

公害健康被害救済制度の変遷

さいとう てるお
齊藤 照夫

跡見学園女子大学 講師

1. はじめに

公害による健康被害の救済は、他の民事紛争と同様に、被害者が民事訴訟等の手段により損害賠償を求めて解決することが基本である。しかし、裁判による救済は、緊急な治療が必要な被害者にとって、相当の時間や費用を要するという問題がある。

多くの公害健康被害者の悲惨な被害実態が知られるにつれ、世論では環境行政による簡易・迅速な公害健康被害の救済を望む声が高まった。これに応じてわが国では、

- ①1973年制定（1988年改正）の『公害健康被害補償法』による救済制度
 - ②2009年制定の『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』による救済制度
 - ③2006年制定の『石綿による健康被害者の救済に関する法律』による救済制度
- が設けられ、多くの被害者が救済されてきた。これらの制度では、対象となる被害に応じた「制度的割り切り」が導入され、被害者の迅速な救済を図るために重要な役割を果たしてきた。

本稿では、これらの公害健康被害救済制度について、それぞれの「制度的割り切り」の変化に焦点を置いて、その変遷を振り返る

ことにより、公害健康被害救済制度の円滑な実施に関する教訓を考えることとしたい。

2. 公害健康被害補償制度とその改正

我が国では、昭和30年代以降の高度経済成長により、工業化が進んだ都市を中心に激甚な大気汚染が進行し、四日市ぜんそくをはじめとした公害健康被害が全国で生じた。

これに対して1973年、『公害健康被害補償法』（昭和48年法律第111号）が制定され、民事責任を踏まえた救済が開始された。同法は、公害原因者に課される賦課金を財源として、行政が健康被害者を認定し、認定患者に対して補償給付（療養の給付及び療養費、障害補償費、遺族補償費、遺族補償一時金、療養手当、葬祭料）を給付するとともに、その健康の回復・保持・増進を図るための公害保健福祉事業を行うこととしている。

本制度に係る第一種地域のぜん息等の非特異的疾患は、大気汚染のほか、アレルギー疾患、ダニ、カビ、喫煙等様々な因子が影響し、個々の患者について大気汚染の関与の有無・程度を明らかにすることは困難である。このため、著しい大気汚染の存在を前提に、指定地域内に一定期間以上居住・

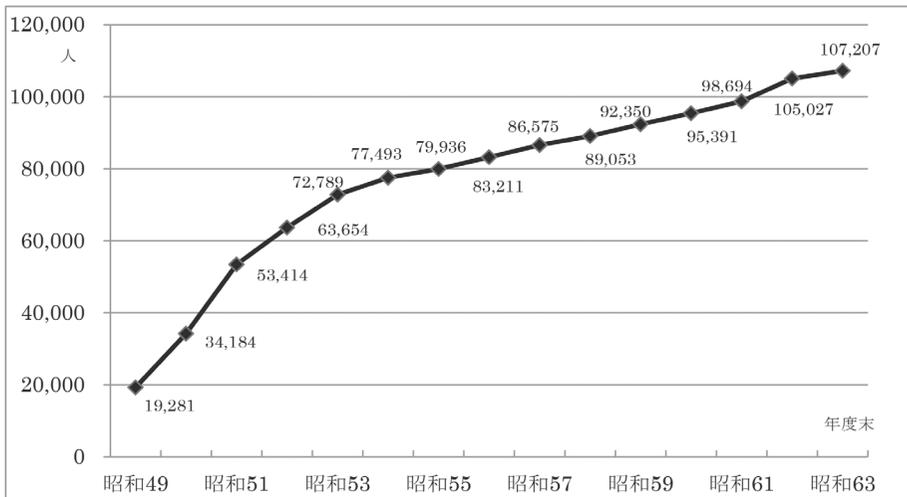


図1 公害健康被害補償法による第一種地域の認定患者数の推移¹⁾

通勤している者が指定疾病に罹っていれば、都道府県知事等が公害健康被害者と認定する「制度的割り切り」を行っている。

また、給付費用については、大気汚染の原因を工場・事業場のばい煙発生施設（固定発生源）から排出される硫黄酸化物と自動車（移動発生源）の排気ガスであると割り切り、両者の分担割合を8対2と取り決めている。8割分については、全国の一定規模以上のばい煙発生施設の設置者からその排出する硫黄酸化物量に応じて汚染負荷量賦課金を徴収し、自動車分については政府から交付される自動車重量税収入の一部を充当している。また、指定地域のばい煙発生施設設置者とその他地域のばい煙発生施設設置者の間の負担の公平を期するため、指定地域の賦課料率をその他地域の9倍とし、指定地域のばい煙発生施設設置者が半分以上を負担するようにされた。

