

令和4年度環境省委託業務報告書

令和4年度

石綿読影の精度に係る調査（さいたま市）

委託業務報告書

令和5年3月

さいたま市

目次

項目	頁
I. 委託業務の目的	1
II. 委託業務を行う場所	1
III. 委託業務の実施期間	1
IV. 委託業務の実施内容	1
1. 参加対象者	1
2. 実施方法	1
(1) 石綿読影の精度に係る調査	1
(ア) 広報活動	1
(イ) 受付、問い合わせ対応	1
(ウ) 石綿ばく露の把握	2
(エ) 読影調査の委託費での負担	2
(オ) 石綿関連疾患の評価	2
a) 胸部エックス線検査画像の取り寄せ及び1次読影	2
b) 精密検査	2
(カ) 会議等への参加	3
(2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査	3
3. 委託業務報告	3
(1) 令和4年度石綿読影の精度に係る調査報告	4-7
(2) 別紙	8
(3) 参考資料	9-32

I. 委託業務の目的

石綿関連疾患数は今後も増加が予想されており、石綿による健康被害の早期発見、早期救済が課題である。環境省では、石綿検診（仮称）モデルの実施に伴う課題等を検討するため、「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」を実施し、令和2年3月には「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査の主な結果及び今後の考え方について（最終とりまとめ）」（石綿ばく露者の健康管理に関する検討会）が示され、一般住民については、既存検診の機会を利用して石綿関連疾患が発見できるような体制を整備することが望ましいとされた。

本業務である「石綿読影の精度に係る調査」（以下「読影調査」という。）は、既存検診の機会を活用して石綿関連疾患が発見できる体制の整備に資するため、石綿関連疾患の読影精度向上に向けた知見を収集することを目的に調査を行った。

II. 委託業務の実施場所

さいたま市保健所疾病予防対策課 外

III. 委託業務の実施期間

令和4年4月1日から令和5年3月31日

IV. 委託業務の実施内容

1. 参加対象者

原則として、下記条件を満たす者を参加対象者とした。

- ①本読影調査の内容を理解し、読影調査への協力に同意する者
- ②令和4年4月以降に肺がん検診、肺がん・結核検診、及び職場検診（以下「既存検診等」という。）を受診した者
- ③既存の胸部エックス線検査画像を提供可能な者
- ④さいたま市に住民登録がある者

ただし、参加時に呼吸器疾患で医療機関を受診している又は受診する必要がある者（既存検診等において要精密検査とされている者など）は、医療による検査を受けていただくことが最優先であることから、本調査の対象外とした。

2. 実施方法

（1）石綿読影の精度に係る調査

（ア）広報活動

さいたま市は、参加者の募集に関して、ホームページ、市報へのチラシの折り込みや自治会へのチラシ回覧などの広報活動を行った。なお、市報へのチラシの折り込みについては、株式会社リビングプロシードに委託し実施した。

（イ）受付、問い合わせ対応

さいたま市は、電話、FAX等複数の手段によって、参加者の受付や問合せに対応した。参加者に対しては、インフォームドコンセントに注意し、読影調査の説明を行ったうえで、同意書（別添4）により同意をとった。

(ウ) 石綿ばく露の把握

さいたま市は、「(オ) 石綿関連疾患の評価」を行う際の参考情報として、調査票 (別添5) を用いて、参加者の石綿ばく露の状況を把握した。

(エ) 読影調査の委託費での負担

本読影調査で自己負担分が発生した場合、別紙「医療機関における1次読影・精密検査にかかる費用負担について」に記載されている費用を、読影調査の委託費で負担した。

(オ) 石綿関連疾患の評価

a) 胸部エックス線検査画像の取り寄せ及び1次読影

参加者は、胸部エックス線検査画像及び検査結果をさいたま市へ送付し、原則、既存検診等実施医療機関にて、上記画像について石綿関連疾患を念頭に置いた読影(以下「1次読影」という。)を行った。1次読影では、1次読影チェックシート(別添7)を用いて、画像所見等の有無や石綿読影による判定を行った。なお、1次読影を行う際は、既存の胸部エックス線撮影日からなるべく間を空けずに実施するよう努めた。

次に、さいたま市は、調査票、胸部エックス線検査画像、1次読影チェックシート及び1次読影時のその他参考資料を環境省又は環境省から調査を請け負う事業者(以下「事務局」という。)に送付した。

さいたま市は、1次読影及び2次読影の結果「精密検査不要」と判定された場合は、本人及び1次読影実施医療機関へその旨を通知した。

また、さいたま市は、1次読影の結果「要精密検査」と判定された者、若しくは1次読影で「精密検査不要」と判定されたが、2次読影で「要精密検査」と判定された者に対しては、速やかに精密検査を受診するよう勧奨した。ただし、その際、別紙「医療機関における1次読影・精密検査にかかる費用負担について」に記載されている対象者や検査項目以外の精密検査費用については、本調査での費用負担はできない旨、十分説明を行った。

b) 精密検査

上記読影において所見が見られ、「要精密検査」と判定された者のうち、「要精密検査(石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い)」と判定された者は、精密検査を受診した場合、医療機関から精密検査の診断結果を取り寄せ、さいたま市へ送付した。その際、精密検査として胸部CT検査を実施した場合は、胸部CT検査画像についても医療機関から取り寄せ、さいたま市へ送付した。さいたま市は、診断結果及び胸部CT検査画像を事務局へ送付するとともに1次読影実施医療機関へフィードバックし共有し、翌年以降の読影調査の活用を努めた。

また、さいたま市は、精密検査において石綿関連疾患(疑い含む)と診断された者に対して、必要に応じて石綿健康被害救済制度や労災保険制度等について案内を行った。

なお、さいたま市は、別紙「医療機関における1次読影・精密検査にかかる費用負担について」によって上記自己負担分の費用を支払った際には、支払った内容について独立行政法人環境再生保全機構と情報共有を行った。

(カ) 会議等への参加

さいたま市の事業担当者が、環境省主催の自治体連絡会議に参加した。

(2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査への協力

さいたま市は、事務局が読影調査とは別途実施する「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」について、事務局からの問い合わせ等に協力した。

3. 委託業務報告

(1) 令和4年度石綿読影の精度に係る調査報告

表1～表6のとおり

(2) 参考資料

別添1～別添18のとおり

別添1 令和4年度「石綿読影の精度に係る調査」協力のお問い合わせ（市報併配・回覧）

別添2 電話受付用 令和4年度「石綿読影の精度に係る調査」受付票

別添3 仮申し込み後の案内文

別添4 同意書

別添5 石綿読影の精度に係る調査 石綿ばく露の状況 調査票

別添6 本申し込み後 1次読影についての案内文

別添7 令和4年度 石綿読影の精度に係る調査 1次読影チェックシート

別添8 「石綿読影の精度に係る調査」における胸部X線画像の提供及び1次読影について（依頼）

別添9 石綿読影の精度に係る調査 結果通知書

別添10 「石綿読影の精度に係る調査」の読影結果について

別添11 令和4年度 石綿読影の精度に係る調査 2次読影チェックシート

別添12 精密検査についての案内文

別添13 「石綿読影の精度に係る調査」における精密検査依頼及び結果連絡票等の提供について（お願い）

別添14 令和4年度 石綿読影の精度に係る調査 精密検査の流れ

別添15 「石綿読影の精度に係る調査」精密検査結果連絡票

別添16 さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請について

別添17 さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請書

別添18 さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付決定通知書

令和4年度 石綿読影の精度に係る調査報告

表1: 参加者の年齢階層別人数

(単位: 人)

