

病像論再々考ーノーモア・ミナマタ

近畿訴訟第一審判決に寄せて*

東北大学大学院法学研究科 教授 樺島 博志

目次

要旨

- 1 問題設定
 - 2 水俣病事件の経緯とノーモア・ミナマタ近畿訴訟の概要
 - 2-1 水俣病事件の経緯
 - (1) 水俣病の発生, 原因究明および対策の過程
 - (2) 水俣病被害者の司法と行政を通じた救済
 - 2-2 ノーモア・ミナマタ近畿訴訟の概要
 - (1) 訴訟の概要
 - (2) 判決の概観
 - (3) 争点ごとの裁判所の判断の整理
 - 3 本判決の評価
 - 3-1 病像論
 - 3-2 有機水銀曝露の地理的・時間的範囲
 - 3-3 疫学的関連性による因果関係の立証
 - (1) 司法判断の経緯における本判決の意義
 - (2) 学説の検討
 - 3-4 除斥期間の起算点
 - 4 結語
- 【参考文献】

* 本研究は JSPS 科研費令和 4 年度～6 年度助成, 研究課題「現代義務論の可能性の条件」(基盤研究(C)(一般) 22K01109) の成果の一部である。

要旨

ノーモア・ミナマタ近畿訴訟第一審判決が、遅発性水俣病の病像を認め、疫学的因果関係を水俣病罹患の判断の基礎と位置づけたことにより、水俣病被害者・原告 128 名の損害賠償請求権を認容した。これまで水俣病事件をめぐる幾多の司法判断が積み重ねられてきたにもかかわらず、本判決は、司法判断の枠組に新たな観点を付け加えたものと評価することができる。もっとも、本判決のこうした積極的意義にもかかわらず、水俣病被害者全体の迅速かつ公正な被害救済という観点に立脚すれば、公健法を中心とした行政による救済枠組の機能不全、行政府における司法判断の無視を通じた司法的チェックの不全、症状に比例した段階的な賠償枠組の法システム全体における欠如、という 3 つの点を中心に、日本社会の法治主義の限界が露呈しているとも見ることができる。このように見れば、本判決によってもなお、公害被害者救済における「法の失敗」が治癒されたというよりは、なお一層顕になった捉えることもできる。

キーワード：水俣病、ノーモア・ミナマタ近畿訴訟、疫学的因果関係

Reconsidering again what is Minamata disease - a contribution to the District Court Judgment in the No More Minamata Litigation in Osaka
School of Law, Tohoku University, KABASHIMA Hiroshi, Prof. Dr.

Abstract

Osaka District Court gave the first instance judgment to the No More Minamata Osaka Litigation by granting the right of the 128 Minamata disease victims/plaintiffs to claim damages. Its significance lies in adopting the epidemiological causality and the late-onset symptoms of Minamata disease in the ration decidendi. In light of conventional precedents and common wisdom that assume the proof burden of individual causal relationships on the plaintiff, this can be evaluated as having a certain positive significance. From the perspective of prompt and fair relief for all victims of Minamata disease, nevertheless, it can also be seen as one component of the phenomenon of “failure of the law”, which brings limitations of Japanese rule of law to light, with a focus on three points: (1) malfunction of the administrative relief framework centered on the Pollution Health Compensation Act, (2) dysfunction of judicial review to the legislative as well as administrative framework for compensation for pollution victims, and (3) the lack of a framework for

gradual compensation in proportion to the symptoms.

Keywords: Symptoms of Minamata disease, No More Minamata litigation in Osaka, epidemiological causality

1 問題設定

水俣病の公式確認から 60 年以上経た令和 5 (2023) 年 9 月 27 日、大阪地裁において水俣病事件にたいする新たな裁判が下された⁽¹⁾。これまで水俣病事件にたいして、新潟水俣病事件第一審判決⁽²⁾を皮切りに、幾多の下級審裁判例、最高裁判例が蓄積されてきたにもかかわらず、本判決は、水俣病を巡る司法判断において、新たな判断基準を示すものとして、積極的意義を認めることができる。すなわち本判決は、損害賠償請求権発生構成要件たる因果関係につき、病像論として遅発性水俣病の存在を肯定したこと、因果関係の立証として疫学的因果関係の手法を積極的に位置づけたことの二点において、従来⁽³⁾の司法判断の枠組に新たな観点を加えているように思われる。

他方、こうした積極的意義にもかかわらず、公害問題に起因する多数の被害者にたいする被害救済という点にかんがみれば、被害者救済に積極的な本判決の判断ですら、遅きに失した感が否めない。すなわち、水俣病という大規模公害事件において、多数の被害者を公正かつ効率的・効果的に救済することができたのか、

と問われれば、日本社会の法治主義・法システムが一定の限界を抱えていることは、否定しえないであろう。

筆者は従前より、こうした日本の法システムに内在する機能的限界を、「法の失敗」という概念で捉えることを試みてきた⁽³⁾。本稿では、本判決に示された水俣病の病像論をめぐる判断を中心に、現代型訴訟論の観点⁽⁴⁾を加味した分析を加えて、最終的には、日本の法治主義の機能的限界を批判的に評価することを試みてみたい。

2 水俣病事件の経緯とノーモア・ミナマタ近畿訴訟の概要

2-1 水俣病事件の経緯⁽⁵⁾

(1) 水俣病の発生、原因究明および対策の過程

Y1 (チッソ株式会社、前身・日本窒素肥料株式会社、現・JNC 株式会社) は、1927 年頃以降、水俣工場において、アセチレン系有機合成によって酢酸等の化学製品を製造するようになり、製造過程において触媒として硫酸水銀水溶液を用いていた。この触媒反応の副生成物として、のちに水俣病の原因として知られるメチル水銀化合物を生じていたが、Y1 はその危険性について知ることなく、水俣湾に

⁽¹⁾ 大阪地判令和 5 年 9 月 27 日 (平成 26 (ワ) 9280), 裁判所 Website (seen 2024-01-05): https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail4?id=92468 (以下、「本判決」という)。

⁽²⁾ 新潟地判昭和 46 年 9 月 29 日 (判時 642 号 96 頁)

⁽³⁾ 拙稿「法の失敗—水俣病発見 50 周年に寄せて」佐藤幸治ほか編『現代社会における国家と法』阿部照也喜寿記念, 東京: 成文堂, 2007 年, p. 705-733.

⁽⁴⁾ 参照, 田中成明『現代日本法の構図』増補版, 東京: 悠々社, 1992 年, 35 頁。

⁽⁵⁾ 参照, 主に大阪地裁判決 (前掲註 1) の事実認定にもとづき, 脚註を付した箇所については適宜参考資料に依拠した。

廃水とともに排出していた。1945年の太平洋戦争敗戦後もY1はアセトアルデヒド製造を増強していたところ、1956年5月、はじめての水俣病患者が水俣保健所に届けられるに至った。

水俣病の原因について、水俣保健所・伊藤蓮雄所長が1957年3月にネコ実験により水俣湾の魚介類が水俣病を発症させることを確認し、同年7月に厚生省の科学研究班も水俣湾内の汚染魚介類を水俣病の原因と確認した。1959年7月、熊本大学医学部研究班は、水俣病とハンター・ラッセル症候群との一致を確認し、水俣病が有機水銀中毒症であること等を報告した。同年11月、厚生省・水俣食中毒部会は、これらの研究成果にもとづき、厚生大臣にたいし水俣病は汚染魚介類の摂取による有機水銀中毒性疾患であると答申したが、厚生大臣はこの見解を採用することなく、逆に同部会にたいして解散を命じた。このように、Y2国・Y3県は、遅くともこの時点までには、水俣病の原因物質が有機水銀化合物であること、その排出源がY1水俣工場のアセトアルデヒド製造施設であることを、高度の蓋然性をもって認識し得る状況にあった。

同年10月頃、Y1幹部は、同社水俣工場附属病院の細川医師らによる実験を通じて、同工場のアセトアルデヒド廃水がネコを水俣病に罹患させることの知見を得たが、逆にネコ実験の続行を禁止したうえで、実験結果の外部への公表を妨げた。他方Y1は、通産省による配水浄化対策の要請に応ずる形で、同年12月、廃水浄化装置サイクレーターを設置し排水処理を開始した。もっとも、Y1によるサ

イクレーターは、有機水銀を除去する性能を有しておらず、水俣病防止策としては無意味であった。そして、Y2国・Y3県においても、Y1が設置したサイクレーターが水俣病を防止しえないものであることを、容易に知ることができた。

9年近く経た1968年5月、Y1は、水俣工場におけるアセトアルデヒドの製造を停止した。また厚生省は、同年9月、政府公式見解を発表し、水俣病は水俣湾の魚介類の摂取によるメチル水銀中毒性の中枢神経疾患であること、および、Y1水俣工場のアセトアルデヒド製造工程から排出されたメチル水銀が水俣湾の魚介類を汚染したことを、それぞれ認めた。

