

藤沢市立浜見保育園園児アスベスト健康被害対策実施要綱

目次

- 第1章 総則（第1条～第7条）
- 第2章 検診（第8条～第12条）
- 第3章 補償・給付（第13条～第18条）
- 第4章 見舞金（第19条～第24条）
- 第5章 補則（第25条～第28条）

附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 この要綱は、昭和47年4月から平成19年8月までの期間（以下「対象期間」という。）において、藤沢市立浜見保育園（以下「保育園」という。）でアスベスト飛散による健康被害の疑いが生じていることに伴い、対象期間の入所園児（以下「園児」という。）を対象に本市が実施する健康被害対策（以下「対策」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

（委員会）

第2条 市長は、対策を実施するに当たって必要な事項について、藤沢市石綿関連疾患対策委員会（以下「委員会」という。）と協議の上、対策を策定し実施するものとする。

（対象期間の区分）

第3条 対象期間は、次のとおり区分する。

- （1）昭和47年 4月～昭和59年10月 吹付けアスベストが露出
- （2）昭和59年11月～昭和60年 2月 改修工事
- （3）昭和60年 3月～平成11年 3月 囲い込み期間
- （4）平成11年 4月～平成16年 3月 雨漏り
- （5）平成16年 4月～平成18年 2月 雨漏り・天井板外し等
- （6）平成18年 3月～平成19年 8月 囲い込み期間（防水工事から除去まで）

（在園管理台帳）

第4条 市長は、園児の氏名、生年月日、在園時の住所、現在の住所、電話番号等の連絡

先、保育園在園期間、既往歴及び保護者氏名を記載した在園管理台帳（第1号様式）を整備し、永年保存するものとする。

（園児の確認）

第5条 市長は、在園当時の名簿が存在しないことなどにより、在園したことの特定が困難な場合は、在園確認申出書（第2号様式）及び在園を証明する資料の提出を求め、別に定める在園に係る確認基準により判定するものとする。

（情報提供）

第6条 市長は、ニュースレター及びホームページ等により、園児に対して情報提供に努めるものとする。

（健康相談）

第7条 市長は、園児のうち希望者に対して、藤沢市石綿関連疾患検診・健康相談部会（以下「検診相談部会」という。）により、健康相談及び心理相談を実施するものとする。

第2章 検診

（対象者）

第8条 検診の対象者は、第3条第1号、第2号、第4号（ただし、在園期間が1年以下の場合を除く。）及び第5号に規定する期間に在園した園児のうち、検診実施時点において在園の初年から20年以上経過し、かつ、20歳以上のもの（以下「検診対象園児」という。）とする。

2 市長は、あらかじめ検診計画を策定し、周知を行い、海外等の本市から遠い場所に居住している検診対象園児に対しても、計画的に検診が受けられるよう、配慮するものとする。

（胸部X線写真の取得）

第9条 市長は、検診対象園児に対し検診実施案内を送付し、検診対象園児のうち、検診を受けようとするものは、市長に受診することを申し出るものとする。

2 読影に使用する胸部X線写真は、検診対象園児が当該年の職場等の健診時等に撮影したものを使用することとし、市長は当該胸部X線写真を検診対象園児又は医療機関等から取得するものとする。

3 前項の規定による取得ができない場合は、市長は、検診対象園児に対しレントゲン撮影機会を提供し、胸部X線写真を取得するものとする。

(読影及び判定)

第10条 前条第2項及び第3項において取得した胸部X線写真については、最低年1回、検診相談部会を開催し、読影を行い、胸膜プラーク（肥厚斑）及び肺がんの有無について判定する。

2 市長は、検診相談部会によって判定した結果について、判定後1カ月以内に、検診相談部会が作成した画像診断報告書により検診対象園児へ通知するものとする。

(費用負担)

第11条 第9条第2項における、市長に提出するための胸部X線写真の取得等に要した費用については、市が負担するものとする。

2 市長は、検診対象園児のうち第9条第3項における撮影機会においてレントゲン撮影を行った者に対し、検診手当及び交通費として、一律4,000円を支給するものとする。

(費用の申出)

第12条 前条第1項の費用については、医療機関等への支払いは医療機関等からの請求書により、検診対象園児への支払いは市長が指定する日までに提出された、検診対象園児からの胸部X線写真取得費用申出書（第3号様式）及び領収書等によって支出する。

2 前条第2項の費用については、検診終了時に検診対象園児から提出されたアスベスト関連疾患検診受診報告書（第4号様式）によって支出する。

第3章 補償・給付

(対象者)

第13条 補償・給付の対象者は、第3条第1号、第2号、第4号（ただし、在園期間が1年以下の場合を除く。）及び第5号に規定する期間に在園した園児のうち、アスベスト関連疾患を発症したもの（以下「補償・給付対象園児」という。）とする。

