

渡辺：水俣病発生地域における差別と抑圧の論理

# 水俣病発生地域における差別と抑圧の論理

—新潟水俣病を中心に<sup>(1)</sup>—

渡辺 伸一

(奈良教育大学)

本稿の課題は、新潟水俣病を中心事例として、当該地域社会における被害者への差別と抑圧の論理を解明することである。水俣病患者に対する差別には異なった2つの種類がある。ひとつは、「水俣病である」と周囲から認知されることによって引き起こされるいわば「水俣病差別」とでも呼ぶべきものであり、もうひとつは、その反対に「水俣病ではない」と認知される、つまり「ニセ患者」だとラベリングされることによって生じる差別である。新潟水俣病の第一次訴訟判決（1971年9月）および加害企業との補償協定締結の時期（1973年6月）の以前においては、地域の社会構造や生活様式、社会規範に密接に関わる形で生み出されてきた「水俣病差別」の方だけが問題化していた。しかし、その後、水俣病認定基準の厳格化によって大量の未認定患者が発生する頃から、別の否定的反応が加わるようになった。これが、「ニセ患者」差別という問題である。これは、地域社会における「水俣病差別」と「過度に厳格な認定制度（基準）」が、相互に深く絡み合う中で生み出されてきた新たな差別と抑圧の形態であった。

本稿ではさらに、差別と抑圧の全体像を把握すべく、新潟水俣病における差別と抑圧の問題は、以下の7つの要因が関与して生み出された複合的なものであること、しかし、その複合化、重層化の度合いは、阿賀野川の流域区分毎に異なっていることを明らかにした。

1. 加害企業による地域支配、2. 革新系の組織・運動に対する反発、3. 漁村ぐるみの水俣病かくし、4. 伝統的な階層差別意識の活性化、5. 水俣病という病に対する社会的排斥、6. 認定制度による認定棄却者の大量発生、7. "水俣病患者らしさ"の欠如への反発。

キーワード：水俣病差別、「ニセ患者」差別、認定制度、被害の社会的増幅

## 1. はじめに

「水俣病はその長い歴史の中で、障害に加えて白眼視され、疎外され、差別されてきたという構造がある」（原田，1994：170）と言われる。では、この水俣病において差別と抑圧を引き起こす要因とはいかなるもので、それらはどのような社会構造や意味づけから生み出されてきたのだろうか。また、一口に差別と抑圧と言っても、それを生み出す要因は多様である。とすれば、水俣病をめぐる差別と抑圧の問題とは、いったいいくつかの要因の複合、重層化として捉えられるのだろうか。ここで、差別と抑圧とは、被害者の社会的な顕在化、すなわち集団検診の受診や認定申請行為などを抑圧する社会的圧力や顕在化した患者に対して精神的苦痛や社会的不利益を与える発言、行為を指している。本稿の課題は、この水俣病被害者に対する差別と抑圧の論理を、新

濁水俣病発生地帯を事例として解明することにある<sup>(2)</sup>。水俣病に関する文献は多く、社会科学視点をもちこうした問題にアプローチした研究も決して少なくない<sup>(3)</sup>。しかし、これらのほとんどは熊本水俣病に関するものであり、新潟水俣病発生地域における差別と抑圧のメカニズムは、未だ十分に把握されたとはいえない<sup>(4)</sup>。

さて、この課題を、社会学の立場から公害被害とは何かを把握する「被害構造論」(飯島, 1993)の文脈でいえば、次のようになる。すなわち、船橋晴俊が指摘するごとく、水俣病における健康被害そのものの症状を記述し研究するのは医学の役割であって、社会学の固有の役割とはいえない。「だが、公害被害はそのような『直接的な健康被害』にとどまらない」。なぜなら、「人間は社会的存在であり、生活の諸領域においてさまざまな社会関係を結び、社会的役割を担いながら生活している」からであり、「各人からみれば、身体的・生理的な障害は、それ自体として孤立して経験されるのではなく、生活のあらゆる領域における社会関係と役割遂行についての障害、苦痛、不利益として経験されるのである」。そして、さらには、「ある個人が水俣病であるという事実が周囲の人々に認知された場合、その個人に対して精神的にも物質的にも苦痛や損失を与えるような行為が他の人々によってしばしばなされ、それによって、被害は社会関係を通して増幅されるのである」。したがって、被害の解明における社会的課題とは、「人間が社会的存在であるがゆえに経験するこのような生活領域における被害、さらには社会関係を通して増幅された被害を解明すること」に他ならない(飯島・船橋編, 1993: 215-216)。本稿で目指されるのは、この観点でいえば、社会過程や「社会関係を通して増幅された被害」を被害者が被った差別と抑圧という側面に焦点を当て解明すること、と位置づけられる。

ところで、水俣病の歴史をみると、被害者に対する差別と抑圧(以後、被害者差別と略)には、異なった2つの種類があることがわかる。ひとつは、「水俣病患者は出さない」とする社会的圧力および周囲から水俣病だと認知されることで被る中傷や社会的排除という問題であり、いわば「水俣病差別」とでも呼ぶべきものである。もうひとつは、社会的に顕在化した患者に対してなされる「本物の患者ではない」とラベリングであり、いわゆる「ニセ患者」差別である。

