

ベルギーの認定基準

（石綿による職業病認定・補償基準（翻訳版））

職業病基金

公的社会保障制度

石綿による職業病

認定・補償基準

職業病基金

Avenue de l'Astronomie 1

1210 Bruxelles

2004 年 8 月



FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Institution publique de sécurité sociale

MALADIES PROFESSIONNELLES PROVOQUÉES PAR L'AMIANTE

Critères de reconnaissance et d'indemnisation.

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES
Avenue de l'Astronomie 1
1210 Bruxelles

Août 2004

.be
BELGIQUE

序 文

石綿による職業病の認定・補償基準については、当該疾病が職業病リストに新たに加えられたこと（補償の原因となる職業病リストを定めた 1969 年 3 月 28 日付王令を改正する 1999 年 3 月 22 日付王令。1999 年 4 月 16 日付ベルギー官報（M.B.））に伴って見直しが行われた。

職業病リストへの今回の新規追加はこれまで以上に厳密なものであるため、ある種の混乱が生じる可能性があり、事実、1999 年以前に職業病基金（F.M.P.）が使用した専門用語に関しては混乱が生じていた。他方、これらの基準は、これまで以上に現在の医学知識を考慮したものとなっている。したがって例えば、今後は石綿肺と胸膜の軽い疾患がそれぞれ異なる疾病単位として正当に認められることになる。

石綿による肺がんのリスクに関しては、曝露基準が明確に規定されている。このがんの特徴は非特異的であるため、明確な曝露基準が当然必要なのである。

最後に、本冊子が石綿による喉頭がんの認定・補償基準には言及していないことに注意が必要である。しかしながら、2002 年 5 月 26 日付王令の付属文書として石綿による喉頭がんの曝露基準（職業病リストのコード 9310）がベルギー官報に掲載されたことを忘れてはならない。

本冊子の作成に際しご尽力いただいた P. De Vuyst 教授、J. Thimpont 博士ならびに M. Vandeweerd 博士に特に感謝申し上げます。

J. Uytterhoeven

理事長

Editeur responsable :

Fonds des maladies professionnelles
Avenue de l'Astronomie, 1
1210 BRUXELLES

Dépôt légal : D/0952/2004/4

Cette brochure peut être obtenue gratuitement

- par téléphone au n° 02/226 63 13
- par fax au n° 02/226 68 00

Ce texte peut également être consulté sur le site du Fonds des maladies professionnelles : www.fmp-fbz.fgov.be

石綿による職業病

認定・補償基準

職業病基金

Avenue de l'Astronomie 1
1210 Bruxelles

Amiante 5.0.doc
2004 年 8 月 5 日

目 次

序文

1. 職業病リストの定義
 - 1.1 定義
 - 1.2 改訂理由
 - 1.2.1 用語「石綿肺」の意味
 - 1.2.2 石綿肺及び肺結核
 - 1.2.3 石綿による肺がん、石綿肺を伴わない場合
 2. 職業上のリスクによる曝露基準
 - 2.1 原則
 - 22 石綿による肺がんに関する曝露基準
 3. 診断基準
 - 3.1 胸膜および心膜の軽い疾患
 - 3.1.1 滲出性胸膜炎
 - 3.1.2 胸膜プラーク
 - 3.1.3 びまん性胸膜肥厚
 - 3.1.4 滲出性心膜炎および心膜肥厚プラーク
 - 3.2 石綿肺
 - 3.3 中皮腫
 - 3.4 肺がん
 4. 補償に関する基準
 - 4.1 石綿肺およびびまん性胸膜肥厚
 - 4.2 胸膜プラーク
 - 4.3 滲出性胸膜炎
 - 4.4 心膜疾患
 - 4.5 肺がん
 - 4.6 中皮腫
 5. 職業上のリスクからの回避
- 参考文献

