

平成 24 年 8 月 10 日

関係者 各位

社団法人 日本精神神経学会
理事長 武田 雅俊
同、法委員会
委員長 富田 三樹生

水俣病認定義務づけを巡る 2 つの高裁判決に関する日本精神神経学会見解について（概要）

熊本のチッソ水俣工場が有機水銀排液を流していた不知火海岸沿岸に 56 年前、新潟では昭和電工が排液を流していた阿賀野川流域に 47 年前、有機水銀に汚染された魚を食べて発症したと後にわかる「水俣病」による死者や障害者が確認されました。しかし、病因確定まで長時間がかかり、ようやく確定後も有機水銀に汚染された魚介類を摂取して発症した食中毒事件であったにもかかわらず、食品衛生法で義務づけられた調査を実施しないまま経過したことが水俣病事件の根本的な問題であり、被害の実態が解明されないまま、公害被害者救済法による水俣病救済の申請に基づき、認定審査会の認定によって救済する運用となっています。

この認定審査は昭和 52（1977）年判断条件（国の認定審査会が定めた、現行の水俣病の診断基準：主に四肢末端に行くほど強くなる感覚障害、小脳性運動失調、両眼性の求心性視野狭窄、両側性の後迷路性難聴）に基づいて認定し、加害企業が補償金と医療給付を実施してきた。

これが狭すぎる基準と批判され、多くの裁判がおこされました。平成 16（2004）年、最高裁は国の基準より幅広く被害を認め、国や熊本県が工場排水を放置した責任を確定させました。しかし、国は現行の基準を見直すことはせずに、平成 21（2009）年に成立した「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」による未認定患者の救済を図ることにしました。ここでも、この申請の際の基準が設定され、1）過去に現行基準による認定者が出た場所に住んでいた人、2）工場排水が止まった直後までに生まれた人、3）対象外の地域の人で申請できるのは何十年も前に汚染魚を食べていたことなどを自分で証明できる人に限定しているという問題があります。本当は被害者であっても申請しない、申請できないでいる人が相当数いる可能性があり、しかし、この特別措置法に基づく申請は 7 月末に締め切られた。

このような状況の中で、日本精神神経学会法委員会は昭和 52 年判断条件の医学的な誤りを平成 10（1998）年に精神神経誌に発表しましたが、この論文に対する、神経内科などの医学界からの科学的な根拠に基づく反論は一切出されていません。

水俣病事件での医学的問題が混乱していることを象徴しますように、本年 2 月と 3 月に、福岡と大阪の二つの高裁判決が昭和 52 年判断条件の水俣病認定義務づけに関し、相反するともいえる判決を下しました。

今回の本学会法委員会の見解案はこの二つの高裁判決の医学的誤りを指摘するためのものであり、本来の解決に向けた道筋を示し、7 月末の申請打ち切りで、水俣病事件を幕引きするべきではないという本学会としての主張であります。

以上

平成 24 年 8 月 10 日

社団法人 日本精神神経学会
理事長 武田 雅俊
同、法委員会
委員長 富田 三樹生

水俣病認定義務づけを巡る 2 つの高裁判決に関する精神神経学会見解

はじめに

日本精神神経学会法委員会は、1996 年に当時の研究と人権委員会として取り組みを開始して以来、水俣病事件における医学的問題を検討してきました。そして順次検討した内容を、資料、報告書、見解として公表してきました。

この水俣病問題に関して、2012 年 2 月と 3 月に、福岡高等裁判所と大阪高等裁判所において、異なる原告とはいえ、共に水俣病の認定義務づけに関する 2 つの訴訟で、全く相反するとも言える判決結果が出ました（以下、両方の判決を指す時には「両判決」と表現します）。そして両判決は、本委員会が検討し、明確に医学的に誤っているとして見解にまとめた昭和 52 年（1977 年）判断条件（1977 年制定の水俣病に関する現行の判断条件：以下、「昭和 52 年判断条件」）に関して、正反対とも言える内容を判決に記載しています。しかも、控訴審である両判決は、それぞれの原判決である熊本地方裁判所と大阪地方裁判所の判断を逆転させた判決結果を導いております。このように法廷での判断が振れるのは、水俣病の判断条件や水俣病の診断が、非常に混乱していることを示しています。水俣病事件での医学的問題が混乱している象徴的な出来事であると言えます。

