

裁 決 書

審査請求人

東京都大田区

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（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24年5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等に関する法律（昭和48年法律第101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第41条第1項の規定による葬祭料（以下合わせて「遺族補償費等」という。）の支給をしないとする処分（以下「原処分」という。）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「①脳内出血は、高血圧が主因とされ、劣化した脳内の血管が、

高圧の血流に耐えられずに起こるものであるとされる。②ところが、本件死亡被認定者■■■■■（以下『被認定者』という。）の別添血圧手帳によれば、被認定者の平素の血圧は、多少の上下動はあるものの比較的安定しており、常態であったならば脳内出血を引き起こすようなものではない。③また、脳内の血管の劣化は、通常人であっても加齢により自然に進行するものであるが、被認定者の場合、以下の理由により、通常人よりこれが促進されていたことが、容易に推測される。④すなわち、被認定者の認定疾病は『肺気腫・慢性気管支炎』であるが、肺気腫の主な症状は『息切れ』であるとされ、この症状は病状の進行に伴い重くなり、平地を歩いても息切れするようになり、最終的には話をするにも息苦しくなるものとされる。さらには、慢性の咳が一日中出るという他の症状もある。慢性気管支炎の症状としては、頑固な咳、タン、呼吸困難が挙げられる。⑤上記は、いずれも、被認定者が通常人と同様の運動量を保っていることが不可能な症状であるが、事実、昭和63年に公害健康被害補償法の対象者として認定される程の病状を呈していたが、その後も、症状は悪化の一途をたどり、最終的には、外出すらままならない状態であった。（別添『公害健康被害者調査票』参照）⑥上記のような症状が、被認定者の健全な身体運動を妨げていたことは明らかであり、これにより、脳内の血管の劣化をより促進していたことが推測される。⑦労災における例であるが（平成15年労第146号）、脳出血の原因につき、『タンの切れが悪いために苦しみ、血圧の急激な上昇を来し脳出血を併発したものと思われる。』、『過度の咳により脳圧が上昇したことが原因として考えられる。』と証言する2医師があり、審査会の判断の理由中、有力な原因であったと認めることは困難であるとしながらも、『激しい咳により、一過性に血圧が上昇

し、血管の破たんに関与したとの推定は全く否定できない。』としている。すなわち、咳による血圧の上昇があり得ることを指摘しているのである。

⑧申立人は、被認定者は、認定疾病である『肺気腫・慢性気管支炎』により、許されてしかるべき健全な身体運動が妨げられ、これにより、同年齢の通常人に増して脳内血管の劣化が進んでいたところ、認定疾病である『肺気腫・慢性気管支炎』に起因する咳の発作により、脳内の血圧が急上昇した結果、直接死因である『脳幹出血』を発症したと考えている。⑨以上のような被認定者の状況、判断があるにもかかわらず、『死亡診断書上の直接死因は脳幹出血とされており、肺気腫・慢性気管支炎を死亡の起因として認めることはできない。』とする形式的な判断には納得できないため、本件審査請求に係る処分を取り消すとの採決を求める。」と主張する。

これに対し、処分庁は被認定者が認定疾病に起因して死亡したことについては否認する。

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。したがって、請求人は、原処分に係る異議申立てに対する棄却決定の取消しをも求めているが、当審査会は原処分についてのみ判断するものとする。

第2 事案の概要

1 経過

(1) 請求人の夫である被認定者は、昭和63年4月、慢性気管支炎・肺気腫により3級の、平成11年12月に2級の、同18年1月に1級の各認定を受けていたが、同24年1月■■■■に死亡した。なお、同16年11月の大田区公害健康被害認定審査会（以下「認定審査会」という。）において、肺性心が続発症として認められている。

