

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（平群町）

委託業務報告書

令和5年2月

平群町

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) 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 | 2 |
| (2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査 | 2 |
| (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 | 2 |
| 3. 委託業務報告 | 2 |
| (1) 令和4年度石綿読影の精度に係る調査報告 | 3 |
| (2) 参考資料 | 7 |

I. 委託業務の目的

石綿関連疾患患者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

平群町住民福祉部健康保険課 等

III. 委託業務の実施期間

令和4年5月9日から令和5年2月21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 過去の「石綿の健康リスク調査」「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」に参加したことがある者
- ② 平群町が実施する読影調査の内容を理解し、読影調査への協力を同意する者
- ③ 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. 実施方法

（1）石綿読影の精度に係る調査

（ア）広報活動

平群町は、参加者の募集に関して、対象者の方へ個別通知を実施した。

（イ）受付、問い合わせ対応

平群町は、電話、窓口等によって、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取った。

(ウ) 石綿ばく露の把握

平群町は、「エ. 石綿関連疾患の評価」を行う際の参考情報として、調査票を用いて、参加者の石綿ばく露の状況を把握した。

(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

平群町は、参加者の胸部エックス線検査結果を取り寄せた。

次に、平群町は、一般社団法人 健康支援センター三恵に委託し、胸部エックス線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。

そして、平群町は、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をこころとからだの元氣プラザ（以下「事務局」という。）に送付した。

平群町は、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、最終的な石綿読影の結果を通知した。

(オ) 会議等への参加

平群町は、1次読影を行う医師を環境省主催の読影講習会への参加機会を設けたが、不参加であった。また、担当者が石綿調査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

(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

平群町は、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、住民への周知や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8のとおり

- ・ 令和4年度石綿読影の精度に係る調査のお知らせについて
- ・ 石綿読影の精度に係る調査の説明
- ・ 意向確認書（様式1）
- ・ 同意書（参考様式1）
- ・ 調査票（参考様式2）
- ・ 1次読影チェックシート（参考様式3）
- ・ 読影結果通知書
- ・ 石綿関連所見について

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 | |
|--------|----|--------|----|--------|----|--------|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 40歳未満 | | 0.0% | | 0.0% | | 0.0% |
| 40～49歳 | | 0.0% | | 0.0% | | 0.0% |
| 50～59歳 | | 0.0% | | 0.0% | | 0.0% |
| 60～69歳 | 1 | 25.0% | | 0.0% | 1 | 20.0% |
| 70～79歳 | 1 | 25.0% | | 0.0% | 1 | 20.0% |
| 80～89歳 | 2 | 50.0% | 1 | 100.0% | 3 | 60.0% |
| 90歳以上 | | 0.0% | | 0.0% | | 0.0% |
| 合計 | 4 | 100.0% | 1 | 100.0% | 5 | 100.0% |

表2: 参加者の喫煙歴等

(単位: 人)

| | 男性 | | 女性 | | 合計 | |
|-----------------------|----|--------|----|--------|----|--------|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 非喫煙者 | | 0.0% | 1 | 100.0% | 1 | 20.0% |
| 過去の喫煙者 | 4 | 100.0% | | 0.0% | 4 | 80.0% |
| 現喫煙者 ブリンクマン指数600未満 | | 0.0% | | 0.0% | | 0.0% |
| 現喫煙者 ブリンクマン指数600以上 | | 0.0% | | 0.0% | | 0.0% |
| 合計 | 4 | 100.0% | 1 | 100.0% | 5 | 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 | 3 | 75.0% | 0 | 0.0% | 3 | 60.0% |
| 家庭内ばく露 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 施設立入等ばく露 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 環境ばく露・不明 | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | 1 | 20.0% |
| 無回答 | 1 | 25.0% | 0 | 0.0% | 1 | 20.0% |
| 合計 | 4 | 100.0% | 1 | 100.0% | 5 | 100.0% |

表4:一次読影医について

| No | 主科 | 診療従事年数(年) |
|----|------|-----------|
| 1 | 放射線科 | 49 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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) | 5 |
| 1次読影 実施者数 | 5 (100%) |
| うち 要精密検査者数 | 0 (0%) |

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 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 |
| 石綿関連所見実人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ①胸水貯留 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ②胸膜プラーク | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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) | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 石綿関連所見(疑いを含む)実人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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) | 5 |
| 1次読影 実施者数 | 5 (100%) |
| 2次読影 実施者数 | 5 (100%) |
| うち 要精密検査者数 | 0 (0%) |

