

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（尼崎市）
委託業務報告書

令和5年3月

尼崎市

目 次

項 目	頁
I 委託業務の目的	1
II 委託業務の実施場所	1
III 委託業務の実施期間	1
IV 委託業務の実施結果	1
1. 参加対象者	1
2. 調査方法	1
(1) 石綿読影の精度に係る調査	1
(ア) 広報活動	1
(イ) 受付、問合せ対応	1
(ウ) 石綿ばく露の把握	1
(エ) 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
(オ) 会議等への参加	3
(2) 有所見者の疾患の無早期発見可能性に関する調査	3
(ア) 有所見者の疾患の無早期発見可能性に関する調査への協力	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	3
表1 参加者の年齢階層別人数	4
表2 参加者の喫煙歴等	4
表3 参加者のばく露歴	5
表4 一次読影医について	5
表5 一次読影での所見	6
表6 二次読影での所見	7
(2) 参考資料	8
別添1 同意書	8
別添2 調査票	9
別添3 肺がん検診及び精密検査費用補助申請書	15
別添4 一次読影チェックシート	17
別添5 紹介状及び胸部CT結果報告書	18
別添6 精密検査にかかる費用負担について	21
別添7 読影チェックシート(胸部CT画像用)	22
別添8 指定医療機関	23
別添9 尼崎市アスベスト対策専門委員会委員名簿	24
別添10 尼崎市アスベスト対策専門委員会読影部会委員名簿	25
別添11 石綿健康相談記録帳	26
別添12 各種案内チラシ	29

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うものである。

II 委託業務の実施場所

尼崎市保健担当局保健部疾病対策課 等

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 委託業務の実施結果

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 石綿ばく露の不安があり、尼崎市が実施する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（同意書 別添1）
- ② 既存の胸部エックス線検査画像を提供可能な者
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. 調査方法

(1) 石綿読影の精度に係る調査

(ア) 広報活動

尼崎市は、参加者の募集に関して、ホームページ、過去の環境省委託事業参加者等へ個別案内、チラシの配布等の広報活動を行った。そのほか、新規受診者の掘り起こしにあつては、保健所等での肺がん検診等の受診者に対して直接調査事業への参加の意向を確認するなどにより行った。

(イ) 受付、問合せ対応

尼崎市は、電話等の手段によって、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上で、同意書により同意をとった。

(ウ) 石綿ばく露の把握

尼崎市は、「(エ) 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2)を用いて、参加者の石綿ばく露の状況を把握した。なお、調査票の内容を補完するために、必要に応じて保健師による電話等での聞き取りを行った。

(エ) 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

尼崎市は、参加者の胸部エックス線検査画像及び検査結果を取り寄せた。

その場合で、本調査への参加を希望し参加対象者の条件を満たした者に対しては、既存検診の自己負担分に相当する額について、補助申請に基づいて補助を行った。(補助申請書様式 別添3)

次に、尼崎市は、読影医(石綿関連疾患に関する専門的な知識を有する医師)による読影部会を設置し、上記画像について石綿関連疾患に着目した読影(以下「1次読影」という。)を13回にわたり行った。1次読影では、1次読影チェックシート(別添4)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。判定に当たっては、必要に応じて過去のX線画像や過去のCT画像を参照した。

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。

また、参加者へ読影調査記録帳を配布することで、今後読影調査に参加した際に過去の受診状況を把握し、過去のエックス線画像等がすばやく確認できるようにした。なお、記録帳には、①氏名、②住所、③問い合わせ先、④肺がん検診受診歴等を記載した。

尼崎市は、各回の読影部会終了後、1次読影実施者の調査票、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(以下、「自治体資料一式」という。)を事務局に送付した。

尼崎市は、1次読影の結果「要精密検査」と判定された者に対して、紹介状(別添5)を添えて石綿読影の結果を通知し、すみやかに精密検査を受診するよう勧奨した。その際、別添6「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、十分説明した。

また、尼崎市は、1次読影で「精密検査不要」と判定された者に対して、事務局からの2次読影の結果を踏まえた最終的な石綿読影の結果を通知するとともに、2次読影で「要精密検査」と判定された者に対しては、すみやかに精密検査を受診するよう勧奨した。ただし、その際、別添6「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、十分説明した。

b) 精密検査

尼崎市は、上記読影において所見が見られ、「要精密検査」と判定された者の内、「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を受診した場合は、受診者から精密検査の診断結果を取り寄せた。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取り寄せた。なお、令和4年10月以降の胸部 CT 検査実施者については、読影チェックシート（胸部 CT 画像用）（別添7）についても取り寄せた。取り寄せた診断結果及び胸部 CT 検査画像は、事務局へ送付するとともに読影部会へフィードバックし共有することで、翌年以降の読影調査の活用を努めることとしている。なお、精密検査については、石綿関連疾患に関する専門的な知識を有する医師が配置されている指定医療機関で実施し、必要に応じ、尼崎市から診断結果の確認を行った。

また、尼崎市は、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、尼崎市は、精密検査の診断結果の取り寄せを行った場合は、精密検査の自己負担分に相当する額のうち別添6「精密検査にかかる費用負担について」に掲げる費用について、補助申請に基づいて補助を行った。