同制度に基づき、第一種地域の指定地域は、前身の旧救済法（公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法）から引き継いだ指定地域をベースに、その後追加指定が行われ、1978年までに41地域となった。これに伴い認定患者数は、図1¹⁾に示すように増加し、1988年7月のピーク時に11万

74人となった。

本制度の発足以降、「制度的割り切り」の前提に大きな変化が生じた。かつての激甚な大気汚染が、公害規制の強化により急速に改善されたことである。二酸化硫黄による大気環境基準は、ほとんどの地点で達成されることとなった。一方で、認定患者数の増加により給付に要する費用は増大したため、ばい煙発生施設設置者が支払う汚染負荷量賦課金は増加を続けた。また、指定地域と指定地域以外のばい煙発生施設設置者の負担比率については、指定地域での硫黄酸化物の排出量減少が大きいため、指定地域以外の設置者が給付費用の7割を負担するまでに増大し、「比例原則」に照らして看過しがたい問題が生じた。

このような変化を踏まえて、制度を主管する環境庁は、中央公害対策審議会に対し、公害健康被害補償法の第一種地域のあり方等について諮問し、1986年10月に答申を受けた。同審議会の「大気汚染と健康被害との関係の影響等に関する専門委員会」は、「現在の大気汚染が総体として慢性閉塞性肺疾患の自然史に何らかの影響を及ぼしていることは否定できないが、昭和30～40年代の一部地域における慢性閉塞性肺疾患が

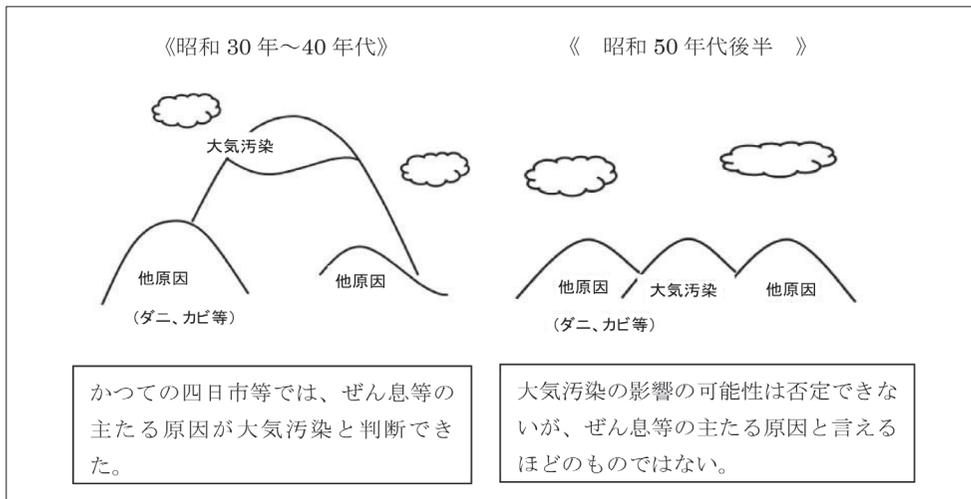


図2 大気汚染と健康被害との関係の影響等に関する状況変化²⁾

大気汚染レベルの高い地域の有症率の過剰をもって主として大気汚染の影響と考える状況に対して、現在の大気汚染の慢性閉塞性肺疾患に対する影響はこれと同様のものとは考えられない」と報告し、これをもとに第一種地域の指定をすべて解除し、今後は健康被害予防事業の実施など総合的な環境保健施策を推進することが適当であるとの答申がなされた。

この趣旨は、図2²⁾に示すように、昭和30年～40年代は、ぜん息等の主たる原因が大気汚染と判断できたのに対し、昭和50年代後半には大気汚染がぜん息等の主たる原因とは言えなくなっており、指定地域内のすべてのぜん息等が大気汚染によるとの「制度的割り切り」を維持し、大気汚染原因者の負担に基づいて個人への補償を続けることは合理的ではないと判断されたものである。この答申を受けて、公害健康被害補償法が改正され、1988年3月1日をもってすべての第一種地域の指定が解除された。これに伴い、(特)公害健康被害補償予防協会(現在の(独)環境再生保全機構)による健康被害予防事業が開始され、法律の名称も『公害健康被害の補償等に関する法律』に改称された。この指定解除は、新た

