

令和3年度 第1回加古川市石綿関連疾患健康・心理相談部会 次第  
日時：令和3年4月6日（火）18:00～ 場所：加古川市民会館大会議室

1. 開 会    2. あいさつ    3. 配布資料確認 資料1～資料10  
4. 議 題

(1)健康・心理相談の体制（資料1 健康相談・心理相談希望申込書）

- ・初年度は年4回（6月上旬、7月末、11月、3月）次年度以降年2回か？
- ・医師1名、公認心理士（臨床心理士）等1名の体制で実施
- ・開催日は、今年5月発送のアスベスト対策委員会ニュース・WEBで周知
- ・希望申込書は、ニュースに同封。WEBからダウンロード（?）。
- ・相談申し込み先（加古川市と外部設置 2か所か1か所か・  
2か所とするのは相談すること自体市に知られたくない方向け）
- ・開催場所 公的・他の理由で利用する場所 福祉センター等複合施設会議室
- ・基本的に医師と臨床心理士の個人メモとし、市に記録・記録簿として残していない自治体多い。（市職員からの漏洩を恐れる市民が過去にはおおかつたため）

(2)希望者アスベスト読影事業 レントゲン写真・CT写真読影希望者への対応

- ・学校や会社、症状があり受診した生徒・職員・（町民）が希望する場合に、希望者が持参した胸部X線写真・CT写真を読影する事業である（資料2）。
- ・2021年から2030年までの読影は加古川市が主催するアスベスト健診ではない。（潜伏期10年から、アスベスト関連疾患は加古川市のばくろではないと説明）
- ・10台の中学生に不要なX線撮影は、X線ばく露リスクを増加させる点も説明
- ・読影希望者への周知 5月アスベスト対策委員会ニュース・WEBで周知
- ・市営繕課が電話で把握 市民からの電話依頼相談票（内部）
- ・読影締め切りは7月10日予定
- ・7月末～8月土曜（7月24日、31日等） 13時～15時 健康相談・心理相談
- ・同日に読影会 15時～15時30分（健康相談担当医は最後に参加）
- ・同日に読影会 15時30分～16時30分 健康相談・心理部会開催
- ・資料2 ～・資料10

5. その他

6. 閉 会

資料1 健康管理・心理相談希望申込書	資料2 2021年度希望者アスベスト読影事業
資料3 加古川市検診補償フローチャート	資料4 加古川市複写依頼同意書○
資料5 医療機関への依頼文案	資料6 胸部X線医師読影票
資料7 読影結果通知（所見なし）	資料8 読影結果通知（異常あり）○
資料9 医師CT読影票	資料10 CT結果通知票

加古川市石綿飛散事案対策委員会事務局 行き  
 (Eメール： )  
 (FAX： )

石綿関連疾患健康対策  
**健康相談・心理相談希望申込書**  
 (申込期限：令和3年 月 日( ))

令和 年 月 日

申込者氏名	電話番号：	
	(対象児童生徒氏名： )	
申込相談区分	希望する相談区分をチェックしてください。(複数可) <input type="checkbox"/> 健康リスク相談 <input type="checkbox"/> 心理相談	
相談希望日時	希望する時間をチェックしてください。(複数可)	
	令和3年 月 日(土)	●相談員：名取委員・森永委員 ●場所： 1階 第1会議室、応接室  <input type="checkbox"/> 午後1時～2時 <input type="checkbox"/> 午後2時～3時
希望連絡方法	相談日時が決まったときの希望連絡方法をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 電話 (希望時間： ) <input type="checkbox"/> FAX (FAX番号： ) <input type="checkbox"/> Eメール (アドレス： )	
相談事項	事前に知らせておきたいことがありましたらご記入ください。	

※中皮腫・じん肺・アスベストセンターに提出いただいても構いません。  
 (Eメール：info@asbestos-center.jp)  
 (FAX：03-3683-9766)

※相談日当日の緊急連絡(キャンセル、時間変更等)は、事務局(電話 )  
 までお願いします。

## 2021年度以降の希望者アスベスト読影事業（案）

### （1）希望者アスベスト XP/CT 読影事業

#### ① 健康相談・心理部会と対象者個人への通知

（ア）部会は、最低年1回開催し、読影希望者から提出された当該年の会社の定期健診時胸部 X 線写真（CR,DR）、又は当該年に受診した医療機関の胸部 X 線写真（CR,DR）・CT 写真の読影を行い、アスベスト関連疾患等の有無を判定する。

