

裁 決 書

審査請求人

東京都西東京市

処分を行った行政庁

文京区長

主 文

本件審査請求に係る原処分を取り消す。

理 由

第1 審査請求の趣旨及び理由

1 審査請求の趣旨

審査請求人（以下「請求人」という。）の審査請求の趣旨は、東京都文京区長（以下「処分庁」という。）が平成28年3月31日付けで請求人に対して行った公害健康被害の補償等に関する法律（昭和48年法律第111号。以下「法」という。）第35条第1項に規定する遺族補償一時金を支給しないとする処分（以下「原処分」という。）を取り消すとの裁決を求めるものである。

これに対する処分庁の弁明の趣旨は、本件審査請求を棄却するとの裁決を求めるものである。

2 審査請求の理由

請求人は、資料として提出された異議申立書の申立ての理由の中で請求人の母である被認定者■■■■氏（以下「被認定者」という。）「気管支喘息あり内服調整が行われて安定し以後喘息があることをふまえた手厚い看護介護されておだやかに衰弱し終末を迎えられた故、公害健康被害の補償等に関する法律第35条の規定に該当する」と記し、口頭審理及びその後提出された意見書では「死因が問題だと言うことですが、それまで、何度も生死の境をさまよった

人間に対して、おかしいのではないのでしょうか。（中略）亡くなった方と同じ苦しみを何度も味わったからです。（略）」等と述べて、原処分には納得できないと主張する。

これに対し、処分庁は、原処分には、違法不当な点はなく、被認定者が認定疾病に起因して死亡したとする請求人の主張を否認する。

第2 事案の概要

1 経過

(1) 被認定者（大正■■■■年■■■■生）は、昭和52年5月、認定疾病を気管支ぜん息とする法第4条第1項による認定を受け、法第25条第1項による障害補償費の支給対象者となり、障害の程度は3級とされた。その後、昭和53年から昭和55年は2級、昭和56年は3級とされたが、異議申立てにより2級、昭和57年から昭和61年は2級、昭和62年は3級とされたが異議申立てにより2級とされ、その後、級は変更されることなく平成27年4月■■■■に死亡した。

(2) 請求人は、処分庁に対し、同年10月6日、法第35条第1項に規定する遺族補償一時金の支給を請求した。

処分庁は、平成28年3月25日、文京区公害健康被害認定審査会（以下「認定審査会」という。）に諮問したところ、被認定者は認定疾病に起因して死亡したとは認められない旨の答申を受けた。処分庁は、この答申を踏まえ、同月31日付けで、請求人に対し、遺族補償一時金不支給決定通知書を送付した。

請求人は、同年5月31日、行政不服審査法（同26年法律第69号）による改正前の行政不服審査法第106条の規定により、異議申立を行った。

処分庁は、同年6月24日、認定審査会に諮問したが結論は変わらず、請求人に対し、同年7月7日付けで異議申立てを棄却する旨の決定書を送付した。

(3) 請求人は、これを不服として、同年8月7日付けで本件審査請求を行った。

2 争点

本件の争点は、被認定者は認定疾病である気管支ぜん息に起因して死亡したと認められるかどうかである。

第3 争点に関する当事者の主張

(略)

第4 審査資料

(略)

第5 口頭審理（要旨、一部意識を含む）

(略)

第6 当審査会の判断

1 法令等

法第35条第1項は、「都道府県知事は、その認定に係る被認定者が当該認定に係る指定疾病に起因して死亡した場合において、（中略）公害健康被害認定審査会の意見をきいて、遺族補償一時金を支給する。」と規定している。なお、本件では、本規定における請求者の資格に争いはない。

この規定にいう「当該指定疾病に起因して死亡した」との要件に該当するかどうかについては、公害健康被害の補償等に関する法律に係る処理基準について（平成13年5月24日、環保企第587号環境省総合環境政策局環境保健部長通知。以下「587号通知」という。）第五章第四の1「指定疾病に起因した死亡の要件」において、「次の点に留意して、公害健康被害認定審査会の意見を聴いた上で決定するものであること。」として、以下のア、イ、ウの三つを挙げている。

ア 「指定疾病に起因して死亡した」という趣旨は、指定疾病が直接の原因となって死亡した場合、いわば、相当因果関係の認められる場合に限らず、指定疾病がその死因に寄与していると医学的常識をもって認められる場合を含

むものであること。

イ したがって指定疾病により続発症を起し、これにより死亡した場合や既に他の疾病と指定疾病が同時に悪化したため死亡した場合は、指定疾病に起因して死亡したものとなるものであること。

