

《座談会》 疫学調査研究結果について

出席者プロフィール（2007年3月現在）

吉村健清（よしむら・たけすみ）

1967(昭和42)年、九州大学医学部卒。公衆衛生、予防医学、疫学を専門とし、長年にわたり大学で教育・研究に携わる。カネミ油症の問題にも専門家として取り組む。産業医科大学名誉教授、前日本疫学会理事長、福岡県保健環境研究所所長。

大島 明（おおしま・あきら）

1966(昭和41)年、大阪大学医学部卒。大阪府立成人病センター調査部に入職後、主にながの予防に関する研究に携わる。森永砒素ミルク中毒被害者に係わる疫学研究には1982(昭和57)年より加わる。1996年4月から2007年3月まで大阪府立成人病センター調査部長、2007年4月から同がん相談支援センター所長。

田中英夫（たなか・ひでお）

1986(昭和61)年、秋田大学医学部卒。大阪府立成人病センター入職後、公衆衛生やがんの疫学に関する研究に携わる。森永砒素ミルク中毒被害者に係わる疫学研究には1995(平成7)年より加わる。大阪府立成人病センター調査部疫学課長。

松岡健一（まつおか・けんいち）

1961(昭和36)年、岡山大学医学部卒。岡山県の水島協同病院に内科医として入職後まもない1965(昭和40)年に、守る会の要請を受けて被害児35人の集団検診を行う。倉敷公害訴訟でも原告患者側を支援した。長年ひかり協会専門委員会委員長を務めた。ひかり協会岡山県救済対策委員会委員長。

細川一眞（ほそかわ・かずま）－進行役－

1952(昭和27)年、大阪大学医学部卒。次女が被害者であり、故丸山博教授に声をかけられて守る会運動に参加する。恒久対策案の作成や三者会談の開始にも専門家としてかかわる。ひかり協会設立時から理事を務めている。現在はひかり協会常任理事、守る会相談役。

死亡者調査研究が始まるまで

司会 では、座談会を始めさせていただきます。

まず初めに、なぜ疫学研究をすることになったのか、そしてそれを成人病センターに委託することになった経過についてお話したいと思います。

森永ひ素ミルク中毒事件の特徴の一つに、被害者が乳幼児であったために、代わりに親が運動を起こ

したということがあります。ところが昭和30年当時はほとんどの親が20歳代後半で、運動を続けるためには経済的にも時間的にも余裕がなかった。しかし丸山報告はそれから14年後ですから親は40歳代から50歳代になっている。だから以前と比較して社会的にも経済的にもゆとりが出てきて、親自身が主体性をもって運動を進めてくれました。だから良識的な判断ができたと思います。そして何よりも社会的な支持が得られないような方針はとらないということを大事にしてきました。さらに森永から賠償金を取ろうということではなく、子ども達の生存権や教育権をどうやって保障していくかということを中心に議論を始めました。それが他の公害被害の運動とは違った成果を生み出したのではないかと考えます。

丸山報告から3年余り、第5回三者会談で確認書が締結されるまでは、森永に対して責任を認めさせるために運動を続けていたが、その中で守る会自身で「恒久対策案」を作りました。これは、被害者の側から「加害企業が当然行うべき救済事業」を示したものです。実態調査、疫学調査の始まりは実はここにあるのです。「恒久対策案」を作るときに5つの原則を決めた。私達は国と森永に対し「この5つの原則を認めるならば、具体策は出来ることも出来ないこともあるでしょうから、相談に乗りましょう。まず原則を認めてから話し合いに入りましょう」と要求しました。5つの原則というのは、①森永の加害企業としての責任、②行政の責任、③ひ素ミルクを飲んだすべての被害者を救済する。そのためには、④実態調査で真実を明らかにする、⑤救済事業の内容は生存権、生活権、教育権などの権利を保障すること。

厚生省の齋藤昇大臣は被害者の確認については理解を示して、被害者手帳を発行してくれた。ところが森永は因果関係も未確認被害者のことも認めるとは言わない。4年近く経過して厚生省が「われわれが森永を説得するから」ということで始まったのが三者会談だった。その第5回の三者会談で確認書が締結されたが、その確認書の中で「守る会の恒久対策案を尊重してその実現に向けて努力すること」が書かれている。国はひかり協会の前身である中央救済対策委員会がその要請に応じて協力する、森永は救済事業の一切の費用を負担するという約束をした。

「恒久対策案」に掲げた医学的調査も含めた実態調査、これが実は疫学調査の発端なんです。やっ

当初から言っていた実態調査について動き出したのは昭和 53 年の第 10 回三者会談のときからだった。まず死亡者の問題を取り上げて、厚生省にお願いして死亡票を集めてもらった。集まった死亡票が 622 票、それまでの死亡者の 90%以上だった。

一番確実な方法は死亡調査を中心にするということになり、厚生省から大阪府を通じて、その仕事ができる大阪府の成人病センターの調査部に依頼した。そして実施要綱を作りました。実施要綱では大阪疫学研究会を作り厚生省や大阪府や協会からもメンバーが入ったが実質的な作業は成人病センターの調査部が担った。これが昭和 56 年くらいから動き始める。一方協会の中にも西尾先生（当時副理事長）を中心とした西尾委員会が、これまでのこの事件の医学的研究を整理して、今後必要な研究を定めようとしていた。この西尾委員会と大阪疫学研究会が相談して、死亡票を中心に調査を進めようということになった。死亡票については協会が弔慰金を差し上げる時にいただく。集め切れないものは厚生省が法務省に頼んで集めるという方法を当時はとっていた。しかし情勢に変化があり後者の集め方はだんだんできなくなり、今はもっぱらひかり協会が集めた死亡票を使って研究している。

