

裁 決 書

審査請求人

大阪府大阪市

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、大阪市長（以下「処分庁」という。）が、平成20年12月8日付けで請求人に対して行った公害健康被害の補償に関する法律（昭和48年法律第111号。以下「公健法」という。）第29条第1項による「遺族補償費を支給しない」とした原処分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、「棄却処分されたのは納得できない」と主張する。

これに対し処分庁は、 （以下「被認定死亡者」という。）の死亡が指定疾病（慢性気管支炎）に起因するものであることを否認する。

第2 事案の概要

1 経過

- (1) 請求人の妻である被認定死亡者は、昭和63年2月27日、公健法第4条第1項による認定（慢性気管支炎）を受け、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、障害の程度は平成元年5月から3級、同17年3月から2級と認定されていたが、同20年5月■■■■死亡した。
- (2) 請求人は、同年6月25日付けで処分庁に対し、同法第29条第1項の規定に基づく遺族補償費の請求を行った。
- (3) 処分庁は、前記請求に対し、大阪市公害健康被害認定審査会（以下「認定審査会」という。）の意見をきき、認定審査会から、「被認定死亡者は、認定疾病に起因して死亡したとは認められない」との答申を受け、請求人に対し、同法第29条第1項に規定する支給要件に該当しないとして同年12月8日付けで、原処分を行った。
- (4) 請求人は、同21年2月2日同法第106条第1項に基づき、原処分に対し異議申立てを行ったが、処分庁は、同年8月26日付けで、行政不服審査法（昭和37年9月15日法律第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。
- (5) 請求人は、これを不服として、平成21年9月1日付けで、当審査会に対し、審査請求を行った。

2 争点

本件における争点は、被認定死亡者が認定疾病である慢性気管支炎またはその続発症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 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

- 1 遺族補償について、公健法第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。」と規定している。

この規定にいう「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4の1によれば、「次の点に留意して、公害健康被害認定審査会の意見を聞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。

- 2 587号通知のア、イに関し、本事案における認定疾病である慢性気管支炎及びその続発症である気管支ぜん息と死亡との関係について以下検討する。なお、診断報告書の記載などから気管支ぜん息は、認定疾病である慢性気管支炎の続発症と認められる。

- (1) 本事案において、慢性腎不全が直接死因であることについて

死亡診断書（物件5の48）、死亡診断報告書（同5の49）の直接死因の欄には死亡時入院先の主治医が「慢性腎不全」と記している。これらの書面の内容について、大阪市公害健康被害認定審査会から二度にわたり行われた■■■■病院の■■■■宛て照会に対する回答には「本患者では消化管でアミロイドが検出され、」（原処分時照会文書回答、同5の51）、「リウマチに起因するアミロイドーシスが原因の腎不全があり、この腎不全は慢性気管支炎とは無関係で」、「腎不全に対して（中略）血液透析を施行していました（中略）透析中止後の死亡であるため、腎不全が直接死因です。他の呼吸器疾患が直接死因であると考慮する余地は全くありません。」（異議申立時照会文書回答、同5の62）と書かれており、提出されている血液検査結果、診療録等の資料からも、直接死因が慢性腎不全であることが認められる。

- (2) 直接死因が慢性腎不全であるとして、慢性気管支炎が直接死亡に影響を与えたかどうかについて、死亡前に慢性気管支炎の増悪が認められるか

これについては、前記（1）に挙げている異議申立時照会文書回答（同5の62）に「他の呼吸器疾患が直接死因であると考慮する余地は全くありません」と書かれているが、詳しい説明はされていない。

