

# 安全センター情報

全国労働安全衛生センター連絡会議 通巻第152号  
1979年12月28日第三種郵便物認可(毎月1回15日発行)

増刊号1991年2月10日発行 **資料・速報版**

## じん肺合併肺がん問題資料集

■じん肺合併肺がんの認定基準	
じん肺症患者に発生した肺がんの補償上の取扱いについて (昭和53年11月2日基発第608号)	2
■松山地裁じん肺合併肺がん訴訟(藤田事件)資料	
医学論争(判決より)	3
事件の概要 3/原告の主張 5/被告の主張 8/原告の反論 12 /被告の再反論 14/被告側論理に対する山本の註 15	
判決理由	16
■大分地裁じん肺合併肺がん訴訟(野中事件)資料	
山本真証人主尋問記録	27
反対尋問記録	35
陳述書	42
被告側最終準備書面	49
原告側最終準備書面	53

ここに紹介する資料は、大分県勤労者医療生活協同組合大分協和病院の山本真医師が、全国安全センターパソコンネット「JOSH C-NET」に提供していただいた資料を、全国安全センター事務局がパンフレットにしたものです。

## じん肺合併肺がんの認定基準

### じん肺症患者に発生した肺がんの 補償上の取扱いについて

昭和53年11月2日 基発第608号

じん肺法によるじん肺管理区分が管理4と決定された者が、じん肺症(じん肺のうち療養を要するものをいう。)により肺機能の著しい低下を来して心不全、肺性心等の疾患により死亡したときは、当該死亡はじん肺症に起因するものとして業務上の取扱いを行ってきたところであるが、じん肺症患者(石綿肺に罹っている者を除く。以下同じ。)に発生した肺がんについては、かねてより本省に「じん肺と肺がんとの関連に関する専門家会議」を設けて検討を行ってきたところ、同専門家会議から、わが国ではじん肺症に肺がんの合併する頻度が一般人口における場合よりも高いこと並びに進展したじん肺症の病態のもとでは肺がんの早期診断が困難となること、治療の適用範囲が狭められること及び予後に悪影響を及ぼすこと等の医学的見解を骨子とする検討結果報告書が提出されたので、これに基づき、じん肺症患者に発生した肺がんについては、今後、下記により補償上の取扱いを行うこととしたので事務処理に遺漏のないようにされたい。

#### 記

じん肺法によるじん肺管理区分が管理4と決定された者であつて、現に療養中の者に発生した原発性の肺がんについては、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する業務上の疾病として取り扱うこと。

なお、現に決定を受けているじん肺管理区分が管理4でない場合又はじん肺管理区分の決定が行われていない場合において、当該労働者が死亡し、又は重篤な疾病に罹っている等のためじん肺法第15条第1項の規定に基づく随時申請を行うことが不可能又は困難であると認められるときは、地方じん肺診査医に対しじん肺の進展度及び病態に関する総合的な判断を求め、その結果に基づきじん肺管理区分が管理4相当と認められるものについては、これに合併した原発性のじん肺は上記と同様に取り扱って差し支えないこと。

## 松山地裁じん肺肺がん訴訟(藤田事件)資料

じん肺肺がんの合併に関して、初の原告勝訴確定となった松山地裁藤田事件の医学論争の部分です。基本的に判決に書かれている内容そのものの書き出しです。大分地裁野中事件は、一般論の部分はこの判決を援用しているため、じん肺肺がん大分訴訟資料はこの部分での論証がやや不十分なところがありますので、こちらの方を参考にさせていただいた方が理解が深まると思います。なお文中の見出し番号は判決書のままです。★印は山本による註がファイルの最後にあります。

90.12.19. 大分協和病院 山本 真

### 医学論争(判決より)

★★★★★★ 事件の概要 ★★★★★★★

#### 第二 当事者の主張

##### 一 請求原因

##### 1 災害補償事由の発生

(一) 訴外亡藤田義徳(以下、「亡義徳」という。)の粉じん作業就労歴

(1) 亡義徳は、昭和25年3月から同29年12月までの4年10月間鹿児島県曾於郡野井倉農業水路工事(東海土建の事業場)、同34年2月から(以下、略)

(2)~(7) 略

(8) 亡義徳は、昭和55年1月1週間沖縄県トンネル工事(川元工務店の事業場)で坑夫として粉じん作業に従事していた。

(二) 亡義徳の罹患したじん肺の病態

(1) 亡義徳は、昭和55年1月沖縄県でトンネル掘削工事に従事していたが、咳が激しくするために医師の診断を受けたところ、直ちに入院するよう勧められたので、自宅に戻り谷口医院(院長谷口竹雄)にて入院治療を受けていた。

(2) 亡義徳は、昭和55年1月28日谷口医院においてじん肺法3条所定のじん肺健康診断を受け、その結果同月31日付けで作成された健康診断証明書を添付して、同年4月25日大分労働基準局長にじん肺管理区分を決定すべきことを申請した。そこで、大分労働基準局長は、同年6月2日右申請に基づき亡義徳を「じん肺管理区分3イ」とする旨の決定を行い、同日付け第146号をもってその旨同人に通知した(なお、エックス線写真の像はPR2(エックス線写真の像が第2型である。)、肺機能の障害はF(+)(じん肺による肺機能の障害がある。)、合併症はなく、療養は不要とされている。)

(3) 亡義徳は、再度、昭和55年8月23日谷口医院においてじん肺法3条所定のじん肺健康診断

を受け、その結果同年9月15日付けで作成された健康診断証明書を添付して、同月30日大分労働基準局長にじん肺管理区分を決定すべきことを申請した。そこで、大分労働基準局長は、同年10月21日右申請に基づき亡義徳を「じん肺管理区分3イ」とする旨の決定を行い、同日付け第393号をもってその旨同人に通知した(なお、エックス線写真の像はPR2、肺機能の障害はF(+)、合併症として結核性胸膜炎に罹患しており、療養を要するものとされている)。

### (三) 休業補償及び療養補償給付

(1) 亡義徳は、昭和55年11月6日、被告に対し、傷病名「結核性胸膜炎、じん肺(管理3イ)」の療養のため休業した同年8月23日から同年9月29日までの38日分の休業補償給付支払請求書を提出した。そこで、被告は、右申請に係わる傷病につき業務上外認定のために佐伯労働基準監督署長に調査依頼をして得たその解答を参考として右傷病を業務上の疾病と認め、同年8月23日から同月25日までの3日分を除き、右休業補償給付を行う旨の決定をした。

(3) また、亡義徳は昭和56年3月9日、被告に対し、谷口医院を経由して右傷病の療養補償給付を請求した。そこで、被告は、右傷病を業務上の疾病と認め、右療養補償の支給を行う旨の決定をした。

(3) 被告は、亡義徳が死亡するまで、右休業補償給付及び療養補償給付を行っていた。

### (四) 亡義徳の死亡

亡義徳は、昭和56年4月24日肺がんにより死亡した。

## 2 原処分が存在

### (一) 保険給付の請求

原告は、亡義徳の妻で亡義徳の死亡の当時その収入によって生計を維持していたものであるところ、昭和56年6月4日、被告に対し、管理区分3イ(PR2、F(+))に該当するじん肺及びこれに合併した結核性胸膜炎で右休業補償給付及び療養補償給付を受けながら療養していた亡義徳が死亡したのは業務上によるものであるとして、労働者災害補償保険法に基づいて遺族補償給付(遺族補償年金、遺族補償一時金)及び葬祭料の給付を請求した。

### (二) 不支給決定

被告は、(1)じん肺法による管理区分が管理4と決定された者であって、現に療養中の者に発生した原発性の肺がん、(2)現に決定を受けている管理区分が管理4でない場合又はじん肺管理区分の決定が行われていない場合において、当該労働者が死亡し又は重篤な疾病にかかっている等のため、じん肺法15条1項の規定に基づく随時申請を行うことが不可能又は困難であると認められるときは、地方じん肺審査医に対しじん肺の進展度及び病態に関する総合的な判断を求め、その結果に基づき管理区分が管理4相当と認められるものについては、これに合併した原発性の肺がん、の二つの場合の原発性の肺がんについてのみ労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する業務上の疾病として取り扱う旨定めた昭和53年11月2日付け基発第608号労働省労働基準局長通達(以下、「局長通達」という。)に従い、亡義徳は死亡当時じん肺法による管理区分が管理4の決定を受けておらず、かつじん肺法による管理区分が管理4相当と認められないから、亡義徳の死亡は業務上によるものとは認められないとして、同57年3月29日、原告に遺族補償給付(遺族補償年金、遺族補償一時金)及び葬祭料のいずれも支給しない旨の決定(以下、「本件処分」という。)を行い、同日原告に対しその旨を通知した。

## 3 不服申立て

### (一) 審査

原告は、本件処分を不服として、昭和57年5月21日愛媛労働者災害補償保険審査官に対して審査請求をした。しかし、同審査官は同58年4月13日付けで右審査請求を棄却する旨の決定をし、同日原告にその旨通知した。

### (二) 再審査

原告は、さらに右決定を不服として、昭和58年6月17日労働保険審査会に対して再審査請求をした。しかし、同審査会は、同60年12月4日付けで右再審査請求を棄却する旨の裁決をし、同月23日原告にその旨通知した。

★★★★★★ 原告の主張 ★★★★★★★

## 4 本件処分の違法性

亡義徳の罹患していた肺がんは業務上の疾病と認められるから、同人の死亡は業務上によるものであるにもかかわらず、右肺がんを業務上の疾病と認めないで、同人の死亡に係わる遺族補償給付(遺族補償年金、遺族補償一時金)及び葬祭料についていずれも支給しない旨の決定をした本件処分は違法である。

(一) 原告に亡義徳の死亡に係わる遺族補償給付(遺族補償年金、遺族補償一時金)及び葬祭料を支給するためには、右死亡が業務上によるものである、すなわち右死亡原因である肺がんが業務上の疾病であると認められなければならない、かつそれで足りるものである。そして、右業務上の疾病とは、労働者が業務上被った疾病、すなわち、業務と相当因果関係のある疾病をいうのであるから、結局右肺がんの罹患が亡義徳の従事した業務と相当因果関係にあると認められなければならないことになる。

(二) そして、じん肺患者が罹患した原発性の肺がんが業務上の疾病と認められるには、労働基準法施行規則別表第1の2第9号の「その他業務に起因することが明らかな疾病」に含まれなければならないこととなる。

(三) ところで、労働基準法施行規則別表第1の2第5号は、同法75条2項の規定による業務上の疾病の一つとして「粉じんを飛散する場所における業務によるじん肺症又はじん肺法に規定するじん肺と合併したじん肺法施行規則第1条各号に掲げる疾病」と規定している。そして、右「じん肺症」とはじん肺のうち療養を要するものをいい、じん肺法23条においては「じん肺管理区分が管理4と決定された者及び合併症にかかっていると認められる者は、療養を要するものとする。」と規定され、またじん肺法施行規則1条の各号には「肺結核、結核性胸膜炎、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症及び続発性気胸」が合併症として掲記されている。ところで、亡義徳は死亡当時大分労働基準局長から「じん肺管理区分3イ」とする旨の決定を受けていた(なお、エックス線写真の像はPR2、肺機能の障害はF(+)、合併症として結核性胸膜炎に罹患しており、療養を要するものとされている。)から、右じん肺症及び合併症は、労働者災害補償保険法7条1項1号の「業務上の疾病」であると認められることとなる。

### (四) じん肺と肺がんとの因果関係

右のとおり亡義徳の罹患していたじん肺症とこれと合併した結核性胸膜炎が業務上の疾病であると認められる。仮に結核性胸膜炎が合併症として認められないとしても、管理区分3

イの亡義徳のじん肺がこれのみでも業務上の疾病であることに変わりない。したがって、右じん肺症(及びこれに合併した結核性胸膜炎)と亡義徳の罹患していた肺がんの発症との相当因果関係が認められれば、右肺がんの発症が亡義徳の従事した業務と相当因果関係にある、すなわち右肺がんが業務上の疾病であると認められることとなる。

そして、右じん肺症(及びこれと合併した結核性胸膜炎)と右肺がんの発症とが相当因果関係にあると認められるためには、(1)じん肺に罹患した者に肺がんの発症する危険度が高いこと、(2)じん肺が肺がんの原因として作用する機序が医学的に矛盾なく説明できること及び(3)因果関係がないという反証が存しないことの3点が認められなければならない、かつそれで足りるものと解するべきである。以下のとおり本件においては右三点が認められるから、右じん肺症(及びこれと合併した結核性胸膜炎)と右肺がんの発症とが相当因果関係にあると認められるものというべきである。

(1) じん肺に罹患した者に肺がんの発生する危険度が高いことについて

以下のじん肺と肺がんに関する統計的あるいは疫学的研究結果によれば、じん肺患者の肺がん合併率は医学的に肺がんとの因果関係が確認された喫煙あるいは石綿と同程度に高率である。

イ 佐野辰雄医師の「じん肺と肺がんの関連性—その病理学的検討—」について

佐野辰雄医師が昭和42年に発表した「じん肺と肺がんの関連性—その病理学的検討—」によれば、近年50才以上の高齢者のけい肺患者のがん合併が目ざされ、病理学的見地からもけい肺性の組織変化と肺がんの関係が密接であるとしている。

ロ 岩見沢労災病院の剖検例について

岩見沢労災病院は、北海道のけい肺症患者の大部分が訪れ、同病院におけるけい肺患者の死亡者のほぼ全例が剖検されている。また、同病院の昭和31年から同48年までの18年間のけい肺症患者の剖検例は229例で、そのうち肺がんを合併していたものは37例あって、合併率は16.2パーセントで、非常に高かった(なお、同31年から同49年6月までに行われた男子じん肺患者の剖検例260例についてみると、肺がん合併症の占める割合は15.8パーセント、全悪性腫瘍に対する肺がんの割合は47.1パーセントで、同49年度の厚生省人口動態統計による全国の肺がん死亡者の全死因に対する割合2.6パーセント、全悪性腫瘍に対する肺がんの割合13.2パーセントの数値をはるかに上回っている。)そして、藤沢泰憲医師及び菊池浩吉医師は、右剖検結果と全日本死因別統計の数値とから、けい肺症患者が同年齢のけい肺症でない一般男子と比較して6.6倍肺がん罹患しやすいことが推定されることを指摘している。

ハ 日本病理学会編集の日本剖検損報について

日本剖検損報は日本国内の大病院及び大学病院のすべての剖検例を網羅し、日本国内の剖検例のほとんど全例が集録されているものである。そして、昭和33年から同49年までの17年間の日本剖検損報に登録された剖検例のうち、じん肺剖検例(けい肺が主である。)は1172例であるが、そのうち男子じん肺剖検例1115例についてみると、肺がん合併例の占める割合は15.7パーセント、全悪性腫瘍に対する肺がんの割合は、46.1パーセントであって、これは同年度の厚生省人口動態統計による全国肺がん死亡者数の全死因に対する肺がんの割合2.6パーセント、全悪性腫瘍に対する肺がんの割合13.2パーセントに比べて著しく高率であり、またその地域別の肺がん合併率をみると9.5ないし25パ

ーセント(ただし、四国地方は症例自体が少ないため除く。)でいずれも高率で地域差が少なく、さらに業種別にみても職歴による肺がんの合併率に差はなく、ほぼ14ないし16パーセントの程度で肺がんの合併が認められた。

ニ じん肺と肺がんとの関連に関する専門家会議(以下、「専門家会議」という。)検討結果報告書(以下、「結果報告書」という。)について

労働省は、イ及びロ記載のようなけい肺と肺がんとの関連を積極的に認める方向での研究報告が相次ぐ中で、専門家会議を設置した。専門家会議が昭和53年10月18日出した結果報告書によれば、剖検例からみたじん肺と肺がんの合併頻度についての多数の報告、全国の一般病院施設における外来及び入院患者の調査報告及びけい肺労災病院における同46年から52年までの調査を基に検討した結果、わが国のじん肺と肺がんの合併の実態はじん肺剖検例及び療養者において高頻度であることが明らかであると結論づけている。

ホ 千代谷慶三「じん肺と肺がんの関連に関する研究」について

千代谷慶三医師は、「じん肺と肺がんの関連に関するプロジェクト研究班」をつくり、昭和54年1月から同58年12月までの5年間に全国各地の11の労災病院において診療を受けているじん肺患者を登録し、コホート調査の手法に従って見込み的な疫学的追跡調査を実施した。そして、その調査結果をまとめた「じん肺と肺がんの関連に関する研究」によれば、じん肺患者の肺がん死亡者数は国内の一般男子人口における肺がん死亡率から計算する期待死亡者数に比較して4.1倍の高値を示し、さらに喫煙習慣がじん肺療養患者の肺がん死亡の標準化死亡比に及ぼした影響を調査した結果、療養中のじん肺患者集団が持つ高い肺癌死亡率は、主として喫煙習慣がもたらした結果と考えるよりは、むしろじん肺が本質的に持つ超過危険に由来する現象であると理解されるとしている。

ヘ 肺癌との因果関係を認められている他の原因との比較

肺癌との因果関係の存することが医学的にも認められている喫煙については、気管、気管支、及び肺がんの場合、毎日喫煙者と非喫煙者の標準化死亡比は男が4.13、女が2.10である。また、業務上の疾病であると認められている石綿についても、石綿を吸入する業務に就業している者が肺がん罹患する相対危険度は一般人の5ないし7倍である。したがって、じん肺患者が肺がん合併症を発症する割合は喫煙者が肺がん等に罹患する危険度に優るとも劣らず、石綿を吸入する業務に従事する者が肺がん罹患する危険とあまり変わらない。

(2) じん肺が肺がんの原因として作用する機序が医学的に矛盾なく説明できることについて

イ 佐野辰雄医師の見解

佐野辰雄医師は、じん肺は粉じん巢の線維化を起こすだけでなく、必ず粉じんのために気管支炎を起こし、その気管支炎が長く続いたものほど次第に肺がんができやすい状態になり、最終的に発がんする。そして、粉じんと同時に肺に吸入されたがん原物質は、そのようながん化を促進する役割を果たすものであって、がん原物質がなくても発がんが起こる、と報告している。

ロ 菊池浩吉医師の見解

菊池浩吉医師は、じん肺慢性炎症性肉芽組織あるいは癒痕が気管支上皮、末梢気道上皮の病的増殖を起こすことによって生ずる通常の癒痕がんの可能性及びじん肺性肉芽組織のがん原物質の局在可能性があることを指摘した。

#### ハ 藤沢泰憲医師の見解(発生母地説)

藤沢泰憲医師は、上皮の増殖性変化は正常な場合と比較して細胞が分裂、増殖する頻度が高く、そのような組織の状態は発癌物質が作用した場合非常に効果的にがんを発生させることが実験的に明らかにされており、けい肺症においては細胞が盛んに増殖して上皮が増殖を強いられているので、そういう上皮の病変ががんの発生母地になるという学説に合う事実がけい肺症に存在することを確認したと述べている。

#### ニ 発生母地説の合理性について

じん肺と肺がんとの関連についての病理学的研究においては、じん肺性変化が肺がん発生の母地となるという発生母地説が有力に主張されており、この説が現在において医学的な定説であるとはいえないが、それは剖検された多くのじん肺合併肺がんの症例がほとんど進行した肺がんであることから病理形態学的に発生母地説を証明することに困難が伴うためにこれまでの研究成果においては証拠が乏しいということに過ぎないのであって発がんのメカニズムやじん肺の病理機序などの医学的見地から発生母地説を否定する見解は存しないのであって、むしろ発生母地説によってじん肺に肺がんが高率に合併しやすいことを矛盾なく合理的に説明できるものである。

#### (3) 因果関係がないという反証が存しないことについて

じん肺と肺がんとの関連性を否定するに足りる反証は一切存しない。

#### (五) 亡義徳が罹患したじん肺と同人の喫煙歴

じん肺患者の肺がんは、非じん肺患者の肺がんと比較して、発生部位は右肺原発が少なく左肺原発が多く、肺葉別には上葉が少なく下葉原発が多く、またその組織像は扁平上皮がんが多いと報告されているところ、亡義徳の死亡原因となった肺がんも左下葉原発の扁平上皮がんであるから、右肺がんはじん肺によって発症したものと推定すべきである。

なお、亡義徳には肺がんを発症させるだけの喫煙歴はなく、その他肺がんを発症させるような事情はない。

#### (六) したがって、亡義徳の死亡原因となった肺がん、業務上の疾病と認められたじん肺との間には相当因果関係が推定されるから、亡義徳の死亡は業務上の疾病によるものである。

よって、本件処分は違法であるから、原告は、被告に対し、その取消を求める。

### ★★★★★★ 被告の主張 ★★★★★★★

#### 二 請求原因に対する認否

#### 1 請求原因1(一)のうち、(1)、(3)、(5)及び(6)の各事実はいずれも認めるが、その余の事実は知らず、(2)、(4)、(7)及び(8)の各事実が粉じん作業に該当するとの主張は争う。

同1(二)ないし(四)の各事実はいずれも認める。

なお、亡義徳のじん肺は、昭和55年1月から同年12月まで、じん肺症としてはじん肺法4条に規定するエックス線写真の像が終始1型ないし2型の非常に軽度なものであり、また右じん肺症に合併した症状は、昭和55年1月当初から、肺結核ないし結核性胸膜炎によるものではなく、肺がんであった可能性が高い。

#### 2 同2の事実は認める。

#### 3 同3の事実は認める。

#### 4 同4の冒頭部分のうち、亡義徳の罹患していた肺がんは業務上の疾病と認められるから同人の死亡は業務上のものであるとの主張は否認し、本件処分が違法であるとの主張は争う。

同4(一)ないし(三)は、いずれも認め、(四)は否認し、(五)のうち、じん肺患者の肺がんは、非じん肺患者の肺がんと比較して、発生部位は右肺原発が少なく、左肺原発が多く、肺葉別には上葉が少なく下葉原発が多く、またその組織像は扁平上皮がんが多いと報告されているところ、亡義徳の死亡原因となった肺がんも左下葉原発の扁平上皮がんであることは認め、その余は否認ないし知らず、(六)は否認する。なお、じん肺に合併した肺がんは扁平上皮がんが多い傾向にあるとされているが、一般の肺がんと比較して統計学的に有意差はなく、また外因性の肺がんには職業性のがん原性因子ばく露に起因するもののほか、例えば喫煙のような非職業性の原因によるものが含まれるので、亡義徳の肺がんがその原発部位及び組織像(型)においてたまたま報告と一致(★1)していたとしても、そのことを理由に亡義徳の肺がんがじん肺に起因するとはいえない。

#### 三 被告の主張

#### 1 亡義徳の粉じん作業就労歴について

原告は、亡義徳が従事していた明かり作業及び機械運転工をもって粉じん作業であると主張する。

しかし、じん肺法2条1項3号は粉じん作業を「当該作業に従事する労働者がじん肺にかかるおそれがあると認められる作業をいう。」と定義し、同条3項は「粉じん作業の範囲は、労働省令で定める。」と規定しているところ、じん肺法施行規則(昭和35年3月31日労働省令第6号)2条は「法第2条第1項第3号の粉じん作業は、別表に掲げる作業のいずれかに該当するものとする。」とし、同規則別表中に粉じん作業に該当する具体的作業を列挙している。そして、原告の主張する前記作業歴はいずれも同別表中の作業に該当しないことは明らかであり、また、粉じん作業の範囲についてはこれを拡張することも縮小することも許されないというべきである。

したがって、原告が主張する前記作業職歴は粉じん作業に該当しない(★2)ものである。

#### 2 じん肺と肺がんとの相当因果関係について

(一) 亡義徳の死亡原因である肺がんとじん肺の間には相当因果関係があるとまでは認められないから、亡義徳の死亡が業務上によるものであるとはいえない。

#### (二) 肺がんとじん肺との因果関係に関する研究の成果について

#### (1) 専門家会議の結果報告書について

じん肺に原発性肺がんを合併する症例につき諸外国では1920年代から、我が国では1940年代後半から報告が見られるようになり、その数が次第に増大する傾向にあって、じん肺とこれに合併した肺がんとの間に因果関係が存在するか否かが注目されるに至ったので、労働省は、この点を医学的見地から検討するため、同省に専門家会議を設置した。そして専門家会議は、じん肺と肺がんとの因果関係に関する数多くの国内外の文献を概括的に検討評価するとともに、最近における医学的見地を加えて両者の因果関係に関する意見をとりまとめ、その結果を結果報告書として提出した。

結果報告書によれば、(一)けい酸又はけい酸塩の粉じんの発がん性を否定し、(二)病理学的検討において、じん肺に合併した肺がんの組織型は、外因性肺がんの組織型と同様の扁平上皮がんが多い傾向にあるが、一般の肺がんと比較して統計学的に有意差はなく、また原発部位は、石綿と同じく下葉に多く、一般の肺がんが上葉に多いことと比較して対照

