

## 水俣病のプロトタイプ<sup>o</sup>の日本的構築

深澤 建次\*

### 問題の所在

本年（06年）は水俣病の公式確認から50年の節目である。半世紀を経た今日、水銀に汚染された死の海は、沖縄を思わせる美しさを取り戻し、熱帯魚ばかりか珊瑚も19種類確認され、史上最悪の公害都市は日本一の環境都市に生まれ変わり（伊藤06:192）、「負の遺産」を教訓に水俣市は「環境首都コンテスト」で2年連続日本一になっている（朝日新聞060625）。

むろん、これは水俣病「事件」\*1の解決を意味しない。実際、水俣病の公式発見日の5月1日、水俣市などが主催した「水俣病犠牲者慰霊式」を、同メディアは『水俣病混迷なお』と題して伝えている。

95年の政治決着で一時は解決に向かうと見られた問題は、04年の最高裁判決後、新たな認定申請や訴訟が相次ぎ混迷が続く。国が有効な手立てを打てないなかで、地域住民の間での新たな亀裂が生まれている。公式確認から半世紀。なお全面解決への道のりは遠い（060502、下線は深澤、以下同様）。

そして被害者の声を伝えている。慰霊式に参加の認定患者の1人、

50年、50年と、祭りじゃあるまいし……半世紀たっても未認定患者の問題を解決させきれないことを、国は恥ずかしいと思って

ほしい。悲しい記念日です（060501）。

また50年間連れ添った、関西訴訟原告団副団長の夫を3ヶ月前になくした妻。

50年たっても裁判で勝っても、結局何も変わっていない。患者たちは次々亡くなる。このままではうやむやにされかねないとも思え、腹立たしい（060501）。

「未認定患者の問題を解決させきれない」という患者の嘆き、「何も変わっていない」という看護人の怒りは、「日本の水俣病」すなわち現行「判断条件」（77年）の内在的問題を象徴している。いうまでもなく、この条件は、四肢の感覚障害が主徴であるとしても、これだけでは水俣病と認定するには不十分であり、他の症状（運動失調、視野狭窄、聴力障害など）との組み合わせを要求する。感覚障害が単独で出現することは「医学的に実証されていない」し、これだけで水俣病と判断することは「医学的に無理がある」（85年「医学専門家会議」）のである。感覚障害の正体は、多発性神経炎すなわち末梢神経障害だからである。末梢神経障害を引き起こす原因疾患は、糖尿病を筆頭に無数に存在する（e.g.「荒木の表」、津田04:111-113）のだから、この障害だけで水俣病の鑑別はできないのである。この点は後で重要になってくる。

けれども周知のように、末梢神経障害説に即した「日本の水俣病」は、今日、根本的な見直しを迫られている。たとえば、水俣病の感覚障害の通時的な文献考察をおこなった神経内科医

\* ふかざわ・けんじ

埼玉大学教養学部教授、社会学

は、末梢神経障害説は「幻だったのではないか」（鶴田 00：44）と指摘する。また日本精神神経学会は、国の認定条件は「医学的に誤り」（98 年）、「医学的判断条件に値しない」（06 年）と指弾する。さらに司法によれば、メチル水銀中毒症の今日的「世界的通説」は「日本的」末梢神経障害説ではなく、大脳皮質（中枢神経）障害説であり、これに準ずれば、疫学条件と（2 点識別検査で）大脳皮質性感覚障害が確認できれば、水俣病と診断できる（関西訴訟大阪高裁 01，最高裁 04 判決）のである。だとすれば、「解決させきれない」、「何も変わっていない」という患者たちの想いを、無知な素人の戯言と片付けることはできない。胎盤関門という医学的定説を覆したのは、素人の母親たちの訴えだったのだから。

私たちはそれ〔専門家のいうこと〕を信じていない。同じ村の同じ年に生まれた子どもたちが同じような症状をもっている。何と説明しますか。私が食べた魚の水銀がお腹のなかでこの子に行ったに違いない（原田編 04：34）。

かつてのハンセン病と同様に、次第に深まる世界と日本の乖離は、「日本の水俣病」が、どのような経緯で形成され今日まで維持されてきたのか、再考を促さざるをえない。同時に、この作業なしに「解決させきれない」「混迷」の打開はありえない。

本稿は、「日本の水俣病」の原点に回帰して、そのプロトタイプの形成過程の解明を意図する。原点への回帰はものごとの再考の鉄則である。むしろ、私が原点に拘るのは、これに機械的に従うからではない。そもそも感覚障害の責任部位についての「日本的」解釈は、最初から「おかしかった」のである（鶴田：33；溝口訴訟準

備書面、以下、溝口と記す 06：46）。のみならず、プロトタイプの提唱当事者自身が、後述のように、当初から疑念を抱いていたのである。

「日本の水俣病」は、第 3 者に遡及的にばかりでなく、提唱者自身にも出発点から「おかしかった」のである。にも拘らず、今日まで、これが根本的に是正されたことはないばかりか、次第にそれは困難になっているのである（e.g.『水俣病問題に係わる懇談会』提言書 06）。

「日本の水俣病」が、これまでに 2 回変容したのは確かである。しかし今日まで、「おかし」な中枢的属性は一貫して維持されているのである。「ハンター・ラッセル（以下、H/R と記す）症候群」である。それは、5 徴候から成る（「5 症候説」）ことが、当初から自明視されたのみでなく、水俣病の認定要件とされたのである。もちろん、5 徴候のいくつを揃えなければならないかは、通時的に伸縮する。図式化すれば、初期（59－70 年「熊本県認定審査会」）の 4 つ、第 2 段階（71 年「環境庁採決」）の 1 つ、そしてうえに見たように現行（77 年「判断条件」）の 2 つである。その幅を問わなければ、「H/R 症候群」は、今日まで一貫して、「中枢的属性」なのである。

2 度の変容要因が、いずれも新たな医学的知見の蓄積ではなく、認定を求める患者たち自身の行動とその延長の訴訟であることを、確認しておかなければならない。「水俣病の前に水俣病はなかった」（原田 85a：5）、「有機水銀の知識のみでは水俣病はわからない」（椿 72，裁判全史 3：107）、16 年間以上、有機水銀に晒されてきた不知火海沿岸地域住民が「学問的には今までに報告されていない症候・症状を示す可能性がある」（浴野、溝口：29）にも拘らず、「日本の水俣病」は、新たな医学的知見（e.g.「胎児性水俣病」、「第 3 水俣病」）を取り入れて自己変革するモメント、「制度的再帰性」（Giddens94：

