

カネミ油症事件における「補償制度」の特異性と欠陥

——法的承認の欠如をめぐって——

宇田 和子*

本稿の課題は、食品公害問題であるカネミ油症の被害がどのような意味で救済されていないのか、また不十分な補償がなぜ現在まで継続してきたのかを説明することにある。

まず、カネミ油症の被害に対する補償の現状を検討すると、類似する被害をもつ他の事例に比べて非常に手薄なものであった。現在の日本には、食品公害の被害に対応するための法制度が存在しないが、被害の認定と補償は根拠法なき「制度」にもとづいて行われてきた。その内容は、法的にも実質的にも被害者の権利を尊重しているとは言い難い。

次に、〈医学的承認〉と〈法的承認〉という2つの承認形式に着目してカネミ油症の「認定制度」を分析した。その結果、カネミ油症の被害者の認定は、患者であることを認める〈医学的承認〉の形式でのみ行われており、被害者がその権利を行使できるようなかたちで正当な権利要求を有する者であることを認める〈法的承認〉が欠如していることがわかった。このような〈法的承認〉を欠いた「認定制度」と「補償制度」が既成事実化している背景には、補償協定の不在、制度上の空白、新たな対処法の不成立という3つの要因がある。

以上の検討を通じて、カネミ油症の被害が救済されない根本には、被害の認定が〈法的承認〉を欠いていることがあり、この欠如が被害者の権利要求を封じ、結果として補償を不十分なものととどめ続けているという構造が明らかになった。

キーワード：カネミ油症、食品公害、法的承認

1 問題の所在

1.1 カネミ油症研究の今日的意義

1968年にカネミ油症事件が発覚してから、すでに40年以上が経過した。カネミ油症（以下、油症）とは、カネミ倉庫株式会社（以下、カネミ倉庫）が製造した米ぬか油を食べた人びとと、その後続世代に起きている疾病および障害の総称である。

* 法政大学大学院政策科学研究科博士後期課程 Kazuko_u@mse.biglobe.ne.jp

米ぬか油に混入したポリ塩化ビフェニール（以下、PCB）と、PCBを加熱することで生まれたダイオキシン類は、その毒性によって人びとの身体を汚染した。さらに、汚染は胎盤や母乳を通じて後続世代に受け継がれ、「二世患者」を生み出した。全身の皮膚が黒く色素沈着した「黒い赤ちゃん」が生まれたことは、国際的にも広く知られている。

有害化学物質による環境と人体汚染のリスクが国際的にも問題視されている今日、油症事件はダイオキシン類による人体汚染が顕在化している代表例として学ぶべき事例である。また、市場に流通する食品をめぐる事故が絶えないことを鑑みれば¹⁾、油症事件は、事故発生の未然防止のみならず、事故発生後にわれわれがなすべき方策を示唆する事例でもある。このように、有害化学物質による人体汚染の事例としても、食品汚染事故の事例としても、油症事件は今なおこれを研究する意義が認められるものである。にもかかわらず、油症に関する社会学的研究は少なく、問題が十分に解明されてきたとは言い難い。

油症事件の教訓として中島貴子は、科学技術社会論の視点から、食品事故発生後に事故調査を行う第三者機関の設置と1次資料の収集・保存の必要性を引き出した（中島 2003）。また堀田恭子は、環境社会学の視点から、食品公害への社会学的アプローチの有効性を検討し、その1つとして自治体による政策的対処の過程と課題を明らかにしている（堀田 2008, 2009）。これらの先行研究において共通するのは、被害の把握や被害者の救済が今なお十分ではないという現状認識である。その認識にもとづき、さらなる事故調査や被害の調査の必要性が提起されている。ただし、被害がどのような意味において十分に救済されていないのかということは、これまで明確には問われてこなかった。とくに被害者の生活を取り巻く制度的・政策的な問題は、今後の被害救済のためにも理解しておく必要がある。そこで本稿では、油症被害の救済が不十分であるという認識がいかなる事実にもとづいて言えることなのか、またなにが救済を不十分なものととどめているのか、制度と政策に注目しながら検討する。

1.2 油症被害の規模と深刻さ

油症被害とはどのようなものか。われわれは、まず被害について知る必要がある。なぜなら、被害はそこで起きている問題がなにかを示す根拠であるからだ。油症は、それに罹患した個人の人生に大きな打撃を与える。そのもっとも極端な例は、生命体としての死である。2009年現在、都道府県知事によって1,927人が患者に認定され、そのうち507人がすでに亡くなっている（厚生労働省 2010）。事件発生当時、保健所に被害を届け出た者は少なくとも1万4320人にのぼるが、事件そのものを知らないまま、あるいは認定をされないまま亡くなった被害者がいることを考えると、被害者の全数も死亡者数も正確には特定できない。

大規模な被害にもかかわらず、事件そのものを知らない被害者がいる理由は、被害が広域的に拡散しているからである。汚染油は市場を介して西日本地域一帯で販

売されたため、離島等の一部地域を除いて被害の地域集積性は低く、地域で孤立して被害を受けた者は情報を得ることが困難だった。筆者が行った聞き取り調査のなかでも²⁾、汚染油を食べた者が自身の体調不調の原因を知らず、2010年になって初めて自分が油症であることを知ったというケースがあった³⁾。現在、被害者は31都府県に点在しており、もっとも多くの認定患者が居住するのはカネミ倉庫が本社をおく福岡県、次いで長崎県である。

油の汚染物質であるPCBは、一度体内へ取り込まれると解毒されにくく、残留性が高く排出されにくい(倉恒 2000: 7)。PCBおよびダイオキシン類の排出方法はいまだ不明で、根本的治療法も見つかっていない。また、原因物質がどう人体に作用するかも未解明のため、今後どのような症状がどの世代まで転移するのかもわからない。NGOによる調査では、患者の孫にあたる第三世代にまで被害が及んだ例が検証されている(カネミ油症被害者支援センター 2006)。油症の発生初期には、眼瞼浮腫、大量の目やに、膿をもったにきび様皮疹、皮膚・爪・歯肉等の色素沈着が特異な症状として観察されたが(倉恒 2000)、患者はこのほかに多数の症状をもつことから、医師の原田正純は油症を「全身病」「病気のデパート」と称した(原田ほか 2006: 21)。2009年現在、健康上の問題が日常生活へ影響を及ぼしていると考える者は、認定患者全体の約70%にのぼる(厚生労働省 2010: 20)。

