

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（大淀町）

委託業務報告書

令和5年3月

大淀町

## 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
(2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査	2
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
(2) 参考資料	8-17

## 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

大淀町住民福祉部 保健センター

## III. 委託業務の実施期間

令和4年6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大淀町が実施する読影調査の内容を理解し、読影調査への協力に同意する者
- 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. 実施方法

#### （1）石綿読影の精度に係る調査

##### （ア）広報活動

大淀町は、参加者の募集に関して、肺がん検診申込者に案内のチラシ（別添1）を送付し、広報を行った。

##### （イ）受付、問合せ対応

大淀町肺がん検診の受付を大淀町保健センターで行った。

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（別添2）により同意を取った。

##### （ウ）石綿ばく露の把握

調査票（別添3）により把握を行った。

(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

大淀町は、参加者の肺がん検診の結果とともに胸部エックス線検査画像及び1次読影チェックシート（別添4）を取り寄せた。次に、大淀町は、別紙1のとおり検診機関に委託し、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。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実施するよう努めた。

大淀町は、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。

大淀町は、1次読影の結果「要精密検査」と判定された者に対して、石綿読影の結果を通知し、速やかに精密検査を受診するよう勧奨し、必要に応じて紹介状等を準備した。ただし、その際、別紙2「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、大淀町は、1次読影で「精密検査不要」と判定された者に対して、事務局が行う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、「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2「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

二次読影にて「要精密検査」と判定された場合には、該当者に精密検査受診医療機関に提出するための書類等（別添6及び胸部エックス線検査画像）を渡し精密検査受診を促した。

精密検査受診後に、精密検査診断結果及びCT画像とともに別添7を提出することで、自己負担分のうち当該事業で認められた項目について費用を還付した。

(オ) 会議等への参加

会議には参加しなかった。

(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

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」については、町民からや事務局から問い合わせはなかった。

### 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1～6のとおり

(2) 参考資料  
別添1～別添7及び別紙1～別紙2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	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40歳未満		0.0%		-		0.0%
40～49歳	1	14.3%		-	1	14.3%
50～59歳	1	14.3%		-	1	14.3%
60～69歳	2	28.6%		-	2	28.6%
70～79歳	3	42.9%		-	3	42.9%
80～89歳		0.0%		-		0.0%
90歳以上		0.0%		-		0.0%
合計	7	100.0%		-	7	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	1	14.3%		-	1	14.3%
過去の喫煙者	6	85.7%		-	6	85.7%
現喫煙者 プリンクマン 指数600未満		0.0%		-		0.0%
現喫煙者 プリンクマン 指数600以上		0.0%		-		0.0%

表3:参加者のばく露歴

(単位:人)

	男性		女性		合計	
職業ばく露	6	85.7%	-	-	6	85.7%
家庭内ばく露	1	14.3%	-	-	1	14.3%
施設立入等ばく露		0.0%	-	-		0.0%
環境ばく露・不明		0.0%	-	-		0.0%
無回答		0.0%	-	-		0.0%
合計	7	100.0%	-	-	7	100.0%

表4:一次読影医について

No	主科	診療従事年数(年)
1	消化器内科	43

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)	7
1次読影 実施者数	7 ( 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	7	0	1	1	2	3	0	0
石綿関連所見実人数	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	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	1	0	0	0	0	1	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)	7
1次読影 実施者数	7 ( 100% )
2次読影 実施者数	7 ( 100% )
うち 要精密検査者数	3 ( 43% )

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	7	0	1	1	2	3	0	0
石綿関連所見実人数	3	0	1	0	0	2	0	0
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜ブランク	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	1	0	0	1	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	3	0	1	0	0	2	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胸膜ブランク(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胸膜ブランク且つ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

## 令和4年度大淀町石綿(アスベスト)検診のご案内

環境省は、平成27年度から令和元年度まで「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」を実施し、そのとりまとめにおいて、市町村で実施している検診の機会を利用して石綿関連疾患を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ました。

