

公害健康被害補償制度の変遷と課題（1973年～）¹

浅野 直人 氏

1 大気汚染による健康被害の救済制度

(1) 成立の経緯

1967年当時、全国の大気中の二酸化硫黄濃度は、一日平均で0.04ppm（現在の20倍）であった。その頃の四日市地区は1時間値ではそれが0.5ppmという高濃度であり、また西淀川地区では1969年の年平均値で0.083ppmという数値が記録されていた。そしてこれらの地域などでは呼吸器系の疾病が多発しており、その救済を図るために、1965年の四日市市の医療救済制度を皮切りに、地方公共団体の要綱等によって、健康被害者への医療費の補填等の救済が図られるようになっていた。そこで、1969年12月には、当面の緊急措置として、これらの大気汚染により健康被害を受けている者への医療費等の給付を行うための法律として「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」（旧法）が公布された。この旧法は指定された地域で大気汚染により指定された疾病に罹患したと認定された被害者の方々に対して、医療費の自己負担分や医療手当を給付するものとされており、これらの給付に要する経費の50%は公費、50%は事業者団体からの拠出金でまかなわれていた。

しかし、その後も公害被害はさらに大きな社会問題となり、1970年にはいわゆる「公害国会」（第64国会）で公害対策関係法令が整備され、さらに1971年7月には環境庁が設置されるなど、国による公害対策が急速に進展しはじめた。また1972年6月には大気汚染防止法及び水質汚濁防止法が改正されて大気汚染の健康被害物質や水質汚濁の有害物質による人の健康被害について、排出事業者は無過失損害賠償責任を負わせることとされた。しかしこれによっても被害者は多大な労力と時日を費やして民事訴訟等の手段によって救済を求めるほかないので、被害者救済に万全を期するものとは言い難いと考えられていた。とくに、原因者が不特定多数で、民事的解決にゆだねることがきわめて困難とみられる都市や工業地域における著しい大気汚染による健康被害者救済の問題は当面速やかな解決を要する課題となっていた。このような状況の中で、大気汚染による健康被害者への迅速で手厚い公的救済の必要性が各方面から要望されることとなり、1972年4月から、中央公害対策審議会（中公審）に特設された費用負担特別部会のもとで新たな健康被害の補償制度の検討が開始された。検討が開始された直後の同年7月24日には津地裁四日市支部で「四日市ぜんそく訴訟判決」が出されたこともあって、新制度の検討は異例の速さで進められ、1973年4月の答申をうけて、同年9月には「公害健康被害補償法」（公健法）が成立、翌1974年9月から同法にもとづく新たな

¹ 環境省五十年史の作成に当たり執筆していただいたものであり、文責は執筆者にある。（原稿受理日：2021年3月12日、最終確認日：2021年12月20日）

健康被害の補償制度が発足した。

(2) 公健法による健康被害補償制度の要点

公健法による大気汚染に起因する健康被害の補償制度は、一種の社会保障制度と考えられていた旧法と異なって、全国一本の「基本的には民事責任をふまえた損害賠償保障制度」（中公審答申）とされ、その際に重要な因果関係の考え方については、「四日市ぜんそく訴訟判決」（ただし裁判所の判決では医学的な意味でのぜん息でなく呼吸器系疾患の症候群を「ぜんそく」と表現して救済の対象としていた）で採用されたいわゆる疫学的因果関係の考え方や、同判決が採用した「個は集団に従う」（地域の住民集団が大気汚染によって健康被害を受けているなら、個々の住民の健康被害も大気汚染によるものと推定できる）との考え方が参考にされた。

すなわち、補償給付をうけることができるのは、相当範囲にわたる著しい大気の汚染が生じており、かつ大気汚染による疾病が多発していると判断された「指定地域」（第一種地域）に居住ないし通勤していたこと（地域指定要件と居住要件があること）によって、大気汚染に暴露したものと認められ、かつ一定の呼吸器系疾患（慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎及び肺気腫、の4疾病を指定疾病として指定）に罹患していることが必要とされるが、それ以上の因果関係の立証は要さない点は制度的割り切りとして理解するものとされた。

