

カネミ油症事件の現況と人権

原田 正純¹⁾・浦崎 貞子¹⁾・蒲地 近江¹⁾・荒木 千史¹⁾
上村早百合¹⁾・藤野 糺²⁾・下津浦 明³⁾・津田 敏秀⁴⁾

要約

本研究ノートはカネミ油症患者の人権救済申立て手続きに関して、油症発生以来何が明らかになり、何が明らかでないか。何がなされてこなくてはならなかったか。あるいは何をしてはいけなかったかを、2002年から2004年にかけて、熊本学園大学大学院生のフィールド研究を兼ねて4回の現地調査を行い、討論を行い、主として医療の視点から整理して、まとめ直したものである。

カネミ油症事件に関しては、「ここまで分かっているが、なぜ?」、という思いが強い一方、カネミ油症事件は切り捨て、被害者無視の連続の歴史であり、巨大な人権無視の歴史であるとの結論に達した。このような人権侵害を看過することはできないという思いで、患者たちの人権侵害救済申し立てを支援する意味でもまとめたものである。

また、このまとめは、2005年2月11日の「徹底討論!食品公害における認定制度の検証、水俣病、カネミ油症の認定基準の変更に向けて」という討論集会で報告したものである。

第1章はカネミ油症事件が単なる偶然でなく、歴史的な必然性があったこと、しかも、国家的政策の大量生産、大量消費の延長上にあったことを述べた。

第2章はカネミ油症事件の経過を述べ、発生が阻止できなかったか。被害

¹⁾ 熊本学園大学大学院社会福祉学科

²⁾ 桜ヶ丘病院神経科

³⁾ 下津浦医院皮膚科、神経内科

⁴⁾ 岡山大学大学院疫学

の拡大を最小限にいくとめられなかったかを検証し、その責任の所在を明らかにしようとした。

第3章は油症の臨床症状を述べた。初期のころから油症は皮膚症状だけでなく、ほぼ全身性の症状であることが分かっていた。にもかかわらず、それが実際の理解や救済につながっていなかった。しかし、何よりもこの事件は人類が初めて経験した中毒事件であり、未知の部分が多いことを認識すべきであった。教科書はどこにもなく、患者から学ぶという謙虚さを欠いた。そのために、現実存在するさまざまな症状や新しい事実が見過ごされた。その意味では台湾油症のほうが多方面からの長期にわたる追跡がよく行われている。

個々の症状は全て非特異的なものであるが、その疾病の合併率（重積率）は尋常ではない。そして、それが長期にわたる生活障害を引き起こしている。そればかりで無く、胎内ばく露者（二世代）やその子（三世代）に対する影響も明らかになりつつある。さらに、女性、男性を問わず生殖に関連する機能の障害は深刻な様相を呈しつつある。いずれにしても、未だその全貌は明らかになっていない。

第4章はカネミ油症の診断の経過とその問題点を明らかにした。

第5章はカネミ油症事件における責任の所在を発生、被害拡大、実態把握と救済の面からカネミ倉庫、鍾化、行政の責任を考察した。行政は法的な責任の問題は別としても無為無策は許されない。行政の存在理由さえ問われる。

第6章ではカネミ油症が史上まれにみる人権侵害事件であることを述べ、最後の第7章に提言としてまとめた。

目 次

はじめに、なぜ、今、油症か

第1章 厄介で便利なもの有機塩素系化合物

1) 有機塩素系化合物の合成

2) 有機塩素系化合物は毒ガスからはじまった

3) こんな便利なものはない? PCB

4) 大量生産、大量消費のつけ

第2章 カネミ油症事件の経過

1) ダーク油事件; カネミ油症事件は予見できなかったのか

2) 油症発覚; 食品衛生法違反では?

3) 病因物質の追求

第3章 カネミ油症の臨床症状

1) 油症以前に分かっていた症状は職業病

2) 初期の臨床症状 (倉恒による)

3) 台湾油症に学んでいない

4) 追跡調査 (五島の患者たち) で分かったこと、生活の場でみる

(i) 多彩な自覚症状

(ii) 残存する皮膚症状

(iii) 油症は全身病 (病気のデパート)

(iv) 米国環境保護庁 (EPA) が考える有機塩素系化合物の健康影響

(v) 生活障害; 複合する影響 (被害)

5) 小児性・胎児性油症および次々世代に及ぼす影響

(i) 第1回調査 (1974年の原田による調査)

(ii) 第2回調査 (1981年の原田による調査)

(iii) その後、長期経過

(iv) 次々世代 (第三世代) に対する影響は?

6) 性からみた被害の実態

(i) 女性の場合

(ii) 男性の場合

第4章 カネミ油症の診断

1) 「油症」診断基準と油症患者の暫定的治療指針 (1969年)

2) 1972 (昭和47) 年10月26日改訂版

3) 1976 (昭和51) 年6月14日補遺と1981 (昭和56) 年6月16日追加

4) 新たな PCDF 値を加えた基準改定 (2004年 9 月29日)

5) 診断基準の問題点

6) 韓国・アメリカにおける枯葉剤後遺症の診断

第5章 カネミ油症事件の責任

1) 三つの責任

2) 企業責任；食品を扱う企業の注意義務、安全性確保義務

3) 鐘化の責任；製造物責任

4) 行政責任；行政は何のためにあるのか

5) 弁護団の責任；仮払金を返せ

第6章 カネミ油症事件は人権侵害

第7章 提言

引用文献

はじめに、なぜ、今、油症か

専門が神経精神医学である私には PCB 中毒といわれたカネミ油症事件は最初、あまり関心がなかった。しかも、主な症状は皮膚症状と聞いていたから専門外のことだと思っていた。しかし、カネミ油症で PCB が胎盤を通過して胎児に影響を与えるという報告を聞いた時に俄然関心が高まった。それは、私が1960年以来、胎児性水俣病の調査をしており、従来、胎盤は毒物を通さないというのが定説になっており、それがなぜメチル水銀は通過して胎児に重大な影響を与えたか疑問に思っていたからである。

それで、初めてカネミ油症の患者の調査をしたのは1974年夏、久留米大学医学部小児科山下文雄教授、公衆衛生高松誠教授らと長崎県五島の玉之浦町で幼児・学童検診に参加した時であった。それから、7年後の1981年8月に再度経過調査に訪れた。1988年からはベトナムの枯葉剤影響調査に集中したのもその延長上にあった。

それから最初、訪れたときから25年後の1999年に矢野忠義・トヨコさん夫婦に誘われて、玉之浦を訪れ、数人の患者に会った。そこで見聞きしたもの

はまさに「棄民・油症患者」であった。水俣とは違って油症研究班が継続的に追跡していると思ったし、裁判も和解したと聞いていたから意外であった。己の無知を恥じた。ある時は医師団を編成し、あるいは大学院生を伴って、何回か実際に患者を診察させてもらった。そんなに多数の患者を診なくとも、何人かの患者を診れば現状における問題点は分かる。人類が初めて経験した「負の遺産」である油症患者を大切にすることでどこか、まさに切捨て、無視、人権侵害の典型が続いていた。企業・行政の責任はもちろん、私を含めて医学者の責任も重大であると考えられた。

この状況を何とかしなくては、とても成熟した民主的な国家とは決して言えない。しかも、人類初のこの経験を活かすことが現在、世界的規模でひろがっているダイオキシンの影響について明らかにすることにもなるのである。

第1章 厄介で便利なもの有機塩素系化合物

1) 有機化合物の合成

19世紀にはさまざまな元素が発見され、さまざまな無機化合物が発見、分離され、合成されていった。同様に、動植物からもさまざまな有機化合物が発見され、分離され、合成された。しかし、長いこと無機化合物から有機化合物を合成することは出来なかった。したがって、有機化合物は生物の生体内でしか合成できないか、有機化合物からしか誘導できないものと信じられてきた。

1828年2月、イギリス人のフリードリッヒ・ヴェーラーが尿素の合成に成功してから有機化合物の合成の歴史ははじまったという。一方、石炭からガスを作る際の厄介な廃棄物のコールタールから、ナフタリン、フェノール、アニリン、ベンゼン、トルエン、クレゾールなどの有機化合物が分離され、その利用は各方面に及んだ⁽¹⁾。さらに、有機化合物の合成技術は次第に自然界に全く存在しない有機化合物の合成にまで成功した。その有力な1つに有機塩素系化合物があった。それ以来、現代人は300万とも400万とも言われる人

工（合成）化学物質に取り囲まれた生活になってしまった。

これらの物質の開発によって、人類はかつて想像できないくらいの便利さを手にいれ、生活様式の変化をもたらした。カネミ油症事件、ごみ焼却のダイオキシン問題、環境ホルモン問題はその1つの帰着点であるとも言える。

2) 有機塩素系化合物は毒ガスからはじまった

古今東西の歴史を見るに、残念ながら戦争によって科学技術が進歩してきたことは否定のしようがない。20世紀に入って間もなく、苛性ソーダの需要が急速に増加した。しかも、電解法の普及によって大量生産が可能となった。しかし、その際に大量に発生する塩素ガスが厄介でその処理に各国ともに苦慮していた。それを一挙に解決したのが戦争であった。

1915年4月22日、第一次世界大戦最中、ベルギーのイーブルの野の欧州戦線で、ドイツ軍が英仏連合軍に対して初めて塩素ガス（毒ガス戦の始まり）を使用した。これによって、連合軍側は死者5千人、中毒者1万5千人を出し、敗走した。この時以来、各国は毒ガスの開発と生産競争に走った。皮肉なことに厄介な塩素ガスは戦争で有用なものとなり、各国ともその増産を競った。たとえば、欧米各国の塩素生産量はそれぞれ年間数百トンだったものが、戦時下には20万トンに達したという⁽¹⁾。そして、ドイツはその年の12月にホスゲン、翌年にはジホスゲン、1917年にはクロルピクリン、イペリットガス、ジフェニールクロルアルシンなどのより効果的な毒ガスを次々と開発した。連合軍側はやや遅れをとったが、青酸ガス（塩素系ではない）、クロルアセトンなどを開発した。しかし、毒ガスの使用は下手すると味方にも損害を与える可能性があったので、実戦上は余り効果的ではなかったようである。第二次世界大戦中にわが国の大久野島で極秘に製造されていたのはイペリットガス、ルイサイト、ジフェニールシアンアルシン、青酸ガス、ホスゲンなどであった⁽²⁾。

1918年11月、ドイツは連合軍に降伏して、第一次世界大戦は終焉した。当然のことながら増産した塩素ガスは再びその使用先を求めて開発競争に入

る。その結果、開発されたものが多種多様な有機塩素系化合物であった。初め溶剤や工業原料として、その後、農薬、医薬品として、さらにプラスチック、ビニールなどから合成樹脂、合成ゴムなどへとその種類は10万種をとくに超えた（表1）。

まさに、人類はパンドラの箱を開けてしまったのではなかろうか⁽²⁾、天然にはほとんど有機塩素系化合物は存在しない。自然界にわずかに存在するカビ中の抗生物質も細菌を殺すという作用を持っているわけであるから有機塩素系化合物は基本的には生物の代謝を阻害するものである。農薬、医薬品もまたその細胞の代謝阻害作用を逆に利用しているわけだから、もともと生物には有害なものである。PCB やダイオキシンのルーツは毒ガスであった。

3) こんな便利なものはない？ PCB

PCB（ポリ塩化ビフェニール）は1881年に独の化学者によって合成されていたが、当初はあまり注目されていなかった。しかし、有機塩素系化合物の利用が注目される中でPCBも注目されてきた。1929年、米国のスワン社によって工業生産されることになり、その用途が拡大されていった。それは「夢の化合物」といわれたようにその性質は他の化合物の追従を許さない利便性

