

**「石綿による健康被害に係る医学的判断に関する考え方」報告書**

**平成18年2月**

**石綿による健康被害に係る医学的判断に関する検討会**

石綿による健康被害に係る医学的判断に関する検討会  
参集者名簿（五十音順）

審良 正則 独立行政法人国立病院機構  
近畿中央胸部疾患センター放射線科医長

井内 康輝 広島大学医学部長  
広島大学大学院医歯薬学総合研究科病理学教授

岸本 卓巳 独立行政法人労働者健康福祉機構岡山労災病院副院長

神山 宣彦 東洋大学経済学部経済学科自然科学研究室教授

三浦溥太郎 社団法人地域医療振興協会横須賀市立うわまち病院副院長

◎ 森永 謙二 独立行政法人産業医学総合研究所作業環境計測研究部部長

◎：座長

# 目 次

はじめに .....	1
I 石綿ばく露に関連する医学的所見 .....	3
1 胸膜プラーク .....	3
2 石綿小体及び石綿繊維 .....	3
3 石綿肺 .....	5
II 石綿関連疾患と石綿ばく露との関係 .....	6
1 中皮腫 .....	6
(1) 成因、診断等 .....	6
(2) 石綿が原因であることを判断する際の考え方 .....	9
2 肺がん .....	9
(1) 成因、診断等 .....	9
(2) 石綿が原因であることを判断する際の考え方 .....	15
3 石綿肺 .....	17
(1) 成因、診断等 .....	17
(2) 石綿が原因であることを判断する際の考え方 .....	18
4 良性石綿胸水 .....	18
(1) 成因、診断等 .....	19
(2) 石綿が原因であることを判断する際の考え方 .....	20
5 びまん性胸膜肥厚 .....	21
(1) 成因、診断等 .....	21
(2) 石綿が原因であることを判断する際の考え方 .....	23
6 その他の疾患 .....	23
(1) 円形無気肺 .....	23
(2) その他の部位のがん .....	23
III まとめ .....	28
1 中皮腫について .....	28
2 肺がんについて .....	28
3 石綿肺について .....	29
4 良性石綿胸水について .....	29
5 びまん性胸膜肥厚について .....	30
6 石綿関連疾患の周知徹底について .....	30

# はじめに

## 1 背景

平成17年6月29日、(株)クボタは、兵庫県尼崎市の旧神崎工場周辺住民が、中皮腫に罹患していることを公表した。この公表後、職業上の石綿ばく露による中皮腫、肺がん患者が多数発生し労災認定を受けていることを、企業、業界団体等が相次いで公表、石綿による中皮腫、肺がんの発生が社会的問題となった。

政府は、平成17年7月29日、第一回アスベスト問題に関する関係閣僚による会合を開催して「アスベスト問題への当面の対応」を取りまとめ、8月26日の第二回会合においてこれを改訂、さらに、9月29日の第三回会合において再改訂し、過去の被害への対応について具体的方針を明らかにした。そして、11月29日の第四回会合において、「石綿による健康被害の救済に関する法律(仮称)案大綱」を取りまとめ、労災補償の対象とならない工場周辺住民、労働者の家族、一人親方、中小企業事業主等を隙間なく救済する新法を制定することとした。また、労災補償を受けずに死亡した労働者(特別加入者を含む。)の遺族であって、時効により労災保険法に基づく遺族補償給付の支給を受ける権利が消滅したものについても救済することとした。

この新法の施行に当たり、具体的に石綿関連疾患をどのような基準で救済するかの基準づくりが必要となった。一方、労災補償においては、(株)クボタの公表以降、労災請求件数が急増し、一層の迅速・適正処理が求められている。石綿関連疾患については、平成15年9月、労災認定基準が改正された際、中皮腫については詳細な検討が行われ、また、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚を対象疾病に追加するなどの検討が行われた。しかし、この検討は石綿の職業ばく露を受けたことの明らかな労働者の労災認定のためのものであって、石綿工場周辺の住民等、職業ばく露に比較して低レベルでのばく露の影響については検討が行われておらず、今回検討を加えた。また、平成15年の労災認定基準改正において実質的検討が行われなかった石綿による肺がんについては、今回新たに累積ばく露量と肺がん発症の関係等の医学的知見から、基準の再検討をすることとした。

## 2 検討状況

上記の状況のなかで、本検討会では、石綿関連疾患の範囲及び当該疾患が石綿を原因とするものであるとするための医学的判断について、平成17年11月16日の第1回検討会から5回にわたって検討した。

検討に当たっては、平成14年度から15年度にかけての労災認定基準改正のための検討成果の上に、環境ばく露という新たな視点及び最新の医学情報を踏まえた検討を行った。

検討会開催状況は以下のとおり。

第1回 平成17年11月16日

第2回 平成17年12月21日  
第3回 平成18年 1月11日  
第4回 平成18年 1月24日  
第5回 平成18年 2月 2日

## I 石綿ばく露に関連する医学的所見

石綿ばく露の指標となる医学的所見としては、胸膜プラーク、石綿小体、石綿繊維、石綿肺があげられる。

### 1 胸膜プラーク

胸膜プラークは胸膜肥厚斑あるいは限局性胸膜肥厚ともいわれる。胸膜プラークは石綿ばく露と極めて関係の深い医学的所見であり、現在のわが国においては、石綿ばく露によってのみ発生すると考えてよい。

胸膜プラークは、肉眼的には表面に光沢のある白色ないし薄いクリーム色を呈し、凹凸を有する平板状の隆起として認められる。刷毛で掃いたような薄いものから10mm以上の厚さを有するものまで存在する。石灰化すると硬くなり、厚いものでは胸腔穿刺時等に針が通らないこともある。

好発部位は、後外側胸壁の下半分、前胸壁の気管分岐部あたりの高さから上方にかけて、傍脊椎領域下部、横隔膜ドーム等であり、進行例では心嚢にも見られる。胸部エックス線画像では、肺尖部や肋骨横隔膜角には通常みられない。胸壁では肋骨の走行に沿い、進行とともにそれらが融合し、時には一側胸壁のほとんど全体に及ぶこともある。しかし、びまん性胸膜肥厚と異なり、臓側胸膜との癒着は見られない。

原則として非対称性に両側の胸膜に認められるが、癒着を伴う先行性病変があるときには、一側性のこともある。

胸膜プラークは、石綿ばく露開始直後には認められず、年余をかけて徐々に成長し、ばく露後少なくとも10年以上、おおむね15年から30年で出現することが知られている。また経過とともに石灰化する。ばく露開始から20年以内に石灰化胸膜プラークが出現することはまれである。

胸膜プラークの発生は、職業的高濃度石綿ばく露者ばかりでなく、職業的低濃度ばく露者、石綿作業労働者の家族、石綿工場周辺の住民にも見られる。Hillerdal(1994)によるスウェーデンのウプサラにおける40歳以上の住民調査では、胸部エックス線写真上胸膜プラークが認められた1596人のうち88%は職業的石綿ばく露者であった。

### 2 石綿小体及び石綿繊維

人の呼吸器官には侵入してくる異物を排除する機能が備わっているので、普通の粉じん粒子はその粒径に依存して鼻腔、咽頭、喉頭、気管、気管支の各箇所では捕捉され排出され、肺胞には数 $\mu\text{m}$ 以下の極めて微細な粒子の一部のみが到達し得る。しかし、石綿繊維の場合は吸入された数十 $\mu\text{m}$ といった比較的長い繊維も直径が極めて細いので肺胞にまで到達することができる。また、長い石綿繊維はマクロファージ等の貪食作用は機能せずそのまま長期間滞留する。そうした石

綿繊維の一部は、石綿繊維表面に鉄蛋白（フェリチンやヘモシデリンなど）が付着して垂鈴状になった、いわゆる石綿小体を形成する。

一般に人の試料を用いた石綿ばく露量の評価には、電子顕微鏡を用いて肺組織中の石綿繊維の種類、量及びサイズ分布などを計測する方法と、位相差光学顕微鏡を用いて肺組織中の石綿小体を計測する方法のほか、気管支肺胞洗浄液（BALF）中の石綿小体を計測する方法がある。

石綿小体数と石綿繊維数を比べた場合、石綿繊維数の方がより正確にばく露量を反映するので、電子顕微鏡を用いて石綿繊維数を測定するのが最も望ましい。しかしながら、電子顕微鏡による石綿繊維数の測定は、高度な技術を要するため、測定者によって測定結果にバラツキがあることが多い。一方、位相差光学顕微鏡による石綿小体の測定は、比較的容易な方法であり、トレーニングにより測定者によるバラツキはそれほど大きくなると考えられる。

また、肺組織中の石綿小体、石綿繊維数を測定する場合には、肺組織を採取しなければならないが、肺組織の採取には手術等が必要であり、患者への侵襲性があるが、一方、BAL法は気管支鏡があればよく、患者への侵襲も少ない。しかしながら、BAL法については、相当以前に石綿ばく露があった場合には、石綿小体が肺胞間質に移行して適切に採取できない場合があることや、石綿繊維が蓄積されやすいと考えられる下葉での採取は技術的に難しく、かつ注入液の回収率の問題もあることなどから、採取部位（中葉がよい）を推奨するなど全国的に統一された技術基準を設けるべきであろう。

