

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（北九州市）

委託業務報告書

令和5年3月

北九州市

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) 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	3
(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	3
別紙1：医療機関への検査委託	4
別紙2：精密検査に係る費用負担について	5
3. 委託業務報告	6
(1) 令和4年度石綿読影の精度に係る調査報告	7～10
(2) 参考資料一覧表	11

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

北九州市保健福祉局保健所保健予防課 等
北九州市小倉北区馬借1丁目7番1号 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北九州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
- 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

北九州市は、既存検診（肺がん検診）の検診会場に出向き、本調査の趣旨及び流れ等の内容を説明した後、同意書を含む申込書一式を入れた封書を渡し、後日、参加を希望される者は、同意書（参考資料：別添1-3）、石綿ばく露歴調査票（参考資料：別添1-4）、参加申込書（参考資料：別添1-5）を返信用封筒にて当課まで郵送できるようにした。

(イ) 受付、問い合わせ対応

本調査への参加希望者が申込書等を当課返送し、申込の受け付けをした。その際、それぞれの問い合わせ等に対して電話で対応した。

(ウ) 石綿ばく露の把握

石綿関連疾患の評価を行う際の参考情報として、石綿ばく露歴調査票（参考資料：参考様式2）を用いて、参加者の石綿ばく露歴の状況を把握した。

(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

参加者の胸部エックス線検査画像及び検査結果を既存検診実施機関より取り寄せ、別紙1（P4）の医療機関に委託して、1次読影を実施した。

既存検診による画像データを取り寄せる際の費用については、読影調査の委託費で負担した。

1次読影では、上記の画像に対して石綿関連疾患に着目した読影を行い、1次読影チェックシート（参考資料：参考様式3）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、既存検診での胸部エックス線撮影日から間を空けずに実施した。

1次読影の結果が判明した後は、引き続き2次読影を実施するため、環境省または環境省から調査を請け負う事業者（以下「事務局」という。）あてに、当該受診者の調査票、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次読影時での参考資料（以下、「自治体資料一式」という。）を速やかに送付した。

1次読影の結果、「要精密検査」と判定された者に対しては、石綿読影の結果を通知するとともに、速やかに精密検査を受診するよう勧奨した。

なお、その際には、別紙2（P5）「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に係る費用は、本調査での費用負担はできない旨を十分説明した。1次読影において「精密検査不要」と判定された者に対しては、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した。

b) 精密検査

1次読影において「要精密検査」と判定された者（5名）に対して指定医療機関での精密検査の受診を勧奨した。そのうち3名が精密検査を受診した。

なお、精密検査については、別紙1（P4）の医療機関に委託して実施し、その診断結果は、胸部CT画像及び胸部CT画像用読影チェックシートとともに取り寄せ、本人宛に結果を通知した。

また、別紙「精密検査に係る費用負担について」に掲げる費用については、自己負担分を読影調査の委託費で負担した。

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、翌年以降の読影調査での活用に努めるため、1次読影実施医療機関へフィードバックし共有した。

(オ) 会議等への参加

北九州市では、福岡市で行われた環境省主催の読影講習会へ石綿関連疾患の診断、治療を行う医師2名が参加した。

令和4年8月31日にウェブ開催された検討会に、3名が参加し、令和5年1月25日にウェブ開催された自治体担当者連絡会議には、2名で参加した。

(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

事務局において本調査とは別に実施する「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、チラシを当課に設置し、問い合わせに対応した。

医療機関への検査委託

名称：北九州市立門司病院
住所：北九州市門司区南本町3番1号

項目	単価(税込み)
一次読影	850円
自治体報告料(情報提供料(CD-R)他)	3,775円
精密検査 (別紙2に記載された費用負担に限り委託費で負担)	自己負担30%：5,270円 自己負担20%：3,520円 自己負担10%：1,760円
自治体報告料(情報提供料(CD-R)他)	3,775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】
- 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