油症にかかった個人は、病苦そのものと病に向けられる差別的イメージによって、家庭、職場、地域における人間関係や日常生活に打撃を受けてきた。油症にかかることで辞職を強いられたり、結婚や出産を諦めざるをえなかったり、離婚に至ったりした例は珍しくない。さらに被害は生活の隅々にまで及ぶ。たとえば認定患者のB氏は、傷のある皮膚や黒く色素沈着した爪をなるべく人に見られないよう、夏でも長袖を着て、買い物で会計時に小銭があってもお札を「さっと出す」ようになったという。またB氏は、自分が子どもたちの身体を汚染してしまったと自らを責め、一時は死を考えたと述べている⁴⁾。被害者は身体的症状と病に向けられるイメージに苦しみ、生活の変更を強いられ、しかも後続世代に被害を受け渡してしまうという自らの加害性に悩まされる。これらの例に見るような、身体的被害が社会的に増幅されていくという構造は、飯島伸子が労災や公害問題において指摘した被害の構造に重なるものである(飯島 [1984] 1993)。

このように油症は、それを経験する個人やその家族にとって深刻な問題であると同時に、時間的・空間的に大規模な広がりをもつ社会問題でもある。こうした被害の深刻さから、ジャーナリストやマスコミ、医学・法学・社会学等の専門家の一部は、油症を「食品公害」と呼ぶ(丸山 1970; 吉野 1982; 堀田 2008, 2009)。この呼称は、油症被害が公害被害に比類する深刻さをもつという人びとの認識を示している。

1.3 被害と補償措置の対比

では、油症の被害に対してどのような補償がなされてきたか。ここで、公害病の

なかでも多様な補償のあり方を模索してきた水俣病と、油症と並んで「食品公害」と称されてきた森永ヒ素ミルク中毒の2事例における補償状況を、油症の補償状況と比較する。

これら2事例と比較したとき、油症事件の大きな特徴は、補償に関する法制度や協定が存在しないという点である。たとえば熊本水俣病では、1973年の水俣病補償協定および公害健康被害補償法（現公害健康被害の補償等に関する法律、以下、公健法）にもとづき、1,600万円から1,800万円の慰謝料、医療費、年金、介護手当、葬祭料等が支払われている⁵⁾（谷・久保田 2009）。また森永ヒ素ミルク中毒では、3者会談確認書にもとづき、月額最大14万円の生活手当、月額3万円弱から7万円の調整手当、後見等援助費、介護福祉利用費、介護費、奨励金等が支払われる。それに対して油症事件では、くわしくは3節で論じるとおり、カネミ倉庫の示す支払い方針が事実上「補償制度」としての機能をもち、それを根拠に見舞金23万円と一部医療費が支給されるのみである。

3つの事例は、汚染された食品の摂取による被害という点で共通している。しかし、法制度や責任企業との協定という基盤に支えられ、さまざまな補償をえられる2事例に比べ、油症の補償は脆弱な根拠しかもたず、あまりにも手薄な内容であると言わざるをえない。このような補償状況は、油症被害者への取材を重ねる新聞記者から「貧弱」であり「制度として既に崩壊している」と評価されている（『長崎新聞』2010年11月3日、22面）。油症被害が十分に救済されていないという人びとの認識は、1つはこの補償内容の脆弱性によってもたらされていると言えよう。

それでは、なぜこのような不十分な補償が今日まで続いてきたのか。本稿の課題は、油症被害の「補償制度」の特質を分析し、その成立要因を明らかにすることにある。

2 本稿の視点

2.1 病気の診断がもつ社会的多義性

医療人類学が明らかにしてきたように、なにを病気、すなわち「身体の異常」と見なすかは、それを判断する社会によって変わってくる（波平 1994）。また医療社会学が明らかにしてきたように、医学的診断は身体の異常を判断するだけでなく、「治療を受けるべき者」「通常の社会的役割を免除される者」という特殊な社会的役割を患者に付与する（Parsons 1951=1974）。さらにその病が負のイメージを有する場合には、患者は差別的烙印を押されることになる（Goffman 1963=1970）。このように社会学は、身体の正常／異常をめぐる医学的判断が実は社会のもつ文化や価値に規定されており、かつ診断結果が社会的な意味をまとっていることを解明してきた。こうした原理的な記述から始めなければならない理由は、病気をめぐる診断の社会的多義性が、次に記すような被害をめぐる認定の多義性につながっているからである。

公害病のように人為的な発生要因をもつ病においては、診断はより特別な意味を帯びてくる。なぜなら、公害病患者であるという診断は、患者が病に冒されていることに加えて、ある加害行為を受けた者、すなわち被害者であることをも意味するからである。さらに、病の診断が医療費の補償等と制度的に結びついた「認定」を受けた者には、加害企業や広い意味での責任主体から被害を救済される権利が認められることになる。

この「認定」という事態をめぐる、公害問題研究においては、本来認定の枠組みに入れられるべき者がそこから排除されるという未認定問題が焦点の1つとなってきた。認定／未認定のカテゴリーが焦点化されるのは、認定を棄却されることが被害者の補償への道を実質的に閉ざし、被害を深刻化させてきたからである（船橋・渡辺 1995；除本 2005；尾崎ほか 2005）。病気にかかれば働くことは困難になり、収入が減少する一方で医療費は増え、被害者の生活は困窮しがちである。そこで被害が否認されれば、経済的補償は得られない。経済的余裕のない未認定患者は治療を控えざるをえないし、認定された患者との間で経済的格差も広がっていく。

また、患者自らが認定を拒絶する場合もある。この拒絶の背後には、患者になることで受けると予想される地域社会からの差別の忌避や（関 2003）、その時代や地域特有の疾病観（藤川・渡辺 2006）等が存在することが明らかにされてきた。患者が患者であることを拒絶するのは、たしかに患者自身の選択ではあるものの、その選択は病のイメージや疾病観といった社会的価値観によっても規定されている。このように「診断」と「認定」は、医学的・制度的判断を超えた社会学的意味をもつ事象である。

