

「水俣病問題に係る懇談会」提言書

平成 18 年 9 月 19 日

目次

はじめに	懇談会が目指すもの	1
1.	なぜ、今、水俣病か ~ その歴史的意味からの出発 ~	4
2.	被害を拡大させた行政の「不作為」責任	9
	(1) 水俣病発生初期 チッソの秘密主義と行政の怠慢	9
	(2) 昭和 34 年 経済成長政策下の致命的な「不作為」	12
3.	「いのちの安全」の危機管理体制を	19
	(1) 「2.5 人称の視点」による意識の変革を	19
	(2) 「被害者・家族支援担当部局」の設置を	22
	(3) 「いのちの安全調査委員会」(仮称)の設置を	24
4.	被害者の苦しみを償う制度を	28
	(1) 状況の急変が問うもの ~ 求められる高い次元の政治の決断 ~	28
	(2) 行政の論理に縛られない視点	32
	(3) 複雑な救済・補償制度と混乱の根源	33
	(4) 新規申請者が示す問題の根の深さ	39
	(5) 恒久的な救済・補償制度の方向	41
5.	「環境・福祉先進モデル地域」(仮称)の構築を	46
	(1) 胎児性水俣病患者・家族のメッセージ	46
	(2) 胎児性患者の実態	47
	(3) 胎児性患者支援の課題	48
	(4) 患者の身体機能の低下と家族の高齢化	50
	(5) 「福祉先進モデル地域」(仮称)の提言	51
	(6) 「もやい直し」、そして「環境・福祉先進モデル 都市」(仮称)へ	53
6.	未来へのメッセージ ~ 水俣病の総合的な調査研究と「水俣病・環境科学 センター」(仮称)の設立を ~	57
7.	おわりに	60
	付図：水俣病被害地域における地域社会福祉システム 「地域活動多機能スペース構想図」	61

《開催経過》

《委員名簿》

はじめに 懇談会が目指すもの

「水俣病問題に係る懇談会」(以下「懇談会」)は、水俣病公式確認から 50 年を迎えるにあたって、水俣病問題の社会的・歴史的意味を包括的に検証し、その教訓をもとに、今後取り組むべき行政や関係方面の課題を提言するために、環境大臣の私的懇談会として設けられた。

「懇談会」の 10 名の委員は、行政から離れた立場に立つ第三者であるとの認識の下に、水俣病問題について、現行の法規の枠組みや行政の実務やそれらの歴史的背景を考慮しつつも、50 年という歴史の重みの認識とその想像を絶する長さにおよぶ被害者の苦難(死せる者も生きる者も含めて)に対する厳粛な心情の下に、今何を発言すべきかをめぐって、根本的・本質的な次元におよぶ検証と議論を行った。各委員とも、現代国家としての品格にかかわるこの公害事件について、50 年という節目に、「懇談会」が行政の枠組みに縛られて、根本的・本質的な議論をしないならば、公的な場でこの議論が行われる機会は二度とないだろうという危機感を抱いて議論を重ねた。

また、49 年目にあたる平成 16 年 10 月に、水俣病関西訴訟に対して下された最高裁判所の判決が水俣病被害の拡大を防がなかった国と熊本県の責任を断じたことについて、「懇談会」としては国の政策のあり方にきわめて重い意味をもつものにとらえ、今後への提言をめぐる議論の重要な出発点にした。

水俣病問題を根本的・本質的な次元で検証すると、この公害事件の責任と今後の取り組みへの責任を持つべき国の組織は、環境省だけでなく、厚生労働省、経済産業省、財務省など政府全体におよぶことが明らかになってくる。「懇談会」は環境大臣の私的懇談会とはいえ、50 年の節目に水俣病問題の抜本的な解決とこのような失敗を繰り返さないための行政変革の方向を打ち出すことを意図するので、提言の内容に政府全体の意志決定を求めるものをも含めないわけにはいかなかった。

さらに、提言の中には、日本の行政が暗黙のうちに踏襲してきた行政のパラダイム(思想、意志決定、行動の枠組み)の転換を迫り、新しいパラダイムの導入を求めるものもある。

「懇談会」の全委員が水俣病問題の議論を通して根本的な解決を目指したのは、公害の原点である水俣病問題の解決の仕方は、日本という国を、100 人の中の 97～

98人が2～3人の被害者や社会的弱者を犠牲にしてでも、繁栄を貪ろうとする国から、2～3人の被害者や社会的弱者が安心して生きられるように、97～98人が配慮し支援の手を差しのべる国に変えられるのか、すなわち真の福祉国家に変え得るのか、という国の形の未来像につながる問題だと考えたからである。

さらに水俣病事件の教訓を国家レベルで未来に向かって真に生かそうとするなら、国家の安全にかかわる既存の危機管理体制と並んで、国民1人1人の日常における「いのちの安全」を守るためのもう一つの危機管理体制を確立することを、21世紀型政治政策の最重要課題として掲げるべきであろう。

かくして、「懇談会」は、提言の主要な柱として、次の12項目を掲げることとした。ただし、提言はこれだけでなく、各章ごとに、取り組むべき課題に対する多くの提言とその具体的実践のための試案を挙げている。

- (1) 国民のいのちを守る視点を行政施策の中で優先事項とすることを行政官に義務づける新しい「行政倫理」を作り、その遵守を、各種関係法規の中で明らかにすること。

とくに苦しむ被害者や社会的弱者のいる事案に関しては、行政官は「行政倫理」の実践として、「乾いた3人称の視点」ではなく、「潤いのある2.5人称の視点」をもって対処すべきことを、研修等において身につけさせること。

- (2) 各省庁に「被害者・家族支援担当部局」を設けること。
- (3) 時代の潮流は、政府全体として公害、薬害、食品被害、産業災害、事故等の被害者を支えるための「被害者支援総合基本計画」(仮称)の策定をすべき時期に来ている。
- (4) 公害、薬害、食品被害、産業災害、事件等の原因究明と安全勧告の権限を持つ常設の「いのちの安全調査委員会」(仮称)を設置すること。
- (5) すべての水俣病被害者に対して公正・公平な対応を目指し、いまだ救済・補償の対象になっていなかった新たな認定申請者や潜在する被害者に対する新たな救済・補償の恒久的な枠組みを早急に打ち出すこと。
- (6) 熊本・鹿児島両県の認定審査会が長期にわたって機能を停止しているのは異常事態であり、国は両県と連携し待たされている被害者の身になって、責任をも

って早急に認定審査再開の方策を立てるべきである。

- (7) 国は関係地方自治体等と連携して、水俣地域を「福祉先進モデル地域」(仮称)に指定し、水俣病被害者が高齢化しても安心して暮らすことのできるような総合的な福祉対策を積極的に推進すること。その中で胎児性水俣病患者の福祉対策には格別の配慮が必要である。
新潟水俣病の被害者に対しても、同質の福祉対策を取ること。
- (8) 水俣地域の人々の「もやい直し」の活動を積極的に支援すること。
- (9) 国は水俣地域を「環境モデル都市」(仮称)に指定し、関係地方自治体等と連携して、地域の環境、経済、社会、文化にわたる再生計画を積極的に支援すること。
- (10) これら「福祉先進モデル地域」(仮称)と「環境モデル都市」(仮称)の取り組みを総合的で持続性のあるものとするには、二つを一本化して「環境・福祉先進モデル地域」とし、立法化の措置も視野に入れた制度化が必要であろう。
- (11) 水俣病の被害の全貌を明らかにするための総合的な調査研究を推進すること。
- (12) 「水俣病・環境科学センター」(仮称)を設立するなど、首都圏にも水俣病の研究と学びと情報発信の拠点を設けること。

1 . なぜ、今、水俣病か ~その歴史的意味からの出発~

水俣病の被害者の苦しみは今なお続いているにもかかわらず、水俣病の全貌は、いまだ明らかになっていない。

水俣病は、50年経った今も終わってはいないのである。

にもかかわらず、日本人の多くは水俣病はすでに過ぎ去った昭和史の中の事件だと考えている。

水俣病は戦後間もない昭和20年代半ばごろから、熊本県の水俣湾沿岸で発生し始めた。昭和30年代には、不知火海一帯の沿岸など広い地域で患者が発生するようになった。急性の劇症型の患者の症状と苦しみは筆舌に尽くし難いものであった。

劇症型患者の惨状は、水俣病問題を考える者が絶えず思考の原点に据えるべき厳粛な事実なので、ほんの一端だが、ここに家族の証言を引用（抜粋）させて頂く。

親父の症状が急に悪化して病院の中で狂い出したんです。手も足も宙に突き上げて震えて、あの形相、とても言葉ではいい表せません。（私は）長期休暇をとって、つきっきりで親父の看病をしました。120日もつきっきりで看ましたが、昭和54年の3月4日、親父は亡くなったんです。あの苦しみ、口から泡をふきながら死んでいったあの姿を見て、私はまた女島に戻りました。（佐々木清登さん。栗原彬編『証言水俣病』岩波新書より）

（隔離病棟に入れられた）母はまだ軽いほうでしたが、本当にひどい人はベッドに縛られて、苦しさのあまり家族を呼んで叫んでいる人がいっぱいおりました。力がないはずの手や足が病院の壁を掻きむしって、言葉にならない声でわめきながら次々に死んでいく。もう母も死ぬものだと思い、父がいうことには、「うつつて3人いっしょに死なればよかがね」ち、そのような毎日の介護の中にいました。あるとき一緒に風呂に入れてあげたお婆さんの痙攣を止めように止められず、風呂から引き上げても、まっ裸のまま走りつづけて壁にぶち当たり、また走って返って来て壁にぶち当たる。猫たちが死んでいったのとまったく同じ痙攣の仕方でした。（杉本栄子さん。同前掲書より）

環境省等の統計によれば、水俣病による認定患者数（熊本、鹿児島、新潟の合計）

は、平成 18 年 8 月現在で 2,955 人、認定患者を含む被害者総数はいまだ把握されていないが、平成 7 年の「政治解決」において医療手帳の対象になった人が 11,152 人、その対象にならず保健手帳のみを認められた人が 1,222 人、最高裁判決後の新たな認定申請者（未処分者）が 4,332 人（平成 18 年 8 月末現在）、最高裁判決後の保健手帳の申請者が 5,819 人（平成 18 年 8 月末現在）になっていることなどから推測するなら、被害者総数は少なくとも 2 万人を超えるものとみられる。このところ新たに水俣病の認定申請をする人々が急増したことは、潜在的な被害者がなお相当数いることを予想させるので、被害者総数はさらに大きく膨らんでいくものとみられる。

水俣病は、なぜかくも多くの犠牲者を出したのか。被害者たちは、なぜ長期にわたって放置されたのか。歳月を経てからようやく原因企業であるチッソや国や県によって、被害者に対して一応の救済・補償の対応がなされはしたものの、50 年を経た今なお、被害者と被害地域にとって「完全解決」に至らないのは、なぜなのか。そもそも水俣病公害の被害者の全貌さえ、今なお明らかにされていないのは、なぜなのか。国、自治体、企業、専門家などは、水俣病事件からいかなる教訓を読み取り、その教訓をもとに、今後いかなる対応をするべきなのか。

水俣病はしばしば公害の原点と言われる。数々の議論を総括すると、水俣病を公害の原点と呼ぶべき理由は、次のように多岐にわたる。

戦後の日本経済が再生し、高度成長をしいはじめた時期に、成長の犠牲を強いられる形で起きた最初の大規模な公害であったこと。

工業生産に伴い排出された有害物質が広範な環境汚染を引き起こし、食物連鎖を介して人体に深刻な危害をもたらした最初の公害事件であったこと。

人間が食物を介して摂取した汚染物質である有機水銀化合物が脳のバリアーをすり抜けて中枢神経に障害をもたらした最初の公害事件であったこと。

しかも、摂取された有機水銀化合物は、妊婦の場合、従来の医学の通念を破って、本人だけでなく、へその緒を通して、胎児の中枢神経をも侵し、胎児性水俣病を引き起こすことを示した最初の公害事件であったこと。

国や自治体が国民のいのちを守ることを最優先課題として、公権力を行使すれば、被害の拡大を防ぎ得たにもかかわらず、その対策を取らなかったばかり

か、被害者を悲惨な状態のまま長期にわたって放置したという、戦後最悪の政治・行政の失敗による公害事件であったこと。

水俣病発生の初期において、行政が速やかに原因解明に取り組みず、住民への適切な情報提供を行わなかったため、地域住民は恐るべき伝染病であるという誤った情報を信じて、水俣病の患者・家族に対して、深刻な偏見・差別をあらさまに示して、患者の出た一家を極貧に追い込んだ特異な公害事件であったこと。

被害を受けた患者・家族や漁民と原因企業チッソに依存する従業員、市民、政治・行政が厳しく対立し、地域社会が分裂して、ギスギスした空気が流れ、地域経済も衰退するという、地域社会全体の崩壊までもたらした公害事件であったこと。

ところで、空港、鉄道、工場、発電所などにおいて事故が発生した場合に、その原因の調査・分析と安全対策のための教訓の読み取り方については、欧米諸国では、F T A（欠陥樹木分析法）、S H E L分析法（エラー当事者と周辺諸条件との相関関係分析法）、4 M・4 E分析法（事故原因に関係する諸要因を4つのM、すなわち、人間系、機械系、情報・環境系、企業・行政のマネジメント系に分類・分析してそれぞれに対策法を考え出す方法）など、さまざまな方法が1970年代ごろまでに確立していた。また、1980年代以後になると、事故の問題をエラーをした個人よりも、エラーの発生やその事故への発展を止められなかった組織の問題の分析に重点を置く、「組織事故」という視点と方法が共有されるようになった。

しかし、我が国の産業界においては、そのような発想と方法が導入されるようになったのは、1980年代以降になってからだった。事故や公害の原因と構造を科学的に調査・分析する方法もその組織も、我が国は極めて遅れていたのである。そのことがまた、徹底的な再発防止策の立ち遅れにつながっていた。ちなみに、昭和37年に死者160人の惨事となった旧国鉄常磐線の三河島二重衝突事故の原因については、社内の監査委員会がおざなりな調査をただけで、客観的な立場に立った事故調査機関は存在しなかった。また、昭和38年に458人の死者と839人の一酸化炭素中毒患者を出した三井三池炭坑炭じん爆発事故については、当時の通産省の主導で学者などを集めての政府技術調査団を編成したものの、三井鉱山による坑内爆発

跡の証拠隠滅などによって、原因不明とされてしまった。後に原因を突き止めた研究者が警察の依頼で鑑定書を書いたところ、恩師の調査団長が自ら手を入れて改ざんするというスキャンダルもあった。

水俣病事件は、このような産業界と行政が癒着した時代状況を先取りするような形で発生したのである。司法の場で追及される責任問題は、個人あるいは組織の行為がその時点における何らかの法律に抵触しているかどうかという限定的なものとならざるを得ない。しかし、人命を尊重する企業活動や技術のあり方、行政のあり方などについては、失敗事例から幅広く教訓を学び取るには、刑事捜査や司法の判断だけでは十分でない。やはり、失敗分析の方法によって、事件の全体的な失敗の構造を分析する必要がある。

「懇談会」は、独自に調査する権限を持たず、持ち時間も限られていたが、水俣病事件を司法や行政の視点でなく、できるだけ全体的な失敗の構造を解明する意識で、関係資料や様々な研究者たちが行ってきた調査研究の報告、水俣の現地でのヒアリングなどをもとに議論を重ねた。

以下においては、そのような方法で分析した水俣病拡大に対する国の責任問題を論述し、その償いとして、国（および自治体）は何をなすべきかという課題についての提言をまとめることにする。

なお、「水俣病患者」「水俣病被害者」という用語について述べておく。

一般的に公害や薬害や治療ミスによってもたらされた疾患や障害（後遺症）の場合、医師が病態や症状によって診断を行い、重度、中程度、軽度などの判断を下すが、その場合、特定の症候などの条件を満たすかどうかで線引きをし、条件を満たす人だけを「患者」と呼び、それ以外の人は「患者」とは言わないなどという機械的な仕分け方はしない。

水俣病の場合は、公健法（公害健康被害の補償等に関する法律）による「判断条件」、いわゆる「認定基準」（手足末梢の感覚障害に加えて、運動失調、視野狭窄、平衡機能障害などのどれかがあること）を満たす者を「水俣病患者」と認定するシステムとなっている。

