

## 小池勝則氏の突然死に関する臨床医学的ならびに労働衛生医学的意見書

名古屋高等裁判所 御中

平成20年11月9日

神奈川県小田原市永塚5

マナ クリニック 院長

医師・労働衛生コンサルタント 須田民男

私は、小池勝則氏（2000年（平成12年）12月24日死亡）（37歳）の突然死に関し、その妻、小池友子氏とその代理人弁護士らから下記の点につき意見を求められた。

- 1 株式会社マツヤデンキに就職した2000年（平成12年）11月10日（37歳）当時の小池勝則氏の基礎疾病の病状について
- 2 小池勝則氏の突然死の成因について
- 3 小池勝則氏の突然死の業務起因性について

本意見書は、小池友子氏の代理人弁護士から提供された訴訟記録に基づいて作成したものである。

私の経歴、専門分野等は別紙「経歴書」記載のとおりである。

私は35年間にわたって、日本内科学会総合内科専門医としてまた日本循環器学会認定循環器専門医、日本呼吸器学会認定指導医として内科学の進歩とともに内科臨床医学に携わってきた。また労働衛生コンサルタントとしておもに労働による社会心理的ストレスと健康障害の関連について研究を行ってきた。

要旨；小池勝則氏は難治性で治療の難しいバセドウ病にかかっており、心臓機能障害を合併していた。甲状腺クリーゼ発症以後は著しい心臓機能障害の状態にあり、適切な作業管理がなされなければならない状態であった。死亡は突然死の形をとっており、直接死因は不整脈死である可能性が高い。不整脈を直接死因とする突然死の主な原因は残業を含む長時間にわたる過重労働である。ここで言う長時間にわたる過重な労働とは、一般の労働者においては過重な労働とはならないものの小池勝則氏の心臓状態にはきわめて過重な負荷となっていたということである。結論としては小池勝則氏の突然死の業務起因性は明白である。障害を抱えた人が社会復帰して職業に就くためにも、今後、このような悲劇がくりかえされないことが社会正義上、きわめて大切である。

## 記

### 1 マツヤデンキ就労前の小池勝則の病状について

#### (1) バセドウ病の発症

小池勝則氏の豊橋市民病院のカルテには、「1987年頃に、初めてバセドウ病の指摘を受け、以後、豊生HPにて不定期に治療を受ける」とある(乙39号証・2頁)。しかしながら、豊生病院のカルテ(甲47号証)によれば、小池勝則がバセドウ病の診断を受けたのは、1993年(平成5年)(30歳)のときである。以後、1997年(平成9年)5月2日まで豊生病院において治療を受けている。その間、急性扁桃腺炎で1994年(平成6年)9月2日から9月5日までの間、豊生病院で入院治療を受けている(甲47号証・27頁～48頁)。バセドウ病については、定期的を受診したうえ、管理することが重要であるが、一般的に自覚症状に乏しいことから、不定期の受診になりがちである。

甲状腺は頸部にある内分泌器官で、大きさが親指2本くらいであり、脳下垂体から分泌される甲状腺刺激ホルモンの刺激により甲状腺ホルモンを分泌している。甲状腺ホルモンは全身の代謝に広く関わり、一言で言うなら元気が出るホルモンといえる。バセドウ病では甲状腺ホルモン受容体刺激抗体が産生されることにより甲状腺機能が著しく亢進する。バセドウ病は原因不明の難治性の自己免疫疾患である。つまり自分の体を刺激する抗体が出来てしまうのである。甲状腺機能亢進状態により甲状腺腫、眼球突出、頻脈、高心拍出性高血圧などの症状が現れる。また心房細動などの不整脈も起こる。甲状腺ホルモンは心臓刺激により心筋の変性をおこし特に甲状腺クリーゼといって甲状腺ホルモン過剰状態による中毒状態では心臓は拡張して収縮力が著しく落ちる。このような心臓状態を拡張型心筋症類似の状態とよぶ。致死的不整脈による突然死が起こりやすい状態である。たとえるならば竹馬に乗って人混みを歩くような心臓なのである。ちょっとしたことで躓いて死亡にいたる事故を起こしやすい心臓状態になるのである。甲状腺クリーゼで入院した後の心臓超音波による評価では左心室内腔の著しい拡張とびまん性左心室壁運動低下が指摘されており、小池勝則氏の心臓状態が拡張型心筋症類似の状態に固定していることが断定できる。