な患者の認定が行われなくなっただけで、既に認定を受けている患者に対しては、補償給付が継続されている。認定患者の数は、2018年12月末時点で3万2,142人となっている。

この法改正は、当時、「環境行政の後退」として強い社会的な批判を浴びた。しかし、制度発足時の割り切りについて、前提の状況が急変した場合、制度の主管者には、矛盾を解決し制度の合理性を保つために、必要な見直しが求められると言えよう。

法改正後から現在まで、関係者の信頼のもとに8,000を超える全国のばい煙発生施設の設置者により汚染負荷量賦課金が納付され、3万人余の認定患者に対する補償を続けることができています。このことは、1988年の法改正が的確であったことを示している。

3. 水俣病被害の救済制度

水俣病は、公害健康被害補償法の第二種地域の特異的疾患とされ、原因とされる物質と疾病との間に特異的な関係があり、その物質がなければ当該疾病は発症しないとされている疾患である。このため、同法に基づく水俣病の認定は、旧救済法を引き継

いで、認定審査会の意見を聴いて、水俣病であるかどうかを医学専門的判断によって個別に判定するとされている。

同法に基づく認定患者は、2019年3月末までに2,997人（熊本県1,789人、鹿児島県493人、新潟県715人）で、このうち生存者は477人（熊本県253人、鹿児島県86人、新潟県138人）となっている。しかし、このような個別に医学専門的判断を行う方式は、不全型、境界型の症状を持つ多数の人々が、その被害を訴えているなかにおいては迅速な救済を図り得るものとは言えなかった。認定申請の増加及び新たな訴訟提起により行政の認定業務は大幅に遅れ、多くの人々が救済を待ち続ける状況となった。国・県は不作為違法義務確認訴訟で敗訴し、不作為を理由として慰謝料の賠償を求める訴訟（いわゆる待たせ賃訴訟）が提起されるなど、紛争と混乱が生じた。

この事態を解決するため、図3に示すように、公害健康被害補償法（公健法）によるほか、二度の政治解決を通じ、一定の症状を有する被害者の救済がなされてきた。

1995年9月に、当時の自民・社会・さきがけの与党三党により、最終的かつ全面的な解決に向けた解決策（3党合意）が取りまとめられ、これを踏まえて一定の神経症状等を有する者約1万1,000人に対して、原因企業からの一時金と地方自治体・国か

らの医療費の自己負担分等が支給された（第一の政治解決による救済）。その後、2004年の水俣病事件関西訴訟最高裁判所判決を契機に、新たな申請や訴訟が次々と提起され、再度、紛争と混乱が生じた。このため、2009年7月に、自民党、公明党、民主党の三党の合意により、『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』（平成21年法律第81号）が制定された（第二の政治解決による救済）。

同法では、過去に通常起こりうる程度を超えるメチル水銀の暴露を受けた可能性があり（暴露要件）、四肢抹消優位の感覚障害を有する者か、全身性の感覚障害を有する者その他四肢抹消優位の感覚障害を有する者に準ずる者であるなど一定の神経症状を有する者（症候要件）に対して、一時金、医療費の自己負担分と療養手当が支給された。

同法は、公害健康被害補償法の判断条件は満たさないが、救済を必要とする者を「水俣病被害者」として受け止め、救済の給付を早急に行うこととしたものである。この費用は、一時金は原因者（熊本水俣病はチッソ（株）、新潟水俣病は昭和電工（株））が負担し、医療費や療養手当は地方自治体・国が負担した。

同法に基づく救済措置には6万4,836人が申請し、判定結果は3県合計で、一時金等対象該当者は3万2,249人、療養費対象該当者は6,071人と、多くの被害者が救済された。

