

司法と行政における水俣病認定の判断基準の乖離

平郡 真也

熊本学園大学水俣学研究センター客員研究員

I はじめに

「公害健康被害の補償等に関する法律」（以下、公健法）に基づく水俣病の認定申請処分状況（熊本県分）をみると、ここ10年間で、水俣病と認定された患者は申請者のうちの1%を下回り、棄却された患者が圧倒的多数を占める。2024年11月末現在、申請者総数22,124名、認定者総数1,759名、棄却者総数13,104名、未処分者数289名である（熊本県のホームページ：<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/48/50008.html>、2024年12月25日最終閲覧）。他方、最近の裁判例（損害賠償請求事件）では、多数の原告が水俣病と認められている。

こうした行政と司法との間で患者認定をめぐる判断が大きく分かれる事情の背景には、それぞれが採用する水俣病認定の判断基準の^{乖離}の違いがある。

そこで本稿では、4つの裁判例（2013年最高裁判決、ノーモア・ミナマタ第二次近畿訴訟判決、同熊本訴訟判決、同新潟訴訟判決）における判断基準と行政における判断基準を比較検討することにより、司法は、患者認定の範囲を積極的に広げているのに対し、行政は、その範囲を限定し狭めている点を明らかにしたい。併せて、被害全貌の解明を図ろうとしない行政による認定制度運用の問題点を指摘する。

ノーモア・ミナマタ第二次訴訟の3つの判決について全体的な評価をする場合、熊本判決及び新潟判決が、法的因果関係の判断に当たり疫学的因果関係を採用しなかったこと、熊本判決が、原告ら144名のうち25名しか水俣病と認めず、しかもこの25名についても除斥期間の適用により損害賠償請求を棄却したこと、新潟判決が、行政認定されていない45名のうち26名しか水俣病と認定しなかったことや国の責任を認めなかったこと、近畿判決及び新潟判決が請求賠償額の全額を認めなかったことなど批判すべき点は多々ある。

しかし、本稿では、判断基準及び病像論に絞っての評価を試みたため、こうした問題点全般にわたって言及していない。

II 2013年溝口訴訟・F訴訟最高裁判決（2013年4月16日）

1. 訴訟の経過、判決の概要

1) 溝口訴訟

熊本県水俣市袋で出生、居住した溝口チエは、1974年8月に「公害に係る健康被害の救

済に関する特別措置法」(救済法、公健法の前身)に基づく認定申請を行ったが、検診が終了しないまま1977年7月に死亡。熊本県知事は、未検診死亡者につき実施するとされている生前受診していた医療機関に対する調査・資料収集を行わず、死亡から21年が経過した1995年8月、医学的判断ができる資料がそろっていないとの認定審査会の答申を受けて、認定申請を棄却した。

チエの次男である溝口秋生(以下、秋生)は、環境庁長官(当時)に対し、同処分の取消しを求めて行政不服審査請求をしたが棄却裁決が出たため、2001年12月、熊本県知事を被告として申請棄却処分の取消しを求めて訴えを提起、2004年の行政事件訴訟法改正後に熊本県を被告とする認定処分の義務付けを求める訴えを追加した。その中で、原告の秋生は、亡母チエについて、生前の検診の遅れ、死亡後の医療機関調査の不実施、処分の異常な遅れという手続上の誤りとともに、生前の医学資料(申請時の診断書)からは四肢末端優位の感覚障害のみの症候しか認められなくても水俣病と認定されるべきだと主張した。

一審の熊本地裁判決(2008年1月25日)は、チエには水俣病であったことを示す症候が認められないとして、取消請求を棄却、義務付け請求を却下した。秋生が控訴したところ、控訴審の福岡高裁判決(2012年2月27日)は、チエには四肢末端優位の感覚障害が認められ、その感覚障害はメチル水銀ばく露によるものであるから、チエは水俣病に罹患していると認められるとした上で、両請求を認容した。

これに対し、被告が上告したが、最高裁判決(2013年4月16日)は、原審の福岡高裁判決は是認できると上告を棄却。これにより福岡高裁判決が確定したのを受け、熊本県知事がチエは救済法上の水俣病と認定した。

2) F 訴訟

水俣出身のFは、1978年9月に公健法に基づく認定申請を行ったが棄却された。続けて異議申立てを経て、公害健康被害補償不服審査会に対し行政不服審査請求をしたが、同審査会は棄却裁決をした。そこでFは、2007年5月、熊本県等を被告として処分の取消し、認定処分の義務付けを求めて出訴した。