この心臓に起こる障害は軽い場合は治療により軽快するばあいもあるが、左心室の拡張が進み限度を超えると障害は固定する、この時点はもう治ることが出来ないと言うことで **point of no return** と呼び習わしている。小池

勝則氏の心臓状態はまさに **point of no return** を超えてしまっていたと判断する。小池勝則氏の心臓状態は甲状腺クリーゼで入院した時点でくりかえし行われた心臓超音波並びにその後の外来診療でとられた心電図並びに胸部レントゲン写真より評価した。心臓超音波では左室内腔の拡張と瀰漫性壁運動低下と著しい左房拡大がみられた、心電図では心房細動と左室肥大の所見、胸部レントゲン写真では心拡大、これらの所見より小池勝則氏は甲状腺クリーゼから死亡までの間、拡張型心筋症類似の状態にあったと断定できる。拡張型心筋症類似状態によりうっ血性心不全状態が固定した。

拡張型心筋症類似の状態では致死的不整脈による心臓性突然死が起こる危険が大きい。最近ではこのような危険性を抱えた患者さんには植え込み型除細動器や優れた抗不整脈剤が使用されるようになっている。致死的不整脈とは、心室細動・心室頻拍といった不整脈で心臓が電気的には興奮しているものの、ポンプとしての心臓はほとんど停止した状態になってしまう不整脈のことである。この不整脈の状態が起こると、10秒以内に意識を失い3分ほどで死亡にいたる。突然死の主要な原因の一つが、致死的不整脈である。

バセドウ病は症状が曖昧でまたその治療に携わる医師の診療への熱意も少ないことが多く、特に若年の労働者では治療中断が起こることは珍しくない。はっきり「ほっておくと死亡する可能性があるのだ」と告知しなくてはならないのである。残念ながら豊生病院でのカルテの記載からはバセドウ病に関してそれなりの緻密な診療計画が建てられている様子はいかがえない。

バセドウ病の治療には甲状腺ホルモンの過剰産生を抑制する内服薬と外科手術による甲状腺の摘出、さらには放射性同位元素による甲状腺の破壊といった治療がなされる。小池勝則氏では内服薬が処方されている。

## (2) バセドウ病から甲状腺クリーゼによるうっ血性心不全状態へ

小池勝則氏は、1997年（平成9年）4月末から体調不良となり、1997年（平成9年）5月14日に甲状腺機能亢進症から甲状腺クリーゼの状態ですぐ緊急入院となっている。

入院時の主訴は、悪心、嘔吐、全身浮腫、検査所見では、胸部心雑音 IV/IV SM, 眼球出血 (+) 結膜黄疸 (++)、両下肢浮腫著明、精神不安定 (+) 甲状腺びまん性腫大 バセドウ病の放置に伴う慢性心不全の急性増悪→うっ血肝→DIC(播種性血管内凝固異常症)と診断されている(乙19号証)。

入院時の症状が重篤であったことについては、伊藤医師の意見書(乙40号証)、南木医師の意見書(乙41号証)、田淵医師の意見書(甲22号証)を参照。

証)が指摘しているとおりのことである。入院後、安静と薬物療法により症状が改善したため、1997年(平成9年)11月15日に退院し、以後、外来通院により経過を観察することになった。小池勝則の心不全はニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類クラスⅣからクラスⅡに改善したとはいえ、心臓機能は長年に亘る甲状腺機能亢進症による頻脈、脈圧の増加等から疲弊し、心機能は低下した状態であったと考えられる。

