

裁 決 書

審査請求人

東京都板橋区

処分を行った行政庁

東京都板橋区長

主 文

本件審査請求に係る東京都板橋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、東京都板橋区長（以下「処分庁」という。）が平成19年2月28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28条第3項の規定による障害補償費の額の改定をしないとする処分（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、以下のとおり主張する。

（1）処分庁は、異議申立てを棄却した理由として、主治医が管理区分の評

断の根拠としている「ぜん息発作の日数」はぜん息の治療が十分に行われていることが前提となるところ、請求人の場合、ぜん息発作が持続しているにもかかわらず長期管理薬の処方が今日的な医学的水準の指針である「喘息予防・管理ガイドライン2006」（以下「ガイドライン」という。）を考慮するなどして変更された事実がなく、主治医診断報告書の管理区分は請求人の症状や検査所見を参考にしつつ総合的に判断されているとは認めがたく、請求人のぜん息発作の日数及び重症度は治療により改善の余地が残されているとする。

しかし、上記長期管理薬とは、吸入ステロイド薬のことを意味すると推測されるが、主治医は適切な吸入ステロイド薬の処方を行っており、処分庁がこれを不十分と主張するのであれば、いかなる長期管理薬の処方がどのように不十分であり、どのような処方をすべきであるというのか、明らかにしなければならない。

（２）より根本的に言えば、昭和49年9月28日付け環企第110号環境庁企画調整局環境保健部長通知（以下「110号通知」という。）によれば、「管理区分は主治医の意見を十分きいたうえで判断されたい」などとされているにもかかわらず、本件異議申立て棄却処分は、主治医の意見を全く無視し、また、主治医に意見を求めることなくなされたもので、違法である。

これに対し、処分庁は、上記審査請求の理由に対する認否として、外形的事実については概ね認めつつ、「本件異議申立て棄却処分は、主治医の意見を全く無視し、また、主治医に意見を求めることなくなされたもので、違法である。」とする部分を否認する。

第2 事案の概要

1 経過

- (1) 請求人は、昭和63年2月13日、処分庁に対し、気管支ぜん息を認定疾病として、法第4条第1項の規定による認定を申請するとともに、法第25条第1項による障害補償費の支給を請求したところ、認定疾病を気管支ぜん息として法第4条第1項の規定による認定を受けたものの、障害補償費は不支給とされたが、その後の平成3年2月13日、処分庁に対し、障害補償費の請求を行った結果、障害の程度3級と認定され、以来、障害補償費の支給を受けてきた。
- (2) 請求人は、同19年1月16日、障害の程度1級への改定を求めるとして、処分庁に対して法28条第3項の規定による障害補償費の額の改定を請求した。
- (3) これに対し、処分庁は、主治医診断報告書、医学的検査結果報告書及び公害健康被害認定審査会（以下「認定審査会」という。）の答申等を検討した結果、障害の程度に変化はなく、なお3級相当と判断したとして、同年2月28日付けで、請求人による改定請求を棄却した（原処分）。
- (4) そこで、請求人は、主治医診断報告書によると、「ぜん息発作又はぜん息様発作」及び「管理区分」はいずれも1級相当であり、原処分は、主治医の意見を全く無視し、また、主治医に意見を求めることなくなされたもので、違法であるなどとして、同年4月24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、更に同年5月11日付け及び同月19日付け主治医意見書等を合わせて検討し、認定審査会の答申を踏まえて、やはり請求人の障害の程度は3級相当として、同年8月1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、同月 29 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、請求人の罹患している指定疾病である気管支ぜん息の障害の程度が処分庁の主張するとおり 3 級相当か、それともそれ以上のものに該当するかどうかである。

第3 争点に関する当事者の主張等

1 処分庁の主張の要旨

(1) 弁明の理由

ア 請求人に処方されているぜん息の長期管理薬は、吸入ステロイド薬、テオフィリン徐放製剤であり、抗アレルギー薬のロイコトリエン受容体拮抗薬及び長時間作用性 β 2 刺激薬のいずれも併用されていないことから、短時間作用性 β 2 刺激薬を頻繁に使用している請求人に対する処方としては不十分である。