「診断」と「認定」は、被害者に対する病および被害の承認であるが、この2つが重なるとは限らない。たとえば大気汚染の事例において、公害病患者であると医師から診断された人びとは、さらに制度上の区分として認定／未認定に分けられる（除本 2005）。また関礼子によれば、新潟水俣病の事例において、公健法等にもとづいて行政による患者の認定が行われるようになると、医学的な「患者である」という診断を受けた後、本人が認定申請をして「患者になる」かどうかの選択可能性が生まれるという（関 2003: 132-5）。要するに、「診断」と「認定」は、医学的判断と政策的判断という異なる領域でなされる承認の形式なのである。自分がどのような存在であるかについて、どのような形式の承認を受けるかということは、承認を受けた者のアイデンティティや権利に影響する。したがって、「診断」や「認定」によって被害者と認められた人びとのおかれた状況を理解するためには、いかなる意味で承認がなされたのかを確認する必要がある。

2.2 被害の承認における諸形式——病気の〈医学的承認〉と被害の〈法的承認〉

アクセル・ホネットによれば、他者による承認は、親密な諸関係、法権利諸関係、社会的価値評価の3つの社会関係において行われる（Honneth 1992=2003）。人びとは、これらの諸関係における承認を求めて社会運動を展開するのであって、物質

的資源の取得のみをめざして運動を展開するわけではない。むしろ一定の承認を前提にして物質的資源の取得も可能になるというのが、ホネットの承認モデルである(Honneth 2003; 水上 2004)。

この承認モデルを援用して、成元哲は、水俣病被害者および支援者が運動に参加する動機づけの基底には、尊重の欠如や不当な扱いに反応した承認要求があるとして、水俣病運動を「承認をめぐる闘争」と捉えなおした(成 2003)。水俣病被害者と支援者が求めた承認とは、漁民と責任企業との相互承認、人格と(法)人格との政治的・法(権利)的承認、社会的価値の相互承認である(成 2003: 14)。これらは具体的に、水俣病患者が承認の受け手となる文脈に限って言えば、責任企業が加害を認めること、政府が水俣病を公害病に認定すること、社会が水俣病患者を尊重すべき他者として認めることと捉えられよう。

このように、被害の承認はさまざまな形式で行われるが、本稿は〈医学的承認〉と〈法的承認〉という2つの承認形式に注目して、油症被害の承認を分析したい。

〈医学的承認〉とは、医師によってある病気であると診断されることである。この承認を受けることで、原因不明の病苦を抱えた者は「患者」になる。「患者」は患者役割として、通常の社会的役割の責任から免除されたりケアを受けたりすることを社会から認められるが、同時に疾病がもつ負のイメージを背負わされる。このように〈医学的承認〉によって、「患者」は自らが患者であることの権利を両義性をもつものとして獲得する。

〈法的承認〉とは、加害企業や広い意味での責任主体としての政府によって、被害者が正当な権利要求を有する者と認められることである。〈法的承認〉の具体例には、企業による被害者との協定、司法による判決、国会の定める制度等がある。権利要求を正当なものとして認めるということには、被害者の要求を実現するために義務の履行者が実効的な働きかけを行うことが含まれる。つまり〈法的承認〉において、被害者はそれが行使されるようなかたちで、補償を要求する権利を認められるのである。〈医学的承認〉を受けた者が〈法的承認〉を必ず得られるとは限らないが、この2形式の承認を経ることで、被害者は公的に「患者」であり「被害を受けた者」であることを認められ、経済的補償を得て、生活に受けた打撃を軽減することが可能になる。

もちろん、被害の承認形式は、これらの〈医学的承認〉と〈法的承認〉のみに還元されない。それはたとえば、加害企業による謝罪や、精神的衝撃に対するケア、周囲の人びとによる理解といった諸関係において行われる。しかし、油症被害の補償措置が被害に比して手薄なものである現在、被害者は医療費と生活費の負担に苦しんでいる。さまざまな形式における被害の承認がありうるが、〈法的承認〉のあり方は、被害者の経済的生活と治療生活の規定要因として重要なものである。

結論を先取りすれば、油症被害の承認は〈医学的承認〉のみにとどまり、〈法的承認〉を欠いたものとしてしか認められてこなかった。すなわち、これまで油症「患者」は、被害者として正当な権利要求を有する者であるとは見なされず、その

要求を実現するために実効的な働きかけがなされることもなかった。具体的には、加害企業との間に正式な補償協定が結ばれず、さらに公的に医療費等を受け取る権利を認めた根拠法も制定されなかった。そのことが、油症被害者の生活に決定的に影響を及ぼし、被害が救済されないという現状をもたらしている。油症の「補償制度」の現状とその成立要因を明らかにするためには、被害の〈医学的承認〉〈法的承認〉という被害の承認形式からの検討が必要である。

以下、3節で油症被害の「認定」と「補償」の現状を概観し、4節で「補償制度」の成立過程と成立要因から制度を支えてきた構造的要因を明らかにする。最後に5節で、〈医学的承認〉と〈法的承認〉という承認形式への注目によって油症問題の未解決状態をどのように把握できるのか考察する。

3 油症被害の「認定」と「補償」の現状

3.1 根拠法なき実施要綱としての「認定制度」

公害病として政府に認定された公害問題であれば、公健法を根拠にして患者の認定が行われる。ところが油症事件では、根拠となる法律をもたずに認定が行われる。政府の公式見解によると、油症は食品の異常によって起こされた食中毒事件であり、対処にあたっては食品衛生法が根拠法となる。しかし、食品衛生法には被害の補償と結びついた認定に関する規定が存在しない。油症被害の認定は、その根拠法が存在しないまま、各都道府県が作成した要綱および要領にもとづいて行われてきた。本来、あらゆる政策はなんらかの法律を根拠として実施され、実施にあたって細かい取り決めが必要な場合に要領や要綱が作成される。しかし油症の認定は、根拠法をもたない要領や要綱をとりあえずの根拠とし、既成事実として実施されてきた。以下、これらの要領および要綱を「認定制度」と呼ぶ。