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 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 |
| 石綿関連所見実人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ①胸水貯留 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ②胸膜プラーク | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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) | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 石綿関連所見(疑いを含む)実人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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

参考資料（石綿読影の精度に係る調査で使用了た様式等）

- ・ 令和4年度石綿読影の精度に係る調査のお知らせについて
- ・ 石綿読影の精度に係る調査の説明
- ・ 意向確認書（様式1）
- ・ 同意書（参考様式1）
- ・ 調査票（参考様式2）
- ・ 1次読影チェックシート（参考様式3）
- ・ 読影結果通知書
- ・ 石綿関連所見について

事務連絡
令和 年 月 日

様

平群町 健康保険課

令和4年度石綿読影の精度に係る調査のお知らせについて

平素は当町の保健衛生行政にご理解ご協力をいただきまして、ありがとうございます。

さて、令和2年度から環境省と当町で実施しています「石綿読影の精度に係る調査」の参加意向確認をしたいと思っておりますので、別紙の参加意向確認書(様式1)にご記入の上、6月10日までに返送をお願いいたします。

「石綿読影の精度に係る調査」については、別紙をご参照ください。

また、参加ご希望の方は、まず肺がん検診を受診していただく必要があります。6月の春けんしんで早めの受診をお願いします。申込は、6月1日～電話、インターネットにて申込をお願いします。

同封しています「調査票(様式2)」「同意書(様式3)」に必要事項をご記入になり、返信用封筒にてご返送ください。

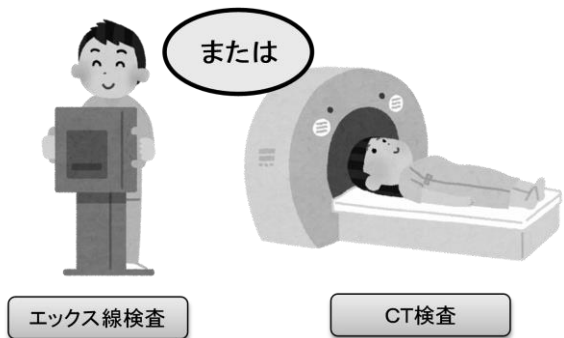
※肺がん検診の結果、要精密検査となられた場合は、速やかに医療を受けていただくことが最優先となりますので、この調査の対象外となります。

| |
|--|
| 平群町 健康保険課 (プリズムへぐり内) 成人・老人保健係 電話 0745-45-8600 |
|--|

石綿読影の精度に係る調査の説明

| | |
|-----------------------------|--|
| 実施主体 | 環境省 |
| 実際の業務を行う者 | 平群町 |
| 調査期間 | 令和2年度から6年度をめぐ |
| 調査の目的 | 肺がん検診を利用して石綿関連疾患が発見できる体制を整備するための知見を収集すること |
| 調査の方法 | 肺がん検診の画像を利用し、石綿関連疾患の有無について読影の正確さを検証するため、再度2名程度の医師が読影します。 調査のための撮影は行いません。 |
| 参加条件 | <ol style="list-style-type: none"> ① 町在住であり、過去の調査(石綿ばく露健康リスク調査・石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査)に参加したことがある ② 読影調査の内容を理解し、読影調査への協力を同意できる ③ 肺がん検診を受診し、その画像を活用することができる ④ 呼吸器に関し、症状がなくかつ医療を受けていない ⑤ 肺がん検診を受診し、要医療・要精密検査・要経過観察(1年未満)でないこと ⑥ 石綿健康管理手帳の未取得、または交付要件に該当していない ⑦ 職場等で石綿に関する特殊健康診断を受ける機会がない |
| 参加費用 | 調査は無料 |
| 調査の流れ | <ol style="list-style-type: none"> ① 調査参加申込(意向確認書)を返送してください。 ② 参加希望の方は、石綿ばく露に関する調査票・同意書に記入し、返送してください。 ③ プリズムめぐりで肺がん検診を受診してください。 ④ 石綿関連疾患の有無について、一次読影(町)・二次読影(環境省)をします。 ⑤ 読影結果を郵送します。 異常なしの方で希望者は「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」に参加することができます。 <p>※②と③の順番は、逆になることもあります。</p> |
| 受診できなくなった方等への現況確認及び調査期間について | <ul style="list-style-type: none"> ・調査に参加できず音信不通になった場合、居住情報等について、住民基本台帳、人口動態調査、地域がん登録などの行政が保有する情報を利用し、現況を確認することがあります。 ・環境省では、調査期間を原則、令和2年度から6年度の5年間としていますが、毎年度、調査結果を評価・検証し、調査の継続の必要性が判断されますので、5年を待たずに終了されることがあります。 |
| 個人情報の管理・利用 | 本調査で得られた個人情報は、調査期間中及び調査終了後も適正に管理・保管し、独立行政法人環境再生保全機関、環境省またはその委託を受けた者が調査または法令上の措置に必要な範囲で共同利用します。 |
| 調査実施にあたっての倫理的配慮 | 本調査は本人の自由意思に委ねられています。調査に参加してもしなくても何ら不利益を被りません。同意書に署名をいただいた方のみを調査対象とし、同意書はいつでも撤回することができます。 |
| 調査結果等について | 調査結果は環境省へ報告し、環境省でまとめて調査結果報告書を作成し、個人が特定できないような形式で公表します。 |