イ また、長期管理薬の処方以外の点を考慮すると、請求人の症状については、ロイコトリエン受容体拮抗薬及び長時間作用性 β 2 刺激薬の併用を欠く点を考慮すると、チアノーゼや意識障害を伴うような重症の発作はなく、平成 18 年 2 月から同 19 年 1 月までの間において、受診に至るような発作の回数は、月に 2 日から 7 日であり、月平均は 4.7 日となっている。重症でない発作の回数が月平均 5 日未満である。

ウ 主治医診断報告書の管理区分は 1 級とされているが、請求人の診療の回数、状況をみると、平成 15 年度から同 18 年度までの通院日数はそれぞれ 51 日、54 日、59 日（同 18 年 4 月から同 19 年

1 月まで) となっており、この間、入院は全くない。このことから、管理区分 2 級に該当する基準である「常に治療を必要とし、かつ、時に入院を必要とすること。」に相当する障害の状態に常にあるとは認められない。

エ 医学的検査結果報告書によると、同 18 年 1 月 11 日及び同 19 年 1 月 31 日に検査した 1 秒率は、それぞれ 47.7%、58.5%、指数は、それぞれ 48.6、47.8 となっており、この 1 年間に特に悪化傾向は認められない。指数そのものはやや低値であるが、同報告書においては、両回とも肺活量と努力肺活量が同値であり、ぜん息のような閉塞性換気障害がある患者の結果として合致しない所見である。したがって、これらの数値は、障害の程度の判定においては参考にとどめるべきである。

オ よって、請求人に時に現在の治療では抑えきれない症状が現れることがあったとしても、治療内容の見直しにより十分に抑えることができ、点滴を必要とする発作等の症状は固定されたものと考えすることはできず、障害の程度 3 級と判断したものである。

カ 処分庁としては、提出された主治医診断報告書の管理区分は 1 級相当と記載されていることを了知した上で原処分を行っている。認定審査会に対しても、同報告書を提出してその意見を聴いている。また、異議申立てについては、改めて主治医に意見書の提出を依頼し、その内容を検討し、認定審査会に再び意見を聴いた上で処分を行っている。

したがって、請求人が主張するように、処分庁が主治医の意見を全く無視、主治医に意見を求めることなく処分を行ったという事実はない。

キ 以上のとおり、処分庁は、障害の程度を判断するに当たり、認定審査会の意見を聴くとともに、「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日付け環境省総合環境政策局環境保健部長通知）に定められている「障害度の評価基準についての全般的な考え方」に基づいて行っている。処分庁は、同処理基準に基づき、請求人の障害の程度は3級に相当すると判断したものであり、原処分には何ら違法、不当な点はなく、本件審査請求は棄却されるべきである。

（2）請求人の主張に対する反論

ア 後記2（1）アについて

処分庁の弁明（前記1（1）ア）の意味は、請求人の障害の程度の基準となる症状、検査所見及び管理区分については、今日の医学的水準に照らして治療内容等の見直しにより改善の可能性があるということであり、ガイドラインに記載されたとおりに治療をしなければならないという意味ではない。

イ 後記2（1）ア（オ）について

ガイドラインのステップは治療の段階を示したものであり、障害の程度の判定に当たっては、症状、検査所見並びに管理区分に基づいて総合的に判定することとされており、障害度の評価基準の中の1つの項目だけで判断するものではない。

ウ 後記2（1）イ（イ）について

「請求人は、夜間を始めとして毎日このような発作が起きる」については、知らない。

エ 後記2（1）ウについて

「請求人が入院をせずに済んでいるのは、症状が軽くなったからではなく、具合が悪そうなときは、すぐに病院に行って早めに治療を受けることができるようになったため」については、知らない。

病院のすぐ近くに住んでいたとしても、重症の発作時においては、持続点滴、酸素吸入等入院により行う治療が必要である。処分庁は、このような処置を要する発作が請求人になかったことをもって、管理区分に規定されている「時に入院を必要とすること」には該当しないと判断したものである。

