

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（御所市）

委託業務報告書

令和4年3月

御所市

## 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 - 2  |
| (2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査 | 2      |
| 3. 委託業務報告                 | 2      |
| (1) 令和3年度石綿読影の精度に係る調査報告   | 3 - 6  |
| (2) 参考資料                  | 7 - 16 |

## I. 委託業務の目的

石綿関連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

御所市健康福祉部健康推進課 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17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御所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

御所市は、過去の調査参加者に対し個別通知を行った。

##### （イ）受付、問合せ対応

御所市は、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（参考様式1）により同意を取った。

##### （ウ）石綿ばく露の把握

御所市は、「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3）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

御所市は、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。

御所市は、検診機関に委託し、上記画像について石綿関連疾患を念頭に置いた読影（以下「1次読影」という。）を行った。1次読影では、1次読影チェックシートを用いて、画像所見等の有無や石綿読影による判定を行った。なお、1次読影を行う際は、既存の胸部エックス線撮影日からなるべく間を空けず実施するよう努めた。

御所市は、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。）を環境省又は環境省から調査を請け負う事業者（以下「事務局」という。）に送付した。

また、御所市は、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、速やかに精密検査を受診するよう勧奨した。ただし、その際、「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

御所市は、上記読影において所見が見られ、「要精密検査」と判定された者のうち、「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に努めた。

なお、御所市は、精密検査の診断結果の取り寄せを行い、「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。

#### (オ) 会議等への参加

WEBによる自治体連絡会議へ参加した

### (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

御所市は、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9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 |        |
|--------|----|--------|----|--------|----|--------|
| 40歳未満  |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 40～49歳 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 50～59歳 | 1  | 33.3%  | 1  | 50.0%  | 2  | 40.0%  |
| 60～69歳 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 70～79歳 | 1  | 33.3%  | 1  | 50.0%  | 2  | 40.0%  |
| 80～89歳 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 90歳以上  | 1  | 33.3%  |    | 0.0%   | 1  | 20.0%  |
| 合計     | 3  | 100.0% | 2  | 100.0% | 5  | 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                      | 1  | 33.3%  | 2  | 100.0% | 3  | 60.0%  |
| 過去の喫煙者                    | 1  | 33.3%  |    | 0.0%   | 1  | 20.0%  |
| 現喫煙者<br>ブリンクマン<br>指数600未満 | 1  | 33.3%  |    | 0.0%   | 1  | 20.0%  |
| 現喫煙者<br>ブリンクマン<br>指数600以上 |    | 0.0%   |    | 0.0%   |    | 0.0%   |
| 合計                        | 3  | 100.0% | 2  | 100.0% | 5  | 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 |        |
|----------|----|--------|----|--------|----|--------|
| 職業ばく露    | 2  | 66.7%  | 0  | 0.0%   | 2  | 40.0%  |
| 家庭内ばく露   | 1  | 33.3%  | 2  | 100.0% | 3  | 60.0%  |
| 施設立入等ばく露 | 0  | 0.0%   | 0  | 0.0%   | 0  | 0.0%   |
| 環境ばく露・不明 | 0  | 0.0%   | 0  | 0.0%   | 0  | 0.0%   |
| 無回答      | 0  | 0.0%   | 0  | 0.0%   | 0  | 0.0%   |
| 合計       | 3  | 100.0% | 2  | 100.0% | 5  | 100.0% |

表4:一次読影医について

| No | 主科  | 診療従事年数(年) |
|----|-----|-----------|
| 1  | 放射線 | 47        |
|    |     |           |
|    |     |           |
|    |     |           |
|    |     |           |

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) | 5          |
| 1次読影 実施者数        | 5 ( 100% ) |
| うち 要精密検査者数       | 0 ( 0% )   |

2. X線検査

(単位:人)

|                    | 合計 | 40歳未満 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～69歳 | 70～79歳 | 80～89歳 | 90歳以上 |
|--------------------|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 画像検査受診者            | 5  | 0     | 0      | 2      | 0      | 2      | 0      | 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胸膜ブランク            | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等) | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑤肺線維化所見(不整形陰影)     | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑥その他の所見            | 1  | 0     | 0      | 0      | 0      | 1      | 0      | 0     |

