

2. 考察

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 0157 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 0157 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 ヶ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。確たる原因は未だ判明していない。新興感染症である 0157 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、0157

は、その後、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) 短期間での被害の拡大

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（薬害系）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、健康危機管理の不備を露呈した。

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未整備によ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、ヒトへの影響を予期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、一般国民の食の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0157事件が挙げられる。前述の病原性大腸菌0157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。

3. 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係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係る情報を収集し、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。

4. 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. 健康危機管理事件発生時の公的情報提供と報道内容の格差に関する分析結果と考察

前章において、健康危機に伴う国民不安を拡大させる要因の一つとして「風評」を指摘したが、近年では、0157事件、BSE事件において発生した。ここでは、両事件における公的情報提供と報道内容を比較し、双方の情報に格差（ここでは風評と同義と見なす）が生じた出来事とそれが発生した契機の抽出を行った。この結果を以下に示す。

1. 結果

(1) O157 事件（堺市児童集団感染）

1) 事件概要

1996年7月13日10時頃に、堺市立堺病院より「7月12日の夜間診療で下痢、血便を主症状とする小学校の患者10名を診察した」との通報が堺市環境保健局衛生部にあった。

保健所は、他の医療機関からも同様の情報が寄せられていたことから、直ちに調査を実施したところ、255名の学童が下痢等を訴えて医療機関を受診していたことが判明した。

これを受け、13日15時に同市環境保健局長とする「堺市学童集団下痢症状対策本部」を設置し、情報収集、医療体制確保、原因究明等の活動を開始した。

13日夜から14日にかけて、激しい腹痛、下痢、血便を訴える学童患者は増加を続け、市内の病院、診療所、急病診療センターで2千数百名が受診し、救急用ベッドが満床となり、堺市医師会、大阪府医師会をはじめ市内外の医療機関に応援を要請する事態にまで発展した。

14日に、本市衛生研究所において、複数の有症者の検便から腸管出血性大腸菌0157（以下、0157という）を検出し、原因菌と断定した。その後も、感染した患者数が増加したことから、16日に市長を対策本部長とした対策本部を設置し、全庁あげて取り組む体制を確立した。

0157に感染した市民等は、8月まで断続的に発生したが、9月に入り感染は収束した。しかし、最終的に堺市内では約9,500人が感染し、このうち3人が死亡するに至り、世界的に類を見ない大規模な食品災禍事件となった。

2) 関係行政機関による情報提供

① 堺市

この事件の間、0157の感染拡大の抑制、患者や被感染者の不安軽減等を目的に、対策本部を中心に0157に関する情報提供や広報活動を行った。

a) 医療機関に関する情報提供

夜間に診療可能な病院について、関係機関や問い合わせてきた市民に情報を提供するとともに、ケーブルテレビ、ファックスでも情報提供を行った。

b) 医療ホットラインの開設

市民の相談に応じるために、24時間体制で医療相談ホットライン（電話20台）を開設した。また、在住外国人からの相談に対応するため通訳者を交えた電話相談ホットラインを併設した。

初期の段階では、主に症状に対する問い合わせに対応し、入院患者が退院し始めた段階から、子供の人権問題についての相談に対応した。ホットラインは、約2ヶ月半（7/15～9/30）にわたり開設され、18,319件の問い合わせ等に対応した。

c) 保健婦による情報提供

二次感染を防止するため、有症状学童等家族を対象者別に分け、約半月（7月20日～8月9日）をかけて、順次家庭訪問を行った。

この後、8月10日から、患者発生数の多い小学校から順次訪問し二次感染防止、健康教育等を行った。

d) 広報活動

0157に対する市民等の理解を促進するために、次の広報活動を実施した。

ア) 広報車による啓蒙活動（7月18日から8月12日）

イ) セスナ機による啓蒙活動（7月18日及び7月28日）

ウ) テレビ等メディアによる啓蒙活動（堺ケーブルテレビ・テレビ大阪・ラジオ大阪等）

エ) 啓蒙用マグネット（車用）による啓蒙活動

オ) 二次感染防止チラシの配布（新聞折り込み等で配布。7月19日、7月23日、7月26日、8月8日の4回に分け、計188.4万枚を配布。）

か) 啓発冊子の配布（8月26日、約40万部を印刷し全世帯、関係団体に配布）

このような情報提供や広報活動を展開したが、O157の感染力が強いことや感染経路の特定が困難なこともあり、不安が広がったり、過剰ともいえる反応が発生した。具体的には、有症状児童が回復後も「感染するから」といじめられたり、感染していなくても堺市民ということで「旅館・ホテルから宿泊を断られた」、「勤務先から退職・休職を言い渡された」などの差別的な扱いを受けたりするなどの事態が発生した。

② 厚生省

厚生省は、O157の感染状況に関する調査結果について、8月7日（中間）、9月26日（最終）の計2回公表した。この公表結果は報道機関で大きく取り扱われ、特に、8月7日に厚生省が行った調査結果の中間発表では、「カイワレ大根が原因の可能性も否定できない」ことが公表されたことから、新聞各紙の報道が過熱した。

