

水俣病の診断および鑑別診断、
共通診断書の意義等に関する意見書

2007年11月4日

神経内科リハビリテーション協立クリニック

高岡 滋

目 次

1. 共通診断書作成に至る経緯	3
被告の主張する水俣病像	3
水俣病認定審査会の水俣病	3
被告および国側の医師の水俣病被害に対する姿勢	4
県民会議医師団の歴史	5
共通診断書の確立	5
2. 共通診断書の特徴	6
共通診断書作成の目的	6
共通診断書の問診・診察の書式、手順	6
共通診断書の診察項目	6
共通診断書の診断基準の優位性	7
共通診断書の優位点	10
共通診断書所見のスコア化（数値化）の試み	11
3. 被告の主張する「鑑別診断」についての検討	13
診断における鑑別診断の意味	13
被告の主張する「鑑別診断論」の意味	14
被告が鑑別を要すると主張する疾患リスト	14
脳血管障害と水俣病の相違	15
全身性疾患および心疾患	17
両側硬膜下水腫	17
眼科疾患	18
顔面感覚異常	18
下肢運動機能異常など	18
上肢運動機能異常など	19
局所感覚障害	19
上下肢機能障害	19
これらは既に個別に鑑別がなされた疾患の列挙である	19
第一陣原告の合併疾患	20
被告の「鑑別診断論」の意味の再確認	22
4. 水俣病における感覚障害の特徴	23
5. 現在、与党と被告が検討している「救済策」のもつ医学的問題	26
引用文献	31

1. 共通診断書作成に至る経緯

被告の主張する水俣病像

被告は、自ら何をもって水俣病とするかを、裁判の中では示してこなかったとのことである。しかし、裁判所の外では、いわゆる昭和 52 年判断条件を水俣病認定基準という前提で、2007 年 3 月に水俣病認定審査会を再開している。したがって、被告の主張する水俣病は、実質的に水俣病認定審査会が水俣病と認定するものということになる。

水俣病を審査する水俣病認定審査会は、水俣病か否かの判断基準を昭和 52 年判断条件としているが、この昭和 52 年判断条件は医学的基準ではないことが明らかになっている。それは、精神神経学会・研究と人権問題委員会の「昭和 52 年判断条件に対する見解」¹⁾、および「昭和 60 年の医学専門家会議の意見に対する見解」²⁾で明らかにされている通りである。

水俣病認定審査会の水俣病

各地の水俣病認定審査会は、昭和 52 年判断条件に基づく水俣病か否かの判断を行ってきたことになっているが、実際の水俣病認定審査会が審査してきた水俣病は、昭和 52 年判断条件よりはるかに狭い範囲に水俣病を限定するものであり、そのことを証明するデータが存在する。

ひとつは、姫路獨協大学の宮井氏の研究³⁾である。以下、その論文の結論の部分である。

1981 年以前に熊本大学医学部の精神神経科教室が診察し、1975 年から 1981 年までの認定審査会で審査を受けた患者(3,870 例)について、当時の健康障害の状況を記述するとともに症状の出現の頻度について検討し、さらにこの認定審査会の判断の結果と現行の認定基準を再構成し本データに当てはめて得られた結果とを比較することによって、審査会の判断を評価した結果以下の知見を得た。

- 1) 審査会による認定は 340 例であり、認定の割合は 8.8%であった。
- 2) 現行の認定基準を用いて著者らが考案した論理演算式を満たした例は 947 例(満足の割合 27.9%)であり、認定審査会による認定の 340 例(認定の割合 8.8%)とは隔たりを認めた。
- 3) 審査会の決定と論理演算式の結果とを比較したところ、両者は合致するものではないことを示した。このことは環境庁が示した現行の認定基準に論理的に従えば認定されるはずであった症例が実際には大幅に認定洩れとなっていることを示唆するものと考えられる。

また、現在熊本県水俣病認定審査会の副会長を務めている内野誠氏のデータは、もっと生々しいものである。内野氏は、非認定患者と認定患者の神経症候の追跡調査をおこない、翌平成 11 年(1999 年)に、「水俣病像の推移：認定検診における神経症候の分析」と題して報告をしている。その要約は以下のようなものである⁴⁾。(アンダーラインは筆者による)

我々は慢性水俣病の臨床像を把握するために、1976年～1994年に熊本県で行われた検診の認定審査会資料を基に、水俣病認定患者群と非認定者群の生活歴、自覚症状、神経症候の出現頻度および臨床像の推移について比較検討した。認定患者群と非認定者群の年齢、職業、喫食、自覚症状に有意差は認められなかったが、居住地では認定患者群の76%が水俣市、津奈木町であったのに対し、非認定群では48%であり、それ以外の地域が52%を占めていた。神経症候に関しては、非認定者群においてその出現頻度はやや低いものの認定患者群の有する視野障害、聴力障害、協調運動障害、起立歩行障害、手袋靴下型の触覚・痛覚障害、振動覚障害を高率に有していた。この頻度は非水銀汚染地区の一般高齢者の神経症候の出現頻度に比べはるかに高率であった。神経症候出現頻度の経時的な推移では非認定者群において前期(1976年～1985年)群に比べ後期群(1986年～1994年)で減少傾向にあった。複数回受診者の検討では認定患者群、非認定者群とも上記神経症候の多くは終診時に増加傾向にあったが、下肢協調運動障害が認定患者群で増加、非認定者群で減少した点は特異であった。今回の結果は有機水銀汚染地区の検診受診者の多くが認定、非認定にかかわらずいくつかの神経症候を有しており、感覚障害等の客観的評価が難しい神経症候のみでは水俣病の臨床診断を行うことが益々困難になっていることを示唆するものと思われた。

非認定者群においても視野障害、聴力障害、協調運動障害、起立歩行障害、手袋靴下型の触覚・痛覚障害、振動覚障害を高率に有しており、その頻度は非水銀汚染地区の一般高齢者の神経症候の出現頻度に比べはるかに高率であったことは、これらの群もまた水俣病患者から構成されていたことを示している。これまでの認定審査会の切り捨ての実態に関する、当事者からの直接的な証拠である。

それにも関わらず、内野氏は水俣病認定審査会の委員と言う立場を考慮してか、認定者のみが水俣病という立場から、「水俣病の臨床診断を行うことが益々困難になっていることを示唆する」という、驚くべき解釈をおこなっているのである。

被告および国側の医師の水俣病被害に対する姿勢

水俣病診断総論で、被告が、汚染地域において当然なされるべき調査をおこなってこなかったことについて述べたが、前項で紹介した内野氏ら認定審査会メンバーを含む国側の医師も被告の姿勢と軌を一にするように、メチル水銀汚染地域の多数の被害に対して、「専門家」として当然求められる医学的、公衆衛生学的考察、実践をしてこなかった。このことは、水俣病の被害の現場の事実をみようとしない、調べようとしない、対策をたてようとしないことからいえることである。(今後、この意見書の中で「国側の医師」と述べるのは、国や行政の業務に携わってきた医師のなかで、公式に昭和52年判断条件を支持している医師のことである。)

被告は、この裁判において、自ら、地域や住民、患者を調査しないという不作為行為によって汚染情報を最小限にしておきながら、情報が不足しているという理由で水俣病を否定しようとしているが、国側の医師の不作為行為もそれ同じ姿勢といえる。

県民会議医師団の歴史

国の水俣病患者切り捨ての姿勢に対して、熊本水俣病第一次訴訟（1969年6月提訴）を支援することを目的として、1971年1月17日、「公害をなくする県民会議医師団」が結成された。県民会議医師団は、設立以降、1995年の水俣病の政治解決までに1万名を超える八代海沿岸汚染地域の住民検診をおこない、2004年10月の最高裁判決以降も住民の求めに応じて、3500名以上の検診をおこなってきた。

これまで、水俣病裁判において、県民会議医師団は原告側の診断書作成などに関わってきたが、水俣病に対して国側の医師が必要な診療・研究をおこなわないなかで、いったん救済問題を離れて、中立的な医学的真実を明らかにするために、桂島検診⁵⁾などの調査・研究をせざるをえなかった。このような過程において、水俣病の真の病像を確立する上で重要な貢献をしてきた。

共通診断書の確立

これまで、水俣病患者の支援、医学的追求めは、県民会議医師団に所属しない医師によっても、おこなわれてきた。水俣病関西訴訟における最高裁判所の判決を受け、水俣病認定審査会および昭和52年判断条件に代わる水俣病の診断基準および診断手順の提示が必要となった。2006年4月、水俣病患者の診療および研究を現場でおこなってきた医師らによって、これまでの司法判断と、蓄積されてきた水俣病における医学的知見をもとに、水俣病として救済されるべき範囲を決定する医学的判断と手法の基準として、共通診断書⁶⁾を確立した。

2. 共通診断書の特徴

共通診断書作成の目的

共通診断書作成の目的は、「共通診断書作成にあたって」に記載されているとおり、() 迅速な救済を図る、() 患者の負担とコストの軽減を図る、() 公平性を図る、() 司法救済につなぐ、() 実態解明に資する、という5点にある。

これまで述べてきたように、共通診断書は、水俣病患者の診断および救済に背を向けてきた被告および国側の医師の代わりに、これまでメチル水銀汚染地域の現場で患者を診療してきた医師らが、水俣病の救済に役立つ医学的診断を目的として、作成したものである。

当然、医学の世界においては知識とデータの集積により、診断、治療が変化、進歩していくということはありうる。そのような点は考慮しつつ、現時点で水俣病を現場で実際に診療、研究してきた医師らが合意できる点を検討し、患者の救済に生かしていくという趣旨であった。

共通診断書の問診・診察の書式、手順

被告が提出した第3準備書面では、医師団の問診および診察方法について、さまざまな異議をとнаえている。しかし、共通診断書の問診項目は、通常の診察カルテと比較して詳細な項目からなっており、メチル水銀曝露を推定する上十分なものとなっている。居住歴、職歴、魚介類摂取状況、家族歴、自覚症状は、行政が保健手帳申請に使用する様式にならって、それを更に補強したものとなっているのである。被告の主張は、ためにする議論といわざるを得ない。

また、神経所見について、「その結果を導くに当たっての判断過程や理由などは全く記載されていない」と述べている。ところが、それぞれの判断基準については、「水俣病に関する診断書作成手順」に記載されている。神経学的な診察手順はすでに医学的に確立されているものであり、共通診断書ではその確立された診察手法に加えて水俣病独自の判断基準の補足をおこなったものである。診察手法が確立しているものであるがゆえに、細かい過程や理由などを一つ一つもれなく記載することは、特異な症候に対するコメントを除けば、通常の医学的診察の場面では、ありえないことである。このようなことが主張できるのは、実際の神経学的診察方法についての知識が被告に欠けていることを示している。

