

裁 決 書

審査請求人

大阪府富田林市

処分を行った行政庁

大阪府八尾市長

主 文

本件審査請求に係る大阪府八尾市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 趣旨

審査請求人（以下「請求人」という。）の審査請求の趣旨は、八尾市長（以下「処分庁」という。）が平成19年2月2日付けで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29条第1項の規定による遺族補償費及び法第41条第1項の規定による葬祭料をいずれも支給しないとする処分（以下「原処分」という。）を取り消す裁決を求めるものであり、「八尾市公害健康審査会の異議申立処分は納得できません。私の主張が反映されていません。」とする。

これに対し、処分庁は、本件審査請求を棄却するとの裁決を求める。

2 理由

請求人は、審査請求の理由として、「本件処分は請求人の申立理由を取り上げていないもので、不当である。」と主張する。

処分庁は、同主張について、「被認定者の死亡が認定疾病（慢性気管支炎、気管支ぜん息）に起因するものであることは否認する。」とする。

第2 事案の概要

1 経過

(1) 請求人の父■■■■（以下「被認定者」という。）は、かねて指定疾病である慢性気管支炎及び気管支ぜん息（以下「認定疾病」ともいう。）に罹患しているとして、法第4条第1項の規定による認定を受け、その障害の程度は3級であるとされていたところ、平成17年10月■■■■に死亡した。

そこで、請求人の母■■■■は、被認定者は認定疾病に起因して死亡したものであるとして、同年11月25日付けで、処分庁に対し、法第29条第1項の規定による遺族補償費及び法第41条第1項の規定による葬祭料（以下「遺族補償費等」という。）の各支給を請求した。

(2) これに対し、処分庁は、八尾市公害健康被害認定審査会（以下「認定審査会」という。）の意見を聞いた上、同19年2月2日、遺族補償費等の不支給を決定した。

(3) そのため、上記■■■■は、処分庁に対し、法第106条第1項の規定に基づき、異議申立てを行ったが、同年6月22日、これが棄却されたことから、同年7月23日付けで、当審査会に対し、審査請求を行った。

(4) その後の同21年1月■■■■に同人が死亡したことから、請求人がその地位を承継した。

2 争点

被認定者の直接死因が嚥下性肺炎であることに争いがないので、本件に

おける争点は、その死因に認定疾病の関与が認められるか否かにある。

第3 争点に関する当事者の主張

以下において、口頭審理に表れた請求人の主張の要旨及び処分庁の主張の概要を述べるとともに、口頭審理における請求人代理人らによる質問及びこれに対する処分庁の答弁の概要を述べることにする。また、請求人代理人の意見は、口頭審理においても随時述べられていることから、合わせてこれも記述することとする。

1 請求人の主張の要旨

- (1) 直接死因の嚥下性肺炎には認定疾病である慢性気管支炎による痰の影響を否定できない。
- (2) 嚥下性肺炎の原因である脳梗塞やヘルニアにはステロイド剤の影響を否定できない。基礎疾患に高血圧がある被認定者にこれだけ長期にわたってステロイド剤を使っていたのであるから、それが影響したと考えていい。
- (3) 被認定者は、昭和55年に認定を受け、以来障害程度3級であったが、平成12年ころから明らかに症状所見が悪化しており、経過の概要としても、喘鳴が消失する日がほとんどない、夜間の就寝時に睡眠障害を伴う程度の発作がある、在宅酸素療法を施行していることなどから、病状がずっと悪化してきている。

2 処分庁の主張の要旨

死因判定上重要な■■■■病院■■■■医師（以下「■■■■医師」という。）作成の公害健康被害の補償等に関する法律認定死亡患者主治医診断報告書（以下「主治医診断報告書」という。）では、被認定者の直接死因は嚥下性肺炎であり、脳梗塞により嚥下性肺炎が繰り返されたものであ

るから、被認定者は認定疾病に起因して死亡したとは考えられないとの所見を示している。さらに、いま一つの死因判定資料たる死亡診断書にも、直接死因は嚥下性肺炎で、その原因として脳梗塞が記述されている。