オ 後記 2 (1) エ (イ) について

健常者では努力肺活量と肺活量がほぼ等しくなるが、長期にわたるぜん息のような閉塞性換気障害のある患者の場合には、気流制限のため努力肺活量が肺活量に比べ低値を示す。1 秒量は努力肺活量を測定した際に 1 秒間に吐き出せる息の量、1 秒率は 1 秒量を努力肺活量で除した値である。したがって、努力肺活量の数値に疑義があれば、同様に 1 秒量及び 1 秒率ともに参考値とせざるを得ない。

カ 後記 2 (1) オについて

処分庁は、主治医診断報告書、主治医意見書及びその他の医学的資料を検討し、請求人の障害の程度を総合的に判断したものである。

2 請求人の主張の要旨

(1) 弁明書に対する反論

ア 前記 1 (1) ア関係（長期管理薬の処方が不十分との弁明について）

(ア) もし、処分庁の同弁明の趣旨が、請求人の重症度がガイドラインにいう「ステップ 4：重症持続型」であることを前提とするならば、その前提そのものが誤りである。請求人の重症度は「ステップ 3：

中等症持続型」であり、それに見合う長期管理薬の処方として、ガイドラインにいうところの「いずれか1剤」としてテオフィリン徐放製剤が処方されているのである。

(イ) また、もし、処分庁の同弁明の趣旨が請求人の重症度が「ステップ3：中等症持続型」を前提にしながら、「短時間作用性 β 2刺激薬を頻繁に使用している」から「複数を併用」すべきとの趣旨であれば、これまた誤りである。「短時間作用性 β 2刺激薬頓用がほとんど毎日必要」というのは、「ステップ3：中等症持続型」の症状の一つにすぎないのであって、ことさら「複数を併用」しなければならない理由にはならないからである。

(ウ) 請求人の重症度が「ステップ3：中等症持続型」に相当する理由は、以下のとおりである。つまり、請求人の「喘息症状の特徴」は、「頻度」は「毎日」であり、「強度」及び「夜間症状」については、夜間の発作により「週1回以上睡眠が妨げられ」、また、日中の発作により家事、外出などの「日常生活」が「週1回以上妨げられる」。また、「短時間作用性 β 2刺激薬頓用がほとんど毎日必要」である。

なお、請求人の「喘息症状」は、薬の服用及び点滴により、日常生活が毎日制限されるとか、「治療下でもしばしば増悪」という状況ではないから、「ステップ4：重症持続型」には至っていない。

(エ) 以上のとおり、請求人の重症度はステップ3であり、それに見合う長期管理薬の処方がなされており、何ら不十分なものではない。むしろ、平成16年5月からは、吸入ステロイド薬であるフルタイ

ドディスカスの連用が、それまでの「中用量」（ $400\mu\text{g}/\text{日}$ ）から「高用量」（ $800\mu\text{g}/\text{日}$ ）に変更されており、吸入ステロイド薬の処方については、「ステップ4：重症持続型」と同等の処方がなされている。

（オ）「ステップ3：中等症持続型」は、法にいう障害の程度としては、2級に相当する。なぜなら、「ステップ3：中等症持続型」の「週1回以上日常生活や睡眠が妨げられ」、「短時間作用性 β 2刺激薬頓用がほとんど毎日必要」という症状は、法の2級の「軽症の発作が年間を通じて月平均5日以上ある」という症状に相当するからである。

イ 前記1（1）イ関係（軽症の発作が月平均5日未満であるとの弁明について）

（ア）同弁明によれば、処分庁は、受診に至らない発作は「重症でない発作」、すなわち「軽症の発作」にも当たらないとしていることになる。

（イ）しかし、「軽症の発作」とは、「重症発作に至らない程度の軽い発作」を意味し、受診に至らなくても短時間作用性 β 2刺激薬の頓用が必要となる発作は「軽症の発作」である。

請求人は、夜間を始めとして毎日このような発作が起きるのであり、少なくとも「軽症の発作が年間を通じて月平均5日以上ある」。

したがって、請求人の症状は、2級相当である。

ウ 前記1（1）ウ関係（入院がないとの弁明について）

ガイドラインにおいても、入院の有無によって「ステップ3：中等症持続型」であるか否かが左右されるものではない。

請求人が最後に入院したのは平成10年であり、その後の入院はないが、それは、家族に負担がかかる入院を避けるため、同12年に■■■■病院から徒歩2、3分の所にある現在のマンションに引っ越したからである。請求人が入院をせずに済んでいるのは、症状が軽くなったからではなく、具合が悪そうなときは、すぐに病院に行って早めに治療を受けることができるようになったため、入院に至らなくて済んでいることが多くなったからである。また、以前であれば入院するような状態であっても、家が近いため毎日通院して治療を受けることもできるため、入院しないで済んだこともあったからである。