共通診断書の診察項目

水俣病が中枢神経系を障害し、神経系の所見がもっとも出やすいことから、共通診断書の診察項目の書式は、神経学的診察を中心に作られている。

通常、どの神経学的診察の教科書^{7),8),9)}を見ても、神経学的所見は、意識状態・精神状態・高次脳機能、脳神経領域、運動機能、反射、感覚機能、自律神経機能、その他、の所見からなっている。共通診断書においては、これらの各機能のうち、水俣病で重視されるべき、脳神経領域で視野狭窄、聴覚障害、構音障害の欄、運動機能で、

失調、筋力、筋萎縮、不随意運動の欄、 感覚機能で、表在感覚として触覚・痛覚、舌、手指の二点識別覚の欄を設けている。その他の項目については、水俣病の診断に関わると考えられる場合に、「その他の精神身体所見」にその所見を記載することになっている。たとえば、 の項目に属する意識状態などが不良であれば、他の項目の判断にも関わってくるが、それは、「その他の精神身体所見」に記載される。

ほとんどの項目については、通常の教科書による診察方法と同じであるが、表在感覚障害、二点識別覚については、全身性感覚障害と四肢末梢優位の感覚障害をみるための手順を「水俣病に関する診断書作成手順」に、より詳しく記載している。同様に、通常の方法では判断基準が曖昧になりがちな、視野狭窄、上肢、体幹の失調についても、おおよその判断基準を示している。比較的軽症の水俣病の症候においては、これらの所見は、微妙な異常や変動を示すことが少なくないが、そのような診察所見こそ、機械を用いるような方法ではなく、医師の取る総合的な所見が役立つのである。

共通診断書の診断基準の優位性

共通診断書の診断は、魚介類を介したメチル水銀の曝露歴があり、以下の条件を満たすものとされている。

- A. 四肢末梢優位の表在感覚障害を認めるもの。
- B. 全身性表在感覚障害を認めるもの。
- C. 舌の二点識別覚の障害を認めるもの。
- D. 口周囲の感覚障害を認めるもの。
- E. 求心性視野狭窄を認めるもの。
- F. 上記 A～E に示す身体的な異常所見を認めないものの、魚介類を介したメチル水銀の濃厚な曝露歴があり、メチル水銀によるもの以外に原因が考えられない、大脳皮質障害と考えられる知的障害、精神障害、または運動障害を認めるもの。

これらの項目のうち、診断基準 A～E の各項目は、水俣病を診断する上で、特異度の高い項目である。診断基準 A の四肢末梢優位の表在感覚障害を認めるものとして多発神経炎がありうる。水俣病では、自覚的に脱力を訴える率は高くとも、運動性ニューロパチーのように、他覚的に明確な脱力を認めるのは重症例のみである。従って、類似した症候を示す多発神経炎としては、純粹感覚性ニューロパチーがありうるが、それに該当するものとしては重症の多発神経炎タイプの糖尿病性末梢神経障害があるにしても、それ以外には鑑別疾患は少ない。

ハリソン内科学書¹⁰⁾の多発ニューロパチーの項目である「表 377-3 全身性疾患に伴う多発ニューロパチー」のなかで、このような感覚性ニューロパチーが「ときに」みられるものとして、ビタミンB12 欠乏性ニューロパチー(ニューロパチーよりも脊髄障害が前面に出る)、慢性肝疾患(通常は軽症か症状なし)、HIV感染、ライム病、多発性骨髄腫などが挙げられ、

「まれな」ものとして、甲状腺機能低下症、真性多血症、原発性胆汁性肝硬変などが挙げられているが、これらは、四肢末梢の感覚障害よりも、その疾患による他の症候が主訴となって受診することがほとんどであり、診断も鑑別も容易である。「表 377-4 薬物や環境毒物と関連する多発ニューロパチー」においては、薬剤は限定されており、医師にとって鑑別は容易なものである。

「表 377-6 感覚性ニューロパチー」では、薬物としてあげられているピリドキシンを大量服用の少数例の報告があるが、それらは確認できることが多く、シスプラチンやタキソールなどの抗腫瘍薬の投与は特徴的であり判断可能である。腫瘍随伴性といわれているもの、異常蛋白血症などは腫瘍による症状が出現し、シェーグレン症候群は関節痛や口や眼の乾燥が出現する。急性感覚性ニューロパチーも、発症様式が異なるだけでなく、頻度が低い。慢性失調型ニューロパチーも表在感覚よりも深部感覚障害が著明という特徴があるが、これもまた頻度の低い疾患である。これら急性感覚性ニューロパチーや慢性失調型ニューロパチーは本態性のものとして掲げられているが、膠原病などに合併することが多い。

「頻度が低い」と述べているのは臨床上頻度の低い疾患を無視してよいと主張しているのではない。診断をしていく上で、頻度の高い疾患を優先的に診断候補としてあげていくのは医学診断の基本であり、頻度の高い疾患を無視してはならないという意味で述べているのである。

また、これら多発ニューロパチーは、四肢末梢性の感覚障害をきたすという点では水俣病と類似しているが、水俣病と違って、腱反射の低下がみられ、感覚障害の境界が比較的明確であることから鑑別がつくほか、急性または亜急性のものが多い。このように、診断基準 A は、特異度も高いが、感度も高い。

診断基準 B の全身性表在感覚障害を示すものも特異度が高い。水俣病においては、四肢末梢の感覚を担当する部分の脳細胞のみならず、体幹部の感覚を担当する部分の脳細胞も障害されていると考えられるが、診断基準 A より重症例で確認することができるという傾向がある。全身性表在感覚障害を示す類似疾患は極めて少ない。全身性無痛症というものがあるが、この疾患では触覚は保たれており、鑑別は容易である。

診断基準 D の特異度が高いことは議論を待たない。衛藤意見書では、三叉神経感覚性ニューロパチーを持ち出しているが、そもそもこの疾患は頻度が低く、通常、神経内科の外来でお目にかかることが非常に少ない疾患である。しかも、シェーグレン症候群などの膠原病に合併したもの以外では、両側性に障害が出現することまれであり、その診断は容易である^{11),12)}。水俣病と異なり、発症が比較的急性で、障害範囲が明確であることから、たとえまれな疾患であったとしても、水俣病と間違えることはまずない。被告がこのような疾患を持ち出すことしかできないくらい、口周囲の感覚障害は特異的な症候といえるのである。

診断基準C舌の二点識別覚の障害についてはカットオフ値によって感度、特異度が異なるが、共通診断書における正常値を用いても、診断基準Aと比較すると感度は劣る。しかし、舌の感覚障害をきたす疾患が少なく、特異度は高いといえる。

診断基準E求心性視野狭窄についても、「水俣病診断総論」¹³⁾で述べたとおり、同様の症候をきたす疾患は限られており、特異度が高いといえる。

このように、診断基準A～Eは特異度の高い項目から構成されている。被告は、第3準備書面で、共通診断書の診断基準が特異度を高める過程がないと主張しているが、これは、上記のような医学的見解に対する無知に基づくものである。その証拠に、次の章で述べるように、被告らは、水俣病と鑑別すべき疾患として37症例を挙げているが、そのうち診断基準Aと同様の症候を起こしうる疾患は、多発神経炎タイプの糖尿病性末梢神経障害、ただひとつである。

なお、被告は、第3準備書面で、「四肢末梢優位の感覚障害と全身性感覚障害が矛盾する」という趣旨の意見を述べているが、水俣病の感覚障害が、手足の先にしびれ感から始まり、次第に拡がり、口周囲、身体全体に及ぶことが多いことについては、私たち医師団も国側の医師も一致しており、議論の余地はないのである。既に証拠として提出してある内野誠氏と荒木淑郎氏共著の論文にある水俣病認定患者の感覚障害の分類を紹介する(図1)。¹⁴⁾

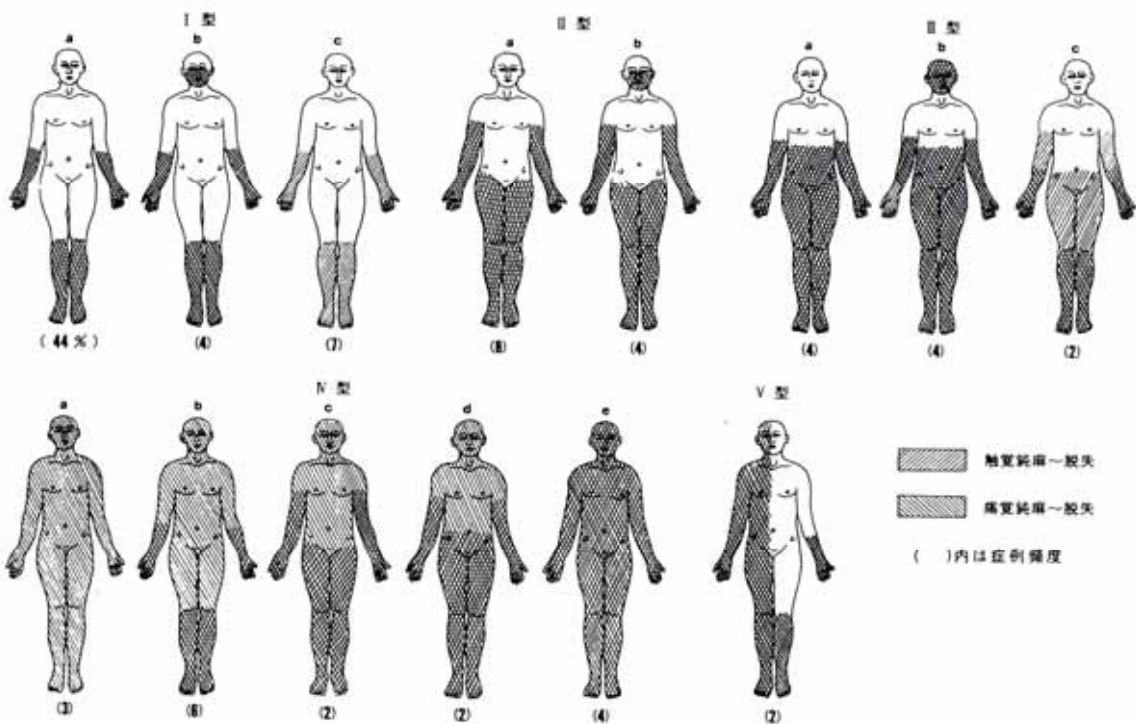


図1. 内野・荒木の論文に掲載された「表在感覚障害パターン」¹⁴⁾

また、内野氏が、認定審査会資料にもとづいて報告した水俣病認定申請者の触覚および痛覚検査の結果⁴⁾をみても、水俣病認定申請者および認定患者に、「四肢末梢優位の感覚障害」、「全身性感覚障害」、「四肢末梢優位の感覚障害+全身性感覚障害」のいずれを示すタイプも存在することが示されている（図 10、図 11）。