ウ 直接の死因が指定疾病によらない場合に、指定疾病に起因して死亡したと認め得る場合が前記ア、イの他にあるかどうかについては、個々のケースにつき慎重に判断されたいこと。

当審査会においても、以上にしたがって判断するものとする。

2 医学的資料について以下に挙げるもののほか、「第4 審査資料」に挙げた文書の内容については、後述する当審査会の考察の中で、必要に応じて取り上げることにする。

(1) 死亡診断書

診断日及び発行日は、平成27年4月■■■■、作成者は■■■■病院の■■■■医師で、以下の記載がある。死亡したところは、特別養護老人ホーム■■■■、死亡の原因Ⅰの「(ア) 直接死因」の欄には「老衰」、発病(発症)又は受傷から死亡までの期間は「2カ月」と記され、「(イ) (ア)の原因」以下の欄には記入がない。手術及び解剖は「無」とされ、「その他特に付言すべきことがら」の欄には記入はない。

(2) 認定死亡患者主治医診断報告書兼請求書

作成日は、同年10月■■■■、作成者は■■■■病院の■■■■医師で、病状について以下の記載がある。

指定地域解除前の認定疾病名は「気管支ぜん息及びその続発症」、認定疾病に関係ある疾患は「慢性心不全」、認定疾病に関係のない疾患は「■■■■、■■■■」と記されている。

死亡前の認定疾病の受療状況について、「死亡前6ヶ月について」及び「死亡前1ヶ月について」のいずれについても、4つの選択肢(1入院したこと

がある、2 継続的に外来受診していた（毎月1回以上受診）、3 断続的に外来受診していた（受診しない月があった）、4 入院または外来受診していない）の内から「2」が選択されている。

認定疾病の病状の経過について、「死亡前6ヶ月について」及び「死亡前1ヶ月について」といづれについても、3つの選択肢（1 悪化傾向にあった、2 不変であった、3 軽快しつつあった）の内から「2」が選択されている。病状の経過を記入する欄には、「平成27年3月上旬頃より食事があまり摂取できなくなり点滴施行するも、状態改善せず、次第に衰弱して、平成27・4月 ██████████ 永眠された。」と記されている。認定疾病と死亡の関連については、4つの選択肢（1 認定疾病により死亡したか、明らかに認定疾病に起因して死亡したと考えられる。2 明らかにとは言えないが、認定疾病に起因して死亡したと考えられる。3 認定疾病に起因して死亡したとは考えられない。4 わからない）の内から「3」が選択されている。

(3) 「予防対策課医師（略）による主治医への聴き取り」と題する書面

口頭審理において、審査長から処分庁に対し「弁明書の4（1）ウ」の聞き取り内容について釈明を求めたところ、平成30年7月 ██████████ 付けで、処分庁から提出されたもので、以下の記載がある。

「昨年12月に喘息発作があり、ステロイドを使用した。治療により発作は改善したが、その後もホクナリンテープの貼付とともに、経口摂取ができなくなるまではセレスタミンとして少量のステロイドを喘息に対する治療として行った。死因としては経口摂取ができなくなり、徐々に老衰で死亡したと考えられるが、以上の経過からすると喘息が患者の死亡に一定程度寄与した可能性がある。ただし、喘息が直接の死因になったということまではできない。認定死亡患者主治医診断報告書の記載は訂正しない。」

(4) 公害診療報酬明細書、公害調剤報酬明細書

(略)

(5) 「施設介護支援経過」

(略)

3 当審査会の考察

(1) 死因について

上記2(1)のとおり、 病院の 医師作成の死亡診断書には、死亡の原因Iの「(ア) 直接死因」の欄には「老衰」、発病(発症)又は受傷から死亡までの期間は「2カ月」と記され、「(イ) (ア)の原因」以下の欄には記入がない。手術及び解剖は「無」とされ、死亡の種類は「病死及び自然死」とされている。

「老衰」については、明確な定義はないものの、厚生労働書の2022年度版「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」では「死因としての「老衰」は、高齢者で他に記載すべき死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみに用います。ただし、老衰から他の病態を併発して死亡した場合は、医学的因果関係に従って記入することになります。」とし、その例として、「(ア) 直接死因：誤嚥性肺炎、(イ) (ア)の原因：老衰」を挙げている。

