

裁 決 書

審査請求人

大阪府大阪市福島区

処分を行った行政庁

大阪市長

主 文

本件審査請求に係る大阪市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、大阪市長（以下「処分庁」という）が、平成19年8月7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41条第1項の規定による葬祭料を支給しないとする原処分を取り消すこと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、請求人の母、の死亡原因について、「多少なりとも認定疾病が原因であります。それだけでも認めさせていただきたい。せめて葬祭料だけでも出していただきたい」旨主張する。

これに対し処分庁は、「原処分は違法、不当は存在せず、審査請求には理由がないので、すみやかに棄却の裁決がなされるべきものと思料する」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、昭和52年2月24日、指定疾病の気管支ぜん息に罹患しているとして法第4条第1項による認定を受けた。以後、障害補償費の支給に係る障害の程度は3級であった。

(2) 被認定者は、平成18年7月■■■■■■■■■■、83歳で死亡した。死亡診断書は、■■■■■■■■■■病院の■■■■■■■■■■医師（以下「■■■■■■■■■■医師」という）によるもので、直接死因は「肺炎」、発病（発症）から死亡までの期間は「約1日」と記載されている。さらに、直接には死因に関係しないが傷病経過に影響を及ぼした傷病名等として、「①脳梗塞後遺症（約9年間）②心不全（約6日間）」との記載がある。

請求人は、被認定者の死亡に伴い、その死因は認定疾病に起因したものであるとして、同19年5月7日付けで、法第41条第1項の規定に基づき、処分庁に対し葬祭料の請求を行った。

(3) これに対し処分庁は、大阪市公害健康被害認定審査会（以下「認定審査会」という）の意見を聴き、「死亡診断書等の資料により認められず死亡時の状況や、この間の認定疾病の症状経過及び脳梗塞後遺症及び心不全の病状推移等を基に総合的に検討したところ、被認定者は認定疾病に起因して死亡したものととは考えられない」との処分理由を添付し、同19年8月7日付けで、請求人に対し、葬祭料を支給しないとする原

処分の通知を行った。

(4) これに対し、請求人は、同月17日、処分庁に異議申立てを行った。

請求人は、異議申立ての理由として、「認定死亡患者主治医診断書に依れば、死亡との関連において全くゼロという訳ではなく、せめて50%の関連はあると思います。今一度、御検討・お願い申し上げます(主治医診断書添付)」と記載している。

(5) 処分庁は、同20年3月17日付けで、異議申立てには理由がないとして棄却の決定を行った。

(6) これを不服として、請求人は、同年4月15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、基本的には、被認定者が認定疾病の気管支ぜん息に起因して死亡したかどうかである。請求人側は、認定疾病と死亡の関連について、「全くゼロという訳ではなく、せめて50%の関連はある」とするが、処分庁は、「認定疾病と死亡との間には相当の因果関係は存在しない」と主張する。

第3 争点に関する当事者の主張

(略)

第4 口頭審理における主な質疑応答(要旨、一部意識を含む)

(略)

第5 当審査会の判断

本件事案を考察するうえで、特に重要なのは、被認定者の主治医である■■■■病院の■■■■医師が記載した死亡診断書及び認定死亡患者主治医診断報告書である。多岐にわたるとみえる争点も、結局はここに帰着すると思

われる。

■■■医師は、上記の医学的資料において、被認定者の死亡原因の直接死因として、病名は「肺炎」（約1日間）、直接には死因に影響しないが傷病経過に影響を及ぼした傷病名として、①脳梗塞後遺症（約9年間）②心不全（約6日間）と記載した。

■■■医師はさらに、「認定疾病と死亡の関連」の項で、4の「わからない」を選択したうえで、その理由として、前段で「直接死因の肺炎の原因の主は誤嚥性であるので 明らかに認定疾病に起因した死亡とは考えられない」としながら、その後段で、「しかし、誤嚥性肺炎、心不全の悪化に認定疾病の存在による肺機能低下が大きな影響を及ぼしていることは十分に考えられる」と記載している。

争点を大きく絞るとすれば、処分庁側は、■■■医師の記載の前段、請求人側は、その後段を主張の主な根拠にしている、ともいえよう。

いずれにしても当審査会としては、本件の争点の中心である肺炎及び誤嚥性肺炎に関連し、まず、気管支ぜん息等の指定疾病に係る続発症とされる肺炎について、起因死亡の審査における基本的な解釈について明らかにする。そのうえで、医学的資料及び口頭審理等を踏まえ、本件事案の最終的判断をすることとする。