したがって、入院がないことは2級であることを否定する理由とはならない。

エ 前記1（1）エ関係（肺機能検査結果に関する弁明について）

（ア）平成18年1月における1秒率、指数は、47.7%、48.6%であり、これ自体極めて低値であり、相当に強い閉塞性障害を示す数値となっている。請求人は、同19年にもほぼ同等の低い数値となっているのであり、問題は、このような状態にある患者が同年において悪化傾向があるかどうかではなく、3級という障害認定が相当であるかどうかという点にある。そもそも1級ないし2級相当の重症度である患者に対して、「この1年間に悪化傾向はない」として等級の改定を拒否して3級のままだに据え置くとするならば、これは正義に反することが明らかである。

（イ）1秒率からみた請求人の重症度

請求人の1秒率は、平成3年以降しばしば70%を下回るようになり、同10年以降は常時70%未満で推移している。そして、同

11年以降はしばしば50%台の数値となり、同17年以降は3回とも50%台ないし40%台となっている。このように1秒率の推移をみても、請求人が症状を増悪させてきたことを窺い知ることができる。

長期罹患した患者にみられる気道のリモデリングが生じると、気道狭窄が固定化して常にPEF値や1秒率が低値を示し、短時間作用性 β 2刺激薬やステロイド薬によっても十分に回復しないことがあるとされている。請求人については、昭和59年の発病以降罹患が長期に及ぶこと、1秒率の恒常的な低下がみられること、発作の頻度も増加していること、平成17年4月の調査票によれば、「少しの坂でも息切れあり」とされていることから、遅くとも同10年ころ気道のリモデリングにより、症状は難治化、重症化していることが窺われる。

なお、弁明書では、2回の検査で肺活量と努力肺活量が同値であることが閉塞性換気障害と合致しないとしている。しかし、一般には肺活量と努力肺活量は同値を示すものとされ、閉塞性換気障害の患者の場合は、努力肺活量測定中に末梢気道が早期に閉じることがあり、そのため努力肺活量が低値を示すことがあるとされているのであって、同値を示すことがないわけではない。また、肺活量は、1秒率などとは異なり、測定方法、測定時の被験者の努力等によって大きな影響を受けるものであり、この点を考慮して評価しなくてはならない。こうしてみると、1秒量、1秒率については一貫した傾向を示しているにもかかわらず、肺活量の測定結果のみをもって、この2回の検査結果を敢えて「参考値」として軽視すべき理由はな

い。

オ 前記 1 (1) カ関係 (主治医の意見の無視)

110号通知にいう「主治医の意見を求める」上で重要なのは、認定審査会的主治医診断報告書への疑問点を主治医に明確にして、主治医の意見を求めることである。

ところで、処分庁の疑問点は、「ロイコトリエン受容体拮抗薬及び長時間作用性 β 2刺激薬の併用を欠く点」(弁明書5(3))であった。この処分庁の弁明自体誤りであることは、前記アに記載したとおりである。

また、処分庁の平成19年3月5日付け主治医あて「情報提供」(弁明書資料6-2)では、処分庁の上記疑問点を明確に指摘していない。その点が曖昧であるため、同年5月19日付け主治医意見書(同4-20)は、「ステロイド剤が慎重になった理由」の説明であり、ロイコトリエン受容体拮抗薬及び長時間作用性 β 2刺激薬の併用を欠く点の説明を行っていない。しかるに、処分庁は、主治医に再度その点について意見を求めることはしていない。

以上のとおり、処分庁の主治医の意見を求める方法は全く不十分であり、手続的にも違法である。

カ まとめ

請求人のぜん息症状は、平成17年以降、主治医診断報告書で一貫して「悪化傾向」と判断されている。また、同年4月28日及び同年12月6日の公害健康被害者調査票でも、症状が「悪化した」となっている。