	男性		女性		合計	
40歳未満	1	5.3%		0.0%	1	3.8%
40～49歳		0.0%	1	14.3%	1	3.8%
50～59歳	3	15.8%	2	28.6%	5	19.2%
60～69歳	3	15.8%		0.0%	3	11.5%
70～79歳	6	31.6%	3	42.9%	9	34.6%
80～89歳	6	31.6%	1	14.3%	7	26.9%
90歳以上		0.0%		0.0%		0.0%
合計	19	100.0%	7	100.0%	26	100.0%

表2: 参加者の喫煙歴等

(単位: 人)

	男性		女性		合計	
非喫煙者	6	31.6%	5	71.4%	11	42.3%
過去の喫煙者	10	52.6%		0.0%	10	38.5%
現喫煙者 プリンクマン 指数600未満	1	5.3%	2	28.6%	3	11.5%
現喫煙者 プリンクマン 指数600以上	2	10.5%		0.0%	2	7.7%
合計	19	100.0%	7	100.0%	26	100.0%

※ プリンクマン指数 = [1日当たりの喫煙本数] × [喫煙年数]

表3:参加者のばく露歴

(単位:人)

	男性		女性		合計	
職業ばく露	15	78.9%	1	14.3%	16	61.5%
家庭内ばく露	1	5.3%	1	14.3%	2	7.7%
施設立入等ばく露		0.0%	3	42.9%	3	11.5%
環境ばく露・不明		0.0%		0.0%		0.0%
無回答	3	15.8%	2	28.6%	5	19.2%
合計	19	100.0%	7	100.0%	26	100.0%

表4:一次読影医について

No	主科	診療従事年数(年)
1	脳神経外科	45
2	放射線科	40
3	内科	13
4	内科	40
5	内科	32
6	内科	35
7	内科	9
8	内科	50
9	放射線科	25
10	内科	20
11	健診	34
12	内科	12
13	内科	50
14	内科	50
15	外科	33
16	外科	24
17	内科	44
18	内科	28
19	外科	35
20	内科	25
21	内科	38
22	内科	17
23	内科	50

表5:一次読影での所見

1. 項目別人数

参加者数(石綿ばく露の把握者数)	26
1次読影 実施者数	23 (88%)
うち 要精密検査者数	7 (27%)

2. X線検査

(単位:人)

	合計	40歳未満	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80～89歳	90歳以上
画像検査受診者	23	1	0	4	3	9	6	0
石綿関連所見実人数	9	0	0	1	1	3	4	0
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク	3	0	0	0	0	0	3	0
③びまん性胸膜肥厚	1	0	0	0	0	1	0	0
④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	1	0	0	0	1	0	0	0
⑤肺線維化所見(不整形陰影)	1	0	0	0	0	1	0	0
⑥その他の所見	9	0	0	1	1	3	4	0

※ ①～⑥で複数の所見が出た者は全て計上している。①～⑥の合計は実人数とは一致しない
 ※ 小数点以下第2位を四捨五入

3. CT検査(一次読影でCT検査が必要とされた参加者)

(単位:人)

	合計	40歳未満	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80～89歳	90歳以上
画像検査受診者	3	0	0	0	1	2	0	0
石綿関連所見(疑いを含む)実人数	1	0	0	0	0	1	0	0
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)	1	0	0	0	0	1	0	0
③びまん性胸膜肥厚	0	0	0	0	0	0	0	0
④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	0	0	0	0	0	0	0	0
⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)	0	0	0	0	0	0	0	0
⑥円形無気肺	0	0	0	0	0	0	0	0
⑦肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	0	0	0	0	0	0	0	0
⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク且つ⑤肺線維化所見あり	0	0	0	0	0	0	0	0

※ ①～⑧で複数の所見が出た者は全て計上している。①～⑧の合計は実人数とは一致しない
 ※ 小数点以下第2位を四捨五入

表6:二次読影での所見

1. 項目別人数

参加者数(石綿ばく露の把握者数)	26
1次読影 実施者数	23 (88%)
2次読影 実施者数	16 (62%)
うち 要精密検査者数	3 (12%)

2. X線検査

(単位:人)

	合計	40歳未満	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80～89歳	90歳以上
画像検査受診者	16	1	0	3	2	6	4	0
石綿関連所見実人数	5	0	0	0	0	3	2	0
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク	3	0	0	0	0	2	1	0
③びまん性胸膜肥厚	0	0	0	0	0	0	0	0
④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	0	0	0	0	0	0	0	0
⑤肺線維化所見(不整形陰影)	0	0	0	0	0	0	0	0
⑥その他の所見	2	0	0	0	0	1	1	0

※ ①～⑥で複数の所見が出た者は全て計上している。①～⑥の合計は実人数とは一致しない
 ※ 小数点以下第2位を四捨五入

3. CT検査(二次読影でCT検査が必要とされた参加者)

(単位:人)

	合計	40歳未満	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80～89歳	90歳以上
画像検査受診者	2	0	0	0	0	1	1	0
石綿関連所見(疑いを含む)実人数	1	0	0	0	0	1	0	0
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)	1	0	0	0	0	1	0	0
③びまん性胸膜肥厚	0	0	0	0	0	0	0	0
④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	0	0	0	0	0	0	0	0
⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)	0	0	0	0	0	0	0	0
⑥円形無気肺	0	0	0	0	0	0	0	0
⑦肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	0	0	0	0	0	0	0	0
⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク且つ⑤肺線維化所見あり	0	0	0	0	0	0	0	0

※ ①～⑧で複数の所見が出た者は全て計上している。①～⑧の合計は実人数とは一致しない
 ※ 小数点以下第2位を四捨五入

医療機関における1次読影・精密検査にかかる費用負担について

石綿読影の制度に係る読影調査において、下記費用について、読影調査の委託費で負担することができる。

1. さいたま市肺がん検診から上記取り寄せを行った場合は、肺がん検診における胸部エックス線撮影自己負担分に相当する額
2. 1次読影における胸部エックス線検査画像及び検査結果取り寄せにかかる費用
3. 1次読影費用自己負担分 上限 6,930 円
4. 所見が見られ、要精密検査（石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い）と判定された者が、精密検査（保険診療による検査）を受診し、支払った費用の内、下記診療報酬項目の自己負担分（該当した項目に限る）
 - (1) 初・再診料
 - ア. 初診料【A000 注1～3、注5及び注10】
 - イ. 再診料【A001 注1～3】
 - ウ. 外来診療料【A002 注1～3及び注5】
 - (2) 医学管理等
 - ア. 診療情報提供(1)【B009 注2】
 - (3) 画像診断
 - ア. コンピューター断層撮影（CT撮影）【E200】
 - ① 64列以上のマルチスライス型の機器による場合
 - 1) 共同利用施設において行われる場合
 - 2) その他の場合
 - ② 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合
 - ③ 4列以上16列未満マルチスライス型の機器による場合
 - ④ ①、②又は③以外の場合
 - イ. コンピューター断層診断【E203】
 - ウ. 画像診断管理加算1【画像診断 通則4】
 - エ. 画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3【画像診断 通則5】
 - オ. 電子画像管理加算【コンピューター断層撮影診断料 通則3】
5. 精密検査の診断結果取り寄せにかかる費用（郵送料やコピー代、CD-R等の消耗品代等）
6. 自己負担分の計算が困難な場合等、環境省と協議した結果、委託費の範囲内と認められた費用

