

都道府県労働局労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長

石綿による疾病の業務上外の認定のための調査実施要領
の一部改正について

石綿による疾病の業務上外の認定のための調査実施要領（以下「調査実施要領」という。）については、平成 18 年 6 月 6 日付け基労補発第 0606001 号をもって示しているところであるが、今般、本日付け基発 0701 第 10 号「石綿による疾病の認定基準の一部改正について」により石綿による疾病の認定基準の一部が改正されたことから、下記のとおり改めることとしたので、今後、石綿による疾病に係る労災請求事案については、本調査実施要領に基づき、的確な調査の実施に努められたい。

記

- 1 調査実施要領の 2 の (3) のエの(エ)を次のように改める。
(エ) 呼吸機能障害は、スパイロメトリー検査及びフローボリューム曲線検査については、最低 3 回以上実施した検査の最良の検査結果により、動脈血ガス測定検査については、直近の検査結果により、その程度を確認すること。
- 2 調査実施要領の別添「石綿による疾病の業務上外の認定のための調査票」の「Ⅰ 基本情報」を別添 1 のように改め、「Ⅱ 医学的情報[良性石綿胸水]」を別添 2 のように改め、「Ⅱ 医学的情報[びまん性胸膜肥厚]」を別添 3 のように改め、「Ⅳ－3 診断（意見）書 [良性石綿胸水]」を別添 4 のように改め、「Ⅳ－4 診断（意見）書 [びまん性胸膜肥厚]」を別添 5 のように改める。

石綿による疾病の業務上外の認定のための調査票

I 基本情報

				局 署	
労働保険番号			事業の種類		
事業の名称	代表者			労働者数	人
事業場の所在地	電話 — —			石綿疾患労働認定状況	☐ 有 ☐ 無
ふりがな 被災労働者氏名	生年月日		年 月 日	性 別	☐ 男 ☐ 女
	請求時の状況 生存 死亡 (死亡 年 月 日 死亡時 歳)	職 種		雇入年月日	年 月 日
請求人氏名	被災労働者 との続柄 ()		請 求 種 別	☐ 療養 ☐ 休業 ☐ 障害 ☐ 遺族 ☐ 葬祭 ()	
			請 求 年 月 日	年 月 日	
療養経過等	医療機関名	治療期間		診断名	
		年 月 日 ~ 年 月 日			
		年 月 日 ~ 年 月 日			
		年 月 日 ~ 年 月 日			

調査結果	疾 患 名	☐ 肺がん <労基則別表第1の2第7号7> ☐ 中皮腫(胸膜・腹膜・心膜・精巣鞘膜・その他< >) <労基則別表第1の2第7号7> ☐ 良性石綿胸水 ☐ びまん性胸膜肥厚 その他() <労基則別表第1の2第4号7> <労基則別表第1の2第4号7>
	医学的所見	☐ 石綿肺 ☐ 胸膜プラーク ☐ 石綿小体・石綿繊維 ☐ 無
	呼吸機能	著しい呼吸機能障害 ☐ 有 ☐ 無
	胸膜肥厚	認定要件該当性 ☐ 該当 ☐ 非該当
	ばく露歴	従事期間 (年) 作業内容()

Ⅱ 医学的情報 [良性石綿胸水]

1 診断名

請求時の疾患名 及び発症時期	疾患名: _____	・発症年月日: 年 月 日
	発症時年齢 歳	
胸水確認の経過	・今回の胸水出現 (☐ 初回 ☐ 回目) ・最初の胸水出現からの経過年数 年 ヶ月 <確認資料> ☐ 診断書 ☐ 主治医意見書 ☐ その他()	
除 外 診 断	<確認資料> ☐ 主治医意見書 ☐ その他()	
	労災医員等による確認 ☐ 適 ☐ 否 <確認資料> ☐ 主治医意見書 ☐ その他()	

