

東京経済大学学術研究センター

ワーキング・ペーパー・シリーズ

2023-E-01

水俣病における補償／福祉のジレンマと政策改善
に関する研究報告書

尾崎寛直・野澤淳史
永野いつ香・除本理史

東京経済大学学術研究センター

ワーキング・ペーパー・シリーズ

2023-E-01

水俣病における補償／福祉のジレンマと政策改善に関する研究報告書

尾崎寛直・野澤淳史

永野いつ香・除本理史

ワーキング・ペーパー・シリーズ

2023-E-01

水俣病における補償／福祉のジレンマと政策改善に関する研究報告書

お ざき ひろ なお
尾崎 寛直 (東京経済大学 経済学部)

の ざわ あつ し
野澤 淳史 (東京経済大学 現代法学部)

なが の い つ か
永野 いつ香 (NPO 法人 はまちどり)

よ け も と ま さ ふ み
除本 理史 (大阪公立大学 大学院経営学研究科)

2023 年 12 月 18 日

東京経済大学学術研究センター

- * 本ワーキング・ペーパーは、学内での共同研究等の議論に供するため、または、執筆者が研究目的で個人的に配布するために、作成されたものである。引用等の利用に当たっては、本ワーキング・ペーパーが完成原稿でないことに十分留意されたい。また、本ワーキング・ペーパーの内容にかかる一切の責任は、執筆者本人に帰するものであり、当センターにおいては関知するところではない。

はしがき

本報告書は、長年にわたり水俣における現地調査と、現地における介護・福祉事業に携わってきたメンバーによる共同調査と研究会をふまえ、研究メンバーの論考と政策提言をとりまとめたものである。(当メンバーによる研究会の名称は、「水俣病補償・福祉研究会」としている。)

「水俣病問題」は、周知のように幾度となく「終わった」とされながら、その度に新たな、あるいは潜在していた課題が噴出し再燃を続けてきた歴史ともいえる。

今回課題としているテーマは、古くて新しい問題である。水俣病被害を受けた当事者らが「いかに生活していくか」はもともと基本的で、日々切実な課題であるにもかかわらず、数々の水俣病認定をめぐる訴訟や賠償の問題の後景に追いやられてきた感がある。しかしながら今日、当事者の大部分が高齢期を迎える時代となり、日々の生活をめぐる福祉的課題がますます顕在化してきており、当事者の暮らしを支える現場にはこうした課題がきわめて深刻にのし掛かっている。

本来、当事者の生活をベースに考えれば、病院や施設で一生を終えるような生活を強いることは不自然であり、彼ら・彼女らが生まれ育った地域で家族とともに在宅生活を送りたいと願うのは何ら不思議なことでもなく、当然の権利である。だが、そのための制度的対応が不足している現実がある。とりわけ、水俣病患者の補償の核心である「補償協定」のように、患者の長期入院・入所が当たり前で在宅介護サービスも普及していなかった時代に形づくられた補償・救済制度は、療養と密接に関連する福祉的ケアについてのフォローアップが足りないまま、医療／福祉制度のタテ割りの壁に躓き、当事者の生活を支え切れていない。補償と福祉のジレンマが生じているのである。

本報告書では、これらの課題を解決するために、各メンバーがそれぞれの専門や現場の知見を生かして問題の根幹をあきらかにし、解決のための視点を提示している。(なお、第4章については2011年2月に発行された論文ではあるが、今日の論点を先取的に整理しており、かつ当時の状況の下での政策提言と今日の状況を比較する意義があるため、再録させてもらった。)最後に、研究メンバー共同により、補償と福祉のジレンマ解消に向けた制度改善のための政策提言を行っている。

本報告書が当事者の当たり前の生活を実現するための議論のたたき台になれば幸いである。

2023年12月
執筆者を代表して
尾崎 寛直

目次

はしがき	……………1
第1章 公害被害補償における医療と福祉——制度間ギャップの解消に向けて—— (尾崎 寛直) ……………3	
第2章 胎児性水俣病患者に対する福祉対策への既存の福祉サービスの「流れ込み」 (野澤 淳史) ……………16	
第3章 水俣病認定制度とチツとの補償協定——福祉の費用負担を事例から論考する—— (永野 いつ香) ……………29	
第4章 水俣病特別措置法と環境・福祉対策の課題——水俣市および水俣・芦北地域の再生・振興の観点から—— (除本 理史・尾崎 寛直) ……………42	
補章 水俣病被害者の補償と福祉のジレンマ解消に向けた政策提言（水俣病補償・福祉研究会） ……………65	
資料 水俣病患者の補償と福祉に関する資料編（野澤 淳史）	
① 「今後の水俣病対策について」 ……………68	
② 「補償協定」 ……………71	
③ 「胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業」 ……………77	
④ 「なじみホームヘルパー等養成支援事業補助金交付要項」 ……………80	

第1章

公害被害補償における医療と福祉

——制度間ギャップの解消に向けて——

尾崎 寛直

はじめに

環境汚染等の人為的な災害に起因する疾病に罹患し、深刻な健康障害（最悪の場合は死亡）が引き起こされた被害者を、一般的に救済する制度は現在の日本には存在しない。たとえば通常、第三者行為による怪我や病気で治療が必要になった場合は、その治療費は加害者である第三者が負担するのが原則である。医療保険制度や介護保険制度を利用した場合も同様である。もしそれができない場合は、被害者が自己負担分を払って公的医療保険制度等を利用するか、最悪の場合、泣き寝入りするしかすべがない。

上記のような災害の典型である公害問題では、それゆえ被害者自身が集団として加害者と直接交渉したり、あるいは裁判に訴え、加害企業等との補償協定を獲得したり、国による新たな立法措置を実現するなどの成果を上げてきた。その結果、それぞれの被害者らによる個別の被害補償・救済の仕組みがつくられてきた経緯がある。

その典型といえるのは、1973年の公害訴訟判決後に被告企業との直接交渉によって原告側が獲得した「水俣病補償協定」や「イタイイタイ病の賠償に関する誓約書」のような個別協定であり、唯一の包括的な立法としては、四日市公害訴訟判決が後押しした「公害健康被害補償法」（1973年6月制定。以下、公健法）¹があげられよう¹。

公健法は、「公害によって生じた健康被害をてん補する」ためとして治療に掛かる療養費（通常は現物給付）、収入の減少を補うための障害補償費、療養手当、死亡した場合の葬祭料や遺族補償費などの給付を備えている。他方、水俣病等の補償協定では、公健法にはない慰謝料に相当する一時金もあり、より民事責任をふまえたものとなっている。

これらはいずれも日本の高齢化社会が始まる頃に成立したもので、その制約はあるにしても、被害者の高齢化を想定した制度設計という側面は欠落しているといわざるをえない。補償協定においても、一時金と生活保障的給付のほかは「治療費」（公健法に基づく療養費及び療養手当相当分）が主な内容であり、介護などの福祉的ケアの側面は最重度の認定を受けた患者に対してのみ「介護費（介護手当）」の加算が行われるに止まっている。総じて被害者全体の高齢化による本格的な介護時代への対応はおざなりになっている。

そうした状況の下で近年顕在化している問題は、被害者の療養期間の長期化にともなう日常生

¹ 大気汚染公害を中心としつつ、水俣病、イタイイタイ病、慢性ヒ素中毒症などの特異的疾患についても、補償の水準等は各協定に基づくものの各種手続きや制度の運用については公健法が適用されている。公健法による被認定者数は、大気汚染（旧第一種地域）区分が3万239人、水俣病（熊本・新潟・鹿児島県合計）区分が419人、イタイイタイ病が1人、慢性ヒ素中毒症が43人となっている（『環境白書』による。2020年12月末現在）。

活動（Ability of daily living: ADL）の低下であり、生活面での介助がなければ在宅生活が困難になりうるような事態である。しかしながら、既存の補償協定や公健法は元々そのような事態を想定していなかっただけでなく、医療／福祉制度のタテ割り解消のための制度改善も行われてこなかったという問題がある。本報告書の野澤論文、永野論文では、そのような患者らがやむなく障害者総合支援法や介護保険法などの給付を組み合わせながら介助・介護を受け、その結果、制度間の「股裂き」状態に陥って十分な支援が受けられない事態が生じるなど、日々綱渡りのように在宅生活を送らざるをえない状況が具体的に論じられている。

そこで本稿では、まず現行の公害医療制度の仕組みを見ていながら、福祉的ケアのニーズを満たす上で制度間ギャップが生じる構造について示し、問題の結節点を明らかにする。その上で、そもそも公害被害者に対する補償制度が療養費を中心に構築されてきた経緯について概観し、その制度的限界を論じる。最後に、制度間ギャップの解消のため、公害医療として始まった制度に福祉的ケアの要素を組み込んでいく制度改革の方向性について考える。

1. 現行の公害医療制度の仕組みと制度間ギャップ

1-1. 公害健康被害補償法における第一種地域と第二種地域

現行の公害医療制度の根拠法になっているのは公健法である。これは、公害被害の特殊性を考慮し、汚染原因者の負担等を前提に「民事責任を踏まえつつ、公害健康被害者を迅速かつ公正に保護するため」（環境省環境保健部）制定されたものであり、第一種地域（大気汚染により気管支ぜん息等の疾病が多発した地域）と第二種地域（水俣病やイタイイタイ病等の特異性疾患が多発した地域）に補償対象者が分かれる。

第一種地域の補償給付については、全国の工場等に課す汚染負荷量賦課金から8割、自動車重量税による引当金から2割の財源を確保している一方で、第二種地域については、汚染原因者からの特定賦課金によることになっている。水俣病においては原因企業であるチッソからの賦課金になるが、患者団体と原因企業との間で公健法の内容を超える水俣病補償協定（1973年7月締結。以下、補償協定）があるため、認定された患者はチッソと補償協定を結び、それに基づく給付を選択するのが通例である。それゆえ、種々の手続き上は公健法に基づくことになるものの、補償給付に関しては原因企業から直接給付がなされるかたちになっている。

第一種地域では、上記賦課金が事務経費等に関する国の補助金と合わせて一旦、独立行政法人環境再生保全機構に集められ、そこから各指定地域の自治体に認定患者数に応じた納付金が支払われて補償給付がなされるかたちであることから考えると、第二種地域の補償給付はより原因企業の支払能力に依拠した構造になっている。万一、その支払能力を超えるような認定患者数に至ったり、原因企業の経営状態が悪化したりすると、患者の認定数の維持が不安定になる事態を惹起しうるといえよう²。

² 実際に、原因企業チッソは1975年の決算期以降、急増した認定患者に比例して増大した補償給付が重荷となり資金繰りがショートしかねない状況に陥った。結果的に、被害者補償の債務を抱えたまま原因企業が倒産することを恐れた国は、熊本県の県債を引き受ける形で迂回資金を流し込み、県がチッソに補償貸付金を出して、それを補償費用に充てるという金融支援措置（1978年度～）により、原因企業が〈救済〉されることとなった。その後の被害補償の費用は、事実上全額県から貸し付けられた資金で賄われることとなり、その公的債務は1600億円に上る。

1-2. 公害健康被害補償法と水俣病補償協定における共通点と相違点

続いて、それぞれの補償制度を比較しながら内容を検討したい。

まず、そもそもの障害程度の認定については、第一種地域では毎年等級（特級、1～3級、級外）の見直し判定を受けなければならない——加えて、認定そのものも3年ごとの継続更新が必要——のに対して、第二種地域では一度認定されれば更新の必要なく継続される。ただし、補償協定にある慰謝料および年金（特別調整手当）の金額に影響するA～Cのランクについては、本人の希望があれば、症状の悪化に応じてランク付けの変更申請が可能という仕組みになっている。

補償協定の給付においては、公健法にはない慰謝料に相当する一時金や温泉治療費・鍼灸治療費、チッソの患者医療生活保障基金からの諸手当などの給付がある一方で、患者の療養生活の日常をサポートする給付——障害補償費＝年金、療養費（主として医療の現物給付）、療養手当（交通費等の補填）、重度の患者に対する介護費（介護加算）——については、金額の相違はあるもののほぼ共通している³。

たとえば、共通する療養費に関していえば、補償協定締結時に存在した（公健法の前身の）「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」（1969年12月制定、73年10月廃止。以下、旧救済法）を前提に、旧救済法に定める「医療費及び医療手当（公害健康被害補償法が成立施行された場合は、当該制度における前記医療費及び医療手当に相当する給付の額）に相当する額を支払う。」（補償協定＜協定内容＞第二項）と規定しており、給付の方法や水準は公健法に準拠するとしている。

ちなみに公健法では、療養費は被認定者の指定疾病に係る診察・治療等の必要な療養の給付とされており、基本的に指定疾病およびその続発症の療養が給付の範囲となっているが、補償協定では歯科、産婦人科（妊娠の場合）、第三者行為や災害による怪我等を除いて、すべての科の治療等の療養費全額が給付対象となる。これはとくに水俣病が中枢神経の失調等による全身疾患であることに由来する。そのこともあり、水俣病の療養において医療的ケアは非常に大きな意味を持っている。実際、第一種地域では公健法による補償給付費全体のなかで療養費の占める割合は3割強（最も割合が高いのは障害補償費）であるが、補償協定では療養費の割合が7割ほどとなっている⁴。水俣病患者に対して特効的な治療法がまだ確立されておらず、日々の対症療法が必要な状況が反映されたものといえよう。

³ 特徴的な相違点を挙げれば、公健法には遺族補償（最大10年）または遺族補償一時金（一括支給）があるが、水俣病補償協定にはその仕組みはない。葬祭料（約57万円）に合わせて香典（10万円）が支給されるのみであり、ある意味で制度の不備ともいえる。ただし、水俣病第一次訴訟熊本地裁判決では、患者の家族原告に対して慰謝料を認めた例があり、それに基づき、認定申請をした患者のちに死亡し、AランクまたはBランクでの認定がなされた場合には、近親者（両親・配偶者・子ども）に一定の慰謝料を支払うことが補償協定にも明記されている。

⁴ 第一種地域の場合は療養費の対象範囲が狭いこともあるが、かつてはこちらにおいても補償給付全体のなかで療養費の割合が最も高かった。1990年代に入ってから療養費の割合が年々低下してきたのは、1993年の日本アレルギー学会における喘息治療のガイドライン作成を皮切りに、日本呼吸器学会においてもガイドライン作成が重ねられ、治療技術の発展と平準化がなされてきた影響が挙げられよう。定期的な治療によって症状の管理が比較的容易にできるようになり、コントロール不良の患者が減少して、入院や救急診療も少なくなってきたことも療養費減少の要因として考えられる。なお、第一種地域の補償給付の種類別納付状況（令和4年度）は環境再生保全機構ホームページ<<https://www.erca.go.jp/fukakin/seido/hosyo.html>>2023年11月4日閲覧、による。第二種地域のそれは患者団体へのヒアリングによる（2023年11月11日実施）。

1-3. 公害医療機関による療養の給付の仕組みと独自の診療報酬

さて、両者の共通点・相違点をふまえた上で、対象疾患の範囲の違いはあるものの共通の仕組みである「公害医療」についてあらためて見ておきたい。

認定患者は、「公害医療機関」⁵の窓口で公害医療手帳を提示すれば、療養の給付（医師の診察・処置、薬局からの薬剤の支給など）を自己負担なしで受けることができる。もし公害医療機関以外で診療等を受けたときには、本人の請求により一旦支払った療養費が支給（償還払い）される。公害医療機関が担当する療養の給付の範囲は、①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③医学的処置、手術及びその他の治療、④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、⑤病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護、と定められており⁶、院所での外来診療および入院治療、薬局での処方、在宅での訪問看護までオールラウンドに対応している。

診療などを行った医療機関等は、それに要した費用を診療報酬として、第一種地域の場合は都道府県知事（または法令に定める政令市）に、第二種地域の場合は原因企業に請求するかたちとなる⁷。これは医療機関が患者から一部負担金（3割など）を徴収し、残りを保険者に請求する一般的な保険診療とは異なり、公的医療保険制度を使わずに医療費全額を原因者責任による財源で賄うという特殊な制度のひとつである⁸。

そのため公害医療に係る診療報酬の額の算定方法は、健康保険の点数表とは別体系のものとして環境省告示で示される（環境大臣が中央環境審議会の意見を聴いて定めるところによる）。これは公害疾患特掲診療費という別建ての診療報酬となっており⁹、特有の公害疾患に対応した相談料、外来療養指導料、入院指導料、清浄空気室管理料などが定められているほか、入院治療の場合は1点あたりの単価が保険診療の1.2倍（12円）、入院外の外来診療や訪問看護の場合は1.5倍（15円）、などの加算がなされている（ただし薬剤費等は10円）。これは公害被害の特殊性に対応した、公害被害者に対する医療保障という観点からも評価できる（**図1、2**）。

同時にこのことは、医療を提供する医療機関側にとっても、公害医療手帳を持つ患者を受け入れるインセンティブになる。毎月、一般の保険医療機関が保険者に提出する診療報酬明細書（レセプト）は医療機関にとってきわめて大事な業務であるとともに、さまざまな保険者や保険負担

⁵ 健康保険法に基づく保険医療機関および保険薬局、生活保護法に基づく指定医療機関、環境省令で定める病院・診療所、薬局とされており、都道府県知事に対して自ら「公害医療機関」とならないことを申し出た院所等を除くところがその対象である（公健法第20条）。

⁶ 「公害医療機関の療養に関する規程」（環境庁告示48号、1974年8月公布）。以後、2006年まで同規定は改定が重ねられている。

⁷ 第二種地域の場合はそれぞれの原因企業のなかに補償担当窓口（水俣病の場合、チッソ水俣本部内の患者センター）がつくられており、そちらが補償請求の実務を処理するが、第一種地域の場合は、汚染原因者から賦課金や税として集められた資金は、国からの補助金と併せて一旦、環境再生保全機構に入ることになるので、そこへ各自自治体が請求を行い、それに基づき地方自治体の長宛に納付金として支払われることになる。

⁸ 行政による社会政策の一環としての特別な助成ならば、既存の社会保障制度（公的医療保険）を利用して、その医療費差額（自己負担分）を助成するということは理にかなっているが、第三者による加害が明確な公害被害者の場合は、第三者が全額を負担するのが筋であろう。ただし、補償協定を締結した認定患者以外の水俣病被害者の救済制度は、いずれも公的医療保険を利用した上での医療費差額を国・県が負担する仕組みになっている（この点は水俣病被害の拡大等における国・県側の責任を反映させたものと理解することもできる）。なお、この場合でも被害者手帳を窓口へ提出した患者に対しては療養の現物給付が行われる。

⁹ 総理府令第64号「公害医療機関の診療報酬の請求に関する省令」（1974年9月）、環境庁告示40号「公害健康被害の補償等に関する法律の規定による診療報酬の額の算定方法」（1992年5月）。

の違いもあり複雑な業務であるが、公害医療の診療報酬においては負担割合の考慮等も不要であり、入院と入院外という別個の明細書に諸々の処置項目を記載し、公害診療報酬請求書にその件数と金額を記載して都道府県等に提出するのみのシンプルなものとなっている¹⁰。このことは、公害医療の提供を担う側にとっても業務負担の軽減などモチベーションの維持につながり、案外見逃せない点である。

1-4. 補償給付における福祉的ケアの欠落

このような公害医療制度が確立されてきたなかで、今日、患者の療養の長期化による課題が顕在化してきた現状がある。いわば不治の病でもある水俣病は、患者の加齢にもなって身体機能の老化を加速させうるということが知られている。現に40代までは問題なく自転車にも乗ることができたある胎児性水俣病患者が、50代になると足腰のもつれが生じ、還暦を迎える頃には車イス生活を余儀なくされる、というような事例が相次いでいる（現在は、60代の胎児性患者のほぼ全員が車イス生活になっている）。一般の加齢にもなう老化現象と比べても水俣病患者のそれは相当に早いペースであると考えられる。老化現象と水俣病は連関しているといわざるをえない。

そのため、水俣病患者においては、医療的ケアは基本としても、日常生活を送る上で身体介助や家事援助などの福祉的ケアも欠かせないものとなってきている。とりわけ施設入所を選択せず居宅での療養を希望する患者にとっては、福祉的ケアの提供の有無は生活の拠点を左右するほど重要である。他方、水俣病患者の福祉的ケアに従事するヘルパー・介護士にとっては、患者の病状についての基本的な理解、そして突発的なもしもの状態悪化時の対処方法など、医療的ケアにかかわる部分についての予備知識とトレーニングが一定程度必要になる。いうまでもなく従事者にとっては通常の利用者よりも負担とならざるをえない。そのためか、水俣地域で医療的ケアにも対処するヘルパー事業所は大手を含め、ほとんどない。

しかしながら、公害医療制度には「療養の給付及び療養費」（公健法）以外の介護にかかわる給付項目は、第一種地域の場合は最重度の「特級」区分の患者に対して介護加算（46,500円/月）があるのみだが、現実には特級患者はほぼいなくなっている状況であり機能していない。補償協定においては、同じく重度の患者に対して介護費（46,100円/月）があるが、受給者は非常に少ない¹¹。また、生活面での介助の必要性は必ずしも病気の重症度と一致するわけではなく、中程度の症度の患者であっても加齢とともに急激に要介護状態になることもある。近年、その傾向が全体として顕在化し、介護ニーズが高まっている。

そのような患者に対して、本来であれば療養の給付の延長として身体介助等のサービス給付を認めるのが筋だと考えられるが、2000年度の介護保険制度の開始後も制度間の調整が行われないうまま今日に至っている。結局のところ、看護師や理学療法士、作業療法士等の医療従事者がかかわる医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション[デイケア]、

¹⁰ もっとも、薬剤注射の手技料は加算されて15円、薬剤料は10円、あるいはX線映像診断料は加算されて15円、フィルム代は10円、などのように加算の有無による記入欄の区別はあるものの、全体としてはシンプルなレセプトとなっている。

¹¹ 患者医療生活保障基金からの手当として、「おむつ手当」（10,000円）や介護費の半額に位置づけられる「介添手当」（23,050円）があり、基金の運営委員会に申請して認められれば受給できる。明確な基準は示されていないが、一定数の患者（20人程度か）が受給している。

短期入所療養介護、居宅療養管理指導など）が介護保険制度に移行し、その部分だけは公害医療制度からの給付ができるという整理がされたにすぎず、事実上何ら変わっていないということもできる。これは補償協定が適用される認定患者以外の水俣病被害者（医療手帳、被害者手帳等を所持）の場合も同様である。

1-5. 制度のタテ割りとサービス供給問題

上述の医療系の介護サービスに関しては、公害医療と同様に患者は窓口負担なしでサービスを受けられ、介護事業者は公費併用でレセプト請求することになる。しかしそれ以外の福祉系サービスについては、認定患者であっても制度上の配慮はなく、一般の高齢者などと同じ扱いで、要介護認定を受けられた場合に要介護度に応じた範囲のサービスが利用可能になるだけである¹²。第2号被保険者（64歳未満）であればさらにその利用可能性は低くなり、国が定める老化に起因する疾病とされる「特定疾患」（介護保険法施行令に定める16種類）によって要介護・要支援状態が生じた場合に限られる。それは要介護・要支援の判定を受けた被保険者全体の2%程度にすぎない。

そのため、やむなく身体障害者手帳等を取得し、障害者総合支援法に基づく福祉的ケアのサービスを確保しようとする患者も少なくない。障害者手帳取得自体は、本人の障害が先天性であれ後天的であれ、その状態に応じて判定を受ける国民の権利であるので、何ら問題はないが、患者本人の立場からすれば、公害によって引き起こされた障害に対して公費負担の手帳を取得するのは釈然としない思いがあるに違いない。

ただし、ここにおいてもふたたび問題が生じる。それは障害者の「65歳問題」といわれ、65歳以上になると介護保険優先の原則が適用されるという制度間ギャップの問題である。サービス内容や機能の面で障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合には、介護保険サービスに移行することが求められる。しかし、一般的に障害福祉サービスのほうが手厚いサービスが多いことやサービス利用量の制限も異なること、さらには利用者負担や収入に応じた減免制度の違いもあり、それまで障害福祉サービスを利用してきた当事者からすればそのまま使い続けたいと考えるのは当然である。結果として高齢者となった障害者側からの批判が多数寄せられ、国は介護保険サービスには相当するサービスがない、あるいは介護保険サービスのみでは十分な支援を受けることができないと判断される場合は引き続き障害福祉サービスを利用できるよう運用を変更したり、両方にまたがる「共生型サービス」などを打ち出さざるをえなくなった（2018年度～）。それでも長期的に使い続けられるのかといった問題や制度間ギャップが解消されたわけではないため、その場しのぎの印象が強い。

もうひとつは、財源問題である。公健法や補償協定では、補償給付に関しては全額原因者負担が徹底されているので市町村の負担は考える必要はなかったが（事務経費も国が補助）、介護保険制度では保険給付全体の12.5%が市町村負担（国庫負担25%）となり、障害福祉サービス（障害者総合支援法）ではサービス費全体の25%が市町村負担（国庫負担50%）というように、介護・

¹² ただし、付け加えておかねばならないのは、新潟水俣病の発生した新潟県では、介護保険制度のスタート時より要介護認定を受けた認定患者が介護保険サービスを利用した際の自己負担分（1割）を原因企業（昭和電工）が負担するという運用がなされていることである。認定患者の3-4割が介護保険制度を利用していること（※ヒアリング当時）を（株）昭和電工へのヒアリングでも確認している（2010年10月22日実施）。

福祉サービスの給付が多くなるほど市町村の財政に大きな負荷がのし掛かる構造になっているのである。

今日、これらの制度は市町村が主たる実施主体となっているため、各市町村がそれぞれの台所事情を勘案しながら制度運営を図っているのが実情であり、保険料額（介護保険の場合）や減免制度のあり方も各自治体によって格差が生じる事態となっている。市町村財政という制約されたパイの配分のなかで、仮に多額（多量）のサービスをある個人や集団が使い続けることは、他の給付の抑制などのトレードオフをもたらすこともある¹³。財政規模が小さい自治体ほどその関係性が見えやすい。そうしたとき、万が一他の障害等を抱えた人々への給付との衡平を求められるようなことがあれば、多くのサービス量（たとえば「重度訪問介護」等）を必要とする重度の障害を抱えた在宅生活者は、その生活を維持することが困難になるだろう。

また、財源以前に昨今、そもそも従事するヘルパー・介護士の確保に難渋する可能性もある。高齢者分野でも障害者分野でもヘルパー・介護士不足は深刻の度を極めつつあり、いずれの事業所においても従事者の充足感はないような状態で運営されていることから、制度はあってもサービスが受けられないという最悪の事態も考えられる。

いずれにしても、すでに少なくない水俣病患者がこのような制度のタテ割りや制度間ギャップ、財源や人的不足などの要因により、十分な介護サービス確保の困難に直面している。とりわけ医療的ケアについての予備知識や経験を有するヘルパー・介護士の確保となると、その困難に拍車がかかることはいうまでもない。

2. 「公害医療」の誕生

2.1 公健法成立当時の医療と福祉

以上見てきたように、公害医療において福祉的ケアの側面が欠落しているのは大きな問題といわざるをえないが、他方でそもそもの問題として、高齢者・障害者分野ともに日本における介護サービス等の福祉的ケア施策が遅れてきたという時代的制約も無視できない。1963年の老人福祉法の制定により戦前来の「養老事業」からの脱皮が図られ初めて、介助を専門とする専門職の役割が位置づけられたものの、その社会的サービスが広く一般に行き渡るのは2000年の介護保険制度のスタートを待たなければならない。障害者分野では、身体障害者福祉法は1949年と比較的早い制定ではあるものの、長年「施設収容型」のケアが主流となってきた経緯があり、当事者が地域や在宅で生活し続けるための環境整備や障害福祉サービスがようやく充実してきたのは事実上1990年代以降だといっても過言ではない。

そのようなことから考えれば、公健法や補償協定が締結された当時は、介護サービスなどの福祉的ケア施策はまだ萌芽期の状態でしかなかったといえる。その意味では、当時としては被害者の本格的な介護時代を見据えた制度を盛り込めなかったのは時代的制約としてやむをえなかったといえなくもない。

¹³ 介護保険制度の場合は、7段階もの要支援・要介護度の区分で月50,030円（要支援1）～36万650円（要介護5）の支給限度基準額が設定されているため、その範囲での運営になり、費用が極端に上振れすることはあまりない。障害福祉サービスについては、その人の状態に応じて市町村が適当と認めるサービス支給量が決まってくため、介護保険の支給限度基準額を超える金額になることもある。その場合、障害福祉サービスは総支給額の25%が市町村負担であるため、影響が大きくなることもある。

そこでまずは、公害被害者に対する医療保障が始まる前の段階から考えてみる必要があるだろう。

そもそも医療に公的な給付が導入されていくのは工場や鉱山開発などごく一部の労働者に対する健康保険法（1922年）からであるが、当初は保険診療でまかなえる部分は少なく、戦後に至るまで医療保険が十分機能したとはいいがたい。戦後の高度経済成長期、1961年に「国民皆保険」が宣言される頃ようやく人口カバー率が100%に近くなり国民各層に普及したものである。（水俣病が公式確認された1956年当時でもまだ、少なくない庶民には医療は「高嶺の花」だったのが現実である。）

そうしたなかで、人為的な加害行為による疾病に先駆的に公的医療給付が導入されたのが、被爆者に対する原爆医療法（1957年）である。公健法をつくる際のモデルになったのも、原爆医療法だとされている（吉田 2002）。そこでまずは、同法の経緯と仕組みを概観する。

2-2. 原爆医療法から被爆者援護法へ

原爆の被害者は被爆後、GHQ 占領下の情報統制によって声を挙げることも許されず、長年その被害が放置されてきたが、日本独立後の1953年には、広島市そして長崎市に、相次いで被爆者医療に尽力する医師らを中心に「原爆障害者治療対策協議会」が発足し、原爆後障害の研究や治療対策の促進を図る活動が始まった。そうした活動を基礎として広島・長崎両市が連携し、両市長および両市議会議長名で、原爆で深刻な障害を負った被害者への治療費国庫負担を求める請願・陳情がたびたび行われるようになった。

