D101の2 " (免疫抗体組織加算料)	<input type="checkbox"/>	3,500		=
D104 " (病理診断料)	<input type="checkbox"/>	4,100		=
D419 胸水の採取(胸水採取料)	<input type="checkbox"/>	1,800		=
D102の2 " (細胞検査料)	<input type="checkbox"/>	1,900		=
D009 腫瘍マーカー採血料	<input type="checkbox"/>	110		=
検査を2項目	<input type="checkbox"/>	2,300		=
検査を3項目	<input type="checkbox"/>	2,900		=
検査を4項目以上	<input type="checkbox"/>	4,200		=
生化学的検査 判断料	<input type="checkbox"/>	1,440		=
検体検査管理加算	<input type="checkbox"/>	400		=
その他 薬剤(局麻)など	<input type="checkbox"/>			=
E400 フィルム代(半切 CT用)	<input type="checkbox"/>	292	× 枚	=
フィルム代(大角 CRレントゲン用)	<input type="checkbox"/>	241	× 枚	=
フィルム代(大四切り CRレントゲン用)	<input type="checkbox"/>	224	× 枚	=
フィルム代(半切 レントゲン用)	<input type="checkbox"/>	164	× 枚	=
フィルム代(大角 レントゲン用)	<input type="checkbox"/>	129	× 枚	=
画像記録用フィルム(B4)	<input type="checkbox"/>	169	× 枚	=
B009 診療情報提供料	<input type="checkbox"/>	2,500	× 枚	=
計				円
III. その他(医療保険適用外で全額公費補助)				
意見書	<input type="checkbox"/>	20,000程度		=
パラフィン施行検体検査料	<input type="checkbox"/>	19,000程度		=
計				円

請求金額	II 中皮腫及び石綿による肺がんが疑われた場合(負担割合 割)	円
	III その他	円
請求金額		円

鳥栖市長 様
精密診断に要した請求額は、上記のとおりです。
平成 年 月 日 所在地
名 称
代 表 者 印

※レセプトを添付して下さい。 鳥栖市健康増進課(保健センター)
※請求分はレセプトにマーカーで印を付けて下さい。 鳥栖市本町3-1496-1 TEL0942(85)3650

平成21年度鳥栖市一般環境経路による石綿ばく露による健康リスク調査事業
指定医療機関（契約先医療機関）

委 託 期 間 平成21年8月1日から平成22年3月31日

契 約 先 ・ 医療法人社団如水会今村病院
 ・ 古賀病院
 ・ 医療法人清明会やよいがおか鹿毛病院
 ・ 独立行政法人国立病院機構東佐賀病院
 ・ 久留米大学病院
 ・ 医療法人天神会古賀病院21

鳥栖市石綿健康対策専門委員会（読影会）委員名簿

	氏 名	役 職
1	工藤 祥	佐賀大学医学部放射線医学教授 (佐賀県成人病検診管理指導協議会肺がん部会会長)
2	森永 謙二	大阪労働局 地方労災医員
3	加藤 收	佐賀社会保険病院院長
4	林 真一郎	佐賀大学医学部内科学講座呼吸器内科 准教授
5	山下 明子	今村病院 医師 (鳥栖市指定医療機関)
6	古賀 真貴子	古賀病院 内科医長 (鳥栖市指定医療機関)
7	枝國 信三	やよいがおか鹿毛病院院長 (鳥栖市指定医療機関)
8	小江 俊行	国立病院機構東佐賀病院呼吸器科医長 (鳥栖市指定医療機関)
9	川山 智隆	久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経 ・膠原病内科部門 講師 (鳥栖市指定医療機関)
10	宮川 洋介	医療法人天神会 古賀病院21副院長 (鳥栖市指定医療機関)
11	古川 次男	佐賀中部保健福祉事務所 保健監