

第 1 回
中央公害対策審議会環境保健部会
水俣病問題専門委員会議事速記録
(平成3年2月26日開催)

【白川保健企画課長】 時間になりましたので、ただいまから第1回中央公害対策審議会環境保健部会水俣病問題専門委員会を開会させていただきます。委員は全部で14名おられますけれども、本日は11名の方々に御出席いただいております。

それでは委員長、よろしくお願いいたします。

【井形委員長】 先日の中公審の環境保健部会におきまして、本日初会合を開きます本専門委員会の委員長を命ぜられた鹿児島大学の井形でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

御承知のとおり、この問題は長い間未解決のままきておまして、現時点において批判に耐える結論を責任を持ってつくらなければいけない重大な責務をひしひしと感じておりますが、先生方の十分な御理解と御協力によって立派な結論に持っていきたいと心から念願しております。ひとつよろしく願い申し上げます。

それでは企画調整局長からご挨拶をいただきます。

【渡辺企画調整局長】 本日は年度もおしつまりまして御多忙の中、また、多くの先生には遠路御出席をいただきまして誠にありがとうございます。

専門委員会の開催に先立ちまして一言御挨拶を申し上げます。

改めて申し上げるまでもなく、水俣病問題は甚大な健康被害をもたらした我が国の公害問題の原点とも言うべきものでございます。政府としては、これま

#####1頁

で「公害健康被害の補償等に関する法律」に基づきまして、被害者の迅速かつ公正な救済を図ってまいりました。しかしながら、公式発見から30余年を経過して未だに全面的な解決に至っていないことは誠に残念でございます。

先の環境保健部会で御説明させていただいたところでもございますが、委員の先生方の中には、これまで水俣病問題にかかわってこられました方が多くいらっしゃいますので、改めて経緯を申し述べることは差し控えさせていただきますけれども、自らを水俣病被害者であると主張される方々が、原因企業に加えて国及び県に損害賠償を求めて提訴されました国家賠償訴訟において、昨年秋以来、相次いで和解勧告が行われ、社会的にも大きな問題となったことは御案内のとおりでございます。国としては、現時点では和解に応じることは困難であるといたします一方、水俣病問題に関しまして、地域住民の間に水俣病に関連した広範な健康不安が存在していること、更に、法に基づく認定処分について種々の事情により処分が困難な方を含めてなお相当数の未処分者が残されていることなど、現在の枠組みでは解消することができない問題が残されておりますので、行政施策としてこれ

に総合的に対応するための対策について、平成4年度からの実施を目途に検討を行うこととした次第でございます。

このため、先月22日に中央公害対策審議会の環境保健部会を開催していただき御相談を申し上げましたところ、まずこれらの問題に関する医学や法律の専門家による専門委員会を設けまして問題点の整理や対策案のたたき台づくりについて御検討いただくことが決定されまして、井形部会長自ら、専門委員会の委員長をお引き受けいただいたものでございます。

専門委員の先生方におかれましては、水俣病に関する医学の分野あるいは環境問題に関する法律の分野における専門家として御就任をお願いいたしましたところ、快く御承諾をいただきまして誠にありがとうございました。今後、御専門の見地からどうか忌憚のない御意見をお聞かせくださいますようお願い

#####2頁

を申し上げる次第でございます。

水俣病対策は、これまでの長期間にわたる経緯もあり、複雑な問題を多く含んでおりますが、私ども環境庁といたしましても、問題の解決に向けて、これまでの枠組みにとらわれることなく、必要があれば立法措置も含めて思い切った対策を講じていきたいと考えておりますので、よろしく御指導をいただきますようお願い申し上げます。

本日は検討の第1回目ということで、現在私どもが直面しております問題について、現状での問題点の整理を中心に御議論していただければどうかと存じます。何とぞよろしくお願いを申し上げます。

【白川保健企画課長】 恐縮でございますが、議事に入ります前に資料の確認をさせていただきますと思います。

配付しております資料は全部で8つございます。資料1が中公審の水俣病問題専門委員会の委員の名簿、資料2が水俣病認定に係る経緯、資料3が水俣病の病像と診断について、資料4が水俣病に係る認定申請処理状況について、資料5が現状の問題点について、資料6が検討の方向について(試案)、資料7が新潟水俣病について、最後に資料8として検討スケジュールについて(案)以上でございます。

【井形委員長】 どうもありがとうございました。

それでは、本日は第1回ということで、お互いに初めての先生方がいらっしゃると思いますので、お一人ずつ簡単な自己紹介をお願いしたいと思います。

まず私からでございますが、鹿児島大学の井形でございます。昭和46年に鹿児島に行きましてからこの問題にはずっとタッチしてまいりましたし、日夜、どうすればいいか考えてきたわけでありまして。今後ともよろしくお願いいたします。

【浅野委員】 福岡大学法学部の浅野でございます。私は民法と環境法を専門

#####3頁

にしております。よろしくお願いいたします。

【荒木委員】 熊本大学の第一内科の荒木でございます。専門は神経内科学を担当しております。

【植村委員】 成蹊大学法学部の植村でございます。専門は行政法です。水俣病の関係は初めてでございますので、よろしく願いいたします。

【納委員】 鹿児島大学第三内科の納でございます。専門は神経内科で、井形先生の後任で3年前から第三内科の教授職をしております。よろしく願いいたします。

【加藤委員】 国立水俣病研究センターの加藤でございます。水俣病研究センターに移ってまだ2年しかありません。そういう意味では新参者でございます。専門は疫学でございます。

【上村委員】 医薬品副作用被害救済・研究振興基金の理事長をしております上村でございます。専門と言われますと非常に困るわけでございますが、環境庁、厚生省で行政を長い間いたしておりました。その行政の中でこういった問題の経験を少し積んだ程度でございますが、どうぞよろしく願い申し上げます。

【小高委員】 大阪市立大学の小高でございます。専攻は行政法でございます。どうぞよろしく願いいたします。

【滝沢委員】 秋田大学医学部公衆衛生学教室の滝沢でございます。昭和40年に新潟で水俣病が発生した直後から原因追求等で、秋田に移りましても国の裁判の証人等でいろいろかかわってまいりました。よろしく願いいたします。

【野村委員】 都立大学法学部の野村と申します。私は民事法学が専攻でございますが、特に因果関係の問題については関心を持っておりまして、ほかの分野の問題と水俣病問題とを比較しながらいろいろ考えておるところでございます。どうぞよろしく願いいたします。

#####4頁

【藤木委員】 筑波大学の社会医学系の藤木でございます。専門は環境衛生学で、現在の筑波大学に移る前、昭和34年から熊本大学衛生学教室で水俣病の研究に携わってまいりました。現在もメチル水銀中毒の研究を行っております。

【二塚委員】 熊本大学の公衆衛生の二塚と申します。この環境保健部会と相前後しまして、熊本県では公害部で健康対策委員会というのができまして、そちらの方の取りまとめも仰せつかっております。こちらの動きと並行しながら進めていきたいと思っております。よろしく願いします。

【白川保健企画課長】 そのほか鈴木委員が後ほど遅れて見える予定でございます。名古屋大学の森嶋先生に委員に御就任をいただいておりますが、本日はご欠席でございます。

大変失礼ですが、私は環境庁の事務方を務めさせていただきます保健企画課長の白川です。

【柳沢環境保健部長】 私、同じ事務局の環境保健部長の柳沢でございます。どうぞよろしく願い申し上げます。

なお、この機会に事務局の幹部メンバーを御紹介させていただきます。

私の隣から、長谷川企画調整局企画調整課長、それから今申しあげました白川保健企画課長、岩尾特殊疾病対策室長、三觜特殊疾病審査室長、入江調査官。なお、実際に先生方にお電話を申しあげたり御連絡を申しあげたり、資料を担当しております特殊疾病対策室の小川、塚原でございます。

【井形委員長】 どうもありがとうございました。

先ほどから御挨拶がありましたように、水俣病問題は大変複雑な問題であり、先生方にはいろいろことのほか御苦勞をおかけすることをあらかじめお願い申し上げておきたいと思ひます。

中央公害対策審議会も、あるいはこの専門委員会も同じですが、会議及び議

#####5頁

事録は申合せによって非公開としてございます。というのは、いろいろな理由があるわけでございますけれども、この点は、特にこの内容については外に漏れると審議がうまくいかないということも起こり得ますので、ぜひ御協力をお願い申し上げたいと思ひます。

【柳沢環境保健部長】 今、井形委員長からお話がございました件につきまして補足させていただきます。

今お話があったとおりでございますけれども、念のためでございますが、この審議会の委員、今日お願いいたしました専門委員の各先生方は特別職の公務員という形になるわけでございます。そういう意味におきまして、その職務の範囲で守秘義務がかかることになっております。おどかさうでございますし申し訳ないのではありませんけれども、実は、過去、社会的にいろいろ関心が高かった問題、例えば自動車排出ガスの規制のときとか、大気環境基準の改定のときの審議会とか、一番身近なところでは昭和62年の第1種指定地域の解除のときの審議会等々のときに、検討過程での審議の記録が、例えばドラフト段階のものが出るとか、あるいは先生方が個々に発言内容をメモされていたそのメモが外部に何らかの形でもって出てしまうとか、そういう事例がございました。それが例えば国会その他でもって相当問題になった例があったわけでございます。先ほどテレビの頭撮りがありましたように、この審議の様子は、マスコミを初めとして社会的に非常に関心を持たれている、注目されている問題でもございますので、公正な審議を担保し、無用のトラブルを招かないためにも、審議内容あるいは今日の資料 公表された資料も入っておるわけで、必ずしも全部が全部というわけではございませんけれども、原則的には審議内容と配付させていただいております資料につきましては外部にお出しただかないようお願いできればということでございます。特に先生方はマスコミあるいは患者さん方との接触の総会も多いかと思ひます。そういうような場合には、これから

#####6頁

どうなるのだというようなことでいろいろ取材をお受けになられると思うのですが、資料その他のことに関しましては、事務局に聞けとおっしゃっていただければありがたい

と考えております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

【井形委員長】 私からも改めてよろしくお願い申し上げたいと思います。

今日は第1回でもございますし、検討に入る前に、先ほど御説明のあった資料が準備されておりますので、資料の御説明をお聞きしようと思います。

御説明をお願いいたします。

【岩尾特殊疾病対策室長】 御審議をお願いいたします出発点として、水俣病対策の現状における問題点について、資料に基づき整理してございます。これを説明させていただきたいと思います。

まず現在の水俣病被害者の救済策の中心となっております認定制度と、その前提である水俣病の病像を取り巻く問題につきまして、既によく御存じの先生もおられますが、担当より御説明させていただきます。

【事務局】 それでは資料2の「水俣病認定に係る経緯」という資料に即して御説明させていただきますたいと思います。

認定業務は法律に基づいて施行されているわけでございますけれども、関係の法律、昔は「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」でございまして、現在は「公害健康被害の捕償等に関する法律」という形でございます。この二法は違う法律なのですが、認定については同様の取扱いになっておりますので、昭和45年当時から一括した流れの中で認定業務を行っておるところでございます。法律の中で水俣病というものは、政令で「水俣病」という言葉が出てくるだけのことでございまして、具体的な認定の取扱いにつきましては、通知で運用を定めているところでございます。

通知は、法施行の当時、不服審査の問題とか、いろいろな経緯があった段階

#####7頁

でそれぞれ出しております。これまでこれら通知の考え方についてさまざま議論になっておりまして、また、これを軸に認定業務が進んでまいりましたので、この通知の内容を中心にして、これまでどのように認定業務が扱われてきたか、御説明申し上げたいと思います。

1枚目の紙がこれまでの経緯をまとめたものでございます。かいつまんで御説明させていただきます。

まず、法律に基づく認定の始まりましたのは昭和45年でございまして、「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」という法律で始まっております。この次に昭和46年8月に環境事務次官通知がございしますが、このときに県の棄却処分につきまして、環境庁に不服審査が上がってきたものを環境庁が取消し裁決をするということがございました。それに伴いまして、法の考え方を明らかにするという趣旨で環境事務次官通知を出したものです。内容につきましては、添付してございますので後で詳しく申し上げます。

これと併せまして、同年9月に、セットのものとして公害保健課長通知を出しております。

次に、昭和 52 年 7 月に環境保健部長通知「後天性水俣病の判断条件について」がござい
ますが、これがいわゆる判断条件といっているものでございまして、現在までこれに従っ
て認定業務を行っている基準になっているものでございます。

昭和 53 年 7 月に更に環境事務次官通知で、認定業務は 52 年 7 月の環境保健部長通知に
従って運用を行うということを示しております。

昭和 56 年 7 月には、後ほど御説明いたしますが、後天性水俣病と小児水俣病で取扱いが
若干違っておりますので、小児水俣病の方について判断条件を示しております。

昭和 60 年 8 月に熊本水俣病の第二次訴訟の判決が出ております。これはチ

#####8 頁

ッソを被告にした訴訟でございますが、この中で、私ども行政の考え方とは違ひまして、
四肢の感覚障害があつて、水銀に曝露されたという疫学条件が高度だという条件だけで水
俣病と確定すべきだという見解が出ました。判決理由を見ますと、「事実上推定すべき」と
いう言葉が使われております。

こういう司法の考え方が出ましたので、果たしてこれまでの判断条件が的確なものであ
るかどうか、もう一回検討することにしました。昭和 60 年 10 月に「後天性水俣病の判断
条件について」及び「水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見」ということで、
医学専門家の方々にお集まりいただいて御意見を伺ひ、これまでの判断条件を変更する必
要がないという判断をして今日に至っているわけでございます。

その後、訴訟で、昭和 61 年 3 月と 62 年 3 月に 2 本の判決が出ております。これは同じ
裁判官によるものでございますが、再度、行政の立場と違う見解が出ました。これらに対
しては、やはり医学を基本とする立場からは承服しがたいということで、現在、控訴して
国の考えが理解されるよう主張を行っているところでございます。

以上が概略の流れでございますけれども、それぞれの項目につきまして、重要なポイン
トだけかいつまんで御説明申し上げたいと思ひますので、2 ページ以降をお開きいただき
たいと思ひます。

まず 2 ページ目は環境事務次官通知と左肩に書いてございまして、これが昭和 46 年 8
月に出された通知でございます。この趣旨は、細かい医学的な見解というよりも、最初の
アンダーラインにありますように、「法の趣旨とするところを明らかに」する、考え方を明
らかにするという趣旨で出されたものでございます。順にアンダーラインのところを御説
明させていただきます。水俣病の認定の要件といたしまして、まず後天性の水俣病、胎児
性または先天性水俣病はどのような症状を来すかということを書いた上で、その次が一番問
題なとこ

#####9 頁

ろですけれども、「上記(1)の症状のうちのいずれかの症状がある場合」という文言を使
っております。一般に水俣病はさまざまな症状が組合せで出ると言われておりまして、私
どもは現行の判断条件を使つておるわけですけれども、それと若干違う表現をここで言っ

ておるわけでございます。もう一つは、右側のページの一番上のところですが、「当該症状が経口摂取した有機水銀の影響によるものであることを否定し得ない場合においては」認定すべきであるという文言を使っております。これらは文言上見ますと、一つの症状だけで厳密に否定し得ない場合は認定するというふうにも読めるものですから、これをめぐりまして、当時、審査会の先生方の中で非常に混乱をもたらした経緯がございます。

そこで、この次官通知の趣旨について改めて明確にするということで、次のページでございますが、公害保健課長通知を昭和46年9月に出しているところでございます。この趣旨は、最初のアンダーラインのように、「次官通知の解釈について疑義の照会が寄せられたので」、考え方を明らかにするということでございます。下の方にまいりまして、「いずれかの症状がある場合」ということについては、症状が一つだけということではなくて、必ずしもさまざまな症状の全部でなくて一部だけであっても有機水銀の影響である場合があり得る、こういう形で明確化しておるわけでございます。もう一点の「否定し得ない」という言葉につきましては、水俣病が否定し得ないかどうかの判断については、「水俣病に関する高度の学識と豊富な経験を基礎とすべきものであり、この医学的判断をもとに都道府県知事等が認定に係る処分を行なう」、このようにしておりまして、判断に当たっては医学の専門家による審査会の判断を基礎として行うべきである、こういう形で示したわけでございます。

いずれにしても私どもとしてはこの段階から、水俣病は病気でございますので、医学的な審査を経て、医学者の方々による認定審査会の判断を重視して認

#####10頁

定または棄却の処分をする、そういう考え方で来たわけでございます。

1枚めくっていただきまして、52年の環境保健部長通知でございます。昭和46年から前段の通知に従って業務を行ってきたわけですが、その後第一次訴訟の原告勝訴判決などをきっかけとして、申請者が非常に多くなってまいりました。その中で、当初に比べて症状的にはっきり分からない方も増えてきたものですから、46年にいうところの有機水銀の影響が否定し得ない場合というのは一体どこまでの範囲を指すのかを明確にする必要があるのではないか、こういう意見が出てきたわけでございます。そこで、昭和50年当時、熊本、鹿児島、新潟の各県・市の審査会の先生方にお集まりいただきまして、認定の条件をどうすべきかという検討を重ねたわけでございます。その結果として出されましたのがこの「後天性水俣病の判断条件」でございます。

アンダーラインのところを見ていただきたいと思います。「次の(1)に掲げる曝露歴を有する者」、一つは水銀に曝露されたという事実があること、もう一つは「次の(2)に掲げる症候の組合せのあるものについては、通常、その者の症候は、水俣病の範囲に含めて考えられるものであること」、こういう考え方を出したわけでございます。具体的にその下の(2)のところ「次のいずれかに該当する症候の組合せ」ということで四つほど症候の組合せを挙げております。この52年の判断条件は、一般的に組合せに基づく判断と言われており

ますが、この組合せという趣旨は、単に二つだったらいいですとか、三つだったらいいですとか、そういう機械的な組合せではございませんで、主に臨床的なそれまでの経験の積み重ねに基づきまして、通常、水俣病ではこういう組合せが出るのだ、そういう組合せをピックアップしているものでございます。

次のページを見ていただきたいと思います。52年の環境保健部長通知が出されました後に、53年に環境事務次官通知というのが出ております。昭和46年のものが環境事務次官通知でございますので、それに対応する形で同じ

#####11頁

レベルの環境事務次官通知で、認定の取扱いをどうするか、運用の仕方を通知したものでございます。

これは簡単に申しますと、これからの認定処分は52年通知に従ってやるものだということを通知したものでございますが、最初のアンダーラインのところを見ていただきたいと思います。医学的にみて水俣病である蓋然性が高いと判断される場合には、認定すべきであるという形になっております。46年の通知が「否定し得ない」という言葉で、53年の通知では「蓋然性が高い」となっておりまして、特に訴訟原告の関係の団体は、ここで環境庁が態度変更、方針変更したのではないかと言われておるのですけれども、私どもの考え方といたしましては、確定の考え方は、当初から医学的に蓋然性が高いものを取り上げる考え方であり、それが46年の言葉遣いが若干足りなかったものですから、この53年の事務次官通知をもちまして、内容的には同じなのですけれども、別な言葉で明確にしたものと考えております。具体的には次のアンダーラインのところのように、「判断条件にのっとり」、「総合的に検討し、判断するものであること」、こういう運用を示しているところでございます。

次のページを御覧いただきたいと思います。先ほど御説明いたしましたように、53年の事務次官通知がございまして、その後、業務を続けてきたわけですが、60年に、四肢の感覚障害だけで水俣病と考えるべきではないか、こういう判決が出されたわけでございます。これにつきまして、これまでの判断条件が適正なものであるかどうか、ここにいらっしゃいます荒木先生、井形先生、その他の先生に入っていただきまして、医学専門家会議としてお集まりいただき、その中で現行判断条件が適正かどうかということをお検討いただいたわけでございます。

詳しくは次の病像の関係のところでお触れさせていただきたいと思いますが、結論といたしましては、最後のところのアンダーラインを引いた部分でござい

#####12頁

ます。四肢の感覚障害だけということについては、一症候のみの水俣病の例があり得るとしても、このような例の存在は臨床病理学的には実証されていない。四肢の感覚障害にはほかの原因の場合も多々あるし、あるいは原因不明の場合も多々あるということもござい

うな御見解をいただいたわけでございます。

これをいただきましたので、私どもとしては、判断条件は変える必要がないということで今日に来ておるところでございます。

以上、簡単でございますけれども、事務的な認定の通知に従い、これまでの運用につきましてご説明させていただきました。

【事務局】 続きまして、資料 3、水俣病の病像と診断について御説明させていただきます。

これからお話しいたします内容は、まず病像について、水俣病ではどのような症状が出て、その症状を把握するためにはどのような検査を行っており、どのように判断しているか、ということについて御説明いたします。更に、現行の検査と判断の方法につきまして、裁判の原告、国及び県がどう主張し、司法がどのような判断を下しているかということについてその概略を御説明させていただきます。

1 ページは水俣病に関する通知から抜き出しておりますが、水俣病には後天性水俣病これは先天性に対して後天性ということでございます。と小児水俣病の大きく二つに分けてございます。後天性水俣病につきましては、昭和 52 年の環境保健部長通知でお示しして、小川の方から御説明いたしました。魚介類を経口摂取することによって起こる神経疾患であって、次のような症候を起こすものということでお示しております。小児水俣病については、成人の水俣病と出てくる症状が若干違うということがございまして、また、別

13 頁

に昭和 56 年の保健部長通知というものでお示しているところでございます。

次に資料の 2 ページを御覧ください。水俣病にみられる主要症候につきまして、感覚障害、運動失調、次のページの視野狭窄、難聴について御説明いたします。

まず感覚障害でございますけれども、ここで感覚と申しますのは、表在感覚、深部感覚、視合感覚といわれる皮膚の表面であったり関節のところの感覚でございます。表在感覚というのは、具体的に申しますと、温度の感覚、痛みの感覚、触覚というものでございます。深部感覚と申しますのは、振動を感じる感覚、関節の位置がどのような方向を向いているかというものについて分かるという感覚でございます。感覚障害がどういう形で起こってくるかと申しますと、一つは感覚が低下する、感覚が過敏になる、さわっていないのにビリビリする、じんじんするというような異常な感覚などがございます。水俣病にみられる感覚障害は、図にお示したように、主に四肢末端に行くほど強くなる感覚の低下とされております。

次に運動失調でございますけれども、運動失調というのは、大脳の運動中枢、運動神経、関節や筋肉などにいずれも異常がないにもかかわらず意図した運動が円滑にできない状態を申します。具体的には、手足がうまく使えないというような協調運動障害、姿勢の保持や歩行がうまくできないという平衡障害、これらを運動失調と申しております。水俣病

にみられる運動失調につきましては、主に小脳が障害されるために起こる小脳性の連動失調であるということになっております。

3 ページを御覧ください。次に視野の狭窄について御説明いたします。視野と申しますのは、眼球を動かさずに光を確認できる範囲ということで御説明できるかと思えます。視野の異常は、視野の欠損と、求心性視野狭窄にみられるような視野の狭窄に大きく分けられるかと思えます。水俣病に通常みられる

#####14 頁

視野の異常は、両眼性の求心性視野狭窄であると言われております。この国でお示したように、本来、黒い部分の外側まで見えるのが正常視野でございますけれども、黒い部分の内側までしか見えなくなったような状態、これを求心性視野狭窄と申します。求心性というのは、中心に向かって上下左右の各方向から視野が狭くなっているということで求心性と申しております。

次に難聴について御説明いたします。まず音の聞こえるメカニズムについて簡単に御説明いたしますと、まず空気の振動が鼓膜を振動させまして、鼓膜の振動は中耳といわれるところの耳小骨で増幅されて内耳へ伝えられます。この過程を伝音系と申しております。それから振動が内耳で電気信号に変えられまして、この電気信号が蝸牛神経という神経を介して大脳の聴覚中枢といわれるところに伝えられて初めて我々は音を認識するということになっております。これを感音系と申しております。

難聴には、大きく分けて二つの難聴がございます。一つは伝音系の障害、つまり鼓膜が破れたり中耳炎などで起こってまいりますけれども、こういったものを原因とする伝音系の伝音系障害というものと、先ほど御説明した感音系の障害である感音性難聴に分けることができます。感音性難聴は更に内耳そのものの障害で起こってくる内耳性難聴、これを迷路性と申しますけれども、それが一つございまして、もう一つ、内耳よりも更に中枢、脳に近い部分の障害によって起こる、迷路の後ろで障害が起こるという意味で後迷路性難聴という二つの難聴がございます。水俣病にみられる難聴は、通常、両側性の後迷路性の難聴であります。障害部位は、この図でお示したところでは、大脳の聴覚中枢が主として障害を受けるために起こってくる難聴であると言われております。

4 ページを御覧ください。それらの臨床所見が病理所見にどのように対応しているかということについてお示したのがこの図でございます。ただいま御説明申し上げました主要症候につきましては、まず感覚障害は、この図で申し

#####15 頁

ますと、脳のてっぺんにある頭頂葉後中心回というところの障害で出てくると言われております。運動失調につきましては、その真下に5cmほど下がったところに小脳というものがございまして、ここの異常で運動失調が出てくると言われております。求心性の視野狭窄は、脳の後ろの方、この図で申しますと右側になりますが、ここの後頭葉の鳥距野という部分が障害されるために求心性の視野狭窄が起こってきます。難聴につきましては、左

にずらしてもう一つの脳が描いてございますけれども、ここの側頭葉、わきの方の横側頭回というところが障害されるために起こってくると言われておりまして、病理学的にもこれは侵されていることが認められております。水俣病の場合は、ただいま御説明した主に四つの場所が選択的に障害されるために特徴的な症状が出てくると言われております。

5 ページをお開きください。水俣病の認定作業につきまして、診察をどのようにしているかということをお簡単にまとめたのが5ページの図でございます。まず感覚障害につきましては神経内科で検査を行います。痛みやさわった感じは、図1でお示したような先のとがったものでさわります。「感じますか」「痛いですか」と聞きながら検査をするわけでございます。図2にお示しましたのは、関節の位置を調べる検査でございます。被検者の指を上に向けて、「どちらを向いていますか」という検査でございます。図3は振動覚の検査で、音叉を当てまして、「触れているのが分かりますか」という検査を行います。いずれも検査を受ける方の応答に基づいて検査を行うという特徴がございます。

運動失調の検査は、運動がうまくできるかということをお調べる検査でございます。図4のように、手をこのように ぎんぎんぎらぎらとっておりますけれども、そういうことがうまくできるか。それから、指と鼻の間を往復させて指が鼻と指の間をうまく往復できるか。膝にもう一方の足の踵を持っていく

16 頁

ことが上手にできるかという検査をしております。起立歩行、これは平衡障害の検査を行っているわけですが、これにつきましては、片足でうまく立てるかということや、踵をつま先の前に持っていきような歩き方が上手にできるか、というような検査を行っております。これらがすべてではございませんで、そのほかにもたくさんいろいろな検査をしております。

視野狭窄の検査については、下の図を御覧ください。これは眼科で行っておりますが、ゴールドマンの視野計というものをを用いて検査いたします。光を視野の周辺から中心の方に動かしてまいりまして、検査を受ける方が光を見えた角度を教えてください、それを視野図というものにプロットしてまいりまして、これを各方向から行いまして、その点を結んだものが、図に示されました視野図というもので、丸くなります。視野図の右側に何本かの視野図が描かれておりますが、これは、光の大きさや光の明るさを変えて行いまして見える範囲が変わってまいりますので、その大きさや光の明るさによって何種類かの視野の範囲が決まってまいります。水俣病で最も重要だとされておりますのは、最も外側の視野、つまり最も明るくて大きな光を用いて測定した視野の範囲が中心に向かって狭くなっているかどうかということをお調べるのが水俣病の検診で行われております。視野狭窄の検査につきましても、見える、見えないという検査を受ける方の応答に基づいて検査をすることになります。

最後に難聴でございます。これはオージオメトリーという検査を用いて行います。認識できる音の大きさのレベルを周波数ごとに測定して検査しております。オージオグラムで

は、難聴があるかないかということと、難聴の種類が伝音性なのか感音性なのかということが分かります。これも患者さんが聞こえるとボタンを押すというような方法で検査をいたしますので、被検者の方の応答に基づいて行っているということになります。

いずれにしても、これらの検査は短時間でできるものではございませんで、

#####17頁

眼科、耳鼻科、内料の検査でそれぞれ2時間程度の時間がかかると伺っております。いずれの検査においても、検査を受ける方の応答に基づいて検査をしているということでございます。

次のページをお開きください。一番問題となっております四肢の感覚障害について若干御説明いたします。

四肢の感覚障害の原因は、2のところにお示しましたように、感染症や栄養障害、糖尿病など、いろいろな原因で起こってまいります。水俣病の判断条件に関する医学的専門家会議というところでこのような感覚障害の解釈が出されておりますので、この感覚障害の解釈については意見の一部を引用してお示いたしました。

7ページに原告側の主張ということで取りまとめてございます。水俣病の判断条件につきましては、先ほど小川の方から御説明したとおりでございます。こういったものがございしますが、時間の関係もございしますので、原告側の主張と国及び県の主張を8ページにまとめてございますので、御覧ください。

水俣病訴訟における主な争点といたしまして、一つは水俣病の概念でございますが、原告の方は、水俣病は全身性疾患であり糖尿病や高血圧も起こしてくるのだという主張でございます。国・県の主張としては、水俣病はあくまでも神経疾患であるということでございます。

判断条件については、原告や主張としましては、有機水銀に汚染された事実と、水俣病診断に最も重要かつ決定的な要因である症状が一つでもあれば診断できるのではないかという主張に対しまして、国の方は、先ほど小川の方から御説明したとおりでございます。

9ページに第三次水俣病訴訟の熊本地裁の判決要旨がまとめてございます。こちらの方も時間の関係で省略させていただきます。

10ページを御覧ください。病像をめぐる熊本二次訴訟の控訴審判決、抗告

#####18頁

訴訟の第一審判決、熊本三次訴訟の第一審判決という三つの司法判断がなされておりますが、抗告訴訟、三次訴訟については同じ裁判長ということで、考え方としては二つ司法判断がなされていると言うことができるかと思えます。

まず病像でございますけれども、熊本二次控訴審判決では、水俣病は神経系疾患であり、高血圧や糖尿病が起こることはない、という趣旨の判決でございます。それに比較しまして、抗告訴訟、熊本三次訴訟の方では、水俣病は全身性疾患であるという判断がなされております。

次に診断の方法でございますけれども、これはこの三つの判決とも国の言っていることとは若干違った判断でございます、高度のメチル水銀曝露と症状が一つであれば水俣病と診断できるということで判断してございます。

昭和 52 年部長通知に関してでございますけれども、熊本二次控訴審判決では、補償金の受給のための判断条件であり、厳格過ぎるという御判断でございますし、抗告訴訟、熊本三次訴訟におきましては、狭過ぎるという司法判断がなされております。

これまで概要を御説明してまいりましたが、不十分な点もあろうかと思っておりますけれども、これで水俣病の病像と診断についての御説明は終わらせていただきます。

【事務局】 引き続きまして、実際の認定業務の状況につきまして、資料 4 を御覧いただきたいと思っております。「水俣病に係る認定申請処理状況について」という表でございます。

1 枚目は総括表でございますが、それぞれ一番右端の計の欄を見ていただきたいと思っております。申請者の総数が、これまで熊本県、鹿児島県、新潟県・市の 3 県・市を合わせて 12,934 人おります。そのうち申請中の方でまだ処分されていない方が 2,916 人ございまして、この 2,916 人をどうやって処分していくかということが課題でございます。2,916 人とかかなり多い数ですけれ

19 頁

ども、実は昭和 61 年当時は約 6,000 人ほどおりまして、私どもとしてもかなり努力した結果、ここまでたどり着いたところでございます。認定された方が 2,929 名、棄却された方が 7,089 名という状況になっております。

次に延べ件数の表を描いておりますが、認定申請は再申請ができる仕組みになっておりますので、何べんも再申請される方がいらっしゃいます。それを全部延べ件数としてカウントいたしますと、二つ目の表の計の欄の申請総件数は 18,414 件となります。ですから、先ほどの 12,934 を差し引きいたしまして、5,500 程度が 2 回目、3 回目の申請ということになります。この件数ベースでいきますと、処分済の件数が 15,498 件、二つ飛びまして、未処分の件数は、実数でございますので同じですので、2,916 名になります。かつ、2,916 の未処分の中で再申請あるいは 3 度目、4 度目の申請の方が、一番最後の欄ですけれども、約半数の 1,430 名となっております。以上の状況を 3 県・市ごとに時系列にしたグラフを次のページとその次のページに描いております。

まず熊本県のグラフを見ていただきたいと思っております。熊本県の人数がやはり一番多いわけです。一番上の鎖線が未処分者数、これは年度末の時点で残っていた未処分者数でございます。下の方の実線が毎年の申請者数、点線が処分者数、一点鎖線が毎年の認定者数でございます。

下の方にいろいろ手書きで書いておりますけれども、申請者数というのは、病気の発生に従ってということではなくて、社会的にいろいろな事件がありますと、それに応じて多くなるという動きを示しております。例えば昭和 46 年から 48 年にかけて、環境庁の不服審査の裁決、あるいは第一次訴訟で原告側が勝訴する、更に患者団体とチッソとの間

で補償協定が結ばれる、こういう動きがありましたときに、まず第一陣として申請者数が1年間に2,000人ぐらい出る、こういう動きになっております。次には昭和51年に、不作為の

#####20頁

違法と申しまして、認定処分まで時間がかかり過ぎているということで原告勝訴判決が出ておりますが、その後の昭和52年に申請者数が上がっております。昭和58年には、待ち料訴訟と申しまして、認定処分までに時間がかかり過ぎていることに対して損害賠償をせよという訴訟の一審の判決が出たものですから、また申請者数が上がるということがございました。昭和62年につきましては、実は61年からかなり体制を強化してがんばっているのですけれども、62年は61年より若干上がっております。これはこの年に、今訴訟を起こしております全国連という団体が不知火海一斉検診ということで、2日間がかりで1,000人ほど検診いたしまして、900何十人ぐらいに対して水俣病という診断書を出すということがございまして、そのときに診断書をもった方がまた申請に押しかけるということで、このような動きになっているわけでございます。

今回の和解勧告以候も、熊本県では、通常よりも申請者数が倍ぐらいになったということ聞いております。

1枚めくっていただきまして、鹿児島と新潟でございます。これは先ほどの熊本のものと縦のスケールを同じにしております。比較していただくと分かると思うのですが、やはり熊本における問題というのが飛び抜けて多いということを御理解いただけたと思います。パターンにつきましては、鹿児島の方は基本的に熊本と同じような形ですけれども、もっとなだらかになっております。

新潟につきましては、後ほどもう一度資料に従って御説明いたしますが、熊本、鹿児島とは発生の時期、その後の経過が大分違いますので、パターンについてもその2県とは大分異なった形になっております。

次に4ページ目、「処分に特別の措置を要する者等について」というペーパーを見ていただきたいと思っております。現在2,900名ほど未処分者が残っておりますけれども、私ども一番の悩みと申しますのは、この2,900名の中には、

#####21頁

通常のように医学的な検診をして認定審査会にかける、こういう手順がなかなか踏めない方が多数含まれております。こういった方をどのように行政処分の中で対応していくかということが私ども当面の最重要課題でございます。

一つは、処分に特別の措置を要する者ということで、主に検診を受けられないというカテゴリーがございます。(1)から(4)までございますが、(1)は死亡者、検診を受ける前に死亡されてしまった方、(2)は寝たきり者、この中には入院している方とか施設入所の方を含んでおりますけれども、いずれにしても、通常のように検診機関に来ていただいて検診をしていただくことができない方々でございます。(3)は県外者でございます。現在、

認定業務は、熊本、鹿児島、新潟の各県で行われておりますので、当時その県に住んでいて、現在、大阪とか東京などに出ておられる方がかなりいらっしゃるのですけれども、そういった方についてどのように認定業務を進めていくかということがもう一つ大きな課題でございます。最後に検診拒否者でございます。これは昭和 55 年から検診拒否の運動というのがございまして、行政の認定に対する不信あるいは不満があつて、認定制度に乗っても棄却されるだけではないか、そういうような地元の団体の主張がございまして、検診を受けに来ないという運動がございまして、そうしますと、私ども、検診の資料がないことには判断ができないということで、棚ざらしになっている方が数百名おられるわけでございます。

次に 2 番の保留者です。一回審査会に諮ったのですけれども医学的に判断が困難であるということから、処分がなされませんで、再検査や経過観察ということで未処分として残っていらっしゃる方が相当の数に達しております。

以上の方の数を集計したのが 3 番の表でございます。これも熊本県が大きな問題でございますので、熊本県の行を横にたどっていただきたいと思ひます。熊本県では未処分者が 2,500 名ほどいますが、そのうち保留の方が 799 名、約 800 名おられます。右の欄で、処分に特別の措置を要する者、これは相互

22 頁

に若干のダブリがありますけれども、死亡者が 371、寝たきり者が 321、県外者が 474、検診拒否者が 637 で、2,500 ぐらいの未処分者のうちの 1,500~2,000 人近くが通常の形ではなかなか処分できない方になっております。このあたりの措置が一番課題となっております。

以上で説明を終わらせていただきます。

【井形委員長】 駆け足で今までの水俣病のいろいろな側面を御説明いただきましたけれども、恐らくやや不消化の点がおありではないかと思ひますから、しばらく時間をいただきまして、ご自由に御発言、御質疑をお願い申し上げたいと思ひます。

資料 4 のグラフ、ちゃんと断り書きはしてあるのですが、未処分者数は年度末現在の数になっておりますが、ほかの申請者数、処分者数、認定者数は全部その年だけの数でありますので、スケールが違うようになっていることを御注意いただきたいと思ひます。未処分者数は累積の数で、ほかは毎年数であります。

後で恐らく環境庁の方から、できれば 1 ヶ月に 1 回ぐらいのペースでやっていきたいという御提案がなされると思ひますけれども、お持ち帰りになってお読みいただいて次回でも結構ですけれども、今日御覧いただいたところでご発言いただきたいと思ひます。

【野村委員】 極めて初歩的かもしれませんがお尋ねさせていただきます。

今まで水俣病の認定のいろいろ行政上の通達が出されておりますが、認定の判断基準と申しますか、これは、今日お医者さんがたくさんいらっしゃるのぜひお聞きしたいのですが、医学専門的な基準という性質のものなのか、あるいはもう少し社会的な要素、特に

法律制度の上では認定というのは一種の行政処分のような位置づけだと思うのですけれども、そういう社会的要素あるいは認定による効果をいらんで考えるものなのか、いつも悩まされているものです

23 頁

から、ぜひお聞きいたしたいと思うのです。もしも純粹医学専門的なものであるならば、裁判所の裁判官が勝手にそれをいじくり回すことは許されない、こういうことになるわけですが、後者のような見方に立てば、これはそうでもない、こういうことになってくるように思いますので、ぜひそこら辺の基本的な位置づけといたしますか、お考えをお聞かせいただけたらと思います。

【事務局】 法律の関係でございますので、事務局の方からお答えさせていただきたいと思えます。

公健法の考え方は、まず病気である方に認定という網をかけまして、その上で、認定された方の中でも病気が重い方、軽い方がいらっしゃいますので、認定された方の中で、その症状などに応じて、軽い人には軽い手当、重い人には重い手当をつけよう、そういう形になっております。ですから、入口のところで、この人は症状的に重いから、体の具合が悪いから認定しよう、あるいは生活上支障がない方だから認定しないようにしよう、そういう配慮は原則的に入っていないものでございます。そこで、52年の判断条件につきましても、行政の通知でございますので、百パーセント医学的な診断基準ではないわけですが、私どもとしては、医学者の先生方の考え方を十分に踏まえて、医学に基礎を置いた通知としてつくっている、そういうふうに理解しておるわけでございます。

【浅野委員】 事務局の先ほどの御説明では、46年の通知と52年の通知が基本的には内容的には変わってない。特に「否定し得ない」という言葉が使われているけれども、それは表現の問題であって、53年の通知も「蓋然性が高い」という表現に置き換えただけであるという御説明なのですが、46年の通知は「法の趣旨に照らし」という文言が入っていて、その文言のとりようによっては、当時の救済の精神を念頭において、少し社会的な判断を野村委員がおっしゃるように入れたのではないかという疑いがあるのです。ことさら民事上

24 頁

の損害賠償と関係がないということを通達の第4でうたっており、これで認められたからといって民事上の損害賠償の責任とはつながらず、あくまでも救済法の精神に照らして認定されたというふうにとられかねないですね。しかし、これは実際には医学的な判断の本体の部分は全く変わってないという御説明のように一応理解はしたのですが、46年通知の「法の趣旨に照らし」という文言については、今どういう整理をしておられるのでしょうか。

【事務局】 一つは、これは昔の法律の方でございますので、その法律の趣旨に基づいてということなのですが、かつての「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」自体

も、これはとにかく病気である方に対して緊急的に医療の給付をするという法律ですから、病気であるということが前提になって、病気である人を認定しましょうという法律なのです。ところが、非常に症状が重い人を認定すればいいのではないかと、若干そういう受け取られ方をしている面もございましたので、そうではなくて、重くても軽くてもそういう病気であればまず認定しなさいと……。当時、一部に、かなり厳密にとらえ過ぎているのではないかという意見もございましたので、そうではなくて、100%でなくてもかなりのところで水俣病と見なせるようであれば認定していくべきである、そのような考え方を示したわけでございます。「いずれかの症状がある場合」と「否定し得ない場合」と確かに文言上、1症状だけで、とにかく疑わしければ何でも救済というふうに読めるのですけれども、当時の考え方は必ずしもそうではなかったと理解しております。かつ、通知というものは事務次官通知だけで完結いたしませんで、事務次官通知の下に局長通知あるいは課長通知があるわけございまして、その辺のトラブルが当時あったものですから、公害保健課長通知をすぐ出しまして、これをセットとして、どういう考え方があるか、社会に対して出したわけでございます。

【井形委員長】今日は荒木委員、加藤委員がいらっしゃいますから、それぞれ

25頁

れ御発言いただきたいと思いますが、ただいま野村先生のお答えに対する私の感じ方は、例えば胃がんであるかどうかという診断は、早晩ははっきりする診断を下す、つまりオール・オア・ナンですね。胃かんであれば絶対、なければ誤診、そういう形ですけれども、こういう形の地域全体の汚染で重篤な健康被害者から健康な人までずっとなだらかに移行している場合には、健康被害があるかどうかというのは、結局どこかの点で線引きしないといけない。したがって、この認定要件というものも、そのすみに、違うかもしれないけれどもほんわかとした層が設定されるからここで切りましょう、そういうことでありますので、同じ医者が見ましても、一たん棄却した人が認定されたのは鹿児島県にはかなりおりますし、認定患者をもう一度見直させていただければ、あなたは違うというのは絶対おると思うのです。例えば入学試験で、発表したけれども、不満があったからもう一度別の試験をやってみたら人が入れ代わる、それと多少似ているのではないかという感じを持っております。

したがって、認定条件そのものを文案としてどうかといたら、これは絶対正しいと私は言いたいと思います。どこにも間違ったことは書いてないと思います。これはそんなにきちっと、ポリノイリティス（多発性神経炎）だけのものは絶対違いますよということを書いてないわけだし、60年の答申のときも、手足のしびれだけで水俣病とするのは妥当でないという表現を使っておると思うのです。水俣病でないとはっきり明文はしていない。そこがある意味では医学の限界ではなからうかと思っております。しかし、今の公健法による判断でずっと来ておりますし、また、それによって、間もなく認定申請者も減り、裁判がなければ、このまま解決に向かいつつあるときに、今、裁判、和解という大きな問題

が持ち上がってきたので、その処理に多少苦慮しているというのが私の実感であります。

荒木先生もどうぞ御意見をおっしゃってください。

#####26頁

【荒木委員】 今、認定という用語については、患者さんの申請があった場合に、県知事の方から諮問があり、公害被害者認定審査会あるいは健康被害認定審査会が、患者さんの検診から、そしてそれを委員会で討議して答申するわけです。これはあくまでも医学的な判断をやるという会ですから、ここは純粹に医学的なことだけを討議して、患者さんが水俣病に罹患しているかどうかということを決めておるわけです。病気というのは、今、井形先生から御説明がありましたように、最重症の例から、だんだん軽くなって最後には健康者というところまで移行しているわけですが、審査会の方では一定の基準を決めて、それにのっとって線引きをやっているわけです。それについては、どここの組合せがいいとか悪いとか書いてありますけれども、水俣病というものを初期から観察し、ずっと経過を見ている者にとりましては、大体この辺が間違いないだろう、どんなに大きく見積もっても、この辺から見ておれば心配ないだろうという線を引き、医学的な判断をしているということでございます。その判断は、県知事の方に答申されて、県知事が行政的に認定ということをやっているわけで、医学的には審査会は全くピュアにそれだけをやってきております。したがって、自信がないとか、もう少しこの患者さんを見た方がいいとかということは、そのときに保留という形にして医学的に再検査したりということをやって、いろいろな検査をもう一度かけながら、また、時間的な配慮をしながら、何回となく見直して、また審査会にかけて医学的な判断をするという過程をしているわけです。したがって、認定審査会にかかってこないで途中で死亡してしまったり、何も材料のない、資料のないような人たちは、これらの医学的な判断のしようがない例が出てきたわけで、それをどうか救済しろということになってくると、別の道で行政的にそれは認定するかしないかを決めていただかないとどうしようもないと考えているわけです。認定審査会というのはあくまでも医学的な判断をやっている会ということで、認定とは違います。

#####27頁

あくまでも県知事が認定するというところでございます。

【滝沢委員】 個人的な考えでございますが、環境保健郡でいろいろ行政指導しております認定と判断基準は同じだと思うのです。ヒポクラテス自身が言っているように、患者の環境あるいは病気が負わしているところの、いわゆる環境条件について深く思いをめぐらして、それを重篤に考えるのがいわゆる医学の判断であります。ただ単に患者を診るというのではなくて、そういうことがあって、これらが行政にいつておりますから、恐らく医学診断、判定というものは、その中にはそういう社会的な重責についても十分考慮されて今日に至っていると私は見て、査定を信じてきているわけでございます。臨床の先生方もそれである程度、多少はそこには限界があって、多少は法律の先生方の力を負わざるを得ないというのではなくて、今まで環境庁サイドで進めてきたのが、昔から医学のヒポクラ

テスの時期から来ている医師の責務においてやってきて、その中にはそういう患者のおかれたものも十分入っているという認識で私は見ているのですが、委員長先生、その点、どうでございますか。

【井形委員長】 いずれこの問題はいろいろディスカッションされていくだろうと思いますが、今日はまずは出された資料についての質疑をしたいと思います。

【岩尾特殊疾病対策室長】 よろしければ次の説明に入ってよろしゅうございますか。

【井形委員長】 では、お願いします。

【岩尾特殊疾病対策室長】 それでは資料 5、現状の問題点について御説明させていただきます。

今いろいろと先生から御意見をいただきましたけれども、水俣病問題を解決するためには幾つか満たすべき条件があると私どもは考えております。そのう

28 頁

ちの一つが、認定業務が終了すること、すなわち未処分者の処分が終わりまして、申請者がいなくなるということです。それから、地域の健康不安が解消されること。これは健康不安者に対する敵切な受け皿が整備されていると思っております。そして環境安全性の確認でございます。これは新たな発症の危険がないということでございます。そして、現在、係争しております訴訟が終了して、新たな訴訟も起きないというような条件だろうと思っております。

このような問題点の共通の背景といたしまして、補償と結びついております病像といたしますか、認定基準をめぐる論争が長いこと続いているということでございます。すなわち、感覚障害のみの例がどうなのか、疫学条件とっておりますけれども、魚介類を多食したという申告に対する行政上あるいは判断するときの位置づけの問題、連発性と称するようなものとか長期微量汚染というものが現在もあるのだという幾つかの論争がございます。また、水俣病の判断についても、医学としての水俣病、公健法で認定するというレベルの水俣病、行政認定と異なる訴訟における司法上の判断としての水俣病と三つございまして、これらがそれぞれ絡み合って混乱している状況もございます。すなわち、水俣、芦北地域が補償をもらえるかどうかということで、非常に不健全な状況になっている。特に表にはなかなか出てきませんが、地元におきましては、これ以上の水俣病対策はかえって逆差別ではないかというような声も出ておまして、新たな対策に理解を得ることが大変困難な状況も予想されるわけでございます。

そこで、2 番目の現在残されている問題点について、どのように考えていくかということでございます。認定制度が開始されて既に 20 年経過しておりますけれども、発生当初の対応の遅れなどの影響を引きずっております。また、補償の額が 1,600~1,800 万円というレベルの、今から考えますと高額補償であるということも背景にありまして、申請が続き、検診業務あるいは審査

29 頁

に係る紛争も多く、なお認定業務が終了していない現状でございます。

1 番の認定業務、患者補償でございますけれども、再申請を中心とした申請がなお続いており、これについては先ほど数字でお示しいたしました。公健法上では、棄却されても再申請を認めるという制度でございます。また、遅発性の発症や症状が悪化するという主張をなさる方がおられます。先ほどからの議論のように、行政の認定基準に不満がある方々もでございます。また、水俣病という病気でございますので、その症状の軽重を問わないわけですから、ごく軽症でも水俣病であると認定されれば高額な補償が得られるような仕組みでございます。このように何度も申請をする方、再申請をする方、現在まで 8 回再申請をしている方もおられるようですが、制度上、申請者が出てきますと、再申請であっても初回と同じような対応をしていかなければいけませんので、経費や労力的に行政の負担が大きいのと言われております。すべての費用込みで、現在、水俣病の申請者の処分にかかる経費を計算いたしますと、1 人当たり約 30 万円前後の費用がかかるということも言われております。

それから、医学的判断が困難な層、先ほど御説明した保留者でございますが、これの比率が増加しているということが挙げられます。現行の制度は、医学的に水俣病と認められる者を救済する仕組みでございますけれども、現在では比較的容易に判断できる者がほとんどみられなくなりまして、症状が不明瞭であったり、他疾患や老化の影響が重なって判断困難な者が多くなっている現状でございます。これは従来の医学的な検診審査では限界がある問題でございます。今後、高齢化が進めば更に問題が多くなるだろうと考えております。

また、処分に特別の措置を要する者の比率も増加しております。これも先ほど説明いたしました診断の基準、所見の取り方に争いがあるため、統一的な公的検診をして、その結果を用いて審査を行っております。これは熊本も鹿児島も同一でございます。しかし、死亡者や寝たきり者は検診資料を得られない

30 頁

め、現行のこのような制度では処分が困難であるということがあります。審査のための資料につきましては、原告側の医師の診断書を採用することは適切でないと考えておりますので、原則として全科目について公的な検診資料がある者を審査の対象とせざるを得ません。そのために弾力的な運用が難しい状況でございます。

また、確定基準への不満から検診を拒否する者がございますが、こういう者は、今も述べましたように、公的な検診資料がないために処分が非常にできにくいということがございます。しかしながら、公的な検診が法律上の義務づけではないために、検診を拒否した場合に、それを理由として形式的な棄却をすることができないわけでございます。

それから、認定業務は熊本県及び鹿児島県で行うことになっておりますが、県外に移住した者について検診が十分に行えない問題がございます。これは制度的には水俣病の発生した地域を指定地域として指定し、その地域を所管する県知事に機関委任事務として認定

業務が委任されているという制度になっておるものですから、県外者についても熊本、鹿児島両県で対応せざるを得ないわけでございます。しかし、県民でない者までをなぜ県でやらなければならないのかという不満が熊本県には特に強うございまして、県外者については国が直接認定業務を行えという要請も強く出ているところでございます。

それから患者の補償でございますけれども、これは被害者団体とチッソとの間で締結された補償協定によって行われておるわけでございます。この補償協定は、ほぼ一律の一時金を支払うために、認定されれば軽症でも高額補償、認定されなければゼロという構造になっております。裁判原告でも素人目には認定者と症状の差を見分け難いものもあるわけでございますが、この者たちの間にこれだけの差があるのは不公平ではないかという発想が原告勝訴の一つの背景になっているのではないかと考えておるわけでございます。

#####31 頁

患者補償に要する資金がチッソの県債方式によって調達されております。これは原因企業であるチッソには独力で補償金の支払いを行う能力がございませんので、特例的に県債という方式で補償に要する資金を熊本県からチッソに貸し付けているわけでございます。新たな対策を講じるといたしましても、この負担能力を持たないチッソの状況を念頭においた上で機能するような仕組みを考えなければならないわけでございます。また、県債方式が長期にわたりまして、現在、累積額が大変増大しております。そのために県の不安が大変強くなっております。これ以上の県債の拡大につきましては、関係者の理解を得ることが大変難しいのではないかと考えております。

2 番目に健康不安の問題でございます。これは水俣病と認定されないけれども一定の症状を持つ者とか、地域の健康不安者に対する健康状況のフォローアップの問題がございます。水俣病が多発した地域におきまして、水俣病とは認定されないけれども一定の症状を持つ者が認定申請を繰り返すということがございます。四肢の感覚障害のみで水俣病であるという主張が強くあります。かつてメチル水銀の曝露を受けた可能性があり、周囲に水俣病の患者も多くいるということで、老化等によってかかる症状が出てきた場合、水俣病と関連づけやすいと考えられるわけでございます。このようなものをどうとらえるか、健康不安ということでもいいかどうかということも含めまして、どう対応するかが、残された水俣病問題の根幹をなすものと考えております。この問題が解消されれば、ほかの問題も落ち着いていく可能性もあるだろうと思っております。

それから、地域住民の一斉調査とか健康状態についてのフォローアップの要請がございます。これは公健法が申請主義であるということで、未申請の患者がかなりいるのだという主張がございます。また、水俣病の発生当初に汚染の範囲とか曝露の程度を広範囲に調査しなかったこと、これは後に出てきますが、新潟とか鹿児島の一部でよくやられておりますが、熊本では全くなされなかつ

#####32 頁

たということが、水銀曝露を受けた人口がどのぐらいなのか、あるいは程度がどのぐらい

かということが明らかになっていないという問題でございます。また、原告団体が掘り起こしの検診を行っております。かつてメチル水銀の曝露を受けた地域でその後の健康状態について調べたらどうかということも言われております。また、最近、IPCS という、WHO と UNEP の中の一プロジェクトでございますけれども、ここでメチル水銀の低濃度曝露による胎児への影響の調査研究が必要であるということも出ております。

それから環境安全性の問題でございますが、現在、水俣病発症のおそれがないか、また、どの時点から水俣病発症のおそれがなくなったかが明確にされておられません。これはチッソの水銀排出が水俣病発生以後も続いたこともございますが、明確な漁獲の禁止措置ができなかったことから、どの時点で発症の可能性がなくなったかということが明確に示されておられません。現行の基準よりも低い濃度で発症する可能性があるという主張もございすから、このようなことを含めると、水俣病発症の可能性を、曝露がない、つまり食べていないということまで確保されれば一応問題がないことになるのではないかと考えるわけでございます。現在、自主規制が続いておりますけれども、理想的には水俣湾を含めて環境そのものが安全である、すなわち漁業ができるとか、食べても問題ないということまで言えれば望ましいわけでございます。

現在、水俣湾のしゅんせつ事業が終了いたしましたして、平均的な魚の水銀値は十分低いわけでございますけれども、一部の魚種、底魚ですけれども、基準値を超えるものがあって、仕切り網を外せるか、漁業補償するべきかということについて県と漁協の間で議論が続いております。これも微妙な問題でございます。特にこの問題は、私ども環境保健部の所掌外の問題、水産庁とか厚生省とか環境庁の水質保全局等の問題でございますので、正面から議論する性格のものではないと考えておりますけれども、健康上の問題の背景として十分視野に

33 頁

入れておく必要があると考えております。

それから訴訟の問題でございます。訴訟の結果によりまして、認定業務等、行政施策が影響を受けるおそれがございます。国家賠償請求訴訟、抗告訴訟では、行政の認定制度、判断条件の是非が議論となっております。これまでの判決では、医学に基づく国の主張が受け入れられておりません。国の判断条件が否定された場合に、申請者の大幅な増加、負担増によるチッソの倒産ということも考えられまして、現行の水俣病対策の基本が崩れるおそれもある重要な問題を含んでおります。

これが現状抱えている問題点でございます。

そこで、このような問題点を踏まえまして、先生方にどのように検討していただくかという試案をつくったものが資料6でございます。先生方に御議論いただきたい事項としては次の部分でございます。まず1番として、認定業務の問題でございます。これは現在の公健法の考え方に照らしまして、現行の認定業務上の問題について何らかの制度的な対応の方向があり得るかということでございます。2番として、健康不安の問題でございます。

いわゆる水俣病とは認定されないけれども他の疾患とも判別できない一定の症状を持つ者、健康不安層の医学的あるいは制度的な解釈、位置づけについてどのようにするか。また、このような集団に対して、どのような対応を、どのような制度に基づいて行うべきか。健康管理等必要な措置の内容とか制度の性格を考えていただきたいと思っております。また、この後引き続き説明いたしますけれども、熊本、鹿児島地域とは別の新潟地域について、この1、2の問題の性格を踏まえまして、新潟地域についてはどう対応すべきかということも先生方をお願いしたいと思っております。

それでは、新潟水俣病について簡単に説明させていただきます。

【事務局】 資料7「新潟水俣病について」を御覧いただきたいと思います。

34 頁

新潟水俣病は、熊本、鹿児島の水俣湾周辺の水俣病と大分様相が違うものですから、どういところが違うか概略をご説明させていただきます。

まず経緯のところを見ていただきたいのですが、新潟の方は発生の公式報告が昭和40年5月でございます。水俣湾の方が昭和31年でございますので、水俣関係の知見が大分あったこともあって、原因究明や住民の調査などが熊本に比べてかなり広範囲に行われたといところが基本的な違いでございます。

具体的な内容につきましては、2の新潟水俣病における対応を見ていただきたいのですが、(1)の発生地域住民の一斉検診の実施ということで、第1次及び第2次の健康調査、その下の第3次健康調査、これをひっくるめて第1次の一斉検診とも言っているようですが、昭和40年5月の発生時期のすぐ後、6月、8月、9月にかなり広範な関係地域の一斉調査が行われております。これは熊本、鹿児島の方でも昭和40年代末に行われましたけれども、発生当初に行ったということで、新潟の方は大分有効なものとなっております。特に曝露のインデックスとしては毛髪の水銀値がよく使われるのですけれども、毛髪の水銀値は、曝露がなくなるとどんどん低くなっていくものですから、数年をおいて測っても、当時どのぐらいの曝露があったかということを証明する材料にはならないわけです。そういう意味で、新潟の方は発生直後にそういった毛髪水銀値も含めて検査されたということのでかなり有効な調査ができたものでございます。

その次に関係市町村住民の追跡調査ということで、昭和45年にフォローアップの調査が行われておりますが、これは40年にすくい出した患者のほかにも認定される方が大分出てきましたので、もう一度当時汚染を受けた人を見直してみようということで、フォローアップ調査をしたものでございます。これもかなりの規模で11,000名ほどの調査を行いました。

次に漁獲規制につきましては、水俣の地域は、まず水俣病の原因物質が分か

35 頁

らない状況がしばらく続いたものですから、なかなかきちとした形で漁獲の指導ができなかったという面もございます。それに比べまして、新潟については、昭和40年6月に第

1 次の魚介類採捕の禁止が打ち出されまして、その後、7月、8月と追加の措置をとられてきたわけでございます。そこで、当初でかなり摂食が止められたような状況があるのではないかと考えております。それから、新潟の場合、川魚でございますので、水俣に比べると摂食量自体がかなり違っておりました、地域的にも限定されたのではなからうかと考えられております。

2 枚目にまいりまして、その後、昭和53年4月には魚介類の食用抑制を解除しておりますけれども、その根拠となりましたのが(3)の阿賀野川水銀汚染総合調査でございます。昭和50年当時、阿賀野川水銀汚染調査等専門家会議というのが設置されまして、当時、調査をした結果、上流の昭和電工(原因企業)の排水口周辺で暫定の処理基準を越す底質の汚染が判明したわけでございます。このため、イの方ですけれども、昭和51年からしゅんせつ工事が行われまして、51年、52年と監視が行われたわけでございます。

ウの答申でございますけれども、この専門家会議で意見を取りまとめた結果、2行目のかぎ括弧のところ、その時点において、「阿賀野川の河川環境における人工的な水銀汚染の影響は解消され自然環境の変動幅の範囲にあると考えられる。」、このような意見が取りまとめられたわけでございます。ですから、一般的にはこれが安全宣言的なものになっていると言われております。これを踏まえまして、県の方もこの専門家会議の見解のとおりであると言っておるわけでございます。水俣の場合はしゅんせつ事業が平成元年末までかかったわけですけれども、阿賀野川の場合には比較的早い段階、昭和53年で事業が完了したというような事情の違いがあるわけでございます。

その他といたしましては、まず、患者発生が昭和40年5月ですけれども、

36 頁

40年5月以前に、水銀を流しておりましたアセトアルデヒドの生産部門が既に廃止されていたということで、その後の追加的な汚染はなかったというような状況の違いがございます。

以上のような状況を踏まえまして、昭和61年6月からは、熊本、鹿児島で特別医療事業ということで、棄却されたけれども一定の要件を満たす方に対して医療費の給付を行っておるわけですが、新潟につきましては大分事情が違っておりました、その当時、ほとんど申請もなくなってきて、状態は落ち着いているということで、この事業は行っていないわけでございます。

3 番に先ほどのグラフを再掲させていただいております。一斉調査が当初あったという経緯から、新潟の場合、申請者がもう最初のころに出尽くしておりまして、認定もそれに合わせて当初にずっと行われております。- 昭和53年以降はもうほとんど認定者がいないような状況でずっと経過しておりまして、現在も13人未処分者があるのですが、実はこのうちの12名は裁判の原告になっていらっしゃる方で、検診を拒否しているため行政としても何ともしがたい方ですので、一般的な意味では行政の認定業務はほとんど終わっているというような状況でございます。ただ、新潟につきましても、昭和57年から国も被告とし

た訴訟が出ております。訴訟が出ますと、足を取られて新しい施策がなかなか打ちにくいような状況もございまして、まだ新潟についても百パーセント問題終わりというような結論が出せないでおりますところでございます。

以上でございます。

【井形委員長】 ただいまの御報告についてご質疑をお願い申し上げます。

【植村委員】 資料5の1ページの下の方ですが、患者の補償は被害者団体とチッソとの間で締結された補償協定によって行われたという説明がございまして、これはどういう協定なのか、一方の当事者がチッソ（株）であるということは分かりますが、もう一方の被害者団体というのが具体的にどういう人たち、

37 頁

あるいは法的にどういう存在なのか、それがいつ締結されたものであって、その内容とか期間とか、その具体的な内容が分かりましたら、差し支えない範囲でお教えいただきたい。

【岩尾特殊疾病対策室長】 お手元の白表紙の本の251ページでございます。この補償協定は、昭和48年当時に、環境長官、現在も議員でおられます馬場昇代議員や、当時の熊本県知事が立会人となりまして、患者団体とチッソとの間でできた補償協定でございます。このときの患者団体というのは、現在、幾つかの派に分かれておりますけれども、その隣のページに編注というのが一番下に書いてございまして、この東京本社交渉団のほかに幾つかの派がございまして、基本的には全部の地元の被害者団体との間で最終的には締結されたものでございます。

【事務局】 若干補足させていただきますと、当時、幾つか分裂した会派がございましたので、その会派に属している認定患者については、その会派の名前で補償協定が結ばれたわけでございます。そのほか、認定患者で個人としてどこの会派にも属していらっしゃらない方がおりましたけれども、その方については個人としてそれぞれ締結されております。それから、補償協定書の253ページの3番に、「本協定内容は、協定締結以降認定された患者についても、希望する者については通用する」という条項が入っているわけでございます。これによりまして、補償協定締結のときには当事者としていなかった者についても、後から認定された場合にはこの補償協定をその時点で締結して、これによる補償をする、こういう仕組みになっているわけでございます。

【植村委員】 今ももちろん法的に有効なものだというお考えなんですね。単なる紳士協定とか、そういうものではなくて。

【事務局】 契約という体裁になっておりますので、有効なものと考えております。

38 頁

【浅野委員】 これは民法でいう第三者のためにする契約条項ということになりますからね。だから、新規に認定された方が現実意思表示をされれば、それで今までは処理されていきますから、実質的な積み重ねの上で、今更これが紳士協定だという解釈は無理でしょ

うね。

【植村委員】 当事者名のところが交渉団の団長というふうになっていますが、これは団長個人との契約なのか、それとも交渉団というのが、社団なり、何らかの法人格のものとするのか。

【浅野委員】 それは実際にはほとんど意味を持たないことでしょうね。それがどうかということ。少なくともこの契約当事者は、恐らく団長以下、交渉団というところに名前を連ねた人がいるのでしょけれども、とにかく認定された方にはこの協定内容でいくのだという約束をしまして、チッソが実際履行してしまうわけですから、この契約書の中には契約当事者として名前を連ねていなくても、皆、第三者のためにする契約だと主張すればいいわけです。そこで、現在の目でこれを見た場合、この契約を締結したときの当事者がどの程度の症状の患者さんを想定してこの契約を結んだのかということが問題なわけですから、確かにこの補償金額があらゆるその後認定された方にそのまま通用されるかどうかということについては争いの余地はあるわけです。契約当事者の一方が、これは当初こういう前提で契約したのだと主張して、これはもう違うと言えば、それで通るのでしょうかけれども、今まで一度も当事者の一方であるチッソはそう主張していませんからね。

【植村委員】 「患者に対し次の事項を実施する」という表現が 253 ページの上から 3 分の 1 のところにあるのですが、全体によく目を通していないので分かりませんが、認定を受けたらこういう給付をするとか、そういうことではなくて、患者に対して次の事項を実施する、そういう体裁なのでしょうか。患者ということだと、患者の定義及びその決定方法が必ずしも行政のす

39 頁

る認定にかかわっていないのか、かからしめられていないのかという疑問が生じるわけですが、すけれども。

【事務局】 事実上は認定された人を患者として扱っております。

【植村委員】 ただ、そういうふうに表示はしていないということでしょう。

【浅野委員】 いや、契約の文言として見る場合には、253 ページの第 3 項があって、「協定締結以降認定された患者についても」という言い方をしていますから、当事者の意思としては、認定されたということを前提にして議論しているわけです。それと、もともと見舞金契約以降ずっと一貫して何らかの形で認定された方が患者として扱われてきているという経過がありますから、この契約書の表現だけを今取り出して議論をしても、契約の解釈がそれで完結するとは限りませんから、それまでの補償金契約以来ずっと行われてきた経過の中でこれを読まなければいけないでしょう。そうすると、これは今のところ、私も非常に理不尽だと思うのですが、全く民事契約でありながら、一方では行政の認定というのがそこで当然にリンクしてしまうという妙なシステムになっているわけです。しかも、この契約については国は直接には介入できないですね。ああせい、こうせいという立場にないわけですから、非常に困るわけです。

【植村委員】 ほかの交渉団が何かでも契約というのが別途あって、そういうものと同じ内容と。

【事務局】 全く同じ内容のものをそれぞれ当事者と取り交わしております。

【植村委員】 そうすると、新たに認定を受けた人は、どの交渉団との協定に基づいて利益を受けるのだということは実際にはそんなに意味がないけれども、法的にはどれを選ぶのかという問題はあるということになるわけですね。

【浅野委員】 実際はどのようなのですか。

【事務局】 実際は、いずれかの団体に属している方については、そこが事務

#####40 頁

取扱いをしたいと思います。そうでない方についても、認定された場合は、個人としてこの契約を結ぶこととなりますので、効力的には全く同じになりますね。

【植村委員】 個人でくると、特に

【事務局】 同じものを個人名で締結する場合もあるのです。

【植村委員】 そうすると、それはもう第三者のためにする契約ではないということになりますかね。

【事務局】 結んだ段階では、当事者に対して何をするという契約なんです。

【植村委員】 いずれにしろ内容は同じだから、どれを選ぶかによって違いが出てくることはないですね。

【事務局】 それはございません。

それから、新潟の問題につきましては、新潟は昭和電工と患者団体の間で同様の補償協定がございまして、水俣の方と同じようなことが別途に行われております。

【井形委員長】 実際には裁判で水俣病という判断が下って、認定審査会では認めてないケースが何人か出ております。こういう人たちもまずはこの関門である裁判で言われたから行政でも認定しろという圧力は加わってくるわけです。しかし、それがもう既にこのランクではなくて、1人300万円とか1,000万円とか、そういうオーダーの判決をいただいていますから、チッソが判決に従った場合には、この協定とは全く別個の対応しているわけです。それは行政認定しておりませんから、拘束するものではありません。

【小高委員】 認定業務に関連して。統一的な公的検診を拒否されている患者さんについては、現実に水俣病としての認定の前提になる判段ができないということ、またこの方々は、先ほどの資料4の2ページの表で、昭和55年の検診拒否運動が始まったということが書いてございますが、そしてその数が数百名ぐらいおられるという説明をお受けいたしましたけれども、現在もこの55

#####41 頁

年から引き続いたまっていますと見てよろしいのでしょうか。

もう一つは、そうなりますと、今後、認定業務その他の問題を考えるときに、現状ではたまたま今まで拒否していた者が急に今から受けますから認定せいといっても、実際には

医学的には難しい話になるのでしょうか。その辺を医学の先生方からお伺いしたいのです。

【荒木委員】 検診拒否者というのは、認定制度そのものに不信感を持っているわけで、自分たちは申請して認定審査会にかけられればどうしても却下されるということも知っているわけで、それで制度そのものに対する不満から拒否をなさっている、そういう一連の運動を開始されたところですよ。この方々を今後どうするかということで、昨日も熊本県の公害課の方が見えてお話を伺ったのですが、内容証明まで取って出して、そして受けなさいということで、どうしてもそれでも受けなければ何とか処分をしようかとも考えております、そういう話をしていました。

【小高委員】 仮の話で、公健法とは若干ずらした形の救済制度を考えたといえます。その場合に、先ほどご説明を受けたのでは、基本的にはグレー・ゾーンに属するといえますか、そういう症状の方々だという場合、それでもグレーのところが従来の水俣病の疾病の状況であれば、別途、例えば緩やかな基準で何かの補填をしましょうというときに、長年、昭和 55 年あたりからずっと拒否されていますけれども、今の段階で、何らかの医学的な判断というのは、ある程度の経過がないと難しいのではないかと思います、その辺はどうですか。

【荒木委員】 今、熊本県の認定審査会のメンバーではないのですけれども、初期の段階で 10 年間ほど審査会のメンバーもやっております、国のメンバーにもなっておりますけれども、認定される方は症状が全部そろっている方で問題ないのですけれども、その次のランクの方々と思われるような人は確かに

42 頁

いらっしゃいます。そういう方は知覚障害があったり、視野狭窄があったり、なかったりとか非常に不安定な症状を呈する方があって、2 回、3 回ほど保留をされて、何回検診をやっても動いているような人たちは、ひょっとしたら、こういう方々が次の段階にいらっしゃるのではないかとということで、審査会の資料を見れば、どういう方々が絶えず保留になって、いつも討議されているかということはずぐ分かるわけで、そういう方々に絞っていけば、次のランクの人たちはかなり救済できるのではないかと思います。

【野村委員】 先ほど植村委員のご指摘になった補償協定書、これは大変核心を占める問題点の一つだと思うのです。資料 5 の上の方、1 番目の丸の一番下に、ごく軽症でも高額な補償となっておりますが、これは昭和 48 年の日付で締結されておまして、間もなく 18 年になろうというわけですが、その間、金額は変わってないのかもしれませんが、今の命の値段あるいは健康の値段の標準で考えてみるとどうなるかということを一言申し上げたいのです。

交通事故などにおいては 1 億円を超す判決がもう珍しくなくなっている時代です。一家の支柱あるいは家庭の中で重要な役割をしている者の死亡事故においては、慰謝料だけで 2,400~2,500 万円というのが相場になっております。それに逸失利益を別途計算して算定するとすぐ 5,000~6,000 万円になってしまうのです。こういう時代においてこれ

をどう評価するかという問題が一つあると思いますから、その点、今後検討していただく中に入れていただきたいということが一つでございます。

第2は、同じ資料5の2ページの冒頭にある2の健康不安の問題で、これを考えるに当たってどの程度参考になるかどうかは今後検討していく必要があるのですが、アメリカのマサチューセッツ州を中心として近年、学説とか判例を通して、水俣病ではないのですが、がんの問題において、発がん性のある有害物質、あるいは、発がん性ではないのですが促進性のある有害物質を吸収した、

#####43頁

まだそれががんとしては現れていないわけですが、そういう者が原告となって訴訟を起こし、それを認める判決が相次いで出ているという状況がございます。これは単に医療上の検査費用だけではなくして、慰謝料も認容するというケースのようでございます。こういう問題、一種の健康不安かと思うのですが、アメリカのそういう新しい動向が今我が国でも注目されておるわけですが、こゝら辺の問題とどういうふうなつながりがあるのだろうか、参考になるのか、ならないのか、ぜひ情報を得ていただければ幸いです。

【柳沢環境保健部長】 今、野村委員おっしゃった1,600~1,800万円の額でございますけれども、現時点では、患者と認定された場合は、確定申請時にさかのぼって、そこからのいわば利息分が加算されますので、最近の実績からいうと、平均すると一時金が1人2,400万円という実績になっているようでございます。なお、そのほかに年金、医療費の部分がございまして、これも実績ベースで1人年間240万円、一時金の1割ぐらいでございます。

【野村委員】 利息は5%ですか。

【柳沢環境保健部長】 5%です。

【井形委員長】 最近認定された方には重症者がいないのと、今、水俣病による直接死亡者がいないんです。ですから、一般に認定された方はこの契約に不満を持って、契約に信じないとかいう方はおりません。ただ、裁判では1件3,000万円の要求を掲げた裁判があったのではないかと思います。これも時代が古いから上げましょうという裁判の主張はありますけれども、フィーリングとしては、これが古いからもう少し額を上げるという要求よりは、むしろ認定を広くしろということであって、この額についてのディスカッションは余りないように私は感じております。

【事務局】 今の訴訟額でございますけれども、基本的には第一次訴訟で認められたのが1,800万円ですので、1,800万円の一律要求というのが大部分

#####44頁

です。その他、一部グループが違うところがございますので、そこにつきましては昔から3,000万円という要求を掲げていたものですから、現在も3,000万円を出しています。その中で特に死亡者、重症者について5,000万円を委員長がおっしゃったような形で出しております。

【野村委員】 ゼロか100か、それがあるものですから。さ。つきお尋ねした認定をなされる場合、純粋医学的に判断されるようなお話でしたが、私ども、これを見ますと、認定によって何千万円という補償が入るか入らないか、それが申請者にとっては最大の関心事だと思うのです。だから、それを考慮に入れないで純粋に医学的に認定できるのだろうかという疑問が絶えずあるわけです。効果の方も考えながら考えるのであれば、水俣病であると診断する場合、ないとする場合、そのほかに中間的に、10%くらい水俣病ではないだろうか、あるいは20%とか、もっとグレードに応じていろいろな強弱をつけたような認定の仕方もあり得るように思うのですが、現在の法制度にはそういう仕組みはないものでしょうかね。

【井形委員長】 表現としては「蓋然性」という表現で、大石長官が国会で答えたのは50%と言いましたかね、そういう表現を使ったと思いますが、蓋然性が高くないものは水俣病とは認めない、水俣病である可能性が低い、しかし、ないという表現にはなっていないと思うのです。

【浅野委員】 いずれにせよ、今の認定のやり方をこの補償協定を前提にしていじくり回してみても、補償協定の額が動いてくれないことには、どういう表現をとっても余り解決にならないような気がします。

現状でもう一つ実情がよく分からないのは、死亡の場合の起因性を協定では判断するということになっていますが、これは実際動いているのでしょうか。つまり、死亡された方が水俣病あるいはその併発症等によって死亡したのか、それとも全く起因性なしの他病の死亡なのか、ということが協定上は判断され

#####45頁

るようになっていて、その判断で起因性が認められれば、更に葬祭料等が支給されるという仕組みになっていますね。協定では、これは環境庁長官及び熊本県知事が協議して選定した委員によって選定された云々となっていますが、実際にはこの部分は協定どおりには動いてないはずですね。

【井形委員長】 チッソを代弁しますと、協定どおり動いておりません。それから、本来は有機水銀によって起こった症状に対する医療費を支払うべきですが、例えば転んで骨折したとか歯が折れたということも、水俣病なるがゆえに転びやすくなったから転んだのだということで、医療費はふくらんでいるのです。国民健康保険ではチェックしてまいりませぬけれども、チッソに請求する医療費は余りはっきりしたチェック・システムがないのです。それも一つの大きな問題になっております。

【荒木委員】 先ほど野村先生がおっしゃったランクづけの問題ですけれども、これは最初からこういうふうにおール・オア・ナッシングと決められた補償額があったものですから、認定審査会でも非常にやりにくいという声が出ておったことは事実です。しかし、これはどうしようもないということで、そのまま一つはのんで、それで判定してきたわけです。いろいろな疫学条件その他で、申請はされていて、症状がごくわずかにあっても、健

康でいろいろ仕事をしていて、バスの運転手とかいろいろなことで働いていらっしゃる方も、本当に重症で寝込んで1,800万円いただく方と一緒になのかどうか。それはそうだなということは、いろいろ委員の間で意見があったことは事実です。

【井形委員長】 公健法も労災も大体被害度に応じて補償金は並行しているのが多いです。だから、こういうシステムは、水俣病だけの特殊性だと私は思います。

【植村委員】 またさっきの話が通じないことで恐縮なのですか、今、補償協定を、仮定の話とを考えていただきたいのですが、何らかのところを改定する、

46 頁

例えば補償金額が低いから高く上げるとか、逆に減らそうとか、何でもいいのですが、改定しようと考えたとした場合に、一方の当事者はチツソでいいたらと思うのですが、もう一方の現実的な当事者が存在するのかどうか。例えばこの協定でしたら東京本社交渉団 団長という名称があるわけですが、そういった実体が今でもあるのか、それとももうなくなっているのか、そのあたりはいかがでしょうか。

【柳沢環境保健部長】 それについてつまびらではないのですが、いずれにしても、これをいじるということになったら、それこそ血の雨が降るといようなことになって、とてもじゃないけれども持たないのではないかと思うので、この専門委員会においては、補償協定をいじるという話は触れないでいただいた方がよろしいのではないかと思うのです。

【植村委員】 そこはよく分かりますから別にいじれということではないのですけれども、実態として、例えば昭和48年にあった水俣病患者東京本社交渉団というものは今はあると考えていいのですか、それとも、そういうものは今はないと考えた方がよろしいのでしょうか。

【事務局】 補足いたします。水俣病の患者団体と申しますものの中に、若干支持グループがいろいろあったりしまして、この当時からかなり集合・離散をやっております。このまま名前を変えたりして生きているものもございまして、あるいは今既に実態がなくなってしまっているもの、もう一つは、認定された患者さんばかりの団体ですと、この方々はもらうものは全部もらってしまった方の団体なので、至って平和にやっているという団体もございまして。また、当時なくて、このものから分裂した、あるいは新たに患者さんないし患者さんと考えておられる方を集めてできたような団体もございまして。255 ページの右下の編注にこの補償協定の対象になった団体が幾つか挙がっておりますが、先ほど先生のおっしゃいましたように、この協定のどこかを変えるということに

47 頁

なりますと、建前上は結んでいる団体すべてとなら合意をする。かつ、個人的に協定の対象になっている患者さん方がいらっしゃいますから、それがまた新しくできた団体に入ったりすると、制度上その人たちが本当に合意しなくていいのか、いけないのかというのは、だんだんよく分からなくなってくるのですが、そういう格好になります。かつ、政治上の路線の対立みたいなものがその団体同士の間にかかなりありますので、一方が賛成すれば、

一方は意地でも反対するという構造がありまして、そういった合意は非常に難しいのではないかとというのが部長の御説明の趣旨でございます。

【植村委員】 そうしますと、例えば補償金額を単純に上げたいという場合は余り血の雨は降らないのではないかと思います、そういうときも直接の相手を見出すのはなかなか難しいということになるわけですね。現在の団体とそれぞれ新規に結ぶとか、そういうことであって、昭和48年のときの当事者を出してこいというのは現実的ではないということになるわけですね。

【浅野委員】 恐らくそうでしょうね。上げるという話が仮にあってもそうでしょう。だから、お互いににらみ合いで動きようがないということでしょうから、唯一可能性があるとするれば、覚悟を決めて、当事者の一方が払わんと言って断ることでしょうね。何か新しいものをつくっておいても、当事者としては新しいものにしか乗らないと宣言をして、そこで血の雨がやはり降るのでしょうけれども、果たして血の雨を降らしていただけるかどうかということになってしまいます。少なくとも法律をつくって、私人間の契約の効力をいじくり回すということはまず従来の発想法からいったら難しいと思います。これはもう納得のいく形で新しい制度に皆さんが合意のうえ乗っていただけるような格好にしない限りは、何か法的な手立てでもってこの契約を第三者がいじくり回すということは非常に難しいのではないかと思います。

【井形委員長】 これは物騒な話で恐縮ですけれども、例えばチツソが倒産し
#####48頁

て再建指定団体になったときに、法律的にこれは無効ということが可能なのですか。

【浅野委員】 倒産してしまえば、少なくともそれで終わりでしょうから、あとは債権者集団が破産財団に加入するという方法しかありませんので。

【植村委員】 破産して消えてしまうということもありますね。そこで清算なりして。

【浅野委員】 破産といわずとも清算法人になってしまうというようなことはあり得ると思いますけれども、この場合、少なくとも将来、認定されて権利を取得するであろうという人はほとんど手の打ちようがないでしょうね。ただ、従来の方は少なくとも破産財団に加入できますから、その限度では支払ってもらえるということになります。

【井形委員長】 これから先の審議が難航することを予想いたします。

今後のスケジュール、審議の進め方について事務局から御説明いただきます。

【岩尾特殊疾病対策室長】 資料8でございます。今後の検討スケジュールといたしましては、専門委員会をおおむね月1回程度。そして夏までに何らかの検討内容を出していただくことを考えております。夏といいますのは、実は平成4年度からの事業としてスタートをしたいと言っております関係で、できれば予算要求のことも考えていかなければならない。そうなりますと、平成4年度の予算、我々夏の間概算をつくるものですから、その辺までに骨子をつくっていただきたいと思っているわけでございます。

その内容について報告が必要であれば環境保健部会に報告していただいて、最終的には

年内に報告の取りまとめを考えております。制度上、法制度を考えるということであれば、年内に何らかの骨子といいますか要綱的なものも必要になってくるかと思っております。

検討の進め方につきましては、専門委員会におけるこの検討に加えまして、

49 頁

必要に応じて医学関係と制度関係の委員によるそれぞれ分科会を催していただきたいと思っております。

それから、環境庁におきまして昭和 54 年度から「水俣病に関する総合的調査手法の開発に関する研究」という委託事業を行っております。この中で水俣病問題に係る各種知見の収獲・整理を行っているものですから、必要に応じてこの知見を専門委員会に提出して、検討の資料としていただきたいと考えております。

参考として、どのようなことをやっているかということが書いてございます。こういう形で検討をしていただきたいと思っているわけでございます。

【井形委員長】 今の御提案のスケジュールでございますが、事が事でございますので、慎重審議も大事ですけれども、急がなければいけない社会的な宿題でもありますので、大変でありましょうが、ときにはご意見を書面でお伺いするとか、そういうことも併用しながら、できるだけ審議を、今言ったぐらいのテンポで進めていって、正式の報告書は今年いっぱい、ただし、予算に関係する大まかな線は中間発表として発表していきたいと思えます。

御協力いただけますでしょうか。

よろしく願い申し上げます。

【岩尾特殊疾病対策室長】 先生方のところに公開質問状が全国連から行っているかと思えます。その件につきまして若干ご説明させていただきたいと思えます。

【事務局】 今、私どもの方で入手いたしました公開質問状をお配りいたしますので、それに従いまして事務局の方からご説明しておきたいことを申し上げたいと思えます。

〔公開質問状配付〕

【事務局】 公開質問状を出してきた先は、水俣病被審者・弁護団全国連絡会

50 頁

議でございます。これはいわゆる全国連といっているところでございまして、今、訴訟の和解の問題が非常に大きなニュースになっておりますけれども、その和解を主導している訴訟の団体がこの全国連でございます。この全国連というのは、弁護士主導の団体でございまして、マスコミに対するアピールとか、あるいは国会の議員先生に対するアピールとかを一つの活動の手段として使って大規模な活動を行うところでございまして、そういったアピール行動の一環としてこの公開質問状を専門委員会の先生方にお出しする、こういうことを考えたようでございます。1月22日に環境保健部会を開いた際に、そのときには既に環境保健部会から専門委員会に入られた先生についてはお名前を出ささせていただきます

ましたので、その先生方には既にお手元に行っているかと思えます。新たに専門委員になられた先生方につきましては、先週の木曜日に私どもの方から公表させていただきましたので、もう間もなく追って同じような形で送られてくると思えます。

この中で、1ページ目の4段目でございますが、「しかも、過去において、環境庁は、都合の悪い事実を隠蔽したり、事実を歪めたりしたことが現にありますので、先生には、正確な情報に基づいたご判断をしていただくようお願いいたします」という文言が入っておりますけれども、中身を見ていただきますと、私どもとしてむしろ事実と反することが書かれているのではないかという気がいたしておりますので、この辺、若干御説明させていただきたいと思えます。

1ページ開いていただきまして、大変長文のものになっておりますので、かいつまんで申し上げたいと思えます。は水俣病をめぐる最近の状況についてということで、この団体はとにかく訴訟に関心のある団体でございますので、訴訟、自らが主導している和解の問題について特に強調して取り上げております。(1)と(2)につきましては、裁判所から出ました和解勧告について、国が

#####51頁

「現時点では応じられない」という立場をとっていることについて、マスコミでもその姿勢が批判されておって、けしからんではないか、こういうことが書かれておるわけでございます。

和解の問題につきましては、行政としての対応を問われているということではなくて、訴訟の当事者、言ってみれば、お前が悪いのだということで責任を問われている問題でございますので、それはやはり訴訟の当事者としての対応をすべき問題でございます。そこでいきますと、一つは、先ほどご説明した病像の問題としても、私どもとしては、医学に基礎を置く見解をとっている立場からすると、どうしても向こう側の立場が容認できないということがございます。もう一つは、水俣病の発生はチッソの排水によるものでございまして、国が原因者ではございませんので、国に責任があると言われても、これもなかなか承服しがたい。こういうことがございます。そのようなことで、私どもとして現時点で和解に応じることは決断できないということから、和解に応じられないというスタンスをとっているわけでございます。そのあたりで原告団体とは相入れないところがあるわけでございます。

(3)は、読んでいただくとなかなか切々とした文章が書いてあるわけでございますが、原告の方々について、個別の立証として出された書面から抜き書きした内容が書いてあります。これは出典が訴訟の原告側の資料でございますので、その点を割り引いて考える必要があると思えます。確かに生活上いろいろ苦労したということを書いているのですけれども、訴訟で問題になるのは、それが水俣病によるものであれば補償すべきであるし、水俣病によるものでなければ、これは全く理由がないものでございますので、そこが一番基本的な視点になるわけでございます。後ほどお読みいただくと分かると思えますが、基本的

に、この抜き書きしているところは、生活が非常に悲惨だということが書いてあるのですけれども、それが具体的に病気とどういうふうに絡み合っている

52 頁

かというのは余り触られてないという印象を持つ内容でございます。

次のページの(4)、このあたりで環境庁がこれからとらうとしております施策の批判を先取りしてやっておるわけでございます。環境庁の北川前長官が昨年12月に「福祉重視の観点から検討したい」とインタビューで述べられたことをとらえて、和解協議の中では熊本地方裁判所は、健康福祉的なものだけでは解決案は採用できないと言っているということを持ち出してあります。これはやはり和解の当事者としての問題と、行政として何をすべきかということは画然と分けて考えるべきだと思っております。裁判所としては、一時金、賠償金を求められている訴訟でございますので、それを和解でけりをつけようと思いますと、一時金というものが念頭に出てくるわけですが、私どもは訴訟の当事者ではなくて、行政としてなすべきことをやるとなりますと、損害賠償金を払うということは筋が違う問題になりますので、そういったことで先方の言っていることについては理屈がないと思っております。

(5)も新聞記事で大分取り上げられた問題でございますが、読ませていただきますと、「かつて米国のNIHの疫学部長を勤め、現在メイヨー・クリニック首席顧問であるレオナルドT・カーランド博士は、昭和33年と35年に水俣現地を訪れ、35年には、漁獲禁止措置など8項目の勧告を提言しました。カーランド博士は、前記各裁判所の和解勧告がなされたのち、東京地裁、熊本地裁、福岡高裁のそれぞれの裁判長あてに手紙を出し、その中で、『水俣病とチツソとの関係を明らかにした科学者の一人として、裁判所の和解勧告という判断に満足している。裁判所は、責任の重い国について、さらなる勧告を出すことを追求してほしい』というような手紙を出されたということがございます。このカーランド博士というのは大変立派な学者の方と伺っておりますが、問題になりますのは、この和解に関する情報というのは、原告側の弁護士が先生と接触して情報提供しているものでございますので、その中にどれだけ正確

53 頁

な情報が入っているかというのは私どもも承知できないところでございます。特に、カーランド博士はお医者さんなのですけれども、病像の問題についてどのような情報をもとに話しておられるか、その辺が十分内容として入っていないのではないかと気がしております。

もう一つ、この手紙につきまして原告側が翻訳を付して裁判所に上申書として出しております。その翻訳の中でも、例えば先生が、日本には専門家によって提示された診断基準があるはずだ、これによれば患者かどうか分かるので、それに従って選定することができるだろうとっておるのですけれども、日本で患者の診断に使えるようなものは、私どもの使っておる判断条件ぐらいしかないわけです。このパ・ツが原告側の翻訳からはすっか

り落ちた形で裁判所に提出されております。そういうことで若干原告側が恣意的に使っているのではなからうかという感じも私どもは受けておるところでございます。

戻りまして、次のページを見ていただきたいと思います。として水俣病の病像についてという括弧書きがございます。これは裁判の中心問題である水俣病の病像についてどう考えるかということで、原告側が私どもの立場を批判しているわけでございます。

(1)(2)のところでは、幾つか行政の判断と相入れない司法判断が出ていること、こういうことを取り上げまして、環境庁の基準が間違っていると言っているわけでございます。これにつきましては、先ほど御説明いたしましたように、私ども、公健法に基づく判断というのは、医学的な見解を基にしてやるべきだと考えており、医学者の先生方にご相談してつくった今の判断条件は適正なものだと考えておりますので、そういった観点から裁判所にも御理解をいただくような形で主張しているところでございます。

(3)につきましては、これも当時新聞記事で取り上げられたのですけれども、水俣につきましては、いつの時点で汚染が終わったかということが、先ども

54 頁

問題点で述べましたように、若干問題になっておるわけでございますが、昭和43年にはチソのアセトアルデヒドの操業は全く止まりましたので、それ以降は水銀の排出はないというのは明らかになっております。ところが、昭和48年に水俣市内で生まれたネコにつきまして、どうも水俣病らしいということで、死んだ後、解剖してみた結果、やはり水俣病の病変が出ていたという研究成果がございます。研究自体につきましては、衛藤先生、私どももいろいろお世話になっている先生でございますので、このネコ自体が水俣病であったということは確かにそうではなからうかと考えております。ただ、これもネコがどういう生活をしていたのか、その辺が全然分かりませんので、これを一般化して、だから48年になっても水俣病が起きる程度に汚染があったかどうかというのは、かなりギャップのある問題として考えております。その辺につきましては、また知見の整理の中で御検討いただきたいと思っております。

(4)と(5)で IPCS のメチル水銀に関する報告について若干述べております。これも昨年、一昨年と大分話題になりました。IPCS は、WHO、ILO、UNEP のジョイントのプロジェクトということで、さまざまな有害物質についてのクライテリアをつくっている機関でございます。これが1976年に最初、水銀についてのクライテリアを出しまして、その改訂版というものを昨年提出しております。この中で、従来から水銀については毛髪水銀値 50ppm が、症状が出始める下限であると言われておったわけでございますけれども、成人についてはこの値が適正であると再度言っているのですか、胎児について、妊婦の毛髪水銀が 10~20ppm でも胎児に障害が出るおそれがあるという指摘がございまして、これを原告側が取り上げているわけでございます。この中で、4行目では、リスクが高いという指摘があると書いておりますけれども、今、さまざまな先生方にこの内容についてご検討いただいているところですが、根拠となっておりますのが、イラクでかつて水銀中毒がござ

いまして

#####55 頁

その中の非常に数少ない事例をデータ処理した結果、非常に低い確率で一般人よりもリスクが高まる可能性があるということを指摘したような内容と伺っております。1PCS 自体もそれによって危険性があるという結論を出しておりませんで、こういう示唆があるので更に将来的に研究を進めていくべきではないか、こういう勧告をしておると理解しております。ですから、これによって、原告団体の方は非常にリスクが高いという言い方をしておりますけれども、それについては読み方が多少誇張されているのではないかと考えております。

(5)ですが、 のところから、「新クライテリアのとりまとめがおこなわれていた 1989 年段階で」「環境庁は、密かに 530 万円余の予算を使って、『メチル水銀の環境保健クライテリアに係る調査』と題する反論書を作成しました」と向こうは「反論書」と言っております。この中で、環境庁の予算要求の際の内部文書として、「このままでは、わが国メチル水銀の環境保健基準や水俣湾へド口除去基準の見直し、新たな補償問題の発生、現行訴訟への影響など行政への甚大な影響が懸念される」と書いて反論を企てているというようなことを新聞に書かれたわけでございます。

この点につきましては、私どもかなり実情に違う記事が流れてしまったと理解しております。当時、1PCS の中でこのクライテリアの素案を検討している段階でございます、この素案の中身が内々ということで環境庁にも伝えられたわけでございます。内々ということですので、対外的に公表できない形になっておったわけでございますが、私どもとして、やはり必要に応じて日本における水俣病の知見を提供したいと考えておりました、もう一点は、素案の中に何が書かれているか、よく勉強したいという趣旨もあって、何人かの先生にお願いしてこういう研究をしたわけでございます。結果、その後、1PCS の方から意見照会もございませんでしたので、これを使う機会はなかったわけでございます。かつ、内々の素案でございますので、この報告書を対外的に公表

#####56 頁

することも、対 1PCS の関係としてまずいという判断から、それはしなかったわけでございます。ところが、その辺を裏手にとって、秘密の反論書をつくって、公表もしないというような形で取り上げられてしまったわけでございます。

ですが、昨年度、国会でこの報告書の提出を求められまして、私ども、そういう経過で、内々の素案に対するものなので出せないというスタンスにあったわけでございますが、特に強いお申し出があったものですから、国会限りということで提出いたしました。しかしながら、「事業実施担当者」の欄につきましては、ここでは の最後に「『事業実施担当者』である 4 名の学者名はすべて黒く塗り潰されておりました」ということで、ここが若干評判が悪かったところでございますが、私ども心配いたしましたのは、過去、水俣病の経緯の中で、公正中立な学者の方であっても、国の方の研究に名前を連ねたとか、県の審査会に

入っておられたということだけをとりえて、原告あるいは地元の団体の方からいわれない中傷を受けたような経緯も何回もございましたので、そういう学問と離れた社会的圧力がかかることを心配してお名前を伏せさせていただいたわけでございます。これは全く環境庁限りの判断でやったことでございます。ところが、その辺が原告団体あるいは新聞に若干興味本位でとらえられたようなところがございまして、私どもの趣旨が理解されずに、単に塗り潰したのは隠したからけしからん、こういう言い方をされまして、私どもとしては非常に残念に思っているところでございます。

(6) ですが、先ほどスケジュールの中で触れましたけれども、昭和54年に「水俣病の総合的調査手法の開発に関する委員会」というのがございまして、これは10年以上にわたって調査しております。この報告書はまだ調査途中ということで公表してなかったのですが、そこも単に公表してないということをとらえられて、大変けしからんという形で国会で取り上げられてしまったわけ

#####57頁

でございます。これにつきましても、環境庁として原則として調査途中のものについては出さないというスタンスでやっておりますので、特にこの報告書だけ特別な扱いをしたわけではございませんけれども、残念な取り上げられ方になってしまったと考えます。そういうこともございましたので、本年度の報告書からは公表できるような形で取りまとめたいと考えておるわけでございます。

最後に、次のページに被害者救済のシステムということで、先方から書いているわけですが、時間もございませんので簡単に触れさせていただきます。原告側の基本的な主張というのは、原告側の医師の診断書をもって患者として認めて損害賠償をし、それに従ったシステムをつくりたいというものです。これにつきまして、私ども従来から認定審査会の方で厳正な医学的判断を踏まえてやっていただいておりますので、こういった原告側のシステムは認められないというスタンスでおるわけでございます。

非常に駆け足でございましたけれども、このような内容の質問状になっております。相手方の団体も特に先生方の御回答を期待してということではなくて、今御覧いただいたように、向こう側の主張を先生方の耳に入れたいということをつくったものでございますので、特段の御回答をなさらなくても特に社会的に問題になることはないかと私どもは考えております。

【井形委員長】 今もいろいろ御説明を聞きましたが、これから審議する内容にかかわることでもあるし、また、この公開質問状のことも十分頭に入れてこれから御議論をしていただきたいと思っております。この委員会ですらということには申しませんが、私自身は必ずしも対応しなくてもいいのではないかと考えております。これは各委員の御判断でどうぞということをお願いいたします。返事がないから、再度けしからんというクレームが来るとは予想しておりません。

本日は第1回の会合ですので、これで閉会ということにさせていただきたい

#####58頁

と思いますが、日程はどうになりましたでしょうか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 先生方それぞれお忙しいので、全員そろっていただける機会がなかなかないので、おおむねこちらで決めさせていただきました。

3月は制度の小委員会を開くということで、法律関係の先生にお願いしますが、これが3月15日の午後でございます。4月は医学分科会を15日(月)の午後、全体の委員会を26日(金)の午後に行います。5月は、制度、法律の方の小委員会を14日(火)の午後、全体の委員会を30日(木)の午後ということでお願いしたいと思っております。

【井形委員長】 分科会長さんはもう決まっているのですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 制度の方は森嶋先生にお願いしようと思えます。

【井形委員長】 全員が出ることは多少無理かもしれませんが、一番多く御出席いただける日程を取り決めさせていただきました。よろしく御協力をお願い申し上げたいと思えます。

本日の会議の内容につきましては、先ほど守秘義務ということで、外へは余りしゃべらないことを申し上げましたが、何か新聞記者から聞かれたときは、主として事務局と私の方で一応の対応をさせていただいて後で御了解を得ることとします。委員の方々には恐らく取材がありましようけれども、なるべく事務局の方へ取材の方は回すようお願い申し上げます、これは私からのお願いでございます。

それでは本日は長時間の御審議、心から感謝申し上げます。またこれからよろしくお願い申し上げます。

了

#####59頁

第 2 回
中央公害対策審議会環境保健部会
水俣病問題専門委員会議事速記録
(平成3年5月30日開催)

【白川保健企画課長】 時間になりましたので、ただいまから第2回中央公害対策審議会環境保健部会水俣病問題専門委員会を開会させていただきます。

本日は14人の委員のうち9人の先生方に御出席いただいております、会議は有効に成立しております。

議事に入ります前に資料のご確認をいただきたいと思います。

資料は3部お手元にお届けしておりますが、資料1が「『水俣病に関する総合的調査手法の開発に関する研究』の検討内容」、資料2が「水俣病と認定されない一定の者に対する対策について(懇談会における審議の概要)」、資料3が「未処分者問題について(懇談会における審議の概要)」でございます。以上3部でございます。

それから、本日は井形委員長が遅れていらっしゃる予定でございます。大変恐縮でございますけれども、委員長がいらっしゃるまでの間、委員長代理の森島先生に進行をお願いしたいと思います。

それでは森島先生、よろしくお願いいたします。

【森島委員長代理】 私、今まで3ヵ月ばかり外国出張しております、専門委員会としては今日初めて出席させていただいております。今まで欠席いたしておりました大変失礼いたしました。今後どうぞよろしくお願いいたします。

井形委員長が今日は遅れていらっしゃるということですので、委員長がいらっしゃるまでの間、進行を務めさせていただきたいと思います。よろしくお願

#1頁

いたします。

議題の第1、「水俣病に関する総合的調査手法の開発に関する研究」の検討内容について、事務局から説明していただきたいと思います。

【事務局】 では事務局から御説明させていただきます。

「水俣病に関する総合的調査手法の開発に関する研究」と申しておりますのは、通称・重松委員会といわれているものでございます。昭和53年に「水俣病問題総合調査に関する件」ということで衆議院の委員会決議がございまして、その内容は、メチル水銀汚染の実態と影響を総合的に把握するために総合的な調査を行う必要がある、といった内容の決議でございます。それを受けまして、環境庁としましては、昭和54年からこれまで行われてまいりました調査の総合的な評価、検討を行いまして、今後どのような調査が必要であるのか、また、どのような調査が可能であるか、といったことについて検討することといたしまして、委託研究を開始したわけでございます。その委託をした研究が「水俣病に関する

る総合的調査手法の開発に関する研究」で、現在、調査手法の開発のために研究班の先生方に御検討をお願いしているところでございます。

その検討の内容につきまして、特に中公審における御検討に関連すると考えられる部分につきまして、その概要を御紹介させていただきます。

1 ページ目の検討の概要について御説明させていただきます。

1 番目が、水俣病を発生させうる曝露がなくなった時期はいつなのか、2 番目として、水俣病が発生する可能性があった時期はいつまでなのか、3 番目として、メチル水銀の曝露を受けたと推定される集団をどのように把握していくか、ということでございます。

1 の水俣病を発生させうる曝露がなくなった時期はいつであるのかということにつきましては、不知火海沿岸地域では昭和 44 年以降、阿賀野川流域では昭和 41 年以降、汚染地域の住民の曝露レベルは我が国の一般人と同程度にな

#####2 頁

っておりまして、地域一般住民に対して、水俣病を発生させうる程度のメチル水銀の曝露が長期にわたって存在したとは考えられない、という結論でございます。

曝露が終わったのが昭和 44 年と 41 年ということでございますけれども、曝露が終わってから発症するまでの期間ということが一つございます。これは遅発性水俣病というものが水俣病に関する医学的な争点の一つになっております。重松研究班で、曝露停止から水俣病が発生するまでの期間についてどのように考えるかということについても御検討いただいております。水俣病発症遅延例ということが現実に臨床的に観察されているということで、それについていろいろな解釈をお願いしておりましたけれども、まず、何らかの理由によって、曝露当時または直後に出現していた神経症状が把握されなかった可能性があり、これらの例は厳密には「発症の遅延」ではないのではないかとということがございます。水俣病発症遅延例の解釈につきましては、中毒学的には曝露が終わってから長期間たって発症することは非常に考えがたいということでございます。もう一つ、加齢による影響や他疾患による影響が加わって症状が顕在化したのではないかと解釈がなされております。いずれにしても、臨床医学的には、曝露停止から発症までの期間は数年ということでございますので、曝露が停止してから発症までの期間は数年以内にとどまるのではないかとということでございます。

曝露が停止してから発症するまでの期間が数年ということでございますので、水俣病を発生させうる曝露が停止してから数年を経過して以降、新たに水俣病が発生することは考えられないという結論でございます。

のメチル水銀の曝露を受けたと推定される集団の把握方法ということでございますけれども、メチル水銀の曝露を受けたと推定される集団の把握方法については、現在検討中でございます。ただし、曝露当時の頭髮水銀値を測定し

#####3 頁

ておりませんので、現在、一人一人の曝露量を知ることは不可能である。したがって、水

候病認定者の発生率等を用いて地域集団の曝露を推定する方法が検討されておるところでございます。

2 ページ以降は、この概要を更に詳しく御説明するための資料でございます。

2 ページをお開きください。まず、水俣病を発生させる曝露がなくなった時期ということで、水俣病がどのように発症するのかというメカニズムをここでいっております。排水に含まれているメチル水銀が、海水、魚介類、人間というふうに蓄積していくわけですが、海水と魚介類の間では約 1 万 - 10 万倍に濃縮されるということがございます。

メチル水銀の人体への浸入経路としましては、ほとんどが口から入って腸管から吸収される経路であるということでございます。排泄については、90%が大便中に出される。一部は無機水銀化して腎臓から排泄されるということでございます。

ウの体内蓄積量と生物学的半減期ということでございますけれども、中毒を発生させる上で問題となってきますのは、摂取したメチル水銀の総量ではありませんで、体内に蓄積した量がどのくらいであるかということが問題になってまいります。それでまず体内蓄積量ということでございますけれども、体内蓄積量は、吸収量(体に入ってきた量)と分解・排泄量(体の外に出ていった量)の差でございます。もう一つ、生物学的半減期というのがここで出てまいりますけれども、生物学的半減期と申しますのは、体内に蓄積された化学物資等が分解・排泄されることによって、体内に残っている量が半分までに減少するまでの期間でございます。分解・排泄量というのは、体内にたまった量に比例して分解・排泄されていきますので、体内に残っている量が半分になるまでの期間は一定でございます。メチル水銀の場合は約 70 日と言われております。

次に、長期間に曝露した場合どうなるかということでございますけれども、

#####4 頁

これは現在、長期微量汚染による健康影響があるのではないかという指摘が一部でございますので、こちらの方でお示しております。長期間に一定量のメチル水銀を摂取した場合は、生物学的半減期、先ほど申しました 70 日の約 5 倍の期間で吸収量と排泄量が均衡します。均衡しますと、それ以上体内蓄積する量は増えません。これを限界体内蓄積量と申しております。その限界体内蓄積量の計算の仕方は、ここにお示したような式によりまして、一日平均摂取量の約 100 倍がたまると言われております。つまり、メチル水銀の場合は、一定量を毎日摂取しておりますと、350 日前後で約 100 倍の量が体にたまって、それ以上は体にたまる量が増えなくなるということで御理解いただければよろしいのではないかとお思います。

もう一つ、その下のメチル水銀の生物学的半減期というのは、臓器差が余りないということですので、特に脳だけに水銀がどンドンたまってしまってもないということでございます。

(3) に人体における発症閾値と書いてございますけれども、発症閾値と申しますのは、標的臓器(メチル水銀の場合、主に中枢神経)で毒性作用を発現せしめる化学物質の標的

臓器内の濃度と定義できるかと思えます。これは一般人口集団において中毒を起こしてくるものが出現してくる理論的な値であると言うこともできようかと思えます。この発症閾値を体内に蓄積されたメチル水銀量が超えたときに一般人口集団の中から中毒を起こしてくる方が現れてくる。全員が中毒を起こしてくるということではございません。

イの最初の神経症状が最も感受性の高い、最も障害を受けやすい方に現れてくるのがどのぐらいの量か、ということですが、そもそも標的臓器内、メチル水銀の場合、中枢神経になりますけれども、中枢神経の濃度は実際に把握することはできませんので、血中の水銀濃度とか頭髮中の水銀濃度、メチル水銀の体内蓄積量といったようなもので代用しております。ここに示してござ

#####5頁

います、例えば頭髮総水銀濃度は50 - 125ppmとなっておりますけれども、最も障害を受けやすい人が50、最も障害を受けにくい人が125ということではございません。初めて一般人口集団の中で障害が起こってくる値、つまり閾値というものが50 - 125の間にあるという意味でございます。

次のページをお開きください。具体的に、不知火海沿岸地域において水俣病を発生させる曝露があった時期又はなくなった時期がいつごろであるか、というものがここに書いてございます。まず工場排水中に含まれる水銀がどうであったかということですが、これはここにお示ししたとおりでございます。昭和43年には工場排水に関する基準以下になっております。この部分は簡単に御説明いたしますが、イの水質につきましては、昭和55年から63年、平成元年と定量限界以下になっております。水質に係る環境基準に収まっているということでございます。ウの底質につきましては、これは海の底の泥を検査するわけですが、水俣湾の場合は、昭和62年度のしゅんせつ工事が一部終了した後は全地点で暫定除去基準以下となっております。

4ページをお開きください。次に魚介類になりますが、海水中に含まれていたメチル水銀が食物連鎖を経て、水中のメチル水銀濃度の約10万倍に及ぶ生物学的濃縮を来すと言われております。魚介類に関する規制値というのは、厚生省から昭和48年に「魚介類の水銀の暫定的規制値」ということで、総水銀0.4ppm、メチル水銀で0.3ppmと示されております。

具体的に水俣湾内の魚介類に含まれる水銀濃度がどのように変わっていったのかというのが11ページの図2にございます。昭和41年に一度ピークがありまして、それ以降、魚介類に含まれるメチル水銀の平均値は下がっております。昭和43年から44年にかけて規制値まで下がっておりまして、それ以降は規制値である0.4ppmをちょっと超えたりということで推移しております。

平成元年度の調査によりますと、水俣湾内の仕切網で区切られている中につ

#####6頁

いてでございますけれども、87種類の魚介類のうち、平均値が暫定的規制値を超えたのは、

底層、主に底に定住している 16 種類の魚である。全採捕量に対する重量比では 1.5% であるということでございます。現在、仕切網があるとか、漁業の由主規制をしているということがありまして、若干微妙な問題がこの部分にはございます。

(2) の魚介類からメチル水銀をどの程度摂取していたのかという推移でございますが、これは暫定的な週間メチル水銀摂取量の限度ということで厚生省が通知してございますけれども、成人体重 50kg 当たり 0.17mg / 週ということでございます。

昭和 46 年に野村先生という方が、八代海沿岸地域の漁家 34 世帯の食事調査をしております。この調査の中で、八代海の漁師を対象として、魚の種類ごとに摂取量調査をいたしました。これに経時的な水俣湾周辺及び八代海産の魚種ごとのメチル水銀濃度を乗じまして、魚介類からのメチル水銀摂取量の推移を推定しておられます。これが 10 ページの表 1 でございます。メチル水銀の推定の摂取量がございまして、その右側に限界体内蓄積量がございまして、先ほども申しました視界体内蓄積量で見ると発症の閾値が 25 - 40mg ということでございましたので、それを下回ったのはいつごろかということになりますと、昭和 43 年を御覧いただきますと、これは漁業が専業か兼業かということで分けてありますけれども、男性の漁業を兼業としている者が 8.32mg で、発症閾値といわれる 25 - 40mg という値を大きく下回っているということでございます。

その下に参考として、水俣湾産の魚介類の漁獲・摂取の規制措置をまとめてございます。これは後で御覧いただければと思います。

5 ページをお開きください。魚を介して体の中に入ってくる水銀がどのくらいであったかということをご説明いたしました。次に、人の曝露の指

#####7 頁

標として頭髪の水銀値がどのように変わっていったのかということでございます。これは日本の一般的な方の調査でございます。東京都の調査によりますと、一般男性で 6.9ppm、一般女性で 3.8ppm が平均的な数字となっております。昭和 36 年から 45 年の頭髪水銀値の推移をいろいろな方が調べておりまして、それをまとめてございますけれども、昭和 43 年の八代海沿岸地域の一般の住民の方が、平均で 8.1ppm、最大値で 16.1ppm で、先ほど閾値ということで御説明しました 50ppm を下回っております。昭和 44 年になりますと、魚をたくさん食べているだろうと思われる漁獲関係者につきましても、平均値で 5.99ppm、最大で 18.3ppm で、昭和 44 年以降は、漁業関係者も含めまして、一般住民の方の頭髪水銀値は 50ppm を下回っているというデータでございます。頭髪水銀値は昭和 44 年以降、平均値は我が国の一般人と同程度のレベルまでなっている。調査対象中の最高値も 50ppm を大きく下回っているということでございます。

