

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（三郷町）

委託業務報告書

令和5年3月

三郷町

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	2
(エ) 石綿関連疾患の評価	2
a) 胸部エックス線検査画像の取り寄せ及び1次読影	2
(2) 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	2～8
(2) 参考資料	9～20

I. 委託業務の目的

石綿関連疾患患者数は今後も増加が予想されており、石綿による健康被害の早期発見、早期救済が課題である。環境省では、石綿検診（仮称）モデルの実施に伴う課題等を検討するため、「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」を実施し、令和2年3月には「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査の主な結果及び今後の考え方について（最終とりまとめ）」（石綿ばく露者の健康管理に関する検討会）が示され、一般住民については、既存検診の機会を利用して石綿関連疾患が発見できるような体制を整備することが望ましいとされた。

本業務である「石綿読影の精度に係る調査」（以下「読影調査」という。）は、既存検診の機会を活用して石綿関連疾患が発見できる体制の整備に資するため、石綿関連疾患の読影精度向上に向けた知見を収集することを目的に調査を行うものである。

II. 委託業務の実施場所

三郷町住民福祉部長寿健康課 等

III. 委託業務の実施期間

令和4年4月1日から令和5年3月10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。

- ①三郷町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

三郷町は、「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」の参加者に対して、個別通知を実施した。

（イ）受付、問合せ対応

三郷町は、窓口、電話、FAX等複数の手段によって、参加者の受付や問合せに対応した。参加者に対しては、インフォームドコンセントに注意し、読影調査の説明を行った上で、同意書（別添3）により同意を取った。

(ウ) 石綿ばく露の把握

三郷町は、「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4）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

三郷町は、参加者の胸部エックス線検査画像および検査結果を取り寄せた。

次に、三郷町は、別紙1のとおり委託し、上記画像について石綿関連疾患を念頭に置いた読影（以下「1次読影」という。）を行った。1次読影では、1次読影チェックシート（別添5）を用いて、画像所見等の有無や石綿読影による判定を行った。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。

三郷町は、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。

三郷町は、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、別紙2「精密検査にかかる費用負担について」に記載されている対象者や検査項目以外の精密検査費用については、本調査での費用負担はできない旨、十分説明した。

(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

三郷町は、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 健康支援三恵
住 所： 奈良県北葛城郡広陵町大字寺戸 621 番地 1

項 目	単 価 (税込み)
石綿に係る胸部画像読影	550 円
事務作業料	1,100 円
画像データ作成料	220 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	1	12.5%		0.0%	1	7.1%
50～59歳		0.0%	1	16.7%	1	7.1%
60～69歳	1	12.5%		0.0%	1	7.1%
70～79歳	4	50.0%	5	83.3%	9	64.3%
80～89歳	2	25.0%		0.0%	2	14.3%
90歳以上		0.0%		0.0%		0.0%
合計	8	100.0%	6	100.0%	14	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	3	37.5%	5	83.3%	8	57.1%
過去の喫煙者	5	62.5%	1	16.7%	6	42.9%
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	8	100.0%	6	100.0%	14	100.0%

※ ブリンクマン指数 = [1日当たりの喫煙本数] × [喫煙年数]

表3:参加者のばく露歴

(単位:人)

	男性		女性		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
職業ばく露	4	50.0%	0	0.0%	4	28.6%
家庭内ばく露	0	0.0%	1	16.7%	1	7.1%
施設立入等ばく露	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
環境ばく露・不明	1	12.5%	1	16.7%	2	14.3%
無回答	3	37.5%	4	66.7%	7	50.0%
合計	8	100.0%	6	100.0%	14	100.0%

表4:一次読影医について

No	主科	診療従事年数(年)
1	放射線専門医	38

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)	14
1次読影 実施者数	14 (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	14	0	1	1	1	9	2	0
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
①胸水貯留	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
③びまん性胸膜肥厚	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
⑥円形無気肺	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
⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜ブランクかつ⑤肺線維化所見あり	0	0	0	0	0	0	0	0

※ 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

表6:二次読影での所見口

1. 項目別人数

参加者数(石綿ばく露の把握者数)	14
1次読影 実施者数	14 (100%)
2次読影 実施者数	14 (100%)
うち 要精密検査者数	2 (14%)

2. X線検査

(単位:人)口

	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	14	0	1	1	1	9	2	0
石綿関連所見実人数	2	0	0	0	1	1	0	0
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク	1	0	0	0	1	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口

※ 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)口

	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	2	0	0	0	1	0	1	0
石綿関連所見(疑いを含む)実人数	1	0	0	0	1	0	0	0
①胸水貯留	0	0	0	0	0	0	0	0
②胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)	1	0	0	0	1	0	0	0
③びまん性胸膜肥厚	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
⑥円形無気肺	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
⑧肺門・縦隔リンパ節の腫大	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