新潟水俣病の歴史を、第一次訴訟の勝訴判決(1971年9月)および加害企業との補償協定締結の時期(1973年6月)を基軸とし、「前期」と「後期」に分けるとすると、前期において被害の社会的増幅をもっぱら行っていたのは、地域の社会構造や生活様式、社会規範に密接に関わる形で生み出されてきた「水俣病差別」という問題であった。しかし、後期になり、認定申請者が急増し認定基準の厳格化によって大量の未認定患者が発生する頃から、この「水俣病差別」の他に、別の否定的反応が加わるようになった。これが、「ニセ患者」差別という問題である。これは、地域社会における「水俣病差別」と「過度に厳格化した認定制度(基準)」が、相互に深く絡み合う中で生み出されてきた被害者差別の新たな形態であった。これらの力は、一方で、被害者らに直接的な身体被害や生活被害の他のさらなる受苦として、深い精神的苦痛を与え続けたと同時に、他方では、被害者の潜在化という事態を導き、集団検診の受診や認定申請などの顕在化行動を阻害してきた最も重要な要因ともなってきたのである(船橋・渡辺, 1995: 54-58)。

水俣病における「被害者差別」を構成する2つの差別、すなわち「水俣病差別」と「ニセ患者」差別とを生み出す要因とはどのようなものなのか。またこうした要因は、両方の差別にどの

渡辺：水俣病発生地域における差別と抑圧の論理

ように関与してきたのか。第2節では「水俣病差別」の問題を、そして「ニセ患者」差別については第3節で検討していくことにしたい。新潟水俣病の場合、差別と抑圧の様相は、阿賀野川の流域区分毎にそれぞれ特徴をもっているといえる。そこで、両差別とも、まずは流域区分別の固有の問題を検討し、次いで全流域に共通の形態についてみていくこととする。なお、以下で、下流域とは新潟市、豊栄市、中流域とは横越町から水原町を経て五泉市、安田町に至る地域、上流域とは三川村から津川町、鹿瀬町、上川村に至る地域を指している。

## 2. 「水俣病差別」発生論の論理

### 2.1. 上流域

新潟水俣病問題において、「水俣病差別」を生み出した流域区分別の要因が前期からみられたのは、上流域と下流域であった。そこで、まずは昭和電工鹿瀬工場（現在新潟昭和）が位置した東蒲原郡鹿瀬町を中心とした上流域に固有の要因について検討する。上流域では、「加害企業による地域支配」という要因がきわめて重要であった。

周知のごとく、鹿瀬町は熊本の水俣市と同様、典型的な「企業城下町」であった。昭電鹿瀬工場の最盛期は1948年頃とされるが、この時期には正社員2,000人、下請け500人であり、売店、病院、幼稚園、映画館なども直営していた（新潟水俣病共闘会議編, 1990: 14）。1950年代の後半以降は、工場の縮小や合理化が進んでいくが、それでも事件発生当時、町民の80%は何らかの関係で昭電と結ばれ、昭電を生活の基盤としていたし（五十嵐, 1971: 11）、同町の議会構成をみると、定数22議席のうち、同工場関係議員が9名を占めるに至っていた。これからもわかるように、昭電は、鹿瀬町を中心とした上流域で経済的、政治的、社会的に絶大なる影響力をもっていたのである。

新潟水俣病の原因が昭電からの工場廃液によるとの見解が、厚生省の疫学班から公表されるのは、1967年の4月のことであったが、昭電はこの見解に対して、1年くらい前より原因は、新潟地震時（64年6月）に信濃川河口付近の農薬倉庫から流出した農薬であるとする主張（倉庫農薬流出説）を展開し始めていた。そして、東蒲原郡の各町村には「工場廃液説」に対する昭電側の見解を詳しく書いた説明書が配られるなど、この地域の世論は急速に「倉庫農薬流出説」に固まっていたのである（五十嵐, 1971: 89）。

これらを背景に、鹿瀬町は、1965年に県が実施した集団検診受診者の中から高濃度の水銀保有者が発見されるや否や、次の年から「昭和電工を犯人と断定するための資料集めには協力できない」との理由で検診を拒否し、中止させている。また、1966年9月、鹿瀬町と隣接の津川町の町議会では、「水俣病の原因は昭電ではない」とする「阿賀野川下流域の有機水銀問題に関する意見書」が可決され、県知事、県議会議長、厚生・通産両大臣、科学技術庁長官、衆参両議長に提出している。さらには、町長主催による川魚の安全性を宣伝する目的の魚釣り大会を開いたりしているのである。県が阿賀野川の安全宣言を出す1978年の12年も前のことであった。「鹿瀬、津川の周辺は水俣病の問題では治外法権のようでどうしようもない」とは、当時、県衛生部長

だった北野博一氏の言葉である（斎藤, 1996: 117）。

こうした情勢の中、被害者にとって水俣病だと名乗り出るとはきわめて困難なことであった。ある被害者は、認定申請の方法を鹿瀬町役場に聞きに出かけたところ「よくわからないので暫く待て」と言われた上に「もし水俣病でないとわかると何十万円もとられるんだぞ」と脅かされ、長期にわたる申請の妨害に会っている<sup>(5)</sup>。また、かつて、工場関係の品物を扱う運送業を営んでいた男性（86歳）は、「医者には水俣病の疑いがあるといわれたんだが。新潟に検査に行ったときなんか、電工から課長連中がきてねえ……。電工の関係の仕事をやっているのに、水俣病の申請なんてできなかったねえ」（『新潟日報』1995年8月27日付）と振り返る。しかし、これらは決して過去の話ではない。鹿瀬町を中心とする上流域では、発生から30年以上経った1995年現在でも、「鹿瀬の（昭和）電工しか補償能力がないから、原因は電工だということになった、と思う。七割くらいの方はそう思っているよ」（『新潟日報』1995年8月24日付）との発言が聞かれる。だから、被害者に対して、「世話になった昭電を売るのか」と誹謗したりするのである（『朝日新聞新潟版』1991年3月12日付）。

このように、上流域では、「加害企業による地域（の政治的、経済的、社会的）支配」という問題が、被害者の顕在化を妨げ、顕在化した患者を抑圧するという大きな要因のひとつとなっていたのである<sup>(6)</sup>。