以上のような経緯で死亡票による調査が行われてきました。

研究の体制と方法

大島 厚生省のほうで本籍照会を行って死亡診断票の写しを入手されていたと聞いています。1955 年から 82 年までの死亡について、一度死亡者だけのデータを用いて疫学研究班で死因割合の分析をまとめたことがあります。日本の場合本籍地照会すれば完全に生死がわかりますが、本籍地把握の完全性については必ずしも明確でなかったし、例えば性別不明といったものがあって、追跡調査するベースラインとしては不完全なものでした。一方で、ひかり協会はアンケート①グループ（以下「①グループ」と略す。：協会発足時に全保護者対象にアンケートをとり、協会との連絡方法の要望を 6 グループに分類した。そのうち、「協会と常時連絡を希望する者」を「アンケート①グループ」と呼ぶ。）に対して「健康と生活の実態調査」をちゃんとしていて、追跡対象をどうするかという問題について議論があってですね、当時の藤本調査部長が、ひかり協会が常時連絡のとれる「①グループ」の人たちを対象にする。

そうすると死亡の情報もきちんと得られる。こうして、調査対象は「①グループ」に限るということが、かなり早い時期に決められた。そこで、被害者のうち追跡調査の対象になったのは約半数になった。

細川 ただ、「①グループ」ですが、食品衛生法によって認められた確認被害者のほかにひかり協会が認定した未確認被害者がここへ入ってくるんですね。これは約 1000 名います。協会の事業を受けたいとって「①グループ」に残った中には、障害があるから残った人が多くいる。逆に「①グループ」に入らなかった人には比較的健康的な人が多かった。結局、「①グループ」は障害のある人が濃厚に入っている。だからすべての被害者の代表として考えるには問題があります。

吉村 そうすると、大阪疫学研究会というのは、この森永ひ素ミルク中毒事件の調査のために作られた組織なんですね。先ほど言われた実施要綱も作り、作業指針まで作っていらっしゃることに私は改めて感心しました。私はこれまでこのようなものをきっちり作ってやってこなかったものですから…。おそらくこういう非常に微妙な問題を含んでいるから、こういう取り決めを作って、ひかり協会の役割、国の役割をはっきりさせたのでしょね。

大島 忙しい厚生行政のかたわら法務局に足を運びにくくなったのか、またはそれにたよらなくても協会がしっかりしてきて「①グループ」のデータによればよいことになったからか、厚生省の方の役割は減ってきましたね。

細川 私は「三者会談」での話し合いから見て、だんだん法務省の態度がかたくなになってきたことがあると思いますね。厚生省のほうから要請してもなかなか動いてくれなくなりました。

大島 そうですね。個人情報保護とかいうことで、調査がしづらくなっています。個人情報は生きている人の権利なんですがね。ところが亡くなった人の取り扱いもそれに準じて厳重になってきている。

本籍地照会は法務局の許可を得てできるんですけども、それが得られない場合は住民票照会をする、そうすると生死はわかる。ところが今度は住民基本台帳の閲覧や写しの交付も厳しくなっている。そういう一般的な状況があるなかで法務局が固い態度をとりだした。

吉村 そこらは私達も一緒に、戸籍がわかれば法務局までたどり着けるわけですが、それがなければかなり難しい。生年月日、死亡年月日、性別と住所地の情報のみで死亡者の死因を死亡票ファイルのなかから探すということを試みることができるようになったんですが、何十万人の中からきっちり当てるためには、公的な記録による生年月日、死亡年月日でないと出来ませんね。だから非常に追跡がしにくくなった。厚労省も助けたいのは山々だけど、今の状況でなかなかできない。

大島 アメリカなどの場合でしたら、生年月日や住所などをコンピュータに入れると死亡票をぴたりと当てて出してきたり、ほぼこれだろうというものを出すことのできるナショナル・デス・インデックスというのがあるんですね。日本の場合はこれまで死亡テープの中に氏名入りの情報が入っていませんでした。それが最近ではオンライン報告システムというので名前入りのファイルが市町村では技術的にはできている。ところが先ほどの個人情報保護法の観点でどうなのか、実際には利用できないという問題がある。

で、この疫学調査はひかり協会と常時連絡のある「①グループ」に限っているんで、これまでずっと続いている。しかし、このような「①グループ」の情報といったものがなければ追跡調査もできないわけで、それは問題なのではないかと思えますね。

松岡 そうすると今回の研究は、協会の発信する「①グループ」がベースになっているものということですね。

大島 そうですね。本来なら確認患者の名簿をずっと調査し続けるべきだったと思えますね。でもそれ

は最初だけ少しやりかけたが、続かなかった。

研究結果の公表

松岡 結局それは公表はやっているのですか。

大島 ええ、被害者で亡くなった人について一般の方と死因の割合を比較して論文にしようではないかということ昭和 63 年頃に関係者にお諮りしたことがある。この時は公表にまで至りませんでした。しかしひかり協会にはこの分析を含めて報告を毎年出しています。

松岡 私もいただいたことがあるが、マル秘扱いでしたね。

大島 今度は、論文が公衆衛生雑誌に載りましたが、これの関係の資料としてこういうものが以前にあることを示すこと、そうでないと、例えば今度の論文の中にもこれを未発表論文として引用しているから、あれどこを見たらいいのということになる。

