

土呂久公害における被害者救済対策の独自性とその成立過程

— 「健康観察検診」と「検診結果を認定へと繋ぐしくみ」に着目して —

渡 辺 伸 一 奈良教育大学社会科教育講座 (社会学)

Uniqueness and its formation process of the victim relief measures on Toroku disease

WATANABE Shin'ichi

(Department of Social Studies Education (sociology), Nara University of Education)

Abstract

Health measures in Toroku disease are unique, not seen in measures of other pollution disease that certified by the country, and are extremely excellent in relieving victims. Among them, the first point to notice is the system of discovering patients based on medical examination for residents. (1)Medical examination has been carried out by specialists for many years. (2)According to the findings obtained from accumulation of the examination results, addition of Criteria for certification and expansion of the range of medical treatment have been realized.

The second thing to point out is that there are unique measures to link the examination to certification. (1)Many specialists who participate in medical examinations are also members of the certification committee. (2)The examination also carries out the necessary check for the application for certification. (3)If judged to be equivalent to certification, prefectural administration will help to apply for certification. In this paper, we discuss why and how such systems and measures have been formed.

キーワード：土呂久公害，専門医，認定要件

Key Words: Toroku disease, Medical specialists, Criteria for certification

1. はじめに

土呂久公害（慢性砒素中毒症）における健康被害対策は、国が指定した他の公害病の対策には見られない独自のもので、被害者救済という面で非常に優れているといえる。なかでも、注目すべき第1は、「健康観察検診（健診）」が患者の発見と救済に大いに貢献していることである。宮崎県の土呂久地区では、専門医が参加しての住民集団検診が40年以上も続けられている。公害問題において行政による住民検診が患者発見に有効なのはいうまでもない。水俣病でも継続的な住民検診を求める声は昔からあるが実現していない。加えて、その検診の蓄積から得られた知見によって、当初、皮膚症状だけだった認定要件が、追加されたり（鼻の症状1973年、多発性神経炎1974年、慢性気管支炎1981年）、認定後の「療養費の

対象となる病気」の拡大がもたらされてきたことである。

なるほど、土呂久の場合も、認定基準が過度に厳格であるのは、2つの水俣病問題や富山イタイイタイ病（以下、富山イ病と記す）の場合と同じである。このため、被害者運動（患者や支援者らの運動）は、裁判や行政不服審査を闘わざるを得なかったのである。だが、そうかといって、水俣病や富山イ病のように、裁判後も未認定問題が長期にわたって社会問題化したり、被害者運動が大きな不満をもってきたということはない。土呂久のように、救済制度が次第に充実してきて周囲から評価されているという公害問題は、極めて稀なのである。大気汚染の場合も、1988年から健康被害の新規認定が打ち切りになってしまった。

注目すべき第2は、健康観察検診の結果を認定へと結

びつける独自の対応やしきみがあることだ。せっきく検診を実施しても、それが認定へと繋がらなければ、意味のある救済対策とは言えない。検診を継続してきたのみならず、検診結果を認定に結びつける対応があること、土呂久においてはこの点が画期的なのだ。富山イ病は、2つの水俣病とは異なり、行政による住民集団検診を長年にわたって実施してきた。しかし、その結果を認定へと繋げる土呂久のようなしきみは存在しない。行政検診が患者認定に貢献してはいないのだ。

環境庁(省)が認めた4つの公害病の中で、慢性砒素中毒症(土呂久と鳥根県笹ヶ谷)は、最も知名度が低い。これは高校までの教科書にもほとんど載っていないことが大きいだろう。しかし、土呂久の場合、他の3つの公害病と比べて、最も優れた健康被害対策を構築してきた。4つの公害病対策の歴史をみたとき、この点は強調されてよいし、広く知られるべきだと考える。

これら、土呂久方式による〈検診・認定システム〉とでも呼ぶべき一つ目の「健康観察検診」の実施状況と意義については2章で、また二つ目の「健康観察検診の結果を認定へと繋げる独自の対応やしきみ」に関しては3章にて紹介する。

ところで、ここで確認しておかなければならない点がある。第1に、健康観察検診は、元来は患者の発見を主要な目的として始められたのではなかったという点だ。それは、宮崎県環境森林部の大坪篤史部長(2016年当時)による近年の発言からもわかる。「患者のフォローを目的とした検診で副次的に知見が得られたことは意義深い」(宮崎日日新聞 2016. 1. 21)。健康観察検診の目的は、第一義的には認定患者の経過観察などのフォローであって、新しい患者の発見につながる知見が得られているのは、あくまで副次的だと言っているのである。また第2に、検診結果を認定へと繋ぐ独自の対応も、元々は患者救済のためには極めて限定的な意義しか有していなかった。周知のように、県には当初、土呂久には「公害病などあるはずがない」という予断があった(土呂久を記録する会編 1993: 32)。しかし、1972年にいわゆる「倉恒報告」が出て(後述)、公害病の存在を認めざるを得なくなると、今度は、補償額が低額と批判された「知事斡旋補償」により、問題を「すみやかに解決する」施策を打ち出す。その一環として考えられたのが、「検診結果を認定へと繋ぐしきみ」だったのである。4章と5章では、これらの点を詳述する。

「健康観察検診」と「検診結果を認定へと繋ぐしきみ」が、当初そうしたものだたとすれば、これらが、今日、被害者の発見と救済に大いに貢献する制度になっているのは、当時の県からすれば、行政施策の「意図せざる結果」ということになる。それは、いったい、どのようにしてもたらされたのか。6章ではそれについて考えたい。

