

平成24年第26号

裁 決 書

審査請求人

栃木県さくら市

処分を行った行政庁

足立区長

主 文

本件審査請求に係る足立区長の処分を取り消す。

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、足立区長（以下「処分庁」という。）が、平成24年7月18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項の規定に基づく遺族補償一時金及び同法41条第1項の規定に基づく葬祭料（以下「一時金等」という。）の支給に係る請求に対する不支給の決定（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、審査請求書において、理由の要旨として、「直接の死因は食

道癌であるが、慢性気管支炎が療養の質を著しく低下させた。また、生命予後を短縮させた。重症な他原因である食道癌による死期が、指定疾病である慢性気管支炎があるのために早められたのであり、『指定疾病に起因して死亡した』に該当する。なお、他原因斟酌はしかるべく判断をされたい。」と主張する。（当審査会注：原文引用部分は「」で示す。以下同様。）。

また、原処分に対する異議申立書に添付した書面において、「兄 ■■■■■ (以下「被認定者」という。) の死亡原因は癌との事ですが、(略) 慢性気管支炎がなければ治療に対して別の選択方法もありました。

(略)」とし、反論書(2)において、「慢性気管支炎の呼吸不全が重篤化していた。『慢性気管支炎による死期が、重症な他原因である食道癌によって早められた』(当審査会注：後に口頭審理において、『』内については「主要な他原因である食道癌による死期が指定疾病である慢性気管支炎により早められた。」と訂正されている。第5の2(1)カ)、と考えるべきであり、『指定疾病に起因して死亡した』に該当する。」と主張している。。

これに対し、処分庁は、被認定者が指定疾病に起因して死亡したことを否認する。

第2 事案の概要

1 経過

(1) 請求人の兄である被認定者は、昭和60年10月15日、指定疾病である慢性気管支炎にかかったとして法第4条第1項による認定を受けた。

障害補償費の支給に係る障害の程度は、当初は3級であったが、平成10年7月に2級に変更され、同24年1月■■■■■に死亡した。この間、

同21年4月作成の主治医診断報告書には、続発症・合併症として肺気腫が挙げられている。

(2) 被認定者は、同23年6月■■■■、■■■■大学の耳鼻科を受診したところ食道癌 (stage IVa) と診断され、以後入退院を繰り返し、同24年1月■■■■、自宅において死亡した。死亡診断書によれば、直接死因は「食道癌」と記されている。

(3) 請求人は、処分庁に対し、被認定者は認定疾病である慢性気管支炎に起因して死亡したとして同年3月29日、一時金等の支給を請求した。

(4) 処分庁は、被認定者の主治医作成の認定死亡患者主治医診断報告書 (以下「死亡患者診断書」という。) の提出を受けたうえ、同年7月9日に開催された足立区公害健康被害認定審査会 (以下「認定審査会」という。) に対し、一時金等の支給について諮問したところ、同月10日付けで、不支給を相当とする答申を受けた。

(5) 処分庁は、前記答申を踏まえて、同月18日、一時金等の不支給を決定し (以下「原処分」という。) 、請求人に対し、同日付けでその旨通知した。

(6) 請求人は、これを不服として、同月30日付けで、原処分について異議申立てを行った。

処分庁は、認定審査会に対し同年8月20日付けで、原処分について改正前の行政不服審査法 (昭和37年法律第160号。以下「旧行政不服審査法」という。) 第47条第3項の規定に基づき諮問したところ、原処分は妥当であるとの答申を受けた。

処分庁は、前記答申を踏まえて、同年9月28日、請求人の異議申立てを棄却すると決定し、請求人に対し、同日付けでその旨通知した。

(7) 請求人は、これを不服として、同年10月19日付けで、本件審査請求を行った。

なお、改正後の行政不服審査法（平成26年法律第68号。以下「新法」という。）附則第3条により、本件の原処分は新法の施行された同28年4月より以前に行われていることから、本件審査には旧行政不服審査法が適用される。

2 争点

本件の争点は、被認定者が、認定疾病である慢性気管支炎に起因して死亡したと認められるかどうかである。

第3 当事者の主張

(略)

第4 審査資料

(略)

第5 口頭審理

(略)

第6 当審査会の判断

1 法令

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、その死亡の時に遺族補償費を受けることができる遺族がないときは、次に掲げる者の請求に基づき、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。」とし、法第41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ときは、葬祭を行なう者の請求に基づき、政令で定める額の葬祭料を支給する。」と規定

している。

これらの規定にいう「当該認定に係る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の587号通知の第5章第四の1に、「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、ウの三つが挙げられている。

ア 「指定疾病に起因して死亡した」という趣旨は、指定疾病が直接原因となって死亡した場合、いわば、相当因果関係が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持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こし、これにより死亡した場合や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、イのほか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。

当審査会は、以下これに基づいて検討する。

2 医学的資料について

前項の内容について検討するに当たり、死亡診断書、死亡患者診断書及び XXXXXXXXXX 病院から提出を受けた診療録の一部の内容を以下に挙げる。同病院から提出を受けた放射線画像については、後記第6の3(2)イ(ア)1)において考察する。

