

- 主 文
- 1 本件控訴を棄却する。
  - 2 控訴費用は控訴人の負担とする。

事実

第1 当事者の求めた裁判

1 控訴の趣旨

- (1) 原判決を取り消す。
- (2) 被控訴人の請求をいずれも棄却する。
- (3) 訴訟費用は、第1、2審とも被控訴人の負担とする。

2 控訴の趣旨に対する答弁

主文同旨

第2 当事者の主張

次のとおり付加、訂正するほかは、原判決の「事実」中の、「第二 当事者の主張」に記載のとおりであるから、これを引用する。

1 原判決16頁9行目の次に、行を改めて以下の記載を加える。

「なお、LがMに横領の嫌疑をかけたことを裏付けるNの陳述（甲4）及びOの供述及び陳述（甲9）は、Mが本件疾病を発病後長期間を経過した後の証拠であり、しかも、伝聞であつたり曖昧で迫真性を欠くなど、到底信用しうるものではない。一方、P、Q、R、Lは、一致して横領の責任追求の話がされたことを否定しており、Mが救急車でS病院に収容された直後に、被控訴人に対し、『泣かなくてもいい。日ごろの鬱憤が爆発したんや』と述べ、横領の嫌疑をかけられたことに一切触れていないことも考えると、結局LがMに横領の容疑をかけたことはないというべきである。」

2 同18頁2行目から同19頁2行目までを、以下のとおり改める。

「3 Mの基礎疾患について

Mは、30歳代の時に、右手がしびれ、言葉がもつれる等の発語障害があり、T病院で入院治療を受けたことがあり、このころから高血圧状態にあった。そして、動脈硬化症、高血圧症のために、昭和61年9月1日から毎月2ないし4回の通院治療を受け、長期間にわたり、持続的な高血圧状態にあった。

このため、Mには、本件疾病発症前から既に脳血管病変があり、多発性のラクナ梗塞が認められた。ラクナ梗塞は、血管壁の正常強度が失われ、小動脈瘤が形成された後に器質化したものであるから、ラクナ梗塞が多発しているときは、ラクナ梗塞が形成前の状態、すなわち、血管壁の正常強度が失われている動脈部分や、小動脈瘤が形成されている動脈部分が多発しているため、血圧上昇により、血管が破綻して脳出血しやすい状態となっている。

加えて、Mは、平成2年5月30日から通院治療を中断していた。高血圧症に罹患している患者が降圧剤の服用を怠る場合、血圧が急激に上昇する『リバウンド現象』が発生することは、医学的知見として一般的な事柄であるので、Mも本件疾病発症当時、『リバウンド現象』により血圧が相当高くなっていた。

よって、Mは、本件疾病発症前、基礎疾患が極めて重篤な状態にあり、わずかの刺激で本件疾病を発症する危険性があつたのであるから、本件疾病は、基礎疾患の自然的経過の範囲内の増悪によるものであつて、業務が何らかの影響を与えたことはなく、与えたとしてもいわば『最後の一滴』となつて本件疾病を発症したに過ぎず、本件疾病に業務起因性はないと評価するのが相当である。」

理 由

第1 当裁判所も、被控訴人の請求はいずれも認容すべきものと判断する。その理由は、次のとおり加除、訂正するほかは、原判決の「理由」に記載のとおりであるから、これを引用する。

1 原判決23頁7行目の「午後一二時」を「正午」と改める。

2 同31頁4行目の「できない。」の次に、行を改めて以下の記載を加える。

「なお、さらに、控訴人は、LがMに横領の嫌疑をかけたことを裏付けるNの陳述（甲4）及びOの供述及び陳述（甲9）は、Mが本件疾病を発病後長期間を経過した後の証拠であり、しかも、伝聞であつたり曖昧で迫真性を欠くなど、到底信用しうるものではなく、一方、P、Q、R、Lは、一致して横領の責任追求の話を否定しており、Mが救急車でS病院に収容された直後に、被控訴人に対し、『泣かなくてもいい。日ごろの鬱憤が爆発したんや』と述べ、横領の嫌疑をかけられたことに一切触れていないことも考えると、LがMに横領の容疑をかけたことはない旨主張する。」

