

B. 保健所等の職員が、感染の拡大を防ぐために、あなたのごところに感染者の行動の関する聞き取り調査にやってきた場合、その調査に協力しますか。

- 1. 情報を知っていれば協力する
- 2. 情報を知らなくても協力する
- 3. 情報を知っていても協力しない
- 4. 情報を知らなければ協力しない

(1)B. の質問で、3、4とお答えになった方にお尋ねします。

行政機関に連絡をしない理由について該当するものに○をつけてください。(複数回答可)

- 1. かかわりたくないから
- 2. めんどうだから
- 3. 役所がきれいだから
- 4. お金にならないから
- 5. その他 ()

(2)B. の質問で、1、2とお答えになった方にお尋ねします。

その調査に協力する場合、あなた個人に関する情報について、どこまでお答えできますか。また、それを公開してもいいとお考えになりますか。

	答えるし、公開しても良い	答えるが、公開はしないで欲しい	答えない
1. 氏名(記入例)		○	
1. 氏名			
2. 年齢			
3. 性別			
4. 職業			
5. 勤務先			
6. 住所；県名まで			
7. 住所；市町村名まで			
8. 連絡先；自宅の電話番号			
9. 連絡先；勤務先の電話番号			

	答えるし、公開しても良い	答えるが、公開はしないで欲しい	答えない
10. 連絡先；携帯電話の番号			
11. 連絡先；メールアドレス			
12. あなたの行動履歴			
13. あなたが行動した先で接触した人の名前			

(3)あなたは保健所から知り得た情報を、第三者に話しますか。該当するものに○をつけてください。(複数回答可)

- | | | |
|---------|---------|------------|
| 1. 家族 | 4. 友人 | 7. 誰にも話さない |
| 2. 病院 | 5. 仕事先 | 8. その他 () |
| 3. 近所の人 | 6. マスコミ | |

質問は以上で終了ですが、お答えいただいたことを統計的に分析するために必要なことを、うかがわせていただきます。該当する選択肢に○をつけてください。

F 1 [性別] 1. 男 2. 女

F 2 [年齢] あなたのお年はいくつですか。

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 20～24 歳 | 5. 40～44 歳 | 9. 60～64 歳 |
| 2. 25～29 歳 | 6. 45～49 歳 | 10. 65 歳以上 |
| 3. 30～34 歳 | 7. 50～54 歳 | |
| 4. 35～39 歳 | 8. 55～59 歳 | |

F 3 [本人職業] あなたのご職業は何ですか。また、具体的な仕事内容を（ ）内からお選び下さい。

1. 自 営 業 主 (a. 農林漁業 b. 商工サービス業 c. 自由業)
2. 家族従業者 (a. 農林漁業 b. 商工サービス業 c. 自由業)
3. 勤 め (a. 経営・管理職 b. 専門・技術職 c. 事務職 d. 労務・技能職
e. 販売・サービス職)
4. 無 職 (a. 無職の主婦 b. 学 生 c. その他の無職)
5. そ の 他 ()

F 4 [最終学歴] あなたが最後に卒業なさった学校はどちらですか。

1. 新制中学校、旧制小学校、高等小学校卒
2. 新制高校、旧制中学校、高等女学校卒
3. 短大・高専、旧制高校・専門学校卒
4. 大学・大学院卒
5. その他 ()

F 5 [未・既婚] あなたは結婚していらっしゃいますか。

1. 未 婚
2. 既婚・有配偶
3. 既婚・離死別

(F 5で2、3と答えた人に)

SQ 1 お子さんは何人いらっしゃいますか。

1. 1人
2. 2人
3. 3人
4. 4人
5. 5人以上
6. いない

(SQ1で1～5と答えた人に)

SQ2 それぞれ、どの段階の方ですか。(1～5の回答者)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1. 乳児(0歳) | 5. 中学生 |
| 2. 1～3歳 | 6. 高校生 |
| 3. 4歳以上で小学校入学前 | 7. 大学生・大学院生 |
| 4. 小学生 | 8. その他() |

F6 [家族人数] 今、一緒に暮らしているご家族は、あなたを含めて何人ですか。

1. 1人 2. 2人 3. 3人 4. 4人 5. 5人 6. 6人以上

F7 [在宅時間] ご自宅で過ごされる時間は何時間くらいですか。

1. 6時間未満 2. 6～12時間未満 3. 12～18時間未満 4. ほとんど家にいる

F8 [本人収入] あなたの昨年1年間の収入は、およそどのくらいでしたか。

- | | | |
|---------------|-------------------|-------------------|
| 1. 200万円未満 | 5. 500～600万未満 | 9. 1,250～1,500万未満 |
| 2. 200～300万未満 | 6. 600～800万未満 | 10. 1,500万以上 |
| 3. 300～400万未満 | 7. 800～1,000万未満 | |
| 4. 400～500万未満 | 8. 1,000～1,250万未満 | |

F9 [通信機器] 次にあげる機器について、持っているものをすべてあげてください。

- | | | |
|--------|--------------|--------------------|
| 1. テレビ | 4. FAX | 7. インターネットが使えるパソコン |
| 2. ラジオ | 5. ケーブルテレビ | 8. インターネットが使える携帯電話 |
| 3. 電話 | 6. 通話のみの携帯電話 | 9. IP電話 |

SQ1 そのうち、よく利用するものはどれですか。F9の選択肢番号をご記入下さい。

(複数回答可)

()

SQ2 電話をお持ちの方におうかがいします。電話の利用料金は月平均いくらくらいですか。

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 1. 3,000円未満 | 4. 7,000～10,000円未満 |
| 2. 3,000～5,000円未満 | 5. 10,000～15,000円未満 |
| 3. 5,000～7,000円未満 | 6. 15,000円以上 |

S Q 3 携帯電話をお持ちの方にお尋ねします。携帯電話の利用料金は月平均いくらくらいですか。

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. 3,000 円未満 | 4. 7,000～10,000 円未満 |
| 2. 3,000～5,000 円未満 | 5. 10,000～15,000 円未満 |
| 3. 5,000～7,000 円未満 | 6. 15,000 円以上 |

F 10 [情報源] 次にあげるメディアについて、よく利用するものをすべてあげてください。

- | | |
|-------------|---------------|
| 1. 新聞 | 4. タウン誌・ミニコミ誌 |
| 2. 一般雑誌 | 5. 区の広報 |
| 3. 専門書・専門雑誌 | 6. その他 () |

F 11 [交友関係] お住まいになっている地域で、どのような人との付き合いがありますか。すべてあげてください。

- | | | |
|--------------|----------|------------|
| 1. 町内会 | 4. P T A | 7. 特にいない |
| 2. 近所の人 | 5. 商店街の人 | 8. その他 () |
| 3. 地域のサークル活動 | 6. 親 戚 | |

ご協力ありがとうございました。

ご記入の終わった調査票は、平成16年11月30日(火)までに、同封の返信用封筒に入れてポストにご投函下さい。なお、切手は不要です。

厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
地域における健康危機情報の伝達、管理及び活用に関する研究
分担研究報告書