この報道を契機にカイワレ大根の出荷が激減するなど、社会的な関心が高まることとなった。

表 3 O157 事件で発生した主な出来事と関係行政機関の主な対応

月日	出来事	関係行政機関の対応	
7月13日	・ 小学校255名の学童が下痢等と受診	・ 学童の集団食中毒を疑い調査を開始	堺市
7月14日	・ 患者便からO157を検出し、原因菌と断定 ・ 堺市内の病院等に2千数百名が受診	・ 関係機関への情報提供と市民からの問い合わせに対応 ・ ケーブルテレビ、ファクシミリでも情報提供	堺市 堺市
7月15日		・ 医療相談ホットライン件数 ・ 小学校、幼稚園、保育所等の施設の消毒の実施（～8月2日）	堺市 堺市
7月16日	・ 患者が4000人を超過 ・ 患者の退院開始を契機に、子供の人権問題についての相談が増加 ・ 「旅館・ホテルから宿泊を断られた」「勤務先から退職・休職を言い渡された」などの扱いを受ける事態が発生	・ O157対策本部設置	堺市
7月17日	・ 二次感染と見られる患者確認		
7月18日		・ 広報車による啓蒙活動（～8月12日） ・ セスナ機による啓蒙活動	堺市 堺市
7月19日		・ 二次感染防止チラシの配布（第1報）	堺市
7月20日		・ 二次感染防止のために、有症状学童等家族の家庭訪問（～8月9日）	堺市
7月21日	・ 患者が6000人を超過	・ 無料検便の実施（～9月13日）	堺市
7月23日		・ 二次感染防止チラシの配布（第2報）	堺市
7月24日	・ 女子児童（10歳）が死亡		
7月26日		・ 二次感染防止チラシの配布（第3報）	堺市
7月28日		・ セスナ機による啓蒙活動	堺市
8月3日		・ 「感染児童らへのいじめ」との報告を受け、対策会議を開催	堺市
8月4日		・ 消毒液の配布（～8月5日）	堺市
8月6日		・ 指定伝染病に指定	厚生省
8月7日		・ 原因究明の調査結果（中間報告）を発表	厚生省
8月8日		・ 二次感染防止チラシの配布（第4報）	堺市
8月10日		・ 患者発生数の多い小学校における健康教育等を実施。	堺市
8月11日		・ 消毒液の配布	堺市
8月16日	・ 女子児童（10歳）が死亡		
8月18日		・ 消毒液の配布（～8月19日）	堺市
8月25日		・ 消毒液の配布（～8月26日）	堺市
8月26日		・ 啓発冊子の配布	堺市
9月15日	・ 被害者の会結成		
9月26日		・ 原因究明の調査結果（最終報告）を発表	厚生省

3) 情報格差が発生した出来事と契機

0157事件では、後述のBSE事件と比較し、大きな情報格差は生じなかったものの、次に掲げる主要な出来事(2事例)では、関係行政機関が提供した情報と異なった論調で報じられた。この事例について、以下に示す。

① カイワレ大根が感染源である可能性についての公表(1996年8月7日)

1996年8月7日に、当時の厚生省(現厚生労働省)は、堺市内の学童の間で発生した0157集団感染(以下、堺市学童集団感染)について中間報告を発表し、この中でカイワレ大根が感染源である可能性を示唆した。

この報告の中で、厚生省は、カイワレ大根の納入先、生産施設での0157検出結果、DNAのパターン解析結果など複数の状況から、カイワレ大根が感染源である可能性に言及するとどまり、その特定については今後の調査結果を待つことを示した。(表4参照)

この公表を受け、新聞各社は、カイワレ大根が感染源である可能性について、1面に掲載し報じた。このうち、ある新聞社は、読者に「感染源が特定した」との印象を与えかね

ない報道を行った。

② 感染源に関する最終発表(1996年9月26日)

1996年9月26日に、厚生省は、堺市学童集団感染の原因に関する調査結果を報告した。

この報告では、汚染源・汚染経路の特定はできなかったことを明記した上で、感染源として疑われる非加熱食材の絞り込み、生産過程における問題発生の可能性の検討、有症者から検出されたDNAパターンの検出等の結果から、特定施設で生産されたカイワレ大根が感染源である可能性が高いことを指摘した。

(表5参照)この報告書の結語として、厚生省は、農水省の指導によりカイワレ大根の安全性が確保されていることを述べた。

これを受け、新聞各社は、カイワレ大根が感染源である可能性について、1面や社会面などで報じた。このうち、ある新聞社は、読者に「カイワレが感染源である」との印象を与えかねない報道を行った。

表4 厚生省(現厚生労働省)の中間報告と報道内容

厚生省の中間報告(要旨)	国内主要紙の報道(見出し)
<p>【調査結果】</p> <p>①同一生産施設で生産されたカイワレ大根が納入されている。</p> <p>②生産施設への立ち入り検査を実施したが、0157は検出されなかった。</p> <p>③老人ホームの食中毒事例で、昼食メニューに使われたカイワレ大根は当該生産施設が卸業者を通じて提供していた。</p> <p>④0157のDNAパターン解析を行った結果、堺市と老人ホームの菌が同一の物である可能性が高い。</p> <p>【結論】</p> <p>⑤カイワレ大根については、原因食材とは断定できないが、その可能性も否定できない。</p>	<p>読売：「0157」カイワレが原因かー給食で共通の食材【夕刊1面】</p> <p>朝日：カイワレダイコンの可能性ー給食で共通の食材【夕刊1面】</p> <p>毎日：カイワレ大根の可能性もー生産施設も検査へ【夕刊1面】</p> <p>日経：カイワレ大根の疑いー厚相報告 納入業者を調査へ【夕刊1面】</p> <p>産経：感染源はカイワレ大根ー厚生省が可能性指摘【夕刊1面】</p>