そして、以上の要件を満たしている者であることは、指定地域ごとに置かれる専門家により組織される認定審査会の意見にもとづいて指定地域を管轄する知事（あるいは政令で委任を受けた市長）によって認定される（ただし、水俣病などの特異疾患と異なり、大気汚染による非特異疾患については病状病態の変化がありうることから、認定に有効期間があり、認定更新や障害の程度の認定に際しても認定審査会の審査が行われる）ことになっている。

なお、民事責任をふまえたこととされたことから、公健法では、被認定者への給付内容が旧法に比べて大幅に充実され、医療の現物給付（これにより健保医療での自己負担がなくなる）や通院・入院手当の支給が行われ、障害補償費（なお被認定者が15歳未満の場合は養育する者に児童補償手当）が、男女及び年齢階層別に国民の平均賃金額を参考に毎年算定される額（平均賃金額の八割を目安とされる額）にもとづき、かつ疾病による障害の重症度のランク（特級から三級までに分かれる）に応じて支給される。さらに被認定者が認定疾病に起因して死亡した場合には、遺族への葬祭料と遺族補償手当（年金又は一時金）が支給される、ことになった。

さらに50%を公費負担としていた旧法と異なり、これらの補償給付に要する経費の八割は全国の大気汚染の固定発生源事業者からその硫黄酸化物排出量に応じて賦課される汚染負荷量賦課金（滞納の場合は税と同様に強制徴収されることもある）によってまかなわれ、残る二割は移動発生源の負担（自動車重量税からの引き当て）によるものとされた。また、認定審査会による被認定者等に係る個別の認定（被認定者資格の有無、障害の程度の判断、死亡の場合の認定疾病との関係の判断など）にあたっては法律学の知識も必要になるとされて認定審査には医療関係者のほかに法律専門家等も参加することとされた。

ただし、公健法でも、旧法の理念であった「疑わしきは救済」の考え方は踏襲されるものとされ、民事責任を踏まえつつ、被害者の福祉に必要な公害保健福祉事業を行う社会保障的役割

も内在させるという複雑な性格をもった、大気汚染による健康被害を対象とする補償制度が発足した。

このほか、公健法も旧法と同様に、大気汚染の影響による疾病（呼吸器系非特異疾患）を対象とする、これまでに説明した、第一種地域のほか、水俣病などの水質汚濁などによって生じかつ原因者が特定できるいわゆる特異疾患の救済を扱う第二種地域での救済制度をも取り入れた制度（この点については後述）とされた。

(3) 第一種地域指定解除と法改正

旧法での大気汚染による健康被害救済に係る指定地域は、横浜、川崎、大阪、北九州市などの12地域であり、被認定者数は13107名（1973年12月現在）であったが、新たな公健法のもとでは第一種地域としての指定地域が最終的には41市区町に拡大し、被認定者数も次第に増えて1987年12月末にはついに10万人を超えることとなった。しかし一方で、制度発足に際して第一種地域指定のための指標とされた二酸化硫黄による大気汚染濃度は、全国平均値でも、1972年度の0.022ppmから、1985年度には0.006ppmへと改善され、ほとんどの地域で環境基準を達成できる状態になっていた。

こうした大気汚染の態様の変化を踏まえ、第一種地域のあり方について検討する必要があることが主張されるようになった。そして、1983年11月の環境庁長官からの諮問をうけて、中央公害対策審議会が1986年10月に出した答申は、現在の大気汚染の状況の下においては、その影響が気管支ぜん息等の主たる原因とはいえなくなっているため、汚染原因者の負担によって、個人に対して民事責任を踏まえた補償を行う合理性は失われている、とし、第一種地域の指定をすべて解除し新規の患者の認定を行わないこととするとともに、既被認定者への救済は従来どおり継続する（このための費用負担の在り方を過去の汚染寄与分と現在の汚染寄与分にかけて見直す）こと、さらに健康被害予防事業などの施策をより推進すること等を提言した。

