

公害被害放置の諸要因

——イタイイタイ病発見の遅れと現在に続く被害——

藤川 賢

(明治学院大学)

被害が被害として認識されにくいことは多くの公害問題に共通して見られるが、イタイイタイ病および慢性カドミウム中毒においてはとくに特徴的である。中でも、大幅な発見の遅れにより多くの激甚な被害者が見過ごされたこと、富山以外でも要観察地域や土壤汚染対策地域が指定されながら同様の健康被害が公害病と認められなかったことは、重要と考えられる。本稿は、被害地域などでの聴き取り調査にもとづいて、こうした被害放置の経緯と背景を明らかにしようとするものである。発見の遅れについては、公害の社会問題化以前で危険性が重視されなかったこと、川への信頼などの他に、個々の症例においても地域全体としてもイ病が長い年月をかけて深刻化したために、激しい症状さえもあたかも自然なことのように受け止められていたことが指摘できる。また、農業被害は明治時代から明らかで補償請求運動も続いていたにもかかわらず、それが直接には健康被害への着目や運動につながらなかったことが指摘される。

イ病訴訟後も、土壤汚染対策費用などの政治経済的理由を背景に、イ病とカドミウムの因果関係を疑い、神通川流域以外でのカドミウムによる公害病を否定する動きがある。これは医学論争であると同時に、力の弱い少数者の被害が行政面でも医療面でも軽視されるという、未発見時代と類似した社会的特徴を持ち、現代にも問題を残していると考えられる。

キーワード：イタイイタイ病、カドミウム中毒、公害、被害放置、土壤汚染

1. はじめに——被害放置とイタイイタイ病の特徴——

イタイイタイ病（以下、「イ病」と略記）とは、カドミウムが腎臓に蓄積して近位尿細管異常（＝カドミウム腎症）を起こし、カルシウムやリンなどの再吸収ができなくなり、その結果として骨軟化症などの骨の障害をおこしたものである。1968年の厚生省見解で公害病第一号に指定されたこの病名は、神岡鉱山や神通川などの名前とともによく知られているが、イ病については知られていないことも多い。イ病被害が中高年の女性に集中していること、法律上は富山の指定地域の認定患者のみが「イ病」だが同様の被害は全国他地域でも見られること⁽¹⁾、現在でも年に1名程度の新患者が発生していることなどは、近年では知る人も少ない。そして、イ病被害が訴訟以前に長い歴史を持つにもかかわらず、長い間放置されてきたことも、あまり知られていないことの一例である。

イ病の発生は1910年代にさかのぼり、被害の規模や程度がもっとも激しかったのは40年代と推定される。だが、その発見は遅く、「イタイイタイ病」の言葉が初めて新聞で用いられたのが1955年、萩野昇医師による鉱毒説発表が57年、同氏らによるカドミウム説発表と、「富山県地

藤川：公害被害放置の諸要因

方特殊病対策委員会」などの研究班発足が61年、公害病認定が68年である。イ病裁判は68年3月9日に提訴されたが、ピーク時の被害者の多くはとうに衰弱死しており、時効のため、あるいはカルテなどの証拠がそろわなかったために遺族補償さえ受けていない。

本稿の目的の一つは、富山をはじめとする被害地域での聴き取り調査にもとづいて⁽²⁾、なぜイ病はかくも長く「未発見」のままに置かれたのかを探ることである。そして、本稿の後半では、イ病問題が顕在化した後にも、各地のカドミウム被害を否定し、関連してイ病の先駆症状であるカドミウム腎症を軽視する新たな「被害放置」が存在するのではないか、という疑いを示す。被害放置としては水俣病未認定問題などがよく取り上げられるが、カドミウムに関しては社会問題としては目立たない形の放置が今なお複数残っていると考えられるのである⁽³⁾。この意味で、本稿は公害史の試みの一つであると同時に、現代の環境被害研究の一つでもある。

以下、2および3では被害放置の歴史について、4ではイ病訴訟以後の被害放置について紹介し、最後に、被害放置の諸要因とその相互関係について考察するとともに、現代の被害研究の意味について簡単に再考したい。

2. イ病発見の遅れとその背景

2.1. イ病発生と発見にいたる経緯

イ病の発生は、1911年ないし20年ごろから始まったものと推定されている⁽⁴⁾。鉍毒による農業被害が近代鉍山開始直後から大きな問題になったのにたいし、人体への健康被害がいつごろから明らかになったのかははっきりしない。私どもの聴き取りでは、遅くとも大正末期には後から思うとイ病で寝ついていた人がいるようだ。

その後、戦時体制下で神岡鉍山は増産を続け、それにつれてイ病の被害も激しさを増していった。イ病の最初の医学文献と言われる金沢大学の精神医学研究室による論文「富山県神通川流域に多発するロイマチス性疾患について」(長澤他, 1947)には、宮川村(後に婦中町に合併)の農業会から46年4月に調査を依頼されたという記述が見られる。したがって、1940年代半ばには、激甚な苦痛と地域限局性を特徴とする病気が認識されていたと考えられる。46年に萩野昇医師が復員し、間もなくイ病究明への取り組みを開始している。

その後、イ病の追及は、長い間にわたって萩野昇氏個人の努力に委ねられていた。富山県内でのイ病究明への動きはほとんどなく、長澤博士のグループもその後研究を継続した様子はない。萩野氏は、当初栄養不良などを疑っていたが、1957年に鉍毒説を発表、61年に農学者の吉岡金市氏、小林純氏との共同研究によってカドミウム説を発表した。イ病の存在が社会的に知られるようになったのは55年8月の大診療会からである。これは、細谷省吾東大名誉教授、河野稔医師を招いて萩野病院で開かれたもので、200名以上の患者が押し寄せ、婦中町民生課職員や保健婦が総動員で対応にあたったという。その模様は富山新聞に写真入りで報道された。これによって行政や医師たちもイ病の存在を知ったはずであるが、富山中央病院などわずかな例外を除いて、新たな取り組みがなされることはなかった。富山県などによる研究委員会は61年、まさしくカドミウム説に対抗するかのように立ち上がり、カドミウムの影響を認めるがそれだけが原因とは

