

## 水俣病とカネミ油症 — 共通の問題を中心に

下田 守

下関市立大学

### 要約

水俣病とカネミ油症について、長期に及ぶ大規模な健康被害の社会的事象として、汚染、健康被害、人権侵害の三つの側面について、共通の問題を中心に考察してみた。

水俣病と油症はそれぞれ不知火海の生態系と食用油という食環境が汚染されたことによる化学性食中毒と考えられるが、汚染の実態は未解明な部分が多く、行政当局等による把握が狭く限定的という点で共通している。健康被害についても、ともに長期にわたり深刻な影響を及ぼす慢性的な全身病であり、未解明な部分が多い。いまだに有効な治療法が見つからない難病であり、胎児性など次世代への影響も懸念される。特徴的な重症例中心の認定基準によって病像が狭く固定化され、広範・深刻かつ多様な健康被害の実態の解明が妨げられた。このため、患者たちは適切な医療を十分に受けられない状況が続いている。また、特徴的な症状の映像などによるイメージ形成が患者への偏見や差別を増幅したと考えられる。補償や救済に関しては、権利の行使を著しく制限するという条件付きの「解決」をやむなく受け入れる事態が繰り返されてきた。かくして、被害者が被害に気づかず、被害を隠し、名乗り出ることが難しくなる、といった人権侵害の状況が続いてきた。

これらの問題は公害・薬害・原爆症など他の大規模な健康被害にも共通する面が少なくなく、日本社会の構造的な病の現れとも言えよう。

キーワード：水俣病、カネミ油症、大規模健康被害、化学性食中毒、認定問題、人権侵害

### はじめに

日本の公害および食品公害の代表的事例である水俣病とカネミ油症について、長期にわたる大規模な健康被害の社会的事象として、共通の問題を中心に比較考察してみたい。

水俣病は不知火海沿岸の魚貝類に蓄積した有機水銀による化学性食中毒であり、食物連鎖の過程における生物濃縮によってメチル水銀等が不知火海沿岸の魚貝類という食環境を汚染したことによる公害であるのに対し、カネミ油症はカネミ倉庫製の米ぬか油に混入した有機塩素化合物による化学性食中毒であり、脱臭工程における熱媒体PCBと加熱で生成されたダイオキシン類が食用油という食環境を汚染したことによる食品公害である。

一方は地域限定的で他方は地域横断的という違いはあるが、いずれも食環境が化学物質によって汚染されたために起きた化学性食中毒であり、長期にわたって深刻な影響を及ぼす大規模な健康被害である。本稿では、両者に共通の問題を中心に、公害や薬害など他の大規模な健康被害にも通じる課題を考えてみたい<sup>1)</sup>。

## 1. 汚染の広がり

### 1.1 汚染の時期

水俣病に関しては、不知火海沿岸の魚貝類がチッソ水俣工場からの廃水の中のメチル水銀によって最も濃厚に汚染されたのは1950年代から1960年頃までと言われている、しかし、チッソ水俣工場で1932年にアセトアルデヒド製造を開始してまもなく汚染が始まり、戦時中も戦後もかなり高濃度の汚染が続いていたと考えられる。また、1966年に排水を完全循環方式にした後もアセトアルデヒドの製造を中止した1968年5月まではオーバーフローなどで汚染が継続したと見られる。さらに、1971年3月まで稼働した塩化ビニール製造工程でも無機水銀が使用されていた。今日では海水の汚染はほとんどないとされているが、八幡プールや埋立地から将来流出する可能性が危惧されている。

カネミ倉庫製の米ぬか油でPCBおよびダイオキシン類が混入したのは1968年2月前半に製造されたものだけとされている。しかし、その頃に最も濃厚な汚染があった可能性が大きいとしても、前後の時期に製造された米ぬか油からも有機塩素が検出されており、脱臭缶の中でPCBを通す蛇管のピンホールは腐食によって数年間にわたって徐々に形成されたもので、常に塞がっていたとは限らない。カネミ倉庫の杜撰な操業実態もあり、1968年2月以外の時期に製造されたカネミ製の油が時折り汚染されていた可能性は少なくない。

### 1.2 汚染の地域

水俣病では、水俣湾周辺や不知火海南部はともかく周辺の不知火海北部や天草下島付近などの汚染状況は必ずしも明らかではないが、潮流や魚の回遊および漁民の出漁状況などから不知火海沿岸全域に汚染が及んでいたと見られる。山間部などかなり離れた地域でも行商等で魚貝類が販売されていたので、人体の汚染はより広い範囲に及んでいたと考えられる。

カネミ油症では、PCBが混入したカネミ製米ぬか油が販売された地域が問題となるが、その範囲は上記の時期の問題との関連で考えられた。すなわち、事件が報道されて数日以内に早くも1968年2月上旬製の米ぬか油だけが危険という認識が急速に広まり、2月上旬製の油の販路だけが追跡されて、多くの地域の行政関係者は担当地域に問題の油はほとんど出回っていないと判断していたと考えられる。

### 1.3 動物の発症

水俣病では公式発見の数年以上前から水俣湾周辺などで猫の狂死が多発していた。猫だけ

でなく、豚、鳥などの狂死も確認されており、魚貝類の浮上、死滅も頻発していた。後には猫の狂死などの異常事態が津奈木、御所浦など不知火海沿岸各地で確認された。

カネミ油症では、1968年2月から3月にかけて西日本各地の養鶏場でニワトリが共通の症状で大量死する事件が起きた。200万羽以上が被害を受け、そのうち約50万羽が死亡したと推定された。カネミ倉庫の米ぬか油製造工程で副生するダーク油を添加した飼料を与えられたニワトリだけが発症したので、ダーク油事件と呼ばれるようになった。

どちらも適切な対策を取っていれば人間への影響を避けられたと考えられがちだが、厳密には前兆ではなく最も濃厚な汚染と相前後して起きた事態であった。しかし、適切に対処しておけば人間の健康被害の拡大と深刻化を避けることは可能であった。

#### 1.4 汚染の経路

水俣病では、工場廃水に由来するメチル水銀が食物連鎖による生物濃縮によって魚貝類に蓄積したという汚染経路の大筋はほぼ明らかとなったが、その詳細は必ずしも解明されていない。工場内におけるメチル水銀、海水中の生物濃縮、無機水銀の有機化の可能性などについても、ある程度の調査・研究はされてきたが、十分には解明されていない。

