

裁 決 書

審査請求人

兵庫県西宮市

処分を行った行政庁

東京都大田区長

主 文

本件審査請求に係る東京都大田区長による処分を取り消す。

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、東京都大田区長（以下「処分庁」という。）が平成18年12月19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項の規定による遺族補償一時金及び法第41条第1項の規定による葬祭料（以下「遺族補償一時金等」という。）を支給するに当たりその給付率を75%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、審査請求の理由として、要旨、「異議申立てに対する決定書では、心肥大の増悪が認められ気管支ぜん息が死亡に関与した程度は75%

であるとされているが、心臓については、担当の■■■■循環器内科の■■■■
■■■■医師が1年後の検診でも問題ないとしていた。私は、母が死亡する時数
日間付き添っていたが、やはり死亡原因は気管支ぜん息であり、肺から空
気が取り込めなかったことだと思っている。気管支ぜん息が100%死亡
原因であると考えている。」旨主張する。

これに対し、処分庁は、本件審査請求は理由がないとする。

第2 事案の概要

1 経過

- (1) 請求人の母■■■■（以下「被認定者」という。）は、記録上、昭和
54年5月に慢性気管支炎及び気管支ぜん息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3級とされたが、
その後、同60年に疾病を気管支ぜん息に変更され、また、平成8年に
障害の程度2級とされたものの、同16年に再び同3級とされていたと
ころ、同18年6月■■■■に死亡した。
- (2) そこで、請求人は、同年7月18日、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、処分庁に対し、遺族補償一時金等の支給を
請求した。
- (3) これに対し、処分庁は、大田区公害健康被害認定審査会（以下「認定
審査会」という。）に意見をきいたところ、認定審査会から「気管支ぜん
息以外に心不全も死因に大きく関与したと判断し、給付率は75%とす
ることが適当である。」との答申を受けたとして、同年12月19日、請
求人に対し、遺族補償一時金等の給付率を75%とする旨の決定通知書
を送付した（原処分）。
- (4) そこで、請求人は、要旨、「被認定者の直接の死因が死亡診断書上『喘

息重積発作』となっているのに、給付率75%とすることは妥当ではない。被認定者は、平成17年1月に大動脈弁置換術を受けたが、ぜん息発作に全く変化がなく、ぜん息が軽くなる等の改善はみられなかったため、その死亡原因は、100%『喘息重積発作』であると考え。」などとして、同19年1月21日付けで処分庁に対して異議申立てを行った。

(5) 処分庁は、更に認定審査会に意見をきいたところ、「直接の死因は、死亡診断書のとおり、『喘息重積発作』による心不全と考える。再度、主治医の意見、胸部レントゲン写真を検討したが、大動脈弁手術後も著明な心肥大の増悪が認められ、認定疾病である『気管支ぜん息』が死亡に関与した程度を75%とすることが妥当と認める。」旨の答申を得たとして、同年8月6日付けで異議申立てを棄却した。

(6) 請求人は、これを不服として、同年9月3日付けで当審査会に審査請求を行った。

2 争点

本件の争点は、請求人の主張するとおり、被認定者が専ら認定疾病である気管支ぜん息に起因して死亡したものであるとして、遺族補償一時金等を全額支給すべきか、それとも、処分庁の主張するように、被認定者の死亡には認定疾病以外にも有力な原因があり、これを参酌してその給付率を75%とすることが適当であるかどうかにある。

第3 争点に関する当事者の主張等

(略)

第4 判断

被認定者の直接死因が認定疾病である気管支ぜん息の重積発作にあることに争いはないものの、請求人主張のように、その死因は専ら認定疾病に

あるとして、遺族補償一時金等の給付率を100%とすべきか、処分庁主張のように、死因に「心不全」の関与を否定することができないとして、その給付率を75%とすることが相当であるかどうかについて、処分庁の口頭審理における陳述及び提出資料等に基づいて検討し、次のとおり判断する。

1 はじめに

本件では、主治医による死亡診断書（記録267頁）において、被認定者の直接死因は「喘息重積発作」とされているが、前記のとおり、処分庁は、心不全も気管支ぜん息以外の有力な死亡原因になっているとして、給付率75%が相当である旨主張しているので、以下、心不全の死因に対する関与の有無を中心に検討することとする。