令和4年度「石綿読影の精度に係る調査」協力をお願い

さいたま市では環境省の委託を受け、肺がん検診等で異常所見がなかった方のレントゲンについて、改めて地域の医療機関と環境省それぞれに石綿関連所見がないかを診てもらい(読影)、その結果に差がないか等の情報を集めるための「石綿読影の精度に係る調査」を実施します。

ご協力いただける方は、お早めにさいたま市肺がん検診等を受診し、結果をご確認ください。

下記項目**全て**に当てはまる方が対象者になります。

- さいたま市民である。
- 令和4年4月以降に肺がん検診等を受診し、異常がない。
- 現在、呼吸器疾患で受診及び治療をしていない。
- 本調査の目的を理解し、同意する。

調査の流れ



※新たに本調査によるレントゲン検査は行いません。

肺がん検診等で既に撮影したレントゲン写真を利用します。

※1回目の読影を行う医療機関は、ご自身で調整していただきます。

※結果通知までに2か月ほどかかります。気になる症状がある方は医療機関を受診してください。

※詳しい内容は、下記までお問い合わせください。

費用

検診費用等、一時自己負担が発生しますが、返金申請により一部費用が返還されます(条件あり)。

定員

200人(先着順)

申込方法

令和4年8月16日(火)から9月16日(金)までに、電話または裏面の申込書にてFAXで疾病予防対策課まで

問合せ先

さいたま市保健所 疾病予防対策課 特定医療給付係
電話) 048-840-2219 FAX) 048-840-2230

番号や、表裏の間違いがないう、ご確認の上、送信してください。

申込期間

令和4年8月16日(火)～9月16日(金)

「石綿読影の精度に係る調査」申込書

さいたま市保健所 疾病予防対策課 特定医療給付係 行

FAX番号: 048-840-2230

次の項目を確認し、□にレ点チェックを入れてください。

- さいたま市民である。
- 令和4年4月以降に肺がん検診等を受診し、異常がない。
※ さいたま市の肺がん・結核検診及び職場検診含む。
- 現在、呼吸器疾患で受診及び治療をしていない。

※上記の項目 **全て** に当てはまる方のみ、お申込みください。

ふりがな	
氏 名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日
住 所	〒 さいたま市 区
電話番号	[] ※必ず、平日9時～17時で連絡のとれる番号を記載してください。
備 考 (FAX番号等)	聴覚や言語に障害等がある方は、FAX等に対応いたします。お知らせください。

【注意事項】

FAX送信だけでは受付は完了しません。

申し込み後に、保健所から送付する調査票・同意書をご記入の上、ご返送していただき、保健所が書類を確認し、受付が完了となります。

令和4年度「石綿読影の精度に係る調査」 協力のお願い

回 覧

さいたま市では環境省の委託を受け、肺がん検診等で異常所見がなかった方のレントゲンについて、改めて地域の医療機関と環境省それぞれに石綿関連所見がないかを診てもらい（読影）、その結果に差がないか等の情報を集めるための「石綿読影の精度に係る調査」を実施します。

ご協力いただける方は、お早めにさいたま市肺がん検診等を受診し、結果をご確認ください。

対 象 者

下記項目全てに当てはまる方

- さいたま市民である。
- 令和4年4月以降に、肺がん検診等を受診し、異常がない。
- 現在、呼吸器疾患で受診及び治療をしていない。
- 本調査の目的を理解し、同意する。

費 用

検診費用等、一時自己負担が発生しますが、返金申請により一部費用が返還されます（条件あり）。

定 員

200名（先着順）

注 意 事 項

- ・新たに本調査によるレントゲン検査は行いません。
- ・1回目の読影を行う医療機関は、ご自身で調整していただきます。
- ・結果通知までに、2か月ほどかかります。
気になる症状がある方は医療機関を受診してください。

お 問 合 せ

さいたま市保健所 疾病予防対策課
電 話) 048-840-2219
FAX) 048-840-2230

調 査 の 流 れ

①

さいたま市の肺がん検診等を受診する。

②

対象者であるか確認し、保健所に申し込む。

8月中旬から受付開始予定

③

①で撮影したレントゲン写真を用いて、1回目の読影を行う。



④

環境省にて、2回目の読影を行う。



⑤

保健所から調査の結果が届く。

※申込み方法など詳しくは市報8月号と併せて配布するチラシにて、お知らせします。

このチラシは41,000部作成し、1部あたりの作成費用は2.2円です。

電話受付用

令和4年度「石綿読影の精度に係る調査」受付票

①調査の目的を説明

「今回の調査は、すでに肺がん検診などで撮ってあるレントゲンを地域のお医者さんと国のお医者さんが石綿に関係する所見がないかをみて、その結果に差がないかなどの情報を集めるための調査です。新たにレントゲン撮影などを受けるものではないですが、ご協力いただけるということで大丈夫ですか？」

②対象者かどうか聞き取る

対象者は、下記の項目全てに当てはまる方です。

- さいたま市に住民登録がある。
- 令和4年4月以降に、肺がん検診を受診した。
※ さいたま市の肺がん・結核検診及び職場検診含む。
→未受診の場合、受診をして結果が出てからではないと申込みできないことを伝える。
- 肺がん検診を受診し、結果が「問題なし」である。
- 現在、呼吸器疾患で受診及び治療をしていない。

③氏名・住所等の情報を聞き取る

フリガナ			
氏名			
生年月日	大正・昭和	年	月 日
住所	〒 さいたま市 区		
電話番号	〔 〕		
受付日付	令和4年	月 日	受付者

④連絡事項を案内する

電話だけでは受付は完了しません。

このあと、保健所から送付する調査票・同意書をご記入の上、ご返送していただき、保健所が書類を確認し、受付が完了となります。なるべく早めにご返送ください。

【担当者作業欄】 住基確認済 データ入力済
 案内・調査票・同意書・返信用封筒 送付済（期限： ）

令和4年9月20日

石綿読影の調査に申し込みをされた方へ

石綿読影の調査の仮申し込みを受け付けました。
期限内に同意書及び調査票の返送をお願いいたします。

この度は石綿読影の調査に申し込みいただきまして、ありがとうございます。
今回、本調査事業に係る同意書及び調査票を送付させていただきます。
つきましては、必要事項をご記入いただき、同封しました返信用封筒にてご返送ください。

まだ受付は完了していません！
令和4年10月4日 までにご返送くださいますと、受付が完了いたします。

【今後の流れについて】



ご注意ください！！



- ・ 本事業は改めてレントゲンを撮影するものではありません。
肺がん検診等で既に撮影したレントゲンを活用するものですので、ご注意ください。
- ・ レントゲン借用のCD代や、1次読影費用を立て替えていただきます。
交付金の申請を行っていただくことで、支払った費用をお返しします。

