

令和 8 年度
石綿読影の精度に係る調査計画書

環境省環境保健部石綿健康被害対策室

目次

1. 背景
2. 目的
3. 実施体制
4. 参加対象者及び実施期間
5. 実施方法
6. 読影講習会
7. 報告

別紙 精密検査にかかる費用負担について

参考様式1 同意書

参考様式2 調査票

参考様式3 読影チェックシート(1次読影)

参考様式4 読影チェックシート(2次読影)

参考様式5 読影チェックシート(胸部CT画像用)

1. 背景

石綿関連疾患は、ばく露から発症までの潜伏期間が30～40年と非常に長い一方、発症すると1、2年で死亡するケースも多い重篤な疾患であり、石綿による健康被害の早期発見、早期救済が課題である。このため、環境省では、効果的な石綿ばく露者の健康管理の在り方を検討しており、令和2年度から令和6年度にかけて、既存検診の機会を活用して石綿関連疾患を発見できる体制の整備に資するため、自治体の石綿読影の精度向上に向けた知見を収集することを目的とする「石綿読影の精度に係る調査」（以下「読影調査」という。）を実施した。その結果を踏まえ、令和7年3月に「石綿読影の精度確保等調査の主な結果及び今後の考え方について」（石綿読影の精度確保等に関する検討会）が示され、今後、取りまとめの内容を踏まえて、調査を継続して更なる知見の収集を行い、効果的かつ効率的な健康管理の在り方について必要な検討を続けていくこととされたことから、令和7年度以降も引き続き実施することとした。

2. 目的

読影調査は、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とする。

3. 実施体制

読影調査は、読影調査への参加を希望する自治体（以下「参加自治体」という。）及び環境省（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。）において実施する。参加自治体は、環境省の委託を受けて、参加者の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。）を実施し、事務局は石綿関連疾患について十分な知識を持った専門家による読影（以下「2次読影」という。）を実施する。1次読影と2次読影の結果を照合すること等により、自治体の石綿読影の精度向上に向けた知見を収集する。

4. 参加対象者及び実施期間

（1）参加対象者

下記条件を満たす者を参加対象とする。その他の要件については、参加自治体の判断で設定できるものとする。

①参加自治体が発行する調査の内容を理解し、同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参加自治体に提供可能な者

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、本調査の対象外とする。

(2) 実施期間

読影調査の実施期間は、令和8年度の1年間とする。

5. 実施方法

(1) 広報活動

参加自治体は、参加者の募集に関して、ホームページへの案内文の掲載、医療機関や各保健センター等へのチラシの配布、既存検診の案内へのチラシの折り込みなどの広報活動を行い、石綿ばく露について少しでも不安のある方に本調査へ参加いただけるよう努める。

(2) 受付、問合せ対応

参加自治体は、電話、FAX等複数の手段によって、参加者の受付や問合せに対応する。

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（参考様式1）により同意を取る。

(3) 石綿ばく露の把握

参加自治体は、(4) 石綿関連疾患の評価を行う際の参考情報として、調査票（参考様式2）を用いて、参加者の石綿ばく露の状況を把握する。

(4) 石綿関連疾患の評価

(ア) 胸部エックス線検査画像等の取り寄せ及び1次読影

参加自治体は、参加者の胸部エックス線検査画像及び検査結果を取り寄せる。なお、既存検診から取り寄せを行った場合は、既存検診の自己負担分に相当する額及び取り寄せ費用について、読影調査の委託費で負担することができる。

次に、参加自治体は、読影委員会を設置する、医療機関に再委託するなどの方法により、上記画像について1次読影を行う。1次読影では、1次読影チェックシート（参考様式3）を用いて、画像所見等の有無の確認や石綿読影による判定を行う。なお、1次読影を行う際は、参加自治体において、1次読影チェックシートに本調査への過去参加歴及び胸部CT検査の実施有無について記入し、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ることとする。また、本調査に複数年継続して参加する者の読影に当たっては、参加者の胸部エックス線検査画像又は胸部CT検査画像の過去画像を参照し、比較読影を実施するよう努めることとする。

