

共通診断書作成にあたって

水俣病共通診断書検討会

文責 原田正純

1. 共通診断書作成の背景

水俣病の正式確認から50年が経過しているというのにその全貌さえ明らかになっていない。実態が明らかでないのにどのような有効な対策が立てられると言うのだろうか。この50年間にわたる行政の怠慢の結果に他ならない。繰り返して指摘するまでもなく、この50年間には患者の苦悩と血の出るようなさまざまな闘いがあった。その一つの到達点として2004年10月の水俣病関西訴訟の最高裁判決があった。

今日まで第三者的な立場をとり続けてきた行政も当事者(加害者)であることが明確になった。当然、従来の姿勢を転換しなければならないにもかかわらず、頑なにその姿勢を変えようとはしていない。さらに、判決は判断条件についても、原告(患者)側の主張を認め環境省の判断条件を超えた。すでに、いくつもの判決や日本精神神経学会人権委員会の答申などで再三指摘されたように、52年判断条件は医学的にも明らかに間違いであったにもかかわらず、環境省は一貫して医学的と抗弁してきた。しかし、行政側の主張は医学的根拠に乏しく最高裁では認められなかったのである。

社会常識からみても、客観的にみても、現在の認定審査会および認定制度は事実上破綻している。ここに至って早急な患者救済を認定審査会に求めることは不可能である。

したがって、現在の認定制度における検診方法、診断の基準を医学的、実態的に検討し、医学的、合理的な検診方法、診断の基準などを自主的に確立し、早急な患者の救済を行うために水俣病患者の診断や治療にかかわってきた医師有志が集まって討論を重ねた。

裁判で確定した病像(判断条件)は2004年10月15日の最高裁判決のほかに、1985年8月16日の第二次水俣病裁判の福岡高裁判決がある。これまで確定した病像論を再度繰り返すのは早急な救済を懈怠し、いたずらに裁判を引き伸ばすことになり、混乱に拍車をかけることになる。2006年4月現在、新しい水俣病申請患者は3800人に達した。これらの患者の早期の救済を目指すことは、行政にとっても有益なことであるはずである。

2. 共通診断書作成の目的

- i) 迅速な救済を図る。現在までに到達した病像論をいたずらに繰り返して、時間の引き延ばし、問題の先送りを避ける。
- ii) 患者の負担とコストの軽減を図る。検診の簡素化で従来の水俣病の診断と無関係な何日もかかる長時間検診を止め、患者の精神的・身体的負担を軽減する。結果的に、行政にとっても高い検診コストの軽減にもなる。

- iii) 公平性を図る。検診の方法、正常・異常の判定、診断基準および診断書の様式を統一して不平等にならないようにマニュアル化する。同時に、それを公表して判定の妥当性を問うこととする。
- iv) 司法救済につなぐ。本人が裁判所に正式な診断書として提出することを望めば活用できることとするが、その使用については患者の自主性にまかせ、拘束しない。
- v) 実態解明に資する。共通の方法と記載によって相互に比較でき実態の解明、被害の全貌を明らかにする作業にも繋がる。

3. 共通診断書の作業手順

- i) 居住場所、居住期間および家族歴を最大限重視する。しかし、認定・未認定、医療手帳、保健手帳などの区別は恣意的なものであること、非指定地区が必ずしも汚染がなかったということではないことなど考慮すること。
- ii) 自覚症状は最大限重視する。しかし、水俣病の判断に関係のない病歴は除く。
- ii) 水俣病の基本的な障害を大脳皮質障害として捉え感覚障害を重視し、検査の方法と異常の判定を統一化した。
- iii) その他の症状の検査も通常の検診を行い、原則として特殊な検査器具を用いない。そのための手法も統一した。
- iv) 診断書を簡素化し、分かりやすいものにした。同時に水俣病の判断と関係のないものは極力除いた。
- v) 以上の目的のために「水俣病に関する診断書作成手順」を作成して、診察の方法や異常・正常の判定基準、記載方法、考え方を明らかにした。
- vi) 四肢末梢優位、口周囲、全身性の感覚障害、二点識別覚障害などすでに裁判において水俣病と認められた所見から水俣病とする診断基準を決定した。さらに、感覚障害のない場合も大脳皮質の障害と考えられる症状がみられる者で他に障害の原因が明らかでない者については汚染の有無によって診断することにした。

