

水俣病問題シンポジウム

# 今、すべての被害者を 救済するために

2007年 NPOみなまたシンポジウムの記録  
～今、力を合わせて解決を！～



チッソ水俣工場と不知火海

日 時：2007年12月16日

場 所：水俣市公民館

主 催：NPOみなまた



N P O みなまた

—☆☆☆目 次☆☆☆—

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| 水俣病の解決をめざすシンポジウムを開催するにあたって  | ・・・P. 1   |
| 基調講演 弁護士 板井 優               |           |
| 「すべての水俣病被害者を救済するために」        | ・・・P. 3   |
| パネリスト発言 (1)                 |           |
| 「水俣病救済と医学」 高岡 滋             | ・・・P. 13  |
| 「不知火患者会の運動における現状と課題」        |           |
| 瀧本 忠                        | ・・・P. 35  |
| 「裁判を軸にした水俣病患者の救済のために・運動と裁判」 |           |
| 北岡 秀郎                       | ・・・P. 36  |
| 会場からの発言                     | ・・・P. 42～ |
| 池田 晃章 (山田クリニック院長)           |           |
| 三角 恒 (弁護士)                  |           |
| 園田 昭人 (ノーモア・ミナマタ訴訟弁護団長)     |           |
| 菅 一雄 (ノーモア・ミナマタ訴訟弁護団)       |           |
| 板井 俊介 (ノーモア・ミナマタ訴訟弁護団)      |           |
| 近藤敬一郎 (水俣病闘争支援熊本県連絡会事務局長)   |           |
| 南 アユ子 (ノーモア・ミナマタ訴訟原告)       |           |
| パネリスト発言 (2)                 |           |
|                             | ・・・P. 49～ |

## ☆水俣病の解決をめざすシンポジウムを開催するにあたって☆

NPOみなまたは、橋口三郎代表理事（元水俣病第三次訴訟原告団長）のもと、2001年4月設立以来、認知症対応グループホームの運営を行い、現在、4事業所に利用者38名、職員46名で活動を続けています。同時に、橋口代表理事などがたたかってきた、水俣病第三次訴訟をはじめとする水俣病患者さんのたたかいを引き継ぎ、水俣病はもとより、環境問題に取り組むことを目標にしてきました。

ところで、2004年10月の水俣病関西訴訟最高裁判決以降、水俣病公式確認50年目（チッソ創立100周年）をはさんで、不知火海住民および出身者がいっせいに救済を求めています。

加害者である国や熊本県が対応できないでいる中、国政与党内にプロジェクトチーム（座長：園田博之衆議院議員）が設置され、新「政治決着」をめざして活動しています。しかしながらこの間公表されている「新救済策」なるものの内容は、現在の被害の実態にみあったものではありません。一方で1500人近い被害者が、正当な補償を求めてノーモアミナマタ訴訟および（互助会の裁判）をたたかっています。

公式確認から50年以上を経た水俣病の経験や被害者の苦悩を正面から受け止め、どう救済をすすめていくのかではなく、「新救済策」の金額が一人歩きをしている印象を受けます。

そこで、私たちは、すべての水俣病被害者を救済するために、このシンポジウムを開催することにしました。

水俣病被害者の救済の歴史、被害者の過去から現在にいたるたたかいなどにも学びながら、弁護士、医師、運動体それぞれの視点から現状を分析し、今後の解決に少しでも貢献できる議論をご参加のみなさまと一緒に行いたいと思います。

みなさまのご協力をお願い申し上げます。

2007年12月16日

NPOみなまた

### ◆講師・パネリストの紹介

基調講演 板井 優（弁護士、水俣病訴訟弁護団事務局長・川辺川利水訴訟弁護団団長  
原爆症認定熊本訴訟団長など）

### シンポジウム・パネリスト

板井 優

高岡 滋（神経内科リハビリテーション協立クリニック院長、NPOみなまた  
副代表理事、公害をなくする熊本県民会議医師団事務局長）

北岡 秀郎（水俣病闘争支援熊本県連絡会議前事務局長、公害をなくする  
熊本県民会議医師団前事務局、水俣病弁護団前事務局）

瀧本 忠（水俣病不知火患者会事務局長）

### コーディネーター・司会

中山 裕二（NPOみなまた理事、水俣病被害者の会事務局長）

## 司会（中山裕二）

今日は師走の何かとお忙しい中を大勢の皆さんにお集まりいただきまして本当にありがとうございます。

2004年10月に関西訴訟最高裁判決が出たあとで、不知火海の沿岸地域でまた大きなうねりが起きています。このことについて、いろいろのことがあるわけですが、国政の与党であります自民党や公明党の皆さん方が与党内のプロジェクト



チームを作られた。今のところの解決策というものは決して十分なものではありませんが、出されております。しかし、私が一番残念に思うのは公式確認が50年を経てなお被害者が救済を求めているにもかかわらず水俣病被害者をどう救済していくのかということが、特に救済の哲学もなく一時金の金額が一人歩きをするようなところに危機感をもつわけであります。ただ、この与党PT案は越年をすることになりました。また、一方でたたかいをすすめているノーモアナマタ訴訟も高岡先生の証人の採用が年を越しましたので、私たちには少し考える時間が与えられたのではないかという気もしています。この時期大変押し詰まった時期ではありますが、そういう意味でシンポジウムを開いてみたいということで計画いたしました。

したがって、この3、4年ということではなくて少し長いスパンで、水俣病のたたかいとは何だったのかということ。そして、現在に至るまでどのような闘いが続いてきていて、現状をどう分析したらいいのか。今後どのような運動を展開していくのか。後で紹介いたしますが、パネラーの皆さんに発言をしていただきたいと思います。同時に会場の皆さんにもご発言をいただきたいと思います。そういう意味では問題提起をさせていただく第一歩として今日話し合われたことについてはNPOみなまたとしては報告書を作成したいと思います。今日ご参加いただいたみなさん、またご参加いただいていない方々も含めて今後のいろんな闘いのきっかけにしていいただければという思いでこのシンポジウムの開催にいたりしました。「シンポジウムの開催にあたって」の資料に式次第がありまして、今日の大筋の持ち方を書いていきます。基調講演を弁護士の板井優先生にお願いしています。およそ一時間程度です。その基調講演を受けましてそれぞれの立場から板井先生を含む4人のパネラーでシンポジウムを進めていきたいと思ひます。間で、会場の皆さんの発言もいただきながら進めていきたいと思ひますのでどうぞよろしくお願いします。

それでは、本日の基調となる話しですが弁護士の板井優先生にお願いしたいと思ひます。今日は主催者であるNPOみなまたの理事という立場で話をしてもらいたいと思ひます。水俣病訴訟弁護団事務局長や川辺川利水訴訟や原爆症熊本訴訟の弁護団長として活躍されていることは皆さんご存知のとおりです。

## 基調講演「すべての水俣病被害者を救済するために」

弁護士 板井 優

### ◇公害は被害に始まり被害に終わる

みなさんこんにちは。ただいまご紹介いただきました弁護士の板井です。最近の水俣病をめぐる状況はなかなか難しいものがあります。私に与えられているテーマは「全ての水俣病被害者を救済するために」という大変大きなテーマであります。

まず、お話ししたいのは「公害は被害に始まり被害に終わる」ということであります。これは私も属しています全国公害弁護団連絡会議（公害弁連）でいつも言われることでありますが、要するに、公害問題の解決は公害被害者を明確にして、迅速に救済するにはどうしたらいいか、ということに尽きます。この「明確にして」というあたりがなかなか難しいですがこの辺が論点だと思います。そして水俣病の歴史というのは加害者が被害者を否定する歴史だった。この辺も論点だということを押さえておきたいと思います。

2004年の最高裁判決が出された翌月（11月）、熊本県は熊本、鹿児島の不知火海沿岸住民47万人の健康調査をしようということを表明して環境省に提起をしました。残念ながら環境省はこれに乗らなかったわけですが、熊本県は一応これを具体的に進めるためにチームを作っています。私はその話を聞いて真っ先にうかんだのは伊藤蓮雄さん、当時の水俣保健所長で、汚染魚を食べてはいけないという最高責任者だった人です。この人の1960（昭和35）年1月の時点の毛髪水銀値が38.8PPMあったのです。大変びっくりするような数字です。当時、1960（昭和35）年の1月頃というのはもうすでにそんなに水銀値が出ないと言われていました。しかしその最高責任者がそんなに水銀値が高かったことについてどう考えたらいいかという問題がありました。その意味では水俣病問題を考えるにあたって大変示唆的なことであります。



### ◇あまり機能しなかった「行政認定制度」

水俣病問題で本来であれば被害者を救済する役割を果たすはずの行政認定制度はあまり機能しませんでした。なぜ機能しなかったのかはあとで表を見て説明しますが、1959（昭和34）年12月に「水俣病認定診査会」というのができます。しかしながら、これはほとんどがそれまで認められていた患者さんを追認して見舞金契約（水俣病第一次訴訟判決で無効とされます）を適用するだけで新しく患者を認定することはほとんどありませんでした。原田正純先生たちが尽力された胎児性水俣病患者の方々がこの制度の下で救済されました。それから、1971（昭和46）年当時の環境庁は事務次官通知を出します。しかし沢田県知事（当時）があと1万人くらい救済しても良いのではないかと考えていたそうでもあります。しかし、それはあくまでも見舞金契約が前提だということですね。それから今現在問題になっている1977（昭和52）年の判断条件は、一次訴訟判決を前提に1973年の補償協定がつく

られました。作った最大の動機は感覚障害だけの水俣病を切り捨てることにありました。まずそのことについてお話をしていきたいと思います。

#### ◇認められていた感覚障害のみの水俣病

1955（昭和30）年12月に水俣病認定診査会ができます。そして、1960（昭和35）年に8名が認定されています。ですからこの辺がピークでありまして、その前に79名くらいの人が認められていますが、これは全部診査会ができる前の人であります。それを追認するわけです。そして、その後はほとんどが胎児性の水俣病患者です。したがって成人の水俣病患者はほとんど認められていない。こういう時代がしばらく続きます。ちなみにこの時の水俣病の判断基準はハンター・ラッセル症候群です。これは、ハンターさん、ラッセルさんというイギリスの病理学者の方々の成果を基にした大変厳しい基準でした。

先ほどの伊藤蓮雄さんはこの時の認定診査会のメンバーです。1985（昭和60）年、水俣病第三次訴訟の証人に出た際に、自分も武内忠男熊本大学教授から当時の眼科の診察を受けろと言われたので受けましたと話していました。伊藤さんも相当具合が悪いのです。眼科の検査を4時間くらいやったそうです。最後にはもうろうとなって何を言っているのか、何を見ているのか分からないという状態になったということでした。伊藤さんは、あれでは水俣病として救済されない、ということをしみじみ言っていました。そして、このハンター・ラッセル症候群を基準にするという考え方が1971（昭和46）年の事務次官通知で変えられます。この時に感覚障害だけの水俣病を含むということになります。これは私が勝手に言っているわけではありません。荒木淑郎さんという熊本大学教授で後に熊本県の水俣病認定審査会長になられた方がおられます。この方が、水俣病第三次訴訟で、当時、感覚障害だけの水俣病患者を自分たちは認めて救済をした、と証言しています。この患者というのが胎児性水俣病患者の母親だったのです。子供のほうが先に認定されたのです。ところが母親のほうは胎盤を通じて子供の方にどんどん水銀を吸い取られるのか、母親の方の症状が軽くなる。軽くなって感覚障害だけしか確認できないという状態になるのです。これを水俣病と認めるかどうかは問題となりましたが、当時は認めました。理由はなにか。それは汚染がはっきりしているからだというのです。ですから一症状の水俣病を認めるか、認めないかではなくて汚染がはっきりしているかどうかを問題にしたのです。

1971（昭和46）年の事務次官通知の場合には感覚障害だけの水俣病を認めている。そしてそれは先ほども言いましたように当時の見舞金契約がちょうど対応していたわけですね。1977（昭和52年）年の判断条件のときに症状組み合わせを要求します。要するに感覚障害だけの水俣病を否定したわけです。ここから問題になるわけです。1977（昭和52）年の判断条件というのは1973（昭和48）年の補償協定が前提になっています。そういう意味では補償協定に見合う人ということで基準が改悪されるわけです。見ても分かるように認定患者の数はこの時からどんどん減っていきます。1995（平成7）年に私たちが政府解決策を勝ち取ったときの救済対象者は感覚障害のみの者とされています。良く見てほしいのですが、この時はもはや認定患者はほとんどいない。全く認定しないという状態でした。こういう状態の時に感覚障害のみの人を救済するということをしたわけです。

### ◇チッソは加害者として補償金を支払いすぎたのか？

ここで頭の体操ということになります。

最近チッソは与党PT案を断ったそうではありますが、チッソはこれまで補償金の支払いでいろいろと大変だったということを言っています。じゃ、チッソは加害者として補償金を支払い過ぎたのかという問題があります。行政認定制度でチッソが支払った額は2002（平成14）年までの総額で1274億円程度にのびります。水俣病関西訴訟最高裁判決では国・県の負担はチッソの約四分の一というふうに言われています。じゃ、チッソは四分の三以上のものを払ったのかと。払ったからあのように威張っているのかということになるのですが、本当にそうなのか。この点を検証したいと思います。

実は2002（平成14）年には熊本、鹿児島で生存している認定患者が785名いました。この時点での賠償一時金の支払いはゼロです。しかしながら、治療費や年金には26億円というお金が支払われています。要するにこういうことです。2002（平成14）年の賠償一時金の支払いはゼロ。しかし治療費や年金の支払いは26億8500万円。当時の患者の数で割りますと大体年間で一人当たり342万円と出ます。そして治療費だけで見ますと17億7200万円でもこれも一人当たりで見ますと年間225万円ということになります。チッソの問題を論じるときに一番重要なことはこの問題なのです。健康保険法によりますと第三者行為傷害という規定があり、当然健康保険の対象にはなりません。他人に対して怪我をさせた場合に治療費をもつのは加害者ということになっています。水俣病の場合はチッソが住民に損害を与えたのですから、慰謝料や治療費、継続的な給付金も全部チッソがもつことになっています。だから、新たに認定される患者さんがいなくなって一時金をチッソが払わなくなっても、治療費等々はずっとチッソが払っているのです。現在でもそうです。このことが実は現在に至るまでの問題の背景にあります。

2002（平成14）年までチッソが払った一時金、手当、それから治療費等々の関係ですが、合計しますと、一時金が488億円、手当（継続的給付）が160億円、治療費が343億円、細則に基づいて温泉療養費とか交通費だとかいわゆる雑費が43億円。そして、それらを合計すると1200億円ほどの額になるわけですが、一時金の支払いよりもその他の手当や治療費や雑費のほうが多いのです。これらをチッソが負担してきたというのが歴史であります。

問題は、チッソはこの一時金の負担から逃れ、さらにそれ以外の負担からも逃れようとしてきたということです。1977（昭和52）年判断条件で、感覚障害だけの水俣病から逃れる。症状組合せの患者補償についてはチッソ県債方式で実質的負担から逃れる。チッソ県債方式は商業ベースではありますが、熊本県から金融支援を受けるわけです。少なくともこういうことをしてきました。

要するに、1977（昭和52）年判断条件でチッソは感覚障害だけの水俣病については責任をとらないという図式をつくった訳です。そして、チッソは、1995（平成7）年の解決の時には治療費などは国と熊本県（折半）に押し付けて、一時金だけ支払えば良いということをやった。もっとも、これには裏があって、実はチッソは一時金を自らの資金で純粋に払ったのではなくして、後でも言いますが、国の一般会計と熊本県から支援を受けていました。そのうち国が出した分はチッソが支払った一時金などの85%に当たるのですが、これは後で国には返済しなくても良いということになりました。ですから実質的には県が立て替えた分だけ払っているという状態でありました。

## ◇95年の政府解決策とは

1995（平成7）年の政府解決策とはどういうものだったのか。1985（昭和60）年8月16日に福岡高裁は感覚障害だけの水俣病を認める判決を出しました。そして1987（昭和62）年の熊本地裁の判決は史上初めて国・熊本県の責任についても断罪しました。