3.2 カネミ倉庫の態度表明としての「補償制度」⁶⁾

前述のとおり、「認定制度」によって認定された患者が得られる補償に関する取り決めは存在せず、カネミ倉庫の支払い方針が「補償制度」として既成事実化してきた⁷⁾。補償に関してカネミ倉庫が示した文書で、管見のかぎりでもっとも古いものは、1983年1月23日付けでカネミ倉庫加藤三之輔代表取締役からカネミ油症事件原告団宛に送られたものである。次に同年4月にカネミ倉庫油症対策委員会から原告弁護団へ渡されたものがある。いずれにも被害者に対する補償や生活手当に関する記述はなく、医療費と交通費について、カネミ倉庫による費用負担が可能なものが記されている。この内容に被害者は同意していないが、実質的にはカネミ倉庫側の意見を聞き入れて今日に至っている。現在ではこれらの文書に記載のない見舞金も支払われるようになったが、被害者がカネミ倉庫の示した支払い方針にしたがうという点は変わっていない。

カネミ倉庫が認定患者に対して支給している内容は、23万円の見舞金と油症受

療券である。油症受療券とは、病院でこれを提示することによって医療費の自己負担分をカネミ倉庫に負担させるものだが、券を使用できる病院は限られている上、2009年現在、認定患者の約50%しか油症受療券を受け取っていない（厚生労働省2010: 74）。油症受療券を使用できない場合に、患者が医療費を立て替えて後日カネミ倉庫に請求することもできるが、請求できることを知らなかったり、請求しても断られると考えたりして、40%強の人がこれまでに一度も請求を行ったことがないという（厚生労働省2010: 74）。明確な支払い根拠が存在しないために、カネミ倉庫の担当者が変わるたびに医療費の支払い範囲が変わったり、主張の強い患者とそうでない患者との間で支払い状況に差があったりと、運用状況は不安定なものとなっている⁸⁾。

3.3 油症認定作業の流れ

油症の「認定」は、明確な法的根拠をもたない「認定制度」と「補償制度」を前提としながら、都道府県によって作業が継続されてきた。根拠法がない状態で、どのように作業が進められてきたのか。都道府県によって細目は異なるが、ここでは多数の被害者が居住する長崎県を例に、認定作業を概観する。

油症の認定作業は、検診から始まる。油症事件が顕在化した1968年、奇病の原因究明のために「九州大学油症治療研究班」（以下、研究班、のちに全国油症治療研究班に改組）が組織された。その研究班が作成した「『油症』診断基準と油症患者の暫定的治療指針」（以下、診断基準）を基本的方針にして毎年、検診が行われている。たとえば2010年には、7月から11月にかけて11県の病院や保健センターで、内科や皮膚科の診察、血液検査等が実施された（厚生労働省医薬食品局食品安全部企画情報課2010）。

検診の目的は、認定患者の健康管理、追跡調査、および新たな患者の発見にある。厚生労働省は毎年、研究班に厚生労働科学研究費補助金を助成しており、検診は研究班による「食品を介したダイオキシン類等の人体への影響の把握と治療法の開発等に関する研究」の一環と位置づけられている。

検診を受けるための条件はとくにない。たとえ本人が油を食べていなくても、二世患者として認定される可能性があるため、希望すれば検診を受けることができる。長崎県では、過去の受診者と認定患者に対して検診の通知を送付しているが、患者のプライバシーに配慮し、大規模な広報は行っていない⁹⁾。

検診の計画から実施、認定までの流れは次のとおりである（図1）。まず研究班が検診の計画を立て、県知事を通じて自治体へ実施を委託する。自治体は検診場所と日程を既受診者に通知する。この段階で未受診者から受診を希望する連絡があれば、自治体はこれを受け入れる。検診当日は、医師によって構成される「長崎県油症対策委員会」（以下、対策委員会）¹⁰⁾を中心にした検診団が全国統一の検診票を用いて診察を行う（廣田ほか2000）。検診後、認定患者の受診データは対策委員会によって開かれる「健康診査会」で検討され、健康管理指導の内容が患者へ通知さ

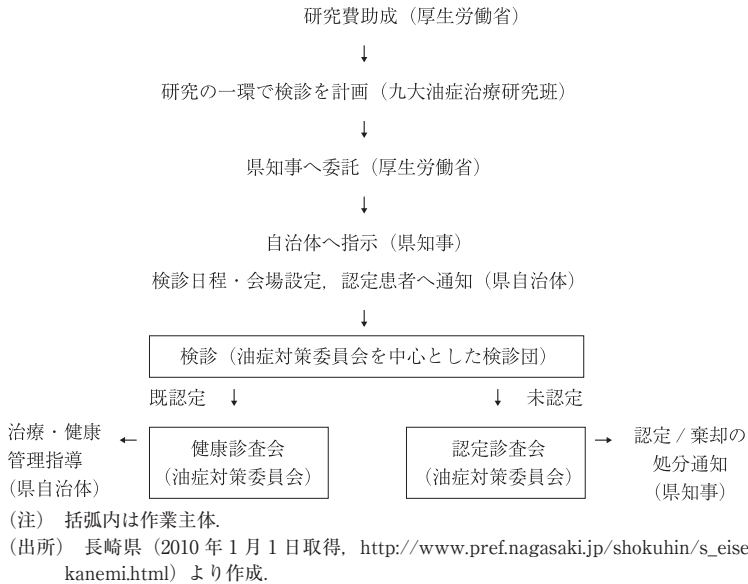


図 1 油症認定作業の流れ

れる。未認定者のデータは対策委員会の「認定診査会」で検討され、認定／棄却の方針が県知事に提出される。最終的には県知事が認定／棄却を判断し、未認定者へ通知する。組織の名称は異なるが、この流れは福岡県においても同様である¹¹⁾。

県知事による認定処分後、自治体から連絡を受けたカネミ倉庫は、新規認定患者に見舞金と油症受療券を配布する。以後、認定患者は油症受療券を使用するかカネミ倉庫に直接請求するかして、医療費の一部を受け取ることができる。また、認定以後も健康管理の一環として検診を受診することが可能である。

