

令和4年度環境省委託業務報告書

令和4年度

石綿読影の精度に係る調査（東大阪市）

委託業務報告書

令和5年3月

東大阪市

## 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	1
a) 胸部エックス線検査画像の取り寄せ及び1次読影	1
b) 精密検査	2
(オ) 会議等への参加	2
(2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査	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	2
(1) 令和4年度石綿読影の精度に係る調査報告	5
(2) 参考資料	9

## 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

東大阪市健康部保健所健康づくり課 等

## III. 委託業務の実施期間

令和4年5月9日から令和5年3月15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東大阪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

東大阪市は、参加者の募集に関して、市ウェブサイト、市政だよりにて広報活動を行った。

##### （イ）受付、問い合わせ対応

東大阪市は、電話、FAX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（様式1）により同意を取った。

##### （ウ）石綿ばく露の把握

東大阪市は、「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（様式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

東大阪市は、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。次に、東大阪市は、別紙1のとおり医療機関に委託し、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（様式3）を用いて、画像所見等の有無や石綿読影による判定を行った。なお、1次読影を行う際は、既存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。

東大阪市は、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。）を医療法人社団こころとからだの元氣プラザ（以下「事務局」という。）に送付した。

また、東大阪市は、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した。

#### b) 精密検査

東大阪市は、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に努めた。

#### (オ) 会議等への参加

東大阪市は、担当者を環境省主催の関係自治体連絡会議に参加させた。

### (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

東大阪市は、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4年度石綿読影の精度に係る調査報告

表1～表6のとおり

#### (2) 参考資料

別添1～別添10のとおり

## 医療機関への検査委託

名 称： 医療法人藤井会 石切生喜病院  
住 所： 大阪府東大阪市弥生町 18 番 28 号

項 目	単 価 (税込み)
一次読影	3,730 円
情報提供料 (CD-R)	4,920 円

## 精密検査にかかる費用負担について

石綿関連疾患を念頭に置いた読影調査での読影において所見が見られ、要精密検査（石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い）と判定された者が、精密検査（保険診療による検査）を受診した場合、精密検査の診断結果について提供頂けた場合に限り下記費用について、読影調査の委託費で負担することができる。