（イ）部会は、読影した結果を読影後1か月以内に、加古川市を通じて対象者に対し書面で通知する。

（ウ）胸膜プラーク又は肺がん等のアスベスト関連疾患が疑われ、提供された胸部 CT 写真は、緊急判定部会で読影と判定を行い、読影後1か月以内に、加古川市を通じて対象者に対し書面で通知する。

（エ）アスベスト関連疾患発症の報告が加古川市の担当課等に寄せられた場合、緊急判定部会を開催し、胸部 XP・CT 写真の読影等を行うとともに、対象者に対する詳細な相談又は聴き取り等を速やかに実施する。この場合の通知や判断等は、今後の当部会・委員会の検討と議決に委ねる。

#### ② 精密検査必要な場合の胸部 CT 実施機関

（ア）胸部 XP 写真で胸膜プラーク等のアスベスト関連疾患が疑われた希望者の胸部 CT 写真の撮影は、指定医療機関（加古川市が指定した CT 撮影委託機関）で実施する。

（イ）読影した結果については、読影後1か月以内に、加古川市を通じて対象者に対し書面で通知する。

#### ③ 希望者アスベスト読影事業の結果、リスク相談及び心理相談

健康相談・心理部会の医師に対するアスベスト関連疾患に関する相談、またはアスベスト関連疾患発症のリスク等に関する相談を希望する者がいる場合には、健康相談会で、1名の医師が個別の説明を実施する。

同様に、心理相談を希望する者がいる場合には、健康相談・心理部会の臨床心理士・公認心理士等による相談会を実施する。

## (2) 希望者アスベスト読影事業にかかる必要経費の費用負担

### ①

希望者アスベスト読影事業を受けることを望む生徒及び職員らの対象者が、希望者アスベスト読影事業を受診した場合には、この受診に伴い対象者が受けた損失について加古川市が費用負担することが望ましい。

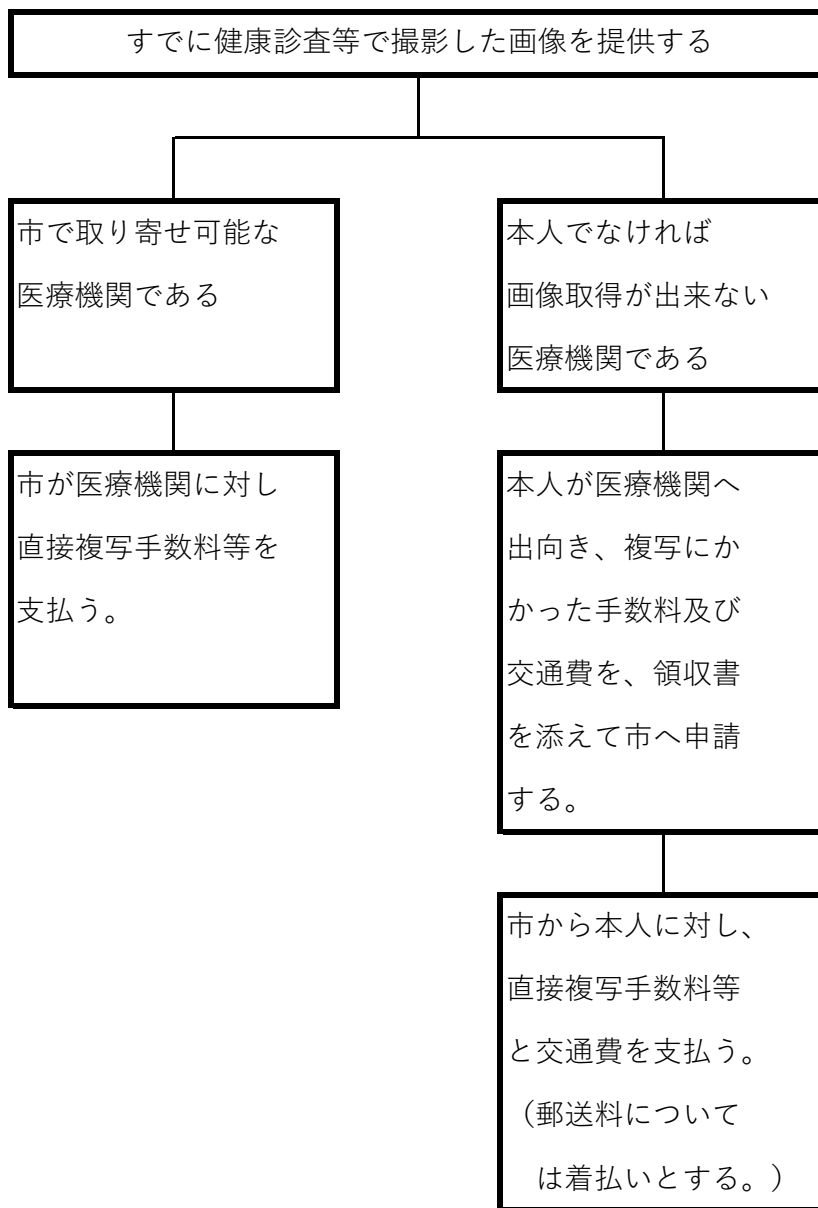
これは、対象者が希望者アスベスト読影事業を受診することにより、アスベスト関連疾患の発症に早期に気づき対処することが可能となり、加古川市としても、損害を最小化することが可能となるためである。

