水俣病被害者の救済と、不知火海沿岸全域の住民健康調査

償いとしての健康調査

「調べなかった70年」を反省し、
残された人々に責任を果たすために

高岡 滋　｜　水俣協立クリニック

日本弁護士連合会シンポジウム　2026年11月21日

導入

今日お伝えしたい結論

1｜前提

健康調査は、行政の「責務」であり「償い」である

特措法37条は、52年判断条件で切り捨ててきたことへの反省の上に置かれた条文。被害の全体像を明らかにすることが目的である。

2｜反省

「見ない・調べない・認めない」と、医学界の同調

調べなかった結果、診断も救済もされずに亡くなった人々、知らされなかった真実、分断された地域が残った。

3｜提案

遅すぎても、今から悉皆で調べ、救済につなぐ

限界を認めたうえで、共通診断書による個人救済と、地域の健康政策・再生を一体で進める。

> **調査は「診断法の研究」でも「不安の解消」でもない。**
> **調べなかったことへの反省を込めた、被害者のための調査である。**

導入

二つの最高裁判決の後も、なぜ被害者は置き去りなのか

2004.10.15　関西訴訟最高裁判決

規制権限は「周辺住民の生命、健康の保護をその主要な目的の一つとして、適時にかつ適切に行使されるべき」として国・県の責任を認めた。

2013.4.16　認定義務付け訴訟最高裁判決

症候の組合せがなくても、諸般の事情と関係証拠を総合し、個別具体的に水俣病と認定する余地を排除しないとした。

しかし環境省は2014年通知で52年判断条件を存続させ、判決は救済の制度に実装されなかった。
その根底には、**被害の全体像を一度も公的に調べていない**という事実がある。

「判決が足りない」のではなく、「調べない構造」が温存されている

出典：吉村良一「水俣病訴訟の現状と課題」『環境と公害』56(1), 2026

I

健康調査のあるべき前提

何のために、誰のために、何を調べるのか
— 特措法37条を掘り下げる

環境汚染が起きたら、曝露と健康を調べるのは行政の責務

01 患者の訴えを聴く → 02 曝露を調べる → 03 継続して観察する → 04 汚染地域と対照地域を比べる → 05 実態を解明する → 06 漏れのない診断基準 → 07 予防・規則に反映

中毒性疾患である

原因物質への曝露があって症状が生じる。曝露と健康の両方を測らなければ、被害は把握できない。

食中毒事件である

汚染魚介類を介した食品衛生法上の食中毒事件。本来、行政が全体像を調査すべき事案だった。

調査は、被害者の「申請」を待つものではない。行政が自ら動くものである。

Ⅰ　前提②

特措法37条は、何を求めているか

第37条1項　政府は、指定地域及びその周辺の地域に居住していた者（水俣病が多発していた時期に胎児であった者を含む。）の健康に係る調査研究その他メチル水銀が人の健康に与える影響…に関する調査研究を積極的かつ速やかに行い、その結果を公表するものとする。

同3項　…メチル水銀が人の健康に与える影響を把握するための調査、効果的な疫学調査、水俣病問題に関する**社会学的調査**等の手法の開発を図るものとする。

第36条　…地域住民の健康の増進及び健康上の不安の解消を図るための事業、**地域社会の絆の修復**を図るための事業等に取り組むよう努める。

対象　居住「していた」者＝転出者・胎児性世代を含む

時間　「積極的かつ速やかに」＝待つ調査ではない

不在の語　「客観的診断手法」は法のどこにもない

I　前提③

37条は「反省」の上に置かれた条文である

事実

特措法は、52年判断条件で認められなかった人々を救済した

→

含意

被害を重症者に限定してきたことを、法自らが認めた

→

だから37条は

判断条件にとらわれず、広く健康影響を調べよと命じている

すり替えに注意　環境省の検討会は、調査目的の根拠に37条本文ではなく前文（「紛争を終結させ…安心して暮らしていける社会」）を引き、目的を「健康不安の解消」に置いた。

しかし、調査の法的根拠はあくまで37条であり、その趣旨は被害の広がりと性質を明らかにすることにある。

医師団見解（2020.12.5）、メチル水銀の健康影響に係る疫学調査の在り方に関する検討会「議論の整理」への意見（2025）

調査の目的には順序がある

疫学調査の本来の目的

① 健康影響の空間的・時間的な広がりを知る

② 健康影響の性質（病態）を知る

③ 原因確率等に基づいて診断基準を作り、救済する

④ 再発を予防する

⑤ その**結果として**、住民の健康不安に対処できる

環境省の計画では

⑤「健康不安の解消」が主目的とされ、①〜④が抜け落ちた。

そのうえ調査結果は対象者個人に通知されない。不安の解消にさえならない。

不安の解消は「結果」である。それを「目的」にすれば、調べないための口実になる。

I　前提⑤

調べなかった不利益を、誰が負うのか

疫学を「重要な基礎資料」とした判決

大阪地裁 2023.9.27（ノーモア2次）
新潟地裁 2026.3.12（認定義務付け）

疫学を「一つの事情」にとどめた判決

熊本地裁 2024.3.22／新潟地裁 2024.4.18
福岡高裁 2026.4.23

「初期の時点で不知火海沿岸住民の悉皆健康調査を国や関係県が実施しなかったことが、患者及び病像の全体像の発見を遅らせた…早期悉皆調査の必要は、水俣病の重要な教訓である」— 大塚直