薬物・毒物による人体への影響の出方を考える際に、その健康影響が当該物質に起因する程度は、零パーセントから百パーセントまで連続的に分布していると考え

られる。公健法の認定基準は医学的知見に照らして、水俣病に罹患している可能性がそうでない可能性と同等（50パーセント）以上であるとの判断を行う基準となっている。

しかしながら、一定の感覚障害しかない人についても、メチル水銀の健康影響を全く否定できるものではないとして、行政的には、医療手帳等の救済策がとられている。一方、裁判所はどう対処しているかを見ると、水俣病関西訴訟の大阪高裁判決は、健康被害がチッソの不法行為によるメチル水銀中毒によるものであると認めつつも、「水俣病患者」という用語が公健法、救済法などでチッソによる補償金支払いの対象者にしか使えなくなっている現実に縛られて、やむなく「メチル水銀中毒症」の患者という呼び方を選んでいる（最高裁判決で是認された）。行政はこれら全てを含めて「水俣病被害者」と呼ぶことにしている。

この提言書では、認定された「水俣病患者」を含めたすべての被害者をとりあえず「水俣病被害者」と呼ぶことにする。

2. 被害を拡大させた行政の「不作為」責任

(1) 水俣病発生初期 チッソの秘密主義と行政の怠慢

水俣病発生の公式確認は、昭和 31 年 5 月 1 日、チッソの附属病院から水俣保健所に、実に奇妙な病気が出て、すでに 4 人入院しているという報告があった日とされている。しかし、その後の調査で、劇症型患者第 1 号は、すでに昭和 28 年に発症していたことが確認された。また、昭和 20 年代の半ばを過ぎた頃から、水俣湾で大量の魚が死んで浮いたり、魚介類が激減し漁をしても獲れなくなったりしたことや、ネコの狂い死が相次いでいたという異常事態が広がり始め、環境に異変が生じていることを示していた。

これに対し、水俣湾の漁民ははやくから直観的に、異変の原因はチッソの工場排水にあると感じていた。水俣市ではこの事態に対し、昭和 31 年 5 月 28 日水俣市奇病対策委員会が設置され、その要請を受けた熊本大学医学部の医師たちは、水俣奇病研究班を組織して、奇病の解明に取り組んだ。チッソは、企業秘密を理由に、研究班の医師たちを工場内に入れず、調査に協力しなかった。それでも研究班は、調査活動をした結果、同年 11 月には、水俣病は伝染性疾患ではなく、ある種の重金属中毒であり、その重金属は魚介類によって人体に侵入した可能性が高いという結論を出した。しかし、いかなる重金属が関わったのかについては、その時点では、突き止めることができなかった。

また、厚生省厚生科学研究班は、昭和 32 年 3 月、厚生省に提出した報告書で魚介類を介して摂取した何らかの化学物質か金属類による中毒であろうとの推測を示した。

こうした動きに対し、チッソは公的には水俣病と重金属との結びつきをひたすら否定した。チッソがこの時期に水俣病と自らの工場排水との関係について、内部でどのような調査研究を行っていたかは明らかにされていない。ただ、当時の化学工業においてビニールなどの製造に不可欠の中間製品であったアセトアルデヒドを生産していたアセトアルデヒド工場の精留塔で触媒の無機水銀が有害な有機水銀（メチル水銀）に変わり、それが廃液に混じって放水され、水俣病の原因だと気付いていた可能性がある。なぜなら、アセトアルデヒド製造の過程で無機水銀を触媒に使うと有機水銀化合物が生じることは、その分野の専門的な科学の教科書に記載

されていることだったからだ。(西村肇・岡本達明両氏の共同研究『水俣病の科学』〔日本評論社〕の第一章「水俣のチッソのアルデヒド工場」参照)。少なくとも、後述するように熊本大学研究班が有機水銀説を発表した昭和 33 年半ばには、チッソの工場の技術者は、有機水銀説に刺激されなかったはずはないし、刺激されれば、文献調査をして、大よその見当はつけていたはずだからだ。それゆえにこそ、チッソ附属病院長の細川一医師は、工場廃液をネコに与える実験を実施し、昭和 34 年 10 月 7 日にネコ 400 号に水俣病と同様の症状が確認されたのである。水俣病公式確認からすでに 3 年半経ち、患者はどんどん増えていた。にもかかわらず、ネコの実験結果は秘密にされ、チッソは相変わらず有機水銀説を否定し続けた。その「不作為」は、後に刑事責任を問われることになる。

水俣病は初期の頃は、原因がわからなかったうえに、症状があまりに激烈で奇異だったため、人々から前例のない伝染病ではないかと受けとめられて恐れられた。その結果、往年のコレラ、ハンセン病、結核などの患者が排斥されたのと同じように、患者や家族は残酷なまでの偏見と差別にさらされ、病気そのものの苦痛に加えて、周囲からは村八分に等しい仕打ちを受けた。その状況を語る証言を引用(抜粋)させて頂く。

(昭和 31 年に相次いで発病した妹二人が) 伝染病棟に入院している間に、市役所の方たちが来て、うちと隣の家だけ、家中に消毒剤を撒いていきました。私たちは村八分にされて、買い物に行ってもお金を手渡しでは受け取ってもらえずに箸やザルで受け取られたり、家の前を鼻つまんで通られたりして、誰からも声をかけられなくなりました。

(学校に)行ったときにはみんなからいじめられました。掃除当番のときには、「奇病がうつって(うつるから) 机や椅子にさわんな」と友だちにいわれて。私はもう毎日、母ちゃんがおったらと涙が止まらなかったです。(下田綾子さん。当時小学生。前掲『証言水俣病』より)

(昭和 33 年に母が発病して入院したころ) 水俣病は「マンガン病」ちいわれとって、「うつる」ともいわれていたんです。それで部落中の人が一変しましたもんで、父も母の介護に行くときは、藪になった裏の小道を、鎌を持って草を

はらいながら通う毎日になりました。私も父と交替で行きました。

母がどうしても孫に会いたいと病院から帰って来まして、帰り着いたその日の夕方だったと思います。母が家から海のほうへ下りていったと思った瞬間、もう本当にけたたましい声でキイキイキイおめく（叫ぶ）もんで、主人も私もころがって（急いで）行ってみましたら、母が隣のおじさんに崖から突き落とされていたんです。（杉本栄子さん。前掲書より）

では、行政はこの時期どう対応したのか。水俣病公式確認から1年を経た昭和32年5月21日付けの「水俣奇病会議」と題する厚生省技官メモ（水俣病研究会編『水俣病事件資料集』葦書房）によれば、熊本大学の意向としては漁獲の禁止を求めているのに対し、行政側は、今の段階では何とも言えない。まだまだ手を打てない。大学が行政のことまで口だししてもらいたくない。との趣旨の発言をしたと汲み取れる。

この行政側の姿勢は、一見科学的な根拠の有無をにらみ、法規の公正な適用を考慮しているように見えるが、この時期における厚生省の対応の実際を見ると、本格的な魚介類の汚染度調査をしたわけでもなければ、有機水銀中毒の可能性について、積極的に患者の臨床データの分析や世界の学術文献の調査をしたわけでもなかった。事態の重大性に対する緊迫感さえ抱いていた様子もなかった。先走って漁獲禁止をしたら、漁民から補償要求が出されるだろうから、できるだけコトを荒だてずに様子を見ていこうという事なかれ主義の姿勢があまりにもはっきりと見えるのである。

異常な事態の原因がはっきりしない段階で、行政がしばしば示す「疑わしきは規制せず」という姿勢は、後年になって、キノホルム薬害によるスモンや薬害エイズ事件でも告発されたように、防ぎ得た被害の拡大を放置することになる行政の「不作為責任」の定型的パターンとさえ言える。そうした事例の繰り返しを検証すると、行政官が被害の悲惨さに対し、《これが自分や家族に降りかかった問題であったら》という、後述する「2.5人称の視点」を身につけることの重要性を痛感する。

しかし、当時の行政には、そのような視点は欠落していた。劇症型の患者が続々と発生し、昭和32年5月の前記の会議の2か月前の時点で確認された患者数は54

人に上り、そのうち 17 人は死亡しているという事態の深刻さの中であら、行政は原因解明の態勢作りをしようとしなかったし、被害の拡大を防ぐ積極的な対策も立てなかった。

厚生省は同年 9 月 11 日、熊本県知事に対し、水俣湾内の魚介類の全てが有毒化しているという明らかな根拠が認められないので、食品衛生法を適用して、漁獲魚介類のすべてを販売禁止にすることはできないという見解を示した。これは論理のトリックであって、「魚介類の全て」が有毒化していることが証明されない限り規制できないということになれば、大変な規模と時間を要する調査をしない限り、いくら苦悶して死んでいく患者が出ようとも、規制はできないということになる。被害者不在の行政の姿勢の典型と言える。

一方、熊本大学の研究班は、昭和 33 年秋、イギリスのハンターとラッセルが報告している有機水銀中毒の臨床症状や病理学的所見が水俣病患者のそれらと一致していることに注目して、有機水銀に的を絞った研究を開始した。そして翌昭和 34 年 7 月、水俣病の原因は、水俣湾産魚介類に蓄積された有機水銀化合物である可能性が強いと正式に発表した。しかし、政府がこの事実を認めて、政府統一見解として発表したのは、熊本大学の研究結果発表から 8 年余、水俣病発生公式確認からは実に 12 年 4 ヶ月も経った昭和 43 年 9 月になってからだった。その間、患者は増え、苦しみの中で放置されたのである。

(2) 昭和 34 年 経済成長政策下の致命的な「不作為」

水俣病の公式確認から 3 年経った昭和 34 年は、被害地域と被害者の一層の拡大を防ぐために、チッソに操業停止を命じるか、さらに漁獲の禁止を命じるか、行政はいよいよ決断を迫られた時期だった。

昭和 34 年 7 月、熊本大学の研究班が「有機水銀説」を発表すると、厚生省の食品衛生調査会水俣食中毒特別部会も、11 月 12 日に、発生源には触れずに（つまりチッソの責任を問うのを避ける形で）、水俣病の主因をなすものはある種の有機水銀化合物であると答申した。ところが特別部会は翌日解散させられた。答申が出て、厚生省は積極的な手を打たず、報告書は葬られたに等しい扱いを受けた。特別部会代表だった鰐淵健之・熊本大学前学長（当時）の証言によると、前日の各省連絡会議では、通産省の軽工業局長が委員として出ていて、チッソの工場排水から有

機水銀が出ているとは証明されてない、日本化学工業協会では爆薬説を主張するなどいろいろな見解があるのだから、有機水銀説は認め難いと発言して、有機水銀説で結論を出すのを妨害した。

この特別部会の混乱と並行して、通産省は以下に示すような厚生省や水産庁との文書のやり取りで、「有機水銀説」否定とチッソ擁護の立場を貫き、国（政府）をしてチッソを温存させるための「不作為」の状態にくぎ付けにすることに成功したのである。

- 厚生省公衆衛生局長が、10月31日に通産省軽工業局に対して、「有機水銀説」の可能性を説くとともに、チッソが工場の排水口を前年9月に水俣川河口付近に変更したところ、その方面に新たに水俣病患者が発生するようになったことから、工場排水に適切な措置を講じるように要請したのに対し、通産省軽工業局長は11月10日の回答で、「有機水銀説」には多くの疑問点があり、水俣病の原因をチッソの工場排水に帰せしめることはできないと主張した。
- 水産庁長官が11月11日に、通産省軽工業局長に対し、工場排水に対する適切な処置を要請したことに対し、通産省軽工業局長は11月20日になって、水俣病の原因をチッソの排水に結びつけることはできないが、チッソに対し、廃水処理施設の完備と原因調査への協力を文書で要請したと回答した。

国の「不作為」の姿勢を決定づけたのは、後に所得倍増政策を掲げて首相になる池田勇人通産大臣（当時）が、厚生省の食品衛生調査会水俣食中毒特別部会の中間報告に基づいて同調査会が答申した翌日の11月13日の閣議で渡辺厚生大臣に対して、「水俣病の原因である有機水銀が水俣工場から流れ出していると結論するのは早計である」と慎重な調査を要望した（昭和34年11月14日『熊本日日新聞』）。その結果、有機水銀説も政府統一見解とならずチッソの工場排水規制も行われなかった。

この池田通産大臣の発言は、国の「不作為」が行政レベルだけでなく、政治レベルでも選択されたことを意味するものであり、行政のその後の姿勢を決定づけた。

国からの温存の処遇を受けたチッソは、この時期、何をしたのか。

その1つは、昭和33年9月にアセトアルデヒド工場排水の排水口を、それまでの水俣湾内百間港から水俣川河口付近に移したこと。その意図は不明だが、メチル

水銀を含む排水を水俣川から不知火海に放流すれば、水俣湾沿岸住民からの水俣病発生は少なくなって責任を逃れ切れると考えたか、あるいは広い不知火海であればメチル水銀が拡散されて濃度が薄まり、被害の発生を抑えられると考えたのかもしれない。だが、結果は最悪だった。それまで水俣病の発生がほとんどなかった水俣川河口付近や北側沿岸など不知火海沿岸各地で新たに患者が発生しはじめたのである。

もう1つは、サイクレーターと呼ばれる排水浄化装置を製作し、昭和34年12月24日に完成式を行ったこと。排水はサイクレーターを通すので、水俣川の水よりきれいになるというふれこみだった（昭和34年12月25日『熊本日日新聞』）ので、住民に安心感を与えるうえで大きな効果をあげた。実際は、浄化装置といっても、水銀の除去を目的として設置したものでなく、また、除去を期待し得るものでもない（関西訴訟高裁判決）シロモノだった。この2か月前には、ネコ400号がアセトアルデヒド工場廃液で水俣病と同様の症状の発症が確認されていたにもかかわらずである。

この時期、かねてチッソに対して排水の停止を求めてきた漁民たちは、8月から11月にかけて、工場に押しかけて、警官隊と衝突を繰り返したが、12月17日に熊本県漁連がチッソと漁業補償契約書に調印し、抗議行動をおさめた。また、水俣病患者家族互助会は、12月30日に県知事らによる調停案を受け入れ、チッソから涙金程度のわずかな見舞金を受け取ることで、将来水俣病がチッソの工場排水に起因することが決定した場合においても新たな補償金の要求は一切行わないことを内容とする見舞金契約を結んだ。この見舞金契約は、後に熊本水俣病第一次訴訟判決で公序良俗に反するとの理由で無効にされる。

チッソのサイクレーター設置と患者家族互助会の見舞金契約受諾が契機となって、水俣病問題は地域の人々に解決したかのように受け止められ、一見終息の時期に入った。現実には、公的な立場での水俣病の原因究明の調査研究は行われず、水銀汚染の防止対策もとられなかったため、有機水銀中毒の恐ろしさについて、産業界の認識は低いままだった。もし国がチッソをはじめ産業界全体に対し、有機水銀汚染に対し徹底的な対策をとっていれば、昭和40年5月に明らかになる第2水俣病の「新潟水俣病」の発生は防ぎ得たであろう。また、水俣地域の被害者数が増えるのを最小限に食い止めることができたであろう。

水俣病患者たちがチッソから補償とはとても言えない見舞金を受け取ったことは、地域の人々の偏見・差別観を、逆にゆがんだ形で深化させることにもなった。そのことは真相解明を棚上げにした補償まがいの決着をすると、かえって地域の人々の融和を妨げ、偏見・差別をゆがんだものにするを示している。その現実を証言の引用で示しておく。

昭和 34 年にはチッソと患者との間に「見舞金契約」が結ばれましたが、(中略)当時、父が認定されて3年たっていましたので、3年分で30万円出たんです。そのことを近所の人たちがとても妬むんですね。今まで貧乏しとったから、お金が出れば雨漏りする屋根ぐらい替えようかと思えますよね。それで炊事場の屋根を替えたんですよ。そしたら、「わあ、金もらったでよか屋根になったな。うちでも水俣病になろうかい」ち、わざと私たちに聞こえるようにいいながら家の前を通るんです。(中略)親戚からも学校や近所の人たちからも、そんなふうにいわれるのが一番つらかったです。(荒木洋子さん。前掲書より)