石綿（アスベスト）については、裏面を御一読ください。
ご不明な点がございましたら、以下の連絡先にお問い合わせください。

【問い合わせ先】

さいたま市保健所疾病予防対策課
特定医療給付係

TEL 048-840-2219

FAX 048-840-2230

同意書

私は、環境省（環境省から調査を請け負う事業者含む。）（以下「事務局」という。）及びさいたま市が実施する「石綿読影の精度に係る調査」（以下、「読影調査」という。）について、石綿読影の精度に係る調査計画書（以下、計画書という。）に記載された調査目的や内容を理解するとともに、以下の全てについて確認の上、読影調査に協力することに同意します。

- ・読影調査への参加は同意者本人の自由意思によるものであること
- ・読影調査への参加に同意した場合であっても随時これを撤回できること
- ・読影調査の対象者要件を満たすこと（さいたま市に住民登録があること。調査目的・内容を理解していること。胸部エックス線検査画像を参加自治体に提供可能であること。現在、呼吸器疾患で医療機関を受診しておらず、「呼吸器疾患の疑いで医療機関を受診する必要がある者（既存検診等において要精密検査とされている者など）」に該当しないこと。）
- ・読影調査において、既存検診等で撮影した胸部エックス線検査画像を利用すること
- ・事務局が平成 27～令和元年度に実施した「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」に参加した者は、その際得られた検査画像データを比較読影に利用する場合があること
- ・読影調査で「要精密検査」と判断され、精密検査を受診した場合、さいたま市が受診先医療機関に診断結果等を照会し、情報を得ること。また精密検査の費用については、参加者本人に費用負担が発生する場合があること。
- ・読影調査に参加することによって、中皮腫等の石綿関連疾患について、必ず早期発見できるとは限らないこと
- ・中皮腫等の石綿関連疾患を早期発見できた場合でも、全てが予後の改善や完治につながるとは限らないこと
- ・読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、事務局及びさいたま市において適正に管理・保管された上で、本調査において利用すること
- ・読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、読影調査の目的の範囲内の利用に加え、事務局による「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」や画像を活用した事例集の作成等、石綿ばく露者の健康管理対策のための事業において別途利用する場合があること
- ・読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、読影調査の目的の範囲内の利用に加え、法令上の措置に必要な範囲で、独立行政法人環境再生保全機構において利用する場合があること
- ・読影調査で得られた結果を公表する場合は、個人が特定できないような形式で公表すること
- ・読影調査の参加に同意した場合であっても、事務局が本同意書の確認項目において虚偽があると認めた場合または参加者の状況から読影調査の協力が得られないと認めた場合、参加者に対し本事業への参加の承認を撤回できること

さいたま市長 殿

(同意者) 年 月 日

氏 名 :

住 所 :

電話番号 :

※太枠のみ記入してください。

フリガナ		記入日	年	月	日
氏名		生年月日	大正 昭和 平成	年	月 日 (歳)
現住所	〒 -		性別	男 ・ 女	
			連絡先	() -	

※あてはまる□に✓印をつけ、必要事項を記入してください。

現在までに、大きな病気にかかったことはありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 発症時の年齢 歳 病名 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治 発症時の年齢 歳 病名 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治	
現在までに、呼吸器の病気にかかったことはありますか。(肺がん、結核、気胸、喘息など) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 発症時の年齢 歳 病名 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治 発症時の年齢 歳 病名 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治	
喫煙歴はありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 歳頃～ 歳頃まで 1日約 本 <input type="checkbox"/> 現在も喫煙継続中	
家族や同僚で石綿関連疾患(中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚など)や胸膜プラークを指摘された人はいますか。 ※石綿関連疾患や胸膜プラークについては、「石綿読影の調査に申し込みをされた方へ」の裏面をご覧ください。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 父、母、兄弟 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明	
現在までの職歴(アルバイト等も含む)において、石綿を取り扱う作業や、同作業現場で作業をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 昭和 年 ～ 昭和 年 <input type="checkbox"/> 不明 平成 年 ～ 平成 年 該当の作業に☑を入れてください <input type="checkbox"/> 建築物の補修、解体、石綿などの吹きつけ <input type="checkbox"/> 石綿紡織製品の製造、使用 <input type="checkbox"/> 断熱や保温のための被覆作業、その補修 <input type="checkbox"/> プレーキライニングなど摩擦材の製造 <input type="checkbox"/> 船舶、車両の製造、補修 <input type="checkbox"/> その他石綿に関連する作業 <input type="checkbox"/> スレート板など建築材料の製造、切断 () <input type="checkbox"/> 上記にある作業現場で経理や事務の仕事をしていた。	
生活の中で石綿に関連した経験をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 家族が石綿を扱う仕事をしており、作業着・マスクや道具を自宅に持ち帰っていた。 <input type="checkbox"/> 石綿に関する作業(石綿材料を使った日曜大工など)が、自宅で行われていた。 <input type="checkbox"/> その他 ()	
住居や職場で石綿に関連した経験をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 自宅や職場の天井や壁に、石綿が吹き付けられていた。 <input type="checkbox"/> 職場以外の石綿取扱施設に、出入りをしていた。 <input type="checkbox"/> 住居周辺に石綿を取り扱う工場があった。 <input type="checkbox"/> 通勤や通学の経路に石綿を取り扱う工場があった。 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※その他、石綿のばく露の機会について心当たりがあれば記入してください。

令和4年10月11日

石綿読影の調査に申し込みをされた方へ

石綿読影の調査の受付が完了しました。
医療機関にて1次読影とレントゲン借用をお願いいたします。

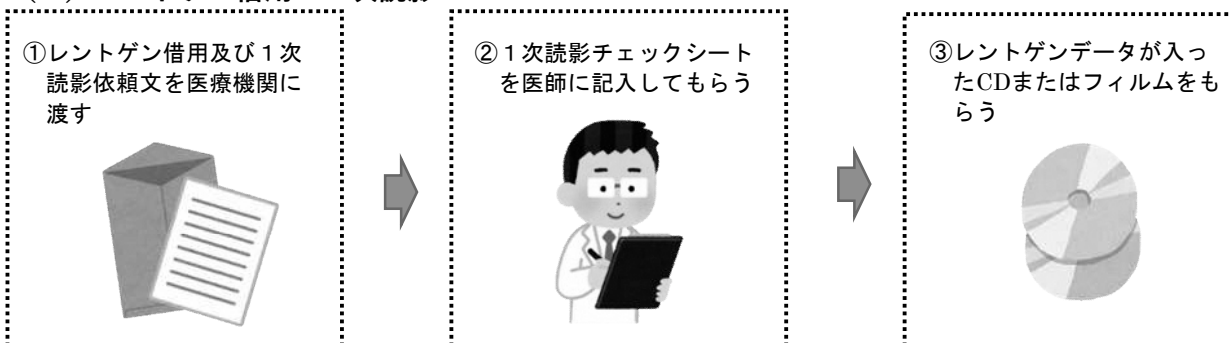
【今回の送付物】

- a. レントゲン借用及び1次読影依頼文
b. 1次読影チェックシート
c. 調査票のコピー
d. 同意書のコピー（本人控え）
e. (1次読影用) さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請について
f. (様式第1号) さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請書
g. 返信用封筒

医療機関にお渡してください。

【今後の手順】

(1) レントゲン借用・1次読影



(2) 書類作成・送付



【注意点】

- ・ (1) レントゲン借用・1次読影の②については、なるべく肺がん検診のときと同じ医療機関で実施してもらうようにしてください。
- ・ (1) レントゲン借用・1次読影の②と③の手順を行う際に費用負担が発生しますが、交付金の申請を行っていただくことで支払った自己負担額を返金いたします。詳しくは別紙「さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付申請について」をご確認ください。