的であるとされているが、これらにより直ちに職業性のがんであるか否かは判定しがたい。(三)じん肺性変化が肺がんの発生母地となるとの報告もあるが、現状では、これを断定するための根拠に乏しい。(四)けい肺を主体とするじん肺患者の剖検例を検討すると、おおむね10パーセントないし16パーセントの高い肺がん合併率を示しており、注目すべきであるが、この傾向は患者だけでなく、粉じん暴露作業者に普遍的にみられるか否か明らかではなく、今後の疫学的研究、実験的研究を含めた広範な研究成果に基づく分析が必要であるなどとなっており、さらにじん肺法進展度別肺がん合併率についても量と反応関係の医学的見地からの矛盾、じん肺進展度の診断基準の相違、調査不十分等の問題点が指摘されている。

右報告書は、結局、どの角度からみても(★3)、じん肺と肺がんとの因果関係の存在を医学的に確認できるような材料が得られなかった事実を報告している。

(2) 千代谷慶三「じん肺と肺がんの合併に関する臨床医学的研究」及び「じん肺と肺がんの関連に関する研究」について

千代谷慶三医師は、「じん肺と肺がんの合併に関する臨床医学的研究」において、じん肺と肺がんの関連性について、今日もなお否定的な見解が支配的であるとし、医療機関が一般にすでに肺がん合併が認められた症例が集中しやすい性格を持つことから、医療機関で調査する肺がん死亡率が高くなりやすい傾向があることを指摘し、患者集団が持つ肺がん死亡相対危険度が年次別調査では60歳を超えて高年に偏った患者集団ほど高いことを示していることに注目し、これらを患者集団が年々延命し、その平均死亡年齢が肺がんの発生年齢に達した(★4)ことに理由があると理解している。

また、千代谷慶三医師は、「じん肺と肺がんの関連に関する研究」において、じん肺に合併した肺がんの組織型が一般男子人口における肺がんのそれに比較して著明な差異はなく、けい酸粉じんそのものの発がん性を否定する見解を支持し、じん肺と肺がんの合併数値が多少高いのは患者集団の延命により平均死亡年齢が肺がん好発年齢に達したことに原因があると述べている。

(3) 菊池浩吉・奥田正治「じん肺と肺がんについて—病理の立場から—」について

菊池浩吉医師と奥田正治医師とは、「じん肺と肺がんについて—病理の立場から—」において、じん肺患者の剖検例中に高い頻度の肺がん合併を見出したが、この傾向が、患者だけでなく粉じんばく露作業者に普遍的にみられるものであるか否かはあきらかでなく、そしてじん肺と肺がんの関連について剖検統計、病理学的観察から両者の間に密接な因果関係を示唆する成績を得たと述べるに止まる(★5)ものである。

(4) 安田直也「じん肺症に合併した肺がん症例の臨床的検討について」

安田直也医師らは、「じん肺症に合併した肺がん症例の臨床的検討」において、じん肺と肺がんの因果関係についてはまだ結論が出ていないとしている。

(5) 国際がん研究機構の論文集

世界保健機構の下部機関である国際がん研究機構が昭和46年以降各種の科学物質や作業行程の人に対するがん原性の有無等について評価・討論を行った結果を公表した論文集には、職業がんとしての評価が確立しているものがすべて網羅されているが、無機粉じんあるいはじん肺について何ら言及されていない。

(6) 第6回国際じん肺会議について

昭和58年9月20日から四日間西ドイツのポツダム市で全世界51カ国から約700名の学者が集まって開催された第6回国際じん肺会議の「じん肺に関連する肺がん」のラウンドテーブルディスカッションにおいて、じん肺症に関連する肺がんについては病理学的証拠を得られないこと及び疫学情報が不足することに討論が集中し、早急な意見の一致は望めそうもない状況であった。

(7) Amesら「炭じんは肺がん発生の危険を増加させるか」について

Amesらは、「炭じんは肺がん発生の危険を増加させるか」において、炭じんばく露と肺がん死亡との間には関係が認められず、ただ喫煙者における肺がん患者の増加のみが認められ、炭じんばく露それ自身及び喫煙との相互作用においても肺がん死亡の増加につながるものであるという証拠は認められなかったとしている。(★6)

(三) 立証責任と立証の程度について

亡義徳の死亡原因である肺がんが労働基準法施行規則別表第1の2第9号所定の「その他業務に起因することの明らかな疾病」にあたることについての立証責任は原告にあると解すべきである。そして、その立証の程度は「経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認しうる高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑いを差し挟まない程度に真実性の確信を持ちうるものであることを必要とするのであって(最高裁判所昭和50年10月24日民集29巻9号141頁)、本件のような事実的因果関係については高度の蓋然性の証明が必要であり、その高度の蓋然性を支えるものは科学的な根拠にほかならないのである。

原告主張のとおり病理学的見地からじん肺と肺がんとの因果関係を積極的に解する医学的知見が存するが、右の知見はいずれも仮説ないし私論にすぎないものであって、到底高度の蓋然性を証明したとはいえない。また、原告主張のとおり疫学的見地から右の因果関係を積極的に解する医学的知見が存在するが、疫学的証明がなされたというためには、(1)その因子が発病の一定期間前に作用するものであること、(2)その因子の作用する程度が著しいほどその疾病の罹患率が高まること、(3)その因子の分布消長と疾患の発生程度との相関が矛盾なく説明できること、(4)その因子が原因として作用するメカニズムが生物学的に矛盾なく説明できること、の四つの条件が満たされることが必要であるが、右の因果関係を積極的に解する医学的知見の多くは、じん肺の重症度と肺がんの合併比率は逆比例する傾向にあるとしており、右の条件のうちの(2)に反するものであり、疫学的証明を肯定する知見とは到底いえない(★7)というべきであるし、また右知見を支えているのは、じん肺患者に高い肺がん合併率が見られるのが近年の臨床医学的傾向である、というものであるが、この点については、じん肺患者の延命により肺がんの好発年齢に達する患者が近年多くなったことがその原因として指摘されているところであって、この点についてもじん肺と肺がんの因果関係を積極的に解する合理的根拠となりえないというべきである。

結局、結果報告書は、内外の文献を詳細に評価・検討したが、どの角度から見てもじん肺と肺がんとの因果関係の存在を医学的に確認できるような材料が得られなかった事実を報告しているのであり、またその後の知見についても結果報告書の域をでないものであるから、じん肺と肺がんとの因果関係については高度の蓋然性の証明は存しないといわざるを得ないものである。

(四) じん肺に合併した肺がんの労働者災害補償保険法上の取扱について

結果報告書においては、じん肺と肺がんとの医学上の事実的因果関係は認められないが、高度に進展したじん肺の存在(★8)が肺がんの医療実践上の不利益を招くことを指摘しており、そこで、この点を考慮し、局長通達により、じん肺法による管理区分が管理4と決定された者であって、現に療養中の者に発生した原発性の肺がん及び現に決定を受けている管理区分が管理4でない場合又はじん肺管理区分の決定が行われていない場合において、当該労働者が死亡し又は重篤な疾病にかかっている等のため、じん肺法15条1項の規定に基づく随時申請を行うことが不可能又は困難であると認められるときは、地方じん肺審査医に対しじん肺の進展度及び病態に関する総合的な判断を求め、その結果に基づき管理区分が管理4相当と認められるものについては、これに合併した原発性の肺がん、の二つの場合の原発性肺がんを労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する業務上の疾病として取り扱うこととしたものである。

★★★★★★ 原告の反論 ★★★★★★★

四 原告の反論

1 亡義徳の粉じん作業就労歴について

(一) 明かり作業について

明かり作業は、坑外で行われるものの、道路敷設やアーク溶接の作業などはそれ自体が粉じんを発生させることがあり、またそれらの作業がいずれも坑口付近でなされ、さらに作業の連絡のために坑内に入出入りすることなどから、粉じんを吸入することが大いにありうるので、右作業を粉じん作業と一切無関係とみることはできず、むしろ広義の粉じん作業というべきである。

(二) 機械運転工について

機械運転工の作業は、エアーコンプレッサーの操作中に適正な操作がなされているか否か確認のためにしばしば坑内に入る必要があり、また亡義徳が長年掘削作業に従事して熟練していたことから、エアーコンプレッサーの操作のかたわら坑内に入り坑夫に技術指導をしていたので、右作業期間も粉じん作業に従事していたものというべきである。

2 じん肺と肺がんの因果関係について

(一) 専門家会議の結果報告書について

専門家会議には、じん肺と肺がんとの関連に関しては必ずしも専門的に研究しているとはいえない研究者も含まれており、また専門的に研究している研究者についても研究の進展度は必ずしも一致していなかったため、専門家会議の議論は、じん肺と肺がんとの関係を専門的に研究し、これを積極的に認める研究者と、必ずしも専門的に研究していないために右関係を積極的に認めるに足るだけの確信を持ちえない研究者との相違を前提として結論が出されたものと推察される。

(二) 肺がんとじん肺との因果関係を否定すると被告が主張する見解は、いずれもそのようなものではない。

(1) 専門家会議の結果報告書について

結果報告書は、じん肺と肺がんとの医学的な因果関係については、病理学的見地からの解明の困難さ、疫学的情報の不十分性などから、断定をするに至らなかったものにすぎず、

これを積極的に否定するものではない。

(2) 千代谷慶三「じん肺と肺がんの合併に関する臨床医学的研究」について

千代谷慶三医師は、「じん肺と肺がんの合併に関する臨床医学的研究」において、けい酸粉じんそのものの発がん性を否定する見解を支持しているが、それとともにじん肺に合併する肺がんを癒痕がんの問題として捉える方向での研究の必要性を述べており、じん肺と肺がんの合併数値が多少高いのは患者集団の延命により平均死亡年齢が肺がん好発年齢に達し、そのためにじん肺患者が持っている肺がんに罹患する高い危険性が顕在化したことによるものと理解されるとしており、右論文はじん肺と肺がんとの因果関係を示唆しており、これを否定するものではない。

(3) 菊池浩吉・奥田正治「じん肺と肺がんについて—病理の立場から—」について

菊池浩吉医師と奥田正治医師とは、「じん肺と肺がんについて—病理の立場から—」において、じん肺患者の剖検例に肺がんの合併が多いことは確実であり、その合併肺がんには一般の肺がんとは違ったいくつかの特徴があるとし、じん肺と肺がんとの関連性については、剖検統計、病理学的観察から両者の間に密接な因果関係を示唆する成績を得たと述べている。

(4) 安田直也「じん肺症に合併した肺がん症例の臨床的検討」について

安田直也医師らは、「じん肺症に合併した肺がん症例の臨床的検討」において、じん肺症患者の一般人に対する肺がんの発病率は6.8倍であり、この合併肺がんには扁平上皮がんが多く、腺がんが少ないとしており、じん肺と肺がんとの因果関係を否定するものではない。

(5) Amesら「炭じんは肺がん発生の危険を増加させるか」について

Amesらが「炭じんは肺がん発生の危険を増加させるか」において論述している炭じんばく露では癒痕がほとんど形成されないから、炭じんばく露患者のうちからじん肺症の者を確定して調査をしなければならぬにもかかわらず、そのような調査がなされておらず、調査の方法も、所見者をつかむのではなく、職業歴で調べているものであり、しかも死因も死亡診断書で調べているにすぎず、調査自体正確性を欠いている。

(三) 量—反応関係について

じん肺と肺がんとの因果関係においては、けい酸その他の粉じん自体の発がん性が問題となっているわけではなく、じん肺病変を素地として肺がんが合併症として発症することを問題としているのであり、殊に発生母地説はじん肺に合併して発症する肺がんもそのようなものとして発症することを説明しようとするものであるし、また重症のじん肺患者の場合はじん肺自体によって比較的若年で死亡することから肺がんに罹患しにくいことを考慮すると、じん肺の進展度と肺がんの合併頻度が相応しないことを理由として、じん肺と肺がんとの因果関係を否定できるものではない。

(四) 局長通達との関係について

局長通達は、結果報告書に基づいて、じん肺患者のうちじん肺法管理区分管理4及びそれに相当する者が肺がんを発症させた場合にのみ労働基準法施行規則別表第1の2第9号にあたるものとしているが、これは労働省が右のじん肺患者に肺がんが発症した場合に右肺がんを、有害因子が特定しえないが、業務起因性の認められる疾病に該当すると判断したに他ならないが、結果報告書はじん肺患者のうちじん肺管理区分管理4及びそれに相当する者に発症し

た肺がんのみ業務起因性を認めるものではないから、労働省が結果報告書に基づいてじん肺患者に発症した肺がん業務起因性を認めるのであれば、じん肺法管理区分に関係なく認めるべきである。

★★★★★★ 被告の再反論 ★★★★★★★

五 被告の再反論

1 亡義徳の粉じん作業就労歴について

亡義徳は、原告が主張するほど多大の粉じんを浴びたとは考えられない。

(一) 亡義徳の作業内容

亡義徳は、昭和38年4月から同39年3月まで広島県の導水トンネル工事でウインチ巻き作業に、同40年1月から同年12月まで高知県の鉄道トンネル工事でウインチ巻き作業やトラックの運転に従事していたものであるが、普通ウインチは坑口から80ないし100メートル離れてあるから、ウインチ巻き作業に従事していても風向きによって多少粉じんを吸い込むことがある程度である。また、亡義徳は、同48年1月から同年12月まで愛媛県のトンネル工事で、同49年1月から同年10月まで高知県の大杉トンネル工事でいずれも坑外において機械工としてコンプレッサーの運転、ブルドーザーの運転及び溶接等に従事しておりたまたま所用で坑内に入り込む程度であった。

(二) 亡義徳の作業環境

- (1) トンネル内には排水をしなければならぬほど地下水が湧出する場所もあり、そのような場所での粉じんの発生量は無視してよい量である。(★9)
- (2) 労働者は、粉じんの発生しやすい場所では、粉じんを吸うと身体に悪いとの認識のもとに、掘削面やずり面に散水して粉じんの発生を抑制していた。
- (3) その先端に注水器をつけた湿式削岩器が昭和30年ころから全国的に使用されており、亡義徳が同38年4月ころに就職していた川元工務店においても同47年ころから右湿式削岩器を使用しはじめた。(★10)
- (4) 川元工務店においては、昭和35年に施行されたじん肺法及び同施行規則の趣旨にのっとり、粉じんの発散防止措置及び労働者に対する安全教育を行い、また、労働安全衛生法及び同規則に従い、粉じん作業場には換気装置及び排気処理設備を設置し、注水の実施及び防じんマスクの着用(亡義徳も同45年ころから着用していた。)の指導を行っていたものである。(★10)

2 じん肺と肺がんの因果関係について

(一) 専門家会議の構成員は、いずれもわが国における卓越した医学者であり、同会議の結果報告書の内容は彼らが国内外のじん肺と肺がんとの関連に関する文献を医学的知見から集約し、評価・検討することによって、各意見をとりまとめた最も信頼しうる文献であって、これを上回るものは今日国内外を問わず見当たらない。

(二) 局長通達について

局長通達は、結果報告書がじん肺と肺がんとの因果関係自体は認められないが、高度にじん肺症が進展した患者(★8)に肺がんが発症した場合には、じん肺が肺がんの進展あるいはその予後に重大な悪影響を及ぼすという医療実践上の不利益をもたらすとしていることから、

特例的な行政上の措置としてじん肺法管理区分管理4及びそれに相当する者に発症した肺がんについて業務上の疾病にあたるものとしものである。

★★★★★★ 被告側論理にたいする山本の註 ★★★★★★★

松山地裁の被告側立証の論点について、原告側の反論という部分もあるが、十分に論じられていないきらいがある。やや独断的ではあるが個別に批判点を書き出した。

- ★1. 個別の肺がんのケースを、それが職業性か非職業性かに分類するというのは、よほど稀な腫瘍(例えば塩ビ重合工程での肝血管肉腫のような)でないかぎり、實際上不可能である。喫煙者の肺がんといっても、それが真に喫煙が原因となったのかどうか分からないのと同様である。しかし、多いとされる型が出ているのであれば、その可能性が高いとはいえるのであり、それを「たまたま」と言い切るのは乱暴である。
- ★2. 被害者は昭和25年から隧道坑夫として掘削作業に従事しており、部分的に明り作業に従事しているからといって被害者の粉じん暴露歴がなかったことにならないのに、この論議は何のためかよくわからない。じん肺所見の有無で争っているわけでもないのに不思議な態度である。
- ★3. どの角度から見るとこういう結論がでてくるのか。せいぜい多くのデータが因果関係の存在を強く示唆しているが、患者調査でない粉じん暴露者のデータだけがないので結論をだす勇気がなかった、というのが普通の読み方ではないかと思うが。
- ★4. 好発年齢に達したというだけなら、別に肺がん合併が目立ったりはしない。それが目立つというなら胃癌やその他のがんもずいぶん目立つはずである。つまり普通の発生頻度でないから目立つのである。そもそもこの文献は「好発年齢まで延命できるようになって本来の高いリスクが顕在化した」ということを結論としているのである。前半だけ書き抜くような恥知らずなことをすべきではない。
- ★5. 粉じん暴露者に普遍的にみられるかどうかは疫学の問題である。検討の結果「密接な因果関係を示唆」できれば病理学的な関連性に関する認識にとっては充分である。いったい何が「とどまる」のであろうか。
- ★6. 確かに炭坑夫肺と肺がんとの合併の問題は議論のあるところである。しかし、これをけい肺を含むじん肺一般に援用するのは止めてほしい。炭坑夫肺(とくにイギリスなどの炭質の場合)とけい肺とは全く病態が違っているのである。
- ★7. じん肺管理区分の多寡が粉じん暴露の多寡とはイコールではなく、じん肺死、結核死という外挿因子が管理区分の高いものに余りにも大きいのであるから、この反応系はまだよくわからないという程度の認識にとどめるべきであり、「肯定する知見とは到底いえない」ほどのことではないのは明らかである。ただおそらく時間的因子(観察期間)とは正の関係が成立するであろう。
- ★8. 局長通達の最も犯罪的な部分がまさにここである。報告書のどこにも「高度に進展したじん肺」という限定はないのである。そればかりか結核の合併など合併症にかかっていることも肺がん発見に際し不利益となるという部分もあり、合併症を無視し管理4にのみ限定したことは改竄以外の何物でもない。管理4に限定したことがこの問題を引き起こしているのであるが、その根拠は実は何もないのである。このことは案外知られていない。



★9. 隧道作業現場の安全衛生に関する所轄官庁たる労働省がこんなおきなことを言ってよいのであろうか。地下水があつたら粉じんは飛散しないなどといったどのような根拠にこのような妄言がはけるのであろうか。

★10. ということは少なくとも10年間、からぐり(乾式削岩)させ、じん肺法及び施行規則の趣旨にのっとらない(防塵マスクさえしない)作業をさせていたということではないのか。

90.12.19. YAMAMOTO

原告勝訴が確定したじん肺がん訴訟の判決理由部分。”松山じん肺訴訟医学論争”とペアになっています。併せてほぼ判決全文となります。

## 判決理由

一 当事者間に争いのない事実

二 亡義徳の粉じん作業歴とじん肺について

(以上、略)

1 (一)～(六)略

(七) なお、亡義徳は、原告との婚姻当初である昭和42年3月14日ころから同44年4月ころまでは食後に煙草1本程度を喫煙することがあったが、それ以外には喫煙したことはなかった。

2 前記認定の事実によれば、亡義徳は昭和25年3月から同55年1月まで粉じんを飛散する場所における業務により、じん肺管理区分管理3イのじん肺(いわゆるけい肺、遊離けい酸を含む粉じんにより発症したじん肺)に罹患していたことが認められるが、じん肺管理区分管理4ないし4相当まで重症のじん肺に罹患していたとは認められない。

また前記認定事実、前掲甲第39号証の2及び乙第13号証並びに証人三浦肇及び同山本好孝の各証言によれば、谷口医院における肺結核及び結核性胸膜炎との診断には疑問があり、亡義徳は左肺下葉部に原発した扁平上皮がんが罹患し、しかも右肺がんは前記じん肺に罹患した以降に発症したものと認められるのが相当であり、これに反する証拠はない。

なお被告は、原告の主張する粉じん作業には労働省令に規定する粉じん作業に該当しないものが含まれていると主張するが、労働基準法施行規則別表第1の2第5項に規定する「粉じんを飛散する場所における業務」であれば、必ずしも右労働省令に規定されていないものであっても粉じん作業に該当するものと解すべきであるし、かりに被告の主張するとおり原告の主張する粉じん作業のうち労働省令に規定されていない粉じん作業を除いたとしても、原告の罹患した前記じん肺が労働基準法施行規則別表第1の2第5項に規定する「粉じんを飛散する場所における業務」により罹患したことを否定することにならないから、右主張は失当である。

三 業務上の疾病の意味について

1 原告は、亡義徳の罹患していた肺がんは業務上の疾病と認められるから、同人の死亡は業務上の事由によるものであるにもかかわらず、右肺がんを業務上の疾病と認めないで、同人の死亡に係わる遺族補償年金、遺族補償一時金及び葬祭料についていずれも支給しない旨の決定をした本件処分は違法であると主張し、被告は右肺がんは業務上の疾病とは認められないと反論

する。

2 原告に亡義徳の死亡に係わる遺族補償年金、遺族補償一時金及び葬祭料を支給するためには、右死亡が業務上の事由によるものであること、すなわち右死亡原因である肺がんが業務上の疾病であると認められなければならない、かつそれで足りるものである。そして、右業務上の疾病とは、労働者が業務上被った疾病、すなわち、業務と相当因果関係のある疾病をいうのであるから、結局右肺がんが業務上の疾病であると認められるためには右肺がんの発症が亡義徳の従事した業務と相当因果関係にあると認められなければならないことになる。

3 業務上の疾病に罹患した場合の災害補償については、業務上の負傷の場合と同じく、労働基準法75条以下に災害補償責任が規定されており、労働者災害補償保険法に基づく保険給付は労働基準法に規定する災害補償事由が生じた場合に行うものとされている(労働者災害補償保険法2条の8第2項)ことから、労働者災害補償保険法7条1項1号の「業務上の疾病」は、労働基準法75条以下の「業務上の疾病」と同じものであると考えられる。そして、労働基準法75条2項は、業務上の負傷が一般に業務との因果関係が明瞭である場合が多いのに比べて、業務上の疾病、殊に職業性疾病(災害によらない疾病であって、職業に内在する有害作用その他の性質の長期間の作用・影響により徐々に発生することが多く、医学経験上職業病と認められないかぎり私疾病として見過ごされやすい。)にあってはそれが業務により生じたものであるか否かが不明瞭であり、それに罹患した労働者がその業務起因性を立証することにはしばしば多くの困難を伴うことから、このような立証の困難を軽減するために疾病の中で業務との因果関係が一般に認められるに至っているものについて、これを業務上の疾病として具体的に命定することとした。そして、右労働基準法75条2項の規定をうけた同法施行規則35条は、同規則別表第1の2第1号から8号までに特定有害因子を含む業務に従事するとその業務に起因して発症すると一般に認められている疾病を掲記して業務上の疾病の範囲を規定している。

じん肺に関しては、同別表第1の2第5号において「粉じんの飛散する場所における業務によるじん肺症又はじん肺法に規定するじん肺と合併したじん肺法施行規則第1条各号に掲げる疾病」をもって業務上の疾病と認めているが、じん肺患者が罹患した原発性の肺がんについては、肺がんがじん肺法施行規則第1条各号に掲げられていないから、右別表第1の2第5号には含まれないこととなる。したがって、じん肺患者が罹患した原発性の肺がんが業務上の疾病と認められるには、同別表第1の2第9号(この規定は、業務上の疾病をすべて網羅して規定することが不可能であることから、具体的に規定しえなかったものであっても本号で業務上の疾病と認めるためにおかれたものである。)の「その他業務に起因することの明らかな疾病」に含まれなければならないことになる。

4 ところで、本件においては、前記二認定の亡義徳が罹患していたじん肺については業務起因性が認められる(労働基準法施行規則別表第1の2第5号参照)。同号によれば「粉じんを飛散する場所における業務によるじん肺症又はじん肺法に規定するじん肺と合併したじん肺法施行規則第1条各号に掲げる疾病」をもって労働基準法施行規則35条2項の規定による業務上の疾病としているところ、右「じん肺症」とはじん肺のうち療養を要するものをいい、じん肺法23条においては「じん肺管理区分が管理4と決定された者及び合併症にかかっていると認められる者は、療養を要するものとする。」と解されており、またじん肺法施行規則1条の各号には「肺結核、結核性胸膜炎、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症及び続発性気胸」が合併症として掲記されているから、前記二認定のとおり亡義徳が肺結核ないしは結核性胸膜炎に罹患していなかった

とすれば、亡義徳の罹患していたじん肺はじん肺管理区分管理3イであるので、労働基準法施行規則別表第1の2第5号に直ちに該当するとはいえないとも解する。しかしながら、じん肺の程度及び合併症の有無によって罹患した疾病が業務上の疾病となるか否かが左右されるものとは考えられないから、右規定は業務上の疾病と認めるのは療養や休業の補償を受けられるようにするために、そのような療養や休業を必要とする疾病だけを業務上の疾病として療養や休業等の補償の対象とすれば足りるとの趣旨で定められたものであって、右規定に該当しないじん肺についての業務上の疾病であることまで否定する趣旨であるとは解されないから、亡義徳のじん肺がじん肺管理区分管理3イであっても、右じん肺が業務上の事由によるものであると認められると解すべきである。そうすると、亡義徳の罹患したじん肺と同人の死亡原因となった肺がんとの相当因果関係が認められれば、右じん肺が業務上の事由によるものであると認められるから、結局亡義徳の死亡も業務上の疾病によるものと認められることとなる。

