

「昭和26年食中毒處理要領」より

P 5 1

2. 未届患者の發見、原因食の追求、販賣系統の調査等は食品衛生監視員
が中心となり保健婦その他の援助をうける。

P 5 3

(ロ) 販賣系統調査

原因食品の追求によつて一つ乃至は數個の疑わしい食品が發見せられた場合、その食品の購入先を元へと辿り、次に中心より逆に全販賣先を末端
え末端へと調査する。

P 5 5

(ハ) 實驗室的試験検査

以上の調査によつて一定の食品が食中毒の原因と疑われる場合は勿論、
確定した場合でも實驗室に於ける試験検査のデータでこれを裏付けるこ
とが望ましい。又これまでの追求では、その食品が如何なる細菌によつて
汚染され、若しくは如何なる有毒物質を含有附着していたために危害の原
因になつたかは、知り得ないので、これを決定するために實驗室の操作が
不可欠である。この試験検査には、細菌學的、血清學的、生物學的又は化
學的その他の必要な手技が利用せらるべきであり、その検査材料として
は、患者の食べ残した食品殘物、若しくはこれに近いもの、それ等の原材
料、患者の吐物、糞便、時には患者血清、屍體の一部等も利用せられる。
又サルモネラ中毒の場合には原因場所の附近にて捕獲した鼠より菌を検出
し、葡萄球菌中毒の場合にはその食品を取扱つた者の化膿菌を検出し、そ
れでおのおの食品より分離した菌と同定しうるや否やを検することは大き
な参考となる。

P 5 6

例えば潜伏期については、サルモネラ菌属による食中毒は 6、7 時間よ
り 10 數時間、おそくとも 2 日位であるに反し葡萄球菌毒素とか化學的
毒物によるものは數分より 2、3 時間にて發病することが多い。

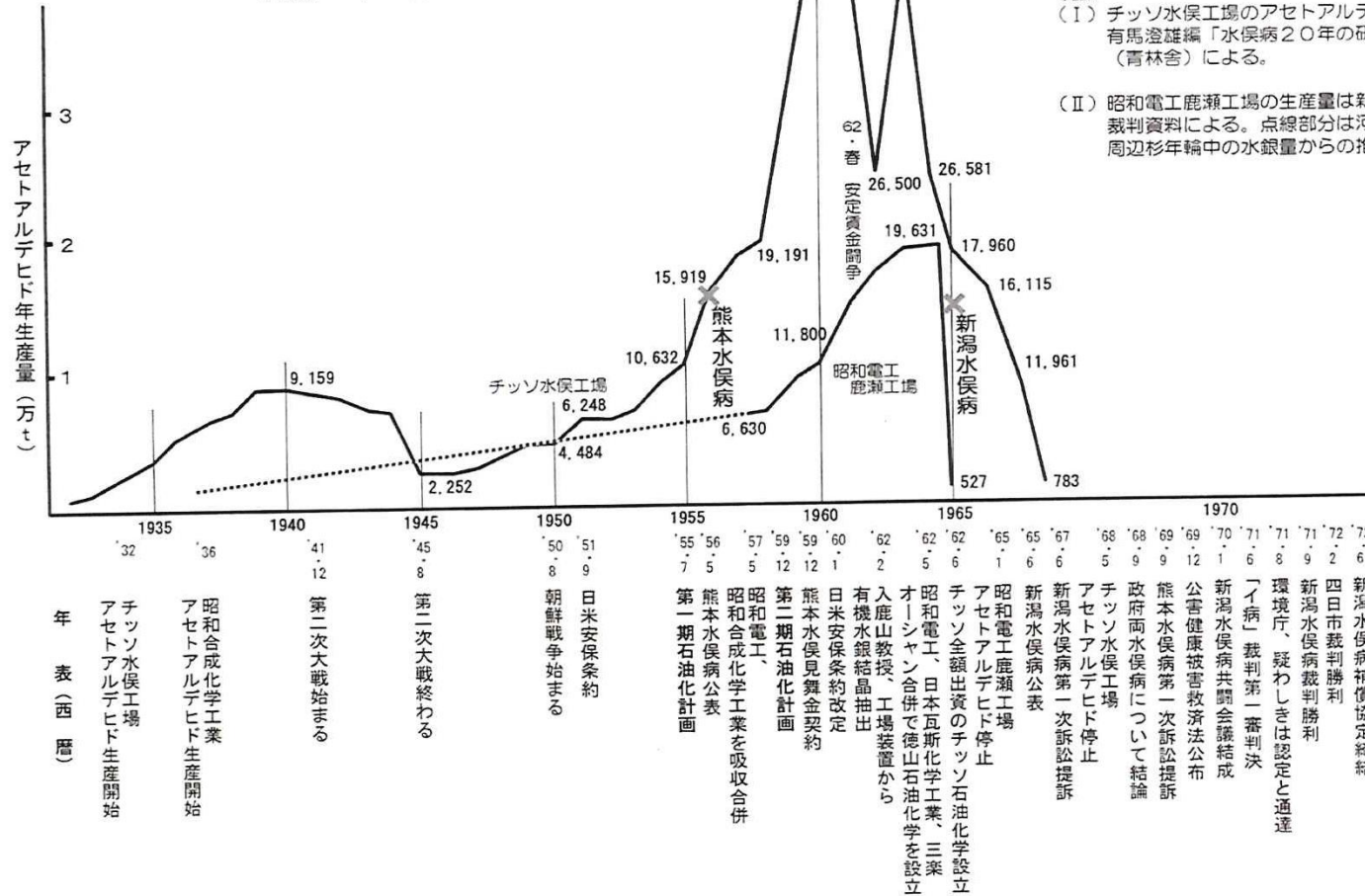
(但し化學的毒物にても體内に攝取され蓄積又は變化を受けて初めて毒
性を示すものはそれ丈多くの時間潜伏期として必要とする。)更に攝取し
た細菌又は毒物の量の大小等もこれに關係することを忘れてはならない。
症状についてもメチール中毒に於ける眼症状、河豚中毒の知覺麻痺(重症
では運動麻痺)症状等の特有なものは勿論明確であろう。同じ細菌による
ものでもサルモネラによる食物中毒は重篤で發熱があり、死亡者がときに
あるに比し、葡萄球菌毒素によるそれは、輕症で、経過も比較的短く、
嘔吐は強いが發熱、死亡等が殆どない等大體の見當がつくことがある。