当初、問題の多かった県行政の公害健康被害対策。これが全体として改善してきたのは、むろん裁判や行政不服審査請求を闘った被害者運動の力が大きい⁽¹⁾。だが、本稿では、その健康被害対策全体の一部をなす検診と認定の問題に焦点をあてるので、考察対象は、宮崎県行政と専門医が中心となる。



図1 宮崎県・土呂久 (川原2005: 2)

2. 健康観察検診は患者の発見と救済にいかに貢献してきたか

土呂久は、宮崎県の北西部、古祖母山の麓の大分県境に位置する山間の集落である。かつては岩戸村に属していたが、現在は高千穂町の一部となっている。江戸時代の土呂久は、銀山で栄えた鉾山集落であった。その土呂久鉾山で、硫砒鉄鉾を焙焼して農薬や毒ガスの原料になる亜砒酸を製造し始めたのは、1920(大正9)年のことである。製品は、大阪方面へ出荷され、主としてアメリカへ輸出されて、アメリカ南部の綿花畑に散布する農薬の原料となった(川原 2000, George 2013)。土呂久の亜砒酸製造では、大気、水、土壌が砒素によって汚染された。このため、鉾山周辺では、川魚が死に、養蜂が姿を消し、椎茸が発芽せず、稲の育ちが悪くなり、牛が次々に倒れるといった異変が起こり、やがて住民に健康被害が生じたのである。今日では、砒素は全身に回って皮膚、感覚器、呼吸器、泌尿器、心臓循環器、神経に様々な症状をもたらすこと、また皮膚や肺や肝臓や泌尿器の癌は、暴露してから何十年も経ってから発症すること、などがわかっている(川原 2005: 2)。

以下、現在の健康観察検診が患者の発見と救済にいかに貢献しているか、また、検診結果を認定へと繋ぐ独自

のしくみとは具体的にはどのようなものかを明らかにしていこう。

2.1. 専門医による検診の継続的实施

土呂久での最初の集団検診は、1972年1月に県の医師会によって実施された。そこで初めて7人が認定されて以降、認定患者は年々増え続け、2021年3月現在で累計211人（うち生存者42名）に上っている⁽²⁾。この数は、同時点での富山イ病の認定患者数200人を超えている⁽³⁾。近年でも毎年のように、患者が発見されるのはなぜなのか。それは、第1に、複数分野の専門医が参加して、継続的な検診をしているからである。その専門医とは、近年でいえば、内科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、神経内科及び呼吸器科である。

この検診には、宮崎大学医学部（元宮崎医科大学）が大きな役割を果たしている。専門医が長期にわたって検診に関わるためには、個人の力だけでは持続可能性という点で限界があろう。皮膚科学教室（分野）は、開設時の井上勝平教授以来、土呂久検診を一貫して担ってきた。また、他の専門医の場合も、同大の各科教室およびその診療グループが検診に参加し続けてきた。

2.2. 認定要件の追加や「療養費の対象となる病気」の拡大

検診が患者発見や救済にいかに関与しているか、その第2は、継続的な検診データの蓄積による知見が、認定要件の追加や、認定後の「療養費の対象となる病気」を増やしてきたことである。1974年7月、鳥根県笹ヶ谷地区の公害病指定の際、認定要件に、従来の皮膚症状と鼻の症状（鼻粘膜癒痕又は鼻中隔穿孔）の他に、多発性神経炎を追加している。また、同年、環境庁は、認定患者の「障害度の評価基準」を決める際に参酌する病気として、ポーエン病、皮膚癌、肝硬変、肺癌を通知している。もちろん土呂久の検診結果も生かされている。認定患者は、これらの病気も砒素によるとみなされて、療養費が公健法から給付されるのである。また、1978年、県が高千穂町の医師に、「慢性砒素中毒の療養の範囲」という通知を出し、胃腸障害、栄養障害、腎障害、肝障害、造血器障害、呼吸器障害等が追加されることになった。これで、「療養費の対象となる病気」がさらに増えた。

この件は、喉頭腫瘍で県立宮崎病院に入院していた患者の主治医であり、また認定審査委員でもあった大野政一医師（耳鼻咽喉科）が、「本症は砒素にもとづくものと思われる」という判断を示し医療手当が支給される、という出来事がきっかけになっている。県が、環境庁や認定審査会と相談した上で、決定したものだ（土呂久を記録する会編 1993：79）。これらの疾病の多発というデータ蓄積が、変更につながっている。

大野医師は、環境庁委託による研究を1974から79年まで実施している。これには、宮崎医科大学から常後義三教授（公衆衛生学、元認定審査会会長）や荒木淑郎初代第三内科教授らも参加しており（土呂久を記録する会編 1993：584）、土呂久の検診データも踏まえて、報告書を書いている。環境庁は1981年、この報告書を踏まえ、「土呂久地区で多発している慢性気管支炎」（朝日新聞 1981. 9. 15）をようやく新しい認定要件に加え、また、「障害度の評価基準」を決める際に参酌する病気として新たに肝脾症候群と肝癌を追加している。

1994年には、慢性砒素中毒の認定患者2人に相次いで、それまで療養費の範囲には含まれていなかった膀胱癌が見つかる。県と患者の支援者が、調査の上で環境庁へ提示した結果、同庁は96年、「障害度の評価基準」を決める際に参酌する病気に尿路上皮癌（膀胱癌を含む）を追加した。当時の県の担当者は、「患者を見続け、いつでも連絡が取れる態勢を整えていたことが大きかった」と述べている（宮崎日日新聞 2016. 1. 24）。