これをふまえ、大淀町では環境省の委託を受け、「石綿読影の精度に係る調査〔石綿(アスベスト)検診〕」を実施します。職場や住環境で石綿のばく露を受けたかもしれないと不安をお持ちの方は、受診されることをおすすめします。

【対象者】 ①～⑤のすべてにあてはまる方

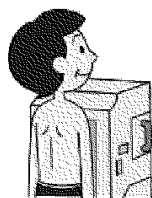
- ①大淀町民
- ②令和4年4月以降に肺がん検診を受診し、その結果異常がない方  
(※肺がん検診の結果「要精密検査」となった場合は、石綿(アスベスト)検診の対象となりません。)
- ③現在、呼吸器疾患で受診及び治療を受けていない方
- ④石綿ばく露の不安のある方
- ⑤本調査の目的を理解し、同意していただける方

【実施内容】 肺がん検診で撮影したレントゲン写真を、検診機関である奈良県健康づくりセンター(1回目の読影)と環境省(2回目の読影)で読影し、石綿に関連する所見の有無等の結果をお返しします。

【費用】 無料

【申し込み】 大淀町保健センターまで電話等で、お申し込みください。

【定員】 10名(先着順)



〒638-0812 大淀町検垣本 2090 番地

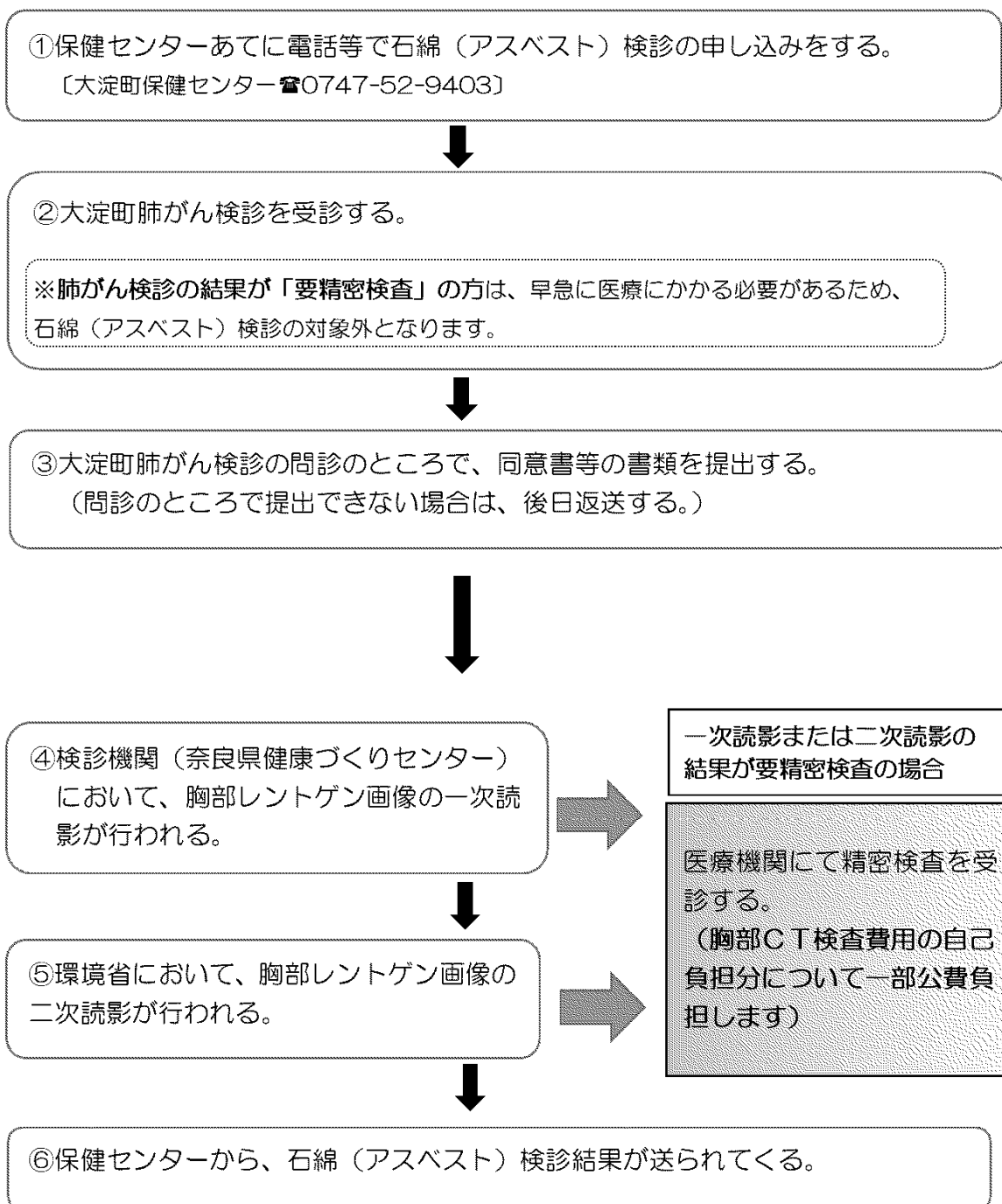
大淀町保健センター健康こども課

電話 0747-52-9403

FAX 0747-52-9404

裏面もご覧ください

## 令和4年度 大淀町石綿（アスベスト）検診フロー図



## 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。）及び大淀町が実施する「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、大淀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
- 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、事務局及び大淀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

大 淀 町 長 殿

（同意者）                      年    月    日

氏 名： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

## 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<sup>*</sup>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 <p style="text-align: right;"><small>※石綿関連疾患：中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚等</small></p>

<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>( )</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。

□本調査の1次または2次読影で精密検査不要かつ石綿関連所見があった場合、有所見者調査へ参加しても良い。

※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。</p> <p>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 border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">右</th> <th