

公害病否定の社会学的考察

—カドミウム腎症を事例に—

渡 辺 伸 一

奈良教育大学社会科教育講座 (社会学)

(平成19年5月7日受理)

Why is Kidney Dysfunction Caused by Cadmium (Cadmium Nephropathy) not Officially Recognized as a Pollution-related Disease by the Japanese Government ?

WATANABE Shinichi

(*Department of Sociology, Nara University of Education, Nara 630-8528, Japan*)

(Received May 7, 2007)

Abstract

Environmental cadmium pollution causes cadmium poisoning. The first cadmium-polluted area ever discovered in the world was the Jinzu River basin in Toyama Prefecture in Japan. The most severe case of cadmium poisoning is Itai-itai disease (osteomalacia), which was officially recognized as a pollution-related disease by the Japanese government in 1968, and a less severe case is tubular kidney dysfunction. In other words, the occurrence of Itai-itai disease is only the "tip of the iceberg". The tubular kidney dysfunction is the earliest and most prevalent adverse result of chronic cadmium poisoning.

The Japan Public Health Association Cadmium Research Committee, supported by the Environmental Agency, carried out health surveys in cadmium-polluted areas of 8 prefectures during the period of 1976-1984 and reported that many cases of tubular kidney dysfunction were found not only in Toyama but also in Ishikawa, Hyogo and Nagasaki prefectures. However, the Environmental Agency and the research committee have never certified this kidney dysfunction as a pollution-related disease.

In 1970, the Japanese government set tentative acceptable standards of 1ppm for brown rice and enacted the Agricultural Land Soil Pollution Prevention Law in 1971. Based on this Law, restoration projects of polluted soils of rice paddies were started. If cadmium nephropathy was certified as an officially pollution-related disease, acceptable standards for brown rice must be more strict than 1ppm, because 1ppm is a standard to prevent habitants from suffering from Itai-itai disease. This new strict standard arrives at increases in polluted rice and soils. This means increases in the expenses to buy polluted rice and to restore polluted soils. To offer indemnity to farmers for any reduction in his rice crop is the responsibility of polluting industries and to pay expenses to restore polluted soils is the responsibility of polluting industries, the central government and local authorities.

This paper concludes that the main reason why cadmium nephropathy has not been certified as an official pollution-related disease is that the decision-making of the Environmental Agency and the research committee reflects the intention of the polluting industries and the government who regard the expenses above as too heavy a burden.

Key Words : environmental cadmium pollution, cadmium nephropathy, the Environmental Agency

キーワード : 公害、カドミウム腎症、環境庁 (省)

1. はじめに

水俣病は、国がその発生を公式に認めたという意味では、全国で2つの地域—九州不知火海沿岸地域と新潟県阿賀野川流域—でしか発生していないことになっている。しかし、国の見解とは別に、複数の医学専門家は、これら以外にも水俣病患者が存在したとしている⁽¹⁾。また、水俣病とは有機水銀中毒であり、重篤例から非重篤例までその症状は実に多様である。が、国は、厳格化した認定基準によって一部の重篤例しか水俣病と認めてこなかった。つまり、水俣病問題において、国は複数の水銀汚染地の中で2つしかその発生を認めず、しかも重篤な被害者しか認定せず、被害の氷山の裾野に広がる多くの被害者を切り捨ててきたのであった。

これと同様の過程がみられるのが、本稿で取り上げる慢性カドミウム中毒（カドミウム中毒）問題である。この公害病の場合、最も重篤な例が骨粗鬆症をとともなう骨軟化症、すなわちイタイイタイ病（イ病）であり、ミニマムの被害が「カドミウム腎症」（カドミウム腎症）と呼ばれる腎障害で、腎臓の近位尿細管が障害されるのが特徴である。これまで、各地の研究者らによって、石川県梯川流域、兵庫県市川流域、長崎県対馬など富山県神通川流域以外においても、イ病とカドミウム腎症の発見が報告されている⁽²⁾。しかし、環境庁（省）⁽³⁾と同庁（省）が組織した医学研究班は、富山以外でのイ病の存在を否定してきたし、カドミウム腎症については、これを公害病とは認めず、長期に亘って放置し続けている。カドミウム腎症の場合、水俣病未認定患者の問題のように提訴はされていないが、公害病指定を求める被害者運動は、対馬でもあったし（長崎県、1992）、富山では今日まで継続しているのである（松波、2006）。このように、わが国を代表する公害問題である水俣病問題とイ病問題がたどった歴史的経過には、(1) 複数の汚染地域のうち一部の地域しか公害病指定されず、しかも(2) 非重篤例など多くの被害者が被害者と認められてこなかった、という共通点が存在するのだ。

水俣病問題において、こうした事態がもたらされた社会過程の検討については、既にいくつかの研究が存在しているが（飯島・船橋編、1999、船橋、2001等）、カドミウム中毒問題における本格的な議論は遅れている。そこで本稿では、カドミウム中毒問題において、特に(2)の過程に焦点を当てた検討を行いたい。すなわち、環境庁とその研究班は、なぜカドミウム腎症を公害病と認めないのか、という問いを探求したい。

さて、カドミウム中毒は、汚染された川水や土壌で生産される米、雑穀、野菜等の摂取を通じて、カドミウムが体内に取り込まれることによって起こるが、厚生省は、1970年、イ病の予防対策として米（玄米）のカドミウム濃度の安

全基準（許容基準）を1ppm未満と定め⁽⁴⁾、1ppm以上の「汚染米」の販売を禁止した（食品衛生法）。また、同年、「消費者感情に配慮する」との農林大臣談話を根拠として、0.4以上1ppm未満の「準汚染米」は、食糧庁が買入れ（現在は、（社）全国米麦改良協会の買入れ）、食用には流通させないこととなり（合板用のり等に利用）、今日に至っている⁽⁵⁾。

しかし、周知のように、1998年、国際食糧農業機関（FAO）と世界保健機関（WHO）の合同食品規格委員会＝コーデックス委員会（以下、コーデックスと略）は⁽⁶⁾、米（精米）のカドミウムの安全基準値を0.2ppmとする案を各国に提案した⁽⁷⁾。これは、わが国におけるイ病発生以後、カドミウムの人体影響に関する医学的研究が国内外で進展し、微量のカドミウムでも長期間経口摂取すると腎障害の発生することがわかってきたからである⁽⁸⁾。これを受け、厚生省は、安全基準値1ppmの改定は避けられないと判断したとされる（毎日新聞、2002年5月22日付）。

だが、ここで強調したいのは、コーデックスによる0.2ppmという提案は、実は、日本の研究者による日本のカドミウム汚染地域における研究を踏まえたものだ、という点である。しかもこれらの研究者は、ほとんど全員が、環境庁研究班の班員なのだ。彼らは、15年近くに亘り、カドミウムによる腎障害を防止するには、1ppmでは緩すぎると主張してきたのだが、それが研究班の合意とはならず、国も基準値を改定してこなかった。つまり、彼らの主張を研究班と国は拒絶してきたのに、その研究者たちの研究成果を評価した国際機関の提案が、国に基準値改定の検討を促したことになるわけだ。なぜ、このようなことになるのか。これらの問題に答えるためにも、上記の問いの解明は不可欠な作業といえる。

