

令和3年度環境省委託業務報告書

令和3年度

石綿読影の精度に係る調査（堺市）

委託業務報告書

令和4年3月

堺市

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	1
(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
(2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査	2
(ア) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査への協力	2
3. 委託業務報告	3
(1) 令和2年度石綿読影の精度に係る調査報告	3
(2) 参考資料	10

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

堺市健康福祉局健康部保健所保健医療課 等

III. 委託業務の実施期間

令和3年4月1日から令和4年3月25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堺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した者
- 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

堺市は、参加者の募集に関して、ホームページ、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った。

(イ) 受付、問合せ対応

市は、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した。

参加者に対しては、インフォームドコンセントに注意し、読影調査の説明を行った上で、同意書（別添1）により同意をとった。

(ウ) 石綿ばく露の把握

堺市は、「エ. 石綿関連疾患の評価」を行う際の参考情報として、調査票（別添2）を用い

て、参加者の石綿ばく露の状況を把握した。

(エ) 石綿関連疾患の評価

a) 胸部エックス線検査画像の取り寄せ及び1次読影

堺市は、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た。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した。

次に、堺市は、医療機関に別紙1のとおり委託し、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、既存の胸部エックス線撮影日からなるべく間を空けずに実施するよう努めた。

堺市は、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。）に送付した。

堺市は、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、すみ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。

また、堺市は、1次読影で「精密検査不要」と判定された者に対して、事務局からの2次読影の結果を踏まえ、最終的な石綿読影の結果を通知するとともに、2次読影で「要精密検査」と判定された者に対しては、すみ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

堺市は、上記読影において所見が見られ、「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・呼吸器疾患疑い）」と判定された者が精密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た。その際、精密検査として胸部CT検査を実施した場合は、胸部CT検査画像についても取り寄せた。取り寄せ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1次読影実施医療機関へフィードバックし共有することで、翌年以降の読影調査の活用を促すこととした。なお、精密検査については、医療機関に別紙1のとおり委託し実施した。

また、堺市は、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った。

なお、堺市は、精密検査の診断結果の取り寄せを行った場合は、別紙2「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

堺市は、事務局が読影調査とは別途実施する「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する

る調査」について、住民への周知や事務局からの問い合わせ等に協力した。

3. 委託業務報告

(1) 令和3年度石綿読影の精度に係る調査報告
表1～表6のとおり

(2) 参考資料
別添1～別添8のとおり

令和3年度 石綿読影の精度に係る調査報告

表1: 参加者の年齢階層別人数

(単位: 人)

	男性		女性		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40歳未満		0.0%		0.0%		0.0%
40～49歳	1	4.5%	1	5.6%	2	5.0%
50～59歳	4	18.2%	1	5.6%	5	12.5%
60～69歳	3	13.6%	7	38.9%	10	25.0%
70～79歳	10	45.5%	7	38.9%	17	42.5%
80～89歳	4	18.2%	2	11.1%	6	15.0%
90歳以上		0.0%		0.0%		0.0%
合計	22	100.0%	18	100.0%	40	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	5	22.7%	15	83.3%	20	50.0%
過去の喫煙者	14	63.6%	3	16.7%	17	42.5%
現喫煙者 ブリンクマン 指数600未満	1	4.5%		0.0%	1	2.5%
現喫煙者 ブリンクマン 指数600以上	2	9.1%		0.0%	2	5.0%
合計	22	100.0%	18	100.0%	40	100.0%

※ ブリンクマン指数 = [1日当たりの喫煙本数] × [喫煙年数]

表3:参加者のばく露歴

(単位:人)

	男性		女性		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
職業ばく露	15	68.2%	6	33.3%	21	52.5%
家庭内ばく露	2	9.1%	6	33.3%	8	20.0%
施設立入等ばく露	2	9.1%	0	0.0%	2	5.0%
環境ばく露・不明	3	13.6%	4	22.2%	7	17.5%
無回答	0	0.0%	2	11.1%	2	5.0%
合計	22	100.0%	18	100.0%	40	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	16
2	呼吸器内科	21
3	呼吸器内科	29
4	放射線診断科	4
5	放射線診断科	10
6	訪問診療科	36