ところで、法第29条第1項及び第41条第1項にいう「指定疾病に起因して死亡した」とは、行政実務上一般に指定疾病と死亡との間に経験則上相当因果関係がある場合であり、これは、死亡の発生の条件となった事情を総合的に判断し、当該死亡が指定疾病に伴う危険の現実化したものと医学的経験法則に照らして考えられる場合をいい、具体的には、指定疾病の増悪により死亡した場合、指定疾病から続発症が生じこれにより死亡した場合、又はその他指定疾病若しくはその続発症が有力な死亡原因であったと考えられる場合を指し、仮に重症な他原因による死期が指定疾病のため若干早められたとしても、指定疾病に起因して死亡した場合には該当しないと解されている（昭和52年6月認定審査会全国会議環境庁配付資料「死亡原因と他原因参酌について」（以下「ワーキングペーパー」という。）参照）。

被認定者の死亡に至る経緯は、次のとおりであったと認められる。

被認定者は、平成17年9月9日、左鼠径ヘルニアの手術目的で■■■■病院外科に入院したが、手術予定日の同月12日午前10時ころ、意識障害を発症し、麻痺の出現も見られたため、脳梗塞と診断され、手術が中止され、同日午前11時ころ、ICUに入室した。入室時は全身性間代痙攣中であり、呼吸停止状態となったため、気管挿管・人工呼吸管理を施したところ、自発呼吸が回復し、その後、脳梗塞の治療が行われたことにより意識状態に改善が見られ、同月26日、ICUの退出を許可され、一般病棟へ転棟となったが、その後も嚥下性障害が残存し、誤嚥による肺炎

を繰り返した結果、呼吸不全に至り、同年10月[REDACTED]
に死亡した。

[REDACTED]医師は、かかる被認定者の死亡に至る経緯に照らし、主治医診断報告書及び死亡診断書を記載したものであり、また、同報告書において、被認定者の認定疾病は、その死亡前6か月間及び1か月間不変状態であったとの所見を示しており、他の資料によっても、この間、被認定者の認定疾病が増悪していたとは認められない。

以上の被認定者の死亡に至る経緯及びこれに対する医学的所見のほか、資料を総合的に判断すると、被認定者は認定疾病とは直接関係のない嚔下性肺炎により死亡したものであり、本件においては、認定疾病と死亡との間に相当因果関係は存在せず、被認定者が認定疾病に起因して死亡したとは認めることはできない。

したがって、原処分は相当であり、本件審査請求には理由がないので、審査庁は速やかに棄却の裁決がなされるべきものと思料する。

3 口頭審理における請求人代理人らによる主な質問及びこれに対する処分庁の答弁の要点（一部意識）

（略）

4 口頭審理における請求人代理人らによる意見の要旨（一部意識）

（1）被認定者の死亡後、長い間放置されており、支給請求、異議申立てに対する結論が出るまで時間がかかり過ぎる。その間、私たちは一切資料がなく、処分庁に対して説明を求めても納得できる説明もない。法は公害被害者を救済する法律なのに、その観点が処分庁にあるのか。

（2）主治医の意見は尊重されなければならない。確かに[REDACTED]医師は主治医ではあるが、被認定者はわずか48日間しか入院してなく、同医師に

はその間お世話になっているだけであるので、そもそも公害被害者としての被認定者の状態を熟知している主治医なのか。

(3) 処分庁が依拠しているワーキングペーパーは法律でもなく、私たちはメモだと思っている。そういうものを盾にとって早いとこ解決しようと続けてきたのだと思う。

(4) 被認定者の平成13年の主治医診断報告書では、在宅酸素療法も必要とされ、症状所見欄も上から順に2、3、2、3で、大変厳しい状況に置かれているのが一目瞭然であるのに、認定審査会は患者救済の立場で審査をしていないのではないか。

(5) 処分庁がどう法を理解し、どう主治医に理解させているかが問われている。本制度は、被害者を救済する、民事責任を踏まえた損害賠償制度であるから、疑わしきは救済するということが基本である。主治医や認定審査員がそれをどう決定していくかが問題である。