一審の大阪地裁判決(2010年7月16日)は、Fにみられる症候は四肢末端優位の感覚障害のみであるが、水俣病に罹患していると認められるとし、両請求を認容した。被告が控訴したところ、控訴審の大阪高裁判決(2012年4月12日)は、Fは水俣病に罹患しているとは認められないという認定審査会の判断に従った県知事の棄却処分は適法であるとして一審判決を取り消した。

これに対し、Fが上告した(死亡したため、子が手続を承継)。最高裁判決(2013年4月16日)は、原審の大阪高裁判決の判断には判決に影響を及ぼすことが明らかな法令上の違反があると破棄し、審理を大阪高裁に差し戻した。すると、被告が控訴を取り下げたため、一審の大阪地裁判決が確定し、熊本県知事がFは公健法上の水俣病と認定した。

2. 2013年最高裁判決が示した判断基準・方法

溝口訴訟・F訴訟に係る2013年最高裁判決は、公健法に基づく行政訴訟、損害賠償請求訴訟等を問わず、司法における統一的な水俣病認定の判断基準・方法を示した。

すなわち、「裁判所において、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と解するのが相当である。」「個々の具体的な症候が水俣市及び葦北郡の区域において魚介類に蓄積されたメチル水銀という原因物質を経口摂取することにより起こる神経系疾患によるものであるという個別的な因果関係が諸般の事情と関係証拠によって証明され得るのであれば、当該症候を呈している申請者のかかっている疾病が水俣市及び葦北郡の区域に係る水質の汚濁の影響による特異的疾患である水俣病である旨の認定をすることが法令上妨げられるものではないというべきである。」と、水俣病の認定という判断は、当該患者について、個々の具体的な症候とメチル水銀ばく露との間の因果関係が存することが証明された場合に行うべきであるという原則を述べた。

そして、「都道府県知事が行うべき検討は、大気汚染又は水質汚濁の影響によるものであるかどうかについて、個々の患者の病状等についての医学的判断のみならず、患者の原因物質に対するばく露歴や生活歴及び種々の疫学的な知見や調査の結果等の十分な考慮をした上で総合的に行われる必要があるというべきであるところ、公健法等にいう水俣病の認定に当たっても、上記と同様に、必要に応じた多角的、総合的な見地からの検討が求められるというべきである。」と認定の判断方法を示した。この中で、個々の患者の病状等についての医学的判断だけでなく、個々の患者のばく露状況や生活歴、さらに一般的な疫学的知見や疫学調査の結果を考慮すべきであるとした点が重要である。

また、「昭和52年判断条件に定める症候の組合せが認められない四肢末端優位の感覚障害のみの水俣病が存在しないという科学的な実証はないところ」、「上記症候の組合せが認められない場合についても、経験則に照らして諸般の事情と関係証拠を総合的に検討した上で、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に係る個別具体的な判断により水俣病と認定する余地を排除するものとはいえないというべきである。」と、臨床上把握し得る神経症候が単一である場合（四肢末端優位の感覚障害のみの場合がこれに当たる）であっても、メチル水銀ばく露との間の個別的な因果関係が認められるのであれば、水俣病と認定するべきであると明言した。

3. 溝口訴訟福岡高裁判決等が定式化した判断基準

2013年最高裁判決が示した判断基準を、より具体的に定式化したのが、F訴訟大阪地裁判決（2010年7月16日）、溝口訴訟福岡高裁判決（2012年2月27日）及び新潟義務付け訴訟東京高裁判決（2017年11月29日）である（いずれも確定）。

この3つの判決は、水俣病において四肢末端優位の感覚障害は最も基礎的、中核的な症候

であること、臨床所見として把握し得る神経症候が四肢末端優位の感覚障害のみである症例も存在することを踏まえて、「メチル水銀に対するばく露歴等の疫学的条件を具備する者について、メチル水銀ばく露歴に相応する四肢末端優位の感覚障害が見られ、当該感覚障害が他の原因によるものであることを疑わせる事情が認められない場合には、当該感覚障害はメチル水銀の影響によるものである蓋然性が高いというべきである。」と判示した。