環境庁やその研究班によってカドミウム腎症が公害病と認められないのは、上記で示唆されるように公害病だとする研究者の見解が、研究班全体の総意とはなっていないからである。そこで本稿では、まず、研究班内に存在する意見の対立、論争を検討すると同時に、国内外におけるカドミウム腎症の医学的研究の進展について確認しておきたい（第2節）。そして、これを踏まえ、第3、4節で、環境庁とその研究班は、なぜ腎障害の原因をカドミウムだと認めないのか、また環境庁と研究班の関係はどうなっているのか、について検討してみたい。

2. カドミウム腎症をめぐる医学論争と研究の進展

2. 1. 医学論争の歴史

カドミウム中毒の重篤例、すなわちイ病の原因をめぐって医学論争があったことはよく知られている。すなわち、イ病の原因がカドミウムか否かをめぐる原因論争は、1957年の萩野昇医師による鉍毒説の発表以後、医学者の間で、

そして被害者による1968年3月の提訴後は法廷でも繰り広げられてきた。しかし、厚生省（当時）は、それまでの医学研究を基礎に、カドミはイ病の主要な要因とするいわゆる「厚生省見解」⁽⁹⁾を、1968年5月に発表した。そして、この見解を踏まえ1972年にはイ病の認定基準も作った。他方、裁判でも、イ病カドミ説を否定、あるいは批判した加害企業や医学者の主張（カドミ批判説）が退けられ、原因はカドミだとした被害者側と医学者の主張が、一審でも控訴審でも認められた（それぞれ1971年6月、1972年8月）。つまり、判決は厚生省見解を支持したのである。ここで、イ病の原因をめぐる医学論争は終わったかに思われた。しかし、裁判後、イ病の発生をめぐる、医学的に未解明な部分があるということ、国は、1974年、環境庁委託による「イタイイタイ病に関する総合的研究班」（「環境庁研究班」「研究班」等と略す）を組織化し⁽¹⁰⁾、そこに原因論争が持ち込まれることとなった。と同時に、研究班では、この論争と密接な関わりをもっている別の論争も展開されることになった。そのひとつが富山以外のイ病を認めるかどうかという問題であり、もうひとつがカドミによる腎障害をめぐる見解の対立なのである。

研究班の中で、富山県神通川流域、石川県梯川流域、長崎県対馬等のカドミ汚染地を、長年にわたり精力的に研究してきた研究者たちは、(1) カドミと腎障害との因果関係を認めるのは当然として、(2) カドミによる腎障害とはどのような病気なのか(障害のレベル、毒性)、また、(3) 有害作用が起こる摂取量はどれくらいなのか(量-反応評価、安全値)についての詳細を解明してきた。富山の被害者団体は、これを受け、カドミ腎症を公害病に指定せよと主張してきた。しかしながら、研究班の公式の報告書(後述)では、こうした研究を認めず、環境庁はこれを受け、公害病ではないという姿勢をとり続けている。具体的に見ていこう。

1976年から全国7県(秋田県、福島県、群馬県、石川県、兵庫県、長崎県、大分県)のカドミ汚染地で環境庁新方式による腎障害の調査研究を進めてきた環境庁研究班は、1979年11月、その結果を『カドミウムによる環境汚染地域住民健康調査成績の解析及び結果報告』として発表した(重松・土屋、1980、以下『79年報告書』と略)。それまで行われてきた調査は、イ病つまり骨の異常の発見が中心であったのだが、この調査は、腎臓の尿管管障害の発見に力点を置いたもので、全国規模では初めての調査であった。結果は、40人に腎障害が認められ、非汚染地では1例も存在しなかったのだが、報告書では「さらに詳細に検討を加える必要がある」(重松・土屋、同：83)と、因果関係の判断が保留された。

10年後の1989年、研究班は、それまでの調査研究の総括を、『環境保健レポートNo.56 イタイイタイ病お

よびカドミウム中毒(上巻)(中間取りまとめ報告)』⁽¹¹⁾にて公表した(以下、『89年中間報告書』と略)。ここでは、『79年報告書』の全国7県のデータに、富山での調査結果(79年から実施)を加え、腎障害の評価が改めて下されている(表1参照)。そこで、本稿の関心の焦点である、(1) 因果関係、(2) 障害レベル、(3) 安全値の順でどういう結果を出したのかをみってみる。まず、因果関係についてだが、結果は、202人に腎障害が認められ、非汚染地では1例も認められず、『79年報告書』と同様の結果が出た。が、研究班は、ここでも因果関係について明確な結論を出さなかった。次に、障害レベルについては、「自覚症状に乏しい」「労働や日常生活に格別の支障がない」「臨床的にも軽微な状態」であるとされ、さらに「現時点ではカドミウム暴露の腎に対する影響がどの程度の暴露量と期間で発現するのかは明らかでない」との判断により、安全値を出さなかった(重松・土屋、1989：p.2)。

しかし、カドミ腎症が、「軽微な状態」などではないことを示す研究は、89年段階で既に出ていたし、それ以後も、富山、梯川、対馬を中心により具体的な研究成果として発表されることになる⁽¹²⁾。すなわち、それらによると、腎尿細管機能の障害が進行すれば、糸球体機能も低下し、最終的には腎不全に至る。そして、注目すべきは、カドミ摂取を低下させても、腎障害は進行し続けるという点である。つまり、カドミによる腎障害は不可逆性であり、たとえカドミの暴露を中止しても腎障害の悪化は止められないということである。さらに腎障害が一定レベルに達すると、死亡率が高まる(生命予後の短縮)。これらの成果は、10年以上にわたる調査研究の結果明らかになったものである。また、安全値については、米中濃度0.05~0.2ppmと算出されており、流通規制値の0.4ppmよりも厳しいのだ。しかしながら、研究班は、『89年中間報告書』での結論を未だ変えていないのである。

2. 2. 研究班の判断の問題点

さて、こうした研究班の判断の持つ問題点を、ここでは2点だけ指摘しておきたい⁽¹³⁾。第1に、因果関係について結論を出さず、保留するというのは、68年の厚生省見解を認めていないことになるという点だ。厚生省見解には、「イタイイタイ病の本態は、カドミウムの慢性中毒により、まず腎臓障害を生じ」云々とあり、カドミによる慢性中毒はまずは腎臓障害を生じさせる、としているからだ。もっとも、厚生省見解が間違いだと明確に否定しているわけではない。しかし、因果関係について判断を保留し続けるということは、結局は、因果関係を認めないのと同じことである。これは、研究班において厚生省見解が実質上骨抜きにされていることを意味す

表1 8県のカドミウム汚染地域住民の健康調査結果(環境庁研究班)

	対象者数	受診者数	腎障害の 「疑い」数(A)	Aのうち、腎障害 の「存在」数(B)	Bのうち、「医師の 指導が望ましい」
秋田県('76)	479	426	1	0	0
福島県('77)	765	732	1	1	0
群馬県('76-'78)	2,168	2,097	2	0	0
石川県('76)	628	566	24	16	7
兵庫県('77)	534	510	15	11	5
長崎県('76)	358	334	14	12	6
大分県('78)	372	363	0	0	0
富山県('79-'84)	8,266	7,531	276	162	98
計	13,570	12,559	333	202	116
各県非汚染地域・計	7,196	6,435	1	0	0

