

自動車排ガスによる健康被害の救済 に関する意見書(改訂版)

2004年8月20日

日本弁護士連合会

目 次

意見の趣旨	1
意見の理由	3
一 大気汚染とこれによる健康被害の現状	3
1 深刻な大気汚染状況の現状	3
(1)全国の状況	3
(2)大都市圏の深刻な大気汚染状況	3
2 大気汚染の原因	4
3 健康被害の増大	4
4 大気汚染と健康被害との因果関係	5
(1)自動車排ガス公害をめぐる判決	5
(2)東京大気汚染第1次訴訟・第一審判決	6
二 被害の実態と救済の必要性	7
1 患者の生活実態	7
2 深刻な被害	8
(1)身体的被害	8
(2)社会的被害	8
(3)経済的被害	9
3 被害者救済制度の経緯	10
(1)公害健康被害補償法の制定	10
(2)地域指定の解除	11
(3)自治体の動き	11
4 当連合会のこれまでの意見	12
5 被害者救済制度の必要性	13
6 意見書改訂の経緯	13
三 被害者救済制度の内容	13
1 抜本的救済制度	14
(1)指定地域	14
(2)救済対象者	14
(3)給付内容	14
(4)費用負担者	14

2 沿道被害者救済制度	14
(1)指定地域	14
(2)救済対象者	14
(3)給付内容	15
(4)費用負担者	15
3 緊急救済制度	15
(1)指定地域	15
(2)救済対象者	15
(3)給付内容	15
(4)費用負担者	15
四 被害者救済制度の基本的な考え方	15
1 救済対象および内容	15
2 費用負担	16
(1)道路設置・管理者	16
(2)自動車メーカー	17
(3)燃料メーカー	18
五 財源規模の試算	18
1 沿道被害者救済制度	18
(1)基礎データ	18
(2)試算	18
2 緊急救済制度	19
(1)基礎データ	19
(2)試算	20

資料（別紙参照）

- 図1 二酸化窒素の環境基準達成状況の推移（平成9年度～平成13年度）
- 図2 浮遊粒子状物質の環境基準達成状況の推移（平成9年度～平成13年度）
- 図3 学校種別ぜん息の患者の推移
- 図4 条例等認定患者数

意見の趣旨

第1 国は、大都市圏など自動車排ガスによる深刻な高濃度汚染地域において健康を害された者を救済するため、「公害健康被害の補償等に関する法律」(以下「公健法」という。)の制度を参考にした、原因者負担の原則にもとづく、下記の内容を骨子とする被害者救済制度(以下「抜本的救済制度」という)を、立法化すべきである。

記

- (1) 指定地域 二酸化窒素あるいは浮遊粒子状物質(とくにPM_{2.5}という微小粒子については環境基準を定めたい)の一定濃度を超える測定局のある行政区と、12時間自動車交通量ないし大型車混入率が一定規模以上の幹線道路の沿道地域。
- (2) 救済対象者 公健法に準じて、指定地域に引き続き1年(3歳に満たない者にあつては6カ月)以上、住所または勤務先を有する者で、指定疾病に罹患した者。なお、指定疾病については、慢性気管支炎、気管支ぜんそく、ぜんそく性気管支炎、肺気腫。
- (3) 給付内容 公健法に準じて、療養給付・医療費、障害補償費、遺族補償費、児童補償手当、医療手当、葬祭費。
- (4) 費用負担者 原因者負担の原則にもとづき、できる限り公費ではなく、汚染原因者の負担とすべきであり、道路設置・管理者、そして、汚染原因となる自動車、とくにディーゼル車を製造販売している自動車メーカー、さらにその燃料、とくに硫黄分を含む軽油を製造販売している燃料メーカーとすべきである。

第1項の抜本的救済制度が確立されるまでの緊急の措置として、

第2 国は、局地沿道汚染の深刻な地域において健康を害された者を救済するため、下記内容を骨子とする沿道被害者に対する救済制度(以下「沿道被害者救済制度」という。)を早急に立法化すべきである。

記

- (1) 指定地域 12時間自動車交通量ないし大型車混入率が一定規模以上の幹線道路の沿道地域。
- (2) 救済対象者 公健法に準じて、指定地域に引き続き1年(3歳に満たない者にあつては6カ月)以上、住所または勤務先を有する者で、指定疾病に罹患した者。なお、指定疾病については、慢性気管支炎、気管支ぜんそく、ぜんそく性気管支炎、肺気腫。
- (3) 給付内容 公健法に準じて、療養給付・医療費、障害補償費、遺族補償費、児童補償手当、医療手当、葬祭費。
- (4) 費用負担者 原因者負担の原則にもとづき、汚染原因者の負担とすべきであり、当面、道路設置・管理者とすべきである。