その結果、1954年度からは研究治療費や精密検査費等が交付されることとなり、原爆後障害の調査研究を目的に、少人数ながらも公費治療が初めて実現したのである（広島原爆医療史編集委員会編 1961）。このように当初は、「学用患者」として治療研究事業を名目にした公費助成であったが、実際には救済を求める膨大な原爆被害者が存在していたなかで1957年、医療費と健康診断の給付を主とする「原爆医療法」が成立していく。（大蔵省査定の段階で医療手当に相当する生活援護費の要求は削除された。）

当初の原爆医療法は、放射能の影響があるとされた人に「被爆者健康手帳」を公布して年2回の健康診断を行うことがメインであり、医療に関しては、さらに精密検査や厚生大臣の諮問機関である認定審査会（原子爆弾被爆者医療分科会）が行う審査によって原爆放射能の起因性と医療の必要性が認定された者（「原爆症認定患者」）にのみ医療給付を行うというもので、被爆者健康手帳のみでは給付内容が乏しく、手帳取得の意味は薄いものであった。

いわば被爆者援護制度は、内部で2段階の認定システムに分断されていたのであり、曝露要件（被爆指定地域における被爆の有無の証明が必要）をもとに認定される被爆者という大多数が包含されるカテゴリーと、それを前提に上記の「原爆症」の認定審査により（ごく少数が）認定される原爆症認定患者というカテゴリーの2段階構造になっていた。現実には原爆症としての認定のハードルは非常に高く、ほとんどの被害者は被爆者援護手帳を取得するのがせいぜいであった。そのため、生活援護費も削られて補償制度とは言い難い原爆医療法のことを被爆者は「ザル法」と呼び、同法の改正要求とともに真に国家補償に基づく被爆者援護法の制定を求める運動が被爆者運動の中心的課題となっていった（伊東 1983）。

その後、1968年9月には「原爆被爆者特別措置法」が施行され、原爆症認定患者に特別手当の

支給や、特別被爆者で指定疾病に罹っている者への健康管理手当の支給等の拡充が実現した¹⁴。この二つの法律がいわゆる原爆二法としてその後も改正を続けながら、最終的に「被爆者援護法」（1994年12月成立）に一本化され、被爆者援護制度の基本骨格が形づくられている。まがりなりにも被爆者援護法では、指定疾病に罹っている被爆者には健康管理手当（35,760円／月）が支給され、水俣病被害者と同じような幅広い医療費助成（自己負担分の補助により事実上現物給付）を備えており、さらには介護保険制度利用の場合の自己負担分の助成も実現している。

その意味では、原爆症認定基準の狭さは大きな問題ではあるものの、幅広い被害者に医療保障と介護保障を提供する仕組みとしては注目すべきモデルといえる（尾崎 2018）。

2-3. 自治体レベルの医療費助成制度：四日市市

次に、少し遅れて公費による救済制度が創設されたのが大気汚染地域である。戦後、重化学工業化が急速に進展し、海岸線を埋め立てて広大な石油化学コンビナートが建設された三重県四日市市では、1960年前後から爆発的な勢いで呼吸器疾患患者が現れだした。その地域で1965年、四日市市が国も想定していなかった公害被害者に対する公費による医療費助成制度に全国で初めて踏み切ることになった背景には、地元医師会の地域社会活動¹⁵がひとつの大きな推進力としてあったのである（尾崎 2006）。

四日市医師会内部では、1963年7月に研究討論懇談会を開催し、各医療機関の持ち出しにより独自に調査を始めていた。翌月には市議会へ陳情を行い、「公害の人体に対する影響」を研究目的にさしあたり100名程度の患者を対象に心肺機能やアレルギー、肝臓および血液反応を調べるため、合計15万円の助成金の支出を要請している（だが市議会の衛生委員会で陳情は否決されてしまう）。

予算化は拒否されたものの、医師会は行政の対応の遅れに業を煮やして、独自に調査を進め、翌64年1月には、公害対策委員会（委員長は四日市医師会長）を発足させて地域社会活動への取り組みを促進した。その調査結果をもとに公害対策委員会は、同年7月、四日市市長宛に公害病患者の医療費公費負担の要望を含む6項目の質問状を突きつけたのである。

その結果、市長から「…現段階において大気汚染と疾病との因果関係は解明されておりませんが、社会政策上、暫定的措置としてこれを収容し、本人が負担すべき医療費を市費にて負担し得るという方針をとっております。」（四日市市長「公害に関する質問状について（回答）」1964年10月26日）とする回答を引き出し、四日市市は全国初の市単独での公害患者の医療費助成を行う制度（四日市市公害関係医療制度。1965年4月施行）の実施に踏み切ることとなった。

なお、同制度の当初予算は720万円、初年度の申請者は222人であった。制度の最終年までの延べ申請者は786人、認定者は732人である（四日市市環境部公害対策課『四日市市の公害の現況と対策』）。医療費助成の対象と想定されたのは、主として国民健康保険に加入する患者の医療費自己負担分である（社会保険被保険者の患者の自己負担は無料であったため）。四日市市は、そ

¹⁴ 1974年10月以降、一般の被爆者と特別被爆者の区別はなくなり被爆者健康手帳に統合され、手帳の発行を受けた人は全員医療費の自己負担分の助成が受けられるようになった。ただし、健康管理手当の給付は被爆者健康手帳取得者のうち、指定疾病に罹っている者のみが対象である。

¹⁵ 医師会が日常の診療活動に係る業務の他に、地域の健康問題、疾病の流行などへ対処するため、保険調査やそれに基づく提言活動などを行うことを「地域社会活動」と呼んでいる。

れまで5割給付だった国民健康保険を7割給付にする条例改正案を成立させ、1965年度から施行していたため、患者の自己負担分は3割となり、それが市費による助成の対象となったのである。

2-4. 公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法の成立その限界

以上のような四日市市単独の救済制度は、国の旧救済法制定（1969年12月）に決定的な影響を与えたといえる。その意味でも医師会の果たした役割は非常に大きい。

旧救済法は、大気汚染の深刻な太平洋ベルト地帯の一部地域、水俣病の発生地域（熊本県、新潟県）、イタイイタイ病（富山県）や慢性ヒ素中毒症（島根県、宮崎県）の発生地域を指定し、指定疾病と曝露要件を満たした患者を救済する全国的な制度として大きな意義を持ったことは間違いない。

しかしながら、旧救済法の中身を見ていくと、救済費用の半分は公費負担で、半分が汚染にかかわる事業者負担（ただし任意の寄付という位置づけ）ということで、汚染原因者の責任は曖昧にされており、民事責任とは切り離された「社会保障の補完的な制度」という意味合いが強かった。それゆえに給付される内容についても、公的医療保険を利用した上での医療費の自己負担分のみを助成するかたちであり、その他は医療手当、介護手当の給付があるものの、全体として限られたものであった。また、前述の通り福祉的ケアの側面については時代的制約もあつてか、ほとんど考慮されていないというほかない。

その点は公健法では大きく改善されており、環境庁長官の言明のとおり汚染者負担原則を前提に、民事責任をふまえたという制度設計により、補償給付にかかわる財源は全額汚染原因者の負担となった。そのことで独自の公害医療制度が確立し、運用上も大きな改善が見られることは評価できる。その公健法に準拠するかたちで、補償協定はそれ以上の内容を含みながら確立されたものであり、当時としては画期的な制度であった。

ただし、いずれの場合も、その段階では福祉的ケアに関しては想定が不十分な状態でスタートしたことは事実である。その時代的制約はやむをえない面があるとしても、今日にまでそのまま引きずっていいわけではない。とくに療養の長期化と患者の高齢化にともなうADLの低下は、生活の質（QOL）を引き下げ、QOLの低下が心身の機能低下を招いて病気の療養にも悪影響を与える負のサイクルも考えられる。患者が自立した（在宅）生活を支える福祉的ケアは療養と密接に関連しているのである。

3. おわりに：「公害医療」と福祉の制度改革

これまで述べてきたように、公健法、補償協定どちらもその時代的制約のなかで確立されてきたわけであるが、ある意味でここまでの認定患者等の療養の長期化、そしてそれにとともなう身体機能の低下、ADLの低下は想定しないままの制度設計の状態が続いているといえる。

公健法制定や補償協定締結の当時では、被害者の本格的な介護時代を見据えた制度を盛り込めなかったのはやむをえなかったとしても、本来であれば、2000年代に入って介護保険法（2000年度施行）や障害者支援費制度（2003年度施行）・障害者自立支援法（2006年度施行）などの福祉的ケアのサービスが広く普及するプロセスのなかで法や協定の見直しがなされるべきタイミングがあつたはずである。しかしながら、それらの制度間調整はなされないまま、介護保険制度に移行した従来の医療系サービスだけが公害医療制度から給付できるという整理がされただけで、何

ら改善されていない。その後の見直しもされないまま今日に至り、福祉的ケアのサービス確保に大きな支障をもたらしているのである。

もっとも、まったくの手つかずというわけでもない。環境省における有識者懇談会をふまえて、環境省は2006年度から「水俣病発生地域の環境福祉対策の推進に係る事業」を進めており、その「医療・福祉連携推進事業」として胎児性・小児性水俣病患者（認定患者）のみに限るが、既存の介護や福祉の制度ではニーズを満たせない部分に対処するための「地域生活支援事業」を開始している（現在も継続）。これは主に既存の制度を超える部分についてのサービスの提供や施設運営にかかわる事業が補助対象となるが、従来では手が届かなかった部分に支援がなされたことは評価できる。ただ、基本的には介護保険や障害福祉サービスの利用を前提とした補完的な制度設計であり、かつ、障害者自立支援法施行時に導入された「応益負担」（原則1割負担）の考え方がこの事業にも持ち込まれ、障害者総合支援法制定に至る過程で否定された考え方がいまだに存続していること、などの問題を抱えている。

もはや制度の「高齢化対応」は待ったなしである。具体的には、公害医療制度における「療養の給付及び療養費」の考え方の延長として、福祉的ケアの給付を組み込むべきであろう。従来の制度では、介護にかかわる手当はごく一部の重症患者に限定されたものにすぎず、多くの患者が加齢とともに急激に要介護状態等に陥りうることを想定した制度設計になっていなかったため、生活面からのケアが疎かになってしまっている。やむなく一般の高齢者と同様に介護保険制度のサービスや、障害者手帳を取得して障害福祉サービスに依拠せざるをえない患者の状態がいわば放置されているなかで、現実にはサービス供給の面でも大きな壁に突き当たっている現状がある。

公害医療制度では、療養の給付を医療サービスとして提供する医療機関側にとってもインセンティブとなる独自の診療報酬の仕組みが確立されてきた。同じように、福祉的ケアのサービス提供の場合においても、介護事業所の側にとって過剰な負担を背負わせない配慮が求められる。

とくに、医療的ケアの知識や経験も必要となる水俣病患者の福祉的ケアに当たるヘルパー・介護士の養成にも当然ながら時間と費用が掛かり、事業者の負担は大きい。人材不足の中で過重な負担を強いられている事業者まかせにして、そのような人材供給が大量になされるとは現状、到底想定できない。その現実を直視すべきだ。介護事業所が水俣病被害者のような医療的ケアの必要な介護事業にも積極的に乗り出す土壌を作るためにも、ある種のインセンティブが不可欠である。

最後に、以上のことをふまえて、3点に分けて政策提言を提起して締めくくる。

1. まずは、**「療養の給付及び療養費」の連続性として障害福祉サービスや介護保険サービスに準拠した福祉的ケアのサービス給付を組み込むべき**である。そもそも患者らが介護ニーズを早期に発現しているのは認定疾病との関連による面が強く、それがゆえに福祉的ケアの充実が病気の療養と密接に関連する。基本的には公害医療と同様に、社会保障制度を利用せずに全額を原因企業が負担すべきであろう。これにより、水俣病患者らは制度間のギャップや「股裂き」状態、自治体の財政問題から解放される。事業者にとっても請求先が一本化し、負担を減らすことができるため、この分野の福祉的ケアのサービスに参入する事業者が増加することが期待される。そうなれば患者らの在宅生活の選択肢を増やすことができ、家族の献身的な介護への依存や施設入所を余儀なくされる状態から解放され、自立生活が実現できる。

2. 次に、医療的ケアの知識や経験をふまえたヘルパー・介護士の養成を促進するためにも、療養介護のサービス提供を担う事業者を後押しする必要がある。それゆえ、公害医療における訪問看護（1.5倍加算）と同様に、療養介護の給付における訪問介護等にも同等の加算を行うべきである。
3. 最後に、以上のことを公健法および補償協定に明記すべきである。補償協定には元々「介護費」という項目のなかで、旧救済法あるいはのちの公健法に定める介護手当に相当する額を支払うと明記しているため、「療養介護の給付及び療養介護費」の位置づけに準拠して、医療的ケアも備えた介護サービス等の費用を支給対象とすべきである。

参考文献

伊東壯（1975）『被爆の思想と運動』新評論。

尾崎寛直（2006）「公害病の慢性化による疾病構造の変化と高齢化の影響」『四日市公害被害者の現在に関する調査報告書』東京経済大学学術研究センター ワーキング・ペーパー・シリーズ 2006-E-01、pp. 76-102。

尾崎寛直（2018）『『唯一の被爆国』で続く被害の分断』『放射能汚染はなぜくりかえされるのか——地域の経験をつなぐ』東信堂、pp. 25-52。

広島原爆医療史編集委員会編（1961）『広島原爆医療史』（財）広島原爆障害対策協議会。

吉田克己（2002）『四日市公害——その教訓と21世紀への課題』柏書房。

第2章

胎児性水俣病患者に対する福祉対策への既存の福祉サービスの「流れ込み」

野澤 淳史

1. 「人間として生きる道」を補償せよ

いつの時代も、被害者たちは水俣病に対する補償が金銭的な意味での賠償では十分ではないことを訴え続けてきた。補償金の獲得を現実な要求としながらも、渡辺京二が言うように、求めていたのは「金でかたのつかぬ人間の生の根本的事実が、そのようなものとしてまっとうに認められること」(渡辺 2017:66)であった。こうした「金ではかたのつかぬ」ものへの要求は、当然のことではあるが、金でかたをつけようとした、またつけられた後に噴出する。胎児性水俣病患者の江郷下美一(えごした・よしかず)らが作った「若い患者の集まり」は、水俣病第一次訴訟において患者側が勝訴した1973年3月ごろに撒いた「万歳いうな!」というビラの中で次のように訴えた。

ただ、こんことだけはいうぞ。びょうきかんじゃ、みんなのくるしみにかけて、さいばん勝利だの、けっしていわせん。なんが勝利か。なんが万歳か。まだのこつとつと。おれたちやこれからいきでゆかんばんと。こんからだで。こんあたまで、どげんすればよかつちおもうや。さいばんおわってもみなまたびょうはおわらん。んにゃ、ぜったいにおわらせん。(矢作 2020: 34)

加害者による補償が始まったその初期から問われていたのは、公的に被害者として認められた後、補償金を受けながらどのように生きていくのかであり、その部分の補償のあり方であった。別のビラでは「人間として生きる道」と表現されている。1970年代には、具体的には胎児性患者が働くことのできる場を意味していた。だが、この要求をチッソに対して行ったものの、実現することはなかった。増大を続ける認定申請者や大規模化する裁判を前にして、すでに認定されている胎児性患者の要求に関心が集まることは少なかった(野澤 2020)。

1970年代から要求されて続けてきた「人間として生きる道」が、問題を抱えながらも整備されていくのは、実質的には2004年の関西水俣病最高裁訴訟以降である。すなわち、国と熊本県の水俣病に対する責任が確定してからのことになる。ただし、この時期、「人間として生きる道」が意味することがらは若い頃のそれとは同じではなくなっていた。胎児性患者はそれまで介護を主に担ってきた親の高齢化、そして自らの高齢化に伴う身体機能の低下などに直面する中で、それは介護や介助といった地域福祉的課題へと移行していた。

本稿では、関西訴訟最高裁判決を契機として整備されていく胎児性患者を対象とした福祉対策に焦点を当て、「人間として生きる道」が現在どのように補償され、胎児性患者の生活がどのようにして制度的に支援され、そしてそこにいかなる問題点があるのかを明らかにした上で政策提言を行う。

2. 胎児性患者に対する福祉対策の変遷¹

上述したように、胎児性患者に対する福祉的対策は、2004年10月の水俣病関西訴訟最高裁判決、すなわち、国と熊本県の水俣病に対する行政責任の確定を契機として実質的には整備されていく。判決直後の11月、熊本県は胎児性患者らの自立支援を盛り込んだ独自の案をまとめて環境省に提出するとともに、職員も派遣して協議を開始している(一瀬 2017:208-211)。翌2005年の4月、環境省は「今後の水俣病対策について」(資料1)を発表し、国として規制権限の不行使により水俣病の拡大を防止できなかったことの反省と謝罪の意を述べた上で、今後の対策について次のように語る。

平成18年に水俣病公式確認から50年という節目の年を迎えるに当たり、平成7年の政治解決や今般の最高裁判決も踏まえ、医療対策等の一層の充実や水俣病発生地域の再生・融和(もやい直し)の促進等を行い、すべての水俣病被害者の方々が地域社会の中で安心して暮らしていけるようにするため、関係地方公共団体と協力して以下の対策を講ずるものとする。

具体的には「1. 判決確定原告に対する医療費の支給」「2. 総合対策医療事業の拡充」「3. 水俣病問題に関する今後の取組」が挙げられている。そのうち、本稿に関連すると考えられるのが3の以下の2つの施策となる。

〔一〕高齢化対応のための保健福祉の充実

水俣病被害者やその家族の高齢化に対応するため、介護予防の観点も含めた健康管理事業の充実といった施策の充実等。

〔二〕水俣病被害者に対する社会活動支援

胎児性患者や水俣病被害者の生活改善・社会活動の促進を図るため、それらに関連する活動や事業に対する支援、それらを行うボランティア団体等への支援、国立水俣病研究センターによる胎児性水俣病に関する社会的研究といった施策の実施等。

これらの構想を事業化したものとして考えられるのが、2006年度から開始された「胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業」(以降、地域生活支援事業と表記)である。その第一条には、「胎児性・小児性水俣病患者等の地域における安心した日常生活の確保又は胎児性・小児性水俣病患者等の地域における社会参加(社会活動等)の促進を支援するため」²と書かれてある。

こうした取り組みが実際に始まった背景には、2006年9月には、最高裁判決を受けて組織された小池百合子環境大臣(当時)の私的懇談会である「水俣病問題に係る懇談会」の存在を挙げる事ができる。この委員であり、胎児性患者や障害を持つ人たちが通う通所施設「ほっとはうす」の施設長を当時勤めていた加藤たけ子は、第7回目の会議(2006年1月17日開催)で「胎児性水

¹ 第2節・第3節については、野澤(2020)の第3章および第4章をもとに作成している。

² 胎児性・小児性水俣病患者に係る地域生活支援事業補助金交付要項(令和3年度版)。以下の引用も同じ。

俣病患者等の生活実態と地域福祉の課題」³と題する報告を行っている。そこでは、胎児性患者に対する福祉対策の基本方針を「どんなに重い障がいがあっても住み慣れた地域で人々とのつながりのなかで暮らしていくことができる社会的条件を作ること」としたうえで、次のように述べている。

今 50 代に入ったんですけれども、この方たちが今望んでいらっしゃるの家族からの自立ですね、まさに親族による介護ではなくて、今すでに家族から自立して過ごせる体制がほしいというふうにつくづくおっしゃっています。そのためにも先ほど最後に図式で示したんですけれども、あのような通い、泊まり、そして家族から離れた自立生活に対してサポートが出せるような居宅介護の支援があり、多機能に合わせたそうしたシステムを作らないといけないと思います。ただ、これが既存の福祉制度の中だけでは多分賄えないというふうに思います。

既存の福祉制度では賄えないにもかかわらず、なぜそうした自立生活を可能にする地域福祉の仕組みが補償として整備されなかったのか。この点については次のように説明している。

……本来はこの胎児性の患者さんの問題というのは認定補償されてそれでお終いではなく、そこから先、人生を生きていく節目節目で必要なことがあって、それに対してきめ細かくさまざまな行政を含めて対応していかなければなかったと思います。けれどもこれが水俣病の問題と一括りにされてしまって、全体に社会的には水俣病をめぐる認定問題に目が奪われてきたことも一因あるかなというふうに思います。(中略)

……胎児性の患者さんであれば認定補償されている、その補償金があるじゃないかと、それは個人への補償とその人が生きていくために社会的な支援が整うことはべつだったと思いますけども、ここがまったくごっちゃになってとらえられてしまって、水俣病患者さんは補償金があるからいいという。

認定制度の弊害は、一般的には、その厳格さにより棄却された人たちに生じるが、同時に、すでに補償金を得ている認定患者に対しても及んでいた。原田正純は水俣病公式確認から 30 年に際して、認定補償は問題解決の「入り口」論であって問題の本質ではなく、どこまでを補償の対象とするかだけではなく、その中身を議論する段階にきていると述べていた(原田 1986:31)。加藤の指摘は、公式確認から 50 年を迎え、補償の中身についてはお未着手の課題のままに積み置かれたということを意味している。表現を変えれば、認定制度が補償救済を妨げる問題の壁として存在し続けたため、そこに多大な労力が注がれてきたということでもある。

胎児性患者の生活支援を行う現場報告も踏まえて、2006 年 9 月に出された懇談会の提言書には、福祉に関する次の提言が盛り込まれた。

³ 「水俣病問題に係る懇談会(第7回)議事次第・配布資料」<<https://www.env.go.jp/council/26minamata/y260-07.html>>2023年11月9日閲覧。

提言7

国は関係地方自治体等と連携して、水俣地域を「福祉先進モデル地域」(仮称)に指定し、水俣病被害者が高齢化しても安心して暮らすことのできるような総合的な福祉対策を積極的に推進すること。その中で胎児性水俣病患者の福祉対策には格別の配慮が必要である。

新潟水俣病の被害者に対しても、同質の福祉対策をとること。(水俣病問題に係る懇談会 2006:12)

この提言書が出された同月末に、環境省環境保健部内に、環境省職員、熊本県職員、水俣市職員からなる「環境省水俣病発生地域環境福祉推進室」が設置され、翌年には地域福祉全体の底上げをはかることを目的として「水俣・芦北地域水俣病被害者等保健福祉ネットワーク」が立ち上げられた。2006年の『環境白書』には「すべての水俣病被害者が地域社会の中で安心して暮らしていけるようにするためには、医療対策等の充実とともに地域福祉と連携した取り組みが必要です」(環境省 2006:48)という文言が盛り込まれた。国や県の予算の範囲内で行う胎児性患者に対する福祉対策に補償という言葉を用いて良いのか、すなわち補償協定(資料2)に基づくチッソの補償と厳密におなじ意味で用いてよいかは議論の余地があり後に取り上げることになるが、国と県の責任が確定した最高裁判決を踏まえた対策である以上、そこに賠償的な性質を見てとることも可能ではある。

3. 胎児性患者の地域生活を支える仕組み

3-1. 制度

地域生活支援事業

それを賠償としてみるか議論の余地は残るものの、2006年度から、胎児性患者の地域生活を支えているのが「胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業」(以下、地域生活支援事業と表記、資料3)である。最高裁判決以降に国・熊本県が掲げてきた胎児性患者に対する福祉対策を具現化したものとして捉えることができる。その要項では、この事業の趣旨を「胎児性・小児性水俣病患者等の地域における安心した日常生活の確保又は胎児性・小児性水俣病患者等の地域における社会参加(社会活動等)の促進を支援するため」、予算の範囲内において補助金を交付すると明記している。負担割合は国が8割に対し熊本県が2割である。利用にあたっては患者個人ではなく、補助事業者である社会福祉法人やNPO法人などが申請することになる。令和5年度の予算額は92,834(千円)となっている⁴。

この事業の対象は次のように定義されている。

第2条 胎児性・小児性水俣病患者等とは、原則として、胎児性・小児性水俣病患者のうち、障害者の日常生活支援及び社会生活を総合的に支援するための法律若しくは介護保険法(以下「障害者総合支援法等」という。)によるサービスを受けることができない者又は障害者総合支援法等によるサービスを受けている者であってもそれらのサービス以外のサービスを受ける必要があると認められるもの及びそれらの患者の家族又は主な介護者とする。

⁴ 令和5年2月定例県議会「経済環境常任委員会説明資料」より。

障害者手帳を所持していない、あるいは65歳未満の胎児性患者も対象としている。障害程度区分や要介護度のようなランクは設けておらず、ヘルパー資格も不要なため、患者個々の要望に沿った支援を実施しやすいという特徴がある。一方で、補助金額は時間あたりではなく、1人当たりとなり、各サービスの利用に際しては、原則として補助対象経費の一割負担が利用者に求められる。とはいえ、地域生活支援事業だけで胎児性患者の日常生活全般の支援体制を構築できるわけではない。基本的には、基本的には既存の福祉制度の利用を前提とした上での「横出し・上乘せ」の仕組みとして想定されている。その意味では、関係性としては既存の福祉サービスが主であるのに対し、地域生活支援事業は従となる。

既存の福祉サービス

胎児性患者の中には障害者手帳を所持している人も多く、また、65歳になれば介護保険の第1号被保険者となる。認定患者だからという理由で既存の福祉サービスが利用できないということはない。地域生活支援事業の要項にも書かれてあるように、胎児性患者もまた障害等の程度に基づいて、障害者総合支援法（この事業の開始当時は障害者自立支援法）に基づく障害福祉サービスや、介護保険の介護サービスを受けることができる。というよりもむしろ、上述の通り、これら既存の福祉サービスの利用を前提とした上で、そこで対応することのできないニーズに対応するのが地域生活支援事業である。

とはいえ、これまで家族（主に母親）や支援者から介護・介助を受けてきた胎児性患者にとって、その既存の福祉制度が使えるからといって、見知らぬ人からケアを受けることは時に容易なことではない。そこで、熊本県は、胎児性患者が福祉サービスを利用しやすい環境を作り出すための「なじみホームヘルパー等養成支援事業」（以下なじみヘルパー事業と表記、資料4）を実施しており、すでに関係性のあるヘルパーや支援者に同行して介護事業者が胎児性患者の自宅に訪問する際の費用を補助している。

補償協定

公害健康被害の補償等に関する法律に基づく認定を受けた患者がチッソとの間に締結する補償協定を結ぶと、症状に応じた3つのランクに応じて、1600万～1800万円の一時金、毎月支払われる約7～18万円の特別調整定当て、そして医療費の全額（公害医療のため負担は120%）などがチッソから支払われる。福祉という観点から見ると、協定書の前文7は次のように書かれている。

チッソ株式会社は、水俣病患者の治療及び訓練、社会復帰、職業あっせんその他の患者、家族の福祉の増進について実情に即した具体的方策を誠意をもって早急に講ずる。

これに該当すると思われる補償項目が「介護費」であり、重度の水俣病患者を家族が自宅で介護している場合、医師の診断書に加えて、原因企業であるチッソの「水俣病本部患者センター」が自宅訪問して認めると月46,200円が支払われる。支援者やヘルパーではなく家族という条件をつけている点が問題として映るように感じられるが、被害者団体とチッソの間に補償協定が締結されたのが1973年、すなわち介護の社会化ということが言われ始めた時よりも（はるか）前であ

ることを踏まえる必要がある。

以上、胎児性患者は補償協定に基づく賠償金、地域生活支援事業、既存の福祉サービスを組み合わせながら地域での生活を送っている。

3-2. 場所

胎児性患者が生活を送る場は、入所施設、グループホーム、自宅に大別することができる。

明水園

長年に渡り胎児性患者の生活の場であり続けているのが「明水園」である。1972年に「水俣市立複合施設明水園」(以下、明水園と表記)として開園した。1965年に完成したりハビリテーション・センター「水俣市立病院附属湯之見病院」での治療を終えた患者が入所する施設として構想され、胎児性患者の多くがこの園に入所した。当時の市長である浮池正基が、胎児性患者を「この明水園に収容いたしまして、水俣市が終生めんどうをみさせていたいただきたい」と述べていることから分かるように、チッソの水俣病責任が裁判で確定する前にあつては、市が最後まで患者の「めんどうをみる」役割を担っていた(野澤 2020:62-66)。だが、その後、自らの意志で明水園を退所し、実家に戻って地域での生活を選択する患者も現れる。その中には、後述するグループホーム「おるげ・のあ」に暮らす人々もいる。

2012年4月、明水園は、児童福祉法の一部改正等に伴い重症心身障害児(者)施設から、障害者自立支援法の障害福祉サービス事業所(指定療養介護)へ移行した。これに伴い、以前は認定患者であれば入所できたが、今後はこれに加えて障害程度区分5もしくは6であることが療養介護事業所としての明水園に入所する条件となった。ただし、明水園は病院機能を有しているため、入院という形での明水園での生活を送ることができる。

明水園の敷地内には、胎児性患者が親と一緒に短期入所する家族棟として熊本県が2011年に建設した「ぬくもりの家 潮風」もある。県は、家族棟に配置された支援人による介護や明水園での治療・リハビリを利用することができ、自宅での家族の介護負担が軽減されることで患者が安心して生活を送ることができるようになることを説明している。同時に3家族までが利用することができ、1日から1年程度までの利用が想定されている。この建物は、地域生活支援事業内の家族棟運営事業に位置づけられており、明水園を運営する社会福祉法人「水俣市社会福祉事業団」が県からの受託事業として行っている。