この水俣周辺地域において、現実に、四肢末梢優位の感覚障害を示す患者・住民が数万人確認され、全身性感覚障害を示す患者・住民も万にのぼることが推計される。被告の主張は、水俣病公式確認後 51 年が経過した現在もなお、世界に名の知れた水俣病をかかえる日本における環境行政が、水俣病の病態についてのごく初歩的な知識も認識も欠如したまま行われていることを示しており、驚くべきことといわざるを得ない。

共通診断書の優位点

このように、診断基準が特異性の極めて高い所見でまとめられているのが共通診断書の第一の優位点である。

第二の優位点は、この診断書書式が多重構造を有しているということである。第一の優位点である 特異性の高い診断基準に加え、 自覚症状、 A～F の診断基準にかかわる項目以外の診察所見が数多く含まれている。汚染された魚介類を摂取したという曝露歴と自覚症状だけで、臨床的に水俣病の確からしさは十分推定できる。診断基準に一つしか該当しない患者であっても、患者の多くは他の疾患ではみられない多彩な症状を有している。「水俣病診断総論」でも述べたように、水俣病では感覚障害、視野狭窄、運動障害などを反映した水俣病に特異的な症状と、不定愁訴などの非特異的のいずれの愁訴も多く認められる。

この共通診断書の診断基準には、ハンター・ラッセル症候群を構成する症候のうち、運動失調、構音障害、聴力障害が入っていない。しかし、診断書には、それらの所見を記載するようになってきている。これは、私たち医師団が、診断基準に該当する項目で、単に水俣病であるかどうかを見て終わり、ということではなく、水俣病の症候を比較したり、症候の推移を観察したり、共通診断書の精度自体をみていく上で、症候を全体的に把握することが役立つことを重視しているからである。この多重構造を持つことによって、診断書の信頼性を高めていくことができる。

のちにその検討の一部を示すが、これまで作成された 500 名以上の共通診断書のデータをもとに検討してみたところ、自覚症状と診察所見との強い相関があることが判明している。また、診断基準にない、聴力障害、構音障害、失調など、診断基準 A～E と比較するとやや特異度が低い症候も、該当する診断基準の数と相関を示すことがわかってきた。このことは、共通診断書の診断項目に運動失調、構音障害、聴力障害などの項目が含まれていなくとも、共通診断書の診断項目 A～E の存在によって、それらの症状を有するものが一定程度反映されることを示している。

被告は、われわれの診断に対して疑義を唱えているが、県民会議医師団は、長年の患者や医師団に対する圧力や中傷にもかかわらず医学的真実を追究し、患者の診断と治療をおこなってきた。今なお、裁判所に対して、堂々と自らの所見を提出し、判断を受けるという姿勢そのものが信頼性の証である。このように、この診断書が裁判所に提出される場合、判断基準も不明確で密室で行われてきた水俣病認定審査会とは異なり、共通診断書はこれらの優位点に加えた信頼性をもつことになる。

共通診断書所見のスコア化（数値化）の試み

水俣病の症候は、軽微なものから重症のものまで連続的な分布をとっている。自覚症状の重要性および軽症の症候も意味を有していることを確認するために、共通診断書の症候をスコア化した。点数をつけること、あるいはどのような点数化をおこなうかについては、是非の意見もありうるので、一つの試みとして示してみたい。

スコア化の方法

自覚症状・・・いつもある(3点)、時々ある(2点)、昔あったが今はない(1点)、今も昔もない(0点)

診察所見・・・脳神経(3項目、合計12点)：認める(4点)、疑う(2点)、認めない(0点)
失調(9項目、合計18点)：認める・不能(2点)、疑う・不安定(1点)、認めない・異常なし(0点)

感覚障害(4項目、合計16点)：口周囲(あり4点、疑う2点、なし0点)、全身性(あり4点、疑う2点、なし0点)、舌二点識別(>15mm4点、15mm3点、10-12mm2点、5-8mm1点、0-4mm0点)、四肢末梢(肩・股関節4点、肘・膝関節3点、手・足関節2点、手足指1点、なし0点、16段階)

568名に関して自覚症状スコアと神経所見スコアを比較したところ、失調に関する症候においては図2にみられるような結果、症候全体においては図3のような結果が出た。個人差等により同じ障害でも自覚症状にばらつきが存在するのは当然のことであるが、共通診断書に基づいた自覚症状と神経所見に高い相関性がえられていることは、医師団の診断書が信頼に足ることを示している。

また、図2、図3は、水俣病の症候が連続的な重症度分布をとっていることを明確に示している。これまで国側の医師は多くの患者を感覚障害一症状のみ有しているという理由で棄却し続けてきた。しかし、実際には、失調を含めて、水俣病の症候は連続的な重症度分布をしているのである。このように、共通診断書は、これまで明らかにされてこなかった水俣病の病態を見出すためにも有効であることがわかる。

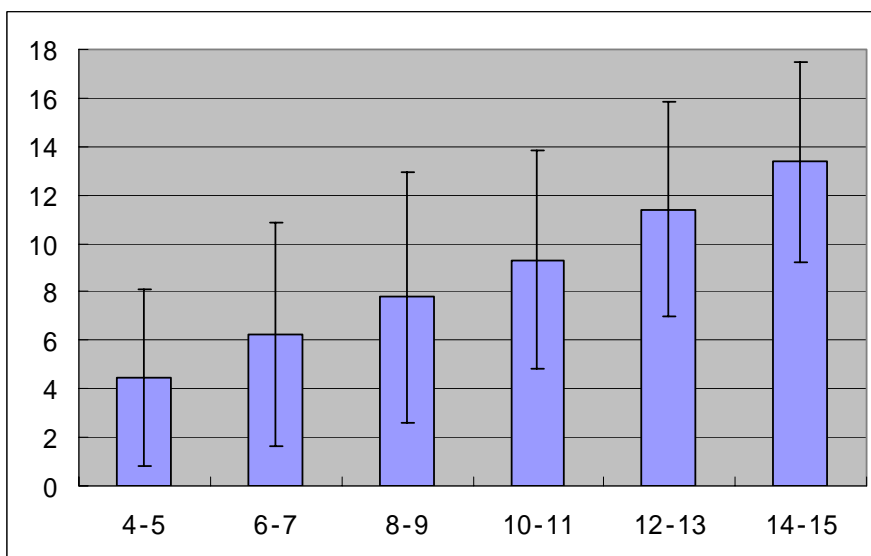


図2. 共通診断書による「失調」の自覚症状スコアと診察所見スコアの比較試行(568名)
(横軸が自覚症状、縦軸が神経所見)

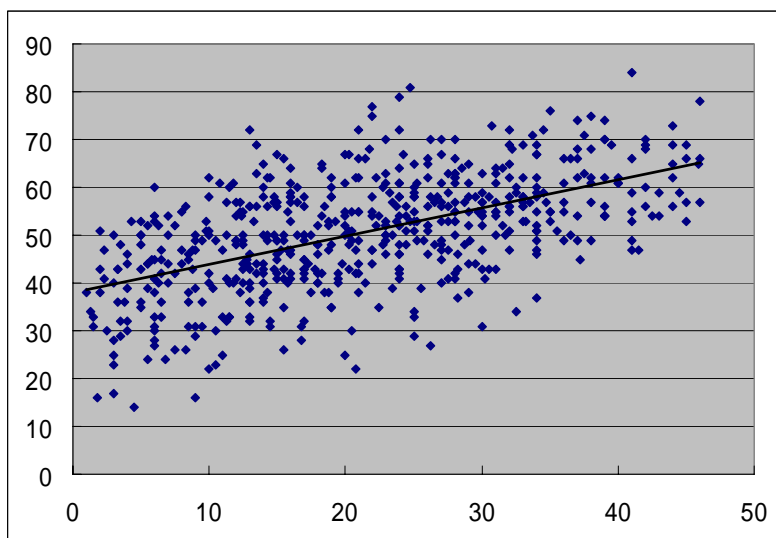


図3. 共通診断書による総合的な自覚症状スコアと診察所見スコアの比較試行(568名)
(横軸が神経所見、縦軸が自覚症状)

3. 被告の主張する「鑑別診断」についての検討 診断における鑑別診断の意味

一般的に、疾患をみたときにその疾患の原因を診断する手順が必要なことはいうまでもない。鑑別診断は、症候の類似した疾患が複数存在する場合、原因疾患を確定させていく手順のことである。衛藤氏がパーキンソン病とメニエール病の診断基準を示し、鑑別診断の項目があることを指摘しているが、これは、津田敏秀氏が指摘している「原因が既知の疾患と未知の疾患の違いを認識していない」誤り以外に、実際の臨床場面での診断基準の運用方法に関する知識が欠落しているといわざるを得ない。

例えば、パーキンソン病患者では、鑑別診断に「脳血管障害のもの」という項目があるが、脳血管障害があったら、一律にパーキンソン病が否定されるわけではないのである。実際には脳血管障害とパーキンソン病が合併すると診断されることもあるのである。鑑別診断と書いてあるのは、脳血管障害があったら一律にパーキンソン病ではないといているのではなく、脳血管障害があるとき、脳血管性パーキンソン症候群とパーキンソン病のどちらであるかについて鑑別診断をおこなうことを求めているにすぎない。衛藤氏のような運用方法をおこなうとするならば、脳血管障害とパーキンソン病を合併した患者に対して、抗パーキンソン剤による治療が必要であるにもかかわらずそれを行わない、あるいは行ってはならないということになってしまう。

メニエール病の診断基準で、除外診断として、「・・・の症候をきたす中枢性疾患、ならびに原因既知のめまい、難聴を主訴とする疾患が除外できる」とされているのは、メニエール病については、原因と症候との関連が未知な部分が多いため、既知の他疾患の蓋然性のほうが高い場合にメニエール病を否定するという手順をとっているだけのことである。（これは津田氏の指摘の通りである）

このように、その疾患の原因や性格との関連で、診断基準といえども指針として存在するものもあれば、組合せや症候群の数で診断していくもの（全身性エリテマトーデスなど）も存在するのである。診断基準の構成要素は、疾患の原因が未知か既知か、生物学的な病因に対して通常の臨床的手段によってどの程度アプローチできるのか、いかなる臨床的要素によって一つのカテゴリーと認識されるに至ったのか、などによって異なってくるのである。