すなわち、①メチル水銀ばく露歴があり、②水俣病の病像と整合する四肢末端優位の感覚障害が認められ、③その感覚障害がメチル水銀以外の他原因によるものであることが明白でない場合には、当該感覚障害がメチル水銀曝露に起因する蓋然性が高い（当該感覚障害とメチル水銀との間の個別的因果関係が認められる）、よって、その患者は水俣病と認定されるべきである、という判断基準である。

Ⅲ ノーモア・ミナマタ第二次近畿訴訟判決（2023年9月27日）

1. 訴訟の経過、判決の概要

かつて不知火海沿岸に居住し、近畿地方に移住した患者ら128名が原告となって、2014年9月、国、熊本県及びチッソ株式会社を相手取り、一人につき450万円の損害賠償を求める損害賠償請求訴訟を提起した。原告らは、2009年制定のいわゆる特措法による救済を受けていない者らである。

2023年9月27日の大阪地裁判決は、原告ら128名全員が水俣病に罹患していると認定した上で、一人当たり275万円（慰謝料250万円、弁護士費用25万円）の損害賠償を認めた。これに対し、被告ら、国・熊本県の責任が否定された6名の原告が控訴し、現在大阪高裁で係属中である。

2. 判決が基礎とする病像論

1) 感覚障害のみの水俣病の有無及びその評価

判決は、「感覚障害、特に表在感覚障害は、慢性水俣病に典型的にみられる症候」（150頁）であり、「感覚障害のみの水俣病の頻度が低いということとはできない。」（196～204頁）と評価した。

2) 感覚の乖離（3つの感覚が全て低下しない）、感覚障害の分布・範囲

判決は、「被告らは、水俣病では、表在感覚、深部感覚及び複合感覚のいずれもが低下（鈍化）するのが通常であり、表在感覚のみ、又は表在感覚のうち痛覚や触覚のみが低下している場合には、水俣病による感覚障害である蓋然性を低下させる旨主張」したが、水俣病認定患者100例を対象とした内野医師らの研究報告によれば、「表在感覚障害を認めた例は95例（95%）であったのに対し、深部感覚障害を認めた例は51例（51%）にとどまったこと、四肢末梢優位の感覚障害の中でも、触覚鈍麻のみもの、痛覚鈍麻のみもの、触覚鈍麻と痛覚過敏を示すものが一定数あったことが認められる」ことから「表在感覚の

み、又は表在感覚のうち痛覚や触覚のみが低下していることをもって、水俣病による感覚障害である蓋然性を低下せるとする被告らの主張は、採用することができない。」と斥けた（152～153頁）。

また、「水俣病は、…被告県の認定審査会の関係者が作成した審査会資料説明書には、多少の左右差は見られることもあるが、全く半身性のことはない」と記述されている。」（150頁）と、感覚障害の分布には左右差がみられることがあると認定した。

3) 所見の変動

判決は、「少なくとも脳がメチル水銀によって受けた損傷の程度が相対的に軽い場合には、…機能が回復する可能性は否定されないと考えられる」こと、また、「感覚検査の性質上、被検者の疲労感や、医師の技術、異なる部位の刺激に対する感覚の違いが微妙であった場合に被検者がこれを正確に表現することには限界があることなどから、異なる機会に行われた感覚検査の結果が一定程度変動することがあり得ると考えられる」こと、症候の変動を裏付ける研究報告も存すること（254～256頁）から、「感覚障害や運動失調等の症候が経時的に一定程度変動することは、直ちに器質性疾患としての水俣病を否定するものとはいえない。」（258頁）とした。

4) 潜伏期間

判決は、「非汚染地域への転出時から症状発現時までの期間が、平均 7.9 ± 5.6 年であり、21年以上の例もあると報告されていること、水俣病認定患者において、水俣病の発症時期を推測させる重要な指標といえる四肢末梢のしびれの発症時期が、排水停止等から十数年後である者もいると報告されていること、それ以上の長期間が経過してから初発症状が出現した者もいると報告されていること」（232頁）に照らして、ばく露終了から発症までの潜伏期間が数十年以上の長期間に及んだとしても、水俣病罹患を否定する事情にはならないと判断した。