グループホーム

一部の胎児性患者は明水園をでて地域での自立した生活を模索していったが、胎児性患者が抱える症状の重度化と(母)親の高齢化に伴い、自宅ではない場所での生活の場の確保は急務であった。こうした事態を受けて、「ほっとはうす」は2014年3月にケアホーム「おるげ・のあ」を建設した。車椅子を利用する患者が利用できるトイレや台所などを備えた居室が1階に5部屋ある。各部屋は廊下で繋がっているものの別棟の構造となっており、2階には共同のリビングルームが設けられている。当時「おるげ・のあ」施設管理者も務めていた加藤は「患者の皆さんが還暦を迎える前に、家族から自立して暮らせるモデルを作りたかった。患者さんが安心して、最後

まで人生を送れる家にしたい」⁵と述べている。親亡き後の現実という課題を受けて作られた終の住処ではあるが、「20歳ぐらいから、いつか一人暮らしをしてみたいと思っていた。夢がかない、とても嬉しい」⁶と完成と同時に入居した患者が語るように、自立した生活を望み明水園を出た患者にとっては、長年の夢の実現でもあった。

自宅での生活

家族との生活を続ける患者、1人での生活を送る胎児性患者もいる。そうした人々にとって不可欠なのが、訪問介護サービスである。だが、在宅支援を行うには、水俣病支援者だけでは対応しきれず、介護サービスに関するノウハウにも限界があった。だけでなく、水俣においてはケアワーカーや事業所が不足していた。こうした事態を受けて2010年10月に設立されたのがNPO法人「はまちどり」である⁷。その概要については、本ワーキングペーパーに収録されている永野論文を参照されたい。

4. 胎児性患者に対する福祉対策の問題点

4-1. 国・熊本県の姿勢

地域生活支援事業が開始されて以降、国・熊本県は福祉対策の推進に対して積極的である。2012年5月1日に開催された水俣病犠牲者慰霊式において、細野豪志環境大臣(当時)は、「祈りの言葉」の中で「水俣病問題への取組みはこれからが正念場です。すべての被害者の方をはじめとする方々への医療・福祉の向上に努めてまいります」⁸と述べた。同年、環境省は「今後はさらに、胎児性患者等の御家族など高齢化に伴い、御家族による介護が将来困難になる可能性を見据え、胎児性患者の方々が将来にわたり安心して生活できるよう、必要な在宅サービスの充実・強化や施設の整備について、関係者と協議の上、進めていくこととします」⁹と強調した。そして、2023年の水俣病慰霊式の場で熊本県の蒲島知事は次のように述べた。

胎児性・小児性患者の方々について、ご本人はもとよりそのご家族も、長い時間を水俣病とともに生きてこられました。共に御高齢となられた方々が安心してお過ごしいただけるよう、これまで在宅福祉の充実やケアホームの整備などに取り組んでまいりました。

(中略)

今後も、御本人や御家族の御希望を丁寧に汲み取り、国や市・町、地元関係者の皆様とともに、不安の解消や生き甲斐づくりに取り組んで参ります。¹⁰

⁵ 「胎児性患者らに『終のすみか』全国初のケアホーム」『朝日新聞』2014年1月10日。

⁶ 「水俣病患者自立へ我が家」『朝日新聞』2014年4月25日。

⁷ その設立の経緯を踏まえて、胎児性患者やその家族を支えることを目的としているが、水俣病に関わらずすべての高齢者や障害者の日常生活を支援していくことが定款には記されている。

⁸ 環境省「水俣病問題の解決に向けた今後の対策について」<<https://www.env.go.jp/content/900414940.pdf>>2023年11月9日閲覧。

⁹ 環境省「水俣病問題の解決に向けた今後の対策について」(平成24年8月3日)<<https://www.env.go.jp/content/900414940.pdf>>2023年11月17日閲覧。

¹⁰ 「令和5年度水俣病犠牲者慰霊式 熊本県知事『祈りの言葉』」<https://www.city.minamata.lg.jp/kankyo/kiiji0033293/3_3293_up_33ba688h.pdf>2023年10月30日閲覧。

前項で見た通り、胎児性患者に対する福祉的対策の整備は最高裁判決以降の水俣病対策の特徴であり、実際に進展してきたが、一つの懸念がある。除本・尾崎(2011)は、明水園が総合支援法に基づく療養介護サービスへ移行することをめぐって、『股裂き』状態という表現を用いて、本来環境省の事業であるべき事業が厚労省所管の制度の中に位置付けられてしまうことを危惧している。明水園に限らず、グループホーム「おるげ・のあ」や地域での自立生活においても、胎児性の生活の支援は、被害補償と社会福祉の仕組みが入り組んだ形で組み立てられているのが実情である。

4-2. 介護保険導入時の懸念

こうした「股裂き」状態への懸念は、介護保険導入時に確認することができる。たとえば、1998年9月の水俣市の定例会議の場で、日本共産党の清水晶夫が、介護保険導入に際して水俣病患者の場合どうなるのかを議会で質問している。これに対し、当時の福祉生活部長(永野豊照)は、「ご質問の件につきましては、一般の方がと同じ扱いになります」とだけ答えている¹¹。当時市議会議員を務めていた水俣病患者の川本輝夫もまた「介護保険制度と公健法による介護手当給付との関連性はどのようになるのか」「介護保険制度による認定と公健法による介護認定の整合性は保てるのか」などと質問している。これに対し、福祉生活部長は「関連性は介護保険制度上でははっきりときていさされておられません」「整合性についての判断は困難ではないかと認識しています」と回答している(川本 2006:578-582)。「股裂き」への懸念とは、介護保険の仕組みや考え方が水俣病患者に対する被害補償の枠組みの中に流れ込み、それと連動した補償となることを意味していた¹²。

補償である以上、こうした懸念は加害企業に対しても向けられている。「チッソ水俣病患者連盟」もまた、介護保険制度が導入される直前の2000年1月に、「介護保険の導入によって、協定に基づく治療費と介護費の支払い内容に変更が生じる可能性をどのように見ているのか、教えていただきたい」という項目を含む質問状を当時の社長である後藤舜吉に対して送っている。認定という点では同じ仕組みであるがゆえに、ここでも介護保険の仕組みが水俣病の認定補償に及ぼす影響を被害者は危惧されていた。補償協定という文脈では、同じ「介護」という言葉が入った介護費が切り崩されることを指していた。介護費は現在でも残っているため、この時、チッソがこの費用を削らなかつたと考えてよい¹³。

当時、水俣病認定の仕組みと介護保険との間に整合性が取られたり、介護費が削られたりしなかつた要因としては、第一に、補償協定の内容は介護保険制度に先立って1973年に締結されたものであること、第二に、誰もが直面する高齢化である以上、水俣病の被害者すべてにとっての関心事であったということが考えられる。川本輝夫が水俣市議会で質問をしているのは、主に第二点目の現れと考えることができる。

¹¹ 『平成10年9月第5回水俣市議会定例会議録(第4号)』より引用。

¹² この前月の9月、厚生省とスモンの患者代表のやりとりの場で、重症患者が受けてきた介護費を介護保険で見直す可能性を示唆した厚生省に対し、介護費は課外企業から得た損害賠償の一部であるとして患者側は強く反論している(『朝日新聞』「介護保険 患者サービス低下も(ルポ 七色の島影:下)」1998.10.13.)

¹³ これに対するチッソからの回答は現段階(2023年10月時点)で未入手である。

4-3. 障害福祉サービスとの整合性

一方で、胎児性患者に対する福祉対策においては、障害福祉制度との整合性が実際に取られた痕跡を少なくとも2点確認することができる。

利用者一割負担

社会福祉制度の理念や仕組みが被害補償に流れ込んできた様相を確認できるのは、2006年4月に施行された自立支援法（現総合支援法）と同年に開始された地域生活支援事業との間においてである。すでに述べた通り、地域生活支援事業は障害程度区分のような仕組みはない分患者やその支援団体にとって使いやすいが、1割の利用者自己負担が課される。これは、自立支援法成立時に盛り込まれた、応益負担として利用者に課される原則一割負担の仕組みに実質的には対応している。この点について、支援団体側は、介護保険や障害福祉サービスのように非課税世帯は負担しないなど、利用者負担を見直すよう繰り返し申し入れをしてきた。患者への負担を避けるため、事業所が負担しているところもある。これに対して、環境省と熊本県は一割負担を継続していることの意図を次のよう趣旨の説明をしてきた。

総合支援法には相談員がいて支給料は市町村が決定する。介護保険にはケアマネージャーがいて介護度に応じて利用できる単位が決まっている。一方、水俣病の地域生活支援事業では支給の量を決めたり管理したりする人はいない柔軟な仕組みになっている。そのため、自由に利用できる代わりに、青天井ではなく一定の範囲内で利用してもらおうという意味で、1割負担の廃止は考えていない。¹⁴

胎児性患者にとって利用しやすい仕組みとして設計したが、その自由度の高さに制限をかけるために一割負担を設けた、というのがその理由である。支援団体の繰り返しの申し入れをこうした理由で退けてきた熊本県だが、2023年9月に蒲島知事が撤廃を表明している。

65歳の壁

なじみヘルパー事業においても、既存の福祉制度の考え方が胎児性患者に対する福祉対策に流れ込んでいる様子を確認することができる。この事業の補助金交付要項第3条は、当初次のように書かれていた。

胎児性患者等とは、原則として、65歳未満の水俣病認定患者とする。

この事業は総合支援法に基づく指定居宅介護事業者が胎児性患者となじみの関係を構築することを目的としているものであるため、65歳を過ぎるとその対象から外れるということを意味している。この条文には、65歳を過ぎた障害者が介護保険に基づくサービスへの移行を迫られる「65歳の壁」が下敷きとして存在している。なお、この壁は、2022年12月に介護保険に基づく指定訪

¹⁴ 熊本県環境生活部水俣病保健課保健企画班の発言（2022年8月31日）。発言は永野いつ香の要約。

問介護事業者も加え、それに伴って第3条を「胎児性患者等とは、原則として、昭和16年(1941年)4月1日以降生まれの水俣病認定患者とする」と修正することで取り払われている¹⁵。

これら2つともがすでに廃止あるいはその方向が決定しているが、そうした決定に至るまでには運動側の再三にわたる申し入れを行っている。それではなぜ盛り込まれてしまったのか。その要因としては、介護保険との対比で考えるならば、障害福祉サービスはすべての人に関係するものではなく、またこの対策事業が胎児性患者を対象としていたことが考えられる。

5. 「流れ込み」の問題点

2004年の最高裁判決以降の国・県の胎児性患者に対する福祉対策を「補償」と呼べるのかという論点を残しつつも、2023年の水俣病慰霊式において、蒲島知事が「これまで在宅福祉の充実やケアホームの整備などに取り組んで参りました」というのは事実である。胎児性患者が高齢化の時代に入っている以上、その必要性は増し続ける。その際の懸念とは、まったく別のものであるところの既存の福祉制度の仕組みや考え方が、被害補償へと流れ込んでくることであり、それに対する警戒は、介護保険が導入されることから存在していた。

おそらく、介護保険導入時にそれが現実のものとはならなかった要因として考えられるのは、高齢化という年齢を重ねれば誰もが直面する問題であったがゆえに、遅かれ早かれすべての被害者にとっての問題であったという点である。ゆえに市議会の場で川本輝夫が質問し、チッソに対して質問状を送る患者団体もいた。一方、実際に影響を受けることとなった2006年に始まった地域生活支援事業以降の対策は、その対象が胎児性患者にほぼ限定され、結果として、既存の福祉制度の考え方や仕組みが水俣病対策に流れ込んできたと考えられる。

補償協定に基づく賠償金からすればそれは少額の事業であるが、それは問題の小ささを意味しない。そして、既存の福祉制度を胎児性患者に対する福祉対策に流れ込ませることは、国や県の当初の意図を(おそらくは)越えて、水俣病問題の本質とつながり合っている。

第一に、地域生活支援事業に盛り込まれた利用者一割負担は、「ニセ患者」発言と本質的に変わるところがない。負担を求める理由は、障害福祉サービス等と根本的に異なり使い勝手が良い制度設計なので「青天井」になることを防ぐためという理由であった。だが、補償協定における医療補償は公害医療であるため、チッソの120%負担であることを思い出す必要がある。なぜ、胎児性患者に対する福祉対策だけ、被害者の自己負担が発生するのであろうか。端的に言えば、無制限にこの事業を使われることを警戒している姿勢の中に、「サービス目当て」の患者に対する行政の側の不信を読み込むこともできる。だが、それ以前に、自立支援法における一割負担は、憲法25条の生存権などに反しているとして違憲訴訟に発展し、所得に応じた負担上限額設定されることで事実上撤廃されている¹⁶。自立支援法の応益負担に倣えば「応害負担」と言える地域生活支援事業の一割負担は、なぜこの時同時に廃止されなかったのか。その意味は水俣病の範囲を越えて大きい。蒲島知事の一言で撤廃される方向にあるが、違憲訴訟以降も負担を残し続けた理由を国・県は説明する必要がある。

¹⁵ 本稿では取り上げなかったが、「胎児性・小児性水俣病患者夢実現支援事業」にも同様のことが言える。この事業では、胎児性・小児性患者を「原則として、当該年度の4月1日現在において熊本県内に居住する胎児性・小児性患者で、かつ、昭和16年4月2日以降生まれの水俣病患者です。」と定義している。

¹⁶ 生活保護受給世帯と市町村税非課税世帯は自己負担が発生しないことを意味する。

第二に、なじみヘルパー事業に存在していた65歳の線引きは、水俣病とは何かという定義に関わる問題である。胎児性患者という表現は、重度の先天的な障害を持ち生まれ、1960年代に一括して認定された患者を基本的には指して用いられる。認定補償上の概念として確立していない以上、社会的な捉え方と言ってよいかもしれない。その上で、しかし、水俣病対策を業務とする課そして部(長)が、一つの事業の中だけの定義とはいえ、「65歳以上は胎児性患者ではない」と定義することができるのかは問われる必要がある。利用している事業所は2カ所、額にして8万円(1000円×訪問回数)だが、繰り返すが、金額の少なさは問題の小ささを意味しない。こうした線引きは、症状の組み合わせや、生まれた年代や居住地域で対象を区切ることで救済される人々を限定してきたこれまでの対策と本質的に変わるところがない。認定された患者が後に水俣病であることを取り消されることはないが、この条文はそれとの整合性をどのように図る、あるいは図ってきたのだろうか。また、65歳を過ぎた胎児性患者は何と表現されるのだろうか。

既存の福祉制度の仕組みや考え方を流れ込ませることで、実質的には、胎児性患者に対する福祉対策にかかる費用が抑えられ、その対象者も限定されてきた。これは、すでに認定され補償を得ている患者が直面してきた出来事である。

上述した問題点はあるながらも、本稿では最高裁以降の胎児性患者に対する福祉対策の整備を基本的には被害補償における進展と捉えているが、しかし、福祉対策以外の進展が見られないというのが被害補償をめぐる現実でもある。結局のところ、「水俣病の懇談会以降で一つだけできたところは、水俣病をめぐる医療、福祉、保健ネットワークというのが、懇談会以降何年になりますかね、7年続いています」(日本弁護士連合会 2013:33)との指摘もある。長年にわたり被害者支援を続ける谷洋一と久保田好生は、最高裁判決以降の福祉対策は「『1977年の水俣病判断条件』(公健法認定の基準)を変えないという頑迷な施策の代替や言い訳として宣言されている側面もあり、そこには問題もあるのだが、近年の進展として特記せねばならない」(公害薬害職業病補償研究会 2015:99)との評価を下している。国や熊本県にとっての最大の関心事は、司法判断により事実上否定された昭和52年判断条件にいかにして手を触れることなく、いかにして被害者に対する補償を行っていくかにある。そのとき、胎児性患者に対する福祉対策の推進は、認定制度に手を触れないことの免罪符として機能する。

源流に遡れば、こうした問題が生じる根本には、補償協定の中に医療補償と同程度の、いわば福祉補償が存在していないという点に辿り着く。もちろん、補償協定が被害者団体とチッソとの間に締結されたのが1973年であることに留意する必要がある。障害者自立支援法の成立は2006年、介護保険制度が施行されたのは2000年である。介護の社会化という考え方はこの時代にはまだない。だが、協定書の前文7には次のように書かれてある。以下に再掲する。

チッソ株式会社は、水俣病患者の治療及び訓練、社会復帰、職業あっせんその他の患者、家族の福祉の増進について実情に即した具体的方策を誠意をもって早急に講ずる。

これに対して、水俣病互助会は「七及び本文一、(1)患者の福祉について、介護保険制度など国の制度改革がおこなわれる中、患者の負担も増えています。介護保険及び熊本県等がおこなう地域生活支援事業の負担金についても御検討ください」とチッソに対して申し入れを行い。これに対し、チッソは次のように回答している。

補償協定に基づく給付を実施しており、今後も継続してまいります。¹⁷

どちらにも受け取れる回答である。すなわち、質問の意図を捉えかねているとも読めるが、理解した上で現状の補償項目で十分と正面から答えているようにも読める。後者の場合、「介護費」(44,900円)を今後負担がさらに増すと見込まれる介護保険の自己負担分等にあてるという認識をチッソが持っていることになる。だが、その場合は、明水園への入所・入院はチッソ負担であるのに対し、施設外の地域で生活を営む場合は、患者の負担が増えることを意味する。入所と地域生活の間で認定患者に対する補償のあり方として整合性が取れなくなる。

「一割負担」や「65歳の壁」が胎児性患者に対する福祉対策に流れ込んでくることになったのは、ひとえに、補償協定の中に医療補償と同等の福祉補償が補償協定に盛り込まれていないことによる。だが、同時に、それらが流れ込んできた道筋には、国や県の患者不信や、水俣病をめぐる線引きといった問題がすでに存在していたことも指摘しておく必要がある。

6. 政策提言

胎児性患者に対する現行の福祉対策の問題点を踏まえ、本稿は以下の提言を行う。

まず、水俣病を引き起こした原因企業であるチッソに対しては補償協定に基づいて賠償される項目の見直しを求める。たとえば、補償協定の前文7に基づき、医療補償と同程度の福祉補償を創設することが考えられる。それは、公害医療と同じく原因企業の120%負担を意味している。介護保険制度(の改革)に伴う患者の負担増を理由に補償のあり方の検討を求めた水俣病互助会の申し入れに対する、「補償協定に基づく給付を実施しており、今後も継続してまいります」という回答は、現状では介護費という項目で十分であると読むこともできる。だが、協定が結ばれた1973年から半世紀が過ぎる中であって、介護や介助をめぐる公的保障のあり方は大きく様変わりしている。もちろん、障害者や高齢者でもある胎児性患者が、既存の福祉制度を利用することに問題があるわけではないが、明水園の入所・入院患者だけでなく、施設を選ばず地域社会で生活していくことを選んだ患者に対しても、そのような生き方が(「保障」ではなく)「補償」されなければならない。

不作為などを通じて水俣病の被害を拡大させた責任のある国(環境省)や熊本県に対しては、地域生活支援事業などに確認できる既存の福祉制度の考え方や仕組みが流れ込んでいる状況の改善を求める。上述してきた通り、この点についてはすでに改善が図られているとことでもある。だが、水俣病対策における福祉的な事業と厚生労働省が担うところの障害福祉サービスや介護保険サービスの関係性の議論する必要はある。本稿では前者を従、後者を主という位置関係で捉えているが、この点を明確にしておかない限り同様の「股割き」そして「流れ込み」問題は必ず発生すると考えてよい。また、熊本県以外で生活している胎児性患者のことを踏まえると、本来、こうした事業は熊本県が主体になって実施するべきではない。環境省が前面に立つべき事業ではないだろうか。上に提起した補償協定における福祉補償のあり方を議論する上でも、その前段の作業として、補償と福祉の間の線引きを明確にしなければならない。

¹⁷ 水俣病互助会会長岩本昭則に対するチッソ社長木庭竜一の回答(2023年6月28日)。

最後に、本稿の主題ではないが、被害の実態に合わせて認定制度を作り直すことを求める。胎児性患者に対する福祉対策は意味のある進展であるが、同時に、認定制度に手を触れないための免罪符でもある。関西訴訟の最高裁判決以降、結局は福祉対策しか進展していないのが現状でもある。水俣病問題が問題たる所以は、厳しすぎる認定基準(昭和52年判断条件)にあることはいままでもない。国や県はことあるごとに高齢化する患者の対策の重要性やその成果を強調している。そのことは、胎児性患者に対する福祉が、国や県が唯一その実績を公言できる水俣病対策であると言っていることの裏返しに過ぎない。上記した2つの提言を意味のあるものにしていくためにも、まずは現行の認定基準を改めることを求める。そうしない限り、一連の福祉対策が適切に評価されることは決してない。

参考文献

- 原田正純(1986)「救済を遅らすものは何か—水俣病問題の現況」『思想の科学』78, pp. 22-31。
- 一瀬文秀(2017)『潮谷義子聞き書き—命を愛する』西日本新聞社。
- 公害薬害職業病補償研究会(2015)『公害薬害職業病被害者補償・救済の改善を目指して 制度比較レポート第3集』公害薬害職業病補償研究会。
- 野澤淳史(2020)『胎児性水俣病患者たちはどう生きていくか—〈被害と障害〉〈補償と福祉〉の間を問う』世織書房。
- 日本弁護士連合会(2013)『～水俣病は終わっていない～すべての水俣病被害者の全面救済を求めるシンポジウム(2013年6月1日)報告書』日本弁護士連合会。
- 矢作正(2020)「水俣病闘争史(1968～73年)資料紹介 IV(完)」『技術史研究』88, pp. 33-102。
- 除本理史・尾崎寛直(2011)「水俣病特措法と環境・福祉対策の課題—水俣市及び芦北地域の再生・振興の観点から」『東京経済学会誌』269, pp. 165-192。
- 渡辺京二(2017)『死民と日常—私の水俣病闘争』弦書房。

第3章

水俣病認定制度とチッソとの補償協定

——福祉の費用負担を事例から論考する——

永野 いつ香

はじめに

水俣病は1956年5月に公式確認された。原田正純は1961年7月に水俣をはじめて訪れて以降、生活実態をじかに診る調査方法で明神、月浦、出月、湯堂、茂道など水俣病多発地域に住む患者宅に通いデータを集めた。1962年になるとメチル水銀が胎盤を通過して胎児に影響を与えることが明らかとなり、世界ではじめて「胎児性水俣病」が確認された。水俣病と認定され、チッソと補償協定を結んだ胎児性・小児性水俣病患者の多くは、水俣市立病院や湯之見病院での入院生活を経て、明水園などの施設入所もしくは在宅生活をそれぞれ選択した。1960年代になると、全国的には地域福祉の考え方が出てきたものの、水俣の在宅生活における介護は主に家族や支援者が担っていた。1965年3月に湯之見病院が設立されると、RSW（リハビリテーション・ソーシャルワーカー）を中心に理学療法士らが連携して住宅改修を行うなど退院後の在宅生活の道筋をつけた。1974年5月から水俣診療所（現・水俣協立病院）が「訪問看護」を開始すると、入浴や食事など患者が自宅で過ごすためのシステムが形成されていく。2000年に介護保険、2003年に支援費制度が施行されると、家族や支援者の高齢化のタイミングもあいまって福祉が重要な役割を担うこととなる。だが、それまで家族が無償で行っていた水俣病患者への介護が、福祉サービス利用により有償となる場合、いったい誰がその費用を負担するのかについては、これまで十分な議論はなされてこなかった。

そこで本稿では、胎児性・小児性水俣病患者の在宅生活を支えるために設立された「NPO法人はまちどり」での事例から、水俣病患者にかかる福祉の費用負担について問題提起することを目的とする。

本稿の構成は、以下のとおりである。第1節では、「NPO法人はまちどり」の設立の経緯と事業内容、そして訪問介護の運営の難しさについて述べた。第2節では、65歳を迎えた胎児性水俣病患者の福祉について、障害福祉サービスから介護保険に移行する仕組み自体に欠陥があることを示した。また、水俣病認定制度に欠陥があるがゆえに、水俣病未認定患者問題が生じていることと、補償と福祉が不十分であることを指摘した。第3節では、福祉にかかる費用は誰が負担するのかについて実態を述べたうえで、チッソの補償協定にある「介護費」に現在の福祉を追加する政策提言をした。また、胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業における患者への1割負担の見直しまでの経緯を記し、これだけで福祉の課題が解決するわけではないことを確認した。

本稿が、水俣病患者にかかる福祉の費用負担を誰が担うのかについての議論の発展につながり、水俣病患者の在宅福祉の充実および水俣芦北圏域の福祉全体の向上に寄与すると幸いである。

1. NPO 法人はまちどり

1-1. 設立の経緯

1962年に胎児性水俣病が確認されたのち、1972年12月に水俣病認定患者の療養施設として水俣市立明水園が開設した。入所した患者がいる一方、「この子を施設に預けたら、家と同じような暮らしができなくなって早死にしてしまうかもしれんから自分たちで面倒見ます」などの理由で、在宅生活を選択した患者家族がいた。地域における在宅生活は、長きにわたり家族と支援者が中心になって支えられてきた。

2010年、ある小児性水俣病患者の家族が次々と体調を崩し入院した。家族不在では患者の自宅での暮らしが立ち行かなくなるので、ヘルパーに介護を依頼しようとしたが、65歳未満の患者が利用できる障害福祉サービスの受け入れ体制が整っている事業所は見つからなかった。支援者と熊本県とで話し合った結果、家政婦紹介所から家政婦を派遣して家族不在の期間を支援者とともに乗り越えるできごとがあった。

このことがきっかけとなり、長年、水俣病患者への支援活動を行ってきた、伊東紀美代・谷洋一（水俣病協働センター）と、加藤タケ子（前ほっとはうす施設長／現きぼう・みらい・水俣理事）が、中村俊文夫（熊本ふくし生協）に、「水俣病を理解したヘルパー事業所が必要なので、作って下さい」と、水俣でのヘルパー事業所設立を依頼した。こうした経緯で2010年10月に設立したのが、「NPO 法人はまちどり」である。

1-2. 事業内容

2023年11月現在、「NPO 法人はまちどり」の事業内容は以下の通りである。

※数字は利用者数。重複してサービス利用している利用者を含む。

- 介護保険法：7名
（訪問介護）
- 介護予防・日常生活支援総合事業：4名
（水俣市訪問型独自サービス3名・芦北町訪問型独自サービス1名）
- 障害者総合支援法：16名
（居宅介護12名・重度訪問介護2名・同行援護2名）
- 地域生活支援事業：3名
（移動支援：熊本市1名・水俣市1名・出水市1名）
- 胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業：7名
（在宅支援訪問と外出支援2名・なじみホームヘルパー等養成支援事業7名）
- 福祉有償運送：12名
（法人が行う有償の移送サービス）
- くらしのすけあい事業：4名
（法人が行う自費サービス）

水俣芦北圏域は、高齢化率が41.8%（2019年）と、熊本県平均31.1%を上回る高齢化が進ん

でいる地域である¹。圏域の訪問介護事業所は、全部で12ヶ所（水俣市8ヶ所、芦北・津奈木町4ヶ所）あるが、NPO法人はまちどりのように、7つの事業を同時に行っている事業所は他にない。全利用者26名中11名が水俣病認定患者であることから、これらの事業を駆使して、様々な資格を取得したうえで、利用者の暮らしを支える訪問介護を行っている。

1-3. 介護体制における人手不足と運営の難しさ

まず、介護体制における人手不足について、東京商工リサーチと共同通信の記事を引用したうえでNPO法人はまちどりについて述べる。

東京商工リサーチによると、高齢化の進行で、持続的な市場拡大が見込まれる「訪問介護」業界で事業者の倒産が急増している。2023年1～8月の倒産は44件（前年同期30件）と、前年同期の約1.5倍に達した。調査を開始した2000年以降の同期間では、過去最多を更新した。負債総額は16億8,900万円（同50.0%増）で、それぞれ前年同期を大幅に上回った²。共同通信によると、社会福祉法に基づき全市区町村にある社会福祉協議会で運営する訪問介護事業所が、過去5年間（2018～2022）に少なくとも約220カ所が廃止や休止に追い込まれている。多くはヘルパーの高齢化や人手不足、事業の収支悪化などであった³。

ヘルパーの高齢化や人手不足は、NPO法人はまちどりも同様で、60歳以上のヘルパーは20名中7名と35%を占める。入退院を繰り返しながらも訪問を続けてくれるヘルパーなど、引退したくても事業所が引き留めている状況だ。施設とは違い、1人で利用者の自宅に赴き、入浴・排泄・食事等の介護や、掃除・洗濯・調理等の援助に加えて、通院時の外出移動サポート等の日常生活上の介護を行うなど、様々なスキルが求められるため敬遠される職種である。厚生労働省によると、ヘルパーの有効求人倍率は15.53倍⁴と過去最高となった。2021年度に公益財団法人「介護労働安定センター」が全国の介護事業所に行った介護労働実態調査によると、訪問介護員の平均年齢は54.4歳だった。60歳以上が37.6%を占め、70歳以上は12.2%に上る⁵。何とか引き留めて働いてくれているヘルパーが、いよいよ引退となると、人手不足が一気に加速していくことが予想される。「介護福祉士」の養成学校は4年で2割減⁶と、新たな人材が入ってくることも望めない、先行きが見通せない状況である。

次に、運営の難しさについて2点述べる。

1点目は、介護報酬で、これが主な要因だろうと考えている。訪問介護の介護報酬は、訪問した時間のみ国民健康保険団体連合会（以下、国保連と記す）に請求する仕組みだ。移動時間は介

¹ 令和4年10月改訂、水俣芦北圏域在宅医療・介護連携支援センター『水俣・芦北地域「在宅療養支援社会資源リスト」』より。

² 東京商工リサーチ『「訪問介護事業者」の倒産 過去最多の44件 コロナ渦後のヘルパー不足、物価高が追い打ち』<https://www.tsrnet.co.jp/data/detail/1197990_1527.html>2023年9月15日閲覧。

³ 一般社団法人共同通信社「訪問介護220カ所休廃止 市町村の社会福祉協議会、5年で」<<https://nordot.app/1070675059959022167>>2023年9月2日閲覧。