本件において「施設介護支援経過」(前記2(5))には、平成23年10月頃から「粥の飲み込み悪く終了」「嚥下悪く、医務にて吸引」など、嚥下機能障害の記載があり、平成25年3月、同年12月には誤嚥と思われるエピソードがあり、その後一時拒食状態となっている。胃瘻の造設のための「診療情報提供書」(平成26年3月 付け)では「#3 摂食嚥下機能障害」と診断されていた旨の記載がある上、平成27年4月 「体温:39.2℃ 呼吸速迫、両足底・足趾にチアノーゼ・冷感あり、手指の冷感ないがSpO₂測定不可。吸引施行も粘調痰中等量引ける、右上肢の動きほとんどなし。酸素3Lマスクで開始」、同月 「SpO₂86% 吸引にてほぼ固形の茶色痰吸引する。(吸引前70%)酸素4ℓから5ℓに変更する」、「体温39℃ 体熱感あり 意識レベルⅢ-200 痛覚反応あるも呼名に反応せず。」、「SpO₂

70% 酸素5ℓ 流量中 体温39.1℃」、同月■■■■「痰からみあり。吸引にて茶色粘調性痰多量引ける。熱38.1 血圧測定出来ず。SpO₂ 82%呼吸荒い。」、同月■■■■「声掛けに反応なし 脈触知不能 心音聴取不能。時折下顎呼吸微弱にあり。瞳孔反応なし」、「死亡確認」との記載がある。

死亡直前のこれらの発熱については、何らかの感染等が生じたことが考えられるが、すでに積極的な治療を行わないとする終末期の対応が選択されているために原因を特定できる確実な資料はないものの、ぜん息発作の明らかな所見はない一方で、喀痰やチアノーゼ、酸素飽和度の低下が見られ、実際に過去に誤嚥が頻発し、「摂食嚥下機能障害」と診断され、嚥下機能が低下していたことが認められることなどから、誤嚥性肺炎によって死亡した可能性がもっとも高いものと考えられる。このことについては処分庁も認めることである。

したがって、本件は、その臨床経過から「(ア) 直接死因：誤嚥性肺炎、(イ) (ア) の原因：老衰」とすることが相当であると考えられる。

(2) 起因死亡について

ア 587号通知アの前段について

前記(1)より、認定患者の直接死因が誤嚥性肺炎であること、また、気管支ぜん息によって一般的に誤嚥性肺炎が起こるとはいえない(後記ウ)

(イ)) ことから587号通知アの前段には該当しない。

イ 587号通知イの後段について

認定患者の死亡前6か月間の処方薬の状況(前記2(4))をみると、平成26年11月■■■■に喘鳴に対しプレドニン20mg投与開始、テオドール増量となるが、その後プレドニンは段階的に減量となり、同年12月■■■■にはプレドニン10mgを中止しセレスタミン3錠に変更され、平成27年2月■■■■には「セレスタミン3T→2Tに減剤」となり、その後、看取り介護が開始される同年3月■■■■までは、テオドール錠200mg 2錠/日、キ

プレス錠10mg 1錠/日、ホクナリンテープ2mg 1日1枚が投与されていた。
看取り介護が開始されてから死亡までの約1ヶ月は、ホクナリンテープのみになっていた。

喘鳴がぜん息によるものであるとしても、喘鳴の記載は、同月■■■■の「喘鳴軽度」が最後で、その後、特段ぜん息の悪化を窺わせる記載はない。

また、死亡直前にぜん息の発作があったことは認められない。

したがって、587号通知イの後段には該当しない。

ウ 587号通知イの前段について

(ア) 続発症についての考え方

続発症については、587号通知の第一章第一3旧指定疾病に係る続発症の範囲(2)において、「大気汚染に係る旧指定疾病の続発症の分類」として、以下を挙げている。

「ア (略)

○大気の汚染に係る旧四指定疾病の続発症の分類

① 旧指定疾病の進展過程において当該旧指定疾病を原疾患として、二次的に起こり得る疾病又は状態(例) (略)、慢性肺性心、肺線維症、気管支拡張症、肺炎、自然気胸

② 旧指定疾病の治療又は検査に関連した疾病又は状態

イ アの疾病又は状態以外であっても、以下のような疾病又は状態については続発症として取り扱われるものであること。

(ア) 旧指定疾病の進展過程に起こり得る疾病若しくは状態又は旧指定疾病が誘因となり得る疾病若しくは状態

(略) 」

(イ) 続発症についての判断

成人肺炎診療ガイドライン2017 (日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン2017作成委員会編) (以下「ガイドライン」という。)