参加自治体は、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次読影時に比較読影を実施した過去画像その他参考資料（以下

「自治体資料一式」という。)を事務局に送付する。

参加自治体は、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する。なお、精密検査は、原則として胸部CT検査を実施することとする。その際、別紙「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、十分説明すること。

(イ) 胸部エックス線の2次読影

事務局は、胸部エックス線の1次読影実施者について、石綿関連疾患について十分な知識を持った専門家に依頼し、胸部エックス線の2次読影を行う。2次読影では、2次読影チェックシート(参考様式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う。なお、2次読影を行う際は、参加自治体から1次読影において比較読影を実施した過去画像が送付された場合、2次読影においても比較読影を実施することとする。

事務局は、2次読影の結果(胸部エックス線画像用読影チェックシート等)について、参加自治体に通知するとともに、参加自治体に確認の上、必要に応じて自治体資料一式を返送する。

なお、事務局は、自治体資料一式を返送する場合は、返送前にコピーを取り保管し、読影調査の取りまとめや「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」や検査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利用する場合がある。

参加自治体は、事務局からの2次読影の結果の通知を踏まえ、1次読影で「精密検査不要」と判定された者について、最終的な石綿読影の結果を通知するとともに、2次読影で「要精密検査」と判定された者については、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する。なお、精密検査は、原則として胸部CT検査を実施することとする。その際、別紙「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、十分説明すること。また、2次読影チェックシートを読影委員会や1次読影実施医療機関等へフィードバックし共有することで、翌年度以降の読影調査への活用や既存検診の質の向上に努めることとする。

(5) 精密検査(胸部CT検査)

要精密検査の対象者は、「本調査の胸部CT検査の受診歴のない参加者」については、胸部エックス線検査で石綿関連所見がある者とし、「本調査の胸部CT検査の受診歴がある参加者」については、胸部エックス線検査で石綿関連所見があり、かつ、その所見に変化が見られた者とする。

参加自治体は、上記（４）（ア）または（イ）において、「要精密検査」と判定された者の内、「要精密検査（石綿関連疾患疑い）」または「要精密検査（呼吸器疾患疑い）」と判定された者が精密検査（胸部ＣＴ検査）を受診した場合は医療機関から精密検査の診断結果を取り寄せる。

その際、精密検査としての胸部ＣＴ検査実施時に、胸部ＣＴ画像読影医に胸部ＣＴ画像用読影チェックシート（参考様式５）に記載頂き、胸部ＣＴ検査画像についても取り寄せる。取り寄せた診断結果、胸部ＣＴ検査画像及び胸部ＣＴ画像用読影チェックシート（参考様式５）は、事務局へ送付するとともに読影委員会や１次読影実施医療機関等へフィードバックし共有することで、翌年度以降の読影調査の活用や既存検診の質の向上に努めることとする。

また、参加自治体は、精密検査において石綿関連疾患（疑い含む）と診断された者に対して、必要に応じて石綿健康被害救済制度や労災保険制度等について案内を行う。

なお、参加自治体は、精密検査の診断結果の取り寄せを行った場合は、別紙「精密検査にかかる費用負担について」に掲げる費用について、読影調査の委託費で負担することができる。

（６）胸部ＣＴ検査の２次読影

事務局は、精密検査実施者について、石綿関連疾患について十分な知識を持った専門家に依頼し、胸部ＣＴ画像の２次読影を行う。２次読影では、胸部ＣＴ画像用読影チェックシート（参考様式５）を用いて画像所見等の有無や石綿読影による判定を行う。事務局は２次読影の結果、１次読影実施医と異なる所見となった場合であって、医療の介入が必要と２次読影実施医が判断したときは、環境省に通知する。環境省は、該当者の参加自治体に２次読影結果について通知し、１次読影実施医への２次読影結果通知方法について参加自治体と協議する。