※ ①～⑥で複数の所見が出た者は全て計上している。①～⑥の合計は実人数とは一致しない  
 ※ 小数点以下第2位を四捨五入

3. CT検査(一次読影でCT検査が必要とされた参加者)

(単位:人)

|                    | 合計    | 40歳未満 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～69歳 | 70～79歳 | 80～89歳 | 90歳以上 |
|--------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 画像検査受診者            | 0     | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| 石綿関連所見(疑いを含む)実人数   | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (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胸膜ブランク(胸膜肥厚斑)     | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 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)  | 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肺野の間質影            | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (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           | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ②胸膜ブランク且つ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

※ 胸膜ブラン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) | 5          |
| 1次読影 実施者数        | 5 ( 100% ) |
| 2次読影 実施者数        | 5 ( 100% ) |
| うち 要精密検査者数       | 1 ( 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            | 5  | 0     | 0      | 2      | 0      | 2      | 0      | 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胸膜ブランク            | 1  | 0     | 0      | 0      | 0      | 1      | 0      | 0     |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等) | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑤肺線維化所見(不整形陰影)     | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0     |
| ⑥その他の所見            | 0  | 0     | 0      | 0      | 0      | 0      | 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            | 1     | 0     | 0      | 0      | 0      | 1      | 0      | 0     |
| 石綿関連所見(疑いを含む)実人数   | 1 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 1 (0)  | 0 (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胸膜ブランク(胸膜肥厚斑)     | 1 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 1 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ③びまん性胸膜肥厚          | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 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肺野の間質影            | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (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           | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0) |
| ②胸膜ブランク且つ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  
 ※ 胸膜ブラン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



事務連絡  
令和 3年10月1日

## 石綿読影の精度確保に係る調査

参加者各位

御所市役所 健康推進課

## 石綿読影の精度に係わる調査について

平素は、御所市の保健医療行政にご理解・ご協力を賜り誠にありがとうございます。  
さて、昨年と同様に「石綿読影の精度確保に係る調査」に参加いただくためには、  
御所市の肺がん検診の受診が必要になります。

肺がん検診と同時に石綿読影を実施し、後日結果を送付いたします。

石綿読影の精度確保に係る調査についてご参加いただくためには、肺がん検診当日に下記の書類をご持参ください。

## 記

## 1. 肺がん検診日時

令和 3年10月13日(水) 午前10時00分 ~ 午前10時15分

## 2. 検診費用

肺がん検診 無料

肺がん検診は「石綿読影の精度に係る調査」に協力いただくため、無料です。

## 3. 持ち物

(同封書類)

①同意書 ②石綿読影の精度確保に係る調査 石綿ばく露の状況調査票(御所市)

③肺がん検診問診票 ④感染予防注意事項(当日持参してください)

※①②はボールペンで記入、③は鉛筆で記入をお願いします。

## 4. お問い合わせ

御所市役所 健康推進課 ☎ 0745-62-3001 (内線451)

☎ 0745-44-3268 (直通)

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。）及び御所市（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、以下のすべてについて確認の上、読影調査に協力することに同意します。

（確認項目の□にレ点をつけて下さい。）

- 読影調査への参加は同意者本人の自由意思によるものであること
- 読影調査への参加に同意した場合であっても随時これを撤回できること
- 読影調査の対象者要件を満たすこと（調査目的・内容を理解していること。胸部エックス線検査画像を参加自治体に提供可能であること。現在、呼吸器疾患で医療機関を受診しておらず、「呼吸器疾患の疑いで医療機関を受診する必要がある者（既存検診等において要精密検査とされている者など）」に該当しないこと。）
- 読影調査において、肺がん検診で撮影した胸部エックス線検査画像を利用すること
- 事務局が平成 27～令和元年度に実施した「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」に参加した者は、その際得られた検査画像データを比較読影に利用する可能性があること
- 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、御所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可能性があること
- 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、事務局及び御所市（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可能性があること
- 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可能性があること
- 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

御所市長 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  | 〒 ー<br>御所市 | 性別   | 男 ・ 女     |
|      |            | 連絡先  | ( ) ー     |

※あてはまる口に✓印をつけ、必要事項を記入してください。

|  |
|--|
| <p>現在までに、大きな病気にかかったことはありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無<br><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<br><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 ※石綿関連疾患：中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚 等<br><input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> わからない |

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)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   | ( )                  |