- (2) 請求人は、処分庁に対し、同24年2月23日付けで、遺族補償費等の支給の請求を行った。
- (3) 処分庁は、認定審査会に対し、被認定者が認定疾病に起因して死亡したものであるか否かについて審査資料を添えて諮問した。認定審査会は、「死亡診断書に記載されている直接死因は『脳幹出血』となっている。認定死亡者患者主治医診断報告書、死亡者調書等の資料を検討した結果、認定疾病である『肺気腫・慢性気管支炎』を死亡の起因として認めることはできない。したがって、認定疾病に起因して死亡したとは認められない。」と答申した。
- (4) 同年5月7日、処分庁は上記答申を理由として、遺族補償費等の支給を行わないとする原処分を行い、同月8日付けで請求人に対しその旨通知した。
- (5) 請求人は、同月14日付けで処分庁に対し、異議申立てを行った。
- (6) 処分庁は、認定審査会に対し、改めて諮問したが、答申の結論は変わらず「『直接死因は脳幹出血』となっており、認定疾病である、『肺気腫・慢性気管支炎』を死亡の起因として認めることはできませんでした。」との内容であった。
- (7) 同年9月11日、処分庁は、上記答申を受けて本件異議申立ての棄却を決定し、同日付けで請求人に通知した。
- (8) 請求人は、これを不服として、同年10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、被認定者が認定疾病である慢性気管支炎・肺気腫に起因して死亡したと認められるか否かである。

第3 当事者の主張

(略)

第4 口頭審理

(略)

第5 当審査会の判断

1 遺族補償費等について

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。

また、法第41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、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5章第四の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、イのほか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 医学的資料である放射線画像について

前項を検討するに当たり、まず、放射線画像について考察する。

診断書等文書となっているその他の医学的資料については、必要に応じて後述する。

当審査会が提出を受けた放射線画像には、医療機関が公害健康被害認定のための検診及び死亡前救急搬送時に撮影したものと、口頭審理において処分庁から説明されたものがある。

これらについて、当審査会では専門委員を交えて慎重に読影した。内容は以下のとおりである。

なお、平成21年1月■■■■、同23年10月■■■■及び同24年1月■■■■のものを除いて公害検診時に撮影されたもので、(2)から(9)は■■■■病院によるものである。また、(1)を除いて、全てCD-ROMに保存されている。

(1) 平成17年9月■■■■撮影 ■■■■病院

胸部X線フィルム 正面及び側面

正面像では、右胸郭成形術後であり、右胸郭は小さく、右胸膜に沿う肥厚及び石灰化があると思われる。左肺に異常はみられない。大動脈弓の突出と石灰化がある。CTR（心胸郭比）は48.4%である。

側面像では、後肋骨横隔膜洞の鈍化がみられる。

(2) 同19年6月■■■■撮影

胸部単純X線画像 正面及び側面

前出(1)とは条件が異なるが、右肺の透過性が低下している。左肺は変わらない。

(3) 同20年6月■■■■撮影

胸部単純X線画像 正面及び側面

右肺は透過性の改善がある。左肺は変わらない。

(4) 同21年1月■■■■撮影

胸部単純X線画像 正面

呼吸困難、喘鳴による救急入院時のものである。CTRは52.4%と心拡大がある。左下肺野に浸潤影が認められる。

(5) ■■■■撮影

胸部単純CT画像

呼吸停止がなくアーチファクトが多い画像である。右胸郭成形術後で胸郭の容積減少はあるが、上葉、中葉、下葉とも確認できる。右肺尖から下肺にかけて胸壁に沿った楕円形の腫瘤があり壁に石灰化を伴っている。慢性膿胸と診断する。