石綿による職業病

1. 職業病リストの定義

1.1 定義

1999年3月22日付王令¹の発効以前に、石綿による職業病は職業病リストに以下の通り掲載されていた。

- 1.301.21 石綿肺
- 1.301.22 肺結核に結びつく石綿肺
- 1.301.23 肺がんに関結ぶ石綿肺
- 9.307 石綿による中皮腫

上記王令の発効に伴い、職業病リストは現在では以下の通りとなっている。

9.301.20 石綿による胸膜および心膜の軽い疾患

この定義がどの疾患を対象としているかについては、施行基準の中でさらに詳細に規定されるものとする。

1.301.21 石綿肺

この定義は、石綿による肺線維症等の実質性繊維症のみを対象とするものと理解される。

[1.301.22 削除]

すでに認定済みの症例は旧コードのままである。データの統計処理に混乱をきたさないように、このコードは他の疾病には割り当てられない。

[1.301.23 削除]

すでに認定済みの症例は旧コードのままである。データの統計処理に混乱をきたさないように、このコードは「石綿による肺がん」と称する疾病には割り当てられない。

9.307 石綿による中皮腫

9.308 石綿による肺がん

1.2 改訂理由

1.2.1 用語「石綿肺」の意味

国際的な学術文献では、石綿による肺線維症等の肺実質の変調を指す際に「石綿肺」という用語が使われている。胸膜の病変は、肺線維症とは関係なく発達する異なる疾患とみなされる。職業病基金により1999年まで使われたこの用語は、混乱を招いていた。

さらに石綿肺の存在は、それ自体、気管支がんを進行させるリスクとして一般的に認められている。ただし胸膜プラーク（プラーク）の場合はこれには該当しない。

¹ 補償の理由となる職業病リストを定めた1969年3月28日付王令を改正する1999年3月22日付王令（1999年4月16日付ベルギー官報）。

これらのさまざまな考察が、職業病リストにおいて石綿肺と石綿による胸膜の軽い疾患がそれぞれ異なる疾病単位とみなされる理由である。

石綿による心膜疾患は、今後は用語「石綿肺」の対象とはならず、したがって何らかの明確な記述の対象となるべきである。

1.2.2 石綿肺および肺結核

現在の学術的知識を考慮すれば、石綿肺の存在はもはや肺結核の進行に関するリスク要因とはみなされない。したがって、職業病リストの中に「肺結核に結びつく石綿肺」という疾病単位を掲載し続ける理由は存在しないのである。

1.2.3 石綿による肺がん（石綿肺を伴わない場合）

十分な量の疫学的論拠により、たとえX線で検出可能な石綿肺が存在しない場合であっても、石綿の大量曝露が肺がんの発症リスクを増大させるとみなされるようになっていた。その結果、石綿を曝露した労働者の職業病として肺がんを認定する際に、もはや石綿肺の存在を要件としない旨が決定された。

2. 職業上のリスクによる曝露基準

2.1 原則

累積曝露のレベルは疾病に応じて異なる。中皮腫あるいは胸膜プラークは、石綿肺あるいは肺がんの進行に必要な曝露レベルよりも低い曝露レベルで発症する可能性がある。肺がんの特徴は完全に非特異的であるため、曝露は、明確に定義された量的基準に合致していなければならない。事実、肺がんの数多くの症例はその他の原因と関係しており、中でも顕著なのはタバコである。

その他の疾病に関しては、量的基準は一切定められていないが、リスクに関する調査によって、実際の曝露量が問題だということが明らかになるはずである。これらの疾病に関しては、診断基準によって十分な特異性が保証される。

2.2 石綿による肺がんに関する曝露基準

職業上の石綿の曝露²²は、曝露が発症の10年以上前に始まっており³³、かつ以下の諸基準を満た

²² 提案されたいくつかの基準は、肺内の石綿蓄積量に基づくものであり、したがってそれらの基準では、職業上の曝露とそれ以外の曝露とを区別することは不可能である。第一にすべきなのは、職業上確かに石綿との接触があったことを証明することである（定性的側面）。さらに、曝露が上記基準の1つ以上に該当していることが要件となる（定量的側面）。