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><b>石綿関連疾患を念頭に置いて読影してください。</b><br/>                 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"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">右</th> <th colspan="3">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①胸水貯留</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>②胸膜プラーク※注1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>石灰化の有無</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③びまん性胸膜肥厚※注2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>※有の場合</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/2以上</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/2~1/4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1/4未満</td> </tr> <tr> <td>④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(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。<br/>                 (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。<br/>                 (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。<br/>                 ※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。<br/>                 ※注3 じん肺法(昭和35 年法律第30 号)第4条第1項に定める第1型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)をいう。</p> |                          |                          |                          |                          |                          | 右 |  |   | 左 |   |   | 有 | 無 | 評価不能                     | 有                        | 無                        | 評価不能                     | ①胸水貯留                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | ②胸膜プラーク※注1               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 石灰化の有無                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | ③びまん性胸膜肥厚※注2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※有の場合 | <input type="checkbox"/> | 1/2以上 | <input type="checkbox"/> | 1/2~1/4 | <input type="checkbox"/> | 1/4未満 | ④肺野・胸膜・縦隔の腫瘤状陰影(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                    |   |  |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 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"> <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。<br/>                 ( )</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)<br><input type="checkbox"/> 要精密検査(その他)  |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                               | 追記事項   |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 記入日                           |  |                          | 読影医師氏名                   |                          |                          |                          |   |  |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 読影実施機関名                       |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |  |   |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |                          |       |                          |         |                          |       |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

上記の読影時に参考として用いた資料にチェックを入れてください。

|                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
| 読影時の参考資料                         | <input type="checkbox"/> 調査票   |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 過去に撮影した胸部X線画像 (撮影日: 年 月 日)                      |  |
|                                  | ↳ 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり ( ) |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 過去に撮影した胸部CT画像 (撮影日: 年 月 日)                      |  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |

令和 年 月 日

様

御所市役所 健康推進課

## 「石綿読影の精度に係る調査」の読影結果について

本調査における二次読影結果について、下記のとおりお知らせします。

医療機関を受診され、調査の所見について主治医にご相談される際には、この用紙をお持ちください。

|  |  |
|--|--|
|  | <p><b>1. 所見なし(要精密検査不要)</b><br/>これからも1年に1回は肺がん検診を受けましょう。</p>  |
|  | <p><b>2. その他の所見あり(要精密検査)</b><br/>精密検査が必要ですので、早めに精密検査を受けてください。<br/>精密検査を受診される際には、この用紙をお持ちください。<br/>なお、本件に関し再検査・要精密検査をお受けになる場合の費用は、この調査で負担することはできません。通常の保険診療となり、ご本人様負担が発生することをあらかじめご了承ください。</p>  |
|  | <p><b>3. 石綿及び呼吸器に関連する所見あり(要精密検査)</b><br/>本調査で確認している石綿関連所見は、同封の「石綿関連所見について」に記載していません。<br/>精密検査が必要ですので、早めに精密検査を受けてください。<br/>精密検査を受診される際には、この用紙と同封の精密検査依頼書をお持ちください。<br/>詳細は別添の「精密検査について」をご覧ください。<br/>精密検査に係る費用については、別紙申請書兼請求書で、後日申請をしてください。</p> |

**必ずお読みください**

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

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

なお、受診の際、石綿ばく露歴があることを医師に必ず伝えてください。

また、皆様後存知の通り、肺がんの最大の原因は喫煙です。

ただし、喫煙も石綿ばく露のない人の肺がんの危険性を1とすると、喫煙だけの人は約10倍、石綿ばく露だけの人は約5倍、喫煙をする石綿ばく露者は約50倍と喫煙と石綿ばく露の両方を受けると危険性が相乗的に高くなることが知られています。

現在、喫煙している方は、肺がん発生の危険性を減らすためにも、是非、禁煙しましょう。

## &lt;お問い合わせ&gt;

御所市いきいきライフセンター内 御所市役所健康推進課 TEL 44-3268 (ダイヤルイン)

TEL 62-3001 (代表)

医療機関御中

令和 3年 月 日  
 御所市役所 健康推進課  
 〒639-2237 奈良県御所市 774-1  
 いきいきライフセンター内  
 TEL (0745) 44-3268

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

|     |              |      |      |
|-----|--------------|------|------|
| 氏名  |              | 生年月日 | ( 歳) |
| 住所  | 御所市          | 電話番号 |      |
| 撮影日 | 胸部X線撮影       |      |      |
| 所見  | 読影日：令和 年 月 日 |      |      |
|     | 胸部X線所見：      |      |      |