(6) 被認定者の場合、高血圧症があるところ、最初の脳梗塞がなぜ起きたのか、その後の変化を見ていかないと、今回再び起こした脳梗塞の原因等が把握できないのではないか。というのも、環境省が遺族補償に係る判断困難事例集を出し、高血圧症等のリスクファクターのある人がステロイド剤を多用した場合は脳梗塞を続発症として起こすと明確に指摘しているからである。そして、脳梗塞はいつ起きたのか。処分庁は、本当に認定審査員と一緒に頭をひねり、主治医に確かめたりしたのか。そのときにステロイド剤をどの程度使っていたのか、ぜん息や慢性気管支炎の状態はどうであったか、そういうことをちゃんと考慮していたのか。

(7) 処分庁は、認定審査会に法を全部きちっと理解させるべきである。緊

急性の脳梗塞やヘルニアがいつ起こったのかも分からないのでは、続発症とか公害病をちゃんと理解しているとは言えない。ヘルニアがいつ、何故起きたのかを患者救済の立場から徹底的に解明したのか。処分庁は、本当に患者を救済する立場に立ってなく、そういう意味で違法行為をやっている。

- (8) 認定審査会は、被認定者が慢性気管支炎とぜん息を持つ公害認定患者であるとの視点による審査をしていない。慢性気管支炎による喀痰症状が誤嚥性肺炎の直接の原因にならなかったと何故言い切れるのか。

看護記録には2本続けて取ってもまだ痰が残っているという記録がしばしば出てくる等、痰がかなりのリスクになっていたと思う。

- (9) 被認定者は、昭和55年に認定を受けてから中程度悪い状態がずっと続いていて、きつかったと思うのに、公害と無関係という言い方はおかしいと思う。■■■■医師も認定疾病の関与があると書いているのであるから、そうしたことも考えて審査をして欲しい。

- (10) 主治医診断報告書でも、平成13年あたりから病状が悪化していることが分かるのに、総合判断として不変とあるからずっと3級と認定されてきたことには納得がいかない。主治医に問い合わせるとかしたのか、審査のあり方自体に不信感を抱く。

- (11) 被認定者は、もともと高血圧があって、いつかは不明だが脳梗塞を起こしている。そして、昭和55年に慢性気管支炎で認定を受け、翌年に気管支ぜん息で更に認定を受けているという中で、処分庁は、どういう経過で2回目の脳梗塞を起こし、ヘルニアを起こしたか、このことをちゃんと全人的に公害患者ととらえてやってきたのか。

第3 判断

被認定者の死亡に認定疾病が関与していたと認められるかどうかについて、請求人及び処分庁の双方の口頭審理における陳述及び提出資料に基づいて検討し、次のとおり判断する。

1 主治医診断報告書について

処分庁は、「被認定者は認定疾病とは直接関係のない嚥下性肺炎により死亡したものであり、認定疾病に起因して死亡したとは認められない。」旨主張しているが、その判断には■■■■医師作成の主治医診断報告書が大きな役割を果たしていると思われるので、まず、同報告書について検討する。

同報告書では、直接死因は嚥下性肺炎、その原因は脳梗塞とされており、認定疾病と死亡との関連については、「認定疾病に起因して死亡したとは考えられない。その理由として脳梗塞により嚥下性肺炎をくり返したものである。肺炎になってからの呼吸不全は認定疾病のため改善は困難でありましたが、間接的な要因であると思います。」とある。また、認定疾病の病状の経過としては、死亡前6か月間及び死亡前1か月間について、ともに「不変であった。」としている。

しかし、認定疾病の病状の経過として、死亡前6か月間及び死亡前1か月間についてともに不変であったとしている点については、被認定者は鼠径ヘルニア手術目的で9月9日に入院し、同月12日の手術予定日の朝に脳梗塞発作を起こし、気管挿管人工呼吸にて救命され、その後も肺炎を繰り返しながら同年10月■■■■死亡に至ったものであるから、死亡1か月間の病状が不変とはいえない。また、■■■■医師は9月13日以降の主治医であり、死亡前6か月間の病状については把握しているとはいえない。この点に関し、処分庁の「被認定者の入院期間約1か月半の間の病状が不