カネミ油症では、PCBの混入経路について、1980年頃までは「ピンホール説」が定着していたが、その後は裁判の判決などで「工作ミス説」が優勢になった。民事・刑事の裁判の判決で1984年まではピンホール説が採用されていたが、1985年以降の民事の判決では工作ミス説が採用された。しかし、いずれにせよ主に裁判上の主張であり、判例上でも確定してはいない。しかも、1967年以前の汚染や発症（後述）は工作ミス説によっては説明できない。

#### 1.5 小括 — 包括的調査の欠如

以上のことから、水俣病でもカネミ油症でも、汚染の時期や地域が過小に把握される傾向が強く、汚染の経路も汚染の全貌も未解明の部分が少なくないと言えよう。

チッソ水俣工場内におけるメチル水銀の副生の機序や生成量などについては、限られた資料に基づく推定や分析があるが、未解明の部分が少なくない。不知火海沿岸の海水、土壌、魚貝類および住民の毛髪、へその緒などの有機水銀の汚染についても、濃厚汚染の時期を中心にさまざまな調査・分析が行われてきたが、なお汚染の全貌は未解明と言えよう。

カネミ倉庫本社工場の操業の実態については資料も乏しく、米ぬか油にPCBが混入した経路や状況も解明されていない。販売された米ぬか油についてもダーク油についても、濃厚汚染の時期を中心に一部が調査・分析されただけであり、汚染の全貌は未解明である。

いずれの事例でも環境汚染の範囲や汚染の経路などが十分には判明しておらず、行政当局等による把握は実態より狭く限定的なものであった。企業は汚染状況の把握や行政当局等の調査に対して著しく非協力的であり、行政当局も調査や実態把握に必ずしも積極的ではなかった。そのうえ、学術的・包括的な調査が継続的に行われたことはほとんどなかった。

## 2. 健康被害の広がり

### 2.1 発病の時期

1971年頃まで、水俣病の発生時期は1953年から1960年頃までと言われていた。その後、発生時期はアセトアルデヒドの製造を中止した1968年頃までとされ、総合対策医療事業、政治決着、特別措置法（水俣病被害者の救済及び水俣病問題の解決に関する特別措置法、2009年7月成立）の対象者は1968年末までの居住歴が要件とされた。しかし、戦前または戦後すぐ発病した例や1969年以降に転入したり出生した者で症状を有する者の例も報告されており、前記の汚染状況からも発病時期を限る理由はないはずである。

カネミ油症の発生時期について、通説では油症は1968年2月上旬に製造されたカネミ倉庫製米ぬか油の摂取により同年春頃から夏にかけて発生したとされているが、実際にはこれ以外の時期、特に1967年以前に発症した例が1972年頃から何度か報告されており、その数は少なくとも数十人に及ぶと見られる。

### 2.2 被害の地域

水俣病の認定患者の対象居住地域は次第に広がっていったが、被害の実態に比べてかなり限定されている。すなわち、1958年夏頃までは水俣湾とその周辺に限られ、1971年頃までは田浦から出水市米ノ津までの沿岸部に限られ、その後は御所浦、獅子島、長島など対岸にもある程度は広がったものの限定的であった。その後の総合対策医療事業でも最近の特別措置法でも対象地域は不知火海南部沿岸地域にほぼ限られ、隣接部や山間部などは原則として除外された。しかし、そういう地域でも水俣病と同様の症状をもつ者の存在は早くから指摘されていて、最近も特別措置法の対象外の地域に住む者が多いことが明らかにされた<sup>2)</sup>。

カネミ油症でも、認定患者の発生地域は販売された地域に比べてもかなり限られている。居住地で販売された油を使って認定された患者が30人以上出たのは、福岡・長崎・広島・山口・高知の5県に過ぎず、そのうち長崎県では長崎市と五島の二つの町に、広島県と高知県では県庁所在地近辺に患者の大半が集中していた。このように認定患者が集中して発生した県や地域はかなり限られていたが、その他の県や地域でも同様の症状をもつ者が少なくないと見られる。

### 2.3 病像の広がり

水俣病においては、初期は急性劇症型の症状、すなわち感覚障害、視野狭窄、運動失調、言語障害、聴力障害、振戦などの特徴的な臨床症状が浮かび上がり、病理学的所見とともに1959年に熊本大学が原因物質を有機水銀と確定する根拠となった。これらの特徴的な症状がハンター・ラッセル症候群としてほぼそのまま認定基準に採用されたため、ごく限られた重症の典型例だけが水俣病と考えられることになった。しかし、実際には患者は（四肢末端優位の中枢性）感覚障害を中心としつつも、眼球運動障害や調節障害、味覚・嗅覚の障害、共

同運動障害、聴力障害、言語障害、振戦、筋力低下、こむら返り、めまい発作、頭痛、四肢の関節痛、筋肉痛、不眠、物忘れなど多彩な症状を有することが、かなり早い時期から判明していた。その後もさまざまな調査・研究によってさらに多様な症状があることがわかり、症状や障害は全身に及び、健康だった者でも年月の経過とともに症状が現れる場合が多い、などと報告されている。

カネミ油症においては、当初からざ瘡様皮疹・色素沈着・目やに過多など塩素ざ瘡に特徴的な症状の印象がきわめて強く、特徴的な症状の患者にも見られた全身倦怠感、視力減退、呼吸器障害などの症状にはあまり注意が向けられなかった。その後、全国油症治療研究班は毎年度の追跡検診を担当するとともにさまざまな研究を行ってきたが、大部分が認定患者を対象とする調査や分析であった。油症治療研究班の調査・研究でも油症患者が多彩な症状を有することを確認して、全身倦怠感、頭痛・頭重、四肢のしびれ感、咳嗽、喀痰、腹痛などが多くの患者に認められると報告しているが、加齢による影響の可能性を示唆するだけで、症状の悪化や油症との関連については言及を避ける傾向が強い<sup>3)</sup>。他方、原田正純らは2000年以降に未認定者を含む数十人について断続的に調査して、症状は悪化する傾向があり、多彩な自覚症状と多くの病名を有する者が多いと報告している<sup>4)</sup>。

いずれも長期にわたって深刻な健康被害を及ぼし、いまだに有効な治療法が見つからない難病である。それぞれ特徴的な症状以外に多様な症状があり、症状の現れ方や程度に個人差が大きい。そもそも大規模な食中毒では曝露状況も患者の状況もきわめて多様なので、症状の現れ方や重症度が人によって大きく異なるのが普通である。すなわち、汚染の状況は均一ではなく、毒物の摂取量にも個人差が大きく、年齢・職業・居住状況・健康状態など患者の状況も多様であり、毒物の排出量やその時期にも個人差があるので、重症度も特徴的な症状の現れ方も症状の発現時期や順序も人によって大きく異なる。そのうえ、特徴的な症状を除く多くの症状は他の病気と一見共通のものが多い。だが、通常とは異なる症状の現れ方をすることも多く、一般的な検査ではわからないことが多い。さらに、同じ人でも症状の現れ方が時によって変わることが多い。すなわち、年月の経過とともに症状が変わるだけでなく、季節や一日の時間帯や天気などによって変動する場合も少なくない。