に記載されているように、誤嚥によって引き起こされる肺炎・誤嚥性肺炎は、嚥下機能障害を背景に起きる肺炎で、ADL（日常生活動作）や全身機能の低下、特に脳血管障害を有する場合等に起こりやすく、高齢者の食事摂取に関連して発症することが多い肺炎である。しかし、「嚥下機能障害を来しやすい病態、あるいは誤嚥のリスク因子をもつ宿主が、直接的に誤嚥性肺炎のリスクであるとは言いがたい（略）。すなわち、同程度の誤嚥が生じたとしても、咳反射や気道のクリアランス能が低下している場合は低下していない場合と比べ、肺炎に至る危険性が高いと考えられるため、誤嚥によって引き起こされる肺炎（誤嚥性肺炎）のリスクは、単純な誤嚥のリスク因子だけでは測れない。」として、誤嚥性肺炎のリスク因子として、「誤嚥のリスク因子」と「誤嚥による肺炎のリスク因子」を列挙している（ガイドライン）。医学的にみて気管支ぜん息が嚥下障害を惹起することに寄与しているといえる場合、つまり誤嚥のリスク因子になる場合は誤嚥性肺炎は気管支ぜん息の続発症といえるが、ガイドラインや嚥下性肺疾患研究会が提唱した「嚥下機能障害を来しやすい病態（日本呼吸器学会：成人院内肺炎診療ガイドライン）」含め、一般に気管支ぜん息は誤嚥のリスク因子として挙げられていない。一方、気管支ぜん息による気道クリアランス能の低下は「誤嚥による肺炎のリスク因子」にはなるものの、誤嚥がなければ誤嚥性肺炎は起こらないので、それだけで誤嚥性肺炎を起こすとは言いがたい。

以上より、誤嚥性肺炎が、一般的に指定疾病である気管支ぜん息の進展過程において気管支ぜん息を原疾患として二次的に起こり得る疾病又は状態、気管支ぜん息の治療又は検査に関連した疾病又は状態、気管支ぜん息の進展過程に起こりうる疾病若しくは状態又は気管支ぜん息が誘因となりうる疾病若しくは状態、とは言えない、つまり続発症ということとはできない。

(587号通知において、目安として「続発症の範囲」に例示されている「肺炎」は、指定疾病を原疾患として二次的に起こり得る疾患としての「肺炎」を意味しているから、一般的に「誤嚥性肺炎」がこれに含まれるというわけではない。)

エ 587号通知アの後段について

前記2(5)「施設介護支援経過」の記録によれば、平成25年3月に発熱、喘鳴があった際に、医務指示にて「喘鳴時に飲食中止・禁止」の指示が出されている。これは誤嚥性肺炎のリスクを考慮のことと思われる、その時点では当然の指示と思われるが、これ以降、波はあるものの、喘鳴がある度に経口摂取中止・禁止となり末梢からの点滴で対応することが多くなっている。

当然、末梢からの点滴では十分な栄養を補うことはできず、このことが体力の消耗・低下に関係していることは明らかである。

誤嚥等による喘鳴とぜん息による喘鳴との判別は現場では難しいと思われるが、「施設介護支援経過」を見る限り、多くの場合、ぜん息の治療により喘鳴が改善していることから、喘鳴の原因のかなりの部分は気管支ぜん息によるものと思われる。

以上の経過からすると、本件では、高齢による体力の低下等が影響しているとはいえ、喘鳴があるたびに経口摂取を中止・禁止して末梢からの点滴で対応していたことが体力の消耗・低下につながり、嚥下機能障害の惹起に一定程度寄与したものと考えられ、喘鳴の主原因は指定疾病である気管支ぜん息であると考えられるから、指定疾病がその死因に寄与していると医学的常識をもって認められる場合に該当すると考えるのが相当である。

したがって、本件は587号通知ア前段の「指定疾病が直接の原因となって死亡した場合、いわば、相当因果関係の認められる場合」や同通知

イ前段の「続発症を起こし、これにより死亡した場合」及びイ後段の「既にある他の疾病と指定疾病が同時に悪化したため死亡した場合」には該当しないが、同通知ウ「直接の死因が指定疾病によらない場合に、指定疾病に起因して死亡したと認め得る場合」として、同通知ア後段の「指定疾病がその死因に寄与していると医学的常識をもって認められる場合」に該当するものと解すべきである。

4 結論

以上より、本件において、遺族補償一時金を不支給とした原処分は違法であるからこれを取り消すこととし、行政不服審査法（平成26年6月13日法律第68号）附則第3条により改正前の行政不服審査法（昭和37年9月15日法律第160号）第40条第3項の規定に基づき主文のとおり裁決する。

令和4年9月26日

公害健康被害補償不服審査会第4審査部

審査長 岡本美保子

審査員 山中朋子

審査員 石井 彰