問題は1995（平成7）年の政府解決策ですが、その構造は、国・県の責任を回避しチッソだけに責任を押しつける、その上でチッソには治療費などを負担させないという形で擁護するということをして致しました。これが当時、責任と病象の回避という議論になったわけです。この時に一時金はチッソが払う。健康管理手当、治療費の自己負担分は行政が払うということになりました。この時に初めて補償協定の論理が崩れたのですね。

要するに損害賠償であれば、チッソは治療費も全部払わないといけないのですが、それはしないという論理をとったわけです。でも、私どもの立場からすれば国も当然責任があるわけだから、この結論そのものを争うつもりはありません。ただ、少なくとも、もし、チッソだけに責任があるということになればこの解決方式は問題だということになります。

今から話すことが重要なことですが、1995（平成7）年に感覚障害だけで救済された人たちの医療費ですが、2002（平成14）年で見ると大変な額にのぼっています。26億円くらいの金額になっています。この時点の生存者も含めて考えると大体次のようなことになります。医療手帳と保健手帳で支払われている治療費等を合算した場合、1995（平成7）年の政府解決策によって2006（平成18）年の生存されている方々に支払われている額は合計で31億円になります。その時の生存者は9858人。仮に、1万人として計算すると一人当たり大体31万円になります。これはおおよそ3割の自己負担分なので、従ってこれを10割に直すと一人当たり104万円で、1万人分（総額）でみると104億円。これは大変な額なのです。もし、チッソが補償協定の時と同じように一時金の他に治療費も負担すれば1995（平成7）年から十年以上たってもまだこれだけの額を支払わなければならない。本来はチッソが負担すべきお金だったのですね。ただし、1995（平成7）年の政府解決策の時はこのお金は行政が払うのだという仕組みになったのですね。

これをさらに詳しく見ると、今度は保健手帳は除いて総合対策医療事業の負担分だけを計算してみました。そうすると平成18年度で計算していくと一人当たり45万円くらいになるのです。制度発足時の対象者は1万1000人くらいであります。平成18年度は5883人ということで厳密に計算していくと、大体単年度平均で38億円くらいになります。10年間の合計を推計すると約380億円になります。さらにこれは三割負担分の計算ですから10割計算にすると1266億円とものすごい巨額のお金になります。

よくよく考えて頂きたいのですが、私たちの主張では感覚障害だけの人は本来水俣病として救済されるべき人たちであるという話です。そうするとその治療費は本来チッソが持つべきである。しかしながら、1995（平成7）年の政府解決策はその部分は行政が持つということになりました。先ほどチッソがこれまで払ったお金がいくらだったかというお話をしました。それは約1200億円。そして国がこの間負担している治療費等々も約1200億円。大体とんとんになります。これに対し、最高裁判決はどう言っているのかということです。これは、チッソの支払い分の四分の一が国・県の負担だと言っています。そうすると果たしてチッソが本当に法律上、自分の責任については果たしたので、あ



とはもう国・県が払うのだ、自分はもう支払わなくても良いのだと言えるのか、という問題なのです。私は言えないと思います。

#### ◇95年政府解決策と与党PT案

そこで政府解決策と与党PT案の構造についてお話します。政府解決策は、一時金はチッソが支払う。当時では一人当たり260万円。与党PT案では150万円。これもチッソが支払う。団体加算金は、どうもこれははっきりしませんが、いろいろと報道を聞いているとどうもチッソが払いそうな話になっています。そして、手当は政府解決策のときは1万7200円から2万3500円で行政が払う。そして与党PT案では1万円。そして治療費はいずれも行政が自己負担分を払うということになっています。要するに、政府解決策も与党PT案も基本的構造は一緒です。

もし、今回の救済対象者が大変な数、例えば1万人を軽く越して2万人レベルで救済するとなると治療費が一体どのくらいになるのか。チッソは最近純益が80億円くらいあると言っているわけですが、とてもそれでは追いつかない。巨額の負債をかかえることになる。そういう意味で、我々の立場からすれば、国、熊本県、チッソがちゃんと責任を持つべき問題だということになると思います。それと、最高裁判決からしても、チッソはとても自らの責任を果たしたとは言えないということも分かってきます。

ところで、チッソとの患者団体補償協定（公害健康補償法）には現在のところABCの三つのランクがあります。その下にDランクを作ったかどうかという意見があります。Dランクというのは要するに感覚障害だけの水俣病を水俣病と認めてそれに対応する補償額を決めたらどうかという考えです。ただ、この場合、実は、公健法を使うか、補償協定を使うかは別にして一時金額、治療費等々を合算した補償金額は、実質的にチッソが負担することになるのです。チッソが一番抵抗しているのはこの治療費等の負担部分なのです。一時金の部分を抵抗しているわけではないのですね。この治療費等の金額が実は膨大な額になるのです。それでチッソはなかなかDランク論に乗らないのですね。国のほうもチッソにそこまでいうとなるとチッソがもたないと。そしてその場合は国が全てをかぶらないといけない。そうすると国が正面から水俣病の責任を認めざるを得なくなる。これもしたくない。そういう意味で政治決着説というのは、こういうふうな考え方を基礎にして成り立っているということが言えると思います。

チッソの負担と支援の関係ですが、1995（平成7）年の政府解決策はチッソの負担が317億円。しかしながら国が270億円を支援して、あとで国が肩代わりした分は支払い免除にしましたから、チッソの実質上の負担はほとんどありません。

与党PT案は、チッソの一時金負担は100億円を超えるのだということを言って来年度予算に30億円のチッソ支援予算が組まれているようであります。単純にいうと、チッソの今年度の80億円の純益を吐き出せと言っている様でもあり、政府解決策の時のレベルと比べるとチッソには大変厳しい内容になっていることは間違いありません。ただ、その後、その差額をどうするのかということで、チッソ分社化案が新聞に報道されています。それを見ますとチッソが儲けたお金は税金としてほとんど払わなくて良い。全部税金の対象にならないかのような話が先行しています。過去はいざ知らず未来に向

かったそういう態度をとるのだと言っていますから、実際上は、チッソはその補償金を負担しなくてもいいという形になりかねない。にもかかわらず、今チッソが言っているのは、問題はどれだけの人が今後救済対象者として出てくるか分からない。だから応じられないということも言っています。もちろんチッソはほかにもいろいろな理由を言っています。

私たちは、いずれにせよ現時点では国、熊本県、チッソに責任あるとして補償すべきである、仮に国・県の負担が最高裁判決でチッソの4分の1だとしても、現状ではチッソが、ちゃんとした責任を果たしているとは到底思えない。だから、そういう意味で、国、熊本県、チッソがきちんと責任をとることが水俣病問題の解決にとっては決定的だということを、皆さんにご理解いただきたくて細かい話をしました。

ところで、チッソ分社化案がありますが、いわゆる補償金を負担するチッソと払わない子会社と区別して、子会社の負債は全部絶ってしまう。あとは税金で処理をするという考えが出ています。誰が作ったのかというのは大体分かるのですが、まだまだちゃんとした議論は自民党の中ではしていないのです。

#### ◇2万人の人たちが救済を求めている

関西水俣病最高裁判決までの補償状況はどうだったのかということですが、行政認定制度で2955名。これは新潟も含みます。それから1995（平成7）年の政府解決策で総合対策医療事業が1万1048人。保健手帳が1222人。それから確定判決を持つ原告が水俣病第二次訴訟で3人、関西訴訟で33人。これが補償・救済対象になっています。

関西訴訟の最高裁判決が出る前まで、1995（平成7）年政府解決策で終わりだとチッソ社長だった後藤氏は言っていたわけですが、残念ながら終わらなかったのです。今年10月の段階で新保健手帳、これは水俣病様の感覚障害を呈する人たちということになっている人たちです。驚くなかれ、その申請者の数が約1万5000人で、新保健手帳を交付された人たちが約1万3000人です。大変な数です。これは先ほどの認定患者と政府解決策で解決された人たちとほぼ同じです。それだけではないですね。次に認定申請した人たちがまた別個に5680人います。ということは2万人に近い人たちが救済を求めているという状態であります。しかもそのうちの4565人は治療研究事業で治療費の補助を受けながら認定結果を待ったり、裁判をしたりしている状況にあります。

現在係争中の水俣病裁判であります。損害賠償を起こしているのがノーモアミナマタ裁判と新潟、それから熊本で国賠等請求訴訟ということになります。そういう意味では裁判による解決を正面から求めている人たちが少なくとも与党PT案には乗っていない。何故か。その理由は簡単です。それは、与党PT案が裁判制度を認めてないからです。与党PT案は、裁判外での解決しか提案していないからで、そこに問題があります。

#### ◇何が問題なのか

そこで、これまでの話を踏まえて何が問題なのか整理したいと思います。

一つは、2004年10月の水俣病関西訴訟最高裁判決。これは国、県の責任、感覚障害だけの水俣病を

認めました。しかし、行政はこれに立脚しない態度に終始している。本当は、行政が最高裁判決を前提にした対応をしてくれればほとんど問題なかったのですが、残念ながらそういう対応をしませんでした。そこがまず一番大きな問題です。少なくともこの国の制度では最高裁判決が出て、しかも確定した、もうこれ以上争えないのですね。したがって、行政はその判決に従って行動することが当然だと思うのですが、それをしない。絶対にしないと言い続けているのですが、その理由は先ほど述べました。そこで今、裁判所の中で解決を求めている人たちの関係でいうと、チッソなどの加害者側は、原告側が提唱する共通診断書による患者救済方式を争っています。それから消滅時効や除斥期間を持ち出して徹底した被害者の絞り込みや、時間稼ぎをしているというのが特徴であります。

#### ◇裁判所に依拠したたたかいを！

そこで裁判所に依拠した闘いをどのように展開していくのか。特に、裁判所に対し、解決に向けての裁判所の主導権をどう理解させていくかが課題となってきます。この点について、実は水俣病関西訴訟最高裁判決は病像の問題は正面からはふれていませんが、大阪高裁判決がふれています。大阪高裁判決は明らかに司法救済上の水俣病概念と行政救済上の水俣病概念、要するに行政が下す水俣病の判断と司法が下す水俣病の判断とを分けた議論をしています。環境省は、関西訴訟最高裁判決は行政認定上の水俣病と認めたわけではないと終始一貫言っています。

では、裁判所で司法救済制度によって解決するとしたら、環境省はそういう理屈を持ち出せるのかということです。持ち出せないはずですね。裁判では水俣病と認めると最高裁も認めているわけですから。だから、そういう意味では環境省は水俣病概念について矛盾を抱えています。それから最高裁判決で認められた国、県の責任についても、環境省の態度は矛盾を抱えています。

今度の与党PT案でもそうですがPPP（汚染者負担の原則）からしてチッソが責任をとるべきであって国、県に責任はないよ。だからチッソに一時金を払わせるのだと言っています。皆さんもご存知のようにチッソはそれに対して非常に有力な反論をしています。裁判所の外側での解決というのは社会的に見るといろいろ問題がある。だから裁判所の中でやる解決が良い。特に、チッソには外国の株主もいるし株主代表訴訟を起こされると負けるかも知れないという言い方をしています。それはその通りではあるのですが、少なくともそうであれば関西訴訟最高裁判決に立脚した解決をするというのが筋になるのですね。しかし、チッソはなかなかそこまで言わない。そういう意味で今、そこら辺をどう考えるか。どうすればいいのかという問題があります。この点について次に話をいたします。

#### ◇ノーモアミナマタ訴訟は質の高いたたかいが求められている

水俣病第三次訴訟では、司法の力を借りて行政をいかに動かすかが課題でした。裁判所の判決や和解勧告を使ってどうやって行政に被害者救済をさせていくのがテーマだったのです。しかし今、ノーモアミナマタ国賠訴訟が抱えている課題はそういうレベルの問題ではない。もうすでに与党PT案が出て、これではダメだと言っているわけですから、さらに質の違うものを求めるということになっているわけです。そういう意味では大変な課題を裁判所に求めている。あるいは、またより質の高い闘いをしようとしていると思うわけです。従来の闘いとは少し違う。だから行政により質の高い解決

をどうやってさせるのか。そのところが問題になっているわけであります。

#### ◇基本は被害の実態をきっちりさせること

そこで、どうやって打開していくのが次に問題になってきます。

私は2004年11月に熊本県が47万人調査を提起したことの意味をもう一度立ち返る必要があると思います。一体どれくらいの汚染があったのかということも含めて。先ほど、感覚障害だけの水俣病問題のことを話しました。これは最近、あるいは10年前、15年前、20年前に議論になった訳はないのです。1965（昭和40）年の日本内科学会でたいへん興味深い論争が行われています。当時、新潟では感覚障害だけの水俣病をすでに認めていました。ところが、熊本では認めていない。そのことについて学会での発言ですから引用しますが、熊大神経内科の徳臣晴比古先生は面白いことを言われています。熊本でも感覚障害だけの訴えをする人がいたのだけれども、これは水俣病志願者ということで処理したのだと言っているわけですね。これが、1965（昭和40）年に日本内科学会で現実にあっているわけです。だから感覚障害だけの水俣病とは実はその頃から議論されていた。少なくとも熊本では水俣病としては扱わないということになっていました。だから1971（昭和46）年の事務次官通知を出すときに熊大の徳臣先生たちはこの事務次官通知に反対を致しました。大変な論争等々があったわけですが、環境庁（当時）のほうが押し通したということになりました。そうだとすれば、不知火海沿岸住民がどういう被害状況だったのかを徹底して調査しなければならないはずだったのに、調査がなされないままずっと時だけが経過しているわけですね。

1995年政府解決策の時に確かにチッソの社長だった後藤現会長はこれで終わると思ったでしょう。私もある意味では終わると思っていました。しかし、関西訴訟最高裁判決が出て救済を求める人たちが一杯出て、よくよく聞くと当時私たちが裁判をしていた人たちの子供の世代が多いですね。もちろんこの方々が生まれてきた頃に濃厚な汚染を受けてきたことは歴史的事実なわけです。ただ当時は自分の父親、母親が頑張っている。それを邪魔しないというのが大方のそれぞれの家族の姿であったと思うのです。これらの家族たちは、自分たちの親の闘いを積極的に支援するという運動ではなくして、黙認していたのですね。だからそういう意味ではその方々が今回手を上げてやるということについては、私も個人的には釈然としない思いもあります。

ただ、いずれにせよ被害の調査がちゃんとなされていない。そのことの意味について私たちはちゃんと考えていく必要があるのではないかと思います。私はやはり環境省も、そのことの意味をもっとはっきりした形でとらえるべきではなかろうかと思います。それが一番大事なことで、被害の実態をきっちりさせるということ。これはある意味、水俣、芦北、鹿児島のお医者さん達の課題にもなると思うのですが、この被害をどうやってはっきりさせていくのかという点が非常に重要な問題になると思っています。熊本県も言い出した以上、金がかかるかも知れないけれど場合によっては自力でも調査をやるべきではないかと私は思います。

#### ◇司法救済制度がベスト

次に言いたいことは、司法救済制度がベストであるということであります。これは実はたいへん難

しい問題をはらんでいます。与党PT案を出す前に環境省は救済対象者と目される方々をアンケート調査等々でいろいろ調べています。そして4割くらいの人しか救済対象者にならないと言っています。これはおかしい話ですよ。大雑把に調べて4割だと言っておいて、その後で救済案を作ってお前らは当てはまらないとやったわけです。そうすると、与党PT案に総論的にはいいと思っても、自分が救済されるかどうかという各論になるとみんな乗れなくなった。みんな自分は被害者だと思っている。だから総論は賛成だけど各論になると自分は切られるかも知れない。そう思うとあまり気持ちのいい話ではない。全く無条件で賛成して後で切られたらどうするのかという問題が起きます。だから、私たちはこういう社会的な争いは裁判所で判断をしてもらうことが一番ではないかと考えるのです。特に、あらかじめ4割しか対象者はいないなんていうやり方は非常に問題があるのではないかと、思います。だから裁判所で公正な判断をしてもらう。そのことがもっとも正しいやり方ではないかと思えます。