過去の大規模健康危害に関する状況分析と健康危機管理制度・体制に関する改善点に関する研究

分担研究者 今村 知明 東京大学医学部附属病院 助教授

研究要旨 過去 50 年の大規模健康危害が発生・拡大した要因を分析することを通じて、わが国の健康危機管理の制度・体制に係る課題を整理した。これを踏まえ、健康危機情報通報センターの設置や健康危機アラームの導入、初動対応の充実といった保健所機能の充実や、各県における通報情報分析センターの設置、国における健康危機情報統括分析センターの設置、健康危機情報被害救済センターの設置、監視指導体制の強化を改善点として提言した。

A. 研究目的

現在、地域の健康危害情報を総合的に収集、分析し、分析結果を地域に還元する制度やシステムが十分でない。これを、統合的に国民の健康を守るための一連の流れとして位置づけ、必要な制度、システム、手法を開発する必要がある。本研究では、過去の大規模健康危害の事例を整理、分析することで、現状の健康危機管理の制度・体制に係る課題を抽出し、その改善点を検討することを目的とする。

B. 研究方法

過去 50 年の主な大規模健康危害について、情報収集が容易なものとして 17 事例を選定し、その概要を整理した（巻末の表 1、その一部を除く詳細については参考資料を参照のこと）。そ

して、これらを含めた過去の大規模健康危害の事例から、被害の拡大要因として、原因究明の長期化、短期間での被害拡大および原因究明後の対応の不備を抽出した。また、国民の不安の拡大要因として、企業倫理・コンプライアンスの欠如および将来の危険性の誇張を抽出した。これらの要因を踏まえ、現在の健康危機管理の制度・体制に係る課題を、被害発生未然防止、被害拡大の防止、国民の不安払拭の観点から再整理し、現状の健康危機管理の制度・体制に係る改善点を検討した。

C. 研究結果

1. 事例からみた大規模健康危害等の要因

過去 50 年の主な大規模健康危害の事例において、被害の拡大要因として

は、原因究明の長期化や短期間での被害の拡大、原因究明後の対応の不備が挙げられる。また、健康危害に係る国民の不安の拡大要因としては、企業倫理・コンプライアンスの欠如、将来の危険性の誇張が挙げられる。

(1) 被害の拡大要因

①原因究明の長期化

原因究明までに多大な時間を要したために被害が大規模に拡大した事例として、1950年代までに発生したイタイイタイ病やスモン事件、水俣病が挙げられる。イタイイタイ病（化学物質系）は、1912年に発生して以来、原因究明までに55年間を要し、富山県神通川流域で認定患者数178人（推定数千人）を出した。スモン事件（薬害系）では、1955年に発生した当初はウイルスによる感染症が原因であると考えられていたが、後に薬害であったことが判明するまでに17年を要し、全国にわたって11,000人の被害者を出した。水俣病（化学物質系）は、1956年に発生してから原因究明までに10年間を要し、熊本県水俣湾周辺や新潟県阿賀野川流域で認定患者2,955人（未認定患者10,072人）を出した。これらの事例における原因究明の長期化は、当時の検査や調査などの科学的水準が低かったことや、高度経済成長の下、経済・産業優先で健康危害に対する法制度や体制が十分でなく、意識が低かったことも要因として考えられる。健康危害に対する法制度や体制については1980年頃には強化されている。

しかしながら、最近でも、病原性大腸菌O-157事件や和歌山カレー毒物事件、茨城県神栖町井戸水有機ヒ素汚染事件では、原因究明に時間を要し、被害を最小に抑えることができなかった事例がある。1996年に発生した病原性大腸菌O-157事件（食中毒系および感染症系）では、岡山県での死亡者の発生に伴い、全国都道府県等に対策の徹底を要請したが、その1ヵ月後に堺市で多数の有症者が発生した。死亡者は12人、有症者累計17,877人であった。新興感染症であるO-157は、単なる細菌性食中毒ではなく、感染力が強く症状が重篤なため、感染症としての対策も必要であることが判明した。なお、O-157は、その背景として、感染症法の第3類感染症にも指定された。1998年に発生した和歌山カレー毒物事件（化学物質系）では、原因が特定できず4人の死亡者を出した。その後、原因について県警から誤った見解が示された上、県警と保健所や病院との連携の不備などがあった（事件性の有無による情報や体制の分断）。2001年に発生した茨城県神栖町井戸水有機ヒ素汚染事件（化学物質系）では、健康被害発生の察知に遅れがあり、47人の被害者を出した。

このほか、健康危害の原因である可能性が指摘されていたものの、多くの可能性の一つに過ぎず、最終的に原因として特定されたときには結果として被害が発生・拡大してしまっていた事例もある。そうした事例としては、サリドマイド事件が挙げられる。1961

年に世界規模で健康被害が発生したサリドマイド事件では、海外で健康危害の原因である可能性は指摘されていたものの、原因究明に2年9ヶ月を要し、その間1年半にわたって国内で製造・販売が継続（厚生省も新規製造を認可）されたことなどにより、130人の死亡者（死産）、309人の被害者を出した。

②短期間で被害の拡大

国内に広く販売網を有する国内大手企業の製品に原因がある場合では、原因究明が短期間で行われたとしても、その間に販売・消費が急速かつ広域的に進むことから、大規模な健康危害が広域的に発生する。その事例としては、森永砒素ミルク事件や雪印食中毒事件が上げられる。1955年に発生した森永砒素ミルク事件（化学物質系）では、3ヶ月間で原因は究明されたものの、その間に西日本一帯で製品が消費され、死亡者130人、被害者12,131人を出している。なお、この事件では、当初、急性中毒と判断され、いったん事件は終結したものの、10年が経過してから慢性障害が確認されている。2000年に発生した雪印食中毒事件（食中毒系）では、3日で原因は究明されたものの、その間に大阪で製品が消費され、13,420人の被害者を出した。

また、近年の電子取引（B to C取引）を通じたグローバル化・ネットワーク化により、原因となる製品等が中小企業あるいは国外企業のものであっても、健康危害が広域的に拡大する可能性がある。しかも、こうした B to C

取引では卸売や小売を経由しないため、流通経路の特定が困難であるため、原因の疫学的特定が困難化、長期化するおそれもある。この事例としては、2002年に発生し、全国で4人の死亡者と865人の被害者を出した中国製「やせ薬」による健康食品死亡疑い事件（薬害と食品危害の中間領域）が挙げられる。

さらに、ヒトの国内・国際移動が高速かつ安価に行われるようになったため、感染症等についても健康危害が急速かつ広域的に拡大する可能性がある。この事例としては、2002年に東アジアや東南アジアで猛威を振るい、わが国にもその脅威が迫った重症急性呼吸器症候群 SARS（感染症系）が挙げられる。わが国では幸いにも被害は生じなかったが、SARS患者である台湾人医師が関西地方を旅行するなど、健康危機管理について改めて問題点が明確化した。

③原因究明後の対応の不備

原因が究明された後も、有効な対策が打てなかったために被害が拡大した事例としては、四日市喘息や尼崎喘息が挙げられる。1959年に工場からの大気汚染によって発生した四日市喘息（公害）では原因究明に6年を要した上、原因究明後も公害に関する法の整備に時間がかかり公害対策が遅れたことから被害が継続的に発生し、1,140人の被害者を出した。1960年に工場や自動車からの大気汚染によって発生した尼崎喘息（公害）では、原因者（自動車、工場）が多数であった