CD 作成については、指定医療機関に再委託し、件数に応じてその費用を再委託費として支払った。

尼崎市は、上記自己負担分の費用を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。

（オ）会議等への参加

尼崎市は、環境省主催の自治体連絡会議（WEB 開催）に参加した。

（2）有所見者の疾患の無早期発見可能性に関する調査

（ア）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

尼崎市は、「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、事務局から送付されたパンフレットを保健所窓口で配布するほか個別の問い合わせ等に当たって説明するなど、住民への周知を行うとともに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から表6のとおり

（2）参考資料

別添1から別添12のとおり

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		0.0%		0.0%		0.0%
40～49歳	5	2.1%	4	2.5%	9	2.3%
50～59歳	14	5.9%	14	8.6%	28	7.0%
60～69歳	54	22.9%	39	23.9%	93	23.3%
70～79歳	102	43.2%	72	44.2%	174	43.6%
80～89歳	58	24.6%	33	20.2%	91	22.8%
90歳以上	3	1.3%	1	0.6%	4	1.0%
合計	236	100.0%	163	100.0%	399	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	78	33.1%	143	87.7%	221	55.4%
過去の喫煙者	134	56.8%	15	9.2%	149	37.3%
現喫煙者 ブリンクマン指数600未満	10	4.2%	4	2.5%	14	3.5%
現喫煙者 ブリンクマン指数600以上	14	5.9%	1	0.6%	15	3.8%
合計	236	100.0%	163	100.0%	399	100.0%

※ ブリンクマン指数 = [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	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
職業ばく露	153	64.8%	29	17.8%	182	45.6%
家庭内ばく露	2	0.8%	23	14.1%	25	6.3%
施設立入等ばく露	7	3.0%	12	7.4%	19	4.8%
環境ばく露・不明	74	31.4%	99	60.7%	173	43.4%
無回答		0.0%		0.0%		0.0%
合計	236	100.0%	163	100.0%	399	100.0%

表4:一次読影医について

No	主科	診療従事年数(年)
1	内科	41
2	呼吸器内科	36
3	呼吸器内科	33
4	健康診断部	30
5	呼吸器内科	44
6	呼吸器内科	40

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)	399
1次読影 実施者数	399 (100%)
うち 要精密検査者数	153 (38%)

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	399	0	9	28	93	174	91	4
石綿関連所見実人数	178	0	2	4	40	83	47	2
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク	80	0	0	1	17	40	20	2
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)	2	0	0	1	1	0	0	0
⑤肺線維化所見(不整形陰影)	6	0	0	0	0	1	5	0
⑥その他の所見	102	0	2	3	22	50	25	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	137	0	0	6	33	66	32	0
石綿関連所見(疑いを含む)実人数	118	0	0	3	30	56	29	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)	114	0	0	3	30	53	28	0
③びまん性胸膜肥厚	4	0	0	0	1	2	1	0
④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	1	0	0	0	0	1	0	0
⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)	4	0	0	0	0	2	2	0
⑥円形無気肺	1	0	0	0	0	0	1	0
⑦肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	2	0	0	0	0	2	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	3	0	0	0	0	1	2	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)	399
1次読影 実施者数	399 (100%)
2次読影 実施者数	246 (62%)
うち 要精密検査者数	16 (4%)

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	246	0	9	22	57	103	53	2
石綿関連所見実人数	61	0	2	2	13	24	20	0
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク	5	0	0	0	1	4	0	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)	5	0	1	0	0	2	2	0
⑤肺線維化所見(不整形陰影)	2	0	0	0	0	0	2	0
⑥その他の所見	52	0	1	2	12	21	16	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	15	0	1	0	3	5	6	0
石綿関連所見(疑いを含む)実人数	5	0	0	0	2	1	2	0
①胸水貯留	1	0	0	0	0	0	1	0
②胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)	3	0	0	0	2	0	1	0
③びまん性胸膜肥厚	2	0	0	0	0	1	1	0
④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	1	0	0	0	0	0	1	0
⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)	1	0	0	0	0	0	1	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

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。）及び尼崎市が実施する「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、以下のすべ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。

（確認項目の□にレ点をつけて下さい。）

- 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（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、肺がん検診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、尼崎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、事務局及び尼崎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

尼崎市長 殿

（同意者） 年 月 日

氏 名： _____

住 所： _____

電話番号： _____

別添2

石綿読影の精度に係る調査

石綿ばく露の状況 調査票(新規)

ID

※太枠内のみ記入してください。(4ページあります。)

フリガナ		生年月日		検診日	令和	年	月	日
氏名				健管番号				
(旧姓)				大正・昭和				
現住所		〒		年 月 日(歳)				
尼崎市								
日中連絡のとれる連絡先()				性別		男・女		

あてはまる口に印✓をつけてください。(複数選択可)