今日、裁判の場で、水俣病の病象論に関してほとんど議論はありません。最高裁ですら感覚障害だけの水俣病は認めたのですから。しかも司法の場でそうだと言っているわけですから、このことについての議論はないはずです。そういう意味ではこれまでの成果を前提にした共通診断書による解決。これ以外に道はないと私は思います。与党PT案では、裁判外ではあまり信頼できない他人に運命を託すやり方ですから、それはちょっとどうかと思うのです。少なくとも裁判所において共通診断書による解決をしていくことしかないと思います。その際に大変な数の原告の方がおられるわけですから、たとえば50名くらいの人判決を裁判所が出して、その判決の考え方に基づいて残りの人たちの解決和解案を出したらどうかと思っています。そして、裁判所としてはそうしたやり方をもって公正な被害者救済をやっていくことが必要だと思います。これを急ぐ必要があると私は思います。

#### ◇水俣病にとって時効・除斥はない

それから、チッソが消滅時効や除斥期間の問題を法廷内外で言っています。しかし私は、チッソが時効や除斥を言えるはずはないと思います。水俣病にとって時効、除斥はないと私は思っています。トンネルじん肺根絶訴訟で私は九州の弁護団長としてやりましたが、ゼネコンですら今は、時効、除斥は言いません。和解をするときは時効抜きの解決です。この間、石炭じん肺で国が抵抗したので福岡地裁で判決が出ました。国のいう除斥理論は許さないというじん肺患者勝訴判決が出ました。そして、一審判決が確定して除斥もゆるさないということで裁判上の和解により解決をいたしました。水俣病に除斥を持ち出すということが私にはどうしても理解できません。これは何故かという、今の認定制度は、行政認定されるとチッソとの補償協定で救済されます。この間も認定され救済された人がいました。では、チッソはその人に時効だとか除斥期間を持ち出したのですか。そんなことはありません。ちゃんと解決しています。1995年の政府解決策。この時だって時効や除斥期間を言っているわけではないのです。あれだって一種の裁判外での和解ですからそのことについて持ち出していない。じゃ、今度の与党PT案はどうか。これだって時効や除斥は言いません。だから、水俣病において時効や除斥を持ち出すのはおかしいと思います。何故か。今認定申請をしている人がいますよね。裁判もしていない。ところがいくら待っても認定審査会が機能しない。この人が怒ってどうにかしよう

と。この国の仕組みではどうにかしようとするときには裁判所に行きなさいとなっているのです。ところが裁判所に行ったら今度は時効や除斥を持ちだされたらどうしますか。持ちだされなければ救済される可能性があるのに裁判所に行ったら救済されない。こういうおかしなことを容認していることになります。まさにそこに問題があるのです。そういう意味では時効や除斥の問題は弁護士も含めてみんなの力で突破して行かないといけないと思うのですが、基本的には現在の制度の下で時効や除斥の問題を裁判所で持ちだすことは理論的にも許されないことだと私は思っています。

#### ◇裁判外での解決を行う与党PT案は、国の責任回避

それから与党PT案の一番の問題点ですが、与党PT案の基本的な考え方は裁判外での解決だということです。裁判外の解決に当たって実は国は一時金のお金は一円も出せないのです。何故か。この国の法律がそうなっているのです。特定の個人に国はお金を出してはいけないことになっているのですね。もし、そうできるのであればちゃんとした根拠が必要になってくるのです。損害賠償です。裁判所であれば、損害賠償でも多少曖昧にしても和解することによってお金を支払うことはあります。しかし、裁判外で、しかも損害賠償ではないですよ、国が言っているのは。責任はない、水俣病ではないと言っているのですから損害賠償になる訳はないのです。そうすると掴み金を国が直接個人に渡すことはできない。だから民間企業のチッソが必要なのです。チッソであれば私人でありますから、それができます。だからチッソにどうしても乗ってくださいと。これが与党PT案です。しかし、翻って考えてみれば、裁判所でやれば別にチッソはいなくても良いはずです。国に責任があるのだったら裁判所で和解すれば良いのです。自分がそう思えば。だから最高裁判決等々、これまでの判決に基づいて裁判所でものごとを解決するということが必要にして不可欠だと私は思います。今の与党PT案の最大の欠点はそこにあるのです。

少なくとも1995年の政府解決策で私たちはあれを受けてさらに団体加算金も出させました。あの時の一人当たりの解決金は260万円だったのですが、私たちは裁判所で一人当たり450万円という金額で和解をいたしました。それは可能だったのです。裁判所での解決は。しかし、今の与党PT案はそれすらもしようとしない。あの時は裁判所での解決を望むのであれば、それでもいい。裁判所外での解決を望む人はそこでもいい。言ってしまうとダブルスタンダードでやったわけですが、しかし、与党PT案は裁判所外での解決しかダメだと言っています。

チッソは、裁判所外での解決では外国人の株主を説得できない。裁判所でなら説得できると訳の分からないことを言っているのですが、少なくともその点ではチッソが言っていることは間違いではないと思います。ただ、裁判所をうまく使って数を減らして長引かせてという魂胆が見えるのでその根性が気に入らない訳ですが、少なくとも裁判所を使って解決をするというやり方がこの国だけでなく全世界的な流れだと思います。そういう意味で今の与党PT案の最大の問題はそこにある。そこに与党PT案が世論の支持を得られない理由があるだろうと思います。

#### ◇チッソの分社化論、まずは被害者救済を実現することから

四番目にチッソ分社化の問題ですが、私はある企業が自分の会社をいくつも分割するということ。

これはごく普通にあることですから、第三者がいろいろな意見を言うことにはないと思うのですが、ただ水俣病を引き起こした公害企業が被害者の救済をまだきちんとしていないのですね。分社化をして自分だけ襦袢をうけるということは、私はやってはならないと思います。チッソ会長の後藤氏によれば1995年にだまされた云々と言っています。しかし、本当にチッソがそこまで言うのであれば47万人の調査については同意すべきです。ちゃんと調査をしてそれに基づいて、水俣病患者が裁判上もないと言うのであればそれはそれで一つの見識であると思うのですが、調査もちゃんとしていない。分かってもない。そのことについて被害者側にリスクを押しつけるというか、負担を押しつけるという考え方では世の中の支持は得られないと思います。そういう意味ではチッソの分社化の議論はいろいろあるのですが、被害者救済の後、ちゃんと救済をしたということを前提にして論議すべきことで、今、自民党の中で持ちだしているようですが、私は正しくはないやり方だと思います。

以上のことを踏まえて現在の問題を解決していくべきではないだろうかと思います。基調報告ですのであまり細かいことは言いません。以上で私の報告を終わります。

司会

次は高岡先生にお願いいたします。

## 「水俣病救済と医学」

神経内科リハビリテーション

協立クリニック院長 高岡 滋

公害をなくする県民会議医師団の事務局長をしております高岡です。スライドに従って説明をしていきます。

公害をなくする県民会議医師団は、第一次訴訟の時に、患者さんの病像を解明し、診断書を書いていくということで、つくられたものです。12年前の政治解決といわれた時期までに1万人を超える患者さんの診断書を作成いたしました。これまで医師団長、事務局長をしてこられた、上妻先生と藤野先生をはじめとした先生方がずっと頑張ってくれました。いったん終わったかに見えたこの水俣病ですが、2004年10月の最高裁判決以降、4000名以上の方々の検診をおこなってきています。



### ◇水俣病とは

スライド1に示しますように、水俣病とは、工場から排出されたメチル水銀が魚介類を介して人体内に摂取されることにより起きる病気のことであり、現在問題になっている患者さんの多くは慢性水

俣病であり、視野狭窄、聴力障害、構音障害、運動失調、感覚障害などを有しています。また、スライド2に示しますように、メチル水銀の人体への障害のあり方は、胎児と成人では異なっており、またメチル水銀の曝露量や個人の感受性で様々な重症度を示します。

#### ◇水俣病の病像と実際の行政処分との関係

行政と患者のこれまでのたたかい、メチル水銀の曝露と感覚障害のみの患者を水俣病と認めるか否かということが、焦点となってきたとされていますが、実際には、行政は重症例しか水俣病患者として認めようとせず、感覚障害のみのものはおろか、失調や視野狭窄を有するものであっても、水俣病であることを認めてきませんでした。

このような様々な重症度を有する水俣病の重症度と実際の行政処分との関係を示しているのがスライド3です。水俣病には、行政認定制度、1996年で終了した医療手帳と保健手帳、2005年から復活した新保健手帳というものがありますが、本来は、認定患者は、感覚障害以外に視野狭窄や失調などを有しており、医療手帳該当患者は、四肢末梢に触覚と痛覚の障害を持ち、保健手帳該当患者は、それ以下の感覚障害をもっているとされています。しかし、実際には、認定申請をしても棄却され、医療手帳、保健手帳を有している患者のなかには視野狭窄を認める人もいますし、半分以上の人は軽いものから重いものまでさまざまなレベルの失調症状を有しています。

#### ◇医師団の検診、研究

私たちのやっている検診について説明します。私たちは、初診時、最初に住民の方が検診を受けようとされる時に、6ページにわたるかなり詳しい問診をとり、資料1として添付してあります「神経所見記載シート」に従って、通常の神経所見をとる診察に加えて、定量的な感覚検査、これも普通の神経疾患の診察でもやらないようなことまでやって、丹念に感覚障害をみています。そういう方々のほとんどは、他の地域ではみられない感覚障害、運動失調、視野狭窄などの症状を示しておられ、メチル水銀中毒としか考えられない症状を持っておられます。

今、ノーモア・ミナマタ訴訟の原告の方々の診察をさせていただいています。ここでは、今述べました初診時の診察とは別に、原則として3～4日の入院をしていただきます。そこでもう一度、みっちりとした診察をおこないます。そのときの診察は1人につき1時間かかることもめずらしくなく、患者さんも大変です。診察を1回して終わりではなく、もう一度、問診、診察、その他のデータを総合的にチェックしています。

私たちは、水俣病の患者さんの診断、治療をしてきただけではありません。ふつう、多くの人々が病気になったのであれば、医学者はその病気はどのような性質のものであるのか、どうやったら治せるのか、ケアできるのかについて、真剣に取り組んでいくものです。ところが、国の代弁をしてきたいわゆる「専門家」の方々は、メチル水銀中毒がどういう健康障害を引き起こすのか、水俣病とはいったいどういう病気なのか、ということについて、きちんとした調査、研究もせずに、国の言いなりの診断基準をおうむ返しに繰り返してきているのです。このような「専門家」によって水俣病の医学が蔑ろにされてきたなかで、私たちは先輩の代から、現場の患者の症候やデータをもとに研究をしてき



ました。

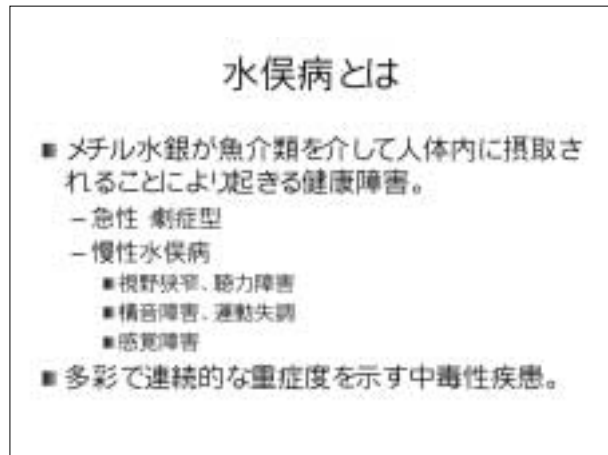
#### ◇水俣病認定審査会の根本的問題点

そのような誤った判断のもとになされてきた水俣病認定審査会の実際の認定審査の結果を紹介いたします。スライド4は、宮井氏が、実際の認定審査会資料をもとに、実際に昭和52年判断条件に該当していた人々がどれだけいたかを調査したものです。実際に認定された人は、一番左の棒グラフに示されていますが、本来国の判断条件で認定されるべきであった人々は、濃い部分で表現されていますから、実際の認定数の数倍にのぼることが分かります。逆に言うと、実際に国の判断条件に該当する人々の3～4人に1人も認定されてこなかったことを示しています。

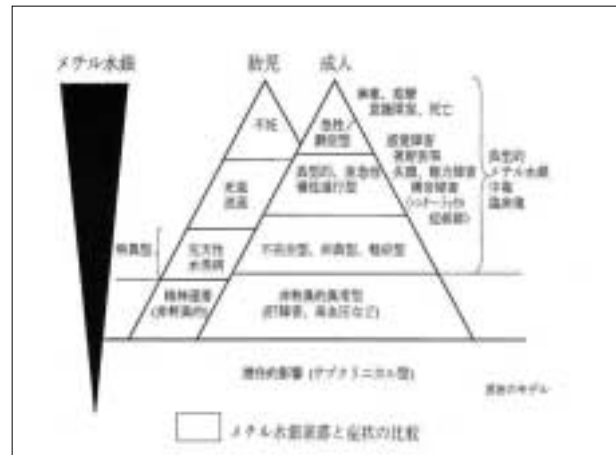
スライド5～7はもっと驚くべき結果です。これは熊本県の水俣病認定審査会の診察データですが、スライド5、6は、検診受診者の初診時と終診時それぞれの、視野狭窄、失調、聴力障害、言語障害の頻度をしめしています。一般の人々である対照群ではこれらの徴候の異常はほとんどみられないのに対して、審査会データでは、認定、非認定にかかわらず、視野障害などは高率に認められています。失調症状や構音障害のパーセンテージが低いのは、これらの徴候の基準を審査会が厳しく設定していたためではないかと考えられます。このデータは、非認定群のかなりの人々が認定されるべき人々であったことを示しています。

スライド7は、審査会資料のうち、終診時の感覚障害を示しています。非認定者にも非常に高率の全身性または四肢末梢優位の感覚障害を有するものがあります。私たちは、コントロール調査といって、非汚染地域での四肢末梢優位の感覚障害の頻度を調べましたが、1%、100人に1人程度です。これは、私たちだけのデータではなく、国側の医師の調査を含め、ほとんどのデータで、非汚染地域の四肢末梢優位の感覚障害の頻度が非常に低いことが示されています。従って、非認定患者の7割以上の人々は、一般の人々にはめったにみられない四肢末梢の感覚障害を有していたわけであり、水俣病であったのです。

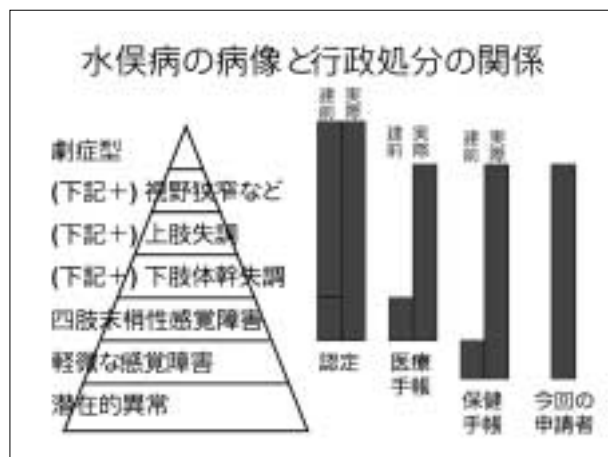
スライド8は、最近の認定審査会をめぐる熊本県および熊本県認定審査会会長の発言ですが、本来認定審査会は、申請者に対して、自らが適正な医学情報にもとづいて適正に判断する任務を果たすべきであるにもかかわらず、認定審査会とは法的に何の関係もない「救済策」との関連でその審査のあり方が左右されるという実態を示しており、その医学的判断の問題性を自ら告白したといえます。