表1：代表的な有機塩素系化合物（文献1）

プラスチック 合 成 織 維 溶 剤	塩化ビニール、塩化ピニリデン（サラン、包装ラップ類） 塩化ゴム パークレン、トリクレン、トリクロロエチレン、ベンゼン、 クロロホルム、トルエン、四塩化炭素など、（クリーニング、 金属洗浄）
工 業 材 料 医 薬 品	フレオン、PCB、PCT、塩化エチル、塩化パラフィン キノホルム、ヘキサクロロフェン、クロロマイセチン、ハ ロタン、クロロテトラサイクリン
農 薬	DDT、BHC、PCP、DDVP、HCB、2－4－D、2－4－ 5－T、ディルドリン（除草・殺虫・殺菌・殺鼠剤）
毒 ガ ス	ホスゲン、イペリットガス、CNガス、CSガス

の高いものであった。

その性質の特徴は：①化学的にきわめて安定した物質であった。すなわち、熱によって分解せず耐熱性が大きく、不燃性であること。酸やアルカリにも強い。

②金属をほとんど腐食しない。③腐敗しない(生物によって分解されない)。

④水に不溶性であるが、油、有機溶剤にはよく溶け、プラスチックと混合できる。⑤蒸発しにくく、薄い膜化しやすい。⑥水より重く、水中でも油とし

表2 PCBの用途

	区 分	製品・用途
閉鎖系	絶縁油 トランス用	ビル、変電所、地下鉄・新幹線などの車輛、地下設備、鉱山などのトランス、テレビのフライバックトランス
	コンデンサー用	電力用、電気炉用、直流用、逐電用コンデンサー、モーター、無線機、蛍光灯、水銀灯、洗濯機、冷蔵庫、電子レンジ、テレビ、ドライヤー、クーラー
	その他 熱媒体	電力遮断器、電力ケーブル、油入プッシング各種工業加熱装置、冷却装置、船舶の燃料油予熱、ボイラー、パネルヒーター、乾燥機、熱風発生機
	潤滑油	潤滑油（高温用、高圧用、水中用、ガスタービン用）、油圧機用オイル、真空ポンプ用、コンプレッサ油、切削油、極圧添加剤
	可塑剤	電線、ケーブル、絶縁テープ、電機用プラスチック
	絶縁用	各種プラスチック、ゴム、線維（建材、タイル、カーテンなど）
	難燃用	接着剤、ニス、ワックス、アスファルト、塗料（難燃、耐蝕、耐薬品、耐水、船舶・道路ライン表示用など）、印刷インキ
	紙 類	感圧紙、カーボン紙、サーモグラフ複写紙、ゼログラフ転写プロセス、グラスファイバー紙、防湿セロファン
	その他	紙・毛織物・金属・コンクリートのコーティング、自動車・建築用シール剤、農薬助剤、陶器・ガラス器の彩色、化学砥石、埃立ち防止・集塵防湿、衣料防火・防水剤、顔料分散剤、ハンダ酸化防止剤、つや出し（マニキュアなど）、顕微鏡用オイル、石油添加剤、土壌改良剤、黒鉛電極

て使える。⑦絶縁性が高いなどであった。これらの特徴のうち不燃性、耐熱性、絶縁性がさまざまな用途として広く使われた（表2）。

しかし、そのような性質は逆に考えるとこのような物質が体内に侵入したり、環境内に放出された場合ほとんど分解しないのであるから、いつまでも残留、蓄積することを意味する。また、完全な分解には1000度から1400度の高熱を必要とするわけだから始末に困る非常に厄介なものということになる。

便利さと言うのはある種、不自然さであると言える。例えば、食物は放置すれば腐敗する。それが不便なことであると考ええると、腐敗しないよう防腐剤を使う。便利ではあるが腐敗しないということはきわめて不自然である。PCB が便利ともてはやされた裏にはこのような、不自然さ、危険が存在していたのである。

PCB は2つのベンゼン核に10個のXがあって、1個から10個の塩素か水素がそのXに着く。塩素の数が同じでも、つく場所によって違う働きをする別の化合物（異性体）となる。したがって、理論的には209種の異性体があることになる。それを総称してPCBと呼んでいる。

商品によってその主たる物質の塩素の数が異なる。たとえば、鐘淵化学が製造したカネクロール400と言うのは、塩素が4個ついた（四塩化）PCBが主成分であった。しかし、それとて四塩化物が主といっても二塩化物や三塩化物なども多量に含まれている。そのように多様な集合体である上に、その生成過程が比較的簡単なために、さまざまな有機塩素系化合物が混入する。後になってカネクロール400にPCDFs（ポリ塩化ジベンゾフラン）、PCDDs（ポリ塩化ジベンゾダイオキシン）、PCQ、Co-PCBなどが含まれていたことが明らかになったことがそれを示している。

まず、PCBは生物や環境にどのような影響をあたえるかは未知の化学物質である上に、きわめて複雑な複合体であることは、人体への影響を考える時に重要であり、動物実験や再現性を考える時にも必要なことであった。さらに、その処理や処分がいかに困難なものであるかをも示唆していた。

4) 大量生産、大量消費のつけ

このような利便性を企業が放っておくはずがなかった。アメリカのモンサント社、日本の鐘淵化学、三菱モンサント、ドイツのバイエル社、フランスのプロデレ社、イタリアのカファロ社、その他ソ連など当時の東欧諸国でも生産されていた。1953（昭和28）年のわが国の生産量は200トン、輸入が30トンであったものが、1959年には生産量が1,260トンとなり、1968年には5,130トンと5000トンに達した。1970年には世界中で約10万トンのPCBが生産されたという。そのうち日本は1万1000トン生産していてアメリカに次ぐ生産国であった。わが国で1970年の前半までに推計100万トン以上が生産されたとなっていた（通産省調べ）⁽³⁾最も需要が大きかったのは絶縁油など電気関係で国内総使用量の73.9%にあたる。次いでカネミ事件でみられたような熱媒体としてが18.8%で、他に感圧紙用など大量に使用されていた。油症事件のこともあって、1972年3月には三菱モンサント社が、8月には鐘化も製造を中止した。しかし、約40%が開放系で使用されたから環境汚染をおこした。しかも、分解しない安定した化学物質であるために環境中で容易に分解せず残留性が高く、自然界はもちろん生物生態系に蓄積・濃縮されていって、それが今日も環境汚染問題の1つとなっているのである。

第2章 カネミ油症事件の経過

1) ダーク油事件；カネミ油症事件は予見できなかったのか

1968（昭和43）年2月20日ごろ、鹿児島県日置郡のプロイラー養鶏団地をはじめ九州、四国、中国など西日本各地で奇病が発生した。鶏が急に元気がなくなり、食欲がなくなり、産卵なくなり、体に浮腫が来、呼吸困難がきて口を開けて斃死した。その数は推定190万羽から210万羽といわれている⁽³⁾。

連絡を受けた鹿児島県畜産課は家畜保健衛生所九州支場に原因究明を依頼した。まず、死んだ鶏の解剖の結果、肝臓壊死、腎臓の尿細管拡張、腹水、胸水、心嚢水腫、浮腫、皮下浸潤、出血などの所見が明らかになり、プロイラー大量斃死の原因は中毒であることが明らかになった。

3月14日県畜産課は農林省福岡肥飼料検査所に対して「原因は配合飼料にあると考えられる」と報告した。この配合飼料を製造したのは東急エビス産業の九州工場と林兼産業の下関工場の2社だけであった。

検査所の聞き取りでは東急エビス産業側は「奇病発生の原因となった配合飼料は二製品で、これらの二製品が他の製品と違うところは、北九州小倉区東港町のカネミ倉庫の米ぬか油を製造する過程で副生するダーク油を材料に使っていたことである」と述べている⁽³⁾。さらに、このダーク油や飼料を鶏に直接与えると鶏は全く同じような症状を示した。すなわち、3月の中旬には鶏奇病の原因はカネミ倉庫のダーク油であることは明らかになった。検査所は3月15日、農林省畜産局流通飼料課に報告し、16日には二社に飼料の回収を命じた。3月18日には東急エビス中央研究所ではダーク油による動物実験を開始している。それによると、2月7日、14日出荷したダーク油にのみ毒性があることが分かっている⁽⁴⁾。

3月22日、飼料課長ほか係員たちは、カネミ倉庫の本社工場を立ち入り調査した。そして、カネミ倉庫の加藤三之輔社長に確かめたところ「ライスオイルは飲むことが出来ます。私も飲んでいますが、何の異常ありません。大丈夫です」と答えたという。ダーク油を製造する工程や製品の出荷状況などについてはかなり詳しく事情聴取をしたらしいが、肝心の人が口にする米ぬか油については追求されなかった。実際、患者の中には健康や美容によいという宣伝によって、飲用していた者がいたのである。保健所から勧められたという者もいた。

5月には農林省家畜衛生試験場の小華和忠や勝屋茂美らはこれらの飼料をひな鶏に食べさせて同じ症状が発症することを確認している。後でわかったことだが、ダーク油には1300ppmのカネクロール400が含まれていた。

6月14日、問題の配合飼料とダーク油を使って農林省家畜衛生試験場で行った再現試験の結果が検査所に報告された。それによると「原因はダーク油の原料である油脂が変質したために起こった中毒である」というものであった。この時、詳しい原料の化学的分析（たとえば、ガスクロマトグラフ

によるなど）を行うべきであった。人の口に入れるものであるから一片の通知と警告だけで済ませないで、さらなる経過観察を注意深く続けるべきであった。当時、アメリカでは同じような鶏の水腫病（chick edema disease）が多発し、'60年代には多くの報告がアメリカの畜産関係専門書に報告され、ある種の有機塩素系化合物が原因であることが推定されていたのである。すなわち、アメリカの Cantrell らによって水腫病の原因はヘキサクロロベンゾ-P-ダイオキシンと同定されていたという。さらに、1956年にはハンブルグ大学の皮膚科研究グループがダイオキシン類は塩素痤瘡を作ることを明らかにしていた⁽⁵⁾。1967年にすでに、Jensen（スウェーデン）も環境中に PCB を発見していた⁽⁴⁾。すなわち、注意深く関係の専門家たちがその気になればいくつかの重要な情報はあったのだった。

この時、その鶏卵や汚染鶏を食べた者がどうなったかの調査もない。また死んだ鶏の80%前後が地中に埋められたとみられる⁽³⁾。それらは環境汚染を起こしてはいないのか、決して腐敗しない化学物質だから現在も残留していて厄介なはずである。

ダーク油の汚染が指摘された3月下旬から油症が発覚した10月までの約半年間に国、北九州、カネミは何らかの対策がとれたはずであった。しかし、何かの対策がとられた形跡はない。

九大油症研究班の倉恒匡徳は「ダーク油事件は油症事件が報道される約8ヶ月も前に発生していたのである。鶏の病気は人に深刻な影響を与えるおそれがある。農林省が、この誰しも考える“おそれ”に配慮して、この事件を厚生省に連絡しておれば、油症の拡大もまた防げたことが考えられる」と書いている⁽⁵⁾。

2) 油症発覚；食品衛生法違反では？

ダーク油事件の当時、西日本の各地で体に黒い吹き出物がでる患者が多発して各地の医療機関を訪れていた。汚染されたダーク油の出荷時期、プロイラーの発病時期と問題のライスオイルの出荷時期、奇病の発症時期とは同じ

だった。1968年4月以来、ブローラーの方は出荷停止によって発生が食い止められた。しかし、ライスオイルの方は人間に関することであったが、発症が発見されて、原因が分かるまでにさらに時間がかかった。その間、被害は拡大していった。とくに、被害拡大防止こそが行政の最大の責任であったにもかかわらず、その懈怠によって被害が拡大した。

6月7日に九大皮膚科に3歳の女兒が痲瘡（にきび）様皮疹と診断されたが、8月には家族全員が同様の症状となって受診した。しかし、食中毒事件として捉えられていなかったか、少なくともそのような対応は見られていない。それは、皮膚科は食品衛生法の処理に慣れていなかったこともある。その後、九大にライスオイルを持ち込んだ者がいたが問題にされないの、10月3日、その米ぬか油を今度は大牟田保健所に届けた。そこで、やっと保健所は翌日、福岡県衛生部に集团的奇病の発生を連絡した。