認定を棄却された受診者は、再度検診を受けてもよい。棄却処分に対して異議のある場合は、公害病であれば公健法にもとづいて環境省の不服審査会へ審査を請求することになるが、油症の場合は行政不服法にのっとって自治体へ行政不服審査を申し立てることになる。2 度にわたって申し立てを却下されてなお異議のある者は、裁判所へ処分取り消しを訴えることができる。

3.4 小 括

以上、油症被害に対する「認定制度」と「補償制度」を概観してきた。2 つの「制度」は、依拠する法制度や協定をもたず、その根拠の欠如は、認定と補償の各面において次のような影響を与えている。

まず認定においては、3.1 項で見たように、実施のレベルにおける作業規定しかないため、認定後の補償、認定の責任主体について不明である。さらに 3.3 項で見たとおり、厚生労働省が研究費として検診の予算を拠出し、研究班が検診計画を提

出すというように、厚生労働省と研究班は互いに検診を委託しあうかのような関係にある。厚生労働省としては検診と認定の責任は研究班にあると言え、また研究班としては厚生労働省の予算で検診を実施していると言うことができる。つまり、現在の検診および認定を、誰がどのような責任において実施しているのかということが明らかになっていない。検診および認定の全体における責任の所在が不明であれば、認定作業の継続性や、認定の質を担保することは難しい。また、かりに受診者や認定患者が検診と認定に異議をもったときにも、異議申し立ての対象を特定できない。

次に、3.2 項で見たように、補償についてカネミ倉庫と認定患者が合意した取り決めはなく、医療費の支払いはそのときどきのカネミ倉庫の態度に左右される。補償内容は、生活保障や遺族への補償等を含まない部分的なものにとどまり、しかも不安定に運用されている。補償の内容と手続きについてカネミ倉庫の主張を受け入れるしかないという意味で、認定患者の権利が尊重されているとは言い難い。

4 「認定制度」と「補償制度」を支える構造的要因

なぜ、現在のような「認定制度」と「補償制度」が既成事実化してきたのか。ここでは、2つの「制度」を支えてきた要因として、企業との協定の不在、制度上の空白、新たな対処法の不成立の3点を検討する。

4.1 責任企業との協定の不在——被害者に強い沈黙

カネミ倉庫と被害者の間に補償協定は存在せず、被害者はカネミ倉庫が提示した支払い方針を受け入れ続けている。なぜ被害者は、不十分な「補償制度」しかない現状を黙認しているのか。その背景には、カネミ倉庫の資力不足と、それが被害者の異議申し立てを封じ込めているという関係がある。

カネミ倉庫は、過去の訴訟で被害者に敗訴し、賠償金の支払いを命じられたが、これを完全には履行しないまま現在に至っている。その債務は原告1人当たり約500万円、元本と利息をあわせて約206億円にのぼる（2006年現在、五島市職員労働組合2010）。被害者が経済的に困窮しているにもかかわらず、このような債務不履行が甘受されている理由は、カネミ倉庫の資力不足にある。カネミ倉庫は、判決で賠償金の支払いを命じられた際、「年商15億円の赤字経営の中小企業」で資力が乏しいので、賠償金を支払えば倒産してしまい、これまで患者に支払ってきた医療費も支払えなくなると主張したのである（カネミ油症事件原告団・カネミ油症事件弁護団1984: 10）。この、いわば賠償金支払いと医療費支払いを天秤にかけた主張により、1987年に原告とカネミ倉庫の間に成立した和解では、原告は約500万円の債権を強制執行しないことが確認されている。そのかわり、カネミ倉庫は医療費の支払いを続けることが約束されているのである。つまり和解において、従来カネミ倉庫の加害責任として行われてきた医療費支払いが、カネミ倉庫の債務不履行を

黙認させるための交換条件に変容したことがわかる。このように、カネミ倉庫による医療費の支払い根拠には、訴訟における和解という一応の約束がある。

しかし、この和解条項は、訴訟に加わらなかった患者や、和解が成立した1987年以降に認定された者にとっては、なんら拘束力のないものである。にもかかわらず、これらの認定患者に対しても、元原告と結んだ和解条項と同じ支払い態度が適用されている。また、和解条項は実質的にカネミ倉庫へ医療費を支払わせる強制力をもつものではあるが、これを破ったからといってカネミ倉庫が罰せられることはない。つまりカネミ倉庫が医療費の支払いを怠ったとしても、それを法的に罰則する規定や、カネミ倉庫に支払いを強制する方法はない。このように、和解条項は患者の権利要求を正当なものとして認めているとはいい難く、また要求を実現するための仕組みももたないものである。

さらに、和解によって一部の被害者は、カネミ倉庫が倒産しないよう配慮しなければならないと考えるようになった。公的補償が存在しない以上、カネミ倉庫が倒産すれば、いっさいの経済的援助を受けられなくなってしまうからである。こうしてカネミ倉庫の資力不足によって補償は不十分なものになり、さらに公的補償の不在と訴訟の決着によって、被害者が不十分な補償を黙認せざるをえない関係が作られた。

4.2 「食品公害」をめぐる制度上の空白

被害者がカネミ倉庫の一方的な支払い態度を黙認せざるをえない一端には、公的補償の不在がある。また、3節では油症被害をめぐる法制度としての認定制度と補償制度が存在しないことを確認してきた。そもそも、なぜ法制度が存在しないのか。

すでに述べたとおり、油症は、公害被害に比するような被害の深刻さと社会的規模の大きさから「食品公害」と呼ばれてきた。典型的公害病と油症の共通点として、さらに次の3点を挙げることができる。第1に、根本的治療法が見つからない慢性疾患であること。第2に、自然発生的な病ではなく、経済活動の予期せぬ随伴帰結として人為的行為から起きた病であること。第3に、被害は身体のみにとどまらず、地域の人間関係や家族関係を通じて社会的に増幅させられていくことである。このように、社会学的に見れば、油症は公害問題に共通する特質をもっている。しかし、環境を介した健康破壊と生活破壊のみを「公害」と定義する環境基本法にしたがって、政府は油症を公害病の枠組みには入れずに食中毒事件として定義してきた。よって、油症事件には公害病の認定と補償を支える公健法を適用することができない。