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)	40
1次読影 実施者数	40 (100%)
うち 要精密検査者数	8 (20%)

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	40	0	2	5	10	17	6	0
石綿関連所見実人数	17	0	1	0	4	8	4	0
①胸水貯留	1	0	0	0	0	1	0	0
②胸膜プラーク	9	0	0	0	3	2	4	0
③びまん性胸膜肥厚	1	0	0	0	0	1	0	0
④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	3	0	0	0	0	2	1	0
⑤肺線維化所見(不整形陰影)	2	0	0	0	0	2	0	0
⑥その他の所見	10	0	1	0	3	6	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	8	0	0	0	2	5	1	0
石綿関連所見(疑いを含む)実人数	6 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0)	3 (0)	1 (0)	0 (0)
①胸水貯留	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
②胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)	4 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0)	1 (0)	1 (0)	0 (0)
③びまん性胸膜肥厚	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	0	0	0	0	0	0	0	0
⑤肺野の間質影	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
⑥円形無気肺	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
⑦肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
⑧リンパ節の腫大	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
②胸膜プラーク且つ⑤肺野の間質影あり	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

※ ()内は疑い(内数)

※ 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

※ 胸膜プラーク且つ肺野の間質影がある者について、2所見のうち、いずれかが「疑い」であれば、()の所見疑いに計上

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)	40
1次読影 実施者数	40 (100%)
2次読影 実施者数	32 (80%)
うち 要精密検査者数	10 (25%)

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	32	0	2	5	8	12	5	0
石綿関連所見実人数	13	0	1	0	3	6	3	0
①胸水貯留	1	0	0	0	0	1	0	0
②胸膜プラーク	6	0	0	0	1	2	3	0
③びまん性胸膜肥厚	1	0	0	0	0	0	1	0
④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	1	0	0	0	0	1	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	7	0	1	0	2	4	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	10	0	0	0	2	5	3	0
石綿関連所見(疑いを含む)実人数	10 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	6 (2)	3 (0)	0 (0)
①胸水貯留	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
②胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)	9 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	5 (1)	3 (0)	0 (0)
③びまん性胸膜肥厚	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	0	0	0	0	0	0	0	0
⑤肺野の間質影	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
⑥円形無気肺	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
⑦肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
⑧リンパ節の腫大	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
②胸膜プラーク且つ⑤肺野の間質影あり	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)

※ ()内は疑い(内数)

※ 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

※ 胸膜プラーク且つ肺野の間質影がある者について、2所見のうち、いずれかが「疑い」であれば、()の所見疑いに計上

医療機関への検査委託

名 称： 独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター
住 所： 堺市北区長曾根町 1180

項 目	単 価 (税込み)
一次読影	8,503 円
精密検査	別紙 2 に定めるなかで、 医師が必要とみとめたもの

名 称： 社会医療法人同仁会 耳原総合病院
住 所： 堺市堺区協和町 4 丁 465

項 目	単 価 (税込み)
一次読影	8,503 円
精密検査	別紙 2 に定めるなかで、 医師が必要とみとめたもの

名 称： 地方独立行政法人堺市立病院機構 堺市立総合医療センター
住 所： 堺市西区家原寺町 1 丁 1 番 1 号

項 目	単 価 (税込み)
一次読影	8,503 円
精密検査	別紙 2 に定めるなかで、 医師が必要とみとめたもの

名 称： 社会医療法人生長会 ベルランド総合病院
住 所： 堺市中区東山 500 番地 3

項 目	単 価 (税込み)
一次読影	8,503 円
精密検査	別紙 2 に定めるなかで、 医師が必要とみとめたもの

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

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。）及び堺市が実施する「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、堺市石綿(アスベスト)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、堺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、事務局及び堺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

