

令和5年度環境省委託業務報告書

令和5年度

石綿読影の精度に係る調査（奈良市）

委託業務報告書

令和6年3月

奈良市

## 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、問合せ対応	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
b) 精密検査	2
(オ) 会議等への参加	3
3. 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	3
V. 委託業務報告	4
1. 令和5年度石綿読影の精度に係る調査報告	4
2. 参考資料	8

## 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

奈良市健康医療部健康増進課

## III. 委託業務の実施期間

令和5年6月5日から令和6年3月27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 奈良市が実施する読影調査の内容を理解し、読影調査への協力を同意のあった者
- ② 奈良市が実施する肺がん検診の胸部エックス線検査画像を提供できた者
- ③ 奈良市が実施する肺がん検診の受診のあった者

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

参加者の募集に関して、奈良県が実施していた石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査の参加者で、奈良市が行う読影調査への参加を希望し、奈良県から奈良市への個人情報提供に同意のあった者に対し案内を送付した。また、奈良市が実施する肺がん検診の申し込みのあった者に対し、石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査についての広報文を掲載した封筒を用いて受診票を送付し、広報活動を行った。

##### (イ) 受付、問合せ対応

電話、FAX等複数の手段によって、参加者の受け付けや問い合わせに対応した。参加者に対しては、インフォームドコンセントに注意し、読影調査の説明を行った上で、同意書（別添1）により同意を得た。

(ウ) 石綿ばく露の把握

「エ. 石綿関連疾患の評価」を行う際の参考情報として、調査票（別添2）を用いて、参加者の石綿ばく露の状況を把握した。

(エ) 石綿関連疾患の評価

a) 胸部エックス線検査画像の取り寄せ及び1次読影

奈良市は、参加者の肺がん検診の胸部エックス線検査画像及び検査結果を取り寄せた。なお、肺がん検診の自己負担分に相当する額及び取り寄せ費用について、読影調査の委託費に含めた。

次に、奈良市は、一般社団法人奈良市医師会へ委託し、上記画像について石綿関連疾患を念頭に置いた読影（以下「1次読影」という。）を行った。1次読影では、1次読影チェックシート（別添3）を用いて、画像所見等の有無や石綿読影による判定を行った。なお、1次読影を行う際は、既存の胸部エックス線撮影日から極力間を空けず実施するよう努めた。

奈良市は、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。

奈良市は、1次読影の結果「要精密検査」と判定された者はいなかった。

また、奈良市は、1次読影で「精密検査不要」と判定された者に対して、事務局がおこなう胸部エックス線の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「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、本調査における費用負担はできない旨、十分説明した。

b) 精密検査

奈良市は、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際に、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画像読影医に胸部CT画像用読影チェックシート（別添4）に記載頂き、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検査画像及び胸部CT画像用読影チェックシート（別添4）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。

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

なお、奈良市は、精密検査の診断結果の取り寄せを行った際、別紙「精密検査にかかる費用負担について」に掲げる費用について、読影調査の委託費で負担した。ただし、奈良市は、上記自己負担分の費用を支払った際には、支払った内容について独立行政法人環境再生保全機構と情報共有を行った。

奈良市は、事務局が行う胸部CT検査画像2次読影の結果、胸部CT検査画像1次読影医と異なる所見となった場合であって、医療の介入が必要と2次読影医が判断したときは、

胸部CT検査画像1次読影医に環境省からの通知を送付した。

(オ) 会議等への参加

令和6年1月26日 WEB 開催の「令和5年度石綿読影の制度確保等調査関係自治体連絡会議」に参加した。

3. 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

奈良市は、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。

V. 委託業務報告

1. 令和5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12のとおり

別紙のとおり

## 令和5年度 石綿読影の精度に係る調査報告

表1:参加者の年齢階層別人数

(単位:人)

	男性		女性		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40歳未満		0.0%		0.0%		0.0%
40～49歳		0.0%		0.0%		0.0%
50～59歳		0.0%		0.0%		0.0%
60～69歳	1	33.3%	4	100.0%	5	71.4%
70～79歳	1	33.3%		0.0%	1	14.3%
80～89歳	1	33.3%		0.0%	1	14.3%
90歳以上		0.0%		0.0%		0.0%
合計	3	100.0%	4	100.0%	7	100.0%

表2:参加者の喫煙歴等

(単位:人)

	男性		女性		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
非喫煙者		0.0%	4	100.0%	4	57.1%
過去の喫煙者	3	100.0%		0.0%	3	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	3	100.0%	4	100.0%	7	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	1	33.3%	0	0.0%	1	14.3%
家庭内ばく露	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
施設立入等ばく露	0	0.0%	1	25.0%	1	14.3%
環境ばく露・不明	2	66.7%	1	25.0%	3	42.9%
無回答	0	0.0%	2	50.0%	2	28.6%
合計	3	100.0%	4	100.0%	7	100.0%

