

*BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE*

# 社会医学研究

13

1994

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

# 目 次

人権としての社会保障・健康権の歴史と展望	井上 英夫…………… 1
公害・薬害の被害者補償制度の現状と問題点	蒔 昭三…………… 13
産業技術と労働	西山 勝夫…………… 39

# 人権としての社会保障・健康権の歴史と展望

井上英夫 (金沢大学法学部)

## Basic Human Rights and Health Care

Hideo INOUE

(FACULTY OF LAW KANAZAWA UNIVERSITY)

キーワード: 基本的人権、健康権、社会保障権

Keywords: Basic Human Rights, Right to Health Care, Right to Social Security

### はじめに

埼玉県秩父市に生まれました。秩父困民党で有名な、秩父事件がありました。略歴には普通書きませんが、今日の話に関連も深いものですから一筆いれた次第です。自由民権運動は、人権の問題でいえば日本の一つの原点でありますので、私もそれを誇りにしているところであります。

今日は歴史ある社会医学研究会に特別講演ということでおまねきいただきまして大変ありがとうございます。法律学それから、社会保障をやっているものと、医学の方々との交流というのが非常に大事だとは思いますが、なかなか機会がありません。社会保障法を学んでいる立場から現在考えていることをお話しまして、皆さんの御意見、御批判をうけられればと思います。

今日は人権としての社会保障・健康権の歴史と展望というタイトルで、人権保障のうちの社会保障、社会保障権と言いますかそれと健康権とこの両面からアプローチして医療の問題を考えてみたいと思います。

### 1. 人権保障の意義

#### 1) 人権保障の潮流の中で

社会保障の歴史で言いますと、Privilege から Right そして Basic Human Right へ、大きな歴史の流れのなかで現在は基本的人権の保障の時代と位置づけられると思います。Privilege これは社会保障の領域でいいますと恩恵としての社会保障ということになります。権力者あるいは支配者によって恩恵的に援助あるいは救済がなされる。その意味では権力者、支配者の意思次第で中身あるいは救済をするかどうかが決まるということになるわけです。その時代から権利としての社会保障という時代を経まして、現在はまさに基本的人権の保障、一言で言えば国会による法律によっても奪えない権利として保障されている。そういう時代にあって今人権について改めて私達が考え、人権の旗を高く掲げる意味がどこに有るかということをお話しておきたいと思います。

歴史的にみますと、社会保障の領域でも大きな流れとしては、人権保障の方向にあるわけです。21世紀の人々が20世紀とりわけ第二次世界大戦以降を語るとするならば、やはり人権の世紀とよぶだろうと思います。それは人権保障の中身として例えばフランス革命時、フランス

の人権宣言にあるようないわゆる自由権とよばれる権利、つまり国家によって生命や財産身体を奪われないという意味の権利ですね。そういう時代から20世紀に入っていわゆる社会権、むしろ国家が積極的に関与をしてその人権保障を実現していく。社会保障の権利や健康権もこの範疇に含まれるわけですが、生存権=社会権保障の世紀として20世紀が位置づけられるだろうと思います。

さらにそういった自由権あるいは社会権という分類、これを人権のカタログと言いますが、こういう分類を越えて21世紀には自由権と社会権を統一するような、あるいはそれを総合化するような新しい世紀になるのではないかと思います。そういう世紀にしなければいけないと思います。あとでお話する健康権はそういった新しい人権、総合的人権の代表的権利として位置づけられ発展させられる、あるいは中身を形成されるべき権利だと思います。そのような時代に私達が生きているということが、まず人権を取り上げる重要な契機になるでしょう。

二番目はそういう歴史的な大きな流れにはなると言っても社会的ないろいろな条件、とりわけ人間生活の変化というものがあられるわけですね。とくに第二次世界大戦後はさきほど言いましたように人権保障が拡大、進化されとりわけ少数者あるいは社会的にハンディキャップをもつ人々あるいは被差別者に広く保障が拡大されていく。その意味では人権保障の深化と実質化が行われて来ている。

そういうなかで、例えば高齢化社会あるいは人口の高齢化、社会の高齢化等新しい問題が提起されている。高齢者の人権保障は如何にあるべきかという課題が当然問題になります。それから、障害をもつ人々を始めとするいわゆるハンディキャップをもつ人々ですね、こういう人々の人権をさらに発展させる事が大きな問題になるわけです。外国人問題もそうですが、人権保障の主体者あるいは人権の対象といっても良いですが、その人達の拡大、拡充ということになるわけでしょう。

他方、非常に深刻な問題も登場してきていま

す。それは人権を侵害する存在としての例えば企業ですね。国際的なレベルで人権破壊の一つの元凶になっているような企業が登場してきて、ある意味では国を越え、国家の権力を越えるようなレベルで人権侵害を行うという事態も出ているわけです。そういう意味で新しい事態に対応して人権が問われている。

そして三つ目に日本の問題として考えますと、とりわけ医療「再編」あるいは社会保障の「再編」政策の問題ですね。この「再編」政策はその本質は営利化にあると思います。つまり社会保障、人間生活全体、命や健康の問題、すなわち医療保障の領域を民営化し、あるいは利潤の対象にしていくという市場化といいますかそういうレベルの問題です。財政再建とかいろんな事が言われますが、85年前後から再編政策、日本の社会保障の政策といのは、はっきりそういった方向をとっていると思います。

これに対して、今、公共性の論議例えば、医療の公共性という議論が盛んに行われています。この公共性というのは非常にいろんな意味を持っています。政府の側も使いますし逆に人権保障を掲げる人達も使う。自治体問題研究所で出版しています『地域と自治体』第9集に論文を書きました。例えば、宮本憲一さんは公共性というのは基本的人権を確立し発展させる事であると、こういういい方をしています。この議論はもっとつめなければならぬわけですが、医療の営利化、社会保障の営利化に対抗する考え方として、公共性という考え方をうちだすならば、実はその中身は人権保障だということです。

とするならば、私は法律学者のせいか公共性というあいまいな言葉以上に人権保障そのものを論じる、人権保障の確立を論じるこういう方向をとったらどうだろうかと考えています。その意味でまさに人権保障の意味とそれをどう確立するかの方法論が今問われていると言って良いでしょう。

そして、同時に今進められている社会保障や医療「再編」はまさに権利に対する敵視、人権に対する敵視が露骨に出ている。一つのイデオロギーとしてそういうものがだされている。社

会保障を受けるにしろ、医療をうけるにしろ恩恵的な恵んで下さいという態度ならばこれは救済もしよう。しかし、権利として主張するような事ならば救済を拒否するという行政の姿勢というものは一貫しているように思えます。それは日本人の権利意識の問題なのではないでしょうか。権利という言葉じたいにアレルギー反応をおこすという状況があるのではないかと思います。そういう状況をも克服する、国民の人権意識をより高めるということがどうしても今必要だろうと思います。

## 2) 人権保障の意味

人権保障といいますが、その意味を考えておかなければならないと思います。今日はごく基本的なことだけお話ししておきたいと思えます。基本的人権という言葉じたいからお話ししておかなければなりません、Basic Human Rightsという言葉です。日本国憲法の英文で言いますと、Fundamental Human Rights となります。ここで基本的ということは人間にとって望ましい状態を実現するのに必要欠くべからざるものという意味ですね。次に人間の権利、人間として必要欠くべからざる権利という意味であり、その二つを併せて基本的人権ないし人権というふうによんでいるわけです。したがって、人間らしい生活を保障するためには最低必要な権利ということになるわけです。それゆえに Fundamental であり Basic であるわけです。そういう権利を現代の国家では憲法なり基本法なりに定めているわけです。

では単なる Right とどこが違うかということで、まず権利について考えておかなければならない。権利という言葉もいろんな意味で使われます。然しその中身、核心部分は国家権力を通じてその実現が保障されるということなのです。国家権力ということは現在の日本の制度でいえば裁判によって、つまり司法を通じて実現される。だから権利として保障されるということならば、その権利が侵害されあるいは保障されないまま放置されている場合に裁判所に訴える、その実現を求めることができるということになります。こういう権利を請求権といまして、

国家にその実現を請求するという意味です。法律上これが認められる。法律上というのは国会の議決によってつくられる法律によって認められるということですが、これが Right です。したがって逆に言いますと、このレベルの権利であるならば国会の法律によって奪う事も可能だということになります。しかし、基本的人権として保障されるということは法律よりも高位の憲法、すなわち最高の規範によって保障されているということで、国会の議決、国会の手続きを経た法律によっても奪い得ない権利ということになるわけです（憲法第98条1項一場合によっては、憲法以前の権利として保障される一自然権）。逆にいいますと、人権を侵害したり奪うような法律は憲法にてらして、憲法違反で無効とういうことになる（憲法81条）。

## 3) 人権の権利主体と国民主権

さて2番目にこの人権の権利主体は誰かとういうことになります。国民、これも実は難しい議論があります。国民というだけでなく、国籍をこえた全ての人に保障されるべきだという考え方もあります。しかし、とりあえずは日本の現在の憲法下で言えば主権は国民に存する。そして、その主権を実現していくうえでの一つの重要な要素が人権保障ということで考えればいいでしょう。そういう意味では、人権の権利主体と国民主権、主権者とは等しいと考えて良いと思います。国民主権の意味もいろいろお話ししなければならないのですが、時間がありませんからこれは常識的な理解ですませしておきたいと思えますが、一つだけ紹介しておきます。「新しい憲法のはなし」皆さん御存知でしょうが、憲法ができた時に日本の文部省が出した本です。この「新しい憲法のはなし」をみますと、国民主権というのは、国を治めていく力の事を主権という、この力が国民全体にあれば、これを主権は国民にあるといい、主権が国民に有るということ、主権在民という……ということ、新しい憲法は、主権在民という考えでできていますから主権在民主義の憲法である……とされている。主権が国民にあることをかみくだいていけば国民が国の主人公であるということに

なるわけでしょう。そういう国民がまた人権の保障主体でもある。ということになりまして、人権が保障されること自体が国民主権をかたち作っていく、実質化していく事にもなるわけです。

4) 人権保障の責任主体としての国家

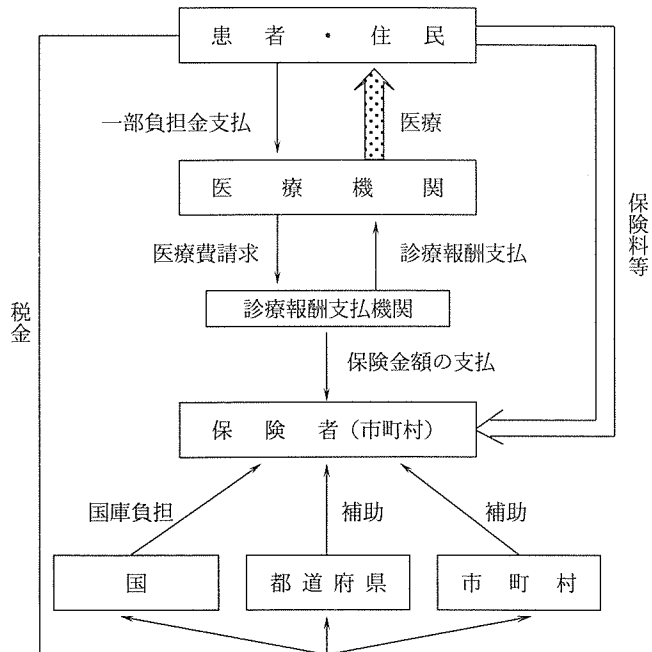
さて3番目ですが、人権保障というときにこの3番目が今一番大きな問題ではないかと思えます。人権を保障するのは誰かということです。その保障責任、保障の義務は誰にあるか。これは国家にあるということを明確にしておかなければならないということです。このことが実はいろいろな形で曖昧にされています。例えば、ついさきごろ私は高知県に行ってきました。高知県は部落問題ではいろいろな問題がありますので、部落についての人権教育こういうものは、かなり進んでいる、熱心にやっているところであります。そこに行きますと、だいたい役所に標語がかかっています。町中いたるところに標語があります。その一つ、「人権は人と人をつなぐもの」という標語があります。なかなかいいものです。「人権は人と人をつなぐもの」。どうも中学生が考えたらしい。いわゆる同和教育あるいは部落の人に対する人権保障の教育の一つとしての啓蒙ですね。

私達から見ると、これはかなり問題である。人権を保障するのは国家が国民に対して保障する。あるいは国家が人間に対して保障することである。このようなとらえ方で言いますと「人と人をつなぐもの」ということでは、例えば、部落の人に対してその人権を保障するのは、市民あるいは他の住民、部落民以外の人になる。そこに問題のすり替えがあるというべきだろう。「人権は国家と国民を繋

ぐもの」でなければならないはずなんですが、「人と人をつなぐもの」とすりかえられている。

もう一つ例をあげておきますと、医療法ですね、今度改正された医療法の問題点です。図1をちょっと見てください。保険医療の構造という図です。医療法が今度改正になりまして、その1条の2には「医療は生命の尊厳と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師その他の医療の担い手と医療を受けるものとの信頼関係に基づき云々」と医療提供の理念が規定されました。その意味では、この図にみられるように「医師（医療機関）と患者住民の間の信頼関係」が医療法の基本理念、医療提供の基本理念だとして前面に押し出されるわけですから、いったい医療の保障をすべき、あるいは、後で言います健康権の保障をすべき国家というのはどこへいったかということになるわけです。図の下の方にあります、保険者や国、自治体は登場してこない。とくに、国家はみごとにその背後に退きまして、1条の3によろやく出てきます。人権についての基本的考え方、国家と国民こうい

図1 保険医療の構造



う基本的な図式が今、むしろすりかえられていて、国民対国民こういう関係にされようとしている。そのことを私達はもっともっと、注意をしておく必要があるだろうと思います。

### 5) 基本的人権の本質

さて4番目に「基本的人権の本質」です。憲法第97条が特に言っているように、憲法が日本国民に保障する基本的人権は人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果であるということです。人類の歴史的な成果であることをはっきりと認めている。天から降ってきたものでもなければ、権力者によって与えられたものでもない。そしてそれと同時に、憲法第12条がとりわけ現在の段階で重要だと思えます。12条は「この憲法が国民に保障する自由及び権利は国民の不断の努力によってこれを保持しなければならない」と規定しています。不断の努力、絶えることのない努力を続けることによってこれが保持できるということですね。

こういう意味では日本の憲法、世界の憲法もそうですが、その保障する人権保障というのは、そうとうに厳しい思想と、実践を伴う権利であるということです。やはり棚からぼた餅ではないわけでして、座して守れるものではない。それがむしろ人権の本質である。これはイエーリンクの「権利のための闘争」とか、ああいう思想が入っているのはもちろんです。したがって、最後にも申し上げますが、人権としての社会保障や健康権、医療の保障を確立していくという場合にやはり、永年にわたる戦いと、そのための不断の努力が必要だということです。

社会保障あるいは健康権、そしてその健康権の中核としての医療保障も基本的人権として今や位置づけられている。

## 2. 人権としての社会保障の展開

次に人権としての社会保障の歴史を簡単にみておきたいと思えます。社会保障自体は、皆さん御存知だと思いますが、第1次世界大戦と第2次世界大戦との間、世界恐慌後の状況の中で

新しく形成されたわけです。しかしこの社会保障を受ける権利が基本的人権の一つとして、先程言いました、社会権の一つの柱として保障されるようになるのは、やはり第2次世界大戦後だと言ってよいでしょう。その意味では新しい権利でして、まあ50年弱とってよいわけです。

### 1) 世界人権宣言と国際人権規約

世界人権宣言は、1948年に国連総会で採択されました。この22条が「すべて人は社会の一員として社会保障を受ける権利を有する」と唱っています。ひとつだけ言っておきますと、すべて人ということでは始まりませんね。これを少し頭に入れておいて下さい。それから25条はより具体的に生活の保障について唱っています。健康権はこの25条に位置づけられるとって良いわけです。そして、この世界人権宣言をより具体化し、より効力を強める、実効性を担保するという言い方をしますが、それが国際人権規約ということになります。世界人権宣言は宣言ですから、単に全世界の国民あるいは国家に対して発せられた宣伝文句のようなものになるわけですが、国際人権規約は1966年に条約として採択されました。条約という形をとりますから、各国がこれを守るためには、批准という行為を行ないます。条約を批准すると、その条約によって拘束されるという効果を生ずるわけです。

この国際人権規約は、政治的、市民的権利に関する規約、これをB規約といいます。それと経済的、社会的及び文化的権利に関する規約というこれA規約、この2つの規約から成り立っています。この人権規約は是非皆さんにご覧いただきたいのですが、日本の1946年にできた憲法に比べてはるかに、具体的、詳細かつ豊かな内容をもっています。1966年にできていますから、日本の憲法制定から20年たっています。そういう意味では20年間の国連および世界の人権保障の歩みというものを人権規約は反映をしている。人権宣言と規約を比べてみただけでも、やはりだいぶ違います。

第9条は社会保障についての権利をうたって

います。「この規約の締約国は社会保険その他の社会保障についてのすべてのものの権利を認める」。ここもまた「すべてのもの」という言葉を使っているわけです。国際的にはこういう形で人権が宣言され、さらに具体化されているわけですが。日本の憲法も、第25条で生存権保障の規定をおいている。「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」ということです。そして2項で「国は全ての生活部面について社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という規定をおいています。これまた御存知の通りです。

世界人権宣言や人権規約は「すべての人、すべてのもの」という用語を使っています。それに対して、日本の憲法は「すべて国民は」となっています。ここに国連を舞台とする人権宣言のいわば、普遍主義、あるいは普遍性、グローバルな地球上の全ての構成員に対して人権保障をすすめるという考え方がみられます。

現在の段階でいいますと、人権規約を日本は1979年に批准しましたから、この国連の条約を国内で実現していく、守っていくという約束をしたわけです。その意味では、憲法第25条の「すべて国民は」という日本の国民に限定されているかのように読めるこの言葉もむしろ、世界的な普遍的な、人であるかぎり、健康で文化的な生活が保障されなければならない、という方向によりみかえられていくべきだろう、ということになります。その意味でも日本の憲法も解釈をかえる、さらには、人権保障の内容をより豊かにするために「改憲」をする必要があると思います。

先程、人権を論ずる意義の中で言い落しましたが、そういう意味で現在、日本の憲法はやはり試練にたっていて、日本の憲法を守るだけで現在の新しい状況に対応できるのかどうかという、問題があるだろうと思います。より積極的に日本の憲法を変えていく、こういうこともまた必要ではないかと思えます。もちろん守るべき、例えば9条というような条文は守り、さらに言葉を明確にしていく。平和主義をより貫徹できるような方向へ変えていく、そういう

議論もすべきであろうと思います。とりわけ人権保障の中の健康権であるとか社会権であるとか、あるいはいろいろな新しい権利、環境権とか、こういうものをより明確化していくことも必要だろうと思います。

## 2) EC諸国の動向

次に、EC諸国の問題についてもふれておかなければならないでしょう。国連の場が、地球全体を対象とするいわば普遍主義の立場で考えるのに対して、EC等はこれは地域主義といえます。ヨーロッパ共同体というあのヨーロッパ地域を対象にして、その人々の生活の向上を図るという地域主義。それから各国の国レベルでの努力と、いわばグローバルなレベルと地域とそれから各国の、そしてそれぞれの人々の努力によって人権保障がすすめられるという事です。ECは当初は二国間条約という形で、例えば、ドイツとイタリアで条約を結んで社会保障の水準を上げていくということをやりました。それが今やEC統合という形での地域全体、まるごと社会保障の水準を考えなければならない事態になってきました。ということでデンマークの問題が出てくるわけです。EC統合について国民が拒否の意思表示をする。社会保障の水準の高い国は統合後に引き下げられるかもしれない、こういう懸念が非常にあるわけです。いずれにしても、ECの場合は地域主義を徹底させることによって社会保障の水準をずっと引き上げてきた。