左舌区末梢に浸潤影を認める。

冠動脈と大動脈の石灰化がある。CT上、左室肥大の所見はあるが、右心系負荷の所見はない。胸水はない。

(6) 同21年7月■■■■撮影

胸部単純X線画像 正面及び側面

前出(3)と変わらない。

(7) 同 2 2 年 6 月 ■■■ 撮影

胸部単純 X 線画像 正面及び側面

肺は変わらない。CTR は 56.1 % と心拡大がある。

(8) 同 2 3 年 6 月 ■■■ 撮影

胸部単純 X 線画像 正面及び側面

肺は不変である。CTR は 54% と心拡大がある。

(9) 同年 1 0 月 ■■■ 撮影

胸部単純 X 線画像 正面及び側面

肺は変わらない。

(10) 同月 ■■■ 撮影 ■■■ 医院

胸部単純 X 線画像 正面

肺は変わらない。CTR は 53.4% と心拡大がある。

(11) 同 2 4 年 1 月 ■■■ 撮影 ■■■ 病院

脳出血にて ■■■ 病院に救急搬送入院時に撮影されたものである。画像は全て臥位で撮影されたものである。

ア 胸部単純 X 線画像

両側肺の透過性が低下し、左肺に浸潤影があり内部には気管支透亮像がみられる。肺炎の疑いがある。胸水の存在は臥位のため不明である。CTR54% と心拡大がある。

イ 腹部単純 X 線画像

腸管ガスの異常集積はない。変形性脊椎症が著明である。

ウ 胸部 CT 画像

呼吸停止が不良のためアーチファクトの多い画像である。左上葉から下葉にかけて、末梢に浸潤影、小粒状影及びスリガラス影があり、

肺炎が疑われる。胸水や心嚢水はない。左室の拡大はあるが、肺動脈や右心系の拡大はない。

エ 腹部 CT 画像

胆石がある。肝、腎、副腎、脾など異常はない。腹部大動脈や腸骨動脈などに強い石灰化がある。

オ 頭部 CT 画像

橋全体に高吸収域が広がっており、橋全体の出血すなわち脳幹出血の所見で、これが死因と考えられる。脳底動脈の石灰化もみられる。

(12) 放射線画像による診断

死亡時において、①死因として脳幹出血（橋）、②肺炎の疑い、③肺結核後遺症（右胸部形成術後）、④心拡大、⑤動脈硬化症、であったと診断する。

3 587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、肺気腫及び肺性心と死亡との関係について

(1) 587号通知アの前段について、認定疾病に起因して死亡したといえるか。なお、同通知アの後段については、後の(3)で述べる。

本事案において、脳幹出血が直接死因であることについては、前記放射線画像をはじめ以下の資料からも明らかである。

すなわち、救急搬送先である■■■■病院の■■■■医師作成の死亡診断書の直接死因の欄には、「脳幹出血」と記されており、■■■■病院カルテに綴じられている搬送時の病状についての記載、■■■■病院から提出された放射線画像、公害健康被害の補償等に関する法律認定死亡者患者主治医診断報告書（以下「主治医報告書」という。）（平成24年3月■■■■付け、■■■■病院の■■■■医師（以下「■■■■医師」という。）作成。）、死

亡者調書（ 付け、 病院の 医師作成）、主治医報告書（同月 付け、 医院の 医師（以下「 医師」という。）作成）、死亡者調書（ 付け、 医院の 医師作成）等から、これを認めることができる。

したがって、被認定者については、587号通知アの前段「指定疾病が直接原因となって死亡した場合」にはあたらない。

(2) 587号通知のイについて

ア 指定疾病の続発症により死亡した、すなわち脳幹出血は認定疾病の続発症といえるか。

(ア) 続発症についての考え方

587号通知第1章3(2)では、「旧指定疾病に係る診療報酬の請求及び旧指定疾病に係る障害度の評価等に当たっての続発症の範囲」（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、（略）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に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

①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、肺気しゅ、慢性肺性心、肺線維症、気管支拡張症、肺炎、自然気胸

②旧指定疾病の治療又は検査に関連した疾病又は状態

イ アの疾病又は状態以外であっても、以下のような疾病又は状態については続発症として取り扱われるものであること。

(ア) 旧指定疾病の進展過程に起こり得る疾病若しくは状態又は旧指定疾病が誘因となり得る疾病若しくは状態

(例) 1) 気管支ぜん息発作が基盤となったと考えられる流産、ヘルニア等

2) 慢性肺気しゅや慢性気管支炎に関連した消化性潰瘍

(イ) 旧指定疾病の治療又は検査に関連した疾病又は状態

(例) 1) 気管支ぜん息等の治療のために長期間ステロイドホルモンを用いたときに発生又は悪化した消化性潰瘍等

2) 慢性気管支炎等の治療のために長期間抗生物質を連用したときに起こったビタミン欠乏症、血液疾患、肝障害、腎障害等

3) 診断確定のために行ったアレルギーテストや気道過敏性テスト等に引き続き起こった重症気管支ぜん息発作又はショック状態等」

(イ) 主治医の判断

認定疾病の主治医である■■■■医師作成の前出「死亡者調書」の「臨床経過」の欄には、「(略)。頭部 CT スキャンにて脳出血(脳幹部)と診断され(略)死亡となる 認定疾病との因果関係は認められないと思われる。」と記載されている。