このように多様な症状があり変動が少なくないことは必ずしもよく知られていない。もともと難しい病気であるうえ、行政当局等による実態把握が不十分で、病像の認識に偏りがあり、情報伝達が不十分なことなどから、医師など医療関係者にもよく知られていないことが多い。患者が多い地域でも経験豊富で信頼できる医師や医療機関は少なく、遠方に転居した場合は経験ある医師はきわめて限られてくる。多くの医師は十分な知識がないまま通常の治療法で対処することになる。情報が十分に伝えられないことから、患者自身も病気をよく知らない場合が少なくない。長年にわたって同じ状態が続くために症状とは気づかないこともあり、症状があっても病院に行っても検査では異常ないとか加齢のためとか言われて済まされがちになる。医師が丁寧な診察をしたり、経験豊富な者が自宅を訪ねて生活歴や日常生活の様子を詳しく聞いたり、患者同士が互いに話し合ったりして、初めて明らかになることが多

い。こういう状況が家族や周囲の者にも十分には理解されないために、生活や仕事などの場で苦勞することがきわめて多く、そのため病状が悪化することも少なくない。このような訳で、適切な医療を十分に受けられない事態が長年にわたって続いてきた。

## 2.4 認定問題について

行政当局が公式に認定患者を定めるための基準は、水俣病では判断条件、カネミ油症では診断基準と呼ばれることが多い。

水俣病の認定制度は1959年末の見舞金契約の締結を受けて厚生省が「水俣病診査協議委員会」を設置したことから始まった。診査の基準は曖昧だったが、1969年末に成立した「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」（公健法）に基づいて定められた認定基準は、視野狭窄・聴力障害・知覚障害・運動失調の4項目をほぼ必須としていた。その後、川本輝夫らの行政不服審査請求を受けて1971年7月に出された環境庁の事務次官通知は、示された症状の中でいずれかの臨床症状があり有機水銀の影響によることを否定し得ない場合は水俣病と認める、という要件を示した。以降、認定申請者の急増という事態が続き、1977年8月に環境庁は認定業務促進のためとして「後天性水俣病の判断条件」を定めたが、実際は要件をより厳しくしたものであった<sup>5)</sup>。病像と認定の問題は各地の民事訴訟で主な争点の一つとなり、判断条件によらず未認定患者を水俣病と認める判決が相次いだ。その後、日本精神神経学会の見解や関西訴訟の最高裁判決が判断条件に医学的根拠がないことを示しても、環境省は見直す動きを見せず判断条件を固持している。なお、判断条件を充たさないが四肢末端の感覚障害を有する者は特別医療事業、総合医療対策事業、政治決着、および最近の特別措置法の対象となった<sup>6)</sup>。

カネミ油症では、事件発覚後まもない1968年10月19日に最初の診断基準が九大病院皮膚科の診察所見に基づいて作成された。この診断基準は、目やにの増加、爪の変色、ざ瘡様皮疹を「特に本症を疑わせる要因となりうる」症状として重視している。4年後の1972年10月に改訂された診断基準は、血液中PCBの性状と濃度を初めて取り入れ、全身症状を皮膚粘膜症状より前に記述していて、全身症状を重視する形になった。しかし、1976年6月の診断基準（補遺）では、「発病条件」「重要な所見」「参考となる症状と所見」という区分を設けて、ざ瘡様皮疹・色素沈着・マイボーム腺分泌過多・血液PCBの性状および濃度の異常の4項目だけが「重要な所見」となり、自覚症状などの全身症状は「参考となる症状と所見」に位置づけられ、再び皮膚症状中心となった。その後は1981年6月に血液PCQの性状及び濃度の異常、2004年9月に血液PCDFの濃度の異常がそれぞれ追加されたが、臨床症状等はまったく変更されないまま今日に至っている<sup>7)</sup>。なお、2012年8月に成立した「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」（油症患者施策推進法）に基づいて同年12月には診断基準に「油症患者（同居家族）に関する条件」が追補された<sup>8)</sup>。

このような経過の中で、水俣病もカネミ油症も1970年代前半に認定患者がある程度増えることはあったが、他の大半の時期では申請者（または検診受診者）に対して認定される者の

割合は小さく、多くの未認定患者が存在し続けたのであった<sup>9)</sup>。

しかし、前述のように大規模な食中毒は重症度も特徴的な症状の現れ方もきわめて多様であるので、そもそも一つの基準で認定か否かを線引きすることに無理がある。普通の病気と同様に適切な治療のための診断は必要だとしても、診断は暫定的なものであり、個々の患者の症状とその病気に関する知見の進展に伴って、その都度必要な修正を加えられるべきものである。十分な実態把握をせず一部の特徴的な症例を基に定めた患者の実態に合わない基準を、研究の進展にもかかわらず長年にわたって固定化したまま認定の判断に用いることは、患者と医療関係者の双方に誤った認識を与え、適切な医療の妨げになるものと言えよう。実際には基準を充たしても認定されない例が少なからずあり、運用の仕方にも問題が少なくない。認定審査の実態は明らかでないが、実際に患者を診察した経験が少ない医師が書類だけで客観的所見を重視して判定することが多いことが一つの問題として指摘されている。

## 2.5 胎児等への影響

水俣病も油症も、胎児性の場合には子宮という環境が汚染されて毒物が胎盤を経由して胎児に移行して影響を及ぼしており、いずれも未解明な部分がきわめて大きい。

胎児性水俣病では、脳性小児マヒとほぼ同様の症状をもつ重症例だけが注目されてきた。行政的には胎児性と小児性の区別はされず、胎児性水俣病の認定患者の数は明らかにされていない。原田正純らが2000年までに確認した68名はいずれも重症である。水俣病多発地区において胎児性患者と同世代の者にはさまざまな知的障害や神経症状が多いことが早くから指摘されていたが、認定基準は多様な実態に対応するものではなかった。アセトアルデヒド製造工場の操業停止以降の出生者にもさまざまな症状を訴える者が多い。なお、汚染地区では流産・死産などの異常分娩が多いという報告もある<sup>10)</sup>。