他病の検査等のために医療機関を受診し、その際に撮影された胸部 X 線写真を提供する場合、あるいは会社等の定期健診において撮影された胸部 X 線写真を提供する場合には、加古川市は受診費用は負担せず、加古川市が胸部 X 線写真を取得するために要した費用のみを、加古川市が負担することが望ましい。

### ② 希望者アスベスト読影事業にかかる費用負担フローチャート

以上の費用負担内容等について、図のとおり整理する。

フローチャート



加古川市石綿関連疾患健康・心理相談部会

## 胸部エックス線等複写依頼同意書(案)

(医療機関等の長)

私は、\_\_\_\_\_年に受診した定期健康診断、総合健診（人間ドック）、肺がん検診又は、診療において撮影した胸部エックス線や胸部CT等の画像の複写について、加古川市が貴施設に照会があった場合に、複写・取り寄せする事について同意します。

また、手続きに係る私の個人情報について、加古川市が目的に沿って利用することに同意します。

住 所	
ふりがな 氏 名	
生年月日	西暦                      年                      月                      日

\*氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

撮影日	西暦                      年                      月                      日
-----	---

同意内容	1. 胸部エックス線又は胸部CTの画像の複写作成依頼 (CD-R等の記録媒体) 2. 上記記録媒体の、取寄せに伴う手続き
------	--

以 上

【資料5】

令和 3年 月 日

医療機関 様

加古川市石綿関連疾患

健康・心理相談部会 部会長

名取 雄司

加古川市 建設部 部長

中務 裕文

胸部レントゲン写真の提供について(依頼)

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、令和2年8月に加古川市立別府中学校において、外壁一部撤去工事中にアスベストを飛散させ、生徒がばく露するという事故が発生しました。これを受け加古川市では、ばく露を受けた生徒・教職員の将来に渡る健康対策を検討するため、加古川市石綿飛散事案対策委員会(以下「対策委員会」という。)を設置しているところです。

対策委員会では、生徒・教職員が希望する場合に、健康診断等で実施した胸部レントゲン写真を読影し、将来に渡って保管することといたしました。

つきましては、別添承諾書のとおり同意を得た対象者の胸部レントゲン写真・CT 写真をCD-ROMで提供していただきたく、ご配慮お願い申し上げます。なお、CD-ROM作成手数料については、加古川市にご請求ください。詳しくは下記までお問合せください。