表1 富山イタイイタイ病に関する略年表

1889	茂住鉱山を三井物産から買収。三井組の神岡の全山統一ほぼ完了。
1892	神岡で大規模な鉱害反対運動。
1911	厚生省の推定（附属資料のグラフ）による最初のイ病患者発生。
1917	富山県議会で、野松以寛議員が神岡鉱山の鉱毒に関して質問。
1922	1968年の厚生省見解によるイ病発生年。
1935	新保村長（現在は富山市の一部）が内務省衛生局に奇病の原因調査を依頼。
1943. 7	農事試験場の小林純、石丸一男氏氏による神通川流域農業被害調査。
1946. 8	金沢医科大学の長澤太郎教授たちがイ病に関する最初の医学論文を発表。
1948	流域被害町村で「神通川鉱毒防止対策協議会」「神通川鉱毒対策協議会」結成。
1955. 8	熊野村で診断と調査、200名受診。「イタイイタイ病」の名が初めて新聞に用いられる。
1957. 12. 1	萩野医師、富山県医学会で神通川鉱毒説を発表。
1961. 6. 24	萩野医師、吉岡教授との連名で日本整形外科学会においてカドミウム説を発表。
1961. 12. 15	富山県は富山県地方特殊病体策委員会を設置。
1963	厚生省医療研究イ病研究委員会と文部省機関研究イ病研究班、設置。
1966. 9. 30	富山県、文部省、厚生省の3研究グループ合同で「カドミウム+α説」発表。
1968. 3. 9	第一次原告、富山地方裁判所に訴状提出。
1968. 5. 8	「イタイイタイ病に関する厚生省見解」を園田厚相が閣議報告、発表。
1969. 3. 27	厚生省「カドミウムによる環境汚染に関する厚生省の見解と今後の対策」発表。
1971. 6. 30	富山地裁、判決。原告全面勝訴。
1972. 8. 9	イタイイタイ病裁判控訴審原告側全面勝訴。被告上告せず、確定。
1975	この前後からイ病のカドミウム原因説を否定する「まきかえし」本格化。
1993. 2	イ病認定却下3名の却下取り消しを求める行政訴訟を提訴。
2003. 3	新たなイ病患者認定（死亡4日後）、近年にない劇症、通算186人目。
2004. 7	新たなイ病患者認定（2月に死亡）、通算187人目。

いいがたい、という曖昧な結論を1966年9月末に発表した⁽⁵⁾。この結論に失望した被害者たちは翌月「イタイイタイ病対策協議会」を結成、企業への直接交渉が不調に終わったことから、提訴に踏み切る。この時期によりやくイ病は社会問題として顕在化するのである。鉱山における堆積場設置や神通川のダム建設などにより、60年代にはすでにイ病の被害発生が絶頂期を超えていたことを考えれば、萩野氏の取組みがなかったらイ病は発見されないまま終わってしまったかもしれないという言い方は必ずしも大げさなものではない⁽⁶⁾。

2.2. イ病の発見はなぜ遅れたのか

イ病と呼ばれる前のイ病を、地元の医師たちは、よく分からないまま神経痛やリュウマチと診断していた。金沢大学の調査（長澤他、1947）も、「合併症として脚気、骨軟化症殊に骨質鬆疎症の見られることは極めて興味深い」と記述しながら、最終的にはリュウマチと結論している⁽⁷⁾。神経痛やリュウマチが骨に障害を起こすはずはないが、萩野医師の例を除き、それについて疑問が呈せられたという記録はない。後述のように骨軟化症はきわめて珍しい症状であり、その疑問が出されなかったことも不思議といえは不思議である。

医学者の取組みが遅れた原因の推測は難しいが、イ病の特徴からいくつかの可能性が指摘できる。第一に、カドミウム中毒が蓄積性で症状も遅延的に現れるため、地元の医師には症状に驚く機会が少なかったということである。イ病の初期症状は確かに神経痛やリュウマチと似ており、その後、診断を変更する時期が難しかったと考えられる。他に、高齢者に被害が集中するため加齢による障害との区別が付きにくいこと、長期にわたる蓄積性のために家畜やその他の動物への

藤川：公害被害放置の諸要因

被害がなかったこと、などの理由があげられる。

個々の症例についてだけでなく、地域の歴史の中でもイ病は長い時間をかけて次第に深刻化していった。初期の被害者は、70代80代になってから関節や足腰が痛み始める程度だったと考えられるが、20年ほどの歳月をかけて40代で寝つく人が現れ、さわっただけでも骨折するといった激症が見られるようになる。このような過程の中で、ひどい症状でも当たり前のことのように見えてくるという感覚は、地元の医師を含めた地域の人たちにも共通だったのではないか。没後に原告になった被害者の診断書にも神経痛やリュウマチといった病名が多く出てくる。確かな治療法がない中で、病名も不確かなまま診療が続けられていたのである。その当時（昭和20年代）の診療について、被害者の家族からは次のような言葉が聞かれた。

質問「Y先生とN先生は、どんな病気だという風にいっておられたんですか。」

Aさん妻「神経痛の様なことにしておられたんじゃないでしょうかね、診断書みたことないけど。」

Aさん夫「イタイイタイ病っちゃ（＝では）なかった。イタイイタイ病は後からだから。」

妻「『婆ちゃん、まだ痛いかな』って、N先生、立ったまま注射せられて、近所中いくもんだから、まだ、婆ちゃん4、5人も（近所に）寝ておられたもんだから、ただ注射打って。」

質問「そうするとN先生は、この同じような病人の方をずっと（診てまわっていたのですか）。」

妻「そうそう、『婆ちゃんまだ生きとるがか（＝生きていますか）』っていうくらいのものでね。立ったまま注射して、それから後ろ（の家）に行って、（同じ診療を）やっておられた。』⁽⁸⁾