胎児性油症について、全国油症検診結果の集計によると、2009年3月末時点において登録者1442人（認定956人、未認定486人）のうち事件発生後に出生した30歳代以下の者が認定22人、未認定101人であり、認定者はすべて30代であった（[4, p.62]）。この時まで死亡した者も含めると胎児性の認定患者は少なくとも20数人となる。胎児性油症の臨床症状については、初期（1970年代まで）に一部の患者を対象とする研究がいくらかあるだけで、以降は系統的な調査はほとんど見あたらない。なお、油症患者の妊娠経験者では油症発生後10年以内の妊娠異常（流産・死産など）の発生が多いという報告もある（[4, p.120]）。

## 2.6 小括 — 未解明の実態

水俣病もカネミ油症もそれぞれ先例となる職業病の事例はあるが、食環境の汚染によるものとしては世界的にも前例がない大規模な食中毒であると言えよう。それぞれ多くの研究が積み重ねられて明らかにされてきた面も少なくないが、なお未解明な部分が多く深刻な被害の実態に対応したものとは言い難い。以下、共通の問題や課題を挙げてみたい。

まず、中毒の原因となる食環境の汚染の実態が未解明である。上述のように汚染の時期も

地域も汚染の経路や原因も十分には解明されていない。特に、時期や地域などで濃厚汚染の範囲を狭く捉える傾向が健康被害の実態を過小に捉えることに結びついてきたと言えよう。

次に、広範な食中毒に際しての拡大防止の対策がきわめて不十分であった。汚染された原因食品の流通・利用を中止させる対策を明確に取らず、自主的な対応に任せた。すなわち、水俣病では漁獲禁止や販売中止を命令する措置を取らず、カネミ油症では企業の自主回収に任せるだけで消費者への十分な周知をしなかった<sup>11)</sup>。

さらに、大規模な健康被害の実態把握が当初もその後もきわめて不十分であった。特に、事件発覚からまもない初期に被害の全貌の把握を目ざす調査がまったく行われなかった。そして、濃厚汚染による典型例に基づく認定基準を厳しく適用して、広範で多様な被害の実態に対応せず狭く把握した。その後の調査・研究も認定患者を対象としたものが多く、狭い病像を固定化する傾向があった。多様な症状を認めても加齢や他の疾病の影響と片付けて十分に検討しない傾向もある。このように、認定基準とその運用は、健康被害の実態を狭い病像で固定化し広範・深刻かつ多様な実態の解明を妨げる方向に作用したと言えよう。

また、臨床検査で異常が認められなくても生活や仕事などでさまざまな障害を受ける場合が多いが、介護など福祉の観点からの対策はきわめて不十分なままである<sup>12)</sup>。

胎児性患者の実態は成人以上に不明な点が多く、そもそも認定患者の数も明らかにされていない。胎児性患者の系統的な調査は当初もその後もほとんど行われて来なかった。なお、認定患者に限らず患者から出生した人々の健康にさまざまな懸念が指摘されているが、実態は未解明なまま時が推移してきた。

水俣病とカネミ油症のいずれも、長期にわたり深刻な健康被害を及ぼす慢性的な全身病であり、未解明な部分が多い。いまだに有効な治療法が見つからない難病でもあり、胎児性など次世代への影響も懸念される。いわば人類に未知の事態が進行中であり、被害者は貴重な先例として尊厳をもって扱われなければならない。

### 3. 人権侵害について

#### 3.1 適切な医療の制限

水俣病とカネミ油症の被害者に対してはさまざまな差別や人権侵害があるが、ここではいくつかの話題に絞って述べることにする。

まず、適切な医療が十分には受けられないことが挙げられる。既に述べたように、もともと難しい病気であるうえに、厚生行政当局と影響力をもつ医学者たちは十分な実態把握を怠り、実態より狭く偏った病像を固持し流布させていたから、多くの医師は十分な情報がないまま誤った先入観をもって患者に対応することになる。中には患者の訴えを疑いの目で見たり専門ではないからと診察を断る医師もいるから、そういう経験をした患者は病名（水俣病または油症）を告げずに受診することが多くなり、医師は経験を積む機会を得られにくくなる。このようなことが積み重なって、経験が豊富で信頼できる医師が乏しいという状況が続

くことになる。きわめて長期にわたる病気であるから、医療や医師だけの問題ではなく、看護、栄養、介護、薬局、漢方、鍼灸など健康の維持管理に必要なさまざまな分野、職業で似たような問題が起こり得る。このような広い意味での医療・福祉の保障を十分に受けられない状況は人権侵害の一面と言えるのではないだろうか。

### 3.2 偏見・差別を増幅したイメージ形成

次に、差別の理由や背景となる病気への偏見について考える。一般に難治性の病気に偏見や差別が伴うことが少なくないが、水俣病と油症の場合は視覚的なイメージの形成が偏見・差別を助長する面があると言えよう。水俣病では当初の急性劇症型の患者の映像、油症では特徴的な皮膚症状の映像が、繰り返し報道されることで人々のイメージを形成していった。初期には感染を恐れられることもあった。特徴的な症状にとらわれた先入観はその後の医学や医療を大きく歪めただけでなく、人々の社会意識や行政の対応にも少なからぬ影響を与えた。多様な被害の実態が知らされず重症例だけが衝撃的な映像で繰り返し伝えられることによって、病気への無理解や恐れなどの偏見が増幅された。たとえば、実際には汚染されていても症状が軽い者は病気との関連は考えず、患者との接触を避けようとした。

加えて、胎児性患者のイメージの形成が偏見をさらに強くしたと考えられる。すなわち、水俣病では寝たきりの胎児性水俣病患者の映像が、カネミ油症では「黒い赤ちゃん」の映像と言葉が、繰り返し報道されて人々の意識に定着していった。胎児性水俣病でも胎児性油症でも実際には重症例ばかりではなく、成長するにつれてそれなりに社会に適応した例が少なくないが、そのことが報じられることは少なかった。そのため、結婚や出産をあきらめたり相手に隠して結婚したりする例が続出した。