松岡 これまでの論文はすべて学会には未発表？そしたらこの 63 年のものは？

細川 ひかり協会にはすべてのものが毎年報告されている。63 年のものは、藤本先生が外国の疫学専門誌に出そうとして準備されたんだけどいろんな事情であきらめたんです。これはこの特集号に掲載しています。

吉村 何かする場合にまず事実を出すわけですね。良かったり悪かったりするわけですがまず事実を直視することが大事ですね。

細川 私達は恒久対策案を作ったときから乳児のひ素中毒で130人も亡くなるような大規模で特異的な事件の医学的な記録を残してほしいというのは親の一致した願いでした。

大島 私達も疫学研究班として毎年委託費を出してもらいながら、ひかり協会に報告して終わりでは社会的責任を果たしていないから、何とか公表したいと思うようになりました。そして今回は厚労省の方にも理解いただきました。今の担当の方はきちんと理解してくれました。

細川 発表に至ったもう一つ大きい原因は、今は親のあとを受けて被害者の諸君が守る会をやっていて、この被害者が運営している守る会が、疫学調査の結果を公表すべきだと強く主張してくれていることです。

松岡 調査結果から見ると、だんだん一般集団の死亡と変わらなくなっている。これは私の考えでは、ひかり協会の行っている事業の厚みがあることも一因ではないか。ある精神科の医者が「ひかり協会の被害者は一般に比べてすごく手厚くされている。恩恵を受けている」と言っていた。そういったことがどれだけ影響するか、その効果を証明することは不可能だとは思いますが、私のかかっている大気汚染の患者でも医療費・生活保障がでるといような厚いケアがあるから、病院に長くいられることは厳然たる事実だ。

そういう社会的な要因もあるのではないかと、私はそう思っている。それを客観的に評価する方法はないかと常に考えている。こんな子がこんなに長く元気でいられるのかと驚くケースも何件かある。

大島 松岡先生は、今までの医療を中心とする救済事業の手厚さから来る結果とも言えるのではないかという意見でしたが、そういう面もあるかも知れません。ただ、ひ素というのがんとの関係が気になります。そしてこれからがん年齢に当たるのですね。これからのがんのこと、がんの予防といったことが救済事業のテーマになる。医療に加えて、予防を事業のなかでどうするかが大事になってくる。

細川 これからの事業の内容にかかわってのお話はまた後ほどお願いするとして、論文をお書きになった田中先生にご説明いただきます。ポイントのご説明とあわせて、この辺を苦勞したということや改善してほしいという注文があればお出しいただきたい。

研究結果の内容について

田中 私は1995年に前任者から引き継いだ形になりました。まず構想上で苦勞したことの第1は、調査対象をどうするかということでした。「①グループ」調査にしぼって見るということになっておりました。ところが調査が開始された1982年時点で「①グループ」であっても、結婚などを契機に「①グループ」を抜けていくことがあることが判明しました。しかも数年やって気づいたのですが、その抜け出した人のなかからはあまり死亡者が出ていないということがわかったんですね。そうするとその後の調査が正確なものにならない。協会に聞いてみたら、どうも「①グループ」を抜けてしまった人が死亡してもそれをつかみきれない傾向があることがわかった。そこで、1982年当時に「①グループ」であったということとともに、その後も死亡以外の理由で「①グループ」を抜けていない人に限って集計することとした。つまり、もし死亡された時には確実に死亡診断書が入手できる人に限って集計したということです。今回の公衆衛生雑誌に投稿したものは、その人たちについてのものです。ですから、死亡率が高く表れています。

第2は、摂取したひ素の量、暴露量はわかりませんので、何とか当時の健康状態やその後の健康状態に関する情報を入手して、そのうえで集計に反映させるというふうに考えました。それでやりましたが、82～83年当時に対象者に行われました「健康と生活の実態調査」の結果の中で、82年当時、つまり対象者の方が27～28歳の時点における就労状況があったので、就労・非就労の大きく2つに分けました。特に非就労の男性の方は就労していた方に比べて健康状態が良くなかったのではないかと考えました。そこで、そのように対象者を分けて集計しました。

それから、40歳代を超えてがん年齢に近づいてくるということもあり、2000年からがんの罹患状況

についても調べようということにしました。出された医療費の申請書をもとにがんの罹患を把握して、死亡と併せて調べることにしました。

今回の結果について簡単にポイントをご説明します。観察期間が長くなるにつれて、一般人口における死亡率の差、比がどんどん縮まってきまして15年以上を超えると1.1となつて、差がなくなってくる。特に男性の就労者に限つていうと、10年を過ぎると期待死亡率に対する実測の死亡率は0.8と、むしろ低くなつている。これは、82年当時就労状態にあつた被害者にとっては喜ばしいことではないかと考えます。一方男性の非就労者については観察から15年過ぎた時点において死亡リスク比が2.3と高い。ですから一部の健康状態の良くない被害者については、問題の抽出と健康についての予防対策を考える必要がある。