すなわち、本件で検討すべき論点は、被認定者の指定疾病は気管支ぜん息であり、直接死因は死亡診断書で「肺炎」とされていることから、この肺炎が起因死亡審査等における指定疾病の続発症に該当するかどうかである。この場合、死亡診断書の直接死因「肺炎」の原因の欄には斜線が引かれ、「誤嚥」の記載がないことに留意する必要がある。

さらなる論点は、「被認定者は、脳梗塞後遺症による誤嚥性肺炎を起こ

していたと認められ、誤嚥性肺炎により死亡されたものであり、認定疾病に起因して死亡されたものとは認められない」との処分庁の弁明書における主張が妥当かどうか、である。

1 指定疾病に係る続発症として例示された肺炎等の疾病の公健法上の解釈について

起因死亡等の審査における指定疾病に係る続発症の範囲について、環境庁（当時）及び環境省は二つの処理基準に関する通知を出している。

環境庁の通知は環保企第 1 1 0 号（昭和 4 9 年 9 月 2 8 日付け）で、「指定疾病の進展過程において当該指定疾病を原疾患として、二次的におこりうる疾病又は状態」として、「（例）慢性肺性心、肺線維症、気管支拡張症、肺炎、自然気胸」を例示している（注：下線は当審査会による）。

このような例示によって続発症の範囲を明示した理由について、上記 1 1 0 号通知は、「続発症の範囲については、『続発症として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、（中略）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」（注：下線は当審査会による）と記されている。

さらに、環境省の通知は環保企第 5 8 7 号（平成 1 3 年 5 月 2 4 日付け）で、「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」として、「（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」を挙げている（注：下線は当審査会による）。

したがって、両通知の規定するところによれば、肺炎等、例示された疾病は、4指定疾病、すなわち慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎及び肺気しゅの続発症として推定するべく、示されていることは明らかである。

すなわち、認定された主病（指定疾病）との関連について、個別症例ごとに複雑かつ微妙な医学的判断を行うのではなく、続発症の範囲を例示により明確にすることで、例示の「疾病又は状態」であれば、続発症であると推定して「制度を適正に運用する」よう、両通知は、解釈と運用の処理基準を示している。これは、法第1条の「被害者等の迅速かつ公正な保護及び健康の確保を図る」との目的及びその趣旨に沿うものといえる。

したがって、死因が続発症として例示された疾病でありながら、処分庁側が続発症の範囲外であるとするには、それを証明するだけの医学的証拠の提示がされなければならない。本件についていえば、続発症の範囲外であるとするには、医学的証拠によって、それを証明しなければならないことになる。

2 起因死亡等の審査における「誤嚥性肺炎」の解釈について

沖中重雄改訂による内科書（南山堂）第37版（昭和42年8月1日発行）によれば、「誤嚥性肺炎または吸引性肺炎」は、肺炎の一類型とされている。上記内科書中巻（358ページ）では、誤嚥性肺炎の症状について、以下の説明がある。

「混合感染によって起こることが多く、重症患者では、ことに長く臥床し意識を失った場合には、飲食物・嘔吐物ならびにこれらに付着した病原菌を誤嚥し易く、気管支炎ならびに肺炎の原因となる。また、脳神経系ことに延髄疾患・脳血管障害・頭部外傷等・アルコール中毒・睡眠薬中毒な

どの際には、上部気道の細菌の吸引によって肺感染を起こしうる」

内科書中巻は、上記のような誤嚥性肺炎を、臨床医学的分類で「肺炎」の一類型としている。1で詳述した環企第110号、環企第587号の両通知は、指定疾病の続発症としての肺炎を例に挙げているが、その肺炎から、誤嚥性肺炎を除外する旨の特段の記述はない。これらを勘案すると、誤嚥性肺炎を、「続発症としての肺炎」の一部として解釈することが相当であり、かつ、起因死亡等の審査において、肺炎を続発症と推定すべきであるとする両通知の趣旨にもかなうものであろう。

したがって、誤嚥性肺炎といっても、それが病歴、検査所見等から明らかに「誤嚥」を示す医学的事実及びこれと矛盾しない放射線画像結果などの除外事由が提示されない限り、「続発症としての肺炎」を否定し得ない、というべきである。処分庁側が単に「誤嚥性肺炎であるから」というだけでは、その続発症を否定することにはならないのである。