確かに、Nの陳述及びOの供述及び陳述には、控訴人指摘のような疑問がないわけではないが、弁論の全趣旨によれば、Mの死後、Xが倒産する等、被控訴人がN、Oに接することができた時期が遅れたことについてはやむをえない事情もあると推測され、控訴人指摘の点だけで直ちに信用性を欠くとまでいうことはできない。また、Q、R、Lの各陳述等には、会議ではビデオテープの横流しが問題になっていたことを指摘する部分や、Lの発言の後に、Mが『身に覚えがない』『お前のいうことはみんな嘘だ』と言ったことを肯定する部分もあり（証人Q晴一の供述、甲5の13、14、35）、LがMにビデオテープの横領の容疑をかけたことを窺わせたり、それに符合する部分もあるといえるから、Q、Rらが終始、一致して横領の責任追求の話を否定したとまでいえるかは疑問である。Mが救急車でS病院に収容された直後に、被控訴人に対し、『泣かなくてもいい。日ごろの鬱憤が爆発したんや』と述べたことは、後記認定のとおりであるが、従前からMとLとの間に確執が存在したことを考え合わせると、前記のような表現は横領の嫌疑をかけられたことと特に矛盾はしないし（この場合、Mが嫌疑をかけられたことを確執の延長ととらえていたことになる。）、本件疾病を発病して心配する被控訴人の心情に配慮した可能性もあると考えられるので、控訴人主張のような意味に一義的に断定することは困難である。

したがって、この点でも、控訴人の主張を採用することはできない。」

3 同35頁3行目末尾に、「これは、Mが公認会計士試験を受けた際のことであり、入院翌日には発語状態は普通に返っていた。」を加える。

4 同36頁4行目の「酒・煙草の中止、」を削除し、同7行目末尾に、「なお、Mは、飲酒、喫煙については、Y医院で通院治療を受ける前に中止していた。」を加える。

5 同37頁1行目から6行目までを以下のとおり改め、7行目の「2」を「4」と改める。

「三 高血圧症と脳出血についての医学的知見（甲10の2ないし20、甲12の1、2、乙1ないし6、9ないし22、34、35）

1 脳血管は、分岐しながら次第に細くなり、脳深部に栄養を与える動脈は、脳表面の大きな血管から直接細い動脈として分枝し、穿通動脈と呼ばれる。この血管は、高血圧による傷害を受けやすく、破綻すると脳出血を、閉塞すると径3ないし15ミリメートル程度の小さな梗塞（ラクナ梗塞）を生じる。

2 ラクナ梗塞は、肉眼的には不規則な形をした空洞であり、顕微鏡で見ると、不整形の空洞の内部に壊死組織の残さや毛細血管が見られ、その周辺の小動脈はしばしば血管壊死を示す。ラクナ梗塞の形成原因、及び脳梗塞、脳出血との関係等については、様々な見解があるが、ラクナ梗塞は、通常、高血圧性細小動脈病変である血管壊死（血漿性動脈壊死）による小梗塞と細小動脈硬化（動脈硬化）による血栓性小梗塞に分けられる。そして、一般的に、ラクナ梗塞が存在する場合には、脳出血の原因となりうる血漿性動脈壊死性動脈瘤が高率に存在するとの見解がある。病理解剖学的には、91.7パーセント（24例中22例）存在するとの報告もあり、ラクナ梗塞に脳出血を合併することは稀ではなく、血漿性動脈壊死性動脈瘤は、高血圧と加齢に依存する病変であり、高血圧から血漿性動脈壊死性動脈瘤が生じた場合は、それが破れれば脳内出血になり、破れずに塞がればラクナ梗塞となり、両者の基本的な血管病変の形成過程の病理は類似すると言われる（乙22）。