その他の診断書等の医学的資料については、必要に応じて引用する。

なお、病理学的には上皮性の悪性腫瘍の表記には「癌」を使用するが、

本書では悪性腫瘍一般を示す「がん」を使用し「食道がん」とした。資料を引用した「」内は原文のままとしている。

(1) 死亡診断書

診断及び作成日は同24年1月■■■■、■■■■クリニックの■■■■医師（以下「■■■■医師」という。）が作成したもので以下の記載がある。

死亡の原因として、I (ア) 直接死因は「食道癌」、発病（発症）又は受傷から死亡までの期間は「約1年3ヶ月」、(イ) (ア)の原因は「不詳」とされ、(ウ) 以下は空欄で、II 直接には死因に関係しないがI 欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等は「慢性気管支炎」、発病（発症）又は受傷から死亡までの期間は「約30年」と記されている。また、手術、解剖はいずれも「無」とされている。その他特に付言すべきことがらの欄は空欄である。

(2) 死亡患者診断書

同年4月■■■■付け、■■■■医師の作成で、以下の記載がある。

認定疾病の名称は、「1. 慢性気管支炎」、認定疾病に関係ある（続発症・合併症）は、「2. あり」が選択され、「（慢性呼吸不全・肺炎）」と記され、認定疾病に関係ない（併発症・随伴症）は、「2. あり」が選択され、「（食道癌）」と記されている。

死亡原因について、「①（直接死因）」は「食道癌」、「②（①の原因）」は「不詳」、「③（②の原因）」の欄は空欄である。

死亡前の受療状況について（該当する数字を1つだけ○で囲んで下さい）の死亡前の認定疾病の受療状況の、死亡前6か月間については、「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）」が選択され、死亡前1か月間については、「1. 入院

していた」が選択され、「(入退院をくり返していた)」と書き添えられている。

認定疾病の病状の経過の死亡前6か月間については、「1. 悪化傾向にあった」、死亡前1か月間については、「1. 悪化傾向にあった」が各選択されている。

認定疾病と死亡との関連については、「3. 認定疾病に起因して死亡したとは考えられない。」が選択されている。なお、選択肢は他に「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. 明らかとはいえないが認定疾病に起因して死亡したと考えられる。4. わからない」がある。

直接死因と認定疾病との因果関係の欄には、「直接的な死因は食道癌であるが、解剖学的構造上、慢性気管支炎が療養の質を著しく低下させていたことは明らかである。又、生命予後を短縮させた可能性も極めて高いと考えられる。(食道癌の進行に伴い気管狭窄が進行、多量の喀痰の為気道閉塞をくり返していた。)」と記されている。

(3) ■■■■■病院から提出を受けた診療録

ア 患者診療記録【診療経過記録】「2011/06/■■■」

被認定者は、蒲原診療所の紹介で、同23年6月■■■、■■■
■■■■■病院の耳鼻科を受診し、頸部造影 CT にて頸部食道癌を疑われ同日入院、同月■■■から CRT (当審査会注：化学放射線療法) 目的で第三内科に転科している(綴りの p38、以下括弧内の数字は同様) 旨記されている。

(ア) 頸部食道がんの病期について (p39)

「アセスメント#1 頸部食道癌」として以下の記載がある。

「【病理結果】invasive squamous cell carcinoma（当審査会注：浸潤扁平上皮癌）」

「・耳鼻科で Stomach Tube なんとか挿入できるも、経鼻内視鏡は挿入できず。biopsy の結果は invasive squamous cell carcinoma であった。経口では水分摂取も不可能であり、現在は Stomach Tube による栄養と点滴にて栄養補給をしている状態。6 / ■■■ に放射線科でポート挿入の予定。

・頸部造影 CT では頸部食道に最大48mmの不整な腫瘤影が認められ、造影にて不均一な造影効果を示す。一部は造影不良を示し、壊死部分を見ている可能性あり。食道 Ca とリンパ節の一塊化した腫瘤と考える。腫瘍は気管軟骨、甲状腺左葉や気管、椎体前縁と接しており、転移が疑われる。気管左側や気管側や傍大動脈リンパ節が1cmほどに顕在化しており、転移を疑う。→101、103、107のリンパ節腫脹を認め、T4N4M0の stage IV A と判断される。

今後腹部 CT でその他転移の有無を確認。」

(イ) 治療方法の選択について (同上)

① 上記に続いて以下の記載がある。

「・4科合同の食道カンファレンスにて胃癌の既往があり胃の2/3を切除していること、慢性気管支炎で HOT（当審査会注：在宅酸素療法）導入中であることから手術適応は難しいと判断。CRTを行う予定となった。」

② (p46)

「頸部食道癌 (SCC) (T4N4 (101、104、107) M0 (現在) の stage IVA) の Pt です。現在右声帯麻痺、左声帯不全麻痺による

嘔声と食道腫瘍による閉塞で高度の嚥下困難を認めています。

6 / ■■■の4科合同カンファにて、治療方針として COPD で HOT 導入中であること、胃切後であること、周囲組織への浸潤強いことから手術は困難で CRT を勧められました。(略)

