新潟水俣病における地域の社会的被害

——重層的差別の生成およびその要因としての制度・基準の媒介——

Social Damage caused by Niigata Minamata Disease : An arise of stratified discriminations mediated through the institutions and standards regarding Minamata Disease

関 礼子
SEKI Reiko

We will consider the social damage, especially discrimination, which Niigata Minamata Disease decisively reinforced. There are many causes of discrimination, but this paper focuses on how institutions and standards regulate the conditions of discrimination in the community.

Here, we will deal with the case of the town of Yasuda, along side the Agano River, and discussing the serious problems which institutions and standards cause to the people of the town.

1. 本稿の目的と視点

1956年に熊本県で水俣病が公式に発見されてから 9年後の1965年、新潟で第二の水俣病の発生が確認された。阿賀野川上流にある昭和電工鹿瀬工場（昭電）の排水が原因で発生した有機水銀が、食物連鎖を通じて魚介類のなかに蓄積され、それを多食することによって起こった有機水銀中毒症であった。この新潟水俣病も、発生から既に30年近く経過した。だが、公害という言葉が史実になってしまった現在も、未だ解決されていない問題が多々残されている。ここでは、そのひとつとして地域の社会的被害について取り上げたい。

さて、熊本における医学的な事例研究のなかで、水俣病の背後には、未だ顕在していない膨大な裾野があり、地域の住人のほとんどが身体を汚染されている＝「地域ぐるみ汚染」（藤野ほか、1988）があると指摘されている。だが、被害は身体的なものにとどまらず、社会的被害という更なる被害を派生させる。地域の社会関係に偏見や差別が持ち込まれるのである。地域社会が単に空間的ではなく、個々人の「一般化された他者」（ミード）であるならば、従来の社会関係の破壊や変更、それによる「歪んだ秩序」の形成は、いわば地域がこうむる被害＝地域被害と捉えられるだろう。こうした地域被害は、社会秩序の混乱と秩序の改変、水俣病による差別の発生という二つの側面から述べることができる。後者はさらに、水俣病患者発生／多発地区（当該社会）VSその他の地域（外部社会）という構図において生起する「地域間」差別、当該地域内の社会関係のなかで生じる重層的な「地域内」差別という二重の枠組で説明しうる。それらは、以下のようなものである。

①地域社会の混乱と秩序の改変。水俣病は、地域住民にとって、症状の程度や有無にかかわらず無関係な問題ではない。川魚を喫食していた地域住民は、健康被害への不安から

完全に免れることはできない。また、ある地域においてはほぼ等しくその文化を共有し、同じような職業や生活を営み、さまざまな関係性の秩序を保っていた人々が、水俣病をめぐる差別構造の中に巻き込まれてゆく過程は、それ自体が従来の文化の喪失、安定的秩序の解体の過程であると同時に、「歪んだ秩序」が形成される過程でもあった。それは具体的には川魚を中心とした食生活の変化、補償金をめぐる「意識」上の混乱、行為規範の変容（地域の人間関係を最大限担保するための会話における水俣病の忌避）、または同じ水俣病被害という状況にありながら、制度によって区別、形成された諸グループ間の＜差別―被差別＞の会話などにみられる。

②-1 地域間差別。水俣病発生／多発地域では、水俣病に「なる」ことによる救済と、水俣病患者多発地域に「なる」ことによって地域がさまざまな社会的差別を被るという相反した関係、すなわち、個の利益と集団の利益とが対立するというパラドキシカルな関係があらわれる。外部社会との関係で、水俣病発生／多発地区であることは、経済的、社会的、心理的にマイナスの側面を持つ。他地域からの水俣病のラベリングは、漁業や水産加工業、観光など産業面で不利益であるし、結婚、就職に際しても、患者多発地域であればあるほど、相手方は彼／彼女とその家族状況に細心の注意を払う恐れがある⁽¹⁾。