3. 検診結果を認定への繋ぐ独自のしくみとは何か

では次に、他の公害病対策にはみられない、検診と認定とを結びつける独自のしくみ、対応とは何か。第1は、検診に参加している専門医の多くが認定審査委員でもあることだ。近年の場合だと、健康観察検診には、認定審査会委員のうち（11名）、弁護士2名を除くほとんどの委員がかかわっている⁽⁴⁾。現在の認定審査会会長は出盛允啓医師（皮膚科、元宮崎医科大学助教授）だが、氏は、1973年から現在まで継続して検診に参加している（宮崎日日新聞 2016. 1. 21）。長年にわたり検診にかかわり、その症状を熟知し、なかには精力的な研究もしている専門医が、認定審査に関わることの意義は極めて大きい。検診結果から診断された認定相当と、認定審査会の判断との間に生じ得る不要な齟齬を防止することができる。換言すれば、検診と認定業務が一体化しており、一貫性をもって取り組まれている。これは水俣病でも富山イ病でもないことである。

さらには、認定申請に伴う必要な検査も健康観察検診時に合わせて実施されてきた。これも検診結果と認定の結びつきの一つであるし（2点目）、患者に余計な負担を強いることのない対応である。

第3は、認定申請に、行政による手助けがあることだ。検診で認定相当と判断されると、県職員が当該の患者の自宅を土呂久まで訪問した上で、ヒアリングし、認定制度について説明するのである。もちろん、患者認定は、法により、本人が申請するものである（申請主義）。だが、例えば、書類を郵送してあとは独力で、と言われても、細々とした書類を書き上げるのにはそれなりの困難が伴

う。検診で異常が見つかった人を確実に救済したい、そのための対応なのだ。富山イ病でも、環境省と富山県による継続的な住民検診が実施されてきた。しかし、その検診結果を本人に伝えないということが何年も続いたことがある。それを、被害者側から批判され、今度は結果通知をするのだが、数字や記号の羅列で、結局自分の症状の程度がどうなのか住民にはわからなかった。このためもあり受診率が低かったのである（飯島ほか 2007：200）。

ところで、検診と認定とを繋ぐこのしくみの骨格は、既に、第1回健康観察検診時（1973年3月）に確認することができる（原点かどうかは別）。これは、土呂久が旧救済法の適用を受けて（1973年2月）、初めて実施された県の検診である。まず、この時代から、検診を担った専門医と認定審査会委員との密な連携が存在している。この検診では、前者は、「観察健診専門医師団」と呼ばれたが、宮崎県編（1974）によれば、精密検査の際、その判定は、この専門医師団と「公害被害者認定審査委員」からなる「観察健診打合会議」が行っている。そして、受診者40名中13名を「慢性ひ素中毒特有の所見がある」と判定している。その後、この13名は認定審査会で全員認定となった。当時は、検診と認定審査の両方にかかわっている専門医が少なく、連携のために「打合会議」が必要だったのだろう。1974年に宮崎医科大学が設立されると、同大関係の専門医が両方にかかわるようになっていき、このため会合の必要性は失われていったと推測される。次に、「打合会議」で判断された13名が、そのまま全員認定された背景には、県行政による関与もあった。環境庁の『環境白書 昭和49年版』は、この13名に対して県が「認定申請を指導した」と書いている（環境庁編1974：279）。この「指導」の内容は、今日なされている行政対応と基本的には同じことを指すと考えられる。

以上みたように、健康観察検診とその検診結果を認定へと繋ぐ独自の対応の存在は、患者の発見と救済に大いに役立ってきたといえる。

しかし、実は、この健康観察検診は、患者の発見を主要な目的として考え出されたものではない。また、検診結果を認定へと繋ぐ対応も、元来は「知事斡旋」により問題を「すみやかに解決する」ことが目的であり、患者全体の救済のためには極めて限定的な意義しか有していなかった。まず、後者から確認していこう。

4. 検診結果を認定へと繋ぐしくみはいつできたのか

広く知られているように、土呂久公害問題は、高千穂町立岩戸小学校の斎藤正健教諭の告発によって顕在化した（71年11月）。しかし、これを受けた、安西定・宮崎県環

境保健部長の最初のコメントは、「現在の分析結果からみて、土呂久には砒素中毒はありえないし、発生報告もない」というものだった。県には、「公害病などあるはずがない」という予断があったのである（土呂久を記録する会編 1993：32）。告発の2週間後、県は県医師会に委託して土呂久で初の集団検診を実施している。わずか6時間で200人以上を診たこのスピード検診は、のちに検査項目の不備とともに、その粗雑さが批判されることになる。そして、県の安西環境保健部長によって発表された『中間報告』（72年1月）は、「一応砒素との関係が疑われるのは八名で、その他の人達には砒素との関係があると思われるものは臨床的には見当たらなかった」「今までの調査結果からみて、今後砒素によって新しい健康被害がおこる危険は一応ないものと思われる」というものだった（田中 1981：119）。

