

平成26年第6号

裁 決 書

審査請求人承継人

東京都足立区

処分を行った行政庁

足立区長

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■■■■氏(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25年9月13日付けで請求人に対し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「公健法」という。)第29条第1項に規定する遺族補償費及び同法第41条第1項に規定する葬祭料(以下合わせて「遺族補償費等」という。)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。

なお、審査請求の対象は、異議申立てに対する不服審査庁の決定ではなく、当該行政庁が行った処分そのもの、すなわち原処分とされている。請求人が取消を求めた処分の日付けは原処分に係る異議申立てに対する棄却

決定の日であるが、その本意は原処分取消しを求めていると解するのが相当であると考えられるので、当審査会は原処分について判断する。

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、不服審査請求書の不服審査請求の趣旨及び理由の欄に「慢性気管支ぜんそくで死亡したため」と記している。

これに対し、処分庁は請求人の夫■■■■氏(以下「被認定者」という。)が認定疾病である気管支ぜん息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) 被認定者は、昭和61年10月、公健法第4条第1項による認定(気管支ぜん息)を受け、平成19年11月より同法第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、同20年6月に2級と認定され、同25年4月■■■■死亡した。

(2) 請求人は処分庁に対し、同年5月23日に葬祭料請求書を、同年6月7日に遺族補償費請求書を各提出し、遺族補償費等の請求を行った。

(3) 処分庁は、前記請求について、足立区公害健康被害認定審査会(以下「認定審査会」という。)に諮問したところ、「被認定者の死亡原因は認定疾病以外の原因によるもので、認定疾病が起因しているとは考えられない」との答申を得た。

そこで、処分庁は、上記答申を踏まえ、公健法第29条第1項等に規定する遺族補償費等の支給要件に該当しないとして不支給を決定し、同

年9月13日付けで、請求人に対しその旨通知した。

(4) 請求人は、同年10月30日付けで、公健法第106条第1項に基づき、原処分に対し異議申立てを行った。

(5) 処分庁は、改めて認定審査会に諮問したが結論は変わらず、同26年1月20日付けで、旧行政不服審査法(昭和37年9月15日法第160号)第47条第2項の規定に基づき、上記異議申立てをその理由がないとして棄却した。なお、本件については、平成28年4月1日に施行された行政不服審査法(平成26年6月13日法律第68号)附則第3条により、改正前の旧行政不服審査法が適用される。

(6) 請求人は、これを不服として、同年2月20日付けで、当審査会に対し、審査請求を行った。

請求人は、同29年1月■■■■死亡し、子である承継人は、請求人の地位を承継した。

## 2 争点

本件における争点は、被認定者が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 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 遺族補償費等について

公建法第29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、死亡した被認定者の遺族の請求に基づき、公害健康被害認定審査会の意見をきいて、遺族補償費を支給する。」と規定し、同法第41条第1項は同様に「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（平成13年5月24日、環企第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、ア、イ及び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。なお、「続発症」については、後に「3 当審査会の考察(3)」において詳述する。

## 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[「第4 審査資料」の3の(2)]

診断及び発行日は同25年4月■■■■、作成者は■■■■病院の■■■■医師で、内容は前述「第3 当事者の主張」の2(1)アの記載のほか、手術や解剖は行われていない旨記されている。

### (2) 死亡診断報告書[「第4 審査資料」の3の(1)]

同年6月■■■■付けで、同病院の■■■■医師作成で、内容は前述「第3 当事者の主張」の2(1)イに記載されているとおりである。

### (3) 放射線画像について

当審査会が職権により■■■■病院に、最終入院期間中の放射線画像の提出を依頼したところ、平成4年10月■■■■から死亡日の同25年4月■■■■撮影の胸部等エックス線画像、CT画像が保存されているCD-ROM1枚(「第4 審査資料」の4の(2))の提出を受けた。放射線画像読影の専門委員を交えて読影した内容の概略は以下のとおりである。