(ウ) 慢性気管支炎に関して

上記①に続いて以下の記載がある。

「# 3 慢性気管支炎 (HOT 導入中)

HOT 導入前は階段昇降などで息切れが出現していたとのこと。現在 1 L カヌラで酸素化は保たれている。腫瘍の浸潤により右声帯不全麻痺、左声帯麻痺の状態であり、今後気切が必要となる可能性あり。

・胸部 CT では両肺、右中華様 (当審査会注：右中下葉と思われる。) に目立った微小粒状影が多発。気管支壁は軽度肥厚。分布が区域性で一様に認められることから、慢性気管支炎に伴う2次性の変化と思われるが、転移との鑑別のため経過観察の必要あり。その他両肺には線状影や索状影が認められ、瘢痕と思われる。胸水 (-)」

イ 上部消化管検査報告書 (p220)

検査日は平成23年6月■■■、検査者は■■■、■■■医師で、頸部食道がんの首座の部位と気管への浸潤の状況について、「内視鏡所見」として、4葉の写真とともに以下の記載がある。

「咽頭喉頭：」、「右梨状窩後壁に潰瘍性の隆起病変あり、その他も下押し上げる様に浸潤している。外径5.5mmの経鼻内視鏡でもこれ以上の挿入は出来ない。潰瘍性の隆起病変より3ヶ所生検した (①～

③)。」、「左梨状窩には tube が入っているが、そこからも食道内には挿入できない。」

3 本事案における認定疾病である慢性気管支炎、肺気腫と死亡との関係について、587号通知に該当するかどうか、以下同通知アの前段、イ、アの後段、ウの順に検討する。

(1) 587号通知アの前段に該当するといえるか。

本事案において、食道がんが直接死因であることは、前項2(1)、

(2)等から明らかである。

したがって、認定疾病が直接死因であるとは認められず、587号通知アの前段には該当しない。

(2) 587号通知イについて

ア 587号通知イ前段の指定疾病の続発症により死亡したといえるか。

すなわち、食道がんは続発症といえるか、あるいはその他の続発症があり、それによって死亡したといえるか、以下検討する。

(ア) 続発症についての考え方

587号通知第1章3(2)では、「旧指定疾病に係る診療報酬の請求及び旧指定疾病に係る障害度の評価等に当たっての続発症の範囲」(以下「続発症の範囲」という。)として、次のア、イを挙げている。

「ア 次表に示すように、(略)旧指定疾病の続発症を同表に事例として示す疾病に限定する趣旨ではなく、あくまで主治医等の判断を尊重しつつ、続発症の範囲、名称を明示しない場合の欠点をも補うように配慮したものであること。

○大気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) 慢性気管支炎、気管支ぜん息、肺気しゅ、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

(例) 1) 気管支ぜん息発作が基盤となったと考えられる
流産、ヘルニア等

2) 慢性肺気しゅや慢性気管支炎に関連した消化性
潰瘍

(イ) 旧指定疾病の治療又は検査に関連した疾病又は状態

(例) 1) 気管支ぜん息等の治療のために長期間ステロイドホルモンを用いたときに発生又は悪化した消化性潰瘍等

2) 慢性気管支炎等の治療のために長期間抗生物質を連用したときに起こったビタミン欠乏症、血液疾患、肝障害、腎障害等

3) 診断確定のために行ったアレルギーテストや気道過敏性テスト等に引き続き起こった重症気管支ぜん息発作又はショック状態等」

(イ) 主治医の判断

前述の認定死亡患者主治医診断報告書（第6の2（2））では、認定疾病は「慢性気管支炎」、認定疾病に関係のない（併発症・随伴症）として「食道癌」、死亡原因については「食道癌」、その原因は「不詳」、認定疾病と死亡との関連については、「認定に係る指定疾病に起因して死亡したとは考えられない。」とされている。

(ウ) 検討

まず、食道がんは、「続発症の範囲」ア、イのいずれにも当たらない。

主治医も、食道がんを続発症とは考えておらず、また、認定疾病に起因して死亡したとは考えられないとして、少なくとも死亡に関連する他の続発症は意識していない。

以上より、587号通知イ前段には該当しない。

イ 587号通知イ後段の既にある他の疾患と指定疾病が同時に悪化したといえるかについて

(ア) 食道がんの進行について

1) ██████████病院の放射線画像

当審査会では、食道がんと診断し、その後化学放射線療法等を実施した██████████病院から放射線画像の提出を受け、病状の変化について放射線画像の専門委員を交えて慎重に読影した。

画像は、平成23年6月██████、耳鼻科初診時から、同24年1月██████までに撮影されたものである。

① 同23年6月██████撮影 胸部単純エックス線画像

正面、腹背方向、座位

気管が右に偏位し、同部の腫瘤が疑われる。両側下肺優位

に粒状影が多発している。特に右が目立つ。右肺は minor fissure が下降し、右上葉が大きく、気腫性変化が疑われる。胸水や胸膜病変はない。

② 同日撮影 頭頸部造影 CT 画像

喉頭蓋の背側から周りに広がるようにして軟部腫瘍がある。食道原発の腫瘍として矛盾しない。気管も右方に押され、縦隔リンパ節腫大を認める。病変は甲状腺左葉に浸潤、気管膜様部へも浸潤している可能性がある。明らかな骨融解の所見はない。放射線画像診断は、食道がん、リンパ節転移及び周囲への浸潤である。