それから、死因別に見てまいりますと、O/E比として最も高いのは神経及び感覚器による死亡です。死因でいうとてんかんの発作、あるいは発作に伴う転倒による死亡率が一番高い。しかし、神経及び感覚器による死亡率はもともと他の死亡率ほど高いものではないので、全体の死因のなかに占める数はそんなに多くはないのです。つまり、もともと一般の中ではリスクが低いものなんです。だからリスク比で見ると高くなる傾向がある。それに関連して、少し気になりましたのが、交通事故死による死亡リスク比も男女計で2.0倍と高くなつていることです。ひ素による中枢神経系への障害は過去の剖検の例から報告があるので、もしひ素による中枢神経系の障害が後遺症として残つていて視野狭窄や感覚あるいは運動神経の障害等の後遺症として、交通事故の発生に関係していることも少しあるかも知れないなというところ、気になつたことです。

それから、がんにつきましては、高かつたリスクは喫煙者における肺がんだけですね。これは一般の傾向と一緒にありまして、被害者の非喫煙者におけるリスクは高くなかつた。過去の報告にあるような、ひ素の経口摂取と肺がんとの関係については、今回の被害者においては見られなかつた。

肝がんについては、肝がんによる死亡は4人あります。今のところリスクは高くはありません。しかし、特にC型肝炎関係の肝細胞がんは好発年齢が50歳代後半以降でありますから、今後この辺は少し気をつけていく必要があるんじゃないかと思ひます。もし、乳幼児期に輸血もしくは頻りに医療行

為を受けたということでしたら、昭和 30 年代でしたらかなり医原性の感染ということがありますので、肝炎あるいは肝硬変に関するリスクの評価及び対策について気をつけていくほうがいいのではないかと考えます。

調査に関しましては、ひかり協会で死亡診断書の写しを用意してもらっていますので調査自体のこちら側の作業はそう大変なことではありませんでした。おかげさまで毎年報告することができております。以上です。

大島 今の田中先生の指摘に付け加えますと、死亡診断書の写しでの解析でしかありませんので、日本では 1995 年から ICD10（国際疾病分類第 10 版）を使うようになりましたけれど、その時に厚生省は死因に心不全とか書くのはやめてくれということになりましたが、それまでは心不全というのはいりだつた。ここでも心不全としか書いてないのが 22 人ほどあつた。それはかなり難儀な話だが、ここでは心不全のもとは何なのというところまでは分析していない。

田中 心不全による死亡は全死亡の 10% あつたんですね。本来は他の死因に入るべきなのにそこに落ちているので、他の死因の死亡リスクが低めに計算されている可能性はある。

死亡診断書と追跡記録をあわせて見ることの大切さ、そして予防が大切

吉村 比較集団である大阪府も同じ時期には同じように心不全として扱われているから、私は、比較性を保つという点であまり問題ないと思いますね。ただ、心不全が何によって起こったかを知りたいのに見られないところがあるので、そのところは別途亡くなる前の状況の資料などでカバーできるものがあるのかも知れない、と思っています。

これは死亡を扱ったものですが、医療記録というものが片方ではあるわけですね。さらにこれまでも実態調査ということでかなり詳しくやっておられますね。このような記録は、医師の診療記録そのものではないのですが、死亡診断書と併せて見てみるとこの意味合いがもっと見えてくるのではないかと。被

害者の皆さんがどういう状態にあるのか、全貌はなかなか難しいでしょうが、見えるものがあるのではないのでしょうか。

大島 今、吉村先生がご指摘になった記録は、ひかり協会の現地事務所にある。そういう話も一時あったのですが、ご指摘があったので、改めて、全部については無理ですが例えば肝がんを絞って見てみるといったことは、今後する必要があるでしょうね。

田中 お亡くなりになる前のことが知れる検診のデータとか、診断書の結果等から、死亡前の病状の程度などを加味して解析してみることも重要ですね。

吉村 守る会の協力を得て、被害者の方の面接をよくされていますね。あれがすごく被害者の顔が見えるものになっていますよね。そういうことからすると、この疫学調査の意味についても被害者の皆さんに理解されやすいと思います。したがって同意も得られやすいでしょうし、どういう結果がでてもしっかりと説明できるし、おそらく理解も得られるでしょう。

大島 松岡先生が「14年目の訪問」は数値は出てこないが素晴らしい疫学調査だったと評価されたんですが、今回のこういう数値とそれぞれの個別のレポートを丹念に合わせると真実の姿が見えてくる。どこかに焦点を絞ってそのような調査をやることは、今後は必要でしょうね。

松岡 昨日岡山の医療保健専門委員会をやりました。保健師さん、協会の相談員、われわれ医師でやりました。そのメンバーは被害者の全体像をある程度把握したいという気持ちがある。その把握したことを一人ひとりの被害者に情報提供したいわけですね。ところが、基礎データはあってもまとまったものがこれまではなかった。昨日の会議でその問題が浮き彫りになりました。ところがセンター長は協会はそういうことをやれという方針になってないと言う。でも、協会検診もやってその健診データも集めて

いるんだから、本部がやれと言わなくても当然やるべきではないかと意見を述べました。

もう一つの、老健法に基づく健診のデータを集めることは特に難しい。本人が出してくれない限り集められない。被害者の一人ひとりの自主的な意思によるものだから根気強くやるしかない。でもね、協会は援助のお金も出して相談にもものっているんだから、データをまとめておくことはやっておこう。という話をして、だいたい合意しました。これは協会の健診についてですからその気になればすぐできる。何年かまとめてやるより、今からやっておかないと5年も10年もすれば担当者も替わってデータも埋もれるかもしれない。まあ、これについては「①グループ」よりも狭い、リスクの高い被害者になるけれど。これが疫学調査にどのように組み込めるかはわからないけれど、全体像をつかむうえでの重要な一部にはなると思う。