第3 国は、沿道に限られない地域全体の汚染(以下「面的汚染」という。)の深刻な地域における健康を害された者を緊急に救済するため、下記内容を骨子とする緊急救済制度(以下「緊急救済制度」という。)を早急に立法化すべきである。

記

- (1) 指定地域 二酸化窒素あるいは浮遊粒子状物質の一定濃度を超える測定局のある行政区。
- (2) 救済対象者 指定地域に引き続き1年(3歳に満たない者にあつては6カ月)以上、住所または勤務先を有する者で、指定疾病に罹患した者。なお、指定疾病については、慢性気管支炎、気管支ぜんそく、ぜんそく性気管支炎、肺気腫。
- (3) 救済内容 医療費の自己負担分とする。
- (4) 費用負担者 国、自動車メーカー、燃料メーカーとすべきである。

意見の理由

一 大気汚染とこれによる健康被害の現状

1 深刻な大気汚染状況の現状

(1) 全国の状況

わが国は、相変わらず深刻な大気汚染にさらされている。

2000年度末において、NO_x削減計画が目標にしていたNO₂環境基準のおおむね達成(測定局の90%)は実現できなかった(2002年度版「環境白書」)。

2000年度の全国の環境基準達成状況を見ると、二酸化窒素(NO₂)にかかる環境基準の達成率は、一般環境大気測定局(以下「一般局」という。)において99.2%、自動車排出ガス測定局(以下「自排局」という。)においては80.0%にすぎない(図1・二酸化窒素の環境基準達成状況の推移)。また、浮遊粒子状物質(SPM)の環境基準達成率は、一般局において84.4%、自排局において66.1%ときわめて低い水準となっている(図2・浮遊粒子状物質の環境基準達成状況の推移)。

2001年度の環境基準達成は、NO₂について一般局99.0%、自排局79.4%(図1)、SPMについて一般局66.6%、自排局47.3%と悪化し(図2)、さらに2002年度の環境基準達成率は、NO₂について一般局99.1%、自排局83.5%、SPMについて一般局52.6%、自排局34.3%と、SPMについて大きく後退している。これは、極めて深刻な事態であると言わざるを得ない。

(2) 大都市圏の深刻な大気汚染状況

2002年度にNO₂の環境基準を達成できなかった一般局は、東京都、神奈川県および大阪府に、自排局は、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、三重県、大阪府、兵庫県(以上、「自動車NO_x・PM法」の対象地域を有する都府県)、京都府、福岡県、長崎県に分布しており、大都市圏およびその近隣に集中している。

同じくSPMの環境基準を達成できなかった測定局は、一般局、自排局ともに、関東地域を中心として、東海地域、大阪・兵庫地域、広島・岡山地域、九州地域と広く分布しているが、とくに大都市圏を抱える地域で達成率が低くなっている。

このことから明らかなように、わが国の大気汚染は、大都市圏を中心にまだ改善されていないが、とくに東京は深刻な事態である。

1998年度の大気汚染状況調査によると、東京に設置された測定局のうちNO₂の環境基準を達成している自排局は、区部に設置された26カ所の測定局では0、多摩部に設置された9カ所の測定局のうち7カ所、一般局では区部に設置された27カ所のうち8カ所、多摩部に設置された17カ所がようやく全部につき達成しているに過ぎない。SPMで見ると、自排局は、区部25カ所、多摩部9カ所のうち環境基準を達成した測定局は1カ所もなく、一般局は、区部28カ所うち1カ所、多摩部19カ所のうち6カ所となっている。

2 大気汚染の原因

大都市圏の深刻な大気汚染の原因は、自動車とくにディーゼル車の排ガスであることが明らかになっている。

たとえば、東京都を例にとると、1995年度のNO_x総排出量6万7600トンのうち67%が自動車を排出源としている(東京都環境白書2000資料集)。また、1990年度のSPM総排出量1万1830トンのうち82.2%が自動車を排出源としている(東京都環境白書2000資料集)。そして、自動車から排出されるNO_xの70%(1997年度)、SPMのほとんどすべてがディーゼル車から排出されているのである(東京都環境白書2000)。

とくに、幹線道路沿道については、環境基準非達成の測定局の割合が、自動車排ガスの影響を強く受ける自排局に多いことから、大気汚染の主原因が自動車排ガスにあることは明白である。

3 健康被害の増大

このような深刻な大気汚染状況のもとで、呼吸器疾患の患者数は増加している。

文部科学省が実施している学校保健統計調査では、ぜん息患者数の割合を調べているが、この調査結果においても、患者数の増加は明確である。すなわち、ぜ

ん息患者の割合を1993年と2003年で比べると、幼稚園では0.8%から1.5%へ、小学校では1.2%から2.9%へ、中学校では1.0%から2.3%へ、高校では0.7%から1.3%へいずれも大幅に増加している(図3・学校種別ぜん息者の推移)。