②-2 地域内差別。水俣病認定制度の変遷を受けて、認定患者、未認定患者裁判原告、社会的に潜在している患者、水俣病とは全く関係ないとしながらも完全には傍観者にはなれない人……と、地域にはさまざまな「水俣病」が存在し、それぞれの間に緊張感を孕んでいる。それぞれの「水俣病」の間で差別的な言葉が飛び、それゆえ同じ境遇の「水俣病」を抱える人たちの間である種の連帯感が生まれている。このような差別構造と、差別への対抗としてのグループ内意識の形成は、究極的には国あるいは行政の水俣病対策＝認定制度の反映でもある。そこにおける差別は、単なる個人の精神的貧困や資質を越えたところから発生しているからである。認定制度は、いうまでもなく、患者救済と同時に患者切捨てという両義的意味を持っている。もともとは切れ目ない症状のグラデーション⁽²⁾を、ある基準を設定することで、優位な集団と劣位な集団とに二分するのが認定制度だからである。認定基準を通して認定患者と未認定患者とが二項対立の対抗関係（バイナリー・オポジション）の位置に置かれ、さらに認定患者同士の、未認定患者同士の間で細分化されたグループ対立がみられるようになる。国あるいは行政は、水俣病の認定に係わるという本来の作用に加えて、ある意味で、諸々のグループを媒介する「媒介者」の位置を占めているのである。このような地域内差別は、国あるいは行政の認定制度と認定基準によって水俣病「患者」が区別されたこと、申請方法やその基準の変更によって、従来とは異なる「患者」区別がなされたこと、それら区別が、地域社会の文脈のなかで、なんらかの合理性をもって、一元的な縦軸のうえに並び変えられることで生じてくる。差別とは区別が上下関係を持つことの問題であり、それを成さしめる地域社会の「論理」抜きには語りえない。地域での差別は、地域社会を内包した人々のなかで生まれてくるからである。

本稿では、地域をめぐる差別のうち、特に地域内差別に注目して、阿賀野川中流安田町における地域と差別との関係を考察する。地域内部の複雑な人間関係から生じる差別は、決して固定的なものではなく、制度、基準が介在することで、＜差別―被差別＞、被差別における＜差別―被差別＞という対立性と相関性の連鎖を構成している。制度や基準が社会的差別状況を複雑にし、またそこにおける被害を増幅させているのである。こうした地

域内差別の実態を、制度や基準との関連で明らかにするのが、本稿の目的である。

なお、本稿では、ある制度の適用基準を満たしているという意味で「正規」、満たしていないという意味で「非正規」という概念枠組を用いて分析を試みる。これらは、制度、基準という要因によって、「地域ぐるみ汚染」における地域住民の差別状況が規定されるということを明らかにするためのものである。これらの言葉が持つ冷淡な語感、そのまま地域住民の置かれている困難な状況を示唆している。

2. 認定制度の推移と地域における集団構成

(1) 認定制度及び認定基準の推移

認定制度の変容が差別状況を規定、媒介するという点を明確にするために、はじめに、いかに認定制度および認定基準が変化したかを、四つの時期に区分して概観しておこう。

第一期は「公害健康被害救済特別措置法（旧救済法）」施行以前（1965年 9月～1970年 1月）である。「新潟県水銀中毒患者及び水銀保有者に対する特別措置要綱」に基づき、患者救済のための医療費支給等のために水俣病であるか否かは「新潟県有機水銀中毒症患者審査会」が判定、認定基準は審査会の医師の判断によっていた⁽³⁾。

第二期は旧救済法が施行されていた時期（1970年 2月～1974年 8月）である。同法により、新潟県では阿賀野川下流域⁽⁴⁾ が地域指定され、法に基づく行政認定制度が始まった。これに伴い「公害被害者認定審査会」が設置され、認定は同審査会の意見を聞いて処分権限者たる知事または新潟市が行った。旧救済法は、施行当初、国の統一的認定基準の明示がなく、新潟と熊本とで認定基準に差があったが、1971年 8月の環境庁事務次官通知により、水俣病の典型症状のいずれかがあれば水俣病と認めるとする統一基準が示された⁽⁵⁾。この通知は、同年 9月の新潟水俣病第一次訴訟の勝訴への流れを形成したものである。

第三期は「公害健康被害補償法（公健法）」施行から総合対策が実施されるまでの時期（1974年 9月～1992年 5月）である。この法律は、民事上の損害賠償を踏まえ、「公害による健康被害者の迅速かつ公正な保護を図る」（公健法 1条）ために制定された。これによって旧救済法は廃止、指定地域は公健法に引き継がれた。「公害健康被害認定審査会」が設置され、認定は審査会の意見を聞いて行われるようになった。だが、低経済成長期に入り、政府の公害巻き返しの動向を受けて、認定基準は徐々に狭められる。環境庁は1975年に水俣病認定検討会を発足させて水俣病の再検討にはいり、1977年「後天性水俣病の判断条件について」（いわゆる52年判断条件）で症状組み合わせ論を展開し、認定基準を厳しくし、翌78年「水俣病の認定に係る業務の促進について」（いわゆる53年通知）で52年判断条件を確認するとともに、「蓋然性」概念を定着させるのである⁽⁶⁾。

第四期は総合対策実施（1992年 6月）以降である。1991年11月の中央公害対策審議会の答申「今後の水俣病対策のあり方」によって水俣病多発地域の住民の健康管理事業と医療事業が提示され、1992年 4月、事務次官通知「水俣病総合対策費補助金交付要綱」および環境保険部長通知「水俣病総合対策の実施について」が出され、同年 6月から、認定は棄却だが「水俣病の疑い」のある者に一定程度の制度的救済の手が伸びることとなった⁽⁷⁾。

