

# 社会的構築主義の理論的および実証的研究

A Theoretical and Demonstrative Reflection on Social Constructionism

プロジェクト代表者：深澤 建次（教養学部 教授）

Kenji FUKAZAWA

## 1. 全体の研究目的

これまで追求してきたハンセン病, エイズと同様に, 水俣病像の変遷過程を精密に再構成する作業を通じて, 構築主義という今日流行の視角の理論的意義を模索する. それは, 3つの病についての具体的な事例研究を, 構築主義の文献に即した抽象的理論研究に結合し, 双方の生産性を高めて, 中範囲の構築主義理論を目指す一途である. 瑣末な具体論に墮することなく, かといって, 空疎な抽象論に埋没しない, 実りある研究のためである.

## 2. 18年度の研究内容

本年度, 私が取り組んだのは, 水俣病のプロトタイプの発生そして形成過程の解明である. このタイプこそ, 今日に至るまで混迷を続けている水俣病事件の原点だからである. のみならず, この解明は, 世界に類を見ない脅威の奇病に直面した日本の医学の「客観的科学的姿勢」が, いかなる内実を有したのかを具体的に明らかにするからである.

この関心に即して, 「熊本大学奇病（水俣病）研究班」の調査活動を追跡していくと, 班の提唱した, いわゆる「ハンター・ラッセル症候群」を「中枢的属性」にしたプロトタイプは, 純医学的あるいは客観科学的に発見されたというよりも, 社会的に発明された, すなわち構築されたというほうが正確であることが判明する.

当初, 現場・患者本位の「下りの研究」に邁進していた班は, 直ちに, 奇病の原因「施設」をチッソの工場排水に, 原因「食品」をこれによって汚染された魚介類に特定し, 奇病の正体が重金属中毒症であることを究明して, 漁獲禁止措置と食品衛生法の適用を行政に要請する. しかし県と国は, 原因を, 「施設」と「食品」から「物質」へ移行させ, 原因物質が「完全に究明されるまでは」と「科学的厳密主義」で開き直って, 班の要請を一貫して拒絶する. チッソは, 当時の高度成長策という国是の尖兵であるばかりでなく, 水俣市の絶対的城主, 熊本県の代表的企業だったからである. 国是と水俣・熊本の風土は, チッソのアセトアルデヒドの生産を至上命題にしていたのである. 対照的に奇病は, 「なぐれで他者」の貧しい漁民に集中したのである.

以上の危険回避の典型的レトリックに, 班は取り込まれ, 新潟とは異なって, 原因「物質」解明の唯一の主役にさせられ, 毒物検索と動物実験に邁進していく, すなわち現場・患者から離れた研究室・文献中心の「上りの研究」へ方向転換を余儀なくされるのである. こうして班は, 水俣から時間的にも空間的にも遠く離れた, 英国の農薬工場で発生したメチル水銀中毒症の症例論文に到達する. そして農薬工場の労働災害から読み取れる「4 徴候説」を, 二重に翻訳して「5 徴候説」からなるプロトタイプを構築するのである.

すなわち第一に, 聴覚障害を加えて量的に「4 徴候」を「5 徴候」に拡張し, そして第二に「大脳皮質性感覚障害」を, 質的に「末梢神経性障害」に読み替えたのである. 班のリーダー自身が, この読み替えに当初から疑念を抱いていたことは重要である. 水俣病患者において当初から腱反射が正常もしくは亢進していた事実, 換言すれば感覚障害の責任部位を末梢神経に求めることは医学的に無理であることを自覚していたからである. 今日に至るまで水俣病の主要症状とされる末梢神経障害は, 当初から班のリーダー自身に疑問視されていたのである. 裏返していえば, それだけ原因「物質」の早急な解明, そして反論を封ずる明確な病像が要請されていたのであ

る。今日世界的定説となっているものの、当時においては未知の大脳皮質障害を主張することは、先の国是や水俣・熊本の風土の下では、きわめて困難だったのである。

次に大脳皮質障害を末梢神経障害へ翻訳すれば、直ちに次の量的な翻訳をしなければならなくなるのである。末梢神経障害を惹起する原因疾患は、糖尿病を筆頭に無数に存在するのだから、この障害だけで水俣病と鑑別することは不可能になってしまうからである。「感覚障害のみが単独で出現することは現時点では医学的に実証されていない」「四肢の感覚障害のみでは水俣病である蓋然性は低く、その症候が水俣病である判断することは医学的に無理」(85年『医学専門家会議』)だからである。こうして末梢神経障害への翻訳は、量的拡張を不可避にする。

「5徴候」にすれば、「きわめて特徴的」「他の中毒に比較してきわめて特異的」な病像が得られるからである。

当然であるが、以上の二つの翻訳の妥当性を、ステレオタイプの問うのはナンセンスである。原因「物質」究明の重圧のもとで構築されたプロトタイプの暫定性、すなわち新たな知見によって修正される「再帰性」が、この後に確保されたかどうか問われなければならないのである。けれども見舞金契約以降成立する「認定＝補償金の受給資格」は、鑑別の必要度を強化しないわけにいかない。そして認定の公平・一貫性は、5徴候の組み合わせの固定化を強制しないわけにいかないのである。要するに、認定制度は、プロトタイプの暫定性をプロクルテスの寝床に変えて、5徴候を揃えない症例を「過剰排斥」していくのである。

末梢神経障害が、大脳皮質障害とは対照的に症状が安定しているのは皮肉である。くわえて熊本の審査会は、まったく二点識別検査を実施しなかったのである。こうして「水俣病＝四肢末端感覚障害必発」が生まれ、末梢神経障害の客観的検査法(腱反射、神経伝達速度、生検)が制度化され、「必発」を実証していく。そして腱反射の亢進は非認定の医学的根拠になっていくのである。さらに末梢神経障害とは対照的な、大脳皮質感覚障害の症状の不安定性は、「詐病」「水俣病志願者」を生み出す。チッソの浄化施設(サイクレーター)の完成にともなう「患者の最後は60年」という水俣病60年終焉説は、これらを実証していくのである。

### 3. 今後の展望

水俣病の事例研究を、これまでのエイズ、ハンセン病の事例研究と結合し、相互比較して日本的な病の構築過程の特徴を集約する。他方で、構築主義の文献を精力的に読破して、日本的過程と結合する。