吉村 油症患者も同様だった。統一健診表を作って、それをデータにして全部集めることにしている。残念ながら、健診受診率が低い。けれどもそういうシステムを作ることは役に立つ。ひ素ミルク中毒被害者の場合も、各自が健診を受けたところにデータはあるでしょうし本人が申請すれば出してもらえると思いますが、それも大変なことです。過去のことは置くとしても、今後どうするかは考えておくべきでしょうね。

すぐにも出来るがん予防対策—C型肝炎と肝がん

大島 健診としては、今までは老健法に基づくものと労働安全衛生法に基づくものがありますが、それらのデータは今なかなかアクセスできにくいですね。それ以外に被害者に対象を限って行っているひかり協会独自のもの。たとえば肝がん、今は4名の死亡ですが、健診でのB型肝炎C型肝炎のキャリアがどのくらいいらっしゃるのか、ポイントを絞ってやってみる。それで何か有意義な答えが出そうということになれば、さらに次のポイントを絞って調べるというようなことになっていくのではないかと。

松岡 B型肝炎、C型肝炎の検診は協会ですることになっているので可能だろう。

広島の齋藤先生が熱心にやっておられる。岡山でも肝がんが去年1人、あと1人も可能性がある。だからぼつぼつ被害者にも出てきている。

大島 田中先生と前任の亡くなられた日山先生は、まだC型がわからない頃から肝がんの疫学調査をしていますので造詣が深いです。とりあえずそのB、Cのデータから解析をするということで、どういう状況にひ素ミルク被害者の方はいらっしゃるのか。間違いなく当時の医療行為によるいわゆる医原病としての肝炎はあるはずだし、それでなくとも西日本は高いわけだから、被害者で特別高いかどうかはわかりませんが、調べる値打ちはあると思います。

吉村 この被害者が乳幼児期に輸血を受けたという例は多くあるわけではないのですか。

松岡 岡山の当時の記録を残した「赤本」を見ると、岡山でも何件かは輸血したとありますね。私は輸血もさることながら、当時の岡山大学の剖検例ですね、剖検例のブロックをもう一度切って、肝臓の組織を見ましたらね、とてもひどいんです。急性期の肝障害が。血の海というか、これが肝臓かと思うくらいに。まあこれは亡くなった人ですから生き残った人はこれほどではないにしても、近い状態があったのではないかと。その人たちが立ち直って再生力で乗り切った。最初は私達は「肝障害、肝障害」と言っていたんですよ。ところが思ったほど肝障害が出てこない。しかしそのような人たちがそれ以後輸血したにしろしないにしろ、肝炎ウィルスの影響をどのように受けたかは、医学的には関心があることです。50歳代の中期に入りますから、発症者がふえれば、発生当時から振り返って、広い視野で検討してみる必要があるかもしれません。根拠のない警鐘を乱打することはないんですけど、検診の必要性は、エコーでいいですからしっかりとしてほしい。肝障害、肝がんについては長いスパンでちゃんと計画を立てたほうがいいでしょうね。今は早期だったら治療方法としてPEITもあるしマイクロ波もあるし、ある程度抑えることもできるようになっています。

大島 肝がんの早期発見というのとは別に、慢性肝炎の状態で見つけて、インターフェロン、リバビリンという形でウイルスそのものを除去するということが、今だったらまだ間に合う。そういう方もいらっしゃるでしょう。そのためには今あるデータを組織的に見せていただいて解析することができればいいなと思いますね。

細川 データは現地にある。だから、本部でこれこれこうしなさいと指示をしないと宝の持ち腐れになっている。毎年の報告を読みまして、事業を実施する理事の立場から言わせていただくと、一つは障害のある人は死亡率がだいぶ減ってきてはいるけれど15年以降でもまだ高い。ここは今後もっと手を入れていかないといけないだろう。

もう一つは、被害者に対して「これからどういう健康被害が現れるかわかりません」と言ってきたが、不安感を与えています。でもこの報告では障害のない方の死亡に関しては、一般の人口と変わりありません。被害者はずいぶん安心して自主的健康管理に取り組めます。ただ発がんについてはまだ未知なのでがんについては気をつけるように言っています。そのがんにも、すぐに手をつけられるものに、C型肝炎対策があります。医療費については協会が持ちますので経済的な負担はないから、協会側がちゃんと助言すればもっとインターフェロンによる治療率は高くなると思います。

大島 そうですね。一般的に日本では肝炎検診を受けられる環境にありながら、検診を受けていない、検診を受けても十分に治療していない例が多いですね。ここの被害者にはそうはならないよう、きちんとしたエビデンス（科学的根拠）のある予防、治療を提供してもらいたいですね。

細川 これはすぐにでも手をつけて計画を立てることができますね。提言を生かしたいと思います。

皮膚がんの件に関してですが、過去のひ素中毒の特徴である皮膚がんについて気をつけていたのですが、現在のところほとんど出ていない。ボーエン氏病も数例でしたね。

細川 皮膚には注意を向けていたから、点状白斑や皮膚角化症などについては各地の皮膚の専門医に診てもらおうシステムを作っている。

吉村 私が知っているのでは内モンゴルで飲料水に含まれていた報告があるが、かなりひ素による皮膚症状が出てきている。ミルク中毒事件では期間が短く、代謝の極めて盛んな乳児ということで違いはあるが。

死亡のデータと臨床のデータをあわせた検討を

大島 期待値を出すのに大阪を使ったのは、近畿地方やそこに近い岡山などに被害者が比較的多いからだとしていますが、実は大阪の死亡率は他の府県に比較してやや高い。だからO/E比は控えめに出してしまう。