こうして昭和 34 年末にいわば「蓋閉め」された水俣病問題は、その後昭和 43 年 9 月に、熊本水俣病の原因はチッソ工場排水中のメチル水銀化合物であり、新潟水俣病の原因も昭和電工鹿瀬工場の排水中のメチル水銀化合物であるという政府統一見解が発表されるまで、「空白の 8 年余」を過ごすことになった。この政府統一見解が発表される 4 か月前に、チッソのアセトアルデヒド生産は中止されていたという事実を見ると、政府はチッソに強硬手段をとらなくてもすむのを見極めてから、水俣病の原因物質をメチル水銀化合物と認めたと批判されてもやむを得ないほど長い「不作為」の期間をやり過ごしていたのである。しかも、水俣湾が(旧)水質保全法に基づく指定水域に指定され、排水規制が開始されたのは、さらに遅れて翌昭和 44 年 2 月になってからだった。

このような経過の中で、熊本大学の入鹿山教授らは、地道に原因究明の研究を続けた。そして、チッソの工場内アセトアルデヒド工程の反応管から採取されて残されていた残滓から塩化メチル水銀を抽出することに成功、昭和 37 年 8 月にその論文を発表した。チッソはそれまで、有機水銀は絶対に排出していないと主張していたが、熊本大学の研究班はついに原因物質である有機水銀を工場内残滓から確認し

たのである。

しかし、「空白の8年余」における政府の有機水銀汚染対策の無策は、第2の水俣病である「新潟水俣病」を生むことになった。水俣の苦い経験が同じ公害の発生を未然に防ぐことに生かされなかったのである。

以上のように経過を見ると、昭和34年における行政の「不作為」がいかに重大な行政の失敗であり失態であったかが、浮き彫りになってくる。そこが水俣病関西訴訟の最高裁判決で厳しく問われたところである。

水俣病の悲惨な被害が拡大しつつあったのに、政治・行政から放置されたことの影響要因の一つに、この事件が首都東京からはるか離れた交通の便の悪い地方で起きた事件であったという事情がある。後述するように、人間が「人の死」に対して示す反応は一様ではない。愛する家族の死であれば、残された者はショックと悲しみで食事も摂れなくなる。しかし、遠方の無縁の人の死に対しては、例えば災害死のニュースで知ると気の毒には感じて、食事がのどを通らなくなるというほどのショックは受けない。水俣病事件がもし東京の隅田川沿いか東京湾で起きていたなら、メディアは連日センセーショナルなトーンで報道し、政治も行政も水俣の場合とは全く違って緊迫した対応を迫られたことであろう。水俣が放置された理由はいくつもあるが、その一つに、政治家や行政官の想像力の欠如という問題を指摘しなければならない。これが自分の家族に起きた被害だったら、どうなのかという想像力の欠如である。この問題については、3章における「2.5 人称の視点」の項で詳述する。

では、「不作為」という作為を選択させた最大の動機、すなわち背景にあった決定的な要因は何だったのか。その答えは明解に示すことができる。

チッソが生産に力を入れていたアセトアルデヒドは、当時の化学工業において需要の急増するビニールなどの製造原料として不可欠な中間製品であった。しかもチッソが国内におけるアセトアルデヒド生産の大半を担っていた。日本経済が高度成長の軌道を邁進しはじめた昭和30年代において、化学工業は新しく興りつつあった石油化学工業の先導役として高度経済成長の重要な一翼だった。チッソの生産活

動を止めることは、高度経済成長にブレーキをかけるに等しいことだった。このことについては、当時の通産省の軽工業局長が裁判の証人として、次のように明確に証言している。(括弧内は懇談会による補足)

「最悪手段である(工場の排)水を止めろというところまで一挙に行くというところが、私にして納得がいかないと、厚生省にはそういう権限はないんじゃないかと。(中略)通産省はやはり産業の振興とか生産の増強とか、(中略)([尋問者]本件に即して言えば、例えばアセトアルデヒドの生産ですね。そういうことをとにかく第一義的に考えると、そういうものの考え方という意味ですね。)そうですね。まさにそのとおりです。」

「合成繊維(合成樹脂か)の需要が増えるに伴ってアセトアルデヒドの増産をやっていたとすればそれが止まったということで、せっかく普及し始める合成繊維の発展というものにかなり影響が出るだろうということだと思いますけどね。」

たとえ水俣病の被害者が多数出ている、高度経済成長政策を貫くために、水俣病の原因企業であるチッソの生産活動を止めるわけにはいかないというわけである。つまり、水俣病の被害者は高度経済成長政策の犠牲者でもあったのである。このことは、被害者の救済・補償に対する国の責任問題を論じるに当たって根底に据えなければならない問題である。

ここで、行政の「不作為」を促す役割を果たした一部学者と業界の責任についても論じておく必要がある。

熊本大学研究班が、昭和 34 年 7 月に有機水銀説を発表すると、患者・家族や漁民のチッソへの抗議行動や行政に対する排水規制の要求はいよいよ激しくなった。厚生省は対応を迫られたのだが、前述のように通産省はチッソ保護の態度を変えない。11 月になって、政府は水俣病に関する各省連絡会議(局長クラス)を開いた。その会議で通産省は、東京工業大学の清浦教授の調査結果を報告した。すなわち、8 月に水俣湾の海水を採取して分析したが、水銀汚染はひどくないから、有機水銀説は拙速だと反対したのである。後から振り返れば、海底のヘドロからの食物連鎖が問題なのに、海面の海水を分析しただけで有機水銀説を否定するとは、極めて非

科学的な調査だったが、国立大学教授という肩書きや各省連絡会議という場で通産省の支持をバックにした見解なので、政府の統一見解を先送りするのに十分な効果をあげた。

これより先の9月には、チッソの所属する日本化学工業協会が、何の根拠もない旧海軍によって湾内に投棄された爆薬が原因だという説を発表していた。こうした異説は非科学的なものであったにもかかわらず、メディアによって大きく報道されたため、厚生省が有機水銀説を貫くことを困難にした。

さらに昭和 35 年に入ると、水俣病の原因解明をうたって政府の「水俣病総合調査研究連絡協議会（経済企画庁主管、通産省、厚生省、水産庁）」が設置されたが、同年4月の第2回会議で、清浦教授が論拠不明の「有毒アミン説」を発表するなど、まともな見解をまとめることもないまま、1年ほどで自然消滅してしまった。通産省の画策は成功したのである。

また、日本化学工業協会は、昭和 35 年4月、日本医学会会長・田宮猛雄氏を委員長に学会の大御所を集めて、「水俣病研究懇談会」を設けたが、この会議も、清浦教授らの「有毒アミン説」の発表を聞くなど、有機水銀説を宙吊り状態にする役割を果たした。

これらの経過を見ると、事件の現地で水俣病患者の臨床データの分析や工場からの廃棄物の化学分析などに取り組んでいる研究者の研究結果に対し、企業や業界や行政に迎合する学者の異説、珍説を同等に評価する日本の学界の指導層の知的貧困と倫理観の稀薄さは目を覆いたくなるほどであったと言わざるを得ない。被害の拡大という切迫した状況があったにもかかわらず、被害者の救済の先送りに手を貸した学者の倫理のあり方という点でも、水俣病事件は大きな教訓を残したのである。それはまた、政府の学識経験者を集めての審議会や専門家会議に対する国民の信頼を失わせる役割も果たすことになった。

3. 「いのちの安全」の危機管理体制を

以上は、水俣病の発生初期から政府が水俣病の原因に関する統一見解を発表した昭和 43 年までの期間において、被害の拡大を放置した国の行政の「不作為」責任に焦点を合わせて問題点を明らかにしたものである。それらの問題点は、水俣病事件への対応に限らず、日本の行政の体質、すなわち行政官の意識と価値観および行政の構造的欠陥にかかわる事柄であると言える。そこで、水俣病 50 年という節目に、行政はこの事件から何を教訓として学び、教訓を生かすには意識と組織をどのように変えるべきかを、政府全体で真剣に考えるべきであろう。「懇談会」としては、行政のあり方の変革を中心に、関連する企業や科学者のあり方も含めて、次の提言をする。

(1) 「2.5 人称の視点」による意識の変革を

「2.5 人称の視点」という、専門化社会に人間性を回復させるための新しい問題意識のキーワードについて説明する。

人間の「いのち」や「死」は、そのことにかかわる者の立場（人称）によって、意味が違ってくる。「1 人称の死（あるいはいのち）」は、私の死であり、私のいのちである。そこでは、自分は重い病気になった時、どのように生き抜くかとか、人生の最期にどのようにして尊厳死を迎えるかとか、自分が脳死になったら病気で苦しむ人のために臓器を提供したいとか、さまざまな選択を迫られることになる。誰しも、事故や公害や薬害の犠牲になるのは拒否するだろう。大事な一度限りの人生なのだから。

これに対し、「2 人称の死（あるいはいのち）」は、大切な家族や恋人との関係における「あなたの死（あるいはいのち）」であって、病気や死に直面する大切な人が充実した日々を送れるように、精神的・肉体的に支えてあげなければならない立場からの死やいのちである。例えば、末期がんの夫を支える妻の立場からの死やいのちである。「2 人称の死」は、もう一つ、大事な人が亡くなった後、自分の心の中にぽっかりと空白域が生じてしまい、その喪失感をどう乗り越えて生きるかという課題が突きつけられる。いわゆる「グリーフワーク」（悲しみを癒す仕事）である。

一方、「3 人称の死（あるいはいのち）」となると、友人・知人から全くの他人に

至るまで、幅が広い。友人・知人の死には、心を痛めても「2人称の死」ほどではなかろう。まして、他人やはるか外国の人々の死となると、イラクで連日何十人、何百人という死者が出て、日本に住む人々は食べ物のがのどを通らなくなるほど胸を痛めることはないだろう。現代のように、職業が専門化し、職業人がそれぞれの分野の専門家になる傾向が強いと、仕事に対する姿勢や判断基準が規則や基準やマニュアルに依拠することになる。行政官にしても法律家にしても医療者にしても、その点はみな同じだ。

客観性や公平性という意味では、規則や基準やマニュアルは不可欠のものである。しかし、規則や慣行を杓子定規的にあてはめるだけだと、「冷たい乾いた3人称の視点」になってしまう。公害や薬害の被害者が役所に訴えても、まともに聞いてもらえず、門前払いに等しい扱いをされたとか、犯罪被害者が警察署や検察庁に事件の結末や加害者の処罰について問い合わせてもケンもほろろの対応で何の説明を受けられなかったといった事例は、枚挙にいとまがないほどある。それらは役所側が「冷たい乾いた3人称の視点」でしか事案を見ていないことの表れと言える。あるいは、医師が治療法がなくなった末期がんの患者に「もうこれ以上することがないので、どこか身近なところに病院を見つけてほしい」と冷たく見放す。患者にとってはそれからこそが、かけがえのない1日1日であるのに。あるいは、弁護士が性犯罪被害者の女性の相談に対し、「訴訟に持ちこんでも、時間はかかるし、10万円ぐらいにしかありませんよ」などと、被害者の心理をズタズタにするような言い方をする。専門的職業人が「冷たい乾いた3人称の視点」で仕事をこなすと、こういうことになる。専門化社会の深刻な落とし穴と言える。

どうすれば、この現代社会のゆがみを人間味ある社会に再生できるのか。その方法として、「2.5人称の視点」がある。公的な立場の専門的職業人が、事件の当事者である被害者（1人称の視点）や家族（2人称の視点）になり切ってしまったのでは、感情移入が過度になり、冷静で客観的な判断ができなくなる。外科医でもわが子の手術はできないと言われるように。そこで、あくまでも冷静な「3人称の視点」を失わないようにしつつ、1人称の被害者・社会的弱者と2人称の家族に寄り添い、「これが自分の親や連れ合いや子どもだったら、どんな気持ちでいるだろうか、今一番求められているのは何だろうか」という視点を合わせもつようにするなら、冷たく突き放すような態度はとらないだろう。《現行の規則や慣行の中でも、何とか対

応することはできないか》《どうしても無理なら、規則を変えることはできないか》といった柔軟な発想と態度が生まれてくるはずである。これを、3人称の視点と1人称・2人称の視点を合わせもつ視点として「2.5 人称の視点」と呼ぶのである。あえて言うなら、「冷たい乾いた3人称の視点」から「温もりと潤いのある 2.5 人称の視点」への転換である。

水俣病発生の初期においても、あるいは昭和 34 年末の見舞金契約及び漁業補償契約から昭和 43 年の政府統一見解に至る「空白の8年余」の時期においても、行政の対応は《もしこれが自分や家族に降りかかった問題であったら》といった、1人称・2人称の立場の人々に寄り添う姿勢、すなわち「温もりと潤いのある 2.5 人称の視点」からはほど遠い、まさに「冷たい乾いた3人称の視点」だった。より厳しく言うなら、当時の法規の範囲内でも、チッソに対する規制の方法や被害者に対する支援の方法がないわけではなかったのだから、行政が実際に示した対応の仕方は、「冷たい乾いた3人称の視点」さえも超えた、違法な「不作為」と言うべきものであった。それゆえに最高裁判決で国と熊本県の責任が問われたのである。

日本の行政は、客観性や公平性を重視する姿勢を金科玉条とするあまり、さまざまな事件の被害者、患者、社会的弱者に対して、冷たく対応する傾向があり、時には客観性や公平性を隠れ蓑にして、「不作為」の怠慢をほしいままにした例さえ少なくない。そうした行政の姿勢は、社会的に批判を受け続けてきたにもかかわらず、その体質は本質的に変わらないで今日に至っている。最近の例をあげるなら、犯罪被害者が検察庁に重要な要請文を提出しようとしたところ、事務官が座って待っていた被害者にまともに話も聞かずに立ったまま無造作に書面を受け取って自室に戻ってしまい、何の対応もしなかったという事例があり、厳しく批判された。水俣病被害者に対する国の対応は、その最悪の例の一つと言える。

このような実態を見る時、行政の中に「2.5 人称の視点」を導入することは、日本の行政官の意識と行政の姿勢を大きく転換させる意味を持つことになるだろう。言い換えるなら日本の行政のパラダイムを「官中心主義」から「民中心主義」へと転換させる意味を持つことになる。

そこで、行政官の意識を変えるために、次の対策に取り組むよう提案をする。

行政官が公害、環境破壊、薬害、事故、災害、犯罪等の被害者や社会的弱者の訴えや相談に対し、「2.5 人称の視点」に立って十分に配慮のある対応をしなければならないことを、法律や条例の施行・運用の中で明らかにすること。その場合、「2.5 人称の視点」という用語が法律用語としてなじまないならば、一般的な公務員の倫理とは別に、「2.5 人称の視点」に相当する内容を持つとともに、行政課題に対処する時に国民の健康と生命の保護を最優先すべきことを示す新しいキーワードとして、「行政倫理」という用語による倫理規範を関係法規に明記することが望まれる。

補論

この「行政倫理」を実効性のあるものにするために、試案として、次の取り組みを示しておきたい。

）とくに環境基本法やこれに基づき進められる環境行政においては、上記の趣旨を基本的理念とすることを謳うこと。

）国の行政機関や地方自治体は、上級幹部を含む全職員を対象とする業務研修において、「2.5 人称の視点」が被害者や社会的弱者の立場を配慮した「民中心主義」の行政姿勢や中核になることを、さまざまな事例検討や実地体験をとおして身につけるカリキュラムを組むこと。（これは大学の専門課程のカリキュラムにおいても導入されるべき課題であろう。）

）行政に携わる者すべてに、「2.5 人称の視点」の意識を浸透させるためのハンドブックを作成して、全職場に配布すること。

(2) 「被害者・家族支援担当部局」(仮称)の設置を

ただし、意識の変革と言うだけでは、空念仏で終わるおそれが強い。意識の変革は組織や制度の変革を伴ってこそ、はじめて確実な実体のあるものとなり得る。

幸いにして、この数年、日本の行政や司法において、「2.5 人称の視点」というキーワードを使ってなくても、実質的にその視点に立った立法や実務での積極的な対応が相次いで見られるようになった。その主なものを挙げると

犯罪被害者に対し、警察、検察、裁判所が相談の窓口を開設したり、情報提供

をするようになった。さらにそれらの対策を政府全体の課題として取り組むために、犯罪被害者支援基本計画が立てられた。(平成 18 年)

キャッシュカード犯罪の被害者に対し、銀行は一切補償しないという方針を、行政が銀行側の要請によって長年にわたって容認してきたが、金融庁はキャッシュカード被害者急増の現実を踏まえて姿勢を 180 度転換して、銀行に全額補償させる預金者保護優先の制度を立法化によって確立した。(平成 17 年)