## 3) 社会保障憲章と働く人々

社会保障憲章とラロック報告についても若干お話しておかねばならないと思います。1)と2)の努力というのは国際的な条約、地域間の条約、国レベルの条約によって、主として政府によって進められるものですが、それに対して社会保障憲章は、働く人々、労働者を中心としたワーキングピープルが自ら作り上げたものになるわけです。そういう意味で、私は社会保障のあるべき姿として非常に大きな意味を持つと思っています(社会保障憲章については、小川政亮編著『人権としての社会保障原則』、ミネル



ヴァ書房、1985年参照)。

その中で社会保障の基本原則というものがうたわれているわけですが、1953年の社会保障綱領、それから61年憲章、82年憲章とそれぞれの時期に文書が出されて、それなりに発展をしてきています。社会保障というのは基本的な人権として保障されなければならないということをやっているわけですし、具体的に人権保障にふさわしい社会保障とはなんぞやという原則をかかげているわけです。その中で、医療についてみておきたいのですが、1953年の社会保障綱領の第4番目の原則のところ、医療がかかげられています。「無料の医療と薬品」それから「無料の医療は無料の包括的全国保健サービスの確立を通じてすべての住民に拡大されるべきである」と。この時点1953年では包括的な全国保健サービスの確立ですから、かなりイギリス型のナショナルヘルスサービスをモデルとして想定していたと言ってよいでしょう。

それに対して61年の憲章になりますと、2番目の原則に「国家的保健制度あるいは社会保障制度によってすべての働く人々とその家族の構成員に対して全額無料の医療が保障されなければならない」と変化します。ですからナショナルヘルスサービス、あるいは社会保障制度と、ここでいう社会保障制度は特に医療保険による保険技術を使った医療の提供ということが含まれますから、例えばドイツや日本、あるいはフランス型といってもよい。そういうものも意識にいれて形式は問わず、ナショナルヘルスサービス型か、社会保険型かは問わず、無料の医療が保障されなければならないとうたっているといえる。

80年代に入って82年憲章はどうかというと、さらにその保障形式は国の社会保険サービスを通してであれ、あるいは社会保障制度そのものによってであれと、やはりいろいろな型はあるけれど、無料の予防措置と医療、リハビリテーションを保障されなければならないという。医療の中身が予防からリハビリまで拡大をされている。この間の医療の発展というものがこの憲章の中にも反映しているわけです。さらに、病気と死に関連した社会経済的不平等を改

める為の活動の推進力でなければならないということが加えられているわけです。ですから、医療が社会経済的不平等を改めるという、そのため重要な制度であるし、医療が欠けるところでは、そういった不平等が拡大することになるという認識に立っている。このように社会保障の考え方も発展をしていますし、その中で医療保障の考え方も発展し、しかも重要な地位を占めてきています。その意味では社会保障と医療保障というのが相互に重なりながら、それぞれが発展してきているということになります。

この社会保障憲章がつくられるについては、ソ連の力が大きかった。もともと社会保障が働く人々にとっての社会保障たるには、いかなる原則が必要か、その基本的な考え方はレーニンの社会保険の考え方から出発しています。現在、ソ連が崩壊して社会主義が崩壊をしたといわれています。こういう状況の中で、私達は憲章をどう評価するかということも重要な問題だろうと思います。

社会保障綱領や憲章は、資本主義国における社会保障のあるべき姿を示しているわけですが、社会主義国における社会保障の到達すべき像でもあるわけです。60年代までは社会主義国における社会保障が一定の優位性を保っていたでしょう。それからの状況については皆さん御存知の通りですが、この社会保障憲章あるいは社会主義国の社会保障が資本主義国の社会保障制度に大きな影響を与えている。例えば、今、スウェーデンやデンマークが特に福祉の先進国としてとりあげられていますが、それらの国がどうして社会保障や福祉を充実させたか、それからとりわけ西ドイツですね、西ドイツがどうして社会保障、福祉国家、あるいは社会国家といわれる国をつくりあげたかということを見ると、やはり社会主義国との競争を強く意識していたといってもよいでしょう。その競争は何かというと、軍事力の競争ではなくて国民生活をいかに向上させるか、国民生活を向上させるために、いかなる体制が優位を持てるのか、ということではないでしょうか。その意味では国民の生活というものが体制の優劣をみる場合の一つのものさしになるということです。社会保障の

水準がその体制の優劣さらには、国の優劣を考える、重要なものさしになるということではないでしょうか。

さらにいえば、国や体制というものは何のためにあるのか、つまり国民生活を充実させる、国民生活を保障するためにあるということが基本になるということでしょう。その意味では、この社会保障憲章は、社会主義体制が生んだ一つの成果であると同時に資本主義社会における多くの人々のまさに人類の多年の努力の成果でもあると思うのです。現実にはスウェーデンやデンマークが追求している方向はこの憲章の方向です。その意味でこの憲章は体制の違いを、国家の違いを越えて普遍性を持つとよいかと思えます。

#### 4) ラロック報告と「安心」

さて次に、ラロック報告を紹介しておかなければなりません。1984年にラロックをはじめとする、国際的な社会保障の著名な学者、フランスのラロック、イギリスではエーベル・スミスという特に医療についての権威者ですが、そういう人たちが集まってILOに対してレポートをしたものです(Into the twenty-first Century: The Development of social security, ILO., Geneva. 1984. 翻訳は、『週刊社会保障』84年9月17日号～85年2月18日号に掲載されている)。21世紀へむけての社会保障ということになりますが、その中で社会保障の目的をうたっています。この報告書は84年に出されていますから、世界的に社会保障に対する攻撃が非常に強まった時期です。

そのひとつに社会保障を充実させると経済が停滞するという批判があります。それに対してはこのラロック委員会は、社会保障を充実させると経済が停滞する、国民の活力が失われた実例はないということを明確に指摘しています。社会保障の役割がますます重要であるということをも基本的な立場にして、社会保障の目的は「安心感の保障そのものである」といっています(39節)。国民の安心感を保障するのが社会保障の目的だということです。へたをすると宗教のようになりかねない。

しかし、現在の日本の高齢者を考える時、この安心感の保障というのは非常に大事じゃないでしょうか。年金が次々に引き下げられ、支給開始年齢が遅くされ、現在の高齢者、そして私達はこれから先高齢期にどんな生活を送れるのか、その不安は非常に大きいでしょう。さらに医療。現在のままの医療の状態で、寝たきりになった、あるいは呆けたときどうするのかという不安感は非常に大きい。そういう意味では、この安心感の保障といえますのは、抽象的、あいまいであるようですが、追求すべき目的としては、非常に大きなものだろうと思います。

さて、その中で健康サービスについてもここにあげておきました。健康サービスも、80年代非常に重視されてきています。137節は患者の一部負担についていっていますが、参考までにあげておきます。「一部負担制は長期的には、望ましい結果を得るための理想的な方法ではない」。かなり遠回しなことを言っていますが、一部負担制を評価する、額を余り大きくすることについては、否定的であります。その上で医療については139節で、プライマリーヘルスケアの諸原則を再び提言している。

こういう動きの中で社会保障が、国際的、地域的なレベルで国家のレベルであるいは人々の地域的なつながりの中で発展、拡大、深化してきている。そしてその目的は今や、国民に対して一定の安心を保障するという、かなり高度なレベルまできているということです。

### 3. 健康権の展開と意義

#### 1) 健康権の展開

社会保障の権利と併行する形で、健康権は国際的な文書に登場してきます。日本の憲法でも、25条の中に「健康で文化的な」という表現がみられるように、意識されてきたといえてよいでしょう。その意味では健康権という考え方は、第2次大戦後の人権保障の中で一つの重要な位置を占めている。しかし、現実はどうか。日本の場合、とりわけ健康権については、いろんなレベルでの議論が遅れていると思います。例えば学会でもそうですし、それから運動のレ

ベルでもそうですし、健康権すなわち、人権として健康を享受する権利について非常に遅れているといわざるをえない。しかし、今までお話しましたように、社会保障の権利とならんで、健康、医療の権利も非常に拡大、発展をみているわけです。

世界人権宣言と日本国憲法と WHO 憲章、国際人権規約に健康権が規定されている。詳しくは私の『講座 日本の保健・医療』（第 2 巻『現代日本の医療保障』労働旬報社、91 年）に載せました「健康権と医療保障」という論文を御覧下さい。現在少なくとも文書のうへでは、健康権は人権として位置づけられている。そしてその中身は「できる限り最高の健康水準を享受する」ということです。その健康とは WHO の定義より人権規約、要するに国際文書の中では、やや狭いですが、「肉体的かつ精神的な健康を享受する」ことになっています。国際人権規約の文をあとで見ただけでわかりますが、「すべてのものが到達可能な最高水準の身体および精神の健康を享受する権利」、これが健康権ということになります。

こういう権利を具体化していくことが国際社会に課せられた、各国に課せられた義務ということになるわけですし、その意味で第 2 次大戦後とりわけ 1960 年から 70 年代にいたっての社会では健康、健康権が、強く意識されてきたわけです。70 年代のはじめに日本でも健康権をもっと確立していかなければという議論が学会のレベルで行なわれました。医事法学会で特に盛んにおこなわれたのですが、この背後にはとりわけ公害の問題等にみられる健康破壊があったわけです。しかし、20 年たった今、残念ながらそれほど大きく広がっているとは言えないのではないのでしょうか。ということは、健康、あるいは健康を維持し、発展させるための医療というものが私達の人権であるという意識が、やはりまだまだ国民の間には不十分なのではないのでしょうか。とりわけ医療に携わる人々、医療法の言葉でいえば医療の担当者、医療の担い手、その人々の中に人権意識が希薄なように思います。

## 2) 健康権の理念と原則

さてそういう健康権の理念と原則についてお話しておきたい（健康権の理念、原理、原則について詳しくは拙稿「健康権と高齢者の医療保障」日本社会保障法学会誌第 9 号、94 年を御覧下さい）。人権保障ということと言いますと、その人権保障の一つの理念あるいは人権を生み出す力と申しますか、思想これは、人間の尊厳と申してよいと思います。人間の尊厳という考え方は、憲法の前文あるいは 13 条（個人の尊重という言葉を使っていますが）、さらには、憲法の 24 条では「個人の尊厳と両性の本質的平等」という言葉で表現されています。憲法あるいは第二次世界大戦後の国際社会の中に強く流れる思想と言つてよいでしょう。とくにナチズムが行なった行為、それから戦争の悲惨さ、残虐さに対して、人間とは何か、人間の尊厳とは何かということを問う、そこから戦後社会は始まった。その意味で人権を保障すること、人権保障を徹底的に貫くことこそが、人間の尊厳を守ることになる、再び第二次世界大戦で行なわれたような、いろいろな残虐行為を引き起こさない、人権の保障こそが重要であるという、そういう思想になるわけです。その意味で人権保障の基本理念は人間の尊厳になるでしょう。

その人間の尊厳ということをつきつめていけば、自己決定の原理に具体化されると思います。つまり、人間の生き方を、自ら決定できる、するということです。それが最も人間らしい行為ではないでしょうか。そして、その自己決定を貫く、ということになりますと、いろいろな決定をする場面がなければならない。選択肢が用意されていなければならない。いくつかの選択肢があって、はじめてどの生き方をするかが決定できるわけです。例えば、在宅か、入院か、施設かという問いかけでは、今の医療政策の中では在宅しか行き場がないとなれば、これは自己決定もへったくれもないわけです。在宅と、施設、入院こういう両方とも充実されて、どちらでも選べる条件を整える、そうしてこそ自己決定が可能になるでしょう。そういう意味では、自己決定の前提としての選択の自由を保障する、選択肢を用意する。これが国家の保障と

しての例えば、社会保障であるとか、健康保障の役割ということになると思います。

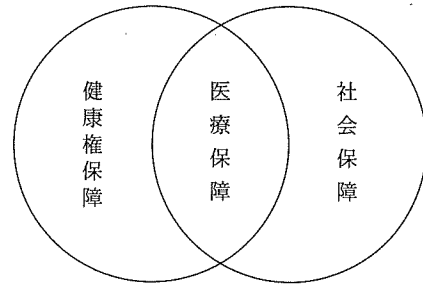
その選択の自由ということ、あるいは人間の尊厳ということ、一つだけふれておかなければならないことがあります。例えば、医療の領域では、尊厳死が議論されている。また、精神医療を中心として、特に最近、インフォームドコンセントということが言われて、自己決定ということが、議論されています。医療の場においては、自己決定の原理が尊重されているようです。しかし本当にそうなのでしょう、医療の場で議論されている、人間の尊厳あるいは、尊厳死というのは、死ぬ時だけ尊厳が論じられる。それまで、生きている間、例えば入院をしていて、ああいう大部屋に入れられている状況がどうして尊厳ある状態といえるのか。つまり、生まれてから死ぬまで、人間は尊厳を保障されなければならないわけでしょう。その意味ではあまりに狭すぎるのではないのでしょうか。そしてまた、患者として医師の前に立ち現われる時だけ、あるいは手術について同意を得るだけ、あるいは生命維持装置をはずす、こういう場合だけ自己決定が言われる。

日常的なレベルで、先ほど言いましたように、在宅か、入院かというようなことを迫られる、そうではなくて在宅も、入院も選べるような、日常的なレベルでの自己決定が可能な社会、これをつくらなければならないのではないのでしょうか。そういう意味での選択肢というものがありにも狭すぎる。生まれてから死ぬまで、自己決定ができるような、生き方に多様性が持てるような、そういう状況を作り出す、これが社会保障や、健康権の問題として重要だろうと思います。

### 3) 健康権と医療保障

そういうなかで健康権と医療保障、あるいは社会保障と医療保障の関連を考えておかなければならない。図2を見て下さい。これは健康権、社会保障権と医療保障の関係ということで、書いてみました。健康権と社会保障というのはそれぞれ、社会保障とはなんぞや、健康権とはなんぞやという定義をきちとしてきたわけでは

図2 健康権保障、社会保障、医療保障の関係



ありませんが、その両者が重なる部分があるわけですね。重なって社会保障の一分野として医療保障が形成されて発展してきました。それから健康権という非常に大きな広がりを持っているわけですが、特に健康を守り発展させるという意味では、中核的な部分として医療保障の制度があるということです。そういう意味では、両者の社会保障権と健康権の接点に医療保障が位置づけられるとよいと思います。

医療保障とは何かということになりますと、もっともっと議論をしていかなければならないと思うのですが、一般的には皆さんの頭の中ではどうでしょうか、医療保険の事を医療保障というふうに考える場合が多いのではないのでしょうか。そういう意味では社会保障の中の医療保険イコール医療保障というような考え方で比較的多くの人は議論している。しかし、そういった狭い意味の医療保障、医療保障イコール医療保険では現在のような状況の中で健康を守ることはできません。あるいは予防からリハビリまでという医療自体の発展、医学自体の発展に対応するような保障のシステムを作り上げることも難しいのではないのでしょうか。

そういう意味では社会保障の中の社会保険だけではなくて、例えば医療の給付でも、日本の制度で公費負担医療というのがありますね。老人医療もそうですし、難病に対する医療もあります。さらにはヘルス、これはシンポジウムのところでも議論になると思います。こういう予防あるいは健康作りまで広がったような意味での医療を提供する、そのシステムを作り上げる

図3 憲法25条の規範構造

保障すべき生活水準	国 の 義 務
達成すべき目標 =理想生活	漸進的 実現 義務 } 向上・増進 義務 } 即時 実現 義務
相当な生活水準	
健康で文化的な 最低生活	

ければならない。となりますと、行政用語での医療供給体制の整備というのも、急務になります。この点の議論も非常に遅れている。給付面だけではなく、供給体制面、そここのところに医療「再編」政策がうまく乗じてきていると言いましょか、非常にポイントをついていると思います。そういう意味の医療保障というものをこれから作り上げていく必要があるだろうということです。

まとめにかえて最後に、憲法25条の構造という図3ですが、非常に大事な図ですので一言だけお話しておきます。今までお話してきたように、社会保障を人権としてとらえる、健康を享受する権利を人権としてとらえる、と言いましても日本の最高裁がどのような判断をしているかは、皆さん御存知の通りであります。最高

裁判所は、人権保障に対しては極めて消極的。そして、逆に行政府、立法府の裁量、まあ匙加減ですが、これを広く認めています。したがって、日本の最高裁が憲法違反であるとか、人権侵害であるということを認めるのは、なかなか難しい。

そういう最高裁がとっている憲法25条の解釈でいいますと、プログラム規定説と言いますね。国民個人が国を相手取って権利を請求することはできない、こういう基本的な考え方は。ただ、その立場も若干ゆらいできてはいるのですが。そういう考え方に対して憲法25条論を少し考えてみたらどうか、というのがこの図です。大事なものは憲法25条の2項。これは、「国は全ての生活部面において社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定しているわけです。1項は、「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と言っています。健康で文化的な最低限度の生活、それ以上のレベルの向上、増進についての努力義務が国にある。社会保障や医療保障の権利を剥奪したり、水準を引き下げようとする事はこの2項の向上、増進義務に反することになる。そのことを生かすような解釈あるいは運動を、もっとこれから展開していく必要がある。それが人権保障の確立につながるだろうということ（詳しくは、拙稿「公的扶助の権利」河合幸尾編著『「豊かさのなかの貧困」と公的扶助』法律文化社、'94年 参照）。



## 公害・薬害の被害者補償制度の現状と問題点

—第33回社会医学研究会総会でのシンポジウムから—

蒔 昭 三 (城北病院)

### Present Problems of the Compensation Systems for the Pollution-and Medicine-related Diseases

Shozo AZAMI

(JYOHOKU HOSPITAL, KANAZAWA)

キーワード：被害者補償制度、イタイイタイ病、水俣病、スモン、森永ひ素ミルク事件  
Keywords : compensation systems, itai-itai disease, minamata disease, SMON,  
poisoning by arsenic tainted morinaga dry milk

この論文は第33回社会医学研究会総会におけるシンポジウム「公害・薬害の被害者補償制度の経過、現状と問題点」の内容を企画者・司会者の立場から総括したものである。なお文中でのシンポジストの発言要旨は大部分講演予稿をそのまま転載した。また、それぞれの「事件」の歴史的経緯と「判定基準」「補償協定」等は筆者が加筆した。

#### I. はじめに

1960年代から1970年代に日本で発生したいくつかの公害・薬害事件は、今日では一般的には「過去の事件」としてしか理解されていない面もある。筆者らの最近の調査<sup>①</sup>によるとスモン、森永ひ素ミルク事件等を知らない保健所の保健婦が多かったが、これもその一例である。

一方、これらの公害・薬害の被害者の一定部分は裁判その他によって被害を認定され、補償されているとはいえ、現実には多くの困難な療養・社会生活を強いられているのも事実である。

また、1960年代から発生した多くの公害・薬

害の被害者は、それぞれに受けた被害の状況に差異がある。更に被害者が自らの被害を社会的に認めさせてきた過程、「認定」を勝ち取ってきた経過、そしてその補償条件もそれぞれ異なっている。しかし、それぞれに異なったこれらの認定や補償条件を比較検討して議論されたことはこれまで少ない。

本論文では表記のシンポジウムでの4つの公害・薬害（イタイイタイ病、水俣病、森永ひ素ミルク中毒、スモン）の被害者の現状報告をもとにして、それぞれの公害・薬害の認定制度の比較検討、それぞれの公害・薬害被害者と加害者が確認した「医療補償協定」、「確認書」等が果たした役割と今日の時点からみたそれらの問題点、更にそれぞれの被害者の恒久対策の課題等を検討した。