表 5 厚生省（現厚生労働省）の最終報告と報道内容

厚生省の最終報告（要旨）	国内主要紙の報道（見出し）
<p>【調査結果】</p> <p>①汚染源、汚染経路の特定はできなかった。</p> <p>②疑わしい共通の非加熱食材が特定の生産施設のカイワレ大根のみ。</p> <p>③生産過程における温度管理の不備により問題が発生する。</p> <p>④有症者の0157のDNAパターン的一致。</p> <p>【結論】</p> <p>⑤詳細な分析結果も含めて総合的に判断すると、原因食材としては特定の生産施設から7日、8日及び9日に出荷されたカイワレ大根が最も可能性が高いと考えられる。</p>	<p>読売：カイワレ「95%」クロ 農水省は疑問の声【夕刊23面】</p> <p>朝日：特定のカイワレの疑い濃厚【夕刊1面】 「カイワレ濃厚」のまま集結—業者ら憤り【夕刊27面】</p> <p>毎日：原因食材、カイワレ大根が最も可能性が高い【夕刊1面】</p> <p>日経：再発防止、大きな課題—汚染過程はいぜん不明【夕刊19面】</p> <p>産経：厚生省最終結論きょう発表—感染源やはり「カイワレ濃厚」【夕刊27面】</p>

4) 司法による判断

業界団体であるかいわれ協会と第三者の生産農家は、これらの一連の報道による被害に対する損害賠償を国に求める訴訟を東京地裁にて起こした。

東京地裁は、平成13年5月に判決を下し、国の責任を否定した。しかし、東京高裁における控訴審判決（平成15年5月）では、国の賠償責任が認められ、国による上告受理の申し立ても最高裁において不受理の決定（平成16年12月）がなされたことで、国の賠償責任が確定した。

東京地裁、東京高裁の判決ともに、中間報告、最終報告の公表目的に違法性が無いことを認めたものの、東京高裁判決では、その意義を「報道を介することにより、情報の伝達範囲は格段に拡大されるものの、それだけのことである」とし、「カイワレ大根が原因食材との可能性を否定できない」と公表すれば、「（カイワレ業者が）困難に陥ることが容易に予測できた」、すなわち報道機関による報道の過熱を予見できたことが違法性の判断理由となっている。これを翻せば、生産農家以外のカイワレ生産農家の被害は、前述のような行き過ぎた報道によることを高裁は認めたと言える。

(2) BSE 事件

1) 事件概要

2001年9月10日に、国内で初めてBSE感染牛が千葉県で発見された。これを受け、9月12日には、農水省が緊急全戸全頭調査や飼料製造工場への緊急立ち入り検査を開始した。

しかし、この直後（14日）に、農水省が「焼却処理した」と発表したBSE感染牛がレンジリング処理されていた事実が農水省より発

表され、関係行政機関に批判的な立場を取ったり、不信感を示したりする報道が増加した。

また、禁止されていた肉骨粉を使用した農家が多数いた事実が判明するなどの出来事が発生し、牛肉を中心に関連食品の摂食を不安視する報道が連日なされた。

このような中、10月11日に、厚労省が食品衛生検査所職員を対象に実施したスクリーニング検査方法の研修中に、練習用検体から「スクリーニング検査において陽性」の検体を偶然発見した。この結果報告を厚労省から受けた東京都は、翌12日に、国内2頭目のBSE感染牛が発見された疑いがあることを公表するとともに、東京都中央卸売市場食肉市場でと畜された牛の枝肉・内臓の販売自粛と自主回収を実施することを発表した。

同日、厚労省による確定検査の結果、当該牛は感染しておらず「擬陽性」であったことが判明したが、直前までの報道の余波を受け、関係行政期間の対応を不満視する報道が過熱した。

これを契機に、牛肉や乳製品をはじめ、牛肉由来成分を利用した商品の買い控えが大きく助長されることとなった。その後も、BSE感染牛が相次いで発見されたり、雪印食品の牛肉偽装事件が発覚するなどの出来事が続き、牛関連製品に対する不信感が払拭されず、これらの製品の売上低迷が長期化することとなった。

2) 情報格差が発生した出来事と契機

BSE事件では、2001年10月11日のスクリーニング検査研修中に判明した「スクリーニング検査陽性」について、関係行政機関が提供した情報と異なる内容が報じられた。ここでは、この出来事に係る関係行政機関の情報提

供と国内主要紙が報じた記事の内容を整理する。

この出来事は、厚労省が食品衛生検査所職員を対象に実施したスクリーニング検査研修の中で、都中央卸売市場食肉市場で解体された検体の一つがスクリーニング検査陽性を示したことを受け、都がBSEに感染したと疑われる牛が発見されたことを公表したことに端を発した。前述のとおり、同日に厚労省が「陰性」との確定検査結果を発表したが、関係行政機関の間でスクリーニング検査結果の公表が不統一であったことに加え、検査結果が覆されたことが影響し、直後から混乱した報道が続いた。具体的には、次のとおりである。

