

裁 決 書

審査請求人

愛知県名古屋市

処分を行った行政庁

名古屋市長

主 文

本件審査請求に係る名古屋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、名古屋市長（以下「処分庁」という）が、平成20年3月27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「公健法」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、請求人の父の死亡原因 について、「父、 の死亡の原因は、①ぜん息発作により『咳き上げ』類似状態になり、吐しゃ物が気管部分に入り誤嚥が生じ、その結果、誤嚥性肺炎

に罹患したものであり、あるいは②ぜん息に罹患し悪化していたために、気管支部分における誤嚥物の排出機能が正常ではなく排出できずに、肺炎に罹患したもので、明らかに認定疾病により死亡したものです。なお、詳しい主張については後に追加します」旨主張する。

これに対し処分庁は、「原処分は適法妥当なものであると考えられ、審査請求人の主張には理由がなく、したがって、行政不服審査法第40条第2項により審査請求は棄却されるべきものである。」とする。

第2 事案の概要

1 経過

(1) 請求人の父、■■■■■（以下「被認定者」という）は、57歳時の昭和48年2月5日付けで、公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法（以下「旧法」という）第3条第1項の規定により、名古屋市長に対し、慢性気管支炎及び気管支ぜん息の認定申請を行い、気管支ぜん息の認定を受けた。同49年9月1日の公健法の施行に伴い、旧法における被認定者の気管支ぜん息が公健法の認定疾病とされ、障害補償費の支給に係る障害の程度は2級と決定された。その障害の程度については毎年の見直し診査により、同50年に3級、同51年から同59年までは2級、同60年から平成3年までは1級、その後は2級が維持された。

(2) 被認定者は、平成19年7月■■■■■、91歳で死亡した。同日付の死亡診断書は、■■■■■病院（以下「■■■■■病院」という）の■■■■■医師（以下「■■■■■医師」という）によるもので、直接死因は「誤嚥性肺炎」、その発病（発症）から死亡までの期間として、「約50日」と記載されている。

請求人は、被認定者の死亡に伴い、同月30日付けで、その死因は認

定疾病に起因したものであるとして、公健法第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。なお、被認定者の妻の■■■■も同日付け、同趣旨で、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ている。これについては、別途、裁決を行う。

(3) これに対し処分庁は、名古屋市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、「被認定者は誤嚥性肺炎により死亡したと考えられ、認定疾病に起因して死亡したものと考えられないとされたことから、葬祭料が支給される場合には該当しないと結論になりました。」との処分理由を添付し、同20年3月27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、同年4月7日付けで、処分庁に異議申立てを行った。請求人側は、異議申立ての理由として、「不支給の理由として述べられていることに納得ができない。父の死は明らかに公害病が原因であると考えています。再度の審査を求めます」と記載している。

(5) 処分庁は、同21年2月23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3月25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、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。

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

本件事案において、被認定者の直接死因が、少なくとも、経鼻胃管を挿入し経管栄養の注入後における誤嚥性肺炎の発症（下線は当審査会による）ということについては、口頭審理でも明らかなように、処分庁側及び請求人側に争いはない。当審査会としても、死亡診断書及び認定死亡患者主治医診断報告書において、直接死因が「誤嚥性肺炎」と記載されていること、さらに提出された入院診療録である「全診療録」等の記載からも、上記の経過（下線部分）が医学的事実であると判断する。したがって、本件の焦点は、この最終段階、すなわち被認定者が亡くなる直接死因の誤嚥性肺炎発症に、認定疾病の気管支ぜん息が関与していたのか、関与があったとすればどの程度なのか、あるいは全く関与が認められないのか、ということに帰着しよう。

口頭審理において、処分庁側は、「やはりぜん息もあったということはもちろん認められますけれども、死亡原因に、ぜん息による誤嚥ということとはちょっと認められない。その誤嚥性肺炎のものはぜん息ではない」と主張し、一方、請求人側は、「誤嚥性肺炎を惹起する、ぜん息状態の悪化の継続という背景的要因があった」と反論した。

こうした口頭審理における当事者双方の主張及び提出された全医学的資料を検討したうえで、当審査会は、以下のように判断する。

1 直接死因（経鼻胃管による経管栄養注入後に誤嚥性肺炎を発症）と気管支ぜん息（認定疾病）の関係について

全診療録によると、被認定者に対し、平成19年7月■■■■に経鼻胃管が挿入され、翌日の同月■■■■午後1時に1回目の経管栄養注入が行われ、こ

の場合は問題なく経過した。しかし、今回の入院中一度も嘔吐したことが認められない被認定者だが、同日午後6時30分ごろの2回目の注入時には、なぜか嘔吐を来たし、12時間後の同月■■■午前6時ごろ、呼吸停止し、まもなく死亡した。