さらに、各自治体が条例などによって独自に認定する呼吸器疾患の患者数からも、被害が増加していることは歴然としている。東京都の条例患者数(18歳未満)は、1988年度の1万8822人から2000年度の5万1122人へと約3倍の増加、川崎市の条例患者数(20歳未満)は、1985年度の1546人から2000年度の5992人と約4倍の増加、大阪市の要綱患者数(15歳未満)は、1988年度の3627人から2000年度の2万409人へと約6倍になっており、大都市圏での深刻な被害を浮き彫りにしている(図4・条例等認定患者数)。

4 大気汚染と健康被害との因果関係

(1) 自動車排ガス公害をめぐる判決

この間に相次いで提訴された大気汚染公害訴訟においても、幹線道路沿道の自動車排ガスを原因とする大気汚染によって気管支ぜん息等の健康被害を生じていることを、以下のように判断している。

国道43号線訴訟・最高裁判決(1995年7月7日)

受忍限度を超える住民の騒音等の被害について損害賠償を命じた大阪高裁判決を維持したが、そのなかで、本件道路端と居住地との距離が20メートル以内の被上告人らは、全員が排ガス中のSPMにより受忍限度を越える被害を受けたと判断した。

西淀川2～4次訴訟・第一審判決(1995年7月5日)

時期は限定した(1971～1977年)ものの、固定発生源による二酸化硫黄(SO₂)に自動車の排出する二酸化窒素(NO₂)が加わって、西淀川区に相当高い濃度レベルの大気汚染を生じたことが、原告らの健康被害の一因であると認定した。ただし、沿道50メートル以遠は受忍限度内で違法性がないとした。

川崎2～4次訴訟・第一審判決(1998年8月5日)

川崎市川崎区、幸区における大気汚染は、1969年頃から1974年頃までの間は

NO₂とSO₂により、1975年頃以降はNO₂を中心にSPMおよびSO₂の相加的作用により、健康被害を発生、または増悪する危険性があったとして、因果関係を認めている。

ただし、沿道50メートル以遠は受忍限度内であり、違法性はないとした。

尼崎訴訟・第一審判決(2000年1月31日)

尼崎市内の国道43号線沿道の少なくとも50メートルの範囲で自動車排ガスによって形成された局所的な大気汚染(沿道汚染)は、健康被害を発生させたか増悪させた高度の蓋然性が認められるとして因果関係を肯定した。

名古屋南部訴訟・第一審判決(2000年11月27日)

名古屋市南部の国道23号線について、ディーゼル車を中心とした自動車排ガス中の浮遊粒子状物質(SPM)による沿道汚染にもとづき、沿道20メートルまでに居住する住民に健康被害を発生、増悪させたとして因果関係を認めた。

いずれも自動車排ガス汚染と健康被害との因果関係を肯定するこれらの判決のうち、西淀川2～4次判決、川崎2～4次判決は道路沿道以外の一般環境の自動車排ガス汚染との因果関係についても肯定している点が注目される。

(2) 東京大気汚染第1次訴訟・第一審判決(2002年10月29日)

わが国で、もっとも深刻な自動車排ガス汚染をかかえる東京の大気汚染訴訟は、幹線道路のみならず、一般環境における自動車排ガスによる面的汚染との因果関係が重要な争点となっており、判決の行方が注目されていた。

東京地方裁判所は、DEP(ディーゼル排気微粒子)を含むディーゼル排気若しくは二酸化窒素の吸入又は両者の吸入と健康被害の発症、増悪との間に因果関係を認めたが、その範囲を幹線道沿道(12時間自動車交通量4万台以上の幹線道路端から50メートルの範囲)に限定した。そして、東京では一般環境においても二酸化窒素及び浮遊粒子状物質について環境基準を上回る濃度が測定されており、大気汚染状況が長期にわたり相当深刻な状態にあることが認められるとしながらも、環境基準は人の健康を保護する上で維持することが「望ましい基準」であって、いわゆる閾値として定められたものではないとして、次に示すような

一般環境における自動車排ガス汚染との因果関係を裏付ける新たな知見を十分検討しないまま、因果関係を否定した。

(3) 最近の知見

米国・カリフォルニアのAdventist Health Study

一般環境の大気中粒子とぜん息・慢性気管支炎などの発症・増悪との間に有意な関連が繰り返し認められた。

欧米の短期影響研究

一般環境のNO₂あるいは大気中粒子濃度の上昇にともない、ぜん息などによる死亡、入院、救急治療室利用、気管支拡張剤の使用、往診などが増加するとの有意な関連を見出した研究が多数蓄積されている。