「そういった証拠がないか不十分であることの不利益を…被害者の負担に帰すべきではない」— 淡路剛久

公的調査の欠如が、法廷では被害者の立証不足として扱われている

吉村良一「水俣病訴訟の現状と課題」『環境と公害』56(1), 2026 より（大塚『法学教室』376, 2011／淡路『環境と公害』52(2), 2022）

健康調査の五つの前提

責務	調査は、行政が自ら行う公的責務である
反省	37条は、判断条件で被害を切り捨ててきたことへの反省に立つ
目的	被害の全体像を明らかにし、救済・補償と予防につなぐ
公正	調べなかった不利益を、被害者に負わせない
当事者	調査は被害者・住民のためにあり、結果は本人に返される

II

なされなかったことへの反省

見ない・調べない・認めない
— そして医学界がそれに同調した

II　問題の本質

公衆衛生の循環は、逆流した

見ない

現場と患者を継続して見ない。劇症・重症型という氷山の一角だけを「水俣病」とみなす。

調べない

曝露を測らない。汚染地域と対照地域を比べる疫学調査をしない。

認めない

感覚障害中心の患者を認めず、なし崩しに重症者も認めない。

> **そして医学界がこれに同調し、行政の不作為に「専門性」と「客観性」の外観を与えた。**
>
> できないことにする・わからないことにする・しているふりをする ——「医学を装った医学への背信」

高岡『水俣病と医学の責任』大月書店, 2022

II　調べなかった記録

調べる機会は何度もあった。そのたびに止められた

時期	行われたこと	その後
1960–61	熊本県衛生研究所が住民の毛髪水銀を測定。50ppm以上23.5%	1963年以後、人体の水銀測定を中止
1971–73	熊大「10年後の水俣病」研究班。御所浦など対岸への汚染拡大を示す	継続調査はなされず
1975–81	水俣市が全市民対象の健康調査。一次検診33,445人（人口の90%）	公式発表されず。2022–23年に元研究者が個人で公表
2005	熊本県が問診と診察（感覚検査等）による健康調査案を検討	実施されず
2009–	特措法37条が健康調査を規定	脳磁計・MRI研究のみ。2025年度までに約20億円

「方法がわからない」のではない。調べる方法も、実例も、データもあった。

高岡・医師団資料（2020–2026）、蜂谷紀之「昭和50〜56年度実施 水俣住民健康調査の疫学的解析」（2023）

II　それでも

民間医師団は、病態・広がり・診断基準を明らかにしてきた

病態

軽症から重症まで連続する中毒症

遅発：2009年大検診で約65%が排水停止（1968）後に初発症状

変動：2回の診察で所見の60〜80%以上が変化

広がり

指定地域・救済対象地域の外にも、同じパターンの症状が広がる

八代海沿岸の遠隔地域でも健康影響（Toxics 2024）

1万人検診（2004–16、n=10,196）

診断

曝露歴＋症候＋原因確率

桂島の悉皆調査で、感覚障害のみの水俣病の実在を証明

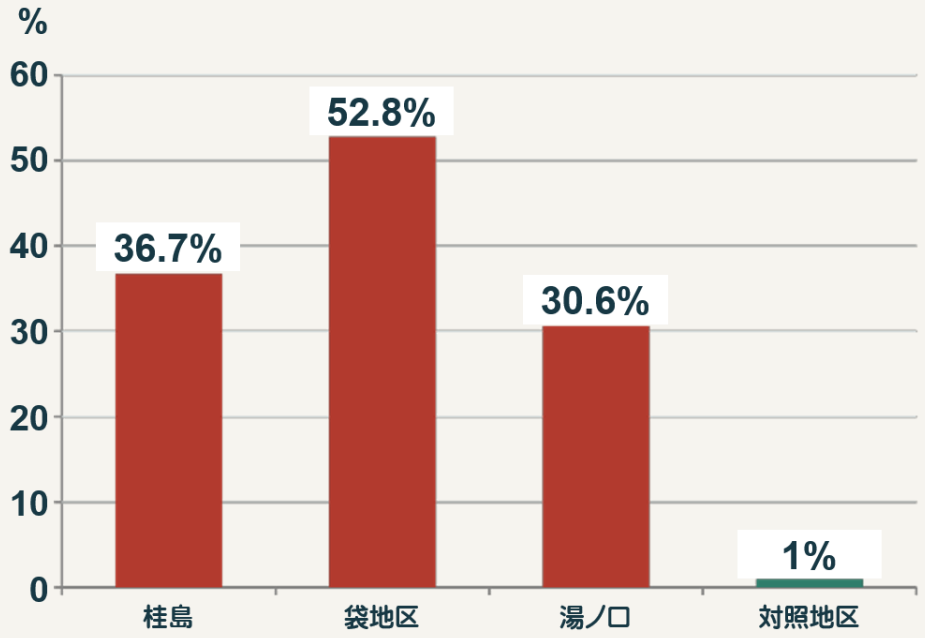
共通診断書（原因確率80〜90%以上）

> **真実を明らかにしたのは新しい検査機器ではない。**
> **患者を診て、記録し、比較し、発表し、検証し続けた臨床と疫学である。**

Takaoka et al. Toxics 2018; 2023; 2024／高岡『臨床神経学』61(Suppl), 2021／藤野 Kumamoto Med J 1994