いずれにしても、石綿小体、石綿繊維の計測に関する信頼性の高いデータを得るためには、一定の設備を備え、かつ、トレーニングを受けたスタッフのいる専門の施設で実施する必要がある。ベルギーでは、石綿小体や石綿繊維の本数などを数える際には、熟練した専門家が実施している。今後、労働者健康福祉機構が運営する労災病院に設置されたアスベスト疾患センターなどの技術的に標準化された施設で、石綿小体等の計測を行っていく体制を整えることが期待される。

また、石綿小体は、角閃石族石綿（クロシドライト、アモサイト）については、ばく露の良い指標であるが、一方、クリソタイル（白石綿）は角閃石族石綿と比べ、石綿小体が形成されにくいなどの性質を持っており、実際のばく露量とずれを生じる可能性がある。また、石綿繊維は、下肺野により多く集積する傾向が認められるので、石綿小体、石綿繊維を計測するに当たっては、ばく露した石綿の種類、肺組織採取部位等について考慮する必要があり、測定方法の標準化を行うことが望まれる。

なお、わが国では、かつては肺組織の湿重量5g当たりの石綿小体数をもって、石綿ばく露の程度を評価していた報告が多いが、肺組織の正確な湿重量の測定や湿肺組織中の肺実質の占める量(割合)を一定にすることなどが難しいので、110℃前後で乾燥させた肺の重量を測定して求めた1g乾燥肺当たりの石綿小体や石綿繊維の数で表現すべきである。

### 3 石綿肺

石綿肺はじん肺の一種であり、石綿粉じんを吸入することによって起こる肺のびまん性間質性肺線維症である。我が国では、胸部エックス線所見で下肺野の線状影を主とする異常陰影を不整形陰影と定義し、職業上の石綿ばく露歴があり、じん肺法による胸部エックス線の像の型の区分が第1型以上のものを石綿肺として、肺機能検査と組み合わせて健康管理の措置を講じている。

したがって、じん肺法で定めるところの石綿肺は、高濃度の石綿ばく露によって発生する疾患でもあり、同時に、石綿ばく露の重要な医学的所見の1つでもある。

なお、胸部エックス線の像の型の区分については、標準エックス線フィルムによることとし、12階尺度(0/-, 0/0, 0/1, 1/0, 1/1, 1/2, 2/1, 2/2, 2/3, 3/2, 3/3, 3/+)を用いて、それぞれに対応する標準エックス線フィルムを用いて区分する。1型(両肺野に不整形陰影があるが少数のものは1/0～1/2であり、2型(両肺野に不整形陰影が多数あるものは2/1～2/3、3型(両肺野に不整形陰影が極めて多数あるものは3/2～3/+に該当する。

#### 引用文献

- (1) 厚生労働省労働基準局：石綿ばく露労働者に発生した疾病の認定基準に関する検討会（2004）石綿ばく露労働者に発生した疾病の認定基準に関する検討会報告書。
- (2) 三浦溥太郎、審良正則（2005）第4章第1節 胸膜プラーク．改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp61-78、三信図書
- (3) Hillerdal G (1994) Pleural plaques and risk for bronchial carcinoma and mesothelioma. Chest 105:144-149
- (4) 神山宣彦（2005）第4章第2節 石綿小体．改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp79-101、三信図書、東京
- (5) 厚生労働省安全衛生部労働衛生課編（1978）じん肺診査ハンドブック．中央労働災害防止協会



## II 石綿関連疾患と石綿ばく露との関係

石綿を吸入することによって生じる疾患としては、中皮腫、肺がん、石綿肺、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚が知られている。

### 1 中皮腫

#### (1) 成因、診断等

##### ア 病像

中皮腫は、胸腔、心嚢腔、腹腔、精巣鞘膜腔において体腔表面を覆う中皮細胞から発生する。初期には、壁側・臓側の体腔表面を発育進展し、内腔にはしばしば滲出液が貯留する。両者はやがて癒合し、液体の貯留する腔の容積は減少する。また、肺や腸管等の臓器の動きは制限される。一方、腫瘍は浸潤性にも発育し、周囲組織を含んで腫瘤を形成してくる。検査のための穿刺部位に播種しやすく、後に胸壁や腹壁等に皮下腫瘤が出現することも多い。リンパ節転移や、血行性転移もまれではない。

一つの体腔に発生した中皮腫は、病期の進行とともに隣接する他の体腔にも進展した場合は、原発部位の決定に困難を伴う場合もある。

なお、WHO（世界保健機関）の肺及び胸膜腫瘍組織分類における中皮細胞由来の腫瘍の分類が1999年に改訂され、我が国の肺がん取扱い規約でも2003年11月の改訂によって、この分類に準拠した分類が用いられることになった。従来、良性中皮腫、良性線維性中皮腫、肺の線維腫などよばれてきた良性腫瘍は、現在、localized (solitary) fibrous tumor という独立した腫瘍疾患名で呼ばれるものであり、現在でいう中皮腫とは異なるものである。

##### イ 病因（石綿ばく露との関係）

ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポート(1997)では、大部分(great majority)の中皮腫が石綿ばく露によるものであり、中皮腫症例の約8割は何らかの職業上の石綿ばく露によるものであるとしている。また、国際中皮腫パネルの代表者である Garateau-Salle(2006) は、“Pathology of Malignant Mesothelioma” の中で、男性の中皮腫患者の約90%にアスベストばく露歴があるとしている。国内においても、三浦(2005)がまとめた横須賀共済病院のデータでは、中皮腫患者の96%に何らかの石綿ばく露歴が認められたと報告している。

石綿以外の原因としては、戦時中まで使用されていたトロトラスト（放射性造影剤）によるもの、放射線によるもの、人工気胸術、ウィルムス腫瘍の治療（化学療法投与、放射線照射）によるものなどが報告されているが、いずれも報告数は少ない。また、中皮腫のがん細胞に SV40ウイルスのゲノムの一部が証明されることや、かつてポリオワクチンの中に SV40ウイルスが

混入していたことが指摘され、SV40ウイルスが中皮腫の原因として疑われていたが、現在では否定的である。

以上のことから、中皮腫は、そのほとんどが石綿を原因とするものであり、中皮腫の診断の確からしさが担保されれば、当該中皮腫は石綿を原因とするものと考えて差し支えないと考える。

## ウ 確定診断

厚生労働省がん研究助成金による研究班(2005)では、全国の病理医へのアンケート調査を実施し、1995年から2002年の間に診断された中皮腫837例のうち組織ブロックの提供のあった127例について免疫組織化学的染色を追加して検討した結果、11例(8.7%)は中皮腫という診断は妥当ではなく、うち4例は胸膜炎と診断すべきであったと報告している。

胸膜中皮腫以外のまれな部位の中皮腫(心膜、腹膜、精巣鞘膜)については、欧米に比べて我が国に報告例が多いことが指摘されているが、この原因として、中皮腫以外の腫瘍が中皮腫と誤診されている可能性も少なくないと考えられる。

中皮腫は診断が困難な疾病であるが、臨床検査だけで判断することなく、病理組織学的に診断を行うことが重要である。その内容は、中皮腫であることと、組織型(上皮型、肉腫型、二相型)を決めることであり、その方法としては、手術(摘出術)、内視鏡下生検、経皮穿刺生検、細胞診がある。

このうち、細胞診については、上皮型では、パパニコラ染色のみのような細胞診では診断が困難な場合も多く、免疫組織化学的染色や電子顕微鏡などを用いて診断を行うよう努力すべきである。

確定診断の方法としては、患者の状態によっては困難な場合もあるが、病理組織学的診断が望まれる。ただし、検査組織を得るためにはCTや超音波ガイド下の穿刺や胸腔鏡による観察が必要である。

このように、中皮腫の病理診断は必ずしも容易ではないことから、病理診断の精度を向上させるためには、病理医の研修及びコンサルテーションシステムの確立が必要である。また、今後、病理診断が困難な症例については、全国レベルで病理医、臨床医、疫学者による中皮腫パネル(症例検討会)を開いて診断を確定していくことが望まれる。

## エ 鑑別

中皮腫の確定診断には他疾患との鑑別が必要となるが、主な鑑別対象疾患は次のとおりである。

### (7) 肺がん、その他のがん

上皮型中皮腫については、胸膜中皮腫では肺末梢に生じた腺がん、あるいは肺に転移した他臓器の腺がん、腹膜中皮腫では卵巣などに発生した腺

がんととの鑑別、肉腫型中皮腫については、胸膜中皮腫では肺実質、胸膜、胸壁などから、腹膜中皮腫でも腹膜や腹壁の軟部組織から生じた真の肉腫との鑑別、二相型中皮腫については、腺がん様組織像と肉腫様組織像の混在からなる他の腫瘍との鑑別がそれぞれ必要となる。これらの鑑別には病理組織の免疫組織化学的染色を含めた検討が必須である。

#### (イ) 結核性胸膜炎、その他の炎症性胸水

結核性胸水の特徴は、①胸水中に、発症後2週間は好中球が多いが、その後は小リンパ球が増え50%以上になること、②胸水 ADA (アデノシンデアミナーゼ) 高値 (70ng/ml 以上の時は診断可能)、③胸水インターフェロニンγ高値 (200pg/ml 以上の時は診断可能)、④胸水中の中皮細胞が5%以下、などである。ただし、日本人の ADA 値は低い傾向にあり、②の基準を満たす症例は多くない。逆に胸膜中皮腫の一部には総 ADA が40~50ng/ml 程度の高値を示すものがあり、注意を要する。③は我が国ではほとんど行われない。なお、胸水中から結核菌が検出されるのは稀で、PCR 法 (ポリメラーゼ連鎖反応法) による結核菌の検出も陽性率が低い割には偽陽性もある。