ア 平成4年10月■■■■撮影 胸部単純エックス線画像

両側肺尖から上肺野にかけて粒状影、線状影が見られ、若干、両側の肺門が拳上してる。下肺野の透過性がやや亢進しているように見える。

イ 同5年9月■■■■撮影 胸部単純エックス線画像

若干、肺尖の変化が強くなっている可能性あり。上肺野から中肺野にかけ粒状影がある。

ウ 同11年7月■■■■撮影 胸部単純エックス線画像

上肺の線状影結節影増加。粒状影は明瞭になってきている。両側肺門がかなり拳上している。何か慢性的な炎症があり、徐々に上肺が縮小しているためと思われる。

エ 同18年6月■■■■撮影 胸部単純エックス線画像

右小葉間裂の頭側に斑状影がある。

オ 同月■■■■撮影 胸部単純CT画像

肺野条件：肺尖に線維化病変あり。数ミリ大の粒状影が上肺優位にびまん性にみられる。小葉単位で見られるモザイクパターンは細気管支病変を疑わせる所見である。気管支壁の肥厚は気管支ぜん息の影響と思われる。

縦隔条件：縦隔リンパ節は若干腫大しているが1cmは超えない。

大動脈及び冠動脈の石灰化がある。

カ 同20年5月■■■■撮影 胸部単純エックス線画像

両肺尖から上肺にかけて索状影、粒状影がある。両上肺は縮み両側肺門拳上あり、気管は右に偏位している。両下肺に線状影がある。

キ 同24年5月■■■■撮影 胸部単純エックス線画像

両側肺尖を中心に収縮性変化がさらに強くなっている。両肺門の拳

上がある。右下肺に斑状の浸潤影がある。左は肋横隔角が鈍である。

左肺尖には不整形の浸潤影がある。真菌でもよい。下肺野の嚢胞性変化がある。平成18年に左嚢胞はなかった。

ク 同25年2月■■■■撮影 胸部単純CT

アイスクリームにむせて入院する前日に撮影されたもので、上肺の索状影、粒状影、肺門の拳上はさらにひどくなっている。両下葉、特に右下葉に気管支内貯留物がある。右胸水あり。末梢にすりガラス影がある。誤嚥性肺炎でもよい。やせが著明である。

なお、死亡日は同年4月■■■■である。

ケ まとめ

- 1) 肺尖部優位の線維化(肺尖部の厚みが徐々に増加)
- 2) 気管支ぜん息によると思われる気管支壁の肥厚
- 3) mucoid impaction(当審査会注:粘液栓)
- 4) 細気管支病変を疑わせるモザイク様病変
- 5) 誤嚥性肺炎

### 3 当審査会の考察

(1) 認定疾病である気管支ぜん息及びその他の病状について

ア 気管支ぜん息について

平成24年11月から死亡した同25年4月の間の■■■■病院の公害診療報酬明細書、最終入院期間中の同病院の入院診療録(以下「入院診療録」という。)及び、■■■■薬局■■■■店の調剤報酬明細書には以下の記載がある。

同24年11月は、■■■■、■■■■、■■■■の3回通院し、ネオフィリン、ソル・コーテフの点滴注射を受け、■■■■と■■■■にはプレ

ドニンを内服処方されている。

同年 1 2 月は、■■■■、■■■■、■■■■の 3 回通院し、ネオフィリン、ソル・コーテフの点滴注射を受け、■■■■にテオフィリン、シングレアの内服と、アドエア 125 エアゾール 120 の吸入薬を処方されている。

同 2 5 年 1 月は、■■■■に通院しているが、指定疾病に関しては、相談のみで処置及び処方はない。なお、この月の公害ではない通常の診療報酬明細書の傷病名の欄には、■■■■に狭心症疑い、■■■■胸痛、■■■■に急性気管支炎と肺炎疑いと記されている。

同年 2 月は、■■■■から公害ではなく一般の医療保険の扱いで入院しており、公害としては入院外扱いとして、診察実日数 8 日、テオドール、シングレアの内服と、アドエア 125 エアゾール 120 の吸入薬の処方と、処置としてネオフィリン 2 A の静脈注射が 6 回、メプチンのネブライザーが 8 回と記されている。

同年 3 月は、前同様に入院外扱いとして、診療実日数 2 2 日、処置としてネオフィリンの静脈注射 3 A が 1 2 回、1 A が 1 0 回と記され、内服処方等はない。