(2) 水俣病被害者の司法と行政を通じた救済

1967年6月の新潟水俣病訴訟を皮切りに、四日市喘息訴訟、富山イタイイタイ病訴訟が相次いで提起された。熊本水俣病事件においては、上述1968年9月の政府公式見解をきっかけとして、翌1969年6月、水俣病患者・遺族29世帯112(のち138)名が、熊本地裁において、Y1を被告とする損害賠償請求訴訟を提起した。これら大型公害裁判の提訴を受けて、同年12月、政府は、「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」⁽⁶⁾を公布・施行し、公害病認定患者にたいする医療費等の支給を開始した。1971年8月、環境庁事務次官は、いわゆる「昭和46年事務次官通知」⁽⁷⁾を発し、水俣病の認定基準としてハンター・ラッセルの主症状、すなわち、四肢末端・口囲のしびれ感、言語障害、歩行障害、求心性視野狭窄、

⁽⁶⁾ 昭和四十四年法律第九十号、以下、「旧救済法」という。

⁽⁷⁾ 「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法の認定について」(昭和46.8.7環境庁事務次官通知)所収：水俣病患者・弁護団全国連絡会議『水俣病裁判全史—第3巻被害・世論編』東京：日本評論社、2000年、87-88頁。

難聴、精神障害、振戦、痙攣、その他の不随意運動、筋強直などの症状を挙げたうえで、他原因の恐れについても、魚介類を介した有機水銀の影響が認められる場合には水俣病の範囲に含むものとした。

提訴から4年近く経た1973年3月、熊本地裁は、Y1にたいし、死者1800万円の損害賠償責任などを認める裁判を下した⁽⁸⁾。同判決を受けて、Y1は、水俣病患者団体に謝罪したうえで、原告を含むすべての水俣病認定患者にたいし慰謝料と治療費等を支払う旨の、補償協定を締結した⁽⁹⁾。

旧救済法を発展させる形で、1973年、公害健康被害補償法⁽¹⁰⁾が制定され、翌年施行された。公健法上の水俣病認定については、1977年7月の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」⁽¹¹⁾において、水俣病の各症候が非特異的であるとしたうえで、①感覚障害と運動失調、②感覚障害と運動失調の疑い、かつ、平衡機能障害あるいは両側性の求心性視野狭窄、③感覚障害と両側性の求心性視野狭窄、かつ、中枢性障害の他の眼科又は耳鼻科の症候、④感覚障害と運動失調の疑い、かつ、その他の症候の組合せ、という①～④の症候組合せを基準とすることと定められた。

行政認定を棄却された未認定患者89名は、1973年1月、熊本水俣病事件民事

第2次訴訟を提起した。提訴後少なからぬ原告が認定を得るなどして訴訟を取り下げたが、1979年3月、熊本地裁⁽¹²⁾は、原告14名中12名について損害賠償請求権を認容し、重症者について補償協定の補償額を超える2800万円の賠償を認めた。この判決により、行政認定を得られなかった未認定患者についても司法救済の道が開かれることとなり、1980年5月の熊本第3次訴訟第1陣の提訴を皮切りに、熊本、新潟、大阪、東京、京都、福岡の各地裁に同種一連の訴訟が提起された。しかもこの熊本第3次訴訟以降の損害賠償請求訴訟においては、損害賠償債務の増大によるY1の債務超過の懸念もあり、Y2国とY3県にたいする規制権限不作為にもとづく国家賠償請求が合わせて提起されることとなった⁽¹³⁾。

熊本第2次訴訟控訴審において、1985年8月、福岡高裁⁽¹⁴⁾は、ハンター・ラッセル症候群としての四肢の知覚障害、求心性視野狭窄、構音障害、運動失調、難聴に加え、遠位部優位の手袋・足袋様の知覚障害をもって水俣病と認めうるとして、原審支持の判決を下し、原告未認定患者の勝訴が確定した。いわく、「メチル水銀中毒の病型、症状は多様多彩で、死に至る重篤な急性劇症型もあれば四肢の知覚障害、求心性視野狭窄、運動失調、構音障害、難聴などいわゆるハンター・

⁽⁸⁾ 熊本地判昭48年3月20日(判時696号15頁)。

⁽⁹⁾ いわゆる「昭和48年補償協定」、参照：「熊本水俣病協定書」(昭和48年12月25日)、所収：水俣病被害者・弁護士全国連絡会議『水俣病裁判全史—第1巻総論編』東京：日本評論社、1998年、115-128頁。

⁽¹⁰⁾ 昭和四十八年法律第百一十一号、以下、「公健法」という。

⁽¹¹⁾ 「後天性水俣病の判断条件について」(以下、「昭和52年判断条件」という)、所収：水俣病被害者・弁護士全国連絡会議『水俣病裁判全史—第3巻被害・世論編』東京：日本評論社、2000年89-90頁。

⁽¹²⁾ 熊本地判昭和54年3月28日(判時927号15頁)。

⁽¹³⁾ なお、新潟水俣病事件第2次訴訟においては、国家賠償請求の被告はY2国のみとされ、新潟県に対する国賠請求は提起されなかった：参照、坂東克彦『新潟水俣病の三十年』2000年、75頁。

⁽¹⁴⁾ 福岡高判昭和60年8月16日(判時1163号11頁)。

ラッセル症候群の典型的な症状のすべてないしはそのいくつかを具備した普通型で症状の重いものから、その症状は日常生活不快感を伴うに過ぎない極めて軽度でその症状の在否自体の判別が困難な慢性不全型にまで及んでいるが、水俣病の一般的な臨床症状としては、知覚障害、運動失調、言語障害、聴力障害、平衡機能障害、求心性視野狭窄、視野沈下、眼球運動異常、脱力、振戦、反射異常、筋萎縮、味覚障害、意識障害発作、精神症状、知能障害、自律神経症状などがあり、多く前叙認定の自覚症状を伴っているものであるということが出来る。」同判決はその際、行政認定の基準にたいして、「昭和 52 年の判断条件は…広範囲の水俣病患者を網羅的に認定するための要件としてはいささか厳格に失している」と処断した。

この司法判断により行政認定基準への疑義が生ずることとなり、政府はこれに対応するために、1986 年、特別医療事業を設け、公健法上の水俣病認定を棄却された者にも、医療費の助成を開始した。この特別医療事業は、1991 年 11 月、水俣病総合対策事業に発展し、療養手帳の交付、医療費、療養手当等の支給へと拡充された。療養手帳の交付要件は、昭和 52 年判断条件における症状組合せから緩和され、メチル水銀曝露の可能性を前提に、四肢末端の感覚障害のみで足りるとされた。

水俣病総合対策事業による救済策の拡充にもかかわらず、全国で提起されていた一連の水俣病損害賠償訴訟は、原告数の増大と争点の複雑化により、紛争の長期化に陥っていた。このような状況で、社会党の村山富市首相を首班とする自

民・社会・さきがけ 3 党連立政権が 1994 年 6 月に発足し、水俣病事件の「政治解決」に向けて患者団体との交渉を開始した。交渉の結果、従前の総合対策事業における医療手帳の交付および療養費と療養手当等の支給に加えて、加害企業 Y1 ないし昭和電工が 260 万円の一時金を支払うことで合意が成立した。1995 年 12 月の閣議了解を経て、加害企業と患者団体の間で解決協定が締結された。

1982 年 10 月に提訴した関西訴訟の原告団は、この「政治解決」協定には参加せず、訴訟を継続した。政治解決に先立つ 1994 年 7 月、大阪地裁は第 1 審判決⁽¹⁵⁾において、行政未認定患者の原告らに、Y1 の民事損害賠償責任を認めたが、その一方で、Y2、Y3 の国家賠償責任は否定した。大阪高裁は、2001 年 4 月、控訴審判決⁽¹⁶⁾において、Y1 の民事賠償責任に加え、Y2 国について水質二法にもとづく規制権限不行使の違法性と過失、Y3 県について県漁業調整規則にもとづく規制権限不行使の違法性と過失を理由として、国家賠償責任を認め、一人あたり 850 万円から 450 万円の賠償金の支払を命じた。同判決は、原告未認定患者について、次の基準で水俣病への罹患を判断した。すなわち、メチル水銀曝露を前提として、「(1) 舌先の 2 点識別覚に異常のある者及び指先の 2 点識別覚に異常があつて、頸椎狭窄などの影響がないと認められる者。(2) 家族内に認定患者がいて、四肢末梢優位の感覚障害がある者。(3) 死亡などの理由により 2 点識別覚の検査を受けていないときは、口周辺の感覚障害あるいは求心性視野狭窄があつた者」について、水俣病の罹患を認めた。除斥期間についても、「水俣湾内の魚介類の摂食中