数十年にわたって、汚染拡大に対する行政の防止策なしに地域全体にメチル水銀汚染がひろがり、（現在の認定患者、医療手帳や保健手帳保持者の数からも分かるように）2万人以上の人々が感覚障害を訴え医師が確認しているということは、この地域のメチル水銀による健康影響（＝水俣病）が、他の一般の疾患よりはるかに高い率で広がっていることを示している。このような疾患における鑑別診断においては、除外診断的な鑑別診断が通用しないのは当然のことである。他疾患の存在により「もっぱら、他の疾患によるといえる場合」のみ、水俣病は否定されるのであり、水俣病の特異的な症状により、多く場合、他疾患の存在により水俣病が隠されることはないということを指摘しなければならない。

被告の主張する「鑑別診断論」の意味

被告の鑑別診断論は、一般論的に「他にも病気があるかもしれないから」否定するというやり方に終始している。それは、これまで一貫して国側の医師がとってきた態度でもある。水俣病認定審査会が水俣病患者を棄却する際、患者の有する症状が、「水俣病ではなく、もっぱら他疾患による」ということを示してこなかった。このことは、被告および国側の医師がみせかけの鑑別診断論を掲げながら、事実上、医学・医療上必要とされる鑑別診断を放棄してきたことを意味している。

被告が鑑別を要すると主張する疾患リスト

被告は、鑑別を要する既往症のリストを挙げてきたが、これらを疾患分類別に並べ替えると、表1のようになる。

表1. 被告が主張する要鑑別疾患リスト(本文中に記載してある No. は省略)

分類	No.	既往症
脳血管障害	** ** ** ** **	一過性脳虚血発作 脳梗塞(左後頭葉) 脳梗塞(両側内包) 脳梗塞 もやもや病
全身性疾患	** ** ** **	高血圧症 糖尿病 高脂血症 睡眠時無呼吸症候群
心疾患	** ** ** ** **	虚血性心臓病、心臓病 心筋梗塞 狭心症 僧帽弁閉鎖不全症、弁膜症、大動脈弁閉鎖不全症 心房細動、不整脈
頭蓋内神経疾患	**	両側硬膜下水腫
眼科疾患	** ** ** **	糖尿病性網膜症 高眼圧症、緑内障 網膜色素変性症 眼底出血
顔面機能異常	**	両側鼻腔蓄膿症術後
下肢運動機能異常	** ** ** ** ** ** ** ** ** ** **	膝関節痛、腰痛、変形性関節症 前立腺癌術後、放射線治療後 慢性関節リウマチ 腰部脊柱管狭窄症、腰椎すべり症 腰椎ヘルニア 腰椎圧迫骨折 HTLV-1 関連脊髄症 腰椎症性神経根症 左下肢神経損傷

上肢神経機能異常	**	手根管症候群
	**	左手関節部骨折
	**	左正中神経・尺骨神経障害
	**	頸椎症性神経根症
	**	左肩関節周囲炎
局所感覚障害	**	骨膜炎術後
	**	帯状ヘルペス
上下肢神経障害	**	変形性頸椎症

これらは、既に提出した各共通診断書において、全て水俣病との鑑別診断が終了し、「第一陣原告の原告番号1乃至30の各原告が水俣病に罹患していることに関する個別原告意見書」および「第一陣原告の原告番号31乃至50の各原告が水俣病に罹患していることに関する個別原告意見書」によってそれを補足説明した疾患である。また、その鑑別点のほとんどについては、「水俣病診断総論」で述べている。

この疾患リストは、水俣病の症候と少しでも重複する部分がある疾患をただ列挙したのみであり、通常鑑別が問題にならないものも数多く含まれており、医学的見識のないものが作成したとしか考えられない。被告は、医師団の診断に異議があるのであれば、これら3つの意見書に述べられた鑑別について具体的に述べるべきであるにも関わらず抽象論に終始しており、そもそも鑑別とは何なのかを理解しているのか非常に怪しいといわざるを得ない。

とはいえ、より包括的に鑑別について述べ、同時に被告の有する問題点も浮き彫りにしていきたい。ここでは、神経内科分野でよく用いられている以下の教科書の内容を紹介しながら述べてみたい。

- ・ 文献A. 田崎義昭・斉藤佳雄著、坂井文彦改訂「ベッドサイドの神経の診かた」改訂第16版 南山堂 2006年⁷⁾
- ・ 文献B. 水野美邦編著「神経内科ハンドブック 鑑別診断と治療」第3版 医学書院 2002年⁸⁾
- ・ 文献C. 平山恵造監修「臨床神経内科学」改訂5版 南山堂 2006年⁹⁾

脳血管障害と水俣病の相違

神経疾患では、脳梗塞を挙げているが、脳梗塞では、発症様式として、現在の慢性水俣病のように潜行性の感覚障害を主な症状として発症することはほとんどなく、症状の発現は急性または亜急性であり、慢性水俣病と比較するとはるかに時間経過が早い。また、若年発症は少なく、多くの症例では発症時期からも鑑別が可能である。

また、小脳テントより上部（中脳より上の部分）の脳梗塞で感覚障害や視覚障害が起こる際、通常半側性に症状をきたすのであり、両側性に同時にきたすことはきわめて稀であり、ましてや四肢末梢性に障害をきたすことはほとんどありえないといつてよい。また、小脳テントより下部（中脳、橋、延髄）において脳梗塞が起きる際は、両側性の障害をき

たしうるが、これら脳幹部と呼ばれる部分は、非常に狭いところに様々な機能を有する神経細胞と神経線維が密集している部位であり、慢性水俣病のような四肢末梢性感覚障害や全身性感覚障害が起こるようであれば、著明な運動麻痺、脳神経障害、意識障害などを合併するため、水俣病と間違ふことない。

被告は、脳梗塞について、「全身の感覚障害，運動失調，平衡機能障害，歩行障害，視野狭窄，構音障害，聴力障害，味覚障害，嗅覚障害，筋力低下をきたしうること。」と述べている。しかし、上述のごとく、全身の感覚障害が脳梗塞で起こる頻度は非常に低く、特に全身あるいは四肢末梢の感覚異常を訴えることはほとんどないといつてよい。「全身の感覚障害」を脳梗塞と鑑別すべき症候の最初に挙げること自体が極めて異常である。文献Aの表20-3~5(p.367~369)、文献Bの表5-3-a~b(p.501~504)には、様々なタイプの脳梗塞と症候の関係が記述してあるが、脳梗塞の症候をみるときに半側症状を重視していることがよくわかる。脳梗塞を含む脳血管障害についてそれぞれの文献で記述した部分、文献Aでは「20脳卒中における診断のすすめかた」(p.357~387)、文献Bでは「5章診断と治療 1脳脊髄血管障害」のうち脳血管障害について記述したA~G(p.498~564)、文献Cでは「神経疾患各論 2脳血管障害」(p.242~260)のどれを見ても、「全身の感覚障害」を示唆する記述はない。

脳血管障害も、両側性の障害をきたしていれば、全身の感覚障害は起こりうる。しかし、たとえ両側内包の障害であったとしても、純粹に左右対称性の四肢末梢性感覚障害をきたすことはまずないといつてよく、しかも感覚、運動などの症候に左右差がある場合、出現時期に左右などの部位の差がある場合がほとんどであり、水俣病との鑑別は問題にならない。

両側性の脳血管障害で左右均等の症状が出現しうるものとして、ピンスワンガー型白質脳症などのように大脳白質が両側性に徐々に障害されて発症するタイプの脳梗塞も存在するが、これらは、感覚の障害ではなく、歩行障害や知能低下などが主として先行して発症するのであり、潜在的な感覚障害が存在したとしても、患者が他の症候をさておいて感覚障害を主訴とすることはまずないといつてよく、水俣病との相違は明らかである。ピンスワンガー型白質脳症に関する文献Bの記述をみても、「Lacunar stateに類似し、両側不全片麻痺、小刻み歩行、平衡障害(後方へ倒れやすい)、知能低下、痴呆、前頭葉徴候、固縮または痙縮、深部腱反射亢進、動作緩慢、パーキンソニズム、排尿障害(最初は頻尿)などを呈する」(文献B, p.539)とあり、感覚障害に関する記載はない。

脳出血やくも膜下出血については、ほとんどの場合急性であり発症様式が異なっているほか、責任病巣、症候などから脳梗塞と同様に水俣病との鑑別は容易である。

また、被告は、脳血管障害の特徴として、「全身の感覚障害」のほか、「運動失調，平衡機能障害，歩行障害，視野狭窄，構音障害，聴力障害，味覚障害，嗅覚障害，筋力低下をきたしうること」と症候を羅列しているが、脳梗塞の症候は、慢性水俣病のように、これら列挙された諸症候が徐々に平行して起こってくるのではなく、脳梗塞の発症部位によ

って特徴的な症候を示すのである（文献A，表20-3～5，p.367～369）。例えば、前頭葉であれば運動麻痺、頭頂葉であれば感覚障害、後頭葉であれば視野障害や認知障害、内包であれば感覚や運動の障害などがみられたりする。また、聴覚中枢のある側頭葉の障害でも片側性障害の場合は聴力障害を起こしにくいといわれている。このような特徴から、脳梗塞と水俣病の鑑別は、医師にとって容易なものといえる。

被告は、左後頭葉の梗塞について挙げているが、左後頭葉の梗塞でおこしうる視野障害は同名半盲と呼ばれるもので、求心性視野狭窄とはまったくことなるものであり、ここでことさら述べる必要もないものである（文献A. 図12-1, p.202）（文献C. 図-8-6, p.67）。また、一過性脳虚血発作も症候が出現して24時間以内に消失するのであり、そもそも鑑別すべき疾患として挙げるという態度そのものが問われるべきであろう（文献A, p.379-382）。もやもや病については、小児発症では脳虚血にもとづく症候を示し、成人発症ではくも膜下出血や脳出血を起こすことが比較的多いといわれているが、それらを発症しなければそもそも問題にならないし、発症したとしても、鑑別は容易である（文献B. p.555-556）。

全身性疾患および心疾患

被告は、「脳梗塞（または、脳梗塞をはじめとする各種疾患）の原因となり、全身の感覚障害、運動失調、平衡機能障害、歩行障害、視野狭窄、構音障害、聴力障害、味覚障害、嗅覚障害、筋力低下を来たしうる」疾患として、全身性疾患（高血圧症、高脂血症、睡眠時無呼吸症候群）と、心疾患（虚血性心臓病、心臓病、心筋梗塞、狭心症、僧帽弁閉鎖不全症、弁膜症、大動脈弁閉鎖不全症）を挙げている。しかし、いくら合併症を起こしうるとはいえ、症状が出現してもいないものを列挙すること自体が間違っている。百歩譲って、脳梗塞を発症していたとしても、診断総論および前項で述べたとおり、水俣病との鑑別は容易である。

