

# どのように水俣病は隠されてきたのか

- 新たな水俣病検診受診者の意識調査 -

高岡 滋 (神経内科リハビリテーション協立クリニック)

Key words: 水俣病、被差別意識、情報欠如

## 【背景・目的】

水俣病は、魚介類を介したメチル水銀中毒である。チッソ株式会社は、1932年からアセトアルデヒド生産の過程で水銀を使用し、海に水銀を排出した。水俣病は1956年5月1日に公式に確認された。水俣病の症候としては、手足のしびれや感覚鈍麻などの体性感覚障害がもっとも広範にみられ、重症になると、視野狭窄、運動失調、聴力障害、構音障害などを伴い、これらの症候はハンター・ラッセル症候群として知られている(図4)。水俣病の原因がメチル水銀によるものと判明した後も、チッソは水銀の排出を続けた。水俣病公式確認の12年後の1968年、チッソがアセトアルデヒド生産を終えた数ヶ月後、日本政府は初めて、水俣病をメチル水銀中毒と認めた。30年以上の間、八代海(不知火海)沿岸の居住者は、汚染された魚介類を食べ続けた(図2)。

汚染は、八代海(不知火海)の海岸の全ての地域に広がった(図1)。1970年代に入り、水俣病認定申請者が急増したため、1977年、(旧)環境庁は、認定基準を事実上厳しくし、感覚障害だけでなく、小脳性運動失調症や視野狭窄など他の徴候を有さなければならぬとした。1970年代に、藤野は、失調や視野狭窄がない感覚障害だけの水俣病の存在を証明し、1990年代に入って、津田は、汚染地域において四肢末梢の感覚障害があれば水俣病と診断しうる疫学的根拠を明らかにした。しかしながら、水俣病として認められたものは、2000人余りにすぎない。

現在も20~50万人の人々が汚染された地域周辺に住んでいる。今でも、メチル水銀の影響を受けた人々が多数存在していると考えられる。1995年、1万人以上の患者が健康障害に対して部分的な補償を受けたが、水俣病として認定はされなかった(図3、表1)。多くの人々は、被害者への差別を経験してきたため、認定申請をしてこなかった。これまで行政は汚染地域での本格的な健康調査を実施したことがなく、被害の全貌はいまだ不明である。

2004年10月、水俣病の拡大に対する政府の責任を認めた最高裁判所の判決の後、2006年9月末までに4500人以上の居住者が、新たに水俣病の認定申請をし、5000人以上の人々が、水俣病とは認められないが医療費自己負担分を免除される「新保健手帳」制度に申請をしてきた。なぜ今になって申請が急増したのか、その原因について考察するため、新たな水俣病検診受診者に対しておこなったアンケート調査を分析した。