吉村 まあそれは全国のと比較することもされているんでしょ。

田中 いえ、伝統的に大阪のものと比較することになっているのでしていません。

松岡 先ほど、実数はさほど大きくないけれど、神経系なり感覚器による死亡が相対的に多いということですが、これはやはり脳血管障害によるものであるという証拠はないですね。

田中 脳血管障害は循環器に分類しています。脳血管障害でわかっていますのは脳出血が7名、くも膜下出血が4名、脳梗塞3名です。

松岡 誤解しておりました。やはり中枢神経系では問題点はやはりてんかんですね。これは前から気になっていましたが、死因として、ある程度影響していますね。

吉村 これも気になりますね。死亡のデータと臨床のデータと2つありますね。あわせて考えてみると何かわかるかもしれませんね。

松岡 各府県の救対委の体制の違いがあるでしょうが、遺族に配慮しつつも亡くなられ方はどうだったのかということレポートできればいいのではないかと思います。岡山の場合はそれに近いことができるような気がするんです。臨床家のルートがあるから。大阪の場合は被害者の住居が広範囲だから難しいだろうが中都市では被害者の集中しているところがだいたいわかる。葬式にもセンター長あたりが行っていますから、なくなり方は把握していますね。ただ、それを医学的レベルにまでどうもっていくのが難しいところですね。現地へ行けば相談員のレポートはある。

吉村 きちんとした情報があればいいなと思いますが、現実には今あるものしか使えない。だから私達の言葉で言うバイアス、偏りみたいなものが出てきても、その情報しかなければ、その情報を解析した結果からどれくらい推測できるか、そういうことを考えながら患者のケアをどこまでできるかでしょうね。

田中 まず出来るところからでしたら、既存の資料でね、どれくらいのものがあるかということを確認をしたうえで、例えば健診のデータでHBs抗原とHCV抗体を検査しているということでしたら、陽性率からでも出す。そして同じ世代の日本人の陽性率のデータはありますので、それと比べてどれくらい高いのかあるいは変わらないのかといったところからでも調べることでしたら現実的ですね。

大島 何か出来るところからやるといいでしょうね。松岡先生からご指摘のあった数値では尽くせぬところを、今ある既存の資料で補うようなことをやってみてはどうかということですね。

松岡 細川先生、協会健診のB型とC型肝炎、これは抽出できますよねえ。

細川 自治体健診のもできるでしょう。把握はできます。

大島 「①グループ」の中で受けている人のデータへのアクセスはどうしているのですか。ご本人の承諾を得ていただいているということですか。

松岡 具体的に言うと、自治体健診を受けてその結果を本人がもらうでしょ。それを協会へ持ってくる。

大島 そういうデータが現地にあって、われわれがそれを見せてもらえるなら、すぐにでもしたいですね。

松岡 健診費用は出すが、検診結果をまたわざわざ協会に見せてくれる人ばかりではない。けれど協力員は、積極的だから出してくれといたら出してくれるでしょうね。あんまり期待はできないが。

がん検診はこれからどうなる—医療制度改革と関係して

大島 医療制度改革との関連で言えば関係あるのが特定健診、特定保健指導ですね。いままでと違って、自治体がやっていた健診を保険者がやるという形に変わる。それは電子化されていくからもらいやすくなるかもしれない。健診のしくみが変われば、協会の役割も変わるかもしれない。

松岡 がん検診のなかで受診率の割と高いのは乳がん検診です。女性としては気になるのでしょうかね。

大島 それは正しい判断でしょう。マンモグラフィであれば、実効性が高い。有効性が確立されている、胃がん検診はバリウムを飲んでレントゲン、大腸がんは便潜血検査、子宮がんは細胞診、そして乳がん

のマンモグラフィ。これらの検診は、これから市町村で残るが、日本では受診率が低く必ずしも成果があがっていない。だから、被害者でまだ受けていない方はぜひ受けてほしい。また、協会でもさらに受けやすいように環境整備をしていただきたい。ただマンモグラフィはそれほど受けやすく整備されていない。

松岡 かつては外科医の触診でやっていたけれど、今は医師会レベルでもマンモグラフィが前面に出されてきましたからね。私のところでは幸い若い外科医が乳がんに関心を持っていて、時間があればしょっちゅう健診コーナーへ行って来院している女性に向かって10分講話みたいな感じでマンモグラフィ検査を受けましょうと訴えている。聞いていたら受けてみたくなるようないい内容です。よくある怖さを強調して脅かすような内容でなく、「こういういいことがあった、受けたらこんなによいことがある」という言い方ですね。だから「じゃあ私もいこうかな」となる。こういうやり方をすれば受診は急速に進むと思いますね。みんなが受けようという気になる。被害者で乳がんの死亡はどうですか。

田中 罹患でみると多いが死亡は少ないです。

細川 被害者のなかから救済事業協力員というのを500人余り決めまして、1人10人くらいを担当しまして、それで「今年はお元気ですか。健診に行きましたか」といった内容で「おたずね」と「呼びかけ」をする。これで親密な関係を築きつつやっている。そうすると、他のところから言われても健診に行かないけど同じ被害を受けた仲間である協力員から言われたら受ける人もいる。また最近の特徴として協力員に女性が多い。つながりが出来て女性同士仲良くなっており、非常に大きな力を発揮してきている。この取組みが進むと、そちらの方からがんの受診率を上げていける。今でも一般に比べて受診率は高いです。

