

基労補発 0127 第 1 号  
平成 23 年 1 月 27 日

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 日付け基労補発第 0606002 号(平成 22 年 7 月 1 日付け基労補発 0701 第 4 号により一部改正)をもって示しているところであるが、今般、特別遺族給付金の肺がん事案に係る事務処理の状況を踏まえ、本事務処理をより適正に行う観点から、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、的確な調査を実施されたい。

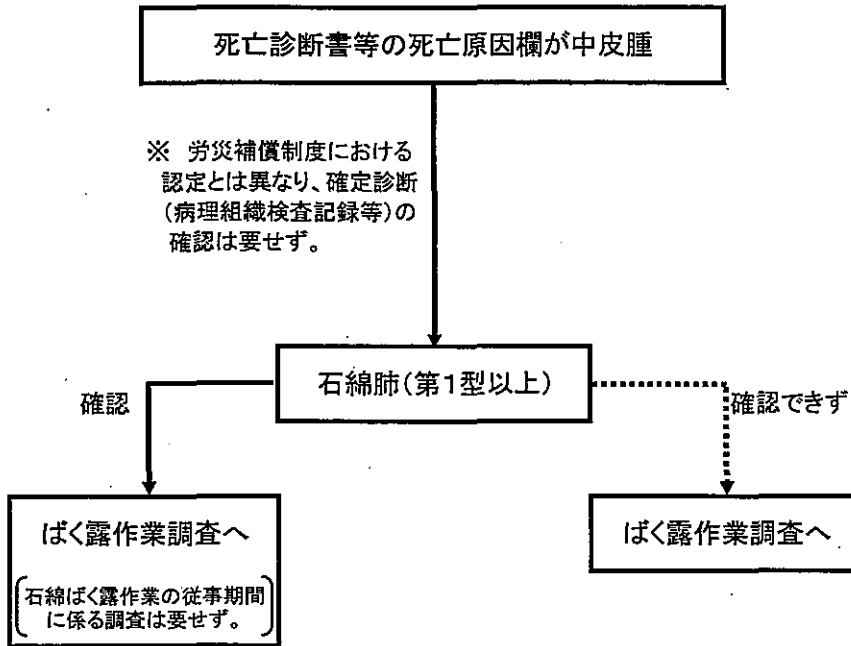
記

- 1 調査実施要領の 2 の(3)のアに(オ)を加える。
  - (オ) 上記(イ)、(ウ)及び(エ)により医学的所見が確認できない場合であっても、次の a 又は b のいずれかに該当する場合には、本省に照会すること。
    - a 被災労働者が雇用されていた同一の事業場において、石綿ばく露作業に従事した内容及び時期とが同一であると判断できる同僚労働者等(事業主が異なる下請事業場等の労働者を含む。以下同じ。)が、石綿による疾病を発症し労災認定を受けている場合
    - b 被災労働者が従事していた石綿ばく露作業が、相当高濃度のもの(石綿製品の製造工程における作業、断熱若しくは保温のための被覆又はその補修作業、石綿の吹付け作業、石綿が吹き付けられた建築物、工作物等の解体、破碎等の作業等をいう。以下同じ。)であると認められる場合

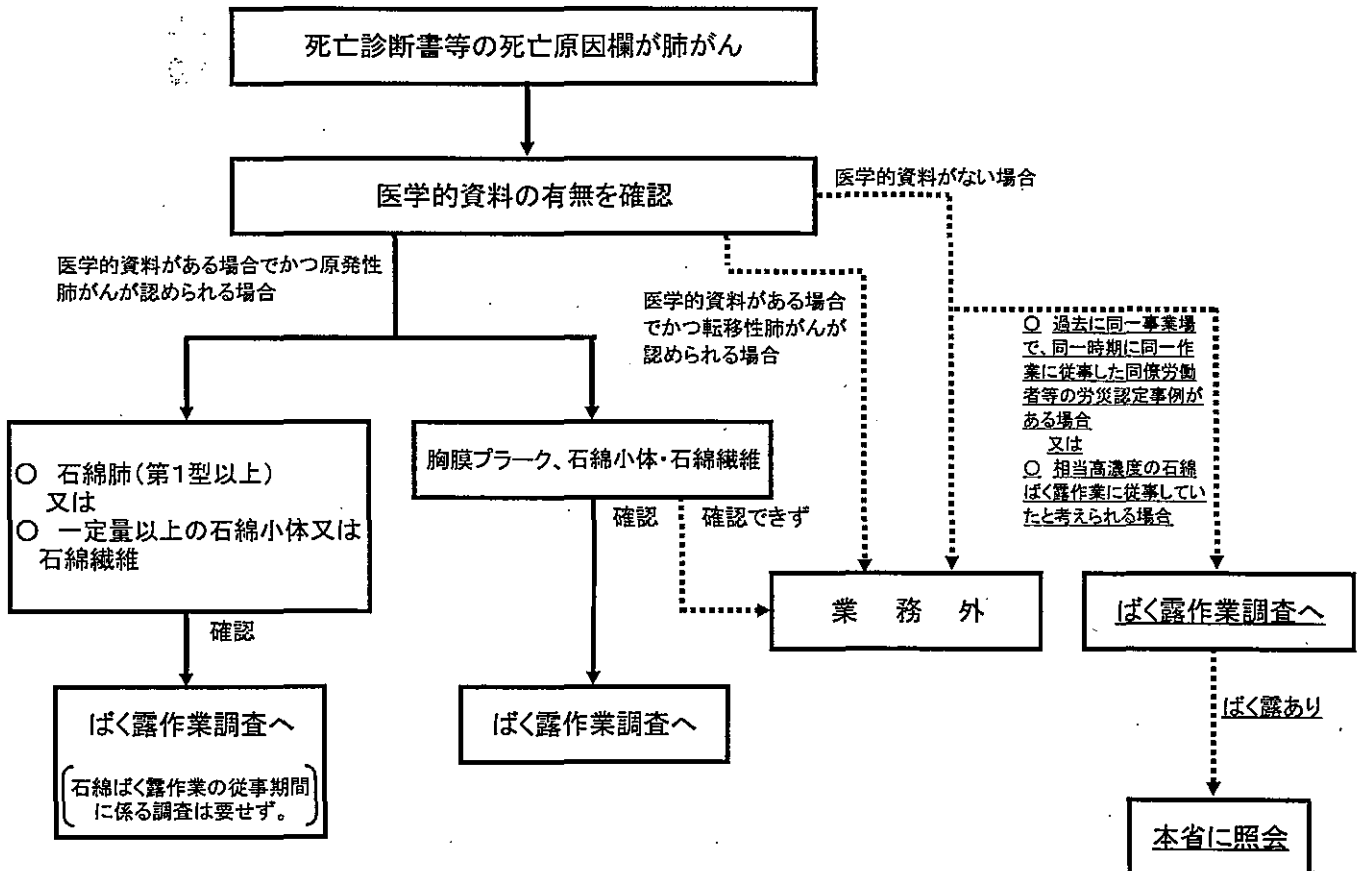
- 2 調査実施要領の3の(5)を次のように改める。
  - (5) 調査の過程において、同僚労働者等に石綿による疾病を発症し労災認定を受けた者がいることを把握した場合には、該当欄にその旨を記載するとともに、さらに、当該労災認定を受けた者と被災労働者が従事した石綿ばく露作業の内容及び時期とが、同一であると判断できる場合には、該当欄にその旨を記載すること。
  
