

## 第 104 回日本精神神経学会総会

## 教育講演

## 水俣病における医学的問題と日本精神神経学会の取り組み

津田 敏 秀 (日本精神神経学会・法倫理関連問題委員会・水俣病小委員会, 岡山大学大学院環境学研究所)

## 水俣病問題への学会での取り組み

日本精神神経学会は、水俣病問題に関連する学会の一つとして、水俣病事件に関して、

1. 水俣病問題において、医学・医療がその責務を十分に果たし得ず、総体として加害者の役割を担ってしまった実態、
2. 水俣病の「認定制度」の問題点、
3. 現行の水俣病の判断条件 (いわゆる「昭和 52 年判断条件」) が、医学的観点から妥当なものであるか否か、
4. その他の事項、

の 4 点について、研究と人権問題委員会が中心となり調査を行い、その調査結果に基づいて見解等を明らかにしてきた<sup>4-10)</sup>。

最初の見解<sup>5)</sup>では、昭和 52 年判断条件の医学的根拠となるデータがないことを示した後に、昭和 52 年判断条件が科学的に誤りであることを、既存のデータを示した上で明らかにした。そして、昭和 52 年判断条件に関わるこれらの誤りは、医学者が具体的データに基づいた科学的分析を行う姿勢を欠いていたことによるものであり、責任は重大であるとの見解を示した。

昭和 52 年判断条件に関する見解を公表後、当時の環境庁長官に対して見解を送付した上で、改めて昭和 52 年判断条件について見解を糺した。しかし環境庁の回答<sup>6)</sup>では、神経内科の専門家が「医学的に正しい」と述べているという以外に、医学的根拠は示されなかった。

次に、昭和 60 年医学専門家会議に関して調査資料を公開した上で<sup>7)</sup>、その後に見解<sup>8)</sup>を示した。論文、調査資料、関係者からの聞き取り等に基づいて、昭和 60 年「水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見」と題する意見からは如何なる科学的妥当性も見出すことはできないことを示した。また、昭和 60 年医学専門家会議は自然科学の方法論を無視しており同意見は机上の空論であり杜撰であると断定した。その理由として、会議での参考資料に昭和 52 年判断条件を肯定するデータはなく、むしろ否定的なデータのみであったこと等を示した。

さらに直近の見解<sup>10)</sup>では、公開された平成 3 年中央公害対策審議会環境保健部会水俣病専門委員会の議事速記録を中心に、昭和 52 年判断条件等に関して、国・環境省の表向きの意見、本学会の調査に対する井形昭弘氏ら国の専門家の意見、本学会の見解、および議事速記録に記載された国・環境庁あるいは井形氏ら国の専門家の意見、の 4 点を比較し考察した。その上で「医学専門家」が果たした役割を、「医学からの逸脱」、「沈黙と隠蔽」、「環境庁と大蔵省への配慮」に分けて記述し考察した。そして昭和 52 年判断条件が医学的なものでないことと、昭和 60 年医学専門家会議の意見が医学的な文書でないことを再確認し、議事録が作成された時点 (1991 年) では環境庁事務局も同様に考えていたことを示した。

以上の見解や報告から、当初、調査目的として

掲げた4点は概ね明らかになったと考えられる。

### 水俣病の現状と水俣病問題の整理

現在、熊本県と鹿児島県の水俣病患者に関する状況は、最高裁判決（2004年）後の認定申請者数が6,000人を超え、新保健手帳受給者は16,000人を超えている。政治解決時の医療手帳と保健手帳の対象者は11,540人であった。一方、政治解決前の認定患者は2,265人であり、その後3人認定されている。合計は、約36,000人であり、このほとんどは通常の中毒事件では中毒患者と見なされる曝露歴がありかつメチル水銀中毒症の関連症状を有する患者であると考えられる。しかし認定患者数はわずか2,300人足らずである。双方共に悉皆調査ではなく申請に基づいているとはいえ、これは通常の中毒症の判断の10分の1以下に患者数が圧縮されていることを意味する。