〒675-8501 加古川市加古川町北在家

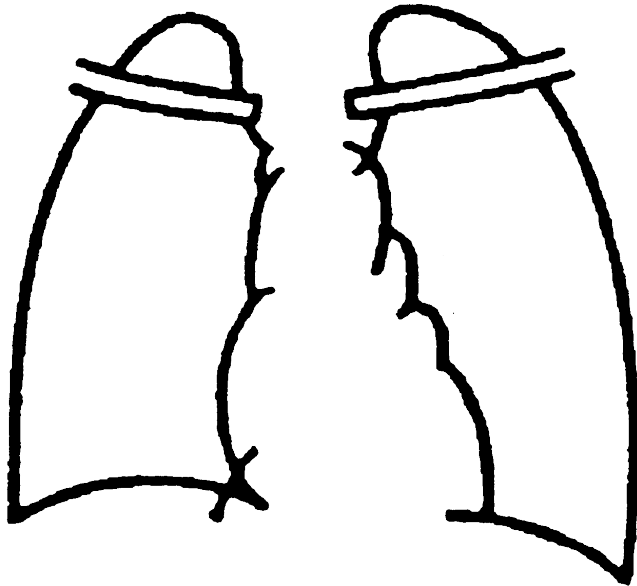
2000 番地

加古川市建設部営繕課

担当：〇〇、〇〇、〇〇

## 胸部X線写真読影票

加古川市石綿関連疾患健康・心理相談部会

整理番号	RO-O	写真番号	
氏名	OO OO		
住所	加古川市		
生年月日	平成 年 月 日		
撮影年月日	令和 年 月 日		
読影年月日	令和 年 月 日		
撮影方法	直接 ・ 間接 ・ CR		
所見			
読影者	<input type="checkbox"/> 名取 雄司 <input type="checkbox"/> 水嶋 潔 <input type="checkbox"/> 西馬 照明 <input type="checkbox"/>		



(所見なしの場合)【資料7】

胸部X線写真の読影結果について

氏名                                      様  
住所    加古川市〇〇町〇 - 〇  
生年月日 平成〇年〇月〇日生 (〇)

ご提出いただいた胸部X線写真を読影しましたが、特に異常な所見はありませんでした。

令和〇年〇月     日

加古川市石綿飛散事案対策委員会  
健康・心理相談部会長 名取雄司

(異常ありの場合)【資料8】

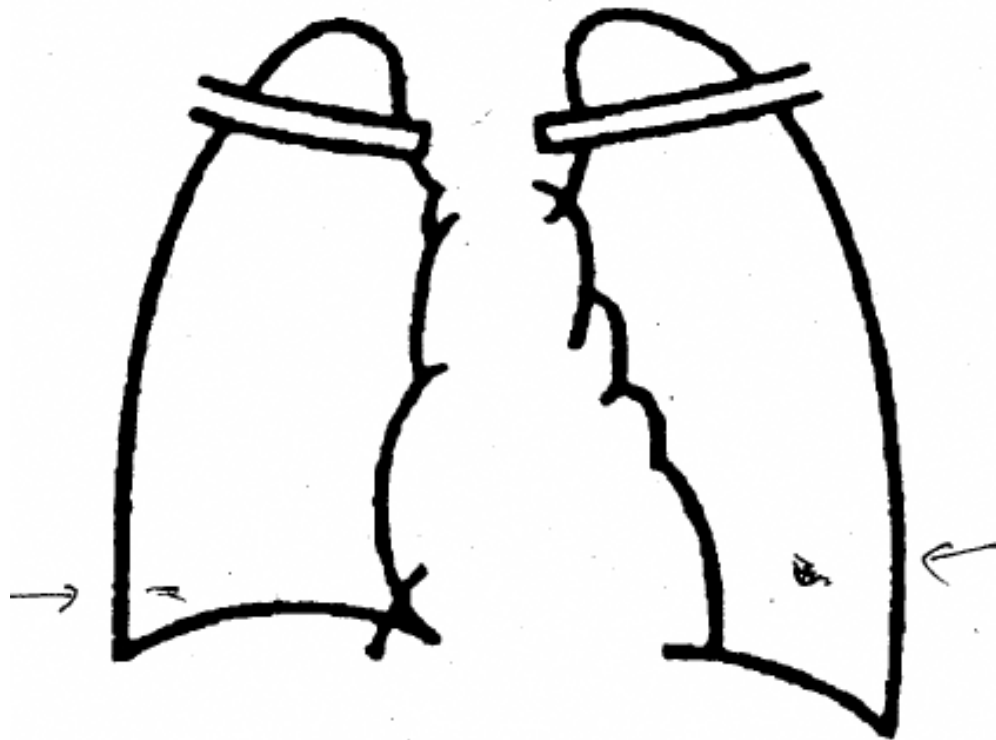
胸部X線写真の読影結果について

氏名 ○○子様

住所 加古川市○○2-○-

生年月日 平成○年○月○日生 (○)