3 しかしながら、ラクナ梗塞が見られれば、脳出血が必ず生じるというものではなく、ラクナ梗塞を認め、少なくとも3か月以上生存した279例を対象として、CT撮影時に脳梗塞の既往あるいは症候の無いものを無症候群、有るものを脳梗塞群として、追跡調査したところ、脳血管障害の発症率は、無症候群で年間1.73パーセント（143例のうち、追跡期間53.3±31.3か月で脳梗塞9例、脳出血2例）、脳梗塞群で年間2.53パーセント（124例のうち、追跡期間61.2±29.5か月で脳梗塞10例、脳出血6例）で、前者の発症率が低い（但し、両者の間に統計的な有意差は認められない）とする報告もある（甲12の2）。」

6 同42頁6行目の「ラクナ梗塞」の次に、「（大半が無症候性か）」を加える。

7 同44頁7行目の次に、行を改めて以下の記載を加える。

「7 U医師（元厚生技官、国立循環器病センター臨床心理部長、現株式会社V研究所常務取締役所長）の意見（乙23の1、2、乙33）

Mには、長期にわたる高血圧歴があり、本件疾病発症前に既に高血圧による血管壊死が原因と推定される陳旧性のラクナ梗塞（ラクナ梗塞）が見られ、世界保健機構（WHO）と国際高血圧学会（ISH）の血圧値による分類では、グレード2高血圧（中等症）であるが、上記因子を加味した高血圧の予後判定基準では、超高リスクの状態に層別されること、脳出血の好発年齢に相当すること等から、日常生活における生理的血圧変動によって脳出血が発症しうることが医学的経験則から十分考えられる。また、初めての営業会議で緊張していたとしても、発言後1分程度で脳出血を発症した事実からみて、この時の血圧上昇は日常生活における多くの他の脳出血発症要因と同様に偶発的に作用した可能性が否定できない。加えて、Y医院の最終受診時から当該脳出血発症時まで1か月半の期間Mの服薬状況は不規則かつ中断していたと判断されるから、血圧は動揺性に変動していたことを示唆する。

したがって、営業会議における口論があり、それによる血圧上昇があったとしても、そのみを脳出血の発症誘因として特定することは困難であり、業務起因性は小さいと判断する。

8 W医師（甲医科大学脳神経外科）の意見（甲10の1，甲11）

Mは、高血圧の基準からすると高血圧ではあったが、臨床的に見れば著名な高血圧ではない。M程度の血圧を放置している人は多いが、次々に脳出血を起こしているわけではない。しかも、Mの場合、一応高血圧の治療（降圧剤の服用）を受けていた。もっとも、Mには、ラクナ梗塞があったことから、脳の血管は傷んでいたとは思われるが、脳出血の切迫状態、最後の一滴状態とするには根拠が十分ではない。

脳血管の傷んだ状態の所へ、驚愕による異常なストレス・興奮により交感神経機能が著明に亢進し、心拍数の増加・小動脈の収縮が生じ、異常に血圧が上昇し、ホメオスターシス（恒常性）が崩れたために脳出血を来したと考えられる。」

8 同47頁4行目から7行目の「主張し、」までを、以下のとおり改める。

「これに対し、控訴人は、Mが30歳代から長期間にわたり、持続的な高血圧状態にあり、多発性のラクナ梗塞が認められるほどの脳血管病変が既に見られたにもかかわらず、平成2年5月30日から通院治療を中断したため、リバウンド現象により血圧が相当高くなっていたのであるから、本件疾病は、基礎疾患の自然的経過の範囲内の増悪によるものであって、業務が何らかの影響を与えたことはなく、与えたとしてもいわず『最後の一滴』となったにすぎない旨主張する。」

9 同48頁5行目の「確かに、」から同49頁4行目までを以下のとおり改める。

「そして、U医師も、Mは、既に長期にわたる高血圧歴があり、当該脳出血発症前に既に高血圧による血管壊死が原因と推定される陳旧性のラクナ梗塞があったこと、WHOやISHの高血圧の予後判定基準では、超高リスクの状態に層別されること、Y医院の最終受診時から当該脳出血発症時まで1か月半の期間Mの服薬状況は不規則かつ中断し、血圧は動揺性に変動していたことから、営業会議における口論があり、それによる血圧上昇があったとしても、そのみを脳出血の発症誘因として特定することは困難であり、業務起因性は小さい旨の意見を述べる。

