

認定事例

(災害補償課)

出初式の開会前に急性心筋梗塞を発症した事案 (公務外)

1 災害を受けた者

A県B町消防団 団員
災害発生当時47歳 会社員

2 災害発生日

N年1月6日

3 災害発生状況

(1) 発症当日の状況

6:30 起床
6:40 活動服に着替え(上衣の中には4枚着込み、ズボンの中には4枚着用)
7:00 朝食・洗顔等
7:15 分団屯所へ徒歩にて出発
7:20 分団屯所に到着、車庫内で待機
7:25 同僚団員と缶コーヒーを飲みながら立ち話をしている最中に泡を吹いて仰向けに卒倒し、昏睡・無呼吸の状態(CPA)となった
7:26 同僚団員が119番通報するとともに胸骨圧迫を開始
7:40 救急隊接触、JCS Ⅲ-300、瞳孔両側6mm、対光なし
7:49 救急車内でVF(心室細動)・VT(心室頻拍)のため1回目のDC(電気ショック)による除細動施行
7:53 救急車現発
7:54 2回目の除細動施行、その後アドレナリン(昇圧剤の一つ)計3回投与
8:03 X病院到着、同病院の救命処置により自発呼吸再開も、心拍は

停止と再開を繰り返す

11:45 X病院からY病院救命センターへ転医搬送要請、自発呼吸消失

12:07 人工呼吸・点滴継続実施も、搬送途上で心停止となり救急隊により胸骨圧迫実施

12:19 Y病院救命センター到着

16:25 Y病院救命センターにて死亡確認

(2) 発症前1週間の公務従事状況

1月3日 午前7:30～同8:30
分団屯所前の除雪作業に従事

1月5日 午前7:30～同8:30
同6:15に退勤後、分団屯所前の除雪作業に従事

(3) 発症前1か月の公務従事状況

前年12月9日 午前8:30～同9:30
分団管轄内の消火栓へ赤旗設置

(4) 発症前6か月の公務従事状況

前年10月14日
人員姿勢服装機械器具点検

前年10月16日
消防車両にて夜間巡回パトロール

(5) 発症前1週間の就業状況

・13:30～22:30又は22:30～翌朝7:00の交替制

・納品された品物の確認、仕分け、データの打ち込み業務

・前年12月30日～1月3日は休み、4日21:15から出勤

認定事例

(6) 治療経過

① X病院

高血圧症でW病院へ通院中。

病着時心停止でCPR（心肺蘇生法）継続、LMA（シリンジアルマスク）→気管挿管を行った。アドレナリン計4A投与、VT・VF波形もあり、DC2回行い、自己心拍再開。採血でCK（クレアチンキナーゼ）413、トロポニンT弱陽性。心電図でV1にST上昇、V4・5にST低下。頭-骨盤単純CTで明らかな出血や大動脈腫脹なし。Y病院循環器内科にコンサルタントしたところ、心電図波形はAMI（急性心筋梗塞）としては否定的。家族はY病院での低体温療法等を希望。転医。

② Y病院

来院後、心拍再開後の心電図では下壁誘導の軽度ST上昇を認めた。VFとなっていることより、心原性も疑われ、緊急カテーテルによるCAG（冠動脈造影）を施行。RCA（右冠動脈）#2に99%の高度狭窄病変を認めた。LCA（左冠動脈）に有意な狭窄なし。このため、引き続きPCI（経皮的冠動脈形成術）を施行。NAd（ノルアドレナリン、昇圧剤の一つ）フラッシュで血圧を保っていたが、徐々にフラッシュに対する反応が乏しくなり、血圧を保つことが困難となった。AMIではあるが、ショック状態や血圧を保てない等の病態は典型的ではないと思われた。家族に説明し、PCPS（経皮的心肺補助装置）は行わず、IABP（大動脈内バルーンポンピング）とカテコラミン（昇圧剤の一つ）で治療継続も、IABPの圧補助や