本見解は、これまでの本学会の見解を紹介しながら、両判決での医学的誤りを指摘するものです。本見解が、今後の水俣病問題の医学的側面での共通の理解が得られる一助となれば幸いです。

昭和 52 年判断条件に関する見解の内容と 2012 年の両判決

まず、強調しておかなければならないのは、本学会が従来論文や調査データを総覧し、医学的根拠を明示しながら昭和 52 年判断条件が医学的に誤っていることを示し、1995 年の政治解決対象者は、まさに水俣病患者であることを明らかにした 1998 年の見解²⁾に対しては、いまだに医学的根拠を用いた反論が一切なされていないという点です。

昭和 52 年判断条件に関しては、正しいとする医学的根拠は一切存在しない一方で、それが医学的に間違っているという医学的根拠は数多く存在しており、昭和 52 年判断条件の誤

りは際立っています。また昭和 52 年判断条件は医学的には明らかに誤ったものですが、そればかりではなく行政的前例と比較しても、きわめて異質なものと言えます。水俣病以外のこれまでの中毒症の診断においては診断基準として症状の組み合わせを要求するような例はどこにもありません。そのような奇異な診断基準を設けている中毒症は、メチル水銀中毒症である水俣病だけであり、そしてそのような診断基準を設けている国は我が国だけなのです。

これらの点に関して、具体的な医学的根拠を用いての反論は、1998 年に本学会が見解を公表して以来、十数年間なされていません。

臨床的証拠と疫学的証拠は同じであること

次に、両判決に共通する大きな誤解について述べます。それは疫学方法論を用いて示された証拠に基づいて原告個人に関する判断を行うことを、臨床的判断や医学的判断とは別のものであるかのように論じている点です。福岡高裁判決では疫学方法論の結果を十分考慮されるべきとされ、大阪高裁判決では、ほとんど考慮されなかったために判決結果が別ただけであり、疫学的知見の臨床判断への応用に関するこの誤解は、実は両判決に共通しているものです。

しかしこのような見方は、人間を直接観察して集めたデータを分析した結果を念頭に置いて、個々の患者での判断やアプローチを行う日常臨床のあり方を全く理解していないものと言えます。個々の患者に対する診断と治療は、「疫学的方法論を用いて示されたエビデンス」に基づいて、それを根拠として行われるものです。この点に関しては、臨床疫学や生物統計学の専門家を育てようとしている中央教育審議会の 2011 年の答申「グローバル化社会の大学院教育－世界の多様な分野で大学院修了者が活躍するために－」等をお読みいただければよくご理解いただけると思います。臨床に生かすための臨床研究は、臨床疫学、生物統計学、倫理学、規制科学等を基礎とし、患者を対象にして行われ、その結果は患者に適用されています。

医学における一般法則は、同じような曝露を受けた人間集団を観察してそのデータを分析することにより得られます。「集団」を観察することで得られた一般法則を「個人」に適用していくことが臨床医学の基本的な方法論といえます。これに対して両判決は、あたかも「集団」から得られた一般法則は「集団」にしか適用できず個人における判断に適用できないかのごとく述べており、これは臨床医学の方法論に関する大きな誤解に基づくものと言わざるを得ません。

このような医学本来の方法論から見れば、そもそも昭和 52 年判断条件自体が、本来疫学的方法論を用いて示された根拠に基づいた判断条件でなければならなかったのです。しかし残念ながら実際の昭和 52 年判断条件はそのようなものではありませんでした。これまで繰り返し本学会が表明してきた通り、昭和 52 年判断条件で述べられている病像を支持する医

学的データはなく、一方支持しない医学的データが数多く存在するのです。

ちなみに、複数のデータから一般法則を導くことは、医学医療だけでなく自然科学分野全てに言えることです。そして科学的観察においては、そうやって導かれた一般法則を念頭に置いて、目の前の現象を観察し、その現象を検討し、理解し判断します。両判決の見方は、この科学的観察の常識を否定しているわけです。