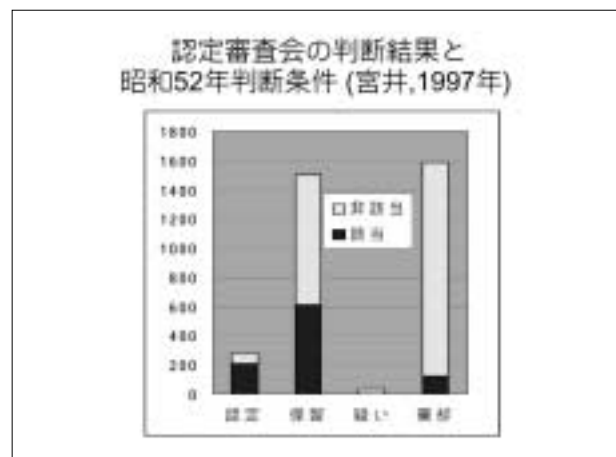
スライド 1



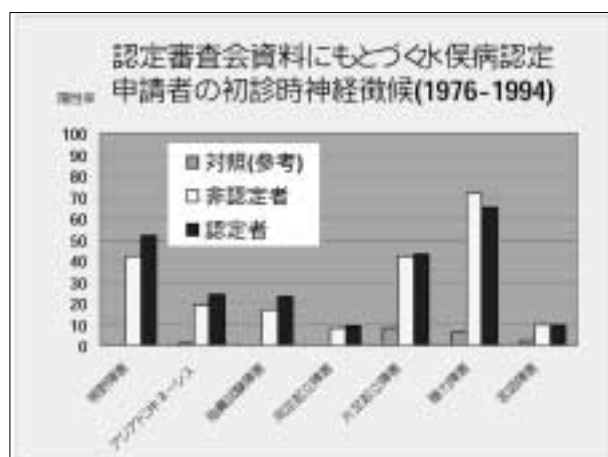
スライド 2



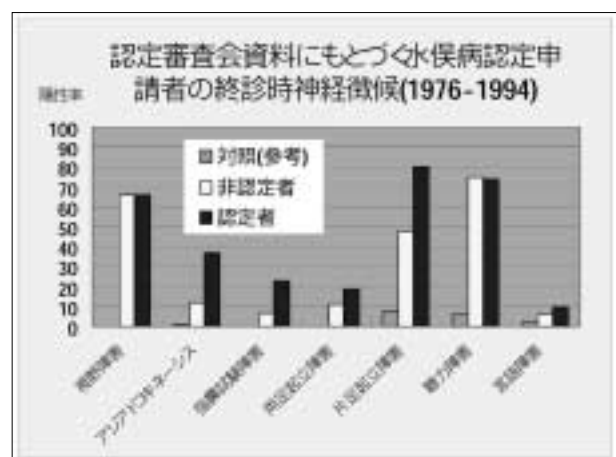
スライド 3



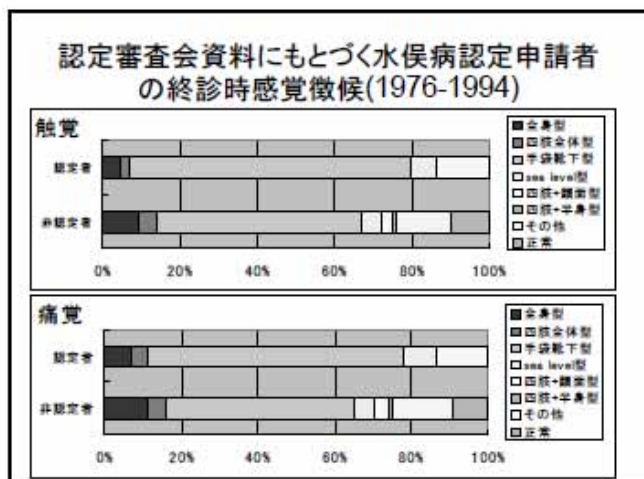
スライド 4



スライド 5



スライド 6



スライド 7

認定審査会の現状  
熊本日日新聞 平成19年7月30日付

■ 熊本県環境生活部長  
-「審査会は、新救済策による受け皿がないときつい」

■ 熊本県水俣病認定審査会会長  
-「新救済策は救済を求める人の八割ぐらいの人が賛成する案であってほしい」

スライド 8

桂島研究(1)

|         | 桂島 (31)    | コントロール (33) |
|---------|------------|-------------|
| 感覚障害    | 31(100.0%) | 5( 15.2%)   |
| 四肢末梢    | 30( 96.8%) | 0( 0.0%)    |
| 口周囲     | 14( 45.2%) | 0( 0.0%)    |
| 求心性視野狭窄 | 31(100.0%) | 2( 6.1%)    |
| 聴力障害    | 22( 71.0%) | 8( 25.1%)   |
| 運動失調    | 19( 61.3%) | 0( 0.0%)    |
| 構音障害    | 8( 25.8%)  | 0( 0.0%)    |
| 振戦      | 8( 25.8%)  | 1( 3.0%)    |
| 知能障害    | 24( 77.4%) | 1( 3.0%)    |
| 感情障害    | 23( 74.2%) | 1( 3.0%)    |

スライド 9

桂島研究(2)

| 出生年<br>グループ<br>(人数)               | ～1945<br>成人A0<br>(45) | ～53<br>若年A1<br>(12) | ～60<br>A2<br>(7) | ～66<br>A3<br>(8) | ～72<br>A4<br>(13) |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|------------------|------------------|-------------------|
| A. [感]+[聴]+[視]+[失]+[構]            | 12                    |                     |                  |                  |                   |
| B. [感]+[聴]. [視]. [失]. [構]のうち3つ    | 17                    | 1                   |                  |                  |                   |
| C. [感]+[聴]. [視]. [失]. [構]のうち2つ    | 10                    | 2                   |                  |                  |                   |
| D. [感]+[聴]. [視]. [失]. [構]のうち1つ    | 3                     | 4                   |                  |                  |                   |
| E. [感]                            | 1                     | 5                   | 6                |                  | 1                 |
| F. ([聴]. [視]. [失]. [構]のうち1～4つ     | 2                     |                     |                  |                  |                   |
| G. ([感]. [聴]. [視]. [失]. [構]のどれもなし |                       |                     | 1                | 8                | 12                |

[感]:感覚障害、[聴]:聴覚障害、[視]:視野狭窄、[失]:運動失調、[構]:構音障害

スライド 10



スライド 11



スライド 12

### ◇水俣病の真の病像

このように、昭和52年判断条件自体が間違っている上、その昭和52年判断条件の適応さえ国と国側の医師達はいい加減にしてきたのです。それに対して、医師団の藤野先生は桂島でおこなった疫学調査によって、昭和52年判断条件が間違っていたことを明確にしました。スライド9は、コントロール地域と比較して感覚障害や求心性視野狭窄などのハンター・ラッセル症候群の諸症状が有意に高率であることを示しています。スライド10は、メチル水銀の曝露が高度である人ほど、ハンター・ラッセル症候群の諸症状を数多く有していることを示しています。最も濃厚な汚染を受けたA0グループに属する人のほとんどはハンター・ラッセル症候群の症状を3つ以上有し、より若いA1グループに属する人ではハンター・ラッセル症候群の症状を1つか2つ有している人が多く、もっと若いA2グループに属する人では感覚障害のみを認め、A3グループに属する人では症状を認めていません。

このような疫学調査の結果をふまえ、1985年の水俣病第二次訴訟・福岡高裁の判決では四肢末梢優位の感覚障害があれば水俣病であるということが認められるようになったのです。

### ◇水俣病でみられる感覚障害

水俣病でみられる四肢末梢優位の感覚障害というのは、神経内科で行われる、筆や痛覚針を用いた通常の表在感覚検査の方法で、スライド11に示すような所見が認められるのです。このようなグローブ・アンド・ストッキング・タイプ（手袋足袋型）の感覚障害は末梢神経障害で起きることが多いため、初期には末梢神経障害が原因と考えられ、その後それを疑う意見が多くなり、私たちは、水俣病では中枢神経障害でこのタイプの感覚障害が起こっていると考えています。

かなり以前からわかっていたことですが、重症になると感覚障害が全身に及びます。全身性に感覚障害の中には、スライド11の下段の例のように四肢末梢優位の感覚障害を示す場合もありますが、スライド12のように体幹部と上下肢の間で感覚障害の差が認められにくい、あるいは認められない人もおられます。左右差はないことが多いのですが、スライド13のように左右差が認められることもあります。その場合、左右差は合併症によるものであることもありますし、合併症がはっきりしないこともあります。スライド14のように、四肢に感覚障害が認められない場合もあります。このような場合も、後に詳しく述べるような理由で、メチル水銀の曝露による障害であることは否定できないのですが、現段階では診断保留とし、経過観察をしていくことにしています。

### ◇最高裁判決前後の時期における、感覚障害に関する知見の進歩

その後、2001年の水俣病関西訴訟・大阪高裁判決でも、主たる神経症候が感覚障害のみであっても水俣病と認めるという判決がありました。この時は、感覚障害の所見としては、四肢末梢の感覚障害よりも、主として二点識別覚というものが重視されましたが、この時点では、四肢末梢の感覚障害、全身性感覚障害、二点識別覚障害などの関係が考慮されておらず、このような判断にならざるをえなかったものであり、大阪高裁および最高裁判決の最も重要な意義は、感覚障害の重要性を認めたということです。

その後、スライド15は、最高裁判決の年（2004年）5月に東京でおこなわれた日本神経学会総会で

私が発表したデータです。これは、二点識別覚閾値が3～4mmと正常範囲内の値に出た人たちの微細粗さ弁別機能という細かくざらついた表面の滑らかさを比較的厳密に感覚閾値を決定する心理物理学的手法をもちいて検査しました。非暴露地域では白抜きマルの実線のラインを描くのですが、暴露地域では黒マルの実線のラインになり、大きくはずれています。このことから、汚染地域では、手指の二点識別覚が正常に近い人であっても、触覚の一種である微細粗さは明確に異常をきたしているのです。このことから、二点識別覚でメチル水銀障害による感覚障害をすべて表現することはできないということを明らかにしました。しかしながら、この資料は大阪高裁にも最高裁にも提出されていませんから、最高裁がこのような医学的事実を踏まえることができなかったのはやむをえないことなのです。

別のデータもこの知見を支持しています。スライド16は、2000年に、私たちの病院の通院患者さんを調べた二点識別覚閾値です。認定患者さんでも、この時点で、二点識別覚閾値の悪い人もいれば、正常の人もいます。一方、医療手帳該当の患者さんでも悪い人から正常の人までおり、認定患者さん以上の異常を示している人が少なくありません。ですから、二点識別覚が悪ければ、異常と言えるわけですが、二点識別覚が正常だからといって感覚障害や水俣病の存在を否定することはできないのです。

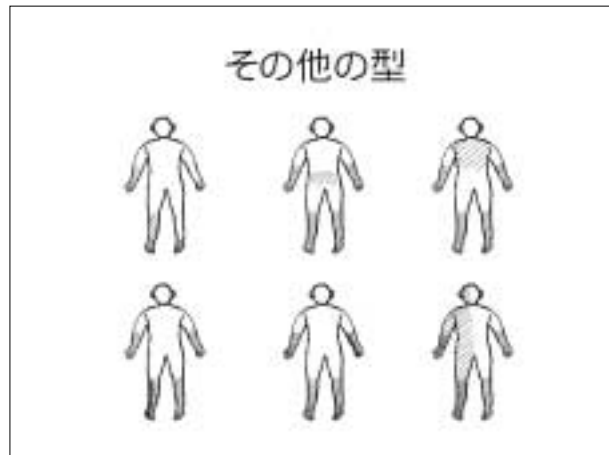
## ◇「与党プロジェクトチーム会議」の問題点

### その1 調査目的

話がとびますが、感覚障害ということで関連していますので先に話をさせていただきますが、2007年4月に、「与党プロジェクトチーム会議」が水俣病検診受診者の自覚症状と感覚障害についておこなった調査というのがあります。この調査は、スライド17に示すような目的を掲げてなされましたが、実際には、ここに示すように、認定基準を満たさないものを判定する機能を持たない調査でした。特に、このなかで、「与党プロジェクトチーム会議」がおこなったという医師による調査について説明をしておきたいと思います。

### その2 医師の役割

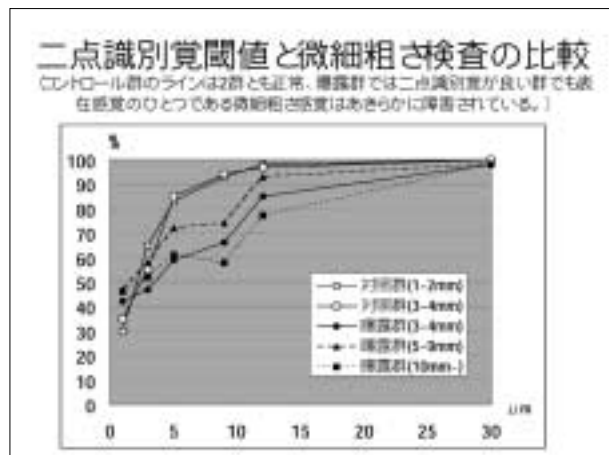
この感覚障害の調査は、医師の診察をおこなっているといいますが、その診察の目的、方法の出発点自体が深刻な問題をはらんでいるのです。普通、医師の診察というのは、病気の原因を探る、治療やケアをどうすべきかの前提として診断をするためにおこなうものなのです。ところが、ここでの診察は、「与党プロジェクトチーム会議」から、対象者の触覚と痛覚の有無だけを一断面でみることのみを要請されているのです。これは、医師がおこなった診察であったとしても、医師としての主体性を完全に剥奪された状態での所見取りロボットともいえるものです。それは、これから述べることを聞いていただくことで、よく理解していただけたと思います。



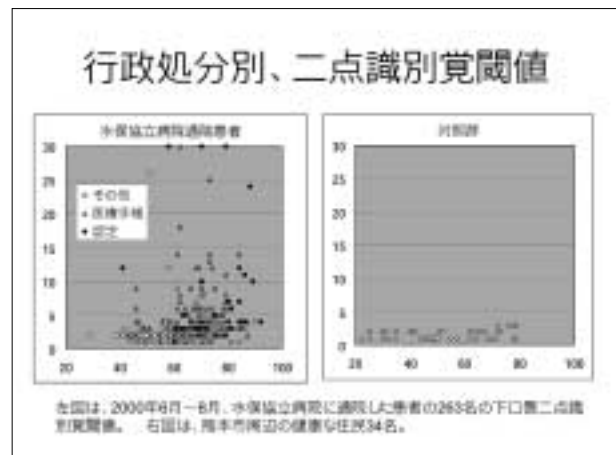
スライド13



スライド14



スライド15



スライド16

PTの調査目的と内容

- 調査目的：「認定基準を満たさないものの新たな救済策の対象を定めること」
- 「認定基準を満たさないもの」をどのように判定するか？
  - － これまで認定審査会は自覚症状を全「認定の根拠」としてこなかったにもかかわらず、今回の対象者の大多数に対して診察をせず、自記式のアンケートのみであった。
  - － 医師の診察は感覚のみ。他の神経所見はとらず。
  - － 感覚の診察方法と分類基準が明らかにされていない。
- この調査は、もともと「認定基準を満たさないもの」を判定する機能をもたない。

スライド17

PT調査の医師診察欄

調査票（症状）

（調査票の記入方法）

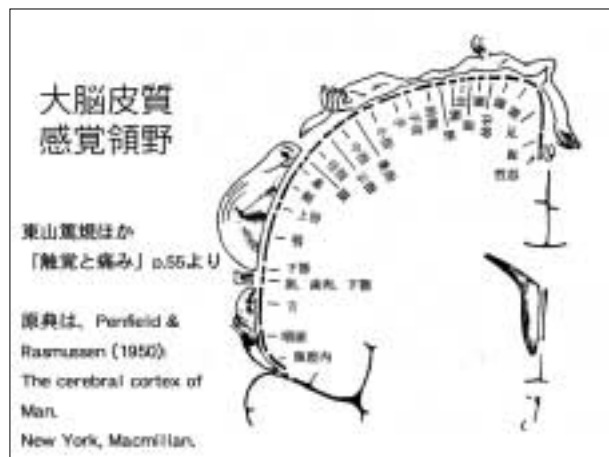
（医師） 認定基準を満たさないものとして認定して下さい。（認定するもののチェック）