この記者会見には、環境庁の3人の調査官と、県がこの問題の調査専門員に委嘱した重松逸造・国立公衆衛生院疫学部長と、土屋健三郎・慶応大学医学部教授も同席していた⁽⁵⁾。重松氏と土屋氏はともに、中間報告発表の「前に環境庁調査団とともに宮崎へ着き、（土呂久）現地へもはいらず一度の打ち合わせ会に出席しただけで宮崎県の説明に『了解』を与え、記者会見の場でも鉍毒との因果関係を否定する県の立場をかばうような態度を示した」（田中 1981：133-134、括弧内著者挿入）。

宮崎県は、72年2月、砒素の影響が疑われた8人について、熊本大学医学部と宮崎県立延岡病院に精密検査を依頼し、同年7月にその報告書を公表する（委員長は倉恒匡徳九州大学医学部教授）。この『土呂久地区社会医学的調査専門委員会報告書』、いわゆる『倉恒報告』では、皮膚の病的変化から、「8名のうち7名は、慢性砒素中毒症と考えられる」とされた。倉恒報告を受けて黒木知事は、記者会見にて、「国に公害病の指定を働きかける一方で、現在の鉍業権者との間に入って補償斡旋にあたりたい」と述べた（土呂久を記録する会編 1993：40-42）。県は、倉恒報告と同時に、「土呂久鉍山の鉍害問題に関する行政上の措置について」（以下、「行政上の措置について」と略）を発表する（安西 1973：86-88）。その中の「健康被害に対する救済措置」という項目には、「すみやかに」「直ちに」「緊急の」「早期に」という言葉があふれ、7人をいわゆる「知事斡旋」で補償して問題解決したい旨が書かれている。倉恒報告書で公害病の存在を認めざるを得なくなった県は、以後、皮膚症状が確認された7名だけを認定し、早急に解決することを目指そうとしたのである。なぜそんなに急いだのか。これについては、当時、「太陽と緑のくに」を標語に観光立県をめざす宮崎県行政にとって、公害問題が長く尾を引くことは望ましくなく、（中略）行政主導で早急に決着する方法を目論んだのだ」（土呂久を記録する会編 1993：

42)との指摘がある。

知事は、記者会見直後の1972年8月1日、直ちに上京し、鉾山の最終鉾業者である住友金属鉾山と和解の話をつけている。翌8月2日には、土呂久に赴き7人から斡旋の了解を取りつけている。この知事斡旋における200～350万円という補償金額の低さや、「補償金を受領したのは、将来にわたり一切の請求をしないものとする」(安西 1973: 92)との条項の存在などは、熊本水俣病1次訴訟判決で「公序良俗に反する」と批判された「見舞金契約」(1959年)とよく似ている(藤川 2017: 212)。

1972年8月施行の県の「緊急医療措置要綱」によれば、知事は、被害者の申請に基づいて認定するとある(申請主義)。しかし、企業からは「知事斡旋」で和解することの承諾を得、7人からもその了解まで取りつけた行政が、その7人が認定申請するか否かを座して待っていたとは考えられず、そこには、行政の積極的関与があったと考えるべきである。そうでないと、「すみやかなる解決」など望めないからだ。3章において、検診結果を認定へと繋ぐ対応は、第1回健康観察検診時(73年3月)に確認できると書いた。だが、実際の原点は、7人が知事斡旋された、この時点にあったのだ。この時代、検診だけでなく認定審査も共に県の事業として取り組まれており、そうした県行政の施策の中に組み込まれていたと考えられるのである。

5. 健康観察検診の主要目的は何か

では、次に健康観察検診は何を主要目的として始まったのか。健康観察検診も、倉恒報告を踏まえて実施しているから、それから検討していく(安西 1973)。倉恒報告の結論は端的に言うてこういうものだ。

「健康障害の最も主要な原因は、砒素であり次いで亜硫酸ガスであったろう。また、皮膚障害、呼吸器の悪性腫瘍のほか肝障害、血液の変化、神経系の変化等が砒素で起こることが知られている。しかし、現在の知見では、それらの症状と砒素との関連は十分には説明ができない。関連があるといえるのは皮膚だけなので、その症状をもつ7人を慢性砒素中毒とした」。

倉恒氏は、土呂久公害による健康影響は皮膚だけではないと考えていた、と推測される。少なくとも、県の姿勢には批判的だった(田中 1981: 136)。一方、県は、安西部長発言や中間報告にみるように、公害病の存在を認めること自体に消極的だった。皮膚症状だけに砒素との関連を認めたこの報告書は、この相反する2つの立場を「足して二で割った」ものだ。川原一之氏は、この報告書を「倉恒の苦心した結果」だとみなし、「健康被害の重大さを訴える動きと、それを全面否定する動きを中和した結論になっていた」と書いている(土呂久を記録

する会編 1993: 42)。

では、皮膚以外の多様な症状をもつ患者にはどう対応すればよいのか。それについて、倉恒報告では「土呂久全住民(土呂久鉾山就業者を含む)に対して、今後長期にわたって内科、小児科、眼科、皮膚科、呼吸器科等の専門医の参加による、十分な保健サービスを行うことが必要である」(安西 1973: 86, 括弧内原文)と書かれている。ここにも2つの立場を、「中和」しようとした「倉恒の苦心した結果」が見て取れる。「現在の知見では十分には説明ができないが、砒素による健康影響は複数症状が知られている」としているのだから、「今後長期にわたって複数分野の専門医の参加により、砒素との関連の究明に取り組もう」と書くならわかる。そうではなく、複数分野の専門医を集めておいて、なぜ実施する内容が「保健サービス」になってしまうのか。それは、県の中間報告の「今後砒素によって新しい健康被害がおこる危険は一応ないものと思われる」との記述に規定されているからである。つまり、「新しい健康被害はない」と考える県の立場と、「新しい健康被害を究明すべきである」との立場を(これは被害者運動の願いでもあるのだが)、足して二で割った答え、それが、「長期にわたる十分な保健サービス」だったと考えられるのだ。