図 1. 汚染のひろがり

水俣病認定患者およびネコの狂死、魚の浮上の地域分布

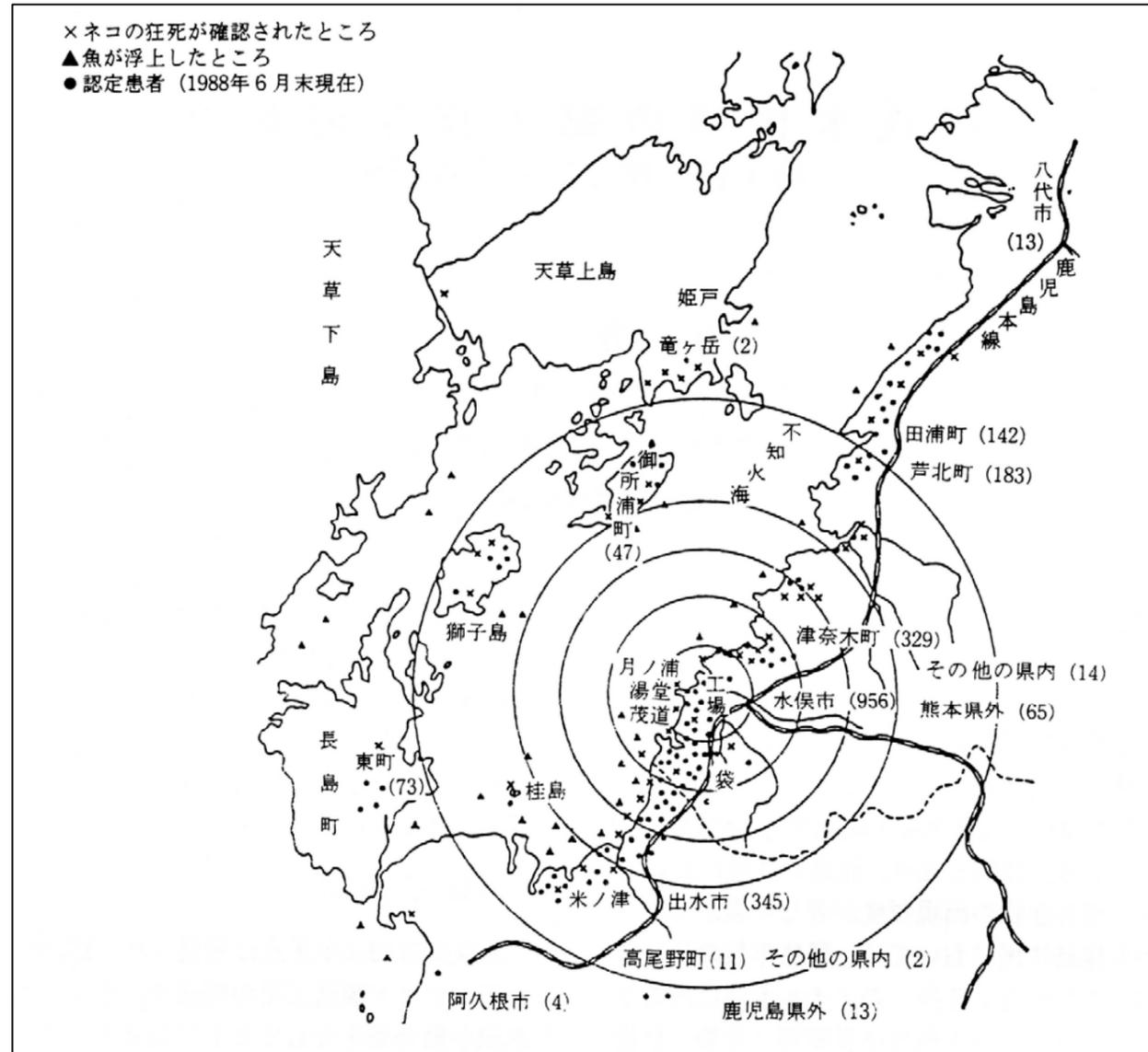


図 2. チッソ工場アセトアルデヒド生産・水俣病患者