病気に対する知識のないままになされた医療行為は、時に、被害者の苦痛を増すことになる。

Aさん夫妻からは地元の病院に関連して次のような話もうかがった。

妻「（イ病の姑は昭和20年代末頃）病院も、NK病院とか入っておられたです。首から、ひっぱられてね、だんだん縮んでいくものだからね。首から寝台にくくりつけて入院しておられたこともあったがです。腰から重りつけて、首は首でくくりつけて。」

夫「なんで背が縮むかわからなかったからね。」

質問「それは、痛くないですか。」

妻「痛がったです。（背が縮む原因が）分からないから、縮んでいくものだからひっぱらにゃいかんというて、力（をかけるために）、首から引っ張っておられたっちゃ。」

2.3. 地域での受け止め方

イ病問題の歴史を振り返ると、被害者の運動も萩野医師たちの研究の後を追う形で展開している。被害者団体の「イタイイタイ病対策協議会（イ対協）」は、萩野氏による地元熊野公民館（婦中町熊野地区）での講演会を契機として1966年10月に結成され、周辺地域の被害者とその家族を集めて活動を開始した。イ対協が最初に行った活動の一つは婦中町に対する水道設置の要請であった。これは、この時期まで神通川の川水を飲み続けていた人が存在することを示している。地域の人たちは、鉍毒説を抵抗なく受け入れたように病気の存在をおかしいと感じながら、しかし、医師や行政と同じく、きわだった対応は起こさなかったのである。

行動しなかったことの原因を説明するのは困難だが、被害者家族への聴き取りからは、まず二つの事情が浮かび上がってきた。一つは、とくに終戦をはさむ数年間、出征や食糧供出などもあって農家の労働状況が過酷になったため、病気について考える余裕がなかったということである。この時期には、病人の介護にもなかなか手が回らなかったという話もよく耳にした。もう一つは、先に医師たちについて述べたのと同じく、地域にとっても個々の被害者にとっても長い時間をかけて事態が悪化したため、あたかも自然なことのように見えたということである。結婚や復員で戦争前後に外からこの地域に入った人は惨状に驚いたというが、地域に住み続けている人は違う。1955年に母を亡くした方も、次のようにおっしゃっている。

質問「お母さんはご自分の病気のことをどんなふうに言ってらっしゃいましたか。」

Bさん「さあ、別にどっちゅうことは、記憶にないですねども。私らの感覚では親もそうだったと思うんですが、人間年取るといって、こういう格好にあっちこち痛くなって、死んでいくもんだというふうに思っと思ったと思うよ。私はそう思っと思ったもん。この辺はみんなそうだったもん。みんな年いくとあっち痛いこち痛いつて、家の、私らにいうと（＝私から見ると）婆さんですが、それもやっぱり何年も寝たきりになっと思ったわね。（中略）あれは亡くなったのは、確か昭和17年だったと思うんですが、……だったと思いますが、それも何年も寝とりましたね、3、4年ぐらい寝とったんじゃないかね。」

質問「お婆さんを見て、年寄りというのはそういうもんだと。」

Bさん「うん、そうそう。だってこの近辺の年寄りというのは、ほとんどイタイというふうになって、死んでいきましたから。みんな死に際には床についておるという状態でしたからね。だから私らはもう人間の最後というのは、体が痛くなって何年か床について、その間に寿命だと思っ、当時はおりました。（中略）私も死ぬときはそんなもんだと思っおりました。」⁽⁹⁾

さらに、公害という言葉がなかった時代の自然や川に対する信頼が現在からは想像できないほどであったことも確認しておく必要があるだろう。とくに神通川の水は冷たく、飲んでもおいしかったし、井戸の代わりに川水を利用している家も珍しくなかった。次節で触れるようにイ病被害が目に見える以前から鉍毒による農業被害は問題化していた。また、雨の後などに流される鉍山の汚泥で川が白濁するのも、その後、アユが死んだり弱ったりするのも地域の人たちは目撃していた。だが、川水の飲用は継続していた。それほどまでひどい毒だとは思ってもよらなかったのである。平岡（2004）は、水俣病発生後も水俣の人たちが「活きのいい魚なら大丈夫」「沖の魚なら大丈夫」などとして水俣湾の魚を食べ続けたことを指摘しているが、それと状況は似ている。神通川流域でも、人々はまったく気にしなかったわけではなく、白濁した水を貯めて上澄みを使ったり、手ぬぐいなどで濾したり、という工夫をしながら使っていた。

これらに加えて、被害者の運動展開が遅かったことについては、被害世帯の経済的労働的な事情も考慮できる。イ病の場合、被害者が中高齢の女性にほとんど限られていたため、それによって世帯収入が激減することはなかった。看病のために結婚や進学などに支障をきたした人は少ないが、世帯としてみれば、被害者が寝たきりになっても家族の力でその負担を補うことができた。そのために被害にたいする経済的補償を請求する必要が少なかったのである。訴訟の際の補償要求額が水俣病に比べて低いものにも⁽¹⁰⁾、こうした事情が影響していると考えられる。補償

藤川：公害被害放置の諸要因

請求が遅かったことは、農業被害の経緯とも明らかな対照をなしており、補償請求運動と経済的損失との因果関係を示唆している。それに関連して、次章では農業被害との関係について見ていこう。

3. 農業被害と健康被害の関係

3.1. 鉱毒による農業被害と住民運動

足尾鉱毒事件などと同じように、神岡鉱山の鉱毒反対運動は農業被害を中心に起こされた。その始まりは早く、三井組が神岡鉱山を統一所有した翌年の1890年には神岡周辺で大規模な農業被害の訴えがあり、金銭的補償も1917年から支払われている（倉知他，1979：32，イ病弁護団編，1971：75以下）。神通川下流域での鉱毒問題は、それより遅れるものの1896年には新聞記事があらわれ、以後、抗議・陳情・調査・視察がくり返されている。