既述のように、県はこの倉恒報告を受け、「行政上の措置について」を公表した。ここでは、倉恒報告での「保健サービス」は、「健康状態の観察および必要な保健指導」という文言になっている。そして、「土呂久地区を健康観察地区として定期的に、今回要皮膚観察とされた者をはじめ住民に対する健康状態の観察を行うとともに必要な保健指導をおこなうこととしたい。なお、第1回の健康状態の観察に必要な健康診断はすみやかに実施したい」(安西 1973: 87)とある。これが「健康観察検診」の目的であり、ここに新しい患者の発見を目指す等の言葉は一切無い。むしろ、目指さないとか、目指してはいけないとも書いてないが、主要目的はあくまでも住民の健康観察ということである。考えてみれば、この土呂久における住民集団検診の名称は「健康観察検診」であった。つまり、名前そのものに、集団検診の主要目的が書かれているのである。

「限定された症状(皮膚)をもつ少数の患者を迅速に発見・認定し、知事斡旋によりすみやかに解決をはかる。その患者や認定されなかった住民については、保健サービスで長期にわたって健康観察する」。これが、当時の行政が目指した解決の姿であった。検診と認定とを結びつける独自の対応はもちろん、その検診そのものも、元来は、この「すみやかなる解決(幕引き)」のために考えられたものだったのだ。

なるほど、国の公害病指定(1973年)により認定基準に「鼻」が加わったことで、第1回健康観察検診は、患

者発見の役割をも担うことになった。だが、これで、当時の行政が目指した“すみやかなる解決”の方針に変更はなかったであろう⁶⁾。「限定された症状(皮膚)」に「鼻」が加わっただけ、との考えだったと思われる。

健康観察検診が、当時の行政のねらい通りに運用されていったら、今日、評価されている検診の姿はなかったであろう。それを変えたのは誰か。もちろん、その中心主体は、各分野の専門医たちである。

6. 専門医たちの努力と〈検診・認定システム〉の変貌 — 初期行政施策の「意図せざる結果」 —

患者の発見が主要目的で始まったのではない健康観察検診。だが、専門医らは新たな患者の発見も、検診の重要な役割だと位置づけ努力してきた。これは、次の2つのことからわかる。第1は、的確な検診・検査で患者の存在を見落とさないとする専門医の真摯な姿勢である。第2は、認定要件や、認定患者の「障害度の評価基準」を決める際に参酌する病気(つまり「療養費の対象となる病気」)を増やしていきたい、とする専門医の強い思いである。

まずは、第1の点を桑原司医師の場合でみていこう。桑原医師の努力は、告発後の最初の検診時(71年11月)から既にみられる。この検診で、皮膚を担当した桑原医師は(当時、県立延岡病院皮膚科医長)、最後の精密検査まで残った患者のうち4人の皮膚症状を調べ、1人の女性にポーエン病と呼ばれる表皮内癌の症状を発見している。そして「ヒ素による影響が考えられる」との所見をつけ県医師会を通して県に報告したのだが、県が公表した『中間報告』(72年1月)では、この重要な事実が公表されなかった。桑原医師は、「県がどう発表しようと私は自分の目を信じている」と、県の中間報告発表から1ヶ月経った1972年2月27日に、日本皮膚科学学会熊本地方会(熊本市)でポーエン病のことについて発表している(田中 1981: 129)。

また、桑原医師らは、同じ検診の点検を行い、1973年6月、「県が患者と認定した7人の他に新たに4人が慢性砒素中毒とわかった」という報告書をまとめ県に報告している。この件はすぐに認定審査会にかけられ(田中 1981: 160)、7月には4人がそのまま認定された(11月にはさらに1名認定)。県の最初の検診がいかに粗雑なものだったかを、桑原医師の努力によるこの追加認定にみることができる。換言すれば、皮膚症状一つとっても専門医が診れば症状を見落とさない、つまり認定患者が増えるのである。実際、認定患者の数は、健康観察検診が始まると、既述の12人に加え、3次認定13人(74年2月)、4次認定23人(74年10月)と次第に増加していく。患者支援の立場で尽力した横井英紀氏(「土呂久鉦山公

害被害者の会」元事務局長)は、「この背景には、砒素中毒に特徴的な皮膚所見にこだわりつづけ、少しの所見でも見落とすことのないように努力した皮膚科専門医たちの存在がある」(土呂久を記録する会編 1993: 241)、と評価している。