発生数・水俣湾産アサリガイ水銀含有量の年次推移

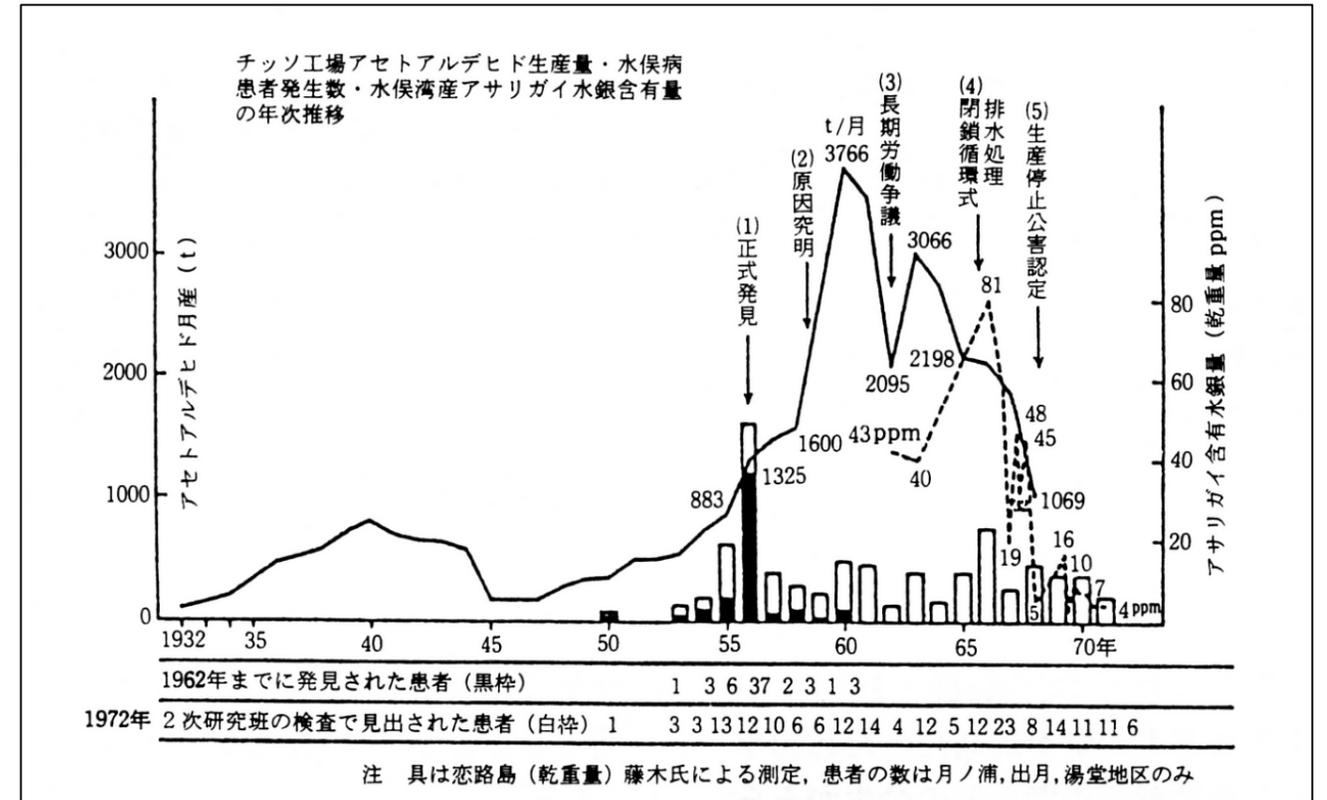


図 3. 水俣病申請者数と水俣病認定患者数の推移 (2006年の申請数は7月まで)