③ 同月 █████ 撮影 胸部単純エックス線画像

正面及び側面、背腹方向、立位

気管が右に偏位している。胃管が入っている。肺野の所見は前日と同様である。心拡大はあるが胸水はない。

④ 同月 █████ 撮影 頸部から上腹部造影 CT 画像

頸部には食道がんに対応する腫瘍があり、食道内にチューブがある。撮影された範囲では、頸部、縦隔、上腹部リンパ節の腫大はない。気腫性変化はない。全肺野にびまん性に気管支壁の肥厚があり、小葉中心性の小粒状影がある。気管支・細気管支炎の病変所見である。HTLV-1や関節リウマチなどの膠原病肺でも同様の所見がみられることがあり、鑑別すべき疾患は多い。

⑤ 同年7月 █████ 撮影 胸部単純エックス線画像

正面、背腹方向、立位

気管が右に偏位している。胃管は入っていない。IVH カテーテルと酸素チューブがある。肺は、粒状影が若干改善している印象がある。

⑥ 同月 █████ 撮影 胸部から上腹部 CT 画像

6月 █████ に比して、腫瘍は少し縮小している。肺の小粒状影は小さくなり一部は消退傾向である。

⑦ 同年9月 █████ 撮影 頸部から上腹部造影 CT 画像

前記7月 █████ の CT と比較すると、腫瘍は大分小さくなり、小粒状影も消退傾向にある。しかし、両側肺に径2~5mmの境界明瞭な小結節が複数出現している。肺転移の所見である。

⑧ 同年10月 █████ 撮影 頸部から上腹部 CT 画像

9月に新たに出現した両肺の結節はいずれも大きくなり、数も増えている。両側の転移である。

⑨ 同月 █████ 撮影 胸腹部 CT 画像

右胸水出現。胃の大部分は残っている。ダグラス窩に少量の腹水も出現した。

⑩ 同年12月 █████ 撮影 頸部から上腹部 CT 画像

気管内に食道がんの浸潤があり、気管に留置したステント内にも腫瘍は浸潤している（ステントの留置は同年11月 █████）。腹部腸管壁と腹膜の間、結合織内にガス像がみられる。pneumatosis cystoides intestinails (PCI: 腸管嚢胞様気腫症) とその漏出と思われる。PCI の発生機序は諸説あるが、化学療法中に起こることがあり、無症状の場合もある。

① 同24年1月■■■■撮影 頸部から上腹部 CT 画像

12月■■■■のガス像は減少した。

以上をまとめると、放射線画像診断は、頸部食道がん、気管・甲状腺浸潤、縦隔リンパ節転移、両側肺転移、右胸水、腹水である。

頸部食道がんについて放射線画像の変化を追うと、化学療法開始後同23年7月■■■■までは一旦縮小し、肺内の小粒状影はさくなり、一部消退傾向が認められるまでに至ったものの、同年9月■■■■には、改めて両肺に径2～5mmの境界明瞭な諸結節が複数出現し、肺への転移が認められ、以後転移は広がる一方、同年12月には気管に留置したステント内にも腫瘍は浸潤する状態となり、悪化していったことは明らかである。

2) 診療録等

食道がんは、同23年6月■■■■に■■■■病院を受診して判明したこと、その段階で stage IV a であったこと、徐々に悪化して、同24年1月■■■■に死亡したものであることは、前述の死亡診断書、同病院の診療録、■■■■クリニックの診療録、公害診療報酬明細書、後期高齢者診療報酬明細書等の内容からも認めることができる。

(イ) 指定疾病の進行について

1) 食道がんの診断を受けるまで

主治医診断報告書及び医学的検査報告書の内容によれば、被認定者は、平成8年からステロイド吸入剤を使用、同9年から同

23年までは内服ステロイド剤を併用し、同18年以後は24時間在宅酸素療法を行うようになり、長期的には悪化傾向にあったことが認められる。

死亡前5年間の主治医診断報告書をみると、総合判断（認定疾病の転帰）については、「1、寛解 2、軽快傾向 3、不変 4、悪化傾向」とある4つの選択肢から、在宅酸素療法を開始した同18年は「4、悪化傾向」、同19年から同23年（同年4月■■■■付け）は「3、不変」が選択されている。

公害調剤報酬明細書の同22年3月以降死亡までの公害調剤報酬明細書によれば、同年5月までは処方内容に大きな変化は認められない。

以上から、在宅酸素療法を開始し、食道がんの診断を受けるまでは、認定疾病が特段悪化の傾向にあったとは認められない。

2) 食道がんの診断を受けた後

食道がん診断後、■■■■クリニックの診療録、診療報酬明細書、公害診療報酬明細書等によれば、同23年8月■■■■の初診は往診で、以後死亡まで、訪問診療、訪問看護は同クリニック、化学療法等及び緊急時の入院は■■■■病院という体制で在宅療養になったことが認められる。