つきましては、検査結果を下記の欄にご記入ください。

お手数ですが、この結果通知書、及びCT画像(CDファイルにデータ化された状態)をご本人にお渡しください。

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| 検査内容         | 実施したすべての検査に○を<br>してください。  | 1 胸部X線<br>2 胸部CT検査<br>3 気管支鏡検査(気管支鏡下細胞診、気管支鏡下生検)<br>4 その他の検査：検査( )  |
| 胸部CT<br>画像所見 | お手数ですが、胸部CT検査の結果もご記入ください。   |   |
|              | 検査日 年 月 日   | 有 疑   |
|              |   | 右 左 なし 評価不能   |
|              | ①胸水貯留   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|              | ②胸膜プラーク(胸膜の肥厚班)   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|              | ③びまん性胸膜肥厚   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|              | ④胸膜腫瘍(中皮腫) 疑い   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|              | ⑤肺野の間質影   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|              | ⑥円形無気肺  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|              | ⑦肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|              | ⑧リンパ節の腫大  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|              | ⑨胸膜プラーク且つ⑤肺野の間質影あり  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|              | ⑩その他の所見<br>( )  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|              | ※評価不能は、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックしてください。<br>※胸膜肥厚や結核性所見はその他所見にチェックして下さい。   |   |
| 判 定          | 1 <input type="checkbox"/> 異常なし<br>2 <input type="checkbox"/> 経過観察 3 <input type="checkbox"/> 要精密検査 4 <input type="checkbox"/> 要医療<br>(石綿との関連性： <input type="checkbox"/> 強く疑う <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 他の原因である) |   |
|              | 診断名<br>1 石綿関連疾患<br><input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 石綿による肺がん <input type="checkbox"/> 石綿肺 <input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水<br>2 上記1以外の診断名<br>( )  |   |
|              | その他(今後の治療や、救済法の申請手続きのご案内の状況等お知らせください。)  |   |

上記のとおり、報告します。

年 月 日 医療機関所在地  
 医療機関名  
 医師名

㊞

御 所 市 長 様

## 石綿読影の精度に係る調査における精密検査自己負担支給申請書兼請求書

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

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

記

請求額 \_\_\_\_\_ 円

【振込先】※太枠内をボールペンで記入してください。

|                |                   |  |         |              |  |      |         |   |   |    |  |  |
|----------------|-------------------|--|---------|--------------|--|------|---------|---|---|----|--|--|
| 住 所            | (〒 _____ )<br>御所市 |  |         |              |  |      |         |   |   |    |  |  |
| 氏 名            | _____ ⑧           |  |         |              |  | 生年月日 | 昭和      | 年 | 月 | 日生 |  |  |
| 支 払 機 関 名      |                   |  | 預 金 種 別 |              |  |      | 口 座 番 号 |   |   |    |  |  |
| 銀行<br>農協<br>信金 |                   |  | 支店      | 普通・当座・その他    |  |      |         |   |   |    |  |  |
|                |                   |  | 店番      | カナ<br>(必ず記入) |  |      |         |   |   |    |  |  |
|                |                   |  |         | 口座名義<br>人    |  |      |         |   |   |    |  |  |

## 【必要書類】

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

## ◇お問い合わせ◇

御所市774-1 御所市いきいきライフセンター

御所市役所健康推進課 健康推進係 電話 62-3001 内線(451)

決 定 額

\_\_\_\_\_ 円

御所市役所 健康推進課

先日実施しました「石綿読影の精度に係る調査」による二次読影(御所市の肺がん検診等で撮影した画像について、専門医がもう一度画像診断を行うこと)の結果、石綿関連疾患の疑いがあり、精密検査の必要性が指摘されました。

つきましては、石綿関連疾患の精密検査について、各医療保険制度(国民健康保険・健康保険等)および公費負担制度を適用した後の患者負担額を、御所市から後日お支払いすることができますので、お知らせします。

なお、支給することができる額は、精密検査の診断結果(石綿読影の精度に係る調査精密検査依頼書(兼)結果通知書)、およびCT画像データ(CDファイルにデータ化された状態)について提出頂けた場合に限ります。