鉱山周辺では農地そのものが鉱山に買収され、地域への企業の影響力が強まることで被害者運動が停滞した。それにたいして、下流の農業被害の訴えは長く続いた。1930年代後半からは軍事体制下で表面的な動きは抑えられるものの、その間でも、たとえば40年から41年にかけて富山県の指導と助成によって「砂だめ」が設置されている。「砂だめ」とは、水田の取水口につくられた1坪程度の小さな池で、用水をここに一時滞留させることで水中の砂を沈殿させようとするものである。また、43年には農業試験場による被害調査も行われている。この調査報告を見ると、6484戸の農家が平均3.64石（約9俵）の被害を受けている。被害程度は地域差が大きいので⁽¹¹⁾、ひどい農家では1/2～1/3の減収になったと推測される。

下流域の農業被害運動は終戦後さらに活発化し、1948年には地元の自治体による「神通川鉱毒対策協議会」（後に農協による同様の協議会と統合して「神通川鉱害対策協議会」と改称）が結成され、翌年には神岡鉱山から87万円の補償が支払われた。以後、補償金の支払いはい病訴訟後まで継続する。補償額を見ると、50年には90万円、51年には農漁業団体が合計810万円の補償請求を出して紛糾した末に「生産奨励金」名目の325万円まで拡大した。だが、52年以降は毎年300万円、55年以降は270万円、60年以降は255万円、65年以降は250万円と漸減している。この間56年には和佐保堆積場の決壊による甚大な被害が発生したが、1053万円の要求にたいして160万円の上乗せにとどまった。名称もいつの間にか「見舞金」に落ち着いた。

戦後の農業補償の経緯には二つの特徴が見られる。一つは、被害額や請求額に比べて実際に支払われる補償額がきわめて低いことである。250～300万円は、行政の経費を取って各戸に割ると数百円にしかならない。この額は、イ病訴訟後に支払われた「過去の減収補償」に比べると利子分程度のものである。そして、もう一つの特徴は、補償が厚くなる期間が短く、全体としては補償額が漸減する傾向である。被害額が補償額よりもはるかに大きかったこと、堆積場整備やダム建設などによって神通川の白濁が急減するのは1950年代に入ってからであること、物価の上昇が続いていたことなどを考えあわせると、この経緯は理解しがたい。だが、企業が担当者を置いて減額に努めるのにたいし、行政や地域有力者が構成される対策協議会の熱意は、農業の社会的重要性が下がるにしたがって低下したのだと考えられる。

3.2. 農業被害と地域の意識

1940年代後半の例外的な一時期をはさんで、戦時下から引き続き農業被害が過当に低く考えられたことは農業者自身の意識にも少なからぬ影響を与えた。たとえば、イ病被害者のご家族に話をうかがったところ、水口付近の稲が出来なかったことはほとんどの人の記憶が共通していた反面、多くの人々がそれを川水の冷たさが原因と考えており、また、「砂だめ」を作らなかったという人も少なくなかった。不作を冷水のせいにするのは神岡鉱山などがくり返し主張したことだが、43年の農業試験場調査でも、イ病訴訟でも、否定されている。もっと水温が低い黒部川などでもこれほどの不作は見られないからである。戦前からの被害者運動が示すように、鉱毒の存在は広く知られており、聴き取りでもその話はもちろん聞かれた。にもかかわらず、例外とは思えないほど少なからぬ人が「冷水説」を現在でも口にしてしているのである⁽¹²⁾。

同じ地域の似た年代で異なる記憶が残っていることは、被害を抑えようとする動きのために、地域内に二種類の言説が流れたことを示す。戦前には被害の激化とともに抗議活動も活発化したが、軍事体制が強くなると抑制された。戦後は農業者の力が増大するが、短期間のうちに、再び鉱工業が優先されるようになった。

この時代背景は、知識や認識の伝達にも関係する。かつての水田では地域や家族の共同作業が行われており、鉱毒のような重大事項を誰かが知っているのに誰かは知らない、というようなことは考えられなかった。それが現実には起きたのは、戦争によって共同作業が途絶えたからでもある。出征などにもなる人手不足で田植えや稲刈りの助け合いが難しくなり、家族内でも父と息子が一緒に田に出る機会がなくなった。そして、戦後の混乱が落ち着いた頃には、兼業化が進み始める。鉱毒を知っていたという人の多くは、戦争が激しくなる前に父や夫から話をきいたものである。

こうした事情のもと、農業被害をめぐる住民の運動は、イ病被害をめぐる運動よりはるかに長く組織的な活動があるにもかかわらず、形骸化してしまったのである。

3.3. 農業の運動と健康被害の運動との関係

これまでの記述を振り返ると、農業被害の運動が健康被害への着目につながらなかった理由として、三つを指摘することができる。一つは、前章で述べたとおり、神通川の鉱毒が作物には有害でも人間に害があるとは思わなかった、という川への信頼である⁽¹³⁾。これは、魚を除いては他の動物の被害が見えなかったという事情ともつながる。もう一つは、農業被害運動を支えてきたはずの行政が、被害の訴えを抑制する役割を果たしたことである。とくに、被害が悪化した戦争中は、軍需産業でもあり大財閥の持ち物でもある鉱山への批判はタブー視された。この風潮は、戦後も続いた。それには工業化をめざす富山県の姿勢も影響したと考えられる。第三に、経済面との関係がある。農業被害への補償が低額だったことは鉱毒への関心や運動への意欲を低下させたからである。

こうした状況は、健康問題への着目を遅らせただけではない。取り組みを始めるためにも障害になった。三井を相手に争っても勝てるはずがないという思いは運動への参加をためらわせ、さらには、訴訟などを起こしてコメが売れなくなったらどうするのだ、とまるで原告たちに責任があるかのような言葉も生じたのである。そして、伝統的な土地柄もあり、とくに中高齢女性であ

