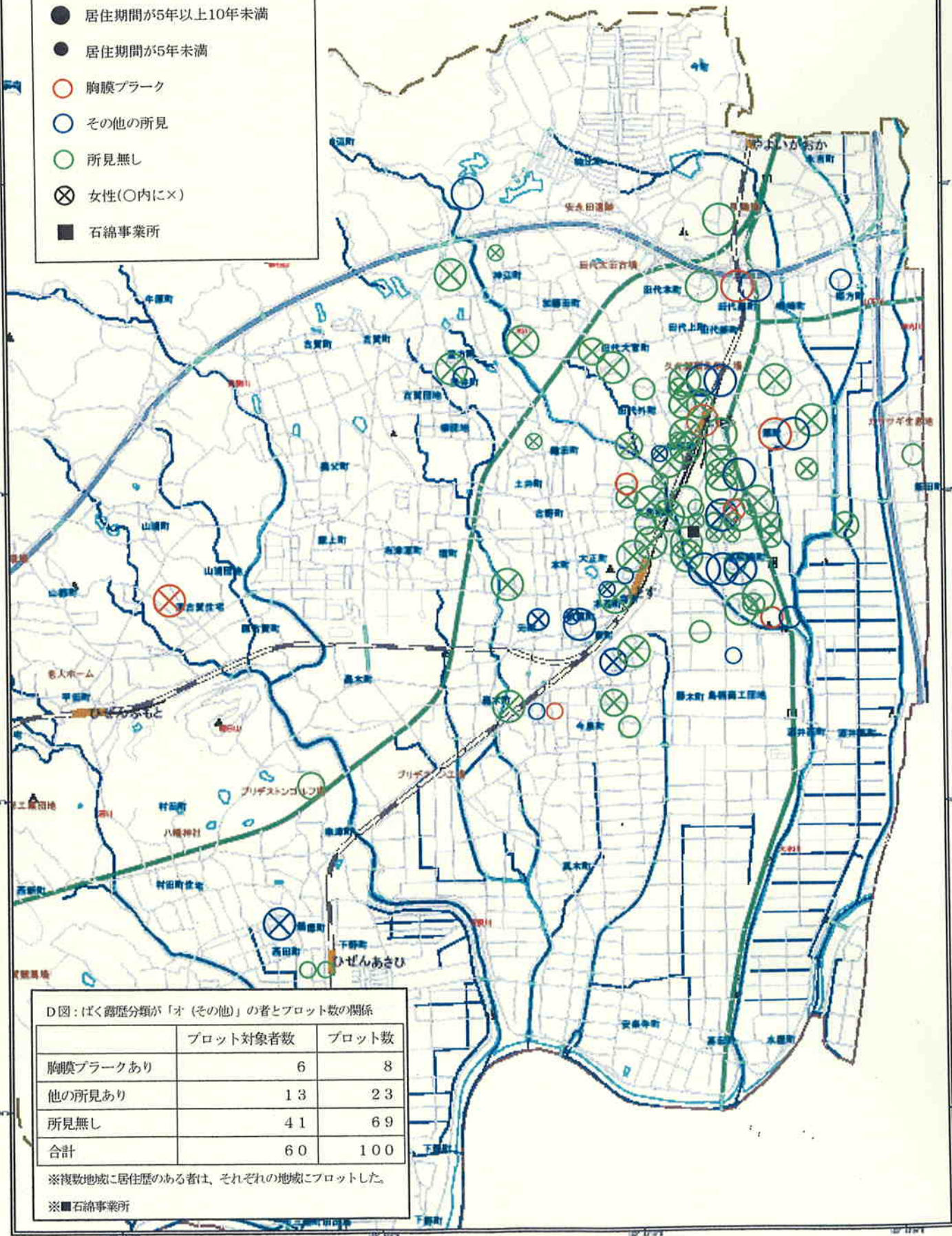


D図：ばく露歴分類が「オ（その他）」の者に関するプロット図

- 居住期間が15年以上
- 居住期間が10年以上15年未満
- 居住期間が5年以上10年未満
- 居住期間が5年未満
- 胸膜ブランク
- その他の所見
- 所見無し
- ⊗ 女性(○内に×)
- 石綿事業所