（患者） 認定基準を満たさないものとして認定して下さい。（認定するもののチェック）

（医師） 認定基準を満たさないものとして認定して下さい。（認定するもののチェック）

（患者） 認定基準を満たさないものとして認定して下さい。（認定するもののチェック）

スライド18



スライド19

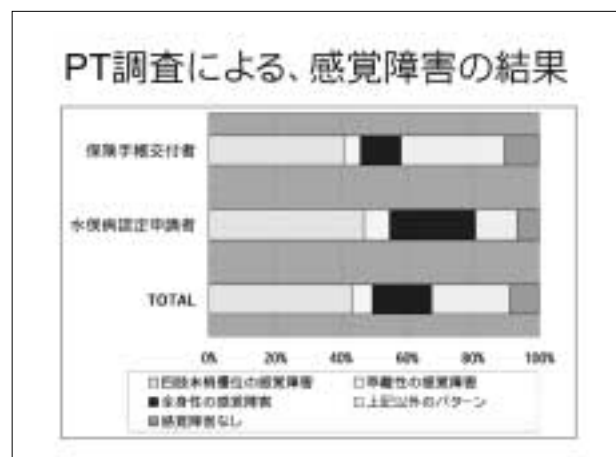


スライド20

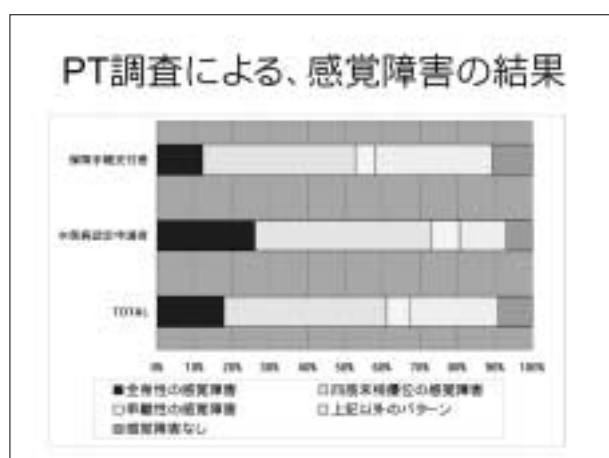
通常感覚検査の結果  
(2005/4月まで、n=148)

| 検査<br>触覚 | 全身性 | 全身+<br>四肢 | 四肢<br>優位 | それ<br>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 |

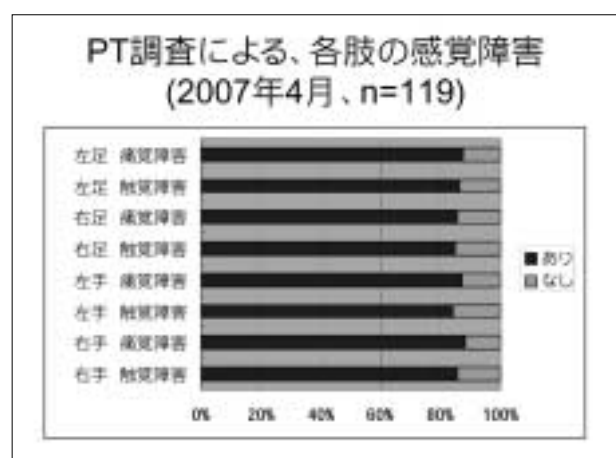
スライド21



スライド22



スライド23



スライド24

### その3 調査所見用紙

そもそも、この調査用紙自体が大問題です。スライド18は、「与党プロジェクトチーム会議」の診察所見用紙の全てです。私たちの所見用紙である資料1（巻末参照）や、あとで紹介します共通診断書の様式（巻末の資料2）と比較してみてください。そのお粗末さがわかります。ずっと考えているのですが、これは医師が作ったものでしょうか、それとも、その他の人がつくったものなののでしょうか。どちらにしても、メチル水銀がどのような感覚障害を起こしうるのかを知らない人が作ったものであることは間違いありません。

ここでは感覚障害のごく一部しかみることになっていません。そもそも感覚だけをみても水俣病の患者さんの状態はわからないのです。そもそも、この調査は「認定基準を満たさないものを判定する」ということを目的に掲げていますが、感覚障害しかみないということは患者の全体像がわからないだけでなく、認定基準に該当するかどうかもわからないのです。私達は問診と診察から総合的に判断し、見逃さないようにしているのです。しかも、裁判参加者については、診察を複数回重ねています。単に感覚だけでなく、全身的にきちんと診ていくし、その方の問診との自覚症状との対応というものを対比しながらやってきているわけです。

### その4 全身性感覚障害と四肢末梢優位の感覚障害の関係

水俣病の感覚障害は、先ほど紹介しましたように、全身性として表現されることもあれば、四肢末梢優位として表現されることもあるのです。これは、違うメカニズムによる感覚障害が起こっているということではなく、同じ現象が、一見違うもののよう認識されうるということなのです。

水俣病では、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ます。大脳皮質では、体幹部にあたる場所も四肢にあたる場所も同様に傷害されるのですから、全身均等に感覚が障害されてもよさそうなものですが、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のです。その理由の一つは、スライド19に示すように、大脳皮質の中でも、手足や口周囲が大きな領域を占めていることがあると思われます。

さきほど紹介しましたように、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ます。通常、感覚の検査は、スライド20に示しますように、触覚は筆、痛覚は痛覚針を使用して検査をします。触覚、痛覚のいずれがどの程度障害されるかを含めると、スライド21に示されているように、さまざまなタイプがありうるのです。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わけで、そのことを考慮し、共通診断書では感覚障害の診察手順を決めているのです。

ところが、スライド18に示しました「与党プロジェクトチーム会議」の診察所見用紙をみると、「四肢末梢優位の感覚障害」、「乖離性の感覚障害」、「全身性の感覚障害」、「上記以外のパターン」、「感覚障害なし」の5つの中から一つを選択することになっています。ところが、水俣病の感覚障害は、四肢末梢優位になることも、全身性の感覚障害になることも、その両方が混ざっていることもあるのです。そうであるにもかかわらず、深刻なことに、この「与党プロジェクトチーム会議」の調査



票では、医者はこのうちのどれかひとつだけ選ぶような形式になっています。このままで調査がなされたということは、「与党プロジェクトチーム会議」も、この検査をおこなった医師達も、水俣病の感覚障害を理解していなかったといわざるをえないでしょう。

#### その5 救済案に示されている「救済」の考え方

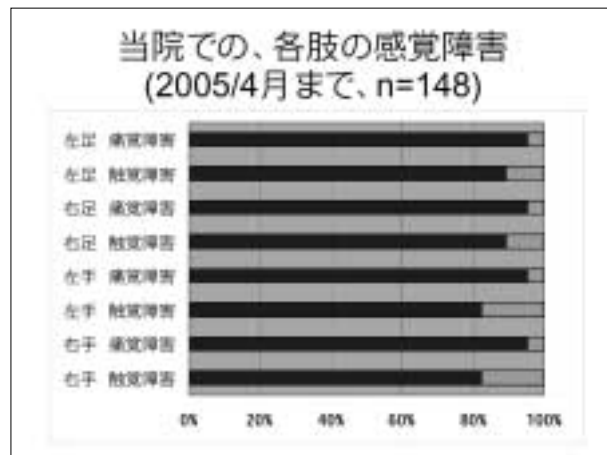
しかも、調査後も、「与党プロジェクトチーム会議」は、「四肢末梢優位の感覚障害」を有するものは救済対象になっても、より重症の「全身性の感覚障害」は救済対象としないという案を提示しました。しかも、私が2007年8月5日に、このような矛盾点について、その根拠となるデータとともに、水俣市内で開かれたシンポジウムで公にしたあとも、一貫してこのような矛盾した主張をしつづけているのです。

それから、「与党プロジェクトチーム会議」は、救済対象となる四肢末梢優位の感覚障害が調査対象者の4割ということをしきりに言っていますが、実際には、このような杜撰なことがなされているのです。スライド22は「与党プロジェクトチーム会議」の調査報告にあるグラフですが、これでは、横棒グラフの一番左側が四肢末梢優位の感覚障害ということになっています。しかし、本当は、スライド23のように、より重症の全身性感覚障害を左にもってくるべきでしょう。しかも、繰り返しますが、全身性と四肢末梢優位の感覚障害の両方を示した人がどこに分類されたのかが全く不明確です。

スライド22またはスライド23の判断に基づく4割救済という考え方が本当に実態に基づいているのか、「与党プロジェクトチーム会議」が出した認定申請者のデータであるスライド24と比べてみましょう。左右手足の触覚、痛覚でみると8割以上の方が感覚障害を有しているわけです。にもかかわらず、救済されるのは4割というわけです。スライド25は、検査対象が違うとはいえ、私たちが最高裁判決後約半年間おこなった検診での左右手足の触覚、痛覚障害の割合ですが、この分布は、「与党プロジェクトチーム会議」と多少類似しています。私たちは、このうち9割以上を水俣病と診断しました。ところが、「与党プロジェクトチーム会議」の結果は、8割強を4割強に減らすための、医学とは無縁の仕組みがあるということを示しています。

#### その6 医学と無縁の一貫した切り捨て姿勢

スライド26に示すように、水俣病の感覚障害は、大脳皮質由来ということもあるのですが、どちらかというに見逃され易いのです。この間の「与党プロジェクトチーム会議」の動きは、医師をロボットのように使って、たった1回の感覚障害調査でも感覚障害がないと判断したらその患者には感覚障害はないと断定し、救済対象としても切り捨てろぞ、という態度を示しています。たった1回の診察で、国側の医師が感覚障害を見逃したケースが存在する可能性は非常に高いと思っています。私たちは、定量的感覚検査を併用することによって、感覚障害の診察精度を高めてきたから、そのことがよく分かるのです。特に全身性を見つけるためには、von Freyの触毛などを使わないと、私たちでも見逃してしまう症例があるでしょう。この調査に参加した医師達がvon Freyのような手段を使用した形跡はありません。また、受診者の話では、痛覚検査で「つまようじ」を使用したということですが、これも問題です。



スライド25

水俣病の感覚障害の注意点

- 軽症例では、精密な方法を用いないと、検出できないことがある。
- 検査時の体調等の影響を受け、障害範囲が変動することがある。

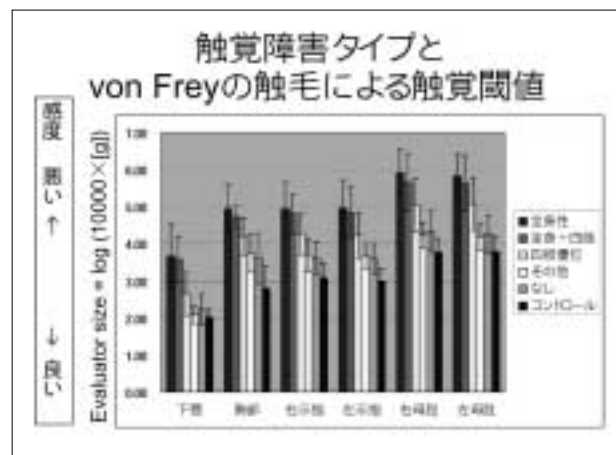
↓

- これらは、皮質性感覚障害の特徴と考えられ、特に軽症例においては、自覚症状や他の神経所見も重視しなければならない。

スライド26



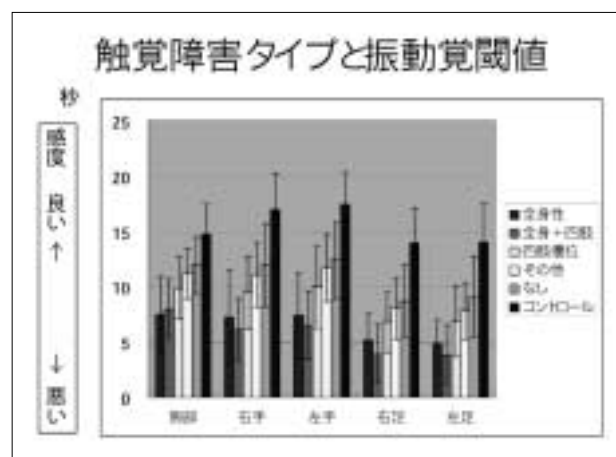
スライド27



スライド28



スライド29



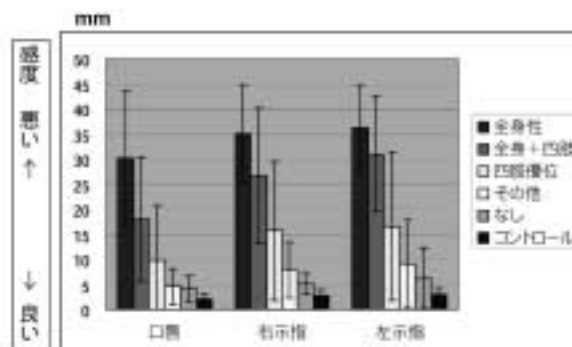
スライド30

## 二点識別覚検査



スライド31

## 触覚障害タイプと二点識別覚閾値



スライド32

## 水俣病における感覚障害のまとめ

- 大脳皮質感覚野の障害により、身体のある部位をうなもつ神経細胞が傷害されると考えられる。
- しかし、感覚障害の自覚は四肢末梢から始まり、診察での感覚障害も、四肢末梢から確認されやすい。
- 重症例では全身性障害、四肢末梢優位の感覚障害の順で出現することが多く、両者の混在も少なくない。軽症例では、四肢末梢のみの感覚障害、二肢の感覚障害の例まで、さまざまなタイプがある。
- 検査方法によっても、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。

スライド33

## 共通診断書における水俣病の診断

- 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。
- 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。

スライド34

## 共通診断書を用いた医師団の診断の利点

- 診察方法を統一している。
- 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。
- 自覚症状と診察所見の間に強い相関がある。
- 診断基準にない、聴力障害、構音障害、失調など、比較的非特異的な症候も、該当する診断基準の数と相関を示す。
- 共通診断書は、医学的に検証可能な様式をとっている。

スライド35

## 共通診断書の各診断項目の意義

- 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。
- Aは感度も高い。
- B, D, Eは、感度がやや低い。
- C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、Aと比較すると感度は劣る。

スライド36

#### ◇定量的感覚検査からみる水俣病の感覚障害の特徴

さきほどからの、全身性、四肢末梢優位などの感覚障害の意味を分かっていたくために、私達がおこなっている定量的感覚検査と感覚障害との関係を少し詳しく説明します。ここでは、感覚障害の各タイプで、von Freyの触毛の検査、振動覚、二点識別覚の定量的感覚障害の程度がどうなっているかを説明します。

スライド27は、von Freyの触毛による方法です。ナイロンでできた細いフィラメントを皮膚に垂直に当てて、どの程度の太さで触覚を自覚するかを調べます。スライド28は、筆や痛覚針での検査で、汚染地域での検診受診した人と、コントロールでどうなっているかを示しています。結果としては、全身性感覚障害、全身性+四肢末梢優位の感覚障害、四肢末梢優位の感覚障害、それ以下の感覚障害、感覚障害なし（以上は汚染地域での検診受診者）、コントロールの順で、感覚が鈍いことが分かります。また、筆やピンでの検査で、全身性と判断された人も、四肢末梢優位と判断された人も、全身で感覚が障害されていることが分かります。

スライド29は、音叉による振動覚の検査です。音叉を最大のところまで打ち、皮膚に当てて、振動を全く感じなくなるまでの秒数を示していますが、これは、値が小さくなるほど感覚が鈍いことになります。スライド30はその結果ですが、全身性感覚障害と四肢末梢優位の感覚障害で相違が余りないほかは、ほぼ同様の結果を示しています。ここでも、筆や痛覚針での検査で、全身性と判断された人も、四肢末梢優位と判断された人も、全身で感覚が障害されていることが分かります。