II　原因確率

診断は難しくない。四肢末梢優位の感覚障害の原因確率は90%を超える



考え方

曝露地域20%、非曝露地域1%なら

$$(20-1)\div 20=95\%$$

汚染地域でこの症候をもつ人の約95%はメチル水銀によるもの

原因確率という物差しを欠いた審査では、「他疾患の可能性」だけで切り捨てられる

津田敏秀（2011シンポジウム講演）による集計。水俣市・芦北町の救済率は40歳以上でそれぞれ56.3%、66.9%

II　認定基準の構造的欠陥 —— 診断の物差しが抜け落ちている

診断基準に「原因確率」がない

本来の医学的診断

曝露歴　＋　症候

↓

原因確率で判断

四肢の感覚障害なら

約95%

がメチル水銀による（スライド16）。

他の疾患で説明できる余地は、
疫学データが数量で示す。

行政の認定基準

1977　昭和52年判断条件

症候の「組合せ」を要求。感覚障害のみの患者は、原則として認めない。

2014　「総合的検討」通知（環境省）

最高裁判決（2013）の批判を受けて出されたが、「蓋然性」を繰り返すだけで、それを量る尺度を示さない。

通知：「それ以外の疾患等による蓋然性と比較して評価すること」
→ 何と、どれだけ比べるのかは書かれていない

一方で「客観性」を掲げながら、客観性の土台となる数量的な物差しを欠いている。

鑑別すべき「他疾患」は、際限なく増やせる

申請者
汚染地域に居住
魚介類を多食
四肢の感覚障害

審査会が持ち出す「他の原因」（例）

- 頸椎症
- 糖尿病
- 加齢
- 脳血管障害
- 手根管症候群
- 飲酒
- 薬剤性
- 心因性
- ……

棄却
申請者の
ほとんどが

審査委員の判断しだいで、いくらでも追加できる

原因確率があれば
他疾患で説明できるのは約5%。可能性が「ある」だけでは否定できない。

原因確率がなければ
他疾患が「ありうる」だけで否定できる。基準は審査委員の恣意的判断に委ねられる。

これが、各県の認定審査会で申請者のほとんどが切り捨てられてきた原因。

共通診断書での原因確率の適応は、感覚障害・視野狭窄のみ。漏れた被害者にも地域のケアが必要である。

自覚症状	大検診	新・実数比	新・人口比
両手のしびれ	95%	86%	67%
両足のしびれ	98%	95%	87%
こむらがえり	**84%**	**97%**	**92%**
平地で転倒する	100%	97%	92%
味が分かりにくい	100%	100%	100%