II. 4つの公害・薬害事件の経過と補償をめぐる現状

II-1. イタイイタイ病の補償について  
(木澤 進)\*

イタイイタイ病は、神通川上流の神岡鉾山から排出されたカドミウムが数十キロメートル下流の富山市、婦中町で灌漑用水に入り、その水によって生産された米を食べ、あるいは水を飲んだ住民に起こった疾病で、長年にわたって、体内に蓄積されたカドミウムによって腎臓をおかされ、そして骨をおかされ、骨粗しょう症をとまなう骨軟化症（イタイイタイ病）となったものである。人によっては、20年30年にわたって全身の痛みに苦しみながら死亡するとい

資料1

う悲惨な病気である。

イタイイタイ病は、金沢大学の石崎によれば、遅くとも昭和の初めから発生しており、1,000名を越える人達が、罹患して亡くなったと言う。その多くは、県の判定制度、国の認定制度が出来る前に死亡した。現在まで認定患者は156名で、そのうち13名が生存している。要観察者に判定されたものは、330名で、このうち39名が後に患者に認定されているので、291名が最終的に要観察者で、そのうちの16名が現在生存している。

1. 認定制度と行政

認定と補償の制度と診断基準の変遷は次の通りである。

昭和43年1月から富山県によるイタイイタイ

イタイイタイ病診断の経緯

昭和47年6月20日 環境指示による認定基準		昭和44年3月 日本公衆衛生協会 公害被害救済者の認定方法に関する研究						
患者	次のすべての項目に該当する場合に認定 1. Cd 濃厚汚染地に居住し、Cd に対する曝露歴があったこと。 2. 次の状態が先天症のものではなく、 成年以後（主として更年期以後の女性）に発現したこと。 (1) 尿細管障害が認められること。 (2) X 線検査あるいは骨生検によって骨粗しょう症を伴う骨軟化症の所見が認められること。 この場合骨軟化症の所見については、骨所見のみで確定できない場合でも、骨軟化症を疑わせる骨所見に加えて、検査事項の結果が骨軟化症に一致するものを含める。	区分番号	診断内容	審査会判定	審査会指示	治療費等 分担区分	通称	
		要観察者	1. Cd 濃厚汚染地に居住し、Cd に対する曝露症があったこと。 2. 成年以後に発現した尿細管障害が認められること。 将来、イタイイタイ病に発展する可能性を否定できないので経過を観察する。	I	骨にX線上改変層が認められ、明らかに骨軟化症の所見が認められるもの。	患者	治 療	保 険 医 療 分
i	骨に改変層の痕跡が認められるが脱灰現象が著明で、尿血液検査成績等を参照し極めて疑が濃なるもの。			疑似患者				
		(i)	脱灰現象が署名でり、その他の検査所見等を勘案し、疑のあるもの。	要観察者	予 治 防 的 療 察			要 注 意 者 又 は
		0	尿血液所見、骨の軽度の変化、自覚症状等から診断する。					

\*木澤 進: 弁護士、イタイイタイ病弁護団



イ病患者及び疑似患者に対する特別措置要綱による救済が始まり、同年5月に厚生省がイタイイタイ病を公害病と認定し、昭和45年2月、公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法、そして現在は昭和49年9月1日施行の公害健康被害補償法に基づき、患者の認定が行なわれ、要観察者は行政通達により経過観察を要するとされたものとして判定され、加害者の三井金属鉱業の費用負担で補償が支払われている。

認定基準については、昭和38年からイタイイタイ病の調査が開始され、その当時一応の基準が作られ、昭和42年10月に公にされた。

認定は富山県公害健康被害認定審査会の答申に基づいて知事が行なうのであるが、同審査会は昭和47年6月の環境庁企画調整局公害保健課長通知の診断基準によって審査を行なっている。

この昭和47年の課長通知は、イタイイタイ病認定条件として、

- 1) カドミウム濃厚汚染地に居住し、カドミウムに対する曝露歴があったこと。
- 2) 先天性のものでなく、成年期以後（主として更年期以後の女性）に発現したこと。
- 3) 尿管障害が認められること。
- 4) X線または生検によって骨粗しょう症を伴う骨軟化症の所見が認められること。この場合、骨軟化症の所見については、骨所見のみで確定できない場合でも、骨軟化症を疑わせる骨所見に加えて、所定の検査事項の結果が骨軟化症に一致すればこれを含めること。を挙げている。

この課長通知の基礎となった重松らの昭和46年度環境庁調査研究委託事業報告書によると、第4)の条件の後段の意味するところは「今回の研究の結果、イタイイタイ病の認定条件は従来のものに比べて内容的に拡大されたことになる」としている。この認定条件の比較は「資料1. イタイイタイ病診断の経緯」に示した。

ところが、昭和47年8月で裁判は終わって法的にも社会的にもイタイイタイ病の原因は三井金属鉱業であるということと、イタイイタイ病はカドミウムによって起こった病気であると

ということが確定されているのに、昭和50年頃から「イタイイタイ病は、まぼろしの公害病であった」とかいうまきかえしが財界と一部のマスコミによって始められ、そして国会でも取り上げられるという中で行政が後退を始めた。昭和50年以降は、主治医や大学教授の鑑定でイタイイタイ病と診断されても、58年に10名の認定があったほかはほとんど認定されなくなった。

上述したように、認定条件は従来のものに比べると、より広がっているということになるはずなのに、まきかえしのためにかえってせばめられてきているという状況である。

そこで認定行政の改善を求めて、患者側の請求により不服審査手続きが取り組まれてきた。

## 2. 不服審査請求の経過

昭和62年12月富山県知事が7名の申請者に対し不認定処分にしたのを契機に、異議申立てを経由して昭和63年5月、公害健康被害補償法に基づき環境庁の公害健康被害補償不服審査に対し審査請求を行なった。審理の経過は書面審理を経て平成2年から6回の公開口頭審理が富山市において開催され、去る4月23日結審となり今秋には裁決が出される見込である。

その主たる争点は、1) X線に現われた骨所見の見方をめぐって、主治医らが指摘する骨改変層を側側は認めようとしな点、2) 骨生検および剖検において、吉木法による病理診断を最終診断と認めない点である。かりに1)において骨軟化症を確定できない場合であっても、2)において異常な類骨の存在が証明されれば4番目の認定条件を十分に満たしていると評価すべきであるのに、富山県公害健康被害認定審査会は吉木法による病理所見であることを理由にこれを拒否している点である。

具体的には、富山医科薬科大学の北川正信教授が多数例の病理検査の経験をもとにイタイイタイ病であると診断しているのに、これを認めようとしな点、総合判定と称して、環境庁の指示のもとに昭和54年7月に作成した内規1(4条件の解釈)、および昭和58年3月に作成した内規2(骨生検の取扱)によって篩にかけ、

公開された認定4条件の適用範囲を狭くしているのではないかと疑わざるをえないのが実情である。しかも県はこの2つの内規の公開を拒否している。

これまでの間に請求者7名のうち6名はすでに死亡し1名が生存しているのみである。なお請求者のうち1名は翌昭和63年の再申請で認定となった。患者側はすでに死亡した6名の生検、剖検についての北川教授の病理診断に基づき、イタイイタイ病であることを正当に認めるべきであるとの観点から主張立証を展開した。

このような取り組みの結果、平成元年には、新たな申請者4名に対し3名が認定され、平成2年、3年に各1名あて新たな認定がされたが、不服審査請求者のうちの再申請者に対して富山県は1名のほかは頑なに認定を拒否している。

### 3. 中間報告とカドミウム腎症

1) 昭和51年に発足した環境庁委託のイタイイタイ病及び慢性カドミウム中毒に関する総合研究班(会長重松逸造)は平成元年10月に「中間とりまとめ報告」を発表した。この報告にはイタイイタイ病研究班の報告のうち、病理、疫学、発症に関する重要部分が削除されていたり、データの恣意的な解析によりカドミウム汚染の程度と腎症の発生率の関係を否定したり、あるいはまた、サルにカドミウムを食べさせて実験したが、イタイイタイ病が発生しなかった

として、イタイイタイ病とカドミウムの関係を否定するような見解を盛り込む等不公正なものである。このことはいまなお進行形のイタイイタイ病を隠そうとする環境庁の姿勢を示すものであった。なおこの研究班はこの報告書を作成したのみで解散してしまった。

2) この報告と同時に環境庁が実施した全国のカドミウム汚染地域住民健康調査の結果が発表された。その結果によれば全国の汚染地でカドミウムによって腎臓障害を起こしている疑いのある人が333名、腎臓障害を起こしている人は202名いること、そのうちの116名が医師の指導を要する「カドミウム腎症」患者であることが明らかにされた。しかし、なお環境庁は富山県と他県では腎臓障害の発生率に大差がないなどと誤った評価を加え、それを理由にカドミウム腎症を公害病と認めようとしな

### 4. 医療補償協定の改定

イタイイタイ病に関する誓約書の具体化のためイ対協に婦人部が結成され、患者家庭のアンケート調査、病院、診療所、保健所などの事情聴取などを行なって患者と家族が治療に専念できる条件を検討した。その結果をもって三井金属と交渉し、昭和48年7月医療補償協定を締結、その後、昭和53年7月と昭和61年10月にも改定が行なわれた。現在の補償内容は資料2の通りである。

資料2 現行補償額

諸手当		
医療介護手当(月額)	患者	8万6000円
	要観察者	5万6000円
特別介護手当(月額)		実費全額
	但し、同居の親族の介護の場合	9万円
温泉療養費(年額)		9万円
一時金		
認定患者	認定時	800万円
	死亡時	200万円
要観察者	判定時	100万円
	死亡時	100万円
通院交通費		
	通院に要するバス、タクシー代の負担全額	

資料 3 補償状況

訴訟提起者関係			
患者*	160 名	要観察者**	22 名
昭和 47 年以前の知事証明によるもの			
患者***	31 名	要観察者**	133 名
昭和 48 年以降の認定			
患者****	31 名	要観察者**	67 名
「患者」計	222 名	「要観察者」計	222 名

\* 富山県が制定した「イタイタイ病及び疑似患者等に関する特別措置要項」(昭和 42 年 12 月) により患者と認定された者及び生前に主治医からイタイタイ病と診断されていて訴訟に参加した死亡者

\*\* 上記の富山県の「特別措置要項」により「要観察者」と判定された者

\*\*\* 「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」(昭和 44 年 3 月) による富山県公害被害者認定審査会によりイタイタイ病と認定された者

\*\*\*\* 「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」(昭和 44 年 3 月) による富山県公害被害者認定審査会によりイタイタイ病と認定された者及び「公害健康被害者の補償などに関する法律」(昭和 49 年 9 月) によりイタイタイ病と認定された者

## 5. イタイタイ病の補償の状況

これまでイタイタイ病患者もしくは要観察者として訴訟、知事の証明、公健法等により補償を受けた人数は資料 3 の通りである。

しかし要観察者について見ると、裁判中にいわゆる『政治解除』(医学的な理由説明なしに県行政の方針変更と思われる理由による判定の変更) により昭和 44 年に要観察者判定をはずされ、昭和 47 年の再判定までに死亡したために判定を受けられなかったものなど、要観察者 330 名中患者認定を受けた 39 名を控除した 291 名中 222 名が補償を受けたが、あとの 69 名は補償を受けていない。また、昭和 50 年以降認定却下された 33 名、その他の事情により相当数の被害者が認定制度の不備、運用の誤りにより補償を受けられないまま死亡していったものである。

### II-2. 森永ひ素ミルク中毒被害者の恒久的救済の現状について (大槻 高)\*

#### 1) 経過

(1) 森永事件は、1955 年乳幼児の主食である

粉乳に、ひ素等の有害物質が混入し、被害児 12,131 名、うち死亡 130 名(厚生省発表)を招いた事件である。これは、その規模においても、最も重要な発育の時期にある乳幼児の事件としても、類例のない世界的な大惨事であった。

当然被害児の追跡調査は不可欠であったが、政府と企業は一体となって「第三者機関」をつくり、「五人委員会」<sup>(1)</sup> が「補償基準」を、「西沢委員会」<sup>(2)</sup> が「治癒判定基準」を作成し、事件は解決したものとされた。

入院中の被害児は退院を強いられ、どの病院でも森永事件の被害児といえば冷たい態度をとられた。親達は、日増しに衰えていく乳幼児を抱え、病院を転々とした。こうして、被害児は社会的にも、医療の面でも切り捨てられていった。

この事件は、日本経済の「高度成長政策」の初期における企業優先、人命軽視の結果つくりだされたものである。親たちは、直ちに被災者同盟(守る会の前身)を結成し果敢に闘ったが、当時の社会的情勢のもと世論を動員することができず、「第三者機関」の存在が壁となり、同盟は組織の未熟さもあり解散した。

(2) 1969 年、大阪大学医学部丸山教授(当

\*大槻 高: 財団法人ひかり協会

時)らの活動による、いわゆる「14年目の訪問」が公衆衛生学会に発表された。マスコミも積極的に取り上げ、事件は再び社会的な問題となり、良心的な医師など専門家の支援が広がった。

親たちは、暗夜に光明を得た思いで直ちに全国的に再結集した。「こどもを守る会」(現在の

「被害者を守る会」)は、55年当時の組織の分断を許した教訓を生かし、全国単一組織として出発した。

しかし、国(厚生省)および森永乳業との交渉は難航し、ついに72年交渉は決裂した。「守る会」は、森永製品の不売買運動を展開、民事訴訟を起こした。運動が広がる中で国(厚生

#### 資料4

#### 確 認 書

厚生省、森永ミルク中毒のこどもを守る会(以下「守る会」という)及び森永乳業株式会社(以下「森永」という)は、昭和30年に発生した森永ミルク中毒事件の全被害者を恒久的に救済するため、昭和48年10月12日を第1回として5回にわたり、三者による会議(以下「三者会談」という)を続けてきたところ、今日までに下記の条項について、互いに合意に達したので、ここにそのことを明らかにするためにこの確認書を作成する。

#### 記

1. 「森永」は森永ミルク中毒事件について、企業の責任を全面的に認め心から謝罪するとともに、今後、被害者救済のために一切の義務を負担することを確約する。
2. 「森永」は被害者の対策について、「守る会」の提唱する、森永ミルク中毒被害者の恒久的救済に関する対策案(以下「恒久対策案」という)を尊重し、すべての対策について同案に基づいて設置される救済対策委員会の判断並びに決定に従うことを確約する。
3. 「森永」は前二項の立場にたつて救済対策委員会の指示を忠実に実行するとともに同委員会が必要とする費用の一切を負担することを確約する。
4. 厚生省は被害者対策について「守る会」の提唱する「恒久対策案」の実現のために積極的に援助し、かつ、救済対策委員会が行政上の措置を依頼した時はこれに協力することを確約する。
5. この確認書は、被害救済のための第一歩であつて、今後、厚生省、「守る会」及び「森永」は、それぞれの立場と責任において、被害救済のために協力することを確認し、問題が全面的に解決するまで「三者会談」を継続し、「恒久対策案」実現のために努力することを確約する。なお、このための必要な措置として「三者会談」の中に、「救済対策推進委員会」を設置する。

昭和48年12月23日

厚生大臣 齊藤邦吉  
署名 印

森永ミルク中毒の  
こどもを守る会理事長 岩月祝一  
署名 印

森永乳業株式会社社長 大野勇  
署名 印

省)・森永乳業は、「守る会」の作成した「恒久的救済に関する対策案」も含めた三者による会談を開始した。

会談にあたり、厚生省は仲介、あっせんの立場からでなく被害者の立場に立つこと、三者は「守る会」の救済対策委員会構想を尊重することを確認し会談を重ねた。

その結果、73年12月三者は、「守る会」の恒久対策案を尊重し一刻も早く救済することで一致し、全被害者を恒久的に救済する確認書で合意した(資料4)。これにより、三者は救済の実施機関として、ひかり協会(以下協会という)を設立した。

協会は、確認書に従い「守る会」の恒久対策案を尊重し、そこに盛り込まれた各種の事業を具体化した。当初は、試行錯誤を重ねつつの事業であったが、現在第19期に入り事業は着実に前進している。

## 2) 「三者会談方式」による救済事業と体制の現状

(1) 現在、被害者総数は13,414名である。うち、アンケート調査などにより協会と常時連絡を希望している6,548名を対象に日常の事業を実施している(資料5)。

資料5 ひかり協会の主な事業の実施人数

	1974年*	1991年
「常時連絡を希望する人」	3182人	6548人
事業をうけた人	1634	3770
相談をうけた人	514	2763
検診をうけた人	569	1928
医療費の支給をうけた人	780	1384
ひかり手当をうけた人	206	742

\* ひかり協会が設立された年

被害児は、成長と共に発育のおくれを徐々にとりもどしてきたが、その後の経過の中で体力が尽き死亡したものも少なくない(55年から3年間で275名死亡。協会調べ)また、現在、健康被害の傷痕としては、中枢神経系の障害が多く、脳の器質的変化による精神障害の可能性や

色素特有の皮膚の変化である“点状白斑”ひ素角化症が存在している。また、虚弱のため身体的愁訴をもつものが多いことが健康上の特徴である。ひかり手当支給は742名(うち介護料支給153名)で、主な障害は発達遅延116、発達遅延重複障害362、肢体障害62、肢体重複障害101、てんかん43、精神障害79である。実態調査では、「具合がよくない」が17%に達し、国民健康調査の同種の調査結果をかなり上廻っている。したがって手当支給の外に健康管理費支給214名、各種奨励金の支給200名がある。

被害者は、現在37歳~38歳に達し、成人病の好発年代に入り、今後の健康状況の推移に注視している。協会は、「守る会」の協力を得て4年に1回全被害者を訪問し、健康と生活の実態を把握してその結果を救済事業に生かすと共に、そのデータをもって疫学研究を継続している。研究は、大阪府成人病センターに委託し、研究班には協会・厚生省が参加している。

(2) 協会は、専門家集団や「守る会」と協議しつつ78年と85年の2回、中間的な救済事業のあり方を決定し、近く第3回目の検討に入ろうとしている。あり方では、救済の原則を確立し、事業は相談活動を土台に年次計画を立て、計画的に実施している。