⁽¹⁵⁾ 大阪地判平成 6 年 7 月 11 日 (判時 1506 号 5 頁)。

⁽¹⁶⁾ 大阪高判平成 13 年 4 月 27 日 (判時 1761 号 3 頁)。

止から、遅くとも四年を経過した時点以後には、客観的に最初の損害が発生していたと推認される」とした第一審判決⁽¹⁷⁾の判断を維持し、原告らの転居後4年経過した時点をもって、除斥期間の起算点とした。2004年10月、最高裁判所は上告審判決⁽¹⁸⁾において、Y2国・Y3県の国家賠償責任を認めた原審の判断を維持した。このことにより、原審における水俣病被害の判断基準と除斥期間の起算点についても、最高裁により肯定されることとなった。

関西訴訟最高裁判決をきっかけとして、1995年の政治解決による救済を受けられなかった患者たちが、新たな訴訟を提起するに至った⁽¹⁹⁾。こうした事態に対応するために、政府は、2009年7月、「水俣病被害者の救済および水俣病問題の解決に関する特別措置法」⁽²⁰⁾を公布・施行した。特措法は、公健法の判断基準を満たさないものの、四肢末梢優位の感覚障害、全身性の感覚障害、および四肢末梢優位の感覚障害に準ずる被害者にたいして、水俣病被害者手帳を交付し、210万円の一時金、および療養費と療養手当を支給することとした。特措法により救済される被害者の範囲は、翌2010年4月の政府閣議決定により明確化され、すなわち、公的な検査所見書がなくても、医師の診断書において、四肢末梢優位又は全身性の感覚障害、口周囲の触覚又は痛覚の感覚障害、舌の二点識別覚の障害、求心性視野狭窄の所見が認められれば、判定検討会における総合判断により、救済対象

者と判定されることとなった。特措法の申請期間は、2年2か月後の2012年7月までで締め切られた。

2013年4月、最高裁判所は、2001年と2007年にそれぞれ提訴された水俣病認定義務付訴訟につき、前者の原告については水俣病認定の義務付けを認容した高裁判決を支持し、後者の原告については水俣病の罹患の有無を個別具体的に判断すべきとして原審破棄差戻の判決を下した⁽²¹⁾。そのなかで同判決はとりわけ、「昭和52年判断条件に定める症候の組合せが認められない四肢末端優位の感覚障害のみの水俣病が存在しないという科学的な実証はない」としたうえで、判断枠組として、「裁判所において、経験則に照らして個々の事案における諸般の事情と関係証拠を総合的に検討し、個々の具体的な症候と原因物質との間の個別的な因果関係の有無等を審理の対象として、申請者につき水俣病のり患の有無を個別具体的に判断すべき」とした。

2-2 ノーモア・ミナマタ近畿訴訟の概要

(1) 訴訟の概要

原告Xらは不知火海沿岸等に居住歴を有し、2009年の特措法の救済を受けられなかった者128人である。Xらは、熊本県水俣市、同芦北町、鹿児島県出水市などのうち対象地域外とされた地域に居住し、あるいは、1969年以降に出生したため対象年齢外とされたために、特措法の

⁽¹⁷⁾ 前掲註15.

⁽¹⁸⁾ 最判平成16年10月15日(民集58巻7号1802頁).

⁽¹⁹⁾ いわゆる「ノーモア・ミナマタ訴訟(第1次)」「水俣病被害者互助会訴訟」など、参照、吉村良一「判批(熊本地判平成26年3月31日)」司法判例リマックス51, 2015年, 55頁以下. 上告審まで争われた「水俣病被害者互助会訴訟」については、残念ながら筆者の能力的限界ゆえに、後述3において必要な限りで論及することとどめたい。

⁽²⁰⁾ 平成二十一年法律第八十一号, 以下「特措法」という。

⁽²¹⁾ 最判平成25年4月16日(集民243号329頁); 同(民集67巻4号1115頁).

申請ができなかった者、および、2010年4月から2012年7月の特措法の申請期間を知らず、あるいは徒過してしまったために、救済を受けられなかった者からなる。被告は加害企業Y1および、Y2国とY3熊本県である。訴訟物は、XらのY1ないし3にたいする不法行為・国家賠償責任にもとづく1人あたり450万円、総額約8億円の損害賠償請求権である。請求原因は、Xらは、Y1水俣工場から排出されたメチル水銀によって汚染された魚介類を摂取し、これによって感覚障害等の健康被害を受け、Y2は水質二法にもとづく規制権限を行使せず、Y3は県漁業調整規則にもとづく規制権限を行使しなかったことにより、それぞれ法的義務に違反し違法にXらに損害を加えた、という事実による。Xらのうち原告第1陣は、Y1ないし3を被告として2014年9月29日に大阪地裁に提訴し、以降第12陣まで追加提訴がなされた⁽²²⁾。

本判決に示された主要争点は、法的審査技術⁽²³⁾に即して、次のように整理することができる。第一に、民709所定の請求権発生にかんして、Xらが水俣病に罹患したか否か、という因果関係の要件事実の成否が争点となる。この争点はさらに次の下位項目に分けることができる。まず、(i)水俣病の病像をどのように捉えるか、とりわけ遅発性水俣病の存在を認めるか否か、という病像論の問題、つぎに、(ii)有機水銀曝露歴の観点から、特措法において有機水銀曝露の対象地域と対象時期の範囲外とされた原告の健康

被害について有機水銀曝露の影響を認めることができるか、という救済対象範囲の問題、さらに、(iii)遅発性水俣病の症状を非特異的の症状と捉えたうえで、疫学的因果関係という統計的証明を法的因果関係としてどのように位置づけることができるか、という問題である。

第二に、Xらの水俣病罹患を肯定したとしても、原告の請求にたいする時効による権利消滅の抗弁が成立しうる。それゆえ、(iv)Xらによる損害賠償請求権が、訴訟提起の20年の除斥期間(民724、国賠4)を徒過したものとして、時効による請求権消滅にかかるか否か、という問題が争点となる。すなわち、除斥期間起算点が損害発生時であることを前提として、Xらの水俣病の症状が、いつの時点で発症したものと認められるか、という問題である。

(2) 判決の概観

大阪地裁判決は、Xら128人全員に水俣病の罹患を認め、1人あたり慰謝料250万円に弁護士費用25万円を加えた損害賠償金275万円(総額約3億5,000万円)、および遅延損害金の賠償請求権を認容した。もっとも、Xらのうち6名については、有機水銀曝露の時期が権限不行使の違法性の生ずる1960年以前であったとして、Y2国とY3県の国家賠償責任を否定し、Y1による民事損害賠償責任のみを認めた⁽²⁴⁾。

上述の主要争点の整理に即して、本判

⁽²²⁾ 参照、寺内大介「大阪地裁で原告全員を水俣病と認める判決」水俣学通信47号、2023年、p.2;「ノーモア・ミナマタ近畿訴訟・全原告勝訴判決—政府はチッソを説得し、原告の求めに応じよ」季刊水俣支援東京ニュース、107号、2023年、2頁以下。

⁽²³⁾ 権島博志、トマス・シェーフアー「法的思考と審査技術」法学74巻6号、2010年、46頁以下。

⁽²⁴⁾ 参照、熊本県水俣病審査課「ノーモア・ミナマタ近畿第2次国家賠償等請求訴訟大阪地裁判決について」2003年、Website (seen 2024-01-24) :

<https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/attachment/231651.pdf>

決における因果関係要件にかんする判断は、次のようにまとめることができる。まず、(i) 曝露終了から長期間経過後に発症する遅発性水俣病の存在が認められる。つぎに、(ii) 特措法の対象地域外であっても、不知火海の魚介類を多食したことによる曝露歴が認められ、また時期的にも、1968年のアセトアルデヒド製造停止後であっても、仕切網が設置された1974年までに魚介類を多食した者には、曝露歴が認められる。さらに、(iii) 有機水銀曝露と、四肢末梢優位の感覚障害および全身性感覚障害との間に疫学的因果関係が認められ、これを基礎として、法的因果関係については共通診断書により立証することができる。さいごに、時効による権利消滅の抗弁について、(iv) 除斥期間の起算点は、Xらが民間医師による共通診断書検診に基づいて水俣病と診断された時であり、Xらについて除斥期間は経過していない。

(3) 争点ごとの裁判所の判断の整理

本判決は、まず、Y1の民事損害賠償責任に加え、Y2国とY3県の国賠責任についても、1960年1月以降、Y2国については水質二法にもとづく規制権限を行使しなかったこと、Y3県については県漁業調整規則にもとづく規制権限を行使しなかったことにつき、それぞれ賠償責任を負う、とした。

(i) 病像論について、本判決は、次の通り判断した。「個別の本件患者が水俣病に罹患しているか否かを判断するに当たっては、メチル水銀曝露の事実が認められ、かつ、上記各症候（四肢末梢優位の感覚障害又は全身性感覚障害：筆者註）のいずれかが認められること…を前提とした上で、他の症候（舌の二点識別覚異常、