📄 裏面もご確認ください 📄

送付期限

令和4年11月8日

までをお願いいたします。

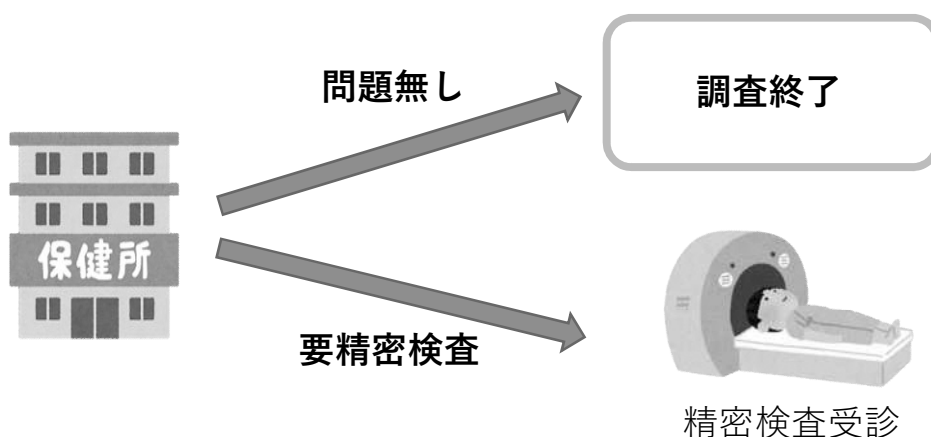
■送付物チェックシート■

- 1次読影チェックシート
- レントゲンデータ（CDまたはフィルム）
- ※レントゲンフィルムは、郵送方法が異なるため、下記問い合わせ先までご連絡ください。
- （様式第1号）さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請書
- 領収書の原本（レントゲン借用費用、1次読影費用）
- 金額の内訳がわかるもの（明細書など）
- 口座がわかるもの（通帳またはキャッシュカード）の写し

↑送付する前にチェックシートで送付漏れが無いが、必ずご確認ください。

【結果が届いたら】

1次読影、環境省の2次読影が終了しましたら、その読影結果を保健所から通知します。問題が無ければ調査は終了となります。1次読影または2次読影にて要精密検査の判定となった際には精密検査を受診していただきます。詳細については、対象となる方に別途通知いたします。



ご不明な点がございましたら、以下の連絡先にお問い合わせください。

【問い合わせ先】

さいたま市保健所疾病予防対策課
特定医療給付係

TEL 048-840-2219

FAX 048-840-2230

		ID	22026																																																															
参加者氏名等	フリガナ氏名	男	生年月日																																																															
読影画像	胸部X線 (撮影日 年 月 日)																																																																	
胸部X線 所見等	<p>石綿関連疾患を念頭に置いて読影してください。 疑いの場合は「有」に、吸気不良や表示条件が悪い場合は「評価不能」にチェックしてください。</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">右</th> <th colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">左</th> </tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">評価不能</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">評価不能</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①胸水貯留</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>②胸膜プラーク※注1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">石灰化の有無</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③びまん性胸膜肥厚※注2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">※有の場合</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1/2以上</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1/2~1/4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1/4未満</td> </tr> <tr> <td>④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>※注1 胸部正面X線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影とは、次の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する場合をいう。 (ア) 両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。 (イ) 両側側胸壁の第6 から第10 肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。 ※注2 頭尾方向(水平方向の広がりでない。)に、側胸壁に胸膜の肥厚が確認できる場合、びまん性胸膜肥厚の所見を「有」とする。 ※注3 じん肺法(昭和35 年法律第30 号)第4条第1項に定める第1型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)をいう。</p>					右			左			有	無	評価不能	有	無	評価不能	①胸水貯留	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②胸膜プラーク※注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	石灰化の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		③びまん性胸膜肥厚※注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※有の場合	<input type="checkbox"/>	1/2以上	<input type="checkbox"/>	1/2~1/4	<input type="checkbox"/>	1/4未満	④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		右				左																																																												
有		無	評価不能	有	無	評価不能																																																												
①胸水貯留	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
②胸膜プラーク※注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
石灰化の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
③びまん性胸膜肥厚※注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
※有の場合	<input type="checkbox"/>	1/2以上	<input type="checkbox"/>	1/2~1/4	<input type="checkbox"/>	1/4未満																																																												
④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
	<p>その他の所見</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">右</th> <th colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">左</th> </tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 線維化所見(じん肺 I 型程度に満たない線維化所見)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは()内にご記載ください。 ()</p>					右		左		有	無	有	無	a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) 線維化所見(じん肺 I 型程度に満たない線維化所見)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
	右		左																																																															
	有	無	有	無																																																														
a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
c) 線維化所見(じん肺 I 型程度に満たない線維化所見)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
石綿読影による 判定	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査(石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い) <input type="checkbox"/> 要精密検査(その他)																																																																	
	追記事項																																																																	
読影医師情報	読影医師氏名																																																																	
	主たる診療科	内科 ・ 外科 ・ 呼吸器科 ・ 放射線科 ・ その他()																																																																
	診療従事年数	年																																																																
読影実施医療機関																																																																		
記入日	令和 年 月 日																																																																	

上記の読影時に参考として用いた資料にチェックを入れてください。

読影時の参考資料	<input type="checkbox"/> 調査票				
	<input type="checkbox"/> 過去に撮影した胸部X線画像	(撮影日: 年 月 日)			
	↳ 比較読影結果	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 変化あり ()		
	<input type="checkbox"/> 過去に撮影した胸部CT画像	(撮影日: 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> その他 ()				

令和 4 年 10 月 26 日

医療機関 御中

さいたま市保健所長

**「石綿読影の精度に係る調査」における
胸部X線画像の提供及び1次読影について（依頼）**

日頃より、本市の保健行政に御理解と御協力をいただき感謝申し上げます。

さて、さいたま市では、令和2年度から環境省の委託を受け、既存検診（肺がん検診等）の機会を活用して市民の石綿関連疾患が発見できる体制を整備するため、「石綿読影の精度に係る調査」を実施いたします。

つきましては、下記の方より本調査への申し込みがありましたので、御多忙のところ誠に恐縮ではございますが、下記のとおり御協力いただきますようお願い申し上げます。

記

1 対象者

様（昭和 年 月 日生）

2 依頼内容

(1)貴院が実施した胸部X線画像（データ又はフィルム・直近のもの）の御本人への提供

※貴院より提供される胸部X線画像が、デジタル撮影されたもののために、CD等の媒体などの経費が発生する場合は、貴院の規定に従い本調査対象者本人より申し受けたうえで領収書を発行してください。