藤川：公害被害放置の諸要因

る被害者たちは、それにたいして敏感であらざるを得なかった。イ対協の中心として動いたのは被害者の夫や息子たちであるが、この人たちは被害者をまとめると同時に、地域全体の理解を求めるところにも心を砕いたのである。代表者の一人は次のように語る。

「私たちは、裁判そのものはイタイタイ病患者に関しての裁判をしたんですが、狙ったところは神岡の鉱毒と縁を切ると……それはどれだけしゃべったか分からないですよ、理解してもらいたいと……農業損害だけの裁判をしたんでは経済闘争だと、それでは絶対勝てんと……基本的には人の命に関わるところで裁判をしなければならなかったんですね。」⁽¹⁴⁾

結果を見ると、富山では、イ病の被害が地域の中でかなり共有されていたためもあって、健康被害と農業被害の運動連携はかなりうまくいった。この方の発言どおり、イ病訴訟の終結にあわせて鉱害対策協議会は地域ごとの住民組織に再編され、過去の減収補償や土壌復元の実現に向けて動き出した。

だが、他の地域では必ずしもそうではない。たとえば、長崎県対馬では1969年ごろイ病発生が疑われたが、コメが売れなくなるなどと、地域全体で被害を隠したことはよく知られている(鎌田, 1991)。対馬の被害者運動は、73年に企業の公害隠しが発覚したことを契機に再燃するのだが、健康被害の被害者は数が少なかったためもあって、健康被害に関する組織はつくられず、農業被害の被害者団体が肩代わりする形で運動が進められた。また、群馬県安中の公害裁判では、提訴段階では健康被害にも言及されていたが、最終的な和解条項は農業被害に特化され、健康被害については触れられていない。農業被害は目に見えるので運動も起こせるが経済的交渉に持ち込まれやすく、健康被害は立証しづらく被害者数も少ないので運動形成が難しい。この状況は、カドミウム汚染問題をめぐる一般的な傾向だと考えられ、この間で見失われたと思われる被害は少なくない。

4. イ病訴訟以後のカドミウム被害放置

4.1. 富山以外の地域での健康被害の扱い

鉱山の多い日本では各地でカドミウム土壌汚染が生じている。2004年10月に厚生省が発表した数字で見ると、全国の「農用地土壌汚染対策地域」133地域7,228ha(基準値以上の汚染が検出された地域。対策実施後指定解除された地域を含む)のうち、95地域6,686haをカドミウムが占めている。カドミウム汚染地域が多いことは厚生省見解の時点ですでに知られており、厚生省は、全国的な調査を行って1969年3月に長崎県対馬など全国7箇所を「カドミウム環境汚染要観察地域」に指定した。

これらの地域で行われた住民検診や医学的調査の結果は、少なからぬ数のカドミウム中毒患者の存在を示すものだったが、しかし、その後、富山以外ではイ病は発生していないという結論がやや強引に規定されていく。まず、兵庫県生野から2名、長崎県対馬から1名の「イ病と同様の症状をもつと見られる」患者のデータが国の鑑別研究班に送られたが、1977年2月に「定型的なイ病とは認められない」と否定された。この中には骨軟化症の存在が認められていた人も含まれ、富山であれば明らかにイ病に認定されたと考えられるが、症例が少なく、骨の改変の存在や

症状とカドミウムとの因果関係にはっきりしない部分があるということで否定されたのである⁽¹⁵⁾。対馬で1960年代にイ病発生が疑われた時に萩野医師が重度のイ病と判定した方はすでに亡く、この鑑別判定にもデータが出されなかった。

そして、カドミウムによると考えられる腎臓障害は7地域中6地域で計40名ほど存在するとされ、「医師の指導が望ましい」とされる人も3地域で計18名にのぼる（渡辺，2004：25）。

本稿の冒頭で述べたように、カドミウム腎症はイ病の前駆症状であり、1972年に出された厚生省のイ病認定要件では「要観察患者」として扱われ、イ病訴訟後の協定によれば認定患者に準じる補償を受けることになる。そこで、対馬の住民運動団体などは、カドミウム腎症を公害病として政府認定するよう環境庁に求めた。

だが、それは現在まで認められていない。そして、対馬では企業との交渉によって一応の手当を確保したが⁽¹⁶⁾、他の地域ではカドミウム腎症患者への補償などは何もなされていない。住民検診なども、多くの地域で対象者の数とともに次第に縮小され、「要観察地域」の実態は自然消滅的に失われていったのである⁽¹⁷⁾。

4.2. 土壌汚染問題と「まきかえし」

富山以外でのカドミウム中毒被害が否定された背景には、被害者が少数だという要素が存在するが、同時に、それは被害が広範に及ぶこととも関係する。というのは、より低濃度の汚染に関わるカドミウムの体内蓄積は全国的に広く存在すると考えられるからである。補償を要するような被害者の数は多くないにしても、予防対策にかかる費用は膨大である。カドミウムは水からとともに食物から経口摂取されるので、田畑の土壌汚染に対応しなければならない。イ病問題によって、まずは水田の土壌復元が課題となり、土壌入れ換えを必要とする基準をどこに置くかが、大きな論争をまきおこした。

厚生省はまず、汚染地域と他地域を分ける基準としてコメ（玄米）中のカドミウム濃度0.4 ppmという指標を設け、それ以上の地域については人体影響などより詳細な調査を行うことを決めた。その後、住民健康調査のスクリーニング基準となる血中濃度をもとに、食品衛生調査会の定める暫定基準としてコメのカドミウム濃度を1.0 ppmとした。農水省の土壌汚染対策地域はこれを受けて設定されたもので、1.0 ppmを基準に地域指定されている。