① 同クリニックの診療報酬明細書の記載

同23年8月分

「(略)、現在食道癌の影響で嚥下障害、食道の通過障害があり経口摂取は不可の為経鼻胃管留置し、消化態栄養剤（ツイライン1200cc）による経管栄養療法をおこなっていますが、る

い瘦が進行してきています。30年前から慢性気管支炎を発症しており、4年前より在宅酸素をおこなっています。

SpO₂：80%台と低下するため、O₂：1L/分使用しています。慢性気管支炎の為に元々喀痰量が多い方ですが、頸部食道癌の影響もあり非常に多量の喀痰が生じており、常時排痰し続けているような状況です。過去には誤嚥性肺炎も発症しており、また多量の影響で容易に呼吸困難が誘発される為、目が離せない状態です。排痰サポートのため、個人用の超音波ネブライザーを用意し、少なくとも1日に4回以上の吸入療法も行っています。

現在は何とか小康状態を保っていますが、いつ急変してもおかしくない状況です。これらの管理の為、連日の訪問診療、訪問看護を行っています。■■■■からの週を在宅末期総合診療で算定しています。」

同年9月分から同年11月分

前項①と同旨の記載がある。

同年12月分

同年12月分については、前項①と同旨の記載に加えて以下の「<追記>」がある。

「呼吸困難感、呼吸不全の増悪を来し、全身状態の評価の為に2度目の採血が必要と判断した。」、「その後、12/■■■■から1/■■■■にかけてさらに呼吸不全増悪した為、搬送し入院となっています。また、次月にはなりますが、24年1月■■■■永眠されています。」

② 死亡患者診断書の記載

「死亡前6か月の認定疾病の病状の経過」、「死亡前1か月の認定疾病の病状の経過」のいずれも「悪化傾向にあった」とされている。

③ 検討

慢性気管支炎の悪化とは、一般的には「息切れの増加、咳や痰の増加、胸部不快感・違和感の出現あるいは増強などを認め、安定期の治療の変更が必要となる状態」（COPD 診断と治療のためのガイドライン2018：日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第5版作成委員会）とされている。

請求人は、被認定者が「毎日、ティッシュペーパーを二箱使うほど痰がよく出ていた」と述べている。

■■■■クリニックの公害診療報酬明細書には「…慢性気管支炎の為に元々喀痰量の多かった」ところ、「頸部食道癌の影響もあり非常に多量の喀痰が生じ」、「多量の（喀痰の）影響で容易に呼吸困難が誘発されるため、目が離せない」（同23年8月、同年9月、同年10月）と記されていることから、多量の喀痰は慢性気管支炎の悪化によるものではなく、頸部食道がんの浸潤が進んだことによるものと考えられる。

また、■■■■病院には何度か入院しているが、各退院時サマリーによると、以下のとおりである。

同年11月■■■■より喘鳴、呼吸困難症状の悪化を認めて入院した際は、「気管壁の破壊像を伴う腫瘍の気管内浸潤と考えられる狭窄像を認め（略）気管内ステントの留置術を施行。

（略）ベアステントで拡張した。拡張後 SpO₂は改善し、O₂

1 L 下で98%と退院時まで安定。」とあり、喘鳴、呼吸困難の悪化は認定疾病の悪化によるものではないとの判断のもと、同月■■■■に退院となっている。

同年12月■■■■、■■■■頃から呼吸困難が出現し、緊急入院となったときは、吸入等で改善し「今回呼吸困難の原因は腫瘍の気管閉塞ではなく、喀痰によるものと考えられた。」とあり、一時的なものとして翌日には退院となっている。

同24年1月■■■■、ストマックチューブ抜去、呼吸困難にて入院したときは、「呼吸困難の原因として腫瘍の増大による気管狭窄の増悪の可能性を疑い、胸部CTを施行（略）腫瘍の増大を認めた。」、「COPDにより喀痰が多いが、経口摂取不能なため口渴感・痰の乾燥が強く、自己排出は困難。また、これが狭窄気管に詰まって呼吸困難を来たしやすい」とあり、同月■■■■退院となっている。水分摂取量が少なくなった際に、喀痰の粘調度が増し喀出できないことなどが影響しており、認定疾病そのものが明らかに悪化したことを窺わせる事実は認められない。

以上より食道がんの悪化に並行して、認定疾病が悪化した事実は認められない。

よって、587号通知イの後段には該当しない。

- (3) 587号通知アの後段「いわば、相当因果関係が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」に該当するか。

請求人は、「慢性気管支炎のために食道癌の治療に制約を受けた。すな

わち慢性気管支炎で在宅酸素療法を受けていたために、食道癌の根治治療とされる摘出手術を受けることができなかった。慢性気管支炎のための在宅酸素療法を受けていなければ、根治治療を受けることができて延命できたはずである。」旨主張しているので、以下検討する。

前述のとおり、被認定者は、平成23年6月[]、[] []病院の耳鼻科を受診し、食道がんの診断を受けた時点で、被認定者の食道がんの臨床病期は、IVa 期で TNM 分類では、T4N4M0 であった旨、同病院の診療記録に記されている（前記第6の2（3））。