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

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	1	3.4%	3	16.7%	4	8.5%
50～59歳	2	6.9%	2	11.1%	4	8.5%
60～69歳	8	27.6%	5	27.8%	13	27.7%
70～79歳	16	55.2%	8	44.4%	24	51.1%
80～89歳	1	3.4%		0.0%	1	2.1%
90歳以上	1	3.4%		0.0%	1	2.1%
合 計	29	100.0%	18	100.0%	47	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	20.7%	15	83.3%	21	44.7%
過去の喫煙者	21	72.4%	3	16.7%	24	51.1%
現喫煙者 プリンクマン指数600未満	1	3.4%		0.0%	1	2.1%
現喫煙者 プリンクマン指数600以上	1	3.4%		0.0%	1	2.1%
合 計	29	100.0%	18	100.0%	47	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	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
職業ばく露	5	17.2%	0	0.0%	5	10.6%
家庭内ばく露	0	0.0%	3	16.7%	3	6.4%
施設立入等ばく露	1	3.4%	2	11.1%	3	6.4%
環境ばく露 ・不明	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
無回答	23	79.3%	13	72.2%	36	76.6%
合計	29	100.0%	18	100.0%	47	100.0%

表4:一次読影医について

No	主科	診療従事年数(年)
1	呼吸器内科	45年

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)	47
1次読影 実施者数	43 (91%)
うち 要精密検査者数	5 (11%)

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	43	0	4	4	10	23	1	1
石綿関連所見実人数	5	0	0	0	2	3	0	0
①胸水貯留	1	0	0	0	0	1	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・縦隔の腫瘍状陰影(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	4	0	0	0	2	2	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	3	0	0	0	1	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胸膜プラーク(胸膜肥厚疑)	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・縦隔の腫瘍状陰影(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)	47
1次読影 実施者数	43 (91%)
2次読影 実施者数	38 (81%)
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	38	0	4	4	8	20	1	1
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(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(胸膜肥厚様)	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

(2) 参考資料一覧表

参考資料	
1. 同意書	参考様式1
2. 石綿ばく露歴調査票	参考様式2
3. 1次読影チェックシート	参考様式3
4. 受診勧奨書類	別添1
・「石綿読影の精度に係る調査」への協力のお願ひ	別添1-1
・肺がん検診を活用した「石綿読影の精度に係る調査」協力のお願ひ (チラシ)	別添1-2 (P1~P3)
・同意書	別添1-3
・「石綿読影の精度に係る調査」石綿ばく露状況調査票	別添1-4
・参加申込書	別添1-5
5. 1次読影医療機関宛	別添2
・1次読影チェックシート	別添2-1
6. 1次読影要精密検査者宛	別添3
・読影結果通知書	別添3-1
・医療機関受診案内	別添3-2 (P1~P3)
7. 精密検査委託医療機関宛	別添4
・精密検査受診券	別添4-1
・精密検査結果報告	別添4-2
・胸部CT画像用読影チェックシート	別添4-3
8. 読影調査結果通知書 (参加者宛)	別添5

同意書

私は、環境省（環境省から調査を請け負う事業者を含む。以下「事務局」という。）及び北九州市が実施する「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。

（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・結核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、その際に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、北九州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あっても、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、事務局及び北九州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

北九州市長 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□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。

無

有 → 発症時の年齢 歳 、 病名

喫煙歴はありますか。

無

有 → 歳頃～ 歳頃まで1日約 本

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。

無

有

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

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。

無

有

(1) 建築物の補修、解体、石綿などの吹きつけ	(5) 石綿紡織製品の製造、使用
(2) 断熱や保温のための被覆作業、その補修	(6) プレーキライニングなど摩擦材の製造
(3) 船舶、車両の製造、補修	(7) その他石綿に関連する作業
(4) スレート板など建築材料の製造、切断	()

2. 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。

石綿に関する作業が、自宅で行われた。

3. 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付けられていた。

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 2022年9月21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。</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	<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> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; 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	北九州市立門司病院																																																																