医学的因果推論の基礎

大阪高裁判決には、因果関係の初歩的な誤りも見られます。一つの結果は多くの原因により生じうるのに、少なくとも一つ他の原因（例えば頸椎症）の可能性を示唆すれば、メチル水銀中毒が原因である可能性を消せると信じている点です。これでは頸椎症の患者は、いくらメチル水銀に曝露しても水俣病にならないことになってしまいます。問題なのは、曝露歴がある四肢末端に優位な感覚障害が観察される患者が、もし曝露歴がなければ四肢末端に優位な感覚障害が生じ得たかどうかの蓋然性です。

私たちはこれまで、いわゆる水俣病の認定問題が「感覚障害のみの水俣病の有無」という問題にすり替えられていることも指摘してきました。実際には、不知火海や水俣湾の魚介類の喫食歴を持ち四肢末端に優位な感覚障害以外の症状を持つ患者でさえも、数多く認定されていないという現実があります。それは昭和 52 年判断条件自体が、例えば感覚障害と視野狭窄があったとしても認定されない仕組みになっているためです。

さて、水俣病の認定問題が「感覚障害のみの水俣病の有無」という問題にすり替えられたことは、水俣病の判定に関わる臨床医の「水俣病ではないものを水俣病と認定してしまう不安」を強めることになりました。四肢末端に優位な感覚障害という非特異的な症状のみでは水俣病の診断に不安を感じる臨床医は、他の証拠（例えば、四肢末端に優位な感覚障害以外のメチル水銀中毒症関連症状）も見いだしたいと探してしまうのです。

しかし、このような非特異的な 1 つの症状のみでは中毒患者ではないという診断方法は日常の中毒症の診断から考えればきわめて奇妙なものです。例えば、黄色ブドウ球菌や腸管出血性大腸菌 O157:H7 が病因物質である食中毒事件において、これら病因物質により汚染された原因食品を喫食して下痢だけを起こした患者、あるいは嘔吐だけを起こした患者などを、「非特異的な 1 つの症状のみを示す患者」であることを理由に食中毒患者ではないと判断してしまうことなどありえないことです。このような診断方法では感度が著しく低くなり、診断方法としては機能しないため、症状の組み合わせを要求するような中毒症の診断は現実にはあり得ません。

認定審査会が事件処理及び中毒症の診断に関する知識を持っていなかったために混乱が起こったのです。その原因は、多数の神経内科医と少数の病理医や眼科医のみで審査会が構成され、中毒症の専門家が入らなかったためと考えられます。そして、原因食品を喫食し中毒症の関連症状が認められ、行政の違法行為さえなければ食中毒患者として公に認め

られる何万人もの人々を「棄却」し、それに関して裁判をいくつも生じさせ、扱いに困って様々な症状とは別の社会的区分をし、そして「水俣病被害者」と呼ぶ法律をつくることに結びつきました。医学の長い歴史や広い知識を持たずに、患者を診ずに専門分野に閉じこもる弊害が表れたとも言えましょう。

1998年の本学会の見解は曝露があつて症状を発症した人が、もし曝露がなければ発症しなかったであろう蓋然性を具体的臨床データで検証し、極めて高いことを示しました。つまり、曝露があつて症状を発症した人が、メチル水銀により発症したのか、あるいはそれ以外の原因で発症したのかを確率で厳密に示したのが、1998年の本学会の見解になります。

ところで、国・環境省は水俣病事件で、50項目を上回る多数の項目について一人あたり数十万円もかけて多くの検査を受けるように制度化しました。そしてその検査結果を疫学的なデータとして分析するのではなく、申請患者一人一人において、認定審査委員だけが考える検査項目相互の矛盾がないのかについて検討する材料としてきたようです。