(2) 安田町における状況と対応——地域内の「患者」区分

上述のような制度的変遷と認定基準の変更を受けて、安田町の水俣病患者は認定患者、未認定患者原告、未認定患者非原告に区分された。ここに水俣病と無関係な者が加わり、地域社会の文脈と相俟って、諸々の集団間で緊張や対立が生み出される。安田町における地域内の集団は次のような特徴をもって形成されたものである。

1) 第二次一斉検診と明和会

安田町で最初の認定患者が出たのは1972年、第一次訴訟の勝訴の翌年である。これ以降、認定患者は増加してゆくのであるが、認定申請の直接の契機となるのは裁判判決というよりはむしろ、新潟県が行った第二回一斉検診と補助調査（1970～72年）であったと考えられる。第二回一斉検診は、遅発性水俣病の可能性から、水俣病発生当初に行われた第一回一斉検診（1965年）での患者の把握は充分ではないという見地のもとで実施され、補助調査は、一斉検診の受診者の割合が低いために、事後措置として講じられた⁽⁸⁾。これらは、アンケート調査→現地診察→新潟大学での調査という三段階で潜在患者の発見を試みたものである。主にこの過程を経て認定された人が安田町における初期認定患者である。彼らは安田町が保守の地盤だったことから、革新系の支援組織である新潟水俣病共闘会議（共闘会議）、ならびにその支援のもとに組織された患者団体、新潟水俣病被災者の会（被災者の会）とは距離をおき、独自に「明和会」を結成した⁽⁹⁾。

2) 自主検診運動による潜在患者発掘作業と第二次訴訟原告

集団検診によって「まだ認定者の出ていなかった上流地域にもメチル水銀中毒症を疑わせる症例が多数いることが明らか」になり、有所見者の「症例は『新潟県新潟市公害被害者審査会』においてほとんどが水俣病と認定された」⁽¹⁰⁾。県は、これによって潜在患者の発見という目的はほぼ達成されたものと考え、これ以降、公的集団検診を打ち切り、認定は本人申請制度⁽¹¹⁾一本で行うことにした。

註 (1) 枠内上段は第二回一斉検診、中段は補助検診、下段は第二回一斉検診および補助検診の総計人数を示す。

(2) A=第二回検診の未受診者 1,645人、希望者 202人を含む。B=同 895人、202人。C=同 286人、68人。D=同 110人、38人。

出所 県より入手した資料をもとに作成。なお、作成にあたっては、そこに記載されていた白川健一：神経進歩16(5), 881, 1972 (一部訂正) の図を参考にした。

(図-1) 第二回一斉検診方式と調査対象数

だが、第二回一斉検診と補助検診が潜在患者発掘という見地で十全なものだったわけではない。潜在患者は社会的な差別が存在するがゆえに、なおも潜在し続けていたからである。図－１は第二回一斉検診と補助調査の受診率を示したものであるが、第二段階の受診率が極端に低くなっていることに注目されたい⁽¹²⁾。これは、地域社会において、解雇、世間体、子供の結婚や就職などに纏わる差別的言動の存在ゆえに、水俣病に「なる」ことが忌避されていたことを示している。安田町でも「集団検診は一軒のうちの一人行けばいいという感じもあった」、「連絡しても行かない人があった」、たとえ集団検診を受診しても「なんぼ体が悪い人でも、認定だけはならんといつて、元気そうにして頑張った」という状況がみられた⁽¹³⁾。潜在患者は、水俣病を潜在化させようとする社会的な力によって、集団検診の網からこぼれ落ちてしまったのである。

このような状況下では、当然ながら、本人申請制度は十分に機能しない。そこで、安田町では、本人申請制度に疑問を投げ掛ける公的集団検診の実現運動が起こり、三度にわたる自主検診が行なわれた（表－１参照）。