メチル水銀を水俣湾に排出していたチッソは、ここ数年、年間100億円を超える経常利益を計上しており、この傾向は今後も継続されると考えられる。チッソ水俣工場は1950年代終わり頃、日本のオクタノール生産の8～9割を占めるまでになっていた<sup>14)</sup>。メチル水銀を排出したアセトアルデヒド工程は、このオクタノールを生産するためのものであった。オクタノールはプラスチックの原料であり、オクタノールの生産を止めることは高度経済成長を実現しようとする当時の日本にとって重大な問題であった。当時、通産省から経済企画庁の水質保全課に出向していた課長補佐は、通産省から毎週のように呼び出され、「頑張れ」、「抵抗しろ」、「今止めてみる。チッソが、これだけの産業が止まったら日本の高度成長はあり得ない」と強い指示を受けていた<sup>2)</sup>。

さて、医学・公衆衛生上の観点からは、水俣病問題の経過は2つの時期に分類できる。前半は疾患の異常発生時における調査と対策の問題である。食中毒事件あるいは食品衛生法上の水俣病問題としても整理できる。これは、最初の患者の届出が行われた1956年から、メチル水銀の排出が止まり日本政府による水俣病に関する正式見解が出さ

れる1968年や水俣湾での魚介類採取の自粛が始まった1974年頃までが相当する。残りの後半は患者をどのように認識するかという問題で、今日に続く認定問題である。つまり公害事件あるいは公害健康被害補償法に係わる問題である。以下、「中毒症・食中毒事件・公害事件」と「水俣病事件における調査と対策」で前半の部分を解説し、「水俣病事件の認定問題」と「認定審査会の必要性」において後半の部分を解説する。

### 中毒症・食中毒事件・公害事件

中毒患者の判断は、先行する病因物質（中毒物質）への曝露があり、かつ、後の関連症状の発症があった患者を、中毒患者と見なす。これは医学的にも行政的にも原則であり、例外はない。なお水俣病では申請者は少なくとも関連症状があるという医師の診断書がなければ申請できないが、食中毒事件では保健所の質問調査結果から判断される。判断までに数日しかかからない。

現在水俣病では、通常医学的に認識される中毒患者のほとんどがメチル水銀中毒患者（すなわち水俣病患者）として認められていない。認めない理由として国の専門家から説明されている唯一の理由は、関連症状が一つだけだと、他の原因による発症もあり得るとして、「曝露がありかつ関連症状がある」だけでは認定できないというものである<sup>4,7)</sup>。この時、関連症状とは、主に、四肢末端に優位な感覚障害を指している。水俣市周辺で、曝露がありかつ四肢末端に優位な感覚障害がある患者が、曝露がなくても四肢末端に優位な感覚障害があった可能性（他原因である可能性）に関して、本学会では、1%未満であるとデータから推定し見解に示している<sup>5)</sup>。この確率は、他の中毒疾患における確率より遙かに低い。しかし国の専門家らは「四肢末端に優位な感覚障害は、他の原因でも起こる非特異的な症状なのでそれだけでは蓋然性が低い（上記の確率が高いという意味）」として事実と全く逆の説明を行っている<sup>4,7,10)</sup>。

結局、国の専門家と環境省は、下痢は他の原因による発症もあり得るとして、下痢だけの食中毒

症はあり得ないし下痢と嘔吐の組み合わせでも不十分であると言っているに過ぎない。これは医学的にも行政的にも非合理的な意見である。

### 水俣病事件における調査と対策

水俣病事件は、1956年4月21日に脳症状を主訴として新日窒病院小児科を受診した水俣市の5歳5ヶ月の女兒と同年4月29日に受診したその妹に関する情報が、5月1日に新日窒病院により類例のない疾患発生として水俣保健所に報告されたのが公式確認とされている。この時から、保健所および新日窒病院により現地調査が開始された<sup>1,4,12,14)</sup>。

半年後の1956年11月3日、熊本大学医学部は、研究班第1回研究報告会を開き、「伝染性疾患は否定、ある種の重金属中毒、特にマンガンが疑われる。人体への侵入は魚介類による」と結論した。汚染源として新日窒水俣工場排水が最も疑われ、水俣湾産の魚介類の摂取による食中毒であるとしたのだが、この内容は住民には知らされなかった。同じ月に厚生省厚生科学研究班が結成された<sup>1,14)</sup>。