確かに、Mに高血圧歴があったこと、ラクナ梗塞が見られたこと、さらには、胸部X線写真（乙27）によれば、胸部に相当の動脈硬化があったことから、脳の血管の病変や動脈硬化がある程度進行していたことが推測される。また、いわゆる降圧剤服用中止による血圧上昇（リバウンド現象）の可能性が医学的知見として認められることも前記のとおりである。

しかしながら、Mは、本件発症前の1か月半を除き、4年間降圧剤の服用をはじめとする治療を受けており、治療中の血圧からみると、重症ではなく、概ね軽症又は中等症であったといえること（原判決35頁から36頁のY医院での9回の血圧測定結果を、乙23の1の7頁におけるWHO／ISHの基準でみると、軽症が4回、中等症が4回、重症が1回となり、中等症・重症の場合でも、収縮期か拡張期かどちらかの血圧値は、正常か軽症の分類値を示している。）、高血圧の診察、通院治療以前から飲酒、喫煙を中止し、治療中は医師の指導に従ってかなり節制していたことからすると、M自身によって高血圧の予後に影響を及ぼす因子の増加を抑える努力がある程度なされてきたといえることができる。また、Mにはラクナ梗塞（無症候性か）が多発していたとされるが、証拠（乙25、26の各1、2、乙28ないし32）上、どの程度の多発性なのか（乙23の1の2頁では、CT写

真上2か所と思われる指摘がある。これに対し文献《例えば乙17の239頁表5》に現れた剖検患者数とラクナ梗塞数では、1患者平均にすると2か所よりも多いとの報告の方が多数である。）、どの程度の梗塞なのかについては必ずしも判然とせず、実際の脳出血は、その大きさからみてそれ自体は重篤ではないとの指摘もあるところである（甲5の45）。そして、Mに見られたラクナ梗塞が、前述のラクナ梗塞のどの場合に該当するのかも明確とはいえないし、ラクナ梗塞がみられる場合でも、脳血管障害の発症率をみると、それが直ちに脳出血に直結するものでもない（甲11、12の2）。

さらに、リバウンド現象については、平成2年6月1日以降の降圧剤の服用及び血圧の各状況は明かではなく、Y医院には通院していなかったが、降圧剤を服用していたとの証拠もあり（被控訴人の供述、陳述の他、同日以後同僚として仕事をし、横領の嫌疑をかけた発言をしたことについては否定するし、Mが病院からもらってきた薬を毎日飲んでいたように思う旨陳述する。甲5の14）、実際リバウンド現象が生じていたのか、生じていたとしてもどの程度生じていたのかについても判然としない。

以上によれば、Mの場合、高血圧の症状が相当程度進行していたとは思われるが、本件疾病発症前に、脳血管が破綻寸前の状況であり、本件疾病が基礎疾患の自然的経過の範囲内の増悪によるものであったとまで断定するのは困難である（その程度まで至っていたとすると、Mは確かに体調の不調は訴えていたが、勤務を休んだことはなく、精神的確執や仕事の分担について悩みがある中で、同一店舗でのLとの1か月半に及ぶ勤務期間中に何故に発症をしなかったのか、Lから横領の嫌疑をかけられたという異常な事態の直後に本件疾病が発症しているが、異常な事態の関与は全くの偶然といえるのか、通院治療中断が1か月半に及ぶところ、降圧剤の中断後1週間でリバウンド現象が出現し、血圧値は4週間までは変動するが、それ以後は一定の血圧レベルに達するとする医学的知見との関係はどうなのかについて必ずしも合理的に説明することが困難な疑問が残る。）。

したがって、控訴人の主張は採用することができない。」

10 同51頁11行目の「原因となって」の次に、「嚥下障害等に全身の衰弱が加わって、肺炎が発症、増悪した結果、呼吸不全により」を加える。

## 第2 結論

よって、原判決は相当であるから、本件控訴を棄却し、控訴費用は控訴人の負担とすることとして、主文のとおり判決する。

## 大阪高等裁判所第2民事部

裁判長裁判官 浅 野 正 樹

裁判官 東 畑 良 雄

裁判官 浅 見 宣 義