口周囲の感覚障害、求心性視野狭窄、運動失調、構音障害又は難聴等）の有無、発症に至る経過、他原因の可能性の有無等の個別的事情を総合的に考慮するのが相当である。」すなわち本判決においては、水俣病を有機水銀中毒の中樞神経疾患と捉えたうえで、慢性水俣病においては、触覚または痛覚の表在感覚障害、とりわけ四肢抹消優位の感覚障害または全身性感覚障害があらわれる場合が多く、これに加えて、舌先二点識別覚異常、口周囲の感覚障害、求心性視野狭窄、運動失調についても、疫学調査の結果から、水俣病である蓋然性を高めるものとして捉えている。これにたいするYらの反論として、メチル水銀曝露による末梢神経障害の場合には三叉神経感覚性ニューロパチーが合わせて確認される、とする衛藤医師らの意見書があるものの、この見解をもとに感覚障害のみの水俣病が存在することを否定することにはならない、と本判決は判断した。

遅発性水俣病の存在については、本判決は、曝露終了後、長期間経過してから水俣病の自覚症状が出現する 경우가少なくない、としてこれを認めた。症状発生の機序については、長期微量曝露説、脳内残留水銀説、加齢説が挙げられているが、本判決は、これらの説のいずれも実証性に欠け仮説にとどまるものの、直ちに排斥することもできず、遅発性水俣病の存在を否定することはできない、とした。

他原因との識別につき、糖尿病性多発性ニューロパチーと変形性脊椎症も四肢抹消優位の感覚障害を惹き起こす場合もあるが、これにたいし本判決は、有症者のうち有機水銀曝露歴のある者については、その症状がもっぱら他原因に起因する可能性は疫学的に見て極めて低い、と

して他原因の可能性を退けた。

(ii) 有機水銀曝露が生じた地理的・時間的範囲につき、本判決は次の通り判断した。曝露範囲を判断する前提として、本判決はまず、1973年に厚生省が定めた総水銀 0.4ppm、メチル水銀 0.3ppm という暫定規制値は、毛髪水銀値 50ppm という FAO/WHO の発症閾値に依拠するものの、これを下回る低濃度の有機水銀への長期曝露が水俣病を発症する可能性は否定できない、とした。これに加え、17歳までの未成年については FAO/WHO も成人より低い値を定めていることから、Xら患者が幼少期ないし子供の時期に受けた有機水銀曝露については、低汚染度の魚介類によっても発症リスクが存すると認められる、と判断した。

発症閾値に関するこれらの知見を前提に、有機水銀曝露の地理的範囲を検討するにあたり、本判決は、有機水銀汚染の距離減衰を単純に適用して、Xら患者の有機水銀曝露を否定することはできない、とした。すなわち、特措法の対象範囲の外の地域であっても、不知火海沿岸の全域で漁獲された魚介類が、自家消費、網元による分配、近隣による交換、行商人による売買を通じて、広く消費されていたものと認められる。それゆえ、特措法の対象地域外である姫戸町、倉岳町、新和町、河浦町宮野河内地区、旧長島町、阿久根市および山野線沿線に居住歴を有する Xらについて、水俣病発症に足る曝露歴が推認される、とした。

同様に、有機水銀曝露の時間的範囲についてもまた、1969年の工場排水の停止以降も、少なくとも水俣湾の仕切り網が設置された 1974年1月までは、水俣病を発症させる程度の汚染魚介類の摂取がなされたものと推認される、と判断した。

(iii) 疫学的因果関係という統計的手法

を用いた因果関係の立証手法につき、本判決は、次のように、法的因果関係としての高度の蓋然性の証明において用いることができるとした。いわく、「本件のような公害訴訟における因果関係の認定の目的は、自然科学的な因果のメカニズムそのものを解明することではなく、原因行為を行った者（加害者）に、発生した結果を帰責できるかどうかを判断することにあるから、因果関係の…経過全てについて、一点の疑義もないよう解き明かすことは不要であり、実際上も困難である。そして、…疫学的に確認された因果関係は、高度の蓋然性を有するものとして、法的因果関係の立証に用いることができる。実際、これまでの公害訴訟や、化学物質による労災事件及び薬害事件においても、疫学的知見に基づき、高度の蓋然性があるとして法的因果関係が認められてきた。」他方本判決は、疫学的因果関係のみをもって法的因果関係と同視しえないということを、次のように論じている。「疫学的因果関係は、疾病を発症した個人が曝露の原因を創出した者の不法行為責任を問うための要件としての法的因果関係とは異なるものである。」このような前提理解に立って、本判決は、次のように、疫学的因果関係による証明について、法的因果関係の基礎資料としての位置づけを与えた。いわく、「信頼できる疫学的研究によって、曝露と疾病との間の疫学的因果関係を示す指標である寄与危険度割合ないし相対危険度…が高いことが認められる場合には、当該曝露を受けた個人であって当該疾病を有する者の多くが、当該曝露がなければ当該疾病を発症していなかったことが科学的に示されることになるから、上記疫学的因果関係が認められることは、法的因果関係を判断する上で重要な基礎資料となるとい

うべきである。そして、寄与危険度割合等の程度を踏まえた上で、本件患者それぞれの曝露の内容・程度、症候の内容…、発症に至る経過、他原因の可能性の有無等を総合的に考慮して、本件患者それぞれについて法的因果関係の有無を判断すべきものである。」すなわち、疫学は疾病対策に用いられる科学であり、法的因果関係の証明とは異なるものの、疫学的因果関係が科学的に認められることは、法的因果関係を判断するうえで重要な基礎資料となる。それゆえ、汚染地域において、疾病の寄与危険度割合、すなわち、曝露による症状発生の原因確率が、疫学研究により高度に証明された場合には、これを踏まえて、患者の曝露の程度、症候の内容、発症の経緯、他原因の可能性など総合的に考慮して、個々の患者の法的因果関係を判断すべきこととなる。

有機水銀曝露地域における寄与危険度割合につき、本判決は、熊本大学による疫学調査にもとづき行われた津田敏秀教授による疫学研究を参照している。熊本大学の立津教授、原田助教授らによる疫学調査とは、昭和52年判断条件は満たさないが四肢末梢優位の感覚障害のみを有する者につき、曝露地域と非曝露地域とを比較し、有機水銀曝露と感覚障害との疫学的関連性を調査したものである。津田教授は、この疫学調査による累積データをもとに、疫学研究を実施し、曝露地域における非曝露地域と比べた感覚障害の寄与危険度割合を算定している。津田教授による算定結果は、曝露地域における発症確率（オッズ比）は非曝露地域と比べて112.4倍の相対危険度、すなわち、寄与危険度割合は99.1%（曝露地域において患者1000人のうち991人は有機水銀曝露、残り9人は他の原因により感覚障害に罹患）というものであった。本判

決は、一般の難病では相対危険度が2～3倍（寄与危険度割合50～66%）、喫煙と肺がんについては相対危険度5～10倍（寄与危険度割合80～90%）、四日市喘息、原爆症、ヒ素中毒、じん肺肺がん、環境アスベスト曝露による肺がん等における寄与危険度割合10～75%程度をもって因果関係が認められてきたことと対比し、メチル水銀曝露と四肢末梢優位の感覚障害との関係において算定された112.4倍の相対危険度、99.1%という寄与危険度割合等は、「明らかな疫学的因果関係を示すといえ、このことは、法的因果関係を判断する上で重要な基礎資料となる」と判断した。

疫学的関連性の証明を基礎として、本判決は、法的因果関係の証明としては、「共通診断書」によるXらの水俣病罹患の証明をもって、個別的因果関係の立証として十分とした。いわく、「共通診断書検診は、水俣病の典型的症候及び他原因との鑑別の有力な手掛かりとなる事項について、担当医師に対する指導等、神経学的検査及びその評価を適切に行えるような配慮の下に行われたものといえる。そうすると、感覚検査や反射検査では条件によって正確な応答・反応が得られるとは限らないこと、運動失調検査では加齢等の影響に留意が必要であること、視野検査や聴力検査では検査方法による限界が大きいこと等を踏まえ、個別の本件患者に即して、所見の整合性や他原因との鑑別可能性等を慎重に検討する必要があるとしても、共通診断書の症候に関する記載が一般的に信用性を欠くとはいえない。」