1957年2月26日には熊大研究班第2回研究報告会が開かれ、水俣湾内の漁獲禁止が必要と結論づけられた。同年9月11日、厚生省山口正義公衆衛生局長は、同年8月16日の熊本県による照会に対し「水俣湾内特定地域の魚介類すべてが有毒化との根拠なく、食品衛生法を適用できぬ」と回答し、熊本県の販売禁止措置が実施困難となった<sup>1,14)</sup>。1958年2月15日には、厚生省研究班報告会が開かれ、水俣工場が病因物質を生産と確認し、病因物質判明前に魚介類摂取の対策を取るべきと勧告した。同年7月7日、厚生省山口正義公衆衛生局長は、厚生科学研究班の報告に基づき、「新日窒水俣工場廃棄物が港湾泥土を汚染し、魚介類・回遊魚類が廃棄物中の化学毒物と同種の物質で有毒化。これの多量摂取によって発症と推定」と報告した。調査報告が続くが対策に結びついていないことがわかる。

1959年11月12日には、食品衛生調査会が、厚生大臣に対し「水俣病原因は湾周辺の魚介類中

のある種の有機水銀化合物による」と答申したが、解散させられた。これ以降、研究主体は厚生省から水産庁に移管された。1962年3月には、水産庁が水俣病研究打ち切り、対策だけでなく水俣病事件における調査が全く潰えた。この間に、1958年9月にはアセトアルデヒド工程の排水経路が水俣湾から不知火海に変更され汚染が広がった<sup>1,14)</sup>。

1968年5月18日、チッソ水俣工場がアセチレン法アセトアルデヒド製造設備稼働停止し、メチル水銀の排出が止まった。同工場がアセチレン法による製造を必要としなくなったからである。同年9月26日、日本政府、熊本水俣病は「新日窒水俣工場アセトアルデヒド酢酸設備内で生産されたメチル水銀化合物が原因」(厚生省)と断定する水俣病についての正式見解を発表したが、すでにチッソ水俣工場はメチル水銀の排出を止めていた。1974年1月には熊本県が水俣湾封鎖しきり網設置し、水俣漁協が湾内の定置網で捕獲した汚染魚の投棄作業を自主的に開始した<sup>1,14)</sup>。

### 水俣病事件の認定問題

1956年5月1日に水俣保健所に届け出られた5歳と2歳の姉妹(3女と4女である)の同居家族の「認定」状況は以下のようなものである<sup>11)</sup>。両親と祖父母、2人の兄と2人の姉がいた。彼女らの両親は長い間認定申請しなかったが、その後1973年4月に認定された。祖父母はそれぞれ、1971年10月、1973年10月に認定された。しかし、長兄は勤務の関係で、次姉は遠くに嫁いだので申請しなかった。長姉と次兄は、申請したが棄却された。つまり、6人の同居兄弟姉妹のうち、2人は認定(1人は死亡)、2人は非申請、2人は申請後棄却であった。いずれも共通の曝露歴があり何らかの症状があると考えられるが、水俣病事件の特異なシステムのために、最も高度の曝露があったと考えられる家庭でも、このように認定判断が分かれてしまうのである。水俣病では多くの家庭でしばしば観察される現象である。しかし、これは食中毒事件では決してあり得ない現象である。

日本の公害健康被害補償法指定地域における公害事件の損害賠償訴訟は数多くある。これらの訴訟において原告は、ほとんど認定患者によって占められてきた。ところが水俣病事件においては、チソの責任を求めた第一次訴訟を除いては、原告は未認定患者で占められてきた。水俣病事件においては認定問題が大きな争点となっていたことがわかる。このように争点となった認定判断を、国・環境省は、「純粹に医学的な」認定作業であったと主張し続けてきた。

認定問題は、悉皆調査に基づかない申請に基づくという問題点に加えて、以下の2つの視点を加えることができる。1つ目は、環境庁が言う「半分の蓋然性で認定」の下で昭和52年(1977年)判断条件(現行の判断条件)は医学的に適切な判断条件であるか否かという点と、2つ目は、そもそも昭和52年判断条件が認定審査会で適切に運用されていたかどうかという点である。

まず前者の点であるが、水俣周辺地域の四肢末端に優位な感覚障害の有病割合は、昭和52年判断条件で認定される程度の症状の患者を除いても10~50%に達することは、いずれの調査データでも示されている。ところが、環境省の研究費で行われた調査では、メチル水銀非曝露地域での四肢末端に優位な感覚障害の有病割合は、0.2%や0.09%など、いずれも非常に低い値を示している。このような100倍を超えるような有病割合の違い<sup>15,16)</sup>は、いかなるバイアスでも説明不可能であることを見解で示した<sup>6)</sup>。そしてこれらの認定されない曝露歴のある患者は、「半分の蓋然性」を遙かに超えるほぼ100%の蓋然性を示していた。