これにもとづいて、1987年9月に法律が改正され、第一種地域の指定解除、既存の認定患者の救済の継続、第5章の追加（健康被害予防事業として、大気汚染の影響による健康被害の予防に関する調査研究、知識の普及、研修や自治体が行う健康相談などの事業への助成等を行うことを行うこと）などが規定され、法令の名称も「公害健康被害の補償等に関する法律」（現行法）に改められた。そして、1988年2月末にはすべての第一種地域に係る地域指定が解除された。

ただ、制度発足の当時には硫黄酸化物以外の窒素酸化物や浮遊粒子状物質による健康被害のおそれがないわけでないものの、資料や研究データが乏しいことから地域指定の判断については硫黄酸化物で代表させるものとせざるを得ないとされていたこともあって、窒素酸化物等による汚染がなお深刻であるとして、二酸化硫黄の濃度の改善のみに着目したように見受けられたこの指定解除を批判する意見が被害者を支援する団体などから強く出されていた。さらに、この時期には、千葉、水島などで、被認定患者などを原告として固定発生源企業を相手として、また西淀川、川崎、名古屋南部、尼崎では固定発生源企業に加えて道路管理者をも

相手として、さらにまた、東京では道路管理者およびディーゼル自動車メーカーを相手としての、損害賠償や汚染物質排出の差し止め等を請求する大気汚染健康被害訴訟が次々に提起された。それらの請求の一部を認める下級審判決が出されていくとともに、それらの訴訟そのものは原告と被告の間での和解による解決が進んだのもこの時期の前後のことであった。なお、これらの訴訟で、一部ではあるものの、公害健康被害補償制度によって大気汚染の影響による疾病罹患と認定された事実によって、民事損害賠償訴訟での因果関係認定をも認められるとする判決が出された例もあったことは、制度に対する大きな誤解にもとづくものとして看過できないものがある。そして、現行法施行後も、窒素酸化物や浮遊粒子状物質による健康被害救済の必要を理由に、指定地域を再指定すべきとの要求が、2000年代初めころまでは、しばしばみられた。

現行法をうけて、1996年度からは環境保健サーベイランス調査が行われたが、調査対象地域における大気汚染物質濃度とぜん息有症率との関連性を示す結果は得られなかったとされている。また、2005年度から2011年度にかけては局地的大気汚染による健康影響に関する調査などが実施されたが、自動車排出ガスへの曝露とぜん息等の発症との関連性に一貫した結論は見いだせなかったとされている。

(4) 指定解除後の時の経過と公健法

1988年3月の第一種地域についての指定地域の解除によって新規の認定がなくなったことから、被認定者の平均年齢は毎年確実に上がっていくと共に、死亡や疾病の治癒による制度離脱者が増え、2021年3月末現在の被認定者の総数は29,942人（ピーク時の1988年7月は110,074人）にまで減少しており、その人数が二けたの人数に留まる指定地域が目につくようになってきている。このような状況を踏まえた今後の制度の効率的運用が課題である。