D図：ばく露歴分類が「オ（その他）」の者とプロット数の関係

	プロット対象者数	プロット数
胸膜ブランクあり	6	8
他の所見あり	13	23
所見無し	41	69
合計	60	100

※複数地域に居住歴のある者は、それぞれの地域にプロットした。
 ※■石綿事業所

石綿の健康リスク調査に参加し、医療の必要があると判断された者の診断経過について

平成19年度以前の石綿の健康リスク調査に参加し、医療の必要があると判断された者がその後、医療機関でどのような診断を受けているのか確認するため、本人や家族から承諾を得て医療機関に照会を行った結果、中皮腫疑い1人、肺がん1人、良性石綿胸水疑い1人が確認された。本人や家族に問い合わせを行ったところ、石綿救済制度や労災制度で認定された者は確認できなかった。

平成19年度に健康リスク調査へ参加し、医療の必要があると判断された者のその後の診断経過

対象者	計	うち女性	ア.主に直接 職歴	うち女性	イ.主に間接 職歴	うち女性	ウ.主に家庭 内ばく露	うち女性	エ.主に立入・ 屋内環境ばく 露	うち女性	オ.その他	うち女性
石綿関連疾患(疑いを含む)	2(2)		0		2(2)		0		0		0	
a 中皮腫	1(1)				1(1)							
b 肺がん												
c 石綿肺												
d 良性石綿胸水	1(1)				1(1)							
e びまん性胸膜肥厚												

※()は、疾患疑いを再掲

※肺がんについては、石綿以外の原因によるものも含まれている。

平成19年度については、医療機関での診療は未受診であったが、平成20年度の健康リスク調査を受診し、要医療と判定され、その後医療機関でフォローしているところである。

平成18年度に健康リスク調査へ参加し、医療の必要があると判断された者のその後の診断経過

対象者	計	うち女性	ア.主に直接 職歴	うち女性	イ.主に間接 職歴	うち女性	ウ.主に家庭 内ばく露	うち女性	エ.主に立入・ 屋内環境ばく 露	うち女性	オ.その他	うち女性
石綿関連疾患(疑いを含む)	4	0	3		0		0		0		1	0
a 中皮腫												
b 肺がん	1										1	
c 石綿肺												
d 良性石綿胸水												
e びまん性胸膜肥厚												

※()は、疾患疑いを再掲

※肺がんについては、石綿以外の原因によるものも含まれている。

平成18年度の4人については、1人は肺がんによる死亡が確認された。3人は医療機関での診療を未受診であった。3人のうち1人は、平成19年度に健康リスク調査を受診し判定は経過観察であったが、その後、石綿の健康管理手帳を取得している。

17年度	番号
18年度	
19年度	

石綿ばく露健康リスク調査問診票

年 月 日

※太枠のみ記入してください。

フリガナ	明・大・昭・平
氏名	男 年月日 日生 歳
現住所	電話番号

あてはまる番号や□に○をつけてください。また、空欄はご記入ください。

この調査は、国の石綿対策における有用な資料となります。
本調査票の内容について、国及び実施自治体において個人情報等が特定されない形で利用することに同意していただけますか。 □同意する □同意しない

問1. この健康リスク調査を受ける理由は何ですか。(○をつけてください。)

- (1) 自分または家族が石綿を扱う仕事をしていた。
- (2) 石綿を扱う場所の近くに住んでいた。
- (3) 仕事以外で、身の回りにおいて石綿(製品、材料など)を扱うことがあった。
- (4) その他()

問2. あなたのこれまでの居住歴について、右のペーページの「居住歴」欄に記入してください。.....

問3. 本人の現在までの通学歴・職歴及び石綿を扱っていたご家族の現在までの職歴を別紙調査票

「①本人の通学歴、②本人の職歴、③家族の職歴」欄に記入してください。

問4. 仕事以外で石綿を吸い込んだ可能性はありますか。

- ある (その場所とその時の状況)
- なし □ わからない

問5. 現在までに、肺の病気があったことがありますか。

- ある → 1□ 肺結核 2□ 結核性胸膜炎 3□ 肺がん 4□ 慢性気管支炎
- 5□ じん肺(石綿肺) 6□ 間質性肺炎 7□ 肺気腫 8□ 原因不明の胸膜炎
- 9□ 原因不明の胸水 10□ その他の呼吸器の病気()
- なし

問6. 現在、何か症状がありますか。

- ある: 発熱・せき・呼吸困難・胸痛・その他()
- なし

問7. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか。

- ある: (続柄) 中皮腫・肺がん・石綿肺・その他()
- なし

問8. あなたはタバコを吸いますか。

- (1) 吸わない (2) 吸う (3) 以前吸っていた
- () 歳から() 歳まで() 年間 1日に() 本吸う
- () 歳から() 歳まで() 年間 1日に() 本吸う
- () 歳から() 歳まで() 年間 1日に() 本吸う
- () 歳から() 歳まで() 年間 1日に() 本吸う