その他の鑑別対象疾患としては、慢性関節リウマチを初めとした膠原病による胸腹水、薬剤性胸腹水、急性ウイルス感染によるもの等がある。なお、ウイルス性のものは経過が比較的短く、かつ治った後に胸膜肥厚を残しにくいので鑑別は比較的容易である。

### オ 潜伏期間

中皮腫の潜伏期間は、ばく露量が多いほど短くなる。中皮腫の平均潜伏期間は、一般に肺がんより長く、また肺がんとは異なり、石綿ばく露開始からの年数を経るほど発生リスクが高くなる。

Bianchi ら (2001) による557例の中皮腫調査のように、死亡時年齢が32~93歳 (中央値69歳)、潜伏期間が14~75年、平均48.8年、中央値51年と長いものもある。また、横須賀共済病院において1972年から2000年までに診断された中皮腫41例の発症時年齢は30~89歳、平均65.4歳、中央値67歳で、潜伏期間は12~68年、平均42.6年、中央値43年であり、Bianchi らの報告と同様の傾向を示している。

なお、我が国での平成11年度から13年度までの3年間に労災認定された中皮腫症例 (胸膜70例、腹膜23例、全て男性) のそれは平均値38.0年、中央値39.5年 (最小11.5年) であった。

### カ 予後

中皮腫は、非常に予後の悪い疾患である。上皮型中皮腫の予後は12か月、肉腫型中皮腫が6か月であるといわれている。中皮腫の2年生存率は30%で

あるとされている。平均余命の中央値は15か月であり、平均値は21か月である。手術しても同じぐらいの成績に過ぎない。ただ、上皮型でI期である例では手術にてうまく摘出すればまだ予後がよい。抗がん剤については、これまでは著効する例は少なく、その延命効果は小さかった。現在、葉酸拮抗剤のpemetrexed（商品名：Alimta）とシスプラチンの併用療法の治験が我が国でも行われている。

## (2) 石綿が原因であることを判断する際の考え方

すでに論じたとおり、中皮腫は、そのほとんどが石綿を原因とするものであり、中皮腫の診断の確からしさが担保されれば、石綿を原因とするものと考えて差し支えない。

石綿ばく露量と発症との関係については、主に職業ばく露によって発症するが、IPCS（国際化学物質安全計画）（1986）も鉱山や工場周辺における近隣ばく露により中皮腫発症リスクが増加するとしており、また、家庭内ばく露による発症も報告されているなど、石綿の低濃度ばく露によっても発症する。ただし、ヘルシンキ国際会議において、Tossavainen（1997）は、大気中の石綿繊維0.01本/ml以下の一般環境ばく露ではほとんど問題にならないと報告しており、一般環境ばく露程度では発症リスクは増加しないと考えられる。

職業ばく露とみなすために必要なばく露期間については、Bianchiら（2001）は、造船業を主とする石綿ばく露作業歴を有する胸膜中皮腫症例で、石綿ばく露作業従事年数が明らかな男性325例のうち322例は1年以上のばく露期間が認められたと報告しており、概ね1年以上の職業による石綿ばく露は、中皮腫発症の重要な要因といえる。ただし、作業環境管理が十分行われていなかった時代に吹付作業、原料投入作業等の石綿飛散が著しい作業に従事した場合には、石綿ばく露作業従事期間が1年に満たない場合でも、中皮腫発症を否定できない。また、じん肺法に定める第1型以上の石綿肺所見を有する場合も同様である。

ばく露開始から発症までの期間については、各研究が指摘しているように、中皮腫は、最初のばく露から30年から40年以上のちに発病することから、職業ばく露由来か否かを明らかにするためには、職業歴・居住歴を詳細に確認する必要がある。また、30歳以下の若年発症例については、居住歴と潜伏期間をも考慮に入れた石綿ばく露の可能性及び中皮腫の診断精度を確認する必要がある。

## 2 肺がん

### (1) 成因、診断等

#### ア 病因

##### (7) 石綿ばく露との関係

肺がん（原発性）は、石綿に特異的な疾患である中皮腫と異なり、喫煙

をはじめ、石綿以外に発症原因が多く存在する疾患であり、石綿よりも喫煙の影響の方が大きいといわれている。WHO/IARC（国際がん研究機関）は、World Cancer Report(2003)で男性の80%、女性はそれより低く、全世界では45%、北ヨーロッパに限れば70%が喫煙によるものだと報告している。

なお、肺がん発症における喫煙と石綿の関係は、相加的よりも相乗的に作用すると考えられており、IPCS(1999)は、喫煙歴も石綿ばく露歴も無い人の発がんリスクを1とすると、喫煙歴があつて石綿ばく露歴がない人では10.85倍、喫煙歴が無く石綿ばく露歴がある人では5.17倍、喫煙歴も石綿ばく露歴もある人は53.24倍になるとしている。

このように、喫煙は、石綿による肺がんの発症リスクを極めて高くすることから、石綿による肺がん発症を予防する観点からは、禁煙することが望ましい。

これまでの研究から、石綿のばく露量と肺がんの発症率との間には、累積ばく露量が増えれば発症リスクが上がるという直線的な量-反応関係があることが判明している。IPCS(1986)、日本産業衛生学会(2000)は、石綿の許容濃度を提案するに当たり、石綿のばく露濃度（本/ml）とばく露年数（年）を掛けた値（本/ml ×年）と肺がんの発症率の間には比例関係があるとするモデルを採用している。

#### (イ) 石綿が原因であるとみなす考え方

石綿による肺がんの発症には量-反応関係があるが、肺がんの発症リスクがどの程度あれば石綿が原因であると考えてよいかという問題がある。

ある要因と健康障害との因果関係の程度を表現する疫学指標として、寄与危険度割合が一般的に用いられる。寄与危険度割合は、 $\{(相対リスク - 1) / 相対リスク\} \times 100$ で計算される。

どのような考え方に基づき原因物質であるとみなすべきかの意思決定に用いられる根拠のレベルとしては様々なものがあり得るが、和田ら(2003)は、寄与危険度割合が50%（相対リスク2倍）以上を採用する場合や80%（相対リスク5倍）以上を採用する場合があることを紹介している。

浜島(1994)によれば、“Preponderance of evidence”（証拠の優越）を民事訴訟の基礎とする米国では、寄与危険度割合50%（相対リスク2倍）を因果関係有無の峻別の境界値としている。その理由は、真の寄与危険度割合が50%以下の場合には、その要因のばく露を受けた後に発生した健康障害から1名を無作為抽出すれば、その者の健康障害の原因は当該要因である可能性よりも当該要因以外の要因である可能性の方が大きいからである。イギリス雇用年金省の機関であるIIAC（労働傷害諮問会）(2004)においても、ある職業又は作用物質が疾病発症の原因であるとするには、相対リ

スクが2以上を示す一貫性のある堅固な疫学的証拠が必要だとしている。

ある物質にばく露されることとがん発生の関係について、相対リスクが1倍を超えれば当該物質にばく露されることの発がんリスクが高いということになるが、例えば相対リスクが1.2の場合、寄与危険度割合は $(1.2-1)/1.2=1/6$ となり、統計的に有意な1人を特定するために当該有害物質へのばく露とは関係のない発症者5人も同時に捕捉してしまうことになる。他方、相対リスクが2.0の場合、寄与危険度割合は $(2.0-1)/2.0=1/2$ となり、2人のうち1人は当該物質を原因物質として見なしてもよいことになる。

したがって、肺がんの原因は石綿以外にも多くあるが、石綿以外の原因による肺がんを医学的に区別できない以上、肺がんの発症リスクを2倍以上に高める石綿ばく露があった場合をもって、石綿に起因するものとみなすことが妥当である。

#### (ウ) 肺がん発症リスクが2倍となるばく露量の程度

肺がんの寄与危険度割合が50%、すなわち相対リスクが2倍となる石綿ばく露量がどの程度かについては、ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポート(1997)では、石綿繊維25本/ml ×年の石綿ばく露によって肺がんの発症リスクが2倍になるとしている。

また、Henderson ら(2005)によれば、リスクを2倍にするばく露量として、石綿セメント製造業では、21~303本/ml ×年、石綿紡織業では、24~132本/ml ×年、アスベスト断熱作業では、22~50本/ml ×年であるとし、幅があるが、リスクを2倍にするためのばく露量として最低レベルのばく露量で判断すれば、各業種とも概ね25本/ml ×年に一致するものである。

したがって、25本/ml ×年は、リスクを2倍にするばく露量としては、妥当と考える。

25本/ml ×年に相当する指標としては、胸膜プラーク画像所見等、肺内石綿繊維数、石綿肺所見、石綿ばく露作業従事期間があり、それぞれ次のように考えられる。

#### ① 胸膜プラーク画像所見等を指標とする考え方

胸膜プラークは、ばく露開始から年数が経過することによって発生し、低濃度のばく露でも発生することもある。画像上の胸膜プラークがある場合は肺がんの発症リスクが高まるといえるが、画像上の胸膜プラークがある人の肺がんの発症リスクは、これまでの疫学調査では1.3倍~3.7倍と幅がある(Hillerdal ら, 1997)。調査対象集団が最も大きい Hillerdal(1994)のコホート調査の結果では1.4倍であるとしている。したがって、胸膜プラークがあることだけをもって肺がん発症リスクが2倍になる石綿ばく露