注1: 腎障害とは、出典の表現では「近位尿管機能異常」のこと。

注2: 各県非汚染地域・計の(A)の1名は富山の方。

出典: 『環境保健レポート』(NO.56,1989)、長崎県資料、石川県資料より作成。

る。「軽微な状態」と障害レベルを過小評価し、安全値も出せない、とする判断は、こうした姿勢から出てくる必然的な帰結と考えられる。

問題点の第2は、国際機関による判断と異なるという点である。WHOとILOとの共同事業である国際化学物質安全計画(IPSC)は、1992年、『環境保健クライテリア134 カドミウム』を作成、刊行している(以下、クライテリアと略)。そこには、カドミによる腎障害は一定レベルを越えると不可逆とされ、安全値も出されている。1975年から開始されたクライテリア作成のための議論では、カドミと健康障害との間に因果関係があるのは大前提であり、その下に、安全値が示されているのである。この文書では、700編以上の文献が採用されたが、その約1/5に当たる140編以上が日本の文献である(重松、1992:p.292)。そして、強調すべきなのは、安全値の設定で最も高い評価を得たのは、環境庁研究班が認めないわが国の研究者のものであるという点である。また、既述のコーデックス提案の米の安全値0.2ppmという数値も、このクライテリアや先述したその後の研究の進展が反映されて出てきた数値である。ここで見てとれるのは、環境庁やその研究班によって認められない研究が、国際機関では評価され、いわば「逆輸入」される形で、日本政府に安全値改定の圧力として作用している、という構図なのだ。

75年開始のクライテリア作成作業が、92年にまでずれ込んだのは、実は、カドミ説批判の日本人研究者の反対によるものであり、これは、作成に関わった各国研究者の間で、“WHO十年戦争”と呼ばれている⁽⁴⁴⁾。因果

関係を認めないのは、わが国だけなのだ。このように研究班が結論を出さないのは、純医学的な議論ではないのであって、「結論を出さないようにしている」、あるいは「結論を出せない理由がある」と言わざるを得ないのだ。では、その理由とは何か。以下では、この問いを、研究班、環境庁の順番で検討してみよう。

3. 研究班はなぜ因果関係を認めないのか

3.1. 研究班編成の歴史的背景

厚生省見解とも矛盾せず、国際機関でも評価されている研究が、同じ班員から出されているのもかわらず、なぜ、総体として研究班は、カドミと腎障害との因果関係さえ認めようとしなかったのか。この問いに答えるためには、研究班ができた時代背景と組織化の経緯の検討がその重要な鍵となる。富山イ病の加害企業である三井金属鉱業も参加する日本鉱業協会⁽⁴⁵⁾や自民党は、イ病控訴審判決の後、裁判で決着したはずのイ病の原因の「むしかえし」を意図した活動を展開したことはよく知られている。この政治的な動きは、一般に「まきかえし」と呼ばれているが、日本鉱業協会は、1974年から、政府に対する毎年要望書「鉱業政策の強化確立に関する要望」のなかで、「イタイイタイ病の原因に関する厚生省見解の再検討」等を要求しているし(吉田、1998:p.214)、自民党の政務調査会環境部会も『カドミウム汚染問題に関する報告』(1976年)で同様の主張を展開した。

こうした動きは、日本鉱業協会による鉱害対策費の負担軽減=公費への転嫁のための取り組みのひとつとして

位置づけることが可能である。当時日本鉱業協会理事の汾陽光秀が、「若し、カドミウムがイ病の原因ではないということになれば汚染米対策も膨大な土壌改良も全ての根拠を失う」（汾陽、1976：p.30）と述べていたように、まきかえしのねらいは、汚染者が負担すべきであるところの汚染米対策費と土壌復元費用等の軽減にあり、この実現のためには厚生省見解＝イ病カドミ説の見直しの実現が不可欠であったのである（倉知他、1979）。

これら一連の「まきかえし」の活動が依拠したのが、カドミ批判説を唱える学者の研究であった。イ病栄養不良説等のカドミ説批判は、富山イ病の一審及び控訴審で、企業側が展開した主張と同型のものである（渡辺他、2004）。つまり、日本鉱業協会や自民党は、厚生省見解とは異なるのはもちろん、裁判でも退けられたこうした説を強調し、各種メディアを動員し、厚生省見解再検討の一大キャンペーンを繰り広げた。そして、こうした背景のなか、1974年度にできたのが、「イタイイタイ病に関する総合的研究班」なのである。

75年2月の衆議院予算委員会において、自民党小坂善太郎財務委員長は、68年の厚生省見解について、「その後の学問の進歩に従ってこれを再検討する、一度出したんだからあくまでこれを突き通すというようなそういうこだわりを捨てて、もっと柔軟な姿勢でこれを再検討する、こういうお考えはないか」と質問したのに対し、小澤辰男環境庁長官は、「まだいろいろな疑問点がございしますものですから、（中略）総合研究班の結論を待って私は何らかの断を下したい」と厚生省見解の「見直し」を認めている⁽¹⁶⁾。また、重松逸造研究班長（当時）も、この研究班の組織化の理由について、「昭和49年度は『イタイイタイ病に関する総合的研究班』と改称し、…イタイイタイ病問題の再検討問題も含めて新たに班編制を行った」と書いている⁽¹⁷⁾。ここから、この研究班は、鉱業協会と自民党によるいわゆる「まきかえし」により「厚生省見解の見直し」を主要な課題として編成された組織であることが確認できる。そして、この意図が具体的に読み取れるのが、1975年3月15日の総会で選任された5つの研究部会の役員構成である⁽¹⁸⁾。これをみれば、この研究班は、厚生省見解や判決で退けられた説、つまり、カドミ批判説を唱える研究者が、役員多数を占める組織になっていることがわかる。

【昭和49（1974）年度の環境庁研究班の役員構成】

- ・イタイイタイ病に関する研究部会（部会長：村田勇、副部会長：萩野昇）
- ・カドミウム汚染の人体影響に関する研究部会（部会長：喜田村正次、副部会長：野見山一生）
- ・カドミウム中毒に関する実験的研究部会（部会長：土屋健三郎、副部会長：梶川欽一郎）

- ・カドミウム中毒の病態生理学的研究部会（部会長：上田泰、副部会長：武内重五郎）
- ・イタイイタイ病及びカドミウム中毒症の鑑別診断に関する研究部会（部会長：高瀬武平、副部会長：石崎有信）