3. 判決が示した判断基準

判決は、「信頼できる疫学的研究によって、曝露^{ばくろ(ママ)}と疾病との間の疫学的因果関係を示す指標である寄与危険度割合ないし相対危険度が高いことが認められる場合には、…法的因果関係を判断する上で重要な基礎資料となるというべきである。」と、法的因果関係の判断に当たり疫学的因果関係は有用、有効な資料であるとともに、こうした判断手法は、「過去の多数の公害訴訟、薬害訴訟、労災訴訟等の裁判例においても採用されてきた方法である。」と、一般的、汎用的なものであると位置づけた（153～154頁）。

その上で、水俣病の判断基準について、「メチル水銀曝露^(ママ)と四肢末梢優位の感覚障害又は全身性感覚障害との間には、高い寄与危険度割合等により明らかな疫学的因果関係が認められることから、個別の本件患者が水俣病に罹患しているか否かを判断するに当たっては、メチル水銀曝露^(ママ)の事実が認められ、かつ、上記各症候のいずれかが認められること（共通診断書作成手順に定められた診断基準A又はB）を前提とした上で、他の症候（舌の二点識別覚

異常、口周囲の感覚障害、求心性視野狭窄、運動失調、構音障害又は難聴等)の有無、発症に至る経過、他原因の可能性の有無等の個別の事情を総合的に考慮するのが相当である。」(260頁)と判示した。なお、ここでいう「共通診断書作成手順に定められた診断基準A又はB」とは、「A 魚介類を介したメチル水銀の^(ママ)曝露歴があり、四肢末梢優位の表在感覚障害を認めるもの」、「B 魚介類を介したメチル水銀の^(ママ)曝露歴があり、全身性表在感覚障害を認めるもの」を指す。

そして、この判断基準を各原告に当てはめる際に、上記の病像論を基礎とすること、疫学的研究によれば、「メチル水銀曝露の事実が認められ、かつ、四肢末梢優位の感覚障害又は全身性感覚障害が認められる場合には、水俣病である蓋然性が高い」(264頁)こと、「メチル水銀^(ママ)曝露を受けた四肢末梢優位の感覚障害の有症者のうち専ら他原因に起因する割合は非常に低いと考えられる」(242頁、252頁)ことが前提となる。

IV ノーモア・ミナマタ第二次熊本訴訟判決 (2024年3月22日)

1. 判決の概要

原告らは、近畿訴訟と同様に、特措法による救済を受けていない者らである。2024年3月22日の熊本地裁判決は、原告ら144名のうち25名は水俣病に罹患していると認定した。しかし、これら25名の原告らについて、民法上の除斥期間(ある権利につき、権利を行使しないまま一定の期間が経過することで、権利が消滅するという制度。不法行為による損害賠償請求権につき20年の除斥期間とする(現行民法では20年の消滅時効に改正。))の経過により、損害賠償請求権は消滅しているとして、結局、原告全員の請求を棄却した。

これに対し、原告らが控訴し、福岡高裁で係属中である。

2. 判決が基礎とする病像論

1) 感覚障害のみの水俣病の有無及びその評価

判決は、「四肢末梢優位の感覚障害のみを呈する水俣病が水俣病の典型例ではなく、四肢末梢優位の感覚障害のみを呈する水俣病の可能性は低いものにとどまるものということとはできない。」(210頁)、「感覚障害のみの水俣病は、極めてまれであるとはいえず、症候が感覚障害のみであっても、メチル水銀ばく露との間の因果関係が認められるのであれば、水俣病であると認められる。」(212頁)と評価した。

2) 感覚の乖離(3つの感覚が全て低下しない)、感覚障害の分布・範囲

判決は、「水俣病の重症例では、表在感覚、深部感覚及び複合感覚といった全感覚の低下がみられるのが原則である。」「また、メチル水銀が、血液によって脳等に移行し、脳血液関門を通過して感覚を司る中心後回を障害し、神経細胞の脱落等が生じて感覚障害を惹起するとの機序に照らせば、表在感覚は、触覚、痛覚及び温度覚の全てが低下し、また、障害部位が左右差を示したり、片側のみに障害が出現したりすることは通常ないと考えら