## 1. 精密検査費用の内、下記診療報酬項目の自己負担分（該当した項目に限る）

## (1) 初・再診料

ア. 初診料【A000 注1～3、注5及び注10】

イ. 再診料【A001 注1～3】

ウ. 外来診療料【A002 注1～3及び注5】

## (2) 医学管理等

ア. 診療情報提供(1)【B009 注2】

## (3) 画像診断

ア. コンピューター断層撮影（CT撮影）【E200】

① 64列以上のマルチスライス型の機器による場合

1) 共同利用施設において行われる場合

2) その他の場合

② 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合

③ 4列以上16列未満マルチスライス型の機器による場合

④ ①、②又は③以外の場合

イ. コンピューター断層診断【E203】

ウ. 画像診断管理加算1【画像診断 通則4】

エ. 画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3【画像診断 通則5】

オ. 電子画像管理加算【コンピューター断層撮影診断料 通則3】

## 2. その他

(1) 精密検査の診断結果取り寄せにかかる費用（郵送料やコピー代、CD-R等の消耗品代等）

(2) 上記1.において自己負担分の計算が困難な場合等、環境省と協議した結果、委託費の範囲内と認められた費用

## 令和4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	2	66.7%		0.0%	2	33.3%
60～69歳		0.0%	2	66.7%	2	33.3%
70～79歳		0.0%	1	33.3%	1	16.7%
80～89歳	1	33.3%		0.0%	1	16.7%
90歳以上		0.0%		0.0%		0.0%
合 計	3	100.0%	3	100.0%	6	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	2	66.7%	3	100.0%	5	83.3%
過去の喫煙者	1	33.3%		0.0%	1	16.7%
現喫煙者 ブリンクマン 指数600未満		0.0%		0.0%		0.0%
現喫煙者 ブリンクマン 指数600以上		0.0%		0.0%		0.0%
合 計	3	100.0%	3	100.0%	6	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	3	100.0%	1	33.3%	4	66.7%
家庭内ばく露		0.0%	1	33.3%	1	16.7%
施設立入等ばく露		0.0%		0.0%		0.0%
環境ばく露・不明		0.0%	1	33.3%	1	16.7%
無回答		0.0%		0.0%		0.0%
合計	3	100.0%	3	100.0%	6	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	27

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)	6
1次読影 実施者数	6 ( 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	6	0	0	2	2	1	1	0
石綿関連所見実人数	1	0	0	1	0	0	0	0
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク	0	0	0	0	0	0	0	0
③びまん性胸膜肥厚	0	0	0	0	0	0	0	0
④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	1	0	0	1	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(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胸膜プラーク(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肺線維化所見(石綿肺の可能性)	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・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	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肺線維化所見あり	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)	6
1次読影 実施者数	6 ( 100% )
2次読影 実施者数	6 ( 100% )
うち 要精密検査者数	1 ( 17% )

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	6	0	0	2	2	1	1	0
石綿関連所見実人数	3	0	0	0	1	1	1	0
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク	0	0	0	0	0	0	0	0
③びまん性胸膜肥厚	0	0	0	0	0	0	0	0
④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	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	2	0	0	0	1	0	1	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	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胸膜プラーク(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肺線維化所見(石綿肺の可能性)	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・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	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肺線維化所見あり	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

## 同意書

私は、環境省（環境省から調査を請け負う事業者を含む。以下「事務局」という。）及び東大阪府が実施する「石綿読影の精度に係る調査」（以下「読影調査」という。）について、石綿読影の精度に係る調査計画書に記載された調査目的や内容を理解するとともに、以下の全てについて確認の上、読影調査に協力することに同意します。

(確認項目の□にレ点をつけて下さい。)

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

東大阪市長 殿

(同意者) 年 月 日

氏 名: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

## 石綿読影の精度に係る調査 石綿ばく露の状況 調査票

※太枠のみ記入してください。

		ID	
フリガナ		記入日	年 月 日
氏名		生年月日	年 月 日( 歳)
現住所	〒 —	性別	男 ・ 女
		連絡先	( ) —

※あてはまる口に✓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 <input type="checkbox"/> 有 → 発症時の年齢 歳 、 病名
<p>喫煙歴はありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 歳頃～ 歳頃まで1日約 本
<p>家族や同僚で石綿関連疾患※にかかった人や胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)を指摘されたことのある人はいますか。</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> わからない <p style="text-align: right;">※石綿関連疾患：中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚 等</p>

<p>1. 現在までの職歴(アルバイト等短期間の仕事も含む)において、石綿を取り扱う下記の作業または、同作業現場で事務や経理等をしたことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <p>(1)建築物の補修、解体、石綿などの吹きつけ (5)石綿紡織製品の製造、使用  (2)断熱や保温のための被覆作業、その補修 (6)プレーキライニングなど摩擦材の製造  (3)船舶、車両の製造、補修 (7)その他石綿に関連する作業  (4)スレート板など建築材料の製造、切断 ( )</p>
<p>2.ご家庭で下記のような経験をしたことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> ご家族が石綿を扱う仕事をしており、作業着・マスクや道具を自宅に持ち帰っていた。 <input type="checkbox"/> 石綿に関する作業が、自宅で行われた。
<p>3.下記のような経験をしたことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> 自宅や職場の天井や壁に石綿が吹き付けられていた。 <input type="checkbox"/> 職場以外の石綿取扱施設に出入りをしていた。