#### 四 じん肺と肺がんとの相当因果関係について

1. そこで、右じん肺と肺がんとの間に相当因果関係が認められるか否かを、以下審究する。
2. 成立に争いのない(以下5行略)以下の事実が認められ、この認定を動かすに足る証拠はない。
  - (一) 佐野辰雄は、日本災害医学会誌第15巻第6号別冊(昭和42年12月1日号)に掲載された「じん肺と肺がんの関連性—その病理学的検討—」(甲第19号証)において、けい肺と肺がんの合併は、一般人に比べてほとんど差がないとする研究が大部分であったが、最近50才以上の高齢のけい肺患者のがん合併の増加が目されるようになり、けい肺症の組織変化と肺がんの関係が従来考えられていた以上に密接であることを示唆しており、けい肺では結節周囲の肺胞壁よりも慢性気管支炎の継続した部位の気管支壁、肺胞壁部の上皮異常が著しいとされている。また、同人は、労働の科学第36巻11号(同56年11月号)の巻頭に掲載した「炎症とがん—刺激の多様性と細胞反応の単純性」(甲第10号証)において、じん肺に合併する肺がんの増加は、粉じん巢の線維化の進行には直接の関係はなく、気管支炎と細気管支炎の発生と進行に密接に関係するとし、炎症による変性と再生の繰り返しの結果であろうとしている。
  - (二) 藤沢泰憲、菊池浩吉は、じん肺論文集に掲載した「けい肺症と肺がんの合併についての統計学的検討」(甲第16号証)において、けい肺症の剖検例中肺がん合併は37例(16.2%)あり、一般の肺がん(昭和41年から同43年までの3年間の全日本剖検例と死亡診断書に基づく全日本死因別統計の同年齢層男子を対象としたもの)の6.6倍の頻度であり、有意に高率であるとしている。

また、藤沢泰憲、菊池浩吉、神田誠は、じん肺論文集に掲載した「けい肺、肺がん合併例の病理学的検討」において、重症けい肺には肺がんが高く、扁平上皮がんと未分化がんが多い傾向にあり、一般の肺がんと比較して腺癌の少ないが目立つとしている。

さらに、藤沢泰憲、菊池浩吉、神田誠、小玉孝郎は、「けい肺症の病理—とくに肺がんとの関連について—」(甲第38号証)において、昭和31年から同48年までの18年間にじん肺症と認定を受けて岩見沢労災病院で死亡した患者の剖検例(いずれも剖検によりけい肺症と認定されている。)229例を用いて、統計的、病理学的検討を加えた結果を以下のとおり報告している。けい肺に合併する肺がんは37例(16.2%)であることが注目される、けい肺症は肺がんの発生に何らかの関連を有することは統計的研究からも明らかであるが、その機転として、一つにはけい肺症に伴う慢性炎症の存在、一つにはけい肺性癆痕の気管支壁粘膜上皮に及ぼす影響、とくに物質沈着の場としての癆痕を考慮すべきである。けい肺症に肺がんの合併の

多いのは確実である、肺がんとけい肺の合併は一般に考えられているよりもはるかに高いものといわなければならない。けい酸は発がん物質の範囲に入らないが、けい肺の肺がん発生に及ぼす機序の一つには他の発がん物質による発がんの促進、具体的には肺組織を破壊し癆痕化することによって同時に吸入された他の発がん因子を局所に停滞させる可能性があげられる。

菊池浩吉、奥田正治は、日本災害医学会誌第29巻第3号(昭和56年3月1日号)に掲載した「じん肺と肺がんについて—病理の立場から—」(乙第23号証の三)において、同31年から同54年までの岩見沢労災病院におけるけい肺剖検例406例を臨床病理学的及び統計学的に各検討し、同33年から49年までの日本病理剖検輯報のじん肺剖検例1172例の統計的検討を加えた結果、じん肺症に合併する肺がんには扁平上皮がんが有意に多く、これは外因性の肺がんの多発を意味し、また微小がんにおける観察もじん肺症が肺がんの母地になりうることを示唆するように見え、まとめとして、じん肺と肺がんの関連について、剖検統計、病理学的観察から、両者の間に密接な因果関係を示唆する成績を得た、と報告している。

(三) 藤沢泰憲は、札幌医学雑誌第44巻第4号(昭和50年9月号)に掲載した「けい肺症の臨床病理学的研究」において、以下のとおり報告をしている。

「II、けい肺症と肺がんの合併についての統計的検討」(甲第36号証)において、けい肺症の肺がん発生に及ぼす意義の病理学的検討の基礎とするため、昭和31年から同48年までの18年間にじん肺症と認定を受けて岩見沢労災病院で死亡した患者の剖検例(いずれも剖検によりけい肺症と認定されている。)229例を用いて、統計的分析によりけい肺症剖検例の肺がん合併率の意義について再検討した結果を報告した。それによれば、右剖検例229例のうち、肺がんの合併は37例(16.2%)であり、全日本死因別統計における同性同年齢層の肺がん頻度と比較するとけい肺症肺がんは有意に高率であり、同年齢層の一般男子より約7倍高率であった。また、けい肺症肺がんはその年齢分布に明らかな特徴はなく、喫煙習慣及び結核合併との関連は証明されなかった。職業別では炭坑夫に多発する傾向がみられたが、特定の鉱山との関連についての解析は不可能であった。

「III、けい肺症合併肺がんとその発生母地に関する病理組織学的研究」(甲第17号証)において、昭和42年から同48年までの岩見沢労災病院におけるけい肺症剖検例126例を研究対象とし、観察対照として同年から同49年までの2年間に札幌医科大学において剖検された40歳から85歳までの男子剖検肺を用いたところ、一般肺がんは上葉原発が多いが、けい肺症合併肺がんでは下葉原発が上葉原発の二倍あり、けい肺症と肺がんの因果関係は、けい肺症に伴う慢性気管支炎と肺線維症による気管支、肺胞上皮の再生増殖が主要な因子であり、けい酸の直接作用による発がんの可能性は低いとしている。

(四) 菊池浩吉は、労働の科学第35巻7号(昭和53年)に掲載した「じん肺と肺がん」(甲第18号証)において、じん肺と合併肺がんの因果関係の立証はきわめて困難である。多くの疫学的、病理学的研究によりその相関関係が強く示唆されているが、決定的な結論には、今後の解明に待たねばならない多くの医学的課題が残されているとしながら、他方、実際面からなめると、じん肺という肺組織の修飾が何らかの原因による肺がんの発生を促進していることはほぼ確かと考えられるし、じん肺の存在は肺がんの早期診断を妨げ、内科的・外科的治療の適応を狭め、予後を悪くする因子として働くことはまちがいないものとしている。

(五) じん肺に原発性肺がんを合併する症例は、諸外国では1920年代より、わが国では1940年代

後半より報告がみられるようになり、近年その数が次第に増大し、また、これに伴いじん肺とこれに合併した肺がんとの間に因果関係が存在するか否かが注目され、これまでのところこれに関連する調査結果や意見がそれぞれ数多く出されていて、いずれの見解が支配的とも断定し難い状況にあった。そこで、労働省労働基準局長は、千代谷慶三を座長とする「じん肺と肺がんとの関連に関する専門家会議」を設置し、これにじん肺による健康障害についての検討を委嘱した。専門家会議は昭和51年9月以降右検討を行い、じん肺と肺がんとの因果関係に関するレポートを概括的に見直し、最近の知見を加えて現時点における両者の因果関係に関する意見を取りまとめた「じん肺と肺がんとの因果関係に関する専門家会議検討結果報告書」(乙第16号証)を作成し、これを労働省労働基準局長に提出した。右結果報告書はこれまでの研究成果の集約とみられるのでその内容についてやや詳しく纏めると、以下のとおりである。

- (1) 無機粉じんのはたらきについては、クロム、ニッケル、ベリリウム、石綿等についてはすでに肺がん発生の証明があり、またコバルト、酸化鉄等はそのはたらきが疑われている。しかし、けい酸粉じんのはたらきについては、諸家の報告の多くは否定的な見解を示しており、これを積極的に肯定する見解は得られなかった。
- (2) 吸入された粉じんは、その物理化学的特性によって気管支、細気管支、肺胞を含む気道系およびじん肺性病変を発生させる。その生体反応の場は細気管支、肺胞系が中心である。この病変に急性および慢性の感染症等による修飾も加わって、究極的には気道変化、肺の線維化、気腫化等の様々なパターンによるじん肺性病変に至るものである。じん肺に合併した肺がんは、このようなじん肺性病変の進展過程のいずれかの時点において発生するが、両者の間の病因論的関連性については、いまだ不明の点が多い。そして、これらを解明する手段として実験病理学的手法があるが、右課題に即応しうる実験モデルの作成は今日なおきわめて困難であり、したがってこれまでの実験成果から得られる情報は乏しく、かつ限られた範囲のものでしかない。
- (3) 剖検された多くの症例が進行した肺がんであるため、じん肺と肺がん発生の因果関係を病理形態学的観点から確かめることは難しい。しかし、比較的早期の肺がんとじん肺の組織学的関係の検討やじん肺に合併した肺がんと一般の肺がんの比較等を行えば、その因果関係の有無について何らかの示唆を得る可能性がある。

外因性肺がんの組織型は扁平上皮がんが多いとされ、じん肺に合併した肺がんは扁平上皮がんが多い傾向にあるとされているが、一般の肺がんと比較して統計学的に有意差はない。原発部位は、石綿肺と同様に下葉に多く(上葉のほぼ2倍)、一般の肺がんが上葉に多いことと比較して対照的であるとされているのが注目される。

じん肺の程度と肺がん合併頻度の関連については、肺がん合併例をじん肺エックス線病型別あるいは病理組織学的に観察して、じん肺病変の程度が高度なものよりもむしろ中等度または軽度のじん肺に肺がん合併が多いとする報告がある。しかし、じん肺における病変は極めて多彩であり、重症例は比較的若年で死亡すること等を考えると、じん肺病変の程度と肺がん合併率との関係のみをもって直ちに両者の量-反応関係を否定しすることはできない。

じん肺に合併した初期の微小がんの病理組織学的観察では、けい肺性病変とがん病巣との間の密接な接触性と病理組織学的変化の連続性を認めた報告があり、厳密な癒痕がんの

病理学的診断基準に適合する例もあげられている。

一方、岩見沢労災病院の剖検例では、ほとんどのじん肺例(124例中109例、88%)に程度の差、組織像の差はあれ、急性および慢性気管支炎の病理組織像が確認された。粘膜上皮の変化は気管支炎と必ずしも併行しないが、じん肺における基底細胞増殖の頻度が高いことは気管支炎に基づくと考えられる。藤沢は、基底細胞増殖自体はがん発生と直接結びつくとはいえないが、じん肺における長期間持続する刺激とこれに基づく慢性炎症、上皮の増殖性変化は発がん母地となる可能性が大きいとしている。

じん肺においては、慢性気管支炎、細気管支炎などを背景とした慢性肺間質性線維症はしばしば認められ、これに細気管支、肺胞の著明な拡張を伴った蜂巣肺が生ずることが多い(じん肺126例中16例、12.7%)。注目すべきは、この病変には末梢気道上皮の腺様増殖が必発なことである。菊池らは、このようなじん肺慢性炎症、肉芽組織あるいは癒痕が気管支上皮、末梢気道上皮の病的増殖を起こすことによって生ずる通常の意味の癒痕がん発生の可能性をまずあげている。次に、じん肺性癒痕が同時に吸入された何らかのがん原物質を肺内に停滞、局在させる可能性をあげている。

竹本も、じん肺性癒痕は肺間質、肺胞、末梢気管支上皮に剥離、修復機転を繰り返して起こされたり、粉じんの停滞が気管支粘膜上皮を刺激し、慢性炎症性変化を起こし、さらには上皮の化生増殖を起こしてがん発生の母地となる可能性を述べている。

しかし、現状では以上の事実をもってしても、病理形態学的立場からじん肺性病変が肺がんの発生母地となり得ると断定するには証拠が乏しい。今後じん肺における上皮内がん症例の成績の蓄積がなされ、それらとじん肺病変との病理組織学的連続性が証明される必要がある。

- (4) 日本剖検輯報は、わが国の大病院、大学病院のすべての剖検例を網羅し、わが国の剖検例のほとんど全例が集録されており、世界的にその量と正確度で最も信頼できる資料であり、一方岩見沢労災病院は、北海道において死亡したじん肺患者の約75%を取扱い、じん肺のセンターとしての機能を持ち、かつ同病院で死亡したじん肺患者は、特殊事情がない限りほぼ全例剖検され(1956年から1977年まで328例で全体の94.3%)しているところから、報告書は、両者の各剖検例をもって、現時点において最も信頼するに足りるじん肺剖検統計の資料であると評価し、これらの資料に基づいてじん肺患者の肺がんの合併率を検討している。それによれば、岩見沢労災病院剖検例では、初期の武田ら(昭和39年)の20%、次いで菊池ら(同45年)の16.7%、藤沢(同50年)の16.2%、奥田ら(同年)の15.8%、さらに同51年12月現在では剖検総数327例中49例(15.0%)を示しており、剖検総数が増加するにつれて、若干減少の傾向を認めるが、それでも15.0%という高率を保持している。一方、同33年から同49年までの日本剖検輯報より集録したじん肺は1172例であり、うち179例(男子175例、女子4例)、15.3%に肺がん合併を認めた。この比率は岩見沢労災病院剖検例とほとんど一致する。一般に剖検例には医師側の選択が入り、特に悪性腫瘍に偏りがみられる傾向があるが、岩見沢労災病院の如くほぼ全例が剖検される施設における成績と全日本じん肺剖検例の成績が一致することは決して偶然とは考えられない。実際、肺がん合併率が北海道のみならず、四国(44.4%)を除く各地域とも10ないし20%、平均15.3%という高率を示し、また職種別でみてもほぼ14ないし16%程度で肺がん合併の認められたことは、じん肺における肺がんの合併が単なるサンプリングの偏りにるものでなく、有意に頻度の高

いことを示唆している。

なお、男子のみの全悪性腫瘍に対する肺がんの割合は、全国じん肺剖検例(1958-1974)46.1%、岩見沢労災病院剖検例(1956-1973)47.1%で、厚生省人口動態統計(1974)13.2%より高く、全死亡に対する同割合も前者で15.7%、後者で15.8%と人口動態統計の2.6%の約6倍を示している。口腔・咽喉がんは、全死亡に対する割合と比較すると、それぞれ6.5倍、4倍と高く、一方胃がんをはじめその他の悪性腫瘍ではほぼ同率かあるいは低い。このことからけい酸を含む粉じんは上部呼吸器及び下部呼吸器に対して発がん性を促す方向に作用している可能性がある。

(5) 奥田ら(1975)による岩見沢労災病院の剖検例は、そのほとんどの例で肺がんはじん肺認定後に発生したものである。しかし、肺がん罹患した患者が選択的に同病院を受診した疑いを払拭できない。そこで、1956年から1957年までの間に剖検された55例のうち、入院一年以内に肺がんが合併した17例全例を入院時に肺がんがあったと仮定して除外し、残り38例のうち、臨床診断では低く見積って60%が発見されると仮定し(23例)、その合併頻度6.7%(23/343)を出したうえ、全日本死亡例におけるそれと比べても3倍近いことが判明した。なお、実際の肺がん合併リスクはもう少し高いものと思われる。

そして、総括として、けい肺と肺がんの間に何らかの関連性のあることは強く示唆される。しかし、一方既知の職業がんと同一のレベルで論ずることができないことも事実である。検討した資料が既知の職業性肺がん比べて量的に少ないこと、質的にも関連性の強さの程度が明らかでないことが確定的な結論を引き出しえない主因であると思われる。

(六) 千代谷慶三は、日本災害医学会誌第29巻第3号(昭和56年3月1日号)に掲載した「じん肺と肺がんの合併に関する臨床医学的研究」(乙第23号証)において療養した患者集団の中から、療養経過中に新たに発生した原発性肺がん症例について調査した結果、同50年以降におけるこの集団の原発性肺がん死亡のリスクはわが国の人口のそれに比べて高いが、主に胸部エックス線写真所見がじん肺由来の陰影に覆われて肺がん陰影の識別を困難にしていることから、じん肺に合併した肺がんの早期の臨床診断は一般の肺がんと比較して困難を伴った、と報告している。

(七) 安田直也、佐々木雄一、酒井一郎、田辺孝一、伊藤廉、安曾武夫、奥田正治は、日本災害医学会誌第29巻第8号に掲載した「じん肺症に合併した肺がん症例の臨床的検討」(乙第24号証の2)において、同50年7月から同55年6月末までの期間に岩見沢労災病院において診断したじん肺に合併した肺がん症例37例についての臨床的検討の結果、じん肺症患者の肺がん発病率は同年代の日本人の6.8倍であり、じん肺症合併肺がんは、一般の男性肺がんに比し、扁平上皮がんが多く、腺がんが少ない、と報告している。

(八) 海老原勇は、労働の科学第36巻第11号(昭和56年11月号)に掲載した「職業性肺がんをめぐる現状と問題点」(甲第20号証)において、発がん物質への暴露以前あるいは同時に炎症を起こさせておくと発がんしやすく、このことは発がんにおける生体側の条件として慢性炎症が重要な役割を果たしていることを示しているとしている。

また、同人は、同書に掲載した「じん肺と肺がん—じん肺における発がんの母地を中心に—」(甲第9号証)において、比較的最近までの報告にはじん肺(特にけい肺)が肺がんのリスクファクターであることに消極的なものが多かったが、じん肺患者の延命がはかられ、肺がんの好発年齢以上に生存する者が多くなってきた最近の研究報告では一致してけい肺に肺がん

の過剰死亡を認めているとし、そこで、けい肺と肺がんの関係をじん肺における組織変化と発がん母地という面から労働科学研究所に保存されているじん肺剖検例の病理学的特徴の有無を検討して、じん肺にみられる病理組織学的変化そのものが発がんの好適な母地となっていることは、病理組織学的検討からも明らかであると考えられたとしている。

さらに、同人は、労働科学第58巻第12号に掲載した「粉じん作業と免疫異常—粉じんの免疫系への作用と自己免疫疾患および悪性腫瘍の発症要因—」(甲第21号証)において、じん肺症や粉じん作業における細胞免疫機能の低下と体液性免疫機能の亢進という免疫異常それ自体がリンパ系の悪性腫瘍の発生要因であることは容易に理解できるが、より基本的にはT細胞の機能障害がリンパ系の悪性腫瘍の発生要因となっており、加えてマクロファージの破壊とインターフェロン産生能の低下によるウイルスに対する防御機構の低下が促進要因となっているとしている。

そして、同人は、労働の科学第39巻第12号(昭和59年12月1日号)に掲載された「じん肺をめぐる最近の社会医学的諸問題」(甲第22号証)において、粉じん作業の肺がんリスクは1.5ないし4.0程度であり、肺がんの原発部位は、じん肺所見の軽度なものでは肺門型が多く、中程度から高度のじん肺では塊状巣に接した部位や塊状巣が形成されようとしている部位からの肺野型が多いとしている。

(九) 第六回国際じん肺会議(昭和58年9月に西ドイツのルール大学で開催)においては、アメリカからの炭坑夫に対する疫学調査の結果からは肺がんのリスクを認められないとの2件の報告があった以外は、いずれも肺がんのリスクが高いとの報告討議がなされた。すなわち、一般演題として提出された7題のうち、デンマークからの報告では鋳物工について追跡調査をしたところ肺がんと泌尿器がんが有意に高率であったとされ、フィンランド、スウェーデン及び日本(千代谷慶三の報告)からの各報告ではけい肺症についての観察ではいずれも肺がんのリスクが高いとされ、海老原勇は低濃度けい酸じん暴露を受けたじん肺患者に対する死亡疫学調査の結果肺がんのリスクが高いという報告をした。また西ドイツのヴォイトビッツは、ラウンドテーブルディスカッション「けい肺、炭坑夫じん肺と肺がん」において、今日まで報告されている内外の多数の研究成果をレビューし、炭坑夫じん肺やけい肺では肺がんの発生率が高率であるとしたうえで考えられる三つの仮説をあげる冒頭の基調報告を行ない、右三つの仮説について討議したが、実験的な結果や疫学的な結果からけい酸じんそれ自体が発がん性を持っていないとの考え方が多数であり、粉じん吸入と慢性気管支炎あるいは粉じん巣が肺がんの発生母地となるだろうとの考えが強く打ち出された、促進要因としての喫煙問題が出されるなどしたもの、右発生母地の考え方やけい肺に肺がんの発生率が高率であるとの見解に反対する立場からの討議はなされなかった。

(一〇) 大崎は、第57回日本産業衛生学会、第36回日本産業医協会の「職業性肺疾患、特にクロム肺がん、じん肺、農夫肺を中心として」と題する講演(甲第12号証)において、同人らが過去8年間に剖検したけい肺患者で粒状影を呈しているもののうち、34.7%の者が肺がんを合併しており、肺の末梢に生ずる肺野型で、組織型は腺がん、扁平上皮がんが主体を占めたと報告している。

(一一) 千代谷慶三が主任研究者とし、その他に12人の共同研究者で構成された「じん肺と肺がんの関連に関するプロジェクト研究班」は、日本災害医学会誌第35巻第8号(昭和62年)に掲載した「じん肺と肺がんの関連に関する研究—労災病院プロジェクト研究結果報告—」(甲第3

4号証)において、右研究班は、前期結果報告書の提案を前提とし、より広く医療機関における医学情報を募集してじん肺と肺がんとの関連を明らかにすることを意図し、昭和54年1月から同58年12月までの5年間に全国各地の11の労災病院において診療(労災保険によって療養)しているじん肺患者3335例を登録し、コホート調査の手法に従って見込的な疫学追跡調査を実施し、その結果を発表した。それによれば、調査期間中に死亡した636例中肺がんによる死亡が87例(13.7%)であり、右肺がん死亡例のうち観察死亡者数はわが国の一般男子人口における肺がん死亡率から計算する死亡期待数に比較して4.1倍(標準化死亡比)の高値を示した。これに対し、胃がん及び胃がんを除く悪性腫瘍のそれは、それぞれ1.1倍で、ほぼ一般男子人口の死亡率を示して、調査対象が悪性腫瘍に関して特定の偏りをもつ集団でないことを示した。喫煙習慣は標準化死亡比を相対的に高める傾向がみられたが、非喫煙群においても4.2を示しており、調査集団の高い標準化死亡比の主因が喫煙習慣に依存するものではないことを窺うことができる。合併肺がんの病理組織型は、類表皮がんが50例(57.5%)で最も多く、小細胞がんが19例(21.8%)、腺がんが10例(11.5%)、大細胞がんが8例(9.2%)であったが、顕著な差異ではなかった。けい酸粉じんそのものの発がん性を否定する見解を支持する結果が得られた。

- 3 右認定の事実によれば、じん肺(けい肺)の原因物質であるけい酸に発がん性がないことは、ほぼ医学上の定説であり、また、じん肺が肺がんの起原因となつているとの医学上の見解も存するが、右見解は未だ医学上の定説になるには至っていないことが認められる。しかしながら、訴訟上の因果関係の立証は、一点の疑義も許されない自然科学的証明ではなく、経験則に照して全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認する高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑いを差し挟まない程度に真実性の確信を持ちうるものであることを必要とし、かつそれで足りるものである(最高裁判所昭和48年(ワ)第517号、同50年10月24日第2小法廷判決・民集第29巻9号1417頁参照)。

そこで、右の観点から訴訟上の因果関係を認めうるか否かについて、右認定事実を検討する。近年におけるじん肺症患者の肺がん合併の発生率は一樣に高いと報告されており、殊に岩見沢労災病院のじん肺剖検例及び日本剖検しゅう報に基づく各報告によれば、少なくともじん肺症患者の約15%の者に肺がんの合併症が認められ、この数値は同年齢層の一般男子の肺がん罹患率(相対的危険度)の約6倍に当り、しかも右岩見沢労災病院のじん肺剖検例の報告は、疫学的手法に従い慎重な吟味を加えて肺がんの合併頻度を求めた場合でも、一般男子のそれより約3倍であると報告しており、また(二)記載のじん肺と肺がんの関連に関するプロジェクト研究班の調査によれば、じん肺患者の13.7%が肺がんにより死亡しており、わが国の一般男子人口における肺がん死亡率との標準化死亡比は4.1倍である(なお、これより低い数値の報告も存在するが、統計的な数値を問題にする際には、その統計の取り方によっては正確な実体を表せないものであるから、厳密な調査・検討に基づいて算定されたものを採用すべきであるところ、右報告及び調査による数値は、そのような点を考慮してなされており、他の数値に比較して最も信頼しうるものであり、その他の数値はたやすく採用しえない)。証人藤沢泰憲の証言によれば、一般に肺がんとの相当因果関係が認められている石綿肺における相対的危険度は5倍ないし7倍であることが認められているところ(これに反する証拠はない)、右数値は石綿肺の場合に近い高値になっている。一般の肺がんにおいて右肺の腺がんが多いとされているのと比較して、じん肺症患者に合併して発生する肺がんは、左肺下葉部に原発するものが多く、扁平