■■■■病院の被認定死亡者の主治医■■■■医師の原処分時照会
文書回答（同5の51）では問い合わせ事項「①貴院入院中の慢性気管
支炎の症状、検査（血ガス・肺機能等）・治療・投薬内容及び経過をお
知らせ下さい。」、「③関節リウマチの症状、検査成績、治療・投薬内容
及び経過をリウマチ因子、抗 CCP 抗体、CRP 等の検査成績の推移と併
せてお知らせ下さい。また、ステロイドの使用状況についてもお知らせ
下さい。」に対し、①については、「慢性気管支炎の症状については呼
吸困難感や咳がありました。喘息発作はほとんど起こっておりません。
SpO₂は93-98%程度であり、関節リウマチに対して投与していたステロ
イドが喘息発作に対して良い影響を与えていた可能性は否定できません。
全身倦怠感、呼吸困難感は常に自覚症状としてありました。」、③につ
いては、「2008年1月■■■■誤嚥性肺炎を起こし、CRP 18.83まで上
昇し発熱も生じました。（中略）アミロイドーシスの影響により誤嚥性
肺炎が生じた可能性が十分あると思われます。比較的低流量の酸素投与
にて SpO₂がある程度維持されていたことを考えると、慢性気管支炎に
よる誤嚥性肺炎の可能性は完全に除外できないでしょうが、それほど高
いとは思えません。誤嚥性肺炎の後は絶食とし、抗菌薬にて加療しまし
た。」とあり、関節リウマチに対するプレドニン10mgの静脈注射継続と
いう治療が、慢性気管支炎に対して良い影響を与えたと思われるとの内
容である。

また、処分庁から提出された資料及び当審査会が取り寄せた診療録で
は、被認定死亡者が、平成20年1月以降に気道れん縮を発症したとの
記録はない。請求人も、同19年12月■■■■から死亡までの間につい
て急性の発作（症状）については述べていない。さらに、少なくとも、

同20年1月以降、プレドニン以外に慢性気管支炎に対する処方はなかった。

なお、気管支ぜん息については、前記異議申立時照会文書回答（同5の62）では直接取り上げられていないが、診断報告書（同5の46）の記載などからステロイドがぜん息発作に良い影響を与えていたのは同様と考えられる。

以上より、慢性気管支炎及び続発症である気管支ぜん息の症状は、安定しており、増悪はなかったと言えるから、これらが直接死亡の原因になったとは言えない。

(3) 慢性気管支炎は、直接死因である腎不全、その原因とされるアミロイドーシスに影響を与えたと言えるか

提出された資料から見る限り、慢性気管支炎が腎不全を悪化させたと認めるに足る記載はない。

また、アミロイドーシスの原因となる呼吸器疾患としては、肺結核、気管支拡張症が挙げられるが、提出された放射線画像によれば、被認定死亡者に肺結核はなく、気管支拡張症の合併も認められない。

以上より、慢性気管支炎が直接死因である腎不全、その原因とされるアミロイドーシスに影響を与えたとは言えない。

(4) 慢性気管支炎の続発症が認められるか。認められるとすれば、当該続発症は死亡に影響を与えたと言えるか

本事案において慢性気管支炎の続発症としては肺炎及び肺性心が考えられる。

ア 肺炎について

被認定死亡者の入院診療録によれば、平成20年1月■■■■から誤嚥

性肺炎の治療が実施され、同月■■■■の放射線画像において肺炎の陰影の改善が確認されてからは、新たな肺炎の発症はみられない。

イ 肺性心について

提出された同14年から同19年の診断報告書、医学的検査結果報告書兼請求書、提出されている診療録に肺性心を疑わせる記載はみられない。

本事案において、死亡前に認められた浮腫、胸水はアミロイドーシスに起因する腎不全による心不全によるものと考えられるから、被認定死亡者に肺性心を認めることはできない。

(5) 以上のとおり、直接死因は慢性腎不全であり、認定疾病である慢性気管支炎その続発症と認められる気管支ぜん息の増悪はなく、その他の続発症は認められないから、被認定死亡者の死亡原因については、587号通知のアの前段にいう「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」及び同通知のイにいう「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」には該当しない。

3 次に、587号通知のアの後段「(略)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」について検討する。

(1) 死亡に至る経過について

■■■■病院の入院診療録によれば、被認定死亡者の平成20年4月■■■■と翌5月■■■■の検査値を見ると、WBC（当審査会注：白血球数）は12400から16000に、CRP（当審査会注：反応性蛋白、体内で炎症反応や組織の破壊が起きているときに血中に現れるタンパク質）は