## 2.2. 下流域

新潟において最初の患者が公式発表されたのは、周知のように阿賀野川の下流域であった（1965年6月12日）。1967年6月、第一次訴訟が提訴されるが、これらの人々もすべて下流域の患者であった。1972年に中上流域で最初の認定患者が出るまで、新潟水俣病とは阿賀野川下流域の問題として一般には認識されていたのである。

新潟水俣病問題は、熊本と比較した場合、下流域の被害者にとっては有利な条件のもとで始まった。それには、下流域が昭電の位置する上流域から遠く離れており（約60km）、「加害企業による地域支配」の影響からは全く無縁の地域であったこと、また、被害者たちには、初期から彼らを支援する組織（新潟民主団体水俣病対策会議、略称民水対）が存在したことなどが大きい。民水対は、新潟勤労者医療協会、新日本医師協会、地区労、共産党など22団体によって結成された組織だが、結成時期は65年8月であり、患者公式発表からわずか2ヶ月半後という短期間でのことである。そして、民水対の努力は、12月の段階で、被害者の組織、「阿賀野川有機水銀中毒被災者の会」を結成させるのに成功するのである（飯島, 1993: 200-202）。民水対が被害者の運動に果たした役割はきわめて大きい。しかし、政治的には保守色の濃い当地において、革新系の民水対から支援を受けた被害者らは、集落の秩序を壊す存在と見なされ、大きな反発を受けることにもなった。

「被災者の会ができた当時、会長の近喜代一さんの子どもは、毎日学校から泣いて帰ってきた。理由を聞くと、『お前は共産党の子どもだ、とっていじめられた』と答えた。こうしたことはなにも子どもの世界ばかりではなかった。被災者の会に入っただけで、部落の有力者から『共産党とつきあって、部

## 渡辺：水俣病発生地域における差別と抑圧の論理

落に住めなくなってもいいのか』とおどしをかけられた例がたくさんある」（五十嵐, 1971: 125）。

民水対の支援のもと、下流域の患者らによって提起された第一次訴訟は、いわゆる四大公害訴訟の先陣を切って闘われ、史上初の本格的な公害裁判となったものである。しかし、これが意味するのは、この時代は未だ公害の深刻さが一般には広く知れ渡ってはいなかった、ということでもある。保守的な力の強い当地の性格が、こうした時代背景と相俟って患者に対する無理解や排斥行為を生み出していったと考えられる。

さて、この他に、下流域に固有の抑圧要因としては、「魚が売れなくなることによる生活破壊の抑止」という問題を指摘することができる。これはいわゆる「漁村ぐるみの水俣病かくし」という要因である。松浜という集落（河口右岸の漁村）のある被害者は「松浜から水俣病患者が出ると松浜のあげる海の魚まで売れなくなると言われて、地域ぐるみで心配していた時期だったので、がまんしていました」（新潟水俣病研究会, 1986: 12）と述べる。松浜の漁業組合では、漁獲規制を解除するよう県に頻繁に陳情したり、「当地から水俣病患者を出すな」と決議するなどして、海の魚が売れなくなることを警戒し、被害者の顕在化を抑えていったのである。こうした申し合わせが維持できなくなるのは、第一次訴訟判決後のことであり、事件発生から7～8年も経過した後のことであった。

これら「革新系の組織・運動に対する反発」と「漁村ぐるみの水俣病かくし」は、初期の水俣でも同様にみられた要因であり、「水俣病かくしの指令は、政治家や町長、村長、漁業組合幹部、部落会長といった系統で流されてくるから、それに反抗して申請したり認定されたりすることは地域の中で確実に孤立させられていき、アカ攻撃の集中砲火をあびることになる」（原田, 1994: 171）との指摘がある。

### 2.3. 全流域

ここまでは、「水俣病差別」の要因について、流域区分別にその特徴をみてきたわけであるが、続いては全流域に共通の要因について検討していくことにしたい。以下に挙げる要因は、中上流域で認定患者が出る1972年頃までは、主に下流域でのみみられたものだが、その後は全流域で表面化していった要因である。

全流域でみられた差別と抑圧の要因は、「水俣病という病に対する社会的排斥や白眼視」という問題である。これは、「障害をもつ者に対する社会的排斥」と「偏見に基づく排斥」との2つに分けられる。水俣病が原因で仕事を解雇された、というのは前者の典型例である。また、後者の例としては、患者の発生で、「あの家にはタタリがある」などと言われ地域から白眼視されたり、結婚話が破談になったり、ということが挙げられる（関, 1994: 18；斎藤, 1996: 190）。

ところで、偏見に基づく排斥というのは、公害病であることが公式発表され、正しい知識が広まるにしたがい次第になくなっていくはずである。現に、迷信からくる「タタリ呼ばわり」などは基本的にはみられなくなる。しかし、結婚に関する問題については、後期になっても長く尾を引き、深刻な問題であり続けた。例えば、自分の子どもの結婚に支障が出るのを恐れ、子どもの結婚を見とどけてから認定申請する、というケースが数多く確認できるのである（飯島・船橋

編, 1993)。水俣病が長期にわたり結婚忌避の対象とされたり、それに対する恐れを導いた理由としては、「水俣病は遺伝する」という誤った解釈の流布が大きい。言うまでもなく水俣病は、遺伝病ではない。有機水銀を体内摂取することによって生じた有機水銀中毒である。しかし同一家族内での発症（家族集積性）および胎児性水俣病患者の存在が、「水俣病は遺伝する」という誤ったイメージを生んでいったと考えられる。これは、患者家族自身でさえそのイメージを内面化し、子供への影響を心配するケースもあるほど（原田, 1997: 223）、根の深い問題であり続けたのである。