³³ 一般的に学術文献では、曝露開始から肺がんの発症までに10年以上の潜伏期間があると言及されている。

⁴ 石綿肺または左右両側のびまん性胸膜肥厚の概念は、明確に定義された診断単位であり、それらは石綿に起因する肺のその他の病変との区別が可能である。胸膜および心膜の疾患は、もはや石綿肺と同一視されることはない。その結果、これらの異常の存在がそれ自体では、もはや石綿による肺がんのリスクに晒されていることを示す証拠ではないということになる。

⁵ 石綿を扱う産業における石綿繊維の曝露量は、50年間で空気1cm³当たり100繊維以上から1繊維未満にまで減少した。しかし安全命令を遵守しない場合、あるいは石綿を含む製品に偶発的に接触する場合には、依然として

している場合には、「石綿による肺がん」の職業上のリスクとみなされる。

1. 石綿肺または石綿による左右両側のびまん性胸膜肥厚が存在する場合⁴⁴。
2. 1985 年以前に 10 年以上、以下の条件または職業のいずれかで働いていた場合。ただし、職業上の曝露量の合計が $25 \text{ 繊維}/\text{cm}^3 \times \text{年数}$ を下回ることが証明される場合を除く⁵。
 - 1) 石綿を主成分とするセメントを含む製品の製造
 - 2) 断熱用かつまたは防音用製品および石綿を主成分とする製品の製造
 - 3) 石綿の紡績および製織
 - 4) 石綿を主成分とする研磨材（例：車両および機器用のブレーキ・ライニング、スリップ・ジョイント）の製造
 - 5) 石綿を主成分とするフィルターの製造
 - 6) 石綿を含む耐火ドアの製造
 - 7) 石綿を主成分とする断熱材の設置および石綿の吹きつけ
 - 8) 船舶の建造、船舶の修理、船上での諸活動の実施。特に機械室内での作業、船舶建造時の造作大工。
 - 9) 船舶上で勤務する技師および機械操作係
 - 10) 石綿の荷降ろしおよび荷扱いを行うすべての港湾労働者または人夫
 - 11) ばら荷の石綿を取り扱う労働者
 - 12) 石綿を含む材料の機械的操作（切断、研ぎ、研磨、穿孔）を担当する労働者。特に石綿を主成分とする気密性グロメット、ブレーキ・ライニング、スリップ・ジョイントの製造を目的とする場合。
 - 13) 石綿を主成分とする材料を含む施設および建物の解体（例：炉、セントラル・ヒーティング、ボイラー、金属の回収、船舶の解体）および石綿を主成分とする材料を含む建物の浄化。1985 年以前に関する制限は、これらの作業には適用されない。
 - 14) 石綿の入っていた南京袋の回収および叩き作業。
 - 15) 保守または修理作業の一環としての管類の取り付け工および配管・溶接工の作業
 - 16) 発電所の保守担当技師
 - 17) セントラル・ヒーティングの取り付け工
 - 18) 炉職人
3. 石綿繊維の職業上の累積曝露量は、合計では $25 \text{ 繊維}/\text{cm}^3 \times \text{年数}$ 以上である⁵⁶。

大気中の石綿濃度がそれ以上になる可能性もある。現在でも解体作業時には、そうした状況は少なくはない。したがってこうした作業（項目 13）については、曝露の発生が 1985 年以前であることは要件とはされていない。

4

⁵⁶ 疫学的には、この量は 1.01 から 2 の肺がん発症リスクを生じるものとみなされる。このことはすなわち、年間 25 繊維 の曝露によって肺がんを発症した人々に関しては、石綿の曝露に起因する肺がん発症率の上昇が 1% から 50% の間だということを意味する。この基準を使えば、曝露量が極めて微量な人々を除外することができる。一般的には建物内における受動的曝露は、X 線等で肺がんが検出されるリスクを上昇させるには至らない。