共通診断書とは、原田正純医師をはじめとする民間の水俣病共通診断書検討会が2006年に策定したものである。この診断書において担当医師は、受検者の診察

を行い、受検者のメチル水銀曝露歴、得られた所見、問診結果等を踏まえて、水俣病に罹患していると診断した場合は、共通診断書書式の人体図に表在感覚障害の部位等を記入して、署名押印し、共通診断書を完成させる。共通診断書において水俣病と診断する基準は、関西訴訟上告審判決等に示された判断基準をもととして、A) 魚介類を介したメチル水銀の曝露歴があり、四肢末梢優位の表在感覚障害を認めるもの；B) 魚介類を介したメチル水銀の曝露歴があり、全身性表在感覚障害を認めるもの；C) 魚介類を介したメチル水銀の曝露歴があり、舌の二点識別覚の障害を認めるもの；D) 魚介類を介したメチル水銀の曝露歴があり、口周囲の感覚障害を認めるもの；E) 魚介類を介したメチル水銀の曝露歴があり、求心性視野狭窄を認めるもの；F) 上記A～Eに示す身体的な異常所見を認めないものの、魚介類を介したメチル水銀の濃厚な曝露歴があり、メチル水銀によるもの以外に原因が考えられない、大脳皮質障害と考えられる知的障害、精神障害、又は運動障害を認めるもの、という6つの類型に整理されている。

(iv) 民724所定の除斥期間の起算点として、本判決は、損害発生時説を前提に、慢性・遅発性水俣病については、共通診断書の検診により水俣病と診断された時点、と判断した。その理由は、まず、慢性水俣病においては、自覚症状が出現してから検査可能な程度に症候が出現するまで時期的にずれが生ずる場合があること、また、遅発性水俣病については、曝露が終わってから特定期間内に症状が

客観的に表れるものではないこと、さらに一般に、水俣病の症状自体は健常者にもみられる非特異的なものであるので、一定の自覚症状が出現したとしても、ただちに水俣病罹患にたいする損害賠償請求権の消滅時効が始まるとすることはできないこと、といった点に存する。

3 本判決の評価

3-1 病像論⁽²⁵⁾

民709所定の因果関係要件は、規範的評価を含む法的因果関係であることを前提として、原因行為と法益侵害結果のあいだに高度の蓋然性が認められることと解されている。ルンバール事件最高裁判決⁽²⁶⁾に示された次の基準が判例・通説とされる⁽²⁷⁾。「訴訟上の因果関係の立証は、一点の疑義も許されない自然科学的証明ではなく、経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認しうる高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑を差し挟まない程度に真実性の確信を持ちうるものであることを必要とし、かつ、それで足りるものである。」

このことを前提に、未認定患者に損害賠償請求権が認められるか否かは、通常人を基準として、Xら患者の病気が他原因ではなく有機水銀中毒症としての水俣病である、との真実性の確信を持ちうるために、水俣病の病像をどのように捉えるのが法的に妥当か、という問題に帰着する。

上述2の歴史的経緯で概観した通り、立法・行政により実施された水俣病被害者の救済策において、水俣病の病像は次

⁽²⁵⁾ これまでの筆者による病像論の概観として、参照、拙論「病像論再考—水俣病事件覚書」法学72巻6号、2008年、86頁以下。

⁽²⁶⁾ 最判昭和50年10月24日（民集第29巻9号1417頁）。

⁽²⁷⁾ 参照、潮見佳男『不法行為法』東京：信山社、2004年、133頁。

のような変遷をたどった。補償協定の基礎となった認定制度においては、1969年の旧救済法にもとづく昭和46年事務次官通知（1971年）が、有機水銀曝露歴とハンター・ラッセルの主症状を有する者を、他原因があったとしても水俣病と認めたのに対し、1973年の公健法にもとづく昭和52年判断条件（1977年）は、感覚障害に加え他の神経症の症状との組み合わせがあつてはじめて、水俣病と認定した。熊本第2次訴訟控訴審判決を経たのちの1986年の特別医療事業、およびこれを踏襲した1995年の政治解決においては、四肢末端の感覚障害のみをもって水俣病被害者と認めた。関西訴訟最高裁判決を経たのちの2009年の特措法においては、四肢末梢優位の感覚障害または全身性の感覚障害、およびこれに準ずる者を、水俣病被害者手帳の交付対象とした。このように、立法・行政による水俣病救済策は、水俣病に関する医学的解明や診断方法の発達に加え、司法判断における公健法基準にたいする批判をふまえる形で、水俣病の病像を拡張して捉えてきたと見ることができる。

行政による病像論と比較すれば、司法判断における水俣病の捉え方は、一般に病像の多様性を認めながらも、ニュアンスの違いも認められる。初期の熊本第1次訴訟、新潟第1次訴訟においては、水俣病の典型・急性・激症型の患者が問題となったのにたいし、熊本第2次訴訟以降は、非典型・不全型、慢性型、遅発性、加齢性といったさまざまな症候を備えた水俣病患者の救済が問題となった。はじめに、熊本第2次訴訟控訴審判決⁽²⁸⁾は、昭和52年判断条件に該当しなくても、四

肢優位の知覚障害のみをもって水俣病と認めた。さらに関西訴訟控訴審判決⁽²⁹⁾は、舌尖の二点識別覚異常ないし指先の二点識別覚異常が認められた者を水俣病と判断し、この判断基準が最高裁による上告棄却⁽³⁰⁾をもって確定した。さいごに、二件の行政認定義務付訴訟最高裁判決においては、個々の具体的な症候の個別具体的判断により因果関係の存在を認めうるとした。これらの司法判断の基準をまとめると、いずれも、昭和52年判断条件による水俣病認定を狭きに失するものとして退け、四肢末梢優位の感覚障害、舌尖二点識別覚異常、指先二点識別覚異常を中心に、病像の多様性をふまえたうえで、有機水銀曝露と患者の具体的な症状の因果関係を判断するものとしている。

このような経緯に照らしてみれば、本判決に示された病像論は、熊本第2次訴訟以降、司法判断において認められてきた水俣病の病像を、網羅的に取り込んだものと見ることができる。すなわち、水俣病の症候の多様性を認めたとうえで、とりわけ慢性型、遅発性の水俣病について、触覚または痛覚の表在感覚障害、四肢末梢優位の感覚障害、全身性感覚障害、舌尖二点識別覚異常、口周囲の感覚障害、求心性視野狭窄、運動失調など、包括的な水俣病の判断枠組を示したものと、捉えることができる。そして、水俣病の病像をこのように多様なものとして捉える見解は、医学的には、椿忠雄や井形昭弘らによる「医学専門家会議」の見解に異を唱えてきた原田正純や津田敏秀らの日本精神神経学会「研究と人権問題研究会」

⁽²⁸⁾ 前掲註14.

⁽²⁹⁾ 前掲註16.

⁽³⁰⁾ 前掲註18.

の見解に重なるものである⁽³¹⁾。

このような本判決における病像論の特徴は、関西訴訟最高裁判決以降に提起された「水俣病被害者互助会訴訟」の控訴審判決⁽³²⁾の採用する病像論と比べて、著しい対照を示している。同控訴審判決いわく、「四肢末端優位の感覚障害のみの水俣病にり患した者が、昭和 52 年判断条件に定める症候の組合せが認められる者に比して飛躍的に多いと認めるに足りる疫学的、臨床医学的根拠は存在せず、そのような者が実際にどの程度の拡がりをもって存在するかは、現在のところ必ずしも明らかでないといわざるを得ない。」このように、互助会訴訟控訴審判決は、水俣病の症状の多様性を認めてきた従来の司法判断の傾向と比較して、むしろ病像を昭和 52 年判断条件に近づけて限定的に捉える立場に接近していると見受けられる。そうだとすれば、互助会訴訟控訴審判決が最高裁決定⁽³³⁾による上告受理棄却によって確定したことにかんがみ、本判決の採用した広い病像論が上訴審で否定される可能性は、排除しえないであろう。

3-2 有機水銀曝露の地理的・時間的範囲

熊本第 2 次訴訟控訴審⁽³⁴⁾と関西訴訟控訴審⁽³⁵⁾においては、原告のうち損害賠償請求を棄却された者もあるが、そのほとんどが有機水銀曝露歴を有することは前提とされ、むしろ死後解剖の病理所見や有機水銀中毒症の所見が得られなかったことなどを理由として、水俣病への罹患を否定されたものと見られる⁽³⁶⁾。この点と比較すれば、有機水銀曝露の地理的・時間的範囲については、ノーモア・ミナマタ近畿訴訟においてはじめて争点となったものと捉えることができる。この争点にかんする本判決の特徴は、次の点に認めることができる。

地理的範囲については、本判決は、長期微量汚染による有機水銀曝露の可能性をふまえて、特措法の申請対象地域にとどまらず、不知火海に隣接する全域に拡大して捉えている。このことはひとつには、特措法による被害者救済が水俣病事件の最終解決とならなかったことを示唆しており、同時にまた、不知火海全域に広がる潜在的被害者のさらなる掘り起こしにつながる可能性を孕んでいる。

時間的範囲にかんしては、上述のとおり、

⁽³¹⁾ 詳しくは、参照、拙論・前掲註 25, 91 頁以下。

⁽³²⁾ 福岡高判令和 2 年 3 月 13 日（訟務月報 67 巻 7 号 799 頁）、以下、互助会訴訟控訴差審判決という。あわせて参照、互助会訴訟第一審判決：熊本地判平成 26 年 3 月 31 日（判時 2233 号 10 頁）および吉村良一「判批」司法判例リマックス 51, 2015 年, 57 頁以下。