上皮がんが多いとの報告が多いところ、これらの特徴は、外因性のがんにみられるものであり、じん肺に合併して発症する肺がんがじん肺の原因物質である粉じんに関連していることを窺わせる。また、じん肺症患者に肺がんが発症する仕組については、じん肺症による病変部の癒痕ががん化するという見解、じん肺症により免疫低下を生じ、そのために肺がんが発がんしやすくなるとする見解、じん肺症により炎症を起こした部位が発がんのための母地となるとする見解などが主張されている。そして、前記認定事実、前掲甲第14号証及び証人藤沢泰憲の証言によれば、前二者については有力な反対が存するものの、最後の見解については、未だ明確に反対する見解は表明されておらず、むしろこれに好意的な研究結果も報告されていることが認められ、これに反する証拠はない。右のじん肺患者で肺がんを合併するものが一般の場合に比べて極めて多いということ、しかも、その肺がんは一般の場合の肺がんと異なった部位に発症し、組織型を有すること、じん肺に肺がんが発生することを説明する有力な見解が存在し、これを支持する調査結果が存在するが、明確に反対する見解が未だに存在しないということ、じん肺と肺がんとの何らかの関連性を認める報告は存在するが、積極的に否定する報告は存在しないということなどの事実を総合すれば、前記のとおり医学上はじん肺と肺がんとの因果関係が未だ認めうるとする状況にはないとしても、少なくとも本件で問題となっているじん肺と左下葉部に原発した扁平上皮がんとは、特段の事情がないかぎり、訴訟上の相当因果関係を認めるのが相当である。

- 4 被告は、訴訟上の事実的因果関係については高度の蓋然性の証明が必要であり、その高度の蓋然性の証明を支えるものは科学的な根拠にほかならないとして、じん肺と肺がんとの因果関係を認める病理学的知見はいずれも仮説ないし私論にすぎず、また疫学的な因果関係を認めるためには、(1)その因子が発病の一定期間前に作用するものであること、(2)その因子の作用する程度が著しいほどその疾病の罹患率が高まること、(3)その因子の分布消長と疾患の発生程度との相関が矛盾なく説明できること、(4)その因子が原因として作用するメカニズムが生物学的に矛盾なく説明できること、の四つの条件が満たされることを要するが、じん肺の重症度と肺がんの発生比率は逆比例するので、右(2)の条件に反する傾向がある、と主張する。現段階においては、じん肺と肺がんとの因果関係を認める病理学的知見はいずれも仮説ないし私論にすぎないことは被告主張のとおりであるが、これはがんの発生メカニズムという現代医学においてもいまだ説明されていない現象の説明に関することであるから、右病理学的知見が仮説ないし私論にすぎないこともやむをえないことであって、そのことから直ちにじん肺と肺がんとの因果関係を否定することは相当ではない。また、疫学的な因果関係を認めるために、被告は前記四つの条件を全て満たさなければならないというが、じん肺に合併する肺がんについては、肺がんの早期発見が極めて困難であり、疫学的調査をすることに困難が伴うから、厳密な意味での疫学的証明を要求することは妥当でない。たしかに、じん肺患者のうちで、肺がん発生率はじん肺管理区分4よりも同3及び2の方が高いとの報告が存在することは被告主張のとおりであるが、証人藤沢泰憲の証言によれば、いわゆる量-反応関係というのは元々実験医学における言葉であり、特に、薬理学において人体に投与した薬の効果について検討するにあたり用いられるものであり、じん肺と肺がんとの関係のように人体に直接生じた病変について用いることは、必ずしも妥当ではないと述べており、またじん肺管理区分管理4とされたじん肺患者がじん肺により早期に死亡することをも考慮すれば、必ずしも右主張が正鵠を得ているものとも考えられない(なお、じん肺における病変が極めて多彩であり、重症例は比較的若年で死

亡することなどを考えると、じん肺性病変の程度と肺がん合併率との関係のみをもって直ちに両者の間の量一反応関係を否定し去ることはできないと前記結果報告書も指摘しているところである。)

また、被告は、近年の臨床医学的傾向としてじん肺患者に高い肺がん合併率がみられるのは、じん肺患者の延命により肺がんの好発年齢に達する患者が多くなったことが原因であるから、じん肺患者の高い肺がん合併率はじん肺と肺がんとの因果関係を認めるための合理的根拠となりえない、と主張する。しかしながら、右はじん肺患者が従来であれば肺結核等の合併症により比較的若年で死亡していたため肺がんの発症割合が明らかでなかったが、結核等の治療方法の向上によりそれが顕在化するようになったものであり、そこでいわれているじん肺患者の高い肺がん合併率の報告は、いずれも同年齢層の者と比較してじん肺患者に高い肺がん合併率が認められるとの報告にじん肺と肺がんとの因果関係を認めるための合理的根拠となりえないという被告の主張は当を得ないものというべきである。

さらに、被告がじん肺と肺がんとの因果関係を否定する報告として主張するものは、前記認定のとおり、いずれもじん肺と肺がんとの因果関係を積極的に否定するものではなく、むしろじん肺と肺がんとの何らかの関連性は認められるが、医学上の見地からじん肺と肺がんとの因果関係を積極的に認めるまでには至らなかったというにすぎないものである。なお、乙第27号証の3に記載の報告は、炭坑夫が罹患したじん肺と肺がんとの因果関係を否定するものであるが、証人三浦肇及び同藤沢泰憲の各証言によれば、けい肺によるじん肺と石炭によるじん肺とは同様に考えられないものであることが認められ、これに反する証拠はないから、右記載は前記認定の妨げとなるものではない。

5 前記認定のとおり亡義徳の死亡原因となった肺がんは左下葉原発の扁平上皮がんであること、亡義徳がじん肺に罹患した後に右肺がんにも罹患したこと、本件においては亡義徳の罹患したじん肺と右肺がんとの相当因果関係を否定するような特段の事情が認められないことなどから、右肺がんは亡義徳の罹患していたじん肺によって発症したものと解するのが相当である。

五 以上のとおりであって、亡義徳の死亡原因となった肺がんと業務上の疾病と認められる亡義徳が罹患したじん肺との間には相当因果関係が認められるから、右肺がんも業務上の疾病となり、亡義徳の死亡は業務上の疾病によるものとなる。したがって、亡義徳の死亡を業務上の疾病によるものではないとしてなされた本件処分は違法であって、取消を免れない。

よって、原告の本訴請求は理由があるからこれを認容し、訴訟費用の負担につき行政事件訴訟法7条、民事訴訟法89条を適用して、主文のとおり判決する。

松山地方裁判所民事第2部

裁判長裁判官 八束和広  
裁判官 高林 龍  
裁判官 牧 賢二

## 大分地裁じん肺肺がん訴訟(野中事件)資料

90年11月28日、大分地裁野中じん肺肺がん訴訟が結審しました。以下の文は大分協和病院山本が本年4月大分地裁において証言を行なった全記録です。判決は91年3月19日です。じん肺と肺がんとの関係が訴訟的に確立されることが期待されます。

野中政男行政不服訴訟速記録

昭和63年(行ウ)21号

証人氏名 山本 真

## 主 尋 問

原告代理人(河野)

速記録末尾添付証人(山本真)の経歴書、業績一覧表を示す。

1 ここに書かれている、先生の経歴、資格、所属学会など、このとおりですか。

そのとおりです。

2 山本真業績一覧と書かれている文章は、先生ご自身が、まとめられたものですね。

そうです。

3 このとおり間違いありませんか。

間違いありません。

甲第7号証を示す。

4 これは、先生が再審査請求の段階で出された意見書で間違いありませんか。

間違いありません。

5 先生が、このような意見を書かれるに至った経緯を説明してください。

その当時、私は、大分診療所に勤務していたと思いますが、大分で、職業病労災関係の相談窓口である社団法人勤労者安全センターというのがございます。そこの医学的な顧問をしておりまして、そこの安全センターの方から、会員のお父さまが、この方だったと思いますが、その方の、じん肺の肺がんが、大分の審査会で却下された、それに関して検討していただけないかということで、私の方に裁決書が回って参りまして、それを読ませていただきました。そういうことで、この件と関わりができたということです。

6 それで、先生が、この意見書を書かれるにあたって、癒痕癌ということが、この被災者について問題となっているということを知られたということですか。

裁決書の中に、最終病理報告書というのがございまして、そこの記載に、癒痕癌、英語で書いてありましたが、スカーカルチノーマという記載があるのを知りました。

乙第16号証の一を示す。

7 その最終病理診断のもととなる、英語で書かれている文献が、この16号証の一ですね。

そうです。

8 この第1項の、ファイナルパソロジカルダイアノーシスの第1項に書いてある一番最初に、スカーカルチノーマという言葉が出てくるわけですね。

はい。

甲第3号証を示す。

9 これは、今の英語の文献を解剖にあたられた中山教授に訳していただいたものですが、この最終病理診断と書いてある項の最初に、癒痕癌と書いてある、これが癒痕癌との記載があるわけですね。

そうです。

10 癒痕というのは、そもそも、どういう意味を持った言葉なんですか。

多種ございますけれども、肺の中の既存の組織の中に、炎症などが起こりまして、組織が崩れてくることがあります。崩れてきた組織が、治癒機転によりまして、いわゆる傷跡という形になってまいります。それが、癒痕というふうに申し上げますが、生きた組織というよりは、すでに細胞分裂など止った傷跡という形になった部分と考えていただいてもいいと思います。

11 同じ項に、組織型、腺扁平上皮癌という記載がありますが、これはどのような型と理解していいんでしょうか。

肺癌の中で、組織型といいますと、大きく分けて扁平上皮癌、腺癌、小細胞癌、大細胞癌というのがございます。そのうちで腺扁平上皮癌というのは、今、挙げた四つの中には入っていませんけど、腺癌の組織型と、扁平上皮癌の組織型が、混在した癌であるということです。

12 どちらがより主になっているんでしょうか。

私が、プレパラートを見ていませんので、どちらが主だったか、この人に関しては分かりませんが、一般的に、腺扁平上皮癌というふうに申し上げる場合は、腺癌が主体であるものが大半であると思います。

13 ここに、右肺下葉S6と書いてある、これは、どのあたりの部分をいうんでしょうか。

SというのはセグメントのSです。肺の中に、右側の場合だとセグメントが10個ほどございますけれども、1から3までが上葉というふうに申します。4番と5番が中葉と申しまして、肺の前方から下に向って延びている分です。下葉と申しますのは、肺底部から背側、背中の方ですけれども、そちらの方に回っている部分でありまして、Sの6番と言いますのは、その肺の右側の肺の背中側に回っている部分のセグメントを言います。

14 そして、そのあとに、結核性空洞癒痕より発生したと考えられるという記載がありますが、これは、どういうことを意味するわけですか。

癒痕癌であるということから、その癒痕癌が、"どういう癒痕から出たのか"ということが記載されている内容だと考えております。

15 この最終病理診断によって、癌が、癒痕に原発しているということが記載されていると理解していいわけですか。

そういうものを、癒痕癌というふうに言います。

甲第6号証を示す。

16 これは、先生が、今回の法廷の前にお考えをまとめられた陳述書ですね。

そうです。

17 この中で、癒痕癌について、詳細に述べられているわけですが、癒痕癌という概念は、そもそもどういう意味でしょうか。

癒痕が原因となって癌が発生したというふうなふうに考えてよろしいと思います。

18 この甲第6号証のIVの肺の、癒痕癌についてと書いてある部分以降、主に、癒痕癌の理解についての歴史的な移り変わりについて説明されていると思うんですが、そういうことですね。

そうです。

19 熱傷癒痕部に生ずる皮膚癌の報告が多いということが古くから指摘されていたということがまず書かれているわけですね。

そうです。

20 そして、肺の、癒痕癌について、最初に報告されたのは、1930年代であったということが記載されているわけですね。

はい。

21 それから、1950年代には、肺末梢癌の多くが、癒痕癌と考えられていたということがあつたわけですか。

正確に申し上げますと、肺末梢部の腺癌の多くが、癒痕癌であるというふうなふうに考えられていたというふうに、私は考えております。

22 1960年代に入って、影山圭三氏によって、広義の癒痕癌、狭義の癒痕癌の区別が提唱されたということですね。

そうです。

23 この広義と狭義の用語は、一般の広義と狭義の用法とは若干違うように思うんですが、一般には、広義というのは、狭義が広義に含まれるような感じを受けるんですが、そういうことではないわけですね。

そうです。

24 これについて簡単に分けて説明していただくと、広義とはどういうことで、狭義とはどういうことになるんでしょうか。

まず狭義から説明させていただきたいと思いますが、狭義の癒痕癌といいますのは、先程、私が述べました、1930年に、フリードリッヒが指摘した、そのような肺の末梢部の腺癌、そういう形態、しかもその腺癌の中に、癒痕が存在しているといったものを狭義というふうにしております。一つには、肺の末梢部の腺癌の原因というものを検索するにあたって、癒痕が重要ではないかというふうな問題意識で検討されておりましたので、そういう問題にしばるといふ意味から、これが、狭義の癒痕癌だというふうに理解されてきた経緯があります。広義と申しますのは、そのような、肺の末梢部の、癒痕から発生したというものではなくて、もっと大きな、癒痕、結核の空洞でありますとか、あるいは肺膿瘍の壁から出てきたものであるとか、ブズというのがございますが、そのような構造物から出てきた既存の癒痕が大きな癒痕で、そこから発生してきたというものは、前者と意味が違うということで、広義の癒痕癌ということで、示されてきているものだと考えます。

25 今、出てきた言葉の中で、ブラというのは、どういうものでしょうか。

ブラといいますのは、日本語に直しますと、肺嚢胞です。

26 今言われた、広義、狭義のうち、1980年代に入って、狭義の癒痕癌については、否定される見解が強くなったわけですね。

そうです。

27 広義の癭痕癌については、依然として否定されていないわけですか。

当初より、癭痕の質が違うという問題が指摘されていますし、狭義の癭痕癌に関しては、癭痕から発生したというのではなくて、癌自身が、癭痕を生み出していったということがその後の研究成果で明らかになってきているわけですが、広義に関しましては、既存の癭痕から出てきているということで、全く違いますので、これに関しては狭義の癭痕癌と一致するものではないと思います。

28 確認しますが、広義の癭痕癌では、癌から癭痕が生じた可能性というものはないということになるわけですね。

そうです。

乙第14号証を示す。

29 専門家会議の検討結果報告書の34ページに、癭痕癌についての記載がありますね。

はい。

30 専門家会議の検討結果報告書は、昭和53年10月18日に作られていますね。

そうです。

31 この時期というのは、今言われた、広義、狭義の区別という意味でいうと、それより前になるわけですか。

そういうことになります。

32 狭義の癭痕癌が否定される前の段階ということになるわけですか。

そうです。

33 ここに、癭痕癌がいくつか報告されたということが記載されていますが、この中には、狭義の癭痕癌と、広義の癭痕癌と、両方の記載があるわけですか。

両方とも混在して書かれているというふうに私は思います。

34 この中で、具体的に言いますと、どの部分が狭義の癭痕癌についての記載であり、どの部分が広義の癭痕癌についての記載ということになるのでしょうか。

まず二行目の、ディビアシー1962年という所がございましてその珪肺結節の崩壊空洞壁に発生した癌三例、崩壊空洞壁というのは、既存の空洞ですから、これが広義に入ると考えます。次の第三行目からの、シャウツ1960年の記載がございましてけれども、珪肺性、その次の2行下の行ですけれども、珪症性癭痕と直接接し、あるいは腫瘍の中心に、というくだりがございまして、前半の珪症性癭痕と直接接しというものは、私は、広義の癭痕癌だろうと考えます。後者の腫瘍の中心にチューマーカーンという記載がありますけれども、この形態は、現在の知見で考えると、狭義の癭痕癌ではなかったかと思えます。

35 いずれにしても、狭義、広義、取り混ぜて、癭痕癌が報告されているということを記載して、結果的に、この報告書では、じん肺が肺癌の発生母地であることの直接的な証拠にはならないが、その可能性を強く示唆するものと考えられるというふうに記載されていますが、これについては、どのように理解したらよろしいでしょうか。

広義の癭痕癌という問題点、これが、現在のじん肺の癭痕から癌が出るかという問題点にかかわる問題ですが、これがすべて狭義の癭痕癌で指摘されているということであれば、再考する必要があるだろうと私は思いますが、広義と狭義が混在して、どちらも書かれているわけでありまして、広義の癭痕癌につきましては、現在も、この知見は認められると思います。従って大きく変更する必要はないと思っております。

甲第7号証を示す。

36 これは、先程見ていただきました再審査請求段階の意見書ですが、この意見書を書かれたのち、今の狭義、広義の区別という点に関連して、この内容の中で、訂正を必要とする部分はあるでしょうか。

この意見書自体が、まだ、その広義、狭義に関しての私自身の認識が十分でなかった段階で書いた意見書であります。この中で、途中あたりですけれども、横文字で書いてある部分ですが、アームド フォーシス・インスティテュート オブ パソロジーというものがありますけれども、これはアメリカの病理学の教科書なんですけれども、この記載は、そういう広義、狭義の区別が、まだ十分つけられてなかったのではないかとというふうに、今、読返してみます。従って、この方の、癭痕癌を検証するにあたって、この文献は、現在においては、不適切ではなかったかと思えます。

37 本件の被災者の癌は、広義の癭痕癌に属するということになるわけですか。

現在では狭義の癭痕癌は、癭痕癌とは申しません。広義の癭痕癌のみスカーカルチノーマ、癭痕癌というふうに申します。

38 先程見ていただいた甲第3号証の、最終病理診断で書いてある癭痕癌というのは、そのような概念の区別がなされたあとの記載であるから、広義の癭痕癌のことを記載しているということになるわけですね。

もちろんそうでありまして、さらに、癭痕の起源そのものが、結核性空洞と明確に指摘されておりますから、間違いなく広義の癭痕癌に該当します。

39 この広義、狭義の区別について、現在でも混同したような議論がなされることもあるのでしょうか。

論文を見ておりますと、去年あたり出た論文でも、そういう混乱がみられるように思います。

乙第23号証を示す。

40 これは、長門宏先生の書かれた論文ですけれども、917ページの右の列の上から6行目の所に、「また一人は、肺癌発生前に結核菌は止っていたが、剖検で、空洞壁から発生した腺扁平上皮癌で、広い意味での癭痕癌と診断されたが、厳密な意味での癭痕癌には該当しない症例であった」と、これは野中政男氏のことを言っていると思われるわけですがこの論述については混同があるわけですか。

この論文が1985年だったと思いますが、85年の段階でも、このような混同は起こっているというふうに思います。広い意味での癭痕癌と診断されたがと記載されていますが、これが、先程、私が申し上げました、広義の癭痕癌ということでありまして、厳密な意味での癭痕癌には該当しないというふうに書かれているのが狭義の癭痕癌に該当しないと、そのような用法が使われているのではないかと思います。

41 被災者の癌についてお聞きしますが、広義の癭痕癌というものが、そもそも、どのようにして生成してくるか、その過程を説明していただけますか。

癭痕が肺内に存在するところから始めさせていただきたいんですが、癭痕というのは、既存の組織とは当然異なるすでに死んだ組織と言ってもいいかと思いますが、そのようなものが肺内に存在した場合、その周りに治癒機転の一つとして、それを覆いつくすような上皮の増殖というものが出てまいります。この上皮の増殖が、これも既存の組織ではないわけでありまして、その部分から異型細胞が出現してくるか、そういう形で正常の細胞からの逸脱が生じて癌が生じてくる、簡単に言えば、このような説明になるのではないかと思います。



42 上皮というのは、どういうものなんでしょうか。

厳密な意味では、非常に難しいお答えになるのですが、簡単に言えば、細胞が、例えば、扁平上皮細胞とか、円柱上皮細胞とか、そういうものが、癒痕の周辺、周りを覆うという形で生えてきますので、そういう上皮細胞というものが生えるという意味です。

43 癒痕があると、そういう上皮の増殖というものが生じてくるということになるわけですか。

これは必然的に治癒機転として生じるというふうに私は理解しております。

44 その上皮が異型増殖をした、異型上皮というものが、前癌病変として発癌の場になるということでしょうか。

前癌病変という言葉の定義がありますから、厳密にそれにあたるかどうか少しはつきりしませんが、もちろん直接悪性細胞が出てくる場合もありうると思いますので、ただ、そのような正常細胞からの逸脱がおこったところで、そういう癌化というものが始ると考えてよろしいのではないかと思います。

45 被災者についても同じような過程をたどったと考えられるわけですね。

そうです。

46 被災者の癌が、癒痕癌であるという根拠として、甲第3号証の最終病理診断があると思われるんですが、この医学の世界において、最終病理診断というものは、どのような重みを持っているんでしょうか。

私たち臨床医にとっては、絶対の結論ということになります。一種の最高裁判決みたいなものじゃないかと思います。

乙第19号証を示す。

47 これは大分医科大学の田代隆良医師が、大分の審査官に提出された意見書ということですが、この意見書の最後の四項の所に「本例は、陳旧性結核性空洞から発生したと考えられます。一般に・・・」というふうにならずと書いてあって、最後に「本例も珪肺に合併した結核性空洞壁から発生しており、因果関係が示唆されます」このように書いてありますね。

はい。

48 この考え方は、先生の今の広義の癒痕癌についての説明と同じになるんでしょうか。

同じだと思います。

49 癒痕癌という言葉は用いていないようなんですが、同じ意見に立った意見ということなんでしょうか。

癒痕癌を医学的に説明すると、こういうことになるのではないかと思います。

乙第5号証の3を示す。

50 これは、大分医科大学付属病院の後藤育郎医師が、佐伯の労働基準監督所長に提出した診断書ですが、この3項の所に「死亡原因とじん肺との因果関係について」と書いてあって、結論的に「病理学的にも、陳旧性肺結核の既存の肺病変に肺癌が隣接している」と書いてあり、肺癌と肺結核の発生の関係は、はっきりせずと書いてありますが、これは、どうして、このような意見を書かれたと思われるのでしょうか。

一つには、後藤先生が、これを書かれた段階というのは、最終病理診断が、まだ出る前の段階だったと思います。従って、肉眼的な解剖所見しかなかった段階だと思いますから、単に隣接ということしか分らなかったのではないかと思います。ただし、この陳旧性肺結核という病巣が、S2となっておりまして、空洞のことを指摘しているのか、S2あるいはS2領域にありました陳旧性肺結

核のことをおっしゃっているのか、私にはちよつとよく分かりません。

51 いずれにしても、最終病理診断よりも前の作成であるから、まだ十分判断の材料がなかったということになるんでしょうか。

解剖所見といいますのは、その場で見れば、肉眼的に見ているだけです。癒痕と癌との関係というのは、隣接以外には言いようがないのではないかと思います。それを病理のドクターたちが、組織診断ということを行なってきたら、単なる隣接なのか癒痕発生なのかということ調べて、それで、癒痕癌という記載が最終報告に出てきているという、そういう経過をたどっているんだと思います。

甲第3号証を示す。

52 組織型が、腺扁平上皮癌ということでしたが、被災者の癌が、腺扁平上皮癌であるということは、癒痕癌との関係でいうと、どういう理解になるんでしょうか。

私が、文献的に調べた範囲におきましては、広義の癒痕癌というものは、多くは扁平上皮癌だという、すべてではもちろんございませぬけれども、扁平上皮癌が多いというふうに理解しております。これは、癒痕の周辺に増殖してくる上皮が扁平上皮が多いからだという説明がらきているものと考えてよろしいんじゃないかと思います。しかし、すべてが、扁平上皮で覆われるというわけではございませぬ、円柱上皮も覆ってくるということはよくあるようございませぬ。したがって、覆っていた円柱上皮から発生したとすれば、腺癌が出て、不思議ではございませぬし、このケースは、腺扁平上皮癌としか書いてございませぬので、どちらが主なのかは、少し、私も分かりませんが、どちらかが出てきて、異型性を示したのではないかなと思います。さらに言えば肺内重複癌という定義もございませぬけれども、同時に腺癌と扁平上皮癌と出てきた可能性も、捨てられないなというふうに思います。

53 結局、被災者については、この結核性空洞の癒痕がなければ、この癌は発生しなかったということと言えるわけですか。

原因がなければ結果は生じませんので、原因が結核性空洞ということになりますから、結核性空洞がなければ、この方の肺癌は絶対に発生しなかったと断言できると思います。

54 被災者には、喫煙歴があったようですが、一般に喫煙との因果関係が指摘されている癌は、組織型としては、どのようなものになるんでしょうか。

明らかにされているのは、扁平上皮癌と、小細胞癌だと思います。腺癌に関しては、喫煙の関係は、いまだにはつきりしないというふうな理解をもっております。

55 肺の領域としては、どの部分が喫煙との因果関係が指摘されている癌としては多いんでしょうか。

中心気道によつた部分と申しますか、末梢ではなくて、かなり太い気道に発生してきた、先程申し上げた扁平上皮癌などが明確に因果関係を指摘されているというふうに理解しています。