れる。」(212頁)との原則を述べた。

もっとも、「メチル水銀中毒に起因する障害の程度は、重度なものから軽度のものまで多様であり、…軽症例においては、表在感覚、深部感覚及び複合感覚が一様に低下ないし鈍麻しない場合があるとしても、不合理とはいえない。」、また、「表在感覚については、内野医師らによる水俣病認定患者の研究においても感覚乖離がみられる認定患者が存在するところ、…感覚検査の性質等に鑑みれば、現象的には感覚乖離が生じているような病像を呈することもあり得ると考えられるとともに、検査所見上は、…個々人の表在感覚の分布にはばらつきがある」ことを考慮すると、「表在感覚、深部感覚及び複合感覚が一様に低下ないし鈍麻し、触覚、痛覚及び温度覚の全てが低下し、その範囲も一致しかつ両側性の場合には、当該感覚障害がメチル水銀中毒の症候であることを強める」ものの、他方で、「深部感覚が正常である場合、触覚、痛覚障害の範囲が一致していない場合であっても、直ちにメチル水銀中毒の病像と整合していないということはできず、四肢末梢優位の表在感覚障害、全身性の表在感覚障害が認められる場合は、メチル水銀中毒の病像と整合する所見があると認めるのが相当である。」(212～213頁)と、原則の考え方の当てはめ方を示した。

3) 所見の変動

判決は、「メチル水銀中毒による感覚障害の発生の機序に照らせば、感覚障害の所見は、一貫性、再現性をもって認められると解するのが整合的である。」と指摘する一方、近畿判決と同様に、感覚検査の性質上、検査結果に変動がみられること、実際に所見が変動する症例が報告されていることを踏まえて、「変動の内容が、数年の比較的短期間のうちに消失又は出現を繰り返す、四肢末梢優位の感覚障害が全身性の感覚障害になるなど障害の分布が大きく変化するなどして著しく安定性に欠け、感覚検査に通常伴う不安定さを超えるようなものである場合には、当該所見の信用性を否定すべきである。」と、所見の変動が水俣病罹患を否定する根拠となるのは、変動の程度・範囲が著しい場合に限られるとした(276頁)。

4) 潜伏期間

判決は、「メチル水銀中毒症におけるばく露停止から発症までの潜伏期間は、発見の遅発性を含めて、メチル水銀ばく露終了から概ね10年程度と考えられる。…発症までの潜伏期間が、長期にわたる場合であっても、概ね10年を超えない場合には、そのことをもって、メチル水銀曝露と症候との因果関係が否定されるものではないと解される。」(230頁)と認定した。

3. 判決が示した判断基準

同判決は、水俣病の判断基準について、「原告らが水俣病に罹患した者であるか否かの認定判断については、個々の原告について、経験則に照らして、それぞれの病状等についての医学的判断のみならず、原因物質に対するばく露歴や生活歴及び種々の疫学的な知見や調査の結果等の関係証拠を多角的、総合的な見地から検討し、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、水俣病のり患の有無を個別具体的に判断すべきである。その上で、当該原告にある病状が、魚介類に蓄積されたメチル水銀という原因物質を経口摂取することにより起こる神経系疾患によるものであるという個別的な因果関係が諸般の事情と関係証拠によって証明され得るのであれば、水俣病にり患した者であると認められる。」(206頁)と判示した。

そして、この判断基準を各原告に当てはめる際に、上記の病像論を基礎とすること、さらに、各疫学調査において「ばく露群とされた地域ないし、これらの地域と同程度のばく露が推認される地域に、水俣病を発症し得る程度のメチル水銀の汚染があった期間に相当期間居住し、八代海の魚介類を継続的に多食して、ばく露終了から概ね10年以内に四肢末梢優位又は全身性の感覚障害を発症していると認められる場合は、当該症候はメチル水銀ばく露によるもの、すなわち当該原告は水俣病である蓋然性が高い」(285頁)こと、「当該原告に認められた水俣病の主要症候の全てが、被告国県の主張する他原因によって合理的に説明できない限り、当該原告に認められた水俣病の主要症候の一部についてのみ他原因の可能性あることをもって、水俣病であることの蓋然性を否定することはできない」(291～292頁)ことが前提となる。

V ノーモア・ミナマタ第二次新潟訴訟判決 (2024年4月18日)

1. 判決の概要

原告らは、近畿訴訟と同様に、特措法による救済を受けていない者らである。2024年4月18日の新潟地裁判決は、原告ら47名のうち、行政認定をうけていない45名について(2名は行政認定済み)、26名は水俣病にり患していると認定し、そのほかの19名は水俣病にり患していると認めなかった。

そして、この26名の原告らにつき、民法上の除斥期間が経過しているが、除斥期間の適用が制限され損害賠償請求権は消滅していないとした上で、一人当たり400万円(慰謝料350万円、弁護士費用50万円)の損害賠償を認めた。