ばく露歴
職員記入欄

1. 下記のどれに該当しますか。(複数回答可)	
<input type="checkbox"/> ア 仕事で直接石綿を扱っていた(アルバイト等短期間の仕事も含む) <input type="checkbox"/> イ 石綿を扱う会社に勤務していた(自身は石綿の取り扱いなし。例:事務や経理など) <input type="checkbox"/> ウ 家族が石綿を扱う仕事をしていた <input type="checkbox"/> エ 吹きつけ石綿のある建物等へ立ち入ったことがある(職場の建物以外) <input type="checkbox"/> オ 石綿取り扱い工場周辺に居住・通学・通勤していた <input type="checkbox"/> カ その他()	
2. 現在、何か症状がありますか。	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 発熱・せき・呼吸困難・胸痛・その他()	
3. 現在までに、呼吸器の病気にかかったことはありますか。	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 発症時の年齢: 歳 病名: (治療中・治療済)	
4. 喫煙歴はありますか。	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 現在も吸っている・過去に吸っていた 歳頃～ 歳頃まで 1日約 本	
5. 家族や同僚で石綿関連疾患にかかった人はいますか。	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない() <input type="checkbox"/> あり その人との関係: ご家族()・同僚() 病名: 中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚・その他() 認定状況: 救済法・労災・なし・不明	

裏面につづく

6. ご家庭で下記のような経験をしたことがありますか。

- ご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。
 (続柄: ご家族の仕事内容:)
- 石綿に関する作業が、自宅で行われていた。()
- なし

7. 下記のような経験をしたことがありますか。

- 自宅や職場の天井や壁に石綿が吹きつけられていた。(具体的な場所:)
- 職場以外の石綿取り扱い施設に出入りしていた。(具体的な場所:)
- なし

8. 居住歴を記載してください。(出生から現在まで)

- ・尼崎市の居住歴についてはできるだけ詳しく記載してください。(その他の居住地に関しては簡単でかまいません。)
- ・場所が具体的にわからない場合については、地理的な情報を記載してください。

居住した時期	住所	備考
(記入例) S30 年 ~ S40 年	尼崎市〇〇町××丁目●—▲	郵便局のすぐ北側
年 ~ 年		
年 ~ 年		
年 ~ 年		
年 ~ 年		
年 ~ 年		
年 ~ 年		
年 ~ 年		
年 ~ 年		
年 ~ 年		
年 ~ 年		

9. 通学歴を記載してください。

- ・市外に通学していた場合は「市外」に○をいれてください。(市外の場合は学校名がなくてもかまいません。)

通学した時期	学校名	市外・備考
(記入例) S35 年 ~ S41 年	〇〇小学校	○市外・()
年 ~ 年	小学校	市外・()
年 ~ 年	中学校	市外・()
年 ~ 年	高校	市外・()
年 ~ 年	大学	市外・()
年 ~ 年		市外・()
年 ~ 年		市外・()

石綿読影の精度に係る調査

石綿ばく露の状況 調査票(継続)

ID

※太枠内のみ記入してください。(2ページあります。)

検診日	令和 年 月 日
健管番号	

フリガナ		生年月日	大正・昭和
氏名	(旧姓)		年 月 日(歳)
現住所	〒 ー 尼崎市		
日中連絡のとれる連絡先	() ー	性別	男・女

あてはまる口に印✓をつけてください。(複数選択可)

ばく露歴 職員記入欄	
---------------	--

<p>1. 下記のどれに該当しますか。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> ア 仕事で直接石綿を扱っていた(アルバイト等短期間の仕事も含む)</p> <p><input type="checkbox"/> イ 石綿を扱う会社に勤務していた(自身は石綿の取り扱いなし。例:事務や経理など)</p> <p><input type="checkbox"/> ウ 家族が石綿を扱う仕事をしていた</p> <p><input type="checkbox"/> エ 吹きつけ石綿のある建物等へ立ち入ったことがある(職場の建物以外)</p> <p><input type="checkbox"/> オ 石綿取り扱い工場周辺に居住・通学・通勤していた</p> <p><input type="checkbox"/> カ その他()</p>
<p>2. 現在、何か症状がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり 発熱・せき・呼吸困難・胸痛・その他()</p>
<p>3. 現在までに、呼吸器の病気にかかったことはありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり 発症時の年齢: 歳 病名: (治療中・治療済)</p>
<p>4. 喫煙歴はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり 現在も吸っている・過去に吸っていた 歳頃～ 歳頃まで 1日約 本</p>
<p>5. 家族や同僚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"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> わからない()</p> <p><input type="checkbox"/> あり その人との関係: ご家族()・同僚()</p> <p>病名: 中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚・その他()</p> <p>認定状況: 救済法・労災・なし・不明</p>

裏面につづく

石綿読影の精度に係る調査による肺がん検診(胸部検診)自己負担金補助申請書

申請日	令和 年 月 日
-----	----------



尼崎市長あて

私は、尼崎市で実施する石綿読影の精度に係る調査による肺がん検診(胸部検診)において、支払った自己負担金について補助を申請します。
 なお、尼崎市が、実施機関に受診内容等の確認を行うことを承諾します。

記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。

申請者氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	ID
		男・女	大正・昭和 年 月 日生	歳	
住所	〒 ー 尼崎市				
電話	日中連絡のとれる連絡先 () ー				