⁴ 介護ニュース「ヘルパーの有効求人倍率、過去最高15.53倍 訪問介護の人材不足が更に悪化 厚労省」<<https://www.joint-kaigo.com/articles/12018/>>2023年7月24日閲覧。

⁵ 公益財団法人介護労働安定センター「令和3年度『介護労働実態調査』結果の概要について」<https://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2022r01_chousa_kekka_gaiyou_0822.pdf>2023年11月1日閲覧。

⁶ 「介護福祉士 遠のく若者 養成学校4年で2割減」『西日本新聞』2023年11月24日付。

護報酬の算定対象には含まれない。もちろん往復の燃料費も含まれないので、おのずと事業所負担になる。つまり、事業所から遠方にお住いの利用者宅に訪問するとなると、例えば往復1時間半かけて1時間のサービスを行うことになる。1時間の介護報酬の中から移動時間に対する賃金と燃料費も捻出するとなると、収支がマイナスになる場合がある。近年の燃料費高騰により、事業所の負担は増している。

ヘルパーとして稼働するためには、130時間の「介護職員初任者研修」を修了しなければならず時間も費用もかかる。初任者研修を修了すればどの利用者宅にでも訪問できるわけではなく、たとえば「同行援護」を提供するにあたっては、同行援護従業者研修を受講したヘルパーでないと訪問できない。また、利用者が胃ろうを増設すると経管栄養、気管切開をすると気管カニューレ内部の痰の吸引など医療的ケアが求められる場合、ヘルパーは喀痰吸引等研修を受講し認定特定行為業務従事者認定を受け、事業者は熊本県に特定行為事業者登録をしなければ稼働できない。医療的ケアを提供するまでの手続きが煩雑であることから、実際に水俣芦北圏域で事業者登録をしている事業者は、NPO法人はまちどりだけである。医療機関への通院などに使用する「福祉有償運送」は、ヘルパーに福祉有償運送運転者講習の受講が義務付けられるなどコストがかかるが、「運送の対価」は、一般タクシー運賃の半額と不採算事業であることから圏域では2ヶ所の事業所しか実施していない。このように、事業を運営するためには資格取得や登録のための研修費用、そしてヘルパーが研修参加中の賃金や交通費、加えて煩雑な事務手続きが事業所に重くのしかかってくる。こうした負担や責任の重さの割に労働環境は不安定かつ過酷で、努力が介護報酬に反映されにくい、報われない仕組みになっている。

2点目は、重度訪問介護を維持する難しさである。重い障害がある人を長時間支援することで家族の負担を減らし、一人暮らしも実現できるはずの制度だが、引き受けるにあたっては、ヘルパーの数をそろえる必要がある。だが、パートナーの扶養の範囲内で働きたいヘルパーや、個人住民税を低く抑えたいヘルパーに、長時間の訪問を依頼することは難しい。また、週20時間以上働くと雇用保険加入、週30時間以上だと社会保険加入が求められるが、利用者が入退院を繰り返す場合、ヘルパーの収入が不安定になり加入を継続できない場合が出てくるため、事業所としては悩ましい。いずれにしてもヘルパーの数をそろえ維持することは容易ではない。

以上のように、在宅生活を支えるために必要な訪問介護であるにもかかわらず、運営は厳しい状況にあり、介護報酬の引き上げやヘルパーの負担軽減などは喫緊の課題である。全国的にヘルパー確保が難しい状況であることに加え、水俣病患者となると公害の時代背景の理解、生活歴と病状の把握や医療的ケアの技術向上など、訪問にあたっての心構えや準備が必要であることからさらにハードルは高くなる。在宅生活を望む水俣病患者に対してサービスを安定的に提供し続けるためには、たとえば、かつての「家庭奉仕員の勤務形態は、原則として常勤」⁷だった頃のように、公的な事業として位置づける、もしくは「水俣病特別加算」を追加するなどして、事業所が安定して余力を持ち運営できる体制を整えることが必要だ。これは、事業所の努力だけではどうにもならない話で、現場から声をあげて行政やチッソとともに築き上げていくものだと考える。

⁷ 宮本教代（2013）「わが国の訪問介護事業の変遷に関する一考察～訪問介護者の研修制度のあり方から～」、『四天王寺大学大学院研究論集』第7号、p. 67。

2. 福祉制度と水俣病認定制度における欠陥

2-1. 福祉制度の欠陥 – 障害福祉サービスから介護保険へ–

障害福祉サービスの利用者が65歳に到達する前に、「介護保険優先」として相談支援専門員から申請勧奨を受けるのだが、切り替わる際に様々な課題が生じる。天海（あまがい）訴訟⁸において天海正克氏は千葉市から障害福祉サービスを打ち切られたことに対して、「生存権を脅かす不当なもので年齢による差別である」として千葉市を提訴した。このように、年齢を理由に目的の異なる介護保険法を適用されることは「65歳の壁」として全国の障害者共通の問題となっている。

水俣病認定患者も同様の課題に直面している。A氏とB氏の事例を紹介する。

①65歳の壁

事例紹介：A氏

- ・昭和29年生まれ（小児性水俣病患者）
- ・身体障害者手帳2級1種
- ・療育手帳A2
- ・障害支援区分4
- ・要介護2
- ・朝：介護保険（身1生1・Ⅱ）
- ・昼：介護保険（生活3・Ⅱ、身体2・Ⅱ）
- ・夕：胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業の家事援助。

熊本県葦北郡津奈木町在住で、昭和29年生まれの小児性水俣病患者。障害福祉サービスを利用していたが、65歳を境に介護保険サービスを優先利用するよう津奈木町役場福祉課や相談支援専門員から申請勧奨され移行した。津奈木町地域生活支援事業の移動支援は、介護保険に移行した後は利用不可となるため、胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業（以下、水俣病の地域生活支援事業と記す）の外出支援を利用している。障害支援区分4から、介護保険になると認定するにあたり評価のポイントが認知症やADL、IADLへと変化するため、介護に要する手間が少ないと判断され、介護度は低い評価になりがちで当初は要介護1であった。現在は要介護2だが、利用できる単位数では足りないため水俣病の地域生活支援事業で補っている。

自己負担については、障害福祉サービス利用時は非課税世帯のため負担はなかった。介護保険に移行後は、5年以上、居宅介護を利用した実績があり要件を満たすので介護保険利用料は新高額障害者サービス等給付費を利用することにより償還払いされる。だが計算方法によってはすべての負担がなくなるわけではない⁹。また、ショートステイなど新たなサービスを利用する場合には償還払いの対象とならず、所得に応じて1～3割自己負担が生じる。水俣病の地域生活支援

⁸ 天海訴訟を支援する会<<https://amagai65.iinaa.net/>>2023年11月1日閲覧。

⁹ 審査支払事務自治体新任職員研修会参考資料No.1別冊「高額障害福祉サービス等給付費等に関する支給認定について【平成30年6月版】Ver.2」<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/2018_shinnin_1_1.pdf>2023年11月1日閲覧。

事業は、2023年度現在、1割自己負担なので利用した実績分の費用負担が生じる。

このように、障害者総合支援法から介護保険法に移行すると、法の趣旨が違うため、サービス内容に制限が出て、人によっては自己負担が発生する場合がある。そもそも、公害被害者における障害の発生機序は公害にある。「加齢に伴って」生じる心身の変化に起因する疾病とは明らかに原因が異なる。よって、65歳を迎えたからといって障害者総合支援法から介護保険に自動的に移行するのではなく、状況に応じて選択できる柔軟性が求められる。

②40歳問題－特定疾病に該当する第2号被保険者－

事例紹介：B氏

- ・昭和40年生まれ（胎児性水俣病患者）
- ・障害者手帳未申請
- ・要介護1
- ・朝：介護保険（身1生1・I）
- ・夕：介護保険（身1生1・I）

鹿児島県出水市在住で、昭和40年生まれの胎児性水俣病患者B氏は、50歳代で脳梗塞を発症して右半身麻痺となった。自宅で倒れているところを発見され、出水総合医療センターに救急搬送され入院し、退院後は明水園に入所した。

2022年1月初旬、B氏が「家に帰りたい」と強く希望していると、明水園のサービス管理責任者と、鹿児島県内のケアマネから、それぞれNPO法人はまちどりに相談があった。B氏からの希望を叶えるために急遽、ヘルパー派遣をすることになった。在宅生活を開始するにあたり、障害福祉サービス利用を検討したが、この時点では身体障害者手帳、障害年金ともに未申請で、療育手帳の取得歴もなかったため、障害福祉サービスの申請をすることができなかった¹⁰。出水市役所福祉課に相談したところ、「脳梗塞は特定疾病にあたるため介護保険を優先して利用して欲しい」とのことで、申請すると要介護1であった。

要介護1では、朝1時間と夕1時間とB氏に対して十分なサービスを提供することができないため、水俣病の地域生活支援事業で対応したのだが、熊本県庁水俣病保健課に事後報告したところ「Bさんは、鹿児島県出水市に住所があるため、水俣病の地域生活支援事業は利用できません。税金を使った事業なので熊本県民だけが利用できます。この事業は熊本県にしかないので鹿児島県には請求先がないと思いますが、鹿児島県環境林務課に問い合わせてください」と説明があった。鹿児島県環境林務課に問い合わせたところ、「熊本県のような事業はやっていません」との回答であった。同じ水俣病患者でありながら、住んでいる地域によって受けられるサービスに差があることがわかって愕然となり、結局、提供したサービスの請求先が見つからず、請求は断念せざるを得なかった。熊本県の事業とはいえ、環境省も費用負担をしているのであるから、地域により差をつけること自体が差別にあたる。どの地域に住んでいても利用できるよう、環境省が全体を見直し改正する必要があるだろう。

¹⁰ B氏は水俣病の認定手帳は取得していたが、療育手帳は取得していなかった。障害者手帳をご存知なかったそうで、これまで申請していなかったことによる逸失利益の側面を垣間見た。

B氏のケースだと、最初から介護保険を利用することになるためA氏のように「償還払い」はなく負担が大きくなる上に、鹿児島県民であるため、熊本県の水俣病の地域生活支援事業を利用できない。発症した「脳梗塞」は、介護保険の特定疾病で、「加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病」だが、B氏の場合は、水銀が原因となる公害病が先にある。厚生労働省は、「一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしない」としており、身体障害者手帳取得後、障害福祉サービスの申請をすれば利用可能となるはずだが、出水市が判断するため何ともいえない。

念願の在宅生活を始めたB氏であったが、介護保険だけでは1人になる時間が多く自宅で転倒したため、協立病院に搬送され入院後、ふたたび明水園に入所することとなった。12日間と短い期間であったが、NPO法人はまちどりを利用してかかった自己負担額は、介護保険の1割負担額に福祉有償運送のガソリン代と自費サービス負担額を加えて合計22,567円であった。要介護1が利用できる月16765単位では足りず、実費が発生した。このように、地域生活を始めても金銭面で在宅生活を諦めざるを得ない状況になってしまう。

こうした現実から、水俣病患者が明水園に入所すると負担は少なく、地域に戻り在宅生活を開始しようとする負担が大きくなる矛盾が生じていることがわかる。裏を返すと、B氏が明水園を退所した方が、現状ではチッソの負担は軽くなるのだ。B氏は50歳代とまだ若い。急に入院から入所となり心残りがたくさんあるという。今も「家に帰りたい」という気持ちを持ち続けている。国、熊本県・鹿児島県そしてチッソには、水俣病患者が望む暮らしに向き合い、制度から抜け落ちている部分に関してはその都度見直し更新する仕組みをつくる責任がある。

ちなみに明水園のホームページには、「定員が65人となり入所者の健康保持、医療、看護、介護、リハビリテーション、日常生活援助などが本園の機能的役割となっております」¹¹とある。明水園に入るには、「入院」と「療養介護」の2つの方法がある。どちらも水俣病に認定されていることが要件となっている。高齢者を中心に、障害者手帳を持たない場合は「入院」となる。胎児性・小児性水俣病患者を中心に、障害者手帳を持ち水俣市が支給決定をした場合は「療養介護」となる。これとは別に、「短期入所」があり、こちらは水俣病に認定されていなくても障害者手帳があり水俣市の支給決定を受けていれば利用可能となる。それぞれの費用の請求先だが、「入院」はチッソで、「療養介護」と「短期入所」は国保連となっている¹²。つまり、明水園入所者が障害者手帳を持つ場合は、水俣病患者であっても入所費用が公費負担となっている。費用負担については別稿を期したいが、いつの間にかチッソの負担が軽くなる現象が生じているのだ。公害に起因して障害者手帳を取得したわけであるから、明水園入所において療養介護にかかる費用は原因企業が負担するものなのではないだろうか。再考の余地があると考ええる。

2-2. 水俣病認定制度の欠陥

1969年、「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」が公布され、法律による認定制度が始まった。1974年になると「公害健康被害の補償等に関する法律」が施行され、1977年7月

¹¹ 社会福祉法人水俣市社会福祉事業団水俣市立明水園<<https://minamata-sj.or.jp/publics/index/18/>>2023年11月1日閲覧。

¹² 社会福祉法人水俣市社会福祉事業団にて確認（2023年11月17日）、水俣市役所福祉課にて確認（2023年11月24日）。

1日付け環境庁企画調整局環境保健部長通知「後天性水俣病の判断条件について」（環保業第262号）（以下「52年判断条件」という）が出された。この「52年判断条件」により、感覚障害や運動失調、視野狭窄、聴力障害などの症状が2つ以上ないと水俣病と認定しないこととした。基準を狭くしたことにより、認定申請者の棄却や保留が相次いだ。これに対して、日本精神神経学会や日本弁護士連合会は是正を求めている。

1998年、日本精神神経学会は「52年判断条件」は医学的に誤りと学会見解を発表した。2013年には「環境省が最高裁判決を遵守し、昭和52年判断条件を撤回することをあらためて要請」¹³している。

2014年、日本弁護士連合会は、「昭和52年判断条件を改定し、感覚障害のみの一症候であっても、その症候が患者の居住歴や魚介類の摂取状況などの疫学的資料等から総合的に判断して、メチル水銀の影響によるものであることを否定し得ない場合には、水俣病と認定するという基準に改めるべきである」¹⁴と水俣病認定補償制度の是正を求める意見書を出した。

だが、医学的に誤りのある「52年判断条件」を撤回しないまま現在に至っており、水俣病の症状がありながら棄却される人たちが多数存在する状況は続いている。棄却された後、医療手帳もしくは被害者手帳を取得したとしても、認定患者と同様の補償は得られず、利用できる社会資源には格差が生じる。水俣病認定制度は、水俣病患者を分断させて重層的な差別構造が生じる事態を生み出している。こうした制度の矛盾や差別により生じたしわ寄せは、介護現場にも押し寄せている。一刻も早く、見直しをすべきであろう。

2-3. 水俣病未認定患者への補償と福祉

同じ水俣病患者でありながら、水俣病認定患者と水俣病未認定患者の間には格差が生じている。拙稿では、水俣病未認定患者への補償と福祉が不足していることを述べた（永野 2020）。

本稿では、水俣病未認定患者C氏の事例を紹介する。

事例紹介：C氏

- ・昭和36年生まれ（水俣病未認定患者）
- ・身体障害者手帳1級1種
- ・障害支援区分6

C氏は、水俣市出身の両親のもと、父親の転勤先である福岡県で出生した。脳性小児麻痺と診断されたが、臍帯値は0.785ppmと高い値であった。特措法の時に、水俣病被害者手帳を取得している。長年、家族や支援者、そして障害福祉サービスを利用しながら在宅生活を続けてきたが、家族の高齢化にともない2019年に施設入所となった。C氏は在宅生活を希望していたが、C氏も家族も「自分のところは、水俣病の認定患者ではないから、そんなにたくさんのサービスは

¹³ 公益社団法人日本精神神経学会「水俣病認定義務づけを巡る2つの高裁判決に関する日本精神神経学会見解について（概要）」〈<https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/minamata.pdf>〉2019年8月29日閲覧。

¹⁴ 日本弁護士連合会「水俣病認定補償制度の是正を求める意見書」〈https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/2014/opinion_141015.pdf〉2023年11月1日閲覧。

使えません」と遠慮がちで重度訪問介護を利用したいと申し出ることにはしなかった。そこで施設入所を選択したわけだが、家族が高齢であることから、面会するのに近い場所がいいと水俣市内の施設を希望したが叶わなかった。現在、C氏は水俣市外の施設に入所しているが、「家に帰りたい」、「家族と一緒に過ごしたい」との気持ちを抱き続けている。希望する暮らしを支えるためには重度訪問介護を利用することになり、そうなる人材および社会資源をそろえなければならない。家族は、「もう一度、家で一緒に過ごしたいけれど、もう難しいだろうと半ば諦めています。せめて、明水園に入れたら、今より面会に行けるのに…」と複雑な心境を吐露している。

明水園に入所するためには、医療手帳や被害者手帳では難しく、水俣病認定患者であることが要件となっている。明水園の経営主体は社会福祉法人水俣市社会福祉事業団で、2023年11月現在65名の定員でありながら、ベッドに空きもある状態である。施設種別を障害福祉サービス事業所（療養介護）としているのだから、もうそろそろ水俣病未認定患者や障害者手帳取得者が利用できる施設に転換する時期にきている。水俣病認定患者と水俣病未認定患者、そして障害者手帳取得者との格差を解消するためにも、設置主体である水俣市を中心に、環境省やチツソと協議をして方針転換する必要がある。

3. 費用負担の問題

3-1. 水俣病認定患者の介護費

事例紹介：D氏

- ・昭和30年生まれ（胎児性水俣病患者）
- ・障害支援区分6
- ・訪問看護、重度訪問介護、生活介護を利用

母親が主介護者で在宅生活を継続していたが高齢化にともない、2014年にグループホーム「おるげ・のあ」に入所した。2022年8月、誤嚥性肺炎で入院し、入院中に胃ろうを増設した。D氏は、退院後は「おるげ・のあ」に帰りたいと希望したが、「胃ろう増設した利用者は体制が整わないので受入れられない」と施設側から受入れを拒否される形となり、帰る場所がない状態となった。

2023年2月8日、NPO法人はまちどりに対してD氏の相談員から「このままでは、D氏の行き先が決まらないので、外部からのヘルパー派遣を考えています。喀痰吸引研修を受けたヘルパーさんを、24時間派遣してもらえないでしょうか」と依頼があり、認定特定行為業務従事者研修および事業者登録など早急に体制を整えることとなった。3月20日、水俣市役所福祉課から重度訪問介護のヘルパー派遣に関してのサービス支給量等の試算を求められ、支給量と試算額を提出した。3月23日には水俣市役所福祉課と関係事業所との話し合いがあり、「重度訪問介護の上限は1ヶ月261時間¹⁵。それ以上を支給するとなると審査会が必要。訪問看護師はチツソ負担だが、ヘルパー派遣は水俣市負担となる。訪問看護師とのすみ分けをお願いしたい」などの話があ

¹⁵ 障害保健福祉関係主管課長会議資料によると、「イ 支給決定基準の設定に当たっては、国庫負担基準が個々の利用者に対する支給量の上限となるものではないことに留意すること」とある。水俣市は審査会を経て、261時間を超える月744時間を遡及して支給した。

り、翌日に退院前カンファレンスで最終確認を行った。3月27日、協立病院を退院し、「おるげ・のあ」にて、訪問看護3事業所、重度訪問介護1事業所、日中活動の生活介護を利用して、D氏が待ち望んだ在宅生活を再開した。

水俣市福祉課が説明した通り、訪問看護にかかる費用はチッソに請求する。重度訪問介護や生活介護の費用は、国保連に請求するのだが、介護にかかる費用の請求先について考えてみたい。

胎児性・小児性水俣病患者は成人後も、医療を中心に生活を組み立ててきたのだが、「水俣生活学校」（1982～92年）、「水俣浮浪雲工房」（1984年～現在）、「水俣せっけん工場（現・エコネットみなまた）」（1987年～現在）、「カシオペア会（現ほっとはうす）」（1992年～現在）、「NPO法人水俣病協働センター」（2007年～現在）など、患者と支援者として医療以外に通える場所を築いてきた経緯がある。医療機関から福祉的ケアの場へと、生活の場が転換していくわけだが、障害福祉サービスを利用する場合にかかる費用は国保連に請求することとなり、医療から遠ざかった分、結果的にチッソの負担は減ったことになる。また、年齢を重ね、水俣病から派生して多様な介護ニーズを抱えることになったにもかかわらず、本来は被害補償に加えていかなければならなかった福祉の部分が、いつの間にか社会保障へと滑り込まされ、その状態が見直されることなく今日に至っている。

D氏のように、重度訪問介護を利用することにより医療よりも福祉にかかる費用の方が多くなる場合がある（表）。4月は1ヶ月の在宅生活のため医療合計より重度訪問介護にかかる費用の方が多くなっている。5月は途中から入院生活となり、病棟にコミュニケーション支援のため重度訪問介護としてヘルパー派遣をした。6月は入院生活中のコミュニケーション支援と退院後の在宅生活、そして再び入院となったが、相当額の費用が発生している。国庫負担基準を超えた部分に関しては、公益財団法人水俣・芦北地域振興財団からの負担もあれば、この費用を水俣市が負う根拠はどこにあるのだろうか。水俣病認定患者の介護費について再検討することが必要であろう。

表 D氏の福祉と医療にかかった費用

	年月	福祉	医療			
		重度訪問介護	訪問看護	薬局	通院・入院	医療合計
D氏	2023年4月	2,832,730	1,274,280	62,900	195,440	1,532,620
	2023年5月	535,750	84,330	9,750	1,353,722	1,447,802
	2023年6月	1,288,660	357,180	45,075	923,460	1,325,715

3-2. 補償協定の介護費

1973年7月、チッソとの補償協定が成立した。2284名が認定されており、医療費（妊娠、歯科除く）については、全額を支払う仕組みである¹⁶。介護費は、重度の水俣病患者を家族が自宅で介護している場合、チッソの水俣病本部患者センターが自宅訪問して認めると、月46,200円を支払う仕組みである。その他、おむつ手当や介添手当などはあるものの、ここに介護保険や障

¹⁶ チッソ HP「特措法に基づく水俣病問題の解決にあたって」
<https://www.chisso.co.jp/minamata/torikumi.html> 2023年11月1日閲覧。

害福祉サービスの利用料は含まれない。

公害に起因して介護が必要になったのであるから、福祉に対する費用が発生した場合、その費用を税金や保険料でまかなうのではなく、医療費と同様にチッソが負担する必要があるのではないだろうか。補償協定は、介護保険や障害者総合支援法の前に作られたので、要介護度や障害支援区分を「重度の水俣病患者」の判断基準にしていない。同様の理由で、介護保険や障害福祉にかかる費用負担には関与していない。だが、補償協定には「四、以下の協定内容の範囲外の事態が生じた場合は、あらためて交渉するものとする」とある。協定が作られた時に、これらの制度がなかったのであれば「協定内容の範囲外の事態が生じた」のであるから時代にあわせて新たに福祉の視点を盛り込む必要があると考える。

3-3. 胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業の患者1割負担

熊本県には、2006年に障害者自立支援法を参考にして作った、水俣病の地域生活支援事業がある。対象は、水俣病に認定された胎児性・小児性水俣病患者である。利用する場合、利用者は1割を事業所に支払う。残り9割については、環境省が8割、熊本県が2割を負担する仕組みだ。事業を行っている事業所は、水俣芦北圏域に6ヶ所ある。

当初から、2ヶ所の事業所は「どうして患者に1割負担を求めるのか。患者への1割負担をやめて欲しい」と要望していた。こうした経緯と仕組みを知り、NPO法人はまちどりも2021年から2022年にかけて水俣芦北ネットワーク会議の場で、熊本県庁に対して1割負担について質問をしたところ、口頭で回答をいただいたため、以下の通り文書にてその意図を質した。

胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業にかかる利用者の1割負担について質問です。この事業は、障害者自立支援法を参考にしてできたと伺いました。同法は現在、障害者総合支援法に移行しており、市町村民税が非課税世帯の利用者負担は無料です。一方、介護保険はというと、65歳になり障害福祉サービスから介護保険に移行した場合、条件を満たせば「新高額障害福祉サービス等給付費」が支給されます。これは65歳以上の障害者に対する利用者負担軽減制度で、介護保険でも実質、利用者負担は無料となります。

両制度は改正していますが、水俣病の地域生活支援事業が1割負担を継続する理由として、以下の回答をいただいたと理解しています。

「障害者総合支援法には相談員がおり支給量は市町村が決定、介護保険にはケアマネジャーがおり介護度に応じて利用できる単位数が決まっているなど両制度ともにコントロールする担当がいるが、水俣病の地域生活支援事業にはいないので本質的に似て非なるもの、性格がまったく違う事業です。本事業は、相談員やケアマネジャーを置かず柔軟に自由に利用していただく代わりに、青天井ではなく一定の範囲内で利用してもらう意味で、1割をご負担いただいています。現在、撤廃は考えておりません。」

上記の質問に対して2022年時点では、「現在、撤廃は考えておりません」との回答で、2023年も1割負担は継続している。

2023年は、NPO法人はまちどりとして、熊本県庁に対して「1割負担は金額の問題ではなく、憲法13条の幸福追求権や憲法25条の生存権の保障に違反しており、立法裁量の範囲を超えるた

め違憲と考えています。応益負担や応能負担という考え方がありますが、このままでは『応害負担』の状況となります。慰霊式の『祈りの言葉』でおっしゃった、西村環境大臣の『日々の生活の支援』や、蒲島熊本県知事の『在宅福祉の充実』を推し進めるのであれば、1割負担を見直し改正することが必要だろうと思いますので、ご検討いただくと幸いです」と要望した。

これに対する回答は直接いただけていないが、熊本県の蒲島郁夫知事は2023年9月12日、水俣市を訪問し、胎児性水俣病患者と意見交換をした際、「胎児性・小児性水俣病患者を対象とした県の生活支援事業について、現在1割負担となっている患者の自己負担を2024年度にも軽減する」¹⁷意向を表明している。

こうした経緯で、2024年から1割負担の軽減もしくは撤廃が実現するかもしれないのだが、このことをもって水俣病患者の福祉が充実し物事が解決するわけではない。また、福祉の充実と水俣病認定制度の見直しは別の話であることは押さえておかななくてはならない。福祉を充実するから、水俣病認定制度は見直さない、という話ではなく、水俣病認定制度を見直したうえで、水俣病認定患者と水俣病未認定患者への福祉における格差を是正する努力が必要だろう。

おわりに

本稿では、「NPO法人はまちどり」での4つの事例を紹介したうえで、水俣病患者補償協定において福祉の視点が必要であることを問題提起した。

原田正純が、「水俣病事件は決して過去の事件ではない。現在進行中の事例研究が要求されている実学である」（原田 2009:9）と記したように、介護現場では現在進行中の問題が山積している。尾崎寛直が、「水俣病患者に対しては現存制度においても医療以外の福祉的なサポートが充実しているわけではない」（尾崎 2006:108）と指摘したように、福祉的なサポートの充実がないまま、社会保障へと滑り込まされたため、たとえば介護保険の「65歳の壁」や「40歳問題」といった既存の制度に巻き込まれている。水俣病患者が高齢化しても、住む場所を自ら選択することを可能にするためには、医療だけでなく福祉の充実は不可欠である。新たな福祉的サポートをこれから作るには時間を要するため、介護保険や障害福祉サービスなど、既存の制度を利用するとして、チッソの補償協定にある「介護費」に既存の福祉制度を追加することを政策提言としたい。介護報酬の請求先をチッソにすることで選択肢が増え柔軟なサービス利用が可能となる。これが実現すると、未認定患者や障害者が地域で暮らすための選択肢も増え、全体の底上げになると考える。国、県、水俣市、関連事業所とともに誰もが暮らしやすい仕組みづくりを行うことは、水俣病患者が尊厳を取り戻すことにもつながるだろう。

参考文献

尾崎寛直（2006）「水俣における地域再生と『地域ケア』ネットワーク」『東京経大学会誌』第249号、pp. 87-113。

¹⁷ 「水俣病患者の負担軽減へ 熊本県知事が生活支援補助拡充の意向を表明」『西日本新聞』2023年9月13日付。

- 須加美明（1996）「日本のホームヘルプにおける介護福祉の形成史」、『社会関係研究』第2巻、pp. 87-122。
- 永野いつ香（2020）「胎児性水俣病世代の未認定患者への補償と福祉」、『平和研究』第54号、pp. 153-174。
- 永野いつ香（2022）「水俣の「はちどり」から」、『散文誌 隣り村』2号、pp. 2-7。
- 野澤淳史（2020）『胎児性水俣病患者達はどう生きていくか—〈被害と障害〉〈補償と福祉〉の間を問う』世識書房。
- 野澤淳史（2022）「季刊水俣病支援東京ニュース」No. 100~103。
- 野澤淳史（2023）「水俣病にとっての六五歳問題—「先天性（胎児性）という問い」から『なぜ公害は続くのか』新泉社、pp. 223-237。
- 原田正純（2009）「『水俣学研究』刊行にあたって」、『水俣学研究』創刊号、p. 2。
- 宮崎和加子（2006）『愛しき水俣に生きる—訪問看護の源から—』春秋社。
- 宮部修一（2008）「共生のための通過点としての反公害授業」、『社会関係研究』第13巻第2号、pp. 65-90。
- 宮本教代（2013）「わが国の訪問介護事業の変遷に関する一考察—訪問介護者の研修制度のあり方から—」、『四天王寺大学大学院研究論集』第7号、pp. 63-96。
- 矢吹紀人（2005）『水俣病の真実—被害の実態を明らかにした藤野紘医師の記録—』大月書店。
- 矢吹紀人（2016）『終わっとらんばい！—看護師・山近峰子が見つめた水俣病—』合同出版。
- 除本理史・尾崎寛直（2011）「水俣病特別措置法と環境・福祉対策の課題—水俣市および水俣・芦北地域の再生・振興の観点から—」、『東京経学会誌』第269号、pp. 165-192。