この経過から処分庁は、口頭審理において、「2回目の注入後に、明らかな誤嚥を来し容体が急変したことから、誤嚥性肺炎で死亡したと考えるのが至当である。胃管を挿入して経腸栄養を行った時に誤嚥したことが急変のきっかけと思われ、胃管の挿入そのものの問題ではない」（口頭審理速記録6、7ページ）とし、処分庁側の■■■補佐人も、「やはり、ぜん息もあったということはもちろん認められますけれども、死亡原因に、ぜん息による誤嚥ということはちょっと認められない」（同51ページ）と陳述した。

これに対して請求人側は口頭審理において、①すでにぜん息症状が悪化していて、いわゆる咳き上げ類似状況になり、胃からの吐しゃ物が気管部分に入って誤嚥が生じた②ぜん息症状が悪化していたため、気管支部分における誤嚥物の排出機能が正常ではなく、排出できずに肺炎に罹患した③ぜん息で常時伏せっている状態に立ち至り、全身的な体力や機能の低下により、嚥下能力が低下していたことで誤嚥が生じた一の3点を主張した。以下、請求人側の3点の主張について検討、判断する。

①の主張の根拠として、請求人側の■■■補佐人は、「2回目の注入した後から状態が悪化したというが、夜中の12時（当審査会の注：7月■■■午前零時、2回目の注入から約5時間半後）ぐらいになるまでは、唾液様の物が引けたと（全診療録に）書いてある。胃に注入した物がすぐに口から引かれていないことから考えると、胃の内容物が引けるようになる前す

でに（ぜん息症状が）どんどん悪くなっていた」（同 26、27 ページ）と陳述した。

こうした主張の根拠として、請求人側は、提出した反論書において、死亡直前の 7 月 ■■■ の全診療録の記載に、「19 時 30 分 GFO 注入後より咽頭ゴロ音出現して唾液様のもの口角から流涎あると報告あり。一時的に SpO₂ 低下（吸痰で回復）」、「23 時 30 分 喘鳴著明で呼吸も荒い。咽頭ゴロ音強く聞かれる 肺雑あり。喘息様喘鳴」と記され、翌 ■■■ の記載には、「0 時 吸引で胃液ような吐物が引ける 指示でマーゲンチューブ抜去で観察する」とあることを挙げている。要約すれば、2 回目の注入後、胃の内容物が引けるようになる前すでに、喘鳴が著明となり、ぜん息様喘鳴が現れるなどぜん息症状が悪化しており、咳き上げ類似状態になっていたとの主張である。

だ、反論書では、GFO 注入時（7 月 ■■■ 18 時 30 分）に起きたとされる「嘔吐」については、詳しく触れてはいない。また、同日の看護カルテ—管理番号 3 には、「p) 前吸引なしで GFO 150ML で溶解し注入する」との記載も認められる。

いずれにしても、反論書に記載された上記の「喘鳴著明」、「肺雑」、「咽頭のゴロ音」等の症状は、ぜん息に特有のものということはず、また、「咳き上げ類似状態」を示す記載も、その医学的証拠もみいだすことができない。さらに、②の「ぜん息症状が悪化により、誤嚥物の排出機能が不正常であった」との主張を支持する具体的な医学的証拠も見当たらない。③については、こうした一般的な推定は可能ではあるが、そのためには、提出された全医学的資料の詳細な検討を行い、直接死因との関連で、それを一定の具体的可能性をもって示すだけの論拠が必要であろう。この

点についての請求人側の主張は、一般的推定にとどまるといわざるを得ない。

一方、死亡診断書には、直接死因は誤嚥性肺炎と記載され、その発病（発症）から死亡までの期間として、「約50日」と記されており、全診療録にも、医師が誤嚥性肺炎を疑い、加療も行った記載がある。

しかし、口頭審理において、処分庁側、請求人側及び当審査会の三者で行った放射線画像の読影の結果、明らかな肺炎像は認められなかった。また、請求人側（ 補佐人）も、「入院時に誤嚥性肺炎を起こして、それからずっとそれが続いていて、最後に亡くなったという経過じゃないと思う」（同24, 25ページ）と述べ、処分庁側（ 補佐人）も、「入院時からどんどん悪くなって、それで亡くなったとは私たちも認識しておりません」（同25ページ）と陳述している。当審査会としても、最終段階の直接死因としての誤嚥性肺炎を除く、入院中の誤嚥性肺炎については、その疑いをもって主治医が治療したにとどまると判断する。すなわち、認定疾病の気管支ぜん息の続発症としての「誤嚥性肺炎」は認められない。

以上から、被認定者は、胃管による2回目の経管栄養注入後、明らかな誤嚥を来たし誤嚥性肺炎により死亡したこと、すなわち、直接死因が「誤嚥性肺炎」と判定することには、論理的には矛盾はないと判断する。

2 経鼻胃管挿入による経管栄養注入に至った原因について

上述のように、被認定者の直接死因は、経鼻胃管挿入による経管栄養の注入後に起きた誤嚥性肺炎と判断でき、これに対する、認定疾病の気管支ぜん息そのものの関与を、直接的かつ具体的に示す医学的証拠は認められない。