上記で、武内（東京医科歯科大学医学部内科教授、肩書きは当時、以下同様）は、当時、栄養不良説で、控訴審で三井金属側の証言に立った研究者である。また、高瀬（金沢大学医学部整形外科教授）、梶川（同病理学教授）、土屋（慶応大学医学部公衆衛生学教授）、村田（富山県立中央病院副院長）、原田（三洋電機公害予防部長）は、三井が、名古屋高等裁判所金沢支部に提出した意見書（1971年12月）において、イ病にみられる「腎障害はカドミウムに基づくものでなく（即ち本病は慢性カドミウム中毒でなく）又本病は腎障害から骨障害に発展したファンコニー症候群に属する腎性骨軟化症でない事を」「明確に立証したい」との主旨で、尋問を要求したカドミ説批判の研究者たちである（イタイイタイ病訴訟弁護団編、1974：p.75）。また、喜田村（神戸大学医学部公衆衛生学教授）、野見山（自治医科大学衛生学教授）もカドミ批判説であり、役員の中で、明確にカドミ説に立つのは、萩野（萩野病院院長）と石崎（金沢大学医学部衛生学教授）の2人だけなのである（松波、2006：p.238）。

3. 2. 「検証目標」の欠如と意思決定過程にみるカラクリ

カドミ説批判の研究者たちは、80年代に入ってから、栄養不良説等を主張しなくなっていく。それは、2節でみたような研究の進展によってその誤りが明確になってきたからと考えられる。しかし、その後も、「厚生省見解」を批判し続けるという姿勢は、一貫して変えることはなかった（齋藤、1994）。長崎県対馬で長年にわたり調査研究を進めてきた齋藤寛長崎大医学部教授（研究班員）は、「それでは、どんな条件が満たされれば、カドミウムが原因と考えてよいか、と（カドミが原因と認めない班員に）質問すると常にノーコメントであった」（齋藤、同：p.92、括弧内引用者）と述べている。ここからわかるのは、この研究班においては、因果関係について、「どこまでわかったら、わかったことになるのか」という合意の基準がない、ということである。換言すれば、「どこまでわかったら、わかったことになる（する）」という「検証目標」（津田、2004：p.37）の合意がないのである。こうした中で議論は合意に達することはない。検証目標を次々と先に持っていけば良いからだ。研究班の最大の問題点は、この合意がないことである。検証目標を明示せず、延々と批判するのは、科学的批判としても不当なものであり、「結論を出したくないためだ」

と思われてもしかたないであろう。

齋藤らのような「因果関係」ありとする班員の研究が、2節でみた2つの報告書に反映されないのは、この研究班の組織内意思決定の仕組みにカラクリがあるためである。例えば、『89年中間報告書』に自らの研究成果が盛り込まれなかった班員の北川正信富山医科薬科大学教授（現名誉教授）は、次のように述べている。

「今まで積み上げられてきたみなさん（研究班の班員）の報告とはインデペンデントに『中間報告書』というものを作って、その先に結論があるというようなことを書いてあるわけです。今までみなさんが報告してきたものをまとめて『中間報告書』を作ったんじゃないんです。だから、カドミだという結論には至っていませんよ、という結論が（先に）あってね、それをいかにも学問的な結論のように（書いている）。それはだから、彼らが作った班長や首脳部だけで決めているわけです」⁽¹⁹⁾（括弧内筆者引用）。

同じく研究班員の青島恵子萩野病院副院長（元富山医科薬科大学公衆衛生学講師）も、こう述べている。「（前略）1989年に『中間報告』が出たときには本当にびっくりしました。班会議で一度もそういう話もなかったですし、研究報告書をまとめて提出して下さいといわれて提出して、しかし、結果としてあのような『中間報告』が出てしまったということについては、班員には全くわからないというのが事実でした」⁽²⁰⁾。

このように、2つの報告書で、因果関係の判断が保留されたのは、「因果関係あり」とする研究者には、研究の取りまとめ上の権限が与えられておらず、総体としての研究班の結論に反映されなかったからなのである。この結果、富山以外のイ病は否定されるし、カドミと腎障害との因果関係も曖昧化されてきたのだ。

以上からいえるのは、研究班が、因果関係について結論を保留し続けるのは、純医学的判断よりも、「厚生省見解を支持しない（したくない）」とする判断が優先されてきたためであり、こうした態度を生み出す重要な要因に、日本鉱業協会の意向（やそれを支持する自民党）への配慮があることは間違いないと思われる⁽²¹⁾。そして、そうした意向を具現化させるのが、研究班の中で権限を握るカドミ説批判の研究者たちなのだ。

4. 環境庁（省）はなぜ公害病指定しないのか

4. 1. 公害病指定に前向きだった環境庁

では、次に、なぜ環境庁は、腎障害を公害病指定しないのか。また、環境庁と研究班との影響関係はどうなっているのか、について考えてみたい。

上記で「まきかえし」に言及したが、これが、環境庁にも重大な影響を与えたのは間違いないだろう。しかし、

問題は、具体的にはどのような影響かということだ。イ病の厚生省見解が出た当時、厚生省がイ病の救済に積極的であったことは言うまでもない。厚生省見解（1968年）を実際に書いた橋本道夫厚生省公害部長（当時）は、見解発表時の思いをこう書いている。水俣病の場合、「政府部内での因果関係の判断をめぐる争いを苦々しく思」っていたが、イ病に対しては、「他省庁の介入が通産省を除いてほとんどないと考えられた」ので、「厚生省の公害行政として昭和40年以来集中的に取り組み、思い切って断行した」（橋本、1988：p.137）。

では、74年から本格化したとされる「まきかえし」開始以降はどうか、腎障害の公害病指定についての姿勢はどうか。1974年秋、研究班内の鑑別診断部会は、秋田と対馬での住民検診で、腎障害がみられるという報告を出す。1971年に新設された環境庁に移っていた橋本は、環境保健部長として⁽²²⁾、この腎障害を「カドミウムによる腎障害として、特異的疾病として新しい公害病と認定できないかどうかを竹中浩治環境保健課長と真剣に検討して」いる。しかし、神戸大の喜田村教授らの「この障害は正常と異常の境界領域の問題で、各地の老人の間にも一部に見られる所見でもあり、公害病という一つの疾病として診断し、治療の対象となりえない」との意見が研究班内では強かったため、「とうとう新しい特異的疾病として指定を決意するにいたらなかった」（橋本、同：p.224）としている。既述した1976年度からの本格的な全国調査の実施にはこうした背景があったのである。

また、橋本は、前記に続き、1976年度からの「五カ年計画の本格的な（サル）動物実験による因果関係を究明するという施策は、このような経緯と“執念”にもた気持ちから考え出したものであった」（橋本、同：p.224、括弧内と強調は引用者）と書いている。これからわかるのは、この時期、環境庁の姿勢は明らかに研究班と違っており、対立さえしていたという事実である。さらに言えば、当時の環境庁は、研究班に「因果関係あり」という結論が出ることを期待していたのであり、その結果により、できれば腎障害を「公害病」として認定したいという気持ちをもっていたのである。

しかしながら、環境庁は、『79年報告書』で、「カドミ汚染地にしか腎障害は存在しなかった」という結果が出て、公害病指定に踏み切ることはなかった。また、みたようにカドミ腎症は「不可逆で、摂取を止めても悪化し、死亡率も高まる」という研究が出た後も、クライテリアが出た（1992年）後も、そしてコーデックスによる安全値＝米中カドミ濃度0.2ppm未満という提案がなされた（1998年）後も、研究班と同様にカドミと腎障害の因果関係さえ認めず、「日常生活に支障がないので、ただちに健康被害とは言えない」（毎日新聞、