ただ今後制度が変わって、自治体のすべてが強化した健診をちゃんとやってくれるかどうか心配がある。

大島 このごろ自治体の予算が制約されているから……。

細川 今、協会は公的な人間ドックを受ければそれへの費用援助も行っている。これからそういう制度を拡充していくか、または場合によっては、がんの検診は自治体健診から引き上げて、どこかでまとめて受けてもらう、例えば岡山でしたら松岡先生の病院にお願いするとか。自治体病院も協力してくれま
すから、ひかり協会として契約してまとめてそこでやるとかね。少なくともがんの早期発見については
考えていってもいいのではないかな。そして、結果としてがんは多くても死亡は減らす。

松岡 40歳になる前、やり方を変えるまでは、被害者が集まって一緒に受けていたんですよ。医療生協
や国立病院、日赤、済生会、それにいくつかの自治体病院が、ひかり協会健診の受診機関として手を挙
げてくださってやっていた。年1回会議を開きますとほとんど皆出席なんです。そういう地域のセンタ
ー病院が地域の検診問題について非常にアクティブになっていた時期がある。もっていきようによつて
は協力してくれると思う。そしてその結果は同時に自治体にも報告する。そうすると自治体からの援助
もあるから協会としてのコストも少し下げられる。今、倉敷医療生協の組合員については半日ドックを
受けた人を自治体に請求している。自治体の方もある程度実績を上げることになるので受け入れてくれ
ます。そうすると自己負担分が軽くなるでしょう。うまく組み立てて行政の理解が得られれば、乳がん、
胃がん、肺がん別々の日に受けに来なくても半日くらいですませられるから負担が軽くなる。これも受
診する側の要求なんです。一度協会の方でも検討してみてもいいかな。

大島 今回の改革からがん検診が取り残されて、自治体の実施主体のまま平成20年度以降も続けられ
ど、自治体はがん検診の予算が苦しいとってこの何年か1割カットを続けていますので、この辺がど
んなふうになるのか。がん検診は当面、狭間（はざま）にあって、ベースに自治体の検診があるのなら、
協会はどうするのか当面は見えにくいところもある。

松岡 公的なものならばドック方式も協会は援助の対象にするようになった。そこへはめれるものははめていくのが良いと思う。

細川 先ほどおっしゃったように、受診する側からすると何回も検査に出かけるのは大変です。だから一括してやってくれれば受診率は上がりますよ。それが被害者の声です。家にいる専業主婦でもそう言いますね。そういうニーズにはちゃんと応じたほうがいい。ドック方式を拡充していくか、あるいは一定の病院と契約してその日に全部一緒にやっていただくか。そういう工夫はしていく必要があるだろう。

大島 昨年の4月に新設されたニコチン依存症管理料、この6月からはニコチンパッチも薬価収載されていますから、ひ素ミルクの被害者だから多いわけではないけれど喫煙者は肺がんのリスクが高いですから、これからまだまだ肺がんの好発年齢が続きますので、喫煙者への禁煙支援ができるニコチン依存症管理料にうまく誘導するというこもしていただくとよいのではないかと。

細川 C型肝炎や煙草の問題など、今の状況の問題でも手を打つことが可能なことを今日助言いただきました。これらについてはまた、専門委員会などで議論していただいて実施したいと思います。

大島 今までは医療というのが手厚くされたと思いますが、これからは予防についても手厚くしてもらうのがよいでしょう。人間ですからいつかは亡くなりますが、予防によって防ぐことの出来る病気による早すぎる死亡は防ぎたいですね。まあこれは一般的なことですけれど。

松岡 評価する活動を重視するのもよい。例えば禁煙指導をする場合もうまくほめる活動が提言されたこともあります。

大島 しかし、ひ素ミルクの被害者はもう 50 歳代ですから、健康に対する関心は高くなっているはず
です。それにもともと健康に対して不安をもっている人が多いから、喫煙している人が止めようと思っ
たときに協会から何らかの一定の情報と支援が、パッチの自己負担分への補助も含めて、出来るんじや
ないですか。以前でしたら「やめなさい」というだけだったのが現在はずいぶん違っている。

研究結果を被害者救済に役立てるには

細川 田中先生は、この報告をまとめていただいて、お気づきになったこととか、協会に対する提言の
ようなものはありますか。

田中 繰り返しになりますが、被害者の方は発がん年齢に達しつつある。現在日本にあるがんを予防す
る技術は、上手に使っていただいたらよいと思う。喫煙に関してもさきほどのような技術がありますの
で肺がん予防のためにもやられたらいい。肝炎に関してもそうですし、実態調査も含めて取りうる方法
があるものはぜひやる方向で考えられたらいい。

この結果については、被害者に出来るだけわかりやすく伝えていきたい。そして、内容のなかには今
後自信を持って生活や仕事をしてもらえる結果もありますので、わかりやすく伝える責任があるのかな
と調査に携わった者としては思います。

細川 私のほうでも、被害者にもわかりやすい「解説」をこの論文と一緒に特集号に載せるつもりで考
えている。

検診・予防も含めて協会のがん対策はプロジェクトチームみたいな組織を作って、これまでのものを
作り直す必要があるのではないか。議論するとなると、救済事業専門委員会のなかの医療関係の作業部
会が担当することになると思う。できたらそういうところへ大島先生や田中先生にお入りいただいてご
助言いただければありがたい。これは早急にやっていきたいです。