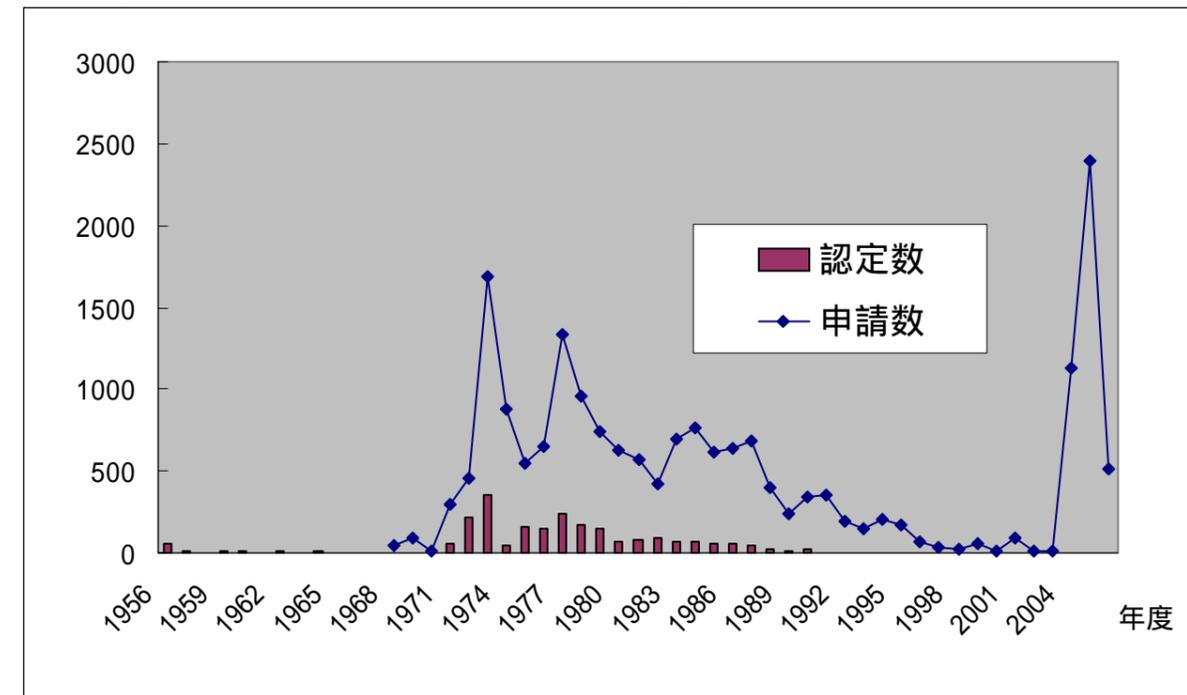


図 1,2 の出典 : Fujino, T.: Clinical and epidemiological studies on chronic Minamata disease. Part I: Study on Katsurajima Island.

# 【参考資料】

水俣病の補償救済制度としては、複数のものが存在しており、複雑怪奇なものとなっている。

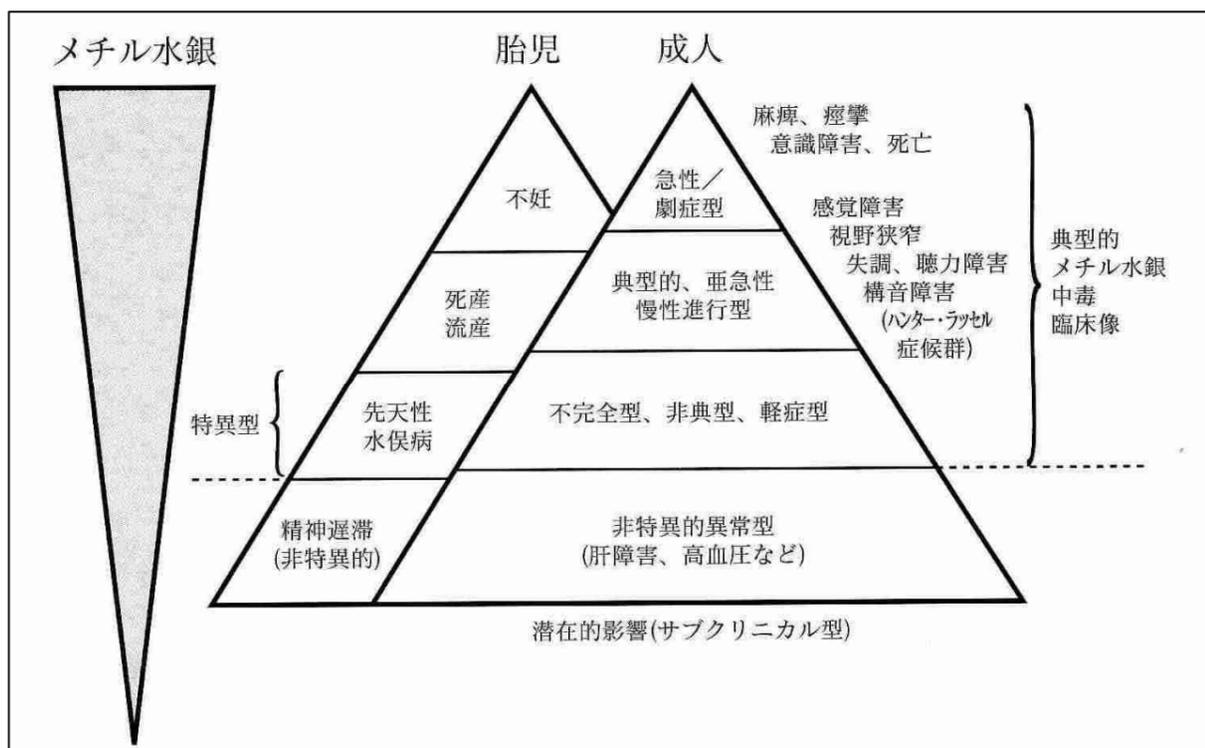
本来は、公害健康被害補償法（公健法）に基づく、認定申請制度が基本であり、認定申請者は、行政のおこなう検診を受け、水俣病認定審査会で審査され、処分が決まる。1985年の水俣病第二次訴訟福岡高裁判決および、2004年の水俣病関西訴訟最高裁判決では、この審査会で水俣病を否定された患者たちが水俣病とされた。