６．読影講習会

事務局は、石綿読影精度の向上のために、読影講習会を実施し、参加自治体は、１次読影を行う医師などを読影講習会に参加させることができる。なお、１次読影を行う医師などが本講習会に参加した場合の旅費については、読影調査の委託費で負担することができる。

７．報告

参加自治体は、読影調査の実施状況について、毎年度末までに事務局指定の様式に基づき報告する。事務局は、参加自治体からの報告について取りまとめて公表するとともに、石綿関連疾患が発見できる体制の整備や自治体の石綿読影の精度向上に向けた取組について検討を行う。

別紙

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1～4、注5及び注10～16】
- イ. 再診料【A001 注1～3及び注15～20】
- ウ. 外来診療料【A002 注1～5、注10及び注11】

(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又は画像診断管理加算4【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】

(4) その他

- ア. 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）【0100 注1、注2】【0101】

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

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●●市（区町村）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、●●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」又は令和2年度以降に実施した「石綿読影の精度に係る調査」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、●●市（区町村）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●●市（区町村）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

●●市（区町村）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

※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								
<table style="width: 100%;"> <tr> <td>(1)建築物の補修、解体、石綿などの吹きつけ</td> <td>(5)石綿紡織製品の製造、使用</td> </tr> <tr> <td>(2)断熱や保温のための被覆作業、その補修</td> <td>(6)ブレーキライニングなど摩擦材の製造</td> </tr> <tr> <td>(3)船舶、車両の製造、補修</td> <td>(7)その他石綿に関連する作業</td> </tr> <tr> <td>(4)スレート板など建築材料の製造、切断</td> <td>()</td> </tr> </table>	(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)ブ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	()
(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)ブ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	()							
<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。								

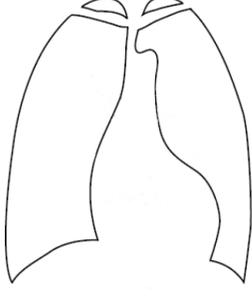
□本調査の1次または2次読影で精密検査不要かつ石綿関連所見があった場合、有所見者調査へ参加しても良い。

※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。

--

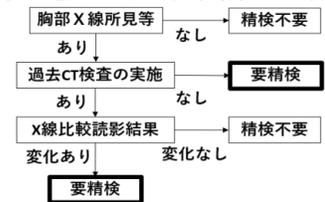
(参考様式3)

令和8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)																																																																								
	本調査への過去参加歴 <input type="checkbox"/> 有 → 胸部CT検査の実施(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無																																																																								
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"> <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※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>※有の場合</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></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/2以上</td> <td>1/2~1/4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/2以上</td> <td>1/2~1/4</td> <td>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> </tbody> </table> <p>※注1 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2 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"/>	②胸膜プラーク	<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1	<input type="checkbox"/>	※有の場合	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1/2以上	1/2~1/4	<input type="checkbox"/>	1/2以上	1/2~1/4	1/4未満	④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注2	<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※注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
※有の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
	<input type="checkbox"/>	1/2以上	1/2~1/4	<input type="checkbox"/>	1/2以上	1/2~1/4	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2	<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"> <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> <p>()</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"/>																																																																					
比較読影の実施有無	<input type="checkbox"/> 過去に撮影した胸部X線画像を参照 (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画像を参照 (撮影日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 比較読影をしていない ↳ 理由 <input type="checkbox"/> 過去画像がない <input type="checkbox"/> 参照する必要がないと判断した <input type="checkbox"/> その他																																																																								
読影時の参考資料	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> その他 ()																																																																								
石綿読影による判定	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密(胸部CT)検査(石綿関連疾患疑い) <input type="checkbox"/> 要精密(胸部CT)検査(呼吸器疾患疑い) <input type="checkbox"/> 要精密(胸部CT)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																																																																									