があったとはいえない。

ただし、Hillerdal(1994)によれば、胸部エックス線写真で明確な胸膜プラーク所見がある集団のうち、経過観察の中で肺の線維化の所見が出現した群(1/10以上)では、肺がんのリスクは2.3倍であったことが報告されている。このことから、胸部エックス線写真又はCT画像で明らかな胸膜プラーク所見がある場合で、胸部エックス線写真で1/10以上(じん肺法上の第1型以上)相当の所見があつて、かつ、CT画像で肺の線維化所見が認められるものについては、肺がんの発症リスクが2倍以上になるといえる。

## ② 肺内石綿繊維数を指標とする考え方

ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポート(1997)では、肺がんの発症リスクを2倍にする医学的所見について取りまとめている。すなわち、25本/ml×年に相当するものとして、

- a 乾燥肺重量1g当たりの石綿繊維200万本(5 $\mu$ m超)又は500万本(2 $\mu$ m超)
- b 乾燥肺重量1g当たりの石綿小体5,000~15,000本  
(但し、乾燥肺重量1g当たりの石綿小体数が10,000本以下の時にはaによる確認が推奨される。)
- c 気管支肺胞洗浄液(BALF)1ml中の石綿小体5~15本  
という知見が示されている。

Rödelspergerら(1996)は、25本/ml×年に相当するものとして、透過電子顕微鏡で5 $\mu$ m以上の石綿繊維数を測定したものでは、乾燥肺重量1g当たりの石綿繊維数(角閃石)が200万本、湿肺重量1g当たりの石綿小体が1,500本であったと報告している。湿肺重量から乾燥肺重量への変換としては、概ね10倍することが適当とされているので、乾燥肺重量1g当たりの石綿小体数としては15,000本に相当するものと考えられる。一方、Thimpontら(1997)の報告によれば、乾燥肺重量1g当たり5,000本あれば、石綿による肺がんとみなすべきであるとしている。

以上のとおり、25本/ml×年のリスクに相当する石綿小体数は、乾燥肺重量1g当たり5,000本から15,000本までという幅のある値であるが、当検討会としては、最少本数を採用し、乾燥肺重量1g当たりの石綿小体数を5,000本とするのが妥当と考える。また、気管支肺胞洗浄液中の石綿小体数についても、Karjalainenら(1996)の報告があり、その知見を考慮すると、25本/ml×年のリスクに相当する指標として、気管支肺胞洗浄液1ml当たり5本以上が妥当である。

## ③ 石綿肺所見を指標とする考え方

Roggli ら(2000)は、234例の肺がん症例のうち、職業歴をもとに病理学的に石綿肺を伴うと診断された70例の肺内石綿繊維(5  $\mu$ m超)量の中央値は湿肺重量1 g当たり25.3万本(乾燥肺重量1 g当たりでは253万本に相当)であったと報告している。これは、ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポート(1997)で示された乾燥肺重量1 g当たり石綿繊維200万本(5  $\mu$ m超、2  $\mu$ m超なら500万本)とほぼ同水準である。Wilkinson(1995)は、原発性肺がん患者271人の症例対照研究で、1/0以上の石綿肺の肺がんリスク(OR)は2.03倍、0/1以下の石綿肺の肺がんリスク(OR)は1.56倍であったと報告している。

我が国の石綿肺認定患者を対象とした疫学調査でも、肺がんのリスクは非常に高い結果であったこと(男性15.47倍、女性4.82倍)が報告されている(Morinaga ら, 1993)。

したがって、石綿ばく露作業従事歴のある者の石綿肺(じん肺法上の第1型以上)は、肺がんリスクを2倍以上に高める所見であると判断して差し支えない。

#### ④ 石綿ばく露作業従事期間を指標とする考え方

本/ml  $\times$ 年を単位とする石綿累積ばく露量を算定するには、ばく露濃度とそのばく露期間の情報が必要である。ドイツにおいては、1972年から1991年の間、ドイツ災害保険研究所(BIA)は業種別(石綿紡織、石綿ボード、石綿パッキン、石綿セメント、石綿摩擦材の製造等)、職業別(石綿吹付工、自動車修理工)、作業別(断熱作業、研磨作業、切断作業、建材の穴明け・撤去、ブレーキ・クラッチの修理)の石綿ばく露データ約27,000を収集し(BK-Report 1/94, 1994、BK-Report 1/97, 1997)、これにより労災請求者の累積ばく露量を求め、認定している(Baur ら, 1998)。

このように、ドイツでは職業別、作業別及び年代別にばく露濃度の程度を数値化しているが、わが国においては、昭和50年の特定化学物質等障害予防規則改正により作業環境濃度の測定結果の保存義務が30年に延長される以前のデータはないものと思われることから、職業別等のばく露濃度の程度を数値化することはできない。

ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポート(1997)では、25本/ml  $\times$ 年程度の累積ばく露となるためには、高濃度ばく露(石綿製品製造作業、断熱工事作業、石綿吹付作業)1年、中濃度ばく露(造船作業、建設作業)5~10年であるとしている。

一方、フランスでは、アスベスト製造業、絶縁材作業、石綿除去作業、建築・造船業に10年以上従事したこと(Hindry, 1998)、フィンランドでは、高濃度ばく露作業に1年以上、中等度ばく露作業に10年以上従事したこと(Tossavainen, 1997)、ベルギーでは、石綿作業に10年以上従事したこと



(Thimpont ら, 1998) を石綿肺がんの認定要件としている。

このような諸外国の状況を踏まえ、現行労災認定基準で示されている原則として概ね10年以上のばく露期間をもって肺がんリスクを2倍に高める指標とみなすことは妥当である。もちろん、従事期間だけを判断指標とすることは、石綿作業の内容、頻度、程度によっては、必ずしも25本/ml × 年を満たすとは限らないことから、胸膜プラーク等の医学的所見を併せて評価することが必要である。

なお、わが国における1960年代の測定データはないと思われるが、1980年代から90年代にかけて約160の石綿作業類型ごとに石綿の飛散濃度について測定したデータを中央労働災害防止協会(2004)が取りまとめている。これによると概ね現在の職場の作業環境濃度基準(0.15本/ml)と同水準であったといえる。Higashi ら(1997)は、日本石綿協会が1994年以降、職場環境中の石綿濃度を測定したところ、測定値の97%は1.0本/mlを下回っており、唯一石綿紡織業だけがそうではなかったと報告している。

現在石綿肺がんとして労災認定されている患者のほとんどが、昭和50年(1975年)以前に最初のばく露を受けた者であるが、規制が行われるようになって作業環境中の石綿の濃度は低下してきており、確実に職場環境が改善されてきていると言えることから、今後、わが国においてもドイツのようなデータベースの構築が望まれる。

#### (I) 一般環境ばく露と肺がん発症リスク

IPCS(1986)は一般環境下での石綿ばく露による肺がんのリスクは検出できない程度に低い(undetectedly low)、と述べている。IPCS(1986)は、ドイツの第二次世界大戦前の石綿工場周辺では雪のように石綿が降っていたような状況があったことを例として、過去の石綿工場周辺では現在よりもはるかに高い環境中石綿濃度であったことに留意すべきである、と述べている。その後のIPCS(1998)の報告書でも、環境保健指針(Environmental Health Criteria 53 (1986)以降クリソタイルをばく露源とする周辺への住民の罹患・死亡に関するデータは得られていない、と述べている。

石綿関連施設や石綿鉱山の周囲における環境中の石綿濃度は現在よりも高かった可能性があるものの、現時点の知見では、このような周辺住民に2倍以上のリスクをもって肺がんの発症が観察されたという知見はない。今後、さらに情報を収集していく必要がある。

なお、環境省が設定している敷地境界基準値である10本/1(0.01本/ml)の濃度では、25本/ml × 年に達するには2000年以上のばく露期間が必要であることから、実際の一般環境ばく露のみによって肺がんのリスクが2倍になることは現時点ではまずないと考える。職業上の石綿ばく露歴が明確に確認できない症例については、石綿ばく露の可能性を十分に検討す

るなど、石綿を原因とするか否かについて慎重に評価すべきである。

## イ 診断

石綿ばく露者の肺がんと石綿ばく露を受けていない者にみられる肺がんとで臨床像に違いはない。肺の末梢にも中枢側にも生じる。石綿ばく露者においても病理組織型に特徴はないとされる。ただ、石綿ばく露者の肺がんではどちらかと言えば下葉に優位に生じることが報告されている。

肺がんの胸部エックス線像としては、閉塞性肺炎、無気肺、肺野過膨張所見、粘液栓塞像、気管支壁肥厚像、結節影（3 cm以下）、腫瘤影（3 cm以上）、空洞性病変など、発生部位によって陰影の性状は多様であるが、石綿肺合併肺がんでは、下肺野末梢の辺縁の不鮮明な結節ないし腫瘤影が多い。肺の線維化や高度の胸膜病変の存在は肺がんを分かりにくくする。CTは、著明な胸膜や肺の線維化に隠された腫瘤の検出に有用である。

## ウ 鑑別

石綿粉じんばく露者にみられる疾患には瘤状の線維化、円形無気肺などもあり、肺がんと鑑別されねばならない。

腫瘤の発育速度は、その良悪の鑑別に有用である。ある報告では、doubling time（直径で25%の増加）が7日以内はすべて悪性、465日以上はほとんど良性であった。2年以上にわたって変化しない結節ないし腫瘤は良性と考えられる。以前の胸部エックス線写真やCTとの比較が重要である。