この最終段階の一連の経過において明らかなことは、経鼻胃管を挿入し

経管栄養を注入したという事実が、直接死因の誤嚥性肺炎を惹起したということである。したがって、胃管挿入による経管栄養注入に至らざるを得なかった被認定者の病状とは何であったか、そして、その病状に至る原因として、認定疾病（気管支ぜん息）及びそれに対する治療の関与が認められるかどうか—この点に関する検討及び考察こそが、本件事案における起因性の有無を判断するかぎとなる（下線は当審査会による）。

起因性をゼロとした原処分の前に行われた認定審査会の予備審査では、「被認定者は誤嚥性肺炎及び心不全や低栄養等による全身状態の悪化で死亡したとも考えられる（後略）」とし、「死亡起因率（案）50%」と記している。これが、認定審査会の本審査において、「結論『死亡起因率0%』」、「理由：被認定者は、誤嚥性肺炎で死亡したと考えられる。」と最終判定されている。

当審査会は口頭審理において、処分庁側に対し、「予備審査結果においては、『誤嚥性肺炎及び心不全や低栄養等による全身状態の悪化で死亡したとも考えられる』と記されています。亡くなる直前まで、肺炎像はないということになってきますと、結局、低栄養、あるいはADL低下という、そういう（全身状態の悪化という）形の状態が起き、だから胃管を挿入したということ、胃管を入れた過程のなかで、決定的な誤嚥性肺炎が起きたということになりますね。この一連の流れのなかで、低栄養、その状況に至った原因こそが、起因死亡が何だったかを考えるべきものではなかったか、こう伺いたいんです」（同54ページ）と質問した。

これに対し、処分庁側の■■■■補佐人は、「おっしゃるとおりだと思います。ただ、直接死因としては、やはり明らかになっているのは嘔吐して、それが誤嚥されて亡くなったということで、誤嚥性肺炎の直接死因という意

味では正しいと思います」(同54～55ページ)と答えた。

そこで当審査会が、「低栄養化はそれ以前からの状況で、そのなかに心不全の兆候もあった。長年のぜん息というものの重みもある。低栄養に至る原因のなかに今、申し上げたようなことは全然ゼロと言い切れるのでしょうか」と問うと、■■■■補佐人は、「完全にゼロでないという証拠はなかなか難しいかもしれませんが、ほとんどゼロに近いとは言えると思いますね」(同55ページ)と答え、「ぜん息が悪くなったというふうに考える以上に、もっと積極的に考えるべき全身状態に影響したような状況があるということが言える。ただ、それを、じゃ、どういう病気かという、そこを詳しく追求するには、そういう立場にありませんし、ぜん息にはどうも起因はしていないということは確かに言えるだろうということでございます」(同29、55、56ページ)と、主張した。

以上の口頭審理の質疑で重要なことは、経鼻胃管を挿入し経管栄養を注入することになった原因、すなわち、低栄養化等に至った原因について、処分庁側は、「それを、じゃ、どういう病気かという、そこを詳しく追求するには、そういう立場にありません」と答えたことである。要するに、認定審査会が直接死因は誤嚥性肺炎だと判定した後、「もっと積極的に考えるべき全身状態に影響したような状況がある」(■■■■補佐人)とは認めながら、それを詳しく検討する立場にはないとして、それ以上の審査を打ち切り、認定疾病の関与は全くない、すなわち起因性はゼロと判定したということである。これについては、本裁決の最後に触れることとする。

3 経管栄養注入の原因となった低栄養化及び心不全等について

- (1) 全診療録に記載された被認定者の入院から死亡までの主な病状及びその治療の経過

全診療録によると、被認定者は、平成19年5月■■■■ころから、食欲低下、咽頭痛、喘鳴等を訴え、同月■■■■、■■■■病院に緊急入院し、同年7月■■■■死亡した。以下は、全診療録の記載から抜粋した経過、すなわち、被認定者の病状、投薬等を含めた治療処置及びその結果を要約したもの（以下「病状・治療経過表」という）である。なお、下線は当審査会による。

<日付け>	<病状>	<治療処置・結果>
平成19年		
5月■■■■	<ul style="list-style-type: none"> ・食欲低下、頭部CT「明らかな血腫、 脳梗塞の出現なし」、歩行不能、発熱（夜38.6℃） ・腹痛（－）、腸蠕動良、SpO2 98%（RA） ・<u>ミオグロビン精密測定：318ng/ml（H）（基準値0～70）</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・抗生剤投与 ・経口食＋輸液 ・<u>Alb 3.2</u> ・Na 139 ・K 3.5 ・Cl 101
5月■■■■	<ul style="list-style-type: none"> ・肺雑音（－）、<u>朝食10割</u> 36.9℃、 ・SpO2 97%（RA） 	<ul style="list-style-type: none"> ・胸部CT ・両側胸水 ・<u>「投薬（指示日：5月■■■■）」</u> <u>①テオドール（100）2錠</u>