① スクリーニング検査結果を公表しなかったことに対する批判報道

スクリーニング検査は、検査対象の絞り込みをねらいとし、感染の確定を目的としていない。このため、この検査結果と確定検査結果が異なるケースも多く、このことが消費者等の混乱を招く可能性が高い。このことから、スクリーニング検査結果を公表することは必ずしも適切と言えず、厚労省は、この判断からスクリーニング検査結果を公表しなかった。

しかし、主要紙の多くは、公表を控えたことが公表を控えたことを理由に批判的な報道を行ったり、関係行政機関の連携不足や結果が覆ったことを不安視する報道を行ったりした。

② 「擬陽性」と「疑陽性」と混同した報道
スクリーニング検査で陽性反応をした検体は、最終的に「陰性」と確定し、「擬陽性」（陽性を装った陰性）であったことが判明した。

しかし、主要紙の多くは、スクリーニング検査陽性の段階から「擬陽性」（感染が疑われるもの）という用語を使い報道したり、同様の誤解に基づいた報道がなされたりした。初期の報道の中には、スクリーニング検査陽性を「陽性」と誤認し、「狂牛病と確認された牛」と報じている例もあった。

このような混同した報道は、当該牛の陰性確定後も続き、厚労省がスクリーニング検査陽性を公表しない方針を再度示した時点（10月17日）においても散見され、牛関連製品に対する消費者等の不安感を助長したものと推測される。

表 6 BSE 事件で発生した主な出来事と関係行政機関の主な対応
(BSE 感染牛の発見～報告書発表まで)

年	月	出来事	発生日	対応	発表日
2001年	9月	・千葉県でBSE陽性牛発見	9月10日	・農水省がBSE緊急全戸全頭調査開始	9月12日
		・農水省が該当牛がレンダリング処理されていたことを公表	9月14日	・農水省が飼料製造工場に緊急立入検査 ・農水省がBSE関連緊急対策(第一次)公表 ・牛等反すう動物由来たん白質を含む牛用飼料の製造・販売・牛への給与を禁止	9月18日
		・英国獣医研究所の検査で該当牛がBSEであることが確定 ・肉骨粉、新たに3道県(北海道・群馬・長野)で飼料に使われていたことが判明	9月21日	・農水省、肉骨粉の輸入、国内での流通を10/4より一時ストップを発表	9月30日
	10月	・全頭検査導入に向けたスクリーニング検査研修中に擬陽性の牛が判明 ・該当牛が陰性であることが判明	10月11日 10月12日	・厚労省が全頭スクリーニング検査の開始 ・厚労省が加工食品の特定危険部位使用、混入自主点検中間公表 ・農水省がBSE関連対策の大枠の公表 ・「BSE問題に関する調査検討委員会」発足	10月18日 10月24日 11月16日
		11月	・北海道で2頭目のBSE陽性牛発見 ・当該牛がBSE確定	11月21日	
	12月	・埼玉で3頭目のBSE牛発見	12月2日		
2002年	1月	・雪印食品が豪州産牛肉を国産牛に偽装	1月23日		
	2月	・牛肉卸売価格 1kg ¥393まで下落			
	3月			・BSE調査検討委員会報告書の原案の全文公開	3月21日

資料:農林水産省の記者発表資料より作成

表 7 「スクリーニング検査陽性」に関する国内主要紙の報道状況

区 分	代表的な報道(見出し、要旨) [報道紙、掲載日]
①スクリーニング検査結果の公表に関する報道	<ul style="list-style-type: none"> ●情報開示を十分に [読売、10/13] <ul style="list-style-type: none"> ・ 消費者団体、行政の後手の対応が消費者の不安の高まりの原因 ●疑惑公表めぐり厚労省あたふた <ul style="list-style-type: none"> ・ 混乱を招かないように選択した行動の結果、逆に大混乱 [朝日、10/13] ●後手後手 消えぬ不安 [毎日、10/13] <ul style="list-style-type: none"> ・ 東京都知事、国の対応の遅さに批判 ●騒ぎ広げる無責任な行政 [日経、10/13] <ul style="list-style-type: none"> ・ 行政に必要なのは検査結果の公表と機敏な対応 ●ちくはぐ行政 検査体制も課題 [産経、10/13] <ul style="list-style-type: none"> ・ 疑陽性発見の可能性を認識していた厚労省は発表に遅れ
②「擬陽性」と「疑陽性」と混同した報道	<ul style="list-style-type: none"> ●狂牛病の疑い 都内で1頭 [読売、10/12] <ul style="list-style-type: none"> ・ 中央卸売市場食肉市場の解体牛に狂牛病の疑い ●狂牛病2例目の疑い [朝日、10/12] <ul style="list-style-type: none"> ・ 狂牛病の疑いのある牛が発見 ●「シロ」「クロ」どっち [毎日、10/12] <ul style="list-style-type: none"> ・ 狂牛病の疑いのある牛の延髄が都内で発見 ●狂牛病の疑い新たに1頭 [日経、10/12] <ul style="list-style-type: none"> ・ 都、食肉市場で解体した牛1頭に狂牛病の疑いがあると発表 ●東京でも狂牛病の疑い [産経、10/12] <ul style="list-style-type: none"> ・ 狂牛病と確認された牛は生後30ヶ月以下、検査員が「疑陽性」と判断