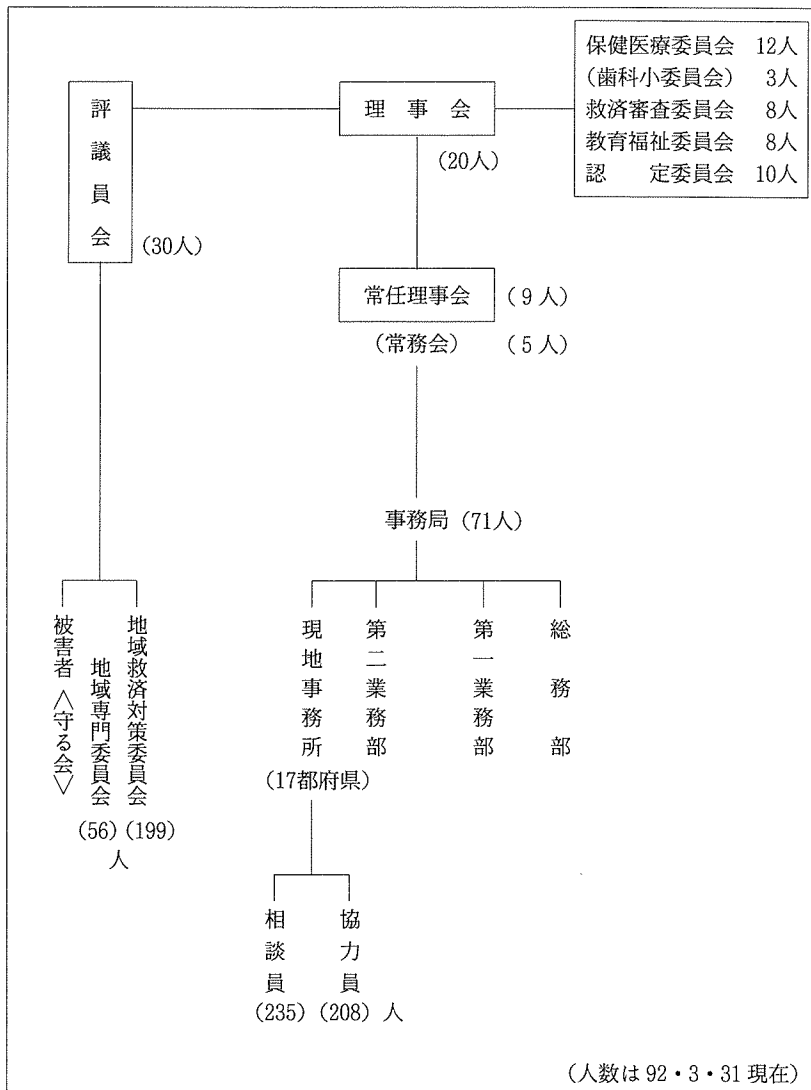
現在の事業は、全被害者を対象にした実態把握と健康、医療の部門と、障害症状を有する被害者の親なきあとの将来設計の確立を援助する部門の2つを柱としている。これまで自立と発達の救済の原則により、訪問指導等による健康の回復、基礎的な力の確保を重視してきた。

40歳代に入ろうとしている年代にある現在、障害はあっても地域で生活できるための事業を重視し、生活訓練事業、自立生活援助事業に力を入れ、後見人制度の外、独自に「後見的援助者」の制度を設け、援助のネットワークづくりに取り組んでいる。

(3) 事業実施の組織体制は(資料6)、理事会のもとに事務局として71名の職員を配置している。事務局は、本部事務所と17の都府県に現地事務所を設置し、救済のセンターとして直接被害者に対応している。

理事会には、4部門の専門委員会を置き、別

資料6 財団法人「ひかり協会」の組織図



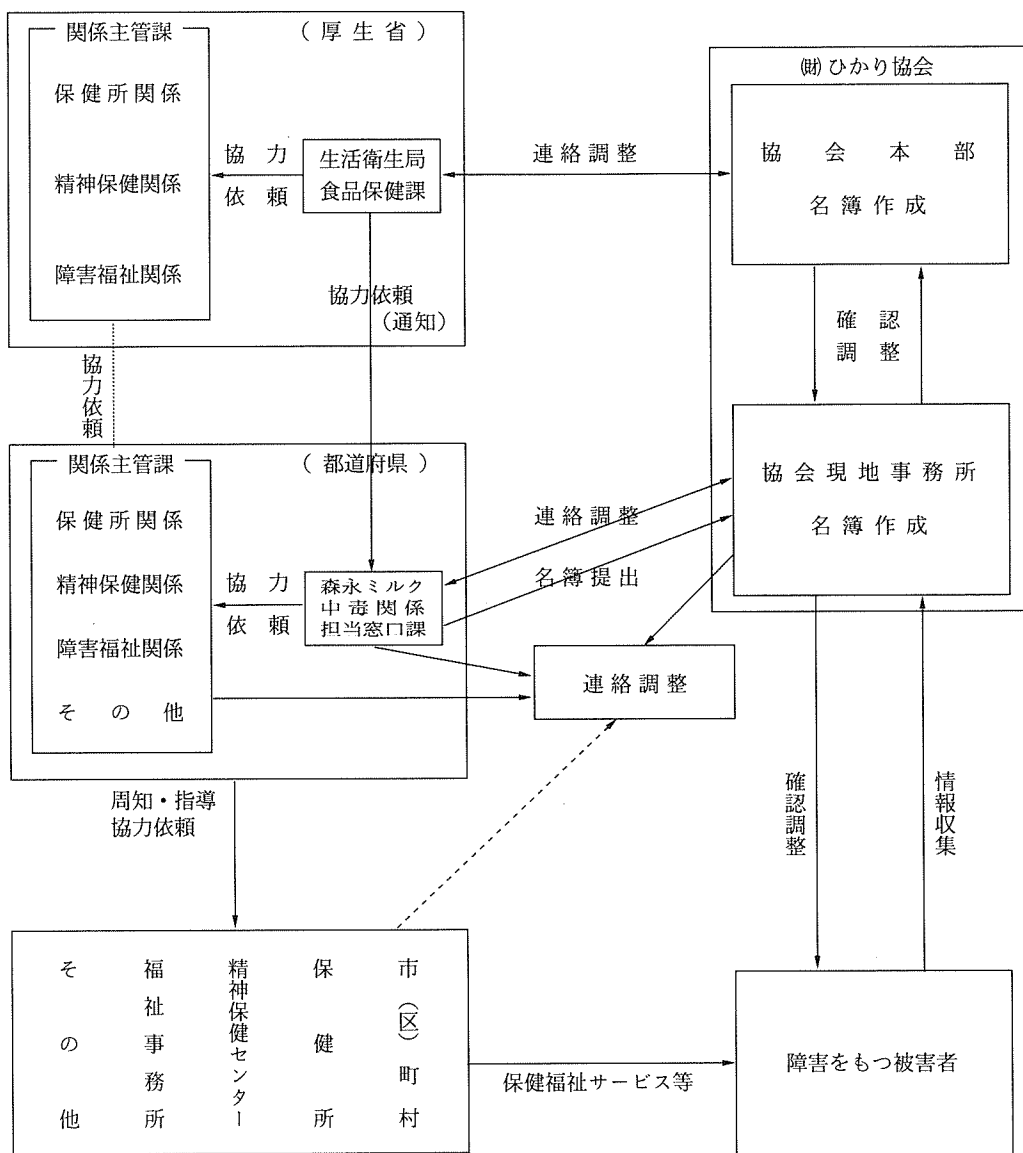
に諮問機関として評議員会を設けている。現地事務所には、保健・医療・福祉・法律等の専門家による地域救済対策委員会が専門的な相談指導にあっている。

これとは別に現地事務所には、被害者を中心とした協力員と保健婦・教育者等の専門性をもった相談員を配置し、相談事業を中心に事業の推進をはかっている。こうして、協力専門家の総数は500名を超え大きな集団の力として事業を支えている。また確認書に基づく行政協力

を積極的に求め、「守る会」もまた、協会運営と事業の面に参加している。

この結果、事務局の仕事は専門家・行政・守る会の三つの力に支えられて事業の推進をはかっている。行政の協力は、厚生省と関係都府県に担当する「窓口課」を定め、三者会談の確認事項に基づく協力体制をしいている(資料7)。

資料7 行政協力のフロー図



3) 問題点

(1) 守る会運動の原点と恒久救済について  
 「守る会」は69年全国的な再結集にあたり、一時金要求は掲げなかった。それは、55年当時親たちの運動が補償問題として宣伝され、『こどもを救い守る』親の真の願いが歪められていった苦い経験から、『こどもを元に戻せ』という人道的社会正義に立った運動を原点として出発した。その後、この運動の原点に立って恒久

対策案を作成し、その実現に力を集中した。

民事訴訟も形式的には賠償金を求めて訴状をつくったが、実態は判決を求めて一時金を獲得するのではなく、恒久対策案の実現を目的にした「守る会」の代表裁判であった。交渉も不買運動の目的も同様である。

森永事件では、賠償はどうなっているのかという疑問もあるが、それには、「守る会」運動の原点について答えなければならない。三者会談

の成立は、「守る会」運動の原点の到達点である。「守る会」はこれを「三者会談方式」と呼んでいるが、協会事業18年間の実践を通じ、この道の選択は間違っていなかったと確信している。

#### (2) 救済制度

この救済制度は一民間企業を相手にしたものであり、恒久的に資金を一企業で確保することが、一つの大きな課題となる。初年度の予算は3億4千万円で出発したが、92年度では14億6千万円である。

公的な救済制度がない我が国において、資本主義的企業経営と救済制度を両立させる課題は一つの試練でもある。

(3) 確認書の成立は、救済の第一歩にすぎない。

被害者の生存する限り三者会談を継続し、森永乳業は加害企業として救済資金を負担し、国(厚生省)は行政一般でなく、過去の責任において協会事業に全面的に協力している。「守る会」もまた、被害者の立場にたって事業を支えている。こうした行政も参加した三者の協力体制は「三者会談方式」の特徴である。「三者会談方式」の前提には、「守る会」組織の存在と正しい運動の継続・発展がある。いま父親の年齢は70歳前後に達し、「守る会」の会員構成が親から被害者へと移行しつつある。すでに、被害者が会員の半数を占め、役員にもなっているが、調印団体としての役割を担うには被害者を中心とした「守る会」運動の質が問われる。

#### (4) 認定問題

認定問題は、公害事件解決の第一歩である。森永事件は、55年当時の食品衛生法に基づく中毒患者として国(厚生省)の責任で中毒患者とされた。そのため、患者とは認定されなかった砒素ミルク飲用者が患者名簿に登録されていない。従って認定問題は、未登録者を救済する「飲用認定」<sup>(3)</sup>にかかわる問題である。「守る会」は三者会談の前から国(厚生省)の責任として、厚生大臣交渉の中で解決をはかってきた。そして、最終的には、国の責任を確認のうえ協会に認定委員会を設け、作業をすすめ、協会理事長と厚生大臣の連名で認定証明を行ってきた。

このことから飲用認定は「うたがわしきは救済する」という積極面を持ってきた。しかし、認定作業の開始が事件後18年も経過してからことから、砒素ミルク飲用者のすべてについて飲用認定ができたかどうかはわかっていないが、認定作業は概ね終了したと思われる。しかし、協会の認定委員会は解散していない。

#### (1) 五人委員会

被害者と森永乳業との被害補償などめぐる交渉が難航していた1955年10月に厚生省の意向を受けて経済人、医師、弁護士、人権擁護委員の肩書きを持つ5人で構成される委員会が発足した。その設立については、「被害者と森永乳業との考え方には、相当の隔たりがあって対立が深まってきたので、当局は、我々5人に委員会を結成し、事件の補償問題、付属することがらに関する意見書を作成するよう希望があり、また、森永乳業はこの意見書による解決案を誠実に履行すると約束し、かつ、当局も、主旨を尊重するというので我々は了承し委員会を結成した。」と提出された意見書で述べられている。(詳細は、森永ひ素ミルク中毒の被害者を守る会が1991年に出版した「守る会運動の歴史から『三者会談方式』を学ぶ」参照)

#### (2) 西沢委員会

厚生省が日本医師会会長に「ひ素化合物を経口的に摂取した場合のひ素中毒患者診断基準並びに治療指針の作成について」依頼し、その後小児保健学会協議の結果、大阪大学医学部の西沢教授を会頭とする6人の大学小児科教授によって構成される委員会がつくられた。日本医師会長を経て厚生省に出された答申には診断基準や治療指針の他に、治癒判断基準や後遺症についても言及しており、その後の行政実施の検診の判断根拠となった。(詳細は、森永ひ素ミルク中毒の被害者を守る会が1991年に出版した「守る会運動の歴史から『三者会談方式』を学ぶ」参照)

#### (3) 飲用認定

未確認被害者の「飲用認定」については、守る会の要請により、国が1977年9月に大阪府に委託して、飲用者把握のための作業を開始した。その基本方針は1) 認定作業は、未確認被害者の救済のために行なうものである。2) 判定に当たっては、形式的な基準を設けるのは適当ではなく、事例毎に検討して結論を出す、となっていた。この方針は、事件発生後18年経過し、被害者の責任とは言えない事情で証拠が散逸している場合も、被害者をもろさず確認することに配慮したものであった。この方針は後に協会の認定委員会に受け継がれた。(詳細は、森永ひ素ミルク中毒の被害者を守る会が1991年に出版した「守る会運動の歴史から『三者会談方式』を学ぶ」参照)



II-3. スモンの補償制度 (松浦一夫)\*

1) 薬害スモンの発生

昭和 37 年頃、北海道釧路方面で、また同 39 年埼玉県戸田市で下痢や嘔吐、そして激しい腰痛の後下肢障害や視力障害を残す原因不明の病気が多発した。その後、昭和 42 年頃には同じような病気が、岡山県井原市で発生し、奇病扱いにされ、医療疎外や村八分にあい自殺する患者さえ出た。

この様な状況の中で、厚生省はいわゆる前川研究班を昭和 39 年発足させたが、格別の成果を挙げることなく昭和 42 年には解散した。

しかし、その後も所謂スモンが多発し続け、厚生省は昭和 44 年 9 月 2 日「スモン調査研究協議会」(甲野礼作会長)を発足させた。昭和 45 年 8 月、新潟大学の椿忠雄教授がスモンの原因は整腸剤に含まれたキノホルムが原因であると発表した。

このキノホルム説に基づいて、厚生省は中央薬事審議会の答申により、同年 9 月 8 日付で、当時製造販売されていた 186 品目に及ぶキノホルムを含む医薬品の販売中止等の措置をとった。

2) スモン被害者の運動

スモン被害者は各地でスモンの会を結成、各地裁に被害者の完全救済等を求めて提訴した。

このスモン訴訟の意義は次の 3 点に要約される。第一はこの訴訟によって薬害スモンを発生させた国及び製薬企業の責任を明確にすること、第二は被害者に対して国及び製薬企業に賠償させるとともに、生きている限り恒久補償させること、第三は薬害発生のメカニズムを明らかにし、薬害根絶を目指していくことであった。

昭和 53 年 3 月の金沢地裁での勝訴判決以後、全国で九つの勝訴判決を闘い取り、この勝訴判決をてこに国及び製薬企業とスモンの会全国連絡協議会(ス全協)との間で確認書を交し、この確認書の中で、国及び製薬企業の責任を明確

にすると共に、いわゆる鑑定人団による鑑定によって症度 1・2・3 のランクを決め、症度 3 はさらに、重症、超重症、超々重症と三つのランクに分けられた。このランクに従って、症度 1 は 1,000 万円、症度 2 は 1,700 万円、症度 3 は 2,500 万円の賠償一時金(年齢、家族内での経済的ウエイト、主婦等を勘案した加算要素は別)の支払いが決定された。

その他に製薬企業は被害者に対して毎月 3 万円の健康管理手当を支給するという約束と、これを今後物価スライドさせるということ、症度 3 の超重症・超々重症者に対しては、月額 60,000 円、超々重症者に対しては月 100,000 円の介護手当を支給するという確認がされている。その後、この確認書とは別に、国との間で症度 3 の重症患者に対して、国が毎年、健康管理手当と同額の 30,000 円の介護手当を支給することを申し合わせ、以後実施されている。また、物価スライドについては、確認書で物価上昇 5% 以上の場合という条項があったが、全国的な行動で厚生省と交渉し、昨年度から毎年物価指数によってスライドさせるという成果を上げた。これらの諸手当の現状(1993 年 4 月)をまとめると資料 8 の如くとなる。

資料 8 スモン症度別手当額

	人数	健康管理 手当(円)	介護費用 (円)
症度 1	1,586	41,000	0
症度 2	1,762	41,000	0
症度 3			
重症	444	41,000	42,000
超重症	343	41,000	89,100
超々重	119	41,000	148,400
合計	4,254		

(1993 年 4 月現在)

3) 薬事二法の成立

スモン被害者は薬害根絶と被害者完全救済という二つの基本的要求を掲げて長期に亘って闘ってきた。特に「薬害根絶」のためには薬事法を改正し、我が国の薬事行政を根本的に改革

\*松浦一夫: スモンの会全国連絡協議会

する必要があると考えた。

このために「確認書」の調印では、キノフォルム被害者の救済のみでなく、国は「安全かつ有効な医薬品を国民に供給するという重大な責務をあらためて認識し、今後薬害を防止するために、新医薬品の承認の際の安全確認、医薬品の副作用情報の収集、医薬品の宣伝広告の監視、副作用の恐れのある医薬品の許可の取消など、薬害を防止するために必要な手段をさらに徹底して講ずるなど行政上最善の努力を重ねることを確約する」ことを被害者は強調し、国と製薬会社に同意させたのである。

この確認書により国は薬事法の改正に着手し、新医薬品の承認条件の改定、医薬品の副作用情報の収集義務、医薬品の宣伝広告の制限、医薬品の許可の取消要件および医薬品副作用被害救済制度の新設等を主とした薬事法改正案が国会に提出された。

この薬事法改正案は昭和54年4月25日に衆議院社会労働委員会で提案の趣旨説明が行なわれ、同年9月3日臨時国会で可決成立した。

あの悲惨なサリドマイド事件発生の際においても、薬事法の改正が求められていたが、政府は腰をあげなかった。今回の薬事二法案の国会上程がスモン勝訴判決の連続とその社会問題化におかれて政府がようやく重い腰をあげた結果である。しかしながら政府の上程した二法案には重大な問題が含まれていた。

それは既発のスモン等の薬害はこの法の対象とならないこと、また、企業に対して給付のための資金貸付は賠償一時金だけに限られ、健康管理手当などの恒久対策に要する費用には貸付出来ないということであった。

ス全協では各党の全社労委員への要請行動を連日行ない、法案の修正を強く求めた。そして薬事二法案は参議院で可決寸前に時間切れで廃案になったが、9月7日の臨時国会で可決成立し、翌年5月から「薬害救済基金」の業務を開始した。

昭和62年5月の法律改正で、研究振興基金が作られ同年10月1日より新しいスタートが切られた。

#### 4) 医薬品副作用被害救済、研究振興基金の問題点

薬害救済基金の運営資金は、医薬品業者が前年度の出荷量に応じて拠出し、また、薬害を発生させた企業からは別に「付加拠出金」を徴収し、場合によっては国が補助金を出すことになっている。

この拠出率は、この法律ができたときは売上の1000分の2と考えられていたが、スタートした時は1000分の1で、給付する件数が以外に少ないため、翌年には1000分の0.3になり、それでもまだ余るので更に1000分の0.1に下げられ、結局2年間に10分の1に低下してしまった。それでも資金が余っているということで、研究振興基金が作られた。

研究振興基金とは、製薬企業にとって利潤の少ない薬を開発するための研究助成というものであって、スモン被害者は副作用の被害の救済のためだったものが、救済基金の業務がいまだ完全に履行されていない現状、すなわち確認書の第4章、業務の第27条にある「救済給付の支給に係わる者について保健福祉事業を行なうこと」についてその実施が全くされていないということから、この改正には強く反対してきた。

また、この「救済制度」の最も基本的な問題点は加害責任に基づく損害賠償でなく、いわば恩恵的な「救済」の性格が強いことにある。それは判決による強制的な損害賠償を極力さけ、「救済」を掲げて和解による解決を急いだ国の法廷対策と同一のものであり、薬害を不可避とする企業の在り方にいわば国がお墨付きを与えたと言えるものである。

昭和62年度までに製薬メーカー約1200社等が拠出した「基金」は88億円にも達した。しかし、この8年間の総申請件数は僅か725件、そのうち支給が認められたのは462件、支給額は9億3,000万円にすぎない。しかし、全国の国公立大学病院など1049病院を対象にした厚生省のモニター調査だけで、昭和62年には854件(うち死亡33件)にのぼる副作用被害が発生している。