②メプチン (50) 2錠

2×1 朝 (食後) 寝る前

————— (臨時) (5日)」

5月 ■ ■ ■ ・ 痙攣 (+)、意識障害 (-)、

・ 朝昼夕食10割摂取

・ SpO2 97% (RA)、 ・ 痙攣時セルシンの指示

5月 ■ ■ ■ ・ 37.4℃、SpO2 96% (RA)

・ 肺雑音 (-)、喘鳴 (-)

・ 頭部CT「明らかな脳梗塞単なし」

5月 ■ ■ ■

・ 「投薬 (指示日5月 ■ ■ ■)

テオドール錠100mg 2錠

メプチン錠 (50 μg) 2錠

2×1 朝 (食後) 寝る前

————— (7日)」

5月 ■ ■ ■ ・ 喘鳴 (-)

・ WBC3100、

・ 左上肢の痙攣あり。傾眠傾向。

BC278万、CRP4.3、

Na143、K3.5、

Cl 108

5月 ■ ■ ■ ・ 不随意運動、SpO2 93% (RA)

5月 ■ ■ ■ ・ 「テオドール/メプチンで振戦あり。 ・ 胸部CT ・ 胸水 ↑

薬剤性? ご家族に、以前にも同様の

症状なかったか、訊く必要あり」

食事は10-5割摂取。

- ・「薬剤管理指導記録 服薬管理方法

テオドール

テオドール錠【100mg】2錠/2×1 朝（食後）

寝る前 5/■■■■～一旦中止中。5月■■■■ 7:00

熱発・脱水により、テオフィリンの血中濃度が

上昇し、痙攣を誘発する場合があります、このよう

な場合の内服に注意が必要！！使用するのであ

れば定期的な血中濃度測定も必要！ 継続フォロー」

「（テオドール/メプチン）内服中止へ」

- 5月■■■■ ・排ガス多量（+）、肺雑音（-）、
「左半身不随麻痺あり屈曲はあるが、
伸展時に苦痛訴える 頭からきているのか？」
(看護カルテ)

- 5月■■■■ ・喘鳴（+）、wheeze（+）SpO2 98%（RA）
「喘息発作」の異常時指示で、
サクシゾン注100mg（ステロイド）
発語不明瞭

- 6月■■■■ ・喘鳴（+）、連続性ラ音（+）
「喘鳴を認めることあり。要注意。但し、 ・メプチン50の
心不全既往、胸水所見も併せ考えると、 内服中止、メプ
心臓性の症状の可能性もあり。バイタル チン吸入へ変更
は、まだしっかりしているので、 ・「吸入（5月■■■■指示）
利尿剤も一手か」 二重水2.0+メプチン0.3」

・ WBC 2200

RBC 300万

Na 130

K 4.4

CRP 0.8

6月 ■■■ ■ ・応答不明瞭、喘鳴（+）

四肢末梢の浮腫認める。

・ CVカテ挿入→IVH ・泥状便（++）

・ ラシックスiv 2A/D開始（6月■■■まで）

・ 処置・吸入 二重水2.0+メプチン0.3

・ 吸入 二重水2.0+メプチン0.3

6月 ■■■ ■ ・処置・吸入 二重水2.0+メプチン0.3

・ 吸入 二重水2.0+メプチン0.3

6月 ■■■ ■ ・イレウスによる膨満感・腹痛は

治まってきたが、意識レベルが不良

なので食事摂取は難しい。

・ 処置・吸入 二重水2.0+メプチン0.3

・ 吸入 二重水2.0+メプチン0.3

・ 水様便（+）

WBC 1800

RBC 300万

BUN 19

Crn 0.6

Na 135

K 3.8

- 6月 ■■■ ■ ・緑色水様便多量にあり、呼吸苦
軽減しているよう。 ・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
- 6月 ■■■ ■ ・処置・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
- 6月 ■■■ ■ ・医師による言語聴覚士への、
嚥下機能評価とリハビリの依頼
(依頼の補足として、医師が「サブ
イレウスによる絶食後、意識レベル低下」と記載)
- 6月 ■■■ ■ ・緑色水様便多量にあり。 ・処置・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
- 6月 ■■■ ■ ・言語聴覚士に対し、「ご飯でむせること」(一)、
「咳き込むこと」(一)。会話は時々不明瞭
・処置・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
・臨床検査 Na142、K2.8、BUN16
- 6月 ■■■ ■ ・ラシックス投与止め。吸引で黄色痰(+++)、
SpO2 96% (RA)、37.6℃
・処置・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
- 6月 ■■■ ■ ・見当識はやや怪しい

- 6月 ■■■■■ ・ 処置・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
- 6月 ■■■■■ ・ 処置・吸入 二重水2.0+メプチン0.3
- 6月 ■■■■■ 胃瘻造設を勧めざるを得ず ・ 臨床検査 Na 126、K4.9、BUN11
- 6月 ■■■■■ ・ 夜間発声でアタラックスP25mg iv
- 7月 ■■■■■ ・ SpO2 97% (RA) 、 37.5℃
- 7月 ■■■■■ ・ 経鼻胃管挿入→自己抜去→再挿入→XPで確認
- 7月 ■■■■■ ・ 2回目の経管栄養注入時に嘔吐→SpO2 87% (RA) 、
38℃→胃液様の物を吸引。
WBC 3200、RBC 263万、Crn 0.5、Na 123、 K 5.0、Cl 93、
CRP 0.5、Alb 2.4
- 7月 ■■■■■ ・ 心肺停止 死亡。