日本食道学会編「臨床・病理 食道癌取扱い規約（第10版）」（当審査会注：平成23年6月時点。この後2015年10月に11版が出ている。）の食道がんの TNM 分類によれば、T4はがんが食道周囲の組織まで広がっており、N4は第4群リンパ節（当審査会注：1～4群リンパ節とは、がんのある場所から主にどのくらい離れているかによって分類しており、近いものから1群、2群、3群、4群と呼ぶ。）まで転移しており、M0は遠隔転移がない状態とされている。また、IVa 期の治療について同学会編「食道癌診断・治療ガイドライン2007年4月版」（当審査会注：平成23年6月時点。この後2012年4月版が出ている。）によれば、原則として標準的な治療は切除術ではなく、化学放射線療法ないし放射線治療とされている。食道がんの根治治療は切除術であり、IVa 期では一般に根治治療は難しいと考えられる。

以上からすると、在宅酸素療法の有無にかかわらず、切除術は行わず化学放射線療法を行うとの選択に変わりはないと考えられる。

したがって、この点に関する請求人の主張は認められず、587号通知アの後段には該当しない。

(4) 587号通知ウ「直接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、イのほかにあるかどうか」について

口頭審理において、請求人側から「被認定者は、咽頭違和感、嘔声等、食道がんの症状があったにもかかわらず、これを指定疾病によるものと考えてしまったことから、食道がんの早期発見ができなかった可能性があったのではないか。」との質問があったので、以下検討する。

ア 被認定者が食道がんの診断を受けるまでの経緯

原処分の資料のほか当審査会が提出を受けた資料によれば、概ね以下のとおりである。

死亡診断書（■■■■クリニックの■■■■医師作成）では、死亡日は同24年1月■■■■、食道がんの発症から死亡までの期間は「約1年3か月」とあることから、発症は同22年10月中旬と考えられている。

診断を受けたのは前述の通り同23年6月[第6の2(3)ア]であり、発症から食道がんの確定診断までの期間は約8か月である。

この間に、被認定者が受診した医療機関の診療録には以下の記載がある（以下、特にことわりを入れない場合、■■■■クリニック耳鼻科を「■■■■」、■■■■診療所を「■■■■」という。）。なお、「」内は診療録記載のままの引用である。

<■■■■>

・同22年10月■■■■「腰痛再発」

<■■■■>

・同月■■■■「(S)咽頭違和感 (A)右声帯不全麻痺、お話から以前胃がん手術後からのよう。挿管性か、嚥下は問題なさそう」

<■■■■>

- ・同月■■■■「痰がよく出る」
- ・同月■■■■「痰多く頻回に喀出するので疲れると」等
- ・この後も痰についての記載が続くが、飲み込み等の違和感に関する記載はない。
- ・同23年2月■■■■「嗄声がここ2Mでどんどん悪化していった。本日■■■■の耳鼻科受診したい。」

<■■■■>

- ・同日「(S)2ヶ月前から嗄声あり。咽頭痛なし。痰からみあり
(A)前回右声帯麻痺、今回左声帯麻痺もみられる。間隙形成。誤嚥に注意。呼吸困難をきたす状態ではないが炎症が加わったら要注意。一応左なので急性循環障害の可能性もあり 2週間薬を。」

<■■■■>

- ・同月■■■■「■■■■受診した。声帯動いてないと 噎せがひどいと」、
「(耳)では『ゆくゆくは気管切開が必要となるかも』といわれたと、
『声帯 動いていない』ともいわれた と」

<■■■■>

- ・同月■■■■「(S)朝から昼頃までは声のでる。声のでるときとでないときがある。」
- ・同年3月■■■■「(S)声出るようになったが、地震の時帰れず寒いところにいたら、また出なくなってしまった。」
- ・同年4月■■■■(耳鼻科以外の別の医師が対応)「(S)1週間前から食べ物が喉に詰まる。水はどうか飲み込めるが時々戻す時も

あり。体重7キロ減。暖かいものならのめる 冷たいものがむせる
(O) 耳鼻科は1ヶ月後受診予定だが、飲み込みづらい ご飯など
よく嚙んでも飲み込みづらい ■■■に肺気腫でかかっている 最近
痰の出が多い 7年前■■■病院で胃切した ■■■診で5月 GFS で
やっている (当審査会注: 同22年5月■■■の GFS を指してい
るものと思われる。) 胸部呼吸音弱い SP 99 (A) 誤嚥して
るかなあ XP 診ておく 耳鼻科で受診してもらわないと、エン
シュア出してみるか 地震でない 病院使用の流動食 OK とのこと、
取り寄せてもらう。■■■曜日耳鼻科へ (P) 急 XP XP 異常なし