さらに、これ以外にも、その後の時間の経過によって大きなものになってきたと思われる課題は以下のような点である。

i) 補償給付のありかた

障害補償費は、賃金センサス（改定時期に利用できるデータは前年度分となる）とこれを補うための当年度の春闘賃金引上げ状況調査報告をもとにその80%を目安に毎年度末に次年度分の額が男女・年齢階層別に算定され、必要な改定が行われる仕組みとなっている。このために今日の感覚でみれば、男女の賃金格差が補償給付額にそのまま反映されるという問題点をもっていた。さらにまた、全地域の指定解除からすでに四半世紀が過ぎようとしており、被認定者は高齢化が進んでいる。今後、認定疾病罹患による減収の補填という損害賠償制度の考え方にに基づき、「超」高年齢層の被認定者には、どのような補償が適切なのかの検討が必要ではないか（かつて年少者が被認定者となった場合に児童補償手当を親権者に給付するとしていたことも想起されてよい）。また、遺族補償に関しても、被認定者の収入によって生計を維持されていた親族の存在を前提とする現行制度は公健法発足時にはそれなりの意味をもっていたが、それが今日もそのまま機能している場面はさほど多くない現実があるようにも思われ、ここでも新規認定停止後の時日の経過に伴う被認定者の「超」高

齢化にともなう課題がある。

ii) 死亡の指定疾病起因性の認定

新規認定がない現在では、認定更新、障害等級の定期的見直し、被認定者死亡時の認定疾病起因性の認定が認定審査会の意見を聴いて行われている。このうち、死亡認定は高額な遺族補償給付の可否につながるものであるだけに、認定結果への不服申し立ても少なくない。この場合の判断は、認定疾病とその続発症との関連を医学的観点及び法的観点から検討することになるが、他の原因の寄与によって、給付額を0%~100%とすることとされている。この際「疑わしきは救済」の理念が重視されるので、法的因果関係の判断に比べれば、指定疾病の死亡への寄与割合について、やや緩やかな判断が行われる傾向にある。それにしても「超」高齢で死亡された場合、もし肺炎を併発しておられるときは起因性が高く評価されるが、そうでない場合は低い評価になることがあるなど、公平性という点では疑問なしとしない場合に遭遇することも少なくない。このような年齢層では、補償で救済されるべき遺族の存否という点からみても制度発足当時とは事情が異なってきていることを考えるときには、ここでも一定の年齢を超えた方々については、状況の変化に対応させた制度の在り方を考えることが課題となっているように思われる。

iii) 費用負担の在り方

公健法は制度発足に際して、補償給付の経費を、当初検討されていた原料・燃料の硫黄含有量やあるいは事業者の負担能力に応じた負担案ではなく、汚染負荷量に応じた賦課金によってまかなうものとした。このことは、徴収手続きの煩雑さという欠点をもつが、地域の汚染状況に応じた負担を求めることにつながるとともに個々の事業者の排出削減を促す効果もあり、後者の点は、現在のカーボン・プライス(特に炭素税)の考え方の先駆けという意義をもっていったものとして大きく評価できる。ただし、公健法の汚染負荷量賦課金制度は、補償給付の財源としている点で汚染が減れば負担も減るというカーボン・プライス(炭素税)の考え方とは異なり、補償給付額が増えれば、排出削減努力にもかかわらず負担額が増えるという点で限界をもっていった。そして1988年の指定地域解除は、このようなことも大きく影響していた。ところで指定解除に際しては、事後の必要経費のうち固定発生源分(全体の八割)につき、さらにそのうちの六割を過去の汚染負荷の割合による賦課金により、また残る四割を現在の汚染負荷の割合での賦課金によってまかなうこととされた。しかし、指定地域解除から30余年を経て、公健法での大気汚染の指標とされた硫黄酸化物の各事業者からの排出の状況には大きな変化が生じており、現在分汚染負荷量がゼロないしこれに近い場合賦課金もゼロないし僅少という事業者が多数を占めるに至っている。この様な状況も踏まえつつ、補償の給付と、それに必要な原因者からの汚染負荷量賦課金の徴収が、安定的・効率的・透明性のある持続可能な形で継続されるよう取り組む必要がある。