それから、胎児性水俣病の話がございます。胎児性水俣病につきましては、指標としては臍帯中の水銀濃度が問題となってまいります。これは滝沢先生が新潟県でお調べになられたものでございます。正常分娩児では、総水銀は 0.044 ± 0.026 ppm でございます。

11 ページの図 4 を御覧いただきますと、水俣地方における臍帯中のメチル水銀値の変化

をまとめてございます。1955年（昭和30年）にピ-クがございまして、以降、徐々に下がってきております。1968年（昭和43年）以降はもう非常に低いレベルになっているということが分かります。

「昭和43年以降、最大でも0.074ppmを超えない」ということとございます。

一方、公健法の認定に関する疫学条件で見ますと、臍帯中のメチル水銀濃度が1ppm以上である児を濃厚な汚染があったものとしております。これは昭和

#####8頁

56年の環境保健部長通知に示してあるとおりでございます。

参考として、剖検臓器内の濃度が表2でお示ししてあります。

以上が八代海沿岸地域の曝露のあった時期ということで、昭和43年まではあり得た、44年以降は水俣病を起こしうるような曝露は存在しなかったということとございます。

次に阿賀野川流域でございます。新潟地域では、特徴といたしまして、患者さんが公式発見される以前に昭和電工鹿瀬工場はアセトアルデヒド生産部門を廃止しておりまして、メチル水銀が工場の外には出なくなったということがございます。公式発見が昭和40年5月でございます。汚染魚の採捕・販売の禁止が6月、7月で、規制が行われておりまして、素早く手が打たれておるといことが一つございます。したがって、昭和41年以降は人体に対するメチル水銀の長期的な大量曝露は考えにくいということがございます。

以下に、環境汚染の指標として、昭和電工の排水中の水銀濃度、イとして水質・底質の調査をお示ししてございます。

6ページをお開きください。ウの魚介類のところでございますけれども、昭和40年から41年にかけて大幅にメチル水銀濃度が減少しております。以降、ほぼ暫定的規制値以下になっております。

新潟の阿賀野川流域について、魚介類からのメチル水銀の摂取量を推定いたしますと、最も水銀値が高いニゴイという魚を一日平均108.9g（昭和46年国民栄養調査による魚介類の平均最大摂取量）摂取したといたしましても、昭和41年の一日平均メチル水銀摂取量は約0.1045mgとなりまして、限界体内蓄積量はこれを100倍いたしますと10.5mgとなります。これ以上はたまらないということとございます。発症閾値でお示した25-40mgという体内蓄積量を超えないということとございます。

結論といたしまして、いつごろまで曝露があったのかということとございま

#####9頁

すけれども、不知火海沿岸地域では昭和44年以降、阿賀野川流域では昭和41年以降、中毒を発症させる程度のメチル水銀曝露は存在しなかったのではないかと結論でございます。

続きまして、それではいつまで発症する可能性があったのかということとございますが、遅発性水俣病の話が問題になりますので、遅発性ということを若干御説明させていただきます。新潟で椿先生が、メチル水銀の曝露を受けた後、数ヶ月の期間をおいて症状が発生

するということを報告されまして、これが「連発性水俣病」というものの始まりでございます。その後、白川先生が、同じ新潟で数年間の期間において他覚症状が発現することを報告しておられます。

7 ページを御覧ください。曝露停止から発症までの期間ということで、昨年刊行されました IPCS の環境保健クライテリアでは、ここにお示したようなことが書いてございます。イラクの例では「潜伏期」は 16 - 38 日であった。曝露停止後 1 年程度までは「潜伏期」があるかもしれない。椿先生らの報告を引用して、ピーク時の水銀濃度と発症時期との間に数年の潜伏期間があることを示唆している、とっております。長い潜伏期の解釈につきましては、臨床的には現れない程度の病変が、心理的な因子や老化などの因子によって顕在化してくるのではないかと、というような解釈をしておるようでございます。水銀が脳内にどんどんたまって増加していくことによって起こってくるのだということでは説明できないとクライテリアではっております。もう一つ、診断が遅延した軽症例では絶対確実な診断が難しかったのではないかと、という解釈もしているようであります。

研究班の検討でございますけれども、水俣病が発症遅延した例につきましては、何らかの理由によって、曝露当時または直後に出現していた神経症状が把握されなかった可能性があるのではないかと、ということが一つございます。もう一つは、水俣病の発症遅延例の解釈については、中毒学科に説明することは難

10 頁

しい。加齢による影響、他疾患による影響が加わって症状が顕在化したのではないかと、いうことでございます。

曝露停止から発症までの期間につきましては、いずれにしましても、曝露停止から発症までの期間は数年以内にとどまっているということでございます。参考として、椿先生、武内先生の解釈の例を載せてございます。

結論といたしまして、水俣病を発生させうる曝露が停止した後、数年を経過して以降、新たに水俣病が発生するとは考えられないということでございます。

次のページを御覧ください。メチル水銀の曝露を受けたと推定される集団の把握方法ということで検討していただいておりますが、本来ですと、一人一人の当時の毛髪水銀値が分かっておって、この人はどのぐらいの曝露があったというのが分かれば一番よろしいのですが、現在それを知ることは不可能ですので、地域別の水俣病認定者の発生率を用いて、地域集団の曝露を推定する方法が検討されているということで、その地図をここにお示ししてございます。

非常に簡単に御説明いたしました、資料 1 につきましては以上でございます。

【森島委員長代理】 どうもありがとうございました。

ただいまの説明につきまして御質問があればお願いいたします。

【野村委員】 2 ページの下から 4 行目、「最初の神経症状が最も感受性の高い成人に現れるのは」とありますが、この「最初の神経症状」というのはどういうものでしょうか。

【事務局】 25 - 40mg というのは、IPCS の環境クライテリアに載っておるわけですがけれども、パレスチニア、日本語に直しますと、異常感覚とでもいいでしょうか、そういったものが 25mg のレベルとっております。

【野村委員】 異常感覚といたしますと？

#####11 頁

【事務局】 ビリビリするとか、そういったようなことではないかと思えます。

【野村委員】 それは本人の訴えによるのですか、客観的に把握できるのですか。

【事務局】 自覚でございます。

【野村委員】 あいまいですね。

【事務局】 はい。

【浅野委員】 野村先生の御指摘のところと同じところですが、これは最も感受性の高い人がこの程度でということですが、今のところはここまでしか分かっていないのでしょうか。つまり、平均的にはもっと高いところで、そういうようなのはありますか。

【事務局】 ええ。平均的にはもっと高いところでということだと思えますけれども、閾値以下では何も影響してこないということでございます。

【浅野委員】 何も出ないということですね。それは分かりましたが、これは読みようによっては、これ以下はないというのは分かるのですが、この辺にかなり集中するということでないとするば、もう少し高いレベルで、かなり顕在的に現れてくるのはどのぐらいというような数字はまだ出ていないのでしょうか。

【事務局】 イラクの事件と日本の事件くらいで、余りたくさん事件がございませんので、この数字はイラクの事件のものでございます。例えばイラクの中毒の事件ですと、死亡についてはメチル水銀の体内蓄積量が 200mg ではないかというようなことが書かれております。日本の例ですと、喜田村先生という方が検討されておるのですが、いわゆるハンター・ラッセル症候群が起こってくるのは、100mg ぐらいの量が体に蓄積したときではないかということでございます。

【藤木委員】 今のことに関連しまして、この例の場合に、血中総水銀濃度と

#####12 頁

か頭髮の水銀濃度を測定した時期が、メチル水銀の取り込みが止まって、もうパンを食べるのをやめてしまって、その後、発症したから診てもらって、そのときに検査を受けていまして、ピーク時の値ではないということです。かなり下がってきたところを測っている。ですから、発症したときにはもっと高かったということでございます。

【小高委員】 メチル水銀の曝露を受けたと推定される集団の把握方法については、ここで今方法を検討しているという水俣病認定者の発生率を用いて推定する。大体こういう方向で把握していくことになるのでしょうか。ほかに方法が出てくるのでしょうか。

【事務局】 若干これに付加するようなものといたしましては、数が少ないのですが、昭和 35 年に数百人程度ですけれども頭髮のメチル水銀の濃度を測っておるようでございます。

す。それで地域を代表するような値となり得るかどうかということになると、ちょっと難しいと思いますけれども、曝露量のある程度客観的に把握するという意味では、そういった頭髪水銀値が当時少ない人数ではあるけれども測られていたということとはございます。ですから、その辺も曝露地域を把握していく上では役に立つものではないかと思います。

【森島委員長代理】 まだ資料もございますので、また質問等がございましたら、後ほどお願いすることにいたします。

議題の2に入りまして、懇談会における議論の内容について事務局から御説明いただきます。

【事務局】 それでは、資料2と資料3につきまして御説明させていただきます。

専門委員会におかれましては、2月26日に第1回の専門委員会を開いていただきまして、その後、資料2の1のところがございますように、3月から5月にかけて、制度関係の先生方に2回、医学関係の先生方に2回お集まり

#####13頁

いただき、それぞれ懇談会を持っていただきました。その内容につきまして、僭越ですが、事務局の方で簡単に取りまとめましたので、御報告させていただきたいと思います。

まず制度関係の懇談会の審議の状況でございます。この中で第1点として、新たな対策の制約条件について御説明させていただき、御議論いただきました。この場合の新たな対策というのは、水俣病と認定されない一定の者に対する対策の内容でございます。

その時の資料が4ページ、5ページについておりますので、再度簡単に御紹介させていただきたいと思います。

「新たな対策の立案に当たっての制約条件」ということで、今回、対策を考えていただく上で、ある程度前提として押さえるべき条件を整理しております。

まず第1点として、病像論に関しましては、新たな対策の対象者は水俣病とは認められないという位置付けになろうということでございます。水俣病の判断条件は、現在の医学的知見に照らして妥当なものであると医学の専門家から御判断いただいていると認識しておりますので、現在の認定制度においてこれに当てはまらなかった者はやはり水俣病ではない、水俣病とは認められないということで議論していただく必要があろうかということでございます。

第2点が責任論の問題に関してですが、新たな対策は、行政の損害賠償責任に基づくものではないということでございます。これにつきましては、訴訟の中でいろいろ議論になっておるわけですが、私ども行政の立場としては、当時の制定の下では法的な賠償責任はなかったと考えておりますので、これについても制約条件として考えていかざるを得ないと思っております。

3点目は財源の負担に関してですが、新たな対策は、財源の負担が可能なシステムでなければならないということでございます。これは当然のととなのですが、特に水俣病の問題に関しては、原因者のチッソの経営状況が非常に悪く、

#####14頁

現在の補償についても、国、県で裏打ちをしてようやくやっているという状況でございます。そこで、新たな制度の考え方にもよりますが、仮にチッソに財源を負担させるような場合には、チッソが独自にやるということは事実上無理で、国や県が新たに何らかの裏打ちをすることがセットで必要になるわけでございます。

4点目は制度としての必要性、合理性に関してですが、「新たな対策は、特に水俣病に関連して行う必要がある独特の制度である」と書いてあります。今回の対策を行う理由付けによりましては、ほかの問題にいろいろ波及していくおそれがございます。適切に水俣病の特性に従って考え、変な形で他制度へ波及することを防ぐような独自の必要性とか合理性の理屈付けが求められているということでございます。

5点目が実施体制に関してですが、新たな対策は、関係県等において実施が可能なものでなければならないということです。これも当然のことですが、現在、水俣病の認定業務に関しては、関係の県及び認定審査会の先生方に大変御苦労いただいております。今回の新しい対策につきましても、やり方によってはまたいろいろトラブルが起きるおそれもございますので、その辺で実施可能性を十分考えなければいけないということでございます。

1枚めくっていただきまして、6点目として給付レベルに関してですが、「新たな対策の給付レベルは、公健法の水俣病認定者の給付レベルを越えることはできない」としております。公健法の給付というのは、水俣病である、公害による健康被害であることをはっきり認めただけの方に対して支給しているものであります。そこで、今回の対策の対象というのは、そこまでいかない、水俣病とは判断できないけれども、それに準ずるようなところですので、給付レベルとして、現行の公健法による給付以上の措置を行うということは、逆転になってしまって不合理になるのではなかろうかという内容でございます。

#####15頁

最後に7点目として、制度間調整という問題があります。「新たな対策は、従前の行政的補償システム、司法的補償システムと重複しないことが望ましい」としてあります。これは水俣病の補償に関して、現在既に認定制度が一本ございます。それから、大きな問題として、訴訟に直接訴えて補償を求めるという方がございます。これらとの整理がうまくつかないと重複してしまって非常に混乱を来すということをお心配しておるわけです。そこで、できれば、認定業務との関係では、今回の対策に乗った方は、認定申請と重複しない、認定申請ができないような形にならないかという希望があります。訴訟の問題につきましては、訴訟に訴える権利を奪うことはできないのですが、そういった点も念頭におかなければいけないということです。7点目につきましては、制約条件というよりも、制度を考える上で希望する条件のようなものと思っております。

以上が制約条件ということで事務局の方で整理させていただいた内容でございます。

1ページに戻っていただきたいと思っております。このような制約条件を踏まえて制度関係の懇談会で議論していただいた内容ですけれども、(2)の新たな対策の考え方として、新た

な対策の基礎となる基本的な考え方につきまして、とりあえず5つの考え方を事務局の方で御提示いたしまして、それぞれについて成り立つのか、どの辺の考え方が可能性があるのか、議論していただいたところでございます。詳しくは6ページ以降につけておりますので、また追って見ていただきたいと思います。エッセンスは1ページに示しましたア～オの5つです。

アは、メチル水銀による影響の部分的又は確率的可能性に基づく対応を行うという趣旨です。これは百パーセント水俣病とはみなせないけれども、ある程度水俣病らしいとか、何割かはメチル水銀による影響が加わっていると考えら

#####16頁

れるとか、そういう割合的、確率的な判断をして対応しようという考え方でございます。

イが、メチル水銀の影響かどうかは分からないが、水俣病問題の経緯にかんがみ放置し得ないという趣旨でございます。

ウが、社会的問題に直接着目し、その結果責任に基づく福祉的対応を行うという趣旨、エが、健康不安を実態のあるものとしてとらえ、その解消のための措置を講じるという趣旨、

オが、メチル水銀曝露による健康リスクを対応すべき対象としてとらえ、必要な対策を講じるという趣旨でございます。

以上につきまして、医学的な根拠についてはとりあえず置きまして、頭の中で想定されるものを5つほど書いたわけでございます。

これで議論していただきました結果について3点記載しております。その中のアの部分的又は確率的可能性ということになりますと、どうしてもここまでいってしまうと、もう水俣病ということになってしまうのではなからうか、そういう御意見がございました。また、選択肢のウの中では「結果責任」という言葉を使っておりますけれども、「結果責任」というのは非常に微妙な表現でございますので、責任というところから、どうしても損害賠償とか、そういった法的な責任に受け取られるのではないかという御意見がございました。

エは健康不安、オは水銀曝露による健康リスクを念頭においておりますが、これは非常にふわっとした根拠ですので、こういう形では給付内の対策を行うには弱すぎるという御意見をいただきました。

各項目が制度として成り立ち得るかどうかについては、医学的な根拠その他説明付けによるだろうということで、明確にこれがだめ、これはいいということにはならなかったわけですが、先ほどの様々な制約条件などを考えま

#####17頁

すと、政策的な対策として、その説明のイとウの中間あたりでいろいろな形で説明を補完しながら説明付けることができる方法であろうか、このような議論をいただいたところでございます。

(3)で新たな対策のねらいと効果としまして、この対策の実施により、今問題になっております訴訟の問題を含めての全面的解決にはなかなか至らないであろうけれども、背景となっている問題のある程度の收拾にはなり得るのではないかと。訴訟には訴えていないけれども、一定の不安とか不満を持っている周辺の層については、ある程度の問題の收拾になり得るのではないかと、こういう御意見をいただいております。

最後に、一定の者の選定の方法につきましては、現行の検診、審査会という詳しい方法によることは不可能であり、より簡便な手続きを工夫することが必要ではないかという御意見がございました。

次に医学関係の懇談会での審議の内容でございます。医学関係の先生方には、特に「一定の者」というのがどういう人で、どう解釈されて、どういう形でピックアップしていけばいいのか、そういうことに的を絞って詳しく御議論いただいたところでございます。

まず(1)として、水俣病と認定されない一定の者の定義と申しますか、抽象的に考えたときの対象の枠みたいなものです。議論の対象となる者は、メチル水銀の曝露の可能性があって、水俣病と診断するには至らず、有する症状がメチル水銀中毒にもみられる症状と同じであり、かつ、その原因を特定することが困難な者、ほかの原因であると言えない者、こういう中に収まってくるのではないかと申してございまして。

そこで、具体的に水俣病と認定されない一定の者の範囲はどうなのか、御議論いただきました。症状としては、四肢の感覚障害が議論の焦点ですけれども、四肢末端の感覚障害のみでよろしいのか、そうではなくて、何らかの症状をブ

18 頁

ラスアルファするのか、あるいは、四肢末端の感覚障害がなくても、その他、水俣病類似の症状があればいいとするのか、そのような内容について御議論いただきました。結果としては、原則として四肢の感覚障害で判断していくことが適当なのではないかと、こういうような御意見をいただいております。

疫学事項、曝露の問題として、症状に重ねてどういう条件を満たすことが必要なのかについても御議論いただきました。これにつきましては、居住地とか居住時期によって可能性のない者を排除することが必要であるとの御意見をいただきました。ただ、線引きにつきましては、あくまでも「原則」とする必要がございまして、例外についての考慮は必要であろうという御指摘がございました。

次にランク付けの可能性と妥当性ということで、上の2点のような形で拾い上げた方々を更にその中で幾つかの分類にランク分けすることができるかどうかについて御議論いただきました。これにつきましては、先ほどの四肢の感覚障害とか、そういう症状の程度からランク付けすることは非常に困難であるが、一定の症状を持つ者について、症状ではなくて、福祉の側面とか障害の程度とか、そういった問題からある程度の区分をすることはあり得るのではないかと申してございまして。

(3)として、水俣病と認定されない一定の者の医学的解釈でございます。ここが一番難

しいところかと思えますけれども、解釈の例として幾つか考え方をお示しして御議論いただいたのですが、アは、集団としては部分的、確率的にメチル水銀の影響があり得るが、個別には判断不可能という内容でございます。

イは、集団として、個別としても、メチル水銀の影響によるものかどうか明らかでない、判断不可能であるということで、分からないということに近い考え方だと思います。

19 頁

ウとして、メチル水銀の影響ではないが、他の原因が特定不可能というものでございます。

エは、心因性でそういった症状が現れてきたもの。こういう内容でございます。

以上について御議論いただいたのですが、ウは、メチル水銀の影響でないと言ってしまうので、対策を行う根拠にはならないだろうということ、エにつきましては、心因性による症状というのは社会的にも議論を呼んで批判されているところですので、これで理屈付けすることは難しいのではなかろうかという御意見でした。アではっきりいいますと水俣病に近くなりますので、説明としては、アとイの中間ぐらいで説明する方法を見つけていくべきではなかろうか、そういう御指摘をいただいたところでございます。

最後に(4)として、こういった定義に基づきまして、一定の者を選別する方法をどうしたらよいのか、これについて御議論いただきました。まずチェック項目としては、症状と疫学事項による審査は必要であろうということです。その場合に、チェックの方法としては、公正な立場で資料がつくられなければ意味がないので、知事が指定する医療機関で診断書を作成して、知事が審理する、例えばこういった形で何らかの担保を加えていくことが必要ではないか、こういう御指摘をいただきました。それから、審査ということでは、現在の審査会で非常にきちとした審査をいただいておりますけれども、この審査会を活用することは、今でも認定業務が非常に多忙でございますので、ちょっと難しいのではないかと御発言がありました。

他につきましては、資料でございますので、追って御覧いただきたいと思います。

続きまして資料3を御説明させていただきます。

未処分者問題についてでございますが、この問題についてはまだ突っ込んだ

20 頁

議論まではしていただいております。その状況と問題点について多少こちらの方から御説明させていただいて、御意見を伺ったところでございます。

未処分者問題の現状として、現在2,900名ほど未処分者がいますけれども、特にその中で保留とか処分に特別の措置を要する者が最近多くの割合を占めていて、問題になっていきます。

未処分者問題についての議論ですけれども、こういった多数の未処分者が解消しない構造的な問題ということで多少分析しました。

第1点として、一回棄却されても再申請ができること。第2点としては、公的検診を要

することによる検診、審査の体制的問題。これは公的検診でやることにしておりますので、そのためにいろいろなトラブルが生じてくる面がございます。それから、水俣病の病像に由来する検診、診断の困難性。これは水俣病の症状が神経症状ということで、客観的にとらえることが非常に難しいという条件がありますので、それに伴う困難性があるということでございます。また、申請者の検診、審査への協力性の問題です。これはどうしても過去の経緯から、検診についてのいろいろなトラブルがございますので、それが認定業務を難しくしている大きな要因であろうということでございます。

次に処分困難者である未検診死亡者、寝たきり者、県外申請者、検診拒否者の問題について見ていただきました。これらについての共通の問題点としては、いずれも公的検診の資料が得られないために審査会へ諮問することができず、処分することができないということでございます。

次のところは制度的な理解ですけれども、公健法の法的な要求としましては、認定に至らない場合は、水俣病とは判断できないということで、認定できないということになりますので、資料不足とか医学的判断ができない場合は、棄却処分になるかと思えます。単にこのような処分をすることも、また拒否者につ

21 頁

いても資料不足ということになりますので、何らかの命令などを経て処分することも文言上は可能であるとも考えられるわけでございます。しかし、医学的に判断がついた段階で処分することとしていたこれまでの制度の運用との整合性の問題、更に、訴訟や不服審査などにおきまして、公的検診の必要性の問題とか、所見をどう評価するか、どのぐらいの所見で評価するのか、これらが非常に議論になっていることなどから、行政としてなかなか動きづらい面があるということを御説明させていただきました。

3番として保留者の問題ですが、保留者というのは、先ほどの(2)の処分困難者のグループが、ある意味で事務的、制度的に引っかかっている面が大きい方ですけれども、(3)の保留者の方は、判断困難とか、所見がとれない、症状の整合性の欠如等によって審査会の答申が得られないもの、医学的に難しいものという理解をしております。これについて、現在も医学的に判断ができないと処分できないというようにしておりますので、今後何か処分を行っていくためには、そうした制度運用の考え方とか、最終的には制度自体とかを多少変更するようなことが必要になろうかということでございます。逆に、現状の保留のままでは何らかの支給を行ってはどうかということも考え得るわけですけれども、棚ざらしにしておくことについては、現在、待ち料訴訟などもありますので、正当な理由をつけることがなかなか難しいのではないかと考えられるところです。

次に2ページを御覧いただきたいと思います。5月21日に行われました第2回の医学関係の懇談会の中で、熊本県認定審査会の副会長をされております岡嶋先生に来ていただきまして、特に処分困難とか保留の問題について現場の状況を話していただいたところでございます。処分が進まない理由として岡嶋先生が御説明されたのは、まず再申請が繰り返

される、熊本県では最高8回の申請をする方もいる、これが大きな理由であると言われております。単に回数

#22 頁

の問題ではなくて、申請するたびに所見が変動するような場合があって、判断する場合でも非常に難しいという御指摘がございました。保留の原因としては、～まで資料で御説明いただいたのですが、高齢化によっていろいろな症状が加わってきて判断が難しくなる。いろいろな難しい検査もございますので、検査を受ける方が理解力不足でうまく所見がとれない。被検者の非協力性という問題も一部ある。医学的に見ると、症状の出現や消失、変動による所見の評価困難でなかなか判断が下せないという問題がある。所見間の矛盾として、ほかの症状は全然ないのに視野狭窄だけがひどいとか、そういった問題がある。今の問題としては、熊本県では視野狭窄が高頻度かつ高度で出現していて、なかなか医学的に判断できないような事例が最近増えている。このような御指摘がありました。

その後、いろいろ議論していただいたわけですが、その中では、訴訟を念頭におきますと、水俣病であるとのわずかな可能性でもあれば、その後、訴訟において水俣病とされる可能性もありますので、棄却してしまうことができないというようなお話もございました。また、保留の本質的な問題として、所見がどうしても常に動くために、説明困難で保留となってしまうという難しさがあるという御指摘がありましね。それから、御議論の中で、2種地域については、ある時期に汚染があって、それで疾病が発生したという性格でございますので、1種地域のように継続して大気汚染の曝露を受けているという性格のものと違いますので、汚染解消後にも再申請を認めているというのが制度上不合理なのではなからうか、そのようなお話が出てございます。

簡単でございますけれども、以上がこれまでの懇談会の経過でございます。

【井形委員長】 遅れてきて御迷惑をかけて申し訳ありません。

ただいま説明いただいたことについて御質問があればお願いいたします。法律関係の方と医学関係の方がこういう形でお会いするのは初めてになるのでは

#23 頁

ないかと思いますが、どうぞフランクに御討議をお願いいたしたいと思います。

この委員会は、御承知のように、水俣病と認定されない一定の者を医学的に全く関係がないと言い切れば、こういう委員会は必要ございませんし、水俣病に含まれると言ってしまうと、それもまた公健法に全部入りますから、いかにしてその間をほんわかとするか。もう一つは、実現可能な案、そうなる、どうしても行政的に可能、あるいは政治的に可能、いろいろな制約がございますので、なかなか微妙な表現にならざるを得ないので。

どうぞ率直に御意見を承りたいと思います。

【小高委員】 いずれにしても、水俣病と認定されていない一定の者を何らかの形で認定して救済するということになり、かつ、現在の審査会を活用することは實際上無理だということになりますと、認定の手続きはかなり簡略化し、要件も簡素化していかなくてはな

らないだろうと思います。

それに関連して、資料2の2ページの(2)の水俣病と認定されない一定の者の範囲のとりえ方でございますが、2番目に疫学事項で、原則的には居住地、居住時期を基準にして、可能性のない者を排除するが、例外についても考慮が必要だと述べておられます。この「例外について」というのは、手続きがかなり形式的なと申しますか、細かな実質に入らなければ処理できないようなものでなくて、例外というのは、ある程度幾つか典型的にリストアップできるものなののでしょうか。ここの部分がある程度類型化が容易でありませんか、認定業務が非常に難しくなるのではないかという気がいたします。これはいかがでしょうか。

【井形委員長】 これは疫学の先生からお答えいただいた方がいいと思いますけれども、私ども、認定するときは、あくまでも汚染指定地域からの認定患者と考えて今までやっておりましてけれども、実際に申請が出てみますと、実は住んでいるのは指定地域外だけでも、水俣に働きに行って三食とも食べた。

24 頁

そうすると、居住歴では排除できなくなってしまうわけです。そういうことを想定したわけで、あくまでもこれは御本人が、居住地区以外だけでも汚染を受けたということを申告されて、客観的にそれを証明できればいいとすれば、比較的容易ではないかという感じは持っております。

ここを、係員がいて、3日ばかりで調べてこないと判断できないとなると、この制度は生きませんね。

【浅野委員】 そうすると、居住地の可能性を最大限に広げておけば、むしろこれは考えなくていいという可能性も残すわけでしょうか。つまり、第1種のように、大気汚染の場合でしたら、通勤で曝露というのは理屈が合うのですが、この場合、経口摂取が前提だとすると、通勤の曝露と言われてもそう釈然としませんから、かえって混乱してしまうので、むしろ地域を少し広げておいて、そこで割り切ってしまうと、あとはだめだという方が簡単だという気もしますが、その可能性はありますか。

【井形委員長】 例えば大阪に出稼ぎに行っている人が、仕事のあるうちは建設業に従事して、あとの4ヵ月は水俣で過ごしました、そういうケースが考えられます。

【浅野委員】 そういうケースを考えておられた。それならまだ分かります。一種の通勤と同じように考えたわけです。

【井形委員長】 そうすると、居住証明になるわけですがけれども、籍は向こうに置いてこっちへ帰ってきているというのが何例かあります。

【浅野委員】 原爆医療の場合と同じような発想を取り込むというふうに理解していいのでしょうか。

【森島委員】 制度関係の場合には(2)のところではイとウの中間あたり、医学関係の場合には(3)のところではアとイの中間あたりがそれぞれ適当な線とございます。制度のところ

では、アは「メチル水銀による影響の部分的又は確

#25 頁

率的可能性に基づく対応を行うという趣旨」で、これは因果関係の程度が強すぎて水俣病であるということになりかねずというので捨てられております。イが「メチル水銀の影響についてはわからないが、水俣病問題の経緯にかんがみ放置しえないという趣旨」とあります。医学の方で見ますと、アは「集団としては」とついておりますけれども、「部分的、確率的にメチル水銀の影響があり得るが、個別には判別不可能」とあります。これは、「集団としては」というのと「個別には判別不可能」というのを除きますと、制度の方のアに非常に似た表現です。医学関係のイは「集団としても、個別にも」とありますけれども、「メチル水銀の影響があるのかどうか判断不可能」とありまして、制度関係を見ますと、イは「メチル水銀の影響についてはわからないが」とありまして、その後ちょっと違いますけれども。制度関係で討議された「イとウの間あたり」というのと、医学関係で御検討された「アとイの間あたり」というのは同じようなことなのではないでしょうか。今日初めて出てきた者から見ますと、私はここで食い違っているのではないかと思いますけれども、この表現は、医学関係と制度関係では余り違ったことを言っていないのでしょうか、それとも、そこで違っているのでしょうか。

【上村委員】 今、森島先生が御指摘になったように、少し食い違っているのではないかと私は思います。それで調整しようというのがこの会ではないのでしょうか。

【森島委員】 そういうのであれば結構ですけれども。

【事務局】 非常にねじれのある表現ですので微妙なのですが、医学の先生方は多少水俣病の色が付いているところまで言わないと根拠にならないかなという感じでお話しされたと思います。制度の方は、そのほかに社会的な要因でいろいろ理屈を付けて説明できないかという選択肢があったものですから、そちらの方に近い形で議論したらどうかという形になったかと思うのです。

#26 頁

【森島委員】 私の質問としては、両方が少し違っているような感じがしたものですから、そうであるということであれば、それでは、それはどういうふうにすればいいのでしょうか、これは質問というよりもむしろ我々の問題と思います。

【滝沢委員】 資料2の4ページの「新たな対策の立案に当たっての制約条件」4のところ、「特に水俣病に関連して行う必要がある独特の制度」と認識しているわけですが、医学的判断では水俣病とは言い切れないけれども、これはこれからいろいろな対策をとろうというわけです。新たな認定制度によって救済していくことになるのかと思いますが、「水俣病に関連して」としますと、新たな認定申請をやはりオーソライズしなくてはなりませんから、認定審査医とか、従来の県の人を使うにしても、そういう人は最初から水俣病でないという条件の下でやるわけですから、そういう審査制度を、進んでそういう専門医になる人がいるかどうかという問題があります。したがって、特に従来の制度を生かす意味

で、既に水俣病と認定されなかった人を申請させるということはいいわけですね。あるいは、それだけではなくて、もう少し広げるにしても、従来の公健法の審査の先生にお願いして、認定審査会で判断基準から合わない、しかし、その人は今度の救済法にいくというような形なのか、全くこれから改めて地域を広くしてやるという形なのか。僕が関連しているアスベスト問題で、アメリカである会社が、日本の企業でもそれを使った人は履歴があって申請すれば、お金をプールして、そこから出すということで、既に日本からも2万か3万人も申し出ている。そういうことを考えているのか、そこら辺のところを専門の先生からやっていただきたいと思います。

【浅野委員】 さっき森島先生が御指摘になった、制度と医学でちょっとずれがあるとおっしゃっているのですが、確かにちょっと見るとずれがあるような気がしますね。制度の方は医学の懇談会の議論の状況は全然知らないで、出さ

27 頁

れたものだけを見て議論していますから、医学の方でこんな議論をやっておられるとは全く思ってもいなかったのです。しかし、今改めて見てみますと、制度の方で考えているときに、基本的には、集団としてメチル水銀の影響が、部分的、確率的にあり得るところまでいきますと、従来の法律の発想からいえば、あと、個別の因果関係の推定が働くという議論にどうしてもなってしまうのです。ですから、それは困るという前提がございまして、もちろん推定

が働くためには前提がありますから、推定を働かさなくてもいいのですが、従来の裁判所の発想からいうと、すぐ推定と言ってしまうので、それで裁判にも影響を及ぼすのではないだろうかというような配慮がありました。医学の方では、拝見しますと、個々の者の症状については、もともと医学的に明らかにするのは困難なものですから、推定も何も考える必要はないので、結局、個々の給付を受ける方については分からんということに落ち着くので、医学はこれで筋が通っていていいと思います。しかし、法律の方は、この論理を使いますと、個々の者については分からんと言いきれなくなってしましまして、場合によっては、集団の影響の割合で個々の人についてもその程度の割合の影響があると推定してもいいではないか。例えばこの集団は有機水銀に曝露されている可能性が70%あるとすると、個々の人については分からなくても70%まではその影響という推定で処理できるという論理になりかねないものですから、そこで切らなくてはいけいなので、一応外せということになったのです。

【野村委員】 今の御意見に同調いたします。医学の専門の方々のお考えを今日初めて見ましたが、これが正しいとするならば、法的な方の整理の仕方も修正を必要とするようになりますね。アとイの中間ぐらいに考えた方が無難なところですね。

【浅野委員】 それでは制度懇は困るんです。

【事務局】 その辺のすり合わせの形をどうしたらいいか、次の議題の一定者

28 頁

の対策の中で、資料を御用意しておりますので、それを見ながら御議論いただければと思います。

【井形委員長】 一つは、もちろん裁判とか和解とかは無関係な委員会ではありますが、今言われたように、この結論が判決にどういう影響を与えるかという問題があります。逆に、私どもがある結論を出しましても、それが全く水俣病の解決に役立たない、裁判で完全に無視されるものであっても困ります。ですから、そここのところを念頭においてぜひソフトな議論をお願い申し上げたいと思います。

それでは、一定者の対策について、環境庁が大体こんな線はどうかという幾つかの案を持ちましたので、お願いします。

〔資料配付〕

【岩尾特殊疾病対策室長】 両懇談会の結果に基づきまして、私どもの方で、ただいまお手元にお配りしておりますが、「水俣病と認定されない一定者に対する対策の方向(案)」をつくらせていただきました。読みながら説明させていただきたいと思います。

まず一定者に対する対策の趣旨でございますが、今も議論に出ていましたように、明確にメチル水銀との因果関係を認めるといわけにはいかないだろう。また、行政の原因者としての責任も出発点にはできない。また、新しい制度を設定するというのであれば、その施策の実施のために積極的な理由付けが必要だ、というところを説き起こさないとなかなか難しいのではないかということで、趣旨を書いたわけでございます。

読ませていただきます。

(資料の1朗読)

というような前文をつくりました。

一定者の定義でございますが、ポイントでございますように、これは水俣病

29頁

とは異なるもの。また、メチル水銀の影響の可能性のない者は排除する。また、メチル水銀曝露の可能性については、原則として、居住地、居住時期で判断することにしてあります。メチル水銀の曝露の可能性があった者のうち、水俣病と診断するに至らない者であって、水俣病にもみられる四肢末端の感覚障害を持つ者。ただし、その症状が明らかに他の原因によると認められる者を除く、というのを定義としております。

この者たちに対する対策の内容ですが、「一定の者に対して、医療の給付及び療養手当(通院費等の医療に係る諸雑費)の支給を行う」としてございます。この考え方ですと、このような医療関係の給付が限界ではなかろうかと考えております。ただし、介護手当、保健手当等の健康管理関係の手当については、可能性を検討したいと考えております。

次のページの4番、給付の手続きでございますが、申請に基づいて知事が判定する。判定には、知事の指定する医療機関において作成された診断書及び魚介類の多食を証明する書類を審査することにより行う。これは、ポイントでございますが、実際に機能するかどうかは手続きの在り方にかかっておりまして、現行認定制度における検診、審査会の体制

よりも簡便な手続きが必要である。また、一定の者であることの判定は、症状及び疫学事項に関して、先ほどの定義に核当するかどうかを判定する。症状については、ある程度専門性、中立性が保証された機関において診断することが不可欠ではなからうかと考えております。また、疫学事項のうち、多食の事実については、本人の陳述書程度であっても、証明書として提出させることが必要ではなからうか。地域要件については、原則にとどめ、先ほども議論がございましたが、特別の事由の証明等により例外を認める方向ではどうかと考えております。

5 番目の財源負担でございますが、行政が政策的に施策を実施して問題の解決を図るという観点を前面に出しまして、国・県の負担により実施するという

30 頁

形にしたいと思っております。そのためには、制度の理屈付けが重要と思っております。

6 番の現行認定制度との関係でございますが、現行認定制度で認定された患者については、新たな対策は実施しない。新たな対策の対象者が行う認定申請の防止を制度化することについては困難ではないかと考えております。認定申請の抑制という意味では、実質的な申請のとりやめといいますか、そのような効果を期待するしかない。訴訟については、法的には抑制することは無理であろう。新たな対策の申請・審査手続と、現行認定制度における申請・検診・審査手続との関係をどう調整するかということも大変問題であると考えております。

このような形で一定の者に対する対策の方向付けを事務局で案として考えてみました。御議論いただきたいと思っております。

【井形委員長】 まず、先生方、率直にどういう御意見をお持ちになりますか。

私はこれを読みまして、実は特別医療事業というのが既に発足しておりますが、これは治療研究という名の下に行われているので、法制度としてやられておらないのですが、これは既に制度みたいな形で 2,000 名弱の人が医療費を受け取る仕組みになっているのです。したがって、もし今度の制度が特別医療事業と内容が全く同じであれば、特別医療事業以上の効果は期待できないという現実があります。したがって、何らかの形で上積みされることが必要。それから、特別医療事業該当者は、認定審査会である程度チェックを受けた人ばかりですから、これは新しい制度になりますので、特別医療事業の人は自動的にこの制度に乗る。それ以外の人で核当者がおれば、今の説明のような県の方で簡単な手続きで認めるといふ形をとれば、現実的には可能ではないか。環境庁もそう思っているんじゃないかと思うし、私はそう考えておるわけです。

先生方、御意見をどうぞ。

31 頁

【野村委員】 この趣旨に書かれてあることからしますと、先ほどの資料 2 の 2 ページの下の方の (3)、医学関係の懇談会での審議の考え方がベースになっているように見受けられます。私自身はこれによろしいのではないかと思います。もう一つは、2 ページの 4 の

給付の手続きで、「知事の指定する医療機関」とありますが、この役割は、先ほど制度関係と医学関係とで少しずれているという御指摘があったのですが、制度関係の考え方でいくと、医療機関の役割は非常に軽くなってしまいます。なくてもいいというところまでいかないかもしれませんが、そうなるとは思っておりました。しかし、医学関係での懇談会での考え方でいきますと、ある程度の役割が期待されるわけですが、私の理解するところ、二つほど考えられます。一つは、四肢末端の感覚障害を訴えているかどうかという確認と、もう一つは、「ただし、その症状が明らかに他の原因によると認められる者を除く」とありますから、その判断が医療機関においてなされるのではないかと思います。そういう理解でいいでしょうか。

【荒木委員】 先ほど読んでいただきました最後の案ですけれども、これは私は全面的に大体賛成でございます。ただ、私の考えとしては、申請者に各種の証明書を提出していただくということを一つの義務として、申請していただく。その中では、先ほどから問題になっておりましたように、居住歴を証明していただく。いつからいつまで住んでおったか、また、他県に移った場合には、どうして自分は汚染されたかということの証明。第2に、もしその当時病院を受診したかどうかの証明があれば、それを書いていただく。つまり、その当時全然ドクターにかかっていないということであれば話にならない。自覚的なものにすぎないわけですから、どこの病院にかかったかということをしていただく。それから、家族内に水俣病の認定者があったかないか、認定審査会でいつ棄却されたか、何回保留になったか、そういったような証明書を出していただいて、それを受け付けるかどうかをどこかの機関でやっていただきたいと思います。

32 頁

そして、今度はそれを具体的にこの人たちがどうかということは、どこかオーソライズされた機関で受け付けていただいて目を通していただきたいと思います。これは医学的な審査は非常に軽くなりますけれども、あくまでもボーダーライン層の方々の判断ですから、そう困難なことはないと思います。四肢の感覚障害があつて、こうやって申請書を出されたということであれば、それで一応受け付ける。あとはランク付けが今後問題になるかもしれませんが、そうであれば、現在の職業、つまり具体的には今どういう職業に就いていらっしゃるかどうか、その雇用主の方からの証明書をいただく。その人が収入源になって働いている人かどうか、だれかの世話になっているかどうか、あるいは寝たきり、病院に入院中の者か、そういうことが一つの判断条件になるのではないかと思います。それが全部そろいましたら、この方はこの程度の医療の給付と療養手当を出したらいいとか、そういうことを判断していただいて、最後に健康チェック表というものを渡して、6 ヶ月に一回は義務的に受診させるとか、そういうことがフォローアップにつながっていきますので、一般の世間からの反応はよろしいのではないかと思います。

【野村委員】 今、先生はランク付けとおっしゃいましたね。これはランク付けを想定しているのでしょうか。

【事務局】 この案は規定してないです。

【森嶋委員】 質問ですが、今の1ページの「趣旨」の2段落目の3行目に、「集団としても、個別的にも、それがメチル水銀の曝露を原因とするものか、他の原因によるものかを特定することは困難である」とありますが、集団としてメチル水銀の曝露を原因としているかどうか分からないということだとしますと、集団としても分からないものになぜ一定の施策をするのか。そこで多分、制度班では、社会問題があったからということになるのでしょうかけれども、そのこのところがかなり大きな問題になるのではないか。医学班では、集団的には

33 頁

メチル水銀の曝露による可能性があるのではなかろうかというところがあって、しかし個別的には、この症状ではメチル水銀によるものだとは言えませんということで、集団として一応こういう特性を持っているからやってみましょうか、しかし、それは水俣病としてはっきり出ているわけではないから、あのレベルも医療費とかその他ですよということで、これは割合結びつきやすいのですが、「集団としても、個別的にも」、特に「集団としても」というところは何か特段の意味があるのか。それから、ポイントのところに「明確に因果関係を認めることはできず」というのは、もしもそれが、個別的に患者がメチル水銀の影響を受けているかどうか、その個別の因果関係は分からないということなら、これは極めて明確なのですが、「集団としても」という言葉があるものですから、これはどういう趣旨でしょうか。

【井形委員長】 むしろ判決の中にそう書かれてしまっているんです。水俣地区に末梢知覚障害が多くて、これが分からんというなら一体何を原因とするか、有機水銀以外には考えられぬではないかという判決を受けた。その判決をそのまま認めてしまうと全部水俣病になってしまうものですから、工夫してこんな表現になっています。

【森嶋委員】 その場合、確かに先ほど浅野さんの言われたようなおそれはあるのですが、むしろ先ほどの制度的制約というのがありましたが、今の環境庁の立場では、あるいは制度的には、今の認定要件から外れるものについては水俣病ではないのだということですからね。判決は、それもひっくり返して、水俣病はあの認定要件ではないのだ、狭すぎるのであって、もっと広いのだという、別のが引っかかっていますから、そこでそうだとすると、推定を働かせて、認定要件にない知覚障害などがあつたら、それで水俣病と認めるのだという、一応そこから先は判決の別の論理ですので、確かに浅野さんの言われるような危険性はあるのですが、ここで余りそれを考えてやっていると、この文

34 頁

章の内容自身がつじつまが合わなくなりそうな気がするものですから、それなりに、自分たちがここで使っているのはこういう意味だということを経験的にははっきりさせなければいけませんけれども、考え方として、ある程度我々の論理の我々の言葉でコンシステントがあつた方がいいように思うのですが、いかがでしょうか。

【滝沢委員】 その点は、疫学的には昭和 43 年ぐらいまでは環境汚染によって魚介類に水銀がありました。したがって、明らかにその地区は集団として水俣病が発生し得る、そういう地区でありました。昭和 43 年からはもう汚染はきれいになりましたが、何年ぐらいをとるか、2~3 年、5 年ぐらいまでの間は、集団としての汚染地域で、個別には今まで認定されなかった人でも分かりにくいということで、これは時間を省略してあるもので、そこで汚染があった。しかし、もう 20 年もたって、汚染がないのに、今もいつまでもそこが個別に因果関係が認定される。ただ、かつて集団的には環境汚染があったけれども、もう 20 年たって、現状では環境汚染はないはずですから、そのところを詳しく記載しないと読みにくいところがあるのではないかと思うのです。

【森嶋委員】 今の先生のを少し敷衍しますと、昭和 43 年あるいは先ほどの御説明で数ヵ月かどれくらいか分かりませんが、しばらくの間までは集団としてはその影響のある可能性があった。個別的には、今の症状を持ってきたのでは、ないと言えないけれども、ところが、昭和 43 年以降になると、集団としてもそういう影響を受けることはないのだ、そうすると、43 年以降に症状が出た人については、騒ぐから出しましょうということになるのでしょうか。

【浅野委員】 むしろもう少し細かく議論していかなければいけないのですが、居住時期で判断することになって、おそらくさっきの重松委員会のレポートを見ていますと、大体何年ぐらいまでというのはおよそ見当がつくわけで

35 頁

す。そうすると、むしろこの能書きのところにも、「汚染が終結した一定の時期までは」などという言葉を入れてしまえば、集団としての影響の可能性は排除できないということでも済むわけですね。それで制度的にもそこで切ってしまうという理屈が立ちますから、むしろそのような表現に改めて、集団としても明らかでないということは外した方が趣旨ははっきりするような気がします。

それと、別の観点なのですが、一定者の定義の中で気になるのは、結論的にはこのような何らかの排除の論理を持ち込みたいという気持ちは私もありますし、賛成なのですが、「ただし、その症状が明らかに他の原因によると認められる者」を除いてしまいますと、ここで一定者というのは、少なくとも明らかに他の原因でないわけだから水俣病ではないかというふうになりかねないので、余り欲張らずに、四肢末端の感覚障害を持っていればもういいといって目をつぶらないと筋が通らなくなるのだろうか。余りここで潔癖になってしまうと、そこはグレーゾーンでもかなりブラックに近いグレーだということになりかねないのですが、ここは上手にグレーゾーンのボーダーライン層を拾うということをおっしゃっていて、明らかに他の原因による者を除いてもうまく説明がつくような論理があるのかと思っているのです。つまり、ここで「ただし」と書いているのは、本当にまじめに医療機関の側で他の原因であるということを調べてくれることを期待しているのか、それとも、ほとんど医療機関は、明らかに他の原因であるとは言わないだろうという想定をし

て、ともかく書いておいて、財政当局向けには筋を通しておくということなのか、どっちなのかという気がするのです。医学的には、「明らかに他の原因によると認められる者」というのは、常識的には確実に選び出せるような気がするのですが。

【井形委員長】 今御指摘のとおりですが、例えば糖尿病が非常に高度であって、糖尿病が加わっているだろうという推定があっても、例えばその方が昭和 37 年からしびれていましてと言え、糖尿病では説明ができないかなというケ

36 頁

ーもあります。また、何年ごろに特定の何とかいう病気にかかって、それから激しかったということなれば、汚染が過ぎてから原因があるとなれば、これは多少末梢知覚障害があっても、それは別の原因だと断定できますので、これはどちらかということ、先生の今言われた後者に属するので、非常に狭い意味でこういう歯止めだけを書いておいた方がいいだろう。実際はほとんど含まれます。

【森嶋委員】 昭和 43 年以降に発症した人で水俣病と認定されていない人はどれぐらいいますか。つまり、水俣病と認定されない人を相手にするわけですから、今申請していて、未処分あるいは一応棄却されて、ここにたまっている人の中で、昭和 43 年あるいは少し余裕を認めると、44～45 年から先に発症したとってまだ申請を繰り返している人はどれぐらいいますか。

【井形委員長】 これははっきりとした数字は出ません。本人にいつからしびれていたのですかと何気なく聞いたときは、48 年からと言ったのを、聞き直しますと、実は 37 年ごろからと言われてしまうのです。そうしたら、それを証明するものは何もないのです。裁判などは、弁護士さんがついていて、そうじゃないでしょう、37 年でしょうと言ったら、はい、そうですと言われてしまいますと、もうどうしようもないですね。

【森嶋委員】 と申しますのは、昭和 44～45 年以降の人は、この論理に従って、最初から集団的にもその可能性がないのだから落としますよと言って、それで政治的に問題が生じないなら、それで貫徹する。

【浅野委員】 それは少し割り切りの論理を持ち込むとすれば、少なくとも停止から数年を経過して以来、新たな水俣病が発生するとは考えられないわけですから、数年という国語の意味に政治的安全率を掛けてもう少し延ばすようなことに結果的にはなるのではないのでしょうか。

【森嶋委員】 結果的にはそうなるのですが、今の点で我々が決断をする前提

37 頁

として、そういう人が大量にいたら、数年とって、あとは数年の中に入り込めと言わんばかりにしても、なかなか無理ではないか、あるいは今、井形先生がおっしゃったように、後から聞いたら、いや、手前でしたと言ってくれればいいけれども、そうでない人がたくさんいたとすると、お前たちの言った新しい制度は何の解決にもならんではないか、ごくごく一部のものを解決しただけだということになりますので、その前提として、どれぐら

いの人が昭和 44～45 年以降に発症したのかということです。後で言い換えるかどうかは別として。

【浅野委員】 大量に申請が出てきた時期は昭和 47～48 年ぐらいですね。だから、少なくともその辺が一つのめどかな。僕はさっき、具体的に何年ぐらいかを考えていけば、多分昭和 47 年か 48 年ぐらいのところに落ち着くだろうなと思って聞いていましたけれども、それで大量に申請が出た時期とほぼ一致すれば、それ以後には発症しないはずですから、何とかうまくつじつまが合うのかなと思いました。

【森島委員】 あれば 5 年も経過すれば、よさそうな感じはしなかったけれども、重松委員会ではどうでしょうかね。

【浅野委員】 でも「数年を経過して」と書いてありますから、数年というのは 3～4 年ぐらいまでは何とかなるのではないのでしょうか。

【事務局】 はっきりとした数字は我々持っておりませんが、あちこちで行われている裁判で、原告本人尋問というのをやりますけれども、それを聞いている限りでは、皆さん、昭和 43 年以前に症状は出ていると陳述録には書いてございます。

【井形委員長】 小児水俣病の判断条件というのは、私が委員長でつくったのですが、そのときに、昭和 42 年でへその緒が正常化しておりますので、それに 1 年足して 43 年までとしました。そのとき新聞などにも、水俣病にタイム

38 頁

リミットをつけた最初のケースと言われたけれども、小児水俣病に関してはトラブルが起こっていないのです。それは一つは、強いて説明すれば、子供は回復が早いので、遅発性とかそういうものは、回復はそれををはるかに上回るだろうという論理が通ります。でも、大人の場合は、今は少なくとも 2～3 年前にしびれ始めた人は認定もしておりませんが、地区の人も、そんなのは違うという認識がありますから、どこかで時点を区切ったとしても、それはそれで筋が通りますし、それに著しい反対は出ないのではないのでしょうか。つまり、裁判に出ている人たちが皆 37 年ごろ発症ですと言っている現実があるのですから。今度、神経学会で、浜田さんという、私の教室におった人が、少なくとも昭和 48 年以降だったか、最近マスとして悪くなることはないというデータを発表しました。そういうことをつければ、そのことをめぐって大きなトラブルは起こらないだろうと予想します。

ただ、これが潜在的に有機水銀の影響を受けていて、以前は発症しなかったけれども、年齢が高じてくるとそれが明らかになるという理論を援用しますと、これから先どんどん年をとってきて足がしびれた人は皆水俣病の影響になるでしょう。だから、その意見は少し修正しておこうと思っておるのです。

【森島委員】 そうだとしますと、先ほどの趣旨のところにあるのは、少なくともある時期までは集団としては水俣病曝露の影響があり得た。しかし、こういう症状を持っている人が個別的に水俣病の影響を受けているかということ、それは分からない 分からないというよりも、むしろ今の認定条件では影響を受けていないと感じている。しかし、集団とし

て受けているというので、特段の措置をする。そうだとすると、昭和 45 年かどうか分かりませんが、43 年以降、しかるべきとき以降の人については、集団としてもそういう影響はないと考えられるので、それは対象から外すというような理屈になるのでしょうかね。

39 頁

【井形委員長】 安全係数をとって、例えば昭和 50 年前後とか、そんな表現は無理ですか。比較的最近の発症は違うという表現を書きおけば、それでいいのかもしれませんがね。

【森嶋委員】 法律だと、何とか前後ではちょっと具合が悪いから、例えば医学的な知見に対して更に安全を考えれば、昭和 50 年以後のものについては集団としても考えられないということにしておけばいいのかもしれませんがね。

【井形委員長】 荒木先生の出されたデータの多発神経炎の発症というのは、いつかまたお調べいただいて、昭和 37 年以前ばかりか、最近発症したのものも含まれているか。汚染地と対照地区とで、荒木先生のところで出された報告は頻度の差が一番多いわけです。ほかの地区も多いのですけれども。そういうことで、昭和 50 年という枠が切れるかどうか。

【森嶋委員】 それはもう少し先にいって切ってもいいことと思うのですけれども。

【井形委員長】 それから、大石長官が国会で「蓋然性が 50% 以下は違うと判断している」と答弁しておりますけれども、ここでは「蓋然性」という言葉は全く使わないのですか。

【事務局】 「蓋然性」の話は大変誤解されているところがありまして、今の判断条件の考え方は、昭和 53 年に事務次官通知を出したときに、蓋然性の高い者を認定するのだという言い方をしているのです。それに照らせば、それに至らない蓋然性の者は、認定には足りないけれども何らかの疑いが残るということで何か制度をつくるというのは非常に自然なのですが、ただ、これまでの経緯で、昭和 46 年の事務次官通知で「可能性を否定できない場合は認定」という言葉を使ってしまった経緯がありまして、もう一つは訴訟の問題で、我々は蓋然性が満たないということで棄却した事例が、推定ということではなくて、高度の蓋然性を持って水俣病と認められるのだという判決もあるものですから、

40 頁

蓋然性で説得的な議論をするのはなかなか難しい状況でございます。

【井形委員長】 あえて使わないということですね。

それから、医療の給付の場合に、個人負担分の負担ということになりますが、将来、国保が非常に赤字になるとか、負担率を 3 割から 5 割に上げたいとかいったときには十分対応できるのですか。つまり、結局、本当に病気の方は、100 万円ぐらいもらうよりも医療費を取った方が有利ですよという説明は今までしておいたのです。医療費の負担は、今 21 兆円で、そのうちにまた増えてくると個人負担は増えます、そうすると、今の推定金額の 2 倍ぐらいにはなるでしょうということを特別医療事業のときに言ったことがあるんです。そういうことを言ってもいいですか。厚生省から怒られるかな。

【岩尾特殊疾病対策室長】 制度として、公費医療の負担をするのだということであれば、特に割合について決めるわけではないですから、あとはむしろ我々が厚生省から怒られる

か、従来どおりでお願いしますという形にならざるを得ないのではないかと考えております。

【三觜特殊疾病審査室長】 公費負担でやるなら、保険適用ではないという議論が厚生省サイドで出てくるだろう。逆に、自己負担分ではなくて、保険適用外でやれという意見が厚生省の保険サイドから出て、クリアするのが大変ではないかと思えます。

【井形委員長】 一つ、裁判で言われても、私たちは、水俣病と公的には認めない方がいいと思っているのは、水俣病と認めますと、医療費をチツソないし国が持たなければいけなくなりますね。その額はものすごい大きな額になるんです。したがって、この方が実質的に住民にプラスになると考えておるのです。

【森島委員】 厚生省との関係は、国保の外でやれというのに対して、こっちがどう組み立てるかによると思うのです。今までの御議論の結果ですと、国の責任とかチツソの責任とかいうことは外でやっていますので、むしろどちらか

#####41 頁

たとえば、まだはっきりはしませんが、社会的経緯にかんがみて、みたいなことですから、いわば国が特別の措置をするということですので、そうなってくると、もともと持てという議論はかえってやりにくくなるのではないのでしょうか。そうしたら、厚生省の方に、それでは、国の方に責任があるということをおあなたの方で言ってくださいということになる。

ですから、厚生省が困るようなことは余りここでやらない方がいいと同時に、厚生省が言いそうなことは、逆に厚生省が首を絞めることになりかねないということだと思います。

【滝沢委員】 対策の内容は非常に結構ではないかと考えております。一定者の定義のところ「水俣病と診断するに至らない者」ということですから、審査会のように権威あるところでないと、なかなか水俣病と診断するに至らないと言えないのではないかと。新しい対策では、公的な病院とかを二、三指定すると思いますが、新しい制度ができた場合に、以前魚を食べていた、そういう既往歴があって、しかも、昭和40年ごろ、多少しびれる感じが強くなったから申請するという人は、最初から新しい対策の方へ行くという人はいなくて、最初、全部認定審査会に行ってから、棄却されると初めてそこへ行くというようなことが考えられないのでしょうか。

【井形委員長】 それも考えられるのではないのでしょうか。

それから、住民の健康管理システムというのが話題になってきますけれども、その中で管理している人が、どうしてもこれは水俣病らしいと判断した場合は、認定できるような、実際は余りないと思うのですが、対外的に発表するときは、健康管理の過程で水俣病が疑われたら認定しますよという表現があった方が、少なくともこれは絶対認定する層ではないと言い切らない方がいいだろうと考えております。

【納委員】 申請することを抑制するには使えないとどこかに書いてありま

#####42 頁

したね。ただ、今の特別医療事業と同じように、これをもった人は申請できないのです

か。同じ扱いは無理ですか。

【井形委員長】 これはぜひそうしてほしいのですが、無理なのですか。

【事務局】 私ども国としてはそうしたいと思っております。ただ、今の特別医療事業というのは、行政の予算制度でございますので、ある程度行政の決めたとおりにできるところはあります。それで認定申請をした場合には、打ち切るという形にできております。ところが、今回、恐らく法制度にならざるを得ないと思っているのですが、そうしますと、きちとした形で理屈がつかせんと、そういう措置ができなくなりますので、そのきちとした理屈が積み上げられるかどうか、非常に難しいものがあるのではないかと。そこがクリアできれば、認定申請と二股をかけられないようにできたらと思っております。

【納委員】 同じ内容の方がいいことはいいのです。

【井形委員長】 何とか理屈をつけてやりましょうよ。早期解決にちっとも役立たない。理論を法律の先生に考えていただいて。

【浅野委員】 ここは考えたのですが、なかなか難しいなということです。ただ、法律をつくる場合に、どの法律の中でやるのかということも少し関係しますので、現行法の中に入れるのか、全く別法にするのか、というのがありまして、そこはこの前、制度の懇談会では「ウーン」というところで止まっていて、それ以上の議論はまだできていません。これからもう少し勉強します。

【加藤委員】 小さいことですが、疫学条件の中で、魚介類の多食を証明する書類をつくると書いてありますが、これは要するに前に棄却された場合には、そこに疫学条件として出ますよね。だから、それは使えると思うのですが、新たにとるときに、昔食べていましたか、どの程度ですかというのは、なかなか証明しにくいのではないのでしょうか。そういう意味では、月に何キロ食べたかとか、自己申告の場合、なくては法律的に困るものなんですね。

43 頁

【浅野委員】 おっしゃるとおり、証明といっても、ほとんど証明不可能でしょうね。しかし、これを陳述書でもともかく書いていただくことによって、少なくとも公文書に虚偽の事実を書くというような心理的圧迫の効果はあるだろう。だから、よくよく腹を決めない限りは、下手すれば公文書偽造でやられるよということはあるので、それで乱暴な申請を抑制する効果が期待できるかなというぐらいのことです。しかし、ないよりはましだろうと思います。

【加藤委員】 そういう意味で、荒木先生が先ほどおっしゃっておられた疫学条件、ほかにも幾つかありましたね、居住歴とか職業歴とか、むしろそちらの方があれでございますが、もちろんそういう意味では、抑制用に使っているなら問題ありません。

【上村委員】 さっき荒木先生は、特別医療事業の対象者がこの中に吸収されるとおっしゃったのですか、あるいは治療研究事業の方ですか。

【事務局】 二つございまして、特別医療事業というのは、棄却された方の中で四肢の感

覚障害のある方でございますので、そちらの方がこのイメージと同じになります。医療研究事業というのは、申請中の方に経過観察ということで出している方でございます。

【上村委員】 両方とも入ってしまうのではないか。

【事務局】 治療研究事業のところだと、まだ判断が下っておりませんので、四肢の感覚障害があるのかどうか、四肢の感覚障害だけなのか、それとも水俣病なのか、そこまでに至らないところでペンディングになっているものですから、ちょっと質的な違いがあると思うのです。

【井形委員長】 それは保留者に対して一定期間たったときに出しているのでありまして、末梢の感覚障害があるかどうかの確認はしておらない。それが治療研究事業です。特別医療事業の方は自動的にこちらに入る。治療研究事業は入らないでしょう？

#####44頁

【事務局】 まだ四肢の感覚障害があるかどうかははっきりしていませんので、そういう意味ではすぐ要件ということではないと思います。

【上村委員】 ケースによって入る？

【井形委員長】 つまり、入ったら申請を取り下げてくれれば一番いいけれども。

【浅野委員】 その辺の仕掛けは、治療研究事業の人は取り下げてもらって、こっちの方に手を挙げてもらうというふうにする方法はあるでしょうね。特別医療事業と全く同じで、抱き合わせで、いらっしやい、いらっしやいというわけにいかんでしょうね。あるいは無審査と審査組とができるようになってくることですかね。そうすると、待っている人たちというのは余りメリットないし、またそこで余計な審査が加わってしまうということになるなら、むしろあっさりとして列からおりて、こっちの列に並び直してくださいという方が確かに素直ですね。

【森島委員】 感覚障害というのは、この仕組みですと、ちゃんと認定審査会で一ぺん、感覚障害はあるけれども水俣病の認定要件に当たらないと言われないとここへ入ってこないのですか。

【事務局】 現在の特別医療事業のことでしょうか。

【森島委員】 そうでなくて、ここで考えて。

【事務局】 まだ百パーセント認定の業務とリンクさせるかどうか考えていないのですが、ただ、今、審査会の途中段階の資料は外部には使わないことにしていますので、審査中の資料を使ってこちらの制度に入れるということは、今の取扱いではちょっと

【森島委員】 審査中の資料を使わなくても、診断書等を持ってきたような場合、例えばしかるべきところで感覚障害があるということ、これは認定審査会と一応切り離れた制度でここで動かすとすると、片方では認定審査会にかか

#####45頁

っている人でも、こちらの方の申請要件に合致すれば可能でありませんか。だから、これをどう組み立てるかによっては、申請中の人もこれでとりあえずは救済を受けられること

になりますね。

【事務局】 はい。先ほど浅野先生が言われたように、認定申請ができるかどうかと同じ話になると思うのですが、認定申請とかぶさることを認めなければならなくなりますと、申請中の方でもほかのところで四肢の感覚障害がありという資料を出して、こちらの事業に乗って、かつ、認定申請もそのままという状態を来たし得ると思います。

【森嶋委員】 この場合、一ぺん認定を棄却された人で再申請している人が多いわけですね。その人はこっちへ来るわけですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 これをもらって、なおかつ、再申請をするということがあり得るだろうと。

【森嶋委員】 ええ。さっきから出ているように、認定の方に行く者は向こうへ行け、認定で棄却されてもまだ並んでいる者はそっちへ行け、そうでない人はこっちに来なさいという、特別医療事業と同じ仕組みにするという考え方ですか。

【浅野委員】 希望としてはそういう希望があるけれども、現段階ではなかなか難しいのではないかという段階でしょう。

【納委員】 私としては、特別医療事業と同じ制度にするなら、ぜひしてほしい。そうでないと、特別医療事業自体の趣旨を殺してしまうことになるのですね。

【森嶋委員】 今あるいろいろな実際上の措置、あるいはもう一つの措置などどういうふうな反応をするのか、その場合に、制度間で給付の内容にどれだけ差があるのか、ないのか。もしも既存の制度でいっている人はそっちでいってくれということになると、これで初めて救済される人はどれだけあるのだから

46 頁

うか。もしもそれが少ないとしたら、迅速な解決を目指してつくったなどと言っても、ちょこっとだけではないかという非難もあるわけですから。よく考えてはいませんが、やるなら、ぱったり網をかけて、もしも他から既に救済を受けていて、これからも受けようという人がいるとすれば、その制度間調整みたいなのを考える方が、新たな対策だといっていることに合致するのではないか。そうでないと、従来ある制度の中で落ちているごく一部を拾う、これは新たな迅速な解決を目指した制度だといっても、余り強くないような感じがするのです。

【浅野委員】 特別医療事業に関して言えば、こちらに吸収されるという理解でいいのではないのでしょうか。そして給付率がよくなりますね。この考え方でいけば、医療手当がつきますから。治療研究事業に関しては、恐らくこれは両立できるかどうかという基本的な組立てのところの問題ですが、これでもらっていて、なおかつ、申請ができるのだという立場をとれば、治療研究事業については併給禁止か何かにする以外ないので、四肢の感覚障害を持つということが何らかの形で立証できるので、こちらに入ってきた人については、もう治療研究は打ち切り。それがだめな人について、従来から既得権があるわけですから、治療研究事業を今更廃止と言えないのなら、認定が決着がつくまではそっちの方で

もらってください、そういう仕掛けにしかないでしょうね。

【森島委員】 これ自身は少し窓口が広いようにしておく方がいいのではないのでしょうかね。

【浅野委員】 多分両方がいいと思います。

【井形委員長】 そういう意味では、特別医療事業ができる前は、患者さんの中には、棄却はやむを得ないと思うが医療費だけはぜひお願いしたいという階層が非常に多かったんです。それが背景にあって特別医療事業ができたのです。特別医療事業ができてから、多かった保留者がどんどん減ってきました、

#####47頁

今年の暮れぐらいには鹿児島県は100人を切ると予想しますし、熊本県も300人程度に落ち着くと予想しています。ですから、治療研究事業は自動的に減っていくと思うのです。

【事務局】 熊本県はまだ2,800人ほどおります。その中で2,000人ぐらいが保留とか処分の困難な人ですので、鹿児島県のように順調に処分が進むという具合にはなっていないのです。

【井形委員長】 言葉は悪いけれども、棄却すれば同じ内容の救済が受けられるという背景があれば、棄却が進むのではないですか。

【浅野委員】 少なくとも四肢末端の感覚障害を持っているような保留者は、もう取り下げてくださって、こっちの方に入ってきてくださるようになると一番いいですね。ですから、ここで何とかうまく仕掛けが考えられるといいですね。

【井形委員長】 結局、棄却というステップを踏めばいいんですよ。踏んで、なおかつ、この制度に乗らずに、どうしても認定申請を出したいという人はやむを得ませんけれども、そういう意思が働けば減ってくると私は思います。

【納委員】 少なくともこの事実に乗っていて、かつ、認定申請をすることはできないということにしておいていただかないと

【井形委員長】 両方やるね。全員申請になってしまう。

【約委員】 両方出るし、かえて申請の数を増やす仕掛けに間違いなくなってしまうですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 それが私どもの一番恐れているところであるわけです。仕事量を今更2倍にしようとは思っておりませんものですから。

【納委員】 ですから、その仕掛けなしにこれをスタートさせたら、私は危険だと思います。

【浅野委員】 一つの理屈としては、認定申請の方は申請時にさかのぼって給

#####48頁

付を受けることができるはずですから、そうすると、一方でこっちの給付を受けていて、それで認定されて、認定時にさかのぼる給付を受けると、そこで重複填補になりますね。仮に最低それを認めるとしても、既支給分ということで、そこで相殺せざるを得ないです

ね。それをやらなくては行けないが、医療の給付の場合には非常に難しいので、それはだめですと。したがって、申請される方については、制度的には後の始末がどうにも收拾がつかなくなるので、だめでございますという理屈は一つありますね。

【岩尾特殊疾病対策室長】むしろそれまでに審査会がパンクするということが先生方の恐れるところだろうと思います。

【事務局】もし棄却者だけとして、棄却者だけだけれども、かなり手厚い対策を加えますと、それを目当てに認定申請してくる方が多数出るのではないだろうかという心配はあるのです。

【納委員】私が言っているのは、今の特別医療事業は棄却者だけに対するものですから、認定申請を経たものでない人にも適用できるという画期的な枠の広げ方をすることだと思えます。

【事務局】認定申請はできないけれども、棄却者とは限らなくてよろしいという御趣旨でしょうか。

【納委員】棄却者とは限らずに、特別医療事業に乗る別なスケール、スケールの違う枠の広げ方をした……。

【小高委員】認定申請はしていないけれども、こういう要件が緩やかになりますから、これがあるのだったら、これだけ使おうというような申請者は潜在的にかなりあるものですか。

【井形委員長】そう言うと、証拠を示せと環境庁から言われますが、今、特別医療事業が2,000人前後でしょう。4,000~5,000人止まり、それ以上は増えないというのが大方の人の見方ですけども、それは分かりません。

49 頁

【小高委員】認定申請はしてないけれども、こちらだったら出そうという可能性はあるわけですね。

【納委員】出てくると思えます。

【井形委員長】実際問題として、こういう対象者の数が特定できれば、大蔵省への説明も極めて容易になりますし、そこが難しいところなんです。余り手厚い手当をすると、申請者がわっと増える。余り少ない手当をしておくと、今度は裁判で後ろから切りつけられるという非常に苦しい立場に立っておるわけです。

【野村委員】先ほど、これを受ける人は認定申請できないようにしたらどうかとおっしゃいました。問題は、それをやった場合の反応と申しますか、そういう予測、アセスメント、その辺はどうでしょうか。

【事務局】やはり批判は非常に強いと思います。

【野村委員】その点を考慮しないと行けないのではないのでしょうか。

【井形委員長】一つは、原告がかなりPRしております和解に対する期待があるのと、熊本県が一時、原告と原告でない人を区別しないという意思表示をしておりますから、そ

うことを暗黙にねらって申請をしてくる人が多くなる可能性はあるんです。今十分でなくても、将来何百万円かもらえるはずだという気持ちで、この制度に乗ってくる人は増えてくる可能性はあると思います。しかし、特別医療事業のときもかなりそのような見通しは立てたのです。そういうことをやると、それ欲しさにまた申請者が増えるのではないかといった予測もあったけれども、そのときは余り増えませんでした。実際、これは医療事業ですから、自分が病気でない人はメリットがないわけです。

【納委員】 ですから、一時金がつくつかつかないかで反応は随分違うわけです。ついた場合には、收拾不能なぐらいぱっと出る可能性がある。それは額にもよるけれども。

#####50 頁

【井形委員長】 これも医療機関へ行った回数に応じた医療管理手当だったらいいのではないか。難しくなってきましたね。

【納委員】 この申請に歯止めのある、例えばあと2年間だけの事業で、2年を越えたら一切申請は打ち切りとかいうことは可能なのですか。

【浅野委員】 それは可能でしょうし、ぜひそうすべきでしょうね。これはもう既に汚染の原因が止まっているわけですから、しかも、遅発性の発症はあり得ないという前提で議論するとすれば、申請受付期間は数年間に限る。

【井形委員長】 1年だな、2年も待てない。

【納委員】 受付期間にリミットがあれば、できれば、その後の対策の仕方はまたやさしくなりますものね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 その後のことも含めて、次の資料を御説明させていただきます。

〔資料配付〕

【岩尾特殊疾病対策室長】 今は認定されない一定者への対策ということで御議論いただきましたが、水俣病問題につきましては、私ども、総合的な対策を立てるということで一般にアナウンスしているわけでございます。そこで、総合的な対策の基本的な考え方につきまして若干御説明したいと思います。

まず横長の一枚紙を御覧いただきたいと思います。

水俣病問題の対応すべき課題を大きく4つに分けてございます。まず再申請や未処分者が増大するというので、現在、認定業務が終了していないということ。これは先ほどの資料にも問題点として掲げております。それから、今議論していただいたものに関連いたしますが、水俣病をめぐる健康不安の存在、認定されない一定症状を持つ者、曝露地域に住んでいる住民の健康不安というものがございます。また、水俣病が発生した地域の環境安全性という問題も相変わらず議論されて、仕切網も外せない状況にあるわけでございます。そして

#####51 頁

これが一番大きい問題かもしれませんが、現在9つの訴訟を抱えていまして、損害賠償請

求については7つでございますが、補償を巡る紛争が続いているということかでございます。

このような幾つかの対応すべき課題にそれぞれ関連いたしますが、この総合的な対策を立てる上で基本的なものの見方があるのではないかと考えております。それは、公害健康被害者、すなわち現在の認定制度の中で円滑かつ確実な救済がなされるということ。また、水俣病に関連する健康不安者がいるということについては、これらの解消が必要である。また、環境安全性については将来にわたってこれが確保されるようにする。そして、社会的紛争を解決するというのがこの総合対策の基本的な視点であろうと思っております。

そこで私どもは、平成4年度に新たな対策を立てるということで、このような立場に立ってどのような対策を立てるかということを考えたときに、まず先生方に御議論していただくと思っていただいていたのが、上の四角で囲んだ3つの問題でございます。このほかにも、環境安全性が確保されるということは、最終的に地域指定の解除という問題になるわけでございますし、また、現在、認定されている方々の保健福祉対策も考えていかなければならない問題でございますが、これらは検討するという時間的な制約その他もございまして、制度といたしましては、上の3つの部分についてのきちんとした対策を立て、平成4年度からやっていきたいと考えているわけでございます。

それらを加えまして、この5つの問題がすべて片がつけば、数年後には最終的な目標である地域住民の健康管理体制が整備され、環境安全性が確認され、また、紛争が鎮静化して、最終的に地域指定の解除という公健法上の問題も解決されるのではないかと、というような流れを考えているわけでございます。

そこで、縦長の検討資料に移らせていただきます。この基本的な視点の部分と今回の対策というところを若干文章化いたしましたので、読み上げさせてい

#####52頁

ただきたいと思います。

(検討資料の1朗読)

当面講ずべき、すなわち平成4年度の施策として考えていきたいと思っているものは

(検討資料の2の朗読)

これは今まで御議論いただいた点でございます。

(検討資料の2の から最後まで朗読)

【井形委員長】 ただいまの御説明に対して質疑、御意見お願いいたします。

これは今日の検討資料ですか、将来は成文化されて外へ出ますか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 これをスケルトンといいますか、こういう形で報告になるのかなと思っております。

【井形委員長】 そうすると、私の希望としては、「健康不安」という言葉が今非常にやり玉に上がっておりまして、本当の不安感を持っている人と、片方では末梢感覚障害がある者としておりますので、「健康不安の解消」という表現を「健康問題の対策」とか……。 「健康不安」という言葉を使わないわけにはいかないでしょうか。というのは、「健康不安」

という言葉は私も論文にも書いておるのですが、これは非常に評判が悪いので、これを使わないことができませんか。

それから、「係争中の訴訟については、国として必要な主張・立証を行っていくこととし、申公審における検討の対象としない」、これは異存はないのですが、「早期解決に努力されたい」という言葉ぐらいは一言入れさせていただかないとちょっと格好がつかない。内容はどうでもいいのですが。それが一つ。

それから、2ページ目の2の の最後の方の「処分を進めることを検討する」。処分を進めるということは、棄却を進めることという意味なんですよ。ですから、この表現も、例えば「この措置の対象とすることにより早期解決に努

53 頁

力する」とか、もう少し抵抗が少ない表現にお願いしたい。これが私の希望ですが、いかがでしょうか。

【事務局】 言葉遣いにつきまして、いろいろあると思います。それは最終的に文章に詰める段階でまた書き直すことになると思いますので、いろいろ御指摘いただきたいと思います。

【井形委員長】 それは結構です。私の希望を申し上げただけで、矢面に立つのは私どもですから、そのあたりは表現を少し軟らかにしておいていただかないと、きついというのが実感です。

「健康不安」というのは、そもそもこの委員会に対する諮問事項ですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 まだ諮問その他という状況ではございませんので、我々として、要するに認定に至らない者が大ぜいいるということ、地域がメチル水銀に汚染されている状況にあるという方々をひっくるめて健康不安者という言い方を最初にしたものですから。

【井形委員長】 ですから、これを大蔵省などに対する文章に使うことについては異存はありません。対外的に発表するときに、もう少し適当な表現でお願いしておきます。

【荒木委員】 先ほどから問題になっております特別医療事業の問題と、認定を棄却された人たちとどういうふうに動いていくか、そのシートをつくっていただくと理解しやすいのです。落ちた人たちは、ここにはこうなって、今度はこうなっているということ。

【事務局】 概念的にここのグループはそちらに落ちて、これがこうなるというものですか。

【荒木委員】 はい。今度新しいのがどこに入っていくかとか、そういうことが一見して分かるような図を示していただくと理解しやすいと思うのです。

【野村委員】 委員長がおっしゃった、いずれ文章が充実していくわけですが、

54 頁

時期にはいつごろ最終的な形となるのでしたか。秋口ですか。

【柳沢環境保健部長】 時期的問題については、まだはつきりいつというところまで至っ

ていないのですが、最終的には、今、先生おっしゃったような時期になるのではないかと思います。

【野村委員】 これは検討を進めていく上で、こちらの方が固まれば固まるほど難しくなるわけですが、いずれかの早い段階で関係者の意見を聞くとか、そのようなことは必要かと思うのですが、いかがでしょうか。

【柳沢環境保健部長】 関係者と申しますと？

【野村委員】 自治体とか被害者のグループとか、そういうようなことはいかがでしょうか。

【柳沢環境保健部長】 例えば熊本県とか新潟県とか鹿児島県とか、そういう意味ですね。

【野村委員】 全部である必要はないと思いますけれども。

【柳沢環境保健部長】 核当の県には、まだ実際にはやっておりませんが、時期を失しないように、県の方でできないことをこちらでいろいろ御提案いただいても問題でございますので、その辺のところは、いつごろ、どういうふうな形にするかは別にして、これからよく詰めてまいりたいと思っております。

【井形委員長】 新潟県をどうするかという問題は必ず浮上してくるのですね。

大体こんな骨子でよろしいでしょうか。

【上村委員】 今、委員長のご質問に対して、水俣病総合的対策の基本的な考え方というふうな形での諮問になるというお話ととっていいのですか。

【柳沢環境保健部長】 諮問・答申というような形になるのか、ならないのか、そこまで最終的な判断はなされてないのでございますけれども、今回、中公審の方をお願い申し上げているのは、総合的な対策ということでもってご検討を

#####55頁

お願いしているのです。

【井形委員長】 そうすると、中公審総会を通して認められないといけないのですか。

【柳沢環境保健部長】 いいえ、原則的には環境保健部会をお願いすることになっております。

【井形委員長】 環境保健部会を通らないといけないのですか。

【柳沢環境保健部長】 そうでございます。ですから、総合的な対策の一環として、認定業務の促進とか、健康管理対策とか、さっき委員長の方から言葉は御不満だというお話があったのですが、健康不安者対策、あるいは一定の者に対する対策、そういうもの。

【上村委員】 論議してきたのは、の、今最後にお話しになった、水俣病に関連する健康不安という言葉を使えば、その解消についてこれまでずっと議論してきたわけですね。の公正な救済というのは、健康不安の解消策との絡みで出てくる問題になるのではないかと。環境安全牲の問題というのは、環境保健部会だけの問題でもなくなってくる。だから、論議をするときに、まだよく詰めたわけではありませんけれども、を議論しながら、併せてこういうこともやらなければいけないのではないかとというふうな文

脈になるのではないかと思うのです。というのは、基本的視点では、1番が公正な救済、2番が健康不安の解消と書かれながら、当面講ずべき方策となると、2番目の認定されない一定の者への対応が1番に出てくるわけですね。これがこれまでの論議の中心ではなかったかと思うわけです。

それから、1の社会的紛争の解決というのは、書くとなると、どんな意見になるのか。紛争があることは確かですし、そうかといって、今、委員長がお話しになった早期解決といったら何となく悲劇的になりますね。早く和解をしろと。

56頁

【野村委員】 これは当事者ですからね。書かれてあるとおり。

【上村委員】 また、括弧の中に「検討の対象とはしない」とおっしゃりながら、ここに書くというのはおかしいのではないか。

【柳沢環境保健部長】 先ほどお配りしました2つの資料の一枚刷りの方でございますけれども、こちらの今回の対策というところの括弧でくくったところを今回の中公審の検討議題としてお願いしているということで、その際、括弧のないところも、周辺の課題として一緒に必要に応じて御検討いただくことになるのではないかと考えております。

【浅野委員】 「基本的視点」と掲げておいて、つまり問題点はこんなところにあるのだということを挙げて、それに対して全部回答を書かなければならないわけでもなくて、問題意識はあります、だけど、当面、答えはここのところだけしか書きませんという答案を書く割合点がいいんですね。ここしか考えてないとすぐ点が悪くなって、問題意識はあるけれども時間がないからここしか書かない、分かっているんだぞというデモンストレーションにはなるので、そういうことだと思って読めば、それほど気にもならないですね。

【野村委員】 逆に、健康不安の解消だけに絞って検討し、その取りまとめをすると若干さみしい内容になるので、全体に広めて、そんな配慮もあるのではないのでしょうかね。

【一方井調整官】 おっしゃるように、最終的には「今回の対策」のところの上の3つを出したかったですけれども、これはなぜ今の時点で3つの大事な対策であるかということが一応世間に分かるようにということで、イントロダクションをつくったというのが正直なところでございます。まさに浅野先生のおっしゃったとおりです。

【井形委員長】 ほかにこの考え方、チャートその他についてのご意見はいかがでしょうか。

57頁

【浅野委員】 これは最終的に詰めていく段階で検討されることだろうと思いますから、この文章は少なくともかなり生の本音の言葉が出過ぎているのです。例えば「地域指定が解除されていないことが無用な再申請につながっている」。まさに本音なのですが、これは余り表に出さない言葉なので、こういうところは……。しかし、これは水俣だけで考えるのか、それとも、考えていくと、2種全体に広がる話ですから、そこは少し今後の検討の中で、水俣だけの話として考えるのか、ついでに言っておくけれども、この際、2種につ

いても考えなければいけない時期に来ていますよという指摘程度にとどめるのか。そこは腹を決めないと、この書き方ではちょっとあいまいですから、これを敷衍して広げていくというだけではまずいと思います。取り上げるなら本格的にやらなければいけないという問題提起をしないではいけませんし、水俣病との関係でさらりと触れるなら、さらりと触れるぐらいにした方がいいので、そこは少し事務局で態度を決めておかれた方がいいのではないのでしょうか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 そういう意味では、くれぐれも資料の取扱いについてよろしくご配慮をお願いしたいと思います。

【井形委員長】 2種とはいっても、水俣病だけにとどめたいというのが環境庁の本心のようですが、いかにするか。しかし、こういう前例ができると、影響はないわけではないのです。例えば原爆の被爆者の対策は、しばしば、水俣病もそういうシステムがいいではないかという議論に援用されますし、また、今回の施策を水俣病だけということはなかなか難しいというか、表現の中になるべく水俣病だけというニュアンスを強く書いておけばいいのではないかと思います。

何かご意見ありませんか。

【加藤委員】 おっしゃるとおりです。

【野村委員】 先ほどの資料の3の に関連の指摘ですが、文献資料としてき
58 頁

ちんとしたものがあのでしょうか。先ほどの指定地域の解除のところの指摘ですね。思いつき程度でなくして、何か論文とか文書になったものがあつたら、ぜひいただきたい。

【浅野委員】 それはいくら何でもないでしょう。

【事務局】 前回の医学の懇談会の中での議論でも、県の方から御説明があつたり、あるいは中毒の方の関係で、先生方は多少、曝露の停止の後、ずっと続けていくというのは適正かどうかというようなお話もございました。その辺を受けて書いております。

【浅野委員】 少なくとも指定地域を解除してしまえば再申請はあり得ないわけですから、論理的には確かにこの議論はあるわけですね。再申請はだめだとにわかには運用を変えることができなければ、これしかないのでしょうかね。

【井形委員長】 結局、指定地域を解除すれば、今後申請はあり得ないことになるわけでしょう？

【野村委員】 それも制度の立て方によると思います。

【浅野委員】 今までは、再申請を受け付けるというのは、運用上受け付けていたわけでしょうから、運用を変えるということはできるかもしれませんが。しかし、それは非常に難しいでしょうから、制定の運用を一たん再申請はだめだと決めたという以上、何か抜本的な制度の手直しなり別法をつくるなりという方法しかないということは事実ですね。それはそのとおりだと思うのですが。どちらにしろ、これは非常に微妙な話ですから。

【岩尾特殊疾病対策室長】 資料1の方で曝露停止までとか、あるいは発症の可能性がこ

の辺までというようなことが推測できれば、例えば昭和 53 年までに棄却されれば、それ以後の申請は本来ないはずではないかという議論も出てくるのではないかと。そういうことを全部無視して、今、再申請も何も受け付けているということで、行政として、では、こういう事実は事実として、次官通

59 頁

知か何かを出して、昭和 53 年以降の再申請はすべて不受理とかというような格好でやるくらいであれば、むしろ指定地域の解除の方がきれいではないかと思っているところはございます。

【井形委員長】 指定地域の解除というのはそれ相応に抵抗はありますけれども、四日市は騒ぎがあった割には落ち着きましたね。いつかは水俣病もその山を越えなければいけないだろう。

【岩尾特殊疾病対策室長】 ただ、それは点線にも書いてありますように、当面の課題ではなくて、将来の課題ということで。

【井形委員長】 いろいろ御意見が出ましたので、その御意見も多少取り入れた方で今後検討を進めるということによろしいでしょうか。

これから先どういう予定にしていけるのでしょうか。最初の話では、概算要求に間に合うときまでに大まかな返事を、それから来年の 4 月ごろきちとした返事をというふうにお聞きしたように思いますが。

【柳沢環境保健部長】 今おっしゃったようなことでもって、例えば中間報告という形でもって至急をお願いしなければならないかもしれませんが、今その辺のところは環境庁内部でも検討しておりまして、また、場合によってはそういうことでもってお願い申し上げるかもしれません。

【井形委員長】 この委員会で今の原案について意見のある方に意見をおっしゃっていただいて審議しました、こういう線に沿って少し意見のまとめを、本当は委員会が自らしなければいけないということもあるかもしれませんが、環境庁の方で少し素案を練っていただく。

そのような方向で事務局の方で素案づくりを進めていただくことになるわけですが、委員の方々にもご意見を伺いながら作業を進めてまいりたいと思います。また、内容が多岐にわたりますので、各柱ごとに御相談いただく委員の担当を決めさせていただきたいという提案でございます。

60 頁

指名みたいになって誠にすみませんが、一定者の対策については浅野委員と荒木委員、未処分問題については納委員と小高委員、健康フォローアップに関しては上村委員と二塚委員、二塚委員は今日は御欠席ですが、現実にはいろいろやっておられる先生でございますので、御多忙中恐縮でございますが、そういう形で御協力いただければありがたいと思いますが、御了解いただけますでしょうか。

よろしくお願いいたします。

そのほか、別にこのお2人だけが担当ではございませんので、御意見のある方はぜひ積極的に御相談に乗っていただければありがたいと思います。

まだ時間がありますので、どうぞ御発言ください。

【上村委員】 「健康不安」というのがよろしくないというのは、どういう点ですか。

【井形委員長】 よろしくないというのは、皆さんに御紹介しておりませんが、私のところには2,000通ぐらいの抗議の手紙が来ておりまして、その内容は、今日持ってきておりませんが、先生のところにも行っているかもしれませんが、要するに水俣病と認めろという内容です。それはそれでいいのですか、「健康不安」というと、ここにも書いてありますように、実際には知覚障害があって不安でもいいのですけれども、地元で語られる健康不安というのは、要するに症状がないのにわざとやっている偽患者という解釈になるのです。症状もないのだけれども、水俣病ではないかといってノイローゼになっている人という表現になってしまうものですから。したがって、健康不安の後に、汚染地区で一定の症状がある者という表現がありますので、症状があって不安を持っているのだから、部内の資料は「不安」でいいのですけれども、対外的には具体的に不安者対策ではなくて、一定の症状を持つ者に対する対策とか、健康に対する対策とか、そういう表現の方が私としてはありがたいと申

#####61頁

し上げたのです。

【納委員】 私のところにも弁護士が会いに来て、そのことはえらく言っていました。だからこそ、逆に使った方がいいのではないですか。というのは、そういう面もあるわけですね。どっちがいいか、微妙なところですね。

【井形委員長】 それでいいのですけれども、後に一定の感覚障害がある者と書いてあるのですから、症状はあるわけですね。だから、一定の症状があって健康不安を持つ者ならいいのです。つまり、健康不安だけいうと、症状がないのに騒いでいる人という解釈になりますので、そのあたりの工夫をお願いしたい、そういうことです。

【浅野委員】 「健康不安」という言葉は、私どもも少し考えて使っていたのですが、それは要するに医学的に純粋に水俣病であるかないか。なければ、これは法的にも一切救済の資格がないという議論にはならないだろう。もう少しその中間に何かがありそうだ。それをあえて言い表すとすればこういう言葉だろう。そこで、医学の方で水俣病というきちっとした診断がつかない限りはだめだというその間をうまく法的に埋めるためにはこれしかないと考えたのですが、おっしゃるように、地域では別のニュアンスで言葉が使われ始めているのであれば、それは十分に留意した方がいいと思います。これも法的には救済対象となる損害に該当するというを言いたいために、我々はこういう言葉を使っているわけで、その真意が全然伝わっていないのであれば、あえて誤解を招かない方がいいと思います。

【井形委員長】 私も実は論文の中に「健康不安を訴える者に対する対策」と書いておるのです。だから、それでもいいのですけれども、それだけがやり玉に上がるのはきついいいことです。

【野村委員】 使わなくて済むのでしたらね。

【井形委員長】 ええ。使わなくて済むのです。

#####62頁

【浅野委員】 ある種の内部の合意形成のためのキーワードであったわけだから、合意形成ができてしまえば、このキーワードはもう役割終わりでもいいんです。

【滝沢委員】 健康被害と救済とが絡み合うとか、ソ連のチェルノブイリの場合、胃腸障害とか、むしろそういう健康不安に対する治療費で病院に入る人がいます。つい最近、アメリカのEPAの諮問委員会で堂々と、ダイオキシンでベトナムを汚染したときの傷痍軍人とかの補償で、ほとんど汚染が水俣と同じように解消されてしまった、そういったときにいたずらに医療費を補償するのはむしろ犯罪的であるという結論を出しているのです。EPAがかなり変わったな、時代も変わってきたなという感じで、そういう点もかなりこれにかかわってくるのではないか。本当に痛い場合は当然出すべきだと思ったりしました。

【井形委員長】 次の日程は、6月28日10時から13時30分、7月31日が13時30分から16時30分。

これは皆さんの御意向を聞いて決めたのですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 各先生の日程調整がなかなかうまく合いませんで、最大公約数的なところで6月28日、特に午前中からお願いしておりますが、それと7月31日を選ばせていただきましたので、先生方の中には御出席できない先生もおられるかと思いますが、御了承いただければありがたいと思います。

【井形委員長】 これだけ人数が多いと、全員の都合が完全に合う日はちょっと得られにくいものですから。御欠席になる先生はできるだけ御意見を書面でお届けいただいて、委員の皆さんの意見が十分反映するように努めたいと思っております。

【柳沢環境保健部長】 全く余計なことになるのでございますが、先ほど室長も申し上げましたけれども、今回あたりの資料から、一定の者の定義じみた、

#####63頁

そういうペーパーとか、総合的な対策の方向とか、そういうような資料がだんだん出てまいるわけでございますけれども、この委員会がどういう方向の結論を出すか、これからマスコミ等の取材合戦が激しくなるかと思っておりますので、そういう資料をウの目タカの目で狙っておりますので、くれぐれも資料のお取扱いにつきまして御配慮くださるようによしくお願い申し上げます。

【井形委員長】 それは最初の委員会でも申しましたけれども、一応守秘義務があるということで御理解いただければありがたいと思います。

【上村委員】 日程も守秘義務があるのですか。

【柳沢環境保健部長】 日程につきましては、今日もそうなのですが、秘密にしておりますので、こういう日程で開かれるということにつきましては申しております。ただ、こちらの方としては、取材はしないように申し入れております。

【事務局】 何かございましたら、事務局の方に言っていただければ、こちらの方で対応します。日程につきましては、秘密にしてはいないですけども、積極的に出すということもしてないものですから、近づいたら出すぐらいの扱いでやっております。

【井形委員長】 ほかに御意見ございますか。

【植村委員】 言葉の問題で気がついたことを言わせていただきたいと思います。

あちこちで国に法的な責任はないというような表現がいろいろ出てまいります。責任というのは、法的には非常にあいまいな概念でありまして、賠償責任というのははっきりしておりますけれども、例えば責任ある地位とか、国が責任を持ってこういうことを行うとかという場合は、むしろいい意味で使っているわけです。国に単に責任があるとかないとかというのは、法的には非常にあいまいな議論になるわけで、そういうことは十分分かっていて書きください

#####64 頁

ていると思います。例えば行政の損害賠償責任に基づくものではないとか、国に法的な賠償責任はないとはっきり書いていただいているわけですが、場合によっては、もう少し明確に書ける場合があるのではないかという気もいたします。例えば今日お配りいただいた対策の方向(案)の1が趣旨となっておりますが、1の下にポイントとして、「明確に因果関係を認めることはできず、また、行政の原因者としての責任を出発点とするものではない」という表現があります。こういう場合、責任という言葉が何も修飾はなしに使われているわけですが、こういう点、例えば不法行為責任を出発点とするものでないとか、行政の不法行為者としての責任を出発点とするものではないとか、「不法行為責任」という言葉を使ってもらえばもっとはっきりする。つまり不法行為でなくても、損失補償するというのは、健康の場合はまた問題があるわけですが、適法な活動であっても、損失補償を国がする場合はあるわけで、そういうときは、言ってみれば補償責任を負うわけです。したがって、国は悪いことをしていないということを強調されたいのだろうと思いますから、積極的に「不法行為責任」とか「不法行為者」という言葉を使えるときは使っていて、そうではないという表現を考えていただいたらよろしいのではないかと。

【浅野委員】 損失補償の責任という議論もちょっと難しいような気がするので、そこも少し一ぺん議論してみなければいけませんね。

【小高委員】 この間ちょっと発言したみたいに、いわゆる健康上の損失補償の問題は出てこない、政策補償の問題は出る可能はあるから、それは少し詰めないといけない。

【浅野委員】 きちっと詰めて議論しなければいけないですね。政治的責任ぐらいだったら、幾らでも言えるのですけれども。

【植村委員】 不法行為責任はないというのも記載していただければ、はっきりする。

#####65頁

【浅野委員】 それはもうはっきりしています。

【井形委員長】 これはどっちみち、答申を出すときは、先生方のお目を通した上で出すわけですから、そのときに専門の立場からチェックしていただければありがたいと思います。

それでは、これで終わってよろしいですか。

今日は私が遅れてまいりまして誠に申し訳ありません。

御多忙中御審議をいただきありがとうございました。何か形を見そうな雲行きですので、よろしく御協力いただきたいと思います。

了

#####66頁

第 3 回
中央公害対策審議会環境保健部会
水俣病問題専門委員会議事速記録
(平成3年6月28日開催)

【白川保健企画課長】 時間になりましたので、第3回中央公害対策審議会環境保健部会水俣病問題専門委員会を開会させていただきます。

本日は14名の委員のうち13名の先生に御出席いただいておりますので、専門委員会は有効に成立しております。

議事に入ります前に資料の御確認をいただきたいと思います。

資料1は「IPCS 環境保健クライテリア 101：メチル水銀」の翻訳でございます。資料2は再申請に係る問題について、資料3は地域住民に対する健康管理対策について、そのほか、参考資料として3部ほど用意させていただいております。

それでは委員長、よろしくお願いいたします。

【井形委員長】 お忙しいところをお集まりいただきありがとうございます。

ただいまから議事を始めたいと思います。

御承知のとおり、この委員会が結論を出しますと、14分の1の責任は先生方の肩にかかっておりますので、そういうお気持ちでぜひ御審議をお願いいたしたいと思います。

それでは事務局から、前回以降の事務的な作業状況と本日の議事について御説明をお願いいたします。

【岩尾特殊疾病対策室長】 説明させていただきます。

前回の専門委員会では、当面、対策全体の基本的考え方について引き続き検

#####1頁

討を進める一方、柱を3本立てました。まず、水俣病とは認定されない一定の者への対策、2番目として、認定業務の未処分者に対する対策、3番目に健康管理対策でございます。この三つの柱について、事務局で素案をつくりまして、それを基に議論していただくことになっておったかと思っております。現在、事務局で鋭意作業を進めておりますので、本委員会では、次回以降にこの内容について御検討いただきたいと考えております。

予算要求との関係でございますが、これまで先生方には、概算要求の時期までにある程度の報告をまとめていただきたいということで、大分努力していただいておりますが、ある程度の方角をまとめていただいて、それを盛り込んでいくということを考えていたわけです。しかし、検討すべきことがなお多く残されているということでございますので、更に審議を進めていただきつつ、その方向を見ながら予算作業の方も詰めていくという対応で、特に夏までということに縛られずに中身を詰めていただければと考えております。

本日の審議事項でございますが、まず初めに、環境庁が先週発表いたしましたIPCSのク

ライテリアの翻訳と総合的調査手法の開発に関する委託研究報告書（通称・重松委員会の報告書）につきまして簡単に御説明させていただきます。次に、認定未処分者の問題、一定者への対策にも関係することといたしまして、公健法の認定制度における再申請の問題について資料をまとめましたので、御意見をいただきたいと思っております。3 本柱のうちの地域住民に対する健康管理対策につきまして、今日初めて御提示することになるかと思いますが、まず、その必要性や考え方という総合的なところを中心に御議論いただきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

【井形委員長】 それでは、1 の議題に関して御説明をお願いいたします。

【事務局】 資料 1 に基づきまして御説明申し上げます。

先生方のお手元に本を 3 部配付させていただいておりますが、6 月 21 日に

#####2 頁

それらを公表したときに使いました資料が資料 1 でございます。公表につきましては 3 点ございまして、IPCS 環境保健クライテリアの翻訳と、重松委員会と申しております「水俣病に関する総合的調査手法の開発に関する研究（昭和 55 年度～平成元年度）の要約」（黄色い本）についてと、次に重松委員会の平成 2 年度の報告についてでございます。

2 ページをお開きいただきたいと思えます。IPCS 環境保健クライテリアの翻訳でございます。2 の環境保健クライテリアでございますが、環境汚染物資の曝露とその影響に関する科学的データを、専門家が集まりまして見解を集積したもので、現在まで 117 巻出ております。

本クライテリアは、4 にありますように、国立水俣病研究センターが翻訳を担当いたしました。山口先生と、ここに出席しておられます藤木先生に監修をしていただきました。

3 ページから 5 ページは、そのクライテリアの中身でございます。クライテリアにつきましては、12 章から成っております。第 1 章に要約が掲げられております。特に人に対する健康影響ということで、3 ページ目に動態と代謝、次のページに人に対する影響作用機序ということで、今回特にイラクの中毒事件の知見を基に胎児についての影響を記載しておるところが新しい点と思われま。結論といたしましては、成人については有意な健康リスクはみられないが、魚介類の摂取が多い集団では、頭髪で $50 \mu\text{g}/\text{g}$ に達する可能性があるということが一点と、5 ページ目ですが、胎児については、中段に、母親の妊娠中の頭髪水銀値が $10 \sim 20 \mu\text{g}/\text{g}$ で新たなリスクが現れる可能性もあるということに記載しております。ここが目新しい点かと思えます。

飛ばして 11 ページにいきます。この IPCS のクライテリアを受けまして、重松委員会の平成 2 年度の事業として、この評価をしていただいております。その部分でございます。

「IPCS 環境保健クライテリア 101；メチル水

#####3 頁

銀」に関する検討でございますが、検討の項目として、1) 発症閾値については、成人の場合と胎児の場合ということで分けて記載しており、また、クライテリアの記載と重松委員

会の評価ということで並べて資料に記載しております。成人の発症閾値については、現在の摂取状況では成人については悪影響は観察されないという記載になっておりますが、重松委員会としても、当然の結果であるという評価をしております。胎児につきましては、先ほど述べましたとおり、10~20 $\mu\text{g}/\text{g}$ の低濃度で軽度の障害が胎児に増加することが初めて述べられております。クライテリア自身も、症例が少ないと述べておりますが、12ページに、この研究に関しまして、研究班の評価は、実施方法についてや症例数が少ないことなど、いろいろ問題はあるが、母親の頭髪水銀値が10~20 $\mu\text{g}/\text{g}$ で胎児に影響が出る可能性について示唆されたのも事実であること、そのことを受けて、疫学的な調査研究などにより科学的な究明を図るべきであるという評価をしております。ちなみに、我が国における胎児に対するメチル水銀曝露の影響についての研究として、中段のアとイに二つの報告を載せておりますが、この研究報告では、現在のところ有意な差はない、あるいは新潟においては13例中1例を除き正常であったということでございます。

次の項目、潜伏期間につきまして、クライテリアでは、曝露停止後1年程度まではあり得るという考え方を述べております。研究班の評価としては、曝露停止後数年以上たって初めて症状が出ることは中毒学的に考えにくいということでございます。

次に、長期にわたる一定量の曝露による発症について、これは従来からの知見をまとめております。御覧いただければと思います。

13ページ、メチル水銀の標的臓器、主にどこが障害されるかということでございますが、クライテリアの記載としては、ほぼ神経系、特に中枢神経系の障害に限局されるということでございます。研究班の評価としては、記載して

#####4頁

ございませんが、当然の知見であるということでございます。

次に症状の経過につきましても御覧いただければと思います。

最後に、クライテリアのヒトの健康に対するリスクの評価についての記載と研究班の評価でございます。繰り返しになりますが、現在の水準では成人には有意な健康リスクはみられないということが一点ございます。もう一点として、胎児については新たに低濃度曝露で軽い障害が現れるリスクがあるかもしれないという記載が初めてなされております。それを受けまして、多量に魚介類を摂取する集団では、出産年齢の女性の水銀レベルをモニタすべきであるという記載がされております。それを受けての評価でございますが、現在の日本の水銀摂取レベルは、水俣地区においても全国においても非常に低い値になっておりますので、妊婦及びその児に対して頭髪水銀値を悉皆的に調査するまでの危険はないであろうということでございますが、妊婦及びその子供に関しての量 反応関係について十分な知見がまだ集積されておられませんので、この部分については研究を推進する必要がある、という評価をいただいております。

これがIPCS環境保健クライテリアの翻訳とその評価の部分でございます。

前後いたしますが、6ページを御覧いただきたいと思っております。「水俣病に関する総合的調

査手法の開発に関する研究」、重松委員会の昭和 55 年度からの平成元年度までの研究の成果を中間段階で要約したものでございます。研究目的及び本報告書の位置付けについてはお読みいただければと思います。

研究の内容でございますが、今までの水俣病に関連する発端あるいは講じられてきました対策についてコンパクトにまとめております。

次に既存の水俣病に関する調査研究を総括しております。2 - 2、水銀の汚染レベルにつきまして、水俣地域と、7 ページでございますが、阿賀野川流域につきまして、いろいろな指標を用いて評価しております。水質、低質、魚介類、頭髮水銀、剖検臓器について調べております。阿賀野川流域についても同

#####5 頁

様な研究をまとめております。

まとめといたしまして、そういう指標を使いまして、現在の水俣地域の住民におけるメチル水銀の曝露は他の地域の住民と同程度と考えることができる、というまとめになっております。

次に、今まで行われてきました健康被害の実態の把握についてまとめております。いろいろなところで健康被害の実態を把握するための調査が行われておりますが、熊本水俣病住民健康調査、8 ページ目には水俣地区住民頭髮水銀調査、新潟水俣病住民健康調査をまとめております。水俣地区の頭髮水銀調査では、本研究班が昭和 57 年に実施しておりますが、東京都の一般住民と比べまして、水俣地域と同レベルの値を示しているということが目新しい点かと考えております。

最後に、重松委員会の目的である、メチル水銀曝露を受けた住民の健康状態を把握するための調査について、どのようなことが考えられるか、中途段階で方法論をまとめていただいております。水俣病が発症した者や一定レベルのメチル水銀曝露を受けた住民の長期的な健康状態を把握していくことか残された課題の一つという位置付けをしまして、それを把握するための調査としてどういうことが可能かということで、サーベイランス、死亡情報の分析、追跡調査、曝露状況モニタリング及び環境モニタリング、その辺の調査が可能であるかどうかにつきまして現在も検討していただいております。

10 ページでございますが、それを受けまして、平成 2 年度に予備的調査を行っております。住民健康調査と死亡情報に関する検討を行っておられまして、それぞれ有効な方法であるか、なお検討する余地があるということで、現在更に検討を進めていただいております。

事務局からは以上でございます。

【井形委員長】 ただいまの御報告について御質疑、御質問をいただきたいと

#####6 頁

思います。

【野村委員】 資料 1 の 12 ページ、下から 10 行目に、評価のところですが、「曝露停止後

数年以上」とあるのですが、これはおよそどれくらいと出ておりますか。

【事務局】 「数年」という言葉を使っておりますが、5~6年、長くても10年はないという趣旨で御議論が進んでおります。

【井形委員長】 僕も重松委員会に関与していて質問するのはちょっと具合が悪いのですが、13ページのヒトの健康に対するリスクの評価について、母親の妊娠中の影響を調べるため、疫学的研究が必要である、この疫学的研究というのは、過去の毛髪水銀値が分かって、子供が既に成長した人について疫学的に調べましょうという理解だったように思っておりますが、これから生まれる人も全部毛髪を調べましょうということになったのか、そういう理解でしたか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 白い本の26ページの一番下の段落に「ただし、妊婦及びその児に関しては」と書いてございまして、その次ですが、「調査研究の手法としては、過去の胎児曝露例の追跡調査や、現在でも一定レベル以上にメチル水銀の曝露を受けている妊婦などに対する前向き調査が考えられる」と書いてあります。

【井形委員長】 両方なんですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 同じ箇所で括弧に書いてございますように「(我が国においてはかような妊婦の集団を見出すのは極めて困難であるため、海外の特殊な集団を対象とする必要がある)」というコメントをいただいております。

【井形委員長】 鈴木先生にお伺いしたいのですが、農薬に入っていたフェニル水銀というのは、メチル水銀とは全く別の有機水銀ではありますが、今はそれは全く問題ないのですか。

#####7頁

【鈴木委員】 いや、全く問題ないことはないわけです。使えば問題です。

【井形委員長】 現実的には問題にならないですね。お米にも入っていないし、東京都の平均値

【鈴木委員】 フェニル水銀は、環境中に出てきても人間の体の中でも非常に分解しやすい化合物なんです。

【井形委員長】 それでは、食べてない限り大丈夫ですね。

【鈴木委員】 ですから、分解してしまって、自然環境中で一部がメチル水銀までコンバートされていくことは当然考えられる。体の中ではあれは無機水銀に非常に近い動き方をすると思うのです。

【井形委員長】 ほかにございませんか。

医学関係以外の先生方は、専門用語がたくさん出てきて誠にすまないと思っております。

【岩尾特殊疾病対策室長】 発表した翌々日に新聞に大分取り上げられましたので、部数はございませんが、先生方にお昼の時間にでも読んでいただければと思ひまして、幾つかコピーをとってございます。

【井形委員長】 新聞の反響は、環境庁はレクチャーをして発表されたはずですけども、

安全宣言に等しいというコメントなしでつけたのが6割ぐらい、10年もかかってこんなものかという悪口を書いたものが3割ぐらい、具体性に乏しいという批判を書いたのが1割ぐらい、そんな感じだったように思います。

環境庁は特にチャーム・ポイントとしてどういうコメントをされたのですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 基本的には、報告書を発表しろということなので発表しますというトーンにしておりますので、私どもの恣意は一切入ってないと考えておりますが、報告書の中で重要な点についてのピックアップを資料1のような形でまとめましたので
#####8頁

【井形委員長】 資料1は発表したわけですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 はい。反対側の方々からは、都合のいいところしか言っておらんというような御批判をいただいております。

【井形委員長】 IPCSのものは、報告書を御覧になったら分かりますけれども、これはただ単に現在報告された内容を平面的に羅列したもので、このことが最終結論又は各政府を拘束するものではない、というただし書きがついているんですね。ですから、そういう意味では、結果的には日本のもう少し細かい情報が分かっておれば、当然、日本の情報にも影響されてIPCSができたと思われるのですが、残念ながら日本の成績は余り採用されておらなかったというのが実情であります。したがって、日本の現実の状態を知れば、IPCSも多分に影響を受けたと私は予想しております。

【藤木委員】 新聞報道の中に荒木先生の「日本の文献が余り出てなかったのでさみしかった」という発音が取り上げられている。それはマスコミが意味を取り違えて書いたのでありまして、IPCSでは英語でないと受け入れない、日本語で書いたものはだめだということで、メチル水銀中毒に関する情報としては日本語で書いたものが非常に多いのだけれども、英文で書いたものがその中に入らないので採用されなかったという趣旨だったのですが、曲げられております。

【井形委員長】 私も全くそのように理解しております。

今の御報告でございますが、特に御資問がなければ、次の議題に移ってよろしゅうございましょうか。

では、2番目の再申請に係る問題について事務局から御説明いただきたいと思っております。

【事務局】 それでは食料2の「再申請に係る問題について」という資料について御説明させていただきます。

#####9頁

再申請の問題、これは直接の柱の一つではございませんけれども、未処分の問題にしても、先日、医学の方の懇談会で熊本県の認定審査会の岡嶋先生にコメントいただいたときも、再申請の問題が認定業務が終わらない一つの大きな要因であるということがございまして、一定者の対策につきましても、一定者の対策を行うことと認定申請を同時に行うことについてはどう考えるか、こういう点についても再申請の問題がかかわってまいります。

そこで、再申請について、特に制度の面から、どのような趣旨が読み取れて、どのような形になっているかまとめてみましたので、御紹介したいと思います。

まず水俣病に係る再申請問題の状況ということで、(1)再申請による問題を幾つか列挙しております。大きな現象としては、再申請が多数にのぼっており、認定業務が終わらない一つの要因になっているという点でございます。医学的に難しいのは、初回の申請の場合では特に有意な所見がなかったのに、再申請になると医学的に説明がつかないような様々な所見が出てきて難しくなってしまう、こういうことがあるように聞いております。3点目は、棄却されたすぐ次の月に再申請してくる方もかなりおられます。こういうことを見ますと、棄却後に身体の状況が何らか悪化したために再度申請してきたというよりも、棄却そのものに対して不服があるために再申請をする方が多いのではないかと思います。