この数字と申請件数とのギャップは、申請に必要な投薬証明が医師から得られないケースが

多々あることによる。また、この救済制度について、医師も薬害に遭った人も知らないケースが多くあった。その上給付の申請手続きが複雑で、かつ医薬品を適正に使用したにも関わらず、副作用による健康被害が発生したという場合のみ救済されるというこの救済制度の性格にも原因がある。

厚生省中央薬事審議会(副作用被害判定部会)での審議に長時間費やされることも、被害者にとっては誠に不利益である。このようにこの救済制度には改善されるべき多くの問題がある。

薬害被害者にとっては、真の恒久対策の確立とこの救済制度の改善に向けて、次の点が重要であると考えられる。

第一は、医薬品副作用救済制度の民主的な運営を図るため薬害被害者を何らかの形で参加させること。

第二は、この救済制度についての知識を広める活動を行うこと。

第三には、同時に厚生省が指定している国公立病院より提出される副作用モニター報告に関する情報をすみやかに医師はもちろん広く公表すること。

第四に、救済に必要な申請手続きを簡素化すること。問題は薬の服用状況や診断書、投薬証明を医師に書いてもらうことがなかなか難しいことである。

第五に、私たちスモン被害者は患者の人間らしく生きる権利として恒久対策を求めて運動をしているが、この救済制度の保健福祉事業を早急に実施させ、患者が安心して療養できる状況を作り出すこと。遺族一時金も交通事故の場合のそれと比べて、かなり低い額である。

#### II-4. 水俣病の補償制度(豊田 誠)\*

##### 1) 補償制度を考えるひとつの視点

公害被害者やあるいは薬害・食品公害の被害者の補償制度を考える場合に、様々な問題があるけれども、私は2つの点から、この補償制度を考えるべきではないかと思っている。1つは誰が救済されるのか、という救済される被害者

の範囲をどうするのかという問題である。もう1つは補償の内容が金銭賠償の問題だけになっていないのかということである。被害者達は、被害から逃れられない、死ぬまで被害と離れることなく生活していかなければいけないという点からみて、医療の援助だとか、社会復帰の援助といったものが、どういう具合になっているのか、金銭賠償だけにとどまっていらないのか、本当に被害者達が日常生活の中で援護を受けられるような形での補償体系ができていないのかということである。

##### 2) 被害者を社会的に認知させる難しさ

前者の、誰が救済されるのかという、救済の範囲をめぐる、いまだに論争が続いている。その代表的な事例は水俣病である。森永砒素ミルクにしても、キノホルム剤によるスモンにしても、原因物質が商品という形態をとっている限りは、原因がわかると販売中止の措置が取られる。その限りにおいては原因の作用はそこで止まる。しかし、富山のイタイタイ病にしても、熊本や新潟の水俣病にしても、工場が原因物質を流さないという措置をとっても流れ出した水銀などが環境を汚染していて、作用は完全には止まっていない。そこで、富山のイタイタイ病の場合は、農地の復元事業など、大変な長い事業が今も続いており、熊本の水俣病では、高度に汚染された海が埋立られて、あとはバキュームカーみたいなものでヘドロを吸い上げるというだけの措置で、いまだに水俣湾は高濃度の水銀に汚染されている。だから、その海の魚だけを食べ続ければ今でも水俣病が発症する恐れのある数値を含んだ魚が、うようよ泳いでいる。網で仕切ってあるとはいっても、魚の生態から考えれば外海に出たり入ったりしているわけで、一旦、環境の汚染による公害被害が発生してしまうと、本当に環境が復元するまでは、健康被害が発生し、あるいは発生する危険性が持続する。こういう状況の中で誰が救済されるべきなのかという論争は、実に難しい問題を含んでいる。

私は水俣病の問題で30数年にわたる闘いをやってきたけれども、結局一体何をやってきた

\*豊田 誠: 弁護士、水俣病全国連絡協議会

のかといえば、被害者を本当に被害者として社会的に認めさせるということです。しかし、それはいまだに決着がついていないんだと考えている。それは症状の軽い人達が問題になってきて、医学的判断が非常に困難になってきたという面もあることも事実である。しかし現実に環境が汚染されて、今だって食べる魚の中に水銀が入っている上に、イタイイタイ病でも問題になっているのと同様、高齢化によって発症してくるという問題がある。そういう状況の中で、未だに被害者を被害者として認知させることが確実にできていない、これが35年の歴史の現状である。

その現実をまず水俣病の補償制度の歴史的展開から示してみよう。

### 3) 水俣病における補償制度の史的展開 (資料9)

#### (1) 見舞金契約=第1段階

第1段階は、1956年5月の水俣病の公式確認から始まる。1959年7月には熊本大学から有機水銀説発表があり、チッソによる公害であることが明白になる。続いて11月には、厚生省の食品衛生調査会水俣食中毒部会も有機水銀説を答申する。そして12月には、見舞金契約となるのである。しかし、見舞金契約は、重症のごく限られた患者に対し、責任と原因を不明確にしたまま、低額の金銭を支払うことによって、水俣病問題は終わったとする幕引きのねらいをもつものであった。それは、食品衛生調査会水俣食中毒部会が答申翌日に解散させられ、国として

資料9 水俣病認定制度のあゆみ (原田正純)

年(昭和)	認定者数	棄却者数	保留者数	
31	50	—	—	審査制度以前 主治医・専門医による診断 原因究明・見舞金契約
32	14	—	—	
33	4	—	—	
34	11	—	—	
35	5	2	—	水俣病患者診査協議会 胎児性以外なく開催されず
36	2(剖検)	—	—	
37	16(胎児性)	—	—	
38	0	—	—	
39	5 (胎児性 4)	1	—	
43				政府“公害病認定”(9月) いわゆる旧認定の最後
44	5 (胎児性 1)	?	—	
45	5(16.1)	11(35.4)	15(48.3)	公害被害者認定審査会(1.26) 環境庁裁決、次官通知 武内審査会(8.7) 熊大二次研究班 第一次訴訟判決(3月) 第三水俣病シロの判定 審査会改組、審査会開けず 大橋審査会 認定要件の設定(7月) 次官通知(7月) 第二次訴訟判決 検診拒否運動拡がる
46	58(89.2)	1(1.5)	6(9.2)	
47	154(78.1)	10(5.0)	33(16.7)	
48	298(59.3)	42(8.3)	162(32.2)	
49	73(40.7)	32(17.8)	74(41.3)	
50	128(22.7)	24(4.2)	410(72.9)	
51	110(15.6)	90(12.8)	503(71.5)	
52	174(19.0)	92(10.0)	648(70.8)	
53	143(12.9)	296(26.8)	662(60.1)	
54	117(9.1)	601(46.8)	566(44.0)	
55	52(4.0)	845(65.7)	385(29.9)	
56	51(6.0)	448(53.3)	340(40.5)	
57	66(11.6)	319(56.1)	183(32.2)	

のこれ以上の原因究明が打ち切られたことにもよく表われている。

(2) 勝訴判決、協定書＝第2段階

しかし、チッソは水銀を流し続ける、環境は汚染されていく、被害はどんどん広がるといふ状況が生まれて、第二段階を迎える。すなわち、患者達が裁判に立ち上がるのである。そして、

1973年3月、水俣病訴訟で勝訴判決が出され、被害者と企業との間で補償協定書が締結された。

補償協定書は、勝訴判決にもとづく企業責任をふまえたものであり、行政による「認定」患者に広く適用される道を開いたものであった。その内容は資料10、資料11に示した。

資料10 水俣病補償協定書の内容

	A*	B*	C*	備 考
慰 謝 料	1800万円	1700万円	1600万円	近親者分は別途
終身特別調整手当	142,000円	73,000円	54,000円	物価スライドあり
葬 祭 料	463,000円			物価スライドあり
介 護 料	35,800円			補償法の介護費に1万円加算
医療手当	通院2～7日 8日以上 入院7日以内 8～14日 15日以上	18,200円 20,200円 20,200円 26,500円 29,200円		
医 療 費	補償法に定める医療費に相当する額を支払う			

\* 水俣病患者交渉団とチッソ株式会社との補償に関する「協定書」(1973年7月9日)で、慰謝料は死亡者、A、B、Cランクに区分した額を支払うことが決められ、このランク付け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り構成された委員の定めるところとなっている。

資料11 水俣病患者医療生活補償基金 7億円

おむつ手当	10,000	運営：県知事 水俣市長 患者代表 チッソ 管理：日本赤十字
介添手当	19,100	
香 典	100,000	
就学援助金	(胎児性水俣病)	
マッサージ	年間25回×1,000	
通院手当	5km未満 250. 10km未満 260 10km未満 380. 20km未満 570	
温 泉	温泉券 A B 本人券 付添い券 宿泊 3400×4 3400×4 日帰 600×32 600×4 C 宿泊 3400×4 1700×4 日帰 600×32 300×32	

(3) 認定基準の厳格化による切捨て＝第3段階

第3段階は被害範囲の拡大による補償額の増大の将来が一企業では負いきれなくなるようになること、それとあわせて徳山湾、有明海で第3、第4の水俣病の問題が持ち上がり、業界に大きな衝撃をもたらしたことによって、水俣病否定の動きが一層強まった時代である。

1974年には、第3、第4水俣病の否定が医学者も加わって行なわれ、それに連動して感覚障害だけでは水俣病とはいえないというような主張が強められ、77年に環境庁が出した水俣病の「判断条件」なるものは、水俣病認定の要件を厳しくした患者切り捨ての基準であった。大量の患者が、水俣病であることを否定され、「にせ患者」論とあいまって苦渋の生活をよぎなくされてきた。

(4) 司法救済システムの確立をめざして＝第4段階（現在）

そこで、被害者らは黙っていられなくなっており、1980年5月、行政をも相手にして第三次水俣病訴訟が各地で提起された。これが第4段階で現在に到っている。87年3月には全面勝利判決を得るなどしてそれを基に89年1月、全国連は司法救済システム確立の方針を決定した。そして、90年9月の東京地裁・和解勧告以後、各地であいつぎ和解勧告が出された。91年12月には中公審は「総合対策の必要」を答申、92年に入ると福岡高裁を中心に和解協議が開始された。

その司法救済システムとは、「認定」よりも巾広く救済する基準とその被害の実情に即応した補償（救済）とを、司法の場で定めていこうというものである。これにより「判断条件」を実質的に変えようというものである。

4) 水俣病患者の補償要求と現行補償制度の問題点

水俣病患者の要求する補償の原則は、

- イ. 水俣病患者であることを認めること
- ロ. 加害企業と行政の責任に基づくものであること

ハ. 補償の内容は、一時金、継続的給付（年金的なもの）、医療費の三本柱からなるものであること

ニ. 司法救済システムを確立し、これによって未提訴患者にも救済の道を開くものであること  
の4条件である。

これに対して、水俣病の現行補償制度は、歴史的な条件を反映した、それなりの内容をもつものではあるが、最大の問題は「認定」の基準が厳格化されたことにより、大量の患者が切り捨てられて、この適用を受けられない状況になっていること（協定書の形骸化）、そのため、医療、機能回復、社会復帰などの多くの課題がありながらも、患者の社会的自立をめざすこうした課題に手がついていないという問題を残している。

5) 結 び

水俣病の健康被害は次頁の図のように広がりをもって存在している。我々はこの図の点線より上にあるものは全部救済しよう、そして点線より下の部分については、地域的な医療でもって健康管理事業をやることによって住民の健康を守っていこうと考え、それを環境庁に提案し、その一部は92年6月から始まった環境庁の総合対策に取り入れられている。

しかし、水俣病の闘いは、患者を水俣病患者であると認めさせる闘いでもある。水俣病の全貌を明らかにするには、もう一回、大きな医学的・疫学的研究の力が加えられなければならないと思っている。

しかし、また一方で、患者がその社会的不利益をのりこえて公害被害者であると名乗り出るには、救済体系の確立をめざす闘いが不可欠である。医学と法学との共同した作業は、奪われた人権の回復をはかる道を開くことができるし、切り開いていかなければならない。

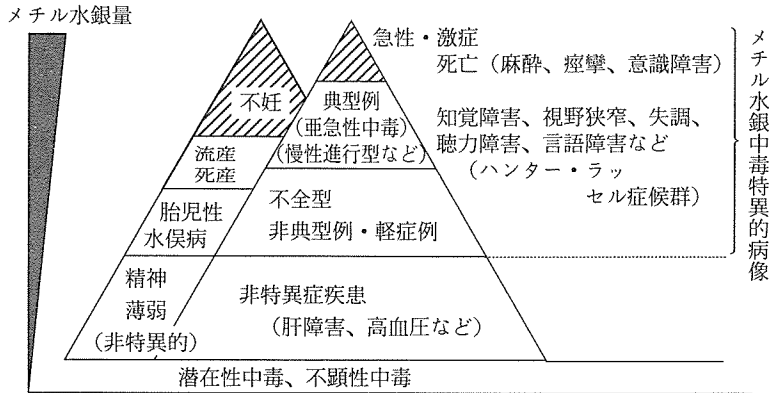


図 メチル水銀量と症状との関係 (原田正純)

### Ⅲ. 討論のまとめ

#### Ⅲ-1. 「認定」問題をめぐって

1) スモン及び森永砒素ミルク被害の「認定」は、被害の原因物質が除去されているので現在は主要な問題点とはなっていない。

森永砒素ミルク被害の場合は、最近では年間1～2件の「飲用認定」の申請があるが、ひかり協会内の「認定委員会」で処理<sup>(2)</sup>されているので問題が起きていないといえよう。

スモンでは裁判による判決を経たうえで「鑑定」申請となるので、近年はほとんど鑑定申請がないのが実情である。しかし、『最近、スモンとして特定疾患の治療対象になっていた人(京都府)が提訴しようとしたが、提訴に必要な資料が今の時点では入手できず提訴できなかった患者もいる(松浦一夫)』。また『被害者の加齢に伴い症状が重症化し、鑑定時点での認定症度と矛盾する例が問題となっている(松浦一夫)』。

現在でも「認定」問題が事件の重要な課題であるのはイタイタイ病及び水俣病である。

イタイタイ病の認定基準は1972年6月の環境庁企画調整局公害保健課長「通知」が基本となっているが、富山県「公害健康被害認定審査会」では1979年7月に認定4条件の解釈に

関する「第一内規」を、1983年3月には骨生検の取り扱いに関する「第二内規」を作成して対処してきた。しかし『これらの「内規」は非公開となっているので絶えず患者認定に関して論争が生じている(木澤進)』。また審査委員の選任にも『被害者の意見が取り入れられない(木澤進)』ことから絶えず問題となってきた。このため1988年に提訴された公害健康被害補償不服審査請求に対し、7名中4名の不認定を取消し「認定」すべきであるとした1992年11月の採決を受けて出された、1993年4月の環境庁課長通達により、最近ようやく認定基準の改善が得られ、『過去に生検又は剖検所見を添えて認定申請したが、不認定となったまま死亡した約20名の取り扱いがこれからの問題(木澤進)』である。しかし認定された人も生存中に救済されないので死後になってようやく認定となるところに重要な問題がある。

水俣病では、『水俣湾周辺の何千人ともいわれる感覚障害者の存在からみて、症状の組み合わせという認定の「判断条件」そのものの非合理性と認定委員会の委員の医師としての良識に問題がある(豊田誠)』とされている。『水俣病の認定の立場からみると、問題が発生した時点で十分な疫学的調査を行なっておれば今日のような混乱がなかった。発生当時昭和35～36年、毛髪の水銀検査が行なわれているが不十分なものであり、しかもその結果は公表されてい

ない。イラクの場合は研究者はすぐに毛髪水銀値を調べているが、その毛髪水銀値と末梢感覚障害、失調、難聴、視野狭窄等の症状との相関関係が明確であった。今日、熊本水俣病での「末梢の感覚障害」問題も、過去の毛髪水銀値の疫学データがあれば全然問題にならないであろうが、水俣では38年間行なわれてこなかった。今日の認定問題は客観的データがないところで末梢の感覚障害だけではダメで失調がなければというような不毛の議論をしている（豊田誠）』のが現状である。

2) 公害・被害被害の場合にはいつもボーダーライン層といわれる被害者の認定と救済が問題になってきた。

この問題に関して、『イタイイタイ病、スモン、水俣病のいずれにしても医学診断基準をもって被害者の認定をしているところに被害者の切り捨てがおきているという共通点があり、医学診断基準をもって被害者の認定をする限り被害者の切り捨ては必然的におきる。ボーダーライン問題は救済事業の内容の問題である。森永の認定の基本は被害の状況によって金銭的な補償の必要な人、健康管理が必要な人と、その必要性の違いによって現実の救済内容が異なったものになっている点の特徴である（山下節義）』として、ボーダーライン問題との関連で何を目的に「認定」するのか？ という基本的な立場から認定条件を検討する必要性の指摘がなされた。

またこれに関連して、『イタイイタイ病、新潟水俣病、熊本水俣病、また大気汚染の訴訟でも、裁判を起こしている人達は被害者の全てではない。しかし裁判に勝って、企業なり国との間で協定書を結んだ時には、裁判をした人達だけが救済されるというのでは矛盾がある。

誰が救済されるべきかという範囲については、昭和47年から48年の時代では、公害健康被害補償法（旧の法律も同じ）で認定された患者については救済しようというルールができて、一応機能してきた。しかしこの場合にもいくつかの問題がある。国の公害健康被害補償法で認定された人は患者、認定されない人は患者

でないという線引きの問題である。従来は、線引き作業によって認定されない人を含む地域の集団についてはもっぱら行政の、例えば熊本県や新潟県の行政の対策に委ねられてきた。しかしこのような環境の広範な汚染の問題については、はっきり線を引くのはおかしいのではないか。公害健康被害補償法で認定されない人はすべて被害者ではないと割り切ってしまうところに医学なり地域の医療のあり方をめぐって問題が残っている……被害・公害地域の地域健康管理体制の重要性からしても、認定基準や判断条件による切り捨てではなく森永砒素ミルク事件の救済内容のような選択という考え方を参考にする必要がある（豊田誠）』と同様の趣旨の指摘がなされた。

3) またこれからの大きな課題として、カドミウム腎症の公害認定の必要性が指摘された。『カドミウム腎症は骨軟化症の先駆症状であることは既に明らかにされてきているので、この腎症患者も公害患者として認定されるべきである。……四大公害裁判までは、公害の責任を企業や国がとるべきなのかどうかという問題については社会的に十分な合意がなかった。しかし四大公害裁判が取り組まれ、この結果、企業の責任なり国の責任なりというのが明らかになってきた。その結果、個々の被害者が訴訟を通じて問題を解決しなくても行政的に解決できる、という流れになってきたのが公害健康被害補償法の到達点である。しかし、その認定と補償の内容に不十分な点が残されており、それらについて今後どう対応していくかが問題である。イタイイタイ病に関して言えば、イタイイタイ病の前駆症状をどう位置づけるかについてはいろいろな考え方があるが、少なくとも典型的なイタイイタイ病の前段階、すなわち腎臓が侵されていて治療を要するいわゆるカドミウム腎症の人達に対して、これを公害病と認定して適切な措置をするということが必要だと考えるが、これからはそれを行政的に認めさせる事が大事な点である。また腎臓が侵された初期の段階から骨軟化症に至る過程についても、治療等を含めた十分な研究が必ずしも行なわれていない



(木澤進)』

4) 以上の発言を要約すれば、公害・薬害被害者の救済・補償には一定の認定制度が必要であるが、イタイタイ病の「内規」や水俣病の「判断条件」のような矛盾点等を科学的に明らかにし、改善してゆく必要があること。同時に認定制度はあくまでも救済制度の適用の必要性からのものであり、そのような観点からこれまでの公害・薬害被害者の認定制度は再検討されるべきことが討論された。