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

※その他、石綿のばく露の機会について心当たりがあれば記入してください。

--

## 令和4年度 石綿読影の精度確保に係る調査 1次読影チェックシート

		ID																																																															
参加者氏名等	フリガナ氏名	(男・女)	生年月日 年 月 日( 歳)																																																														
読影画像	胸部X線 (撮影日 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></p> <p>疑いの場合は「有」に、吸気不良や表示条件が悪い場合は「評価不能」にチェックしてください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">右</th> <th colspan="3">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> <th>有</th> <th>無</th> <th>評価不能</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①胸水貯留</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>②胸膜プラーク※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。 (ア) 両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。 (イ) 両側側胸壁の第6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。</p> <p>※注2 頭尾方向(水平方向の広がりでない。)に、側胸壁に胸膜の肥厚が確認できる場合、びまん性胸膜肥厚の所見を「有」とする。</p> <p>※注3 じん肺法(昭和35年法律第30号)第4条第1項に定める第1型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)をいう。</p>				右			左			有	無	評価不能	有	無	評価不能	①胸水貯留	<input type="checkbox"/>	②胸膜プラーク※注1	<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"/>	※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"/>	⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3	<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"/>																																																											
	<p>その他の所見</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 線維化所見(じん肺I型程度に満たない線維化所見)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは( )内にご記載ください。</p> <p>( )</p>				右		左		有	無	有	無	a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) 線維化所見(じん肺I型程度に満たない線維化所見)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
	右		左																																																														
	有	無	有	無																																																													
a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
c) 線維化所見(じん肺I型程度に満たない線維化所見)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
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 ( )	

東大阪保健第 号  
令和 年 月 日

様

東大阪市健康部保健所  
健康づくり課長

### 石綿読影の精度に係る調査の検査結果について

この度は、本調査にご協力いただきありがとうございます。

先日、受診していただきました本調査における胸部 X 線検査の結果についてお知らせいたします。

結果： 「異常は認められませんでした」

本調査において異常は認められませんでしたので、今後は年度に 1 回肺がん・結核エックス線検診を受診いただくなど健康管理に努めてください。

※本調査で確認している石綿関連所見及び所見の説明は裏面「本調査で確認している石綿関連所見及び所見の説明」に記載しています。

#### 必ずお読みください

本調査では胸部 X 線の画像から所見の確認をしていますので、異常が認められなかった方につきましても、本検査受診後、体に何らかの異常を感じた場合は、すみやかに医療機関へ受診してください。

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

また、肺がん発症の最大の要因は喫煙であり、喫煙と石綿ばく露の両方のリスク要因があると、肺がん発症の危険性は相乗的に高くなることが知られています。喫煙も石綿ばく露もない人の肺がん発症の危険性を 1 とすると、喫煙中の石綿ばく露者の危険性は約 50 倍とする報告があります。肺がん発症の危険性を減らすためには、禁煙することが大切です。

禁煙相談を保健センターにて実施しております。ご希望の方は最寄りの保健センターへお問合せください。

## 本調査で確認している石綿関連所見及び所見の説明

### ●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、胸部エックス線検査で見つかることもあります。

### ●胸膜プラーク

胸膜プラークは、壁側胸膜に生じる限局的な線維性の肥厚のことです。石綿ばく露開始からおおむね15～30年以上を経て、認められるようになり、過去に石綿のばく露があったことを示す重要な医学的所見です。それ自体は異常所見ではなく、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。

### ●びまん性胸膜肥厚

臓側胸膜（肺を覆う膜）の慢性線維性胸膜炎の状態であり、結核性胸膜炎など石綿以外の様々な原因によっても生じます。症状は、咳、痰、呼吸困難、反復性の胸痛であり、繰り返し呼吸器感染をおこすことがあります。

### ●縦隔の腫瘤影

胸郭内で左右の肺、胸骨、椎骨に囲まれた部分を縦隔と呼び、中に気管や大動脈、心臓、大静脈、肺動静脈などが存在し中心陰影を形成します。縦隔から生じて中心陰影に接して現れた直径3 cmを超える類円形の陰影をいい、膿瘍や腫瘍などに見られます。