## エ 潜伏期間

従来より、石綿による肺がんは高濃度の石綿ばく露によって発生し、20年以上の潜伏期間を経て発症すると報告されてきた。最近の我が国での報告では、Kishimotoら(2003)は造船業や建設業を中心とした70例の石綿肺がんの潜伏期間は15～60年（中央値43年）、濱田ら(1996)の石綿加工業者の石綿肺がん22例のそれは平均31.8年で、石綿ばく露開始から40年以上経過して発生する事例もあると報告している。

以上のように、石綿による肺がんは、その多くがばく露開始から発症までが30年から40年程度といった、潜伏期間の長い疾患であるといえる。

## オ 予後

肺がんは、一般に非常に予後の悪い疾患であり、WHO/IARCは、World Cancer Report (2003)の中で、肺がんについては、効果的な治療はなく、5年生存率は15%である、と述べている。

## (2) 石綿が原因であることを判断する際の考え方

肺がんは、喫煙との関係が大きい疾患である。石綿ばく露量と発症との関係については、一般に高濃度あるいは中濃度の職業性ばく露が関係しているもので、通常の一般環境ばく露では、石綿によって肺がんの発症リスクが2倍になることは考えられない。

現在ある様々な医学的知見を総合すると、石綿が原因である肺がんであることを判断するための考え方としては、肺がんの発症リスクを2倍に高める石綿ばく露量であるとする考えが妥当である。その指標としては、25本/ml ×年以上の累積ばく露量がこれに該当し、これを示す医学的所見は、石綿肺（第1型以上）、乾燥肺重量1 g当たり石綿小体5000本以上、BALF 1 ml 中石綿小体5本以上又は乾燥肺重量1 g当たり石綿繊維200万本以上（5 μ m 超）とするのが妥当と考える。

なお、石綿ばく露の医学的所見として認められる胸膜プラークについては、石綿作業労働者の家族、石綿工場の周辺住民にもみられる。胸膜プラークの存在が、肺がんリスクを2倍に高める指標となるとの確固たる知見はこれまでのところ得られていない。このため、胸膜プラークの存在は石綿ばく露を受けたことの証明ではあるが、このことのみをもって直ちに肺がんのリスクを2倍に高める指標とすることはできない。しかしながら、前述の Hillerdal(1994)の研究によれば、胸部エックス線写真で明確な胸膜プラーク所見がある集団のうち、胸部エックス線写真で1/10以上の肺の線維化がある集団の肺がんリスクは2.3倍であったことが報告されており、このことから、胸膜プラーク所見がある場合で、胸部エックス線写真でじん肺法上の第1型以上相当の所見があつて、CT画像で肺線維化所見が認められるものについては、肺がん発症リスクが2倍を超える指標とみてよいと考える。

一方、ばく露期間に関しては、ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポート(1997)では、25本/ml ×年に相当するものとして、石綿製品製造業、断熱工事業、石綿吹付作業などの高濃度ばく露では1年、造船作業、建設作業などの中濃度ばく露では5～10年としているが、我が国では、業種別・職種別にばく露の程度は明らかではなく、また、同じ業種・職種でも作業内容やその頻度によってばく露の程度に差があることから、わが国では業種・職種をもって高濃度ばく露あるいは中濃度ばく露と評価することはできないと考える。

これらのことから、ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポートに示された業種別・作業別のばく露期間をそのまま採用することは困難であり、職業ばく露とみなすために必要なばく露期間に関しては、諸外国での取扱いを踏まえ、胸膜プラーク等の石綿ばく露所見が認められ、原則として石綿ばく露作業に概ね10年以上従事したことをもって肺がんリスクを2倍に高める指標とみなすことは妥当である。

なお、特定化学物質等障害予防規則の規制により作業環境測定記録が保存されている場合には、本/ml ×年の考え方から累積ばく露量を算出し、これを参

考に肺がんリスクが2倍以上に高まっていたかについて検討されるべきである。

### 3 石綿肺

#### (1) 成因、診断等

##### ア 病因（石綿ばく露との関係）

石綿肺は、石綿を大量に吸入することによって発生する職業性の疾患であり、一般環境下における発症例はこれまでに報告されていない。IPCS(1986)は一般環境下でのばく露によって石綿肺が発症することを示す疫学的な証拠はない、と述べている。

石綿肺の所見は、一般に、ばく露開始後概ね10年以上経過して所見が現れる。石綿セメント等の石綿製品製造作業においては5年程度のばく露で、石綿吹付け、石綿紡織では1年程度のばく露でも所見がみられることがある。

なお、一部に胸膜プラークやびまん性胸膜肥厚をあわせて胸膜アスベストosis (pleural asbestosis) と呼称する者もいるが、アスベストosis (石綿肺) は肺実質の線維化のみに用いられる用語であって、胸膜アスベストosis という用語は用いるべきではない (American Thoracic Society, 1986)。胸膜の線維化は胸膜プラークとびまん性胸膜肥厚とに峻別して使用すべきである。

##### イ 診断

臨床における石綿肺の診断は、石綿ばく露作業歴の確認と、胸部エックス線所見及び肺機能検査成績に基づいて行われる。

また、石綿肺は肺線維症の一種であって、職業ばく露歴に関する客観的な情報がない場合、胸部エックス線等の画像所見だけでは他の原因による肺線維症と区別して石綿肺と診断することは難しい。特に、胸部エックス線写真上石綿肺と類似の線維化像を示す特発性肺線維症 (IPF/UIP) との鑑別が問題になるからである。すなわち、石綿肺と、やはり肺線維症の一種で他の原因で発症する「間質性肺炎」は、ともに肺下葉に好発することから、胸部エックス線写真上では区別がつかず、職業ばく露歴の客観的な情報が確認できなければ、その画像所見だけから石綿肺であると診断することは難しい。

石綿肺の胸部エックス線所見はけい肺症とは異なり、下肺野に不整形陰影が出現する。しばしば胸膜プラークやびまん性胸膜肥厚を伴う。なお、重喫煙者や吸気不良の胸部エックス線写真では軽い不整形陰影像を呈することがあり注意を要する。また、石綿肺における肺機能障害の基本は、びまん性の間質性線維化に伴う拘束性障害と細気管支・肺泡領域の障害によるガス拡散障害であり、努力性肺活量 FVC や拡散能 DLco は早期に低下するが、肺機能検査の異常だけでは石綿肺の診断はできない。

なお、石綿肺は、職業ばく露歴を確認の上で、都道府県労働局長から管理

区分の決定がなされており、管理2だけでは労災補償の対象とはならず、管理4あるいは管理2以上の合併症が労災補償の対象とされている。

## ウ 鑑別

石綿肺の鑑別診断には、胸部エックス線写真よりも胸部 HRCT が有用である。石綿肺との鑑別を要する疾患の中でも最も重要でかつ鑑別が困難な疾患は、特発性肺線維症（IPF/UIP）である。石綿肺と特発性肺線維症は、ともに下肺野末梢優位の線状、網状影を呈するが、石綿肺では細気管支周囲の線維化が強いため、HRCT 画像上、蜂窩肺部分以外の胸膜直下に小葉中心性に分布する粒状影が多く認められ、これに対し特発性肺線維症では小葉辺縁部に強い病変分布を示す。また、胸膜プラークやびまん性胸膜肥厚、索状の線維化病変など、胸膜病変が鑑別に有用であるが、石綿ばく露歴が不明な場合は、特発性肺線維症との明確な区別が困難である。

## エ 予後

じん肺法に定める第1型の石綿肺は、それだけではほとんど症状もなく、肺機能や生活の質が大きく低下することはない。一部の症例で徐々に症状が進行し、肺機能の著しい低下等日常生活上の支障が生じるものもあるが、肺がん、中皮腫と異なり、短期間で死に至るような重篤な疾患ではない。

## (2) 石綿が原因であることを判断する際の考え方

石綿肺は、肺線維症のひとつで、肺線維症は、さまざまな原因で発症する疾患であるが、そのうち、大量の石綿を吸入することによって発生するものを石綿肺と呼んでいる。

したがって、客観的な石綿ばく露作業歴が確認できた症例で、既に述べた胸部エックス線所見及び上述の肺機能低下が認められた場合に、石綿によるものと考え、石綿肺と診断されるものであり、石綿ばく露歴が確認できなければ、石綿が原因であると診断することは難しい。

石綿肺については、従来より、じん肺法に基づいて健康管理が行われている。この中で、石綿ばく露作業歴と胸部エックス線写真の所見等により管理区分の決定がなされるという制度的仕組みが確立しており、これにより、療養の決定が行われている。

一般環境下での発症例の報告はこれまでにないが、過去において現在よりもはるかに高濃度の環境ばく露があったと思われる場合には、知見の収集に努めるべきである。

## 4 良性石綿胸水

良性石綿胸水が石綿関連疾患として広く認知されたのは、他の石綿関連疾患と

比べて10年以上の遅れがあり、わが国で石綿肺に合併した良性石綿胸水は1971年、石綿肺を伴わない事例については1984年にそれぞれ初めて報告されている。疫学調査もこれまでに余り報告されておらず、症例報告が中心である。

## (1) 成因、診断等

### ア 病因（石綿ばく露との関係）

胸水は、石綿以外にもさまざまな原因で発症する疾患である。

Epler ら(1982)は、1135人の石綿ばく露者のうち35人(3%)に良性石綿胸水を認め、石綿ばく露濃度別では、職業性の高濃度ばく露群で7.0%、職業性の間接ばく露群で3.7%、職業性の低濃度ばく露群で0.3%の発症率であったと報告している。一般に良性石綿胸水の発症率は石綿ばく露量が多いほど高く、特に、中・高濃度ばく露者では10年以内に10%の割合で発症すると言われている。