同年 4 月は、通常の診療報酬明細書のみであり、公害診療報酬明細書及び公害調剤報酬明細はない。

上記入院期間中の入院診療録には、気管支ぜん息の発作等についての記載はない。

イ 入院した同年 2 月■■■■前から死亡までの病状の記録

(ア) 入院前から死亡までの病状の推移

入院診療録の入院経過・退院後方針の欄には病状経過について以下の記載がある。



「主訴：食欲不振、嚥下障害」、「当科、3内通院中（ADLは自宅内トイレ歩行可能な程度）、H24年末より経口摂取低下、体重減少あり。外来にて点滴を行っていたが、食事摂取時のむせが多くなり、2/ 朝アイスクリーム摂取後に激しく咳き込み外来受診。嚥下性肺炎の診断で入院。一時経口摂取可能となったが、すぐに嚥下性肺炎を再発。経口摂取不可能となり、全身状態も悪化。呼吸不全出現。（略）4/ 死亡。」

#### （イ）入院中の状況

入院診療録の日々の記録には、両肺に見られる影の位置が度々図示され、同年3月 には、家族への説明内容として「治療にかかわらず肺炎は改善・悪化を繰り返し全体的に状態は悪化。食事食べられるようになる可能性、自力歩行可能になる可能性は極めて低い痰づまりによる急変の可能性もあるため常に連絡がつくようにしておいて下さい」との記載があり、治療上もっぱら肺炎の帰趨に重点があったと考えられる。

実際に図示されている両肺の影の説明として、右下肺野の縦隔寄り下部に引出線をつけたものが、「新たな浸潤影」（同年2月 ）、「shadow 若干」（同月 ）、「前回よりは若干 か・・・」（同年3月 ）、「clear」（同月 ）、「shadow めだつか」（同月 ）、「この辺り shadow」（同月 ）、「右下肺野で shadow」（同年4月 ）とある。

また、右下肺野の縦隔寄り下部以外に引出線をつけたものは、同年3月 、左中肺野の陰影につき矢印で指して「この辺り

shadow 」、同月■■■■、右上肺野に引出線をつけて「shadow 」、左中肺野に引出線をつけて「shadow 」、左肋骨横隔膜角に引出線をつけて「effusion 」、同年4月■■■■、右肺全体を矢印で指して「右肺の shadow 」、同月■■■■、右肺全体を指して「dirty」、左肺下部縦隔部分を矢印でさして「含気(+)になってきた」、同月■■■■、「前回と比べて悪化なし」とある。なお、これらの図には、説明がつけられた部分以外にも、多数の点や描き込みがあり、細かい影が散在していることを示している。

## ウ 検査記録

### (ア) 血液検査

入院時からの白血球数(当審査会注:■■■■病院の基準値は3500~9700)の変化を追うと、同年2月■■■■は10320、■■■■は8640、同年3月■■■■は7990、■■■■は8270、■■■■、■■■■は7000台、■■■■は9970、■■■■は15200、同年4月■■■■は14510、■■■■は10800、■■■■は11560、■■■■は6280となっており、白血球数の山は2月■■■■、3月■■■■、同月■■■■、4月■■■■に認められる。

CRPの検査値(当審査会注:同病院の基準値は0.30以下)は、同年2月■■■■から同年4月■■■■までの間、最低値は6.04、最高値は16.32であり、CRPの山は2月■■■■、3月■■■■、4月■■■■に認められる。変動はあるものの、炎症が絶え間なく続いていることを示している。

### (イ) 細菌検査

入院後行われていた喀痰を材料とする一般細菌・真菌検査報告

書によれば、採取日同年2月■■■■は、一般細菌培養・同定の欄には、MRSE (S.epidermidis)、-streptococcus (口腔常在菌)、酵母様真菌が各(1+)、真菌培養・同定の欄には、Candida albicans (2+)とあり、同月■■■■は、一般細菌培養・同定の欄には、MSSA (S. aureus)、酵母様真菌が各(1+)、真菌培養・同定の欄には、Candida albicans (1+)、同年3月■■■■は、一般細菌培養・同定の欄には、酵母様真菌、-streptococcus (口腔内常在菌)は各(1+)、真菌培養・同定の欄には、Candida albicans (1+)のほか、これまで鏡検で(+)とされていたグラム陽性桿菌は(-)になっている。