以上が当審査会による、起因死亡等の審査における「誤嚥性肺炎」の解釈である。

これを踏まえ当審査会は、平成24年8月16日付けで、環境省総合環境政策局環境保健部企画課保健業務室長（以下「環境保健部企画課保健業務室長」という）に宛て、「公害健康被害補償不服審査に係る教示について」と題する質問書を送付した。

その内容は、①環企第110号及び環企第587号の両通知が、指定疾病の続発症として挙例する「肺炎」に、誤嚥性肺炎も含まれているかどうか。両通知は、この関連で、誤嚥性肺炎が含まれるかどうかについて特段の言及はない。②誤嚥性肺炎の処理基準について、これまでに関係自治体に何らかの助言ないし通知等をしたかどうか——について、回答を

求めたものである。

これに対し環境保健部企画課保健業務室長は、同年9月6日付けで、以下の回答をした。

まず、①について、「（両通知は）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ため、（中略）判断の目安を設けたもので、これは続発症の範囲を、両通知に事例として示す疾病に限定する趣旨ではなく、また、両通知に事例として疾病に罹患していれば直ちに続発症として認められる趣旨でもありません。続発症の判断にあたっては、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おこった疾病又は状態であるか否かについて、個別に判断すべきと考えます。」と回答した。さらに②については、「誤嚥性肺炎の処理基準について、これまで関係自治体に明示した通知等は確認できません。」と答えている。

当審査会は、①についての回答は、「続発症としての肺炎に誤嚥性肺炎が含まれるかどうか」との当審査会の質問に正面から答えるものではないが、当審査会の示した基本的な見解ないし解釈に矛盾するものではない、と思料する。

環境保健部企画課保健業務室長の回答は、「（通知が続発症として）挙例する疾病に罹患していれば直ちに続発症として認められる趣旨でもない（要旨）」、「続発症の判断にあたっては、個別に判断すべきと考えます（同）」としているが、これは当審査会の判断、見解と変わらない。当審査会の解釈も、続発症として例示された疾病であれば、直ちに続発症として認められるというものではない。例示された疾病であれば、続発症としての推定を受けるというものであり、そのうえで、続発症の範囲外といえ

るだけの医学的な理由があるかどうか、個別に判断すべきと考えているところである。

こうした当審査会の解釈ないし見解は、環境保健部企画課保健業務室長の回答文が冒頭に引用する両通知の目的、すなわち、「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ため」に、合致するものというべきである。

以上の両通知の基本的な解釈及び肺炎についての臨床医学的な理解を踏まえたうえで、本件事案を審査検討し判断する。

3 直接死因の「肺炎」は認定疾病の続発症に該当するかどうか

主治医の■■■■医師は、死亡診断書において、被認定者の直接死因は、「肺炎」（約1日間）、直接には死因に関係しないが傷病経過に影響を及ぼした傷病名として、①脳梗塞後遺症（約9年間）②心不全（約6日間）と記載している。直接死因「肺炎」の原因の欄は斜線を引かれ、「誤嚥」の記載はない。

■■■■医師が、死亡診断書及び認定死亡患者主治医診断報告書で、直接死因は「肺炎」（約1日間）と記載していることについて、口頭審理で、以下の質疑があった。

審査庁

それでは処分庁に伺いますが、肺炎というのは、指定疾病の続発症ですか、どうですか。

処分庁

死亡診断書に書いてある肺炎というのは、誤嚥性肺炎による肺炎と考えておりますので、続発症によるものとは考えておりません。

審査庁

主治医は、直接死因は肺炎、それに直接関係しないが傷病経過に影響を及ぼした傷病名として脳梗塞後遺症、さらに死亡前6か月前の併発病名として誤嚥性肺炎と書いている。なぜ、区別して書かれていると考えられますか。

処分庁

それは主治医の見立てといえますか、考え方で書かれたと思いますが、処分庁側としては、7月10日に発症された誤嚥性肺炎が引き続くすぶっていたと申しますか、存在していたというふうに考えます。死亡1日前の『肺炎』というご指摘がありましたが、恐らく主治医にも確たる『肺炎』という意識はそれほど明確ではなかったと推察します。最後の1日が少し様相が違ったという意味を込めて、その1日だけを『肺炎』と書かれたのか、それとも、誤嚥性肺炎がずっと継続していて、死の直前のことで、何が起こったのかわからないので、全体を含めて総合的に考えて単に『肺炎』と書かれたのであり、だから広い意味での『肺炎』ということで書かれたのではないか。最後の1日になぜ『肺炎』と書かれたというところまでは主治医に照会しておりませんので、その事情はわかりません。