さて、以上をまとめれば、新潟水俣病において「水俣病差別」を生み出してきた要因は、次の4つだといえることができる。すなわち、「加害企業による地域支配」（上流域）、「革新系の組織・運動に対する反発」「漁村ぐるみの水俣病かくし」（以上、下流域）、「水俣病という病に対する白眼視・社会的排斥」（全流域）である。

### 3. 「ニセ患者」差別発生論の論理

#### 3.1. 被害者がおかれた制度的・社会的状況の変化

新潟水俣病問題の歴史において、1971年9月の第一次訴訟の勝訴判決と1973年6月の加害企業との補償協定の締結という2つの出来事は、被害者を取り囲む社会的条件や利害状況を大幅に変更させるものだった。というのも、それより以前つまり前期には、被害者として顕在化することは、既述したように様々な「水俣病差別」によって社会的に傷つけられることを覚悟しなければならず、それと引き替えの医療補償等は若干でしかない、という状況であったからである。しかし、後期になると事態は大きく変化する。なぜなら、第一に、健康被害の原因が汚染企業にあることを明確に認めた裁判の判決は、患者に「公害被害者」としての「正当性」を付与し、第二に、補償協定の締結によって、認定患者全員が、従来の医療補償等に代わって「補償金」を獲得することができるようになったからである。これらのことは、社会的条件や利害状況の変化によって、被害者の潜在化を促してきた重要な原因である「水俣病差別」の力が相対的に逡減しはじめ、被害者が名乗りを挙げやすい条件が従来よりは整ってきたことを意味した。この時期からの認定申請者の急激な増大は、その端的な現れであった。しかし、ここで起こったのが、認定基準の過度の厳格化<sup>(7)</sup>による大量の未認定患者の発生、つまり「認定制度による被害の社会的増幅」の開始であり、「ニセ患者」差別の出現と深刻化なのである。

それでは、以下ではもうひとつの被害者差別である、この「ニセ患者」差別が生み出される論理について検討したい。「ニセ患者」差別を生み出す要因とはどのようなものか、またそれはどのような社会過程や意味づけから生じてきたのか。

#### 3.2. 認定制度の関与

「ニセ患者」発言とは、端的に言って、「水俣病ではないのに、水俣病だというのは金目当てだからだ」とする主旨の発言のことである。ここで解明すべきは、何をもって「水俣病ではな

## 渡辺：水俣病発生地域における差別と抑圧の論理

い」と判断しているかである。判断基準として、まず考えられるのは、当然「認定制度による棄却」である。「認定制度による棄却」がもたらした大量の未認定患者の発生。こうした制度による「水俣病ではない」という"お墨付き"は、たしかに「ニセ患者」発言が発生する大きな背景をなしている。

とはいっても、「ニセ患者」というラベリングは、認定棄却者にだけ付与されてきたのではない点に注意したい。これは、熊本でも新潟でも同様である。重要なのは、認定制度による大量の未認定患者の出現が、地域社会において「水俣病ではないのに水俣病になりたがっている者が大勢いる」との「社会常識」を形成、増幅させたという点にある。そして、このことが、「制度による棄却」には還元されない、「水俣病じゃない」とする独自の論理構築を助長した、ということである。この論理に従えば、たとえ認定患者であろうと裁判で勝とうと「水俣病ではない」と判断されるのだ。

では、この独自の論理とは何か。この論理を生み出す要因も、流域に固有のものと同流域に共通するものに分けることができる。ここでも、前者から検討していこう。流域区分別の要因が顕在化したのは上流域と中流域であった。

## 3.3. 流域区分別にみる「ニセ患者」差別を生み出す独自の論理

## 3.3.1. 上流域

上流域では、「水俣病差別」を引き起こした「加害企業による地域支配」という要因が、「ニセ患者」差別をも生み出す役割を果たしていた。すなわち、上流域では、科学的には完全に否定されたはずの「倉庫農薬流出説」が1971年の第一次訴訟判決以後も長期にわたり支持され続けており、「ニセ患者」差別の発生に関与していた。「裁判では、汚染源は昭電とされたが、農薬流出説も完全に否定されたわけではない」とは鹿瀬町の職員の言葉である<sup>(8)</sup>。そして、さらには、次にみるような「水田農薬流入説」という新しい農薬説まで生まれていた<sup>(9)</sup>。

「かつての農薬、例えば米のいもち病対策などに使う農薬は、水銀の量がものすごかった。昔は、越後平野全体が水田で使われる農薬水銀に汚染されていたといってもよい。そして、越後平野で使われた水銀は、最終的には、例外なく信濃川か阿賀野川に流れ出ていったのだ。あの水銀どこへいったのか。要するに昔は、水銀が周りに溢れていたのであって、身体の障害が、鹿瀬（工場）の水銀のせいかどうかなどわからないはずだ。水銀に名前など書いてない。水銀が周りに溢れていたことを考えれば、みんなどこかどこか水銀にやられているはず」。

これら一連の「農薬説」の共通点は、被害者の健康障害の原因は、昭電が排出した有機水銀で（あるとは限ら）ない、と主張する点にある。新潟水俣病患者とは、「昭電が排出した水銀だけによって汚染された被害者」のことだが、この説によれば、患者らはこの定義には（完全には）当てはまらず「ニセ患者」ということになるのだ。こうした「農薬説」を根拠にした「ニセ患者」差別は、中下流域では全くみられないものであり、継続する「加害企業による地域支配」の影響を強く物語るものといえる。

## 3.3.2. 中流域

次に中流域に固有の要因だが、それは「伝統的な階層差別意識の活性化」というメカニズムである。このメカニズムについては、比較の意味で、まずは水俣のケースを例にとって説明したい。水俣ではこの問題は、鶴見和子や色川大吉らが指摘した「じごろ」と「ながれ」（または「なぐれ」）の対立という問題に関わっている。