以上より、請求人のぜん息症状は2級相当である。

(2) 論点に対する主張（再反論）

ア 軽症の発作が年間を通じて月平均5日以上あること

(ア) 処分庁は、「平成18年2月から同19年1月までの間の受診に至る発作の回数が4.7日であり、重症でない発作の回数が月平均5日未満である」旨弁明するが、これは、「受診に至るような発作の回数」が月平均4.7日と言っているのみであり、政令に定める基準である「軽症の発作」のうちのごく一部にすぎない。ガイドラインからすると、受診に至らない「軽度の発作（小発作）」も「軽症の発作」であり、受診に至る発作のみを政令の基準たる「軽症の発作」とカウントする処分庁の判断は、明らかに誤ったものである。

(イ) 請求人の軽度の発作（小発作）の頻度については、診療録に「毎日発作」、「吸入で何とかおさまる」（平成18年4月20日）などと記載されていることから明らかであり、継続的にほぼ毎日発作が起きていたことを示している。診療録から読み取れる発作の回数は、実際の発作の回数のごく一部であろうと考えられるが、それでも軽症の発作が年間を通じて月平均5日以上あることは明らかであり、主治医が「軽症の発作が年間を通じて月平均10日以上ある」（1級相当）と診断しているのも、こうした請求人の症状に基づくものである。

続いて、改定請求前1年間（平成18年1月から同19年1月まで）の診療録から最低限明らかな発作の頻度を具体的記載をもとに検討してみると、13か月間で合計92日、月平均7日である。

よって、軽症の発作が年間を通じて月平均5日以上あったことは明らかである。

イ 時に入院を必要とする症状であったこと

(ア) 処分庁の弁明の理由の誤り

処分庁は、弁明書の「5 弁明の理由」(4)にある記載のとおり、単に請求人の入院実績のみで「時に入院を必要とする」との要件の該当性を判断しているが、誤りであり、管理区分における2級の要件は「入院を必要とする」ような症状の存否であって、「入院した」ことではない。

(イ) 再弁明書における理由の変更と誤り

次に、処分庁は、請求人の反論を受けて解釈を変更し、再弁明書の2(4)「反論書3(2)」においては、必ずしも入院実績ではなく、入院により行うべき治療(処置)の有無、ひいては入院により治療(処置)を行う必要のある重症発作の有無で判断することを明らかにしたが、このような事後的な主張が信用し得ないことは論を待たない上、法では、「重症の発作が年間を通じて月平均1日以上あるか、又は軽症の発作が年間を通じて月平均5日以上ある」場合、つまり、重症発作がなくとも、軽症発作が年間を通じて月平均5日以上あれば2級に相当するとしているのであるから、同主張もまた誤りである。

このことは、ガイドラインによる気管支ぜん息の入院適応(入院治療の対象とすべき状態)が必ずしも重症発作時に限られていないことから当然のことである。

(ウ) 請求人は、「時に入院を必要とする」症状であった。

請求人のSpO₂の数値からは、ほぼ1年を通じてガイドラインにいう92%~95%の中発作(中等度)を繰り返していたことが明

らかであること、請求人には大発作の既往があり、同10年までに計4回に及ぶ入院歴があること、例えば、平成18年6月にあつては、同月15日以降、横になったら発作が出る症状が1週間程度続き、毎日夜中に1～2回はステロイドの吸入が必要な症状にあり、同年10月にあつては、中2日の吸入やステロイド点滴の治療にもかかわらず、ほとんど1か月間発作が継続し、「治療に反応し難く発作累積状態となるもの」に該当していたことからすると、請求人の症状は入院治療の対象とすべき症状、つまり「時に入院を必要とする」症状にあったとしか考えられない。

処分庁が再弁明書で主張する変更後の判断方法、すなわち、「持続点滴、酸素吸入等入院により行う治療がないから重症発作はなかった、よって、時に入院を必要とする症状があるとは言えない」との判断方法に仮に従ったとしても、請求人は、平成18年6月及び同19年1月に酸素吸入を受けているのであるから、請求人には管理区分2級に必要とする治療及びそこから裏付けられる重症の発作があったと言える。