水俣病の判断条件は、曝露歴に加えて症状の組み合わせがなければメチル水銀中毒症と言えないとしているので、水俣病にだけは「不全型水俣病」が存在している。これは、死亡者あるいはハンターラッセル症候群というような最重症の患者を基準にして、曝露有症者を判断しているために生じてきた水俣病にのみ存在する見方である。なお通常の中毒学の考え方は、非曝露群と比較して曝露群においてどのような症状がどの程度多発し

ているかである。「不全型」は存在しない。

一見鋭く対立しているように見える環境省などの行政側と患者側の水俣病に関する認識であるが、共通している点が多い。まず、水俣病はメチル水銀を病因物質とし感覚障害等の症状が発生する点や、不知火海沿岸には四肢末端に優位な感覚障害の患者が非常に多い点は共通している。熊本県発表では3万数千人がそれに相当する。また、この人達には水俣湾産・不知火海産の魚貝類を日常摂取していた曝露歴があることも、メチル水銀による汚染が不知火海沿岸全体に広がっていたことも共通している。何よりも、認定を棄却された患者のほとんどに、曝露歴と四肢末端に優位な感覚障害などメチル水銀中毒症の関連症状の両方があることは、行政による公的検診でも確認されている。これらを吟味するだけでも、昭和52年判断条件の誤りは明らかである。

#### 認定審査会の必要性

さて、昭和52年判断条件が医学的に正しいか否かの問題から離れて、昭和52年判断条件が認定審査会で適切に運用されているか否かの問題に移る。

熊本市で開かれる認定審査会は申請患者を呼びつけて一人一人を診察するわけではない。審査委員は水俣市で検査された検査結果を患者毎にまとめた一覧表を眺めるだけである。従って、判断条件を見ながら一覧表の申請患者を振り分けるのに、専門医は不要であることは論理的に理解できる。

従って、水俣市で行われた公的検診の結果と、審査会の判断結果と、昭和52年判断条件の表があれば、審査会の判断が昭和52年判断条件に照らし合わせて妥当な判断がなされたか否かは容易に評価できる。宮井が1975年から1981年までの熊本県の認定審査会に提出された検診結果資料と認定審査会の判断を比較したところ、昭和52年判断条件で認定されるはずの944名中、実際に認定されたのは205名に止まったことを示した。一方、昭和52年判断条件では認定されないはずの2,451名中74名認定されていたものの、全体と

しては認定者数を非常に少なくする方向の認定審査が行われていたことが明らかになった<sup>13)</sup>。

認定制度は運用や認定審査会の人選でも多くの問題を持つ。ほぼ数日から数ヶ月内に判断が下される食中毒事件と水俣病とは全く異なる。まず申請してから県による認定検診まで数ヶ月かかる。1週間にわたり医学的にほとんど不要と考えられる50項目以上の検査を受ける。検診後、認定審査結果が出るまでに、早くも6~7年かかる。棄却もしくは保留されると、行政不服審査請求を行うが、これでさらに6~7年かかる。認められないと民事裁判になり、最高裁判決にまで行くのでさらに20年はかかる。結果として、数日で済むものが30年以上かかるという仕組みを作ったのが現在存在する水俣病の認定制度である。これは他の公害事件とも全く異なる。なお、水俣病での公的検診では、検診費用として患者一人当たり約30万円もの公的資金が投入されている<sup>10)</sup>。

水俣病の認定審査会は、水俣病では大部分が神経内科医で占められ、これに病理、眼科もしくは耳鼻科の医師が少数加えられる。これは認定審査会の約半分が疫学公衆衛生学関係者で占められていた四日市ぜんそくの事例とは大きく異なる<sup>17)</sup>。認定審査会が神経内科の専門医らで占められる理由は、水俣病の診断が高度の学識と豊富な経験が必要とされるからと言われる<sup>3)</sup>。しかし、認定の決め手となる水俣病の主要症状は、感覚障害(四肢末端に優位もしくは全身の感覚障害)、運動失調、平衡機能障害、求心性視野狭窄、その他の眼科症状、後迷路性難聴であり、これらの症状の診断に神経内科の専門医の診断が必要ではない。ちなみに神経内科の専門医試験にもこれらの症状の診断は出題されない。