また、「脳出血をはじめとする各種疾病の原因となる他、感覚障害、筋力低下、眼球運動障害を来たしうる」疾患として糖尿病を挙げている。「感覚障害」のなかで、四肢に感覚障害を起こしうるのは多発神経炎タイプの糖尿病性末梢神経障害であり、これと水俣病との鑑別に関しては、診断総論に既に記載したことであるが、発症時期、深部腱反射等の低下の有無、上下肢の感覚障害の差、体幹、口周囲等の感覚障害の有無によって区別はつくものであり、両者がオーバーラップするものについては、糖尿病性末梢神経障害でみられない他の症候などを検討して行き、蓋然性を検討すればよいことである。

両側硬膜下水腫

両側硬膜下水腫を、「全身の感覚障害，運動失調，平衡機能障害，歩行障害をきたしうる」としているが、脳卒中と同様、全身性感覚障害を主な徴候として有することはほとんどなく、ましてや四肢末梢や全身のしびれを主に訴えることはないといってよい。慢性硬膜下血腫と異なり、両側硬膜下水腫は、多くの場合経過を観察する病態のため、文献A、

文献B、文献Cのいずれにおいても、疾患として紹介さえされていないものであり、鑑別疾患として挙げることも自体が問題である。

眼科疾患

糖尿病性網膜症、高眼圧症、緑内障、眼底出血などで視野欠損を起こすことはありうる。しかしながら、これらの高眼圧症、緑内障、眼底出血などは、慢性水俣病と比較すると、発症様式が異なる。慢性水俣病では、視野の変動をきたしたりすることもあるが、全体として年余にわたって緩徐に発症あるいは持続することが多い。高眼圧症、緑内障、眼底出血では、急性あるいは亜急性に発症する視野障害であることからその鑑別は容易であるし、発症後は自ら気付かれるため、水俣病検診で初めて指摘されるということ自体が少なく、検診時に既に診断や治療を受けている症例がほとんどである。また、高眼圧症、緑内障、眼底出血などは、いずれも視野欠損の形状がいびつであり、きれいな求心性視野狭窄になることはない。

また、網膜色素変性症は、既に水俣病診断総論で述べたとおり、慢性水俣病と比較して視野狭窄の進行が明らかであり、程度も著明になることが多く、診断は容易であり、現在、共通診断書に基づく診察を受けている原告で、緑内障や眼底出血などを有する人々のほとんどは、水俣病検診受診以前に眼科を受診し、診断を受けている。

顔面感覚異常

両側鼻腔蓄膿症術後合併症として、顔面感覚障害が挙げられている。従来の術式では顔面感覚障害をおこしえたが、水俣病との異同は、発症様式、発症時期などを検討すれば、水俣病であるか否かは容易に鑑別可能なものである。さらに、末梢性顔面神経麻痺では、感覚障害の境界がより鮮明であることも水俣病との区別に役立つ。

下肢運動機能異常など

被告は、「下肢の感覚障害、運動失調、平衡機能障害、歩行障害、筋力低下をきたしうる疾患」として、被告は、放射線治療後、腰部脊柱管狭窄症、腰椎すべり症、腰椎ヘルニア、腰椎圧迫骨折、HTLV-I 関連脊髄症、腰椎症性神経根症、左下肢神経損傷、「平衡機能障害、歩行障害をきたしうる疾患」として、膝関節痛、腰痛、変形性関節症、「下肢の感覚障害をきたしうる疾患」として、前立腺癌術後、「運動失調、平衡機能障害、歩行障害」をきたしうるものとして慢性関節リウマチを列挙している。

共通診断書診断項目A～Eの基準には下肢運動障害の項目はなく、他疾患による運動失調、平衡機能障害、筋力低下などの下肢運動障害が存在したとしても、水俣病の診断の妨げとなることはない。また、これらの病態が下肢・体幹失調検査に影響しうること、そのため運動失調の程度の判定など、診断上配慮すべきことについては、すでに水俣病診断総論に述べてある。

上肢運動機能異常など

被告は、「手の感覚障害をきたしうるもの」として、手根管症候群を挙げている。手根幹症候群では、手の感覚でも正中神経支配領域に限定して感覚障害をきたしうるが、感覚障害をきたさないものも少なくなく、重症例では母指球筋などの筋力低下をきたす。したがって、鑑別は容易である。「左手の感覚障害をきたしうるもの」として、左手関節部骨折、左正中神経・尺骨神経障害を挙げているが、左右差等を検討すればすむ問題である。頸椎症性神経根症で歩行障害をきたしうるとしているが、歩行障害をきたしうるのは通常脊髄症をきたした場合である。また、左肩関節周囲炎で通常歩行障害はきたさない。

共通診断書診断項目 A～E の基準には上肢運動障害の項目はなく、他疾患による上肢の運動障害が存在したとしても、水俣病の診断の妨げとなることはない。特に上記疾患の多くにおいては、感覚障害に左右差があり鑑別診断上問題になることはほとんどない。また、これらの病態が上肢失調検査に影響しうること、そのため運動失調の程度の判定など、診断上配慮すべきことについては、すでに水俣病診断総論に述べてある。

局所感覚障害

被告は、骨膜炎術後、帯状ヘルペスなどの疾患を挙げているが、このような疾患が局所感覚障害を起こしたとしても、水俣病の診断にほとんど問題ないのは素人でも分かることである。

上下肢機能障害

被告は、「全身性感覚障害、運動失調、平衡機能障害、歩行障害、筋力低下をきたしうる疾患」として変形性頸椎症を挙げているが、水俣病診断総論で述べた通り、このような病態を引き起こすのは、頸髄脊髄症を合併した場合であるが、実際には、四肢末梢性の感覚障害を認めるものは事実ほとんどないといつてよい¹⁵⁾。また、脊髄の横断性の障害を合併したときは、四肢体幹の感覚障害が生じるが四肢の運動障害も著明となるため、診断は容易である。そのような場合、水俣病が合併しうるかどうかは、他の自覚症状、自覚症状の発症時期、舌や顔面の感覚障害の有無などから判断すればよい。

これらは既に個別に鑑別がなされた疾患の列挙である

實際上、水俣病を診断する上では、上記疾患はほとんどすべて鑑別診断可能なものである。事実上、第一陣の 50 名では、その症候が水俣病なしに他疾患によってのみ説明されるものは皆無であった。万が一、他疾患と水俣病で、症候がオーバーラップしている症例であっても、水俣病を否定できなければ水俣病としての治療が実際に必要となってくるのであり、水俣病として医療機関で扱われなければならないのである。公衆衛生学的見地からするとこのような場合、より幅広い運用が必要となるはずの行政上の運用としては事実上水俣病として取り扱われるべきものと考ええる。しかし、そのような症例は、現在の

「ノーモア・ミナマタ訴訟」原告では、存在したとしても極めて少数であろうと考えられる。

水俣病の診断に関しては、感覚障害や視野狭窄など特異的な症状の存在のために、問診と診察所見によって、ほとんど診断可能であり、鑑別診断のための諸検査によっても否定されえないのである。ただし、合併症を有するとき、個々の症候がどちらの疾患からの影響を強く受けているかという問題はある。従って、特に、運動失調など、感覚障害や視野狭窄などと比較していくらか特異度が低い個々の症候に対する疾患の寄与割合を推定するためには、他疾患を考慮する必要があるが、補償上その扱いをどうするかについては、行政や司法において柔軟に対応できる範囲のものであろう。

四肢末梢優位の感覚障害をきたすものとして多発神経炎があり、それらは、水俣病診断総論 p.23(臨床神経内科学 p.506)で挙げたもののほか、ハリソン内科学書の表 377-3、表 377-4、表 377-6 に列挙してある疾患がある。被告は、多発神経炎の鑑別を主張してきたが、注目すべきは、四肢末梢優位の感覚障害が非特異的であると主張しながら、それに相当する鑑別すべき疾患として被告が挙げた病名は、糖尿病性末梢神経障害のみであるということである。これは、被告の抽象的主張がいかにか中身を伴っていないかを実証したものと見えるであろう。

第一陣原告の合併疾患

被告が挙げた 37 疾患を含め、医師団が第一陣原告で鑑別した疾患は以下の表 2 の通りである。

表 2 . 医師団が第一陣原告 50 名で鑑別した疾患

分類名	症例数	合併疾患名 (疑い病名を含む)
脳血管障害	6	脳梗塞
	1	一過性脳虚血発作、脳血管障害
	3	脳梗塞の疑い
全身性疾患	22	高血圧
	11	糖尿病
	3	高脂血症
	1	サルコイドーシス、甲状腺機能低下症、高度肥満、睡眠時無呼吸症候群
	1	シェーグレン症候群の疑い
心疾患	4	虚血性心疾患 (心筋梗塞 2、狭心症 1、虚血性心臓病 1)
循環器	3	弁疾患 (僧帽弁閉鎖不全症 1、大動脈弁閉鎖不全症 1、弁膜症 1)
	2	不整脈 (心房細動 1、不整脈 1)
	1	心臓病
頭蓋内神経疾患	1	両側硬膜下水腫
神経疾患	1	もやもや病
多発神経炎	7	糖尿病性末梢神経障害
	4	糖尿病性末梢神経障害の疑い
眼科疾患	13	白内障
	4	糖尿病性網膜症

	2	高眼圧症（緑内障 1、高眼圧症 1）
	1	眼精疲労、眼底出血、網膜色素変形症、両眼失明
耳鼻科疾患	1	蓄膿症、咽頭ポリープ
	2	左聴力低下をきたす疾患の疑い
悪性疾患	1	胃がん、前立腺がん
腰部下肢機能異常	6	変形性膝関節症
	5	腰痛
	3	膝関節痛
	3	腰椎症性神経根症
	3	腰椎椎間板ヘルニア
	2	腰部脊柱管狭窄症
	1	骨粗鬆症、左腰部打撲後遺症、腰椎圧迫骨折、腰椎すべり症、右膝関節障害
	1	HAM の疑い、右下肢筋力低下をきたす疾患の疑い、下肢筋萎縮をきたす疾患の疑い、下肢筋力低下をきたす疾患の疑い、腰椎症性神経根症の疑い、変形性膝関節症の疑い、両下肢腱反射をきたす疾患の疑い
上肢機能障害	3	頸椎症性神経根症（左頸椎症性神経根症 2、頸椎症性神経根症 1）
	1	左肩関節周囲炎、上腕二頭筋断裂、変形性頸椎症、腱鞘炎、左手関節部骨折、左示指先端の一部切断
	1	頸椎症性神経根症の疑い、軽度右尺骨神経の障害の疑い、手根管症候群の疑い
上下肢機能障害	1	慢性関節リウマチ
局所神経障害	3	正中神経障害（手根管症候群 1、両側正中神経障害 1、左正中神経障害 1）
	1	帯状ヘルペス、右顔面神経麻痺、尺管神経障害
	1	左上肢の感覚低下をきたす疾患の疑い
神経疾患	1	失調をきたす疾患の疑い、腱反射の低下する疾患の疑い
精神疾患	1	うつ病
神経系と直接無関係な内臓疾患	5	貧血
	4	胃ポリープ
	3	前立腺肥大、慢性胃炎
	2	胃潰瘍、虫垂炎、結核、子宮後屈
	1	十二指腸潰瘍、脱腸、大腸ポリープ、C型慢性肝炎、胆石、気管支喘息、高尿酸血症、腎臓結石、尿管結石、膀胱炎、子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣疾患