56 喫煙と癒痕癌との関係ということについては、研究はなされていんでしょうか。

既存の癒痕癌の研究におきましては、喫煙と関係ない癌だという事で、検討がなされてきておりましたが、既存の癒痕癌と申しますのは、先程私が述べましたように、癒痕癌でなくて癒痕形成癌ということになりますから、その検討は現在援用ができないと思います。しかし、広義の癒痕癌ということに限定いたしましても、これとの喫煙との関係に関して、明らかな文献は、私の調べた範囲ではございませぬ。

57 先生は、臨床医として、多くのじん肺患者を診てこられているわけですが、じん肺患者に肺癌が一般的に多いかどうかという点については、どのような印象をもたれておられますか。

私の経歴で何を専門にしているかということをお初に出していただいておりますが、極めて肺癌のリスクが高い、砒素中毒のグループを私たちは追跡調査いたしておりますが、これは非常に高率に肺癌が発生してきておまして、これに比べるとやや少ないかなという印象はもっておりますが、一般的な、例えば健康者の方の同年令の方々に比べれば、ずっと多いというふうに印象を持っております。

- 58 一般的に、じん肺患者の肺癌の発見というものは、困難だということがあるんですか。  
簡単ではないです。
- 59 その理由は、どういうことになるのでしょうか。  
じん肺そのものが、既存の肺構造をかなり乱してしまっていると申しますか、既存の肺構造であれば、例えば、肺野には余分な影がないわけです。血管影があるだけ、従いまして、肺野に新たな影が出てきた場合は、まず私たちは、肺癌を考えますし、癌でなければ、それ以外の原因を考えることができますが、じん肺に関しましては、既存の肺が、例えば、レントゲンを撮りました場合に、多くの粒状影でありますとか、塊状影、大陰影とも申しますけれども、大きな影が随所に存在しております。そういう中で、どれが肺癌の影かということは進んだじん肺に関しては、初診時には全く分かりません。
- 60 癆痕癌の場合、その発見というものは、さらに困難なんですか。  
癆痕癌があるという見方で、私たちは診療しておりますので、困難であるかどうかというのは、一般論として言うしかできませんが、既存の病変が悪化するという形で、癆痕癌の場合は、レントゲン上、写ってまいりますから、まず既存の病変の悪化というふうに考えてしまうのではないかと思います。例えば、このケースでは、結核空洞が悪化するという形で、レントゲン上、出ていると思いますので、まず結核が再燃したと考えて普通だろうと思います。そういうことで癌の発見自体が遅れる可能性は高いと思います。
- 61 臨床医としては、じん肺患者を診る時には、やはりそういう意味で肺癌の発見には、細心の注意を払っておられるわけですか。  
まず、じん肺患者のレントゲンフィルムを私たちが見る時は、必ずどこかに肺癌があると思って診てます。そうしないと見落してしまいますから。
- 62 じん肺患者に発生した肺癌について、じん肺法によるじん肺管理区分の4に該当するものについてだけ業務起因性を認めて、その余は否定する通達があるのはご存じですか。  
存じております。
- 63 そのような区別をすることについて、先生としては、どのようにお考えですか。  
一言で申し上げますと、極めて実際の臨床から言いますと、矛盾が多いというふうに思います。
- 64 その理由は、何でしょうか。  
一つには、管理4に限定されるということなんです、管理4と言いますのは、例えば、レントゲン上、PR4C以上の大きな大陰影が存在しているか、あるいは著しい肺機能障害があるかの、どちらかの項目でございます。PR4Cというふうに言いますと、かなり大きな塊状影が存在することなんですけれども、PR4Aとか4のBとか、こういったものも、塊状影は存在しております。厳密に、どこからどこまでか、BかCかという、明確な基準というものがございません。Cのみが診断が難しく、A、Bが簡単だということとは絶対にありません。どちらも塊状影が既存であれば、診断しにくいのは同じです。それともう一つは、例えば、塊状影がなくても、粒状影が存在しているわけですし、粒状影が存在していますと、肺癌の超早期の段階では、肺癌の影というの

は、極めて淡い影でしかありません。そういったものを、そういう粒状影の中で見付けるというのは極めて困難です。さらに塊状影という形をとらずに、先程申し上げましたが、プラとか無気肺とか、そういう変化をじん肺というのは来してまいります。こういうものは、PR4Cというものに入らないんですけれども、そういうものから発生してくる、そういう癌に関しても、診断は極めて困難だと思います。次に、肺機能障害からの観点を申し上げたいと思いますが、著しい肺機能障害ありというものが、例えば治療上、不利益をこうむることが指摘され手おりますが肺癌に関して、例えば、外科手術を行なうとか、あるいは内科的な治療を行なうとかいうことは、著しい肺機能障害があるかないかということのみで判断しているものでございませぬ。外科との関係で申しますと、むしろ肺そのものよりも、肺と心臓との関連であります右心系の負荷、といえますのは、肺の機能が十分成り立たなくなると、心臓から肺に送られていく肺動脈の高血圧というのが起こってまいります。これが起こってまいりますと、手術がまずできないということがあります。これと先程申し上げた肺機能とは、直接の関係はありません。もちろん関係はしてはいますが、著しい肺機能障害の時のみ、癌が取れるか取れないかというふうに限定することはできないと思います。従いまして、個人的な意見を申し上げさせていただくことができるとすれば、例えば、因果関係が認められない段階においても、この癌は見付けることが難しかったか、あるいは早期発見がじん肺のために困難だったということが明らかな症例を認める、それから実際の治療にあたって、正常ならできる治療ができなかったものに関しては認める、そのように、現在の、例えば因果関係が明確にないという、国側、労働省のご意見の中でも、そのように変えるべきではないかなと私は感じております。

- 65 先程示しました専門家会議検討結果報告書は、先生も全般的に目を通されたことはあるわけですか。  
余り熟読はしてないかもしれませんが、通しております。
- 66 そういう報告書から管理4に限定するという理屈は出てくるのでしょうか。  
一番そこが不思議でありまして、どこを読んでも管理4に限定するという提言はなされていない。むしろ実効のある措置を求めるといふように書かれてありますように、積極的に認める立場が私は書かれているように思います。

## 反 対 尋 問

被告指定代理人(曾根崎)

- 67 じん肺にはいろんな種類のじん肺があるようなんですけれども、珪酸分を主体とした粉塵により、罹患するのが珪肺ということによろしいですか。  
よろしいと思います。
- 68 粉塵の種類によって、じん肺の種類も違ってくるということですね。  
そうだと思います。
- 69 粉塵すべてが、じん肺を引き起こすものですか。  
厳密に病理学的な見地から言えば、あらゆる粉塵はじん肺を起こし得ると考えてよろしいのではないのでしょうか。ただ、レントゲン上、珪肺という所見をとるか、あるいは間質性変化が中心になるか、それはいろいろあると思います。

- 70 長門記念病院の三浦先生が松山の裁判所で証言されておるんですけども、水に溶ける粉塵は、じん肺を起こさないと、そういうようなことを証言されているんですけども、それはどうですか。  
結局、いわゆる珪肺病変という形では、成立しないと思います。粒状影として成立しないと思います。ただじん肺の定義の問題にかかわると思うんですけども、外因性の変化というものは、そういうものでも起こってくると、例えばこの方は、溶接工だったというふうに存じますが、溶接工肺等は、酸化鉄などは、水に溶けます、そういったものでも、やはりじん肺の変化は起こしてまいりますし、そういう影が強くなったり弱くなったりするというふうな変化もあるようですけども、絶対に水に溶けるものはじん肺を起こさないとはいえないと思います。
- 71 水に溶ける粉塵は、じん肺を起こすことは少ないということも言えないんですね。  
珪肺型のじん肺は作らないと思います。
- 72 そうすると、野中さんの場合は、じん肺の種類としては何になるんでしょうか。  
レントゲンを私はちょっと見てないものですから、どのようなじん肺だったか分かりませんが、ただ病理学的に、ニューモコニオシスという記載が最終病理報告にあったと思いますが。
- 73 野中さんは、津久見市のセメント工場内でアーク溶接作業をしていたわけなんですけれどもその作業によりじん肺に罹患するとすれば、どのようなじん肺に、じん肺の種類としては何になるんでしょうか。  
現場を私は見ておりませんので、はっきりしたことは申しあげられませんが、まず津久見のセメント工場ということでございますから、セメントの粉塵であるとか、あるいはそういう珪石の粉塵もまっていた可能性は高いと思います。その中で溶接作業をされていたということですから、溶接工肺はあったと思いますし、さらにそういった珪酸分を含んだいわゆる珪肺性変化もあって不思議ではなかったかと思いますが、それも私は現場を見ておりませんので明確にお答えすることはできません。
- 74 先程言いました、長門記念病院の三浦先生は、石灰岩はじん肺を起こさない、そういうふうなことを証言されているんですけども。  
石灰岩と申しますのは、すべてカルシウムで形成されているものではないと、私は思います。珪酸分も含まれているんじゃないでしょうか。
- 75 珪酸分が含まれておれば珪肺も起こるということですか。  
それは当然じゃないでしょうか。
- 76 じん肺と肺癌の因果関係は、これは吸入粉塵の種類によって違ってくるということですか。  
最近の知見によりまして、もっとも、まず発癌率が高いというのは、昔からアスベスト、石綿だと言われております。これは断とつに高いというふうに指摘されていると思いますが、それ以外の各種の粉塵に関しては明確にどれがどうなのかということは、指摘できないんじゃないでしょうか。溶接工肺が癌の発生率が高いという指摘は存在しておりますけれども。
- 77 珪肺とか石綿肺は分るけれども、ほかの肺はよく分らない。  
いいえ、そういうことではございませんで、いろんな職種別の調査等ございますけれども、この珪肺なら、あるいはこのじん肺なら、癌は出ないというふうに証明されているじん肺はないと私は理解しております。
- 78 珪肺の肺癌の合併率が、一般の肺癌に比べて高率であるというような報告があるようなんですけれども、その他の粉塵についてはどうなんですか。そういう報告はあるんですか。  
先程申し上げましたように、溶接工肺も高いというふうに言われております。むしろ溶接工肺の

- 方が高いと言われております。それから先程も指摘しましたが、石綿肺は非常に高率です。
- 79 石綿とか、たばことか、そういった危険率と比較できるようなものですか。珪肺その他の粉塵については。  
最近の新しいデータが出てくるに従って、匹敵するのではないかという意見が出てきていると思います。
- 80 それは先生のお考えですね。  
いいえ。それは最近の労災病院の確か二年前ぐらいに発表された論文だったと思いますけれども、初めて前向きコーホートの調査がなされたんです。じん肺に関して。それまでは、後ろ向き調査と申しまして、例えば死んだ方から、その中に肺癌がどれだけあって、それはどういう母集団から出てきたのかという、いわゆるレトロスペクティブな後向きな調査というものが中心だったのですが、初めて、ある珪肺集団を追っ掛けていく、その中で、どれだけ発生するのかというのを調べていった論文が、たしか千代谷先生がファーストネームだったと思いますが、出されております。その中で極めて高率に出ているということが指摘されておりますので、それが現在最も新しい知見というふうに言えるんじゃないでしょうか。
- 81 普通、溶接工肺というのは、じん肺の中では良性というふうに言われているんじゃないですか。  
私はそうは思いませんが。
- 82 そういうふうに言われている先生もおられるようなんですけど。  
私は存じませんが。言われる方はいろいろいらっしゃるかもしれませんが、それは証明されているというふうにはいいと思います。一つは、癌のリスクに関しては、良性悪性とかいうことは言えないと思います。
- 83 珪肺とかいうじん肺と、溶接工肺によるじん肺、それは同様に考えてもいいということなんじゃないか。  
基本的に同様に考えてもいいということだと思いますが、さらに先程から申し上げていますように、癌のリスクの関係から言えば、むしろ溶接工肺の方が高いんじゃないかというふうに思います。これは文献的に上げれば、昨年から千葉大学の海老原先生という方がじん肺と癌との関係で、何遍も総論をお書きになっておりますが、その中で、溶接工肺とじん肺との関係についても書いていらっしゃると思いますので、ご一読を願えればと思います。
- 84 先程広義の癒痕癌、狭義の癒痕癌ということを言われておりましたが、長門宏先生の論文を指摘しておりましたけれども、厳密な意味での癒痕癌ではないというふうに言われておりましたですね。その狭義の癒痕癌、または厳密な意味の癒痕癌というのは違うんですか。  
狭義の意味の癒痕癌を長門先生は厳密な意味の癒痕癌と理解なさったんだろうと思います。
- 85 狭義の意味の癒痕癌を厳密な意味の癒痕癌と。  
はい。その当時1980年より以前の話になりますけれども、それ以前では厳密な癒痕癌という意味で狭義の癒痕癌と使われておりましたので。
- 86 現在ではそういう厳密な意味での癒痕癌ということを使われている先生はいないんですか。  
先程申し上げましたように、その辺の概念の混同、誤解というものもございまして、最近の論文の中でも、そのような記載が時にしてあるんです。あるので、その辺を明確にするために陳述書を書かせていただきましたので、お読みいただければと思います。
- 87 厳密な意味での癒痕癌じゃないということになると、普通の肺癌と変りはないんじゃないかという印象を受けるんですけども。

広義の癒痕癌だから違うわけです。狭義の癒痕癌は、普通の意味の肺癌です。おっしゃるように。狭義の意味の方が、いわゆる普通に発生する、あなたにも発生するかもしれないし、私にも発生するかもしれない、普通の意味の癌なんです。広義の癒痕癌といいますのは、既存の、そういう癒痕癌病変がない方には発生しえません。

88 癒痕があるから癌になるというような考え方、それはあるのでしょうか。  
あります。少なくとも、癒痕癌というのは、癒痕がなければその癒痕癌は形成されてないわけですから。

甲第28号証を示す。

89 これは札幌医科大学の藤沢先生が、松山の裁判所で証言されたものなのですが、下にページ数が打ってあります。31というのがあります。その裏側5行目ですね。必ずしも癒痕があるから癌になるという考えは受入れられてはおりませんと、そういうふうには。

癒痕がすべて癌化するかありませんから。すべての癒痕が癌化するわけではありません。一部だと思えます。もちろん癌化するのとは。

90 そのページの終りから2行目、癒痕癌と考える人も、癒痕自体が癌になるものとは考えていないんですと、これはどうなんでしょうか。

全体の流れをばくは読んでないものですから、分りませんけれども、先程も申し上げましたが、癒痕組織は死んだ組織ですから、癒痕からは癌は出ません。癒痕そのものからは。癒痕の周辺の、治癒機転というのが起こってくる中から出てきますから、そういうことじゃないでしょうか。ただ読んでおりませんので、よく分りませんが。

91 たばこ肺癌については、一般的に因果関係があると認められておりますね。

専売公社以外は認めているんじゃないかと思えます。

92 たばこを吸っている人と吸わない人の肺癌危険率というものはどれくらいでしょうか。  
どれくらいと申されても難しいんですけど。

93 何倍くらいとか。

量にもよると思えます。40本以上の重喫煙者では10倍以上、かなり高い倍率だったと思えます。

94 そういうたばこの危険率については、きちんとした統計的なデータであって、信頼できるものですね。

特に扁平上皮癌と小細胞癌癌に関しては、間違いないと思えます。

95 今では、喫煙が肺癌の第1リスクであるということは、言われておりますか。

例えば、喫煙しか危険因子がない方については第1リスクだと、私も思えます。

原告代理人(徳田)

乙第16号証の1を示す。

96 この11、これが先程言われていたシリコーシス、最終病理診断によって、この方の両側の肺は珪肺症というふうに診断されていると、こう読んでいいわけですか。

そうです。ニューモコニオーシスと書いていたと思いましたが、シリコーシスと書かれていますから、珪肺と言うべきだと思います。

97 最終病理診断で珪肺症と言っているわけですから、先程被告代理人が質問したようなことについては、この野中さんについては当てはまらないと考えていいですね。

いろいろな論点がございましたから、すべてというわけにはいかないと思えますが、珪肺症は存在していると言っていると思えます。

98 少なくとも、珪肺症ではないのではないかという前提の質問は、野中さんには妥当しないということですね。

そう思います。

被告指定代理人(福田)

99 癒痕そのものは癌となるわけではないと。

はい。

100 癒痕そのものが、発癌物質とは認められていないといいますが、癒痕自体が発癌性を有しているといいますが、それは。

発癌性を有している癒痕と有していない癒痕とかいう概念はないと思えます。それは分らないと思えます。

101 そうしますと、結局は、癒痕があっても、そこに何等かの作用なり発癌性のものが働くとか、接触するといいますが、そういった形で癌が発生してくると、こういうふうに理解していいわけですか。

ただし何が作用しているのかということは、これは分りませんからあるいはじん肺そのものである可能性もございます。じん肺の中に癒痕があるときに有意に癌化する可能性もありますし、その辺、分りません。物質なのか、あるいは生体側の変化なのか分りません。

102 じん肺には発癌性は認められてないわけでしょう。

認められていますよ。じん肺になぜ肺癌が多いのかという検討の中で。

103 粉塵ということで、どうですか。

粉塵の発癌性ですか。珪酸自体の発癌性を指摘している学者もいらっしゃいます。

104 一般論として。中にはいろいろな人がいらっしゃるでしょうから。

一般論では、明確になっていないと思えます。

105 先程たばこの話ができましたが、たばこは発癌性がみとめられていますね。

そう思います。

106 そうすると、重喫煙者かつじん肺の人が肺癌になった場合の区別というのは非常に困難じゃないかと思われるんですが、その辺の組織型、それから原発の部位、その辺の特徴あるいは見分け方というのはどうでしょうか。

見分け方といいますが、例えば、この癌は喫煙による癌であり、この癌は喫煙によらない癌だと、そういう意味ですか。

107 喫煙が引き起こしたと思われる肺癌なのか、あるいは喫煙者であっても喫煙が原因ではなくて、癒痕なりじん肺ですね、それを考えていいのか、その辺の区別というのは。

いろいろと議論したいところではあるんですけど、簡単に申し上げますと、腺癌に関しては喫煙との関係は乏しいと思えます。従って、この方の場合には癒痕癌で、かつ腺癌ですから、たばこの関係でこの癌を説明するのは無理があると思えます。

108 たばこの関係で説明するのは無理だと。

そうです。

109 腺癌と、こう見たわけですか。

腺癌と思えます。

110 腺扁平上皮癌というのがこの患者の癌なんです。これは腺癌と扁平上皮癌とは全く別の癌と考えるべきなのか、あるいは両方併存なり混在競合して両方の特徴を兼ね備えていると、こう見るべ

きなのか、あるいは異質な第3類型の別な特色をもった癌なのか、その辺はどうですか。

扁平上皮癌から腺癌の部分が生ずることはない、一応常識的にされています。ただし、逆に腺癌から扁平上皮の部分がよく見出されるということです。そういうことから考えますと、扁平上皮が親元の癌であるというふうには、まず考えられないと思います。どちらかがどちらかを生み出したということであれば、腺癌が生み出した、あるいは腺癌も扁平上皮癌もできた可能性がある、このように申し上げたかったわけです。

111 統計的には非常に少ないですね、腺扁平上皮癌というのは。

多くはないと思います。ただし、腺癌というふう考えた場合に、厳密に一個一個の腺癌を読みますと、扁平上皮の部分も結構あるんです。あるんですが、それがある程度以上の大きさを占めていない限り、腺癌というふうに通言いますから、腺扁平上皮癌という形に出てこないんだと思います。ただ、それは連続性がありますので、ある程度以上の大きさになると、腺扁平上皮癌という別個の言い方をしますが、連続性がありまして、腺癌だけというのは、むしろ少ないかもしれませんね。その辺は病理の先生に聞いていただいたほうがよろしいと思います。

112 腺癌と喫煙との因果関係は否定できるんだと。

肯定ができていないことだと思います。証明されていないと思います。分らないと。

113 その理由として、喫煙者に多いのは扁平上皮癌だからと。

そうじゃなくて、喫煙で癌は確かに増えるんですけども、その中で喫煙と同一レスポンスの関係にありますのが扁平上皮癌と小細胞癌だと申し上げているんです。腺癌に関してはそういうレスポンスが乏しい、こう理解してよろしいんじゃないでしょうか。

114 弱いというだけじゃないんでしょうか。

そうですね。見せていただきたいと思います。

115 量反応関係というんですか、それが弱いと。

そのようなものを見せていただけませんか。

116 喫煙と肺癌と、どういう組織型が多いか、この辺の統計を問題にしているんですが、扁平上皮癌と小細胞癌、大細胞癌、そのようなものには量反応関係を認めていいというふうに言っていますか。

大細胞癌ははずしていただきたいと思います。これは腺癌との関係の強い癌ですから。未分化というかたちで取り上げられていることが多いようですけれども、実際には未分化の腺癌であることが多いようです。

117 この患者の野中さんについては、証人は標本などはごらんになってないわけですね。レントゲンも見てない。

はい、そうです。ご本人も知りません。

118 どちらが主体なのか、その辺の証言はできないわけですね。先程言った腺癌と扁平上皮癌のどちらが主体になるのか。この患者はどちらが優勢なのか。

わかりません。

119 なぜ、こういう類型の名前をつけたのか。

はい。それは、その組織を見られた先生に聞いていただきたいと思います。

乙第24号証を示す。

120 これは厚生省の編集になるものですが、「喫煙と健康」と題する報告書ですが、90ページに、西村という人が愛知県癌センターの病院で診断した肺癌患者967名を基にまとめた報告書のように

が、図にしていますね。扁平上皮癌、小細胞癌、大細胞癌など、肺癌と喫煙との間に量反応関係を認めると。腺癌についても弱い量反応関係を認めると、こういう報告があります。

そのような記載があることは承知しています。申し上げたいのは、喫煙だけで説明するとそのような図がかけることが多いんですが、往々にして他のリスク、例えば飲酒であるとか、そういうリスクも喫煙と一緒に上がってくる人が多いものですから、その辺のコントロールが難しいと、私は理解しているんです。

121 じん肺について、じん肺の程度が進んだものと、肺癌になる可能性、つまり、たばこに言われるような量反応関係、そういうものがありますか。

このこと自体が、以前、ないというふうに言われていたのが、じん肺と肺癌の因果関係を肯定できない一つの論拠だったように、私は感じるんです。ただし、じん肺の方、特にPR4Cというような重症のじん肺の方が延命できるようになったのは最近です。私が医者になって当初のころは、そういう方は実際たばたと亡くなっていらっしやいました。主に肺の気道感染症によってですけれども、どうしても助けられなかったような時期がございました。その後、極めて有効な抗生物質が、この10年間にかなりできてきましたのと、あと気道感染とか肺だけを見るんじゃないで、循環器との兼ね合いで、先程申し上げましたが、右心不全をどう防ぐかという循環器的な診療の知見が増えてまいりましたので、そういう二者から、じん肺の、特に重症のじん肺の方の延命がこの10年間飛躍的に伸びたと私は思います。そういう中ではつきりしていくのはむしろこれからではないかと、そういう重症のじん肺の方に肺癌が出てくる、そういうことが顕在化していくのは、むしろ現在あるいはこれからではないかと思えます。私の症例では、やはり重症の方によく出ています。

122 今まで出てきた専門家会議、あれが約10年前。

そうですね。

123 その報告書によると、むしろ中程度、軽度に多いというようなことを指摘していますね。

中程度、軽度のほうが見つけやすいというのが一つあると思いますし、中程度、軽度の方が延命できるというのがございますから、当然じゃないでしょうか。

124 報告書としては、そういうまとめ方をしている。

それはあの報告書ではそうかもしれませんが、その後の各種の文献を見ていただければ、そういう解釈がでてくると思えますよ。

125 それから、別の事件で、管理区分の程度と肺癌の発生数は無関係だと。

関係ないかどうか言えないと思います。

126 そういう証言をしている人もいるんですが。

私はそれを見ていませんので、正しいかどうか、あるいはそういうものかどうか、私は判断できません。

127 逆に、じん肺の進展度と肺癌の発生率は、量反応関係があるという最近の報告があるんですか。

明確にはまだ十分吟味されていない部分ではないかと思うんです。ただし、PR4Cの方が、例えば平均余命が5年しかないような方と、あるいは軽度のじん肺の方で通常の方と同じくらい生きられる方で、同列で発生率を論じて無理があるんじゃないかと思っているんです。そのことは同時に結核の合併も同じだと、私は考えています。

128 別な事件で、じん肺合併肺癌、これについては、肺癌の原発部位が他の一般の肺癌に比べて、下肺が多いということを主張していたようなんですが。

そういうふうな文献はございますね。

129 それはどうですか。

分かりません。

130 特に根拠がないように思うんですが。

私には分かりません。

裁判官(榎戸)

131 じん肺と肺癌の因果関係ですが、癒痕癌を除いたそれ以外の肺癌と、じん肺との因果関係については、どのようなお考えをお持ちですか。

じん肺性の変化ということになりますと、一つには先程申し上げました癒痕の問題がございますが、同時に間質性の変化というものを広範にもたらしてくる疾患であります。例えば、野中さんのケースでも、最終病理報告の中には、インターステシヤルニューモナイティスだったと思いますが、間質性肺炎の像が記載されています。こういう間質性肺炎もよく併存するということは文献的にも常識化されていることだと思いますが、こういう間質性変化がありますと、癌の発生の強い場になるということは、今まで指摘されておまして、そういうものも影響しているのではないかと思います。

