

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
(特別遺族給付金関係) の一部改正について

特別遺族給付金関係の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 日付け基勞補発第 0606002 号をもって示しているところであるが、今般、本日付け基勞 0701 第 11 号により平成 18 年 2 月 9 日付け基勞第 0209001 号(平成 20 年 1 2 月 1 日付け基勞第 1201001 号により一部改正)「特別遺族給付金に係る対象疾病の認定について」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、特別遺族給付金に係る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 調査実施要領の前文を次のように改める。

本調査実施要領は、特別遺族給付金の対象疾病に係る請求事案について、別添の調査票を使用することにより、業務上外の認定を迅速・適正に行うことを目的として作成したものである。

調査票は、「Ⅰ 基本情報」、「Ⅱ 医学的情報」、「Ⅲ 作業歴情報」、「Ⅳ 回答書」、「Ⅴ 石綿ばく露歴聴取票」から構成されており、このうち、「Ⅱ 医学的情報」、「Ⅳ 回答書」については、各疾病ごとに別様式としている。また、調査票は、その記入欄を最小限とし、必須項目には調査すべき資料を示すとともに、調査した事項をチェックする方式としているが、その記入に当たっては、確認できる範囲で足りるものとする。

調査票ごとの留意事項は、以下のとおりである。

石綿による疾病の業務上外の認定のための調査票（特別遺族給付金関係）

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			石綿疾患労働災害認定状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
ふりがな被災労働者氏名	生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	(死亡年月日死亡時歳) ※平成18年3月26日以前の死亡であることの確認	職 種	雇入年月日		年	月
請求人氏名	被災労働者との続柄 ()		請求種別		<input type="checkbox"/> 特別遺族年金 <input type="checkbox"/> 特別遺族一時金	
			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	<input type="checkbox"/> 肺がん <small><労基則別表第1の2第7号7></small> <input type="checkbox"/> 中皮腫(胸膜・腹膜・心膜・精巣鞘膜・その他< >) <small><労基則別表第1の2第7号7></small> <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水 <input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚 <small><労基則別表第1の2第4号7></small> <small><労基則別表第1の2第4号7></small> <input type="checkbox"/> 石綿肺又は石綿肺合併症 <small><労基則別表第1の2第5号></small>				
	医学的所見	<input type="checkbox"/> 石綿肺 <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 石綿小体・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
	呼吸機能	著しい呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
	ばく露歴	従事期間 (年) 作業内容 ()				

II 医学的情報 [対象疾病: 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 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 死亡診断書 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> その他()
胸水確認 の経過等	・最初の胸水出現 年 月 日 ・最初の胸水出現からの経過年数 年 ヶ月 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 回答書 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> その他()
除外診断に 係る情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 回答書 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> その他() 労災医員等による確認 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 労災医員意見書 <input type="checkbox"/> 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〉 <input type="checkbox"/> じん肺管理区分決定通知書 <input type="checkbox"/> 健康管理手帳 <input type="checkbox"/> その他()
	(イ) 管理区分決定なし	<input type="checkbox"/> じん肺管理区分 (管理 相当) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> じん肺診査医意見書 <input type="checkbox"/> その他()
胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 回答書 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> その他()
		労災医員等による確認 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 労災医員意見書 <input type="checkbox"/> その他()
石綿小体 ・石綿繊維	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	[程度] 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> その他()
呼吸機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> 回答書 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> その他()
		著しい呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 〈確認資料〉 <input type="checkbox"/> じん肺診査医意見書

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

<input type="checkbox"/> 診療録	<input type="checkbox"/> 臨床検査結果	<input type="checkbox"/> X線写真	<input type="checkbox"/> CT画像	<input type="checkbox"/> その他()
------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

死亡労働者の氏名・生年月日 (年 月 日生)	死亡年月日	年 月 日
	傷病名	
初診年月日	年 月 日	治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日
胸水確認の経過等	・最初の胸水出現時期 年 月 日 ・その後の胸水治療経過 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 [確認方法] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸水穿刺 <input type="checkbox"/> その他()	
石綿肺の所見 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	[確認方法] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他()	
	[所見の内容]	
胸膜プラークに係る情報 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	[確認方法] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他()	
	[範囲・程度]	
石綿小体・石綿繊維に係る情報 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	[確認方法] <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 剖検記録 <input type="checkbox"/> その他()	
	[有の場合その程度]	
呼吸機能障害に係る情報 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	呼吸機能検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (年 月 日検査) 直近の [%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [1秒量: %] 動脈血ガス測定検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (年 月 日検査) 直近の[PaO ₂ : Torr] 直近の[AaDo ₂ : Torr]	

※ 根拠となった資料の写しを添付して下さい。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 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