次に、認定要件や、認定患者の「障害度の評価基準」を決める際に参酌する病気を増やしていきたい、とする専門医の強い思いについてみていこう。県の最初の検診で精密検査を担った熊本大学医学部等の研究者ら(皮膚科専門医)が書いた「慢性砒素中毒」という論文がある(中村ほか 1976)。これは、のちに宮崎医科大学に移る井上勝平医師(当時、熊本大学医学部助教授)や既述の桑原医師らが書いたものだ。この論文は、4次認定(74年10月)までの患者48名について、全身的な臨床症状に詳細な皮膚科的検討を加え書かれている。当時、認定基準は、「色素異常と角化」「鼻粘膜症状」「多発性神経炎」の3つだったのだが、この論文の最後には、「慢性砒素中毒症という全身性疾患を」、この「3症状に症状を限定することは妥当でないという批判がある」とした上で、こう書いている。「この点に関して環境庁自身も、皮膚、鼻粘膜および末梢神経障害以外の所見については、今後砒素との関連性を研究し、その知見にもとづいて慢性砒素中毒の認定基準および障害度の評価基準の見直しをおこなうこともあり得るとしている。土呂久地区認定患者のなかにも前述したごとく、高率に呼吸器症状、眼症状などを訴えているものがある。今後、各分野の専門家がその精密な検査成績に基づいて、どしどし見解を公表してほしいものである」。「可能な限り学問的にも納得のいく解決をみることを切望してやまない」(強調は著者)などとある。慢性砒素中毒症が3つの症状に限定されていることを暗に批判しているのであり、現状は、学問的に納得のいく解決ではない、と見なしていることがわかる。この論文が書かれた後、認定患者は104人に増えていた(土呂久を記録する会編 1993: 75)。

認定審査委員もしていた井上医師は、1977年3月、行政不服審査の口頭審理に県側の参考人として出席している。氏は、その場で、上記の研究結果を踏まえ上で、認定基準について「3つの症状に限ることはならぬということは今でも思っておりますし、林先生も常にそうっておられるのでございます」と発言し、請求人側(被害者側)を驚かせている。林先生とは、認定審査会会長(当時)の林栄治医師のことである。そして、「認定審査委員をやめようかとも思っているが、内部から基準拡大に努力しようと考えて踏みとどまっている」とも述べている(川原 1986: 171)。ここからは、限定された認定要件で妥当とする県行政と、検診データから認定要件を拡大すべく努力している専門医らとの間に対立と強い葛藤があったことがよみとれる。

同じ思いは、大野政一医師（耳鼻咽喉科）にも存在していた。氏は、2章でみたように、県が1978年、高千穂町の医師に「療養の範囲」という通知を出し「療養費の対象となる病気」が増えるきっかけを作った専門医で、認定審査会委員もつとめた人である。「砒素によって発症したと考えられる喉頭癌の1例について」と題する論文（大野ら 1979）で、大野医師らは、こう述べている。「認定基準は、環境庁からの通知にみられるとおりであり、現在の医学的知識技術を基にして定められたもので、行政はこれに基づいて行われている。しかし、さらに研究を継続して、（認定基準および障害度の評価基準などは）追加すべき所見があればこれを加えることになっている。そのためにも従来から健康観察健診が実施されてきたし、今後も続けられることになっている」（括弧内、著者挿入）。

大野医師らは、健康観察検診の主要な目的を、「追加すべき所見があれば加えること」で、被害者救済に貢献することに求めている。1972年の「行政上の措置について」に書かれた健康観察検診の主要目的が、ここにおいて変化していることは明らかであろう。健康観察検診から毎年のように認定患者が出るのは、専門医らのこうした努力による⁽⁷⁾。

こうなってくると、県行政のつくった「検診結果と認定とを繋ぐしくみ」は、その機能を変えていく。すなわち、検診が粗雑であったり、限定された症状だけを認定要件（例えば皮膚症状のみ）にしている場合、このしくみの有する患者救済上の意義は極めて小さい。結局は、少数の患者しか認定されないからだ。しかし、専門医による丁寧な検診が継続的になされ、また、その検診データが生かされ認定要件の追加や「療養費の対象となる病気」が増えていくと、このしくみは次第に力を発揮する。増えていく認定相当の患者を、確実に認定・救済へと繋ぐからだ。こうなってはじめて、このしくみは、患者救済にとって画期的な意義をもつこととなったのだ。

7. おわりに

本稿では、土呂久公害における健康被害対策にみる次の2点は、国が指定した他の公害病対策には見られない独自のもので、被害者救済という面で非常に優れていることを明らかにした。

その第1は、「健康観察検診」が患者の発見と救済に大いに貢献していることである。具体的には、①複数分野の専門医が参加しての継続的な住民集団検診を40年以上にわたって実施してきたことを紹介し、②この集団検診データの蓄積から得られた知見によって、認定要件の追加や「療養費の対象となる病気」の増大がもたらされてきたことを指摘した（2章）。第2は、健康観察検診の

結果を認定へと結びつける対応やしきみがあるという独自性である。つまり、検診と認定業務が一体化しており、一貫性をもって取り組まれている。具体的には、①集団検診に参加している専門医の多くが認定審査委員でもあること、②健康観察検診時に、認定申請に伴う必要な検査も実施されていること、③その認定申請の手続きに、行政職員による手助けがあること、を指摘した（3章）。土呂久方式による〈検診・認定システム〉とでも呼ぶべきこれら2つの対策は、水俣病や富山イ病にはみられないという意味で画期的なものである。

しかし、4章でみたように、「検診結果を認定へと繋ぐ独自の対応」の目的は、元来は、「限定された症状（皮膚など）をもつ少数の患者を迅速に認定し、知事斡旋により“すみやかに解決する”」というものであって、患者全体の救済のためには極めて限定的な意義しか有していなかった。また、健康観察検診についても、その目的は、認定患者をはじめ住民に対する保健状態の観察と保健指導であって、患者の発見ではなかった（5章）。

ということは、今日の〈検診・認定システム〉が、被害者の発見と救済に大いに貢献する制度になっているのは、当時の行政からすれば、施策の「意図せざる結果」に他ならない。6章では、この〈検診・認定システム〉の変貌をもたらした中心主体は、検診や認定審査会委員などで宮崎県行政に医学者として深く関与した、地元の専門医たちであることを明らかにしたのであった。