1.3から5.83へと上昇した。そして同月■■■■の血液透析後38℃台の発熱があった。これらは、感染症の存在と増悪を強く窺わせるもので、この後もこれらの数値は少し下がってはまた上昇する状態であった。医師も発熱やWBCとCRPの値が上がる度に感染を疑い、当初は抗菌薬セファメジンを、同月■■■■からはタコシッドを使用している。■■■■の血液検査結果（同5の113、114）では、腎機能は不全ながらまだ機能していたと認められ、WBCは16500であったところ、同月■■■■（同5の121）には、WBC 20500、CRP 17.31と上昇し、死亡した同月■■■■■■■■■■には、38.9℃の発熱があった。しかし、血圧が低いため、薬剤は使用できず、冷却のみ行ったとある。

アミロイドーシス、腎不全であるだけではこのようにWBC、CRPの数値が上がったり、高熱を発することを説明するのは困難であり感染症さらには敗血症が生じていたと考えざるを得ない。

口頭審理において、処分庁も感染症の可能性は否定せず、また血圧低下についても、慢性腎不全と感染症のどちらが原因としてより強く働いているかの判断は難しいとする。また、処分庁は、感染あるいは出血の場所として、放射線画像から呼吸器系については否定するものの、その脆弱性から腸管の可能性を指摘している。

処分庁は、「主治医の診断書からは、（中略）消化管出血が死因になってるということは推量できない。」としつつも、「腎不全では出血が起りやすい」とも説明している。なお、消化管出血があれば常に下血があるとは限らないから、下血がなかったことをもって消化管出血が否定されるわけではない。

■■■■■■■■■■病院の入院診療録には、同月■■■■に、「茶色便プラス」

の旨と、「タール便なし。」、「タール便なく（中略）カメラの検査は今
のところ行わず（以下略）」との記載があり、主治医において消化管出
血の可能性を考えていたことが窺われる。

（２）認定疾病と感染症について

ア 認定疾病に対する投薬状況

被認定死亡者は、平成19年3月■■■■に■■■■病院に入院し、
同年8月■■■■から同月■■■■の間、左腕内シャント造設のため■■
■■■■病院に転院していたほかは、死亡する同20年5月■■■■
まで■■■■病院に入院していた。

認定疾病については、■■■■診療所のカルテ、公害診療報明細書、
公害調剤報酬明細書を見ると、同19年11月まで同診療所から処方
されている（第3の3（5）ア、イ及び（6））。

カルテに書かれている最後の処方の内訳は、同月■■■■付けで、院
外処方箋により、「テオドール（200）2 T、メプチン2 Tの2種類を
朝・夕后、テオドール（100）1 T 夕食后、ゼオエース3 T 每食后、
アドエア（500）1個1回1吸入1日2回」となっている。

この後の投薬状況について、■■■■病院入院診療録の同年
11月■■■■及び同年12月■■■■の記載によると、請求人は、■■病
院の■■■■医師に、■■■■診療所と同じぜん息の薬の処方を希望し
たが、■■■■医師は、現在のところぜん息発作は起こっておらず、ステロ
イドの静注がぜん息に良い影響を与えて良いコントロールであるから、
請求人の希望する投薬は不要であると説明し納得してもらったとのこ
とである。

■■■■診療所による処方で請求人が投与を継続していたとされ

は区分 A「会話又は着物の着脱その他身の回りのことをするにも息切れがする」、ぜん息（ぜん息様）発作は区分 B「重症の発作が年間を通じて月平均5日以上であるか、または軽症の発作が年間を通じて月平均10日以上である」、咳と痰は区分 C「日常生活に支障がある程度、常に咳及び痰が出る」、管理区分は C「常に治療を必要とし、かつ、時に入院を必要とする」、認定疾病及びその続発症の転帰は「不変」とされている。また、経過の概要として以下の記載がある。

「常時咳嗽・喘鳴・排痰を認め 特に深夜から早朝にかけて増強し発作に移行することも多い。そのため在宅酸素療法が導入され一定の安定を得ている。症状の増悪に伴い、不眠等の日常生活上の障害も強い。その為通院困難であり、在宅対応（訪問診察等）が必要となっている。なお、リウマチは難治性であり、ステロイド剤、免疫調整剤等多剤使用されており、原病や喘息の症状を修飾しており、見かけ上症状を軽減していると予想されている。そのため管理区分の評価に当たって、慎重を期している。」