だが、対策の規模は当初の予想よりも大きくなったと考えられる。1970年から始まった土壌汚染対策の地域指定は、75年ごろまで毎年1000 haほどのペースで増え続けた。他方、神通川流域では土壌復元の費用が数百億円にのぼるという見通しが出てきた。

こうした状況を背景に、『文藝春秋』掲載の「イタイイタイ病は幻の公害病か」（児玉，1975）、翌年の自民党報告（自民党環境部会，1976）など、イ病カドミウム原因説を再び疑問視し、あわせてコメのカドミウム汚染対策の緩和などを求める政治的な動きが活発化した。この動きは一般に「まきかえし」と呼ばれる。厚生省見解でイ病原因研究には終止符が打たれたことになっていたが、環境庁は日本公衆衛生協会への委託研究としてカドミウム説の再検討を含めた総合研究班を組織する。研究班の中心にはイ病非カドミウム説の医学者が並び（松波，2003：185）、研究には日本鉱業協会が多額の寄付を行っている（イ対協他，1991：131参照）。研究は形を変えながら現在も続き、いまだにイ病カドミウム原因説に明確な結論を出していない。

藤川：公害被害放置の諸要因

自民党報告は、医学論争が土壌復元をめぐる政治に深く関わることを如実に示している。そこでは、イ病原因究明のやり直しとともに、0.4 ppm という「準汚染米」基準の無効性が主張され⁽¹⁸⁾、さらに1.0 ppm 以上のコメであっても流通段階などで平均化して濃度を下げるシステムや、転作による対策事業面責の削減などが提言されている（自民党環境部会、1976：10-19）。

この時期、神通川流域では復元計画が休止し、訴訟後の協定では100%だった企業負担率が富山県の計算で35%余（のち39.39%）まで引き下げられると同時に、農地転用で復元面積を半減させる開発計画が、やはり富山県によって出された。イ対協と関連団体は、こうした県の姿勢や「まきかえし」について、全国の鉱業界の責任を逃れさせるために復元事業を遅らせ、汚染米を配給ルートに乗せるために汚染基準を抑え、そのために、イ病の原因がカドミウムでないと唱えるものだと強く反発している（神通川流域カドミウム被害団体連絡協議会、1976）。

この批判にあるように、生野や対馬のイ病否定を含めた一連の動きが偶然でないとするならば、公害病予防のために土壌汚染対策を行うはずであったものが、対策費用を削減するために公害被害を否定するという逆転を生じたことになる。カドミウムの汚染米基準をめぐる国際的議論にあらわれるようにこの動きは現在も続いているし⁽¹⁹⁾、また、やはり高齢の女性を中心とする被害者の放置を生み出してもいる。

4.3. 富山における現在の被害放置

カドミウム腎症をめぐる認定基準の改変は富山でも行われた。本来はカドミウム腎症を起こしている段階が「要観察患者」にあたるはずであるが、骨軟化症の兆候が認められないと要観察の判定も受けられなくなった。被害地域では住民検診が継続的に行われているが、イ対協の強い要望で1991年に制度が変わるまでは、腎臓障害のある人は精密検査に回されるだけで、検査結果が当人に知らされることさえなかった。このため、要観察とも認められなかった人がある年に突然イ病と認定されたり、死後の解剖で認定を受ける例が多発している⁽²⁰⁾。

2003年3月には、この20年では初めてという重度のイ病認定患者が（青島、2004：8）、やはり死後に認定されている。この80代の女性は、萩野病院に入院した際にX線写真でイ病と分かり、直後に申請したが、半年後に認定されたのは息を引き取った4日後だった。重度のイ病患者が長期にわたって見つからなかったことは、潜在的なイ病患者が他にもいるかもしれないことを示唆するものである。

こうしたイ病の見落としには、おそらく三つの要因がある。一つはいま述べたように認定審査や検診においてカドミウム腎症が軽視されることで、厚生省見解で目的とされていたイ病予防（橋本、1988：137）ができなくなってしまったということである。もう一つは、地域の医療施設にイ病発見の体制が確立されていないことである。明確なイ病はX線や尿検査などで比較的容易に気づくことができ、制度上はどの医師からも認定申請できるが、現実には萩野病院などごくわずかな病院からしか申請は行われていない。これは、イ病発見をめぐる富山県行政の姿勢が尾を引いていることと、イ病は過去の病気という地元医師たちの意識に基づくものと考えられる。認定数や要観察判定数の減少も、この意識形成に影響を与えている。

イ病になるはずがないという意識は地域の方々にも広く存在し、これもイ病見落としの原因になっている。上に挙げた方の場合も、住民検診はかつて1度受けただけだったし、足腰が痛い

も年を取れば当然のことと、本人も家族もイ病とは考えなかったという⁽²¹⁾。医師も患者も高齢だから当然として公害を疑わないというのは、イ病発見以前と同じ状況である。また、イ病訴訟時から原告団にたいして、騒ぐとコメが売れなくなる、補償目当て、等々の差別的言辭が存在し、そのためにイ病を隠す人もいた。そういう思いは訴訟後もかなり遅くまで残っていたと見られるのである⁽²²⁾。

5. む す び

ここまで見てきた動きの中で指摘できるのは、現在に続く認定審査制度などに見られる被害の放置が、イ病発見の遅れをもたらした諸事情を利用する結果になっていることである。たとえば医学的には、長期蓄積性のために動物実験による証明が難しいという事情がイ病とカドミウムの因果関係に不明な部分があるという主張に使われている。また、軽度の障害や骨の痛みなどは高齢になれば普通のことだからいちいち公害と結びつけて考えるには及ばないという感覚は、行政や医学者の中にも、一般の人の中にもあると考えられる。カドミウムの危険性を低く評価し、イ病は一時代の一地方における特殊な病気に過ぎないという印象を与えるような動きは、1960年代から今日にいたるまで一貫して存在する。