千葉大調査・暴露評価研究

一般局のNO₂濃度が高い地区ほど、ぜん息発症率が高く、0.1ppmあたりの発症危険が2.1倍と明確に有意な関連性が認められた。

二 被害の実態と救済の必要性

1 患者の生活実態

当連合会の聴取したところによれば、ある患者は、トラック運転手として日給で働いている46歳の時にぜん息を発病したが、仕事を休めばたちまち収入がなくなるので入院を勧められても断わらざるを得なかった。夜中に発作が起きても朝まで必死にこらえ、生活のために仕事を休むことはできず、ほとんど眠らないまま仕事に出かける生活を繰り返していたところ、死亡事故を起こし、解雇されてしまった。現在は生活保護を受け、月約10万円で妻と2人生活している。

また、ある未認定患者は、化粧品販売会社を経営していた36歳のときにぜん息に罹患したため、営業活動ができず仕事も休みがちになり、やがて働くことができなくなってしまった。会社をたたまざるを得なくなって収入が途絶え、生活苦から夫婦の関係も悪化して、妻は2人の子どもを連れて離婚した。夜中に発作を起こすと、タクシー代も含めて1万円くらいかかるので、わずかな蓄えも使い果たし、全財産が10円硬貨数枚となって死を覚悟したときに、心配して訪ねてきた兄弟に発見され一命を

取りとめた。

2 深刻な被害

大気汚染は、身体的・社会的・経済的な多岐にわたる深刻な被害をもたらしている。

(1) 身体的被害

患者たちは、気道収縮による呼吸困難の発作に襲われ、ひどいときには失神することもある。軽症の患者であっても、突然、大発作に襲われることがあり、生命を失うこともある。厚生省(当時)の調査によると、1980年代半ばから、人口10万人あたりのぜん息による死者は、5歳から34歳の年齢層に限ると強い増加傾向にあること、最近は中等症、軽症患者の死亡率が高くなっていることが明らかになっている。

また、一命を取り留めても脳が酸素不足となることにより、植物状態になったり、身体障害が残ることもある。

(2) 社会的被害

頻繁に起きる発作のため、通院、入退院を繰り返し、解雇されたり、商売をたたまざるを得なくなることもある。遅刻や欠勤を避けようと、発作が起きても無理をして出勤し、大発作を起こして生死の境をさまよった経験をもつ患者も多にいる。

さらには、医療費の負担や頻繁に起こる夜中の発作が家族の負担となって離婚や家庭崩壊に至ることもある。罹患した子どもが、咳き込みや痰のために「汚い」といじめの対象になることもある。若年層では、ひきこもりになってしまう患者も多い。

多くの患者が、自ら死を考えた経験を持ち、実際に自殺に至る患者も多い。

(3) 経済的被害

収入

東京経済大学学術研究センターが東京大気汚染訴訟の原告を対象に実施した「東京における大気汚染公害の『未認定』患者に関する被害実態調査」によると、主たる家計支持者の年収が300万円未満である者が未認定患者の50%を

占めた。年代別に見ても30代、40代、50代の働き盛りに年収300万円未満の者がそれぞれ40%程度いる。東京都のデータから、勤労者世帯の「男性」の世帯主、平均年齢46.5歳の年収を算出すると約629万円となるから、未認定患者がいかに低収入で生活しているか明らかであろう。

医療費

さらに医療費の負担は大きく、とくに未認定の患者には、その負担が重くのしかかっている。

気管支疾患の患者は、薬の服用による病状のコントロールや発作のため、最低でも1カ月に2～3回の通院が必要である。発作が起きたときなどは、1日に2～3回通院することもあるし、年間の通院日数が100回を越える患者も多い。そして、1回の通院には最低5000円、発作時には1万円程度を要するので、毎月の通院費は2万円から多いときには6万円ほどにもなる。

また、入院すると、少なくとも1週間から10日の入院期間は必要であるから、1度の入院で10～20万円を要する。そして、夜中から朝方に発作に襲われるぜん息患者は個室に入院するよう求められることが多く、その場合は差額ベット料も必要となる。症状の重い患者は、1回の入院期間が1カ月以上、年間の入院回数も4～5回となることもあるので、その医療費は膨大な金額となる。

医療費は年間30～100万円くらいを要するが、これを捻出するために未認定の患者は涙ぐましい努力をしている。患者の多くは、蓄えを使い果たして食費を切りつめたり、受診回数を抑制したりしている。また、入院を勧められても費用を捻出できずに入院を断る者も多い。