その以前から、九大と福岡県衛生部は事前に察知していたと思われる。九大の五島応安医師は学会に発表するまで控えていたという。これは食品衛生法の届出義務違反ではないか。

10月10日に朝日新聞で奇病発生が発表されると、翌11日、衛生部は九大病院に派遣、調査を開始した。新聞は11日にはダーク油との関連を報道する。一方、北九州市衛生局は11日にカネミ倉庫に立ち入り調査を実施し、サンプルを採取して九大に分析を依頼した。この日、カネミ倉庫に対して原因がはっきりするまで販売を中止するように勧告したが、会社側はそれを受け入れなかったために、15日食品衛生法によって1ヶ月の営業停止を通知した。

新聞に連日報道されると、疑いをもった人々が保健所に届出て、その数は同日、30日には1万2270人に達した。九州大学医学部、同薬学部、県衛生部合同の「油症研究班」が10月14日に結成され、19日には「油症患者診断基準」を決定した。まだ、原因が確定されていない時のもので、未知の疾患に対する診断基準であるからあくまで暫定的なものでなくてはならなかった。

3) 病因物質の追求

10月14日に久留米大学の山口誠哉教授はヒ素中毒説を発表した（後否定）。

10月18日、九大医学部に油症外来を開設して集団検診を始める。

10月19日に編成された油症研究班は班長、勝木司馬之助（内科、九大病院長）、副班長は樋口謙太郎（九大皮膚科教授）と下野修（福岡県衛生部長）からなり、部会として臨床部会（部会長樋口謙太郎）、分析専門部会（部会長塚元久雄九大薬学部部長）、疫学部会（部会長倉恒匡徳・公衆衛生学教授）を置いた。

10月22日、高知県衛生研究所がカネミ倉庫の米ぬか油から、27日には国立衛生試験所がそれぞれ有機塩素系化合物を検出に成功した。米ぬか油から初めて有機塩素系化合物が検出されたのであった。

11月4日には研究班の稲種農学部教授がカネミ油に含まれた有機塩素系化合物のガスクロマトグラフのパターンがカネクロール400（鐘化）のパターンと一致することを証明した。原因が油に含まれる PCB とするとどこから混入したかが問題になった。

11月6日には九大皮膚科の五島應安氏が油症被害と鶏のダーク油による被害の原因が同じであることを実験的に証明し⁽⁶⁾、11月4日には米ぬか油から、11月16日にはダーク油から相次いで PCB が検出された。

11月16日、篠原久（化学機械工学）教授を団長とする九大調査団がカネミ倉庫の製油部工場を立ち入り検査した。その結果、脱臭塔内を通っているステンレスパイプに3箇所のピンホールを発見して、そこからカネクロールの漏出が確認された（後にこれは訂正されるのだが）⁽⁵⁾。これによって、原因究明は終了したとされた。

しかし、1971年、アメリカの R.W. Risebrough 博士の指摘によってカネクロール400には PCBs の他に PCDFs、PCDDs などが含まれていることが分かった。その結果、油症の主な原因は PCDFs によるものであることが明らかになった⁽⁵⁾。いずれにしても、油症は単純な汚染の結果ではなく複合汚染によるものであった。したがって、その臨床像も複雑で前例のないものであることが推定された。

第3章 カネミ油症の臨床症状

1) 油症以前に分かっていた症状は職業病

油症は人類が初めて経験した中毒事件であるから、どの教科書にもその症状の記載がないのは当然のことであった。ただ、PCB 製造過程で労働者の職業病としての記載はあった。1889年に塩素製造工場の労働者に特異的な黒いにきび(痤瘡)が出ることが分かっており、Herxheimer が「塩素痤瘡(クロールアクネ)」と呼ぶことを提唱していたという⁽⁸⁾。その後、これらは有機塩素化合物にばく露することによって発症することが1918年には明らかになっていた。PCBs についても製造開始(1929年)の2－3年後には塩素痤瘡や消化器障害などの症状が認められ、3人の死亡者例が報告されている⁽⁴⁾。1955年 Werner Braun は「塩素痤瘡は塩素化された芳香族炭化水素による痤瘡様の皮膚の病変を言う」と定義している^(8,9)。

野村は1950年にTCP(三塩化フェノール)を生成作業していた労働者に塩素痤瘡が発生したことを診ており、1951年にはPCP(五塩化フェノール)工場では痤瘡だけでなく肝障害、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、神経症状を診ており、死亡した例があったことも報告している⁽⁸⁾。

PCP 製造工程でばく露された労働者は非ばく露労働者と比較して全がんで4.7、呼吸器がんでは10.3、泌尿器がんが5.1、神経系疾患が2.6、虚血性心疾患が2.1、非ホジキン性リンパ腫が1.9、脳血管障害が1.9など比較危険度が高いという調査結果が見られている。

ドイツのGoldmannはTCPの反応工程で16年働いていた労働者のすべてに著明な痤瘡がみられ、その他にもさまざまな全身症状すなわち、肝障害、腎障害、呼吸器障害をみており、その原因はダイオキシンであるという結論を報告しているという。また、1970年にはPCBの毒性は微量に混入しているTCDFのせいであるという報告もある。つまり、カネミ油症事件は人類初であつても、有機塩素系化合物に対する毒性は、かなり早くから塩素痤瘡として知られていたと同時に、発がん性を含む全身性障害として、すでに捉えられていたのである⁽⁹⁾。

2) 初期の臨床症状（倉恒による）

多彩な自覚症状と臨床症状について倉恒は以下のように要約している⁽⁶⁾。

(i) 油症の多くの患者が様々な自覚症状を訴えるとともに、いくつかの特異な臨床症状を表わしていた。例えば、眼瞼浮腫だとか、マイボーム腺が肥大し大量のチーズ様物質を分泌するとか、アクネ（にきび）様皮疹とか、角膜輪部、眼瞼結膜、皮膚、爪、口唇、歯肉、口腔粘膜などの色素沈着である。時間の経過とともにこれらの症状は徐々によくなってきており、消失してしまった人もいるが、中には発病後30年経っても依然として認められる人もいる。

(ii) 皮膚病変を組織学的に検査してみると、毛嚢の著しい角化との嚢胞状拡大、上皮基底細胞のメラニンの著増が認められた。

(iii) 血清トリグリセリド濃度の上昇がかなり長い間患者の多くに認められた、コレステロールや磷脂質の濃度は正常であった。発病後20年も経つと血中PCBs濃度も血清トリグリセリド濃度も減少し正常値に近くなったが、それでも血中PCBs濃度と血清トリグリセリドの間に、弱いながらも有意な正の相関が認められた。

(iv) 中毒の初期の段階でアルカリホスファターゼの軽度の上昇が認められたほか、通常の肝機能検査でははっきりした異常はほとんど認められなかった。しかし、中毒後数年経過したころに検査してみると、血清ビリルビン濃度が有意に低下していることが分った。また、一人の油症患者から得られた肝臓バイオプシー試料を電子顕微鏡で検査してみると、滑面小胞体の著しい増加と粗面小胞体の減少およびリポスチン様顆粒と微小体の増加がみられた。これらのことから、油症患者では、肝臓の酵素誘導が起こっていると考えられた。

(v) 多くの患者が頑固な自覚的神経症状をかなり長い間訴えた。すなわち、四肢のジンジン感、頭痛および頭重感、関節痛、四肢の感覚低下等々である。しかし、小脳や脊髄、あるいは頭蓋内神経に関わる症状や所見は認められない。知覚神経の刺激伝導速度の低下が中毒初期の患者の一部に認められたが、

運動神経の刺激伝導速度は正常範囲にあった。

(vi) 中毒2年後の検査では、患者の40%が慢性気管支炎様の症状（慢性に持続する咳嗽と喀痰）を有しており、気道感染の合併も高率にみられた。PCBsならびに含硫黄 PCB 代謝物が多くの患者の肺や喀痰の中に含まれていることが分かった。PCDFs が肺のクララ細胞に選択的に集積し影響を与えることも分かった。

(vii) 液性免疫も細胞性免疫もともに患者では損なわれていることが認められた。

(viii) 月経異常等、女性の性機能の異常が中毒初期の夫人の過半数に認められた。また、副腎系ステロイドの増加傾向、性ステロイドとLHの減少傾向が認められた。中毒後16年経って行われた検査では、甲状腺機能の亢進がみられ、28年後の検査では、抗サイログロブリン抗体の出現頻度が血中 PCB 高濃度群は低濃度群に比して有意に高いことが認められた。

(ix) 中毒した母親から皮膚の黒い乳児が生れた。これらの乳児では、皮膚の落屑や、粘膜の暗褐色の色素沈着、結膜からの分泌増加、出産時に歯が萌出していることなどが認められた。しかし、痤瘡様皮疹は認められなかった。なお色素沈着は数ヶ月以内で消褪した。これらの乳児の多くはSGC (SMALL-FOR-GESTATIONAL-AGE)であった。また、油症の母親の母乳を飲んで油症になったと判断される乳児が一人認められた。

(x) 中毒した子供たちも大人と同じような臨床所見を示した。

(xi) 歯肉や頬粘膜の色素沈着はほとんどの患者に診られ、きわめて徐々に褪色していった。この所見は患者の15%において、発病後20年以上たっても依然として認められた。色素沈着の認められる粘膜は高濃度の PCBs を含んでいた。また、そのような粘膜を外科的に除去しても、1年以内に色素沈着が再現した。このことは、口腔粘膜の現在の色素沈着は、昔の色素沈着の残留物ではなく、粘膜やその他の組織に現在も残留している PCBs や PCDFs やその他の関連化合物によって作り出された新しい色素沈着であることを物語っている。すなわち、残留しているこれら有害物質は徐々に低濃度になっ

てきているが、依然として生体に有害作用を与え続けていることが分かるのである。色素沈着以外に、永久歯の萌出遅延、歯の数や歯根の形の異常なども観察された。

(xii) 患者は今なお、血液や組織中の PCQs や PCDFs の濃度が、正常人に比して著しく高い。また、患者とくに重症患者の、血液や組織中に残留する PCBs のガスクロマトグラフのパターンは正常人のそれとは明らかに異なっており、その特異性は長年にわたって殆ど変わっていない。従ってこれらの事実は、油症の鑑別診断に用いられる。それ以外にもの中にはいくつかの重要な点が指摘されている。これが初期の脳波異常(すなわち、中枢神経に及ぼす影響)、高血圧、肝臓がん、肺がん、細菌感染に対する抵抗力の低下などが確証がないとしながらも動物実験や一部のデータで示されていることである。さらに、妊娠中毒症の発生が異常に高いことや周産期死亡率125.0と言う異常な高率であること7年目の死産の子に心室中隔欠損(先天異常)があり、体内から高濃度の PCBs が検出された事実などが報告されている。ほぼ40年の経過があったとはいえ、ここまで詳細に明らかにされたことは大きな功績といえる。

以上は2000年6月刊行の「油症研究、30年の歩み」(九州大学出版会)からの引用である。引用が長くなったのはどの時点でどこまで明らかになっていたか検討するためであった。それから、敢えて問題点を指摘すれば、この「油症研究」は2000年の刊行であるが、その内容は臨床に関して言えば、ほとんど1970年から1980年台前半に発表されたもので、新しい論文がきわめて少ないのが特徴である。したがって、引用した臨床的知見は遅くとも1980年台までには九大油症班が明らかにしていた油症の知見であったことになる。実際には、皮膚症状にしてもこのよう改善されたものだけではないが、それにしても、これだけの知見が明らかであったことを考えると、どうしてそれが実際の患者の救済に活かされなかったか疑問である。そして、皮膚科を除くと、長期にわたる臨床的研究が中断していたように見える。さらに、対象になった患者が比較的少人数であったこと、初期に認定された患者に限られていた