堺市長 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

別添2

※太枠のみ記入してください。

フリガナ		記入日	ID	
		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 (2) 石綿紡織製品の製造、使用

(3) 断熱や保温のための被覆作業、その補修 (4) ブレーキライニングなど摩擦材の製造

(5) 船舶、車両の製造、補修 (6) その他石綿に関連する作業

(7) 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。

※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3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 style="text-align: center;">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 style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">右</th> <th colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">左</th> </tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">評価不能</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">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 style="padding-left: 20px;">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 style="padding-left: 20px;">※有の場合</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 style="padding-left: 20px;">1/2以上</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 style="padding-left: 20px;">1/2～1/4</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 style="padding-left: 20px;">1/4未満</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>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 style="font-size: small;">※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 style="font-size: small;">※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 style="font-size: small;">※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> <p>その他の所見</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">右</th> <th colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">左</th> </tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 線維化所見(じん肺 I 型程度に満たない線維化所見)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは()内にご記載ください。 ()</p>			右			左			有	無	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/2以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/2～1/4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/4未満	<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3	<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) 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	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1/2以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1/2～1/4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1/4未満	<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3	<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) 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 ()
----------	--

堺市健康福祉局健康部保健所
保 健 医 療 課 長

令和3年度「石綿（アスベスト）検診」のご案内

堺市では、石綿ばく露の不安のある方に対し、不安をやわらげるとともに、ご自身の健康状態を確認し、健康管理に役立てる機会としていただくため下記のとおり石綿検診を実施します。なお、この石綿検診は、環境省が令和2年度より実施する調査事業「石綿読影の精度に係る調査」に本市が参加することにより実施するものです。

以下、今後の石綿（アスベスト）検診の流れについてご説明いたしますので、別紙1「令和3年度堺市石綿（アスベスト）検診フロー図」も併せてご確認ください。

1 石綿（アスベスト）検診の申し込み

はじめに、下記申込期間内に堺市保健医療課あてに電話で石綿（アスベスト）検診の申し込みをしてください。【フロー図①】

◎申込期間 … 令和3年5月31日（月）～令和3年8月31日（火）

◎申込方法 … 堺市保健医療課まで電話でお申し込みください。
電話：072-228-7582

2 既存検診の受診

(1) 肺がん・結核検診の受診

同封の「肺がん・結核検診」日程表をご覧のうえ、いずれかの会場で胸部X線を撮影してください。石綿検診は、事前に本市の「肺がん・結核検診」を受診いただき、その結果が「要精密検査」とならなかった方が対象となります。
「要精密検査」と診断された方は早急に医療にかかっている必要があることから、石綿検診の対象となりません。【フロー図②】

※別紙2「令和3年度肺がん・結核検診日程表」を参照のうえ、令和3年9月30日までに受診してください。

※中区・南区の会場については、事前に「がん検診総合センター」へのご予約が必要です。（予約開始時期は下記に連絡のうえ、ご確認ください）

【予約連絡先】 がん検診総合センター
電話：072-230-4616

(2) 胸部 X 線画像の持ち込み

職場の健康診断やかかりつけの病院などで撮影した胸部レントゲン画像を持ち込み又は郵送いただくことで、石綿検診を受診することもできます。ただし、胸部レントゲン撮影、CD 複写等にかかる費用は自己負担になります。
(胸部 X 線のフィルムは読影できませんのでご注意ください。)

【フロー図②】

3 「肺がん・結核検診」結果・受診日の連絡

「肺がん・結核検診」の受診結果は約 1～2 カ月程度で返送されます。この結果が「要精密検査」ではなかった方は、お手数ですが「肺がん・結核検診」の結果と受診日を保健医療課まで電話でご連絡ください。いただいた情報を元に保健医療課にて胸部 X 線画像の取り寄せを行います。【フロー図③】