これに対し、原告、被告企業双方が控訴し、東京高裁で係属中である。

2. 判決が基礎とする病像論

1) 感覚障害のみの水俣病の有無及びその評価

判決は、「四肢末梢優位の感覚障害のみを呈する水俣病が存在することは否定し得ない(四肢末梢優位の感覚障害のみを呈することをもって直ちに水俣病にり患していることが否定されるものではない)というべきである。」(134頁)、「衛藤論文¹⁾を踏まえても、四肢末梢優位の感覚障害のみを呈する場合に、同症候が水俣病にり患したことによるものである可能性が低い(上記の9.5%程度にとどまる)とまでは断じることができない。」(135頁)と評価した。

2) 感覚の乖離（3つの感覚が全て低下しない）、感覚障害の分布・範囲

判決は、まず、「水俣病においてみられる四肢末梢優位の感覚障害について、表在感覚、深部感覚及び複合感覚のいずれもが低下するもので、いずれかが低下し他は低下しないこと（感覚解離）は考えられず、また、障害部位が左右差を示したり、片側のみに出現したりすることは通常は考えられない旨を指摘する文献等がある。」（139頁）と指摘したが、「あらゆる症例において、メチル水銀のばく露を受けた神経細胞が左右対称に、かつ、担当部位ごとの神経細胞につき一様に器質的病変が生じ、これにより症状を生じさせるのかどうかもまた明らかになっていない上、感覚検査の主観的側面も考慮すると、検者とのやり取りや被検者の表現の中で、感覚障害が左右対称に表現されるに至らないとか、表在感覚、深部感覚及び複合感覚のいずれかについて表現されるに至らないといった可能性もあり得るところである」（140頁）ことを踏まえ、「上記のような感覚解離や左右非対称の所見をもって、直ちにメチル水銀ばく露起因性を否定する要素とみることができず、そのことがメチル水銀ばく露以外の要因によると十分な根拠をもって疑われる場合に限り、メチル水銀ばく露起因性を否定する要素とするのが相当である。」（141頁）とした。

3) 所見の変動

判決は、「水俣病は、メチル水銀により神経細胞に器質的病変が生じる器質的疾患であり…器質的疾患については、特定の部位に不可逆的な病変が生じているという特徴から、通常は、当該部位に病変が存在する限りは、身体に同一の症候・所見が存在し、症候が一貫して認められることとなる。」（141頁）とする一方、近畿判決と同様に、感覚検査の性質上、検査結果に変動がみられること、実際に所見が変動する症例が報告されていることを踏まえて、「半年や1年程度の間には大幅な変動があるというだけで、直ちに水俣病の病像に合致しないと、非器質性疾患を推認させるものとは評価し得ない。」（145頁）と判断した。

4) 潜伏期間

判決は、「メチル水銀へのばく露が停止してから数年程度、長い場合には6、7年程度経過した後に発症する場合は、サルに係る実験の結果や機序のほか、具体的な症例に照らして、実証的な根拠がある知見ということができる。」（126頁）と認定した。

3. 判決が示した判断基準

判決は、水俣病の判断基準について、「本件患者が水俣病に罹患したか否かを認定するに当たっては、魚介類の摂食等を通じたメチル水銀へのばく露及びその程度（ばく露に関する要素）を踏まえ、水俣病においてみられる症候が存在するか否か（症候に関する要素）を検討した上で、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であるメチル水銀へのばく露との間の個別的な因果関係の有無を個別具体的に判断すべきものである。」（93頁）と判示した。

そして、この判断基準を各原告に当てはめる際に、上記の病像論を基礎とすること、さら

に、原告患者の症候が他の疾病に起因している可能性について、「当該患者の具体的な状況等に照らし現実的なものとして説明し得るもので、なおかつ症候の部位や出現時期について矛盾なく説明し得るものかどうかを検討する必要がある。」(94～95頁)と、患者の症候が他原因によるものである(水俣病によるものではない)というためには、現実的で厳密な証明が必要であることが前提となる。

Ⅵ 以上の判例のまとめ

1. 判断基準

2013年最高裁判決は、司法における水俣病認定の判断基準・方法を統一的に示し(溝口訴訟福岡高裁判決等がその判断基準を定式化した)、上記3つのノーモア・ミナマタ第二次訴訟判決は、この最高裁判決に則ったものと評価できる。