59) の契機を内包していないのである。「認定」に「補償」が絡んで、医学的診断は政治的判断に転化したからである。それゆえ、わが国初の行政不服審査請求(70年)がなかったならば、「環境庁採決」(第2段階規定)は生まれなかっただろうし、この「採決」以降の認定申請者の増加がなかったならば、現行「判断条件」は生まれなかっただろう。さらに和解を拒否した唯一の患者団体が裁判(関西訴訟)に固執しなかったらば、「世界的通説」が今日のように、社会的に認知されることはなく、95年「政治決着」で水俣病「事件」は「最終解決」とされていただろう。仮定法過去形とはいえ、このように遡及すると、行政不服審査請求と関西訴訟が、「日本的水俣病」の変革要因として決定的な意義をもったことは否定できない(cf. 原田85a:156)。「素人」患者たちが、自ら立ち上がって訴訟という最終的異議申し立てをしなかったならば、「世界的権威」の神経内科医による「日本的水俣病」は、変容しなかったし、再考の契機も与えられなかった、といっても過言ではないのである。

以上は、「素人／専門家」という2分法に疑義(Beck94:9,27)を投ずるばかりでなく、専門家による「日本的水俣病」が、「客観的科学的」に発見されたのではなく、「社会的に発明すなわち構築」されたことを示唆している。構築主義の多様性に(e.g. Burr03:2;Gegen&Gegen03:2)、ここで立ち入ることはできない。最も基本的な「弱い」(Kukla00:11)構築主義的視角を、「日本的水俣病」へ適用できることが確認できれば十分である。以下では、これを前提に、「日本的水俣病」のプロトタイプに限定して、その構築過程を検討する。その具体的対象は、1に「H/R症候群」であり、2に、これが、「日本的水俣病」のプロトタイプ of 構築にどのように影響したかである。後述のように、「H/R症候群」の内実は、

いわれるような5徴候ではない。少なくとも、原著者たちが、5徴候を提示しているのではないのである。

## 1. 「ハンター・ラッセル(H/R)症候群」の実相

新潟水俣病の大家で末梢神経障害説の中心的推進者である椿は、「H/R症候群」を次のように要約する。すなわちそれは、

- ①運動失調、②言語障害、③視野狭窄の3徴候と定義されたことがあるが、実際には、④聴力障害、⑤感覚障害を伴うことが多く、これら5徴候をH/R症候群と呼ぶことは妥当であろう(椿79:292)。

なるほど、「5徴候」の妥当性は、私が、町の図書館で偶然眼にした『医学辞典』でも確認できる。「有機水銀中毒(慢性)」を引くと、うえの5徴候が記載されているからである。けれども⑤感覚障害が「知覚神経障害による四肢のしびれ・痛み」(03:2448)と記述されているのを見落すわけにいかない。末梢神経障害説は、今や辞典にまで(未だに辞典に)、浸透しているからである。

さて、「H/R症候群」は、次の2つの論文に由来すると指摘されている(原田72:48-49; 齊藤96:214)。種苗殺菌用のメチル水銀を製造する英国の工場で発生した、メチル水銀中毒症についての、ハンター／ボンフォード／ラッセル(以下、H/B/Rと記す)による症例報告論文(40年)、後に死亡した第4症例についての、ハンター／ラッセル(H/R)による剖検報告論文(54年)である。由来の通説を前提にするかぎり、本稿の最初の課題は、この2論文に回帰して原著者たち自身が、椿のいう「5徴候」を提唱しているかどうか、そして感覚障害の責任部位をどこに位置づけているかの検討である。こ

の場合、H/R論文はH/B/R論文の続編であることを念頭に入れるならば、後者を優先しなければならぬのは明らかである。けれどもそうすると、直ちに素朴な疑問が生まれる。H/RではなくH/B/Rが著者だからである。もし、「H/R症候群」がこの論文に由来するという通説を是認するならば、症候群の内実を問う以前に、そのエポニムはH/Rではなく、H/B/Rでなければならないはずである。業績に固有名詞が残るのは、科学者の栄誉である。ボンフォードを省略することは許されないし、彼に不公平である。己が捨象された「H/R症候群」に彼は怒っているに違いない。「なぜH/B/R症候群と呼ばないのか！」と。

もう1つ再確認しておきたい。農薬工場の労働災害によるメチル水銀中毒症は、環境汚染によるメチル水銀中毒症に等置できないのである。前者で、中毒症状を示したのは16 - 33歳の男性4人、水銀に直接曝露（吸引・経皮）された期間は2 - 4ヶ月である（溝口：42 - 43）。後者の場合、最低16年間、不知火海沿岸の老若男女地域住民10 - 20万人が、汚染された魚貝類に間接曝露されたのである（浴野、溝口：27）。患者数とその属性、曝露形態とその期間の違いは歴然である。たとえ原因物質・メチル水銀を共有するとしても、大規模・長期の環境汚染による水俣病を小規模・短期の労働災害に等置できないことは、「胎児性患者」が例証している（宮本05:9）。後に焦点とする徳臣論文（徳臣他60a：500）も、この点を認識していたことを予め指摘しておく。

では、農薬工場災害で労働者たち（1人は実験助手であるが）には、どのような症状が出現したのだろうか。すでに指摘されている（溝口：42 - 45）ように、まず、中毒症状を示したのは4人であるが、実際に水銀に曝露されたのは16人で、4人以外の8人の尿から水銀が検出され

ている点に留意しておく。かぎられた工場空間、数ヶ月という短時間でも、症状には個体差が現れるのである。中毒症状を示した4人も同様である。彼らの症状は多様であるばかりでなく、通時的（当初、入院検査時、治療後）にも変容する。感覚障害1つをとっても、その部位（全身性か四肢に限局されるか、障害が次第に広がるか否か）とレベル（表在、深部、複合）に拘ると、多様・変容性はさらに増す。それゆえ4人の症状の要約は容易でない。実際、論文は4人の個別症状を延々と記述するだけで、少なくとも、本論では要約していない。最後の「サマリー」で、4人すべてに共通する徴候を指摘しているだけである。それは、5徴候ではなく、以下の3徴候である（:213）ことを確認しておく。

- ①深刻な全身性失調
- ②言語障害
- ③深刻な視野狭窄

因みに、この「H/B/R3徴候説」は、H/Bが、54年論文の「サマリー」で、主徴と指摘しているものと同じではない。両人が言及しているのは①と③のみであり（:239）、「H/B/R3徴候説」は、14年経て「H/R2徴候説」に縮小するのである。両説のいずれにも、感覚障害が含まれていないのは象徴的である。

それはさておき、ここまでで、「5徴候説」は、H/B/RあるいはH/Rが主張したものではないことが確認できる。但し、「H/B/R3徴候説」の中身について、椿が、上の引用の前段で3徴候と定義されたと述べているのは、原著者に即しており適切である。同時に、④聴力障害と⑤感覚障害が抜けている点に留意すれば、「5徴候説」の妥当性に疑問符を付けないわけにいかない。実際、4人の「5徴候」の出現頻度を示せば、以下のとおりである（関西訴訟控訴審国・県準備書面：113）。