表4:一次読影医について

No	主科	診療従事年数(年)
1	内科放射線科	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)	7
1次読影 実施者数	7 ( 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	7	0	0	0	5	1	1	0
石綿関連所見実人数	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)	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	2	0	0	0	1	0	1	0

※ ①~⑤で複数の所見が出た者は全て計上している。①~⑤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胸膜プラーク(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□

※ 小数点以下第2位を四捨五入

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)	7
1次読影 実施者数	7 ( 100% )
2次読影 実施者数	7 ( 100% )
うち 要精密検査者数	1 ( 14% )

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	7	0	0	0	5	1	1	0
石綿関連所見実人数	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	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	0	1	0

※ ①～⑤で複数の所見が出た者は全て計上している。①～⑤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	0	1	0
石綿関連所見(疑いを含む)実人数	1	0	0	0	0	0	1	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)	1	0	0	0	0	0	1	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)	1	0	0	0	0	0	1	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胸膜ブランク且つ⑤肺線維化所見あり	1	0	0	0	0	0	1	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

(様式 1)

## 奈良市石綿読影の精度に係る調査同意書

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

## 【同意いただきたい事項】

- 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奈良市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、奈良市が実施する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、奈良市が受診先医療機関に診断結果等を照会し、情報を得ること。また精密検査の費用については、参加者本人に費用負担が発生する場合があること
- 転居・病気等で調査に参加できず音信不通になった場合、奈良市が居住情報等について、住民基本台帳などの行政が保有する情報を利用し、現況確認する場合があること
- 読影調査にとって必要な場合は、奈良市が医療機関等に検査結果や受診状況等を照会し、情報を得ること
- 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
- 呼吸器などに症状が現れた場合は、読影調査の結果に関わらず、速やかに医療機関を受診すること
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、事務局及び奈良市において適正に管理・保管された上で、本調査において利用すること
- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、読影調査の目的の範囲内の利用に加え、事務局による「有所見者の疾患の早期発見可能性に関する調査」や画像を活用した事例集の作成等、石綿ばく露者の健康管理対策のための事業において別途利用する場合があること

- 読影調査で得られた情報（個人情報や画像を含む。）は、読影調査の目的の範囲内の利用に加え、法令上の措置に必要な範囲で、独立行政法人環境再生保全機構において利用する場合があります
- 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

(宛先) 奈良市長

年 月 日

(同意者)

署 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	
ふりがな	記入日	年	月 日
氏名	生年月日	年	月 日 ( 歳)
現住所	〒 —	性別	男 ・ 女
		連絡先	( ) —

※あてはまる□に✓印をつけ、必要事項を記入してください。

<p>現在までに、大きな病気にかかったことはありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 発症時の年齢 歳 、 病名 _____
<p>喫煙歴はありますか。</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → _____ 歳頃～ _____ 歳頃まで 1 日約 _____ 本
<p>家族や同僚で石綿関連疾患*にかかった人や胸膜プラーク（胸膜肥厚斑）を指摘されたことのある人はいますか。  <small>*石綿関連疾患：中皮腫・肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚 等</small></p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> わからない

<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。

--

石綿読影の精度に係る調査 1次読影チェックシート

		ID																																																																	
参加者氏名等	ふりがな 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>                  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<sup>※注1</sup></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<sup>※注2</sup></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 colspan="3"><input type="checkbox"/> 1/2以上 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4未満</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 1/2以上 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 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)<sup>※注3</sup></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 <sup>※注1</sup>	<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 <sup>※注2</sup>	<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・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) <sup>※注3</sup>	<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 <sup>※注1</sup>	<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 <sup>※注2</sup>	<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・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) <sup>※注3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
その他の所見	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) 胸膜肥厚 (胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) 肺野の炎症後変化</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) 線維化所見 (じん肺I型程度に満たない線維化所見)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) 石灰化 (胸膜プラーク以外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) 結節・粒状影 (炎症性結節など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記に該当しないものは ( ) 内にご記載ください。                  { }</p>						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) <input type="checkbox"/> 要精密検査 (呼吸器疾患疑い・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 ( )				