共通診断書の基準は感覚障害等の原因確率のみ

片足立ち92%・指鼻試験の重度障害で100%

他の症候で確率はさらに上がる

感覚障害がなくても、こむらがえり等の症候だけで原因確率が高い人がいる

漏れた人々も、共通診断書の救済対象でなくとも被害者として存在する
だから個人救済にとどまらず、地域全体のケアが必要である

高岡意見書 表15・16。値は原因確率。こむらがえりは基準A〜E外の症候。大検診＝2009年、新＝新有病率調査（2015年）

II　不作為がもたらしたもの

被害は、身体だけではない

身体の被害

救済されないままの神経障害。しびれ・痛み・ふらつきと、生活・仕事の困難

失われた人々

診断も救済もされずに亡くなった人々。その数は数十万人に及んだと考えられる

知らされなかった真実

自分の症状の原因を知ることができず、適切な医療・補償を受ける機会を奪われた

地域社会の分断

認定・非認定、申請・非申請の線引き。差別と偏見、沈黙と申請の断念

だから必要なのは、個人補償だけでなく、反省・救済・地域再生を一体とした政策である

II　まとめ

反省を、言葉ではなく形にする

① 事実を認める

悉皆調査をしなかったこと、判断条件に医学的根拠がなかったことを公式に認める

② 検証する

誰が、いつ、何を根拠に判断したのか。独立した第三者が検証し、公表する

③ 不利益を転換する

調査の欠如による立証の困難を、被害者の不利益にしない

④ 償いとして調べる

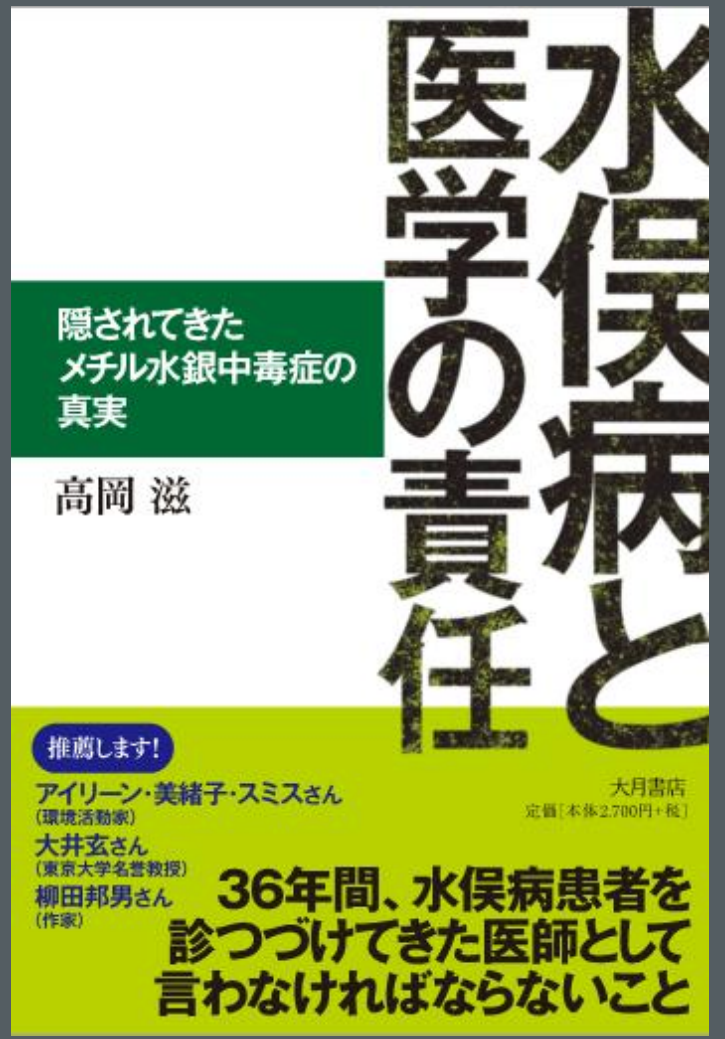
残された被害を明らかにし、補償・救済と地域の健康政策に直結させる

今度の健康調査は、この④として行われなければならない

III

半世紀以上続いてきた不作為の構造

縦・横の糸と、
それを束ねてきた官僚



III　縦 —— 長期に続く医学界の同調

医学界は、行政の不作為に「お墨付き」を与えた

1960年代	徳臣晴比古医師による「終息説」。初期重症例のみを水俣病とし、研究を事実上停止
1973–74	水銀パニック後、椿忠雄医師は疫学の役割を否定し「診断困難論」へ
1977	昭和52年判断条件。症候の組合せを要求し、医学的根拠なく救済の扉を閉ざす
1991	中公審専門委員会で「四肢の感覚障害は疫学的なデータの有無で評価しない」（二塚信）
2018	日本神経学会理事会が正式な学術議論を経ず「遅発・変動はない」と環境省に回答。法廷で国側書証に

この間、大学の教授は3〜5世代交代した。しかし誤りを正す回路はどこにもなかった。

高岡『水俣病と医学の責任』2022／高岡『環境と公害』56(1), 2026

III　横 ── 黙ったのは、どんな人々だったのか？

各医学分野で水俣病にかかわってきた専門家

公衆衛生学
ごく少数

二塚信らは国の論調を支えてきた。中村好一は、医学の基本である疫学を「個人に適応できない」と裁判で証言。津田敏秀らは例外的に水俣病で正しい疫学理論を基礎に論じてきた。

病理学
ごく少数

発生初期、熊本大学の武内・衛藤らは、病態解明に貢献。新潟大学では、生田房弘、大濱榮作ら。衛藤は感覚障害の中枢末梢論争、病理最終診断説で動揺しているが、国に有利な意見書を裁判所に提出。

神経内科学
臨床系はほぼ皆無

1970年代から行政から独立した研究を停止していく一方、環境省委員や認定審査会に関与してきた。臨床系の専門家は、医師団を含む在野の医師等を除くと、大学・研究機関の水俣病研究者は稀少か皆無。