審査庁

肺炎自体が、認定疾病の続発症とされているという認識のもとであれば、それと誤嚥性との鑑別をどうするか、あるいはできるかできないか、そのあたりを現場の主治医にもっと聞くべきではなかったんでしょうか。

処分庁

想像でしかないんですけども、主治医の頭の中には、この誤嚥性

も含めた肺炎を肺炎と書かれたということは考えられるのではないかと
思っております。

審査庁

それは結局のところ、主治医がどうだったか、と推測しておられる
わけですね。主治医の意見を尊重するというなら、そのところ、も
っと絞って聞いてみる必要があったのではありませんか。

処分庁

今から振り返りますと、そのことも含めて照会文書に書いとくべき
やったとは思いますが、その当時の状況は、ちょっと差し控え
させていただきます。

(以上の質疑は、口頭審理速記録30、37、38ページ)

以上の口頭審理での質疑から、死亡診断書等に記載された直接死因は
「肺炎」(約1日間)について、処分庁側に、認定疾病の続発症としての
肺炎の可能性を考慮して検討した形跡は全く認められない。

重要な公文書である死亡診断書で直接死因は「肺炎」とされ、「誤嚥」
の記載がないにもかかわらず、処分庁は、「誤嚥性肺炎による肺炎と考
えておりますので、続発症によるものとは考えておりません」とし、「脳梗
塞後遺症による誤嚥性肺炎」だから、続発症の範囲外で起因性はないと主
張するのである。

しかしながら、1で詳述したように、肺炎は、被認定者の指定疾病であ
る気管支ぜん息の続発症として例示されており、死亡診断書における直接
死因の「肺炎」を、処分庁側が続発症の範囲外とするには、それを証明す
るに足る医学的証拠の提示が必要である。

そのうえ、誤嚥性肺炎も肺炎の一類型であり、続発症としての肺炎に含

まれることから、病歴、検査所見等から、明らかに誤嚥を示す医学的事実及びこれと矛盾しない放射線画像結果などの除外事由が提示されない限り、「続発症としての肺炎」を否定し得ない。したがって、そうした医学的根拠の提示を行わず、単に「誤嚥性肺炎と考えている」というだけでは、その続発症、すなわち、起因性を否定することにはならないのである。

以下、上記の観点から処分庁側の主張を検討し、死亡診断書の直接死因とされた「肺炎」が、認定疾病（指定疾病）の続発症に該当するどうか、最終的に判断する。

4 被認定者は「脳梗塞後遺症による誤嚥性肺炎により死亡した」とする処分庁の主張について

処分庁は、以下を根拠に、弁明書及び口頭審理において、「被認定者は誤嚥性肺炎により死亡したと認められる」としている。

その第一は、■■■■医師による認定死亡患者主治医診断報告書に、「脳梗塞後遺症でベッド上寝たきり、ADL全介助の方であったが、誤嚥性肺炎を起こし入院となる。抗生物質で治癒し、経口摂取を試みるが肺炎再発し、鼻腔からの経管栄養を開始することとなった。以後時々尿路感染症、誤嚥性肺炎を合併。7/10（注：平成18年7月10日）より誤嚥性肺炎あり、心不全、消化管出血、腎不全も合併した。肺炎は一時治癒するも心不全は改善せず、誤嚥性肺炎の再燃がみられ死亡す」と記載されていること等である。

さらに、上記「7/10より誤嚥性肺炎あり」の記載に関連し、平成18年7月11日撮影の胸部CT画像について、弁明書は、「誤嚥したものが寝たきりなど日常生活動作の低下により肺の背側にたまり、そこで炎症をおこしていると考えられる背側優位の浸潤影を確認できる」としたう

えで、この読影結果も合わせ、「被認定者は脳梗塞後遺症による誤嚥性肺炎を起こしていたと認められる」と結論づけている。

既述のように、誤嚥性肺炎も、明らかな「誤嚥」等の医学的な除外事由等が提示されない限り、続発症としての肺炎を否定し得ないと述べたところである。したがって、そのような除外事由が存在するかどうか、上記の胸部ＣＴ画像等の放射線画像の読影及び死亡までの診療録（カルテ）等の検討を行う。