50名の原告に合併していた疾患は、100以上にのぼった。しかしながら、個別原告の意見書で述べたように、水俣病を否定できたもの、これら疾患によって、原告の症候を説明しつくせたものは皆無であった。

原告の多くは、これまで水俣病として診察されてこなかった患者である。裁判においては、水俣病であるか否かを診断することが医師団の第一義的な役割ではあるものの、その人が抱えている苦痛について私たち医師団が診察し、同時に治療指針を与えるためには、他疾患の有無についても検討する必要があるものであり、それをおこなってきている。そして、これまでの裁判等の経過からみても、被告が鑑別診断を論点にしていくことは当然予想できたことであり、水俣病の診断そのもののためには実質的にはほとんど必要がないものについても、共通診断書に記載しているのである。

被告は、私たちに対して、第3準備書面にて、「鑑別診断の過程が不要であるかのような主張をしつつ、他方で、他疾患を考慮しないという趣旨ではないと主張する」という批判をおこなったが、すでに必要な鑑別診断は終了している。共通診断書と原告個別意見書をもってしてもそれを理解できないということは、鑑別診断の何たるかを理解しないままに鑑別診断をせよと主張しているといわざるを得ない。

また、同じ第3準備書面で、ハリソン内科学書の「可能性の低い疾患を見逃すことの重大性を認識している必要がある」という記載を紹介しているが、われわれは可能性が低い疾患を無視してよいと主張したことはない。水俣病と症候がオーバーラップする疾患が頻度の高い疾患であれ、低い疾患であれ、水俣病の診断は多くの症例で比較的容易におこなうことが可能であるということを述べているまでのことであり、それを共通診断書による具体的な個別の検討によって示したのである。

また、水俣病の診断及び鑑別診断は、その自覚症状の多様性と感覚障害の特異性ゆえに、共通診断書に基づく診察を行っていけば容易である。

被告の「鑑別診断論」の意味の再確認

このように、ここで被告が持ち出してきた合併症と水俣病との関係の検討方法については、その多くはすでに水俣病診断総論で述べているものであり、共通診断書によって、既に全ての鑑別診断が済んでいるものである。

繰り返し念を押すが、実際に具体的疾患をあげ医学的な鑑別という行為をおこなうことなしに、「他に何か疾患を合併しているかもしれないから、その病気ではない」というのは、鑑別診断ではない。それは、患者を悩ませている病気を診断・治療し苦痛を取り除いていくという目的を有した実践的な学問である医学本来の趣旨からも逸脱したものである。そして、「(第一陣原告 50 例にはそのような症例は含まれないが、)水俣病の症候と類似した他疾患があったとしても水俣病を否定できるものでもなく、病歴と症候から蓋然性を検討すべき」ものである。

4. 水俣病における感覚障害の特徴

被告の第3重備書面での共通診断書の診断基準AとBが矛盾するという趣旨の主張が水俣病に対する初歩的な知識と認識の欠如によるものであることを述べたが、それについて、もう少し詳しく述べてみたい。

水俣病における感覚障害の特徴は以下のように説明できる。

- ・ 主としてメチル水銀による大脳皮質感覚野が障害されることにより、身体のあらゆる部位をうけもつ神経細胞が傷害されることによると考えられる。
- ・ しかし、感覚障害の自覚は四肢末梢から始まり、診察による感覚障害の所見も、四肢末梢から確認されやすい。
- ・ 重症例では全身性の障害あるいは四肢末梢優位の感覚障害が出現することが多く、両者の混在も少なくなく、より軽症例では、四肢末梢のみの感覚障害があり、触覚、痛覚のいずれがどの程度障害されるかを含めると、さまざまなタイプがありうる。また、二肢の感覚障害など、それ以下の感覚障害例でもメチル水銀中毒による症状である可能性は否定できない。
- ・ 検査方法・基準によっても、全身性、四肢末梢優位、混在型などの判断が異なりうる。
(そのため、共通診断書では手順を決めている)
- ・ 重症の胎児性水俣病で感覚障害が認められない例もあり、特に、胎児・小児曝露が疑われる例では、感覚障害がないということのみで、水俣病を否定することはできない。

表3. 通常感覚検査の結果 (2005年4月まで、n=148)

痛覚 触覚	全身性	全身+ 四肢	四肢 優位	それ 以下	なし	合計
全身性	9	3	0	0	0	12
全身+ 四肢	0	13	1	0	0	14
四肢 優位	5	25	63	0	0	93
それ 以下	0	2	9	4	1	16
なし	2	1	6	0	4	13
合計	16	44	79	4	5	148

表3は、2004年11月から2005年4月まで、医師団が外来で検診をおこなった患者の筆と痛覚針を用いた感覚検査の結果である。このように、全身性感覚障害と四肢末梢優位の感覚障害は、別の事象を表現しているのではなく、同じ事象が異なって表現されているだけのことである。この検討では、触覚よりも痛覚で異常が検出されやすいことがわかる。

図4、図5は、定量的検査をおこなった結果と、通常の診察による触覚障害のタイプを比較したものである。コントロールは、年齢と性別をマッチングさせた非汚染地域住民の結果をしめしている。

図4のように、von Freyの触毛による定量化では、全身性 > 全身性 + 四肢末梢優位 > 四肢末梢優位 > その他 = なし > コントロールという順になっている。口唇で、その他 = なし = コントロールとなっているのは、実際の閾値が用いた触毛の最小値以下であるためと考えられ、測定技術の限界によるものである。このように、汚染地域住民では、筆による四肢末梢優位の感覚障害が認められない住民においても、コントロール地域と比較すると有意に von Frey の触毛での感覚が低下していることがわかる。

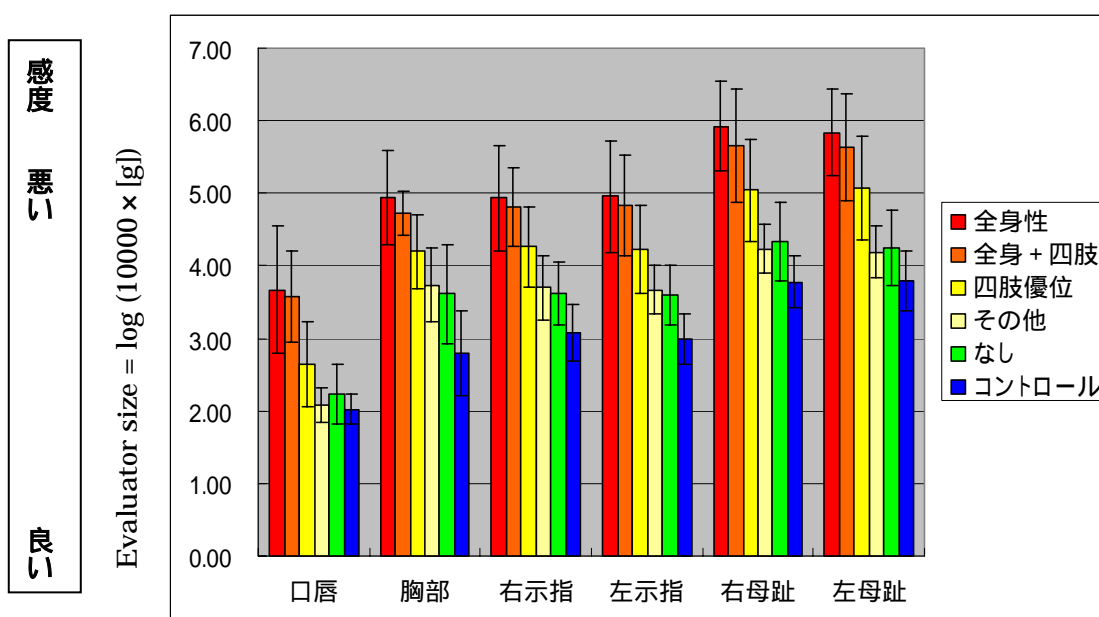


図4. 触覚障害タイプと von Frey の触毛による触覚閾値

図5のように、二点識別覚では、von Freyの触毛と同様の全身性 > 全身性 + 四肢末梢優位 > 四肢末梢優位 > その他 = なし > コントロールという順での閾値が高いことがわかる。二点識別覚もまた、筆による四肢末梢優位の感覚障害が認められない住民においても、コントロール地域と比較すると、有意に低下していることがわかる。

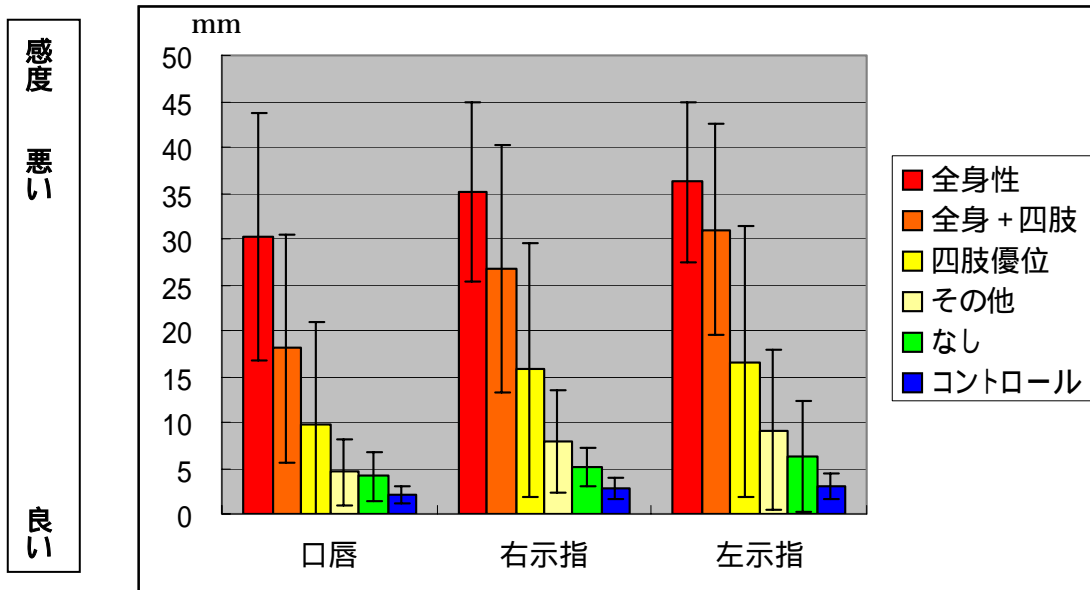


図5. 触覚障害タイプと二点識別覚閾値

このように、汚染時期に汚染地域に居住した人々は、四肢末梢有意の感覚障害がなくとも、他の定量的検査で、コントロール地域との差を認めているのであり、四肢末梢優位の感覚障害、全身性の感覚障害が存在すれば、水俣病と断定して差し支えないことを示している。