（表－１） 安田町における自主検診運動の経過

1970 -72	・第二回一斉検診 （及び補助検診）
1971. 9. 29	・新潟水俣病第一次裁判判決（原告勝訴）。
1972	・横雲橋上流から患者が認定される。安田町で初めて認定患者がでる。
1973. 3	・船頭組合が安田町に集団検診を要請、実現する（於、安田町青年研修所、白川医師ら）。
6. 21	・新潟水俣病共闘会議と昭和電工との間で補償協定が締結される。
1976. 4. 9	・安田町町長に集団検診の実施を要請（第一回町長交渉）。
13	・新発田保健所所長に要求書を提出。
5. 13	・県知事に集団検診実施の要求書を提出（第一回県交渉）。
20	・第二回県交渉。
26	・本田町長との第二回交渉。
29	・本田町長との第三回交渉。
6. 1	・共闘会議との会見。
14	・第三回県交渉。
26	・青年会館にて町長との話し合いの場がもたれる。
7. 8	・新潟市下越病院にて富樫医師と会見。
19	・共闘会議と支援要請について話し合い。
12. 11	・第二回自主検診の実施（於、大和地区の集落センター）。共闘会議の協力のもと、動医協の下越病院の富樫医師らによって行われる。
1977	・第三回自主検診の実施（於、千唐仁多目的集会所）。斉藤医師協力のもとに行われる。
11.	・新法による行政不服申請の口頭審理が初めて新潟で開催される。この後、安田町では行政不服申請の運動が展開される。
1979	・安田町未認定患者の会が結成される。

安田町での第一回自主検診は、1973年、船頭組合が安田町に働きかけて実施されたもので、要求してから一週間ほどで行われた。その意味で、この検診は自主検診と公的検診という二つの性格を併せ持っているといえる⁽¹⁴⁾。この検診は20人までという人数制限があり（実際の受診者は21名）、有所見者 9名中、認定されたのは僅か 3名、さらに 2名の認定申請書類が県に届かなかったなど、問題が多く残った。そのため、千唐仁地域の船頭らが中心となり、「安田町で集団検診を実現させる会」を組織、町や県、関係各方面へ働き掛けて、再度集団検診を実現すべく運動が行なわれた。

しかしながら、第一次訴訟勝訴と補償協定の締結⁽¹⁵⁾という被害者救済への動向から一転、公害巻き返しの時期に入り、認定基準が厳しくなる、棄却者が増加するという時期にあって、要求は簡単に実現しうるものではなかった。町および県の態度も「水俣病問題は終わった」に終始し、同意を引き出すのは困難であった。そこで、「実現させる会」は、共闘会議に協力を依頼して、1976年12月に第二回自主検診を実現させた。

また、第三回自主検診は、第二回自主検診を受けられなかった人（行政不服申請者ら）がいるなどの問題を受けて、斉藤医師の協力のもと、翌1977年に行われた。

このような自主検診運動によって認定されたのは、一回目の自主検診で認定された3人のみであり、直接に大きな成果に繋がるものではなかった。しかし、この運動は、第二回一斉検診および補助調査の過程で未だ潜在化していた地域の水俣病潜在患者を顕在化させるうえで重要な役割を担った。顕在化した患者のうち、少なからずが地域における行政不服申請をする運動に関わり（うち1名が認定）、新潟水俣病第二次訴訟（1982年提訴）の原告となってゆくのである。

1990年、第二次訴訟は、早期判決を促すために、第一陣94名を分離審査することとなった。1992年3月の一審判決は、88名を認定とし（3名棄却、残り3名は既に認定）、国の責任は否定するというものだった。ここで認定された患者は被災者の会に加入し、結果、安田町では初期認定患者と別の集団が形成される。それと同時に、分離裁判によって、二次訴訟原告も認定患者と未認定患者の集団に区分されることになったと捉えることができる。

3. 安田町における諸グループの差別、対抗関係の状況

(1) 地域内差別の実情と序列化

「いいこと、悪いこと、一日あれば隅々まで知れ渡る」⁽¹⁶⁾と評される地域社会のなかで、水俣病が落とした差別の影はどのようなものだったのか。また、前章で述べた3つの集団と、水俣病とは無関係な者（検診を受けたことがなく、申請経験もない人＝水俣病ではない人、もしくは水俣病でないと考えている人）との間には、どのような差別が生じているのか。また、3つのグループの相互関係が孕んでいる緊張はどのようなものか。そこにおける差別は、いかなる論理のもとで生成し、維持されているのか。具体的な例を挙げながら、論じてゆくことにしよう⁽¹⁷⁾。

1) 初期認定患者が受けた差別とその根底にある水俣病差別

主に第二次一斉検診によって顕在化した初期患者は、時期的にいうと、第一次裁判の勝訴から、補償協定締結前後の間に認定されている（表1参照）。これは、「認定されても逆効果だ。金ないし、嫁もこないし」⁽¹⁸⁾の言にあるように、認定されることのメリットよりも、差別されるデメリットのほうが大きいように思われた時期から、補償金をもらうメリットもあるということが明らかになる時期にあたる。

この時期の差別の特徴は、職場での解雇、水俣病の遺伝可能性、子供の結婚に関するものである。初期認定患者の一人は、認定されたことで、「体悪くて、事故おこしたら困るから（運転手の仕事を）辞めてくれ」、「金がっぱりもらったからいいだろう」と言われて解雇された⁽¹⁹⁾。「あそこ水俣だから嫁もらいたくないわ」⁽²⁰⁾という言葉が囁かれ、実際に家族から認定患者が出たという理由で破談になった例もあるなど、病気が子供の人