(ウ) 検討

まず、脳幹出血については「続発症の範囲」アにはあたらない。

次に、「続発症の範囲」イについてみると、被認定者が自宅の玄関を出てから、近所の人に倒れているのを発見されるまでの被認定者の状況については、誰も目撃しておらず、そのほか、認定疾病と脳幹出血との関連性を窺わせる具体的な事実を示す資料はない。

主治医においても認定疾病と脳幹出血因果関係を否定している。

以上より、脳幹出血は「続発症の範囲」イにあたるとは認められない。

また、肺炎が「続発症の範囲」アに挙げられており、放射線画像より肺炎の疑いがあるとされていることについてみると、口頭審理における放射線画像の説明にもあるとおり、本事案では直接死因とされる程度に至るものではない。他に肺炎と脳幹出血との関連性をうかがわせる具体的な事情は見当たらない。

したがって、587号通知イの前段には該当するとはいえない。

イ 既にある他の疾病と指定疾病が同時に悪化したといえるかについて、指定疾病の悪化が認められるか以下考察する。

被認定者が死亡する前の状況については、自宅に近い■■■■■医院の■■■■■医師が指定疾病の主治医であり、■■■■■医師の作成した主治医報告書（同24年3月■■■■■付け）の「解剖の所見及び死亡に至るまでの病状の経過」の欄には「死亡となる前日まで通常通り当院に通院していたが、平成24年1月■■■■■（当審査会注：正しくは■■■■■）当院に向かっている途中意識障害で倒れているところを発見され、救急車で病院へ搬送された。頭部CTスキャン施行にて脳出血（脳幹部）と診断され、翌日平成24年1月■■■■■（当審査会注：正しくは■■■■■

■) 死亡となる。」、「主に死亡直前の医療状況及び内容」の欄には「死亡となる前日平成24年1月■喘鳴・呼吸困難のいつもの症状のため来院となり補液を兼ね、気管支拡張剤の点滴を行い、症状軽減改善し帰宅となる。」と各々記載されている。

また、■医師作成の死亡者調書(■付け)の「(4) 現病歴」の欄には、「①肺気腫(気管支喘息による) ②慢性気管支炎 ③高血圧 ④高コレステロール症 ⑤糖尿病」、「右肺結核による広範囲の胸部形成術を受けており、平常でも肺活量が少なく低酸素状態により息切れが認められ、連日夜間～早朝にかけて粘調性の痰が切れず Step 3 の発作を起こしていた。喘息発作より肺性心となり利尿剤を用いている。自立でネブライザー吸入薬を用いても呼吸困難が改善せず来院時には補液を兼ね気管支拡張剤の点滴を行い症状改善に努めていた。」と記載されている。

以上からすると、被認定者は、毎朝通院し、吸入等の治療を受けていたこと、死亡の前日もいつもと変わらない様子で、いつもと同じ治療を受けて帰宅したことが認められる。

請求人は、死亡当日の朝、いつものとおり通院のため自宅玄関を出る被認定者を見送って家の奥に入った旨、口頭審理において説明していることから、玄関を出るまで被認定者の様子は、いつもどおりで外見上特段変わったことはなかったことが認められる。

被認定者の日常については、■医師作成の「認定疾病での治療日数及び状況について」(同23年7月■付け)の「2 現在の認定疾病の状態及び治療内容、処方内容について」の欄には、「広範囲の胸郭形成術を受けており、平常でも肺活量が少なく(VC 1410 ml)

低酸素状態となり息切れが認められるため24時間酸素吸入(3ℓ/min)を行っている。(SpO₂ 93～97%)相変わらず毎日夜間から翌日午前中にかけての喘鳴 呼吸困難、喀痰の喀出困難は続いているが、