昇圧剤に反応せず、徐々に血圧低下を認め、徐脈傾向となり、死亡確認となった。

前医CTでも皮髄境界は不明瞭で低酸素脳症の所見を認め、神経学的予後も非常に悪いことが考えられた。PCI後のCTでは頭部は皮髄境界、脳溝は消失、体幹部には大動脈解離やPE（肺血栓塞栓症）等の所見は認められず。一方、多量の昇圧剤に対しても反応が見られないことにより、救命は困難であると考えられる。

家族には原因解明のための剖検を提案したが、希望なし。

(7) 身体的状況等

身体状況：身長167.6cm、体重50.0kg（前年4月23日健診結果）

嗜好品：タバコ（8本/日）、缶チューハイ（350ml 2本/日）、コーヒー（2杯/日）

既往症：高血圧症、慢性腎障害、アルコール性肝障害

内服薬：アジルバ錠（降圧剤）20mg 朝食後1錠、ニフェジピンCR錠（降圧剤）20mg 朝食後1錠、フルイトラン錠（降圧剤）2mg 朝食後0.25錠

家族歴：脳卒中（母）

気象状況：曇り、気温0℃、湿度94%

【説明】

労災をはじめとする災害補償制度を参考に、消防基金では、公務による明らかな過重負荷が加わったことにより、本人が有する血管病変又は基礎的病態（以下「血管病変等」という。）がその自然経過（加齢、一般生活等に

において生体が受ける通常の要因による血管病変等の形成、進行及び増悪の経過をいう。)を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患を発症したと認められるときは、公務がその発症に当たって相対的に有力な原因であると判断し、公務に起因する疾病として取り扱っている。

この場合の「公務による明らかな」とは、「発症の有力な原因が仕事によるものであることがはっきりしていること」とされている。また、「過重負荷」とは、「医学経験則に照らして、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ得ることが客観的に認められる負荷」とされ、具体的には、①発症直前から前日までの間において、発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事に遭遇したこと、②発症前おおむね1週間において、特に過重な業務に就労したこと、③発症前おおむね6か月間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したこと、のいずれかを満たすこととされている。さらに、「相対的に有力な原因である」かどうかについては、業務がその中で最も有力な原因であることは必要でないが、相対的に有力な原因であることが必要であり、単に併存する諸々の原因の一つに過ぎないときは、それでは足りないと解されている。

この認定基準・認定要件を参考に公務上外を判断するにあたり、まず、本件の発症の直前から前日までの間における被災団員の消防に関連する主だった行動を見ると、発症当日の早朝、出初式に参加するため、自宅から徒

歩5分による屯所集合、及び数分間程度の同僚団員との立ち話が挙げられる。一方、出初式の準備など煩雑に思われる業務は事務局及び団本部が行い、被災団員は従事していない。加えて、気温0℃と寒冷な環境下にあったが、被災団員の着衣の状況は気温に対し適切な防寒に当たると思われる。これらのことから、発症直前から前日までの間において、消防団の業務により肉体的・精神的に過剰な負荷がかかったとは言い難い。また、発症に近接した時期(発症前おおむね1週間)、更に遡って6か月前まで見ても、肉体的・精神的負荷や著しい疲労の蓄積をもたらすような過重な業務は認められない。

また、医学的知見によれば、本人は高血圧症をはじめとする既往症、脳卒中の家族歴及び喫煙から、被災団員が発症リスクを十分に有していたと考えられる。一方、労務の負荷の感じ方には個人差があるが、本件では団活動を始める前に発症していることから、生業を抱えながらボランティアで地域に貢献しているという消防団の特殊性を鑑みても、発症において公務が相対的に有力な原因となったとは言い難いとのことであった。

これらを総合的に勘案すると、本件発症前の公務従事状況に、前述の①～③のいずれも見当たらず、それが本人の血管病変を自然経過を超えて著しく増悪させたものとは考え難い。したがって、公務が相対的に有力な原因として発症した「公務と相当因果関係をもって発生したことが明らかな疾病」には当たらないものと判断した。