（１）放射線画像について

当審査会は、■■■■医師が「7 / 10 より誤嚥性肺炎あり」と記載した根拠となる平成18年7月11日撮影の胸部Ｘ線画像及び同日撮影の胸部ＣＴ画像を、慎重に読影した。

ア 胸部Ｘ線画像（平成18年7月11日撮影）

右肺は透過性良好である。左肺中下肺野に透過性の低下を認め、とくに心陰影に重なる部分に著しい。左下葉支口は確認できない。左下葉の無気肺ないし肺炎などの肺胞腔浸潤性病変があると思われる。左胸水の有無については不明である。左下肺内側に胃ヘルニアが認められる。

イ 胸部ＣＴ画像（同日撮影）

右上葉、右下葉及び左上葉（中肺野）末梢に2～3cm大の淡いスリガラス陰影が散在してみられる。肺炎を疑わせる陰影であるが、誤嚥性肺炎とは確定できない。胃は左胸腔に張り出し、ほとんど胸腔内に滑脱しており、重度の食道裂孔ヘルニアの所見である。この結果、左胸腔の容積減少を来たし、縦隔は左に偏位している。左下葉気管支内腔に貯留物が充満し、左下葉は完全な無気肺に陥っている。左下葉気

管支内腔の貯留物は、その貯留状況からみて上部からではなく、内部から滲み出たとみられることも考慮し、当審査会は、この無気肺の主原因は、誤嚥性肺炎によるというよりも、胃が左下葉を押し上げ潰した形の食道裂孔ヘルニアによるもの、とみるのが相当であると判断した。なお、誤嚥性肺炎の場合、肺炎像は右下葉に現れるのが通常だが、本件では右下葉には明確な肺炎像は認めることができなかった。

処分庁は弁明書で、すでに触れたように、胸部CT画像等について、「誤嚥したものが寝たきりなどの日常生活動作の低下により肺の背側にたまり、そこで炎症をおこしていると考えられる背側優位の浸潤影を確認できる」とし、口頭審理でも、「左肺の含気量の減少と主に左肺の中下肺野に、かなり誤嚥性肺炎を繰り返し発症されてきましたので、かなり器質化された陰影を認めます。部位的には、背側優位ですので、誤嚥性肺炎に合致する所見と思われれます」（口頭審理速記録26、27、36ページ）と述べている。

処分庁側が画像所見で、誤嚥性肺炎であることの根拠とした「誤嚥したものが肺の背側にたまり、炎症を起こした背側優位の浸潤影」、「左肺中下肺野の器質化された陰影」とは、当審査会が読影した「無気肺」部分の画像所見に相当すると思われる。

この無気肺に至った主原因は、食道裂孔ヘルニアにより胃が左下葉を押し上げて圧縮したためとみるのが相当だが、処分庁側の読影では、この食道裂孔ヘルニアの存在が何ら指摘されていない。この同じ胸部CT画像から主治医の■■■■医師は、「左胸水？ R/O ヘルニア影」と記載し、《Summary》として「食道裂孔ヘルニアあり」としている。こうした記述は、処分庁の弁明書に添付された診療録（カルテ）に記

載されていることを付記しておく。

肺炎と無気肺は画像上、同様の像を呈することが多いが、本件の場合それは、ア及びイから、処分庁側の主張する誤嚥性肺炎によるものというより、食道裂孔ヘルニアが主因の無気肺によるものというべきである。

したがって、右下葉に肺炎像が認められないことも合わせ考慮すると、「誤嚥性肺炎に合致する画像所見」とする処分庁の主張には疑義があり、提出された画像からは誤嚥性肺炎を示唆する肺炎像は確認できない。

(2) 被認定者の死亡前の診療録（カルテ）及び看護記録について

処分庁は当審査会に、弁明書の添付資料として、平成18年7月10日から、被認定者の死亡した同月■■■■まで■■■■の■■■■病院の診療録を提出した。

しかし、当審査会では、本件においては、被認定者の長期的な診療状況を検討する必要があると考え、同病院から平成15年10月13日から同18年7月■■■■の死亡日までの全診療録及び全看護記録の提出を受けた。

上記の全診療録及び全看護記録によると、平成16年8月以降同18年1月まで、約1年6か月にわたり肺炎を含めた呼吸器の感染症を起こしたとの記録はない。

診療録によると、平成18年3月7日に「#嚥下性肺炎（右）両側性の疑いもあり」、同月14日には「#誤嚥性肺炎再燃」、同月31日には「#誤嚥性肺炎」と記載され、翌4月11日の看護記録には「FDチューブ挿入中、嚥下障害変わらず、ハイリスク状態のままである」との