生に影響するのではないか、遺伝するのではないかという不安も強かった。さらに、水俣病のイメージは、ネコの狂死、胎児性水俣病、激症型の症状などが強く、「認定になって『みば（世間体）が悪くてしょうがない』といって自殺した人まで」⁽²¹⁾ 出ているという。

このような状況であるから、認定患者が認定されたという事実を積極的に公表することはない。たが、認定されたという事実はすぐに地域内に広まるために、認定患者は、認定患者であるがゆえにかなりの差別被害を被らざるを得なかった。

2) 潜在患者の顕在化過程と第二次訴訟原告への差別

初期認定患者が受けた差別の言動は、当然、地域の人々が周知するところである。子供の結婚への影響、世間体、職業への影響についての具体的事例が身近に存在するために、水俣病＝差別されるという「一般常識」が形成される。それは潜在患者の顕在化過程の障害ともなる。一度は顕在化行動をとったものの、その後、水俣病被害救済の運動から離れる人も多く見受けられた。逆に、最後まで顕在化行動をとった人の多くは、第二次訴訟の原告となった。

第二次訴訟原告は、初期認定患者が受けた差別を基本的に引き継いでいるが、時期的に補償協定締結後に水俣病救済を求めることになったため、「金目当て、金欲しさ」で水俣病だと言っている「欲張り」な「ニセ患者」という差別を受けることになった。「水俣病なのに、どうしてあんなに元気なのか」⁽²²⁾、「おら、同じ魚食べてるども、検査なんてしていないな」⁽²³⁾、「水俣なんてうそも方便だな」⁽²⁴⁾ などと言われ、まるで「泥棒扱いされている」⁽²⁵⁾ など、第二次訴訟原告は、初期認定患者にみられる水俣病の症状への差別と共に、水俣病を刻印＝認定されていないことの差別を受けていることに注目される。

3) 初期認定患者と第二次訴訟原告との差異、及び差異が縦軸に転化するロジック

初期認定患者と第二次訴訟原告患者の最大の相違は、「いかに」認定されるかということにある。初期患者は、集団検診という、いわば行政のお膳立てのもとに認定された患者であるため、行政が「勝手に」認定したので、「いやいやながら」認定患者になったという意識が強い。対して、第二次訴訟原告は、本人申請制度によって自らが「認定せよ」と声をあげざるを得ない人々である。彼らは、既に認定＝補償金という図式が地域の人々にインプットされている時期にあって、周囲からは「水俣病になりたくて」騒いでいる人とカテゴライズされる状況に置かれる。

この差異は、同じ水俣病被害を受けた人々を、結果として序列づける。初期認定患者は、原告患者に対し、何らかの事情で集団検診からこぼれ落ちた人ではないか、と理解をみせながらも、後者との差異を強調する。この差異は、差別状況を規定するものだからである。いかに原告患者が「お金の問題ではない」と主張しても、現実には「欲張り」な「ニセ患者」という差別がつきまとう。だが、初期認定患者は「望んで」認定されたのではないと主張することで、原告患者が加算的に受ける差別を回避しうる。こうして、初期認定患者の優位性保持の必要性は、ときに原告患者に精神的苦痛を与える差別発言へと転化する。

4) 訴訟の長期化と分離裁判

他方で、原告患者が「ニセ患者」差別から逃れるためには、自らが主張している水俣病被害の正当性を獲得しなければならない。原告患者は、裁判という手段を通して、病状に起因する苦痛、そこから派生する社会的被害に対する理解（＝認定）と、それら原因を形成した企業と国の責任の明確化を求めた。

そして、既述のように、裁判の長期化に伴って、「生きているうちの救済」が不可能になると危惧されたため、第二次訴訟原告第一陣は二陣以降と分離して審理されることになった。これによって、1992年、安田町の第一陣患者はすべて水俣病に認定された。

第一陣患者は、認定後、「ニセ患者」ではなくなったが、二陣以降は未だ「ニセ患者」の位置に貶められている。そのため、二陣以降の患者には、「置き忘れられている」のではないか、「二陣以降は皆、心配している。死んでからでは遅いので、早く裁判を進めて欲しい」⁽²⁶⁾という焦燥感が見られる。