すなわち、複数の症候の組合せが認められず、単一の症候(感覚障害)しか認められなくても、水俣病と認定される場合があり、具体的には、①メチル水銀のばく露歴があり、②水俣病の病像と整合する四肢末端優位の感覚障害又は全身性の感覚障害が認められ、③その感覚障害は他原因によるものであるとの合理的、厳密な証明がされない場合には、当該感覚障害はメチル水銀ばく露に起因する蓋然性が高い(当該感覚障害とメチル水銀との間の個別的な因果関係が存することが証明される)、よって、当該患者は水俣病に罹患していると認定されるべきである、という判断基準が判例上、定着、確立している。

2. 病像論

ノーモア・ミナマタ第二次訴訟の3つの判決は、判断基準(上記②水俣病の病像と整合する四肢末端優位の感覚障害又は全身性の感覚障害が認められるか否か)の適用に当たり前提とする病像論において、感覚の乖離、感覚障害の分布のばらつき、所見の変動、長期間の潜伏期間等がみられることは水俣病の病像と矛盾せず、それらの所見をもって、水俣病による感覚障害である蓋然性を低下させるとはいえないと評価した。

Ⅶ 判例と行政の判断基準の比較検討

1. 行政における判断基準

1) 昭和52年判断条件

1973年3月の一次訴訟勝訴判決を受け、訴訟派、自主交渉派で組織された東京交渉団が、同年7月にチツソとの補償協定を勝ち取った。

それ以降、認定申請者が急増し、認定業務が滞留する状況にあって、申請患者らは、認定の遅れを問う「不作為の違法確認訴訟」を提起して勝訴し、行政の責任を追及した。これに対し、行政(環境庁)は、それまでの認定基準である「公害に係る健康被害の救済に

関する特別措置法の認定について（通知）」（昭和46年環企保第7号、環境庁事務次官通知、以下、昭和46年事務次官通知）を抜本的に改悪する「後天性水俣病の判断条件について」（昭和52年環保業第262号、環境庁企画調整局環境保健部長通知、以下、昭和52年判断条件）を、1977年7月に発出した。

昭和46年事務次官通知は、ひとつの症候であっても水俣病である可能性が否定できない場合は認定するという、メチル水銀の影響を受けた被害者をもれなく迅速に認定するという主旨だった。他方、昭和52年判断条件は、水俣病にみられる複数の症候の組合せ（感覚障害＋他の症候）を必須の要件とし、典型症候がそろわなければ棄却するという主旨であり、棄却処分を促進することにより認定業務の遅れを解消しようという狙いがあった。

その後、二次訴訟控訴審判決（1985年8月16日）、三次訴訟第一陣判決（1987年3月30日）、京都訴訟判決（1993年11月26日）、F訴訟大阪地裁判決（2010年7月16日）、溝口訴訟福岡高裁判決（2012年2月27日）等が、昭和52年判断条件は水俣病の判断基準として狭きに失し不当、不適切であると相次いで批判した。ところが、行政（環境省）は、司法からは昭和52年判断条件が否定されていない、または見直しを要請されていないと強弁し、その見直しや撤廃を行おうとしない。

2) 2014年新通知

2013年最高裁判決は、把握できる神経症候が感覚障害のみであっても水俣病と認定される余地があることを明示した。最高裁みずからが、当該患者に感覚障害のみしか認められない場合、複数の症候の組合せを求める昭和52年判断条件を適用して水俣病ではないと認定することは誤りであると指摘したのである。

この最高裁判決を受けて、行政（環境省）は、昭和52年判断条件に示された症候の組合せが認められない場合における総合的検討のあり方を整理するという趣旨で、「公害健康被害の補償等に関する法律に基づく水俣病の認定における総合的検討について（通知）」（平成26年環企発第1403072号、環境省総合環境政策局環境保健部長通知、以下、2014新通知）を発出した。

同通知は、まずばく露要件として、体内の有機水銀濃度（頭髮・臍帯等）、同居家族の水俣病の認定状況、本人及び家族の漁業従事歴など、厳しい要件の証明を申請者に求める。さらに、症候要件では、感覚障害につき表在、深部、複合の3つの感覚がすべて低下することや左右対称性であるという病像論、ばく露終了から症候の発症までの潜伏期間は1年以内という知見を盛り込んでいる。そして、ばく露と症候との因果関係の判断に当たり、確認できる症候が感覚障害のみでは「水俣病である蓋然性が高いと判断するのは困難である」という考え方を踏まえるべきだとする。