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	レ 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 ()		

北九保保予第 281 号
令和 4 年 7 月 1 日

肺がん検診を受診された方へ

北九州市保健福祉局 保健所
保健予防課長 津崎 香理

「石綿読影の精度に係る調査」へのご協力をお願い

北九州市では、令和 2 年度からは、環境省からの委託事業として、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とした「石綿読影の精度に係る調査」を実施しております。

同封のチラシ（表・裏）をお読みになり、本日受診された肺がん検診の画像データを北九州市にご提出が可能であれば、本調査にご理解とご協力をお願いいたします。

つきましては、お手数ではございますが、同意書（別紙 1）・石綿ばく露の状況調査票（別紙 2）肺がん検診の受診日・場所を参加申込書（別紙 3）に記載の上、返信用封筒にて返送をお願いいたします。

この調査に関して、ご不明な点は、下記問合せ先までお願いいたします。

記

【同封文書】

1. チラシ：肺がん検診を受診の方へ
「石綿読影の精度に係る調査」協力をお願い
2. 同意書…別紙 1（同封の封筒にて返送）
3. 石綿ばく露の状況調査票…別紙 2（同封の封筒にて返送）
4. 参加申込書・肺がん検診受診日記入…別紙 3（同封の封筒にて返送）
5. 返信封筒

【問合せ先】

北九州市保健福祉局保健所
保健予防課 公害保健係
石綿担当：松本、猪原
〒802-8560
北九州市小倉北区馬借 1 丁目 7 番 1 号
TEL 093-522-8071

肺がん検診を受診の方へ

「石綿読影の精度に係る調査」協力をお願い

北九州市では、環境省の委託を受け、肺がん検診を活用して、石綿関連疾患の早期発見、早期救済の可能性を検証するための「石綿読影の精度に係る調査」を実施しております。肺がん検診など受診の機会にご協力をお願いします。

【特にこんな方におすすめします】 あてはまらなくても、ご協力いただける方は参加可能です。

- ◆ 石綿を使用した建物に住んでいた。または、出入りしていた。
- ◆ 石綿を使用した建築物の解体・倒壊の現場で仕事をしたことがある。
- ◆ 石綿を取り扱う仕事をしたことがある。
- ◆ 家の近くに石綿工場があった。
- ◆ ご家族の中に石綿関連のお仕事をしていた方がいた。 など

※ただし、労働安全衛生法の石綿健康管理手帳を取得している方、職場等で石綿に関する特殊健康診断を受けることができる方、呼吸器疾患（石綿関連疾患等が原因）で医療機関を受診している方は対象外です。

- **対象者** 北九州市在住で、肺がん検診を受診する方（肺がん検診で異常なしの方）
- **費用** 無料（申込期限：令和4年10月末まで）
- **調査方法** 肺がん検診の胸部X線画像を活用して、石綿関連疾患の検査を追加で行います。
(あらためて検査を受ける必要はありません)
- **参加方法** 申込書・同意書・調査票を記入の上、石綿専用窓口へ提出してください。

※ 肺がん検診結果で異常なかった場合、後日、石綿関連疾患の結果をお知らせします。

石綿（アスベスト）って何？

石綿(アスベスト)は、繊維状の鉱物で熱や酸・アルカリにも強く、丈夫で変化しにくい性質から1960年～1990年ころを中心に建設建材をはじめ様々な用途で使用されてきました。しかし、石綿を吸い込んだことにより、呼吸器を中心としたさまざまな疾患*(石綿関連疾患)を発症することが判明し、2006年に全面禁止となりました。

「石綿関連疾患」について

石綿(アスベスト)は、吸った直後に健康問題を引き起こすことはありません。しかし、いったん吸い込むと体内で代謝されずに蓄積されて15年～50年後に石綿肺・良性石綿胸水・びまん性胸膜肥厚・肺がん・中皮腫など呼吸器を中心とした疾患になる可能性があります。そのため定期的な検診で早期に発見することが大切です。