以下は再申請の状況について統計表を載せております。最初の再申請件数の表は、申請の総件数、これは再申請をダブル・カウントした数ですけれども、これと現在の未処分者数について、どのぐらいの再申請の方がいるか表にしたものです。熊本県では申請の総件数が12,000件に対して再申請が3,800件(約30%)となっております。現在の未処分者の中に占める割合は、更に高くなりまして、2,630のうち1,291(49%)ほとんど5割が再申請の方によって占められるという状況です。鹿児島についてもほぼ同じでして、

#####10頁

申請の総件数に対する再申請の割合が41%、未処分に対する割合が55%となっております。

次に再申請回数として、これらの方々が現在何回ぐらい再申請をしている方かということを表にまとめてみました。この中で全申請者というのはダブル・カウントを除いた実数です。未処分者数は現在の未処分者数です。熊本県では最高8回再申請して現在申請中という方がおられます。鹿児島県でもほぼ同様でして、最高7回再申請している方がいらっしゃいます。

次に申請回数別の認定者数ですが、その中で再申請以上で認定された、1回棄却されて次回以降で認定された方がどのぐらいいらっしゃるかという表です。熊本県では最高3回目で認定された方がいらっしゃいます。鹿児島県では最高5回目で認定された方がいらっしゃいます。どちらにしても、2回以上で認定される方の数は比率的に非常に少なくなっております。

1枚めくっていただきまして、このように再申請の問題は従来から一つ大きなポイントとしてあったわけですが、これまでは特にきちとした議論をせずに、運用上再申請は認めるという形でやってまいりました。このようにきちとした結論を出さなかった原因としては、いろいろな現象、いろいろな議論があったわけでございます。それを列挙しております。

まず認定業務における状況としましては、実際に再申請以上で認定されている方がいらっしゃいますので、再申請はだめだともなかなか言い難いという点があります。また、申請された方のいろいろな訴えを聞いてみますと、汚染がほぼ終了したと思われる昭和40

年代に発症したという訴えですとか、時間が経過するとともにだんだん症状が悪化したり、あるいは新しい症状が出てきた、こういうことを言われる方もいらっしゃいます。ですから、1回棄却されても次はだめだとなかなか言い難い面があります。

それから、訴訟等で議論が行われている内容ですが、医学的主張で、そもそも

#####11頁

も判断条件が適当かどうか、棄却していることが適切かどうかという大きな争いがございます。また、曝露から長期を経ての発症の可能性、曝露は終了したのですが、かなり時間がたってから発症するのではないか、こういう議論があります。それから、環境汚染の状況、危険性、汚染魚を摂食していた時期ということで、次の長期低濃度曝露とも絡むのですけれども、非常に汚染が低くなった場合でも、問題があって発症するのではないかというような指摘があるわけです。汚染魚を摂食していた時期というのは、水俣地区では行政的に魚の摂食あるいは漁業を明確に禁止した時期がございますので、原告などの主張によりますと、その後も実は魚を食べていて、メチル水銀が取り込まれていて問題がある、このような話が出ております。そのようなことから、ある時期までではっきり発症が終わったということがなかなか言い難いものですから、再申請の方もはっきりだめだと言えなかったわけです。

2番として、公健法における再申請について、制度的に公健法の中で再申請がどのように扱われているかについて整理してみたものです。

まず、旧救済法における取扱いですが、公健法の前に旧救済法という医療措置を行う法律がありまして、そのときに再申請について一つ通知が出されております。昭和46年、当時の厚生省の課長から出た通知であります。「認定申請を拒否する処分を受けた者が行う再度の認定申請という表題で、2段目を見ていただきますと、「従って、かつて認定申請を拒否する処分を受けた者が、その後の症状の変化や新たな症状の発生等により改めてその疾病が当該指定地域に係る指定疾病に核当するのではないかという疑問を有することとなった場合には、改めて認定申請を行なうことができることはいうまでもないこと」ということで、再申請できるのはいうまでもないことという通知が出ているわけです。

(2)として、これが昭和49年に公健法に移りましたので、公健法上の取

#####12頁

扱いですが、公健法におきましては再申請に関する規定とか通知は特に出ておりません。そこで実態的には旧法における取扱いを踏襲いたしまして、再申請は特に問題にせず認められているという運用をしてきたわけです。

次に、再申請がなぜ制度上認められているかという趣旨ですが、この点は特に公文になっているものではございませんので、事務局の方で一つの考察として考えてみたものなのですが、4点ほど再申請を認める趣旨が考えられると思います。

1点目は、棄却後の曝露による新たな発症がある。1回棄却しても、その後また新たに曝露を受けて新たに発症することがあるのだ、こういう可能性があれば再申請も認めること

になろうと思います。

2点目としては、曝露終了後時間を経過してからの発症がある。1回棄却されたのだけでも、その後新たに、昔の曝露によって発症した、こういう可能性があれば、やはり再申請も認めることになるだろうということであります。

3点目は、棄却に対する不服の救済ですが、棄却に対して納得できない方については、何らかの救済手段ということで、再申請もあり得るのかどうかという点です。

4点目が、判断の誤りの可能性への対応ということで、病気の判段は非常に難しいということであれば、誤りが一定程度出てくるということになりますので、それに対して何らかの対応ということで、再申請ということが置かれている、ということも一つの可能性としては考え得るところです。

ただ、このうちの3点目と4点目、cの棄却に対する不服、dの判断の誤りの可能への対応について制度的に考えてみますと、事務的な誤りあるいは主観的な不服につきましては、再申請という制度よりも、むしろ不服審査あるいは訴訟の形で争われることが社会的に一般でございますので、制度上もむしろそちらの方の取扱いが適切なのではないかという議論もできると思います。また、

13 頁

判断の誤りということで、合併症とか症候の変動による判断の誤りの可能性が構造的にある、どうしても出てきてしまうということを経めるのであれば、棄却して再申請するよりも、むしろ経過観察等の措置をおいた上で慎重にやる。こういうことが制度的には求められるのではないかと考えられるところではあります。

これらを消していきますと、再申請を認める趣旨としては、その後何らかの形で新たな発症を招く可能性がある、こういうことになるのではないかと考えられます。

は、一種地域に係る再申請の位置付けについて、法律上、再申請ということが明確にされておりませんので、具体的に一種地域の場合にどういう取扱いをされてきたか整理したものでございます。

一種地域、大気汚染系の場合につきましては、指定地域の定義として、「相当範囲にわたる著しい大気汚染が生じ、その影響による疾病が多発している地域」となっております。このときの「大気汚染が生じ」というのは、いつの時点の大気汚染なのか、現在なのか過去なのか。また、「疾病が多発している」ということも同様に、現在どんどん出ているということなのか、それとも、過去出て、今そういう患者さんがいらっしゃるのか、その辺では議論が出てくる点だと思います。

この地域指定の具体的な要件につきましては、昭和49年に中央公害対策審議会の答申があります。その中で、まず著しい大気汚染があって、かつ、その影響による疾病が多発している場合は指定ということで、その時点でこの二つが認められれば当然指定されるということになっております。ただ、両者が並行していない場合には、地域特性を考慮する。例えば全般的には大気汚染はそれほど高くないのですが、季節的に非常に高いところがあ

って影響が出ている。そのようなことで総合的に考えまして説明ができるという場合には指定地域に指定するということになります。

#####14頁

それから、過去の汚染の点についても若干配慮がありまして、「現時点において大気の汚染が軽度になっていても、過去に著しい汚染があれば現在においても過去の汚染の影響を受けた疾患が多発していることも考えられることに配慮する」とこのような記載もあります。

これに対して地域指定解除の要件ですが、特に汚染がどういうことになった場合に解除されるのか、ということが問題になろうと思います。そこで、同じ昭和49年の答申の中で解除の要件についても書いており、「相当期間にわたり大気の汚染の程度が改善され、新しい患者の発生率が自然発生率程度に低下することが要求される」となっております。ですから、実際に大気の汚染も低下して患者も発生しなくなればよいということです。

ただ、一種地域につきましては、ご承知のように、現在解除されておるのですが、解除の直接根拠になりましたのは、昭和61年の中公審の答申です。このときにはまた別個の形で、現在の大気汚染と疾病との関係について検討していただいたわけですが、61年答申の趣旨は、「現在の大気汚染の状況は、総体としてみれば地域の有症率を決定する主たる原因をなすものとは考えられず」ということから地域指定解除が適当なのではないかとなったわけです。昭和49年には大気汚染と患者の発生率がパラレルで、大気汚染が低下すれば、自然、患者の発生率も下がってくるのではないかとということが予定されていたのですが、最近の疾病と大気汚染の状況を見ると、そういったきれいな関係にはなくなって、具体的に検討してみると、どうしても主たる原因とはみなせない、そのようなことから解除されたわけです。

以上が一種地域の経過です。この中から再申請の問題について、一種地域についてどのような考え方になるか検討してみますと、一種地域については、指定地域が指定されている期間全体にわたりまして、汚染が継続されているか、患者の発生が続いていることが概念上想定されているのではないかと思います。

#####15頁

す。このため、ある時期に患者でなかった方についても、その後、汚染が継続されておりますので、新たに発症する可能性もあることから、再申請を認めることも一種地域については合理性があるのではないかと考えられるところです。

次に二種地域に係る再申請の位置付け、同じことが二種地域についてはどうかということをとりとめてみました。二種地域の指定地域の定義につきましても、趣旨的には一種と同じで、著しい大気の汚染又は水質の汚染が生じて、公害に係る疾病が多発している地域、こういう形になっております。

ところが、地域指定の要件になりますと、二種地域に係る指定地域と指定疾病は、昭和49年に法律が変わる段階で、特に新たな検討はせずに、前の法律による指定地域を引き継ぐような形になっておりますので、具体的に公健法に基づいて、どういう場合に地域指定

が行われるかというのは書いたものがないわけです。

そこで、再申請につきましても、地域指定の要件が明らかにされておりませんので、今ある材料から制度上どのようなことが想定されていたかを議論するのは、材料が不足していて、できないところであります。

として、認定業務における再申請の取扱いですが、実際の認定業務の場で再申請がどのように取り扱われているかという点です。再申請につきましても、実際には初回申請と全く同じ扱いをしております、神経内科から眼科、耳鼻科、そういった全科目について新たに検診を行って審査をしているわけです。ただ、疫学資料というのは、個々人の生活歴とか摂食歴とか、そういったものですが、これは共通と考えられますので、前回の資料を基にして、それに追加するという形で取り扱われているそうです。この場合、申請が2回目、3回目になりますので、以前棄却されたときに使った資料が1セットあるわけです。これに加えて新しい資料が出てくるわけですが、その二つの資料の取扱いについては、再申請というのは、基本的には症状の変化があってもう一回申請して

16 頁

いるのだろうと考えられます。事務的な扱いとしまして、各回の審査は独立のものとして取り扱うこととしておりますので、再申請の審査につきましては、前の資料は使わずに、そのときに新たに検診した資料によって行うという取扱いにしております。この点について、審査会の先生、特に医学者の先生からは、同じ人についての診断ですので、全体の各科の資料を全部見た上で総合的に判断したいという意見もあるところです。

として、他の指定疾病における再申請問題、具体的に他の指定疾病について再申請ということで何か問題が生じているかどうか挙げてみました。大気汚染については、認定申請を棄却される方が非常にまれでございまして、明らかに他疾患であるような場合に限られています。このため、棄却が少ないということから、当然、再申請もほとんど出てこないということになりますので、実際の場面で問題になることはほとんどないと聞いております。なお、汚染が継続しているという前提がありますので、再申請を認めることについて特に事務的あるいは考え方の面で問題になることもなかろうと思われれます。

イタイイタイ病につきましては、全体の人数が非常に少ないのですが、認定申請を棄却されて再申請を繰り返したり、あるいは不服審査を行うということが続いています。水俣病と少し違いますのは、イタイイタイ病の場合には、昭和43年の厚生省の見解の中で、イタイイタイ病の主要症候は腎臓の障害と骨軟化症でありますけれども、現在、腎臓障害しかない方について、この場合、棄却になるのですが、こういった方についても、将来、骨軟化症に発展してイタイイタイ病になってしまうという可能性を否定できないという判断をしております。そこで、こういった腎臓障害のみの方についても要観察として経過を観察する必要性があるとされております。このため、現在でなくても将来イタイイタイ病に発展する可能性がありますので、再申請を認めることにも合理性があると考えられます。

17 頁

もう一つ、慢性砒素中毒ですが、これは宮崎県の土呂久と島根にあるものですが、これも実際問題としては、認定処分についてはほとんどクローズドな集団になっておりますので、問題は生じていないと聞いております。ただ、砒素中毒で最近話題になりましたのが、砒素中毒によって生じる疾病がどのぐらいの範囲になるかという問題です。これに関しては不服審査裁決が一つありまして、昔、砒素中毒については知事が仲介して和解をしたグループが一部あります。そのときに一定の疾病の範囲について和解をしたのですが、その後、そういった和解をされた方々が、特に症状が重くなったり、あるいはそのときに予定していなかった何らかの症状が新しく出てきたり、そういう現象が認められたわけです。そのときに公健法の取扱いとして、そういった新しい症状については、昔、和解をしているからもう給付は済んでいるということで、しないのか、あるいは状況の変化があったということで、新たに給付をすべきなのか、そこが不服審査にかかりまして、不服審査の裁決では、当初、想定されていなかった疾病が新たに出た場合には公健法の障害補償の給付の対象になる、こういう判断が示されたわけです。医学的な問題としては、砒素中毒については、そういったことで、新たな症状が発展してくる可能性が残されております。

以上のようなことが現在までの取扱いの考え方あるいは実際の状況です。このあたりの状況を踏まえまして、水俣病の再申請について今後どのように取り扱う可能性があるか、考察を加えてみたものです。2の(1)の で申し上げましたように、法律上、再申請を認める意義としましては、新たな曝露による発症があることや、曝露終了後の発生の可能性があることが挙げられます。このため、仮に、水俣病について、既に発症するおそれのある程度の汚染は終了していると言えた場合、また、曝露終了後一定期間を経過すれば発症はないことが客観的に医学的な知見として説明できた場合には、何らかの措置が講じ

18 頁

られると思いますので、この考え方を前提にして、どういう措置がありうるか、幾つか挙げてみたものです。

として、法改正による措置という可能性があります。一度はっきりした措置は、aの再申請の禁止で、一定の指定疾病については、新たな発症とか症候の進行はもはやないということであれば、申請は一回限りとするという法改正を行って、水俣病をこれに該当するとしてしまう、こういう措置は考えられるところです。

次に、もう少し緩やかな措置として、再申請の制限が考えられると思います。これは、一定の指定疾病については、短期的には病状の変化は考えられないとして、棄却から一定期間は再申請できないことにしてしまう、こういう可能性であります。再申請の制限として一つ参考となりますのは、公健法の障害補償費、これは病状の程度に応じて出ているのですが、これについては見直しの診査というのがありまして、大気汚染系については1年ごと、二種地域疾病(水俣病を含む)については3年ごとに、病状を再チェックして適正

なレベルにしていく、こういう規定があります。すなわち、認定された方については、3年ぐらいで病状の変化がありうるということが予定されておるところです。これはあくまでも認定者の方についてのみの話なのですけれども、それ以外の場合について考える場合でも、3年ぐらいたつと何らかの変化がありうることは、一つの材料になりうるかと思えます。

としまして、法改正ではなくて、運用による措置を行う可能性について整理いたしました。a が却下ということで、申請をそもそも受け付けないという可能性です。一旦棄却された後に再申請した方については、医学的知見で水俣病になることはないということであれば、水俣病である可能性はないために、そもそも申請の資格はないとして、知事段階で申請を却下してしまう。こういうことが考えられます。

19 頁

次に、形式的審査による棄却ですが、却下というのはなかなか難しい面がありますので、再申請した場合に、棄却歴の証拠、かつて棄却されましたという証拠のみをつけて審査会に諮問しまして、審査会の医学的判断では、一旦棄却されて水俣病でないと言われれば、その後、発症することはないとなりますので、棄却相当という答申をして、知事は、これを受けて棄却する、こういう可能性があります。

以上のような四つの措置が考えられます。ただ、それぞれについて、留意点として問題になるところがあります。まず共通な問題として、一番上に仮定しましたような見解について、医学的に明確な根拠を示して十分な社会的理解が得られないと、実際にトラブルが多くて、あるいは制度的にも説明ができなくて、実施し得ないということになります。

法改正につきましては、これまで再申請を認めてきたけれども、今の時点でこういう制限を加えることの必然性とか状況変化等の説明が求められるかと思えます。また、制度的必要性の説明が必要になるということですが、これは、いずれの措置についても申請者側の不利益を課す措置でありますので、そういった不利益をあえて制度上許す必然性があるのかどうか、そのあたりについても十分説明が必要になります。特に法的措置については、水俣病限りではなくて、少なくとも二種地域についてこうこうする、こういう制度の組み方になろうと思えますので、ほかのイタイタイ病と砒素中毒についても、それに核当するかどうか、同時に検討して結論を出す必要があるということです。

却下につきましては、法に却下できるという規定がありませんので、恐らくこれを行えば違法性を問われて訴訟などという可能性が十分考えられると思えます。

4 点目で、少し趣旨が違いますが、一番頭に医学的説明として前提といたしました、もはや発症はないということと、曝露が終わった後に長期経過して

20 頁

発症がないと言ってしまった場合には、再申請ということにとどまらず、指定地域を維持する根拠自体が乏しいのではないかという議論の方が強く出てきてしまうのではないかという心配があります。そこで、こういった医学的知見を基にすれば、再申請の可否だけを独立して議論していいのかということが出てくるかと思えます。

そういうこともありますので、今の議論の中では、医学的知見を背景にして再申請を議論したのですが、そのほかに制度的な観点などから何かほかの切り口があるかどうかということについても押さえておく必要があると思います。

4番として、一定者への措置と認定再申請の問題ですが、この再申請の問題は、今回の一定者への措置にもかかわってきまして、時に一定者への措置を受けている者が重ねて認定申請できるようになるのかどうかについて大きな関係があるところです。まず再申請ができないとした場合には、非常に問題が少なくなりまして、一旦棄却された方は将来にわたって水俣病になることはないということになりますので、棄却された方について一定者への対策を講じるということであれば、理屈の上でもそういった方が認定申請できる余地はないですし、当然、制度的にも再申請する道はないので、二股をかけることはありえなくなるわけです。ただ、未申請の方、初回申請中の方について、一定者の対策をどうするかということでは議論は残るところです。

ところが、再申請ができるとした場合には、非常に問題が多くあります。再申請を認めるという意味合いを考えますと、制度的に、棄却された方（水俣病とは認定されないとされた方）という状態と、申請者（水俣病かどうかまだわからない）という状態、この矛盾するような二つの状態が一人の人について併存することを認めることになってしまうと思います。そうしますと、今、棄却されて再申請していない方についても、その方が水俣病の可能性は全くないかということ、将来的に、再申請した時点でそういう可能性がないとは言えないと

#####21頁

ということになってしまうわけです。このため、一定者対策の対象者について、水俣病の可能性が全くないという人だけをふるい分けしようと思っても、制度上、そういう人は理屈として出てこないことになってしまいます。それから、一定者対策の対象となっている方が水俣病ではないから認定申請はできないという理屈をとろうとしても、公健法上は、一旦棄却されてだめだと言われた人も、同時にまだ水俣病の可能性があるという状態を認めていることになりますので、こういった理屈で再申請できないと言うことが難しくなっているわけです。そうしますと、何かほかの切り口から再申請ができないという理屈をつけないと、二股をかけられなくするという事はなかなか難しくなろうと思います。

以上、事務局から説明させていただきました。

【井形委員長】 これはボーダーライン層に対する対策の中で出てきた重要な問題で、少し時間をかけて議論をお願いしたいと思っております。どうぞ御質問なり御意見を承りたいと思います。

【森島委員】 再申請ではなくて、不服審査等、別の見直しの制度を使っているのはどれぐらいありますか。

【事務局】 不服審査の方ですね。旧法と新法がありますけれども、現在合わせて400～500ぐらいあると思います。新法については、どんどん処分されておりますので、なお進

行中です。

【森島委員】 再申請を理屈の上で切った場合、今まで再申請に出ていたのがほとんど全部不服審査の方に回って、今度は不服審査が前より一層面倒になるということは考えられませんか。

【事務局】 それは考えられるところだと思います。

【森島委員】 あるいは訴訟が出るということになると、こちらの方を解決したつもりが、別のところでもっと面倒なことになるという気がするのです。

22 頁

【井形委員長】 旧法の不服審査と新法の不服審査とがありまして、それぞれ数が多い。不服審査は、例えば棄却された人しか行きませんが、裁決は、認定しなさいという返事が来ることはないです。再検討しなさいということになります。中には、再検討したけれどもやはり違いましたという御返事を差上げた例もあるんです。裁判所の一審と二審とはどういう関係になっているか分かりませんが、制度上は、棄却された人が救われる道は不服審査会で保障されておりますから、それを表に出してその理由を挙げることは要らないだろうと私は思うのです。

【浅野委員】 再申請と違う点を申し上げるとすれば、不服審査の場合には、前の資料だけで、それがよかったかどうかという判断になりますね。新たな検診は一切ありませんし、その後の症状は一切考慮する必要はありませんから、原資料だけで済んでしまいますね。理論的にこの医学的な見解が正しいとすれば、確かに新たな症状を見る意味はないわけですから、それから言えば、同じ手間をかけるにしても、不服審査会の方が多少大変だと思いますが、筋は通るといえることは言えますね。

【森島委員】 もしも見直しをしなさいということになったら、また下りてくる、2 回やる。

【浅野委員】 見直しをしろといっても、もう一ぺん新たな検診をしなくてはいけないということになるのでしょうか。もとの検査が間違っているということがありえるのですか。

【井形委員長】 行政不服の判断は、あくまでも当時の資料の判断が正しいか正しくないかの判断だけですから、その後、この人は本当にそうですか、どうですかという質問は来ないのです。したがって、その判断について、我々は、やはりそのとおりでしたというお答えもできるし、もう一度資料をくってみたら判断の誤りがあったから認定になりましたというケースと、両方あるのです

23 頁

が、戻されたのは大体何らかの形で認定になっているのです。

どう見ても、もう一度見直してもやはり違いますというのが何例ぐらいあるのですか。

【三觜特殊疾病審査室長】 旧救済法については、これまでの取り消し裁決 12 件のうち 1 件が県で再度棄却されております。

【浅野委員】 資料のとり方が間違っているというようなケースはないのですか。例えば

問診が十分でなかったとか。

【井形委員長】 そういう形の意見はなかったと思います。

【事務局】 新潟の方で1件、資料がまだ不足しているので、もう少し資料を追加してもう一回判断しろという判決が下りたことがあります。

【井形委員長】 むしろこれは法律的な問題ですので、小高先生あるいは浅野先生あたりから総合的なコメントを……。

【小高委員】 再申請と、先ほど森嶋先生がおっしゃいましたように、不服審査の制度とどういふように本来絡んでいくかということがあろうと思うのですが、本来ならば、申請が棄却されたときには、不服審査の方に持っていくと、不服審査の場合には裁判所と違いますから、裁量判断の当否についても審査ができますから、もう一ぺん見直しなさいという判決も当然可能になってくると思います。しかし、いずれにしても、再申請を認めざるを得ない。資料でいきますと2ページ、原則論としてはこういう考え方をとらざるを得ないと思います。このときに、不服審査と再申請の可能性をどの程度御議論になったか、それは分かりませんが、いずれにしても、本来ならば不服審査の方に持っていく方が筋だろうとは思いますが、ただし、また戻されてきたときには結局同じことにはなるかと思いますが、いずれにしても、再申請というのは、少なくとも公健法の運用上は否定的には考えられないものですね。再申請の可能性は否定はできないだろう。ですから、こういう運用をされてきたのは、それなりにや

#####24頁

むを得なかったのだらうと思います。

【森嶋委員】 現時点ではそうだと思うのですが、2ページのa、b、棄却後も曝露による新たな発症がある、曝露終了後時間を経過してからの発症がある、仮に医学的に現時点ではもはやそういう事例は考えられないのだという前提をとりますと、あとは不服審査ということになりますね。そうしますと、今まではそれも込みにして再申請でやっていた。そこで、仮に再申請の道を、先ほど言われた何らかの形で閉ざしてしまいますと、それが不服審査あるいは認定棄却処分に対する訴訟ということになります。ここで考えているのは、何回やっても戻ってくるというのはたまって困るという趣旨で、これを何らかの方法である程度整理しようとする、今度は別の方に行きまして、さらに、不服審査でもとの判断が正しいといえますと、そこからまた訴訟に行くことになります。紛争は解決しないで今ここでたまっているものが、よそに行って紛争が起きるだけで、事と次第によっては、今までよりもっと厄介、裁判所に全部絡んでやられるということになりますと、その辺のところのデメリットを考えないと、1ヵ所押さえても同じではないかという気がするのですが、どうでしょうか。

【小高委員】 そうすれば、5ページの(2)留意点の一番最後、再申請について検討するために医学的説明以外の切り口があるかどうか、恐らく別途の仕組みをここでうまく用意できるかどうかということにかかると思うのです。ですから、再申請の対象になりそうな

非常に限界層にある人たちについてはもう再申請は認めない、しかし別途の何らかの制度に乗せてしまう。

【浅野委員】 森島先生のお話にあえて屁理屈を言えば、再申請を認めておけば8回も出てくるのだけれども、不服審査あるいは訴訟なら、8回お付き合いするのを1回のお付き合いで済むというメリットはあるという言い方ができる。

【森島委員】 訴訟ですと、上告審まで行くこともある。

【浅野委員】 そういうことをしますと3回ありますが、8回に比べれば3回

#####25頁

で済む。

【森島委員】 しかし、行政の内部で処理している分には比較的

【浅野委員】 楽ですね。むしろ問題は、さっきのクライテリアなどの御説明のときに、実は余り適切でないの御質問しなかったのですが、例えばここにいろいろメニューがありまして、どういう措置ができるかということが書いてありますが、仮に法改正でもしてしまえば、立法について争うのはなかなか難しいし、裁判所も立法過誤というのはなかなか判決が出にくいから、法律を変えてしまえば、恐らく政治的なトラブルをうまく克服できればそれで終わりなのではと思うのですが、仮に運用の面で措置をしていくと、少なくとも1回だけは訴訟できっちり決着をつけなければいけないことは出てくるわけで、例えば医学的説明というようなものが裁判所を説得できるかどうかということにすべてかかってくるわけです。

つまり、2ページに書いてありますような再申請を認めている二つの医学的な根拠づけといえますか、こういうような可能性がありということで、2ページの2の(2)の a、b、二つともつぶれてしまえば、確かに再申請を認めるという実質的な根拠は薄れますから、それで行政判断としては、再申請は拒否することはできるわけです。そのことに関しては、少なくとも行政判断が完全に確定的な効力を持ち得ませんので、その判断が正しかったかどうかということが裁判で争われると、a、bの可能性をこのレポート等で否定できるかどうかということなのです。

その場合に、医学的には、今日出されたりレポートはほとんど多数の先生方は支持なされるのだと思うのですが、水俣病に関して従来の裁判所の出してきた判決の流れからいいますと、こういうきっちりした医学的な判断をほとんど信用してない、むしろエモーションで動いてしまっていますから、仮にこのようなアセスメントをやりまして、このクライテリアとか委員会レポートに対す

#####26頁

る反対のもっともらしい医学的な文献が出る可能性は全くないのかどうか、もしもっともらしいものが出てきますと、裁判所は両方等距離に置いてしまいまして、医学的にはほとんど無意味であっても、同じだけの反論があるのだから、それは50、50で見えてしまって、あとは法的判断という名の下に、反対の方の学説に乗ってしまうという可能性があるわけ

です。あるいは、少なくとも乗らないまでも、その可能性は否定しがたいという理屈で、再申請はだめだという行政措置を否定する可能性が出てまいります。ですから、そのあたりが、私もよく分からないのですが、ほとんどこれは医学の世界の論争ということで議論すれば、もう議論の余地がないものなのか、なお、もっともらしい反論というのは可能性を残しているのか、ということをお教えいただくと、法律家としてはかなりものが言いやすくなります。

【井形委員長】 私の個人的意見を申しますと、医療訴訟と非常によく似ているのです。医療訴訟は、例えば6割の人は、診断は間違っていなかった、医療的にミスはない、4割のお医者さんは、ミスがあったのだろう、そういうのが非常に多いのです。今は訴えられた方は医療事故によって起こったのではないということが立証できなければ全部負けるのです。それを当てはめると、とても医者は自身がないです。一ぺんだけ権威ある判断をしたのだから絶対違うと裁判で言い切ってその主張が認められる可能性は非常に難しいと思います。

長期低濃度曝露とか、今度はほぼ安全宣言に近い状況がありますから、一つは、どこかの時点で四日市みたいに地域指定解除をして、それは再申請かどうかということではなくて、まずは新しい発生源はないのだということで、それがあつて定着しましたら、自動的に、再申請はありえないということが次のステップで可能になるかもしれない。今求められておりますのは、水俣病問題が未解決で、住民の不信感が渦巻いている中で、法改正してまで再申請をストップすることは現実的にはまず不可能だと思います。

27 頁

私は国家試験の委員でありまして、10回も落ちた人をどうするかという議論があつて、ちょうどそのときに、司法修習生で何ぺん受けても落ちる人を受けさせるのは気の毒だし、やめさせてはどうかと、これとよく似た議論をやったわけです。法律の先生ですから、やめるといふことはできない、しかし落ちたら5年間は受けさせないという議論が大体通りそうなんです。その代わり、6年目は受けられるけれども、6年目は受けてもほとんど受けませんよと。医師の国家試験は、法律家がそれがいいというならば、医者も5回連続して落ちた人は5年間は受ける資格はない、できればあきらめてくれ、ということが決まる可能性が強いのです。

したがって、ここに書いてある、認定申請を一旦棄却したら、3年か5年かは、状況が変わらない限り、この間うちの審査会でも問題になったのですが、5年ごととか3年ごとに見直しましょう、そういう言い分で申請を止めることは可能だと思うのです。私の気持ちとしては、むしろそういうことをお願いできればありがたい。

それから、再申請かどうかの問題は、特別医療事業をやったときの議論をもう一度引繰り返していただきたいのです。あれは、うまく特別医療事業に乗った人は再申請できないことにしてあるんです。あの理論が適用できるのだったら、今、一定者と再申請の関係は、その理論を援用すれば可能だと思うのですが、いかがでしょうか。

【鈴木委員】話を戻してしまうかもしれませんが、さっき出ました2ページの下の方のb、曝露終了後時間を経過してからの発症がある、その意味なのですが、それが医学的に否定できるなら話は簡単なんですという議論が出ました。けれども、これは容易には否定できない部分ですね。問題は、発症の中身の問題、何を発症してくるか。典型的な急性の水俣病みたいなものが発症してくるはずは絶対はないので、もっとわけの分からない格好になったものが出てく

#####28頁

るわけでしょう。その問題も含めて、発症の中身まで考えに入れて議論しないと話が詰まらなくなるから、そう簡単には、こんなことはもう絶対はないですよと言い切るのは、怖くて言えないですね。

【野村委員】今のお話の関係ですが、そういたしますと、何年という仕方で区切ることは不可能だ、こういうことになってしまいますか。

【鈴木委員】私個人ではそう思います。非常に難しいことだろうと思います。

【野村委員】症状との相関で考えますと、そうになってしまいますかね。

【柳沢環境保健部長】資料1の12ページの真ん中辺で曝露停止後の発症について、IPCSのクライテリアが言っていること、あるいはその後に出てきます重松研究班の評価と、今の鈴木先生の御発言、一番最初におっしゃったこととはどういう関係になるのでしょうか。

【鈴木委員】私は、IPCSの記述はこれでいいと思うのです。彼らは、日本で起こっている出来事に関して、何も言わないよという立場だったわけですから。現に彼らの経験から言えば、イラクの例が多いわけでサけれども、こんなものでしかないでしょうと言っているわけです。しかし、非常に長い潜伏期間をとって何かが起こっているという出来事は知っていて書いているわけです。ですから、心理的な因子や老化因子によって起こっている可能性はあるのだけれども、という言い方をしているわけです。

ごく一般論として言えば、曝露が停止して長い期間たってから何かが起こってくるということは一応齟齬なんです。そんなことは確率的には非常に少ないですよ、こうは言えるわけです。神経系の、例えば中毒系列の病気は得体の知れないところがありまして、ちょっと怖いんです。かなり前にかかりの曝露があつて、長い期間たってから何かが起こってくる危険性みたいなものを、今そんなことは絶対はないと言い切ったら、私は後世恥をかくのではないかと思っているものですからね。

#####29頁

【野村委員】今おっしゃったことは、医学的にはそのとおりなのかもしれませんが、ただ、今扱っている問題は、公健法における補償をどこまで広げるかという問題なので、長期、何十年後現れてくる微妙な症状まですべて百パーセントこれで救済するようなシステムにする必要があるかどうか、こういう問題だと思うのです。

【鈴木委員】それは全く別の問題ですね。

【野村委員】だから、あるところで制度上割り切ることも考えられますね。

【高橋保健業務課長】 御参考までに。慢性砒素中毒症の認定条件なのですが、まず最初に三つの症状が出ているかどうか、皮膚の角化症、手と足の角化症があるかどうか、鼻に鼻中隔穿孔があるかどうか、多発性神経炎があるかどうか、そういったことで患者が砒素に曝露したかどうかを見るわけですけれども、砒素の曝露といいますのは、非常に長い期間、20年とか30年とかたってから肝障害とか肺がんとかが出てくることがあるわけです。実際そういったことで、最初に認定された人が後でそういう症状が出てきたときには、それは症状のランキングの方でみましょうということをやっているわけです。そんなことがありますので、一応行政的な割り切りとして、砒素ではそういうふうにやっています。

【井形委員長】 むしろ認定審査会の申合せみたいなもので、はっきりと何年以降に明らかに発症したものは認定から外しましょうというルールを決めておけば、そのデータが蓄積したときに、現実に何年以降の発症で認定された者がいないから、これを妥当なものとして認めましょうという言い方は可能なんですね。最初からこれを決めると、まず理論が先行して、反感だけが前面に出て、実効は何もないと思います。つまり、昭和60年ごろ発症した人を認めている人はだれもいないのです。IPCSもあるいは重松委員会でも、最近の発症はないというような結論にはなっているのです。

30頁

【鈴木委員】 一般論としてはそれでいいんですよ。

【井形委員長】 鈴木先生の言われたようなことは、今度の一定者の対策の中で、そういう影響がありうるかどうかを検討しましょうということで理論構成をしようとしているのですから、先に審査会のデータを蓄積した方が早いのではないかと僕は思います。

【滝沢委員】 今の公健法で再申請についていろいろ討議する場合、今、資料2での御説明、第一種地域、第二種地域ともいっていますが、第二種というのは、法律の説明によると、いわゆる特異的疾患ということになっております。したがって、今までの審査会で、メチル水銀に起因する、そのような組合せの症状はないということで棄却されている人が再申請するわけですが、今現実に問題になっているのは、手のしびれ、これはいわゆる非特異的な症状なんです。したがって、そういうものを取り入れてしまうか、実際、今のこの法律では、最初から運用をどう考えるかという議論外だろうと思うのです。もしその場合は、公健法でいう第二種というのは、いわゆる特異的な疾患であるという定義を全くキャンセルしてしまうことになるのではないかと。むしろ全く独立的に考えるということではいいわけですね。したがって、水俣病そのものが今のところ非特異的あるいは全身症状かどうかということは、今も裁判では争われていまして、大方の水俣病専門家としては、特異的疾患で手のしびれそのものだけを水俣病といえないと却下しているわけですから、そこら辺のところを、特異的な疾患が公健法でいう第二種の疾患であるということを念頭において、法律的に考えていただきたいと思うのです。

【井形委員】 次官通達で「疑わしきは救済」というのがひとり歩きしてありまして、最初からむしろ医学的判断で可能性が高いものを救済というふうに言っておいていただくと、

私たちも非常に割り切り方がクリアだったと思うのですが、現実は大体先生のおっしゃるとおりですね。ただ、その意味づ

#####31頁

けをどういうふうにするか。

【荒木委員】 先ほど井形先生がおっしゃった再申請の期間、5年間ぐらいは申請しない方がいいのではないかという考えですけれども、患者さんの訴えとしては、皆、老化が進んでいるということで、皆年寄りになっていくと何とか持ち切れないというのが一般の意見のようですから、5年間持たせるということはコンセンサスを得にくいのではないかと私は思います。

【植村委員】 再申請を何とかさせないようにするというのは、法的には、一般的に比べてなかなか難しい場合が多いんです。水俣病の場合に限らず、いろいろな制度を見てみますと、再申請そのものできないというふうに規定を置いているものはなかなかなくて、結論が出て、またすぐ再申請のようなことをしてくる例もしばしばありまして、それで結構困る場合も多いわけです。一般によく知られているのは、有罪判決が確定した後の再審請求というのがありまして、あれは棄却されてもまた請求するということがあって、これは何回でもやれるものですから、人によっては何回でもやる。大体、刑が終わった人は余りしませんので、実際には死刑囚の人が多いわけですが、ああいうのは何回やっても防ぐ手段がない。制度上は再審請求中も死刑は執行できることにはなっているわけですが、再審請求を防ぐ手段はないわけです。

水俣病の場合も、再申請そのものをできないようにするというのは、理屈をかなりきっちりつけないと難しいと思うのです。理屈というのは、結局、新たに発症することはないのだということになるのでしょうかから、もしそうであれば、地域指定を解除してしまうのが筋だということに当然なるわけですね。だから、理屈としては、いずれそういう方向を考えるべきであって、再申請そのものを拒否するというのは、公健法の筋からいうと、出にくいのではないかという感じがするわけです。實際上、再申請でいろいろ支障がある、困ったことがあるというのであれば、例えば業務が増大して困るということであれば、こ

#####32頁

こにも出ていたと思いますが、もっと簡単に再申請を棄却するような方法を考えるのが現実的だと思います。新たに検診などしないで、前の資料を使って簡単に棄却することを考える方がいいのではないかと思います。その場合には、すぐ棄却しますと、またすぐ出てくるかもしれないので、2年とか3年置いておいて棄却するとかいうことを運用上は考えてもよろしいですし、そこはやり方によっていろいろあると思います。

一定期間の再申請を制限する、これは比較的容易といえますか、理屈もつけやすいと思うのですが、再申請の全くの禁止と法的には性質が全然違うと思います。2年とか3年あるいは5年とか、どのぐらいがいいのかわかりませんが、その期間ぐらいは様子を見たいということで、その間は再申請できないようにする。これは法律で決めないと難しいかと

思いますけれども、その方が理屈は立てやすい。しかし、法律改正が大変だということでしたら、実務上、2~3年は様子を見る必要があるから、申請があっても放っておくということで、2~3年たって顕著な変化もないようであれば、新たに検診などをしないでも棄却する、そういう手段を考えると、そういった実務上の運用によって業務の増大は相当程度防げるのではないかという気がします。

根本的に再申請そのものをなくしたいというのであれば、地域指定の解除を本気で考えるしかないのではないかという気がします。

【井形委員長】 一つは、かつて私もが棄却した人はほとんどが再申請を出しておりまして、私もこういう制度は全く死んだ制度だなと感じておりました。つまり、むなしいんです。棄却しても、その人はすぐ後ろへついて並びますから減るわけがない。特別医療事業が出るときには、そういう議論があって、再申請をとるか、特別医療事業をとるかということで、そのときには患者さんの間からは、せめて医療費だけでもみてくれば満足ですという声が強かったんです。実際それで未処理者はかなり峠を越した現実があるんです。ですから、

33 頁

例えば2~3年様子を見るということも可能でしょうし、要するにこの問題の解決は、対象者が何名いるかという推定が今全くできない。どこかで人数の目途をつけておかないと、大蔵省も対策が進まないという背景があるんです。ですから、被害者はどのぐらいというのは、一斉調査でももう一度やって、それにひっかからない者は全部アウトというふうにしてしまえばいいかもしれませんが、申請のところで何か締められないかという議論が起こっている。先生方の御意見を聞くと、現実にはそれはなかなか難しそうだと。実際、再申請を出して行政不服を出して裁判に行って、三つとも出している人が非常に多いんです。ですから、行政不服の方も裁判をにらみながら判断を下さないと信用にかかわるということで、なかなか複雑な要素があるように思います。

【野村委員】 先ほどおっしゃった現実的な反応と申しますか、それを考慮すると、全面的に禁止することは確かに難しそうですね。それで一定の年数をおいて制限をするというのが考えられますが、その場合に、先ほど老人は長い期間待てないというお話でしたが、ほとんどが老人なのかもしれませんが、年齢に応じてその期間を短くしたり長くすることは、医学的には理由がないのでしょうか、あるのでしょうか。

【荒木委員】 再申請のときに、例えば2~3年放置して、あと書類審査で切っていこうということになると、今までは再申請のときには全部フィジカルにチェックしていたんです。だから、それだけは今回からやめるといふわけにいかないと思うのです。もう一ぺん全部の検査をやってやらないと不満が出てくるのではないのでしょうか。

【浅野委員】 それと、新たな症状が出ていないからという以上は、その段階では少なくともチェックしなくてははいけませんね。そのときに主治医の診断書だけでいいというような話にはなりませんからね。どうしてもチェックしなくてははいけません。

#####34頁

それから、不作為違法でともかく言われていますから、あれは2年間がいいということなら、逆にとって、2年間放っておいてということになるかもしれないけれども、結局そこで2年間は全くみませんとか、5年間は放っておきますということをやると、それ自体がまた訴訟で争われる可能性がありますね。その合理性ということで、さっきと同じような議論が出てきますから、いずれにせよ、運用で

【井形委員長】再申請が、お医者さんが診て疑いがあるからと書いてくれるのだったら、それは一種の医師からのクレームでもありますし、対応すべきなのですが、多くの場合は、患者さんがお医者さんのところに行って、診断書を書いてくれ、いや、私はそう思わないから書かないといったトラブルが非常にあったんです。それで結局、良心的なお医者さん、あるいは評判を悪くしたくないお医者さんは、メチル水銀の曝露の可能性があった地域にいたから精密検査を受けた方がいいでしょうという診断書と、気管支ぜん息とか胆石症という診断書を書いて、それらがありさえすれば申請を受け付けるように今はしてあるんです。ですから、疑いがある人が出てきて、これが未解決だと大きな社会問題ですけれども、例えば裁判の行方などによって、今後、申請して落ちてもともとという人がまた1,000人、2,000人出ますと、これが私にとっては非常に怖く思っておりますので、お医者さんが判断して、本当にあなたは水俣病かもしれないと言ってくれる人だけの再申請だと、別の議論になると思います。今申し上げているのは、一般的な再申請のことです。

環境庁から、いろいろディスカッションしていらっしゃる内容をおっしゃってください。

【岩尾特殊疾病対策室長】現実にも、再申請をされて1年以上待ちますと、医療費とそれに係る若干の足代その他が出るということで、棄却されて特別医療事業になった方よりも、足代その他の分だけ条件がいいことにはなりません。

#####35頁

それで何度も申請して、1年、2年、3年放っておいてくれたら、その分の医療費を出してくれるのならなおありがたいということで、むしろ再申請に行って長く待たせてくださいという方が出てくる可能性もあるわけです。ですから、根本的に、条件を同じにすればということも行政上はあるのですが、現実には特別医療事業が現在の形でスタートして、医療費のみの支給という格好になっている以上、治療研究事業を目的として再申請をしてくる方々は後を絶たないのではないかという気はいたします。

【浅野委員】それはかなり大きな割合でしょうか。つまり、一攫千金ではなくて、むしろそっちがメインだというのが8割ぐらいであれば、一定者の対策はかなり効果を上げると思います。

【岩尾特殊疾病対策室長】その辺の読みなのですが、例えば鹿児島の場合は、現実には、どちらかというと、申請者が何度も何度も回数を繰り返すということは、今言いました若干の足代を求めて申請しているケースが多いのではないかと私どもは伺っておりますが、実際に先生方が御覧になられて……。

【納委員】 私もそういうふうに見ております。

【野村委員】 結局、先ほどの現実的な反応をどう予測するかということにかかわるわけですが、理論的あるいは制度的な問題は別として、再申請を認めないことと、給付の内容と、それ全体を考慮して、対策に反対するのかどうかを決めるのでしょうか、それをセットにして考えるといいと思うのです。給付の内容をどの程度にするのか、それと裏腹に再申請は認めないのか等いろいろ考慮して、それなら受け入れるとか、そんなふうを考えるのではないのでしょうか。

【井形委員長】 それは表と裏とがございまして、再申請を組めない条件が有利に出れば、新たな申請と再申請がどっと増える可能性が出てくるのです。今の申請した人だけの解決ですと、もうそれで十分ですけれども、現実的にはな

36 頁

かなか複雑な要素があって、今の対策もいろいろ悪口は言われていますけれども、認定された患者は心の底では今の認定制度を礼讃しています。しかし、皆さんは、それを言うのであれば、一緒になって、環境庁はけしからんと言っていますけれども、必ずしも全住民が反対しているわけではない。そこで現実的な道を摸索するのが我々の任務ということになる。

【浅野委員】 今の再申請の人の1年後の給付というのは、一定者への対策をつくるときに全部見直して白紙に戻してしまっていて、そっちの方はゼロであるというようなことは現実的に不可能なのですか。どうしても直さざるを得ないのか。既得権ということになるのでしょうか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 現実に公健法上の認定業務がある以上、少なくとも申請をして持たされている方に行っております医療関係の給付事業は残さなければいけないだろう。ただし、棄却された者に対する特別医療事業については、少なくとも公健法から外れて、棄却されたという条件がつくわけですから、その方に対する施策については、今回の新たなもので吸収できると思っております。

【浅野委員】 それはいいですね。

【野村委員】 新規の人は？

【岩尾特殊疾病対策室長】 そこで申請者が常に残るような制度であれば、公健法上の制度は維持していかざるを得ないわけですので、この再申請の問題なり何なりもずっと残ってしまう問題ではあると思います。

【浅野委員】 一定者への給付額は、足代よりももう少しレートを上げない限りはシフトしませんね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 上げた途端にどんと増えるということも考えられます。

【納委員】 今おっしゃったように、新規が今後どっと増えつつあるというか、

37 頁

今、現に鹿児島県でも今のムードから新規がちょっと増えつつあるわけです。今後、私た

ちの出す方針あるいは国の出す方針によっては、一時金目当てに新規がどっと増えて収拾がつかなくなる可能性さえあるわけですね。ですから、基本的には指定地域の解除が行われた後に、新規の申請もなくなったというステップがないと、それと一緒に再申請のストップの時期が連動しないと、片方だけというのは意味がないような気がするのです。

【岩尾特殊疾病対策室長】 指定地域の解除になれば、ある一定の期間をおいて、それ以後の申請自体がなくなりますので、一時的な駆け込み申請で増えたとしても、現実にはだんだん減っていく。一種のときがたしかそうだったかと思います。1年か2年のアローアンスをおいてというときに、たしか1割以上の1万人近くどんと増えた、駆け込みがあったと聞いておりますので、我々がそういう対策をとるといふことであれば、ある程度の上乗せといいますか、本来8,000と見込んでいたものが1万を超えてしまったということは覚悟はしなければいかんかと思います。ただ、そういうことで窓口を閉めるといふか、申請が受け付けられないような制度が組めるのであれば、確実に制度上は終息していくものだろうと思っております。

【上村委員】 一つは、もう話が出たことになるのですし、5ページの留意点にも書いてあるので、そういうことかなと思うのですが、医学的な理由、発症するおそれもあるけれども、既に汚染は終了しており、今後新たな曝露による発生はない、という前提で再申請を認めないということは、新申請も認めるべきないということになるわけですね。そういうふうに理解すればよろしゅうございますね。

【井形委員長】 はい。ただ、昔からかかっておっただけけれども、社会的な影響とか、子供の結婚に差し支えるとかいうて、やらなかったけれども、本当は昔から病気でしたとなると、それとは抵触しない新申請は可能になる。

38 頁

【上村委員】 それはそうでしょうね。

もう一つは、5ページに書いてございます運用による措置、却下にしろ、形式的審査による棄却というのはなかなか難しいだろうという認識があります。再申請の禁止も難しいからという話から、論点が、一定の期間は再申請ができないような法的な仕組みを考えられはしないかというふうに集約されつつあるように思うわけですが、その場合に、一定の期間ということを考えますと、その期間がたてばまた発症するおそれがあると医学的に認めてしまうことになるのではないのでしょうか。

【井形委員長】 そういうことになりますね。そういう理論がないと……。一つは医者の方に問題があって、医者の診断能力が不十分で、3年たって見たら新しい症状が見つかったという言い方はされるかもしれませぬ。しかし、今言ったように、3年たったら症状が悪化することがありうると認めることは、遅発、経過は続いているということ認めることにはなりますね。

【上村委員】 ですから、その期間を設定すること自身もなかなか難しい問題があるのではないかと思ったわけですが、それが説明できれば……。

【井形委員長】 荒木先生が言われたように、今、裁判で新聞によく出てくるのは、高齢化して毎年死んでいく、死ぬのを待っているのかと言われる批判にはちょっと答えにくいことになりますね。

【小高委員】 再申請している人で高齢者のパーセンテージはどれくらいですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 今、申請者自体の平均年齢が60歳を超えておりますので、64~5ではないかと思っております。

【井形委員長】 鹿児島県では5回くらい再申請して認定になっている人がいますが、私の記憶では、こういうのはほとんど病理解剖で、症状は、若干の訴えはありますが、臨床的にはないと思っておりましたけれども、病理解剖をし

39 頁

てみましたら、病理学者から水俣病の特徴ある所見があると書かれますと、病理所見があってもこれは水俣病ではないのだと言えませんが、私どもは病理認定といって、別枠の取扱いをしておるのです。したがって、4回、5回で認定になったというケースはそういうケースだろうと思います。

【野村委員】 先ほどの期間の区切り方を5年とか6年とすると、そこまで発症の可能性のあることを認めたことになりはしないということですが、それはその期間を設ける趣旨をどういうふうにはっきり示すかということで防ぐことができると思うのです。時効とか別の理由を持ってきて、それで区切るのだと。理由づけですね。なぜそこで切るか、それを考えて出せば、その心配は薄れると思います。

【森島委員】 ところが、最初に頭で、一定の期間たったら、その後は一般的に発症する危険性はないと言っているわけだから、そこで一度審査して、診断とか何かが間違っている、いわゆる不服でない限り、資料2の2ペ - ジの a、b というのは、論理的には起きえないことになるわけですね。何年たったからもう大丈夫ですと言った手前、今度はそれでは再申請は3年たったらみましょうという、その3年の間に新たに発症することを認めないといけませんから、論理的に矛盾するのではないですか。

【小高委員】 だから、再申請の期間を抑えるというのは、逆に言いますと、とにかく一旦判断したのだから、すぐにそれが変わることはないだろう。だから、ある程度の間は一旦判断したものを尊重してほしいという停止条件みたいなものですね。

【森島委員】 せいぜい本当に診断の誤りがあるから、もう一回ちょっと審査するというのだけれども、それでは、すぐやったらどうしていけないのだと言われることなんですね。

【浅野委員】 期間制限も、今言われたような議論を踏まえると、むしろ、だ

40 頁

ったら不服審査の方に困ってしまうから、同じことですよ。

【森島委員】 ですから、僕が一番最初に伺ったのは、再申請についていろいろな形で禁止すれば、少なくとも不服の方は不服審査へ回ってしまうだろう。新しく発症するというところだけが残るはずなのだけれども、それも全体として最初に指定地域の解除などとい

うことを議論して、そこで、新しい人は受け付けませんよと言っておいて、古い人ならば、一旦駆け込んでおいたら、そのときなくてもまた後で出てくるというなら、論理的には矛盾してしまうわけです。

【浅野委員】 矛盾しますね。結局、もしこれだけに限って議論するなら、法改正ができない以上は運用でやる以外ない。一旦審査会が認定したのだから、それがもう一ぺん出てきたって、そんなものはしばらく握りつぶす以外ない、あるいは形式的な審査で飛ばす以外ない。後は不服でやってくれと。何ぺん来てもけるものはけるのだという悪代官に徹する以外にないという感じなんですね。

【森島委員】 それが今度は訴訟でも起きた場合、良心的な先生は、いや、ただ寝かして待っていますなんて言ったら、それこそ国の方の不作為もいいところで、やられてしまう。

【浅野委員】 だから、どんどん形式的審査で棄却する以外にないということになりそうですから、むしろ一定者への措置という場合に、再申請をしている人は一定者への措置の恩恵を受けることができないという制度にどうしてもせざるを得ないでしょうね。恐らくもうそれ以外は防ぎようがない。そして、再申請をしても、1年たったら受ける給付よりも一定者への措置の方がレートとしては若干はいい。少なくとも足代よりも一定者への措置の方がちょっといいのだということで、事実上、こっちへ誘導して行って、再申請なんかしても損だよというふうにするか。できることなら、再申請の人たちについての今まで
#####41頁

の給付はやめてしまって、少なくとも医療しかみませんと言って、それ以上の足代などは打ち切りというふうにするか、それができないなら、一定者のレートを上げざるを得ないですね。それで、一定者へシフトさせる。

【井形委員長】 この間、待たせ賃訴訟の判決がありましたけれども、それと、保留にしているときの医療費とは何か連動できないのですか。

【事務局】 この申請者の医療事業が出てきた背景としては、長く待たせていることに対して、ある意味の責任ということで、何らかの行政的措置をするというところから出てきたのです。ですから、待ち料の話がひっかかっている段階で申請者の医療事業を切ってしまうというのなかなか難しいところがございます。

【浅野委員】 待ち料訴訟がもし決着すれば、それでつくだろうし、それから、待たせないという方法もあるわけでしょう。要するに最高裁の論理を使えば、病気でないということをも早く言ってほしいということが重要なんだ、いつまでも病気であるかどうかという不安な状態に置かれることが問題だと最高裁は言ったわけだから、その論理を使えば、あなたは違うよと早く言ってあげる方が筋が通っているわけですね。それは最高裁の論理に乗るわけです。

【納委員】 それは現実に逆にいい効果もあるんです。というのは、裁申請して半年ぐらいいは給付はないですね。現実に半年ぐらいいは医療費も足代も給付が待たされるんです。特別医療事業だと、すぐから始まるけれども、足代などは出ない。そうすると、申請してぐ

ずぐずしている、その間ずっと給付があるけれども、すぐやってしまうと、半年ストップされていて、その間に処分されてもう一回棄却されると、また申請しても、ほとんどそのメリットがないと思うのですが。

【岩尾特殊疾病対策室長】 鹿児島の場合、例えば検診拒否、寝たきりにより、事実上、検診を受けられない方々に対しても、ある程度年月がたてば医療費の

#####42頁

補助が出ているわけです。ですから、物理的に早くするということは、もちろん先生方の努力でやっていかなければいけないのですが、物理的にできない、そして合法的に給付を受けている方々もかなりの割合でいます。

【浅野委員】 寝たきりとか、検診ができない合理的な理由が何らかの公的な証明のできるのであれば、その人は除くのか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 給付を受ける資格があるということか。

【浅野委員】 そういう人には給付するが検診拒否者は外すという理屈は、最高裁の判決の理由の中をずっと読んでいくと、立ちそうな気もするんです。だから、高裁でどういう結論が出てくるか、最高裁の枠の中で摘示されているようなことを高裁がのんでくれば、かなり言えますね。検診を受けてくれなければ、受けない方が悪いのだから、あなたには給付しませんと。

【岩尾特殊疾病対策室長】 いずれにしても、高裁の判断待ちとは思っておりますので、今、来年度からの施策にその辺どうするか、その分については手が、着けられないかと思っております。

【荒木委員】 今、認定審査会で棄却された時点で、全く見込みのない人たちに対しては、あなたは水俣病ではありません、再申請しても見込みありませんということは今後言うべきではないかと私は思います。それで、あなたのこれからのいい方法としては、不服ならば不服審査に行きなさい、どうしても裁判で訴えたいならばどうぞ、しかし、今後、一定医療事業とか何かを考えられていますので、そっちの方ができれば、そっちの方にアドバイスとか、そういうふうに持っていかれた方がいいのではないかと私は思います。

【井形委員長】 それは全員にですか。

【荒木委員】 棄却されている人たちです。全く何にもないような人たちもおるわけです。

【井形委員長】 しかし、実際全く何にもない人にそのことを言って、言わな

#####43頁

い人も出てくると……。

【荒木委員】 それは、そのときに、あなたは審査会でもう一ぺん診たいという意見がありますから、もう一ぺん診ましょう、そういう方と、あなたは早く再申請をやめて、ここに入りなさいとか、そこが医者判断ではないでしょうか。

【納委員】 もう一回診たい人は保留になるわけですね。

【荒木委員】 そうです。

【納委員】 棄却というのは、水俣病ではない人ですね。

【荒木委員】 だから、棄却になった場合です。そこが問われているので、長々と何年間も放置されて、国の不作為だとか言われているのではないのでしょうか。

【井形委員長】 審査会で早く判断をつけていただくと申し合わせることは一つ重要なことだと思うのです。それは歴史があってなかなか難しいのですけれども、それこそ無記名投票で結論を決めるとか。

というのは、保留というのは、社会的には非常に分かりにくいんですよ。この間も聞きましたけれども、実情はよく知っているつもりですが、社会的に見たら、分からなければ水俣病ではないか、違うなら違うではないか、なぜそれがどっちつかずになるのですか、ということになるんですね。

新潟が割と保留が少なかったという事実もあるんです。私どもも実は保留を大分抱え込んだ時代に、判断基準をつくって、決断をしましようということで、少し保留が少なくなりました。特別医療事業でまた未処分者が少なくなったという経過があったわけです。

今日は、いろいろな御意見が出まして、ある種の方向性は出ましたけれども、なかなか細かいところまでは結論が出ませんが、これは同じ結論を継続審議で次回でよろしいですか。今日は、結論らしいものを、一人一人の御意見をお聞

#####44頁

きして出しましょうか。

【岩尾特殊室病対策室長】 いえ、結構でございます。今日の御議論を踏まえまして、いづれにしても、一定者の対策にも絡む話でもございますので、議論をもう一度テープを起こしながら次回までにまとめたような形で、うちの方でまた御提示いたします。

【井形委員長】 この問題は非常に重要ですがけれども、御発言のない方、何かコメントをお願いしたいと思います。

【二塚委員】 2ページの下のところ、公健法における再申請の意義、のa、b、c、dと四つの条件があるのですが、更に一番下のところに書いてありますように、現実には症候の変動による判断の誤りといったら問題があるかもしれませんが、現実に症候の変動があることを完全に否定しきれるか、その問題はこの四つの条件にもう一つ加わるのだらうと思います。ですから、もしそういうことであれば、理論的に再申請を全く認めないということは、現実問題としてはかなり難しいのではないかと。ただ、今どういう形で利用されているかという、先ほどの室長などのお話のとおりで、給付内容をもう少し厳しく制限するという措置がとれないかという感じがいたします。

【納委員】 私の印象なのですが、例えば遅発性の水俣病があるかどうか、あるいは加齢の影響があるかどうかということでは、昭和46年からせいぜい50年あたりまでは、そういう可能性についても、患者さんを診ながら、ひょっとしたらという気もしていたのですが、最近の印象では、もう大丈夫かな、少なくとももう遅発性のことは考えなくてもいい、それだけの長い年月を経て、歴史的な意味の積み重ねがもうでき上がったかなという気が

しています。ですから、そういう意味で、この理由の a、b、c、d 中の a と b が、時間的な経過も踏まえて、そろそろ行政措置をしてもいい時期が来たのかなというのが私の印象です。

45 頁

今、再申請とか、いろいろなことが議論されてきましたけれども、基本的には指定地域の解除が行われた段階で、これ以降はもう新規の申請も再申請もできないということが法律的に本当に難しいのかどうか、ぜひ次のときにでも教えていただけたらと思います。というのは、実際に僕らが認定業務に携わっていて感じるのは、申請自体は、新規も再申請もある一定の時期を区切ってストップをかけても、もういい時期に来ているのではないかという印象を持つものですから、それが法律的に可能かどうか。あと、医学的な問題で印象的なのは、今までは難しかったかもしれないけれども、もうそろそろいいのかもしれない、ただ、理論的に詰めていくとどうかと言われると、確かに鈴木先生おっしゃったようなことがあるかもしれませんが、ただ、行政的な意味で、もうそろそろ踏み切れるのかもしれないという印象を持っております。

【井形委員長】 次の健康のフォローアップの理論づけとも関係してくるのですが、はっきりとこれで決まったと言ってしまうと、次の事業が成立しなくなる面があるんです。これは次のところ。……。

加藤先生、何かコメントございますか。

【加藤委員】 やはり同じような議論になるのですが、曝露が終わってから一定の時間をおいてまた発症があるかという話、これは確率の問題ですから、鈴木先生のおっしゃるように、ゼロではない、しかし限りなくゼロに近いという話ですね。これは別な判断だと思えます。

【井形委員長】 ありがとうございます。

次に、地域住民に対する健康管理対策について、事務局からお願いいたします。

【事務局】 それでは、資料 3 について御説明させていただきます。

地域住民に対する健康管理対策についてということですが、先ほど室長から申し上げましたように、今回、実質的に初めて御議論いただく課題でございま

46 頁

すので、かなり総論的に、そもそもかかる一般的な住民、曝露はあったけれども症状がないような住民に何らかの健康管理をすべきかどうか、それにどういう理由付けが考えられるのかどうか、そういう理由づけからするとどのようなメニューが考えられるか、ということについて御議論いただきたいと思います。

まず第 1 の問題の所在といたしましては、かつて一般地域レベル以上のメチル水銀曝露があった地域に居住しており、一般地域住民レベル以上のメチル水銀曝露を受けていたと推定される者であって、水俣病に罹患はしていない者に対して何らかの健康管理の施策をすべきなのかどうか、というところが問題の所在と考えております。

第2の対策の必要性、もしこういうものが必要であるとすれば、その理由付けとしてどういうものが考えられるかどうかというところでございます。以下に三つ挙げてごさいますけれども、これのうち、どれが理由として成り立ちうるのか、幾つかの組合せになるのかというところでございます。

まず最初は、過去に曝露があったことに着目いたしまして、その曝露に対して何らかの対応をすべきではないかということでございます。個々人の健康状態を曝露があったという観点から医学的に管理していくべきではないかという理屈付けが成り立つかどうかというところでございます。

2番目の健康不安の解消でございますが、これは地域にいます水俣病が新たに発症するのではないかと、今持っている症状が水俣病と関連しているのではないかとといった不安がございますので、そういう不安を解消する観点から、健康管理対策を実施するという理屈付けが成り立つかどうかということでございます。

3番目は健康影響の把握という科学的な観点でございますが、メチル水銀の曝露によって、現在知られているような神経症状以外にも何らかの影響がありうるのかどうか、ということについて把握するために、住民の健康を調査する

47頁

のだという理屈付けが成り立つかどうか。

以上のような3点でございますが、おのおのにメリット、デメリットかあると思いますので、その辺も含めて御議論いただきたいと思います。

第3の、こういった施策の制約条件、まず健康管理が以上のように必要とされた根拠、水俣病の患者を対象としたものではないという前提から考えまして、妥当な範囲の施策でないといけないということがございます。それから、水俣病か否かの判断をこの枠組みの中で行うのではない。具体的には認定制度自体に影響を及ぼさないということになるかと思ひます。公健法の他の疾患に影響を及ぼさないように、水俣病の特殊性に着目したという制約をかける必要があるかと思ひます。地域においては、例えば老人保健事業とか種々の健康管理のための政策が実施されておりますので、そういう既存のものとの区別できることが一つ必要になるかと思ひます。あとは、実施可能性とか、地域の協力が得られるか、というようなところも重要な観点であると認識しております。

次のページを見ていただきます。以上のような必要性と制約条件を考えた場合に、どういふメニューが健康管理対策として考えられるのか、というところでございますが、大きく健康診査、いわゆる検診と事後指導、それ以外の保健事業とに分けて記載してごさいます。

健康診査自体は、個人に対しては、水俣病に関連するような症状があるかどうかを確認して、自分の健康状態について正しく把握していただき、健康不安の解消に資するという働きがあるかと思ひますし、集団として見た場合には、そのデータを集めて解析し、健康状態の何らかの「偏り」が普通の集団に比べてあるのかどうかということで、健康影響の

有無を把握するといった働きがあるかと思えます。ただし、この健康診査の実施に当たっては、具体的にどのような症状を対象にして検査を実施するのか、神経症状であるのか、それ以外の症状であるのかという観点もございませし、前提条件として、水俣病か否
48 頁

かの判断を行わないということございませから、それでも意味のある診査ができるかということもございませ。それから、実際に認定者に当たるようなデータがここから出てきてしまった場合に、そのデータを、例えば認定審査制度、一定者の認定の制度の中でどのように位置付けていくかということもございませ。また、科学的に把握を目的とした場合、例えば希望者に実施したような場合には、偽りのないデータを把握するのは少し無理になってくるということもあるかもしれなと思えます。

事後指導といたしましては、実際にその結果を基に、自宅まで訪問いたしまして、個人の方の状況に応じた事後指導を実施することも考えられませし、その結果を基にカウンセリングを実施するというところもあるかと思えます。

その他の健康管理対策ございませが、1番目に健康相談を挙げてございませ。これは他の制度や機関への相談の窓口といった機能が考えられると思えます。

健康教育というのは、集まっていたいてお話しするとか、パンフレットをお配りするとか、そういうことによつて、水俣病に関する正しい知識を普及させて、不安の解消に資するという目的があるかと思えます。

最後に、ここは少し御議論のあるところだと思えますが、健康増進ということも事業の一環として考えられるのかどうかということございませ。水俣病に見られる症状は、老化や合併症でも生じることがあるということございませるので、そういう症状の出現を防ぐことによつて、不安自体の出現も防ぐことができるのかということございませ。これにつきましては、これほど手厚いものが必要であるかという疑問や、実際に役に立つのですかというような疑問、環境庁としてこのような一般的健康施策までやる必要があるのかどうか、ということが留意点になるかと思えます。

次のページ、第5の対策の実施方法ございませが、考え方として大きく二
49 頁

つあるかと思えます。例えば今地域で実施されております老健法に基づく健康審査にある程度上乗せさせていただくような形で実施する方法と、そういう既存の健康診査制度等とは独立して行う方式、例えば現在被爆地で行われております被爆者に対する健康診断制度のような形で実施するのか、という二つの大きな枠組みとしてのオプションがあるかと思えます。

実施主体ございませが、例えば老健法のようなものに上乗せするのであれば、老健法自体は実施主体が市町村ございませるので、市町村をお願いすることになるかもしれません。独自の制度ということであれば、これは県もしくは市町村ということで、どちらにもお願いしうることになるかと思えます。

費用負担でございますが、そもそもこういう対策は、メチル水銀汚染との因果関係が余り明らかではないということを前提にしている場合には、汚染者の費用負担は求めにくい状況にはあるかもしれない。国、県及び市町村の負担割合につきましては、老健法の場合は3分の1ずつでございますが、原爆被爆者の場合には国が全額負担という形をとっております。このほかに、国と県が半分ずつということもやり方としては考えられるかと思えます。

以上の施策は、一番最初にも申し上げましたように、地域で症状もない、ただし曝露を受けた、水俣病とは認定されていないという、かなり一般的な方々を対象とした施策としてこのようなことがありうるかというお話でございますが、それ以外にも、例えば認定を受けた方とか、今度新たに考えられている一定の症状を持っておられる、いわゆる一定者という方たちに対しても、健康管理という観点からの何らかの施策が必要なかどうか。その場合に、一般の方々とそういう方々との属性の違いから、どのような対策の考え方、メニューの違いが出てくるのか、というところでございます。

まず認定を受けられた方ですけれども、これは公健法の枠組みの中で公害保健福祉事業というのが既に実施されております。これは家庭療養指導とかり八

50 頁

ビリテーションという考え方が既に組み込まれております。これについては後ほど資料がございます。もしこういう認定者の方に健康管理対策を実施するとしても、こういう方々については、原因者の汚染との因果関係が明らかでございますので、費用負担は汚染原因者が行うことが原則になるかと思えます。ただし、科学的にこういう方々の経年的な症状の変化を把握すべきであるということは指摘されてございます。

2 番目に、いわゆる一定者といわれる一定の症状を持っておられる方ですが、この内容につきましては、いまだ確定してない部分が多いと思うのですが、現在までのところでは、曝露歴はある、一定の症状はあるけれども認定に至らないような対象者に対して、医療費の自己負担分プラス何らかのものが検討されております。こういう方々に何らかの健康管理施策を実施する場合に、一定者であるという観点からの枠組みの中で一緒に健康管理対策も実施するべきか、それとも、こちらで実施を検討していただくような一般的な健康管理の対策のフレーム・ワークの中で一定者も取り込んで行うのか、というところが議論があるかと思えます。

その他、申請中、特に長期保留になっていらっしゃる方々については、先ほどもお話ございましたように、治療研究事業ということで、医療費の自己負担分等の給付はされているわけですが、こういう方々についても何らかの健康管理という施策を実施するという考え方がありうるのかどうか、というところも御議論いただければと思えます。

以上がペーパーでございますが、参考資料として、次のページからデータを載せてございます。

まず一番最初は対象者数推計でございますが、熊本県、鹿児島県、新潟県・市、曝露の

推定者というのは、当時の人口に一定の生存率を掛けているわけですが、これの合計が 358,000 人でございます。例えばこれで 30% 程度の

#####51 頁

受診率が見込まれる場合には、10 万人程度を相手にした施策になるかと思えます。

2 番目の 1) は公害保健福祉事業の実施状況で、機能訓練は実施されておられませんけれども、家庭療養指導については、実質延べ数ですが、かなりの数実施されております。

2 の 2) は老健法の受診率ですが、熊本県ではほぼ 30%、鹿児島県では 50%、新潟県では 25% という形になっております。

3 は、原爆の被爆者の方に対する健康診断ですが、健康診査(一般健診)の受診率は 99% と非常に高い値になってございます。

次のページは、参考として、公健法の枠組みの中の公害保健福祉事業の概要、内容としては、リハビリテーション、家庭療養指導で、費用負担としては、原因者が 2 分の 1、残りを国、県又は市で 4 分の 1 ずつ出すというような形になっております。

次のペーパーの参考 3 は、老人保健法に基づく保健事業の概要でございます。特に 2 の保健事業の種類のところでは、5~7 が医療にかかわる部分、それ以外の部分について、4 のところで記載してあります。健康手帳を交付して、健康教育をして、健康相談にも応じて、健康調査をする。その健康診査の中で事後指導を行う、というかなり広範な健康管理のための施策がここで行われております。あとは、機能訓練、訪問指導というような形も行われております。先ほど申し上げましたように、この場合の費用負担は、国、県、市町村でそれぞれ 3 分の 1 ずつという形になっております。

最後に参考資料の 4、原爆の被爆者に対する健康診断で、目的のところが、今回の我々の目的としているところとかなり近い部分もあるかと思えますが、被爆による影響については基礎的な研究が乏しく、明らかでない部分が多い。一つは、後遺症がずっと慢性化して続いているもの、もう一つは、一見良好に

#####52 頁

見えながら、被爆による影響が潜在していて、いつ血液をつくるような機能の障害が出るか分からないもの、という二つのグループがあって、絶えず不安におびえている状況にある。かかる状況からして、健康診断を実施して不安を一掃し、健康回復に努めるという目的で原爆を位置付けております。

この場合は、実施主体は、広島市及び長崎市においては当核市の長でございます。

5 のところを御覧いただきたいのですが、健康診断の実施としては、一般検査として、普通の検査項目、がん検診、精密検査がありますが、ほとんど老人保健法による健康診査の項目はこの中に含んだような形で被爆地においては行われているということでございます。

最後に予算措置ですが、そのほかにヘルパーさんの派遣とか、相談事業、養護ホーム等の施設設備援助、運営の補助という形もこの事業の中に含まれておるところでございます。

以上で大体御説明申し上げました。

【井形委員長】 それでは、どうぞ自由に御発言いただきたいと思います。

健康管理対策というのは、今までの議論が、どちらかという、水俣病の事後処理という発想に基づいておりましたのに対して、この方はどちらかという、積極的な、環境庁の本来の姿を表した制度のように見えるわけですが、実際には、現在やられているような医療費の負担と全く違う予算を立てようということでもよろしいですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 そういう事業はいかがかということです。

【二塚委員】 熊本県レベルで「水俣湾周辺地域健康対策検討会」というのが今年スタートしておりまして、今まで4回ほど会合がございました。その中で、地元としてこうした種類の健康管理対策をやるべきかどうか、やるとしたときに、どのような内容であるのか、既存の、今お話が出ました老人保健法による

53 頁

事業との関係とか、そういうことについて検討を始めたところですので、その議論を少し御紹介したいと思います。

まず第1の対策の必要性という点では二つございます。一つは、あの地域の、特に漁村地区の住民に、現実には手がしびれるとか、その種類の自覚症状が多いのは事実です。一般の老人健診を、例えば津奈木などでやっておりましても、実際に神経学的な検査で確定できるようなものではございませんけれども、性質は違うのだけれども、自覚的には誰かにある種の神経症状の訴えが多いのは事実です。あの地域は熊本県の中でもかなり高齢化が進んでいるところでして、そのような運動器系の症状あるいは神経症状が、地域の人たちにとっては、どうしてもマスコミの動向などとも関連しまして、メチル水銀と関連して現実には理解されがちだというような状況がございます。

もう一つは、地元の、特に自治体レベルでは、今まで水俣病の発生でイメージが非常に悪いということから、水俣、芦北地域の振興計画があるわけですが、その中で、特に健康と福祉のまちづくりといいますが、そういうものがかなり大事な政策の柱の一つとして取り上げられつつあります。そういうことを通じて、あの地域のイメージを根本的に変えなければいけない、イメージを高めなければいけないというようなことがございます。

それでは、具体的にどういう形で対策を実施するかということですが、基本的には、まず健康診断から出発しよう、その場合にどういう内容にするかということ、老人保健法による健診を中心とするのだけれども、熊大神経内科の方でやっておられる御船町のような経験からいって、実際に高齢化が進んでいる地域の人たちの解決しなければいけない問題としては、ADL、健康で日常生活を送れるような状況をいかにつくるかということなので、ADLを規定しているのは循環器疾患であるし、ある種の神経症状、神経所見でありますから、老人保健法による健康診査に何らかの神経学的なものをプラスアルファしたよう

54 頁

な形でやったらどうか。老人保健法による健診については、各市町村レベルでかなりの蓄

積がございます。ただ、健康診断をある意味では内容を充実させる、事後指導をきっちりやるためには、今までの経験からいって、現実問題として市町村に全く任せるわけにはいかないだろう、何らかのソフト面、ハード面の支援体制がなければいけないだろう。ということで、具体的には、これは今申し上げるべきかどうか僕もよく分かりませんが、健康センターみたいなものが必要だろう。検診センターの今後の活用の方法を考えた場合に、一つの場にはなり得るだろう。それから、そういうものを動かすプレーンの施設としては国立水俣病研究センターが位置付けられるのではないかと。そのような考え方で現在検討が進められております。

この検討会の中には、熊本県の衛生部の保健予防課長も参加しておりまして、当然、町村が主体になるような健康管理を実施することになるわけですので、地域の衛生行政との関連がかなり強くなるだろう。その場合に、衛生部がどれくらい積極的に対応していただけるかということが一つ。それから、福祉行政といいますか、そういうものともう少し検討の段階から密接な接触が必要であろうということで、福祉関係の責任者の方にもこの会に出ていただくというような話が出ております。

もう一つは、認定患者に対する健康管理、今後の問題ですけれども、いわゆる一定者に対する健康管理、今まではどちらかといえば、認定患者は認定されっ放しで、あとは全くどうなっているのか分からない、ある意味ではかなり荒っぽい治療をされているというような話も聞きます。そのような意味からいいますと、健康管理の中身は、当然のことながら違ってくると思うのですが、この健康管理事業の中に、認定患者に対するアプローチ、いわゆる一定者の方に対するアプローチ、それから一般住民の方という形で一応検討しておく必要があるのではないかと考えております。

55 頁

【加藤委員】 今、先生のおっしゃったのは非常に重要なことだと思うのです。なぜ必要なのかというと、水俣病の人たちは、どんな後遺症あるいは合併症がありうるかというのはまだはっきりしてないのだと思うのです。ですから、それは長い間フォローアップしないと、今まで大体言われているのが、先生方の今までの努力で、例えば動脈硬化とか、これは死亡診断書の例ですけれども、解析から出てきたのですが、腎臓とか肝臓などで何か疾患が多いのではないかと、そのようなことが出てきたものから、やはりきちっとフォローアップしなくてはならない。その場合に、先ほど先生もおっしゃったのですが、認定、一定の者、その中にももちろん保留、そういう人たちも同じように含んだ形でやらなければいけない。そうすると、考え方としては、地域住民を主体にしたものになるだろうと思います。

問題は、津奈木の場合、一つの立派な例なのですが、なぜ今まで受診率が低いのかということ。その辺を考えないと実効がなかなか上がらない。なぜかというのは、聞くと、長い長い歴史的な因縁がありまして、なかなか難しいらしいですね。認定患者とそれ以外の人たちとのギャップがある。心理的な葛藤がある。だから、そういうことをなくする意

味でも、一定の者に対する対策が進んで、かつ、地域全体として見ていくのだという姿勢がぜひとも必要だと考えております。

あとは、例えば原爆の場合になぜ受診率が高いか、僕も分からないけれども、例えば手帳を交付しておく、受診するときに、何回健康診断を受けたかというのが皆出ているわけですね。そういう意味で一つのインセンティブが働いているかもしれないと思うのです。だから、手帳を渡しておくというのは悪い考えではないのではないかと思います。この辺はむしろ二塚先生の方が専門ですから、どうしたら受診率を上げられるかというところを考えるのが今後の問題だと思います。

56 頁

【鈴木委員】 やるのは大賛成なのですが、ただ、分からないところがあるのです。地域住民に対する健康管理対策というと、対象は人になるわけで、エリアではないですね。しかも、地域に住んでいる中のごく一部の限られた人だけをねらって健康管理をやるみたいなことで、だれが健康管理をやるのかというのも問題になってくるし、こういう格好でセットしてしまうと、かなり難しい事業だと思うのです。場合によっては、さっき地域指定を解除するみたいな話が出ましたけれども、今の地域指定を解除するとしたら、違った地域指定、例えば特別ヘルス・サーベイランス地域とか、そういう形で綱をかけて、そこで行われる仕事にサポートしましょうというやり方をとる方がいいのかという感じもしたわけですね。これは二塚さんが言われた話とは別に、今私の言っているのは何も矛盾する話ではないと思いますけれども、この形にするのはかなり難しい構造だと思います。

【二塚委員】 付け足させていただきます。今回、健康管理の対象にしようというのは、結局、基本的にはある地域に住んでいる一般地域住民、要するにその中から特定の人を選ぶということは非現実的ですのでちょっと考えにくい。ただ、一般住民の方、認定患者、一定者の方については、それなりの違ったアプローチがあるだろう。あくまでもベースとしては、その地域に住んでいる人全員を対象にするという考え方なんです。一方では、本当をいうと、現在の居住者と当時の居住者では曝露の経験が全然違いますので、その辺をどのように区分けするかという問題はございます。しかしながら、行政の立場からいうと、その中で、ある人は健康管理の対象にする、ある人はしないというようなことは、現実問題としてはかなり難しいだろう。ですから、全体としては、老人保健法による健康診査、そのほかの健康対策、健康管理事業、このレベルを上げるという方向で考えざるを得ないのではないかと考えています。

【上村委員】 といいますと、これから住む人も対象になるわけですね。

57 頁

【二塚委員】 そうですね。除外するということは現実にはなかなか難しいでしょうね。

【上村委員】 老健法その他健康診査の対象なのだから、そこに新しく住んできた人も全部対象になって、それで検査項目でプラスアルファと考えられた ADL などは問診の過程の中でおやりになるということになるのでしょうか。そこでおのずからふるいにかかるというこ

と。

【二塚委員】 技術的な点については、どのような検診項目を選ぶか。それを最初スクリーニングでいって、あと精密検査でやる。精密検査の場合にどこが担当するのか、というような点などについては今後の検討課題だと思います。どの辺を対象にするかというのは、今後の課題だと思います。

【荒木委員】 一定の地域の健康管理は非常に大事なことで、これは当然やるべきだと思います。しかし、もっと大事なことは、古いところに住んでおった人たちが水俣病患者として認定された人たちが、どういうふうな経過をとっていらっしゃるかという推移が今ほとんどデータとして残ってないのです。神経内科の医者は、現在、検診に追われて、裁判の資料集めに走っておって、完全に永遠に残すようなデータの蓄積のための仕事はしてないと思います。だから、この中の何人かは絞って、将来、国際的にもデータが残るようなことをしていかないと、64~5歳の老人の平均年齢は、いまに70歳、80歳となり、皆亡くなるわけですから、何も残らないということになっては本当に申し訳ないと思います。そういうことも頭の中に入れた立案をしていただきたいと私は思います。

【森島委員】 全くの素人のプリミティブな質問で申し訳ないのですが、対策の必要性で三つ挙がっているわけですが、1の過去の曝露への対応ということで、もしも水俣病と認定された人についてずっと見ていくということでしたら、今、荒木先生言われたような趣旨でいいわけですが、過去に曝露された可能性

58 頁

がある、それは水俣病と認定されていなくてもということになりますと、1についてはそういう問題があって、2については、健康不安というのも、結局これは水銀による曝露によって、水俣病と認定されていなくても何か出てくるかもしれないという不安で、そうすると、詰まるところ、3番の現在知られている症状以外にも何らかの健康影響が生ずることがあるのか否かについては、いまだ十分解明されていないという前提があって、水俣病というのは、水銀曝露による影響を一つの側面にとらえたにすぎないという前提があって、そこで、そのほかのものがあるかもしれない、したがって、過去に曝露を受けた者は調べておかなければいけないし、不安を持っている人は解消しなければならん、そういう理屈になると思うのです。

そこで、素人としては、この3番の「メチル水銀曝露によって、現在知られている症状以外にも何らかの健康影響が生ずることがあるのか否かについては、いまだ十分解明されていない」という認識は妥当なのかどうか、そうだとすると、認定基準との関係で、認定基準というのは何を認定したことになるのか、何を判定する基準になるのか、それをお伺いしたいと思います。

【井形委員長】 そこがこの委員会の最も大きな論点になるわけで、そこを何とか理論付けができないでしょうかというのが.....。

【森島委員】 そうなんです。理屈をつけていくとしたら、その辺のところを、医学的に

もなるほどということで、制度的にも今の制度をぶっ壊したようなことにならないで、かつ、理由がつくようにしなければならない。

そうすると、例えば医学的にいえば、水銀曝露によって出てくる影響というのは、認定基準によって認定されるようなものしかないはずだということを前提としながら、かつ、水銀に曝露されている地域に、疫学的に他地域とは違ったいろいろな地域特性があるのかどうか。例えばさっき肝臓とかとありましたけれども、それは医学的に解明されていないけれども、対照地域と比べて違っ

59 頁

た現象が疫学的に幾つかあるとすれば、それは取り上げて、今後の医学的な知見のためにもやっておかなければならんということならば分かるのですが、ただ水銀に曝露しただけで取り上げようということになると、なぜ取り上げるのか、認定制度で認定基準がきちっとあるではないか、それでやったらいいではないかと言われると困るのではないのでしょうか。

【鈴木委員】 この問題については、森嶋さんのおっしゃるとおりだと思います。しかし、結局、問題はこうだと思うんです。人間の歴史の中で初めて、ある量のメチル水銀が比較的集中した期間にたくさんの人間に入ってしまった、その結果起こった出来事として、ある典型的な症状のこういうのが分かった、この段階で認定がかかってくるわけですね。しかし、これは初めての経験なんです。だから、その先何が起こるのかに関しては分からないのです。これは認めざるを得ないのです。

【森嶋委員】 私は全く素人ではそう思うのですが、今までの環境庁の組み立て方からいきますと、その辺のところを、分からないのだと言ってしまうと、今までやったことはそれでよかったかと……。

【鈴木委員】 これまで分かったことで問題をさばいてきたわけでしょう。しかし、それは人間のやることですから、分からないことがいっぱい残っている危険性が常にあるものだという前提に立つのだと私は思っております。この問題を考えるには平たい論議でいいのだと思うんです。そうしないと先に行かないと思います。

【井形委員長】 表向きは、有機水銀が原因で起こった健康被害は水俣病として認定しました、しかし老化現象とか、この人が水俣病の汚染がなくてもかかった病気を有機水銀の汚染がどう修飾しているか、健康影響というのは分からない面が多いんです。したがって、それを明らかにする目的といえば、つまり、これから起こるのは、水俣病ではないけれども有機水銀の影響があったグルー

60 頁

プ、そういう解釈ではいかがですか。

【森嶋委員】 これも全く議論のための議論で申し訳ないのですが、そうしますと、認定された患者についていろいろ調べるなら、それは分かる。つまり、水銀曝露による疾患はこれだけだという前提をとっておられるわけだから、それが加齢や何かによってどうい

問題が起きるかということをやると分かる。しかし、ただ老人であるということであるならば、それでは、なぜ水俣だけであって、福岡市ではやらないのだと。そうすると、結局、論理的には、老人であっても水銀による曝露によって何らかの影響があるかもしれない。これは鈴木先生のおっしゃるように、今まで分かったこととして分からないことがたくさんあるのだからと平たく言ってしまえば一番いいと思うのですが、今まで環境庁はそこまで平たく言ってなくて、認定基準で水銀曝露による疾病は十分とらえていますと言っておられるような印象があるのですが、そうすると、入り口のところで非常に困ってしまわないか。

【荒木委員】 老人は60歳以上とすれば、他臓器疾患を皆受けてくるわけですから、どの系統でも故障が出てくるということで、神経系統だけではありませんので、どこかの対照地区を設定して、並行してどこか参考にしながら進めていくというのが大事だと思います。そういう点で、今、熊本市からちょっと離れた御船町というところの60歳以上の健診をずっとやっておりますけれども、あれはあれで水俣と十分比較できるようなデータになるかと思えます。

【岩尾特殊疾病対策室長】 行政で考えておりますのは、今の曝露のレベルその他からいって、水俣病は今後起こらないという事実を基にしまして、あの地域には過去に汚染があった、これも事実だ、そして健康被害ということで水俣病のようなものは現行の認定制度ですべて取り込んでいるし、今後は起きないのだ、というところに立って、あの地域に、先ほど鈴木先生おっしゃったように、では今後何も出ないのかと言われたときに、何らかのサーベイランス的な

#61頁

ことをやっていく必要があるのです。それが学問的なレベルで対照地域とどこかでやるものなのか、それとも住民の健康管理サービスの一環としてやるのかというところで、議論の組立てが変わってくるのかとと思っているわけです。ですから、今日ここで先生方に初めてお示ししているわけで、少なくとも政策上は乗りえない、むしろ研究レベルでやる話なのではないのかということであれば、そういう方向で持っていかなければいけないと思います。ただ、私どもは、たぐいまれなる、かかる環境汚染の人口集団が、過去に曝露したとしても、そういうところに対して何らかのフォローアップといいますか、そういうような目で見るときに、何かうまい理屈がないだろうかということで、お医者さんの先生方はやったらいいのではないかと皆さん思っていただけなのは当然だろうと思うのですが、むしろ法律の先生にお知恵をいただけないかということです。

【森島委員】 私も結論としてはやったらいいのではないかと思うのですが、なかなか理屈が立ちにくいのではないかと。特に今我々が考えているのは、今たまって、いろいろ不満を持っている患者あるいは患者でない人、地元の人たちに対応するのはどうかというときに、歴史上かつてないようなことがあって、曝露していて、それは今まで医学的にも経験したことのないことなのだから、そこで研究をしようやというなら、国が将来の人類のた

めに研究費を投ずるといのは分かるのですが、そうではなくて、今、岩尾さんのおっしゃった、健康管理対策としても、個々の人に向けてやる、また、多少なりとも今までの一般的な健康管理上の措置を超えるものをやろうとしますと、そこに何かもう一つ理屈が欲しい。ところが、そうするためには、今まで環境庁がとっておられる態度をがっつんと先に持っていきますと、動きがとれない。だから、どこまで緩めてもいいのかというのが、実をいうと、理屈を立てる場合に、例えば3番目の、ここまで言っているのか、十分解明されていないのだ、つまり環境庁は、水銀曝露は認定基準で十分やっていますと言うけれども、それはさっき鈴木先

#####62頁

生がおっしゃったように、とりあえずここまでやったので、もしかすると将来知見が出たら変わるかもしれないし、思ったよりは水銀曝露の影響は広いのかもしれない、ということまでのもでもいいのか、それが私の質問なんです。

【浅野委員】 おっしゃるとおりで、3を余り強調していくと、実際には、まるで地域住民をモルモットみたいに見るのかという反発も予想されるわけですね。だから、研究ベースなら研究ベースと言えはいいのですが、施策としてやる時にこれを余り強調していくことは、かえって問題かもしれません。さっき室長がおっしゃったように、汚染があったことは客観的な事実である。そうすると、結局、一定者への対策のところの理屈付けとうまく連動させるような形で、何らかの行政施策を講じなければならない政治的責任みたいなものでも持ち込まない限りは、つまり1と2のところを押しまくる。3は、大蔵省にお金をせびるときにちょっと言うぐらいにしておいて、世間向けには1と2ぐらいのところを何とか一定者対策の理屈とうまくひっつけて、何にも起こらないだろうけれども、大いにそこは大きい声で言って、フォローアップの必要は否定しがたいということになりませんか。

【森島委員】 これも議論のための議論で申し訳ないのですが、そういうことをしておかないといろいろあれですから。それでは、ほかの、例えば砒素あるいはカドミウムでもいいです、環境汚染でなくても、健康不安があるではないか、そこはなぜ国はしないのか、なぜここだけやるのか、その区別はやらなくてはならないですね。

【浅野委員】 一定者への対策のところと同じような議論が出てくるのだと思うんです。それだって同じはずですから。

【森島委員】 その前に、単なる健康不安なのではなくて、多少なりとも健康不安に対して国がこたえなければならぬものを用意しないと、健康不安があれば救いますよと言ったら、それこそほかの公健法上の疾病の場合もそうです

#####63頁

し、一種だって、俺はこんなところに住んでいたら何が起こるか分からんということが出てきますし、二種でほかのはなお出てくるし、環境汚染でなくても、大規模な、例えば製造物責任的なものだって出てきますし、そこもあるんで、やはりこの3者を巧妙に組み合

わせなければいけないのだけれども、この3者は、論理的にいうと、3をどうしても持ち出さざるを得ないだろう。3を持ち出すときに、いまだ十分解明されていないということ正面に打ち出していいのだろうか。我々がやる分には、これを出してもいいということなら作業は楽になりますけれども、そうすると、今まで環境庁が、水銀曝露はあの認定で十分みていますと言ったこととの関係はどの辺で決着つけるのだろうか、というのが残っていますからね。

【浅野委員】 一種地域の解除のときにサーベイランスということを出したのは、ひょっとしたら何かあるかもしれないということを考えてんですね。

【森島委員】 そうなんです。一種のときは、疫学的な専門委員会で、もう主原因とはいえない、今、言葉を忘れましたが、疫学上の言葉で、今ある閉塞性肺疾患が高くなる、その主たる原因とは考えられないけれども、何らかの影響だったか何か忘れましたが、そういうものがある、それは、何らかの影響があるということで、コンペンセーションすることはできないけれども、しかし、何らかの影響があるということなら、国の施策として十分みておかななくてはならない。それで何か本当に出てきたら対応しなければならない。だから、調査、サーベイランス等を必要とするのだ、そういう理屈ですからね。一応影響はある、ただ、これと違って切ったのは、個別の補償というような制度の組み立て方をするほどの影響とは今や認められないということでやっているわけですね。こっちは、もう認定するものは認定してしまったのだから、認定してないものは影響はないという前提を仮にとったとすると、その人たちになぜまたやるのだという論理は残ってしまうと思うんです。

#####64頁

【井形委員長】 今の認定制度は、一つは、自ら認定申請しないとチェックしないのです。その裏をとる意味があるのではないかと思うのです。

【森島委員】 環境庁が掘り起こしをしてくれる。

【井形委員長】 掘り起こしとは言わないけれども、これもそもそも総合的調査手法というのが国会で言われたときは、即座に一齐調査をやりなさいというムードで決まったのです。ところが、私どもの経験からいうと、一齐調査はかつてやったのに、今その3倍も4倍も患者が出ておりますので、ある時点でやって、それで終わりということにならないから、やはり長期のフォローが必要でしょうという結論になっているわけです。それを受けて、少なくとも受診率が万が一低くとも、国がこういうことにイニシアチブをとったことが、解決にはプラスになるのである。そうすると、そのときの理論付けですね。実際はこの後の医療費の自己負担分プラスアルファというところが非常に重みを持ってくるわけです。裁判所も住民も新聞も最も注目しているのはこの部分であって、一定者対策に対する理論付けで、むしろ健康管理の方は、環境庁本来の、環境汚染を一步たりとも寄せつけない、綿密に網を敷いて予防するという姿勢の現れで、一緒に評価していただければありがたい。

【森嶋委員】 私がもっぱら野党的な発音をしておりますのは、いざ最後になったら、我々がこれを背負って何か理屈をこねなければいけないだろう。そうすると、プラスアルファがあってもおかしくないようにしなければならん。もしも、人類史上かつてないものだから、国はこれをちゃんと研究しておくのだ、世界的にも通用するようなデータを集めるのだ、というのだったら、プラスアルファは出てこないのですね。受診率を高めて、皆に受診してもらって、ちゃんとしたデータを取りなさいという話で終わってしまうものですから。そこで、変な言葉で言えば、もう少し色をつけなければならん、そのための論理を考えるためにいろいろと逆に伺っているのです。

65 頁

【上村委員】 制約条件に書いてある中で、「水俣病か否かの判断をするものではなく、水俣病の認定制度に影響を及ぼさないこと」と、その次の「水俣病の特殊性に基づくものである」という、非常に難しい制約条件がついているのですが、3 の健康影響の把握なり 1 の過去の曝露への対応を考えますと、これは「水俣病の認定制度に影響を及ぼさないこと」という制約条件に触れるおそれがあるということですね。そういたしますと、やはり健康不安の解消しか理由はないのではないかと。一方、住民に対する健康管理対策というのは、あくまでも住民にプラスになることが目的で、健康影響の把握にも間接的にはなるのかもわかりませんが、これは総合的調査の方に属するのではないかと。健康不安というのは、水俣病問題の特殊性にある程度あると言えると思うのですが、いかがなものでしょうか。

【森嶋委員】 そこで、先ほどの繰り返しになりますけれども、ほかでもあると言われたら、そこでも

【上村委員】 だから、方々やればいいのではないかとということでしょうか。

【森嶋委員】 とりあえずここからやるのだということならば、それでいいのですが。

【上村委員】 ほかといっても、極めて限られていると思うんです。

【森嶋委員】 それはそうですね。これもたしか制約条件にあったように思います。

【二塚委員】 健康不安の解消の問題というのは、現地の人たちから見れば、そんななまやさしいものではないですね。現実に我々が水俣病云々とは別に一般の健康診断をしましても、地域的に見ると、漁村部では神経症状を訴える人が有意に多いわけです。しかし、それがメチル水銀とは直接関係があるとは言えないけれども、訴えとしては多い。恐らくサイコソマティックなものがあるかもしれないし、一つの地域的な一種のエモーションなものがあるかもしれ

66 頁

ないけれども、いずれにしても、そういうものはかなりの人が本当に訴えているわけです。それが一体何か。それについて医学の側から一定の、それはうそであろうか何であろうか、アプローチしなければいけないのではなからうか。これは理由付けの面では、水俣病特異的であるかどうかという点についてはわかりませんが、確かに高齢化してきて、ADL、

それなりの神経症状の問題と何らかの形で結びついている点では、慢性砒素中毒とか、ある意味でのカドミウムのあれとは若干違うのではないかと考えるのです。

【滝沢委員】 資料3の参考1の真ん中の関連事業実施状況で、老健法で、熊本県あるいは新潟県も必ず認定者が一人でも発生した地域ということで、かなり健康不安を持っておりますが、むしろ秋田県よりも40歳以上の健康診断を余り受けていないんです。二塚先生から、かなり不安を持っているやに聞きますけれども、実際にデータを見ますと、もし健康管理対策事業、いわゆる原爆被爆者的なニュアンス的なことで持っていくと、これは99、100%になりますが、いずれにしても、どう持っていくかにしましても、実際に30%弱が50~60%いけそうでしょうか。

【二塚委員】 それは何とも分かりませんが、一つは、今の老人保健法で、自分たちのそのような自覚症状がどの程度解決できるだろうか、老人保健法による健診に対する今までのイメージが反映していると思います。例えば荒木先生がおやりになっているあの地域はコントロールだけでも、かなりがちりと神経症状の検査をやっておられる。受診率は90%ぐらいのところまでいくわけですね。それは何をやるかということによって左右されるので、今の時点で低いとか高いとかという問題とは若干違うのではないかと考えているのです。

【井形委員長】 予定の時間を超過しておりますが、今日、結論は出ないわけでした、次回から、できたら、資料を少し前に送っていただくか、あるいは、

#####67頁

皆さんの意見も事前にコメントでも分かっていると、どこに焦点を絞ってディスカッションするというのがもう少し短時間で能率よくできるような気がいたします。大変なことはよく分かっていますけれども。

【岩尾特殊疾病対策室長】 これにつきましては、今日初めてお示しましたので、まだ先生方いろいろ御議論あるかと思いますが、特に結論めいたものは今日いただかなくても結構でございますので、次回、予定は7月31日ということをお願いしておりますけれども、そのときまでに、議論を踏まえまして

【井形委員長】 あるいは、積極的に委員の先生から、今日のこれでも、自分はこう思うという御意見を書面で、ある程度原案が出ましたから、ぜひ先生の構成理論はこうだとか

【森島委員】 今やるとしたらこういうところが問題だということが、さっきから出てきていますね。三つの柱、最後のところでは理論的には一貫しなければいけないので、再申請を止めたらこちらが成り立たなくなったりする危険性がありますので、その辺も、この筋をとったらどちらにいくのだというのをつくっていただきたいと思います。

【井形委員長】 私どもも法律には全く無縁でございますが、また、ここで全く実現不可能な空想理論を言っても宙に浮く。今度は、裁判で将来どこで決定するか分かりませんが、この委員会の結論したものが批判されますと、我々もある程度それを受けて立つぐらいの

決意を持って臨まないと、なかなか微妙な問題を含んでおりますので……。ちょっと生意気ですけども、答申が出たら環境庁の責任はなくなるんです。この委員会の先生方の責任になりますので、14分の1の責任はぜひお感じになって答申をお願い申し上げたいと思います。今後、積極的な議論の積み重ねを少し急ぎたいと思っております。

次の日程はよろしいですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 前回決めさせていただきまして、次回は7月31

#####68頁

日の午後1時半から4時半まで、環境庁の22階、第1会議室です。よろしくお願いいたします。

今回の内容につきましては、今までの整理と、冒頭に申し上げましたように、健康管理対策も含めまして、三つの柱についてそれぞれ先生方に個別にお願いしているものがあるかと思いますが、今日の意見を踏まえまして、また私どもでたたき台をつくって、事前に先生方と調整しながら資料を提出したいと思っております。

【井形委員長】 それでは、今日の議論はこれで終わらせていただいでよろしゅうございましょうか。

どうもありがとうございました。

了

#####69頁

第 4 回
中央公害対策審議会環境保健部会
水俣病問題専門委員会議事速記録
(平成3年7月31日開催)

【奥村保健企画課長】 定刻になりましたので、第4回中央公害対策審議会環境保健部会水俣病問題専門委員会を開会させていただきます。

本日は、14人の委員のうち、現在11人の方に御出席いただいております。野村先生が遅れていらっしゃるかもしれませんが、御出席ということになっております。そういうことでございますので、会議は有効に成立しております。

議事に入ります前に、7月に事務局に異動がございましたので御紹介させていただきます。渡辺前企画調整局長が事務次官に就任し、新たに八木橋企画調整局長が就任いたしております。

それでは、八木橋局長から一首御挨拶申し上げたいと思います。

【八木橋企画調整局長】 7月9日付で企画調整局長に就任いたしました八木橋でございます。この専門委員会の先生方の大部分の方には今回初めてお目にかかることとなりますので、一言御挨拶を申し上げます。

まず最初に、本日は非常に暑いところ、また、御多忙中のところをおいでいただきまして、引き続きこの問題について御討議いただくことを私ども非常に感謝申し上げている次第でございます。

この水俣病問題専門委員会におかれましては、この2月以来、水俣病問題の早期の解決に向けて、総合的な対策のあり方を取り上げ、熱心な御検討をいただいていると承知しております。環境庁におきましては、水俣病問題が、公害問題を考える際の原点であるとともに、日本の環境行政の最重要課題の一つで

#####1頁

あるという認識を持っておるわけでございます。このために、昨年の末に発表いたしましたように、平成4年度から新たな水俣病問題の総合的な対策をぜひ実施したいと考えておりまして、この対策が来年度の環境庁の重点施策、また、予算における大きな柱となるであろうことも全庁的な認識の下にやっているところでございます。しかしながら、今更私から申すまでもなく、大変長く、しかも複雑な経緯のある問題でありますだけに、慎重な対応が求められる面も多々ございますので、どうか本専門委員会において十分な検討をしていただきまして、その上で、適切、かつ、公平な対策を進めていかなばならないと考えているわけでございます。

ところで、社会的な環境といたしましては、昨年の秋、5つの裁判所から和解勧告が出されまして、年末以来、3つの裁判所で、原告、熊本県及びチッソによる和解協議が行われているところでございます。この和解協議につきましては、御案内のように、国は参加

しておりません。しかし、原告と熊本県の間におきましても、それぞれの和解案の内容は、私どもから見ると、非常にかげ離れているように見えまして、今のところ、この和解案が合意に達するかどうかということもわかに見通しが立たない状況ではなかろうかと思われるわけであります。

そういった状況の中で、水俣病問題解決に向けて一体国がどういう施策を打ち出すのかということは、かなり注目されるところでございましょうし、また、世間の期待もここに集まってくると考えられるわけでございます。そういったような社会的な情勢の中で、この複雑な問題を本専門委員会の皆様方に御検討いただかなければならないということも、私ども、本当に大変なお仕事をお願いしているという認識であるわけでございますが、どうか曲げてよろしく御審議、御検討のほどをお願いしたいわけでございます。2月から始まってようやく半ばになりましたが、これから結論の取りまとめにおきまして、今まで以上

#####2頁

にまたいろいろと御苦勞をおかけするかとは存じますが、どうぞよろしくお願い申し上げます。

【奥村保健企画課長】 前回の専門委員会以降、その他にも事務局に異動がございましたので、御紹介させていただきたいと思っております。

保健業務課長が代わりまして、松澤保健業務課長でございます。

御挨拶が遅れましたけれども、私、保健企画課長の奥村でございます。よろしくお願い申し上げます。

議事に入ります前に資料の確認をさせていただきたいと思っております。

「配布資料一覧」に書いてありますけれども、資料1「認定業務に係る対応について」、資料2「特定症候有症者医療事業（仮称）の骨子（案）」、資料3「特定症候有症者医療事業と水俣病認定制度との関係の整理について（いわゆるかけもち申請の取扱いについての検討）」を配付させていただいております。もし御質問がございましたら、事務局にお知らせいただきたいと思います。

それでは委員長、よろしくお願い申し上げます。

【井形委員長】 局長さんから御挨拶もいただきましたし、非常に重要な課題であります。今のところ、まずは先生方の御意見をたくさん出していただいて、次回ぐらいからそろそろ方向付けに入るような努力をいたしたいと思っております。

まず事務局から、本日用意した議題について説明をお願いします。

〔資料配付〕

【岩尾特殊疾病対策室長】 資料の御説明の前に、水俣病をめぐる最近の状況として、和解協議の状況につきまして、入手している情報を御紹介いたします。

先ほど局長の挨拶にもありましたが、熊本県が7月4日に裁判所に対して和解案の見直し案を提出しております。御参考までに今お配りしております。これは以前から裁判所が

県に対して、年末、年始にそれぞれ県が裁判所に案を提

#####3頁

出していたわけですが、これを見直しを求めているものでございます。県の和解案では、かいつまんで申しますと、健康被害をめぐる紛争を解決することが県の行政上の責務である、また、国にも紛争を解決する責務があるとしております。また、基本的認識といたしまして、従来どおり、国家賠償法上の責任は認められない、水俣病患者であることを前提としたものではない、としております。

和解対象者の範囲につきましては、患者多発地区に昭和28年から43年の間に継続して5年以上居住していた者、かつ、認定審査会の資料によって四肢末梢優位の感覚障害の認められる者としております。

給付内容といたしましては、解決金として一律300万円、医療費の自己負担分については軽減措置を行うとしております。

また、一番最後のページに、費用負担については、被告三者が負担すべき分野を負担しろ、というようなことでございます。

これに対しまして原告側は、各裁判所に県の和解案についての意見書を提出しております。その主な内容といたしましては、県が賠償の責任を認めないことは不当であるけれども、健康被害者が存在することを認めた、また、国の解決責任に触れたことは評価しております。この点については、県が文章の中で「健康被害をめぐる紛争」という表現をしたものを受けて言っているようでございます。また、補償の内容につきましては、交通事故、水俣病の第3次一陣の熊本地裁判決及びスモン訴訟を持ち出しまして、300万円は低額であるという批判もしております。

県の案の提出後、去る7月27日に東京地裁において和解の期日が入ってございましたが、裁判所からは特に内容に関するコメントはないままに、更に9月3日、10月1日という和解期日が指定されました。このため、東京地裁の判決の見込みも今のところ未定のままでございます。また、8月7日に福岡高裁、

#####4頁

8日に熊本地裁で和解期日の予定がございまして、原告側は裁判所から何らかの和解内容に関する所見を引き出したいという運動をしているようでございますが、原告と県の案がこのようかけ離れている状況では、裁判所が方針を出すことは非常に困難なのではないかと私どもは見ております。

以上が周辺状況でございます。

本日の予定について若干御説明させていただきます。

まず、事務局で検討いたしておりました3本柱でございますが、この対策のうち、認定業務の問題と、水俣病とは認定されない一定者に対する対策の2つについて資料をつくりましたので、御検討いただきたいと思いますと考えております。

認定業務の問題につきましては、行政運用レベルでの対策内容をまとめております。事

務的に実施できる範囲ですので、専門委員会の御審議をいただくべきところが余りなくなっておりますが、総合的な対策全体との関係もございますので、考え方について説明させていただき、御意見をいただきたいと思いますと考えております。

次の一定者の対策につきましては、今回の資料で「特定症候有症者」という仮の名前を用いました。対策の内容について骨子となる資料を作成いたしましたか、なお検討すべき部分が多々ありますので、御意見をいただきたいと思いますと考えております。

また、大きな問題である認定申請とのかけもちの問題につきましては、別の資料を作成してございます。

このほか、その他として、地域指定の問題について別途資料をつくっておりますので、後ほど説明させていただきたいと考えております。よろしくお願いたします。

【井形委員長】 ただいまの議題の順に御議論いただきたいと思います。1 番目は認定業務に係る対応について、資料 1 に関するものですが、これを説明し

#####5 頁

ていただけませんか。

【事務局】 それでは資料 1 の「認定業務に係る対応について」について御説明させていただきます。

認定業務につきましては何度か御議論いただきましたけれども、今回、認定業務促進ということで、一つの考えられる対策のイメージとして資料をつくってみたものでございます。事務的な取扱いがかなりございますので、今後こういったものを材料にしまして、熊本県あるいは鹿児島県などと話し合った上で、行政として何ができるか検討していきたいという位置付けで考えております。そこで今日は、全体の施策にもかかわりますので、こういったイメージについて全体的にどのような感触をいただけるか、御意見をいただきたいということでまとめたものでございます。

まず最初の 2 枚に認定業務の取扱いに係る問題点として、認定業務の滞っている問題点について幾つか再度整理したものでございます。

1 番として、水俣病の病後の特徴及び現在の申請者の状況に基づく困難でございます。水俣病という病気がそもそも客観的な把握が難しい神経症状であり、かつ、個々の症状でみると他の疾患でも生じる非特異的症状であること。また、現在の申請者は症状の有無の確認の困難なレベルの人がほとんどであって、老化による類似症状を持つ者、あるいは症状の変動などで説明が困難な者が多数含まれていることにより、水俣病かどうかの判断が非常に難しくなっているという基本的な状況でございます。

2 番として公的検診の実施です。1 番のような状況でございますので、的確な判断をするために、統一かつ詳細な公的検診を行うということで認定業務を進めておるわけでございます。このため、とにかく全科目の資料を基に適切な判断をしたいということですので、一部だけの資料では審査あるいは処分に至らないというのが現状でございます。さらに、直接の法律的な書きぶりでは、

#####6頁

公的検診は法的な義務事項ではないために、必ず受けてくださいと言うことが難しい状況にあります。このため、公的な検査資料がなかなか取れず、処分を行うことができないという状況が広く起きているわけにあります。

その上、審査方法ですが、これまで認定審査会に対して患者団体の方からいろいろな圧力があったり、あるいは不服審査とか訴訟が起こされているものですから、審査会で大きな割り切りでやっていただくことが難しいような状況にあります。このため、保留などになりまして、審査会の結論が得られずに処分できない者が多数にのぼっているような現状があります。

4番の知事の処分です。法律の書き方としては、知事が審査会の意見を聞いて処分することとなっておりますので、知事がある程度の裁量の余地があると解することもできますけれども、実際には病気の判断でございますので、医学に基づき行うという運用で、審査会の結論に従う形で処分しているわけにあります。このため、審査会で保留などになった例についてはなかなか処分できないという状況があります。

5番として、再申請があるために、一度処分しても再度列の後ろに並ぶことによってなかなか未処分者が減らない、こういう状況があります。

さらに、6番の補償協定とのリンクという問題があります。認定というのは本来公健法の給付だけを考えているわけですがけれども、実際にはチッソの補償協定とリンクされてしまっていることによって、棄却と認定との差が著しく大きくなっているという状況があります。そのため、行政あるいは審査会に対して、棄却するか、認定するかの判断について非常に大きな圧力が加わっているような状況があります。

以上のような一般的な原因から、未検診死亡者、寝たきり者、県外申請者、検診拒否者、保留者などの問題が生じて、現在二千数百名の未処分者がなお残されている状況にあるわけにあります。

#####7頁

これに対してどういう方針があり得るか。昭和61年当時からかなり事務的に処分については努力してまいりまして、事務的にできることはもうほとんどやっているような状況でございます。このため、更に大きく進めようとする、何らかの形で、ある程度リスクのある対策を進めていかなければならないのではないかという前提があります。その中で資料の3ページにある1番と2番という対応を今回考えてみたわけにあります。