今回ご記入いただきました個人情報は、石綿読影の精度に係る調査のために使用し、それ以外の目的で使用されることはありません。

振込先	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	委任		
	店番		左記口座名義人が申請者と異なる場合は、左記口座名義人を代理人と定め、尼崎市から支給される当該検診の実施費用相当額(自己負担額)を受領することを委任します。		
	預金種別	普通 当座 貯蓄 その他	令和 年 月 日		
	口座番号		申請者氏名 _____ (印)		
フリガナ		口座名義人			

- 注) ・支払いは、個人名義人の上記振込先金融機関へ口座振替します。
 ・ゆうちょ銀行を指定される場合は、事前に支店番号を確認ください。
 ・石綿読影の精度に係る調査による肺がん検診(胸部検診)を受診したことが確認できる領収書等(コピー可)及び振込先がわかる物(通帳の写し)を添付してください。

下欄は記入しないでください。

支給決定日	担当者確認欄

振込み予定日	決定額
	¥ 300 ー

石綿読影の精度に係る調査による精密検査(胸部CT)自己負担金補助申請書

申請日	令和 年 月 日
-----	----------



尼崎市長あて

私は、尼崎市で実施する石綿読影の精度に係る調査による精密検査(胸部CT)において、支払った自己負担金について補助を申請します。
 なお、尼崎市が、実施機関に受診内容の確認及び胸部CT画像等の提供を受けることを承諾します。

記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。

申請者氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	ID
		男・女	大正・昭和 年 月 日生	歳	
住所	〒 ー 尼崎市				
電話	日中連絡のとれる連絡先 () ー				

今回ご記入いただきました個人情報は、石綿読影の精度に係る調査のために使用し、それ以外の目的で使用されることはありません。

振込先	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	委任			
	店番		左記口座名義人が申請者と異なる場合は、左記口座名義人を代理人と定め、尼崎市から支給される当該検診の実施費用相当額(自己負担額)を受領することを委任します。			
	預金種別	普通 当座 貯蓄 その他	令和 年 月 日			
	口座番号		申請者氏名 _____ (印)			
フリガナ 口座名義人						

注)・支払いは、個人名義人の上記振込先金融機関へ口座振替します。
 ・ゆうちょ銀行を指定される場合は、事前に支店番号を確認ください。
 ・石綿読影の精度に係る調査による精密検査(胸部検診)を受診したことが確認できる領収書等(コピー可)及び振込先がわかる物(通帳の写し)を添付してください。

下欄は記入しないでください。

支給決定日	担当者確認欄

振込み予定日	決定額
	円

令和 4 年度 石綿読影の精度確保に係る調査 1次読影 読影チェックシート

		I D																																																																
参加者氏名等	フリガナ氏名	生年月日																																																																
読影画像	胸部X線 (撮影日)																																																																	
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> 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> ※有の場合</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>④肺野・縦隔の腫瘤状陰影 (肺がん)</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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④肺野・縦隔の腫瘤状陰影 (肺がん)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
④肺野・縦隔の腫瘤状陰影 (肺がん)	<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"/>																																																												
	⑥その他の所見	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)	<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"/>																																																													
	上記に該当しないものは () 内にご記載ください。																																																																	
	()																																																																	
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																																																																	
記入日		読影医師氏名	裏面のとおり																																																															
読影実施機関名	尼崎市アスベスト対策専門委員会読影部会																																																																	

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:) ↳ 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:) <input type="checkbox"/> その他 ()
--------------	--

No. _____

医療機関控

年 月 日

主治医様

石綿読影の精度に係る調査における 紹介状

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

このたび当保健所で実施しました石綿読影の精度に係る調査（胸部X線検査）で下記の所見が認められましたので、胸部CT検査にて宜しくご高診くださいますようお願い申し上げます。

なお、ご面倒ですが検査の結果が判明しだい結果報告書欄にご記入のうえ、保健所返送分を、ご返送くださいますようお願いの程よろしくお願い申し上げます。

所見	1 胸水貯留	2 胸膜プラーク
	3 びまん性胸膜肥厚	4 肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)
	5 肺繊維化所見（不整形陰影）	6 その他の所見（ ）
	(コメント)	

検診受診日 年 月 日

受診者氏名 様 T・S・H 年 月 日生 男・女
 尼崎市アスベスト対策専門委員会読影部会
 〒660-0052 尼崎市七松町 1-3-1-502 フェスタ立花南館 5F
 尼崎市保健所 TEL(06)4869-3053 FAX(06)4869-3049

胸部CT結果報告書

検査実施日 年 月 日

診断結果	1 異常なし	2 経過観察	3 要医療	4 その他
	(診断名)	1 確定	2 疑い	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 胸水貯留 ・ びまん性胸膜肥厚 ・ 肺野の間質影 ・ 肺野の腫瘤状陰影（肺がん等） ・ その他の所見（ ） 			
	(コメント)			

貴医療機関名・住所

貴医師名

尼崎市保健所 行

紹介いただきました下記の受診結果について、次のとおり報告します。

所見	1 胸水貯留	2 胸膜プラーク
	3 びまん性胸膜肥厚	4 肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)
	5 肺繊維化所見(不整形陰影)	6 その他の所見()
	(コメント)	