このように、経済的理由で通院や入院を抑制せざるを得ないことが症状の悪化や死にも結びついている。

3 被害者救済制度の経緯

(1) 公害健康被害補償法の制定

1969年、公害に反対する国民世論が高まるなか、国は「公害による健康被害の救済に関する特別措置法」を制定し、大気汚染によって呼吸器疾患に罹患し

た患者に対し、社会保障の補完的制度として、当面緊急を要する医療費と医療手当を支給する応急的な救済措置をとった。

そして、1972年7月の四日市公害判決で大気汚染発生源となった企業の損害賠償責任が明確となったことを受け、1973年10月には、「公害健康被害の補償等に関する法律」(公健法)が公布された。この法律は種々の不備を指摘されながらも、被害救済を目的として原因者負担の原則にもとづく損害賠償制度として位置づけられた。この制度は世界に例のない画期的な制度であると高い評価を受けている。

公健法は、指定地域に在住あるいは在勤で気管支ぜん息、慢性気管支炎、肺気腫の呼吸器疾患に罹患した患者を認定し、汚染負荷量賦課金を財源の柱として、次のような給付が行われている。

療養の給付及び療養費

被認定者の指定疾病については、公害医療機関(原則として健康保険法、国民健康保険法、生活保護法による指定医療機関)の窓口で公害医療手帳を提示すれば医師の診察、治療を受けることができる(医療の現物給付)。また、やむを得ない特別の事情があって、公害医療機関以外の医療機関で診察を受けた場合は、被認定者がいったん医療機関の窓口で支払った費用の支払いを受けることができる(療養費)。

障害補償費

指定疾病に罹患したことにより一定の障害がある場合に、障害による損害を賠償するものとして、その障害の程度や性別、年齢階層別によって定型化された給付金が支給される。

遺族補償費

被認定者が指定疾病に起因して死亡した場合に、その者によって生計を維持していた者に、10年間支給される。

遺族補償一時金

遺族補償費を受けることができる遺族がいない場合などに、一定範囲の遺族

に対し、遺族補償標準給付基礎月額が一時金として支給される。

児童補償手当

児童(15歳未満)は障害補償費の支給対象とならないことかわりに、日常生活の困難度に応じて養育者に対し支給される。

療養手当

被認定者の入院に要する諸雑費、通院に要する交通費に充てるため、病状の程度に応じて一定額が支給される。

葬祭料

被認定者が指定疾病に起因して死亡した場合に、その葬祭を行う者に対して支給される。

(2) 地域指定の解除

しかし、公健法は、汚染負荷量賦課金の負荷対象物質がSO_xで、工場など固定発生源が主たる拠出者であったこともあって、1975年頃から産業界は「公害は終わった」という強力なキャンペーンを展開するようになった。また、原因者負担の原則を導入したインセンティブ効果としてSO_x排出量も徐々に改善される傾向にあった。その結果、各自治体やマスコミ、当連合会の意見(後述)にもかかわらず、1988年3月、国は指定地域を解除し、それ以降は新たな認定を行わなくなってしまった。

(3) 自治体の動き

大気汚染による健康被害が深刻な問題となっていた1970年代には、各地の自治体が相次いで公費による被害者救済制度を条例で制定した。

1971年には高岡市、1972年には川崎市、東京都、名古屋市、知多市、1973年には尼崎市、東海市、1974年には千葉市、横浜市、北九州市で、1975年には坂出市で救済制度が誕生している。

これらの自治体による救済制度は、公健法の地域指定を受け、独自の救済を取りやめたところもあるが、そのような自治体でも1988年3月の指定地域解除を期に、新たな救済制度を再開したところが多い。現在、被害者救済を実施している

のは、東京都(18歳未満)、東海市(年齢制限なし)、大阪市(15歳未満)、吹田市(年齢制限なし)、豊中市(年齢制限なし)、守口市(15歳未満)、東大阪市(15歳未満)、尼崎市(20歳未満)、神戸市(15歳未満)、八尾市(15歳未満、奨励金1ヶ月2000円を支給)、川崎市である。

なお、川崎市では、1998年8月5日の川崎2～4次判決が自動車排ガスによる健康被害が現在進行形であると認定したことを受け、従来の20歳未満を対象とした救済制度に加え、1991年2月からは要綱で成人に対する医療費助成も実施している。

4 当連合会のこれまでの意見

当連合会は、国の指定地域解除の動きを前にして、1987年2月、中央公害対策審議会答申、「公害健康被害補償法第一種地域のあり方等について」に対し、手続と内容両面にわたって問題のあることを指摘し、第一種地域の地域指定の全面解除を現状では行うべきでないこと、第一種地域にかかる地域指定の指標にNO₂を加えて指定地域を拡大すること、道路沿道における測定体制を整備し、健康調査を実施して沿道住民に対する救済措置を講ずること、との意見を発表した。