問9. これまでの胸部X線 1. 無 2. 有: 時期(年 月 日) 医療機関名()

検査受診の有無 結果

問10. これまでの胸部CT 1. 無 2. 有: 時期(年 月 日) 医療機関名()

検査受診の有無 結果

問11. その他石綿ばく露があったと思われる時の周辺環境など、わかっていることがあれば記入してください。

問診者

①昭和39年～61年に専任市に居住していた者	ばく露歴については、該当するものをすべてに○を記入(ア～エは重複可)
②上記①のうち、現在も市内に居住しているもの	ア. 直接石綿を取り扱っていた職歴がある()
③平成19年度の市の石綿健康診査受診者(①の重複含む)	イ. 職場で石綿ばく露した可能性のある職歴があるもの()
④上記以外の者	ウ. 家庭に石綿ばく露の明らかな職歴があるもの()
	エ. 石綿採取施設や吹き付け石綿の取扱業務に立ち入り経験がある者()
	オ. 上記ア～オに該当しない者()

○左のペーページ問1. (1) (2) (3) (4) のいずれかに○がついた場合お答え下さい。
受診者の家庭生活等についてあてはまる□に○をつけて記入ください(複数回答可)。

- 1□ 自分または家族が石綿を扱う仕事をしていた
- 2□ 石綿製品の製造加工作業や内職が自宅であった。 (年～ 年(通算) 年)
- 3□ 家族が石綿関連の仕事についており、道具や作業着、マスク等を家に持ち帰ったことがある。 (年～ 年(通算) 年)
- 4□ 家庭で石綿製品を使って日曜大工等をしたことがある。 (年～ 年(通算) 年)
- 5□ 石綿工場・鉱山の近くに住んでいたり、遊んでいたことがある [地域: (都道府県市町村名)] (年～ 年(通算) 年)
- 6□ 造船所の近くに住んでいたり、遊んでいたことがある。 [地域: (都道府県市町村名)] (年～ 年(通算) 年)
- 7□ 倉庫や建築材料の置場の近くに住んでいたり、遊んでいたことがある。 [地域: (都道府県市町村名)] (年～ 年(通算) 年)
- 8□ 自動車修理工場の近くに住んでいたり、遊んでいたことがある。 [地域: (都道府県市町村名)] (年～ 年(通算) 年)
- 9□ 幹線道路や大きな交差点の近くに住んでいたことがある。 [地域: (都道府県市町村名)] (年～ 年(通算) 年)
- 10□ 吹きつけ石綿のある建物の部屋で、過ごしたことがある。 (年～ 年(通算) 年)
- 11□ 工場に出入りしていたことがある。 (年～ 年(通算) 年)
- 12□ その他 () (年～ 年(通算) 年)
- 13□ いずれもない。 14 □ わからない。

○左のペーページ問2. 居住歴(出生時以降)についてご記入ください、住所

(記入例) 昭25 年から 昭31年	○県△市○町××	備考
年から 年		
年から 年		
年から 年		

石綿ばく露による健康リスク調査紹介状

様式1

No. _____

委託医療機関 様

平成 年 月 日

鳥栖市長 橋本 康志

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます
 下記の方は、石綿ばく露の可能性があり健康リスク調査事業に同意されましたので、
 よろしくご高診ください。なお、ご面倒ですが精密検査の結果が判明しだい下記の結
 果報告書にご記入の上、胸部X線・CTフィルムのコピーと一緒にご返送ください。

氏名	(男・女)	生年 月日	T・S	年	月	日生
住所	市	町	番地	電話番号		

鳥栖市健康増進課 (保健センター)
 鳥栖市本町3丁目1496-1 TEL0942 (85) 3650

結果報告書

検査実施日 平成 年 月 日

検査内容 (複数可)	1.X線直接撮影 2.CT検査 3.その他 ()
胸部 X・p・CT 所見	所見なし 所見あり 1 胸水貯留 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 2 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 3 びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 4 胸膜腫瘍 (疑) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 5 胸膜下曲線陰影など(疑) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 6 肺野間質影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 7 円形性無気肺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 8 肺野腫瘤状陰影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 9 リンパ節の腫大 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 10 その他の所見 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
総合判定	1 異常なし 2 経過観察 3 要精査 () 4 要医療
確定診断名	診断名が確定した場合はご記入下さい。 1、診断なし 2、診断有 { a 中皮腫 b 肺がん c 石綿肺 d 良性石綿胸水 e びまん性胸膜肥厚 f その他の疾患() g 胸膜プラーク }
医療機関所在地 医療機関名 医師名 (印)	