その前に下の星印のところを見ていただきたいのですが、認定業務の問題を大きく変えようとするれば、法改正によりまして、例えば保留者に対して経過観察というものをつくる、準認定のような処分をつくる、あるいは公的検診を義務付けてしまう、こういう措置を書き込むことも方法としては考えられます。しかしながら、そういった対策を法律化する際の説明ができるかどうか、あるいは体系全体としてしっかりした形になるかどうか、公健法をいじりますと他の指定疾病に波及するという問題もございます。さらに、水俣病自体

も、今、訴訟などで非常に大きく動くようなこともありうるかと思しますので、そういった状況も考えなければならぬところがございます。このようなことから、現段階で法改正ということで大きく、かつ、かちとした対策をとってしまいますと、その後の問題をより複雑にするおそれがなきにしもあらずですので、現段階で法律改正まで至ることは難しいのではないかと考えたところがございます。

その結果、法律に至らない措置ということで、1番、2番を考えてみたわけですが、仮に「わからない答申」と名付けておりますけれども、そういった形の処分ができないだろうかという趣旨でございます。これは現在、審査会でいろいろな事情で判断まで至らない事例がたくさんございますので、そこを何とか緩和するためには、ある程度知事の判断で処分するような方策がないとで

#####8頁

きないのではないかとこの趣旨でございます。このため、公健法に基づく認定というのは、「水俣病である蓋然性が高いと判断される」、この言葉は昭和53年の事務次官通知で使ったものですが、こういうことを再度明確にして理解を求める作業が必要かと思っております。その上で、審査会において、資料不足、あるいは水俣病ではないと考えられるのだけれども何らかのよくわからないような事情があるとか、そういった形で結論が出ない場合には、そういった旨の答申をいただいて、県知事の判断で処分していく、こういう方策がとれないかと考えたわけでございます。

もう一つ、その前提として公的検診の必要性の確認ということがございます。現在、公的検診で行っているわけですが、必ず公的検診でなければならないと言い切れない面がございます。そこで、統一的な公的検診で審査を行うという取扱いをもう少し明確にいたしまして、これを前提とした処分を進めていけないかという内容でございます。

この2点を具体的な取扱いに落とした場合にどうすべきかということをお4ページ以降に少し分析しております。

まず1番として、このような「わからない」的な答申をもらった場合に、その後、県知事はどういうふうに処分しようかという取扱いにつきまして、案のAからCまで考えてみました。

案Aは、認定するという判断まで至らない場合には一律棄却してしまうという考え方でございます。これは先ほどの蓋然性が高い場合に認定するという考え方に一面ではなじむものですが、社会的に見ますと、単なる棄却の拡大とも映りますために、なかなか批判が多くて難しいのではなからうかと考えられるところがございます。

案Bにつきましても、認定に至らない場合は処分としては棄却するということですが、これも、これは通常の棄却ではなくて、様々な事情を考慮すれば全く

#####9頁

棄却で何もしないという対応だけでは適当でないと考えられるので、棄却した上で何らかの対応を行う、こういうプランでございます。

このときの何らかの対応にも幾つか考えられるかと思いますが、今のところ、取りうるものとしては、 の特定症候有症者対策により対応するということが考えられます。この「特定症候有症者」というのは、従来「一定者」といっておりましたものの名称の案として付けてみたものでございます。この特定症候有症者対策を使う場合の問題点は、これまでの議論では、この対策は、一応棄却までは打ったのだけれどもなお何らかの症状が残っているという方に対する措置でございますので、保留を棄却するような場合に、水俣病の疑いが全く捨て切れたのではないけれどもよくわからないので棄却する、そういった場合の受け皿として果たして適切であるかどうかという議論が出ようかと思えます。

このため、そこをつなぐ理屈を付ける必要があるわけです。例として考えましたのが、一つは、a のように、認定に至らない者は原則棄却でありますけれども、新たな措置によって現在の治療研究事業（医療費と数百円ぐらいの手当が出るもの）よりも手厚い措置が制度化されるということで、棄却されることによって現在の未処分の状況で放っておかれるよりも不利にはならない、このような説明で理解していただけないかという案でございます。

もう一つは、保留等の場合で、たとえ認定されたとしても、その症状の程度から障害補償費の級外となる者、この場合には公健法で認定されても医療費と療養手当しか出ないわけでございます。こういった方については、特定症候有症者の措置でも同じような措置をされることとなりますので、未処分という形で法的に不安定な状態におくよりも、棄却して新しい方の措置で対応した方がよろしいのではないか、このような説明で対応できないかという考え方があります。

いずれにしても問題はございますが、留意点としては、「わからない」的な

10 頁

棄却になりますと、一般の棄却者よりも水俣病の疑いが大きいこととなりますので、より手厚い措置が必要ではないかという議論が出ようかと思えます。さらに、b のような形で説明しますと、認定しても棄却しても同じような措置であるのだったら、広く認定すべきではないか、こういう議論も強く出るのではないかと考えられるところでございます。

その他に棄却の上で何らかの措置をする方法としては、 の何らかの行政措置を上乗せする、 のチツソによる何らかの支給を求めるという方策も考えられますが、これは今まで一定者の対策についていろいろ御議論いただいた中でも出てきましたように、これ以上手厚い措置をする理由付けは、どちらにしても難しい状況にございますので、なかなか対応すべき方策がないのではなかろうかと考えております。

案Cとしまして、知事が何らかの判断を加えて、認定又は棄却する。案AとBは全部棄却でしたけれども、ここはもう少し踏み込んで、一部は認定する、こういう方策がとりうるかどうかということでございます。例えば説明として、水俣病と判断するに至らない場合には本来は棄却すべきであるけれども、様々な事情を考慮して棄却は適当でないと考えられる場合には、知事の判断により認定を行うというような内容です。一つの基準として

挙げてみましたのが、例えば、m年としておりますけれども、10年とか、そういう年数以上の長期保留者については、その間、数年にわたってきちっと検診を受けたけれどもよくわからないということで保留になっている、こういう場合には可能性を否定できないとして県知事の判断で認定できないか、というようなことが考え得るかと思えます。

このようなプランについても問題点はいろいろございます。これまでは知事は審査会の医学的判断をそのまま受け入れて行うことにしておりますので、その大原則を変更することになり、これまで言ってきたことと矛盾するではない

11 頁

かという指摘があろうかと思えます。また、医学的な判断基準ではないもので、適切な基準を設定する必要があると思えます。これは医学的な判断であれば、もう審査会で尽きておりますので、重ねて知事が医学的な判断をするのはおかしくなりますので、何らかの他の適切な基準が求められるわけです。この場合、その基準の作り方によって認定者数が大きく変わってまいりますので、そういった難しい問題がございます。その点で知事が判断するとなると、知事に対する圧力が強くなって、最終的にすべて認定せざるを得ないようになるのではないかと、そういう心配もあるところです。それから、こういった「わからない答申」だけでなく、認定業務全体について、知事がもっと割り切りでどんどん認定しろというような圧力も出てこようかと思えます。

その上で、知事が認定した場合の認定者の取扱いも幾つか考え得るかと思えます。現状のままでしたら、認定者には補償協定が適用されて、高額の一時金が行くこととなります。

の場合には、そうではなくて、特殊な認定であるとして、チツソが補償協定の適用をしないことを許容する。この場合は公健法による給付だけを行うこととなります。こういうことも考えられますけれども、補償協定はチツソと当事者の間のものですので、チツソが当事者に対して理解を求められるかどうかということにかかってくるわけでございます。

さらに として、 の中間なのですが、特殊な認定であるとして、チツソが別途の補償協定を締結することも考えられると思えます。現在のものより低額という趣旨でございます。この場合には、補償協定の説明とか、そのレベルがどこが適切なかの、そういったところで非常に難しい問題が生じるかと思われれます。

次に第2点として、公的検診の必要性の明確化でございます。死亡者については現在民間資料を使ってよいことになっておりますので、そのほかの者につ

12 頁

いては原則公的資料だけで判断するという取扱いを明確にするということでありませう。やり方としては、本来、義務付けであれば法律や条例が必要なのですが、現下の状況でそういった措置をとるのはおそらく困難であろうと思われれます。このため、行政の取扱いとして、公的検診により判断するという取扱いの基準とその理由を明確に示して理解を得ていくことが、できる最大限ではないかと思われれます。

この場合の留意点としては、公的検診だけにより判断するということが制度的に成り立

ち得るのかどうか。不服審査や抗告訴訟で争われた場合に問題はないのかということが大きな点であります。この点で、その他の許認可制度においても同様な資料を求めている例はあるかと思しますので、その辺の調査は一度やっておく必要があるかと思ひます。さらに、医学的な問題として、眼科とか耳鼻科については、視野の図とかオージオグラムのようにちゃんと数量的な表になったデータが出てくる場合がありますので、そういったものについては、公的検診ではないから使わないという説明が難しい面があるのではないかとと思われるところであります。

以上のような取扱いですが、公的検診の問題と「わからない答申」の2つの問題がクリアできたとすれば、各問題のある者についてどのぐらいの対応ができるかということが3番の内容でございます。

未検診死亡者につきましては、現在も民間資料を併せて判断して、判断し得ない場合は認定できない、そういう取扱いをしておりますので、その延長上にあります。新たな処分方法としては、現行どおりなのですが、「わからない」という趣旨の幅をもう少し広げることによって、処分を行う余地があるのではないかとということです。しかしながら、死亡者についての問題は、死亡者を棄却した場合に、現在それに対する受け皿が何もないわけでございます。このため、一方的に棄却することについて批判が強いことが予想されれば、当面、死

13 頁

亡者については認定業務を棚上げにして置いておくということも重要なオプションとしてありうるかと思ひます。

(2)の寝たきり者については、とにかく検診ができないために資料がなくて処分ができないというのが滞っている原因でございます。新たな処分方法によりますれば、公的検診を前提にしますので、公的検診の範囲、例えば往診等で内科の検診だけを行って審査を行う、その上で答申を得て、認定すべきときは認定、わからない場合にはわからないなりの答申をいただいて、県知事が処分していくという案でございます。このときの受け皿としては、現在検討しておる一定者対策で対応することが取りうる措置の全体だと思ひます。

検診拒否者は、公的検診を受けてくだらないために処分できないというのが原因です。新たな処分方法としては、公健法の137条に受診命令というのがありますので、これは罰則はないのですが、受診命令をかけたうえで、それでも受けられない場合には、資料不足ということで審査会に諮って、資料不足で判断できないという答申をもらって棄却できないかということが考えられます。また、公的検診と同様の資料を提出するという運動が一部にあるのですが、その場合も、公的検診でないとして取り扱えないとして、見ないことができないかという内容でございます。この場合、 ですが、そういった公的検診のみを見るということは、不服審査や抗告訴訟でなかなか理解されないおそれがあれば、検診拒否者については当面の間棚上げにすることも一つの考え方かと思ひます。

(4)の県外申請者は、特別の問題というよりも、とにかく公的検診をなかなか受けにくい

客観的状況にあるために処分が進んでいないというのが原因でございます。そこで、行政として通常の検診を促進することが第一の手段ですけれども、それに加えて、県外者の中の死亡者や寝たきり者等については、今まで述べましたような県内と同じような対策を進めていけないかと思っております。

#####14頁

最後に保留者につきましては、判断困難、所見がとれない、あるいは症候の整合性がない等のことで審査会の結論が得られずに処分できないということが現状であります。医学的に判断できない場合には、それぞれの状況に応じて、その旨の答申をいただいた上で、県知事の判断で一定の処分をしていけないかということが今回の考え方でございます。

以上が資料の内容でございます。

【井形委員長】 どうもありがとうございました。

お聞き及びのとおりですが、ここで審議して出す答申も、認定業務がどこまで進んで、一定者の数がどのくらいまでに推定できて、そういうことと非常に密接に関係しておるものですから、いろいろな検討の結果、それぞれ問題点、いい点が列挙されたわけです。

これにつきましては、納委員と小高委員に事前に目を通していただいておりますので、コメントをいただければありがたいと思います。

【納委員】 全体的には、この問題はいろいろ問題を含んでいて、単純にはいかないというのが私の印象でした。

まず「わからない答申」が可能かどうかという点では、今まで鹿児島でやってきた審査の状況からいうと、私たちが「わからない答申」をした場合に、棄却にしても、知事に判断を求めると、そこで知事が随分苦労するのではないかと考えました。ただ、それを苦労しないために一定の基準をつくるとか、今ここにいろいろな可能性が述べてありまして、これらのどれかで思い切ってやれば、やれないことはないかもしれないとは考えましたが、資料にもそれぞれの問題点を書いてありますように、現実になかなか苦しい点が多いと思います。あるいはこれらの間をぬって、どこかでとれるのかもしれないけれども、結局は、特に熊本県だと思いますが、県としてはこの中でどれがやれるのかという意見がかなり大きなファクターを占めてくるのではないかという気がします。

#####15頁

【小高委員】 資料1で取り扱われている問題を考える場合の一番基本的な問題あるいは認識は、これまで医師が医学的な蓄積をもって審査を行い、それを受けて知事が認定してきた。これまでの審査の実績を覆すような、あるいはそれに抵触するような方向は出せないだろうということかと思えます。

今、納委員からも御指摘ございましたが、「わからない答申」、例えば3ページに新たな対応方針が出ておりますけれども、「わからない答申」が出された場合の知事の処分の道でございますが、1ページに「法律上、審査会の意見をきき知事が処分することとされており、裁量の余地がある」と書いてございますけれども、裁量と申しまして、非常に幅の

広い本来の裁量と、ある程度の選択の幅はあるけれども実際には制約を受ける種類の裁量がございます。水俣病患者の認定につきましては、医学的な知見を前提にした審査に基づく認定でございますから、そう広い裁量があるとは思えないわけでございます。そういたしますと、「わからない答申」に基づいて知事の判断で処分の道を開く場合に、医学的な知見に基づく審査においてこういう言い方が適切かどうかわかりませんが、水俣病患者として認定できる、できないということについて、グレー・ゾーンと申しますが、こういった状態がありますが、行政的に救済の対象としなければならない。一方では、医学的には特定できないけれども、行政的には救済の対象となりうる疾病ということになるのでしょうか、そういう状態を知事の責任で認定することが、先ほど申しましたように、これまでの認定の実績と相矛盾しないで説明がつけられるかどうか。これが「わからない答申」に関する処分の一番大きな論点ではなからうか。それをクリアするとした場合に、私どもとしてどういう理由付けができるかというのが一つの大きな問題ではないかと思っております。

公的検診につきましては、ここにも指摘されておりますけれども、許認可の業務の際にいろいろ添付書類を要求するときに、公的な機関あるいは専門機関

16 頁

の書いた資料の提出を求められる場合がたくさんあります。ただ、それは法律上、細かいことを書くことはまずございませんで、それは省令その他規則にゆだねられているのだと思えますけれども、また、そこにも定められずに、現実に公的税関あるいは公的専門家の意見書あるいは資料の提出を求める場合があると思えます。他の一般の公的な書類を求めている許認可の行政と水俣病の認定業務における公的検診がどの程度違うのかどうか、この問題が一つ。総務庁の行政管理センターかどこかのコンピュータから引き出していただいて、もう少し整理していただく必要があるのではないかと思います。

非常に卑近な例でございますけれども、例えば建築確認等を受けるときには、日照の被害のところについて、1級建築士の書類がないとだめだとか、それぞれの専門家の資料が出てまいります。それから、おそらく規則その他には根拠がないのではないかと思います。私どもが公務員に任用されるときに、必ず公的な医療機関の診断書を出せと言われます。これは私的な自分のかかりつけの医者のもを持っていってもおそらくだめになるだろうと思えます。

他のものと比較していただいて、公的検診の必要性が、水俣病患者のみの、特に法的根拠なしに要求していることなのかどうか、ここはもう一度精査していただく必要があるのではないかと思います。

さらに、水俣病固有の問題としては、そこにいう「公的」という意味が、おそらく水俣病についての病理的な判断のできる専門家の、という意味で公的というのがもう一つ付け加わるのではないかと思いますけれども、そこが今までの公的検診の資料を要求したものと、それを少し緩やかにした場合に、これまでの審査業務との整合性を保ちながらある程度緩和できるのかどうか、その点を少し詰める必要があるのではないかと思います。

す。

個々のところにはまだございますけれども、大きくその2つが今後新たな対応を考える場合に論点になるのではないかと私自身考えております。

#####17頁

【井形委員長】 しばらくの間、皆さんの自由な御意見を伺いたいと思います。

【森嶋委員】 認定基準というのがあるわけですが、先ほど挙げられた3ページの昭和53年の環境事務次官通知で、水俣病である蓋然性が高いと判断される場合と、認定基準に合致するかしないかというのは、どういう問題にありますか。認定基準に合致することが、水俣病である蓋然性が高い、そういう判断だろうと私は思っていたのですが、わざわざ昭和53年に「水俣病である蓋然性が高いと判断される場合に行く」と環境事務次官通知を出したのは、認定基準には合致しないけれども水俣病である蓋然性が高いという論理的な余地がある、そういう前提ですか。

【事務局】 そういうことではございませんで、流れを申しますと、昭和52年に環境保健部長通知ということで、現在の判断条件、認定の基準を出しております。その後昭和53年に事務次官通知を出しております。事務次官通知は、法の解釈として、蓋然性が高いときに認定するというものだ。その具体的な取扱いとしては、蓋然性が高いということは、昭和52年の判断条件に従って判断した場合にその条件が満たされる、そういう言い方にしておるのです。

【森嶋委員】 いわゆる「わからない答申」というのは、認定基準に合致しない、あるいは資料不足とか現在の段階で判断できないということで保留しているのだらうと思うのですが、そうしますと、「わからない答申」で更にグレーを残すということは、認定基準に合致しないけれどもなお水俣病である可能性がある、そういう判断をするということでしょうか。

「わからない」という言葉を抜いてしまって、こういうものをつくるということは、一方で認定基準がありながら、認定基準から外れるものについては、ここでいう水俣病である蓋然性が高いと判断されないということになりますね。もしも認定基準があって、認定基準に合致するかしないか。合致すれば認定ということになりますと。そこで、保留というのは、多分、医学者の先生には誠

#####18頁

に申し訳ないのですが、かなり妥協的といいますか、事柄を余りシリアスにしないで、とりあえず後回しといいますか、一通り判断するけれども最終的には踏み込まないということだろうと思うのです。理屈からいうと、認定基準を維持するという格好ならば、認定基準にはまるか、はまらないかということで、認定するか棄却するかのどちらかではないかと思うのですが、「わからない答申」というかどうかは別として、オフィシャルにそういうものを認めるということは、つまり、認定基準そのものとの関係をどうするつもりなのか、将来緩めていくつもりなのか。資料がなかったり、判断基準がなかったり、それは一回は

いいけれども、そういうカテゴリーを残してしまうことになると、認定基準には合致しないけれども、救済なり何なりの対象になるようなカテゴリーを一つつくることを意味すると論理的には思うのですが、そういうことをお考えですか。

【事務局】 具体的に幾つかカテゴリーがあるかと思うのですが、今は処分できないと思っている中でも、一つは、何らかの理由で資料が調わないために判断できないというのがあります。これは今の認定の基準に照らしてどのぐらいの色のつき方かということとは別な次元かと思います。もう一つは、今の保留も、かなり広めに保留しているところがございまして、一応認定基準には合わないと考えられるのだけれども、例えば検査するたびに所見がいろいろなところに動いたり、統一的に医学的に判断することが難しいので、とりあえず置いて様子を見ようかというグループがあると思います。これも認定基準の色のつき方とは違う次元かと思います。最後に、本当の厳密な意味で認定基準に照らしたときになかなか微妙で判断できないというグループも確かに一部あると思います。その場合には、先生の御指摘のように、ある意味で本当のグレーの層を位置付けるような手続きを導入することになるかと思います。

【森島委員】 制度の立て方として、現状でいろいろ動きもつかなくなってい

19 頁

るし、ここにいろいろ書かれているように、反発が多いのではないかとか、棚上げしなければとかというのがありますけれども、そういうことをすればするほどもめることになりはしないか。だから、基本的には、棄却者に対する救済、この後の資料2とか3とかでやる議論だと思いますけれども、それはそれでやっておいて、棄却は棄却ということで、もしも棄却する際に、いろいろな棄却がありうるとしたら、資料が足りないの、こういう資料が、例えば公的機関などでちゃんとそろえばよろしい。しかし今からそろわないのは幾ら資料不足といっても、だめなものはだめですね。裁判所だって、証拠がどうしてもなければ、負けるものは負けるほかないわけですから。その意味で、資料不足というの、追加できるようなものであれば、むしろそれを明示して、棄却する前にそういう資料を提出させる、あるいはそういう資料をとるために検診を受けさせる。それから、現時点で判断できないというのはどういうのか、私、医学的によくわかりませんが、矛盾するような場合、これも矛盾しているので、こういう検診を受けなさいというような形で追加してもらおう。それに応じなかった場合には、それを理由として棄却する。それに応じて、資料が整って、基準に合えば認定するし、基準に合わなければ棄却する。そういうことをこの際、もしも認定基準を環境庁はがんばっていかれるというならば、それはそれでがんばって、こちらはこちらで、紛争があってもがんばってという方がすっきりするのではないか。

ただ、それで全部切り捨ててしまえというのではなくて、そうした場合に、今度は棄却者に対する、特定症候有症者医療事業をどういうふう結びつけるか、どういう形で考えるか、政治的にはそれと密接不可分だと思います。しかし、ここに書いてあるのを見ますと、今まで政治的にいろいろやりにくいので、やっていたプラクティスを、今度正式に制

度として取り込んで、しかも、その中で処理しにくいものを棚上げにしていくという、こういう紛争に対して前例

#20 頁

のない解決をするには、30年間の前例にとらわれ過ぎているような感じがします。これは結論部分で申し訳ないのですが……。聞いておきますと、あいまいなものをあいまいなままに、そして、それを「わからない答申」という形でやると、法律家としては何とも返事のしようがないのではないかと思うのです。ですから、小高先生は紳士だからおっしゃらないけれども、私は、こんなわけのわからないものをつくるくらいなら、ばさばさっとなんて批判を浴びるところは浴びる。しかし、棄却しても、こっちでちゃんと受け皿ができるのかわかりませんが、つくるつもりでいますけれども、受け皿はあるのだから、今の医学的な判断あるいは制度からいってこれしかないのだと言ってがんばるほかないのではないのでしょうか。私は、こういう仕組みを考えると、やればやるほどわけがわからなくなるという気がします。

【浅野委員】 事務局が「わからない答申」というような形を考えているのは、今の審査会に新たに行くのは、森島先生が言われたような資料不足でどうにも追加のしようがないものは、棄却という答申を出してくださいと審査会に言っても無理だという判断があるわけですか。ですから、知事にゲタを預けるために、そこでいったん医学的な判断と切りはなして、法的・行政的な判断に持ち込もうという意図があるわけですか。森島先生の意見ですと、今までの流れでいえば、むしろ審査会に棄却という答申をしてもらって、それによって知事が棄却としてしまえばいいということになるわけですね。

【森島委員】 いえ、小高先生言われるように、今更、お医者さんが分からないと言ったのを知事が認定するとかしないとかいったら、いよいよもって紛争を引き起こすことになるのではないかと。ですから、例えば公的検診について、公的検診の税関等を今までよりも少し幅広にとるとかというような形で、ともかくとれる資料はとれるようにしておいてやっていただく。その代わりに、政治的な問題については行政の方で引き受けますというぐらいの覚悟がないと、今

#21 頁

まで審査会の先生方を前面に立てておいて、何か起きると、あいまいにあいまいにとやってきた。それが今日をもたらしたような気がしますので、余り繰り返さない方がいいのではないかとというのが私の意見です。

【荒木委員】 審査会で資料不足で判断できないとか、水俣病ではないと考えられるが所見の整合性に欠けるため明確な医学的結論に至らない等の場合には、その旨の答申を「わからない答申」としておったのですが、各県の審査会は知事の諮問機関ですから、これは知事の判断で処分してもよろしいということは何回も審査会で申しましたけれども、それがなかなかできない。実際に医学的な判断でわからないということは、臨床医学の一つの常識でありまして、わからないものは本当にわからない。病理解剖して初めてわかる例も

あります。したがって、臨床診断ではどうにもならない例があるわけですから、そういう場合には、保留という意味の中には、ただ単なる後回しではなくて、もう少し神経症状を見てみたい、運動失調を見てみたい、視野狭窄がどう動くかを見てみたいという意味もかなり含まれております。

しかし、いつまでもわからないというのは、資料不足で判断できない場合は、いつまでたってもわからないと思います。したがって、今までこういう例を知事の判断で、こうしたら処分してよろしいとか、そのレベルを一度もディスカッションしたことがありません。だから、資料不足の場合には、全くわからない、だから棄却であってもいいと私は思います。

それから、3回以上とか、いろいろ見ても、いつまでたってもわからない場合にも、もうそのレベルで、わからないイコール棄却でも構わないと思います。今まで審査会の了解を尊重してされたわけですから、環境庁がそれを指導するわけにはいかないと思うのです。審査会の十分な理解をもって、「わからない答申」をしているけれども、これは一生わからない、だから、それをどうにか処分してくださいと言うことはできると思います。だから、新しく設けるべき

22 頁

ではないと思います。

【森嶋委員】 環境庁の御意見ですと、先生の御意見と逆に、お医者さんがわからないと言ったら知事の方で認定してしまう。基準に合うだけの資料がないとお医者さんがおっしゃっているのだから、行政的にはこれは棄却だと、むしろ知事の方が紛争の泥をかぶるといのが、どちらかと言えば、荒木先生のおっしゃったことではないかと思うのです。環境庁の方は、そうではなくて、知事が政治的に判断して、基準に合致しない者も認定してしまう。そうすると、この基準そのものの根底を崩すことになるし、知事が甘いことをすると、そこへわりと政治的な圧力がかかって、知事はいよいよもって、知事は投票もありますから、ある意味ではずるずる崩すことになるのか、あるいは知事のところで動きがつかんというふうになるのか、どちらかだと思います。

【事務局】 その方法につきましても、現在、案A、B、Cを並列しておりまして、一律棄却から認定を入れるところまで、まだ私どもとしても決めかねておるのですが、おそらく原則論でいきましたら、案Aのように、いろいろなことを考えてもわからない場合には棄却ということが素直かと思うのです。かつ、一方で現下の状況を考えますと、これだけで今のを社会的に打ち出していけるのかというところで非常に難しい面もございます。

【浅野委員】 しかし、その意味で言えば、もともと案Aか案Cであって、案Bは、別のファクターがそれに条件として加わるだけではないですか。

【事務局】 説明書きをくっつけて理解を求めるとい形になるかと思えます。

【浅野委員】 例えば案Cでいった場合、認定するとなると非常に問題が出てしまうのですが、さっき荒木先生がおっしゃったように、経過を見たいという本当の意味での保留は、

ここでは認定はしないで保留にしておく。そしてカテゴリーA, B といいますが、さっき荒木先生がそれは棄却されてもやむを得ないと言われるようなものについては素直に棄却ということであれば、その事情

#23 頁

が案Aの中にきちっと反映されていればそれでいいのではないか。なまじCという形で出てくると、グレー・ゾーンをわからないけれども認定する、では給付はどうなるのだという話になってしまいますから。今の先生方の御議論を聞いていますと、そんなに違ってないのではないかという気がするのです。

【小高委員】 棄却しまして、こういう制度にどうして乗せるかという話になりますから、Cの認定というのは、今までの運用の実態からいっても、法律の趣旨から言っても取りにくい部分だと思うのです。ですから、おっしゃったように、本来棄却なのですが、事情判決のような、棄却だけれども救う道へつなげましょう、そういう部分と、資料が出てくるまで保留するというのもありうると思います。制度といっても、結び付け方ですから、それからいきますと、Cは少なくともあり得ないと思います。

【上村委員】 「わからない」というのは、森島委員のお話では、認定基準には当てはまらないけれどもグレー・ゾーンがあるからわからないというふうに御理解になっているし、荒木委員のお話では、認定基準に当てはまるかどうかわからないということでしょうかね。私自身も、「わからない」というのは、認定基準に当てはまるかどうかわからないということなので、したがって、政策的には余りにもいつまでも結論が出ないのは酷だから何らかの結論を出しましょうと言ったら、「わからない」という結論しか出ないという論理ではないのですかね。

【森島委員】 基準があって、基準に当てはまるかどうかわからないというのは、行政的には基準に当てはまらないということではないでしょうか。つまり、当てはまるかどうかわからないというのは、結局、その基準に入らないということではないでしょうか。

【上村委員】 入るかどうかわからないということではないですか。

【森島委員】 入るかどうかわからないということは、行政的な処分としては、

#24 頁

わからなければ、普通は当てはまらないと同じ扱いにしなければならないですね。

【上村委員】 ただ、それは行政上の処分ではなくて、審議会の答申ですから

【森島委員】 審議会がどう答申されるかではなくて、最終的には、今のところわからないというのなら、わかるまで処分はすべきでないだろう。この調子でいくと、先までいつでも医学的にはわからないというのだったら、これはむしろ行政的には基準に当てはまらないとして処分せざるを得ない。

【上村委員】 ですから、森島委員お話しになるように、行政処分としては黒か白しかないと思うのです。したがって、答申の方では、審査に当たられる先生方が「わからない」と言われる答申もありうると思うのです。

【森島委員】 浅野さんが、知事でなくて、委員の方に今までやっておられたところにやらせろと言うのかとおっしゃったものだから、私はそれでもいいと思ったのですが、基本的にはお医者さんがどうやるかということではなくて、制度運用として、わからないものをどうしておくかということです。「わからない答申」をもらって、これですと、後で棄却するとか、いろいろあるわけですが、特にC案のように、「わからない」と来たところで、今のところでは基準に当てはまらないであろうに、もしも知事が認定するという事になれば、そこで今までの環境庁ががんばっておられた認定基準から踏み出した、認定ゾーン・プラス・グレー・ゾーンまで含めて認定業務をやるとお考えなのかと私は申し上げたのです。審査会そのものがとりあえず「わからない」という答申を出されるかどうか、これは今ここでは私は考えてなかったのです。それが重要ではなくて、こういうことで「わからない」とされたときに、では、どうするかというときに、また「わからない」というものをこしらえておいて、場合によっては認定するというようなことはかえって紛争を大きくするのではない

25 頁

か、そういう話です。

【上村委員】 お話しのとおりだと思います。「わからない」という答申をもらった知事さんが、「わからない」という結論を出しては困るわけですから、答えはAかBしかない。ただ、後で新しい政策が出てくる絡みから考えますと、B あたりかなという感じがしないでもございませんが。

【森島委員】 B はまた別の枠組みでやるわけですね。例えば、四肢末端の感覚障害がない場合を考えまして、そういうことが実際あるのかわからないけれども、なくて、かつ、今の状況ではわからないというのが出てきた場合には、当然こちらには入ってこない。そうすると、どういう形で棄却したかどうかは別として、こちらの方は、これは再申性を認めるかとか、いろいろな問題がありますけれども、要するに認定されてしまえばいいわけですから、棄却された者のうちの、これもどの程度かわかりませんが、四肢末端の感覚障害のある者を特別事業で拾うわけですね。ここはそれと実資はリンクして、こちらにちゃんと受け皿があるから、こちらは進めるという話になりますけれども、棄却の際に、こちらがあるから、あなたはこちらに当たる棄却だ、こちらに当たらない棄却だ、ではないのでしょうか。

【井形委員長】 私は実は鹿児島県の認定審査会長ですのであれですが、先生方が言われたそれぞれの問題があると思うのです。私の率直な印象を言わせていただくと、この委員会としての結論を成文化して公表しないといけないのか、それとも、こういうことを認定審査会が了解してくれば、それで環境庁の仕事は済んだとお考えなのかによって違うのですが、例えば「わからない」といっても、委員の意見が一致しないから結論が出せないという場合が多いんです。そういうのでしたら、グレー・ゾーンというのは、例えば信頼のおけるお医者さんに診てもらっても、10人が10人とも水俣病と言うのは問題ない。し

かし、10人のうちの5人が水俣病で、5人が違うと言うケースがある。6人が

#####26頁

イエスと言ひ、4人が違うと言うケースがある。そういうふうに並んでいるのです。ですから、私どもが説得してもいいのですが、委員会に投票制を持ち込んだらいいのです。公的資料を使うということはここで何も文書で言われなくても、皆認識しています。いよいよわからなかった場合には知事さんの判断でやってもいいということも議論しているんです。そういう雰囲気はもう十分審査会には取り込まれておりますから、今までは委員会は全員一致でないといけないという慣行でありましたために、1人が強く反対したら保留になっているのです。それは新潟と熊本と鹿児島の保留の比率を見れば歴然としています。だから、私は、「わからない答申」にあれをつけてもいいし、あるいは委員のうちの50%以上が水俣病と認めるなら認める。40%ならどうと、すべてのことを条件を含めてです。ね。

新潟が一番保留が少なかった理由は、椿先生が非常に指導力を発揮されて、もめたときはもう一度私に診察させていただいて決定させてくださいと言って承諾をとってしまう。ですから、新潟は保留がないのです。しかも「わからない答申」も出しているんです。でも、「わからない答申」は棄却です。そういう記録が残っていると思います。ですから、私は、これだけ割り切るならば、審査会にすべての条件を全部考えて、ここで言われた条件、あるいはこういうことをディスカッションしましたということも審査会にお知らせして、今後多数決にしてくださいというのが一番手っ取り早いと思います。

【荒木委員】 しかし、今まで多数決の投票制をやってないものですから、認定審査会がそれをどう受け止めるかですね。

【井形委員長】 だから、事態はもうここまで来ています、こういうことについては認定審査会も早期解決に協力すべきときですという事情をする御説明すれば……。というのは、認定審査会がやってないことは、これもまた新しいことの提案になりますから、新しいことの提案なら

#####27頁

【荒木委員】 新しく今後は説明をされて、皆が同意されれば問題ないと思いますが、今までは投票制でなかったから。

【事務局】 委員長の方からの、成文化する必要があるかどうかというお話ですが、これは運用のベースですので、また私どもと県なり審査会の方でお話しさせていただいて実施に移すというところで済むかと思ひます。ですから、今御議論いただいた内容を踏まえまして、また県の方なりと御相談して、何か成案を得ましたら御報告させていただきます。

【井形委員長】 私たちのところも資料がない死亡者の決定をしております。これは専門委員という、ほとんどうちの教室の人ですけれども、無記名で、これだけの資料で可能性はどうかと言って投票させてもらった10何人の投票の結果を審査資料に添えて、審査会でしますけれども、大体数字のとおり決まっています。今まで委員会で多数決を採ったこと

はないんです。しかし、事態はもうここまで来ているのですから、これにはぜひ協力されたいと私も説得したいと思いますが、例えば県知事に一任するというのを公表しますよと言ったら、審査会もちょっと考えてしまうのではないですか。

【事務局】 順番としては、まずこれから私どもと県の事務方で打ち合わせていただいて、その上で何かお願いする段になって審査会の方ということになると思います。

【井形委員長】 問題は、認定業務に触れないと答申ができないと思うのです。このあたりを歯止めというか、推定が幾らで、今後どう増えるのか、増えたときにどう対応するのかということなしに、新しい施策は大蔵省がオーケーと言わないと思うのです。だから、その説得にこれを使われるのであれば、これは表に出ないものとして使えばいい。しかし、現実には、こういう通知を出したからといって、認定審査会に事態の重要性をもう一度認識していただいて御協力くださいと申し上げることによって、この書いてある目的はある程度達成で

#####28 頁

きるのではないかと思います。私どもも、旧法から新法に変わったときに、余り保留を残しておく、環境庁の新法の委員会にたくさん御迷惑をかけるという気持ちも働かして、ぎりぎり保留はなしというつもりでお願いしますと言った。したがって、旧法のときはほとんど解決したんです。だから、審査会の中にそういう空気が生まれれば可能だと思うのです。もしどうしても従来どおり、あるいはいやだということであれば、「わからない答申」の中には無記名投票の結果も添えて出します、公表するときは、審査会の結論によりというようなことはオープンにしないでいいのではないかと思います。

私は私の立場から御提案申し上げたのです。

新潟の保留は今どうなっていますか。

【事務局】 新潟は13名ほどいるのですが、ほとんどが訴訟の原告で検診拒否の方です。ですから、かなり事情は違っております。

【井形委員長】 だから、同じ環境庁の指導下でも、やり方によっては新潟程度に抑えることは可能だと思うのです。

特別医療事業が導入されたときも、実は保留者が山積した。というのは、皆さんも、認定するのにはちょっとあれがあるけれども、さりとて棄却して裁判になってまたつかれるのもいやだという気持ちがありますから、どうしても中間層を設定したいという気持ちがあったのです。その中間層が、私どもが今頭に描いている新しい一定者になるわけです。

【野村委員】 今のお考えによりますと、今おっしゃった何対何という意見の分布は本人に知らされますか。

【井形委員長】 それは知らせないですね。

【野村委員】 でも漏れるかもしれませんね。そういう可能性も考えないと……。

【井形委員長】 それは裁判のときは出さないし、鹿児島県では情報公開条例

#####29 頁

では水俣病関係は除外項目に入れてあります。絶対漏れないし、裁判にも出さないことは可能なのではないですか。

【小高委員】 事実はどうなるか分かりませんがね。

【森嶋委員】 事実はわからないけれども、それはここだって漏らそうと思えば漏れる。

【野村委員】 むしろそれを正面から知らせたらどうですか。

【森嶋委員】 それは必要ないのではないですか。

【浅野委員】 必要ないですね。余計な混乱を招きますね。それが給付に直接つながって、割合的に給付が決まるとかというようなことまであるのなら、それはありうるだろうけれども

【井形委員長】 今はチツソはおとなしいですけれども、チツソもいよいよつぶれるとなったら、こんなものは水俣病ではない、もし6対4で認定したのなら、従来の6割しか払わない、そういう裁判が起こるかもしれません。

未消化のまま次に移っていいですか。

次に特定症候有症者医療事業（仮称）について、まず資料2について御説明いただきたいと思います。

【事務局】 それでは資料2につきまして御説明申し上げます。

資料2、資料3は事前にお送りさせていただいておりますので、かいつまんで御説明申し上げたいと思います。

従来まで「一定者」と呼んでおりましたが、今回「特定症候有症者」と仮称しております。

趣旨でございますが、背景といたしまして、水俣病にみられる一定の症候を有し、自ら水俣病ではないかと考える者が存在してありまして、認定申請の繰り返し、あるいは訴訟の提起ということで大きな社会問題となっております。

これらの者の意義を、臨床医学的立場、疫学的立場、法制度的な立場、対策

30頁

検討の立場から記載してございます。

臨床医学の立場からは、このような一定の症候を有する者の多くは、臨床的には、四肢末端の感覚障害を有すると推定されまして、このような症候のみでは水俣病であると判断することは医学的に無理があるという記載でございます。これは昭和60年の専門家会議等でこのような見解が出されております。また、現在の水俣病の診断に際しては、医学的には症候群的な診断を用いることが最も合理的であると言えるかと思えます。しかしながら、症候学的診断が直接的な病気の原因の証明の上に立っての判断でないこと、あるいは自覚的な愁訴を客観的に把握するというようなプロセスがございますことから、原因不明のこのような症状について、メチル水銀の曝露の影響によるものである可能性が全く排除されるものではないが、根拠をもって診断できる最も広い基準によっても、なお水俣病と認められない者であるということでございます。

次に疫学の立場といたしましては、この地域でメチル水銀による汚染があったことと、現在一定の症候を有する者があることは事実でございますが、これらの疫学的な関連性については現在のところ明らかでないということでございます。また、仮にこれらの集団について、何らかの集団的なメチル水銀の曝露との因果関係を推定させる情報が得られたとしても、個々のものについての因果関係の存在を示すことにはならないということでございます。

次のページでございます。法制度的な立場から、四大公害訴訟の判決におきまして、いわゆる疫学的因果関係という考え方が用いられておりますが、今回のこの問題につきましては、四肢末端の感覚障害について医学的な究明は現在されてないことと、大気汚染の場合、汚染即曝露ということが成り立つわけでございますけれども、今回の場合は経口摂取というプロセスを経ますので、メチル水銀の曝露の程度が明らかでない、こういう状況をもちまして、疫学的因果関係の理論を用いて、個別に法的因果関係を推定することには無理があると

31 頁

ということでございます。

対策検討の立場からいたしますと、四肢末端の感覚障害を有する者について、メチル水銀曝露との間の法的因果関係を推定することは、先ほど申しましたように無理がありますが、一方、自然科学的因果関係が完全に否定されるだけの十分な知見が集積されているものでもないということかと考えます。このため、本来のあり方としましては、メチル水銀の曝露と、今問題となっております症候との関係について、科学的な究明を図った上で、その制度的取扱いについての結論を出すべきであろうかということでございます。しかし、水俣病に関しては、発生当初、原因物質あるいは病像が不明であり、いろいろな詳細な資料が得られない状況にございまして、このような限界的な問題について回答を得ることは極めて困難な状況になっております。一方、これらの者が自ら水俣病、あるいはその可能性があるということにつきましては、下記の ~ の項目を考えますと、理由があるということでございます。

次のページに移ります。問題を解決する必要性、あるいは国・県が対策を講ずる理由でございますが、このように水俣病関連地域におきまして、一定症候を有する特定症候有症者についての健康の問題があるということでございます。この問題は、個人の問題にとどまらず、認定制度あるいは訴訟の問題を通じまして、社会的な解決の要請が強い問題でございます。このような問題に対して、一定症候の原因の解明あるいは健康管理を行って、その解消に資する必要があるということでございます。

このような問題に対して、だれがやるかという問題でございますが、特定症候有症者に対する医療事業は、メチル水銀による環境汚染に関連して実施する必要が生じたものでございますので、本来ならば、メチル水銀の排出者の負担において行われるべきものとも考えられますが、メチル水銀の曝露と特定症候有症者との何の因果関係を推定するには無理

がある段階で、このような重い責

#32 頁

任を負わせることについては、理論上、無理があるということでございます。一方、国・県の責務といたしまして、国民の健康で文化的な生活を確保すること、あるいは公害に関連する健康上の問題についても必要な措置をとることがございます。また、水俣病特有の事情として、発生当初、その原因を迅速に確定できなかったことについてはそれなりの理由があることではございますが、結果として当時の環境保健行政が国民の期待に十分に応えられなかった、そのことが今日の混乱の一要因となっていることも事実でございますので、国・県としては、このような経過も勘案して、この対策を講ずるということではございます。

以上が趣旨でございますが、検討を要する点といたしましては、因果関係に関する、従来の専門委員会あるいは懇談会等の御議論の中で、どれぐらいの因果関係の強度にするかということがございます。また、「健康不安」を用いない説明、あるいは問題解決の必要性以上の行政としての措置の必要性についての説明が挙げられるかと考えられます。

次に、特定症候有症者（仮称）及び水俣病発生地域（仮称）でございますが、特定症候有症者の定義と、この事業の対象とすべき地域を今後検討する必要があるということで、そこに項目を記載しております。

第3番目として、この事業の内容でございます。医療費の自己負担分プラス何らかの手当ということで、A案、B案をそこに記載しております。何らかの手当の部分につきまして、A案は、療養手当ということで、療養のレベルに応じて給付のレベルを変えていく。参考といたしまして、現行の公健法の療養手当をそこに記載しております。問題点といたしましては、手当を目的とした受療を誘発するおそれなどがあるかと考えております。

B案といたしましては、療養手当の代わりに健康管理手当という性格の、療養のレベルにかかわらず月一律の手当を支給するという考え方でございます。

#33 頁

そこに原爆特別法等の手当を参考として載せております。問題点といたしましては、このような一律の手当は、現行の水俣病認定患者にもない支給となるため、ある意味では水俣病患者以上に手厚くなるという問題があるかと思えます。

この事業の内容でございますが、療養費の対象とすべき疾病の範囲、支給について保険優先の根拠、療養手当とするか、健康管理手当とするか、また、その支給の考え方が挙げられるかと考えております。

次に、この事業の手続き関係でございます。まず申請していただくということで、先ほど事業の対象とする地域を定める必要があると申し上げましたが、そこを管轄する関係県知事に申請していただきます。そのとき付けていただく書類としては、昭和43年以前にその地域に居住していたことを示す書類、魚介類を多食したことを示す本人の申立書等と、四肢末端の感覚障害をもつという診断書、知事の指定する医療機関、あるいは知事が指定する医師が作成した診断書でございます。ただし、公的検診に基づく審査会資料が存在す

る場合は、この限りではないと考えております。検討を要する点といたしましては、そこに項目を記載してございます。

次に判定でございますが、現行の公健法の認定審査に要する手続き、認定審査会のような手続きを経ない簡易な手続きを考えておりますが、その際におきましても、実質的に学識経験者の意見を聴取する必要性について議論を詰める必要があるかと考えております。

次に資格喪失等でございます。定期的に症候に関する診断書を提出していただきまして、その時点で四肢末端の感覚障害があるかないかを明らかにし、場合によっては資格を喪失するというところでございます。この際、指定医療機関による診断書にするか、あるいはその時点でかかっている主治医の先生にお願いするかということが挙げられると思います。

療養費及び療養手当をどのように支給するかということでございますが、療

#####34 頁

養費につきましては、原則として療養費払いでございますが、現行の特別医療事業が現物給付の形をとっておりますので、現物給付も導入できる形で考えております。

次に他制度との関係でございます。この事発の申請と、公健法に基づく水俣病の認定申請をどうするかというかけもちの問題がございます。これは資料3に整理しておりますので、ここでは省かせていただきます。

費用負担でございますが、国・県の半額負担により実施するというところでございます。この際、公費負担の根拠、あるいは国・県の負担の在り方とその根拠、原因企業から拠出を求めないことの根拠を固める必要があるかということでございます。

次に第7、その他でございます。県外に居住しておりまして、特定症候有症者の要件を満たす方については、メチル水銀曝露のあった当時居住していた地域を管轄する県知事に申請をしていただきまして、その県知事が判定、支給、費用の負担をするということでございます。しかしながら、県外申請者につきましては、現住所ではなく、曝露時の居住地を管轄する関係県知事がこの事業の事務を行うことの理論的根拠付けが大変難しくなるかと思っております。そもそもこの事業の性格付けにかかってくるかと考えております。福祉施策として行うならば現住所地の知事、賠償的な性格とするならば曝露時の居住地の知事と言えるかと思いますが、本来、この事業を賠償的な性格であるという理由付けはしないという前提に立ちますと、根拠付けがなかなか難しい状況でございます。事務的な問題としても、関係県知事が県外で指定医療機関あるいは現物給付を行う医療機関等の協力が得られるか等の問題がございます。

この事業の申請の期限は、公健法に申請している方がこちらの事業に入ってくることを想定いたしますと、公健法の認定申請が終了して、最後の処分が行われた以降であると考えられます。

#####35 頁

9ページ、10ページにつきましては、現行の特別医療事業の順でございますので、省かせていただきます。

事務局からは以上でございます。

【井形委員長】 さっきの話題のときに最後に私は自分の意見を申しましたけれども、私の提案を、事務局が準備くださった選択肢の一つに加えてくださいという提案にしておいてくれませんか。つまり、認定業務に係る対応についての対策の中に一つの提案があったことにしていただいたら、せっかく事務局がいろいろ原案をつくっていただいたので、それと矛盾しない、並列したものだということ。

これは答申の一番骨子をなすものでありまして、私どもとしては健康管理手当はなるべく多い方がいいわけですが、それをめぐって法律の先生の方でどういう解釈をくださるかということが大きな問題になります。

浅野先生と荒木先生に事前にお目通しいただいておりますので、コメントをいただければありがたいと思います。

【荒木委員】 先日、浅野先生と一緒にこの医療事業の骨子について原文を見せていただきまして、いろいろディスカッションした内容が、今回配付していただいた文章の中にかなり取り入れられておりますので、これはこのままでディスカッションを進められていいと思います。

【浅野委員】 ちょっとだけコメントさせていただきます。先ほど事務局の御説明もありましたけれども、いわゆる疫学的因果関係という言葉の使い方なのですが、法制度の中で現在定着している疫学的因果関係という議論は、もともと大気汚染系の疾病を想定した議論であったということを特にここではコメントしております。水俣病の場合には居住即曝露ではないということを少なくとも押さえておかないといけない。そのことは実際に制度を組み立てるときにどうするかは別問題ですが、理論的にも大気汚染系の疫学的因果関係の議論をそ

#36 頁

のまま持ち込むことは問題があるということでございます。

第2に、このペーパーの中で、正直言って弱い点がございまして。それは結局のところ、国・県には公的には責任がないという前提を崩すわけにはいきませんから、その前提を崩さないで、なおかつ、国や県だけがお金を払うという理屈を述べなければいけないわけですが、これは正直なところ非常に難しい議論です。ここでは、環境保健行政が国民の期待に応えることができなかったという言い方で、ある種の政治的責任というニュアンスの表現にしておりますけれども、果たしてこれでいいかどうかということについては問題があります。しかし、これ以上踏み込んだ議論は非常に難しいのではないということも事実です。

それから、言い方が抽象化されていきますと、水俣以外のところでも同じような議論をしなければいけなくなるのではないかとありますから、どうしても水俣固有の問題であるという固有性をはっきりさせる必要があるわけです。それは結局、メチル水銀による環境汚染が現実に事業者によって行われたという客観的な事実以外に何もござい

せんで、それでいっていきますと、事業者の責任をそこで飛ばしてこの議論ができるかどうかというところがかなり大きな問題があるわけです。しかし、今のところ割り切りで議論する以外ないというのが荒木教授と私の結論でありまして、ここでは割り切ってこのようなペーパーにさせていただいたということでございます。

【井形委員長】 ありがとうございます。

今日御出席の鈴木継美先生からお手紙が来ておりまして、御意見が書いてありますので、御紹介いたします。

特定症候有症者に対し何らかの施策を実施するためには、四肢末端の感覚障害のみを有する者が他の地区と比較して水俣病関連地域に多いことが前提であると考えていましたが、今回、多い、少ないの概念とは別の観点から、水俣病

37 頁

の周辺にメチル水銀の曝露の影響が多少とも考えられる、あるいは完全には否定できない者の存在を前提に対策を組み立てるのも一つの方向であると思います。疫学の条件から見ますと、集団としてのメチル水銀の曝露が考えられる最低限の条件としては、やはり他の地域との比較でこの地域に特定症候有症者が多いと言えることがまず必要であると言えます。

こういう内容の御意見が届けられております。

今の問題につきまして自由に御発言いただきたいと思っております。

【森嶋委員】 2 ページの「(法制度的な立場から)」あるいは「(対策検討の立場から)」のところになりますが、環境庁が好むか好まないかは別としまして、既に裁判所によって幾つか判決が出ております。先ほど浅野先生が言われたように、疫学的因果関係というのは、従来の大気汚染の意味では確かに「疫学的因果関係の理論を用いて、個別に法的因果関係を推定することには、無理があるといわざるを得ない」ということなのですが、今までの熊本の水俣病に関する裁判所の判決は、国の認定基準と違った考え方をしております。一定の、いわゆる疫学的といっても、大気汚染の数学と違って、要するにたくさん魚を食べましたというお話なのですが、そういうことがあって、これも少し言い方が違いますが、端的にいうと、四肢末端の感覚障害が一つあれば、それで水俣病だといっているわけですから、ここで書かれているのと違った考え方、しかも行政権、立法権と並ぶ司法権の一部がいつているわけですから、これをここで全く無視して法的な因果関係をやってしまうわけにはいかないだろう。ただ、この点について国の方は争っているわけですから、書き方はかなり慎重にといえますか、どういうふうを書くかによって、国が争っていること自身が崩れてしまうような書き方はできないと思うのですが、これが全くメンションされていないというのは、国の、しかも中公審の答申としては大きな手落ちだと思っておりますので、これはぜひ書き込んでいただきたいと思っております。

38 頁

先ほどのお話で、これは鈴木先生と同じなのですが、これをずっと見ますと、なぜ四肢

末端の感覚障害を有する者が出てくるのかはここにはどこにも根拠付けがないんです。これは当然のことながら、裁判所やら一部に現行の水俣病の判断基準と異なる見解があるのでそうになっていると思うのですが、そこで、四肢末端の感覚障害を対象とすると考えるのでしたら、どうしてもこの地域にそういう患者がほかと比べて著しく多いということが事実として前提になっているように思うのです。実際そうなのかどうかは私はわかりませんが、それでも、そうでないとすると、なぜこういう人たちが出てくるのかということについてのメンションがどこかにあるのでしょうか。読む限りでは、ないですね。

仮にこういう人たちを取り上げる場合に、前の議論と絡んでいきますけれども、実際には、当初調査をしてない、その後の資料がないために、本来国の認定基準に合ったかもしれない人も資料不足のために認定を受けられないという事情がある。あるいは、現在の医学で具体的な個人の診断となると、臨床的には判断のつかない人がある。その点からいうと、国は単なる四肢末端の感覚障害や水俣病でもない、水俣病でないということは、メチル水銀の影響がないと言い続けてきているわけですが、そういう人も入っているので、さっきの鈴木先生のをいえば、全く水銀の影響を否定できない地域あるいはそういう患者がいるということがどこかに入っていないと、なぜこれが出てきたかというのは、書いてなくても分かるのだけれども、少なくともここで与えられている前提をとる限り、なぜ四肢末端の感覚障害の人が対象になるのか分からない。何も言わないのだったら、この地域にそういう患者が有意に多い、何かしなくてはならんぐらい多いというのだったら、これなのだろうということでもいいのですが、そうでないとすると、何らかの形で、水銀との影響を否定できない、つまり水俣病と認定できないけれども否定できないという論理がないと、つながってこないのではないかと私は思ったのです。

39 頁

【野村委員】 今おっしゃった中で、最初の御指摘は大変重要で、私も同感です。環境庁が訴訟を抱えておって、その立場に引きずられたのではないかと外部から誤解を招くおそれがあるんです。だから、2ページの「(法制度的な立場から)」と「(対策検討の立場から)」の最初の部分は、そういう見方はもちろんありうるのですが、これは客観的あるいはもう少し中立的というか、そういう目で見るとおかしい。だから、現実の判例、法理あるいは法学界における広い意見分布をもっと採り入れた書き方をなさる方がよろしいかと思いません。

もう一つは、7ページの「他制度との関係」がこのペーパーで一番重要なところと私は思ったのですが、「かけもち申請」という用語自体が問題ではないか。「かけもち」という用語はマイナスのイメージが強いので、最初からこれをつけることによって、そちらの方に誘導していくのではないかという心配があるのです。ここでは結論を最初の2行で出してしまっておるのですが、特定症候有症者医療事業の対象者に対する給付と給付のレベルでの調整を図る必要があるとかと書けば問題ないかと思ったのですが、申請のレベルで、この対象者は他の認定申請はできないとはっきり書いてしまっておりますので、このあた

りがちょっと問題だと思いました。これは別のペーパーがありますから、そこでまた議論になると思います。

【浅野委員】 まず因果関係論のところですが、森嶋先生御指摘の、今までの下級審の判決の中で言われている、「疫学条件を満たしており、四肢末端の感覚障害」というあの議論は、因果関係論というより、むしろ病像論のレベルの議論だと理解しているわけです。その点については、従来から判定基準というのがあって、それが厳し過ぎるなどという話とはともかくも、一応「(臨床医学の立場から)」のところでは答えているつもりなんです。ですから、あれは因果関係論のレベルの話とは違うというのがこの骨子案の考え方です。

【森嶋委員】 「(法制度的な立場から)」と書いてあって、要するに法制度

40 頁

的にあのときに

【浅野委員】 加えることはいいのですが、あそこで言われている疫学条件というのは、いわゆる疫学的因果関係でいわれているものとは全く違いますので、それをはっきりさせないと混乱が起こると我々は強く認識しましたので、ここでは違いを強調したという面があるわけです。

【森嶋委員】 いずれにしましても、今までの判決について一言も触れないで、違いを強調するとか、いわゆる大気汚染的な疫学的な理論からここは出てこないのだという議論をしますと、野村委員もおっしゃったように、最初から国の見解だけで通して、ほかは切り捨てているという誤解を受けると思うのです。ですから、後で一度ぐらいいいことを言っても、最初から中公審は国の意見しか聞いていないという批判を受ける おそれではなくて、これは火を見るよりも明らかですから、フェアであるところはフェアでやって、しかし、ここではこういう制度に踏み切るほかないのだということでない、浅野先生は全部知っておられてこういうふうにかかれたのだけれども、書いて、必ずしもそういう人でない人が多いときに、今までの判決のどこに中公審は考慮したのだと言われると困るのではないかと私は思います。

【浅野委員】 もう一つの四肢末端の感覚障害の点は、確かにこの地域に多発しているというデータを取り出して、多発しているから、それだけで見るという説明ができれば、それでもいいのではないかと思います。この全体の流れとしては、判決をどこかでメンションしなくてはいけないという森嶋委員の御指摘は理解できるわけです。それがないと、この論理がちょっと飛んでいる面があることは事実です。これは判決で四肢末端の感覚障害が言われまして、それがあまねく多くの人々の認識になっていますから、そういうものがあれば、自分は水俣病ではないかと思うことは誠に無理からぬところがあるというのが2ページの最後のところなんです。ですから、そういう無理からぬ状況を引き

41 頁

起こしたことについては、法的・政治的な責任にかんがみて何かしなければいけない、そういう論理構造なんです。

【森島委員】 法的と私は言わないけれども、少なくとも国が認定基準について確固たる自信を持っておられて、認定制度はもう今となつてはそれはそれでいかにざるを得ないと思うのです。しかし、社会的にはそうでない考え方があって、しかも裁判所がそれをバックアップしたような見解がある。そうだとすると、国の方は皆切り捨てていて、我々は水俣病だと思っているのに何だということでも今紛争があるわけですから、その紛争を解決するためには、選択肢として、国は医学的には判断がつかなくても全部認定しますよという言い方もあるでしょうけれども、それは国としてはとるべきでないと思うのです。しかし、そこでギャップができて、そのギャップが、裁判所が言うように 35 年も続いているわけで、国としては、医学的、論理的にいつて、そもそもそんな紛争を起こすべきでないとお考えかもしれないけれども、現実にあるわけです。現実にあるとすると、法的責任ではなくて、行政の責任として、先ほど局長も言われたけれども、ともかく環境庁の重要施策のうちの一つだとしたら、今までどおりと言ったのでは施策にならないですね。

だから、私としては、これは後の方で申し上げようと思ったのですが、今、和解の席には着いていませんけれども、これを和解の席に持っていったときに、国はここまでやっているんです、あるいはやるんです、この後の責任はチッソの方でとってほしい、チッソがひっくり返るかどうかにについては別途政治的な配慮をするかどうかはわからないけれども、少なくともこの問題について、環境保健の観点からは、これをやるのだというので、ある意味では、和解が将来問題になったときに、それを国が持っていける一つの施策の内容にならないと、ここはここ、訴訟は最高裁までというのでは紛争の解決になりませんから、国が和解をするかどうかは別として、全体的に解決していくときに、国の役割分

42 頁

担でここまでは国がやるのだという位置付けでやった方がいい。そうだとすると、紛争を解決するという行政の役割を考えなければならない。ただけんかしているのではなくて、見解の違いがあるところに紛争ができています。かといって、向こうの見解にすぐ乗るわけにいかないのだったら、そこをこういう形で救おうではないかというスタンス。これよりも外れてしまいましたけれども。

【浅野委員】 おっしゃるように、水俣病だとそれぞれの方が思っておられることをはなから否定することはできないという認識なんですね。それはそれなりの社会的な事情もあるし背景もある。それはよくわかりますという姿勢。

【森島委員】 中の方はいいんです。頭のところで、ほかの考えを全く書いていないのは、中公審としてのフェアさがありません。これは環境庁べったりと言われれば環境庁べったりなのだけれども、役所の言うとおり、今までもあったけれども、答申案は皆役人が書いて、中公審の人間は何もやってないみたいなのがありますから。

【荒木委員】 水俣病として認定申請する人たちのほとんど百パーセントは手足のしびれを訴えている人だと思います。一番最近の熊本県の認定審査会の結果を見ましても、何名か知りませんが、120 名だったとすれば、1 人だけが認定されて、あとの 119 名は棄却され

ている。しかし、その119名の人たちが全員しびれを訴えているわけです。皆非常に不満だろうと思うのです。その人たちをどう救済するかということを我々は考えていくべきではないかと思います。

【加藤委員】 お役に立つかどうかわかりませんが、先ほどの議論の中で、四肢末端の感覚障害のみの人の頻度が認定患者の多い地域に多いかという質問に対して、一つ仮定を入れれば、今あるデータでサポートできるときもある。それは、棄却者あるいは保留者の人たちの頻度を一つのインデックスにし

#####43頁

たらどうか。今、先生のおっしゃるように、多分、棄却されたり保留された者は、少なくとも四肢末端の感覚障害がある人なんです。ただし、それだけでは十分条件ではないから落ちてしまう。そうすれば、棄却者あるいは保留者の頻度を疫学的に地域分布を見ればいいだけのことで、それは今までの水俣地域のデータを私は環境庁の事務局に渡してありますけれども、認定患者の多い地域には多く、少ない地域には少ない。ただし、一番最初に水俣病の認識の問題で、患者というのはすそ野の開いたもので、認定というのは上の方だけなのだという考えはまさにそのとおりなんです。そのとおりの地域分布ができる。

ですから、極めて社会的な条件で、例えば田村町というところは認定患者が非常に少ない地域でありながら、猛烈に保留とか何かが多い。それを調べてみたら、地域のリーダーがいて、まとめて出してしまった、そういう人為的なデータだということが分かったわけです。逆に、農村に行くと、認定患者の分布は少ないはずなんです。ところが、やはりあるんです。それは例えばすそ野が少し広がったと考えれば、ありうるデータなんです。それを公表することができるかどうかは知りませんが、データとしてはあります。

その地図も事務局には渡してありますね。

【事務局】 認定者のですか。

【加藤委員】 認定の棄却と保留。もしなければ、私のところにありますから後でお渡します。

【井形委員長】 一つは、私の経験では、お医者さんでない方は、感覚障害というのはがちりあるというお気持ちが強いのではないかと思いますが、実際私どもが診察しますと、あるときは何ともないのが、次回はしびれると言う。本人はしびれているけれども、触ってみたら感覚障害は何ともない。そういういろいろなタイプがあるんです。そうしますと、このような問題については、今までのように、患者か否かというオール・オア・ナッシングの診断はも

#####44頁

う通用しない。今後あらゆることにこういうルールでいかなければいかんと思うのです。それでは、例えば感覚障害を挙げた人を水俣病と考えるかということ、本当に手足がしびれると言ったら水俣病、しびれないと言ったら水俣病でないという自覚的な面が強いです。この地区に多少感覚障害が多いという中には、本人は何ともなくても感覚障害があります

と言っている人も含まれる。また、含まれないと医学的判断ができないのです。だから、水俣病の可能性もあるけれども、全くそうでない人も含んだある段階を認定しないと解決できないのではないかと考えておるんです。

【上村委員】 これはどなたにお伺いしていいか、あるいはお役所の方にお伺いしていいかも分らないのですが、臨床医学的立場と疫学的立場を考えると、臨床医学的な立場から否定されれば、疫学的な議論はする必要はないのではないかと。臨床医学的によくわからないときに疫学が有効に働くので、臨床医学的に否定された場合に、疫学的にもう一ぺん復活するという論理はあるのですか。

というのは、1 ページの「(臨床医学の立場から)」の最後のところで「現在の医学的知見においては、特定症候有症者は、根拠をもって診断できる最も広い基準によっても、なお水俣病と認められない者であるということが出来る」と決めつけてしまったら、もう疫学的に議論する必要はないのではないかとと思うのですが、それは公衆衛生学的にどうなのでしょう。

【事務局】 この記載で、それぞれの立場から今の知見を整理しようということで、この骨子の書き方になっておりますので、そこまでの議論はまだしておりません。ただし、今回の臨床医学的な方法論では、多少なりとも可能性が全く排除されるものではないという灰色の部分を残しまして、疫学的な議論をする要素があるのではないかと考えています。

【上村委員】 「全く排除されるものではないが」というのがあから、疫学
#####45 頁

というものが引用できる余地があるということですか。

【事務局】 議論する必要はあるのではないかとということでございます。

【井形委員長】 ここには表に出てきていませんけれども、一つの疫学的立場からの主張は、症状の発症と、例えば今見た段階で全く水俣病そっくりの症状が出た、しかし、今年の2月から発症しましたと言われますと、そうではないだろうと思うのです。今までは汚染地区の患者はすべて疫学的条件を満たしているという前提だから臨床医学で決定すると私どもは言ってきておったのですが、これから特に感覚障害だけを救済という形になってきて、希望者が出てきますと、昭和37~8年ごろからしびれていると言ってくれる人は信頼できますけれども、そういう制度ができたなら、できた日からしびれましたと言う人が出てくるのではないかとしたりするんです。

【二塚委員】 先ほど森嶋先生が言われたことと若干関係があるのですが、ここで特定症候有症者として、一つは四肢末端の感覚障害だけを取り上げる必然性についてきっちり述べるべきだと思います。

もう一つは、井形先生が言われたような、感覚障害を取り上げた場合に、その評価の問題とか、動揺するとか、どういうふうに解釈するかということについての具体的な記述がないと、なぜ問題があるのかということが読む人にはわからない。

もう一つは、ごく簡単に2枚目に書いてありますけれども、「中毒学の立場から」という

のが一つここでは要るのではないかと思います。

【井形委員長】 四肢末梢というのは、確かに判決の後起こってきた議論ですが、僕らの感覚からすると、昭和 37 年ごろから四肢末梢の感覚障害と難聴という組合せがあって、これは判断条件に入っていないんです。難聴というのは、年をとった人は皆難聴がありますから、評価ができない。しかし、それと組み合わせるとあれかなという感じがします。制度としては、もう少しば

#####46 頁

かして、現実には感覚障害でいくのですが、「等」とか無理ですか。

【森嶋委員】 「等」と言われると、どこまで広がるか。

【滝沢委員】 「わからない答申」の対象者の実態はほとんど感覚障害だけで、二つ重なった場合にはかなり認定されているわけですね。

3 ページの最初の「健康問題を解消する必要性」ということで、そのような知覚障害等で問題を抱え、しかもその原因が不明であるなら、対策よりも原因究明を優先すべきであります。感覚障害というのは、手の感覚障害、例えば頸椎の障害とか、いろいろなものがあって、むしろ具体的に、糖尿病でもあるので、という意味のことを持っておかないと、原因が全く不明では、言葉がちょっとまずいのではないかと思います。むしろこの骨子とすべきは、感覚障害が、エイジングあるいは他の疾患とも区別できないということ、しかし、長い間、地理的条件で、かつて大量に水俣病患者が発生した地域であって、しかも本人が訴えているために、この特別枠の補償をしようということでありまして、まだ原因が全くないのではちょっと困るのではないかと思います。

実は富山の小矢部川で水銀の汚染事故があったときに、富山は河川が幾つもありまして、沿岸の漁民と山間部の農村で調べますと、感覚障害はむしろ山間部の方が多いデータがあります。新潟裁判ではそういうデータを使うか使わないかということで……。感覚障害はほかの原因でありうるわけで、それが水銀の魚とも直接因果関係ができないというところでむしろ強調して、しかし、水俣地区のために救済するという形でないとどうかなという個人的な考えでございます。

【井形委員長】 予定の時間を少しオーバーしておりますので、いろいろな御意見が出ましたけれども、大筋はこれの手直しということで進んでよろしいですか。根本から書き換えるという御意見でなければ、おおむねこの線でいきましょう。

#####47 頁

次の議題に移らせていただいてもよろしいですか。

【事務局】 それでは資料 3「特定症候有症者医療事業と水俣病認定制度との関係の整理について」でございます。先ほど野村先生から出ましたが、いわゆるかけもち申請の取扱いについての検討でございます。

検討の必要性でございますが、特定症候有症者医療事業が、認定申請の繰り返しや訴訟の多発というような問題の解消を念頭においておりますので、この事業と水俣病認定の両

方を申請できるというかけもち申請を認めますと、その結果、実施する県での事務が非常に煩瑣になる。あるいは先ほど申しました認定業務に係る問題の解消としての意味が大変薄れてしまい、この制度創設自体が問われることになるおそれがございます。それから、現行の予算措置でございますが、特別医療事業がかけもちでの認定申請を認めていないことから、この抑制効果についても影響があるということでございます。

次に検討の前提といたしまして、この制度の趣旨として、これは水俣病患者を対象とするものではないということでございます。二重給付は許されない。ただし、遡及的に精算することは可能である。しかし、概念としてはあくまでも別のものであるという前提がございます。

一方、この制度の判定が簡易な審査でなければならないということから、現実にはこの申請者が水俣病患者でないという確定まではできない。こういう相反する前線がございます。

次のページに、問題となる場面を具体的に想定しております。としては、公健法に基づく認定の判断を受けていないということで、以下3通りの場合がありますが、いずれも公的な判断がなされておられません。

に、公健法でいったん棄却された者が、両制度の申請をする場合、実質的には認定申請の方が再申請を認めておりますので、本質的には の状況と何ら変わらないということで、かけもち申請を考える際には、併せて水俣病認定申

48 頁

請の再申請そのもの考える必要があるということでございます。

検討の方向といたしまして、下に2つの方向を記載しております。この制度がどうしてもある程度、先ほどの前提からいたしまして、水俣病認定患者を申請時は含むということで、これを認めまして、逆にその後、両者を分けていくという方向が一つと、これに対して、相対立する概念であるという理念を貫徹して検討するという方向があるかと考えております。

3ページ以降は、具体的な対応として、対処方針でございます。(1)として、A案、B案の2案を出しておりますが、制度としてかけもち申請を禁止・抑制する考え方でございます。

A案としては、両制度の趣旨に照らして制度的割り切りをするという考え方でございます。繰り返しになりますが、この両者は相対立する概念であるという前提の下に、特定症候有症者は、水俣病患者のみならず、水俣病認定申請者であってもならないという制度的割り切りを行いまして、申請の段階で、自分で水俣病認定申請を行うか、あるいは特定症候有症者の事業に申請を行うか、選択をしていただきます。仮に水俣病認定申請の再申請を行うならば、特定症候有症者の事業の効力は失うという考え方でございます。しかしながら、これをいたしましても、現行の認定申請を禁止しているわけではございませんので、現在の権利を侵害するものではないとは言えるかと思えます。効果としては、かけもち申

請はあり得ないわけでございますけれども、先ほど申しましたように、申請時に自ら判断するということで、非常に乱暴であるという御批判はあるかと考えております。

B 案としては、かけもち申請は認めますが、水俣病と認定された場合の給付と、特定症候有症者として認められた場合の給付の出どころが違いますので、将来複雑な償還関係を生ずるとい理由の下に、かけもちの間は支給を停止し、いったん結論が出てから遡及的に支給するという考え方でございます。効果と

#####49 頁

しては、かけもち申請はかなり抑制できるかと考えておりますが、制度の便宜の根拠に基づいた考え方でございますので、大変批判が出るかと考えられます。もう一つ、実質的に停止するほどの複雑な事務があるかという御批判も出てくるかと考えております。

4 ページに、制度としてはかけもち申請を許容する考え方として、C 案、D 案、5 ページに E 案と 3 案載せてございます。C 案、D 案につきましては、特定症候有症者の事業の方からというよりも、むしろ認定制度の側からの再申請の解決ということで、C 案については、認定制度における再申請を禁止してかけもち申請をなくす。D 案については、指定地域を解除し、根本的に再申請をなくすという方法も考えられるのではないかと考えてございます。問題点につきましては、そこに記載のとおりでございます。

E 案は、制度としては、かけもち申請を何ら制限せず、通常の申請として審査するというところでございます。こういう特定症候有症者の事業があるので、こちらを選んでいただくような実質的な効果に期待する。ただし、認定審査におきましては、受け皿としての制度があるということで、迅速化が図れないかということでございますが、正面切って言うかどうかは議論のあるところかと考えております。効果としては、実質的な効果で、非常に不確定要素が大きいということでございます。問題点としては、ただ単に新たな制度ができて事務量が増えたというような結果に終わるおそれはあるということでございます。以上でございます。

【井形委員長】 これも荒木先生と浅野先生にお目通しいただいておりますので、コメントをお願いしたいと思います。

【浅野委員】 これは議論しましたが結論に至りませんでした。もっとも事務局で最初に書かれたペーパーはかなり削り込みまして、ともかく 5 つに絞りましたので、どうぞ御自由に御議論ください。

#####50 頁

【井形委員長】 特別医療事業のときには、全部認定申請を出して棄却するときにそれをくっつけてやりましたから余り問題はなかったのですが、かけもち申請をされたのでは解決になりませんから、これは禁止してほしいと思うのです。いろいろな案の中で、例えば一定者対策を申請した中でも、簡単な聞き込み調査などで、理論的には、本当に水俣病が疑わしいような人がおれば、行政の方で申請を出してみてもどうかという道があることを、実際には起こらないのですが、明文化しておけば、切り捨てという批判は大分和らぐので

はないかという感じを持ちます。

A でも B でも、もう既に特別医療事業が定着しておりますから、そんな強い反応はないだろうと私は予想します。

【野村委員】 今おっしゃった中の B 案を(1)の分類に含めてあるわけです。これは抑制を一緒にしてあるからそうなのですが、B 案は中を改良することによって相当いいものになりそうに思うので、(1)に分類しないで、4 ページの(2)の中の変形として考える位置付けもできると思うのです。

内容につきましては、B 案では「かけもち状態の間は、医療費等の給付を停止し」と書いてあるのですが、逆のやり方もあると思うのです。特定症候有症者事業の給付は行って、公健法の認定について結論が出た段階で、あとは償還関係进行处理する、こういうやり方が可能なように思うのです。ここでは複雑だと書いてあるのですが、それを探っていくこともやったらどうでしょうか。

これは要するに健康不安の解消という目的と、申請の繰り返しとか訴訟の多発という問題の解消、両方をどちらにどれだけ比重を置いてやっていくかということにもかかわると思うのですが、B 案あたりだったらバランスがとれるような気もいたします。ほかのものだと、健康不安の解消が犠牲になったりすると思うのです。

【井形委員長】 答申の最後には、いつかの時点では指定地域の解除をにおわ

51 頁

せるか、根本的解決の日には当然解除されてないと解決にはなっていないわけですから。ただ、それを書くことがプラスになるかマイナスになるかは議論のあるところだと思います。結局、こういう案を出して、認定申請者の保留者も減り、あらかた峠を越したというふうに発展していってくればいいと思いますから、A、B、C、どれでも結構ですが、理由を最後ににおわせる、全体解決の暁には指定地域を解除するということまで書いた方がいいのではないかと私は思っております。

【森島委員】 C と D とは、先ほども報告者がおっしゃったように、ここと問題のレベルが違いますので、同じように A、B、C、D と並んでくる案ではないと思うのです。

それから、井形先生の結論に私が反対して誠に申し訳ないのですが、これを出すときには、和解ができるかどうかは別として、全体的な解決とリンクできるような形、今までのように、彌縫的というか、その場だけをやっていくという考えではなくて、全体を解決していくという視点に立てないか。その場合に、先ほど報告者もおっしゃいましたけれども、A 案、B 案が、今までの紛争を前提として、またあっちに行って再申請したり何かするのは困るということです。むしろもう棄却された人は、将来にわたっても、少なくとも行政という観点からいえば、ここで面倒を見る以上はいたしませんと。裁判であれ、認定であれ、全面的に今までと同じような形で裁判なり何なりで損害賠償をもらった人は、こちらでは見ないということでもいいと思うのです。ただ、手前の入り口のところで、制度とは全然別だといっても、もしかして認定されるかもしれないし、認定されないかもしれないわけで

すね。その段階で、制度は別だと言われても、確かに終わったところでは制度は別なのですが、今まで棄却されても再申請を認めてきたわけですから、再申請を認めないことは一つの切り捨てになります。しかも、今までも、いったん棄却されて再申請をして認められた人あるいは訴

#####52頁

訟を起こして認められた人もいるわけですから、手前の段階で、制度が違うのだから、こちらを選んだ人は向こうに行けない、あるいは向こうに行った人はこちらに来れないというのは、理屈として難しいのではないかと思うのです。あと、ここにあるのは、それ以外の点でいうと、全く行政の便宜だけで、余り面倒くさいことをやってもらっては困るというだけの話です。そうだとすると、ちょっと理屈が立たない。

それよりも、これは今の意見だけで、将来変えるかもしれませんが、今のところは、一方では、例えばデータがないからだめだとか、今よくわからないから、あるいは観察をして、それで決めるとかいう形で、ともかく棄却できるものはぼんぼん棄却して、そういう形で棄却されたら、何回並んでも同じ結果しか出ない。そちらをきっちり立てて、その代わりに、先生方もそういうふうに言っていただいても、こちらの受け皿で受けていますから余り御心配なくという仕組みでやればいいのか。

最終的には、例えば一時金等についてはチツソが考える。どこまで和解でチツソが踏み出すか、これはまた国と相談しなければいけないのしょうけれども、後で考えることにして、国としては、今の紛争の中で、水俣病と完全に認定されていない者、四肢末端の感覚障害という症状がある者については、この限りで面倒を見ましょうと。

幾らになるかは別として、ともかく一時金が出るというのは今までの制度と大いに違うと思うのです。今までの話でも、たばこ銭という話もありましたけれども、かなり利害関係が絡んできますから、そこで、こちらに並んでいる間はあるお金がもらえないというのは、今までの特別医療事業とはかなり違ってきはしないかと思うのですが、その点はどうでしょうか。ですから、ここで余り目先の事務の負担を考えないでやって、ただ、最後に踏み切るときには、そうやったら一体どれぐらいのコストがかかるのか、どれぐらいの感覚障害の人

#####53頁

がこちらの事業に引っかかってくるのか、ということはある程度アセスをしなければいけないとは思いますが。ただ、この理屈の段階でやっている限りでは、A案、B案は、制度が違うと入り口のところで言われても、言われた方は困るのではないかという気がします。

【野村委員】 先ほど私も同趣旨のことを言ったのです。結論的には、ここに書かれた前提は全くそのとおりで、1ページの と はこれから強調していいと思うのですが、そこから先は全く違う考え方でして、申請の調整はしないで自由に放任しておくのが一番いいと思うのです。給付の調整はきっちり行う、こういう原則を立てることが大事だと思うのです。

【井形委員長】 これは法律の先生方の意見に頼るところが非常に多いと思います。

【浅野委員】 禁止については、法律家として考えるとと言われると、理屈は制度的割り切りというぐらいの説明しかないのです。

給付調整の場合に、野村委員がおっしゃるように、特定症候有症者事業の給付を生かしてというのは、全く何の意味もないです。それですと、実際には公健法給付の方が高いですから、相談していても差額の支給で終わってしまいますから、全く抑制機能を持ちません。ですから、B案でいく以上はともかく両方止める以外には抑制効果はないということです。

森島先生おっしゃったのは多分E案のところだろうと思います。私は、E案でもいいし、C案でもいいなという気がしているんです。C案の場合には、ちょっと厄介なのは、重松委員会の結論に依拠して、事情が変わった、要するに遅発性はないという前提ですから、それで一騒動やらなくてはいけないので、それよりもむしろ、それこそ議題の1と同じですけども、審査会の側でいったん棄却し、再申請された者については、全部機械的に書面審査で落としていいとか、従前の検診資料をそのまま用いてもいいというようなことを合意して

#####54頁

くだされば、あとは事務的にとんとんと落とせることもありうるかと思います。であれば、実質も再申請禁止とほとんど変わらない。ただ、表向き出てこないだけのことでから。

【森島委員】 私は、禁止でなくて、制度的にはどっちでいてもいいけれども、こちらに幾ら行っても、いったん棄却されて、しかも事情変更も何もない、何にも変わらないという状況では行っても同じですよ、それなら、こっちにつかざるを得ないと思うのです。制度的割り切りといっても、こちらが割り切っても、割り切られない人がいるから困ってしまう。その説得が、先ほどのお話だと、どうも……。

【野村委員】 割り切りの根拠の理念なり、そういうものが問われたときに答えられない。

【浅野委員】 とにかく理論的に説明しろと言われても、説明できないですね。

【森島委員】 開き直る以外にない。

【上村委員】 A案、B案、C案をながめると、C案が一番冷酷ではないですか。

【森島委員】 先ほど言いましたように、ここでの議論は、案としては、A、B、E案しかないと思うのです。それに対して認定の方をどうするかというので、C案、D案になるのですが、私が先ほど資料1で申し上げたのは、今の医学でわからないというのであれば、「わからない」として棄却してしまって、再申請するかどうかは別として、こっちで出している事業で救う、そういう仕組みにして、多少抵抗はあるだろうけれども、そういうことで考えられないだろうかということを申し上げたのです。その意味では、ほかは何にもなしにC案だけだと一番冷酷なのですが、健康管理手当というかどうかは別として、一応の金銭給付もあって、医療も受けられる。もしも医学的に見て、申請してもほとんど見込みがないような状態とおっしゃるなら、気を持たせていつまでも

55 頁

やるよりは、行ったらだめという仕組みをつくっていただいた方がいいのではないかと思います。

【上村委員】 B 案の場合には、両方出しておいて、後で給付で調整するというお話ですが、先にも、先に決まるのが特定症候有症者事業の給付だろうと思うのです。片方が決まるまでは宙ぶらりんになるのが B 案ですね。

【浅野委員】 そうです。

【上村委員】 これも冷たいんじゃないか。

【浅野委員】 もちろん冷たいんです。しかし、そこがまさにねらいなんです。こちらの事業の給付を受けたかったら公健法の申請はおやめなさい。そっちの方でいったら、いつ順番が回ってくるかわからないけれども、それまではもらえませんよ。公健法の方で棄却とはっきり言われたら、そのときはこっちを復活しますから、さかのぼって全部払います、こういう理屈。

【森嶋委員】 あとの給付の調整というのは、先ほどもおっしゃったけれども、何を調整するのですか。

【浅野委員】 要するにそれが理屈なんです。

【森嶋委員】 理屈じゃない。言いがかりにすぎないと私は思うのです。調整するといっても、片方はいわば行政的な責務で、社会保障をこの部分で厚くしてやろうということですね。損害賠償でないという建前ですから。そうすると、公健法は損害賠償でないにしても、抜くとしたらどこを抜くのでしょうか。しかも医療費はかかっているわけでしょう。

【浅野委員】 屁理屈に近いのですが、公健法で認定されて、現行の枠組みですと、どうせ補償協定に行ってしまうわけですね。そこでたつぱりと補償給付が受けられることになる。そうすると、特定症候有症者事業の給付を受けた者については返還してもらわなければいけなくなります。しかも、こっちの方も医療の現物給付でやっています。今まで払ったものは、公健法の方は申請時に

56 頁

さかのぼって全部支給されるはずですから、そこで併給状態が出てしまうわけです。

【森嶋委員】 医療費は本人に入ってくるわけではありませんね。健康管理手当というのは、補償協定とは別の理念ですね。

【浅野委員】 というふうに考えるか、そのところは公健法並みに併給という理屈を無理やり持ち込む以外にないわけです。

【森嶋委員】 損害賠償と公健法なら併給と言えるけれども、ここは損害賠償ではありませんよ、ここではあくまでも行政としての紛争解決とか地域の不安の解消のための施策ですと言っているのですから、そのときに出したものを後で損害賠償から差し引くぞというのは、冷酷である以外に説明つかないのではないかと思います。

【浅野委員】 本来、チッソの負担で全部救済を受けるべきものであるならば、それで救

済を受ければいいではありませんか。そちらの方で本来救済を受ける可能性がないような者について、特段の政策的な判断でこの制度の給付をしているのであるから。それは言ってみれば、実際には後で国がチッソに求償権行使をすればいいようなものなんです。しかし、それにしてもそこも煩わしいからという理屈なんです。だから、厳密に理論的に言えば、それはおかしいというのはわかっているんです。

【森嶋委員】 おっしゃるように、そういう理屈が成り立たないわけではないとは思いますが。しかし、それを聞いて、なるほどと思わないのではないかと。私は思いません。よく屁理屈をこねたなという感じがします。

【野村委員】 B 案の場合、高齢者が多いので、待っている間にどんどん亡くなる人が出ると思うのです。まさに冷酷どころか、非人道的である。

【浅野委員】 実際には両方申請するのは認めないといっているのに等しいんです。しかし、表向きはそう言っていないですから、それは非人道的である

57 頁

ことは明らかです。

【森嶋委員】 余りみみっちいことを言わずに、つながってさえすれば、いつか認定してもらえる、そういうのをなくす方が、かえって冷酷なように思うかもしれないけれども、その方がいい。私が聞いた話では、今、保留になったり何かすると、よかった、よかったとか、そういうような感じになっているみたいですから。

【浅野委員】 C 案と E 案は実質的にかなり似通った発想なんです。C 案の議論の根拠には、かつて言われたように、後になって遅発発症という可能性があることは否定されたという前提なんです。今まではそれが科学的に明らかでなかったので再申請をやむなく認めていたけれども、科学的にそれがはっきりした以上は従前の取扱いを変えてもいい。つまり、バックグラウンドの情報が変わってきたということですね。それと、事務を迅速化して、いったん棄却された人については、次に来てもどんどん落とすというのも大体同じような発想法に近いわけですね。

【森嶋委員】 僕は誘導するなんて言わないけれども、両方いってもいいんですよ、その間はこちらで面倒をみますよと言っても、並んだら次に落ちるだけです。これによって並ぶことに対するディスインセンティブはないけれどもこれは先生方に怒られるかもしれませんが、審査会なり県知事なりが認定業務について、今までと違った考え方で、棄却するものはぼんぼん棄却して、新しい事情変更がない場合には棄却を繰り返すということであれば、それについての訴訟は起きるかもしれませんが、それも含めて、これを国が示すことによって、チッソはどれくらい出すとか何とかありますけれども。また、先ほど岩尾室長がギャップが多過ぎるといっているけれども、大体訴訟の場合、和解の前に出ているのはギャップが非常に大きいのは確かです。結論はまた別のところでまとまりますので、和解はどのような形で進むか、あるいは最終的にできる

58 頁

のかどうかはわかりませんが、それをにらみながら、こちらも立てていくということを考えれば、認定について次から次へと訴訟が出てくるということを考えるよりも、むしろそうならないような施策をとる必要があるだろうと思います。

【浅野委員】 どの道、C案でいこうとB案でいこうと、文句がある人は訴訟を起こすことは避けがたいことですから。

【森嶋委員】 「かけもち」という言葉は僕は余り好きじゃないけれども、やって並んだ場合にどれぐらいコストがかかるのか。

【浅野委員】 従来のようなやり方ですと、もう一ぺん検診にかけてやっていますから、それは大変なことだろうと思います。ですから、ある意味では、それがネックではないかという気もします。そこでも、検診は一回やったら二度やらないという理屈に委員会レポートが使えるなら、それでもいいかもしれませんね。少なくともその段階で確定した検査による症状の把握というのは。

【野村委員】 この前の鈴木先生のお話でしたか、余り遅発性の理屈で切れないようなことをおっしゃいませでしたかね。

【浅野委員】 現実に何べん並んでもまた一から検査のやり直しで、それだけの検査を全部やるというシステムを残す限りは、本当にエンドレスですから、それでは制度としてもたないですね。しかし、最初から地域指定解除をやりますと言うのは多分非常に難しいでしょうから、最終的にはどこかでそれが理想的な解決だと言えるにとどまるとすれば、何か考えておかなければいけないだろうと思うのです。

【井形委員長】 これは裁判とは無関係とはいいいながら、熊本県の案では年金を引っ込めていますし、裁判所も、この答申がどうなるかまで和解案が出せない状態になっているんですね。

【森嶋委員】 それもありまして、ダイレクトでなくても、そちらとどこかで

59 頁

ジョイントできるような

【野村委員】 補完関係ですかね。

【森嶋委員】 補完関係とっていいと思います。

【野村委員】 両立できるようなシステムですね。

【井形委員長】 これは認定申請のかけもちになっていますけれども、もう一つ裁判とのかけもちがある。だから、これをもらっていて裁判に行く人がいたときに解決できるかどうか。裁判をやってはいけないとは言えませんからね。そうすると、現実的にはやはりE案がいい案かもしれません。

特別医療事業のときも申請者が相当激増するのではないかという不安もあったのですが、実際は割とうまくいって、しかも両者はきちっとあって、特別医療事業がありますと言ったけれども、それを断って申請している人が1割ですかね。それはこれに似ていると思うのです。今度の場合は、少しお金でもつけば、何にも救済してない、見殺しだという新聞

の字は少し減ると思います。最低限の救済はやっている。それ以上欲しい人は最高裁まで争ってもやむを得ない。

【納委員】 裁判に申請した場合、給付はストップするのですか、ストップしないのですか。

【浅野委員】 それは非常に難しいでしょう。

【森島委員】 私が先ほど申し上げた考え方でいったら、それはしようとしまいと……。それで敵に兵糧を贈っているとは何だと言われるかもしれないけれども、それは行政の福祉的な責務ですから、やむを得ないのではないのでしょうか。

【納委員】 E案とかC案とかは、再申請してもストップしないのですか。

【森島委員】 私はそれがいいのではないかと思います。

【井形委員長】 現実に大蔵省と折衝される環境庁の方が、こういうことで、

60 頁

向こうが、これだったらザルじゃないですかということと言われると思います。

【納委員】 実際に私たち検診をしている立場からすると、今の特別医療事業と同じように、申請したら一応給付をストップする方がありがたいですね。

【森島委員】 私はそれはよくわかるのですが、どういう理屈でそれができるかという点で、今までここに書かれている限りでは、第三者から見た場合に説得性がないということですね。ですから、私は決してこれが紛争解決のために最も望ましいというのではなくて、紛争を解決しようと思ったら、理屈の立つ話が必要で、これだけこっちがやっているのではないかと言って、片方、兵糧を押さえておいて、お前、あっちに行ったら金をやらないぞという式のことをやるのではなくて、切り捨てではないのだ、国としてやれるだけのことはやっているのだということです。他方で、先ほどから出ていますように、認定業務などを余り落としてしまったら訴えられるとかいうのではなくて、ばさばさやるということで、実質的にそっちに流れていかざるを得ないというようなことはできないかと私は思っています。

【浅野委員】 例えば前に棄却された人がまたすぐ来た場合には、全く検診も何もしないで、前の資料に基づいて、ほとんど形式的に棄却答申を出すことはできませんか。現在の知見に基づいて考えれば、変化は考えられないだろうと。

【井形委員長】 やっても悪くはないのですが、今まで患者さんには、神様ではないのだから、どうしても水俣病だと思うのだったら再申請をどうぞ、本当に水俣病だったら、3回か4回申請するうちには必ず認定になります。3回も4回も棄却になったら絶対違うと思ってくれ、そんな説明をしてきたんです。

【野村委員】 E案でまとめれば一番理想的かと思うのですが、この中に2行目に「対象者の理解に期待する」という文言がありますので、問題点の中には疑問符がついておりますが、迅速化については、審査会の理解についても期待してよろしいのではないのでしょうか。

#####61頁

【荒木委員】 そうですね。

【二塚委員】 この制度とは直接関係ないのですが、運用の問題として、特定症候有症者医療事業の療養費は社会保険の自己負担分をカバーするということですね。そうしますと、残りの、つまり社会保険の分は町村なり国民健康保険の場合には住民の負担になりますね。国民健康保険でカバーするわけですから。現実にはそういう町村が幾つかあるわけですが、特別医療事業なり、あるいは今度の事実があったときに、もし受療を誘発するようなことになれば、医療費が上がる可能性がある。そうすると、結果的に住民に国保税の負担として余分な分がかかってくる可能性がある。そのことについて、町村長などが若干危惧されているような話を聞きます。ですから、このようなものについて、そういうものを補完するといえますか、そういうものがなければ、なかなか大変だなと思っております。

【井形委員長】 これは室長さんも大変御心配になっているところではありますけれども、そのことには余り触れない方が、厚生省の国保の担当官と根回しをして、余り大きな新聞の論調にならんようにしていただきたい。というのは、例えば東町などは認定者1人が出るとものすごく喜ぶのです。どうしてかという、国保の滞納が一挙に減って豊かになる。ところが、特別医療事業にはいい顔をしない。今まで抑えられていた医療費がかかるようになってきた、赤字になったと言われたんです。非常に微妙ですね。

【浅野委員】 ある程度認識しているのが、資料2の5ページのB案です。つまり、療養手当を受療日数によって変えるとするか、それとも一律支給にするかというのは、今おっしゃったようなことをある程度意識した議論です。

【森島委員】 まさに医療費の国保の自己負担分、あとの残りは

【浅野委員】 しかし、通院の回数が多ければ療養手当が増えるというシステムにすれば、それでいく。

#####62頁

【井形委員長】 療養手当は何回か受診しないと上げませんよということにするのか、症状があれば療養手当を上げますよとするのか。5回以上かからないと療養費はあげませんよと言われてしまうと、せつせと5回通いますね。

【浅野委員】 それは一種地域では既に経験済みのことですから、よくわかります。

【森島委員】 その点は、金額はともかくとして、あるいはランク付けができるのかどうかかわからないけれども、そういうものとかでないと、通えば払うというのは

【浅野委員】 それはよくないです。

【森島委員】 それは交通事故でも余りよくないです。通院日数が多ければ慰謝料が高くなると思ったら、皆いやでも通院しますからね。

【納委員】 だから、通院はゼロでもいい。

【浅野委員】 そういう考え方です。寝たきりという方もいらっしゃることを考えますと、むしろその人の方がより救済されるべきではないかという理屈。

【井形委員長】 あと3回で正式の答申にまとまるかどうか、「日暮れて道遠し」という感じがしないでもないのですが、今日のところはこういうフリートキングでいいですか、もう少し詰めましょうか。

【藤木委員】 資料3のD案というのは、この案の中に残しておかなければいけないのですか。

【井形委員長】 私は触れたいと思いますけれども、今の段階では無理だろうという御意見が多いようです。

先生はどういう御意見ですか。

【藤木委員】 むしろこれを案として出さない方がいいのではないかと。その根拠としては、時期をみてといいます、余りいい時期が早く来ないと思うのです。というのは、湾内の魚の暫定基準値が0.4ppmというのが現在ひとり歩き

#####63頁

しまして、1匹でも0.4ppmを超した魚がおればもう悪いようなことになっているんです。そういう悪い風潮が起こる。本当は平均値で考えての0.4ppmですので、湾内全部の魚の平均値をとりますと0.4ppmを下回っておりまして、本当はもういいのですが、まだ16魚種おるわけです。それが1魚種でもなくなる時期ということ、まだあと7~8年は優にかかるとかと思える。そういう時期でないと、また別の騒ぎが起こってくる可能性があります、指定地域を解除するのは非常に難しいかと思うのです。

【井形委員長】 いろいろ御意見をいただきまして、それを採り入れて次の原案をつくりましますけれども、次回は少しずつ間口を狭めていきませんと、答申ができなくなる可能性がありますので、ぜひ次回からは具体的な御意見をいただきたいと思います。

次にその他について、事務局から御説明いただきたいと思います。

〔資料配付〕

【岩尾特殊疾病対策室長】 今の先生のお話にも関連するのですが、地域指定のとらえ方が、従前、一種地域の場合の指定とか解除という話があったわけですが、二種の場合に、考え方がもうひとつまとまらない部分もございまして、改めて先ほどの安全性の問題あるいは発症の問題も含めて、我々の方で整理した資料がございまして、これを見ながら地域指定の問題についてお考えいただければと思って、今お配りしたわけでございます。

【事務局】 それでは、今お配りしました「水俣病に係る地域指定について」という資料について簡単に御説明いたします。

問題の所在といたしましては、幾つかの材料から、そろそろ指定地域を解除してもいいのではないかと議論もできるわけです。また、今回の総合的な対策の中でも、いろいろ議論してまいりますと、これが議論の端々にどうしても出てくる面がございまして。しかしながら、逆に、まだまだ水俣病問題は終わ

#####64頁

ってなくて、環境汚染もあるから、到底指定地域を解除できないのではないかと意見

もでございます。このあたりの様々な状況を踏まえまして、指定地域という問題をどう考えるべきかというのを一度整理したものでございます。

そこで、制度上の指定地域とは何か、指定と解除は何か、あとは客観的な条件とか社会的な問題としてどういうことがあるか、順に整理しておりますので、見ていただきたいと思えます。

まず地域指定をする際の要件ですが、法律の文言としては、かぎ括弧の中のように、著しい大気の汚染又は水質の汚濁が生じ、それによる疾病が多発している地域と定められております。ただ、これは抽象的でございます。具体的には、二種地域については、新法になるときに旧救済法から自動的に引き継ぐような形になっておりますので、その段階で具体的な要件は余り議論されておられません。

そこで、一種地域の方を参考に考えてみますと、条文から直接読み取りまして、現在患者が発生し続けていて、また、汚染が継続している場合には当然指定地域の対象になるかと思えます。これに当てはまらない場合も、昭和49年の一種地域の指定要件の申公審答申の中で、「現時点において大気の汚染が軽度になっていても、過去に著しい大気の汚染の影響を受けた疾患が多発していることも考えられる」という表現もございますので、これからすれば、今、汚染がなくなってきたとしても、昔、公害によって出た患者さんがたくさんいるという状況であれば指定地域の要件を満たすのではないかと考えられるかと思えます。例えば二種地域の慢性砒素中毒の場合は、患者が発生した段階で汚染はほぼ終わっていたのですが、新たに指定地域を指定したということがございます。

最後のなお書きは、二種と一種の大きな違いとして、一種地域の場合には、指定地域に住んでいることが認定される大前提でしたが、二種地域の場合には

65 頁

汚染と曝露が違うということで、その居住要件となっております。そこで、二種地域について地域指定するという意味合いとしては、その疾病が公健法の対象の疾病になると、その指定地域を管轄する都道府県知事が認定業務をする立場になる、そういうことを指定する意味に限られてくるわけでございます。

次に、逆に指定地域を解除する際の考え方がどうかということです。まず二種地域の地域指定解除の考え方として、本当に二種地域について指定地域解除が想定されているのかどうかという疑問が一つございます。一種地或は、ぜん息等の非特異的疾患でございますので、たとえ汚染が全然なくなったとしても、指定地域がある限り必ず患者さんは認定され続けるわけでございます。そこで、要件を満たさなくなった場合に、解除しないと不都合が生じます。

これに対して二種地域は、特異的疾患とっておりますので、患者さんが残っていれば認定されるけれども、患者さんがいなくなってしまうと、申請してきても認定されることはございませんので、そういった意味で、認定業務は自然に終息してしまうから、あえて指定地域を解除しないで放っておいてもいいのではないかという議論も一つできるかと思

います。ただ、この点については、昭和 48 年に制度をつくった際の中公審の答申では、「指定された地域が汚染防止が図られてその要件を満たさなくなったときは、指定地域解除を行うべきであり」という形になっておりますので、理念的に言えば、条件を満たさなくなれば解除という行為をすべきなのではないかと考えられます。ただ、この場合、必要性としては、今の理念的な説明あるいは再申請等でコストがかかるから解除すべきだというあたりで説明させんと、一種地域のように必ずしも制度的な不合理が出てくるところがないものですから、説明が難しくなるところがございます。

解除の手續として、二種地域は幾つか疾病がございますので、まず二種地域

#####66 頁

全体について一般的な解除要件を示して、その上で個別の地域の議論をするのか、あるいは直接個別の問題、水俣病だったら水俣病について解除すべきかどうか議論すべきなのか、その二つの取扱い方があるかと思えます。いずれにしても、一つのものについて議論する際には、他のものも念頭においておく必要があるかと思われま

す。参考として指定地域解除の手續を載せております。解除する際には、中央公害対策審議会の意見を聞くという手續きが法律上定められておるわけでございます。

次に地域指定解除の内容です。地域指定解除という行為でどうい

うことをしようか、いろいろ考えられますけれども、一種地域を例に引きますと、そこに挙げたように、新たな認定申請は行うことができない。これは再申請も含みます。解除時まで

に認定申請をした者については、現行どおり認定又は棄却の処分をする。さらに、経過措置として既に認定されている方については継続して補償を支払い続ける。このような形になろうかと思

います。なお、一種地域の指定解除の際には、これは直接指定地域解除と制度上リンクしているわけではございませんけれども、500 億円の基金を新たに創設して健康被害予防事業を実施するという措置を並行してやっておるところでござ

います。そこで、地域指定解除の要件として、二種地域について考えてみますと、一般的な解除に必要な要件としては、法律の条文の裏側をとりまして、著しい水質汚濁がなくなり、その影響による疾病が多発しなくなる

ことという条件を満たせばいいかと思えます。ただ、この条件に当てはまるかどうかで具体的に幾つか検討すべき事項があると思

います。一つは、環境汚染が完全にゼロでなくても病気を発生させる程度のレベルより低くなれば安全だと言えますので、それがどのレベルなのかという議論が必要かと思

います。また、基準値として、環境基準とか魚介類の暫

#####67 頁

定基準がありますけれども、これを満たさなければいけないのか、それとも、安全率をかけているから、これを満たさなくても解除に至る場合があるのか、そのあたりの議論もある

ろうかと思えます。水質汚濁にかかる疾病については、大気汚染と違

なります。かつ、汚染はあっても曝露を受けないという状況があったときに、それがどう
いう措置で担保されているのか、法的に禁止されていなければならないのか、そのあたり
の議論があろうと思います。

次に患者の問題として、「多発している」ということをどういうふうを考えるべきかとい
うのがあります。特に過去に曝露を受けたことによって、将来指定疾病が発症しうるのか
どうか、これがあると、なかなか解除ができませんので、その辺の医学的議論がございま
す。

最後に、若干社会的な問題として、既に罹患している方についての認定状況がどのぐら
いまで至れば解除していいのか、一人も残らなくならなければいけないのか、それともお
おむね済めばいいのか、そのあたりがございます。また、現在のように、認定業務に係る
不服審査や行政訴訟がたくさん起きてこじれている状況について、解除との関係でどう考
えるかという問題もあろうかと思えます。

参考として、一種地域に係る指定地域解除のときの中公審答申を挙げております。

次に、水俣病に係る指定地域の現状評価として、今述べましたような幾つかの検討事項
について、水俣病の客観的な状況がどうなっていて、どのような主張があるかということ
について若干触れております。これは前に重松委員会の議論のあたりで一回御紹介したと
ころですので、今回は簡単に触れさせていただくとどめたいと思えます。

68 頁

まず環境汚染の解消につきましては、(1)の安全レベルの問題として、頭髮水銀とかメ
チル水銀で一定の範囲が示されている知見があるのですが、これに対して、もっと低量で
も長期に曝露すれば水俣病になるのではないかという主張が非常に根強くあるわけでござ
います。

(2)の環境汚染の問題としては、魚介類の暫定基準値があるのですが、もっと低い濃度
でも危険だという主張が一方ございます。

水俣地域について見ますと、工程は昭和 43 年に既に廃止されまして、現在ではしゅんせ
つ事業も一応終わっております。魚介類の水銀濃度もかなり下がってきているのですが、
先ほど藤木先生から御指摘いただきましたように、平成元年度でもまだ水俣湾の中で一部
の魚種に暫定基準値を超えるものがございます。水俣湾の外の八代海について、今年に入
りましてからテレビで若干騒がれたのですが、平均値として暫定規制値を超える魚種はい
ないのですが、固体としては一部規制値を超える魚がいるという状況でございます。この
ようなことに対して、もっと低濃度でも危険であるという主張があります。また、報告と
して、昭和 48 年に水俣湾の周辺で生まれたネコに水俣病の所見があって、昭和 48 年当時
でもまだ危険ではないかというような話が出ておはす。

新潟地域につきましては、工程は昭和 40 年 1 月に既に廃止され、しゅんせつ事業は昭和
51 年に終わっております。水銀濃度は昭和 40 年当初からかなり下がっておりまして、ほ
ぼ規制値をクリアしている状況でございます。しかしながら、まだ幾らか規制値を超える

魚がいるのではないかと言う方もいらっしゃいます。

汚染の曝露の問題ですが、水俣湾地域では仕切り網が設置されており、一応魚の行き来がない。また、昭和 32 年以降、ほぼずっと漁獲の自粛の措置が行われてきております。しかしながら、これまで法的に明確な禁止措置が行われたことがないということで、ここについて批判する見解がございます。

69 頁

新潟地域につきましては、水俣病の発生当初の昭和 40 年 6 月から自粛の指導をしておりまして、その後、水銀の低下とともに、順次食用抑制を解除して、今は特に規制がされていない状況でございます。

最終的な住民の曝露レベルがどうなっているかという問題なのですが、水俣湾地域については、昭和 44 年以降の調査について、頭髮中のメチル水銀値は対照地域とほぼ同じレベルまで低下しております。解剖した結果の臓器のメチル水銀値についても対照地域とほぼ同じレベルまで低下しております。しかしながら、脳内や腎臓には無機水銀がたまってあって、それが問題ではないかという主張が一方ございます。

新潟地域につきましては、かなり早い時期に網羅的に調査してしまいましたので、逆にその後の調査がどのぐらいかといいますと、私どもで把握した範囲では広範な調査はなされていないようでございます。

2 番目として、新たな患者の発生可能性についてです。まず現在の汚染によって今後発症するかどうかについては、汚染が低下していますので、ほぼないとも考えられるのですが、もっと低濃度でも危険であるという見解がございます。遅発発症の問題については、これも中毒学的な見地等からは起こることは考えにくいわけですが、申請者などの状況からやはりあるのだという主張が根強くあるわけでございます。

3 番目として、過去発生した患者の認定がどのぐらいになっているか。認定制度が発足してから既に 20 年たっておりますので、そこから見ると、申請する機会は十分長くあったと言えるかと思えます。現在なお未処分者が二千数百名残っているのですが、最近の認定状況を見ますと、認定される人がほとんどいないことから、認定されるべき人が多数残っているとは考えにくい状況でございます。しかしながら、これに対して、水俣の特殊事情でまだ申請していない人もたくさんいるとか、そもそも行政の認定基準が厳し過ぎるために棄却され

70 頁

ているけれども本当は患者がたくさんいるのだ、こういう主張が大変強くされているわけでございます。

その他の関連する問題として、社会的な状況を見ますと、魚介類の環境安全性の明確な宣言もまだされていないというのが事実でございます。認定業務がなお終了していないと言いつらいところがございまして、さらに、訴訟等で大きな争いが続いているという状況もでございます。

次に訴訟との関係です。訴訟で認定業務とか病像の問題が争われているわけです。特に抗告訴訟というのは棄却処分そのものを争っているわけですが、これでもし完全に負けてしまった場合には、認定業務のやり直しとなる可能性もないとは言えません。そのときにもしも指定地域が解除されておりますと、新たに認定申請をしたい人が出てきたときに混乱が生じる、そういう心配もあるわけでございます。

最後に、指定地域の取扱いと総合的な対策の枠組みとの関係です。1番のように、総合的な対策の議論の中からでも、一定者対策におけるかけもち申請の問題とか未処分者問題の根本的な解消のためには、最終的には指定地域解除が必要なのではないかという議論も出るわけでございます。

しかしながら、もしこの指定地域解除の問題を入れ込んだ場合、現在の総合的な対策の枠組みは、これまでの対策を一応そのまま置いておきまして、それに対して追加するという形になるのですが、指定地域解除を議論しますと、認定業務、認定制度のあり方も含めて、水俣病対策全体を見直すこととなりますので、非常に仕事が大きくなるかと思えます。その中で一定者の問題とか健康管理の問題等についても、理屈付けについて少し調整すべきところが出てくるかと思えます。

3として、そういった問題を扱った場合の対外的な反響です。現在の総合的な対策はプラスアルファの対策ですので、そういった面から余り反対は起こら

#####71頁

ないと考えられます。しかし、指定地域の解除について議論しますと、補償制度はやめるけれども、その代わりに今回の新しい対策をするという代替的な位置付けになりますので、切り捨てではないかという批判とか、代替ならばもっと手厚くしろという要求が大変強く出てくるのではないかと思われるわけでございます。

以上でございます。

【井形委員長】 時間が余りありませんけれども、岩尾室長から何かございますか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 地域指定のことを考えると、このような問題があるということとで、御留意いただければと思います。

【井形委員長】 先ほどからも出ておりますけれども、私の印象としては、水俣病の全面解決と交換条件みたいなものでないと、今の段階で地域指定の解除は難しかりうと思っております。ただ、報告書の中には何か一言載せたいという気持ちを持っております。

法律的にはいかがでしょうか。

【森島委員】 別に、法律の問題で、ここに書いてあるのは全くそのとおりですが、タイミングが……。

【柳沢環境保健部長】 今の資料の地域指定の解除の問題でございますけれども、いずれにしても、この問題に触れていただかざるを得ないわけでございます。ただ、その場合に、触れていただく程度は、薄いところから濃いところまで3つの段階にあるのではないかと申すのです。一番薄い段階としては、今回は医学的な知見や客観的な状況について説明す

る。それで地域指定との関係についての具体的な評価は行わない、そういう段階にとどまる。真ん中の段階としては、医学的な知見、客観的な状況とともに、地域指定との関係について評価して、解除しうる状況にあるとも考えられる。したがって、地域指定の取扱
#####72頁

いについて検討が必要であるということを述べる段階である。一番過激な取扱いとしては、地域指定の解除が適当であるということ、これは諮問を受けるという形になるわけですが、答申する。この場合も行政における実施のスケジュールとしては、総合的な対策と同時に、あるいは総合的な対策を実施した後に、総合的な対策を行うときは地域指定解除は行わないで、その後行う。幾つかの考え方がとりうるのではないかと考えております。いずれにしても、この3つの段階のどれかという形でもって、これからの議論の中でお触れいただければと思います。事務局の中での議論でございますけれども、そういう希望を持っていることを御参考までに申し上げさせていただきたいと思っております。

【井形委員長】 私なりに推察いたしますと、おそらくこれを前面に出した方が大蔵省は通りやすいと思う。しかし、対外的に出すと非常にまずいことが起こる。そこが政治的に見て最も大きな問題ではないかと思うのです。

【浅野委員】 少なくとも他の対策についてのもを言うときの言い方と関連する限りにおいては言えるのではないかと思うのです。つまり、少なくとも特異的疾患であるから、患者の認定が終了して認定業務が自然に終息するから、指定地域の解除を行うという必要が論理的にないのだということではない。それはこの様々な対策のバックグラウンドにもある話ですから、最低それは言えるのではないかと。

【井形委員長】 余り刺激的でない範囲で、長い将来にはすべて円満に解決したときには当然指定地域解除になりますよというニュアンスで書けば、それはそれで

【野村委員】 そういう事態が来ることが望ましいですね。

【滝沢委員】 健康被害ではないのですが、例えば加賀野川の魚を食べても問題ないという安全宣言とか、山形の赤川、山口県の海のそういうものは、水産

#####73頁

庁では2年間、春と夏と冬、あるいは2回、2年間調査しての平均値で基準を0.4ppm 下回ったらどんどん解除していますね。それは全く健康被害で、裁判とは別個にしています。しかし、そういう中で本当に解除していいかどうかというと、それぞれ検討委員会ができて、今、熊本だけが残っているわけですね。