colspan="3">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①胸水貯留</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>②胸膜プラーク※注1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>石灰化の有無</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③びまん性胸膜肥厚※注2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>※有の場合</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/2以上</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/2~1/4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/4未満</td> </tr> <tr> <td>④肺野・胸膜・縦隔の腫瘍状陰影(肺がん等)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </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。</p> <p>※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。</p> <p>※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・縦隔の腫瘍状陰影(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・縦隔の腫瘍状陰影(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">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>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><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><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><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは( )内にご記載ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>						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 4 年 月 日

様

大淀町長 岡下 守正  
(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

本調査における二次読影結果について、下記のとおりお知らせします。  
医療機関を受診され、調査の所見について主治医にご相談される際には、この用紙をお持ちください。

1. 所見なし(要精密検査不要)

これからも1年に1回は肺がん検診を受けましょう。

2. 石綿関連疾患以外の所見あり(要精密検査)

精密検査が必要です。なるべく早く精密検査を受けてください。

精密検査を受診される際は、この用紙をお持ちください。

なお、本件に関し再検査・要精密検査を受診する場合の費用は、この調査で負担することはできません。  
通常の保険診療となり、ご本人様負担が発生することをあらかじめご了承ください。

③ 石綿関連疾患疑い(要精密検査)

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

精密検査が必要です。早めに精密検査を受けてください。

精密検査を受診される際には、同封の主治医殿封筒(水色)と同封のCD-R(胸部X線画像データ)をご持参ください。

詳細は別添の「精密検査について」をご覧ください。

精密検査に係る費用については、同封の申請書で、後日大淀町保健センター窓口へ申請をしてください。

必ずお読みください

本調査では、大淀町の肺がん検診で撮影した胸部X線画像から、所見の確認をしています。

「所見が認められた方」及び「所見が認められなかった方」につきましても、お体に何らかの異常を感じた場合は、すみやかに医療機関を受診してください。

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。

<お問い合わせ>  
大淀町保健センター  
〒638-0812  
奈良県吉野郡大淀町桧垣本 2090  
電話 0747-52-9403  
FAX 0747-52-9404