第4章

水俣病特別措置法と環境・福祉対策の課題

——水俣市および水俣・芦北地域の再生・振興の観点から——

除本 理史 尾崎 寛直

（『東京経大会誌』第269号、pp.165-192、2011年2月、所収論文）

はじめに——本稿の課題と構成

2009年7月に「水俣病被害者の救済及び水俣病問題の解決に関する特別措置法」（以下、特措法と略）が成立し、2010年5月から救済措置の申請受付が開始されている。これによって、前回（1995年）の「政治決着」の260万円よりも低額ではあるが一時金210万円が用意され、従来の保健手帳を統合した水俣病被害者手帳の制度が新設された¹。これらの措置には様々な問題点も指摘されているが、上記の救済措置を新たに受けることになる方々が相当数出てくることは確実であり、それ自体は救済の一定の「前進」と評価しうる。

特措法の問題点の一つに挙げられるのは、救済措置が基本的に金銭的救済に限定されており、認定患者に適用される補償協定にも定められた福祉的対策をはじめとする非金銭的措置については、むしろそれを揺るがしかねない規定が盛り込まれていることである（除本 2010a, b）。水俣病被害者に対し、公害被害の金銭的補償・救済を行うだけでは十分でなく、福祉の観点からのきめ細かな支援・対策が必要だということは、すでに広く認知されつつある。水俣病をめぐる国と熊本県の責任を認定した関西訴訟最高裁判所判決（2004年）を受け、環境大臣が設置した私的懇談会の提言書でも、胎児性患者の実態を踏まえ「環境・福祉先進モデル地域」（仮称）の提案がなされている（水俣病問題に係る懇談会 2006:46-56）。以下、この私的懇談会を単に「懇談会」と呼ぶ）。

これは、公害・環境や医療・保健・福祉といった諸施策を縦割りにせず総合していく「政策統合」と、それらの分野の関係者の相互連携がきわめて重要であることを示している。このような取り組みを、本稿では環境・福祉対策と呼ぶことにする。環境・福祉対策は、理念的に言えば医療保障と介護保障を担保するものでなければならない。ここで医療保障とは、原則として必要に応じ適切な医療の現物給付が無料でなされること、と定義しておく。また介護保障とは、高齢者（介護保険制度でいえば一般に65歳以上）のみならず、水俣病被害者のように、医療的ニーズが高く、また通常の高齢期よりも早い段階で加齢現象が進み要介護状態になりうるような人々も、本人が望む限り住み慣れた場所での在宅・地域生活を送れるよう、費用負担の心配なく介護サービ

¹ 「政治決着」の際、未認定患者に対してなされた救済策の一部が、医療手帳と保健手帳の交付である。いずれも認定申請や訴訟の取り下げを条件にしている。医療手帳は、医療費の自己負担分の補助や交通費に相当する療養手当の支給などを内容としている。また、保健手帳は、医療手帳取得者と比べれば「軽度」の患者に対して交付されたもので、療養手当がなく、給付される医療費に上限（7500円）が設けられているなど、医療手帳に比べると給付の内容は劣るものであった。しかしその後、2004年10月の水俣病関西訴訟最高裁判決を受け、保健手帳について、医療費上限の撤廃（医療手帳並み）などの拡充がなされた（本文でも後述）。これらの手帳制度の前身は、1986年から開始された「特別医療事業」（1992年に改称し「総合対策医療事業」）である。

スを受けられること、とさしあたり定義する²。

「懇談会」の提言とほぼ同じ時期に、筆者らは、大気汚染公害と熊本水俣病の事例に基づいて、医療・福祉・環境という各分野の制度間の縦割りによって公害被害者の療養と健康回復を進める上で困難が生じていること、したがって縦割りを排した政策統合や各分野の関係者の連携が必要であること、そしてそれらの課題と地域社会の共同性の回復、コミュニティの再生とは密接につながっていること等を論じていた（尾崎 2006a, b；除本ほか 2006等）。国や熊本県も「懇談会」の提言などを受けて、ここ数年、政策分野ごとの縦割りを越えた（あるいは少なくともはみ出した）取り組みや、各分野の関係者の連携を模索しつつあるように見える。

本稿の目的は、特措法に基づく救済措置（その問題点を含め）を踏まえながら、水俣病被害者が地域で療養しながら安心して暮らしていくために、いかなる環境・福祉対策が求められているか、その一端を明らかにすることである。この課題を考えるにあたって、それらの取り組みが次のような側面を持つことを重視したい。すなわち、水俣病被害者への環境・福祉対策が、被害者の人権保障にとどまらず、地域住民の福祉の向上やコミュニティの再生、さらには地域経済の活性化にもつながると考えられ、この意味で地域全体の再生・振興と結びついている、という点である。

本稿の構成は、次のとおりである。まず第1節では、水俣病被害者の置かれた現状を踏まえ、特措法に基づく救済措置の問題点と、医療保障、介護保障に向けて求められる取り組みを明らかにする。また関連して、従来の政策分野の縦割りを越えつつある行政の取り組みについて紹介・検討する。とくに、熊本県の「水俣・芦北地域振興計画推進総合特区」構想では、介護保険制度と障害者自立支援制度の垣根を越えるような視点が打ち出されている。そのため本稿では、この構想にいかなる内容が盛り込まれるべきかの提案も行った。

第2節では、問題点は指摘されつつも特措法により水俣病被害者に対する医療保障が広がることを受け、そのことが持つ地域経済効果について考察する。もちろん、特措法の救済措置に関する問題点（地域や年齢による「線引き」、被害者の潜在を考慮した場合の申請受付期間の問題など）は、決して看過すべきでなく、それらを克服することによって、医療保障を広げていく必要がある。

以上を受け最後に、特措法成立後の環境・福祉対策について、本稿で行った施策の提案を改めてまとめ、結びとしたい。なお、本稿の執筆時点は2010年11月である。

1. 水俣病被害者の現状と環境・福祉対策の課題

1.1 水俣病をめぐる医療・福祉分野の課題——特措法による救済措置の問題点にもふれて

熊本水俣病の補償・救済をめぐるのは、1973年の第1次訴訟判決、補償協定締結により、認定患者に対する補償の仕組みが形成された。しかし、1977～78年頃を転機として、国による認定要件の厳格化と患者「切り捨て」がはじまり、多くの未認定患者が生み出されてきた。

認定要件の厳格化とは、1977年（昭和52）に環境庁企画調整局（当時）環境保健部長による通知が出されたことを指す（いわゆる52年判断条件）。この通知は、水俣病の症状として感覚障

² 既存の制度でいえば、介護給付を行っている介護保険制度、障害者自立支援制度いずれの制度にも不十分な面があることから、ここで述べたことは両制度の弾力的運用や総合的利用をも含意している。

害、運動失調、平衡機能障害、求心性視野狭窄、歩行障害、構音障害、聴力障害などを挙げ、これらの症状は単独では水俣病だけにみられるものではないから、総合的に判断する必要があり、症状の組み合わせを重視することとした。症状の組み合わせとしては、感覚障害をベースに置き、運動失調と視野狭窄が重視されている（原田 1994:136-137）。つまりこの限りでいえば、具体的な身体障害（障害程度によっては身体障害者手帳の交付対象となりうるような）があることが、認定要件として重視されていると考えられる。

未認定患者の補償・救済をめぐることは、国家賠償等請求訴訟など長期にわたる被害者運動の結果、1995年の「政治決着」、そして2009年の特措法によって一定の「解決」が図られてきている。未認定患者は、行政によって障害程度が認定要件に満たないと判断されてきた被害者たちである。この判断の妥当性には疑問が出されているが（原田 1994:137等）、きわめて大雑把に言えば、認定患者、「政治決着」の対象者、特措法の対象者という順で障害程度が重いという傾向はみてとれる³。

ただし、これまで行政が被害の全容解明を怠ってきたために、かなり重度の被害者も「埋もれた」ままになっていること、また、52年判断条件以前の認定要件（46年次官通知）では症状の組み合わせが求められていなかったこと、さらに、そもそもそれらの認定要件自体が的確に運用されていたかについて疑問が出されていること、などを考慮しなくてはならない。つまり花田昌宣（熊本学園大学水俣学研究センター長）が指摘するように、被害者の制度上の位置づけ（認定されているか否かなど）と、症状の度合いは必ずしもかみ合っていないのである（『熊本日日新聞』2010年7月19日付）。

いずれにせよ水俣病の被害には、障害程度という点では「重度」から「軽度」へのすそ野の広がりがあり、それぞれに応じた医療や福祉の課題があると考えべきである。すなわち、全体として公害医療を充実させることを前提に、日常生活上の困難を現在すでに抱えている比較的「重度」の被害者には、これまで重視されてこなかった福祉・介護ニーズの側面からの支援施策が必要であり、現在のところ比較的「軽度」の被害者に対しては、さしあたり医療保障を中心に据え、今後の症状悪化による日常生活の不安に備えるための施策もあわせて求められる。これらは、医療や福祉にまたがる分野横断的な課題であり、その意味で水俣病をめぐる環境・福祉対策の中心的内容をなすといつてよい。

1.2 医療保障、介護保障に向けて求められる取り組み

では、より具体的には、どのような取り組みが求められるだろうか。ここでは、筆者らの聞き取り調査を通じて明らかになった、いくつかの点を述べたい⁴。

1.2.1 公害医療について

第1に、公害医療という点でいえば、水俣病に詳しい医師がニーズに比して不足していることが挙げられる。これには、水俣病被害者の主治医が次第に高齢化してきていることも関係してい

³ 被害者団体の事務局、および水俣病問題に詳しい研究者からの聞き取り（2010年8月）による。

⁴ 以下とくに注記した場合を除き、主に、被害者団体の事務局、福祉関係者、水俣病問題に詳しい研究者、国（環境省）、熊本県、水俣市等からの聞き取り（2010年6月～8月）による。

るようである。この点については、水俣病専門の医療施設をつくること、あるいは、それが無理であれば既存の体制の中で、公害医療の水準を向上させていく取り組みが必要だと水俣被害者の支援を行ってきた福祉関係者から提案されている。

その点で参考になるのは、大気汚染公害の呼吸器疾患においてみられた、新しい治療薬の開発や治療方法の改善を全国の医療機関の内科医等に周知させるための統一的な治療のガイドラインの作成である。日本における独自の「喘息予防・管理ガイドライン」（JGL）が1993年に初めて作成され（日本アレルギー学会が発表）、その後、ほぼ3年ごとに改訂されてきている（国際的なガイドラインGINAの知見も取り入れながら改訂されており、最新のものはJGL2009である）。これに基づき、全国的に、吸入ステロイド療法の採用やピークフローによる自己管理の指導が促進された。JGLは、患者の症状のコントロール状態に応じた治療ステップにしたがって、吸入ステロイド薬のような長期管理薬を効果的に使用することを推奨した。その結果、患者にとっては、適切な治療を受けていれば喘息発作が起こりにくく、発作的症状を予防できるようになり、かつ治療薬による副作用が少なくなったといわれる。実際、喘息突然死（発作による呼吸困難で死去）の数も減少するなど、一定の効果がみられる。

水俣病の診断基準については、近年、原田正純医師が中心となった「共通診断書」づくりや高岡滋医師による「水俣病診断総論」（高岡 2006）など、民間医療者による診断に関する提言がなされているが、大気汚染公害にみられるような治療のガイドライン、あるいは対症療法の手段についても共有を図ることができれば、水俣病患者は各地の病院でも適切な診断と治療を受けやすくなる。その点では本来、公的機関である国立水俣病研究センター（国水研）が率先してガイドラインづくりや各医療機関への情報提供・周知をすることが期待される。ただし、現在のところは、「何が水俣病であるか」という認定基準をめぐる争いが継続している面もあり、「水俣病」そのものの定義が行政と民間医療者との間で必ずしも一致しているわけではないため、統一的なガイドラインなどはつくりにくい状況にある。

1.2.2 介護保障に向けたソフト面での対策

第2に、介護保障に向けたソフト面での対策という点でいえば、次のようないくつかの課題が挙げられる。

一つは、水俣地域では障害福祉サービス（とくにホームヘルプサービス）を行うヘルパーの数が不足しており、水俣病患者への対応を含む医療行為の訓練を受けたヘルパーとなると、さらに数が限られるという点である。そのため、利用者はサービスを受けたくとも十分なヘルパーの数が確保できないため、実際の利用時間が上限に満たないことがある。もっともヘルパーが不足している理由として、働く側にとっての労働条件の問題があるのはもちろんだが、後述するように事業者側にとっても、介護保険制度と比較した場合、障害者自立支援制度における居宅介護サービスの報酬が低い（つまり事業者の受け取る収入が少ない）という問題も指摘されている。

ヘルパー不足という問題に関して、水俣病被害者の生活支援をしている団体からの聞き取り調査では、次のような事例があることが分かった。50代のある胎児性患者は、障害者自立支援制度の支給決定を受けており、その姉（医療手帳所持）は介護保険の要介護認定を受け、ともにホームヘルプサービスを利用している。最近、2人を介護していた胎児性患者の兄（認定申請中）が急病で入院することになったのだが、ヘルパーが足りず、在宅生活が困難になってしまった。胎

児性患者本人としては、ヘルパー数の比較的多い介護保険事業所（姉の利用している）にホームヘルプサービスを頼もうとしたが、介護保険と障害者自立支援制度の縦割りのために受け付けられなかったという⁵。本人は過去の経験から、施設に入ることを嫌がっており、あくまで在宅生活を続けることを希望しているが、介護者がいない状態ではそれも困難な状況である。

結局、この胎児性患者のケースでは、やむなく上記の支援団体が、ヘルパーの来られない時間帯を含めて家政婦を「3交代で24時間」配置することとし、当面の緊急事態を乗り切ることになったという。ここからみえてくるのは、ヘルパーの不足をいかに解消するかというそもそもの課題と、介護保険制度と障害者自立支援制度の縦割りを越えて総合的な利用ができないか、という課題である。この点は、熊本県の「水俣・芦北地域振興計画推進総合特区」の提案にかかわって後述する。

ヘルパーの不足については、水俣病被害者の支援をしてきた関係者らが、NPO 法人「はまちどり」を立ち上げ、ヘルパーの養成を行おうとしている⁶。定款によれば、同法人の目的は「胎児性・小児性水俣病患者とその家族はもとより、総ての高齢者、障害者及びその家族の人権が保障されるために、日常生活の援助及び支援に関する事業を推進し、誰もが安心して暮らせる地域づくり・まちづくりに取り組み、併せて福祉の増進と向上に寄与すること」とされている。その一環として、上記胎児性水俣病患者の事例にみられるようなホームヘルプサービスのニーズに応えるため、障害福祉サービスに対応できるヘルパーの養成に取り組もうとしている。行政がこうした活動を支援していくことは水俣病患者の福祉向上につながるだけでなく、地域全体の福祉水準の向上にも資するだろう。

行政による支援としては、具体的には、次のようなことが考えられる。一般に、身体介護も含めたホームヘルプサービスを行う上で最低限必要とされる資格は「ホームヘルパー2級」かそれ以上である。そこで、2級取得のための課程⁷を「はまちどり」が実施することに際して、受講者の費用負担を行政が補助することが検討されてよい⁸。とくに水俣病患者のような医療的ニーズも抱える要介護者のホームヘルプを行う場合には、一定の医療的知識を有しておくことが必要であるから⁹、こうした団体がヘルパー2級養成課程とあわせて医療行為に関する講習も行うことを前提とするならば、水俣病患者への環境・福祉対策として補助を行うことは十分意義がある。また、ヘルパーの医療行為に関わるマニュアルづくりも必要になる。

⁵ 制度の縦割りにより、事業所の方も一般的に高齢者の在宅介護サービス専門と障害福祉サービス専門に縦割り状態になっている。ただし、厚労省の通知によれば、障害者自立支援法に基づく介護給付と介護保険制度との適用関係では、65歳以上の高齢で要介護状態にある障害者を想定して、両者の相乗りが認められている。これにより、障害福祉サービスを提供していた事業者が、介護保険制度の下で訪問介護事業者の指定を受け、要介護認定を受けた障害者等に対してホームヘルプサービスを提供することは可能である。

⁶ 2010年10月にはNPO法人の登記を完了し、ヘルパー養成事業所の認可を申請中である。2010年末には本格的な業務開始を予定している。

⁷ 講義58時間、演習42時間、実習30時間の計130時間のコース。

⁸ 民間の事業者であれば通常、5万円程度から10万円程度まで幅がある。こうしたヘルパー養成講座を自治体が主催して、低負担で住民に受講を勧めている地域も少なくない。

⁹ 厚生労働省は2005年3月以降、これまで医師や看護師しか認められていなかった「医療行為」の一部について、ヘルパーなど介護職が行うことを解禁しはじめている。まずは爪切りや湿布の貼り付け、軟膏塗布、座薬挿入、薬の内服介助、浣腸、検温、血圧測定などが「医療行為」から外されるなど、徐々に介護職が要介護者の医療的ケアに関わる機会が増えつつある。

もう一つは、医療や福祉のサービスを制度横断的に組み合わせ、水俣病被害者や家族が利用しやすいよう手助けする機関の必要性である。例えば、子どもは障害福祉サービスと医療的ケア、親は介護保険サービス、というように、水俣病被害者の家庭では成員ごとに制度の異なるサービスを必要としているケースが少なくない。被害者の在宅生活を支えるために、被害者や家族の相談に乗り、「ワンストップ」で制度横断的なサービス利用の手助けをする相談支援窓口が必要ではないか、と指摘されている。

この点でいえば、水俣病発生地域の住民の健康不安に対応し、地域生活を支援することを目的に、水俣病相談窓口が水俣市などに設置されており、福祉専門職のカウンセラーによる相談も行われている。この窓口は今のところ時限的なものであるが、恒常的な相談支援窓口を設置することが重要である。もっとも必ずしも行政が運営する必要はなく、公設民営で民間事業者に運営を委託する形態であってもよい。

1.2.3 ハード（施設）面での対策

第3は、ハード（施設）面での対策である。すでに述べたように、水俣病被害者が望む限り住み慣れた地域で生活できるよう最大限の支援をすべきであることはいうまでもない。在宅生活が基本になるが、それが難しい場合には、自立した地域生活を実現するためにケアホーム（共同生活介護）やグループホーム（共同生活援助）等を確保することが重要である。一定の医療的ニーズを常に抱えている水俣病被害者が、介護職員の配置の少ないグループホーム等で生活するためには、そこへの訪問看護・訪問介護なども含めて、被害者支援にかかわってきた団体等の協力が必要になるだろう。

また、それに加えて、重度の介護状態になる場合も想定されるため、水俣病被害者が安心して入所できる施設は安定的に確保されなければならない。その入所施設の象徴は、水俣市立の重症心身障害児（者）施設「明水園」である。明水園は設立の経緯から、現在もなお、実質的に水俣病患者（認定患者のみ）の専用施設となっている。しかし、この施設に関しても2011年度から、障害者自立支援法に基づく療養介護サービス（医療と常時介護の両方を必要とする人に、医療施設などで看護や介護、日常生活の世話や機能訓練等を行う）への移行が予定されている。これまでは、認定患者＝医療的ニーズの高い障害者、というある種の「読み替え」が行われていたと考えられ、認定患者であれば入所ができていたが、療養介護の施設となった場合、障害程度区分5以上の障害度認定を受けなければ入所が難しくなる、という制度上の問題が発生する。明水園は、本来であれば環境省所管の施設であっておかしくないが、障害者自立支援法という厚生労働省所管の制度の中に位置づけられてしまうという「股裂き」状態が懸念される。

さらに、将来的なことを考えると、後述のように、水俣・芦北地域に在住の認定患者が300人未満（施設入所者等を除く）であることから、今後入所を希望する認定患者は減少し、現在の定員（65床）が埋まらなくなることも懸念される。そうした事態を前提とすると、明水園を存続させる限りは、いかにして定員を確保するかが求められる。

考えられる方策は、①療養介護サービスを行う一般の障害者施設へと「転換」して水俣病認定患者以外の入所も推進していくこと、②認定患者以外の医療手帳・保健手帳（今後は水俣病被害者手帳）などの所持者にも入所の「資格」を広げて、水俣病被害者全体の将来的な不安に備えること、である。水俣病被害者の療養環境の整備のためという明水園設立の経緯を考えれば、認定

かそれ以外の手帳かを問わず、水俣病患者のための施設として存続させるのが筋だろう。さらに、それを安定的に運営していくためには、障害者自立支援制度に基づく厚労省の所管施設とし続けるのではなく、水俣病被害者全体の介護面まで含めた生活支援のために、環境省所管の療養施設として維持発展させていくことが考えられてよいのではないか。

その前提で、明水園においては、これまで重視されてきた「治療の場」から、「生活の場」へと位置づけ直し、設備を改善していくこと（例えば個室化など）も重要であろう。

1.2.4 依然残る介護保険の利用者負担をどうするか

障害者自立支援制度における自己負担は、「応益負担」（「利益」を得たことによる応分の費用負担）の考え方に基づくものである。これに対する障害者らの反発を受け、国は自己負担1割について、2009年度から実質的になくす措置をとった¹⁰。そのため、当制度に関しては障害者手帳を受けている水俣病被害者にも、自己負担は基本的には発生しないことになる（食費などの実費は除く）。

ただし、要介護認定を受けて介護保険制度のサービスを利用している高齢の水俣病被害者については、原則1割の自己負担が発生している。従来、水俣病被害者の療養に関する補償・救済の範囲は、医療保険に準じた医療サービスの給付、ないしは医療保険を利用した自己負担分の助成に限定されてきたため、それとは別建ての制度である介護保険サービス（もともと医療保険で提供されてきたサービスを除く）には、一般の高齢者同様、原則1割の自己負担が導入されているのである。

2008年度の水俣市の居宅介護・地域密着型介護・施設介護にかかわる介護保険給付費のうち、介護サービス等諸費・介護予防サービス等諸費の合計は、年間22億5915万円である。これは本人負担1割部分を除いた額であるから、1割の自己負担額は2億5102万円である。要介護認定者数は1746人（要支援1～要介護5までの総計）であり、2008年度の実際のサービス受給者数は1375人であるから、後者で割った場合の受給者1人当たりの自己負担額は18万2557円である（水俣市2009:113-117に基づき試算）。

試みに、水俣市に居住する認定患者を162人と仮定して¹¹、後述の新潟県の例に合わせ、約4割（65人）が要介護認定を受けて介護保険サービスを受給したとすると、1人当たり上記の18万2557円をかけて、介護保険サービス自己負担額（1割）は年間約1187万円となる。ただし、1人当たり自己負担18万2557円は、高額になりがちな施設介護サービスも含めて平均値をとったものであるから、施設入所ではなく地域生活（在宅生活）を基本に考えれば、実際の自己負担額はこれを下回ることになろう¹²。

¹⁰ また、障害者自立支援法そのものも2010年6月に廃止の決定がなされ、2013年度には新たな「障害者総合福祉法」（仮称）へ移行するとされている。

¹¹ 水俣保健所管内（水俣市、津奈木町、芦北町）において、家庭訪問療養指導を行っている認定患者の人数は274人（2009年度）とされている（熊本県資料。明水園ほかの施設入所者等は除く）。また、水俣市、津奈木町、芦北町の2008年2月末までの患者認定数は、それぞれ1010人、353人、346人とされているので（水俣市立水俣病資料館編 2008:8）、この比率をもとに考えると、上記274人のうち、162人が水俣市在住であると推定できる。

¹² なお、津奈木町と芦北町の資料は未入手だが、仮に水俣市の1人当たり18万2557円をもとに計算すると、水俣・芦北地域274人の4割に相当する自己負担額は約2000万円となる。

以上は認定患者のみに関する試算なので、次に医療手帳、保健手帳所持者についても考えておきたい。水俣市における両手帳の所持者数（2008年度末）は、約4500人と考えられる¹³。この全員が第1号被保険者の年齢に達したと仮定して、現在の全国の要介護認定割合（ほぼ15%）に相当する数は680人である¹⁴。これに先ほどの1人当たり18万2557円を乗ずれば、約1億2400万円となる。

ちなみに、新潟水俣病の発生した新潟県では、介護保険制度スタート時より、要介護認定になった認定患者の介護保険1割自己負担分は、昭和電工が負担している。現在、認定患者（約320人）の約30～40%が介護保険制度を利用しているという¹⁵。昭和電工の実際の負担分（1割分）はおよそ月平均70万円程度というから、年間で840万円である¹⁶。

熊本においても、新潟の例を参考に、認定患者にとどまらず医療手帳、保健手帳（今後は水俣病被害者手帳）所持者についても、介護保険の1割自己負担分の無料化が検討されてよい。その財源は、加害者たるチッソ、国、熊本県が負担すべきであろう。2010年11月12日、チッソは特措法に基づき分社化のための事業再編計画を環境大臣に提出したが、分社化実施後は、新たに設立される事業会社（チッソの液晶事業等を引き継ぐ）もこれに協力すべきである。特措法36条1項は、「政府及び関係者は、指定地域及びその周辺の地域において、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ものとする」と定めており、この「関係者」には上記の事業会社も含まれるからである（除本 2010a, b）。水俣病被害者に対する介護保険の自己負担分の解消が、同項の目的に資することはいうまでもない。なお事業会社の株売却後は、売却益をもとに設置される補償基金の運用益なども、この財源として考えることができる¹⁷。

1.3 政府による「水俣病発生地域の環境福祉対策」について

環境省は、2006年度から「水俣病発生地域の環境福祉対策の推進に係る事業」を進めている（表1）。「環境福祉対策」という文言に表れているとおり、これは環境省の事業ではあるが、一部は水俣病という切り口から福祉の領域に踏み込んだ施策となっている。事業の中身は多岐にわたるが、大きく分ければ「地域の医療・福祉の（連携）推進」「地域の再生・融和（もやい直し）の推進」という2つの領域からなる。このうち前者には「胎児性水俣病患者等の地域生活支援事業」「離島等医療・福祉推進モデル事業」などがある。また、後者には「フィールドミュージアム事業」「環境学習等推進事業」などが含まれる。ここでは、水俣病被害者の医療と福祉の

¹³ 熊本県「平成21年度版 熊本の環境——環境白書」2010年（熊本県ホームページ

（<http://www.pref.kumamoto.jp/site/whitebook/whitebook-h21.html>）2010年11月15日閲覧）p.78、および環境省が被害者団体に示したデータから試算。

¹⁴ 介護保険制度における第1号被保険者（65歳以上）の要介護認定割合は、2000年度の開始以降、15%前後で推移している。

¹⁵ 新潟県資料、および（株）昭和電工の補償事務担当窓口からの聞き取り（2010年10月22日）による。

¹⁶ 介護保険制度を利用して介護施設等に入所している人もおり、その場合、医療機関にかかる機会が減るため、医療費支出は減少すると考えられる。

¹⁷ この点については、筆者のうち除本を含む「環不知火地域再生研究会」で検討を行っている（検討結果の一部として、環不知火地域再生研究会 2010）。

ニーズにかかわる事業として前者（「地域の医療・福祉の推進」）を取り上げ、そのうち事業費としても大きい上記2事業について簡単に説明したい。

表1 「水俣病発生地域の環境福祉対策の推進」にかかわる事業費（国費のみ）
（単位：百万円）

年度	2006	2007	2008	2009	合計
医療・福祉連携推進事業	9	74	110	154	347
胎児性水俣病患者等の地域生活支援事業	9	45	26	32	112
離島等医療・福祉推進モデル事業	—	16	48	56	120
地域再生・融和推進事業	35	66	73	59	233
両事業計	44	140	183	213	580

- (注) 1. 「離島等医療・福祉推進モデル事業」のみ委託事業で、全額国費による。それ以外は補助事業であり、負担割合は国：県市町等＝8：2。ただし、この表に掲げたのは国費のみ。
2. 「医療・福祉連携推進事業」の総額は、その他とも計。
3. 2008年度までは実績、09年度は補助金交付決定額（委託契約額を含む）。
(出所) 環境省資料より作成。

まず「胎児性水俣病患者等の地域生活支援事業」は、熊本県の事務費に対する直接補助のほかは、大部分が熊本県を通じた事業実施団体に対する間接補助である。熊本県の「平成22年度胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業補助金交付要領」によれば、この事業の目的は「胎児性・小児性水俣病患者等の地域における安心した日常生活の確保、又は地域における社会参加の促進を図ること」とされている（第3条）。ただし、既存の介護保険制度や障害者自立支援制度と重複せず、既存制度では応えきれない被害者のニーズに対処するための事業である。補助対象事業は、大きくは「サービス提供事業」と「施設運営事業」（後者は障害者自立支援法等に準じる）に分かれ、それぞれに必要な備品の購入や、施設の改築・修繕（「サービス提供事業」）、新築等（「施設運営事業」）も含まれる。これらの具体的な中身は、表2のとおりである。

例えば、あるNPO法人の建物は、水俣病被害者が通所するなどして利用されているが、ここでは介護保険制度や障害者自立支援制度の下で指定事業所の認可を受けていない。したがって、従来からそれらの制度とは無関係に、水俣病被害者や家族の支援を行ってきたが、現在は上記の「サービス提供事業」の補助を受けている。このNPO法人で聞いた話では、例えば同事業の中の「在宅支援訪問」は助かった、との声が利用者の間にあるという。これは、被害者の自宅に行き在宅生活の支援をする者に対して、一定の対価を支払うものである。

前述のように障害福祉サービスに対応できるヘルパーが少ない中で、被害者の親戚や近隣住民にそれらの機能を依存しているケースが少なくない。被害者の間には、そのような支援に甘え続けるのは忍びないから何らかの対価が支払えればよい、という思いがある。「在宅支援訪問」は、被害者のこのような思いに応えた事業であるといえよう。ただし、介護という点では同居家族が最も大変なのだが、同居者には支払われない。被害者のきょうだいや姪といったケースが多いという。