【森島委員】 諮問事項にはこのことはどういうふうに出ているのですか。

【柳沢環境保健部長】 これはまだ諮問という形では出てないのです。

【森島委員】 「瓜田に履を納れず」で、これはいずれ問題にしなければならないと思うのです。この議論の中に入れることはできないことはないと思うのですが、コンテキストとしては、先を急ぎ過ぎるような感じがしますし、大蔵省との関係でいえば、どれだけのどういう歯止めがあるか。いったんやったら、今の時点でこれはよくわからないのかもし

れませんが、どれくらい駆け込みみたいのがあるのかとか、一定の手当等を含めた場合にどれくらいのコストがかかるのかとか、そういうことがかなり重要で、井形先生おっしゃるように、いずれは地域指定を解除できるというのは、大蔵省にとってみれば望ましいことかもしれないけれども、どちらにしても、大蔵省だって、今できないということはわかっているわけですから、今から提案しようとするのが紛争解決のための制度であるとするれば、コスト・ベネフィット・アナリシスですけれども、余計なところで余計な煙は立てない方が利口ではないかと思うのです。諮問事項の中にも入ってないのだったら、なるべくなら、そこは「了解」というぐらいにする。いずれにしても、紛争がある程度落ち着いたら、それは仮に出してもそんなに紛争の種にならないと思うのですが、今の段階でやると、かえってまずいかもしれませんね。

【井形委員長】 全くそうですね。

【柳沢環境保健部長】 井形先生、私どもの気持ちをくんでいただいて、大蔵
#####74 頁
省がとおっしゃっているのですが、まだ別に大蔵省が今のところ言っているわけではございませんので……。

【井形委員長】 私は自分の大学の予算折衝の経験から、学内と対大蔵省とはものの言い方を変えております。だから、そうではないかと類推したのです。

【野村委員】 そうであれば、触れなくて済むような諮問を出していただければ一番いいですね。

【井形委員長】 最後に、例えば記者会見をしたときに、指定地域の解除が話題になりませんかと聞かれたときは、議論はしましたということぐらいは言ってもいいのではないかと。しかし、結論は得ませんでしたと。

【森嶋委員】 答申の中にわざわざ、衣の下から鎧が出てきてしまったりするのは余りよくないし、また、ここはどうやって衣をつくるかで、鎧をやろうという場ではないからと思うのです。

【八木橋企画調整局長】 この問題に関して、私は環境保健部の皆さんより慎重な考え方をしております。総合対策を打ち出すことと対になって、今、解除条件を持ち出すことがいかなるメリットがあるのか、非常に疑問に感じております。論理的にはどこかでそういう話があることはあるのしょうけれども、何か新しいことをやる時にそういうことをセットでやらなければならない必然性がどこにあるのかと、かなり疑問に思っております。そういう意味で、もう少し議論をする必要があると思います。今日、先生方の御議論をお聞きしましたので、そういうことも踏まえて検討させていただきたいと思います。

そういうことで、今回の資料は、環境保健部からは全部通しで来たのですが、私のところで、通し番号をつけないでくれという格好にさせていただいております。

【柳沢環境保健部長】 いずれにしても、いろいろ注目されておりますので、毎度申し上げて恐縮でございますけれども、資料のお取扱いについては十分御

#####75頁

留意いただければと思います。

【井形委員長】 今、先生方の日程を調整させていただきまして、次回は9月2日(月)午前10時からです。御了解ください。

【柳沢環境保健部長】 全員の先生方の御都合のよろしい日はございませんでしたので、御都合が悪い先生がいらっしゃると思いますけれども、その点、御了解いただきたいと思ひます。

なお、進捗状況によっては、追加あるいはキャンセルもないことはないということでもってお含みいただければと思います。よろしくお願ひいたします。

【森鷲委員】 ほかの委員会でもそうですけれども、文言とか何かありますので、できれば資料は事前にお配りいただきたい。今日やっていただいたのは大変よかったです。事前に少し御意見を伺うっておいて、ここへ出てくるときにはそれも入れた形のものにした方が進行が早いのではないかと思うのです。意見を聞いてからまたやると、その次出たらまた違うといけませんので。

【柳沢環境保健部長】 それは井形委員長からも再々言われているのです。そうやると会議の進行は早いのですが、準備の進行が遅いもので……。

【森鷲委員】 ぜひ抜本的解決に当たって、お忙しいとは思ひますけれども、そうしていただければと思ひます。

【井形委員長】 各委員の先生方もお気付きの点があれば、事務局の方へ御意見をどんどんお寄せいただいたらと思ひます。

では、これで終わらせていただきます。御協力どうもありがとうございました。

了

#####76頁

第 5 回
中央公害対策審議会環境保健部会
水俣病問題専門委員会議事速記録
(平成3年9月2日開催)

【奥村保健企画課長】 時間になりましたので、第5回中央公害対策審議会環境保健部会水俣病問題専門委員会を開会させていただきます。

本日は14人の委員のうち10人の先生方に御出席いただいておりますので、会議は有効に成立しております。

議事に入ります前に、資料の確認をさせていただきます。

本日は2種類用意させていただいております。前回以降、和解の関係で所見が出されたということもありまして、その関係の資料が1でございます。資料2が、検討結果の報告の骨子(素案)でございます。

乱丁等ありましたら、事務局にご連絡いただければと思います。

それでは委員長、よろしく申し上げます。

【井形委員長】 お忙しいところをお集まりいただきありがとうございます。

刻々日時がたっていきますし、この問題はやや複雑でありますから、皆さんの積極的な御意見を集約して結論に持っていきたいと思います。

まず事務局から、本日の議題について説明をお願いいたします。

【岩尾特殊疾病対策室長】 本日は、最初に、水俣病をめぐる最近の状況として、訴訟の和解協議について御説明いたします。

訴訟の問題は、この委員会の審議とは直接関係いたしません。8月に裁判所の所見というものが出来まして、社会的に大分反響がございましたので、御参

#####1頁

考までに紹介させていただきます。

次に、本日の中心の議題でございますが、専門委員会の報告の骨子につきまして、事務局で作成した案を見ていただき、御意見をいただきたいと考えております。よろしくお願いいたします。

【井形委員長】 それでは、水俣病をめぐる最近の状況について、お願いいたします。

【事務局】 それでは、お手元の「和解協議の経過について」という資料で、水俣病問題をめぐる最近の状況について説明させていただきます。

和解の問題につきましては、これまでも口頭で随時御説明してきたところですが、8月の初めに福岡高裁と熊本地裁から、所見という形の文書になったものが示されましたので、配付させていただいて、説明させていただきます。

全体の和解協議の経過を簡単に振り返らせていただきます。

昨年9月28日以降、二重丸がついているところですが、東京地裁以下、京都地裁まで

5つの裁判所において和解勧告がなされました。これに対して、国は和解の席に着くことができないという回答をしまして、原告、チッソ、熊本県が和解の席に着いているわけです。

その後、12月以降に、5つの裁判所のうち、東京地裁、熊本地裁、福岡高裁という3つの裁判所において、和解の期日が指定され、協議されています。ですから、国が欠席のまま、原告、熊本県、チッソという形で進んでいるわけでございます。

幾つか動きがございまして、まず12月末から1月にかけて熊本県が和解案というものを提示したとのことです。これは新聞報道がなされただけで詳細が不明なのですが、内容としては、100万～300万円の解決金をチッソ負担で払う、その他、医療費などについて支払いをする、こんな内容と聞いております。

#####2頁

これに対しまして、3月12日に原告が和解案を裁判所に提出しました。これは賠償一時金が1,600万円、その分担が、チッソ6割、国3割、熊本県1割負担です。継続的給付として、月額56,000円の給付、その他様々な恒久対策。医療費については、国、県が折半で負担する。こういう案を出しています。これは現行の認定された人に対する補償協定の一番低い額、Cランクと全く同じでございまして、原告側の前提が、原告らは水俣病患者であるということですので、そこから引き出された見解かと思われま。

その後、裁判所が熊本県に和解案の見直しを求めた結果、7月4日に熊本県が今度は文書の形で和解見直し案を裁判所に提出しました。これは7月31日の専門委員会で説明させていただいたところですが、前提として、国家賠償法上の責任は認められないこと、水俣病患者であることを前提とした解決策ではないこと、こういうものを置きまして、それから、国を含めた解決策でなければならないといっています。内容としては、解決金として一律300万円、ただし、合併症を有する者は半額としています。医療費について自己負担分の軽減措置を行う。こういうことをいっております。費用の分担については特に明言しておりませんで、被告三者が負担すべき分野を負担する、こういうことになっております。

以上で、原告側と熊本県の和解案が出そろったわけです。

この間、チッソにつきましては、チッソは財政負担能力がないこともありますので、国が入らない段階で個別の意見は言えないということで、特に対応していないと新聞等では聞いております。

この2つの原告、熊本県の和解案を受けまして、8月7日と8月8日に福岡高裁と熊本地裁で、主に和解の対象者の範囲ということで所見というものが出されております。次に詳しい全文がついておりますけれども、簡単にこの取りまとめのペーパーで御紹介させていただきます。

#####3頁

福岡高裁の方では、次の2条件を満たす者を、本件訴訟上の和解においては水俣病に罹患している者と認める、としておりまして、「和解救済上の水俣病」という名前をつけてい

ます。条件としては、一つは、居住地域、居住期間等の社会的条件（いわゆる疫学条件）を充足する者であって、2点目として、四肢末梢に感覚障害を持つ者としております。

四肢末梢に感覚障害を持つか否かの判断の資料ですが、熊本県の方は、審査会資料で認められた者としているのですが、福岡高裁の方では、審査会資料で認められる者は当然当たるといって、それ以外の者も含んでいるような書き方になっております。

その他、解説として、この和解上の水俣病という要件は、公健法の認定要件に代わるものではない、公健法の認定要件では、必ずしもすべての水俣病患者を救済できない場合があることが懸念される、こういう表現が付け加わっております。最後に、救済の内容については「広く薄く」となるのが自然の成り行きであるので、原告も相応の譲歩をするよう期待する、このような表現が加わっております。

このあたりが大分微妙な書き方でございますので、本文の方を見ていただきたいと思います。

3 ページの前段で「(和解救済上の水俣病)」ということで、(一)の居住地域等の要件、(二)の四肢末梢に感覚障害を持つ者という要件が示されております。

その後で、この解説として、公健法に触れまして、この救済の範囲は、「公害健康被害の補償等に関する法律(以下「公健法」という。)及びこれに基づく公害行政実務上の認定要件にとって代わるものではない」と言っていて、「したがって、和解救済上の水俣病とされた者が公健法上も水俣病にあたるものではない」という表現になっております。

#####4頁

しかしながら、和解救済上の水俣病の解釈として、次のところで、「前項の公害行政実務上の認定要件は、医学界の有力説に基づいて、診断に誤りのないことを期しつつ慎重に定められているものである」という公健法の評価をしております。しかし、水俣病については、その後も数多くの研究が続けられて、典型的な症状のほかに、不全型を示すものなど、いろいろなことが明らかになっているということを指摘して、結論としては、「右の公害行政実務上の認定要件によっては必ずしもすべての水俣病患者を早期に救済できない場合があることが懸念されるのである」という表現になっております。

この2つの部分は、新聞論調などは後で御紹介しますが、大分国に配慮した言い方ではないかととられております。

福岡高裁の所見の感触は、公健法上の水俣病には当たらないと言っているのですが、その後段の書き方を見ますと、そういった和解救済上の対象としている人は、公健法上では水俣病ではないのだけでも医学的には水俣病とみなせる人なのではないか、こういうトーンで書かれているように受け取れるわけでございます。公健法との関係では、福岡高裁自体は公健法には当たらないと言っているのですが、私ども公健法の施行上の立場からしますと、公健法では、医学的に水俣病とされうる方であれば、いくら軽症の方であっても公健法の認定を求めることができることとなりますので、このような条件で和解救済上の

方々が医学的に水俣病とみなせる人だと認めた場合には、行政として公健法の認定もせざるを得なくなるのではないかと考えております。それをしなければ、同じ行政として、公健法上の扱いと、その他、訴訟上の扱いが違ったことをすることになってしまうと考えております。

もう一点の「広く薄く」というところですが、4 ページの最後の段で、したがって、当裁判所としては、その救済範囲を広げる必要があると考えているとっておりますけれども、それに付け加えまして、「原告らの立証責任がそれ

#####5 頁

だけ軽減されることとなる結果として、救済の内容については『広く薄く』となるのが自然の成り行きであることを原告らとしても認識し、相応の譲歩を検討するよう希望する、
こういう形で原告の方にも譲歩を求めています。

次に、1 ページに戻っていただきたいと思えます。8 月 8 日、福岡高裁の次の日に熊本地裁からも同様の形の書面で所見というものが示されております。内容的には、同じ和解対象者の範囲ということで、特に福岡高裁に付け加えることはないのですが、内容としては、現在では、類似疾患が存在していたり、訴えられる症状に対する他覚的所見が得られない例が多く、医学的に判断して水俣病とは診断しえないが、その可能性を否定しえない場合があるというようなことを言っております。それから、いわゆるボーダーライン層の救済こそが現実の問題であり、厳格な証明ないし判断基準に支えられてきた公健法上の水俣病の枠組みとは別個に、より緩やかな基準とそれに対する金額を設定することが必要と述べております。

全体の論調として、本文の感触では、福岡高裁よりも、今の原告のような方々が医学的な水俣病なのではないか、そういう感触をより強く熊本地裁は抱いているような感じが文面にうかがわれます。特に熊本地裁の方は、証拠として提出されたものを十分に配慮していただいているのかどうか心配な面がございます。

資料にあるラインはすべて環境庁の方で参考までに引かせていただいたものでございます。6 ページの最初のラインを引いてあるところで、「認定審査会で作成した審査会資料説明書（総論）」となっておりますけれども、これは被告・国、県の方で審査会の実務について理解していただくために、認定審査会の経験のある先生方で取りまとめたいただいた書面でございます。この中で、症状の類型として から まで挙げております。として、「典型的な主要症候が揃っている場合には、確定的に水俣病と診断できる。」として、「典

#####6 頁

型的な主要症候が揃っていなくとも、一定の組み合わせでそれらの症候が確実に存在し、類似症候を示す他の疾患の疑いがなければ水俣病が強く疑われる」というレベル。として、そこまでいかないのですが、「医学的に判断して水俣病とは診断し得ないが、その可能性を否定し得ない場合がある、
こういう書きぶりになっております。ここまでではほぼ説明書を

そのまま引用しているところです。

ただ、審査会資料説明書、原典の方では、
、
の取扱いにつきまして、現在の認定というの、
から
も含めて、最低水俣病らしいと言えるところで判断条件が決められている、こういう表現をしているのですが、この結論のところは熊本地裁は省かれてしまっておりまして、認定審査の評価としては、その後の段ですが、「この認定審査会による認定（行政認定）は、水俣病患者の確定、とくに劇症型の患者に対処した判断基準として有効に機能したこと及び水俣病であると断定しうる基準を示した点において意義があったことは否定し難いところである」、こういう評価をしているわけです。これで見ますと、認定審査会というの、劇症型とか、水俣病であると断定しうる方、すなわち、今の
、
、

でいえば、
からせいぜい
にかかるとか、かからないくらいまでしか認定していないのではないかと、そういうふうな裁判所がとられているのではないかと気がいたします。これは事実と大分違うところがございます、現在の認定審査の認定というの、ほぼ不全型というか、非常に軽症の方が中心となっておりますので、そのあたりが裁判所に十分理解されていないのではないかというような心配を私どもとしては抱いておるところです。

このような二つの所見が出されたことによって、また大分社会的に反響がございました。この所見をめぐりまして、中央紙全部、地元の熊本日日新聞と西日本新聞でそれぞれ社説が出されております。9 ページ以降に一とおりにつけさせていただきますので、簡単にポイントだけ御紹介したいと思います。

#####7頁

まず熊本日日新聞は、特に変わった表現はないのですが、このような所見ということで、線を引いたところだけ御紹介させていただきます。所見によって、「原告個々ではなく、被害者全体の救済に大きなルールが引かれたことの意義は小さくはない」として、「所見の背景には、公健法上の認定が被害者救済の機能を果たしていないという認識がある」、こういう評価をしております。ここのところは社説の中では大体共通な受け取り方かと思えます。

次に、「今回明確に公健法上の認定制度を認めたことは、和解協議を欠席しながらも事実上の主役である国に、大きな配慮をしたとみることもできる」ということで、先ほどの表現は国に大分配慮したのではないかと表現をしているわけです。

「広く薄く」ということについては、「医学的には同じ水俣病にもかかわらず、事実上のランク付けをされる可能性を指摘する声もある」、このような指摘をしております。

西日本新聞は、今回の一連の社説の中で、大分トーンが違いまして、踏み込んだ厳しい言い方をしております。所見につきましては、「これではすべての水俣病患者の救済はできないとの判断から、認定要件を緩和した」という表現をしております。

それから、中の見出しとして「加害責任踏まえた解決を」という言い方をしております。ここの表現を受けているのは、一番最後のところですが、「見失ってならないのは、水俣病における加害企業チッソの責任であり、被害の予防、拡大防止、被害者救済を怠った国と熊本県の行政責任である。このことをきちんと踏まえて和解協議を進めるよう求めたい」

という表現になっております。この責任云々というところは、今回、西日本新聞だけが触れておりまして、ちょっと踏み込んだ表現かと思えます。

読売新聞が、今回の社説の中では一番穏当な表現になっております。所見の

#####8頁

評価として、「部外者にとって、司法と行政上の定義の区分はわかりにくい、早期解決を目指す裁判所側の強い意欲と苦心が見える。特に国の顔を立て、和解のテーブルにつきやすい環境作りに気を使っている」という形になっております。それから、「定義はともかく、行政側も、公健法の認定からもれたボーダーライン層の救済の必要性は認めている。熊本県が先日出した上申書でも、救済対象者の範囲は、今回の基準と大筋で矛盾しない」としてしております。この表現、とにかく解釈は違うけれども、対象となっているグループが同じようなものを行政も訴訟も念頭においているのではないかということは、幾つかの新聞に見られる表現ですが、問題となっているグループについての認識はほぼ同じとしても、その解釈によりまして、位置付けとか講ずべき対策は全く違って来るものですから、その解釈を抜きにして、こういう簡単な表現では収まらないのではないかと私どもは思っているところでございます。

それから、多少責任的なところにも触れております。読売新聞は、右下のところ、国が応じられないとする国の立場は、それなりに理解できるという評価をしております。しかしながら、人道上の救済は、法的なスジ論だけでは解決できないし、多額の費用を要する和解は、国の参加なしには成立しないということで、和解にやはり向かうべきではないかといっております。

読売新聞はこの中公審の検討にも触れておりまして、「国も現行の特別医療事業を拡充した救済策を、中央公害対策審議会に諮問中だ」ということで、ことが事実と違うのですが、中公審に触れております。

それから、「国は一日も早く、中公審の答申を得て和解協議と連動させ、最終的には、和解参加への道を真剣に探るべきだ」とされておまして、春先以来、中公審を何とか和解の話に結びつけたいというようなマスコミが感触があるようでして、読売新聞のこの文章にもその辺がまだ表れているように感じられます。

#####9頁

朝日新聞は、最初のところは、所見は、公健法だけでは救い切っていないので、司法上での水俣病患者として救済する方向を打ち出したという評価をしております。

次の線のところですが、読売新聞と同じように、「どういう人たちを救済すべきかについては、以上のように、国、県、原告弁護団に大きな違いはない。それを『和解救済上の水俣病』とよぶか、どうかの違いだけである。国が『水俣病ではないが対策が必要』という態度をとり続けるのは、理解に苦しむというほかない」としてありますけれども、ここは、そういう人たちはどういう問題なのかという解釈がまさに大事な点でございますので、こういった表現にはちょっと疑問があるところでございます。

中公審との関係では、「国は中公審の答申を得て、独自に対策を考える方針だが、たとえばどのような対策をとったとしても、当事者である患者や協力すべき県、中立的立場にある裁判所の考えを無視するのであれば、満足のいく決着が望めるはずがない」としております。しかし、ここも水俣病問題が訴訟の場であがっている問題の他にはないという受け取り方をしているような気がいたします。私どもの基本的な認識としては、こういった問題は、訴訟の原告の方々だけではなく、地域全般について広く見ていくべき問題であるからして、訴訟の和解の場で話すにはなじまない、こういうふうに考えておりますので、その辺の認識が十分理解されていないのではないかと思います。

朝日新聞は、最後のところで、こういう状況では、「判決を受けることも検討してはどうだろうか」ということで、ほかとは変わった表現が付け加わっております。

毎日新聞も、所見の評価として、これらの人々に、ここまでは水俣病患者、それ以外は水俣病患者ではない、と明確な線を引くことはできないのではないかと、そういうような話で、もう少し広くということ認めているような表現に

10 頁

しております。

それから、「環境行政に対する国民の信頼を取り戻すためにも、それが得策であろう」ということで、和解協議の席に着くべきではないかという表現をしております。

日経新聞は、多少表面的にとられているような感触があります。問題として、「何をもって水俣病とするかが最大の争点になる」、このあたりはよろしいのですが、次のところで、「所見では『和解救済上の水俣病』は『公健法上の水俣病』ではないとして、国の責任に関する議論を避けた形になっている。『責任が明確でない』として和解交渉を拒否する国に対する配慮がうかがわれる」としてありますが、ここは損害賠償上の責任の問題と、公健法上の行政的な取扱いの責任の問題が混乱しているようでございまして、そのあたりが心配なところです。それから、「被告の一員である熊本県は和解案の中で『医学的には水俣病でないが健康被害者』という形で所見と同じ方向を目指している。原告側も原則的に所見を評価している」としてあります。このかぎ括弧の中ですが、県の和解案にある表現というのは、現在の問題は、「健康被害をめぐる紛争」が生じているのだ、こういう表現をしているわけです。ですから、原告側を健康被害者として認めたわけではなくて、水俣病であるかどうか紛争の種ですので、そこで「健康被害をめぐる紛争」と呼んだわけです。どうもこのところを原告側が多少歪曲した形で宣伝しており、県は健康被害者として認めたとアピールをしているものですから、一般の人々がそれに引きずられまして、この社説の中でも「医学的には水俣病ではないが健康被害者」として認めた、こういう受け止め方になっているのではないかと思います。この辺は事実と違うところですので、問題があるところかと思えます。

最近の動きとしては以上でございます。

【井形委員長】 ただいまの説明について、御意見、コメントがございまして

#####11頁

しょうか。

今日、小高委員は御欠席ですが、福岡高裁の所見の中に「広く薄く」とっていますが、このことについて民法の先生のコメントをお聞きしたいという要望がありましたが、何かコメントいただけますか。

【浅野委員】 裁判所が本当のところ何を考えているのかというのは、いろいろな読みようがあるものですから、コメントはなかなか難しいところですし、後で訴訟法の先生方にも少しコメントいただければと思います。

立証責任が軽減されるのだから、救済の内容が「広く薄く」なる、この言い方を、心証度によって救済内容も違ってくるとい議論に乗った考え方だとしてしまうと、それはそれで説明がつくわけです。と申しますのは、どのくらい疑わしいかということについて、ちゃんとその証拠がそろっていて、間違いはないという場合には100%賠償を認めてもいいけれども、仮に70%くらい疑わしい、30%は疑わしくないという段階に至ったとすると、この場合に公平に考えれば、70%くらいの賠償でいいではないか。もっと極端なことをいえば、50%くらい疑わしいが50%は疑わしくないという場合には、半分くらいは救済してやっていいではないか、という議論がないわけではありません。しかし、私の理解するところでは、裁判所ではその考え方は主流ではないのですが、ここは和解なのだからそのような考え方を取り入れていいのではないかともし裁判所が考えているとしますと、そのような考え方によってこの部分がかかれていいるのだと見ることができます。これは訴訟法の議論と関連することですから、ちょっと自信がないのですが。

もう一つの見方としては、損害賠償の責任ということを裁判所は考えてないのだ。つまり、これは損害賠償ではないのだ、だから、損害賠償でない以上は、損害賠償を前提とした補償協定流の救済ということにはならないのであって、それは当然低くなって当たり前だ、しかし、その代わり、責任が明確に存在す

#####12頁

るかどうかということは問わないわけだから、救済範囲の対象者は広がるということなので、言ってみれば当たり前のことを言っている。自然の成り行きであるという言い方をしているともとれるわけです。

先ほど事務局が説明されましたように、もし裁判所が、認定要件を満たしていない者であっても医学的に水俣病なのだと考えているとしますと、損害賠償ではないと裁判所が考えてくれているというところが怪しくなってくるわけです。しかし、あくまでも公健法上の水俣病というのが、補償協定で給付を受けりことのできる水俣病であるから、そこまでは損害賠償の責任を想定した議論であって、それから後のところは関係ないのだ。だから、医学的に水俣病であるということを経験者が余り強く意識していない、それに固執しないというふうに読みますと、後の方の考え方になるのですが、ここは実のところ、本当によく分かりません。あるいは、もし裁判官が非常に優秀な人であれば、そこはあえて玉虫色

にしておいて、原告は原告側のとり方があるだろう、被害は被害側のとり方があるだろうと、ぼかしていると見ることもできるような気がします。

どんなものでしょうか。

【井形委員長】 土呂久の砒素中毒の場合には、これはもちろん住友金属が相手ですけれども、見舞金ということで和解しています。裁判所の考え方の中には見舞金という考えは全くないわけですか、あり得ないのですか。

【浅野委員】 この和解の所見の中では、そこははっきりと考え方が示されてないという気がします。あからさまに責任ありとは言えないけれども、全く責任がなくて、それとは無関係の見舞金である、その程度の給付をするのだという意識は必ずしもないようです。ですから、かつて、二次訴訟などのときにも出てきました裁判所の判決の中で、現行補償協定の給付額では高過ぎるけれども、この程度の症状の者にはもう少し低い金額の補償でいいのではないか、あ

#####13頁

の発想がやはり裏にあるのではないかという印象の方が強いです。

【井形委員長】 私どもがよく見聞きする医事紛争のときには、判決では見舞金というのではないように思うのです。しかし、和解のときには、医者に責任はないけれども、これだけ見舞金を払いなさいという和解はたくさんあるように思います。

【浅野委員】 ありますね。医事紛争の場合には、どちらかということ、責任の所在について比較的是っきりと判断ができるケースが多いからではないでしょうか。ですから、判決に至れば、おそらく責任なしということになるかもしれない。

【井形委員長】 責任がなければ一銭も払わないというのが法律の考え方でしょう。

【浅野委員】 払わなくていいはずなのですが、現実にはここまで訴訟などでごたごたしたのだから、しょうがないだろう、何とかしてやったらどうだというような気持ちが裁判所にある場合が多いのではないのでしょうか。医事紛争のケースでは和解による解決がかなり多いですね。私も、井形先生がおっしゃるとおりで、和解による解決が非常に多いということは、表面上、判決に出てきますと、必ずしも原告勝訴という例が多くないのですが、和解の形で事実上、余り責任がはっきりしないのに給付が行われている状況にある。これは非常にゆゆしい問題ではなからうかという印象を前から持っております。

【井形委員長】 この委員会は、本来、どういう行政的施策が可能かということが諮問事項ですから、必ずしもストレートに和解のことを持ち上げて議論するつもりは余りないのです。しかし、これだけ社会問題になっていけば、全く無関係、知らぬ、存ぜぬではこの委員会は通らないし、結論を出したときに、コメントなり、いろいろ言われたときにどう答えるか、そういうことを考えておかなければいけないと私は強く思っているわけです。それには、いつかの時

#####14頁

点で、環境庁が今まで検討した内容をここでしっかりとおっしゃっていただいて、それを

皆さんが了解するとか、そういうプロセスが必要ではなからうかと思えます。

そのほかにいかがでしょうか。

なかなか複雑な問題ではありますし、これは専門委員会ですから、これが環境保健部会に出たときに、専門委員会では和解についてはどういう討議をしたかという質問が出ることは必至だろうと思えますから、そのときの答えを準備しておかないといけないだろうと思っております。

【植村委員】 この新聞の論調を見てみますと、私の受ける印象としては、国が和解の席に着かない、頭から拒否しているのがけしからん、そういう論調が強いような気がするのです。仮に国が和解に応じるとして、その結果、従来どおりの金額をチツソなり県なりが給付しなければいけないというふうには必ずしも読めないと思うのです。したがって、症状の扱い者については、これまでよりはかなり少ない補償しか支払われないという結果になっても、それは別におかしくないだろう、そういう考えも受け取れるように思います。

国民感情あるいは世論のようなものを考えてみると、国の一つの方針としても、頭から拒否するよりは、むしろ金額を従来よりはずっと少なく支払って、それが片がつくのであれば、なおかつ、和解の場で国の責任が必ずしもあからさまにはっきりとは認定されない、玉虫色で片づくということであれば、国民からも納得されやすいのではないかという感じがします。補償協定とか、いろいろな問題がありますから、はっきり水俣病と認めて、しかし軽度だから補償は非常に少なくていいという論理が簡単にとれるかどうかは問題ですけれども、和解の場合には、国の責任をはっきりうたわない道もあるだろうと思えますから、そのあたりはそれこそ見舞金とか、いろいろな形がとれるはずです。もう少し症状に応じて金額がかなり少なくなるというような方向を目指して、しか

15 頁

し、和解の席には着くというのも一つのかなり現実的な道ではないかという気もいたします。個人的な感想です。

【浅野委員】 やや異を唱えるようなことになると思いますが、新聞にしろ世論にしろ、訴訟を起こしている人たちだけが水俣病の被害者である、あるいはほとんどそこで被害者というのは尽きているという印象が強いのではないかと思うのです。そうであれば、今、植村先生がおっしゃったような処置の仕方も一つの解決方法ですけれども、実際にはこれで片がつかないということは当然に予想できていますので、そうすると、行政施策としては、訴訟を起こそうが起さすまいが、まず、こういうボーダーライン層の人たちに対しては、どういう行政措置を講ずるのかということをはっきり固めることが必要です。

それから、法的責任に関しては、最終的に裁判所が決めることですから、裁判所で結論が出るまで、国は一応責任なしといわざるを得ないでしょう。そうしますと、補償給付というものに関しては、一義的には、原因者であるチツソが負担すべきことだということになりますので、一応その線で話を別途に進めていただく以外にはないというのが国の立場になるのではないのでしょうか。

ただし、その場合、チツソは負担能力がないという現実があり、そこはまた国として政治的責任がありますから、何らかの措置を講じなければいけないということはあるでしょう。しかし、当面、幾ら出すかとか、どうするのかといった国の行政措置の中で考えるべきであって、補償給付をまず最初に考えることはまずいのではないだろうかという気がいたします。むしろ行政措置がきちりと固まって、それを実施するという体制ができた段階で、なお積み残されている訴訟関係者との話をどうするのかという順番になるのではないだろうか。

だから、最後は、こういう行政施策がきちと固まって、それが実施できる状況になったところでは、訴訟には対応しなくては行けないだろうと私も思います。まず訴訟対応から先に考えていくことは、行政としては非常にまずい

16 頁

のではないか。つまり、訴訟を起こした者だけが利益を受ける。訴訟を起こしていない者は給付を受けられないとか利益を受けられないということはまずいわけですし、下手しますと、では、自分も訴訟を起こせば同じような利益を享受できるのだから訴訟を起こそうという人が次々に出てくるということになりますと、かえって社会的な混乱を増大することにもなりかねない。

そういうことが、今までの国の立場として考えられてきたのだろうと思いますが、植村先生がおっしゃるように、国の立場というものが本当にマスコミなどにきちと理解されてないということは事実でございますから、これをどう理解してもらえるようにするのか。これはおそらく専門委員会報告などを書くときにも、問題の所在というのが、訴訟という場面だけではないのだ、もっとかなり広がりがあるのだろうということをはっきりさせておくことが必要ではないかと思えます。ですから、最終的には植村先生のおっしゃるような話に行き着くのだろうと思えますけれども、それはあくまでも最終的にどこかでそれになるのだろうということをにらみながら、手前のところの施策を考えることが先ではないかと思えます。

【井形委員長】 本当のところ、和解が成立しそうなムードの論調が出ますと、認定申請者が増えてくるのです。中途半端な原告だけを相手にしますと、かえって非常に数の多い未解決者という層が発生する可能性があります。私が今感じているのは、3年なら3年、5年なら5年のうちに、もうこれ以上出ないというボーダーライン層をきちと確定する作業を行政施策の中に入れておいて、確定した段階で、見舞金なり、今言われた……。これは全く行政施策だけで全く部 10 年後解決するとは残念ながら私は思わない。何らかの形の決着をみるはずでありますから、そういう意味では、ほぼ確定できた、これ以上申請もしない、裁判も起こらないという段階を早く行政的に突き詰めたら次の対策がとりやすい。そうすると、当然、私がこの間申し上げた、汚染地域指定解除という

17 頁

問題と連動してそれが可能で、その段階で考えてもいいのではないかと私自身は思うので

す。

今日の議論はさしあたり行政的な問題をどうするかということですが、これは密接に関係していますから、全く無縁とは言えないというのが実情ではないかと思えます。

今日は森嶋先生がお見えになっていませんが、森嶋先生も一言御意見があたりだろうと思えます。

医学関係の方、何かございますか。

【上村委員】 これは浅野先生にお伺いすることになるかと思えますが、水俣病と呼ぶか呼ばないかは別として、公健法上の水俣病でない者については、補償協定とは関係がないと考えていいわけですね。

【浅野委員】 おそらく裁判所の意識はそうだろうと思えます。ただ、補償協定そのものは、「公健法で認定された」とは一言も書いてなくて、「認定された者」となっていますから、そこは裁判所の思惑とは別個に、果たして本当にこれで紛争解決につながるかという疑問は残ります。

【上村委員】 その点は、まだ、もやっとしているということですか。

【浅野委員】 多分、裁判官の頭の中には「公健法上の水俣病」が補償協定の受給権者だ、だから、それとは違うよということを言いたいのだろうと思えます。そこまで言えば、あとは医学上の水俣病であろうと何であろうと余り関係ないと考えているのではないかと思うのです。

【上村委員】 それから、これは環境庁の方にお伺いすることになるのかもしれませんが、これから水俣病でない者についての対策を立てていき、それを制度化していくわけですね。それがこの委員会の課題でもあるわけです。その制度ができるということで進んでいった場合に、国が和解の席を外しておる、その和解というのは解体してしまうのですか。つまり、極めて仮定の話ですが、

18 頁

この制度ができたときに、実態的には和解の内容と相当似通っているのではないかという感じがするのです。そのできた制度が国の和解の案でございますということをおっしゃるはずはないわけだから、国はこういう制度をつくるのですということをおっしゃる外のおところでおっしゃることになるわけですね。あるいは国会の方におっしゃるわけでしょう。すると、和解の側はどうなるのか。これは裁判所の方の判断になるのでしょうか。つまり、冒頭に委員長がお話しになりましたように、制度をつくることと和解とは無関係だけれども頭においていかななくてはならない。そこをどう整理したかという問題はそこにあるのではないかと思うのです。

【事務局】 上村先生のお話のように、我々は和解とは別個にやっておりますので、この案が固まったとしても、国の和解案だということを出すことはないわけですが、結果として、かなりの部分で、今の原告のような層の人に対策が及ぶこととなりますので、逆に裁判所の方から見ると、そういう人たちに対して社会的に、ある給付がなされているとい

うことは評価せざるを得ないのではないかと考えております。ただ、裁判所自体の発想が、和解としても損害賠償事件の和解ですから、一時金の話が一番念頭にあるのではないかという気がいたします。そういうことからすると、私どもが社会的にこういう施策をしたからといって、和解の方が全部解体してしまうというところまではいかないのではないかと気がしております。

【上村委員】 しかし、一方、熊本の方では、損害賠償とは関係ないようなものの言い方をされているわけでしょう。ですから、そこをどう片づけていけばいいのか。我々の方としては、制度化をなさいと言ってしまえば、それでおしまい、国が制度化した場合に、裁判所がそれを横目で見るとどうされるかは裁判所任せだというふうになるのですか。

【事務局】 最終的には、裁判所の土俵ですのでそうなりますけれども、中公

#####19頁

審を通じまして、そういった層の人たちがどういう意味合いの人なのかということについて御結論をいただくこととなりますので、私どもとしては、そういった原告のような層の方々が、客観的に見るとこういう形での位置付けになるのだということは、裁判所に向かって主張していきたいところだと考えております。

【上村委員】 裁判所に言うわけですか。

【事務局】 それはあくまで裁判上の主張ということで、和解の席ということではなくて、そういった人たちについてどういう結果になるかというところが答申で出ましたら、私どもとしては、客観的な知見として、こういうことがあるのだということは、裁判の主張・立証の一環として証拠として御説明することになろうということです。

【上村委員】 その辺、詰めながら議論していかなければいけないのではないかと思います。

【浅野委員】 下手をすると、水俣病とダイレクトに認められない者に対する何らかの行政施策としての救済のシステムができて、それから、完全に認定されて、間違いなく水俣病だというグループがあって、もう一つ、和解上の水俣病という変なものが出てきて、3階建てになってしまう恐れがあるわけですね。それは一番まずい結果だろうと思いますから、せめて2階建てで走ってほしい。今、裁判上の水俣病と言われているようなものが、水俣病という名前が出てしまうと、3階建てですから、できるだけ3階建てはやめて、2階建て構造にしていくということは、国として主張されるのだらうと思いますし、そうでないと一層話が厄介になってしまいますね。おそらく和解の場ということになるかどうか分かりませんが、現に熊本県が出しております見直し案の中でも医療費という部分があるわけですから、その部分は仮に今まで検討されてきて、専門委員会の議論の流れからいうと、当然入ってまいりますね。その

#####20頁

ほかに医療手当のようなものも考えましょうという話になっております。そうしますと、少なくとも行政側として今和解案を出しているのは熊本県ですから、熊本県の出している

行政の和解案のある部分についてはこの制度と完全にオーバーラップするか、あるいはこちらの方がより手厚い格好になっていますので、残りの一時金の点については、訴訟を前提にする限りは、訴訟を取り下げてもらい何なりということであれば、そこは解決せざるを得ない問題として残るだろうと思います。ただ、国がそこに首を突っ込んでいって、国も負担するという形で解決するとすれば、今、訴訟を起こしていない人に対しても同様の給付をしなければいけないはずですが、おそらく国としてはそのような給付をする理由はないでしょうから、そこでは、もっと他の当事者を含めた何らかの話し合いをすることになるだろうと思います。おそらく事務局も想定しておられるだろうと思いますが、和解の話は、最後、一時金ゼロという形では解決しないだろうというのは、ほとんど常識に近いことですので、その部分を国がダイレクトに入り込めるかどうかというのが、最後の最後、財政当局との関係があるでしょうし、これが先例になるということも考えられますから、相当慎重にならざるを得ないだろうと思います。

【井形委員長】 結果的には、この委員会で、もちろん地域の健康管理全体もやる施策も入りますけれども、対象とする者がどういう階層であるかということは、原告であるかどうかに関係なく、裁判所は非常に注目していると思うのです。おそらく裁判所も、今言った3階建て、4階建てをつくる能力もありませんし、それはできないと思いますから、随分影響はあるだろうと思います。この報告は、裁判の流れの上では、対象者を同定したという意味合いを持つのではないのでしょうか。

予定の時間をオーバーいたしましたので、これから、私どもが11月ごろに出す報告で触れるべき項目、報告の骨子について御相談申し上げたいと思いま

#####21頁

す。

では事務局から御説明をお願いします。

【岩尾特殊疾病対策室長】 報告骨子でございますが、専門委員会の結論の内容につきましてはなお検討いただいているところですが、最終報告に向けてそろそろ報告書の作成作業に取りかかりたいと考えております。本日はまず事務局で作成いたしました骨子の案について御検討いただきたいと考えております。

中公審からの報告の手續につきましては、最終的には答申又は意見具申という形での報告書をいただくことになるかと思っております。何か法律的な措置を講ずる場合には、諮問して答申をいただく。法律的な措置にはならない場合には、意見具申という形でいただくことになるかと思っております。

専門委員会から中公審の報告に至る流れといたしましては、この専門委員会において専門委員会報告を作成していただきます。これを環境保健部会に報告して、環境保健部会が会長へ部会報告をする。そして会長の同意を得て答申するという手續になります。

このため、専門委員会の報告と部会の報告の二つのものが必要ですが、専門委員会報告をそのまま部会報告とする場合や、部会において別途作成する場合などがあります。今回

の問題につきましては、環境保健部会の審議事項がそのまま専門委員会に下りてきておりますので、この専門委員会の報告がそのまま部会報告になるという形を念頭においております。また、現在のところ、法律的措置を行う必要もあると考えておりますので、最終的に諮問して答申をいただくことを念頭においております。

このようなことから、本日お示しいたします骨子は、専門委員会報告であり、かつ、これがほぼそのまま部会報告になって中公審の答申になるという形を想定して作成したものでございます。本日の骨子は、論理や結論の流れまでを入れ込んだものではなくて、大づかみな骨格と、そこに入れ込むべき事項について

#####22頁

て整理したものでございます。このため、各事項の書きぶりの前に、まず報告書の構成のあり方とか、盛り込むべき事項を中心に御意見をいただければと思っております。よろしくお願いいたします。

【事務局】 それでは、資料2の「検討結果報告骨子(素案)」について説明させていただきます。

資料2は二つに分かれておまして、「構成」という一枚紙と、その「構成」に入れ込む事項を書いております素案というものをお配りしております。大きな骨格の方は構成の方で、内容については素案の方で見ていただきたいと思っております。

まず「構成」の方を説明させていただきます。

専門委員会の報告というのは、これまで中公審の中でもたくさんありまして、種類がいろいろございます。例えば昭和61年に大気汚染の指定地域の解除につながったときの専門委員会報告というのがあるのですが、それが一つの極端な形で、学術的な論文をかなり引いて、本当の研究レポートみたいな形でまとまっているのもございます。一方、全く諮問のとおりとか、結論だけを淡々と文章で書いているような形もございます。

ですから、最初の構成のところから入りますと、まずそういった体裁の中で今回の報告がどの辺の体裁をとるかということも考えていく必要がございます。今回、結論だけを並べられるかと考えますと、今回の水俣病問題は、問題自体をどのように解釈して設定するかというのが実は一つの大きな作業でありますので、対策の結論だけで非常に簡単に書くことはできないのではないかと考えております。また、どのくらい詳しく書けるかということですが、室長の方から申しましたように、おそらくこの専門委員会報告がほぼそのままの形で答申まで行くことになるだろうと思っておりますので、そうしますと、余り参考資料をたくさん引いて細かい検討まで全部盛り込むというのも答申のベースでは

#####23頁

なじまないかなという感じがしております。ですから、ある程度詳しく書きつつ、答申としての範囲を踏み越えないような分量になろうかと思っております。

構成として、の「はじめに」から、の「水俣病問題の経過」、の「水俣病に関する医学的知見」「問題の現状と評価」「今後の対策の方向について」「新たに講ずべき対策のあ

らまし」「その他の課題について」「おわりに」となっております。この大きな構成で見たいのは、通常の場合、 の「問題の現状と評価」というところから入りまして、その後、分析ということで、問題の経過とか、いろいろな知見を示す場合もあるかと思えます。しかし、今回の場合については、問題を位置付けるところが一つの作業ですので、その前提として、「問題の現状と評価」の前に、これまでの知見を整理しておく方が論理としてなじみやすいのではないかと考えまして、 と を頭に出してきております。その上で、議論の本体となりますのは 以降でございますので、 の「問題の現状と評価」、 の「今後の対策の方向について」、 の「新たに講ずべき対策のあらまし」、 こういう形で主なところを述べたいということです。その上で、 と については、本論から若干外れる「その他の課題について」書いた上で、「おわりに」という形で締めくくろうという構成を考えております。

中身について、順に見ていただきながら検討していただいた方が分かりよいかと思えますので、素案の方に従いまして説明させていただきます。

の「はじめに」というところは、全体がイントロダクションでございますので、分量的には少なくなろうと思えます。内容としては、1の「検討の趣旨」、問題の存在と検討の必要性の指摘をした上で、専門委員会の検討の基本姿勢にも触れていただいたらどうかと考えております。これまで御説明してきたように、この専門委員会の趣旨としては、水俣病を取り巻く問題に対して、環境保健に関する施策を取りまとめたということになろうと思えます。そうし

24 頁

ますと、環境保健部会でございますので、水質とか魚介類の対策、そういった環境保全対策、あるいは地域振興の問題については、水俣病問題として指摘する意見はありますけれども、今回の検討には入っていない、こういう整理になろうかと思えます。

それから、括弧内にしてありますが、「訴訟に関して、国の訴訟対応については検討の対象とはしなかった」ということでございます。これは行政施策を検討していただくということでは、これが前提になるのですが、あえて前提条件として書き込んだ方がいいかということについては、検討の余地があろうかと思えます。

として「水俣病問題の経過」でございます。ここはこれまでの経過、事実関係を整理したいと思えます。趣旨としては、そういった一般的な経過の紹介が1番のポイントになります。それに加えまして、後ろの方で様々な説明とか解釈をする際の伏線みたいな形として、どのような内容を盛り込んでおくかということが検討のポイントになると思えます。

1の「水俣病の発生」としては、水俣病の発生の経過、昭和31年、40年のそれぞれの発生からその後の患者の発生状況について、背景条件をまとめるということです。患者の発生状況というのは難しいところですが、できれば、時間的あるいは地理的な広がりを示すことが適当なのですが、水俣病の場合、その辺の経過的な資料がございませんので、認定業務の資料などを使って何かを述べることになろうと思えます。

原因解明としては、原因物質の同定に始まりまして、昭和 43 年の政府見解で因果関係を確定させるまでの一連の流れが内容になります。

その上で、2 の水俣病の救済の経過です。(1)として「救済体制の経過」ですが、これは昭和 34 年のチッソと患者団体の見舞金契約、この周辺に熊本県の方で医療的な措置を講じたようなことがありますけれども、そのあたりか

25 頁

ら、公健法による認定が始まるところ、さらに、特別医療事発ということで周辺の措置をすること、このあたりの経過を書き込むことになろうと思います。ここは行政施策ではなくて、問題として、官民含めてどのような対策が行われてきたか、このあたりを広く書く必要があると思っております。

新潟の問題をここに書いておりますけれども、新潟の問題をこの報告書全体の流れの中でどういう形でかませるかというのは一つ重要な検討ポイントでございます。全く同じ扱いをするのでしたら、それぞれ入れ込む形でもいいかと思っておりますけれども、新潟についてはどういう結論を出すかということで多少書きぶりは変わろうかと思っております。今回、そこについては詳細に検討しておりませんが、前段の経緯のところでは、熊本と並べて書くことで整理できるのではないかと考えております。

(2)の「救済の状況」、ここはこれまでの認定業務の状況を書きまして、その上で、行政の方で救済のために払った施策として、熊本県あるいは鹿児島県における一斉検診等の措置の状況、新潟県における健康検診の状況、その辺が書く対象になるのではないかと考えております。

3 として「環境汚染の推移」です。ここは一つのポイントである、今後の水俣病の発生可能性という問題につながる場所ですので、実質的に議論しておく意味があるところでございます。内容としては、水俣湾、不知火海の汚染、これは工場の方から環境質に至るところ、この汚染が経過としてどうなって、現状どうなっているかという問題。それから、新潟の問題、阿賀野川の汚染について同様のポイントを押さえる。こういう作業になります。

次に、として「水俣病に関する医学的知見」です。ここの趣旨は、「現在の水俣病問題の背景として、水俣病の病像、発生機構等について意見の相違があることから、これまで明らかにされている知見の整理を行った」ということにしております。もう一度、何が言えて、何が言えないのか、ここで明らかに

26 頁

していただくことになろうと思います。その中で、一方的に結論だけを述べるのではなくて、いろいろな主張が議論になっておりますので、ある程度そういった広い主張にも触れながら結論を取りまとめていく作業が必要になるのではないかと考えております。

この病像の問題は、純医学的な知見から始まって、行政の判断条件の問題、四肢の感覚障害の解釈の問題、最後の結論までずっとつながっていくわけでございます。このそれぞ

れの内容をどこで、どういうパーツで整理するかということがポイントかと思えますけれども、今回の整理では、のところでは、純医学的なバックグラウンドとして説明できる範囲をまず説明しておく、そういう観点でまとめております。

1 として水俣病の病像ですが、有機水銀によって起こる神経系疾患であって、水俣病の症候としては、いろいろな神経症状が起きること。神経系以外の臓器への影響については否定的である。この点については、純医学的な範囲ということで、ここで触れられるのではないかと思います。

それから「水俣病の治療方法及び予後」としてありますが、ここは具体的に何を書くか、まだ余り詰めていないのですが、病気について完結した表現をするとすると治療方法とか予後の問題も必要になるのではないかと、そういうことから項目を入れております。

2 として水俣病の診断の問題です。最近、不全型が増えてきているということ。個々には非特異的な症状で、水俣病の検査は、患者の主観的な応答に基づくものであるのもので、そのあたりの難しさがあるという問題。また、非特異的であるということから、その診断に当たっては、症候群的診断を用いることが合理的であって、これによって行うべきであるという問題。

それから、曝露との問題ですが、このポイントをどう使うかというのが一つの焦点です。メチル水銀曝露の事実は水俣病の診断の前提ではありますけれど

27 頁

も、事後的に曝露量を知ることは困難ですので、個々の診断に用いられる場合が非常に限定されているのだ、このような内容は入れ込めるのではないかと思います。

この診断のところについて、診断ですから、診断基準的なところに踏み込むかどうかということが一つの判断かと思えます。ただ、水俣病の場合、明確な診断基準均な表現になっておりますのは、実際は行政の方の判断条件しかないようなところでございますので、そこまで書き込んでしまいますと、ここで行政の一つの基準を評価するみたいなことで、医学的な面を踏み出すようなことにもなりますので、今回はとりあえず純医学的なところで押さえるということで、診断基準的なところには踏み込まずに書いております。

3 として「メチル水銀の曝露と水俣病発症について」です。(1)の発症の機構ということで、1 点目が、いわゆる低濃度汚染で発症するかどうかという問題、低濃度の曝露が長期にわたっても水俣病は発症しないだろうという説明。2 点目としては、いわゆる遅発性の評価として、曝露から数年以上を経て初めて何らかの症状が出現することは中毒学的には考えにくい、そのような内容について記述したいと考えております。

(1)とセットになりまして、具体的に今後何らかの危険性があるかどうかということは、実際、地域住民にどの程度のメチル水銀の曝露があるかにかかってくるので、その客観的なデータを評価しておく必要があると思えます。水俣湾周辺と阿賀野川流域についての曝露状況ですが、ここは前の経過のところまで環境汚染のところまでは言いましたので、その先にあります実際の住民の曝露、例えば頭髪の水銀値などで評価された曝露の状況、

こういったことを記入したいと考えております。結論としては、「水俣地区では昭和 44 年以降、新潟地区では昭和 41 年以降、地域一般住民に対して水俣病を発症せしめうる程度のメチル水銀の曝露が長期にわたって存在していたとは考えにくい」、こ

28 頁

こまで持っていきたいと考えておるのですが、この結論は社会的にかなりのインパクトになりうる結論だと考えております。

ここまでのところが前の経過の説明、バックグラウンドに近いところです。

その次に、として「問題の現状と評価」ということで、今回の議題についての本論が始まるわけです。

まず「問題の現状」です。ここをどういうふうに評価して、どう整理するかということが非常に大きなポイントになろうと思います。二つに分けて書いておりますけれども、1 点目が、現在なお水俣病の認定申請未処分者が多数残されておったり、あるいは再申請を繰り返す者が多数みられるという問題、また、棄却されたけれども不服審査あるいは損害賠償を求める訴訟を提起する方が多数にのぼっているという問題、こういうことを書いております。ここは、社会的な現象として、実際に目に触れる形で現れてきているような問題と、あるいは行政的に実際の問題として現れてきているような問題、そういった解釈付けができるかと思えます。さらに、「水俣病を巡るこのような状況が深刻な社会的問題ともなっている」、こういう表現もできようかと思えます。

2 点目は、医学的あるいは実態的・客観的な話なのですが、水俣病が発生した地域においては、水俣病の発症には至らなくとも、幾らかのメチル水銀の曝露を受けた者があるのではないかという条件、また、水俣病とは認定されていないが、四肢のしびれ感等を訴える者がいるという状況について書いております。こういった問題は、健康上の問題という形でも表現できるかと思えます。

項目的に列挙しますと、大きくくってこの二つが考えられますが、この相互の関係をどう整理して、どちらを正面に立てて議論しようかというところで幾つか考え方がとれると思えます。この点、事務局の方としてもまだ整理し切っていないところがございます。

から までパターンを書いておりますけれども、としては、認定業務等

29 頁

の問題と、その原因あるいは背景としての健康上の問題とみるということで、何が問題かと聞かれた場合には、認定業務等の問題のところ具体的な問題です、こういった形で前段を表に立てる形です。が、認定業務等の問題と、健康上の問題を並列にみるということで、特に順位付け、あるいは因果関係をおかずに、これはこれで問題で、これはこれで問題だ、そういう並列するような形でございます。としては、現象として現れた認定業務等の問題と、本質的な問題としての健康上の問題とみるということで、後段のいろいろな健康上の問題があるので、前段のような認定業務あるいは訴訟という問題が生じてきた、こういう流れにしようということ。このあたりの書き方は、なかなか問題の整理だけ

では済みませんで、最終的にどういう対策を講じるのか、その内容をある程度念頭におきながら、それとマッチするような形で評価していくことが重要になるのではないかと考えております。

問題の現状の各論として2番と3番を挙げておりますけれども、2は「水俣病発生地域の特性の評価」としております。この題名について、なかなか適当なものがなくてペンディングにしておるのですが、内容としては、水俣病発生地域の関係住民にみられる、他の地域と違った、特殊にその地域全体の持っているような条件について説明する必要があるのではないかという趣旨です。

1点は、過去に様々な程度のメチル水銀の曝露を受けている可能性があるということ。ここが一番のバックグラウンドになると思います。その上で、「現在でも健康上の不安を抱いている」と言えると思いますけれども、こういった表現を使うかどうか、なお議論になっているところでございます。

3番、4番が評価のところですが、水俣病の発症機構やメチル水銀曝露の状況からは、新たに水俣病が発症するとは考えられないだろうということで、ここは否定的な方向で表現しております。

しかし、4点目として、「ただし、曝露を受けた住民の長期的な健康状態の

#####30頁

推移等が完全に把握されているとまではいえない状況にある」ということで、ここは積極的な位置付けで、こういったバックグラウンドから、何らかの対策が必要なのではないかと、そこに結び付けるためのつなぎとしての表現です。

3として「四肢の感覚障害の評価」ですが、ここが今回の一番焦点になるところと思われます。ここは前回の特定症候有症者のいろいろな説明の流れの中から切り取ったところですが、全く医学的なバックグラウンドについては、前の経過のところの説明しまして、制度的な評価とか、その辺の制度にくつつくところは更に後ろに送っておりますので、その中間、医学的な問題を中心にして、どう評価できるか、そういう内容で書いております。

最初に星印で「四肢の感覚障害とメチル水銀との関係について、どの程度まで踏み込んで記述するか」と書いておりますけれども、ここが一番の問題であろうかと思えます。どの辺の表現の範囲になるかということについては、これまでいろいろ議論していたところで大体出ているのではないかと思いますけれども、その中で、実際にどういう表現をとるかということで印象が大分変わってくるところがありますので、実際に文案を練るところで十分に検討しなければならないところと思っております。

「(問題点)」と「(医学的な知見の検討)」として、これまで挙げた議論を再掲しております。問題点としては、水俣病発生地域においては、四肢のしびれ感を訴える者が少なからず存在しており、これによって認定申請が続く等の背景となっているということ。さらに、メチル水銀の曝露を受けたという疫学的な条件と四肢の感覚障害があれば水俣病と診断すべきであるという説があるので、こういったことをめぐって社会的な問題になってい

る。このようなバックグラウンドです。

医学的な知見の検討としては、昭和 52 年の判断条件については、医学的な根拠から水俣病を疑うということでは、この範囲が適当なものではないか、こ

#31 頁

のような結論に持っていけないかと考えているわけです。昭和 60 年の医学専門家会議のお話についても同様の流れでございます。ここについて、一番の焦点でございますので、この二つのポイントをどのように説得的に議論して説明していくかということをも十分検討しておく必要があるかと思えます。

疫学の問題については、前回のときにお示ししたとおりですが、水俣病発生地域の住民についての、メチル水銀の曝露と、こういった四肢の感覚障害などとの間の疫学的な関連性の検討については、メチル水銀の曝露量のデータが不足しているため、明らかにはなっていないということになると思えます。

以上の問題点を踏まえまして、として「今後の対策の方向について」議論しております。1~3まで書いておりますが、1は、対策の基本的な考え方というくりにしております。1点目として、水俣病患者といえる人の救済については、公健法がありますので、その中で十分な救済が必要である、こういう方向になるのではないかと考えております。したがって、申請者の高齢化等によって判断の困難化等の問題がありますが、迅速かつ公正な保護という制度の趣旨に従って鋭意やっていく必要があるだろうと書いております。

ここは3本柱の一つとしておりました認定業務の問題について扱っているところですが、この認定業務の問題をどのくらい扱うかということも一つ検討事項なのですが、これまでの検討の中から、今のところは事務的な対応の範囲内でやっていくことが必要であろうという感じでございますので、余り個別の対策のところまで中公審のベースで触れていただくことはなじまないかと思えます。そういうことから、精神論といいますが、このくらいの表現で入れ込むのが適当ではないかと考えておるわけでございます。

それから、書くべきかどうかということで括弧書きとして二つほど検討ポイントを書いておりますけれども、一つは、「新規の患者発生はなくなったとも考えられるので、認定業務の将来的な在り方について検討していくことが必要

#32 頁

である」ということで、前回大分問題になりました地域指定の解除に幾分関連するような表現をどのくらい入れるか入れないかという問題で、ここで一つ入れる可能性のある場所ということで注書きしておるところです。

次の括弧として、認定制度が補償協定と結び付いておまして、必ずしも適正な制度実施がなされていないような状況があるので、現在の水俣病患者の状況を正しく反映したシステムとなっているかどうか検討の余地があるのではないかと考えております。これは余り流れがないのですが、認定業務、また、認定業務をめぐる社会的な補償体系について考えると、こういうことも言っているのではないかと考えて、念のため今回書いてお

いた問題でございます。扱うかどうか、扱うときの位置付けをどうするかということについては、まだペンディングですので、議論していただければと思っております。

以上が認定業務中心の話です。これに加えて、地域住民で、水俣病とは認定されない者についても、以下のような対策を新たに講じるべきであるということで、ここで新しい方向につながって、2番と3番の説明に移るといふ流れにしております。

2番が地域住民の健康管理の問題ですが、ここは広い地域にわたる健康診断とか、そういった対策を説明するところでございます。理由付けとしては、メチル水銀の曝露があることとか、そのあたりをどう書くかという問題はなおあります。対策の中身としては、健康上の問題の原因となる症候の把握、指導・助言、水俣病についての知識の普及によって、健康上の不安を解消すること、このあたりは大体こういう言い方でいけるのではないかと考えております。

それから、多少制度に絡むのですが、対策の性格としては、公害健康被害に関連した措置として、また、関係地域における福祉の向上にも資する対策として、広い意味での施策として構成する必要があるのではないかと、そのような指摘をいただければと思います。

33 頁

3として「特定の症候を有する者への対応について」です。ここが最大のポイントの一つですが、そういった特定の症候を有する者を制度的にどう解釈して、どのような方向の対策を講ずべきか、そこまで書き込むところです。

この中では、対策の法的性格について、訴訟の場での議論も踏まえつつ、どのように位置付けるべきか、ここが重要なポイントになります。

まず結論としては、「四肢の感覚障害を持つ者が水俣病ではないかという疑いを持つことには理由があり、対策を講じるべきである。」ここから説き起こす形に今回考えております。

後の説明は、前回整理した流れを再掲しているのですが、四肢の感覚障害を水俣病としてしまうには医学的には無理がある。そういうことから、制度的に損害賠償的な位置付けをすることも難しいであろう、こういう解釈をしております。

裁判の評価ということで次に書いておりますが、ここは前回先生方から御指摘があって、裁判の判決が出ているという問題についても何らかの形で触れておくべきでないか、そういう御意見を踏まえて書き込んだものでございます。ここは、書きぶりについてはまだ全く議論していただいておりませんので、とりあえず事務局の方で書いてみた内容にとどまっております。

四肢の感覚障害等によって水俣病と認める判決が幾つか示されているということですが、それをそのまま踏まえてしまいますと、また結論が変わってしまいますので、どこかをずらすということであれば、多数の訴訟がまだ係属中で、その判決の方向が固まっていないので、まだそういった判決だけを材料にして制度を構築するには十分な根拠とまでなっていないのではなかろうか、そのような形で表現してみたものでございます。

次に、このような条件にある場合、本来であれば、症状の原因究明を行った上で、その

結論を踏まえた制度的取扱いを決めるべきなのですが、水俣病の特

34 頁

殊な条件として、発生当初の調査が十分行われていないなどの理由で、今後その解明を図ることはなかなか難しいという説明でございます。

最後の点については、対策の方向付けの性格なのですが、排出者、原因者に対して責任を負わせるには困難があるので、公害に係る健康上の問題という整理や、過去の経緯から、当時の環境保健行政が国民の期待に応えられなかった部分があるということから、行政を中心として適正な対応を行うことが必要なのではないかと、こういう方向を出せればと思っております。このあたりについても書きぶりが非常に微妙なところになるかと思っております。

以上で方向を書いた上で、として「新たに講ずべき対策のあらまし」です。ここはもし法律化することになれば、法律の要綱のあらましまいたいことを書く形になるかと思っております。ですから、具体的な制度に下ろしたときの事項を書き込むことになるかと思っております。例えば対策の目的とか、地域の健康管理対策、特定症候有症者対策として、どういう対象者に対してどの程度の対策をやるべきか、そのあたりまで書き込む必要が出てくるかと思っております。また、費用負担の問題、その他について書く必要が出るかと思っております。ここについては、具体的に動く対策に連動させる必要がありますので、具体的な項目をいろいろな面から詰めつつ、固まった段階で順次入れ込んでいくことになるかと思っております。そういうことで、今回は具体的な内容についてはまだ触れておりません。

の「その他の課題について」ですが、までが、もし諮問すれば、答申本体になるわけですが、付け加えまして、広い意味での意見具申のような形で幾つか御指摘いただければと思っております。

1 点は、水俣病に関する調査研究ということで、今後ともいろいろな意味での調査研究を続ける必要があるかと思っておりますけれども、どの辺の方向をねらっていけばいいか、中公審からも御指摘いただければと思っております。一つ考えられますのは、健康管理の問題なども出しましたので、メチル水銀の曝露を受

35 頁

けた地域住民の長期的な健康状態の把握等の必要性ということが一つ書きうるかと思っております。

2 番として、水俣病認定患者への対応の検討についてですが、認定患者の問題は余り議論されておりませんが、高齢化あるいは小児患者の自立の問題等が指摘されておりますので、なお、こういった観点からの対策が必要であるかどうか、そのあたりの検討の必要性ということが内容になるかと思っております。

最後に「おわりに」としまして、ここは締めくくりですので、具体的な内容はないかと思っておりますけれども、全体に書いた結論をもう一回まとめとして書いて、その上で、その他として、何か特別の御指摘をいただくかどうか、そのようなことが検討事項になるかと思っております。

以上、まだ具体的な結論まで含めて書いておりませんが、骨格の考え方ということで整理させていただきました。

【井形委員長】 これは骨子で、これから肉づけをしていくわけですが、答申書をまとめたいというたたき台であります。

これについて、どうぞ御自由に御発言いただきたいと思います。

その前に、今日御欠席の荒木先生と小高先生からコメントをいただいておりますので、御紹介いたします。

第1ページの2の3番目に書いてあります「(訴訟に関して、国の訴訟対応については、検討の対象とはしなかった。)」ということについて、小高先生は、対象としないなら書かない方がよしい。これはまた議論があるところではないかと思えます。

2ページが一番下に「数年以上を経て初めて何らかの症状が出現することは、中毒学的には考えにくい」とありますが、ここまで言い切つてよいか、反対論はないのかという質問が来ております。このあたりの表現をどういうふうにしますか。実際、今後とも発症する可能性があるということにしてしまうと、年

#36 頁

がたてば高齢者は全部水俣病になっていきますし、裁判などではこういう主張をしておるわけですが、これも議論の対象になるかと思えます。

4ページの3のうちの三つ目ですが、「四肢の感覚障害のみをもって水俣病と診断することには医学的に無理があるとしており、この見解を否定する知見はないと考える」。知見がないとまで言い切つてよろしいかという質問であります。

5ページの上から二つ目で、裁判所は感覚障害について何らかのお金を支払う対象としているようであるが、対象者が重なっているので、当方の理屈と裁判所の理屈が違うことを明確に表現すべきである、こういう御意見です。

同じページの、前、理屈付けの中に健康不安を入れるべきであるという御意見であります。

荒木先生の御意見は、意見の1は余り問題はないといたしまして、2が、2ページの2「水俣病の診断について」で、非典型例は認定されていないというコメントをいただいております。

意見の3も余り問題はないのでしょうかね。ここの表現と大体同じような表現であります。

意見の4は、水俣病「地域の住民については、水俣病が発症する程度まで至らなくとも、過去に様々な程度でメチル水銀の曝露を受けている可能性がある」。これらの住民は、現在でも健康上の不安に苦しんでいるというコメントをいただいております。

あとは、「水俣病認定患者には、家族の高齢化による看護の問題や胎児性水俣病患者の自立の問題等が指摘されていることから、なお、措置が必要な部分について検討していく必要がある」ということを書き加えてはどうか。

細かいことはまた議論の段階で申し上げようと思いますが、大きな問題だけ御紹介いたしました。

37 頁

それでは、この問題について御意見をいただきたいと思います。

【上村委員】 冒頭に岩尾さんから、この専門委員会で検討結果をまとめて、それを環境保健郡会に出して、環境保健部会の報告になって、それから法律改正あるいは法律をつくらんと絡んでいるから、環境庁長官から諮問がある、というお話があったわけですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 はい。

【上村委員】 環境保健部会でまとめるのは報告なのか答申なのか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 具体的には、まだ環境庁の方から諮問しているという形になってございませんので、そのタイミングになるかと思いますが、私どもとしては、最終回のときに諮問させていただいて、同時に答申をいただくという一日諮問・答申という形を考えております。

【上村委員】 検討結果の報告と答申とは内容は違うものになるわけですか。これがこのまま最後は答申になるものだと考えて、この素案を見るべきかどうかということに絡んでくるわけです。

【岩尾特殊疾病対策室長】 そういうふうに見ていただきたいと思っております。

【上村委員】 要するに何らかの形で諮問があるときに、これが答申になるということをお頭において文章をながめればよいと考えていいわけですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 さようでございます。

【上村委員】 そういう場合に、これは先の話でしょうけれども、どういう形で諮問されるか。要するに諮問のテーマです。水俣病の現状をいかに考えて、それに絡まる問題をどう考えて、どういうふうな対策が必要なのかという諮問なのか、水俣病でないけれどもいろいろ問題のある人がいるから、それに対する対策をどう考えるかという諮問なのか、それによって書き込み方に濃厚の差が出てくると思うのです。

38 頁

【岩尾特殊疾病対策室長】 従来より既存の制度なり政策でやっていけるものに対して新たな諮問・答申という形は受けてないと考えますので、今回、現状の公健法の中で取り込めなかったものに関して問題がある、その問題に対して何らかの制度的な措置ができないかという観点から、諮問・答申という形をお願いするのではないかと考えております。ただ、どうしても既存の公健法と密接に関連するものですから、この中に若干触れておりますような既存の認定業務の促進しなければならないような部分も書き込むことにはなるかと思いますが、考え方としては、一定者なり、あるいは地域の健康管理なりを主体としたようなものを目的とした諮問・答申ということを我々としては考えております。

【上村委員】 そうしますと、目次でいうと、大きな 、Ⅴ、 がポイントだと考えていいわけですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 そのとおりでございます。

【上村委員】 だから、中身としてはそこが一番濃厚になるわけですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 はい。

【上村委員】 答申になりますと、検討の趣旨とか検討の基本姿勢などは非常に書きにくくなって来るだろうと思うのですが。

【岩尾特殊疾病対策室長】 そういうことで、従来、幾つかの部会、委員会 でいただいたものがあるのですが、私ども、以前の大気のものとか、その他のものを見たときに、これといったステレオタイプのパターンがないのです。そういうことで、我々としては、ストーリーが分かりやすいような形で、「はじめに」から書くようなものを今回想定したのです。過去の例を御紹介いたします。

【事務局】 補足させていただきますと、この書き方のモデルにしたのが昭和 61 年のときの一 種地域に関する答申でございます、そのときの構成を御紹介いたします。最初に「はじめに」として、この中で公健法制定の経緯とか、

39 頁

審議の基本姿勢ということを項目としていっております。それから、大気汚染と健康被害の因果関係の科学的評価。順番に柱だけ言わせていただきますと、3 番として、大気汚染と健康被害に関する法的因果関係の考え方、4 番として、指定地域の今後のあり方、5 番として、既被認定者等の取扱い、6 番として、今後の補償給付等に係る費用負担のあり方、この辺は具体論ですが、その上で、7 番として、今後の環境保健に関する施策、ここが意見具申に当たるところです。その上で、8 番として「おわりに」となっております。

【上村委員】 その場合の諮問はどのような表題だったのですか。

【事務局】 このときは、公健法一種地域、大気汚染の被害地域の取扱いについて意見を問う、こういう形の諮問になっております。ですから、課題自体はこのときはかなり明確だったわけです。

多少補足させていただきますと、今回、問題の設定が難しいということになりまして、諮問文自体が問題の範囲を確定するような話になりますので、ある程度この専門委員会の中で問題の設定の書きぶりが詰まってきた段階で、逆なのですが、それになじむような形で諮問文の方を組み立てていくことがいいのではないかと考えております。広い意味でいきますと、今後の水俣病対策のあり方のような形の諮問になると思いますけれども、それに多少いろいろ説明書きとかを諮問文につける場合もありますので、その辺についてはこの報告とセットの形で検討していきたいと思っております。

【鈴木委員】 や「水俣病に関する医学的知見」の 1 の「水俣病の病像について」というところで、私が幾つか気になりますのは、言葉の使い方みたいな問題で、本質的ではないかもしれませんが、ここで「魚介類に蓄積された有機水銀を経口摂取することによって起こる神経系疾患である」と言い切っておりまして、二つ先のところで、「神経系以外の臓器への影響については否定的である」とまで言ってしまっていますが、もし動物実験、特

にサルについてやら

#####40頁

れている諸外国のデータ等を考えに入れますと、「神経系以外の臓器への影響については否定的である」と言い切ってしまうのはちょっと具合の悪い話だと思うのです。それから、ハンター・ラッセルの古典的な論文がありますが、あの中にも、病理、例えば腎臓の病理異常が人間で引っかかっているわけです。もちろん、あれがメチル水銀だけによったのかどうかは別問題です。ですから、言葉遣いをもう少し気をつけておかないといけない。むしろ主たる障害が生じる部位が神経系であると言うのは正しいと思うのですが、完全にそれ以外は全部シャットアウトできるというふうには書けないだろうと私は思っております。

有機水銀という言葉とメチル水銀という言葉と両方出てくるのですが、これははっきりメチル水銀と言ってしまってもいけないのか。

2 ページの の 3 の (1)「水俣病の発症の機構について」というところですが、実験的にはメチル水銀を使ってメチル水銀中毒を発症させている実験なんです。水俣病の研究の中で、体内蓄積量なり、あるいは一日の摂取量と水俣病の発症とを関連させた疫学的な研究は残念ながらできていないわけですし、その手の研究ができたのはイラクの例しかないわけです。そうすると、ここで、例えば「体内蓄積量が一定程度をこえなければ水俣病は発症しない」と書くのが正しいのか、「メチル水銀中毒は発症しない」と書くのが正しいのかは、議論が残るところだろうと思います。メチル水銀中毒という概念と、水俣病という概念とは少し違うわけですから、ヒトについて、しかも水俣病として起こった病気の場合と、メチル水銀中毒として整理されている場合と実験的にやられている場合とは、かなり丁寧に取り分けて書かないと、後で混乱が起こるのではないかと思うのです。ですから、「よって低濃度の曝露が長期にわたっても水俣病は発症しない」という書き方が正しいかどうかは問題が残るわけです。

それから、「曝露から数年以上を経て初めて何らかの症状が出現することは、中毒学的には考えにくい」の「中毒学的には」というのは、実験中毒学的には、

#####41頁

とっているのか、それとも、ヒトでの実際の疫学的な所見を踏まえていっているのか、によって書き方は変わってこなければいけないだろうと思います。このところが一番気になっているところであります。

実は、今回の議論の段階では、3 ページの「水俣病が発生した地域においては」云々というパラグラフがあって、そこを説くために考えているわけですが、その土台になる医学的な知見の整理の仕方が必ずしも整合してないように私には感じられるわけです。ですから、話の運びがかなり苦しくなるような気がします。

あと、まだ細かいところはありますが、一番気になったところはそこなので、そこだけ申し上げておきます。

【井形委員長】 今の鈴木先生の第1の点は、今、裁判をやっているとき、私たちもいろ

いろいろお手伝いをして、環境庁の主張の中にこういう主張を書いたわけですが、たしか、神経系以外の臓器への影響は少なくとも急性劇症型でなくて、今の公健法で引っかけられないぐらいの軽症例において、神経系に余り症状が出ないのに他臓器に強く出るものはない、そういう主張をしているのです。

【鈴木委員】 それが正確な表現ですね。

【井形委員長】 それがこういう表現になっていますから、意識的にそのあたりを少し

【鈴木委員】 刈り込んでしまうと、言い過ぎになってしまうので危険なんですね。

【井形委員長】 確かに重症例は腎臓も肝臓もどこかもやられるわけですが、そのあたりは、現在の対象とするものについては、というふうな何かコメントが必要だと思えます。

それから、一つは、健康上の不安という問題で、皆さんたくさん使っていらっしゃるし、小高委員も荒木委員も使われておりますが、この間、私は、にせ

#####42頁

患者と同じであるし、こういう問題の解決には信頼感が根底になくではなりませんので、強いて使うならば、「自分の持つ症状が、メチル水銀に由来するのではないかと疑いを持つ症例」、これが健康不安だと思うのです。症状がないのに漠然と健康不安を持つというのは、現実に現地ではにせ患者のことだと言っていますから、表現を変えていただいて、実際はそういうことでいいので、「健康不安の解消が行政の責務である」という言い方は、私もかつて何かもの本にも書いたことがありますけれども、それは漠然と健康不安ではいけないと思うのです。

どうぞ御自由に御発言ください。

【植村委員】 4ページの「今後の対策の方向について」の1ですが、ほかの部分もそうなのですが、これは骨子となっておりますが、最終的にはどのぐらいの分量にふくらむのかということもお伺いしておきたいと思えます。というのは、1の「対策の基本的な考え方について」の3番目、「新規の患者発生はなくなったとも考えられるので、認定業務の将来的な在り方について検討していくことが必要である。」というのが括弧に入っておりますが、この括弧の意味もお尋ねしたいと思えます。つまり、場合によっては取るのかということですが、こういうのは書いていただいた方がいいと思えます。それもできればはっきり書いてもらった方がいいのではないかと思いますので、「将来的な在り方」ということではなくて、例えば地域指定の解除とか、そういった表現も入れてみたらどうか。必ずそうするのだという意思決定はなくても、例えばアドバルーン的に書いてみて反応をみるということでも構わないと思えますし、もう少しはっきり言ってみたらどうかという気がいたします。また、それが論理的な帰結ではないかとも思うわけですが、数年たってから水俣病が出てくることはないのだと言う以上は、現在、まだ地域指定を続けているのはおかしいということになるわけですから。

#####43頁

その次の括弧、「認定制度が補償協定と結び付いており、必ずしも適正な制度実施がなさ

れていない状況」これをもっとはっきり書いていただいた方がいいのではないかと思います。はっきりというのは、私が一番気になっているのは、症状が軽くて日常生活に支障がないような場合でも、同じ額の一時金なり補償金がもらえるとすれば、それはおかしいのではないかというのが普通の感覚ではないかと思います。そういった点をもっとはっきり指摘していただいて、症状の重い、軽いがあるとして、それが一律というのはおかしい。ごく軽微であっても何千万円ももらえたらおかしいとか、そういうことがはっきり読み取れるような表現で書いていただいてもいいのではないかという気がいたします。このあたりは、分量がどのくらい増えるのか、1行、2行だけしか書かないのか、もっと何行にもわたって書くのか、それによっても違うわけですが、とりあえずそういう意見を述べさせていただきます。

【加藤委員】 3本柱のうちの一つ目ですか、地域の健康管理対策というのは、まだ具体案ができていない、作成中だと聞いておりますけれども、それはいつごろ入ってくるのでしょうか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 次回ぐらいには出るといえますか、内部ではもう大分煮詰めております。

【加藤委員】 その問題は、後の のその他の課題のフォローアップの問題にも関連してくるので、その辺が、もらったら、もっとはっきりしたコメントができると思いますから、お願いしたいと思います。

それから、先ほど議論になった「和解救済上の水俣病」と「公健法上の水俣病」の話も、実は、委員の先生方のところには既に全国連から流れてきていると思うのですが、そこでも、要するに名前だけの問題ではないかという感じがするのです。我々の立場としては、当然のことながら、「和解救済上の水俣病」の「水俣病」というのを避けて通れば問題が解決するような気がするの

44 頁

です。だから、その辺は名前を考えればいいのではないか。内容は同じだと思います。

また、先ほど事務局がお話しなされた中で、3ページ目の の2の「水俣病発生地域の特性の評価」という言葉の問題が余りいい考えがないようなことをおっしゃったように感じたのですが、これは単純な話、「住民の健康上の」とか何かを入れれば、あとは「特性の評価」でいいのではないかと思います。

それから、先ほど余りはっきり言うと問題が残るとというのが、診断名のところにもありましたけれども、例えば4ページ目の3の一番最後、 の前のところに「水俣病発生地域の住民についての、メチル水銀の曝露とこの症候との間の疫学的な関連については、メチル水銀の曝露量を客観的に把握するための情報が存在していないため」と書いてありますけれども、これは全然ないわけではないというのが僕の主張でして、「情報が不足」ぐらいにしておいた方がいいと思います。というのは、前回は申し上げましたけれども、棄却の地域分布とか、そういうものはある程度曝露量に関連しているのではないかと。もっと理論

的にこれをやりたいのですが、我々のところのデータが不足しているのです。要するに新潟の毛髪水銀を調べている集団が約千何名かいます。その人たちの中からの水俣病認定患者のドーズ・レスポンスについては、我々の方でも滝沢先生と一緒にやっておりまして、どの程度に閾値があるかというのは、今までの常識の線とそう変わらないというようなデータが出てきたのです。そのデータを使って、もしも棄却された者の中で症状が幾つか分かれていて、四肢の末端の感覚障害という情報が手に入れば、棄却者のディテールが入ってくれば、今の水銀と関連させることはできるわけです。そういう意味で、全然ないというのはちょっと気にかかるので、その辺を「不足」ぐらいにしておいた方がいいのではないかと思います。

【浅野委員】 今、最後におっしゃったことは、新潟の場合の次元でというこ

#####45頁

とでございますね。

【加藤委員】 新潟の場合だけです。

【井形委員長】 新潟の裁判は和解の話が出ているのですか。

【事務局】 新潟の方は、和解ということは言っておりません。

【井形委員長】 それは判決で突き進むんですね。

【事務局】 はい。今年の3月に一部結審しましたので、おそらく今年度いっぱいぐらいには判決が出るのではないかと考えております。

【井形委員長】 一つは、私どもも関与している裁判に対する環境庁の主張の中にある項目がたくさん入っているんです。ところが、それを突き詰めて言えば、こんな委員会は要らないわけです。そこで、少しほんわかと軌道修正が必要ではないかというのが実情なんです。そうかといって、堂々と書面で主張したことを、ここで、それはうそだったとも言いきれないのが実際であります。

例えば専門家会議で、四肢の感覚障害のみをもって水俣病と診断することは医学的に無理がある、確かにそういう意見であったわけですが、ここで言うておりましたのは、昔は椿先生も、富士山の形で、一番下が四肢の感覚障害、これはイラクでそう言われているのですが、その上、重くなったら小脳失調が出、それも重くなったら視野狭窄が出るということを書いていたのです。ところが、最近の知見によって、四肢末梢の感覚障害というのは、中枢性の障害であって、末梢神経はやられてないというのが通説になってきて、それを援用したわけです。この感覚障害は、本人がしびれたと言うことだけを評価するのか、腱反射消失とか、バイオブシーで異常があるとか、そういう感覚障害まで含めているのか。実際の内容は、四肢の感覚障害でもし水俣病であれば、よく探せば何かあるはずだというのが皆さんの意見の集約だと思うのです。結論としては、こういう結論を出したことは間違いのないわけですが、特に医師でない方は、医者は感覚障害と言うのに、そんなあいまいなのかと言ってよく怒られるのです

#####46頁

が、実際あいまいなんです。全然異常がなかった人が、次にはきれいな感覚障害があって、もう一度調べたら全くなくなる。そういう人が多いんです。それから、朝に症状を見たら失調性は全くないのに、夕方、疲れたころ見ますと失調性が出ている、そんな人もいます。したがって、裁判の原告でも、現に原告になって認定した人が何人か出ています。だから、すべては連続的で、余りクリアカットに言うことがなかなか難しいというのが実情であります。これは小高委員の質問に対する私の答えであります。

【二塚委員】 今、先生がおっしゃったことに関連しますが、4 ページの「四肢の感覚障害の評価」について、いろいろな臨床症状の中で、なぜあえて四肢の感覚障害を独立した項目として取り上げなければいけないか、そのことについて少しきちとした説明をここではしなければいけないだろうと思います。それから、「四肢の感覚障害の評価」というのが、独立した一つの「水俣病発生地域の特性の評価」とか、そういうものと並んで出てくるとも若干違和感があります。むしろ水俣病の臨床症状の問題というような形で全体を敷衍して記述していく中で、なぜ四肢の感覚障害が問題にされなければいけないか、取上げられなければいけないかというような形で、ここではきちんと書くべきではないかと思えます。

【滝沢委員】 今の二塚先生の御意見は非常に結構だと思います。それから、前にも発言させていただいたのですが、魚介類のメチル水銀に関しての手足の感覚障害というのは、例えば水俣あるいは阿賀野川流域に限定しなくても、三陸沖の多食の場合でも手のしびれがありますし、同じような手のしびれ感そのものは、臨床の先生も、患者は動物と違ってしょっちゅう変わったりすることが多いというだけに、富山県の小矢部川流域の水銀汚染のときには、むしろ山間部の方が四肢の感覚障害の発現率が高いわけです。したがって、水俣病像の中の四肢感覚障害ということにしませんと、問題がまとめにくいのではないかと

47 頁

という感じがいたします。

【井形委員長】 おっしゃるとおり、裁判所で指摘されたように、水俣地区にしびれが異常が多いということは一体何で説明するのかという問題がありますけれども、これは疫学条件があって、本人がしびれていると言ったら、それは採用せざるを得ない。そうすると、当然増えるファクターがあるんです。だから、それが悪口を言われている、もともと偏見があって、にせ患者に見ているのだと言いますが、現実にはそういうケースがあることはあるんです。ですから、そこでどういう歯止めが必要か。感覚障害という表現が非常にあいまいなんです。

【滝沢委員】 確かに感覚障害が多いという、抽象的にはそうですが、実際には、その頻度や何かも、例えば漁船員とかそういうところと比較しまして、客観的に出した上で評価することになる。こういう点については、私は、ダイオキシンの例をいろいろ調べていますが、例えばアメリカの帰還兵の家族には、あるいはベトナムでも実際にパーセントが高いけれども、流産とか、出産異常の発現率は先進国の欧米と同じなんです。しかし、枯れ

薬剤散布前と後では確かに後の方が増加していることについては、IPCS とか WHO のドキュメントは、先進国と同じか、むしろ先進国の方が高いという形で、そのことについては更に評価し直せとって、最近の評価ではほとんど異常ないということを中心に明確に出しております。また、動物では、例えばいろいろな臓器障害とか、サルで見事にありまして、それをそのまま人間集団に外挿できるかどうかということで、IPCS、WHO の委員会では、動物では確かにそういう症状が見られるけれども、人間社会、水俣地区では、全身障害というものは、新潟でも今のところ認められていない、こういう書き方にぜひしていただきたいような気がいたします。しかし、実は、そういう WHO でも、水銀の場合とかダイオキシンとか、カドミウムはまだ出ないのですが、その委員会を構成する

48 頁

先生でかなり違いますが、ダイオキシンだけはそういうところをかなり慎重にしていますし、非常に参考になるのではないかと思います。

【二塚委員】 先ほど加藤先生のお話の中で、四肢の感覚障害を疫学的にどう評価するかというような問題がありましたけれども、僕は、四肢の感覚障害に関連しては、疫学的なデータの有無で評価しないということではないかと思えます。感覚障害については、それをどういうふうにとらえるか。今、先生がおっしゃったように、情報の信頼性自体にまだ非常に問題のある現状の中で疫学的な解析をしても、現実問題としてはそれほど意味がないだろうし、解析しても、かえって新しい問題が出てくる可能性があると思うので、ここでは疫学云々の記述は触れない方がいいのではないかと思うのです。

【井形委員長】 四肢の感覚障害と疫学ということで特別医療事業が出ましたけれども、それをめぐってのトラブルは余り多くないですね。それは疫学条件もどの程度であるということを中心にいろいろなことから総合的に判断し、感覚障害もこの人はある、疑いの者はそうせずに……。とにかく特別医療事業に該当しなかったから、それがけしからんというクレームは今のところないんです。だから、割とうまくいく可能性はあると思うのです。しかし、そのあたりがどうなりますかね。お金が出るということになると、また大きな問題になってくるかもしれません。

【藤木委員】 3 ページの 2 のところで、住民に現在でも健康上の不安を抱かせている原因として、上に 2 行ほど説明があるのですが、現地でも過去にメチル水銀の曝露があって、自分は貯金があるのだ、だからこの次はわずかのメチル水銀の曝露で何らかの症状が出てもいいのだという考え方を持っている人がおるわけですね。また、医学関係の人でもそういうことを言う人もおるものですから、ますます不安が高まっているということがありますが、それは明らかに間違いでして、水銀の取り込みがないからもう貯金は減っているはずな

49 頁

んです。貯金が増えなければ、体内の蓄積濃度が高くなると発症しないので全く心配はないのですが、そのことを指しているのか、あるいは、認定された人と同じ程度に自分

も魚を食べた、だから何らかの症状が出てもおかしくはないのだという不安なのか、どちらを指しておられるのでしょうか。両方とも指しておられるのですか。

【事務局】 基本的に見ると、本人が不安を抱く原因としては両方関係してくると思います。

【藤木委員】 しかし、前者の方、過去に貯金があるからというのは余り言わない、それは真向から否定してもいいのではないかと思います。それを言いますとまた後でややこしくなってきた、「過去に」という言葉と「受けている」という表現がありますと、それを強く印象づけて、それみろ、国は認めているじゃないかということになりかねないかと思えます。

【浅野委員】 「過去に」という表現よりも、むしろ、例えばその海域のメチル水銀の汚染魚がかなり捕れていたような時期、例えば昭和何年ぐらいまでの時期において、というような言い方をするのか

【藤木委員】 むしろ「過去に」という言葉を取ってしまう。

【浅野委員】 前の方に説明がありますから、必ずしも書かなくてもいいかもしれませんね。

【藤木委員】 それは当然、昭和 40 何年ぐらいまでは、ということは推移に書いてありますので、そのころ様々な程度でメチル水銀の曝露を受けた可能性があるということ。

【浅野委員】 この「曝露を受けている可能性がある」というのは、ともかく何らかの施策を講じるときに、この程度のことを言っておかないと理屈がつかないから言っているだけであって、おっしゃるように、それほどシリアスな意味で書かれているのではないだろうと思います。でも、ともかくこういうこと

50 頁

を言わないと話が進まないの、言っているだけなので、それで発病に至るかどうかという話ではないのですが、先生のおっしゃるような議論が現実に汚染地域であるとすれば、表現は配慮しなければいけないというのはよく分かりました。

【藤木委員】 後者の方、自分も水俣病と認定された人と同じぐらい魚を食べているから自分もかかるかもしれないという不安、そっちの方は現実にあるし、正しいことだと思います。ですから、「過去に」という言葉を取って、「様々な程度でメチル水銀の曝露を受けている」ではなくて、「受けた可能性がある」とすれば、そういう人たちの不安というのは十分に認めたことになると思います。

【納委員】 実際、私たちが患者さんの認定業務に当たっているとき、先ほどの資料 1 の 6 ページの傍線の引いてあるところ、「認定審査会で作成した審査会資料説明書（総論）によると」で、 、 、 と書いてありますが、私たちは今 まで含めて水俣病として拾っているわけです。ところが、今、裁判所とか新聞の論調とかは、 のところは医療費救済のみしているというふうな解釈に、完全に誤解されているんです。ですから、そのところはむしろ、 、 、 までを今拾っている基準として、今の症状の組み合わせであれだ

けれども、　まで拾って、もう一つ下のレベルに今の問題になっている層があるということ
を明確にどこかで書いておかないと、というか、今度の私たちの見解には、この誤解を
解く作業は必要だろうという気がいたします。それをどこに入れたらいいか。「水俣病に関
する医学的知見」というところの「水俣病の診断について」のところかどこかでその辺を
うまく書けないかと思うのです。

【井形委員長】　実情は、水俣病でない人を水俣病としたケースは多いんです。元来そう
いうものなんです。だから、チッソが本気を出して裁判を起こしたら負けるケースも多い。
本来二つに分けるとするのは、入学試験と同じで、つな

#####51頁

がっているものを分けるわけですから、どこかに……。私たちが主張しているのは、　と
いうのは、可能性のある者は全部含むということやってきております。ただ、かつて大
石長官が、何でもかんでも可能性のある者を拾ったわけではないという答弁をしているの
です。それは蓋然生50%という言い方で、含みを少し残した発言をして、それがまだひと
り歩きしているんです。

【納委員】　そうすると、余りはっきりした形でそういう記載もできないわけですね。

【井形委員長】　はっきりしたい気持ちが6割と、はっきりしにくいという気持ちが4割。
認定患者には、これは認定して大丈夫かな、ちょっと違うのではないかというのでも入っ
ているんですよ。

環境庁から少し発言いただけませんか。この点はこう考えておるとか、これではどうか
とか。全部委員会任せでなくて、環境庁が今討議している内容などの御説明をお願いします。

難しければ、次回でも結構です。

【岩尾特殊疾病対策室長】　難しいというわけでないのですが、あくまでも委員会報告
ということで、環境庁の言いたいことばかりを書くわけにはいかないということで、でき
るだけ先生方の御意見をいただきたいと思っております。

【浅野委員】　四肢の感覚障害のところは、ひょっとしたら、この四肢の感覚障害という
議論がどこから出てきたのかという記述をすることによってもう少しはっきりするかなと
いう気がします。裁判所が最初に言ったときには、四肢末端の感覚障害でいいということが
唐突に出てきたわけではなくて、ほとんどの症例では四肢末端の感覚障害が共通する症
状だから、そういう論理を第1ラウンドで使っているんです。次の裁判所からは、そこを
飛ばしてしまって、これでいいという議論に変わっているんです。特別医療事業は行政制
度ですから、それで割り切りでやっているのは構わないのですが、もともとは共通する症
状

#####52頁

だという議論があったのですが、その共通する症状だという裁判所がとった議論が正しか
ったかどうか、それは私もよく分からないので、先生方にお教えいただければと思います。

さっき伺った中で非常に参考になりましたのは、専門家会議での議論の中で、四肢の障害があって、それが本物ならば、よく探せば必ずほかのものもあるという御議論だったのだということはよく分かりました。それは非常によく分かる話なので、むしろそのようなことをはっきりと書いていって、当然あるのだ、だから、四肢末端の感覚障害のみというところは、本当に客観的に「のみ」という場合と、探し切れないという面と二つある。探し切れない面があれば、ひょっとしたらその中には本物が入りうる余地がある。しかし、分からないのだから、こういう特別制度の中に流し込んでいく以外にないという論理をうまく使えると思うのです。

共通するという議論がおおむね正しければその議論に寄っかかったらいいし、それがおかしければ使えないのですが、どうなのでしょう。

【井形委員長】 医学論争になってくると、意見もまちまちになってきますし、統一した意見が出せませんけれども、僕らは、四肢末端の感覚障害が昭和 43 年以前に始まったというのがどの記録を見ても載っている者を見る目と、去年からしびれ出したという者を見る目とは全然違えておるんです。現象は一緒なのですが、それから、組み合わせとは言いながら、水俣病で起こる症状で組み合わせの中に入らないものがあるんです。例えば感覚障害と昭和 37 年から始まった難聴、こういう組み合わせは、可能性はあるのですが取り上げてないのです。したがって、そういうところを突っ込まれると、なかなかつらいですね。水俣病の症状を幾つか挙げて組み合わせということを行いましたけれども、組み合わせでない、例えば手の振戦、ふるえとか、そういうのが老人に起これば、もちろんほかの原因の可能性が強くなりますけれども、例えば難聴が昭和 37

53 頁

年から起こっていて、感覚障害もありますといった場合には、今は棄却になっていますね。

【納委員】 棄却で、医療費救済。

【井形委員長】 しかし、これは水俣病の可能性はなきにしもあらずだろうと思うのです。

感覚障害は、客観的な症候を備えた感覚障害と、備えない感覚障害とがあって、普通、四肢末梢の感覚障害があるときは、ほとんど例外なく腱反射は消失又は減弱します。ところが、水俣病の場合には、亢進する場合があります、ほとんど減弱してないんです。伝導速度も余り信頼がおけないといって、ひどい場合には伝導速度が落ちますけれども、落ちてない。そうすると、本人の訴え以外にチェックする方法がない。そういう背景もあるんです。

【滝沢委員】 マグロの漁船員とか、サモアの缶詰工場で大変似た症状があるということで調べたところ、当然、マグロなどを食べていますから、頭髮の水銀値の高い者が非常に多いです。しかし、感覚障害を克明に調べた神経学者は、いわゆる水俣病は一人もいなかったということで、一つだけの感覚障害の場合、水俣地区や新潟でも、いろいろあって棄却された人で、おそらく水銀値も高いのに、この神経学者は、水俣病でないとは診断しているんです。先生がおっしゃるように、例えば熊本の場合、昭和 38 年、あるいは新潟で昭和 45~46 年ぐらいまで、そのときには、水俣病という場合には、おそらく水俣病と評価しう

る感覚障害というのは、探せば何か他の症状がある。時期的に見ればいいわけですね。そうは言いましても、魚介類中のメチル水銀を喫食することにおきましては、マグロ漁船員などはありえてもいいわけです。そういうところで、感覚障害だけで他の症状がない場合には水俣病でないと診断していますね。

【井形委員長】 これは例の第3水俣病のときに、感覚障害のケースを取り出して、水俣病と区別つかない症状というので大問題になったのです。あれは結

#####54頁

果的には実在しなかったのです。ですから、余り広く取り過ぎるということは、医学的には誤りだという一つのサンプルになったのです。

【事務局】 構成の方で事務局が大分悩んでいるところを少し御説明したいと思います。

3ページから4ページにかけての「問題の現状と評価」がやはり焦点のところかと思えます。その中で、2の「水俣病発生地域の特性の評価」と3の「四肢の感覚障害の評価」とに全く分けて書いておるわけですが、ここは本当にうまくできるのであれば、地域的なバックグラウンドなり、あるいは病像の問題から、総合的にきれいに議論しておって、健康管理の問題と四肢の感覚障害の評価の問題、一貫した議論の中でうまく落ちてくるような形にできればいいのですが、その辺、きれいに一本の議論の中で埋め込むことがなかなか難しいということがございまして、それであれば、逆にこの2番と3番を全く独立のような形でそれぞれ別個に議論した方が理屈として整理しやすいのではないかという観点で今書いておるわけでございます。

そのようなことで、四肢の感覚障害の評価も、御指摘ありましたように、若干唐突な感じがあるのですが、ここは病像内容の話からきれいに四肢の感覚障害に軟着陸するような形でできればいいのですが、四肢の感覚障害自体、社会的にはそこが焦点なのですが、医学的には「四肢の感覚障害のみ」というところが議論の中心課題ではないような感じもございまして、それであれば、多少強引なのですが、頭から四肢の感覚障害という問題があるという前提で書き下したらまだいいのではないかということで、今回は四肢の感覚障害をあかさまに立ててやっているわけでございます。

それから、2番の曝露の問題で、過去の曝露の問題をどういうふうに問題の背景として位置付けようかということなのですが、確かに中毒学的な問題の見地からしますと、昔、曝露したものはどんどん抜けていっていますので問題

#####55頁

はないとも言えるのですが、そこで一つは、問題はないということも言いたいわけです。もう一つとして、健康管理的なものが何か必要だという理屈付けにも使いたい。両面の意味合いでこれを使いたいというところがあるものですから、表現付けに非常に微妙なところがございます。間として、主観的にそういう曝露があったから健康上の不安を抱いているという形ですと、説明としてはやりやすいのですが、また、そういった主観的な問題をかませることが、井形先生の御指摘のように、社会的あるいは地元で問題があるとなりま

すと、そこも慎重にならなければならないところですので、全体を通して理屈付けをどうするかというのは、やはり苦労しているところでございます。

【井形委員長】 IPCS の問題のときに、私は、これはマグロに波及するのではないかと申しましたけれども、マグロは水俣病と違うという議論は、今どんな評価を受けているのですか。

マグロがなぜ規制から外れているかという問題については、先生はどうお考えですか。

【鈴木委員】 私は、あのとき、直接かかわっていないので、むしろ滝沢先生の方が御存じかもしれませんが、今のところ、マグロだけを特別扱いして、本当ならあれを外しておく理由は学問的にはほとんどないのだと思うのです。根拠はない。もし根拠があるとすれば、魚の中に一般にセレンが中枢に行くと共に存在している。それが何らかの役割に果たしているに違いない。そのこのところだけだと思うのです。その後、サメをやった仕事があって、それから、ニュージーランドの疫学は、鯛とか何とか、いろいろな魚、それから、最近、セイシェルでやっている仕事とか、デンマークのファロー島でやっている仕事とか、皆魚をたくさん食べてという者を対象にしているわけです。だから、マグロを特別扱いして、マグロだから大丈夫なのだというのは、私には説明し切れません。特にマグロは大丈夫な理由があるとおっしゃる方がおられたら、それは教わら

56 頁

なければいかんけれども。

【滝沢委員】 国では、昭和 48 年のときには、非常に高価なもので、喫食量が少ない。内水面の場合も淡水魚も食べない。越中ズワイガニや何かも非常に高いわけですが食べない。メヌケだとか、そういったものは喫食。したがって、当時としては、頭髮水銀値が 200ppm 以上いく、少なくとも 100ppm 以上という概念の下で、マグロを食べても漁船員でもせいぜい 50~60ppm ですから、日常の食べ方をしている限りは全く心配ないわけです。そういう意味なんです。ところが、という関係か、裁判に行ったりしまして、いわゆる 50ppm とか、更に、最近では IPCS が 20ppm と、これは常識的にそんなもので水俣病などが出るはずはあり得ないと僕は思っています。そこは次元がずれてしまった。昭和 49 年のころは大騒動で、消費者ももう魚は食べられない、どうしようかということで、当時、報道特集もありまして、鈴木健二アナウンサーで、塩釜も焼津も売れないということで、秋田と三元中継をやりました。それでも収まらずに、消費者とか一部の学者がついて、厚生省の局長と対談したいということで、二度ほど「こんにちは奥さん」とか、おはよう何とかというのがありまして、酒井アナウンサーで、1 回で対談が済まないで、局長さん、一緒に出てくれと言われて、私は 3 回ほど出ました。あれほど騒いだけれども、現実に皆さん食べている。寿司の大好きな人は 10ppm なんてマグロを食べているわけです。どうしてそういう歯車がこうなってしまったのか。

【井形委員長】 水俣湾の埋立ての後にえ暫定基準値を超したのものがあるというので、マグロなどに比べれば全然ものの数ではないのですが、漁業補償があり、なかなか大変なん

ですね。

今日お話しするのは、報告の骨子について、どういう項目、こういう流れでよろしいかという御相談であります。もう一度原点に返って何かコメントございますか。

#####57頁

【浅野委員】 諸先生の御指摘のとおり、今後の対策の方向というところが中心になるとと思いますが、ここのところ、基本的な考え方という言い方をしておいて、公健法の制度的枠組みができてから、この中で十分な救済がなされる必要があるというのが真っ先に出てくるとしますと、新たな対策という看板があるにもかかわらず何もないということになりかねないのです。もっとはっきりさせるためには、基本的な考え方を入れるなら、非常に簡単に書いておいて、健康管理と、特定症候を有する者への対応ということをする前に挙げておいて、本来のものは本来のものということで、公健法で処理をすればいいのだが、それにしても、こういうような問題点がある、という書き方をした方が誤解を与えないのではないかと思います。

もう一点、これは公健法の制度的枠組みの中の給付部分について、今後それをきちっと水俣病対策の中で据えて考えていくつもりなのか、認定という部分だけが公健法の枠組みなのか、これは腹を決めておかなければいけないのですが、私などは、本音を言わせてもらえば、公健法の枠組みというのは、給付のところまで含めた枠組みであるはずですから、本気で考えるならそこまで考えなければいけないのだらうと思うのですが、これはまた別途、費用負担の問題等、厄介な話になってしまいますから、それはもちろん抜本的な検討という以上、そこまで含めて専門委員会報告を書いてもいいのかもしれませんが、中公審の答申にまでなってしまうと身動きがとれなくなるから、そこは余り深追いはできないでしょうね。そうしますと、「公健法の制度的枠組み」という言葉ももう少し上手に整理しないといけないのではないかと思います。

ここのところを書いておいて、それから逆算で、「問題の現状」という書き方に行くとしたら、今日の先生方の御議論を聞いている限りでは、自分の症状がメチル水銀に由来するのではないかと不安を有する者が多いということが、健康管理なり特定症候を有する者への対応ということの大きな根拠だという議

#####58頁

論になっておりますので、この「問題の現状」というところは、そこに書いてある、
の選択からいいますと、
というところで書きづらくて、
を書くか、あるいは
の線で書くか、いずれにせよ、こういう不安を有する者が多いという現実を中心に据えて理屈をつけていくことになりそうな気がするのです。

【井形委員長】 裁判の主張との整合性もときどき見直していただきたい。こっちも見直しますけれども。

上村先生、全体を通して何かございますか。

【上村委員】 私は、さっき申し上げましたような関係で、答申になるわけだから、1ペ

ページの の水俣病問題の発生と救済の経過というのは、諮問される環境庁長官は先刻御承知のお話を書くわけですね。だから、経過的にさらっと書く程度でいいだろう。これを書き出しますと大変長いものになってしまって、答申としては非常に不格好なものになりはしないかと思います。

それから、裁判との関係の問題は、結局、検討の趣旨のところに入ってくるのか、あるいは諮問をされる趣旨と検討の趣旨というのが大体合うものだろうと思うのです。どういう観点で諮問されるのかというのが即検討の趣旨になってくると思うのです。

それから、細かい話になりますが、さっきの議論との関係もあるのですが、2ページの 2「水俣病の診断について」は、水俣病の症候は個々には非特異的であるし、検査というのは、患者の主観的な応答に基づくものなのだから、水俣病の診断というのは、診断価値の高い症候の組み合わせによる症候群的診断を用いることが合理的である、こういう文脈だと理解してよろしゅうございますか。

【井形委員長】 そのつもりでございます。

【上村委員】 それから、3ページの「問題の現状と評価」というところで、

59 頁

真ん中あたりに「上記の内容の位置付けをどのようにするか」で、 、 、 と書いてありますが、私は がいいのかなと思います。さっき浅野委員も だとお話しになったと思うのですが。

その上の方の「問題の現状」の最初のパラグラフの終わりの行、「水俣病を巡るこのような状況が深刻な社会的問題」だというのは、「このような状況」というのは何か。上の文脈で見ますと、再申請を繰り返す者が多数あることと、訴訟を提起する者が多数にのぼっているというのが深刻な社会問題だととれてしまうので、 の「現象として現れた確定業務等の問題と、本質的な問題としての健康上の問題」を絡み合わせた上で、「深刻な社会問題」という文脈にすべきではなからうかと思えます。

4ページの の「今後の対策の方向について」の、さっきも議論のあった点でございますが、「対策の基本的な考え方について」の5行目に「新規の患者発生はなくなったとも考えられるので、認定業務の将来的な在り方について検討していくことが必要である」というのは、ここに出てくるのか。私自身としては、5ページの のその他の課題のところ、「なお、この際、付言すれば」という形の答申になる方がいいのではないかと思います。

あとは、5ページの3、4というのは、主に前回配られた資料がこれの内容になると理解してよろしいわけでしょう。

【事務局】 そうでございます。

【鈴木委員】 さっき申し上げた2ページの「水俣病に関する医学的知見」の3というパラグラフですが、これはどうやっても、これまでの医学の解釈に関する裁判上の論争の問題を引きずった形でここが書かれているわけですね。こんなことを書かなければいけないのですか、というのが一つの問題点です。むしろ医学的な水俣病に関する、例えば「病像、

発生機構等についての意見の相違があることから」とここに書いているのですが、意見の相違ではなくて、こ

#####60頁

こは意見の相違の部分は書いてなくて、書くとしたら、環境庁見解みたいなものが主になった形でしか書きようがないわけですね。むしろこれだけの記述が本当に要るのだろうか。現実にも起こっている問題、もっと後から始まった問題なわけですから、例えば現に、医学的には診断つかないけれどもある症状を持っている人がいる、そういう話から始まっているわけですから、それが認定制度との絡みで起こってきた問題として整理したところから書き始めればよくて、いわゆる水俣病の医学裁判論争みたいなことの蒸し返しはここでやらない方がいいのではないかと私は思います。

【井形委員長】 現実的にはそれでいいと思うのですが、ただ、他省庁や大蔵省に対して、そこを全部カットしてしまうと、答申だけが流れていったときに、今なぜそれをやるかということが説得力が少し乏しいかなという感じがします。現実には裁判でもう尻に火がついていますから、何かきちとしたことをやって、それがうまくいけば、行政はこれだけやっているから結構でしょうという裁判所の判断でもいただければ一番いいですけども、今、こういう状況ではあれですから、おっしゃるようにさらりとお書きください。

【鈴木委員】 裁判所は「和解救済上の水俣病」という新しい造語を作ったわけですが、私はそんなふうにして水俣病という言葉を用いるいろいろなものを冠をくっつけて広げていくには大反対です。医学的な立場から言えば、そういう使い方は絶対にすべきでないと私は思います。しかし、裁判所は、概念としてはっきり医学とは縁のない話ですよというのは言っているわけでしょう。もう医学の話じゃないよと。そこはこちらもしっかりさせておく。

【浅野委員】 そこまで本当にちゃんと割り切ってくれていると見れば割合に具合がいいのですが、どうも裁判官は、自分は医学の勉強をしているから、半分医学が分かっているつもりではないかという疑いがありますね。

【井形委員長】 予定の時間が参りましたが、ほかに御発言ございますでしょうか。

#####61頁

うか。

なければ、今日はこれで終了させていただきたいと思います。

本来、こういう答申は、各委員がそれぞれ手を下して原稿を書くのがいいのかもしれませんが、環境庁が今鋭意いろいろ作業を進めていただいていますから、私たちも一体となって報告書の作成を目指して努力したいと思いますので、先生方にもお願い申し上げます。

それから、御承知のように、この問題はもう大きな社会問題になっていますから、答申が出ましても、各先生方にコメントを求められたり、いろいろなことを言われる機会が多いかと思えます。少なくともコメントされるかもしれないものは全部この委員会で公表し

ておられるという形が一番望ましいので、御欠席になる先生はもちろんのこと、この会ではなかなか発言する時間も回ってこなかったり、手を挙げても指名がない場合もありますので、いろいろなことのコメントは書面にしておいていただきたいと思います。議論になっている狭い問題についてはここで発言されても、ほかの問題について、大体こういう流れでゴー・サインを下さるのか、本当は気持ちの上で多少反対があるのか、そういうことをぜひ素案をつくる方に分かっていただくことが非常に望ましい。口頭でも書面でも結構でございますし、事務局でも私あてでも結構でございますから、ぜひ御意見をいただきたい。今日、小高委員、荒木委員は、この資料を見たコメントを書面でいただいています。こういう形で、当日発言がなくても、自分はこういうことを思っているのだ、あるいは御提案でもあれば、少ない会議時間をカバーする意味で、ぜひ御意見を御提出いただきたいと思ひます。

次回の御説明をお願いします。

【岩尾特殊疾病対策室長】 次回の日程は、10月9日(水)の1時半から4時半までとなっておりますので、よろしくお願ひいたします。

#####62頁

今後の予定として、本日いただいた御意見を踏まえ、報告書を作成してまいりますが、それぞれの部分について関係分野の先生方に随時御相談させていただきたいと思ひますので、意見、メモ、口頭でも結構ですし、また、それ以外にでもこちらから御連絡することがあるかと思ひますけれども、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【井形委員長】 その他、事務局から何かございますか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 結構です。

【井形委員長】 それでは、以上で閉会します。

今日は随分いろいろな意見を承りまして、一歩前進したと思ひます。いずれにしましても、必ず答申の期限の11月は刻々と近づいてまいりますから、できるだけ御協力をお願ひ申し上げます。どうもありがとうございました。

了

#####63頁

第 6 回
中央公害対策審議会環境保健部会
水俣病問題専門委員会議事速記録
(平成3年10月9日開催)

【奥村保健企画課長】 ただいまから第6回中央公害対策審議会環境保健部会水俣病問題専門委員会を開会させていただきます。

本日は14人の委員のうち、荒木先生が御欠席で、13人の先生方に御出席いただいておりますので、会議は有効に成立しております。

議事に入ります前に、資料の確認をさせていただきます。

資料1、資料2、資料3とありますけれども、三つの資料につきまして問題があれば、事務局にお知らせいただきたいと思っております。

それでは委員長、お願いします。

【井形委員長】 ただいまから第6回水俣病問題専門委員会を開催させていただきます。

委員の方々には遠路わざわざ御参加いただいたことを感謝申し上げます。

ご承知のように、だんだんタイムリミットが迫ってまいりますし、新聞の論調なども、中公審の答申には非常に関心を持って見られておりますので、いろいろな意味で批判にさらされるわけですから、後でまた申し上げますけれども、皆さん、ぜひ忌憚なき意見を活発におっしゃっていただき、あるいは言い足りないことは後で書面で出していただいて、共同責任でこの答申をまとめるように努力いたしたいと思っております。

まず今日の議事の進行予定に関しまして、事務局の方から説明していただきたいと思っております。

#####1頁

【岩尾特殊疾病対策室長】 議事次第を御覧ください。本日はまず最初に、水俣病問題をめぐる最近の状況として、訴訟の和解協議につきまして、福岡高裁の所見を御紹介いたします。次に、健康管理対策の内容について御審議をお願いします。最後に、2時間ほど時間をとりまして、専門委員会の報告の案文について御審議をお願いしたい、このように考えております。よろしく願いいたします。