この三領域が揃って、実在する病気を「診断できないもの」にする方向に働いてきた。

学術的な議論を経たものではない。水俣病を知るごく少数のあいだの、暗黙の意図というべきもの。

医学中央雑誌で「水俣病」を検索して出てくる文献は、他の疾患と比べて極めて少ない。
町医者の私が論文を書かねばならなかったのは、そのためです。

二塚・衛藤・内野 ── 何を、どう封じたか

公衆衛生学

先達：喜田村 正次／野村 茂

二塚 信

1991年中公審で「感覚障害を疫学で評価しない」と疫学を封印。後に実態と大きく異なる津奈木町での感覚障害の有症率を発表。

病理学

先達：武内 忠男／生田 房弘

衛藤 光明

病理検査の「感度の低さ」（軽症を捉えきれない）を伏せたまま、「病理でこそ診断できる」と病理が最終診断という誤りを主張し続けている。

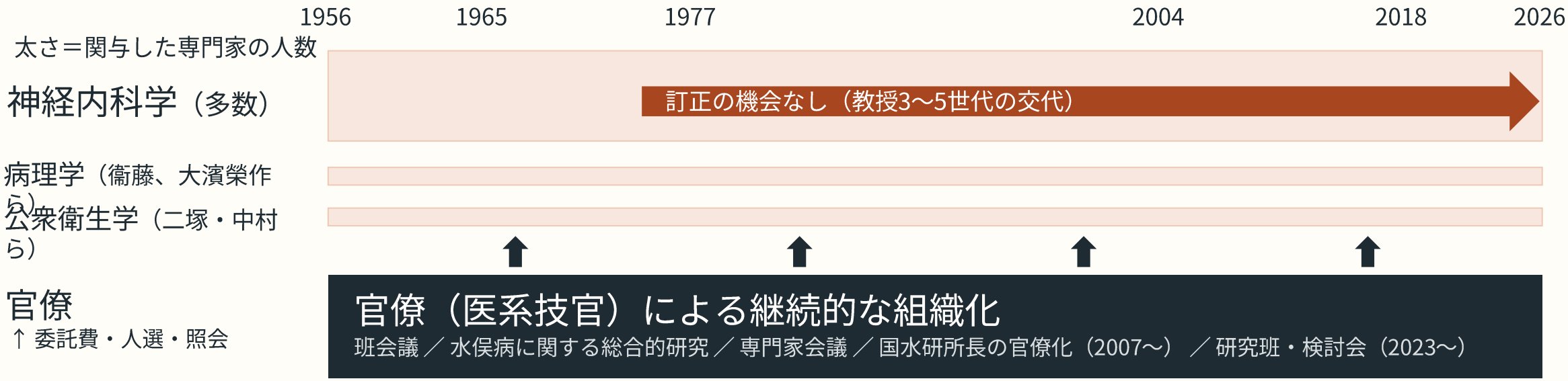
神経内科学

先達：徳臣晴比古　岡嶋透／荒木淑郎　椿忠雄／井形昭弘　納光弘

内野 誠

感覚障害や視野狭窄の多発等の認定申請患者の実態を報告しながら、メチル水銀曝露との因果関係について否定的な論調を続けてきた。

不作為の全貌 —— 四つの層



閉鎖性 —— 学会理事会は批判に応答せず、法廷の国側証人は患者を診ていない。批判は内部で処理されず、外にも出ない。

枠の外

県民会議医師団（1971〜）　桂島研究 ／ 1万人検診 ／ 学術誌上の決着

三分野が独立に沈黙したのではありません。
少数の専門家が、官僚の運営する枠組みで束ねられ、訂正の回路が閉じられている。

III　現在進行形

2018年 日本神経学会の回答 —— いま起きていること

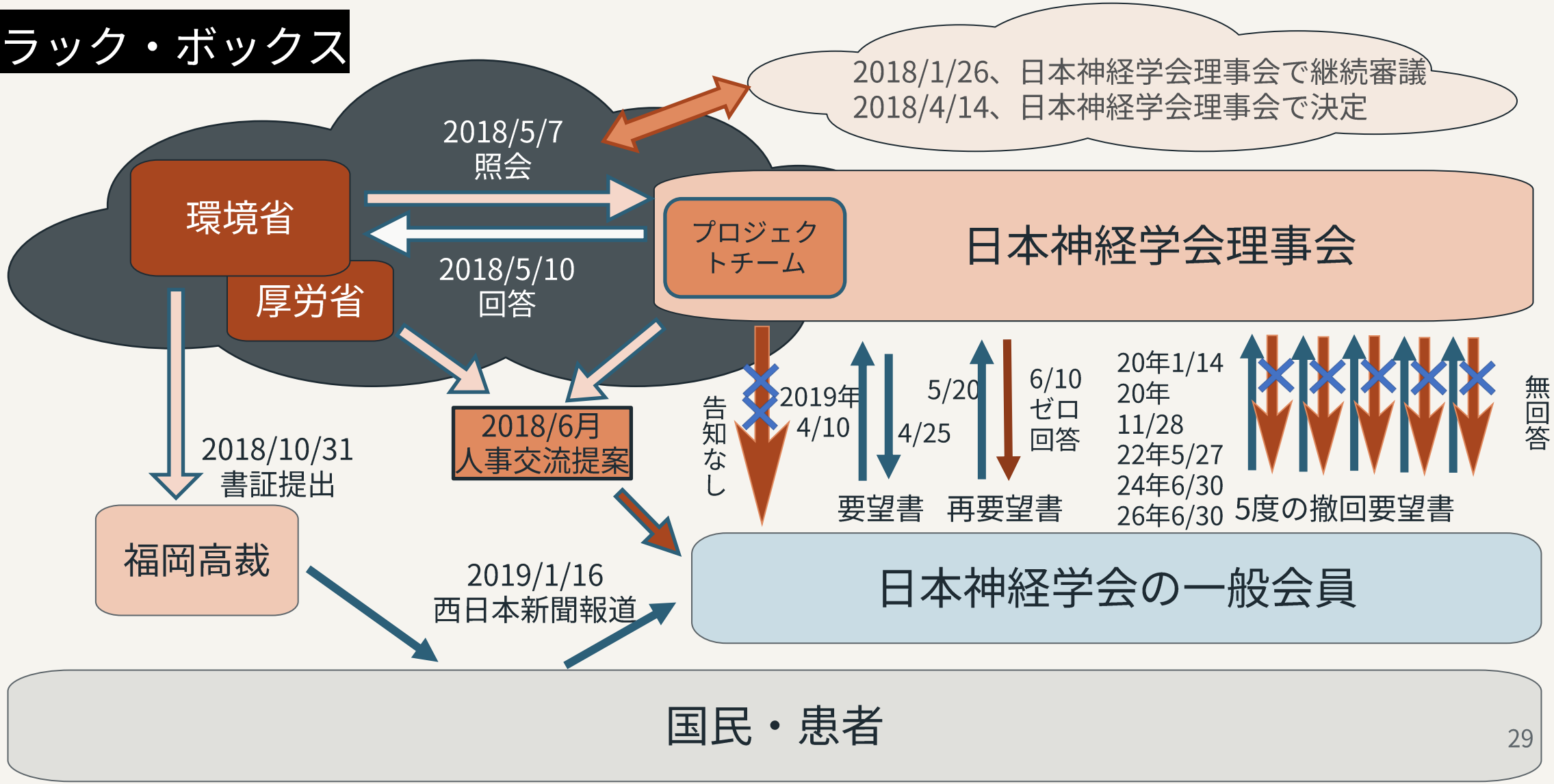
環境省の照会に対し	正式な学術議論を経ず、「遅発・変動はない」と回答した
法廷へ	その回答が水俣病訴訟に提出され、患者切り捨ての武器に（福岡高裁→最高裁が追認）
撤回要望に対し	会員が5回にわたり撤回を要望 —— 7年以上、無回答・沈黙を続けている