検診受診日 年 月 日

受診者氏名 様 T・S・H 年 月 日生 男・女

尼崎市アスベスト対策専門委員会読影部会

〒660-0052 尼崎市七松町 1-3-1-502 フェスタ立花南館 5F

尼崎市保健所 TEL(06)4869-3053 FAX(06)4869-3049

胸部CT結果報告書

検査実施日 年 月 日

診断結果	1 異常なし	2 経過観察	3 要医療	4 その他
	(診断名)	1 確定	2 疑い	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 胸水貯留 ・ びまん性胸膜肥厚 ・ 肺野の間質影 ・ 肺野の腫瘤状陰影(肺がん等) ・ その他の所見() 			
	(コメント)			

貴医療機関名・住所

貴医師名

所見	1 胸水貯留	2 胸膜プラーク
	3 びまん性胸膜肥厚	4 肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)
	5 肺繊維化所見(不整形陰影)	6 その他の所見()
	(コメント)	

検診受診日 年 月 日

受診者氏名 様 T・S・H 年 月 日生 男・女

尼崎市アスベスト対策専門委員会読影部会
〒660-0052 尼崎市七松町 1-3-1-502 フェスタ立花南館 5F
尼崎市保健所 TEL(06)4869-3053 FAX(06)4869-3049

胸部CT結果報告書

検査実施日 年 月 日

診断結果	1 異常なし	2 経過観察	3 要医療	4 その他
	(診断名)	1 確定	2 疑い	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 胸水貯留 ・ びまん性胸膜肥厚 ・ 肺野の間質影 ・ 肺野の腫瘤状陰影(肺がん等) ・ その他の所見() 			
	(コメント)			

貴医療機関名・住所

貴医師名

精密検査にかかる費用負担について

石綿関連疾患を念頭に置いた読影調査での読影において所見が見られ、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）を受診した場合、精密検査の診断結果について提供頂けた場合に限り下記費用について、読影調査の委託費で負担することができる。

1. 精密検査費用のうち、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】

2. その他

(1) 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）

(2) 上記1.において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

石綿読影の精度確保に係る調査 読影チェックシート(胸部CT画像用)

		ID	
参加者氏名等	フリガナ氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)		
読影画像	胸部CT画像 (撮影日 年 月 日)		
胸部CT 所見等	石綿関連所見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。		
		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	<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	<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	<input type="checkbox"/> 1/2以上 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4未満
	④肺野・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(石綿肺の可能性)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
・胸膜下曲線状陰影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
・小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
⑥円形無気肺	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
⑨その他の所見	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) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<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"/>	
上記に該当しないものは()内にご記載ください。			
()			
石綿読影による 判定	<input type="checkbox"/> 異常なし(石綿関連疾患の所見なし)		
	<input type="checkbox"/> 石綿関連疾患の所見あり <input type="checkbox"/> 要経過観察(胸部X線検査による経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査)		
<input type="checkbox"/> 石綿関連疾患以外での要医療			
追記事項(要医療にチェックされた場合は、病変部位や必要な対応について詳細を記入してください)			
記入日		読影医師氏名	
読影実施機関名			
比較読影の 実施有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 比較したCT画像の撮影日 (年 月 日) ↳ 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり) 追記事項 (変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください) ()		

指定医療機関名簿

医療機関名	郵便番号	住 所
兵庫医科大学病院	663-8501	西宮市武庫川町1番1号
兵庫県立尼崎総合医療センター	660-8550	尼崎市東難波町2丁目17番77号

尼崎市アスベスト対策専門委員会委員及びアドバイザー

任期: 令和3年7月1日～令和5年6月30日

委員

(氏名五十音順)

職 名	氏 名
わかさ竜間リハビリテーション病院 診療部長	糸 井 和 美
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科部長	遠 藤 和 夫
兵庫医科大学内科学呼吸器科 主任教授	木 島 貴 志
兵庫医科大学主任教授	島 正 之
関西労災病院健康診断部長	外 山 隆
大手前病院 顧問	中 野 孝 司
兵庫県立尼崎総合医療センター 副院長	平 林 正 孝

アドバイザー

職 名	氏 名
(独法)労働安全衛生総合研究所フェロー研究員	神 山 宣 彦

別添10

尼崎市アスベスト対策専門委員会 読影部会委員

任期: 令和3年7月1日～令和5年6月30日

(氏名五十音順)

職 名	氏 名
わかさ竜間リハビリテーション病院 診療部長	イト イ 井 和 美
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科部長	エン ドウ 遠 藤 和 夫
兵庫医科大学内科学呼吸器科 主任教授	キ シマ 木 島 効 志
関西労災病院健康診断部長	ト ヤマ 外 山 隆
大手前病院 顧問	ナカ ノ 中 野 孝 司
兵庫県立尼崎総合医療センター 副院長	ヒラ バヤシ 平 林 正 孝