つまり、2014年新通知は、昭和52年判断条件を維持したまま、実質的には感覚障害のみでは認定しないようしぼりをかけており、2013年最高裁判決に従うどころか、逆に同判決を形骸化させるものにほかならない。

2. 司法と行政の判断基準及び病像論の乖離、不統一

以上から、判例では、メチル水銀ばく露歴及び感覚障害が認められれば、その感覚障害はばく露に起因する蓋然性が高いという考え方を原則として、この高いばく露起因性を否定するためには他原因によるものであるとの厳密な証明が必要だとする。つまり、感覚障害のみであっても水俣病と認定する範囲を積極的に広げる判断基準である（もっとも、裁判となれば、損害論の立証、多額の訴訟費用、確定までの長期間経過など、被害者に過大な負担を強いることになる）。

これに対して、行政は、複数の症候の組合せを原則とし、感覚障害のみであれば水俣病である蓋然性は低いという考え方を踏まえて、厳しいばく露要件と症候要件の証明を求める。つまり、感覚障害のみであれば水俣病と認定しない、あるいは認定する範囲を限定し狭める判断基準である。

そして、判断基準の適用に当たり前提とする病像論において、感覚の乖離、障害の分布のばらつき、所見の変動、長期間の潜伏期間等につき、司法では、それらの所見は、直ちに水俣病り患の蓋然性を低下させる消極事情には当たらないとしているのに対し、行政は、逆に、同蓋然性を低下させる事情と位置付けており、判断基準の適用という局面においても、行政の患者認定を歪める方針は一貫している。

Ⅷ 結語－行政による認定制度運用の問題点

「公健法上の水俣病認定患者」と「実態としての水俣病患者」とは別の概念であることに注意を要する。前者は、公健法に基づいて本人が認定申請を行い、行政が当該申請者について検診－審査した上で、認定処分とした患者を指す。行政は、この「公健法上の水俣病認定患者」しか水俣病患者と認めていない。

その一方で、メチル水銀のばく露を受け、水俣病特有の症状を発症している患者（＝「実態としての水俣病患者」）であっても、本人が認定申請しなければ、さらに、認定申請をして厳しい判断基準に合致して認定されなければ公健法上の水俣病患者とは認められず、放置された状態となる。ところが、本人が認定申請すること自体が偏見や差別が根強い中で容易ではなく、また行政は、本人申請主義を盾に取り不知火海沿岸住民を対象とした患者の掘り起こし、^{しっかい}悉皆健康調査を行おうとしない。そのため「公健法上の水俣病認定患者」の背後には、ほう大な未申請、未認定のままの「実態としての水俣病患者」が潜在する。

改めて水俣病事件における患者認定制度の歴史をひもとけば、行政は、本人申請主義を口実として未申請の患者を放置し、さらに、司法からの再三の批判も無視して不当な判断基準や病像論を採用・維持することにより公健法上の認定患者を絞り込むなど、「実態としての水俣病患者」の全面的な認定－被害全貌の解明を図ってきたとは到底いえない。

こうした行政の姿勢は、最近の司法の動向と対比することによっても、より一層鮮明になるのではなかろうか。

注

- 1) 衛藤光明・岡嶋透「水俣病の感覚障害に関する研究—一部検例から見た感覚障害の考察—」熊本医学会雑誌、68巻3号、1994年11月。

引用・参考文献

溝口訴訟最高裁判決

平成25年4月16日第三小法廷判決（平成24年（行ヒ）第202号）

F訴訟最高裁判決

平成25年4月16日第三小法廷判決（平成24年（行ヒ）第245号）

ノーモア・ミナマタ第二次近畿訴訟判決

大阪地方裁判所令和5年9月27日判決

（平成26年（ワ）第9280号等、損害賠償請求事件）

ノーモア・ミナマタ第二次熊本訴訟判決

熊本地方裁判所令和6年3月22日判決

（平成25年（ワ）第554号等、ノーモア・ミナマタ第二次国家賠償等請求事件）

ノーモア・ミナマタ第二次新潟訴訟判決

新潟地方裁判所令和6年4月18日判決

（平成25年（ワ）第612号等、損害賠償請求事件）