注1 本調査で確認する所見は、必ずしも石綿を原因とするものではありません。

注2 本調査では画像及び問診から医学的所見の確認をしているもので、診断を行うものではありません。

東大阪保健第 号  
令和 年 月 日

様

東大阪市健康部保健所  
健康づくり課長

## 石綿読影の精度に係る調査の検査結果について

この度は、本調査にご協力いただきありがとうございます。

先日、受診していただきました本調査における胸部 X 線検査について、精密検査の必要があると認められましたので、下記のとおり医療機関にて精密検査を受診いただくようお願いいたします。

### 記

- 1 医療機関
- 2 予約日時 令和 年 月 日 ( ) 時
- 3 精密検査費用

精密検査にかかる費用について、下の項目については自己負担分の償還払いを受けることができます。別紙「石綿読影の精度に係る調査事業精密検査における費用の償還払請求書」と精密検査を受診した医療機関が発行した領収書と明細書を健康づくり課にご持参いただき、お手続きください。

#### 【精密検査費用について自己負担分の償還払いを受けることができる項目】

##### (1) 初・再診料

ア. 初診料 イ. 再診料 ウ. 外来診療料

##### (2) 医学管理等

ア. 診療情報提供(1)

##### (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】

##### (4) 精密検査の診断結果の提供にかかる費用

コピー代、CD-R等の消耗品代等

<p>東大阪市 健康づくり課 担当： TEL 072-960-3802 FAX 072-970-5821</p>
----------------------------------------------------------------------

東大阪保健第 号  
令和 年 月 日

病院  
主治医先生 様

東大阪市 健康部  
健康づくり課長

石綿読影の精度に係る調査における精密検査について

下記の方は、令和 年 月 日に 保健センターにて実施した肺がん検診において、石綿関連疾患を念頭に置いた読影の結果、精密検査の必要があると認めましたので、検査のほどよろしくお願いいたします。

記

- 1 氏名 ( ) 様
- 2 所見 別紙「石綿読影の精度に係る調査 1次読影チェックシート」のとおり
- 3 依頼 当該受診者の経過を把握する必要がありますので、同封いたしました「精密検査依頼書兼回答書」の所定の欄にご記入いただき、CT 画像を保存した CD 等を同封のうえ返信用レターパックにて令和 年 月 日までに送付いただきますようお願いいたします。

東大阪市 健康づくり課  
担当：  
TEL 072-960-3802  
FAX 072-970-5821

**石綿読影の精度確保等調査事業（東大阪市）  
精密検査依頼書 兼 回答書**

令和 年 月 日に実施の石綿ばく露者の精度管理確保等調査事業において、下記の方に精密検査が必要となりました。  
ご高診よろしくお願いたします。

記

フリガナ			
氏名			
生年月日	年	月	日

【回答】

胸部CT検査に係る所見及び判定等については、別紙「石綿読影の精度確保に係る調査 読影チェックシート（胸部CT画像用）」の作成をお願いいたします。  
患者様の自己負担費用等について、以下に回答をお願いいたします。

患者様 自己負担費用	円
------------	---

自己負担費用のうち、本調査で償還払いが可能な項目の負担の確認

(負担いただいた項目に○をし、点数に○又は項目名・金額を記入してください)

(1) 初・再診料	ア. 初診料 (288点・214点・368点)	イ. 再診料 (73点・54点・37点・27点)
	ウ. 外来診療料 (74点・55点)	
(加算)	エ. 機能強化加算 (80点)	オ. 外来感染対策向上加算 (6点)
	カ. 連携強化加算 (3点)	キ. サーベイランス強化加算 (1点)
(2) 医学管理等	ア. 診療情報提供(1) (250点)	
(3) 画像診断	ア. コンピュータ断層撮影(CT)撮影 (1,020点・1,000点・900点・750点・560点)	
	イ. コンピュータ断層診断 (450点)	ウ. 画像診断管理加算1 (70点)
	エ. 画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3 (180点・340点)	
	オ. 電子画像管理加算 (120点)	
(4) その他	その他診断結果の提供にかかる費用	
	項目名 ( ) ( )	円
	項目名 ( ) ( )	円