P 5 8

又これに對する措置は、出来るだけ速かに實施しなければならない。原
因食品が初めから確認し得る場合は勿論、一應の推定しか出来ない場合に
於ても、危害の擴大防止のため必要にして十分な措置は直ちに講じなけれ
ばならない。危険性の範圍が、當初明瞭となつていない様な場合には、危
険の可能性の考えられる範圍全部に對して包括的な、廣汎な措置を行つて
置いて、爾後調査の進行によつて危険範圍が明確化するにつれて不必要で
あつた制限は順次解除し、最後には食品の利用の禁停止を必要な部分のみ
に壓縮して行くことが必要である。然しながらこの推定による廣範圍の措
置は豫備的なものであり、その相當大きな部分は前述のように制限を後に
解除して行くことが豫想せられるものであるから、この豫備的措置によつ
て關係營業者に與える影響は可及的少くする様十分戒心して、高々移動停
止、販賣停止の程度に止めなければならない。

チッソ水俣工場・昭和電工鹿瀬工場 年次別アセトアルデヒド生産量の推移

(昭和61年11月 坂東克彦弁護士作成)



- (注)
 (I) チッソ水俣工場のアセトアルデヒドの生産量は有馬澄雄編「水俣病20年の研究と今日の課題」(膏林舎)による。
 (II) 昭和電工鹿瀬工場の生産量は新潟水俣病第1次裁判資料による。点線部分は河辺広男氏の工場周辺杉年輪中の水銀量からの推定生産量である。

参考配布資料

年 表 (西 暦)