LD番号

石綿健康相談記録帳

～毎年、継続して検査を受けましょう～

尼崎市保健所

～みなさまへ～

尼崎市保健所では、「石綿読影の精度に係る調査」に協力していただいた方に、この石綿健康相談記録帳をお渡ししています。

この調査で検査を受けられた時は、この記録帳に受診年月日や検査を受けた医療機関などを記入し、自己管理にご活用ください。

注意事項

1. この記録帳は厚生労働省発行の健康管理手帳（石綿）ではありません。
2. 肺がん検診や胸部CT検査を受けた場合は、ご自身で検査日などを記入してください。
3. 何か症状が現れた場合は、速やかに医療機関を受診してください。
4. 継続して検査を受けてください。
5. 居住歴、職歴欄についてはご自身で記入し、受診時などにご活用ください。

別添 1 1

年度	年度
胸部X線検査(肺がん検診)	胸部X線検査(肺がん検診)
検査日 年 月 日	検査日 年 月 日
検査場所()	検査場所()
検査結果	検査結果
異常なし・経過観察・要精検	異常なし・経過観察・要精検
メモ	メモ
CT検査	CT検査
検査日 年 月 日	検査日 年 月 日
受診医療機関名	受診医療機関名
メモ	メモ

職歴(自由記載)		職場	仕事の内容
従事した時期	昭・平		
年	年		
石綿取り扱い期間	昭・平		
年	年		
石綿取り扱い期間	昭・平		
年	年		
石綿取り扱い期間	昭・平		
年	年		
石綿取り扱い期間	昭・平		
年	年		
石綿取り扱い期間	昭・平		
年	年		
石綿取り扱い期間	昭・平		
年	年		

氏名	男・女
昭和・平成	年 月 日
居住した時期	住所
昭・平	昭・平
年	年
昭・平	昭・平
年	年
昭・平	昭・平
年	年
昭・平	昭・平
年	年
昭・平	昭・平
年	年
昭・平	昭・平
年	年

石綿 検診のご案内

(石綿読影の精度に係る調査)

尼崎市は環境省からの委託事業として、令和2年度から「石綿読影の精度に係る調査(石綿検診)」を実施しています。(令和4年度は4月～10月末日まで)

※新型コロナウイルスの影響等により、予告なく変更となる場合があります。

実施内容

- ① 肺がん検診(胸部検診)で胸部 X 線検査 ※裏面参照
- ② 石綿ばく露についての聞き取り
- ③ 必要な場合、指定医療機関での精密検査(胸部 CT 検査)

対象者

- ① 現在尼崎市に居住している方
- ② 石綿ばく露に不安があり、本調査の趣旨を理解し、調査の協力に同意していただける方

ただし、肺がん検診の結果で「要精密検査」と判定された方は、速やかに医療による検査を受けていただくことが優先であるため、石綿検診(石綿読影の精度に係る調査)は受診できません。

費用

上記検査の自己負担額については一旦お支払い頂いた後、申請された方に補助いたします。(肺がん検診費用 300 円、胸部 CT 検査費用は 3 割負担の方で約 8000 円程度)



まずは裏面のお申し込み方法を参考に
肺がん検診 を予約してください。

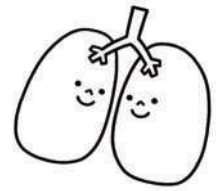
裏面につづく

肺がん検診のお申し込み方法

肺がん検診は事前予約制です。

保健所もしくは集団健診会場等で受けることができます。

受診場所により予約方法が異なりますので、下記をご参考ください。



保健所で受ける場合

下記の連絡先に「肺がん検診・石綿検診希望」と予約してください。(定員数あり)

予約連絡先	尼崎市保健所 健康増進課 06-4869-3033
予約受付時間	(平日のみ) 午前10時半～午後12時、午後1時～午後5時半
実施時間	月曜:午後1時～午後2時、火曜～金曜:午前9時～午前10時

集団健診会場で受ける場合

健診日程や予約方法は市報などをご確認ください。

- ▶ ご本人が記載する肺がん検診の受診票に石綿健康相談希望欄がありますので、そちらで石綿検診をご希望ください。(この日は胸部X線検査のみとなります。)

その他

※尼崎市総合健診を受診の方は8月末までに受診ください。

(9月以降に尼崎市総合健診を受診された方は石綿検診を受診できませんので、ご注意ください。)

ハーティやカームでの尼崎市総合健診の胸部X線検査でも石綿検診を受診できます。予約方法については各施設にご確認ください。

- ▶ 胸部X線受診時石綿検診申し込み用紙をご希望ください。(この日は胸部X線検査のみとなります。)

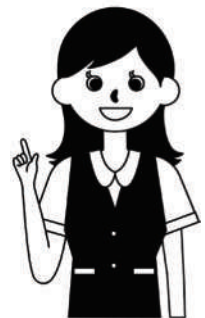
保健所以外で石綿検診を希望された方は聞き取り調査が必要となるため、後日保健所から連絡があります。

石綿健康相談について

尼崎市保健所では石綿(アスベスト)による健康不安を感じている方に石綿健康相談を行っています。石綿健康相談は常時行っていますので、ご相談がある方は下記問い合わせ先にご連絡ください。(平日9時～17時半)

問い合わせ先

尼崎市保健所 疾病対策課 ☎ 06-4869-3053 (FAX: 06-4869-3049)
〒660-0052 尼崎市七松町1-3-1-502 フェスタ立花南館5階