2. 考察

(1) 情報格差の類型

0157事件、BSE事件で発生した関係行政機関と報道機関の間における主な情報格差を整理すると、次の2つの類型に分けられる。

1) 事実の捉え方の違いにより発生する格差

関係行政機関と報道機関の間で事実の捉え方が異なり、双方が提供する情報の内容に格差が生じる。

2) 報道機関が情報を取捨選択することで発生する格差

報道機関が、関係行政機関が提供する情報について、報道機関のねらいや紙面・時間等の制約から、情報を取捨選択し報道することで、関係行政機関の認識と異なる内容で報じられる。

以下では、これらの情報格差が生じる要因について、前章の事例分析の結果を参考に、考察する。

(2) 情報格差の発生要因

1) 事実の捉え方の違いにより発生する格差

① 事実認識の違い

BSE事件の「スクリーニング検査陽性」のように、専門性が高く、かつ混同しやすい類似概念（BSE事件では「疑陽性」）が存在する事実が報道される場合、一般的な読者や視聴者でも理解できるように分かり易い言葉や概念に置き換えられることがある。この過程で、報道機関において事実の理解が不十分であったり、類似概念と混同したりする事態が生じると、関係行政機関が認識する事実と異なった内容で報道される可能性がある。特に、新しい事実や専門性の高い事実では、置き換えが行われやすいことから、これらに係る情報を提供する際には、前述の要素（専門性の高さ、類似概念の有無）に配慮する必要があると考えられる。

② 事実の簡略化

新たな事実、常識では理解できない事実が

発生した場合、報道機関は、既存の知識や常識を援用し、一般的な読者や視聴者でも理解できるように簡略的に報じることがある。この簡略化の過程で、不適切な用語が使われたり、説明が不足したりする事態が生じ、事実が実体と異なった内容で報じられることがある。例えば、BSE事件では、たんぱく質（異常プリオン）が病原体であるという新事実を分かりやすく伝えるために、「異常プリオンにより伝染する」といった事実と異なる報道がなされた。

ただし、報道時点では事実が明確ではない場合もあることから、必ずしも報道機関に起因した問題と言えない点には留意が必要である。

2) 報道機関が情報を取捨選択することで発生する格差

① 世論に受け容れられやすい表現の選択

報道機関は、読者や視聴者の関心を惹くために、見出しを中心に、世論に受け容れやすい表現を用いて報道することが多い。関係行政機関が提供する情報に係る報道もこの例外ではない。0157事件では、旧厚生省の調査結果に係る報道の中で、感染源を特定していないにもかかわらず、感染源をカイワレ大根とほぼ断定した見出しが掲載されたが、この背景には、0157の感染源が判明せず不安を高まっている読者に対し「安心感を与えたい」という報道機関の意図があったものと推測される。関係行政機関が提供する情報が的確に報道される可能性を高めるためには、世論の関心が報道に与える影響を十分に考慮し対応すべきであると考えられる。

② 内容の単純化

報道機関は、報道内容をより分かり易くするため、事実を単純化して報道することがある。例えば、読者や視聴者にとって分かり易い内容とするため、関係者を「善・悪」に二分し、関係を単純化して報道する例などが挙げられる。0157事件の「スクリーニング検査陽性」の公表直後の報道で見られた『「シロ』『クロ』どっち』といった見出しは、この一例である。このような傾向は、短時間での報道が求められるテレビのニュース報道で顕著である。健康危機発生時には、情報が未確定な段階から情報提供を求められることから、可能な限り分かり易い枠組みで問題を提示することが必要であると考えられる。

E. 結論

1. 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

大規模健康危害の事例だけをとりあげても、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の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。

2. 健康危機管理事件発生時のリスクコミュニケーション

関係行政機関と報道機関の間で発生する情報格差の発生要因の多くは、報道機関に依存する。しかし、関係行政機関も対応を改善したり、報道機関への働き掛けで工夫をすることで、情報格差が発生する可能性を低減することは可能である。現時点で想定される対策を以下に示す。

① 報道関係者との日頃からのコミュニケーション

2004年1月に79年ぶりに山口県で発生した高病原性鳥インフルエンザ(H5N1)事件では、0157事件やBSE事件と比較し、各報道機関が冷静に対応し、報道の過熱化が回避された。この背景には、関係行政機関と報道関係者が定期的に情報交換を行ってきた経緯があった。

健康危機の管理に係る技術行政を理解するためには、専門的な知識が必要とされる。健康危機の発生時に、関係行政機関と報道関係者の間で事実認識の相違が発生しないように、日頃からこれらの知識を共有しておくことが重要である。このため、マスコミ定例ミーティングや記者会見、デスクや編集委員との勉強会を開催するなど、報道関係者と日頃からコミュニケーションを図るよう努めることが望ましい。

② 正確な情報伝達

関係行政機関が提供した情報が、内容が変わることなく読者や視聴者に報じられるためには、まず報道記者や報道機関内部（編集者等）に正確に伝わるのが重要である。このため、記者発表など一次情報を提供する場面において、専門用語への注釈の付記、用語集の添付など、報道関係者にとってわかりやすい情報提供に努めることが望ましい。