「回答できない」ことは、何を意味するか？

日本神経学会の「環境省からの照会に対する回答」問題の経過（判明しているもの）

2026年7月現在

ブラック・ボックス



学術誌の土俵で、決着をつけた

2022　自著『水俣病と医学の責任』で、医学者を名指しで批判

2023　三氏が「書評」として反論（日本衛生学雑誌）

2024　高岡「回答」で、医学的・倫理的問題と論理矛盾を指摘

2025　三氏が再反論 → 高岡が不作為・隠蔽の中身を詳しく紹介

「水俣病と医学の責任」に登場する多くの医学者は、いまも沈黙している。

この間の論争は、以下の雑誌でネット上で公開されています。
日本衛生学雑誌：二塚・衛藤・内野（2023）、高岡（2024）、二塚・衛藤・内野（2025）、高岡（2025）
毒性学ニュース：衛藤（2023）、高岡（2025）、衛藤（2025）、高岡（2026）

IV

今なされるべき調査

手遅れを自覚したうえで、
残された人々のために何ができるか

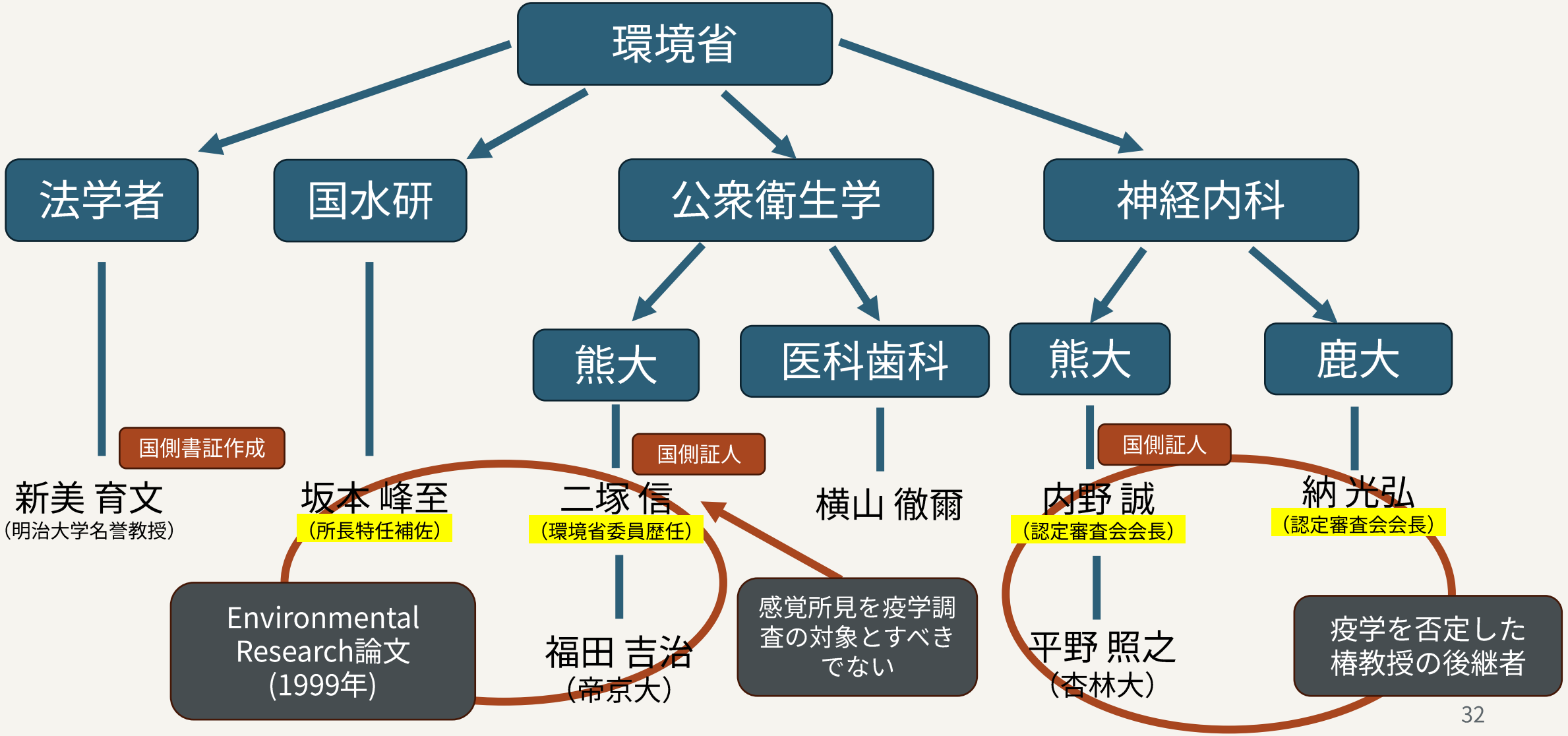
環境省の調査計画は、前提のすべてに反している

項目	環境省の計画	問題
目的	「健康不安の解消」「客観的診断手法の開発」	37条の趣旨（広がり・性質・救済）から外れる
方法	大学病院で問診・診察→一泊→脳磁計・MRI。両手首2か所の刺激に1.5〜2時間	負担が大きく、参加できる人が偏る
対象	3地域各200人（批判後1000人）。無作為抽出。認定・救済者は除外	少なすぎて地域の実態がわからない。濃厚汚染地域の像が歪む
結果	対象者個人には通知されない	救済にも、不安の解消にもつながらない
主体	検討会・研究班の中心は国側証人、認定審査会長経験者、疫学を否定してきた系譜	不作為の当事者が、自らを検証することはできない

特措法の理念をふまえず、目的を誤り、調査主体も信頼できない。到底受け入れられない。

メチル水銀の健康影響に係る疫学調査の在り方に関する検討会（2024.12〜）、水俣病健康調査研究班（2023.6〜）資料より

疫学検討委員会の構成メンバー（2024年12月、敬称略）



IV　脳磁計（MEG）

脳磁計は、住民健康調査の代わりにならない

認定患者42名での感度（3年間の推移）

64.3% → 71.4% → 69.0%

MRIを組み合わせても、**認定患者でさえ約2割に異常が出ない**

環境省自身が「筆と針による通常の感覚検査に代わるものではなく、個別診断に用いない」と言明（2022.12.16）

感覚障害をとらえる力（感度）