2 処分庁の主張の内容及び問題点

処分庁は、その主張の根拠として、被認定者は、平成17年1月に大動脈弁狭窄症との診断で大動脈弁置換術を受けたが、その後も心臓ぜん息発作により入退院を繰り返すような心不全が続き、これに気管支ぜん息重積発作が加わったため死亡したものであり、心不全も有力な死因となっているとする。

ところが、主治医の死亡診断書では、「死亡の原因」の「Ⅰ（ア）直接死因」欄には「喘息重積発作」と記載され、また、「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」欄に「心臓弁膜症手術后」と記載されているにとどまり、心不全及びこれを窺わせる記載はどこにも見当たらない。それにもかかわらず、処分庁は、主治医に対し、死亡に対する心不全の関与の有無を再三にわたって質問し、その結果、主治医から、「心不全の関与は否定できない」との回答を得、それを一つの根拠と

して心不全を認定疾病以外の有力な死因であるとする。

ところで、心不全という疾患は、心臓の機能が障害された状態を示し、障害の部位により、左心不全と右心不全とに分類される。主治医は、かねて肺性心を続発症として診断していたことや、平成16年9月29日付け回答（記録221頁）の「大動脈弁狭窄症による左心不全の病態が存在することは否定できないと考えます。」などと消極的に記載していることから、肺機能障害による心不全（右心不全）を念頭に置いていたものと思われる。一方、処分庁は、その言う「心不全」とは大動脈弁狭窄症を原因とする心不全であることを口頭審理で明らかにしている（第3の3（9）回答参照）。したがって、それは、気管支ぜん息重積発作を起こす以前から存在した「大動脈弁狭窄症に由来する左心不全」を意味している。また、口頭審理において、気管支ぜん息によって右心不全が起こり得ることも確認された（同（18）、（19）回答参照）。そこで、仮に被認定者の死亡時に心不全が併存していたとしても、それが右心不全であったとすると、認定疾病による続発症の可能性が高く、処分庁の主張するような「他の有力な死因である」とはなり得ないと言える。

3 医学的所見の検討

そこで、大動脈弁置換手術後から気管支ぜん息重積発作を発症するまでの間に左心不全が存在したか否か、もし存在したとすれば、それが認定疾病以外の有力な死因として考慮すべき程度に重症な左心不全であったか否かについて、検討することとする。

（1）主治医の意見について

死亡原因を認定する上で重要な資料の一つは、被認定者の臨床経過を踏まえて形成される主治医である■■■■病院■■■■医師の意見であろう。

主治医の意見は、これを覆す合理的根拠がない限り、最大限尊重すべきであると思われる。

これまで繰り返し述べるとおり、主治医による死亡診断書の死亡の原因欄には心不全を示唆する記載は一切ない。主治医診断報告書（記録 268 頁）の死亡原因欄にも、「重積発作」以外の記載はない。したがって、主治医は、認定疾病である気管支ぜん息による重積発作を唯一の死因と考えていたものであって、心不全をそれ以外の有力な死因と考えていたとは認められない。

もともと、主治医は、死亡診断書の「死亡の原因」の「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」として、「心臓弁膜症手術後」とし、また、平成 18 年 1 月 28 日付けの ██████ 病院あての紹介状（記録 286 頁）では、弁膜症置換手術後もぜん息発作が継続していることを懸念し、診察を依頼している。

しかし、「心臓弁膜症手術後」は、病名ではなく、病態を指すに過ぎない。主治医としては、平成 17 年 1 月の大動脈弁置換手術後も心不全状態が改善していなかったことを注意的に記載したにとどまるとみるのが相当であろう。また、上記のとおり、被認定者は、弁膜症置換手術後 1 年目、つまり死亡の 4 か月前に ██████ 病院循環器内科を受診しており、その際の心臓機能の評価結果は重要である。というのも、同手術後 1 年の被認定者に死亡に関与する程度の大動脈弁狭窄症に起因する心不全がなかったと判断されるならば、それがその 4 か月後の死亡に関与していたとは考えにくいからである。この点、同循環器内科 ██████ 医師の診察報告書（記録 287 頁）では、「心機能的には現在のところ状態安定しているのではないかと思います。」などとされ、深刻さは窺えない。念