2 石綿ばく露に関する医学的事項

石綿肺 (第1型以上)	(ア) 管理区分決定あり	じん肺管理区分 (管理) <確認資料> ☐ じん肺管理区分決定通知書 ☐ 健康管理手帳 ☐ その他()
	(イ) 管理区分決定なし	じん肺管理区分 (管理 相当) ☐ 無 <確認資料> ☐ じん肺診査医意見書 ☐ その他()
胸膜プラーク	☐ 有 ☐ 無	<確認資料> ☐ 主治医意見書 ☐ X線・CT ☐ その他() 労災医員等による確認 ☐ 有 ☐ 無 <確認資料> ☐ 労災医員意見書 ☐ その他()
		<確認資料> ☐ 主治医意見書 ☐ 呼吸機能検査結果 ☐ その他() 著しい呼吸機能障害 ☐ 有 ☐ 無 <確認資料> ☐ じん肺診査医意見書
療養の内容	☐ 投薬 ☐ 在宅酸素療法 ☐ その他() <確認資料> ☐ 主治医意見書 ☐ その他()	

注) 確認資料については、□にチェックで表示等し、資料を添付すること。

◎ 入手資料

☐ 診療録	☐ 臨床検査結果	☐ X線写真	☐ CT画像	☐ その他()
------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

II 医学的情報 [びまん性胸膜肥厚]

1 診断名

請求時の疾患名 及び発症時期	疾患名: 発症年月日: 年 月 日 発症時年齢 歳 <確認資料> ☐ 診断書 ☐ 主治医意見書 ☐ その他()	
鑑別診断の 実施と有無等	☐ 有 ・ ☐ 無	<確認資料> ☐ 主治医意見書 ☐ その他() 労災医員等による確認 ☐ 適 ☐ 否 <確認資料> ☐ 労災医員意見書 ☐ その他()
胸膜肥厚の広がり及び厚さ	☐ 有 ・ ☐ 無	片側の場合 (広がり) (厚さ) [☐ 左 ☐ 右] ☐ 1/2未満 ☐ 1/2以上 最も厚いところ mm 両側にある場合 [☐ 左] ☐ 1/4未満 ☐ 1/4以上 最も厚いところ mm [☐ 右] ☐ 1/4未満 ☐ 1/4以上 <確認資料> ☐ 回答書 ☐ 診療録 ☐ X線・CT ☐ その他() 認定要件該当性に係る労災医員等の意見 ☐ 該当 ☐ 非該当 <確認資料> ☐ 労災医員意見書 ☐ その他()

2 石綿ばく露に関する医学的事項

石綿肺 (第1型以上)	(ア) 管理区分決定あり	じん肺管理区分 (管理) <確認資料> ☐ じん肺管理区分決定通知書 ☐ 健康管理手帳 ☐ その他()
	(イ) 管理区分決定なし	じん肺管理区分 (管理 相当) ☐ 無 <確認資料> ☐ じん肺診査医意見書 ☐ その他()
胸膜プラーク	☐ 有 ・ ☐ 無	<確認資料> ☐ 主治医意見書 ☐ X線・CT ☐ その他()
		労災医員等による確認 ☐ 有 ☐ 無 <確認資料> ☐ 労災医員意見書 ☐ その他()
呼吸機能障害	☐ 有 ・ ☐ 無	<確認資料> ☐ 主治医意見書 ☐ 呼吸機能検査結果 ☐ その他()
		著しい呼吸機能障害 ☐ 有 ☐ 無 <確認資料> ☐ じん肺診査医意見書
療養の内容	☐ 投薬 ☐ 在宅酸素療法 ☐ その他() <確認資料> ☐ 主治医意見書 ☐ その他()	

注) 確認資料については、□にチェックで表示等し、資料を添付すること。

[良性石綿胸水]