⁽³³⁾ 最決令和 4 年 3 月 8 日（TKC・LEX/DB データベース文献番号 25592444）。

⁽³⁴⁾ 前掲註 14。

⁽³⁵⁾ 前掲註 16。

⁽³⁶⁾ 筆者が確認しえた限りで、損害賠償請求を棄却された原告のうち、関西訴訟控訴審患者番号 15 のみが、水俣湾周辺の汚染地域の居住期間が 1945 年ころから 1950 年までの 5 年間にすぎないため、疫学条件としての有機水銀曝露歴として十分ではない、と否定された。それ以外の原告患者に対する判断は次のとおりである。熊本第 2 次訴訟第一審原告 5 番：死後病理解剖による有機水銀中毒病変の不存在；関西訴訟控訴審患者番号 13：死後解剖所見と症候から脳卒中；同患者番号 14：家族集積性なし、舌尖・指先 2 点識別覚異常所見なし；同患者番号 28：死後病理解剖による高度の動脈硬化症と脳軟化症病巣；同患者番号 42：家族集積性なし、頸椎狭窄を原因とする指先 2 点識別覚異常；同患者番号 52：口周囲の感覚障害・視野狭窄の所見なし；同患者番号 58：家族集積性なし、口周囲の感覚障害・視野狭窄の所見なし。

関西訴訟第1審判決⁽³⁷⁾、およびこれを維持した同控訴審判決⁽³⁸⁾、上告審判決⁽³⁹⁾によって、遅発性水俣病についても、遅くとも汚染源への曝露が終了した後4年間のうちに発症する、と判断されてきた。これにたいして、本判決は、非汚染地域への転出により汚染魚介類の摂食を中止してから症状が発現するまで、平均7.9±5.6年であり、21年以上の例もあり、また四肢末梢のしびれの発症時期が、汚水の排水停止から十数年後である者もあることから、「曝露終了から発症までの時期が長くても数年にとどまるとする具体的根拠は見出せず」、「特定の年数をもって発症時期を限定することはできないというべきである」と判断した。このように本判決は、遅発性水俣病の発症時期についても、これまでの関西訴訟上告審判決に示された曝露停止後4年間という基準を超えて、より長い期間にわたる汚染源曝露を肯定したものとして評価することができる。もっとも本判決の判断枠組においても、水俣湾に仕切り網が設置された1974年以降、実際に汚染源曝露が終わったのか否かについては、判断の外に置かれたままであって、時期的範囲の終期の確定は依然として残された課題となった。

このような本判決による有機水銀曝露範囲の地理的・時間的拡張は、病像論と同様に、互助会訴訟控訴審判決⁽⁴⁰⁾と対比すれば、際立っている。互助会訴訟控訴審判決いわく、「メチル水銀中毒症における曝露停止から発症までの潜伏期間は、数か月からせいぜい数年という考え方が現時点における医学上の定説であり、上

記を超える潜伏期間の後にメチル水銀中毒症を発症することを根拠付けるコンセンサスの得られた医学的知見は現在のところ見られない。」

いずれにしても、本判決は、有機水銀曝露の時期的範囲も地理的範囲と同様に拡張して捉えており、このことにより被害者救済範囲が拡大されるのであれば、本判決を契機として、あらたな被害者の掘り起こしの可能性がでてくることになる。他方もし、本判決による有機水銀曝露範囲の拡張が、互助会訴訟控訴審判決の判断に従って、上訴審において否定されるならば、被害者の掘り起こしは不可能になる一方で、長期微量汚染による慢性・不全型、遅発性といったさまざまな水俣病の潜在的患者たちが、今後一切の救済を受けることができなくなることとなる。

3-3 疫学的関連性による因果関係の立証

(1) 司法判断の経緯における本判決の意義

水俣病事件におけるこれまでの司法判断において、疫学的手法は、主として水俣病の病像の問題において論じられてきた。すなわち、昭和52年判断条件の症状組合せ、あるいは、四肢抹消優位の感覚障害のみで水俣病と言えるか、という争点において、裁判所は疫学的研究の成果を参照して、後者の主張を支持してきたと捉えることができる。このように疫学的手法は、一方においては、病像論にかかわる問題として位置づけられるものの、他方、有機水銀曝露と感覚障害との因果

⁽³⁷⁾ 前掲註15.

⁽³⁸⁾ 前掲註16.

⁽³⁹⁾ 前掲註18.

⁽⁴⁰⁾ 前掲註32.

関係にかんする立証方法として、捉えることもできる。いずれにしても、熊本第2次訴訟と関西訴訟における各審級の判決においては、この相互に関連する二つの問題は、必ずしも截然と区別されずに、裁判所の判断を形作っているように思われる。たとえば関西訴訟第1審判決⁽⁴¹⁾いわく、「原告ら主張のように、疫学的条件のみを重視することも妥当でないが、さりとて、被告らが要求する事項まで詳細かつ具体的に立証できなければ証明度に達しないとする 것도できないといわなければならない。」

これにたいして、本判決は、疫学研究成果を、水俣病の多様な病像の基礎として捉えると同時に、Xら原告患者における有機水銀曝露と感覚障害との個別的法的因果関係を判断する際に、判断の前提となる統計的基礎としての位置づけを与えている。筆者の立場から本判決の疫学的因果関係論を解釈するとすれば、本判決は、統計的一般的な疫学的因果関係と個別具体的な法的因果関係との関連性、および、この各段階における立証方法について、理論的に整除して明確に示しているものと評価することができる。すなわち、疫学研究における有機水銀曝露歴と症状発症との統計的因果関係は、個別的因果関係の判断の基礎をなし、この統計的基礎の上で、個々の患者が「共通診断書」により自らの症状発症の科学的証明を得ることによって、高度の蓋然性としての法的因果関係を証明したこととなる。その結果として、患者における症状発症にたいする他原因の存在は、間接反証による被告の主張立証にかかることとなる。そして、このような理論的な整除は、実質的には、関西訴訟控訴審判決、

上告審判決において、阪南中央病院による二点識別覚を中心とした診断書を、個々の原告における水俣病罹患の判断の基礎として用いたことと、整合的に捉えることができる。

疫学的因果関係の理論的位置づけの点についても、本判決は、互助会訴訟控訴審判決⁽⁴²⁾と著しい対照を示している。互助会訴訟控訴審判決は、「“メチル水銀の曝露歴があり、四肢末端優位の感覚障害が見られる場合に、鑑別診断によって明らかに他の疾患又は原因によると証明される場合以外は、上記感覚障害は高度の蓋然性をもってメチル水銀曝露に起因するものとみなすのが妥当である”との一審原告らの主張を採用することはできない」として、疫学的因果関係による因果関係の立証を排除している。さらに、個別因果関係の証拠としての民間の医師による診断書についても、「一審原告らについていずれも水俣病に患している旨診断する検査結果の正確性の確保に対する配慮を欠くこと、数量化、定量化及び基準値の設定等の試みについて、その限界を克服したものとはいえず、かえって評価を誤りかねないものとなっていること、触痛覚の検査結果の記録において両者の区別がされていないなど記録の仕方、保存方法が適切でないこと等の問題がある」と切り捨て、その証明力を否定している。上に述べたことと同様に、互助会訴訟控訴審判決の疫学的因果関係の取り扱いが判例性を獲得し、本判決に示された疫学的因果関係論が上訴審において否定されるならば、裁判における科学的知見の活用という点で、大きな理論的後退を招くことになるであろう。

⁽⁴¹⁾ 前掲註 15.

⁽⁴²⁾ 前掲註 32.