5) 非原告とは——その行為規定性

農漁業を営みながら穏やかな生活を送っていた人々にとって、裁判は本来、無縁なものである。阿賀野川のほとりで静かな暮らしを営んできた人が、被害者運動や裁判に係わることは、生活のなかに非日常を持ち込むことであり、それゆえ行為判断は多様にならざるをえない。自主検診運動等を通して顕在化した患者であっても、いざ訴訟に加わるとなると相当の覚悟と勇気が必要となる。訴訟に参加しなかった人は、家族内に複数人の潜在患者がいるため一人だけが「代表」として訴訟に加わる場合、一度は水俣病を疑いながらも水俣病とは無関係だと自らを納得させて運動を下りる場合など、さまざまである（ヒアリングによると、後者の場合、「世間体が悪い」、「金欲しさといわれるのが嫌で」、「家族や親類の反対があって」など、水俣病に関する差別状況が再潜在化の主たる要因であった）。このような人々を「非原告」という言葉で呼ぶことにする。

非原告の立場は、大雑把に言って、①黙して語らず、②家族のひとりが代表として訴訟に加わる等を背景とし、その支援に回る、③自分は水俣病ではないとし、差別側に回る、という三つに分かれる。

注目されるのは、③である。この立場をとる人は、水俣病の症状を「津島屋あたり」の激症型とし、「この部落に水俣病の症状がある者はいない」⁽²⁷⁾、「訴訟に参加している人は皆、知っているが、めいっぱい仕事をしている人ばかりだ。わたしは金目当てだと思っている。」⁽²⁸⁾と述べる。この背景にある論理は、自分も体の具合が悪いのに認定されなかったから「水俣病ではないと思っている」のに、自分より症状の軽い人が認定になったり、水俣病だと「騒いでいる」のはおかしいというものである。

もちろん、水俣病の症状は必ずしも可視的ではなく、表面的に比較することはできない。だが、ここで重要なのは、同じ生活、同じ食生活を営み、自分も具合が悪いが「水俣病ではない」から、認定患者も未認定患者も「水俣病ではない」と考えている点にある。つまり、③の立場からみた身体状況の類似性と行動における差異が、差別的言動を誘発しているのである。その意味で、ここでの差別発言は「根拠ある」差別として捉えられる。この差別は、自らを「水俣病でない」とするための合理化の一形式と見做しうる。

(2) 安田町における差異と差別の状況

上述のように、地域には、多様な差別の形態と論理がある。特に注目されるのは、裁判原告患者における差別の二重性である。裁判行動による水俣病の表明（自己申告としての水俣病）は、＜水俣病であることの差別＞と同時に、未認定であることによる「ニセ患者」差別、すなわち＜水俣病でないことによる差別＞を惹起する。裁判参加とその表明、もしくは原告であると知られることが、水俣病として認定されていないにもかかわらず、水俣病

として差別される原因になると同時に、水俣病として認定されていないがゆえに「欲たかり」の「ニセ患者」として差別される原因となるのである。このように、不安定な状況にある原告患者に、差別が凝縮されているということは、注目すべき事柄である。

ある基準のもとに総体としてのひとつが区分されるということは、制度や仕組の構成、機能上、一般的なものとも考えられる。だが、一方における「正規」（＝基準にみあっていること）の形成は、常に他方における「非正規」（＝基準にみあっていないこと）の形成を意味する。正規の形成によって、非正規なるものは、正規より劣位の地位に位置づけられ、より劣った条件を社会的に押しつけられる。ここでは認定患者が正規であり、未認定患者は非正規である。早期認定患者については、水俣病であることの差別は存在するが、「ニセ患者」としての差別は（全くではないが）なく、充分なものであるか否かは措き、制度的に救済されている。それに対して、原告患者は長期にわたって二重の差別を受け、しかも（1992年以降の第一陣を措けば）制度的に救済されていない。未認定であることによって、原告患者は「加算的差別」という劣位な社会的状況に貶められているのである。そのような状況にあって、原告患者にとっての認定の意味は、正規への「昇格」にある。認定によって初めて、自らの顕在化行動とその主張に対する正当性が獲得されるからである。認定は、いわば「名誉回復」の契機と考えられ、身体的被害に対する補償という当然の権利以上に重要なものとされる。しばしば認定を求める人が強調する「お金の問題ではない」という言説は、かつて健康だった身体は取り戻せないという意味と同時に、差別的状況の緩和、離脱という意味を含むのである。

非原告の場合には、水俣病であることの差別も「ニセ患者」としての差別も相対的に少ない。そして、非原告が受ける差別の状況は、ひとえに彼の行為態度に規定される。非原告が水俣病であると表明し、振る舞うならば、彼は非正規の位置につくことになる。逆に、水俣病患者になることに消極的であったり、水俣病を否定するならば、彼は患者でないという立場、いわば「基準適用検討域外」にある。このことを示したのが図－2である。