5) それぞれの事件の「被害者」数とこれまでの「認定患者」等の現状は以下の如くである。

#### \*イタイタイ病

1979～1984年に行なわれた神通川流域住民に対する環境庁委託健康調査の対象者は7,845名(50歳以上)、富山県単検診事業の対象者(45～49歳)は1,638名、合計9,484名である。この検診受診者のうち、第二次検診対象者は916名であり、第三次検診対象者は404名となっている<sup>(4)</sup>。イタイタイ病被害者のこれまでの総数は今日でも明らかでないが、石崎有信は法廷で「1000名を下らない」と証言している<sup>(5)</sup>。

一方、イタイタイ病「公害認定審査会」ではこれまでに「認定患者」178名(現存者15名)、「要観察者」330名を決定している。この330名の要観察者はその後、43名が認定患者となり、130名が死亡し、147名が解除され、現存の要観察者は10名である(1993年11月現在)<sup>(6)</sup>。

以上のように『神通川流域では今日まで444名が救済を受けたこととなる(木澤進)』が、相当数の被害者が認定・救済されてこなかったこととなる。

#### \*森永砒素ミルク被害者

認定患者の現状は資料5の如くである。1956年6月9日に厚生省が発表した砒素中毒児は12,131名(内死亡130名)であり、この患者はほぼ必要な認定を受けている。

現在ひかり協会が把握している患者は13,414人であるので、当時砒素ミルクを飲用して中毒症状を発現した被害者の大部分はカバーされて

いるのであろう。

#### \*スモン

厚生省がスモンを薬害と認定した時点での患者推定数は11,007人である。一方、提訴患者は1993年10月現在、6,490人である(提訴率59%)ので、4,517人、約40%の被害者は鑑定を申請せず、従って認定・救済を受けていないこととなる。

#### \*水俣病

1993年11月現在で、水俣病の認定を申請した者は11,400名(熊本県9,131名、鹿児島県2,269名)であり、そのうち認定された被害者は2,256名(熊本県1,769名、鹿児島県487名)19.8%である。

認定後に死亡(死亡後剖検して認定された10数名を含む)した患者は1,108名(熊本県913名、鹿児島県195名)であり、生存する認定被害者は1,148名(熊本県856名、鹿児島県291名)となっている。

これまでに認定を申請したが棄却された者は12,895名(熊本県9,628名、鹿児島県3,267名)である。

また「総合対策」の「医療事業」として医療給付を受けている被害者は2,576名(熊本県)であり、「治療研究事業」の対象者(認定作業の未処分者)の数は県当局が発表しないので不明である。

認定を棄却され訴訟を提起している被害者は1,943名(水俣病第三次訴訟患者数1,378名、東京訴訟患者数369名、京都訴訟患者数141名、福岡訴訟患者数55名)であるが、このうち既に約203名が死亡している。

有機水銀汚染を被っていると推定される被害総人口は20～32万人と推定され、水俣病(四肢の神経障害を含む)を発病している患者は数万人～20万人と推定されている(藤野紘)ので、水俣周辺での有機水銀汚染の被害者の救済は未だほとんど行なわれていないとも言えよう。

### Ⅲ-2. 被害者救済補償制度をめぐって

1) 今回取り上げた四つの事件では、ともに企業責任は明確となっている。また行政責任に

については、森永砒素ミルク事件とスモン事件については一定認定され、「ひかり協会」の構成や薬事二法の改訂として被害者救済補償制度に反映されてきた。一方、イタイイタイ病事件ではこの行政責任は争われなかった。水俣病事件ではこの行政責任の有無が今日の大きな争点となっている。従って、イタイイタイ病及び水俣病の被害者救済補償制度には、行政の責任が十分に反映されていないと言える。

2) 今回取り上げた四つの事件は、裁判を捩として被害者救済補償制度を締結している点で共通している。この補償制度の柱の一つである慰謝料については、スモン、イタイイタイ病、水俣病の認定患者には支払われている。この慰謝料の金額は、単純に比較できないが、スモン > 水俣病 > イタイイタイ病となっている。

森永砒素ミルク事件では、こどもを守ることを運動の原点におき、事実上「賠償」を問題にしなかった(大槻高)ので、慰謝料に類する一時金が支払われていない点が異なっている。森永砒素ミルク事件では幼児の罹患という条件もあって、慰謝料よりも患児のこれからの長い生活に対する救済という「こどもを守る会」の親たちの願いが考慮されたのであろう。

四つの補償制度は、ともに、名称はそれぞれの事件で異なるが、健康管理手当や介護手当及びリハビリテーション関連の日常的な医療費(例えばマッサージ・通院費用等)が、その金額に多少の差異はあるが、給付されている。

3) 救済補償制度の考え方では、森永砒素ミルク事件の場合は現在の公的な社会保障制度の給付を補足する立場で制度の運用が考えられている点特徴的である。

『森永事件では裁判をしたが賠償問題を重視しなかった。確認書や補償協定書といっても事件の性格や運動の経過によってそれぞれ異なるのではない。したがってどれが良く、どれが悪いとは言えない。問題は持続的な健康管理事業をどう進めるのか、これに対して国や県をどのように関連させるべきか(森永砒素ミルク事件では、救済事業の実施のために17の関係都府県に、担当する「窓口課」を設定させている)、また環境改善事業や全体に及ぶ様な補償、救

済、支援策がどのように取られるべきかが重要である(大槻高)』

4) 救済システムについてみると、森永砒素ミルク事件では「こどもを守る会」、国、加害企業の三者の合意によって設立された「ひかり協会(公益法人)」が対応し、被害者の要求が比較的反映されやすいシステムとなっている。しかし、救済の資金が一私的企業であるので、今後の継続性という問題では不安が残っている(大槻高)。

一方、スモン、水俣病、イタイイタイ病事件の救済システムは「公害健康被害の補償等に関する法律」に基づくことになっている。しかし一方、被害者の要求を絶えず補償制度に反映させるには一定の日常的な努力が必要となっている。

5) 『ボーダーライン問題は救済事業の内容の問題である(山下節義)』として、患者の救済補償制度を論議する際にはボーダーラインといわれる患者の救済のシステムが大切な問題である点も指摘された。これに関連して、『熊本の水俣病について言えば、認定されると1,600万円の一時金プラス年金プラス医療費が補償される。しかし認定されないと全くゼロである。さらにボーダーライン層に対する医療、健康管理の対策がまったくない。私は認定の幅を広げる、同時に補償金の額にこだわらず、もっと被害の実情にあった広い範囲での救済補償体制をつくるべきだという立場から「司法救済システム」を提案している。つまり裁判所での救済の幅を広げるという提案である。環境庁もようやく本年の6月1日から総合対策事業を提案してきている。これは認定されていない原告に対して医療費と療養手当を月1万6千円~2万円を出し、地域については健康管理事業をやるという内容である(豊田誠)』

6) 更にイタイイタイ病や水俣病の場合には、被害地域の持続的汚染の問題や、健康被害の程度が軽症から重症まで多様である特徴がある。また水俣病では汚染地域が限定しにくく、しかも広範囲である。従って、これらの救済制度にはこのような特徴に対応する「地域健康管理制度」の必要性も指摘(豊田誠、木澤進)さ

れた。

### Ⅲ-3. 被害者の恒久対策について

今回取り上げた公害・薬害事件で、公害・薬害被害者と認定された人は一定の救済制度で対処されることになっている。しかし、これらの人々も発病してから長期間経過し、更に加齢に伴って医療、生活、社会復帰の面で新たな困難な問題に遭遇している。したがって被害者の恒久的救済補償対策が欠くべからざる課題となっている。

1) 森永砒素ミルク被害者のこの面での問題は以下のものである。

- \* 神経障害に対する研究・治療法の開発。
- \* 森永乳業という私的企業相手の救済事業であるので、今後の継続的補償のための財源の確保。
- \* 「守る会」構成員（被害者の親、被害者、関係者）の高齢化とともに、会が今後弱体化する可能性が強く、今後、「確認書」の調印団体としての「守る会」の機能を維持していく方策。
- \* 「確認書」を遂行させるための「三者会談」の継続の保障をどうするかこれからは被害者自身が被害者の救済に関わるという新しい問題があること。

これらの課題に対処するために、「守る会」の主体を被害者の親から被害者自身に移行させる「受け皿組織」を作り、これに「確認書」の調印団体としての機能を継承させる努力をしている。救済事業の面では『被害者自身が協会事業の協力員となる方向（大槻高）』がとられている。また『救済事業は「ひかり協会」が行なっている。しかし行政、企業、被害者の三者が協力するという立場からみると、行政（保健所）の協力という点ではいくつかの問題が出てきている。関係都道府県の窓口課を中心とした協力（大槻高）』の充実が求められている。

2) 1981年のスモンの会全国連絡協議会（ス全協）第6回代表者会議で決定した「スモン患者の恒久補償要求」<sup>(7)</sup>がスモン患者の恒久対策の今日の問題を端的に示しているが、最近の患者の要望<sup>(8)</sup>は次のようである。

\* 介護手当の支給枠の拡大。介護手当は現在は症度Ⅲのみに支給されているが、これを被害者の実情に照らして支給枠を拡大すべきである。

\* 常時異常知覚に悩まされていることから、その治療法の研究と開発。

\* 特定疾患治療研究事業のはり灸、マッサージ助成制度の拡大。

\* 専門病棟、長期療養施設の整備。

\* その他、加齢に伴う合併症の併発とも関連し、スモン研究班の検診事業の継続、合併症治療の公費負担、補装具の交付、生活福祉資金貸付等事業の拡大。

これらの要求のなかで今日特に切実な課題は次のようである。

被害者の加齢（平均年齢68歳）の進行に従い生じている腰痛、白内障、関節痛、高血圧、心疾患、歯疾患等の合併・悪化と、歩行・視覚障害の増悪に対する恒久対策<sup>(9)</sup>である。その当面の要望として、合併症の治療の無料化、はり・灸・マッサージ治療費公費負担の増額がある。また、94.9%の患者が介護を家族に依存しているが<sup>(9)</sup>、この家族介護者の高齢化と介護力の弱体化をどうするかも問題となってきた。更に、高齢化とともに健康管理手当が生活費の重要な部分となっており、健康管理手当金の増額の要求も切実である。また人数が少ないが、これから壮年期を迎える若年発症スモン患者の要求にどのように対応するかも新たな課題となってきた。『恒久対策の問題で、ス全協と厚生省が毎年協議し鍼灸手当などの改善、スモン手帳の発行などが行なわれているが、政府は基本的には確認書ですべては終わったという考えであり、なかなか進んでいないのが現状である。今問題になっていることは、介護者がいなくなった患者をどうするか？がこれからの課題である。多くの患者は高齢化し、介護事業の拡大を要求している。中間施設の充実、保健所の対応の強化などが今後必要である（東田敏夫）』。

患者間の連携にも問題が生じている。従来は各県の患者会は県内の患者の要求を把握し、その要求に具体的に対応する機能を果たしてきた。しかし、被害者の高齢化と死亡による組織

人員の減少等から、患者会としての結束の弱体化と財政基盤の悪化は、各県での患者要求の把握とその解決を困難にしている（各県のスモンの会の組織状況の差異にもよるが）。

また被害者の死亡による減少（現在の推定生存被害者は約 4,000 人）は、従来の患者会の分散傾向を増長させ（東京第一、第二グループ、スモン全国会議、ス連協、ス全協等と分散、しかもこれらに加入している被害者は合計して約 60%、ス全協でも現在約 1,300 人を結集しているにすぎない）、これまでのような個々の患者の恒久的なフォロー体制が脆弱になってきている。

更に、従来は患者会の運動に対して医療従事者が支援していた府県もみられるが、近年その支援体制も途絶し、止むをえず地域の難病連等を通じて個々の患者の苦情がス全協や関係行政機関に寄せられているところもある（例、オムツ代の支給、生活保護適用の際の健康管理手当と生活保護基準の関係の問題等）。これは当初各県県庁に設置された「スモン係」の機能がその後十分機能してこなかったこととも関連している。『公害・薬害問題で今日大切な問題は地域での健康管理である。その点で保健所の果たすべき役割が大きい。しかし今日の保健所は、原因がはっきりしていない疾患に取り組むべきかどうかという疑問がなげかけられている（木下安子）』。

以上のように、どのような救済制度があっても、それぞれの被害者は地域で生活しているのであり、従ってこれらの救済制度が地域での日常的なケアと結びつくものであることが求められる。

3) イタイイタイ病では現存する認定患者は 15 名、要観察者は 10 名の少数であり、イタイイタイ病対策協議会は医療補償協定に基づく請求手続きを毎月行う中で、患者・要観察者の状況を把握している。つまり、イタイイタイ病では生存認定被害者のフォローが十分に行なわれており、スモンや森永砒素ミルクの被害者のような問題は少ない。

しかし『イタイイタイ病に関して言えば、カドミウム腎症とも関連してカドミウムに汚染さ

れた地域全体の復元が求められる。農地に関しては 1500 ヘクタールのうちの 500 ヘクタールの復元が終わった段階である。農地に限らず地域全体の環境と、その中で人体影響がどのように進行していくのかとか、こうしたことを総合的に管理する体制がない。部分的に住民健康診断が行なわれているが、こうしたことを総合的にやる体制としてイタイイタイ病「地域住民健康管理システム」を作るべきである（木澤進）』。

4) 水俣病ではイタイイタイ病と同様に現在も汚染が続いているが、問題はより深刻な形で存在するといえよう。『スモンや森永砒素ミルク中毒ではその汚染原因が商品であるので販売停止すればそこで汚染の拡大がない。しかし、富山のカドミウム汚染や水俣の水銀汚染では、一旦汚染されると、それが完全に取り除かれないかぎり、汚染が継続する。このことが、誰が、どのように救済されるべきかの論議を複雑にするのである。これまでの長い水俣問題論争を振り返ると、環境が現在も汚染されていることを前提として被害者を社会的に認知させてこなかったのではないかと考えられる』『これまで被害者への補償が金銭賠償だけになってこなかったか？ も問題である。被害者は障害をもって今でも生活しなければならないのであるから、これまでの補償条件が医療、社会復帰等の援助について十分であったかどうかも問題である』『被害者救済の基本は総合的であるべきである。水俣に関して言えば、「メチル水銀量と病状との関係」の三角形の図の点線以上の部分は法的に救済すべきであり、点線以下の部分は恒久対策として地域的な健康管理事業を実施し、常時住民の健康状態を把握してゆくことが大切でないか（豊田誠）』。

5) 以上のように各被害者ごとに恒久対策上の問題があるが、共通するのは個々の被害者の持続的な健康管理と汚染地域全体の継続的な対策である。

それは被害者自身の成長・高齢化に伴う心身の障害の変化、要求の変化にどのように対応するかが重要な問題であるからである。

森永砒素ミルクでは 4 年に 1 回の全被害者訪問が行なわれている。スモンでも経年的な検診

が行なわれている。しかしこれらの検診に関して『スモン研究班は経年的にスモン患者の検診を実施している。しかし単に病気の程度を調べる検診ではなく、アフター・ケアのためになる検診であるべきである(東田敏夫)』という意見がある。

このことはイタイイタイ病、水俣病の認定患者でも同様であり、特に「要観察者」「保留者」とっては重要な課題である。

この継続的な健康管理では、発病者のみでなく、環境汚染の場合はその地域住民全体の検診が必要でもある。『食べた魚の種類によっても汚染量が違う、その魚でも回遊魚では特定の土地に固定していなくて捕れる、また食べた量、これらの条件で大気汚染のように地域によって汚染量を特定できない問題がある。従って患者がきちんとした医療が受けられる体制を保障する、地域住民には地域健康管理体制を保障する必要がある。その意味で保健所の役割が大切である(豊田誠)』。『ボーダーラインの病像の患者が必ず存在する。問題は誰が救済されるべきか、その補償の内容はどうあるべきかであろう。この観点からすると、水俣のように破壊が大変広い範囲に広がり、しかも現在にまでも長く続いている場合の救済・支援の方法と、森永砒素ミルク被害者のような一定限定された被害者が裁判によって補償を獲得してきた場合の救済・支援の方式の両者が存在するのでないか。前者の場合には豊田氏の提言のように広い範囲の健康管理の事業がどうあるべきで、それに行政がどうかかわるべきか、あるいは環境改善事業というような全体に及ぶような補償・救済支援策が取られるべきではないかと考えている

(北野博一)』。

(本論文では、シンポジスト各氏の論旨は講演予稿をほぼそのまま転載したが、あらかじめシンポジスト各氏の了解を得て、文意を明らかにする必要上特別な用語等の前後に筆者が加筆または注記した部分もある。

この論文の作成にあたっての社会医学研究会事務局の滋賀医科大学予防医学講座の渡部眞也教授並びに教室員各位のご援助に感謝する。)(1993年12月)

#### [参考・引用文献]

1. 筋昭三. 保健婦のスモン等に関する意識について. 厚生省特定疾患スモン調査研究班—平成3年研究報告書: pp. 455-457
2. ひかり協会: 「ひかり協会10年の歩み」. 1985
3. 森永ひ素ミルク中毒の被害者を守る会: 守る会運動の歴史から「三者会談方式」を学ぶ. 1991. pp. 165-219.
4. 富山県. 富山県地方特殊病対策委員会報告書. 富山: 富山県. 1967.1
5. イタイイタイ病訴訟弁護団編. イタイイタイ病裁判第二巻. 東京: 総合図書出版. 1980: 60-61
6. イタイイタイ病対策協議会調査資料
7. スモンの会全国連絡協議会編. 薬害スモン全史三巻. 東京: 労働旬報社. 1981. 33. 6-341
8. スモンの会全国連絡協議会. ス全協ニュース120号. 1992.5.22
9. スモンの会全国連絡協議会. スモン患者はいま. 東京: スモンの会全国連絡協議会. 1992.10
10. イタイイタイ病訴訟弁護団編. イタイイタイ病裁判. 東京: 総合図書出版. 1980.
11. スモン被害者の恒久救済と薬害根絶をめざす全国実行委員会: 薬害根絶をかちとるために. 1979. pp. 229-247
12. 原田正純. 水俣病は終わっていない. 1985. 岩波書店.