ウ 処方の不十分と認定等級

(ア) 処分庁の主張の変更

処分庁は、再弁明書において、弁明書の「処方として不十分」との主張の意味は「今日の医学的水準に照らして治療内容等の見直しにより改善の可能性があるということ」である旨述べ、従来の断定的な主張を変更しているが、そうすると、そのような「可能性」があることがどうして3級相当との判断の根拠となるのかとの重大な問題が突きつけられることになるし、事ここに及んでの主張の変遷

自体、本件処分の理由が不確かで脆弱なものであったことを示している。

(イ) 症状の改善可能性と等級認定

法は、被認定者の障害の程度に応じて障害補償費を支給することとし（第25条）、施行令では労働能力、あるいは日常生活に対する制限の程度に応じて等級を定めている（第9条、第10条）。したがって、患者に症状改善の可能性があるかどうかは、現に生じている公害被害者の損害を左右するものではなく、補償の内容・程度は、被認定者の現実の損害、換言すればその症状の程度によって決せられなくてはならない。

処分庁は、「管理区分の判断の根拠とするぜん息発作の日数については、ぜん息の治療が十分に行われていることが前提となります」（異議申立棄却決定）とか、請求人に対する長期管理薬の処方がガイドラインを考慮するなどして変更されたとの事実が見られないことをもって、主治医診断報告書の管理区分は総合的に判断されているとは認めがたいとしている（同上）が、このような見解はまったくの誤りである。

処分庁の主張は、主治医の処方の不十分によって被った患者の損害を患者自身に負担させるものであり、患者の権利を著しく侵害するものである。主治医の治療方法の改善によって症状が改善すれば、その段階で等級を見直せばよいのであって、改善の可能性があることをもって現実の症状の程度よりも軽い等級認定をすることは明らかに違法である。

請求人の実際の治療状況を前提にしても、治療の見直しによる改

善可能性を過大に評価してはならないことが明らかである。

3 口頭審理における主な質疑応答の要旨（一部意識を含む）

（略）

第4 判断

請求人の罹患している指定疾病である気管支ぜん息による障害の程度が従前どおり3級相当にとどまるか、それともそれ以上であるかどうかについて、請求人及び処分庁の双方の口頭審理における陳述及び提出資料に基づいて検討し、次のとおり判断する。

1 はじめに

気管支ぜん息による障害の程度については、その評価の方法を具体的に定める110号通知及び平成13年5月24日環保企第587号通知によると、症状及び検査所見と管理区分とが当該等級に該当するものでなければならず、管理区分は、主治医の意見を十分きいたうえで判断するとされ、具体的には、息切れ（呼吸困難）の程度、ぜん息発作又はぜん息様発作の頻度と程度、咳と痰の持続期間、咳の量及び痰切れの容易さ、心肺機能検査所見としての指数（1秒量／予測肺活量×100）、PaO₂及び心電図所見等の症状、検査所見並びに主治医の管理区分に基づいて総合的に判断するとされている。

そこで、以下、順次、症状、検査所見、管理区分について検討し、最終的には、それらを総合して、請求人に係る障害の程度が2級以上に該当するか、3級にとどまるかを判断することとする。

2 症状

症状については、以下、息切れ（呼吸困難）、ぜん息（ぜん息様）発作、咳及び痰の各要因ごとに検討することとする。

(1) 息切れ（呼吸困難）

主治医診断報告書によると、請求人は、同年齢の健康な人と同様に歩くことはできないが、自分の歩調なら平地で1キロメートル以上歩くことができる」とされており、これは、障害の程度2級に相当する。この点については、請求人及び処分庁ともに異論がない。

(2) ぜん息（ぜん息様）発作

重症の発作と軽症の発作の頻度が障害の程度の判定基準となる。110号通知によると、「重症の発作」とは、「著明な呼吸困難を伴い、起座呼吸となり、チアノーゼ、意識障害を伴う発作又は治療に反応しがたく発作累積状態となるものを指す」とされ、「軽症の発作」とは、「重症の発作に至らない程度の軽度の発作を指す」とされている。そして、3級は、「軽症の発作が年間を通じて月平均1日以上であること」とされ、2級は、「重症の発作が年間を通じて月平均1日以上であるか、又は軽症の発作が年間を通じて月平均5日以上であること」とされている。