このようなイメージ形成による偏見が差別を一層深刻にしたのではないだろうか。

### 3.3 人権を抑圧する「解決」

水俣病もカネミ油症も、補償に関して何度か「解決」が図られてきたが、その「解決」自体が人権抑圧の面をもつものが少なくなかったと考えられる。

水俣病では、(民事訴訟の判決以外に)1959年12月の見舞金契約、1970年5月の補償処理協定、1995年～1996年の政治決着(政府解決策)、そして2009年に成立した特別措置法の救済措置方針(2010年4月)に基づく和解、という4つの「解決」があった<sup>13)</sup>。これらの4つの「解決」はいずれも人権抑圧の面が強いと考えられる。給付内容が患者側の要求や被害の実態に比べて著しく低水準であるだけでなく、新たな請求を行わないことを条件付けているからである。政治決着および特別措置法による救済措置は認定患者(や政治決着の対象者)以外の者を対象とするものであり、給付を受けるためには訴訟や認定申請を行わないことが条件とされている。年月の経過とともに新たな症状が出現したり症状が悪化する場合も少なくないのに、訴訟や認定申請などの権利を放棄して初めて給付が受けられるという仕組みになっている<sup>14)</sup>。

カネミ油症では、(民事訴訟の判決以外に) 1971年頃の示談契約、1978年の未訴訟協定、1987年の最高裁による和解協定、という3つの「解決」があった<sup>15)</sup>。これらの「解決」は人権抑圧の面が強いと考えられる。示談契約も未訴訟協定も一部の患者が参加したが、大半の当事者は交渉過程に関われず結果を受け入れるしかなかった。最高裁の和解においては、一部の訴訟の当事者である国と原告との関係は不問にしたうえで鐘化 (PCB 製造会社) と原告 (およびカネミと一部の原告) の和解を進めた。国はようやく訴訟の取り下げに応じた後も仮払金の返還請求を続け、鐘化はその後の認定患者との和解に応じないと宣言したので、これで解決するはずもなかったが、世間には事件が終わったと受け取られるようになった。

上記の「解決」などにおいて、患者の大多数は契約や協定などの決定過程に関与できず、代表者が交渉に臨んでも企業や国の頑なな態度に押し切られることが多かった。契約を結ぶか否かは一応個々の当事者の自由意志に委ねられる形になっていても、実際には多くの患者はほとんど選択肢がない状況で受け入れざるを得なかった。中には関係者の懸命な努力によってようやく妥結にこぎ着けた場合もあるが、患者が本来有する権利を制限し他に選択肢がない状況で「解決」が押しつけられるという面は否めない。自らの運命に関する重大事の決定に十分に関与できず結果を受け入れざるを得ないという状況は人権侵害の一面を示すものではないだろうか<sup>16)</sup>。

### 3.4 隠れる被害者

公害事件ではさまざまな隠蔽が起こるが、ここでは主に個々の被害者に関わる隠蔽を (今まで述べてきたことと関連させながら) 考えてみたい。

まず、病気の実態が十分には明らかにされず、典型像に限定されがちなのがさまざまな隠蔽の背景にあると言えよう。たとえば、症状があっても病気との関連を認識せず、日常的であるため病気と認識しない場合も少なくない。気づいても周囲との関係を気にして自ら話すことはほとんどなく、病院に行っても告げないことも多い。病気の実態が医者にも十分には知らされず、病気のことをよく知らない医者が多く、有効な治療法も期待できないからである。症状が家族にも隣人にも医者にも理解されにくいという場合も少なくない。

さらに、前述のようにさまざまな偏見・差別があるので、認定されていても名乗り出ず隠そうとする傾向がきわめて強い。特に子や孫やその配偶者への配慮から患者であることを隠し名乗らなくなる傾向が著しい。また、親戚や隣人や同僚や友人などに名乗り出るか否かで悩むことも多い。そのため、被害の実態の調査が困難となり、特に胎児性や小児の患者等の実態把握がなかなか進まなくなる。患者同士の交流も少なく、家族など狭い範囲で苦勞することが多くなりがちである。このような状況では病気の実態や治療の研究は進みにくく、未解明の部分が大きく残ることになる。患者が名乗り出ずに隠れていようとするのは、名乗り出ることによって人権が侵害される可能性が大きいからとも言える。このように堂々と名乗り出ることができずに隠れて生き続けざるを得ない状況は人権侵害の一面ではないだろうか。

## おわりに

水俣病は不知火海南部とその周辺という地域に起きた公害であり、地域社会に根ざす問題が少なくない。他方、カネミ油症は西日本一帯という広い地域で販売された加工食品による食品公害であり、地域横断的な広がりに伴う問題が少なくない。このように水俣病とカネミ油症の間には異なる面もあるが、本稿では共通の面を中心に考察してみた。

本稿で取り上げた共通の問題は公害・薬害・職業病・原爆症など他の大規模な健康被害にも当てはまる面が少なくないと言えよう。たとえば、地域や時期の限定では大気汚染公害や原爆症でも同様であり、病像を狭く限定する点ではイタイイタイ病やアスベストによる被害でも同様であり、特徴的な映像によるイメージの形成による偏見・差別の増幅では原爆症も同様である。各事例は日本社会の諸問題を浮き彫りにする鏡であると言われるが、同じような意味で、上記の共通の問題点は日本社会の構造的な病の現れとも言えるであろう。

本稿で十分に触れることはできなかったが、事例に対処する行政や医学等の無策、失敗、対策の欠如、隠蔽などでも共通の問題が多く、福祉などの面も含めて共通の課題が少なくない。福島原発事故や東北大震災への対処においても同じような失敗を繰り返す懸念が大きく、この社会の病の解明は今日的な課題でもある。

## 謝辞

本稿の内容は、2012年6月11日に永眠された原田正純先生のお仕事に関わる面がきわめて大きい。

著者は1970年春頃から水俣病とカネミ油症に関わり始め、同年末から翌年春にかけて東京の水俣病研究会で行政不服審査請求の反論書の作成に関わった。原田先生は熊本の水俣病研究会で反論書の主要部分の草案を執筆され、その中核部分は後に加筆されて岩波新書『水俣病』の一部（第Ⅷ章）となった。

著者はカネミ油症でも同様の問題（通説が時期・地域・病像等を狭く捉えていることなど）があることに気づいて、自主講座がストックホルムの国連人間環境会議に送ったレポートの「カネミ油症」に記した（1972年春）。著者の近年の研究（[39]など）はこの問題を改めて再検討したものである。

本稿の1節と2節はこのような問題を改めて整理し直したものとと言える。被害の全貌が解明されず、実態が狭く捉えられ、狭く偏った病像と基準によって多くの被害者が切り捨てられることは、40年以上も前から共通の問題であり、いまだに解決されていない課題でもある。

原田先生はカネミ油症についてもご尽力くださり、被害者にとってかけがえのない医師となられた。2000年以降は五島などの油症の自主検診に何度も行って診察されたほか、被害者の人権救済の申し立てに応じて2005年夏頃に、日本弁護士連合会に意見書を提出された（[15] [19] [20] [22]）。著者はその草稿を踏まえながら独自の意見書を書いて同年秋に提出した（[40]）。本稿の3節は著者の意見書の一部を基にその後気づいたことを付け加えてまとめたものである。