<■■■>

・同月■■■「飲みこみが悪いので■■■を受診したら休診でした。

薬局で買う流動食よりうどんの方がたべやすい。」、「この間のみ
込み悪く体重■■■→■■■kg/M」

<■■■ (耳鼻科) >

・同月■■■「(S) ご飯がつかえる。水分が多い食べ物は大丈夫
(A) 右声帯は現在動いている。左声帯麻痺は固定。声帯の萎縮あ
り、ハイムリッヒは続ける。」

<■■■>

・同月■■■「GFS. 予約希望です」

・同月■■■ GFS の検査所見用紙には「所見」として「切除胃
anast (吻合) np 残胃 np 声門左側の運動性が低下している。」、
「診断・指示」として「切除胃 左声門機能不全」と記されている
が、内視鏡の挿入に際し、咽頭・食道の通過時に支障があったこと
など特段記載されていない。なお、検査所見用紙自体には病院名等

の記載はないが、内視鏡検査に関する説明及び同意書、問診票に
診療所の記載があり、同診療所にて検査が行われたものと思われる。

・同年5月「息苦しさ↑(5/～)、痰きたない のどに食べ物
がつかかる、息苦しさもあり食事とれず BW kg (kg) 」

・同月「本人より息苦しいと Tel あり HP 外来に受診して
いただく」、— (当審査会注：病院の同月分の公害診療報酬
明細書(入院外)に「内科 救急・時間外、
」、同じく公害診療報酬明細書(入院)に「入退院歴
23年5月～23年5月」とあることから、とは
病院を指すものと思われる。)。

なお、この記載の後に、「入院11年5月 3F 肺炎
退院11年5月」と記されている。

<>

・同月「(S) HP 入院中 (A) 左声帯麻痺+右不全麻
痺最終的には外科的処置が必要か。」(当審査会注：同月
付けの紹介状が、病院の 医師から クリニック耳鼻科
医師宛に出されている)。

なお、同月付けで から 病院に宛てた診療情報提供
書(御報告)には「(略)左声帯麻痺+右声帯不全麻痺が見られ、
広く間隙形成を認めます。麻痺は以前から見られており、声帯の萎
縮も伴っております。誤嚥による肺炎の繰り返しがあるようでした
ら最終的には外科的処置になるかと思われます。(略)」と記され

ている。

<■■■■>

・同月■■■■「知人より TEL. 本人苦しいと QQ 車呼んで■■■■に行ってもらおう事とした」

・同年6月■■■■「SpO2 97% 痰がつまって苦しい」

・同月■■■■「6/■■ (■■) 6/■■ (■■) ■■■ HP QQ 車でやっている 声帯が片方開いてしまって水分はとれない むせる」

<■■■■>

・同日「(S) 耳鼻科休診の為内科診察希望 物が飲み込みづらい。

(内科は■■■■ (当審査会注：■■■■と思われる。) 診療所通院中)

(A) 水分がほとんどとれないので点滴で補給します (P) より

根本的には気管切開か胃瘻・経鼻チューブ栄養か検討が必要です

ご本人はどちらも拒否 当面は点滴を続けるしかないですね」

<■■■■>

・同月■■■■「SpO2 91% 昨日夜診 DIV 夜中調子悪く■■■■へ■■■■

■■■■吸入4~5回やっている。痰がよく出る 水分むせる 錠剤がうまく飲み込めない」

・同月■■■■「SpO2 95% 吸入4~5回/日していると痰の出も良

く、今までより状態良いと 明日、■■■■耳鼻科■■■■ Dr 受診し■■■■

大への紹介状を書いてもらうつもり」

<■■■■>

・同月■■■■受付時間■■■■「(S) 物が飲み込めない。水もむせる。どこか大学病院紹介してほしい。今日そのまま受診すると

(A) 右声帯不全麻痺、左声帯麻痺両披裂癒着？右梨状窩食物残渣

+ 誤嚥性肺炎繰り返しの疑いあり→■■■■病院紹介」

・同日受付時間■■■■（同月■■■■の医師が対応）「(S) 痰が黄色なので心配と耳鼻科の先生から■■■■大を紹介された」

同月■■■■付けで、■■■■病院耳鼻咽喉科宛て精査加療のための紹介状が出されている。

<■■■■>

・同月■■■■「■■■■大入院」と記されている。

イ 考察

被認定者は指定疾病については従前から■■■■診療所に受診しており、食道がんが発症した当時は、指定疾病や腰痛等について1週間に1度程度通院していた。また、平成16年9月から同年11月の間、■■■■診療所の紹介で早期胃がん切除手術のため■■■■病院に入院している。今般提出を受けた同19年以降の■■■■診療所の診療録には、毎年同診療所において胃十二指腸内視鏡検査を受けていた記録があることから、胃がん切除術後毎年同検査は実施されていたと思われる。同診療所で被認定者が受けた最後の胃十二指腸内視鏡検査は、同23年4月で、この時の検査医が食道の異常を感じておらず、発見できなかったことは先述の検査所見用紙に記載のとおりである。

死亡診断書等に、食道がんの発症から死亡までの期間を約1年3か月と記されているのは、同22年10月■■■■に「咽頭違和感」を訴えて■■■■クリニックを受診し、右声帯不全麻痺を指摘された頃を発症時期と考えたものと思われる。