(2)石綿関連疾患に着目した胸部X線画像の読影（1次読影）

※調査票を御参照の上、「1次読影 読影チェックシート」を御記入ください。

3 費用徴収について

本調査における費用については、以下のとおり各医療機関にて徴収してください。その際、金額の内訳がわかる領収証、明細書などの発行をお願いいたします。

費用項目	徴収金額
(1)胸部X線画像の提供に係る費用	各医療機関が設定した金額
(2)読影にかかる費用	上限 6,930 円とした金額

※御本人が負担した費用は、御本人から保健所へ請求することにより払い戻しいたします。

担当 さいたま市保健所 疾病予防対策課
 特定医療給付係 関口・遠藤・山田・権田
 電話：048-840-2219
 FAX：048-840-2230

保保所疾第 号
令和4年 月 日

様

さいたま市保健所長 青木 龍哉

石綿読影の精度に係る調査 結果通知書

御協力いただきました石綿読影の精度に係る調査の結果を通知いたします。

所見	石綿関連所見	
	石綿以外の所見	
結果		
総合コメント		

必ずお読みください

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。
今後もお自分の健康を守るために、年1回はがん検診等をお受けください。

担 当：さいたま市保健所 疾病予防対策課
電 話：048-840-2219
FAX：048-840-2230

保保所疾第 号
令和 4 年 月 日

1 次読影御担当医 様

さいたま市保健所長
(公 印 省 略)

「石綿読影の精度に係る調査」の読影結果について

平素より、本市の保健行政に御協力賜り誠にありがとうございます。

貴院にて胸部X線画像の1次読影をしていただいた方について、下記のとおり、読影の結果をお知らせいたします。

御本人様にも同様の結果を通知しております。つきましては、御本人様より検査結果や今後の受診など相談がありましたら、御対応いただきますよう、よろしく願い申し上げます。

また、1次読影及び環境省が実施した2次読影の結果を添付いたしますので、御参考いただけましたら幸いです。

記

1. 対 象 者 様
2. 生 年 月 日 年 月 日
3. 住 所
4. 読 影 結 果

【問い合わせ先】

さいたま市保健所
疾病予防対策課 特定医療給付係
〒338-0013
埼玉県さいたま市中央区鈴谷7丁目5番12号
電 話 048(840)2219
FAX 048(840)2230

令和4年度 石綿読影の精度に係る調査 2次読影チェックシート

				ID																			
参加者 氏名等	フリガナ 氏名	(男)	生年月日																				
読影画像	胸部X線 (撮影日)																						
読影日																							
胸部X線 所見等	<p>石綿関連疾患を念頭に置いて読影してください。 疑い場合は「有」に、吸気不良や表示条件が悪い場合は「評価不能」にチェックしてください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">右</th> <th style="text-align: center;">左</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①胸水貯留</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>②胸膜プラーク^{※注1} 石灰化の有無</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③びまん性胸膜肥厚^{※注2} ※有の場合</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>④肺野・胸膜・縦隔の腫瘍状陰影(肺がん等)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤肺線維化所見(不整形陰影)^{※注3}</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※注1 胸部正面X線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影とは、次の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する場合をいう。 (ア) 両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。 (イ) 両側側胸壁の第6 から第10 肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。 ※注2 頭尾方向(水平方向の広がりでない。)に、側胸壁に胸膜の肥厚が確認できる場合、びまん性胸膜肥厚の所見を「有」とする。 ※注3 じん肺法(昭和35 年法律第30 号)第4条第1項に定める第1型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)をいう。</p>						右	左	①胸水貯留			②胸膜プラーク ^{※注1} 石灰化の有無			③びまん性胸膜肥厚 ^{※注2} ※有の場合			④肺野・胸膜・縦隔の腫瘍状陰影(肺がん等)			⑤肺線維化所見(不整形陰影) ^{※注3}		
		右	左																				
①胸水貯留																							
②胸膜プラーク ^{※注1} 石灰化の有無																							
③びまん性胸膜肥厚 ^{※注2} ※有の場合																							
④肺野・胸膜・縦隔の腫瘍状陰影(肺がん等)																							
⑤肺線維化所見(不整形陰影) ^{※注3}																							
<p>その他の所見</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">右</th> <th style="text-align: center;">左</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) 線維化所見(じん肺 I 型程度に満たない線維化所見)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは()内にご記載ください。 ()</p>							右	左	a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)			b) 肺野の炎症後変化			c) 線維化所見(じん肺 I 型程度に満たない線維化所見)			d) 石灰化(胸膜プラーク以外)			e) 結節・粒状影(炎症性結節など)		
	右	左																					
a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)																							
b) 肺野の炎症後変化																							
c) 線維化所見(じん肺 I 型程度に満たない線維化所見)																							
d) 石灰化(胸膜プラーク以外)																							
e) 結節・粒状影(炎症性結節など)																							
石綿読影による 判定	追記事項																						

【精密検査のご案内】

石綿読影の調査に申し込みをされた方へ

読影の結果、**要精密検査**と判定されました。
つきましては、精密検査の受診をお願いします。

【今回の送付物】

- a. 「石綿読影の精度に係る調査」における精密検査依頼及び結果連絡票等の提供について（お願い）
- b. 「石綿読影の精度に係る調査」精密検査結果連絡票
- c. 令和4年度 石綿読影の精度に係る調査 精密検査の流れ
- d. 1次読影チェックシート
- e. 結果通知書
- f. (精密検査用) さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請について
- g. (様式第1号) さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請書
- h. 返信用封筒

封筒に一式入っています。
医療機関にお渡しください。

【今後の手順】

(1) 精密検査



(2) 書類作成・送付



【注意点】

- ・ 上記はCT検査を行った場合の手順になります。
- ・ 精密検査の**医療機関に指定はありません**。希望の医療機関で受診をお願いします。
- ・ 精密検査の費用については、基本的に**CT撮影に関する費用であれば返金が可能**です。診療内容を確認する必要がありますので、点数の内訳がわかる書類を添付してください。
CT撮影以外の検査を行った場合は自己負担が発生しますので、ご了承ください。
- ・ 精密検査を受ける際には、**健康保険証を必ずお持ちください**。

📄 裏面もご確認ください 📄

■送付物チェックシート■

- (様式第1号) さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請書
- 領収書の原本
- 診療明細書 (領収書に点数の内訳が載っている場合は不要)
- 口座の写し (前回と同じであれば添付不要)

↑送付する前にチェックシートで送付漏れが無いのか、必ずご確認ください。

石綿関連疾患と診断がいたら

お仕事で石綿の取り扱いがあり健康被害にあわれた方は、労災補償制度や健康管理手帳制度の対象となる可能性がございます。下記の窓口にご相談ください。

【労災保険について】

職業	担当機関
<input type="checkbox"/> 企業に勤務	労働者災害補償保険制度 さいたま労働基準監督署 (さいたま市 (岩槻区を除く。)) TEL:048-600-4802 春日部労働基準監督署 (さいたま市のうち岩槻区) TEL:048-735-5228
<input type="checkbox"/> 船員	船員保険制度 全国健康保険協会 船員保険部 TEL:0570-300-800
<input type="checkbox"/> 元国鉄職員	旧国鉄・アスベスト (石綿) 補償制度 (独) 鉄道建設・運輸施設整備支援機構 国鉄清算事業管理部 TEL:045-222-9567
<input type="checkbox"/> 国家公務員	国家公務員災害補償制度 勤務されていた省庁など
<input type="checkbox"/> 地方公務員	地方公務員災害補償制度 地方公務員災害補償基金 (各支部)