石綿ばく露による健康リスク評価に関する調査受診券及び請求書

受診者氏名	大正 昭和 年 月 日 (男・女)	発行年月日	平成 年 月 日	
		発行番号		
住所	鳥栖市 電話番号	有効期限	平成21年1月31日	
下記の医療範囲の精査をお願いします。				
指定医療機関 様		鳥栖市長 橋本 康志		
診察・検査内容				
I. 基本共通事項(保険診療外で全額公費補助)				
		チェック	単価	小 計
A000	初診料	<input type="checkbox"/>	2,700	= _____
注6	電子化加算がある場合	<input type="checkbox"/>	2,730	= _____
A002	外来診療料	<input type="checkbox"/>	600 × _____ 回	= _____
	外来診療料(200床以上の場合)	<input type="checkbox"/>	700 × _____ 回	= _____
E002	単純撮影料	<input type="checkbox"/>	650 × _____ 回	= _____
E001	(上記に係る診断料)	<input type="checkbox"/>	850	= _____
4号	(デジタル加算)	<input type="checkbox"/>	150	= _____
通則4	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	700	= _____
通則5	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	1,800	= _____
	電子画像管理加算(フィルム費用の加算はできません)	<input type="checkbox"/>	600	= _____
	マルチスライス型以外	<input type="checkbox"/>	6,600	= _____
E200	胸部CT画像撮影料(マルチスライス型)	<input type="checkbox"/>	8,500	= _____
E203	(上記に係る診断料)	<input type="checkbox"/>	4,500	= _____
通則4	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	700	= _____
通則5	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	1,800	= _____
E400	フィルム代(半切 CT用)	<input type="checkbox"/>	292 × _____ 枚	= _____
	フィルム代(大角 CRレントゲン用)	<input type="checkbox"/>	241 × _____ 枚	= _____
	フィルム代(大四つ切り CRレントゲン用)	<input type="checkbox"/>	224 × _____ 枚	= _____
	フィルム代(半切 レントゲン用)	<input type="checkbox"/>	164 × _____ 枚	= _____
	フィルム代(大角 レントゲン用)	<input type="checkbox"/>	129 × _____ 枚	= _____
B009	診療情報提供料	<input type="checkbox"/>	2,500	= _____
				計 円
請求金額	I 基本共通事項			円
鳥栖市長 様 精密診断に要した請求額は、上記のとおりです。				
平成 年 月 日		所在地 名称 代表者		
		印		

※ レセプトを添付してください。

※ 請求分はレセプトにマーカーで印を付けて下さい。

鳥栖市健康増進課(保健センター)