この調査のお問い合わせは、

電話093-522-8071（石綿専用）

北九州市保健所保健予防課公害保健係(〒802-8560 北九州市小倉北区馬借1-7-1)

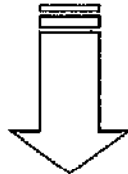
「石綿読影の精度に係る調査」の流れ

1 肺がん検診受診 胸部X線検査（集団検診）



2 肺がん検診の結果通知 受診機関から本人宛に通知（約1か月後）

異常なし



要精密検査
医療機関を受診（調査の対象外）

石綿読影の精度に係る調査

北九州市の指定医療機関による
石綿関連疾患を念頭に置いた読影（肺がん検診の胸部X線画像）



異常なし



要精密検査→医療機関受診
（石綿関連疾患による場合は、一部検査料が無料）

環境省による
石綿関連疾患を念頭に置いた読影（肺がん検診の胸部X線画像）

最終的な検査結果は、後日、お知らせします。



異常なし

要精密検査→医療機関受診
（石綿関連疾患による場合は、一部検査料が無料）

この調査のお問い合わせは、

電話093-522-8071（石綿専用）

北九州市保健所保健予防課公害保健係（〒802-8560 北九州市小倉北区馬借1-7-1）

令和4年度「石綿読影の精度に係る調査」調査説明書

※チラシ裏 参照

1. 「石綿読影の精度に係る調査」とは、

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す。

2. 調査対象者

- ・北九州市が実施する調査の内容を理解し、同調査への協力に同意する者
- ・既存の胸部エックス線検査画像を北九州市に提供可能な者

3. 調査について

この調査は、集団検診で胸部エックス線検査を受診していただきます。

結果通知は、検診機関から、「異常なし」・「要精密検査」のどちらかが本人宛に送付されます。この時、「要精密検査」の通知を受けた方は、速やかに医療機関を受診されてください。医療の必要があるということでこの調査からは対象外となります。

「異常なし」の結果が来た場合、その画像を北九州市に提供していただき、北九州市が委託した指定医療機関において石綿関連疾患を念頭に置いた読影（1回目）します。

そこで、要精密検査の結果の場合、精密検査を医療機関で受診（保険診療）していただくこととなります。この場合、石綿関連疾患疑いで精密検査をされた場合、検査料の一部が公費で費用負担ができます。

北九州市の読影で異常なかった症例は、再度環境省での石綿関連疾患を念頭に置いた読影（2回目）に提出します。

環境省の読影の結果は、北九州市より「異常なし」・「要精密検査」のどちらかが本人宛に送付されます。要精密検査の結果の場合、精密検査を医療機関で受診（保険診療）していただくこととなります。この場合も石綿関連疾患疑いで精密検査をされた場合、検査料の一部が公費で費用負担ができます。北九州市の読影（1回目の読影）、環境省の読影（2回目の読影）の結果を合わせて、自治体の石綿読影の精度の向上に対する知見を収集するというものです。

肺がん検診で検査された画像を提供していただき、石綿関連疾患を発見できる方法を模索するためにご協力いただくという調査になります。

同意書

私は、環境省（環境省から調査を請け負う事業者を含む。以下「事務局」という。）及び北九州市が実施する「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。

（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・結核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、その際に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、北九州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ことは限らないこと
- 中皮腫等の石綿関連疾患を早期発見できた場合であっても、全てが予後の改善や完治につながることは限らないこと
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、事務局及び北九州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

北九州市長 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□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 <p style="text-align: right;">※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>

<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。

--

参加申込書

◎「石綿読影の精度に係る調査」に参加します。

氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

(昼間、連絡の取れる電話番号をお知らせください)