【健康管理手帳について】

職業	担当機関
<input type="checkbox"/> 企業に勤務	労働局健康安全課 TEL:048-600-6206

上記に当てはまらない場合

これら制度による補償を受けられない場合に、石綿健康被害救済制度による救済給付を受けることができます。(労災保険等と救済制度に同時に申請を行うことはできませんが、両方の制度から給付を受けることはできません。)

主な例	担当機関
<input type="checkbox"/> 工場周辺に 居住	石綿健康被害救済制度 保健所 (下記問い合わせ先)
<input type="checkbox"/> 一人親方	環境再生保全機構 石綿健康被害救済部 TEL:0120-389-931

【問い合わせ先】

さいたま市保健所疾病予防対策課
特定医療給付係

TEL 048-840-2219

FAX 048-840-2230

精密検査実施医療機関 担当医 様

「石綿読影の精度に係る調査」における精密検査依頼及び
結果連絡票等の提供について（お願い）

平素から、さいたま市の保健行政に御協力賜り誠にありがとうございます。

さて、さいたま市では環境省と業務契約を結び、既存検診の機会を活用して石綿関連疾患が発見できる体制の整備に資するため、石綿関連疾患の読影精度向上に向けた知見を収集することを目的に調査を行う「石綿読影の精度に係る調査」を実施しております。

今回、本通知をお持ちの方が「石綿読影の精度に係る調査」における 2 次読影の結果、「石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い」として精密検査が必要と判定されました。石綿関連疾患・呼吸器疾患に係る精密検査について、貴院にて御高診の程よろしくお願い申し上げます。

なお、精密検査を実施されましたら、『「石綿読影の精度に係る調査」精密検査結果連絡票』に結果を御記入の上、御本人へお渡しください。また CT 検査を実施した場合には、CT 画像資料も併せてお渡しください。

個人情報 の 保 全 に つ い て は 万 全 を 期 し、調 査 を 実 施 い た し ま す の で、御 協 力 い た だ き ま す よう よろしく 願 い 申 し 上 げ ま す。

【問い合わせ先】

さいたま市保健所 疾病予防対策課 特定医療給付係

〒338-0013 埼玉県さいたま市中央区鈴谷7丁目5番12号

電話 048(840)2219

FAX 048(840)2230

令和4年度 石綿読影の精度に係る調査 精密検査の流れ

石綿読影の精度に係る調査

「石綿読影の精度に係る調査」は、環境省の委託事業としてさいたま市が実施するものです。

【調査内容】

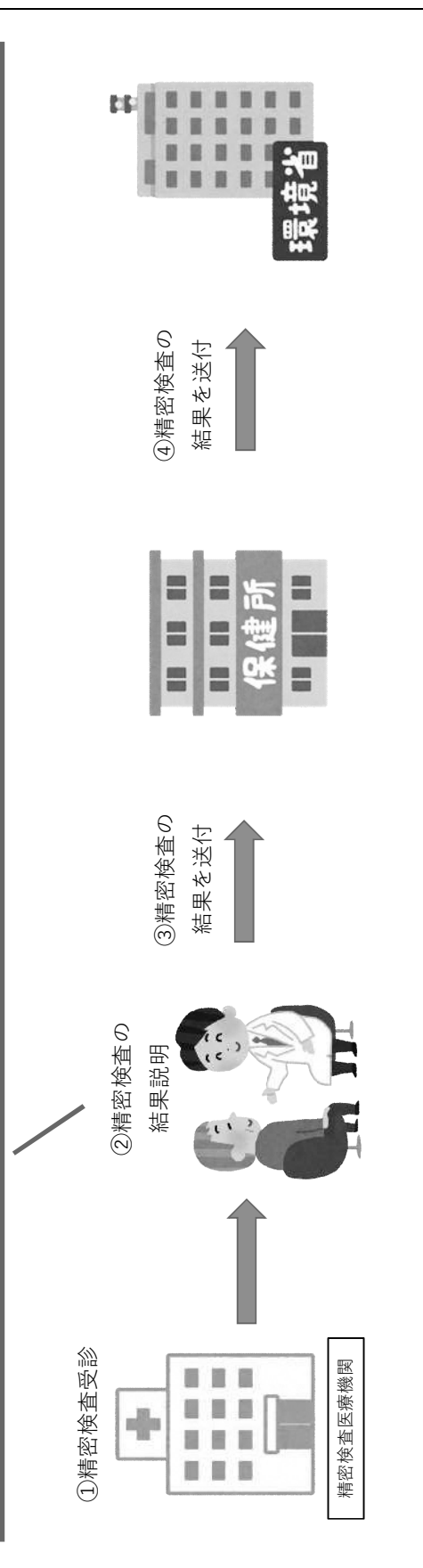
対象者がすでにかん検診や職場健診等により撮影したX線画像を用いて、地域の医療機関が1次読影、環境省が2次読影を行い、双方の読影結果を照合すること等により、既存検診の機会を活用し、今後の石綿関連疾患が発見できる体制の整備に資する知見の収集を行います。

精密検査の流れ

精密検査でC Tを撮影した場合には、結果説明の際に以下のものを調査対象者にお渡しください。

- 「石綿読影の精度に係る調査」精密検査結果連絡票
- C T画像資料

※C Tの撮影に係る費用の一部を、後日参加者に返却します。対象となる項目は裏面をご確認ください。



精密検査にかかる費用のうち、自己負担した費用の返却対象となる項目

診療報酬	
(1) 初・再診料	
ア.	初診料【A000 注1～3及び注12】
イ.	再診料【A001 注1～3】
ウ.	外来診療料【A002 注1～3】
(2) 医学管理等	
ア. 診療情報提供(1)【B009 注2】	
(3) 画像診断	
ア.	コンピューター断層撮影(C T撮影)【E200】
	① 64列以上のマルチスライス型の機器による場合
	1) 共同利用施設において行われる場合
	2) その他の場合
	② 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合
	③ 4列以上16列未満マルチスライス型の機器による場合
	④ ①、②又は③以外の場合
イ.	コンピューター断層診断【E203】
ウ.	画像診断管理加算1【画像診断 通則4】
エ.	画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3【画像診断 通則5】
オ.	電子画像管理加算【コンピュータ断層撮影断層診断料 通則3】
診療報酬外	
精密検査の診断結果取り寄せにかかる費用(郵送料やコピー代、CD-R等の消耗品代等)	

「石綿読影の精度に係る調査」精密検査結果連絡票

次の方が、この度の「石綿読影の精度に係る調査」において、要精密検査となりましたので、御高診のうえ宜しく御指導をお願い申し上げます。
なお、精密検査の結果が明らかになりましたら、下記欄にご記入いただき、本人にお渡しください。