のため、同22年1月22日に当審査会委員が同医師に面談して確認したところ、「 病院における同17年のBNP検査の値は同16年からほぼ不変であると判断され、平常の日常生活が可能な数値である」ことや「同17年2月の受診時には被認定者には死因として関与する程度の大動脈弁狭窄症術後の心不全はなかったと判断する」との回答を得た。したがって、処分庁が死亡診断書にある「心臓弁膜症手術後」との記載を有利に援用することは誤りと言うべきである。

(2) 処分庁の主張の検討

処分庁は、その主張の根拠は弁明書4(2)イの(ア)ないし(キ)(以下この項において単に「(ア)」などという。)に記載したとおりであるとするので、以下、その各項目に沿って、その主張の妥当性を医学的に検討することとする。

ア (ア) について

ここでは、平成17年8月24日(手術より約7か月後)の
 病院における検査結果によると、BNP130(基準値18.4以下)に上昇していることが記載されている。

血漿BNP値が心疾患の診断に有用であることには異論がない。しかし、被認定者の場合、「基準値18.4以下」まで示して、検査結果値がいかに高値であることを強調していることには問題がある。というのは、BNP値は加齢とともに上昇し、高齢者では2～3倍になると言われており、被認定者の場合、当時77歳であったのであるから、検査結果値が基準値を超えていることを誇張しているように見えるからである。

通常、BNPの数値が130程度では心不全として入院加療を要す

るような状態のものであるとは判断されない。したがって、被認定者のBNP値が130であることを根拠にして、手術後約7か月の時点で「他の有力な死亡原因」となるような心不全が存在していたとまでは言えない。

また、血漿BNP値の上昇は、必ずしも左心機能障害のみを示しているわけではない。BNPは、心筋から産生されるので、左の心筋のみならず、右の心筋からも産生され、左心不全のみならず、右心不全の場合でもその値が上昇する可能性がある。したがって、被認定者の場合、右心不全を起こす可能性のある疾病である気管支ぜん息を患っていたのであるから、右心不全の存在も考慮しなければならず、示されたBNP値をもって左心不全が存在した証拠とすることはできない。

結局、被認定者の場合、そのBNP130という値は、当時軽度の心機能低下が存在した可能性を示しているとは言えても、加齢や右心機能低下による結果と見る余地もあり、処分庁主張のように、大動脈弁狭窄症を原因とする心不全があったとか、気管支ぜん息重積発作以外の有力な死亡原因となる左心不全があったとするまでの根拠とはならないと言ふべきである。

イ (イ) について

ここでは、平成17年9月6日に■■■■病院で実施された心臓超音波検査所見で心不全（原因不詳）の診断が出ていることが挙げられている。

心臓超音波検査の場合、特に被認定者のように機械弁が用いられた場合には、大動脈弁置換術後であることは容易に認識できる。したがって、超音波検査担当者は被認定者が大動脈弁置換術後であることを

認識していたと考えるべきであろう。しかし、同担当者は、それにもかかわらず「心不全（原因不詳）」と診断している。このように心不全の原因が不詳とされた理由としては、被認定者の心不全が本来容易に認識し得る大動脈弁置換に関連する心不全としては説明がつかなかったために、その原因が不詳と判断し、これを付記したと解釈することがむしろ妥当と思われる。この解釈を裏付けるものとして、この心臓超音波検査所見（記録300頁）には、「駆出率（EF）60%」、「左室内径短縮率（%FS）31%」、「LV wall motion normal contraction」、「IVC 25mm（hepatic vein拡大）」等と記載されているが、これらの記載からは、左心機能低下を示す所見は読み取れず、むしろ右心負荷の存在が窺われる。すなわち、心不全の原因が気管支ぜん息であった可能性が強いことを示していると言えよう。

結局、同所見で心不全（原因不詳）の診断が出ていることをもって大動脈弁狭窄症に由来する左心不全が存在した証拠とすることは適切ではないと言うべきである。

ウ （ウ）について

平成18年1月28日付けの前記■■■■医師の紹介状（記録286頁）の経過等を記載した欄に「心拡大あり、BNP154と上昇、手術後1年になり心不全のコントロールが困難」などとされていることを根拠としている。

この記載から、主治医が心拡大とBNP154を根拠として被認定者の心臓に負荷が存在していたことを推測していた可能性は否定できない。しかし、心拡大やこの程度のBNP値の上昇が左心不全の存在を示唆しているとまでは言えない。前述のように、右心不全によって