※（自己負担金のうち、東大阪市から患者さんに償還払い可能な項目は裏面のとおり）

以上のことについて報告します。

記入日	令和	年	月	日
医療機関名				
開設者の 氏名又は名称				

【問合せ先】

東大阪市岩田町4丁目3番22-300号  
東大阪市保健所 健康づくり課  
電話 072-960-3802 fax 072-970-5821

裏面に自己負担金のうち患者さんに償還払いが可能な項目を記載

自己負担金のうち、患者さんに償還払い可能な項目

1. 精密検査費用のうち、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10～13】

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】

（4）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）

石綿読影の精度確保に係る調査 読影チェックシート(胸部CT画像用)

		ID																																																																																																																																																				
参加者氏名等	フリガナ氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 ( 歳)																																																																																																																																																					
読影画像	胸部CT画像 (撮影日 年 月 日 )																																																																																																																																																					
胸部CT 所見等	<p><b>石綿関連所見を念頭に置いて読影してください。</b> 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 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> </tr> <tr> <td>②胸膜プラーク</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</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"/> 1/2以上</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1/2~1/4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1/4未満</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1/2以上</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1/2~1/4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1/4未満</td> </tr> <tr> <td>④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">・胸膜下曲線状陰影</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 style="padding-left: 20px;">・小葉中心性粒状影</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>⑥円形無気肺</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑨その他の所見</td> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <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) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</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>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは( )内にご記載ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">石綿読影による判定</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 異常なし(石綿関連疾患の所見なし)  <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患の所見あり  <input type="checkbox"/> 要経過観察(胸部X線検査による経過観察)  <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察)  <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査)  <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患以外での要医療                  追記事項(要医療にチェックされた場合は、必要な対応について詳細を記入してください)             </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">記入日</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">読影医師氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">読影実施機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody></table>				右			左			有	無	評価不能	有	無	評価不能	①胸水貯留	<input type="checkbox"/>	②胸膜プラーク	<input type="checkbox"/>	石灰化の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		③びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/>	※有の場合	<input type="checkbox"/> 1/2以上	<input type="checkbox"/> 1/2~1/4	<input type="checkbox"/> 1/4未満	<input type="checkbox"/> 1/2以上	<input type="checkbox"/> 1/2~1/4	<input type="checkbox"/> 1/4未満	④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)	<input type="checkbox"/>	・胸膜下曲線状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		⑥円形無気肺	<input type="checkbox"/>	⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	<input type="checkbox"/>	⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/>	⑨その他の所見	<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) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</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>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは( )内にご記載ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>				右		左		有	無	有	無	a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	石綿読影による判定	<input type="checkbox"/> 異常なし(石綿関連疾患の所見なし) <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患の所見あり <input type="checkbox"/> 要経過観察(胸部X線検査による経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査) <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患以外での要医療 追記事項(要医療にチェックされた場合は、必要な対応について詳細を記入してください)			記入日		読影医師氏名		読影実施機関名																																											
		右			左																																																																																																																																																	
		有	無	評価不能	有	無	評価不能																																																																																																																																															
	①胸水貯留	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	②胸膜プラーク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	石灰化の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
	③びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	※有の場合	<input type="checkbox"/> 1/2以上	<input type="checkbox"/> 1/2~1/4	<input type="checkbox"/> 1/4未満	<input type="checkbox"/> 1/2以上	<input type="checkbox"/> 1/2~1/4	<input type="checkbox"/> 1/4未満																																																																																																																																															
	④肺野・縦隔の腫瘤状陰影(肺がん等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	⑤肺線維化所見(石綿肺の可能性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	・胸膜下曲線状陰影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
	・小葉中心性粒状影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
	⑥円形無気肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	⑦胸膜腫瘍(中皮腫)疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
⑨その他の所見	<table 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) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)</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>d) 石灰化(胸膜プラーク以外)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影(炎症性結節など)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは( )内にご記載ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>				右		左		有	無	有	無	a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																	
	右		左																																																																																																																																																			
	有	無	有	無																																																																																																																																																		
a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
b) 肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
c) 肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
d) 石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
e) 結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
石綿読影による判定	<input type="checkbox"/> 異常なし(石綿関連疾患の所見なし) <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患の所見あり <input type="checkbox"/> 要経過観察(胸部X線検査による経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査) <input type="checkbox"/> 石綿関連疾患以外での要医療 追記事項(要医療にチェックされた場合は、必要な対応について詳細を記入してください)																																																																																																																																																					
記入日		読影医師氏名																																																																																																																																																				
読影実施機関名																																																																																																																																																						