5. 現在、与党と被告が検討している「救済策」のもつ医学的問題

最近、「与党水俣病問題に関するプロジェクトチーム」が、今年4月におこなった同チームの調査をもとに、「四肢末梢優位の感覚障害」を有するものを救済するという報道がなされている。同チームの調査およびそれに基づく救済の方向について医学の面から検討してみたい。

同チームは、医師の関与する調査として、症状（診察・自覚症状）、ADL(日常生活動作)の調査をおこなったとしている。そのうち、症状（診察・自覚症状）に関する調査票は、次ページに示すようなものであった。

同チームの目的は、「認定基準を満たさないものの新たな救済策の対象となり得る者の人数や症状、ADL等の実態を把握する」とされている。しかしながら、この調査票を見ると分かるように、ここでおこなわれた診察は、触覚と痛覚の表在感覚のみである。しかも、受診者の証言では、痛覚検査は「つまようじ」でなされたとのことであるが、正式な神経診察においては、痛覚針やピンなどが使用される。

この調査の根本的な問題点は、この調査の目的を果たすためには、「国の認定基準を満たすか否か」が検出できなければならないにも関わらず、感覚障害のしかもごく一部のみを調査しているために、国の定めた認定基準を満たしているかどうかさえ分からないものとなっていることである。また、感覚以外の、視覚、聴覚、運動機能などの所見をとらないため、患者の全体像をつかむこともできない。

既に紹介したように、水俣病では、四肢末梢優位の感覚障害も全身性感覚障害もあり、両者の合併もみられる。ところが、この診察用紙では、感覚障害に関しては、「四肢末梢優位の感覚障害」、「乖離性感覚障害」、「全身性の感覚障害」、「上記以外のパターン」、「感覚障害なし」から一つのみを選択するようになっている。

これを作成したものは、触覚または痛覚の片方の異常の場合に「乖離性感覚障害」と呼称しているようであるが、これは、田崎義昭らによる「ベッドサイドの神経の診かた」で「感覚解離」と紹介されている(p.194)ように、脊髄視床路、脊髄後角、中心灰白質の病変で痛覚と温度覚のみ障害され、脊髄後索の病変で触覚と深部感覚のみの障害が起こることを指すのである。このように、通常、「乖離性感覚障害」という呼称は、マクロな解剖学的な障害部位の違いによる感覚の「解離」に対して用いられてきたのであり、水俣病のように主たる感覚障害の責任病巣が脳皮質にあり、障害の検出閾値の差で「解離」が起こっているような疾患で「乖離性感覚障害」という呼称をおこなうことは、専門外の医師の誤解を招きかねない問題である。このような医学的問題を横においても、例えば、触覚で四肢末梢の感覚障害、痛覚で全身性の感覚障害を認める症例などを「全身性の感覚障害」、「四肢末梢優位の感覚障害」、「乖離性感覚障害」のどれに分類するのも不明である。

調査票（症状）

（厳重取扱注意）
2007/4/17

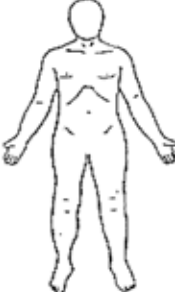
番 号																					
感覚障害に関する検査所見	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>右手</p> <table border="1"> <tr><td>触覚障害</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>痛覚障害</td><td>有・無</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左手</p> <table border="1"> <tr><td>触覚障害</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>痛覚障害</td><td>有・無</td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>右足</p> <table border="1"> <tr><td>触覚障害</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>痛覚障害</td><td>有・無</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>左足</p> <table border="1"> <tr><td>触覚障害</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>痛覚障害</td><td>有・無</td></tr> </table> </div> </div>					触覚障害	有・無	痛覚障害	有・無	触覚障害	有・無	痛覚障害	有・無	触覚障害	有・無	痛覚障害	有・無	触覚障害	有・無	痛覚障害	有・無
触覚障害	有・無																				
痛覚障害	有・無																				
触覚障害	有・無																				
痛覚障害	有・無																				
触覚障害	有・無																				
痛覚障害	有・無																				
触覚障害	有・無																				
痛覚障害	有・無																				
評価	<p>【評価】 感覚障害の所見をもとに記載して下さい（該当するものにチェック）</p> <p><input type="checkbox"/> 四肢末梢優位の感覚障害</p> <p><input type="checkbox"/> 乗継性の感覚障害</p> <p><input type="checkbox"/> 全身性の感覚障害</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外のパターン</p> <p><input type="checkbox"/> 感覚障害なし</p>																				
過去の診断	<p>以前に四肢末梢優位の感覚障害があると診断されたことがあるか</p> <p>ある（ 年頃） ・ なし ・ わからない</p>																				
（問診により その他神経症状を記載）		頻度（最近1ヶ月の状況）			発症時期	詳 細 （該当するものに○）															
		なし	3回/週以下	それ以上	何年前か （数字記入）																
	しびれ（じんじん、びりびり）					（手・足）															
	ふるえ					手（静止時・物取時） 足（静止時・靴履時）															
	カラスまがり（こむらがり）					（手・足）															
	見える範囲が狭い・はっきり見えない																				
	耳が遠い																				
	耳鳴り					（高音・低音）															
	味やにおいがわかりにくい																				
	手足の脱力感																				
	言葉がもつれる					「るりもほりもてらせばひかる」と言えるか（言える・言えない）															
	けいれん（手足のひきつり）																				
	めまい					性質（回転性・ふわっとする） 発生（静止時・立つとき・顔動かし時）															
	つまずきやすい・ふらつき					（座時・立時・歩行時）															
	物を落としやすい																				
たちくらみ																					
けがをしても気づかない					（手・足）																
風呂の温度が分かりにくい					（手・足）																
手で触った感触が分かりにくい																					
備 考																					
検査実施日	平成 年 月 日	検査者氏名																			

図6. 与党プロジェクトチームの症状調査票

同様に深刻な問題点は、この調査では、このような感覚障害の診察判断基準さえなく、「四肢末梢優位の感覚障害」と「全身性感覚障害」を合併する患者が、どちらに分類されたのかも不明であるということである。同チームの書式では、診察の手順も診断の指針も示されていない。また、同チームは「四肢末梢優位の感覚障害」を救済の要件とすると報道されていることから、重大な問題である。この要件によると、「四肢末梢優位の感覚障害」よりも重症であるはずの「全身性感覚障害」が、救済対象からはずされるという結果が導き出されるのである。

水俣協立病院と神経内科リハビリテーション協立クリニックでの2004年11月～2005年4月の検診結果(図7)と同チームの調査による結果(図8)は、いずれも、調査時期と対象が異なるとはいえ、四肢それぞれの感覚障害をとってみると、8～9割の患者が痛覚、触覚ともに各肢の障害を有している。ところが、同チームの調査における感覚障害の総合判定(図9)では、「上記以外のパターン」が、認定申請者で12.6%、保健手帳交付者で31.4%にのぼっている。感覚障害なしは1割程度に過ぎない。これらの「その他の感覚障害」の割合が高い原因は不明である。

参考までに、これまで公表された認定審査会での感覚障害の分布(図10、図11)と、「水俣病診断総論」に掲載した水俣協立病院と神経内科リハビリテーション協立クリニックでのデータ(図12、図13)を再掲しておく。なお、表3、図4、図5、図7、図12、図13は同じ対象者のデータに基づく結果である。

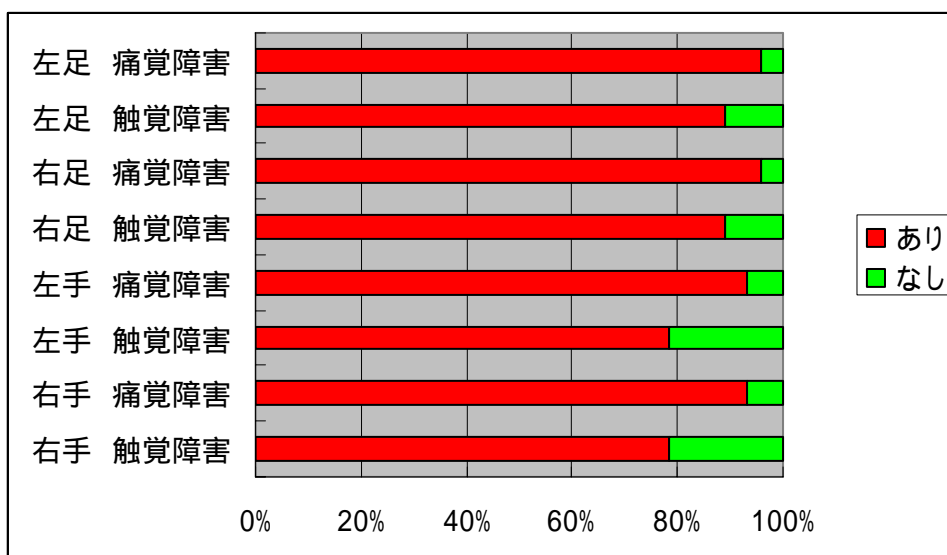


図7. 水俣協立病院と神経内科リハビリテーション協立クリニックでの、各肢の感覚障害 (2004年11月～2005年4月まで、n=148、平均年齢 62.4±8.6歳)

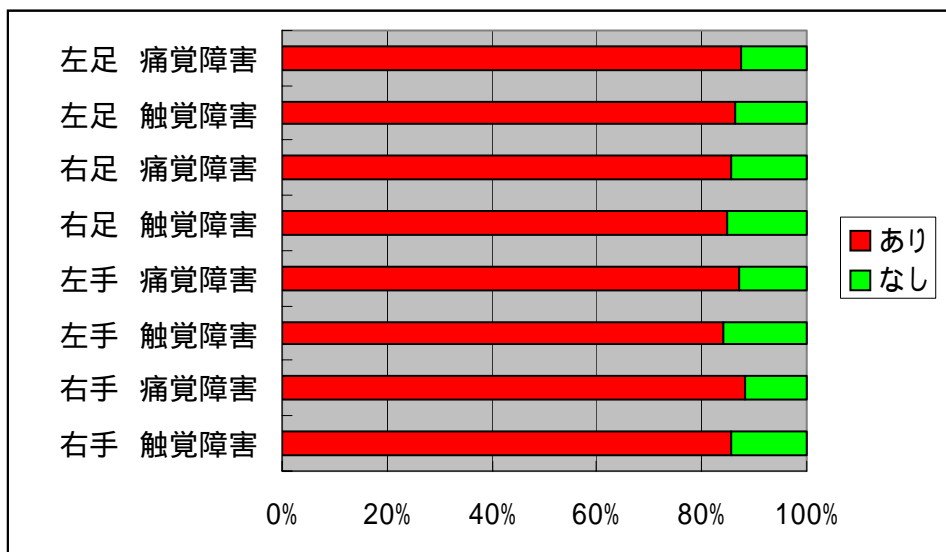


図 8. 与党プロジェクトチーム調査による、認定申請者の各肢の感覚障害(2007年4月、n=119、平均年齢 62.9 歳)