4 必要書類の送付・返送

上記 3 の連絡のあと、石綿（アスベスト）検診に必要な書類を送付いたします。令和 3 年度石綿（アスベスト）検診の一次読影実施医療機関は次の 4 医療機関になりますので、希望の医療機関を選択し記入いただいたうえで、他の必要書類とともにご返送いただきます。【フロー図④⑤】

令和 3 年度 一次読影・精密検査実施医療機関（50 音順）

- 近畿中央呼吸器センター
- 堺市立総合医療センター
- ベルランド総合病院
- 耳原総合病院

※一次読影と精密検査の実施は同一の医療機関となりますので、精密検査となった場合の医療機関へのアクセスなども考慮のうえ、選択してください。

5 一次読影・二次読影

「肺がん・結核検診」で撮影された胸部 X 線画像は、保健医療課にて取り寄せ、選択された一次読影医療機関へ送付します。【フロー図⑥】

はじめに、選択された医療機関において石綿関連疾患の観点から一次読影を行います。次に画像を環境省に送付し、改めて石綿関連疾患の観点から二次読影を行います。【フロー図⑦⑧】

なお、一次読影で「要精密検査」と診断された場合は二次読影を行わず、すぐに一次読影実施の医療機関にて精密検査を受診していただきます。

6 読影結果の通知

一次読影及び二次読影の結果に基づき、保健医療課から石綿(アスベスト)検診の結果通知を送付いたします。【フロー図⑨】

「要精密検査」と診断された方には、精密検査のご案内を併せて送付いたします。精密検査の予約は、選択された上記4で選択された医療機関の精密検査予約専用の連絡先を同封いたしますので、各自予約を行ってください。

7 精密検査

一次読影及び二次読影において「要精密検査」と診断された方には、精密検査として胸部CT検査を受けていただきます。この精密検査は保険診療となりますが、胸部CT検査の自己負担分は、公費負担となります。

(ただし、胸部CT検査以外の精密検査は自己負担となります。)

※保険診療になりますので、受診の際は、必ず健康保険証をお持ちください。

※ この通知はこれまでに堺市アスベスト検診を受けられた方、また新たに送付を希望された方に対し送付しています。

【問い合わせ】

堺市健康福祉局 健康部 保健所
保健医療課 公害補償係

TEL : 072-228-7582

FAX : 072-222-1406

令和3年度 堺市石綿（アスベスト）検診

別添5

石綿(アスベスト)による健康被害は、石綿を吸い込んでから 10~40 年程度という長い潜伏期間を経て発症すると言われています。

《石綿の用途の例》



住宅



天井の吹付



水道管



自動車ブレーキ部品

(出典: 独立行政法人環境再生保全機構)

石綿を吸い込んだ可能性のある方は、是非とも検診を!!

市の検診で撮影した胸部レントゲンを使用できます。アスベスト検診用に胸部レントゲン撮影をしていただく必要はありません。

堺市では、石綿ばく露の不安のある方に対し、ご自身の健康状態を確認し、健康管理に役立てる機会としていただくため、下記のとおり石綿検診を実施します。

なお、この石綿検診は、環境省が行う「石綿読影の精度に係る調査」に本市が参加することにより実施するものです。

◎対象者

- 市内在住の方
 - 本市の肺がん・結核検診（無料）で撮影した画像等、既存の胸部エックス線検査画像を提供可能な方
 - 石綿読影の精度に係る調査の内容を理解し、調査への協力を同意する方
 - 肺がん・結核検診の結果、「要精密検査」とならなかった方
- ※肺がん・結核検診の結果が「要精密検査」と診断された方は、早急に医療にかかっている必要があることから、石綿（アスベスト）検診の対象にはなりません。