しびれの自覚症状	—	**良い**
神経学的診察	—	**良い**
感覚定量検査	—	**良い**
体性感覚誘発電位	—	悪い
頭部CT・MRI	—	悪い
脳磁計	—	実際の感度は不明
解剖所見	—	きわめて悪い

感度の低い検査で「異常なし」の人が、「被害なし」とされる危険がある

医師団見解（2020.12.5／2021.12.24／2022.12.28）

IV　時間との競争

調査の機会は、刻一刻と失われている

17年

特措法成立（2009）から、37条の調査がなされないまま経過した年数

約20億円

その間に脳磁計・MRI研究に投じられた予算（2025年度まで）

74.9歳

被害者団体会員アンケート回答者の平均年齢（2025）

> **今からの調査は、ある意味ですでに手遅れである。**
>
> **だからこそ、残された人々のために、今すぐ始めなければならない。**

井上ゆかりほか「水俣病70年被害者の現在地」『環境と公害』56(1), 2026／医師団資料

IV　これからの調査の目的

調査の目的を、被害者の側から置き直す

第一	**残された被害を明らかにし、補償・救済につなぐ**（結果は本人に返す）
第二	亡くなった人々を含め、被害の全体像を記録する（歴史への責任）
第三	地域の健康支援と健康政策の基盤をつくる（36条）
第四	遠隔地域・若年世代・胎児期曝露など未解明の課題を解き、再発予防と世界に貢献する

「診断法の探索」ではなく、「未把握の被害を明らかにする公的責務」として

Ⅳ　悉皆調査

「来られる人を調べる」から、「そこにいた人を把握する」へ

自己批判をこめて

私自身、これまで「救済を受けていない希望者」などを区分した調査を提案してきた。しかし、被害を明らかにして補償するという本来の目的からすれば、**悉皆調査にすべき**である。

偏りを防ぐ

希望者・申請者だけでは、沈黙した人、あきらめた人が消える

地域の実態

抽出数百人では、集落ごとの広がりも有症率もわからない

救済の入口

救済につながる機会は、曝露を受けた全員に開かれるべき

行政にもできた：桂島の悉皆調査（受診率100%）、水俣市の全市民調査（1975–81、人口の90%）

高岡「健康調査のあり方」検討会資料（2025.1.24）／藤野 1994／蜂谷 2023

IV　調査の設計（提案）

簡便に、広く、地元で。そして救済に直結させる

対象　不知火海沿岸全域（制度の線引きによらない）に汚染期に居住していた全ての人。転出者・胎児性世代・若年世代を含む。認定・救済者も除外せず別集計。同年代の対照地域を設ける。