資料12 イタイイタイ病問題の経過年表

- 1920年: 三井鉱山神岡鉱業所の鉱毒による稲作減収問題が発生  
1922年: 神通川流域に奇病発生  
1948年: 神通川公害対策協議会結成  
1957年: イタイイタイ病の鉱毒説  
1961年: イタイイタイ病のカドミウム説  
1966年9月: 厚生省研究班、イタイイタイ病の原因に関する見解を発表  
1967年1月: 富山県、イタイイタイ病について報告書発表(富山県地方特殊病対策委員会報告書)  
1967年: 富山県、イタイイタイ病認定審査協議会発足454名審査(患者73名、要観察者155名)  
1968年3月: イタイイタイ病患者、三井金属鉱業を相手に訴訟提起  
1968年5月: 厚生省、その原因は三井金属鉱業神岡鉱業所の排出したカドミウムであると発表  
1969年: 公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法  
1969年9月: 厚生省、カドミウムによる環境汚染防止暫定要綱を各府県に通達  
1970年: 第一回公害被害者認定審査会(患者96名を答申)  
1971年6月: イタイイタイ病第一審判決、原告勝訴(富山地裁)  
1972年6月: 環境庁公害保健課長通知による4項目の認定条件  
1972年8月: イタイイタイ病控訴審判決、会社側の控訴を棄却し、総額1億4820万円の支払を命ずる  
1972年8月: 三井本社と交渉し、イタイイタイ病の賠償に関する誓約書、土地復元に関する誓約書、公害防止協定を結ぶ  
1979年: 審査会、「第一内規」作成  
1983年: 審査会、「第二内規」作成  
1988年5月: 患者、公害健康被害補償不服審査会に審査請求  
1992年11月: 公害健康被害補償不服審査会採決(4名不認定処分取消、3名請求棄却)  
1993年2月: 請求棄却された3名、行政訴訟を提訴  
1993年4月: 環境庁保健業務課長より富山県厚生部に骨軟化症研究班報告に基づく新通達  
1993年11月: 新通達による過去の未認定者の見直しにより、行政訴訟当事者2名、過去の不認定者で解剖資料の再検討により認定された11名、合計13名が患者認定  
1993年11月: 行政訴訟を取り下げる

資料13 森永砒素ミルク問題の経過年表

- 1955年: 西日本を中心に森永ドライミルクを飲用した乳幼児に黒皮症の患者が発生  
1955年8月25日: 岡山県衛生部、砒素中毒と発表  
1955年8月27日: 岡場で「被災者家族中毒対策同盟」(全協)が結成  
その後各地で患者家族の補償要求の運動が広がる  
1955年9月18日: 「森永ミルク被災者同盟全国協議会」が結成され、企業と国との交渉開始  
1955年10月9日: 厚生省、日本医師会長に砒素中毒患者の診断基準と治療指針の作成を依頼し、6名の小児科専門医からなる「西沢委員会」が発足  
1955年10月21日: 厚生省、「森永粉ミルク中毒事件の補償問題の処理について」を発表し、解決のためとして「五人委員会」を発足させる  
1955年11月2日: 「西沢委員会」、治療判定基準(後遺症にも言及)の答申を行なう。  
この診断基準に従って全国的な検診が行なわれ、受診者6,733名中治療判定6,643名、要治療90名と発表(P14)  
1955年12月15日: 「五人委員会」、「森永粉乳中毒事件の補償等に関する意見書」を答申(P167-18)  
その内容は、死亡者25万円、患者1万円の補償、及び「本件の中毒症にはほとんど後遺症は心配する必要はない」とするもの  
1956年4月9日: この補償案に多くの患者家族は反対を表明したが、全協はこの五人委員会の補償案を基礎に交渉に入る。  
今後の健康管理と「後遺症究明助成機関」の設置を条件として補償案を受諾  
1956年4月23日: 全協解散  
(西沢委員会はその後1959年に検診結果として「全員治癒」と報告している)  
1956年6月9日: 厚生省被害状況を発表12,131名(内死亡130名)  
1956年6月: 五人委員会の補償案に不満をもった患者の家族は、「岡山県森永ミルク中毒の子供を守る会」を結成  
(しかしこの運動も当時では加害企業を動かすには至らなかった)  
1969年10月30日: 丸山等は第27回日本公衆衛生学会で「14年前の森永MF砒素ミルク中毒患者はその後どうなっているか」と題して被害者のその後の状況を明らかにする  
1969年11月30日: 全国の被害者の家族が中心となった「森永ミルク中毒のこどもを守る会」が全国単一組織として再結集  
(厚生省、森永乳業との持続的な交渉、

恒久対策案の作成、不買運動、訴訟の提起等さまざまな運動を行なって世論に訴える)

1973年10月12日:「守る会」、厚生省、森永乳業による「三者会談」開始  
 その後の三者会談: 国も「守る会」が作成した被害者の「救済対策委員会構想」(1972年の守る会全国総会の決定)(P187-193)を基礎にし、また未確認被害者の認定を国の責任で行なうことを口頭で確約

1973年12月23日:「確認書」(P197-200)が締結される

1974年4月25日: 確認書による「ひかり協会」が設立  
 その後、確認書第二項による三者会談がその後継続して開催され、今日まで25回開催  
 また、その具体化のための「救済対策推進委員会」は60回開催され、その実施は「ひかり協会」が当たっている

資料14 スモン問題の経過年表

1939年6月: キノホルム国内生産開始  
 1961年頃: 釧路市で「奇病」が多発  
 1964年: 奇病研究のために厚生省助成金による「前川班」発足  
 1967年: 「前川班」十分な成果なく解散  
 1967年6月: 「米沢地区スモン患者同盟」が結成、その後全国的に各地に患者会が結成  
 1969年6月: 厚生省委託「スモン調査研究協議会」発足  
 1969年11月: 「全国スモンの会」結成  
 1970年2月: 井上ウイルス説報道  
 1970年8月6日: 新潟大学の椿氏がキノホルム原因説を発表  
 1970年9月8日: 厚生省は186品目のキノホルム製剤の販売を禁止  
 1971年5月: 東京地裁への全国初の提訴  
 その後各地の地裁に同様に提訴が行なわれる  
 1972年3月: スモン調査研究協議会、キノホルム説を決定  
 1972年7月: 「全国スモンの会」分裂  
 その後、各地で裁判提訴  
 1976年8月: ス全協、「スモン患者の恒久補償要求」を採択  
 1978年3月1日: 全国初の金沢地裁判決  
 その後、因果関係、予見可能性、損害論をめぐって紆余曲折があったが、九つの裁判所で原告は勝利判決を得る  
 1979年9月7日: 薬事二法案、可決成立  
 1979年9月15日: ス全協、確認書・確認事項(二通)各調印  
 その後、各地裁で確認書和解成立  
 1980年7月: ス全協に参加している投葉証明のない患者206名が各地裁に提訴

資料15 水俣病問題の経過年表

- 1956年5月: 二人の患者が公式発表  
水俣奇病対策委員会発足
- 1959年7月: 熊本大学の研究班が有機水銀と断定
- 1959年11月: 患者家族互助会結成
- 1959年11月: 厚生省食品衛生調査会・水俣中毒部  
会、有機水銀中毒説を答申  
重症患者の見舞金支給を決めて、翌日  
解散
- 1959年12月: 熊本知事等の斡旋により、新日本窒素  
は水俣湾沿岸漁民・患者に対する補  
償・見舞金契約を締結  
「見舞金契約」  
死亡弔慰金30万円、葬祭料2万  
円、  
生存者成人年10万円、生存未成年  
者年3万円
- 1960年: 住民1,000人の毛髪水銀調査
- 1961年3月: 胎児性水俣病の存在確認
- 1965年6月: 新潟水俣病、公式確認
- 1968年1月: 水俣病対策市民会議結成
- 1968年9月: 政府、水俣病を公害疾患と認定
- 1969年4月: 厚生大臣の斡旋による「水俣病補償処  
理委員会」発足
- 1970年5月: 水俣病補償処理委員会、補償原案を提  
示。患者会、「一任派」と「訴訟派」に分  
裂。一任派とチッソの和解成立
- 1971年6月: 環境庁、認定基準について次官通達  
次官通達による認定者数  
1971年 59人  
1972年 154人  
1973年 298人
- 1971年12月: 水俣病患者自主交渉派、チッソ本社前  
に座り込む
- 1971年9月: 新潟一次訴訟判決(原告勝訴)
- 1973年1月: 熊本二次訴訟提訴
- 1973年3月: 熊本一次訴訟判決(熊本地裁)  
原告全面勝訴、総額9億3,000万円の損  
害賠償の支払いを命ずる
- 1973年7月: チッソ、熊本水俣病患者と補償協定調  
印。内容は  
慰謝料: 死亡者1090-1800万円、生  
存者1600-1700-1800万円  
家族慰謝料: 終身特別調整手当  
Aランク 月6万円  
Bランク 月3万円  
Cランク 月2万円  
患者医療生活保障基金 3億円
- 1974年6月: 政府、第三・四水俣病を否定
- 1977年7月: 環境庁、「判断条件」を出し、認定基準  
(次官通知)を改悪
- 1979年3月: 熊本二次訴訟判決
- 1980年5月: 熊本三次訴訟提訴
- 1982年1月: 熊本関西訴訟提訴
- 1984年5月: 水俣病東京訴訟提訴
- 1985年8月: 熊本二次訴訟高裁判決(原告勝訴・確  
定)
- 1987年3月: 熊本三次訴訟地裁判決(原告勝訴・国  
家賠償責任あり)
- 1987年11月: 不知火大検診
- 1990年9月: 東京地裁ほか四裁判所、和解勧告
- 1992年2月: 東京地裁判決(行政責任を否定)
- 1993年1月: 福岡高裁和解案提示
- 1993年3月: 熊本地裁三次訴訟第二陣判決(原告勝  
訴・国家賠償責任あり)
- 1993年11月26日: 京都訴訟判決(国、熊本県の国家  
賠償・行政責任を認める)



# 産業技術と労働

西山勝夫 (滋賀医科大学)

## Industrial technology and work

Katsuo Nishiyama  
(SHIGA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCE)

キーワード: 労働衛生、社会医学、技術教育、ME 技術、技術論

Keywords: occupational health, social medicine, technological education, microelectronics, theory of technology

### 1. はじめに

産業技術教育<sup>(1)</sup>における労働衛生学教育の重要性は当然至極であり、「今さら」と思われる人もいるだろう。しかし、後述するように現実はそのようでないし、その解明を試みた研究・調査報告はほとんど見当たらない。本論の目的は産業技術教育における労働衛生学教育の重要性を指摘し、その実現のために、医学の側から必要な活動を検討することである。

すでに、1965 年の 12 月 13 日に日本学術会議は「産業安全衛生に関する諸研究の拡充強化について」のなかで、7 項目を勧告した。その第 1 に『大学において産業安全並びに産業衛生に関する共通講座あるいは専門の講座、または学科学目を設け、これに関する知識を一般学生に普及させるとともに、その研究を推進すること』。その理由は、『産業安全対策の鍵となるのは生産技術者である。これらの生産技術者は諸機械設備の設計に従事するだけでなく、生産技術面の管理的業務に従事するのであるから、この二重の意味で安全対策の中心的人物である。従って、大学に在学中から産業安全衛生に関する講義を受け、その知識をもって生産に従事することになれば、安全衛生保持の体制が著しく

強化されるであろうことは疑いない。』と明言されている。

これは、当時の、三井三池炭坑をはじめとする炭鉱での大爆発事故の頻発、労働災害、業務上疾病の増加、先進諸国に比べて産業災害が多発する傾向が強い状況や公害の多発という状況のなかで作られた。だが、国立大学の専門教育と一般科目のカリキュラムを学生要覧などを調査した結果では、1991 年の時点で、この種の科目は九州芸術工科大学などの一部の特別な大学や学部・学科以外にはみあたらなかった<sup>(2)</sup>。このように教育制度面でのみるべき前進はなく、学術会議勧告は未だに実現されていない。

### 2. 産業技術の特徴と技術者

技術<sup>(3)</sup>の本来の目的は、人間の生命と生活を維持し、向上させることにある。生産活動にあっては、技術とは、労働手段の体系であり、人間の労働力について重要な生産力の要素である。労働手段は人間の労働能力を延長し、強化し、助ける手段として、人間の労働能力と深く結びついて創造され、進歩、発達させられてきた。人間労働に属する生産の主体的能力（熟練・技能など）は技術とは一応区別される。技術は自然にたいする人間労働の能動的態度をあ

らわしており、生産力発展の度を計る測度器である。また、技術は生産関係の指示器でもある。

産業技術の発展は、人間の生産活動や自然認識、とりわけ自然科学の発展と相互作用的に深く結びついている。産業技術は物質の法則性の限定の範囲内でしか考案できないが、技術の発展の方向やその速度、あるいは産業技術の社会的役割は、社会の生産関係の如何によって大きな影響を受ける。

日本は、利潤追求を第一とする私的資本が生産を支配している社会である<sup>(4)</sup>。資本は技術をそのための手段として発達させ、利用する。新技術を資本が導入するのは、他資本より低コストを実現して特別の剰余価値を獲得するということであって、より安全で快適な労働、あるいはより豊かな消費生活実現のためではない。したがって、資本の安全性の基準は、専ら利潤追求の観点から設定されるので水準の低いものとならざるを得ない。このような水準を超えるより高い安全衛生水準を確保することは、労働者自身のいのちと健康を守る運動によってしか達成できない。この運動の成功の度合いに応じて、技術に対する安全衛生の要請が社会的に生まれる。資本の側は「危険な職場では働かない」という労働運動や資本主義批判を抑制するために、いわば体制の維持・継続の費用としても安全衛生への投資を行う。この場合でも、現実には、個別企業の労使関係に応じて企業サイドの政策として技術は導入される。企業はその導入も利潤追及にとって必要な産業活動の維持、労働力の確保・保持の範囲内で企画する。その際に、「企業は人間を大切にする」というイメージを附加し、「人間的な企業」というような宣伝を行うこともある<sup>(5)</sup>。

ところで、そのような技術は技術者によって開発設計される。その際、技術者は技術論、あるいは彼らが持っている技術思想、あるいは知識として持っている科学的な法則性の認識、あるいは技術学などを応用しながら、技術を開発する。技術者の技術思想、工学、技術学の知識は、社会思潮と教育によって形成され、影響をうける。そして、国民教育、技術者教育、技術

論、技術学の中に「人間の生命と健康を守ることに関する法則性」が組み込まれている範囲、深さが技術者を媒介にして技術の安全衛生水準に影響する。大抵の技術者は、産業技術を実現する時、課せられた物品の生産に成功することを目的として、充分な磨きをかけようとするが、この技術が媒介する労働生活が、果たして安全と衛生に適しているか否かは意識的に検討していない。しかし、このような検討は、技術者に課せられている社会的責任・役割のほうである。

技術は物質性、選択性、許容性などの性質を有している<sup>(6)</sup>ので、技術者は社会的・経済的要因から相対的な自律性を持ってその専門性を発揮し、生命と健康を維持し、生活を向上させるという技術の本来の目的に沿った設計、あるいは試作をし得るという能力、あるいは可能性を有している。

選択性という特性から、技術者の相対的、自律的な労働により開発されていく技術があり得るわけであるが、場合によってはそうして開発された技術が私的資本の利潤追求や社会体制と矛盾し、採用されない状況に遭遇する。そういう状況に遭遇しても、技術研究における自主・民主・公開の程度に応じて、当該技術についてのさまざまな階級や階層による社会的評価がなされる。資本は社会情勢を勘案して、当該技術の採否を決定する。この点からも、技術者は技術の本来の目的、すなわち生命・健康を維持し、生活向上を図るという目的のために、工学・技術学において扱われる法則性の中に、人間の生理、あるいは心理の法則性も組み込み、安全で衛生的に設計でき、作ることができるといえる。しかし、こうした積極的な役割が資本の制約をうけて果たされない状況は深刻である。

技術者は一般に労働者階級の構成員としてのいのちと健康を守る運動に参加、あるいは支援することにより、労働安全衛生の向上に寄与することが可能であるし、実際に、この三十数年來の労働者のいのちと健康を守る運動の中でも、技術者は生産と安全技術の開発・設計能力をもった知識労働者として独自の役割を果たすと

いう姿が度々見られた。しかし、大多数の技術者は、実際には、組織労働者の運動から離れたところに身を置き、あるいは隔離され、また技術教育や研究体制の貧困、長時間過密労働、特許競争、「自主・民主・公開の研究の原則」の抑圧のもとで、安全衛生技術から遠ざけられている。このような状況を変えるための技術者を巻き込んだ労働運動が一般的には必要である。

技術の本来的な役割に沿って考えるならば、技術発展の方向は無限の可能性を秘めている、技術者はその螺旋階段を上るようにして、歩みを進めて行くといえよう。また、前述の技術の性質を反映して、技術手段を媒介にした労働も、非常に多様を極める。このような状況を考えるならば、技術者は開発された生産技術の利用限界も示す責任がある。これは医薬品の製造・販売と同じようなことが、技術についても適用されなければならないことを意味する。

### 3. ME 技術と労働

上述の一般論を、ME 技術との関連で吟味してみたい。最も本質的な特徴<sup>(7)</sup>は、労働代替性の深さであろう。すなわち、現在の ME 技術は、現在の水準はともかくとして、人間の精神的な機能の根幹部分、すなわち知覚・判断・記憶という機能を機械が全面的に代替することを企図し、それは近未来に実現可能なものされている。センサーなど ME の周辺技術との連携によって、視覚などの感覚に替わる相当部分の機能も機械が代替し得るようになってきている。メカニクス（機械工学）とエレクトロニクス（電子工学）を合成したメカトロニクスというような言葉が生れている。このように「人間労働に残された最後の部分」の大部分の代替者となり得る性質がある。これが ME 技術の社会的インパクトを大きくしている最大の理由であろう。

ME 技術の労働過程への導入のインパクトとして、雇用の喪失<sup>(8)</sup>、労働の質への影響、すなわち労働者に求められる技能・熟練の変化、労働密度の増大、他方で「汚い仕事」からの解放の可能性があげられている。その導入は、資本主

義的充用であっても、技術の性質から、同じ技術手段でも、その影響の内容・程度というのは非常に多様である<sup>(9)</sup>という特徴を有している。

ME 技術と安全衛生との関係はどうか。労働手段の ME 化により、計測・制御の労働が生産にとって決定的な意義を有するようになった。ME 機器の故障により企業活動が重大な障害を受けることは、最近でもよく報道されている<sup>(10)</sup>。このように、ME 技術自体が利潤追求手段として未完成な技術であると同じ、あるいはそれ以上に、ME 技術体系における安全衛生技術は未完成（場合により、犠牲者が出てからの後追い、放置）といえる。

生の現場から離れたところで、抽象化された情報をもとに技術が設計される、あるいは管理がなされる。こういう過程では、従来、現場で目の前の必要から経験的になされていた安全衛生対策の熟練も喪失されやすい。それによって生産や営利を阻害するような災害要因を増大するおそれがあるのも、ME 技術の特徴であろう。資本は利潤追求に有用な情報を優先し、それをもとに、技術設計・生産管理をするので、一層災害を増大させる危険がある。それ故、いかなる情報を抽出し、いかに処理・表示して制御するかが、著しく重要な技術的課題となる。これがユーザー・インターフェース技術やソフトウェア人間工学に対して企業や工学者・技術者の関心が高まった社会的な要因であろう<sup>(11)</sup>。

このような状況は、人間生理学からの労働条件に対する批判・改善の提案を受け入れてでも、労働生産性を維持するということが切実な問題になり、人間生理学が生産の場に応用されるようになった第一次世界大戦時によく似た状況と言える。

ME 技術を初めとする新技術の普及の範囲・速度から見ると、その安全衛生上の欠陥がもたらす社会的な影響は非常に広範囲に及ぶ危険がある。これは地球の規模、あるいはあらゆる社会階層に深い影響を与えるという性質のものである。

#### 4. これからの技術

従って、これからの新しい技術は、ますます安全性が厳しく求められなければならない。その意味で、「意識的労働者は、安全性100%、事故の危険性ゼロという目標で、自己の生命と健康を守る運動を追及・展開することになるであろう。なぜなら、彼が生産の支配者でなく、そこから疎外されている限りで、彼の関心は生産のための費用や生産の成果ではあり得ず、いわば無限に楽な労働、無限に十分な安全設備の設置を要求する」<sup>(12)</sup> という命題は、ますます意義を持ってくるであろう。無限といえど目安となる理想的な設計基準としては曖昧という批判がなされるかもしれない。

しかし、たとえば、技術者がかけねべき労働安全衛生の設計基準としては、危険率が、

一般人の場合：(50億人<sup>(13)</sup>×100年<sup>(14)</sup>)分の1人以下

労働者の場合：(世界の労働人口<sup>(15)</sup>×労働者の余命)分の1人未満<sup>(16)</sup>

遺伝的影響はゼロ

というようなものがひとつの具体的な目標として設定できるのである<sup>(17)</sup>。この基準は技術自体の安全性の目標というものの数量的表現を試みたものであるが、資本制社会では生産を支配しているものは資本であり、危険曝露に関する管理も資本が支配し、労働者は危険への曝露に関する選択の自由が制限されているという状況の中で、このような基準で技術をチェックしていくことが、技術者によってもっと重視されるべきではないか。技術者はこの理想目標を持って、螺旋階段を段々上るように安全な生産力を作り上げていく努力をしなければならない。そのために、技術者は自らの技術の到達点、適用限界を示さなければならないし、労働衛生学者は生命や健康への影響の程度を判断できる方法や判断結果を、技術者に提供しなければならない。