ばく露期間との関係では、田村ら(1990)は良性石綿胸水7例の石綿ばく露期間は3～33年(平均20.6年)であり、全例が高濃度ばく露者であったとしている。一方、岸本ら(1991)は石綿ばく露期間21年以上が17例中14例あり、石綿ばく露期間がさらに長く平均27年で高濃度ばく露が考えられるが、高濃度石綿ばく露を示唆する石綿肺を伴う症例は少なく、胸膜プラークを認める症例の方が多いとしている。

良性石綿胸水の石綿初回ばく露からの潜伏期間は、他の石綿関連疾患より短く、最初のばく露から12～30年とされる。Hillerdal ら(1986)は平均30年(1～58年)、田村らは22～34年(平均28.7年)で発症していると報告し、また、岸本ら(2005)は21年以上の潜伏期間を有する症例が17例中16例(94%)で平均34.5年といった潜伏期間を経て発症していると報告している。

なお、一般環境下における良性石綿胸水の発症例はこれまでに報告がない。

### イ 診断

Epler ら(1982)は、良性石綿胸水については、その診断が難しく、また、時間もかかる。良性石綿胸水は次の4項目すべてを満たす疾患を言う診断基準を提唱した。すなわち、

- 1) 石綿ばく露歴があること、
  - 2) 胸部エックス線写真あるいは胸水穿刺で胸水の存在が確認されること、
  - 3) 石綿ばく露以外に胸水の原因がないこと、
  - 4) 胸水確認後3年以内に悪性腫瘍を認めないこと、
- を満たす場合である。

本疾患の良性とは悪性腫瘍ではないということで、臨床経過が必ずしも良性であるということではない。また、胸膜中皮腫の前段階病変ではない。

本疾患の診断は通常除外診断による。Epler らは、中皮腫を除外するのに3

年間の経過観察を用いているが、画像診断が発達し悪性腫瘍の鑑別が進歩した現在は、概ね1年程度の経過観察が妥当と考えられる。ただし、中皮腫は例外である。

## ウ 鑑別

胸水の性状は滲出液で、半数が血性であり、約4分の1に好酸球性胸水が見られるが、通常はリンパ球優位で、結核性胸膜炎、リウマチ性胸膜炎、心不全等との鑑別が必要である。

また、石綿ばく露作業従事歴が明白で、原因不明の胸水が存在し、臨床的に良性石綿胸水あるいは中皮腫が疑われる症例には、胸腔鏡下胸膜生検による鑑別を行うことが勧められる。

## エ 予後

良性石綿胸水の場合の胸水の持続期間は平均3か月であるが、約半数の例において、本人が気づかないまま自然消失する。また、Eplerら(1982)の報告でも無症候者は65.7%としているように、本疾患の多くが自覚症状がなく健康診断で発見されることもあり、無治療で軽快する場合が多い。しかし、中には大量の胸水が貯留し、労作時呼吸困難を訴えたり、胸痛を訴えるケースもあり、胸水貯留が遷延化した結果、胸水が被包化されて残存することもあり、このような場合には、肺機能障害が改善しないこともある。

また、胸水が消失した後に約半数の症例でびまん性胸膜肥厚を残す。この場合、肺拡散能は正常であるが、肺活量、全肺気量と静肺コンプライアンスが低下し、そのため、程度の差はあるものの、徐々に少なからぬ肺機能障害を来すことが知られている。

良性石綿胸水の特別な治療法はないが、胸腔穿刺による胸水排出が施行されることのほか、副腎皮質ステロイド剤が胸水消失に奏功することもあり、臨床的には2週間程度投与することが一般的に行われている。

びまん性胸膜肥厚とともに、予後不良の要因は胸膜中皮腫の合併である。良性石綿胸水における胸膜中皮腫の発症リスクに関する疫学的知見はこれまでのところ得られていないものの、良性石綿胸水から中皮腫に移行するケースも一定例あることから、中皮腫の早期発見のため定期的な検査が必要である。

## (2) 石綿が原因であることを判断する際の考え方

石綿ばく露量と発症との関係については、高濃度ばく露によるとの報告がある一方、高濃度ばく露を示唆する石綿肺を伴う症例よりも、胸膜プラークを認める症例の方が多いとする報告もあるが、累積ばく露量は胸膜プラークと石綿肺の発症に必要なばく露量の間であらうと考えられている(Gottschallら, 20

04)。

胸水は、石綿以外にもさまざまな原因で発症する疾患である。また、良性石綿胸水は、石綿以外の原因を除外することにより確定診断がなされるため、石綿ばく露歴が確認できなければ、石綿以外の原因による胸水との区別はできない。したがって、医学的所見だけで石綿を原因とするものであることを判定することは難しい。

つまり、明らかな石綿ばく露作業歴が認められる症例で、除外診断により石綿以外の他の原因が否定された場合に、石綿によるものと考え、良性石綿胸水と診断される。

なお、良性石綿胸水については、中皮腫、肺がん及び石綿肺に比べ、既知の疫学的ならびに臨床的知見は非常に少ない。ことにわが国での報告は余りなく、今後さらに知見の収集に努めるべきである。

## 5 びまん性胸膜肥厚

石綿肺にびまん性胸膜肥厚が良く伴うことはかなり以前から知られていたが、石綿肺を伴わない、単独の石綿関連疾患のひとつとして認知されたのは1970年代以降のことである。

### (1) 成因、診断等

#### ア 病因（石綿ばく露との関係）

びまん性胸膜肥厚は、石綿以外のさまざまな原因によっても発症する疾患である。

石綿ばく露者のびまん性胸膜肥厚の発生頻度は、Hillerdal(1981)によると石綿ばく露者891例中27例(3.0%)、McLoudら(1985)によると石綿ばく露者1373例中185例(13.5%)であり、決して少ないとはいえない。

Hesselら(1998)は、20年以上の石綿ばく露作業従事期間を有するボイラー製造・据付・修理作業者の胸部エックス線写真に胸膜プラークが8%、びまん性胸膜肥厚が9%見られたと報告している。また、Finkelsteinら(1984)は、石綿セメント製造作業で石綿肺有所見者ほどではないが、石綿ばく露量が多いほどびまん性胸膜肥厚の発症率が高いことを報告している。一方、Jonesら(1989)は、別の石綿セメント製造作業者を対象とした調査で、びまん性胸膜肥厚の有所見率は石綿ばく露従事期間が長くなるにつれて高くなったが、推定累積ばく露量とは相関しなかったと報告している。さらに、Shepherdら(1984)は、アモサイトばく露労働者では、びまん性胸膜肥厚の有所見率は、ばく露濃度とばく露開始からの経過年数に相関していたと報告している。一般に、石綿に長期間ばく露した者、最初のばく露から長年経た者の有所見率は高くなる。

石綿ばく露によるびまん性胸膜肥厚の成因は単一ではない。肺実質病変である石綿肺が進行し、臓側胸膜及び壁側胸膜に波及したと考えられるものは



約10%で、明らかに良性石綿胸水が関与したと考えられるものが1/3~2/3以上を占める。

なお、一般環境下における発症例はこれまでに報告がない。

## イ 診断

胸膜プラークが壁側胸膜の病変であるのに対して、びまん性胸膜肥厚は臓側胸膜の病変である。但し、病変が臓側胸膜のみに限局していることは極めてまれで、通常は壁側胸膜にも病変が存在し、両者は癒着していることが多い。びまん性胸膜肥厚の臨床症状・所見には、咳と痰、呼吸困難、喘鳴、反復性胸痛、反復性の呼吸器感染等があげられる。

胸膜肥厚の程度については、今のところ、定まった見解はない。石綿ばく露者のびまん性胸膜肥厚について、イギリスでは、1996年、その補償対象の基準の改訂について勧告が出され、1997年に改訂されている。その基準は、「厚さについては最も厚いところで5mm以上、広がりについては、片側の場合は胸部単純写真で側胸壁の1/2以上、両側の場合は同様に1/4以上」となっている。

## ウ 鑑別

びまん性胸膜肥厚と石綿ばく露との関係は、胸膜プラークとの関係に比べて特異性が低く、びまん性胸膜肥厚は必ずしも石綿によるものとは限らない。結核性胸膜炎の後遺症や、リウマチ性疾患、全身性エリトマトーデス(SLE)、強直性脊椎炎(AS)などの筋骨格・結合組織疾患、薬剤起因性胸膜疾患との鑑別が必要なこともある。

また、画像上、鑑別すべきものとしては、胸膜外脂肪、融合した胸膜プラーク、胸膜中皮腫等があげられる。

その他、原因不明のものや石綿ばく露とは無関係なものもあり、石綿ばく露歴が不明の場合は、鑑別は困難である。

## エ 予後

びまん性胸膜肥厚が独立した疾患として認識される以前は、じん肺症(石綿肺)の一所見ととらえられていた。病態の進行も、じん肺症(石綿肺)と同様に徐々に進行する経過をたどる。

石綿肺所見がないびまん性胸膜肥厚有所見者の場合、肺拡散能は正常であるが、肺活量、全肺気量、静肺コンプライアンスは低下する。程度の差はあるものの、拘束性肺機能障害を来し、これが進展して慢性呼吸不全状態になれば、在宅酸素療法の適応になり、継続的治療が必要になる。