肺がん検診受診日

日時 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日

検診場所 _____

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 2022年9月21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; text-align: center;"> <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"/> 1/2以上</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2~1/4</td> <td><input type="checkbox"/> 1/4未満</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2以上</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2~1/4</td> <td><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><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) 両側又は片側の横膈膜に、太い線状又は塊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	<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; text-align: center;"> <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>				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	北九州市立門司病院																																																																

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	レ 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 ()		

〒800-0031

門司区

様

北九保保予第： 別添3-1

令和4年11月21日

北九州市保健福祉局保健所保健予防課

石綿読影の精度に係る調査 精密検査結果通知書

この度は、令和4年度「石綿読影の精度に係る調査」にご協力いただきありがとうございました。「石綿読影の精度に係る調査」の読影結果により、先日、受診していただきました精密検査の結果について、下記のとおりお知らせいたします。

1 検査内容及び検査所見

令和4年10月5日施行 胸部単純CT検査の結果所見

右肺尖部胸膜肥厚と石灰化

2 総合判定

異常なし

- ・今回の結果に関しては、今後の対応は、特に必要ありません。
- ・今後も定期的に検診等を受診され、健康管理に努められてください。

【問合せ先】

北九州市保健福祉局保健所保健予防課
公害保健係(石綿担当) 松本、猪原
電話:093-522-8071 FAX:093-522-1025

受診のご案内

北九州市立門司病院（裏面：地図参照）

（本調査における指定医療機関）

・受診のご希望日を伺ったのち、当課が病院へ連絡をいたします。

（※受診希望日が決まりましたら、同封の封筒で当課へお知らせください。）

・受診日は、廣瀬院長の診察日（月・水・金）からお選びください。

・受付時間：8:30～11:00

持参するもの

1. 受診券：（受診希望日の連絡をいただいてから、ご自宅に郵送します）
2. 保険証
3. 北九州市立門司病院の診察券（お持ちの方のみ）

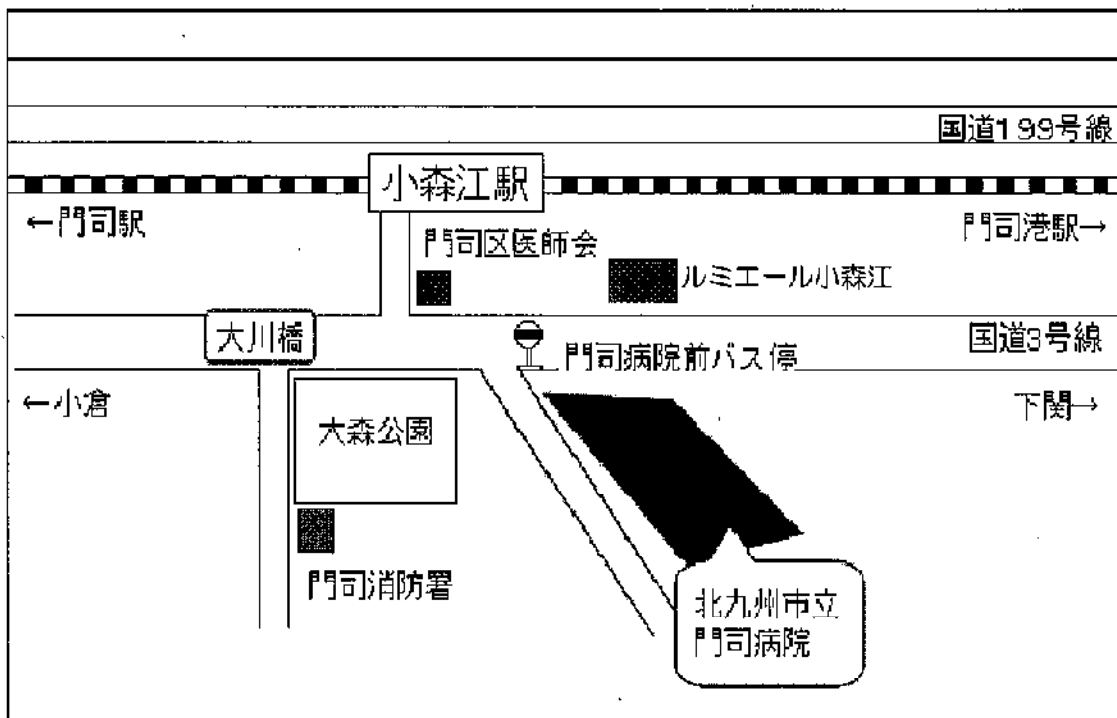
受診上の注意

1. 保険診療となりません。
2. 一部の検査（胸部CT検査）に関して本調査参加者は、公費負担（無料）があります。

問合せ先：北九州市保健福祉局保健予防課公害保健係

「石綿読影の精度に係る調査」

TEL:093-522-8071

北九州市立門司病院 アクセス**住所 門司区南本町 3 番 1 号****TEL:093-381-3581**

- JR 「小森江駅」下車 徒歩 5 分
- 西鉄バス 「門司病院前」下車 徒歩 1 分

**受診希望日が決まりましたら、当課へお知らせください。
(同封の封筒で返送ください)**

受診希望日

月 日 曜日

(診療日：月曜日・水曜日・金曜日)

氏名

住所

石綿読影の精度に係る調査

受診券（精密検査）

下記の方は、「石綿読影の精度に係る調査」で読影いたしました結果、読影チェックシートのとおり、石綿関連疾患の疑い・呼吸器疾患疑いの所見が認められましたので、診療を実施していただきますようよろしくお願いいたします。

北九州市立門司病院	受診日	令和4年10月	日
No.			
受診者氏名			
住 所	小倉南区		
生年月日		年齢	73

精密検査の結果が判明しだい、別紙の結果報告書にご記入の上、今回の検査の画像データとともに、ご返送をおねがいいたします

なお、精密検査の費用は、石綿読影の精度に係る調査の委託契約に基づき北九州市が負担いたします（※ただし、精密検査の実施状況によっては自己負担が生じる場合があります。）。

令和4年10月 日

北九州市立門司病院 院長 様

北九州市長 北橋 健治

【問合せ先】

保健福祉局保健衛生部保健予防課公害保健係
石綿担当 093-522-8071

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	1949 年	月 14 日 (73歳)																																																																																																	