- ① 感覚障害

：表在すべて無，深部3有（1無），複合すべて有

- ② 言語（構音）障害：すべて有
- ③（協同）運動失調（障害）：すべて有
- ④（求心性）視野狭窄：すべて有
- ⑤ 聴力障害：2有（2無）

それゆえ4人すべてに出現した徴候を抽出すれば以下の4徴候である。

- ① 複合感覚障害
- ② 言語障害
- ③ 運動失調
- ④ 視野狭窄

この「4徴候説」は、H/B/R論文の臨床データに解釈をくわえずに、「5徴候」を基準に要約した所産である。これを確認したうえで、2点指摘しなければならない。

まず、①の内包は重要である。表在障害は4人すべてに見られないのと対照的に、複合障害は4人すべてに出現しているからである。くわえて、腱反射は2例で亢進（2例正常）、すなわち消失・減弱していないのである。だとすれば、感覚障害の責任部位を、末梢神経ではなく大脳皮質に求めるのが、当時でも、医学的に妥当な判断である（鶴田：31；溝口：43－45）。換言すれば、腱反射亢進・正常というデータを末梢神経障害説へ結合するのは、当時でも、「医学的に無理」だったのである。にも拘らず、著者たちは、ラット、サルに有機水銀化合物を投与した実験で末梢神経の損傷が確認された、と判断するばかりでなく、これらの動物に妥当した末梢神経障害説を、種差を超えて人間にも適用できるはずだ、と拡張解釈するのである。こうして、4人すべてに出現した複合感覚障害の内包、すなわち大脳皮質障害説は、動物実験で否定されてしまうのである。代わりにH/B/Rは、4人の疾患の原因「物質」がメチル水銀であること、すなわち「メチル水銀原因説」の説得力を強化

するのである。彼らの論文「メチル水銀中毒症」は、動物実験データ・末梢神経障害説を普遍化する半面で、人間の臨床データの内包・大脳皮質障害説を無視する、という二重の「翻訳」（Latour 87 = 99：229－249）の基に成立しているのである\*2。「普遍化」、「無視」が、今日、ともに誤り・飛躍であると指摘されているは既述のとおりである。けれどもここでは、H/B/Rが構築した末梢神経障害説は、後の54年H/R剖検報告論文でも、同様に、二重の翻訳を通して、維持されることを指摘しなければならない。末梢神経に病変は見られないという剖検結果は、回復後の状態ではないかと推量される半面で、大脳皮質障害は軽いと診断される（鶴田：32）からである。14年前にH/B/Rが構築した末梢神経障害説の後光効果は、1人減ったH/Rにまで波及したのだろう。

以上のように、H/B/R論文から誰もが無理なく読み取れるのが「4徴候」だとすれば、「H/R症候群」の内実は、うえに示した①－④といわなければならないはずである。それゆえ、5徴候が4患者の共通症状であるという指摘（e.g. 原田72：49；斉藤：217）は不正確である。のみならず①の示唆に留意すれば、感覚障害の責任部位は末梢神経ではなく、大脳皮質であることが読み取れたはずである。この示唆を的確に捉えていれば、「混迷」が、少なくとも、今日にまで続くことはなかったであろう。もし、複合感覚障害を含む「H/R4徴候説」を規準に、「日本の水俣病」が固定化されてきた（原田85a：50）としたら、あるいは「水俣病認定審査会」が間違いないかどうかを第1とした（宮澤72：234）としたら、水俣病事件は別の展開をしていたことは、否定できないだろう。

なぜ、本来の「H/B/R3徴候説」、「H/R2徴候説」そしてH/B/R論文データに忠実な「4徴候説」は、量的に拡張そして質的に変容されて「日

本的5徴候説」に転化したのだろうか。なぜ椿のいうように、量的拡張は「妥当」なのだろうか。なぜ辞典は、これを自明視したうえで、「感覚障害」を「知覚神経障害」へ質的に転換できたのだろうか。

ここでは、椿や辞典のいう「H/R5 徴候説」は、H/R, H/B/Rが提唱したものではなく、彼らの2つの論文、正確に言えば、H/B/R論文を参照した日本(を含む後)の学者たちが、「翻訳」した所産であることを確認すれば十分である。このような日本的翻訳は、どのような経緯で実現したのだろうか。

## 2. 日本的構築：「4 徴候説」から「5 徴候説」へ

日本で最初に、H/B/R論文の臨床症状を積極的に援用した(cf. McAlpine & Araki58:631)のは、徳臣を中心とする熊本大学第1内科である(徳臣他60a, 以下、「徳臣論文」)。そして、彼らが、感覚障害の責任部位を末梢神経に、「決め付け」た後、末梢神経障害説はわが国で固定化する(鶴田:33)のである。

いうまでもなく、徳臣は、「熊本大学水俣病研究班」のリーダーであり、後に認定審査会の会長をつとめる、初期水俣病の重鎮である。

「H/B/R, H/R論文」そして「4 徴候説」を、徳臣論文がどのように解釈したのか、以下で検討してみる。

その前に、徳臣論文公刊までに、熊大研究班の主題が、「下り」から「上り」へ方向転換(原田85a:43)を、二重に強いられたことを確認しておかなければならない。この転換こそ、「水俣病混迷」の原点だからである。まず、現地調査から文献研究への転換である。「水俣市奇病対策委員会」(56, 5月発足)に連携した当初(同年8月)の、学童検診を含めた住民の健康障害調査「本当の疫学」から、研究室中心の「因果関係のみの疫学」への転換である(原田

72:27)。その契機が班の功績であるのは皮肉である。発足直後、班は直ちに、奇病(「伝染性脳炎」)の正体を重金属中毒症に、その原因「施設」をチッソ(新日本窒素)の工場排水に、そして原因「食品」を排水で汚染された魚介類に絞り、漁獲禁止措置、食品衛生法の適用を行政に要請する(57, 2月)。しかし県・国は、原因を、「施設」と「食品」から「物質」へ移行し、「不明」「完全に究明されるまでは」「実証が不十分である」と「科学的厳密主義」で開き直って、班の要請を一貫して拒否する\*3。

けれども、班は、危険回避のこの典型的なレトリックに取り込まれてしまい、化学の専門家ではないにも拘らず、「物質」解明の唯一の主役にさせられて、毒物検索のための化学分析と動物実験に邁進していく(喜田村79:83)\*4のである。のみならず、水銀説以前の毒物説(マンガン56, 11月, セレン57, 4月, タリウム58, 5月)は、「日本型化学工業技術の総本山」チッソに反論(58, 7月)され、一言も反駁できない班は窮地に追い込まれてしまうのである。それゆえ、臨床的、病理的な裏づけがあった(宇井68:49-51)にも拘わらず、「有機」を省略した「水銀説」を提唱(59, 7月)せざるをえなかったのである。そしてこれは、チッソ、これに肩入れする御用学者・団体、東大を中心とする「田宮委員会」などから集中砲火を浴びるのである。なかでも、水銀の「有機化メカニズム」が不明である、有機水銀説がこれまで外国文献に掲載されたことはない、というチッソの反論はこたえにちがいない。