本稿の内容全体が先生のお仕事に深く負うことを想い起こしつつ、原田正純先生に改めて感謝申し上げます。

## 注

- 1) 本稿では、多くの文献に共通の事項などについては必ずしも出典を示していない。特に、原田正純の諸著作[5~21]と拙稿[38~43]から随所で断りなく引用・要約している。カネミ油症事件の概要については[42][50]を参照。本稿では水俣病としては専ら熊本の水俣病を扱い、新潟水俣病についてはほとんど触れないが、取り上げた問題の多くは新潟水俣病にも当てはまる。
- 2) 2009年9月の不知火海沿岸住民健康調査については[17][29][51]を参照。
- 3) 全国油症治療研究班の研究結果等については、九州大学病院皮膚科学教室のウェブサイト「油症に関する情報」（およびそのリンク先）を参照。『福岡医学雑誌』の特集号として2年ごとに発行される『油症研究報告集』は、[4][35]などとともに同サイトからpdfファイルを参照・入手できる。
- 4) [19][20]を参照。[19]の基になった意見書が[15][22]に収録されている（[15]は抄録）。[22]にはカネミ油症被害者支援センター（YSC）による被害者のアンケート調査の結果も掲載されている。被害者団体などの要望を受けて、厚生労働省は2008年度に生存認定患者1420人を対象とする健康実態調査を行った。その報告書（「油症患者に係る健康実態調査結果の報告」、2010年3月）は、厚生労働省の報道発表資料のサイト（2010年4月1日掲載）から参照・入手できる。この結果は統計的解析には適さないが、認定患者の病気・症状・障害等の多様な実態を知る手がかりにはなろう。
- 5) 水俣病の認定基準等については[2][6][8][9][10][11][12][13][24][25][28][32][33][34][44][45][46]などを参照。「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」に基づいて設置された熊本県公害被害者認定審査会は1970年2月に「水俣病審査認定基準」を定めたが、部外秘としていた。他方、厚生省が委託した「公害の影響による疾病の指定に関する検討委員会」は1970年3月に提出した報告書「公害の影響による疾病の範囲等に関する研究」の中で、有機水銀関係について病名、診断上の留意事項を定めた。後者は新潟と熊本の意見調整の結果で実際は前者に基づいて運用されたと見られる。1971年8月の裁決書および事務次官通知についての同年9月の環境庁企画調整局公害保健課長の通知は、上記報告書は「水俣病診断の医学的基礎となる」ものである、（症状の判断には）「水俣病に関する高度の学識と豊富な経験を基礎とすべきものであり、この医学的判断をもとに知事等が認定に係る処分を行う」などと説明している。1977年の判断条件に対する熊本県の要望を受けて出された1978年7月の事務次官通知は、1971年の事務次官通知の「水俣病の範囲」の趣旨は、申請者の「全症候について水俣病に関する高度の学識と豊富な経験に基づいて総合的に検討し、医学的に水俣病である蓋然性が高いと判断される場合には（略）水俣病の範囲に含まれる」こととして、1971年の次官通知の「否定し得ない」を「蓋然性が高い」と言い換えている。
- 6) 日本精神神経学会は1977年判断条件に医学的根拠がないという見解を1998年9月に発表し、その後も何度か学会としての見解等を発表している。2012年8月には認定義務づけに関する2つの高裁判決についての見解を発表した。この最新の見解は同学会のサイトで参照・入手できる。関西訴訟の判決は判断条件と異なる考え方を採用して原告を水俣病と認めた。最近の特別措置法では、四肢末梢優位の感覚障害を有する者に準ずる者も「水俣病被害者」の対象としている。
- 7) 油症の診断基準等については[4][19][20][35][39][40][41][42][47]などを参照。本稿では診断基準中の「2,3,4,7,8-pentachlorodibenzofuran (PeCDF)」をPCDFと記す。1981年6月と2004年9月の改訂では血液PCQの性状および濃度の異常、血液PCDFの濃度の異常がそれぞれ重要な所見に追加されたが、関連事項以外は1976年の基準とまったく同じであった。2004年の改訂の際には油症診断基準再評価委員会が設けられ2年以上かけて検討したが、臨床症状等は何ら変化がなかった。
- 8) 「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」とその関連文書（「カネミ油症患者に関する施策の推進に関する基本的な指針」など）および最新の診断基準等は厚生労働省のサイト「カネミ油症について～正しい理解ときめ細やかな支援のために」で参照・入手できる。