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	<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。						
		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
	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		右		左			
		有	無	有	無		
a)	胸膜肥厚(胸膜炎後、肺尖部の胸膜肥厚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b)	肺野の炎症後変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c)	肺線維化所見(胸膜プラーク(-)で網状影、蜂巣肺など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d)	石灰化(胸膜プラーク以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e)	結節・粒状影(炎症性結節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	上記に該当しないものは( )内にご記載ください。						
	( )						
石綿読影による 判定	<input type="checkbox"/> 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線検査を主とし、必要に応じCT検査) <input type="checkbox"/> 要医療(医療によるCTでの経過観察) <input type="checkbox"/> 要医療(要精密検査)						
	<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、病変部位や必要な対応について記入してください)						
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		<input type="checkbox"/> 無				
	<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)						
	( )						

令和5年度

別添5

## 石綿読影の精度に係る調査のご案内

### —奈良市の肺がん検診について—

#### ●対象の方●

- ◆「奈良市石綿読影の精度に係る調査同意書」に同意いただける方
- ◆石綿の健康リスク調査または石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査に参加されていた方
- ◆奈良市が実施する肺がん検診で撮影した胸部エックス線検査画像を提供できる方
- ◆下記①②に該当しない方
  - ①呼吸器疾患で医療機関を受診中の方
  - ②呼吸器疾患の疑いで医療機関を受診する必要がある方（検診等において要精密検査とされている方など）

#### ●調査の流れ●

- ①健康増進課へお申込み
  - ※石綿読影の精度に係る調査参加希望とお申し出ください
- ②肺がん検診（問診、胸部エックス線検査）受診
- ③胸部エックス線検査画像の読影（奈良市及び環境省）
  - ※2名以上の医師による
- ④読影結果のお知らせ

#### 申込方法

ならしみんだより及び奈良市ホームページにて肺がん検診の日程をご確認のうえ、電話・FAX・インターネットでお申込みください。

【お問合せ】 奈良市健康増進課 検診推進係

TEL 0742-34-5129

FAX 0742-34-3145

### 検診の日程

#### 9月検診日程表(8月号しみんだよりに掲載)

- ・電話での申込期間は、8月1日8時30分～18日17時15分です。
- ・同封の書類でのお申し込みは、7月中も受付けてきます。
- ・定員になり次第、各会場受付を終了させていただきます。

#### 胃がん・肺がんセット検診

日	曜日	実施場所	受付時間	定員
6	水	西部図書館	午前9:45～10:15	10人
			午前10:15～10:45	10人
8	金	はぐくみセンター	午前8:45～9:45	33人
11	月	北部出張所	午前9:15～9:45	10人
			午前9:45～10:15	10人
12	火	登美ヶ丘公民館	午前9:30～10:30	26人
13	水	はぐくみセンター	午前8:45～9:45	33人
15	金	西部生涯スポーツセンタークラブハウス	午前9:15～10:15	27人
19	火	はぐくみセンター	午前8:45～9:45	33人
20	水	コープおしくま	午前9:15～10:15	27人
21	木	富雄南公民館	午前9:15～10:15	27人
22	金	はぐくみセンター	午前8:45～9:45	33人

#### 肺がん検診

日	曜日	実施場所	受付時間	定員
8	金	コープおしくま	午後2:00～3:00	40人
15	金	はぐくみセンター	午後2:00～3:00	60人

※電話で申し込みされる時は、「石綿調査の案内」が来ていますとお伝えください。

※石綿調査にご協力いただける方は、令和5年11月末までに肺がん検診を受診いただきますようお願いいたします。

※胃がん肺がん検診をお申し込みいただくと、受診票が届きます。

※10月の検診日程と申込は、9月号しみんだよりにて、ご確認ください。

※11月の検診日程と申込は、10月号しみんだよりにて、ご確認ください。

▼胃がん検診…胃部エックス線検査(当日バリウムを飲みます)

▼肺がん検診…胸部エックス線検査(結核の判定も含まれます)

▼費用…胃・肺セット1500円(胃のみ1000円、肺のみ500円)  
肺がん検診500円

肺がん検診の間診の結果、喀痰検査実施の場合、600円の加算(別途送料が必要な場合あり)

\*生活保護世帯・市区町村民税非課税世帯の人は無料。  
申込時にお申し出ください。

▼対象外…胃・肺・腸等の病気で現在治療中または過去に手術を受けたことがある人(詳細は健康増進課に問合せ)  
検診は年度中1回限り。

▼問合せ…健康増進課(TEL34-5129 FAX34-3145)