そして、1987年8月に、「『公害健康被害補償法の一部を改正する法律案』に対する要請書」を提出して、道路沿道の大気汚染状況がきわめて深刻である以上、大気汚染による公害被害者の救済の道を閉ざすことになる指定地域の全面解除を内容とする改正法律案の成立に疑義を述べた。

その後も、1991年6月13日に「自動車公害対策に関する緊急提言―『環境庁中間とりまとめ』をふまえて」、1992年11月6日に「第35回人権擁護大会 大気汚染公害についての緊急施策を求める決議」、1996年9月に「自動車による大気汚染に関する新たな対策についての意見」、1997年9月に「地球温暖化防止のための日弁連提言 8・日本国内での対応策について(運輸部門)」、1998年11月20日に「新たな『騒音に係る環境基準について』の環境庁告示に対する意見書」と、自動車公害に関する意見・決議を公表した。そのなかで繰り返し自動車排ガスによる健康被害者の救済を訴えてきた。2000年3月16日には、これらの意見・決議を「自動車公害の根

絶に向けた道路政策の転換を求めて」との提言にまとめ、そのなかで、公健法の地域再指定の検討・実施を提言した。

5 被害者救済制度の必要性

これまで見てきたように、わが国の大都市圏はまだ深刻な大気汚染状況にあり、日々新たな被害者を生じている。そして、その被害者の多くは、人間らしい生活を送ることはもちろん、十分な治療も受けることもできないまま生命・身体の安全を脅かされながら放置されている。

その救済にあたって、私法上の一般原則にゆだねると、被害者に疾病と汚染との因果関係等につき立証責任を負わせることになり、これでは被害者に過大な負担を強いることになる。

すでに制定されている公健法では、主として固定発生源からのSO₂が大気汚染物質とされている。現在の大気汚染の原因は自動車排ガスのNO₂、SPM(PM)に変わってきている。この変化に合わせて、原因者負担の原則にもとづく被害者救済制度を新たに制定する必要性は高い。

6 意見書改訂の経緯

当連合会は、このような被害者救済制度の必要性に鑑み、「自動車排ガスによる健康被害の救済に関する意見書」(2002年8月23日付)を作成し、後記抜本的救済制度の立法化を提言した。

当連合会はこの意見書を直ちに執行し、環境省や衆参両院議員、学識経験者等関係各方面からご意見を頂いた。また、2002年10月29日に、幹線道路沿道のみならず一般環境における自動車排ガスによる大気汚染と健康被害との因果関係が争点の一つとなっている東京大気汚染訴訟1次第一審判決が出されたことをふまえ、衆参両院議員や学識経験者との懇談や意見交換会を実施した。

そこで、この度、被害者救済制度の立法化をさらに推し進めるため、この間の成果もふまえ、新たに緊急措置(沿道被害者救済制度及び緊急救済制度)の提言も加えて再度意見書を作成するに至った。

三 被害者救済制度の内容

1 抜本的救済制度

(1) 指定地域

二酸化窒素あるいは浮遊粒子状物質(とくにPM_{2.5}という微小粒子については環境基準を定めただうえで)の一定濃度を超える測定局(一般局)のある行政区(区市町村)と,12時間自動車交通量ないし大型車混入率が一定規模以上の幹線道路の沿道地域とすべきである。

(2) 救済対象者

公健法と同様,上記指定地域に引き続き1年(3歳に満たない者にあっては6ヶ月)以上,住所または勤務先を有する者で,慢性気管支炎,気管支ぜん息,ぜん息性気管支炎,肺気腫に罹患した者とすべきである。

(3) 給付内容

公健法に準じて,療養給付・医療費,障害補償費,遺族補償費,児童補償手当,医療手当,葬祭費とすべきである。

給付内容を公健法より減ずる理由は見出し得ない。

(4) 費用負担者

原因者負担の原則にもとづき,できる限り公費ではなく,汚染原因者の負担とすべきであり,道路設置・管理者,そして,汚染原因となる自動車,とくにディーゼル車を製造販売している自動車メーカー,さらにその燃料,とくに硫黄分を含む軽油を製造販売している燃料メーカーとすべきである。

なお,メーカーに対する賦課基準は,今後の排出低減対策に向けたインセンティブ効果を重視したものとすべきである。

2 沿道被害者救済制度

(1) 指定地域

12時間自動車交通量ないし大型車混入率が一定規模以上の幹線道路の沿道地域とすべきである。

(2) 救済対象者

公健法と同様,上記指定地域に引き続き1年(3歳に満たない者にあっては6ヶ月)