こと、主として外来患者であること、皮膚科と血液中の有機塩素系化合物の分析を除いて追跡が比較的短い期間であったことなどが指摘できる。また、量・反応関係（中毒の場合必要であるが）や発生のメカニズムに不明な点があることに拘りすぎて、結論に異常なほどに慎重である点が目立つ（結論は慎重であるべきではあるが）。しかし、もともと、摂取量も摂取期間もさまざままで、量・反応関係は成立し難い状況にあったのだから、量・反応関係に必要以上に拘ると結論がでるのは難しかったのである。それと、油症は人類初の経験であると言う認識が乏しかったし、社会的・政治的な紛争に巻き込まれることを怖れたことも考えられる。

3）台湾油症に学んでいない

1978年から'79年にかけて台湾でも同じような油症事件がおこった。すなわち、米ぬか油が PCBs、PCDF に汚染され、それを食したためにおこった。1983年までの被害者は2022人となった。台湾の方が摂食した油の量は1日1kg～1.6kgと多いが PCDF の含有量が少なかったので、PCDF の摂取量はほぼ同じとされている⁽¹⁹⁾。

妊婦に関しては、妊娠中毒症、死産が高率であった。また、生れた子供も低体重で、発育遅滞が見られている。肌、唇、歯肉、爪の色素沈着、マイボーム腺の分泌過剰、眼瞼浮腫、皮膚の落屑、黒い鼻、爪の変形、さらに、免疫機能の低下、気管支炎・中耳炎、カルシウム代謝障害（骨折し易い）、末梢神経による感覚障害、認知障害、行動障害、発語・発生の遅れ、微細な行動の拙劣さ、感情的・不機嫌、不良行為、攻撃性など症状は全身に及んでいることがみられている^(24,25,26,29,30,33)。

肝障害がとくに肝硬変の死亡率が対照の約3倍、その発生率は約2倍。甲状腺障害、皮膚病、女性の貧血、関節炎、椎間板異常などが対照より高率に見られるという^(16,27)。女性では死産、月経に関する異常がみられ、男性では精子の数減少や運動異常などが報告されている^(16,31,32)。

坂下は日本と台湾の被害者を比較して①排泄が悪く、数10年におよびガン

をはじめ全身病として発症し続け、次世代にまで影響していること②不定愁訴、自律神経系障害が特徴的であること③男女ともに生殖器に関わる疾病が顕著である。女性では卵巣ガン、子宮ガン、子宮内膜症など、男性では前立腺ガン、前立腺肥大が多いこと④女性に甲状腺異常が多発していることなどを共通点としてあげている⁽¹⁹⁾。

台湾油症はカネミ油症に比較して丹念にしかも、詳細に追跡されている。論文の数も最近に至るまで多数見られている。ばく露婦人の流産・死産の調査から、胎児期のばく露幼児を7年から22年も追跡して発育障害や運動機能、知的機能の発達遅滞、行動異常さらに、精子の異常、骨異常、気管支炎、中耳炎の多発なども認めている⁽²⁴⁻³³⁾。また、幼くばく露された男性の調査から歯牙、皮膚症状ばかりでなく、肝機能、甲状腺、関節炎、脊椎変化、貧血なども調査して一定の影響を認めている。⁽²⁷⁾女性に関しても生理不順、流産、乳児死亡などにも対照と差があるとされている⁽²⁸⁾。

台湾油症がはるかに多面的に追跡研究されており、きわめて多彩な影響をとらえている。したがって、わが国においても、参考にすべき点が多数あるにもかかわらず、台湾油症に全く学んでいない。10年前におこったカネミ油症事件で、なぜこのような調査ができなかったか残念である。しかし、われわれのインタビューに台湾油症の患者たちは「検査されたばかりで、病気は治してくれない」と不平を言う者もいた。

4) 追跡調査（五島の患者たち）で分かったこと、生活の場でみる

2000年から2004年にかけて、長崎県五島列島の玉之浦町、奈留町の油症患者61人（11人は九州在住）について、現地を訪れ検診と聞き取りを行った。自主医療班は神経内科、精神科、皮膚科、婦人科、疫学、保健師（院生）、看護師（院生）、社会福祉士からなる⁽²³⁾。

男性20人、女性41人。年齢は33歳から79歳。平均年齢は男性60.6歳、女性は64.8歳でいずれも高齢者が多い。

すでに認定されている者が56人。未認定が5人。当然のことながら家族内

発生率（認定率）は76.6%であった。

(i) 多彩な自覚症状

頭痛、腰痛、四肢痛、関節痛などの痛みが圧倒的に多かった(68.5%)。めまい・立ちくらみが次いだ(54.2%)。しびれ感(26.2%)、腹痛・下痢(24.5%)、ほかに不眠、いらいら、動機、食欲不振、倦怠感などがみられた。

(ii) 残存する皮膚症状

皮膚症状は軽快したという報告が多いが、かなりしこく残存している。現在でも座瘡様の皮疹を指で圧迫すると白い粥状の分泌物がでる。一見、軽快したようであるが、見せ難い（とくに女性）腋下、鼠蹊部、陰部などの軟い部分に色素沈着や膿瘍、腫瘍がある。外見だけで確認できたものだけでも色素沈着（爪、歯肉を含む）が75.5%、膿瘍・嚢胞（瘢痕も含む）が42.2%、座瘡が35.5%、脂肪腫が22.2%にみられ、他に毛根拡大、白斑、眼脂、丘疹、湿疹化、乾皮症、浮腫などが確認された。

(iii) 油症は全身病（病気のデパート）

われわれが聞き取り出来ただけでも患者は複数の疾患をもち、複数回の入院、手術を繰り返していることが分かる。

大きく分けて①皮膚系疾患、②腫瘍系疾患、③婦人科系疾患、④男性泌尿器生殖器系疾患⑤内科系疾患、⑥骨・関節系疾患、⑦自律神経・神経系疾患、⑧精神症状にわけられる。1つ1つの疾患は非特異的な疾患であるがその頻度は異常に高く油症の症状と考えるべきである。

①皮膚系疾患（座瘡、色素沈着以外）：膿瘍21例（34.4%）、アレルギー性皮膚炎12例（19.6%）、脂肪腫11例、白斑7例、慢性湿疹3例、静脈炎・瘤3例、紫斑病3例、日光過敏症2例など。

②腫瘍系疾患：甲状腺腫7例（がんを含む2例は手術）、肺がん5例（4例手術）、子宮筋腫（がんも含む5例手術）、胃・大腸ポリープ4例（1例手術）、卵巣腫瘍4例（4例手術）、声帯ポリープ4例（2例手術）、前立腺腫3例（2例手術）、乳がん2例（2例手術）、陰部ポリープ1例。

③婦人科系疾患：流産13回、子宮筋腫（がん）・卵巣腫瘍摘出手術9例、乳が

ん手術2例、乳腺炎2例、月経困難症14例、子宮内膜炎3例など。

- ④男性泌尿器生殖器疾患：前立腺肥大、前立腺ガン、無精子症各1例。
- ⑤内科系疾患：気管支炎・肺炎19例、心障害18例、肝障害15例、胆嚢炎・胆石8例（2例手術）、糖尿病10例、膵臓炎4例、腎障害・腎石8例、脳梗塞8例、メニエル病5例、貧血・多血症6例、高血圧21例、低血圧10例が主なものであった。
- ⑥骨・関節系疾患：腰痛、頸痛、四肢痛、関節痛が7割程度に見られ中でも骨粗鬆症と診断を受けたものが6例あった。骨折も4例に見られた。リウマチ6例、骨変形6例、痛風2例など。
- ⑦自律神経・神経系疾患：めまい、立ちくらみ、頭痛、起立性低血圧など起立性調節障害のクライテリアを満たすと考えられるものが多く24例にみられた。すなわち、自律神経系の障害が著明である。めまいだけ、頭痛だけの例もある。顔面神経不全麻痺3例、半身の不全麻痺が5例、多発神経炎疑い（四肢の感覚障害、しびれ感、脱力など）5例みられたが神経症状は著明ではない。
- ⑧精神症状：抑うつ状態7例（いずれも入院または専門家の治療を受けた）、不眠、不安・イライラが多い。神経症と診断された者は4例だった。失神発作が11例に見られた。

油症関連の疾患は全て非特異的疾患である。したがって、油症に関連があるかどうかは疫学的な調査が必要である。すなわち、疾患名と罹病率を油症群と対照群と比較して油症群に高いものを油症関連疾患とする。そのためには、そんなに多数例を対象にする必要はないのであるが、それすら行われていない。

(iv) 米国環境保護庁（EPA）が考える有機塩素系化合物の健康影響

米国EPAが作成したダイオキシンやダイオキシン類似化学物質による健康への影響について詳細な報告をしている⁽³⁵⁾。

ダイオキシン被爆後の報告された神経精神症状として。

「頭痛、めまい、いらいら、不眠、神経質、非社交性、集中力低下、心配性、

泣く発作(感情失禁)、無力感、易疲労、うつ状態、感情喪失、思考緩慢、知的作業の低下、神経性無食欲症(Anorexia)、インポテンツ、勃起不能、不随運動(ふるえ)、指先の繊細なふるえ、筋力低下、感覚障害、神経伝達速度の低下」があげられている。

ダイオキシンやダイオキシン類似化学物質による健康への影響としては「がん；軟組織、ありは結合組織、肺、肝臓、胃、非ホジキンリンパ腺。

男性生殖毒性；精子数の減少、睪丸萎縮、睪丸構造異常、性衝動減少、男性ホルモン異常(テストステロン、アンドロゲンの減少)、卵胞刺激ホルモン(FSH)および黄体形成ホルモン(LH)の増加、女性化。

女性生殖毒性；ホルモン変化、生殖能力(受胎率)の減少、妊娠継続力の低下(流産)、卵巣機能障害(性周期の抑制、月経異常、無排卵)、子宮内膜症。

胎児への影響；先天異常(口蓋裂、水腎症ネフローゼなど)、生殖系異常、精子数減少、性行動異常、女性生殖器の構造異常、生殖能力低下、思春期遅滞、神経症状、発達障害。

皮膚症状；塩素痤瘡、色素沈着、嚢胞、多毛症、光線角化症、パイロニア病、粗毛症。

代謝系とホルモン系の異常；ブドウ糖耐性変化、インシュリン値減少(糖尿病リスク増加)、脂質増加、コレステロール増加、トリグリセリド増加(心臓病リスク増加)、晩発性皮膚ポルフィリン症などポルフィリン代謝異常、体重減少、消耗症候群、甲状腺ホルモン異常。

神経系；いろいろ、不安、認知障害、神経学的発達障害、痛覚鈍麻(末梢神経障害)。

肝臓障害；GGT上昇、肝肥大、LDH、AST、D-グルカリック酸など上昇、肝硬変、

免疫障害；胸腺萎縮、T-4細胞の増加、感染症にかかりやすい、がんのリスク増大。

肺障害；肺炎、気管支炎、肺機能の低下。

消化器系障害；食欲減退、吐き気。

循環器系障害；血圧変動、心臓病リスク。

すなわち、EPAはほぼ全身に対する影響を視野に入れている⁽³⁵⁾。

(v) 生活障害；複合する影響（被害）

身体的さまざまな障害（症状）は日常生活にさまざまな影響を与えた。しかも、症状は単に外部から見えるものだけではない。その中でも、関節や四肢、腰部、背部などの痛み、めまいや頭痛などの頑固な自覚症状が40年近く持続し、体力もまた低下して通常の勤務に耐えられない。若い患者は「体力がないために希望した就職が出来なかった。そこで油症の偏見を恐れて内緒で結婚してしまった。子どもは作らなかった。」と言う。