なお、この間の入院診療録では、第6の3(1)に述べたように、同年2月■■■■、右肺下葉縦隔寄りに見えた「新たな浸潤影」は、同年3月■■■■には「clear」、同月■■■■は「shadow めだつか」、同月■■■■は「この辺り shadow」と記されているが、一方左中肺野の陰影を指して「この辺り shadow」、同月■■■■■■■■は右上肺野「shadow」、同年4月■■■■「右下肺野で shadow」と記されており、複数の領域で肺炎を繰り返していたことが認められる。

## エ まとめ

第6の2(3)クの放射線画像所見及び第6の3(1)イ、ウからすると、被認定者の病状としては、入院の前日には既に誤嚥性肺炎を発症しており、その後の肺炎の状況は、治療により一時改善しても再燃することを繰り返していたと思われる。

(2) 587号通知アの前段、同通知イの後段

以上からすると、同年2月■■■■、誤嚥性肺炎の診断を受けて入院した後、死亡までの間に指定疾病である気管支ぜん息が悪化していた事実は認められない。したがって、気管支ぜん息が直接死因であったと認めることはできず、本件は、指定疾病の悪化を前提とする587号通知アの前段、及び同号イの後段には該当しない。

(3) 587号通知イの前段

ア 続発症について

指定疾病の続発症については、以下の(ア)、(イ)のとおり、同通知等に考え方が示されている。

(ア) 同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、「旧指定疾病(当審査会注：慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎、及び肺気しゅを指す。)に係る障害度の評価等に当たったの続発症の範囲」(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、大気汚染に係る旧四指定疾病の続発症を二群に分け、主治医や公害健康被害認定審査会が実際に遭遇した事例について判断する場合の目安を設けることとしたこと。これは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

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、肺気腫、慢性肺性心、肺線維症、気管支拡張症、肺炎、自然気胸

旧指定疾病の治療又は検査に関連した疾病又は状態

(略)

イ (略) 」

(イ)「公害健康被害補償法等の施行について」(昭和49年9月28日環保企第110号)(以下「110号通知」という。)の「第一指定疾病(当審査会注:587号通知にいう「旧指定疾病」に同じ。)に係る続発症」においては、以下の考え方が示されている。

「1 指定疾病の認定に係る続発症の範囲

(1) 第一種地域の大気汚染に係る指定疾病(当審査会注:587号通知にいう「旧指定疾病」に同じ)には、慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎、肺気しゅの四疾病のほか原疾患の続発症が含まれていること。

この、「続発症」という用語は、医学的には『合併症』と呼ばれる場合も多く、中央公害対策審議会において、この用語が適切かどうかなお検討する必要があるとされているが、旧法の施行以来行政的に用いられてきたこともあり、当面、法の運用にあたっては『続発症』という用語を用いることとしたこと。

(2) 第一種地域の汚染に係る指定疾病の認定に係る続発症としては、当面、慢性肺性心、肺線維症等に限定されるものであること。また、これらの続発症を認定する際には原疾患との

関連を確認し、指定疾病にあたる原疾患名を明示するよう努めること。

2 指定疾病に係る診療報酬の請求及び指定疾病に係る障害度の評価にあたっての続発症の範囲

(1) この場合の続発症の範囲については、『続発症とみなされる特定疾患を列挙することなく一括して取り扱い、個別症例ごとに認定されている主病との関連について医学的判断を行う旧法の方式が実際上合理的である。』との意見もあるが、法においては、療養の給付及び療養費のほかに、指定疾病による障害の程度に応じて障害補償費、児童補償手当が支給され、また、指定疾病に起因して死亡した場合に遺族補償費等が支給されることとされているので、制度を適正に運用していくために、続発症の範囲をできるだけ明確にすることとしたこと。

(2)(1)の趣旨から、次表に示すように、各種の続発症を二群に分け、主治医や公害健康被害認定審査会が実際に遭遇した事例について判断する場合の目安を設けることとしたこと。これは、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、従来どおり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。

(以下587号通知の「大気汚染・・・」と同旨)