(図－2) 地域における差別の序列化

ここに安田町の地域事情による水平的分化を重ねると、図-3のようになる。明和会と被災者の会及び共闘会議との対立、対抗関係については、紙幅の都合上割愛せざるを得ないが、たとえば、補償協定締結までの共闘会議と昭電との交渉において明和会がとった行動（補償金額の下方設定）⁽²⁹⁾や、両者の昭電に対する距離の取り方が微妙な影を落としていることが指摘できる。

しかしながら、このことは差別における位置関係であり、救済という見地からみると非原告の状況は異なってくる。申請や裁判など、早くから顕在化行動をとることができた人は、優位であり、顕在化が遅れた人、顕在化に踏み切れなかった人は、最も劣位におかれることになる。たとえば、非原告患者の差別の度合いが小さいこと＝被害の少なさではない。救済可能性という別の方向からみると、司法による認定・救済を待たずに、現行の制度下で認定されるということはまずなく、総合対策による救済を受けるか、あるいはそれさえも受けることができなくなってしまうからである⁽³⁰⁾。つまり、救済という見地では、非原告は最も劣位に貶められている。

（図-3） 地域における差別の序列化とグループ内対抗状況

4. 地域社会・差別・行政システム——むすびか代えて

一般に、制度や基準の形成は、一方における優位性の獲得と他方における劣位の形成という二面的な意味を持っている。新潟水俣病の場合、認定基準は、救済の基準であると同時に、差別原因を誘発する要因であった。しかし、救済のための基準・システムは、1970年代半ばから、救済しないための基準・システムとして、正反対に機能してゆく。短期間に認定基準が何度も変更され、認定までの過程が変化したこと（集団検診から本人申請制度へ）、しかもそれが、いわば権利制限的、縮小的な転換だったために、地域における差別状況は複雑かつ深刻な様相を呈することとなった。

認定制度や基準の変更は、水俣病が抱えていた負のイメージや差別喚起的性格を考慮することなしに、問題の「全面的解決」＝隠蔽へと急ぐ国の姿勢、それを受けた自治体の方針によって、ひとつの社会を複雑に細分化し、緊張関係を孕ませることになった。安田町

における差別状況は、単に差別をする者の精神的貧困や「患者」への理解不足に起因するものではない。むしろ、自分と彼／彼女が同じ生活や食習慣のもとにあったにもかかわらず差異が形成されるために、認定をめぐる重層的「患者」区分のなかで自らの社会的被害を最小にし、あるいは自らの立場を正当化するために、さまざまな差別状況が生み出されているのである。これら差別は、国及び行政の媒介によって深化した差別である。このことは、被差別の状況と同時に差別しなければ保つことのできない自己の存在、地域社会における水俣病の存否をめぐる態度、それら複合的な要素を統合する地域の再秩序化の困難を示唆し、また明らかにする。

制度は直接的、間接的に差別に結びつく危険性を孕んでいる。それゆえ、いうまでもなく、行政施策の適用、基準や方法の改変については慎重さが望まれる。それが社会的弱者の保護、救済のためのものであればなおさらである。新潟水俣病の差別問題は、制度、基準の失敗がもたらしたひとつの事例であると同時に、制度が抱える普遍的な命題を示唆しているといえよう。

[註]

- (1) 地域それ自体が水俣病を象徴する熊本県水俣市の場合、近年、払拭しえない水俣病のイメージを克服すべく、水俣病の歴史をふまえて、竹のように伸びゆく水俣市へとイメージ転換を試みているが、そのこと自体が水俣病によって地域が受けた負の側面を表しているといえる。朝日新聞1993年 9月27日、「新けいざい紀行㉔、水俣市」参照のこと。
- (2) 原田正純の「メチル水銀量と病状との関係」図は、水俣病の症状が、急性・激症型から潜在性（不顕性）中毒まで連続したものであることを表している（原田、1985, p. 186）。
- (3) 1965年12月に県と確認された基準は、①自覚、他覚症状のあるものは水銀量の多少にかかわらず患者とする ②高水銀保有者で（200ppm以上）自覚症状のある者も患者とする ③患者名簿登載者は現在症状がなくとも患者とする、の三点であった（枝並文書）。
- (4) 旧救済法制定当初は、中、上流から認定患者は出ておらず、患者は存在しないという見解であったため、下流域のみが地域指定された。だが、中、上流からも患者が多発してなお、公健法は下流域の地域指定をそのまま受け継いだ。中、上流には被害が存在しない、もしくは指定するほどには大きくないということであろうか。
- (5) 「公害に係わる健康被害の救済に関する特別措置法の認定について」という通知。詳細については、日本弁護士連合会公害対策委員会、1983, pp56-58 参照のこと。
- (6) 同上, pp58-61参照。
- (7) 野村、1993 及び朝日新聞1994年 3月31日「救済範囲拡大の流れ 問われる現行の認定基準」参照。なお、認定制度が両義的であると同様、総合対策も両義的意味があり、問題点が多々指摘されている点に注意されたい。
- (8) 県が一斉検診に踏み切るにあたっては、共闘会議による被害者運動、特に自主検診運動の重要性が指摘されている（地元で水俣病集団検診を実現させる会の回覧文書、1976年“集団検診を希望されているみなさんへ”参照）。
- (9) 明和会は地域的な患者団体で、安田町の認定患者のほとんどが属している。町長が代理人となり、役場に事務局がおかれている。安田町の認定患者80名が会員となったが、その半数以上は既に死亡し、1993年12月時点で会員数は38名である。
- (10) 新潟県より入手した資料による。
- (11) 一斉検診のような形ではなく、認定を受ける者が申請書を作成、診断書や住民票等とともに市町村を通して県に提出する。本人申請制度の詳細と弊害については、日本弁護士連合会、1983, p. 41, p. 50 を参照のこと。