この間、1997年(平成9年)11月11日に身体障害者手帳、「心房細動により家庭内での日常生活活動が著しく制限される心臓機能障害 3級」と認定をされている。

(3) 豊橋市民病院を退院した後の病状の推移をみると、心電図、血圧、脈拍には大きな変化はなかった。心胸郭比の推移をみると、以下のとおり50%を越えており心臓が拡大しており、うっ血性心不全の状態であったことは明らかである。

1998年(平成10年)	3月16日	53%	35歳
1998年(平成10年)	6月26日	56%	35歳
1998年(平成10年)	11月4日	55%	35歳
1999年(平成11年)	2月1日	56%	36歳
1999年(平成11年)	5月1日	63%	36歳
2000年(平成12年)	1月21日	58%	37歳

なお、平成11年4月26日のカルテの記載のよれば、「We11」「就職をする」「機械設計」と記載されている(乙39号証・203頁、上申書添付の平成11年4月26日のカルテの記載)。ところが同年5月1日には、小池勝則氏は19時25分に胸痛を訴えて時間外診療を受けている。その際には心胸郭比は63%と拡大し、心電図では心房細動の不整脈がみられ、心エコーでは下大静脈径が22mmと記載されている。正常値は15mm以下であることから下大静脈径の拡張が認められる(乙39号証・205頁)。

この間、1998年(平成10年)4月に愛知障害者能力開発校に入学し、CAD設計科を卒業している。同年5月にはハローワークを通して、機械設計の会社である株式会社T社(社名は省略)に就職したものの、通勤には車で1時間30分程を要し、訓練校において学んだ知識のみではわからないことが多く、仕事が思うように進まず、翌年の1月には退職のやむなきに至っている。T社における業務は、座位による業務であり、T社に在職した約8月の間に業務の遂行により、小池勝則氏の慢性心不全の症状が増悪した形跡はない。

この間の病状の推移に関して名古屋地裁判決(以下[判決]という)は

次のように認定している。

「勝則は、退院後、本件災害当時まで、前記病院で受診し、医師の指示に従い、服薬を着実にいき、喫煙をやめ、飲酒量を減らすなど、身体管理に留意していた。勝則は、平成10年4月から平成11年3月まで障害者職業能力開発校に就学し、就学前には正常値に近い心胸郭比が、この間、平成10年6月ころ以降、正常値を上回る56%～58%程度となっていたが、そのような値で安定しており、その他、心不全増悪を示す格別の症状はなく、経過はおおむね良好であり、本件事業主に就職した平成12年11月10日当時も症状は安定していた。ただし、平成11年5月1日には、朝から呼吸時に胸部痛があると訴えて、前記病院を時間外（19時25分～22時15分）に受診したことがあったが、検査の結果、特段の問題は認められず、経過観察とされたことがあった」（判決・32頁・（4）・イ）。

判決の上記認定は、おおむね妥当であるが、小池勝則氏の病状はすでに指摘したように甲状腺クリーゼで入院し退院後は拡張型心筋症類似の状態に心臓機能障害が固定しており、就労に関してはしかるべき作業管理がなされなくてはならない状態になっていたのである。甲状腺クリーゼで死亡する寸前にまで至り救命されたもののその後のレントゲン写真での心胸郭比では心拡大が持続し心電図においても心房細動と左室肥大の所見が持続し拡張型心筋症類似の状態に固定したことは確実である。

甲状腺クリーゼから救命された後の外来診療は診療担当医が内分泌科であることから、心臓病の評価と治療は十分であったといえない状態であった。本来ならばくりかえし心臓超音波による心臓機能評価、BNPという心臓から分泌される利尿ホルモンを測定することによる心不全重症度の評価などが定期的になされ、しかるべき生活労働管理が指示されるべきところであったが、残念ながらそのような治療はなされていない。このような縦割りの診療形態は、よくあることであり、やむを得ない面もあるが、小池勝則氏にとっては不幸なことであった。