③ 発信情報の一元化

健康危機の発生時には、その管理に組織内の複数部局、複数行政機関が関わることになる。BSE事件における「スクリーニング検査陽性」の公表の取扱いで混乱した例に見るとおり、関係行政機関から提供される情報が統一され、相互に齟齬が発生しないことが重要である。このため、関係行政機関の間で報道機関に提供する情報を共有するとともに、情報広報室や広報官を設置し、報道機関との窓口を一元化することが望ましい。

F. 研究発表

1. 論文発表

無し

2. 学会発表

無し

G. 知的所有権の取得状況

無し

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	<p>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。)</p>			
事件の原因	<p>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。</p>			
<p><u>事件への初動：</u> 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。</p>				
<p><u>事件の経緯：</u></p> <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 				
<p><u>取られた具体的対策：</u> 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。</p>				
<p><u>裁判や和解の結果：</u> 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。</p>				
<p><u>その後の対策（経緯や現状など）：</u> 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。</p>				

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、スモンの原因はウイ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。ここでウイ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（原因はウイルスとされた） ・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缶に疑いをもち、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、一斉検診と治癒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らず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。				

No.5	事件名	四日市喘息		
発生年度	1959年	地域	三重県四日市市	
事件の被害規模	多い時には約 1140 人（1975 年）			
事件の原因	石油化学コンビナートの中心地四日市市磯部地区で、工場の排煙中の粉塵や亜硫酸ガスなどで日常的に大気が濁り、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がみられた。			
事件への初動： 1960 年代、公害対策の法が存在しないために公害対策ができない、として行政的対策が遅れた。				
事件の経緯： <ul style="list-style-type: none"> ・1952 年 三重県四日市市の陸海軍燃料廠跡に石油企業が進出 ・1959 年 接触改質装置など、石油化学工業の技術革新が進む 中部電力が四日市に大型石油火力発電所を建設 塩浜に隣接する磯津地区で、煤煙による喘息患者が多発 ・1962 年 煤煙規制法が制定されたが、地域指定は延期された ・1963 年 四日市市午起地区に第二コンビナートができる ・1964 年 黒川調査団が四日市を煤煙法指定地域とすることを報告 ・1965 年 四日市市が独自に喘息患者認定制度を発足させる ・1966 年 閣議で四日市が煤煙法指定地域に決定される ・1967 年 磯津地区の喘息認定患者 9 名が慰謝料を求めて提訴 公害対策基本法が制定される ・1969 年 被害者救済法（公害対策基本法の実施法）が制定される ・1971 年 環境庁が発足 ・1972 年 津地裁四日市支部判決で喘息患者側勝訴 ・1973 年 公害健康被害者補償法が制定される 第一次石油危機。石油業界が一時的に活況を呈する ・1988 年 大気汚染患者は公害健康被害者補償法の認定外にされる ・1997 年 石油業法の適用緩和により石油製品の輸入が自由化される 				
取られた具体的対策： 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、四日市公害に関する勧告を政府に提出した。四日市市条例が制定され、高度障害者の入院援助対策がなされた。				
裁判や和解の結果： 喘息患者 9 名が、1967 年 9 月、大気汚染が喘息の主原因であるとし、コンビナート 6 社に 2 億 58 万円の慰謝料を求めて提訴した。被告企業のコンビナート 6 社とは、三菱油化・三菱化成・三菱モンサント化成・昭和四日市石油・石原産業・中部電力である。1972 年 7 月 24 日、津地裁四日市支部は被告 6 社の亜硫酸排出濃度は規制値以下であるとしても、6 社の工場を大気汚染の共同不法行為とみなし、慰謝料として 8821 万円の支払いを命じた。被告企業 6 社は経済団体や政府の説得で控訴を断念し、患者側の勝訴が確定した。				
その後の対策（経緯や現状など）： 現在も公害認定患者がおり（600 人／2001 年）、中には今も発作で苦しんでいる人もいる。その後 1988 年 3 月～12 月に認定制度が廃止された。				