(2) 学説の検討

本判決にいたる司法判断の展開を踏まえて、水俣病の病像論と疫学的因果関係論をめぐる主な学説についても、簡単に論及しておきたい⁽⁴³⁾。病像論と疫学的因果関係にかかわる学説は、熊本第3次訴訟以降活発に議論されるようになり、その主なものはいずれも、公健法上の認定を棄却された患者の救済をはかるために、疫学研究の成果を法的因果関係に反映させようとする試みとして捉えることができる。代表的な因果関係論・病像論の学説として、原因競合における原因物質の疾病にたいする寄与度を確率的に算定する割合的因果関係論⁽⁴⁴⁾、および、疾病罹患の心証を確率的に損害額の認定（民訴248）に反映させる確率的心象論⁽⁴⁵⁾、の二つを取り上げることができる。しかしこのいずれの学説も、疫学的因果関係論とこれにもとづく病像論を、個別的・法的因果関係の問題に直結させて捉えており、疫学的因果関係と法的因果関係をどのように関連づけるのか、本判決にもとづいて上に示した理論的整除の観点からすれば、理論構成に曖昧さを含んでいる感がある。これら学説の問題点は、まず、症状の存否の判断にかんする特異度と感度はトレードオフの関係にあり確率を用いても誤診は防げないこと、および、疫学研究による危険寄与度の確率は統計的確

率にほかならず個々の患者の罹患可能性の確率とは無関係であること、という二点に関して、十分な考慮が払われていないのではないか⁽⁴⁶⁾。すなわち理論的に検討すべき点とは、まず、科学的見地から水俣病の病像を明確化しようとするほど、特異度は上がるが感度が下がるために、被害者救済の取りこぼしを生じてしまうということ、このこととあわせて、医学的には、個々の患者の症状が水俣病であるか否かは、All or Nothingの関係であって、統計的確率とは無関係である、という二点である。病像論をめぐる代表的学説は、この点について、看過しているように見受けられる。

このような従来学説の問題点は、関西訴訟最高裁判決以降の理論的展開において、ある程度意識されているように思われる。たとえば、吉村良一教授は、「原因確率は0から100%までの連続した値をとるので、そのどこで線を引くかは、その目的により独自に判断される。民事訴訟においても、どこで線を引くのが適切・妥当かが問題となるが、それは、疫学ではなく法律学が判断すべき事柄である」⁽⁴⁷⁾と述べて、従来学説と同様の因果関係の理解に立っておられる。その一方で吉村教授は、「原因確率が50%以下…だが、何らかの程度の関連性を示す場合でも、他の証拠と合わせて因果関係を認定することもありうる」⁽⁴⁸⁾として、割

(43) 以下の註において取り上げるもののほか、参照、津田敏秀「水俣病事件はなぜ解決できないのか—通常の中毒症の診断方法とは」環境と公害48巻3号、2019年、p. 7-12；山下昭浩「熊本水俣病裁判における因果関係論」高岡法学18巻1=2号、2007年、p. 15-49；吉田邦彦「ノーモア・ミナマタ訴訟の課題と疫学的因果関係問題」環境と公害48巻3号、2019年、p. 25-23；渡邊和行「因果関係の疫学的証明の意義—判例の動向—」環境と公害48巻3号、2019年、p. 13-18。

(44) 参照、野村好弘「確率的（割合的）因果関係論」判タ782号、1992年、53頁以下。

(45) 参照、大塚直「判批（最判平成16年10月15日）」判タ1194号、2006年、98頁。

(46) 詳しくは、参照、拙論・註24、97頁以下、104頁以下。

(47) 吉村良一「水俣病における因果関係判断において疫学が有する意義」環境と公害48巻3号、2019年、19頁。

(48) 吉村・前掲註47、21頁。

合的因果関係論や確率的心象論のように、原因確率を損害額の算定に反映させる見解を批判しておられる。淡路剛久教授も、本判決の評釈において吉村教授の見解をとりあげて、「法学領域でも、近時、このように考える学説が有力になりつつあり、支持したい」⁽⁴⁹⁾と賛意を表明しておられる。しかしながら、本判決をふまえた本稿の立場からしてみれば、吉村教授の見解においても、従前の代表的学説と同様に、疫学的原因確率を法的因果関係における線引きに関連づけて理論構成する点において、難があるように思われる。筆者の理論構成を定式化するために、疫学的原因確率と法的因果関係の関連性を次のように捉えてみたい⁽⁵⁰⁾。すなわち、疫学調査により算定される曝露群の危険度・危険寄与度確率は、曝露群に属する患者の因果関係を認めるための必要条件であり、専門医師による疾病罹患の診断書が、個別的・法的因果関係を肯定するための十分条件と位置づけられよう。条文に即して別の角度から表現すれば、疫学的原因確率における原因確率は損害額の認定（民訴 248）に関連づけるべき事柄ではなく、また、疫学的原因関係を前提とした個別的・法的因果関係の存否については、All or Nothing の判断として、自由心象主義（民訴 247）にもとづいて決せられるべき事柄と捉えられる。吉村教授の見解は、疫学的に算定される原因確率を損害額算定の基礎とすべきではない、とする点において、本稿と同じ見解に立つものの、原因確率を自由心象主義

における線引き問題と関連づける点において、本稿と見解を異にするのである。

本稿の立場を敷衍するならば、次のとおりである。疫学的原因確率における統計的な原因確率は、個々の患者における症状と原因物質との因果関係の確率を表現したものではなく、それゆえ、疫学的原因確率を個々の患者の個別的因果関係判断における線引きに用いるのは不適切である。むしろ科学的には、複数原因の競合の場合を除き、個々の患者の症状と原因物質の因果関係は All or Nothing にしか成立しえないはずである。たとえば、ある肺ガン患者のガンの原因が喫煙にあるのか他原因にあるのかは、All or Nothing の関係にあつて、疫学的危険確率によってその答えが得られることはない。それゆえ、仮に疫学的原因確率が 10%であったとしても、個々の患者の症状と汚染源曝露との因果関係が 100%認められるべき場合も 10 件に 1 件は含まれるのであつて、このことを考えに入れば、疫学的危険確率を個別的因果関係の線引き問題として捉える見解に理論的混乱が含まれていることは、明らかとなるであろう。繰り返しになるが、因果関係の判断は自由な心象に従つて All or Nothing で決すべき問題であるので、吉村教授も考慮に入れておられる通り、仮に原因確率が低くても、真の被害者の個別的因果関係を 100%肯定すべき場合は少なくないはずである。かえつて、疫学的原因確率が低いことを根拠として、個々の患者の因果関係を線引きして切り

⁽⁴⁹⁾ 淡路剛久「ノーモア・ミナマタ 2 次訴訟判決：最終解決への道筋」法時 95 巻 13 号，2023 年，6 頁。

⁽⁵⁰⁾ 本稿のもとになった筆者の見解として、拙論・前掲註 25 にもとづき、環境法政策学会第 12 回大会第 5 分科会（2008 年）において口頭発表の機会を得て、淡路教授にコメントをいただいたところではあるが、淡路教授からは、本稿の見解にたいする理解を得ることはできず、むしろ前掲註 49 のとおり、吉村教授の見解に賛同を示しておられる：参照、「第 12 回環境法政策学会・プログラム」Website：<https://jaelp.smoosy.atlas.jp/files/1044>（seen 2024-01-30）。

捨てるならば、真の被害者に泣き寝入りを強いる結果となり、同時に、加害者には賠償を免れることで不当な利益を得ることを許してしまう。このことが、上述の特異度と感度のトレードオフにかかわる問題の中心であって、吉村教授の理論構成に取り込まれていない点である。すなわち、疫学的原因確率にもとづいて法的に合理的な線引きをおこない、陽性患者と偽陽性患者を科学的に区別しようとするのは、特異度と感度の両方を同時に引き上げようとする試みであって、原理的に矛盾しており不可能である。それゆえ、被害者の取りこぼしと泣き寝入りを防ぐためには、疫学的原因確率がいかに低くても、特異度を下げることによって感度を上げて、偽陽性の“ニセ患者”をも取り込む形で、患者全員に賠償を認めるほかはないのである。このように、科学的に客観的判断が不可能な問題にたいして実践合理的な解を見出す点にこそ、自由心象主義の本質があるのではないか。すなわち、個々の患者における具体的因果関係の存否は、規範的評価を含めた法的判断であるので、専門医師の診断によっても科学的証明が完全にできない場合については、被害者の法益の要保護性と、加害者における行為の社会相当性を含めて比較衡量を行い、法的評価を下すほかはない。水俣病事件に代表される公害裁判においては、被害者において落ち度なく健康被害が生じており、加害企業において過失があるうえに事業利益も生じていることから、被害者救済の取りこぼしこそ防ぐべきであって、かりに“ニセ患者”が含まれているとしても、加害企業に損害責任を負担させることが、法的に見て公正かつ合理的な判断基準であると思わ

れる。このような因果関係の判断枠組は、疫学的原因確率に応じた線引きの問題ではなくて、比較考量を通じた当事者間の権利義務関係の公平公正な分配の問題として捉えるべきものと解される。

3-4 除斥期間の起算点

以上の考察によってすでに、本判決が、除斥期間の起算点を共通診断書の検診により水俣病と診断された時点、と判断したことの妥当性は、明らかであろう。まず、有機水銀曝露の時間的範囲において示した通り、被害者における遅発性水俣病の発症時期について、関西訴訟各審級判決が認めたような汚染源曝露の終了後4年間という時間的限定は具体的根拠に欠けるので、特定の年数をもって発症時期を限定することはできない。さらに、疫学的原因関係論において論じた通り、被害者が共通診断書による診断を受けた時点ではじめて、個別的・法的因果関係要件が充足されるので、この時点が損害賠償請求権の権利発生時となる。この2つの点からして、いかに、被害者において有機水銀曝露から長期間が経過した後であったとしても、除斥期間の起算点は、本判決の通り、権利発生時である共通診断書作成時とするのが妥当である。

これにたいして互助会訴訟控訴審判決⁽⁵¹⁾は、除斥期間について詳論していないものの、病像論のなかで「メチル水銀中毒症における曝露停止から発症までの潜伏期間は、数か月からせいぜい数年という考え方が現時点における医学上の定説であり」、「メチル水銀中毒症における曝露停止から発症までの潜伏期間は数か月から数年（4年程度）である」として

⁽⁵¹⁾ 前掲註 32.