【井形委員長】 それでは、まず、水俣病問題をめぐる最近の状況について、皆さんも御存じの点多いかと思っておりますけれども、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局】 お手元に資料1として「福岡高裁の和解に係る所見(9月11日)について」という資料をお配りしております。これにつきまして説明させていただきます。

福岡高裁からは8月7日に和解対象者の範囲 「和解救済上の水俣病」という言葉を裁判所はつけておりますけれども、これに関する所見が出されました。「和解救済上の水俣病」という所見につきましては、前回、9月2日の専門委員会で御紹介させていただいたところがございます。その後、9月11日に再度、和解協議の期日 これは国が参加して

いないものですが、ありまして、この席で新しい所見が示されたわけです。本文につきましては、2 ページ以下に「福岡高裁所見」という形で添付しておりますけれども、長くなりますので、簡略化したものとして私どもでつくった資料を1枚目につけておりますので、これで説明させていただきます。

2 の「所見の内容」からですが、縮めて申しますと、福岡高裁からは、国の参加がなければ和解の成立は難しく、次の理由から、再度、国に対し、和解協議に参加して水俣病問題の早期かつ抜本的な解決のために協力するように要望する。こういう形で再度、国に対して、和解の協議に参加しないかという呼び

#####2頁

かけがなされているわけです。

その根拠として、福岡高裁は幾つか挙げております。として、病像論に関する協議が前向きに進んでいるなど、和解の場における当事者間の対立が当初よりも減少しており、国を含む関係各当事者の一層の努力によって解決点を見出し得る可能性が生じているということが書かれております。

として、責任論ということを取り上げまして、一つは、国に賠償責任が及ぶかどうかについては、極めて重要な法律問題であるので、これについて法的決着をつけようとするれば、それは判決によるべきであろうということについて、国の主張が認められているような書きぶりがされております。しかし、裁判所として、国も和解協議に参加すべきだという理由として、「解決責任」という言葉を挙げまして、国も解決責任を果たすべく尽力する必要がある、こういう言い方をしております。

その解決責任の根拠として4点ほど挙げております。一つは、原告らが高齢化していることが挙げられております。2点目としては、訴訟上の和解の場では、法的責任だけでなく、行政上の責任や政治的決断に基づく問題解決もあり得るのではないだろうかと言っておるわけでございます。3点目として、歴代環境庁長官が何度か「責任」という言葉を使いまして、国会答弁その他をしております。これをとらえて、国としても責任を認めているのではないかという言い方がなされております。最後の点として、この中公審の議論にも関係することですが、国（環境庁）は、水俣病問題の解決のための諸施策を検討中だが、原告らに対する救済をどうすべきかという問題を抜きにしては全体的な解決が図れないことが懸念されること、こういうことが言われております。

これに対して、私どもといたしましては、そもそも私どもが和解協議に応じられないとしている理由は、和解という場で求められておりますのが、国が当

#####3頁

事者としてお金を払えという内容ですので、私どもとしては、国が国民の税金を使ってお金を払うためにはそれ相応の理由が必要となるわけでございますが、今回、この問題については、国費の支出によってお金を払うだけの理由が見出しがたいということで、和解協議に入ることができないと言っているわけでございます。

これに対して、今回、「解決責任」ということを言ってきておりますが、まず第1点は、マスコミなどでは、いわゆる訴訟上の問題となっております法律論、責任論について何か所見を出した、そういう受け止め方もされているわけですが、今回の所見はそういった法的な判断まで踏み込んだものではございません。この点については法務省も同じような見解でございます。そうしますと、法的な責任以外の解決責任とは何かということになりますけれども、仮に国として問題解決をすべき責務があるということをお求められているのであれば、それに対して私どもとしては、行政の施策として対応すべきではないかと考えておるところでございます。「解決責任」という言葉だけでは、国に対してこの問題を解決しろと呼びかけることはできても、国がこの紛争の当事者であるということまではかなりギャップがある言葉でございます。さらに、その上で、国に責任があって、何らかの直接の措置を講じなければならないということをおっしゃるにしても、この「解決責任」という言葉ではかなりギャップがあるところがございます。いずれにしても、私どもは、今回の指摘に含められていることも勘案の上で、昨年の10月に、和解勧告に応じられないという判断をしたわけでございますので、その状況については変わっていないと考えております。この点については、9月13日に法務省の方から裁判所に対してもそのようなことでお答えしているところがございます。

最後の点で、国は、行政施策として対策を検討中であるけれども、原告らに対する救済をどうすべきかという問題を抜きにしては全体的な解決は図れない

#####4頁

と言われております。これにつきましては、私どもは、原告の問題を全く等閑視しているわけではございませんけれども、それは原告として上がってきた問題ですから、やはり訴訟の場で解決すべき問題だと考えております。そうであれば、訴訟の場での解決が、すなわち必ず和解をなさないということはないわけございまして、私どもとしては、訴訟の問題であるので、的確な判決をいただいて、それを見た上で判断していきたいと申し上げているわけでございます。

以上、簡単ですが、最近の経過でございます。

【井形委員長】 ただいまのご報告に対してご質問がございますか。

新聞にも出たことですから御承知かと思えます。

それでは、今日の主題の健康管理対策について議論を進めていこうと思えます。

まず事務局から説明をお願いします。

【岩尾特殊疾病対策室長】 3本性の一つであります地域の健康管理対策につきましては、6月の第3回の専門委員会で一度議論していただきました。その後の検討結果を取りまとめましたので、御説明したいと思います。

考え方についてはおおむね整理いたしました。具体的な内容とか実施方式につきましては、その実施可能性を踏まえて今後更に詰めていく必要があると考えております。具体的に実施に至るまでには若干の変更もあるかとも考えております。専門委員会では対策の

考え方までの部分を中心に報告書にさせていただくことになるかと思しますので、以下、事務局から説明させていただきます。

【事務局】 それでは資料2を御覧いただきたいと思います。

ただいま室長から申し上げましたように、専門委員会の報告案自体でも健康管理対策については3カ所ぐらい説明しておりますが、以前に一度議論いただいただけでございますので、関連部分を取り出して、実施面に関する面も多少

#####5頁

付け加えて資料2にしております。

資料2につきましては、1ページ目に健康管理に関連する地域の現状及びその方向性について、2~4ページに対策の内容について記載してあります。4ページ以降、参考として、関連する地域の当時の人口及び認定者数等の表が載っております。参考2には関係地域の地図が載っております、最後の参考3は具体的な検診項目という資料になっております。

それでは1ページ目から説明させていただきます。

まず1ページ目、第1の1の「水俣病発生地域の状況」というところで現状分析をしております。こういった地域においては、水俣病を発症するまでには至らなくとも、様々な程度にメチル水銀を摂取した可能性のある人口集団が存在しているということと、こういう方々の個人個人の摂取量については今の段階では明らかにできないということが1点目でございます。それと関連いたしまして、こういった方々は、認定患者となった方々と同様な食生活を含めた生活形態をしておられたということが2点目。3点目としては、こういった地域において水俣病の病像とか発症の機序に関して必ずしも正しい知識が十分浸透しているわけではないという状況があること。こういった3点から、こういう地域には、自分の健康状態の変化について、メチル水銀による影響ではないかというような健康上の不安を抱いている方が少なくないということがございますが、これに対して、適切な指導や助言を受ける機会、もしくは自分の健康状態を正確に把握する機会が従来限られていた状況がございます。最後の1点に関しては、こういったメチル水銀の他の疾病の発症や予後に関する長期的な影響について、現在までに完全にその全貌が明らかにされているとは言い難い状況もある、このような現状認識をしております。

2の「対策の必要性及び基本的な方向」に関しましては、以上で述べたように、健康管理対策が地域で十分行われてきているとは言えないということが1

#####6頁

点目です。2点目は、こういうことから、健康上の安全性を確認していく必要があるのだということです。3点目には、メチル水銀の健康に対する影響を長期的に科学的に究明していくことも必要だろうということです。4点目は、対象者に関してなのですが、本来であれば、過剰にメチル水銀を摂取した者を特定してその対象とするということになるかと思いますが、先ほど申し上げましたように、過去の摂取量を現段階で確定することは困難であること、また、摂取の量そのものとは余り関係なく不安というものが共通してある

こと、ということから、ある程度水銀を摂取した可能性があるという地域住民全体の施策として実施するということが眼目になっております。

2 ページ目にまいります。それと関連いたしまして、後ほど報告の方でも出てくると思いますが、新潟県に関しては、例えば住民健康調査が当初からかなり綿密に行われており、認定業務もほぼ終了している状況もありますので、熊本、鹿児島地区とは少し状況が違うということがあるかと思えます。これに関しては、健康管理施策そのものを新潟県でもやるのかやらないのか、やるとしても、同じ規模でやるのか、少し簡略化して行うのかということにも関連してくると思えます。

第2の「対策の内容」ですが、検診事業とその他の事業に分かれております。検診事業は、検診そのものと、検診の結果に基づく事後指導から成っております。検診の目的は、検診を通じて症状の把握や原因の解明を行いまして、個人個人の健康状態を自ら把握していただくということが1点と、集団の結果を解析することによって、住民の健康状態の推移を把握し、科学的究明を行う、その二つのことを目的にしております。

検診の対象者については、先ほど申し上げましたように、メチル水銀の摂取の可能性があった者になるかと思えますが、具体的には、かなりの程度でメチル水銀を摂取する可能性があったと推定される地域を指定して、そこに当時住

#####7頁

んでおられて、そして現在も住んでおられる方が対象者となるかと思えます。この地域の選び方としては、認定者の発生率、認定者を当時の人口で割ったものを指標として、その他様々な状況を勘案し、原則としては市町村単位で選定することになるかと思えます。ここに参考として例を挙げてあります。例えば、当時の人口1千人当たり1人以上認定患者が発生した市町村を選びますと、熊本県で1市4町、鹿児島県で1市1町、その他、新潟県で7市町になります。新潟については別にして換算しますと、下の方に計が出ておりますが、受診の対象となると考えられる者が約10万人、そのうち実際に受診されると考えられる方が4万数千人、新潟を加えますと、それぞれ18万6千人と7万4千人というかなりの数が対象になります。

3 ページ目に行ってくださいまして、具体的な実施方法でございます。我々の考えております健康管理の内容が、現在かなり地域で行われております老人保健法に基づく健康診査（老人健診）と重複している部分があることと、対象者自身もかなりの部分でこういう健診と重なりがあることから、利便性や効率性を考慮すると、そうした市町村の老人健診にリンクして行うことが現実的ではないかということですので、ただし、必ずしもその対象者は一致しておりませんので、老人健診以外の対象者についても、その場に来ていただければ健診は実施いたしますということでございます。

それから、実施主体及び費用負担でございます。今申し上げましたように、実際には市町村の老人健診に上乘せするということにはなるのですが、市町村を実施主体といたしますと市町村の負担の問題が出てまいりますし、国が10割市町村に補助するのも現行ではな

かなか困難であることから、実施主体を都道府県の事業といたしまして、国はそれに対して半額の補助をする。一部の事業については県がそれを市町村に委託するという形での実施を考えております。また、具体的な損害への対応というものではございませんので、原因企業から

#####8頁

強制的に費用を徴収することはこの制度にはなじまないのではないかと考えております。

検診の内容につきましては、ア、イと載っておりますが、検診項目は、神経症状に関してかなり詳細な問診と、一般のお医者さんによる簡便な診察を考えております。これは余り詳細な検査を実施いたしますと、認定審査の際に行っている検診と近づいてしまいますし、余り薄すぎますと今度は老人健診と差がなくなってしまうという要請があることから、このような項目になりました。それから、神経系以外の臓器に関する項目、日常生活活動に関する項目、その他となっております。こういった検査の結果に基づいて判定区分を判断して、個々人に通知するというを考えております。

4 ページ目に入りまして、こういう結果に基づいた指導を行うということで、一つは、保健指導（日常生活や療養上の指導）を行うことと、必要な医療機関の受診に際して受診指導を行うことも考えております。更にもう一点は、医療機関を受診した後で、医療機関の最終的な診断なり治療法に基づいて指導するという可能性としてはあるかと思えます。

指導内容につきましては、検診の結果に基づいた健康状態や生活状況に関連した指導とか、水俣病でもみられるような症状を呈するような他の疾患について療養の指導をするということもございまして、神経症状に関連して活動性が低下している方々に対して、寝たきり等を防ぐような手段の指導がございまして、それから、可能性がどの程度あるかという議論は別にいたしまして、受診者が水俣病であるとか、もう一つの制度の柱である特定症候有症者である疑いがある場合にどうするかという問題があると思えますが、これは制度的にリンクしたというほど強い結び付きではないにしても、こういう制度がありますというような紹介ぐらいはすべきではないかと考えております。

その他の事業といたしましては、相談事業ということで、これは個々人の健

#####9頁

康状態とか生活状況に応じた適切な医療機関とか制度の紹介とか、カウンセリングという二つの柱を考えております。知識の普及に関しては、余り偏った見解というわけではなくて、かなり中立的な、科学的にも確立した、例えば地域の汚染状況とか曝露状況の変化とか、そういう情報もきちっと地域に伝達していこうという趣旨でございまして。

3として「調査研究の推進」で、市町村が実際には検診等に当たるわけですが、そういった情報をどういうふう処理して解析して、また市町村なり個人に返していくかということで考えております。

最後に「対策の実施期間」でございまして、これは、例えばこういった健康管理施策を半

永久的にしていくということで、特に終了については言及しないか、それとも、ある程度のめど、例えば安全性が確認された段階であるとか、最初から年間を区切るとか、そういうような終わりをある程度設定しておくのか、それとも特にそれには言及しないのか、という点がまだ少し議論の段階として我々の中でも残っております。

大体そういうところでございます。

【井形委員長】 ありがとうございます。

これを担当していただきました上村委員と二塚委員にいろいろお面倒をおかけしたわけですが、まず上村委員から、続いて二塚委員からコメントをお願いできればありがたいと思います。

【上村委員】 健康管理対策につきまして、おおむねこういう方向でいいのではないかと考えるわけでございます。若干問題があるとすれば、検診事業について、老人保健法の健康診査に上乘せするという方法、これはここに書いてございますように、受診の利便性なり検診の効率性を考えるといい方法ではなからうかと思うわけでございます。そうなりますと、この実施主体が、老人健康診査の場合には市町村になるわけですが、この案では市町村

#####10頁

に任せるわけにはいかないだろうという判断で、都道府県にせざるを得ないわけでございます。

費用は関係県と国とで持つ。例えば神奈川県の場合、横浜に住んでいる人は横浜市の老人健康診査に上乘せをして受けてもらって、それは神奈川県の仕事になるわけですね。お金は、熊本県出身の人なら国と熊本県で持つ、そういうふうに理解していいわけですね。そのあたりが少し入り組んでいるなど思いました。

【事務局】 対象者のところで申し上げようと思ったのですが、現実的に県外者については非常に難しいということですので、現在でもその地域に住んでおられる方のみに、熊本

【上村委員】 この案では県外者も相手にしようという案でしょうか？

【事務局】 いえ、これは市町村単位で、関連の市町村が行う老人健診に上乘せしてというかなり簡略化したパターンを考えております。

【上村委員】 そこで曝露されたということではなくて？ すると、実施主体に都があり道があるというのは

【事務局】 それは現実的にはあり得ないと今のところ考えております。

【上村委員】 その辺ちょっと混乱しているのです。そういう問題が一つ。

それから、対策の実施期間について、一定の期限を限るかどうかという問題。限るとすれば、これは法律で何か考えるのかどうかという問題があるのかと思いました。いろいろ議論していくと、問題はあるのですが、こういう案文しかいい知恵が出ないのではないかと。それが感想あるいはコメントでございます。

【二塚委員】 私は、既に過去何年かこの地域でモデル町村みたいところでこれに似たような仕事をやっている経験から少しコメントさせていただきたいと思います。ですから、少し細かな話になるかもしれませんが。

確かに地域の中には、ここにありますように、曝露を受けたという、自分で

#####11頁

はリスクと見ていらっしゃる集団がある。それから、他覚的にはともかくとして、いろいろな訴えが存在することは事実である。また、長期的に見たときに、自分の健康がどうなるであろうかということについて漠然とした不安を持っておられる。それについて、こちらとしてきっちりした答えが用意できないということがあります。そのような状況の中で、こうした不安を解決するための手段を地域そのものが持っていないというような現実がございます。

したがって、県が主体となって市町村で行う場合に、一つは、老人保健法は現実に行われているわけですが、問題は、上乘せされた部分が非常にポイントになるわけです。それについては、やはりマンパワーの支援システムがどうしても必要であろうと思います。

もう一つは、この場合には単に検診をするということではなくて、むしろその検診の結果によって個別に綿密に指導していくといいますが、事後管理をしていくというところにポイントがあるわけですので、データ管理をどうするかということについて、ソフト面、ハード面、両面からのそれなりのサポートが必要であろうと思います。

もう一つは、老人保健法の場合、一次検診をやりまして、そこで何らかの疑いがあるからどこかの病院にかかってくださいとか、それで済むわけですが、この場合には、例えば、特に神経学的ないろいろな訴えがあったときに、その訴えが実はこういうものなんですよということを御本人にきちんと説明して、御本人にある程度納得してもらわなければ不安解消にはつながらない、理論的にはそういうことになります。ですから、いろいろな訴えについての原因疾患をある程度確定することかポイントになるだろうと思います。そうしますと、一次検診から、更に診断を確定するための精密検査あるいは二次検診といいますが、そういうところまでこのシステム自体できちっとフォローして、その結果を入手して、その結果に基づいて各人に事後指導をするというような、一次

#####12頁

検診から二次検診につながるフォローアップの体制が老人健診の場合に比べて大変大事なことになってくるのではないかと思います。その点について、これを実際に実施する場合にいろいろと御配慮いただきたいと思います。

それから、現在、熊本県では、老人検診について県レベルで全体の運営を統括し評価するためのプレーンシステムといいますが、そういうものがございます。例えば熊本の場合には成人病検診管理協議会、これは老人保健法でやりなさいという格好でできているものでございますけれども、将来的には今回の検診の部分については部会をこの協議会の中につくって、全体をマネージするような協議機関 プレーンシステムといいますが、そう

いうものをつくる必要があるのではないかと考えております。また、実際に円滑な実施を図るための現地の保健所、医師会、市町村レベルの現地の協議機関、そういうようなシステムをプレーンのレベル、実施のレベルという格好でつくっていきますと、市町村の方でも安心して、こういうものを受け入れてやってくれる基盤ができるのではないだろうかと思っております。

市町村の担当の人たちにこういうことについての希望を一度聞いてみたことがあります。市町村としては、ざっくりばらんに申しますと、普段のルーチンの衛生行政に何らかのメリットがあれば受け入れてくれる、そういうような感触を持っております。そういう面でマンパワーのサポートと、データ管理といいますか、そういうものについてのハード、ソフト、両面からのサポートがあれば、それが、この検診だけではなくて、関係市町村の普段の衛生行政を進める上でも非常に大きな財産になり得るという方向で持っていければと思います。

【井形委員長】 今の説明につきまして御意見をいろいろ承りたいと思います。

【野村委員】 先ほど上村委員の御発言の中にもありましたが、それに対するお答えで、現在当核地域に居住している者のみを対象とする、こういうお返事でしたが、よその地域に転出しておる人も対象にできたら一番いいと思うので

#13 頁

す。それはどういう問題があるのでしょうか。

【事務局】 一つは、この健康管理対策は、地域を対象としたもので、個々人に着目した施策ではないということがございます。ですから、1人、2人もしくは数十人ぐらいの程度でかなり広範な地域に拡散しているようだと、例えば情報の分析とか、その他のいろいろな基盤の整備も必要でございますので、そういう点で非常に困難があるということが一つ。もう一つは、関連地域であれば市町村や県にもお願いしやすいけれども、全く関係のない神奈川県とか北海道にこれなりの施策を特別にこの人たちだけにやってくださいということも実施上の困難性がある。その二つの点が、主に県外者を対象にするのは困難ではないかという結論に至った理由です。

【森島委員】 今日の資料3の18ページの「実施体制」のところ、実施をするのは「曝露の当時居住していた地域を管轄する県知事」となっていますが、その2行上に「当核県外に居住していて特定症候有症者の要件を満たす者についても」措置されることが適当である」となっていますが、今のお答えですと、県外居住者は全部切り捨てのような答えでした。関係県外は実施主体とならないけれども、県外にいる人も、どういう方法で来るのか分かりませんが、その人たちも受けることができるということではないのですか。

【事務局】 特定症候有症者の施策と健康管理対策の施策と分けて考えておまして、特定症候有症者の方はむしろ個人に対して給付とか医療費の補助を行うというかなり個人に着目した施策という理解です。先生が今おっしゃったのは多分特定症候有症者の話だと思っておりますが、今私が御説明申し上げましたのは、健康管理というかなり地域ベースに全体

として見た施策です。

【森嶋委員】 その対象となるのは特定症候を持っている人ですね。

【事務局】 そうではないという理解です。つまり、かなり広い一番底の部分のことです。

14 頁

【森嶋委員】 多分、今の野村さんの質問も、あるいは上村委員の発言もそういうことではなくて、特定症候有症者

【上村委員】 私もちょっと読み誤った点があるんです。というのは、「都道府県知事」という表現と「関係県」という表現があったものですから。それから、この案は、今、野村委員も御指摘になったように、環境汚染があった当時住んでおり、現在も熊本県なり鹿児島県の町村に住んでいる人が対象で、その市町村で老人保健法の健康診査を受けたときに上乘せをして検診をし、その検診は熊本県知事さんなり鹿児島県知事さんがその市町村に委嘱をする形をとって、その部分だけを国と県で半々で持つという仕組みになります。

【森嶋委員】 分かりました。私の誤解でした。

【上村委員】 これは結局、行政的な割り切りにならざるを得ないのかと思います。ですから、神奈川県に住んでいる人は残念だけれども仕方がない。

【野村委員】 その点は、私はちょっと疑問なんです。個人でなくて地域に着目した対策であるとおっしゃったのですが、中身は「検診事業」などを見ますと、例えば2ページでも、対象者の限定の仕方は一定の可能性のある者となっているわけですから、一般の人は、こういう可能性のある者を対象とする事業、こんなふうに取りませんかでしょうか。

【二塚委員】 僕が理解するのは、個別の健康不安の対象になる方あるいは患者らしいという方に関する救済の事業のやり方と、地域ポピュレーションをベースにしたやり方は別にあっていると思うのです。県外の方でいろいろな訴えがある方については、特定医療事業なり、あるいは現在、認定の仕組みがありますから、そこで個別に相談に応じたケース・スタディをやる、そういう方向だろうと理解しているのです。

【浅野委員】 私は結論的にはこの案でいかにざるを得ないと思いますので、上村先生のおっしゃった、まあやむを得ないだろうというのと同じ結論になるわ

15 頁

けです。ただ、野村委員がおっしゃったことは、論理的には必ずしも荒唐無稽とは言えないわけです。例えば原爆手帳式に、一定期間に居住していた者には全部手帳を配って、それを持っていったらやってもらえる。費用負担とか何とかという技術的な問題を抜きにすれば、フレームの話としてはいくらでもその論理は可能なのですが、ただ、仕分けの議論はきちとした方がいいと思いますので、上村委員がおっしゃったように、これでしょうがないなという結論に私は同調するわけです。

といいますのは、大きな枠として地域住民で水銀摂取の可能性のある者、その中に一定の症状を有する者というのがありまして、さらに、一定の症状を有する者の中に、今までの認定基準でいえば水俣病と認定される者がいるわけです。それぞれの段階に応じた施策

を講じていくというのが基本的な発想法であるとする、一定の症状を有する者に対しては別途の方法がありますので、そこで地域住民というのは、一定の症状を有しない者を全部含むこととなります。そうなりますと、住んでいたというだけで、どこにいる人にも同じような施策を講じるというのは理想ではありますが、大変技術的な困難を伴いますから、県外に出た人はしょうがないから一定症状を有する者のグループの中に何とか割り込んでいただく。そのレベルからその後何らかの施策の恩恵にあずかることができるということしかないのかと思います。あるいは、場合によっては、一時帰省したときに受けられるとかという便法を考えてやることはあるかもしれません。

それから、これの位置づけについても前々から議論されていたことがほぼ出ていますので、私の考え方からいうと、この位置づけでよろしいのではないかと考えております。特に後で出てくる資料3との関連で私が気がついたことは、こういうような位置づけも可能だろうと思うのです。いわゆる長期曝露に対して何らかの疑いを持っているので、なお今後水俣病が新たに発生す

16 頁

る可能性がないとは言えないということはこの健康管理対策の施策が考えているというふうに受け取られるのは、これまでの議論の流れとやや違うような気がするわけです。

もう新たな発症はないだろうということは一応前提になっているわけですが、ここでは、過去にメチル水銀に曝露された方で一定症状を有しない者であっても、その方に対する健康管理をきちっとしていくことによって、ひょっとすると、科学的な知見としては将来何らかの影響が出てくる可能性がないとは言えない。もしそれが出てきたときには、一定の症状を有する者に対する対策がもっとふくらんでいく可能性がある、その限度でこれは全体としての施策の中で意味を持つという柱が一つ。もう一つが不安解消だ。この二つを重視しておかないと、不安解消ということだけを強調していきますと、やはり事態収拾的であると言われますし、不安が解消したときにはこの施策を打ち切るという言い方をしますと、ますますまずいこととなります。ですから、私の立場とちょっと違いますが、残念ながらその二つの柱に基づいてこれが行われていくのだというふうにしておきますと、うまく整合性がとれるかなと思います。

二塚先生がおっしゃったことは、実際に現場の先生のお考えになっていらっしゃることは大変よく分かります。全くそのとおりだと思うのですが、このところを余り精緻にしていきますと、下手をすると、結局、認定を受けさせないとか、あるいは、一定の症状を有する者でないというものをつくり出すための制度だという揚げ足を取られる恐れがありますので、どうやってうまく揚げ足を取られないようにできるか、そこも工夫が必要ではないかと思います。

例えばこの原案では国立水俣病研究センターのところでデータが全部一元的に収集されるというのは研究ベースの話でございますので、これはこれでいいのですが、主治医の方にどんと渡してしまって、主治医の方もそれには関与で

#####17頁

きるというふうにしておいて、国の方だけでその情報をコントロールして、ああだ、こうだという議論をするような仕組みではありませんということにしておけば、要らざる誤解を防げるのではないかと思います。

【森島委員】 健康管理対策は、症状も何にもなくて、ただ当該地域に住んでいた人に対するもので、水俣病ではないが特定症候を持っている人に対してはこれよりはちょっと手厚く、例えば医療費の自己負担分を補助するもの。ちょっと前までは、特定症候を持っている人たちの不安解消のためというのは、健康問題とかいう形で言っていたわけですが、水俣病ではないが四肢末端の感覚障害を持っている者と何にもないが当該地域に住んでいる者を分けるのはどういう論理でしょうか。3段目にあるものと違って、2段目のを少し特別のことにするのは、やはり水俣病である、つまり水銀の影響を受けている可能性がある、それが論理的には入っているわけでしょうか。

【事務局】 この対象者として、厳密に特定症候有症者や認定者を除いたという形にしておりませんで、むしろその地域全体にそういう人も含めて網をかけてやりましょうということにしているのです。

【森島委員】 それはいいのですが、ただ、一方では全員に網をかけて、もしも水俣病であると認定された者、これは特別ですが、水俣病ではないけれども当該地域に住んでいる人は健康不安があるだろう。そうすると、これをやればいいのですが、その中間にもう一つ、特定症候を持つ人がある、また、一般の健康管理とは別の対策をするのはなぜかという理屈がもう一つつかめないのです。

【事務局】 そこは資料3のところでお話しいただこうと思っておりますけれども、先に御紹介しますと、資料3で今のところ書いておりますのは、四肢の感覚障害は水俣病によく見られる症状であるので、それを持っていることによって、一段水俣病に近いのではないかと、より強い不安は感じるだろうと

#####18頁

【森島委員】 やはり不安のレベルでのことですか。

【事務局】 そういうことを言っております。その上で、医学的な取扱いとしては、私もとしては昭和60年の専門家会議のところで、少なくとも水俣病と診断してしまうのは無理だという見解になっておりますので、そこは触れたくないというのがあるのですが、その範囲内で議論すべきことがあるのかどうかということをお話まで何回か御議論いただきましたけれども、最終的にどういうことを触れるか触れないかということについてもう少し御意見をいただきたいと思っております。

【森島委員】 2段目があるものですから、3段目との区別、位置づけをかなり注意しないと、かえって3段目、つまり健康管理対策を設けることによって、それは認定基準には合わないけれども水俣病だから2段目のをやるのではないかというような議論に事と次第によっては結びつきかねないという点では、性格づけをもう少し、単に不安の度合いが強い

か弱いかということではなくて、考えなければならないのかなと考えています。

【野村委員】 今の点ですが、特定症候有症者と、そうでない、ただ一定の期間居住していた人との間の違いは、金銭的な面、給付だけであって、検診事実については同じではないですか。

【森嶋委員】 それはそうです。

【野村委員】 だから、同じ程度よく見る必要がある。

【井形委員長】 認定患者が老人健康保健を受けたときには当然この対象者になるのでしょうか？

【森嶋委員】 それはそうですね。

【野村委員】 なりますね。

【井形委員長】 概念として、それは除いた者を目標にしてあるけれども、入っていることはあり得る。

19 頁

【森嶋委員】 それはいいのですが、制度として立った場合に、仮にお金だけの違いでも、健康不安、例えば水俣病でない、したがって水銀の影響はあるとは医学的には言えないというのは、特定症候有症者もそうでない人も皆そうですが、その場合に2段構えのものをつくることになると、真ん中の人、当該地域について健康不安を持っている、そして四肢末端の感覚障害があったら、なぜほかの人と違った取扱いが受けられるのだということになると、四肢末端の感覚障害は何だということをもう一つ言わなくてはならない。そうすると、せっかく資料3の方では、よく分からないけれども、あいまいにしているのを、この制度を打ち出すことによって、はっきりさせなければいけないというところが出てこないだろうかという疑問なんです。

【野村委員】 この制度がつくことによってむしろ嵩上げの効果はないのですか。

【森嶋委員】 それはいいのです。

【植村委員】 資料2と資料3の関係がよく分からないのですが

【井形委員長】 資料3も説明していただけますか。

【滝沢委員】 まだ資料2でいろいろもう少しあろうかと思います。

【事務局】 資料2の1ページ目と2ページ目の上段の方までの理屈のところは完全に資料3とオーバーラップしておりますので、資料3の方で御議論していただければいいと思います。

【植村委員】 資料3の17ページに「地域の健康管理対策」というのがありますが、それとこの資料2とは一致していると考えてよろしいのでしょうか。

【事務局】 それは全く同じものでございます。

【植村委員】 もちろん量が違いますから、書いてあることは違いますけれども、長いから資料2の方に書いてあって資料3の方にないのがあっても、その部分は単に短くなったから落ちただけであって、資料3はそれを否定するもの

#20 頁

ではないと考えてよろしいわけですね。

【事務局】 資料3の方に完全に含まれております。ただ、資料3の方は概念的なところが多くて、具体的にどういう項目でとか、その辺の話は一切触れておりませんので、そこは資料2の方で見たいと思います。

【植村委員】 資料3では「地域の健康管理対策」から、この資料2と特定症候有症者医療事業が並列に並んでいるということですね。

【事務局】 はい、そうです。

【上村委員】 今のお話をもう少し分かりやすくいうと、この健康管理対策については今まで余り十分議論しておりませんので、その部分をここで用意いたしました。この議論が終わると、次の、今後の水俣病対策についての取りまとめの中に取り入れます、そういう整理ですから、厚さには違いがありますが中身は同じであると私とも理解しております。

【滝沢委員】 2ページの冒頭の括弧内の検討事項として、新潟県と熊本、鹿児島県との取扱いをどうするかというのがあります。1ページ戻りまして、第1の1の発生地域の状況で、第1項は、水俣病が発生した地域、熊本県及び鹿児島県について大体文章が書いてありまして、最後の「把握されてきているとは言い難い状況にある」ということです。新潟地域の場合は、いわゆる認定患者はここ3年ぐらいゼロでしたし、住民健康調査はほとんど全地域が済んでおり、この水俣病発生地域というのを、新潟まで含めて読まれてしまいますと、新潟県当局としてはこれには大変抵抗を示すだろうという気がするのです。新潟県当局のお話などがもし分かりましたら、委員の先生方にお知らせいただきたい。

例えば、最近ほとんど認定申請者が出ておらず、審査会でもここ3年ゼロという形ですし、収まってきております。二、三の知り合いの同僚も、あるいは地域指定を外してもいいのではないかなという考えすら持っているわけで

#21 頁

す。後段の第2項の健康対策の内容を、新たに患者がほとんど出ておらず、申請者もない段階で落ち着いている状況であっても、更にメチル水銀の健康被害というのは未知数であるため、かつてお魚を食べて症状はなく患者も発生しないけれども、熊本と同じように、糖尿病とか老人性のいろいろな疾患が出るかもしれないといって、改めてそれをスティミュレートする必要があるかどうか。というのは、中毒学の立場から見ますと、他の疾患と違って、むしろ指定解除まで持っていてもいいような特殊なものがある。そういう点については、既にアメリカのEPAでも、例えばダイオキシンなどの問題でも、実際に復員兵で全然症状がなくて、しかも体内にもないのにいつまでも補償を出すこと自身が問題がある。そういうようにして政府自体でも検討を始めている中で、ここと熊本県と鹿児島県を同一に考えていいかどうかという問題があります。そこで括弧してあると思うのですが、これを除いて、それから、対象地域としても括弧を除くとすれば、第1項の1はそのまま

生きると思いますし、この健康管理の持っていき方そのものも私は非常に賛成でございます。ただ、新潟県をどうするかということで御検討、諸先生の御意見があればと思います。

【井形委員長】 最初から熊本地方の水俣病の健康管理対策としてしまえば、今言ったことは全く問題なくなってしまう。新潟は、必要があればまた考えるし、今のところは必要がないから考えないということでもいいかもしれません。

【事務局】 最初のときの専門委員会で新潟水俣病について御紹介いたしましたが、新潟水俣病が発生したのは昭和40年で、水俣の方の経験があったものですから、ほとんど発生と同じ時期に摂食の禁止に至ったとか、あるいは発生してすぐに一斉調査的なものができたとかというあたりで、実質的な状況はかなり違っていると新潟県の方も思っておりますし、私どももそういうふうに評価しております。ただ、今回使っている理屈が、曝露があったということの中

#####22頁

心に据えておりますので、そちらの方を考えると、新潟と熊本の状況の違いだけで、完全に新潟の方は違いますよとまで言い切るのはちょっと難しいかなという感触を持っております。

【井形委員長】 すると、この原案の方がよろしいということですね。

【浅野委員】 結局、論理の整合性を考えていくと、不安感みたいなところにウェートを置いて考えたらぱさぱさ削って、新潟は要りませんという話になるのですが、もう一つの理屈が残っていると、やはりそれは違うと言いつらいのです。現実には私は滝沢先生のおっしゃるとおり、新潟にまでこんなものを持ち込む必要はないと思うのです。これは政府判断ですから、「以下の記述は適当か」と書いてありますが、これはやはり残しておけばよく、そういう答申だったからといって新潟県にも聞いたけれども新潟県も要らないと言ふのだからというので、あとは施策の段階で落としていけばいいだろうと思います。だから、論理はしょうがないと思います。ぜひにやれとこちらで強調する必要もないのですか、最初から新潟は全く違いますと言うと、水俣病に関するという総論的な報告を出すという建前からいうと、問題がありそうですね。

【松澤保健業務課長】 滝沢先生のお話は、1つは、実態の問題で新潟をどうするかという問題と、新潟県の行政当局はどう考えているかと二つございます。新潟県の行政当局はどう考えているかにつきましては、室長の方で情報が入ったかどうか分かりませんが、たまたま私は新潟県出身でございます、実は水原町に住んでおまして、例えばつい1週間前の9月県議会の上村環境保健部長の答弁の中で、新潟日報あるいはNHKのローカルの放送の中で私は聞いておりますけれども、特別医療事業を新潟県ももっとやれ、あるいは要望しろという患者団体の意を受けて回答されたことがあります。そうすると、上村環境保健部長は、国の事業であり、新潟県の2分の1の負担は別としまして、新潟県としてはそれを導入することを要望する気はないとはっきり答えている

#####23頁

わけでございます。もちろんそれさえ導入しないときにこういう問題が出てきたときにどうかということ、十分予想できる話でございます、滝沢委員の懸念は私も同様に感ずるわけでございます。もちろん正式な問い合わせに対してどう答えるかは別でございますけれども、一応県議会で公式にはそう答えているということは間違いのない事実でございます。御参考になればと思っております。

【藤木委員】 資料2で少し混乱するのは、2ページ目の第2の1の(1)の「目的」までは「地域」あるいは「集団」という言葉でずっと来ているのですが、急に(2)で「対象者」になるのです。これは「対象集団」という言葉に改めた方が統一されているのではないかと思います。そうすると、個人でなくて集団として把握していくのだということで書かれていくので、余り誤解がなくて済むと思うのです。

【井形委員長】 いろいろ御意見が出ておりますので、今日の御意見をある程度また検討して、取り込んで、次回にこれでもよしいかというスタイルになると思います。

【浅野委員】 最後の第3のところについて、さっきも申しましたように、この期間については理屈がなかなか難しいけれども、やはり期間は決めた方がいいと思うので、こういうのは臨時措置法みたいなものでやるときには大抵10年間とかの時限でやっておいて、その10年目にまたゆっくり考えるというふうにするのが一番利口で、不安が解消されたと判断されたときとか、何々したときとかいうのは、理屈を考えていくときりがないのではないかと思います。ですから、やるなら10年なら10年と決めておいて、延ばすかどうか、またそのときに考えるというのが一番いいと思うのです。もっともここで、それでは理屈が立たんよと言われては困りますけれども、エンドレスでも困るでしょうから、「とりあえず」とか何とかという言い方をしたらどうでしょうか。

24 頁

【鈴木委員】 10年なら10年で区切っていいと僕は思うのです。ただし、10年たったところでそれをきちんと評価して、続けるか続けないかを定めることをそこできちんとやりますよと書いておかなければいけない。

【浅野委員】 そう書いていただければいいです。

【鈴木委員】 そういう評価をかけるというのを前提にしてやらないと

【浅野委員】 おっしゃるとおりです。私はそのつもりだったのです。研究ベースの話を持ち込むなら、研究期間に10年というのはそれなりに合理性があるわけですから、そういう理屈で説明して10年と。そこでおそらくもう一回中公審にかけるという話になるのではないのでしょうか。

【井形委員長】 僕も意見を申し上げさせていただきたいと思います。「対象者」でなくて「対象集団」にした方がいいと思うのです。一つは、私の頭にあるのは、この次のときに問題になりますけれども、汚染指定地域の解除を頭の中に描いておるのですが、汚染指定地域とこの対象地域とは変えてあるのですね。同じですか。

【事務局】 ここで例として挙げている市町村は、公健法の指定地域そのものではなく、

認定者が何人出て、その当時の人口が何人だったかというその率だけで拾ってあります。

【井形委員長】 そうすると、指定地域より広いですか狭いですか。

【事務局】 指定地域より広がっています。

【井形委員長】 それなら問題ありません。

それから、2ページの「目的」に、先ほど10年とか有限の期限ということが出ましたが、科学的究明と、私の希望としては、究極的な実態の解明といいますか、健康被害がどのくらいあって、何年かやっているうちには結論が出るのだという色彩を書いておいた方がいいのではないかと。つまり、検査をやっているうちにもう何も出てこないとなるか、あるいはこれが問題となるか、それ

25 頁

は分かりませんが、それが出たら、完全解決になるのだということにして、科学的究明のためにこういう健康管理対策を無限に続けるのではなくて、少し積極的に、実態が解明されたら終わるということを目的に書いていただけるとありがたい。これは後でまた検討していただければいいと思います。

最後の期間の問題ですが、10年と書いても結構ですけども、原則として実態が解明された場合に終了するとか、そういうふうな書き方ではいかがでしょうか。実際は水俣病が完全に一件着落をしたらこの事実もう要らなくなると思うのです。これはもちろん行政の判断として続けることもあり得るかもしれませんが、全部一件着落したときには、こういう制度があっても乗ってこないと思うのです。もう関係ない人は関係ない、関係ある人は解決済みになりますから。したがって、私はそういうことを希望したいと思います。

同じく4ページの「指導内容」の中に「受診者が水俣病患者あるいは特定症候有症者の疑いが強いときの関係制度の紹介」と書いてありますが、これはものは言い方で、同じことを言うのであれば、「情報の積極的提供」とか、その括弧はもちろんカットです。「制度的にリンクしない」、リンクしないことはもう分かり切ったことで、こんな注釈を表面に出すことはないし、「関係制度の紹介」というのは、見ておきますと、消極的な態度だなと思います。紹介することについては同じ内容なんです。だから、せめて「関係制度の情報の提供」とか、PR時代ですから、同じことをやる時は少しやった方がいい。

もう一つ。これはどちらでもいいことですが、1ページの第1の1の「地域社会においては、水俣病の病像や発症機序に関する正しい理解が十分得られている」とは言い難い状況にある」という箇所について、住民の方は逆に、誤った概念を持って正しい理解をしてないのは環境庁だと言っているわけですから、ここには、同じ得られていないという低い評価を掲げるのではなくて、「正しい理解をいま一層十分に提供する必要がある」と、これも全く同じ内容ですが、

26 頁

少し前向きな表現に変えた方が、どうせ同じことをやるのだったら、PRをしていただきた

い。それはいろいろ問題が出るかもしれませんが。後でまた検討していただきたいと思いません。

私はそういう意見を持ちました。

【森島委員】 全く同じことなのですが、これを少し意地悪く読みますと、本当はいろいろなことがよく分かっていて、環境庁の言うことが正しいのだけれども、住民が正しい理解をしていないために不安を持っている、その不安を解消してやるために皆にいろいろな指導をするのだよと読めますので、私はそこで「正しい理解」というところもチェックしていたのです。「不安の解消」というのは、2ページに一つありますし、4ページにはたくさん出てきます。先ほど浅野委員が言われたように、むしろ事態の解明のためにやるのだ、それがまた不安の解消になる、そういう位置づけをすれば、今、委員長のおっしゃったようなことを含めて、正しい理解が十分得られているとは言い難いというのではなくて、そういうことをやっていけば、皆も水俣病について十分理解ができる。そういうスタンスでお書きいただくことを、これも同じことなのですが、環境庁の方は絶対正しくて、向こうがわけの分からんやつらだという印象を、そういうふうに読めば読めますので。

【事務局】 先ほど指定地域の話が出ましたので、御紹介だけしておきます。水俣地域の公健法の指定地域は、水俣市と出水市と水俣市の北側の葦北郡（芦北町、津奈木町、円浦町）で、患者の発生地域よりかなり狭くなっております。と申しますのは、これを指定しましたのは昭和44年当時です、おおむねそのときの患者発生地域で書いておるのですが、その後、対岸の方に患者が発生したりということで、現在では余り意味を持たない形になっております。

【井形委員長】 でも、近い将来に指定地域解除をぜひすべきであると思っておりますので、指定地域を解除したら、その周辺の対象地域だけ残ってしまっ

#####27頁

たということにはなりませんでしょうか。それよりか広いと言っているから、本当は両方一致した方がいいとは僕は思っているのです。

【浅野委員】 むしろ指定地域解除というのは、当面は新規に申請ができないということの意味するだけですから、指定地域解除をしても、今までの認定申請をした人はずっと残りますし、これが将来、さっきの研究ベースのことを少し声高に言っておけば、ひょっとしたら何か出るかもしれないよということになりますと、ちょうど一種でやめてしまったけれども、サーベイランスで何となくちゃんとやりますというのと、これはある程度……。

【井形委員長】 分かりました。

それから、先ほど県外者に対しては、どこか1ヵ所、帰ってきたときにはこれと同様の検診が受けられるという対策は無理でしょうか。現実にはほとんどないのですが、制度だけ見ると、二塚先生の理論が正しいとしても、県外者を差別していると言われそうな気がしますので、県外者も帰ってきたときはこの制度にはどこかで乗れる、しかし、乗れる制度が老人保健法の方はないわけですね。

【柳沢環境保健部長】 帰ってきたというのは、どういう意味ですか。里帰りですか。

【浅野委員】 わざわざ帰ってこいと言うと、また抵抗があるわけですね。そうではないのだけれども、ただ、ちょっと里帰りをして、たまたまやっているから、診てくれと言ったら、診てあげたらいいではないかぐらい。何かちょっとどこかに風穴をあけておけばいい。

【井形委員長】 どこかに逃げ口をつくって、やりたければ、やる意思はありますよということを、何か便法はないですか。

【森嶋委員】 私はさっき誤解したのですが、これは地域でどういうことが起きているか、地域でどういうふうに推移していくかというのを見るので、その

28 頁

意味で集団でつかまえているわけです。しかも、それは不安を解消してやるというよりもむしろ、さっきから出ているように、事態の解明のために研究といいますか、その一環としてやっていくというところに重きをおけば、今度は、先ほど私が言いました2段目のところは、四肢末端の感覚障害のある人の救済になりますから、その意味では、県外者が帰ってきて、自分にはこういう症状があるから面倒をみてくれということになれば、その段階で診断もするしチェックもするし、いろいろしてもらえということになっていけばいいのではないのでしょうか。今、症状も何もないときに、ただ、不安があるから帰ってきてくれということにしますと、さっき私が言ったように

【浅野委員】 帰ってこいというのは無理ですよ。ただ、もともと老人保健法に乗らない人も、抱き合わせで、そこに行けば診てもらえるのなら、一緒のことなので、県外者でも帰ってきたときには、しかるべく役所に行って、昔住んでいたという証明書をもらったら、上乘せの分だけはみてもらえるよというような、そういうのはあからさまに言わなくても、通達一本で済んでしまうのではないかと思います。だから、はっきり配慮するなどということは余り言わない方がいいような気がするのです。

【井形委員長】 配慮はするのだけれども、はっきり配慮するとは言わない。

【浅野委員】 言わないで、適宜配慮するといっておけば、あとは運用の問題ではないか。

【野村委員】 しかし、現在も居住しているというのが目立ちますので、そこら辺を少し表現として工夫すればいいのかもしれないですね。

【井形委員長】 ありがとうございます。

同じものがまた資料3で出てまいりますので、資料3に入らせていただきたいと思いません。

それでは報告書案について説明をお願いいたします。

29 頁

【岩尾特殊疾病対策室長】 「今後の水俣病対策について(取りまとめ案)」という資料3でございます。専門委員会からの報告について、今回は一応全体の文案を作成いたしました。ただし、まだ論理を十分詰めていないところですか、具体的な対策の検討を受けて

書き換える部分が多く残っております。先生方には10月3日版として事前にお渡ししたものと内容はほとんど同じものでございます。事前に幾つか御意見をいただいたところもありますが、本日、意見をお聞きした上で一括して修文したいと考えております。そういうことで、まだ修正はいたしておりませんので御了解いただきたいと思います。

分量が非常に多いものですから、特に重要な点を集中的に御議論いただきたいと思います。問題となる点を今お配りしております「主な検討事項」という紙にまとめておりますので、併せて御参照いただきたいと思います。

それでは、全体を通じて説明させていただきます。

〔資料配付〕

【事務局】 それでは資料3に従いまして簡単に御説明させていただきます。

1枚目は目次でございます。目次の構成といたしましては、最初に「はじめに」があって、次に「水俣病問題の経過」、次に「水俣病に関する医学的知見」で、ここはおおむねイントロダクション的な性格になろうと思います。その上で「問題の現状と評価」、の「今後の対策の方向について」、ここが理屈の部分としては本論になるところでございます。さらに「新たに講ずべき対策のあらまし」として、その考え方に従った施策をもう少し具体的な方向として示したものが入り込むこととなります。さらに「その他の課題について」として、周辺的な問題で御提言いただくことについて書いていただくこととなります。最後に「終わりに」となります。

「主な検討事項」もそういうことで整理しておりまして、私どもとしては、全体の構成について御意見をいただきたいと思いますところがございます。

30頁

それから、特に今回は、を中心とした主要の部分についてぜひ御意見をいただければと思っております。

では順番に御説明させていただきます。

1ページ目は「はじめに」ということで、検討のきっかけでございますので、特に内容はないところでございます。最後の3行に線を引いておりますけれども、この専門委員会ではどの範囲の問題を扱ったか、環境保健の分野について議論して結論を取りまとめた、このことについては内容を入れ込んだ方がいいのではないかと考えております。

2ページ目は「水俣病問題の経過」です。ここのと「問題の現状と評価」につきましては、状況説明的な性格のところと、その後の実質的な議論につながるころがございます。前回の方針に関する議論の中で、この辺はイントロダクションなのでもう少し圧縮あるいはなくてもいいのではないかという御意見をいただいたところですが、事務局としても少し検討したのですが、まだどちらがいいという結論まで達しませんでしたので、今回は内容を入れた形で一回御提示させていただきました。また御意見をいただきたいと思います。

水俣病問題の経過について、1番の「水俣病の発生と原因の究明」、2番の「水俣病の救

済対策」ここまでは純然とした経過でありまして、特に大きな意味づけはないところであります。

その上で、3 ページ目の 3 番で「環境汚染の推移」がありますが、ここも客観的事実ですけれども、今後の水俣病発生可能性があるかどうか、安全性はどうかということにつながるということで、一つ意味のある部分であります。内容としては、工場排水から魚までたどる経緯で、現在は汚染が低下してきている、そういう内容を記述しております。

5 ページにまいりまして、「水俣病に関する医学的知見」の部分です。ここにつきましても、どの程度書くべきかということではいろいろ御意見ありました

31 頁

けれども、このベースになるところで現在いろいろなことが言われておりますので、一番基本になるところはどこまでかということで整理して書き込んでいただいた方がいいのではないかと考えております。

1 番の「水俣病の病像について」は、一般的な書き方でありましてけれども、水俣病は神経症状として様々な症候を呈するものであって、特に典型例としては、そういった主要症候を備えた例がみられるけれども、非典型例では、通常その幾つかの組合せが出現する、こういう形の病気であるということなんです。神経系以外の問題としては、「肝臓や循環器系の障害等についての可能性の指摘もあるが、現在のところこのような障害を示す例はほとんどなく、むしろ否定的な結果を示すものが多い」という評価を書いております。このアンダーラインのところは、表現のポイントというところで事務局で便宜的につけたものでありまして、最終の案では全部取り払うことになります。

2 番の「水俣病の診断」は、水俣病の診断はどうあるかということで、水俣病の症状は、その一つ一つに着目すると、非特異的、他原因でも生じるものであるもので、症候群的診断が唯一採用可能な医学的診断方法であるという前提であります。

その上で、今一番問題になっておりますのが、症状を様々呈するときに、どういう症状があったら水俣病と診断するか、水俣病とみなすかという点にあります。このところは 6 ページの大括弧の中で「診断基準と 52 年判断条件についての書きぶりについて要検討」としてあります。ここは、私どもとしては、52 年の判断条件が医学的に見ても適切な基準ではないかと考えておりまして、最終の話はそこにつなげたいと思っております。しかしながら、議論の流れとして難しいのは、水俣病に関して純医学的な面から医学者の方がつくられた診断基準というものがないものですから、医学的な診断はどうかということから説き起こして、この 52 年判断条件について言及するために、途中 1 段、医

32 頁

学的な診断はどうあるべきかというところで材料が足りないという感じがあります。ですから、そこを埋める形で、どのうな形で議論していくかというのを更に検討したいと考えております。

2 段目の「また」以下ですが、これは曝露条件、いわゆる疫学的条件というものを診断

上どのように評価するかです。これが一つ大きな議論となっております。この書きぶりでは、個々人のメチル水銀の体内蓄積状況が把握できれば、それが診断上高い価値を有するのですか、しかしながら、メチル水銀というのは、吸収される一方、速やかに体外に排泄されるために、長時間経過したものでは、曝露当時の蓄積量を直接把握することは困難である、こういう形で書き込んでおります。

3 番の「メチル水銀曝露と水俣病発症について」です。ここが環境の安全性とか、今後の発症可能性ということで、一つ流れの中で重要なところかと思えます。(1)の「水俣病発症の機構について」は、教科書的な表現ですが、メチル水銀は、吸収される一方、排泄もされるので、継続的な摂取が続いたとしても、ある程度蓄積された以上は吸収と排泄量が均衡する結果、体内蓄積量は増加しなくなるというところを書いております。かつ、発症閾値ということで、障害が出る蓄積量の限界がありますので、この有害物質の濃度が発症閾値に達しない場合には、臨床的な症状が出現することはないという書きぶりであります。このあたりが、今問題になっております長期微量汚染で典型的な水俣病みたいな症状が出るかどうかという議論に対して注釈を加えているところになります。

1 行ありまして、次の段が、もう一つの問題であります遅発の発症、曝露がなくなって長期間たってから、それまで正常だった人が水俣病という病気を起こすことがあるのかどうか、そういう問題に関する注釈であります。これまでの既存の知見では、最初のアンダーラインのように、メチル水銀の場合には、

33 頁

曝露から発症までの期間は比較的長い、通常1ヵ月前後であり、長くとも1年程度までであると考えられておりますけれども、日本の例としては、これより長い例の報告があります。そのより長い別についてどのように解釈すべきかということについては、まだ実際にどのくらい長くあるかという問題と併せて、明確な解釈、判断がなされていないところですが、実際の問題としては、7 ページにありますように、そういった報告例についても、曝露停止から発症までの期間が数年を超えるものは報告されていない。いずれにしても数年に限られているとは言えるかと思えます。

(2)の「曝露レベルの推移の推定と発症可能性」は、これまでの言いぶりを踏まえまして、現在あるいは将来的に水俣病が更に発症する恐れがあるのかどうかということの結論の部分であります。の不知火海沿岸地域と の阿賀野川流域に分けて書いておりますけれども、先ほどの の環境汚染の状況の推移と、ここで書きました発症の形態、発症のメカニズムを考え合わせますと、不知火海沿岸地域については、遅くとも昭和44年以降、水俣病が発生する可能性のあるレベルの持続的メチル水銀曝露が存在するような状況ではなくなった、また、阿賀野川流域におきましては、昭和41年以降、水俣病が発生する可能性のあるレベルの持続的メチル水銀曝露が存在するような状況ではなくなったということが既存の知見から言い得るのではないかとしておるわけです。

このようなことを前段で言った後に、8 ページ以降、「問題の現状と評価」ということで、

焦点になっている問題について分析が始まるわけです。1の「問題の現状」の流れにつきましては、前回御議論いただきましたが、まず表面的に現象として起きている問題について記述する。それを掘り下げていったときに、根っこにある問題として、健康上の問題が存在しているのだ、そういう書きぶりにしてあります。それが3段目までですが、1段目として、新たに認定申請を行う者から、未処分者、行政不服審査、行政訴訟、損害賠償請求

#####34頁

訟などという形で問題が生じてきておって、広範な社会的紛争が生じている状況にあるといわざるを得ないという表現であります。

次の2行で、「このような状況を生じせしめている要因としては、水俣病発生地域においては健康に関する特別な問題が存在していることが指摘されている」というふうにつながりまして、その問題は何かということを中心にすると、水俣病発症に至らなくても様々な程度でメチル水銀を摂取していることがあるので、それによって健康上のリスクがあるのではないかという危惧があったり、あるいは実際に水俣病にも見られる様々な神経症候の訴えがあって、水俣病ではないかと考える人もいる、そういう点が挙げられるということです。この2点につきましては、後ろで詳しく述べておりますので、ここでは触れるだけにとどめております。

次の段は全く新しく書き込んだ問題ですが、水俣病地域にある問題は、ほかの公害問題、公害健康被害の問題の中でも特に水俣病発生地域に独特の問題としてあるのだということを書いてあります。これは理屈づけといたしまして、こういうことをかまっておきませんと、ほかの地域の健康不安の問題とか、レベルが違った問題にすぐ波及する恐れもありますので、特に限定を加えているわけです。

それから、大括弧で「新潟地域の書き分けについて要検討」としてありますけれども、ここは先ほど健康管理対策の方で御説明しましたように、新潟についてはかなり状況の違いが見られますので、それをどこまで評価して、今回の理屈の中で、どこまで同じで、どこまで違うと言っていくかということの注書きです。ここはなお検討して内容と表現を固めたいと思っております。

9ページにまいりまして、「水俣病発生地域住民に係る環境保健上の留意点」です。ここは先ほど資料2で申し上げました健康管理に至る前段の説明、解釈です。そういうことで、内容についてアンダーラインを順次引いております。

#####35頁

れども、資料2の方の表現が、むしろこのアンダーラインのところを取り上げてきたような形です。説明が重なりますので省略させていただこうと思っておりますけれども、主には、様々な理由によって健康状態について不安を抱いているのではなかろうか、そういうところで説明しております。この内容が9ページ全体でございます。

10ページにまいりまして、「地域住民における水俣病類似の神経症候について」、ここが

特定症候のところに話をつなぐ説明として、今回の報告の中でも一番重要なところの一番頭の流れかと思えます。そこで、「問題を四肢の感覚障害に収斂させる説明について要検討」ということで全体に括弧を付しております。

まず(1)として「地域住民にみられる神経症候の訴えについて」という書き出しにしておりますが、これは前回のときに、私どもが念頭においているのは四肢の感覚障害なのですが、いきなり四肢の感覚障害では、なぜ四肢の感覚障害かというところが説明不足であるので、もう少し大きいところから説き起こす必要があるのではないかとということで書き換えたところでございます。まずここでは、水俣病発生地域では、様々な神経症候の訴えがみられるという形で起こしております。四肢の感覚障害に限られずということです。その根拠といたしましては、認定申請者にも神経症候の様々な訴えがみられて、認定申請が続く大きな原因であるということを書いております。特に認定申請のことを以降で詳しく説明しております。ここは前回の骨子では、この地域において感覚障害の人がかなり多いというトーンで書いておったのですが、前回、御意見をいただきまして、疫学的な問題になるといろいろと争いもあるところでして、実際に多いのかどうか、確たる議論ができるだけの材料がまだないようなところでございます。そこで、しっかりした議論をするということであれば、むしろ認定制度の中で、データのある範囲で議論した方がいいのではないかと

36 頁

ことでしたので、そういった書きぶりに直したところでございます。そういうことで、認定申請をする者の訴える症状としては、手足のしびれ感が多い。手足のしびれ感というのは、臨床的な評価が下されますと、四肢の感覚障害を持つ者と推測できるわけです。かつ、棄却された方の中にも四肢の感覚障害は相当数見られまして、現在、特別医療事業をやっておりますけれども、この対象者が既に2,000人を超えている状況にあります。こういうことを書いて、最終的には、最後の括弧についているように、「このように四肢の感覚障害は水俣病発生地域における神経症候の訴えの中核をなしているといえる」、こういった形で、この地域の問題は四肢の感覚障害で代表させることができるとまで言いたいわけですが、ここまで言うにはもう少し議論でつなぐところが必要かなという感じを持っております。

(2)の「四肢の感覚障害について」ということで、問題として四肢の感覚障害を挙げましたので、その解釈、性格づけはどうかということを書いております。ここでは、四肢の感覚障害は水俣病でみられる症候の中で最も基本的な症状でございますので、そういった症状があれば、水俣病ではないかと思うことについてそれなりの理由があるという解釈をしております。しかしながら、注釈としては、四肢の感覚障害があれば水俣病であるということではなくて、四肢の感覚障害自体、他の多くの原因で生じるし、原因が特定できない特発性のものもあるということでありまして。

そこで、その下に括弧書きしているように、四肢の感覚障害がこの地域に特有の水俣病に関連する健康上の問題である、四肢の感覚障害に問題が収斂されるということまで議

論を持っていきたいわけですが、これについてももう少し議論の流れを整理する必要があるのではないかと考えております。

(3)で「四肢の感覚障害と水俣病の診断について」ということで、今まさに議論になっておりますのが、四肢の感覚障害だけで水俣病と判断すべきかど

#37 頁

うかということですので、そこについて現在の見解を整理するという作業をしております。ここで一つは、疫学的な問題として、四肢の感覚障害とメチル水銀の関連性については、まだなお一定の結論を得るには至っていないという評価、それから、臨床医学的及び病理学的な観点からは、昭和60年の医学専門家会議の結論を引いて、それだけで水俣病と判段するには医学的に無理がある、こういう流れでいきたいと思っております。ただ、60年の専門家会議というのは行政上の見解でありますし、いろいろ批判も被っているところですので、ここをうまくスムーズにつなぐためにはどうしたらいいか少し考える必要があるかと思っております。

ここまでの議論ですと、まさにこれまで行政が言ってきたように、水俣病とは判断し得ないということで議論がぱつと切れるわけです。ここだけですと、その対策を講じる必要はないのではないかという雰囲気になってしまいますので、まだなお敷衍する必要があるかと思えます。その問題意識が、次の大括弧に書きましたように、「四肢の感覚障害について、水俣病とは認められないという範囲で、どのように水俣病との関係を整理するか要検討」としているわけでございます。ここの中で、60年の専門家会議のように、水俣病とは診断し得ないという前提の中で、どのように工夫するのかということをお審議、御相談していきたいと思っております。

12ページからですが、の解釈を踏まえて、今後の対策の方向をどうすべきかという点です。1の「対策の基本的な方向」としては、認定制度でやってきたけれども、環境保健上なお問題が残されているので、地域住民の健康上の問題と、水俣病に類似した症候を有する者の問題について何らかの対策を打ち出すべきであろう、こういうところから始まっております。それから、新潟について、多少書き分けるという趣旨を出しております。この2点が主になるわけですが、認定業務について一言言っていたきたいと思っております。次

#38 頁

の段に書いております。趣旨としては、認定業務をこれまでやってきたけれども、まだなお未処分者などがあるので、より一層がんばってやっていくようにという表現をしていたらと思っております。

それから、認定業務が出てきた流れの中で、将来的な地域指定の問題について何らかのレベルで指摘していただくかどうかということをお詰めていきたいと思っております。

次の大括弧で「公健法と補償協定についての記述、その趣旨について要検討」としております。まず中身を御説明いたしますと、13ページを見ていただきたいと思えます。現在

の補償のシステムは、公健法と補償協定が全く独立にありまして、しかしながら、補償協定の中で、認定された人は補償協定を結ぶことができるとされているものですから、事実上はこれが完全にくっつく形で動いているわけです。このような民事賠償と別制度として公健法があるにもかかわらず、民事賠償の対象要件として公健法が使われてしまっているというのは、公健法の側からいたしますと、予定していたところではないわけです。これが結果として水俣病問題を一層複雑な問題としていることは疑いのないところである。すなわち、問題意識としては、非常に軽症な方でも一律の高額の補償を受けてしまうのではないかとということにあるわけです。しかしながら、一概に補償協定を非難するには当たらず、補償協定自体、その成立に合理性を有すると評価することはできるわけです。このあたりが問題意識としてあるわけですが、こういった内容についてどういう趣旨で述べるかということについて、まだ私どもとしてもはっきりした問題というか、こういう趣旨で述べたいというのがかちっとしているところまでいっておりません。とりあえず今回の案では、そういうことで問題はあるのだけれども、認定業務については法の趣旨に従ってしっかりやっていくようにというくりにしております。このあたりでこういった問題意識をどういうふうに受けるかということをもう少し詰めた上

39 頁

で文案をつくって御相談したいと思っております。

2 番の「地域住民の健康管理について」、ここも資料 2 で出しましたような議論をしているところがございますので、アンダーラインを引いたところが資料 2 で抜き書きしたところにほぼ対応すると考えていただければよろしいかと思えます。健康上の不安を持つということから、安全性の確認のために、健康診断、健康指導等による健康管理を行っていく必要があるのではないかと、そういう流れの記述をしておるわけです。

14 ページの 3 番の「特定の症候を有する者への対応について」、ここが前のところとセットになって今回の一番根幹をなすところかと思えます。まず「対策の必要及び内容について」ですが、再度評価いたしますと、四肢の感覚障害を持つ者を水俣病と診断することには臨床医学的に無理がある。しかしながら、次にアンダーラインですっと列挙しておるのですが、水俣病患者と類似した生活歴を持つとか、水俣病にもみられる症候を有すること、かつての曝露の状況がよく分かっていないこと、四肢の感覚障害で水俣病という見解も言われているようなこと、社会的状況等として本人が水俣病と考えるについては相応の事情もあるようなこと、こういったことを総合的に考えますと、このような者が自ら水俣病である、又はその可能性があると考えることについてはやむをえない理由が認められるという解釈をしておるわけでございます。かつ、こういった問題が個人の問題にとどまらず、その解決は強い社会的な要請となっているという段階に達しているわけです。そのため、ここから直接対策の必要性という結論に行っておりまして、四肢の感覚障害を有する者について、その健康問題を解消・軽減するために、何らかの措置を講じることは重要な課題となっているので、具体的には適切な健康管理を図るため、医療等を確保する必要が

あるということで、最初のところで結論的なものを出す形にっております。

#####40頁

以後、では、どのような対策を行うべきかということの解釈・説明になるわけです。るる御議論いただいたところですが、こういった四肢の感覚障害を損害賠償的なものとして扱うのか、そうでないものとして扱うのかということが大きな議論であろうと思われま。ここでは損害賠償の問題について、汚染者負担の原則を適用すべき問題であるかどうかということ詳しく論じております。

結論としては、2 段目ですが、まず医学的な評価ということで、疫学的にも臨床医学的にも水俣病とはっきりしてしまうには無理があるということを考えれば、個々のそういった症状を持つ人について、メチル水銀曝露との間の法的因果関係を推定して何かやることは困難ではなからうかと結論づけております。

次の二つの段は、参考的な議論になるわけですが、一つは、四日市の大気汚染事件判決などにおきまして疫学的因果関係という議論が出されています。これは公審問題一般について適用できるような形で取り上げられているところもありますけれども、かなり厳密な議論を踏まえたところですので、四日市のような状況と今回の四肢の感覚障害のような状況がどこが違うかということ念のために説明しておるわけです。ここで言っておりますのは、四肢の感覚障害という問題については、まず医学的に見て水俣病と認めるとまではされていないこと、疫学的にも関連性についてまだ明確にされていないこと、それから、前提となる曝露の事実に関しても、大気汚染のような場合と違いまして、個々人について水俣病を発症する程度までメチル水銀の摂取があったとみなすことは難しからうという状況にあるわけです。このようなことを踏まえますと、四日市の場合とかなり違って、疫学的因果関係の理論を通用できる局面とは違うのではないかということになるわけです。

次の段が訴訟判決の問題です。これまで出された訴訟判決の問題についても、やはりどういう形で触れる必要があるという御指摘がありました。そこで

#####41頁

仮案ということで事務局でつくったものであります。訴訟判決は幾つかありまして、相互に食い違いがあるのですが、代表的なものを挙げますと、メチル水銀曝露の高度の蓋然性があるって四肢末端の感覚障害があれば、水俣病とみるべきではなからうか、こういった意見となろうと思います。これについては、この報告の中で議論していたところに照らせば、医学的知見に照らして、このような判決の趣旨が是認し得るかどうかは、なお議論のあるところである。素直にいきますと、若干否定的な感じになろうかと思えます。ただ、判決を正面から批判することは余り適切ではないかと思えますので、専門家の立場とすれば、損害賠償を認められるかどうかは最終的に法的判断によって決められるところであるし、現在の水俣病訴訟では同じ争点を持つ訴訟が多数係属中であることを考えれば、いずれにしてもそういった事件の帰趨を待たなければ、損害賠償が認められるかどうかは確定しないだろうということになろうと思います。そこで、現状では「これまでに示された判決だ

けを踏まえて、四肢の感覚障害を有する者に関して損害賠償的性格に基づく制度を作ることについては慎重を要するといわざるをえない」というぐらいの表現になろうかと思いません。

間に損害賠償の話が大分入りましたけれども、16ページにいきまして、損害賠償でなければどういう考え方で対策を講じるべきかということを議論しております。もう一回科学的な問題に戻りますと、自然科学的因果関係については、これが認められる方向には行っておりませんが、逆に積極的に否定されるだけの知見が十分に集積されているという段階にも至っていないということ、こういう状況であれば、本来であれば、科学的な究明を図った上で、その症候の制度的取扱いについて結論を出していくべきであろうとなりますけれども、水俣病の特殊性、過去の問題であるということを考えれば、今後の研究によって、このように限界的、非常に微妙なレベルの問題について、結論を明確に得ることは極めて困難ではなかろうかという評価ができると思います。そ

#####42頁

うしますと、現状、汚染原因者に重い責任を負わせることについては無理があること、一方では、原因についての科学的な究明を期待し難い状況にもあるということになります。しかしながら、これだけ社会的にも大きな問題になっていることを考えれば、公害に関連する健康上の問題についても必要な措置を講じることが政府の責務であるということにかんがみまして、国民の健康の保持、増進を図る観点から何らかの対策を講じるべきであろう、こう結論づけているわけです。

そこで として「新たに講ずべき対策のあらまし」、具体的な形で対策の中身が見えるように、もう一度概要的なものを書き込んでいただきたいと思っております。ここについては、私ども事務局の方でも今具体的にどういうシステムにしたらいいかということを検討しております、それとすり合わせた上で記述していきたいと考えておりますので、今のところ、「具体的な対策の検討を踏まえて修正の予定」ということで、仮の案にしております。おおむねこういった形ということで書いております。

「対策の目的及び性格」としては、健康問題があることを踏まえて、行政として、健康の保持、増進を図る観点から、必要な施策を講じる、こういう性格づけをしております。

「対策の分担」といたしまして、だれが何をやるかという問題ですけれども、負担としては、国及び関係県の負担により行う。健康管理の問題などについては、市町村が非常に大きな役割を担っていただく必要がありますので、市町村についても、本事業の円滑な推進のために積極的な役割が期待される、そういう表現を入れております。

3番として「地域の健康管理対策」ですが、ここは先ほど御説明した資料2の内容を逆にこちらの方が簡略的に趣旨のところだけを抜いてきたものでございます。先ほど御指摘いただきまして、ここについてもまた見直したいと思っ

#####43頁

ております。

18 ページ、4 番の「特定症候有症者医療事業」です。この問題についてこれまで大分詳しく御議論いただきましたので、そこを趣旨のところだけを抜き出すような形で整理しておるわけです。趣旨としては、これまで前段で書いてきたようなことが書いてあります。

対象者といたしましては、特定症候有症者としては、相当量のメチル水銀の曝露の可能性があった者のうち、四肢末端の感覚障害を持つ者で、水俣病あるいは他疾患であることがはっきりした者は除こうという形にしております。

次に、こういった対象者をどういう形で選定するかというのが実線的には一番大きな問題であるわけです。関係県知事が窓口として審査を行い、決定する。その際の資料としては、一つは、曝露を受けたということが推定できるような資料を出していただく。これは居住歴等その他になろうと思います。もう一つは、症状の要件として、四肢末端の感覚障害を持つことについての資料をいただくということです。これらの客観性を保つということで、「知事の指定する医療機関」という表現にしたいと思っております。次に「これと同等と知事が判断する資料」としてありますけれども、念頭においておりますのは、認定審査会に諮った認定審査の資料があれば、そういったもので代替することができるという趣旨であります。

対策の内容としては、一つは医療費、療養費ですが、そのほか、療養手当あるいは健康管理手当という形で何らかの給付を加えることを考えております。ここもこういった形で絞るかについては、今事務局で詰めておるところですので、また御紹介したいと思います。

実施体制につきましては、現在の公健法の指定地域を管轄する県知事により行う。県外者については、実務的に指定地域を管轄する同じ県知事によって、かつて居住していたという条件でやっていただくことが適当であろうと考えて

44 頁

おります。

19 ページの「その他」として、「水俣病とは認められない者に対して、水俣病に係る特殊な状況にかんがみ対策を講じるものである」という趣旨から、公健法に基づく救済制度との混乱が生じないよう適切な取扱いがなされるべきと考える」としてありますが、ここはこの事業を受けている人が重ねて認定申請をできるかどうかという問題のところですので、ここにつきましては、理屈の上で頭からできないと言うことは難しいという結論になっておりますので、理屈でだめだと書くわけにはいかないのですが、実際の問題として、そこが重なることによって様々な問題とかトラブルが起きるということは指摘できる場所ですので、趣旨からいうと、やはり公健法とは違うものだという程度の御指摘を加えていただけないかと思っております。

最後に「その他」といたしまして、今のかけ持ちの問題、先ほどの健康管理で既存制度、老人保健法との定義の問題がありますので、いずれにしても、健康管理の様々な対策ということであれば、既にやられている保健制度とか、そういった対策と密接に絡みますので、その辺の整理、すり合わせを十分した上で効率的に行うべきであろう、そういう指摘をし

ていただければと思っております。

以上が本体になります。

加えまして、20 ページに御提言として、一つは水俣病に関する調査研究について、長期的な曝露を受けた人の健康状況についてフォローしていくべきではないか、そういった内容とか、あるいは先年 IPCS の方で指摘された、より低濃度の曝露での胎児への何らかの影響の有無の問題、さらには、日本のこういった公害問題の経験を記録しておくこと、あるいは諸外国へ知見を供与するために整理することが必要ではないか、そういった御指摘もいただければと思っております。

#####45 頁

もう一つは、認定患者への措置ということで、認定患者が高齢化あるいは胎児性の患者が成人になってきたということで、公的な部分でも何らかの対応が必要であれば、検討する必要があるのではないかと。そういったことについても触れていただければと思っております。

21 ページ、最後に「終わりに」、ここは全体についてはこれまでの議論をもう一回整理したところですので、これまでの議論に尽きておるわけです。ただ、3 点ほどございますけれども、一つは、最初の大括弧で「行政が対処すべき理由付けの記述について要検討」ということです。これまで特定症候有症者のところで理由付けに使っておりました、当時の環境保健行政が国民の期待に十分応えられなかったということも踏まえて対策を行うべきではないだろうか、ある意味で行政の責任的なところの指摘をこの部分に持ってきております。ここについても、どのぐらい書き込むかということは非常に微妙な問題でありますので、十分詰めていきたいと考えております。

それから、地域指定の問題について、どの程度書くか、書かないかについてはなお議論があるところですが、もし書くとすれば、先ほどの認定業務の整理の中での一環として書くか、あるいは「終わりに」ということで、全く将来的な課題として多少触れていただくか、そういった形になろうかと思えます。

最後のくりといたしましては、今後、既存の対策及び今回の対策を核として、水俣病問題の解決に努めていくことが必要であろう、というような行政に対する問いかけをしていただく形になろうかと思っております。

以上、かいつまんで御説明させていただきました。

【柳沢環境保健部長】 中身の御議論にお入りいただく前に、誠に釈迦に説法あるいは老婆心にわたることで恐縮でございますけれども、本日の資料の取扱いについて一言お願い申し上げたいと存じます。

御案内のとおり、この専門委員会の審議は大変注目されておまして、マス

#####46 頁

コミも非常に追いかけているというような状況でございます。また、原告団等の政治的に利用しようというグループもいろいろ動きを示しているとおりでございます。こういう状

況の中で、結論が本当に取りまとめられる前に不正確な情報が世の中にいろいろ出ること、その後の審議にも差し支える恐れがございます。また、曲解されて宣伝されると一般に誤った印象を与える恐れもあるわけでございます。現に、昨日の朝、NHK のテレビ、ラジオの放送で、水俣病対策の原案がまとめられた、そういう趣旨の報道がなされたわけでございます。どこからどういうふうな取材でその情報を入手したのかは分かりませんが、そういうようなことがございましたので、この資料の取扱いについてはくれぐれも御留意をお願いしたいと思います。

昨日も NHK の報道があった後、新聞記者等が来まして、今国の委員会、委員の先生方が 14 人もいらっしゃるならば、必ず抜いてみせる、赤ん坊の手をひねるよりもそんなことは簡単だというように蒙語しておりました。そういうようなマスコミの調子でございますので、この審議の内容につきましては、環境庁あるいは委員長の方に問い合わせるというような御対応あるいはこの資料の厳重管理につきましては、今更恐縮でございますけれども、よろしくお願いいたしたいと思っております。

【井形委員長】 そのことについては私からもお願い申し上げておきたいと思っております。全く晴天の霹靂で、昨日の朝の NHK の 6 時と 7 時のニュースで、かなり詳しい、おそらくこの資料が外へ出てないと思えないと思われるような記事が放送されました。それと同時に、先生方のところにいっぱい電話がかかってきたと思っております。私のところにも電話がありました。審査会で審議していないものがあたかも審査会が原案をまとめたというようなニュースが流れたわけで、これは非常に大きな影響があると思っております。いずれにしても、最終結論が出れば、はっきりと論旨を明快に説明することはありますけれども、こういう

47 頁

ことがありますと、非常に審議に差し支えると思っております。どこから漏れたか全く分かりません。あるいは原告あたりが、ある目的を持ってやったという可能性もなきにしもあらずと思っておりますけれども、そういう状況に置かれておりますので、資料の取扱いについては、ひとつよろしくお願いいたしたいと思っております。

取材というのは、僕も覚えておりますけれども、第 1 回目の臨時認定審査会のときに何名とるかというのを、読売新聞が絶対確保しろと行って、各委員のところに行って、大きな声で独り言で「1 名も通らんということはないですよ」と言って、そのときにその人が「そんなことは絶対ない」と言うか、へらへらと笑っているか、そういう状況を全部報告して、読売新聞が予想記事を書いた。完全に外れておりましたけれども。新聞記者さんは、特に NHK が抜かれたとなると、必死になっていろいろなことを追いかけると思っております。

今日は、フリートキングで、結論は出してないということになると思っておりますので、ひとつ御協力をよろしくお願いいたしたいと思います。

【森島委員】 今のことに関連して。今の環境保健部長のお話は分かるのですが、ある程度固まってきた段階で委員が何かアプローチされて出てくる可能性はあると思うのですが、おおよそまだまとまっていない段階で委員から出ることは、私は、常識的に考えてあり得な

と思うのです。実は、私、昨日おりませんで、うちへ帰ってきたら、幾つかの新聞社から電話がかかってきて、こういうのが出ている、10月4日付とか何とか言って、後で考えてみたら、3日付なんです、NHKはこう言ったけれども、こういうこととこういうことと、これは先ほど見せていただいたのですが、これに書いてないことまで向こうは知っているわけです。今までいろいろな議論をしたから、そういうことは公的にはあれしてないだろうけれども、私自身がそういう案がまとまったということを知らない。そこはうそだったのですが、そんな文書はこっちにはないと言

48 頁

ったのです。こういう時期に向こうが何か持ちますと、どうしても、特に井形先生などはそうだろうと思うのですが、向こうから言われた場合、うそをついてでも防戦をしなければならぬ。だから、委員の方をお願いすることもさることながら、役所の方でも各省調整などであるいは出ているのかもしれないけれども、私は全く別の審議会で今やられていまして、大いに迷惑をしているところがあるのです。これはどうも各省調整のところを出たらしいのです。今回、役所の方の文書管理がルーズであったと言うつもりはありませんけれども、委員の方をお願いをされたついでに申しますと、役所の方でもぜひ決まらないものが出るようなことのないようによろしくお願いいたします。

【柳沢環境保健部長】 環境庁の方が厳重管理しなければならないことは申し上げるまでもないことでございます。

【森島委員】 私は寝耳に水で、NHKも聞いてなかった。そう言われて、こういうことをやっていたけれども、そうですかと言うから、全然知らないと言ったけれども、内心、当たっているところもあるものですから、こちらも、それこそ「赤子の手をひねる」ではないけれども、もう少しやられるとひねられてしまうのではないかと思いました。よろしくお願いいたします。

【井形委員長】 それでは、今日できるだけ御意見をいただいて、審議時間が非常に短うございますので、あとはぜひ書面で出していただきたいのです。書面には、意見がなくても、おおむねこれでよろしいとか、ここが問題だとか、こうしてほしいということを、審議の時間の足りないのをカバーして、次の会、もうタイムリミットが迫っておりますので、審議を進めたいと思います。

どうぞ自由討論でお願いいたします。

【森島委員】 細かいところはたくさんあるのですが、細かいことは、今のお申し出のようなことで、文書なり何なりでいたします。法的なところですが、医学的にそうだとすると、法的因果関係のところ、15ページの細かい文章

49 頁

について、四日市の問題とか、それについてはまた別途文書を出しますけれども、基本的な方針と申しますか、水俣病の現在の紛争の早期解決ということでこの専門委員会は審議をしているはずですが、ここでは、例えば国は和解に出ないという前提もありまして、要

するに裁判所がやっていることについては、なお議論のあるところであるという、先ほども「消極的」とおっしゃいましたが、むしろこちらがネガティブに出ているわけですね。つまり、けんかを売っているところがあるわけですが、裁判所の判定の仕方はおかしいとか、法的には損害賠償としてはそういうことはできないはずだ、そういう理屈はとれないはずだという議論ではなくて、むしろ国の方はどういう立場をとろうと、審議会としては、その点については、一応書いた上で、積極的に評価はしない、しかしながら、審議会あるいは専門委員会としては、四肢末端の感覚障害だけを根拠として、一般的な制度として損害賠償ということを組み立てることは不可能だと考える。つまり行政的な、ちょうど公健法と同じように、そういう考え方をとるのはできない。そこだけをこことしては結論にしておいて、あと、損害賠償とは別の行政上の措置をとるのだと言えいいのです。

これでは、例えば法的に因果関係は認められないはずだといいますが、国は入っていませんが、今、チッソや熊本県が和解をしようとしているときに、お前たちのやる和解は間違っているのだ、つまり因果関係はないにもかかわらず和解をするのかということになりますので、国が和解に参加されないことは、これは国の政策ですけれども、少なくとも和解をやっている方に対して邪魔になるような論理をこの専門委員会としてはすべきではないと思いますので、私も文書を考えて出しますが、15ページのところの記述は、結論部分はこれでいいにしても、持っていく方について細心の注意を払って、裁判所を刺激したり、あるいは和解が横で進行しているのをこの専門委員会が結果的に妨害することのないようにしていただきたいと思います。それが一つ。

50 頁

もう一つは、最後の「終わりに」のところでは、こういう制度をつくることをどういうつもりでやっているのかということ、もう少し国の政策として、技術論よりも、先ほど「解決責任」と言われましたけれども、裁判所が言っているのも、全体の早期解決のためには国も乗り出してくれ、行政的にもやってくれということを行っているわけですから、前にも申しましたけれども、この専門委員会がやっていることは、早期解決のための一つの方策といいますが、それを国の立場としてこういうことをやるのだ、そして、この提言が水俣病の紛争の早期解決に役立つことを強く希望するとか期待するということで、ずっと役所風にできていますから、最後は、これでともかく委員会としては解決の方策を打ち出したつもりである、国に対して、こういう形で全体的な解決の一環を担ってくれ、ということ、これを明らかにするような文章をぜひ入れていただきたいと思います。

【井形委員長】 委員長が余り発言するのは好ましくありませんけれども、私の印象も森島先生とほぼ同じで、これだけつくられて、議論されて、かなりの労力を要したと思います。これにまず敬意を表します。

一つは、何となく裁判上の口頭弁論を書かれた、その筆で書かれたというニュアンスが非常に強いのです。先ほどから何べんも言うように、同じことを書くのに、表現を変えることによって、実質を残して、なおかつソフトな形にするのが可能で、実害を被らないと

いう表現が幾つかあるような気がいたします。

それから、ここで時間をかけていろいろ審議したことが早期解決への一歩である、つまり理想的には早期解決に向かってやったのだという項目の哲学が余り表に出てきてないような気がしますので、これをかなり強く打ち出して、結論は、国が和解の席に着かないことについては理解するというニュアンスになるのですね。行政施策を進めるということにはなはずけれども、国としては早期解決へのステップである。

#####51頁

それから、先ほどから申し上げているように、一つは、こういう事業をやっていくうちに、特定症候有症者の実態を確実に把握して、その上で完全解決への具体策を模索することが必要、そういうことを付け加えさせていただければありがたいというのが私の率直な気持ちです。

皆さん、どうぞ御自由に発言してください。

【鈴木委員】 今の話と関連するかもしれませんが、この取りまとめがまだ妙に受け身なんです。読んでいても、こういうふうにしてやった方がいいのだという積極的なドライブがかかってこない。要するに国あるいは環境庁が和解の席に出ていかないことは何か悪いことをしているみたいな構えで、むにやむにや言っているような感じになっているのです。そうでなくて、もっとこういうふうにする方が積極的に将来のためにいいのですよ、そういう立場はあると思うのです。それはかなり苦労されて、そういう方向がこの中に盛り込まれつつあると思うのです。完全ではないにしても、私はこういうやり方はいいと思うのです。例えばゼロか何千万かなどという説き方ではなくて、こういう難しい問題を解いていくやり方として、これは将来こういう問題が起こったときのために役に立つ展開のさせ方だと思うので、その辺を分かるようにどこかに書いてほしいと思うのです。

【上村委員】 私も今、森嶋委員がお話しになったような印象を持ったのです。細かいことで申しますと、例えば2ページに「水俣病の救済対策」と書いてあるのですが、それは「救済」なのですか。水俣病の場合には、「補償」と「救済」という

【事務局】 補償を含めた意味で「救済」という言葉を使っているつもりです。

【上村委員】 要するに、法律が変わったときに、前の法律が「救済」だったのを今度は補償法に改めたわけですね。したがって、水俣病は「補償」なんですよ、水俣病の周りは「救済」なんですよというふうな観念に整理すべきでは

#####52頁

ないかと思うのです。だから、補償も救済だというのは、どうなのでしょう。

【森嶋委員】 広く使えばそういう理屈にはなりますけれども。

【浅野委員】 結局、言葉の問題になってしまいますので。一般的に民法の分野でいえば、補償だろうと何だろうと「救済」という言葉を使っているから、それほど奇異な感じを受けないのです。ただ、先生おっしゃるように、あえてきちっとした仕分けをしるという御議論は分かるのです。ただ、経過の説明のところでのっけからそれをやり始めると、これ

だけで論文になってしまいますので、ちょっと無理なのではないかという気がしますが、おっしゃるとおり、水俣病の救済対策の経過という物言いが、非常に率直な言い方をしますと、まさに何にもやってないということを正直に書いているからこうなるわけで、これは事実そのものなんです。つまり、本当の救済は国は今まで何もやってないわけですからね。しかし、もう少し言うなら、結局何か法律でこういうことをやってきましたというだけになってしまっているから、そこで今のような議論になってしまうのでしょうか。それと、後の方で補償協定はおかしいということを一方で言うわけですから、これの全体の、今出てきた議論の中で、十分に整理ができていないし、今の段階では整理ができない。とは分かり切っているのですが、公健法がフレームだと環境庁が本当に考えているかどうか、そこのところが問題なんです。この専門委員会は、それこそしらばくれて、公健法が国の施策の本流なのだからという位置づけでやっていいというのなら、それでやりますけれども、おそらくそれではうまくいかない面がありますので、本当のことを言うと、ここは整理が非常に難しいところです。もうあえて難しいなら書かない方が得かなという気もするぐらいです。正直いって、これだけの書き方だったら、救済の経過という中身になってないですね。というよりも、これしかやってないというのだったら、何にもやってなかったということと言うだけになります。

53 頁

【野村委員】 結論から申しますと、私は、この取りまとめ案は大変御苦労された末まとめられたということが感じられまして、むしろ弁護したいと思うのです。非常に難しい問題であって、積極的に書けとか、そういう要望はいろいろなところから出てくるかもしれませんが、むしろそれは実情からかけ離れた書き方になってしまうのではないのでしょうか。非常に難しい問題を一步でも進めるために苦労してやってきたわけですから。結論を見れば分かると思うのですが、先ほどおっしゃった、むにゃむにゃというようなところは、これは今後の対策に向けての根拠なり、あるいは合理性を示すところだと思いますが、明確にできないところに困難さがあると思うのです。しかし、これをよく読みますと、読む人によって受け取り方が多少幅があるのはやむを得ないと思うのですが、また、それがいいところだと思うのです。だから、100 かゼロかというふうに割り切れない問題をこんなふうに少しでも進めるということにつながる理屈あるいは書き方としては、これが今できるぎりぎりのところではないかとも思います。

なお、部分的には、先ほど森島委員のおっしゃったとおりでして、法的因果関係といいましてもいろいろレベルがありますので、裁判の判決での因果関係の問題と、和解での調停ですか、そういうところでの問題と少し違うわけで、和解のレベルではもっと薄く考えてもいいだろうと思うのです。その代わり、判決でというような高額の賠償金は認めない。薄く認めながら軽く救済するというやり方ももちろん司法政策としてはあり得るわけです。それはレベルによって違うわけですから、一律に法的因果関係はこうであるべきだというふうな書き方は少し緩和された方がいいと思います。

【浅野委員】 そのあいまいな部分がどこかということをはっきりお互いに認識すればいいと思うのです。つまり、今までの認定基準を含めた医学の知見に基づく水俣病ということに関しては、おそらくこの報告書の中でいまさらそれ

#54 頁

をトーンダウンすることはあり得ないし、それをトーンダウンするような中公審の答申が出たので、水俣病の病像そのものが、国の今まで言ってきたことが間違っているというようなことはおそらく書けないだろうと思います。しかし、法律家委員も入った中公審でものを言うときに、従来の認定基準に該当する者以外は一切何の救済も受けられないのだということはおよそあり得ないということも一方であるわけです。当面、あいまいな部分があると申しました一番のポイントは、国が現に被告になっていて、国は和解に応じてなくて、従来の認定基準は間違っていないし、その認定基準に該当する者以外は、従来の基準での民事上の救済を受けることはできないと主張しているわけですね。その点については、我々、後ろから鉄砲を撃つようなことはやりにくいという面があるものですから、そこは一方で残しながら、他方、森島委員が言われるように、和解をやりたい人がやるのは別に構わないわけだし、そっちはそっちであり得るわけです。これの中であえて言わせていただければ、疑似水俣病というか、水俣病周辺部分に対する何らかの施策を講じることによって社会の安定を図ろうという施策目的がありますから、そうすると、どうしても書きぶりによって、下手をすると、訴訟が継続することを一応想定しますと、利用されては困るという面があって、そちらのガードを考えながら、一方では施策の理屈を考えなければいけない。だから、もやもやした言い方になってしまうのです。ともかく医学的なレベルで、従来の認定基準がおかしかったとか、そういうものは水俣病としては狭すぎるということではないのだということをはっきりと言われれば、その後はどんなにもやもやしても一向に構わないと思うのです。そのこのところだけ読み間違いがないような書き方をきちっとしておいて、それから後は最大限、法的なレベルではそうでなくても、しからずとも救済可能であるという理屈をいっぱいこねくり回して、何とか大蔵省から金を取るということにせざるを得ないのではないかと思うのです。もし第1の点が誤解されるような

#55 頁

あいまいさを残すということは、禍根を残すだろうという気がします。

【小高委員】 私も、今、浅野委員が最初におっしゃったことが大事だと思います。基本的にそこから出発して、そこだけは、報告書をまとめるときに認識しなければいけないと思っております。

先ほど、それに加えて、森島委員がおっしゃった、民事上の責任と行政的な施策を講じる場合の、16 ページで行政的な施策が書いてございますけれども、それがどういう性質、どういう趣旨で、どういう内容の行政上の救済施策ができるかについては、私も前々からここでいろいろな救済のタイプを紹介されて議論もした経過もありますから、ここはもう少し抑えて、別途また植村委員とも相談して文は出ささせていただきたいと思っております。

ます。

それから、訴償、和解の動き、横にらみで見た場合に気になりますのは、18ページの(3)の「対策の内容」でございます。和解案では、三つ、医療費、継続的な給付ないしは年金と一時金、こういうことで裁判所も一つの腹案のような、あるいは方向を出しているようですが、最終的に中公審が諮問を受けて答申をして、それに基づいてこういう制度が動き出したとして、中途半端だと、結局また和解や何かの方でプラスとらなければならんということにもなりかねないわけです。といて、裁判所が和解案をある程度示したとか、そういう方向そのものをここで全部主張するというのは、ここまですっと述べている論理からいっても、できない相談です。こここのところの書き方は、私も考えたのですが、なかなかうまくいい知恵が出ないのです。ここでお書きになっているのは、先ほどの和解案で出ている三つの救済の柱でいきますと、医療費だけに当たるのでしょうか、それとも次の継続的給付もやや含めたようなところまで入っているのでしょうか。

【事務局】 向こうが言っている「継続的給付」というものは56,000円と言っているのですが、それ自体はどういう趣旨で請求するということまで言っ

#####56頁

てないのです。向こうの言い方ですと、継続的給付は必要だと言う一方で、医療関係で鍼、按摩とかマッサージ、そういうものもやれという要求を付け加えておりますので、そういう意味でこれが、向こうの解釈にすると、医療費グループに入るのか、継続的給付グループに入るのかというのは、私どもとしては何とも言い難いところではあるのです。

【小高委員】 いずれにしても、こここのところは、この答申とは関係ないことかもしれませんが、これが出てどうなるのかなということが気になっているところです。

【井形委員長】 印象で結構でございますから、全員の委員からコメントをいただけたらありがたいと思います。

【小高委員】 1カ所だけ、非常につまらんことで申し訳ないのですが、表現の仕方ですが、5ページの下4行は、医学の先生方の感覚からいけば、この表現で十分お分かりになるかもしれませんが、素人が読みますと、分かりにくい文なんです。文としてはこんなものでいいのでしょうか。医学の生が読まれたら、当たり前、これでもう大丈夫だということなのでしょう。

【井形委員長】 そうはっきり聞かれますと、実際は棄却した人を再認定している例がたくさんあるわけです。また、症状というのは、朝と夕方で変わったり、2回目に診たら、こんなはずではなかったというぐらい変わったりするようなことがよくありまして、そうクリアカットに、すべて医学がオールマイティで、医学が言ったこと以外は絶対に違う、したがって、審査会が落としたものは絶対水俣病でないという主張については、医者たるもの、多少じくじたる思いを持っております。

【小高委員】 そういうことではありませんで、ここで診断の際の一つの基準みたいなものが書かれているわけですが、それが続けて書いてあるものですから、私どもが読みまし

て分かりにくい文になっておりますので、もう少しこの

#57 頁

基準を分かりやすくしてほしい。

【井形委員長】 診断基準を採用したから、より正確な診断を期すということは表現は間違っておると思います。より均一なというか、同じスタンダードの診断になると思います。それから、「似て非なる」という表現は、そのまま書くと「えせ」になって、これはよく患者からクレームが来るにせ患者と似ているのです。だから、「類似他疾患」という表現になるべきだろうと思います。それから、診断基準の採用で、医師による診断の偏りを避け、合理的な診断ができるようになるという表現の方がいいのではないかと。

お医者さんの人、コメントどうですか。

【納委員】 基本的にはこれでいいかと思うのですが、今、井形先生おっしゃったような形で変えさえしたら問題ないのではないのでしょうか。

【井形委員長】 それでは、ついからです、一つ前の「症候学的診断が唯一採用可能な医学的診断方法」、これは病理診断をやっておるのです。したがって、それからできるだけ客観的な方法を採用しようとしておりますので、できれば通常、一般的な医学的診断法、「唯一採用可能」とすると、ちょっと強すぎると思います。

先生の疑問に思われたことをもう一度おっしゃってください。

【小高委員】 診断の際に、ここでは前の「目標となる」から「ことと」というところが一つの基準のように読めますね。その次のところが「除外すること」これが二つの基準のように読めます。その二つを基準にしなが、組合せによる診断基準がつくられて、それによってばらつきのない正確な診断ができるのだ、こういう趣旨なのかとは理解しておりますが、この文では、診断の基準となるもの、それから目標をどこへかけているのか、文としてちょっと分かりにくいものですから。

【井形委員長】 考えてみます。

#58 頁

【上村委員】 同じページの一番上ですが、「水俣病に係る問題を検討する上では、水俣病に関する医学が基礎となるが」、その次、「医学的な考え方に不一致もみられ、問題を複雑にしている」、そう言ってよろしゅうございますか。不一致があるので問題を複雑にしているのだという言い方。

【浅野委員】 「不一致もみられ」というのは相当配慮した言い方で、「ごく一部に少数意見があり」と書きたいところを、それではちょっと大人げないというので「不一致」と書いてあるのですね。

【事務局】 「不一致」では余りに弱過ぎるかもしれないと思います。

【井形委員長】 これは削除した方がいいかもしれませんが、「不一致」といっても「水俣病の患者支援団体の人たちの病像というのは、いくらでもふくらんでいる、糖尿病もそう、高血圧もそう、水俣病病像というのは全身病だということをしていっているのですが、これは

学会ではほとんど通用しないし、それを支えるデータがないわけです。したがって、「基礎となるが、現段階で定説となっていると考えられる内容についての整理を行った」。

【上村委員】 私はその方がいいかなと思ったのです。

【井形委員長】 おっしゃるとおりです。

【滝沢委員】 18ページの4の「特定症候有症者医療事業」という新たな事業が始まるわけです。特定症候有症者というのは、従来、水俣病とかイタイイタイ病の場合は特定疾患という地域指定でそのまま、水俣病でないが四肢の感覚障害といえ、特定症候有症者というカテゴリーは非常に結構なように思いますが、実は手足のしびれというような、それだけではこれは非特異的な症候群であって、もう一つ、聴覚障害あるいは視野狭窄がそろって初めて水俣病だ、むしろ四肢の感覚障害は非特異的な症状だといって審査会もはねてきているわけですね。四肢の感覚障害有症者医療事業というふうに特定すれば非常に合理性があると思うのですが、ここにきて、手足の感覚障害を有する者を特定有症者

#####59頁

「特定」という言葉を使っていいか。臨床的に手足のしびれというのは、交通事故の脊髄の方も出ますし、糖尿病も出るのだ、高齢者には広く存在する非特異的な症状ですという意味で、それ一つだけでは水俣病とは診断できないときているものですから、それを有する者の事業で「特定症候有症者」という言葉がいいでしょうか。

【井形委員長】 私も分かりませんが、結局、末梢知覚障害で、はっきりと他疾患が除外できるものは除外するというのが前提なんです。あとは、こういう水俣病こそがこういうタイプの公害問題の解決の新しいモデルをつくらなければいけないと思うのです。それが僕がいつも申し上げているボーダーライン層というのです。したがって、中核症状が知覚障害でありますので、その中には確実に違うものも入り得る、そういう前提で処理しなければいけないと思うのです。

【滝沢委員】 そうしますと、それは特定の症候群とみていいわけですね。

【井形委員長】 難しい。

【浅野委員】 ここでおそらくもう法律用語になってしまったとお考えいただいた方がいいような気がするのです。つまり、ここでも医学の話から離れて、その「特定」の中身はおそらく医学的にもっとぎりぎり詰めていただくとして、これは特異疾患という意味ではなくて、「ある」という意味だと。

【滝沢委員】 以前の公健法の指定地域のいわゆる第2種ですか、そういう特定地域、そこから連動しているというように考えればよいのですか。

【浅野委員】 ではなくて、ただ単に「特定」ということだけが国語として意味を持っている。ある症状を持っている者、しかし、どんな症状でもいいわけではなくて、一応国語的に定義される症状がある者、としておいて、そこを、今、井形先生がおっしゃったように、末梢知覚障害、感覚障害でも除外可能な者は、鑑別、除外できているものは除外してしまう。それは運用段階でいくら

60 頁

でもできるのですが、ここでは四肢の感覚障害という、ともかくある症状を持っている者、その程度の意味で、その原因が何であるかということは、一応この用語の中からは落ちていくという理解です。

【野村委員】 これ自体は抽象的な概念だと思います。ただ、そのような誤解あるいは印象を与える恐れがあるのであれば、ほかにいい言葉があれば、探したらいいのではないですかね。

【浅野委員】 前は「一定の症候を有する者」と書いていたのです。

【滝沢委員】 四肢、感覚と入れた方が僕はいいと思うのです。

【事務局】 「一定」というと、余り漠とし過ぎるし、本当は「指定」がいいのですが、「指定」は既に公害病の指定疾病で使ってしまっておりますので、この辺に落ち着いたわけです。

【滝沢委員】 医学的な鑑別診断からいいますと、特異症状と非特異症状とはっきりしていますから。

【野村委員】 そらちは全部そうですね。「特」という文字がある。

【浅野委員】 難病の場合もこういう言葉が使われているだろうから、確かに紛らわしいことは紛らわしいですね。

【柳沢環境保健部長】 大体1ヵ月ぐらい使っていると、これでいいのではないかと思ってくるのです。

【森嶋委員】 確かに僕も長年聞いているうちに、今の滝沢先生の御質問で、あれ、そうだなという感じがしましたけれども、慣れてしまうと、それこそ……。

【加藤委員】 非常に細かい話になるのですが、ここにある施策は皆行政的な意味で重要なことですね。先ほど議論もありましたように、行政的施策をなぜやるかというときに、対象者の個人、例えば不健康なのを見出したとか、特に健康管理という意味で私申し上げるのですが、それも一つの大きな問題。ただ、

61 頁

同時に、この健康管理の集団の中には、一般住民ですから、認定患者もいるし、特定症候有症者も入っているし、そのもっと下の人たちも入っている。その人たちの集団の意義、特に今まで分かってなかった、疫学的にも分かってない、そういう、例えば特定症候群とか、あるいは疫学、その疫学的な検診結果から研究的に何か一言言おうという場合には、この健康管理をただやりっ放し、あるいはその質的な内容は行政としてはほとんど問題にならないかもしれません。やったということだけで申し訳が立つわけです。

そういう意味で、先ほどの議論に戻るのですが、二塚先生が言っていたことで十分だと僕は思います。要するに、精度を上げるために幾つかの施策をおっしゃいましたね。特定の地域で結構ですから、多分考えておられると思うのですが、そのところを重点的に、もう一つの目的のための仕事をやれるようにしていただければと思います。というの

は、後で解析の一部を研究センターが引き受けるようになったときに、例えば受診率は35%、35%といっても、その中にはほとんど水俣病患者もいますから、そういうような話になってはこれは話にならないわけです。それはそれでもいいのだけれども、そうでない勢力がなされるべきだと思います。そういう意味で、私はもっぱら、後で解析の方で、逆につくることができるようなきめの細かいものを、特定の地域で結構ですから、もう考えておられると思うのですが、ただ、この表面に出す上にはちょっとやりにくいという意味で落とされたと思うのです。

それに関連して一番細かい話をさせてもらいます。先ほど浅野先生が、検診データを還元するときに、要するにやっているのは国、あるいはそれでお前らに返してやるのだ、そういうのはよくない。患者を余計引っ張り出すような感じになる。だから、診た医者にそれを還元するのだ。そういう立場が必要だとおっしゃるのですが、僕も別な意味で、医者に還元するというのとは一番大切なことだと思うのです。というのは、対象者が密接にコンタクトするのは医者な

#####62頁

んです。私、ここに来る前に原爆の放射線影響研究所にちょっといたのですが、そのときも我々の検診結果を戻すのは、患者でなくて医者に返しました。患者には当然秘密になるようなことは書けませんから、結構です、どこかへ行きなさい、そのぐらいの程度です。その程度でなくて、医者にはちゃんとしたデータをきちっと返す。医者からやる。できるかどうか知りませんが、主治医を決めていただいて、それにお返しするというのが、浅野先生の意見に別な意味でも合うし、いいのではないかと思うのです。非常に細かいことを言って申し訳ありません。

【鈴木委員】 それは余り細くないと思うのです。実は、加藤先生が言われた後で言うのは、尻馬に乗るようなものですが、地域住民に対する健康管理の仕事というのは、それなりのシステムなり一貫性なりを持っていなければいけない。そのとおりなのですが、それがそのまま疫学的研究にならないことが普通なんです。だから、もし疫学的な研究をきちんとやろうとするのだったら、これから過去のメチル水銀曝露の将来にわたっての影響を疫学的にきちんとやるのだったら、疫学的にきちんとデザインしてやらなければ結果が出てくるはずがないのです。これは先生のおっしゃったこととほとんど同じ意味になると思うのです。だから、それは「終わりに」か何かにはちゃんと書いておいてもらわなければいけないですね。

【加藤委員】 それと、僕は、疫学というか、研究の立場から見たら、最後に認定患者のフォローアップもと書いてあって、これは非常によかったと思うのです。そのあたりはまだはっきり分かってないですね。認定患者だから行政的に終わってしまったのだという考え方はとっておられないということは、僕は非常にいいことだと思うのです。そういう意味で、これからは認定患者のフォローアップも、今の健康管理というだけではおそらく30%かそこらしか来ないから、それではなかなか難しいのです。だから、それ以外のを幾

つか議論さ

#####63頁

れておられるようですから、その辺をやっていただければいいのではないかと思うのです。

【納委員】 まず、特に医学的なところでの落ち着き場所というのは、私が前から幾つかお願いしていたことは全部入り込んでおりますし、一応基本的には問題ないなという気持ちで読ませていただきました。

全体を通しての印象としても、先ほどからお話があるように、非常にいろいろな難しい問題を抱えていることがよくここまで何とか落ち着いた、というより、むしろ私はよくここまで落ち着くところに落ち着いたというのを非常に、基本的にはこれでいいと考えながら読ませていただきました。

ただ、先ほど井形先生、森島先生がおっしゃったように、せっかくですから、一般の人向けに、この内容をそう変えることなく、「てにをは」も含めて幾つか修正の余地がありそうです。その辺は是非、同じ内容でもかなり積極的に早期解決に向けて国へ努力を促しているという印象を与えながら書く。内容的にはこれでいいと思います。

【植村委員】 この対策の内容については、現時点では大体妥当なものでないかという感じが私個人としてはしております。この施策の提唱があるわけですが、これを拝見して、実現までの手段というか道筋というか方法のようなものが余り明らかになっていないような印象を受けるわけです。これはここでの専門委員会でどれだけ書くのがいいのか、私もよく分からないのですが、例えば新しい法律をつくる必要があるというのか、それとも現在の法律を改正する必要があるだろうというのか、それとも、法律は全然手をつけずに行政施策としてできるであろうというのか、言及がないですね。そのあたり、もし書いてもいいようなことであれば、触れて、もし新しい法律をつくることも考えられるというのでしたら、そういうことを打ち出して、積極的な姿勢を示すというのもいいのではないかと思います。だから、そのための法律をつくることも検

#####64頁

討すべきであるという表現が一つ入るだけでも、読む方の印象は随分違う。例えば新法を提言しているとか、そういうふうにマスコミは受け取るでしょうし、どうやって法律をつくるか何か、そういう手段を考えておくのか、そういうことも盛り込んだ方がいいのではないかという印象を受けました。

【井形委員長】 法律をいじることは、現実的には、予算で、来年から発足しようというのだから、将来的には何とかといっても、発足してしまったらもうだめじゃないですか。

【事務局】 平成4年度からとっておりますので、次の国会に法律を上げるかどうかという話になると思うのですが、その点は大きな問題ですので、法律事項にすべきかどうかということで事務局の方でも今いろいろ検討しておるところです。法律にすべきと言っていて、空振りになってしまうというのも余り格好がいいものでもないものですから、もう少し検討させていただいて、その結果でもう一回御相談できればと思っております。

【浅野委員】 少なくとも現行法の改正では手のつけようがないということははっきりしていますね。

【事務局】 現行法の範囲の外のところですから

【浅野委員】 それは外でやる以外ない。

【事務局】 法改正にしても、全く新しい章を付け加えるとか、そういう話になろうと思います。

【植村委員】 「特定症候有症者医療事業」も場合によっては法律は全然手をつけられないだろう、そういう見通しなのでしょうか。

【事務局】 新しい権利を付与するとか、あるいは県に対して何か義務を負わせるという性格の事業になると、法律になるかなという感触を抱いておるのですが、そうではなくて、県なりが政策目的の給付事業としてやるということになると、おそらく予算措置の範囲になると思うのです。そのあたりで、実施の

65 頁

仕方も含めて、どちらの道筋をいくべきかというのを今検討しております。

【二塚委員】 14 ページの、例えば特定症候有症者医療事業などについて、その前の健康管理対策については、資料 2 が本文の付属資料という感じにおそらく構成としてはなるだろうと思うのですが

【井形委員長】 手続上は、答申には今日の健康管理対策の資料は出ないのでしょうか？

【柳沢環境保健部長】 出ません。

【井形委員長】 答申はこっちだけ出ると思うのです。

【事務局】 順番としては、確認いただきまして、具体的にどうするかというのを、これを受け取った行政の方でプログラムを組みまして、行政措置としてこういうのをやりますという段階で具体的な内容をお出しすることになると思います。

【二塚委員】 そうすると、同じような意味で、4 の「特定症候有症者医療事業」についても、ここではかなり抽象的にしか書いてないので、具体的にそれをどういうふうにするかというのはまた別にあるわけですね。例えば疫学的な条件と四肢末端の感覚障害とだけしかここには言っていないのだけれども、その具体的な要件というのは何か。例えば、そういう話についてはまた別に出るわけですね。

【事務局】 実施の段階までに順次詰めていこうと思っておりますが、大枠のところ、一度、7 月ぐらいに多少書いたものをお示ししたと思うのですが、その中でも特に手当のところ、何手当にするかとか、そこら辺の考え方がまだ詰まっておらなかったもので、もう少し整理した段階で、今回の資料 2 みたいな形でもう一回お示ししたいと思います。

【井形委員長】 健康管理手当というか介護手当については、額の入らない答申を出すつもりです。

66 頁

【二塚委員】 それから、もちろん理論的にはこれは今まで和解とは全然別の形で進んで

きたわけですが、実際に県レベルあるいは市町村レベルでこれを事業化するときには、プラクティカルには、今、和解として協議されていることと折り合いをつけなければ動かないわけですね。その辺の考え方はどういうふうになっているのか。つまり、一方では和解としてそれなりの協議が進み、一方ではこれが出たときに。

【井形委員長】 国は和解の席に着かないと言っているのですから、国に聞いてもなかなか返事は出てこないのでしょうか、客観的にいえば、この有症対象者が和解でいう救済対象者とほぼ一致することになるのではないのでしょうか。これ以上、環境庁の方は公式に答えられないでしょうか？

【柳沢環境保健部長】 むしろ和解の方が、中公審の動きを見守るかというような感じで、向こうがこれから少し足踏みするのではないのでしょうか。

【二塚委員】 結果的にはうまくジョイントするという

【柳沢環境保健部長】 それはどうなるか分かりません。

【井形委員長】 和解もさることながら、和解はやはり特定の提訴した人だけを対象にした案でありまして、私の個人的な意見は、対象者を確定しない限り、和解に応じたら、また3,000人、4,000人が応募してくるから、解決にはならんと僕は思っているわけです。ですから、そんなに和解のことは考える必要はないのかもしれないかもしれませんが、一つ、和解についてないと、判決が下りてしまうことがあるのですね。判決が下りますと、今度はいろいろ差がつくのではないのでしょうか。一律解決にはならなくて、50万円の人と100万円の人と500万円の人と出たら、現行がいつている和解交渉は全部御破算になるのではないのでしょうか。