表2 胎児性・小児性水俣病患者等に対する地域生活支援事業（熊本県，2010年度）

	事業と内容	補助基準額
サービス提供事業	生きがいづくり（学習、趣味、作業などの場を提供）	1人1日当たり 5670円。
	交流サロン（患者・家族が他の障害者、地域住民などと交流する場を提供するなど）	1回当たり 3万円×実施回数（上限 150万円）。市町外へ外出する場合は 15万円×実施回数（上限 30万円）。
	外出支援（自宅から通所・通院や買い物などで外出する際の支援）	目的地が自宅と施設のほか、1日につき1カ所まで：1人1日当たり 2070円。2カ所以上：3600円。
	在宅支援訪問（自宅に行き、在宅生活の支援を行う。家事援助等と身体介護からなる）	家事援助等：1人1日当たり 1980円。 身体介護：〃 5220円。
	配食（施設でつくった食事を自宅へ直接届け、食生活の支援を行う）	1人1日当たり 540円。
	日中一時支援（日中一時的に、施設で生活する際の支援を行う）	1人1日当たり 3330円。
	一時宿泊（一時的に、施設で宿泊をとまない生活する際の支援を行う）	1人1日当たり 6750円。
改築等	サービス提供事業のために必要な備品の購入、施設の改修、修繕	備品の購入：1施設当たり 200万円。 施設の改修、修繕：〃 300万円。
施設運営事業	訪問系サービス 居宅介護（家事援助、身体介護）、行動援護、配食	居宅介護（家事援助、身体介護）：上記「在宅支援訪問」と同額。行動援護：上記「外出支援」と同額。配食：上記「配食」と同額。
	日中活動系サービス 生活介護（日中の介護等）、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、就労移行支援（就労に必要な訓練）、就労継続支援（働く場の提供）、短期入所、日中一時支援、生きがいづくり、交流サロン	生活介護：7560円。自立訓練：5670円。就労移行支援：6570円。就労継続支援：4140円（以上全て1人1日当たり）。短期入所：上記「一時宿泊」と同額。日中一時支援：上記「日中一時支援」と同額。生きがいづくり：上記「生きがいづくり」と同額。交流サロン：上記「交流サロン」と同額。
	居住系サービス 施設入所支援（夜間の介護等）、共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）	施設入所支援：2520円。共同生活援助：1530円。共同生活介護：3150円。以上全て1人1日当たり。
新築等	施設運営事業のために必要な備品の購入、施設の新築、増築等	備品の購入：1施設当たり 200万円。 施設の新築、増築等：〃 1000万円。

（出所）熊本県「平成22年度胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業実施要領」より作成。

ところで、この生活支援事業では、2006年10月からの開始にあたり、同じ時期に全面施行された障害者自立支援法の各種サービスに合わせて、原則1割の自己負担が導入された。しかしその後、前述のとおり2009年度から、ほぼ自己負担がなくされている。つまり、障害のある人たちの自立支援に対するサービスへの「応益負担」が否定されたといえる。水俣病患者が地域で自立生活していくための援助を目的とする本事業においても、「応益負担」について再考すべき時に来ているといえよう。

次に「離島等医療・福祉推進モデル事業」は、市町への委託事業であり、全額国費によりまかなわれる¹⁸。事業の趣旨は「離島等に居住する水俣病被害者及び家族、地域住民が安心して暮らしていけるように、当該地域の医療・福祉レベルを向上させるため、神経症状の緩和、運動障害等の改善・維持につながるリハビリテーション等をモデル事業として実施するもの」である。本事業は2007年度に開始され、対象地区は鹿児島県長島町獅子島と熊本県天草市御所浦町の2カ所

¹⁸ 以下、本事業の説明は、環境省環境保健部企画課「離島等医療・福祉推進モデル事業」（2008年10月29日、パワーポイント資料）による。

とされた。当初、事業期間はおおむね3年間とされたが、2010年度予算では事業が継続され、さらに4カ所に拡充するとされている。

鹿児島県長島町獅子島（2008年9月末の人口は869人）の事業は、①離島デイサービス、②健康機器を利用したリハビリテーション、③介護予防研修会からなる。このうち、①は御所ノ浦地区の高齢者コミュニティセンターに機器を設置して行われている（設置機器はメディカルチェア、全自動血圧計、車椅子ボードトレーナー、振動刺激トレーニング装置、脳年齢計など）。スタッフは、介護福祉士兼栄養士1人、介護士2人、看護師1人の計4人である。参加者の運動機能評価に基づきプログラムが作成され、3カ月ごとの運動機能評価でさらにプログラムの見直しが行われる。各人は週1回、プログラムに参加する。この事業への登録者は134人（最高96歳、平均76.3歳）であり、参加延べ人数は903人／62日であった。また②は、島内4地区の公民館等に機器を設置して行われている。この事業への登録者は66人（最高98歳、平均67.5歳）であり、参加延べ人数は4956人／107日であった。

熊本県天草市御所浦町の事業は、人口951人（2007年10月末）の横浦島に「ふれあい塾弁慶ヶ岳」と呼ばれるプレハブ5棟を建て、そこに機器を設置して行われている。内容は、獅子島の上記①の事業と類似している。この事業の利用者数は90人（最高91歳、平均75.2歳）である。獅子島の事業①や、横浦島の「ふれあい塾 弁慶ヶ岳」では、水俣病関連の手帳（医療手帳や保健手帳など）の所持は事業参加の要件ではないが、実際には多くの参加者が何らかの手帳を持っているという。このことは、住民の中での水俣病被害の広がりを示している。本事業の効果については判断材料を持ち合わせていないが、環境省としては、参加者の筋肉量が増えるなどの効果が出ており、一定の介護予防の機能を果たしていると考えているようである¹⁹。そうだとすれば、とくに横浦島のように、町営の一般診療所があるほかは民間の指定介護事業所もない離島においては、この事業が島民の福祉・介護ニーズに対処する機能を、ささやかかもしれないが果たしているといえるのではないか。

1.4 「水俣・芦北地域水俣病被害者等保健福祉ネットワーク」について

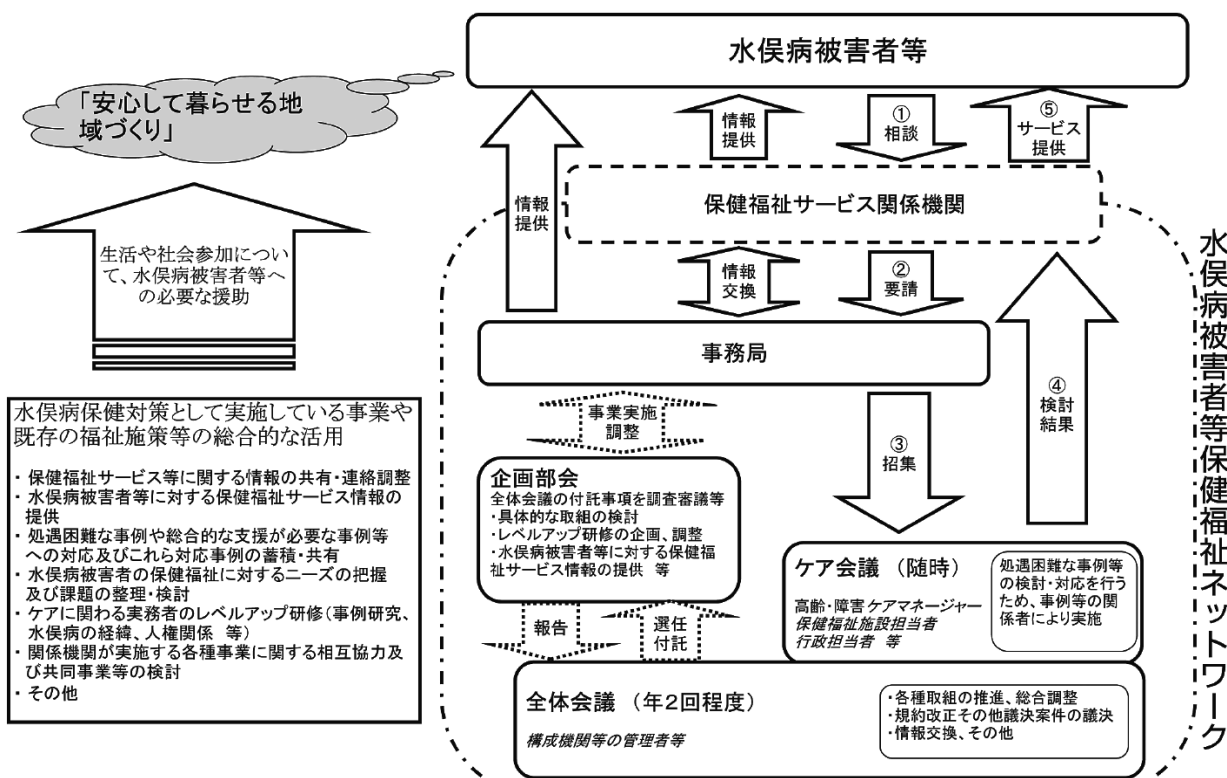
水俣病被害者だけでなく地域住民の抱える生活・健康不安に対して、医療・保健・福祉関係者の連携が必要だということは、一般論としていえば関係者の共通理解になりつつあるといえる。この課題に関する組織として、熊本県が事務局を所管する「水俣・芦北地域水俣病被害者等保健福祉ネットワーク」が挙げられる。同ネットワークは2007年11月に設立され、水俣病被害者・家族に医療・保健・福祉サービス等を提供している機関や関係者によって構成されている。具体的な活動としては、研修会などの開催、意見交換や情報の共有、在宅療養中の被害者で、単独の機関では処遇困難なケースに関する対処の検討などを行っている（図1）。

上記の対処困難なケースに関する検討は、随時開催される「ケア会議」で議論されることになっている。水俣病被害者の支援をしてきた福祉関係者に聞くと、「ケア会議」が十分に機能しているとはいえないようだが、ここでは一応、そのような対処の仕組みが存在しているということの指摘にとどめたい。なお、年に2回程度開催される「全体会議」の下には「企画部会」が設け

¹⁹ 環境省からの聞き取り（2010年8月）による。

られている。前述の「水俣病発生地域の環境福祉対策の推進に係る事業」に対する要望などについても、事業内容に反映するために環境省担当者も参加して「企画部会」で議論されているとのことである。

図1 「水俣・芦北地域水俣病被害者等保健福祉ネットワーク」の組織図



（出所）「水俣・芦北地域水俣病被害者等保健福祉ネットワーク体系」（同ネットワークホームページ〈<http://www.minamata-sj.or.jp/hwn/taikei.pdf>〉2010年11月15日閲覧）より作成。

1.5 熊本県の「水俣・芦北地域振興計画推進総合特区」構想について

2010年6月に閣議決定された政府の「新成長戦略」では、規制緩和を中心とする従来の構造改革特区とは異なり、規制の特例措置だけでなく税制・財政・金融上の支援措置等を講じる「総合特区」の考え方が盛り込まれた。これに基づき、熊本県も「水俣・芦北地域振興計画推進総合特区」の構想を打ち出している。

水俣病被害者にかかわる事項としては、規制の特例措置として、①「介護保険制度と障がい者自立支援制度における通所サービス等の総合的利用の確保についての規制緩和」、②「重症心身障害児（者）施設『水俣市立明水園』について、障がい福祉制度の見直し後も、水俣病認定患者の方々が安心して利用できるような特例措置」、また税制・財政その他の支援措置として、③「地域交流拠点や地域共生ケア拠点づくりを推進するための財政支援」、④「介護保険制度と障がい者自立支援制度における通所サービス等の総合的利用の確保についての財政支援」などが掲げられている²⁰。しかし、いずれの提案もやや抽象的であり、今後の具体化が求められる。この

²⁰ 熊本県「『水俣・芦北地域振興計画推進総合特区』の提案概要について」2010年9月（熊本県庁ホームページ）

点について、本稿の考察からすれば、以下で述べるような内容が盛り込まれるべきではないかと考える。

1950年代後半～60年代前半に生まれ現在50歳前後の胎児性水俣病患者は、比較的年齢が若く介護保険制度の第1号被保険者ではないため、要介護認定はほとんど受けられない。そのため、上述のケースのように福祉・介護ニーズを障害者自立支援制度によって満たそうとしている。

しかし実際には、障害者自立支援制度の介護給付では、障害程度区分によりランク付けされ、利用できるサービス量に様々な制約が課される。例えば、ホームヘルプサービスを利用したいと思っても、障害程度によって支給内容（量）が制限されるなどの問題である。また、事業者側にとっても、障害者自立支援制度は、介護保険制度と比べて、居宅介護サービス等の報酬のあり方で不利な面がある²¹。一般にこうした問題点が指摘されており、それによって障害者福祉に参入する事業者がなかなか増えていかないという現状がある。このような事情が、水俣地域でも同様に、事業者の参入を阻む要因になっているのではないかと推察される。

胎児性の水俣病認定患者は、通常の50代と比べても著しく老化現象の進行が早いといわれており、介護保険が通常利用可能となる65歳まで、サービス利用を控えることは困難である。こうした意味での介護保険制度と障害者自立支援制度の間のサービスの柔軟な運用も必要ではないか。

よって制度上は、障害者自立支援制度に関して、水俣病被害者の障害程度区分判定をなくし、ホームヘルプサービス等を利用しやすくすることが重要である。そして、ホームヘルプサービスを安定的に確保できるように、事業者側に対しても、介護保険制度と比べて不利になっている報酬のあり方を抜本的に見直し、例えば新たに水俣病被害者特別加算（サービス利用につき一定単位を加算）をつくるなどして、事業者の参入を促すことが求められる。また前述のように、障害福祉サービスの研修や医療行為の訓練を受けたヘルパーの数を増やすための支援措置も必要であろう。

介護保険制度に関しては、65歳に至っていない（第2号被保険者である）胎児性水俣病患者のような水俣病被害者が、要介護認定を受けやすくする特例措置をまずは考える必要がある。さらに、障害者自立支援制度が適用される水俣病被害者については、水俣市周辺で障害福祉サービス事業者が少ないことから、介護保険事業者の行うデイサービスやホームヘルプサービスを利用できるよう、特例措置を認めてもいいのではないか。前者はすでに906特区として実例があり、この特例措置の考え方を水俣病被害者の在宅生活支援のためのホームヘルプサービス事業にも応用することはできないだろうか²²。

ジ（http://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/life/1041458_pdf2.pdf）2010年11月14日閲覧）。

²¹ 障害者自立支援制度における報酬改定（直近では2009年度）により、一定の改善がなされてきているものの、いまだ報酬単価の低さが指摘されている。また、障害者自立支援法では日中活動と（夜間の）居住の場を分ける観点から、事業者の受け取る報酬の算定基準を日額制にした。これは複数のサービスを利用可能にするなど、利用者の多様なニーズに応える側面もあるが、事業者にとっては報酬減少の要因となっている。日本障害者協議会（JD）などからも政府に対して、報酬を月額制にして、単価を引き上げるよう強い要望が出されている。

²² 906特区とは、構造改革特区における規制の特例措置の906番「指定通所介護事業者等における知的障害者および障害児の受け入れ事業」である。原型は「富山型デイサービス」として知られる高齢者、障害者、障害児を区別せず、一緒に身近な地域でデイサービスを行う事例である。筆者らの聞き取りによれば、水俣市在住の50代前半のある胎児性患者は、自宅周辺に障害者福祉のデイサービス事業所がないため、10割負担をして近くにある介護事業者のデイサービスに通っているという。本人は、障害者自立支援制度の支給決定を受けているが、介護保険の要介護認定は受けていないため、デイサービス費用の10割を支払わなければならない。906特区の考え

また、すでに確認したように、明水園に関しては、障害者自立支援制度の障害程度区分に制限されず、水俣病被害者が必要に応じて安心して入所ができるよう特例措置が必要なことはいまでもない²³。あるいはまた、環境省所管の療養施設として維持発展させることも考えられる。

熊本県の「水俣・芦北地域振興計画推進総合特区」には、以上のような中身が盛り込まれるべきではないか。

2. 水俣病被害者の医療保障とその経済効果

2.1 医療保障からみた特措法による救済措置の問題点

水俣病被害者と接することの多い研究者に話を聞くと、比較的「軽症」の被害者は、現在はまだしも将来、症状が進行していくことへの不安を抱えているという。この点については、将来といわず今の時点から、健康不安を抱える人々に医療保障を行うことが求められる。そのために、具体的には次のような課題がある。

第1に、特措法に基づく救済に関する「線引き」の問題がある。同法に基づく救済対象者は、1968年末以前に1年以上「対象地域」に居住していたか、あるいはそうでなければ、水俣湾または周辺の魚介類を多食したと認めるのに相当な理由のある場合に限られる。後者の場合、胎児性の被害者であれば1969年11月生まれまでとされ、それ以降はへその緒のメチル水銀値等の科学的データなどの提示が求められる。このような地域や年齢による「線引き」は絶対的なものではなく、個別の事情に応じて総合的に判断するとされるが、とはいえ、いわば一応の「目安」を示したものと考えられるから、「目安」としての妥当性が問題とされてきた。2009年9月、不知火海沿岸6市2町で行われた1044人の住民検診によれば、「水俣病または水俣病疑い」とされた人の割合は、公健法指定地域または保健手帳交付対象地域（特措法の救済の「対象地域」とほぼ重なる）の内外でほとんど差がなかった²⁴。また、1969年以降の出生者でも約7割が「水俣病または水俣病疑い」と診断された（不知火海沿岸住民健康調査実行委員会 2009）。本稿執筆時（2010年11月）では特措法に基づく救済は動き出したばかりなので、今後の状況を見なくてはならないが、これらの「線引き」がどのように機能するのか注視していく必要がある。いずれにせよ、水銀の影響を受けた被害者を広く医療保障の対象とすることが望ましい。

第2は、現在は救済対象とならない方でも、今後症状が発現する可能性が否定できないということである。この点については「健康フォローアップ事業」が用意されている。この事業では、

方は、このような事例でも、障害者自立支援制度の利用を可能にするものである。ところで「富山型デイサービス」は、障害児（者）の指定デイサービス事業所が地域に少なく、ニーズに対応できないために行われた通所事業であるが、障害者自立支援制度と介護保険制度の総合的利用を図るために行われたものと理解することができる。ただし、906 特区の仕組みは、デイサービスを行う介護事業者にとって、障害者等の新たな利用者増により一定の経営安定化につながる場合には広がる条件があるが、需要に比して供給が追いつかない状況（介護事業者であれば介護保険利用者だけで、利用者が十二分に確保できる状況）であれば、事業者側がすすんでこの仕組みを取り入れるとは限らない。現在の水俣地域の現状を考えれば、906 特区のモデルがただちに適用可能と即断することはできない。

²³ 熊本県は前述のように、明水園について「障がい福祉制度の見直し後も、水俣病認定患者の方々安心して利用できるような特例措置」を提案し、「入所者が継続して施設を利用できるように制度を弾力的に運用」することを掲げている（後者の引用は、熊本県「「水俣・芦北地域振興計画推進」総合特区の提案（概要）」2010年7月、パワーポイント資料、による）。

²⁴ 特措法の「対象地域」は、保健手帳交付対象地域に、熊本県では上天草市龍ヶ岳町の大道以外の区域、鹿児島県では出水市の一部が追加されたのみである。

1974年末より前に1年以上水俣湾等の魚介類を食べ健康不安を訴える方が登録を希望すれば、医師による健康診査や保健師による保健指導が無償で受けられる。しかし「将来、水俣病被害者が発生するか否かの可能性とこれに関する対応については、今後の調査研究と新しい知見によるべきもの」（環境省ほか 2010:12）とされ、症状が発現した場合の対応については未定である。これに対して、現時点での感覚障害等の有無によらず、水銀の影響を受けた可能性のある住民に広く被害者手帳を交付し医療保障をするという考え方も、水俣病問題に詳しい研究者から聞かれることがある。その上で、さらに前節で述べたように、被害者手帳所持者に対しても介護保険サービスなどの自己負担をなくす措置がとられれば、将来症状が進行し福祉サービスが必要になったときに、費用負担を心配せずに生活できる可能性が広がる。

第3に、特措法の救済措置は、これまでと同じく本人の申請に基づくため、現時点では申請できない何らかの事情を抱えた被害者には、将来的に医療保障がなされなくなる可能性がある。今のところ、申請の期限は設けられておらず、2011年度末までの状況により見極めるとされている。水俣病の被害を潜在化させてきたメカニズムの強固さを考えれば、申請が出されなくなるまで受け付けるというのが理想であろう。

ところで、水俣病被害者（あるいは広く不知火海沿岸住民）への医療保障を進めることは、人権の保障にとって意味を持つばかりでなく、地域住民に広く経済的な波及効果をもたらす。そこで次に、この点について述べることにしたい。

2.2 医療保障と地域経済

2.2.1 医療保障による地域経済への波及効果

水俣病被害者に対して医療保障を進めることは、単に医療費負担の分配の変更をもたらすだけではない。それによって医療費支出が増えれば、医療保険財政の面からはもちろんコスト増になるが、同時に産業部門としての医療部門にとっては需要の増加となり、経済効果を持つ。その意味では公共事業と変わらない。このことは以前から指摘されているが、例えば2010年6月に閣議決定された「新成長戦略」でも「医療・介護・健康関連産業を成長牽引産業へ」と謳われ、そのためのテコ入れをするとされている。

医療部門における需要増の経済効果は、当該部門だけにとどまらない。医療部門と取引関係のある産業部門での需要増、また医療部門の労働者の所得増による波及効果、というように他の部門にも連鎖的に波及していく。つまり、水俣病被害者への医療保障は、広く地域経済への波及効果を持っているのである。

では、その経済効果の規模はどの程度であろうか。これを水俣市や水俣・芦北地域などの一定の範囲について推計するには、当該地域の産業連関表が作成されていなくてはならない。しかし残念ながらそのデータが存在しないので、ここでは医療部門における需要増の規模を推計するにとどめる。取り上げる医療保障施策は、新保健手帳と特措法に基づく水俣病被害者手帳である。

対象地域としては、水俣市を取り上げる。水俣市で医療部門に着目するのは、経済面からみても十分な理由がある。水俣市において、市外の需要に対応し純移出額がプラスである産業は農林水産業・製造業・サービス業であるが、サービス業のうち医療・福祉のみで、製造業全体とほぼ同じ規模の純移出額を得ている（2005年）。そのため、雇用を増加させるには、医療・福祉を中

心とするサービス業、および製造業の成長が牽引役になると指摘されている²⁵。

なお、以下で示す数値は、医療部門以外の諸産業を含む地域経済全体への波及効果の、あくまで出発点にすぎないのであり、全体としてみた波及効果の規模は、それよりさらに大きくなることに注意されたい。なお、以下では検討しないが、一時金（2010年9月の熊本県議会で可決された補正予算では団体加算金と合わせて475億円）も地元で支出されれば同様の経済効果を持つことはいうまでもない。

2.2.2 新保健手帳の経済効果

2004年10月の関西訴訟最高裁判決で、国と熊本県の責任が認められたことを受け、翌年4月、環境省は「今後の水俣病対策について」を発表した。この柱の2つ目が「総合対策医療事業の拡充」であり、同事業の保健手帳について、医療費（自己負担分）の1カ月の給付上限額の廃止と、はり・きゅう施術費および温泉療養費の利用回数制限、1回当たり給付上限額の廃止による制度拡充、および申請受付の再開が打ち出された（拡充後の保健手帳は新保健手帳と呼ばれる）。

熊本県について保健手帳交付数と給付額の推移（表3）をみると、2005年度から手帳交付数が急増し、また医療費等の給付額が増大していることが分かる。医療費に限ってみても、2008年度には給付総額が13億2192万円に上る。ここで、保健手帳所持者の居住地は、県内だけでなく県外にも広がっているので、このうち水俣市分を推計する必要がある。環境省が被害者団体に示した資料によれば、2008年10月末時点で、熊本県による新保健手帳交付数1万5881のうち、水俣市分は2994（18.9%）を占める。手帳交付数と医療費給付額の比率は必ずしも一致しないが、後者の数値を入手できなかったため、ここでは上記約13億円の18.9%を水俣市分と仮定する。これにより、新保健手帳による水俣市での2008年度の医療費給付額は2億4922万円と推計される。

表3 保健手帳交付数と給付額

年度	手帳交付数	給付額 (千円)	うち医療費
2000	616	6,991	5,266
2001	616	6,497	5,186
2002	609	6,398	4,979
2003	587	6,164	5,084
2004	570	5,941	4,772
2005	1,983	17,732	16,436
2006	7,283	320,977	310,683
2007	13,542	817,514	794,374
2008	17,428	1,357,218	1,321,924

（出所）熊本県『環境白書』各年度版より作成。

ただし、これは医療費の自己負担分のみの額であるから、医療費総額の3割に相当すると考え

²⁵ みなまた環境まちづくり研究会事務局「水俣市の現状と低炭素社会に向けた取組」（2010年10月25日に水俣市が開催した第1回みなまた環境まちづくり研究会での配布資料）による。

ると、総額は8億3073万円となる（自己負担が1割などの被害者もいるので、その点では少なめに見積もられている）。2004年度には、保健手帳による県内の医療費給付額は500万円に満たないので、この8億円余りは、ほぼ保健手帳の拡充と申請受付再開による純増分である。

では、この額をただちに水俣市の医療部門における需要増と考えてよいだろうか。なお二つの点を考慮しなくてはならない。一つは、水俣市の保健手帳所持者が市外の医療機関で受診したり、逆に市外の手帳所持者が市内で受診したりする可能性である。もう一つは、保健手帳を支給される前から、自己負担で治療していた部分を控除する必要がある。この部分は、従来自己負担であったものが保健手帳により公費（国、県）の負担になっただけであり、その意味で費用負担分配の変更にすぎないからである。これは医療保障という観点からは大きな違いであるが、需要の純増を推計するには当該部分を除外して考えなくてはならない。

まず前者について、ある被害者団体の事務局に聞くと、水俣市と近隣自治体との間での医療機関数や規模の差（表4）から、芦北町・津奈木町の被害者はかなりの割合で水俣市内の病院等にかかっているという²⁶。逆に、水俣市内在住者が近隣の町まで行くことはまれだとされる。したがって、水俣市に限定して考えれば、近隣自治体からの通院等により、医療部門での需要増が生じていると考えられる。しかし、その規模をある程度正確に推計しうる資料は入手できなかったため、本稿ではこの点は考慮の対象外とする²⁷。

表4 水俣・芦北地域の医療機関数と規模

	人口	病院 施設数	一般 診療所数	一般 病床数	人口1万人当たり		
					病院 施設数	一般 診療所数	一般 病床数
水俣市	29,120	8	26	590	2.7	8.9	202.6
芦北町	20,840	3	19	202	1.4	9.1	96.9
津奈木町	5,424	なし	4	なし	なし	7.4	なし

（注）原資料は厚生労働省「医療施設動態調査」（数値は2008年10月1日時点）。ただし、人口は国勢調査による（2005年10月1日時点）。

（出所）熊本県「平成21年統計年鑑」2010年（熊本県ホームページ〈<http://www.pref.kumamoto.jp/site/statistics/h21nenkan.html>〉2010年10月25日閲覧）より作成。

次に、後者（従来自己負担だった部分）についてはどうだろうか。これについても推計が困難だが、水俣市の国民健康保険（以下、国保）のデータから、医療費自己負担分の無料化によってどの程度、医療費支出が増加したかを推し量ることができる。保健手帳所持者には、国保加入者だけでなく社会保険（健康保険）などの場合もあるが、いずれの場合も、保健手帳では医療費の自己負担分のみが給付されるので、同じ治療を受けたのであれば医療費を自己負担しても保健手帳を利用しても、国保財政上は何ら変化はないことになる。他方、これまで医療費負担の心配など

²⁶ 表4によれば、芦北町の一般診療所の数は、人口比で見ると水俣市とほぼ同水準である。そのこともあってか、芦北町では通院やちょっとした入院は町内、大きな手術などは水俣市まで行くというのが普通だという。

²⁷ 前掲「水俣市の現状と低炭素社会に向けた取組」に掲げられた図では、正確な数値が読みとれないが、本文で前述したように、水俣市の医療・福祉部門は市外の需要にも対応し、製造業全体とほぼ同じ規模の純移出額を得ていると指摘されている。

から治療を受けてこなかった被害者が、保健手帳によって新たに治療を受けはじめたとすると、当該被害者が国保加入者であれば国保財政における医療費の増加として反映されることになる。したがって、表3に示した保健手帳による給付額から試算される医療費の増加額と、国保の数値から試算される医療費の増加額とを比較することにより、「純増分」を推計することができる。

表5は、それを試みたものである。表のE/Cが、保健手帳による医療費（保険適用部分を含む総額）の増加額のうち、「純増分」の占める割合に相当する。年次によって値の変動が大きく、また、限られた資料からの推計にすぎないが、2006、07年（度）の数値から見る限り、保健手帳による医療費のおよそ2割程度が「純増分」と考えられる。ただし、表3の給付額のうち国保分を推計しうる資料を入手できなかったため、表5のAの額には、国保以外の社会保険等の分も含まれている。したがって「純増分」はそれだけ過小に推計されていると考えられる。

表5 保健手帳による医療費「純増分」の推計

(単位：千円，%)

年度／年	保健手帳による医療費の対前年度増加額 (A)	医療費総額 (B)	うち水俣市分 (C)	水俣市国保医療費総額の対前年度増加額 (D)	うち保健手帳分 (E)	E/C
2006	294,247	1,670,547	314,944	107,163	26,910	8.5
2007	483,691	2,676,568	504,606	304,875	132,917	26.3
合計	777,938	4,347,115	819,549	412,038	159,827	19.5