◎申込方法

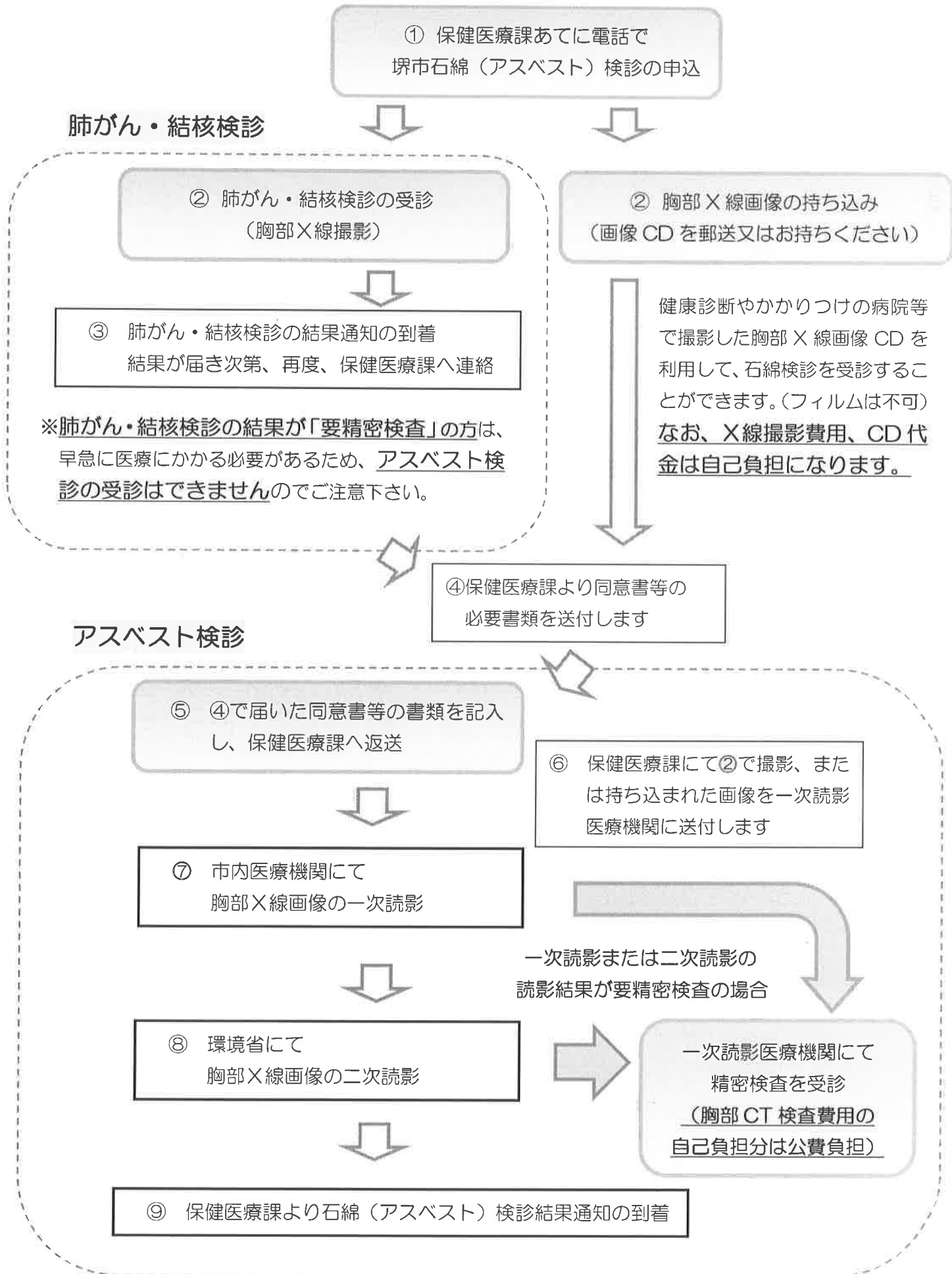
堺市保健所保健医療課公害補償係まで電話でお申し込みください。

(電話：072-228-7582)