厚生労働省脳死臓器提供検証会議は、単に脳死判定や臓器提供が正しく行われたかを 1 例ずつ医学的に検証するだけでなく、愛する家族を失ったドナー家族側が精神的に問題をかかえていないかなどを調べて、必要があれば専門家による支援をするための「ドナー家族の心情把握等作業班」を設置してその作業に入りつつある。(平成 16 年以降)

アスベスト健康被害者、建築物耐震性偽装事件被害者それぞれに対する速やかな救済。(平成 18 年)

これらのほか、医療界の中にも「2.5 人称の視点」に注目する医師、看護師が、学部教育の中でこの視点の重要性を語る例が見られるようになった。

さらに日本航空は高い安全を確立するための計画の中で、乗客・家族の身になって仕事と向き合う意識を浸透させるために、「2.5 人称の視点」の教育ビデオを制作・配布している。

このような時代の潮流の中で、行政に「2.5 人称の視点」を導入する意義はいよいよ大きくなっていると言ふべきであろう。その具体的な方策として、「懇談会」として次の提案をする。

国の行政機関および自治体に、公害・薬害・食品被害の被害者、産業事故・都市災害・不良工業製品(商品)の事故・建築物災害の被害者、医療事故の被害者、経済事件の被害者、インターネット上の情報被害者(中傷、名誉毀損等)などの訴えと相談に対応し、必要に応じて被害者・家族に対する支援の態勢を組織として、「被害者・家族支援担当部局」を設置する。

各種の被害者支援の法律や制度を政府全体として総合的に比較検討し、犯罪被害者支援基本計画を全被害者に拡大するような「被害者支援総合基本計画」

を策定し、全体的に内容の充実をはかるとともに、未だ制度化されていない分野については、早急に立法化・制度化の道をはかること。

補論

被害者・家族支援の組織のあり方について、試案として次の取り組みを示しておく。

-) 「被害者・家族支援担当部局」は、行政機関の長に直属するスタッフ部門として、他のあらゆる業務部門から独立した組織とする。
-) 同部局は、被害が発生した事件の情報をキャッチしたら、速やかに行動を起こせるだけの専門スタッフをかかえる。
-) 同部局は、必要な情報を関係業務部局に速やかに発信して、「2.5 人称の視点」による対応を幹部・一般職員に徹底する。
-) アメリカのNTSB(国家安全運輸委員会)は、1997年、「涉外・広報及び家族支援局」を設置し、事故発生時に速やかにスタッフが現地に急行し、被害者・家族の支援にあたる体制を整えた。これはモデルとして参考になろう。

これらの取り組みは、日本の行政を真の福祉国家型行政に変革していく牽引車の役割を果たすに違いないと確信する。

(3) 「いのちの安全調査委員会」(仮称)の設置を

水俣病が発生しはじめた初期において、行政(とくに国)は積極的に実態と原因を調査・分析する取り組みをしなかったし、機動的にそのような対応をする組織を持っていなかった。原因をすみやかに明らかにすることは、被害の拡大を防ぐためにも、類似の事件の再発を防ぐためにも、さらには地域住民の不安やパニックや偏見・差別を防ぐためにも、不可欠である。しかし、行政の現実はいずれも正反対のものであった。

水俣病被害者の発生が広域化しはじめ、その拡大を防ぐべき決定的な別れ目となった昭和34年において、行政は関係省庁が一体となって住民の生命と健康の確保に取り組むべきであった。にもかかわらず、産業振興と経済成長を至上命題とする通産省が国民の健康政策を担う厚生省を抑制し、政府統一見解の取りまとめを、大幅に遅らせる画策をした。厚生省も、水俣病の原因究明と被害の拡大防止におよび

腰だった。日本の行政組織における「タテ割り主義」と官僚の縄張り意識は、行政官に自分の領域の政策の遂行しか視野に入らないといういわば視野狭窄症をもたらし、国民の生命と健康という至上価値さえ見失わせたと言える。

往年の帝国陸海軍は、太平洋戦争直前のノモンハン事件をはじめ、ミッドウェー海戦、インパール作戦、マリアナ沖海戦、レイテ沖海戦、沖縄戦などで、次々に作戦上の同じ失敗を繰り返した。それはなぜなのか。経営学者の野中郁次郎・一橋大学教授ら組織論・経営論・軍事論の専門家6名による共同研究グループの研究報告書『失敗の本質 日本軍の組織論的研究』（ダイヤモンド社、1984年）は、最終章「失敗の教訓」の中で、「日本軍が特定のパラダイムに固執し、環境変化への適応能力を失った点」は、戦後も、行政官庁から革新政党に至るまで至るところに継承されていると論じ、行政官庁については、「タテ割りの独立した省庁が割拠し、日本軍同様統合機能を欠いている」と批判している。まさにその弊害が、水俣病への対応をめぐる、象徴的な形で示されたということができる。

国民の生命にかかわる問題で、国の行政が省庁間の政策選択の価値観の違いから「不作為」に陥るとするのは由々しい問題である。多省庁にわたる問題が生じた時、どの省がリーダーシップを取るのか。問題によって違って来るだろうが、国民の生命にかかわる問題については、国が関係省庁の縄張りを超えた最優先課題として、予防や拡大防止の責務を担うことを、然るべき法律の中で明文化すべきであろう。

あわせてこの機会に、省庁がタテ割りで割拠している中で、国民の生命にかかわる問題が生じた時、どのようにして統合機能を発揮できるようにするかが検討課題であろう。

これらの問題を克服し、これから国民の生命と健康に被害が生じるような事件が拡大した時に、行政が機動的に対処することのできるシステムを確立するために、次の取り組みを提案する。この提案は、21世紀においては、国家の安全にかかわる危機管理体制と並んで、国民1人1人の日常におけるいのちの安全を守るためのもう一つの危機管理体制を確立することこそ、政治・政策の最重要課題であるとの認識に基づいている。

国民の生命と健康に危険を及ぼすようなさまざまな危険な事象・事件が発生した場合に、その原因究明と事件の構造的問題の解明にあたるとともに、被害の拡大防止策や再発防止策や普遍性のある教訓などについて積極的な勧告・提言を行う常設の「いのちの安全調査委員会」(仮称)を設けること。臨時編成の調査委員会では、所管行政機関からの独立性を確保できず、事件の構造の解明も期待できないし、専門性のある人材と情報の蓄積もできない。

補論

「いのちの安全調査委員会」(仮称)の設置にあたって考慮すべき要目として、次のような試案を示しておきたい。

- i) 「いのちの安全調査委員会」の行政組織上の位置づけは、内閣総理大臣直属の第三者機動的な組織とすることが望まれる。(アメリカのNTSB・国家運輸安全委員会など安全問題の調査機関は大統領直属の独立性の強い組織になっている。)

次善の策としては、省庁ごとに一般行政組織から独立した大臣直属の「

省・いのちの安全調査委員会」という形で設置する。この場合、日本の既存の行政組織の形態としては、航空と鉄道の分野で、事故調査と安全勧告の任務を担っている国土交通省航空・鉄道事故調査委員会がある。

) 「いのちの安全調査委員会」は、常勤・非常勤の委員(Board members)と各種専門分野の調査官等によって構成される。

) 国及び地方の行政機関は、環境の異常現象(動植物の異変、有害物の発生等) 環境汚染、健康被害、生命の危機等の情報を把握した時は、速やかに「いのちの安全調査委員会」に通報しなければならない。

) 「いのちの安全調査委員会」は、正確な事態の把握と原因・背景の解明のために、公的機関はもとより、私企業や私有地等への立ち入り調査や資料提供要求、関係者の証言聴取等ができる強い調査権限を付与されるべきである。

(アメリカのNTSB・国家運輸安全委員会、NRC・原子力規制委員会、FDA・連邦食品医薬品局等は、強力な調査権を付与されている。ハワイ沖で日本の練習船「えひめ丸」が米海軍の原子力潜水艦に衝突されて沈没した事件で

は、NTSBの調査員がハワイの太平洋艦隊停泊基地に駆けつけ、直ちに機密性の高い原潜の内部への立ち入り調査まで行ったことを想起すべきである。

また、オランダでは最近、交通機関の事故調査だけでなく、健康被害、産業事故、公害、災害などの調査や救急医療、被害者支援についても、一つの国家機関が統轄して行うようにする行政改革が行われ、総合的な安全調査委員会が発足した（Kingdom Act, 2 Dec. 2004）。これらアメリカやオランダの取り組みは、国民の生命の安全のための危機管理対策として、21世紀の国家が目指すべき方向を示すモデルとして注目すべきであろう。）

）「いのちの安全調査委員会」は、事案の原因と構造の解明の終了後はもとより、調査の途中であっても、人間の安全や環境の保護のためにすみやかに対処する必要があると判断した時には、関係行政機関や私企業や団体等に対して、対策の取り組みを勧告することができる。

）「いのちの安全調査委員会」は、事案の調査結果はもとより、安全にかかわる情報については、プライバシーの侵害になるもの等を除き、積極的に公表すること。

）行政機関は、被害の因果関係や食物汚染の危険性について、科学的な証明が不完全な段階では、責任回避のために、科学的不確実性を口実にして、「不作為」を正当化する傾向がある。水俣病事件は、その最悪の事例であった。

このような場合、被害の拡大を防ぐことを最優先にするならば、因果関係についてとりあえず推定であっても、被害拡大防止に可能と思われる対策にすみやかに取り組むべきである。その結果、後になって、推定に誤りがあったことがわかり、対策が拙速なものであったとしても、重大な過失がない限り、担当行政官の個人的責任は免除されることが必要であろう。（規制による経済的被害に対する補償は、当然行われなければならない。）

）公害、薬害等、さまざまな事件の被害者の救済・補償について、政治主導による一応の決着や事態の鎮静化（いわゆる政治解決）が行われた場合であっても、積み残しにされた未救済の人々の有無の調整、事件の構造的解明や被害発生メカニズムの科学的解明、被害全容の解明などの問題については、「いのちの安全調査委員会」も関係行政機関も、対応をそらすことなく、調査活動を継続すべきであろう。

4. 被害者の苦しみを償う制度を

(1) 状況の急変が問うもの ~ 求められる高い次元の政治の決断 ~

水俣病問題は、水俣病の認定を棄却された被害者等に対する平成7年の「政治解決」以後、ほぼ解消されたかのように一般の人々の間では受け取られていた。あるいは、一般の人々はほとんど関心を向けなくなっていたというべきかもしれない。

しかし、最近になって、水俣病問題をめぐる状況が次の4点を軸にして、急激に変化した。

平成16年10月、「政治解決」を受け入れずに国と熊本県の責任を問いつけた水俣病関西訴訟に対する最高裁判所の判決で、原告側が勝訴し、水俣病の拡大を防がなかった国と熊本県の責任が問われたこと。

この最高裁判決後、水俣病の認定申請をする人々が急増し、平成18年8月末現在、その数は4,300人を超えていること。しかも、熊本・鹿児島両県の認定審査会が構成されないため、申請者は長期にわたって多くは行政から医療費等の給付を受けているとはいえ、待機を余儀なくされているという異常な事態になっていること。環境省は両県の審査会委員に予定されている医師たちの説得をしているので、いずれ理解が得られるものと期待していると、「懇談会」に説明したが、最高裁判決から1年10か月経った平成18年8月の時点でも、審査会が成立する見通しはたっていない。

さらに、これら申請者のうち、約1,000人は国家賠償請求等の訴訟を起こして、司法の場で患者認定と補償額を認定する司法救済制度の確立を求めていること。

水俣病公式確認から50年の節目を迎えて、水俣病被害者や支援者などから恒久的な救済・補償の制度や地域の再生を求める声が強まってきたこと。

これらの状況の急変の中で、とりわけ重視しなければならないのは、司法判断を最終的に確定する最高裁判決で、水俣病の拡大を防ぎ得たにもかかわらず、意図的な「不作為」によって防がなかった国の責任が厳しく問われたことの重い意味である。この判決は、訴訟の原告に対して損害賠償金を支払えば済むという性格のものではない。国民の生命・財産を守る責務を持つ国が、悲惨な症状に襲われる水俣病被害者が次々に発生するのを放置したに等しい政策判断をしたこと責任を問わ

れたのだから、そういう政策のあり方を根本的に変えることで被害者全体と国民に対して償いを示すべき責務が課せられたのだという受け止め方をしなければならない問題なのである。

しかも、国の「不作為」は、高度経済成長のテンポを停滞させないために、被害の発生を見て見ぬふりをして放置するという重大なものであったことを考慮すると、高度経済成長政策の犠牲者である水俣病被害者に対する国の救済・補償のあり方は、財源難や過去のしがらみを理由にしたその場しのぎであってはならず、内閣全体の決断を必要とするものであろう。また、そのような高い次元の政治決断がなければ、水俣病 50 年にふさわしい問題の根本解決は望めないと、「懇談会」は判断した。

水俣病拡大に対する国の責任問題を議論するにあたって、ここで、もう一つ視野に入れておくべき次のような最近の一連の司法判断がある。(歴史的潮流をわかりやすくするため、既述の水俣病関西訴訟に対する最高裁判所の判決も加えた。)

平成 16 年 4 月、往年の炭鉱労働者が大量にじん肺にかかったことに関して、国がじん肺対策を怠った責任を問う患者・遺族 176 名による国家賠償請求のいわゆる「筑豊じん肺訴訟」で、最高裁判所は「国に責任あり」と認定した。

- 炭鉱内で粉塵を吸って治療法のないじん肺になった労働者は、昭和 34 年ごろには 1 万人にも達していたが、そのころには、労働者が粉塵を吸引するを防ぐ「湿式削岩機」が実用化されていた。にもかかわらず、通産省は削岩機の湿式化を企業に義務づけるのを長年にわたって怠った(まさに「不作為」)。通産省が省令を改正して、じん肺防止策を取ったのは、何と昭和 61 年になってからだった。この事例においても、戦後の経済再生に不可欠だったエネルギー資源の石炭生産を身を挺して支えた労働者たちが大量に犠牲を強いられたのである。

平成 16 年 10 月、「水俣病関西訴訟」で最高裁判所が国に安全対策上の「不作為」の責任ありとの判決を下した。

平成 18 年 6 月、乳幼児期の集団予防接種で注射器が使い回しされたことによって B 型肝炎ウイルスに感染したとして、札幌市の患者 5 名が国に損害賠償を請求していた「B 型肝炎訴訟」に対し、最高裁判所は、「国は注射器の連続使用を放置していた」(つまり「不作為」責任)として、賠償責任を認める判決を下し

た。

<追記>これらの最高裁判決と同じ時期に、各地の地方裁判所でも、国の権限不行使や患者認定のあり方をめぐる訴訟で、国が敗訴する判決が、次のように相次いだ。これらの訴訟については、いずれも国側が控訴しているので、判決が確定したわけではないが、上記の最高裁判決とともに、最近における司法判断の顕著な傾向を示すものとしても、また、様々な問題の被害者と国との関係がどのような実態にあるのかを示すものとしても、注目すべきであろう。

)平成18年5月、広島・長崎で原爆放射線の被曝をしたのに、国の「認定基準」を満たさないとして原爆症患者と認められなかった人たち9名が、不認定処分の取り消しなどを求めて訴えていた「原爆症不認定取り消し訴訟」で、大阪地方裁判所は、被爆者側の訴えを認めて、国に対し不認定処分を取り消すよう求める判決を言い渡した。地裁段階の判断なので、その後は控訴審で審理中だが、この大阪地裁の判決は、最近の裁判所の判断の潮流にそったものとして注目したい。

- ・原爆症患者として医療費などの援助を受けるには、国の審査会によって「認定基準」を満たしているかどうかの認定を受けなければならない。この「認定基準」は疾病ごとに原爆放射線との因果関係の可能性を「原因確率」(パーセンテージ)という数字で決めて、実際にあてはめるという方法を採用している。大阪地裁判決は、この「原因確率」による「認定基準」について、「考慮要素の一つに過ぎない」として、「(たとえ被爆した場所が爆心地から2キロ、3キロと離れていても)被爆状況や生活歴など他の要素も総合して考慮し、経験則に照らして判断すべきで、機械的に適用すべきでない」と述べている。
- ・この原告9名のうち7名は、爆心地から1.5キロから3.3キロで被爆し、2名は後で市内に入った人たちで、全員ががんや甲状腺機能低下などを発症している。しかし、被爆との因果関係を推定する「原因確率」は10%未満とされて、原爆症認定を却下されていた。これに対し、判決は1人1人について、被爆状況や生活歴、健康状態などを細かく検討し、「黒い雨などの放射性降下物などを体内に取り込んだ可能性があり、(直後には)脱毛などの急性症状もあった」などと述べて、原爆症と認めるのが合理的かつ自然だと判断した。