コメのカドミウム基準についても同様である。先進各国がカドミウム腎症をも視野に入れてより厳しい汚染基準を設ける中で、日本の汚染基準は1.0 ppmのまま据え置かれてきた。1998年に世界保健機関と国連食糧農業機関の合同食品規格委員会がコメについては0.2 ppmという国際基準を提案したことで、厚生労働省は国内基準も見直しに動いたが、同時に同委員会には0.4 ppmという修正案を提出し、それを認めさせている。この背景には、日本全国の土壌改良費が、0.4 ppmなら5,000 ha、1,500億円なのに対して、0.2 ppmなら80,000 ha、2兆4,000億円にのぼるという見通しが存在すると考えられる(毎日新聞, 2002.7.4)。これに関して、厚生労働省のホームページでは、国民向け説明として、「カドミウム濃度の高い食品を長年にわたり摂取すると、腎機能障害を引き起こす可能性」があるが「40年以上」かかる、「イタイイタイ病は、高濃度のカドミウムを数十年にわたり摂取し、さらに、栄養不足等が重なったことにより引き起こされたもので、低濃度の摂取でイタイイタイ病が発症することは考えられない」などと説明している(厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/12/h1209-1c.html#01>)。

この説明のとおり、たしかに全国的なカドミウム中毒被害のリスクを考えれば、濃度基準をことさら厳しくする必要はないのかもしれない。だが、カドミウム中毒の危険性が高いのは、カドミウム汚染地域の農家で自家米を食べ続けている高齢者、という一部の人たちである。この人たちは、たとえ健康被害を生じたとしても、それを問題化する力に乏しい。問題が表面に出てこなければ問題ではないと結論づけてしまえば、その被害は、潜在化したままでも拡大するかもしれない。これは、イ病の被害が高齢の女性に集中した経緯を思い起こさせる。

同様のことが農業との関連でも指摘できる。農業の地位の低下は、たとえばカドミウム汚染に関しても、加害源を迫及して完全な汚染対策をとるより汚染が見つからないようにする、という姿勢を生みやすい。1999年に秋田県からカドミウム汚染米が検出されたという報道が同県米の

藤川：公害被害放置の諸要因

売れ行き低下を招いたように、汚染発見は農家自身に打撃を与えるからである。行政も、土壌汚染対策面積を減らすためにも、汚染発見を望まない。すでにいくつかの自治体で大量のコメを混ぜてからサンプルを採る調査方法を用いたり、カドミウムの吸収を減らすために水田中の水をできるだけ抜かない耕作方法を指導する例が見られる⁽²³⁾。

イ病の歴史を振り返ると、被害に耐えて沈黙を守るということを含めて、被害者があたかも自分に責任があるかのように問題を引き受けることによって、被害の発見は遅れてきた。そして、一部地域の農業被害や高齢者の健康問題が行政やマスコミ等の関心を引き起こすことは少なかった。それを認識した後も、行政は、弱者の被害を経済的事情より軽視し、問題解決を遅らせてきた。この構図は、イ病未発見時期と現在のカドミウム問題に共通して見られる。

イ病の歴史はこの無関心ないし軽視が甚大な被害を招きかねないことを示している。これについて、全国的なカドミウムのリスクというような観点だけでは、汚染地域の高齢者の被害に行政や社会の関心を向けさせることは難しいだろう。リスクの不平等な分配という指摘なども関わるが (Beck, 1986 [1998]), この状況を変えるためには、研究としても、社会的にも、弱者・少数者の被害にたいする、より注意深い関心が必要とされるのではないだろうか。

注

- (1) イ病は、公害健康被害補償法にもとづき、富山県の認定審査会によって認定される。その対象地域は同法で神通川流域に限定されている。そのため医学者は、富山県以外のカドミウム中毒被害やイ病認定以前の症例を含めた総称として、「慢性カドミウム中毒」という表現を用いている (齊藤他, 1993)。本稿でも「カドミウム中毒」という用語をそれにならって使用した。
- (2) この調査は、1999年度から現在まで継続しているもので、富山のイ病被害者および被害者家族 (約40ケース) を中心に、医学者、弁護士、行政、住民運動団体などへの計100件ほどの聴き取りを行っている。
- (3) 船橋 (1999) は、新潟水俣病の「未認定患者の長期放置」について論じている。そこでは、認定制度と認定基準の厳格化を中心にしながら、補償協定と公健法の連結による補償協定の歪曲、最終和解による補償の格差などにも筆が及んでいる (飯島・船橋, 1999: 203-33)。本稿でもそれにならい、未発見、被害者の潜在化、補償格差、公害否定などを「被害放置」と総称する。
- (4) 厚生省見解の付属資料による。同資料の本文では遅くとも1922年ごろから発生と推定し、グラフでは11年ごろから発生した可能性を示している。
- (5) この当時の報道陣の姿勢について、北日本新聞労組は、風土病ときいて現地に行った記者はわずかであり、「現地に行っても、コメが売れなくなると追い返されるだけですよ」という県庁の役人の言葉に引っかかり、鉍毒説と栄養説の間では「公正」という建前の元に問題の本質を避けて通った、という反省をまとめている (北日本新聞労組, 1970: 6-7)。
- (6) たとえば、2004年11月のイ病セミナーで、座長を勤めた加須屋實富山医科薬科大学名誉教授が同様の発言をしている。
- (7) 聴き取りの中では、当時調査に来た金沢大学の人が、寝返りをしても骨の折れる状況を見て、「どんなにか痛かろうな」と話し合っていた、という話も耳にした。婦中町宮川地区の被害者家族への2001年11月2日の聴き取りによる。なお、婦中町や八尾町などは、2005年4月に富山市と合併したが、本稿では旧町名を用いている。
- (8) 婦中町鵜坂地区の被害者家族への2002年4月6日の聴き取りによる。