(2) 低栄養化等が生じた原因は何か

経鼻胃管による経管栄養注入が行われたのは、食物の経口による摂取が不良となったため、栄養補給の必要に迫られた結果といえる。これについては自明というべきであろう。

全診療録から抜粋した病状・治療経過表によると、入院直後の5月 ■■■■■には「朝食10割」、同月 ■■■■■には「朝昼夕食10割摂取」、同月 ■■■■■には、「食事は10—5割摂取」と記載されており、この頃までは経口摂取は可能であったと思われる。

しかし、同月 ■■■■■に、亜イレウスと診断され、「絶食・水分少量可」の指示があり、その後、絶食・補液で対応したが、これが、食物の経口摂取が遠のく契機となったと推定される。その後、6月 ■■■■■にCVカテが挿入され、中心静脈栄養 (IVH) が始まっている。そして、同月

■には、「イレウスによる膨満感・腹痛は治まってきたが、意識レベルが不良なので食事摂取は難しい」との記載があり、主治医の■医師ら病院側が、被認定者の「意識レベルの低下」に神経を尖らせていたことが窺える。

留意すべきは、上記の期間中、痙攣、不随意運動、振戦（手足の震え）、夜間発声など意識レベル低下、すなわち精神神経症状を示す記載が急に増えていることである。なお、5月■の「痙攣（あるいは不随意運動）」との記載によれば、この病院の診療録では、痙攣＝不随意運動と考えていたことが窺える。

病状・治療経過表によれば、例えば、5月■には「意識障害（一）、朝昼夕食10割摂取」とあるが、すでに、この時点から「痙攣（+）」が現れ、同月■に「不随意運動」、同月■に「振戦あり」、同月■に「朝から意識レベル低下あり」、同月■に「左半身麻痺あり」、同月■に「発語不明瞭」、6月■に「応答不明瞭」、同月■には、担当医師が「亜イレウスによる絶食後、意識レベル低下」と認識していたことを示す記載がある。さらに、同月■に「夜間発声でアタラックスP25mg iv」等と記載されている。

本件の起因性の有無を判定するうえで、一連の経過で重要なのは、「振戦・痙攣・不随意運動・発語不明瞭、意識レベル低下」等の示す、いわゆる精神神経症状に、認定疾病の気管支ぜん息の治療薬がどう影響したかである。この精神神経症状の継続は、食物の経口摂取を妨げ、全身状態の低下に直結する要因となるものである。

病状・治療経過表によれば、「振戦あり」と記載された5月■の診療録には、「テオドール／メプチンで振戦あり。薬剤性？」とあり、

その後、「神経内科 ■■■ Dr. コンサルするも、テオドール/メプチンの影響ではないか」と記されている。そして、5月■■■に「朝から意識レベル低下あり、頭部CTで再検するも著変なし」と記され、翌■■■の診療録には、「熱発・脱水により、テオフィリン（注：テオドールの主成分）の血中濃度が上昇し、痙攣を誘発する場合があります、このような場合の内服には注意が必要！！使用するのであれば定期的な血中濃度測定も必要！」と記載されている。同日には、テオドール錠の投与について、「5/■■■～一旦中止中」との記載もある。

(3) ぜん息治療薬の複合的な副作用について

気管支ぜん息や慢性気管支炎等の治療薬であるテオドールやメプチンは気管支を拡張して呼吸を楽にする作用があるが、これらの治療薬について、製薬会社は、以下の使用上の注意及び副作用を公表している。

まず、テオドール錠100mg及び200mgについては、うっ血性心不全の患者や高齢者には慎重な投与が必要であるとしたうえで、重大な副作用として、「痙攣、意識障害：痙攣又はせん妄、昏睡等の意識障害があらわれることがある」、「急性脳症：痙攣、意識障害に引き続き急性脳症に至ることがある」と記載されている。とくに高齢者への投与について、上記の副作用の発現に注意し、「慎重に投与すること（高齢者では、非高齢者に比べテオフィリン最高血中濃度の上昇及びAUCの増加が認められたとの報告がある）」（下線は当審査会による）としている。

メプチン錠50 μ gについては、他の治療薬との併用注意として、テオフィリン等キサンチン誘導体を挙げ、「低カリウム血症、心・血管症状（頻脈、不整脈等）の β 刺激剤の副作用症状を増強させることがある」との注意喚起を記載している。また、高齢者への投与や過量投与の注意