※ 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口

※ 小数点以下第2位を四捨五入

三郷町役場長寿健康課

令和4年度 石綿読影の精度に係る調査について

環境省が平成27年度から実施してきた「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」が終了し、令和2年度から三郷町が実施する肺がん検診を利用して新たな調査を行っております。

※新たな調査とは…

呼吸器における医療を受ける必要のない方が、三郷町の肺がん検診（エックス線検査）を毎年受けることを前提とし、環境省が下記の2種類の調査を行います。

石綿読影の精度に係る調査

(1) 石綿読影の精度に係る調査

石綿関連疾患の有無について調べます。

【対象者】 石綿リスク調査・試行調査に参加され、希望される方が対象です。

(2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査

肺がん検診に加え、追加的な検査を行うことで疾患の早期発見につながるかを調べます。

【対象者】 対象者は環境省により選定されるため、石綿リスク調査・試行調査に参加された方全員が受けることができるわけではありません。

石綿読影の精度に係る調査を希望され、呼吸器における医療を受ける必要のない方・咳などの自覚症状がない方は、三郷町が実施する肺がん検診を受診して下さい。

肺がん検診で撮影された画像を用いて (1) 石綿読影の精度に係る調査 (2) 有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査 を行います。

※石綿読影の精度に係る調査の流れ・肺がん検診の受け方について、詳細は裏面をご覧ください。

【石綿読影の精度に係る調査の流れ】

① 三郷町が実施する肺がん検診を受けます。

	個別検診	集団検診	
実施場所	ヤマト健診クリニック	福祉保健センター	
受診方法 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> 注意！ </div>	長寿健康課窓口で受診票・同意書 調査票を受け取り、ヤマト健診クリ ニックへ予約して下さい。 (Tel 0745-32-8620) ※ご希望の方には必要書類を 郵 送します。 ※予約時、石綿読影の調査で あることをお伝え下さい。 <u>令和4年11月31日</u> までに 受けて下さい。	下記より検診日を選び、長寿健康課へ予約 して下さい。(Tel 0745-43-7426) ※予約時、石綿読影の調査であることを お伝え下さい。	
		肺がん検診実施日	
		5月12日(木)	受付時間 10:30～ 11:00
		6月21日(火)	
		9月2日(金)	
	10月5日(水)		
	11月13日(日)		
費用	無料		

② 肺がん検診の結果が出ます。

- ・ヤマト健診クリニックで受けた場合
ヤマト健診クリニックで結果をお聞きください。
- ・福祉保健センターで受けた場合
結果を郵送します。(検診結果通知には40日ほどかかります)



【環境省：石綿読影の精度に係る調査を実施】

③ 石綿読影の精度に係る調査結果を郵送します。(検診結果通知には2～3か月ほどかかります)

お問合せ・申し込み先

三郷町役場長寿健康課 (健康増進担当)

TEL 0745-43-7426

必ずお読み下さい！

～受付時間・受付方法が今までと変わっています～

肺がん検診(石綿読影の精度に係る調査)のご案内

1 日時 令和 4年11月13日(日)

2 受付時間 **午前10時30分～11時00分**

・番号札は**午前10時30分**から配布します。

(番号札は、福祉保健センター南側玄関(本庁前)で配布しています。)

・新型コロナウイルス感染症予防として密を避けるため、保健センター内の
人数を制限させていただきます。番号札配布時間(午前10時30分)前に
お越しいただいても保健センターの外でお待ちいただくこととなります。

必ず受付時間内にお越し下さい。

・番号札は**ご本人分**に限り、お取りいただけます。

3 実施場所 三郷町福祉保健センター

裏面もご覧ください

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。）及び三郷町が実施する「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、三郷町の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、その際に得られた検査画像データを比較読影に利用する場合があること
- 読影調査で「要精密検査」と判断され、精密検査を受診した場合、三郷町が受診先医療機関に診断結果等を照会し、情報を得ること。また精密検査の費用については、参加者本人に費用負担が発生する場合があること
- 読影調査に参加することによって、中皮腫等の石綿関連疾患について、必ず早期発見できるとは限らないこと
- 中皮腫等の石綿関連疾患を早期発見できた場合であっても、全てが予後の改善や完治につながるとは限らないこと
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、事務局及び三郷町において適正に管理・保管された上で、本調査において利用すること
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、読影調査の目的の範囲内の利用に加え、事務局による「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」や画像を活用した事例集の作成等、石綿ばく露者の健康管理対策のための事業において別途利用する場合があること
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、読影調査の目的の範囲内の利用に加え、法令上の措置に必要な範囲で、独立行政法人環境再生保全機構において利用する場合があること
- 読影調査で得られた結果を公表する場合は、個人が特定できないような形式で公表すること