も心拡大やBNP値上昇は起こり得るからである。したがって、主治医がコントロールが困難としている心不全が左心不全であったと断定することはできず、上記紹介状の記載を根拠として左心不全が存在したと判断することもできない。

さらに、上記紹介状に対する前記■■■■医師の診察報告書（記録287頁）では、■■■■医師の言う「コントロールが困難な心不全」の存在に対応した指示は見当たらない。したがって、死亡4か月前の被認定者にコントロールが困難な心不全が存在したとは推認し難い。

エ （エ）について

処分庁は、前記■■■■医師の「診察報告書には、『BNP値は昨年入院時とほぼ同値であり、心機能的には現在状態安定しているが、心電図に一部心房頻拍と思われる波形が現れ胸部症状と関係している可能性が考えられる』と記載されている」とし、この記載をもって心不全の状態が術後も持続していることを示唆するものとしている。

しかし、同報告書をよく読めば明らかなおり、その前段では心機能の評価結果が述べられ、「心拡大（+）も昨年入院時と著変（-）、心エコー所見も変化認めませんでした（貴院BNPのデータも昨年当時入院時のデータとほぼ同値でこの値でstableだと思います）。心機能的には現在のところ状態安定しているのではないかと思います。」とされ、心機能が悪化していないことを示している。一方、後段は、被認定者の胸部症状と心電図所見との関連が述べられており、一部心房頻拍と思われる波形が見られるので、これが胸部症状と関係している可能性はあるが、積極的にアブレーションの適応とは考えられないとし、強心剤の追加投与等を勧めていない。

こうしてみると、同報告書では、主治医がその紹介状に心不全のコントロールが困難と記述しているにもかかわらず、胸部症状（これは、被認定者が██████████病院に紹介受診する前の1年間はぜん息発作で██████████病院に頻回入院していることから、頻発するぜん息発作を指すと解釈できる。）と心不全との関連性については、むしろ否定的であると言える。

したがって、処分庁の同報告書に関する上記引用は、同報告書の内容を自己の主張に沿うように再構成していると言っても過言ではなく、同報告書の趣旨を読み誤っていると言うべきであり、その記載が心不全の状態が手術後も持続していることを示唆しているとは到底言い難い。

オ （オ）について

ここでは、主治医が平成18年5月30日に被認定者の娘夫婦と面接した際、「現在ぜん息重積発作が続いており、心不全も加味されている状態である」旨説明したことが██████████病院入院診療録に記載されていることが挙げられている。

しかし、同入院診療録の当該頁（記録331頁）では、上記記載の前に、被認定者はぜん息重積発作が続き、2リットルの経鼻酸素投与下でPaO₂ 58.0、PaCO₂ 92という状態であったことが記載され、また、上記記載の後には、「レスピレーター装着はどう考えますか。しないでよいと考えるが、もう少し考えたいと。」と、娘夫婦との問答も記載されている。この一連の記載は、ぜん息重積発作が重篤で、娘夫婦に人工呼吸器装着の可否を問うた際の記録であると判断され、被認定者は、この5日後に死亡している。

したがって、処分庁が引用する箇所では述べられている「心不全」とは、ぜん息重積発作が続いた後の終末期に近い段階での心不全と解釈するのが相当であり、それが左心不全であれ、右心不全であれ、更には両心不全であったとしても、処分庁の主張するような、他の有力な死因として考慮すべき心不全には該当しないと考えられ、この記載も処分庁の主張の根拠とすることはできないと言うべきである。

カ (カ) について

処分庁は、平成19年6月6日付けで主治医の所見を取り寄せたが、新しい事実は確認できなかったという。

確かに、主治医は、処分庁の「心不全の関与についてご教示をお願いいたします。」との照会に対し、「今まで再三貴殿よりの問合せに対して、意見をのべております。」などとして、回答をしていない。しかし、翻って考えてみれば、心不全の意義について主治医との見解が異なる可能性が窺われる状況の中で、単に「心不全の関与」を繰り返し照会しても、有意義な回答が得られるとも思えない。端的に、処分庁が考えていた心不全、つまり大動脈弁狭窄症による左心不全が被認定者の死亡に関与した有無を問うべきであったと思われる。

もとより、主治医の新たな見解が示されず、新しい事実が確認できなかったことが処分庁の主張の裏付けとなるものではなく、これを根拠の一つとして挙げることは自体失当である。