- ・この判断は、何らかの疾病の「認定基準」を完全には満たさないが、その辺縁にある患者について、「機械的に」排除するのではなく、柔軟に判断することによって救済の道を開いてあげることが可能になるのを示した恰好の事例と言えるだろう。それこそまさに、この「提言書」で提言している被害者に寄り添った「2.5人称の視点」に該当するものである。

）平成 18 年 8 月、原爆被爆者 41 人が提訴していた、上記（ ）と同じ趣旨の「原爆症不認定取り消し請求訴訟」に対し、広島地方裁判所も、認定基準は「科学的」だとする国の主張を退けて、「認定は原告ごとの被爆状況、急性症状などの全証拠経験則に照らして総合的に考慮し、法的観点から検討すべきだ」という考え方によって、原告全員を原爆症と認定した。（国側はこれらの判断に対して「非科学的」であるとして控訴。）

「原爆症不認定取り消し訴訟」は、全国で 13 のグループが提訴しており、このうちこれまでに地裁判決の出た 2 件が原告勝訴となったのである。

）平成 18 年 6 月、出産時などに止血剤として投与された血液製剤「フィブリノゲン」などで C 型肝炎ウイルスに感染したとして、患者らが国と製薬企業に対し損害賠償を求めている「薬害 C 型肝炎訴訟」で、大阪地方裁判所は、フィブリノゲン製剤の安全性が十分に確保されていなかったのに厚生大臣が製造を承認し、その後承認を取り消す権限を行使しなかったのは、「安全確保に対する認識や配慮を著しく欠いており違法である」として、「国に責任あり」との判決を下した。（地裁判決なので、国側は控訴。）

）平成 18 年 7 月、トンネル工事でじん肺になったのは、国がゼネコンなどの企業に対し粉塵対策を講じさせる権限を行使しなかったためだとして、元作業員の患者・遺族 9 名が国家賠償請求を求めている「トンネルじん肺訴訟」について、東京地方裁判所は、国が工事現場の粉塵測定や、粉塵が飛び散らないような削岩機と防塵マスクの併用を義務づけなかったことを重視して、「規制権限を行使していれば、じん肺被害の発生、拡大を相当防止できた」と指摘し、国に賠償責任があるとの判断を示す判決を下した。（地裁判決なので、国は控訴。）

上記の 3 件の最高裁判決（および地裁判決 4 件）は、このわずか 2 年余の間に次々に下されたもので、いずれも国は敗訴し、行政上の責任（規制権限不行使つまり「不

作為」による怠慢)や対応の誤りを問われている。そのことは、国民の生命と健康の確保に対する国の行政の不徹底は、水俣病事件に限ったことではなく、行政全般に体質として染み渡っているものであることを示唆していると言えるだろう。それゆえに水俣病被害者の救済・補償に関する根本的解決には、高い次元の政治決断がなければ前進は望めないし、反面、高い次元の政治決断があれば、水俣病被害者だけでなく、他の事件(上記の一連の事件)などにも、根本解決へのモデルを示すことになるだろう。

折しも、水俣病の発生が公式に確認された昭和 31 年と同じ年に移民が開始された「ドミニカ移民」に対する外務省の施策(政情が不安定なうえに農耕困難な荒地を楽園の如くに宣伝して移民を奨励し、移住者に苦難を強いた)に対し、平成 18 年 7 月 21 日、小泉首相は前月の東京地裁判決で国家賠償法の点では勝訴していたにもかかわらず、政治判断でドミニカ移住者に対し、異例の「おわび」談話を発表するとともに、移民の代表を首相官邸に招いて、失政を反省する言葉を語った。判決は国に賠償責任なしとの判断を示しながらも、移住をすすめるにあたって、現地調査や情報提供に関する政府の義務違反があったことを指摘していた。小泉首相はそのことを“実質敗訴”と受けとめて、法的には敗訴でもないのに、外務省の立場を飛び越えて「おわび」の談話を発表する決断をしたのだという。行政の論理からでは、こういう発想と決断は出て来ない。また、小泉首相の心を動かした背景には、尾辻秀久・前厚生労働大臣の 5 年にわたる水面下での努力があった。高い次元の政治決断とは、そういう対応を指すのである。移住者代表は、「私たちが求めていたのは、お金ではなく国からの謝罪だった。これで私たちも棄民ではなく移民になれた」と語った。水俣病の認定を却下された人々や新たに認定申請をしている人々の中にも、「求めているのはお金でなく、はっきりと“水俣病患者”と認められた上での、国からの謝罪なのだ」という声が少なくない。

以下に水俣病被害者に対する救済・補償の問題点とその根本的解決のあり方について、「懇談会」の判断と提言を記す。

(2) 行政の論理に縛られない視点

平成7年の「政治解決」の時には、対象になる水俣病被害者の申請を期限を切って受け付けたところ、約11,000人が救済を受けた。当時、水俣病の被害者救済は、これが最終的かつ全面的解決を図れる方法であると「政治解決」にかかわった人々は考えていたので、最高裁判決後の認定申請者の大量出現は予想外のことだった。一体なぜ、こういうことになるのか。

かねて水俣病被害者やその支援者、研究者の中には、救済・補償の基本的な枠組み、とくに水俣病の補償対象の条件になっている「認定基準」(判断条件)を見直すべきだという意見があり、今回の新規申請者の中からも同じ意見が出されている。

これに対し、環境省は「認定基準」はチッソが補償対象にする水俣病患者を狭く絞り込むためのものでなく、医学専門家の意見を踏まえて定めたもので、十分に医学的根拠があり、見直す必要はないとの見解を堅持している。また、「懇談会」に対して、議論が進みはじめた段階で、「認定基準」見直しやそのための検討会の設置については本懇談会の議論としては求めないとの見解を示した。

「懇談会」としては、行政に対し客観的な立場に立つ視点から、大量の新規認定申請者の登場とそのきっかけとなった最高裁判決の重要性という現実を前にして、被害者の救済・補償の問題も十分に検討し対策を考えなければ、50年という節目に水俣病問題を根本から見直すという任務を果たすことにならないと判断した。

一般に、法律や法律の制度というものは、それなりに背景や理由があって存在しているものであるから、行政の実務という領域に視点を絞るなら、現行制度を堅持しようとする姿勢を貫くことをむやみに否定することはできない。問題は立ち位置をどこに置き、どういう視点で制度を見るかという点にある。「懇談会」としては、行政の立場を視野に入れつつも、現在の救済・補償制度を絶対不変のものと捉えずに、「2.5人稱の視点」から、今後の救済・補償制度の基本的あり方について議論した。

(3) 複雑な救済・補償制度と混乱の根源

水俣病の被害者に対する本格的な補償は、昭和48年の熊本第一次訴訟判決に基づいて、同年チッソと被害者および被害者団体との間に結ばれた補償協定が最初のものである。この協定は訴訟の原告となった被害者を対象にするだけでなく、訴訟に加わらなくても国が決めた「認定基準」によって「水俣病患者」

と認定された被害者すべてにチッソが補償の責を負うことを明記した。その結果、補償協定と「認定基準」が連動することになった。補償の内容は、症状の重軽度によって、チッソによる一時金支給を、A 1800 万円、B 1700 万円、C1600 万円と3段階に分け、それぞれに医療費、年金等の給付を付加している。行政は、この枠組みを「法制度救済」と呼んでいる。

しかし、被害者の中には「認定基準」の条件を満たさないため、認定申請を棄却される人々が続出した。そのような被害者たちは、補償を裁判に訴えて勝ち取ろうと各地でチッソや国・県を相手に損害賠償請求の訴訟を起こした。

その混乱の收拾を図り関係者間の和解を進めるため、平成7年当時の与党三党（自由民主党、日本社会党、新党さきがけ）により、国や関係自治体の意見も踏まえ、最終的かつ全面的な解決を目指した解決策が取りまとめられた。そして、被害者団体と原因企業がこの解決策を受け入れ、当事者間で解決のための合意が成立したのが、平成7年の「政治解決」であった。救済対象者は、水俣病に見られる四肢末梢優位の感覚障害を有するなど一定の要件を満たす者であり、関係当事者間の合意付属文書において、水俣病の診断はあくまで蓋然性の程度により判断するものであり、公健法の認定申請の棄却がメチル水銀の影響が全くないと判断したことを意味するものではないことなどにかんがみれば、認定申請を棄却された人々が救済を求めるに至ることには無理からぬ理由があるとされた。

給付内容は、チッソによる一人当たり一時金 260 万円 + 団体加算金（訴訟で労苦を注ぎこんできた各被害者団体へのかなりの金額の給付）に、行政による医療費、療養手当での給付金を加えている。

「政治解決」は訴訟の労苦と年月を省くための妥協であるため、それでは責任が曖昧になるとして、水俣病関西訴訟の原告団は、解決の調印には加わずに、国、熊本県及びチッソの責任に焦点を絞った訴訟を続行した。この関西訴訟の最終決着が平成16年の最高裁判決である。判決による賠償の金額は800万円から400万円である。

これより先、すでに昭和60年に地裁判決で確定していたチッソを相手にした熊本第二次訴訟がある。補償額は1,000万円から600万円。

行政はこれらを「司法救済」と呼ぶ。

この「政治解決」のややゆるめた条件にも合わないで除外されたけれど、被害者の可能性を否定しきれないとされた人々や最高裁判決後に新たに救済を求める人々に対しては、医療費、はり・きゅう施術費及び温泉療養費を支給する「保健手帳」が発給されている。行政はこれを「行政救済」と呼ぶ。

公害事件で、被害者の立場によって救済・補償の中身がこのようにバラバラの枠組みと基準で決められ、金額等にも大きな差があるという例は、水俣病事件以外にはないだろう。なぜこのような複雑な構造になったのか、一般人が理解するのは困難であろう。

そして今回、関西訴訟に対する最高裁判決が下されたのを契機に、新たに水俣病の認定申請をした人たちが4,200人以上にも達した。平成7年の「政治解決」は“最終決着”にはならなかったのである。

もちろん、司法の場での決着にせよ、政治解決にせよ、解決策への到達には、それぞれの時点ならではの状況下での関係者の並々ならぬ苦労や涙ながらの苦渋の選択、決断があったことに対しては、「懇談会」として敬意を払うものである。しかし、繰り返しになるが、50年という重大な節目において、水俣病問題が今なお混乱の続く状態にあるという現実と直面して、その根本的な解決の道を探るには、大胆な議論や考え方の出し合いが必要であろう。

各時点における混乱の因果関係を時間軸にそって整理してみると、次のようになる。

- ・ 昭和34年12月、チツソが示した反倫理的な「見舞金契約」に患者側が署名。
(後に裁判でこの契約は公序良俗に反するとして無効にされる。)
- ・ 同月、厚生省は、水俣病患者かどうかを診断する「水俣病患者診査協議会」を設置した。1年半で県に業務を移す。
- ・ 認定を棄却される被害者が続出し、それらの被害者たちが、昭和45年「判定不服審査請求」を起こす。
- ・ 同年、当時の環境庁は請求を認めた。また、同年環境庁は「次官通達」により

患者認定の判断条件を一般化した「認定基準」を示した。

- ・ 昭和 48 年、チッソを相手取った熊本水俣病第 1 次訴訟で原告（患者たち）側が勝訴し、チッソと患者の間に「補償協定」が結ばれた。この「補償協定」は、原告以外の水俣病被害者であっても認定審査会で「認定基準」を満たす水俣病患者と認定されたなら、補償対象者になれると規定した。これによって、「認定基準」は「補償協定」と完全にリンクしたものとなった。
- ・ 「補償協定」が原告以外にも開かれたものであるため、認定申請者が急増、認定患者の増加はチッソが支払うべき補償額の膨大化を招いた。
- ・ 昭和 52 年環境庁は、急増した各県の認定審査に統一性と客観性を持たせようと、専門家による検討会を開催して、「昭和 46 年次官通達」で示した認定基準のうち「有機水銀の影響が否定しえない場合」とは具体的にどういう場合かなど、判断条件の明確化を行った。その結果、有機水銀の影響による症候のうち 2 つ以上の組み合わせを必要とするなどの「昭和 52 年判断条件」を示した。環境庁はこの「昭和 52 年判断条件」は、「昭和 46 年次官通達」の趣旨を具体化・明確化したに過ぎず、決して認定の条件を厳しく狭いものにしたわけではないと説明している。
- ・ しかし、水俣病被害者や水俣病の臨床あるいは研究にかかわっている専門家の中には、「認定基準」は厳しすぎるという批判や「認定基準」と「補償協定」がリンクしていることへの批判がある。
- ・ 昭和 60 年、「認定基準」（昭和 52 年判断条件）を不服とする認定棄却者たちによる熊本水俣病第 2 次訴訟の福岡高裁判決は、水俣病の病像について、「極めて軽微な慢性不全型」まで含めて、「極めて広範囲のものとなった」ととらえ、「昭和 52 年判断条件」を「厳格に失している」と評して、最後まで争っていた 5 名のうち 4 名を「損害賠償請求訴訟における水俣病」と認めた。

- ・ この福岡高裁判決を受けて、環境庁は新たに医学専門家会議を招集して、「認定基準」を再検討したが、「厳格に失っている」との高裁の評価があったからといって、「認定基準」を変えなければならないような事情の変化はないとして、「現行の判断条件は妥当」との結論を出した。
- ・ その後、各地での水俣病の損害賠償請求訴訟が相次ぐとともに、被害者の一部はチッソとの自主交渉を進めた。
- ・ 平成7年、与党3党は拡大継続する混乱を收拾し、関係者の和解を進めるため、国や関係自治体の意見も踏まえ、“政治解決策”を取りまとめ、被害者団体等もこの解決策を受け入れ、当事者間で解決のための合意が成立した。企業は水俣病に見られる四肢末梢優位の感覚障害を有するなど一定の要件を満たす者に対して一時金を支払うこと、国及び県は遺憾の意など何らかの責任ある態度の表明を行い、の者に医療手帳を交付し、医療費、療養手当等を支給すること、救済を受ける者は訴訟等の紛争を終結させること、地域の再生・振興、チッソ支援などの地域振興策などを内容とするもので、これによって、さまざまな紛争について、早期に最終的かつ全面的な解決を図るねらいで、約11,000人が既述のような「政治救済」を受けた。
- ・ しかし、この「政治救済」の対象とならなかった人たちに不満を残した。また、関西訴訟の原告団は「政治解決」を拒否して、訴訟を続けた。
- ・ 平成9年、福岡高裁は水俣病認定申請棄却処分取消請求訴訟で、「昭和46年次官通達」及び「昭和52年判断条件」について、水俣病認定基準として、「それ自体不合理であると評価することはできない」との判断を示す。しかし、原告1名はその認定基準を満たすと見るべきであるとして、棄却処分の取り消しを命じた。
- ・ 平成16年、最高裁による水俣病関西訴訟判決は、国と熊本県の賠償責任を命じたが、「認定基準」の是非については、「認定基準」とは異なる判断の準拠を用

いた大阪高裁の控訴審判決のまま、裁判の争点ではないとして、是非のどちらの判断も示さなかった。

- ・ 平成 16 年の最高裁判決の後、突然新たに水俣病の認定を申請する人たちが急増し、その数は平成 18 年 8 月までに 4,300 人以上に達した。同時に、それらの申請者の中で、国に賠償を求める訴訟を起こした人たちが 1,000 人を超えた。
- ・ 最高裁判決以後、熊本・鹿児島両県の認定審査会は医師の協力を得られないため構成することができず、約 4,300 人の認定申請者たちは、その多くは医療費の支給を受けているとはいえ、長期にわたってただ待たされ続けている。

以上のように水俣病の認定をめぐるのは、何度となく解決策が採られても、どれも“最終解決”とはならなかった。その混迷はいまだに続いている。

上記の混迷の年譜から読み取るべき教訓は、次のようなことである。

水俣病発生の初期において、メチル水銀中毒の医学的研究の遅れから、水俣病被害者には急性の劇症型患者のようにハンター・ラッセル症候群のさまざまな症候を明確に示す患者から、一部の症候しか示さない不全型まで、また症状の現れ方も重症から軽症まで、幅広く存在するという把握の仕方が、医学者等の専門家にも行政にもなかった。