いる。このことを前提に、除斥期間にかんする次の第1審判決⁽⁵²⁾の判断を是認している。第1審判決いわく、「原告Y3については、昭和43年5月の転居の4年後である同47年5月、原告ら7名については同48年当初が、それぞれ除斥期間の起算点となる。そして、上記の各起算点から既に20年の期間が経過していることから、仮に、原告らの損害賠償請求権が認められるとしても、いずれも除斥期間の経過により既に消滅しているというべきである。」このように、互助会訴訟においては、関西訴訟上告審で採られた曝露終了後4年という基準を採用し、最高裁決定⁽⁵³⁾によってこれが確定しているところから、これが判例基準と見ることできる。そうだとすれば、本判決の除斥期間の判断についても、上訴審において否定される可能性を否定できないこととなってしまう。

4 結語

以上、本判決をめぐって、公益的・社会的な大規模紛争の解決、裁判外の潜在的当事者・被害者の存在、ハード・ケースとしての裁判における科学的判断の困難性といった現代型訴訟の観点を加味しつつ、筆者独自の視点から分析を加えてきた。もとより、筆者の示した疫学的因果関係論をめぐる見解が、吉村教授や淡路教授らに代表される民法学の通説の見解にたいして、何らの意味も持たないことについては、承知の上である。むしろ本稿の意図するところは、本判決を手がかりとしながら、民法学のフォーマリズム

ムにたいして、社会正義と公平、法による一挙的紛争解決の実現という法理学的視点に立って、病像論と疫学的因果関係論について、筆者なりの見方を提示することにとどまっている。

このような考察角度の相違は、本判決をめぐる淡路教授の評価と、「法の失敗」と見る筆者の評価との相違に反映されている。淡路教授は本判決の評釈において次のように評価しておられる。「本判決は、内容は明快であり、論理的であり、かつ、適切妥当な結論を導いている。本判決が水俣病被害者救済問題解決の最終的道筋となることを期待したい。」⁽⁵⁴⁾

水俣病被害者の全員救済を期待するところは筆者も同感であるが、「法の失敗」という筆者の観点からすれば、本判決をもってしても、道半ばではないかと悲観的にならざるを得ない。「法の失敗」とは、権利・義務関係に参加する法主体が法的に合理的な行為を行ったとしても、法本来の機能である社会的公正が実現されない事態、として捉えることができる⁽⁵⁵⁾。本判決をもってしても水俣病事件における「法の失敗」を解決できないのは、次の理由による。

ひとつに、本判決は、水俣病被害者の行政救済策の失敗にたいする司法的救済の実現という、水俣病事件の経緯にみられるパターンを繰り返しているに過ぎない。すなわち、本判決によってしても水俣病被害者の全員救済を実現できるわけではなく、むしろ、特措法の救済に漏れた若い世代の被害者が、これからますます顕在化する可能性は否定できない。上述の通り、本判決による有機水銀曝露範

⁽⁵²⁾ 前掲註 32.

⁽⁵³⁾ 前掲註 33.

⁽⁵⁴⁾ 淡路・前掲註 49, 6 頁.

⁽⁵⁵⁾ 参照, 拙論・前掲註 3, 709 頁.

困の地理的・時間的拡張は、水俣病時間の紛争のさらなる増大を引き起こしかねないのである。すでに、ノーモア・ミナマタ第2次訴訟の原告数は、熊本、東京、本判決の大阪、および新潟で合わせて1500人を超えるようである⁽⁵⁶⁾。この数は、50年以上にわたる公健法の認定患者数3000人に比べて、決して少ない数字ではない。もしこれから新たな潜在被害者が顕在化するならば、特措法のやり直しのような行政施策が再び現れてくるかもしれない。これが水俣病事件の紛争解決パターンである。本判決は、こうした繰り返しパターンを終結させるどころか、むしろ押し進める役割を果たすかもしれない。さらには、水俣病被害者の行政救済と司法救済を全体として見れば、公健法の補償金1800万円、政治解決の250万円、特措法の210万円と、賠償額に大きな開きが生じていて、司法判断も、患者の症状の重さに従った損害額の段階的認定とは必ずしもなっていない。被害者救済制度において、患者の症状の重度と賠償額を比例的に設定するという公平な救済枠組みは、250万円の損害額を認容した本判決をもってしても、実現できないのである。そうすると、いつになったら公平かつ効率的な仕方水俣病事件の最終的解決が実現できるのか、現時点では見通すことができないと言わざるを得ない。

もうひとつに、科学裁判の困難性という観点からすれば、疫学的因果関係をめぐって、上に見た通り、本判決を契機としても、依然として、民法学の因果関係論の理論構成において、ある種の論点設定の不適切ないしは論理の飛躍を、完全には払拭できていないように思われる。

⁽⁵⁶⁾ 参照、東京・水俣病を告発する会「係争中の水俣病訴訟」水俣支援東京ニュース107号、2023年、3頁。

そして理論面の不安定さは、実務面における決断主義、すなわち論理に曖昧さは残るとしても法的判断は判断として妥当だ、とする開き直りを生むことになる。最高裁決定により確定した互助会訴訟にこの傾向が強く見られるのであって、これをもとに本判決が上訴審で覆されれば、結果的には潜在被害者の切り捨てと泣き寝入りが生ずることになる。実務の積み重ねによる判例法の形成に対して、法理論の側からの批判的検討が加えられなければ、裁判における科学的判断の曖昧さという不合理を隠蔽してしまう結果を招く。そのためには、法理論は、より一層の精緻化を目指すべきと言えるが、はたして本判決をめぐる通説的見解は、この期待に十分応えていると言えるだろうか。

これら2つの観点からみた問題点にもかかわらず、法実務の内的視点に立てば、本判決における当事者たる訴訟代理人弁護士も裁判官も、すべて適法かつ法的合理的に実務に従事している。それにもかかわらず、本判決を含む法システム全体としては、その本来的機能である紛争の公平かつ効率的な解決という最終目標を、いまだに達成できていない。本稿は、このような現象に「法の失敗」という観点からの批判的検討を加えることにより、日本社会の法治主義が克服すべき課題を提示することを試みるものである。

【参照文献】

淡路剛久「水俣病被害救済問題と訴訟の現状」環境と公害48巻3号、2019年、p. 3-6.

同「ノーモア・ミナマタ2次訴訟判決：最終解決への道筋一判批（大阪地判令和

5年9月27日)」法律時報95巻13号、2023年、p. 4-6.

大塚直「水俣病関西訴訟最高裁判決(最終平成16年10月15日)の意義と課題」判タ1194号、2006年、p. 91-99.

樺島博志「法の失敗—水俣病発見50周年に寄せて」佐藤幸治ほか編『現代社会における国家と法』阿部照也喜寿記念、東京：成文堂、2007年、p. 705-733.

同「病像論再考—水俣病事件覚書」法学72巻6号、2008年、p. 82-116.

同、トマス・シェーファー(共著)「法的思考と審査技術」法学74巻6号、2010年、p. 39-71.

潮見佳男『不法行為法』東京：信山社、2004年.

津田敏秀「水俣病事件はなぜ解決できないのか—通常の中毒症の診断方法とは」環境と公害48巻3号、2019年、p. 7-12.

寺内大介「大阪地裁で原告全員を水俣病と認める判決」水俣学通信74号、2023年、p. 2.

東京・水俣病を告発する会「季刊水俣支援東京ニュース」107号、2023年.

野村好弘「確率的(割合的)因果関係論」判タ782号、1992年、p. 53-63.

坂東克彦『新潟水俣病の三十年—ある弁護士の回想』東京：日本放送出版協会、2000年.

水俣病被害者・弁護士全国連絡会議『水俣病裁判全史—第1巻総論編』東京：日本評論社、1998年.

同『水俣病裁判全史—第3巻被害・世論編』東京：日本評論社、2000年.

山下昭浩「熊本水俣病裁判における因果関係論」高岡法学18巻1=2号、2007年、p. 15-49.

除本理史、尾崎寛直「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—」東京経大会誌269号、2011年、p. 165-192.

吉田邦彦「ノーモア・ミナマタ訴訟の課題と疫学的因果関係問題」環境と公害48巻3号、2019年、p. 25-23.

吉村良一「判批(熊本地判平成26年3月31日):水俣病の認定基準としてのメチル水銀中毒症」司法判例リマークス51、2015年、p. 54-59.

同「水俣病における因果関係判断において疫学が有する意義」環境と公害48巻3号、2019年、p. 19-23.

渡邊和行「因果関係の疫学的証明の意義—判例の動向—」環境と公害48巻3号、2019年、p. 13-18.