## 陳 述 書

大分県勤労者医療生活協同組合  
大分協和病院 医師 山本 真

### I はじめに

じん肺患者野中政男氏(以下当人と略)の死因となった肺癌について、その業務起因性が争われている。現在、行政通達によって、じん肺合併肺癌については、アスベスト肺およびじん肺が管理4の者(管理4相当の者を含む)のみ業務上とされているが、それ以外については認められていない。当人の肺癌は、病理解剖によって、癒痕癌とされており、その点から独自に業務起因性について検討をおこなったので報告する。

### II 経過

当人は、昭和55年6月2日PRIF(+)管理2、合併症肺結核にて労災認定され、以後療養を開始した。その後55年12月、管理3イ続発性気管支炎にて傷病等級3級2号の年金移行がなされている。昭和57年1月、胸部レントゲン写真によって右肺に存在した空洞が拡大しており、主治医は結核の増悪と判断し、抗結核剤の投与を開始している。しかし改善傾向がみられないため、同年5月大分医科大学第2内科に転院し、そこで肺癌であることが確定診断されている。同年11月19日死亡。死因は肺癌の大血管浸潤に基づく大量咯血であった。遺族は、死因となった肺癌はじん肺に合併したものであり、また主治医は管理4相当であるとしているので、当人の肺癌死亡は業務上と考え労災申請した。しかし労働基準監督署、地方労働保険審査会ともに、当人のじん肺は管理3と判断して申請を却下した。中央労働保険審査会は、じん肺については管理3と判断し、筆者が主張した癒痕癌については、専門家会議<sup>1)</sup>において結論が出ていないとして、やはり却下した。

### III 業務起因性に関する問題点

以上の経過より、当人の肺癌についての問題点は、じん肺が管理4相当であったものかどうか、

および癒痕癌の意義についてである。当人のじん肺については、主治医の長門記念病院長門宏医師は昭和57年1月の定期報告書にて、%VC87.3、FEV1.0% 73.47、V25/HT 0.38および呼吸困難HJIII度より「基発567号によればV25相当低下でF++に該当」とし、判定をF++/++としている。ここに掲げられたデータから、当人が管理4に該当するかどうかは、生前の当人の状態を診ておらず、判断することは控えたい。ただ、判定はデータの当てはめではなく、医師の総合判断によるものとされており、主治医の総合判断の内容をよく確認したうえで判定すべきであると考え。

次に、筆者が中央労働審査会あての意見書にて主張した癒痕癌について、意見を述べたい。これは、当人の死亡した大分医科大学において死後病理解剖がおこなわれ、その報告書であるPathological Autopsy RecordのFinal Pathological Diagnosisの第1項目に、Scar carcinoma (Adenosquamous carcinoma) Arising from pulmonary cavity (Consistent with tuberculosis) in the lower lobe(S6) of the right lung. とされていたことによる。本陳述書において、以下、肺の癒痕癌(Scar carcinoma)とはどういう癌であるのかを過去の知見に基づきながら説明する。当人の肺癌の業務起因性についての理解の一助となれば幸いである。

### IV 肺の癒痕癌について

#### IV-a 癒痕癌の発見

癒痕癌は、皮膚科領域では古くから有名な癌であり、熱傷癒痕癌というカテゴリも存在する。杉原は「熱傷癒痕癌 Cancer in Burn Scar」<sup>2)</sup>のなかで、その最初の観察は1世紀初期のCelsusとされ、1828年Marjolinが詳細に記載したこと、癒痕癌は種々の成因により癒痕部に発生するが、とくに熱傷癒痕部に生ずる皮膚癌の報告が最も多いこと、その大部分が有棘細胞癌であることを記載している。肺における癒痕癌の最初の報告は、1939年のRessel教授の門下生FriedrichによるPeriphere Lungenkrebs auf dem Boden Pleuranaher Naben<sup>3)</sup>およびRessel自身の1943年の報告<sup>4)</sup>とされている。これらは胸膜直下の肺実質における限局性の古い癒痕組織の周囲から発生した癌を観察し、末梢発生の肺癌について、その原因仮説として末梢肺組織における癒痕を指摘したものである。彼等の報告以後、同様な観察が多く出された。すなわちRessel一門のLudersとThemel(1954)<sup>5)</sup>による報告では周辺部肺癌26例全例が癒痕癌で、癒痕は24例中21例が結核性、3例が梗塞性であったとした。またRaeburn(1954)<sup>6)</sup>は41例の限局性周辺癌中25例(60%)が癒痕癌であったと報告し、WalterとPryce(1955)<sup>7)</sup>は周辺癌の手術例86例中55%が癒痕癌であったこと、Gelzer(1956)<sup>8)</sup>は周辺癌80例中35例(43.7%)、中心癌459例中38例(9%)が癒痕癌であり、癒痕の起源は36例中25例(69%)が結核性、5例(13.9%)が梗塞性、2例(5.5%)が梅毒性、4例が不明と報告した。RaeburnとSpencer(1957)<sup>9)</sup>は15例の異なる起源をもつ肺癌症例を示し、結核に関連したものの5例、梗塞に関連したものの3例、銃弾癒痕による者1例などと、結核性、膿瘍性の空洞が起源であったものが3例あったことを報告している。すなわち1950年代では、肺末梢癌の多くが癒痕癌と考えられており、癌を発生させた癒痕の起源は結核性が多く、次いで梗塞性との認識であったようである。

肺結核病巣と肺癌という観点からは、WoodruffとNahas(1951)<sup>10)</sup>およびWoodruffら(1952)<sup>11)</sup>の報告がある。前者はあるサナトリウムにおける過去25年間の1144剖検例のうち23例が肺癌でありこのうち12例の扁平上皮癌中11例が大きな石灰化病巣関連(Closely associated)していたが、2例の腺癌は関連していなかった、また古い空洞は扁平上皮におおわれ、多くの例で類上皮癌が直接生じている、と報告している。後者は、2病院から集めた116例の肺癌中細胞型が判明した67例と石灰化病巣との関係を調査したもので、扁平上皮癌、大細胞癌、小細胞癌は79%、60%、59%

との強い関係を示したが腺癌は17%と少なかったというものである。

#### IV-b 癆痕癌の研究の展開

1960年代から70年代にかけて、更に多くの調査結果が報告されている。YokooとSuckow(1961)<sup>122</sup>は、シカゴ退役軍人病院での41肺癌例中7例が癆痕癌であり、7例中5例が肺胞上皮癌であったこと、および癆痕の種類は、過去報告されてきたような乾酪壊死巣でなく、全例中心部硝子化しており起源は不明と報告した。Auerbach(1979)<sup>123</sup>はこれらの集大成ともいべき報告を行なっている。7629剖検例から1186肺癌例を分析し、82例(7%)がscar関連肺癌であり、これは全末梢癌の45%に相当すること、またその75%が腺癌であり原因のscarの1/2以上は梗塞に由来し、そして喫煙との関係はなかったとした。

癆痕癌についての研究は新たな展開も始った。MeyerとLiebow(1965)<sup>124</sup>は過去の癆痕癌について、梗塞部分は腫瘍の圧排や血管閉塞によって造られようと疑問を呈し、癆痕周囲の異型上皮増殖から癌が発生するなら、もっと広い面を有する「Honeycombing」に癌がより多く発生するはずだとして、153例の肺癌と403例の対照解剖例との比較を行ない、未分化扁平上皮癌、腺癌はhoneycombingと関連する異型上皮巣との関係が強いと報告した。肺の間質性変化から発癌するというこの指摘以後、FraireとGreenberg(1973)<sup>125</sup>は16例の肺線維症(diffuse interstitial fibrosis)より3例の肺癌(扁平上皮癌、小細胞癌、腺癌の3例)を見出し、AndersonとForaker(1974)<sup>126</sup>は21例の中心部肺気腫中7例に肺癌をみつけ、これらは主に線維化部分からの肺癌発生という調査結果は、現在にいたるまでその価値を認められている。

#### IV-c 日本における癆痕癌研究

さて我が国での研究はどのように進められていたのでしょうか。癆痕癌という概念を提起するにはいたらなかったが、鈴木(1933)<sup>127</sup>の肺癌31例中15例が結核癆痕と関連していたとの報告に始まり、Resselらの業績<sup>23-29</sup>に刺激され、1950年代後半以降は多くの報告、検討がなされている。以下概観してみる。太田(1959)<sup>128</sup>は肺癌82例中明らかに癆痕を中心に有するものは6例であり、内4例では癆痕は結核の局所治癒巣と考えられたとした。大星(1960)<sup>129</sup>は5例の周辺部癆痕癌を見出し、4例は結核癆痕からと報告。柳沢(1959)<sup>292</sup>は非肺癌140例の解剖例からそれまでとは逆に癆痕を精査し、5例から異型上皮巣を見出し、うち2例は早期肺癌といえるものだったと報告している。影山と清水(1962)<sup>211</sup>は、12例の癆痕癌の癆痕の起源について炎症2、じん肺3、不明7とした。この学会報告後の討論において、Ressel、Friedrichらの癆痕癌判定基準には、癌原発による末梢気管の閉塞にもとづく続発性変化がふくまれているように思われるとの意見が出ている。影山(1966)<sup>222</sup>も、その総論において、あらかじめ存在した癆痕を場として発生したのか、別の場所に発生した癌が癆痕周囲に増殖したものか、癌の基質が陳旧化した癆痕となったものか区別がつきにくいとし、組織学的に癆痕が癌増殖に先行することが推論される症例を癆痕癌としたこと、その基準によって429例中38例あり、虫卵1例、結核性石灰化巣1例、珪症性変化5例、31例の成因は不明であったこと、および36例が腺癌であったことを報告した。またそれとは別に、結核性空洞300例中、2例に肺癌があったことも記してある。彼はこれを癆痕癌とは区別し、「このような症例報告は内外の文献にも見られるが、肺がんな中の頻度は、癆痕癌に比べるといちじるしく低い」としている。彼は他の報告(1964)<sup>223</sup>において、肺実質にあらかじめ存在したあらかじめ存在した癆痕を場として発生した癌腫を「狭義の癆痕癌」、結核性空洞、同灌注気管支壁、拡張気管支壁などから発生した癌腫を「広義の癆痕癌」と区別することを提唱している。そこでは「狭義」110例に対し、「広義」11例であったとしている。

#### IV-d 日本での研究、末梢発生の腺癌について

これら癆痕癌としての検討とは全く別の面からの検討が、我が国において進められてきた。末梢発生の腺癌の経過については。元来腺癌は腫瘍の増大が遅いにもかかわらず予後がきわめて悪いことが知られていた。宝来ら(1965)<sup>242</sup>は、肺癌の増殖は対数増殖をしめすとの仮説に基づいて実際例を検討したところ、多くは仮説通りの結果であったが、2例の例外がみつかった。この2例はいずれも空洞があり、その空洞内面は変化に富んでいたことより、腫瘍の壊死と収縮が腫瘍の大きさに影響しているとした。鈴木、下里ら(1975)<sup>252</sup>は肺腺癌のX線所見の特徴として、間質の増生、腫瘍中心部の癆痕形成が強いものほど病巣と関連のある既存構造をひっぱり込むことをあげ、80%以上の腺癌に肋膜陥入が証明できると報告している。また西脇ら(1975)<sup>262</sup>は、分化型腺癌の特徴として既存構造の収束像があげられるとし、収束した血管や陥入した肋膜をもとの位置にもどしたときに腫瘍が増大していたと仮定した訂正腫瘍径を求め、予後との関係を実測腫瘍径と比較した。その結果、実測腫瘍径は予後との関係がなかったが、訂正腫瘍径は一定の関係が認められたと報告した。米山ら(1979)<sup>272</sup>は、5年以上生存可能であった肺腺癌は、収縮の程度が軽い傾向があったと報告している。鈴木、下里、西脇、米山らは国立がんセンターグループであり、これら一連の結果を、英文論文として報告した。Simosatoら(1980)<sup>282</sup>による、Prognostic implication of fibrotic focus (scar) in small peripheral lung cancerである。彼等は、3cm以下の肺末梢腺癌48例の観察より、腫瘍中心部の膠原組織や硝子化組織の大きいものは、それらが無い小さいものに比し、胸膜浸潤、リンパ節転移、血管浸潤が多いことを証明し、腫瘍の成長に伴って癆痕が形成されるのであり、過去の概念は変更する必要があると主張した。

#### IV-d 認識の変更

海外での癆痕癌に対する考えかたは、変化があったのであろうか。Freant(1974)<sup>292</sup>は、手術予後の成績から、5年生存率が末梢の腺癌(中心部癆痕のないもの)に比し、癆痕癌が著しく悪いことを指摘している。GrayとO'Neal(1980)<sup>302</sup>は、52才のホジキン病の患者に発生した、肺の多発性の癆痕癌を観察した。この患者には先行する癆痕はなかったのである。彼は、癆痕は腫瘍の壊死巣の重なりによって形成されるのであろうと判断した。下里ら(1980)<sup>262</sup>の成績が明らかにされたのは、この時期である。McDonnell(1981)<sup>312</sup>は、100例の肺癌剖検より、真の癆痕癌は3例に過ぎず、11例は二次的な癆痕と判断している。Cagleら(1985)<sup>322</sup>は10年以上観察した22例の肺癆痕癌切除例を観察し、「初期の」癆痕と「進行した」癆痕とに分類し、「進行した」癆痕を有する癌は予後が悪く、また腫瘍のサイズが3cm以上の癌は全て「進行した」癆痕であったとの結果から、癆痕は腫瘍による二次的なものであるとし下里らの見解を支持した。また Kungら(1985)<sup>332</sup>は19例の末梢性の癆痕癌の観察から、癆痕は血管閉塞による梗塞ではなく、腫瘍による小気道の閉塞による無気肺の結果であるとした。さらにBarskyら(1986)<sup>342</sup>は癆痕癌の癆痕と、非癌の癆痕とを生化学的に分析し、その構成が異なることを見出し、この両者の癆痕は別種のもので、癆痕癌は癆痕から発生したものでないとした。

これらの研究の結果、今日では、末梢発生の腺癌に対して、もはや癆痕癌とは呼ばず、中心部の癆痕は腫瘍により圧縮されたスペースであるとの認識が一般的なものとなった。

それでは、「癆痕癌」はもはや存在しないのであろうか。

#### IV-f 癆痕癌の今日的意義

当初、末梢発生の肺癌、主要には末梢腺癌の発生起源を求めて考えられた癆痕発癌説は、ほぼ

否定された。しかし、過去多くの医学者によって、様々な「癒痕癌」が報告されてきている。それらは、末梢発生の腺癌のみではない。例えば、RaeburnとSpencer<sup>9)</sup>の報告にある空洞から発生した腺癌、銃創による肉芽から発生した肺癌、WoodruffとNahas<sup>10)</sup>が観察した結核空洞から直接発生した類上皮癌、影山<sup>22)</sup>の報告した虫卵による異物肉芽から発生した肺癌、これらは明らかに癒痕組織が癌に先行したものである。また、間質性肺炎などに代表される肺の間質性疾患での肺癌合併率は現在においても高いことが認められている<sup>35)</sup>。我が国でも最近、戦時中の弾創のあと長い潜伏期を経て肺癌が発生したことを大久田ら(1980)<sup>36)</sup>、半沢と和田(1983)<sup>37)</sup>が報告している。すなわち否定されたのは、Friedrich<sup>3)</sup>、Rosse<sup>14)</sup>やYokoo<sup>12)</sup>そしてAuerbach<sup>13)</sup>らの観察した肺末梢発生の腺癌なのである。すなわち影山<sup>22)</sup>のいう「狭義の癒痕癌」なのである。「広義の癒痕癌」は、その数は少なくとも、その存在は依然確実である。現在、病理学者が癒痕癌 scar carcinomaというとき、それは癒痕が明らかに癌に先行するときである。そして当人の場合も、肺結核による空洞は明らかに癌に先行しており、まさに「広義の癒痕癌」に該当するものである。

#### V じん肺と癒痕癌

中央労働保険審査会に提出した筆者の意見書は、癒痕癌について業務起因性を論じたものであったが、審査会は専門家会議において結論がでていないとして採用されなかった。ここで、この問題についても若干ふれておきたい。

じん肺と癒痕癌については、さきに述べたように、影山<sup>21)</sup>が珪症性癒痕に続発した5例の肺癌を報告したものがあがるが、その他に佐野(1967)<sup>38)</sup>は、じん肺肺癌合併20例を病理学的に分析し確実に癒痕癌といえるもの3例を報告している。また海老原(1989)<sup>39)</sup>は、48例のじん肺合併肺癌の病理学的検討をおこない、塊状巣に接して発生した肺癌5例、塊状巣形成過程の部位に生じた癒痕癌2例を認め、この7例は塊状巣との関連が強く示唆されたとしている。さらに、じん肺症にはびまん性間質性肺炎が高率に合併し、このような例に肺癌が合併したものが5例あったとしている。

審査会のいう専門家会議とは、「じん肺と肺癌との関連に関する専門家会議」のことであり、昭和53年に検討結果報告書<sup>1)</sup>を発表している。この報告書で癒痕癌に関連する部分は33~34ページの「病理組織学的にみたじん肺病変と肺癌の関係」である。ここでは既にあげた影山、佐野の報告の他にも、Dibiasi、Schutz、田原、菊池などの文献を引用し、「じん肺性癒痕の肺がん発生母地となったと考えられる症例もいくつかある」としながら、「さらにじん肺における上皮内がんその他の微小癌の詳細な観察成績の蓄積が期待される」としている。おそらくこの結論をもって、「結論がでていない」としたのであろうが、それは誤りである。本報告書は作成が昭和53年(1978)と、癒痕癌についての認識が古い時代での文書であるという難点があるが、じん肺に癒痕癌が発生すること自体には疑いをもっていない。専門家会議は、じん肺が肺癌のリスクを引き上げるかという観点、言い換えればひろくじん肺と肺癌との関係においてこの問題を評価しようとしたのであり、じん肺に肺癌が多いという理由として、癒痕癌という発癌形態がその原因となるのかということに対し、結論がでないと判断したのである。

本小文において癒痕癌の検討のなかで、「広義の癒痕癌」は存在するがその絶対数は少ないことを既に指摘した。確かに、じん肺は癒痕を豊富に有する疾患である。しかし肺結核症もまたしかりである。肺結核症が肺癌のリスクを引き上げているという確実な証拠がない現時点においては、じん肺症の肺癌発生リスクの上昇をもたらしている主たる要因が、この癒痕癌ではないのかもしれない。この問題に関し海老原<sup>39)</sup>の見解である、じん肺には単に癒痕のみが存在するのではなく、間

質性変化もまた豊富に存在する疾患であるという視点は、間質性肺疾患が肺癌リスクを引き上げていることが確実であることより、注目に値する。しかし、現時点において疫学的な確認をまたずとも、じん肺症や肺結核には確実に「広義の」癒痕癌が存在することもまた否定できない事実といえよう。

#### VI 結論、癒痕癌の業務起因性

以上の検討によって、当人の肺癌が、肺結核空洞から発生した、「広義の」癒痕癌であることがわかった。すなわち、癌発生の場が特定されうる肺癌なのである。じん肺は高率に肺結核を合併する疾患とされており、我が国の労災保険上もじん肺に合併した肺結核は、じん肺の程度を問わず、業務上疾病として扱うことになっている。それでは、当人の結核罹患の時期はいつであったのだろうか。遺族によれば、昭和38年国立西別府病院等で結核のため療養生活をおこなっている。当時の胸部レントゲン写真は探してみたが既に廃棄され、見付けることはできなかった。そのため、すでにじん肺所見がみられていたのかどうかは不明である。しかし、当人は昭和24年より粉塵作業に従事しており、当人の結核発症が、粉塵吸入の影響をうけていた可能性は高いとおもわれる。就業以前に結核に罹患したものであれば、業務起因性については困難な問題が生じるが、この点当人の場合は特に問題はないと考える。

癒痕癌は、その発生の場となった癒痕がなければ、生じなかった癌といえる。したがって、じん肺の塊状巣や、当人の場合のようにじん肺結核巣から発生したと、病理学的に診断されうる肺癌は、じん肺と肺結核の関連性が認められている以上、業務起因性が成立すると考えたい。また当人の場合、空洞壁から発生したため、当初結核の増悪と判断され、癌が確認されるまでに若干の遅れが生じている。実際、じん肺患者に肺癌が発生すると、その診断とくに早期の状態での診断はきわめて困難であることは事実である。このことは私も含め日常じん肺の臨床に携わる全ての医師の実感と思う。そしてこのようにじん肺結核空洞壁という既存の構造から発生したものはなお困難といえる。

以上2つの理由から、当人の肺癌は、業務起因性を満足し、業務上疾病として取り扱われるべきであると判断する。

#### 参 考 文 献

- 1) じん肺と肺癌に関する専門家会議検討結果報告書。労働省 1978.
- 2) 杉原平樹. 熱傷癒痕癌. 杉本 大浦編 熱傷 南江堂 548-564, 1982.
- 3) Friedrich G. Periphere Lungenkrebs auf dem Boden pleuranaher Naben. Virch. Arch. 304:230-247, 1939.
- 4) Rossel R. Die Nabenkrebs der Lungen. Med. Wschr. 39:1220-1203, 1943.
- 5) Luders CJ. Themel KG. Die Nabenkrebs der Lungen als Bei-tag zur Pathogenese des peripheren Lungencarcinoms. Virch. Arch. 325:499-551, 1954.
- 6) Raeburn C. Ann. Rep. Brit. Emp. Cancer Campaign. 420, 1954.
- 7) Walter JB. Pryce DM. Thorax. 10:117, 1955.
- 8) Gelzer J. Uber die peripheren Lungenkrebse im Bereich von Lungennarben. Virh. Arch. 329:504-520, 1956.
- 9) Raeburn C. Spencer H. Lung scar cancers. Brit. J. Tuberc. 51:237-245, 1957
- 10) Woodruff CE. Nahas HC. Pulmonary tuberculosis, bronchiectasis and calcification as related



to bronchogenic carcinoma. Amer.Rev.Tuberc.64:620-629,1951.

- 11) Woodruff CE. Sengupt NC. Wallace S. Chapman PT. Marfinau PC. Anatomic relationships between bronchogenic carcinoma. Amer.Rev.Tuberc.66:151-,1952.
- 12) Yokoo H. Suckow EE. Peripheral lung cancer arising in scars. Cancer.14:1205-1215,1961.
- 13) Auerbach O. Garfinkel L. Parks VR. Scar cancer of the lung. Cancer43:636-642,1979.
- 14) Meyer EC. Liebow AA. Relationship of interstitial pneumonia honeycombing and atypical epithelial proliferation to cancer of the lung. Cancer.18:322-351,1965.
- 15) Fraire AE. Greenberg SD. Carcinoma and diffuse interstitial fibrosis of the lung. Cancer.31:1078-1086,1973.
- 16) Anderson AE. Foraker AG. Comparative incidence of bronchogenic carcinoma in subjects with centrilobular and panlobular emphysema. Cancer 33:1017-1020,1974.
- 17) 鈴木. 1933. 原典不明(粟田口省吾.肺の癆痕癌の臨床と病理. 癌の臨床.9:127-131,1963.による)
- 18) 太田邦夫. 肺癌の原発巣についての一考察. 内科.2:50-55,1958.
- 19) 大星章一. 発生部位を明らかにし得た肺癌6例からみた発癌の局所的素因としての癆痕の意義. 癌の臨床.6:614-521,1960.
- 20) 柳沢正次. 肺上皮系の増殖性病変に関する病理組織学的研究(肺癌の発生母地についての一考察). 癌の臨床.5:667-680,1959.
- 21) 影山圭三. 清水興一. 肺の癆痕癌に関する病理組織学的研究. 日病会誌.51:480-481,1962.
- 22) 影山圭三. 癌の発生母地-癆痕癌を中心として-. 日本臨床.24:395-401,196623) 影山圭三. 清水興一. 後藤政治. 病理学的にみた肺癌の特徴. 慶応医学.41(4):323-336,1964.
- 24) 宝来善次. 辻本兵衛. 清水賢一. 山中正彰. 肺癌の増殖に於ける増殖曲線とその増殖率、推計学的検討. 癌の臨床.11:694-700,1965.
- 25) 鈴木明. 下里幸雄. 難波こう二. 砂倉みず良. X線所見からの肺癌組織診断日胸.34:161-170,1975.
- 26) 西脇裕. 鈴木明. 照井こう二. 石川七郎. 難波こう二. 塩谷寿美恵. 腺癌の予後に影響を及ぼす因子に関する検討、訂正腫瘍径から見た分化型腺癌の予後について.肺癌.15:244,1975.
- 27) 米山武志. 谷村繁雄. 江口研二. 児玉哲郎. 肺腺癌の発育進展に関する検討、発見より切除までの期間と予後. 日胸.38:958-966,1979.
- 28) Simosato Y.Suzuki A.Hashimoto T.Nishiwaki Y.Kodama T.Yoneyama T.Kameya T. Prognostic implications of fibrotic focus (scar) in small peripheral lung cancers. Am.J.Surg.Pathol.1.4:365-373,1980.
- 29) Freant LJ.Joseph WL.Adkins PC. Scar carcinoma of the lung. Fact or fantasy? Ann.Thoracic Surg.17:531-537,1974.
- 30) Gray RE. Oneal RM. Multiple pulmonary scar carcinomas in patient with Hogikin's disease. Cancer.46:1868-1872,1980.
- 31) McDonnell I. Long JP. Lung scar cancer, a reappraisal. J.Clin.Pathol 34:996-999,1981.
- 32) Cagle PT. Cohl SD. Greenburg SD. Natural history of pulmonary scar cancers, clinical and pathologic implications. Cancer.56:2031-2035,1985.
- 33) Kung ITM.Mok CK. Lui IOL. Lam WK. Loke SL. So SY. Khin MA. Pulmonary scar cancer, a pathologic reappraisal. Am.J.Surg.Pathol.9:391-400,1985.