この1年間は肺性心による軽度の体重増加 浮腫はあるものの重篤には至っておらず 又、2次感染は度々起こしているが肺炎に至るまでにはなっておらず入院はしていない。治療はガイドラインにのっとり吸入ステロイド(シムビコート) サルタノール スピリーバ ロイコトリエン拮抗薬 徐放性テオフィリン薬を使用しているが呼吸困難が強く来院時には 気管支拡張剤 利尿剤や適宜ステロイドを含む点滴を行い症状軽減に努めている。点滴を施行することにより喀痰が切れ浮腫も軽減し呼吸が楽になってくる。」と記されている。

■ 病院の公害診療報酬明細書(入院外)の同23年7月分の疾病名の欄の(1)には認定疾病名の内、イの慢性気管支炎と、ニの肺気腫に○が付けられニには「(気管支喘息伴う)」と書き添えられ、「(2)肺性心 (3)気管支喘息重積発作」と記載されている。

死亡した同24年1月分についてみると、以上のほかに「(4)慢性呼吸器疾患の2次感染 24、1、■」とあるが、前記死亡患者主治医診断報告書(同年3月■付け)には取り上げられておらず、死亡前日から当日家を出るまでの様子からも病状に特段悪化の兆しがあつたとは認められない。

また、前記2通の公害診療報酬明細書の内容からすると、同23年7月から同24年1月■死亡までの間、認定疾病に対する治療・投薬状況に大きな変化は認められないことと、週2回の病院の休診日以外はほぼ毎日通院していたことが認められる。以上からすると、

指定疾病である慢性気管支炎、肺気腫、続発症とされる肺性心及び肺炎症状について特段悪化しているとは認められない。

したがって、587号通知のイの後段にはあたらない。

(3) 587号通知アの後段について

認定疾病と脳幹出血との関連性について以下検討する。

ア 脳幹出血（脳出血）について

脳卒中治療ガイドライン 2015（日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会作成。以下「ガイドライン」という。）に示されているように、脳出血の最大の危険因子は高血圧であることは広く認められている。

一般に、高血圧性脳出血は、血管壁の病的な変化が長い年月の間に徐々に進行・増悪して脆弱化し、ついには血管が破れて発症するものと考えられる。また、血圧変動（血圧上昇）は直接の引き金になる重要な因子であり、日常生活上の種々の要因が関与していることが、多くの医学書で指摘されている。例えば、身体過動、飽食、排便時のいきみ、憤怒、寒冷、強い身体的負荷などのほか、咳嗽、くしゃみなども挙げられている。しかしながら、発症時にその因果関係を医学的に立証することは困難な場合が多い。

イ 被認定者の病状について

■■■■医師作成の死亡者調書の記載によれば、被認定者は、死亡時■■■■歳であった。また、現病歴に「③高血圧」と診断名がある。

ただし、請求人から提出された被認定者の血圧手帳の写しによれば、最高血圧が140を超えることは少なく、平常時には良くコントロールされていたことが確認できる。

指定疾病に関して、被認定者は同17年以來死亡に至るまで1級の認定を受けている。1級では、主治医による管理区分は「常に治療を要し、入院した方がよい」、心肺機能の状態は基準では指数35以下とされるところ、ほとんど30以下で、「常に咳と痰があり、痰の量が多いが痰の喀出が困難である」との評価基準に当たる病状であった。

このことは、■■■■医師作成の前出主治医報告書、平成24年1月分等の診療報酬明細書等から、粘性の痰、咳の発作を鎮めるため毎日通院していたことから確認できる。

被認定者の公害健康被害者調査票（平成23年10月■■■■付け等）の記載内容及び口頭審理における請求人の陳述からも、被認定者が在宅酸素療法を行っており、常に呼吸困難で外出時にも酸素を手放せず、痰と咳に悩まされ、特に夜間から早朝にかけて痰がつまり、咳嗽に苦しみ、翌朝通院して吸入や点滴を受けてやっと症状が軽減するという毎日であったことが認められる。

ウ 脳（幹）出血と被認定者の病状

処分庁は口頭審理において、脳幹出血の原因を、「高齢であったこと、高血圧、糖尿病、高コレステロールの経過が長かったこと」を挙げ、本件における出血の発症は、高血圧症等により脳血管の病変が自然に進行・増悪して脆弱化した結果に過ぎない旨説明し、認定疾病の関与は認められないとするので以下検討する。