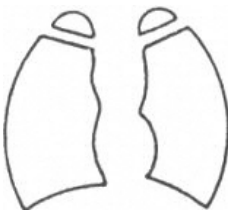
肺炎の跡等の他疾患が疑われますが、念のためCTの撮影を推奨いたします。



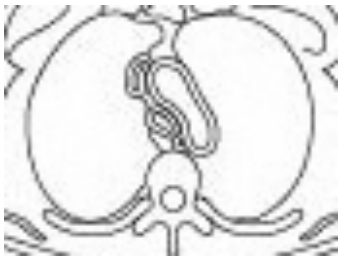
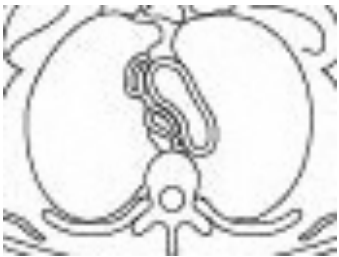
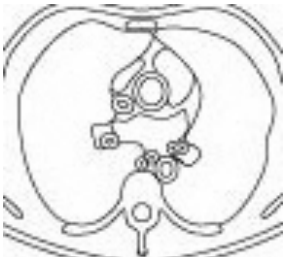

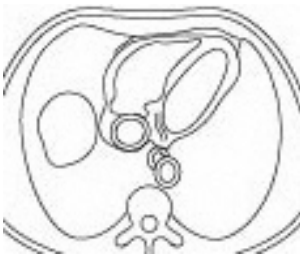
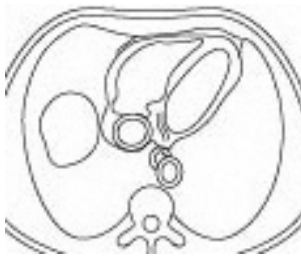
令和3年○月 日