政府も、多数の認定申請者を無視することができず、1986年に特別医療事業を開始し、これが2002年に総合対策医療事業となっていく。この総合対策医療事業は、被害者を水俣病とは認めないが、医療費の自己負担分や低額の補償をおこなうという玉虫色の政策である。総合対策医療事業対象患者には、医療手帳（一時金260万円＋医療費補助）と保健手帳（医療費のみ補助）があり、最高裁判決後環境省は保健手帳の制度のみを再開した。一つの疾患に対して複数の制度が存在すること自体が通常ありえないことであるが、図5に示すように、制度の建前と実際の健康被害の状況は異なっている。最高裁判決後、認定審査会は委員が再任を断り、再開できない状況となっている。環境省の政策を不満とした患者のうち1000人以上が、2005年10月、補償を求めて熊本地裁に提訴している。

表1. 水俣病行政処分状況(2000年)

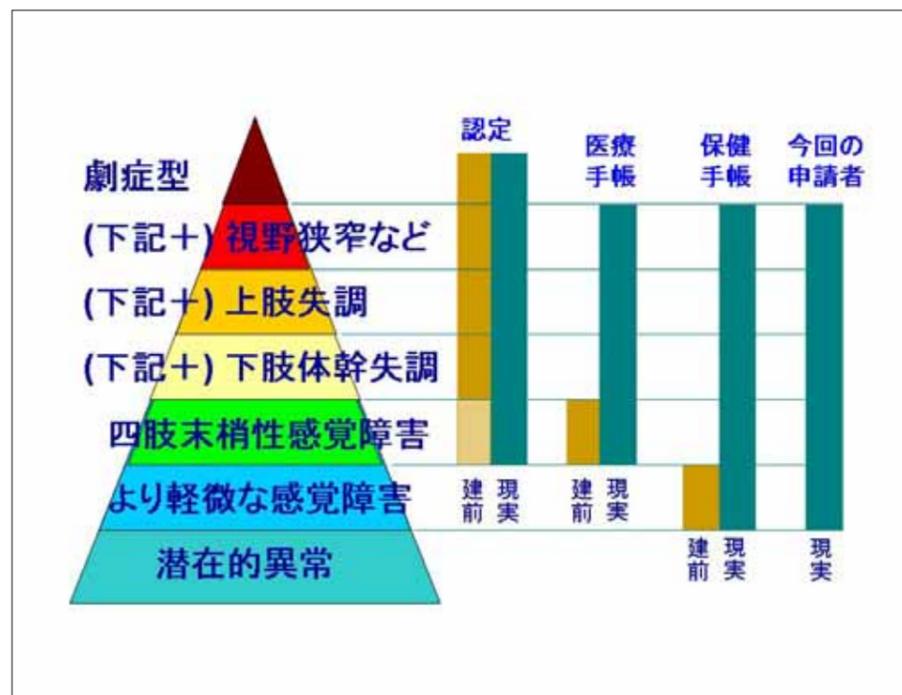
	認定申請数	水俣病認定者	総合対策医療事業 (医療手帳)
熊本県	13142	1774	7989
鹿児島県	4269	489	2361
新潟県	2001	690	799
合計	19412	2953	11149

図4. メチル水銀と徴候の関係 ---原田モデル---



原田正純: 公害と国民の健康. ジュリスト 548号, p.129, 1973年. を改変

図5. 実際の水俣病患者の症候と行政処分との関係



# 【方法】

対象は、2005年3～4月に、水俣協立病院または神経内科リハビリテーション協立クリニックにて、水俣病検診を受け、研究に対して情報を使用することを許可したものの513名。年齢は60.3±11.2歳(36-90歳)、男/女=243/270名であった。