ところが、食中毒事件対処の根拠法である食品衛生法では、油症事件のもつ問題性には対応しきれない。食品衛生法の対象として考えられる典型的食中毒は、食品の変質や異物の混入、細菌やウィルスを原因とする中毒で、数日で快復し完治する場合が多い。なかには死亡に至る例もあるが、次世代にまで汚染が続くような被害は想定されていないため、食品衛生法には慢性中毒としての被害の救済に関する規定がない。油症被害者が公的救済を求めても、食品衛生法にしたがうかぎり、行政

組織は被害者に対する救済措置をとりようがない。

このように、油症事件は典型的公害の対処枠組みから排除され、かつ典型的食中毒事件の対処枠組みでは対応しきれない特質をもっている。船橋晴俊は、熊本水俣病事件における行政組織の対処において、新しい課題が出現した際にどの主体も自らの役割を縮小的に定義し、結果として対処がなされないことを「対処の空白」と定義した（船橋 2000: 173）。油症事件においても同様の「対処の空白」ないし「制度上の空白」と呼ぶべき事態が生じている。言い換えれば、油症事件は、そもそも適用の対象にならない公健法と、適用対象ではあるものの油症の被害に対処できない食品衛生法の間の空白におかれている。

4.3 新たな対処法の不成立

カネミ倉庫が被害を十分に補償しておらず、かつ既存の法制度でも補償ができない、このような状況では、救済のための仕組みづくり、たとえば制度の形成が必要となる。しかし、検診と認定が続けられる一方で、新たな制度形成や政策転換はなされなかった。その過程はいかなるものであったか。ここで関係する主体は、研究班、厚生省（現厚生労働省）、そして被害者である。以下、検診と認定が機能を変容させながら継続してきた過程を5つの時期に区分して概観する。

第1期（1968年10月～11月）は、「認定患者＝中毒者」の診断期である。1968年10月10日に油症が「奇病」として社会問題化してから、同月14日には九州大学医学部、同大学薬学部、久留米大学医学部、福岡県衛生部の四者合同編成による研究班が組織された。油症の病像も病因物質も確定していなかったが、中毒の届け出者が増え続ける状況を受け、厚生省は研究班に油症の診断基準を作成するよう依頼した。依頼を受けた研究班は、同月19日、55症例をもとに診断基準を作成し、11月1日には病因物質をPCBと断定する。こうして油症事件は、自然発生的な食中毒ではなく、なんらかの人為的行為によって発生した事件であることが明らかになった。

第2期（1968年12月～69年1月）は、「患者＝中毒者・被害者」の認定期である。この時期より、認定はその対象者を「被害者」とであると認め、一定の補償機会をもたらした。たとえば1968年に、カネミ倉庫は認定患者200人に対して見舞金を支払っている。69年7月における中毒の届け出者数は1万4627人、認定患者は913人と増え続け、カネミ倉庫は油症患者の医療費を自身の資力でまかなうことが困難であるとして、福岡県知事に「御願書」を提出した。しかし、厚生省は医療費の負担を拒み、油症患者の医療費はカネミ倉庫が負担することを関係都府県市に伝えた。つまり、認定はカネミ倉庫からの見舞金をもたらしても、公的な救済を得る道にはつながらなかったということである¹²⁾。

第3期（1969年2月～72年11月）は、「患者＝中毒者・被害者・原告」の認定期および検診の縮小期である。この時期、未認定者が検診受診を拒否される等、新たな「認定」の機会は閉ざされつつあった。また、検診は認定患者の追跡調査とし

て行われ、治療に直結しないものであったため、認定患者も検診に不満を抱いていた。1970年には福岡県の田川地区を皮切りに一斉検診のボイコットが起きている。検診が機能不全に陥り、症状は軽快せず、生活が困窮した状態で、認定患者らは同年11月に国を相手に「小倉民事訴訟」（別名「カネミ油症全国統一民事訴訟」）を提訴した。すでに69年2月にもカネミ倉庫らを訴えた「福岡民事訴訟」が提訴されていたが、いずれも原告となったのは認定患者である。この時期の認定は、訴訟等の責任追求に参加する権利を与える機能をもつようになったと言える。

第4期（1972年12月～2004年8月）は、「患者＝新たに認定されうる者」という検診対象の拡大期である。1972年12月、福岡県小倉地区における患者の座り込みや交渉の結果、一部の未認定者が検診受診にこぎつけた。認定患者による患者の掘り起こし運動が結実したのである。同年10月には診断基準が改訂され、全身症状や血中PCBの測定が初めて取り入れられた。翌73年には、希望する未認定者が検診を受けることが可能になり、検診は患者掘り起こしの機能を果たすようになった。

第5期（2004年9月～）は、「油症＝PCBの単独汚染」から「油症＝PCBとダイオキシン類の複合汚染」への病の意味の転換期である。油症の主要原因がダイオキシン類であるという発見は、1974年には専門家の間で共有されていたが（長山2005）、2004年9月になって初めて診断基準に反映された。改訂された新診断基準には、血中のダイオキシン濃度や血液の性状が検診項目に取り入れられた。この改訂の背景には、01年12月に坂口力厚生労働大臣（当時）が参院決算委員会で「油症の原因物質はダイオキシン類」と答弁し、診断基準の見直しを約束したことがある。新診断基準によって新たに18人が認定され、以後、現在までこの基準が用いられている。

このように検診と認定は、医学的新事実の発覚や被害者運動の進展に影響を受け、機能を容容させながら継続してきた。具体的には、診断基準の妥当性や検診受診者の範囲が見直されてきたが、それらはいずれも誰を患者と認めるかという議論であった。他方で、患者と認定した後になにをすべきか、たとえば認定患者に対する治療の充実や根治療法の解明、生活保障、損害賠償、医療費の援助、精神的ケア、遺族補償等の救済策が考えられるが、そうした議論はなされなかった。