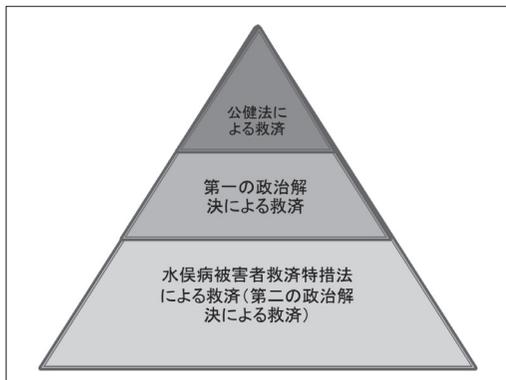


図3 水俣病被害に対する救済措置の拡大

4. 石綿健康被害の救済制度

2005年に石綿（アスベスト）を使用した資材を製造していた（株）クボタで、従業員やその家族が石綿を原因とする中皮腫等で死亡しており、工場の周辺住民にも被害が出たことが判明し、石綿による健康被害が大きな社会問題となった。石綿を原因とする中皮腫及び肺がんは、暴露から30～40年

と長い期間を経て発症することや、石綿そのものが当時広範かつ大量に使用されていたことから、その暴露経路が職場による（厚生労働省所掌）か環境による（環境省所掌）かの特定は困難であり、これを厳しく追及すると、両省庁の隙間に多くの被害者が抜け落ちてしまうことが懸念された。

このため、両省の連携のもとに『石綿による健康被害の救済に関する法律』（平成18年法律第4号）が2006年3月に施行され、被害者は、暴露経路の特定を要せずに、中皮腫、肺がん等の石綿の吸入による指定疾病に罹患していれば認定する「制度的割り切り」のもとに、シームレスな救済が図られた。認定された患者には、療養中の場合の医療費や遺族への遺族給付が支給されるとともに、時効により労災保険の給付を受けられなくなった労働者の遺族には特別遺族給付金が給付される。これにより、労働者が持ち帰った作業着等に付いた石綿を吸い込んだ家族、アスベスト作業をしていた場所の周辺住民、時効によって労災保険の給付を受ける権利がなくなってしまった人などを含めた幅広い被害者の救済が可能となった。

給付費用については、(独)環境再生保全機構に基金が設けられ、事業者から毎年度、拠出金が支払われる。すなわち、労災保険及び船員保険の適用となるすべての事業主は、労災保険・船員保険の保険料徴収と併せて一般拠出金を支払うとともに、石綿と関連の深い特別事業主には、特別拠出金が上乘せされる。

2018年度末時点において、同法の救済給付に係る申請として1万8,793件が出され、うち1万4,012件が認定、2,972件が不認定、1,809件が取下げまたは審議中とされている。

5. おわりに

以上のような公害健康被害救済制度の変

遷を振り返ると、公害健康被害救済制度の円滑な実施には、次の点が重要と言えよう。

第一は、その被害に応じた「制度的割り切り」を十分検討し、導入することの重要性である。水俣病では、個別に医学専門的判定により救済する方式では迅速な救済が困難となり、「制度的割り切り」を伴った『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』による解決がなされた。

第二は、導入した「制度的割り切り」について、その後の変化をフォローし、適時の見直しを行うことの重要性である。1988年の公害健康被害補償法の改正は、これに応えたものといえよう。

第三は、環境行政の枠を超えるような「制度的な割り切り」も必要なことである。『石綿による健康被害の救済に関する法律』では、他省庁の所掌範囲にまたがる制度的割り切りにより、幅広い被害者の救済を図ることができた。

我が国の公害健康被害救済制度は、「制度的割り切り」をもとに多くの被害者を迅速に救済することができた。いま、世界をみると、洪水や干ばつなど異常気象の影響を受けやすい発展途上国では、脆弱な農民等が被った損失をいかに救済するかが課題となっている。我が国の救済制度の経験は、この検討にあたって参考となるところが大きいと思われる³⁾。

参考文献

- 1) (独)環境再生保全機構、「公害健康被害補償予防制度40年のあゆみ」（平成27年3月）、p.14 <https://www.erca.go.jp/fukakin/40th/>
- 2) (独)環境再生保全機構、「公害健康被害補償予防制度40年のあゆみ」（平成27年3月）、p.16 <https://www.erca.go.jp/fukakin/40th/>
- 3) 気象災害の損失への救済制度の方向について述べたものとして、拙稿「地球温暖化による損失に対するリスク移転メカニズム政策の方向」、環境法政策学会誌第20号（商事法務、2017年）所収、p.129-143