患者の認定と救済をめぐる、行政とは対立する見解をもつ医学者、それも認定審査会委員などで行政施策に深く関与する医学者が当該の行政を変えていく。このようなことは、水俣病や富山イ病では考えられないことである。なぜなら、水俣病や富山イ病では、行政と対立する医学者は、少数の例外を除いて、認定審査会委員などを解任されるか、行政の姿勢に抗議して自ら辞する道を選んできた。あるいは、その分野の第一人者でありながらも、最初から認定審査会委員に選ばれることさえない。そして、残るのは、確信犯的な“御用学者”か、行政の意向に逆らわない委員ということになる（飯島ら 2007）。

むろん、土呂久公害の場合においても、県の意向を重視し、中間報告（1972年）に同調した重松氏や土屋氏のような存在がみられた。また、70年代の認定審査会委員には、井形昭弘氏（鹿児島大学医学部神経内科教授）がいた。井形氏は、水俣病問題をはじめ、行政の立場に配慮した発言をすることで知られ、行政から重用されることの多い医学者である（津田 2004：131）⁽⁸⁾。しかしながら、6章でみた通り、宮崎大学医学部をはじめ地元の専門医たちは、県行政との間に葛藤や軋轢を生みながらも、新しい患者の発見と救済に尽力し、事態を改善してきた。

患者救済のために、被害者運動は行政の〈外部〉から

闘い（土呂久を記録する会編 1993）、他方、専門医らは〈内部〉にて奮闘してきた。そして、県行政はそのことにより確実に変わってきた。他の公害問題に類例をみない現在の優れた健康被害対策は、これまた、他の公害問題にはみられない独自の取り組みによって構築されてきたのである。

付記

本稿は、2018年11月23-24日、宮崎市の宮崎県企業局県電ホールで開催された『第23回アジア地下水ヒ素汚染フォーラム』（主催：アジア砒素ネットワーク・応用地質研究会、後援：宮崎県）にて行った発表原稿（『同フォーラム予稿集』CD-R版所収）に、新たな考察を加えて再構成したものである。こうした貴重な機会を与えていただいたアジア砒素ネットワーク（AAN）をはじめ関係する皆様に心より御礼申し上げます。

註

- (1) 被害者は、1972年12月、土呂久鉱山における最終鉱業者・住友金属鉱山を相手取った損害賠償請求訴訟を提起した。裁判は、一審判決（1984年3月）、二審判決（1988年9月）とも、慢性砒素中毒症が全身にさまざまな症状を引き起こすことを認め、知事幹旋は皮膚に対する補償に過ぎず、それ以外の症状に対する補償は終わっていないとして、患者勝訴を言い渡した。が、訴訟が最高裁に移ったあと、「命あるうちの解決を。命あるあいだの救済を」との患者の声が強まり、最高裁に職権による和解を要請して1990年10月に和解が成立した（川原 2000：59-60）。また、公健法に基づく行政不服審査請求（1976年8月から複数回請求）では、支援者（被害者を守る会の会員）が代理人となって、環境庁の認定要件が皮膚症状にしばられていった経緯を究明し、その問題性を明らかにするなどした。これら裁判と行政不服審査における被害者運動の成果と意義についての詳細は、土呂久を記録する会編（1993）を参照のこと。
- (2) 宮崎県HP：高千穂町土呂久地区における公害健康被害（慢性砒素中毒症）について〈miyazakilg.jp〉。最終閲覧日2021.5.5.
- (3) 富山イ病では、認定患者の他に、経過を見ることが必要とされる要観察者に判定された人が343名存在する。富山県HP：イタイイタイ病の患者認定と救済〈pref.toyama.jp〉。最終閲覧日2021.5.5.
- (4) 宮崎県環境管理課でのインタビューより、2016年2月。
- (5) 重松逸造氏と土屋健三郎氏は、イタイイタイ病問題において、加害企業によるカドミウム原因説否定などの政治的動きに、重要な役割を果たしてきた研究者であり、公害病否定には同じ展開が生じやすいことを示している（藤川 2017：229）。

- (6) 知事幹旋は第5次（1976年）まで続く。
- (7) 現在の認定審査会会長の出盛医師は、継続的な検診の意義についてこう述べている。「認定要件の一つである皮膚症状が弱く、多発性神経炎や慢性気管支炎など他の症状が見られるようになり、ようやく認定となる人も多い。皮膚や肺、泌尿器系の癌を発症することも多々あり継続的調査は不可欠」だ（宮崎日日新聞 2016.1.19）。
- (8) 岡山大学の津田敏秀氏は、井形氏のことをこう書いている。中央公害対策審議会などで「井形氏らは常に環境庁や大蔵省の立場に配慮した発言を繰り返している。」「何かと批判の多い環境庁による過去の公害行政は、環境庁が源なのか、それとも井形氏らのように環境庁の立場に配慮して先取りした発言が源なのかについては、今後詳しく分析する必要がある」（津田2004：131）。