水俣病発生当初、行政は水俣病の多様な病像と被害の全貌を積極的に解明するための調査・研究のプロジェクトを立ち上げるべきであった。

平成 4 年以降の総合対策医療事業の開始や、平成 7 年の「政治解決」により、「認定基準」を満たさないが、メチル水銀の影響の可能性を否定し切れない被害者に対して、一定の症候の有無と居住歴等を要件とした救済が行われることとなったが、本来であれば、予想し得る症候・症状の広がりを想定して、被害者に 30 年以上もの年月を苦しみの中で待たせることにならないような救済・補償の対策を早い段階で採るべきであった。また、「認定基準」が「補償協定」とリンクすることになって、「水俣病患者」という用語が限定的にしか使えなくなり、それ以外の被害者を「水俣病患者」と呼ばなくなった結果、被害者の中には「被害者

なのに水俣病と認められないのは人格を認められないに等しい人権侵害だ」といった不満が残った。

「認定基準」について、行政には堅持し続けるだけの根拠があるにしても、一方、被害者や医学専門家の中には、その見直しを求める批判的意見が絶えることなく提示されている現実がある。さらに現行「認定基準」を決めた昭和 52 年以後の年月の経過の中で、水俣病被害者の実態がよりはっきりとわかってきたことや、医学の進歩などの変化もある。そのような中で、行政は「認定基準」について信頼感を得るには、開かれた議論の場を設けるのが望ましかったというのが、懇談会の意見である。

平成 7 年の「政治解決」のような形で混乱する事態を收拾する場合には、幅広い関係者全員のコンセンサスをよほど徹底して固めておかななくては、その時点では“最終解決”を達成したように見えても、問題が再燃する可能性が残ることになる。そのような問題の再燃を防ぐには、行政が積み残しのないようなきめ細かい対応をしたり、問題が再燃した場合の対応についての事前のアセスメントをしておく必要がある。平成 7 年の「政治解決」の場合、救済の申請期間がわずか 6 か月であったことなど、終結を急ぎ過ぎた。

現在、4,300 人以上の認定申請者の出現、認定審査会の機能麻痺、約 1,000 人の訴訟という事態を前にして、新しい方策を考えなければならない状況になっている。

(4) 新規申請者が示す問題の根の深さ

ここで見ておかなければならないのは、なぜ今という時期に約 4,000 人も新たな認定申請者が現れたのか、その事実と背景である。この問題を解明した研究報告がある。「懇談会」の委員でもある久留米工業大学工学部の丸山定巳教授らの「不知火海研究プロジェクト」による社会疫学的な調査報告『水俣病認定申請者調査なぜ今、大量の水俣病認定申請者なのか?』(公衆衛生 vol. 70 No.2)及び『同水俣病認定申請者の居住歴と健康状態』(同 vol. 70 No.3)等である。

この調査研究の対象にしたのは、最高裁判決後、平成 17 年 4 月 30 日までの時点における認定申請者 1,782 人で、アンケート調査に対する回答者数(率)は 274 人

(15.4%)であった。

この調査報告によると、これまで認定申請した経験のない145人のなぜ今まで申請しないでいたか、その理由の主なものは次のとおりである。数字は「そう思う」と「ややそう思う」の割合(%)の合計。各項目複数回答可とするアンケート方式。

自分が水俣病だとは思っていなかった。	58.6
平成7年の政治解決で水俣病は終わったと思っていた。	53.8
申請することで子供・家族の結婚に差し支えると思った。	51.1
申請することで集落(町内)でのつきあいに差し支えると思った。	49.0
申請することで、子供・家族の仕事に差し支えると思った。	46.9
申請することで自分の仕事に差し支えると思った。	43.5
申請制度を知らなかった。	42.8
自分が水俣病であることを周囲に知られたくなかった。	41.4
認定制度に対する不満・不信を感じていた。	40.0
申請しても認定されないと考えていた。	39.3

これらのデータが示すのは、地域社会の中で水俣病がいかに差別と偏見の目で見られ、いかにオープンに語り合いにくいものであったかという厳粛な事実である(、 、 、)。そしてまた、庶民というものは、いかに後ろ指を差されるのを恐れて、ひっそりと暮らしているかという事実である。そして今は、公に申請をしても子供や家族の結婚や仕事のことを心配しなくてもよみだけの歳月が流れたということであろう。

また、行政による啓発活動の立ち遅れ(、 、)と、その反動としての行政不信の根強さ(、)もデータは語っている。

そして、丸山教授らの調査報告は、新たな認定申請者が急増した理由には次のようないくつかの状況の変化がからんでいることを明らかにしている。

高齢化あるいは年月の経過に伴い、健康状態に不安な要素が生じてきて、医療ニーズが高まったこと。実際、この調査結果は、新たな申請者全体の健康度が、日本人の平均と比べて、明らかに低くなっていることを示している。

平成16年の関西訴訟最高裁判決で、認定基準(症候2つ以上の組み合わせ)

に合わなくても、感覚障害のみでの損害賠償が認められたことによって、自分の居住歴や食生活などから、自分の体調・身体機能の低下を水俣病ではないかと思うようになったこと。

平成7年の「政治解決」によって、自分の周辺にも水俣病被害者として救済の対象になった人が多くなったことや、子どもの結婚や自分の退職などにより、名乗り出ると偏見の目で見られたり差別を受けたりするのではないかという不安感が薄められ、認定申請を躊躇する事情が少なくなったこと。

「政治解決」で救済をされた人々と、いまだ対象になっていない自分との間の不公平感が強くなったこと。

新たな認定申請の先頭に立った人々の団体が、積極的に申請をするよう啓発活動を展開したこと。

これらの背景要因は、いずれも納得できるものである。

水俣病の根がいかに深いものであり、今なお解決し得ていない現在進行形の問題であることが、これらのデータから慇々と伝わってくる。行政が水俣病被害者のこのような深い苦悩についてまで想像力をはたらかせるダイナミックさを有していたなら、救済・補償の問題にしても地域再生の問題にしても、これまでの展開は全く違ったものになっていたに違いない。ここにも行政が水俣病 50 年の歴史から学ばなければならない根本的な問題が横たわっている。

ここで忘れてならない問題がある。新潟水俣病の被害者たちである。新潟水俣病の被害者たちは、阿賀野川流域に広がっているため、水俣地域に比べると、被害者同士の地域共同体的な結びつきは弱く、1人1人が孤立しやすい傾向があった。救済・補償の基準は水俣地域の被害者と同じであっても、被害者たちは連帯しにくい状況に置かれているのである。

行政は、新潟水俣病の被害者たちのこうした実態を十分に考慮して、救済や福祉対策に十分な手を打つ必要がある。

(5) 恒久的な救済・補償の枠組みの方向

前記の混迷の年譜が示している最も重要な問題点は、はじまりの時点において、

水俣病被害者の幅広い存在を十分に把握できなかったがゆえに、公健法の認定の線外の被害者に対する対応の“設計図”を描けなかったことにある。

医学が疾患や障害の診断に当たって、診断の基準を必要とするのは当然のことである。あるいは、治療の方針を決めるに当たって、適応条件を必要とするのも当然である。診断基準にしる適応条件にしる、それらは科学的な理論と事実の証拠（evidence）に支えられて成立するものである。そのことは現代医学が呪術に感化されずに、科学的な学問として成立する上で極めて重要であることは言うまでもない。

しかし、現実の患者を前にした臨床医学は、それほど明解に科学的に割り切れるものではない場面に直面することが多い。特に、メチル水銀摂取によって被害を受けた患者のように、神経内科学の専門家でさえも、未経験だった疾患であり症候であった場合には、未知の問題が多く揺るぎない診断基準を作ることは極めて困難なはずだった。

このような場合、重要なことは、医学者が臨床の現場で患者の病態をその生活像まで含めてつぶさに観察し、患者の医学的救済のためには、何が求められているかを自らに問い続ける姿勢であろう。それは、「乾いた科学者の眼」「乾いた3人称の視点」から、現実の悲惨さに寄り添う「潤いのある2.5人称の視点」への発想の転換でもある。（その臨床における医師・医学者の姿勢の範とすべき歴史的な例として、1906年フランスのクーリエ炭鉱で1,099人の死者を出した炭じん爆発事故の一酸化炭素中毒患者の診療にあたったステアリン医師の取り組み方に注目したい。ステアリン医師は病院で診療するだけでなく、患者の家や職場や酒場にまで出かけて、一酸化炭素中毒患者の精神病理学的な症状を観察し記録して、精神神経症状の症候学的な検討を2年半も続けて論文にまとめたのである。既成の医学書の内容や定義の中に患者をあてはめるのではなく、患者を固有名詞を持ち生活する人間として日々の生活環境の中で病態を見つめるという調査・研究の取り組みの重要性が、医学者たちや行政官によって意識されていたなら、水俣病問題の展開は全く違ったものになっていたに違いない。）

既に述べたように、同じ原因による公害病と判明している患者は、一旦患者として認定を受けた場合には、症候の多寡や症状の重度・軽度の差に関係なく、疾患名は1つのはずである。しかし、環境省は「水俣病の判断は、主要症候の組み合わせ

によってなされるもの」との見解を維持している。それが「認定基準」になっている。メチル水銀の影響の可能性が「認定基準」に合わなければ「水俣病」とは認めないのである。

「懇談会」においては、この見解については、批判的見解を含め様々な意見が出された。

しかし、限りなく狭き門であっても、国は水俣病被害者すべてを包括できる新しい継続性のある救済・補償の仕組みを構築するのが急務になっているという点で、「懇談会」の意見は一致している。その理由は、この提言書のはじめから繰り返し述べてきたように、イ最高裁判決により国の責任が厳しく問われたこと、ロいまだ救済されていない水俣病被害者が10人や20人でなく何千人という数に上がることが認定申請者の急増やそれを上回る保健手帳への申請で明らかになったこと、ハそれ以外にも手を上げかねている被害者が相当数いる可能性があり、そうした被害者たちが将来手を上げた場合でも対応できる制度が必要であること、ニ水俣病公式確認から50年という節目に、水俣病問題に対する行政の取り組みを根本的に見直さないと二度とその機会がなくなるおそれがあること、以上の4点である。

「懇談会」は専門家の委員会ではないので、水俣病被害者に対してなすべき救済・補償の具体的内容については論じるのを控えるが、救済・補償のあり方あるいは枠組みを見直す方向について、次の提言をしたい。

いわゆる「認定基準」は、「患者群のうち、(公健法上の、及びチッソとの補償協定上の)補償額を受領するに適する症状のボーダーラインを定めたもの」(大阪高裁判決。最高裁判決において是認)と理解されるのであり、また、そのような意味合いにおいてはなお機能することができるといってもよい。したがって、「認定基準」を将来に向かって維持するという選択肢もそれなりに合理性を有しないわけではない。

しかしながら、一方、水俣病被害問題をこの「認定基準」だけで解決することはできないということも、これまでの事実経過(「認定基準」とは異なる基準を用いて、「政治解決」を図らざるを得なかったこと、「認定基準」とは異なる判断の準拠を用いた国等の損害賠償責任を認める司法判断が確定していること、最高裁判決後、大量の認定申請者・訴訟提起者が続出していること、「認定基準」を

運用すべき審査会が1年半以上も構成されず、認定申請者が放置されていること等)に照らし、あまりにも明らかである。

そこで、今最も緊急になされなければならないことは、補償協定上の手厚い補償を必要とする患者が今後も出てくるかもしれないこと、補償協定に基づく補償を受けてきた患者の法的立場の安定を考慮する必要もあること等の理由から、「認定基準」をそのまま維持するにせよ、この「認定基準」では救済しきれず、しかもなお救済を必要とする水俣病の被害者をもれなく適切に救済・補償することのできる恒久的な枠組みを早急に構築することであろう。

この枠組みの構築に当たっては、

- ア) 新たな枠組みによっても却下された人々が、後に司法判断で認められるというような事態をできる限り回避しうるものにしておかなければならない。
- イ) 従来 of 救済策によって救済・補償を受けている人々の権利ないし法的地位を侵害しないよう十分に配慮するとともに、歴史的経過からやむなく異なる時期、異なる枠組みにより異なる救済・補償を受けることとなる人々の間の公平感、均衡を保つように留意する。
- ウ) 新しい枠組みでは、いわゆる「汚染者負担の原則」からチッソが救済・補償の主体となるにせよ、最高裁によって国の行政責任が明確に認定されたことを何よりも重視すべきであり、国が救済・補償の前面に立つしくみにすべきである。
- エ) 新たな枠組みは、前回の政治解決の教訓に鑑み、将来に向かって開かれたものとして構築されるべきである。
- オ) 新しい枠組みでは、認定された「水俣病患者」と、それ以外のあいまいな呼称の被害者とを包括的な名称で統一的にとらえられるようにすることが望まれる。

従来の「認定基準」に基づいて認定 救済を求めている人々が4,300人以上存在するにもかかわらず、これらの人々が、その多くは医療費等の支給を受けているとはいえ、審査会が構成されないという理由で、1年半以上も放置されているという現状は、早急に解消される必要がある。法律上の手続きに従って権利の救済を求めている人が正当な理由なく、このように放置されるようなことがあってはならない。これもまた、待たされる側の身になるなら、すなわち「2.5 人称の

視点」に立つなら、躊躇は許されるものではない。

新たな救済・補償に伴い、国は財政負担を強いられることになるが、国全体が経済成長の恩恵を受けその陰で犠牲となった人々への償いととらえるなら、「汚染者負担の原則」に基づく原因企業の負担は当然にしても、国民の税金を財源とする一般会計から応分の支出をするのも当然のことと考えるべきであろう。

5. 「環境・福祉先進モデル地域」の構築を

(1) 胎児性水俣病患者・家族のメッセージ

水俣病患者が多発した地域では、昭和 30 年代前半から脳性マヒに似た子どもの出生が多くなっていた。熊本大学の研究班は昭和 36 年から 37 年にかけて死亡した女兒 2 人を解剖した結果、2 人とも胎児のうちに水俣病になっていたと考えられるとの結論に達し、37 年 11 月に発表した。すでに同年 8 月に認定されていた 1 名につづき、同 11 月 29 日に、16 人の子どもたちが胎児性水俣病と公式に認定された。水俣病の公的確認から 6 年半経って、メチル水銀による人体への影響は、胎児にまでおよぶという深刻なものであることがわかったのである。

胎児性水俣病とは、妊婦が汚染された魚介類を食べているうちに、メチル水銀が胎内の赤ちゃんにへその緒を通じて侵入して、胎児の中樞神経を侵し、生まれた時にはすでに水俣病になっているというものである。従来の医学の通念では、妊婦の体内に入った有毒な重金属化合物が、胎盤を通過して胎児にまで影響をもたらすとは考えられていなかった。胎児性水俣病の発生は、そうした医学の通念を覆したのである。それは、地球環境を汚染してでも経済的繁栄を求めようとする人間の傲慢さに対する警鐘であると同時に、人間の営みは適切な制御を受けないと種の保存さえ危うくするおそれがあることを知らせる警鐘でもあった。その警鐘に、早い時期に行政や専門家が気づいていたなら、水俣病の拡大を防ぐ対策への取り組みも変わっていただろうし、何千人もの被害者の発生を防ぐこともできたであろう。

新潟水俣病では、認定されている胎児性患者はたった 1 人となっている。表面化しなかったケースの可能性については否定しきれない。ともあれ、胎児性患者の存在は、同じ時期に生まれた同世代の人々の誰が同じような被害を受けてもおかしくないような危険な状況におかれていたことを象徴的に示すものである。言い換えるなら、胎児性患者は同世代が背負った危機を身をもって告発したととらえるべきものなのである。

胎児性水俣病の患者たちは、全身におよぶ重い障害を背負い、差別と偏見にさらされることの多い人生を歩んできたが、ただ、われわれが、いたずらに悲惨な側面にばかり目を向けるだけであつたら、懸命に生きている胎児性患者に対して、否定的な目を向けることになると、介護や支援にあたっている人たちは語っている。水

侯病被害地域では、胎児性患者のわが子を「宝子」として、愛情を注いで育ててきたという事実がある。そして、胎児性患者の中には、多大な苦難を背負いながらも、「生きていてよかった」と呟きをもらす患者もいる。家族の愛と微かな支援のみで、半世紀を生き抜いてきたこの事実は、人間のいのちと生きることの意味について大切なメッセージを含んでおり、被害者への社会的支援を考えるうえで、根底に据えるべきものは何かを教えてくれる。