検診では、居住歴、魚介類摂取歴、職歴、家族歴、自覚症状などの問診をおこない、水俣病に関する診察をおこなった。ほぼ全員が汚染時期にメチル水銀の曝露を受けたと考えられ、検診後の診断書に記載された症候をまとめると、493名(96%)に四肢末梢または全身性の感覚障害を認め(表2)、103名(20%)に視野狭窄を認めた(表3)。感覚障害以外については、生データによる分析ではなく、症候を控えめに記載している可能性が高い。したがって、生データによる分析では、それぞれの症候のパーセンテージは更に高くなると考えられる。

表2. 通常の診察による体性感覚障害  
(診断書に記載した徴候より)

体性感覚障害	人数(%)
全身性	59 (11.5%)
四肢末梢性(触痛覚)	412 (80.3%)
四肢末梢性(触覚または痛覚)	22 (4.3%)
より軽微・不明	12 (2.1%)
なし	9 (1.8%)
合計	513 (100%)

表3. 視野狭窄と失調  
(診断書に記載した徴候より)

	視野狭窄	上肢失調	下肢または体幹失調
あり	103 (20.2%)	140 (27.4%)	225 (44.0%)
疑い	36 (7.7%)	9 (1.8%)	27 (5.3%)
なし	372 (72.8%)	364 (71.2%)	259 (50.7%)
合計	511 (100%)	513 (100%)	511 (100%)

検診の問診時に、1.これまで検診を受けなかった理由、2.今回検診を受診した理由について、自由記入方式で記入あるいは、口頭での回答を求めた。著者が回答を総覧した後、分類して項目別に数を集計した。

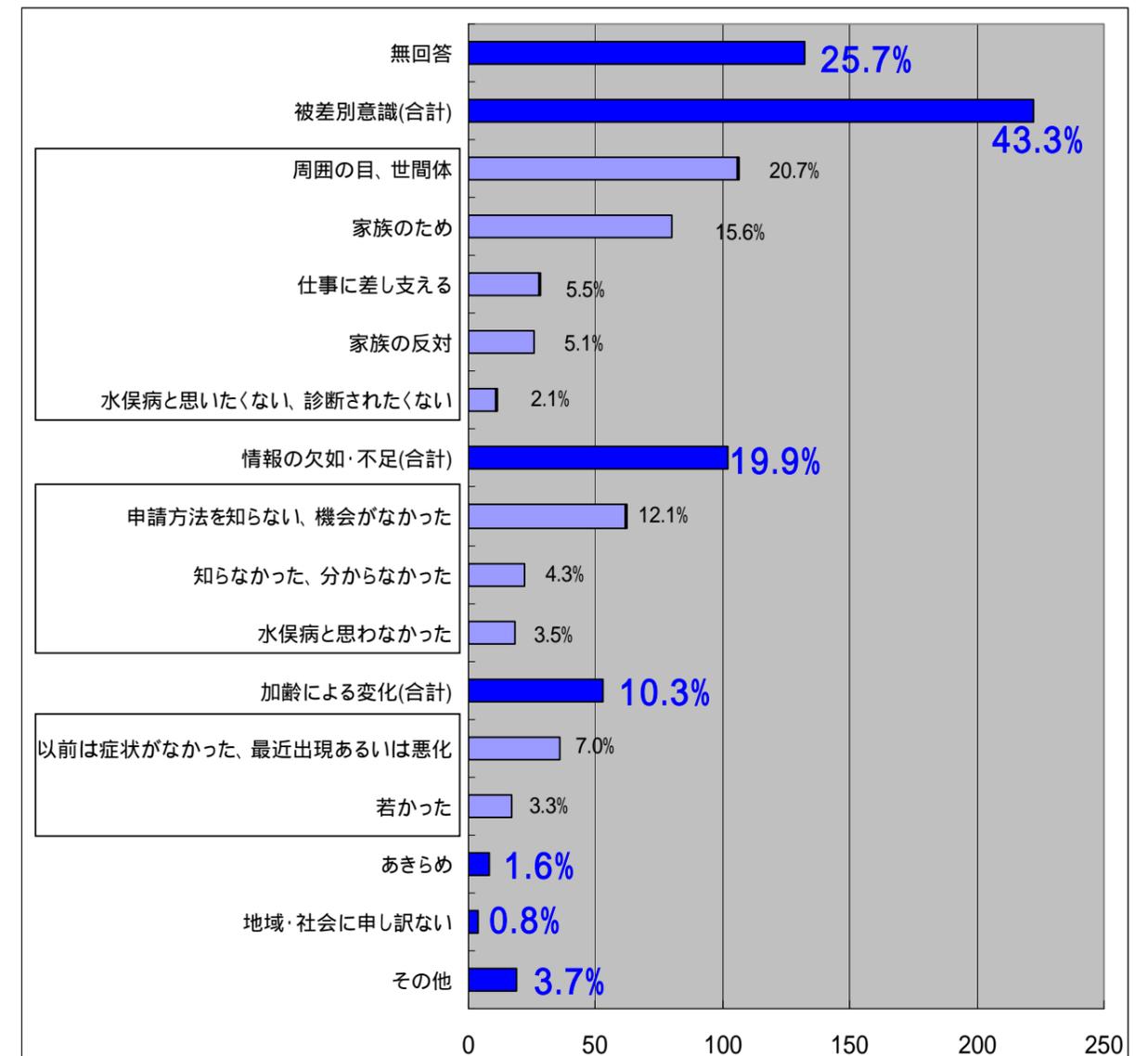
# 【結果】

1. これまで検診を受けなかった理由は、以下の表の通りであった。513 名中 418 名に水俣病申請歴がなかった。一人当たりの平均回答項目数は  $0.85 \pm 0.6$  であった。