## 2 マツヤデンキ就労時の小池勝則氏の病状について

- (1) 小池勝則氏は、T社を退職後、求職活動により2000年（平成12年）11月10日に株式会社マツヤデンキ（以下「マツヤデンキ」という）に就職している。マツヤデンキへ就職した時点においては、判決も認定しているとおり、症状は、いちおう安定していたものである。

マツヤデンキへの就職当時の小池勝則の心機能は、ニューヨーク心臓協会（NYHA）心機能分類ではクラスⅡに該当すると思われる。小池勝則

氏は、甲状腺クリーゼにより長期入院を余儀なくされた病歴を有しており、心臓が拡大し慢性心不全の病状にあったものである。小池勝則氏の慢性心不全は、心機能が低下している状態であるから、心臓に過大な負担をかけないよう業務による負担を含めて格別な健康管理が求められる病状にあった。また障害者として認知されたうえで入社したのであるから、しかるべき疾病の評価とそれに見合った作業管理がなさるべきであった。

- (2) 労働者を雇用する場合、使用者は入社にあたっての健康診断が義務づけられている（労働安全衛生規則43条）。小池勝則氏は、障害者就職面接会を通して就職し、2次面接も受けている（甲33号証・3頁）。マツヤデンキは小池勝則氏の労働条件を決定するに先立って、小池勝則氏の主治医に意見を照会するとともに、同社の産業医の意見を聴取するという手続きが踏まれるべきである。マツヤデンキにおいて就労させるについては、労働時間や作業内容、休憩・休息时间等を検討したうえ、従事する業務が小池勝則氏にとって過重なものとなり、慢性心不全を増悪させる危険がないか否かについて慎重に検討されるべきであった。しかしながら、マツヤデンキの関係者が小池勝則氏の病状を聴取するために主治医に面談した形跡もなければ、主治医に書面もしくは口頭で照会した事実もない。労働安全衛生法（第13条）で選任を義務付けられている産業医と協議した形跡もない。産業医の意見を踏まえて、小池勝則氏の健康管理が為されていた形跡は全くない。マツヤデンキは、国から身体障害者を雇用することによる助成金の支給を受けながら、当然履行すべき身体障害者の健康管理についての最低限の義務すら履行してなかったものである。マツヤデンキ入社時の小池勝則氏の心臓状態はすでに述べたように拡張型心筋症類似状態に固定しており業務に起因した身体的および心理的ストレスで致死的不整脈を発症する危険が十分予測される状態であるので、私が産業医であるならば午後3時までの制限勤務などを指示するのが妥当である。また定期的な面談による業務内容の点検も重要である。この時点では勤務中の不整脈診断としてホルター心電図を装着するといった、労働衛生診断も必須である。きわめて残念で不幸であったのは会社側も当時の担当医も小池勝則氏の心臓状態が深刻な事態を引き起こす可能性が十分あるということを認知していなかったのである。また本人自らも自分の病状が理解できていなかったのである。
- (3) 小池勝則氏の主治医の須藤医師は、「事務的な仕事しか無理である事は話した」と述べられている（乙第36号証）。姉の聴取書には「病院の先生から、立ち仕事だと心臓に負担がかかると注意されていたので、安城のT社で座ってできる設計の仕事をしていました」「その後はやはり座ってでき

る仕事を探していました。」と述べている（乙32号証・7項）。小池友子氏も小池勝則氏から、「先生から座り仕事ならいいと言われている」と聞いていたと述べている（乙第20号証・11項）。