2 水俣病の患者救済

(1) 法による水俣病の患者「認定」

1968年9月、政府は熊本水俣病が新日本窒素水俣工場の排水に含まれるメチル水銀化合物によるものであることを統一見解として発表（これに至る経過の分析・評価は、1999年12月にまとめられた国立水俣病総合研究センターの「水俣病に関する社会科学的研究会」報告書に詳しい）、翌1969年12月には、「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」（旧法）により、水俣地域及び阿賀野川地域も救済対象の地域に指定された。水俣地域についていえば、1959年の厚生省「水俣病患者診査協議会」にはじまり、その後1961年の「患者診査会」、1964年からは熊本県の「水俣病患者審査会設置条例」による認定審査制度があったが、これを旧法の枠に引き継いだものである。

ただ、熊本水俣病患者と原因企業との間では1959年12月30日に見舞金契約が成立しており、さらにその後政府見解発表以降は、1973年3月20日の「熊本水俣病第一次訴訟」判決などを経て、同年7月9日に補償協定が成立していて、さらにこの協定は新たに「認定」された患者にも適用されるものとされていたことから、旧法による患者としての「認定」は、実質的には協定による補償給付の受給資格の確認のための機能を果たすものであった（この点は新潟水俣病についても同様であった）。しかし、この点についての明確な整理がないままに、1974年の公健法制定・施行に際して、旧法の第二種地域での「認定」の仕組みが、旧法時代に出された「疑わしきは救済」の理念を尊重した1971年8月7日の水俣病認定要件に係る事務次官通知を含めて引き継がれた。

(2) 重なる訴訟と新たな救済策さらに「政治的解決」へ

その後、1975年頃には、「認定」審査結果についての不満から検診拒絶などが生じて「認定」の遅れが生じ、1976年12月15日には認定の遅れについて行政訴訟としての不作為違法確認の熊本地裁判決が出されこれが確定した（なお、後には、この違法な不作為が不法行為にあたるとした国家賠償請求訴訟も起こされ、1991年4月26日に最高裁は行政不作為違法が直ちに不法行為の成立に結び付くものではないとしてこれを消極的に解する判断を示している（民集45巻4号653頁））。そこで、1979年11月には「水俣病の認定業務の促進に関する臨時措置法」が公布され、知事による認定の行き詰まりを打開するための国による「認定」の仕組みも模索されたが、あまり大きな効果を生まなかった。なおこれに先だって、1977年7月1日には「後天的水俣病の判断条件」についての環境保健部長通知が出されたが、この判断条件と1971年次官通知との間の矛盾の有無に関しては、その後になって訴訟その他の場面で、長く論議が続くこととなった。

この1970年代後半頃から、「認定」を受けることができなかった患者からの訴訟が始まり、1979年3月28日の「熊本水俣病第二次訴訟」一審判決（1985年8月16日にその控訴審判決）では、「認定」を得ていない被害者への原因企業の賠償責任が、また、1987年3月30日の「熊本水俣病第三次第一陣訴訟」判決では、これに加えて、国の損害賠償責任も認められることと

なった。その後、未認定者を含む損害賠償請求訴訟が、東京、京都、関西をはじめ各地で合計 11 件もおこされることとなり、旧法や公健法による行政の認定に加えて、司法による未認定患者への法的救済を求める動きも拡がっていった（なお、司法による民事訴訟での「認定」は、個別の原告についてのメチル水銀に汚染された魚介類の大量摂食の有無などの個別の事情について、厳密な証拠調べ手続きを経たうえでの裁判官の証拠への自由な判断によって行われるために、行政による「認定」での判断よりも自由にされる傾向があることが今日に至るまでの大きな相違点と考えられる）。