次に、チッソが「お殿様」の「絶対的企業城下町」は、「上り」への転換を加速し強化する。工場排水が原因であれば町はおしまい、排水停止は「市民全体」の死活問題であるとすれば、市民はむろん患者自身までもが、班の調査活動に、否定的にならざるをえない。患者の中心が、

産業別人口で1%にも満たない漁民、なかでも「その日の米も食いきらん」「びんぼ漁師」(石牟礼 72:185)、「なぐれで他者」(石田 95:64)であればなおさらである。「水俣市民」外の漁民、否、水俣市民であっても、「患者」になれば、「市民の世論に殺さるる」(石牟礼:291) 漁民は、たとえ水俣病を発症しても、重症に至らないかぎり、自ら抑圧しなければならなかったのである\*<sup>3</sup>。水俣病とわかれば魚が売れなくなるばかりでなく、「生きて」いけなかったからである。彼らが、調査・検診を拒絶したのは当然であろう。応じたのは、やむにやまれない重症患者(徳臣 04, NHKTV)だったのである。こうして、後述の、徳臣論文で構築される重症例中心の水俣病像を正当化する基盤が整うのである。

以上のように、班は、危険の源「チッソ」、危険の犠牲者「漁民」が絞られ、危険の源泉「物質」の解明が進行すると、危険防止策は、逆行して、遅延・妨害されるという「水俣・熊本・日本の風土」(cf. 色川 95:388 - 390)——日米で初期エイズのリスク・グループが鮮明になったときを髣髴とさせる——の圧力に晒されたのである。量的また質的に十分な症例を集積できない半面で、反論を封ずる原因「物質」の解明を、班は強いられたのである。徳臣論文は、暫定的であるにも拘らず、確定的な原因解明を課せられていたのである。徳臣は述懐する。58年秋

死亡された方のうち剖検をお願いしえた方々が34例に達した。本来なら重軽症とり混ぜて100例くらいに達して検討するのが筋であるが、この状況であり、事は切迫しているので、これまでの症例を詳細に分析し、主要所見の出現頻度を出すことにした(徳臣 99:68)。

では主要所見はどのように出現したのだろうか。

34例の症例の臨床症状を詳細に検討し、症状別の出現頻度をみたところ求心性視野狭窄、難聴、運動失調、末梢神経障害、震顫が極めて高頻度に出現しその他の不随意運動、発汗、流涎、軽度の精神障害、硬直、筋萎縮等が認められた。この症状は有機水銀中毒の症状とまったく一致する(徳臣他 60a:507)。

この様な臨床症状の一致が水俣病を有機水銀中毒症とする最も重要な根拠の第一である(：506)。

因みに、引用後半の「有機水銀中毒の症状」とは、具体的には、H/B/R論文に記述されている症状である(溝口:46)。既述のように、この論文の臨床データは「4徴候説」に要約され、うち1つは、末梢神経障害ではなく複合感覚障害であった。だとすれば、水俣病の症状が有機水銀中毒症に「まったく一致する」ことなどありえないはずである。「まったく一致する」ならば、引用にある、高頻度に出現する「求心性視野狭窄、難聴、運動失調、末梢神経障害、震顫」は「4徴候」に収束しなければならないし、末梢神経障害は複合感覚障害に転換されなければならない。いずれにせよ、H/B/R論文に何らかの操作をくわえないかぎり、「まったく一致」は不可能である。

まず、徳臣らの34例の主徴を、高頻度順に5つを並べると(最低85.3%)、引用の高頻度5症状ではなく、「5徴候」になるのが判明する。

「日本のH/R5徴候説」の原点は、徳臣論文なのである。換言すれば、徳臣らは、日本で初めてH/B/Rの「4徴候説」を「5徴候説」へ翻訳したのである。この過程を解明するために、徳臣

## 5 徴候頻度

	感覚障害	言語障害	運動失調	視野狭窄	聴力障害	調査数
H/B/R40(4徴候説)	0(表在)-100%(複合)	100%	100%	100%	50%	4
細川報告56	62.5	90	54.2-100	35.7	16.6	30
徳臣論文60a	100(表在,深部とも)	88.2	42.7-93.5	100	85.3	34
椿論文68	38(深部)-92(表在)	35	9-41	33	69	26

論文における5徴候の各頻度を、H/B/R論文(40年)、徳臣以前の細川論文(56年)、以後の初期新潟水俣病の椿論文(68年)と比較してみる(上記、5徴候頻度表)。

まず細川、徳臣、椿各々の数値を一目すれば、5徴候に集約できない水俣病の症状が瞭然である。細川・徳臣に眼を落とせば、地域・時間が重複する熊本のパターンであるにも拘らず、視野狭窄(35.7/100)と聴力障害(16.6/85.3)は乖離する。H/B/R・徳臣に眼を転ずれば、工場災害と環境汚染という背景ばかりでなく、時間も異なるデータであるにも拘わらず、5徴候すべてで双方は接近する。事実、聴力障害の、細川との乖離は縮小し、視野狭窄はH/B/Rと100で重なる。徳臣・椿に眼を移せば、海、川の違い、時間的な僅かなズレに眼をつぶれば、双方とも環境汚染の産物である。にも拘らず、言語障害(88.2/35)、視野狭窄(100/33)で、椿は徳臣から乖離する。要するに、徳臣は、ほぼ同時期の海水汚染を細川と、海と川の違い、僅かな時間的ズレはともかくも、水質汚染を椿と共有する。にも拘らず、時空の乖離したH/B/R工場災害に「異常」接近するのである。但し「不自然までに一致している」(原田72:57;藤野00:4-5)のではないのは、表に明白である。

原因「物質」優先の「科学的厳密主義」とこれに即した反論、そして「水俣・熊本・日本の風土」は、徳臣以前の細川には、作動しなかったのである。因みに、彼の論文タイトルは「四肢の痙性、失調性麻痺と言語障害を主症状とする原因不明の疾患」である。同様に、これらの

圧力が、少なくとも熊本ほど作動しなかった新潟で、椿はすでに確立されていた有機水銀説を基に、熊本症例に囚われない「下り」の調査を執行できたのである(椿79:291)。事実、26症例のうち4例は、感覚障害——むろん末梢性である——のみで水俣病と認定されている(斉藤:235, 247)のである。

徳臣らの翻訳過程の解明に入ろう。表からも、有機水銀中毒症と水俣病の症状が「まったく一致する」には、H/B/R論文に、すでに触れた2つの翻訳をしなければならないのは明らかである。1つに、水俣病のデータを規準に「4徴候説」に聴力障害を付加して「5徴候説」に拡張して、「日本のH/R5徴候説」を構築しなければならない。2つに、「4徴候説」の「複合感覚障害」を「末梢神経障害」へ翻訳して、「日本の末梢神経障害説」を構築しなければならない。後者の翻訳過程から述べる。その理由は、後述から明らかになるはずである。