1998年5月14日付)という主張を繰り返し、公害病に指定してこなかったのである。

こうした経緯をみてみると、橋本が環境保健部長であった74年当時の環境庁は、その後変わってしまった、と考えざるを得ない。その根拠となるのが、先述した1975年の小澤環境庁長官による「厚生省見解の見直し発言」であるが、加えて、1979年3月の衆院予算委員会における環境庁の答弁も挙げておきたい。すなわち、同委員会において、本田正・環境庁環境保健部長は、自民党の秦野章による「厚生省見解は成り立たないのではないか」との質問に対し、こう答えている⁽²³⁾。

・本田：(前略)確かに御指摘のように、まずカドミウムあって腎障害が起こるかどうかという問題が一つ。それから、腎障害を経て骨軟化症が起こるかどうかというこの二つの段階に分けて考えてみますと、後者、つまり腎障害から骨軟化症が起こることに関しては否定のないまままでの研究成果と申しますか、完全否定ではございませんけれども、非常に根拠が薄いんじゃないかという説が強うございます。(後略)

・秦野：(前略)だから、ここにびしゃっと、因果関係を割り切ったという厚生省の見解はやはり崩れたんだと、この年月を経て科学的知見にも努力した結果。これは認めざるを得ないでしょう(後略)。

・本田：そのとおりだと思います⁽²⁴⁾。

このように、厚生省見解(1968)に基づき富山イ病の認定基準(1972)を作った環境庁と、「厚生省の見解はやはり崩れたんだ」との主張に「そのとおりだと思います」と応えた70年代後半の環境庁との姿勢の間には、明らかな変化がみられるのである。その結果として、カドミウム症の公害病指定も困難化していく。私見によれば、それは、「まきかえし」によって、環境庁の置かれた政治的・社会的文脈が大きく変わったからである。そしてその転換点は、74年から70年代末にかけてにあったと考える。では、何が変わったのか。

4. 2. 環境庁の置かれた政治的・社会的文脈の変化

一 公害病指定困難化の検討一

違いの第1は、70年末とは、日本鉱業協会による「まきかえし」が本格化した時代であり、この意味で、環境庁に対する(つまりは、厚生省見解に対する)風当たりは、74年と比べて相当強くなっていったということである。しかも、この時代の状況をマクロにみると、こうした事態は何もカドミウム問題に限ったことではないといえる。水俣病の認定において大量の認定申請の棄却がなされるようになったのも(1974年以降)、窒素酸化物についての環境基準が緩和されたのも(1978年)、この時期である。つまり、石油危機に端を発した経済界全体からの「環境政策の行き過ぎ」批判は(中澤、2001:p.89)、

カドミウム問題だけでなく、環境庁の環境政策全体に及んでいたのだ。

第2は、その本格化したまきかえしの取り組みが、自民党を動かしたことである。既述のように自民党は、76年の『報告書』によってカドミウム説批判の立場を明確に表明した。自民党が原因物質の見直しを提言する報告書をまとめるなどと言うことは、水俣病問題でも、大気汚染問題でもなかったことである。政権政党であった自民党が、このような報告書を出した意味は実に重い。なぜなら、行政組織を指導すべき政権政党が、「厚生省見解は見直すべきである」という立場を明確にしたということは、環境庁の政策判断に影響を与えずにはおかないからである。既述の国会答弁でみたように、この時代の環境庁は、「厚生省見解を見直せ」という自民党の強力な圧力下にあったのだ。日本鉱業協会の前出の汾陽理事は、まきかえしに関連し、「常に、政府関係先に対して厚生省見解の見直しを確約させると共に、これに基づく関連事項についての是正方を強く要望してき」た(汾陽、1976:p.27)、と述べているが、自民党のこの態度表明は、その「確約」の一端といえよう。

加えて、注目すべきなのは、第3に、そのまきかえしは、70年代末までに実質的な「成果」をおさめはじめていたという点である。例えば、土壌復元対策費用に占める企業負担の割合は、79年段階で富山35%(後に39%)、梯川41%、対馬33%と決まっており、後は国、県、市町村の負担だ。後者の方が大きいのである(吉田、1998:pp.207-17)。これは、企業側による土壌復元費用の公費への転嫁による負担の軽減が成功したことを意味する。しかし、ここで、公害病指定されたらどうなるか。それは当然、1ppmという米の安全基準値の厳格化を招く。なぜなら、1ppmとはイ病予防のための基準値だからだ。そうすると、これに連動して、汚染田の面積は増大するから、農業被害補償と復元費用に関する企業側の追加的出費は不可避である⁽²⁵⁾。この時点で、仮に基準値が0.4ppmに引き下げられたとする。その場合、富山県が神通川流域で行った調査に基づく(71~76年実施)、復元面積は、1ppmの時と比べ、4倍以上も増える(齋藤・青島、1988:p.184)。しかし、これでは、企業側にとっては、まきかえしで得た成果が水の泡になってしまう。企業側からすれば、まきかえしの成果を否定し、その上さらなる負担を強いることになる公害病指定は、絶対に阻止すべき事態であり、「常に、政府関係先に対して厚生省見解の見直しを確約させる」運動を展開したのは、当然のことであった。

関連して、『79年報告書』というのは、そのような時代に公表されている、ということに留意したい。腎障害の発見に焦点を当てた本格的で精緻に計画された住民健康調査結果が明らかにしたのは、富山以外にもカドミウム腎

症患者が多数存在しているという明白な事実であった。もしここで、カドミ腎症を公害病指定すると、富山イ病の場合とは異なり、今度は、複数の加害企業⁽²⁶⁾に健康被害の補償義務が生じる。また、訴訟に発展する可能性も大である。本格化した「まきかえし」のただ中であって、これらのことは、環境庁に公害病指定を躊躇させた一要因となった可能性がある。

しかし、これだけではない。さらなる第4の要因として、行政側の問題があると考えられる。この側面からみた場合、74年と79年頃とで何が違うのか。それは、土壌復元対策が、「公共事業」としての側面を強めた点にかかわっている。企業側による鉦害対策費の公費への転嫁が「成功」したことは、国や自治体による財政負担が増えたということである。その上に、カドミ腎症が公害病指定されたら、既述の通り、復元面積は1ppmの時よりもさらに増大するから、国（農水省）による補助金と各自治体の財政支出は巨額化する。厚生省見解の発表時とは異なり、今度は行政にとっても大きな負担となる構造ができあがってしまったのである⁽²⁷⁾。