<石綿読影による判定の解説>

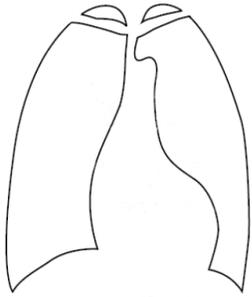
下の図を参考に精密検査の要否にチェックを入れてください。過去に本調査で精密検査(胸部CT検査)を受けた方は、胸部X線検査で所見変化が見られた場合のみ要精検となります。



- 精密検査不要
- 要精密検査(石綿関連疾患疑い): 胸部X線所見のうち、①~⑤に該当する場合
- 要精密検査(呼吸器疾患疑い): 石綿関連所見以外の呼吸器の疾患に該当する場合
- 要精密検査(その他): その他の疾患に該当する場合

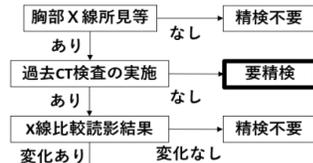
(参考様式4)

令和8年度 石綿読影の精度確保に係る調査 2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)																																																				
	本調査への過去参加歴 <input type="checkbox"/> 有 → 胸部CT検査の実施(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無																																																				
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"> <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 石灰化の有無</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>③びまん性胸膜肥厚^{※注1} ※有の場合</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>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> </tbody> </table> <p>※注1 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2 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 石灰化の有無	<input type="checkbox"/>	③びまん性胸膜肥厚 ^{※注1} ※有の場合	<input type="checkbox"/>	④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	⑤肺線維化所見(不整形陰影) ^{※注2}	<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 石灰化の有無	<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 ^{※注1} ※有の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
④肺野・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2}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
	<p>その他の所見</p> <table border="1"> <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"/>																																																	
比較読影の実施有無	<input type="checkbox"/> 過去に撮影した胸部X線画像を参照 ↳ 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画像を参照 <input type="checkbox"/> 比較読影をしていない																																																				
読影時の参考資料	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> その他 ()																																																				
石綿読影による判定	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密(胸部CT)検査(石綿関連疾患疑い) <input type="checkbox"/> 要精密(胸部CT)検査(呼吸器疾患疑い) <input type="checkbox"/> 要精密(胸部CT)検査(その他:)																																																				
	追記事項																																																				
記入日																																																					

<石綿読影による判定の解説>

下の図を参考に精密検査の要否にチェックを入れてください。過去に本調査で精密検査(胸部CT検査)を受けた方は、胸部X線検査で所見変化が見られた場合のみ要精検となります。



- 精密検査不要
- 要精密検査(石綿関連疾患疑い): 胸部X線所見のうち、①~⑤に該当する場合
- 要精密検査(呼吸器疾患疑い): 石綿関連所見以外の呼吸器の疾患に該当する場合
- 要精密検査(その他): その他の疾患に該当する場合

(参考様式5)

令和8年度 石綿読影の精度確保に係る調査 読影チェックシート(胸部CT画像用)

		ID	
参加者氏名等	フリガナ氏名	(男・女) 生年月日	年 月 日(歳)
読影画像	胸部CT画像 (撮影日 年 月 日)		
胸部CT 所見等	石綿関連所見を念頭に置いて読影してください。 疑いの場合は「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。		
		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"/>
	右	左	
	有 無	有 無	
a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
上記に該当しないものは()内にご記載ください。			
<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)			
比較読影の実施有無	<input type="checkbox"/> 比較読影をしていない ↳ 理由 <input type="checkbox"/> 過去画像がない <input type="checkbox"/> 参照する必要がないと判断した <input type="checkbox"/> その他		
石綿読影による判定	<input type="checkbox"/> 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線検査を主とし、必要に応じCT検査) <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)		
	* 要医療にチェックされた場合は、病変部位や必要な対応について記入してください <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患以外の特記すべき所見 ()		
記入日	読影医師氏名		
読影実施機関名			

<判定の解説>

要経過観察 → 次年度も本調査の対象とし胸部X線の変化を慎重に検討

要医療(医療によるCTでの経過観察) → 次年度以降は調査対象外になるが、医療での観察が不要になった場合には本調査の対象に戻す