主治医の意見からみても、小池勝則氏の病状からは、立ち仕事は心臓に対する負担を増加させることになり、回避すべき作業形態であったと思われる。

### 3 マツヤデンキにおける業務と慢性心不全の増悪因子

#### (1) 慢性心不全の予後

慢性心不全の予後をよくするためには、小沢和男医師が別件の鑑定書（甲46号証）で述べられているとおり、「医療と個人並びに職場における健康管理」の三者が必要である。判決も認定しているとおり、小池勝則氏は、被災当時まで、前記病院で受診し、医師の指示に従い、服薬を着実にやり、喫煙をやめ、飲酒量を減らすなど、身体管理に留意していた。先に述べた通り、小池勝則氏はT社において、約7ヶ月間にわたり、座位による設計業務に従事していたものであるが、その間、慢性心不全の病状が増悪した形跡がなく、病状は安定していたものである。

小池勝則氏の突然死は、産業医や主治医の意見を聴取することもなく、長時間にわたる労働、しかも立ち仕事による接客業務というストレスのかかる過重な業務に従事させたことによるものであると考えられる。私はバセドウ病により運悪くこのような病状になった患者さんを診療したことがある。健康管理のポイントは心臓病の急激な悪化を予防するための生活管理と、特に心房細動になっている人では心臓内血栓の予防を抗凝固剤の内服により行っている。

#### (2) 長時間労働と時間外労働

判決の認定では、小池勝則氏の死亡前1か月（30日）の時間外労働時間は33時間と認定されている（判決・別表2）。

伊藤医師は、小池勝則氏の病状について「日常労作および事務仕事程度でも潜在的に心機能は悪化するほどよくない状態であったと考えられる」と評価している（乙40・4頁）。慢性心不全の患者については、伊藤医師の指摘するよう潜在的な危険があるのであるからこそ、職場における健康管理がきわめて重要になる。細川店長も小池勝則氏を就労させるにあたって、時間外労働をさせないこととすると決めていたと述べている（細川証人調書・2頁、細川陳述書・乙60・2頁）。ところが、小池勝則氏は1時間あるいは2時間30分の時間外労働に従事している。マツヤデンキの

ずさん  
杜撰な健康管理が死期を早めたものということができる。

なお、判決は、厚生労働省の脳・心臓の認定基準に関する専門検討委員会報告書の内容を引用して次のように述べている。

「疲労の蓄積にとって最も重要な要因である労働時間に着目すると、日常業務を支障なく遂行できるような労働者の場合には、発症前1ヶ月から6か月にわたって、1か月当たりおおむね45時間を越える時間外労働時間が認められない場合には、その日の疲労がその日の疲労がその日の睡眠等で回復し、疲労の蓄積が生じないよう労働に従事したものとして、業務と心停止発症との関連性が弱いと判断される。」(判決・35頁・10行目以下)。

判決の引用部分は、健常者について述べているもので、慢性心不全の基礎疾病を有する者には当てはまらない。伊藤医師も、「心臓性突然死の発症と業務との関連性を考える場合、元々に内在する心臓機能と業務の過重性を判断しなければならない」と述べている(乙40号証・3頁・11行目～12行)。小池勝則氏の心機能を考えれば、時間外労働時間に従事させること自体、回避すべきであった。主治医の意見にあるとおり、立ち仕事は無理な状況にあった。連日にわたり、長時間にわたって立ち仕事による接客業務に従事させることは幾重にも過重なものというべきである。

### (3) 休憩時間について

身体障害者は、健常人に比較して疲労が蓄積されやすい一方で、健常者に比して、疲労回復に時間を要することはよく知られているところである。

マツヤデンキでは、休憩時間は1時間とさだめられていたものの、土曜日・日曜日・祝日は多忙のため30分くらいしか取れないこともありましたという供述がある(乙16号証・7項)。細川店長も、土曜日・日曜日・祝日の繁忙期には、30分～40分の休憩で切り上げていたと述べている(細川証人調書7頁、乙60号証・7頁・10項)。小池勝則氏については、所定の休憩時間を確保するとともに、体調にあわせて休憩時間を取得できるように配慮すべきであるが、そのような配慮はなされていたという資料は見当たらない。

### (4) 立ち仕事の接客業務について

名古屋地裁の判決は、立ち仕事の労働負担について専ら運動強度の観点から検討しているが、立ち仕事による疲労現象のあらわれや心機能への負担についての検討が為されていない。