を払うよう求めている。

メプチンエア-10 μ gについては、他の薬との併用注意として、「ステロイド剤及び利尿剤は尿細管でのカリウム排泄促進作用があるため、血清カリウム値の低下を増強することが考えられる」とし、とくに重症のぜん息患者に併用する場合、「血清カリウム値の低下作用は、キサラン誘導体、ステロイド剤及び利尿剤の併用により増強することがある」（下線は当審査会による）と、注意を喚起している。

言うまでもなく被認定者は入院時90歳の高齢で、昭和49年の公健法施行と同時に気管支ぜん息が認定疾病とされた、障害の程度1～2級の重度のぜん息患者であった。すなわち、被認定者は、製薬会社が、上記のぜん息治療薬の使用について、慎重な投与が求められるとし高度の注意を求める、まさしく、その対象者であったといえる。

被認定者は入院前にも、上記のぜん息治療薬を常用していたことが認められる。しかも入院時において、ミオグロビンが318ng/ml（基準値0～70）と高く、ADLの低下と併せ、横紋筋融解等による筋力の低下や腎機能低下が懸念される状況も認められる。それに加えて、病状・治療経過表の入院期間中は、テオドールについては5月■■■■に「テオドール100 2錠」を5日分（臨時）、同月■■■■には「テオドール100 2T 2X」を7日分、さらに同月■■■■には同じく、「テオドール100 2T 2X」を7日分処方されている。

メプチンについては、上記5月■■■■、同月■■■■、同月■■■■に、テオドールと併せ、「メプチン錠（50 μ g）2錠 2×1 朝（食後）寝る前」を、それぞれ、5日分（臨時）、7日分、7日分を処方されている。さらに、メプチンについては、6月■■■■の全診療録の記載に、「吸

入 二重水2.0+メプチン0.3」とあり、メプチンの投薬の処方が錠剤から吸入薬に変わったことが窺える。

この吸入薬のメプチン処方、その後、同月■■■■（2回）、同月■■■■（2回）、同月■■■■（2回）、同月■■■■（1回）、同月■■■■（2回）、同月■■■■（2回）、同月■■■■（2回）、同月■■■■（2回）、同月■■■■（1回）、そして最後の同月■■■■（1回）に及んでいる。しかしながら、全診療録からは、テオドール及びメプチンの投薬の状況は、処方の記載であり、それらを実際に投与したことを示す記載はされていない。

以上詳述したように、上記の入院期間中に、ぜん息の治療薬であるテオドール及びメプチン等の投与が、振戦・痙攣・不随意運動・発語不明瞭、意識レベル低下等の精神神経症状を招来し、食物の経口摂取が不能となる状態、すなわち低栄養化に至った原因の一部となった可能性が考えられる。

しかも、次に述べるように、これらのぜん息の治療薬の副作用を高める要因が、同時並行して存在していたのである。

（4）被認定者の心不全及び意識レベル低下について

口頭審理において、処分庁側、請求人側及び当審査会の三者により、被認定者の入院中の放射線画像の読影が行われた。

平成19年5月■■■■撮影の胸部CT画像及び同年7月■■■■撮影の胸部X線画像について、処分庁側は、「両側に胸水が認められます。心臓の拡大もございますので、心不全が中心、心不全を併発していると思います」（同36、37ページ）と述べ、請求人側（■■■■補佐人）は、「胸水の貯留に関しては、心臓によるものと、腎臓によるもの、先ほど

腎機能は良かったということですが、あとはやっぱり食事が取れないというような低栄養でも、貯まってくる可能性があります」（同38ページ）と、読影した。当審査会は、これらの画像から両側胸水及び心拡大は認めた。入院先の■■■■病院でも、心不全の進展を警戒していたことが、全診療録から窺える。

同病院の同年6月■■■■の診療録には、「心不全既往、胸水所見も併せ考えると、心臓性の症状の可能性もあり。バイタルはまだしっかりしているので、利尿剤も一手か」との記載がある。病院側は、心不全による心臓の負担を軽減するため、同月■■■■から利尿剤「ラシックスiv2A/D」を開始し、これを同月■■■■まで続行した。

この利尿剤投与に加えて、病状・治療経過表によれば、「水様便（+）」（同月■■■■）、「緑色の水様便多量にあり、呼吸苦軽減しているよう」（同月■■■■）、「緑色の水様便多量にあり」（同月■■■■）など大量の下痢が続いており、脱水状態が進行したことが十分推測される。この段階での脱水状態が、さらに食物の経口摂取を不能にし、ADLの低下を招来する大きな要因となったことも容易に認め得る。

この脱水状態のさなかの同月■■■■の臨床検査で、カリウム値2.8を検出し、低カリウム血症が認められる。このためか、翌■■■■に、利尿剤ラシックスの投与を中止している。メプチンエアー（10 μ g）の使用についての製薬会社の使用上の注意書きでは、「利尿剤の併用により血清カリウム値の低下作用を増強することがある」とし、とくに重症のぜん息患者への投与に注意を喚起しているところだが、この時期、すなわち、同月■■■■以降同■■■■までほぼ連日、メプチンエアーが投与されている。その投与は、同月■■■■、■■■■も実施されている。また、同月