スライド31は、二点識別覚検査の方法ですが、スライド32にそのデータを示しています。von Freyの触毛による方法での結果とほぼ同じといえます。

この3つの定量的感覚検査で、さらに注目していただきたいのは、筆による診察で、四肢末梢優位ほどの感覚障害がない、あるいは感覚障害がない、とされた人々でも、定量的感覚検査で調べてみると、コントロールの人々と比較して感覚が鈍い、ということです。四肢末梢優位までいかない群、感覚障害がない群でも、von Freyの触毛、振動覚、二点識別覚のいずれにおいても、コントロールの群と比較すると、感覚が悪いということがわかります。

以上から分かってきたメチル水銀による出現する感覚障害の特徴をまとめると、スライド33のようになります。

#### ◇四肢末梢性感覚障害は、メチル水銀中毒の最低ラインではない

汚染地域でのメチル水銀曝露の既往があり四肢末梢優位の感覚症状があれば水俣病といえることを藤野先生が明らかにし、99%の確率で水俣病と診断できることを津田敏秀先生が疫学の立場から明らかにしました。この99%という数字からいえることは、四肢末梢の感覚障害があれば水俣病であるのは当然であるとして、四肢ではなく二肢であってもメチル水銀の影響が十分考えられる、ということです。先のデータは、筆の検査で感覚障害を確認できなかった場合でも、メチル水銀の影響は否定できないことを表しています。

仮に99%の蓋然性ではなく、90%あるいは70%の蓋然性ではどうなのか、そのことを考えると、四肢末梢性の感覚障害をメチル水銀の健康影響の下限とすることはできないのです。「与党プロジェクト

トチーム会議」は、1回診察して四肢末梢の感覚障害はありませんでした、水俣病でないどころか、手帳も打ち切ります、と言っています。さきほどのべてきたような、「与党プロジェクトチーム会議」による診察方法に深刻な欠陥があるだけでなく、たとえ筆による診察で四肢に優位の感覚障害が認められなくても、水俣病である可能性は否定できないわけです。

私が熊本地裁に提出した水俣病診断総論にも書いていますが、重症の胎児性水俣病では感覚障害が認められない例もあり、感覚障害がなくても水俣病を否定することはできないのです。

ですから、これは今日の議論ではありませんが、実は私達が共通診断書を定めるときも、本当に四肢末梢の感覚障害を最低ラインにしていいいのかどうかということを実は迷いました。今までのメチル水銀曝露住民と非曝露住民の診察所見やデータを検討すると、スライド34に示された共通診断書のA、B、C、D、Eの項目は、胸を張って水俣病といえるものです。Aは四肢末梢優位の感覚障害、Bは全身性感覚障害であり、これまでの司法判断からみると、医学的にみても、社会的コンセンサスからみても妥当なクライテリアだと思っています。

しかしながら、四肢末梢の感覚障害以下の人々についてもメチル水銀の健康影響が否定できないわけで、この偽陰性と呼ばれるグループに属してしまう人々が存在することは、私達医学者として医師として本当にその影響が考えられるのに基準がこうだということによって切られることについては問題点がないとはいえないのです。そういうこともあり、今回の裁判ではその項目に該当する人はほとんどいないと思われますが、共通診断書の診断基準にはFの項目を設けたのです。どちらにしても、メチル水銀の高濃度汚染地域に居住しておられた方々なのですから、簡単に切り捨てるのではなく、きちんとフォローアップをし、研究を続けていくことが重要だと思っています。

#### ◇行政のかかわる水俣病診断の根本的問題

もうひとつ、行政の水俣病認定審査会にしても、「与党プロジェクトチーム会議」にしても、重大な問題は、そこで診察をした医師が誰で、どのように診察をしたのかが全く判らない、検討ができないということなのです。私達は自分が診断したということを自分の名前でもって診断書を書いていきます。私たちだけでなく、地域の先生方も認定申請のため、あるいは、新保健手帳の診断書を書いておられます。四肢末梢優位の感覚障害が4割という数字を持ち出して、新保健手帳の意見書がいい加減だということを匂わせるような言い方を環境省の方がしておられると聞きましたけれども、現場の医師は、患者と日常的に接触できる状況で診察して、自分の氏名を明記して所見書や診断書を書いているのです。しかし、水俣病認定審査会にしても、「与党プロジェクトチーム会議」では、医師の名前も顔も隠されているのです。あとでその内容の検討も何もできないようなものを「公的診断書」といかに権威があるかのような言い方をしているのです。私たちは、自分の名前を出して、診断書や意見書を提出しています。このことも、国がやってきたことと、私達がやってきていることの重みの差であることをご理解いただきたいと思います。

まとめると、昭和52年判断条件には医学的根拠がないということ、認定審査会は自らの根拠とした昭和52年判断条件にも従ってこなかったこと、認定審査会も「与党プロジェクトチーム会議」の調査も、それらの責任を負うはずの医師の氏名も、診察、診断のプロセスも何もかもが全く不明で、何の

検討もできないものになっているのです。

診察というのは所見をとるだけでなく、自分が何を考えたか医師が自分の責任で行うべきものなのです。現場の仕事と責任を分けているわけです。そうしたらどうなりますか。責任の所在が明らかじゃなくなりますよね。これは、医学診断にかかわる根本的問題だと思います。

#### ◇行政にかわる水俣病審査システム——共通診断書

そういう国の審査システムというものに代わるものはなんなのかということで、私達は共通診断書というものを提唱しているわけです。原田先生を中心にして水俣病に取り組んできた医師達が一堂に会して作ったものです。この共通診断書の目的は、まず第一に、迅速な救済を図るということです。今、数多くの人々が救済を求めておられるわけですから。私は感覚障害の研究のために、いろいろな新しい検査方法というものを使っていますが、それは他のお医者さんにとっては、全く見慣れないものです。そういうものを使わないとホントに水俣病がわからないのかというと、実はそうではありません。このことは、先ほどお示した定量的感覚検査と通常の筆を使用した感覚検査の対比でも明らかです。それから二番目は、患者さんの負担とコストの軽減ですね。なるべく簡略化してわかるようにしました。とはいっても、他の疾患との関係が考察できるように、神経所見をとるための必要な項目は備えるようにしました。三番目は公平性をはかる、四番目は司法救済につなぐ、五番目に実態解明に資する、というふうになっています。

#### ◇共通診断書の項目

共通診断書の様式は、資料2（巻末参照）に示すとおりです。問診に相当する部分の項目については、保健手帳の申請書・所見書の様式を補強したものにしました。これまでの居住歴、職歴、魚介類摂取状況、家族歴を詳しく聞くということ以外に、特記すべき既往歴と現病歴の概略、現在の自覚症状28項目。通常の神経学的所見、脳神経、運動、反射、感覚などの項目をひととおり包括しています。これらに含まれていない項目、たとえば、認知症が少しありそうとか、他の所見があるときは、その他の所見のところに書くようにしてあります。

共通診断書には、一般の神経所見の項目に加えて、舌と手指の二点識別覚検査など、水俣病特有の項目があります。また、失調検査といって体のバランスや運動のスムーズさを検査するわけですが、そういう評価をする時に、一定の具体的な基準をつくって書き込むようになっています。

#### ◇共通診断書の優位点① 診断基準の特異性

共通診断書の優位点についてお話ししたいと思います。スライド35をご覧ください。まず第一の優位点は、診断基準の特異性が非常に高いということです。行政は、水俣病と同じような症候を示す疾患がたくさんあって区別がつかないというものいいをしがります。スライド34に示しましたとおり、共通診断書による水俣病診断基準のA、B、C、D、Eの各項目は、Aは四肢末梢優位の感覚障害、Bが全身性、Cは舌の二点識別覚障害、Dは口周辺の感覚障害となっています。AからDまでは感覚障害で、Eは求心性視野狭窄です。

スライド36をご覧ください。各診断基準の項目の特異性について説明します。Aの四肢末梢優位の感覚障害を示す疾患というものはあるにはあるのですが、水俣病のようにグローブ・アンド・ストッキング・タイプ（手袋足袋型）になるものには、例えば糖尿病があるといわれていますが、糖尿病でもそんなにあきらかな感覚障害を示すものは、重症例ですし、大体、足の方が主にやられて、手の感覚障害を訴えることは非常に少ないのです。糖尿病は20歳代になる人もまれにいますが、だいたい40～50歳を過ぎてから罹患しますし、自覚症状を伴う程度の神経障害が起きるのは血糖コントロール不良の状態が10年以上続いてからということが多いのです。原告の方で糖尿病をもっておられる方は多くは、糖尿病に罹患するよりもかなり前から手足のしびれを訴えておられます。こういうふうにはほとんどの例では容易に区別できるのです。これが普通の医学診断プロセスなのですが、他の医学分野ではごく常識的に当たり前にやられていることが水俣病ではやられないということがあるわけです。国側の医師たちは、糖尿病や頸椎症を合併していると、ろくに鑑別診断もせずに水俣病でないと断定していったようです。Aの四肢末梢優位の感覚障害は、感覚も高いですが、比較的特異度も高いものです。

それから、Bの全身性感覚障害を起こす疾患というのはほとんどありません。全身性無痛症というのがありますが、あれは痛覚だけが障害されるものですし頻度は非常に低い。

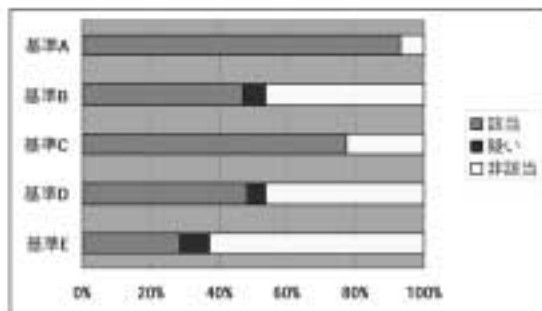
次に、Cは舌の二点識別覚の障害、Dは口周囲の感覚障害です。ノーモア・ミナマタ訴訟では、被告側の衛藤先生の意見書を出してきて、口周囲の感覚障害が出現する、末梢性三叉神経障害という病気があるんじゃないかと反論してきました。しかし、実際はこの病気の多くは顔面の片側だけが障害されることが多く、発症の仕方も違い、障害領域の境界も明確ですから、たとえこの病気があったとしても、区別はちゃんとつくわけです。しかも、頻度がものすごく少ないのです。こういう病気をもってしてしか反論できないくらい、この項目の特異性は高いのです。

Eの求心性視野狭窄については、いうまでもありません。視野狭窄をきたすものとして、緑内障がありますが、発症のしかたが比較的急性でご本人が気づかれることが多く、ほとんどの人は眼科を受診しておられます。そして、緑内障では、きれいな求心性視野狭窄ではなくいびつな視野狭窄になるわけで、ほとんどの例では容易に区別できるのです。

スライド37は、581名の原告の結果ですけれども、A、B、C、D、Eのうち1つだけという方もおられますが、大半の方はAとBとか重複して症状を持っている方が多い。これらの方々のなかでは、1項目街頭の方は、ほとんどがA項目でした。実際はA、Bのいずれに該当せず、C、D、Eに該当する人がいても良いと思うのですが、これら581名で見る限りは全員がAまたはB項目に該当という結果が出ており、その分布はスライド38の通りです。

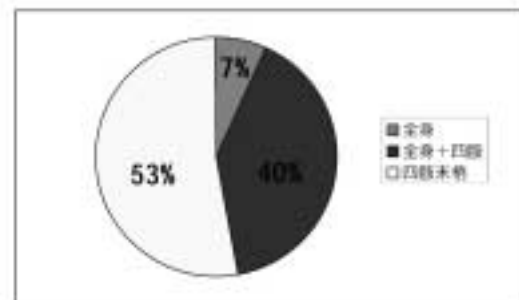
Cの二点識別覚については、かなり特異度の高い検査で、正常値の幅は非常に狭く、舌先の二点識別覚の異常は、水俣病特有の感覚障害といえます。しかし、先に説明しましたように、二点識別覚が異常であれば感覚障害の存在が証明されるわけですが、これが正常だからといって感覚障害や水俣病の存在を否定することはできないのです。この点に留意する必要があります。

## 581名の原告の結果



スライド37

## 581名の原告の表在感覚障害



スライド38

## 症候のスコア化の試み

## ■ 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(2点)、疑う(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(4-2-0点)、全身性(4-2-0点)、二点識別(4点、4段階)、四肢末梢(4点、16段階)

スライド39

## 失調(自覚症状、診察所見)

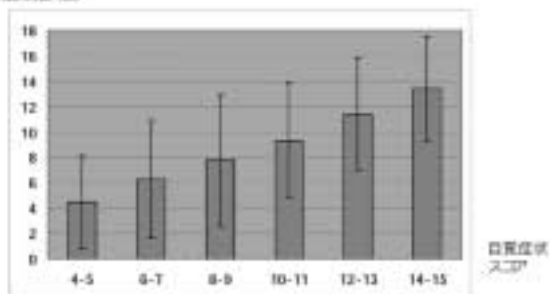
| 項目      | 自覚      | 診察      | 両方      | 不明      | 不明      |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1. 歩行時  | 2. 歩行時  | 3. 歩行時  | 4. 歩行時  | 5. 歩行時  | 6. 歩行時  |
| 7. 歩行時  | 8. 歩行時  | 9. 歩行時  | 10. 歩行時 | 11. 歩行時 | 12. 歩行時 |
| 13. 歩行時 | 14. 歩行時 | 15. 歩行時 | 16. 歩行時 | 17. 歩行時 | 18. 歩行時 |

| 項目      | 自覚      | 診察      | 両方      | 不明      | 不明      |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1. 歩行時  | 2. 歩行時  | 3. 歩行時  | 4. 歩行時  | 5. 歩行時  | 6. 歩行時  |
| 7. 歩行時  | 8. 歩行時  | 9. 歩行時  | 10. 歩行時 | 11. 歩行時 | 12. 歩行時 |
| 13. 歩行時 | 14. 歩行時 | 15. 歩行時 | 16. 歩行時 | 17. 歩行時 | 18. 歩行時 |