1 繊維/cm³×年数は、大気中の石綿濃度が 1cm³ 当たり 1 繊維の状況下で 1 日 8 時間労働の場合の 1 年間の曝露量と定義される⁶⁷。

石綿繊維の濃度は、メンブレン・フィルター法および光学位相差（コントラスト）顕微鏡を使用する公認研究所によって測定されなければならない。観測された繊維が主として石綿以外の何らかの材料で形成されていると考える十分な理由がある場合には、可能であれば、鉱物学的分析によって繊維の性質を明らかにすべきである。

ある職業活動中の曝露量は、作業場所における大気中の石綿繊維の平均濃度をもとに、実際の曝露時間に応じて算出される。

大気中の石綿繊維の平均濃度は、類似の作業場所での入手可能な測定結果（測定は同一の暴露期間に実施されたもの）をもとに、作業場所ごとに決定される。

いくつかのプロセスあるいは活動のみにおいて石綿の曝露が生じる場合には、それらの活動あるいはプロセスに従事した時間のみを考慮する。

曝露量の合計は、次式に基づいて個々の曝露量（C₁T₁、C₂T₂ …C_nT_n）を加算することにより算出される。

$$\text{繊維数/cm}^3 \times \text{年数} = \sum_{i=1}^n C_i \cdot T_i$$

ここでは C_i=空気 1 cm³ 中の石綿繊維数 T_i=曝露時間（単位：年）

曝露時間の算出に際しては、以下を採用する。 1 年=1,920 時間労働

実際の曝露時間をもはや特定できない場合には、1 日の労働時間を 8 時間とみなし、週 5 日、1 ヶ月で 20 日間あるいは 4 週間の労働、1 年で 12 ヶ月の労働とみなす。

例：

- (A) はある企業で10年間続けて働いたが、同社における平均石綿濃度は1cm³当たり4繊維であった。したがって、繊維数/cm³×年数は4×10=40となる。
- (B) はある企業で20年間続けて働いたが、同社における平均石綿濃度は1cm³当たり1繊維であった。したがって、繊維数/cm³×年数は1×20=20となる。
- (C) は20年間にわたって平均して月に4回、4時間の曝露を受けたが、その石綿濃度は1cm³当たり約100繊維であった。したがって年間曝露時間は192時間、曝露時間の合計

⁶⁷ 実際には、石綿繊維の濃度は 1cm³ 当たりの繊維数で表わされる。1cm³ は 1ml である。国際的な測定システムに従えば、石綿繊維の濃度は 1m³ 当たりの繊維数で表わされることになる。1cm³ 当たり 1 繊維は、1m³ 当たり 100 万繊維に相当する。

は3,840時間または2年間となる。その結果、繊維数/cm³×年数は100×2=200となり25を大幅に上回る。

(D) は石綿で断熱された建物内で従業員として40年間働いた。建物内の平均石綿濃度は1cm³ 当たり0.01繊維であった。繊維数/cm³×年数は0.01×40=0.4となる。

(E) は2種類の曝露を受けた。すなわち彼は5年間にわたって週3回、1cm³当たり20繊維の曝露を2時間受け、また3年間にわたって月8回、1cm³当たり10繊維の曝露を8時間受けた。繊維数/cm³×年数は、最初の曝露では15、後の曝露では12であり、合計では27繊維/cm³×年数となる。

4. 乾燥した肺組織 1 グラム当たり 5,000 以上の石綿性物質あるいは気管支肺胞洗浄 (L.B.A.) で1ミリリットル当たり5以上の石綿性物質が存在することが光学顕微鏡で証明される場合。観察された石綿性物質の性質に関して深刻な疑義がある場合には、石綿の有無は電子顕微鏡で確認する必要がある。
5. 電子顕微鏡によって、長さ1μmを超えるアスベス繊維が乾燥した肺組織1グラム当たり500万以上、あるいは長さ5μmを超える角閃石繊維が乾燥した肺組織1グラム当たり200万以上確認される場合。

(気管支肺胞洗浄液または肺組織内において光学顕微鏡または電子顕微鏡で確認される) 肺内の石綿性物質蓄積量の測定に際しては、学術文献のデータと合致する標準的プロセスを使用する専門の研究所に依頼する必要がある。