キ (キ) について

ここでは、大動脈弁手術後も、胸部レントゲン写真により、心肥大が確認できることが根拠として挙げられている。処分庁の主張では、この心肥大とは左心肥大ということになる。

確かに、被認定者に係る同手術後の胸部レントゲン写真では、心胸郭比は50%を超えており、心陰影が拡大していると言える。したがって、心肥大が存在する可能性はある。しかし、当該レントゲン写真を見ると、いずれも左心室を示す左第4弓の突出は著明ではなく、右第2弓の突出が著明である。つまり、右房を示す右第2弓の突出によって心胸郭比が増加している所見である。この所見は、むしろ右心負荷あるいは右心拡張の存在を示唆しており、この所見を根拠にして左心肥大があるとは言えない。

さらに、被認定者に係るそれ以前の胸部レントゲン写真や過去の主治医診断報告書における胸部レントゲン写真所見では、平成元年以来、度々左第2弓（肺動脈）の突出が指摘されていることから肺動脈圧の上昇が疑われ、かねて主治医が主張していたように、肺性心、つまり右心肥大の存在を推認させる。一方、左心室を示す左第4弓については、同手術直前の胸部レントゲン写真以外では突出は著明ではない。

したがって、胸部レントゲン写真所見から左心肥大が確認できる旨の処分庁の主張は採用できない。

(3) 小括

以上のとおり、(2)の(ア)ないし(キ)に記載した処分庁が挙げる諸点は、いずれもその主張を裏付けるものとは言えない。つまり、左心不全に関しては、被認定者の死亡時、大動脈弁狭窄症の後遺症あるいは加齢に伴う臓器機能全般の低下の一環としての軽度のものが存在した可能性は否定し得ないとしても、ぜん息重積発作以外の死因として考慮すべき程度のものが併存していたとまでは認め難く、むしろ気管支ぜん息に由来する右心不全が関与した可能性が高いと判断できる。

したがって、処分庁の主張は主治医の意見を覆すに足りるものとは到底言い難く、被認定者の死亡原因は、主治医の主張するとおり、専ら認定疾病である気管支ぜん息の重積発作にあったと認めるのが相当である。

(4) 口頭審理において示されたその他の処分庁の医学的見解について

ア 胸部レントゲン写真について

処分庁は、胸部レントゲン写真において、心胸郭比が増大し、胸水が貯留していることを心不全が存在する根拠という。この点は、(2)キでも触れたが、確かに、処分庁の指摘するとおり、心陰影の拡大は認められる。しかし、拡大した心陰影において、左第4弓の突出は著明ではなく、右第2弓の突出による心胸郭比の増大が顕著となっていて、この傾向は、死期が近づくにつれて著明度が増している。また、胸水の貯留も左心不全存在の根拠として述べられたが、これは右心不全や肺の炎症、低アルブミン血症など他の多くの原因でも起こるもので、左心不全を示唆する所見とまでは言えない。

イ 被認定者が大動脈弁置換手術後の平成17年7月以降、月に1回程度の頻度で入院していた原因について

処分庁は、上記原因を心臓ぜん息であるとの判断を示した(第3の3(37)回答参照)。

しかし、同手術の13か月後、すなわち死亡4か月前の同18年2月時点での■■■■病院循環器内科における心機能の評価は、左心機能は回復しており、軽度の左心不全の残存は否定できないとしても、同手術後同月までの間に、処分庁が主張するような、心臓ぜん息を発症するほどの左心不全は存在しなかったと判断される。さらに、その間の■■■■病院入院時の診療録内の医師経過記録や看護記録に

は、心臓ぜん息を疑わせる水様痰、泡沫痰、ピンク痰、チアノーゼ等の所見を示す記載はなく、ネオフィリン、ステロイドの投与によって症状が緩和されていることが窺われることから、心臓ぜん息が入院の原因であるとする根拠は乏しい。

4 結論

被認定者の死亡原因は認定疾病である気管支ぜん息の重積発作であり、遺族補償一時金等の額を定めるに当たり参酌すべき他の原因があったとは認められない。したがって、大動脈弁狭窄症術後も著明な心肥大の増悪が認められ、これも有力な死亡原因になったとして、給付率を75%とした原処分は不当であり、これを取り消すこととする。

よって、主文のとおり裁決する。

平成22年10月27日

公害健康被害補償不服審査会

審査長 大 森 淳

審査員 小 幡 雅 男

審査員 加 藤 抱 一