(補償・給付)

第14条 藤沢市石綿関連疾患認定部会（以下「認定部会」という。）において、補償・給付対象園児のアスベスト関連疾患（中皮腫、原発性肺がん、びまん性胸膜肥厚、良性石綿胸水及びその他世界保健機関（WHO）の一機関の国際がん研究機関（IARC）がアスベスト関連疾患と認めるもの。以下同じ。）が保育園におけるアスベスト事案に起因するものと認定された場合は、補償金を支払うものとする。

2 認定部会において、補償・給付対象園児のアスベスト関連疾患が保育園におけるアスベスト事案に起因性が認められないと認定されたものの、発症に際して当該事案が寄与している可能性も完全に否定できない状況で、他の発症原因が考えられない場合は、給付金を支払うものとする。

(補償・給付の内容)

第15条 補償金の内容は次のとおりとし、支払いの額については別に定める基準によるものとする。

- (1) 治療費
- (2) 休業補償
- (3) 葬祭費
- (4) 弔慰金
- (5) 遺族補償

2 給付金の額は、1,000,000円とする。

(補償・給付の申出手続き)

第16条 補償・給付対象園児で補償・給付を受けようとする者は、アスベスト健康被害対策補償・給付申出書(第5号様式)に、次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

- (1) 医療機関等の診断書
- (2) 職歴・家族歴・居住歴申出書(第6号様式)
- (3) その他市長が必要と認めた書類

2 市長は、前項第2号の職歴・家族歴・居住歴申出書による本人同意の取得により、補償・給付対象園児又はその親族からの聞き取り調査を弁護士等の専門家に依頼し、補償・給付対象園児に係る調査資料を作成するものとする。

(補償・給付の認定)

第17条 市長は、前条の規定により、申出があったときは、受領後2カ月以内に認定部会の開催を依頼するものとする。

2 認定部会による認定は、別に定めるアスベスト起因性認定基準によるものとする。

(補償・給付の決定)

第18条 市長は、前条による認定結果に基づき、補償・給付に係る決定を速やかに行い、アスベスト健康被害対策補償・給付決定通知書(第7号様式)により通知するものとする。

る。

第4章 見舞金

(対象者)

第19条 見舞金の対象者は、第3条第1号、第2号、第4号及び第5号に規定する期間に在園した園児（以下「見舞金対象園児」という。）とする。

(見舞金)

第20条 見舞金対象園児に対し、アスベスト関連疾患発症のおそれによる不安な思い、及び事案発生から対策構築まで長期間を要したこと等により、見舞金を支払うものとする。

(見舞金の額)

第21条 見舞金の額は、10,000円とする。

(見舞金の申請手続き)

第22条 見舞金の支給を受けようとする見舞金対象園児は、本人確認書類を添付して、アスベスト健康被害対策見舞金申請書（第8号様式）を市長に提出するものとする。

2 見舞金の申請期間については、本要綱施行後、第3条第1号及び第2号に規定する期間の見舞金対象園児を除き、5年間とする。

(見舞金の判定)

第23条 前条の規定により申請があったときは、保育課において、本人確認書類及び在園管理台帳により、見舞金対象園児であるか判定するものとする。

(見舞金の決定)

第24条 市長は、前条により見舞金対象園児と判定した場合は、速やかにアスベスト健康対策見舞金決定通知書（第9号様式）により通知するものとする。

第5章 補則

(対策の見直し)

第25条 保育園におけるアスベスト事案に関し、新たな事実が判明した場合、又は医療技術の進歩により検診手法の見直し等があった場合については、市長は委員会に助言を求め、委員会の検討結果に基づく対策を講じるものとする。なお、対策の見直しにあたっては、園児及びその保護者に対し、周知するとともに、ホームページ等による周知も

行うものとする。

(改正手続)

第26条 市長は、この要綱の改正を行うときは、事前に委員会と協議し、その結果に基づいて改正を行うものとする。ただし、法改正に伴う用語の変更又は組織改正に伴う組織名称の変更に係る改正については、この限りでない。

(事務担当)

第27条 対策の実施に係る事務は、子ども青少年部保育課が行うものとする。

(委任)

第28条 この要綱に定めるもののほか、対策の実施に関し必要な事項は、市長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成30年12月21日から施行する。

第1号様式（第4条関係）

在園管理台帳

台帳管理番号

園児に関する情報	
ふりがな 園児氏名	※旧姓 ()
生年月日	西暦 年 月 日生
在園時の住所 ・連絡先	〒 TEL
現在の住所 ・連絡先	〒 TEL E-mail
転居後の住所 ・連絡先1 (転居日 . .)	〒 TEL E-mail
転居後の住所 ・連絡先2 (転居日 . .)	〒 TEL E-mail
保育園在園期間	西暦 年 月～ 年 月
既往歴	