月)以上、住所または勤務先を有する者で、慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎、肺気腫に罹患した者とすべきである。

(3) 給付内容

公健法に準じて、療養給付・医療費、障害補償費、遺族補償費、児童補償手当、医療手当、葬祭費とすべきである。

(4) 費用負担者

原因者負担の原則により、汚染原因者の負担とすべきであるが、当面道路設置・管理者とすべきである。

3 緊急救済制度

(1) 指定地域

二酸化窒素あるいは浮遊粒子状物質の一定濃度を超える測定局(一般局)のある行政区(区市町村)とすべきである。

(2) 救済対象者

公健法と同様、上記指定地域に引き続き1年(3歳に満たない者にあっては6ヶ月)以上、住所または勤務先を有する者で、慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎、肺気腫に罹患した者とすべきである。

(3) 給付内容

当面緊急を要する応急的な措置として、医療費の自己負担分に限定する。

(4) 費用負担者

国、自動車メーカー、燃料メーカーとすべきである。

四 被害者救済制度の基本的な考え方

1 救済対象および内容

被害者救済制度は、一方で西淀川2～4次訴訟判決から東京大気1次訴訟判決にいたる司法判断をふまえ、損害賠償的見地から原因者負担の原則にもとづいて局地沿道汚染の深刻な地域については公健法制度に準じた被害者救済を実施するべきである。他方、自動車排ガス汚染による深刻きわまりない被害が局地沿道にとどまらず面的に拡大している現状をふまえ、社会保障的見地から被害者の早期・

迅速な救済をはかるため、面的汚染の深刻な地域について特別措置法(1969年)に準じた緊急救済を実施すべきである。

いずれにあっても指定地域にあって、ばく露要件をみたす者が、指定疾病に罹患していると認められた場合に、これを救済対象とする方式を踏襲すべきである。

2 費用負担

費用負担をめぐっては、抜本的救済制度及び沿道被害者救済制度にあっては、公健法に準じて汚染原因者の負担とすべきであるのに対して、緊急救済制度にあっては、より広く救済責任を負う者がこれを負担すべきである。

(1) 道路設置・管理者

国家賠償法にいう、営造物の設置または管理の瑕疵は、営造物が通常有すべき安全性を欠いている状態をいい、物的性状瑕疵だけでなく、供用関連瑕疵も含み、その危害は利用者以外の第三者に対するものを含むと解するのが相当とされる。

したがって、当該営造物の利用の形態および程度が一定の限度にとどまる限りでは危害発生の危険性がなくても、これを超える利用に供されることによって、危害発生の存する状況にある場合には、そのような利用に供される限りにおいて右営造物の設置、管理には瑕疵があるといえることができる。

そして、右営造物の設置・管理者において、このような危険があるにもかかわらず、これについて特段の措置を講ずることなく、また、利用につき適切な制限を加えないまま、右営造物を利用に供し、その結果、利用者または第三者に対して現実に危害を生じさせたときは、国家賠償法上の責任を免れることができない。

これを前提として、当該道路から大気汚染物質が多量かつ継続的に排出され、かつ、その状況に改善がみられない場合、被害防止に関する措置も十分でないというべきである。以上をふまえて局地沿道の被害者に対し道路設置・管理者の賠償責任を肯定する判決が5たび続いており、この点での司法判断は概ね確定しているとみられる。

したがって道路設置・管理者は抜本的救済制度、緊急救済制度における救済

責任はもちろんのこと、沿道被害者救済制度にあっても、汚染原因者としての責任は免れえず、したがっていずれの制度にあっても費用を負担すべきである。

(2) 自動車メーカー

自動車メーカーが製造・販売するディーゼル車とガソリン車を対比した場合、両者は排ガス特性に大きな違いがあり、ディーゼル車は、粒子状物質、ディーゼル排出微粒子を大量に排出するという特性がある。そしてこのディーゼル車の中でも、大きく直噴式と副室式の2つの方式があるなかで、直噴式は副室式に比べてNO_xの排出量が非常に多く、かつ低減対策もとりにくいという特性がある。

こうしたなかで、自動車メーカーは、トラックにおいても車両総重量15tクラスまでは、ガソリン車で十分対応できるにもかかわらず、海外向けにはガソリン車の製造・販売を継続しながら、国内向けにはこれをディーゼル車に転換し、さらにディーゼル車の中でも燃費や出力などで優位に立つ直噴化を推し進めてきた。

一方、直噴ディーゼル車対策の遅れは、はなはだしい。たとえば、1981年ころには実用化された電子制御燃料噴射装置について、10年後の1991年時点でも国内メーカー7社合計152機種のうち、30機種しか搭載しておらず、同一機種であっても規制の厳しい米国・カリフォルニア州向けに限って、同装置を登載するなどのダブルスタンダードをとって対策を怠ってきた。