ため有効な対策がとれなかったことから被害が継続し、5,682人の被害者を出した。1982年の薬害エイズ事件（薬害系）でも、海外で血液製剤（非加熱製剤）を通じたHIV感染の可能性が指摘されていたものの、行政、医療機関、製薬会社の対応が遅れ、その使用が継続されたことから、400人以上の死亡者と1,808人の被害者を出した。なお、本件では、薬害としてはじめて専門医や厚生省の責任者および企業の経営者が刑事責任を問われる事件になった。

このほか、ヒト以外への被害が確認されていたにもかかわらず、ヒトへの影響を予測できず健康被害が発生した事例としてカネミ油症事件が挙げられる。1968年に発生したカネミ油症事件（化学物質系）は、数百万羽の鶏が変死するダーク油事件があったが、ヒトへの被害を予測できず、1,867人の認定患者（初発届出患者数15,000人）を出した。ウシのBSE（感染症）については、その発生メカニズムやヒトのvCJDへの影響メカニズムは未だ解明されていない。しかし、牛の飼料として異常プリオンに汚染された肉骨粉を使用することがBSE感染源の有力説とされていたが、農水省は使用の自粛を促す通達の発出のみにとどまり、2001年に初めて国内産牛での発症が認められ、これまでに国内でBSE牛が15頭認定されている。なお、2005年にはわが国で初めてvCJD患者（死亡）が認定された（英国滞在中での感染が有力視されている）。

（2）国民の不安の拡大要因

健康危害に係る国民の不安を拡大した要因としては、企業倫理・コンプライアンスの欠如、将来の危険性の誇張、風評被害が挙げられる。

①企業倫理・コンプライアンスの欠如

健康危害の大規模性もさることながら、信頼されるべき組織のモラルハザードによって、あってはならない事故・事件が生み出され、国民に健康危害への大きな不安をもたらした事例として、東海村核燃工場臨界事故、雪印食中毒事件、BSEが挙げられる。1999年に発生した東海村核燃工場臨界事故では、コスト削減のために正式なマニュアルを無視した危険な作業手順が慣行化されており、作業ミスにより臨界状態が引き起こされ、茨城県東海村において2人の死亡者と439人の被爆者を出した。前述の雪印食中毒事件では、事件解明の過程で、HACCP承認工場における原材料、施設、製造工程上の杜撰な衛生管理が露呈し、一般国民の食に安全性に対する信頼性を大きく損なった。前述のBSEでは、初の国内BSE牛の処分に関する農水省の誤った発表や、輸入牛を国産牛と偽って国産牛の買い取り制度を悪用した雪印食品偽装表示事件の発覚が相次ぎ、食に係る行政・企業への不信を拡大した。

②将来の危険性の誇張

現在は被害が発生していないため、大規模健康危害の事例としては整理されていないが、近年、ダイオキシンや遺伝子組み換え食品、内分泌かく乱

物質（環境ホルモン）、前述の BSE など、将来のわずかな危険性が誇張され、パニックになるケースが後を絶たない。

③風評被害

国民の健康危害の未然防止を目的とした、特定の生産物等に係る情報提供や報道が国民の不安を拡大し、風評被害をもたらした事例としては、病原性大腸菌 O-157 事件が挙げられる。前述の病原性大腸菌 O-157 事件では、疫学調査により原因食材としてある農園のカイワレ大根が特定されたため、厚生省が迅速な情報公開を行ったところ、その公表内容や方法をめぐってカイワレダイコン業者によって国家賠償請求訴訟が展開され、2004 年に国の敗訴が確定した。

2. 健康危機管理に係る課題

1. で整理した大規模健康危害の事例整理を踏まえ、健康危機管理に係る課題を以下の通り整理した。

(1) 被害発生の未然防止

過去の事例の中には、国内外で指摘された健康危害の危険性に関する情報を活かしきれず、健康危害の発生を招いたものも見受けられる。このような過去の教訓からは、国内外での健康危害の危険性に関する情報を収集し、その確からしさや危害の規模、重大性を分析し、所要の対応方策のあり方を提案するなど、健康危害の未然防止に資する情報収集・分析・提案に係る体制の整備が必要であると考えられる。

(2) 被害拡大の防止

過去の事例の中には、原因物質がヒ

トの健康に及ぼす作用が未解明であったり、新しい感染症であったために、不可避的に原因究明が長期化し被害が拡大した面が否めないものもある。しかしながら、今後も社会のグローバル化、高度化、複雑化が進む中で、新たな健康危害が発生する可能性は大いにある。しかも、ネットワーク化・グローバル化が進む中、健康危害は急速に拡大する。従って、新たな健康危害の発生をいち早く察知し、迅速かつ的確に初動対応に繋げることのできる体制や制度が必要であると考えられる。そのためには、健康危害に該当するか否かが不確実なあいまい情報についても積極的に収集・分析する必要がある。一方、迅速な初動対応に関しては、原因が確実に究明されていないが、有力な原因がある程度究明された段階で所要の対策を講じるべきか否かという論点がある。原因が確実に究明されるまで何の対策も講じなければ、過去の事例と同様に、重大な健康危害が発生・拡大してしまうおそれがある。一方で、原因が確実に究明されていない段階で何らかの対策を講じれば、本当の原因ではないものにまで国民への不安や風評被害をもたらすおそれがある。確実な原因究明を待って重大な健康危害の発生・拡大を看過するよりも、原因究明がある程度不確実でも迅速な初動対応を図るべきとの社会的合意が成立するならば、そうした初動対応を可能とし、風評被害等への補償・救済を担保する制度が必要となる。

(3) 国民の不安払拭

過去の事例では、企業倫理・コンプライアンスの欠如によって、健康危害に対する国民の不安を拡大させたものもある。近年、企業の社会責任(CSR)やコンプライアンスの重要性が叫ばれていることから、企業倫理・コンプライアンスの欠如による健康危害の発生自体は企業の自助努力である程度は防止されるものと考えられる。しかしながら、企業がもたらした国民の不安の払拭を、企業自身の自助努力のみに委ねるだけでは十分とはいえない。健康危害の原因となりうる事業所に対する監視指導体制を強化するとともに、抑止力としての罰則規定の強化などの制度の充実が必要であると考えられる。また、健康危害の発生あるいは健康危害のおそれが生じた場合に、迅速かつ正確な情報収集を図り、国民に対する迅速な情報提供やきめ細かな情報更新も必要であると考えられる。

3. 健康危機管理制度・体制に関する提案

(1) 保健所機能の充実(日本版 CDC)

健康危害には公害、食中毒系、薬害系、感染症系、化学物質系など多岐にわたり、現在の保健所では所管していないものもある。健康危害の現場に最も近い保健所を地域の一元的な健康危機管理拠点として位置づけ、その機能をより一層充実させるとともに、病院など他機関との連携強化を図り、日本版 CDC とする。

①健康危機情報通報センターの設置

保健関連制度は数多あるが、現在でも法律単位で情報の伝達経路や報告の義務の内容が異なる。しかも、健康危機情報が公式にすべて集まるわけではない。原因が究明されれば制度上、健康危害に係る情報は法制度において規定された伝達経路に円滑に流れるが、原因が特定されていない段階での健康危害に係る情報については取り扱いが不明確である。