ところが、約1年後、入院した[]病院での主治医である[]医師が作成した同19年12月[]付けの診断報告書（同5の46）では、息切れの区分はAのままであるが、ぜん息（ぜん息様）発作の区分はE「発作がないか、あってもD（当審査会注：軽症の発作が年間を通じて月平均1日以上である）の程度に達しないもの」、咳と痰の区分はD「日常生活に軽度の支障がある程度、季節的又は1年のうち3月以上常に咳及び痰がでる」、管理区分はD「常に医師の管理を必要とし、かつ、時に治療を必要とする」、認定疾病及びその続発症の転帰は「寛解」とされ、経過の概要として概略以下の

記載がある。

「2007年3月■■■■に認定疾病及びその続発症について初診。リウマチ、腎機能低下を認めたため当院整形外科より紹介され、2007年2月■■■■当院内科受診。3月■■■■ごろより咳、喘鳴、下痢を認め、近医で加療を受けるも改善せず、3月■■■■当院内科を受診炎症反応強く、喘鳴もあり、ステロイド、気管支拡張薬にて加療し、抗菌薬も使用した。その後、下血、貧血進行があり、腎機能も悪化し、現在は透析を行っている。経口摂取も困難で、もともとリウマチに対しステロイドを点滴投与しており、前医により診断された喘息や喘息様発作はコントロールされており、ステロイドが良い影響を与えている可能性がある。常に全身倦怠感、呼吸困難感があり、ADLも低下し、寝たきり状態である。」

以上からすると、遅くとも同19年12月■■■■からは、アドエアの使用はなくなり、プレドニン静注10mgのみになっていると思われるが、主治医としては、同月■■■■付け診断報告書（同5の46）作成までの間、認定疾病の悪化はなく、ぜん息またはぜん息様症状はほぼ抑えられていると考えていたことが認められる。

なお、主治医はこの文書の「経過の概要」欄に、前記のとおり「リウマチに対し点滴投与していたステロイドが良い影響を与えている可能性がある。」旨記しているが、先に述べているように、同月■■■■の入院診療録の記載からは、認定疾病である慢性気管支炎及び続発症である気管支ぜん息に対するプレドニン10mgの効果を確認し投与していたことは明らかである。

ところで、同月■■■■付け診断報告書には上述のとおり記載され

ているが、同月■■■■以降、被認定死亡者の容態に変化があったことについて、請求人は認定疾病の悪化ではないかとして、この文書の内容に疑問を呈しているの以下付言する。■■■■以降の入院診療録には以下の記載が認められる。

同月■■■■の欄には、「痰が多くて喘鳴あり、と family が診察を希望→ lung : 軽度の moist rale ⊕ wheeze ⊖」、「β₂-stimulant、ビソルボンの吸入を処方」。同月■■■■の欄には、「本日 HD 前 chest XP (坐位)」、「やや CP angle dull」、「明らかな肺炎像 認めず」、「lung やや moist rale ⊕ wheeze ⊖」、「WBC 13000→ CRP2.85↳ …明らかな増悪なし」(以下略)。同月■■■■の欄には、「ルート入れなおし」、「fever ⊕↳」、「SpO₂ 98% (O₂ 1ℓ nasal)」、(中略)、「呼吸音 粗」。同20年1月■■■■の欄には、「昨日 食事中ムセることあり、SpO₂↓と tel あり」、「いったん 食事中止(絶食)とし、div にて follow とすると tel にて Ns (中略) 伝えた。SpO₂は O₂ 1ℓ nasal で97~98%にもどったとのこと」、「(略) BT 36.5℃ と fever なし」、「SpO₂ 95% (中略) (O₂ 1ℓ nasal)」、「# 食事中のムセ→ SpO₂↓ (一時的)」、「誤嚥を susp」、「1 2 / ■■■痰多いとのことで その後よりトロミのある食事に変更していた」、「しかし 1 / ■■■にもムセあり→絶食とする」、(中略)、「chest XP (中略)」、「両下肺野 やや opacity 低下」、「気管支炎? pneumonia (?)」、「microaspiration によるもの?」、「∴ 嫌気性菌を target として痰培 order ののち」、「ユナシン S 1.5g × 3/日→途中で× 2/日減らす」、「ダラシン S600g × 2/日 (以下略)」(当審査会注：ユナシン (以下略) の行とダラシン (以下略) の行は上段、下段に揃えて (印で繋がれている。) の記載があり、この後、同