ただ、びまん性胸膜肥厚は悪性疾患ではなく、中皮腫、肺がんのように短期間で死に至ることはない。

## (2) 石綿が原因であることを判断する際の考え方

びまん性胸膜肥厚は、石綿以外にもさまざまな原因で発症する疾患であり、石綿肺や良性石綿胸水が関与したと考えられるものが多いが、原因不明のものや石綿ばく露と無関係なものもある。

石綿ばく露との関係では、石綿に長期間ばく露した者、最初のばく露から長年経た者での有所見率は高くなるとされ、石綿ばく露量が多いほどびまん性胸膜肥厚の有所見率は高いとする報告がある。一方、推定石綿累積ばく露量とは相関しなかったという報告もあり、石綿ばく露量とびまん性胸膜肥厚との関係は明確にされているとはいえないが、石綿累積ばく露量は、良性石綿胸水と同様、胸膜プラークの発症に必要なばく露量と石綿肺の発症に必要なばく露量の中間であろうと考えられる。

びまん性胸膜肥厚は、原因不明のものや石綿ばく露とは無関係なものもあり、石綿ばく露歴の客観的な情報がなければ、他の原因によるびまん性胸膜肥厚と区別して石綿によるものと判断することは難しい。したがって、石綿によるものであるかどうかの判断に当たっては、石綿ばく露歴の確認、他疾患との鑑別が重要である。

職業ばく露とみなすために必要なばく露期間の考え方としては、平成15年の「石綿ばく露労働者に発生した疾病の認定基準に関する検討会」において検討した症例からみて、概ね3年以上の職業による石綿ばく露年数が目安になると考える。

なお、びまん性胸膜肥厚は、中皮腫、肺がん及び石綿肺に比べ、既知の疫学的・臨床的知見等が少ないので、今後の知見の収集に努めるべきである。

## 6 その他の疾患

### (1) 円形無気肺

円形無気肺は、胸部エックス線写真で円形もしくは類円形を呈する直径2.5 cm から5 cm 大の末梢性無気肺である。臓側胸膜の病変が主体で、石綿ばく露が原因で、良性石綿胸水後に発生することが多い。自覚症状はほとんどなく、咳、喀痰、胸痛、呼吸困難を訴える場合もあるが、まれである。ほとんど治療を必要とせず、経過観察にとどまる。

### (2) その他の部位のがん

中皮腫、肺がん以外のがんについて石綿の関与を疑う研究報告もあるが、中皮腫、肺がんのように確立した知見といえるものは、現時点ではまだない。

## 引用文献

- (1) Multiple authors (1997) Consensus report: Asbestos, asbestosis, and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution. *Scand J Work Environ Health* 23:311-316
- (2) 厚生労働省労働基準局：石綿ばく露労働者に発生した疾病の認定基準に関する検討会（2004）石綿ばく露労働者に発生した疾病の認定基準に関する検討会報告書。
- (3) Garateau-Salle F (2006) *Pathology of Malignant Mesothelioma*, pp1-10, Springer
- (4) 三浦溥太郎（2005）第2部第3章第3節 中皮腫-臨床. 改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp178-208、三信図書
- (5) 森永謙二（2005）15-18 悪性胸膜中皮腫の診断精度の向上及び治療法に関する研究. 厚生労働省がん研究助成金による研究報告集 平成16年度、pp340-344、国立がんセンター
- (6) Bianchi C, Brollo A, Ramani L, Bianchi T, Giarelli L (2001) Asbestos exposure in malignant mesothelioma of the pleura: A survey of 557 cases. *Ind Health* 39:161-167
- (7) 森永謙二（2005）第2部第2章第3節 中皮腫. 改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp129-146、三信図書
- (8) Stewart BW, Kleihues P, ed (2003) WHO: World cancer report. pp 182-187, IARC
- (9) Tossavainen A (1997) Asbestos, asbestosis and cancer. Exposure criteria for clinical diagnosis. Proceedings of an International Expert Meeting on Asbestos, Asbestosis and Cancer. pp8-27, People and Work Research reports 14, Finnish Institute of Occupational Health
- (10) IPCS (1999) Health effects of interactions between tobacco use and exposure to other agents. *Environmental Health Criteria* 211:36-38, WHO
- (11) IPCS (1986) Asbestos and Other Natural Mineral Fibres. *Environmental Health Criteria* 53:120-140, WHO
- (12) 日本産業衛生学会許容濃度等に関する委員会(2000) 発がん物質の過発がん生涯リスクレベルに対応する評価暫定値(2000)の提案理由. *産衛誌* 42:177-185
- (13) 和田攻、栗原紳公（2003）シリカ曝露、じん肺そして肺癌－研究と対策の変遷と現状およびリスクアセスメント－. *産業医学レビュー* 15(4):248-249
- (14) 浜島信之（1994）Effect modifier 存在下での寄与危険度割合と法的因果関係. *日本公衛誌* 39:302-305
- (15) The Industrial Injuries Advisory Council (2004) Proceedings of the 2nd Annual Public Meeting. pp5-7, IICAC
- (16) Henderson DW, Leigh J (2000) Asbestos and lung cancer: A selective up-date to the Helsinki Criteria for individual attribution. Proceedings of an International Expert Meeting on New Advances in Radiology and Screening of Asbestos-Related Diseases. People and Work Research Reports 36, Finnish Institute of Occupational Health
- (17) Henderson DW, Rodelsperger K, Woitowitz HJ, Leigh J (2005) After Helsinki: a

- multidisciplinary review of the relationship between asbestos exposure and lung cancer, with emphasis on studies published during 1997-2004. *Pathology* 36:517-550
- (18) Hillerdal G, Henderson DW (1997) Asbestos, asbestosis, pleural plaques and lung cancer. *Scand J Work Environ Health* 23:93-103
- (19) Hillerdal G (1994) Pleural plaques and risk for bronchial carcinoma and mesothelioma. *Chest* 105:144-149
- (20) Roedelsperger (1996) Inorganic fibres in human lung tissue. Epidemiology of the risk factor for diffuse malignant mesothelioma (DMM) based on lung dust fibre analysis. Bundesanstalt fuer Arbeitsmeddizin
- (21) Thimpont J, Vuyst PD (1998) Occupational asbestos-related diseases in Belgium. *Sourcebook on Asbestos Disease* 17:311-328
- (22) Karjalainen A et al. Asbestos bodies in bronchoalveolar lavage in relation to asbestos bodies and asbestos fibers in lung parenchyma. *Eur Respir J* 1996;9:1000-5
- (23) Roggli VL, Sanders LL (2000) Asbestos content of lung tissue and carcinoma of the lung: a clinicopathologic correlation and mineral fiber analysis of 234 cases. *Ann Occup Hyg* 44:109-117
- (24) Wilkinson P, Hansell DM, Janssens J, Rubens M, Rudd RM, Taylor AN, McDonald C (1995) Is lung cancer associated with asbestos exposure when there are no small opacities on the chest radiograph? *Lancet* 345:1074-1078
- (25) Morinaga K, Yokoyama K, Sakatani M, Yamamoto S, Sera Y (1993) Lung cancer mortality among the asbestosis by smoking habit. *Proceedings of 8th International Conference on Occupational Lung Diseases*, pp372-376, ILO
- (26) BK-Report 1/94 (1994) Faserjahre. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
- (27) BK-Report 1/97 (1997) Faserjahre. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
- (28) Baur X, Czuppon AB (1998) Regulation and compensation of asbestos diseases in Germany. *Sourcebook on Asbestos Disease* 17:405-419
- (29) Hindry M (1998) Asbestos-related diseases compensation in France. *Sourcebook on Asbestos Disease* 17:423-448
- (30) 中央労働災害防止協会 労働衛生調査分析センター (2004) 平成15年度 石綿の労働衛生対策報告書、中央労働災害防止協会
- (31) Higashi T, Takahashi K (2001) Asbestos and environmental health in Japan. *The Health Effects of Chrysotile asbestos: Contribution of Science to Risk-Management Decisions. Can Mineral Spec Publ* 5, pp215-226
- (32) IPCS (1998) Chrysotile asbestos. *Environmental Health Criteria* 203:142-143, WHO
- (33) 審良正則、森永謙二 (2005) 第2部第3章第2節 肺がん. 改訂新版 職業性石綿ば

