

# 自動車排ガスによる健康被害の 救済に関する意見書

2 0 0 2 年 8 月 2 3 日

日 本 弁 護 士 連 合 会

# 目 次

<b>意見の趣旨</b>	1
<b>意見の理由</b>	2
一 大気汚染とこれによる健康被害の現状	2
1 深刻な大気汚染状況の現状	2
（１）全国の状況	2
（２）大都市圏の深刻な大気汚染状況	2
2 大気汚染の原因	3
3 健康被害の増大	3
4 大気汚染と健康被害との因果関係	4
（１）自動車排ガス公害をめぐる判決	4
（２）最近の知見	5
二 被害の実態と救済の必要性	6
1 患者の生活実態	6
2 深刻な被害	6
（１）身体的被害	6
（２）社会的被害	6
（３）経済的被害	7
3 被害者救済制度の経緯	7
（１）公害健康被害補償法の制定	7
（２）地域指定の解除	9
（３）自治体の動き	9
4 当連合会のこれまでの意見	10
5 被害者救済制度の必要性	10
三 救済対象および内容	11
1 指定地域	11
2 ばく露要件	11
3 指定疾病	11
4 給付内容	11
四 費用負担	12

1 費用負担者	1 2
( 1 ) 道路設置・管理者	1 2
( 2 ) 自動車メーカー	1 3
( 3 ) 燃料メーカー	1 3
2 費用の負担の割合について	1 4

<b>資 料</b>	1 5
図 1 二酸化窒素環境基準非達成局の分布	1 6
図 2 1 浮遊粒子状物質環境基準非達成局の分布（一般局）	1 7
図 2 - 2 浮遊粒子状物質環境基準非達成局の分布（自排局）	1 8
図 3 学校種別ぜん息患者の推移	1 9
図 4 条例等認定患者数	2 0

## 意見の趣旨

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を、早急に立法化すべきである。

## 記

- 1 指定地域を、沿道に限られない地域全体の汚染（以下「面的汚染」という。）の深刻な地域として、二酸化窒素あるいは浮遊粒子状物質（とくにPM<sub>2.5</sub>という微小粒子については環境基準を定めただけ）の一定濃度を超える測定局のある行政区を、また、局地沿道汚染の深刻な地域として、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る。
- 2 救済対象者については、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とする。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、肺気腫とする。
- 3 給付内容は、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、葬祭費とする。
- 4 費用負担者は、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。

## 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。

1998年度の全国の大気汚染状況を見ると、二酸化窒素( $\text{NO}_2$ )にかかる環境基準の達成率は、一般大気測定局(以下「一般局」という。)において94.3%、自動車排出ガス測定局(以下「自排局」という。)において68.1%にすぎない。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67.3%、自排局において35.7%ときわめて低い水準となっている。

1999年度の環境基準達成率は、 $\text{NO}_2$ について一般局98.9%、自排局78.7%、SPMについて一般局90.1%、自排局76.2%と、いくらか改善傾向があるかのように見えたが、2000年度の環境基準達成率は、 $\text{NO}_2$ について一般局99.2%、自排局80.0%、SPMについて一般局84.4%、自排局66.1%と、SPMについて大きく後退している。

いずれにしても、 $\text{NO}_x$ 削減計画が目標にしていた2000年度末における $\text{NO}_2$ 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」)。

##### (2) 大都市圏の深刻な大気汚染状況

2000年度に $\text{NO}_2$ の環境基準を達成できなかった一般局は、千葉県、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、「自動車から排出される窒素酸化物の特定地域における総量の削減等に関する特別措置法( $\text{NO}_x$ 法)」の特定地域を有する都府県)、北海道、静岡県、京都府、岡山県、広島県、福岡県、長崎県に分布しており(図1・二酸化窒素環境基準の非達成局の分布)、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(図2-1、2・浮遊粒子状物

質環境基準の非達成局の分布)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NO<sub>2</sub>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<sub>x</sub>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<sub>x</sub>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1991年と2001年で比べると、幼稚園では0.7%から1.3%へ、小学校では1.1%から2.5%へ、中学校では1.0%から1.9%へ、高校では0.5%から1.3%へいずれも増加している(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（ $\text{SO}_2$ ）に自動車の排出する二酸化窒素（ $\text{NO}_2$ ）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 $\text{NO}_2$ と $\text{SO}_2$ により、１９７５年頃以降は $\text{NO}_2$ を中心にＳＰＭおよび $\text{SO}_2$ 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) 最近の知見**