漁師の9人は立ちくらみ、乗り物酔い、めまい、頭痛などのために船を下りざるを得なかったと言い、生活保護を申請したら「どうもないのに働かないのか」と言われた者もいた⁽²³⁾。もちろん、働けないために収入は減少する、医療費の支出が増加する。単に医療費だけではなく交通費その他の経費も必要となる。日常生活機能の低下は職場、地域、家庭内における役割分担に変化をもたらし、家庭内においても、地域内においても阻害要因となり人間関係の悪化をもたらす。余暇や文化的・伝統的な行動に参加できなくなり、社会関係が悪化して孤立していく。もし、病気にならなかつたら自由に使えたであろう時間・余暇が人生をより豊かに、楽しくしたに違いない。加えて、油症の場合は家族全員が同じものを食べ、汚染されている。したがって、程度の差はあれ全員が何かの症状を持っていることが多い。家中が病人であることから家庭は当然、暗く、焦燥感に満ちたものになる可能性がある。「家中が暗く、重苦しい雰囲気です」と言う者もいて、単に1人の病者の問題でなく、その家庭全体の問題である。

さらに、顔面の痤瘡が醜くて差別を受けたと告白した者もあった。結婚や就職でも油症を隠し、いつも不安におびえていたと訴えた者もいた。そして、婦人たちは胎児性油症の経験があるために自分以上に子や孫のことを心配している。

彼・彼女らは一体何を悪いことをしたのだろうか。全く何の落ち度もないのである。

各症状は日常の生活障害をおこし、経済的な圧迫を与え、家族関係を悪化させ、それがまたストレスとなり、症状を悪化させるように悪循環を形成して生活障害を重積している⁽²³⁾。「何処にも相談できなかった」、「相談にのってくれる人がいなかった」、「病気のことさえ相談できなかった」、「訴えても、検査して何も異常が出ないので、ノイローゼにされて、本当にノイローゼになってしまった」と言う状況に置かれていたのである。

5) 小児性・胎児性油症および次々世代に及ぼす影響

(i) 第1回調査(1974年の原田による調査)

母親の胎盤は従来胎児を護るとされてきた。すなわち、毒物は胎盤を通過しないというのが定説であった。その定説が破られたのがメチル水銀で胎児性水俣病の発見であった(1962年)。その後、PCB など有機塩素系化合物が胎盤を通過して胎児性油症(当時は PCB 胎児症と呼ばれた)を発症させていた。肌の色が黒く(色素沈着)低体重、肝腫大、鬼歯などがみられ、「黒い赤ちゃん」とか「Cola Baby」などと呼ばれた。全国で100人以上といわれている。矢野氏の調査によると1968年から1973年に全国で76人(死産、新生児死亡を含まず)生まれたという。長崎県と福岡県が主であるが、長崎県五島(玉之浦町、奈留町)が30人を占めている⁽³⁶⁾。それは、この地区はカトリック信者が多く、中絶をしなかったからである⁽²³⁾。1974(昭和49)年の夏、そのような子どもが多発している五島(玉之浦町)の児童の調査を行った⁽¹²⁾。

調査の対象としたのは直接摂取した小児油症100例、母乳経由と思われたものの9例、胎生期に母親が摂取したものの5例、母親が摂取を止めた後に生まれたものの13例であった。

小児油症の症状として色素沈着、痤瘡、眼脂、歯変形、発育抑制などが見られたが、皮膚症状の程度は軽快しているように見えた。しかし、全身倦怠、咳・たん、風引きやすい、ぜん息、腹痛、下痢、視力低下、頭痛、めまいな

どの症状がこの子どもたちに診られた。とくに、自律神経症状が著明で、自律神経発作（突然起こる腹痛、頭痛、発熱、下痢、失神、痙攣などの発作）が目立ったのが注目された。さらに、精神医学的には狭義の知能障害は見られなかったが、易疲労、無気力、緊張低下、寡動・寡言、積極性低下、反応の乏しさなどいわゆる情意減弱状態といわれる症状がみられた。これらの子どもたちが示す症状は単に自律神経症状と皮膚症状だけでなく、代謝系、ホルモン（内分泌）系、免疫系など目立たないがゆえにかえって厄介な症状と思われた。

(ii) 第2回調査（1981年の原田による調査）

1981（昭和56）年8月、再び、五島（玉之浦町）を訪れ経過を追った。

皮膚症状、呼吸器症状、消化器症状などは持続していたが軽快していた。しかし、小児には稀な「めまい」、「頭痛」を訴え、「たちくらみ」、「疲れやすい」、「風邪ひきやすい」、「化膿しやすい」、「だるい」、「腹痛」などは持続し、半数に起立性調節障害症（自律神経症状）といわれる症候群が見られる点に特徴があった。さらに、心臓障害、肝臓障害、股関節脱臼、貧血、脳波異常など症状の全身化が見られた点が注目を引いた。同時に注意の集中力、持続力、積極性低下などの情意減弱状態は依然持続していた⁽¹³⁾。

(iii) その後、長期経過

台湾油症では多数の胎内ばく露児を多方面から長期にわたって追跡している。その結果、発育障害や知的障害、行動異常、性的不全、感染症に弱いなどの症状が長期にわたって継続しているという報告がある^(24,25,26,29,30)。しかし、わが国では胎児性油症、小児性油症の長期追跡はほとんどない。

その後、カネミ油症被害者支援センターの調査によると皮膚症状のほかに自律神経失調症、メニエル氏病、出血、骨異常、低身長、下痢、腹痛、生理不順、胆のう炎、中耳炎、膀胱炎、関節炎、乳腺炎など炎症を起こしやすい、歯異常などが続いている。

また、小児期、幼児期など幼い時期に油症になった者の子どもは、20年以上経って結婚、妊娠するのであるが、その時になって妊娠、分娩異常やその

表3 小児カネミ油症の症状の経過

自覚症状	6年目（1974年）	13年目（1981年）
目やに（眼脂）が出る	47.3%	21.0%
化膿しやすい	42.1%	26.3%
咳・たん	31.5%	15.7%
風邪引きやすい	65.7%	50.0%
発熱がある	5.2%	5.2%
立ちくらみ・めまい	26.3%	57.8%
乗り物酔い	18.4%	39.4%
失神する	10.5%	23.6%
頭痛	26.3%	39.4%
腹痛	34.2%	39.4%
朝起き困難	10.5%	18.4%
食欲不振	18.4%	26.3%
顔面蒼白	18.4%	10.5%
息切れ・動悸	23.6%	21.0%
疲れやすい	13.1%	13.1%
だるい	34.2%	39.4%
しびれ感	13.1%	13.1%
四肢痛	13.1%	10.5%

臨床症状

皮膚症状	84.2%	60.5%
発育・栄養障害	39.4%	7.8%
発作性症状	39.4%	73.6%
めまい発作	15.7%	63.1%
失神発作	10.5%	23.6%
痙攣発作	10.5%	2.6%
腹痛発作	28.6%	28.9%
頭痛発作	5.2%	23.6%
起立性調節障害症候群	31.5%	55.2%
情意減弱状態	28.9%	28.9%

子にも異常が見られているという。乳児期にすでに性器出血や性染色体異常などがあったとの報告もある⁽³⁷⁾。これらの患者を遅発性胎児油症と言うべきか、遷延性胎児油症と言うべきか迷うところだが、いずれにしても、その実態は明らかではない。まだまだ、油症は人類初の経験であるから、未知の影

響があることが考えられる。したがって、将来にわたって実態を明らかにし、ケアをし、サポートする必要がある。

(iv) 次々世代（第三世代）に対する影響は？

胎内でばく露を受けた第二世代（胎児油症）は無精子、無排卵があって、独身が多いと聞く。また、その子（第三世代）も色素沈着、低身長、骨や歯の異常がみられており、甲状腺ホルモン、カルシウム代謝に異常が疑われている^(15,37)。いずれにしても、その実態は十分に明らかになっていない。

6) 性からみた被害の実態

(i) 女性の場合

女性の場合、月経、排卵、妊娠、出産、育児という生殖にかかわる関係上、非常にデリケートな機能をもっているからであろうか、被害が著明である。流産・死産、胎児油症の出産、その他婦人科系のさまざまな異常についてはすでに述べた。

佐藤は発生から35年めに「カネミ油症女性被害者健康実態調査」を行っている。

「生理不順」、「過多月経」、「不正出血」49人（83.0%）、婦人科の入院、手術など治療経験は29人（49.1%）、子宮筋腫3例、卵巣嚢瘍（がんを含む）4例、油を摂食後に妊娠したもの84例中流産20例（23.8%）、死産を含め胎児性油症が7人、無排卵、無月経が二世に見られている。全身症状でも心障害が6例、胆石・胆嚢炎が5例、肝臓障害・腎臓障害が各4例、ぜん息・呼吸器障害3例、高脂血症3例、パニック症候群2例などが見られている。中でも甲状腺障害（がんも含んで）9例というのはとても異常である⁽¹⁵⁾。

(ii) 男性の場合

男性の場合も同様な変化があると考えられるが、一般に外から見えにくいものかもしれない。いずれにしても性差による障害の差は、その病態のメカニズムを考察する上で注目される。男性にも陰茎不全、無精子、前立腺炎、前立腺肥大、インポテンツなど泌尿器・生殖器系の異常が報告されているが、

見えにくいこともあって実態は明らかではない。

カネミ油症被害者支援センターでは初めて男性被害者にしぼって調査をしている。胎児性油症の男性は尿道炎、尿漏、皮膚症状、視力障害、多動、学習障害などがみられた。油症一般的な多彩な症状以外にインポテンツ、前立腺炎、副睾丸炎、膀胱炎、尿路結石、などと各種がんが見られている。

性差による影響はほとんど明らかにされていない。環境ホルモンの影響など考える上で重要であるにもかかわらず懈怠されている。

第4章 カネミ油症の診断

カネミ油症における認定制度とは、1968（昭和43）年10月10日、朝日新聞が油症の発症を初めてとりあげてから、14日に九大に油症研究班が発足。18日に油症外来が開設され、106人受診者中、11人が油症と診断された。その翌19日に診断基準を作成発表した。しかし、このような疾病は前例のない新しい化学物質による中毒であり、しかも、複合汚染であるから、あくまでもこの基準は暫定的なものであったはずである。しかも、何の法的な根拠もないためにあくまで試案であったはずである。内容はともかくとして、このような暫定的、私的基準がその後、多少の改正はされながらも、権威ある診断基準として患者救済の前に立ちのぼってしまった。それは患者の救済を閉ざしたばかりではない。仮説であるものがいつの間に定説となり、それが権威をもつと独り歩きして、目の前にある新しい事実を切り捨てる役割を果たすことになる（以下、診断基準は「油症研究、30年の歩み」による）。

1) 「油症」診断基準と油症患者の暫定的治療指針（1969年）。

「米ぬか油を使用していること、家族内多発、発病が本年4月以降であること、米ぬか油を使用してから発病までには若干の期間のあることなどが、まず条件としてあげられている。

症状としては上眼瞼野の浮腫（腫れ）、眼脂（目やに）の増加、食欲不振、爪の変色、脱毛、両肢の浮腫、嘔気、嘔吐、四肢の脱力感・しびれ感、関節

痛、皮膚症状を訴えるものが多い。特に、眼脂の増加、爪の変色、痤瘡様皮疹は本症を疑わせる要因となりうる。また、症状に付随した視力の低下、体重減少等もしばしば認められる。

- ①眼所見：眼脂の増加、眼球および眼瞼結膜の充血・混濁・異常着色・角膜輪部の異常着色、一過性視力低下が認められる。
- ②皮膚所見：角化異常を主とし次のような種々の所見が認められる。（筆者注：詳しく12項目にわたって述べられて、診断の中心は皮膚症状であることが分かる）。
- ③全身症状；貧血、肝脾腫は認めないことが多い。しかし、発熱、肝機能障害を認めることがある。手足のしびれ、脱力感を訴えるが、著明な麻痺は認めない。深部反射は減弱あるいは消失することがある。四肢末端の痛覚過敏を時に認める。」