表 4. 水俣病検診をこれまで受けなかった理由

無回答	132	25.7%
<b>被差別意識(合計)</b>	<b>222</b>	<b>43.3%</b>
周囲の目、世間体	106	20.7%
家族のため	80	15.6%
仕事に差し支える	28	5.5%
家族の反対	26	5.1%
水俣病と思いたくない、診断されたくない	11	2.1%
<b>情報の欠如・不足(合計)</b>	<b>102</b>	<b>19.9%</b>
申請方法を知らない、機会がなかった	62	12.1%
知らなかった、分からなかった	22	4.3%
水俣病と思わなかった	18	3.5%
<b>加齢による変化(合計)</b>	<b>53</b>	<b>10.3%</b>
以前は症状がなかった、最近出現あるいは悪化	36	7.0%
若かった	17	3.3%
<b>あきらめ</b>	<b>8</b>	<b>1.6%</b>
<b>地域・社会に申し訳ない</b>	<b>4</b>	<b>0.8%</b>
<b>その他</b>	<b>19</b>	<b>3.7%</b>

図 6. 水俣病検診をこれまで受けなかった理由

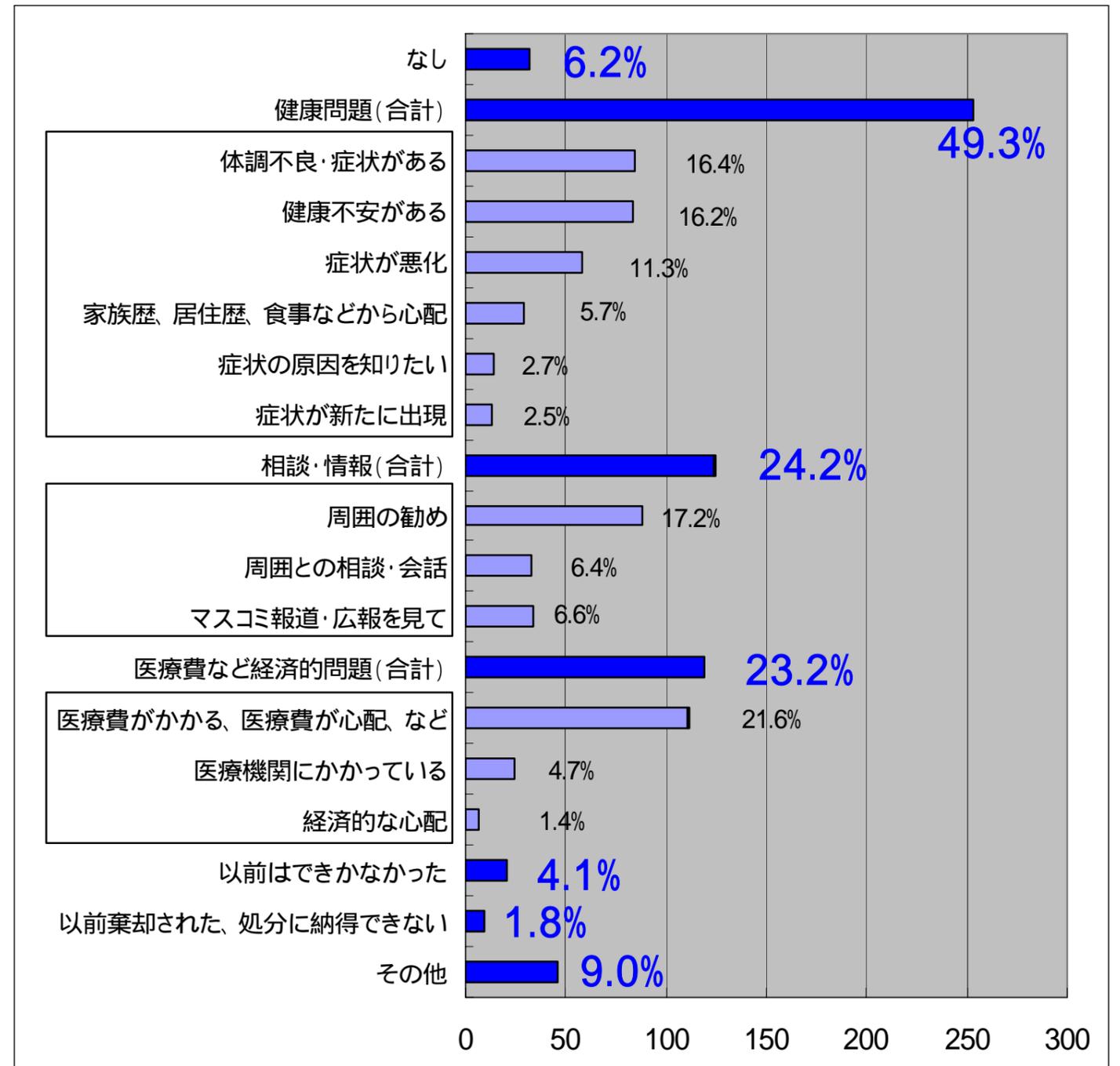


2. 今回検診を受診した理由は以下の通りであった。一人当たりの平均回答項目数は  $1.30 \pm 0.65$  であった。

表 5. 今回検診を受けることに決めた理由

なし	32	6.2%
<b>健康問題(合計)</b>	<b>253</b>	<b>49.3%</b>
体調不良・症状がある	84	16.4%
健康不安がある	83	16.2%
症状が悪化	58	11.3%
家族歴、居住歴、食事などから心配	29	5.7%
症状の原因を知りたい	14	2.7%
症状が新たに出現	13	2.5%
<b>相談・情報(合計)</b>	<b>124</b>	<b>24.2%</b>
周囲の勧め	88	17.2%
周囲との相談・会話	33	6.4%
マスコミ報道・広報を見て	34	6.6%
<b>医療費など経済的問題(合計)</b>	<b>119</b>	<b>23.2%</b>
医療費がかかる、医療費が心配、など	111	21.6%
医療機関にかかっている	24	4.7%
経済的な心配	7	1.4%
<b>以前はできなかった</b>	<b>21</b>	<b>4.1%</b>
<b>以前棄却された、処分に納得できない</b>	<b>9</b>	<b>1.8%</b>
<b>その他</b>	<b>46</b>	<b>9.0%</b>

図 7. 今回検診を受けることに決めた理由



# 【考察】

このアンケート調査は選択方式ではなく、自由記入方式であった。回答のほとんどは、1人につき、1つまたは2つのカテゴリーに分類された。したがって、各々のカテゴリーのパーセンテージは、各々の意見は、その意見の比率を示すものではなく、自発的に表出された意見の強いものをあらわしている。

最高裁判所判決前は、水俣周辺地域住民のなかに、水俣病の検診を受けること自体に対する強い拒否感と恐怖感があったことを私たちは感じてきており、これは患者に対して好意的な私たちの医療機関のなかでさえ、他疾患の治療で訪れた患者に対して水俣病についての会話をすることは、患者の側にも医療者の側にも抵抗感があった。今回のアンケート調査の結果は、大部分の被検者は以前から明確な健康問題があったが、水俣病をめぐる差別や、水俣病に関する情報の欠如によって、医師の検診を受けることさえできなかったことを示している。

## 被差別意識について

被差別意識が検診を避けてきた最も強い要因と考えられるが、水俣病認定申請に関して「地域・社会に申し訳ない」という記述が4名あった。健康被害について自分自身の責任がない「被害者」であるにもかかわらず、水俣病認定申請をしたり、補償を受けたりすることなどに対する罪悪感が地域に広く存在していることを著者らは長年体験してきており、これも被差別意識と関連していると思われる。