このような状況のもとで 1991 年 11 月には、中央公害対策審議会が「今後の水俣病対策のあり方について」答申を出し、予算措置として行われてきていた 1977 年 4 月以降からの「治療研究事業」（認定申請中の患者の医療費自己負担分を補填）、1986 年 7 月以降からの「特別医療事業」（棄却者のうち一定の要件にある者へ医療費自己負担分を補填）の仕組みを拡充することが提言され、これに基づき、1992 年夏から水俣病総合対策事業が始められ、広く地域住民を対象とする健康管理事業や、水俣病と認められなくても四肢末梢優位の知覚障害を有する方々への医療費・医療手当を支給する医療事業が行われることになった。この中公審 1991 年答申は、水俣病発生当時の環境保健行政の不十分さが地域住民の健康に特別の問題を生じさせており、その解決が社会的要請となっていることから、原因者の損害賠償責任を基礎としない行政上の配慮が必要、との考え方に基づくものであった。

さらに、その後の 1995 年秋には当時の与党三党（自民・さきがけ・社会）で和解解決案が合意公表され、これを大部分の関係訴訟団体が受け入れて、1996 年 5 月までには関西訴訟以外のすべての訴訟が取り下げられ、いわゆる「政治的解決」が図られた（なお、1995 年 12 月には、政府としての反省の意を表明する当時の村山首相の談話が閣議決定を経て公表された）。これにより、総合対策事業の医療事業対象者（1996 年 7 月まで追加申請を受け付け）へは国・県の負担による医療事業による救済に加え、原因企業からの一時金（260 万円）（及び関係訴訟 5 団体への団体加算金）が支払われることになった。

(3) 「関西訴訟最高裁判決」と「特別措置法」及びその後

ところで、先の「政治的解決」に応じなかった関西訴訟原告らの 2001 年大阪高裁判決への上告について、最高裁は、2004 年 10 月 15 日に、水俣病の認定に関しては原判決の判断をそのまま引用し（法による認定とは別個に救済を受けうることがあると認め）つつ、水質二法等による規制権限不行使についての国の国家損害賠償法による責任を認めた大阪高裁判決を支持した（民集 58 巻 7 号 1802 頁）。これによって国の水俣病防止に関する損害賠償責任があることについては確定したが、これをうけてのこれまでの「政治的解決」による救済とは別の新たな救済の仕組みの導入が要求されることになり、その検討は難航した。

さまざまな経過を経て、結局、2009 年 7 月に議員立法による「水俣病被害者の救済及び水俣病問題の解決に関する特別措置法」（特措法）が制定され、同法は、前文で、公健法の「判断条件を満たさないものの救済を必要とされる方々を水俣病被害者として受け止め」るものとし、同法による救済措置の方針によって、「政治的解決」による救済を受けていなかった四

肢末梢優位の知覚障害を有する被害者への国・県の負担による医療費・医療手当のほか原因事業者の負担による一時金（210万円）（さらに関係団体へは団体加算金）が支払われることとされた（なおこのほか、特措法は、それまでに公的支援をうけている原因企業の分社化や指定法人に一時金の支給を行わせることをも定める内容のものであり、日本の法律としてはかなりユニークな内容も盛り込んでいた）。

水俣病問題については、このような政治的解決及びその後の特措法による解決を通じて、多くの被害者への救済が図られて現在に至ってはいるものの、その後も様々な訴訟が提起され、これをめぐる判決が出されている。