石綿 検診について

(石綿読影の精度に係る調査)

尼崎市は環境省からの委託事業として、令和2年度から「石綿読影の精度に係る調査(石綿検診)」を実施しています。(令和4年度は4月～10月末日まで)

※新型コロナウイルスの影響等により、予告なく変更となる場合があります。

実施内容

- ① 肺がん検診(胸部検診)で胸部 X 線検査→本日撮影済み
- ② 石綿ばく露についての聞き取り
- ③ 必要な場合、指定医療機関での精密検査(胸部 CT 検査)

対象者

- ① 現在尼崎市に居住している方
- ② 石綿ばく露に不安があり、本調査の趣旨を理解し、調査の協力を同意していただける方

ただし、肺がん検診の結果で「要精密検査」と判定された方は、速やかに医療による検査を受けていただくことが優先であるため、石綿検診(石綿読影の精度に係る調査)は受診できません。

費用

上記検査の自己負担額については一旦お支払い頂いた後、申請された方に補助いたします。(肺がん検診費用 300 円、胸部 CT 検査費用は 3 割負担の方で約 8000 円程度)



問い合わせ先

尼崎市保健所 疾病対策課 アスベスト担当
〒660-0052 尼崎市七松町 1-3-1-502 芥川立花南館 5 階
☎ 06-4869-3053 FAX:06-4869-3049

石 綿

検診について

(石綿読影の精度に係る調査)

尼崎市は環境省からの委託事業として、令和 2 年度から「石綿読影の精度に係る調査(石綿検診)」を実施しています。(令和 4 年度は 4 月～10 月末日まで)

※新型コロナウイルスの影響等により、予告なく変更となる場合があります。

実施内容

- ① 肺がん検診(胸部検診)で胸部 X 線検査→本日撮影済み
- ② 石綿ばく露についての聞き取り(対面 or 電話)
- ③ 必要な場合、指定医療機関での精密検査(胸部 CT 検査)

対象者

- ① 現在尼崎市に居住している方
- ② 石綿ばく露に不安があり、本調査の趣旨を理解し、調査の協力を同意していただける方

ただし、肺がん検診の結果で「要精密検査」と判定された方は、速やかに医療による検査を受けていただくことが優先であるため、石綿検診(石綿読影の精度に係る調査)は受診できません。

費用

上記検査の自己負担額については一旦お支払い頂いた後、申請された方に補助いたします。(肺がん検診費用 300 円、胸部 CT 検査費用は 3 割負担で約 8000 円程度)



石綿検診をご希望の方は聞き取り調査が必要となるため、後日保健所から連絡があります。

問い合わせ先

〒660-0052 尼崎市七松町 1-3-1-502 ファスタ立花南館 5 階

尼崎市保健所 疾病対策課 TEL: 06-4869-3053 FAX: 06-4869-3049

石 綿 検 診 に つ い て

(石綿読影の精度に係る調査)

尼崎市は環境省からの委託事業として、令和 2 年度から「石綿読影の精度に係る調査(石綿検診)」を実施しています。(令和 4 年度は 4 月～10月末日まで)

※総合健診をご利用の方で石綿検診を受診できるのは、諸々の処理のため8月末までに総合健診を受診していただいた方に限らせていただきますので、ご了承ください。

また、新型コロナウイルスの影響等により、予告なく変更となる場合があります。

実施内容

- ① 肺がん検診(胸部検診)で胸部 X 線検査→本日撮影済み
- ② 石綿ばく露についての聞き取り(対面 or 電話)
- ③ 必要な場合、指定医療機関での精密検査(胸部 CT 検査)

対象者

- ① 現在尼崎市に居住している方
- ② 石綿ばく露に不安があり、本調査の趣旨を理解し、調査の協力に同意していただける方

ただし、肺がん検診の結果で「要精密検査」と判定された方は、速やかに医療による検査を受けていただくことが優先であるため、石綿検診(石綿読影の精度に係る調査)は受診できません。

費用

上記検査の自己負担額については一旦お支払い頂いた後、申請された方に補助いたします。(肺がん検診費用 300 円、胸部 CT 検査費用は 3 割負担で約 8000 円程度)



石綿検診をご希望の方は聞き取り調査が必要となるため、後日保健所から連絡があります。

問い合わせ先

〒660-0052 尼崎市七松町 1-3-1-502 フェスタ立花南館 5 階

尼崎市保健所 疾病対策課 TEL : 06-4869-3053 FAX : 06-4869-3049



出張肺がん検診のご案内

この度、小田南生涯学習プラザにて出張肺がん検診を実施することとなりました。肺がん検診(胸部検診)のみを下記の日程で受診いただけます。※その他の健診(特定健診など)はこの日に受けることはできません。

**この肺がん検診で
石綿(アスベスト)検診も
受診できます!!**



石綿検診をご希望の方は、出張肺がん検診を予約時に「石綿(アスベスト)検診を希望する」とお伝えください。

※石綿検診をご希望の方は、後日石綿検診の聞き取り調査が必要になります。

【実施日】7月9日(土)