- (12)県は図1に示された数値をもって、その後は潜在患者はほとんどいないという姿勢をみせたが、集団検診は完全なものではなかったことは数値自体が示すところである。このことは、未認定患者調査での集団検診の検討結果（飯島・船橋編, 1993, pp. 185-190）をはからずも支持しているといえよう。
- (13)1993年12月12日、集団検診を契機に認定されたY・A氏（明和会）からのヒアリングによる。ここでの事実認識は、未認定患者が、主に差別や偏見を恐れて集団検診を受診しなかったという調査結果（同上, pp. 182-184）と合致している。
- (14)この検診は、船頭組合が町に働きかけ、町が県に要請して、新潟大学が行ったもので、私的な側面と公的な側面の両方を有している。ここでは自主的な運動の成果という側面を強調して、第一回自主検診と呼んだ。飯島・船橋編, 1993, p. 163 を併せて参照のこと。
- (15)補償協定の協定書（抜粋）は川名, 1989, pp. 249-252を参照のこと。
- (16)前出、Y・A氏ヒアリングによる。
- (17)このグループ分けは厳密なものではない。家族や親戚、同族（身マキ）における水俣病被害状況が、以後みるような個々人の差別や被差別の状況に影響を及ぼすからである。
- (18)N・H氏（明和会）、1993. 12. 11ヒアリングによる。
- (19)同上。
- (20)J・K氏（明和会）、1993. 12. 11ヒアリングによる。
- (21)K・M氏（第一陣原告）、1993. 12. 11ヒアリングによる。
- (22)1992年 8月実施の新潟水俣病未認定患者の面接調査、ケースNo11（第一陣原告）。
- (23)同上、ケースNo29（第一陣原告）。
- (24)同上、ケースNo45（第一陣原告）。
- (25)朝日新聞1981年10月16日「新潟水俣病は終わらず」より。
- (26)前掲、新潟水俣病未認定患者の面接調査、ケースNo122（第二陣原告）。
- (27)同上、ケースNo13（非原告）。
- (28)N・M氏（非原告）、1992年 7月20日、電話でのヒアリングによる。
- (29)他方で、明和会は、過去、死亡の際の追加補償金が全額支払われない（被災者の会の患者は事故の場合を除き全額支払われた）という問題を抱えていた。
- (30)総合対策については、申請の期間が1995年 3月31日までと限定されているため、それまでに顕在化に踏み切れなかった場合は、総合対策さえも受けられないことになる。

[引用文献および資料出所]

- 枝並福二, 1965-68, 枝並文書（1965年当時、県職員であった枝並氏の行政ノート）。
- 川名英之, 1989, ドキュメント日本の公害4, 緑風出版。
- 東京都立大学人文学部飯島伸子研究室・法政大学社会学部船橋晴俊研究室, 1993, 新潟水俣病未認定患者の生活と被害—社会学的調査報告—。
- 新潟県, (1992年入手), 新潟水俣病関係資料
- 新潟水俣病弁護団, 1990, 新潟水俣病第二次訴訟最終準備書面。
- 日本弁護士連合会公害対策委員会, 1983, 「水俣よみがえれ」—水俣病実態調査報告書—。
- 野村好弘, 1993, 公害被害者救済のあり方—公健法と公害防止事業費事業者負担法を素材として, ジュリストNo1015。
- 旗野秀人, (1991-93年入手), 新潟水俣病関係資料および自主検診関係資料。
- 原田正純, 1985, 水俣病にまなぶ旅, 日本評論社。
- 藤野紘ほか水俣協立病院医師団, 1988, 水俣病の底辺—慢性期におけるメチル水銀の地域ぐるみ汚染と認定処分の実態—, 丸山和彦・板井八重子編著, 女たちのミナマタ, 新日本出版社。