また、申請の手続きは令和3年3月26日までをお願いいたします。

## 精密検査の受け方について

1. 医療機関に問い合わせ、検査が可能か確認してから、「石綿読影の精度に係る調査」の読影結果についてと精密検査依頼書を持って受診してください。  
なお、助成対象は胸部CT検査となっております。
2. 診察の際には、担当医の精密検査依頼書への記入と、CT画像データもいただきたい旨をお伝えください。
3. 病院の窓口で、保険証(該当する場合は高齢受給者証や限度額適用認定証も併せて)、公費負担の受給者証を提示してください。
3. いったん、病院窓口で請求された額を支払ってください。
4. 病院で発行された領収書と診療明細書(受診者氏名、受診年月日、領収金額、検査医療機関名が記載された領収印のあるもの)を受け取ってください。
5. 後日、同封の申請書に必要事項を記入し、領収証と画像データを添えて御所市いきいきライフセンター内健康推進課に提出してください。

裏面の「精密検査の費用について」「胸部CT検査実施医療機関」もご覧ください。



## 精密検査の費用について

- 当事業で負担できる検査項目と上限額、その他算定に係る条件は、環境省の定めに従って計算されます。
- 当事業の対象外の項目（例えば保険外の選定療養費等）は、支給の対象とはなりません。
- 高額療養費が発生する場合には、その額を控除した額とします。高額療養費の額は、保険証に記載されている保険者の連絡先にお問い合わせください。
- 保険者により一部負担金が減免・償還されている場合には、減免・償還額を反映した後の額とします。
- 加入している医療保険制度（国民健康保険・健康保険等）の証や、適用可能な公費負担制度の受給者証等を提示せずに自己負担を支払った場合、本来受けられたはずの給付に相当する額は、当事業から支給できません。必ず、窓口で保険証・受給者証を提示してください。

## 胸部 CT 検査実施医療機関

| 医療機関名                | 電話番号         | 住所               |
|----------------------|--------------|------------------|
| 奈良県西和医療センター          | 0745-32-0505 | 生駒郡三郷町三室 1-14-16 |
| 済生会中和病院              | 0744-43-5001 | 桜井市阿部 323        |
| 済生会奈良病院              | 0742-36-1881 | 奈良市八条 4-643      |
| 平成記念病院               | 0744-29-3300 | 橿原市四条町 827       |
| 奈良県総合医療センター<br>(要相談) | 0742-46-6001 | 奈良市七条西町 2-897-5  |
| 奈良医療センター<br>(要相談)    | 0742-45-4591 | 奈良市七条 2 丁目 789   |

※受診される場合は、医療機関に必ずお問合せください。

石綿関連所見とは、石綿が原因で体に出てくる変化についての医師の見立てのことで、胸部X線検査、胸部CT検査でわかる石綿関連所見は、以下の①～⑧になります。

#### ①胸水貯留

胸腔内に体液が貯留することであり、石綿以外の様々な原因によっても生じます。症状は呼吸困難や胸痛といった自覚症状で気づくこともあれば、自覚症状がなく、胸部X線検査で見つかることもあります。

#### ②胸膜プラーク(限局性の胸膜肥厚)

外側の胸膜に生じる限局的な繊維症の肥厚のことで、それ自体は疾病ではなく、通常、肺機能の低下は起こりません。徐々に石灰化が進行することもあります。石綿ばく露が原因である可能性が高い所見です。

#### ③びまん性胸膜肥厚

内側の胸膜に生じる繊維症の肥厚のことで、胸膜に肥厚と肺内から肥厚した胸膜につながる帯状の陰影などを特徴としています。

#### ④胸膜腫瘍(中皮腫)疑い

肺を取り囲む胸膜や心臓及び大血管の起始部を覆う心膜にできる悪性腫瘍である中皮腫があることが疑われるため、精密検査が必要です。

#### ⑤肺野の間質影

肺の繊維化等により肺に異常陰影(胸膜下曲線様陰影、小葉中心粒状影、網状影など)がみられる状態であり、石綿以外の様々な原因によっても生じます。

#### ⑥円形無気肺

円形もしくは類円形を呈する直径2.5～5cm大の末梢性の無気肺であり、内側の胸膜の病変が主体で、石綿ばく露が原因で良性石綿胸水後に発生することが多いと言われています。

#### ⑦肺野の腫瘤状陰影(肺がん等)

気管支あるいは肺胞を覆う上皮に発生する悪性腫瘍(肺がん)がある可能性があり、精密検査が必要です。

#### ⑧リンパ節の腫大

リンパ節が腫大した状態で感染症やほかの炎症性疾患、原発性あるいは転移性腫瘍などでもみられません。

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（御所市）委託業務

令和4年3月17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 奈良県御所市774-1  
名称 御所市