【実施時間】13時30分～15時30分

【実施場所】小田南生涯学習プラザ(旧小田支所)

<住所>兵庫県尼崎市長洲中通1丁目6番10号

【費用】300円(石綿検診を受診された方は、後日返金いたします。)

【予約受付期間】令和4年6月6日(月)～6月30日(木)

【定員】先着60名

【予約方法】事前予約制。尼崎市保健所健康増進課でご予約ください。

電話で予約 ☎ 06-4869-3033

(平日のみ)午前10時半～正午/午後1時～午後5時半

FAXで予約 ☎ 06-4869-3049



出張肺がん検診のご案内

この度、下記の日程で出張肺がん検診を実施することとなりました。肺がん検診(胸部検診)のみを下記の日程で受診いただけます。

※その他の健診(特定健診など)はこの日に受けることはできません。

この肺がん検診で石綿(アスベスト)検診も受診できます!!



石綿検診をご希望の方は、出張肺がん検診を予約時に「石綿(アスベスト)検診を希望する」とお伝えください。

※石綿検診をご希望の方は、後日石綿検診の聞き取り調査が必要になります。

後日アスベスト担当から連絡がありますので、それまでお待ちください。

実施日	実施場所	実施時間	予約受付期間
8月18日(木)	尼崎ボートレース場	午後1時30分から 午後3時30分まで	8月1日から 8月10日まで
9月8日(木)	市民健康開発センター ハーティ21	午後1時30分から 午後3時30分まで	8月1日から 8月31日まで

※ 尼崎ボートレース場:阪神電車尼崎センタープール前駅北口からすぐ

※ ハーティ21:阪急塚口駅から約1km 名神尼崎インターから約500m

【費用】 300円(石綿検診を受診された方は、後日返金いたします。)

【定員】 先着60名

【予約方法】 事前予約制。尼崎市保健所健康増進課でご予約ください。

電話で予約 ☎ 06-4869-3033

(平日のみ)午前10時半~正午/午後1時~午後5時半

FAXで予約 ☎ 06-4869-3049

胸部CT検査の受診方法

紹介状を持参し、下記の指定医療機関のいずれかで胸部CT検査を受診してください。その際、CT検査など医療機関で受けた結果は、必ずその病院で説明を受けてください。

※ペースメーカー・植込み型除細動器（ICD）を装着している方は、予約時申し出てください。

※ICDを装着している方については、別途病院の指定する費用が必要となることがあります。

※各病院の予約状況により、ご希望に添えない場合がありますのでご了承願います。

医療機関にご持参いただくもの

① 紹介状

忘れた際は初診加算料が必要になりますので、必ず忘れないようにしてください。

② 健康保険証

③ 胸部CT検査の費用（医療費の負担割合によって個人差あり。3割負担で8000円前後。）

- ・後日自己負担金補助申請書の申請にて返金となりますので、受診時にご自身でお支払いをお願いします。
- ・申請には領収書が必要になりますので、なくさないようにしてください。
（兵庫医科大学病院を受診の方はCT撮影時と診察時の領収書を提出してください。）
- ・胸部CT検査以外の検査費用に関して返金はありません。
- ・自己負担金の補助は保険診療負担分となります。無保険の人には返金はありません。
- ・福祉医療の方もできるだけ保険診療でのお支払いをお願いします。

※予約は混み合うことがありますので、ご希望の日程に添えない場合があります。

【兵庫県立尼崎総合医療センター】（東難波町2丁目17番77号）

予約連絡先：代表電話（06-6480-7000）

電話受付時間：月曜日～金曜日 午後3時～午後5時まで（病院休診日除く）

診療科目：呼吸器内科 アスベスト外来

診察日時：月曜午後2時～3時頃（予約時に再度ご確認ください）

【兵庫医科大学病院】（西宮市武庫川町1丁目1）

予約先：診療支援課

連絡先：080-9590-1118（専用ダイヤル）

電話受付時間：月曜日～金曜日 午後2時～午後4時30分（病院休診日除く）

診察日時：月曜日、金曜日

〔CT撮影は、診察日の1週間前までに行います。詳細は、予約時にご確認ください。〕

様

ID

「石綿読影の精度に係る調査(石綿検診)」結果のご報告

この度は、「石綿読影の精度に係る調査(石綿検診)」に参加いただきありがとうございました。

に撮影した胸部X線写真を石綿読影部会(尼崎市と環境省の2回実施)により読影した結果

精密検査(胸部CT検査)は不要

との判定でした。

ただし、検診ですべての石綿疾患を発見することはできません。

今回の検査で異常がなくても、咳、胸痛、息切れ、血痰等の症状があった場合は、すぐに医療機関(呼吸器内科等)にご相談ください。

今回の「石綿読影の精度に係る調査(石綿検診)」はこれで終了となります。皆様の健康管理として、次回以降も引き続きこの検診を受診されることをお勧めします。

尼崎市保健所 疾病対策課

〒660-0052 尼崎市七松町1-3-1-502 フェスタ立花南館5階
TEL: 06-4869-3053 FAX: 06-4869-3049

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（尼崎市）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 兵庫県尼崎市東七松町1-23-1

名称 尼崎市