保護者に関する情報	
ふりがな 保護者氏名	

在園確認の記録	
確認日	西暦 年 月 日
確認文書等	

第2号様式（第5条関係）

藤沢市長

在園確認申出書

次のとおり、在園を証明する資料等を添えて、藤沢市立浜見保育園の在園確認を申し出ます。また、記載内容について、市が調査することに同意します。

ふりがな	
園児氏名	※旧姓（ ）
生年月日	年 月 日生
在園時の住所 ・連絡先	〒 TEL ()
現在の住所 ・連絡先	<input type="checkbox"/> 上記に同じ。※異なる場合は、記載してください。 〒 TEL () E-mail
保育園在園期間	年 月～ 年 月
在園を証明する資料	<input type="checkbox"/> 保育園でのイベント写真 <input type="checkbox"/> 保育園で作った作品の写真 <input type="checkbox"/> 保育園とやり取りするお便り帳などの写し <input type="checkbox"/> 卒園アルバムや集合写真 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

年 月 日 住所 _____

氏名 _____

(本人以外の場合は、続柄:)

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第3号様式（第12条関係）

藤沢市長

胸部X線写真取得費用申出書

次のとおり、アスベスト検診の読影に使用する胸部X線写真の取得に要した費用を申し出ます。

取得に要した費用	円
(内訳)	<input type="checkbox"/> 複写手数料 円 <input type="checkbox"/> 撮影料 円 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
取得した医療機関等	
胸部X線写真の撮影日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

年 月 日 住所 _____

氏名 _____

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第4号様式（第12条関係）

藤沢市長

アスベスト関連疾患検診受診報告書

次のとおり、藤沢市が行うレントゲン撮影機会に参加したので、報告します。

撮影機会の日時	年 月 日
撮影機会の場所	

年 月 日 住所 _____

氏名 _____

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第5号様式（第16条関係）

藤沢市長

アスベスト健康被害対策補償・給付申出書

次のとおり、アスベスト関連疾患と診断されたので、医療機関等の診断書等を添えて、申し出ます。

診断日	年 月 日
診断した医療機関等	
病名	<input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 原発性肺がん <input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水 <input type="checkbox"/> 国際がん研究機関（IARC）が アスベスト関連疾患と認めるもの
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関等の診断書 <input type="checkbox"/> 職歴・家族歴・居住歴申出書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

年 月 日 住所 _____

氏名 _____

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第6号様式（第16条関係）

藤沢市長

職歴・家族歴・居住歴申出書

次のとおり、職歴・家族歴・居住歴を申し出ます。また、記載内容及びそれに関連する事項について、市が専門家に依頼し、調査することに同意します。

1 職歴

在籍期間	職種	事業所名・所在地	事業所での石綿の取扱
年 月 ～ 年 月			有・無
年 月 ～ 年 月			有・無
年 月 ～ 年 月			有・無
年 月 ～ 年 月			有・無

2 家族歴

ご家族の中にアスベストを扱う仕事をしていて、作業着を持ち帰っていたなど、ご家庭にアスベストを持ち込む状況がある場合はご記入ください。

氏名	続柄	事業所名	当該状況の期間
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月

3 居住歴

居住期間	住所
年 月～ 年 月	

年 月 日 住所 _____

氏名 _____

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第7号様式（第18条関係）

年 月 日
(年)

様

藤沢市長

アスベスト健康被害対策補償・給付決定通知書

年 月 日付けで申出のありましたアスベスト健康被害
対策補償・給付について、次のとおり決定しましたので通知します。

<input type="checkbox"/> 補償制度の対象とし、 (内訳) として、 円を支払います。
<input type="checkbox"/> 給付制度の対象とし、1,000,000円を支払います。
<input type="checkbox"/> 補償制度及び給付制度の対象外です。
※判定理由
教示文記載欄

以 上
(事務担当)
藤沢市 保育課
Tel 0466-50-3526
Fax 0466-50-8416

藤沢市長

アスベスト健康被害対策見舞金申請書

次のとおり申請します。

ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
住 所	〒 電話 ()
添付書類 (本人確認書類) ※氏名、生年月日、 住所が確認できる もの	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面）の写し <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）の写し <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第9号様式（第24条関係）

年 月 日
(年)

様

藤沢市長

アスベスト健康対策見舞金決定通知書

年 月 日付けで申請いただきましたアスベスト健康被害対策見舞金について、次のとおり決定しましたので通知します。

<input type="checkbox"/> 見舞金の対象とし、10,000円を支給します。
<input type="checkbox"/> 見舞金の対象外です。
※対象外とした理由

以 上

(事務担当)

藤沢市 保育課

Tel 0466-50-3526

Fax 0466-50-8416