橋本は、68年のイ病厚生省見解の発表が断行してきた重要な理由のひとつに、水俣病問題とは違って、「通産省を除いて他の省庁の介入が少ない」ことを挙げていたのは既述の通りである。しかし、こうした「公害対策の公共事業化」（田中、2001：p.126）の結果、「環境庁の判断に介入する他の省庁」の数は増えた。76年にできた環境、厚生、農林、通産四省庁の局長クラスならなる「カドミウム汚染対策関係省庁協議会」は、これを端的に示すものである（倉知他、1979：p.265）。こうした省庁横断的な組織は、74年には存在していない⁽²⁸⁾。橋本は、同じく水俣病に関して「行政も各省の一致がとれなければ政府の判断とはなりえ」ないことが、厚生省水俣病見解（1968年9月）が遅れた重要な要因だったと書いている（橋本、1988：p.146）。これに倣うなら、上記の理由から「各省の一致がとれないのでカドミ腎症に関する環境庁見解が出せない」、これが、74年にはなかった新しい状況として、70年代末の環境庁が直面した事態だったと考えられる。環境庁にとって、こうした各方面（日本鉦業協会、自民党、他省庁等）からの批判や抵抗を排し、公害病指定へと踏み切る唯一の頼みは、研究班が因果関係について明確な判断を下すことである。しかし、既述のごとく研究班には当初から、一貫して企業側への配慮が強く働いているのであり、そのようなことは実際上不可能であった。

以上の検討を端的にまとめよう。「まきかえし」が本格化する以前の環境庁は、研究班とは異なり、カドミ腎症の公害病指定に対し、前向きな姿勢を持っていた。しかし、まきかえしの本格化に伴い、環境庁の置かれた政治的・社会的文脈が、既述のように変化した結果、公害

病指定が困難化していく。これにより、環境庁は、結果として公害病指定を断念し、曖昧な結論しか出さない研究班の姿勢を支持するようになる。そして、基本的には、こうした事態が、今日まで続いていると考えられるのである⁽²⁹⁾。

5. おわりに

公害による健康被害は、重篤な被害者から発見される場合が多い。これはある意味で当然である。有機水銀中毒である水俣病でいえば、それは「劇症型」の患者であり、カドミ中毒の場合は、イ病患者であった。しかし、公害問題の解決過程において、行政と医学専門家が果たすべき最も重要な役割のひとつは、公害による最小の健康影響、すなわち「ミニマムな被害は何か」を解明していくことである（原田、2000：p.104）。重篤な被害者は、被害の全体像からみれば氷山の一角に過ぎないからである。そして、両者はその研究に基づいて、被害者の全体を公害病と認め（認定し）、問題解決へ向けて努力すべきであろう。しかし、現実には、どうかというと、水俣病の場合もイ病の場合も、巨大な氷山の一角だけしか公害病と認めず、その他の被害者を切り捨ててきたのであった。こうした事態が引き起こされたのは、水俣病の場合、端的には、健康被害に関する「補償金額の増大による企業の経営悪化を避けようとする配慮が、行政と認定審査会に働いていたとみるべき」（船橋、2001：p.18）であり、カドミ中毒問題の場合は、みてきたように、復元費用等の膨大な汚染被害関連費用の負担を避けたいとする企業や政府の意向が、行政と研究班の意思決定に反映した結果と捉えることができるのである。

他方、問題の解決努力と並んで重要なのは、被害の再発防止対策の実施である。これは、ミニマムの健康被害を出さないための予防対策でないと不完全なものになってしまう。この点に関する医学専門家の大切な役割は、原因物質がもたらす健康被害（有害作用）が起こるミニマムの摂取量＝安全値を確定していくことである。そして、行政には、そのつどの研究の進展に基づいて流通、販売等の規制を適切に実施していくことが求められるであろう。いうまでもなく、わが国は、世界で最大数の有機水銀中毒患者とカドミ中毒患者を出した国である。したがって、本来であれば、生命と健康を犠牲にして得た貴重なデータを、健康被害を起ささないための予防対策として世界の人々に役立ててもらおう、という形での国際貢献をわが国政府が率先してやるということができたはずなのである。しかし、この点でも、ありうべきシナリオとは逆の方向に進んでしまった。

すなわち、重篤例または典型例の一部しか公害病とは認めない、という行政と医学専門家集団の姿勢は、ミニ

マムの被害を生み出さないための予防対策の不履行を帰結させた。なぜなら、当たり前だが、ミニマム被害の予防対策のためには、ミニマム被害も公害被害だと認めることが前提となるからだ。この結果、安全値の策定やこれに基づく規制という予防対策が不完全なものとなり、国民全体に対する健康リスクを増大させてきたといえるのである⁽³⁰⁾。既述のようにわが国の研究者は、10年以上も前から、米の安全値1ppmをより厳しくせよと訴え続けてきた。しかし、国は改定しようとせず、コーデックス提案という「外圧」によってようやくその重い腰を上げはじめたというのが実態なのだ。

他方、有機水銀中毒の場合、それに当たるのは、近年のFAO・WHO合同食品添加物専門家委員会（JECFA）⁽³¹⁾による提案である。2003年6月、厚労省は「メカジキやキンメダイなど7種類の魚が人の健康や胎児に影響を及ぼしかねない高い濃度の水銀を含んでいるので、妊娠中の女性が食べる場合は、一定量以下にするのがよい」という内容の規制事項を公表したが⁽³²⁾、これは、厚労省が、JECFAで、そのような提案がなされることを知って、急遽、勧告したものである。両問題ともに、こうした「外圧」がなければ、国は、何もしなかった可能性が極めて高い⁽³³⁾。ここで注意すべきは、ミニマムの被害対策の不履行（緩い基準値）で、健康が最も脅かされてきた人々は、汚染地域で生活する農業者であり、漁業者だという点である。リスクの高い農産物と魚介類を食べ続けてきたのは、彼らに他ならないからだ⁽³⁴⁾。

国際貢献の文脈では、たしかに、カドミ中毒におけるコーデックス提案にはわが国の研究も生かされている。しかし、日本政府は、こうした自分の国の研究を認めず、“WHO十年戦争”などにみられるごとく、国際的基準づくりの足を引っ張ってきた。水俣病の場合も同様で、原田正純によれば、1989年、IPSCが各国に胎児の安全基準についての素案を提示した際、「日本の環境庁は急遽、特別研究班を結成してこれを潰しにかかった。この種の研究は二回も水俣病をおこしたわが国こそ率先して行わなければならなかったのに、やらないばかりでなく、何のデータもなく反論（揚げ足取り）に終始した」（原田、2004：p.91）。有機水銀による胎児への影響の研究は、原田や藤野紘などの研究しかなく（原田、同：p.80）、国は近年になってようやく取り組みはじめてばかりなのだ。

補償問題や財政問題に直結するがゆえに、重篤例または典型例の一部しか公害被害者とは認めない。こうした国の姿勢が、健康へのミニマム影響を解明しない（有機水銀中毒）、あるいは解明されても政策には反映させない（カドミ中毒）という態度を生み、国民全体の健康を守るという対策までが疎かになる。特に汚染地住民の健康リスクを増大させる。そして、国際機関からの提案が

圧力となり、ようやくミニマム被害の予防対策に取り組みはじめる（十分なものかどうかは別として）。これが、世界最大級の有機水銀汚染とカドミ汚染を経験したわが国による被害者及び被害予防対策の歴史であり、現在なのである⁽³⁵⁾。

付記

本稿は、2004年11月27日、富山県民会館で開催された『第23回 イタイイタイ病セミナー』（主催：イタイイタイ病対策協議会・神通川流域カドミウム被害団体連絡協議会、後援：富山県・富山市・婦中町・大沢野町・八尾町）にて行った講演録（渡辺、2005）に、新たな論点と考察を追加して再構成したものである。こうした貴重な機会を与えていただいたイタイイタイ病対策協議会はじめ関係者の皆様に、心より御礼申し上げます。