- (9) 婦中町熊野地区の被害者家族への 2000 年 7 月 25 日の聴き取りによる。
- (10) イ病訴訟の当初の補償金請求額は生存患者 400 万円, 死亡患者 500 万円である。控訴審で, 被告の引き伸ばし策への懲戒として倍額の付帯控訴がなされた。被害者自身が補償を高額にすることを望まず, ただ, 弁護士としては加害責任追及のためにも交通事故の自賠責保険より高く設定してこの額になったという (松波, 2003: 98 を参照)。
- (11) もっともひどい宮川村の減収は一戸当たり 6.1 石で, 調査地内ではもっとも低い杉原村 (八尾町) の 3 倍強である。同調査復命書 (1943 年 7 月) による。
- (12) 聴き取りの中で, これについてうかがった 27 世帯のうち, 「砂だめあり」が 12 世帯, 「砂だめなし」が 15 世帯だった。「なし」のうち 11 世帯は水口の被害を記憶しており, 中には, 別の方法で対処していた家も少なくない。小松義久イ対協会長 (現, 名誉会長) の話によると, 鉍毒や砂だめの存在は訴訟時にはすでに明らかだったという。
- (13) 稲の成長を阻害する主要因は亜鉛などで, カドミウムの影響は少ない。平田熙東京農工大名誉教授の教示による。
- (14) 江添久明イ対協副会長への 2001 年 11 月 1 日の聴き取りによる。
- (15) 骨軟化症は珍しい病気で, アルミニウムの過剰摂取などいくつかの原因があるが, そのどれにもあてはまらずカドミウム腎症が存在すれば, イ病を否定することはきわめて困難だという。城戸照彦金沢大学教授と加須屋實富山医科薬科大学名誉教授からの教示による。
- (16) 長崎県対馬では, 企業との交渉と長崎大学や長崎県との話し合いにより, 継続的な健診などを行うとともに, 栄養費として月に 3 万円相当を各被害者世帯に配分した。
- (17) 環境省の話によると, 指定解除はしていないが実質的には現在は意味を失っているとのことであった。そのため住民検診などの継続事業は, 実施主体となる都道府県の姿勢によって様相が大きく異なる。たとえば, 石川県 (梯川流域) では現在も継続しているのになら, 兵庫県 (市川流域) などでは早々に廃止されている。
- (18) 食糧庁は, 厚生省がコメのカドミウム濃度基準を 1.0 ppm と決めた後も, 消費者意識を考慮して 0.4 ppm 以上のコメは食用にまわさない方針を決めた。1.0-0.4 ppm のコメは工業用糊などにまわされ, 一般に「準汚染米」などと呼ばれる。
- (19) 渡辺 (2004) は, この医学論争自体が, 政治経済的な背景を受けて, 医学者間の力関係に左右される社会的な産物であることを詳しく述べている。
- (20) 小松イ対協会長のお話による。また, 読売新聞 (2004.9.6) を参照。
- (21) 婦中町熊野地区の家族への 2004 年 9 月 4 日の聴き取りによる。
- (22) 婦中町での聴き取りでは, 1980 年代初めにイ病と思われるのが嫌で他の医師から勧められても萩野病院に行くのを長い間拒んでいた方の話なども耳にした。
- (23) コメの根からカドミウムを吸収する率は, 土壌が乾いている状態のほうが高い。一般には水田管理や収穫のために水田は乾湿をくり返し, 収穫前には圃面を干す。

文献

- 青島恵子, 2004, 「神通川流域住民のカドミウム暴露と腎障害」イ対協編『イ病セミナー講演集』22: 6-23.
- 浅見輝男, 2001, 『データで示す日本土壌の有害金属汚染』アグネ技術センター.
- Beck, Ulrich, 1986 [1998], 『危険社会』(東廉, 伊藤美登里訳) 法政大学出版会.
- 橋本道夫, 1988, 『私史環境行政』朝日新聞社.
- 畑明郎, 2001, 『土壌・地下水汚染』有斐閣.
- 平岡義和, 2004, 「環境リスクと「安心の論理」——熊本水俣病の事例から」日本社会学会報告.

藤川：公害被害放置の諸要因

- 飯島伸子, 1984, 『環境問題と被害者運動』学文社.
- 飯島伸子・舩橋晴俊編著, 1999, 『新潟水俣病問題』東信堂.
- イタイイタイ病訴訟弁護団編 1971-1974, 『イタイイタイ病裁判』(全6巻) 総合図書.
- 自民党政務調査会環境部会, 1976, 『カドミウム汚染問題に関する報告』.
- 神通川流域カドミウム被害団体連絡協議会, 1976, 『カドミウムによる健康被害と土壌復元』.
- 鎌田慧, 1991, 『ドキュメント隠された公害』筑摩書房.
- 北日本新聞労組, 1970, 「公害取材の視点」日本新聞労働組合連合新研部『公害』1-8.
- 児玉隆也, 1975, 「イタイイタイ病は女の公害病か」『文藝春秋』1975. 2: 312-38.
- 倉知三夫, 利根川治夫, 畑明郎, 1979, 『三井資本とイタイイタイ病』大月書店.
- 長澤太郎, 他, 1947, 「富山県神通川流域農村に多発するロイマチス性疾患について」『十全会医誌』50-7: 36-40.
- 松波淳一, 2003, 『イタイイタイ病の記憶 (増補改訂)』桂書房.
- 齋藤寛, 他, 1993, 『慢性カドミウム中毒』長崎大学医学部第二内科.
- 富山県, 1967, 『富山県地方特殊病対策委員会報告書 (いわゆるイタイイタイ病に関する調査研究報告)』富山県.
- 渡辺伸一, 他, 2004, 『イタイイタイ病およびカドミウム中毒の被害と社会的影響に関わる環境社会学的研究』文部科学省科研費成果報告書.

付記 本稿は、飯島伸子先生（東京都立大学、富士常葉大学）、渡辺伸一氏（奈良教育大学）を代表とする文部科学省科学研究費による調査にもとづくものである。両先生とお世話になった多くの皆さまに感謝申し上げます。ありがとうございます。

(ふじかわ・けん)