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東京大気汚染訴訟は、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、近々下される判決の行方が注目される。この訴訟においては、従前の訴訟において未提出の、一般環境の自動車排ガス汚染との因果関係を裏付ける新たな知見が提出されている。

### **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 $\text{NO}_2$ 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 $\text{NO}_2$ 濃度が高い地区ほど、ぜん息発症率が高く、 $0.1\text{ppm}$ 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、化粧品販売会社を営んでいた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くいる。

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、ひきこもりと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**

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回を超える患者も多い。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３６カ月分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<sub>x</sub>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<sub>x</sub>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 $\text{NO}_2$ 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８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 $\text{SO}_2$ 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

NO<sub>2</sub>、SPM(PM)に変わってきている。そこで、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べきである。

### 三 救済対象および内容

本制度は、一向に改善のきざしのみられない、自動車排ガス汚染による深刻きわまりない被害の現状をふまえ、被害者の早期・迅速な救済をはかろうとするものである。

このためには、制度的割切りが必要であり、公健法における、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。

#### 1 指定地域

まず、面的汚染の深刻な地域と、局地沿道汚染の深刻な地域の双方を救済する要件が必要である。

面的汚染地域の要件については、微小粒子が測定されていない現状からはNO<sub>2</sub>とSPMを指標とせざるをえず、NO<sub>2</sub>ないしSPM(とくにPM<sub>2.5</sub>という微小粒子については環境基準を定めたうえで)について、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。

一方、局地沿道地域の要件については、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ることが考えられる。

#### 2 ばく露要件

公健法と同様、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こととすべきである。

#### 3 指定疾病

肺ガン、花粉症を加えることも考えられるが、とりあえず、公健法と同様、慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎、肺気腫とすべきである。

#### 4 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。

給付額を公健法より減ずる理由は見出しえない。

## **四 費用負担**

費用負担をめぐっては、公健法が基本的に汚染原因者の負担とされているのに対し、上述の各地の条例・要綱による救済制度は公費負担とされている。

しかし、公害対策費用の負担は、公の負担ではなく汚染原因者に負担させるべきとする、経済開発協力機構（OECD）の提唱する汚染者負担の原則が確立されている。そこで、公害被害者の救済においてのその費用負担は、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る。

そして、これが汚染原因者に対する排出低減のインセンティブとなるよう、公健法にならって、汚染負荷量に着目して賦課金を課すことを考えるべきである。

### **1 費用負担者**

#### **（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、供用関連瑕疵をも含み、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うことができる。

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、これによる被害の救済責任を負うべきである。

したがって、本制度において、道路の設置・管理者は、汚染原因者と

して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し、 $\text{NO}_x$ もガソリン車より格段に排出量が多いという特性がある。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粒子状物質、 $\text{NO}_x$ など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。

したがって、自動車メーカーの救済責任は否定しがたいところであり、本制度において、汚染原因者として費用負担をすべきである。

## (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 $\text{NO}_x$ 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。

以上からすれば、燃料メーカーについても救済責任があることは否定できず、本制度において、汚染原因者として費用負担をすべきである。

## ２ 費用の負担の割合について

費用負担の割合については、汚染寄与割合を原則としつつも、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これを定めることとする。

たとえば、自動車メーカーについては、メーカー別排出総量比（諸元値排出係数×全国販売台数）で配分するのが妥当である。

なお、全国を移動する自動車の性格上、汚染地域内での販売台数（量）を基準とするだけでは足りないため、全国での販売台数（量）を賦課基準とすべきである（前述した２００１年度の東京都税制調査会答申においても自動車メーカー課税について、全国の自動車メーカーに課税する共同税方式による地方税方式が提案されている）。

さらに、負担割合の基準は、当該年（推定量）、前年、過去数年間平均などが考えられるが、公健法と同様インセンティブ効果を重視し、の前年台数（量）とすべきである。