有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査

| | |
|-----------|--|
| 実施主体 | 環境省 |
| 実際の業務を行う者 | 民間事業者（環境省から委託を受けて実施） |
| 調査期間 | 令和2年度から6年度をめぐ |
| 調査の目的 | 肺がん検診に加え、追加的な検査を行うことで疾患の早期発見につながるかを検証すること |
| 調査の方法 |  <p>エックス線検査またはCT検査（両方の場合もあります）を、環境省の指定する機関で実施します。どの参加者がどの検査を受けるかの判断は、環境省が行います。</p> |
| 参加条件 | <p>対象者は、環境省が限定します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「石綿読影の精度に係る調査」の2次読影で「異常なし」の方。 ・精密検査と診断された方で、受診の結果「異常なし」の方。 <p>詳しい対象者の振り分けは環境省にお問い合わせ下さい。</p> |
| 参加費用 | 調査は無料 |
| 調査の流れ | <p>①上記の対象者は、環境省の指定医療機関で実施です。</p> <p>②対象者には、参加申込等必要書類を送付します。 詳細が決まりましたら、対象者にはご連絡します。</p> |
| 問合せ先 | <p>こころとからだの元氣プラザ</p> <p>☎ 0120-992-912</p> <p>環境省石綿健康被害対策室</p> <p>☎ 03-5521-6558</p> |

令和 4 年度石綿読影の精度に係る調査

意向確認書

調査への参加のご意向を確認しますので、別紙の説明書をよくお読みください。

また、6月10日（金）までにご回答・ご返信をお願いします。

該当する□に、☑を入れてください

<対象者確認>

- 調査の内容を理解し、調査へ協力できる
- 町の肺がん検診を受診し、そのX線を使用する
(要精密検査になった場合は、本調査の対象外となります)
- 呼吸器疾患で医療機関を受診していない
- 石綿健康管理手帳を取得していない。または交付要件に該当していない。
- 職場等で石綿に関する特殊健康診断を受ける機会がない

どちらかに○を付けてください。

今年度調査に

参加 ・ 不参加

今後調査に関する案内について

希望 ・ 希望しない

氏 名： _____

住 所： _____

電話番号： _____

生年月日：昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

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。）及び平群町が実施する「石綿読影の精度に係る調査」について、調査目的や内容を理解するとともに、以下の点について確認の上、調査に協力することに同意します。

- ・ 医学的検査自体に、放射線被ばく等によるリスクがあること
- ・ 各検査で、それぞれ特定により効果やリスクが異なること
- ・ 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、予後の改善や完治につながるとは限らないこと
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 調査の対象者要件を満たすこと（過去の「石綿ばく露健康リスク調査」「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」に参加したことがあること。現在、呼吸器疾患で医療機関を受診しておらず、肺がん検診において要精密検査と診断されていないこと。）
- ・ 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
- ・ 事務局及び平群町が平成 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、その際得られた問診結果や検査画像データ・読影結果等を奈良県から直接借り、利用する場合があること
- ・ 調査で「要精密検査」と判断され、精密検査を受診した場合、平群町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。
- ・ 調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、事務局及び平群町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し、「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
- ・ 調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、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
- ・ 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
- ・ 転居・病気等で調査に参加できず音信不通になった場合、対象自治体等が居住情報等について、住民基本台帳、人口動態調査、地域がん登録などの行政が保有する情報を利用し、現況を確認する場合があること
- ・ 今後、調査対象者に対して、健康状況等を確認するための追加調査を実施する可能性があること