（ア）高血圧症について

上述のとおり、被認定者の血圧手帳の写しによれば、平常時の血圧は良くコントロールされており、処分庁も口頭審理において、「血圧の管理は良くできており、血圧は安定した状態であったと判

断している。」旨述べている。

ガイドラインでは、血圧のコントロール（高血圧治療）は脳出血の予防に極めて有効であるとされていることから、血圧が比較的良くコントロールされていた状況下での脳出血の発症については、高血圧症以外の要因が働いた可能性を否定できない。

(イ) 糖尿病及び高コレステロールの経過が長かったことについて

ガイドラインでは、虚血性心血管疾患と異なり、脳出血については、総コレステロール値及び LDL コレステロール値が低い群ほど発症リスクが高まるとされ、糖尿病に関しても、欧米主体のメタアナリシスでは脳出血の発症を増やすことが示されたものの、一方で血糖管理による循環器大血管病予防を調べた個々の臨床研究及びそのメタアナリシスでは、厳格な血糖管理自体が脳卒中発症リスクを有意に軽減できなかったことも示されている。そして、結論として、糖尿病や肥満症への保健指導や是正勧告が脳出血の予防に有効であるとの科学的根拠は十分でないとしている。したがって、糖尿病、高コレステロールが脳幹出血の原因であるというのは、現時点において確立された医学的見解とまではいえなくなっている。

(ウ) 死亡時の被認定者の状況

平成27年1月■■■■、脳出血により搬送された■■■■病院での頭部 CT では、今回の脳出血の所見以外、過去の脳出血や多発性脳梗塞などの所見は認められない。従前から進行していた脳血管の脆弱化によって脳出血が発症したであろうと考えられるほど、血管の脆弱化が進行していたことを窺わせる所見はない。

(エ) 脳出血と認定疾病

まず、脳血管の病変が前記高血圧症等により自然に進行・増悪して血管が脆弱化する過程において、認定疾病の存在が血管の脆弱化をさらに助長促進したかどうかを考える。この点、被認定者は常に呼吸困難があり、咳と痰に悩まされており、これらによりその都度生じる血圧の上昇の繰り返しが、血管の脆弱化に悪影響を及ぼした可能性は否定できない。しかし、現時点では、明確な医学的資料はない。

次に、認定疾病が、既に脆弱化した血管を破綻させて高血圧性脳出血を引き起こす原因となったと認められるかどうか以下考察する。

被認定者がいつどこで咳込むか分からない病状にあったことからすると、死亡直前、被認定者は玄関を出たところで咳込んで、一時的に血圧が上がったのではないかと推測する余地が多分にある。

気象庁がインターネットに公表している過去の観測データによれば、東京の平成24年1月■■■■の天候は午後から雨、午前10時の気温は6.4℃であったが、夕方から冷え込み、同月■■■■は晴、同時刻の気温は3℃に変化している。

寒冷により血圧が一過性に上昇した可能性もあるが、寒冷により呼吸器症状が悪化し（例えば日本アレルギー学会作成の「喘息予防・管理ガイドライン2015」には、前日より3℃以上の気温低下により、喘息発作が増加したとの報告がある。）、咳、痰、呼吸困難等の発作が生じ、血圧が上昇した可能性も否定できない。また、当日の搬送先の放射線画像には肺炎を疑わせる陰影があったように、肺炎を併発していたとすれば、認定疾病による咳、痰、呼吸困難な

どの発作は通常より強くなったであろうことは容易に想像できる。

これらの事情を総合すると、本件脳出血においては、従前からの高血圧症が大きな要因であったことは明らかではあるものの、家から出て、冷たい外気に触れ、認定疾病による咳等の発作又は呼吸困難が生じ、一過性に血圧が上がったことが引き金となり直接死因である脳幹出血の発症に寄与したと推認することができる。

一方、以上の推認を覆すに足る事情は認められない。

したがって、本事案では認定疾病が、直接死因となった脳幹出血に寄与していると医学的常識をもって認められる場合、すなわち、587号通知アの後段に該当し、指定疾病に起因して死亡したものと認められる。

4 結論

よって、給付率は50パーセント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27年12月18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