- (注) 1. Aは、熊本県での保健手帳による医療費給付額が、前年度に比して増加した額である（表3より算出）。
 2. Bは、Aの自己負担額（医療費総額から保険適用部分を除いた額）から、水俣市の国保のデータを参考に、医療費総額（保険適用部分を含む）が前年度に比して増加した額を試算したものである。
 3. Cは、本文で述べた比率（18.9%）により算出した。
 4. Dは、水俣病関連4手帳による医療費総額（保険適用部分を含む）のうち国保分が、前年に比して増加した額である（上記の水俣市の国保資料により試算）。水俣病関連4手帳とは、医療手帳、保健手帳、治研手帳（本文で後述）、メチル手帳（メチル水銀に係る健康影響調査研究事業委託業務。熊本2次訴訟、関西訴訟勝訴者を対象）である。
 5. Eは、上記4手帳による熊本県での2006、07年度の給付額（医療手帳と保健手帳は、医療費とはり・きゅう施術費のみ）に占める、保健手帳分の割合を用いて算出した。給付額は、医療手帳と保健手帳については熊本県『環境白書』各年度版、治研手帳とメチル手帳については環境省資料による。

以上を踏まえれば、保健手帳の拡充と申請受付再開により、2008年度だけで少なくとも1億6000万円程度（上記8億3073万円の約2割として）の需要増が水俣市の医療部門にもたらされたと考えても、桁違いに外れているということはないだろう²⁸。この増加分は、次年度以降も引き続き、医療部門の需要の一部を構成していくと考えられる²⁹。

²⁸ 「純増分」を約2割としているが、本文で前述したとおり、表5のAに国保以外の社会保険等の分も含まれているため、それだけ過小に推計されている可能性がある。また、表5のBを算出するにあたり、後期高齢者医療制度によって75歳以上の被保険者が切り離される前の国保の資料を用いているため、表3の医療費給付額のうち老人医療費適用部分（70歳以上）の占める割合が過大となり、それによって表5のCの値が過大となっていることが考えられる。この点でも「純増分」の割合が過小に評価されている可能性がある。加えて、8億3073万円も前述のとおり少なめに見積もられていることに留意されたい。

²⁹ 前述のように、医療費支出が増えれば、医療保険財政の面からはもちろんコスト増になる。ただし、水俣市の国保財政に関していえば、国と熊本県からの特別調整交付金の中に、水俣病に関する財政負担増を緩和するため

なお、国勢調査により水俣市の産業別就業者数（2005年）をみると、医療・福祉部門の就業者数は2212人で、就業者総数1万2757人の17.3%を占める。これは、製造業の2191人、卸売・小売業の2051人を抜いて最多である。全国平均では医療・福祉部門の比重は、就業者6150万5973人中535万3261人、8.7%であって、水俣市における同部門の割合が非常に高いことが分かる。次に、水俣市が作成した報告書により産業別市民所得（年次が不明であるが2007年以前）をみると、製造業の76億円には及ばないものの、医療・福祉関連は69億円に上っている（水俣市 2007:2）。経済活動を分配面からみた市民所得は、水俣市内の純生産から「生産・輸入品に課される税マイナス補助金」を控除し、また「市外からの要素所得（純）」³⁰が加算されており属人主義であるため、市内の生産額とは一致しないが、医療・福祉部門の経済活動の大きさを知る手がかりになる。

2.2.3 水俣病被害者手帳の経済効果

特措法により、保健手帳の制度は水俣病被害者手帳に統合される。もともと保健手帳を支給されていた方々は、これまでも医療費の自己負担がなかったもので、今回の統合によって新たに医療費支出を増やすとは考えにくい。特措法によってどれだけ医療部門の需要純増があるかを推計するには、これまで医療費の自己負担があった被害者に着目する必要がある。

特措法に基づく救済措置への申請は、一時金などの給付申請と、新保健手帳から水俣病被害者手帳への切り替え申請とに大きく分かれる。前者（一時金などの給付申請）にも、新保健手帳の所持者や認定申請者も含まれている。認定申請者は、申請後1年を経過すれば自動的に「水俣病認定申請者治療研究事業医療手帳」（以下、治研手帳と略）が交付され、医療費の自己負担が不要となる³¹。したがって、これまで自己負担のあった人たちがどれほど申請しているかを明らかにするためには、前者の申請のうち、新保健手帳の所持者と認定申請者（おおむね治研手帳が交付されていると仮定し）を除き、新規申請者に限定する必要がある。

熊本県の発表によれば、特措法の救済措置の申請がはじまった2010年5月から同年9月までの新規申請者数は1951件であった（全申請は2万6100件）。今後も申請が受け付けられるので、最終的に3万件まで増加すると仮定し、新規申請者の割合がこれまでの累計と同じとすれば、その数は2243件となる。

新規申請者の居住地域は、水俣市だけでなく前述の「対象地域」にわたっているだけでなく、県外居住者の分も含まれている。居住地別の申請者数は公表されていないので、ここでも水俣市分は推計するしかない。この点について、ある被害者団体の事務局に聞くと、救済措置の申請者

の項目が含まれている（熊本県への電子メールでの問い合わせに対する回答、2010年11月9日）。そのため、これまでのところ水俣病に関する財政負担は、国保料の引き上げに結びついていないという（水俣市からの聞き取り、2010年8月24日）。

³⁰ 「市外からの要素所得（純）」の大きさは、市内居住者の市外での就業、あるいは市外居住者の市内での就業により影響を受ける。国勢調査によれば、2005年10月1日時点で、水俣市から他市区町村への通勤者は1513人、他市区町村からの通勤者は2652人である（水俣市役所ホームページ〈http://www.minamatacity.jp/jpn/so-go/to-kei/to-kei_top.htm〉2010年10月26日閲覧）。

³¹ 同手帳の交付対象者は、①認定審査会の答申または知事の処分（認定するか否かの決定）が保留されている方、②指定地域に5年以上居住し、認定申請後1年（一定の症状がある方は6カ月）以上経過している方、である。

の居住地は新保健手帳とほぼ同様とのことなので、前述の保健手帳と同じ比率（18.9%）を用いれば、2243件中428件が水俣市からの申請と考えられる。申請者の全員に被害者手帳が交付されるかどうかは、判定の結果を待たねばならず現時点では分からないが、ここでは仮に新規申請者に対する水俣市分の交付数を約400としよう。

ここで注意が必要なのは、上記2万6100件以外に、医療費のみを求める事実上の「新規申請」が2000件以上存在するとみられることである。この点は、新聞報道などでも正確に明らかにされていないように見受けられる。熊本県の担当者が、前出の被害者団体事務局に説明したところによれば、特措法に基づく救済措置の申請がはじまった2010年5月以降、保健手帳の交付を申請した方には県から問い合わせがなされ、その結果、一時金を申請することにした方は統計上、上記の新規申請者に計上され、医療費のみを希望する方は切り替え申請とは別に、数が集計されているとのことである。この新規申請でも切り替え申請でもない、医療費のみを求める事実上の「新規申請」に対して、2010年9月末時点ですでに2110の被害者手帳が交付されているという。この交付数を保健手帳と同じ比率（18.9%）で按分すれば、398件が水俣市分と考えられる。

これら約400と398を合計し、800件が水俣市における「新規」の被害者手帳交付数であると考えよう。この手帳1件当たりの医療費自己負担分の給付額は、前掲表3の保健手帳の数値を用いることとし、2006～08年度の平均をとり約6万3000円（手帳1件当たりの医療費給付額）と考える。したがって、800件分は約5100万円となる。以下、保健手帳と同様に試算すると、約5100万円が医療費総額の3割に相当すると考え、「純増分」を前述のとおり約2割とすれば約3300万円となる。被害者手帳によって、水俣市の医療部門で、年間にこれだけの額の需要増が引き起こされると考えて大過なからう³²。

ところで前述の400件以外に、新たに被害者手帳が支給される人たちとして、ノーモア・ミナマタ国家賠償等請求訴訟の原告が考えられる³³。同訴訟の原告は、前述の申請数2万6100件には含まれていないが、和解に向けた基本合意に基づいて第三者委員会の判定を受け、要件を満たせば一時金210万円や被害者手帳の対象となる。ただし、同訴訟の原告は全て認定申請をしており、おおむね4分の3程度の原告はすでに治研手帳の対象となっていると考えられる。また、熊本地裁に提訴した2494人中、水俣市在住の原告は225人（9%）であることから、今後新たに医療費の自己負担分が無料になる方はそれほど多くないとみられる。

したがって同訴訟の原告については、おおむね治研手帳により自己負担がなくなっていると考え、ここでは算入しないこととする。ただしもちろん、治研手帳による医療費自己負担分の無料化にも、同様の経済効果はあるものと考えられる³⁴。

³² 需要増の規模という点でいえば、特措法については、前述の一時金の方が経済効果は大きいといえるかもしれないが、この点は別途検討を要する。前掲「水俣市の現状と低炭素社会に向けた取組」では、「平成17年度道路交通センサス起終点調査」に基づき、「乗用車による私用（買い物、観光等）のトリップ数は流出超過であり、水俣市民が得た所得が市外に流出」している可能性がある、と指摘されている。

³³ 以下、本訴訟に関する記述は、水俣病不知火患者会事務局への電子メールでの問い合わせに対する回答（2010年10月22、25日）による。

³⁴ 環境省資料によれば、2009年度の治研手帳所持者1人当たりの事業費は約10万円であり、水俣市の原告225人分は約2200万円である。これが医療費総額の3割に相当するとすれば、総額（10割）は約7400万円である。「純増分」を2割とすれば、約1500万円となる。これは、いわば「ノーモア・ミナマタ訴訟の地域経済効果」と呼べるかもしれない（ここで試算した以外に一時金もある）。

まとめ

本稿では、2009年の特措法成立を受け、水俣病をめぐる環境・福祉対策において、いま何か課題となっているかを検討してきた。最後に重複をいとわず、これまで述べてきた施策の提案について、改めてまとめておきたい。

第1は、公害医療の充実である（1.2.1参照）。このために水俣病専門の医療施設の設置や、あるいはそれが難しい場合には、既存の体制の中で公害医療の水準を向上させていく取り組みが求められる。水俣病像については争いがあるが、民間医療者の知見を活用して、国水研などが診断や治療等のガイドラインづくりを進め、全国の医療機関への情報提供・周知をすることが考えられてよい。

第2に、水銀の影響を受けた可能性のある人々を含めて、医療保障を広げることである（2.1参照）。この点では、特措法の救済措置に関して、地域や年齢による「線引き」の問題、被害者の潜在を考慮した申請受付期間の問題もあわせて指摘した。水俣病患者（あるいは広く不知火海沿岸住民）への医療保障を進めることは、人権保障という意義だけでなく、地域住民に広く経済的な波及効果をもたらすという側面も、改めて強調しておきたい（2.2参照）。

第3に、介護保障（障害者福祉を含む）に向けたソフト面の対策として、次のような施策が求められる（1.2.2参照）。現在、障害福祉サービス（とくにホームヘルプサービス）を行うヘルパーの不足を解消するため、福祉関係者がNPO法人をつくり取り組みを進めているが、行政はこうした民間の活動を支援していくべきであろう。また、水俣市などに設置されている水俣病相談窓口について、公設民営への移行を含め、時限的措置としてではなく恒常化することが検討されてよい。この窓口には、被害者の在宅生活を支えるため、被害者や家族の相談に乗り、「ワンストップ」で制度横断的なサービス利用の手助けをする役割が期待される。

第4に、介護保険については、新潟水俣病の例を参考にしながら、認定患者にとどまらず医療手帳、保健手帳（今後は水俣病患者手帳）所持者に対しても、1割自己負担分の無料化が検討されてよい（1.2.4参照）。財源は、加害者たるチッソ、国、熊本県が負担すべきであろう。チッソ分社化後は、特措法36条1項を踏まえ、事業会社もこれに協力すべきである。事業会社の株売却後は、補償基金の運用益なども財源として考えることができる。ところで、介護保険制度や障害者自立支援制度を補完するものとして、国と熊本県の補助による胎児性水俣病患者等の「地域生活支援事業」がある。この事業では、障害者自立支援制度に合わせて利用者の自己負担が導入されているが、同制度と同様に、自己負担をなくす方向で検討すべきであろう（1.3参照）。

第5は、ハード（施設）面の対策である（1.2.3参照）。水俣病患者の在宅生活を保障することが基本になるが、それが難しい場合、ケアホーム（共同生活介護）やグループホーム（共同生活援助）等を確保することが重要である。ただし、水俣病患者は一定の医療的ニーズを常に抱えているので、訪問看護なども含め、被害者支援にかかわってきた団体等の協力が必要になる。また、明水園に関しては、これまで重視されてきた「治療の場」から「生活の場」へと位置づけ直し、その観点から施設面の改善（個室化など）を進めることが必要ではないか。

第6は、熊本県の「水俣・芦北地域振興計画推進総合特区」構想についてである（1.5参照）。この点に関して本稿では、障害者自立支援制度、介護保険制度のそれぞれについて、次の提案を行った。

同構想では「介護保険制度と障がい者自立支援制度における通所サービス等の総合的利用の確保」とされるが、そもそも水俣市周辺で障害福祉サービス事業者が少ない、という問題がある。そこで、障害者自立支援制度に関しては、利用者側への措置として、水俣病被害者の障害程度区分判定をなくすことで、ホームヘルプサービス等を利用しやすくすることが重要である。また事業者側に対しても、報酬のあり方を抜本的に見直し、例えば水俣病被害者特別加算をつくるなどして、事業者の参入を促すことが求められる。さらに、明水園に関しては、障害者自立支援制度の障害程度区分に制限されず、水俣病被害者が必要に応じて安心して入所ができるような特例措置が必要である（あるいは、環境省所管の療養施設として維持発展させることも考えられる）。

介護保険制度に関しては、第2号被保険者の年齢階層にある水俣病被害者に対し、要介護認定を受けやすくする特例措置を考える必要がある。また、障害者自立支援制度が適用される被害者については、介護保険事業者の行うデイサービスやホームヘルプサービスを利用できるようにするなど、両制度の総合的利用を可能にする特例措置が検討されてよい。これは、デイサービスに関する906特区の考え方を、水俣病被害者の在宅生活支援のためのホームヘルプサービス事業に応用するものだといえる。

ここで述べた特例措置には、一部に財政的支援を必要とするものが含まれている。また、医療保障、介護保障を進めるための前述の施策の提案（第1～5の諸点）の中にも、財政的支援等を必要とするものが少なくない。

以上、本稿で述べてきたように、環境・福祉対策を進め医療保障と介護保障を広げるならば、加齢とともに症状の悪化や身体機能の低下が進行し水俣病被害者の在宅生活が困難になるような事態を、ある程度予防することができる可能性がある。そうだとすればこれはまさに、被害者が住み慣れた地域で療養しながら、その人らしい生活を送ることができるという、いわばノーマライゼーションの現実的条件を用意することだといってよい。

本稿で述べてきた水俣病にかかわる環境・福祉対策は、もはや被害者のための施策にとどまらず、水俣病を経験したまちだからこそその「環境・福祉先進都市」づくりにつなげていく必要がある。これは、公害の「負の遺産」を踏まえた地域発展モデルとなりうるかもしれない。

附記

本稿は、東京経済大学個人研究助成費10-29（除本）、同助成費09-05（尾崎）、および科学研究費補助金・若手研究（B）研究課題番号20730350（尾崎）による研究成果の一部である。

参考文献等

（著書・論文・報告書・パンフレット等）

尾崎寛直（2006a）「水俣における地域再生と『地域ケア』ネットワーク」『東京経大会誌』249号、pp. 87-113

尾崎寛直（2006b）「公害病患者のコミュニティ・ケア——熊本水俣病の事例から」磯野弥生・除本理史編著『地域と環境政策——環境再生と「持続可能な社会」をめざして』勁草書房、pp. 113-146

環境省・熊本県・鹿児島県・新潟県（2010）『水俣病被害者への給付の申請手続きについて（申請の手引き）』環境省

環不知火地域再生研究会（2010）「チッソ分社化（事業再編計画）についての意見」11月1日（チッソと国の水俣病責任を問うシンポジウム実行委員会主催「なぜ先にチッソの分社化か？ シンポジウム 和解で終わらぬ水俣病」2010年11月3日、配布資料pp. 23-24 所収）

不知火海沿岸住民健康調査実行委員会（2009）『'09 水俣病大検診報告集』（パンフレット）

高岡滋（2006）『水俣病診断総論』特定医療法人芳和会神経内科リハビリテーション協立クリニック

原田正純（1994）『慢性水俣病・何が病像論なのか』（J-JEC 環境叢書シリーズ3）実教出版

水俣市（2007）『「平成18年度環境・経済・社会の統合的向上に向けた地域モデル調査」報告書』（環境省委託事業）

水俣市（2009）『平成20年度 主要な施策の成果に関する説明書（平成21 年9月定例会提出）』

水俣市立水俣病資料館編（2008）『水俣病——その歴史と教訓2007』水俣市企画課

水俣病問題に係る懇談会（2006）『「水俣病問題に係る懇談会」提言書』

除本理史（2010a）「水俣病特措法の何が問題か」『ごんずい』（水俣病センター相思社）116 号、pp. 5-11

除本理史（2010b）「水俣病補償・救済のゆくえ——特別措置法の問題点と課題を中心に」『環境と公害』40 巻2 号、pp. 59-63

除本理史・尾崎寛直・磯野弥生（2006）「公害からの回復とコミュニティの再生」淡路剛久監修、寺西俊一・西村幸夫編『地域再生の環境学』東京大学出版会、pp. 31-62

（その他の資料等）

環境省環境保健部企画課「離島等医療・福祉推進モデル事業」2008年10月29日、パワーポイント資料
熊本県「平成21 年統計年鑑」2010年（熊本県ホームページ〈<http://www.pref.kumamoto.jp/site/statistics/h21nenkan.html>〉2010年10 月25日閲覧）

熊本県『環境白書』各年度版（2009年度版以降は熊本県ホームページでの公開のみ。〈<http://www.pref.kumamoto.jp/site/whitebook/>〉2010年11月15日閲覧）

熊本県「平成22年度胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業実施要領」

熊本県「“水俣・芦北地域振興計画推進” 総合特区の提案（概要）」2010年7月、パワーポイント資料

熊本県「『水俣・芦北地域振興計画推進総合特区』の提案概要について」2010年9月（熊本県庁ホームページ〈http://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/life/1041458_pdf2.pdf〉2010年11月14日閲覧）

『熊本日日新聞』2010年7月19日付（水俣病は終わっていない 第3 部「揺れる基準 認定義務付け訴訟判決（下） 症状の実態に合わぬ補償・救済 中間層『すそ野』に押し込め」）

水俣・芦北地域水俣病被害者等保健福祉ネットワーク「水俣・芦北地域水俣病被害者等保健福祉ネットワーク体系」（水俣・芦北地域水俣病被害者等保健福祉ネットワーク ホームページ〈<http://www.minamata-sj.or.jp/hwn/taikei.pdf>〉2010年11月15日閲覧）

みなまた環境まちづくり研究会事務局「水俣市の現状と低炭素社会に向けた取組」第1 回みなまた環境まちづくり研究会（水俣市開催）配布資料4、2010年10 月25日

水俣市「市の数字」（水俣市役所ホームページ〈http://www.minamatacity.jp/jpn/so-go/to-kei/to-kei_top.htm〉2010年10 月26日閲覧）

補章

水俣病被害者の補償と福祉のジレンマ解消に向けた政策提言

水俣病補償・福祉研究会

1956年の公式確認から70年という節目の年が近づく今日、水俣病被害者に対する補償に関して深刻な問題が顕在化している。それは、最も若い世代とされる胎児性水俣病患者までもが「高齢者」とされる65歳を超え始め、被害者全体の高齢化にともなう本格的な介護の時代に水俣病補償協定（以下、補償協定）をはじめとした制度が対応できていない現実である。

当研究会は、被害者たちが既存の医療保障だけでは療養生活が成り立たない現実を直視し、制度改善の必要性を訴えたい。以下、現状の問題点を指摘し、3点にわたって政策提言を行う。

【現状の問題点】

1973年にチッソと被害者団体の間に締結された補償協定の時代には、被害者の介護状態は想定されておらず、一部の重症患者に対し「介護費」（あるいは「介添手当」）が認められる程度であった。もとより、介護という言葉が意味することがらは1970年代と2020年代では異なる。国の制度として介護保険制度（2000年）、障害者自立支援法（2006年、現障害者総合支援法）のような一般的な社会サービス化の仕組みが整う前の時代であるから、日常生活における介助・介護が補償協定の基本的な制度設計に組み込まれていなかった面は致し方ないところである。

しかし、2000年代以降も、これらの改善がなされないまま来ているのは問題と言わざるを得ない。補償協定には、以下のような誓約がある。

チッソ株式会社は、水俣病患者の治療及び訓練、社会復帰、職業あっせんその他の患者、家族の福祉の増進について実情に即した具体的方策を誠意をもって早急に講ずる。（前文7）

だが、医療費の補償以外の介助・介護については、国・熊本県の責任が確定した2004年の最高裁判決後、胎児性・小児性水俣病患者に限定した福祉対策である「地域生活支援事業」が開始されたものの、あくまで介護保険や障害福祉サービスの利用を前提とした補完的な仕組みであり、しかも利用者の一割負担まで組み込まれたものにすぎない。入院・施設入所を経て在宅生活を選んだ患者たちは、やむなくこれら既存の福祉・介護制度を利用せざるを得ず、制度間の「股割り」によって日常生活が翻弄されている。補償協定に謳われた加害企業からの「福祉の増進について実情に即した具体的方策」が今こそ具体化されなければならない。

一例として、現状では次のような問題が発生している。

(1) 「65歳の壁」問題

障害福祉サービスの利用者が65歳になると、介護保険サービスを優先利用するよう申請勧

奨される。介護保険に移行した後は移動支援のようなサービスが利用不可になったり、介護保険の認定において評価ポイントが認知症やADL、IADLへと変化するため、従来の障害支援区分よりも低い評価になりがちである。すなわち、サービスの利用量や内容に制限が出てくる。さらに、障害福祉サービスでは基本的には生じない自己負担が介護保険ではのし掛かることもある。65歳以降も使うことができる地域生活支援事業においても、総合支援法では市町村税非課税世帯の利用者負担は撤廃されているにもかかわらず、利用者に一割の自己負担を課している問題がある。

(2) 「40歳問題」

介護保険の被保険者となる40歳以上では、加齢にともなって生じやすい特定疾病（例：脳梗塞）を発症して在宅での生活に支障が生じた場合、介護保険の優先利用を勧奨される。身体障害者手帳を取得し、障害福祉サービスを取得できれば比較的サービスの量を確保できるものの、若い要介護者の場合、介護保険では要介護認定が低くなることが多く、十分なサービスを確保することができない。

(3) 居住地による格差

地域生活支援事業は認定患者である「熊本県民」が対象とされており、隣接する鹿児島県出水市に住所があるような場合、原則利用できない。環境省の費用負担も入った県の事業であるにもかかわらず（利用者負担の一割以外は環境省と熊本県が8：2で負担）、熊本県のみ限定された事業となっている。

(4) 「重度訪問介護」等のサービス提供の限界

仮に患者が障害者手帳を取得して障害福祉サービスを利用できるようになっても、介護が必要な水俣病被害者の多くが医療的ケアも同時に必要としており、たとえば喀痰吸引研修を受けたヘルパー・介護士を派遣できる事業所は限られている。比較的重度の身体障害を抱えながらも病院からの退院を促された患者が在宅で生活を行う場合、重度訪問介護による24時間介助・介護が必要になることもある。しかしながら、認定／未認定にかかわらず水俣病以外の障害者もまた重度訪問介護等のサービスを必要としている中であって、医療的ケアの問題から人的確保に困難が生じ、さらには自治体における財政負担の問題から十分な支給決定を得られない可能性があるなど、結果として在宅生活が行き詰まることもある。

【政策提言】

1. 補償協定における項目を具体化して、医療の給付の延長として、全額原因者負担による福祉的ケアの給付を組み込むこと。事業者に対する介護報酬は、公害医療と同等に加算を行うこと。

そもそも患者らが介護ニーズを早期に発現しているのは、原疾患である水俣病の療養の長期化と密接に関連している。医療の必要性和生活面の介助・介護の必要性は連続しており、加害企業が全面的に補償すべきである。これにより、「65歳の壁」や「40歳問題」のような制度

のタテ割りによる「股割き」状態や制度間ギャップは解消される。その際、公害医療制度と同様に報酬加算を行うことで、医療的ケアも担えるヘルパー事業所が増加し、十分なサービス量の供給が可能になることが期待される。

2. 認定患者以外の被害者には、医療費助成と同様に、介護保険等の自己負担分の助成を行うこと。加えて、明水園の利用も認めること。

被害者の中でも若い世代に位置付けられる胎児性患者が65歳を過ぎつつあるということは、現在認められている水俣病被害者の大部分が高齢者になったことを意味している。さらに若い40歳代や50歳代の被害者もいるが、そうした人々の間にも介助や介護のニーズが発現するのは時間の問題である。上記提言1は認定患者を対象としているが、当然のことながら未認定患者に対しても、同様に介護保険等の自己負担分の助成が行われなければならない。また、こうした高齢化の時代にあっては、明水園が認定患者のみを入院・入所の対象としていることは問題である。水俣病認定を受けていない被害者の利用も認めるべきである。

3. 地域生活支援事業を他地域に拡大するなどの制度改革を実施すること。

現在の事業は熊本県が実施しているものであるため、その対象は熊本県民に限定されるが、水俣病は熊本県だけに発生した問題ではない。居住地の違いによって胎児性患者たちの福祉的ケアに格差が生じることのないよう、熊本県の事業をモデルとして鹿児島県をはじめ他地域に拡大する必要がある。また、一割負担の問題については、2023年9月に熊本県知事が「2024年にも軽減する」意向を示しているが、本来この一割は加害企業に請求して然るべきものである。

以上

今後の水俣病対策について

平成 17 年 4 月 7 日
環 境 省

水俣病問題については、公害健康被害の補償等に関する法律（以下「公健法」という。）、平成 7 年の政治解決等に基づき各種対策が講じられてきたところであるが、昨年 10 月の関西訴訟最高裁判決において国及び熊本県の責任が認められたことを受け、規制権限の不行使により水俣病の拡大を防止できなかったことを真摯に反省し、国として、ここにすべての水俣病被害者に対し謝罪の意を表す。

平成 18 年に水俣病公式確認から 50 年という節目の年を迎えるに当たり、平成 7 年の政治解決や今般の最高裁判決も踏まえ、医療対策等の一層の充実や水俣病発生地域の再生・融和（もやい直し）の促進等を行い、すべての水俣病被害者の方々が地域社会の中で安心して暮らしていけるようにするため、関係地方公共団体と協力して以下の対策を講ずるものとする。

1 判決確定原告に対する医療費の支給

関西訴訟及び熊本水俣病二次訴訟において損害賠償認容判決が確定した原告に対して、医療費（自己負担分）等の支給を行う。

2 総合対策医療事業の拡充

政治解決に基づき関係県と協力して環境保健行政の推進という観点から実施してきた総合対策医療事業について、高齢化の進展やこれまでの事業の実施上で明らかとなってきた課題等を踏まえ、以下のとおり拡充する。

①保健手帳

医療費（自己負担分）について、1 か月の給付上限額を廃止する。また、はり・きゅう施術費及び温泉療養費について、利用回数制限（月 5 回）及び 1 回当たりの給付上限額（はり又はきゅう 1 回 1,500 円など）を廃止する。

あわせて、公健法の認定申請や裁判とは別の救済を図る道として、拡充後の保健手帳の申請受付を再開する。

②医療手帳

医療手帳について、通院日数月2日以上となっている療養手当の支給要件を月1日以上に緩和する。はり・きゅう施術費の利用回数制限（月5回）及び1回当たりの給付上限額（はり又はきゅう1回1,500円など）を廃止するとともに、温泉療養費を支給対象として追加する。

3 水俣病問題に関する今後の取組

最高裁判決を重く受け止め、来年の水俣病公式確認50年に向けて、水俣病被害者の団体等及び市町村からのヒアリングの結果等も踏まえ、関係地方公共団体との連携を図りつつ、例えば以下のような施策の実施について検討する。

①高齢化対応のための保健福祉施策の充実

水俣病被害者やその家族の高齢化に対応するため、介護予防の観点も含めた健康管理事業の充実といった施策の実施等。

②水俣病被害者に対する社会活動支援等

胎児性患者や水俣病被害者の生活改善・社会活動の促進を図るため、それらに関連する活動や事業に対する支援、それらを行うボランティア団体等への支援、国立水俣病研究センターによる胎児性水俣病に関する社会的研究といった施策の実施等。

③水俣病被害者の慰謝対策

すべての水俣病被害者を対象としたメモリアル事業等の、被害者に対して慰謝の気持ちを表す施策や水俣病発生地域の融和を図る施策の実施等。

④環境保全の観点等からの地域の再生・振興対策

水俣病に関係する地点を活用し、水俣地域全体をフィールドミュージアム化する等、地域の再生・振興にも寄与する施策の実施等。

⑤関係団体との連携及び国内外への情報発信の強化

国立水俣病総合研究センター及び情報センターの活用等により、関係団体との連携や水俣病に関する調査・研究及び情報の収集・保存、国内外への発信や国際協力を強化するための施策の実施等。