- 34) Barsky SH. Huang SJ. Bhuta S. The extracellular matrix of pulmonary scar carcinomas is suggestive of a desmoplastic origin. Am.J.Pathol.3:412-419,1986.
- 35) 米田良蔵. 特発性間質性肺炎と合併症、とくに肺癌との合併. 阿部正和,尾前照雄.河合忠一,三上理一郎編, 間質性肺疾患とその周辺 128-132,金原出版 東京 1985
- 36) 大久田和弘. 肺盲貫銃創癆痕より誘発されたと思われる肺癌の一例. 日胸疾会誌.18:347-351,1980.
- 37) 半沢すぐる. 和田源司. 盲貫銃創周辺より発生した肺扁平上皮癌の1手術例日胸外会誌. 31:1325-1329,1983.
- 38) 海老原勇. じん肺と肺癌に関する病理組織学的検討.日胸疾会誌.27:609-615,1989.

\* 1990.4 大分地裁に提出

大分じん肺肺癌訴訟(野中事件)の被告側最終準備書面です。実際の訴訟において国側は独自の証人一人立てることもせず、医学的な反証も全く行なっておりません。にもかかわらずかなりの歪曲と曲解にもとづく論証(?)を出してきています。証人として法廷にたった私(山本)としてはかなり頭にくるところもあるのですが(パソコンにおとしているときにずいぶん腹がたちました)、現在の国側の考えを知っておくことも重要であろうと思い一切の注釈なしに全文を掲載することにしました。この問題を考える資料として活用していただければと思います。

大分協和病院 山本 真 1990.11.29

昭和63年(行ウ)第3号不支給処分取消請求事件

原告 野中〇〇子

被告 佐伯労働基準監督署長

平成2年11月27日

被告指定代理人 福田孝昭 他10名(略)

## 被告第4準備書面(最終)

### 第一 争点

本件訴訟の主たる争点は、野中政男の死亡原因とされている肺がんの業務起因性の有無(労災法7条1項1号、12条の8第1項4号、5号、2項、労基法79条、80条、75条、同法施行規則35条、別表第1の2第5号、9号)であり、右政男がじん肺症に罹患していたことは争いがないので、結局じん肺と肺がんとの間の相当因果関係の存否ということに尽きる。

### 第二 原告の主張の概要

右相当因果関係を認めるべきであると主張する原告の論拠は、およそ次のとおりである。

一 労働省が設置した「じん肺と肺がんとの関連に関する専門家会議」の検討結果報告書の資料によれば、病理学的な因果関係の立証は困難であるとしても、じん肺症に原発性肺がんが合併する比率が高く、強い相関関係が認められているのであるから、じん肺と肺がんの間には、法的な意味において、一般的に相当因果関係を認めるべきである。

二 仮に、一般的に因果関係は認められないにしても、政男の肺がんは、じん肺に合併した陳旧性

肺結核の癒痕から生じたものである(癒痕がん説)から、結核に罹患していなければ肺がんにならなかったであろうという意味で、個別的には、当然に相当因果関係が認められるべきである。

三 同種の事例で、松山地方裁判所は、因果関係を肯定する判決を下しており、これが1審で確定している。

そこで、次にこれらの点に対する反論ないし被告の主張を総括しておくこととする。

### 第三 松山判決の論拠の本件非該当性(事案の異質性)

#### 一 同判決の因果関係肯定の論拠

原告が引用した松山地方裁判所の判決(平成2年1月25日判決・甲第2号証)の事案は、本件同様じん肺管理区分3イと判定されたじん肺患者が肺がんで死亡した事例で、やはり右じん肺と肺がんとの間に相当因果関係が問題となり、同裁判所は、じん肺の原因物質であるけい酸に発がん性がないことは、ほぼ医学上の定説であること、現段階においては、じん肺と肺がんとの因果関係を認める病理学的知見はいずれも仮説ないし私論の域を出ていないことを認めながら、なお、

- ① 近年におけるじん肺患者の肺がん合併の発生率は一様に高いと報告されていること、
- ② 一般の肺がんにおいて右肺の腺がんが多いとされているのに比較して、じん肺症患者に合併して発生する肺がんは、左肺下葉部に原発するものが多く、扁平上皮がんが多いとの報告が多いところ、これらの特徴は、外因性のがんにみられるものに(77)であり、じん肺に合併して発生する肺がんがじん肺の原因物質である粉じんに関連していることを窺わせること、
- ③ じん肺症患者に肺がんが発生する仕組みについては、癒痕がん説、免疫低下説、発生母地説等の見解が主張されており、前二者には有力な反対説が存するが、最後の見解には、未だ明確に反対する見解は表明されておらず、むしろこれに好意的な研究結果も報告されていること、
- ④ じん肺と肺がんとの何らかの関連性を認める報告は存在するが、積極的に否定する報告が存在しないこと、

等の事実を総合すると、医学上はじん肺と肺がんとの因果関係は未だ認めうる状況にはないとしても、当該事案においては、その者のじん肺と左肺下葉部に原発した扁平上皮がんとは、特別の事情がないかぎり、訴訟上の相当因果関係を認めるのが相当である、と判示したものである。

#### 二 反論

以上のとおり、同判決は、因果関係に関する昭和50年10月24日の後記最高裁判決を引用しながらも、その適用については肯定的な調査報告例や見解等の間接事実をいくつか積み上げて、因果関係を極めてゆるやかに解釈したもので、医学的因果関係はもちろんのこと、訴訟法上の因果関係を肯定するにしても首肯し難いものがあるが、一方これを覆すに足る反証を提出することも困難であるため同判決を確定せざるをえなかった。

しかしながら、これを本件についてみると、事案が異なり、松山事件判決の論拠をもってしては、訴訟法上の因果関係を肯定することは困難であることが明かである。いいかえれば、本事例に即して考察する限り、明らかに松山事件判決の論拠は破綻しているといわざるをえないのである。

1 まず、前記②の論拠である肺がんの発生部位及び組織型についてであるが、「一般の肺がんにおいては右肺の腺がんが多いとされているのに比較して、じん肺症患者に合併して発症する肺がんは、左肺下葉部に原発するものが多く、組織型は扁平上皮がんが多いという研究結果が多い。これらの特徴は、外因性のがんにみられるものであり、じん肺に合併して発症する肺がんがじん肺の原因物質である粉じんに関連していることを窺わせる。」とした上で、松山事件

の患者の肺がんも同様の部位及び組織型を有していたとして、このことを因果関係を肯定する極めて有力な証拠として取り扱っている。

しかしながら、これを本件についてみると、政男の肺がんは、同判決が、一般の肺がんによくみられる原発部位とする右肺の下葉に発生しており、また組織型もじん肺症患者に比較的少ないといわれている腺がんを伴う腺扁平上皮がんであって、むしろこの腺がんが主体のようである(証人山本真の証人調書12項)。すなわち、政男の肺がんは、一般の肺がんによくみられる発生部位及び組織型を有していたことが指摘できるのであるから、すでに松山事件におけるこの有力証拠が当事案においてはもはや使いものにならなくなったのである。原告が、本件において、同判決を強調できないゆえんであろう。

2 次に、松山事件は、じん肺患者の肺がん発生メカニズムに関する前記③の論拠について、前述したように、じん肺に肺がんが発生することを説明する有力な見解が存在するとして、発生母地説を好意的に採り上げる一方で、癒痕がん説には有力な反対説があるとしてこれを排斥している。ところが、本件においては、原告は、盛んに癒痕がん説を強調し、癒痕がんであれば直ちに、かつ、当然に因果関係が認められるべきであると強調する。

しかしながら、本件も松山事件も多数の同一の弁護士が代理人として訴訟を進行しているところ、肺がん発生の仕組みという重要な問題について、他事件で主張した説には一切ふれず、他方そこで排斥した癒痕がん説を本件には都合がいいとばかりに主張することの合理的な説明はない。したがって、松山事件のこの点の論拠とともに本件原告の癒痕がん説についても、相当根拠薄弱なものであることを物語るものといつてよいであろう。なお、この点については、更に後述する。

### 第四 各種報告・調査結果について

一 結局、松山事件判決の論拠が本件にも通用するのは、前記①と④の一般論だけということになる。言い換えれば、統計的にじん肺患者の肺がん合併の発生率が一般の場合に比して多い。そして何らかの関連性を認める報告が存するということである。

しかしながら、例えば、「じん肺と肺がんとの関連に関する専門家会議」の検討結果報告については、被告第二準備書面でその意義及び射程距離について既にのべた。すなわち、同会議における病理学的検討結果によれば、じん肺合併肺がんの組織像や原発部位あるいはじん肺の進展度について、その特異性は認め難く、そのことから直ちに評価できないこと、発生母地説も根拠薄弱であることをそこで指摘していたし、またじん肺と肺がんの合併頻度についても、そもそもそうした基礎資料や調査方法に種々問題があり、当時の病理学的及び疫学的調査研究報告によっては未だ未解決な課題があることを認めているところである。そうすると、本件において、この種の統計結果をいくつか並べたところで、「通常人が疑いを差し挟まない程度に真実性の確信をもち得るもの」(前記最高裁判所昭和50年10月24日判決・民集29巻9号1417ページ)という程度に因果関係の立証に成功したということは到底いえないであろう。

二 たしかに、じん肺と肺がんに関する研究や報告は多く、また、両者の間に何らかの関連性を認める報告は存在する。しかし、報告・論文の多くは、一般的に少しでも実証的な結果がでた場合には一つの成果として積極的に発表される傾向があるのに対し、関連性がない等の否定的な結論がでた場合には発表されない傾向が指摘されているのであって(乙第28号証)、こうした傾向を踏まえると、肯定的な報告が目立つようになってきたからといって、それをそのまま多数見解であると評価することはできないし、それだけで因果関係の存在が立証されたことになるものでもな

い。

例えば、藤沢泰憲は、その研究報告書「けい肺と肺がんの合併に関する統計学的検討(甲第13号証の二)」における、けい肺症の相対危険度6.6倍について、次のように証言している。「たばこか石綿の何倍という危険率はきちんとした統計的なデータでありまして、信頼できる数値が出てくるんです。僕の場合は一つの仮定的な前提を置いて計算した6.6倍ですから、これをそういうものと直接比較して考えるのは、やはり間違いだと思います。」(甲第28号証3丁)。「約6.6パーセントぐらいの危険率と推定しましたが、私自信は実際はそんなに強くないんじゃないかと思っています。」「ほかの人たちのいろいろな過去のデータから見ても、恐らくそんなに倍率が高ければとっくにある程度捕まるはずなんで、それほど高くない数字かもしれないという予測を持っております。」

## 第五 政男の肺がんについて

### 一 癒痕がん説批判

- 癒痕がん説に対しては有力な反対説があるとして松山判決もこれを採用しなかったことは既に述べた。
- ところで、じん肺の原因物質である粉じん(けい酸)に発がん性のないことは、医学上の定説とされていることは、松山判決も認めることである。
- 政男の肺がんは、陳旧性肺結核の空洞から発生したことは認められるものの、原告の因果関係をいう主張は、その実なる条件関係を説明しているものに過ぎず、そのことから直ちに本人のじん肺症との間の相当因果関係の存在に結びつくものではない。すなわち、大分医科大学教授中山巖によれば、「癒痕が全て癌腫になるものではなく、また、癒痕があるから癌腫になるとは言えない。」「じん肺があるから肺がんになるとは限らない。」と指摘している(乙第26号証)し、また、前記藤沢も、松山事件の裁判において、「癒痕がんと考える人も癒痕自体ががんになるとは考えていない。」旨証言している(甲第289号証31丁)。また、本件証人山本真も、歯切れは悪いが結論としてこれを認めているようである(証人調書88項ないし90項、99項ないし101項)。したがって、肺がんの発生部位がじん肺合併結核の空洞であるからといって、発がん物質の存在ないし作用等を明らかにしないまま、直ちに因果関係を認めることができないことは明かである。

### 二 政男の喫煙と本件肺がんとの関係

- ところで、肺がんと喫煙との関係についてみると、喫煙と肺がんの因果関係は多くの疫学的研究及び実験的研究において確立され(乙第24号証100ページ)、今はだれでも喫煙が肺がんの第一リスクであることは承知している(乙第25号証44ページ)。
- 松山事件の患者は、昭和42年3月ころから同44年4月ころまでの間、食後に1本吸う程度(乙第2号証39丁裏)で、喫煙の影響はほとんど考えられないのに対し、本件における政男の場合は、1日20本程度の煙草を約30年間喫煙し続けていた重喫煙者であり(乙第21号証224ページ)、紙巻煙草の重喫煙者は、じん肺を惹起させる粉じんの毒作用以上に発がん性を現わす可能性が指摘されているのである(乙第23号証916ページ、乙第24号証76ページ)。その意味で、喫煙による相対危険度について大きな差があり、松山事件の判決が訴訟上の相当因果関係を否定する場合として指摘した「特段の事情」が本件においては存するといえよう。むしろ、松山判決の論理からすると、政男の肺がんの原発部位や組織型からみれば、じん肺より喫煙の方が重要因子となっている疑いが濃厚であって、本件においてかかる主張を排斥することは困難ではないだろ

うか。

## 第六 総括

以上のとおり、じん肺と肺がんとの関連については、症例報告や合併頻度などに関する報告は増えているが、その発生メカニズムについては未だ定説はみられず、したがって、医学的に因果関係は認められていない。また、外因性の肺がんには、職業性の原因によるものも含まれるので、単にがんの組織型とか原発部位のみから、直ちに職業性のがんであるか否かを判定することは困難である。本件のようにたまたま陳旧性肺結核の空洞に肺がんが生じたことをもって、それにいかなる発がん性物質が作用したかを明らかにしない以上、直ちに一般的な因果関係を肯定することはできないはずである。

こうした現状にかんがみ、前記専門家会議の報告もふまえて、被告は、じん肺と肺がんの関係について、労働省労働基準局長通達昭和53年11月2日付け基発第608号(乙第13号証)を発して、これにより措置すべきものとする基準を設定したものであって(このことは被告第1準備書面第1の4で述べた)、十分合理的な根拠を有するものである。すなわち、同通達は、じん肺と肺がんとの因果関係は、医学的には明確でないが、高度に進展したじん肺の存在が、肺がんの進行あるいはその予後に悪影響を及ぼすこと等の医学的見解から、特例的な行政上の措置として、じん肺管理区分が4と決定された者又は管理4相当と認められる者で、現に療養中の者に発生した原発性の肺がんを、業務上の疾病として取り扱うこととした。したがって、政男の所見をこれに適用した場合に管理区分3にすぎなかった本件においては、業務起因性を認めることはできないものといわざるをえないのである。

大分じん肺肺癌訴訟の原告最終準備書面の全文です。札幌地裁、松山地裁とじん肺肺癌の訴訟を担当し、精力的な弁護活動を行なってきた大分のじん肺弁護団グループのこれまでの成果が、ここに溢れております。現在のじん肺肺癌訴訟の到達点、問題点などを知る上での貴重な資料となると思います。なお、私(山本)はこの書面作成には関わっておりませんが、何か疑問点などあれば質問してください。結構です。大分協和病院(大分市宮崎953-1 TEL 0975-68-2333)まで連絡してください。

90.12.3 大分協和病院 山本真

昭和63年(行ウ)第3号不支給処分取消請求事件

原告 野中〇〇子

被告 佐伯労働基準監督署長

1990年11月26日

原告訴訟代理人 安東正美 他

## 最終準備書面

### 第一 はじめに

じん肺は、古くは「よろけ」などと呼ばれて鉱山労働者に見られる不治の病として知られ、歴史の最も古い悲惨な職業病である。

その発症機序は、粉じん作業に従事するうちに肺・気管支に吸引された微細な無機・有機物質が、

呼吸器管内の肺胞や細胞に付着し、これら組織を壊死させるに至るものである。その結果呼吸機能に障害を発生させ、症状が進行するとじん肺症自体あるいはこれによってもたらされた合併症によって死亡に至る。

じん肺症の最も悲惨な点は不可逆性にある。すなわち、じん肺症は現代医学をもってしても治療することのない不治の病、死にいたる病である。しかも、粉じん作業に従事することをやめた後になって、じん肺症に罹患し、あるいはその症状が進行することもあるのであって、もつとも悲惨な職業病といわれる所以である。

ところで、これらじん肺患者が従事した粉じん作業は、例えば鉄道や水路のトンネル掘削作業にみられる如く、今日の我々が生活の利便を享受する礎ともいうべきものである。換言すれば、我々が享受している生活の利便の犠牲となったのがじん肺患者なのである。

したがって、我々国民はこれら犠牲者に対し、払った犠牲に見合った十分な補償をなすべき責務を負っている。そして、これを行政手続面で保証したのが労働者災害補償保険法にほかならない。同法による補償が十分なものとはいえないが、この補償制度の本質については、学説上単なる損害填補が目的ではなく、労働者(乃至遺族)の生活補償を目的とすると理解されている。

本件についても、同法の本質の理解の上にとって被災労働者の遺族である原告の生活上の保障に十分な思いがなされなければならない。

本件では、被災者の死亡が同法上の業務上の事由に該当することが明かであるにもかかわらずこれを認めず、被災者やその遺族の生活実態に目を閉ざしている行政の認定実務に厳しい反省を迫るものである。

## 第二 本件訴訟の争点の所在とその特徴

一 本件は、じん肺患者が原発性肺癌により死亡して事例であり、その争点は、じん肺と肺癌との因果関係の如何に尽きるものである。

而して、じん肺と肺癌との一般的因果関係については、国内外の医学的研究成果を踏まえて、札幌・松山両地裁判決が集積されており、本件も、こうした判例の到達点を踏まえて、因果関係の存否が判断されるべきである。

二 ただ、本件においては、個別的に次の二点が考慮されねばならない。第一は、亡政男の肺癌は、病理解剖を経て、「結核空洞壁に原発した瘢痕癌」であると診断されていることである。

後述のとおり、じん肺患者について、このような病理診断がなされた症例は極めて稀有であり、本件では、その病理診断の結果が、じん肺と肺癌との因果関係の判断において、どのような意義を有するのかを検討する必要がある。

第二は、亡政男に喫煙歴が認められるという点である。こうした喫煙歴の存在が、じん肺と肺癌との因果関係にどう影響するのかについては、被告が争う点でもあり、特に検討を加えておく必要がある。

三 そこで、以下においては、先ず、じん肺と肺癌の一般的因果関係についての判例の到達点について論じ、次いで、瘢痕癌におけるじん肺と肺癌との個別的因果関係について論じ、更に喫煙歴と肺癌との因果関係について、原告の主張を整理しておくこととする。

## 第三 じん肺と肺癌の一般的因果関係をめぐる判例の到達点

一 はじめに

じん肺と肺癌との法的因果関係の存否について判断した裁判例としては、札幌地方裁判所昭和57年3月31日民事第4部判決(判例時報1069号65頁、以下札幌地裁判決という)と、原告第三準備書

面でも触れた松山地方裁判所平成2年1月25日民事第2部判決(以下松山地裁判決という)とがある。両者ともじん肺と肺癌との関係についての医学的研究成果を詳細に検討したうえで、法的因果関係を肯定したものであるが、松山地裁判決については判決の表現から、その射程距離が問題となるものと思料する。そこで、以下札幌地裁判決と松山地裁判決の概要に触れたうえで、松山地裁判決の射程距離について検討する。

## 二 札幌地裁判決

### 1 判決の概要

(一) 札幌地裁判決は、じん肺と肺癌との因果関係は法的評価としての相当因果関係であって、この点の立証はもとより一点の疑義も許されない自然科学的証明ではなく、経験則に照らして全証拠を総合検討し、事実と結果との間に高度の蓋然性を証明することであり、その判決は通常人が疑いをさしはさまない程度に真実性の確信をもちうるものであることを必要とし、かつ、それで足り(最判昭50.10.24民集第29巻第9号1417頁、松山地裁判決も引用甲第2号証61丁)、病理学的因果関係の存在や厳密な意味における疫学的因果関係の存在が証明されることは必ずしも必要でないとした。

そして、じん肺と肺癌の関係についての医学的研究成果を詳細に検討したうえで、じん肺と肺癌の合併については剖検例を中心として高い合併率の存在を報告するものが多く、なんらかの関連性が存することを示唆するものであるとし、これらの事実からすると、じん肺に罹患した者に肺癌の発生する危険度が高いということは疑いをさしはさむことが出来ないのであり、このことはじん肺とこれに合併する肺癌の因果性を強く推測させるとした。

(二) 更に、じん肺と肺癌との関連に関する専門家会議検討結果報告書(以下「報告書」という)が両者の因果性についてこれを確証することができないとしたのは、医学上の観点から確定的な結論を出すには足りないという理由によるものと考えられるのであって、両者の因果性を積極的に否定しているものではない。

(三) 従って、すくなくとも本件で問題となっているけい肺に関しては、これに罹患している者に原発性の肺癌が発生した事実が立証されれば、この肺癌は右けい肺に起因すると事実上推定するのを相当とし、右肺癌とけい肺との関連性を有しないとする特段の反証がなされない限り、訴訟上両者の間に相当因果関係の存在を肯定すべきと判示した。

### 2 疫学的因果関係論の到達点と札幌地裁判決

ところで、四大公害訴訟やスモン訴訟の判決の集積によって確立した疫学的因果関係論の到達点は、

- ① 疫学的見地からする病因の追求が決定的に重要であり、
  - ② 原因の作用機序ないし疾病の発症機序が医学上解明される必要はなく、その病理機序が大筋において説明可能であれば足りる。
  - ③ こうして事実上推定ないし推認された結論について、相手方において、その因果関係を否定するに足る反証をなさない限り、法的因果関係は肯定される。
- と要約される。

札幌地裁判決も同様の論理に立脚したものであるが、同判決では、「がん発生のメカニズム」の困難性とじん肺症と肺癌における病理学的諸研究の制約を強調して、②の要件を重視することなくけい肺と肺癌との相当因果関係を肯定したものと評価される。

### 三 松山地裁判決

## 1 原告の主張

原告は、疫学的因果関係論の到達点をふまえて、原告の亡夫が罹患したじん肺症と肺癌の発症とが相当因果関係にあると認められるためには、

- ① じん肺に罹患した者に肺癌の発症する危険度が高いこと、
- ② じん肺が肺癌の原因として作用する機序が医学的に矛盾なく説明できること、
- ③因果関係がないという反証が存しないこと

の3点が認められなければならないが、かつそれで足り、本件では右3点が認められるから、右じん肺症と右肺癌の発症とが相当因果関係にあると認められると主張した(甲第2号証)。

## 2 松山地裁の判断

(一) 訴訟上の因果関係の立証につき、札幌地裁と同じく最高裁判決を援用したうえで(同61丁)、じん肺患者の肺がん合併の発生率について、統計的な数値を問題にする際には、厳密な調査・検討に基づいて算定されたものを採用すべきであるところ、岩見沢労災病院のじん肺剖検例及び日本剖検損報に基づく各報告及びじん肺と肺がんの関連に関するプロジェクト研究班の調査(甲第27号証)による数値は、他の数値に比較して最も信頼しうるとし、右報告や調査によって明らかにされた数値は、医学的見地からも肺がんとの相当因果関係が認められている石綿肺の場合に近い高値になっている(甲第2号証62丁)として前記①の要件を充足すると判断した。

(二) そして、じん肺症患者に肺がんが発症する仕組みについては、じん肺症による病変部の癒痕ががん化するとする見解、じん肺症により免疫低下を生じ、そのために肺がんが発がんしやすくなるとする見解、じん肺症により炎症を起こした部位が発がんのための母地となるとする見解が主張されており、前二者については有力な反対が存するものの、最後の見解については、未だ明確に反対する見解は表明されておらず、むしろこれに好意的な研究結果も報告されていることが認められる(同63丁表)として②の要件も充足すると判断した。

(三) 更に③についても、じん肺と肺がんとの何らかの関連性を認める報告は存在するが、積極的に否定する報告は存在しないとして要件を充足すると判断し、少なくとも本件で問題となっているじん肺と左下葉に原発した扁平上皮がんとは、特段の事情がないかぎり、訴訟上の相当因果関係を認めるのが相当であると判断した。