- 32 年 チッソ水俣工場 アセトアルデヒド生産開始
- 36 年 昭和合成化学工業 アセトアルデヒド生産開始
- 41・12 年 第二次大戦始まる
- 45・8 年 第二次大戦終わる
- 50・8 年 朝鮮戦争始まる
- 51・9 年 日米安保条約
- 55・7 年 第一期石油化計画
- 56・5 年 熊本水俣病公表
- 57・5 年 昭和電工、昭和合成化学工業を吸収合併
- 59・12 年 第二期石油化計画
- 59・12 年 熊本水俣見舞金契約
- 60・1 年 日米安保条約改定
- 62・2 年 入鹿山教授、工場装置から有機水銀結晶抽出
- 62・5 年 オーション合併で徳山石油化学を設立
- 62・6 年 チッソ全額出資のチッソ石油化学設立
- 62・6 年 アセトアルデヒド停止
- 65・1 年 昭和電工鹿瀬工場
- 65・6 年 新潟水俣病公表
- 67・6 年 新潟水俣病第一次訴訟提訴
- 68・5 年 アセトアルデヒド停止
- 68・9 年 チッソ水俣工場
- 69・9 年 政府両水俣病について結論
- 69・12 年 熊本水俣病第一次訴訟提訴
- 70・1 年 公害健康被害救済法公布
- 71・6 年 「イ病」裁判第一審判決
- 71・8 年 新潟水俣病補償協定締結
- 71・9 年 環境庁、疑わしきは認定と通達
- 72・2 年 四日水裁判勝利
- 73・6 年 新潟水俣病補償協定締結

資料 2

	チッソ		昭和電工	総計
	熊本県	鹿児島県	新潟県	
公健法による認定患者（補償協定）	1,790	493	716	2,999
1995年政治決着（医療手帳・一時金）	7,992	2,361	799	11,152
特措法・ノーモアミナマタ訴訟での和解	2,794		171	2,965
水俣病の特措法（被害者手帳・一時金）	19,306	11,127	1,829	32,262
水俣病の特措法（被害者手帳のみ）	18,307	4,416	139	22,862
公健法で認定されない者（再掲）	45,605	17,904	2,937	69,241

(2021年末での対象者数)

メチル水銀の曝露地域と非曝露地域での感覚障害の対比

	メチル水銀 曝露地域	メチル水銀 非曝露地域
四肢の感覚障害あり	A 6, 046人	B 3人
四肢の感覚障害なし	C 12, 046人	D 1, 267人

オッズ比 2.12倍

メチル水銀曝露によって感覚障害が引き起こされた確率（曝露群寄与危険度割合）99.5%

A = 水俣市の特措法一時金該当者

C = 2010年国勢調査での水俣市の40歳以上の人口 - A

B、D = 熊本県M町での調査（「水俣病の神経障害に対する加齢の影響に関する研究

— 非水銀汚染圏区在住高齢者の神経学的所見の検討 — 研究者：熊本俊秀（熊本大学医学部第一内科講師）より

四肢感覚障害の有無と非曝露地域との対比

	あり	なし	率	オッズ比	原因確率
水俣市	6,046	12,046	33.4	212.0	99.5
芦北町	6,149	7,418	45.3	350.1	99.7
津奈木町	2,351	1,077	68.6	921.9	99.9
上天草市	1,387	18,990	6.8	30.8	96.8
天草市	3,040	57,629	5.0	22.3	95.5

あり＝一時金等対象該当者

なし＝2010年国勢調査40歳以上の人口ー「あり」

オッズ比、原因確立＝熊本県M町との比較

法については、既に得られている認定審査資料(ない者については、別途、県が指定する神経内科のある公的総合病院の診断書。以下「公的資料」という)と総合対策医療事業申請者が提出する別途定める要件に該当する医師の診断書(以下「提出診断書」という)とを総合して行うものとする。」

ただし、全く新規に救済を求める者(六月の与党合意の時点以後に救済を求める者)については、「公的資料のみにより判断することとされ料のみにより判断することとされた。② 水俣病の医学的概念と因果関係について

国家損害賠償との関係からは、当然法上の規制権限があり、その権限の不行使と水俣病の発生・拡大との間に因果関係が認められるかどうか問題となる。しかし、救済を求めている人々の症状の有無及びその症状が企業の排水によるものかどうかという問題があった。水俣病であるかどうかの判断は医学的判断であるが、水俣病は、その概念の中に企業の排水との因果関係を含んだ特別なものである。公健法では、少なくとも「水俣病

(No. 1088) 1996. 4. 15

9 水俣病問題の政治解決

2 リスト

である可能性」が「水俣病でない可能性」よりも高くなければならないが、「水俣病である」蓋然性が半数を超えてはならず、その蓋然性が半分以上ある者については認定しており、国・熊本県は、水俣病として救済すべきは救済しているとの主張であった。認定患者については見解の相違がみられないが、水俣病の認定申請を棄却された人については水俣病患者とする医師もいて、見解の相違がある。いわゆる公的診断書と民間診断書の議論も、そのような見解の相違を反映した議論である。