変であり、それが1か月以上の期間であったので、そういう表現をしたと
考えている。」と主張する（第3の3（33）参照）が、その説明は説得
力を欠くと言うほかない。

次に、同報告書では、「肺炎になってからの呼吸不全は認定疾病のため
改善は困難でありましたが、間接的な要因であると思います。」とするが、
その意味するところは明確でない。むしろ、認定疾病が死亡に（少なくと
も間接的な）影響を与えたことを認めていると読めなくもない。

■医師は、「専門は神経内科であるが、公害患者を多く診ているか
は分からない。」とのことである（第3の3（2）参照）が、被認定者の
死亡に至るまでの認定疾病に係る病状の推移を臨床的に十分把握している
とまでは言えない。いずれにしても、同医師が認定疾病と死亡との関連に
ついて正確な判断を下せたかどうか、やや疑問に思われる。そうしてみると、
同医師作成に係る同報告書及びこれと同趣旨の死亡診断書の記載内容
に基づいて認定疾病と死亡との関連を考察することはあまり適当ではない
と思われる。

2 考察

そこで、以下では、病院の入院診療録、看護記録などに基づき、死亡に
至る病状の推移をたどりながら、死亡の原因や認定疾病との関連性につい
て考察することとする。

（1）病状の推移

ア 今回の入院までの状況

被認定者の認定疾病は慢性気管支炎及び気管支ぜん息であるが、平
成15年以降の主治医意見書を見ると、息切れは3、喘息（様）発作
3、せきたん3、管理区分3とされている。また、肺機能検査では指

数は、平成12年以降55を切っており、直近の同17年1月でも40.3（%一秒量は58.7）である。咳・痰は少なくとも3か月以上続く状態で、COPD（慢性閉塞性肺疾患）の重症度としては中等度に相当する。一方、治療としては、ユニコン200 4T、メプチン50 1T、チムケント20 1T、ゼンブロンL 1T、レスプレン20 4T、ストメリンDエアゾル月2個が常用されており、そのほかにプレドニン5 1Tを4～15日分、パルミコート200 11.2 1個を2か月に1回程度処方されている。また、同17年2月までネオフィリン1Aの静注をほぼ月1回、9月にも1回受けており、他に同年5月にサクシゾン300mgの静注を受けている。

認定疾病の主治医であった■■■■医院■■■■医師の同18年5月16日付け回答書によれば、「咳、痰、乃至喘鳴が完全に消失する日は殆どなく、ストメリンD吸入、抗アレルギー薬、気管支拡張剤、去痰剤などの連用と、時にネオフィリン20mlの静、稀に点滴注にて略々大事なく過ごしていた。」とされている。即ち、β2刺激薬、テオフィリン薬、去痰薬、抗アレルギー薬、ステロイド吸入薬（時に内服）による治療により、病状としては比較的安定しているが、咳、痰はほとんど毎日あったことになる。

イ 入院後の病状の推移

被認定者は、鼠径ヘルニアの手術目的で9月9日入院、手術予定の同月12日朝、脳梗塞を発症して呼吸停止、気管挿管、人工呼吸に至る。同月13日に抜管するも粘調痰多量で、同月14日には頻脈、SpO₂低下、痙攣、意識レベルの低下、酸素吸入開始。同月15日には昏睡、喘鳴、SpO₂ 65%までの低下を見、同日早朝気管挿管、

人工呼吸開始、右下肺炎と診断されている。チエナム開始、同月23日抜管、同月24日には酸素吸入も中止されている。経過中多量の痰は常に指摘されており、同月23日よりネオフィリン1日500mg点滴静注開始、同月26日よりアロテック、ビスルボンの吸入が開始された。同月30日より経口摂取開始、10月5日からは理学療法が実施されている。同月3日に38度台の発熱あり右肺炎あり、ミノマイシン開始、同7日よりバンコマイシンに変更された。治療にもかかわらず同月11日、同月17日のX Pは悪化している。