元々、食中毒事件には専門医からなる認定審査会などない。食中毒事件における患者の同定に認定審査会は必要ではないからである。必要なのは、食品衛生法に定められたような調査結果である。水俣病事件では、必要不可欠で法的に要求されている調査がされない一方、本来必要としない認定審査会が設定されて混乱を引き起こしている。

## ま と め

補償金が払いきれないと考えられた場合、対応の方法は単純に考えて以下の2通りが考えられる。まず、患者の数を何とか減らすことである。これは、通常だったら患者と見なされる患者を、患者として見なさないことを意味する。水俣病事件ではこちらが選択されたことは医学的証拠から明らかである。次に、一人当たりの補償額を減らすことである。相手との話し合いで補償額の単価を下げることである。これを選択した例としては森永ヒ素ミルク中毒事件がある。前者の方が医学的事実を無視する方法であるが、これを「医学的」と言ってしまったために今日の水俣病事件の混乱が引き起こされた。そもそもおよその被害者数がわからねば、補償対策を立てることもできない。水俣病事件で、何度も和解があっても解決しない理由はここにある。

曝露があり他者からも確認可能な関連症状があるのに認定されないのだから、一般住民にとっては到底納得できないものであろう。同じ曝露があり関連症状があるのに、家族内で認定・非認定に分かれてしまい、近所にも同じような認定・非認定に分かれてしまうような現象が頻繁に観察されれば、医師でなくてもこれは非合理的であることがわかる。この非合理を「医学的」と言ったのが環境省・熊本県・鹿児島県等の行政機関ということになる。建前とは全く異なる非合理的判断を独占するために、行政は水俣病問題を「難しい専門的な問題」とした。診断は難しいので専門家にしかわからないとばかりに情報を遮断したのだ。しかし、水俣病の主要症状の診断に専門医の知識が必要でないことは明らかである。長年の水俣病の混乱は、専門家と称する医学者たちが医学的でないものを「医学的」と表現したことにより招かれた。医学・医療が、総体として加害者的役割を担ったのである。

## 文 献

- 1) George, T.S.: Minamata. Pollution and the Struggle for Democracy in Postwar Japan. Harvard University Asia Center, Cambridge, 2002
- 2) 橋本道夫編：第3章 水俣病の原因究明及び発生源確定の過程。水俣病の悲劇を繰り返さないために—水俣病の経験から学ぶもの—。中央法規，東京，p.76-114, 2000
- 3) 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)；11-17, 1988
- 4) 研究と人権問題委員会（水俣病問題小委員会中間報告）：資料集：水俣病問題。精神経誌，99；1142-1153, 1997
- 5) 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
- 6) 研究と人権問題委員会：報告：水俣病問題に関する環境庁長官宛要望書及び環境庁からの回答について。精神経誌，101；316-317, 1999
- 7) 研究と人権問題委員会（水俣病問題小委員会中間報告）：昭和60年医学専門家会議に関する調査資料。精神経誌，101；470-489, 1999
- 8) 研究と人権問題委員会：昭和60年10月15日付「水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見」に対する見解。精神経誌，101；539-558, 1999
- 9) 研究と人権問題委員会：水俣病問題に関するこれまでの委員会活動及び今後の検討課題。精神経誌，102；415-423, 2000
- 10) 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
- 11) 松本 勉：水銀—田中アサヲさんと水俣病—，第2集。草風館，水俣，2005
- 12) 水俣病センター相思社：絵で見る水俣病，改訂版。世織書房，横浜，2004
- 13) 宮井正彌：熊本水俣病における認定審査会の判断についての評価。日衛誌，51；711-721, 1997
- 14) 宮澤信雄：水俣病事件40年。葦書房，福岡，1997
- 15) Yorifuji, T., Tsuda, T., Takao, S., et al.: Long-term exposure to methylmercury and neurological signs in Minamata and its neighboring communities: a population-based study. *Epidemiology*, 19; 3-9, 2008
- 16) Yorifuji, T., Tsuda, T., Takao, S., et al.: Total hair mercury content and neurological signs in Minamata and neighboring communities. *Epidemiology*, 20; 2009 (in press)
- 17) 吉田克巳：四日市公害—その教訓と21世紀への課題—。柏書房，東京，2002