STEP 1
全員に問診票
住民台帳・居住歴から案内。郵送と訪問で聞き取り

STEP 2
標準化した神経診察
独立した医師が地元・訪問で。筆と針、定量感覚検査

STEP 3
本人に返し、救済へ
結果を通知し、共通診断書・医療・福祉の窓口に接続

STEP 4
解析・公表・追跡
地域差と原因確率を公表。継続して追跡する

手法はすでにある：熊本県の調査案（2005）、与党PTの調査（2007）、被害者・支援者連絡会の提案（2022）

IV　調査項目

症状だけでなく、被害が人生と地域にもたらしたものを記録する

A　曝露

居住歴、魚介類の入手と摂取、家族の認定状況、職業、出生年・胎児期、残された水銀測定資料

B　健康

自覚症状（いつも・時々）、標準化神経診察、経過と変動、精神・発達面、併存疾患

C　生活

日常生活動作、就労・家事への影響、介護の必要、医療・福祉の利用

D　社会

差別・偏見の経験、申請の断念とその理由、情報へのアクセス、家族・地域の関係、再生へのニーズ

A・Bは疫学調査、C・Dは37条3項の「社会学的調査」にあたる。最も軽微な健康影響まで含める。

死者は診察できない。だが、記録をたどり、声を聴くことはできる

既存データの全面公開・再解析

1960年代の毛髪水銀、熊大研究班、水俣市全市民調査（1975–81）、公健法・特措法の検診と申請の資料

死亡の記録

死亡統計の地域比較。申請中・未申請のまま亡くなった人々の把握

遺族・家族からの聞き取り

症状と暮らし、差別と沈黙の記憶を、社会学的調査として記録する

被害の推計と公式記録

調べられなかった被害の規模を推計し、国の公式記録として残す

記録されないことは、二度目の切り捨てである

IV　調査主体

信頼は、肩書ではなく、独立性と公開性から生まれる

独立した調査委員会の構成

被害者・地域住民の代表

患者を診てきた臨床医

環境省・学会から独立した疫学者・統計家

法律家・倫理と個人情報の専門家

利益相反の開示　過去の不作為の当事者は調査を主導しない

事前公開　目的・プロトコル・解析計画を公開する

共同決定　項目と結果の公表に被害者が参加する

検証可能性　匿名化データを公開し、第三者が検証できる

調査される人々を「協力者」ではなく、調査の共同主体と位置づける

V

個人救済と、より広い健康政策

共通診断書で救い、
届かない被害を地域の政策で支える

V　二層の救済

個人救済を入口に、地域全体の健康を保障する

第1層　個人救済

共通診断書（曝露歴＋症候＋原因確率80〜90%以上）による救済を前提とする。典型的な被害は争わせずに迅速に救済する

第2層　地域の健康政策

共通診断書で網羅できない人（非典型、判定困難、閾値未満）を含め、診療・福祉・健康増進を継続して保障する（36条）



救済基準は救済の「入口」であって、健康政策の「境界」であってはならない

V　救済の水準

他の健康被害の制度は、どの程度の蓋然性で救済しているか

被害・制度	救済されるおよその原因確率
原爆症	10%以上
大気汚染	50〜67%以上
ヒ素中毒症	50%以上
じん肺と肺がん	50〜75%以上
環境石綿と肺がん	50%以上
水俣病（現在の審査）	90%以上でも認定されない

共通診断書を最低限の物差しとし、それ未満の被害は第2層で支える

立法時の考え方

1971年の事務次官通知は、水俣病の可能性が「50%以上と認められる場合」は救済の対象とする趣旨とされる

共通診断書の80〜90%は、すでに厳しい水準である

高岡「水俣病における疫学調査」講演資料（2026.10）／島村健『法学教室』396, 2013（吉村 2026 注8より）

V　地域の健康政策と再生

補償だけでなく、健康・尊厳・記憶・共同体を回復する

継続診療と訪問支援
高齢化した被害者の生活の場へ

介護・リハビリ・生活支援
しびれ・ふらつきと暮らす日常を支える

家族・遺族への相談
語られなかった経験を受けとめる

分断を修復する対話
36条「地域社会の絆の修復」

若い世代の健康支援
胎児期・小児期曝露の世代を含む

医療・福祉の人材育成
水俣病を診られる医療者を地域に

記録の保存と公害教育
被害の記憶を次の世代へ

海と暮らしの再生
漁業と環境、地域の誇り

健康調査の結果は、これらの政策を設計するための基礎資料になる

V　未来の環境被害へ

水俣の教訓を、環境被害時の「調査義務」に変える

水俣で完成した「型」

① 曝露と実態をきちんと調べない

② 影響を受けた住民を継続して見ない

③ 救済の範囲をなるべく狭く線引きする

④ 専門家の権威をお墨付きに使う

PFAS：血液検査は「必要ない」、実態調査は市民が担う
福島：「調べる」より「不安の解消」へ

制度化の提案

- 汚染が判明したら、環境・曝露調査と住民健康調査を**自動的に義務づける**
- 行政・汚染者から**独立した調査機関**が担う
- 平時からの環境・健康モニタリングと長期追跡
- データの公開、住民参加、補償・予防への接続

提言

行政に求めること

1 37条の本旨に立ち返り、現在の調査計画を撤回・再設計すること

2 不知火海沿岸全域の悉皆調査を、独立した主体で速やかに始めること

3 調査を共通診断書による救済につなぎ、救済を待たせないこと

4 網羅できない被害を、地域の健康政策・再生事業で継続して支えること

5 不作為を検証し、環境被害時の調査義務を法制度化すること

見ない・調べない・認めない

患者を診る。地域を調べる。
被害を認める。

そして、残された人々と地域に、責任を果たす。

ご清聴ありがとうございました