立ち作業における労働負担について、大西徳明は労働衛生学の見地から疲労の分析を行なっている。立位姿勢は座位に比べて身体各部の疲れを顕

著に増大させるので、立位姿勢の連続はできるだけ避け、作業の中で座る機会を積極的に設けられるようにすることが必要であると結論付けている（甲27・79頁）。また小野雄一郎は「継続的な立位作業では下肢や腰の疲労症状の訴えが増大すること、立位では心臓への垂直距離が遠くなり、重力の静水力学的作用のため血液が下肢に停滞しやすく、立位姿勢保持による下腿の筋緊張増加による末梢循環の阻害もあるため下腿が腫脹すること、長時間の立位作業は避けるべきであると判断される」と報告している（甲27・79頁、甲42）。

立位姿勢を保持する場合は、重力の静水力学的作用のため血液が下肢に停滞し、心臓への灌流が減少して毎拍動当りの血液送出量（心拍出量）が少なくなる。このため、補償現象として心拍数の増加が起る（甲26・同352頁「(2)立位での姿勢」）。心臓や活動中の骨格筋など代謝の亢進している臓器へ多くの血液供給を行なおうとする（甲41・82頁）。そのため、心臓の酸素消費量は増加し、心筋の負担は増大することになり、心不全の増悪因子になる。

なお、名古屋地裁における審理においては、小池勝則氏の下腿の浮腫が、立位の作業によるものか、心不全の増悪と見るのかの論争がある。判決では「下腿に現れた浮腫それ自体について、心不全に浮腫であるか長時間の立位又は座位姿勢による浮腫であるかを見分けることが出来ない」と認定されている（判決36頁・5行目以下）。しかしながら、浮腫の原因が、心不全によるものか否かを見分けることが出来ないとしても、立位の姿勢が心臓の酸素消費量を増加させ、心筋の負担を増大させることに、変わりはないものと言うべきである。

#### 4 死因について

判決は、業務起因性の判断の結論部分において、次のように述べている。

「慢性心不全は、その予後が極めて悪く、致死性不整脈発症の確率が高くなる上、とりわけNYHAⅡの患者群は、より重症であるNYHAⅢ又はⅣの患者群よりも突然死の割合が高いという統計データもあることからすると、本件災害は、小池勝則氏の慢性心不全が本件事業主に就職する以前より格別増悪していない状況でも、その有する致死的の発症の危険が自然経過において現実化することは十分起こりうるものというべきである。

したがって、本件災害の基礎疾患である勝則の心不全は、本件事業主における業務によって自然経過を超えて増悪したと認めることが出来ない一方で、本件災害は、勝則の慢性心不全が有する致死的不整脈の発症の危険が、その自然経過において現実化したものと解しうるから、勝則の業務と

本件災害との相当因果関係があるとは認めることはできない」(判決・42頁・13行目以下)。

先に述べたとおり、慢性心不全の患者であっても「医療と個人並びに職場における健康管理」の三者のあり方によって、その予後は決定される。判決の上記の考え方は、事業主の職場における健康管理のあり方がまったく考慮されていない考え方である。判決が引用するNYHAⅡの患者群は、より重症であるNYHAⅢ又はⅣの患者群よりも突然死の割合が高いという大規模調査の統計データがでていますが、その原因は明確でない。調査対象となったNYHAⅡやNYHAⅢ又はⅣの患者群がどのような労働に従事していたかは、明らかとなっていない。むしろ、NYHAⅡの患者群は、NYHAⅢ又はⅣの患者群よりも労働に従事する機会が多いことも一因と考える方が合理的である。小池勝則氏の死因と上記のデータを結びつけるのは正しくない。小池勝則氏の死因はすでに述べたように拡張型心筋症類似状態に発症した致死的不整脈でありその原因は過重業務に起因したストレスである。しかるべき作業管理が行われたならばこのような不幸な結果は回避できた。私自身が小池勝則氏より重症の患者さんを就労しながら治療をしているが、このような不幸な結果にはなっておらず、30歳代より診療を開始してすでに定年を迎えつつある患者さんもいる。細心の注意の下に生命を全うできる患者さんを多数経験している。