## 四 松山地裁判決の合理性と射程距離

### 1 松山地裁判決の判断は正当であり本件にも妥当するものと考える。

もっとも、本件が右下葉原発の腺扁平上皮癌であるのに対し、松山地裁判決が、「一般の肺がんにおいて右肺の腺癌が多いとされるのと比較して、じん肺症患者に合併して発生する肺がんは、左肺下葉部に原発するものが多く、扁平上皮がんが多いとの報告が多いところ、これらの特徴は、外因性のがんにみられるものであり、じん肺に合併して発症する肺がんがじん肺の原因物質である粉じんに関連していることを窺わせる」(同62丁裏)とし、じん肺合併「肺がんは一般の場合の肺がんとは異なった部位に発症し、組織型を有すること」から(同63丁表)、「少なくとも本件で問題となっているじん肺と左肺下葉部に原発した扁平上皮がんとは、特段の事情がないかぎり、訴訟上の相当因果関係を認めるのが相当である」(同63丁裏、66丁裏)と判示しているため、松山地裁判決の射程距離が問題となる。

ところで、右引用部分の内、原発部位や組織型に関しては、当該事件が左肺下葉部に原発した扁平上皮癌であったためか医学上の研究成果を正確に把握し尽くしたうえでのものとは言い

難く、本件のような同種事案の判断に関しては医学的検討を踏まえたうえでの慎重な対応が必要である。

## 2 原発部位について

(一) 右判決が理由中に引用している医学文献や証言で、原発部位について触れているものは以下のとおりである。

(1) 藤沢泰憲「III、けい肺症合併肺がんとその発生母地に関する病理組織学的研究」(甲第16号証の3)

一般肺がんは上葉原発が多いが、けい肺症合併肺がんでは下葉原発が上葉原発の二倍あり(甲第2号証48丁裏)

(2) 「報告書」

原発部位は、石綿肺と同様に下葉に多く(上葉のほぼ二倍)、一般の肺がんが上葉に多いことと比較して対象的であるとされている(同51丁表)

(3) 藤沢泰憲証人調書(甲第28号証19丁表)

一般にけい肺症を持っていない、あるいは職業病でない一般の人の肺癌は上葉に多い傾向があり、石綿肺とかその他の職業病性の肺癌は下葉に多い。けい肺症においても下葉に多い。対象に比べて約二倍、上に比べて二倍多い。

(二) このように、松山地裁判決がじん肺合併肺癌の原発部位の特徴の根拠として引用した藤沢泰憲の研究成果やそれを引用したと思われる報告書の記述によれば、一般の人の肺癌が上葉に多いのに対し、職業性肺癌が下葉に多いことを指摘しているのみであって、職業性肺癌が「左肺」に多いという報告はなされておらず「左肺」を特に問題としている訳ではないのである。

かえって、最近公開された海老原勇の「じん肺と肺癌に関する病理組織学的検討」日胸症会誌27巻5号613頁(甲第31号証)のように、じん肺合併肺癌の原発部位を見ると、3対2で右肺に多かったとの報告もある。

(三) 従って、松山地裁判決が理由中に引用している医学文献や医学者の証言内容を前提とするならば、原発部位が下葉であるか否かこそが重要なのであり、左肺であるか右肺であるかで結論を異にする合理性は存しないのである。

亡政男の肺がんは、右「下葉」原発であるから、じん肺との相当因果関係を肯定するうえで積極的な事例となる。

## 3 組織型について

(一) 松山地裁判決が理由中において引用している医学文献で組織型について触れているものは以下のとおりである。

(1) 藤沢泰憲、菊池浩吉、神田誠「けい肺、肺がん合併例の病理学的検討」

扁平上皮がんと未分化がんが多い傾向にあり、一般の肺がんと比較して腺がんの少ないのが目立つ(甲第2号証46丁表)

(2) 「報告書」

外因性肺がんの組織型は扁平上皮がんが多いとされ、じん肺に合併した肺がんは扁平上皮がんが多い傾向にあるとされているが、一般の肺がんと比較して統計学的に有意差はない(同51丁表)

(3) 大崎鏡「職業性肺疾患、特にクロム肺がん、じん肺、農夫肺を中心として」と題する講

演

組織型は腺がん、扁平上皮がんが主体を占めた(同59丁裏)

(二)そして、藤沢泰憲は松山地裁において、けい肺症に合併している肺癌と一般の肺癌(けい肺症を持っていないで肺癌になった人)とを形態学的に比較してみた検討結果では、組織型について、「扁平上皮癌と未分化癌がほぼ同じ数字であって、対象と余り大した違いがない。」「差がありましたのは、腺がんが少なかったという結果であります。」腺癌が少ないことの意味については「何とも私は申し上げようがありません。」と証言するのみであり(藤沢証言調書甲第28号証17丁裏)、じん肺合併肺癌特有の組織型が認められるという判断を示している訳ではないのである。

また、前記海老原(甲第31号証)609頁によれば、じん肺合併肺癌の組織型は扁平上皮癌が最も多く、次いで小細胞癌、腺癌であったと報告されている。

(三)ところで、本件は腺扁平上皮癌であり、病理解剖を担当した中山巖教授によれば、腺癌と扁平上皮癌の両者が混在した癌腫であって(乙第26号証5)、松山地裁判決が、扁平上皮がんにより死亡した患者のじん肺との相当因果関係を肯定する際によりどころの一つとした、じん肺患者に合併する肺がんが扁平上皮がんが多いとの報告を援用しうる事案である。

もっとも、一方でじん肺患者に合併する肺がんが扁平上皮癌とともに腺癌が主体を占めたとの報告も存すること、藤沢泰憲もじん肺合併肺癌特有の組織型として扁平上皮癌を捉えている訳ではないこと、中山巖教授の説明によれば、腺癌となるか扁平上皮癌となるかは、癌の発生した上皮の種類によるものであり(乙第26号証6)、腺癌と扁平上皮癌との何れが主体であるかが重要な意味を持つものとは考えられないこと等から、じん肺合併肺癌の組織型として扁平上皮癌のみを強調するのは必ずしも合理的とはいえない。

従って、本件が扁平上皮癌と同時に腺癌であることは、じん肺との相当因果関係を肯定するにあたって、何らの障害ともなりえない。

4 結局、松山地裁判決の理由中に指摘された医学的な研究成果や最近の医学文献を前提として同判決の論理に従って判断する限り、本件のような右「下葉」原発の腺扁平上皮癌は、じん肺との相当因果関係が肯定される事例なのである。

#### 第四 本件におけるじん肺と癆痕癌との因果関係

##### 一 最終病理診断とその意義について

1 被災者亡野中政男は、病理解剖に付されており、その病理解剖記録(甲第3号証、乙第16号証の1)によれば、同人のじん肺が珪肺であったことが確認された上で、「癆痕癌(組織型：腺扁平上皮癌)(右下葉S6の結核性空洞癆痕より発生したと考えられる)」との最終病理診断がなされている。

なお、右病理解剖記録及び死亡診断書(乙第4号証)によれば、被災者は、右癆痕癌によってもたらされた右肺下葉の空洞からの大量咯血によって死亡するに至ったことが明らかとなっている。

2 前述の専門家会議結果報告書の「病理組織学的にみたじん肺病変と肺癌の関係」(33乃至34頁)によると、多数のじん肺患者の解剖例の中で、病理組織学的見地からみて、じん肺病変が肺癌の発生母地であることの可能性を強く示唆するいくつかの貴重な観察報告がなされていることが認められる。それらは、早期癌の観察によって転移していない珪肺結節に接して存在した肺癌や空洞壁に発生した肺癌として観察されたものである。

本件は、そうした意味では、空洞壁に原発した癆痕癌であるとの病理診断がなされた貴重な症例であり、その病理診断の意義を明らかにすることによって、じん肺症あるいはその合併症から生じた肺癌であることを個別的、直接的に確認しうる症例である。

#### 二 被災者の癌が広義の癆痕癌であることについて

##### 1 癆痕癌の概念について

(一)癆痕癌は、皮膚科領域では古くから有名な癌であり、特に熱傷癆痕部に生ずる皮膚癌の報告が多いことが指摘されてきた。(甲第6号証IV-a、山本証言19)

(二)肺における癆痕癌については、1930年代に最初に報告され、1950年代には、肺末梢部の腺癌の多くが癆痕癌であると考えられるに至ったが、1960年代に入って影山圭三氏によって従来癆痕癌とされてきた肺末梢部の腺癌については、癆痕から癌が発生したのではなく、癌自信が癆痕を生み出していったものであるとして否定されるに至った。しかし影山氏によって否定されたのは、肺末梢部の腺癌すなわち「狭義の癆痕癌」のみであり、結核性空洞壁、同灌注気管支壁、拡張気管支壁などから発生した癌腫すなわち「広義の癆痕癌」については、否定されていない(甲第6号証IV-f、山本証言19乃至28)。

そして、「狭義の癆痕癌」においては、癆痕自体が小さいため果して癌があらかじめ存在した癆痕から原発したのか、あるいは癌の基質が陳旧化して癆痕となったものかの区別が困難なことが多いのに対し、「広義の癆痕癌」においては、大きな既存の癆痕を基盤として癌が発生しているから、癌から癆痕が生じた可能性を考える余地はなく、「広義の癆痕癌」に該当するというのはすなわち、癆痕が原因となって癌が発生したのだと認められることになるのである(山本証言28及び88)

##### 2 被災者の癌について

(一)被災者の癌が癆痕癌であることは前記最終病理診断に「癆痕癌」と記載されていることから認められる。しかも、労働事務次官甲斐康之作成の中山教授の聴取書(乙第26号証の問1)において、中山教授は、「本症例の癌組織は、空洞を全周性に分布し、空洞の一部には再生扁平上皮が存在することから空洞壁より発生した癌腫が最も考えられる。すなわち、空洞を発生母地とした癌腫と考えます。」としているのであり、中山教授が、癆痕部空洞壁に再生上皮の存在が認められたこと、空洞壁周囲に癌が集中していることなど十分な合理的根拠をもって、被災者の癌が「癆痕癌」であると判定したことが明らかになっている。

(二)次ぎに被災者の癌が「広義」「狭義」いずれにあたるかという点については、最終病理診断によれば、結核性空洞癆痕より発生したものだということであるから、前記分類によれば、「広義の癆痕癌」に該当することになる。しかも、現在は広義の癆痕癌だけを「癆痕癌」と言うのであるから、最終病理診断に「癆痕癌」と記載されていること自体からも広義の癆痕癌であることは明らかである(山本証言37)。中山教授の聴取書(乙第26号証の問3)においても、山本医師の証言による「狭義」「広義」の分類によれば、被災者の場合は広義にあたることと明確に答えている。

(三)被災者の大分医大における主治医である田代隆良医師の意見書(乙第19号証の2)は、「本症例も珪肺に合併した結核性空洞壁から発生しており因果関係が示唆されます」としているが、これも「癆痕癌」との用語を用いていないものの、「広義の癆痕癌」についての説明と同じである(山本証言48、49)。また、長門宏医師の論文(乙第23号証)において、被災者の癌が「広い意味での癆痕癌と診断されたが、厳密な意味での癆痕癌には該当しない症例であつ

た」とされているのも、被災者の癌が「広義の癒痕癌」に該当することを示したものと考えられる。田代医師や長門医師を含む医師らの研究論文「珪肺に合併する肺ガン：臨床的、組織病理学的研究」（甲第5号証、第4号証）は、明らかに被災者の症例と思われるケースについて、「腺扁平上皮癌は、珪肺結核症の空洞壁から発生したものであった」との記載をしており、同医師らが被災者の癌を影山氏の分類による「広義の癒痕癌」と認識していることが裏付けられる（なお、甲第10号証第5項参照）。

（四）被告が、被災者の癌は「癒痕癌」ではないと主張して掲げている根拠は、既に原告が第3準備書面でも指摘した通り、いずれも概念を誤解した立論である。その他反証も存在しない。

### 三 広義の癒痕癌の発生機序について

1 「広義の癒痕癌」が癒痕に原発した癌であり、癒痕を原因として生じたものをいうことは以上の通りであるが、その生成の機序については、病理学的にも合理的に説明がなされている。

すなわち、癒痕は既存の組織とは異なる死んだ組織であるが、そのようなものが肺内に存在した場合、その周囲に治癒機転として癒痕を覆うような上皮の増殖が起こることになる。その上皮の増殖にあたって異型細胞が出現するなど正常の細胞からの逸脱が生じて癌が発生してくるというのである（山本証言41）。誤解してはならないのは、癒痕それ自体から癌が発生するという意味ではなく、癒痕が存在することにより、上皮の増殖が起こり、それが癌発生の原因となるのだという点である（山本証言90）。このことを原告は、癌が空洞壁の癒痕に原発したとか、癒痕を発生母地として発生したなどと説明してきたのである。

2 腺扁平上皮癌であることについて

最終病理診断によれば、被災者の癌は腺扁平上皮癌とされている。

この点、癒痕癌がいかなる組織型を示すかは癒痕部の上皮の種類によるものであり、扁平上皮が多ければ扁平上皮癌が発生し、円柱上皮が多ければ腺癌が発生しやすいという関係がある。被災者の場合は扁平上皮と円柱上皮が混在して覆ってきたため、扁平上皮癌と腺癌が混在して発生したものと考えられる。したがって、被災者の癌が腺扁平上皮癌であることについても、病理学的に機序が合理的に説明出来るものである（中山教授の聴取書、乙第26号証問6）。

### 四 被災者の癒痕癌とじん肺との個別的因果関係の存在

1 労働保険審査会の裁決書について

労働保険審査会による裁決書（甲第1号証）は、10頁以下で、甲7号証の山本医師の意見書における主張に対して、「じん肺と肺癌との関連に関する専門家会議検討結果報告書」（乙第14号証）が、じん肺と肺癌との因果関係を立証できないと結論しているとの理由で斥けている。しかし、右報告書33頁から34頁は「じん肺性癒痕の肺癌発生母地となったと考えられる症例もいくつかある」としながら、「さらにじん肺における上皮内がんその他の微小癌の詳細な観察成績の蓄積が期待される」として、じん肺が肺癌の発生母地となることと理由として癒痕癌という発癌形態が重要かどうかという点についてはデータ不足で結論が出ないとしているにすぎない。右報告書はじん肺に癒痕癌が発生すること自体については疑いを持っていないのであり、そして本件もまさに個別にじん肺に起因する癒痕癌であることが病理学的に観察された貴重な事例なのであって、発生母地説を裏付けるデータの一つの蓄積と言えるから、右報告書を理由に、山本意見書を排斥することは論理的に矛盾している（甲6号証V、山本証言29乃至35参照）。

2 癒痕癌における個別的因果関係論の意義

被災者の死亡がじん肺に起因するものであることの論証は、前述の通り、じん肺と肺癌との

一般的因果関係を論ずることによって十分である。

この一般的因果関係を肯定した、札幌及び松山両地裁判決の主要な論拠となったのは、藤沢泰憲の「発生母地説」である。

じん肺患者に肺癌の合併する危険度が明らかに高いことを病理学的に説明して、「じん肺病変が癌の発生母地となる」とするこの立場は、じん肺患者に肺癌が発生する仕組みに関する最も有力な見解として支持されている。

しかしながら、この「発生母地説」は、あくまでも仮説である。それは一つには、現代医学をもってしても癌発生の仕組みが完全には解明されていないことによるものであるが、より大きな問題としては、個々の症例ごとに、じん肺病変と癌発生の個別的な因果関係を立証することが困難だということによる。早期癌（極微小癌）でなければ、じん肺病変から癌が発生したことは、厳密には立証できないからである。専門家会議報告書（乙第14号証）33頁では、藤沢によって4例の微小癌が報告されたことが記載されているが、これらは、まさに発生母地であることが論証されている稀な症例ということになろう。ところが本件は、結核性空洞という大きな癒痕に原発したものであったことから、病理解剖により、死亡の原因となった癌の発生母地が明確に病理学的に確認されている貴重な事例である（乙第26号証の間1で、解剖にあつた中山教授は明確に「空洞を発生母地とした癌腫」と述べている）。したがって、本件では、被災者の癌が病理学的に「癒痕癌」であると診断されている点に注目することによって、被災者の死亡がじん肺に起因するものであることを個別的、直接的に論証することが出来るのである。

### 3 要約

（一）癒痕癌とは癌が癒痕に原発しているものを言うところ、前記病理解剖記録において、癒痕癌との診断がなされているということは、被災者の癌が癒痕に原発していたということの意味する。そして、最終病理診断において、その癌が結核性空洞癒痕より発生したと考えられているのであるから、被災者の癌はじん肺に合併した結核性の空洞癒痕を発生母地として発生したと認められる。

（二）このような癒痕癌の発生機序については、癒痕部へと再生上皮が形成される過程で異型増殖を生じ、癌化するに至るという形で合理的に説明されている。

（三）このように発生母地が病理学的に明らかになっており、その発生機序も合理的に説明できる以上、法的な相当因果関係としては、被災者の肺癌と肺結核との間には直接的な因果関係が認められ、じん肺と結核とはじん肺法上一般に相当因果関係があるものとして扱われているのであるから、結局被災者の死亡は業務上の疾病であるじん肺に起因したものであることになる。

### 第五 被災者の喫煙歴と肺癌との因果関係について

一 はじめに

被告は、第3準備書面において、「政男が、一日20本程度の煙草を約30年間喫煙し続けていた重喫煙者であり、」そのことが「本件肺癌の発現に大きく関与している」旨主張している。

そこで、以下においては、この点について反論しておくこととする。

二 被災者の喫煙歴について

被告は、乙第21号証（大分医科大学カルテ）の記載を根拠に、被災者の喫煙歴を約30年間にわたって一日20本程度と主張しているが、正確ではない。

被災者の喫煙歴は、乙第5号証の2添付の昭和56年3月14日付診断書（じん肺用）に主治医である

長門医師によって記載されている。

これによれば、その喫煙は、21才から48才までの27年間である。従って、そのプリンクマン指数は540ということになる。

### 三 千代谷プロジェクト研究の成果について

1 じん肺と肺癌との因果関係に関する最も新しい研究成果は、乙第25号証のじん肺読本に収録されているじん肺と肺癌の関連に関するプロジェクト研究班による「じん肺と肺がんとの関連に関する研究」である。(以下、主任研究者の名をとって千代谷プロジェクト研究と称する。)

この研究については、既に詳述したが、1979年1月から1983年12月に至る5ケ年間に、研究に参加した11労災病院において診療しているじん肺患者を登録し、コホート調査の手法に従ったプロスペクティブな調査を実施した結果であり、「じん肺専門家会議報告書」を補強する画期的な研究である。

2 同研究の報告するところによれば、じん肺患者に認められる高い肺癌死亡率は、じん肺が本質的に持つ超過危険に由来するものであって、喫煙がじん肺症例の合併肺癌に及ぼした影響は、むしろ相加的といえる程度に止どまっていたとされる。(乙第25号証121頁)

つまり、じん肺患者の場合、喫煙歴は、肺癌合併の危険を多少高めにはするが、本質的な影響を与える程のものではなく、じん肺それ自身が本質的に有する危険度とは比べものにならないということである。

従って、この報告書によって、被告の主張が失当であることは明きらかと言わざるをえない。

### 四 喫煙と肺癌の因果関係について

1 乙第24号証は、厚生省が昭和62年10月に発表した喫煙と健康問題に関する報告書であるが、それによると次の事情が指摘されている。

① 喫煙本数と肺癌死亡率との間には、量反応関係が認められるが、わが国の調査では欧米のそれと比較して非喫煙者に対する相対危険度が低くなっており、特に、一日喫煙本数が40本以下では著しく低くなっていること。(乙第24号証82頁本文および84頁図Ⅱ・2-7)

② 喫煙開始年齢と肺癌死亡率との関係については、年齢が低い程、肺癌のリスクが高いとされ、わが国の調査によっても、20才未満での喫煙開始者に肺癌リスクが高いことが認められること。(乙第24号証Ⅱ・2-11、12)

③ 前喫煙者(以前喫煙していたが現在禁煙している者)については、禁煙期間が長くなるにつれて肺癌死亡リスクが低下していることが認められ、5年以上の禁煙者の場合には、その相対危険度は、1.62にまで低下していること。(同書87頁)

④ 愛知県癌センター病院での肺癌症例の調査によれば、肺癌の組織型による分類との対比において、クレイベルグⅠ型(扁平上皮癌、大細胞癌、小細胞癌)と喫煙との間には密接な関係が認められるが、同Ⅱ型(腺癌)と喫煙との間にはほとんど関係が認められなかったとされ、他の調査研究によっても喫煙と腺癌との間には、他の組織型の肺癌に比して、著しく関連性が薄いことが立証されていること。(同書88ないし90頁、なお、同書Ⅱ・2-17によるとプリンクマン指数800未満の腺癌発生の相対危険度は1つまり非喫煙者と同じとされている。)

2 而して、被災者の場合には、次の事実を認めることができる。

第1に、喫煙開始は21才からであり、20本程度の喫煙を廃してから10年以上を経過していたものであって、前述の調査報告書によれば一般的に、肺癌発生リスクは低かったというべきであることである。

第2に、本件は、結核空洞壁に原発した癒痕癌であり、癒痕との密接な関連性が認められる腺扁平上皮癌であって、中山教授の説明(乙第6号証)によれば、被災者の場合には、腺癌と扁平上皮癌とが混在していたと認められることである。

つまり、被災者の肺癌は、その組織型において、喫煙との因果関係が著しく低いということである。

しかも、被災者のプリンクマン指数は540にすぎないのであるから、わが国における前述の調査結果によれば、非喫煙者と比して腺癌との間には、何らの相対危険度における差を認められていないということになる。

### 五 小括

以上、検討したところから、被災者の場合には、どのような意味においても、その喫煙が、本件肺癌の発生に何らかの影響を与えていないことは明らかである。被告の立論は、本件の事実関係に即した個別的な検討を捨象した一般的抽象的な推論を羅列したものにすぎず、本件におけるじん肺症と肺癌との因果関係を否定する根拠になりうるものでは到底ない。

### 第六 おわりに

乙第17号証は、昭和60年7月31日に、大分労働者災害補償保険審査官が原告本人から聴取した内容を記載した聴取書である。そこには、次のような記述がある。その引用を以って本準備書面の結びとしたい。

「亡夫も自殺したい程苦しんでいたようですが、死んだ後に残すものは何もないので、遺族補償でも残したいという気持ちがあったようです。じん肺で死ねば遺族年金が遺族に支給されることを願ってじっと痛みを耐えていたものと思います。

この思いを何とかかなえさせてあげたいと願っています。」



## 全国労働安全衛生センター連絡会議

108 東京都港区三田3-1-3 M-Kビル3階 労住医連気付

TEL(03)5232-0182/FAX(03)5232-0183

北海道●北海道医療生活協同組合札幌緑愛病院職業病相談室

004 札幌市豊平区北野1条1丁目6-30 TEL(011)883-0121/FAX(011)883-7261

東京●東京東部労災職業病センター

136 江東区亀戸1-33-7 TEL(03) 683-9765/FAX(03) 683-9766

東京●三多摩労災職業病センター

185 国分寺市南町2-6-7丸山会館2-5 TEL(0423)24-1024/FAX(0423)24-1024

神奈川●社団法人神奈川労災職業病センター

230 横浜市鶴見区豊岡町20-9サノオ 豊岡505 TEL(045)573-4289/FAX(045)575-1948

新潟●財団法人新潟県安全衛生センター

951 新潟市古町通4番町643古町ツインタワーハイツ2F TEL(025)228-2127/FAX(025)222-3738

京都●労災福祉センター

601 京都市南区西九条島町3 TEL(075)691-9981/FAX(075)672-6467

大阪●関西労働者安全センター

550 大阪市西区新町2-19-20西長堀ビルM4階 TEL(06) 538-0148/FAX(06) 541-2712

兵庫●尼崎労働者安全衛生センター

660 尼崎市長洲本通1-16-7阪神医療生協気付 TEL(06) 488-3855/FAX(06) 488-8247

兵庫●関西労災職業病研究会

660 尼崎市長洲本通1-16-7医療生協長洲支部 TEL(06) 488-3855/FAX(06) 488-8247

広島●広島県労働安全衛生センター

732 広島市南区稲荷町5-4前田ビル TEL(082)264-4110

愛媛●愛媛労災職業病対策会議

792 新居浜市新田町1-9-9医療生協気付 TEL(0897)34-0207/FAX(0897)37-1467

高知●財団法人高知県労働安全衛生センター

780 高知市薊野イワ井田1275-1 TEL(0888)45-3953/FAX(0888)45-3928

熊本●熊本県労働安全衛生センター

862 熊本市九品寺1-17-9労働会館内 TEL(096)364-6128/FAX(096)364-7243

大分●社団法人大分県勤労者安全衛生センター

870 大分市寿町1-3労働福祉会館内 TEL(0975)37-7991/FAX(0975)38-1669

宮崎●旧松尾鉦山被害者の会

883 日向市財光寺283-211長江団地1-14 TEL(0982)53-9400/FAX(0982)53-3404

自治体●自治体労働安全衛生研究会

102 千代田区六番町1自治労会館3階 TEL(03) 239-9470/FAX(03) 230-1386

(オブザーバー)

山口●山口県安全センター

754 吉敷郡小郡町明治東小郡労働会館内 TEL(08397)2-3373