スライド40

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

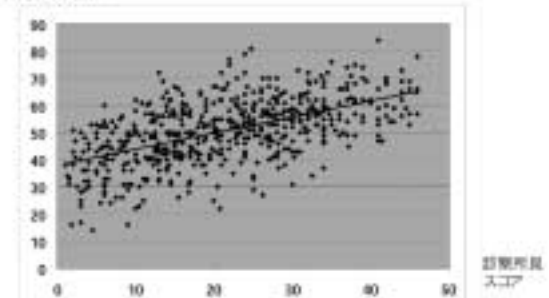
診察所見スコア



スライド41

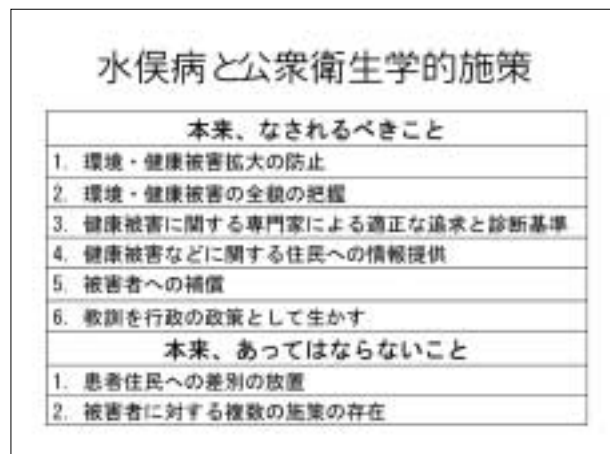
共通診断書による総合的な  
自覚症状スコアと診察所見スコアの比較試行

自覚症状スコア

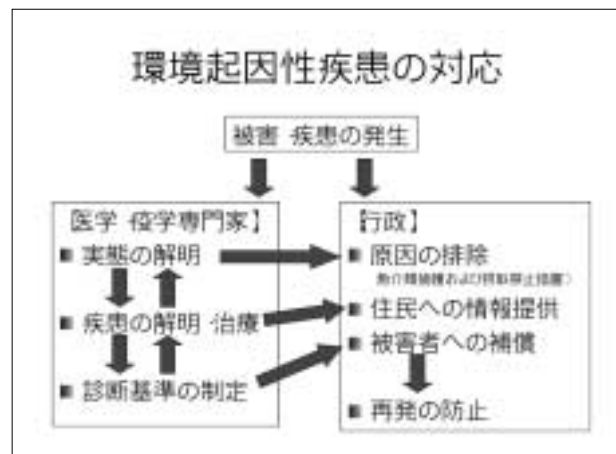


スライド42

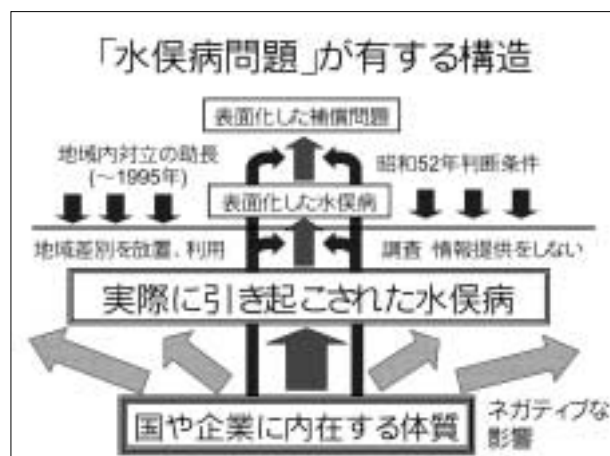




スライド43



スライド44



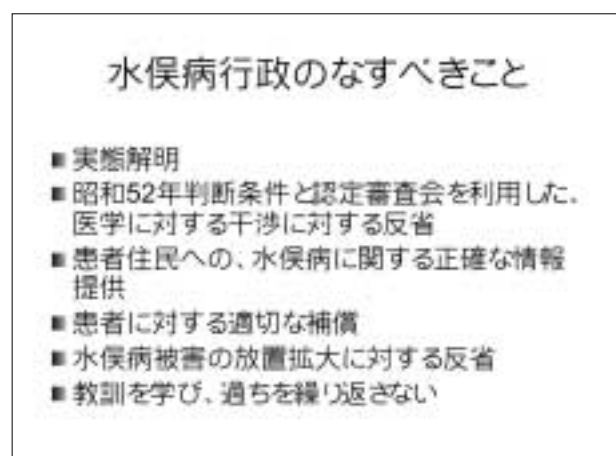
スライド45



スライド46



スライド47



スライド48

そういう意味では、やはり、一番重要なのは、スタンダードな旧来から行われてきた感覚検査なのです。通常、感覚の検査は、触覚については筆を用いて、痛覚については痛覚針を用います。感覚障害について、今回、行政とチッソが反論してきた準備書面をずっと読んできました。何十年も前から、感覚障害検査はあてにならないとしきりに言うわけです。医者言葉によって誘導されたりすることがありうるのだと。それは神経内科の常識だし、私たち医師団もそんなことは百も承知です。ですから、かなり原告の方々は、時に冷淡に感じられることもあるかもしれませんが、私たちはニュートラルな（中立的な）態度で検査をしています。ですから、「こっちの方が弱いですね」などという言い方はしないのです。一対一で医師と患者が向き合って診察するということは、とてもシビアなことです。逆に、患者さんを緊張させすぎると所見がとりにくくなることがあるのでそこは難しいところですが、このような姿勢で所見をとってきているのです。

国や県は、感覚検査が当てにならないという一方で、私たちがやっているような定量的検査を行った形跡はほとんどありません。彼らも筆と痛覚針による検査をおこなってきているのです。そういう筆と痛覚針による検査で、触覚および痛覚の感覚障害がどれだけ出るかと言うことですが、これは認定審査会の委員をつとめたこともある熊大の荒木先生の農村部での結果ですが、それでも1%未満なのです。

メチル水銀の暴露を受けてきた方々の場合、痛覚の異常が出やすいこと、軽症の人でも痛覚鈍麻が手足先に出やすいということはかなり特徴的だと思います。汚染地域の人々の感覚障害には個人差もあますが、このような検査で分かるのです。しかも、これらの検査で悪ければ悪いほど自覚症状も多いし、失調など他の検査でも異常が出て来やすいのです。

#### ◇共通診断書の優位点② 多重構造

共通診断書のもう一つの優位点は、多重構造になっているということです。「与党プロジェクトチーム会議」の診察と異なり、私たちの共通診断書は通常の神経学所見を網羅しているという形をとっています。普通だったらA、B、C、D、E、Fの診断基準だけあればいいんだったら診察所見はこんなにいりません。でも、それ以外のものもたくさんきちんと普通の神経所見をとるようにしているわけです。本来なら、自覚症状だけでもかなり臨床的に水俣病の確からしさは十分推定できる。それに加えて神経所見をそれだけたくさん診ている。どうしてそういうことしているかという、その人を水俣病と診断して「ハイ終わり」ということではない、ということなのです。やはりその人に応じた治療もしていかなければいけないし、合併症との関係も診ていかないといけないし、将来にわたってフォローしていなくていけない。そこまで考慮して、この診断書様式を作っているのです。

スライド39に示したように、今回、共通診断書の自覚症状と高く所見の点数化をしてみました。自覚症状も診察所見も悪いほど点数が高い点数になるようにしてみました。スライド40は失調に関連する症状と失調についての診察所見ですが、症状では「いつもある」を3点、「ときどきある」を2点、「昔あったが今はない」を1点、「今も昔もない」を0点としました。運動失調について、一番左の欄「認める」、「不能」を3点、左から二番目の欄を1点、その右の欄は0点というふうに点数化しました。

そうするとスライド41のような結果が出てきました。横軸が自覚症状スコア、縦軸が診察所見スコアです。それぞれ、個人差などもあり、幅もあるのですが、自覚症状と診察所見がきれいに相関しているということがわかります。多少の診察所見の取り方のも当然悪いわけですが。こういう結果を見ても、10数人の医師がかなり念を入れて診てきていることがわかります。

スライド41は失調に関する症候でしたが、スライド42は、それ以外の全ての症候を全部まとめたものです。前のスライドとは、診察所見と自覚症状が逆になっていますが、これでもきれいなラインが描けているわけです。こういう方々が5年後、10年後どうなっていくのかということを考えても、この共通診断書は非常に有用であると思っています。この間、個別立証の際、鑑別診断をしろと、国、県は言ってくるのですが、国のいう「鑑別診断」は、実は本当の鑑別診断ではなく、「何か他に病気があるかもしれないから」ということを永遠に言い続けようとしているだけなのです。原告について、国や県は「水俣病ではない、〇〇という他の病気である」とは決して言わないのです。

#### ◇国、県、チッソの主張する「鑑別診断」とは何か？

私たちは、既に裁判所に診断書を提出した原告については、実際の鑑別診断を済ませています。たしかに、患者さんの中には、糖尿病やいろいろな脳卒中や合併症をもっておられる方がおられます。それで、第一陣の50人を調べてみたのですが、他の病気でその人の自覚症状や神経所見が説明しきれないものがあつたかというとは皆無なのです。ひとつもないのです。ですから、その人、一人ひとりの今後の治療方針を医療側として決定していくためには鑑別診断をする必要はあるでしょう。しかし、水俣病があるのかなのかという診断をしていくときには、基本的には共通診断書の項目を調査することで分かるわけです。だから、私たち原告の方たちに入院してもらって、診察するだけでなく検査をたくさんやったりしますが、水俣病の有無をみるために必要だからということをやっているのではなく、国がこういう形で必ず反論してくるということを私たちは分かっていたから、ですからいかに他の病気があつても、水俣病の診断はできるんだということを示すため、そして、患者さんか合併症をもっていたときに、そちらの治療も必要となりますから、いろいろな検査をやっているわけなのです。

これまで行政の認定審査会や「与党プロジェクトチーム会議」の手法をみても、行政あるいは行政側の医師に任せたら、ほとんど水俣病の診断できないと思います。これは能力の問題もあるのではないかと思います。やはりその前に、きちんと医師と患者とが一对一で向いあつてその人の病気を診断、治療していくという姿勢があるのかどうかという根本的な姿勢が最も大きくかかわっているのだらうと思います。

今の状態では「行政に任せること」イコール「水俣病の有無を医学以外の要素で判断すること」ということになってしまうことになると思います。それでは、そういうものに対する国の審査システムに代わるものは何かといいますと共通診断書しかないと思います。国のおこなってきた認定審査会や「与党プロジェクトチーム会議」の調査とは全く異なり、共通診断書は、責任も明確、診断プロセスも公開されている。それだけでも、国や県のあり方とは異なる優位性を有しているといえるのです。

### ◇本来行政は何をなすべきか？

行政は、ことあるごとに水俣病を反省したとか、水俣病の教訓を生かすなどといいますが、実際には中味が全くありません。

今、水俣病の解決のために行政がなすべきことは、水俣病診断総論にも書いたことですが、スライド43の通りです。本来、食中毒や公害などの被害、疾患が発生したときに、なされるべきことを専門家と行政それぞれに分けて示したのが、スライド44です。ところが、ここでなすべきことを行政および国側の専門家（昭和52年判断条件を支持する専門家のこと）は、どれ一つとしてまともにやってきませんでした。それどころか、積極的に水俣病を隠そうとしてきたといってしまうでしょう。

スライド45は、水俣病の発生から長期にわたって、水俣病の発生、広がりの実態に対して、水俣病が表面化しないようにするために、行政や国側の専門家が果たした役割を示しています。下半分は、実際には大きな被害が起こっていたことを示しています。それが、表面化しよう（上に向かおう）とする当然の動きに対し、さまざまな方法でブロックをかけてきました。右側は情報コントロール、左側は心理的コントロールを示しています。情報コントロールとしては、調査をしない、情報提供をしない、ということがあり、心理的コントロールとしては、地域差別を放置、利用してきました。

それでも隠し切れない水俣病の実態に対して、情報コントロールとしては、昭和52年判断条件を最大限に利用し、心理的コントロールとしては、地域内対立を助長させてきました。しかし、2004年の最高裁判決以来、この壁の一部が崩れてきました。それがスライド46に示されています。国と県による右側の情報コントロールは同様に続けられています。2004年以降、左側の心理的コントロールが聞きにくくなったことは、数多くの人々が認定申請をし、保健手帳を取得していることからわかりますが、心理的コントロールも、機会があれば利用したいという意図を行政の一部の方は持っておられることでしょう。特に、昭和52年判断条件を維持し続けられれば、地域あるいは国内にある偏見、差別はなくならないと思われ、それを最大限に利用する可能性はあると考えます。

水俣病の真の解決のためには、スライド47のようになることが必要なのですが、そのためには、個別の施策がなされるだけでなく、行政による情報コントロール、心理的コントロールをやめるべきでしょう。それでこそ、スライド48に示された、本来の水俣病行政のなすべきことが達成されうるとでしょう。

### 司会

共通診断書がいかにきっちり作成されて、それが解決に役立つのではないかと思います。これまで板井先生の基調報告、それから今の高岡先生の報告もいただいて、いよいよ今の被害をどう明らかにしていくのかということや健康調査の必要性について強調されてきたのではないかと思います。そういうことも踏まえて、次に不知火患者会の瀧本事務局長から今の運動の現状ないし当面の課題というところでの報告をお願いします。

## 「不知火患者会の運動における現状と課題」

水俣病不知火患者会 事務局長 瀧本 忠

### ◇はじめに

私たち不知火患者会が結成されてから約3年近く、そして訴訟を始めてから2年あまりが経過しています。現在1472名の原告団となっています。私たちはこの3年近く闘う中で、行政側が示してきた救済案はまず出たのが医療費だけを補助する新保健手帳でありました。その後、熊本県が第二政治解決案を出すに至り、それを受けた形で与党PTは環境庁が行った1万2000人のアンケート調査と実態調査を踏まえて10月に与党PT案の新救済策骨子案というものを出示してきましたけど、これは最高裁判決を無視したものであり、公的診断を盾に被害者を大量に切り捨てるというものでした。私たちはこの与党救済案には受け入れを拒否をするということを明確に打ち出しました。こういう中で加害企業チッソは11月に現状の与党PT案は受け入れをできないということを発表しまして結果的にはこの与党PT案の年内の成立はなくなったという状況にあります。



### ◇患者の運動が情勢を切り開く力に

これまでの私たちの闘いが新保健手帳の再開であるとか与党PT案の提案へと動かして来たと。情勢を切り開いてきたとが成果ではないかと思います。私たちの最終的な目標はこの訴訟によって勝訴判決をテコに全ての水俣病被害者を救済する司法救済システムの確立を目標としていますが、そのために今後どうしたら良いかということではありますが、そのためには大きな世論をつくるということが重要ではないかと思っています。外に向けた運動、内に向けた運動というものがありますけど、現在私たちが裁判所に対して取り組んでいる運動として公正判決を求める10万人署名運動があります。裁判所に対してこの訴訟に対して世論が注目していることを知らせながら、裁判所が安心して勝訴判決が書ける環境作りと被告側が控訴できない状況をこの署名をもって作り上げるということを目的としています。

### ◇目に見えない被害を、目に見えるかたちに

また、今後、県下全議会に対して早期解決を求める請願行動も行っていきたいと考えておりますけれども、このようなことを行う上で、どれだけ被害を訴えていけるかということだと思います。私たちがいろいろなところで訴えるなかで、まず出てくる言葉が水俣病は平成1年で終わったのではないか。またなぜ今頃になって手を上げているのですかという疑問が出されます。やはりこういう疑問を払拭させていくということが重要だと思います。水俣病の被害が目に見える被害ではありませんので、目に見えるような訴えをしていく必要があるかと思っています。水俣病の被害は被害者本人にしか語れま

せんので、とにかく被害者に被害を訴えていただくと。ただ被害について単に健康被害だけでなく、その被害によって家族や周囲との関係に大きな影響を及ぼしたということが水俣病の被害ではないかと思います。こういった地域社会への影響が大きかったことを前面に打ち出すことが重要になるかと思っています。そのためには私たちがそういう環境を作っていくことが重要かと思っています。世論を作っていくにはこういったことが重要だと考えていますが、今後、水俣病被害者の全面救済するためには、掘り起こし検診などを引き続き行いながら、この検診の結果によって現れた被害者を次々と提訴して行くということで被害の大きさを訴え被告を追い詰めて行くことも必要だと思います。やはり水俣病の被害の全容を解明しないかぎり全面解決にはならないと思っていますので、最高裁判決が出た直後に熊本県が不知火海沿岸の47万人の健康調査を訴えました。現在、熊本県はこのことは若干トーンダウンをしているのですが、こういったことも熊本県に対して健康調査の実施を強く求めているということで全容解明をしながら被害者の救済にあたっていきたいと思っています。

私たちに課されている課題は大変大きなものがありますけれど、当面はレジメに示したようなことで闘っていきたいと思っています。

## 司会

ちょっとあっさり目の報告かと思いますがありがとうございました。次はパネラーとしては最後の発言になります。北岡さんから、報告をお願いします。

# 「裁判を軸にした水俣病患者の救済のために・運動と裁判」

水俣病闘争支援熊本県連絡会議 前事務局長 北岡 秀郎

## ◇はじめに

長い話が次々に出てきていささかおくたびれかと思っています。頭の体操のつもりで次はお聞きいただければいいと思います。私のレジメが一番最後のところにくっついております。よろしかったらそれを眺めながらお聞きいただければと思います。だいたいこういう話というのは一番最後というのは割が悪いんですよね。だいたいおいしいところは先の方が喋る。あと拾いながら喋っていくということになるものですからちょっと角度を変えてやっていきたいと思っています。水俣病救済に関して大きな裁判が歴史的にはたくさんあるんですけども大きな裁判としては今4つ目の裁判ではないかと思っています。その前までは番号がついておりましたね。第一次訴訟、第二次訴訟、第三次訴訟というふうについていた。今回、第四次訴訟という名がつくのかと思っていたらそうじゃなくて今度は「ノーモアミナマタ国賠訴訟」ということになったんですが大きな順番としては4番目ということですね。