H/B/Rの表在ゼロ・複合100に対する徳臣の双方100に、障害レベルの乖離は明瞭である。確かに、徳臣らは、表在障害は治療で短期に消退するが、「深部知覚障害殊に振動覚、識別覚の障害は永く存続するのが特徴である」(徳臣他60a:491)と、複合障害の重要性を認めている。腱反射は34例中18正常、13亢進、減弱3、消失ゼロで、「腱反射は正常又は亢進を示すものが多く、反射消失は1例も認められなかった」(:501)のである。このように、複合障害の意義を指摘するにも拘らず、彼らは「検査しえた30例全例に認められた」「知覚障害の存在は本



症患者のすべてが訴えるしびれ感（異常知覚）とともに多発性神経炎の存在を考えしめる」（：491），と即断するのである。敷衍すれば，この論文から6年後にも徳臣は，「末梢知覚障害も本病に必発の症状」であると反復する（徳臣 66：49）。にも拘らず，彼自身は当初からこの翻訳に疑問をもっていたのである。当該論文から20年後（81年）に彼は述懐する。

水俣病患者では腱反射はだいたい正常か少し亢進していて，当初から末梢障害にしてはおかしいナァと思っていた。が，案の定，中枢性の要素が大きいとわかって納得した次第である（徳臣 99：151）。

過去の再解釈\*<sup>6</sup>を割り引かなければならないとしても，徳臣は，腱反射の正常・亢進を末梢神経障害に結合することは自身で「おかしいナァ」と感じていたにも拘わらず，末梢障害説を採るのである。「決めつけ」（鶴田：33），「勘違いとか，理解不足というより明らかに曲解としかいいようがない」（溝口：45）と指弾される所以である。しかし問題は，なぜ「決めつけ」，「曲解」が実現したかである。

確認しておきたいのは，「既知」の末梢神経障害と「未知」の大脳皮質障害という対照性である。脚気，糖尿病に伴う末梢神経障害は，当時でも，ポピュラー（徳臣 99：150）な既知の疾患である。対照的に，大脳皮質障害，特に水俣病のような長期的な障害は，日本を越えて世界にも未知の疾患なのだから，前例や教科書がないのは当然である。病理研究はされていないから，動物モデルが援用されてきた（二宮他）のである。脳腫瘍や頭部外傷などの限局的な症候の教科書しかないのである（鶴田：44）。

この対照性を念頭に入れると，徳臣らが「おかしいナァ」と思いつつも，末梢神経障害説を

採用した理由を理解できる。そもそも，病にかぎらず一般に，脅威を帯びる未知の事態を既知化・馴化 domestication するのは，人間の普遍的傾向である（Said78 = 86：59 - 60）。そして科学において，反論への抵抗力は，より議論の余地の少ない主張，より単純なブラック・ボックス化で（Latour87 = 99：188）で強化できるのである。水俣病は，ネコの狂死と「大人も子どももうつろな目を開きよだれをたらし，犬の遠吠えのような声を出して狂いまわる」（宇井 68：6）劇症患者の集団発生で発見されたのである（原田 85a：66）。そして脅威の病に挑んだ班は，チッソをはじめとした反論の集中砲火を浴びて四面楚歌だったのである。既知化そしてより単純なブラック・ボックス化への重圧は，表在 100 / 深部 100 の均衡を崩し，前者を重く後者を軽くしたのである。この不均衡は，H/B/R 論文という外国文献の，データではなく，著者たちが主張する末梢神経障害説によって，さらに深化させられたのである。これが第 1 の翻訳である。

けれども末梢神経障害説への翻訳は，諸刃の剣である。この説を採用して脅威を馴化し，反論への抵抗力を強化した瞬間，第 2 の翻訳をしなければならなくなるのである。「末梢神経障害＝多発性神経炎」が成立し，原因疾患は「多発」的になって，この障害だけでは，水俣病と診断することは不可能になってしまうからである。触れたように，「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と判断することは医学的に無理がある」（85「医学専門家会議」）のである。感覚障害を他の徴候と組み合わせなければならなくなるのは，第 3 段階になって出現する事態ではなく，最初から鑑別の条件だったのである。そして見舞金契約（59，12月）以来の「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。さらに認定の公平・一貫性は、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。

既述のように、椿が学会（66年第63回日本内科学会）で、他の原因が未判明であれば感覚障害だけでも水俣病と認定し、組み合わせに拘るべきでないことを強調したとき、徳臣は答えている。

……わずかに知覚障害を伴うだけといった症例を如何に取扱うか問題である。われわれは水俣地区で900名の住民の毛髪水銀量を調査し50ppm以上の者が23%に認められ、ほとんど臨床症状は認められなかった、この問題は補償問題が起こった際に水俣病志願者が出現したので、過去においてわれわれはH/R症候群を条件にすることにして処理した（裁判全史3,00:110）。

徳臣らは、引用にある、毛髪水銀値の高い人びとが、将来、（慢性型）水俣病を発症する可能性を予見して警戒していたのである（徳臣他62:283）。しかし、追跡調査は実行されなかったのである。審査の「公平・一貫性」が、「H/B/R5症候説」へ拘泥させたのである。実際、熊大第1内科が発表するその後の論文に、臨床例は1つもふえることはなく、34症例は反復して使用されるのである（宮澤97:367）。後に、徳臣は審査会の会長に就任するのだから、この事実を見落すわけにはいかない\*7。

もう1つ敷衍しておく。3年後の学会（69年「脳シンポジウム」）で末梢神経障害説を説いた椿（68:873, 875）が、熊本は軽症例を見過しているのではないかと問題提起をしたとき、徳臣は同意しながら釈明する。

椿教授の新潟水俣病の話聞き、熊本の

ケースと新潟のケースとは根本的には同じと思っている。ただ当初このような末梢神経の病変をどうしてピックアップしなかったかという点、その当時は、どういう病気であるかその原因を追究する方に力を注いでおり、とにかくあの程度クライテリアをそろえた症例だけをピックアップして、末梢神経の症状があるのをピックアップする勇気がなかった。今から考えると、あのような特有なしびれ感、口のまわりとか手のまわりのしびれ感というのは、やはり他の病気には非常に少ないものではないかという椿教授の考え方に、まったく同感である。水俣の場合でも末梢神経障害というのは、非常に長く残っており軽快してもよくなることはないと思う（斉藤96:129）。