(2) 胎児性患者の実態

胎児性水俣病患者・家族の実態は、これまで本格的に取り組んだ調査研究がなく、十分にとらえられていなかった。そこで胎児性患者のための小規模通所授産施設「ほっとはうす」の加藤たけ子氏らのグループは、2003年から05年にかけて、三菱財団の助成を受けて、胎児性水俣病患者と出生後子どもの頃に魚介類摂取で水俣病になった小児性水俣病患者合計81人(いずれも1950年以降生まれの「認定患者」で2001年現在生存が確認されていた人たち)を対象に、聞き取り等による患者・家族の実態調査に取り組んだ。ねらいは、質の高い生活支援や介護・医療を可能にする地域福祉モデルを構築する条件を探ることであった。調査開始時に2人の死亡が確認されたが、19人から詳しい聞き取りに対する協力を得られた。この調査で明らかになった主な事実を以下に記す。

年齢： 19人のうち41～44歳が3人、45～49歳が9人、50～55歳が7人。

世帯： 本人以外に1人以下しかいない世帯の人が5人いる。内訳は本人と母のみ2人、一人暮らし3人。

障害の実態： 肢体不自由と知的障害の重複が13人、さらにそのうち言語障害も合わせ持っている人が9人。言語による意思疎通に困難のある人が14人。

働く場： 一般企業に雇用1人、社会福祉施設(仕事と創作活動)に通所7人、決まって行くところがない11人(このうち1人は寝たきり、2人は引きこもり)。

収入： 公害補償給付が中心であるが、ほとんどが障害基礎年金を受けている。

現在抱える問題： i) 介助の支援、 ii) 親の高齢化と疾病、 iii) 金銭（ローン）、 iv) 友だちがいない、 v) 外に出たがらない、 vi) 人と交わらない、 vii) 外出が困難（着替えが大変）、 viii) 親が亡くなった後への不安。

居場所の希望： 自宅 7 人、グループホーム 4 人、入所施設 2 人。

新たに迫ってきた問題： 40 代頃から通常に加齢では考えられない急速な身体機能の低下が目立ってきている。それが健康不安や生活自立の意思と行動の低下につながっていきつつある。現在の医学では、患者の日常的な痛みやしびれなどの頻発に対して対処療法しかない。水俣病診療に総合的・専門的に携わってきた信頼できる医師が不足している。また、水俣病への差別・偏見の根深さが患者側に周囲との信頼関係を築くことを躊躇させ、在宅サービスの利用が少ないという結果になっている。

このような状態にある胎児性患者（小児性水俣病患者を含む。以下同じ）の日常生活の過ごし方や社会とのかかわり合い方は、報告によると、次の 5 つの典型ケースに分類される。

一般企業に雇われて働いている人とその家族。

授産施設等に通所している人とその家族。

どこにも行き場がない人とその家族。（もっとも多い）

施設入所している人とその家族。

今回の調査では聞き取りできなかったが、水俣市内の入所施設には、1950 年（昭和 25 年）以降生まれの胎児性患者が 14 人いる。ほとんどが 30 年を超える長期入所である。当然、本人と家族の意向が前提であるが、地域にも日中活動の場が確保できるシステムや、入所施設の役割の見直しも課題となるだろう。実態が把握できない重篤な胎児性患者や家族。

（ 3 ）胎児性患者支援の課題

以上の実態調査から明らかになったのは、幼少期から水俣病による重複障害を背

負った患者たちが、いかに医療と福祉の両面で不十分な支援しか受けられていないか、いかに友達もなく孤立して暮らしているか、いかに生きがいに結びつく仕事や活動の機会に恵まれていないか、いかに少人数の家族が患者の介護に苦勞を強いられているか、いかに将来の生活に不安を抱いているか といった厳しい現実である。

これらの事実は、国や関係自治体の福祉対策がニーズの多様な患者の実態に見合った取り組みをしてこなかったことを示している。

最高裁判決は、狭義の法律の解釈に限定するなら、被害者に対する国の損害賠償の支払い責任を指示したものであるが、病気や障害を背負い、差別と偏見にさらされた被害者にとっては、補償金を受け取っただけでは真の幸せにはつながらない。行政の社会的・倫理的な責任という広い視点から解釈するなら、国の責任は金銭的な補償だけで済むものではなく、水俣病の拡大によって壊された安定した家庭生活や生きがいを持てる仕事の間や平穏な地域社会などについて、再生のための支援に積極的に取り組んでこそ、課せられた責任を全うすることができると言わなければならない。国や熊本県の「不作為」という怠慢がなければ、心身の障害の発生も、家庭生活の崩壊も、就業の機会喪失も、地域社会の亀裂も、未然に防ぎ得た可能性が高かったからである。青年になった胎児性患者たちが周囲の人たちの支援の下に、自立を目指す様々な社会的活動や楽しいイベントなどに公的援助なしで取り組んできた姿に、行政は目を向け、人が生きるのを支えるのは何かについて真剣に考えるべきである。

実態調査が明らかにした胎児性患者がかかえている問題の一つ一つは、そのまま行政が対処すべき課題そのものである。その対策の基本的方向は、どんなに重い障害があっても、住み慣れた地域で人々とのつながりのなかで暮らしていくことができる社会的条件＝地域福祉システムをつくることである。(61頁・付図 参照)

具体的には、まず、働く場を地域に安定させ、在宅の重篤な胎児性患者の日中活動の間として通うことができる場としての機能を充実させることである。そこは、働くことを中心に創造的な活動に取り組める場、仲間や地域の人たちとの交流の輪を広げることができる場である。あわせて生活の間としてのケアホーム・グループホームの整備が必要である。自宅を過ごすことを選択する人にも、居宅介護サービ

ス（ホームヘルプ）や移動支援（ガイドヘルプ）の提供が不可欠である。家族と生活している人たちや施設入所者には、地域生活のための宿泊訓練や生活訓練、家族をサポートする短期入所（ショートステイ）やレスパイト（一時預かり等）が必要である。重篤な症状にある胎児性患者においては、水俣病をしっかりと把握できるかかりつけの医師の存在や医療の充実が緊急である。

胎児性患者の詳細な実態をあきらかにし、胎児性患者の抱える問題に対処することは、全ての障害を持つ人（あるいは、社会的なサービスを必要とする人）を地域で支える方策につながることであり、水俣病の経験を生かした社会福祉の先進モデル地域づくりに貢献することでもある。

これまで、水俣病被害地域に対する地域振興はある程度進められてきたが、胎児性水俣病患者への国や関連地域自治体の福祉対策は乏しかった。それは、水俣病の甚大な被害を受けた地域にあった水俣病被害者の多様な福祉ニーズに積極的に対応してこなかったことでもある。そのことは、50年たった今、胎児性患者を取り巻く状況の厳しさが如実に物語っている。そこで、国においては関係自治体等と連携して、胎児性患者のニーズを軸に、この地域の他の障害者をも視野に入れた、特別の福祉対策を充実していくことが急務である。

（４）患者の身体機能の低下と家族の高齢化

胎児性水俣病や小児性水俣病の患者・家族が抱えている以上のような問題の多くは、実は他の水俣病被害者に共通する問題なのである。すなわち、40代から50代になると、歩行機能の低下や手足の感覚マヒが生じたり、疲れやすくなったりといった身体機能の低下が目立つような傾向にある。介護にあたる親・兄弟の高齢化は、介護する側の体力の低下がそのまま介護力の低下になり、家族全体に生きにくさの感覚が重くのしかかっている。

こうした状況の変化の中で、水俣病被害者とその家族が安心して生きていけるようにするには、地域全体として医療と福祉が一体となった充実したシステムの構築が必要である。そのシステムは、被害者のライフステージによる身体的・精神的な変化に対応したものであること、多様なニーズに対応できるものであることなどが、必要条件になる。

また、留意しなければならないのは、水俣病被害者に対する社会福祉システムと

同じ地域内の他の障害者のための社会福祉システムとが全く別個のものであったり、おおきな差のあるものだったりしたのでは、地域の人々の支え合いや「もやい直し」を阻害することになるということである。水俣病被害者・家族の生活問題は他の障害者とその家族にも共通する問題だからである。水俣病被害者と他の障害者とが共に安心して暮らしていけるための総合的な社会福祉システムの構築が必要なのである。

(5)「福祉先進モデル地域」(仮称)の提言

以上のような状況の変化に対応して、国は関係自治体と連携しつつ、水俣病被害者と他の障害者が安心して暮らせるための総合的な医療・福祉対策に取り組むために、水俣市とその周辺地域を特別の「福祉先進モデル地域」(仮称)に指定する制度を設けることを提言する。とくに胎児性水俣病患者と小児性水俣病患者については、これらの対策の中で格別の配慮がなされるべきである。以下に、「福祉先進モデル地域」の内容について、試案を示す。

A.「福祉先進モデル地域」の基本的な概念として、次の3点が重要である。

- i) 水俣病被害者の生活支援を主眼としつつも、他の障害者も共に同じサービスを受けられること。
- ii) 一人一人のニーズの多様性やライフステージによるニーズの変化に柔軟に対応すること。
- iii) 家族のニーズに対しても対応すること。
- iv) 重篤な障害を背負って生き抜いてきた胎児性患者の経験が、今後、この地域で生活していく重篤な他の障害者に対する地域生活支援を充実する施策に活かされること。

B. 具体的施策の内容について。

水俣病に対する総合的な医療体制の整備

水俣病の様々な症状について、総合的に判断できる医師や症状に応じた専門的治療をすることのできる医師が不足している。患者の日常的な痛みやしびれなどの頻発に対しても対処療法しかない。脳の神経細胞を損傷され、長年にわたり差別や偏見にさらされた患者にとって、メンタル・ケアが必要である。

カウンセリングや心療内科・精神科の医療援助も必要である。

i) そこで、水俣病の治療に専門的に携わってきた信頼できる医師が要所に配置される地域医療システムづくりが望まれる。国立水俣病総合研究センターと医療機関との連携を図るのも有効な一案であろう。

ii) 身体機能の維持のために、

リハビリテーションの施設整備、

国立水俣病総合研究センターの機能の充実。

iii) 訪問リハビリテーションの実施。

「生活の場」づくり

i) グループホーム、ケアホームの整備。

ii) 在宅を選択する人に対する在宅介護サービス（ホームヘルプ）移動支援（ガイドヘルプ）の提供。

- ・もっとも安心して介護を任せられる人が、水俣病の支援活動や介護に関わる身近な友人や家族の場合、「みなしヘルパー」として登録できる制度をつくる。

iii) 施設入居中の人にも在宅の人にも、地域の人々と交流を密にするための宿泊訓練、生活訓練の場をつくる。いわゆる生活介護の場を整備する。

- ・常に介護を必要とする人に、昼間に、入浴・排泄・食事の介護等を行うとともに、創作的活動または生産活動の機会を提供。いわゆる在宅・施設入所を問わず日中活動を提供する。
- ・看護師を配置し、在宅の重症胎児性患者に積極的に利用してもらう。

iv) 家族を休養させるために、患者・障害者に短期入所してもらうショートステイの場をつくる。

- ・自宅で介護する人が病気の場合に短期間、夜間も含め施設で、入浴、排泄、食事の介護をする。
- ・本人の希望により家族との程よい関係を保ち、自立訓練の場としても利用する。施設に入所している患者が利用することもできる。
- ・看護師を配置し、在宅の重症胎児性患者家族に積極的に利用してもらう。この場合は家族とともに利用することも可。

「働く場」づくり

- i) 働く場（雇用と福祉就労）の充実と整備。
- ii) 働くことの喜びを得られるとともに、創造的な活動に取り組んだり、地域の人たちと交流したりして、生きがいを感じられるような場であること。
「相談窓口」づくり
 - i) 水俣病に関する相談窓口が広く開かれていること。
 - ii) 医療、福祉、生活の相談ができ、手続きや支給などの窓口で積極的につなぐ役割を担う。被害者・障害者が何力所も足を運ばなくてもすむようにする。
 - ・医療と福祉行政の一体化は、やればできることである。
例えば、広島県のみつぎ総合病院では、はやくから町役場の福祉の窓口を病院内に移し、脳卒中患者の退院後のヘルパー派遣のような福祉サービスの決定を病院長の決裁でできるようにするなど、医療と福祉行政の一体化が進められ、寝たきり防止に大きな成果をあげてきた。
 - iii) 相談窓口は行政機関だけでなく、地域住民が立ち寄りやすい民間の施設にも設置する。

これらの総合的な社会福祉システムを格段の財政支援等によって持続性のあるものにするには、後述の「もやい直し」と地域の再生のための施策と合わせて、立法措置も視野に入れた取り組みが必要と考える。以上の「福祉先進モデル地域」を実現するための立法措置に取り組むにあたっては、国は被害地域の関係自治体に対し法案内容を検討するための協議会の設置を促すこと。関係自治体は積極的・主体的に取り組むこと。

(6) 「もやい直し」、そして「環境・福祉先進モデル都市」へ

水俣病被害者にとっても地域の人々にとっても、非常に不幸だったのは、人的被害が生じはじめた初期の段階で、原因がわからなかったため、奇病とされた上に、伝染病ではないかという憶測が広まってしまったことだった。水俣病患者が出ると、市の衛生課の職員が白衣にマスクをかけてやってきて、その家に消毒薬を撒いていく。しかも初期のころは劇症型が多かったため、地域住民を恐怖に陥れ、患者が出た家は村八分にも等しい扱いを受けた。家族が外に出ると、石を投げつけられたりひどい言葉をあびせられたりした。患者は避病院（伝染病患者隔離病院）に収容さ

れた。患者・家族は近所からも親戚からも疎外され、家の中で逼塞していなければならなかった。そのような生活環境の村八分的な遮断は、当然その家に経済的な困窮をもたらした。

伝染病の患者に対する偏見と差別は、明治期のコレラ騒動をはじめ、ハンセン病や結核をめぐるも、数々の悲劇を生んできた。抗生物質などの特效薬のない時代には、それらの伝染病の死亡率が高かったから、人々が伝染病を恐れ、患者・家族を排除しようとしたことにはやむを得ない面もあったにせよ、水俣病の場合は、患者・家族を往年の伝染病の場合と同じようには追いこまないでもすんだ要素が多々あったのは明らかである。

水俣の漁師たちは、魚の大量死や漁獲量の減少などから、早い段階から、チッソの工場排水が原因ではないかという疑いを抱いていた。そして誰よりも、チッソ自身がアセトアルデヒド製造に使っていた水銀化合物が関係しているのではないかと感じていたはずである。熊本大学医学部の研究班は、水俣病の公式確認（昭和31年5月）から6か月後の昭和31年11月には、水俣病は伝染病疾患ではなく、魚介類を介してのある種の重金属中毒の可能性が高いという中間的結論を出していた。さらに厚生省の厚生科学研究班は、翌32年3月にやはり何らかの化学物質か金属類による中毒であろうとの報告書をまとめている。

科学的な証明としては不完全であっても、これだけの報告が出ていた以上、国や県は保健所その他の関係機関を動員して、恐ろしい伝染病だという流言や偏見の解消に努めるべきであったし、患者・家族を差別して“村八分”にも等しいような排斥の行動を抑える努力をすべきであった。だが、そういう努力をほとんどしなかったばかりか、既述のように政府は水俣病の原因を明言するのを大幅に遅らせるという「不作為」の怠慢を貫いたのである。

水俣病の患者・家族に対する偏見と差別は、伝染病視することによる排斥だけではなかった。チッソに補償を要求した患者・家族や漁民たちに対して、地域の人々から、「カネが欲しくて水俣病を演じている」「カネをもらえるなら、わしらも水銀を呑もうか」などと、あからさまに中傷された。

チッソは水俣地域では唯一と言ってよいほどの大企業であり、チッソとその関連企業とに勤める人々が多かった。水俣地域は経済的にチッソに依存していた。水俣

病の患者・家族が、チッソや行政に操業中止や補償を要求して、経営を危うくすることは、チッソに依存している人々には許せないことだった。地域の人々は、チッソを支持する人々と、チッソを告発する人々とに分裂したのである。

昭和 34 年の「見舞金契約」は、このような状況下で、患者側が涙を呑んで受け入れたものであったが、それでもわずかばかりの涙金を受け取った患者側が地域でどのようないやがらせを受けたかは、2 章に引用した証言が生々しく物語っている。地域への人々の間に生じた亀裂は、その後、裁判闘争が進展するにつれて、深まっていた。