たとえば、2013年4月16日に、最高裁は、「裁判所の審理及び判断は、（中略）経験則に照らして個々の事案における諸般の事情と関係証拠を総合的に検討し、個々の具体的な症候と原因物質との間の個別的な因果関係の有無等を審理の対象として、申請者につき水俣病のり患の有無を個別具体的に判断すべきものである」として、「F氏訴訟大阪高裁判決」については認定をしなかった原判決を破棄差し戻しとし（民集67巻4号1115頁）、他方、認定を義務付けた「溝口訴訟福岡高裁判決」についての国などからの上告を退けている。その後、この最高裁判決における審理及び判断の考え方を踏襲した上での2017年11月29日の新潟水俣病の行政による認定をめぐる「新潟水俣病抗告訴訟」の東京高裁判決も、四肢末梢優位の感覚障害のみでかつ症状に変動がある場合であっても他原因であることを疑わせる事情がないときはメチル水銀の影響によるものである蓋然性が高いとして、原告らの請求を認容した。しかし、東京高裁は、翌2018年3月23日になって、民事の損害賠償請求訴訟である「新潟水俣病第三次訴訟」の控訴審判決で同居家族に水俣病特措法の一時金受給対象者がいること、四肢末梢優位の感覚障害のみがあること、症状に変動があることは、因果関係を否定に解する材料としうるとして先の「新潟水俣病抗告訴訟」控訴審判決とは異なる判断を示し、さらにこの判決について2019年3月5日に最高裁は上告を受理しないとの決定をしている（ただし、行政による認定の手続での判断と民事損害賠償の判断では異なる判断が可能と考えるかどうか、また淡水魚摂食による新潟水俣病には熊本水俣病と異なる特性があるかと考えるかどうかについては、なお議論の余地がある）。

このほか、公健法制定に際して、旧法からそのまま第二種地域の制度を引き継いだ結果として、公健法によって水俣病と認定された被認定者が、公健法にもとづく補償給付を求めることが制度上は可能とされる問題も残されている。これまでのところでは、行政認定を受けた場合は補償協定による給付を受けることが普通であるものの、訴訟によって損害賠償を支給され、かつ、その後に公健法による認定を受けた被認定者が、公健法による補償給付を請求したところ、不支給処分を受けたためにその取消を求めた訴訟がある。この点について、2017年9月8日に最高裁は、損害賠償としての受給額を超える公健法給付部分について補償給付義務が残るとした2016年6月16日の福岡高裁判決を否定し、損害賠償請求訴訟で全額の賠償給付を受けた者には、公健法による補償給付の義務がないと判示した（民集71巻7号1021頁）。

このように、水俣病対策をめぐる論議が完全に整理されるにはなおおとらず、問題の最終的な解決にはなお時日を要する状況にある。

3 石綿健康被害の救済制度

耐久性、耐熱性、耐薬品性、電気絶縁性などの特性に優れているため広く使用されていた石綿には、悪性中皮腫や肺がんを起こす発ガン性があるが、吸入から 40 年近い潜伏期間を経て発症することが普通とされる。1972 年には ILO などにより石綿の人の健康への危険性が指摘されるようになり、1973 年には米国で吹き付け使用が禁止され、日本でも 1975 年には同様の措置が取られ、また、1989 年には大気汚染防止法によって規制が始まっている（同法は敷地境界線基準という画期的な手法を採用したことで重要であるが、その後 1997 年、2006 年、2020 年に改正されて、建物解体工事現場での被害防止のための規制が加わりさらに強化された）。しかし、石綿使用について、欧米では 2000 年までに全面禁止とされたが、日本ではそれが 2006 年とやや遅れた。

ところが 2005 年には、尼崎市で石綿を使用した資材を製造していた企業の従業員のみならず、工場周辺の住民の方々にも健康被害が生じていることが明らかになって、大きな社会問題となった。そして工場・事業場の労働者の石綿健康被害への救済は、労働災害の補償によって行われるが、一般環境の被害者の救済については適切な制度がなかったため、2005 年に「石綿による健康被害の救済に関する法律」（石綿救済法）が制定され、2006 年 3 月に施行された。