また、本研究には、2003-2005年度・文部科学省科学研究費補助金（渡辺・藤川、2007）を利用し、調査は、明治学院大学社会学部准教授の藤川賢氏（研究分担者）と共同で実施した。

注

- (1) 第3、第4の水俣病としては、有明海、徳山湾、新潟県関川などでの「発生」が挙げられる。原田（1985）、武内（1992）、齋藤（1996）を参照。
- (2) 例えば、能川他編（1999）での日本人研究者による報告を参照。また、「水俣病が発生地を冠して熊本（県）水俣病、新潟（県）水俣病と呼ばれているように、各Cd汚染地域の骨軟化症はそれぞれ長崎県イタイイタイ病、兵庫県イタイイタイ病、石川県イタイイタイ病と呼ばれるべきであろう」と青島他（1994）で提起されている。
- (3) 2001年より環境庁は環境省となったが、本稿では、主要な検討対象時期が2001年以前にあるため、原則として「環境庁」の表記を用いる。
- (4) 1ppmの決定方法とその問題点については、浅見（2001：pp.154-164）を参照。
- (5) もっとも、近年各地で汚染米と準汚染米が市場に出回っていたことが相次いで明るみに出、社会問題化したことは記憶に新しい。また、「汚染米」の産出水田では、農用地土壌汚染防止法により、その作付けが禁止されている。が、「準汚染米」の流通規制は、農家が自家米を食することまでは禁じていない。このため、例えば富山では、非汚染米との交換制度があっても、自家用消費している農家も多い（齋藤・青島、1988：pp.186）。
- (6) コーデックス委員会は、1962年に、世界の消費者の健康を保護し、食品の健全な貿易慣行を確保し、国際貿易を推進するために食品の国際規格を作成することを目的として設立された。この委員会の詳細は、嘉田（1997）を参照。
- (7) その後、日本政府の強い働きかけにより0.4ppmに緩和された。経緯については、渡辺・藤川（2007）の第1章を参照。
- (8) カドミ腎症の発生は、ベルギー、ドイツ、中国などでも報告されている（能川他編、1999）。また、米の安全基準について、韓国は2000年から、EUは2002年から0.2ppmを採用している。他の多くの国も0.1~0.5ppmであり日本の規制の甘さが際だっている。この結果、「日本人の腎皮質

- 中カドミウム濃度は世界一」なのだ（浅見、2001：p.171）。
- (9) 正式名称は、「富山におけるイタイイタイ病に関する厚生省の見解」（1968年）であり、内容の要旨は次の通り。「1）イタイイタイ病の本態は、カドミウムの慢性中毒によりまず腎臓障害を生じ、次いで骨軟化症をきたし、これにより妊娠、授乳、内分泌の変調、老化および栄養としてのカルシウム等の不足などが誘因となって、イタイイタイ病という疾患を形成したものである。2）対照地域として調査した他の水系およびその流域では、カドミウムによる環境汚染や本病の発生は認められず、本病の発生は神通川上流の三井金属鉱業株式会社神岡鉱業所の事業活動に伴って排出されたもの以外には見当たらない」。
- (10) この研究班は、環境庁が、1972年、委託調査研究費によるカドミウム関係各種研究班を統合した「カドミウムの人体影響に関する基礎的研究班」が母体となったものである（能川他編、1999：p.90）。この組織は、変化を遂げながらも、今日まで継続されている。
- (11) (財)日本公衆衛生協会発行、1989年。
- (12) 能川（1998）、能川他編（1999）、諏訪園・能川（2003）、齋藤他（1993）などを参照。
- (13) より詳細な検討については、渡辺他（2004）の第2章を参照。
- (14) 関係者へのインタビューによる（2002年10月）。また、富山テレビ制作『30年目のグレーゾーン イタイイタイ病とこの国のかたち』（「第7回FNSドキュメンタリー大賞」受賞作品、1999年1月31日にフジテレビ系列28局ネットで全国放映）が取り上げている。
- (15) 正会員は、三井金属鉱業、東邦亜鉛、三菱マテリアル、日鉱金属、住友金属、同和鉱業、日曹鉱業である（名称は2005年2月現在）。
- (16) 『第75回国会衆議院予算委員会第一分科会議録第三号（昭和50年2月26日）』より。
- (17) 『環境保健レポート』36、1976：p.1。
- (18) 同上pp.1-3。
- (19) 2000年11月のインタビューによる。
- (20) イタイイタイ病対策協議会他編（2004）『第23回 イタイイタイ病セミナー講演集 - 医学研究と公害病行政』、p.39。
- (21) 渡辺他（2004）の第2章も参照。
- (22) 橋本は、この後、1973年6月に環境庁長官官房審議官、75年8月に大気保全局長となり、78年3月の退官後、筑波大学教授。
- (23) 『第87回参院予算委員会第四分科会二号 昭和54年03月29日』より。
- (24) この答弁は、後日、富山・イタイイタイ病対策協議会から抗議を受け、「説明不足だった」とし、発言を取り消す事態に至っている（イタイイタイ病対策協議会他、1991：p.184）。
- (25) 木澤（1999）などから畑（2000）が行った計算によると、富山で三井金属が支払った健康被害補償は78億円なのに対し（71～97年累計）、農業被害補償（過去の減収補償＋作付停止補償＋汚染米補償）が170億円（71～96年累計）、土壌復元費用が86億円（全金額220億円の39%、79～97年累計）である。カドミウム中毒問題の場合、被害関係補償全体の中に占める健康被害以外の補償額の割合が、いかに大きいかかわかる。
- (26) 例えば、市川流域、対馬、梯川流域における加害（原因）企業は、それぞれ、三菱金属、東邦亜鉛、日本鉱業他である。
- (27) この点、「認定患者の増加が、チッソのみならず行政にとっても大きな負担となる構造がつけられてしまった」（丸山、2000：p.33）という水俣病未認定患者問題深刻化の背景と似ている。
- (28) この「協議会」は、自民党による厚生省見解の再検討の動きに合わせて設置された組織であることに注意したい（川名、1988：p.492）。また、日本鉱業協会は、1999年段階においても、この「協議会」を名指しして、厚生省見解の再検討等を「実現されたい」と、3節冒頭で触れた政府への「要望書」の中で書いている（(財)金属鉱山会・日本鉱業協会『鉱山』6月号、1999：p.6）。
- (29) このような行政と研究班の姿勢を是正するためには、マスメディアの果たす役割が重要である（船橋、1997）。しかし、カドミウム腎症問題に対するこれまでのマスメディアの批判的問題意識は、全体としては低いと言わざるを得ない。この点については、機会を改めて論じたい。
- (30) 近年の研究データは、「非Cd汚染地域とされるところに居住する人々にもCdによる腎影響の存在を示唆する」（諏訪園・能川、2003：p.131）。
- (31) 1955年設立。個人の資格で執務する専門家によって構成され、入手可能なあらゆる科学的データに基づき、食品添加物と食品汚染物質を評価して「1日摂取許容量」等を決めている。JECFAの見解と勧告は、コーデックスでの評価の基礎資料となる（嘉田、1997：p.157）。
- (32) 厚生労働省HP内の「魚介類等に含まれる水銀について」<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syokusanzen/suigin/index.html>を参照のこと。最終確認日2007年5月4日。
- (33) 換言すれば、両中毒問題における国内規制の強化を促したものは、リスク評価に関する「国際的調和化（整合化）」の進展だといえよう。環境規制や安全規制をめぐる国際的調和化の動きや議論、問題点については、嘉田（1997）、城山（2004）等を参照。
- (34) 注（5）を参照。
- (35) 環境庁研究班は、1995年度から新たに推進委員会なるものを班内に設けている。そして、初代委員長には、井形昭弘・国立療養所中部病院院長（当時）が、2代目委員長には滝澤行雄国立水俣病総合研究センター所長（当時）が就任している。この2人はともに、水俣病未認定患者問題や、既述の国際的な水銀に関する議論で、国側の主張を代弁し続けてきた研究者である（原田、1995：pp.173-90、津田、2004：pp.115-47）。推進委員会とは、環境庁研究班において、「調査研究体制及び調査研究の基本方針を検討し、調査研究内容の指導監督及び調査研究の総括を行」う、とされている（『環境保健レポート』68、2002：p.5）。こうした班内の重要な委員会のトップにこの2人が就任したという事実は、近年における環境省（庁）のカドミウム中毒問題に対する姿勢を端的に表すものと言えよう。