そこで、保健所に健康危機情報通報センターを設置する。一般市民からの情報、行政が取り組んでいる情報、内部告発情報などあらゆる通報情報を収集し、これを匿名化した上で即時にウェブ上に公表する。通報情報には不正確な情報も多いが、不正確な情報が含まれることを前提として情報発信を行う。

②健康危機アラーム 555 方式の導入

健康危機情報通報センターが発信する通報情報について、保健所が調査を行う。健康危害の可能性のある情報については、健康危害の強さや健康危害拡大の程度、健康危害拡大の速さに関するアラームを発する。アラームは3種類それぞれ5段階評価を用意する。

1 健康危害の強さ

1. 健康被害の可能性のないもの
2. 健康被害の可能性のほとんどないもの
3. 健康被害の可能性はあるが軽微なもの(外来通院程度)
4. 健康被害の可能性があり中程度のもの(すぐには死に至らないが入院加療が必要なもの)

5. 健康被害の可能性があり高度もの（死亡、または重度の障害が残る可能性のあるもの）

2 健康危害拡大の程度

1. 家庭内など狭い範囲に限定されるもの

2. 10人以上に影響のあるもの

3. 100人以上に影響のあるもの

4. 1000人以上に影響のあるもの

5. 一万人以上に影響のあるもの

3 健康危害拡大の速さ

1. 一年を争う

2. 一月を争う

3. 1日を争う

4. 一時間を争う

5. 一秒を争う

これを健康危機アラーム555方式とよび、（昏睡スケールに対抗して）事件単位でアラームを344点などと評価して公表する。アラームの評価は県や国が行う。スケールで4や5がつくときには、国や県が関与する。

③初動対応の充実

また、保健所は、原因が完全に究明されない段階でも、保健所は被害拡大の防止の観点からの応急的な初動対応を講じる。併せて、憶測などに基づく無用の風評被害を防止するために、初動対応の考え方や判断の根拠を公表する。

（2）通報情報分析センターの設置

保健所が健康危機情報通報センターのウェブ上で公開している情報を整理し、（3）で述べる健康危機情報統括分析センターに報告するととも

に、総合分析する通報情報分析センターを各県に設置する。ここでは、上記のアラームの評価を行う。また、アラームに対しての進行管理や、対策本部の設置の勧告なども行う。

（3）健康危機情報統括分析センターの設置

あらゆる健康危機情報の収集、分析を統括する健康危機情報統括分析センターを国に設置する。ここでは、各県の通報情報分析センターから報告された通報情報を総合し、県を越えた広域的な健康危害の発生を迅速に察知する。そして、必要に応じて対策本部の設置の勧告なども行う。また、健康危害の未然防止の観点から、国内外での健康危害の危険性に係る情報を収集し、情報の確度や危害の規模、重大性を分析し、所要の対応方策のあり方を国に提案する。

（4）健康危機情報被害救済センターの設置

国や県に健康危機情報被害救済センターを設置し、誤報や過度の報道、不確実な段階での保健所の初動対応などにより、風評被害などの被害を受けた個人や企業に対し賠償や名誉復活を実施する公的機関を設ける。救済等の資金としては、健康被害を呼び込むことになった個人や企業に対して、若しくは（5）で述べる罰金制度による罰金を原資とする。

（5）監視指導体制の強化

健康危害に係るさまざまな法制度（食品安全衛生法など）に基づく監視指導体制を強化し、健康危害の原因と

なりうる事業所に対する監視指導の徹底を図る。併せて、抑止力としての罰則規定を強化する。その一環として、対策が不十分な企業や個人に対して行政処分による罰金制度を設け、（４）の救済等に必要となる資金の一部に充てる。

D. 結論

大規模健康危害の事例だけを取りあげても、公害、食中毒系、感染症系、化学物質系など多様な形態がある。そこには現行の保健所の所管を超える領域もある。健康危害発生を察知し原因を究明するまでの間は所管すら明確でない場合も少なくない。

しかし、健康危害の発生を未然に防止し、その拡大を最小限に抑える、真に国民のための健康危機管理を図るためには、所管を超えて健康危機を一元的に取り扱うための体制が必要であると考えられる。そこで、健康危害の現場に最も近い保健所を地域の健康危機管理拠点として位置づけ、あいまい情報も含む健康危害情報の収集・分析、健康危害の早期察知、アラート発信といった日本版CDC的な機能を持たせるという考え方をベースに、風評被害の救済を含めた健康危機管理に係る制度設計の提案を行った。

所管をはじめとした既存の法制度との整合をいかに図るか、風評被害のおそれを伴う健康危害に係る早期の情報提供や風評被害の救済措置について国民の理解を得ていかに適切に運用しうるかなどまだまだ課題は多いが、このような議論を喚起する契機