20年1月■■■■の胸部 XP では、同月■■■■に、軽い肺炎像かも知れないと言われていた左右の淡い浸潤影は、改善され、口頭審理での処分庁の説明では「1月■■■■の右肋横角はシャープと見られる」程度になっている。

この一連の症状について、処分庁は、アミロイドーシスはあらゆる臓器に沈着し、心臓の血管にも沈着して心不全の原因となるものであるから、痰が多く咳がでたのは心臓ぜん息が原因であると説明する。しかし、入院診療録にはアミロイドーシスについての記載はなく、「誤嚥と susp（当審査会注：suspect の略と思われる。）」、「pneumonia（?）」、「microaspiration によるもの？」と記載され、嫌気性菌を標的として2種類の抗生剤を投与していることからすると、主治医は食事の経口摂取を原因とする誤嚥性肺炎を疑って、絶食の指示を出したと推量するのが自然である。絶食とされた後、死亡に至るまでの間、同様の容態変化は生じていないことからすると、これら一連の症状をもって、直ちに認定疾病が悪化したとは言い難く、同19年12月■■■■付け診断報告書の認定疾病の記載に疑義があるとはいえない。

ウ 感染症について

副腎皮質ホルモンは、多くの疾病にたいして強力な作用を有する薬ではあるが、大量又は長期にわたり使用すると感染症にかかりやすくなることが知られている。

しかも、被認定死亡者については、平成19年3月入院後まもなく高カロリー輸液を開始し、同年7月内視鏡施行時の大腸穿孔の術後から血液透析を週3回施行するようになった。死亡に至るまでの間、度々カテーテル使用によると思われる発熱を繰り返し、その都度抗菌薬

が使われてきたことが入院診療録に記載されている。

いわゆるカテ先培養の検査も度々行われ、MRSA が検出されたこともあった。死亡直前の検査で菌は検出されなかったが、このことから感染を否定できるものではないことは口頭審理における処分庁の説明にもあるとおりである。

また、同年5月、直腸周囲膿瘍と診断され、抗菌薬による内科的治療で対応することになったが、完治はしないまま感染症は残存していた。

のみならず、口頭審理の場で全身ボロボロ病という言葉の説明について、処分庁は「(略) アミロイドーシスというのは、全身の多臓器に病変が来るわけです。そこへ持ってきて抗生物質、感染が起こったという、あるいは大腸疾患、直腸疾患があつて手術もされて、かなり全身的な侵襲を受けておられるわけですね。そういう意味で多臓器に不全が起こってくると言うことは、呼吸機能も心機能も落ちてるし、それから栄養状態も悪くてアルブミンが非常に低くなっている、低栄養状態である。そういう意味(中略)になるかと思います。」と述べている。

高カロリー輸液、血液透析の施行、完治しない直腸周囲膿瘍の存在、プレドニン10mg /日の継続静脈投与等の事情からすると、被認定死亡者は、感染症を増悪させる要因をいくつも有し高いリスクに晒されていた。その経過の中で、WBC 及び CRP の値が上昇し、高熱を出していることから、感染症の関与が強く疑われる。

エ まとめ

関節リウマチに用いられたプレドニン静注10mgの投与は、同時に、

副腎皮質ホルモンに依存性を有する被認定死亡者の気管支ぜん息症状を安定させる効果があり、認定疾病の治療の内容でもあった。しかし、感染症を増悪させ、血圧低下や貧血を生じさせ、慢性腎不全に対する血液透析療法の継続を困難にし、アミロイドーシスによる腎不全症状を悪化させた。その結果、死亡に至ったと考えざるを得ない。

(3) 小括

以上より、死亡について認定疾病が直接死因である腎不全に影響を与えたことを否定することはできない。したがって、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ら、指定疾病に起因して死亡したものと認められる。

なお、587号通知のウは、同通知のア、イのいずれにも該当しない場合を前提とする規定であるので、本事案においては取り上げない。

4 結論

よって、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、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26年12月15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 町田和子

審査員 柳憲一郎