今回の大阪高裁に提出された3名の神経内科医の意見書がそれをよく表現しています。しかし、食中毒事件だけでなく中毒症全体の診断で、診断の際にこのような作業をする中毒症は、例を見ません。水俣病事件において極めて異例の特殊な中毒症の診断が行われてきたと言わざるを得ません。これは、平成3年(1991年)中央公害対策審議会会長である、井形昭弘・元鹿児島大学学長の大きな誤りでしょう。彼は、水俣病の個々の神経症状が非特異的であるがゆえに、水俣病に関する専門分野を神経学・神経内科としたと述べています¹⁾。これは、水俣病だけでなく他の一般的な中毒症もまた非特異的であることを知らず、その診断方法を全く知らないからこそ、このような誤りを犯すことができたわけです。そしてこの誤りが、水俣病事件の関連で多数の裁判が提起される混乱を引き起こしたのです。

大阪高裁に提出された3名の神経内科医（医療法人新光園鞍手共立病院神経内科・大西晃生医師、国立病院機構東埼玉病院・川井充医師、大分県立病院神経内科部長・法化図陽一医師）の意見書は、それぞれ非常に長いもので、原告患者の症状を縷々他の原因で説明しようと医学的データや文献などの科学的根拠も示さずに試みています。例えば、頸椎症を示唆するX線写真像を示して、患者の有する四肢末端に優位な感覚障害を頸椎症によるものであると決めつけています。しかし、提示されたような頸部のX線所見が認められる場合、そのような所見を認めない場合に比べて、何倍くらい四肢末端に優位な感覚障害を発症するのかという客観的なデータは全く示されていません。したがって頸椎症を示唆するX線写真像は、原告患者の原因食品の喫食歴およびメチル水銀中毒症で最も頻繁に見られる四肢末端に優位な感覚障害の存在という、中毒症の診断における2つの基本的事実を全く揺るがすものとはなっていないのです。

水俣病事件は、食品衛生法で義務づけられている調査が意図的に行われないうまま経過したため、医学的に判断するための曝露と症状に関する情報を、裁判の原告被告をはじめとした当事者が共有できないまま経過してきています。これにより、曝露歴があり症状がある通常なら中毒症患者と診断される患者を、中毒患者でないと処理することが可能になっ

たとも言えます。

誤解と混乱を糾すために

長年にわたって自分たち内輪の神経内科医だけで、直接、学会や専門家と話し合わなかったためにこのような事態が生じたのです。これは日本の保健医療政策の政策決定の大きな欠点であり、今後修正していかなければならないでしょう。本学会は、医学的に誤った主張や判断を続ける熊本県や鹿児島県の認定審査会等の医師達に、直接学会で医学的議論を行うように提案してきましたが、現在の所、全て拒否され実現していません。

水俣病事件は、平成3年(1991年)中央公害対策審議会環境保健部会水俣病問題専門委員会の議事速記録に明瞭に示されているように、補償の問題やこれまでの彌縫的政策との整合性ばかりが意識されてきました³⁾。そして実態を明らかにすべきという声を無視して、食品衛生法に義務づけられている調査義務を意識的に遵守しない違法状態が放置されてきました。法律を遵守し水俣病事件の実態を明らかにすることは、医学的に重要であるだけでなく、法治国家として必須の事項です。そして何よりも、もしこのまま違法状態が続くようであれば当事者の納得が得られることはなく、当事者間の疑心暗鬼は増すばかりでしょう。

本学会がこれまで見解に示してきたように、食品衛生法に明確に定めるような手法での診断、あるいは医学データに基づいた診断、すなわち科学的根拠に基づいた医学EBMの手法に基づいて実態を明らかにしていかない限りは、水俣病事件は、まだまだ混乱が続くこととなります。遅きに失してしまったとはいえ、今こそ、医学の基本、法治国家の基本に立ち返り出直す時であると、私たちはここにあらためて提言いたします。

参考文献

- 1)井形昭弘：水俣病の医学。日本医事新報 No.3352（昭和63年7月23日号）；11-17.
- 2)日本精神神経学会・研究と人権問題委員会：環境庁環境保健部長通知(昭和52年環保業第262号)「後天性水俣病の判断条件について」に対する見解。精神経誌, 100;765-790, 1998.
- 3)日本精神神経学会・研究と人権問題委員会：水俣病問題における認定制度と医学専門家の関わりに関する見解—平成3年11月26日付け中央公害対策審議会「今後の水俣病対策のあり方について（答申）」(中公審302号)。精神経誌, 105;809-834, 2003.