## 5 結論

マツヤデンキに就職した時点においては、小池勝則氏の慢性心不全の病状は安定していたものであるが、拡張型心筋症類似状態として固定しており致死的不整脈が過労により発症する危険が準備されていた。連日の時間外労働を含む長時間労働と立ち仕事による接客業務による心身の疲労の蓄積により慢性心不全から致死的不整脈を発症し、心停止に至ったものと推認される。

マツヤデンキの職場における杜撰な健康管理が、小池勝則の突然死を招いたもので、業務に起因する突然死と断定する。

残念なのはこのような不幸な結末が本人、家族、主治医、マツヤデンキのすべてが予想できずにまたしかるべき対策がうたれなかったことにある。今後このような不幸がくりかえさないためにも司法のしかるべき判断を求める。

意見書提出者の経歴および資格

須田民男（内科医師・労働衛生コンサルタント）

住所 神奈川県小田原市永塚 262

勤務先 神奈川県小田原市永塚 5 マナ クリニック

生年月日 1947年3月7日

履歴

- 1973年3月 信州大学医学部卒業
- 1973年5月 立川相互病院内科勤務開始
- 1973年6月22日 医師免許証取得 医籍登録番号219818号
- 1973年11月1日 保険医登録取得 東医45937  
国民健康保険医登録 東国医45937
- 1990年4月1日 日本循環器学会認定循環器専門医資格取得 登録番号01480
- 1990年5月より 総合病院立川相互病院循環器内科・部長
- 1990年7月26日 身体障害者福祉法第15条第1項による指定医（心臓機能障害）
- 1990年12月21日 日本内科学会認定内科認定医資格取得 登録番号67263
- 1993年2月2日 日本医師会認定産業医資格取得 登録番号9201933
- 1993年11月2日 中央労働災害防止協会「心と体の健康づくり」  
（トータル・ヘルス・プロモーションプラン）における健康測定  
（産業医）研修の課程を修了登録番号K393-0193
- 1994年3月18日 労働衛生コンサルタント（保健衛生）資格取得  
登録番号 保第1653号
- 1994年4月24日 日本呼吸器学会認定医資格取得 登録番号934003  
日本呼吸器学会認定指導医資格取得 登録番号934001
- 1995年12月15日 日本内科学会認定総合内科専門医資格取得 登録番号3188
- 1996年12月13日 NATIONAL STRENGTH AND CONDITIONING  
ASSOCIATION の CERTIFIED PERSONAL TRAINER の 資格 取得  
登録番号20671296
- 1997年4月25日 日本内科学会認定総合内科専門医会評議員
- 1997年12月13日 NATIONAL STRENGTH AND CONDITIONING  
ASSOCIATION の CERTIFIED STRENGTH AND CONDITIONING  
SPECIALIST の資格取得 登録番号977469
- 2000年4月1日 日本温泉気候物理医学会認定温泉療法医資格取得  
登録番号947号
- 2000年8月1日 身体障害者福祉法第15条第1項による指定医（呼吸器機  
能障害）

2000年9月5日 日本温泉気候物理医学会認定医認定試験合格  
2001年6月 日本禁煙医師連盟入会  
2003年1月 日本温泉気候物理医学会認定医資格取得  
2004年4月 立川相互病院退職  
2004年4月 マナ クリニック院長就任  
2006年5月 日本禁煙学会禁煙専門医資格取得  
2007年5月1日 医療法人命宝会理事長就任

内科医としての主たる研究内容

- # 虚血性心臓病の内科治療による予後
- # 過労と心臓病について
- # 中高年の身体運動トレーニングと健康について
- # 入浴と健康

著書 ストレスによる健康障害 かもがわ出版 2008年