徳臣論文から9年後、「末梢神経障害説」はずでに自明視されているのが示唆されている。のみならず、引用には、原因解明の重圧が明瞭である。末梢神経障害だけの症例をピックアップする勇気を挫き、「あの程度クライテリアを揃えた症例だけを」拾わせたのである。「あの程度」とは、彼が「熊本県認定審査会」会長になって制度化した「水俣病患者認定条件」（70, 2月）を見れば、5徴候を指すのは明らかである。5徴候を中心とする症候群は「きわめて特徴的」（原田72:49）で、これらで構成される病像は「他の中毒に比較してきわめて特異的」（徳臣他60a:506）だからである。そして水俣病以前から既知（津田04:105）の5徴候を揃えた症例だけを集めれば、有機水銀説への反論を防ぐばかりでなく、その説得性を補強できるのである。動物実験データを根拠に有機水銀説の説得力を獲得したH/B/Rに対して、徳臣らは、H/B/R「4徴候説」に、聴力障害をくわえて「5徴候説」へ拡張してcue valueを高め、これに該当す

る症例のみを34集めて、有機水銀説の説得力を強化したのである。末梢神経障害のみの症例を水俣病とすれば、この病が有機水銀中毒である根拠は脆弱にならざるをえないからである。

以上の相互に関連した2つの翻訳の所産こそ、「日本的水俣病」のプロトタイプ、すなわち徳臣らの「普通型」（徳臣他60b:1820）に他ならない。他の症状がこれにくわわれれば「慢性刺激型」「慢性強直型」になるのである。

こうして徳臣論文が指摘していた、「従来の重金属症」と水俣病との差異は霧消し、大規模・長期の環境汚染は、小規模・短期の工場災害に矮小化される。けれども、この矮小化は、潜在化させられ正当化されてしまうのである。企業城下町ゆえの重症患者中心の34症例が集積された57-58年は、汚染の極期（原田79:313）だったからである。34人は、水俣湾が、偶然、農業工場に近接した汚染条件にあったとき、魚を「主食」としていた人びとだったのである。

### 3. 内包

当然であるが、2つの翻訳の妥当性を、ステレオタイプ的に問うのはナンセンスである（cf. 原田85a:41）。引用したように、徳臣論文は、「本来なら重軽症とり混ぜて100例くらいに達して検討するのが筋である」暫定的な論文なのである。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、この後も確保されたかどうかが要点である。けれども触れたように、「認定＝補償金の受給資格」は、「5徴候説」の暫定性を、プロクルテスの寝床に変えて、これに合わない症状を過剰排斥 over-exclusion していく。徳臣の「おかしいナァ」という想いは、認定制度によって客観的に解消される。この過程を明らかにしておく。

末梢神経障害は、症状の安定性という認定上の「強み」を有している。対照的に、大脳皮質

性感覚障害は、症状（の部位、程度）が、短期間でも変動するという「弱み」を内在している（鶴田:29）。患者は己の障害を的確に表現することができない（浴野、溝口:29）からである。のみならず、熊本の審査会は、認定申請時に、複合感覚障害の検査をまったく実施しなかった（溝口:35）のである。「水俣病＝四肢末端感覚障害必発」を、「2点識別検査＝無意味」へ直結、自動翻訳していたのであろう（宮澤01）。あるいは、胴体中央部がコントロールになるはずだと確信して、これと四肢末端の感受性を比較して、末梢障害説を「証明」しようとしていたのだろう（二宮NHKTV04:74, 7-8月熊本県住民検診, 川本79:732）。いずれにせよ「水俣病＝四肢末端感覚障害必発」は、末梢神経障害の客観的検査法（腱反射、神経伝達速度、生検）の制度化を促し、その実践は「多発神経炎」を「実証」しないわけにいかない。こうして、「水俣病患者では腱反射はだいたい正常か少し亢進」（徳臣）していたにも拘らず、腱反射の亢進は、逆に、水俣病を否定する「医学的」根拠（76年井形、溝口:34）に転化するのである\*8。それゆえ、たとえ水俣的風土に抗う患者の必死の主訴でも、短期間に症状が変動するかぎり、「水俣病志願者」ではないかという疑惑を産出するのである。新潟ですら「水俣病ほど詐病を疑われた病気を私は知らない」（斉藤:162）である。くわえて、「61年以来新患者の発症をみず」（徳臣他62:24）、患者の「最後は60年」（徳臣・岡島69:69）という60年水俣病終息説やサイクレーター万能説（入鹿山60:102）は、これ以降の申請を「詐病」と判断する学術的根拠となるのである。終息、万全の浄化装置にも拘らず申請すれば、「詐病」の「信憑性」は深まらざるをえない。「水俣病は終わったとされたので水俣病のことは考えないで診断していた」（川本輝夫の父親の主治医述懐, 原田85a:53）医師が

いても不思議ではないのである\*9。

けれども、神経性疾患の教科書には、病歴聴取が重要でこれを上手に取れば、疾患の診断は60－70%可能であると記述されているのである（斉藤：208）。そして有機水銀中毒の知識では水俣病はわからないと主張していた椿は、かつて次のように述べていたのである。

軽症や非定型例については、心因性の症状ではないかとか、詐病ではないかとの外部からの批判もあった。こういう批判の出る大きな理由は、軽症や非定型の場合、外部からちょっとみただけでは健康者とあまり変わらないからであろう。しかし、患者に心から接し何度も診察してきたわれわれは、かかる無責任な批判にむしろ怒りを覚えるのである（72、10月『裁判全史3』：106）。

認定条件の制度化に伴って、水俣病は「原因論的病名」から「症候論的病名」（津田00：88）へ変容していく。因果関係の検討よりも、神経内科医による正確な「診断」が重視されるようになる。この過程で、「怒り覚える」「無責任な批判」は「責任ある対応」に変容し、怒りは「無責任な批判者」ではなく「無責任な患者」に向けられていく。「診断」重視と神経内科医の権力行使に伴って（津田04：89）、「5徴候説」が「医学的」に正当化され維持されるのは必ずである。

#### 4. 残された課題

構築者自身が「おかしいナァ」と思っていた「日本的水俣病」のプロトタイプがプロクルテスの寝床に転化し、維持・正当化されていく過程の実質的な検討は（断片的に言及してきたとはいえ）本稿を超える次の課題である。けれども、単純化の誇りを免れないことを自覚したう

えで、私は、いかに「不合理」な構築だとしても、その実践を独占するかぎり、「合理性」へ転換できるように思う。戦後、特効薬プロミンで開放治療が可能になったにも拘らず、隔離療法がごく最近まで維持・正当化された「日本的」ハンセン病のように（深澤06）。