No.6	事件名	尼崎喘息（尼崎公害）		
発生年度	1960～1970年代	地域	尼崎市	
事件の被害規模	5,682人（昭和62年ピーク時）			
事件の原因	大気汚染をひきおこす主な物質はSOx（硫黄酸化物）やNox（窒素酸化物）であり、これらは、工場から排出される排ガスおよび自動車による排気ガスに含まれる。尼崎市においては、時代の移り変わりとともに工場からの排ガスから自動車の排気ガスによる大気汚染が深刻化し、「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ている。			
事件への初動： 昭和41年に国設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、自動車排出ガス、騒音、台数測定所を逐次設置し、工場の発生源監視も含めて、テレメーター化して、ミニコンピューターによる常時監視を続けている。				
事件の経緯：				
<ul style="list-style-type: none"> ・1930年代 日本最大の火力発電基地となる 満州事変以降、鉄鋼業もめざましく発展して、阪神工業地帯の重要拠点となるが、同時に河川汚濁・大気汚染・地盤沈下などの公害をもたらし、公害に反対する住民運動が盛んに行われるようになる ・1945年 太平洋戦争末期には南部を中心になんども空襲を受け、市民や工場に大きな被害を受ける ・1950年 朝鮮戦争にともなう特需景気により、鉄鋼を中心とする工業都市として復活 ・1963年 国道43号線開通、交通量が激増する。これに伴い、公害が悪化 ・1967年 「公害対策基本法」が成立 ・1969年 「公害にかかわる健康被害の救済に関する特別措置法」が成立 ・1970年 人口増加（55万4千人とピークを迎える） 地盤沈下に加えて大気汚染や騒音などの公害問題が深刻化する ・1973年 第1次オイルショック。工場の転出や閉鎖、人口の減少など、都市としての活力が停滞 ・1980～1990年代 都市環境の整備・保全や市民福祉の充実、産業構造の転換、文化の振興など、市民の生活や意識の変化、時代の要請に応じた施策が進められる ・1988年 公害認定患者が企業9社と国、阪神高速道路公団を相手に神戸地裁に提訴 ・1994年 ガスタンク廃止 ・1995年 神戸製鋼所高炉廃止 ・1999年 企業と和解成立 ・2000年 国・公団との和解成立 				
裁判や和解の結果： 兵庫県南部の臨海工業地帯や幹線道路周辺の公害病認定患者と遺族計498名が、国と阪神高速道路公団と企業9社に工場煤煙や自動車排出ガスによる健康被害に対する賠償を求め、1988年と1995年に提訴した。1999年に企業9社とは解決金約24億で和解。2000年1月の1審・神戸地裁判決は、国と公団の責任を認め、大気汚染公害訴訟ではじめて一定濃度以上の排ガスの排出差しとめを命じた。その後、賠償の対象から外れた原告と、敗訴した国、公団が大阪高裁に控訴、同年12月、原告側が損害賠償と排出差しとめを放棄し、国道43号や阪神高速神戸線の大型車線規制などを盛り込んだ和解案に双方が同意し、和解が成立した。				
その後の対策（経緯や現状など）： 和解後2年半を経過しても汚染実態は環境基準がなお未達成であるなど、依然として改善されていない状況であったため、被害者らは国と阪神高速道路公団を相手に総務省公害等調整委員会（公調委）にあっせん申請を行った。公調委は大型車の交通量削減に向け、国側が運行実態などの調査を実施し、その結果を基に規制の可否検討を警察庁に要請することなどを盛り込んだあっせん案を提示し、住民側と国側の双方が受諾した。公害紛争で初めてあっせんが成立した。あっせん事項は次の通り。 ①大型車の交通量低減のための総合的な調査の実施②環境ロードプライシングの試行③大型車の交通規制の可否の検討に係る警察庁への要請④連絡会の運営の円滑化⑤関係機関等との連携の推進				

No.7	事件名	サリドマイド事件	
発生年度	1961年～1962年	地域	日本および西ドイツやイギリス、スウェーデン、イタリア等ヨーロッパ諸国、ブラジル
事件の被害規模	西ドイツ 3049, 日本 309, 英国 201, カナダ 115, スウェーデン 107, ブラジル 99, イタリア 86、全世界で 3900 例と報告され、30%の死産があったので総数は 5800 と推定されている。		
事件の原因	被害者は、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、薬の影響を受け、四肢や耳に先天的な障害を受けた。		
事件への初動：			
<p>1961年11月、ドイツにおいてサリドマイドを服用した妊婦から独特の奇形を持った胎児が生じることが明確化され、翌12月に勧告を受けてからもなお、大日本製薬は販売を続けた。また厚生省も1962年2月に亜細亜製薬のサリドマイド剤「パングル」を認可するなど、世界の大勢と逆行する政策をとった。大日本製薬が販売停止・回収に踏み切ったのは1962年9月になってからであり、厚生省も被害調査を開始した。</p>			
事件の経緯：			
<ul style="list-style-type: none"> ・1957年10月1日 コンテルガン発売開始、西ドイツ ・1958年1月20日 イソミン発売開始、日本 ・1960年8月 プロバンM発売開始、日本 ・1960年 重症の四肢奇形が西ドイツで増加 ・1961年11月18日 ハンブルク大学のW・レンツが小児科学会で四肢奇形児とサリドマイド剤の関係を明確に指摘「レンツ警告」 ・1961年11月27日 コンテルガン発売停止および回収開始 ・1961年12月5日 グリュネンタール社の勧告が大日本製薬に届き、翌日厚生省と大日本製薬がレンツ報告について協議するも販売続行を決定 ・1962年2月21日 厚生省は亜細亜製薬のサリドマイド剤「パングル」に製造許可を付与 ・1962年2月22日 「タイム」紙がサリドマイド被害の記事を掲載 ・1962年3 or 4?月 製造販売をやめない大日本製薬に対してグリュネンタール社が警告 ・1962年9月18日 イソミン、プロバンM発売停止および回収開始 ・1963年6月 患者による損害賠償訴訟提訴 ・1965年11月 63家族、8裁判所に提訴、東京地裁で統一審議 ・1974年10月 裁判が和解し、サリドマイド福祉財団『いしずえ』設置 ・1976年9月 第一回健康管理委員会開催 			
取られた具体的対策：			
<p>1962年5月17日に大日本製薬がイソミンとプロバンMの出荷停止を、24日にはサリドマイド剤メーカー5社がそれぞれの製品の出荷停止を厚生省に申し入れた。その9月13日によろやく大日本製薬などが販売停止・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。厚生省は翌14日、サリドマイドの被害調査を東大・森山教授に依頼した。</p>			
裁判や和解の結果：			
<p>被害者は、1962年年末までに広島・京都などでイソミンの販売と製造許可に対し法務局に人権侵害で訴えたが、翌5月13日、法務省人権擁護局は「侵害の事実なし」と結論。1963年6月28日に大日本製薬を被告として最初の損害賠償請求が名古屋地裁に提訴された。</p> <p>1974年10月13日、全国サリドマイド訴訟統一原告団と国及び大日本製薬との間で和解の確認書を調印、続いて26日には東京地裁で和解が成立した。以後、11月12日までの間に、全国8地裁で順次和解が成立した。</p>			
その後の対策（経緯や現状など）：			
<p>裁判が終わった昭和49年(1974)から22年間、国は先天異常の疫学的調査に取り組んでいない。この一方で、東京都立病産院において先天異常モニタリングが平成9年3月まで行われた。</p> <p>その後、サリドマイドについては研究が行われ、組織を病変させる物質を抑制する働きがあることが解明された。ハンセン病やエイズによる合併症の皮膚病変や、腫瘍、アフタ性口内炎やベーチェット病などの潰瘍を抑制する効果があるとの見解が示された。</p>			