また、漁獲の自粛による漁業の衰退に加えて、水俣地域の農山村の大地までが広く汚染されているかのように周辺から誤解されたため、農産物も売れなくなって、農業までが行き詰まる事態が生じた。さらにこのような混乱は、水俣市とその周辺の中小企業や商店などをも不況に陥らせ、地域全体の経済が大きく沈下した。

水俣地域にとっては、厳しい冬の時代が続いたのだが、これも根源は、水俣病発生の初期における行政の対応の失敗（怠慢）にあり、その後の地域住民の間の亀裂の深まりに対する行政の無策がそれに拍車をかけたものであったことを勘案するならば、国や自治体がなすべき償いは、個人に対する金銭的な補償だけでなく、地域の人々の「もやい直し」「もやいづくり」を積極的に支援するとともに、地域の経済の再生や社会的・文化的な振興への支援にまで手を広げることが求められていると言ふべきであろう。

水俣病地域では、平成 7 年の「政治解決」以後、「もやい直し」「もやいづくり」の気運は高まり、さまざまな行事が行われてきた。また、水俣市が新しい“まちづくり”の一環として、ゴミを 22 種類に分別して収集するとか、水俣地域全体の環境整備のビジョンを打ち出すとか、安全性の高い農産物（無農薬、減農薬、無添加物のミカン、お茶、タマネギ、米など）や海産物を水俣産ブランドで生産・出荷するなど、多様な取り組みが展開されている。それらは、未曾有の悲惨な公害となった水俣病事件の「負の遺産」を、豊かな環境づくりに生かすことによって、プラスの志向性を持つ遺産に転換する活動ととらえることができるだろう。

また、安心して住むことのできる環境という点で、絶対に忘れてならないのは、ヘドロを埋め立てたとはいえ、その中にはメチル水銀が存在しているということである。30年、50年という歳月を経ても、メチル水銀の密閉度の安全は保証できるのか。そのアセスメントと万全の監視体制に隙間は許されない。

そこで、「懇談会」としては、次の提言をしたい。

国は、水俣地域の自治体や民間の「もやい直し」「もやいづくり」を目指す多彩な活動に対し、積極的に支援する体制を組むとともに、時には自ら「もやい直し」に新紀元を開くようなプロジェクトを企画すること。

国として、水俣地域を世界に誇るに足る「環境モデル都市」(仮称)に指定して、地域の環境、経済、社会、文化にわたる再生と興隆の様々な計画を全面的に支援する制度を作ること。

水俣市とその周辺は、国の経済成長政策の陰であまりにも大きな犠牲を払われてきた地域であり、しかも住民はその苦しい経験をバネに、「環境モデル都市」の構築を目指して、安全で安心して暮らせる美しい環境づくりに汗を流して励んでいる“特区”とも言うべき地域である。国も県も、そのことを十分に認識して諸施策にあたるべきである。とりわけ現在問題になっている産業廃棄物処理施設をあえて水俣市に建設しようとする計画については、懇談会としても無関心ではいられず、熊本県が地域住民の声に耳を傾け慎重に対処することを望むとともに、国もこの問題について、「環境モデル都市」構築の視点から積極的にかかわるべきである。

埋め立てたメチル水銀ヘドロが絶対に拡散しないような長期安全計画を確立し、30年、50年という時間経過の中でも絶えず見直し作業が継続されるようにすること。

なお、「福祉先進モデル地域」と「環境モデル都市」の二つを一本化して、「環境・福祉先進モデル地域」(仮称)とするのが、制度的に妥当かもしれない。

6. 未来へのメッセージ

～水俣病の総合的な調査研究と「水俣病・環境科学センター」の設立を～

水俣病事件は、世界史的に見ても未曾有の公害事件であった。

この「提言書」では、被害の拡大を防がなかった行政（国および熊本県）の問題に焦点を合わせて、被害者に対する救済・補償のあり方や病気・障害を抱えて生きていかなければならない被害者の福祉対策や被害地域の再生支援などについて検討し、行政への提言をまとめた。

しかし、水俣病事件が提起した問題やそこから読み取るべき教訓は、行政の領域にとどまらず、さまざまな領域におよんでいる。それらはいずれも水俣病事件だけに限られた特殊なものではなく、その後起きた公害事件、環境破壊、薬害、食品公害、災害などにおいて、くり返し問題点として指摘されるなど、普遍的な性格を持つものである。その主なものを挙げる。

企業の経営者や技術者に求められる生命倫理が欠落していた。

人間の健康・生命に危害を与えたり、将来の子孫に影響をもたらすような事件を起こした企業の速やかな情報開示と公的機関による調査への全面的協力のルールが存在していなかった。

企業が公害事件などを起こした場合の、関係経済団体が持つべき倫理規範があいまいだった。

科学者、医学者、法律家などの専門家が持つべき倫理規範と「2.5人称の視点」に相当する意識が稀薄だった。

地域住民のパニック、偏見、差別などを防ぎ、事態の正確な理解を促すためのメディアの活動が不十分だった。

水俣病発生当初にメチル水銀が人体におよぼす影響のメカニズムや被害の全貌を明らかにするために、関連諸学術機関、学会、専門家が一体となって総合的に調査・研究を進める取り組みがなかった。

これらの問題点は、経済団体、企業界、学術団体、専門家、メディアなどへの提言の意味をこめたメッセージとして受けとめて頂ければ幸いである。

「水俣病事件の過ちはくり返しません」と、言葉で言うのは簡単である。水俣病事件の過ちをくり返さないと言うのは、全く同じ形態の公害事件を再発させないようにするといった限定的なものではない。事件が提起した問題点から普遍的な教訓を読み取り、それらの数々の教訓を未知のものを含むさまざまな公害、薬害、事故、災害などの未然防止に役立ててこそ、「過ちをくり返さない」という言葉が実体を伴うものとなるのである。

日本の戦後史においては、水俣病事件の後、四日市ぜん息、イタイイタイ病、サリドマイド薬害事件、クロロキン薬害事件、カネミ・オイル事件、薬害エイズ、炭鉱やトンネル工事によるじん肺労災問題、アスベスト（石綿）健康被害など、住民や労働者の健康と命に危害をもたらす事件が後を絶たなかった。もしも公害事件の原点である水俣病事件について、初期の段階でこの「提言書」で指摘したような行政の変革や各界の対応の変革がなされていたならば、その後に起こった上記のさまざまな事件は未然に発生を防ぐことができたか、少なくとも被害を最小限に食い止めることができたに違いない。事件の教訓をしっかりと読み取って次の対策に生かすとは、それくらい重要なことなのである。

そこで、「懇談会」は、安心して暮らせることのできる安全な国づくりのために、水俣病事件から学ぶべき教訓を広く内外に伝えていくことの重要性を痛感し、次の提言をする。

国は水俣病の全貌を明らかにするための総合的な調査研究を推進すること。

- ・ 調査研究を進めるにあたっては、水俣病の全貌を可能な限り明らかにするため、医学系のみならず、科学系、社会学系、心理学系など関係分野の研究者により、
 - ・ メチル水銀の汚染の広がり方等の環境破壊の状況
 - ・ 人体への影響のメカニズム、低量曝露の人体への影響、水俣病被害者の症候・病態・症状の加齢による変化等の健康に関する研究
 - ・ 隠された被害者の実態把握、偏見・差別の解消方策、患者・家族の生活実態の全貌、被害者・家族の心のトラウマ等の社会学的研究
 - ・ 環境修復、地域活性化その他の研究

等々の課題について取り組みを進めるべきである。

国は、「水俣病・環境科学センター」(仮称)の設置など、首都圏でも水俣病の研究と教訓の学びと情報の発信などの拠点を設けること。

- ・ 「水俣病・環境科学センター」は、水俣病の現地にある各種研究機関や被害者支援施設とネットワークを組む必要がある。
- ・ 「水俣病・環境科学センター」は、水俣病に関する文献・資料・標本(実物)・映像記録などを可能な限り収集するとともに、さまざまな公害、薬害、食品被害、環境破壊などに関する内外の文献・資料を備えて、生活・生命の安全、人類の安全についての学びと研究と情報発信の拠点にする。
- ・ 「水俣病・環境科学センター」は、研究者ばかりでなく、学生・生徒・児童が利用しやすい地域に設け、子どもたちにも学びやすい展示の工夫をするとともに、子どもたちのための「エコ・スクール」などの行事を行う。
- ・ 「水俣病・環境科学センター」は、内外の研究者や環境担当の行政官・企業人などを受け入れて、環境問題や公害防止対策などについての研修セミナーを行う。
- ・ 「水俣病・環境科学センター」は、日本の環境保護や公害防止の取り組みを世界に誇れるものにするための牽引車の役割を果たせるように、世界の環境問題の情報収集をして、行政や民間にそれらの情報を提供する環境情報専門官を配置する。

7.おわりに

本懇談会は、計 13 回にわたり、議論を重ねてきた。その間の過程は決して平坦ではなかった。時に大議論にもなり、懇談会報告としてまとめられないのではないかとの危機感もあった。

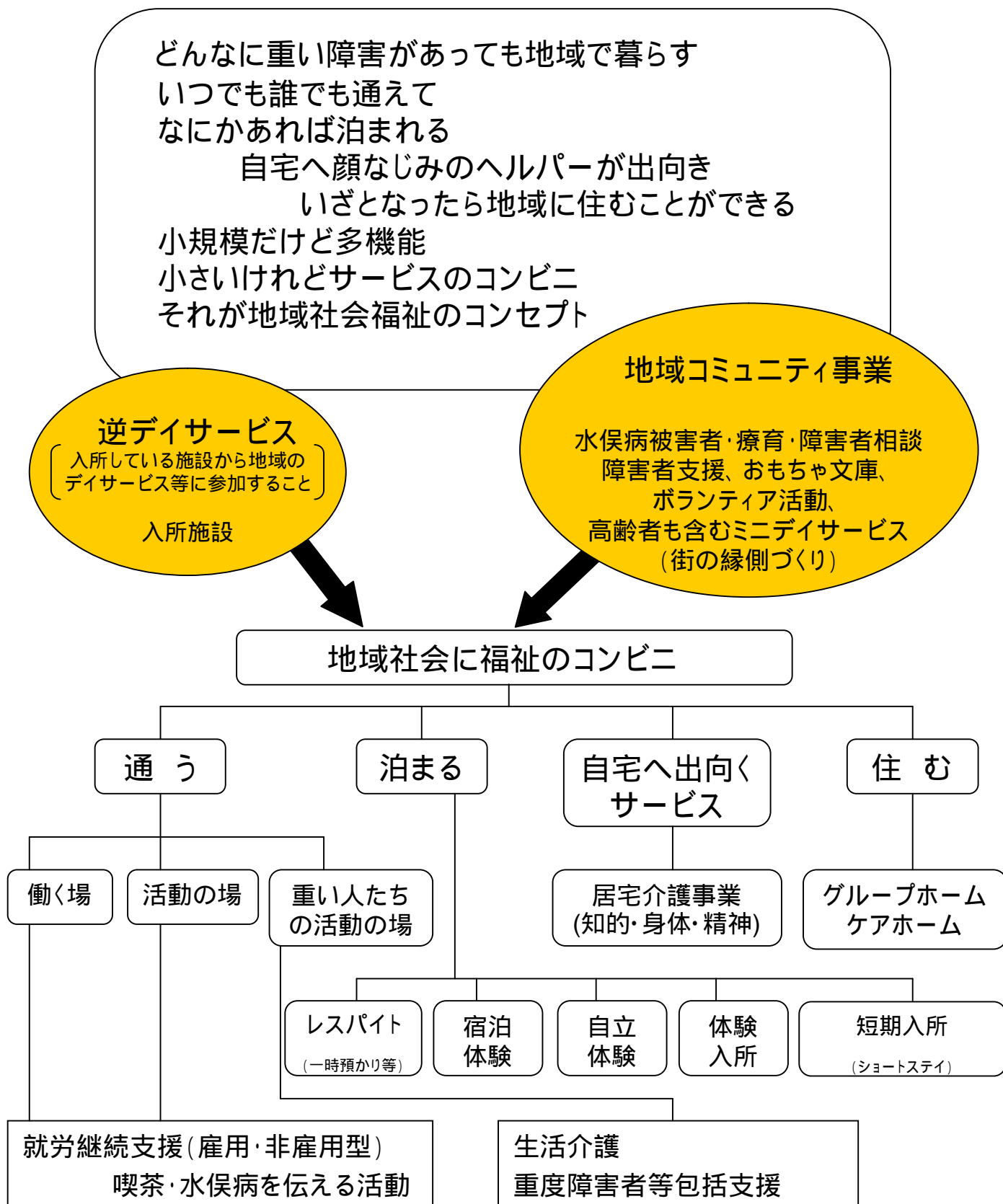
しかしながら、先ず水俣病被害者に対し早急に救いの道を作ること、そして水俣病問題を巡る教訓を将来に生かすことが必要だとの共通の想いのもとに、本懇談会報告をまとめるため懇談会委員全員が努力を傾注した。

本懇談会は、水俣病を巡る行政の失敗に目を向け、そこから将来に向けての教訓を汲みだし、今後の行政の行動の方向を示すべく努力した。第 3 章から第 6 章にわたり、「いのちの安全」の危機管理体制、被害者の苦しみを償う制度づくり、「環境・福祉先進モデル地域」の構築など、その提言は多岐にわたる。

本懇談会の提言の実現は、決して容易ではなく、また、時間がかかるものも含まれている。しかしながら、行政が、常に「2.5 人称の視点」をもち、粘り強く取り組むことを強く求めたい。

付図 . 水俣病被害地域における地域社会福祉システム
「地域活動多機能スペース構想図」

作成:「ほっとはうす」



水俣病問題に係る懇談会 開催経過

H17.05.11	第 1 回	<ul style="list-style-type: none">・懇談会の進め方について・水俣病問題の概要等について
H17.06.14	第 2 回	<ul style="list-style-type: none">・吉井正澄 委員からの報告等について・現地開催について
H17.07.21 H17.07.26	第 3 回	<ul style="list-style-type: none">・現地開催（水俣市、出水市）
H17.09.06	第 4 回	<ul style="list-style-type: none">・懇談会の現地開催等を踏まえた議論・今後の懇談会のスケジュール及び内容について
H17.10.25	第 5 回	<ul style="list-style-type: none">・昭和 34 年前後を中心とした責任問題について
H17.11.28	第 6 回	<ul style="list-style-type: none">・新潟水俣病の経緯・現状・教訓について（熊本との比較を含め）（関礼子 立教大学助教授）・水俣病の認定申請者の生活実態調査について（丸山定巳 委員）
H18.01.17	第 7 回	<ul style="list-style-type: none">・新潟水俣病被害者の会・新潟水俣病共闘会議（高野秀男氏）、新潟水俣病安田患者の会（旗野秀人氏）からのヒアリング・胎児性水俣病患者等の生活実態と地域福祉の課題（加藤タケ子 委員）・今後の懇談会について
H18.02.07	第 8 回	<ul style="list-style-type: none">・今後の懇談会について
H18.03.02	第 9 回	<ul style="list-style-type: none">・被害救済と地域再生について
H18.03.20	第 10 回	<ul style="list-style-type: none">・水俣病の発生拡大と責任について
H18.04.21	第 11 回	<ul style="list-style-type: none">・水俣病の発生拡大と責任について・懇談会の取りまとめ方について
H18.05.26	第 12 回	<ul style="list-style-type: none">・水俣病問題に係るチッソ等による補償金等の額について・懇談会の取りまとめ方について
H18.09.01	第 13 回	<ul style="list-style-type: none">・懇談会の取りまとめについて

柳田委員、亀山委員、吉井委員（以上 3 名、世話人）、加藤委員（オブザーバー）と事務局で、提言書草案検討のための会議を 7 回開催。

水俣病問題に係る懇談会 委員名簿

(座長)有馬 朗人 (財)日本科学技術振興財団会長、元文部大臣、元東大総長

加藤タケ子 社会福祉法人さかえの杜 小規模通所授産施設ほっとはうす施設長

金平 輝子 日本司法支援センター理事長

亀山 継夫 元最高裁判所判事、東海大学専門職大学院実務法学研究科長

鳥井 弘之 元日本経済新聞社論説委員、東京工業大学原子炉工学研究所教授

丸山 定巳 前熊本大学文学部教授、久留米工業大学工学部教授

柳田 邦男 ノンフィクション作家

屋山 太郎 政治評論家

吉井 正澄 前水俣市長 (敬称略、五十音順)

嘉田由紀子 (元京都精華大学人文学部教授、前環境社会学会会長)は、平成18年4月に辞任。