となり、合意形成に向けた今後の検討のたたき台となれば幸いである。

表1 主な大規模健康被害の事例

No	事件名	発生年	原因判明 or 初動対 策実施 までの年月	地域	被害規模		担当組織	課題	原因	初動	具体的対策
					被害者/患者数	死亡者数					
1	イタイイタイ病	1912年	55年	富山県神通川流域	認定患者 178人 (数千人と推定)		県：富山県地方特殊病対策委員会 国：厚生省	原因究明までの時間が長期にわたる	カドミウムの慢性中毒により腎臓障害を生じ、次いで骨軟化症をきたして骨折を繰り返すものである。	大正時代に発症例が現れた際には、三井金属鉱業神岡鉱山の鉱毒が疑われたが、科学的には究明されず、風土病や新種の伝染病とみなされた。	富山県において、1961年に「富山県地方特殊病対策委員会」を設置し、原因の調査研究、発生地区や対照地区の疫学調査を開始。国においては1963年に厚生省および文部省の研究班が発足し、県地方特殊病対策委員会との合同研究が行われた。
2	スモン事件	1955年	17年	全国	11,000人		国：厚生省	原因究明までの時間が長期にわたる	製糖精キソホルムによる副作用	当初、原因はウィルスと考えられ伝染性疾患のため患者を隔離する必要があるとの指摘がなされた。この説は地方自治体や一般市民に受け取られ、各地で患者への差別をうみだした。	スモン調査研究協議会を設置し、国として原因究明にのりだす。スモンの原因がキノホルムであることがわると、疑惑段階でキノホルムの販売中止措置がとられた。
3	森永乳業ミルク事件	1955年	3ヶ月	西日本一帯	12,131人	130人	県：衛生部 国：厚生省	大手企業食品製品のため短期間に広域に被害が拡大	緑水乳業が製造した粉ミルクに使用された乳質安定剤として使用していた二酸化リンが不純物として被害者下痢・皮膚の色素沈着などの健康被害が発生。	厚生省は、学識経験者5人の「五人委員会」を設置し、「一斉検診と治療判定基準」に基づく判定を指示、この結果、被害者のほとんどが「全快」の判定を受け、「後遺症の心配は無い」「原病の継続である」との判断が下された。その後、経過観察の体制はとられず、1969年の丸山報告に至るまで被害者は追跡検診を受ける事はなかった。	
4	水俣病	1956年(水俣湾周辺) 1965年(阿賀野川流域)	10年	熊本県水俣湾周辺、新潟県阿賀野川流域	熊本・鹿児島：2,265人 新潟：690人 上記以外の未認定患者：10,072人	1,784人	県：奇病対策推進委員会 国：国立水俣病研究センター、環境庁	原因究明までの時間が長期にわたる	化学工場から海や河川に排出されたメチル水銀化合物を魚介類が吸収し、あるいは食物連鎖を通じて高濃度に蓄積し、これを日常的に食べた住民の間に発生した中毒性の神経疾患。	熊本県や奇病対策推進委員会の依頼を受けて熊本大学医学部が調査に取り組み、1959年有機水銀説を確定するために水俣工場の排水や海底の泥、魚介類を調査したところ、水銀が検出。	厚生省は、学識経験者5人の「五人委員会」を設置し、「一斉検診と治療判定基準」に基づく判定を指示、この結果、被害者のほとんどが「全快」の判定を受け、「後遺症の心配は無い」「原病の継続である」との判断が下された。その後、経過観察の体制はとられず、1969年の丸山報告に至るまで被害者は追跡検診を受ける事はなかった。
5	四日市喘息	1959年	6年	三重県四日市市	1,140人		国：厚生省、通商産業省・環境庁	原因究明後も法未整備により対策できず被害継続	工場の排煙中の粉塵や重炭酸ガスなどで日常的に大気が漂り、気管支喘息、慢性気管支炎など慢性閉塞性肺疾患の異常な流行。	熊本県や奇病対策推進委員会の依頼を受けて熊本大学医学部が調査に取り組み、1959年有機水銀説を確定するために水俣工場の排水や海底の泥、魚介類を調査したところ、水銀が検出。	1963年、厚生省と通商産業省が共同して編成した黒川調査団(専門家からなる)は、現地で汚染影響と発生源対策を調査し、1964年、四日市市公署に調査報告を提出した。四日市市条例が制定され、高度汚染者の入院援助対策がなされた。
6	尾崎喘息	1960年		尾崎市	5,682人		国：総務省公害等調整委員会・環境庁	原因者(自動車、工場)多数のため対策できず被害継続	工場から排出される排ガスおよび自動車による排ガスに含まれるSOx(硫黄酸化物)やNox(窒素酸化物)による大気汚染により「気管支ぜん息」「慢性気管支炎」「肺気腫」「ぜん息性気管支炎」などの病気が引き起こされる。	1963年、厚生省と通商産業省が共同して編成した黒川調査団(専門家からなる)は、現地で汚染影響と発生源対策を調査し、1964年、四日市市公署に調査報告を提出した。四日市市条例が制定され、高度汚染者の入院援助対策がなされた。	
7	サリドマイド事件	1961年	2年9ヶ月	日本および西ドイツ、イギリス、スウェーデン、イタリア等ヨーロッパ諸国、フランス	日本 309人 (全世界で3,900例と報告) 1,867人	130人(30%の死産より推定)	厚生省	海外での原因究明にも関わらず国内にて製造販売	サリドマイド製剤の睡眠薬や胃腸薬を服用した母親の胎内での、薬の影響を受け、四肢や耳に先天的な障害を受けた。	昭和41年に国産の大気汚染測定所が設置されて以来、市独自で環境大気測定所、自動車排ガス、騒音、台数測定所を逐次設置し、工場の衛生源監視も含めて、テレメーター化して、ミニコンピュータによる常時監視を続けている。	1962年5月に出荷停止、9月によりやく販売停止・回収に踏み切った。しかし、回収が徹底していなかったため、その後も被害者が生まれた。
8	カネミ油症事件	1968年	7ヶ月	福岡県、長崎県を中心とした西日本一帯	認定患者数：1,867人 (初発届出患者数は15,000人)		福岡県 長崎県 国：農林水産省、厚生省	飼料による畜産物被害から人間被害を予測できず	PCBによる大規模な中毒事件、疫学調査の結果、カネミ油脂工業の「ダイオキシン(ラシオキシル)」に製造工程中に混入したPCBとその誘導体であるPCDFが原因物質であることが分かった。	1968年に油症が発症して以来、九州大学油症研究班や九州大学油症治療研究班の努力により、中毒の本態が解明	1968年に油症が発症して以来、九州大学油症研究班や九州大学油症治療研究班の努力により、中毒の本態が解明