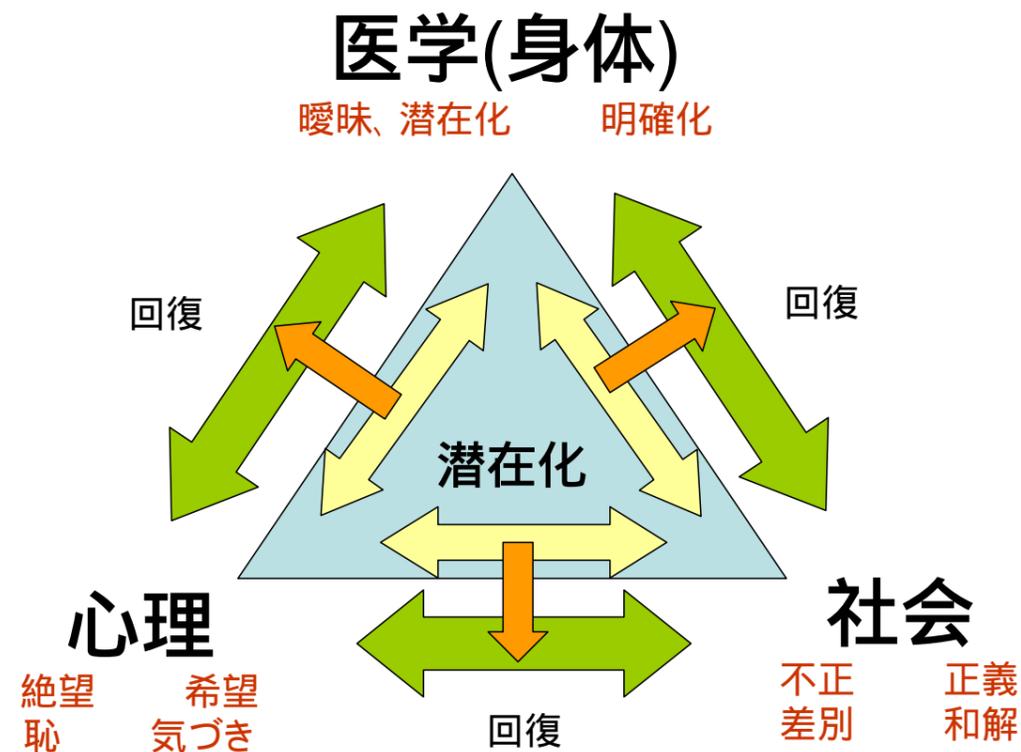
## 情報欠如について

また、水俣病に関する情報源のほとんどは、行政からのものではなく、個人的なコミュニケーション（会話や相談）やマスメディアからのものである。今回の結果は、水俣病についての情報が行政からは、今までほとんどもたらされてこなかったことを反映している。行政は、感覚障害だけでなく、小脳性運動失調や求心性視野狭窄などを有している患者のみを水俣病とし、水俣病の範囲を狭めてきた。そのため、水俣病に関する根本的調査もおこなわず、水俣病の症状についても、広く住民に知らせることをしてこなかったと考えられる。このように、認定基準の問題は単に補償の基準の問題ではなく、水俣周辺地域の公衆衛生学的になされなければならない政策の欠如をもたらした（表6）。

表 6. 水俣病でなされてこなかった、環境汚染に対する公衆衛生学的施策の基本

本来なされるべき施策	実態
1. 環境・健康被害拡大の防止	公式確認後も 12 年間汚染を放置
2. 環境・健康被害の全貌の把握	本格的な被害調査は、いまだにない
3. 健康被害に関する専門家による適正な追求と診断基準	実態とかけはなれた認定基準
4. 健康被害などに関する住民への情報提供	住民が自分の症候の原因を知らなかった
5. 被害者への補償	一部の患者のみ、申請者のみ、低額
6. 教訓を国の政策として生かす	新潟水俣病の発生、類似公害・薬害等の再発
	複数の補償制度の存在 被害者の分裂や対立を促進

## 図8. メチル水銀中毒の トライアングル潜在化モデル



### 各潜在化要因の例

#### 心理的潜在化要因

- (ア) 被差別意識 「水俣病」に対する恐怖
- (イ) 社会的圧力
- (ウ) 疾患情報の欠如

#### 社会的潜在化要因

- (ア) 政治的圧力 (国・地方行政)
- (イ) 経済的圧力 (企業)
- (ウ) 地域 (住民・患者による患者への差別)

#### 医学的(身体的)潜在化要因

- (ア) 感覚障害 > 運動障害
- (イ) 専門家の感覚障害軽視、医学的 pursuit 放棄
- (ウ) 患者による検診の敬遠、拒否

## 「メチル水銀中毒のトライアングル潜在化モデル」

われわれは、心理的潜在化、社会的潜在化、医学的(身体的)潜在化、という3つの要素から構成される「メチル水銀中毒のトライアングル潜在化モデル」を提起したい。

今回のデータは、直接的には、心理的潜在化を反映している。心理的潜在化の多くは、社会的潜在化要因によってもらえる。社会的潜在化は、行政、会社、あるいはそれらに従う人々による潜在化を意味している。地域差別、経済的動機、政治的圧力は、社会的潜在化をもたらす。

加えて、特にメチル水銀中毒では、医学的(身体的)潜在化が、特異的でありかつ重要である。他の疾患の患者や1950年代の劇症水俣病患者と異なり、現在の慢性水俣病においては、中心のかつ基本的な障害は運動機能ではなく、感覚機能にみられる。感覚障害は、主観的要素を有しているため、長期にわたり、意識的あるいは無意識的に、住民、患者自身、会社、行政、そして医師によってさえも、無視されてきた。

医学的(身体的)潜在化に関しては、他の要素も存在する。少なからぬ医師が、メチル水銀中毒における感覚障害の重要性を過小評価してきた。そのため、未認定患者に対する研究と、感覚障害に関する医学的追求は極めて遅れている。行政が水俣病に関する正確で詳細な情報を提供してこなかったことにより、多くの水俣病患者が、水俣病の検診を受けるのを避け、自身の病気を隠そうとしてきたことも、また医学的(身体的)潜在化と呼ばれるであろう。

これらの3つの潜在化要因は、相互に影響しあっている。医学的(身体的)潜在化は、心理的潜在化と社会的潜在化を強化する。社会的潜在化は、医学的潜在化と心理的潜在化を強化する。心理的潜在化は、社会的潜在化と医学的潜在化につながる。

これらの潜在化は、直接的には、1)最高裁判所の判決によって、破られたが、2)地域における健康問題が広くそして深く広がっていたこと、3)被害者の高齢化などが、差別のカベの厚さを軽減したこと、4)政府の言い分に説得力がないこと、などの要因も底辺に存在する。加えて、水俣病患者を差別したものの多くもまた水俣病の被害者であったことが認識されなければならない。

水俣病では、公衆衛生学の基本が悉く無視されてきたため、通常の施策ではありえない現象が観察される。それが当然の如くこの50年間通用してきたのは、上述の潜在化要因により、最終的に心理的潜在化(コントロール)がなされたためと思われる。水俣病問題を解決するためには、これらの潜在化要因をよく認識していく必要がある。