No.8	事件名	カネミ油症事件		
発生年度	1968年	地域	福岡県、長崎県を中心とした西日本一帯	
事件の被害規模	認定患者数：1867人（1993年）（初発届出患者数は15,000人）			
事件の原因	PCBによる大規模な中毒事件。皮膚病を発端に、手足のしびれやいわゆる「黒い赤ちゃん」の確認など深刻な健康被害が相次ぎ、疫学調査の結果、カネミ倉庫社製の米ぬか油（ライスオイル）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。			
<u>事件への初動：</u> 事件の少し前、この油の絞りかすの飼料で数百万羽の鶏が死ぬというダーク油事件が起きていたが、国の縦割り行政の中、人間への被害を予測できずにこの事件は起きた。事件発生後はコメ油の販売を停止し、研究班を結成、原因解明に当たるなどの措置が取られた。				
<u>事件の経緯：</u>				
<ul style="list-style-type: none"> ・1959年11月 カネミ倉庫がコメ油の製造に進出 ・1961年4月 脱臭工程の熱媒体にカネクロールを使用 ・1968年2月 脱臭中に熱媒体のカネクロールがパイプからもれて油に混じる ・1968年3月 鹿児島県畜産課からブロイラー団地で鳥の変死が続発していると報告 福岡肥料飼料検査所にカネミ製のダーク油を使ったものと報告 カネミの現地調査が入る ・1968年4月 ヒトへの健康影響が見え始める ・1968年10月 日本こめ油工業会の調査団が現場視察 コメ油の販売停止。カネミに営業停止命令 厚生省が「油症対策本部」を設置 高知県衛生研究所が有機塩素系物質を検出 ・1968年11月 九大油症研究班、2000～3000ppmのPCBを油から検出。PCB容疑説を発表 ダーク油からもPCB検出 九大研究班がピンホール説を発表 北九州市は食品衛生法でカネミ倉庫を告発 ・1974年 PCBが特定化学物質に指定され、PCBの製造・輸入・使用が、事実上禁止となる ・1987年 鐘淵化学工業高砂工場において液状PCB約5,500tを高温焼却 ・1996年 日本でPCDF化合物の一部がダイオキシン類として認定される ・1999年 日本でPCB化合物の一部がダイオキシン類として認定される ・2003年6月 カネミ油症認定患者の血液中PCDFの濃度の測定結果が発表される（平均で一般人の12.6倍と高濃度に検出された） 				
<u>取られた具体的対策：</u> 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、中毒の本態が解明され、1983年から毎年、1回、油症検討会が開催されている。また、全国の油症患者の検診が毎年、行われているが、その結果を全国的に集計し、その実態を把握する事につとめている。1985年には油症患者の肝臓がん検討会が行われている。1986年には油症治療指針、油症患者の生活指針が作成された。				
<u>裁判や和解の結果：</u> 国や企業を相手に損害賠償裁判を起した。裁判は第1陣、2陣...と数回にわたるが、その内の第1陣と第3陣の約830人は1審、2審判決で農水省の対策の不備を指摘され勝訴し、国は仮払い金として約27億円を払った。しかし、上告審敗訴の噂が広がり原告団は訴えの取り下げを最高裁に提出、国も同意書を提出、国との関係は終了した。				
<u>その後の対策（経緯や現状など）：</u> 2003年、厚生労働省は患者の認定基準について、ポリ塩化ビフェニール（PCB）を中心とした基準を見直し、体内に高濃度で残るダイオキシン類を追加する方針を決めた。最近の調査でPCBが加熱されてできるダイオキシン類の一種で猛毒のポリ塩化ジベンゾフラン（PCDF）の血中濃度が、油症患者では高いことが判明したため。厚生労働省は、PCDFを含むダイオキシン類の血中濃度が高ければ、臨床症状にかかわらず認定する方針を決めた。				