表1 主な大規模健康被害の事例

No	事件名	発生年	原因判明 or 初動対策 実施までの年月	地域	被害規模		担当組織	課題	原因	初動	具体的対策
					被害者/患者数	死亡者数					
9	薬害エイズ事件	1982~ 1985年	3年	全国	1,808人	400人以上	国:厚生省	対策の遅延、意志決定ミス、禁止措置の遅れ、回収の非徹底による被害継続	血友病患者の止血、予防の特効薬として用いられた血液製剤(非加熱製剤)のなか、HIVが含まれていたために、全血友病患者の約4割(約2,000人)がHIVに感染した。	数千人の血液を混ぜ合わせてつくった血液製剤の危険性が米国で明らかになってからも、その危険性の高い非加熱製剤の禁止措置が取られるまで時間がかかった。さらに、加熱製剤に切り替わってからも回収措置が充分に行われなかった。	厚生省は米国の動きを見てエイズ研究班を発足させ、米国からの輸入非加熱製剤への対応策を検討、クワオ製剤への切り替え、加熱製剤の緊急輸入や非加熱製剤の取扱禁止など提案されたものの、これらに否応され、加熱製剤の治験を行い、非加熱製剤の使用を継続することとなった。加熱製剤を一括承認してからも非加熱製剤の回収措置は取られず、被害は拡大することとなった。
10	病原性大腸菌O-157事件	1996年		岡山県より全国に発生(堺市で最も大きな被害)	有症者累計 17,877人 入院者1,795人	12人	国:厚生労働省 堺市、大阪市、大阪府	危機管理体制の不備 検査の信頼性 情報提供のあり方 情報管理体制 原因公表による損害賠償請求の発生	岡山県色久町において、保健所に食中毒菌株状患者の届出があり、食中毒菌「病原性大腸菌O-157」が検出。保健所としては、本菌を保有する家畜あるいは保菌者の糞便中の本菌により汚染された食品や水(井戸水等)による経口感染、人から人への感染、食品の不衛生な取り扱いなどによるといわれており、本件においては確たる原因が判明していない。	大阪市は、事件発生からすぐに製造工場への立ち入り調査や、食品衛生法に基づいた製品の回収命令を出した。この後間もなく、厚生省もHPにて注意喚起を行った。	厚生労働省は次のことに取り組みた。 ①食中毒予防のための家庭用手引の普及 ②大量調理施設衛生管理指針の普及 ③食肉の衛生管理の徹底 ④食材の汚染実態調査 ⑤学校給食施設の一元点検 ⑥集団給食施設の衛生管理者の研修 ⑦集団給食施設用指導マニュアルの普及 ⑧国民への普及啓発 また、原因究明対策として、食中毒発生時の対策要領の改訂・食中毒調査のための指針の普及・O-157の検出、解析技術の向上・食品からの検出方法の改訂を行った。
11	雪印食中毒事件	2000年	3日	大阪	13,420人		大阪府、保福所、大阪府、兵庫県	原材料・製造過程における企業倫理・コンプライアンスの確保	雪印乳業の低脂肪牛乳を飲んだ人が下痢などを訴えた問題で和歌山県衛生研究所は飲み残しの牛乳などから黄色ブドウ球菌から産生される毒素の遺伝子を抽出したと発表。検出された毒素はエンテロトキシンA。その後の調査により、原因は北海道大樹町の同社大樹工場の脱脂粉乳と断定された。	大阪市は、事件発生からすぐに製造工場への立ち入り調査や、食品衛生法に基づいた製品の回収命令を出した。この後間もなく、厚生省もHPにて注意喚起を行った。	
12	BSE(狂牛病/牛海 面状脳障害)	2001年	1ヶ月(法令化)	千葉県、北海道、群馬県、神奈川県、和歌山県、栃木県、広島県、熊本県、奈良県	無し(15頭)	無し	国:農林水産省、厚生労働省	使用自給流通にもかかわらず肉骨粉が流通 事実と異なる発表、偽造工作による行政・企業への不信の拡大	2001年9月10日、農林水産省はBSEが疑われる牛が確認されたことを発表。しかし、この牛から生産された肉骨粉を完全に焼却したと発表にも関わらず、実際に一部流通していたことが発覚し、大きな行政不信を生む。他にも、ボスター・ハンフレットの作成、セミナーの開催、広告の掲載、テレビスポットの放映などを実施し、消費者にBSEに関する情報を正しく理解してもらうための対応を行った。	BSEの主な感染源とされている肉骨粉等、全ての肉骨粉の輸入を一時停止するとともに、飼料安全法に基づき飼料としての肉骨粉の製造及び牛への給与を法的に禁止した。また、牛の飼料低下に対する補てんの交付、BSE検査前に畜産された牛の市場隔離を実施した。その他にも、ボスター・ハンフレットの作成、セミナーの開催、広告の掲載、テレビスポットの放映などを実施し、消費者にBSEに関する情報を正しく理解してもらうための対応を行った。	
13	健康食品死亡疑 い事件(中国製「やせ薬」による 事件)	2002年	1ヶ月(法令化)	全国	865人	4人	国:厚生労働省	個人輸入等による国外医薬品、食品による健康被害の増大 重要注意医薬品・食品への消費者への周知	SARSの感染は、(1)原因物質の解明のため、(2)中国当局との情報交換等、(3)米承認医薬品等の取組(4)被害情報の収集・公表等(5)輸入食品の審査体制の強化の対策の実施を行った。	厚生労働省は、(1)原因物質の解明のため、(2)中国当局との情報交換等、(3)米承認医薬品等の取組(4)被害情報の収集・公表等(5)輸入食品の審査体制の強化の対策の実施を行った。	
14	SARS (重症急性呼吸 器症候群)	2002年	3ヶ月	東アジアほか(中国、広東省、香港、台湾、カナダ、シンガポール、ベトナム)	(8,098人 海外)	(774人 :海外)	国:厚生労働省、外務省、京都府、京都市、亀岡市、豊津市など	適切な情報公開 風評被害への配慮	SARSの感染は、(1)原因物質の解明のため、(2)中国当局との情報交換等、(3)米承認医薬品等の取組(4)被害情報の収集・公表等(5)輸入食品の審査体制の強化の対策の実施を行った。	日本では下記の6つの対策が取られた。 ①情報提供:HPに情報、質疑応答等を掲載。専門の相談窓口を設けた。 ②海外渡航者に対する助言:渡航の延期・自粛勧告を促した。 ③水際対策:航空機、客船内で健康質問票を配布し症状がないか質問。 ④国内体制の整備:監視体制を強化、届け出対象の疾病とした。 ⑤SARS患者が発生した場合の医療体制、つまり入院療養の整備 ⑥国際協力:各国研究所とのネットワーク参加、研究や情報交換。	

参考：主な大規模健康被害の事例

事件名	発生年	原因判明 or 初動対 策実施ま での年月	地域	被害規模		担当組織	課題	原因	初動	具体的対策
				被害者/患者数	死亡者数					
和歌山カレー毒 物事件	1988年	8日	和歌山市園部地区	67名	4名	市・保健所 県・県警	原因物質の至急特定と治療 保健所を中心とした原因分析・ 判断機能の強化	カレーに混入された亜硝酸塩による中 毒	事件発生後、病院から保健所に通報。原因物質が特定できず4名死亡。県警による「青酸毒物中毒」の風解が出るが、保健所および治療病院への伝達は数時間後。最終特定は8日後	原因が特定できない段階で、劇毒物保管徹底通知および食中毒予防通知がなされた。 原因特定後、砒素中毒専門家を紹介
東海村核燃料工場 臨界事故	1989年	2時間(住民への屋内待避要請)	茨城県東海村	439名被曝	2名	東海村： 茨城県： 国：(科学技術庁、自衛隊)	マスコミ報道が先行 住民からの問い合わせ殺到	作業ミスにより沈殿槽内のウラン濃度が高まり、臨界状態を引き起こしたものの。初期対応の遅れもあり、事故から20時間も臨界状態が続き、この間危険な放射能が放出し続けた。	発生5時間後、村の自主判断により周辺住民161名の避難要請 発生12時間後、県は、事故施設から半径10キロ以内の住民(31万3千人)、施設、交通機関に対し、屋内退避要請が出され、JR東日本・常磐線の運転中止、常磐自動車道のパーキングエリア(上下線)を閉鎖、翌日の学校・公共施設の一時閉鎖、企業出勤の自粛を要請。 翌1日8時に臨界終息を発表、2日18時30分に住民避難要請解除、「健康」に関する説明会(実施)。 放射線医学総合研究所医師による気管腔内照射施設	発生5時間後、村の自主判断により周辺住民161名の避難要請 発生12時間後、県は、事故施設から半径10キロ以内の住民(31万3千人)、施設、交通機関に対し、屋内退避要請が出され、JR東日本・常磐線の運転中止、常磐自動車道のパーキングエリア(上下線)を閉鎖、翌日の学校・公共施設の一時閉鎖、企業出勤の自粛を要請。 翌1日8時に臨界終息を発表、2日18時30分に住民避難要請解除、「健康」に関する説明会(実施)。 放射線医学総合研究所医師による気管腔内照射施設
茨城県神栖町井戸水有機ヒ素汚染事件	2001年	2年	茨城県神栖町	47人		県・衛生研究所 国・環境省	発症時期に対し健康被害発生 の察知が遅れた	井戸水から自然界に存在しない有機ヒ素化合物(ジフェニルアルシルシル酸)を検出。地中にある廃棄物等による土壌汚染の可能性	2003年病院から複数患者の症例報告と井戸水の検査依頼。県による検査により井戸水のヒ素を検出。井戸水の使用禁止および周辺井戸水の行政検査を実施。	地域住民への説明会および健康窓口の設置。健康被害調査の実施およびボーリング調査を実施。