さらに、検診と認定という政策的対処の外部でも、新たな対処法の制定に向けた取り組みはなされなかった。1969年には斎藤昇厚生大臣（当時）が油症のために「公害被害救済法と似た」特別立法を次の国会に提出すると述べ、また73年には斎藤邦吉厚生大臣（当時）が新たな法律作成や難病への指定を検討すると発言しているが、いずれも制度の見直しや具体的な達成には至っていない。こうした状況で被害者運動は、病苦、生活苦、訴訟派と示談派の分裂、患者の立場に立った専門家組織の不在等から、国に対して十分な対抗力を保持することが困難だった。当時、訴訟に踏み切った患者らに可能だったのは、カネミ倉庫との力関係のなかで妥協して和解を選ぶことであった。このように、カネミ倉庫が患者に沈黙を強いる関係と、

患者が対抗力を発揮できない状況、そして対処法の形成ならびに政策転換がなされなかった歴史を経て、油症は今も「制度上の空白」におかれ続けている。

5 考察——被害に対する〈法的承認〉の必要性

本稿は、油症事件における「補償制度」の特質を検討し、その成立要因を解明することを課題として、次のことを明らかにした。まず、根拠をもたない「認定制度」および「補償制度」が、被害者の権利要求を正当なものとして認めるものではないことを確認した。このような「認定制度」および「補償制度」が存続してきた背景には、カネミ倉庫の資金不足によって被害者に強いられた沈黙、事例の特質に対応する制度が存在しない「制度上の空白」、そして新たな制度が構築されず、政策も転換されなかったという政策過程がある。

油症の被害が救済されていないという認識の含意は、たんに補償の金額が低いとか、認定範囲が適切でないとかいった問題にはとどまらない。「誰を患者に認めるか」という〈医学的承認〉があっても、「患者をどのような権利主体と認めるか」という〈法的承認〉の議論が欠如していることが、根本的な問題として指摘できよう。

ただし、〈医学的承認〉が〈法的承認〉とまったく同じものとして扱われたり混同されたりすることには危険がある。たとえば熊本水俣病の事例において、水俣病の診断という〈医学的承認〉が認定制度に引きずられた「認定医学」（丸山 2000）として企業の資力に配慮した判断をし、医学的自律性を欠いてしまったという歴史がある。このように〈医学的承認〉と〈法的承認〉が混同され、認定の範囲が歪められると、未認定問題が生じる可能性がある。

しかし、油症の認定が被害の〈医学的承認〉のみにとどまり〈法的承認〉を欠いていることは、結果として被害者が不十分な補償しか得られずに被害者としての権利を侵害されるという現状を招いている。被害者であるという事実を認めても、被害者が正当な権利要求を有する主体であることを認めない承認は、被害の救済にはつながらない。まずは被害者の権利保障に関する議論が必要である。また、「食中毒」という問題定義による政策的対処が続けられるかぎり、油症は「制度上の空白」におかれ続けるだろう。油症事件は、従来の公害問題の法的定義の枠組みを問い直すことを求めている。

以上、〈医学的承認〉と〈法的承認〉という被害の承認形式への着目によって、油症被害の現状においてなにが根本的な問題であるかが明らかとなった。またこれらの承認形式によって、事例ごとに異なる内実をもつ「認定」および「補償」の問題について普遍性をもった用語で語り、いかなる承認がそこでなされているかを問うことが可能になるだろう。本稿を踏まえ、被害を法的に承認するための仕組みと制度をいかに形成するか、また〈医学的承認〉と〈法的承認〉以外の形式で被害がどのように承認されてきたのか、あるいは無視されてきたのかを問うことが次なる

課題である。

[注]

- 1) たとえば2000年に雪印乳業が起こした集団食中毒事件や、07年に中国の天洋食品が起こした中国製冷凍餃子中毒事件が挙げられる。
- 2) 2006年から08年までに福岡県北九州市、長崎県長崎市、同五島市において堀田恭子とともに関係者に聞き取り調査を行った。08年以降は筆者単独で、前述の地域に加えて広島県、高知県、熊本県、栃木県、東京都で聞き取りを継続している。
- 3) 広島県在住で汚染油の摂食経験があるA氏への聞き取り(2010年3月14日)。A氏はこの年、初めて検診を受けて認定された。
- 4) 広島県在住の認定患者B氏への聞き取り(2010年3月17日)。
- 5) このほかに1995年の政治決着や2005年の新保険手帳の給付があるが、ここでは割愛する。
- 6) このほかにPCBの製造企業であるカネカ(旧鐘淵化学工業株式会社)やカネミ倉庫から個人的に見舞金を受け取ったり訴訟を通じて賠償金を得たりした者がいるが、これらはすべての認定患者に対する補償とは異なるので、ここでは割愛する。
- 7) 当時の原告弁護士事務局C氏(2009年12月9日)と当時の原告弁護団D氏への聞き取り(2009年12月10日)で確認。
- 8) 長崎県在住の認定患者E氏(2006年9月7日)、同県の認定患者F氏(2009年8月12日)、広島県在住の認定患者G氏(2010年3月14日)への聞き取り。
- 9) 長崎県県民生活部生活衛生課への聞き取り(2006年9月7日)。
- 10) 長崎県における油症対策組織の変遷については堀田(2008)に詳しい。
- 11) 長崎県県民生活部生活衛生課への聞き取り(2006年9月7日)。
- 12) 一部の患者はカネミ倉庫のほかに、PCBの製造企業であるカネカとの交渉によって見舞金を得ているが、これはすべての認定患者に対する補償とは異なるので、ここでは割愛する。

[文献]