記載がある。しかし、全診療録にも看護記録にも、「誤嚥」を示す、いわゆる医学上の事実（エピソード）の記述はない。

さらに、■■■■医師が認定死亡患者主治医診断報告書で、「7 / 10 より誤嚥性肺炎あり」と記載したことに関し、同年7月11日の診療録をみると、「#肺炎（誤嚥性）」とあり、《Summary》として「脳梗塞後遺症 多発性（元々左片麻痺）嚥下障害あり 経管栄養を行っているが、食道裂孔ヘルニアあり PEG造設できず 時々肺炎 UTI合併みられる」と記されているが、誤嚥を示すエピソードの記述はない。

以上の全診療録及び全看護記録を検討した結果、被認定者は、脳梗塞後遺症及び食道裂孔ヘルニア等により、誤嚥性肺炎をとくに起こしやすい状態であったことが認められ、■■■■医師ら病院側が、その回避に懸命に努めたことが十分に窺える。

しかしながら、本件の争点との関連においては、被認定者は誤嚥性肺炎のリスクが高い状況ではあったが、誤嚥を示す、医学上の具体的な事実は認められない。

第6 結論

第5の1において、環企第110号及び環企第587号の両通知の規定により、肺炎が、気管支ぜん息等4指定疾病の続発症の例として明示されていることから、当審査会は、処分庁が続発症の範囲外の肺炎であるとするには、それを証明するだけの医学的証拠の提示が必要であることを示した。

さらに、誤嚥性肺炎も臨床医学的に肺炎の一類型であり、上記の続発症としての推定を受ける。したがって、病歴、カルテ、検査所見等により明らかな誤嚥を示す医学的事実などの除外事由が提示されない限り、起因死

亡等の審査における「続発症としての肺炎」を否定し得ないことを当審査会は示した。すなわち、処分庁側は、単に「誤嚥性肺炎であるから」というだけでは、指定疾病の気管支ぜん息の続発症としての肺炎、つまり、当該認定疾病に起因して死亡したことを否定することにはならない。

本件については、第5の3で述べたが、死亡診断書に直接死因は「肺炎」と記載され、「誤嚥」の記載がないにもかかわらず、処分庁側が、認定疾病（指定疾病）の「続発症としての肺炎」の検討すら行っていないと認められる。

さらに、第5の4の(1)の放射線画像の検討から、処分庁の主張する「誤嚥性肺炎に合致する画像所見」を認めることができず、その所見には疑義があると判断した。加えて、同(2)で述べた全診療録及び全看護記録において、被認定者には、脳梗塞後遺症や食道裂孔ヘルニア等、誤嚥性肺炎を起こしやすい状態は認められたが、誤嚥を示す医学的な事実は認められなかった。

言うまでもなく、起因死亡の審査において、脳梗塞後遺症により誤嚥性肺炎を起こしやすいという一般的な状況が存在するからといって、誤嚥性肺炎であるとすることはできない。にもかかわらず、処分庁の弁明書は、「被認定者は、脳梗塞後遺症による誤嚥性肺炎を起こしていたと認められる」としたうえで、誤嚥性肺炎により死亡したから起因性はない、と主張するのである。

結局、被認定者は「誤嚥性肺炎により死亡した」との処分庁の主張には、その根拠が存在しないというほかなく、結論に誤りがある。したがって、起因死亡等の審査における「続発症としての肺炎」を否定するに足りるものではないと判断する。

結論として当審査会は、主治医の■■■■医師が死亡診断書等に記載した直接死因「肺炎」は、起因死亡等の審査における認定疾病（指定疾病）の気管支ぜん息の続発症である、と推認するほかない。

なお、請求人側の■■■■代理人は、5回にわたる反論書面に加え、さらには、その集大成というべき意見書の提出を行った。その主張及び要望は多岐にわたったが、当審査会としては、本件結論及びこれに至る過程の論証により、概ね、それらに応えたものと思料する。

以上から、「認定疾病と死亡との間には相当の因果関係は存在しない」とした処分庁の原処分は誤りであり、取り消しは免れない。

よって、主文のとおり裁決する。

平成24年9月24日

公害健康被害補償不服審査会

審査長 榊 井 成 夫

審査員 町 田 和 子

審査員 柳 憲 一 郎