「湯堂、茂道、月浦、丸島、舟津、みんな貧乏人のなぐれの漁師風情でしょが。あつだどもは（あいつらは）、弱った魚をどしこ食べて奇病になりよった、これは事実じゃ」（色川編, 1995: 390）。水俣では、この言葉に端的に示されているように、流れの漁民（ながれ）に対する定住民（じごろ）の伝統的な差別意識が、病気の発生が契機となって活性化し、患者に対する差別を一層深刻化させていった、とされる。図式化すれば、「病気の発生」→「伝統的な差別構造を活性化」→「水俣病患者への差別・偏見を一層強化」（→「被害者の潜在化」）として把握することができる。

では、新潟はどうか。このメカニズムは、筆者らの調査では中流域でのみ確認できた要因である。熊本では水俣病差別をも生み出す要因となっていたこのメカニズムは、新潟では「ニセ患者」差別にのみ関与していた。これには、中流域で最初の認定患者が出たのが既述のごとく1972年であった点大きい。これまでは、中流域についてあまり言及してこなかったので、少し詳しくみていきたい。

水俣では、「ながれ」が罹る病として当初認識されていた水俣病は、阿賀野川の中流域では「川筋もん」（または「川筋のしょ」）が罹る病、として捉えられていた。中流域の安田町のある住民は、「川筋と山手との間には隔たりがある」とし、「一言でいえば、貧乏人と金持ちとの違いだな」という<sup>(10)</sup>。阿賀野川の中流域は、土質もよく農業が盛んな地域である。しかし、川に隣接する「川筋」の集落は、川と距離を置く「山手」と異なり、広い農地をもてない上に、洪水時に田畑が流されることがあるなど、長きにわたり不安定な生活を強いられてきた。このため「だんなさま」（旧地主）など一部を除き、生活は一般に貧しく、かつて山手では、「川筋はホイトの出所」とか「川筋には嫁にくれるな」とかの言い方があった、という<sup>(11)</sup>。

また、川筋の集落には、阿賀野川の水運を利用した川砂利の採取・運搬を職業としている家も多かった。例えば、千唐仁（せんとうじ）という集落では、一番多いときで98戸のうち85戸（86.7%）が砂利を運ぶ川舟で生計を立てていた（斎藤・萩野・旗野, 1981: 37）。「気っ風と度胸がなけりゃ船頭はつとまらねえ」というある現役の船頭さん（65歳）はこう述べる<sup>(12)</sup>。

「川から玉石や砂利、砂などを舟に乗せ、大きな舟に積み替えて新潟までよく行ったもんさ。仕事が終わると古町や西堀あたりで遊び、それで金がスッカスカだ。それに賭事が好きだから。花札、パチンコとかさあ。金は取ってもほとんど残らなかつたね。金もうけても全部つかっちゃうんだよ、本当に。みんなそうさね。砂利はだっけいくらでも採れたんだから」。

ここに垣間見える生活様式（文化）は、農業中心の山手のそれとは大きく異なっていた。「山手の農家は将来に備え、収入の10%位は貯金に回すが、川筋のしょは、パッと使ってしまう。宵



## 渡辺：水俣病発生地域における差別と抑圧の論理

越しの金はおたねえって。計画性がないんだね。うちの（金融担当の）職員なんか、外回りで川筋に行くのを嫌がっていた。貯金なんて必要ないって追い返されるから」と元農協職員は述べる<sup>(10)</sup>。また、「あらっぽい仕事をしているから、気まであらいい」「ギャンブル好き」<sup>(11)</sup>、「根性が悪く、ずる賢い」「入れ墨をしていて怖かった」<sup>(13)</sup>などの認識を山手の側はもっていた。もちろん、こうしたことは山手の側からする一方的なイメージである。川筋の側に言わせれば、船頭は「命がけの仕事なんだから、気持ちがタフで、さっぱりしたやつばかり」であり、「百姓は地道で、遊ぶ機会がないから、金回りのよさをよくうらやましがられたさ」<sup>(12)</sup>となる。

ところで、認定患者が出たのはほとんどがこの「川筋もん」からであった。そこで山手では、「水俣病とは川筋もんが罹る病気」との認識が広がり、「川筋のしょだから意地汚くて水俣（病）で金もらおうとする」<sup>(13)</sup>といった「ニセ患者」発言がなされるようになっていったのである。しかし、魚を食べていたのは川筋だけではない。例えば、安田町の中心街で商店を営んでいたある男性は<sup>(14)</sup>、魚を趣味で捕って食べており、身体の異常も感じていた。だが、「『川筋もん』と同じ病気になったのでは、町のもんから信用されなくなり、商売に影響する」と身体のごとは家族以外には公言しなかったという。これらから理解されるように、中流域においては、経済的格差や生業・生活文化の違いに起因する「山手」の「川筋」に対する差別感情や違和感が、被害者差別を生成、助長していくことになったのである。

山手に属するある住民は、「阿賀野川の魚を食べた人が水俣病になるんなら、流域に住んでいる人が皆、水俣病になっているはず。しかし現実はどうじゃない」と言い、職業病による影響が重要であるとして、次のような主旨の議論をする。これは、川筋の患者に対する感情的な反発をより論理的に展開したもの、と捉えることができよう<sup>(15)</sup>。

「水俣病患者が出ている小浮、砂山、千唐仁、稗ヶ原場といった川筋の集落には、石取り、砂利取りの仕事をする人が多い。こういう仕事は重労働である。冬は寒中の仕事でもあるし、座骨神経痛、リュウマチなど、障害が出るのが当たり前である。これは職業病だ。水俣病で認定になっているのは、あるいは認定しろと言っているのは、女性を別にすれば、大概がこういう仕事に携わっていた人たちである。しかし、本当のところは、水俣病で体が痛いのか、職業病による症状なのかかわからないはずである。職業病なのに水俣病だと言い張っているのではないか。