引用・参考文献

- 安西定（1973）「土呂久鉱山公害問題について」『青と緑』（1973年4月）：80-92.
- 藤川賢（2017）「辺境の公害からのグローバリズム—土呂久慢性砒素中毒とアジアの砒素汚染対策」, 藤川賢・渡辺伸一・堀畑まなみ『公害・環境問題の放置構造と解決過程』東信堂：203-233.
- George, Timothy S (2013). "Toroku: mountain dreams, chemical nightmares." *Japan at Nature's Edge*. University of Hawaii Press : 115-134.
- 原田利恵（2010）「土呂久・松尾砒毒」環境総合年表編集委員会編『環境総合年表—日本と世界』すいれん舎：198.
- 出盛允啓・黒川基樹・緒方克己・井上勝平（1999）「土呂久慢性砒素中毒症患者の発癌状況」『Skin Cancer』14巻2号：158-163.
- 飯島伸子・渡辺伸一・藤川賢（2007）『公害被害放置の社会学—イタイイタイ病・カドミウム問題の歴史と現在』東信堂.
- 川原一之（1986）『辺境の石文』径書房.
- 川原一之（1988）『浄土むら土呂久』筑摩書房.
- 川原一之（2000）「土呂久からバングラデシュへ—草の根国際協力の実践」『環境社会学研究』6号：55-65.
- 川原一之（2005）『アジアに共に歩む人がいる—ヒ素汚染にいどむ』岩波ジュニア新書.
- 宮崎日日新聞 連載記事「知見次世代へ 土呂久砒害45年 第2章 認定患者」（2016年1月18日-24日）他.
- 環境庁編（1974）『環境白書』.
- 宮崎県編（1974）『宮崎県の環境事情 昭和49年版』.
- 中村家政・井上勝平・小野友道・桑原宏始・石井芳満（1976）「慢性砒素中毒症—土呂久地区廃止鉱山周辺の症例」『西日皮膚』38巻4号：554-571.
- 大野政一・大野郁夫・山本誠（1979）「砒素によって発症したと考えられる喉頭癌の1例について」『耳鼻』25号：468-471.
- 田中哲也（1981）『砒毒・土呂久事件』三省堂選書.
- 土呂久を記録する会編（1993）『記録・土呂久』本多企画.
- 津田敏秀（2004）『医学者は公害事件で何をしてきたのか』岩波書店.

表1 土呂久公害 略年表

| 年 月 | 本稿にかかわる主な出来事 |
|----------|--|
| | 江戸時代、土呂久鉱山は銀山として栄える。 |
| 1962 | 土呂久鉱山が閉山。 |
| 1971 .11 | 岩戸小の齋藤教諭が宮崎県教職員組合の教育研究集会で土呂久砒素鉱害を告発。 28日、宮崎県が土呂久住民241人の健康調査を実施。 |
| 1972 .1 | 28日、県が『中間報告』公表、「砒素との関連が疑われる者8名」「今後新しい健康被害がおこる危険は一応ない」など。 |
| .7 | 31日、県、「土呂久地区社会医学的調査専門委員会報告書」（倉恒報告）や「行政上の措置について」を公表。前者で8名のうち7名を慢性砒素中毒症と診断。 |
| .8 | 1日、黒木知事、上京して最終鉱業権者の住友金属を訪ね、患者との補償斡旋にたつことの承諾を得る。 2日、知事、土呂久に赴き7人から斡旋の了解を取りつける。 県、緊急医療救済措置要綱を定め、7人を初めて患者認定。 |
| .12 | 7人の患者が知事斡旋。 |
| 1973 .2 | 環境庁、救済法によって土呂久の慢性砒素中毒を公害病指定。皮膚と鼻の症状に限った認定要件を通知。 |
| .3 | 県、土呂久住民の健康観察検診を始める。 |
| 1974 | 宮崎医科大学が設立(2003年に宮崎大学と統合)。 |
| .7 | 島根県笹ヶ谷地区も砒素中毒の公害病指定。認定要件に多発性神経炎が追加。 |
| .9 | 公健法が施行(制定は73年10月)。 環境庁、慢性砒素中毒の障害度の評価で参酌する疾病としてポーエン病、皮膚癌、肝硬変、肺癌を通知。 |
| 1975 | 土呂久住民ら35人、知事に公害病認定を申請。 |
| .12 | 土呂久訴訟提訴。 |
| 1976 .8 | 県が35人中23人を認定し、12人を棄却。納得できなかった10人が行政不服審査を請求。 知事斡旋、終わる(5次)。 |
| 1978 .5 | 県が高千穂町の医師に慢性砒素中毒の療養の範囲を拡大させる通知を出す。胃腸障害、栄養障害、腎障害、肝障害、造血器障害、呼吸器障害等。 |
| 1979 .4 | 出盛允啓医師、認定審査会委員になる(2007年から会長)。 |
| .6 | 黒木知事、受託収賄の疑いで逮捕、辞職。 |
| 1980 .5 | 不服審査会、9人中4人(1人は途中取り下げ)の認定を命じる。 |
| 1981 .9 | 環境庁、認定要件に慢性気管支炎を追加。また、障害度の評価で参酌する疾病に肝脾症候群、肝癌を追加。 |
| 1984 .3 | 土呂久訴訟一審判決。住友金属は控訴。 |
| 1988 .9 | 土呂久訴訟控訴審判決。住友金属は上告。 |
| 1990 .10 | 土呂久訴訟、最高裁で和解成立。 |
| 1996 | 環境庁、障害度の評価で参酌する疾病に尿路上皮癌を追加。 |
| 2021 .3 | 認定患者の累計211人(うち生存者42名)。 |

参考文献：土呂久を記録する会編（1993）、原田（2010）、宮崎日日新聞（2016.1.28）など。