参考資料：主な大規模健康被害の事例の詳細

No.1	事件名	イタイイタイ病		
発生年度	1912年	地域	富山県神通川流域	
事件の被害規模	公害健康被害者補償法の規定で富山県が認定した患者は178名である。 (イタイイタイ病の患者数は数千人程度とみられ、症状がリウマチや他の老人性疾患と似ていたり、またそれらとの合併症であったりして、イタイイタイ病の患者数の特定は難しい。)			
事件の原因	イタイイタイ病とは、カドミウムの慢性中毒により腎臓障害を生じ、次いで骨軟化症をきたして骨折をするものである。背骨などの骨折で身体が小さくなってしまふとともに内臓が圧迫され、わずかの身体の動きでも全身が非常に痛むので、イタイイタイの病名がついた。			
事件への初動： 大正時代にイタイイタイ病の発症例が見られた際には、三井金属鉱業神岡鉱山の鉱毒が疑われたが、科学的には究明されず、風土病や新種の伝染病とみなされた。				
事件の経緯：				
<ul style="list-style-type: none"> ・1694年 和佐保銀銅鉛鉱山（神岡鉱山）が発見される ・1873年 三井が、神岡の全鉱区を買占め（～1889年） ・1904年 日露戦争で鉛価格が上昇、神岡鉱山の鉛生産増加 ・1905年 亜鉛鉱廃棄を中止、鹿間精錬所で亜鉛精錬本格化 ・1912年 富山県婦中町でイタイイタイ病が発生した ・1917年 神岡の亜鉛精錬中止。大牟田三池鉱で精錬 ・1927年 浮遊選鉱法導入で、排水中のカドミウムが増加 ・1935年 戦時体制で亜鉛・鉛の需要増加。廃鉱処理が困難 ・1940年 この頃、神通川流域でイタイイタイ病患者が多発 ・1943年 亜鉛電解工場建設。カドミウムを高原川に排水 ・1955年 細菌学者細谷省吾がイタイイタイ病細菌感染説発表 ・1957年 地元の萩野昇医師がイタイイタイ病重金属説を発表 ・1961年 萩野昇と吉岡金市がイタイイタイ病カドミウム説発表 ・1966年 厚生省が「カドミウム+α」説を発表 ・1967年 イタイイタイ病対策協議会と三井金属との集団交渉 健康被害補償のための認定制度が運用 ・1968年 三井金属に慰謝料6100万円を求め、富山地裁に集団提訴 ・1969年 厚生省がイタイイタイ病を「カドミウム」原因説に変更 ・1971年 富山地裁、患者被害者勝訴の判決。慰謝料5700万円 ・1972年 古屋高裁、被害者全面勝訴の判決。三井は控訴断念 ・1986年 三井金属は、経営不振に陥った神岡鉱山を別会社化 				
取られた具体的対策： 富山県においては、1961年に県の規則において「富山県地方特殊病対策委員会」の設置を定め、その原因を調査研究し対策を講じることとし、発生地区や対照地区において疫学調査を開始した。また、国においては1963年度に、厚生省および文部省の研究班が発足し、県地方特殊病対策委員会との合同研究が行われた。				
裁判や和解の結果： 第1次から第7次までのイタイイタイ病訴訟の原告者数は515人である。三井金属は、総額14億円を支払ってすべて和解した。				
その後の対策（経緯や現状など）： 1980年からカドミウムに汚染された農地を復元する作業が、鉱業所が工事費の35～39%を負担して始まった。また、神通川流域住民健康調査が、1976年度に環境庁により定められた住民健康調査方式に沿って行われてきたが、1997年7月に環境庁において、健康調査の今後のあり方について中間報告がとりまとめられた。				

No.2	事件名	スモン事件	
発生年度	1955年(昭和30年)頃(1967~1968年大量発生)	地域	日本全国
事件の被害規模	11,000人にのぼる(1960年代のスモン患者/厚生省調べ)		
事件の原因	スモンは、整腸剤「キノホルム」を服用したことによる副作用だと考えられている。その症状は腹部膨満のあと激しい腹痛を伴う下痢がおこり続いて、足裏から次第に上に向かって、しびれ、痛み、麻痺が広がり、ときに視力障害をおこし、失明にいたる。膀胱・発汗障害などの自律障害症状・性機能障害など全身に影響が及ぶ。		
事件への初動： 当初、スモンの原因はウィルスと考えられていた。最初に「スモン感染説」がでてきたのは「スモン」と命名された1964年の日本内科学会シンポジウムだった。ここでウィルスによる伝染性疾患のため患者を隔離する必要があるとの指摘がなされた。この説は医学界の有力な見解として地方自治体や一般市民に受け取られ、各地で患者への差別をうみだした。			
事件の経緯： <ul style="list-style-type: none"> ・1955年 原因不明の「奇病」が、各地で流行する(原因はウィルスとされた) ・1964年 日本内科学会においてスモン(SMON=Subacute myelo-optico-neuropathy)と命名される「スモン感染説」が唱えられる ・1969年 厚生省が「スモン調査研究協議会」を設置。国として原因究明に乗り出す ・1970年 「キノホルム説」登場。厚生省はキノホルムの使用販売中止の措置を講じる ・1972年 「キノホルム説」の確立 ・1971年 2人の患者が製薬会社(チバガイギー、田辺製薬)と国を相手取って損害賠償請求訴訟を東京地裁に起こす ・1978年 東京地裁の勧告に基づいて部分的和解が成立 ・1979年 全面和解成立 			
取られた具体的対策： スモン調査研究協議会を設置し、国として原因究明にのりだす。スモンの原因がキノホルムであるとわかると、疑惑段階でキノホルムの販売中止措置がとられた。			
裁判や和解の結果： 患者団体は、国(厚生省)と製薬企業(日本チバガイギー・武田薬品・田辺製薬の3社)を相手取り、1971年5月の東京地裁を皮切りに、全国33地裁、8高裁で争った。原告数は合計7561名に達する、史上最大の訴訟となった。和解によって補償を受けた被害者は6470人、和解額は約1430億円にのぼる。			
その後の対策(経緯や現状など)： 全国スモン訴訟が終局を迎えていた1979年9月における臨時国会で、「薬事法の一部を改正する法律」および「医薬品副作用被害救済基金法」が衆参両院を通過、成立した。改正薬事法では、医薬品等の製造の承認が厳格化され、医薬品の再評価制度が新たに定められ、承認取消や治験の取り扱いに関する規定も強化された。			