4. おわりに

- i) 本診断書は医師各個人の独自性、裁量を拘束するものではない。あくまで最低限の共通の申し合わせである。
- ii) 本診断書はあくまで暫定的なものであって、固定的なものではない。とりあえず福岡高裁判決、最高裁判決の到達点まで早急に救済しようというものである。今後、新しい知見が出れば、当然変わらうものである。
- iii) 本診断基準でもその枠にはまらない水俣病の存在もある。そのことは今後の共通の課題として取り組む。たとえば、小児期・胎児期水俣病の診断基準は必ずしも本基準に該当しない場合がある。
- iv) 医療費、医療手当てなど既存の医療手帳、保健手帳とつながるように努力する。新保健手帳

取得申請に関して提訴や申請をしないことが条件にされていることは権利侵害の疑いがあるため止めるべきである。

- v) 本診断書作成には多くの研究者の業績の積み重ねがある。討論は水俣病共通診断書検討委員会であるが文責は原田正純にある。参考文献、引用文献に関しては後日、まとめて公表する。

付) 判決による病像

- i) 熊本水俣病第二次訴訟控訴審判決 (1985年8月16日判決)

四肢の知覚障害で遠位部優位の手袋・足袋様の知覚障害は、頸椎変形症による場合との判断困難な例がないではないが、極めて特徴的な症状であるので、このような知覚障害の診断所見しか得られない場合も、当該患者の家族に水俣病症状が集積し疫学条件が極めて高度とみとめられれば、右症状が他の疾患に基づくことの反証がない限り水俣病と事実上推定するのが相当であり、高度の蓋然性を以て水俣病と認定できたものというべきである。

審査会における水俣病の認定と前記協定書による補償金の支払いが直結していて、軽微な水俣病症状のものが、水俣病と認定されると補償金の受給の点では必ずしも妥当でない面がある。(略) 昭和52年の判断条件が審査会における認定審査の指針となっていて、審査会の認定審査が必ずしも公害病救済のための医学判断に徹していないきらいがあるのも、前記協定書の存在がこれを制約している・・・

- ii) 水俣病関西訴訟控訴審判決 (2001年4月27日判決)

52年判断条件は、患者群のうち補償金額(1800万円、1700万円、1600万円)を受領するに適する症状のボーダーラインを定めたものと考えべしとし、52年判断条件とは別個に、メチル水銀中毒症によるどの程度の症状について賠償請求が認められるかを検討。

確率的因果関係論(大阪一審)は採用せず。

感覚障害の原因について、主として、大脳皮質が損傷されることにあるという「中枢説」を採用。大脳皮質障害がある場合の大きな特徴を複合感覚(識別感覚)の障害が現れることをあげ、これを確認する方法として、舌先の二点識別覚検査の信用性を認めた。それは、この症状が脳に直結しているとした。他の部位の感覚障害は他の因子が加わる可能性があるとして解釈したのであろう(必ずしもそうではない)。

疫学からみて四肢の感覚障害は、疫学の結果はあくまで一般的にその症状がメチル水銀に起因する可能性が高いということとどまるとし、末梢性の感覚障害が存在するのみでメチル水銀中毒の高度の蓋然性があるとは認定できない。ばく露歴が認められ、同一食生活を送っていた家族内に認定患者が発生している場合は四肢の感覚障害の存在(他の原因でも起こりうるから)のみでメチル水銀中毒患者と認めた(a、b、c)。

- a) 舌先の二点識別に異常のあるもの及び指先の二点識別覚に異常があつて頸椎狭窄などの影響がないと認められた者。
- b) 家族内に認定患者がいて、四肢末梢優位の感覚異常のある者。
- c) 死亡などにより二点識別覚検査を受けていない時は、口周囲の感覚障害あるいは求心性

視野狭窄があった者。

(注) 58人中51人を認定。運動失調、求心性視野狭窄、構音障害、難聴などは慰謝料額に査定。合併症も考慮。

iii) 最高裁判決(2004年10月15日判決)

大阪高裁の事実認定は、判決で示した証拠関係に照らして納得できるに足り、判断も是認できる。