- 9) 水俣病では、1960年代は新たな認定者が非常に少なく1971年から1973年頃までは認定が急増したが、第三水俣病問題の影響で1975年に審査会が改組されてからは申請に対し認定される割合は2割以下、1977年の判断条件と翌年の事務次官通知の後は1割以下と大幅に減少し、1991年以降はごくわずかしこ認定されていない（[8][9, p.104][11, p.41][12, p.138][27, pp.769-770][45, pp.242-243]）。カネミ油症では、厚生省は1969年7月に全国の届出者が14627人のうち認定患者が913人と集計したが、以降は届出者の集計を公表していない。その後の認定は1970年代前半に集中していて、1970年代後半以降は次第に新規認定が減少し、1990年頃から2003年度までは毎年数十人の未認定患者が検診を受診しても新たな認定がほとんどない状況が続いた。2004年度以降は未認定患者の受診も新たな認定もある程度増えたが、認定される割合は1割以下という状態が続いている（[23, pp.104-105]）。
- 10) 胎児性水俣病等については[3][6][9][10][11][13][14][18][21][28]などを参照。[21]によれば胎児性水俣病患者の数は鹿児島県などを含め70名に達している。注5)で挙げた1970年の2つの「基準」のうち、熊本県の「水俣病審査認定基準」の中の「胎児性水俣病の診断基準」は、臨床症状として、運動機能の発達の遅れ、運動マヒ、精神発育の障害の三つに加えて原始反射の遅れ、咀嚼・嚥下等の障害、毛髪水銀量、視野狭窄など7項目のうち3項目以上を要件としている。「公害の影響による疾病の範囲等に関する研究」の胎児性水俣病の基準については[18, pp.50-51]を参照。ここでは小児水俣病について具体的には触れていない。1971年8月の環境庁の事務次官通知は、「胎児性または先天性水俣病」について「知能発育遅延、言語発育遅延、言語発育障害、咀嚼嚥下障害、運動機能の発育遅延、協調運動障害、流涎などの脳性小児マヒ様の症状であること」のいずれかの症状があって有機水銀の影響が認められる場合を認定の要件として挙げている。1978年7月の事務次官通知は、小児水俣病（胎児性水俣病を含む）については「水俣病に関する高度の学識と豊富な経験に基づいて、検討の対象とすべき申請者の全症候について水俣病の範囲に含まれるかどうかを総合的に総合的に検討し、判断するものであること」としている。1981年7月の環境庁課長の通知「小児水俣病の判断条件について」は、小児水俣病の判断について、「高度の学識に基づき総合的に検討のうえ判断する必要がある」としており、示された疫学条件と臨床症候の大半は胎児性水俣病に関するものである。
- 11) 食品衛生法の適用に関する問題については、[46][47]を参照。
- 12) 水俣病における生活障害や福祉に関する問題については、[36][37][48][49]などを参照。
- 13) このうち、1970年の補償処理協定に調印した一任派の患者は後に1973年7月の補償協定に加わる形となったので、この協定に基づく支払いは3年余で終わった。
- 14) 1986年7月に始まった認定棄却者に対する特別医療事業は再び認定申請しないことを支給の条件とした。これを引き継いだ総合対策医療事業（1992.6～）が政治決着に伴って制度変更（1996以降）された際に、認定処分に不服申立てする者や損害賠償を求める者なども除外対象に加えられた。
- 15) 最高裁による和解は、原告と鐘化の間の和解では鐘化が原告側に一人300万円を基準に（既払い分を含めて）見舞金を払うことを骨子とするものであり、原告とカネミ倉庫の間の和解では、カネミの債務（一人当たり500万円）の存在と原告が強制執行しないことを確認し、カネミは治療費の支払いを続けることを約束する、ということを経子とするものであった。和解については[41][42][50]などを参照。
- 16) 2012年8月に成立した「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」（油症患者施策推進法）は「解決」には相当しないが、被害者が決定にほとんど関与できないまま受け入れざるを得なかった点は共通である。他の公害等における「救済」などと比べても、被害者の要求に比べても、きわめて不十分な内容のこの法律を「救済法」と呼ぶことは適切ではないと考える。

文献

- [1] 有馬澄雄編, 水俣病 — 20年の研究と今日の課題, 青林舎, 1979.1.
- [2] 藤野紘・板井八重子, 水俣病の現在の医学的問題点, 公害研究, 11(4), pp.2-12, 1982.4.
- [3] 藤野紘・高岡滋, 慢性水俣病の臨床疫学的研究 — チソ・アセトアルデヒド工場操業停止後に出生した住民の神経症候, 水俣学研究, 3, pp.31-56, 2011.3.
- [4] 古江増隆・赤峰昭文・佐藤伸一・山田英之・吉村健清編, 油症研究Ⅱ — 治療と研究の最前線, 九州大学出版会, 2010.2.
- [5] 原田正純, 潜在性水俣病 — 病気の全貌はまだ明らかにされていない, 科学, 41(5), pp.250-258, 1971.5.
- [6] 原田正純, 水俣病, 岩波新書, 岩波書店, 1972.11.
- [7] 原田正純, カネミ油症(塩化ビフェニール中毒)小児の6年後の精神神経学的追跡調査, 精神医学, 19(2), pp.151-160, 1977.2.
- [8] 原田正純, 水俣病の認定制度と医学的実態, 公害研究, 13(1), pp.23-29, 1983.7.
- [9] 原田正純, 水俣病にまなぶ旅 — 水俣病の前に水俣病はなかった, 日本評論社, 1985.1.
- [10] 原田正純, 水俣病は終わっていない, 岩波新書, 岩波書店, 1985.2.
- [11] 原田正純, 水俣が映す世界, 日本評論社, 1989.6.
- [12] 原田正純, 慢性水俣病・何が病像論なのか, J-JEC 環境叢書シリーズ3, 実教出版, 1994.9.
- [13] 原田正純, 水俣への回帰, 日本評論社, 2007.11.
- [14] 原田正純, 宝子たち — 胎児性水俣病に学んだ50年, 弦書房, 2009.10.
- [15] 原田正純他, 油症は病気のデパート — カネミ油症患者の救済を求めて, アットワークス, 2010.6.
- [16] 原田正純・堀田宣之・宮崎美代子・境多嘉子・松永哲夫, 起立性調節障害様症状と中毒との関係について — 有機水銀, PCB 汚染地区小児の健康調査, 日本体質学雑誌, 46(1/2), pp.86-99, 1982.11.
- [17] 原田正純・下地明友・田尻雅美・井上ゆかり・藤野紘・川上義信・高岡滋他, 不知火海沿岸住民の有機水銀の影響に関する研究 — 不知火海沿岸住民健康調査報告, 水俣学研究, 2, pp.61-86, 2010.3.
- [18] 原田正純・田尻雅美, 小児性・胎児性水俣病に関する臨床疫学的研究 — メチル水銀汚染が胎児および幼児に及ぼす影響に関する考察, 社会関係研究, 14(1), pp.1-66, 2009.1.
- [19] 原田正純・浦崎貞子・蒲地近江・荒木千史・上村早百合・藤野紘・下津浦明・津田敏秀, カネミ油症事件の現況と人権, 社会関係研究, 11(1/2), pp.1-50, 2006.2.
- [20] 原田正純・浦崎貞子・蒲地近江・田尻雅美・井上ゆかり・堀田宣之・藤野紘・鶴田和仁・頼藤貴志・藤原寿和, カネミ油症被害者の現状 — 40年目の健康調査, 社会関係研究, 16(1), pp.1-53, 2011.1.
- [21] 原田正純・頼藤貴志, 不知火海沿岸住民の保存臍帯のメチル水銀値, 水俣学研究, 1, pp.151-167, 2009.3.
- [22] カネミ油症被害者支援センター編著, カネミ油症 — 過去・現在・未来, 緑風出版, 2006.4.
- [23] カネミ油症40年記念誌編さん委員会編, 回復への祈り — カネミ油症40年記念誌, 五島市, 2010.3 (第2刷:2010.10).
- [24] 川本輝夫, 認定はどうあるべきか — 水俣病の疫学と病像, 川本輝夫著;久保田好生・阿部浩・平田三佐子・高倉史朗編『水俣病誌』, 世織書房, pp.303-346, 2006.2.
- [25] 公害薬害職業病補償研究会編, 公害・薬害・職業病/被害者補償・救済の改善を求めて — 制度比較レポート集 [水俣病・サリドマイド・カネミ油症・大気汚染・アスベスト], 東京経済大学学術研究センター, 2009.5. [改訂版(2011.9):日本環境会議のサイトにpdfファイルで掲載]