3. 診断基準

3.1 胸膜および心膜の軽い疾患

3.1.1 滲出性胸膜炎

実際に石綿による胸膜炎は、10年未満の曝露によって発症する可能性がある唯一の肺疾患である。

一般的に胸膜液は滲出液であり、しばしば出血性であり、好酸球を含むこともある。炎症性症候群が見られる場合もある。原則的に胸膜液中では、石綿繊維あるいは石綿性物質は発見されない。胸膜の生検は、非特異的な亜急性炎症を示す。

これは、その他の原因（薬物性、感染性または自己免疫性の胸膜炎、中皮腫）が確認される場合にのみ下すことができる排他的診断である。胸膜の浸出は自発的に消失するが、中皮腫の初期症状である可能性もある。

石綿による軽い胸膜炎は（同側または反対側に）再発し、肋骨横隔膜洞の閉塞を伴うびまん性胸膜肥厚のかたちで後遺症が残ることがある。

3.1.2 胸膜プラーク

胸膜プラークは壁側胸膜に囲まれた繊維性肥厚であり、石灰化する可能性がある。胸膜プラーク

の有病率は、特に曝露開始からの経過年数に関係している。職業上であれ、周辺環境に起因するものであれ、石綿の曝露被害としておそらく最も頻繁に見られる症状である。

胸膜プラークは、従前の石綿曝露の痕跡とみなされている。胸膜プラークが壁側胸膜上にある場合には、原則的には患者の肺機能に測定可能な影響を与えることはない。それらが存在するからといって、同レベルの曝露を受けた胸膜プラークのない人に比べて、肺がんや中皮腫の発症リスクが増大することにはならない。胸膜プラークが拡大し、石灰化するにつれて、標準的な X 線による検出の可能性は高まるが、CT スキャンほど顕著ではない。しかし CT スキャンの場合も、胸腔鏡検査あるいは外科的手法による直接的な目視検査ほど顕著ではない。胸膜プラークは、曝露開始から 10 年から 15 年後に発症する。大半の場合、胸膜プラークには自覚症状がない。

したがって「石綿肺」という用語は、その特徴が肺以外に関するものであり、また肺機能レベルへの影響がないといった理由から、胸膜プラークにはふさわしくない用語である。したがって「胸膜石綿肺」という用語は使用を避けるべきである。

診断を下す際には、引き続き CT スキャンの使用が不可欠である。

3.1.3 びまん性胸膜肥厚

これは胸膜プラークよりも複雑な病変であるが、石綿曝露による特異性は胸膜プラークほど高くない。びまん性胸膜肥厚は臓側胸膜を含む繊維症によるものであり、時には石綿による軽い胸膜炎の後に見られる。これらの病変は痛みを伴うことがある。肋骨横隔膜洞の閉塞を伴う、広範で縁部が不整型で時として石灰化していることもあるびまん性肥厚は、標準的な X 線で検出される。CT スキャンによって、これらの病変が極めて多くのケースにおいて胸膜に近接する肺組織の変化（肺実質の縞模様、繊維束「カラスの足」サイン、円形無気肺）を伴っていることが分かる (11)。

臓側胸膜のびまん性肥厚と胸膜下間質の繊維症との区別を試みることは不可能である。さらに、びまん性胸膜肥厚は肺周辺に硬化組織を形成することによって、拘束性の呼吸機能低下を伴う場合があり、これらの呼吸機能の低下は呼吸機能不全症（「鎧状の」肺）にまで発展する可能性もある。

胸膜下無気肺に起因する肺容量の喪失（圧迫）は、拘束性の機能低下を引き起こす。拡散能力が低下した場合には、おそらくは付随する石綿肺を引き起こす結果となる。びまん性胸膜肥厚は片側性の可能性もあり（例：片側性胸膜炎の後の場合）、その場合には X 線だけでは、他の何らかの原因によって胸膜に生じるありふれた後遺症（血胸、感染等）と区別することはできない。