請求人の場合、重症の発作が年間を通じて月平均1日以上あると言えないことについては争いがない。一方、軽症の発作については、処分庁は、平成18年2月から同19年1月の間の請求人の受診に至るような発作の回数は月に2日ないし7日であり、月平均4.7日であって、基準にいう月平均5日に満たないから3級相当であると主張している。請求人は、受診時にほとんどの場合副腎皮質ホルモン剤の点滴注射を受けており、その他の受診時でも少なくとも吸入治療は受けている。そのうち、時間外を含めた副腎皮質ホルモン剤点滴を行っている受診回数を発作回数に算入することについては、処分庁も同意している。

ところで、軽症の発作の回数を正確に数値的に検証することには困難

な面がある。処分庁が主張するようにこれを受診に至る発作に限定することは、基準として明白であるとは言えても、法的根拠を欠き、狭きに失するであろう。したがって、主治医の意見や診療録の記載、診療報酬明細書をも積算の根拠に加えて推認することが適当であると思われる。

そこで、こうした観点から診療録の記載等を見てみると、平成18年1月から同年12月までの1年間の時間外、休日、深夜受診を含む気管支ぜん息を病名とした受診回数は、月平均6.5日ある。ただ、このうち、ステロイド点滴注射を受けているのは53日であるから、月平均にすると4.4日であり、月平均5日に満たない。しかし、診療録の記載によると、同年の1月、4月、6月、7月、8月、9月、11月、12月には、「1日2回発作」（同年9月22日の記述）などの、受診日以外の日にも自宅で発作が起こっていることを示す記述が見られる。このような点滴受診日以外の日の発作を仮に最小限に見積もって各月に1回だけとしても、点滴受診日以外の日の自宅での発作が年間8回となり、これを上記点滴注射日の53日に加えると、発作日は年間61日となり、最小限に見積もっても、軽症の発作は月平均5.1日となる。特に、同年7月以降の半年間は、月平均5.5日もステロイド点滴を受けていることが認められる。したがって、請求人の軽症の発作回数は、請求人の主張するとおり、少なく見積もっても障害の程度2級に相当すると判断すべきであると思われる。

結局、請求人のぜん息発作については、主治医がその診断報告書で平成3年以来主張する障害の程度1級相当とまでは認められないものの、処分庁の主張する3級相当でもなく、2級相当と判定することが妥当である。

(3) 咳及び痰

平成17年の公害健康被害者調査票における請求人の記述によると、「日常的に咳や痰が出、量が多くて、特に痰の切れが悪く苦勞している」とされ、同19年1月27日の主治医診断報告書においても、「日常生活に支障がある程度、常に咳及び痰が出る」とされている。また、同18年11月の診療録上の主治医の記述に「痰の切れが悪いので吸入追加する」とか「痰がねばって切れない」などの記載が見られる。これらのことからすると、障害の程度2級に相当すると判断されるが、この点に関する評価で請求人と処分庁との間に食い違いはない。

3 検査所見

昭和49年8月31日付け環境庁告示第47号（以下「告示47号」という。）に定められた障害の程度の基準によると、心肺機能が2級では「指数が55以下であること」とされている。

この点に関し、処分庁は、1秒率と指数にはこの1年間で特に悪化傾向は認められないとし、指数そのものはやや低値であることを認めているものの、平成18年1月11日と同19年1月31日の肺活量と努力肺活量が同値であることから検査値の信頼性に疑念を投げかけ、これらの数値は障害の程度の判定においては参考に留めたとしている。

しかし、医学的検査結果報告書の数値を昭和63年から計時的に見てみると、同年以降、%VC、1秒率、指数は徐々に悪化しており、平成13年12月5日の測定結果では、%VCが51、1秒率が55%、指数が25と最低値となっている。ただ、同14年にフルタイド200ロタディスク（以下「フルタイド」という。）投与が開始され、さらに、同16年12月からは同年1月の倍量の112ブリスターが投与されるに伴って肺