#### 5. 社会医学の側からのアクション・プログラム—工学・技術教育の革新のために

安全で衛生的な技術(適用限界も含む)の設計・開発を行うことのできる技術者の能力は、一朝一夕にして出来るものではない。100年の計といわれる教育においてこそ醸成できるものである。そのために日本の工学・技術学教育のあり方が革新されねばならない。その場合に、医学の側からのアクション・プログラムなるものを、労働者のいのちと健康の維持、生活向上を意識的に追及している社会医学者や労働衛生学者の側から提示していくべきであろう。1965年の学術会議の勧告以来4半世紀たっても、その点で工学・技術学教育に本質的な変化が見られなかったわが国の歴史を検討する必要がある。

具体的に考えられるアクションとして、次の項目があげられる。

まず、工学・技術学関係の学会などに対する医学の立場からの安全衛生確立のための提言と支援である。第2は、技術開発のあり方の改革、あるいは技術教育の革新の必要性を、医学の側からも社会へアピールすることである。第3は、技術教育・工学教育における労働衛生教育の実態と問題点に関する調査、これを国際比較も含めて実施することである。同じ様な資本主義社会でありながら、日本はヨーロッパの社会と違った産業化の道を歩んでいるといわれる。その相違、由縁を解明する必要がある。第4は、望ましい教育内容・教育方法・カリキュラム・教科書に関する研究である。第5は、教育に必要な人的資源の確保、養成である。これも、工学系のみで思考では「技術主義的」なものになり、労働衛生教育などにもかかわらないという危険性が充分ある。そういう意味で医学の側からのかかわりが必要であり、その具体化の方策を研究する必要がある<sup>(18)</sup>。

以上のアクションが日本の技術の発展にとってどんな意義を持つのか。それは、おそらく自主的基礎技術の発展であり、技術の資本主義的充用の民主的規制の効果的方法の発見の道であ

り、労働の技術的過程の革新の道を意味するであろう。

上記のアクションプログラムを進めていくために、労働衛生学は、現代社会に対して徹底的に批判的な科学として、一層発展させる必要がある。すなわち安全衛生水準の歴史的・社会的決定のメカニズムと労働者のいのちと健康の状態との関連の法則性を解明し、これを工学や技術学の発展に役立てていくことが非常に重要である。

(本稿は、1990年11月18日、名古屋市において開催された社会医学研究会30周年記念研究会における講演レジュメに加筆したものである。)

## 討 論

### 吉田克巳

アクション・プログラムの提示方法はあまりにも上を向き過ぎているのではないか。なぜならば、現実に危険な工程を持っている技術者、それを設計している人達がいるのだから、そういう人達と具体的な討議をするというプログラムがもっと必要ではないか。VDT問題に関してもそれはあてはまる。実際に、現に行われている技術の実践体系の中に、どのような危険が潜んでいるかをチェックしていく作業とアクション・プログラムとを結び付けた提案を、次の段階として、出されれば、大変、成熟するであろう。私も一緒にそういう作業をやってみたい。

### 野村 茂

我々が、職業病や中毒、災害を防ぐためには、企業内の、あるいは行政のどのボタンを押せば最も効果的かということが、実際上ある。例えば、会社の中でも、衛生担当の人が「うん」と言えばよいのか、あるいは技術か、営業かということも関係する。特に技術部門の人が衛生や安全にどれだけ現実的な関心を持っているかということは、実際上、対策にも、進め方や効果にも非常に影響する。そのような視点で、産業衛生学会からも、学術会議と類似の勧告がなされたことがある。勧告や学会の声明・宣言など

の後がどうなっているかは、やはり追跡していく必要がある。

- (1) 本論では、大学などの高等教育機関における工学教育あるいは技術教育を主に念願にしているが、一般技術教育にも基本的には当てはまると筆者は考えている。
- (2) 公害問題が非常に大きな社会問題になったことを背景にしていると思われるが、化学系の専門科目については、環境衛生学が選択科目に入っている大学がいくつかある。労働衛生については衛生工学科のある大学のみにあるという状況である。
- (3) 技術の概念については、技術論、技術史の分野で論争が行われてきた。労働安全衛生技術については小木、その他の言及があり、筆者も関心を持っているが、本論では論じない。
- (4) 現代では、独占的大企業が大きな力を有しおり、米国の技術に依存し、米国の特許に支配されながら、軍事機密、自主・民主・公開の原則の侵害、他民族の安い労働や資源への依存などにより、独占的利潤を確保しているという特徴があるが、本論ではこれに関して論じない。
- (5) たとえば、ヨーロッパでは1970年代初頭に労働運動の高揚を背景にして、「労働の人間化」という概念が社会思潮として確立され、ILOや諸国の社会政策のキーワードとなり、個別企業も揚げざるをえなくなった。スウェーデンでは企業は利益を得ようとするならば、「労働を人間化しなければならぬと受け入れない」といわれ、企業にとってもそのような宣伝が重要な意味を持つようになった。VDTの例で見るとすれば、スウェーデンではVDT労働の安全衛生対策が早くからとられ、現在では「危険かもしれない」と疑われている磁界についても労使の合意で規制されている。それを満たしたVDTは、当初、日本製しかなく、その輸入が進められた。ところが、日本ではそのようなVDTが普及していたわけではない。近年の日本では、「日本型企業社会」「日本型労務管理」「企業別労働組合」といわれるような日本の特殊事情のもとで、資本主義の市民社会の条件である自由と民主主義の水準が低くめられ、企業間競争や労働者間競争が異常に煽られ、労働組合運動は後退させられ、長時間労働が蔓延してきた。このような日本と北欧の社会的、経済的条件の違いがVDTの新技術の導入の違いにも反映しているといえよう。
- (6) 技術の性質として、物質性、選択性、許容性、歴史性、選択性などがあげられてきた。

〈物質〉性 本来的に物質的技術である。生産技術は物質の法則性の範囲内でしか表現できない。自然認識の程度に規制される。

〈歴史〉性 過去の技術の蓄積の中から生み出される。

例：ME技術は純度の高いシリコン単結晶を生産できなければ成り立たない。

〈選択〉性 選択の自由さ、目的達成のための手段体系は一つとは限られない。

例：運輸手段の多様性、パソコンプリンタの方式の多様性。

〈許容〉性 真偽を問う科学と異なるあいまいさがある。

例：上手・下手（技能・熟練の程度）、限度・許容基準、欠陥の有無の判断基準などの許容誤差。

〈規制・指示〉性 法則化されない規則・指示に規制されるという個別性。

例：製図の約束（実線は見える線、破線は見えない線）、右側通行・対面通行、インチとメートル。

- (7) ME技術の特徴は、労働代替性の深さ、開発速度の非常な速さ、普及範囲の非常な広さの3つにまとめられる。

発展速度：日本語ワープロ1978年第1号機680万円1979年のワープロの普及見込みに関する調査「1985年には一体どうなっているでしょうか」。59.7%ある程度は伸びるが普及するにはいたらない、11.5%ほとんど期待できない、8.7%全く予想がつかない」と圧倒的多数が疑問視していた。

普及範囲：60年代のオートメーションが専ら製造業の装置産業における一貫工程の自動化に限定されていたのに対し、こんにちのME技術は産業工程はもちろん、事務部門、サービス部門に、したがって、第3次産業さらには第1次産業にも大企業、中小企業、小零細企業、家内労働、トップからボトムまでMEの技術特性におうところが大きい。高性能化・低価格化、非常に小さな単位で付加可能な制御技術であり適応範囲がきわめて広い、旧来型の設備に追加可能。だから、設備の全面更新によらず、部分的導入が可能。

- (8) 省力効果の資本主義的充用は、失業の危機をもたらす。
- (9) 産業、業種、企業の経済的環境（労働市場、製品開発、市場競争など）の違い：ME、FAの進展が技術的な必然性以上に経済的環境（労働市場、製品開発、市場等）に規定され、経営サイドの政策として具体化される。

個別事業場の労使関係を媒介にした経営サイドの政策：現実には、個別事業場の労使関係を媒介にせざるをえない。

当該職場の風土や人間関係、企業のフォローアップ政策（中高年齢者活用政策、教育訓練政策）

労働者の属性（性、年齢、学歴など）や機能レベル：もしも同じような影響を受けたとしてもその受けとめ方・対応は労働者の労働災害発生の資本主義的メカニズムについての認識の程度、労働者の属性や技能レベルによっても異なる。

- (10) 災害や事故の真相究明により初歩的なミスや不注意が原因であったとされることがしばしばある。初歩的なミスや不注意は起こりうるものとして安全は保障されなければならないのが原則であるが、たとえば、大平誠（毎日新聞大阪版、1993年12月25日）は以下のように報道している。1993年10月5日の大阪・交通システム、無人運転のニュートラムの執着駅オーバーラン事故では、「説明のつかないことが多すぎる」と関係は首をかしげている。ATC（自動列車制御装置）、ATO（自動列車操縦装置）からの制動指令をブレーキ装置に伝える中継継電器盤のリレー器の接点が、溶着現象を起こしたため制動指令が伝わらず、暴走したということはわかる。しかし、車内機器室に表われた、ATC、ATOやブレーキの異常表示は、矛盾点がありすぎて専門家でもいまだに説明がつかない。無人運転の新交通システムは、運行している大阪、神戸、横浜に加え、東京と広島で建設が進んでいる。それだけに不安が残る。

しかし、その解明もできていないのに各地で運行は継続されている。なお、ニュートラムは再開直後も送電線の接続ミスで運休事故などを相次いで起こしている。国の調査日程も筒抜けであったという。上記大平は一般の行政とは独立した、鉄道などの常設事故調査機関の設置を説いている。

- (11) Virtual Reality（仮想現実空間）に対する関心もこの趨勢に包含されている。
- (12) 下山房夫：資本主義の生産技術と労働災害、日本科学者会議編集：現代技術と社会、177-212、1971。
- (13) 世界の人口の概数。
- (14) 一般人口の寿命の概数。
- (15) 差別撤廃という世界的な趨勢のなかでは、この人口には、原理的には「健康労働者」だけでなく、虚弱な人や障害者も含まなければならないであろう。
- (16) 多くの基準は1日8時間労働を前提にし、8

時間を超える場合8時間当りに単純換算することになっている。しかし実際には日本の様に長時間労働が常態の国々があるから、もっかの技術設計においては「1日24時間従事しても安全」という前提が妥当と考えられる。

- (17) 米国労働安全衛生行政 (OSHA) の目安は1,000人当たり1人の過剰死亡である。
- (18) 労働者のいのちと健康を守る運動と労働衛生学者との連帯の歴史にくらべて、工学・技術学の分野にたいして社会医学者、労働衛生学者はどれだけ働きかけたであろうか。

山田信也は以下の注目すべき論述をしている。

職業病から守るための第一の課題は職業病発生の原因の除去: 具体的には環境条件の設備、この課題解決のためには何をあつても工学、理学の力を必要とする。環境条件をコントロールするための検査とその結果を改善にうつすための技術的対策も理学、工学の力をかりねばならない。

恕限量は工学的理学的方法へ医学をつなぐものであり、環境改善につらなる。労働医学研究の大きな研究課題の第一は恕限量設定。

戦後間もない石井金之助の深刻な問題提起、衛生工学講座新設の建議にとどまる学問の方法としては職業病対策へ工学・理学を積極的に導入する。職業病が工場の疾病として認識される方向が確立されるならば、その解決のために医師のみが第一線に立つことの理由は全く存在しない。その問題の解決が学問の領域においては工学。理学を中心として医学が協力する立場となり、社会的には、労働者、経営者、そして行政の立場につらなっていく。

工学・理学を中心とした問題解決の気運、工学における衛生工学講座の傾向、国立労働衛生研究所の工学・理学スタッフの充実、全国衛生管理者協会の結集、これらは医学者のイニシアを排した動きである。

(以上は、私の職業病研究への反省(1)、*医学史研究*、1-30-35)

(水俣病)の汚染源確定の作業は工場運転の当事者、とくに現場にたずさわった技術者・労働者はこれを最も容易に、楽々とできたはずである。企業はそれを許さない。二つの水俣病の取りくみは、加害企業の工場にいる技術者、労働者に問題をなげかけた。また、こうした隠蔽妨害とたたかいつつ汚染をつきとめていったのが医学者や農業生物学者であったことを工学関係者はなんと考えるのだろうか。

労働者や住民は自らの当面する危険について知る権利がある。科学者はそれを知る方法と、そ

の事実を指摘する義務がある。それを有効に行うために、チェックリストをつくること、これは安全にして衛生的な生産工程の準備なしに、生産を開始したり、現にあるものを続行することを許さないシステムをつくっていく上での基本にもなる。

公害防止の対策技術を示す書物や論文は多くなったが、そのなかに工場の中での対策が併記されていない。いまの工学技術者にとって重要なのはこうした体系的な考えを持つことであつて、個別の対応策に終わってほしくない。ここで点検される必要のあるのは人間のためのメッキ技術であり、その技術とはいくつかの契機でこの工程に関連する労働者と住民の健康保持に役だつという内容を包み込んでいるものでなければならぬ。

たちおくれをとった日本の衛生関連の諸学問とその分野での科学者は、これからもなお、予測し、警告しつつ現実の被害を早期に明らかにし、これをくいとめていくためのじみじきな仕事を、いくつかの困難にぶつかりながら休まず続けねばならぬだろう。

職業病をめぐる日本の科学者のとりくみはその層がきわめてうすく、労働衛生学の一分野しか占めず、公害にみられるような多面にわたる学問的な協力関係も育ってはず、職業病の認識も一面的である。かつて日本産業医学会では、工学関係者との共同を訴えるために学会としての討論をくりかえしたことがある。しかし反応は少なかった。やがて環境衛生工学の研究会が生まれた。しかし、そこで研究された技術が、現場で真に実践されるために、どれだけの努力がはられたであろうか。技術は論じられるが、職業病をなくすための科学は育てられたのだろうか。

生産能率の上昇をうむ技術は、働く人々の健康を保全する技術とは無関係に適用された。

(アグリコラは)探鉱、採鉱、運搬、換気・排水、冶金技術、鉱夫の組織・給料・健康管理のどれ一つが欠けても鉱山全体は止まってしまう、そのさい科学や技術を鉱山に大いに利用せねばならぬことをのべた。

具体的な生産現場での調査研究活動の自由とその結果の公開が保障されず、労働者の現実被害から提起された問題にとりくむ自主性が大学や研究室のなかにそだちがたいところでは、労働衛生学はいびつにしか発展しえない。大学の研究室における学問の自由(社会的な意味での学問の自由ではない)でなしうる実験研究に傾くか、企業の要求をうけて、自主・公開の原則をゆずって調査研究にこたえるか、研究者は自ら

の活動の場をあれこれ求めるうちに大きな方向をみうしなう。

学会報告をみると、予知し、警告し、予防し、すでにある障害は早期にみつけたすという本来の学問の使命をはたすうでのたちおくれを感じずにはいられない。その一つの大きな原因は、労働衛生学も、有害な環境や有害な労働をなくすための科学としての広範な土台をもった学問として育ちあがっていないことにある。そこに

は、今日の資本主義社会の中でうけつづけているきびしい資本の制約を脱して、学問の発展—労働者の健康をまもりぬくことのできる学問のあり方の確立の方向—を追求することに弱さがある。

(以上は、山田信也：金属資源の利用と環境汚染—職業病と公害のつながり—、科学、41 (10)、530-544、1971)



## 「社会医学研究」投稿規定

1. 投稿者は会員に限る。
2. 投稿原稿の種類と字数は下記のものとし、「原稿の様式」に従って書かれたものであること。  
論説・原著：400字詰め原稿用紙30枚程度  
調査報告・資料・研究ノート：400字詰め原稿用紙15～20枚程度
3. 投稿原稿（図表を含む）にはコピー2部をつける。ワードプロセッサを用いて作製した場合、可能な限り、原稿をテキスト形式として保存した3.5ないし5インチフロッピーディスクとともに提出することが望ましい。
4. 投稿原稿の採否は編集幹事会で決定する。
5. 費用は全額著者負担とする。
6. 校正は初稿のみ著者が行なう。
7. 別刷の実費は著者負担とする。
8. 原稿送付先：滋賀医科大学予防医学講座内 社会医学研究会事務局

### 原稿の様式

1. 原稿本文は和文とする。
2. 原稿はB5判用紙（20字×20行、ワードプロセッサを用いる場合も同様）を用い横書きとする。原稿の表紙には表題、著者名、所属機関名、代表著者の通信先、別刷希望部数、英文タイトル、ローマ字による著者名、原稿の種類、表および図の数を書く。和文中に出てくる欧語はタイプする。
3. 総説、原著、調査報告の場合、キーワード（和語で5語、英語で5語以内）を表紙の英文タイトルの後につける。
4. 論説・原著・調査報告には英文抄録をつけることができる。この場合、文中の図・表中の文字と説明（表題も含む）は、和文と英文を併記する。
5. 図表中の文字と説明は日本語とする。必要があれば英語を併記してもよい。原図は縮小製版できるよう鮮明なものとする。図表は一表一図ごとに別の用紙とし、挿入する箇所を本文の欄外に明確に指定する。
6. 単位記号は次の例示に従う：Km, m, cm, mm,  $\mu$ m, nm, A; kg, g, mg,  $\mu$ g; l, ml, yr (年), wk (週), d (日), h (時), min (分), s (秒), ms,  $\mu$ s. JIS Z 8203 参照。
7. 文献は下記の例にならって記述し、引用順に番号をつけて最後に一括する。本文中にも文献番号をつける。  
〔学術雑誌〕 著者名、表題、雑誌名、発行年（西暦）、巻、頁―頁。著者が5名以上の場合は最初の3名を記し、あとは「ほか」（英文では et al.）とする。  
1) 山田太郎、村川次郎。一酸化炭素中毒に関する研究。産業医学 1963; 5: 200-210。  
2) Clark CA, Roworth CG, Holling HE. Methylbromide poisoning: an account of four cases. Br J Ind Med 1945; 2: 17-20。  
〔単行本〕 著者名または編者名（英文では ed (s). とする）、書名、発行所所在地、発行所、発行年（西暦）、引用頁―頁。  
3) 原島 進。環境衛生学。東京：南江堂, 1950: 141-146。  
4) Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invalid microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology mechanisms of disease. Philadelphia: WA Saunders, 1974: 457-472。  
上記の記載例は、Uniform Requirements of Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (1981) に準じた。雑誌名略記は Index Medicus 参照。

## 編集後記

本号では、金沢での第33回研究会での井上先生の特別講演とシンポジウム「公害・被害の被害者補償制度の経過、現状と問題点」の記録です。西山論文は名古屋での社会医学研究会30周年記念集会での講演の記録です。だいぶ時間が経ってしまいましたが、本研究会の活動を論文にしてしっかりと記録に残していくことは、この会の発展にとって重要なことと考えます。毎回の研究会で多数の報告があるのですから、どしどし投稿していただきたいと思います。

社会医学研究 第13号 1994年11月10日発行

発行者：渡部眞也

発行所：〒520-21 大津市瀬田月輪町

滋賀医科大学予防医学講座内

TEL. FAX. 0775-48-2187