3.1.4 滲出性心膜炎および心膜肥厚斑（プラーク）

石綿による心膜疾患はまれである。心膜浸出の場合には、その他の原因を排除すべきである。収縮性心膜炎の症例も報告されているが、その場合もその他の原因を排除すべきである。心膜肥厚

斑が心機能を阻害することはほとんどない。

3.2 石綿肺

石綿肺はびまん性肺線維症であり、診断は X 線、CT スキャンかつまたは組織観察に基づいて行われるが、診断と合致する累積的曝露かつまたは石綿あるいは石綿性物質の肺への蓄積があること診断の要件となる。

CT スキャンは、中隔線、非中隔線ならびにハチの巣状の画像を示す。X 線による診断は、国際労働機関（B.I.T.、英：ILO）の分類によるステージ 1/1 以上の小規模な不整型陰影（s、t、u）の識別に基づいて行われる。

石綿肺は、機能面では総肺気量（CPT）および肺活量（CV）の低下かつまたは拡散機能（TICO）の低下を意味する。ステージの低い石綿肺は、必ずしも呼吸機能の実質的な異常を伴わない。

3.3 中皮腫

中皮腫は胸膜、腹膜あるいは心膜の上皮性、非上皮性（肉腫性）またはそれらの混合型、初発性の悪性腫瘍である。組織診断は、免疫組織化学的手法により確認する必要がある。中皮腫は診断を下すのが非常に難しいため、「中皮腫登録所」から組織診断の確認を得ることが極めて望ましい。本基金では、胸膜あるいは腹膜の生検が実施されている場合には、常に当該「中皮腫登録所」に所見を求める。

組織診断が行われない場合には、例外的にはあるが、臨床的变化ならびに暗示的な断層画像をもとに中皮腫と認定することも可能と思われる。時には細密な解剖検査が有効な場合もあるが、職業病基金では、自らのイニシアティブでこの種の手順を採用するつもりはない。

本基金では可能な限り毎回、石綿の曝露を証明するよう試みるつもりである。実際に文献によれば、先進国においては中皮腫の 80% 以上は職業上の原因によるものである。関連資料が十分揃っていない補償請求が出された場合には、職業病基金は、必要に応じて補足的な専門調査を実施するものとする。

請求が明確かつ限定的な場合でも、時には環境曝露との鑑別診断を実施する必要性が明らかになることもある。また、補足的な鉱物学的分析が求められる場合もあるものと思われる。

3.4 肺がん

肺がんの診断に際しての観察基準は、臨床行為において適用されている基準である。石綿による肺がんとの区別を可能にする臨床的特徴、X 線上の特徴あるいは組織的特徴というものはない。

4. 補償に関する基準

過去数十年の間に、医学的な分析技術、特に医学的断層画像が飛躍的に進歩した。それら（特にCT スキャン）のおかげで、肺機能の障害を伴わず、その結果体力あるいは労働力の低下をもたらさない胸膜および肺実質のわずかな異常についても、今では診断が可能になっている。したがって、胸郭の断層撮影検査（厚い断面および薄い断面の撮影）は不可欠である。

この種のわずかな病変は、他の肺疾患（例：慢性気管支炎またはタバコ中毒による慢性閉塞性気管支・肺疾患（BPCO））で呼吸器病専門医の診察を受ける患者の間で偶然見つかっている。

4.1 実質性繊維症（石綿肺）およびびまん性胸膜肥厚

拘束性症候群の定義は、1 秒間の最大呼気量（VEMS）／肺活量（CV）の比率（1 秒率）は維持されるものの総肺気量および肺活量が 85%未満に低下することである。