加古川市石綿飛散事案対策委員会

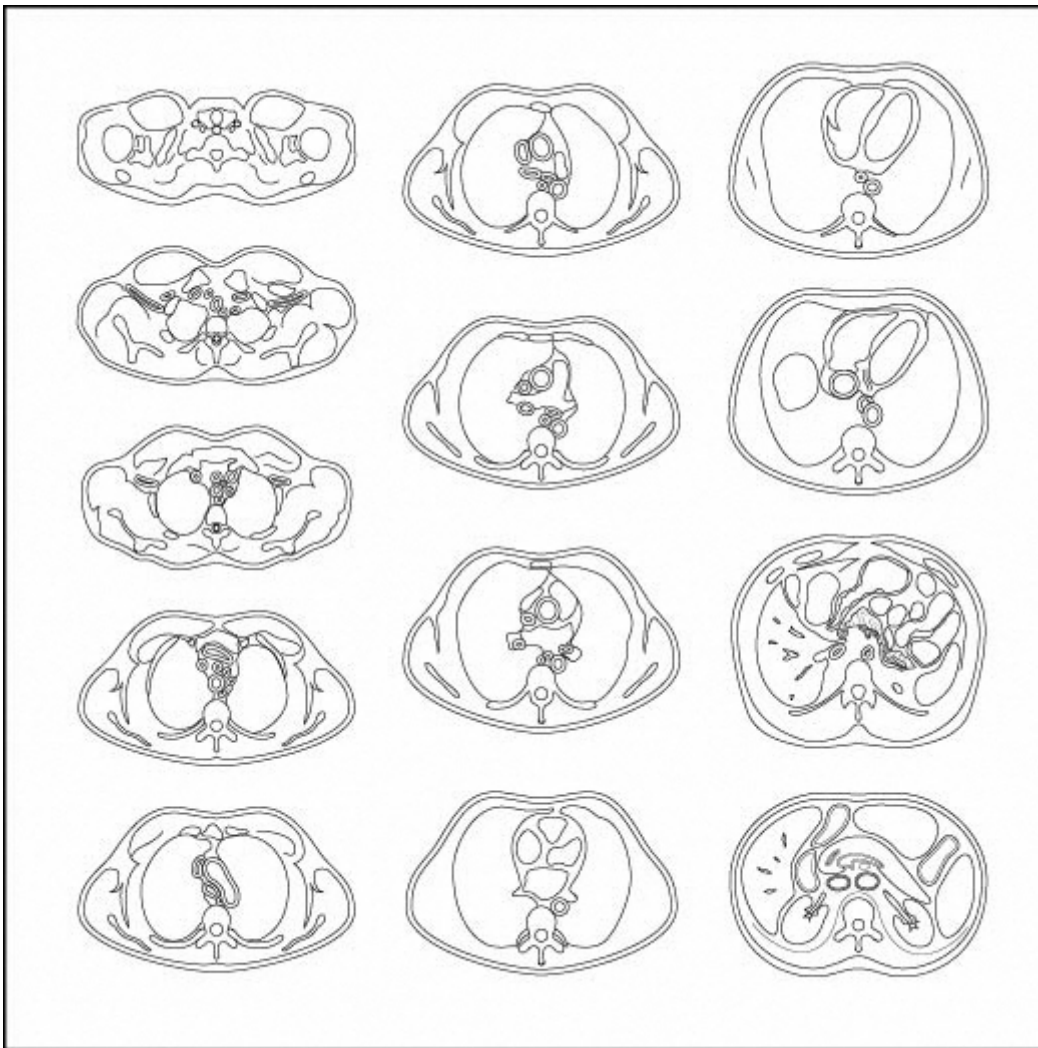
健康・心理相談部会長 名取 雄司

読影者		(胸部 X-P) 
読影日		
患者氏名		
胸部 CT 撮影日		
CT 実施機関		

胸部 CT 所見スケッチ


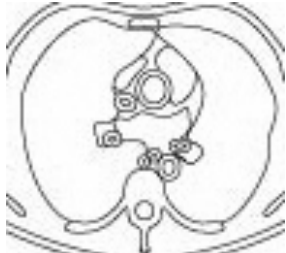
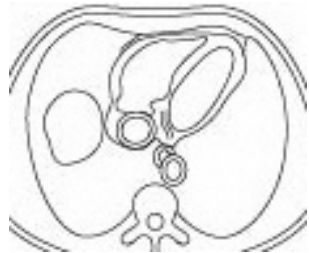

<p>(1) 上肺野 (肺野条件: スライス / )</p>  <p><input type="checkbox"/> 陳旧性変化   <input type="checkbox"/> 肺気腫   <input type="checkbox"/> プラ   <input type="checkbox"/> 肺がん( )</p>	<p>(縦隔条件: スライス / )</p>  <p><input type="checkbox"/> 石綿肺・点状影   <input type="checkbox"/> 石綿肺・SCLS   <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク</p>
<p>(2) 中肺野 (肺野条件: スライス / )</p>  <p><input type="checkbox"/> 陳旧性変化   <input type="checkbox"/> 肺気腫   <input type="checkbox"/> プラ   <input type="checkbox"/> 肺がん( )</p>	<p>(縦隔条件: スライス / )</p>  <p><input type="checkbox"/> 石綿肺・点状影   <input type="checkbox"/> 石綿肺・SCLS   <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク</p>
<p>(3) 下肺野 (肺野条件: スライス / )</p>  <p><input type="checkbox"/> 陳旧性変化   <input type="checkbox"/> 肺気腫   <input type="checkbox"/> プラ   <input type="checkbox"/> 肺がん( )</p>	<p>(縦隔条件: スライス / )</p>  <p><input type="checkbox"/> 石綿肺・点状影   <input type="checkbox"/> 石綿肺・SCLS   <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク</p>

健診結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 初期じん肺(0/1)[粒 不整] <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 初期びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 肺がんの可能性 <input type="checkbox"/> 陳旧性癒痕 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 肺膿疱 <input type="checkbox"/> その他( )
今後の指示	<input type="checkbox"/> 4 か月後胸部 CT <input type="checkbox"/> 半年後胸部 XP <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> その他( )



氏 名	生 年 月 日
胸部 CT 実施機関	胸部 CT 実施日

健診結果 (1)	( ) が疑われます。
健診結果 (2)	コメントを選んでください
健診結果 (3)	コメントを選んでください
今後の指示	アイテムを選択してください。
追加コメント (3行まで)	アイテムを選択してください。

胸部 CT 所見スケッチ		
上肺野 ( 肺野・縦隔 ) (スライス: / ) 	中肺野 ( 肺野・縦隔 ) (スライス: / ) 	下肺野 ( 肺野・縦隔 ) (スライス / ) 
アイテムを選択してください。	アイテムを選択してください。	アイテムを選択してください。 腹部 (スライス: / ) 
		アイテムを選択してください。

加古川市石綿関連疾患健康・心理相談部会  
 部会長・医師 名取 雄司

本健診は、〇〇の方に、加古川市、〇〇事業として実施したものです。  
 精密検査を指摘された方は、今後〇〇での受診を強く推奨いたします。