すなわち、発見直後であったために、皮膚症状が中心の診断基準となったことはやむを得ない事情があったと認めたにしても、この基準で多くの患者が油症と診断されたとは到底思えない。しびれ感、関節痛などは認められているものの、全身症状は完全に無視されている点に注目すべきであろう。

2) 1972 (昭和47) 年10月26日改訂版

この時の改定の特徴は全身症状（内科的）を取り入れていることである。「現在、全身症状には、成長抑制、神経内分泌障害、酵素誘導現象、呼吸器系障害、脂質代謝異常などがあり、局所症状には皮膚および粘膜の病変として痤瘡様皮疹と色素沈着、さらに眼症状がみられる」として、自覚症状、他覚症状、そして血中 PCB の測定が初めて取り上げられている。

「①自覚症状；全身倦怠感、頭重ないし頭痛、不定の腹痛、手足のしびれ感または疼痛、関節部のはれおよび疼痛、咳嗽・咯痰、月経の変化。

②他覚症状；気管支炎様症状、感覚性ニューロパチー、粘液囊炎、小児では成長抑制および歯牙異常、新生児の S F D (Small-For-Date-Baby) およ

び全身性色素沈着。

③ 検査成績；血液 PCB の性状および濃度の異常、血液中中性脂肪の増加、貧血、リンパ球増加、アルブミン減少、知覚神経伝導性と副腎皮質機能の低下、「油症患者においては、神経・内分泌障害、酵素誘導などの所見がみられるため種々の合併症を生じやすく、また合併症が重症化する傾向があるので慎重に治療する必要がある。また、酵素誘導により薬物の分解が促進されており、通常の投与量では治療効果が上らぬことも多い」とも記載されている。

この基準でも本来ならば大多数の油症患者が救済されるはずであるが、この時点では血液中の PCB の濃度とパターンが診断の決め手になってこれらの臨床症状の基準は軽視されたまたは無視されたと思うしかない。しかも、PCB の濃度の基準は明らかにされていない。

3) 1976 (昭和51) 年 6 月14日補遺と1981 (昭和56) 年 6 月16日追加

1976年の改定は「重要な所見」として皮膚症状が再度中心の基準になっており、血液中の PCB の性状および濃度の異常が重要所見となり、自覚症状や他覚症状は「参考になる症状と所見」になっているのが特徴である。文面からみると著しく後退（狭く）したものになっている。

1981年 6 月16日の追加では『①油症診断基準中、重要な所見「4. 血液中 PCB の性状および濃度の異常」の次に「5. 血液中 PCQ の性状および濃度の異常」を追加する。②今までの研究により、血中 PCQ 濃度については次の通りの結論とした。

- (1) 0.1ppb 以上；異常に高い濃度。
- (2) 0.03－0.09ppb；(1)と(3)の境界領域濃度。
- (3) 0.02ppb (検出限界) 以下；通常みられる濃度。』とした。

血中の PCQ が測定可能になったこと、長期経過後にこのような物質が残

留していることの発見は科学的に評価できるにしても、発生から13年もしてから診断の根拠に血中の PCQ などを根拠にすることは、危険な側面を持つ。残留の有機塩素系物質の値は排泄機能や摂取・蓄積量など個人によって千差万別であり多様である。検出できた場合は有効であっても、検出できない場合を否定の根拠（証拠）することは出来ないのに、否定の根拠にされる可能性が予想されるからである。

4) 新たな PCDF 値を加えた基準改定（2004年9月29日）

1988（昭和63）年6月、宮田英明らが油症の主な原因は PCDF と発表してから13年後の参院決算委員会で坂口力厚生労働大臣が認定基準の見直しを約束した。その結果、さらに2年後に改定が行われた。

患者の血中 PCDF が正常の2.5倍から17.9倍も高かったとの報告を受けて、基準に血中の PCB のパターン、PCQ に加えて PCDF の濃度が新たに加えられた。30ピコグラム以上を異常とした。その結果、新たに18人が認定されたが、他の患者はすべて棄却された。古江増隆九大油症研究班班長は「できるだけ広く（救済）を考え作業を行ったが、判定されなかった全ての方が正常だった」と言っている。

血中 PCDF 濃度を何回か測定しているのだから、それによって排出率が計算できないか、できれば摂取当時の血中濃度の計算（推定）が個人にとってできるはずである。また、PCDF と PCB を測定しているわけだから、初期の PCB 値から初期の PCDF の濃度を推定することもできるはずである。もし、血中濃度を利用するのなら、そのような計算くらいしてみたらどうか。そうでないと、今後、一度、正常値といわれた者は絶対に救済されない最後通告となる。

5) 診断基準の問題点

人類初の経験であったから、診断基準になる教科書も手引き書もなかった。したがって、最初に作成された診断基準はあくまで、それまでに明らかになっ

た事実から組み立てられた仮説であった。仮説はさらなる事実によって変革されねばならなかった。患者から新しい事実を学びとるしかなかったのに、仮説が定説化し、権威化して結果的に事実を無視し、患者救済の壁となったのではなかろうか。

しかも、認定の証拠を血中濃度に求めたことは、PCBの性状と濃度の異常を診断の基準とした時と同様に誤りであった。血中濃度はあくまで参考であり、高値の場合には確かに1つの証拠となりうるし、その場合のみ有効であって、低値の場合に否定の根拠にはならないのである。しかも、比較的早期ならまだしも、発生から35年近く経過してから、血中濃度を診断の根拠とするのは合理的でない。摂取した量や年齢、性別、治療、症状の経過、排出機能の差などによって千差万別であるのが常識であろう。なかなか認定されないために、新しい基準を血中のPCDFに求めた患者の期待に背く結果となった。臨床や患者の訴え、経過などすでに明らかになっている医学的所見がどうして生かされないのだろうか。それは、各症状と血中濃度との量・反応関係にこだわり、病者を“まるごと人間”として診なかったためであろう。数量化にこだわり患者の訴えに耳を傾けなかった典型である。

さらに、法律にもない認定制度、補償体系をも気にして、科学的立場が貫かれていない。

PCB、PCDFなど有機塩素系の微量な化学物質の分析が出来なかったことを行政は責任逃れの口実にしているが、たとえ分析技術がなくとも、目の前にいる多くの患者たちの症状から、診断基準の抜本的な改定は出来たはずであった。

6) 韓国・アメリカにおける枯葉剤後遺症の診断

1970年代になってから、アメリカ、韓国ではベトナム戦争に参加して帰還後さまざまな後遺症がでて社会問題となった。しかし、医学的には枯葉剤後遺症がどのようなものであるか、その因果関係の証明には時間がかかると予想された。しかも、個々の疾病は全て非特異性のものであった。そこで、帰

還兵たちが現在、どのような疾病を持っているかを調査して、一定の比率で認められる疾患を暫定的に後遺症として救済する制度を作った。

韓国は32万人がベトナム戦争に参加した。1999年までに44,026人が健診を受け7.4%が後遺症とされ、51.7%が後遺症疑いとされた。

後遺症とされた疾患は12：末梢神経炎、肺がん、バーガー病(壊疽)、喉頭がん、非ホジキンリンパ腺がん、塩素瘡瘡、多発性骨髓腫、軟組織肉腫、前立腺がん、ホジキン病、気管支がん、遅発性皮膚ポルフィリン症(多い順)。

後遺症疑いとされた疾患は21：脂漏性皮膚炎、中枢性神経障害、多発性神経麻痺、糖尿病、肝臓障害、高血圧、高脂血症、悪性腫瘍、日光過敏性皮膚炎、尋常性乾癬、慢性蕁麻疹、乾性湿疹、多発性硬化症、筋萎縮側索硬化症、筋肉疾患、脳梗塞、脳出血、甲状腺機能障害、虚血性心疾患、無血壊死病。

これらの疾患に該当する者でベトナム戦争で枯葉剤を浴びた者や血中のダイオキシン類が高値を示したものは、何らかの補償が受けられるシステムを作っている。

これは男性中心であるために、そのままカネミ油症で使えるとは思えないが、被ばく露者を100人も調査して、非ばく露者を対照として、比較によって集積率が高い疾病を割り出すことは技術的には可能である。カネミ油症の臨床では対照と比較してばく露群の疾病集積率とか健康の偏りを捉える調査は現在まで行われていない。

第5章 カネミ油症事件の責任

1) 三つの責任

わが国で経験した公害、労災、薬害などの事件を分析してみると大きく言って三つの責任を指摘できる。

1つはこのような事件を起こしてはいけなかったのであり、発生を阻止できなかった予防責任がある。カネミ油症の場合はカネミ倉庫は当然のことながら、鐘化の責任も大きい。行政にも国民の口に入るものであるから監督・指導の責任はあった。

2つめは起こってはいけなかったのだが、起こってしまった。その場合、被害を最低限に食い止める責任、被害拡大防止責任がある。これに関しては、行政の責任はきわめて大きい。国民の食品に関するものであるから、医薬品以上に最高程度の注意義務（監督責任）が必要であった。人の生命、健康に関する緊急を要する事態に行政が何の調査もせず、何の対策もせずいたことだけでも責任である。食品衛生法を適用して、1日も早く被害拡大を防止し、被害者の確認を急がなくてはならなかった。しかし、それが出来なかったのは、食品衛生法の処理に経験のない皮膚科が中心で対応したことにあったという指摘もある⁽¹⁴⁾。

3つめは被害を拡大してしまったら、後は償う責任、賠償責任がある。起こってからでは償えるものではないが、加害企業はその存続をかけて、誠心誠意償わなければならない。行政は仮に、法的責任が問えなかったとしても、道義上、行政上救済を行わなければならない。なぜなら国民の財産・生命・健康を守ることを憲法上も委託されているからである。それぞれに、多少の責任分担の差があるとしても、共通して以上の3つの責任がそれぞれにある。

2) 企業責任；食品を扱う企業の注意義務、安全性確認義務

福岡地裁民事二部は1977年10月5日の福岡カネミ民事訴訟の判決で「食物は絶対に安全なものでなければならない。食品製造・販売業者には、きわめて高度の注意義務が要求される。鐘淵化学工業のカネクロールの販売カタログは、むしろ安全性を強調、経口摂取された時の毒性については直接、触れていない。しかし、食品製造業者に求められる慎重さ、注意深さをもってカタログを読めば、人体に摂取された時、何らかの毒作用があると疑うべきで、人体への有毒性や油への混入可能性をまったく予見できなかったとはいえない」と述べている^(3,14)。また、カネミ倉庫は大量生産のために設計の範囲を超えて運転を行い、独自の工程の変更を加え、事故を繰り返していたという。たとえば、PCBの通る加熱パイプを直接食品に触れる形で効率よく脱臭しようとしたものと思われる。生産のための安全無視といわねばならない。

3) 鐘化の責任；製造物責任

福岡地裁は「鐘淵化学工業は製造開始前から PCB が人体に摂取されると、皮膚や内臓にさまざまな障害を起こさせる可能性があることを知っており、製造開始後も、さらにその認識を深めていた。従って販売に当たって、食品業者に毒性の正確な情報を提供、食品の安全確保に注意を十分、警告する義務がある」「それにもかかわらず、全体としての危険性はほとんど問題にあたらないとして、安全性の強調に傾き、食品製造業者に混入時の危険を正式に認識させ、混入防止措置や混入の有無の検索の必要性の注意を喚起させるには、ほど速かった。カネミ倉庫に不当に安心感をそそるような表現をして積極的に推奨販売したことは否定できない。ここに基本的かつ重大な過失がある」⁽³⁾とした。鐘化の責任は、6回法廷で認められた。しかし、1986(昭和61)年5月15日の第二陣控訴審判決では否定された。