医学的には「水俣病である」と「水俣病ではない」との二つに明確に区分されるものではなく、水俣病の診断は蓋然性の程度の判断である。公健法での認定は、医学的判断を踏まえ、「水俣病である」蓋然性が半分以上あるということであり、今回の救済対象者については、制度上次水俣病と認定されなかったからといって、医学的に水俣病の蓋然性がまったくないということではない。環境庁長官は、現地でも国会でも、救済を求めている人々について「いわゆるニセ患者と呼ばれるいわれはない」と明言している。

- 4 一時金の金額
- (1) 最終解決策での解決

ア 救済の内容

報告で、次のように合意されていた。九月の最終解決策では、一定の団体について一時金額を加算することと採用されたが、一括して支払いを受ける団体は、各人に配分する場を含む「その配分(各人についてランク付けを付与する場合は、そのランク付け金額の確定は、司法の和解協議の場又は団体の自主的な判断により行う。」とされた。

ウ 一時金の額

六月の三党合意では、額については「地域住民はじめ一般国民も納得できるような合理的なものでなくてはならず、そのような意味では司法の判断を参考として関係当事者間で調整を図る」とされていた。

一時金の額は調整案の検討をするのに必要であり、全国連以外の団体からは金額を示してほしいとの要望があった。しかし、全国連からは額を示さないよう強い要請があった。六月の三党合意では、一時金の算定方法については「ランク分けするのが適当と考えるが、なお、司法の判断を参考として、関係者間でさ

らに協議し、実施可能なものとする」とされた。しかし、その後の調整の結果、ランク分けを希望する団体は、熊本・鹿児島関係の全国連だけであることが明らかになった。

表 15 主な公害事例や職業病事例等に関する因果関係認定の原因確率

事 例	認められた人々が持つか政府が認めるおおよその原因確率
大気汚染	50－67%
原爆症	10%以上
ヒ素中毒	50%以上
じん肺肺がん	50－75%以上
環境アスベスト曝露と肺がん	50%以上

「食中毒調査マニュアル」より

(3) 原因食品及び食材の推定及び決定

① 原因食品及び食材の推定

- ア 患者及び喫食者調査から発症者の共通食を推定すること。
- イ 喫食状況調査結果から食品別の発症率を算出すること。
- ウ 患者の日時別発生状況から曝露時点を推定すること。
- エ 発症状況から原因食品と食材との関連性を探求すること
- オ 患者集団（受診者、入院者、菌検出者、特定の症状を有する者、特定期間の発症者等）とコントロール集団（給食、宴会食、仕出し等の共通食を喫食した健康者、同一社会集団の健康者、同一時期に異なる原因で食中毒症状を示した者等）の喫食状況を調査すること。（リスク比、オッズ比、信頼区間、カイ2乗検定などにより、原因食品を推定すること。）
- カ 調理・加工方法と患者症状との関連性について確認すること。
- キ 推定原因食品及び食材と病因物質の関連性を確認すること。

② 原因食品及び食材の決定に際しては、次の事項を確認すること。

- ア 発症状況から、原因を食品等（使用水、添加物、器具、容器包装及び玩具なども含む）に限定することができるか。
- イ 食品及び食材の残品から、食中毒の原因として特定できる病因物質が検出されているか。

有効性について（臨床試験の概要）

▶海外における臨床試験

海外（米国）において実施されました。ワクチンを接種する人とプラセボ（生理食塩水）を接種する人に分け、約28日間の間隔で2回接種した時、新型コロナウイルス感染症の発症がどの程度抑制されるかが比較されました。なお、発症の確認に当たっては、全身性の症状（38℃以上の発熱、悪寒、筋肉痛、頭痛、嗅覚及び味覚障害等）が2つ以上発現、又は、呼吸器系の徴候・症状（咳嗽、息切れ、呼吸困難等）が1つ以上もしくは臨床所見等で肺炎の確認があり、これらに加え、鼻咽頭ぬぐい液等を用いたPCR等の核酸増幅検査により陽性となった人を、新型コロナウイルス感染症が発症した人と定義されました。

約3万人の被験者を対象に、2回目の接種後14日以降の発症の有無が比較されました。その結果、過去に新型コロナウイルスの感染歴がない被験者において、94.1%のワクチン有効率が確認されました。

	解析対象となった人数	うち、発症が確認された例数	ワクチン有効率
ワクチン接種群	14,134	11	94.1%
プラセボ接種群	14,073	185	