

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

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, pp.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となされること、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所在宅・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みえる。

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・救済をめぐることは、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る、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、pp.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、p.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⁾。本人は過去の実験から、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。

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、水保・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」して水保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（今後は水保病被害者手帳）などの所持者にも入所の「資格」を広げて、水保病被害者全体の将来的な不安に備えること、である。水保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、水保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、水保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保病被害者にも、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保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、水保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 年度の水保市の居宅介護・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

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, pp.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⁾。

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

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。

（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。

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は受けていない。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

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	生きがいがづくり（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。
	訪問系サービス 居宅介護（家事援助，身体介護），行動援助，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。行動援助：上記「外出支援」と同額。配食：上記「配食」と同額。
施設運営事業	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，生きがいがづくり，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。生きがいがづくり：上記「生きがいがづくり」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。

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。

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（設置機器はメデイカルチェア、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あってよい。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。

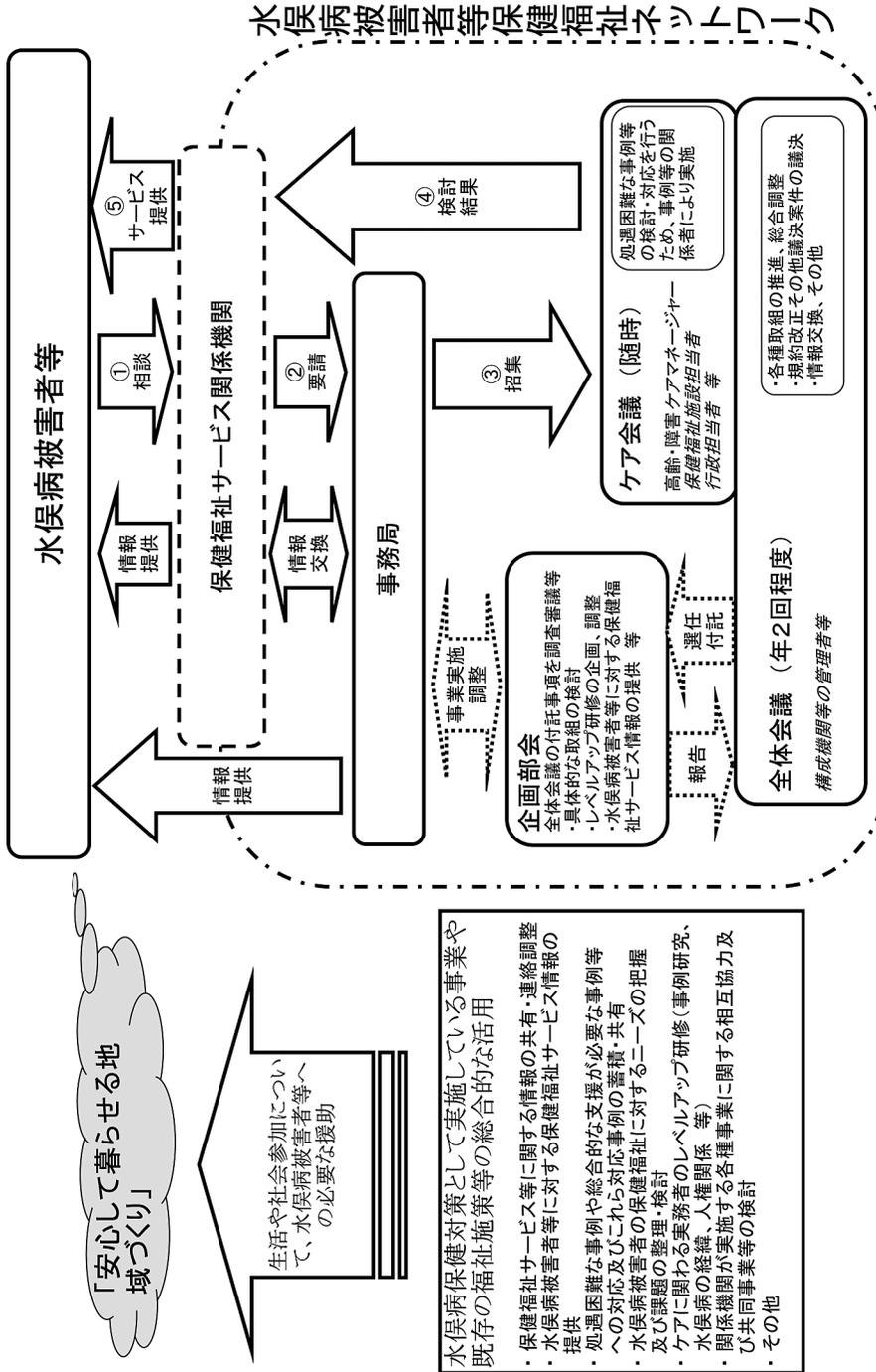
1.5 熊本県の「水俣・芦北地域振興計画推進総合特区」構想について

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

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。

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⁾。

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うまでもない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、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、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, p.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

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。

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ため、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。

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

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。

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⁾。

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

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 年度増加額 (A)	医療費総額 (B)	うち水保市分 (C)	水保市国保医 療費総額の対 前年増加額 (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、水保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、水保病関連 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 (上記の水保市の国保資料により試算)。水保病関連 4 手帳とは、医療手帳、保健手帳、治研手帳 (本文中で後述)、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。

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) の数値から見ると、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。

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) の需要増が水保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⁾。

なお、国勢調査により水保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、水保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、水保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, p.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ため、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⁾。

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（今後は水俣病被害者手帳）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、加害者たるチツソ、国、熊本県が負担すべきであろう。チツソ分社化後は、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)。水俣病被害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、水俣病被害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、いわばノーモ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。

注

- 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。

水俣病特別措置法と環境・福祉対策の課題

- 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。
- 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。
- 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。
- 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、p.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。
- 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)。
- 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。
 - 19) 環境省からの聞き取り(2010年8月)による。
 - 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〈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が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。
 - 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。
 - 26) 表4によれば、芦北町の一般診療所の数は、人口比でみ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。
- 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。
- 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）。

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 卷 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

水俣病特別措置法と環境・福祉対策の課題

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）。