## 9月胃がん・肺がん検診申込書

氏名	
住所	
電話番号	

### 胃がん・肺がんセット検診(9月)

- ・第1希望から第3希望までご記入ください。(①、②、③とご記入ください。)
- ・定員になり次第、各会場受付を終了させていただきます。

日	曜日	実施場所	受付時間	胃・肺セット検診	肺がん検診のみ
6	水	西部図書館	午前9:45~10:15 午前10:15~10:45		
8	金	はぐくみセンター	午前8:45~9:45		
11	月	北部出張所	午前9:15~9:45 午前9:45~10:15		
12	火	登美ヶ丘公民館	午前9:30~10:30		
13	水	はぐくみセンター	午前8:45~9:45		
15	金	西部生涯スポーツセンター タークラブハウス	午前9:15~10:15		
19	火	はぐくみセンター	午前8:45~9:45		
20	水	コープおしくま	午前9:15~10:15		
21	木	富雄南公民館	午前9:15~10:15		
22	金	はぐくみセンター	午前8:45~9:45		

### 肺がん検診

日	曜日	実施場所	受付時間	肺がん検診
8	金	コープおしくま	午後2:00~3:00	
15	金	はぐくみセンター	午後2:00~3:00	

※同封の返信用封筒を使い、8月10日までに投函してください。

【問合せ】 奈良市健康増進課

(TEL) 0742-34-5129 (FAX) 0742-34-3145

令和 年 月 日

〒「郵便番号」

奈良市「住所（住所日本語）」

「漢字氏名（通称名優先）」様

奈良市健康増進課長

石綿読影の精度に係る調査結果通知書

先日受診されました石綿読影の精度に係る調査の結果を通知いたします。

肺がん検診受診日	《肺がん検診受診日》
読影結果	《精密検査不要》又は《要精密検査》 （要精密検査の場合、《石綿関連疾患疑い》《呼吸器疾患疑い》《その他》のいずれか記載）

**必ずお読みください**

今回の結果は以上のとおりとなりましたが、所見が認められなかった方も含め、何かお体に異常を感じた場合は、医療機関に受診するようお願いいたします（保険診療）。

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、石綿ばく露歴があることを必ず医師へ伝えてください。

また、肺がんの最大の要因は喫煙であり、喫煙と石綿ばく露の両方を受けると、肺がんの危険性は相乗的に高くなると知られています。喫煙も石綿ばく露もない人の肺がんの危険性を1とすると、喫煙者は約10倍、石綿ばく露者は約5倍、喫煙をする石綿ばく露者は約50倍とする報告があります。肺がん発生の危険性を減らすために、禁煙しましょう。

万が一、中皮腫・石綿が原因の肺がん等を発症された場合は、石綿健康被害救済制度が適用される場合があります。申請・相談は、石綿救済相談ダイヤル（電話番号 0120-389-931）、奈良市保健所保健衛生課（電話番号 0742-93-8395）にご相談ください。

なお、石綿ばく露作業に従事していたことがある方については、労災補償制度や健康管理手帳制度の対象となる場合があります。下記の窓口にご相談ください。

労災補償制度のお問い合わせ先・・・奈良労働局労災補償課（0742-32-0207）

健康管理手帳制度のお問い合わせ先・・・奈良労働局健康安全課（0742-32-0205）

事務担当：奈良市健康増進課検診推進係

電話：0742-34-5129

F A X：0742-34-3145

## 石綿読影の精度に係る調査自己負担金還付申請について

石綿読影の精度に係る調査にて肺がん検診（胸部エックス線検査）を受診された方は、肺がん検診（胸部エックス線検査）の自己負担金の還付申請ができます。喀痰検査は還付の対象外です。

### 提出書類

- ①【石綿読影の精度に係る調査自己負担金還付申請書兼請求書（第1号様式）】
- ②肺がん検診領収書（写し可）

### 申請方法

上記①及び②を健康増進課に提出（郵送可）してください。  
申請内容を審査後、後日ご指定の金融機関の口座に500円（自己負担金）をお振込みします。  
（市役所本庁舎内の健康増進課分室では手続きできませんのでご注意ください。）

申請期限 令和6年1月31日

お問合せ先  
〒630-8122  
奈良市三条本町13番1号  
奈良市健康増進課 検診推進係  
TEL 0742-34-5129  
FAX 0742-34-3145

- ◎ 肺がん検診を受診した方は、この用紙（第1号様式）をご使用ください。
- ◎ この用紙は、下段記載の書類とともに直接健康増進課にご提出（郵送可）ください。

**石綿読影の精度に係る調査自己負担金還付申請書兼請求書（第1号様式）**

令和 年 月 日

（宛先）奈良市長  
私は、下記のとおり石綿読影の精度に係る調査事業に同意し、肺がん検診を受診済のため、胸部エックス線検査の自己負担金の還付を申請します。

申請者住所	奈良市
ふりがな	
申請者氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	

肺がん検診	受診日（令和 年 月 日）
	実施会場名（ ）
石綿読影の精度に係る調査への参加同意書	提出 済 ・ 未

**金 500円也**

表記のとおり請求します。下記の金融機関に振り込んでください。

銀行 農協 信金	預金種別	口座番号（右詰め）
	普通（総合）・当座	
本店 支店 出張所	店番	カナ（必ず記入）
	口座名義人	

※ ゆうちょ銀行の場合は、必ず店番をご記入ください。  
※ 申請者以外の口座名義の金融機関に振り込む場合には、委任状兼口座振込依頼書が必要ですので、下記にご記入ください。