この点、自動車メーカー課税を打ち出した2001年度の東京都税制調査会の答申も、「国内自動車メーカーには、より規制の厳しい海外向け仕様と国内向け仕様とを分けて生産、出荷している実態があるなど、技術力があるにもかかわらず、環境負荷の小さい低公害の自動車(クリーン自動車)の生産のためにぎりぎりの努力をしているとは言い難い状況がある」と指摘しているのが、注目される。

以上からして、自動車メーカーについても十分に汚染原因者としての責任を肯定する余地があるが、東京大気第1次訴訟判決において自動車メーカーの賠償責任が認められなかったことに鑑み、当面、自動車メーカーについては、緊急の措置のうち沿道被害者救済制度に限って同制度の費用を負担させないこととし、緊急救済制度にあっては、同制度の費用を負担させるべきである。これに対し、

抜本的救済制度にあっては、今後の排出低減対策に向けたインセンティブ効果を重視して、汚染原因者に準じて自動車メーカーにも同制度の費用を負担させるべきである。

(3) 燃料メーカー

ディーゼル自動車の燃料である軽油が含有する硫黄分は、軽油の燃焼によって硫酸塩生成の原因になり、粒子状物質の発生を増加させる。またNO_x対策としての大量のEGR(排ガス再循環)導入や、粒子状物質対策としての酸化触媒の導入のためにも軽油硫黄分の低減が必要になる。

1989年の東京都自動車公害防止計画でも、「軽油中の硫黄含有量を低減することによる粒子状物質等の自動車排出ガスの低減可能性についての調査研究が実施されており、その実用化が期待される」とされているとおり、1980年代終わりごろまでには、自動車排ガス対策として軽油の硫黄分の低減が重要であることが明らかとなっていた。

そして、軽油硫黄分の低減については、技術的には十分に可能であったにもかかわらず、その実施は大幅に遅れ、これがディーゼル車の排出低減にとっての障害の一つとなってきた。

以上からして、燃料メーカーについても汚染原因者としての責任を肯定する余地があるが、これについても自動車メーカーと同様の見地から、沿道被害者救済制度に限っては、同制度の費用を負担させないこととし、抜本的救済制度、緊急救済制度にあっては、同制度の費用を負担させることとすべきである。

五 財源規模の試算

早急な実施が求められる沿道被害者救済制度および緊急救済制度について、必要となる財源規模を試算すれば以下のとおりであり、その財源規模と救済の重要性・緊急性を対比すれば、前項で検討した費用負担者に各制度の財源負担を求めることは十分に合理的かつ妥当と言うべきである。

1 沿道被害者救済制度

(1) 基礎データ

公健法給付実績

公健法における新規認定打切りにより現在被認定者数が前年比減に転ずる以前の(すなわち最高の現存被認定者数を記録した)昭和63年度における公健法給付実績の総額(全国)は、107,587,293,000円である。

患者数対比

昭和63年度末と平成14年度末の患者数を対比するため、東京都を例にとり、公健法と都条例による現存被認定者数を合算した人数についてみると、昭和63年度末が62,424人()であるのに対し、平成14年度末は71,060人となっている。...

(2) 試算

全国の局地沿道患者数は不明であるので、全国の公健法認定患者数()の10分の1がこれに相当すると仮定すると

$$107,587,293,000円 \times \frac{1}{10} = 10,758,729,300円$$

108億円

これは昭和63年度データによるものであるので、これにその後の患者数増加を考慮するため、昭和63年度末と平成14年度末の患者数の比()を乗じると

$$108億円 \times \frac{71,060人}{62,424人} = 123億$$

123億円

2 緊急救済制度

(1) 基礎データ

都条例による認定患者数と医療費(自己負担分)の助成額(総計)につき、最新の平成14年度末でみると、49,602人、2,004,908,409円となっている。...

都条例は18歳未満を救済対象としているので、全年齢を対象とした試算を行うには患者の年齢構成データが必要となる。そこで便宜、公健法における前

記昭和63年度末の被認定者年齢階層別データをみると、0～14歳が31.2%に対し15歳以上が68.8%となっている。...

(2) 試算

ここでは、試みに指定地域を東京都全域とした場合の試算を行う。

1人当たりの医療費(自己負担分)は前記より

$$2,004,908,409円 \div 49,602人 = 40,420円/人$$

対象人数につき、都条例の18歳未満の人数を、前記の公健法年齢構成データで全年齢にひきなおすと

$$49,602人 \times \frac{100\%}{31.2\%} = 158,981人$$

したがって

$$40,420円/人 \times 158,981人 = 6,426,012,020円$$

64億円

64億円