読影画像	胸部CT画像 (撮影日 年 月 日)																																																																																																					
胸部CT 所見等	<p>石綿関連所見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 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</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</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"/> 1/2以上</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2~1/4</td> <td><input type="checkbox"/> 1/4未満</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2以上</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2~1/4</td> <td><input type="checkbox"/> 1/4未満</td> </tr> <tr> <td>④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(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(石綿肺の可能性)</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>・胸膜下曲線状陰影</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>・小葉中心性粒状影</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>⑥円形無気肺</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>⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い</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>⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大</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>						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"/>
		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	<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) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>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> <p style="font-size: 2em;">{</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) 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"/>																																																															
	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"/>																																																																																																		
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、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	北九州市立門司病院																																																																																																					

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) ()	

様

北九州市保健福祉局保健予防課

石綿読影の精度に係る調査 読影結果通知書

この度は、令和4年度「石綿読影の精度に係る調査」にご協力いただきありがとうございました。

先日受診された肺がん検診の胸部X線画像について、石綿読影（石綿関連疾患を念頭に置いた読影）を行った結果をお知らせいたします。

記

石綿読影による結果

石綿に関連した所見は、認められませんでした。

※ 今後も定期的に検診等を受診されることをお勧めします。

なお、結果についてご不明な点がございましたら、お問合せください。

【問合せ先】

北九州市保健福祉局保健予防課
公害保健係(石綿担当) 松本、猪原
電話:093-522-8071 FAX:093-522-1025

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（北九州市）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 北九州市小倉北区域内1番1号

名称 北九州市