実際、同じようなケースが過去にあった。硅肺病といって、これは結核とよく似た症状の出る病気であった。安田には、石屋が多く、この病気にかかる人も多かった。同級生にもこの病気で亡くなった者がいる。しかし、当時は、結核と似ているから結核だと思われていたケースが多かった。水俣病もこれと同じ事が考えられる。魚を食べていたからといって、簡単に水俣病だ、などとは言えない。水俣病だ、とかいって苦しそうにしていた人が、認定を受けたら元気になって旅行に行く。やり方がうまいんだね。K村には複数こうした人たちがいる。みんな、そういう人を冷やかな目で見ている。これが現実の姿だ。地域の人みんなそう思っている」。

要するに、この主張は、中流域で多発している病気は水俣病ではなく「川筋もん」に固有の「職業病」なのだと言くものである。この説に立てば、女性以外の被害者らは「職業病なのに水俣病だと言い張っている」「ニセ患者」に他ならないのだ。

### 3.4. 全流域にみる「ニセ患者」差別を生み出す独自の論理

ところで、上記の発言には、中流に固有の「ニセ患者」差別を生み出すものの他に、別の要因の存在も見取取ることができる。「水俣病だ、とかいって苦しそうにしていた人が、認定を受けたら元気になって旅行に行く（のはおかしい）」という認識がそれである。これは、「"水俣病らしさ"の欠如」に対する反発、という「ニセ患者」差別を生み出す全流域に共通の要因なのである。

新潟水俣病のある未認定患者の自宅には、次のようなハガキが届いている。「水俣病なら寝ていろ」（日付: 91. 元旦）、「私たちより元気ではないか。本当の患者には、当然早く判決すべきであるが、貴殿のやうなニセ患者も相当いる」（同: 94. 7. 13）<sup>(16)</sup>。また、「水俣病ならバイクに乗れるわけがない」とか「この辺りで水俣病で寝込んでいる人なんていますか。町で水俣病なんて言っている人はみんなインチキだ……水俣病の人が畑に出たり、仕事に行ったりできますか」（『新潟日報』1995年8月24日付）などの発言も聞かれる。こうした「水俣病なのに元気だ」というような認識は、逆に言えば、水俣病であれば元気であるはずがなく、例えば「激症型」と呼ばれるほどの"悲惨な"症状を呈するはずだ、と考えられていることを表わしている。むしろ、このような認識は、日々止むことのない身体の苦痛やそれに伴う精神的辛さを無視した、第三者の外見的なイメージに過ぎない。

下流域のある未認定患者は、「水俣病なのに何で元気なのか」と言われるのが嫌で「近所や職場の同僚にも水俣病のことをずっと隠してきた」と言い、こう続ける<sup>(17)</sup>。「黙っていれば誰も自分の症状なんかわからないんだから。でもね、耳鳴りがするとか、手足が痛いとか四六時中言っているわけにはいかないでしょう。（二階の物干し場で）洗濯物を干す時にでも、『痛い、痛い』って言いながらやれば、近所の人だって『大変なんだな』って思ってくれるかもしれないけど、馬鹿らしくてそんなこと続けてらんないしね（笑い）」。「激症型」などの症状と違い、水俣病の典型例である手足の痺れや目、耳などの障害は外部からはわかりにくいのだ。

「ニセ患者」差別をする者にとって、「元気な」水俣病患者というのは、まさに形容矛盾であって「水俣病患者らしく」ないと映る。つまり、「水俣病らしさ」という観念と「現実の水俣病らしくない患者」との間にイメージギャップ（認知的不協和）が存在しているのである。このイメージギャップの解消が「ニセ患者」差別へと転化していくのだ。そして、さらにこのような思いを強めるのが次のような認識である<sup>(9)</sup>。

「障害が酷い人ならば、これは補償金をもらって当たり前だ。しかし、未だに騒いでいる連中は、大した障害などない。なのに、障害が酷い人と同じ額をもらったり、もらおうとしている。周りから妬みがでるのは当たり前」。

ここにみられるのは、被害者の障害には「酷い人」からそうでない人まで違いがあるのに、受け取る補償金の額が同じ（一律）なのは納得できない、とする論理である<sup>(18)</sup>。そこで、「障害が酷くなければ水俣病ではないし、補償金をもらう資格もない」と考えるのだ。これは、なぜ被害者に対する補償額が一律100万になったのか、という理由を完全に誤解し、独自の論理を立て

渡辺：水俣病発生地域における差別と抑圧の論理

表1 新潟水俣病における被害者差別とその流域区分別要因

流域区分別の差別・抑圧要因	被害者差別	
	水俣病差別 (前期から)	「ニセ患者」差別 (後期から)
上流 1.加害企業による地域支配	○	○
下流 2.革新系の組織・運動に対する反発 3.漁村ぐるみの水俣病かくし	○ ○	
中流 4.伝統的な階層差別意識の活性化		○
全域 5.水俣病という病に対する社会的排斥 6.認定制度による認定棄却者の大量発生 7.”水俣病患者らしさ”の欠如への反発	○	○ ○

(注) ○印は、差別の発生に左の要因が関与していることを示している。

ていることを表している<sup>(19)</sup>。すなわち、ここに成立しているのは、水俣病とは“悲惨な病”という「水俣病らしさ」を一律な補償金の額によって勝手に裏打ちし、その認識をより強固なものにしているという構図である。