鳥栖市本町3-1496-1

TEL0942(85)3650

石綿ばく露による健康リスク評価に関する調査受診券及び請求書

受診者氏名	大正 昭和 年 月 日 (男・女)	発行年月日	平成 年 月 日
		発行番号	
住所	鳥栖市	有効期限	平成21年1月31日

下記の医療範囲の精査をお願いします。
指定医療機関 様

鳥栖市長 橋本 康志

診察・検査内容

※ 医療機関における精密診断に係る医療の範囲の検査はできません。

II. 中皮腫及び石綿による肺がんが疑われた場合の事項(保険診療で自己負担分を補助)

	チェック	単価	小計
A000 初診料	<input type="checkbox"/>	2,700	= _____
注6 電子化加算がある場合	<input type="checkbox"/>	2,730	= _____
A002 外来診療料	<input type="checkbox"/>	600 × _____回	= _____
外来診療料(200床以上の場合)	<input type="checkbox"/>	700 × _____回	= _____
E002 単純撮影料	<input type="checkbox"/>	650	= _____
E001 (上記に係る診断料)	<input type="checkbox"/>	850	= _____
4号 (デジタル加算)	<input type="checkbox"/>	150	= _____
通則4 画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	700	= _____
通則5 画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	1,800	= _____
電子画像管理加算(フィルム費用の加算はできません)	<input type="checkbox"/>	600	= _____
マルチスライス型以外	<input type="checkbox"/>	6,600	= _____
E200 胸部CT画像撮影料(マルチスライス型)	<input type="checkbox"/>	8,500	= _____
E203 (上記に係る診断料)	<input type="checkbox"/>	4,500	= _____
造影剤を使用した加算	<input type="checkbox"/>	5,000	= _____
通則4 画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	700	= _____
通則5 画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	1,800	= _____
D303 胸腺鏡検査料	<input type="checkbox"/>	60,000	= _____
L008 麻酔料(マスク又は挿管)	<input type="checkbox"/>	61,000	= _____
(重症時の場合は)	<input type="checkbox"/>	83,000	= _____
L009 麻酔管理料	<input type="checkbox"/>	9,000	= _____
D302 気管ファイバースコープ(BAL加算含)	<input type="checkbox"/>	17,000	= _____
D415 経気管肺生検法	<input type="checkbox"/>	33,000	= _____
D412 経皮的針生検法	<input type="checkbox"/>	16,000	= _____
D101 病理組織検査(検査料)	<input type="checkbox"/>	8,800	= _____
D101の2 # (免疫抗体組織加算料)	<input type="checkbox"/>	3,500	= _____
D104 # (病理診断料)	<input type="checkbox"/>	4,100	= _____
D419 胸水の採取(胸水採取料)	<input type="checkbox"/>	1,800	= _____
D102の2 # (細胞診検査料)	<input type="checkbox"/>	1,900	= _____
D009 腫瘍マーカー採血料	<input type="checkbox"/>	110	= _____
検査を2項目	<input type="checkbox"/>	2,300	= _____
検査を3項目	<input type="checkbox"/>	2,900	= _____
検査を4項目以上	<input type="checkbox"/>	4,200	= _____
生化学的検査 判断料	<input type="checkbox"/>	1,440	= _____
検体検査管理加算	<input type="checkbox"/>	400	= _____
その他 薬剤(局麻)など	<input type="checkbox"/>	_____	= _____
E400 フィルム代(半切 CT用)	<input type="checkbox"/>	292 × _____枚	= _____
フィルム代(大角 CRレントゲン用)	<input type="checkbox"/>	241 × _____枚	= _____
フィルム代(大四つ切り CRレントゲン用)	<input type="checkbox"/>	224 × _____枚	= _____
フィルム代(半切 レントゲン用)	<input type="checkbox"/>	164 × _____枚	= _____
フィルム代(大角 レントゲン用)	<input type="checkbox"/>	129 × _____枚	= _____
B009 診療情報提供料	<input type="checkbox"/>	2,500	= _____
			計 円
III. その他(医療保険適用外で全額公費補助)			
意見書	<input type="checkbox"/>	20,000程度	= _____
パラフィン施行検体検査料	<input type="checkbox"/>	19,000程度	= _____
			計 円

請求金額	II 中皮腫及び石綿による肺がんが疑われた場合	円
	III その他	円
請求金額		円

鳥栖市長 様
精密診断に要した請求額は、上記のとおりです。

平成 年 月 日

所在地
名称
代表者

印

※ レセプトを添付してください。

※ 請求分はレセプトにマーカーで印を付けて下さい。

鳥栖市健康増進課(保健センター)

鳥栖市本町3-1496-1

TEL0942(85)3650

指定医療機関名簿

病院名	住所
医療法人社団如水会今村病院	〒841-0061 鳥栖市轟木町 1523-6
古賀病院	〒841-0033 鳥栖市本通町 1 丁目 855-10
医療法人清明会 やよいがおか鹿毛病院	〒841-0005 鳥栖市弥生が丘 2 丁目 143 番地
独立行政法人 国立病院機構東佐賀病院	〒849-0101 みやき町大字原古賀 7324
久留米大学病院	〒830-0011 久留米市旭町 67 番地
医療法人天神会 古賀病院 2 1	〒839-0801 久留米市宮ノ陣 3-3-8

鳥栖市石綿健康対策専門委員会（読影会）委員名簿

	氏 名	役 職
1	工藤 祥	佐賀大学医学部放射線医学教授 (佐賀県佐賀県成人病検診管理指導協議会肺がん部会会長)
2	森永 謙二	大阪労働局 地方労災委員
3	加藤 收	佐賀社会保険病院院長
4	林 真一郎	佐賀大学医学部内科学講座呼吸器内科 准教授
5	荒井 澄夫	今村病院 健康管理センター長 (鳥栖市指定医療機関)
6	古賀 真貴子	古賀病院 内科医長 (鳥栖市指定医療機関)
7	枝國 信三	やよいがおか鹿毛病院院長 (鳥栖市指定医療機関)
8	小江 俊行	国立病院機構東佐賀病院呼吸器科医長 (鳥栖市指定医療機関)
9	川山 智隆	久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門 講師 (鳥栖市指定医療機関)
10	宮川 洋介	医療法人天神会 古賀病院21副院長 (鳥栖市指定医療機関)
11	古川 次男	佐賀中部保健福祉事務所 保健監