生産者が自ら生産する製品について、生産と使用の段階だけでなく、使用後廃棄物となった後まで一定の責任を負うべきと言う考え方（製造物責任）になりつつあるから、まして、廃棄物でなく、実際に他社で使用されるものであるから、製造から先まで一定の責任があった。

その毒性について知り得る立場にいながら、何の注意を払わなかった。しかも、大量に買付けて補充していたのであるから、大量漏出を知らなかったのであろうか。

4) 行政責任；行政は何のためにあるのか

福岡地裁小倉支部は国の責任を認めなかった。しかし、カネミ油症事件全国統一民事訴訟第一陣控訴審判決(昭和59年3月16日)、全国統一民事訴訟第三陣一審判決(昭和60年2月13日)で国の責任を認めた。水俣病裁判のような公害裁判において争われるのは民事訴訟であるが、通常の民事訴訟と異なっていて、このような裁判の場合、原告（被害者）と被告（加害者）とは同等ではない。原告は加害企業、行政が多く、彼らは常に経済力も権力も持ち、専門家を動員することも、有利な証拠を手に入れることも可能である。それ

に比べて被害者は金も権限も協力する専門家さえ居ないことが多い。加害者は交替することが出来るが、被害者は一生変れない。そして、この場合、被害者が加害者になることは絶対にない。このような不公平の中で地裁と高裁と2回も行政責任が認められたわけであるから、それで決定的であろう。このような場合、加害者に控訴権があることが不公平に見える。法律上は別にしても、行政には少なくとも道義上、行政上の責任はあると考えるのが常識的である。

1－4) で述べたようにこの事件の背景には便利さを追求するあまり、安全性の確認なしに大量生産、大量消費を進めてきた政策にあった。カネミ倉庫は増産のために脱臭工程の無理な設計変更を繰り返し、何度も事故を起こしていたという。これは、ことが食品に関することだけに行政の監督責任は大きいと言わねばならない。

訴訟では、大量生産・使用に対する規制、食用油製造への営業許可の権限、ダーク油事件に際しての食品衛生法上の権限などが争点となった^(20,34)。

「ダーク油事件で油症は予見できた。また、食品の安全性を疑うような事実を探知した場合は、所管の厚生省に通報する義務を負う」と判決で指摘されたことから農林省の現地検査所、本庁の怠慢が指摘された。また、さまざまな経過から遅くとも3月中頃にはカネミ製のダーク油と原因はほぼ見当がついていたのである。しかし、福岡肥飼料検査所の矢幅雄二課長は「ダーク油の製造工程中にはなんら心配がない」と報告している。国立予防衛生研究所の保野主任研究員はダーク油事件から人体被害を想定して、8月19日に農林省流通飼料課の鈴木技官にダーク油を分析すべく一部分けて欲しいと依頼したが「事件は解決した。廃棄処分にした」と言って分けてもらえなかった。すなわち、何回かダーク油とカネミ油とを関係つける機会がありながら縦割り行政のために連携できずに被害を拡大した。しかも、食品衛生法の経験のない皮膚科の医師を中心に任せたことに問題があった。

津田は「全国の食中毒事件に関する報告書をまとめた食中毒統計では、大まかに原因を三つに分けて集計している。“原因施設”、“原因食品”、“病因物

質”の三つである。」「食中毒事件は医薬品および医薬部外品を除くすべての飲食物を対象としている食品衛生法（二条）によって迅速に処理されねばならなかった。保健所が通常の食中毒事件として同法第二七条に基づいた調査・報告を行っていれば、被害は最小限に抑えられたと考えられる」、「水俣病とカネミ油症事件のこの二つの大食中毒事件は、食品衛生法に基づいた届出と処理を怠った学者と行政が、大事件に育て上げたものであると断言できる」といっている。「食品衛生法を適用する際に、病因物質の判明は必要条件ではない。原因食品と原因施設が明らかであればよい」のである⁽¹⁴⁾。

食品衛生法第四条第二項「有毒な、若しくは有害な物質が含まれ、若しくは付着し、またこの疑いがあるものを販売し（不特定又は多数の者に授与する販売以外の場合も含む）又は販売の用に供するために、採取し、製造し、輸入し、加工し、使用し、調理し、貯蔵し、若しくは陳列してはならない」とある。また、「食中毒事件においては“認定申請”などはいらない。申請などしていなくとも原因食品をたべた可能性があれば、自宅にいても保健所の職員が調査にきてくれる」のである。極言すれば食品衛生法からは認定審査会も認定基準、制度そのものが不要ということになる。カネミ油を食べ、何か健康障害があれば油症として登録（認定）されるべきであった。

8月中旬から九大皮膚科の五島應安医師はカネミ油が原因であることを知っていたが届けていない。食品衛生法では届け出ない場合は罰せられるのである。長崎では玉之浦診療所の医師が福江保健所に届け出たのに所長は記者会見で「誤診である」と発表した。これもまた、個人の責任というより保健所が行政機関（県）である以上県としての責任も問われる⁽²⁰⁾。さらに、津田は「カネミ油症事件では、事件当初から患者も医師もライスオイルが原因食品であると認識できていた。しかし、九州大学医学部の医師たちは、事件による被害が拡大しているにもかかわらず、また、病因物質までもが明らかになっているにもかかわらず、食品衛生法に基づく届出を怠り、1968年10月に朝日新聞がスクープするまで対応しなかった。」「通常の食中毒事件であれば患者たちが当然受けられるべき補償の権利を、認定制度を運用することに

より奪われている」と述べている⁽¹⁴⁾。

その他、記録、油の販売経路や摂食者の検証、患者や家族の追跡調査、採集したサンプルの一部や収集した資料の保存など将来に活かすべき行為をも怠っている。

以上見てきたごとく行政責任の一つである拡大責任、救済責任の放棄は実は食品衛生法違反から来る部分が大い。

しかし、これに対して行政は裁判で激しく反論してきた⁽³⁴⁾。要するに農水省は食品衛生行政や保健行政を所管していないと言い。厚生省は行政上可能な限りの最大限の救済措置をとってきているから責任はないと言うものであった。

「立入り調査をした担当官の職務はダーク油の調査であって米ぬか油の調査は職務外である。人体被害が発生しているという情報もなかった。カネミ倉庫がPCBを使用していることもしらなかった」。

「矢崎課長（福岡肥飼料検査所）は職務外の食品の安全性について法的な通知義務を負っていない」、「疑わしいだけでは厚生省は米ぬか油を回収することは出来ない。食品衛生法は食品の安全性を確保するため、必要最小限の取締りをしている」。

「福岡肥飼料検査所の鑑定依頼は原因物質の究明ではなく、再現試験である。PCBの使用を知らず、設備もなかった当時の状況では誤った判断は止むを得なかった」⁽³⁴⁾。

これらの国の反論を聞くと厚生省や農水省は何のためにあるのだろうかと言う疑問が生じる。まさに、縦割り行政の欠陥を自らばく露しているようなものであった。

全国統一民事訴訟第一陣控訴審、第三陣一審では国の責任を認めた。担当官はダーク油の汚染を知っていたのに、同じ脱臭工程で生産される米ぬか油の汚染を調べず、疑いもせず、厚生省に通知もせず、汚染ダーク油の分析もしなかったことは職務放棄に近いものであった。しかし、第二陣控訴審では

国の責任を否定した。しかも、鐘化の責任も否定した。当時としては、行政の積極的な関与の結果の失敗に責任がとわれたが、最近（2004年10月15日）では、水俣病関西訴訟最高裁判決が示したように、打つべき手をうたなかった、何もしなかったことに行政責任が問われるようになった。和解せずにあくまで国の責任を追及すべきであったかもしれない。

5) 弁護団の責任；仮払い金を返せ

全国統一民事原告団(956人)、福岡民事原告団(44人)、油症福岡訴訟団(578人)、油症原告連盟(334人)などが提訴しており、それぞれ地裁、高裁、最高裁のレベルで裁判をしていた。結果、カネミ倉庫の責任は明らかであったが、鐘化の責任は6つの判決、国の責任は2つの判決が認めていたが(前述)、確定していなかった。

1986(昭和61)年秋、最高裁は患者側と被告鐘淵化学に対して和解の打診を始めた。判決まで行けば国、鐘化の責任を否定せざるを得ないなどと一種の脅しをかけて和解に持ち込んでいった。1987年3月20日、最高裁で各原告団とカネミ倉庫、鐘化の間に和解が成立した。全国統一民事原告団は3月26日、油症原告連盟は6月16日にそれぞれ国への訴を取り下げた。6月25日に国も最高裁で訴の取り下げに同意した。これで一件落着いたかのように見えた。もともとこのような事件に全面解決や一件落着はないはずであった。

和解はしばしば責任が曖昧にされる。和解を勧めたという最高裁やそれを受け入れた弁護団に問題はなかったのだろうか。1996年の水俣病の和解の場合も国・県の責任を曖昧にし、原告が水俣病かどうか曖昧にした。しかし、2,000人の原告以外に8,000余人が和解並みの補償を受けたことは評価できた。カネミ油症の和解では未認定患者には及んでいない。裁判でも油症かどうかは重要な争点になっていなかった。

そして、民法上の時効を1年後に控えた1996年6月、九州農政局は原告患者本人だけでなく患者の子どもまでの相続人も含めて、仮払金の返済督促状を送りつけてきた。1人当たり約300万円、総額27億円である。そもそもなぜ

このようなことが起こったのか。それはあの時の和解による。裁判を取り下げた時点で1984年から1985年に国から仮執行により支払いを受けた原告には仮払い金の返済義務が残ってしまった。「国は患者の状況を考慮し無理な取立てはしない。債務は自然に消滅する」と言う一部弁護団の思い込みの結果が、今日、悲惨なことになってしまった^(10,15,34)。それは、裁判のそれ以前からの過程における弁護団・患者との信頼関係が崩れたことと無関係ではなかろう。弁護団が原告と密に連絡し、意思の疎通を図っておれば、違った結末になった可能性がある^(15,34)。

和解したもう一方の鐘化も仮払いをしていたのだが和解協定で返還義務は認めるが取り立てはしないということで話し合いがついた。すなわち、自然債務化することによって返すか返さないかは借主の都合によるというものになった。したがって、国も当然そのような処理の仕方をするものと楽観視していたのであった。しかし、国は「訴えが取り下げられた以上、仮払いの根拠がなくなった。返還義務がなくなったわけではない」と主張していたのであるから、時効寸前の9年間も放置していた弁護団の責任は小さくない。もともと、患者たちは裁判で勝った補償金すら経営苦を理由にカネミから貰っていないわけだから、国は患者ではなく債務者であるのはカネミで、カネミに請求すべきである。

1996年6月、患者側に送りつけられてきた督促状は新たな悲劇を起こしている。ついに、自殺者まででた。何の落ち度もなく油症にさせられた上に、まさに踏んだり蹴ったりである⁽¹⁰⁾。最近の金融機関や大企業に対する行政の借金棒引きを見るにつれこの被害者に対する手立てはないものだろうか。

第6章 カネミ油症事件は人権侵害

カネミ油症患者には何の落ち度もない。しかも、贅澤品や嗜好品などという被害者が選択できるものではなく、日常的に摂取する絶対必要な食物の中に毒物が混入したのである。被害の予見、予防をすることもなく、被害の拡大を許し、狭い判断条件で多数の被害者を被害者として認めず、その救済を