#### 4. まとめ

以上、本稿では、新潟水俣病発生地帯における被害者への差別と抑圧の論理について検討してきた。既述のように、被害者差別を生み出してきた要因は7つに分類することが可能であった。したがって、新潟水俣病における差別と抑圧の問題とは、これら7つの要因が複合的に関与したものと捉えることができる。ただし、その複合、重層化の度合いは、地域の社会構造等の違いを反映し、阿賀野川の流域区分ごとに異なっていた。

また、被害者差別は、「水俣病差別」と「ニセ患者」差別とに分かつことができるが、この視点からみると、差別要因には、一方の差別の発生にだけ関わった要因と両方の差別に関与したものが存在していた。これらについてまとめたのが、表1である<sup>(20)</sup>。

この2つの被害者差別のうち、前期から表面化し被害の社会的増幅を行っていたのは「水俣病差別」の方であった。この差別を生み出す要因は、後期になると、あるものはその力を持続させるが(表内の番号で1,5)、あるものは弱めていく(同2,3)。ところが、ここに「ニセ患者」差別という別の差別形態が加わってくる。これは、未認定患者の大量発生という事態を背景に生じたもので、地域社会における「水俣病差別」と「過度に厳格になった認定制度」が相互に深く絡み合いながら生み出してきた新たな差別と抑圧の形態であった。

被害者にとって、このことが意味するのは、被る差別が「水俣病差別」から「ニセ患者」差別に変化した、ということではない。そうではなくて、同じ被害者が、ある人からは「水俣病差別」を受け(例えば結婚忌避)、別の人から「ニセ患者」呼ばわりされるという二重の差別状況が出現したということである。認定基準が過度に厳格化した認定制度は、多数の被害者から補償

の権利を剥奪したのみならず、これらの人々に対する差別と抑圧を一層肥大化、深刻化させていった。制度が被害者の被った受苦を最小限度に止める方向に働くのではなく、反対に社会的な増幅機能を果たすという本来あってはならない深刻な事態を導いてしまったのである。

冒頭で述べたように、公害被害の解明における社会学的課題とは、人間が社会的存在であるがゆえに経験する生活領域における被害、そして、さらには社会制度や社会関係を通して増幅された被害を捉えることである。ここで目指したのは、このうち社会制度や社会関係を通して増幅された被害を、被害者が被った地域社会における差別と抑圧という面に焦点を当て解明することであった。

## 注

- (1) 新潟水俣病問題は、事件発生の1965年6月から31年後の1995年12月、被害者団体と加害企業との間で解決協定書が締結され、社会紛争としては一応の決着をみた。なお、新潟水俣病の社会学的な視点からの総合的な解明については、飯島・船橋編（近刊）参照。
- (2) 水俣病における差別と抑圧の問題は、家族、職場、病院など様々な場面で顕在化したが、本稿ではあくまで地域社会が主要な検討対象である。また本稿で検討した内容は、患者ではない"第三者による"差別の論理が中心である。
- (3) 代表的なものに色川編（1995）所収論文、原田（1994）をはじめとする一連の著作、宇井（1981）、柳田（1988）、飯島（1993）、木野編（1995）などがある。
- (4) 阿賀野川中流域を事例にこうした問題を分析した論文としては、関（1994）がある。
- (5) 1992年8月、当時第二次訴訟原告であった男性（70歳代）へのヒアリング。
- (6) 因みに、鹿瀬町は、1986年に「町制施行30周年誌・かのせ」を発行しているが、この中の年表には新潟水俣病のことは一切書かれていない。また、1995年現在、町長は「（水俣病の問題は）できれば早く忘れたい」と言い、「行政として水俣病の歴史を語り継ぐ気はない」としている（『新潟日報』1995年8月28日）。
- (7) 水俣病における認定基準がなぜ過度に厳格化されたのか、については様々な分析がなされている。渡辺・関（1995）では不十分ながらそれらについてまとめている。
- (8) 1992年3月のヒアリング。
- (9) 1994年1月、津川町での男性（60歳代）へのヒアリング。
- (10) 1994年8月、安田町での元農協職員のA氏（男性、70歳代）へのヒアリング。
- (11) 1994年8月、安田町での町議会議員のB氏（男性、60歳代）へのヒアリング。
- (12) 1996年6月、阿賀野川の川べりでのヒアリング。なお、「川筋」の側に積極的に定位し、「川と共にある暮らし」の"豊かさ"を生き生きと描いた作品に、映画『阿賀に生きる』（阿賀に生きる制作委員会、監督・佐藤真）がある。映画「阿賀に生きる」スタッフ（1992）には、そのシナリオ等が収録されている。
- (13) 1994年8月、安田町で商店を営むC氏（男性、40歳代）へのヒアリング。
- (14) C氏の父。内容はC氏が語ったものである。
- (15) 1994年1月、安田町でのD氏（男性、60歳代）へのヒアリング。なお、この記述は、長時間に亘る内容をできるだけ発言に忠実に筆者が要約したものである。
- (16) このハガキは、1994年8月、板東克彦新潟水俣病第二次訴訟弁護団長（当時）から事務所にてお見せいただいたものである。