No.3	事件名	森永砒素ミルク事件		
発生年度	1955年	地域	近畿地方以西の西日本一帯	
事件の被害規模	12,131名（うち死亡者130名／1956年 厚生省調べ）			
事件の原因	森永乳業徳島工場が製造した粉ミルクに使用された乳質安定剤として使用していた第二燐酸ソーダに不純物として砒素を含んでいたために、乳児に発熱・おう吐・下痢・皮膚の色素沈着などの健康障害が発生した。			
事件への初動： 厚生省はこの報告を受け、有毒缶の回収と販売停止を行った。				
事件の経緯： <ul style="list-style-type: none"> ・1955年6～8月 西日本一帯に人工栄養児の原因不明の奇病集団発生 ・1955年8月5日 岡大病院で森永徳島工場製品MF缶に疑いを持ち、8月23日同缶よりひ素検出 ・1955年8月24日 岡山県衛生部、奇病の原因を森永ドライミルク MF(徳島工場製品)によるひ素中毒と発表 ・1955年9月1日 厚生省、中毒患者の把握指示（衛発518号） ・1955年10月6日 厚生省、日本医師会長に「診断基準並びに治療指針」作成依頼 ・1955年10月22日 厚生省の委嘱による「5人委員会」発足。補償に関する意見書作成 ・1956年3月26日 全国一斉検診実施（公衆衛生局長通達） ・1956年6月9日 厚生省が被害状況発表。被害者総数12,131人うち死亡者130人 ・1963年10月2日 徳島地裁の第1審刑事裁判で工場責任者に無罪の判決。徳島地検が控訴 ・1964年4月1日 岡山民事訴訟取下げ ・1966年3月31日 高松高裁が第1審判決を破棄、差し戻し決定。森永は最高裁に上告 ・1969年2月27日 高松高裁が森永乳業の上告を棄却し徳島地裁へ差し戻す ・1969年10月18日 阪大 丸山博教授ら「14年目の訪問」公表 ・1969年10月30日 第27回日本公衆衛生学会で「森永ひ素ミルク中毒患者に後遺症」を発表 ・1969年11月20日 日本公衆衛生学会が「中毒疫学委員会」を設置し、森永ミルク中毒に関する後遺症問題に取り組む ・1969年11月30日 森永が厚生省へ調査を依頼、厚生省は岡山へ検診委託 ・1970年2月9日 徳島地裁で差し戻し裁判開始 ・1971年2月1日 岡山県検診（厚生省委託）開始 ・1971年4月2日 日本小児科学会「ヒ素ミルク調査小委員会」設置決議 ・1971年11月28日 厚生省、大臣名で森永乳業会社に被害者救済を申し入れ ・1973年8月24日 第2次訴訟、岡山地裁（原告8名） ・1973年11月24日 第3次訴訟、高松地裁（原告11名） ・1973年11月28日 徳島地裁、差し戻し刑事裁判で工場の現場責任者「有罪」の判決 				
取られた具体的対策： 厚生省は、学識経験者5人に委託して「五人委員会」を設置し、その「森永粉乳中毒事件の補償等に関する意見書」に従って事件の解決をはかった。そして、一斉検診と治療判定基準に基づく判定を指示、この結果、被害者のほとんどが「全快」の判定を受け、「後遺症の心配は無い」「原病の継続である」との判断が下された。その後、経過観察の体制はとられず、1969年の丸山報告に至るまで被害児は追跡検診を受ける事はなかった。				
裁判や和解の結果： 徳島地裁では工場責任者の過失責任を否定されるが、高松高裁にて過失責任を認める（刑法上有罪）判決が下った。				
その後の対策（経緯や現状など）： この事件を契機に、食品添加物行政の大改革が行われた。障害のある被害者は知的発達障害が最も多く、肢体障害、精神障害、てんかんの順になり、重複障害に今もなお苦しんでいる。このうち、何らかの介護を必要とする被害者は、手当対象者の半数以上を占め、同居している親の高齢化等に伴い家庭内の介護力の低下が問題となっている。				

No.4	事件名	水俣病	
発生年度	1956年（水俣湾周辺） 1965年（阿賀野川流域）	地域	熊本県水俣湾周辺、新潟県阿賀野川流域
事件の被害規模	熊本・鹿児島：2,265人、新潟：690人（うち1,784人が死亡／2001年3月末） 上記以外の未認定患者：10,072人（2001年2月）		
事件の原因	水俣病は、化学工場から海や河川に排出されたメチル水銀化合物を、魚、エビ、カニ、貝などの魚介類が直接エラや消化管から吸収して、あるいは食物連鎖を通じて体内に高濃度に蓄積し、これを日常的にたくさん食べた住民の間に発生した中毒性の神経疾患である。		
事件への初動： 熊本県や奇病対策推進委員会の依頼を受けて熊本大学医学部が調査に取り組み、1959年有機水銀説を確認するために水俣工場の排水や海底の泥、魚介類を調査したところ、水銀が検出された。（1958年、水俣を訪れたイギリス人神経学者マッカルパインが、水俣病はイギリスの有機水銀中毒例によく似ていると指摘した→有機水銀説）			
事件の経緯：			
<ul style="list-style-type: none"> ・1932年 水俣工場でアセトアルデヒド生産工場からメチル水銀流出 ・1941年 水俣工場で塩化ビニール生産工場からメチル水銀流出 ・1953年 水俣病第1号患者が発病。（後年、1942年から水俣市月の浦で水俣病患者が発生していたことが判明する） ・1956年 熊本大が水俣病伝染病説を否定、原因を工場排水と指摘 ・1957年 「水俣病」と呼ばれるようになる ・1963年 入鹿山熊大教授、水俣工場排水中から有機水銀検出 ・1965年 新潟水俣病（第2水俣病）の発生が公式に確認される ・1968年 政府が水俣病を公害病と正式に認定 ・1969年 患者138名がチッソ（旧新日本窒素）に損害賠償を求めて提訴（1次訴訟） ・1971年 新潟水俣病訴訟で、新潟地裁が患者勝訴の判決 ・1973年 水俣病1次訴訟で、熊本地裁が患者被害者の勝訴判決 ・1987年 3次訴訟で熊本地裁、水俣病の国と県の責任を認める判決 ・1988年 最高裁、チッソ元社長と工場長の上告を棄却し、有罪確定 ・1992年 東京地裁、水俣病における国と県の責任否定の判決 ・1994年 大阪地裁、水俣病における国と県の責任否定の判決 ・1996年 水俣病患者とチッソ、政府解決案による和解 			
取られた具体的対策： 政府は水俣病の政治責任を認めていない。チッソは水俣病患者の賠償金支払いや水俣湾の公害対策費用の負担などで、累積赤字が2000億円を越えた。チッソが経営危機に陥り、水俣病患者への賠償金の支払いが不可能になったため、熊本県は水俣病患者救済を最終目的として、県債の発行の形でチッソを救済した。			
裁判や和解の結果： 水俣病関連の裁判には、①被害者がチッソに損害賠償や医療費などを請求した民事訴訟②被害者が国・県に早急な被害認定を求めた行政訴訟③チッソの元幹部の水俣病発生責任などを問う刑事訴訟がある。提訴前には水俣病の責任の所在が不明確であったが、民事訴訟の結果として加害企業チッソの責任が明確になった。行政訴訟では企業を擁護して患者を救済しなかった行政を断罪し、患者救済を急がせた。刑事訴訟では加害企業チッソが水俣病の原因を知りながら有機水銀を排出し、胎児性水俣病を発症させたが、その責任は社長と工場長の刑事罰が相当するとした。			
その後の対策（経緯や現状など）： 新たな水俣病の発生を防ぎ、治療法を研究するため、1978年に国立水俣病研究センターが設立されて、1986年にはWHOの協力機関に指定された。1996年には水俣病の具体的対策にとどまらず、環境問題全般と関連づけて研究する方向に進むため、国立水俣病総合研究センターに改組された。水俣市は、1993年に水俣病の悲惨さを後世に正しく伝えるため、水俣市立水俣病資料館を設立した。水銀に汚染された水俣湾58haは埋め立てられ、環境と健康をテーマにした公園緑地としての整備が進められている。			