- く露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp172-177、三信図書
- (34) Kishimoto T, Ohnishi K, Saito Y (2003) Clinical study of asbestos-related lung cancer. *Ind Health* 41:94-100
- (35) 濱田薫、徳山猛、成田亘啓 (1996) 石綿肺と肺癌－その臨床的側面から－. *日胸* 55: 822-827
- (36) 審良正則、森永謙二 (2005) 第2部第3章第1節 石綿肺. 改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp161-171、三信図書
- (37) 森永謙二 (2005) 第2部第1章 石綿による健康障害の歴史. 改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp105-122、三信図書
- (38) American Thoracic Society (1986) Diagnosis of nonmalignant diseases related to asbestos. *Am Rev Respir Dis* 134:363-368
- (39) Epler GR, McCloud TC, Gaensler EA (1982) Prevalence and incidence of benign asbestos pleural effusion in a working population. *J Am Med Assoc* 247:617-622
- (40) 田村猛夏、春日宏友、堅田均、成田亘啓、他 (1990) 石綿性胸膜炎の臨床的ならびに文献的考察. *日胸疾会誌* 28:1182-1194
- (41) 岸本卓巳、岡原正幸、近森研一、小崎普司、他 (1998) 良性石綿胸水の臨床的検討. *日呼吸会誌* 36:18-22
- (42) Hillerdal G, Ozesmi M (1986) Benign asbestos pleural effusion: 73 exudates in 60 patients. *Eur J Respir Dis* 71:113-121
- (43) 岸本卓巳 (2005) 第2部第3章第5節 2. 良性石綿胸水(石綿胸膜炎). 改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp222-228、三信図書
- (44) 三浦溥太郎 (2005) 第2部第3章第5節 1. びまん性胸膜肥厚. 改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp215-221、三信図書
- (45) 森永謙二、岸本卓巳 (2005) 第2部第2章第4節 胸膜疾患. 改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp147-151、三信図書
- (46) Gottschall EB, Newman LS (2004) Benign asbestos-related pleural disease. *Pleural Disease* (Bouros D, ed), *Lung Biology in Health and Diseases* 186:545-569, Marcel Dekker
- (47) McCloud TC, Woods BO, Carrington CB, Epler GR, Gaensler EA (1985) Diffuse pleural thickening in an asbestos-exposed population: Prevalence and causes. *Am. J. Rentgenol* 144:9-18
- (48) Hessel PA, Melenka LS, Michaelchuk D, Herbert FA, Cowie RL (1998) Lung health among boilermakers in Edmonton, Alberta. *Am J Ind Med* 34:381-384
- (49) Finkelstein MM, Vingilis JJ (1984) Radiographic abnormalities among asbestos-cement workers. An exposure-response study. *Am Rev Respir Dis* 129:17-22
- (50) Jones RN, Diem JE, Huges JM, Hammad YY, Glindmyeyer HW, Weil H (1989) Progression of asbestos effects: a prospective longitudinal study of chest radiographs and lung function. *Br J Ind Med* 46:97-105

(51) Shepherd JR, Hillerdal G, McLarty J (1997) Progression of pleural and parenchymal disease on chest radiographs of workers exposed to amosite asbestos. Occup Environ Med 54:410-415

(52) Department of Social Security (1996) Social Security Administration Act 1992: Asbestos Related Diseases. The Stationary Office Limited

(53) 岸本卓巳 (2005) 第2部第3章第5節 3. 円形無気肺. 改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp229-235、三信図書

(54) 森永謙二 (2005) 第2部第2章第5節 肺がん・中皮腫以外のがん. 改訂新版 職業性石綿ばく露と石綿関連疾患－基礎知識と労災補償－、pp152-159、三信図書

### Ⅲ まとめ

#### 1 中皮腫について

- (1) 中皮腫は、そのほとんどが石綿に起因するものと考えられる。
- (2) 中皮腫は診断が重要であり、原則として病理組織学的検査による確定診断が行われることが望ましい。中皮腫の診断の確からしさが担保されれば、石綿を原因とするものと考えられる。
- (3) 職業ばく露によるものとみなせるのは、概ね1年以上の石綿ばく露作業従事歴が認められた場合である。ただし、ばく露状況によっては、1年より短い石綿ばく露作業歴での発症も否定しえない。
- (4) 近隣ばく露や家庭内ばく露による発症も考えられる。
- (5) 中皮腫はばく露開始から発症までが40年前後の潜伏期間の非常に長い疾患であることから、30歳以下の症例については慎重に評価すべきである。
- (6) 中皮腫は、予後の非常に悪い疾患である。

#### 2 肺がんについて

- (1) 肺がんは喫煙をはじめとしてさまざまな原因が指摘されている中で、石綿を原因とするものとみなせるのは、肺がんの発症リスクを2倍以上に高める量の石綿ばく露があった場合とするのが妥当である。
- (2) 肺がんの発症リスクを2倍以上にする石綿のばく露量は、累積石綿ばく露量25本/ml ×年以上と考えられる。
- (3) 肺がん発症リスクが2倍以上又は累積石綿ばく露量が25本/ml ×年以上を判断するばく露量の医学的指標としては、胸膜プラーク画像所見等による指標及び肺内石綿繊維数又は石綿小体数による指標があり、職業ばく露歴に関連した指標としては、石綿肺の所見による指標及び石綿ばく露作業従事期間等による指標がある。
- (4) 職業ばく露歴が不明な場合の胸膜プラーク画像所見等を指標とする考え方については、胸部エックス線写真の像又はCT画像により明らかな胸膜プラークが認められ、かつ、じん肺法に定める胸部エックス線写真の像で第1型以上と同様の肺線維化所見があり、胸部CT画像においても肺線維化所見が認められた場合には、肺がんの発症リスクが2倍以上であると判断できる。
- (5) 肺内石綿繊維数又は石綿小体数による指標については、乾燥肺重量1g当たり石綿小体5000本以上、又は石綿繊維200万本以上（5 $\mu$ m超。2 $\mu$ m超なら500万本以上）、気管支肺胞洗浄液（BALF）1ml当たり石綿小体5本以上が存在する場合には、25本/ml ×年以上の累積ばく露があったと判断できる。  
なお、石綿小体、石綿繊維の計測に関する信頼性の高いデータを得るためには、一定の設備を備え、かつ、トレーニングを受けたスタッフのいる専門の施設で実施する必要がある。

- (6) 石綿肺の所見による指標については、客観的な石綿ばく露作業従事歴がある者に石綿肺の所見が認められた場合には、肺がんリスクが2倍以上であると判断できる。
- (7) 石綿ばく露作業従事期間による指標については、胸膜プラーク等の石綿ばく露所見が認められ、石綿ばく露作業に概ね10年以上従事したことが確認された場合には、25本/ml ×年以上の累積ばく露があったとみなすことができる。なお、業種別のばく露量を採用することは困難であるが、特定化学物質等障害予防規則により作業環境測定記録が保存されている場合には、これも参考にすべきである。
- (8) 石綿による肺がんは、その多くがばく露開始から発症までが30年から40年程度といった、潜伏期間の長い疾患である。
- (9) 肺がんは、一般に予後の非常に悪い疾患である。

### 3 石綿肺について

- (1) 石綿肺は、代表的な職業病である。臨床における石綿肺の診断は、石綿ばく露作業歴の確認とじん肺法に定められる一定の肺線維化所見に基づいて行われるものであって、石綿ばく露歴の客観的な情報がなければ、他の原因による肺線維症と区別して石綿肺と診断することは難しい。
- (2) ばく露後すぐ発症するというものではなく、ばく露から概ね10年以上経過して所見が現れる。
- (3) じん肺法に定める第1型の石綿肺は、それだけではほとんど症状もなく、肺機能や生活の質が大きく低下することはない。一部の症例で徐々に症状が進行し、肺機能の著しい低下等日常生活上の支障が生じるものもあるが、肺がん、中皮腫と異なり、短期間で死に至るような予後の非常に悪い疾患ではない。
- (4) 一般環境下での発症の報告例は今までのところないが、さらに知見の収集に努めるべきである。

### 4 良性石綿胸水について

- (1) 良性石綿胸水についてはその診断が難しく、また、時間もかかる。胸水が認められる症例のうち、他の原因が否定され（除外診断）、明らかな石綿ばく露作業歴がある場合に、良性石綿胸水と診断できるが、石綿ばく露歴の客観的な情報がなければ、他の原因による胸水と区別して良性石綿胸水と診断することは非常に難しい。Eplerらの基準では、確定診断を下すには3年間の経過観察が必要であったが、画像診断が発達し悪性腫瘍との鑑別が進歩した現在は、概ね1年程度が妥当と考えられる。
- (2) 潜伏期間は、他の石綿関連疾患より短く、文献上では平均12年～30年である。20年までに出現することが多い。
- (3) 胸水の持続期間は平均3か月であり、一部、胸水貯留が遷延し、肺機能障害



を来す場合があるが、約半数の例において、本人が気づかないまま自然消失する。胸膜中皮腫を合併する可能性もあることから、石綿にばく露した可能性のある人に認められた胸水については、定期的に検査を行うなど経過観察を行うことが望ましい。

- (4) 一般環境における発症例の報告はない。中皮腫、肺がん及び石綿肺に比べ、既知の疫学的・臨床的知見が少なく、今後さらに知見の収集に努めるべきである。

## 5 びまん性胸膜肥厚について

- (1) びまん性胸膜肥厚は、石綿以外の原因によるものもあり、石綿ばく露歴の客観的な情報がなければ、他の原因によるびまん性胸膜肥厚と区別して石綿によるびまん性胸膜肥厚であると判断することは難しい。

びまん性胸膜肥厚のうち、他の原因が否定され、明らかな職業ばく露歴がある場合には、石綿によるびまん性胸膜肥厚と考えてよい。その際のばく露期間の考え方としては、概ね3年以上の職業による石綿ばく露期間が目安となる。

- (2) びまん性胸膜肥厚のイギリスの補償基準は、厚さについて最も厚いところで5 mm以上、広がり範囲について片側の場合は胸部単純写真で側胸壁の1/2以上、両側の場合は同様に1/4以上と定めている。
- (3) 独立した疾患として認識される以前は、じん肺症（石綿肺）の一所見としてとらえられており、病態の進行も、じん肺症と同様に徐々に進行する経過をたどる。病態が進んだ場合、継続的治療が必要となる。その目安としては、じん肺法で定めるところの著しい肺機能障害と同等に考えるべきである。
- (4) 一般環境における発症例の報告はない。中皮腫、肺がん及び石綿肺に比べ、既知の疫学的・臨床的知見が少なく、今後さらに知見の収集に努めるべきである。

## 6 石綿関連疾患の周知徹底について

石綿関連疾患の診断、労災補償上の取扱い、救済の取扱いについて、特に、医療機関及び医療関係者等への周知徹底を図ることが肝要である。