## 渡辺：水俣病発生地域における差別と抑圧の論理

- (17) 1992年8月、当時第二次訴訟原告であった女性（50歳代）へのヒアリング。
- (18) この論理は、新潟の認定審査会で中心的役割を担った椿忠雄新潟大学医学部教授が、認定基準を変えた理由のひとつとして斎藤恒医師に語った次の言葉と共通している点に注目したい。私は「一律補償には反対だ。手足のシビレだけで1000万円というのには反対だ」（船橋・渡辺，1995: 57）。
- (19) 新潟水俣病被災者の会と共闘会議は、1973年6月21日、昭和電工との間で被害補償協定を結び、死者・重症者を除く一般認定患者につき一次補償金一律1000万円および消費者物価にスライドする当初年額一律50万円の生涯補償を定めた（新潟水俣病弁護団，1984: 210）。また、「一般認定患者」について、なぜ一律補償にしたかという点、患者の被害の程度には、身体的にも精神的にも計り知れないものがあり、医学的な違いによって差異をもうけることはできない、との主旨からである。
- (20) 本稿の目的は新潟の事例分析が中心であり、熊本のケースの詳細な検討にはない。しかし、次の2点だけは指摘しておきたい。すなわち、(1) これらの要因は熊本でもすべて確認できるという点、(2) 熊本では、新潟とは異なり、水俣市というこれらの要因がすべて重層的にみられた地域（自治体）が存在したという点。

## 文献

- 板東克彦，1996，「新潟水俣病訴訟 四大公害訴訟の先陣を切って」高橋利明・塚原英治編『ドキュメント 現代訴訟』日本評論社: 16-22.
- 映画「阿賀に生きる」スタッフ著・村井勇編集，1992，「焼いた魚も泳ぎだすー映画「阿賀に生きる」制作記録」記録社.
- 船橋晴俊・渡辺伸一，1995，「新潟水俣病における集団検診と認定審査の欠陥ーなぜ未認定患者が生み出されたか」『環境と公害』24-3: 54-60.
- 原田正純，1994，『慢性水俣病・何が病像論なのか』実教出版.
- 原田利恵，1997，「水俣病第二世代のアイデンティティー水俣病を語り始めた「奇病の子」の生活史より」『環境社会学研究』3: 213-228.
- 旗野秀人，1992，「私と阿賀と水俣病」映画「阿賀に生きる」スタッフ著・村井勇編集: 18-29.
- 五十嵐文夫，1971，『新潟水俣病ーおそろべき昭和電工の水銀公害』合同出版.
- 飯島伸子，1993，『環境問題と被害者運動（改訂版）』学文社.
- 飯島伸子・船橋晴俊編，1993，『新潟水俣病未認定患者の生活と被害ー社会学的調査報告』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.
- 飯島伸子・船橋晴俊編，近刊，『新潟水俣病問題ー加害と被害の社会学』東信堂.
- 色川大吉編，1995，『新編 水俣病の啓示ー不知火海総合調査報告』筑摩書房.
- 木野茂編，1995，『環境と人間ー公害に学ぶ』東京教学社.
- 新潟水俣病弁護団，1984，『新潟水俣病裁判ー第二次訴訟』.
- 新潟水俣病研究会，1986，『よみがえれ阿賀ー新潟水俣病Q & A』.
- 新潟水俣病共闘会議編，1990，『阿賀の流れに』.
- 斎藤恒・萩野直路・旗野秀人，1981，「新潟水俣病患者と認定の問題」『公害研究』10-3: 36-42.
- 斎藤恒，1996，『新潟水俣病』毎日新聞社.
- 関礼子，1994，「新潟水俣病における地域の社会的被害ー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」『年報社会学論集』7: 13-24.
- 田所恭子，1995，「危機的出来事とその受容ー克服過程ー新潟水俣病を事例に」『年報社会学論集』8: 215-226.

- 宇井純, 1981, 「公害病患者」新泉社編集部編『現代日本の偏見と差別』新泉社: 387-410.
- 渡辺伸一・関礼子, 1995, 「『第三水俣病』問題の現在的位相(Ⅱ) - 『関川水俣病』から『第三水俣病』への視座」『大分県立芸術文化短期大学紀要』33: 67-86.
- 柳田耕一, 1988, 『水俣そしてチェルノブイリ』径書房.

#### 付記

本稿は、新潟水俣病の社会学的調査(飯島・船橋編, 1993)への参加およびこれを契機に筆者が1996年まで継続的に行ってきた現地調査で得た知見に基づいている。また、執筆に当たっては、前者の調査に参加した各メンバーによる資料収集やメンバー内での議論に多くを負っている。ただし、内容的な責任はすべて筆者にある。

(わたなべ・しんいち)

1998年2月28日受理、1998年6月6日掲載決定

# THE LOGIC OF DISCRIMINATION AND OPPRESSION IN AREAS WITH OUTBREAK OF MINAMATA DISEASE WITH SPECIAL REFERENCE TO THE CASE OF NIIGATA MINAMATA DISEASE

WATANABE Shin'ichi

Department of Sociology  
NARA UNIVERSITY OF EDUCATION  
Takabatake-cho, Nara, 630-8301, JAPAN

The purpose of this paper is to clarify the logic of discrimination against and oppression of Niigata Minamata Disease patients in the Agano River basin. In this paper, I address the factors causing discrimination and oppression, and the social structures and inhabitant's interpretations that generated these problems. Seven factors caused these problems: (1) Regional control by the company responsible for the pollution, (2) Antipathy against organizations /movements supported by left wings, (3) Hiding the existence of victims in order to prevent decreasing sales of fish, (4) Activating of traditional discrimination consciousness, (5) Prejudice against and rejection of Minamata Disease itself, (6) The massive amounts of uncertified patients, (7) Antipathy against patients who do not look like Minamata Disease victims.

These have been major factors in producing "hidden" patients and at same time have been causing profound emotional stress in patients who came out into the open to apply for official certification. The important point is that the certification system has positively been a part of the expansion of discrimination, such as in imputations of "fake patients". The excessively rigid criterion of the certification system have not only deprived many victims of their compensation rights, but also have promoted discrimination and oppression against them in this area.

*Keywords and phrases : discrimination and oppression , "fake patients",  
the certification system, social amplification of damages*

(Received February 28, 1998 ; Accepted June 6, 1998)