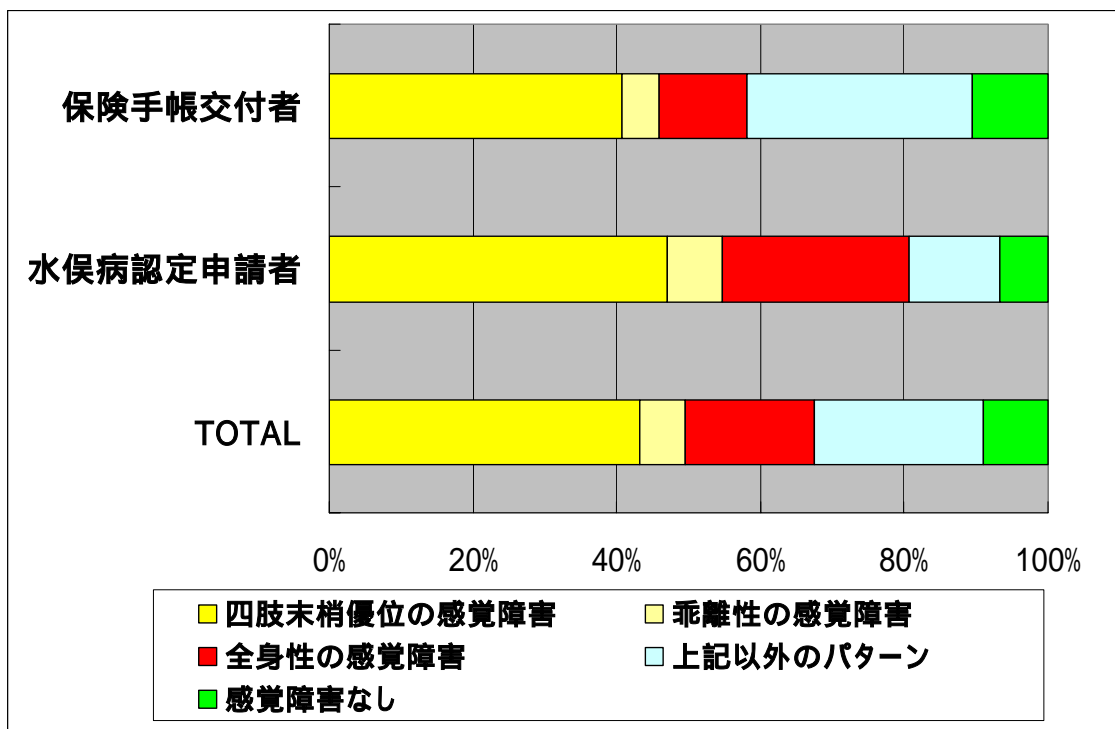


図 9. 与党プロジェクトチーム調査による、各感覚障害の割合

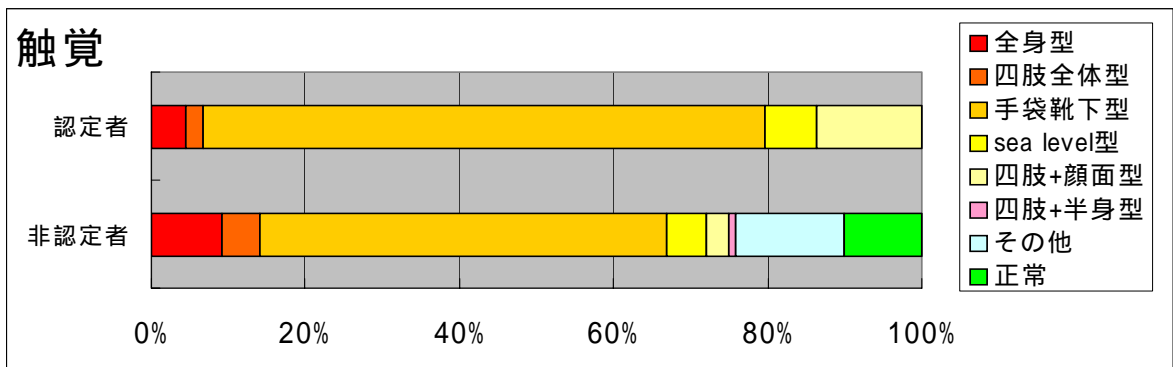


図 10. 認定審査会資料にもとづく水俣病認定申請者の終診時の触覚検査(1976-1994)⁴⁾

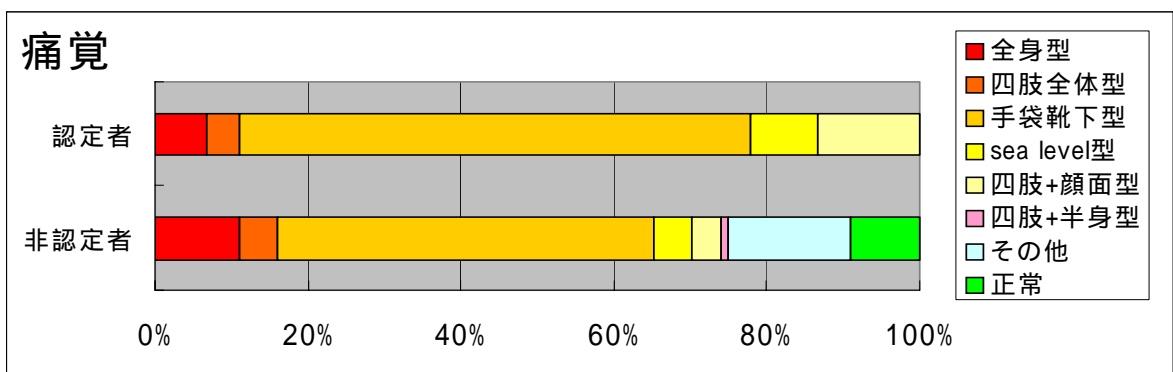


図 11. 認定審査会資料にもとづく水俣病認定申請者の終診時の痛覚検査(1976-1994)⁴⁾

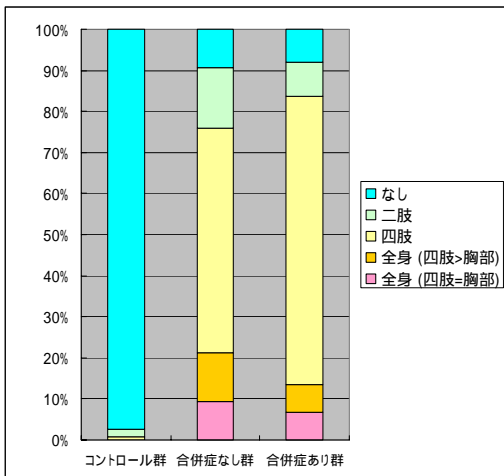


図 12. 水俣周辺地域住民の触覚障害¹³⁾

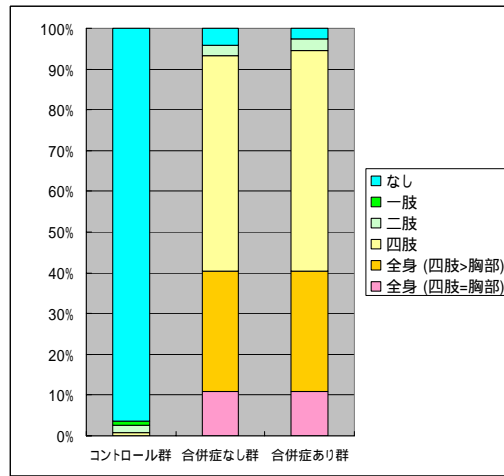


図 13. 水俣周辺地域住民の痛覚障害¹³⁾

(水俣協立病院および神経内科リハビリテーション協立クリニック)

引用文献

- 1) 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. 精神神経学雑誌. 100巻, p.765-790, 1998年.
- 2) 精神神経学会・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. 精神神経学雑誌. 101巻, p.539-558. 1999年.
- 3) 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. 日本衛生学雑誌 51巻, 4号, p.711-721, 1997年.
- 4) 内野誠: 水俣病像の推移: 認定検診における神経症候の分析. 1997年.
- 5) Fujino, F.: Clinical and epidemiological studies on chronic Minamata disease Part I: Study on Katsurajima Island. Kumamoto Medical Journal 44巻, 4号, p.139-155, 1994年.
- 6) 熊本学園大学ホームページ: <http://www3.kumagaku.ac.jp/minamata/>
- 7) 田崎義昭・斉藤佳雄著、坂井文彦改訂「ベッドサイドの神経の診かた」改訂第16版. 南山堂. 2006年.
- 8) 水野美邦編著: 「神経内科ハンドブック 鑑別診断と治療」第3版. 医学書院. 2002年.
- 9) 平山恵造監修: 「臨床神経内科学」改訂5版. 南山堂. 2006年.
- 10) ユ・ジン・ブラウンワルドほか著、福井次矢・黒川清監修: ハリソン内科学書原著第15版, メディカル・サイエンス・インターナショナル, Section 3 神経筋の障害 377 末梢性ニューロパチー患者へのアプローチ. p.2565-2570, 2003年.
- 11) Gibbin K. P. et al.: Idiopathic sensory trigeminal neuropathy. Journal of Laryngology and Otology. 92巻, 10号, p.915-923, 1978年.
- 12) Robinson, C. M. et al.: A study of the clinical characteristics of benign trigeminal sensory neuropathy. Journal of Oral and maxillofacial surgery. 61巻, 3号, p.325-332, 2003年.
- 13) 高岡滋: 水俣病診断総論. 2006年11月19日.
- 14) 内野誠、荒木淑郎: 慢性水俣病の臨床像について - 最近の水俣病認定患者100例の神経症候の分析を中心に - . 臨床神経学 24巻, 3号, p.235-239, 1984年.
- 15) 土屋恒篤: 整形外科の観点からみた水俣病認定上の問題点. 棄却 - 「患者切捨てへの反撃」水俣病行政不服審査(公害補償法)闘争の記録. 水俣病問題研究会 p.30, 1979年.