大島 今ごろようやくという感もあるのですが、昨年、議員立法で「がん対策基本法」が成立して、19年度の上半期には国でがん対策推進基本計画を作り、それを受けて都道府県はがん対策推進計画を作ることになっている。アメリカですと1971年にナショナル・キャンサー・アクト（国家がん法）を作って、がん登録でモニターしながら対策を推進して1990年代からはがん罹患率が減少する、死亡率も減少するという成果をあげている。日本の場合は胃がんの罹患が減っているのですが、一見がん死亡率が減っているように見えるのですが、がん対策としての成果というものが上がっているわけではない。これから国や都道府県ががん対策をやるというからそれも参考にしながらも、ひかり協会の事業は、そういう公的なものだけでは不十分なところがありますので、補完していければそれなりのものが出るのではないかと。

おわりに—今後の研究と事業への提言

細川 最後に吉村先生、何かお教えいただけることとか、ご感想をお願いします。

吉村 この協会の取り組みを見せていただいて、一つはこういう事件の解決を考えるうえで三者会談というものが重要だったんだなと思いました。二つは、協力員ですか、見える形で被害者とのコンタクトになっている。これは非常に大きいことです。ふつうはあまり見えていないんですよね。油症事件でも私達も当初は直接接することが多かったのですが、だんだん少なくなりました。福岡と長崎が主たる発生地なのですが、長崎県は同じ先生が診ていることが多いのでかなり患者さんとの接触が多い。ところが福岡県はいろいろな先生が診ておられ、事件のことを知らない医師が健診すると、なかなか被害者の心理も理解できず、何気ない言葉でもトラブルを招いたりする。そういうのと比べると、三者会談の取り組み、面接によるおたずねなどによってコミュニケーションを深め、被害者の生活をどう守っていくのか考えている。これにはとても感心しました。

最後に質問ですが、被害者1万3千名の管理というのは一括して行っているのですか。健診を受けた

かどうか、生活の状況はどうかといった管理システムは昔に比べ、比較的楽に作れると思いますが…。

細川 全被害者1万3千余名すべての管理はひかり協会としては出来ていません。ひかり協会と常時コンタクトをとりたいという先ほどから言っている「①グループ」の被害者をひかり協会は対象にしている。

吉村 油症事件の被害者でも全体像がちょっと見えなくなっています。今は何とか修復しようとしている。やはり疫学をやる場合、その全体像である分母がわかって、その一部のデータしかなくても、その一部がどういう性格のものであるかがわかれば、結果の解釈のときの参考になります。この記録はおそらく歴史的記録という気がするんですけどね、各個人について健診をしたとか生活習慣の調査を受けたというありのままの記録があれば、それを活用することができるし、また貴重な資料になると思います。

細川 「①グループ」についてはあります。被害者1万3千人余り全体については残念ながら出来ません。厚生省に要請したのはそれ全部をやるために行ったのですが。

吉村 あ、「①グループ」についてはあるんですね。ひかり協会では「①グループ」を対象として行うとお決めになっており、そこについてのデータが集積されているということですね。

「①グループ」にからんでですが、先ほど田中先生が「①グループ」から抜けていく人の特徴について説明されましたが、これは重要なことが含まれているかなと思います。特に女性がよく抜けたということですが、おそらく50歳代になると女性のほうの変化が大きいですよ。そういうところは男の一定性と、女性のほうの一定性が違うと思いますね。そういうことが「①グループ」の死亡の男女の違いに何か表れはしないかを感じる。交通事故による死亡でも女性が高い。「①グループ」の男女の特徴が関係するのかなと感じる。協会や守る会の人はおそらくどういう人が「①グループ」から出て、どういう人が入っているかという理由はかなりつかんでおられるのではないかな。その理由は「①グループ」か

らのデータを検討するときの重要な情報と思います。

それから、自主健診、自主的健康管理ということですね。この取組みは上からではなく自分達で声を掛け合うというもので非常に感心しましたが、今後のやり方については専門家とも十分相談していただければと思います。

検診費用や医療費の援助もされていますが、これから年齢が上がっていくとそういう費用は大変な額になるでしょうから、将来的にどのようにするのかを検討しておく必要があるように感じました。

松岡 いままで公表されていなかったもので、ここで立派にまとめて公表していただき大変うれしくもあり有難いことです。といってもこれで終わったわけではなくまだまだ続けていかなくちゃならない。これを見せていただいていくつか問題をもってきたんですが、ほとんど議論のなかで解決しました。今日は個人的にも非常に勉強になりました。ただ1つ死亡率について、時代が進むにつれて死亡率が一般集団に近づくということをどう評価するか。これからも無限に近づくよと言い切れるのかどうか。50歳代になって発がん年齢になって、それがどうなるかという問題や、死亡率が近づいたのはどういうファクターが関与しているのかというのは、統計上も救済事業からもどう評価したらいいのかというあたりをもう少し深めていただければいいという感じがしております。

吉村 死亡リスクが一般の人に近づいているという問題は、油症事件の場合でも肝がんが当初通常の5倍ぐらいという高さであった。男性ですが。それが年数がたつにつれてだんだん一般に近づいてくる。それがひ素ミルクの結果でも現象的には似ているので、それが一般的なものなのかそれとも何かあるのか正確にはわかりません。一般に近づくのは喜ばしいことですが…。

細川 長時間有難うございました。また有意義なご提言もいくつかいただきました。本日は大変有難うございました。