■■■■の臨床検査では、ナトリウム値 (Na) 126であり、低ナトリウム血症が認められる。

いずれにしても、この脱水状態及び電解質異常等が同時に、痙攣・不随意運動・夜間発声、意識レベル等の精神神経症状を促進させた可能性は少なからずあり、それがさらなる低栄養化やADL低下を招いたこと、すなわち、心不全、脱水状態、低栄養化、意識レベル低下等が複合かつ連鎖的に増悪し、精神神経症状及び低栄養化等の全身状態の悪化に直結していったという推定は、医学的に合理的な可能性を有するというべきである。

留意すべきは、全身状態の悪化という増悪のスパイラルのなかで、「意識レベルの低下」は、いわばその引き金というべき位置を占めることである。

この意識レベルの低下を促進した可能性のある、ぜん息治療薬の投与は、低栄養化及び全身状態の悪化に少なからず関与した可能性がある。要するに、この低栄養化状態等が存在したからこそ、胃管挿入による経管栄養注入を余儀なくされたわけであり、そこで起きた誤嚥性肺炎（直接死因）に、ぜん息の治療の関与（起因性）を推定することには、医学的に合理性があるというだけでなく、製薬会社が、その治療薬の使用に高度の注意を喚起する、被認定者の高齢かつ30年余の長年の重度のぜん息患者であることを考慮すれば、「起因性」は推認できるというべきである。

さらに、「意識レベル低下」については、審査するうえで、重要な考慮すべき医学的問題がある。

口頭審理において、以下の質疑があった（同54ページ）。

審査庁

脳障害というか頭の関係が、いわゆる誤嚥性肺炎に関連してくる一つの要因であることは間違いございませんね。

処分庁側（ 補佐人）

それは大いにあると思います。非常に大きな原因。

審査庁

それは余り検討されなかったということですか。

処分庁側（ 補佐人）

そうですね。材料として、情報として上がってきていないという
こと。

脳障害の一つの症状である意識レベル低下は、処分庁側が「誤嚥性肺炎の非常に大きな原因」と認めるものである。上述のように、最終段階において、意識レベル低下が明瞭に認められたところであり、これが、直接死因としての誤嚥性肺炎にも関与したとみることは、医学的に合理的といえる。したがって、意識レベル低下の原因ともなり得る、ぜん息治療薬の投与が直接死因の誤嚥性肺炎にも関与したか否かを、少なくとも、認定審査会は検討すべきであったということである。

これは、本件においては、一般的な推定ではなく医学上当然というべきものであり、その可能性についての検討及び審査は、起因性の有無を審査するうえで、不可欠のものであったといえる。認定審査会は結局、こうした尽くされるべき審査を行わず、「直接死因が誤嚥性肺炎」ということから、「起因性はまったくない」との結論を直ちに導き、審査を打ち切ったといえる。

4 本件事案の総括的結論

当審査会は既述のように、本件の直接死因は、経鼻胃管を挿入し経管栄養注入後における誤嚥性肺炎の発症であると判断する。この医学的事実については、処分庁側及び請求人側双方にも異論はない。

処分庁は、「ぜん息もあったということはもちろん認めますが、ぜん息による誤嚥ではない」として、直接死因に認定疾病の関与は全くないと判定したが、当審査会は、胃管挿入による経管栄養注入に至らざるを得なかった被認定者の病状の原因、すなわち、食物の経口摂取が困難となり全身状態の悪化を招いた病状に、認定疾病（気管支ぜん息）及びそれに対する治療の関与が認められるかどうかを、全診療録等や口頭審理の質疑から詳細に検討した。

こうした病状の検討について、処分庁側は口頭審理で、「じゃ、どういう病気かという、そこを詳しく追求するには、そういう立場にはありません」と陳述しており、認定審査会において、具体的な検討対象とはされなかったことが認められる。要するに、「ぜん息による誤嚥ではない」と認定審査会が判定した後、審査がそこで終わったということである。

当審査会は、被認定者の全診療録の記載から「病状・治療経過表」も作成して検討した結果、低栄養化等の全身状態の悪化をもたらした要因として、不随意運動・夜間発声、意識レベル低下等の精神神経症状が相当にあり、この精神神経症状の原因に、テオドール及びメプチン等のぜん息の治療薬の継続投与が複合的に関与した可能性を看過できないと認識したものである。

テオドール等ぜん息治療薬には、製薬会社の使用上の注意に関する公表書によれば、「振戦・痙攣・不随意運動・発語不明瞭、意識レベル低下等の精神神経症状」を惹起する重い副作用があるが、入院先の■■■■病院

では、意識レベル低下という副作用を懸念しながらも、投薬を続けざるを得なかった状況が認められる。

一方でこの時期、被認定者には心不全の悪化が認められ、心臓の負担を軽減する必要から、利尿剤が継続使用された結果、脱水状態となった。この脱水状態が食物の経口摂取が不可能となる原因の一つとなるとともに、発熱等と相まって、電解質異常が現れ、ぜん息治療薬の血中濃度もさらに高めるなど、意識レベル低下を促進させ、低栄養化・全身状態の悪化という増悪の悪循環を加速させた可能性を検討する必要がある。さらに、この意識レベル低下が直接死因の誤嚥性肺炎の発症に、直接影響したであろうと推定することは、医学上合理的な可能性というべきである。