一酸化炭素肺拡散能力が理論値の 75%未満の場合に、拡散障害が生じる。

拘束性症候群も拡散障害もない変調の場合には、補償対象となる損害を伴わない疾病の存在が確認される。実際、このような状況では労働不能とはならない。さらに、この病気の進行あるいは予後に影響を与えうる治療は存在しない。したがって、補償請求は却下されることになる。却下の決定書には、当事者は補償請求の原因となった職業病に罹っているが、現時点では当該職業病が、職業病保険の枠組みにおいて補償対象となる損害を一切引き起こしていない旨が明記されるものとする⁷⁸。

拘束性症候群あるいは拡散障害を伴う変調の場合には、職業病基金の珪肺症補償一覧表（1966 年）をもとに、永続的な身体的労働不能と認定される。被害者は、当該職業病によって必要となる医療費の払い戻しを受ける権利を有するものとする。

混合型の機能低下の場合（拘束性症候群または 1 秒間の最大呼気量（VEMS）／肺活量（CV）の比率低下を伴う拡散障害）には、身体的無能力の補償率は法医学的理由から、一般的に閉塞性の機能低下を考慮して認定されるものとする。

閉塞性の機能低下そのものは、石綿曝露によるものとは認められず、したがって、初期の肺線維症、びまん性胸膜肥厚あるいは胸膜プラークの場合であっても、補償の理由とはならない。これに該当する場合には、閉塞性の機能低下が石綿の曝露と無関係であることを毎回特定するものとする。

4.2 胸膜プラーク

原則的に胸膜プラークは、永続的労働不能を引き起こすものではなく、治療の必要はない。この

⁷⁸ 職業病による損害の補償に関する 1970 年 6 月 3 日付調整法第 31 条。

ことは、胸膜プラークが一般的には肺機能に一切影響を与えないという事実によって裏付けられる（3.1.2 項を参照のこと）。

他の何らかの肺疾患では説明できない拘束性の肺機能低下（総肺気量および肺活量の低下（理論値の 85%未満））を伴って、胸膜プラークが非常に広範囲に存在する場合に限り、永続的労働不能の補償率が認められるものとする。付随する閉塞性の機能低下の場合には、石綿肺およびびまん性胸膜肥厚に関する前述の方法と同様に手続きされるものとする（4.1 項を参照のこと）。

肺機能への影響を伴わない胸膜プラークを発症した患者の補償請求が却下された場合には、当該決定書には、当事者は補償請求の原因となった職業病に罹っているが、現時点では当該職業病が、職業病保険の枠組みにおいて補償対象となる損害を一切引き起こしていない旨が明記されるものとする。

4.3 滲出性胸膜炎

滲出性胸膜炎は、一時的労働不能を引き起こす可能性があり、その旨の診断が下されれば、一時的労働不能は補償対象となり得る（その際には 15 日以上続くことが条件となる）。医療費の払い戻しも一時的に認められる可能性がある。当該疾患が肺機能への影響（拘束性の機能低下かつまたは拡散障害）を伴うびまん性胸膜肥厚を引き起こす場合にのみ、永続的労働不能が認められる可能性がある。

4.4 心膜疾患

石綿による心膜疾患はまれであり、例外的に一時的あるいは永続的な労働不能を引き起こすのみである。これらの例外的状況のために特別な基準を設ける必要性はない。

4.5 肺がん

肺がんについては、発症の 10 年以上前に曝露が始まっており、また 2.2 項の 5 つの基準のうち 1 つ以上を満たしている場合に、補償が認められるものとする。

検査・診断中、治療中および回復期間中は、全面的労働不能に該当するものとする。

治療の結果、治癒と同等とみなせる状態に、あるいは少なくとも寛解に達した場合でも、肺がんによる肺の病変、治療ならびに万一の場合の合併症を考慮して、永続的労働不能の補償率を適用するものとする。

4.6 中皮腫

当該疾病が常に短期的または中期的に生命を脅かす問題であることから、ただちに 100%の永続的な身体的労働不能を適用するものとする。

5. 職業上のリスクからの回避

職業病基金は、現行法の規定にもかかわらず大量曝露を確認した場合には、それらを排除するために必要な措置を講じるものとする。したがって、職業上のリスクを回避することは極めて重要な措置となろう。