同日38度台の発熱、同月18日右肺雑音、同月20日より頻脈、同月21日早朝より痙攣発作、意識障害（Ⅲ-300）、呼吸音粗雑で痰が通りにくく、同日の胸部X Pで肺炎の悪化が認められ、チエナムに変更。抗痙攣薬、抗不整脈薬が投与され、炎症の持続による脳梗塞の再発とされている（処分庁では脳梗塞後の痙攣発作と考えているようである）。同月23日より酸素化不良となり酸素投与開始、血圧も低下、痙攣や呼吸循環機能の改善なく治療の効なく同月■■■■に死亡された。

9月12日から10月■■■■までの検査所見の変動をみると、9月12日及び14日、10月4日、11日及び■■■■の著しい白血球増多、9月16日及び17日、10月4日、7日及び■■■■のCRPの上昇は肺炎に対応するものと思われ、CPKの9月14日～20日、10月■■■■の上昇は痙攣発作と対応するものと思われる。アルブミン（g/dl）は4.2から徐々に低下し、2.3に至っている。

（2）死亡原因及び認定疾病との関連性について

上記検討の結果、被認定者は、9月12日の脳梗塞発症後救命できたが、

痰量が非常に多く、粘調性であり、呼吸器感染（肺炎エピソードとしては3回）を併発してこのコントロールができないまま、呼吸状態の悪化と共に痙攣発作を併発し死亡に至ったものと思われる。

ネオフィリンの点滴治療、ネブライザー、理学療法は人工呼吸離脱抜管後早い時期から開始されており、それにもかかわらず病状は悪化した。看護記録、診療記録を見ても、粘調痰多量、黄色痰多量の記載がしばしば散見される。ネオフィリン点滴注は処分庁のいうように脳梗塞の末期の気管支拡張として投与されたわけではなく、肺炎回復後に人工呼吸の離脱抜管当日から多量の粘調痰に対する治療として開始されたものとみるべきである。即ち、認定疾病（慢性気管支炎・気管支ぜん息）の治療なのである。

COPD患者では気道分泌腺の過形成があり、分泌物が増加している。急性増悪時には更に増加し、これに気道の炎症が加われば、分泌物は気道局所に貯留する。更に痰の喀出困難が加われば、肺炎を起こす可能性が高い。■医師は唾液の誤嚥を問題としているが、肺炎に対する、被認定者の認定疾病である慢性気管支炎・気管支ぜん息の関与は重要である。COPD患者では、非COPD患者に比べて非常に肺炎を起こしやすく、また、肺以外の呼吸器感染症の頻度も高いとされている。そして、COPDでは、嚥下障害の頻度も高いとされている。無症候性の誤嚥が起こりやすいということである。本例ではこれに加えて脳梗塞の後遺症があり、肺炎を更に起こしやすい状況であったと思われる。日本呼吸器学会の「COPD（慢性閉塞性疾患）診断と治療のためのガイドライン第3版」でも、COPD患者では、気道の感染防御機能の低下と加齢や脳血管障害の合併による嚥下機能障害のために、誤嚥性肺炎などの肺炎を起こしやすいとしている。一方、脳卒中後内視鏡による嚥下の評価を行った前向き研究で、C

OPDは早期の肺炎の危険因子であるとされている。

したがって、認定疾病は死因となった肺炎と深く関連していたと認められ、その寄与した割合は50%はあると考えられる。

3 結論

被認定者は、誤嚥性肺炎により死亡したが、その点に関する処分庁の「同嚥下性肺炎は脳梗塞により起きたものであり、認定疾病により死亡したとは考えられない。」との判断は誤りであり、同肺炎の発症に認定疾病も相当程度関与したと考えるのが相当であるから、原処分は取消しを免れない。そして、主因ではないものの、認定疾病も被認定者の死亡の一因であり、給付率を50%とすることが妥当と考える。

よって、主文のとおり裁決する。

平成21年10月1日

公害健康被害補償不服審査会

審査長 大 森 淳

審査員 町 田 和 子

審査員 柳 憲 一 郎