平群町長 殿

(同意者) 年 月 日

氏 名： _____ 印 _____

住 所： _____

電話番号： _____

※氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

石綿読影の精度に係る調査 石綿ばく露の状況 調査票

※太枠のみ記入してください。

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

※あてはまる口に✓印をつけ、必要事項を記入してください。

| |
|---|
| <p>現在までに、大きな病気にかかったことはありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 発症時の年齢 歳 、 病名 _____ |
| <p>喫煙歴はありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 歳頃～ 歳頃まで1日約 本 |
| <p>家族や同僚で石綿関連疾患※にかかった人や胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)を指摘されたことのある人はいますか。</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> わからない |

※石綿関連疾患：中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚 等

| |
|---|
| <p>1. 現在までの職歴(アルバイト等短期間の仕事も含む)において、石綿を取り扱う下記の作業または、同作業現場で事務や経理等をしたことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| <p>(1) 建築物の補修、解体、石綿などの吹きつけ (2) 断熱や保温のための被覆作業、その補修 (3) 船舶、車両の製造、補修 (4) スレート板など建築材料の製造、切断</p> <p>(5) 石綿紡織製品の製造、使用 (6) プレーキライニングなど摩擦材の製造 (7) その他石綿に関連する作業 ()</p> |
| <p>2. ご家庭で下記のような経験をしたことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 石綿に関する作業が、自宅で行われた。 <p>3. 下記のような経験をしたことがありますか。</p> <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。 |

※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年度 石綿読影の精度確保に係る調査 1次読影チェックシート

| | | 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 rowspan="2"></th> <th colspan="3" style="text-align: center;">右</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">左</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">有</th> <th style="text-align: center;">無</th> <th style="text-align: center;">評価不能</th> <th style="text-align: center;">有</th> <th style="text-align: center;">無</th> <th style="text-align: center;">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"/> 1/2以上</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1/2~1/4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1/4未満</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1/2以上</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1/2~1/4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 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Ⅰ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 | <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 | <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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他の所見 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2" style="text-align: center;">右</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">左</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">有</th> <th style="text-align: center;">無</th> <th style="text-align: center;">有</th> <th style="text-align: center;">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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入日 | | | 読影医師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 読影実施機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 年 月 日

様

平群町 健康保険課長
(印 略)

「石綿読影の精度に係る調査」の読影結果通知書

先日、受診されました石綿読影の結果について、下記のとおりお知らせします。

1. 治療等の医療機関への受診は必要ありません。

2. 胸部X線所見等
特になし

※本調査で確認している所見は、同封の「石綿関連所見について」に記載しています。

追記事項
特になし

※今回の結果は以上の通りですが、自覚症状など身体に異常を感じた場合は医療機関の受診をお勧めします。

なお、受診の際、石綿ばく露歴があることを医師に必ず伝えてください。

※医療機関を受診される際や、調査の所見について主治医にご相談される際は、この用紙をお持ち下さい。

お問い合わせ
平群町 健康保険課(プリズムへぐり内)
成人・老人保健係
電話 0745-45-8600

石綿関連所見について

石綿関連所見とは、石綿が原因で身体に出てくる変化についての医師の見立てのことで、胸部X線検査でわかる石綿関連所見は、以下の①～⑤になります。

①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X線検査で見つかることもあります。

②胸膜プラーク(限局性の胸膜肥厚)

外側の胸膜に生じる限局的な繊維症の肥厚のことで、それ自体は疾病ではなく、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。石綿ばく露が原因である可能性が高い所見です。

③びまん性胸膜肥厚

内側の胸膜に生じる繊維症の肥厚のことで、胸膜の肥厚と肺内から肥厚した胸膜につながる帯状の陰影などを特徴としています。

④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)

気管支あるいは肺胞を覆う上皮に発生する悪性腫瘍(肺がん)がある可能性があり、精密検査が必要です。

⑤肺繊維化所見(不整形陰影)

肺の繊維化等により肺に異常陰影(胸膜下曲線用陰影、小葉中心性粒状影、すりガラス様陰影、網状影など)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。

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（平群町）委託業務

令和5年2月21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 奈良県生駒郡平群町西宮2-1-6
名称 平群町 健康保険課