総合対策医療事業の拡充内容について

		現行制度	拡充後
総合対策医療事業	医療手帳	○医療費(自己負担分)	○医療費(自己負担分)
		○はり・きゅう施術費 <ul style="list-style-type: none"> ・上限 月7,500円 ・<u>月5回</u> ・はり又はきゅう <u>1回1500円</u> はり・きゅう併用 <u>1回2000円</u> 	○はり・きゅう施術費 <ul style="list-style-type: none"> ・上限 月7,500円 ・<u>回数制限廃止</u> ・<u>1回当たりの上限廃止</u> ・<u>温泉療養費の追加</u>
	○療養手当 <ul style="list-style-type: none"> ・入院 月23,500円 ・外来通院 <u>月2日以上</u> <li style="padding-left: 20px;">70歳以上 月21,200円 <li style="padding-left: 20px;">70歳未満 月17,200円 	○療養手当 <ul style="list-style-type: none"> ・入院 月23,500円 ・外来通院 <u>月1日以上</u> <li style="padding-left: 20px;">70歳以上 月21,200円 <li style="padding-left: 20px;">70歳未満 月17,200円 	
	保健手帳	○はり・きゅう施術費、温泉療養費、医療費(自己負担分) <ul style="list-style-type: none"> ・上限 月7,500円 ・<u>月5回</u> ・はり又はきゅう <u>1回1,500円</u> はり・きゅう併用 <u>1回2,000円</u> <li style="padding-left: 20px;">医療費(通院) <u>1回1,500円</u> <li style="padding-left: 40px;">(入院) <u>1回7,500円</u> <li style="padding-left: 20px;">温泉療養費 <u>1回1,000円</u> 	○医療費(自己負担分) <u>全額支給</u> ○はり・きゅう施術費、温泉療養費 <ul style="list-style-type: none"> ・上限 月7,500円 ・<u>回数制限廃止</u> ・<u>1回当たりの上限廃止</u>

※新規保健手帳交付者には拡充後の保健手帳による支給を行う。

「補償協定」

協定書

1973年7月9日

水俣病患者東京本社交渉団と、チッソ株式会社とは、水俣病患者、家族に対する補償などの解決にあたり、次のとおり協定する。

〈前文〉

- 一、 チッソ株式会社は、水俣工場で有害物質を含む排水を流し続け、廃棄物の処理を怠り、広く対岸の天草を含む水俣周辺海域を汚染してきた。その結果、悲惨な「水俣病」を発生させ、人間破壊をもたらした事実を率直に認める。
- 二、 昭和31年の水俣病公式発見後も、被害の拡大防止、原因究明、被害者救済等々、十分な対策を行なわなかったため、いよいよ被害を拡大させることとなったこと、及び原因物質が確認されるに至っても、更に問題が社会化するに及んでも、解決に遺憾な態度をとってきた経過について、チッソ株式会社は心から反省する。
- 三、 貧窮にあえぐ患者及びその家族の水俣病に罹患したこと自体による苦しみ、チッソ株式会社の態度による苦痛、加えて数々の屈辱、地域社会からの差別等により受けた苦しみに対して、チッソ株式会社は心から陳謝する。
- 四、 熊本地方裁判所は、水俣病はチッソ株式会社の工場排水に起因したものであり、かつ、チッソ株式会社に過失責任ありとして原告の請求を全面的に認める判決を行なった。チッソ株式会社は、この判決に全面的に服し、その内容のすべてを誠実に履行する。
- 五、 見舞金契約の締結等により水俣病が終わったとされてからは、チッソ株式会社は水俣市とその周辺はもとより、不知火海全域に患者がいることを認識せず、患者の発見のための努力を怠り、現在に至るも水俣病の被害の深さ、広さは究めつくされていないという事態をもたらした。チッソ株式会社は、これら潜在患者に対する責任を痛感し、これら患者の発見に努め、患者の救済に全力をあげることを約束する。
- 六、 チッソ株式会社は、過ちを再びくりかえさないため、今後、公害を絶対に発生させないことを確約するとともに、関係資料等の提示を行ない、住民の不安を常に解消する。現在汚染されている水俣周辺海域の浄化対策について、関係官庁、地方自治体とともに、具体的方策の早期実現に努める。また、チッソ株式会社は、関係地方公共団体と公害防止協定を早急に締結する。
- 七、 チッソ株式会社は、水俣病患者の治療及び訓練、社会復帰、職業あっせんその他の患者、家族の福祉の増進について実情に即した具体的方策を誠意をもって早急に講ずる。
- 八、 チッソ株式会社は、水俣病患者東京本社交渉団と交渉を続けてきたが、事態を紛糾せしめ、今日まで解決が遅延したことについて患者に遺憾の意を表する。

〈本文〉

- 一、 チッソ株式会社は、以上前文の事柄を踏まえ、以下の事項を確約する。
 - (1) 本協定書の履行を通じ、全患者の過去、現在及び将来にわたる被害を償い続け、将来の健康と生活を保障することにつき最善の努力を払う。

(2) 今後いっさい水域及び環境を汚染しない。また、過去の汚染については責任を持って浄化する。

(3) 昭和 48 年 3 月 22 日、水俣病患者東京本社交渉団ととりかわした誓約書は忠実に履行する。

二、チッソ株式会社は、以上の確約にのっとり以下の協定内容について誠実に履行する。

三、本協定内容は、協定締結以降認定された患者についても希望する者には適用する。

四、以下の協定内容の範囲外の事態が生じた場合は、あらためて交渉するものとする。

五、水俣病患者東京本社交渉団は、本協定の締結と同時に、チッソ東京本社前及び水俣工場前のテントを撤去し、坐り込みをとく。

〈協定内容〉

チッソ株式会社は患者に対し、次の協定事項を実施する。

一、患者本人および近親者の慰謝料

1. 患者本人分位は次の区分の額を支払う。

現在までの水俣病による（その余病若しくは併発病または水俣病に関連した事故による場合を含む）

死亡者およびAランク 1800 万円

B ランク 1700 万円

C ランク 1600 万円

2. この慰謝料には認定の効力発生日（昭和 44 年 7 月 4 日以前に認定を受け、また認定の申請をした者については同日）より支払日までの期間について年五分の利子を加える。

3. このランク付けは、環境庁長官及び熊本県知事が協議して選定した委員により構成される委員会の定めるところによる。

4. 近親者分は前記死亡者及びA、B ランクの患者の近親者を対象として支払う。近親者の範囲及びその受くべき金額は昭和 48 年 3 月 20 日の熊本地裁判決にならい3の委員会が決定するものとする。

二、治療費

公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法（以下「救済法」という。）に定める医療費及び医療手当（公害健康被害補償法が成立施行された場合は、当該制度における前記医療費及び医療手当に相当する給付の額）に相当する額を支払う。

三、介護費

救済法に定める介護手当（公害健康被害補償法が成立施行された場合は、当該制度における前記介護手当に相当する給付の額）に相当する額を支払う。なお、同法が実施に移されるまでの間は救済法に基づく介護手当に月 1 万円の加算を行う。

四、終身特別調整手当

1. 次の手当の額を支払う。なお、このランク付けは一の3の委員会の定めるところによる。

A ランク 一月あたり 6 万円

B ランク 3 万円

C ランク 2 万円

2. 実施時期は昭和48年4月27日を起点として毎月支払う。ただし、昭和46年月以前の認定患者は昭和48年4月1日を起点とし、また、昭和48年4月28日以降の認定患者は認定日を起点とする。
3. 手当の額の改定は、物価変動に応じて昭和48年6月1日から起算して2年目ごとに改定する。ただし、その間、物価変動が著しい場合にあっては1年目に改定する。物価変動は熊本市年度消費者物価指数による。

五、葬祭料

1. 葬祭料の額は生存者死亡のとき相続人に対し、金20万円を一時金として支払う。
2. 葬祭料の額は物価変動に応じ、昭和48年6月1日から起算して2年目ごとに改定する。ただし、その間、物価変動が著しい場合にあっては、1年目に改定する。物価変動は、熊本市年度消費者物価指数による。

六、ランク付けの変更

1. 生存患者の症状に上位のランクに該当するような変化が生じたときは一の3の委員会にランク付けの変更の申請することができる。
2. ランクが変更された場合、慰謝料の本人分及び近親者並びに終身特別調整手当の差額を申請時から支払う。ただし、近親者分慰謝料については一の4にならない前記委員会が決定する。
3. 水俣病により（その余病若しくは併発病又は水俣病に関係した事故による場合を含む）死亡したときは、慰謝料の本人分及び近親者分の差額を支払う。この場合、死因の判定その他必要な事項は前記委員会が決定する。

七、患者医療生活保障基金の設定

チッソ株式会社は全患者を対象として患者の医療生活保障のための基金3億を設定する。

1. 基金の運営は熊本県知事、水俣市長、患者代用及びチッソ株式会社代表者で構成する運営委員会により行なう。同委員会の委員長は熊本県知事とする。
2. 基金の管理は日本赤十字社に委託する。
3. 基金の果実は次の費用に充てる。
(1) おむつ手当 1人月1万円 (2) 介添手当 1人月1万円 (3) 患者死亡の場合の香典 10万円 (4) 胎児性患者修学援助費、患者の健康維持のための温泉治療、マッサージ治療費、通院のための交通費 (5) その他必要な費用
4. 患者の増加等により基金に不足を生じたときは、運営委員長の申出により基金を増額する。

本協定成立の証として本書を7通を作成し、両当事者ならびに立会人は、その一通を保有する。

水俣病患者東京本社交渉団団長 田上義春

チッソ株式会社取締役社長 島田賢一

専務取締役 野口朗

立会人 衆議院議員 三木武夫 衆議院議員 馬場昇

熊本県知事 沢田一精 水俣病市民会議会長 日吉フミコ

細目協定書

水俣病患者東京本社交渉団とチッソ株式会社とは、昭和48年7月9日付をもって締結された協定書の協定事項の実施に関し必要な細目について、次のとおり協定する。

一 物価変動の著しい場合の取扱いについて

協定書四の3及び五の2のただし書の運用については、毎年6月1日において、前年度物価指数が前々年度物価指数に比べて5%を上廻った場合においては、このただし書の規定による1年目の改定を行うものとする。

二 委員会の設置運営に要する費用について

協定書一の3による委員会の設置運営に要する費用については、チッソ株式会社が負担するものとする。

水俣病患者東京本社交渉団団長 田上義春

チッソ株式会社取締役社長 島田賢一

専務取締役 野口朗

立会人 衆議院議員 三木武夫 衆議院議員 馬場昇

熊本県知事 沢田一精 水俣病市民会議会長 日吉フミコ

補償協定に基づく給付内容

2017年6月1日時点

医療補償

給付内容

治療	医療費（全額負担，ただし妊娠，歯科，第三者災害は除く） 鍼灸治療費（回数，金額に制限なし） マッサージ治療費（1回1000円，年25回以内）
治療以外	通院交通費 10キロ未満270円，20キロ未満400円，20キロ以上600円 通院手当 月額21,000円（1～7日）または23,400円（8日以上） 介護手当
その他	生活用具のうち，ベッドや手すりなどについて，交渉によってチッソが負担している場合がある。
給付負担者	チッソ
給付形態	医療機関に水俣病患者手帳を提示し，患者は支払い不要．医療機関がチッソに請求する．公害医療であり，一般の20%増額

生活補償（医療保障以外の補償等）

給付内容

慰謝料	A ランク 1800万円	B ランク 1700万円	C ランク 1600万円の一時金
特別調整 手当（年金月額）	A ランク 17,7000円	B ランク 9,5000円	C ランク 71,000円
その他 負担者	胎児性患者就学援助費 小学生 50,300円 中学生 74,100円		
	チッソ		

※これらは収入認定されない（利子は除く）．その他給付と併用可能．

その他の補償等

給付内容

入院手当	23,400円～33,500円
介護費	44,900円
温泉治療	49,200円～65,600円（年間利用券）
負担者	チッソ

葬祭料・遺族補償

葬祭料	認定患者死亡時 香典10万円＋葬祭料53.3万円．直接の死因を問わない．
遺族補償	なし．認定申請は生存者を前提としているため．なお，第一次訴訟では脂肪家族の慰謝料が認められている（1800万円）．
負担者	チッソ

基金による補償（上述の補償のいくつかは基金から支払われる）

運営組織 患者医療生活基金（拠出金 3 億円〔現在 7 億〕，管理は日本赤十字社）
給付内容 おむつ手当 1 人月 1 万円
介添え手当 1 人月 1 万円
患者死亡の場合の香典 10 万円
胎児性患者就学援助費，温泉治療費，マッサージ治療，通院交通費
その他必要な費用

胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業

胎児性・小児性水俣病患者に係る地域生活支援事業補助金交付要項（平成 27 年度版）

熊本県環境生活部水俣病保健課

第 1 条 趣旨

知事は、胎児性・小児性水俣病患者等の地域における安心した日常生活の確保または胎児性・小児性水俣病患者等の地域における社会参加や社会活動の促進を支援するため、予算の範囲内において補助金を交付する。その交付については、熊本県補助金等交付規則（昭和 56 年熊本県規則第 34 号）に定めるもののほか、この要項に定めるところによる。

第 2 条 定義

胎児性・小児性水俣病患者等とは、障害者総合支援法もしくは介護保険法（以下、障害者総合支援法等という。）によるサービスを受けることができない者、または、障害者総合支援法等によるサービスを受けていてもそれらのサービス以外のサービスを受ける必要があると認められている者、およびそれらの患者の家族、主な介護者とする。

第 3 条 補助対象期間

補助金の対象となる期間は、当該年度の 4 月 1 日から 3 月 31 日までの期間とする。

第 4 条 補助対象事業

胎児性・小児性患者等の地域における安心した日常生活の確保、または地域における社会参加の促進を図ることを目的とした事業で、次のいずれかに該当するもの。

- (1) 胎児性・小児性患者等の地域における安心した日常生活の確保、または地域における社会参加の促進に貢献する事業。具体的には以下に挙げる項目を指す（以下「サービス提供事業」という。）。事業項目と補助金額については表 1 を参照のこと。
- (2) 上記の事業を実施するために必要な施設の改築、修繕および備品購入。
- (3) 住まいの場または日中活動の場等を提供する事業（以下「施設運営事業」という。）。事業項目と補助金額については表 2 を参照のこと。
- (4) 施設運営事業を実施するために必要な施設の新築、増築および備品購入。
- (5) 平成 22 年度水俣病患者施設医療福祉機能向上支援事業により整備した施設において行う、胎児性・小児性水俣病患者等の日常生活を支援する活動（以下、「家族棟運営事業」という。）。事業項目と補助金額については表 3 を参照のこと。

注）熊本県は、平成 23 年（2011）8 月、胎児性・小児性水俣病患者が家族と一緒に滞在できる入居施設「ぬくもりの家 潮風」を 2011 年 8 月に完成させた。これは水俣病患者の入居施設である水俣市立明水園に併設されている。

- (6) 上記家族等運営事業を実施するために必要な施設の改築、修繕および備品購入。

第 5 条 補助対象者

市町村または社会福祉法人、公益法人、NPO 法人などの非営利団体で次の条件を全て満たすもの。

- ① 県内に事務所を置き、県内を中心に活動していること。
- ② 団体の定款、規約等を有すること。

③補助対象となる事業を着実に実行する事務および組織体制があること。

④団体の活動歴が原則6か月以上あること。

以下 <略>

表 1. サービス提供事業の項目と補助金額

事業項目：補助金額（単価：1人1日あたり）

生きがづくり	：6930 円
外出支援	
1日につき1ヶ所まで	：2250 円
1日につき2ヶ所まで	：3510 円
交流サロン 注) 1回あたりの金額	
市内：3万円×実施回数（上限150万円）	
市外：15万円×実施回数（上限30万円）	
在宅支援訪問	
家事援助等	
日中	：2430 円
夜間（18:00～22:00）	：2160 円
身体介護	
日中	：5220 円
夜間（18:00～22:00）	：4500 円
深夜・早朝（22:00～8:00）	：5400 円
配食	：540 円
日中一時支援	：3330 円

表 2. 施設運営事業に要する費用の補助基準額

事業項目：補助基準額（単価：1人1日あたり）

訪問型サービス	
居宅介護	
家事援助等	
日中	：2430 円
夜間（18:00～22:00）	：2160 円
身体介護	
日中	：5220 円
夜間（18:00～22:00）	：4500 円
深夜・早朝（22:00～8:00）	：5400 円
行動援護	
1日につき1ヶ所まで	：2250 円
1日につき2ヶ所まで	：3510 円
配食	：540 円
日中活動系サービス	
生活介護	：9090 円
自立訓練	：6930 円
就労移行支援	：7470 円
就労継続支援	：4770 円
短期入所	：10440 円
日中一時支援	：3330 円
生きがづくり	：6930 円
交流サロン 注) 1回あたりの金額	
市内：3万円×実施回数	
（上限150万円）	
市外：15万円×実施回数	
（上限30万円）	
居住系サービス	
施設入所支援（夜間の介護等）	：3330 円
共同生活援助（グループホーム）	：1800 円
共同生活介護（ケアホーム）	：6600 円

表 3. 家族棟運営事業に要する費用の補助基準額

事業項目：補助基準額（1人1日あたり）

家族棟運営事業	：21600 円
---------	----------

胎児性・小児性水俣病患者に係る地域生活支援事業補助金交付要領

1 趣旨

この要領は、胎児性・小児性水俣病患者に係る地域生活支援事業補助金交付要項の施行に関し、必要な事項を定める。

2 対象となる事業

(1)「サービス提供事業」は、次の事業とする。

ア. 生きがいつくり：学習の場や趣味の場、作業の場などの提供

※原則として、参加者のうち胎児性・小児性水俣病患者等が5割以上であるものに限る。

イ. 外出支援：通所・通院や買い物などで外出する際の支援。

ウ. 交流サロン：レクリエーションの場の提供、観光や買い物などのイベントの実施。

エ. 在宅支援訪問（家事援助等）：炊事や掃除、洗濯など。

オ. 在宅支援訪問（身体介護）：入浴や排泄などの介護。

カ. 配食：施設で作った食事の自宅への配送。

キ. 日中一時支援：日中一時的に、施設で生活する際の支援。

ク. 一時宿泊：一時的に、施設で宿泊を伴い生活する際の支援を行うもの。

(2)「施設運営事業」は、次の事業とする。

ア. 障害者総合支援法等に準じる住まいの場を提供するサービス。

障害者総合支援法における共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）、または介護保険法における小規模多機能型居宅介護拠点等に準じるサービス。ただし、入居者のうち原則7割を胎児性患者等が占めるものとする。

イ. 障害者総合支援法等に準じる日中活動の場を提供するサービス。

障害者総合支援法における短期入所（ショートステイ）、生活介護、就労継続支援、介護保険法における短期入所生活介護または短期入所療養介護等に準じるサービス。ただし、通所者のうち、原則5割以上を胎児性等が占めるものとする。

(3) (1)(2)に該当する事業であっても、障害者総合支援法等の制度に基づいてサービスを提供できる場合、補助対象事業とはしないものとする。

(3)～(5) <略>

(6)「家族棟運営事業」は、次の事業とする。

ア. 短期利用

イ. 入居

(7) <略>

3 補助金の算定基準

(1) <略>

(2) 原則として、補助対象経費の1割について、利用者が自己負担を行う者とする。

なじみホームヘルパー等養成支援事業補助金交付要項

(趣旨)

第1条 知事は、胎児性・小児性水俣病患者（以下「胎児性患者等」）が障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）に基づく指定居宅介護事業者とのなじみの関係構築を支援し、胎児性患者等が福祉サービスを利用しやすい環境づくりを推進するために、予算の範囲内において補助金を交付するものとし、その交付については、熊本県補助金等交付規則（昭和56年熊本県規則第34号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要項の定めるところによる。

(補助金の対象となる期間)

第2条 補助金の対象となる期間は、毎年度、4月1日から3月31日までの期間とする。

(定義)

第3条 胎児性患者等とは、原則として、65歳未満の水俣病認定患者とする。

(補助対象事業)

第4条 補助の対象となる事業は、障害者総合支援法に基づく指定居宅介護事業者が、胎児性患者等となじみの関係を構築するために胎児性患者等の自宅に訪問する事業とする。ただし、障害者総合支援法に基づき報酬を受ける場合の訪問を除く。

2 前項の補助対象事業は、次の各号の全てを満たすものとする。

- (1) 取組内容が法令等に違反しないこと。
- (2) 取組内容が非営利活動であり、公益上の目的があること。
- (3) 国又は県の他の補助事業として採択されていないこと。
- (4) 国又は県の他の補助事業の対象事業として当該事業年度に申請していないこと。
- (5) 事業に着手していないこと。
- (6) 他の団体や個人に補助、助成、交付等を行う事業でないこと。

(補助事業者)

第5条 前条第1項第1号の補助事業者は、次の条件の全てを満たすものとする。

- (1) 障害者総合支援法に基づく指定居宅介護事業者であること。
- (2) 水俣芦北地域に事務所があること。
- (3) 団体の定款、規約等を有すること。
- (4) 補助対象となる事業を着実に実施する事務及び組織体制があること。

(補助対象経費)

第6条 補助対象経費（補助金の交付の対象となる経費をいう。以下同じ。）は、補助対象事業に要する経費とする。

2 前項の補助対象経費は、報酬、共済費、賃金、報償費、旅費、需用費（消

耗品費、燃料費、印刷製本費、会議費）、役務費（通信運搬費、広告料、保険料、手数料）、委託料、使用料及び賃借料とする。

3 補助対象事業に国、県以外の団体等からの補助金、交付金、助成金、賛助金等がある場合は、補助対象経費から控除するものとする。

（補助金の基準額）

第7条 補助金対象経費に対する補助基準額は、次のとおりとする。

区分	補助基準額
障害者総合支援法に基づく居宅介護サービスの利用を契約する前の訪問	1,000円×訪問回数(※) (※) 胎児性患者等1人にかかる訪問回数は原則5回までとする。
障害者総合支援法に基づく居宅介護サービスの利用を契約した後の訪問	1,000円×訪問回数(※) (※) 胎児性患者等1人につき養成するヘルパー数は、1補助事業者あたり5人までとし、訪問回数はヘルパー1人あたり原則14回までとする。

（補助金の算出方法）

第8条 補助金の交付額は、補助対象経費の支出予定額と補助基準額とを比較して少ない方の額と、総事業費から第6条第3項の規定による収入額を控除した額とを比較して少ない方の額から、補助事業の実施に要する経費に係る消費税及び地方消費税のうち、仕入れ控除を行う場合における消費税及び地方消費税相当分を除いたものとする。

（補助金の交付の申請）

第9条 規則第3条第1項の申請書は、別記第1号様式によるものとする。

2 別記第1号様式の添付書類は、別表のとおりとする。

（補助金交付の条件）

第10条 この補助金の交付の決定に当たっては、次の条件を付すものとする。

(1) 補助事業者は、補助事業の一部を他の者に実施させる場合は、この要項の各条項を内容とする実施に関する契約を締結し、知事に届け出なければならない。

(2) 補助事業者が、補助事業を遂行するため、売買、請負その他の契約をする場合は、一般の競争入札に付さなければならない。ただし、補助事業の性質又は目的により一般の競争入札に付することが困難又は不適當である場合は、指名競争入札又は随意契約をすることができる。

(3) 補助事業を中止又は廃止する場合には、別記第2号様式による申請書を提出して、知事の承認を受けなければならない。

(4) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難と

なった場合は、別記第3号様式により速やかに知事に報告し、その指示を受けなければならない。

- (5) 補助事業により取得し、又は効用の増加した財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和30年政令第255号）第14条第1項第2号の規定により環境大臣が別に定める期間を経過するまでは別記第4号様式による申請書を、環境省所管の補助金等で取得した財産の処分承認基準について（（平成20年5月15日付け環境会発第080515002号）、以下「承認基準」という。）に定める包括承認事項に係るものについては別記第4号様式の2による報告書を知事に提出することとし、前者については知事の承認を受けることなしに、この補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け又は担保に供してはならない。
- (6) 知事の承認を受けて前号に規定する財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を県に納付させることがある。
- (7) 補助事業により取得し、又は効用の増加した財産については、補助事業の完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運用を図らなければならない。
- (8) 補助事業の経理を行うに当たっては、当該補助事業以外の事業を厳に区別して行うものとする。
- (9) 特許権若しくは実用新案権を取得することによって相当の収益が新たに生ずると認められる場合、又は第16条の規定による補助金の額の確定後当該事業の対象から除外すべき事由が生じた場合は、交付した補助金の全部又は一部の金額を県に納付させることがある。
- (10) 補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により当該補助金に係る消費税等相当額（補助対象経費に含まれる消費税及び地方消費税のうち、消費税法（昭和63年法律第108号）に規定する仕入に係る消費税額として控除できる部分の金額と当該金額に地方税法（昭和25年法律第226号）に規定する地方消費税率を乗じて得た金額との合計額に補助率を乗じて得た金額をいう。以下同じ。）が確定した場合は、別記第5号様式により速やかに知事に報告しなければならない。

この場合において、補助事業者は、当該消費税等相当額を県に納付するものとする。

（決定の通知）

第11条 規則第6条の規定による補助金の交付の決定の通知は、補助金交付決定通知書（別記第6号様式）により行うものとする。

（補助事業の内容等の変更）

第12条 規則第7条第1項の補助事業の内容等の変更事由は、次に定めるとおりとする。

- (1) 補助事業の主要部分（補助目的にかかわる事業内容、事業実施時期）の変更
- (2) 事業内容の変更に伴う補助所要額の変更

2 規則第7条第1項の変更申請書は別記第7号様式によるものとし、事業変

更計画書及び変更後収支予算書はそれぞれ別記第7号の2様式及び別記第7号の3様式によるものとする。

- 3 規則第7条第3項において準用する規則第6条の規定による補助事業の内容等の変更の決定通知は、補助金の額に変更を生じるときは変更交付決定通知書(別記第8号様式)により、補助金の額に変更を生じないときは変更承認通知書(別記第9号様式)により行うものとする。

(申請の取下げ)

第13条 規則第8条の規定により申請の取下げをすることのできる期間は、交付決定の通知を受けた日から起算して30日を経過した日までとする。

(状況報告)

第14条 規則第11条の規定による状況報告は、別記第10号様式によるものとする。

(実績報告)

第15条 規則第13条の実績報告書は、別記第11号様式によるものとする。

- 2 規則第13条の添付書類は、別表のとおりとする。
- 3 第1項の実績報告書の提出期限は、事業完了後30日を経過した日又は当該事業年度の3月末日までのいずれか早い日とする。
- 4 第1項の実績報告書は、仕入れ控除を行う場合にあっては、補助金に係る消費税及び地方消費税を補助金額から減額して作成しなければならない。

(立入検査等)

第16条 進捗状況を確認する必要がある場合は、規則第22条に基づく立入検査等を行うものとする。

(補助金の額の確定)

第17条 規則第14条の規定による補助金の額の確定通知は、補助金交付決定通知書(別記第12号様式)により行うものとする。

(補助金の請求等)

第18条 規則第16条第1項に規定する請求書は、別記第13号様式によるものとする。

- 2 補助金の交付を概算払により受けようとするときは、前項の規定にかかわらず、補助金概算払申請書(別記第14号様式)及び補助金概算払請求書(別記第14号様式の2)によるものとし、訪問実績明細書(別紙9)を添付するものとする。

(財産処分の制限)

第19条 規則第21条第2項に規定する別に定める期間は、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令第14条第1項第2号の規定により環境大臣が別に定める期間とする。

(証拠書類の保管期間等)

第20条 規則第23条の別に定める期間は5年とする。

(雑則)

第21条 この要項に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要項は、平成26年4月1日から施行する。

**東京経済大学学術研究センター
ワーキング・ペーパー・シリーズ**

バック・ナンバー照会先：東京経済大学学術研究センター

〒185-8502 東京都国分寺市南町 1-7-34

TEL：042-328-7959 FAX：042-328-7772 E-MAIL：kenkyu@s.tku.ac.jp

<経 済>

番 号	著 者	タイトル	年月日
2002-E-01	除本理史	在比米軍基地による環境汚染問題—スービック海軍基地の事例	2002年9月20日
2004-E-01	除本理史ほか	東京における大気汚染公害の「未認定」患者に関する被害実態調査報告書	2004年4月19日
2006-E-01	除本理史ほか	四日市公害被害者の現在に関する調査報告書	2006年6月14日
2007-E-01	除本理史ほか	三重県四日市市の公害・環境問題と自治体環境政策に関する調査報告書	2007年4月10日
2007-E-02	尾崎寛直ほか	四日市の公害・災害問題に関する社会学的・教育学的研究調査報告書	2007年5月16日
2010-E-01	除本理史ほか	西淀川公害と「環境再生のまちづくり」	2010年9月15日
2010-E-02	尾崎寛直ほか	新たな大気汚染「未認定」患者の救済制度創設に向けた調査研究報告書—東京都医療費助成条例の政策効果を中心に—	2011年3月1日
2016-E-01	周牧之ほか	環境とエネルギーの未来—国際シンポジウム報告書—	2017年3月3日
2018-E-01	周牧之ほか	地域発展のニューパラダイム—学術フォーラム報告集—	2019年1月25日
2021-E-01	岩田佳久ほか	マルクス経済学の現代的スタンダードを語る—学術フォーラム報告書—	2022年2月22日
2022-E-01	柴崎慎也	株式資本論・証券市場論邦語文献目録	2023年3月22日
2023-E-01	尾崎寛直ほか	水俣病における補償／福祉のジレンマと政策改善に関する研究報告書	2023年12月18日

<経 営>

番 号	著 者	タイトル	年月日
2002-B-01	町田祥弘	わが国の外部監査における内部統制評定の実態	2002年1月18日
2002-B-02	水谷昌義	国鉄自動車路線名称の変遷	2003年3月5日
2005-B-01	安田行宏ほか	Does Corporate Lending by Banks and Life Insurance Companies Differ?- An Examination of the “Marginal Lender Phenomenon” in Japan -	2006年3月14日
2007-B-01	柳瀬典由ほか	Did Japanese stock market react rationally to the risks of reinsurance transactions after the September 11th?	2007年9月21日
2009-B-01	渡邊章好	Efficiency of a Budgeting Scheme Adaptive to the Business Environment	2009年9月16日
2022-B-01	小野武美ほか	変容する国際会計：久木田重和名誉教授が目指した国際会計への架け橋—学術フォーラム報告書—	2022年11月30日

* 本ワーキング・ペーパーは、学内での共同研究等の議論に供するため、または、執筆者が研究目的で個人的に配布するために、作成されたものである。引用等の利用に当たっては、本ワーキング・ペーパーが完成原稿ではないことに十分留意されたい。また、本ワーキング・ペーパーの内容にかかる一切の責任は、執筆者本人に帰するものであり、当センターにおいては関知するところではない。