比較読影の実施有無	<input type="checkbox"/> 有 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/>無</span> <input type="checkbox"/> 比較したCT画像の撮影日 ( 年 月 日 ) ↳ 比較読影結果 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり 追記事項 (変化ありにチェックされた場合は、特に詳細に記入してください) ( )
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 様式第 1 号

石綿読影の精度に係る調査事業  
精密検査における費用の償還払請求書

(提出先)  
東大阪市長 様

年 月 日

申請者兼請求者 (受診者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
(記名押印または署名)

昭和 \_\_\_\_\_  
生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号 \_\_\_\_\_

石綿読影の精度に係る調査事業において受診した精密検査における費用について請求します。

## (1) 精密検査受診医療機関及び受診年月日

精密検査受診医療機関	
受診年月日	年 月 日

## (2) 請求金額

請求金額	円
------	---

## (3) 振込先

振込指定口座	銀行・信用金庫 農協・信用組合					本店・支店 出張所					
	金融機関コード					店舗コード					
	預金種別	普通・当座			口座番号						
	(かな) 口座名義人		( )								

※医療機関発行の領収書、明細書を添付してください。添付がない場合はお支払いができません。

注意事項

- 1 振込指定口座は請求者（受診者）ご本人の口座を必ずご記入ください。
- 2 償還払いの対象は下の項目のみとなります。  
これ以外の費用についてはお支払いできませんのでご注意ください。

※精密検査費用のうち、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10～13】
- 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】

- (4) 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）

様式第 2 号

東大阪保健第 号  
年 月 日

様

東大阪市長  
(公 印 省 略)石綿読影の精度に係る調査事業  
精密検査における費用の償還払い額決定兼振込み通知

年 月 日付の石綿読影の精度に係る調査事業精密検査における費用の償還  
払請求について、下記の金額を決定し、指定口座に振込みいたしますので通知いたします。

記

償還払い確定金額 円  
振込予定日 年 月 日  
振込先

振込先金融機関／支店	預金種別	口座番号	口座名義人

※以下内訳

項目	金額
	合計

※該当振込先が存在しない等の理由により、振込処理が 2～3 日遅れる場合がございますので、その場合はご了承ください。

**【問合せ先】**  
東大阪市健康部保健所健康づくり課  
公害担当  
電話：  
FAX：

令和4年度環境省委託業務報告書  
令和4年度石綿読影の精度に係る調査（東大阪市）委託業務

令和5年3月15日

発注者 環境省大臣官房  
環境保健部環境保健企画管理課石綿健康被害対策室  
TEL : 03-3581-3351(内線 6387)  
E-mail ISHIWATA@env. go. jp

受託者 住所 大阪府東大阪市荒本北一丁目1番1号  
名称 東大阪市