今日は和解がテーマでありませんので、これは法律の先生にまた一度じっくりお話を聞きすることにします。

#####67頁

【藤木委員】 私の意見は、浅野先生とほぼ同じ意見でございますが、私個人としては、もっと強く言いたかったところもあるのですが、残念ながら、確たるデータがありませんので言えないのです。過去の国の施策はかなり救済はしていると私は思っております。特に昭和52年以降は、もうおそらく私の感覚では、対照地域と汚染地域との比較をやりますと、認定された人を除いたグループで比較すると、ほとんど有意差はないくらいまでになっていると思うのです。ただ、一定の有症者というものをどうするかというところだけだと思うので、国の大きなミスはないはずだと思うのです。ですから、その点だけは強く出していいと私は思うのですが、和解とか裁判とか、いろいろにらみ合わせてやむを得ないかと思えます。

【井形委員長】 野村先生、一言……。

【野村委員】 先ほどお話ししたとおりで結構です。

【滝沢委員】 資料3は大筋で結構です。新潟の方が補足で、かなり違いますし、資料2の参考資料の「健康管理対策推定対象人数」で、対象者としては熊本県を凌駕する8万に

なります。実際に老人保健法の健診を見ますと、むしろ秋田県とか、全くそういう病気の少ないところの方が 50%を超えていまして、患者の発生している部落ほど、30%、28%と、新潟などは本当に受診率が低いのです。熊本県でも決して多くないのです。この事業を県を通して流しますと、老人保健法による受診率が高まって、自治体としては非常に成果が上がると思うのですが、現実には実際に健康は不安だと言っている割合に、最寄りの健康診断を受けてないというのが事実でありまして、こういう矛盾は、ぜひ中公審の環境保健部会で、そういう実態だけは委員長先生からも説明はしていただきたい、こういうように追加させていただきます。

【井形委員長】 鈴木先生。

【鈴木委員】 私はもう結構です。

68 頁

【森島委員】 私も先ほど申し上げたことで、あとは細かい点なのですが、一つは、中公審ですので、この文章を読んでいると、環境庁の文章ということになりますので、やはり形の上では環境庁に対して中公審からもの申すというのではないと、我々自身は行政の主体でもありませんし、その辺が読んでいて、中身の問題よりも環境庁そのものの政策を述べるといっている感じになっていますから、その辺、多少工夫した方がいいと思います。

もう一つは、これは井形先生と考え方が違うのですが、早期解決と言っているときに、いずれ地域指定の解除はしなければならないことだと思うのですが、この中へ入れてしまいますと、地域指定そのものは認定の問題なんです。認定をこれから実施しませんということですので、これは仮に地域指定を解除してもこのことは直ちに連動してなくなるわけでもありませんし、これをやっしまえば、認定の方が要らなくなるということでもありません。問題は、水俣なら水俣でいろいろな紛争が一とおり一段落して、今は無理やりにも何でも出てくるわけですが、再申請とか、そういうのは多分落ち着いてくるのだらうと思います。その段階で、汚染の度合いとか患者の多発とかいうことから考えて、新たな認定をもうやめてしまうという意味での地域指定解除を言った方がよく、ここで取り扱おうとしている問題とも少し違うのではないかと。下手なことをすると、かえってそっちの方が、患者の、しかも公健法の1種の時もそうでしたけれども、過去の人を切り捨てるといってないことは明々白々なにもかかわらず、患者の切り捨てというのがぼーんと出てくるわけですね。そうすると、マスコミも患者の切り捨てというと、一般の人は、今、公害患者の人たちもだめになるかという印象がありますので、私は、全く政策的にですが、この問題はいずれやらなければならないことは確かですけれども、環境保健部会はこれでおしまい、将来なくなってしまうわけでもありませんので、その問題は先延ばしにして、ここではその手前のところまでの方がいいのでは

69 頁

ないかと思います。

【上村委員】 大体出尽くしたと思うのですが、1 ページの「はじめに」の下から二つ目

の параграф、「このような背景から本専門委員会が設置され、これら残された問題についての今後の対策の在り方について検討を行うこととなった」。専門委員会の使命というのは、今後の対策の在り方について検討することであるわけですが、12 ページまで来ないと今後の対策の方向が出てこないの、前段をもう少し簡略化できないか。

【井形委員長】 僕もそう思います。

【上村委員】 それから、その次の параграфで、水俣病に関してはいろいろな問題があるが、「当専門委員会においては、環境保健部会の所掌であり」というのは、はなはだお役所的な言い方で、そんなことは言わなくても、「当専門委員会においては、水俣病問題の中核を成すと考えられる環境保健の問題について、審議を行い」ましたと言えればいいので、そうしないと、ほかの部会も何かやらなければいけないということになってしまう。

したがって、今後の対策の在り方について検討を行うのが主題でございますから、さっき二塚先生がお話しになったのでしょうか、例えば対策の中の療養手当とか、そういったものについてもう少し具体的に書き込めないか。金額は書けないにしても、例えば類似の制度などを幾つか挙げて、これを参考にしながらとか。

【井形委員長】 これは環境庁が動きやすいように書いた方がいいと思います。

【浅野委員】 ここは、さっきの事務局の説明では、まだもう少し出てくるわけでしょうか？

【事務局】 今日まだ方針を固めてないものですから、このぐらいの書き込みになっているのですが、もう少し結めまして、それに合ったような書き込みにしたいと思います。

#####70 頁

【浅野委員】 ですから、今言われたようなことはもともと検討してきているわけですから、いろいろな手当と比較してどのぐらいかとか、今のところは一律にするのか、それとも通院日数によって差をつけるのか、結論が出ていませんけれども、答申の段階では結論を一応出すべきだろうと思います。ですから、その辺は事務局が関係省庁との折衝を精力的にやっていただいて、一定の結論を出した方がいいと思います。

今、上村先生のおっしゃったことの中で、今後の対策の在り方の検討の中身が、12 ページまで来ないと出てこないとおっしゃったのは、そのとおりだと思うのですが、前の方のことも余り刈り込んでしまうとまずい面もあるから、だったら、最初にサマリー、要旨をおつけになって、言いたいことはこれとこれですというのを一番前につけておく、あるいは順序を変えるか。

【井形委員長】 余り付け足しというのも……。この答申の基礎となった項目とって付け足しても

【浅野委員】 順序を変えるかですね。

【井形委員長】 つまり、これは検討することになったといっても、結局、形は、諮問を受けたので、やったということを書くのではないのでしょうか。諮問を受けずに自発的にやったことでしょうか。

【事務局】 検討自体は、諮問を受けなくても、1 月の段階で私どもから、とにかくこう

いった内容について御検討いただきたいと申し上げておりますので、そういった形でいいと思います。ただ、実際の最後の答申というものは、諮問に応じた形になりますので、諮問が出されたので答申を受けたという前書きがついて答申をいただくことになります。

【浅野委員】 今の段階で考えるときには、順を追ってものを考えていかないと頭の整理ができないので、順を追ってこのような文章になっているのはいいのでしょうかけれども、最後に完成品として出てきたときには、何を言いたいのか

#####71頁

か分からないと言われては困るから、そこはアピールのための工夫をせよという御意見だと思いますから、最終の完成品をつくる段階でもう少し工夫したらいいのではないのでしょうか。

【森嶋委員】 それはいつもやる手ですが、サマリーをつくって、記者レク用みたいなもので……。皆、大体、中身をほとんど読まないで、新聞記者か何かがここだということだけ3行くらい線を引いたところだけ読んで、前後を切ってしまうから誤解されるけれども。

【浅野委員】 だから、新聞に書いてもらいたいところだけサマリーにして前に出しておく。

【井形委員長】 もう一つは、これだけ全国の社説に出ている和解を全く検討しませんでした。どういう形になるか分かりませんが、せめて一言ぐらいは、和解の問題まで検討したけれども、差し当たりこれは損害賠償請求であって、行政的な施策としては健康管理が最重要課題であるのでこういうふうにしたとか、要するに和解のことが一言も出てこないというのはちょっとまずいと思うのです。どうでしょうか。

【上村委員】 どちらがいいのか、非常に難しいところだと思います。どういう議論があったのかという突っ込み方をされた場合に、これは横に置いておきましょうということにしたのですよと委員長はお話しになるわけですか。

【浅野委員】 あるいは、書かないで書いて、井形先生が発表するときに補足でコメントされるという方法もありますね。文章にしてしまいますと、それがずっと残りますし。

【井形委員長】 分かりました。

今日は4時半を予定しておりますので、今日は一応先生方のフィーリングをお聞きしたのですが、あと、細かい字句の修正はたくさんあると思うのです。これを期限をなるべく限って、次回のときにそれを取り入れたものが事前に先生

#####72頁

方に渡るぐらいの時間、1週間以内ぐらいだったらいいのでしょうか。そういうことでもいいですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 次回でほぼ固まった文案をつくりたいと考えておりますが、次回は29日でございますので、16日(水)までに先生方の御意見、コメントをいただければ、私どもの方で直して

【井形委員長】 この原稿に書き込んでお送りした方がいいでしょう。

【岩尾特殊疾病対策室長】 結構でございます。

先生方に随時、コメントいただいた先生その他、御相談させていただきながら作業を進めたいと思いますので、恐縮ですがよろしくお願いいたします。

【井形委員長】 環境庁の関係の皆さんの御苦勞と努力には委員を代表して厚く御礼申し上げます。

ここでいろいろ言っているのは、皆さん方が汗と苦勞でつくられたものがよりよくなるようにという提言だと受け取ってもらえば……。

これで終わりたいと思いますが、これは皆さんにお配りしたのですね。

【事務局】 これからお配りいたします。

〔資料配付〕

【井形委員長】 近藤次郎会長と水俣病問題専門委員会の委員長・井形昭弘殿という要望書が来ております。これは直接行っているのかもしれませんが、環境庁でお受け取りくださって委員にお渡ししますと言われたものです。これはいつも送ってくるのとよく似ていることでございます。

もう一つ、内閣総理大臣、環境庁長官殿と書いた要望書の中に、我々に来たのと違う点があります。総理大臣あての中の3ページ、半分から4行目から、

今回の中公審への諮問も、環境庁が水俣病に関連した地域福祉策という名目のもとに、水俣病被害者の切捨てを合理化する狙いがあることは明らかである。

#####73頁

水俣病問題専門委員会の委員は前記のとおりであるが、この中には、水俣病被害者の認定申請を大幅に棄却してきた水俣病認定審査会の責任者（発言者注：私のような）前記の認定基準の見直しに反対した昭和60年の専門家会議の主要メンバー、IPCS問題につき環境庁の反対意見をまとめるための「専門家」メンバー、現在言われている熊本水俣病及び新潟水俣病の国家賠償訴訟において国・チッソ・昭和電工の証人として出廷して反被害者的証言をした者、前記公健法改悪の答申を出した中公審の主要メンバー等が含まれている。

環境庁がこうした「専門家」に行政施策について諮問すること自体、環境庁の狙いを浮き彫りにしているといわざるをえない。

こういうちょっと頭にくるような表現があります。私のところに来た手紙にはこういうことは書いてないのです。だから、かっかっとしましようということではなくて、我々はこの見られ方もされておるわけですので、やはり環境庁に独自でもの申すという形の方が格好いいのではないのでしょうかということだけを申し上げたいと思います。

もう一つは、熊本県が和解に着いておって、この専門委員会がいろいろな情報がほとんど環境庁からの情報だけでしているのではないかということが予想されておりますので、原告は刻々、状況報告等あるいは郵送されてきますし、私のところへはこのぐらいの抗議の手紙、サインすればいいという、皆さんにお見せしておりませんけれども、自宅にたくさん来て、一応とってありますが、サインをして出すようにという手紙やはがきが来ております。熊本県の人を呼んでここで正式に聞いたというスタイルをとってはどうかという案が出たわけですが、一つは、行政内のことですし、このことについては、非公式に別途、熊本県やチツソがお話ししたいというときには、非公式に都合のつく人は出て

#####74頁

いただいて話すことはあっても、公式には、熊本県の意向は、環境庁が代弁して十分その意向をお伝えした、そういうことでいいでしょうか。

そういうことにいたしたいと思います。

二塚先生、どうですか。

【二塚委員】 結構です。

【井形委員長】 あとは、書面、口頭で御意見を積極的にいただきたいと思います。

ついでながら、昨日の朝のNHKニュース これは皆に渡っていますか。

【事務局】 いえ、渡っておりません。

【井形委員長】 内容だけ読み上げます。

〔「NHK報道の内容（H3.10.8）」朗読〕

【井形委員長】 これは、この委員会が開かれる前に委員会が開かれて結論を出したようなニュースになっております。御紹介だけ申し上げます。

それでは、今日はこれでよろしゅうございますか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 次回は10月29日（火）の午後1時半から、場所は同じです。

【井形委員長】 どうもありがとうございました。

了

#####75頁

第 7 回
中央公審対策審議会環境保健部会
水俣病問題専門委員会議事速記録
(平成3年10月29日開催)

【奥村保健企画課長】 時間になりましたので、第7回中央公審対策審議会環境保健部会水俣病問題専門委員会を開会させていただきます。

本日は、14名の委員の先生方のうち、森島先生が遅れていらっしゃいますが、10名の方に御出席いただいておりますので、会議は有効に成立しております。

議事に入ります前に、資料の確認をさせていただきます。

今日は、配布資料一覧にもありますように、三つの資料を用意させていただいております。もし不都合な点がありましたら、事務局に御指摘いただければ幸いです。

それでは委員長、議事の進行をよろしくお願いいたします。

【井形委員長】 今日はお忙しいところをお集まりいただきありがとうございます。ただいまから第7回水俣病問題専門委員会を開催いたします。

ご承知のように、タイムリミットも迫っておりますし、社会、特に熊本県を中心に、この結果がどう出るかということについて注目されておりますから、十分に批判に耐える答申をつくりたいと念願しております。御協力をよろしくお願い申し上げます。

それでは、先生方にお声をかけたと思いますが、今日午前中に出られる方だけ集まっております。熊本県からヒアリングを行いましたので、その内容について事務局から御説明をいただければありがたいと思います。

#####1頁

【事務局】 本日11時から12時ぐらいまでにかけて、熊本県の環境公害部長に来ていただきまして、熊本県の実情についてお聞きしたところでございます。内容につきましては、熊本県の方が事前にメモを持ってきておりますので、それを参考までに見ていただきながら御紹介したいと思います。

〔資料配付〕

【事務局】 熊本県のお話の概要は、熊本県の基本的なスタンスとしては、とにかく水俣病問題を何とか解決したいと考えておるところですけれども、判決ではこのままやっていると20年ぐらいかかるのではないかということから、判決で最終的な解決までいくことはなかなか難しいということがございます。このため、いずれかの時点で話し合いでということにならざるを得ないと考えているけれども、何とか数年以内にはめどをつけたい、ということございました。県の中には、従来から訴訟の問題は訴訟でやっていった方がいいという意見も大分あったようですけれども、昨年、知事の判断ということで和解に入りまして、和解の協議を続けている、ということがございます。

1番の「全体的解決策の必要性」ということで、対象者の規模等について若干お話があ

りました。現在 2,000 名の方の裁判がある。500 名余の方が行政不服審査で争っている。400 名強の方々が自主交渉で解決を図ろうとしている。さらに、水俣の漁協とか出水の漁協の方からも様々な申入れを受けている。こういった問題を全面的に解決しないと水俣病問題の解決にはならないということでございます。その中で、県としては、まず 2,000 名の原告の解決を図る必要があるのではないか、そこに重点を置いて考えているということでございます。そこで、これらをひっくるめて何人ぐらいがそういった問題の対象になるのかということにつきましては、県としては、5,000 人前後の数ではなかろうか、こういうお話でありました。県としては、そういう形で和解の問題を進めておりますので、今回の総合的な対策と和解とを県としてどうい

#####2頁

ふうに整理していくのか、そこが非常に問題になっているということございました。

次に、2 番として「特定症候有症者対策の給付内容について」ということでご発言いただきました。この特定症候有症者対策、中公審で検討していただいている内容につきましては、実は熊本県の方にもまだ詳細は説明しておりませんので、県としても新聞とか、そういった情報に基づいて書いてきたところですので、そういう前提でお聞きいただきたいと思えます。県としては、国は、中公審の中で医療費の問題と何らかの継続的給付という問題を扱ってられるようだが、これが実施されたとして、訴訟上要求になっている一時金が残りますので、一時金の要求が強まっていくのではないかという見通しを持っております。一時金をどういった形で收拾をつけていくかというのは大変難しい問題ですけれども、県の環境公害部長は、この問題は最終的に何らかのお金がないと解決しないのではないかと、そういう見通しを持ってられるようです。しかしながら、行政対応としては、この一時金のお金を出すことにはかなり難しい問題、限界がございますので、水俣病問題の全体的な解決のためには、原因企業にどういうことをしてもらっていくか、その辺とすり合わせながら対策を講じていかなければならないのではなかろうか、こういうお話でございました。

次に 3 番の「特定症候有症者対策の対象者の範囲について」ということです。現在、和解協議の中でも、和解協議として救済範囲をどうするか、こういう議論がされているそうです。その中で、先日、福岡高裁の方から「和解救済上の水俣病」という表現が出されたわけですが、県としてはこの問題はあくまでも紛争解決ということで考えており、水俣病かどうかという問題を棚上げにしているという前提ですので、この「和解救済上の水俣病」という言葉の使い方については釈然としないものがあって、裁判所に対しては異議を言っている、そういうお話でした。しかしながら、具体的な要件としては、裁判所あるいは和

#####3頁

解協議の中で出ておりますのも、居住地域の何らかの限定、四肢末梢の感覚障害というのをいって対象を選別していくという方法です。この点について、県としては、特定症候という形で絞っていった場合と事実上の差異はそれほど生じるものではないのではなかろう

か、そういう印象を持っているということでした。一番問題となりますのは、そのときの判定をだれがやるのか、この対策に入る入らないの入り口をだれがやるのかということであろう。実際の対策は県で実施することになりますが、県の実施の段階では、例えば医師の確保が難しいとか、そういった問題が出てくるのではなかろうかというお話でした。

最後に4番として「最終的全体的解決の方向」というお話がありました。この内容は、そのメモの中の下に、として書いてありますが、一つは地域指定解除という問題です。これは汚染も解消されてきたし、あるいは現場としても新たな患者の発生はないという印象を持っているので、全面的な解決ということであれば、併せて地域指定の解除も検討していくべきではないか、こういう内容でした。として、総合的対策については、入り口を開けっ放しですと、また10年、20年とこのまま続きますので、何らかの形で申請期限を設けることについて検討していただきたい、こういうお話があったわけです。

それから、このペーパーには出てきておりませんが、専門委員会の中でも何度か議論になっております、新しい特定症候有症者の対策を受けている方が公健法の認定申請をできるかという、かけ持ちの問題につきましては、かけ持ちは問題があるので、どちらかの制度一つだけにするように、かけ持ちはしないように何らかの形でお願いできないか、こういうことでした。

県からの説明の概要はおおむねこのようなことでございます。

【井形委員長】 ただいまの説明につきまして御質問、御意見があれば承りたいと思います。どうぞ御自由に御発言ください。

【野村委員】 最後の方で指定解除の検討の必要性を述べておられましたが、

#####4頁

およそ何年くらいという見通しでこんな発言がなされたのですか。

【事務局】 具体的なスケジュールのところまでははっきりした話はされませんでした。ただ、今回対策を講じるのであれば、それと併せてこの問題も考えていってほしいという趣旨でございます。

【浅野委員】 いつごろにというような具体的なことは言っておられませんでしたけれども、全面解決という以上は指定地域の解除は伴うはずで、熊本県の公害部長の見解としては、訴訟をしているような団体あるいは県に押しかけてくるような団体と話がまとまれば、それでほぼ話はつくであろうという見通しを述べておられました。だから、我々が心配している一般的な認識に比べれば、相当楽観的な御発言であったかと思えます。もっとも話がまとまるかどうかは別ですけれども、そこと話がまとまれば大丈夫だというような御発言でした。

【井形委員長】 ほかにございませんか。

一つは、これは非公式ではありますが、この委員会が将来いろいろ批判にさらされたときに、私たちもこの委員会として独自の情報の入手に努めましたということにさせていただきますたいという気持ちもございまして、御了解いただきたいと思えます。

それでは、議題2の「平成3年度水俣病に関する総合的調査手法の開発に関する研究報告書（ ）について」、事務局から資料1について説明をお願いいたします。

【岩尾特殊疾病対策室長】 この水俣病に関する総合的な調査手法の開発に関する調査研究は、昭和54年度から実施しておりまして、過去の調査の成果と昨年度の調査報告については6月の専門委員会で御報告させていただいたところでございます。本年度は具体的な調査手法のあり方を中心に検討が行われておりますが、調査の対象とすべき健康影響が発生する可能性があった時期等についての検討内容がまとまってきております。この部分は、この専門委員会で

#####5頁

の検討の基礎ともなる知見を含んでおりますので、全体の報告書ができる前に取りまとめて発表することを考えております。まだ報告書の印刷はできておりませんが、次回までにでき上がると思います。私のところにゲラができています。概要については、整理した資料で御説明させていただきたいと思っております。

【事務局】 それでは報告書のごくごく概要を御紹介させていただきたいと思っております。

まず1ページの「報告書の概要について」を御覧いただきますと、報告書は第一章、第二章に分かれてございまして、第一章の部分で「メチル水銀曝露レベルの推移と水俣病発生の可能性」ということで、水俣病を発生させる曝露がいつまであったのか、水俣病が発生する可能性があった時期はいつまでであったのかということを検討しております。第二章としては、そういった曝露によってどのような健康影響が起こるのかということ把握しております。第一として「水俣病の把握状況及び把握方法」、これからの方法を検討しております。第二として「健康状態の把握」ということで、水俣病で神経系以外の影響が起こるのかどうかということを明らかにするために、健康状態を把握する必要性について検討しております。

以下、報告書の概要について、本委員会の御審議とも関連する部分を重点的にごく簡単に御説明させていただきます。

2ページ目をお開きください。まず「メチル水銀曝露レベルの推移と水俣病発生の可能性」ということで検討しております。第一の「水俣病発症のメカニズム」、ここのポイントは、下線を引いてございますが、メチル水銀の生物学的半減期は39～70日であるが、これを最長の70日とした場合、曝露が開始してから約1年で一日平均摂取量の約100倍のメチル水銀が体内に蓄積され平衡状態に達する それ以上はたまらないということでございます。

#####6頁

一方、2として「人体における発症閾値」とありますが、これはある一定の集団においてメチル水銀の影響が起こってくる値で、この発症閾値を超えた場合に健康影響が現れてくるといった指標でございます。この指標がどの程度の値になっているかといいますと、新潟の場合は頭髮水銀値で52ppm、その他、諸外国の例からIPCSが去年出しておりますも

のが、頭髮水銀値で 50～125ppm、一日平均摂取量では 3～7 μ g/kg、体内蓄積量では 15～35mg という値になるとしております。

第二として「水俣病が発生する可能性のある曝露があった時期」ということで、不知火海沿岸地域、阿賀野川流域に分けて検討しております。まず不知火海沿岸地域は「環境汚染レベルの推移」ということで、魚介類中の水銀濃度について検討しております。昭和 41 年から昭和 43 年にかけて急激に減少しており、その後昭和 49 年まで暫定的規制値前後で推移しているという評価でございます。

次のページを御覧いただきたいと思えます。「曝露レベルの推移」といたしまして、一つは頭髮総水銀濃度、へその緒の水銀濃度、剖検臓器内の水銀濃度という点について検討しております。まず頭髮総水銀濃度については、一般的には 5ppm ぐらいが代表する値である。一方、水俣市の住民の頭髮総水銀濃度の平均値は昭和 36 年以降 50ppm を下回っており、昭和 44 年以降は我が国一般人と同程度になっている。また、調査対象集団における最大値は昭和 44 年以降、発症閾値を下回っております。したがって、遅くとも昭和 44 年以降、水俣市住民の頭髮水銀濃度は非汚染地域と同レベルまで低下しており、水俣病が発生する可能性のあるレベルの持続的メチル水銀曝露が存在したとは考えられないという結論でございます。

臍帯中の水銀濃度は、一般的な値としては 0.044ppm ぐらいではなかろうかということでございます。一方、水俣地域で出生した方々の臍帯中の水銀濃

#####7 頁

度は、昭和 20 年から 35 年にかけて最高域に達しておりますが、その後徐々に低下して、昭和 43 年以降の最大値は 0.074ppm であった。一方、鹿児島県においては、昭和 43 年以降の出水市の臍帯中水銀濃度は山間地区の宮之城町や大口市のそれと近くなっている。したがって、遅くとも昭和 43 年以降、不知火海沿岸の水俣病発生地域における臍帯水銀濃度は非汚染地域と同程度まで低下しているという評価をしております。

続きまして(3)の「魚介類中水銀濃度と魚介類摂取量による推定曝露量」を評価しております。魚介類に含まれる濃度と魚介類の摂取量を掛けますと、体の中に入ってくるメチル水銀量が推定されるということでございます。調査によりますと、昭和 43 年の推定体内蓄積限界量(体に最大これぐらいたまるとはなかろうかという値)は発症閾値を大きく下回っている。したがって、魚介類摂取状況から推定されるメチル水銀の体内蓄積限界量は、昭和 35 年から昭和 43 年の間に発症閾値を超えないレベルに低下しているものと考えられるということでございます。

以上の点を勘案しますと、(4)のところで述べておりますけれども、不知火海沿岸地域では、遅くとも昭和 44 年以降、地域住民において水俣病が発生する可能性のあるレベルの持続的メチル水銀曝露が存在していたとは考えられないという結論でございます。

次のページをお開きください。阿賀野川においても同様の検討をしております。ただし、新潟水俣病の特徴としまして、熊本と比べた場合、以下の点で違っているということござ

ざいます。一つは、患者公式発見以前に工場はアセトアルデヒド生産部門を閉鎖していたということがございます。もう一点としては、患者の公式発見の直後に汚染上の採補・販売・食用等に対する規制・指導等が行われていたということがございます。

続きまして「環境汚染レベルの推移」でございます。これは阿賀野川産の魚

#####8頁

介類の水銀濃度を評価していただいておりますが、昭和40年から41年にかけて大幅に減少し、昭和41年以降、魚介類の水銀の暫定的規制値前後を推移しつつ低下してきているという評価でございます。

次に「魚介類中水銀濃度と魚介類摂取量による推定曝露量」でございます。中ほどに下線を引いてございますが、メチル水銀の体内蓄積限界量、これ以上たまらないという量は発症閾値を下回っているということでございます。

結論といたしましては、(4)において、阿賀野川流域において、昭和41年以降、水俣病が発症する可能性があるレベルの持続的メチル水銀曝露が存在していたとは考えられないという結論でございます。

以上が曝露に関する評価になるかと思います。(4)に当たる部分については新しい知見であると私どもは考えております。

続きまして、第三、「水俣病が発生する可能性があった時期」についてでございます。日本におきましては、遅発性水俣病、水俣病が遅発するということが指摘されておきまして、曝露が停止してから発症するまでの期間がどの程度であったかということを検討することによりまして、水俣病が発生する可能性がいつまであったのかということを検討していただいております。

まず第1に「メチル水銀曝露停止から水俣病が発症するまでの期間」ということでまとめております。「イラクの例では『潜伏期』は16 - 38日」としております。IPCSクライテリアでは、日本の例を引きまして、「曝露中止後の潜伏期間は、1年くらいまでになる可能性がある」と結論しております。

次のページをお開きください。我が国で発症の遅延を指摘した主な判告例を幾つかまとめております。新潟におきまして、椿先生が、数ヶ月の期間をおいて症状の悪化や症状が出現する例があるということで、遅発性水俣病ということ提起されております。その後、新潟において、数年の期間をおいて他覚症状が出現することが報告されております。また、鹿児島においても、昭和48

#####9頁

年ですから、昭和43年から数年後でございますが、水俣病の病像を呈するに至った例が認められたということが報告されております。

これらの報告について検討していただいております。「発症遅延例に関する検討」と書いてございます。第1点としては、水俣病の発症時期を初発症状の時期でとらえるか、もしくは水俣病と診断し得る症状が揃った時期でとらえるかという点で若干定義の混乱がござ

いまして、厳密な意味で発症の遅延とはいえない例も含まれているのではないかとということでございます。また、初発症状自体が遅延したと思われる例についても、患者さんの記憶に基づくため客観的に発症時期を特定することは難しいこと、非特異的な症状を初発症状であると診断する上での困難性、加齢による影響、心理的な影響、合併症による影響等が関与するのではないかとというような指摘がなされております。結論としては、臨床医学的に観察された発症が遅延する現象をメチル水銀の代謝・排泄及び体内蓄積に関する知見並びに発症閾値に関する知見から説明することは困難であります、いずれにしても過剰な曝露が停止してから発症までの期間は現実的には数年以内にとどまるものと考えられるということでございます。

以上のことから、いつまで水俣病が発生する可能性があったのか、これが2に書いてございます。「不知火海沿岸地域では昭和44年以降、阿賀野川流域においては昭和41年以降、水俣病が発生する可能性のあるレベルの持続的メチル水銀曝露が存在していたとは考えられず、また、発症遅延の可能性を考慮しても過剰な曝露停止から発症までの期間は現実的には数年以内にとどまるものと考えられる」という結論でございます。これも事務局としては、新しい知見を出していただいたと理解しております。

次に6ページ、第二章、「健康影響の把握」を御説明させていただきます。健康影響の把握につきましては、これまで大きく分けて二つの指摘がなされております。一つは、患者把握のため調査が必要ではないかということござい

#####10頁

ます。もう一つは、水俣病において神経系以外の健康影響が生じるのではないかと指摘でございます。それぞれの指摘につきまして、第一、第二というところで検討していただいております。

第一は「水俣病の把握状況及び把握方法」で、この部分についてはこれまで何度か専門委員会でも認定者数等は御説明しておると思しますので略させていただきます。2番目の水俣病の把握方法の考え方でございますが、不知火海沿岸地域、阿賀野川流域については、このような結論をいただいております。御説明は省略させていただきます。

第二の「健康状態の把握」、これは水俣病で神経系以外の健康影響も生じるのではないかと指摘に対する検討でございます。まず頭書きにつきましては、メチル水銀による健康影響の可能性を明らかにするためには、あるレベル以上のメチル水銀曝露を受けた住民の健康状態と対照集団の健康状態を把握し、メチル水銀との関連を検討することが必要である。ただし、その際は、因果関係を推定する場合、関連の強固性、普遍性等の点から検討する必要があるということでございます。

まず「水俣病発生地域における健康状態の把握状況」ということで取りまとめをお願いしております。神経系についての評価としては、一番下の行に線が引いてありますが、「水俣地区において感覚障害のみを有する者が対照地域の2.2倍であったが統計学的に有意差はなかった」ということで、水俣病と認定された方を除く汚染地域の方々に健康状態の「偏

り」があるかどうかということについては、このような評価をいただいております。

また、7 ページを御覧いただきますと、神経系以外の影響につきましては、水俣病発生地域住民には特記すべき健康状態の「偏り」は認められていないという評価でございます。そのほか、死因構造につきましては、水俣病認定者を除く水俣病発生地域における人口集団には特記すべき健康状態の「偏り」は認

11 頁

められない。ただし、水俣病認定者集団では、ここに書かれてあるような傾向がみられたということでございます。

これらの知見を踏まえまして、2 の部分で「健康状態の把握の必要性」を述べております。一つは曝露という観点から、「個々人の曝露量は明らかではないものの様々な程度でメチル水銀の曝露を受けていた可能性が考えられる」ということがございます。

それから、反応と影響という点につきましては、次の段落に書いてございますが、「水俣病認定者を除く人口集団の神経系に関する健康状態に何らかの『偏り』の有無については、明確にされるに至っておらず、また、神経系以外の健康状態の『偏り』があることについては否定的ではあるものの、今後なお知見の集積が必要であると考えられる」という見解でございます。

「以上のことから、水俣病発生地域住民を対象として、その健康状態を把握することにより、健康状態の『偏り』の有無を明らかにし、健康状態に『偽り』が認められた場合、メチル水銀曝露との関連も含めてその要因を検討することを目的とした調査を行う必要がある」ということ結論でございます。これも新しい指摘ではなかろうかと事務局では考えております。本委員会における健康管理対策を行う一つの根拠となるものでもないかと考えております。

資料1の御説明は以上でございます。

【井形委員長】 ありがとうございます。

ただいまの御説明について御質問等がございますか。

先ほど御説明ありましたように、これは国会で約10年前に総合的調査手法を調べなさいということのできたわけですが、報告書が少し滞ったこともありまして、国会で大分しりをたたかれまして、最近完成したもの、10年間のまとめをし、今度また平成3年度でこれを出したわけです。できればこれがこの答申の医学的な基礎になってほしいという願望も込められておるわけござい

12 頁

ます。これはここで御審議いただいて訂正するとか、そういうものではなくて、これはこれで報告されるわけでございます。

この内容に関して若干の討議をお願いしたいと思います。

【森島委員】 6 ページの一番最後の行の「感覚障害のみを有する者が対照地区の2.2倍であったが統計学的に有意差はなかった」というのはどうということでしょうか。

【事務局】 調査は、水俣市の、特に発生地域の人たち、1,000人ぐらいだったと思いませんけれども、それと有明町というメチル水銀汚染には関係ない地域の方1,000人ぐらい、その中で感覚障害のみを有する人がどのぐらいいるかということと比較しますと、2.2倍であったということです。ただし、それは、統計学的に処理すると、たまたま起こり得る程度の差であるという解釈になるかと思えます。

【森島委員】 つまり、統計学の誤差の範囲内ですか。

【事務局】 誤差というか、たまたま起こるかもしれない、偶然起こったことかもしれないということでございます。

【森島委員】 僕は統計学のことはよく分かりませんので、2.2倍というのは、どれくらいなのか分かりませんが、例えば公健法などの場合、BMRC方式でやった調査結果で有症率が2倍の場合には統計的には疫学的に有意差があると考えて、2倍から3倍あれば地域指定していたわけです。ですから、この辺のところ、統計的に操作すればそういうこともあり得るかというのでは素人には納得しかねます。2.2倍あっても統計的には有意差とはいえないのだという理由付けあるいは統計学的な説明というのはあるのでしょうか。

【鈴木委員】 それはしばしば起こることでしょう。サンプルサイズと出現率の大きさとのバランスの問題だから、例えば出現確率が非常に大きいものであったら、多分2.2倍あったら確実にいっていたわけです。そんなに大きなもの

13頁

ではない場合には、偶然的な変動の幅の中に入ってくるぐらいを

【森島委員】 多分そういうことだろうと思うのですが、例えば母集団と実際に発現している数の上からいって、そういうふうにはいえないということは分かるのですが、この記述だけだと、少なくとも素人が読んだときには、専門家に任して、それでよろしいというのならいいかもしれないけれども、何となく報告書としてはもう少し説明が欲しいような気がします。

【浅野委員】 これは要旨でしょう。これが報告書の本体ではないでしょう。だから、もっと詳しい説明があるのではないですか。

【二塚委員】 この内容について補足したいと思います。先ほど説明があったように、水俣と、汚染がない対照地域とをいろいろな神経症状について比べてあるのですが、感覚障害があるかないかということについて言えば、ある意味では当然水俣地区の方が多いいけれども、今問題になっている感覚障害だけのパターンを取り出してみると、対照地区の2.2倍だけれども、感覚障害だけのパターンを示すサンプルが非常に少数ですから、結果において我々が有意差検定する場合の5%を上回る危険率が認められる、そういうことなんです。

【森島委員】 数が少ないということですか。

【二塚委員】 ええ。結果として、これに核当する

【井形委員長】 これは後で資料をつけるのでしょうか。

【二塚委員】 今、感覚障害だけの事例が、後の報告書とも関連して相当問題になり、注目もされているところですので、これだけの記述が出てきますと、独り歩きして、いろいろ批判の対象になる可能性があると思うので、このところはかなり慎重な表現にしないとちょっとまずいのではないかという感じがします。

【柳沢環境保健部長】 今御指摘のように、必ずしもこの要約は適切でないようでございますので、要約を直すのもあれでございますが、本文の報告書は、

#####14頁

先ほど申しあげましたように、本日付では間に合わなかったのですが、次回お出しする予定にいたしております。そのところでもはっきり書いてございますので、今の御意見を踏まえて、また直したいと思っております。

【井形委員長】 これは修正なしに印刷に回っているのですか、例えばサマリーのところだけぐらいは「2.2倍」という数字を載せなくてもいいのではないか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 要するにこの論文を報告した先生が、2.2倍であるが統計学的に有意差は認められなかったと書いているのです。それをこれで引用しているわけです。

【浅野委員】 この要約は、バックグラウンドのデータがあつての話なのですが、森嶋先生から、素人目に見ればいかにもおかしいという感想を漏らされたというのは確かにあり得ることなので、ちゃんとしたデータに基づいていつもものを言えばいいわけです。これはあくまでも要旨ですから。

【岩尾特殊疾病対策室長】 報告書自体はあくまでも報告書として出てきます。

【浅野委員】 この専門委員会での要旨を基にものを考えたり結論を出しているわけではないので、最終的にいただいた資料を見て、バックグラウンド・データを見た上で皆さん判断されるということだけははっきりしておけばいいわけです。

【森嶋委員】 私が申しあげたのは、ここで専門家がおっしゃったことが間違っているという意味ではなくて、結論はこうお書きになったのかもしれませんが、「2.2倍あつたが統計学的に有意差はなかった」というのは、何か特別の理由があるのだろう。例えば、さっき僕も申しあげましたし、鈴木先生もおっしゃいましたけれども、非常に数が少なくできないとか、あるいは集計上の誤差の範囲内に入るようなものだとか、何かないと、これだけを見ると、普通、絶対量が大きいと、2.2倍ですと有意差は当然にあると考えますので、この表

#####15頁

現だと、素人の場合には、何でこうなるのだろうという疑問を生じやすい。ですから、この結論を変えろとか、そういうことではなくて、今どなたかがおっしゃったように、独り歩きする危険性がありますので、そこは御注意いただきたいということの後で付け加えようと思っております。

【井形委員長】 実際は、数の上では多かつたけれども有意差検定したら有意差はなかったということが出ればいいわけですね。森嶋先生がおっしゃるのは、2.2倍という数が非

常に多いなと感じて、それが有意差がないと言うから、それはことさら否定しているという印象を与えないかということですね。

これはもう印刷されたのですか。この項目はあるのでしょうか？ これはサマリーだけですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 このサマリーは、今日先生方にお示しするというのでつくったものですので、特にこれをどうこうするつもりはございません。

【井形委員長】 では、これは取扱注意で、これだけの形では外へ出ませんということですから、本文を読んだら大体分かると思うのです。

これは重松委員会で、特に疫学の先生が主にたくさん参加されてまとめられたものです。これはもちろんここで御審議いただくこともあれですけども、こういう報告書が出ました、したがって、これを参考に答申をお考えいただきたいという資料になるわけです。

よろしゅうございますか。

ありがとうございました。

それでは、次に議題 3、特定症候有症者医療事業について、資料 2 について説明をお願いいたします。

【岩尾特殊疾病対策室長】 特定症候有症者医療事業につきまして、これまでの審議を踏まえて整理した内容を御説明したいと思います。具体的な基準とか内容につきましては、今後の予算要求とか、その後の要綱を定める段階で決定

16 頁

することになるかと考えております。専門委員会の報告としては、ある程度抽象的な範囲にとどまるとおられますので、これから御説明する程度の書きぶりとなると考えております。

【事務局】 それでは、資料 2 に基づきまして、「特定症候有症者医療事業の概要（案）」について御説明申し上げます。

目的としては、「水俣病が発生した地域においては、水俣病とは認定されないものの、水俣病にも見られる特定の症候を有し」というところから始まりまして、このような者が存在し、認定申請、訴訟等を通じて、社会的にも大きな問題となっております。このような症候を有する者について、適正な医療の機会を確保することにより、その健康管理を行い、併せて症候の原因解明及び社会問題ともなっている地域における健康問題の軽減・解消を図るものという目的でございます。

対象者といたしましては、四肢末端の感覚障害をもつ者、ただし、水俣病と認定された者及びその症候の原因が明らかである者を除くということでございます。なお、昭和 43 年以前（新潟地域にあっては昭和 40 年以前）において、水俣病発生地域（水俣病として認定を受けた者の多くが居住していた地域として別に定める地域をいう。）に居住しておりまして、かつ、水俣湾周辺あるいは阿賀野川の魚介類を多食したと認められる者。もう一つ、これに核当する者と同等のメチル水銀の曝露の可能性があったと認められる者を対象と考

えております。

事業の主体は、熊本県、鹿児島県及び新潟県を想定しております。

費用負担につきましては、国、県、それぞれ半分ずつ負担して事業を行っていくことを考えております。

次に、事業の内容でございますが、目的の「適正な医療の機会を確保する」ために、療養費（社会保険の自己負担分）及び療養手当（通院費等療養に係る

#####17頁

諸雑費）を支給するという事業を想定しております。後から若干述べますが、4ページ以降に各制度の医療費に類する手当を列挙しております。

2ページ目の具体的手続きでございますが、対象と考えられる方から申請していただくということを考えております。水俣病発生地域を管轄する関係県知事に申請を行うということでございます。その際、相当量のメチル水銀の曝露の可能性に関する要件に核当することを証明する資料をつけていただくことを考えております。水俣地区においては昭和43年以前に居住していたことを証明する書類とともに、昭和43年以前に水俣湾周辺水域の魚介類の多食した旨を証明する書類、新潟については、前ページのように、昭和40年以前、阿賀野川流域の魚介類を多食した旨を証明する書類が必要としております。その他、特別の事情により相当量のメチル水銀の曝露の可能性があったことを示す書類が必要となる場合もあり得るかと考えております。

もう一つ、症状の方からでございますが、水俣病にもみられる四肢末端の感覚障害をもつことについて、知事の指定する医療機関において作成された診断書を添えていただくという方式でございます。ただし、この際、公健法の認定審査に係る公的検診に基づく審査会資料が存在する場合は、これで代えることができるということでございます。

判定は、関係県知事が行うということでございます。ただし、関係県知事は、必要に応じまして、専門家から成る検討会において医学的な検討を行っていただくという方式を考えております。

次に資格の喪失でございます。いったんこの事実の対象者となった者につきましては、定期的に四肢末端の感覚障害に関する診断書を提出していただきまして、その症候を有しないと認められる者あるいはその症候の原因が明らかとなった者は、知事の判定によりまして、この事業の対象者としての資格を失うということでございます。

#####18頁

具体的な療養費及び療養手当の支給でございますが、療養費の支給につきましては、本人が申請するという原則でございますが、療養費の限度において、特定症候有症者の代わりに医療機関に支払うことができるということで、現物給付の道も残しております。

療養手当の支給につきましては、本事業の対象者である特定症候有症者の請求に基づきまして、入院又は通院の日数を証明する文書を添えて申し出ていただくことを考えております。

3 ページ、最後に「その他」といたしまして、現在この事業を想定しております県に居住していないが特定症候有症者の要件を満たす者につきましては、メチル水銀曝露当時の住所地を管轄する県知事に申請していただきまして、その県知事が判定、支給の事務を行うということを想定しております。併せて費用の負担もその県知事にお願いしたいと考えております。

4 ページ、5 ページに、参考として各種制度の手当について載せております。1 ページ目の事業内容のところは非常に抽象的な書き方でございますが、現に予算の裏付けが伴うもので、額としては、現在行政内部で検討の段階でございます。参考までに 4 ページ、各制度の金額は、公健法の療養手当につきましては、そこに掲げてある 5 段階でございます。

次に、水俣病認定申請者治療研究事業の研究治療手当は、療養を受けた日数の一日 500 円、離島から島の外へ通院した場合は、それに 500 円を加える。法律ではございませんが、このような予算措置で事業を行っております。

その他、原爆特別法の保健手当、健康管理手当、予防接種、5 ページに参りまして、医薬品副作用被害救済制度の医療手当、最後に生活保護法の在宅患者加算、入院患者日用品費につきまして整理して掲載しております。

資料 2 については以上でございます。

【井形委員長】 どうもありがとうございました。

19 頁

ただいまの御説明に対して御質問、御意見をどうぞ。

【浅野委員】 前から少し問題になっていたことですが、特別医療事業との関係をどうするのかということが問題として残っています。吸収されるというのであれば、例えば申請手続きのところでは特例を設けて、特別医療事業で現に給付を受けている者はそのまま横滑りにすると考えるのか、あるいは、それは全く別だから改めて手を挙げていただかなければだめですとするのか、その辺のお考えがありますかどうか。

第 2 点は、この申請期間について、エンドレスにするのか、あるいは一定期間を限るのか。仮にエンドレスにしないで申請期間を限る場合に、現に認定申請をしている人について同じように期間制限をかけてしまうのか、それとも、その人が認定を棄却された段階で救ってあげられるように、それについては認定申請中の人には特例を設けて、エンドレスに近い状態にとどめおくかどうか。これはかけ持ちというか、両方出せるかどうかという議論があって、なかなか難しいものですから、あからさまには両方だめとは言いきれない面があるのですが、何となく仕分けはあるということを明らかにするためには、仮に期間制限を設ける場合でも、現に認定申請中の人についてはそちらの決着がつくまでは持ってあげるといような配慮が必要ではないか。そうすることによって仕分けをしているということを暗に理解させることができるという気もしましたので、その点を検討されているかどうかをお尋ねしたいと思います。

【事務局】 その点、内部で検討しておりますが、現にまだ若干不確定要素があるという

ことでございます。特別医療事業につきましては、現在、実際には本制度と特別医療事業を包含するような形での事業設定になっておりますので、対象地域が特別医療事業の地域よりも広いあるいは同等であるならば、特別医療事業を吸収することか実際的にできると考えておりますが、まだ対象地域が若干詰まっておりますので、その点でペンディングの部分があるということ

#####20頁

でございます。包含するとなりますと、特別医療事業につきましては、特別の措置で移行させることが合理的ではないかと考えております。

期間につきましては、同様にまだ、根本にかかわる問題でございますので早めに詰めたいと思いますが、今検討中でございます。

【浅野委員】 2ページの「判定」のところで、「専門家からなる検討会において医学的な検討を行う」ということになっておりますが、これは読みようによっては、「必要に応じて」ですから、全件が検討会にかかるわけではないというふうに読めるので、私はむしろその方がいいと思っておりますが、下手をすると、全部かけるということになると、第2認定制度になりかねないので、その点については、あくまでも例外的に問題のある者だけを検討会にかけるということなのか、大体はかけるということなのか、その辺のお考えがありますかどうか。

【事務局】 「必要に応じ」ということは、原則、県知事が簡易に判定するということがこの委員会での御議論だと考えておりますし、また、そのようなことで県が運用できればと考えております。ただ、県知事がすべてを県内部で判断するには少し無理がある場合もあると考えまして、全例を専門家に聞くということではなく、逆に、例外よりは多いと思っておりますが、そのような割合を考えております。

【野村委員】 公健法に基づく認定申請はやっても差し支えないというように理解しておりますが、それはここでは明記されてないでしょうか。

【事務局】 ここの問題につきましても、法律に基づくものか、あるいは予算措置になるかで書きぶりが相当変わってまいりますので、ここには書かなかったということですが、非常に重要な点で、県の要望あるいは認定審査会あるいは検診の現場からは、かけ持ちはなるべくやめてほしいという意見がございますし、また、ここでの議論もございましたように、制度からするとか

#####21頁

け持ちは禁じ得ないということで、その点はまだその段階にとどまっております。

【井形委員長】 先ほども申しましたが、認定申請を出す人は特別医療事業の該当者でないということが、ある意味で定着しているのですから、何とか工夫して実施していただかないと、両方どうぞとやりますと、申請者は激増しますね。早期解決というか、間もなく終わりというムードがせっかくできかかっているのです、法律では書きにくいかもしれませんが、特別医療事業のやり方に見習っていただきたい希望があります。

もう一つは、これも前から申し上げているのですが、中公審からの答申で、「特定症候有症者医療事業」という名前が常識的な委員から提案されたとはとても考えられない。これは役所の言葉でございますので、例えば「四肢感覚障害者医療事業」とか「健康問題重点事業」とか、もう少し分かりやすい名前に変えていただいて、どうしても大蔵省に「特定症候有症者」という名前を使いたければ、括弧してそれを書く方が望ましいと思います。今まで環境庁も「特殊疾病対策室」「特殊疾病審査室」というのは、何をやっているか第三者は全く分からない。実際は水俣病のことなんです。なぜ「特殊疾病」といわなければいけないのか。なるべく分かりやすい答申の方がいい。というのは、環境庁の御努力については高く評価いたしますし、私もこれで反対ではないのですが、中公審に答申を求めたのが、官庁がつくった作文が答申されたのではないかというイメージを払うためにも、なるべく官庁用語を省くようお願いしたいと思います。それでは、どんな名前がいいかと言われると、困ることは困るのですが、よろしく願いいたします。

【荒木委員】 ネーミングの方は、今、井形先生おっしゃったように、「四肢感覚障害者医療事業」の方がいいと私は思います。

それから、第2の「対象者」というところに「相当量のメチル水銀の曝露の
22 頁

可能性があったものとして次の要件のいずれかに該当する者であって、四肢末端の感覚障害」と書いてあります。今気づいたのですが、メチル水銀の曝露の可能性があった者で四肢末端の感覚障害といえ、これは水俣病ではないかととられやすいのではないかと思うので、この文章は、「メチル水銀曝露地域に居住した者であって、四肢末端に感覚障害」というように、「可能性があった」ということは書かない方がいいように私は思うのです。その点の御意見を賜りたいと思います。

第3点は、「知事の指定する医療機関」というのは、内容的には大体どういうところとお考えでしょうか、それとも、神経内科専門医のおよぶような病院とかいうことでよろしいかどうか、その辺をお願いしたいと思います。

【事務局】 指定医療機関につきましては、公的医療機関ということをお願いしたいと考えております。また、信頼ある医療機関、神経内科がメインになると思いますので、その辺は地元の状況をよくお聞きして考えていきたいと思っております。

【野村委員】 今の先生の御意見についてちょっと疑問に思われるのは、その下のアとイがある限り、曝露の可能性があったことを要件としていることは明らかだと思うのです。ですから、ここで削っても後のあるわけですから、どうなのでしょう。

【事務局】 一番頭に、水俣病とは認定されない人の範囲が前提であるということを書いておきますので、そこで大きなところで歯止めがかかっているということで御理解いただければと思います。その要件の趣旨は、全然関係ない地域で症状とか、そういう人は除くということでございますので、ある程度その可野性があったという範囲で意味的には縛っていきたく思っております。

【藤木委員】 「目的」のところの2行目、「水俣病患者と同様の身体的、精神的苦痛を受けている者が存在し」ということですが、「同様」という言葉を

#####23頁

「類似」にした方がいいと思います。

【森島委員】 一つは、今の御質問と同じで、この2行目は要るのでしょうか。

【事務局】 ここは新しく付け加えたところです。後でまた本体にも出てくるのですが、給付をもらう人の要件として、もらうにふさわしいだけの理由、事情があるということを強調したいという趣旨であり、精神的、身体的苦痛もかなりのものの上っている、そういう表現を加えたわけです。

【森島委員】 目的ですから、「水俣病にもみられる特有の症候を有し」、これこれで「社会的にも大きな問題となっている」、本当はこれ全体も要らないはずなのですが、入れるとすれば、普通では、四肢末端の感覚障害で「水俣病患者と同様の身体的、精神的苦痛を受けている」というのは、皆さんそうおっしゃっているので、だから水俣病だと言っているわけですから、ほかガードが堅い割にここはガードが非常に緩いのではないかという感じがします。

【浅野委員】 そもそも資料2の性格がよく分からないのです。前からこういうのが出てくるでしょう。報告書本体には入ってないようなものが、報告書の付属文書として当専門委員会がオーソライズしたものなのか、それとも、報告書を受けて更に行政化するとき、こういうことでやりますよということをおられるのか、多分後の性格のものだろうと思うのです。だったら、もともと報告書の中に書かれている文章をそのまま横に滑らせて、それ以上余計なことは言わない方がよっぽど専門委員会の意を体したことになるませんか。余計なことを言うから問題が起こるわけです。大概、文章いじりはもうやめさせてもらいたいという気がするのです。

【事務局】 資料のつくり方として、並行して両方つくっているものですから、新しい材料を本当は並行して両方に入れなければならないのですが、時間的なアンバランスがございまして、その辺、分かりづらい表現で大変申し訳ないと思っております。

#####24頁

【森島委員】 医療費というのは、通院の日数によって払うとすれば、四肢末端の感覚障害のある人は、風邪をひいても下痢をしてもこの医療費に入るのでしょうか。

【事務局】 医療費につきましては、そもそもの事業の目的が原因解明でございますので、病気が分からない段階ではいろいろな病気を探すというものはこの事業の対象になり得るであろうと思います。

【森島委員】 そうすると、およそ病気をすれば、ということになるのでしょうかね。

【浅野委員】 特別医療事業の場合は少なくとも出さざるを得ないでしょうね。現に特別医療事業で出しているものを削減はできないという理解ですか、もっと広いのですか。

【事務局】 新しい事業でございますので、それなりの説明ぶりは必要かと思えます。

森島先生のお答えに少し補足いたしますと、ただし、明確に最初から四肢の感覚障害とは関係ない、例えば歯科、出産の費用、そこら辺は明確に外せるであろうと考えております。ただ、どれが明確であるか明確でないかについてもまだ、予算が絡む問題ですので

【森島委員】 健康管理といっても、四肢末端の感覚障害の健康管理となると、四肢末端の感覚障害のところだけで押さえていかどうか分からないけれども、かといって、全部広げて、風邪をひいてもこれだというと、老人医療みたいになってしまうので、特に療養手当がもしも通院等にかかわってくるとすると、風邪をひいても何でもともかく何回でも行っていけばたくさんもらえるという仕組みですから、この辺もテクニカルには難しいところがあると思いますが、これを読んでいる限り、はっきりしないので、抽象的にでも、四肢末端の感覚障害と明らかにかかわりのないものについては除くみたいなことが入っていた

#####25頁

方がいいのかという気がしたのです。

【浅野委員】 ただ、社会保険の自己負担分なので、実際に払われる費用がそんなに大きくないとすると、むしろそれをカットするときにかかる手間暇の方が高くつく恐れはありませんか。例えば歯科とか出産とか明らかに分かるものはいいのですが、それ以上細かくマニュアル化してしまって、例えば風邪はどうかと言われると、うっと詰まりますが、例えば外科的な処置を必要とするものでも、感覚障害があったから転んだのだとか理屈を言われると、なかなか切れないものですから、けがをした場合でも入れざるを得ないかもしれない。

【森島委員】 ただ、例えば歯科は除くということにしたら、どれが入って、どれを除くのかというのはどうしても出てくるわけで、全く排除しないか、さもなければ、何らかのガイドラインはつくらなければなりません。特にここで「通院費等療養に係る」というので、通院あるいは入院の日数が絡んでくるとしたら、その意味でのモラル・ハザードをむしろ増やすことになりませんか。

【二塚委員】 今の御意見ですが、特定症候有症者というのは、四肢末端の感覚障害そのものの管理という考え方よりも、むしろ、水俣病ではないのだけれども、ボーダーラインが何か分からない、そういう存在に対するそれなりの救済措置として考えられているわけですから、これについての医療費の制限の問題が出てくれば、当然、現在ある認定患者の医療費についても同じようなモラル・ハザードの問題があるので、やはりセットにして検討しないと、これだけではちょっと無理ではないかと思います。確かに検討する必要はあると思います。

【井形委員長】 もう一つの問題は、これをやることによって、本質的な問題ではないのですが、医師会はこの症状について2枚請求書を書き分けなければいけないのです。この協力は非常に得にくいのです。チツも今医療費で随分困っているのも、多少そういう点にあるのです。

#26 頁

それから、老人医療になった場合には、このメリットはそんなに多くはないでしょうか？

【事務局】 老人医療の自己負担分が軽減されます。

【井形委員長】 自己負担分は非常に少ないですね。

【事務局】 はい。通院、月 900 円だと思います。

【加藤委員】 2 ページ目にある水俣病発生地域の定義は、前に一回議論された地域と考えていいですか、それとも特別医療事業の地域でしょうか。

【事務局】 先ほど申し上げましたように、そのところがまだ未確定の部分でございます。特別医療事業を相当横目でらみながら考えるものだと考えております。

【二塚委員】 ここで四肢末端の感覚障害については、括弧して「水俣病と認定された者及びその症候の原因が明らかである者を除く」、これだけしか制限がついていないわけですが、資料 3 の 6 ページの「四肢の感覚障害と水俣病の診断について」のところの「表在感覚」以下から 3 行ぐらいにはかなり具体的な概念規定が書いてあるように思いますので、四肢末端の感覚障害についてはもう少し明確な判断基準なり何なりを資料 3 の 6 ページと同じような表現で書いておいた方がいいのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

【井形委員長】 それはおっしゃるとおりですが、なかなか

【浅野委員】 そういうところも目をつぶってという精神が今回はあるわけで、そこでぎりぎりやっていると、また認定と同じような問題が起こってしまうのではないだろうかと思えます。

【二塚委員】 ただ、それについて余にもルーズにやっておくと逆の問題が出てきて、それを県なども非常に危惧しているのではないのでしょうか。

【浅野委員】 しかし、給付額がそれほど大きくないということで、仮にその入り口を一定期間で閉めてしまう、そこまで持っていければ大体的見通しがつ

#27 頁

くような気もするので、期間で閉める方が割合合理性があるのですが、こういう症状のところでは閉めるという印象を与えてしまうと、そこだけかみつかれてまたまた紛争が起こるという心配があるのです。

【二塚委員】 四肢末端の感覚障害というのは、非常に抽象的で、ものすごく広い概念ですから、こちらが説得するだけの表現はしておかないとまずいのではないかと思うのです。

【納委員】 僕ら神経内科から見て、四肢末端の感覚障害というと、概念的にはまあこれで、例えば認定する側というか、私たちの大学の第三内科が認定機関の一つになった場合には、あるいはうちの医局に移る場合には余り問題ないような気がします。

熊本県の場合、荒木先生、いかがですか。

【井形委員長】 むしろ公的機関とか認定医とか、そういうことで判断させて、お願いすることにすれば

【納委員】 大丈夫なような気がするのです。

【井形委員長】 熊本県の要望事項にもそういうことは出ているのですが、実際は、今後の水俣病対作には若干触れていると思います。

【事務局】 そのあたりは、実施するときになりましたら、各病院ごとで違わないようにすり合わせが何らかの形で必要なのですが、中公審のレベルであれば、そこまで具体的でなくて、もう少し抽象的なレベルで書いていただいて、それを行政が施策に起こす段階でももう少し細則なり通知の形で落とすことになろうかと思います。今のペーパーだけですと、6 ページのものは、水俣病そのものにみられる四肢の感覚障害ですので、かなりぎりぎりした書き方になっているのですが、そのほかのところ、今回扱っている四肢の感覚障害というのは、確かに「四肢の感覚障害」としか書いてありませんので、多少くどいかなという感じは持っているのですが、書き込むにしても、それほど細かいところまで

28 頁

は答申なり報告のレベルでは必要ないのではないかと考えております。

【二塚委員】 具体的には、運用する場合の運用細則みたいなところで表現していただく、そういうことですね。

【浅野委員】 余り細かく議論していくと、やはり水俣病かなと……。違うという話をしているわけですから、ここはむしろ違うということを強調するために、いろいろな原因があるということを書いているだけなので、このいろいろな原因を排除していきますと

【二塚委員】 僕が危惧するのは、実際にこういう事例が起こって判断し始めたときに、一つのスタンダードをそれなりにつくっておかないとしり抜けになってしまう可能性があるということです。

【浅野委員】 これからできるのかなとか、あるいは判定のための検討会ができれば、そこで少なくとも鹿児島県、熊本県で

【井形委員長】 特別医療事業のときも同じ議論をしたように思うのです。しかし、曲がりなりにもそこでごたごたすることは余り多くはなかったように思いますから、僕ができるのではないかと思うのです。むしろ判断してくださる先生にお任せする。それは現実に判断した人の持ち寄ったルールが自然的にできる。もちろんそれに異論を唱える人は絶対に出ると思います。しかし、大きなところを押さえれば水俣病は解決になるので、一人、二人の微妙な感覚障害を一生懸命論ずることは余り実りが多いことではないかと思えますけれども、いかがですか。

【納委員】 しり抜けになって、だれでもかれでも認定になると困るという県側の危惧もあると思うのです。

【二塚委員】 県といいますか、むしろ医師会とか町村などのレベルでそういう危惧は結構いろいろあるわけです。

【納委員】 ただ、それは医療機関の絞り込みと運用の方でできるような気が

29 頁

します。

【二塚委員】 分かりました。いずれにしても、何らかの形で文章に残していただければいいと思います。

【荒木委員】 結局、ある特定の居住地区に住んで、四肢末端に多発神経炎様の障害をもつ者ということになれば、これは原田正純氏が絶えずすべて水俣病ですと言っていたのと大体同じような方向に行くわけですね。彼が言うには、有明海の水俣湾周辺だったら住民は100万とか何十万人いますよ、そういう人たちが皆対象になりますよという運動なんです。だから、どこまで地域を絞れるかが大きな問題だろうと私は思います。

【井形委員長】 仮に彼らが言うように、ボーダーライン層を水俣病と認めたら、またそのバックにボーダーライン層を設定しないと絶対に解決しないと思うのです。ですから、ボーダーライン層の中には違う人が大部分入って、中には若干疑いのある人も入っているかもしれないという層を設定するのが一番賢明であろうと思います。もちろん原田先生はこのことに対していろいろコメントを言うと思うのですが、それはそれで構わないと思うのです。

どうもありがとうございました。

では、そういう意見があったことを踏まえて、まだ固まってはおりませんが、なお、これに関して御意見がある方はぜひ書面なり直接事務局あるいは私の方でも結構でございますが、御意見を申し出ていただきたい。そのことを取り入れて、次回はなるべく具体的な案にまとめて御提案したいと思います。

【納委員】 先ほどの質問で一つ聞いてないのが、資料2は中公審の答申の付属資料としてセットで出されるのですか。

【事務局】 出しません。この資料は、報告書本体の方から抽出してきた部分と、多少行政の中で具体的に考えているところを合わせまして、この場でイメージをつかんでいただくためにつくったものでございますので、このまま使う

30頁

ということはありません。

【井形委員長】 それでは議題4に移らせていただきたいと思います。前回の委員会では事務局から報告書の素案が示されまして、委員会で審議いたしました。その後、各委員から御意見をいただいて、それをいろいろ盛り込んで、今日の新しい資料となって配付されておるわけでございます。このことについて、まず事務局から御説明いただきたいと思います。

【岩尾特殊疾病対策室長】 現段階での案を御説明させていただきますが、本来ならば、事前に送付して見ていただくところであったわけですが、時間の関係でお送りすることができませんでしたので、御了承いただきたいと存じます。資料の中で特に、「新たに講ずべき対策のあらまし」の分につきましては、他の制度との関係、予算の問題もありますので、ある程度の行政内部での調整を踏まえて固める必要がございます。このため、今のところ、前回からの変更は加えておりません。追って御相談することにさせていただきます。

と思います。また、法律が必要となるかどうかという点も影響があるところがございますが、今、内部で検討を続けているところがございます。

以上のように、報告を固めるためになお検討・調整が必要な部分がありますので、本日もなお検討の途中段階という性格のものでございます。本日は確定ということではなく、更に意見をいただいた上で修正を加えたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

【事務局】 お手元の資料3の「今後の水俣病対策について(取りまとめ案)」、平成3年10月29日版について説明させていただきます。

前回の案から様々な意見をいただきまして、あるいは事務局の中でも検討しまして、大きい変更、細かい変更、かなり変更を加えております。逐一変更点を申し上げればいいのですが、かなり煩雑になりますので、特に内容的に変わったところにアンダーラインをつけております。今回はそのアンダーラインの

#####31頁

ところを中心に簡単に御説明したいと思います。

まず1枚目の目次の中で大きく変わりましたのは、前の版ですと、と の間に として「水俣病問題の経過」ということで、水俣病の発生と原因の究明、水俣病の救済対策、環境汚染の推移、この章が入っていたわけです。しかし、これは完全に事実関係の問題でありますので、特に専門委員会から改めて報告いただくという性格ではないということで、こここのところは全面的に削除しております。

それから、前の案では、その次に として「水俣病に関する医学的知見」という項がありました。これは水俣病の病像、水俣病の診断、メチル水銀の曝露と水俣病発症についてという内容です。ここは教科書的に既存の知見の整理をしたところですので、ここについては重要なところですので残すことにいたしました。新しい版の中の の2として「水俣病に関する医学的知見」として同じ内容を入れ込む形にいたしました。

それから、新しい板の の「今後の対策の方向」の中で、前回の版では、1の前に今後の基本的方向ということで、全体の趣旨と認定業務の問題について書いた節がありました。そこにつきましては、認定業務の方を独立させて、3として新たに項目を起こしております。そうしますと、前段の総論的なところが前書き的な内容になりますので、表題をつけることなしに、章全体の前書きという形で書き込んでおります。

以上が構成上の変更点でございます。

では順に変更点について見ていただきたいと思います。

次の「はじめに」につきましては、多少の文言変更をいたしましたけれども、趣旨的には前回と変更しておらないところです。

2 ページ目、「問題の現状と評価」。ここで新しい版ではいきなり「問題の現状と評価」という形に入るようになっております。最初の方、位置が変わっ

#####32頁

たということで、少し表現を変えておりますけれども、おおむね昭和 45 年の旧救済法以来の経過について書いておまして、既に認定業務を 20 年やってあって、環境汚染も改善されてきているけれども、なお問題が残っており、こういう表現になっております。アンダーラインの部分、「特に、公健法又は救済法の認定を受けた者は、急性劇症例や典型例から、軽症例や症候の一定の組み合わせから水俣病と認めうる者まで及ぶが、さらに、この認定の範囲に含まれない程度の何らかの症候を有する層について水俣病かどうかをめぐって議論が生じている」、これを加えております。これは外面的ないろいろの事象の問題だけではなくて、その中身としてはこういう問題があるのだということを入念的に書いておるわけです。特に今、社会一般で、あるいはマスコミにおいて、水俣病の患者は全く救われていないのだ、そういう形で受け取られている面がありますので、そうではなくて、典型例とか軽症の方まで認定は及んでいるのですが、なおその先の更によく分からない層で問題が生じているのだ、こういうことを書いているわけです。

次に、認定業務以下、訴訟のことまで書いております。この中で、認定業務については、熊本県、鹿児島県と、新潟県、新潟市の様相がかなり違いますので、そこを分け書きにしております。新潟県、新潟市においては、未処分者は既に 13 名で、ほとんどない状況で、かつ、昭和 63 年度以降は新たな認定申請はない状況にありますので、そのことを特記しております。

以下、事実関係の問題から、そのような要因の背景として、過去にメチル水銀の摂取があったこと、それが健康上のリスクとなっているのではないかと受け止められていること、さらに、そのような状況を背景として、この地域では、水俣病にもみられる様々な神経症候の訴えが見られ、これが水俣病によるものではないかと受け止められていること、このような問題を整理しております。

次に、2 番として「水俣に関する医学的知見」です。これは前回つくって

33 頁

いたものを文言変更しながら、ほぼそのまま入れ込んだ内容です。

まず(1)の「水俣病の病像について」、ここは教科書的に紹介しておるところです。「小児水俣病」というところにアンダーラインがありますが、ここは前は「胎児期、乳児期のメチル水銀曝露による水俣病」としてありますけれども、一括して「小児水俣病」という言葉でくくっております。

最後の 2 段は病理所見の問題と神経系以外の諸臓器の問題です。ここは内容的には変わっておりませんが、いろいろ表現をいじりまして、現在こういう表現にしております。

上段の方が、「病的にはメチル水銀による障害は中枢神経系を中心とする複数の特定部位に生じやすいことが明らかにされており、その障害部位に対応した症候が出現すると考えられている」。

下段が、「なお、神経系以外の諸臓器に障害をきたす可能性があるとの指摘もあるが、現

在のところこのような障害を示唆する報告はごく少なく、この問題については確定的な結論は得られていない段階である。最後のところはなかなか微妙な表現ですので、なお要検討かと思われます。

(2)の「水俣病の診断」についても前回とおおむね同じ表現になっております。ただ、アンダーラインをしております症候群的診断の性格付けの説明のところは、前回、分かりづらいということで様々な意見をいただいたところです。かなり圧縮いたしまして、今回は、「症候群的診断に際しては、より正確な診断を期し、個々の医師による診断のばらつきを避けるため、診断上の価値の高い症候の組み合わせによる診断基準が作成されることが一般的である」、こういう表現にいたしました。

その後が、行政における判断条件の紹介と評価のところです。ここについては、この判断条件は「医学的な知見を基に取りまとめられたものであり、臨床上の診断基準的な性格も持つものである」、こういう説明ぶりにいたしました。

34 頁

これは前回と同じであります。以下、「それ以降現在までの研究では、これら判断条件に変更が必要となるような新たな知見が示されていない」としてありまして、前回の表現では、示されていない「ため、現在のところ、水俣病の診断に関しては、この判断条件が重要な参考となる」とまで書き込んでおいたのですが、行政上の判断条件について余り評価的な文言を入れることは適当でないだろうと考えまして、後段の方を切って、淡々とした表現にいたしました。

最後の「長期間」としておるところは、前の表現ですと、「時間を経過した後」となっておりますが、イメージがはっきりしませんし、何ヶ月あるいは何年という単位でありますので、「長期間」という言葉に置き換えております。

(3)として「メチル水銀曝露と水俣病発症について」でございます。ここも の前段のところは教科書的な表現でしたけれども、かなり圧縮して分かりやすくしております。特に、4ページに入りまして、「有害物資の体内蓄積量が」以下のところは、従来は血中水銀濃度から様々な値を書いていたのですが、その辺を省略いたしまして、後の方に出てくる「頭髮総水銀濃度」だけ発症閾値の代表例として挙げております。

その後の遅発性の問題で、先ほどの重松委員会の報告にもありましたが、日本の例では、曝露後数年を経て何らかの症状が出てきた例が報告されているというケースがありました。その言いぶりを引用していますが、「曝露が停止してから症状が把握されるまで数年を超えない範囲でさらに長期間を要した臨床例が報告されている」、こういう書き方にしております。

次に の「曝露レベルの推移の推定と発症可能性」です。これまでの曝露レベルと発症可能性の評価で、ここも先ほどの重松委員会の報告書にかなりよっているところです。前書きのところはイントロダクション的なところですが、特に曝露の問題で、大気汚染などと違って、魚による曝露ですので、途中に流通などの経路が介在しておいて、汚染イコー

ル曝露ではないという表現をして

#35 頁

おります。ここは前回同様です。前回は、この後に具体的な問題として、漁獲規制あるいは摂食の指導が水俣湾あるいは阿賀野川について行われていたという記述があるのですが、特に水俣湾については、その辺どの程度しっかり行われていたかということでかなり議論がありまして、実際、昭和 39 年から 48 年ぐらいまでは中断しているという状況があるものですから、客観的にどこまで評価するかが難しい内容になっております。そこで、後段でこの材料は特に使っておりませんので、全体を削除する形にいたしました。

その代わりに、アの不知火海沿岸地域につきましては、毛髪水銀値あるいは生体試料を基にして、昭和 44 年以降は、水俣病が発生する可能性のある程度の曝露はなくなってきたという表現で、ここは前回とほぼ同じであります。

阿賀野川流域につきましては、直接の生体試料がないということで、様々な状況から推定した内容になっております。この中に、先ほどのところから削除しました、「阿賀野川流域では、40 年 6 月以降魚介類の採捕・食用の抑制が指導されている」、こういう内容を材料として盛り込んでおります。

以上が医学的な知見にかかわるところでございます。

その上で、3 番として「水俣病発生地域住民に係る環境保健上の留意点」、ここが問題点の指摘に当たるところです。ここにつきましては、健康管理の必要性に持ってくるのですが、新潟地域についてかなり様相が違うということで、その分け書きを試みております。このため、前段のところは、前回の案では、一般的な、両地域にまたがる書きぶりにしておったのですが、今回は、「水俣湾の周辺地域では」ということで、かなり魚介類が広く流通して云々かんぬん、こういう表現から入っております。そのため、発症したレベルから、発症しなかったレベルまで様々な曝露の様相があること、健康不安の背景としては、いくらかのメチル水銀を摂取したことが考えられること、また、同様の食生活をしていた周辺の者に水俣病が発生したという経験を持っていること、

#36 頁

このような表現を加えております。このあたりは同じであります。その次のアンダーラインのところ、「前述のように、水俣湾周辺では遅くとも昭和 44 年から数年を経過した後には、新たに水俣病が発症する危険性はなくなった」としてあります。ここは入念的に書いているところですが、前回の表現では、現在ではもう新たな発症はないとしておったのですが、もう少し書けるものであれば、具体的な年限を切って書いた方がいいだろうという指摘がありまして、すぐ前に説明した表現を持ってきております。このようなことで水俣湾周辺の問題についてまず説明しております。

その上で、阿賀野川流域のところを下のアンダーラインのような形で書き分けてあります。「阿賀野川流域でも、昭和 41 年から数年を経過した後には、新たな水俣病が発症する危険性はなくなったものと考えられる。また、川魚による曝露であるため、喫食範囲が限

られておる、曝露を受けた者の居住する範囲の広がりや集積性について水俣湾周辺の地域とは異なること、曝露の期間が水俣湾周辺に比べ短期間であったことが考えられること、また発生から比較的早い段階で大規模な住民健康調査が行われた等の状況の違いがみられる」ということで、幾つか具体的な違いについてここで指摘しております。

以下、2点ほどアンダーラインを引いておりますが、多少の表現の変更をしたところでございます。

4番として「地域住民における水俣病類似の神経症候」ということで、地域の問題から四肢の感覚障害に至る流れを記述しております。ここでは、一般的に「水俣病発生地域では、様々な神経症候の訴えかみられる」というところから順に参りまして、その中で特に四肢の感覚障害が問題であろう。具体的にいうと、認定制度の中においても四肢の感覚障害を訴える者が多くて、数字でいえば、昭和61年以降実施している特別医療事業の中では、5,000人ほどの棄却者のうち、3,000人強が四肢の感覚障害という要件に当てはまる者であ

37頁

った、こういうことを紹介しております。最後に区切りといたしまして、「このようなことから、水俣病発生地域における神経症候の訴えの中心として四肢の感覚障害があると考えられることができる」という整理にいたしました。

次に、(2)として「四肢の感覚障害と水俣病の診断について」という章です。ここは前回は、(2)として「四肢の感覚障害について」、(3)として「四肢の感覚障害と水俣病の診断について」という二つに分かれておりました。ただ、これは一連の内容でございますので、今回は一本にまとめて整理いたしました。

その中で、最初に出てまいりましたのが、先ほど御覧いただきましたが、水俣病の中で四肢の感覚障害はどういう位置付けになっているか、そちらの説明であります。評価としては、「四肢の感覚障害は水俣病の初発症候であることが報告されており、また、水俣病で見られる症候の中で最も高い頻度で見られる症状とされている」ということを書いております。「最も高い頻度」というところは、前回の表現では「最も基本的な症状」といっておったのですが、「基本的」というと非常に抽象的で、それだけで水俣病というような感触も出ますので、今回は、より客観的に「高い頻度で見られる」という表現に改めております。しかしながら、四肢の感覚障害は特異的ではなく、他の疾患あるいは原因不明のものも多々ある、こういうことを注書きしております。その後で、前回では、健康不安の問題と結び付けまして、初発症候であるとか、あるいは高い頻度で見られることによって、四肢の感覚障害を持てば、それが他の神経症状を有する者に比べて水俣病であると思しやすい条件がある、こういう評価をしておりましたけれども、その評価的なところは後ろの対策の基本的な方向の説明の方に譲りまして、ここは医学的な知見の評価だけという整理にいたしました。

次に、まん中のところのアンダーライン、「メチル水銀の障害で、四肢の感

38 頁

覚障害を示すが水俣病の他の主要症候がみられないという症候の現れ方があるかどうかという問題に関して、ここはかなりくどく書いておりますけれども、どういうケースを我々が認定しているかということで、単に「四肢の感覚障害のある者」といいますと、他の症状があるかどうかということに全然言及しておりませんので、受け止める人によっては、他の症状もあって、水俣病の人も含む、そういう受け止め方をされる恐れがあります。そこで、問題を明確にするために、水俣病の主要症候の中では四肢の感覚障害だけしかみられない人なのだ、そういうことをまず最初のところではっきり書いたわけでございます。

こういう問題について、疫学の問題と臨床医学の問題を挙げております。疫学に関しては、前回の表現では、曝露に関するデータが少ないものですから、いずれにしても疫学的な結論が得られていないということだけで、かなり否定的な様相だけで書いていたのですが、先ほどの重松委員会の報告書から多少取りまして、事実関係として、「水俣病発生地域において、水俣病認定者以外にも四肢の感覚障害を有する者が多くみられるかどうかについては、多いことを示唆する調査がある一方、必ずしも多くはないとする調査結果も示されている」という表現を加えまして、一応は両方の調査結果があるけれども確たる結論には至っていない、こういう感触にしております。

次は臨床的な見解で、ここについては、環境庁が昭和 60 年に設置した「水俣病の判断条件に関する医学専門家会議」の内容に沿って書いておるところです。ここは従来と変更がありません。

以上の見解にどういふことを付言するかということが問題になるわけですが、四肢の感覚障害の問題自体、水俣病かどうかということで、社会的あるいは訴訟の問題、認定業務の場を通じて非常に問題になっているところなので、この言いぶりをどうするかというのは大変微妙な問題を含んでおります。今回は病像の問題でかなり踏み込んで書いておりますけれども、これが社会的にどう

39 頁

受け止められるかというあたりを十分考えまして、再度表現を練り直したいと思っております。今回の検討中のところでは、「以上の知見をまとめれば、メチル水銀の曝露を受け、四肢の感覚障害を訴える者の中に、メチル水銀の影響を受けている者が含まれている可能性が排除されるものではないが、臨床医学的にそのような水俣病の存在は裏付けられておらず、また、四肢の感覚障害は他の原因による者を含むことから、個々の臨床的な診断の場において、四肢の感覚障害のみで水俣病とすることは困難である」という書き方になっております。これはさっと読むと、非常にあっさりした表現なのですが、水俣病の問題をいろいろ議論している中に投げ込みますと、かなり積極的な表現として受け止められる恐れがあります。ですから、新聞の見出しになったときに、先日の NHK の報道などもそこを切り取っていたのですが、水俣病という線で行政あるいは中公審が認めたのではないかという見出しがつく心配もありますので、その辺の影響も含めて再度御意見をお聞きして表

現を考えたいと思っております。

以上が問題の評価ということで、客観的な評価の内容です。

その後、8 ページに として「今後の対策の方向」について整理しております。頭の部分は、前ははかなり長々と認定業務の話とかを含めて書いておったのですが、そのあたりを全部整理しまして、非常に簡単に前書きになっております。ここは特に中身がなくて、前章で様々な問題があったということを受けて、以下の方向で新たな対策を講ずべきだ、そういうつなぎの文章だけになっております。ただ、1 点書き分けましたのは、新潟地域と水俣湾周辺地域の違いを入れたいということで、主には、上のアンダーラインのように、「特に水俣湾周辺の水俣病発生地域においては」問題がたくさん残されている、こういう書きぶりになっております。その上で、「なお、阿賀野川流域においては、前述のように、水俣湾周辺地域とは様々な状況の違いがみられるので、このよう

40 頁

な状況の違いを十分考慮する必要がある」と、こういう注書きをしておるわけです。

前回の案では、この後に認定業務が入りましたけれども、それは後ろに送っております。さらに、前回の案では、公健法と補償協定についての記述がありまして、公健法の認定を受けた者には補償協定が締結されて、補償協定による高額な補償が行われておる、そういう問題についての記述をいろいろ付け加えていたわけです。しかし、再度、書く趣旨あるいは書く目的について整理したのですが、非常に中途半端な位置付けになりますので、今回の報告の中ではこの問題にはむしろ触れていただかない方がいいのではないかという判断になりまして、その部分については全面的に削除いたしております。

具体的な内容で、1 の「地域住民の健康管理について」、ここは、多少の整理はありますがけれども、趣旨は前回の表現と全く同じでございます。

9 ページに参りまして、2 の「特定の症候を有する者への対応について」の対策のあり方についての表現です。ここについては大分練ってきましたけれども、前回の会議以降、森島委員からかなり整理して意見をいただいたところでございます。いただいたものに更に事務局の原案を整理して入れ込んだものですから、ここの文章は、森島委員の意見を踏まえているのですが、必ずしも先生の御意見どおりに整理されてないところがありますので、またその辺でコメントをいただければと思います。1 段目と 2 段目については、イントロダクションということで、前回とほぼ同じであります。

その次の「民事損害賠償責任の前提である」というところから大分変わっておりますので、一度読ませていただきます。

〔資料 3 の 9 ページの 3 段目から 10 ページの 3 の前まで朗読〕

【事務局】 こういう修文をいたしております。この中では、そのページの一番上のところで、再度、「四肢の感覚障害のみを有する者の中に、なおメチル

41 頁

水銀による影響を受けている者が含まれている可能性を排除するものではない」と、このよう

な一連の表現がありますので、そこについてなお検討する必要があると思います。

それから、最後の段の「行政においては」からの表現は、行政側、国、県側として対策を講じていくべき説明付けになるのですが、ここは小高先生からも多少意見をいただいておりますけれども、もう少し書き込んだ方がいいだろうということで、更に検討したいと考えております。

3の「認定業務の促進」、ここは改めて柱書きしておりますけれども、とにかく制度的な対応は今のところできないけれども、高齢者の問題とか死亡者の問題を含めて、今後、判断に必要な資料の収集に一層努力してやっていくようにという内容にしております。

下のアンダーラインのところ、「前述のように、既に水俣病発症のおそれがなくなっていることに鑑みれば、認定されるべき者の認定を進め、速やかに認定業務を完了することが期待される。現在、なお申請を行う者や棄却されても水俣病との疑いを持ち再申請を行う者が見られるが、これらの問題については、前記の新たな対策とも連携しながら対処していくことが必要である」ということを付け加えております。これは前段としては、現在もう完了できる状況にあるということで、将来的な地域指定の問題にも多少つながっていく表現として考えております。後段のところは、新しい施策と既存の施策を合わせてということで、再申請の問題あるいはかけ持ちの問題についても多少含んだ表現という形で念頭においております。

次に「新たに講ずべき対策のあらまし」です。先ほど室長からも申し上げましたが、ここについては、私どもの中でどのような対策ができるかという整理をもう少しした上で書き込みたいと考えておりますので、前回以降、様々な意見をいただいておりますけれども、今のところ修正せずにペンディングとして

42 頁

おります。

ここは飛ばしていただきまして、14ページのVの「その他の課題」です。ここで変更しましたのは、一つは、「さらに胎児期曝露による」云々ということで、胎児期曝露の問題があります。ここは前回是一段落として書いておったのですが、内容的にこの中に入れ込むぐらいが適当であろうということで埋め込んだ書きぶりにしております。

それから、「我が国における水俣病及びメチル水銀に関しての研究の蓄積について」というところで、国立水俣病研究センター、これは私どものセンターでございますが、ここを核にして調査研究を実施していきたいという希望がございますので、この表現をぜひ入れていただければと思っております。もう一点は、「特に、諸外国のメチル水銀汚染問題に関し、我が国の経験の蓄積を提供し、国際協力、地球環境保全に貢献していくことは重要な課題であろう」ということで、将来の展開について御指摘いただきましたので、書き込んでおります。

最後に15ページ、「(以下検討中)」の下のところを更に詰めたいと思っております。アンダーラインが引いてないところについては、行政側としてこれまでの対応が必ずしも万

全なものではなかったもので、そのことが今日の水俣病問題が残されている一要因ともなっていることから、やはり積極的に対応していくべきである、そういう理屈付けが書いてあるところ。ここも踏みますと非常に微妙な内容になりますので、前回のバランスを見つつ、最後に詰めていきたいと思えます。

最後の段のところは、いろいろ御指摘をいただいた中で整理した表現です。「これまで、種々の経緯があり水俣病をめぐる問題が解決されないまま長期にわたっていることははなはだ遺憾である。行政が国民の健康の保持増進を図る観点から行う施策が水俣病をめぐる全ての問題を解決できるわけではないが、

#####43頁

今回提案した施策が実施されることによって水俣病発生地域住民の健康問題が解消され、この施策が我が国の公審問題の原点ともいべき水俣病をめぐる種々の問題の早期解決に資することを強く期待したい。」こういう表現で早期解決の問題とか今回の行政施策の全体の問題の中の位置付けとか、そういうことを整理しております。

以上でございます。

【井形委員長】 まず、多くの委員のなかなか調整しにくい意見を多く取り入れて、こういう案に作成された努力に敬意を表します。ありがとうございました。

それでは、若干時間をかけて御議論いただきたいと思えます。どうぞ御発言をお願いします。

【森島委員】 細かい文言については後でまた文書を提出いたします。9 ページ以下のところですが、一番最初のところは、要するに法的因果関係というのは、今損害が生じている人から加害者らしき人に転嫁するかどうかという問題だから、自然科学的に見て厳密なものでなくてもよい、これが法的因果関係といわれるものです。したがって、臨床医学的に確実性をもって診断ができなくとも、こんなところかという場合には認めることはあるということで、そうなっているわけです。そこに、法的因果関係とはそういうものだ、そして、判決が言っているのも、上に述べた法的因果関係の考え方に基づくものであろうとしましたのは、私の感じでは、少し大盤振る舞いをしたような、緩やかに認めているような気はしますけれども、そういう考え方なのだろう、そういうニュアンスなんです。

ところが、その後に「これに対し……医学的評価については」ともう一回医学的な評価が出てくるわけですが、むしろ法相因果関係とは、医学的に厳密でなくてもやろうということなのだというところを書いたわけですので、そこで

#####44頁

もう一回医学的なものを出して、「診断することには無理がある」というようなことを書くのは、文脈からいうと、かえって外れることになるのではないか。

私が出した文章が必ずしもいいとは言えないのですが、そういうふうな法的因果関係を認めるのだけれども、四肢末梢の感覚障害のみを有する者の中に、9 ページの終わりの方で「メチル水銀による影響を受けている者が含まれている可能性を排除するものではない」

と書かれましたが、可能性は否定できないですけれども、それだと、今までのいきさつからまずいということであれば、これでも構わないのですが、可能性を排除するものではないけれども、「仮に」というのもなかったのですが、法的因果関係という考え方を前提としても、四肢末端の感覚障害を持った者の中から、メチル水銀による影響を受けたと思われる者を区別していく、選び出してくるといのは、確率がもともと非常に低く、臨床医学的にも難しいわけですから、個別にそういうことをやるのは非常に困難な作業です。だから、行政がやる場合には、個別に、果たしてそうなのかどうかということを認定するような損害賠償というものでやるのだったら、四肢末端の感覚障害だけで全部について損害賠償的なものを考えるわけにはいかないわけです。そこで、むしろかなりの程度でそうでない人が含まれているにしても、後の方で健康状態を調査するということもありますから、行政が実施する場合には、後に書いてありますが、「個別の因果関係の認定を必要とする損害賠償支払いを目的とするものではなく、地域住民の健康問題を解消・軽減する」、これも私の言葉と違いますが、それは構いませんけれども、「ことを目的とする制度とする」のはよいということで、ここは法的なもので通したつもりだったのです。しかし、今までの国側の主婦もありますし、医学的なものもありますので、しばしば法的なものはそうだけでも医学的にはそうでないと言ったり、その後も「四肢の感覚障害のみを有する者を一般的にメチル水銀の影響によるとすることには無理があり」と言ったりしています。これも

#####45頁

のとおりなのですが、これは医学的な書き方をしていますので、私はむしろ法的に見て、必ずしも医学的に確実でなくても法的因果関係が認められるけれども、その法的因果関係という考え方にとっても、四肢末端の感覚障害だけだったら、行政が画的に、それだけで、あとは損害賠償もできるというようなものではなく、個々の因果関係の認定を必要とするという文脈の方がよいと思うのです。そこには言外には、裁判所がおやりになることについてこちらはとやかく文句は言わないけれども、行政としてはそうは簡単にいきませんという、つまり法的な判断を書いておりますので、その文脈が医学的なものを入れることによってかえって損なわれたのではないかと私は思うのです。もしもそういう趣旨であるということでしたら、また事務局の方と文書をやりとりして、法的なものとして一貫するというのでやらせていただければと思います。

ここで重要なことは、裁判所は個別に認定するのだから、医学的に確実でなくても法的因果関係に基づいて認定される、それについては、具体的にはちょっと問題もあるのですが、そういうやり方はいいけれども、行政で個別に逐一全部認定基準に合わない人について、果たしてそうかどうかということを選別することはとてもできる筋合いはない。したがって、損害賠償ということは個々の行政の措置としては考えられない。むしろ可能性を排除できないのだとするならば、そういう人もひっくるめて、医療あるいは健康管理をするという行政的な制度にしましょうというのがこの趣旨ですので、国の訴訟におけ

るテコ入れをここで中公審がやることは目的としていないものですから、裁判所の今までの判段に対して医学的にはおかしいぞと言ってみたり、そういうニュアンスはなるべく出ない方がいいのではないかと私は思っております。

【鈴木委員】 今の森嶋先生が提起された問題ですが、10ページの最初のところの書き方は、今、森嶋先生が言われたように直した方がむしろ医学的にもいいと私は思います。この症状を持っている者の中から、メチル水銀によった

#####46頁

と思われる者を選別してくることが医学的に不可能だからなのですね。ですから、医学と法学が別に対立しているわけではなく、論理的なつくり方としては、今おっしゃったようにつくっていくのが、私の側から見ても無理がないと思います。

【森嶋委員】 「医学的に」というのは、医学的に確実に水銀の曝露によるということは、診断はできないけれども、もしも、もともと四肢末端の感覚障害のある者については、医学的に水銀ではそういう影響は出るはずがないのだ、あり得ないということが言えるとすると、あと頼りどころは、前にも言いましたけれども、地元が騒いでいるからというだけの話になって、その意味では、大蔵省対策でも、騒いだら金が出るというような制度をつくるのはおかしいということになるわけです。医学では、たくさんいる人の中で、そうでない人はたくさんいるのだろうけれども、いるかもしれない、それを選別しにくい。そして裁判所はそれを別に、ある程度の蓋然性があったら引っ張り出してみななければならない。そんなことは行政としてはできません。行政は医学的に確実なことをやっているのです。したがって、その意味では全面的に損害賠償とか補償とかいう形のものではなくて、こういう形のものにとめる。それは「可能性を排除するものではない」というのがいいのか、「可能性を否定できない」というのがいいのか分かりませんが、ないわけではない。そして、それが分けられないのだという、その論理の方がすっきりしていると私は思うのです。

【浅野委員】 「法的因果関係の考え方に基づくものであろう」というところのポイントとして大事な点は、裁判所は、曝露した可能性は極めて高度のものであるということを加えて法的因果関係の議論をしているのです。ですから、法的因果関係の考え方に基づくものであるという評価の中で、その点をはっきり専門委員会が位置付けておかないといけなわけです。後の方は、高度の曝露というところは、実は行政措置を講じるときにほとんどチェックのしようが

#####47頁

ないという前提でものを考えるものですから、そうすると、「医学的には」という議論は、曝露のところは最初から全然無視して症状だけで見っていくという議論の展開の中で、四肢の感覚障害だけで臨床医学的に認めることはできませんよという話なので、そう矛盾している話ではないのです。しかし、森嶋先生の言われるような形でこの医学的な議論を削るのなら、僕は削ってもいいと思いますけれども、だったら、誤解を招かないように、実際はともかくも論理として、専門委員会は高度の曝露も含めて裁判所は法的因果関係を認め

てきているのだと。

【鈴木委員】 この書かれ方ですと、曝露の可能性が高度であると書いているのですが、高度の曝露があるとは言っていないのです。それをもし言うならば、曝露の程度をきちんとある程度盛り込めるような文章にしないと、曝露の可能性が高度であったということと、高度の曝露の可能性があったということは全く意味が違うわけですから。

【浅野委員】 私が申し上げているのは、裁判所の判決の見方として、裁判官は

【鈴木委員】 僕は今はこの文章に関して文句をつけているわけです。

【浅野委員】 「法的因果関係の考え方」というところ、この書き方の中にちゃんと入っているのですが、そこを読み落とされると困るなということなんです。裁判所は何の証拠もなく「高度の曝露」と言っていますから、もともと間違っていると私は思うのですが、法的論理としては、それと四肢の感覚障害は常にセットで出てきているのです。ところが、行政措置としては、四肢の感覚障害のところしかとらえようがないから、それでやろうとしているから、ここで明らかに法的因果関係とは落差があるという論理です。

【森嶋委員】 裁判所は必ずしも「高度の曝露」と言っているのではなくて、曝露された可能性が非常に高い、だから、その中にはもちろん単にちょっとで

48 頁

の曝露だというふうには考えてないのしょうけれども、少なくとも高い水銀の濃度の量ということ言っていないのではないのでしょうか。

【浅野委員】 いや、疫学条件が極めてという幾つかの条件をつけていますね。極めて疫学的条件がはっきりしているというのと、それから、そうでなくても何とかというふうに2段階ぐらいに分けてきました。

【野村委員】 具体的な提案ですが、9ページの下から11行目から10ページの12行目までは流れに全くマッチしてないと思われまますから、一たんこれを削除します。そうすると、9ページの下から12行目から10ページの13行目に飛ぶわけですが、そこは飛躍もありますから、一たん削除した上で、そのつなぎ方をどうするかを考えた方が効率がいいと思うのです。

【森嶋委員】 これは中がかなり違っていたものですから、その意味では少し前のと論理がずれてきているので、一たん削除するのがいいかどうかはともかくとして、考え方としては、一たん

【野村委員】 要するに一般の市民の立場でさらっと見ますと、今のこの文章だと、途中のところがあるために余計ごちゃごちゃしてしまっていて、「以上を考慮すれば」ということに全くつながらないのです。それをもう少し工夫すればうまくつながると思うのです。

【井形委員長】 前と重複しているけれども、医学的要綱を法律均論議の前に出したらどうですか。

【森嶋委員】 それはそれで前の方で医学的なことはやっているという前提で

【野村委員】 むしろ上の6行目あたりですか。

【井形委員長】 はい。そのあたりへ持ってきて、医学的にはこうだけれども、法律的にはこうだということで、あとは法律的な問題で統一してしまう。その方が説得力はある。

49 頁

【森島委員】 私のもとの文章を読んでみます。「これに対し」のところからです。「しかし、四肢の感覚障害という症状を呈する原因は多様であり、また、四肢の感覚障害のみの症状がメチル水銀による可能性は否定できないものの、現段階の医学的知見によれば、その可能性の程度は明らかでない」、この辺の書き方はちょっと問題ですが。「さらに、メチル水銀曝露の事実についても、メチル水銀は魚を食べることを通じて摂取されるものであり、大気汚染の場合のように、地域の汚染から直ちに個々の住民がメチル水銀に同じように曝露されるわけではなく、住民ごとに曝露の量は異なるはずである。しかしながら、熊本水俣病については、遺憾ながら、水俣病が発見されたときに臨床医学的・疫学的調査はほとんど行われておらず、個々の住民について客観的なメチル水銀曝露量は把握されていない」というので、裁判所は、高度に曝露した可能性が、これこれから見て、極めて高度なものと認められるときは、ということ的前提にして法的因果関係をやっているのだけれども、地域が汚染されたからといって、水銀の場合には塩が汚染されるわけではないし、また、どれぐらい汚染されたかということは、最初の段階で押さえていないから、そこははっきりしない。そこで、「以上に述べたように、メチル水銀曝露と四肢の感覚障害のみの症状との関連性については医学的に明らかでなく、個々の住民のメチル水銀曝露量も明らかでない。そのような場合に、法的因果関係という考え方を前提とするにしても、四肢の感覚障害のみを有する者について、その症状とメチル水銀曝露との間に関連性を認め得る者と、他の原因による四肢の感覚障害を有する者とを区別することは容易でない。そこで、四肢の感覚障害のみを有する者について行政が対策を講ずるとすれば」、ここは責任の問題なども書いたのですが、「個別の因果関係の確定を必要とする損害賠償支払いを目的とする制度ではなく、前章2において述べた地域住民の健康管理等を目的とする制度を構築することが妥当である」ということで、ここでは、曝露量も行政が判断

50 頁

する場合には、画一的に取り扱えないほどはっきりしないのだというので、その限度で自然科学的なものが入ったのですが、これですと、考え方、発想が違うものだから、裁判所はそう言っているけれども、医学的には無理があつて、認めたのはおかしいのだ式の議論に見えますし、その後にも、一般的にメチル水銀の影響によることには無理があるのだということも書いてありますので、そこまでチャレンジする必要はないのではないかと。

【野村委員】 法的なベースの部分は、基本的には判決を肯定的に見ているわけですね。だから、それを崩してしまうことになる。

【森島委員】 判決の中身ではなくて、判決の発想は一応

【浅野委員】 肯定的に見ているというのではなくて、客観的に記述していると言うべきなんです。しかも、高度なものと認められると裁判所が言っていることをちゃんと指摘し

ておいて、そういうことが本当に認められるなら、それで決して悪くはないよということはもちろん含まれるけれども、それはほとんど不可能に近い。だから無理だという話をしているのです。

【森嶋委員】 これは非常に難しいのだから、曝露量も分かってないし、曝露量も個別に違うはずだから、そうだとすると、行政はそんな裁判所みたいなことまではできませんよと。

【浅野委員】 できませんね。だから、これは見方によれば、裁判所に対して批判的に言っているともとれるし、肯定的にとっているともとれるし、そこはあえて態度は明確にしてないですね。ただ、客観的に指摘しているだけです。

【森嶋委員】 少なくとも肯定的でもないし否定的でもない。裁判所は、医学的なものに必ずしも厳密でなくても損害賠償を認める法的因果関係という考え方をとっている。しかし、水俣の場合にはそういう曝露もはっきりしないし、遺憾ながら当初はよく分かってないのだから、今の段階でやろうと思ってもなかなか純理なので、したがって、行政としては、裁判所がやるような損害賠償

#####51 頁

ということではなしにやりましょうというところへ持っていく文脈だったものですから。今回の案ですと、医学的に確立したものと言ってくることによって、法的因果関係を裁判所がとったことに否定的な考え方を示すわけで、具体的な認定の場合とはもかくとして、法的因果関係の考え方自身はどこの裁判所だって変えっこないわけです。最高裁だってそう言っているわけですから。考え方を批判するのではなくて、教判所はそうおっしゃるけれども、実際にはなかなか手前どもではできませんよということ言えば足りるのではないかという意味に解釈しております。

【事務局】 事務局の整理した趣旨を多少申し上げますと、一つは、医学的な見解のはめ込み方ですが、この文章の中で、第2パラグラフと第3パラグラフの間あたりに一回医学的な話が入っていたのです。その上で法律的な話が出てきて、再度、曝露の要件とか「可能性を否定しえない」というような表現が入りましたので、2回医学的な限界が出てくる感じになりましたので、それを後ろの方に一括して書いたというのが整理なんです。曝露要件の使い方などを、我々は医学的な中身だと理解しまして

【森嶋委員】 そういうことではなくて、法的因果関係を考える場合の話です。

【事務局】 先生方の理解と違った面はあるかと思えます。それが一点です。

もう一つは、10ページの頭のところに「一般的にメチル水銀の影響によるとすることには無理があり」という表現をあえて入れたのですが、裁判の問題は個々人についての因果関係の認定ということで、赤い玉と白い玉が入っている中から赤い玉をどうやってえり分けるか、ということまで話が下りていけば、確かに一貫した流れになるのですが、我々としては、前段として、入っている玉が全部は赤くはないのだということが最初にないと、問題が、赤い玉と白い玉が混ざっているのをどうしようということまで落ちていか

ないのではないかという心配を持っているのです。そこで入念的に、まず赤い玉ばかり
#####52頁

でなくて、そもそもがせいぜい混じったような段階だということを言うために、一般的に全部を赤い玉とみなすことは難しいということを行った上で、赤い玉、白い玉の段階に落ちたところで、その中でも法的因果関係ということを加えても、ピックアップしていくようなことは難しいということの流れにしたわけです。

【井形委員長】 今の先生方の御意見を聞いて、これは公健法で落ちた人を問題にしているということをごどこかで明記しておきませんか、今の疫学論は認定患者にも当てはまるのです。本当に水俣病に罹患したかどうかについて行政が判断していますが、裁判官が判断したものだけが疫学条件がはっきりせず、我々が判断したものははっきりしていると言い切らなければいけないものだから、そこは使い分けをしていただいた方がありがたいと思います。

【森島委員】 それはそうかもしれませんがね。前に椿先生が図に描かれたのは、裁判の損害賠償は確実性の高いところでやるけれども、例えば行政的な補償制度はもっと低いところでやると言っているのです。水俣病に関して言えば、行政的な救済はかなり高いところに来ているわけです。むしろ裁判所の方が低い確率のところで行っているという逆転現象が起きているわけです。

【野村委員】 ただ、低いところでやるとしても、裁判の場合は賠償額で調節ができますからいいと思うのです。

今の点に関連して、今日の熊本県のヒアリング、最初の資料の最後の4のところ、公健法による救済、総合対策による救済、司法による救済を同一にすることは不可能だと思います。しかし、この三つが相互に補完し合ってくるとか、そのようなことがこの対応の中に入ってくるとよろしいのではないのでしょうか。

【井形委員長】 それは「終わりに」というところに少しニュアンスが含まれているのです。これのみによって「解決できるわけではないが、今回提案した施策が実施されることによって水俣病発生地域住民の健康問題が解消され、こ

#####53頁

の施策が我が国の公害問題の原点ともいえるべき水俣病をめぐる種々の問題の早期解決に資することを強く期待したい。」

取り込んであるつもりなのですが、取り込んでないですか。

【森島委員】 三位一体というのは到底無理ですね。

【野村委員】 不可能です。

【森島委員】 前にも言いましたように、不可能だけれども、ばらばらで、向こうは向こう、こっちがやるのなら、こっちは知らんぞ、あるいは場合によっては向こうの足を引っ張ってでもやるぞというのではなくて、国は国でやることをやるから、チツソはチツソでやることをやりなさい。その場合に、私が法的因果関係のことを書いたのは、法的因果関

係という点から見ても、裁判所は無理なことをやっているのだぞとか、今までの訴訟では変なことをやっているのだぞということを、医学的には無理なことをやっているというふうに言いますと、仮に別のルートで和解するようになったとき、それを中公審が足を引っ張ることになるものですから。さっき野村先生は「肯定的」と言われたけれども、僕は肯定的にも否定的にも言っていない。つまり、向こうは向こうで判断なされる分についてはこっちは邪魔しないということです。

【野村委員】 私はその意味で「肯定」と言ったのです。中東のように、お互いの存在を認め合う。

【森嶋委員】 そういうスタンスで書く。前のものだと、訴訟のことを書いても、国が訴訟でそんなのはおかしいぞと言っているのと同じスタンスになっていますから、中公審が、例えば四肢末端の感覚障害だけで因果関係を認めるのは医学的に無理だ、だめだと言い切ってしまうと、チッソが和解しようというときに、国と違う見解をとらなければならない。だから、ここでは、医学的な点はともかくとして、法的因果関係は別の観点でやる。手前どもでは、それにもかかわらず、曝露などもなかなか分からないし、行政として画一的にや

54 頁

らとなったら、損害賠償というところまで踏み込めませんから、こっちを受け持ちますということにしてやってみたらどうか。

【野村委員】 否定的ではなくて、広い気持ちに立つことが大事だと思います。

【植村委員】 医学的などころでよく分からないのでお伺いしたいのです。先ほど10ページの上の方のアンダーラインが引いてあるところの関連で事務局から赤い玉、白い玉という話があったと思いますが、3行目、4行目にかけて、「特にその症状とメチル水銀曝露との間に関連性を認めうる者を特定することも容易でない」とありますが、ここの表現だけを見ていると、メチル水銀の影響を受けて四肢の感覚障害のみを有するようになった、そういうものは存在するのだと考えてよろしいわけですか。これを仮に赤玉と呼ぶとしまして、赤玉は存在することは認めている、そういう前提でこれを書いていると考えてよろしいわけですか。メチル水銀の影響で四肢の感覚障害のみを有するということがよく分からないのです。

【井形委員長】 私はあり得ると思うのですが、今までの裁判での主張は、あり得ないと。この報告書にも、あり得ないと書いてあるのです。

【植村委員】 そうすると、「関連性を認めうる者を特定することも容易でない」、この書きぶりはちょっとおかしいような気もするのです。

【井形委員長】 しかし、それで徹底してしまったら、もうこの委員会も要らないのです。そこで、多少苦しい表現で、何も赤玉と書いてありませんから、「可能性を排除する」というのと「否定しない」とを使い分けてあるのです。

【植村委員】 あちこち慎重な表現をされているのはよく分かるのです。赤玉の存在を認

めた上での話なのか、それとも、それも認めない上での話なのか分からない。

【浅野委員】 「可能性を排除するものではない」といっていますから、ありていに言えば、認めているのです。

#55 頁

【井形委員長】 医学的にはあり得るのですが、それを特定することはできないし、また、この階層を水俣病と認めてしまうと、またそれに続くボーダーライン層を設定しないと解決しない。

【植村委員】 ほかの原因もあるわけですから、特定できないのはよく分かるのですが。

【井形委員長】 そのことは、大石長官は国会で蓋然性が50%という表現を使っているのです。

【植村委員】 赤と白が半々だったら50%、こういう感じで？

【井形委員長】 はい。それで50%以上を認定して、蓋然性が低いものは、水俣病の影響によるかもしれないけれども否定している、そういう表現を使ったことがあるのです。ですから、赤玉というのは、完全な水俣病とはいわないけれども、その人がある種の症状を持っておるけれども、それに有機水銀が少し修飾しているかもしれない、こういうものも入れて赤玉というのです。いずれにしろ、苦しい表現なんです。

【植村委員】 その書き方は、そういう関連性を認めうる者が存在することを前提として、その特定は容易でないというふうに受け取れると思うのです。

【井形委員長】 どちらがいいですか。

【植村委員】 それで7ページあたりの医学的な話と矛盾するのではないかと思ったのです。7ページの上から3行目では「臨床医学的にそのような水俣病の存在は裏付けられておらず」とありますね。そうすると、ここは「水俣病」という表現になっていますから、水俣病というのはそういう概念ではないという意味なのか、それとも、単に四肢の感覚障害だけだったら、たとえメチル水銀の影響を受けた者でも水俣病ではない、そういう前提で「水俣病」といっているのか、それとも、そうではなくて、臨床医学的には裏付けられていないということになるのか、このあたりが矛盾しているのではないか。

#56 頁

【浅野委員】 ここは法的因果関係の話をしているつもりなんです。だから、仮に法的因果関係という考え方でいけば、関連性を認め得る者がないとは言えないだろう。しかし、仮にそういうことを法的なレベルでは考え得るとしても、個々には分らん。むしろ個々に分らんということを言いたいだけなのだから、余りそこでぎりぎり詰めて、医学的に存在することを認めたのか認めないのかと言われると困ってしまうのです。

【井形委員長】 ご承知のように、一審の判決のときには、かなり厳しい、これを水俣病といわずして何というかという判決と、診断基準が間違っていると、争点になってないことまで言われて、我々も非常に困っているわけです。そこはソフトな表現で逃げたいと思うのです。

【植村委員】 かなり微妙なところだと思います。ほかの可能性もあるのだから、水俣病と診断できないのは当然だと思いますけれども、メチル水銀の影響で四肢の感覚障害だけが生じているという可能性も否定できないと思っていた方が

【井形委員長】 この論旨はそうなんです。

【浅野委員】 そこに持ち込んでしまったのだからしょうがないですね。ここではもう医学の話から離れてしまっている。

【植村委員】 別のところを見ると、またそうなので

【浅野委員】 医学の話は医学の話だから、そこは潔癖にやっておいて、法的な話はもう少し潔癖でなくてもいい。

【森嶋委員】 しかし、7 ページは医学の話でしょう。それでさっきこれが出てきて、僕はおかねてから言っていたことがここに出てきたなと思って喜んでいたので。非常に組み立てやすくなる。

【事務局】 今、植村先生から御指摘があったように、「四肢の感覚障害を有する者の中で、特にその症状とメチル水銀曝露との間に関連性を認めうる者」

57 頁

というのが、理念的にも存在する書きぶりにするためには、病像の問題もここまで書かないと首尾一貫しないということであえて書いているところではあります。確かに微妙な問題でして、これまで私どもは、その下に可能性があるということを積極的に言ってこなかったわけですから、そこを言うということは、一步後退してしまうことなんです。それでそこをあえて言うかどうかというのは、もう少し慎重に考えたいと思っております。

【森嶋委員】 環境庁は今までの歴史を持っていて、いろいろないきさつがあったと思うのですが、今の植村さんなどもそうですが、僕などは多分植村さんよりは少し知っているだろうと思いますが、外や者から見ると、何でこんなに七転八倒しているのだろう、もう少し素直にやってもいいのではないかという印象は持ちます。それをこの中に入れろとは言いませんけれども、今までのいきさつ、環境庁がどういうふうに対応してこられたかを知らない人が見たら、別にジャーナリストでなくても、何か奥歯に物がはさまったというか、はっきりしないというか、そういう感じがあるのではないのでしょうか。ですから、できるだけ許すぎりぎりのところでなるべく素直にやった方がいいという印象を僕は持っています。

【井形委員長】 現実の問題として、ある程度の現状を認識していただいて、それを法律とか行政がどういうふうにかバーできるかということ、現実的に対策を講じてくることを希望したいと思うのです。これをどうか、ああかということよりも、ほんわかとそういう階層があって、それに対して何か対策を講じた方がいいのではないですかということでもありますから、法律の先生から見たら、医者はもっとしっかりせい、赤か白かもっとはっきりできるのではないかとおっしゃるのだろうと思いますけれども、医学の限界なんです。

【植村委員】 はっきりしない部分があるというのは当然で、それは結構だと思いますけ

れども、余り

#####58頁

【浅野委員】 7ページの医学の議論というのは、結局のところ、暫定的に現段階において「臨床医学的に」という逃げを打っているのです。そこで何とか調整しようと苦労している、その辺の気持ちを

【植村委員】 「臨床医学的に」というあたりを重視している。

【浅野委員】 ある意味では、厳密な議論をそれでごまかしているのです。

【鈴木委員】 二つポイントがあるのです。集団レベルでものを判断している場合と、ある個人についてもものを判断する場合と違うのです。だから、集団について判断すれば、6ページには疫学的なデータが出ているけれども、単に感覚障害を持っている者の出現率はこっちが多いとか、必ずしも多くないとか、そういうデータが幾つかあるわけでしょう。しかし、多いというのは、出てきている部分から言えば、やはりくさいなと……。くさいけれども、その集団に属する一人一人を引っこ抜いてきて、これがどっちなのか判断せよと言われたら、そんなの分かるかと井形先生はおっしゃるに違いない、そういう問題なんです。だから、そのところはごっちゃにならない方がいいですね。集団のレベルと個人のレベルとに分けて考えれば、議論はもう少しさっぱりすると思います。