以上からすると、110号通知及び587号通知は、いずれも続発症の範囲を明確にするという趣旨から、主治医や公害健康被害認定審

査会が判断する場合の目安として、具体的に列挙しているものであり、これら列挙された疾病については、「旧法の方式」のように個別症例ごとに認定疾病との関連について医学的判断を行う必要はないものと解される。したがって、続発症として列挙された疾病が認められる場合には、当該疾病は、認定疾病を原疾患として発症したものと推定されると解するのが相当である。これは、列挙された疾病であれば直ちに続発症と認める、すなわち「続発症とみなす」ものではないから、当該疾病が認定疾病を原疾患としない他の原因によって生じたことが具体的に明らかにされ、その事実が推定を覆すに足りる程度に立証された場合は、認定疾病の続発症であると認めることはできない。

このように解することが、公健法第1条の「健康被害に係る被害者の迅速かつ公正な保護及び健康の確保を図ることを目的とする。」との目的にも適うものと考えられる。

#### イ 続発症として挙げられている「肺炎」と誤嚥性肺炎

前述のとおり両通知の「続発症の範囲」には、「肺炎」が挙げられている。

一方、本件の死亡診断書には「嚥下性肺炎」が直接死因として記され、主治医は、死亡診断報告書において、死亡と認定疾病との関係を否定している。

処分庁は、弁明書において原処分の理由として、死亡診断書と死亡診断報告書の記載を挙げ、また、口頭審理において、「気管支ぜん息があつて、気管支肺炎が起こる可能性は大いにある、誤嚥性肺炎ではなく、気管支ぜん息による気管支肺炎と書いてあつて、主治医が『明らか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』とい

う選択肢に丸をつけていれば、我々も気管支ぜん息に関係した続発症として肺炎を起こしたと考えます。問題は誤嚥性肺炎とあることです。

（略）主治医の先生は、『認定疾病に起因して死亡したと考えられない』としています。」「毎年毎年気管支ぜん息の診断書を書かれてきた先生がこのように書いてくるということは、よく尊重する。もし、違う言葉が出てくれば、結果は違う可能性はあります。」と説明している。

いずれも、誤嚥性肺炎は肺炎とは異なるとの認識が前提とされているように見える。両者の関係については、以下項を改めて検討する。

#### ウ 誤嚥性肺炎（嚥下性肺炎）

物を飲み込む働きを嚥下機能、口から食道へ入るべきものが気管に入ってしまうことを誤嚥という。誤嚥性肺炎は、嚥下機能障害のため、唾液や食べ物、あるいは胃液などと一緒に細菌を気道に誤って吸引することにより発症する（日本呼吸器学会ホームページより一部改変）。

健常者でも食事中などに誤嚥が起こることはあるが、通常は咳などにより異物は気道外に排出され、肺炎には至らない。しかし、高齢者や全身衰弱・脳血管障害などがある場合は、嚥下機能が低下し誤嚥を繰り返しやすい、覚醒時のみならず睡眠中にも口腔内分泌物を少しずつ気道内に吸い込んでいることもある。このような場合、誤嚥したものを排出する機能も落ちていることが多く、誤嚥性肺炎に至りやすい。

肺実質の感染性の炎症という意味では誤嚥性肺炎も肺炎であり、587号通知及び110号通知は続発症として単に「肺炎」を挙げ、誤嚥性肺炎を除外しているわけではないから、先述のとおり、両通知にいう続発症としての「肺炎」として推定を受けるものと解する。その



上で、明らかに誤嚥の事実があり、それが原因と認められるなど、指定疾病を原疾患とするとの推定を覆す事情が認められれば、続発症ではないとして扱うべきことになる。

## エ 被認定者の肺炎について

本件において、主治医は、入院時に「嚥下性肺炎」と診断し、死亡診断書においても直接死因は「嚥下性肺炎」と診断している。

本件において、入院前日の放射線画像において既に誤嚥性肺炎と認められることは前述のとおりである。

入院後、被認定者の病状は、やや持ち直した時期もあり、肺炎の部位も入院期間中を通して一定ではなく、少し良くなっては再度悪化することを繰り返しており、入院以降死亡までは誤嚥性肺炎は繰り返されていたと考えられる。