労働者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)	傷 病 名		
初診年月日		年 月 日	治 療 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日
主訴及び症状所見					
診断	胸水確認 の経過等	・今回の胸水の出現 (☐ 初回 ☐ 回目) ・今回の胸水継続期間 月 ・最初の胸水出現からの経過年数 年 月 <検査の種類> ☐ X線写真 ☐ CT ☐ 胸水穿刺 ☐ その他()			
	除外診断 の実施等	悪性腫瘍・結核性胸膜炎・リウマチ性胸膜炎等との除外診断の有無 ☐ 有 ☐ 無 [鑑別根拠の内容]			
石綿肺の所見		☐ 有 ☐ 無	[所見の内容]		
胸膜プラーク に係る情報		☐ 有 ☐ 無	[検査等の種類] ☐ X線写真 ☐ CT ☐ 胸腔鏡 ☐ 手術 ☐ 剖検 [範囲・程度]		
石綿小体・ 石綿繊維 に係る情報		☐ 有 ☐ 無	・石綿小体 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 未検査 ・石綿繊維 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 未検査 [有の場合その程度] [計測している場合] 手術肺・剖検肺 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 ☐ 不明 [採取場所] 湿肺重量1g当たり 石綿小体 本 ☐ 不明 ☐ 上葉 ☐ 中葉 ☐ 下葉 気管支肺胞洗浄液(BALF) 石綿小体 本 / ml ☐ 無 ☐ 不明		
呼吸機能障害		☐ 有 ☐ 無	呼吸機能検査の有無 ☐ 有 ☐ 無 (年 月 日検査) [%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [1秒量: %] 動脈血ガス測定検査の有無 ☐ 有 ☐ 無 (年 月 日検査) [PaO ₂ : Torr] ・ [AaDO ₂ : Torr]		
療養の内容		☐ 投薬 ☐ 在宅酸素療法 ☐ その他()			
既往症・基礎疾患					
患者の石綿ばく露 歴と発症(死亡)と の因果関係に関 する意見					
その他参考 となる事項					

※ 根拠となった資料の写しを添付して下さい。

添付資料 ☐診療録 ☐病理検査記録 ☐臨床検査結果 ☐X線写真 ☐CT画像 ☐その他()

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所

医師氏名

印

診 断 (意 見) 書

[びまん性胸膜肥厚]

労働者の氏名 ・生年月日		(年 月 日生)		傷 病 名			
初診年月日		年 月 日		治 療 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日	
主訴及び症状所見							
診断	壁側胸膜との ゆ着の有無及 び範囲・程度	☐ 有 ☐ 無	右側胸膜 [広がり] ☐ 1/4未満 ☐ 1/4以上 1/2未満 ☐ 1/2以上 [厚さ] 最も厚いところ mm [肋横角の鈍化] ☐ 有 ☐ 無 左側胸膜 [広がり] ☐ 1/4未満 ☐ 1/4以上 1/2未満 ☐ 1/2以上 [厚さ] 最も厚いところ mm [肋横角の鈍化] ☐ 有 ☐ 無 <検査等の種類> ☐ X線写真 ☐ CT ☐ その他()				
	鑑別診断 の実施等	結核性胸膜炎の後遺症、リウマチ性疾患、筋骨格・結合組織疾患、薬剤起因性胸膜疾患等との鑑別診断の有無 (☐ 有 ☐ 無) [鑑別根拠の内容]					
石綿肺の所見		☐ 有 ☐ 無	[所見の内容]				
胸膜プラーク に係る情報		☐ 有 ☐ 無	[検査等の種類] ☐ X線写真 ☐ CT ☐ 胸腔鏡 ☐ 手術 ☐ 剖検 [範囲・程度]				
石綿小体・ 石綿繊維 に係る情報		☐ 有 ☐ 無	・石綿小体 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 未検査 ・石綿繊維 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 未検査 [有の場合その程度] [計測している場合] 手術肺・剖検肺 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 ☐ 不明 [採取場所] 湿肺重量1g当たり 石綿小体 本 ☐ 不明 ☐ 上葉 ☐ 中葉 ☐ 下葉 気管支肺胞洗浄液(BALF) 石綿小体 本 / ml ☐ 無 ☐ 不明				
呼吸機能障害		☐ 有 ☐ 無	呼吸機能検査の有無 ☐ 有 ☐ 無 平成 年 月 日 呼吸機能検査: [%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [1秒量: %] 動脈血ガス測定検査: [PaO2 Torr] ・ [AaDO2 Torr] ※1 スパイロメトリー及びフローボリューム曲線の検査は最低3回以上実施した上で、最良の結果を記載してください。 ※2 これらの検査結果が記録されたグラフ、検査結果報告書を添付して下さい(必須)。				
療養の必要性		☐ 投薬 ☐ 在宅酸素療法 ☐ その他()					
既往症・基礎疾患							
患者の石綿ばく露 歴と発症(死亡)と の因果 関係に関 する意見							
そ の 他 参 考 となる 事 項							

※ 根拠となった資料の写しを添付して下さい。

添付資料 ☐診療録 ☐病理検査記録 ☐臨床検査結果 ☐X線写真 ☐CT画像 ☐その他()

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

 病院
診療所
医師氏名