文献

- 青島恵子・北川正信・加須屋実、1994、「イタイイタイ病-カドミウム環境汚染による慢性カドミウム中毒」佐藤洋編『Toxicology Today-生体防御の科学』金芳堂：pp.47-56。
- 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。
- 船橋晴俊、1997、「環境問題と情報-公共圏の豊富化をめぐる」『社会と情報』3：pp.53-74。
- 船橋晴俊、2001、「環境問題解決過程の社会的解明」船橋晴俊編『講座 環境社会学 第2巻 加害・被害と解決過程』有斐閣：pp.1-28。

- 原田正純、1985、『水俣病は終わっていない』岩波新書。
- 原田正純、1995、『裁かれるのは誰か』世織書房。
- 原田正純、2000、『医学における認定制度の政治学』『思想』908：pp.103-123。
- 原田正純、2004、『水俣病と世界の水銀汚染』越智貢他編『応用倫理学講義2 環境』岩波書店：pp.73-96。
- 橋本道夫、1988、『私史環境行政』朝日新聞社。
- 畑明郎、2000、『イタイイタイ病の加害・被害・再生の社会史』『環境社会学研究』6：pp.39-54。
- 飯島伸子・船橋晴俊編、1999、『新潟水俣病問題－被害と加害の社会学』東信堂（新版2006）。
- イタイイタイ病訴訟弁護団編、1974、『イタイイタイ病裁判 第6巻 高裁篇二』総合図書。
- イタイイタイ病対策協議会、神通川流域カドミウム被害団体連絡協議会編、1991、『神通川流域住民運動のあゆみ 1969-1991』同会発行
- 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』（1976年1月）。
- 嘉田良平、1997、『世界の食品安全基準』農山漁村文化協会。
- 川名英之、1988、『ドキュメント 日本の公害 第2巻 環境庁』緑風出版。
- 木澤進、1998、『裁判をてこにした諸協定とその成果』能川他編：pp.168-171。
- 汾陽光秀、1976、『最近の環境問題』『鉱山』1月号：pp.25-30。
- 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。
- 丸山定巳、2000、『水俣病に対する責任』『環境社会学研究』6：pp.23-38。
- 松波淳一、2006、『新版イタイイタイ病の記憶』桂書房。
- 中澤秀雄、2001、『環境運動と環境政策の35年』『環境社会学研究』7：pp.85-98。
- 長崎県、1992、『長崎県厳原町カドミウム環境汚染－経過と対策概要』長崎県。
- 能川浩二、1998、『環境と健康－カドミウム研究から』『日本衛生学雑誌』53（1）：pp.47-61。
- 能川浩二・倉知三夫・加須屋実編、1999、『カドミウム環境汚染の予防と対策における進歩と成果』（イタイイタイ病とカドミウム環境汚染対策に関する国際シンポジウム 1998年5月13日～16日 富山市）栄光ラボラトリー。
- 齋藤寛・青島恵子、1988、『重金属と人体Ⅱ』茅野充男編『重金属と生物』博友社：pp.167-211。
- 齋藤寛・竹林茂夫・原田孝司・原耕平、1993、『慢性カドミウム中毒－長崎県対馬厳原町佐須地区における20年間の疫学的、臨床的、病理組織学的調査研究』長崎大学医学部第2内科。
- 齋藤寛、1994、『フィールドワークからの教訓－離島のカドミウム汚染調査』第8回「大学と科学」公開シンポジウム組織委員会編『環境と人間－その共存の鍵』クパプロ：pp.74-92。
- 斎藤恒、1996、『新潟水俣病』毎日新聞社。
- 重松逸造、1992、『監訳者あとがき』WHO=重松逸造監訳：pp.291-293。
- 重松逸造・土屋健三郎、1980、『カドミウムによる環境汚染地域住民健康調査成績の解析及び結果報告』『環境保健レポート』46：pp.72-110。
- 重松逸造・土屋健三郎、1989、『イタイイタイ病及び慢性カドミウム中毒に関する総合的研究班総括報告』『環境保健レポート』56：pp.1-4。
- 城山英明、2004、『安全確保のための法システム』『思想』963：pp.140-163。
- 諏訪園靖・能川浩二、2003、『重金属』一色賢司・豊田正武・西島基弘編『食品の安全性評価と確認』サイエンスフォーラム：pp.129-137。
- 武内忠男、1992、『水俣病におけるガリレオ裁判』『公害研究』21（3）：pp.59-67。
- 田中滋、2001、『河川行政と環境問題－行政による公共性の独占とその対抗運動』船橋晴俊編『講座 環境社会学 第2巻 加害・被害と解決過程』有斐閣：pp.117-143。
- 津田敏秀、2004、『医学者は公害事件で何をしてきたか』岩波書店。
- 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』（1999-2001年度・科学研究費補助金・基盤研究B1研究成果報告書、研究代表者：飯島伸子・渡辺伸一）。
- 渡辺伸一、2005、『環境省研究班における「医学論争」を考える－因果関係の認否をめぐる』イタイイタイ病対策協議会・神通川流域カドミウム被害団体連絡協議会編集・発行『第23回イタイイタイ病セミナー講演集－医学研究と公害病行政』：pp.7-23。
- 渡辺伸一・藤川賢、2007、『イタイイタイ病およびカドミウム中毒問題の被害・加害構造に関する環境社会学的研究』（2003-2005年度・科学研究費補助金・基盤研究C2研究成果報告書、研究代表者：渡辺伸一）。
- WHO,1992,Environmental Health Criteria 134 CADMIUM,WHO=1992、重松逸造監訳・日本公衆衛生協会訳『環境保健クワイテリア134 カドミウム』同協会発行。
- 吉田文和、1998、『廃棄物と汚染の政治経済学』岩波書店。