表4 カネミ油症裁判一覧表

事件名	提訴日	原告	被告	判決日	判決内容、その後
福岡民事	69.2.1	45人(福岡市)	カネミ・加藤社長・鐘化	77.10.5	カネミ、加藤、鐘化に勝訴。高裁判決(84.3.16)勝訴、鐘化が上告
全国統一民事 第一陣・ 小倉民事一次 二次 三次 四次 五次	70.11.16 70.12.23 71.7.22 71.11.11	300人北九州市 44人、長崎市 214人、五島 53人、高知	カネミ・加藤・国・ 北九州市 鐘化を被告に加える	78.3.10	カネミ・鐘化に勝訴 84.3.16 控訴審で国にも勝訴 国、鐘化が上告。86.10.7口頭弁論開始 87.3.26 訴え取り下げ
広島民事	71.4.24	51人、広島市	カネミ、鐘化 加藤、国、北九州市		1972.2. 小倉民事に併合
全国統一民事 第二陣 第一次	76.10.8	329人 155人	カネミ、鐘化、加藤、国、北九州市	82.3.29	カネミ、鐘化、加藤に勝訴 控訴審(86.5.15)では鐘化、国北九州市の責任を認めず、工作ミス採用。86.5.26 上告。
第三陣 第四陣 第五陣	81.10.12 85.7.29 85.11.29	73人 7人 75人		85.2.13	国、鐘化、カネミ、加藤に勝訴 87.3.15 一括和解を決定、順次訴え取り下げ、10.21. 国同意。
油症福岡訴訟 二次 三次	86.1.6 1.27 4.30	303人	鐘化、カネミ、加藤		87.3.15 一括和解

怠り、放置し、わずかばかりの補償金で沈黙させられ、しかも辛うじて勝ち取った行政責任の判決を恫喝に近い説得で取り下げさせ、しかも、和解後10年近くなって仮払金を督促してきた。本人の症状ばかりでなく、その子(二世代)、さらにその子(三世代)にも健康上のみならず、多様な被害を被っている。したがって、症状の直接的な苦痛だけでなく、日常生活における障害(不便さ)、経済的不利益、家庭崩壊、社会的信用の低下・疎外・孤立、さらに行政指導の不十分さのために患者やその子孫は理不尽な差別に苦しめられてきた。これはまさに、有史以来最大の人権侵害の一つで、かつて、このような事例が他にあっただろうか。

第7章 提言

本カネミ油症事件は重大な人権侵害事件であるという認識の上になつて以下の提案が実現できるよう関係各位が行政に強く求めたい。

1. 緊急対策として仮払金問題の即時解決すること。

2. 食品衛生法の原点に帰ってまず、すべきことは当該カネミ油を食したことが明らかな全員を「被ばく露者」と各保健所が確認し（以前の資料が残っているはず）、「カネミ被ばく露手帳」（仮）を発行すること。その決定は保健所、地方自治体の担当者が書類審査で決定するのを原則とすること（経済的、身体的負担を与える長期間の検診を必要としないため）。

3. 手帳所持者は医療費の自己負担額を終身支給すること。それによって、将来の健康障害に対する患者の不安を除き、医療を保障する。（台湾油症では終身医療保障を行っている）。全国どこでも、いつでも受診できることによって、被ばく露者の健康状態の把握が可能となり、その実態も明らかになる。

4. 皮膚症状や血中濃度にこだわらず、油症にしばしば見られる自覚症状や疾病を指定し（指定疾病とし）、その該当者に対して症状、程度に応じた慰謝料、医療手当や通院手当てなどを支給する。その判定は新たな「油症救済判定委員会」（仮）が行うこと。委員会の構成は医師の他、弁護士、被害者・行政の推薦する有識者を加えること。

そのためには、実態調査を早急に行うこと⁽²¹⁾。

5. 九大・長大油症研究班は被害者と関係を密にとり、人類史上初の油症の実態の把握、病態の解明など医学研究を継続するが、しかし、法的に存在もしない認定業務は行わないこと。（医学的研究と認定・補償と切り離す）。研究費を実態究明や患者救済・治療に役立つように有効に使うこと。

6. 医療のみならず患者の日常生活の支援、相談、カウンセリング、生活資金援助などを含む各種相談窓口を設置し、臨床心理士、ケースワーカー、社会福祉士など必要な人材を配置する。

7. 油症に対する偏見差別を除去するために必要な対策を医師会、地方自治体、厚労省は行うこと。

8. 費用は行政、鐘化、カネミの三者で負担する。実現可能なために法整備が必要ならば立法処置も行うこと（特別立法も視野に入れて）。

9. カネミ油症事件関係の資料の整理、保存を進めること。医学的資料に限らず、刑事事件および民事裁判関係、行政関係などのさまざまな資料は後

世に教訓となる。

10. 細部・詳細にわたっては患者、行政を含めた「円卓会議」（仮）を早急に招集して決定する。

引用文献

- 1) 磯野直秀：化学物質と人間、中公新書、1975.
- 2) 原田正純：戦争で使われた化学物質の影響、化学物質と環境、No52, 4-7, 2002.
- 3) 川名英之：ドキュメント日本の公害、第3巻、薬害・食品公害、294p、1989.
- 4) 藤原邦達：PCB 汚染の軌跡、医歯薬出版、1977.
- 5) 倉恒匡徳：ダーク油事件；小栗一太、赤峰昭文、古江増隆編「油症研究、30年の歩み」329p、九州大学出版会、2000.
- 6) 倉恒匡徳：油症ならびに油症研究の概要；前掲「油症研究」、3-8p.
- 7) ユエリャン・レオン・クオ：アジアの油症、子供の発達への影響、環境ホルモン、Vol.1, 182-192, 2001。
- 8) 野村茂：職業性皮膚障害、久保田重孝編「職業病とその対策」333-384 p、興生社、1969.
- 9) 野村茂：産業医学100話、176-177p, 労働科学研究所出版部、2004.
- 10) 川名英之、下田守：カネミ油症事件とは。止めよう！ダイオキシン汚染・関東ネットワーク編・出版、「今、なぜカネミ油症か」、49-78p、2000.
- 11) Harada M.,: Intrauterine poisoning, Clinical and epidemiological studies and significance of the problems, Bulletin of the institute of constitutional medicine, Kumamoto Universitu, Supple., 25; 1-60. 1976.
- 12) 原田正純ほか：カネミ油症（塩化ビフェニール中毒）小児の6年後の精神神経学的追跡調査、精神医学、19；151-160, 1977.
- 13) 原田正純ほか：起立性調節障害様症状と中毒の関係について、有機水

- 銀、PCB 汚染地区小児の健康調査、日本体質医学会雑誌、46；86-99，1982.
- 14) 津田俊秀：医学者は公害事件で何をしてきたか、岩波書店、2004.
- 15) 佐藤禮子：カネミ油症女性被害者健康実態調査報告、日本最大のダイオキシン被害、公衆衛生、67：444-447，2003.
- 16) 郭育良：PCB・ダイオキシン類環境毒性物質の人体への影響、「2004台日環境論壇、日台環境フォーラム」、台南市、2004.2.8.
- 17) カネミ油症事件第一審判決：判例時報、866号、21-119、1977.
- 18) 勝木司馬之助：油症の診断基準と油症患者の暫定的治療指針、福岡医学会誌、60：403-407，1969.
- 19) 坂下栄：発症から35年余を経ても癒えぬカネミ油症、日本と台湾における油症被害者の追跡調査、高木基金助成報告集、Vol.1，59-63，2004.
- 20) 下田守：カネミ油症と予防原則、環境ホルモン、Vol.3，63-70，2003.
- 21) 罹病率や疾患名を油症集団と対照群とを比較して油症集団に多い疾患を油症関連疾患とする。ベトナム帰還兵の問題が参考になる。
- 22) 「油症の検診と治療の手引き、2001」（全国油症治療研究班・追跡調査班 <http://www.med.kyushu-u.ac.jp/yusho.html>）
- 23) 上村早百合：カネミ油症被害者の実態調査、被害者の実態調査から明らかになった問題点とその必要な対策。熊本学園大学大学院社会福祉学専攻、2002（平成14）年度修士論文。
- 24) Yung-Cheng Joseph Chen, Yue-Liang Guo, Chen-Chin Hsu, Walter J. Rogan; Cognitive Development of Yu-Cheng ('Oil Disease') Children Prenatally Exposed to Heat-Degraded PCBs, JAMA, 268; 3213-3218, 1992.
- 25) Te-Jen Lai, Xianchen Lin, Yueliang Leon Guo, Nai-Wen Guo, Mei-Lin Yu, Chen-Chin Hus, Walter J. Rogan; A Cohort Study of Behavioral Problems and Intelligence in Children With High Prenatal Polychlorinated Biphenyl Exposure, Arch. Gen. Psychiatry, 59;

- 061-1066, 2002.
- 26) Yueliang L. Guo, Georg H. Lambert, Chen-Chin Hsu, Mark M.L. Hsu, Yucheng: Health Effects of Prenatal Exposure to Polychlorinated Biphenyl and Dibenzofurans, *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 77 ; 153-158, 2004.
- 27) Chloracne, Goiter, Arthritis, and Anemia after Polychlorinated Biphenyl Poisoning: 14-Year Follow-up of the Taiwan Yucheng Cohort, *Environmental Health Perspectives*, 107 ; 715-719, 1999.
- 28) Mei-Lin Yu, Yueliang Leon Guo, Chen-Chin Hsu, Walter J. Rogan; Menstruation and Reproduction in Women With Polychlorinated Biphenyl (PCB) Poisoning: Long-term Follow-up Interviews of the Women from the Taiwan Yucheng Cohort; *International J. Epidemiology*, 29 ; 672-677, 2000.
- 29) Guo Y. L., Lin C. J., Yao W. J., Ryan J. j. Hsu C. C.; Musculoskeletal Changes in Children Prenatally Exposed to Polychlorinated Biphenyls and Related Compounds (Yu-Cheng Children), *J. Toxicol. Environ. Health*, 41 ; 83-93, 1994.
- 30) Mei-Lin M. Yu, Chen-Chin Hsu, Yueliang L. Guo, Te-Jen Lai, Shin-Jaw Chen, Jung-Ming Luo; Disordered Behavior in the Early-Born Taiwan Yucheng Children, *Chemosphere*, 29 ; 2413-2422, 1994.
- 31) Yueliang Leon Guo, Ping-Chi Hsu, Chao-Chin Hsu, George H. Lambert; Semen Quality after Prenatal Exposure to Polychlorinated Biphenyls and Dibenzofurans, *The Lancet*, 356 ; 1240-1241, 2000.
- 32) Ping-Chi Hsu, Wenya Huang, Wei-Jen Yao, Meng-Hsing Wu, Yueliang Leon Guo, Georg H. Lambert; Sperm Changes in Men Exposed to Polychlorinated Biphenyls and Dibenzofurans, *JAMA*, 289(22), 2943-2944, 2003.
- 33) Shu-Li Wang, Tzung-Tarng Chen, Jing-Fang Hsu, Chen-Chin

Hsu, Louis W. Chang, John J. Ryan, Yueliang Leon Guo, George H. Lambert; Neonatal and Childhood Teeth in Relation to Perinatal Exposure to Polychlorinated Biphenyls and Dibenzofurans: Observations of the Yucheng Children in Taiwan, Environmental Research, 93 ; 131-137, 2003.

- 34) 川名英之：検証、カネミ油症事件、緑風出版、2005.
- 35) USEPA 資料、1994.
- 36) 矢野忠義：カネミ油症患者が調査した PCB 及び PCDF による被害の実態、2001年4月25日（資料）。
- 37) 水野玲子（カネミ油症被害者支援センター）：二世、三世にも続くカネミ油症の被害、週間金曜日、538号、2004年12月24日号。

その他参考文献

- 紙野柳蔵、倉恒匡徳、西村幹男ら：PCB.人類を食う文明の先兵、朝日新聞社、1972年10月.
- 田中潔：PCB と複合汚染の医学、東京大学出版会、1976年2月.
- 田中潔：PCB と複合汚染の医学、補遺、九州大学出版会、1986年9月.
- 矢野トヨコ：カネミが地獄を連れてきた、葦書房、1987年11月.
- 原田正純：金と水銀、講談社、2002年2月.
- 明石昇二郎：黒い赤ちゃん、講談社、2002年9月.
- 長山淳哉：コーラベビー、あるカネミ油症患者の半生、西日本新聞社、2005年3月.