氏名		生年月日	
住所	さいたま市		
検査日	年 月 日		
検査方法	<input type="checkbox"/> 胸部X線検査		
	<input type="checkbox"/> 胸部CT検査		
	<input type="checkbox"/> 気管支鏡検査		
	<input type="checkbox"/> その他の検査	検査法()	
胸部CT検査所見	<input type="checkbox"/> 異常なし		
	<input type="checkbox"/> 胸水貯留	右 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い	左 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> 胸膜プラーク	右 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い	左 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚	右 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い	左 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> 中皮腫	右 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い	左 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> 肺野の間質影	右 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い	左 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> 円形無気肺	右 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い	左 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> 肺がん	右 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い	左 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> リンパ節の腫大	右 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い	左 : <input type="checkbox"/> 確定 ・ <input type="checkbox"/> 疑い
	<input type="checkbox"/> その他	()	
診断結果	<input type="checkbox"/> 異常なし		
	<input type="checkbox"/> 石綿関連疾患 <small>※石綿が原因かは特定されていない場合も含む</small>	<input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 石綿肺 <input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水	
	<input type="checkbox"/> その他の疾患	疾患名:	
その後の処置	<input type="checkbox"/> なし	次回の既存検診等(がん検診、職場健診等)に戻す	
	<input type="checkbox"/> 定期的に経過観察	(か月後予定)	
	<input type="checkbox"/> 治療予定	<input type="checkbox"/> 要手術 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 治療済み		
	<input type="checkbox"/> 他院に紹介	医療機関名 所在地 電話番号	
特記事項			
精密検査 医療機関	名称 所在地 電話(FAX) 医師名	印	
記載年月日	年 月 日		

1 次読影用

さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請について

さいたま市が実施する「石綿読影の精度に係る調査」への協力者に対し、1次読影に関する費用を助成します。還付対象となる項目の費用について、自己負担額の還付を受けることができますので、以下内容をご確認いただき、必要書類を揃えて保健所までご提出ください。

1 還付対象となる項目

- (1) さいたま市の肺がん検診で支払った自己負担額（600円）
- (2) 医療機関からのX線画像及び検査結果取り寄せに係る費用
- (3) 1次読影（チェックシート作成）で支払った自己負担額（上限6,930円）

2 必要書類

- (1) さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請書（様式第1号）
- (2) 受診した医療機関等で発行された領収書の原本及び明細書（金額の内訳がわかるもの）
※原本をご提出ください。原本は確認後にお返しします。
- (3) 振込先がわかる通帳またはカードのコピー
※銀行名、支店名、口座番号、口座名義人が記載された部分
※振込口座名義人は申請者と同一となります。

3 提出方法

1次読影資料を保健所に提出する際に、上記必要書類を添付してご提出ください。

4 提出先

申請書の提出については、以下提出先の窓口に直接ご持参いただくか、郵送にてご提出ください。

<提出先>

〒338-0013

さいたま市中央区鈴谷7-5-12

さいたま市保健所 疾病予防対策課 特定医療給付係

5 支給までの流れ

「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金は交付金額の決定後に申請者が指定した金融機関口座（申請者名義の口座）に振り込みます。なお、申請の受付から振込みまでは、1カ月程度かかりますのでご了承ください。

担当 さいたま市保健所疾病予防対策課
電話 048-840-2219
FAX 048-840-2230

精密検査用

さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請について

さいたま市が実施する「石綿読影の精度に係る調査」への協力者に対し、精密検査に関する費用を助成します。還付対象となる項目の費用について、自己負担額の還付を受けることができますので、以下内容をご確認いただき、必要書類を揃えて保健所までご提出ください。

1 還付対象となる項目

- (1) 精密検査で支払った自己負担額の一部
※CT撮影に係る費用が対象となります。
- (2) 精密検査の診断結果（胸部CT画像を含む）提供に係る費用
※（1）及び（2）については、1次又は2次読影の結果要精密検査（石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い）と判定され、精密検査の診断結果について提供を受けた場合に限ります。

2 必要書類

- (1) さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請書（様式第1号）
- (2) 受診した医療機関等で発行された領収書の原本及び明細書（金額の内訳がわかるもの）
※原本をご提出ください。原本は確認後にお返しします。
- (3) 振込先がわかる通帳またはカードのコピー
※銀行名、支店名、口座番号、口座名義人が記載された部分
※振込口座名義人は申請者と同一となります。

3 提出方法

精密検査診断結果等を保健所に提出する際に、上記必要書類を添付してご提出ください。

4 提出先

申請書の提出については、以下提出先の窓口にご持参いただくか、郵送にてご提出ください。

＜提出先＞

〒338-0013

さいたま市中央区鈴谷7-5-12

さいたま市保健所 疾病予防対策課 特定医療給付係

5 支給までの流れ

「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金は交付金額の決定後に申請者が指定した金融機関口座（申請者名義の口座）に振り込みます。なお、申請の受付から振込みまでは、2カ月程度かかりますのでご了承ください。

担当 さいたま市保健所疾病予防対策課
電話 048-840-2219
FAX 048-840-2230

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付申請書

(申請先)さいたま市長 あて

さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」に関する費用の交付金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 申請者 (注)申請者は、「石綿読影の精度に係る調査」申込み者に限ります。

フリガナ		性別	男・女	生年月日	M・T S・H	年	月	日
氏名								
住所	〒	さいたま市	区	電話番号		—	—	(* 日中に連絡可能な電話番号)

2 申請内容 該当する申請内容に☑を付けてください。

1次読影 関連	<input type="checkbox"/> 市の肺がん検診で支払った自己負担額の交付申請	医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 医療機関からのX線画像提供に係る費用の交付申請	医療機関名	<input type="checkbox"/> 肺がん検診実施医療機関と同一 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 1次読影(チェックシート作成)で支払った自己負担額の交付申請	医療機関名	<input type="checkbox"/> 肺がん検診実施医療機関と同一 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 精密検査で支払った自己負担額の交付申請	医療機関名	
精密 検査	<input type="checkbox"/> 精密検査の診断結果(胸部CT画像を含む)提供に係る費用の交付申請		

3 振込先 (注)申請者名義の口座をご記入ください。

金融機関名	銀行 信用金庫 ()	支店 (出張所)	口座 種別	普通 ・ 当座
金融機関 コード	店番号 (記号)			
フリガナ		口座番号		
口座名義				

- 4 添付書類 領収書の原本(市の肺がん検診分、胸部X線画像提供分、1次読影分、精密検査分)
 振込先がわかる通帳またはカードのコピー
 金額の内訳がわかるもの(明細書など)

様式第 2 号（第 5 条関係）

保保所疾第 号
令和 4 年 月 日

様

さいたま市長 清水 勇人

さいたま市「石綿読影の精度に係る調査」自己負担額交付金交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました自己負担額交付金交付申請について、下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 交付決定額 金 _____ 円
- | | | |
|------------------|---|---|
| (1) 市の肺がん検診自己負担額 | 金 | 円 |
| (2) 胸部 X 線画像提供費用 | 金 | 円 |
| (3) 1 次読影自己負担額 | 金 | 円 |
| (4) 精密検査自己負担額 | 金 | 円 |
| (5) 精密検査診断結果提供費用 | 金 | 円 |
2. 支払予定日 令和 年 月 日

(教示)

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 箇月以内にさいたま市長に対して審査請求をすることができます。なお、3 箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 箇月以内にさいたま市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、6 箇月以内であっても、処分の日の翌日から起算して 1 年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 箇月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 箇月以内に提起することができます。なお、6 箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して 1 年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。

さいたま市保健所疾病予防対策課 特定医療給付係

電話：048-840-2219

FAX：048-840-2230

令和4年度環境省委託業務報告書
令和4年度石綿読影の精度に係る調査（さいたま市）委託業務

令和5年3月31日

発注者 環境省大臣官房
環境保健部環境保健企画管理課石綿健康被害対策室
TEL：03-3581-3351(内線6387)
E-mail ISHIWATA@env.go.jp

受託者 住所 埼玉県さいたま市中央区鈴谷7丁目5番12号
名称 さいたま市