この法律の制定も社会的関心の高さを反映して、公健法と同様、かなりの速さで制度化が進められた。石綿救済法の対象となるのは、法制定当時は労災補償の対象とならない悪性中皮種と気管支又は肺の悪性新生物とされ、そして石綿の吸入により指定疾病にかかった旨の認定を受けた者（被認定者）、本法の施行前にこの指定疾病に起因して死亡した者又は申請をしないでこの指定疾病に起因して施行日以後に死亡した者の遺族に対し、医療費の自己負担分、月額 103870 円の療養手当が給付され、さらに死亡時には 199000 円の葬祭料が給付されることとされた。このほか、法施行前の死亡者や未申請の死亡者には、遺族へ 280 万円の遺族弔慰金と 199000 円の特別葬祭料が給付され、被認定者の存命中の給付受給額が死亡時にこの特別遺族弔慰金額に満たない場合はその差額が救済給付調整金として遺族に支給されることにされた。なおこの石綿救済法制度での患者認定は公健法とは異なり、独立行政法人環境保全再生機構が全国をまわって行い、認定に際しては、機構は、医学的判定を要する事項に関し、環境大臣に判定を申し出ることとされている。また、環境大臣は医学的判定に際して 中央環境審議会の意見を聴くものとされていて、このために環境保健部会に石綿健康被害判定小委員会が設置されている。また、この救済に要する費用は、石綿使用による社会的便益は広く多くの者が受けてきた、との理由で、広く労災保険のための拠出金の一部を充てることになっている。

この石綿救済法は、いわば緊急避難的に社会全体による迅速な救済を図るために制定されたものであり、さらに法制定当時に主に救済対象と考えられていたのは、潜伏期間が特に長く予後が悪い（概ね 2 年以内に死亡する）とされていた悪性中皮腫であったため、被認定者に係る暴露歴を問わないことや給付される療養手当等の額が一律の定額であることについても余り異論が出されなかった（もっとも肺がんについては暴露歴が問題であり、この点は労災補償のような勤務記録によることができないことから、肺がんの発症リスクを 2 倍以上に高める量の石綿暴露があったかどうかについて、主に画像所見などの症状所見によって判断することでこれに代えること

とされた)。

この制度による救済対象者は、労災補償の対象でない工場周辺等の一般環境での石綿被害者の方々と考えられていたが、しかしいわゆる「一人親方」(個人事業主であるため労災補償の対象にならない方々)も救済の対象となる。そして、これらの方々は下請負による労務従事の形態は、労災補償対象となる被用者と異ならないことが指摘されるようになり、主にこれらの方々を念頭に置いて、石綿救済法の運用についても、労災補償での石綿健康被害救済とのバランスを求める意見が強く出されるようになった。これらの意見については、労災補償の特別加入制度(労働者災害補償保険法33条以下)の存在を理由にやむを得ないとの指摘もあったが、やはり無視できないものがあった。そこで、2010年4月に中央環境審議会環境保健部会石綿健康被害救済小委員会では、労災給付では救済対象とされている「著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺」と「著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚」をも石綿救済法の救済対象にすることを答申し、同年7月からこのための改正政令が施行されて現在に至っている。このため、制度発足当時に比べれば、暴露歴の評価が重要になったわけであるが、さらに加えて、症状の程度や予後についても悪性中皮腫とは異なるものを含むこととなり、法制定時とは異なる要素を抱え込んだ救済制度になりつつある。一方、2016年12月に、中央環境審議会環境保健部会石綿健康被害救済小委員会は、「石綿健康被害救済制度の施行状況及び今後の方向性について」答申を出しており、その中で、上述のような制度の課題について両論併記の形で指摘した上で、この審議の中では基本的考え方を変える状況にあるとは結論されず、被認定者の介護等の実態調査を行った上で、当面は石綿による健康被害の迅速な救済を更に促進すべきとした

2021年3月現在、建設アスベスト訴訟の最高裁判決を受けて、関係省庁において対応が検討されているところである。今後とも、石綿による健康被害を取り巻く各種事情の変化に注視しつつ、救済制度についても引き続き議論を深めていく必要がある。

— 了 —

執筆者 浅野 直人 氏 福岡大学名誉教授

1966年九州大学法学部卒業、1972年九州大学大学院法学研究科博士課程中退、1980年福岡大学法学部教授、1987年福岡大学大学院法学研究科教授(併任)、2014年福岡大学名誉教授。

(所属・役職は2021年12月時点のもの。)