確かに、被認定者の直接死因の誤嚥性肺炎に、認定疾病の気管支ぜん息自体が直接、具体的に関与したとは認められない。しかしながら、直接死因を惹起した胃管挿入による経管栄養注入の原因、すなわち低栄養化等の全身状態の悪化に、ぜん息治療薬の副作用による「意識レベル低下」等の精神神経症状が関与していた可能性も考慮されなければならない。また、この意識レベル低下等の精神神経症状が、直接死因の誤嚥性肺炎に関与した医学的可能性は認めることができる。

以上に加え、被認定者が、製薬会社はその治療薬の使用にとくに注意喚起する高齢かつ30年を超える長期にわたる重度の気管支ぜん息の認定患者であったことを勘案すると、その死亡に対する認定疾病の「起因性」は十分推認できるといわざるを得ない。

上述のように、本件において、認定審査会及び処分庁は、直接死因に対し、認定疾病に対する治療が関与した可能性を検討すべき理由が医学上存在していたにもかかわらず、尽くすべき審査を行わず、起因性はまったく

ないと判定したもの、というほかない。

5 処分庁の審査が尽くされていないことについて

名古屋市の認定審査会は、案件によっては、審査会の委員による予備審査を先行させ、その「予備審査における死亡起因率（案）」を、本審査において検討する審査手続きをとっている。

本件においては、予備審査結果は、「被認定者は誤嚥性肺炎及び心不全や低栄養等による全身状態の悪化で死亡したとも考えられる（後略）」とし、「死亡起因率（案）50%」と記していた。これが、本審査において、「結論『死亡起因率0%』」、「理由：被認定者は、誤嚥性肺炎で死亡したと考える」と、最終判定されている。

当審査会が口頭審理において、この間の具体的事情を処分庁側に質したところ、■■■■補佐人は、「長く患ってみえるということもあり、■■■■先生のご意見もあるという、そういうことも考慮して多分、こういうふうに50%という意見が一応上がってきたんだろうと思います。それをもう少し詳しく本審査で多くの目でみますと、ぜん息による誤嚥ということはちょっと認められない。今回の死亡に関して起因したということは、まずゼロだというふうに考えております。これは医学的常識の上での話」（口頭審理速記録51、56ページ）と答えている。

さらに、当審査会が、予備審査結果で、「心不全や低栄養等による全身状態の悪化で死亡したとも考えられる」等としていることを挙げ、「低栄養等による全身状態の悪化という状態が起きたから、胃管を挿入した、この過程のなかで、決定的な誤嚥が起きた。この一連の流れのなかで、低栄養、その状況に至った原因こそが起因死亡が何だったかを考えるべきものではなかったか」（同54ページ）と質すと、■■■■補佐人は、以下のよう

に陳述した（同 29、55、56 ページ）。

「おっしゃるとおりだと思います。ただ、直接死因としては、やはり明らかになってるのは嘔吐して、それが誤嚥されて亡くなったということ。もう少し、全身状態をみていただければ分かると思いますが、ぜん息が悪くなったという以上に、もっと積極的に考えるべき全身状態に影響した状況があるということが言えると思います。こういう状態に至った原因を、じゃ、どういう病気かという、そこを詳しく追求するには、そういう立場にはありません。ぜん息にはどうも起因してはいない、ということは確かに言えるだろうということでございます」

本件においては、直接死因の誤嚥性肺炎を招来した原因、すなわち、胃管挿入による経管栄養注入を余儀なくされた病状について、認定疾病との関連を検討することがかぎであった。

その点について、処分庁側が「詳しく追求する立場にはありません」というのは、理解し難い。認定疾病に対する治療の影響はもとより、予備審査結果が死亡原因として指摘した「心不全や低栄養等による全身状態の悪化」等を具体的に検証するべきではなかったか。公害被害者の「迅速かつ公正な」救済という公健法の趣旨、目的からすれば、認定審査会及び処分庁は、まさしく「詳しく追求する立場」に他ならないと思われるからである。

第6 結論

結論は、第5の4の「本件事案の総括的結論」に述べたとおりである。すなわち、当審査会は、「誤嚥性肺炎」との直接死因について、認定疾病の起因性は「全くない」とする原処分は、検討すべき審査が尽くされておらず、かつ、誤りであり、取消を免れない。本件において、当審査会は、

直接死因に対し認定疾病が関与した起因性を認めることは医学上合理性を有し、かつ、推認できると判断する。その給付率は50%とすることが相当である。

よって、主文のとおり裁決する。

平成25年6月28日

公害健康被害補償不服審査会

審査長 梶井成夫

審査員 町田和子

審査員 鎌倉恵子