先に述べたように、誤嚥性肺炎は嚥下機能障害が背景にあり、嚥下機能障害は、意識障害、全身衰弱、長期臥床、脳血管障害など、ADLや全身機能の低下している場合に生じやすい。

口頭審理において、請求人側は「父は死亡直近の入院は、平成25年2月■■■■です。その前から栄養状態が悪くずっと点滴していました。追加で提出した COPD の新聞記事にあるように食が細くなっていました。正座でお茶を飲んでもむせていました。食事もなかなかとれず、このままではまずいから状態を確認していただこうと病院に行ったところ、即入院となりました。入院の約半年前から、徐々に食事がとれなくなって、最近近くにあるトイレへ行くのもちょっと介護がないと立ち上がれないくらい弱っていました。」と述べている。処分庁側も「(結果論ですから、私の個人の意見として聞いて下さい)

この写真の時点（当審査会注：死亡1年前）で酸素は少ない、在宅酸素療法をしても良かったと考えます。」と発言しており、少なくとも死亡の半年から1年前には繰り返す誤嚥性肺炎や気管支ぜん息、COPD などによると思われる呼吸状態の悪化、一般状態の悪化が認められており、嚥下機能の低下はあったと考えられる。

一方、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）にもあるように、また、先述のとおり、嚥下機能障害を来しやすい病態あるいは誤嚥の危険因子があるだけでは、直接的に誤嚥性肺炎のリスクであるとはいいがたい。同程度の誤嚥が生じても、咳反射や気道のクリアランス能（気道内の痰などの貯留物を排出する能力）が低下している場合は、低下していない場合に比し、肺炎に至る危険性が高いと考えられる。上記ガイドラインでは、慢性気道炎症性疾患を、誤嚥により肺炎に至るリスク因子の一つとして挙げ、その病態として気道のクリアランス能の低下を、その症状として喀痰の粘稠性上昇を挙げている。

本件では、直接死因となった誤嚥性肺炎について、主治医診断報告書において、死亡と指定疾病との関係については、「認定疾病に起因して死亡したとは考えられない。」とされ、当該誤嚥性肺炎は認定疾病に起因したとは考えられない旨記されてはいるが、死亡診断書において、直接死因となった嚥下性肺炎の原因については「不詳」と記されている。

ここにいう「不詳」とは、誤嚥はいつ起こったのか、原因となったものが何であるのか、飲食物なのか口腔内分泌物等なのかは不明であるとの趣旨であろう。少なくとも入院診療録には、「自己排痰弱い」、

「痰がらみあり」、「痰づまりによる急変（以下略）」等の記載が毎日ではないが死亡当日まで散見され、口腔内分泌物や気道内分泌物の増加、喀痰の粘稠性の上昇、気道クリアランス能の低下などがあったことが窺われる。これらは、肺炎においても認められるものであるが、気管支ぜん息や慢性閉塞性肺疾患（COPD）においても認められるものであり、誤嚥性肺炎が繰り返される一因となっていたと考えられる。本件では気管支ぜん息の悪化は認められないものの、積極的に気管支ぜん息による喀痰分泌の増加や気道クリアランス能の低下がなかったと認められる事情はない。

一方、被認定者については、アイスクリームにむせて同25年2月■■■■■に入院するまで、むせがちではあったというものの、本件誤嚥性肺炎の原因となる飲食の誤嚥があったとする具体的な事実は記録上認められない。すなわち、入院前日の同月■■■■■の放射線画像において、既に誤嚥性肺炎の所見があるが、その原因となった誤嚥がいつ何で起こったのかは不明であり、気管支ぜん息を原疾患としない他の原因によって生じたことを具体的に窺わせる事情は認められない。入院中においても同様である。

したがって、被認定者の直接死因となった誤嚥性肺炎が認定疾病である気管支ぜん息の続発症であるとの推定を覆すことはできない。

よって、本件は587号通知イの前段に該当し、被認定者は認定疾病により続発症である誤嚥性肺炎を起こし、これにより死亡したものと認めるのが相当である。

#### 4 結論

以上より、給付率は50%を下まわらないと考えるのが相当であり、こ

れ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。

平成29年10月13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