この点で象徴的なのは、これまでの水俣病行政を検証し、大規模公害の教訓を残すために設置された『水俣病問題に係わる懇談会』の最終報告書である。その提出が予定の本年（06年）5月よりも遅れた9月に提出された事実に、「水俣病混迷」が、会の第3者委員の有識者にまで貫かれているのが明瞭である。最大の争点である現行の「判断条件」の見直しを迫る委員と、これを拒否する環境省の攻防が続いたからである。けれども、「長年の議論に終止符を打つ」と意気込んで、「条件」の見直しを迫った委員らは、これを「死守」する環境省の壁を突破できなかった、すなわち「条件」の廃止や見直しを成書できなかったのである。その無念さを委員の1人は、「条件」を「おかしいと思ってきたし、いまでも思っている」にも拘らず、「環境省の姿勢は“死守”という言葉のとおりだった。本当に悔しい」（朝日新聞060902）と嘆くのである。結局、会は、95年の政治決着と内容的には同様に、「条件」では救済しきれない水俣病の被害者を、遺漏なく救済・補償する、恒久的な枠組みの早急な策定を提言する半面で、「条件」を「将来に向かって維持するという選択肢もそれなりに合理性を有しないわけではない（：43）と容認する、否、させられたのである。その維持は、これまでのそしてこれからの補償の根拠として正当化されたのである。いかに「おかしい」としても、過去と将来の受益者に注目するかぎり、「おかしさ」は減少しまうのである。そればかりではない。会は、未認定患者の救済策の財源について次のように主張する。

新たな救済・補償に伴い、国は財政負担を強えられることになるが、国全体が経済成長の恩恵を受けその陰で犠牲となった人々への償いととらえるなら，“汚染者負担の原則”に基づく原因企業の負担は当然にしても、国民の税金を財源とする一般会計から応分の支出をするのも当然のことと考えるべきであろう（：45）。

チッソという一私企業による「傷害殺人事件」「犯罪行為」は、国全体が享受した「経済成長の恩恵」の影に隠されて見えなく・見えにくくなるのだ。私は「国全体」から脱退したい。

#### 註

1. これを「公害」と呼ぶのは不正確で誤解をまねく。一国策私企業による「障害・殺人事件」（川本、NHKTV06）と表現するほうがずっと正確である。
2. ラトウルから「翻訳」を援用することは、彼の基本姿勢である極端な相対主義（プルアーの「対称性の原理」）を、私が受容することにイコールではない（cf. Kukla:15; 川崎:447）。
3. 排水が停止されたのは、石油化が軌道に乗って、アセチレン・電気方式によるアセトアルデヒドの生産が使命を終えた（68年）からである。
4. 新潟では県が率先して原因物質の解明につとめた（朝日新聞 060422）。
5. 68年の政府の公害認定後、59年以來の補償問題が再燃し、「患者互助会」が、厚生省一任派、自主交渉派、訴訟派に分裂した頃、水俣病の申請の説得と潜在患者の掘り起こしに奔走していた川本は、訪問を拒否され、申請を取り下げる、検診を中止する人が多いのに失望する。「親戚や近所の者、あるいはなかには肉親からさえ‘お金ほしさに申請した’とか、‘そんなことしたら見苦しい、恥ずかしい’、‘他所にいけない’などといわれる、ということだった」（川本79:724-725）。チッソに漁場を奪われ体を蝕まれた漁民は、70-71年になっても診察、申請を拒否したのである。「チッソがなくては水俣は成り立たない、チッソをつぶしてはいけない」、「娘がいて

縁談に差しつかえる」、「魚が売れなくなるから、漁協のみんなに申しわけない」、「人から金ほしさに申請したと言われるのが悔しい」（原田72:170）と。

6. 本稿はむしろ過去の再解釈である。それは、一面で、同時に構築主義の理論的な限界を示唆しているように私は思う。理論の強さの尺度は、未来の予測能力の大きさにあるとすれば（e.g. Merton）、たとえ「強い立場 strong program」であれ、現在を規準に、過去を再解釈する試みは、結果論に過ぎない。だからといって結果論がすべて無意味であるわけではないのは当然である。
7. 「この病気の診断を始めて以来、数十例 [当初の34例!] の患者さんに認めた症状、所見よりえたクライテリアを基本にして診断を繰り返してきた。この際、重要なのは似たような症状所見であって、本質的には全く異なる病気も存在することである」（徳臣99:146）。「子どもは……厳格に研究を重ね、基準を作り上げ、新潟水俣病が発生してからは新潟大学の椿教授らと会合を重ねて審査基準を決め、厚生省の症例としてこれに基づいて実施してきたわけである」（：147）。
8. この根拠が次第に危うくなるのはいうまでもない。しかしそれは瓦解につながらない。ラトウルによれば、自説に不利な論文が公表されたときに採用するレトリックは、それを自説に取り込んで限定化することである（：57）。これを末梢神経障害説に援用してみよう。たとえば、それまで末梢神経障害説の中心的推進者だった椿は86年、H/B/R論文、熊本及び新潟初期水俣病の症状を再検討し、感覚障害、聴力障害の本質は中枢性であると主張する。これに対して井形（「水俣病に関する総合研究班」座長）が採るレトリックは以下のとおりである。

水俣病の基本症状が末梢神経障害とする従来の説に対し主病変は中枢にあることを強調したもので水俣病像の再検討が必要なことを指摘したものと言い得る。……この指摘は大綱に於いて正しく真の水俣病像の解明に重要な指摘として良いが、まだ現在我々が屢しば見ている慢性水俣病の手袋靴下状の知覚障害が末梢神経障害ではないとの確証は必ずしも十分ではなく、なお今後の検討が必要であろう（溝口:48）。

重要な指摘だとしても、確証は十分とはいえず、検討が必要なのである。

もう1つ。本文でも述べたように、「審査会」は、主観的な感覚低下のみの場合、客観的な反射の消失、

神経伝導速度の低下、神経生検での異常所見の見られないものは、水俣病の診断から除外するという姿勢を採っていた。けれども多数の神経伝導検査を実施しても、有意な低下は見られなかったのである。自説が、自らが主張する客観的検査で怪しくなった、この場合のレトリックは以下のとおりである。

正常値よりも神経伝導速度が低下している場合には、末梢神経障害が疑われるが、水俣病との関連は不明な点が多く、参考程度に用いている（二宮意見書）。

自ら主張する客観的検査で懐疑の結果が出て、不明の点が多いのである。末梢神経障害説は、客観的データに左右されないプロクレスの寝床なのである。

9.69年、9年ぶりで開かれた審査会は、会好みのH/R症候群をピツパリ揃えた、1人の申請者を全会一致で否定する。委員の1人はその理由を「いやあ、あの人は水俣病に間違いありませんよ。ただ本人が1946年か47年に発病したといっているから、認定できないのですよ」（川本 79:726）という。なお、「公害に係わる健康被害の救済に関する特別措置法」、「公害健康被害補償法」は、水銀汚染地域を、水俣市とその周辺（津奈木、芦北、田浦、出水市）に限定している（宮澤 79:739）。それゆえ「水俣病とはH/R症候群を示し、1953年から60年の間に水俣市を中心には北は田浦から南は出水の海岸地帯に発生した有機水銀中毒である」と定義される（原田 85a:53）のである。