◎申込期間

令和3年5月31日（月）から令和3年8月31日（火）まで

令和3年度堺市石綿（アスベスト）検診フロー図



読影・精密検査 実施医療機関申込書

別添6

今年度の堺市アスベスト検診では、「肺がん・結核検診」等で撮影した胸部X線画像を下記から選択された医療機関にて、石綿関連疾患の観点から一次読影し、次に環境省に送付し二次読影を行います。

これらの読影の中で「要精密検査」と診断された方は、一次読影を実施した医療機関において、精密検査として保険診療で胸部CT検査を実施いたします。

※下記医療機関のうち、一次読影の実施を希望する医療機関、胸部CT検査（読影結果が「要精密検査」の場合のみ）を希望する医療機関を下記から1つ選択し、記入欄に○をしてください。

※一次読影と精密検査の実施は同一の医療機関となりますので、精密検査となった場合の医療機関へのアクセスなども考慮のうえ、選択してください。

記入欄	医療機関名（50音順）
	① 近畿中央呼吸器センター 住所：堺市北区長曾根町1180
	② 堺市立総合医療センター 住所：堺市西区家原寺1-1-1
	③ ベルランド総合病院 住所：堺市中区東山500-3
	④ 耳原総合病院 住所：堺市堺区協和町4-465

(記入日) 令和 年 月 日

氏 名： _____ 印 _____

住 所： _____

電話番号： _____

堺保医第 号
令和 年 月 日

様

堺市健康福祉局健康部保健所
保健医療課長

「石綿（アスベスト）検診(石綿読影の精度確保に係る調査)」の検診結果について

先日、受診いただきました本調査における胸部 X 線の読影結果について、下記のとおりお知らせいたします。

記

読影の結果		
胸部 X 線所見		
読影日		
読影機関	【一次読影】	【二次読影】

○今後の対応について

必ずお読みください

本調査では胸部 X 線画像から所見の確認をしております。所見は認められたが治療の必要がないとされた方及び所見が認められなかった方につきましても、本検査受診後、何かお身体に異常を感じた場合は、すみやかに医療機関で受診してください。

なお、胸痛、呼吸困難などの症状があらわれた場合は、受診の際、必ず石綿ばく露歴があることを医師へ伝えてください。

堺市健康福祉局健康部保健所
保健医療課公害補償係
〒590-0078 堺市堺区南瓦町 3-1
電話：072-228-7582 ファックス：072-222-1406

石綿(アスベスト)検診 精密検査の案内について

先日、受診いただきました胸部 X 線の読影結果につきましては、同封の検査結果のとおり、「要精密検査(石綿関連疾患疑い・呼吸疾患疑い)」と診断されました。

つきましては、申込時に選択いただきました医療機関にて、精密検査(胸部CT検査)を実施いたしますので、別紙「精密検査(胸部CT検査)予約連絡先」をご覧のうえ、お早めに受診してください。ただし、下記のとおり期日がありますのでご注意ください。

検査予約期間 _____ まで

検査実施期間 _____ まで

胸部CT検査費用 無 料
(胸部CT検査以外の精密検査は自己負担となります。)

○精密検査は保険診療となります。受診の際は必ず健康保険証を持参してください。

○撮影された胸部CT画像及び診断結果は「石綿読影精度に係る調査」に係る調査の資料として、環境省にも送付いたします。

担 当

堺市健康福祉局健康部保健所

保健医療課公害補償係

〒590-0078 堺市堺区南瓦町 3-1

電話：072-228-7582 ファックス：072-222-1406

令和3年度環境省委託業務報告書
令和3年度石綿読影の精度に係る調査（堺市）委託業務

令和4年3月25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) FAX : 03-5510-0122
E-mail ISHIWATA@env.go.jp

受託者 住所 大阪府堺市堺区南瓦町3-1
名称 堺市