石綿読影の精度に係る調査精密検査依頼書(兼)結果通知書

医療機関御中

令和 年 月 日  
大淀町保健センター (TEL 0747-52-9403)  
奈良県古野郡大淀町松垣本 2090 番地

本書持参の方は石綿読影の精度に係る調査の結果、精密検査が必要と判断されました。  
ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診賜りたくお願い申し上げます。

氏名	(性別)	生年月日	昭和 年 月 日	生( 歳)
住所			電話番号	
撮影日	胸部X線撮影 令和 4 年 月 日			
所見	一次読影	令和 4 年 月 日 胸部X線所見		
	二次読影	令和 4 年 月 日 胸部X線所見		

つきましては、検査結果を下記の欄にご記入ください。  
お手数ですが、この結果通知書、及びCT画像(CDファイルにデータ化された状態)を返信用封筒に入れ、ご本人にお渡しいただくか、郵送にてご返信ください。

検査内容	実施したすべての検査に○をしてください。						
	1 胸部X線 2 胸部CT検査 3 気管支鏡検査(気管支鏡下細胞診、気管支鏡下生検) 4 その他の検査：検査( )						
胸部 CT 画像所見	お手数ですが、胸部CT検査の結果もご記入ください。						
	検査日	年	月	日	有 疑 右 左 なし 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(限局性の胸膜肥厚)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	④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"/>
	⑤肺野の間質影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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肺野の肺瘤状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧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 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※評価不能は、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックしてください。 ※胸膜肥厚や結核性所見はその他所見にチェックして下さい。						
判定	1 <input type="checkbox"/> 異常なし 2 <input type="checkbox"/> 経過観察 3 <input type="checkbox"/> 要精密検査 4 <input type="checkbox"/> 要医療 (石綿との関連性： <input type="checkbox"/> 強く疑う <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 他の原因である)						
	診断名 1 石綿関連疾患 <input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 石綿による肺がん <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 2 上記1以外の診断名						
	その他(今後の治療や、救済法の申請手続きのご案内の状況等お知らせください。)						

上記のとおり、報告します。

年 月 日 医療機関所在地  
医療機関名  
医師名

㊟



【別添7】

石綿読影の精度に係る調査における精密検査  
自己負担支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

大 淀 町 長 殿

申請者 住所 〒

氏名 ㊟

電話番号

大淀町石綿読影の精度に係る調査について、精密検査で要した自己負担相当額の支給を受けたいので、必要書類を添えて、下記のとおり申請します。

なお、精密検査の内容・医療費・検査結果等について、大淀町から精密検査実施医療機関に照会、および、環境省、石綿読影医療機関との情報共有に同意します。

記

受 診 者	ふりがな			男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
	住 所	大淀町		
実 施 医療機関		実施日	令和 年 月 日	
支払金額	_____ 円			
支給決定金額	_____ 円			

石綿読影の精度に係る精密検査自己負担相当額を下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名		支店名	本店 支店	預金 種別	普通預金 当座預金
口座番号			口 座 名義人	ふりがな	

【必要書類】

- ・精密検査を受けた際に医療機関に支払った費用のわかる領収書・診療明細(受診者氏名、受診年月日、領収金額、検査医療機関名が記載された領収印のあるものに限る。)
- ・振り込み口座のコピー
- ・精密検査の診断結果、CT 画像

【別紙 1】

医療機関への検査委託

名 称： 一般財団法人 奈良県健康づくり財団  
住 所： 奈良県磯城郡田原本町宮古 404-7

項 目	単 価（税込み）
一次読影	1,278 円

### 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10～13】
- 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

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（大淀町）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 奈良県吉野郡大淀町桧垣本2090番地  
名称 大淀町住民福祉部健康こども課（保健センター）