三郷町長 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。

現在までに、大きな病気にかかったことはありますか。

 無 有 → 発症時の年齢 歳 、 病名

喫煙歴はありますか。

 無 有 → 歳頃～ 歳頃まで1日約 本家族や同僚で石綿関連疾患^{*}にかかった人や胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)を指摘されたことのある人はいますか。 無

※石綿関連疾患：中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚 等

 有 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) 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

()

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。

□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

		I D																																																																		
参加者氏名等	フリガナ氏名	(男・女)	生年月日	年	月	日 ()																																																														
読影画像	胸部X線 (撮影日 年 月 日)																																																																			
胸部X線 所見等	<p>石綿関連疾患を念頭に置いて読影してください。</p> <p>疑いの場合は「有」に、吸気不良や表示条件が悪い場合は「評価不能」にチェックしてください。</p> <table 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胸膜ブランク※注1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">石灰化の有無</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③びまん性胸膜肥厚※注2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">※有の場合</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1/2以上</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1/2~1/4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">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 style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>⑤肺線維化所見(不整形陰影)※注3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>※注1 胸部正面X線写真により胸膜ブラン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胸膜ブランク※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胸膜ブランク※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 style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">右</th> <th colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">左</th> </tr> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">有</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 線維化所見(じん肺Ⅰ型程度に満たない線維化所見)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化(胸膜ブランク以外)</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: 20px; 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) 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(胸膜ブランク以外)	<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(胸膜ブランク以外)	<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 ()					
----------	--	--	--	--	--	--

令和4年度 石綿読影の精度に係る調査

先日受けていただいた、令和4年度 石綿読影の精度に係る調査結果をお伝えします。

石綿読影による判定

- 精密検査不要
- 要精密検査（石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い）
- 要精密検査（その他）

何か不明な点があれば長寿健康課までご連絡下さい。

お問い合わせ先
三郷町役場長寿健康課
TEL 0745-43-7426

実施機関 環境省

令和4年度 石綿読影の精度に係る調査

先日受けていただいた、令和4年度 石綿読影の精度に係る調査結果をお伝えします。

石綿読影による判定

- 精密検査不要
- 要精密検査（その他）
- 要精密検査（石綿関連疾患疑い・呼吸器疾患疑い）

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。

精密検査を受診される際には、同封の主治医殿封筒と、同封の CD-R（胸部 X 線画像データ）をご持参ください。

詳細は、別添の「精密検査について」をご覧ください。

精密検査に係る費用については、同封の申請書で、後日三郷町保健センター窓口へ申請をしてください。

何か不明な点があれば長寿健康課までご連絡下さい。

お問い合わせ先

三郷町役場長寿健康課

TEL 0745-43-7426

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

医療機関御中

令和 年 月 日
 三郷町役場長寿健康課（健康増進担当）
 奈良県生駒郡三郷町勢野西1-2-1
 TEL 0745-43-7426

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	
住所	奈良県生駒郡三郷町	電話番号	
撮影日			
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 ○をしてください。	1 胸部X線 2 胸部CT検査 3 気管支鏡検査（気管支鏡下細胞診、気管支鏡生検） 4 その他の検査：検査（ ）
胸部CT 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（限局性の胸膜肥厚）	<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その他の所見 ()	<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。 ※胸膜肥厚や結核性所見はその他所見にチェックしてください。	
	1 <input type="checkbox"/> 異常なし 2 <input type="checkbox"/> 経過観察 3 <input type="checkbox"/> 要精密検査 4 <input type="checkbox"/> 要医療 (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 1 石綿関連疾患 <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 2 上記1以外の診断名	
	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下さい。）	

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

印

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(三郷町の肺がん検診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、三郷町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、または準じる診療情報提供書、およびCT画像データ:CDファイルにデータ化された状態)について提出いただくことができる場合に限りです。

精密検査の受け方について

1. 医療機関に問い合わせし、石綿読影の精度に係る調査の結果と主治医殿封筒、CD-R 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。
2. 病院の窓口で、保険証(該当するかた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. 一旦、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三郷町保健センター窓口で請求手続きに来所してください。

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精度(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 (要相談)	0742-46-6001	奈良市七条西町 2-897-5
奈良医療センター (要相談)	0742-45-4591	奈良市七条 2 丁目 789

三郷町役場 長寿健康課 0745-43-7426

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

別添10

令和 年 月 日

三郷町長 殿

申請者 住所 〒

氏名

印

電話番号

三郷町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、三郷町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の情報共有に同意します。

記

受診者	ふりがな			男・女
	氏名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	住所	三郷町		
実施医療機関		実施日	令和 年 月 日	
支払金額	_____ 円			
支給決定金額	_____ 円			

石綿読影の精度に係る精密検査自己負担相当額を下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名		支店名	本店 支店	預金 種別	普通預金 当座預金
口座番号	口座 名義人	ふりがな	

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（三郷町）委託業務

令和5年3月10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 奈良県生駒郡三郷町勢野西1-1-1
名称 三郷町