- 藤川賢・渡辺伸一, 2006, 「公害病を否定する政治——現在に続く『まきかえし』」飯島伸子・渡辺伸一・藤川賢『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, 53-119。
- 松橋晴俊, 2000, 「熊本水俣病の発生拡大過程における行政組織の無責任性のメカニズム」相関社会科学有志『ヴェーバー・デュルケム・日本社会——社会学の古典と現代』ハーベスト社, 130-211。
- ・渡辺伸一, 1995, 「新潟水俣病における集団検診の限界と認定診査の欠陥——なぜ未認定患者が生み出されたか」『環境と公害』24(3): 54-60。
- Goffman, E., 1963, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, New Jersey: Prentice-Hall. (=1970, 石黒毅訳『スティグマの社会学——傷つけられたアイデンティティ』せりか書房。)
- 五島市職員労働組合, 2010, 「カネミ油症に関する学習会資料」五島市。
- 原田正純・浦崎貞子・蒲地近江・荒木千史・上村早百合・藤野紘・下津浦明・津田敏秀, 2006, 「カネミ油症事件の現況と人権」『社会関係研究』11(1-2): 1-50。
- 廣田良夫・片岡恭一郎・廣畑富雄, 2000, 「油症患者の追跡検診」小栗一太・赤峰明文・古江増隆編『油症研究——30年の歩み』九州大学出版会, 243-56。
- Honneth, A., 1992, *Kampf um Anerkennung*, Frankfurt: Suhrkamp. (=2003, 山本哲・直江清隆訳

- 『承認をめぐる闘争——社会的コンフリクトの道徳的文法』法政大学出版局.)
- , 2003, “Redistribution as Recognition: A Response to Nancy Fraser,” N. Fraser and A. Honneth, *Redistribution or Recognition?*, London: Verso, 111-97.
- 堀田恭子, 2008, 「食品公害問題と行政の役割——長崎県におけるカネミ油症事件を事例に」『立正大学文学部論叢』127: 23-49.
- , 2009, 「食品公害問題における社会学的アプローチの検討」『立正大学人文科学研究年報』47: 25-36.
- 飯島伸子, [1984] 1993, 『環境問題と被害者運動』学文社.
- カネミ油症被害者支援センター, 2006, 『カネミ油症は終わっていない——家族票に見る油症被害』カネミ油症被害者支援センター.
- カネミ油症事件原告団・カネミ油症事件弁護団, 1984, 「カネミ油症事件資料集1」非売品.
- 厚生労働省, 2010, 『油症患者に係る健康実態調査結果の報告』厚生労働省.
- 厚生労働省医薬食品局食品安全部企画情報課, 2010, 「平成22年度のカネミ油症に係る検診の実施について」厚生労働省.
- 倉垣匡徳, 2000, 「油症ならびに油症研究の概要」小栗一太・赤峰明文・古江増隆編『油症研究——30年の歩み』九州大学出版会, 1-8.
- 丸山博, 1970, 「いわゆる『食品公害』」『ジュリスト』458: 68-72.
- 丸山定巳, 2000, 「水俣病に対する責任——発生・拡大・救済責任の問題をめぐる」『環境社会学研究』6: 23-38.
- 水上英徳, 2004, 「再分配をめぐる闘争と承認をめぐる闘争——フレイザー／ホネット論争の問題提起」『社会学研究』東北社会学研究会, 76: 29-54.
- 長山淳哉, 2005, 『コーラベイベー——あるカネミ油症患者の半生』西日本新聞社.
- 中島貴子, 2003, 「カネミ油症事件の社会技術的再検討——事故調査の問題点を中心に」『社会技術研究論文集』1: 25-37.
- 波平恵美子, 1994, 『医療人類学入門』朝日選書.
- 尾崎寛直・除本理史・堀畑まなみ・神長唯・関耕平, 2005, 「大気汚染公害『未認定』患者の被害実態と福祉の課題——東京における調査から」『環境と公害』34(4): 46-53.
- Parsons, T., 1951, *The Social System*, New York: Free Press. (=1974, 佐藤勉訳『社会体系論』青木書店.)
- 関礼子, 2003, 『新潟水俣病をめぐる制度・表象・地域』東信堂.
- 成元哲, 2003, 「承認をめぐる闘争としての水俣病運動」『大阪経済法科大学アジア太平洋研究センター年報』1: 9-14.
- 谷洋一・久保田好生, 2009, 「水俣病」公害被害職業病補償研究会『公害・被害・職業病制度比較レポート集』東京経済大学学術研究センター, 6-27.
- 除本理史, 2005, 「大気汚染公害における『未認定』問題」『東京経大会誌』241: 117-33.
- 吉野高幸, 1982, 「食品公害と被害者救済制度」『自由と正義』33(2): 26-31.

(原稿受付 2010.12.23 掲載決定 2011.12.17)

Peculiarities and Defects in the Compensation System for Victims of *Kanemi* Oil Poisoning: Lack of Legal Recognition of Victims

UDA, Kazuko
Hosei University
Kazuko_u@mse.biglobe.ne.jp

This study suggests that the inadequate compensation system for victims of the *Kanemi* rice bran oil poisoning (*Kanemi Yusho*) incident should be reformed. Damage was caused by dioxin pollution, which comprised chemical contamination and consequent hereditary body disorder. As the incident is an example of food pollution, the reform program can be widely applied to other cases of chemical contamination and food pollution. The peculiarities and defects in the compensation system for *Kanemi Yusho* victims were that the compensation systems devised through legislation or agreement bore no connection with victims' designation as patients.

While the damage in the *Kanemi* case was as serious as it was in similar cases such as the outbreak of *Minamata* disease and the *Morinaga* Milk poisoning incident, the compensation paid in the former case was far lower than it was in the latter cases. *Kanemi Yusho* victims did not receive adequate compensation because neither a public compensation system existed nor could any agreement between the victims and *Kanemi* Warehouse Co. (the company responsible for the incident) be reached.

This paper focuses on two different forms of recognition of victims: “medical” and “legal.” In the former, victims are diagnosed as patients on the basis of medical criteria. In the latter, it is acknowledged that victims have just demands for their rights, and these demands are accepted.

Kanemi Yusho victims did not receive adequate compensation for three reasons: lack of negotiation between the victims and *Kanemi* Warehouse because of the formers' passive acceptance of the inadequate compensation proposed by the latter; lack of legislation for food pollution victims; and failure to establish suitable new legislation after the occurrence of the *Kanemi* oil incident. Overall, this can be explained in terms of the lack of “legal recognition” —through designation and compensation systems—of victims.

Key words: *Kanemi* rice bran oil poisoning, food pollution, legal recognition

(Received Dec. 23, 2010 / Accepted Dec. 17, 2011)