この後、同23年2月■■■■、■■■■診療所受診時に「嗄声がここ2Mでどんどん悪化していった。本日■■■■の耳鼻科受診したい」と訴

え、同日■■■■クリニック耳鼻科を受診、「2ヶ月前から嗄声あり」と訴え、担当医は「前回右声帯麻痺、今回左声帯麻痺もみられる。間隙形成。」と声帯麻痺の進行を指摘している。さらに、同年4月■■■■の■■■■クリニック受診時には、「1週間前から食べ物が喉に詰まる。水はどうか飲み込めるが時々戻す時もあり。ご飯などよく嚙んでも飲み込みづらい」と、嚥下障害を強く訴えている。

食道がんの確定診断をした■■■■■■■■■■病院の退院時サマリー（入院日同23年6月■■■■、退院日同年8月■■■■）の「入院までの経過」には「〈主訴〉 嗄声 2010年10月頃～、嚥下障害2011年4月頃～」とあり、ここでも同22年10月頃を食道がんの発症時期としている。

被認定者が、咽頭違和感、嗄声を訴えた同22年10月の時点では、担当医は胃がん手術後の経緯等を聞いて、挿管性と考えた。同23年4月■■■■、■■■■クリニックの受診時に「1週間前から食べ物が喉に詰まる。水はどうか飲み込めるが時々戻す時もあり。（略）」等嚥下障害を訴え、同月■■■■に胃内視鏡検査が行われたが、担当医は食道について異常を感じていない。

しかし、この後■■■■■■■■■■病院の「上部消化管検査報告書（同年6月■■■■）」では、内視鏡所見として「咽頭喉頭：右梨状窩後壁に潰瘍性の隆起病変あり、その他も下押し上げる様に浸潤している。外径5.5mmの経鼻内視鏡でもこれ以上の挿入は出来ない。潰瘍性の隆起病変より3ヶ所生検した（略）、左梨状窩にはtubeが入っているが、そこからも食道内には挿入できない。」とある。

以上の経緯を振り返ると、結果として同22年10月の咽頭違和感、

嗄声は食道がんによるものということになる。その時点では「胃癌手術後の経緯等」から挿管性と考えたとしても、その後も続く咽頭違和感、嗄声の悪化、進行する声帯麻痺という食道がんの症状に対し十分な評価がなされていたかどうかについては疑問なしとしない。その原因を考えると、痰について「従前から慢性気管支炎による喀痰があったことから、食道がんの進行により増加した多量の喀痰を慢性気管支炎によるものと思い込んでいた」ことが容易に推測される。日常的に痰が出る慢性気管支炎という持病がなければ、より早い段階で少ない量の痰や咽頭違和感、嗄声の原因が食道がんであることに行き当たった可能性が大きい。

痰については、■■■■診療所の診療録では、同22年10月■■■■「痰がよく出る」、同月■■■■「痰多く頻回に喀出するので疲れると…」等記載されている。

食道がんが進行すれば咽頭違和感や痰が増える原因になると考えられるが、指定疾病の主治医においても咽頭違和感や喀痰量の増加は指定疾病によるものと考えていたことが窺われる。

また、食道がん診断後の■■■■クリニックの診療録では、同23年10月■■■■「嗄声が悪化している気がするとの事。腫瘍の神経への浸潤が進行していると考えられるが、本人は『痰のせいかな?』と自分の現状を未だ受け入れ切れてない…。」とあり、被認定者は、この時期においても、嗄声を痰のせいと考えている様子が窺える。

以上からすると、口頭審理での「慢性気管支炎があったために食道がんがかなり進行するまで気付かなかった、食道がんのために生じた変化を慢性気管支炎のせいと患者も主治医も思い込んで発見が遅れた

のでは」との指摘はあながち否定できない。

次に、同23年4月[]に行われた胃内視鏡検査では、全く異常を感じさせることなく食道を通過していたが、同年6月[]には、通常の胃内視鏡より径の細い経鼻内視鏡ですら食道へ挿入出来ない状態になっている。これは、食道がんが少なくともこの2か月に急速に進展した可能性を示している。するとこの時に Stage IV a と診断された食道がんは、その数か月前には病期はこれより前（Ⅲ期以前）、すなわち切除術適応の病期であった可能性を否定できない。

その場合、その時点での治療について、認定疾病について在宅酸素（HOT）療法中であることは、治療方針並びに予後に少なからず影響した可能性がある。

以上のとおり、原処分時の資料のほか、受診した医療機関から提出された資料の内容を合わせて考慮すると、慢性気管支炎が食道がんの診断の遅れに影響した可能性、診断の時期が早ければ、慢性気管支炎に対する在宅酸素療法が食道がんの治療の選択に影響を与えた可能性があるという点において、指定疾病の起因を完全に否定することはできないものとする。

よって、本件は587号通知ウに該当し、給付率は50%を上まわらないと解するのが相当である。

4 結論

以上より、原処分は、なされた当時においては、手続・内容に問題はないが、現時点においては一時金等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、旧行政不服審査法第40条第3項の規定に基づき主文のとおり裁決する。

令和2年10月9日

公害健康被害補償不服審査会

審査長 岡本美保子

審査員 佐々木隆一郎

審査員 石井彰