**委任状兼口座振込依頼書**

（宛先）奈良市長

私が受け取るべき石綿読影の精度に係る調査自己負担還付金については、下記の受任者に受領を委任しますので、受任者の金融機関の口座へ振込みして下さるよう依頼します。

令和 年 月 日

委任者（申請者）	住所
	氏名
受任者（口座名義人）	住所
	氏名

（委任者がすべて自署してください。）

※肺がん検診領収書（写し可）を裏面に貼付してください。

【お問い合わせ・送付先】 **奈良市 健康増進課 検診推進係**  
〒630-8122 奈良市三条本町13番1号 TEL0742-34-5129

※肺がん検診領収書（写し可）を貼付

## 石綿読影の精度に係る調査自己負担金還付申請について

石綿読影の精度に係る調査の精密検査にて CT 検査を受けられた方は、CT 検査に係る費用のうち自己負担金の還付申請ができます。（CT 検査に係る費用以外の精密検査費用については、還付申請できません。）

### 提出書類

- ①【石綿読影の精度に係る調査自己負担金還付申請書兼請求書（第 2 号様式）】
- ②精密検査の CT 検査の領収書（写し可）
- ③精密検査の CT 検査の明細書（写し可）

### 申請方法

上記①～③を健康増進課に提出（郵送可）してください。  
申請内容を審査後、後日ご指定の金融機関の口座にお振込みします。  
（市役所本庁舎内の健康増進課分室では手続きできませんのでご注意ください。）

申請期限 精密検査受診後できるだけ速やかに申請してください。

お問合せ先  
〒630-8122  
奈良市三条本町 13 番 1 号  
奈良市健康増進課 検診推進係  
TEL 0742-34-5129  
FAX 0742-34-3145

- ◎ 精密検査でCT検査を実施された方は、この用紙（第2号様式）をご使用ください。  
 ◎ この用紙は、下段記載の書類とともに直接健康増進課にご提出（郵送可）ください。  
 ◎ この用紙は、医療機関には提出できません。

## 石綿読影の精度に係る調査自己負担金還付申請書兼請求書（第2号様式）

令和 年 月 日

（宛先）奈良市長

私は、下記のとおり石綿読影の精度に係る調査事業に同意し、肺がん検診受診後の精密検査のCT検査に係る自己負担金の還付を申請します。

申請者住所	奈良市
ふりがな	
申請者氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	

精密検査	受診日（令和 年 月 日） 精密検査受診医療機関（ ）
石綿読影の精度に係る調査への参加同意書	提出 済 ・ 未

金 円也

表記のとおり請求します。下記の金融機関に振り込んでください。

銀行 農協 信金		預金種別 普通（総合）・当座	口座番号（右詰め）			
本店 支店 出張所	店番	カナ（必ず記入） 口座名義人				

※ゆうちょ銀行の場合は、必ず店番をご記入ください。

※申請者以外の口座名義の金融機関に振り込む場合には、委任状兼口座振込依頼書が必要ですので、下記にご記入ください。

## 委任状兼口座振込依頼書

（宛先）奈良市長

私が受け取るべき石綿読影の精度に係る調査自己負担還付金については、下記の受任者に受領を委任しますので、受任者の金融機関の口座へ振込みして下さるよう依頼します。

令和 年 月 日

委任者（申請者） 住所

氏名

受任者（口座名義人） 住所

氏名

（委任者がすべて自署してください。）

※精密検査のCT検査の領収書及び明細書（写し可）を裏面に貼付してください。

【お問い合わせ・送付先】 奈良市 健康増進課 検診推進係  
 〒630-8122 奈良市三条本町13番1号 TEL0742-34-5129

※精密検査のCT検査の領収書及び明細書（写し可）を貼付

## 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10～13】

イ. 再診料【A001 注1～3、及び注15～17】

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5年度環境省委託業務報告書

令和5年度石綿読影の精度に係る調査（奈良市）委託業務

令和6年3月27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 奈良市三条本町13番1号  
名称 奈良市健康医療部健康増進課  
TEL：0742-34-5129