- 3 調査実施要領の3中(7)を(8)とし、(6)を(7)とし、(5)の次に次の(6)を加える。
  - (6) 調査の結果、被災労働者が従事していた石綿ばく露作業が、相当高濃度のものであると認められた場合には、該当欄にその旨を記載すること。
  
- 4 調査実施要領の別添「A) 医学的事項に関する調査」を別紙1のように改め、別添「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)」の「I 基本情報」を別紙2のように改め、「II 医学的情報[対象疾病：肺がん]」を別紙3のように改め、「III 作業歴情報」を別紙4のように改める。

A) 医学的事項に関する調査

◎中皮腫の場合



◎肺がんの場合



★医学的資料とは診療録、病理組織検査記録等をいう。

## 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		石綿疾患労働認定状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <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 日
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 <労基則別表第1の2第7号7> <input type="checkbox"/> 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> <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水 <労基則別表第1の2第4号7> <input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚 <労基則別表第1の2第4号7> <input type="checkbox"/> 石綿肺又は石綿肺合併症 <労基則別表第1の2第5号>			
	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:肺がん]

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	
原発性の判断	<input type="checkbox"/> 死亡診断書 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> その他( ) <確認資料>	
	転移性であることを疑わせる記述の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	労災医員等の意見 <input type="checkbox"/> 原発性 <input type="checkbox"/> 転移性 <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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <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	乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
		湿肺重量1g当たり 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
		気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <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( )
潜伏期間	石綿ばく露開始から肺がん発症までの期間 年 月 ※ 10年未満又は発症時(又は死亡時)年齢30才以下の場合は、ばく露状況に注意が必要。	

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。

Q 上記2の医学的所見が確認できない場合

① 石綿ばく露作業の内容及び時期とが同一であると判断できる同僚労働者等の労災認定事例の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
② 石綿ばく露作業が相当高濃度のもものと認められるか否か	<input type="checkbox"/> 肯 <input type="checkbox"/> 否

⇒ 「有」又は「肯」である場合は、本省に照会

Ⅲ 作業歴情報

3 石綿ばく露状況

	事業場名	事業概要	全在籍期間	在籍中の石綿ばく露作業従事期間	石綿ばく露の状況 (作業内容、取扱材料等)	作業環境測定実施の有無		備考
						石綿疾患労災認定状況		
						高温ばく露作業		
過去の職歴及び石綿ばく露作業従事歴	資料 <input type="checkbox"/> 事業主証明 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> その他( )		年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書	
			年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書	
			年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書	
			年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書	
			年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書	
			年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書	
			年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月)	確認資料 <input type="checkbox"/> 作業記録 <input type="checkbox"/> 健康診断記録 <input type="checkbox"/> 会社の職歴証明等 <input type="checkbox"/> 会社登記簿 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	確認資料 <input type="checkbox"/> 測定結果報告書	
	石綿ばく露期間	ばく露開始年月	年 月	通算ばく露期間 年 ヶ月 ※肺がん <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 10年未満 ※中皮腫 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満 ※びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 3年未満	喫煙の有無 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	喫煙1日平均 本	喫煙期間 年 月~ 年 月	

注)  
 ① 労働者以外の者として石綿ばく露作業に従事していたときは、その期間を( )書きし余白にその旨記入する。  
 ② 石綿ばく露が中断したときは、その期間とその理由等余白部に( )書き記入する。  
 (例 <肺結核療養のため休業>、<退職>、<じん肺管理のため作業転換> 等)  
 ③ 「石綿疾患労災認定状況」の欄の( )は、石綿ばく露作業の内容及び時期とが同一であると判断できる同僚労働者等の労災認定事例の有無を記載する。