【井形委員長】 ここで答申するのは、行政的な答申ですから、マスとしての対策を考えていきたい。だから、今までの判決に対して我々がどうスタンスをとるかということがいろいろ議論になるわけです。

部長、何かございますか。

【柳沢環境保健部長】 さっき森島先生がおっしゃった中で、椿先生のグラフでも環境庁の判断基準はかなり上の方だとおっしゃいましたけれども

【森島委員】 椿先生の絵では下になっているのだけれども、水俣病に関していえば、臨床医学的にも判定できるということですが、大気汚染の方ですと、臨床的には判定できなくて、ただぜん息かどうかだけでそれぞれ制度的割り切

#####59頁

りをやっているわけですね。ところが、水俣湾の場合には、同じ公健法の中なのですが、症候だけでとらえてなくて、水銀の影響によるものを臨床医学的に認定するにはかくかくしかじかの組み合わせと言っている、その意味では、椿先生の図では下に描いてあったけれども、水俣病に関していえば、実際には法律などよりも少し上の方に行っているのではないのでしょうかということをおっしゃった。

【柳沢環境保健部長】 ところが、実際にはかなり下ではないかと思うのです。

【浅野委員】 法律がそれよりも更に裁判所が下へ下げてしまったというのが正確な言い方なんです。

【森島委員】 そうかもしれません。

【井形委員長】 現状は、こんなものが認定患者かというのをたくさん認定しているとい

うところをぜひ見ていただきたいと思うのです。

【納委員】 それは私も賛成です。例えば2ページの上から6行目に「水俣病と認めうる」となっていますね。私たちが認定業務で水俣病と県が発表するのは、私たちは全部答申3でやっているのです。答申1とか2はもうほとんどゼロです。かつて1例か2例です。

【井形委員長】 3というのは、水俣病を否定しえずというのです。しかし、それは表に出ない。

【納委員】 ですから、それを知っていただきたいのです。要するに私たちが水俣病だと断定できるような症例は一例もないのです。表に出て水俣病と言われているものの99.9%がNo.3の「水俣病を否定しえず」という答申だったのです。ですから、ここでも「水俣病」といわずに「水俣病又は水俣病の疑いがあるを否定せず」と言っていただきたいところなんです。

【井形委員長】 しかし、それをやってしまうと、後の整合性がなくなってしまうのです。

#####60頁

【浅野委員】 どんどん崩れてしまう。しょうがないので、分かってはいたのですが、ここはあえて……。大分いろいろと議論したのですが。

【納委員】 ですから、さっきのレベルの問題でも、私は全部下まで拾っているという意識を持っているものですから、今拾っている者の中にボーダーライン層をかなり拾ってしまっているところもあると思っているものですから。

【浅野委員】 事実はそうだというのはよく分かっているのでしょうかね。

【納委員】 それと、さっきの知覚障害の問題でも、知覚障害が一番多いというときに、ずばり言って、知覚障害に関してはうそが見抜けない。患者さんがしびれていると言って、僕らは刺激を与えて、「その刺激が分かりますか」という質問をする。「分かりません」と言ったら、うそが見抜けないという点があるのです。それ以外の症候については、ある程度うそが見抜けるのです。それはコメントです。

【井形委員長】 いろいろ議論がありますが、これからの進め方は、もちろん今からもまた議論していただきますが、今日またゆっくりお読みくださって、なるべく早い時期に御意見をお寄せいただいて、それを取りまとめる。予定としては、次回12日ぐらいには少なくとも骨格ぐらいは決めるぐらいの作業スピードが欲しいのです。もめたらまた次になります。

今後の予定はどうお考えになっていますか。

【柳沢環境保健部長】 今のところ、12日でもってこの専門委員会としては最終ということができれば一番いいと考えております。

【井形委員長】 そうすると、その間、もちろん行政庁ですから、大蔵省や他省庁との話し合いなどもある程度出てきて、いろいろ隘路の問題も出てくるのではないかと思います。それなども十分包み込んで、徹夜して作業するのだから大変だろうとは思いますが、それなども十分包み込んで、徹夜して作業するのだから大変だろうとは思いますが、次回の委員会の前に素案を各委員に送ることは可能ですか。

#####61頁

だから、皆さんの意見のタイムリミットを比較的早い時期に設定して、あと3日なら3日、4日なら4日にご意見のある人は述べていただいて、それを取り込めるものは取り込んで、また、環境庁としては取り込めないものもあり得るのです。それから、お二人の意見が違っていると、どちらを取り込んでいいか分からないということも起こりますので、そこはある程度環境庁に素案づくりはお願いして、12日の前に皆さんに送っていただく。大体のゴーサインというか、字句の修正その他はやめにしとてあれするか、あるいはそのときにもう既に本質の問題が、これは違うという議論が出てしまうと、12日では決まりません。もう一回予定しないといけませんね。もう少し延ばしてもいいのですが。

今後のスケジュールについていかがでしょうか。そういうことでよろしいですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 連休が入りますので、私どもは連休の間は仕事をいたしますから、連休の前までに、ページをはがして修正したものだけでもファックスで送っていただいて構わないかと思っております。全文を送るということはないだろうと思えますし、そうでなければ、ファックスを間違えたところへ送っても何のことだかわからないだろうと思えますので。

【井形委員長】 多少矛盾する点もなきにしもあらずですが、私個人は、大体こんな線の答申になると予想しています。

根本的にこれでは困るという御意見の方、いらっしゃいますか。

ただ細かい点はたくさんありますけれども。

【柳沢環境保健部長】 11月2日(土)までにお願ひできますでしょうか。

【井形委員長】 御意見がない方は賛成……。

欠席の委員にも御通知申し上げておかないといけませんね。

【事務局】 終わりましたらすぐこの資料をお送りしまして、併せてお聞きし

#####62頁

ます。

【井形委員長】 もう少し時間がありますから、もう少し議論を続けます。どうぞ御自由に発言してください。

僕が申し上げたかったのは、3ページの神経系以外の諸臓器の障害というのが、「水俣病の診断」の前に上3分の1ぐらい、真ん中近くにありますが、これは重松委員会でも否定的なことを書いてありますので、「結論は得られていない段階である」と書きますと少し肯定的に聞こえるのです。同じ結論でありまして、一般的には否定的な意見が多いとか、そういう表現の方がいいと思います。実際、もちろん重症者の肝臓とか腎臓はやられていますけれども、この階層で他臓器障害は余り問題にならないと思えますし、重松委員会でも若干の指摘はありますから、それはそれとしますけれども、ここでこれも問題ですよと書かれてしまうと、何で末梢神経、末梢知覚だけが問題かと言われてしまいますから、そのあたりをもう少し強く書いてもいいのではないかという気がいたします。

ほかにいかがでしょうか。

まだ少し時間がありますから、お一人ずつ御意見をいただきたいと思います。二塚先生からどうぞ。

【二塚委員】 さっき議論がありましたように、全体として非常に分かりにくい。多分 3 回か 4 回読まないとよく分からない。特に法的な因果関係と医学的な知見との折り合いと
いいですか、その辺のところ非常に理解しにくいような印象を全般的に受けます。

【井形委員長】 本来、分かりにくい問題なんです。そこを分かりやすくするのがこの委員会の使命でありますので、何かいい御提案があったらどうぞ。

【二塚委員】 それから、健康管理にしましても、特定症候にしましても、実施をする上での具体的な条件については、今後の検討課題とか、別の形でとい

#####63 頁

う形になっていますので、その辺

【井形委員長】 そういうことを書き込むことは可能ですか。

それはそれでまた次の段階で検討するという提案をこの委員会からくっつけばいいの
ではないか。

【藤木委員】 資料 3 では、3 ページのところでは水俣病の病像が書いてあるのですが、小
児水俣病は書いてあるけれども、胎児性が書いてないですね。

【井形委員長】 2~3 行書いてあると思います。「小児水俣病」と書いてあります。

【藤木委員】 胎児性を含めてですか。

【井形委員長】 「小児水俣病」というのは、胎児と小児と区別つかないから診断基準で
「小児」と呼んでいるのです。あるいは「(胎児性を含む)」と書いてもいいかもしれませ
ん。

【藤木委員】 その方が分かりやすいと思います。

【野村委員】 先ほどの 9 ページから 10 ページにかけての問題を除きましたら、全体的に
これで結構だと思います。

【鈴木委員】 私もさっき発言しましたので、粗筋はこれでいいのではないかと思います。

【森島委員】 粗筋はこれで結構だと思います。委細面談の上、後でまた御相談したいと
思います。

【加藤委員】 皆さんの御意見と同じで、今度は大分分かりやすくなってきたと思います。

【納委員】 私の意見も、基本的にこれでいいと思いますし、ここまでよくまとまったと
いうのが実感です。

【植村委員】 私も大筋では大変結構だと思いますけれども、先ほど委員長もおっしゃっ
たように、「特定症候有症者」というのを別の名称にぜひしていた

#####64 頁

だきたいと思います。発音もしにくいし、分かりにくい。

【柳沢環境保健部長】 名称につきましては、委員の先生方からもふさわしい名称をまた

お聞かせいただければと思います。

【井形委員長】 ぜひ皆さんから御提案ください。

【柳沢環境保健部長】 今日でなくても結構です。私どももこれについては変えたいというところでもって、また工夫したいと思います。

【井形委員長】 この答申は対大蔵省の答申でもあり、対外的な答申でもありますが、役所の中ではどういう名前なら通りやすいとか、そういうことは僕らは知らないのです。

【八木橋企画調整局長】 それはむしろここで決めていただければ、役所では一番通りやすくなると思います。

【井形委員長】 分かりました。

【荒木委員】 大体これでよろしいと思いますが、今まだちょっと引っかかっているのは、水俣病の病像のとらえ方で、3 ページにも書いてありますけれども、主要症候と考えられているのは、感覚障害、小脳性運動失調、求心性視野狭窄、中枢性の眼球運動障害、中枢性の聴力障害、平衡障害でしょう。書いてあって、なぜ四肢の感覚障害のみを取り上げたのか。他のものはあっても全部抹殺するのか、それが私はまだ引っかかっているのです。だから、高頻度であるから四肢の感覚障害だけを対象として拾っていきたいというふうに持っていくのか、例えばある症例で小脳性の運動失調があったら、これもどうにも分からんと言った場合には取り上げてもいいのかどうか、その辺がまだ私はちょっとひっかかるのです。どうしたらいいかと思って……。

【井形委員長】 裁判の判決を受けて、今の和解条件にストレートにその問題が出ていることを受けて対策を検討しているのであって、これは「など」と書くと大変でしょうね。

#####65 頁

【荒木委員】 だから、これだけを取り上げてやっているわけですね。

【井形委員長】 しかし、実際問題としては、小脳症状が強く出たおって知覚症状はほとんどないケースがあるのです。それはもう認定していただくよりほかしょうがない。

【荒木委員】 だから、私もその辺ちょっともやもやとしたのです。

【井形委員長】 何で知覚障害だけを前面に出すかは、私ももやもやとしている。

【荒木委員】 特別扱いするのか。かなり高頻度ですから。

【井形委員長】 しかし、これは本当にあいくちを突きつけられているようなもので、末梢知覚障害で、原因不明がこんなにあって、これがそうでないというなら、何の病気であるかと、判決にそんなことを堂々と書かれて、刀で切りつけられているわけです。だから、返す刀では、それを受けませんとあれですが……。

今の問題、岩尾さんはどうお考えですか。

【岩尾特殊疾病対策疾長】 熊本県の審査会では、確かにそれ以外にもっと重篤な一つだけの症状が出ている人たちは救えないではないかという御意見は、県の審査会の先生もおっしゃっています。ですから、例えば難聴だけの人たちはいないのかという話になると、どうしてもメチル水銀の中毒の病像が起きるメカニズムと非常に関係してくるだろうと思

うのですが、その議論をやり出すと、結局、感覚障害だけの初発の水俣病があるのですか、ないのですかという、我々が一番やりたくない議論に入ってってしまうので、ここはもやもやしたとしても、この際これで割り切るとというのが行政のスタンスだろうと私は思っております。

【浅野委員】 いろいろな役所の立場もよく分かるものですから……。

【岩尾特殊疾病対策室長】 もう一つ言わせていただければ、私どもは、行政

#####66 頁

施策をやらなければならないという立場と同時に、裁判の被告としても訴えられているので、来るべき裁判の結果もある程度踏まえていかなければならない。そういうときに、中公審の先生方は中立であるということは私は十分承知しておりますけれども、背中から切られるとは思っておりませんものですから、その点はひとつ御協力いただければと思います。

【井形委員長】 皆さん、よろしいでしょうか。

【森島委員】 少なくとも主観的にはそういうことは全くしないでいて、あるいは訴えが取り下げられるようなことになればいいと思っているのですが。

【井形委員長】 一番困るのは、委員のどなたかから新聞に、中公審の審議に疑義ありという投書があったり、辞任するという方が現れると、この委員会にはなはだしく世の中から信用を失墜しますので、辞任されるなら、その前に言うべきことをちゃんとおっしゃっていただいて、辞任はやめていただきたいというのが私からもお願いでございます。

それでは、今日はこれで終了させていただいて、次回は12日です。

プレスに発表するときは、事前レクチャーとか、そういうことをするのですか。

【柳沢環境保健部長】 12日は発表しませんから。

【井形委員長】 12日決定でないことにしますか。もう一度集まりますか。

【柳沢環境保健部長】 発表は、環境保健部会でないと、専門委員会でもって、今のところ、発表する予定はございません。

【八木橋企画調整局長】 環境保健部会に報告する段階で明らかにするわけですね。

【奥村保健企画課長】 12日で最終にしたいという希望を我々は持つておるわけですが。それまでに修文作業を最大限させていただきましても、最後は委員長一任の部分を残していただくような形になるのではないかと思います。

#####67 頁

それと、この専門委員会は環境保健部会から依頼を受けて検討されておるわけですので、環境保健部会にご報告いただくというのがまず一番かと思えます。

【井形委員長】 環境保健部会の日程は決まっていますか。

【奥村保健企画課長】 まだ決まっておりません。

【浅野委員】 環境保健部会で修正されるという可能性は論理的にはあり得るわけですね。だから、専門委員会で決まったといっても、決まったわけではないから、相当慎重にしない

いと……。

【井形委員長】 この間のNHKみたいに、この内容がどこから漏れる、そうかといって、皆さんのところに行ったときに、厳重箝口令が出ていますというのも非常に言いにくいだろうし。

【鈴木委員】 この間、新聞記者に僕は「箝口令を敷かれているから、聞くのなら井形先生に聞いてくれ」と断りました。

【井形委員長】 私が箝口令を敷いた本人で、自分から言えるかと言っていますけれども、漏れる可能性はなきにしもあらずなので、最終発表までは審議が決まらなかった、いろいろ議論していて、まだ不確定要素が多いということで通していただきたいと思います。

よろしいでしょうか。

今回は、12日の1時半から4時半まで、第1会議室です。結論としては、そこでまとまらないかもしれませんが、まとまりましたら、環境保健部会に報告して、その時点で公表になるという形をとるかと思います。

長時間どうもありがとうございました。

了

#####68頁

第 8 回
中央公害対策審議会環境保健部会
水俣病問題専門委員会議事速記録
(平成3年11月12日開催)

【奥村保健企画課長】 時間になりましたので、第8回中央公害対策審議会環境保健部会水俣病問題専門委員会を開会させていただきます。

本日は14名の委員全員御出席の予定でございますが、加藤先生が遅れておられますけれども、時間が参りましたので、開会させていただきますと思います。

本日は資料を二つ用意させていただいております。資料1が今回おまとめいただきます報告書の案でございます。資料2として冊子にしたものをお配りしておりますけれども、本日の報告書をおまとめいただくに当たりましての知見の整理ということで、これにつきまして資料2として御報告させていただきたいと思います。ただ、そこに、「取扱注意」ということで、「11月26日の公表」と書いてございますが、この意味は、11月26日に環境保健部会を開催する予定で今作業を進めておるわけでございます。その時点で、本報告書と併せまして、そのペースとなった知見ということで、この資料についてもバックデータということで御説明、公表したいと思っておるところでございます。そういう点で一応11月26日ということでございます。これは報告書と同時に公表するという趣旨でございますので、御了承いただきたいと思います。

それでは委員長、よろしくお願いいいたします。

【井形委員長】 今日の予定と今後の予定は今御説明になったとおりです。今日、どうなるか分かりませんが、まとめられるものならまとめて、11

#####1頁

月26日の環境保健部会に専門委員会の意見として報告するという予定を持っております。できれば今日ある程度の大綱までは少なくともまとめきることを希望いたします。

ただいまから審議に入らせていただきたいと思います。

今年の2月に第1回の専門委員会を開催しましてから本日で8回目になります。平成4年度からの專業実施を目途に審議を重ねてきて、最初は概算要求の7月ごろに答申というつもりでしたが、幸い時間的余裕を少しいただきまして、慎重審議を重ねられたことを幸せに思います。いずれにしても、委員会としても、平成4年度からの事業があればなおさらのこと、そろそろこらで結論をまとめなければいけないと思うわけです。ここでの御審議もかなり多様な面にわたっておりますし、それから、お願いいいたしましたように、各委員からそれぞれ御意見を出していただいて、それに応じたすり合わせというか意見の調整をいろいろ図ってきたわけでございます。私自身の意見もかなり取り込んでいただいたと思いますし、多くの先生方のところにも御相談があり、かつ、御意見をなるだ

けこの答申書に取り入れる努力をしたつもりでございますが、大変難しい問題でありまして、なお様々な御意見があろうかと思いますが、今日できるだけその論点を整理してまいりたいと思います。

では事務局から説明をお願いいたします。

【岩尾特殊疾病対策室長】 本日は、専門委員会の報告書の案文について御議論いただきたいと考えております。まず事務局から案全体について御説明させていただきます。その後、案文に沿って順次御議論いただければと考えております。

本日の案につきましては、前回以降、各委員からいただいた意見を踏まえて取りまとめたものでございます。環境庁からは土曜日に速達で案を遅らせていただきましたけれども、本日お手元でございますのは、送付した案に更にその

#####2頁

後の修正を加えたものとなっております。各委員からいただいた意見につきましては、できるだけ吸収するように努めておりますが、取り入れることのできなかったものもでございます。その点については、事前に御説明できなかったものもございしますが、御了承いただきたいと思っております。

本日は、お送りした案からの変更点と全体の中での重要なポイントを中心に御説明させていただきますように思っておりますので、あとは事務局から……。

【井形委員長】 全部読んでから審議しますか、それとも項目ごとに打ち切って、その項目についてやっていきますか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 ひとつおり流して説明させていただいて、その後、重要な点をこちらでまたかいつまんでということにさせていただきます。

【事務局】 それでは、お手元の資料1「今後の水俣病対策のあり方について(案)平成3年11月12日」に基づきまして御説明させていただきます。

全文朗読させていただくところでございますけれども、事前にお送りしておりますので、特に重要なポイントを中心に適宜拾い読みしながら御説明させていただきたいと思っております。

文中で下線を引いておりますところは、11月9日付で各先生方に資料をお送りさせていただいておりますけれども、そこから更に修正したところでございます。そのところと、前回の10月29日の委員会以降の主な変更点について、そこを特に取り上げて御説明したいと思っております。

目次のところは、の4の表題が「水俣病発生地域住民の神経症候の問題」としております。ここは従来「特定地域における水俣病類似の神経症候」と書いておったところですが、3番との平仄を合わせるためにこのような表題変更をしております。それから、の2のところ「四肢末端の感覚障害を有する者への対応」としてありますが、ここは従来「特定の症候を有するものへの対応」としまして、本文中では「特定症候有症者」という言葉を使っております。

#####3頁

たが、かなり硬い言葉であるという御指摘もありましたので、今回の報告書の中では「特定症候有症者」という言葉を一切落としまして、平易な「四肢末端の感覚障害を有する者」という表現で統一させていただいております。それから、の「新たに講ずべき対策のあらまし」については、事務局の方でも対策の内容を検討中だということですとずっとペンディングにさせていただいたところですが、最終的に本日の版で修正しております。このため、目次については、前回の10月29日版から比較してかなり変わっておるところでございます。

内容について順に御説明させていただきます、

1ページの「はじめに」はイントロダクションでございます。最初の2行で水俣病の発生について述べております。ここは将来、発生の年を入れておりましたが、それを次のページに送りましたので、発生年を落としております。

その上で、これまで公健法等に基づく認定、その他対策が講じられてきたけれども、なお認定申請が進むとともに、相当数の認定未処分者とか、あるいは関係地域において健康上の不安を訴えている等の問題があり、さらに、水俣病に関する各種訴訟等が起きている。こういう現状認識です。「このように水俣病問題は、今日なお大きな社会問題となっている」、こういう指摘がされておるわけでございます。

このような背景の下にこの委員会が設置され、検討を行ってきたわけですが、水俣病に関しては、環境保健に関する問題の他に、環境保全の問題、地域振興の問題等が指摘されておりますが、本専門委員会は環境保健部会の中ということで、水俣病問題の中核を成す環境保健の問題について審議を行い結論を得たので報告する、こういう位置付けの報告書としております。

2ページの「問題の現状と評価」、1の「問題の現状」です。最初の二つの段については大分書き加えておりますので、一度読ませていただきます。

(資料1の2ページの の1の1行目から4行目まで朗読)

#####4頁

この中で括弧書きで「水俣病周辺地域」としてありますが、これまで、熊本、鹿児島の水俣病の発生地域について、不知火海沿岸あるいは水俣病周辺とか統一せずに使っておったのですが、これまで「水俣湾周辺地域」と表現することが多かったものですから、全体の叙述としては「水俣湾周辺を中心とする不知火海沿岸の地域」としまして、これをこの報告書の中では「水俣湾周辺地域」という言葉で置き換えて一貫して使うという形にしております。

2段目です。

(資料1の2ページの の1の5行目から9行目まで朗読)

付け加えたところは、これまでの対策の評価を書き込んでおるところです。

以下、問題点の指摘として、認定業務上、新たに申請が続くこと、あるいは再度申請をする者があること、それから、処分の困難な者が増えていること、棄却処分に対する不服

審査、行政訴訟の問題、訴訟の問題、その中で新潟県と新潟市につきましては、認定業務上、未処分者はほとんどなく、現在認定申請も新たなものはなくなっているという状況、これについて前回どおりに書いておるところです。

このような背景を受けまして、このような問題の更に根っこの部分として、水俣病発生地域においては健康に関する特別な問題が存在していることが指摘されている、こういう解釈をしておるわけでございます。

その内容としては、過去に通常のレベルを超えるメチル水銀を含む魚介類が流通したことから、様々な程度でメチル水銀を摂取している可能性があることが健康上のリスクとなっているのではないかと地元で受け止められていることが1点あります。次の表現は、前回は前段のところに使っていた表現を後ろに持ってきて整理したところですが、「また、公健法等に基づく認定を受けた者は、急性劇症令や主要症候の揃った典型例から、軽症令や非典型例まで含んでいるが、さらに、この認定の範囲に含まれない者の中にも水俣病にもみられる

#####5頁

神経症候の訴えが見られ、これが水俣病によるものではないかと考えられていることがあげられる」、こういう表現に変えております。ここは問題の指摘として、現在の問題が、典型患者が残っているとか、そういうことではなくて、軽症例、非認定例まで救済した後に残った、非常によく分からない方々の範囲である、そこを明示したところでありまして。

このような問題は、他の公害健康被害の問題の中でも特に水俣病のみにみられる問題だということを最後に整理しております。

2番の「水俣病に関する医学的知見」、最初の頭書きの2行で、従来は「定説となっている知見について整理を行った」と書いておったのですが、この中で、最後の曝露状況に関する評価のところは、これまで取り上げられておらず、この専門委員会で初めて整理する部分ですので、そこを「定説」と言ってしまうのはまだちょっと早いかなと思いますので、「定説」という表現を落として、「現役階での知見について整理を行った」としております。

(1)の「水俣病の病像について」、ここの表現は従来どおりですが、変えましたのは、1行目の後ろの方で「メチル水銀が魚介類に蓄積され、それを長期かつ大食に経口摂取」ということで、「長期」という言葉を入れております。それから、そこから4行下がっていただきまして、「胎児性水俣病」という言葉を使っておりますが、これは前回「小児水俣病」としておったのですが、御指摘をいただきまして、「胎児性」といたしました。ここは発生機構あるいは発生する症状の違いに着目したところでありまして、「小児」ということよりも「胎児」という方が適切な表現かと思われまして。

それから、最後の部分ですが、「神経系以外の諸臓器に障害を来す可能性があるとの指摘もあるが」というところで、最後のくくりのところ、前回は「確定的な結論は得られていない」としておまして、その更に前は「否定的な見解が多い」と書いておったのですが、最終的に「否定的な見解が一般的であ

#####6頁

る。、こういう表現にさせていただいております。

(2)の「水俣病の診断」についても前回の表現とほぼ同じですが、水俣病については、特異的に把握する手法がないことから、症候群的診断によって診断が行われているということ、症候群的診断のためには、診断上の価値の高い症候の組合せとして診断基準が作成されることが一般的である、ということについて述べております。

その中で、公健法に関しては、「後天性水俣病の判断条件について」「小児水俣病の判断条件について」、この二つの判断条件が示されておりますが、これらは医学的な知見を基に取りまとめられたものであり、臨床上の診断基準の性格も持つものである、こういう評価を下しております。さらに、「現在までの研究では、これら判断条件に変更が必要となるような新たな知見は示されていない」と記述しております。ここが水俣病の診断に関しては一つの記述のポイントと思われます。

さらに、曝露の問題については、メチル水銀の体内蓄積状況は診断上高い価値を有するけれども、メチル水銀は曝露が終わった後は速やかに排泄されることから、現在において、長期間を経過した後では曝露当時の蓄積量を把握することは困難である、そういう表現を入れておるところであります。

(3)の「メチル水銀曝露と水俣病発症」については、「水俣病発症の機構」としては、ここも基本的に前回と同じですが、まず曝露によってそれが吸収されて蓄積が起こるのですが、一方的に蓄積されるばかりでなくて、一方、排泄されることから、一定量の曝露が継続した場合には、ある時点で吸収量と排泄量が均衡するのだ、そういうことを説明しております。この均衡するまでの期間が、メチル水銀の場合は約1年とされております。この前に従来は、生物学半減期の約5倍の期間で一定に達して、メチル水銀の場合は約1年とされているとしておりますが、この生物学的半減期というのは一言で説明するの

#####7頁

がなかなか難しい概念でありまして、必ずしもここで必要とされる内容ではないことから、これについては省略いたしました。

それから、発症の閾値として、頭髮水銀の問題、胎児性では成人の場合よりやや低いという問題を従来と同じ形で記述しております。

その上で、曝露後発症まで期間を経過する例について、いわゆる遅発性の問題についてコメントしたところですが、メチル水銀では通常1ヵ月前後、長くとも1年程度までで発症に至る、こういうことを基本にしております。しかしながら、水俣病に関する調査では、症状が把握されるまでに数年を超えない範囲でさらに長期間を要した臨床例がありますけれども、こういった例について合理的な解釈をすることはなかなか難しいために、「その原因については結論が得られていない」とくくっております。いずれにしても、このような例の報告を見ても、その期間については数年を超えない範囲であるということが一つのポイントの内容であります。

の「曝露レベルの推移と発症可能性」ですが、最初の段については、前回使った表現をひっくり返しまして、まず留意事項として、メチル水銀のように魚介類を摂取することによる曝露では、汚染から摂取までの間に採取、流通等の要因が介在するために、個々人についてどの程度摂食するかが異なるということを述べております。その上で、以下のように、曝露のレベルと水俣病発症可能性について整理しております。

水俣湾周辺地域につきましては、頭髪の水銀濃度、臓器内のメチル水銀濃度、さらに、研究の成果として、魚介類の摂食量と魚介類の水銀濃度から推定したメチル水銀の摂取され得る量の推定、こういった調査結果からは、昭和44年以降は、水俣病が発生する可能性のあるレベルの持続的メチル水銀曝露が存在する状況ではなくなっていると認められます。

阿賀野川流域につきましては、こういった直接の生体試料はないのですが、

#####8頁

魚介類の汚染状況、魚の摂取量からみた調査の結果、それから、昭和40年6月に既に採取とか摂食の抑制が指導されていること、こういったことを踏まえて判断すれば、昭和41年以降は、水俣病が発症する程度の汚染がなくなっていると認められること、こういう内容にしております。

最後の両方のくくりは「認められる」としてありますが、ここは前回あるいは前々回で「知見が示されている」あるいは「考えられる」と書いた場合がありますが、最終的に平仄を合わせるといって両方同じ表現にしております。それから、ここについては新しい表現になりますけれども、専門委員会として知見をまとめられた上で一応の解釈をされたということで、「認められる」という表現を使っただけだと思っております。

次に3番として「水俣病発生地域住民に係る環境保健上の留意点」です。この地域の留意点としては、過去にメチル水銀が蓄積された魚介類が流通したために、この地域の住民は大なり小なりメチル水銀を摂取した可能性があるという点でございます。このため、一部の人には水俣病が発症する程度の曝露があり、あるいはそれに至らなくても様々な程度にわたってメチル水銀を摂取しているものと考えられるという条件でございます。さらに、この地域の人々については、同じような生活をしてきた周辺の者に水俣病が発生したという社会的に特別な条件を持っているということも言えるわけです。この「周辺の者に」というところの前に、前の案では「同様の食生活をしてきた」という表現が入ってございましたけれども、「同様の食生活をしてきた」というと、まさに水俣病と同じ生活なのかということで、多少きつ過ぎるかなという御指摘があったのです。その点を勘案いたしまして、食生活については、その前段のところ、いずれにしても、メチル水銀の摂取の可能性はあったということで既に述べていることから、この表現を落として、ここでは単に「周辺の者に水俣病が発生した」というふうに整理しております。

#####9頁

その後ろの「特別」というのは、前は「特殊な」といってございましたけれども、「特別」の方が一般的な表現と思ひまして、言葉を置き換えているところです。

このような状況の下に生じていることとして、この地域の住民には、現在もなお、自らの身体の不調はメチル水銀によるものではないか等と健康状態について不安を抱いている者が少なくない状況にある、こういうことが認められるわけです。これに対しては、少なくとも昭和44年から数年を経た後では発症がないことは言えるのですが、しかしながら、過去にどの程度メチル水銀の曝露があったかについては、当時のメチル水銀の曝露量について個々人の資料がないことから、当時余り摂取しなかったということもなかなか示すことができない状況にあります。また、水俣病認定患者以外の方々については、水俣病に関して助言や指導を受ける機会がこれまで必ずしも十分ではなかったという状況も認められるわけです。

次に阿賀野川流域について書いております。この地域でも様々な程度でメチル水銀の摂取があったものと考えられます。それから、昭和41年から数年後には既に水俣病の発生の恐れはなくなっていると考えられるところです。しかしながら、水俣湾周辺地域との対比で違っている点としては、曝露が川魚によるものであるために摂食範囲が限られていること、それから、嗜好の問題で、必ずしも地域全体においてこれが摂食されていたということにはならないこと、そのあたりで曝露の範囲が水俣湾周辺地域とは異なっていると考えられます。曝露の期間についても、水俣湾周辺地域と比べて短期間であったと考えられます。さらに、発生後比較的早い段階で大規模な住民健康調査が行われたこと、こういった状況の違いが指摘されるわけです。

最後に、異なったポイントからの指摘をおいております。「また、」以下です。こういった水俣病を発症するに至らない程度の住民について、他の疾病の

#####10頁

発症や予後に長期的に特徴がみられるかどうか、こういった問題設定があるわけですが、これまでの調査研究ではこういう影響の知見は認められておりませんが、なお追跡調査をしていくべきだという指摘がございます。ここは前は「把握に努めていく必要がある」という表現にしておいたのですが、そうしますと、後段で言うべき結論を先取りしているような形になりますので、この報告書の構成上、ここでは問題の指摘にとどめるということで、「把握する必要性が指摘されている」という表現に置き換えております。

次に「水俣病発生地域住民の神経症候の問題」です。(1)として「地域住民にみられる神経症候の訴え」、ここでは、この地域の神経症候の訴えの問題の中で、特に四肢の感覚障害が問題で、四肢の感覚障害を取り上げるべきだ、こういう説明をしたいところですが、前回の案ではその点がなかなかうまく記述されていないのではないかという指摘があったわけです。そこで、今回、前段のところを少し書き換えておりますので読ませていただきます。「水俣病発生地域では様々な神経症候の訴えがみられ、これが水俣病ではないかと考える者が少なからず存在するという状況にあるが、このことは、水俣病の認定申請が多数にのぼり、なお続いていることに典型的に現れている。そこで水俣病認定申請を行う者の状況をみると、」という形で、この地域の問題が、典型的にモデル的には認定申請者の状況

に現れているのだ、そういう理屈で持っていております。

その後で手書きで修正しているところがあるのですが、最終的に意見をいただいて多少手を入れております。「そこで水俣病認定申請を行う者の状況をみると、これらの者には、四肢末端の感覚障害が広範に認められる。熊本県及び鹿児島県において、」次のところを飛びまして、「認定申請を棄却された者についてみると、居住要件と四肢末端の感覚障害を有するという条件を満たす者（熊本県および鹿児島県で行われている特別医療事業の要件に該当する者）

#####11頁

は相当広く認められている」、こういう説明書きにした上で、「このようなことから、水俣病発生地域における神経症候の訴えの中で、特に四肢末端の感覚障害が重要であると考えることができる。」、このように結論付けております。ここの数字のところを落としましたのは、この報告全体を通じまして、数字が出てくるのが、ここと認定患者の2,900名というところだけです。この並びでいきますと、この部分だけ特別医療事業の数字を出すのはバランス上余り適当でありませんので、結論だけ書く形で数字を落とさせていただきました。

(2)の「四肢末端の感覚障害と水俣病の関係」は、前回の案では「水俣病の関係」のところを「診断について」としておりましたけれども、診断に限らず、もう少し広い説明をしておりますので、「関係」という言葉に置き換えております。

まず四肢の感覚障害の説明として、水俣病では四肢の感覚障害がよくみられる。水俣病に典型的にみられる四肢の感覚障害とは、表在感覚、深部感覚及び複合感覚が低下するものであり、障害が左右対称性で四肢の末端に強く幹に近づくにつれて弱くなる、こういう形で説明しております。これは水俣病の初発症候と言われておりました、水俣病でみられる症候の中でも最も高い頻度でみられるところですが、一方では、水俣病に特異的に見られるものではなくて、糖尿病等の代謝障害や各種中毒あるいは頸部脊髄症等でもみられる。さらには、原因が特定できないものも多くみられ、約半数に達するという調査結果もある、こういう説明をしております。「糖尿病等の」というところは、内容を分かりやすくするために例示しているところであります。

次が問題なのですが、「メチル水銀による障害で、四肢末端の感覚障害を示し、かつ、水俣病の他の主要症候はみられないという現れ方があるかどうかということが問題となっているが、これに関しては、疫学、臨床医学等による医学的な検討が必要である」ということで、この点が従来から延々と議論されて

#####12頁

おるところです。これに対して、専門委員会としてこれまでの知見を整理して一つの考え方を示したわけです。

疫学に関しては、調査結果として、四肢末端の感覚障害としては、多いことを示唆する調査がある一方、必ずしも多くはないとする、両方の調査結果が示されている。いずれに

しても、疫学的な結論を出すためには、曝露の状況と症状の状況とのデータが要るわけですが、残念ながら、水俣病については、当初のメチル水銀の蓄積量に関する調査が十分でないということで、疫学的な結論がはっきり得られるには至っていないとまとめております。

次に、臨床医学の観点からは、昭和 60 年の環境庁の「水俣病の判断条件に関する医学専門家会議」の結論を持ってきておりまして、「最終的に四肢の感覚障害のみでは水俣病である蓋然性が低く、その症候が水俣病であると判断することには医学的に無理がある。」というところを抜いてきております。

次の段が以上の取りまとめですが、前回の案からまた書き換えておるところです。

(資料 1 の 6 ページの下から 6 行目から一番下の行まで朗読)

こういう整理を行っております。この上段の方のアンダーラインは、前回の案では「このような例」と書いておりましたが、疫学は個々の例ではなくて集団としての関係の問題ですので、表現の適正化を図っております。

最後のところは、お送りした案では「困難である」としておりましたが、ここは昭和 60 年の医学専門家会議の表現に合わせまして、「無理がある」という表現にしております。

それから、御説明しませんでした。従来、「四肢の感覚障害」ということで用語を統一しておりましたけれども、これまでのいろいろなものを見ますと、「四肢末端の感覚障害」の方がよく使われている表現で、「四肢末端の感覚障害」の方がより適切と思われるので、今回の案ではすべて「四肢末端の感覚

13 頁

障害」という言葉で統一して使っております。

7 ページの「今後の対策の方向」です。頭書きのところについては、10 月 29 日のものからかなり圧縮してポイントだけ書くような形であります。以下のような基本的な考え方に沿って行くべきということと、阿賀野川流域においては水俣湾同辺地域とは状況の違いもみられるので、考慮する必要がある、こういうことを頭に置いております。

「地域住民の健康管理」につきましては、10 月 29 日以降ほとんど修正がないところで。健康管理ということを考えた場合には、発症した人だけではなくて、発症するまでに至らなくても様々な程度でメチル水銀を摂取した可能性があるという地域住民の集団を念頭に置くべきである、こういう問題指摘を行っております。

これに対しでは、今のところ、健康上のリスクがあることは証明されておりませんが、メチル水銀に関連する健康上の不安を持っていること、これまでそういった観点からの健康管理対策が十分なされてきたとはいえないこと、そのようなことから、メチル水銀に関連する健康上の安全性を確認していくことにより、健康上の不安を解消していくための施策が必要である。具体的には検診とか保健指導等による健康管理施策を実施することが必要である、こういう結論を置いておるところであります。

もう一点は、このようなメチル水銀の曝露を受けた人口集団について長期的な健康状態

の推移の知見の蓄積が必要であることから、そういった科学的究明にも資するという観点にも留意してこのような対策を実施すべきである、こういう内容を付け加えております。

次の「四肢末端の感覚障害を有する者への対応」につきましては、前回も多々意見が outcome しまして、再度 10 月 29 日の版からはかなり書き換えているところですので、一度全文を読ませていただきたいと思います。

14 頁

(資料 1 の 7 ページの下から 7 行目から下から 3 行目まで朗読)

そういう頭書きです。最初のアンダーラインのところ「臨床的に水俣病とは診断されない」と書いております。これは前の案では「水俣病とは認定されない」としておりましたが、客観的な書き方としては医学的な観点から書くということで、先ほどまとめました見解に従いまして、「臨床的に水俣病とは診断されない」、こういう表現を使ったところがあります。

下から 2 行目です。

(資料 1 の 7 ページの下から 2 行目から 8 ページの 5 行目まで朗読)

このアンダーラインのところは、先ほどの昭和 60 年の専門家会議の記述の中から抜いてきた形に改めております。

(資料 1 の 8 ページの 6 行目から 13 行目まで朗読)

ここは、その前の段で科学的な知見について言っておりますけれども、一方、訴訟の場ということで、裁判官が判断を行う場合には、裁判官の心証ということで判断が行われますので、必ずしも百パーセント自然科学的な因果関係がはっきりしない場合でも、そのあいまいな部分で裁判官が法的因果関係を認定して判断することがあり得る、そういう裁判というものの特性について述べているところでございます。

次に訴訟の例を引いております。

(資料 1 の 8 ページの 14 行目から 19 行目まで朗読)

ここは前回の例ではもう少し漠然と「一般的に訴訟の判決は」と書いておりましたが、訴訟の判決にもそれぞれ内容が違っておりますので、ここでは昭和 60 年に出生した熊本水俣病の第二次訴訟の高裁判決を具体的に例示する形で書いております。そのため、表現が多少変わっております。

(資料 1 の 8 ページの 20 行目から 25 行目まで朗読)

ここは、判断する場合に、その曝露の要件あるいは症状の要件について見る

15 頁

わけですが、その中で、四肢の感覚障害という問題、メチル水銀という曝露の問題についてどのような難しさがあるのか具体的に書いているところです。

次が一つの結論です。

(資料 1 の 8 ページの 26 行目から 31 行目まで朗読)

そういう形で、一つの対策のあり方について、「損害賠償を踏まえた施策を行うことは適

当でない」という結論を持っていております。ここについては、その前段で四肢の感覚障害の判断の難しさと曝露に関する客観的な判断の難しさを言っておりますので、そういったことから、四肢末端の感覚障害を有する者について、個別にいろいろな条件を加えて判断することは、いずれにしても非常に難しいということを行っております。しかしながら、裁判所には事実認定の権限が認められておりますので、個別のケースごとに裁判所の心証で判断して、それがまた強制力を持った判決になる、こういうシステムが司法という性格上認められているわけでございます。しかしながら、行政におきましては、客観的、一般的な基準により判断を行うことが要請されておまして、その範囲で個別の人について判断を行うわけですが、この客観的、一般的な基準ではよく分からないような更にその先の層について個別に行政としての心証で行うということになりますと、これは恣意的な行政と言われることになりますので、そういった機能は行政の方にはなかなかないので困難である、そういう裁判所と行政のともも持っている機能とか、あり方の違いについて説明しておるところです。このようなことから、行政においては少なくとも損害賠償を踏まえた施策を行うことは適当でないとしているわけです。

次からは、逆に内容として対策が行われるべき理由について説明しております。

(資料1の8ページの下から8行目から9ページの一行目まで朗読)

一たんここで切りますと、8ページのアンダーラインのところは、上の個々

16頁

人の曝露量に関する調査が十分行われていないということは、ここは前段でも出ておりますので、途中で消しておったのですが、やはり入念的にあった方がいいだろうということで再度書いておるところです。

次のアンダーラインのところは、文章が長かったので、これを切るという技術的な修正であります。

次の段が10月29日以降新しく書き加えたところです。

(資料1の9ページの1行目から7行目まで朗読)

今読みましたところの前段の理由付けは、この7月、8月ぐらいで特定症候有症者に関する対策の説明付けを独立で検討したペーパーに載っていた表現ですが、それを再度記載することにしたものです。また、途中で「さらにこのような者の年齢層が高いことも考慮すれば」という表現を使っておりますが、この年齢層が高いということは今回新たに付け加えた内容です。このような材料を用いることによって、これ以上この問題に対して対処せずに見守っているのではなくて、今の段階において適切な対応を行う必要が認められる、こういう説明付けにしておるわけです。

(資料1の9ページの8行目から11行目まで朗読)

こういう形で、健康管理のための対策を行う必要があるという結論にしております。

以上が対策が行われるべき方の理由ですが、このような対策を行政として行い得る、あるいは行うべき理由付けとして次の段を再度整理いたしました。

(資料1の9ページの12行目から16行目まで朗読)

ここで、この分野は環境行政の分野ということで、従前は「行政」としていた表現に「環境行政」というふうに訂正を加えております。

次に3番の「認定業務の促進」です。ここは新たな方向性についての答申というよりも、現在やられていることに関する専門委員会としての一つの御指摘

#####17頁

という程度のもので考えておりますけれども、前回よりかなり圧縮しております。公健法につきましては既に20年を経過しております、現在処分される人には容易に水俣病と認められるような人はほとんどなくなってきており、一方、申請中の方について見ますと、非常に軽微な所見を示す者が中心となって、さらに、高齢化や合併症等により判断が困難になっている。また、死亡者や寝たきり等で資料が得られず、判断が困難なものが増加している、このような状況にあるわけです。このため、今後は、判断に必要な資料の収集に一層努力して、公健法の目的に沿った的確な対応を行っていく必要がある。こういうことを言っていただければと思っております。

最後に、「また、前述のように、既に水俣病発症おやそれがなくなっていると考えられることにかんがみれば、認定されるべき者の認定を進め、速やかに認定業務を完了することが期待される」としております。これは一方では、新たな患者が発生することはなくなったということから、認定業務を完了することができる時期に来ているということで、将来的に言えば、認定業務が完了すれば地域指定の解除にも至ることがある、そういうことに結び付いていく表現としてとっているところであります。

次に10ページの、「新たに講ずべき対策のあらまし」です。ここは前回の案に比べまして、ポイントだけに絞りまして、かなり整理した書きぶりにしております。特に、中でその対策の理由のようなことを大分書き込んでおったのですが、理由的なところは落としまして、こうすべきだという結論のところだけ中心に並べております。このため、専門委員会あるいは中公審からはこのぐらいの粗さで御意見をいただいております、この後、もう少し詳しい要件あるいは基準、そういったものについては、行政としていただいた上で行政の中で決めていく、そういう形になるわけでございます。

まず頭書きでは、対策のあらましは以下のとおりであるとして、これを基本

#####18頁

として、地域特性を踏まえ適切な対策が講じられることが必要であるとしております。これは先ほど書きましたように、曝露の特殊性等について、熊本、鹿児島地域と新潟の地域でかなり違いも認められますので、そういった地域特性も踏まえて対策を講じるべきである、こういうことを書いたわけです。

内容は、1番が「健康管理事業」です。これは以前詳しく御説明したところですが、この地域、メチル水銀の曝露を受けた可能性がある住民に対して、検診、保健指導等を行う、こういう趣旨の事業であります。

対象者としては、ここでは「通常のレベルを超えるメチル水銀の曝露の可能性があったと認められる要件として、居住地域及び居住時期の要件を定め」、これにとどめまして、具体的な対策については書き込まない形にしております。

対策の内容としては、まず健康管理上所要の検診を行って、その結果に基づき生活や療養上の指導を行う、これが中心的な事業になります。あわせて、相談窓口の設置、普及啓発等を行うという事業があります。さらに、このような事業の実施を通じて、住民の健康状態の把握に努め、必要な資料の収集、その整理、検討を行うということで、科学的な知見の集積にも資するという位置付けを明らかにしております。

それから、敷衍的ではありますが、この対策が地域住民に密着した対策であることから、市町村の協力が重要であるということを言っております。また、住民の健康管理対策としては、既に老人保健法等による対策が各地域で行われておりますので、こういった既存の事実の結果も活用しなからやっていくべきである、こういう内容を書いております。さらに、「この事業は、一定の期間実施した後、実績の評価を行った上で、その後の事業のあり方について検討を行うことが適当である」、こういうチェックポイントを置くというか、途中段階で見直していくということを明らかにしております。

次に2番の「医療事業」です。医療事業の趣旨としましては、臨床的に水俣

#####19頁

病とは診断されないけれども四肢末端の感覚障害を有する者に対して、その原因解明及び健康管理という観点から医療を確保していく、こういう内容であります。ここについても客観的、医学的な記載にするということで、「臨床的に水俣病とは診断されない」という記載にしております。

(2)の対象者は、通常のレベルを超えた水銀の曝露の可能性があった者のうち、水俣病とは認定されないが四肢末端の感覚障害を有する者としております。これについては従前御説明したとおりです。ここで、上は「水俣病とは診断されない」としてありまして、下は「水俣病とは認定されない」としてありますが、対象者の方は、社会的あるいは制度に落とした段階の問題ですので、そのときの基準としては、その人が入ってくるか入ってこないかということは、水俣病と認定されているかどうかという基準しかございませんので、水俣病かどうかという基準の代わりとして、水俣病と認定されているかどうか、こういうものはめ込んだわけです。

次に、少し手続き的なところの大枠について書いております。対象者の決定については、申請によって審査を行い決定するとしております。

曝露の要件については、当時の地域あるいは時期の居住歴等の資料により判断する、この程度の記載にしております。

四肢末端の感覚障害の要件については、ばらつきのない統一的な資料に基づき判断を行うため、指定する医療機関において作成された診断書により判断する、最終的にこういう形で整理いたしました。

もう一点、公健法による処分が既に行われた人については、その認定審査の際の資料の活用も図ることを検討すべきである、こういう内容を加えております。

さらに、対象者としての資格を有する期間には期限を設けることとし、期限が到来した際になお要件を満たす者については、引き続き対象者とすべきであ

#20 頁

るといふことで、期間の更新の手続をうたっておるわけです。

対策の内容については、御審議いただいたところですが、療養費及び療養手当の支給を行うとしております。療養費については、社会保険の自己負担分を支給する。療養手当については、通院に要する費用等の医療に係る諸雑費として定額を支給するものとする、としております。11月9日付でお送りした案では、療養手当の要件として「特に医療の確保に配慮が必要と認められる地域」と書いておりましたけれども、まず一般的には療養手当は原則的に支給するという形で整理し直したものであります。

「実施体制」については、だれがなすべきかという問題ですが、これはメチル水銀の曝露があったこと、住民の健康の保持増進を図るといふ性格の事業であること、こういうことを考えますと、国及び地方公共団体に対処されるべきものであろうとしております。具体的にだれが現場でやるかということについては、水俣病が発生した地域を含む地方公共団体の中で、この対策の範囲が市町村の単位を越えて広域にわたっていることから、順において行われることが適当であらうとしております。また、市町村においても、最も基本的な地方公共団体として積極的な協力をを行うことが期待されるとしております。健康管理の部分については、かなり市町村にお願いすることも出てくると思いますので、そういったことを念頭において市町村についても一定の役割を書いているところでございます。

次に、として「その他の課題」です。ここについてもおおむね前回の表現を踏まえておりますが、これまで様々な研究が行われてきたけれども、なおメチル水銀による影響の全体像を把握するために調査が必要であらうとしております。例示としては、メチル水銀の曝露を受けたと考えられる人口集団の健康状態のフォローアップの必要性ということ、一つは水俣病患者の症状変化や合併症の追跡という問題、もう一つは、水俣病が発生しないもののある程度の

#21 頁

曝露を受けた人についての健康状態の経過の観察ということをおっしゃっております。ここで、これまでの案では胎児に関する低濃度でのメチル水銀の影響の問題を入れておいたのですが、最終的に研究が必要な事項をいろいろ挙げてまいりますと、胎児の問題と同じようなレベルでかなり列挙することがあげますので、そういう意味では、胎児の問題だけ特別にここに掲載することも並びとして悪いということで、今回の案では胎児の問題については、その他、一般的などころで読むということで、具体例からは落とす形にいたしました。

それから、方向が違ふことですが、「また」以下は、我が国のこれまでの研究の蓄積について、国立水俣病研究センター等を中心にして整理、評価を行って、今後の様々な公害問

題への対処に活用していくことが重要であること、日本の経験を生かしていくということです。時に、今後は諸外国のメチル水銀汚染問題について、こういった我が国の経験の蓄積を提供して、環境保健に係る国際協力に貢献していくことが重要であろう、こういう形にしております。

次の「水俣病認定患者に対する措置の検討」、これも従前と同じですが、高齢化あるいは介護の問題、就業の問題から、水俣病認定患者についても公的な対策として何かやり得ることがあれば検討していくべきであろうとしております。表現としては、下から3行目のところ、「公健法に基づく公害保健福祉事業」としてありますが、ここはこれまで「公害健康被害に係る公的施策」としておったところを、具体的に公健法の事業ということで言葉を置き換えたところです。内容的には変更ありません。

の「終わりに」のところは、冒頭の表現を少し変えまして、「水俣病に対しては、これまで公健法等により患者の認定が進められ、被害者の救済に大きな役割を果たしてきた」ということで、これまでの対策に一定の評価を置いております。その上で、「しかしながら」ということで、これまで述べたような問題が残っているということを挙げております。

#####22頁

「水」というところに2ヶ所線を引いてありますが、最初の方は「水」の前に「周囲に」という言葉があったもの、後ろの方は「水」の前に、「公害問題としての水俣病問題」としておりましたのを、簡略な表現にするということでそれぞれ落としましたところでございます。

そのような問題を踏まえて、健康管理事業及び四肢末端の感覚障害を有する者への医療事業を行うべきとの結論に達したということが今回の報告の全体の整理です。ここまでがまとめなのですが、その次の二つの段落に少し違った内容を入れ込んであるわけです。

前段の方が

(資料1の13ページの の8行目から13行目まで朗読)

この点について、行政の方としては、今訴訟で争われているような法的な問題としての責任はなかったと考えておりますけれども、行政として積極的にやるべき理由としてこのような内容が記載し得るのではないかと考えております。

最後の段です。

(資料1の13ページの下から5行目から最後まで朗読)

最後の締めめの総括的な表現としてこのようなものを入れているところでございます。

以上でございます。

【井形委員長】 どうもありがとうございました。

御承知のように、ここでいろいろ審議したものを環境庁の方で文にまとめていただいたわけですが、精神は、この委員会が責任を持ってつくったものという評価を受けるわけです。

皆さんからいろいろ寄せられた意見を調整するには随分困難であったと思いますが、その作業をやられた環境庁には御礼申し上げたいと思います。

これから時間をかけて審議をお願いしたいと思います。各章ごとに御意見を

23 頁

伺ってまいりたいと思います。

まず最初に「はじめに」の項目で御意見のある方、どうぞおっしゃってください。

【浅野委員】 強いていえば、「認定申請未処分者」というのは環境庁の内部の用語ですね。だから、これで分かるのでいいとは思いますが、平易な表現でとか、一般に使われている表現でということ言えば、これほど縮めて言わなければいけないものでもないような気もするのです。どうでもいいことですが、いかにも役所言葉だと思うので。

【事務局】 ちょっと硬いという感じもあったのですが、通常は私どもは「未処分者」と言っておるのですが、それですとちょっと分かりづらいということで、認定申請をした人で未処分の方という意味で、前にくっつけて逆に丁寧にしたという趣旨でございます。

【小高委員】 1 ページの 2 番目の段落の「このように水俣病問題は、今日なお大きな社会問題となっている」、「社会問題」という表現になっておりまして、次の 2 ページの 2 番目の段落の最後のところで「さらに水俣病をめぐって、様々な社会的な紛争が生じている状況にある」、この紛争はおそらく訴訟その他だと思いますが、これでいきますと、1 ページの方も各種の訴訟が起きているということで「社会問題」という表現をしておられます。ここは意識的に違えてお使いになっていると理解してよろしゅうございますか。

【事務局】 前段の方は、すべての問題、紛争まで至らなくても住民自体が不安を持っているとか、そういうことを踏まえて広く「社会問題」といっているわけです。2 ページ目の方は、「さらに水俣病をめぐって」ということで、そういったいろいろな問題に加えて社会的紛争、特に訴訟の問題が生じているということで整理しておりますので、一応考え方を分けております。

【井形委員長】 よろしゅうございますか。

24 頁

では次の第 2 章、2 ページから 4 ページまでについて御自由に御発言をお願いいたします。

一文字の下にアンダーラインを引いているのはどういう意味ですか。

【事務局】 御説明しませんでした。11 月 9 日にお送りした案と比べて、一文字の前に言葉があったのですが、それを落としたという意味で使っております。

【浅野委員】 2 ページの 1 の「問題の現状」の 2 番目のパラグラフ、「原因企業による補償を受けており、この制度は被害者の救済に大きな役割を果たしてきた」という部分ですが、我々としては、「この制度は」と書いているその制度は、救済法以降国が行ってきた認定制度、その限りでこの表現を使っているという理解でよろしいですね。つまり、補償協定の問題について何らかのメンションを専門委員会でするつもりはないという前回の議論の流れからいうと、「原因企業による補償を受けており、」まで全部含めて、そういう一連の制度が大きな役割を果たしてきたというふうにとられる可能性があるのです。補償協定

がいいか悪いかとか、その話をもし始めれば、金額の問題にまで至りますので、全体として丸ごとこれは評価して「大きな役割を果たしてきた」と認めているというよりも、認定制度があって、それが救済に役割を果たしてきたということを評価しているというふうにししか理解していませんが、それでよろしいですね。

【事務局】 事務局としてもその趣旨で記載したつもりであります。

【浅野委員】 これは多少読み違えられる可能性はありますけれども、少なくとも専門委員会ではそうでないという議論があったということ記録に残していただければいいと思います。表現上これ以上工夫は難しいかと思えますから、ここはこういうあいまいな言い方やいかざるを得ないことははっきりしていますから、これ以上文章を直せとは言いませんけれども、理解を明確にした

25 頁

いということです。

【井形委員長】 これは、今日の見解事項を議事録に残しておいたらどうですか。

【浅野委員】 後でこの文章の解釈があれやこれやと出てくる可能性があるから、専門委員会ではこういう趣旨でしたということ今うちにはっきりさせておけばいいと思ったのです。

【野村委員】 ただ、今のは一つの解釈であって、この文からすると、「受けており、」まで全部受けると見るのが一番素直じゃないですか。

【浅野委員】 だから、それがちょっと困る。

【野村委員】 だから、そういうことを考え方を貫こうとしたら、むしろ変えないとまずいですよ。

【植村委員】 「この認定制度は」とか、そういうふうに変えたらいかがでしょうか。

【浅野委員】 むしろ入れた方がいいかな。前の議論で補償協定のことは結局入れないことになったのですね。

【井形委員長】 「制度」の前に「認定」を入れることについてはいいですか。

【浅野委員】 異論はありません。

【井形委員長】 それでは、これに「認定」という言葉を入れます。

そうでないと、確かに公健法とチッソの補償協定とは、チッソの方は民事協定でありますから、そこに「認定」を入れます。

【森島委員】 13ページの「終わりに」の1行目は、認定が主語みたいですが、これも野村さんの言うように読んでしまうのがむしろ常識的かという気がします。「これまで公健法等により患者の認定が進められ、被害者の救済に大きな役割を果たしてきた」というのは、認定が被害者の救済に大きな役割を果たしてきたと、文章上はあれですけども、中身からいうと、公健法というふ

26 頁

うに読みたくなるのではないのでしょうか。

【浅野委員】 そのところはもう少し総論的な話ですから、「大きな」というところまで評価できるかどうか若干疑問なしとせずなのですが、言葉のあやだから許容するとして、前の方だけは、前回の議論のときに、補償協定のことについてもし専門委員会できちっと位置付けをするならもっと議論しなければいけないということになった経過がありますので。

【森島委員】 表現が同じですから、こちらは補償協定の問題は議論しない趣旨だし、こちらは一般論だといってもあれだから、誤解を受けるとすれば、この中でいくら話し合いをして、そういうふうにもうと読もうと言っても、外側でどう読まれるかという問題がありますので、もしも浅野委員の方で何かうまい表現があったら、お考えいただいた方がいいのではないのでしょうか。もしも浅野委員のおっしゃるような趣旨だとすれば、両方を含めて。余りテクニカルな表現もどうかと思いますけれども。それ自身非常に大事ではないから、あるいは浅野委員にお願いして、最終的に委員長長の目を経てということはどうでしょうか。表現の問題があると思うのです。

【井形委員長】 最後の方も「公健法による認定制度」と書いてもいいのかもしれませんがね。

これは「終わりに」の項目でもう一度議論させていただきたいと思います。

【森島委員】 「大きな」といわずに「一定の」というと、認定のところだけ役に立ったという……。しかし、「一定の」といったのでは、環境庁としてはちゃんとやっているじゃないかと言いたいでしょうから、「一定の」というのは、大したことはないけれども少しはという意味だとすると困りますけれども。

では、よろしくをお願いします。

【滝沢委員】 2ページの真ん中のところで「一方、新潟県及び新潟市では未

#####27頁

処分者はほとんどなく」と抽象的で、現在はそうですが、昭和63年度以降は認定申請がないというわけですが、最近、新潟の方では、新潟地区を熊本、鹿児島と一緒に、我々を落としてもらっては困るとかなりいろいろ出ていますが、時期を入れるか、あるいは「昭和63年度以降認定申請はなく、未処分者もほとんどない」といえば、時期的な関係ですが、以前は、いわゆる訴訟が多数提起されているというように、未処分者もいたわけですが、「一方」すぐこれが出てしまうと、時期的な説明がないものですから、「昭和63年度以降、未処分者がほとんどない」というようにするか……。

【事務局】 未処分者は昭和63年度以前からかなり少なくなっておりますので、「未処分者は」の前に「現在未処分者はほとんどなく」、そういう表現を加えても先生の御趣旨は通るかと思えます。あるいは御指摘のように引っ繰り返して「昭和63年度以降は認定申請はなく、未処分者もほとんどない。」と。

【滝沢委員】 あるいは「現在」でもいいと思います。それがなくて、ただ「ほとんどない」というと、現地の方では少し……。そこをちょっと配慮していただけるといいのでは

ないかと思えます。

【井形委員長】 どうすればいいですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 それでは文章をこういたします。「一方、新潟県及び新潟市では昭和 63 年度以降は認定申請はなく、現在未処分者もほとんどない。」

【井形委員長】 よろしいですか。

【滝沢委員】 はい。

【荒木委員】 2 ページの中の方の認定業務のところ、「熊本県及び鹿児島県では、現在でも認定申請を行う者があり、この中にはいったん認定申請を棄却されても再度申請を行う者が多数ある」と書いてありますが、認定申請に対

28 頁

して処分が行われていない者が相当残されているというのは、患者さんがどんどん増えているからであるということが書いてありますが、熊本県、鹿児島県は認定業務に相当努力を続けてきたけれども、こういうふうに残されているということを言わないと、認定業務の怠慢だとか遅れたとかと盛んに言って、お前たちは何にもしていないのではないかと。努力も相当したのだということをちょっと入れておかれた方がいいように思ったものですから。ただ患者が多いから相当残されているというふうにとったものですから。いかがでしょうか。

【井形委員長】 「熊本県及び鹿児島の努力にもかかわらず」とか何とか入れますか。あるいは「未処分者は減少傾向にあるが」とか、何か 1 句入れておくといいかもしれません。

【岩尾特殊疾病対策室長】 「熊本県及び鹿児島県」の前に「認定業務に関しては、これまでその促進の努力が図られてきたが」を入れて、県の努力に敬意を払うのはいかがでしょうか。

【井形委員長】 「認定業務に関しては、これまで認定促進の努力が続けられてきたが、熊本県及び鹿児島県では、現在でも認定申請を行う者があり」、これでいいでしょうか。

ここは後で字句が滑らかになるようにお任せいただいて

【浅野委員】 ここは今のように入力しておけば、新潟県にも相当の敬意を払うことになるから、熊本、鹿児島だけに敬意を払うのも不公平なので、入れるなら最初に入れておいた方がいいでしょうね。

【井形委員長】 それでは、そのようにさせていただきます。

【上村委員】 今の下の方で「さらに、認定申請を棄却された者を中心に、水俣湾周辺地域の水俣病に関しては原因企業、熊本県及び国を被告として、阿賀野川流域の水俣病に関しては原因企業及び国を被告として損害賠償を求める訴

29 頁

の中毒学的知見から説明することは困難であり」というのは取ってもよろしいのではないのでしょうか。

【井形委員長】 中毒学的知見から説明することが困難という箇所は、発症があるのにつ

かまえられないというのは普通の中毒学でもつかまらないというふうに解釈すれば、それでいいのです。発症しているものはすぐいはずなのがつかまってない。

【鈴木委員】 このような事例には発症時期の特定や軽微な症候の診断の困難さとか、加齢や合併による影響とか何とかが関与している可能性があると思われ、指摘されているわけですから、要らないのではないかと思うのです。「従来の中毒学的知見」というのは、この場合、何を指しているか、全くどこにも書いてないのですね。

【事務局】 この事例については、完全に後から1回だけ検診されて見つかったという例ではなくて、新潟の例を踏まえているのです。当初に1回検診されたのですが、そのときは水俣病と言われなくて、何かの症状はあった可能性はあるのですが、それがしばらくたってからもう一回検診された結果、水俣病というところまで判断されたということなんです。ただ、それが、診断が非常に難しく、本来、最初から症状が出ていたのがその時点で分からなかったのか、あるいは本当に遅発性の発症なのか、その辺の判断もまだついてないということで、後ろに、発症時期の特定が難しかったのではなかろうかとか、いろいろ書いているわけです。ですから、純然たる遅発性の例ではないのですが、遅発性の可能性という現象だったかもしれないというのは含んでいるわけです。今の中毒学的知見については、ここは一般論として、そういった遅発の現象について従来の中毒学的知見で説明することは困難であるという限りの意味で入れている内容でございます。

【鈴木委員】 ただ、文章上、「従来の中毒学的知見」が何であるか、この文
34頁

章を読んだ人には分からない。だから要らないのです。余計なことを言っているのです。

【井形委員長】 そうしますと、これは「このような事例」を「発症時期の特定や軽微な症候の診断の困難さによる技術的な問題……結論が得られていない」ということと、発症が遅れて生ずることは中毒学的知見で説明することは困難である、その二つの文に分けたらどうですか。つまり、10年たってから発症する、20年たった今から水俣病が発症するということは否定しておきたいのです。そうでないと、これから患者数の特定も絶対できませんし、これから老化現象を起してきた場合に全部この対象者に入ってくる。

【鈴木委員】 その部分は、「曝露後発症までの期間は、メチル水銀では通常1ヵ月前後、長くとも1年程度までであると考えられている」というところでステートメントが入っているわけですね。ですから、文章を二つ書くことはないだろうと思ったのです。前にその文章が入っていますから。

【井形委員長】 それでは、「従来の中毒学的な知見から説明することは困難であり」はカットでいいですか。

【柳沢環境保健部長】 「従来の」というところだけカットしたらどうでしょうか。

【荒木委員】 この前のIPCSのときに遅発例の話題に触れたのですが、日本からはこのような遅発例が報告されているけれどもよく分からない、そういう報告があるということだけなんです。我々の中毒の概念からすればちょっと説明がつかないということをお

りました。

【井形委員長】 だから、要するに遅発発症は中毒学的知見から説明することは困難である。しかし、ここに書いてある、曝露が停止してから症状が把握されるまで数年を数えたというのは、発症時期の特定に問題があったかもしれないし、心理的な修飾があったかもしれないしという後段は受けて、それで表現

35 頁

はいいと思うのです。

【荒木委員】 何かサイコジェニックなものが入っているかもしれないと言っておりました。

【井形委員長】 今の中毒学的知見を荒木先生は入れますか。

【荒木委員】 「従来の」というのが……。

【井形委員長】 あるいは「一般的中毒学的知見」にしますか。というのは、ずっと前に発症していたものが最近になって初めて分かるということは、原則として普通ないはずなんです。だから、「一般の」と書いてしまえばいいのではないのでしょうか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 ここは文献をいろいろ、根拠に基づいて作成したということで、今回お配りしました重松委員会の報告書の 21 ページの 4 行目の部分を引用して、「臨床医学的に観察された」以降をまとめまして、こちらの方でこういう表現をとったわけです。

【井形委員長】 これを引用するのだったら、「症状が把握されるまで」でなくて、「発症されるまで」と書くべきではないか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 それを含めまして、「臨床医学的に観察された」で両方を含んだ形で考えたわけです。

【井形委員長】 あるいは「発症されたとする」。

御提案ください。

【滝沢委員】 「従来の」というと不適切でしょうけれども、「一般」、あるいは部長さんが言うように「従来の」を取ればいいのではないのでしょうか。ただ「中毒学的知見から説明することは困難であり」、臨床家、新潟の遅発例をやった椿先生自身もそうおっしゃってましたし、この報告書にも資料 2 があるとするのであれば、どうでしょうか。

【鈴木委員】 私のポイントは、この文章の範囲では「従来の中毒学的知見」

36 頁

とは何であるかが読む人に分からないと言っているわけです。ですから、これを取った方が無難でしょうと言ったわけです。もし書くのなら、もう少し丁寧に書いて、21 ページの重松委員会のこの話を書いた方が正確なわけですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 それでは、丁寧に考えまして、「曝露後発症までの期間」の文章の 2 行目でございますが、「メチル水銀では通常 1 ヶ月前後、長くとも 1 年程度までであると考えられており、長期にわたって発症が遅れることは従来の中毒学的知見からは説明

することが困難である。」

【鈴木委員】 「メチル水銀の代謝、排泄、体内蓄積に関する知見並びに発症閾値に関する知見」というのは、「中毒学的知見」という一言にくくってしまうのには内容がスペシファイされ過ぎているのです。だから、どうせ書くのなら、漠然とした「中毒学的知見」という書き方よりは、むしろ「メチル水銀の代謝、排泄、体内蓄積に関する知見並びに発症閾値に関する知見から説明するのは困難であり」と書いた方がいいと思うのです。

【井形委員長】 なまじっか「中毒学的」と書くから……。「従来の知見から」と書いてしまえばいい。

【事務局】 「以上の知見から」とすれば、鈴木先生の御指摘については問題ないわけですね。

【鈴木委員】 それならいいです。それならそれで構いません。

【井形委員長】 それでは、岩尾室長が言われたように、このところはカットして、つまり、「長くとも1年程度までであると考えており、長期にわたって遅れて発症する例は従来の知見からは説明が困難である。」

【岩尾特殊疾病対策室長】 「従来」ではなくて「前述」、上のパラグラフを受けたいと思いますので。

【井形委員長】 それで「このような事例は」ですね。で、「発症時期の特定や」。

37 頁

「てにをは」は最後はお任せくださいということにしようと思いますが、今の点はよろしゅうございますか。

次へ進んでよろしゅうございますか。

それでは5ページから6ページまで。

【松澤保健業務課長】 4番のところで「神経症候」という言葉が使われております。タイトルの「神経症候の問題」は何とか分かるのですが、「神経症状」と「神経症候」を使い分けたところは何か理由があると思うのです。というのは、この下の方の同じ決め方の調査表のは全部「神経症状」で統一されております。「神経症候」というのは、「神経症候の訴え」と書いたときに「症状」になるのかと思って読んだのですが、そう思って読みましても、6ページ目の(2)になりますと「様々な神経症候を来す」、これは「神経症状」といわざるを得ないのでして、サインなのかシンプトームなのかシンプトーム・コンプレックスなのかシンドロームなのか、さっぱり分からないところがありますけれども、はっきり言えば「神経症状」で全然悪くないと私は思うのです。複数、単数の問題でもなさそうなのですが、何か理由があるのでしょうか。

【事務局】 これは事務局の方で書いた整理でございますけれども、「症状」というのは主観的な訴えで、「徴候」という言葉が、医師によって客観的に把握された内容ということで、それを全体引いてきたわけです。

【井形委員長】 サイン・アンド・シンプトームで分けて

【松澤保健業務課長】 そういう意味からいうと、こちらの方はそう区別して書いておられないし、もう一つは、御存じのとおり、症状の場合に自覚的症状、他覚症状といえますから、症状自体で客観性はいえないと私は医学的には思うのですが、お医者さんの方はどうでしょうか。

【井形委員長】 「症状」でもいいのではないですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 実は、裁判で分けて使っておるところがあるので

#####38頁

ございます。

【井形委員長】 それは僕らの方？ 原告の方ですか。

【事務局】 結局、神経系の問題は、他覚的に把握することが難しいということで、本人が訴える症状というレベルの話と、お医者さんによってピックアップされた徴候というレベルと、概念的に整理する形で使っておるのです。これは一般的な言葉としては必ずしも使い分けられてない面があるらしいのですが、水俣病に関してはなるべくその辺を明確にするために使い分けておりまして、その中で全体を網羅する場合には「症候」という言い方で、私どもはこれまで使ってきたわけでございます。

【井形委員長】 そうすると、全編「症候」で通していますか。

【事務局】 そういう方針でやっております。ただ、「症状」も多少あるかもしれないのですが、それは直し忘れです。

【松澤保健業務課長】 先ほど委員長がおっしゃった、後になって症状発現と書いてありましたね。それはそれでいいと思うのです。もし今言った立場で言うのであるならば、6ページの(2)のところは、水俣病の場合とは限定すれば、「神経症候」ではなくて「神経症状」といえばいいわけです。そうすると、「神経症候」と「神経症状」を使い分けているなど分かるのですが、全部ならして「神経症候」になると、使い分けているなどという意味が全然出てこないわけです。そのことで私は気になった、こういうことです。

【森嶋委員】 今おっしゃったように、僕も医者じゃないから分からないのですが、今ばらばらと見たら、「症候」というのを重松委員会で使っていますか。

【松澤保健業務課長】 31ページも、それから重松委員会の報告書も。

【森嶋委員】 今日のつくる限りで見たら、「症状」になっています。

【納委員】 僕ら、どちらかというとき余り矛盾は感じないのですが、「症状」

#####39頁

というときには、患者さんの訴え、あるいは私たちが観察した症状でもいいのですが、一方、神経学的に取り上げたものは普通は「所見」と僕らは呼んでいます。「症状」と「所見」を合わせた漠然としたとらえ方のときに「症候」という感じで一般には使っているように思うのです。

【井形委員長】 だから、どうしたらいいか提案してください。

【納委員】 だから、これに書いてあるのに余り矛盾は感じずに

【井形委員長】 「症候」がよろしいでしょうか。

【納委員】 「症候」でも余り矛盾は感じなかったのです。

【事務局】 こういうところで使い分けをすると、その辺の概念設定で大分ありますので、それらを全部含む網羅的な意味として「症候」ということで統一したいというのが、これをまとめたときの趣旨で、その中で「症状」を直し忘れたところがあるのですが、それについては今回全部そういう整理にするということで、「症候」という言葉で統一させていただければと思うのです。

【荒木委員】 僕も裁判で裁判官から「症状」と「徴候」とはどう違うかとか、聞かれたことがあります、それは裁判官にちゃんと説明したことがございます。この場合、余り厳密に「症状」とか「徴候」とか分けないで、大きな意味での「症候」ということでまとめておられますから、それでいいと私は思います。

【井形委員長】 そういうことでどうですか。つまり、重松委員会の報告書の方はそういう議論をしてなかった。こっちの方が誤りだと思います。

【松澤保健業務課長】 ただ、「症候の訴え」という言葉が一般的に日本語になっているかということ、一般的には医者も患者も「症候の訴え」などと言わないのです。それが気になっているのです。だから、そうでなくても、4番のところの「神経症候を来すが」という言い方は、医学的にも日本語的にも僕はどうもここはぴんとこない、こういうことを言っているわけでございます。タイ

40 頁

トルはまだがまんできるのです。

【井形委員長】 「症候の訴え」については

【荒木委員】 それは「症状」ですね。ここは「訴え」にかかっていますから。

【岩尾特殊疾病対策室長】 それでは「訴え」のときは「症状」、「来す」ときは「症候」と。

【荒木委員】 そうです。

【井形委員長】 このところ、カットしていただきましたけれども、最初出ていたのは「特定症候有症者」、「症候」を使っていた。では「訴え」を取ります。

そうしたら、次も

【事務局】 「訴え」のところは「症候」でなくて「症状」で、そこだけ、本人の訴えという趣旨で「症状」にさせていただきます。

【鈴木委員】 うるさいことを言って申し訳ないのですが、「症候」といったときには、英語でいうとサインズ・アンド・シンptomsスで、両方含んでいると理解していいのですか。

【荒木委員】 そうです。シンドロームとかということですか。

【鈴木委員】 そうすると、さっきの話は、そのところを使い分けた形で日本語も使い分けなさいと考えてよろしいのではないのでしょうか。

【松澤保健業務課長】 単数で使った場合、複数の「症状」を「症候」といったのかという考え方が一つあるわけです。もう一つは、症候を訴えた途端に「症状」になるのかという概念で使い分けたのかといろいろ考えてみたのです。統一的な基準でやるのであるならば、私が憶測するに、多分事務局で言っているのはそれだと思うわけです。そうであった場合には、それを貫くためとすれば、(2)のところは「神経症候」でなくて「神経症状」を使わなければおかしい。ここだけ直せばいいだろう。タイトルそのものは別に構わないのですが、

#####41頁

「神経症候の訴え」という表現はファミリアではありませんので、その点は、先生方が今使っているのだとすれば構いませんけれども、僕は余り聞いたことはない、こういうことを言っただけなんです。

【岩尾特殊疾病対策室長】 それでは、5ページの4の(1)の表題にあります「の訴え」を取りまして、その下の「訴え」も取ります。

【井形委員長】 要するに「様々な神経症候がみられ」。

【森嶋委員】 これは環境庁としては訴えているだけだと言いたいのではないですか。客観的にあるという。

【事務局】 ここは問題の初めとして、それぞれ地域住民が訴えているという趣旨ですので、「神経症状の訴え」としたいと思います。

【納委員】 両方とも？

【岩尾特殊疾病対策室長】 (1)は「神経症候」を「神経症状」に変えてください。今の5ページのタイトルとその下の1行目と次のページの3行目の「症候」を「症状」といたします。

【滝沢委員】 6ページの(2)の3行目の「四肢の末端に強くく幹に」の「く幹」は「躯幹」の方がいいのではないのでしょうか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 ワープロで字が出なかったものですから……。漢字で書きます。

【荒木委員】 私どもは「体幹」という言葉を使っております。

【事務局】 では「体幹」という言葉に変えたいと思います。

【鈴木委員】 「四肢末端の感覚障害は水俣病の初発症候」、さっきの言葉の使い方の定義からいえば、これも「症状」にならなければいけないのではないのでしょうか。

【荒木委員】 「症状」でいいと思います。

【井形委員長】 「初発症状」ですね。

#####42頁

【鈴木委員】 その次も「症候とされている」が「症状」だと思います。

【岩尾特殊疾病対策室長】 そうすると、「また」以下は「症候」は直す必要があるのか。

【井形委員長】 「水俣病でみられる症候の中で最も高い頻度でみられる症候とされている」、「症候」が二つ重なっていますね。

【鈴木委員】 だから、後の方の「症候」は「症状」でしょう。

【浅野委員】 論理的にいうと、「初発症状であり」と直すなら、「水俣病でみられる」の次は「症候」でもいいのですかね。

【鈴木委員】 いいですね。

【浅野委員】 その次の「高い頻度でみられる」の次は「症状」になるのですね。単数、複数ですから。

【野村委員】 6 ページの一番下の行ですが、前に送られてきたものと比べて、前は「困難である」、それが新しい原稿では「には無理がある」となったわけですが、これは表現を多少緩和したと理解していいわけですか。

【浅野委員】 さっきの事務局の説明では、医学専門家会議の表現を使っているのですね。

【事務局】 ここで新たな表現を使いますよりも、従来表現に揃えるということで直しております。

【井形委員長】 第3章に入ります。9 ページまでどうぞ御自由に御発言願います。

【野村委員】 8 ページの下から 11 行目に「客観的、一般的な」とありますが、「客観的」は裁判も共通でありますから、行政の場合はむしろ「画一的」といった方がいいのではないのでしょうか。そういう趣旨で書かれたのでしょうか。

【事務局】 語感の問題かもしれないのですが、「画一的」ですと、定型的に

43 頁

型にはまるものしかとっていかないという表現の印象があって、最初そういう表現を検討したのですが、余りイメージがよくないかなということで落としているのです。

【野村委員】 あるいは今おっしゃった「定型的」でもいいかと思いますが。

【岩尾特殊疾病対策室長】 もう少し行政向きの言葉はないでしょうか。

【小高委員】 野村さんのおっしゃった「客観的」というのは、必ずしも客観的でない場合もあるわけでしょう。

【井形委員長】 どういう表現がいいですか。

【小高委員】 それだったら、「客観的」を落とすか、その方が無難ですね。

【浅野委員】 その方がいいですね。強いていえば。

【井形委員長】 そうすると、「場合には一般的な基準により」、「一般的な基準」ですか。

【森島委員】 それもおかしいですね。

【小高委員】 固定された画一的なものにはその中に判断のミスというのがありますから、認定の。

【井形委員長】 あるいは「特定の基準」とか。

【浅野委員】 「定型的」でも困るのですね。

【小高委員】 定型化されたものもないですし。我々からいくと、これでいいと思ったの

ですが。野村委員流の解釈をされるとちょっと問題があるかもしれない。

【浅野委員】 普通はこういう言い方をしますね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 あえて裁判所がやってないというと言っているわけではないので、行政としてはこういう判断でやるのが望ましいということなので、我々としては、客観的に仕事をしているというところではあるのですが。

#####44頁

【森島委員】 この部分については、僕は必ずしも作文したわけではないのですが、この意味としては、裁判所は事実認定権を持っていて、自分の判断でケース・バイ・ケースで判断していても構わない、因果関係があるとかないとか言ってもいいかもしれないけれども、行政というのは、行政官かケース・バイ・ケースでこれはあるとかないとかいうようなことはできないのだから、したがって、因果関係等について識別が困難だというときに、行政官がケース・バイ・ケースで因果関係があるとかないとかということでは困るのだ、というのがこの趣旨ですから、それを事務局の方で、この言葉がいいかどうかはあるいは御不満があたりかもしれないけれども、行政の方は、行政官が個別的に判断するのではなくて、何か判断すべき枠があって、それに当てはめていくのが行政だと……。

【鈴木委員】 「制度的、一般的」という意味か。

【小高委員】 ですから、これはその後の「それを越えて個別の事情に応じた」というところにかかっておりますし、それと対比しておりますから、これでいいと思うのです。

【井形委員長】 では「一般的」でもいいのですか。

「一定の基準」。

【上村委員】 森島先生、私が書くとすれば、「あらかじめ設定された普遍的な基準」では大げさですか。

【小高委員】 「普遍的」でもないのです。「普遍的」になってしまうとちょっと……。

【上村委員】 「個別」に対応するものですから、裁判所は個別でしょうから。

【小高委員】 ですから、ここは後のところの「個別の事情に応じた法的評価を行うことは困難である」と対比した、それ以前の「客観的、一般的基準」ですから、僕はこれで文としてはいいのではないかと思います。

#####45頁

【井形委員長】 「客観的」を取って「一般的」。

【小高委員】 「客観的」は残す。

【森島委員】 行政法学者がそうおっしゃるのだから、いいことにしましょう。僕も、事務局でお書きになって、これならまあいいのではないかと思います。

【野村委員】 それで内容は結構です。

【二塚委員】 今議論になったところの3行上です。「以上を考慮すれば、四肢末端の感覚障害を有する者について、個々に、その症状」云々とありますが、このニュアンスが、個々の人のメチル水銀曝露量が把握されておれば、それでは関連性の有無が判断できるかという

と、必ずしもそうではないと思うのです。そういう意味において、ここに「四肢末端の感覚障害を有する者について、その症状自体、水俣病である蓋然性が低いこととも相まって」というフレーズを一つ入れた方がいいのではないかと思います。

【森嶋委員】 これは「以上を考慮すれば」の中に入っていると思うのです。余りそれを強調しない方がいいのではないかと思います。

【井形委員長】 これは本当にデリケートな表現になっているのですね。

【浅野委員】 一方的判断の領域でもかくものを言っておいて、その中でなおかつ裁判所でやっていることと違う行政施策という論理につなぐものですから、やはりそこでは医学的に厳密な議論ではやや書きづらくなりますので、それは上の5行目まで一応卒業させていただくということになっております。

【森嶋委員】 法律家としては、ここは多少微妙なところですから、「以上を考慮すれば」で先生のおっしゃったことは入っていることは確かなので、それをここでもう一回念を押しますと、裁判所のやることと医学的な判断とは必ずしも一致しないのだということが、もう一回医学が優先してくるような感じがしますので、できれば加えない方がいいのではないかと。

【二塚委員】 分かりました。

46 頁

ただ、救済の必要性がある、では、なぜ、どの程度の救済、対応を必要とするかということになりますと、私どもは議論してきておりますし、ある程度分かっております概念ですが、例えば「国民の健康で文化的な生活を確保する」というところへぼんと抽象的に飛びますと分かりにくい。一般の人に説明なさいますときには、文はどうこういうのではありませんが、公健法の限界があるけれども、それに準じたような財政的といえますか行政的な施策の可能性があるということ、それから、国の施策ではありませんけれども、現実に特別医療事業のようなことも行われている、そういう実績、それから、対象が一般に健康不安ということをやりますと際限なく広がりますけれども、ここでは「このような健康上特別の状態にある者」というまい表現をしておられますが、これはやはり対象者の特異性、限定性、高齢者の救済の緊急性と申しますか、そういうように地域的にも特定されている、対象者も限定されている、救済の緊急の必要性がある、そういう現状と、公健法に準じたような施策、そういうものがここでなされているということで、一般の方に説明されるときには、分かりやすくしていかないといけない。ここでは私どもでは十分分かりますけれども、お分かりにならない向きもあるかと思いますので……。これは感想だけでございます、文章をどうこうということではございません。

【鈴木委員】 今の小高委員がお取り上げになったパラグラフのところですが、前のものはたしか「行政において積極的に対処することが」と書いてあって、今度はそれに「環境」がついて、「環操行政において」というふうに縛ったわけですが、その書き方は具体的にどう違ってくるのですか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 その上に「国民の健康で文化的な生活」とか書きますと、やるのは分かった、しかし、どこの省庁がおやりになるのですかというときに、健康なり福祉に関する行政であれば、それをおやりになる省庁はあるわけですね。ですから、これは環境庁としてやらなければならないのだとい

#####49頁

うことで、「環境」という言葉を入れたということでございます。

【鈴木委員】 そうすると、ほかの省庁はやらなくてもいいみたいになってしまいましたか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 この施策に関してはうちでやることになるのではないかと考えておりますものですから。

【鈴木委員】 「行政、特に環境行政において」と書いてくださると、僕には分かりがよいのですが。環境庁だけがやる仕事というふうに我々が言うのはおかしい感じがするのです。

【井形委員長】 環境行政とか環境政策は環境庁が中心にはなるけれども、全省庁がやるという理解ですか。

【鈴木委員】 それならそれでいいですが。

【事務局】 水俣病に関する関係閣僚会議というのがありますけれども、そこは水俣病の対策なのですが、その中で各省庁が必要な分野をそれぞれ受持つという形になっていますので、これは「環境行政」と書いても環境庁中心なのですが、その中でいろいろ御協力いただくところについては適宜持ち分に応じて各省庁がやっただくこととなりますので、環境庁がやらないからだれもやらないということにならないということで、こういう表現で、環境庁が中心にという趣旨を出していただければ一番ありがたいと思います。

【鈴木委員】 そういう意味になるなら、この書き方で結構です。

【井形委員長】 結局、裁判では、通産省、農水省、厚生省の責任も問われているわけで、ここであえてそれまで含めた4者でやるのですよということを特に書かぬ方がいいだろうと僕は思うのです。

【鈴木委員】 今、事務局からお答えのあったような意味になるのだったら、それはそれで結構です。

【荒木委員】 9ページのところで「四肢末端の感覚障害を有する者に対する

#####50頁

行政の対策の在り方としては」と書いてございますが、この辺のところにも今までの特別医療事業との関係を述べる必要はございませんか。特別医療事業のことは全く触れないでいかれますか。

【事務局】 特別医療事業は行政の一つの試験研究という枠の中でやっておる対策ですので、中公審がそこまで細かいところまで言及していただかなくても今回はよろしいと思います。そこは事務的に行政におりた段階で整理をするということにさせていただきたいと

思います。

【井形委員長】 私も全く同じ意見で、お話ししましたけれども、今言ったような理由と、特に今度の場合には対大蔵省に新しい政策を始めるのであって、従来のは一種の治療研究であったので、自動的に入るのですね。各行政のレベルでそれは指導が徹底するであろうと……。

【事務局】 その段階で必要な措置は図らせていただきたいと思います。

【藤木委員】 8 ページの下から 7 行目の中ほどで「水俣病の初発症候」と書いてありますが、これも「症状」ですね。

【井形委員長】 よろしゅうございますか。

それでは次の第 4 章、11 ページから 12 ページ、これについてどうぞ。大分簡略化されています。

【二塚委員】 10 ページの「健康管理事業」の(1)「趣旨」の 2 行目、「確認を進め」と「不安の解消」の間に「安全性の確認を進め、適切な事後措置を通して不安の解消を図る」。

【事務局】 ここの整理の仕方なのですが、今、二塚委員のおっしゃられたことを、その前の「検診、保健指導等により」ということで一応具体的な中身を指摘しまして、やることの趣旨として、「健康上の安全性の確認を進め」ということをやって不安の解消をするのだ、ここは抽象的な表現になりますので、「適切な事後措置を通して」ということは、私どもの書いたときの考えでは、

51 頁

その前の「保健指導等により」というところで示しているつもりではあったの、です。

【二塚委員】 安全性を確認するというニュアンスだけが突出して強いと若干誤解を招くことになるかなというような感じがしまして、一言付け加えた方がいいかなという趣旨です。

【井形委員長】 「安全性の確認を進め」を「不安の解消」の後へ持ってきたらどうですか。

ほかの方の御意見を聞いてみたいと思います。

【浅野委員】 趣旨としては、今言われたような配慮ができる方がいいかもしれないという気はするのです。ただ、文章の論理が崩れてしまうという事務局の主張も分かるのですが。

【鈴木委員】 安全性の確認を進める立場と、不安が解消する立場とは違うのです。不安の解消というのはそれぞれ個別の人なわけですから、これは並べてしまわないで、書き分けなければいかんと思うのです。むしろこの文章は「メチル水銀に関連する健康上の不安の解消を図るとともに、安全性の問題というのはまた別の文章としてこの間に入ってきて、これという形で書いた方がいいだろうと思います。

【事務局】 まず事務局の方の整理を御説明しますと、大きな内容は、不安の解消という

ことと長期的な健康状態の解明に資するというので、今、鈴木委員のおっしゃられたような意味での知見あるいは一般的な知見としての安全性の確認ということは、私どもの考えでは、この後ろの「長期的な健康状態の解明に資する」、科学的な研究のところで考えておりまして、ここの「健康上の安全性の確認」というのは、むしろ不安の解消、主観的な一人一人の不安の解消のために一人一人の安全性の確認を進めてあげるといふ趣旨です。

52 頁

【井形委員長】 それでは「進めることによって」ですか。

【事務局】 という趣旨で整理しておいたのです。

【鈴木委員】 これは個人の話なのですか。

【事務局】 こちらの方はそういう趣旨です。

【浅野委員】 後の方が集団の話なんですね。

【事務局】 こちらの方が集団の科学的な知見ということで整理しておいたのです。

【井形委員長】 今日大体文案を決定しておきたいのですが、いかがいたしましょうか。ほかの委員の御発言をお願いします。

【鈴木委員】 しかし、変な感じですね。

【事務局】 不安の解消のために健康上の安全性の確認という意味ではあるのですが。

【井形委員長】 僕は前から「不安」という言葉を使わないようにと非常に強く主張しているのですが、かなり減ってきております。最初の出発点が健康の不安の解消ということだそうですから、どこかに2~3カ所入れないといけないということで、「結構です」と申し上げました。

今のことを決着をつけておかないといけないのですが、いかがいたしましょうか。

【浅野委員】 今のそれをもし客観的な問題を中心に書いているというのであればいかがでしょうか。二塚先生のおっしゃることはかなり理解できるのです。ですから、安全性の確認をする、そして不安が解消されるというのは余りにも地元では、何だ、また切り捨てかとか何とか、こういうふうになりそうな気がするので、安全性の確認と適切な事後措置、その二つが相まって不安の解消につながる、そういう能書きではいかなのですか。

【井形委員長】 それでよさそうですが、どうでしょうか。

53 頁

【鈴木委員】 よさそうですね。

【浅野委員】 安全でないかもしれないから、安全でない人については何かしなくてはいけない。

【井形委員長】 確かにそういう表現の方がいいかもしれないね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 今のをもう一度繰り返しますと、「検診、保健指導等により、メチル水銀に関連する健康上の安全性の確認と適切な事後措置を進め、不安の解消を図るとともに」、そういうふうが続くということですね。

【浅野委員】 その方がいいのではないかと思います。いかがでしょうか。

【事務局】 ここは前段のところで全く同じ表現を使っておりまして、そちらの整理とセットにする必要があるものですから……。

【二塚委員】 ただ、ここで「可能性がある住民に対して、検診、保健指導等により」というのは、後の対策の内容にも入っておりますから、もし重視して論理が混乱するようだったら、これを除いて、「対して、メチル水銀に関連する健康上の安全性の確認及び適切な事後措置を通して不安の解消を図るとともに」というふうにしたらどうですか。大丈夫ですよ、大丈夫ですよということを余りにも前面に出したら、ちょっとニュアンスとしてまづいのではないかということをお願いしたいわけです。

【事務局】 ここの「安全の確認」という言葉のとり方なのですが、科学的な知見を集積して安全性を確認するという意味では、今回の事業はサブテーマでございまして、その点は、7 ページの方を見ていただきますと、まず健康不安の解消ということが前に立っており、その後で「また」ということで、長期的な健康状態の推移について科学的究明に資するということで、ここで安全の確認というのを持ってきてはおるのです。

【二塚委員】 それが分かった上で言っているのです。

【浅野委員】 つまり、もし全部両方とも合わせるのなら、今言われたように、

54 頁

7 ページの方も、二塚先生のおっしゃるように、そこにも「適切な事後措置」とかというのを入れて同じ表現にしたらいいのだろうと思います。健康上の不安を解消する手立てとして、安全性の確認と適切なアドバイス、その両方があるということでもいいのではないですか。もしあれだったら、7 ページの方の検診や保健指導という具体的な施策はここで落として、後の方でそれを具体的に挙げるという書き方でもいいのではないのでしょうか。おっしゃっているように、安全だ、安全だということだけで、それで不安解消ということを押しつけるという批判は真意じゃないから、できれば避けたいですね。

【森島委員】 両方とも今のような安全の確認と適切な事後措置をするということだけで、また健康上の不安を解消していくと、最初から環境庁は何かやっておいて、安全だ、安全だと言いたいためにやるのだろう、それでもとはいえば、あなた方が不安を持っているのはおかしい、そういう発想ではないか、これは僕が考えるのではなくて、そういうふうな受け取られ方をするかもしれない。だから、不安があるというのは、なぜこういうことをやるかというところで既に言っているわけですから、具体的な施策のところでは不安の解消と言わなくても、こういう措置をとるのだといったら、それは不安の解消ということをそもそも目的でうたっているわけですから、余り繰り返すと何となく痛くない腹を探られるような……。

【井形委員長】 僕はさっきは納得しますと言いましたけれども、森島先生がそう言われたら……。

【森島委員】 僕もそこは前から気になっていたのですが、余り医学的なことだから口は入れない。

【納委員】 そうすると、「メチル水銀に関連する」から「解消を図るとともに」まで削ってしまったらどうですか。「検診、保健指導等により、メチル水銀の曝露を受けた者の長期的な健康状態の解明に資する」。

55 頁

【鈴木委員】 それですと、健康管理事業というのは、基本型が、その事業を受ける人たちの健康状態をよりよくするためにやろうという事業なわけですね。そのニュアンスが消えてしまうのですね。それを言うておかなければいかんですね。

【浅野委員】 消えてしまうのです。今度は研究のためにやっているというふうにとられてしまうとまずいのですね。余り研究というところにウエートを置かない方がいいだろうと思って、少し「留意して」くらいに落としてしまったにが、何だ、俺たちはモルモットかと言われると困るなと思ったので、それも配慮があるのです。

【森島委員】 とりわけ健康管理事業というのは、必ずしも四肢末端の感覚障害を持たない人だっているのです。もとはいえば、四肢末端の感覚障害を持っている人は不安を持っている、それで社会問題にもなっているというあれだから、余り皆不安を持つて、いわれのない不安の持っているというふうに向こうは受け取るのは適切ではないし、取ったからといって、全体の考え方に変更が生ずるわけでもないのではないのでしょうか。

【岩尾特殊疾病対策室長】 従来から「健康不安」という言葉をなるべく使わない方がいいというお話があったものですから、「健康不安」を一時は「健康上の不安」にして、それでもちょっと強いかなと思って、間に「安全の確認を進め」という言葉も入れて、少しでも弱めるという発想でおったわけですが、意味がそうなるということであれば

浅野先生がおっしゃったのをもう一度言っていただけますか。

【浅野委員】 後の修文では「健康上の安全性の確認及び適切な事後措置を進め」というのを間に入れたらどうか。ただ、それが前と連動すると言われたので

【岩尾特殊疾病対策室長】 今の文章でもし 10 ページがよろしければ、それ

56 頁

に合わせて 7 ページの方を今文章をつくり直しますので、それをまた改めて御紹介いたします。

【鈴木委員】 もう少しつこくがんばりたいという感じがしてきたのは、話を聞いているうちに、これはサービスを提供する側の一方的な立場になってしまう。サービスを受ける側のことをもっと考えた形の文章を書いてくれないといやだなという気がだんだんしてきたのです。安全性の確認といい、長期的な健康状態の解明といい、サービスを提供する側が、それによってそういうことを知りたいのですよ、やりたいのですよと言っているわけです。そういう書き方だと、健康管理事業というからには少し弱いのではないですかね。

【井形委員長】 そうすると、全部カット？

【鈴木委員】 カットしなくてもいいですが、結果的としてそういうことが分かるのは期待しているわけですから。

【納委員】 そうしたら、「長期的な健康状態の解明」といわずに「健康管理を行う」。

【鈴木委員】 そうなんです。「検診、保健指導等により健康管理を行う」と

【井形委員長】 だから、「保健指導等により、メチル水銀の曝露を受けた」としてしまえば

【鈴木委員】 この事業が順調に進行すれば、その結果としてメチル水銀に関連する健康上の安全性の云々というところにつながることを期待すると書いてもいいけれども、この事業を受ける人たちの健康状態をよくする方向に働きますというふうに宣言した方がいいのではないですかね。だから、「検診、保健指導等により健康管理を行う」と。

【井形委員長】 結果的に安全性の確認を図ると。

【岩尾特殊疾病対策室長】 研究色を出さないというのは、私どももその方が

#####57 頁

いいと思っております。

【滝沢委員】 趣旨ですから、何々することを目的とするとかいうことになるわけですね。したがって、もし「メチル水銀に関連する健康上の安全性の確認を進め」というのも後から加えたわけですが、なくても「保健指導等により、不安の解消を図るとともに」といってもいいわけですね。ただ、それがきついということであれしていると思うのですが。

【岩尾特殊疾病対策室長】 それでは、10 ページと7 ページをセットにしまして、今文章をつくりますので、先に行っていただけますか。

【井形委員長】 では、ほかにいかがでしょうか。

【浅野委員】 11 ページのところに最後に「基本的な地方公共団体」という表現が出てくるのですが、これは行政法では「市町村、基本的な地方公共団体」と普通いいますね。基本というのはちょっと……。「基礎的」の方がいいですね。

【井形委員長】 これは「水俣病が発生した地域を含む」というのは、鹿児島県も含むわけですね。

【事務局】 患者が出たということですので、鹿児島県、熊本県、新潟県になります。

【井形委員長】 そうすると、例えばよその府県のことにも言及しているのでしょうか。

【事務局】 ここは積極的にそこまではいわずに、本体として

【井形委員長】 それは除外するものではないということですね。各府県でも

【事務局】 県外の人をどうするかという問題があるのですが

【井形委員長】 それは意味しない？

【事務局】 そこは部分的な問題として置いておきまして、ここは本体として

#####58 頁

は地域に発生したということで、その県がやるべきだ、そこまでにとどめた意味で考えております。

【浅野委員】 11 ページの「基本的な」というのは「基礎的な」という表現の方がいいようにですね。

【小高委員】 そうですね。「最も」は要りませんから。

【事務局】 「最も基本的な」を「基礎的な」というふうにいたします。

【井形委員長】 この間議論されたとおり、この事業を行った人が公健法の申請ができないことが望ましいと思うのですが、それを書くことはなかなか難しいということでありますので、あえて書いてないわけです。しかし、何らかの形でそういうふうにならざるを得ない。つまり、これは受ける、認定申請も自由にできると言ったら、認定申請者がまた激増することが予想されますので。

【納委員】 そのこのところの歯止めが行政措置でできれば一番いいですね。

【井形委員長】 そう思うのですが、強いてこれには書かないのです。

【事務局】 そこはいただいた段階でいろいろ県などとも話して考えさせていただきたいと思います。

【井形委員長】 それでは第5章、調査研究と認定患者の措置について何か御意見ございますか。

【鈴木委員】 1の「水俣病に関する調査研究」の終わりの方に「特に、今後は諸外国のメチル水銀汚染問題に関し」と書いてありますが、これは「メチル水銀」の「メチル」を取ってもいいのではないかと思うのです。「水銀汚染問題」で。

【井形委員長】 そこだけ取るのですか。

【鈴木委員】 「諸外国のメチル水銀汚染問題」のところの「メチル」だけ取ればいいと思うのです。

【井形委員長】 分かりました。その「メチル」を取ります。

59 頁

これは法制上も新潟のことを水俣病と呼んでいるのですね。

【事務局】 はい、そうです。

【井形委員長】 ほかによろしいですか。

それでは最後の第6章「終わりに」。先ほど問題になりました1行目はどういたしましうか。「公健法等による認定制度により」と修文した方がいいでしょうか。

【浅野委員】 「終わりに」のところは別にこのままで構わないのではないですか。

【森嶋委員】 そうですね。大きな評価は別として。

【浅野委員】 認定が進められたという事実が淡々と書いてあるわけですから。

【井形委員長】 ほかにいかがでしょうか。

それでは、もう一度全編を通じて御意見を伺います。言い残したことをおっしゃってください。実は自分はこういう意見だったのだけれども不本意で決まったと言われるとちょっと困るので、一言いたいことを全部言って、補足事項でこういう意見をちゃんと書いたという記録をとどめておきますから、採用されなくても意見があれば全部おっしゃっていただきたいと思います。

【滝沢委員】 臨床の先生に教えていただきます。3ページで「胎児性水俣病」、12ページ

では「胎児性患者」、今は30歳ぐらいになっていますので、例えば3ページの場合は「後天性水俣病の判断条件」とありまして、「先天性(胎児性)」という方が、たまたま小児水俣病で胎児性と使っていますけれども

【井形委員長】 今もう大人になっているのですね。

【滝沢委員】 「先天性」という方がいいのではないかと思うのです。

【井形委員長】 これはいいでしょう。「先天性(胎児性)」というのは、胎児性とか小児水俣病というのはもう40、50歳の大人になっているのです。

#####60頁

まずいですか。

【事務局】 ここは医学的な言葉の使い方ですので、そういうことで医学界の方で使って差し支えなければ、私どもとしては結構でございます。

【滝沢委員】 先天性と後天性という大きな分け方で、「先天性(胎児性)」と具体的に言っているのですが、荒木先生、どうでしょうか。

【荒木委員】 「先天性」という言葉を使ってこなかったのです。

【井形委員長】 使ってないですね。「小児水俣病」のときにも胎児性のあれとは小児のときと汚染とは区別がつかんと書いてあるのですね。

【滝沢委員】 でも、一般の病気では「先天性」がほとんどですね。

【荒木委員】 これは「小児水俣病の判断条件」とかいうことで既に出てきておりますから、この際、それを余りいじくらない方がいいのではないか。

【井形委員長】 「先天性」というと、今だんだん遺伝性という意味に使われておって、胎児の汚染による場合には「先天性」と使わなくなってきたのです。

【鈴木委員】 やはり遺伝的なものに比重がいつてしまうから、「胎児性」の方がいいのではないか。

【加藤委員】 僕はその方がいいと思います。

【荒木委員】 概念がはっきりしてないので、チェックされる段階で、「症状」と「徴候」、「症候」、この言葉をもう一ぺん全編見直していただいた方がいいと思うのです。ここは「症状」と書いた方がいいとか、ここは「症候」がいいとか。

【井形委員長】 今確認しますか。

【荒木委員】 後でも構いません。

【井形委員長】 今の「症状」と「症候」を十分意識して書き直す。

【事務局】 もう一度意味をしっかりと確認しまして、その上で個々に見直して

#####61頁

いきたいと思います。

【納委員】 先ほど僕は言い間違っ、「徴候」のつもりで言ってしまったのです。

【岩尾特殊疾病対策室長】 徴候と症状を合わせて「症候」ということですか。

【荒木委員】 そういうことです。読んでみて、ここは「症状」の方がいいなということ

ろは「症状」でも構わないと思いますし。

【岩尾特殊疾病対策室長】 3 ページの(3)の、「水俣病発生の機構」と書いてありますが、「機序」の方がいいのではないかということで

【滝沢委員】 「機序」というのは『広辞林』にもないのです。今のは当て字で、僕は医学の場合よく「機序」と使いますが、辞書にないので、今の高校生や何かは、メカニズム、「機構」でないとだめですね。

【岩尾特殊疾病対策室長】 重松委員会でも盛んに喜田村先生が「発症機構」と「発症機序」は違うとか何かおっしゃっていたような記憶もあったものですから。

【滝沢委員】 明治時代の当て字で、つい論文や何かは「機序」の方が格好いいといって、僕らの弟子が直してくれと言うけれども、辞書を見ても「機序」はないのです。そこを確認していただきたい。後世に残るものになると思いますので。

【岩尾特殊疾病対策室長】 先ほどのところはもう少しお待ちいただけますか。

【井形委員長】 では、少し休憩させていただきます。

(休憩)

【井形委員長】 再開いたします。

【藤木委員】 ある意味ではどうでもいいことなのですが、13ページの「終わりに」の真ん中のパラグラフです。水俣病の原因究明に当たってきた人たちのうち、だんだん第一線を退かれて、私もやがて第一線を退きますので、ここ

#####62頁

の問題が原因究明の遅れで片付けられてしまっているのです。その原因究明の遅れの説明も、「当時の科学的知見や分析技術等の水準にもよるところであるが」で終わっているのですが、水俣病研究班は随分苦労したのです。当時は、初めての公害病であったこともありまして、公害に対する社会通念は全くなかったのです。ひどい例を言いますと、熊大が水銀説を出しておるのに真っ向からアミン説で対応してくる、それをマスコミまでもとらえまして、アミン説の方を支持する、そういう苦しい立場でやってきた。非常に苦労されてきた先輩の先生方が概に引退されて発言する機会がありませんので、私が代わりに発言いたしますが、この辺の書き方で何か少し加えていただければありがたいと思います。初めての公害病であり、公害に対する社会の認識がなかったこと、それから「当時の科学的知見や分析技術等の水準にもよるところであるが」というふうに、何かそういうことを加えていただければ少しは浮かばれるかと思います。

【鈴木委員】 あっさり切って捨てられた感じですね。

【井形委員長】 今のは取り込めるのではないのでしょうか。直接携わった方の切実な声がありますので。

〔訂正文配付〕

【井形委員長】 それでは、重要なところのプリントが回ってまいりましたので、変わったところを読んでいただけますか。

【事務局】 それでは、まず7ページの中段の下の方、「したがって、このようなメチル水銀を摂取した可能性がある住民に対しては、適切な健康管理を行うことにより、健康上の不安を解消していく必要があると考える。具体的には、水俣病が発生した地域の住民に対し、検診や保健指導等を実施していくことが必要である。」、このようにしております。

10ページの方は、それと表現を揃えまして、「水俣病が発生した地域にお

#####63頁

いて様々な程度でのメチル水銀の曝露を受けた可能性がある住民に対して、適切な健康管理を行うことにより、健康上の不安の解消を図るとともに、このような者の長期的な健康状態の解明に資する。」、このようにしております。

【井形委員長】 今の御提案についてよろしゅうございますか。

〔「異議なし」との声あり〕

【井形委員長】 そうすると、あとは細かい点で先ほど確認させていただいたものは、時間の問題もありまして、最終的には委員長一任とさせていただきたいと思います。

【奥村保健企画課長】 藤木先生のおっしゃった「終わりに」も含めて委員長一任ということでございますね。

【井形委員長】 はい。今のは何らかの形で取り込んでいただきたいと思います。

長時間ありがとうございました。

取りまとめまでまだ若干時間がかかりますから、この字が違っているとか、「てにをは」が抜けているとか、そういうことを含めて、もう一度開かなくても決められる範囲の御提言はここ2~3日お待ちできると思います。しかし、できましたら、今日はこの委員会でおおむねの了解が得られたということで、この後の作業については委員長に一任をさせていただきたいとお願いしてよろしゅうございましょうか。

〔「異議なし」との声あり〕

【井形委員長】 御協力どうもありがとうございます。

この取扱いは、先ほども申しましたとおり、この専門委員会の報告書として11月26日の環境保健部会に報告させていただきます。26日の段階で正式にプレスに発表される予定になります。したがって、本日はプレスには公表いたしません。新聞でさみだれ式に随分書かれておりますので、公式発表したと

#####64頁

きにニュースになるかどうか疑問であります。

最後に企画調整局長から一言お言葉をいただきたいと思います。

【八木橋企画調整局長】 それでは、この専門委員会の御審議を終えるに当たりまして一言御挨拶を申し上げさせていただきます。

本専門委員会におかれましては、今年の2月に第1回専門委員会を開催して以来、本日まで8回の専門委員会、4回の懇談会を開催いたしますとともに、委員の皆様方にはこの委員会以外の場でも随時御相談に応じていただいたところでございます。各委員それぞれ

れ非常にお忙しい中を何かと、時間的にも、また心理的にもいろいろお煩わせいたしましたことをおわび申し上げますとともに、改めて心から御礼を申し上げる次第でございます。

この水俣病問題は、今更申すまでもなく、社会的にも非常に大きな関心を寄せられている問題でもございますし、また、審議の過程でもいろいろございましたように、その解決にはいろいろ難しい問題があるわけでございますが、本日、これまでの御熱心な御審議を踏まえまして、専門委員会の御議論を大筋でおまとめいただいたところでございます。この結論は、これから環境保健部会におきまして中公審の答申として決定されることになるわけでございますが、その答申を踏まえまして、また、この専門委員会におきまして、これまでの議論の経過に現れましたもろもろの御意見等を深く心にいたしなから、来年度からの政策実施ということで、早速予算要求の作業に着手いたしますとともに、各省庁、各地方公共団体と十分連携をとりつつ、おまとめいただきました対策を円滑に実施できるように、私どもといたしましても精いっぱい努力してまいりたいと思っております。

本委員会といたしましては、この報告書の取りまとめによりまして、一応その目的を全うしたということになるかと思っております。これまでの御尽力に対しまして改めて感謝を申し上げます。

#65 頁

私どもは、公健法を適正、的確に施行することと相まって、ここに盛られた施策を実施することによりまして、水俣病問題の解決に向けて大きな一歩となりますことを期待しているわけでございます。今後とも先生方におかれましては、更にいろいろと御指導、御相談をあずかることにならうかと思っておりますが、環境行政の推進につきまして、どうかこれからも格段の御協力をお願い申し上げます。私のお礼の御挨拶にさせていただきます。

長い間大変ありがとうございました。

【柳沢環境保健部長】 先ほど委員長のおっしゃったことと重視してしまうのですが、この報告書案は、さっきお話しのように、26日の午前10時からに予定している環境保健部会に委員長から報告いただくわけでございますが、それまでは不公表ということになっておりますので、今日で専門委員会が終わったのだからもういいだろうということで、新聞記者からの取材等がその間におありかもしれませんけれども、26日の午前中までは「それは事務局に聞け」とおっしゃっていただければありがたいと思います。よろしく願います。

【井形委員長】 長い間本当に御協力ありがとうございました。

御承知のように、中公審は、一応環境庁以外からも情報をとって、公正に環境庁から独立して結論を出したつもりでございますが、現実には環境庁の方にはかなり重い作業を負わせたと思いますので、この席を借りて御礼申し上げます。

また、御承知のように、西日本新聞には「水俣病問題から逃げた中公審」と大きなタイトルの記事が出ておまして、いろいろな形の批判が来ることは十分覚悟しておりますが、逃げるつもりは全くありません。

今後とも先生方の御支援をお願い申し上げたいと思います。
長い間御審議いただきましてありがとうございました。
これをもちまして今日の会議を終わらせていただきます。

了

#####66頁