- [26] 公害薬害職業病補償研究会編・発行，公害・薬害・職業病／被害者補償・救済の改善を求めて－制度比較レポート第2集 [原爆症・森永ひ素ミルク中毒・医薬品副作用被害／第1集各事例の追記]，2012.2.
- [27] 水俣病被害者・弁護団全国連絡会議編，水俣病裁判全史 第5巻 総括編，日本評論社，2001.12.
- [28] 水俣病研究会編，認定制度への挑戦－水俣病にたいするチッソ・行政・医学の責任，水俣病を告発する会，1972.5.
- [29] 水俣病裁判提訴40周年記念誌編集委員会編，水俣から未来を見つめて PART II，花伝社，2009.12.
- [30] 宮澤信雄，水俣病事件四十年，葦書房，1997.11.
- [31] 宮澤信雄，ルポ・水俣病政治決着その後，水俣病研究，1，pp.45-52，1999.1.
- [32] 宮澤信雄，水俣病医学を歪めたもの－医学研究史序説，水俣病研究，2，pp.12-27，2000.9.
- [33] 宮澤信雄，水俣病事件と認定制度，水俣学ブックレット No.4，熊本日日新聞社，2007.3.
- [34] 村山三信，水俣病医学と病像論争，[27]，pp.516-533，2001.12.
- [35] 小栗一太・赤峰昭文・古江増隆編，油症研究－30年の歩み，九州大学出版会，2000.6.
- [36] 小野達也，水俣病問題と社会福祉の課題，原田正純・花田昌宣編『水俣学研究序説』第五章，藤原書店，pp.199-240，2004.3.
- [37] 尾崎寛直，水俣における地域再生と「地域ケア」ネットワーク，東京経大会誌（経済学），249，pp.87-113，2006.3.
- [38] 下田守，カネミ油症と予防原則，環境ホルモン－文明・社会・生命，Vol.3（特集・予防原則－生命・環境保護の新しい思想），藤原書店，pp.63-70，2003.4.
- [39] 下田守，カネミ油症の通説への疑問，科学技術社会論研究，第2号（知の責任），玉川大学出版部，pp.9-22，2003.10.
- [40] 下田守，カネミ油症の被害と人権侵害の広がり，下関市立大学創立50周年記念論文集（下関市立大学論集），50(1/2/3)，pp.93-106，2007.3.
- [41] 下田守，公害・薬害・職業病被害者補償救済の比較－カネミ油症，下関市立大学論集，53(1/2)，pp.45-64，2009.9.（[25]に収録の「カネミ油症」に一部追記したもの）
- [42] 下田守，カネミ油症とは，[23]第1章，pp.13-34，2010.3.
- [43] 下田守，当事者の魂の叫びを聴くことについて－カネミ油症の経験から，キリスト教社会福祉学研究，44，pp.13-20，2012.1.
- [44] 白木博次，全身病－しのびよる脳・内分泌系・免疫系汚染，藤原書店，2001.9.
- [45] 富樫貞夫，水俣病事件と法，石風社，1995.11.
- [46] 津田敏秀，医学者は公害事件で何をしてきたのか，岩波書店，2004.6.
- [47] 津田敏秀，疫学者から見た「カネミ認定」の誤りとあるべき姿，[22]第5章，pp.105-127，2006.4.
- [48] 牛島佳代，認定のかけに－水俣病患者の生活障害に着目して，丸山定巳・田口宏昭・田中雄二編『水俣からの想像力－問いつづける水俣病』第6章，熊本出版文化会館，pp.147-169，2005.3.
- [49] 除本理史・尾崎寛直，水俣病特別措置法と環境・福祉対策の課題－水俣市および水俣・芦北地域の再生・振興の観点から，東京経大会誌（経済学），269，pp.165-192，2011.2.
- [50] 吉野幸，カネミ油症－終わらない食品被害，海鳥社，2010.10.
- [51] 全日本民主医療機関連合会，みなまたは終わっていない－水俣病に苦しむ人々と寄り添う医療者たちの証言 2009～2010，かもがわ出版，2010.12.

## Minamata disease and Kanemi Yusho : On some common problems

Mamoru Shimoda

Shimonoseki City University

### Abstract

Some common problems between Minamata disease and Kanemi Yusho are considered. Minamata disease is an environmental poisoning caused by sea food in Shiranui Sea, contaminated by methyl mercury from Chisso factory, whereas Kanemi Yusho is a food poisoning caused by edible oil, contaminated by PCBs and dioxins, produced by Kanemi Warehouse Co., and sold widely in Western Japan. These two disasters are large-scale chemical food poisonings resulting in long-term serious diseases. In both cases many patients who have almost the same conditions as officially certified ones were not certified officially, and some unborn babies were also affected by the toxic chemicals.

In this paper some common problems between these two cases are treated from three viewpoints; contamination of environment, health damage, and violation of human rights.

In each case, there have never been thorough investigations both of the contamination and human damage. The commonly accepted views have underestimated the reality of the disaster in four aspects; period of contamination and symptoms, area of contamination, clinical pictures, and cause of contamination. Initially the most typical symptoms caused by heavy contamination attracted attention, and a picture of the disease was created based on the data of typical cases. Hence many patients were excluded by the biased and strict diagnosis criteria for the certification. Subsequently since medical research focused mainly on certified patients, the strict criteria have been little revised, and the picture of the disease remained far from capturing the real situation of the patients.

Therefore, in each case the patients have had little opportunity of having proper and sufficient medical treatment. Besides, many patients were unable to continue working and lost their jobs and many young patients lost the opportunity to gain higher education and to marry. The visual image of the typical symptoms has strengthened the prejudices and discriminations against the victims. In a few cases the victims settled a compromise with the company, but most victims could not take part in the decision process and had no choice but to accept the "settlement". In the way, each "settlement" became the seed of the next conflict. Ultimately, most victims hide themselves, fearing prejudice and discrimination against them, sometimes not recognizing their own damage exactly. Most patients have suffered both physically and socially, and their human rights have been bitterly violated.

Other large-scale health damage disasters such as other environmental poisoning, harmful effects of medicines, and the disease caused by atomic-bomb radiation, also have similar problems. These problems could be seen as mirrors of the illness of our society.

Keywords : Minamata disease, Kanemi Yusho, large-scale health damage disaster,  
chemical food poisoning, certification problem, violation of human rights