だとすれば、70年、「特別措置法」の施行に際して、以下の引用のごとく規定された「水俣病」が、どれだけ実効性をもったのか疑わしくならざるをえない。

……有機水銀中毒、アルキル水銀中毒、メチール水銀中毒等は経気、経口、経皮によっても惹起されるが、水俣病は……魚介類に蓄積された有機水銀を大量に経口摂取することによって起る疾患であり、魚介類への蓄積、その摂取という過程において公害的要素を含んでいる。このような過程は世界の何処にもみないものである。（原田 58b : 57）

## 引用文献

- Beck, U., 1994, *The Reinvention of Politics in Beck, U., Giddens, A. and Lash, S., Reflexive Modernization*, Polity Press: 1-55. 松尾他訳, 1997, 『再帰的近代化』, 而立書房: 10-103.
- Burr, V., 1995, *Social Constructionism*, Routledge.
- Gegen, M. and Gegen, K.J., 2003, *Social Construction*, Sage.
- Giddens, A., 1994, *Living in a Post-Traditional Society in Beck, Giddens, Lash: 56-109*. 松尾他訳: 106-204.
- 藤野紘, 2000, 「医師団が確立した水俣病診断条件」, 『水俣病裁判全史 3 被害・世論編』, 日本評論社: 3-20.
- 深澤建次, 2006, 「制度の自己正当化——ハンセン病の日本的構築過程」, 埼玉大学紀要教養学部 vol. 41-2: 129-149.
- 原田正純, 1972, 『水俣病』, 岩波新書. , 1979, 「慢性水俣病の臨床症状」, 有馬澄雄編, 『水俣病 20年の研究と今日の課題』: 301-317. , 1985a, 『水俣病に学ぶ旅』, 日本評論社. , 1985b, 『水俣病は終わっていない』, 岩波新書.
- 原田正純編著, 2004, 『水俣病講義』, 日本評論社.
- Hunter, D., Bomford, R.R. and Russell, D.S., 1940, *Poisoning by Methyl Mercury Compounds*, *Quarterly Journal of Medicine* 9: 193-213.
- Hunter, D. and Russell, D.S., 1954, *Focal Cerebral and Cerebellar Atrophy in a Human Subject due to Organic Mercury Compounds*, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat* 17: 235-241.
- 細川一, 1956, 「細川一報告書」, 『水俣病事件資料集, 上』, 1997, 水俣病研究会: 795-798.
- 細川一他, 1957, 「水俣病に関する調査」, 有馬編: 253-264.
- 『医学大辞典』, 2003, 医学書院.
- 色川大吉, 1995, 「不知火海民衆史」, 色川大吉編, 『水俣の啓示』, 筑摩書房: 241-402.
- 入鹿山且朗, 1960, 「工場廃水の衛生学的研究」, 『臨床と研究』 vol. 37-6: 100-103.
- 石田雄, 1995, 「水俣における抑圧と差別の構造」, 色川編: 39-90.
- 石牟礼道子, 1972, 『苦海浄土』, 講談社.
- 伊藤千尋, 2006, 「最悪の公害から最高の環境都市へ」, 『論座』, 2006年6月: 192-199.
- 「関西訴訟控訴審における国・熊本県の病像論——被告準備書面 7-2」, 2000, 『水俣病研究 3』: 105-166.

川本輝夫,1979,「患者からみた水俣病医学」,有馬編:715-734.

喜多村正次,1979,「水俣病の疫学」,有馬編:81-95.

Kukla, A., 2000, *Social Constructivism and the Philosophy of Science*, Routledge.

熊本大学医学部水俣病研究班,1966,『水俣病——有機水銀中毒に関する研究』,青林書房.

Latour, B., 1987=1999, 川崎勝・高田紀代志訳,『科学が作られているとき』,産業図書.

『水俣病問題に係る懇談会』提言書,2006.  
<http://www.nimd.go.jp/>.

McAlpine, D. and Araki, S., 1958, Minamata Disease, *Lancet*:629-631.

宮本憲一, 2005, 「水俣病問題の残された責任」,『環境と公害』vol.35-2:4-10.

宮澤信雄,1972,「水俣病概念をゆがめたもの」,石牟礼道子編,『わが死民』,現代評論社:231-246.,1979,「実態究明の方法と認定審査制度」,有馬編:735-754.,1997,『水俣病事件40年』,葦書房.,2001,『メチル水銀で末梢神経は侵されない』[http://www1.odn.ne.jp/~aah07310/news\\_release/thesis20020610\\_4.html](http://www1.odn.ne.jp/~aah07310/news_release/thesis20020610_4.html).

溝口棄却取り消し訴訟,『原告第35準備書面』,2006,  
<http://homepage3.nifty.com/mizogutisaiban/progress/genkoku35.pdf>.

NHKTV,04,『水俣病は終わっていない』.

NHKTV,06,『水俣病証言録』.

二宮正,2006,『溝口行政訴訟意見書』,<http://homepage3.nifty.com/mizogutisaiban/progress/ninomiyaiiken01.htm>.

二宮正他,『水俣病からメチル水銀中毒症へ,9末梢神経は傷害されるか』<http://lib.kumamoto-u.ac.jp/suishin/mercury>.

Said, E. W., 1978=1986, 板垣雄三・杉田英明監修,今沢紀子訳,『オリエンタリズム』,平凡社.

斉藤恒, 1996, 『新潟水俣病』, 毎日新聞社.

徳臣晴比古他, 1960a, 「水俣病に関する研究, 第5報, 臨床的及び実験的研究より見た本病の原因について」, 熊本医学会雑誌 vol.34. 補冊 no.3:490-510.,1963, 「水俣病の疫学」, 『神経進歩』 vol.7-2:276-289.

徳臣晴比古, 1960b, 「水俣病——臨床と病態生理」 『精神神経誌』 vol.62:1816-1849.,1966, 「水俣病の臨床」, 熊本大学医学部水俣病研究班:48-81.,1999, 『水俣病日記』, 熊本日日新聞情報文化センター.

徳臣晴比古・岡島透,1969,「水俣病の臨床」,『神経

進歩』 vol.13-1:69-75.

椿忠雄,1968,「阿賀野川流域の有機水銀中毒」,『内科』 vol.21-5:871-875.,1972,「新潟水俣病の追跡」 『水俣病裁判全史3』,日本評論社:106-108.,1979,「新潟水俣病の臨床医学」,有馬編:291-300.

津田敏秀,2000,「医学における因果関係の考え方と水俣病」,『水俣病研究3』:87-103.,2004,『医学者は公害事件で何をしてきたのか』,岩波書店.

鶴田和仁,2000,「水俣病における感覚障害の文献的考察」,『水俣病研究2』:28-46.

宇井純,1968,『公害の政治学』,三省堂.