機能は改善に転じ、同17年5月18日には、%VCが113.6、1秒率が57.2%、指数が59.3まで改善した。しかし、その後も同量のフルタイド吸入が継続されているにもかかわらず、1秒率が58.5%、指数が47.8となっている。仮に、処分庁が主張するとおり同18年1月11日と同19年1月31日の2回の肺機能検査結果に疑義があるとしても、指数は、同17年5月18日にフルタイドを112ブリスターに増量した時点での59.3を除き、同7年以降常に50以下の数値を示しており、上記2回の肺機能検査の指数の数値に限って肺活量と努力肺活量が同値であることを理由に参考値に留まるとすることは不適切である。

110号通知では、ぜん息（ぜん息様）発作の障害の評価に当たっては、「ぜん息（ぜん息様）発作のために副腎皮質ホルモン剤を使用中で、かつ、離脱できない場合には、副腎皮質ホルモン剤を使用していなければおこりうる状態についても考慮」することとされている。したがって、請求人の検査所見は、2級に相当すると判断するのが妥当であろう。

4 管理区分

請求人の管理区分の判断について、処分庁は、平成10年の入院を最後に入院実績がないこと、主治医診断報告書でいう症状は、病状に応じた適切な治療が行われていないことに由来するものであること等を理由に、3級相当であると主張していたが、同20年3月27日付け再弁明書や口頭審理においては、後者の主張については事実上撤回する（第3の3（14）参照）とともに、前者の入院実績の可否に関しても、47号告示における2級の管理区分にいう「時に入院を必要とする」とは、「入院に至る発作」あるいは「入院が必要なレベルの重い発作」がある状態をいうとし、請求人の場合はこれに該当しないと主張するに至った。

しかし、この処分庁の同告示にいう「時に入院を必要とする」点に関する主張は、同告示においては、ぜん息（ぜん息様）発作についての２級の症状所見として、「重症の発作」と並んで、「軽症の発作が年間を通じて月平均５日以上であること」をも規定していることと矛盾していると思われる。この点に関する請求人の反論（第３の２（２）イ参照）には理由がある。

ところで、１１０号通知によると、「管理区分は、主治医の意見を十分きいたうえで判断されたいこと」とされている。したがって、管理区分は、主治医の意見や治療状況等を総合して判断するほかないであろう。そこで、まず、主治医診断報告書を見てみると、そこでは、平成３年１２月１０日のもの以来同１９年１月２７日のものに至るまで、請求人の管理区分は１級相当とされている。確かに、請求人には同１１年以降入院歴はないが、同１２年にかかりつけの病院から２００メートル程度の住居に引っ越して、緊急時にはすぐに受診できる体制となっている。また、副腎皮質ホルモン剤であるフルタイドが１１２ブリスターにまで増量されているにもかかわらず、同１８年４月以降は毎月２～３回の頻度で時間外や休日、深夜の緊急受診をしている。こうしてみると、請求人の病状は、継続的な入院が必要な状況にあるとまでは言えず、４７号告示における管理区分１級にいう「入院が望ましい」にまでは該当しないので、主治医のいう１級相当とまでは言えないが、「常に治療を必要とし、かつ、時に入院を必要とする」状態、つまり２級相当であると考えるのが適切であろう。

５ 総合判断

以上のとおり、病歴や診療報酬明細書、調剤報酬明細書等に基づいて主治医の意見を検証したところ、請求人の病状が悪化しているとの判断は概

ね妥当であると評価できるが、それが主治医の述べるように障害の程度 1 級相当にまで悪化しているとまでは認められなかった。しかし、処分庁の主張する 3 級相当とすることもまた適当ではなく、前記 1 ～ 4 で詳述したとおり、息切れ（呼吸困難）、ぜん息（ぜん息様）発作、咳及び痰、心肺機能、管理区分のいずれにおいても障害の程度 2 級相当と判断された。

結局、総合判断としては、請求人の障害の程度は、本件請求時において、2 級相当と認められる。

6 結論

処分庁が行っ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 21 年 12 月 16 日

公害健康被害補償不服審査会

審査長 大 森 淳

審査員 加 藤 抱 一

審査員 町 田 和 子