### ◇第一次訴訟・・・高度成長の陰に隠れていた公害、重症患者が何とか立ち上がった

その第一次訴訟。詳しくは申しあげませんがこれは1969年から1973年にかけて闘われた裁判なんですけども、どういう時期に行われた裁判なのか、国民の世論はこの時どうあったのかということの特徴だけ申し上げたいと思うんですね。この時期というのは日本が戦後復興をだいたい成し遂げて高度成長政策といわれる高度成長が終わりを告げる、そういう時期にこの裁判が提起されたということです。これが特徴ですね。経済の問題というのは実は国民の心の問題、思考の問題に関して非常に大きな影響を与えます。ですから、次々に大きな仕事、国土改造、日本列島改造政策だとか所得倍增計画だとか景気のいい話が次々あったんですね。こういったのがそろそろ終わりを告げる頃、この時期というのは農村からたくさんの人が町のほうに労働者となって流れてきて、その人たちがガムシヤラに働いて、しかもだいたい終わったかなという時期になった時に、人々はどう考えたのか。「たしかに経済は発展した。国は繁栄したように見える。でも果たしてそれだけだったのか」ということに思い至ったのではないかなと思うんですね。多くの労働者の頭の中には今はたしかに金が稼げる、頑張ればそれなりに稼ぐことができる。御所浦のあたりからもたくさんの人たちが出稼ぎに出て頑張って稼いだと、ただその人たちの頭の中にはふる里の美しい光景がある時よぎるような、そういう働き方だったのではないかなというふうに思います。それが、その思いが高度成長の陰に隠れていた公害という負の問題について、この時期立ち止まって考えるような時代が来ていたのかなというふうに思います。それはもちろん水俣病もそうです。しかし、この時期にたくさんの公害問題が全国で表沙汰になってくるといふ、そういう時期なんですね。これはけして水俣だけが特殊だということではなくて日本全体がやはりそういう時代を迎えていたのではないかなという気がするんです。その中で水俣病はどうだったのかというと水俣病の中の非常に重い症状の人たちが、すでに認定されて水俣病だということがわかっていたけれども補償がないということで、この人たちがまず立ち上がっていくというそういう過程があるんです。この人たち、言い方悪いんですけども見ただけで「ああ、大変な人だ」とわかる人、そういう人が立ち上がったんですね。国民の中にはこれまでのように「繁栄、繁栄でよかったのかな」と思っていたところに、そういった人たちがポンと現れたと。この人たちが国民の前に初めて名乗りを上げてきたということで、これはやっぱりなにかおかしいのではないかなという世論が作られていった。その世論の一番大きな表れかたは組織労働者がこの人たちをなんとか救済しなければいかんというふうに思ったことではなかったのと思います。ですから、水俣病の一次訴訟において、当時労働団体で総評というのがありましたけども、この人たちがお金を出したり力を出したりするという構図が作られていったわけですね。またこの全国的に広がったこの時期の裁判というのは、それまでの公害裁判、ほとんど負け続けてきた公害裁判と違って裁判で勝つことによってそれ以上の要求を獲得していく判決+αの要求を求めていく時期の始まりだったというふうに思います。勝訴判決をテコにして直接企業と交渉を行う、そして判決で獲得できなかったものもその中で獲得していくというやり方が定着し始める時期。そういう形を追求する時期だったというふうに思います。

### ◇第二次訴訟一審・・・「公害」冬の時代でのたたかい

その次に第二次訴訟というのが行われます。実はこれは一次訴訟の判決よりちょっと前から始まっ

ているんですけれども1973年から79年、これ第一審ですけれども高裁までいっちゃったんですが、第一審の場合見てみますと、この時期は果たしてどういう時期だったのかということを見ていきたいと思います。この時期はですね非常に状況、情勢の悪い時期だったというふうに私は思っています。というのは高度成長が終わってしまう時期なんですね。その一番典型的な終わり方が、出来事がオイルショックなんです。オイルショックで、トイレトペーパーはなくなる、洗剤はなくなるとかということで慌ててスーパーに買いに走ったという人たちもいたのではないかと思います、これが高度成長の終焉を告げるひとつのあり方でなかったのではないかと。とにかく大変なんだと、生活していくのがやっていけるのどうかわからなくなるぞ。そういう時に公害問題なんか言っとく場合じゃないよというのがこの時期の主流な世論であったと思います。そうすると、公害患者も騒ぐな。この時期にしばらく我慢しなさいという世論が作り上げられていく。そういう中で、第二次訴訟は闘わざるを得なかった。そういうところからこの裁判の特徴というのが残念ながら判決+αというのが一次訴訟で定着したかに見えたんですが、それが、そうならない時期になってしまった。だから、いわゆる判決型。一次訴訟以前の判決を勝ちとるこれだけの闘いに収斂されていく。判決は勝つんですけれども、その他の問題については、中々交渉自体もうまくいかないし、その後の要求の実現も中々うまくいかないということが出てくるわけです。実は内部にも色々と弱さがあったんですね。それは特に弁護士に典型的に表れていたんですけれども、議論のなかで、弁護士というのは人から仕事を頼まれてする職業だと。自分から掘り起こしてするのはおかしいんだという議論が根強くあったんです。これは結局、自ら解決していくということではなくて、解決していく主体はよそにある。あるいは原告にある。自分たちはそれを助けるだけの仕事だというふうな当事者能力を欠いた発言がみられたんですね。一般論としては必ずしも間違いではないと私は思うんですけれども、問題を解決する主体にはその議論の中からはあり得ない。これが第二次訴訟時代の特徴だったのではないかと思います。時期も悪かったし、それを打ち破るだけの内部的な行動も起こせなかったのではないかと私は考えています。それが一審の時代なんです、二審、福岡高裁に移ってからは第三次訴訟の闘いと連動していきます。

#### ◇第三次訴訟（第二次訴訟控訴審）・・・大量原告による初めての国賠訴訟

第三次訴訟というのは1980年5月に起こされますが、二次訴訟の二審の判決は1985年で、それより後になりますから、だいたい福岡高裁での二次訴訟の闘いと三次訴訟の闘いが連動していくという事になります。今度はですね、大きな違いというのは、相手がチッソだけではなかったということなんですね。一次、二次訴訟はチッソが相手の損害賠償請求訴訟なんですね。三次訴訟は熊本県と国が相手に加わった裁判ということになります。そしてこれは新しい局面を切り開くということになります。この時期、バックグラウンドとして日本はどうだったかといいますと、ちょうどバブルの時期が始まるところなんですね。バブルですから中味はなかったんですが、表面上は非常に好景気が万延していくという風潮の時期でした。ですから、世論的には努力すればそれなりに応えてくれる。獲得できるという、そういう時期ではなかったかと思います。国相手の裁判ですから、もちろん熊本地裁から始まっていますから、熊本現地が舞台。もう一つ、東京という舞台が加わるんですね。国を相手にするということになりますと、どうしても東京という舞台が必要だということで政治をどう動かしていく



のかということが新たに加わってきます。この時、裁判のなかで目指したものは、一次訴訟型でもない、二次訴訟型でもない、そういう新しい解決の方法を模索したことになるんですね。一次訴訟型というのは判決＋α型で二次訴訟というのは判決型。三次訴訟というのは＋α型に一見みえますけどちょっと違う。それは相手が違う。一次訴訟型というのは各地で行われたんですが、加害企業を相手に交渉をして判決＋αを獲得していく形。三次訴訟でめざしたのはそうではなくて＋αといえど＋αなんだけれども、解決のシステムを新たに作るんだという要求を掲げたんですね。ですからここで裁判というのは解決のための一つの手段であるという位置づけになっていくんです。

#### ◇ノーモアミナマタ訴訟・・・「司法救済制度」の構築を掲げて

今、いろんな闘いが行われていますが、薬害肝炎の訴訟も、こういう形の一つの表れかただと思います。じん肺もそうでしたし、エイズもそうでした。今、このかたちで新たな解決の方法を政治決断によってつくり出していく。そのための土台を裁判で獲得していく。こういう形に闘いの構図が変わってきているのではないかと。判決終了型でもない。判決＋α型でもない新しい政治解決の方策を模索していく時期にあたっているのではないかと。これは同時に95年型解決ともちょっと違うわけですね。先ほど基調報告の中で詳しく述べられましたけれども、あれは裁判外で和解していくという形をとっております。今度のノーモアミナマタ裁判が掲げているものはそれともちょっと違う。裁判所を一つの軸にしながら、さらに解決の政治決断を求める。こういう形なんですね。ですから、与党PT案の裁判外解決とも違う。新しい解決の方式を獲得していく活動だと考えています。名付けられているのは司法救済制度ということなんですが、裁判が判決型の枠内に閉じこめられない形ということですね。

もう一つのバックグラウンドとして、今、国民世論のなかにそれを直ちに受け入れる世論があるのかというと、今のところ必ずしも成熟していないと思います。ですから、その状況が裁判の中にも反映されてしまっていると考えられるわけですね。私はそのように考えています。確かに裁判が始まったときの裁判の組み立て方と、現在進めてきたなかで、相手の出方、世論の成熟のしかたなど、いろいろ考えてくるとかなり腰を据えた方向の転換、運動の質的転換が必要ではないかと思っています。

#### ◇打開・発展のために・・・被害をどう訴えるのか

基調報告の中でも強調されました。公害の闘いというのは被害に始まり被害に終わるんだと。それはそうだと思います。今回も、先ほど瀧本さんも強調されたとおり、被害をどう訴えていくのかということがキーワードだと思います。今年の流行語大賞に選ばれた言葉に「どぎゃんかせんといかん」というのがありましたね。宮崎の県知事が言ったみたいですが。あの言葉というのは結構世間をとらえたんですね。「どぎゃんかせんといかん」という気持ちというのがあるんですね。水俣病について「どぎゃんかせんといかん」という世論を作り上げていく。あるいは裁判所をそういう気持ちにさせていく。これが(理屈はあとでつける弁護士の仕事になるんですが)、裁判所でのいろんな攻撃を突破していく、相手の抵抗を排除していく、あるいは国民の世論をもう一度作り直していく鍵ではないかと思っています。その鍵を引っ張り出すのが、やはり被害だと思うんですね。

## ◇打開・発展のために・・・外から指摘されないとわからない被害がある

被害とは何かということももう少し検討した方が良くと思うんです。確かに水俣病という病気によっていろんな症状が出てきます。先ほど高岡先生からお話がありました。図式的な説明はほとんど済んでいます。ただ、それを被害者の皆さんが被害と受け取っているのかどうかということでは、必ずしもそうならないということが現実であり得るんだということを私たちは出水市の桂島というところで知らされたことがあります。小さい島なんです、当時1974（昭和49）年前後、知覚障害を皆さんもっておられるんですね。ところがこれを被害と気がつかない。認識しないという問題があったんです。それは島という小さな社会の中で、隣の人もその又隣の人も家族も同じように手足の感覚をなくしていたんです。そういう中で人間はどういう発想をするかということ、「ああ、そういうもんなのだ」「年をとってくるとみんなそういうふうになるもんだ」と思ってしまったんですね。だからこの島には水俣病患者はいないとなったんですね。今ではもちろんいるんですがね。被害というのは、ある場面では外から指摘されないとわからないことがあるということを桂島の例で私たちは知ったんです。

## ◇打開・発展のために・・・「一見して見えない被害をどう捉え現していくのか」

今の人たちは確かに見えにくくなっています。しかし、被害が少なくなっているのか。実は少なくなっているのではなくて、もっと深化しているのではないかという気がするんです。なかなか漁師の人たちというのは口べたのところがありまして自分の体のこと、社会的なこと、周囲のことを雄弁に語ってくれないところがあるんですね。それを確定していく引き出していく助っ人が必要なのではないかと思います。それは支援の役割でもあり弁護団の役割ではないかと思うんです。先ほど、自分自身では必ずしも被害というのは自覚しない場合があると。それを自覚して認識させていく作業というのは被害者だけではできないんだということだろうと思うんですね。ですから、そこで働くべきは支援や弁護団の役割ということになるわけです。一つ例があるんですが、たとえば一次訴訟でも実はそういうことがあったんです。裁判の最後の方で最終的に、こういう被害をもっているんですということを立証するひとつの方法として供述録取書というのを作ったんですね。一人一人の原告がこういう風に生まれ育ってこういう被害を受けていますと、こういう被害にあっていますということを文章にする作業があったんですね。もちろん被害者が自分だけで完成するわけにはいきませんで、それを援助するために支援の人たちが一人の原告に対してそれを、ずっと一緒に考えていくという作業をやるわけですね。大体一人の原告のところに13回通っています。1回には1時間から2時間くらいかけています。プラス弁護士がさらにその内容を確認したり新たな被害を掘り起こすために平均ですが3回通っています。これを続けて初めて一次訴訟、見ただけで分かるような症状の人達に対してでも、それだけの作業を続けてきたわけです。その結果裁判所は「なんとかせんといかん」という認識に到達していくんですね。

今回もそこに到達させるためには、一見して分からないような被害。こちらにおられますが、一見して色は黒いし体は頑丈そうに見えるし。そういう人たちが実は深刻な被害に悩んでいるんだと。それは必ずしも症状だけの話ではなくて社会生活、地域の生活、人間関係、地域社会全体を捉えて考え

ていった場合にはもっともっと深まった被害が実はあるのではないかと。時間が経つに従って深まった被害があるのではないかと。それを支援の人たち、弁護団の人たち、特に若手の人たちに共同作業で掘り起こしてもらいたい。これが「被害に始まり被害に終わる」公害の闘いの一番基本になるところではないかと思います。それでその被害をどう表現していくのかということもまた考えなくてはならないわけですが。しかし、一見して見えない被害をどう捉え現していくのかということが今の闘いのキーワードということになるのではないかと思います。以上で終わります。

## 司会

時間が大分たってしまっている訳ですが、少し時間を延長することを含めてご了解いただいて、ただ続けるにはもう2時間経ってしまいましたのでここで1回休憩を入れたいと思います。この後は、今、主催者の方からご報告したことについて、会場の皆さんからは是非ご発言をいただきたいと思っております。今報告されました被害のとらえ方、時効除斥を含めて裁判所をどう説得するのかという話があるかと思ひますし、支援の皆様には今北岡さんが提起してくださいましたけれど、今支援の役割があるのではないかと期待も含めた提起をさせていただいておりますので、時間はそんなに取れないかもしれませんが、再開の冒頭には何人かの方から、そういう発言をいただいて進めていきたいと思ひますのでよろしくお願いいたします。

～休憩～

## 司会

再開をしていきたいと思ひます。

前半では、やはり今のたたかいがどういうものかという事がかなり現状が明らかにされてきたのではないかと。やはり、見舞金契約から始まって、その都度、社会的には終わったとされてきた水俣病が一次訴訟の判決や、その時も終わったといわれてたものが、引き続き解決できていなかったという事態が起きている訳です。

実は、私は三次訴訟に関わった訳ですが、三次訴訟のオルグの時に、まず直面したのは、もう水俣病は一次訴訟の判決で終わったのではないかとこのころからオルグが始まった訳でありました。

さらに、95年の政治決着を経てもう一度水俣病を社会問題化して、被害の救済をしていかなければならない、しかも救済の対象になっている人達の裾野が広がっているというのが被害の実態だと思います。そういう中で声を上げてきている、手を挙げている。そういう人の数がどのくらいの数になっているのか、なかなか数で表すのは難しいですが、今日お配りしている資料（水俣病シンポジウム）の4ページを開けていただきますと「認定申請者・保健手帳の申請者該当数」という数字でまとめました。その一番下の月ごとの数字を見ていただきますとわかりますように、毎月600人を上回る人達に医療手帳が交付されているわけですね。それで年間というと8,000人、1年間でおよそ1万人ぐらいの数が増えているわけですね。これは被害の広がりそのものを示している極めて客観的な数字ではないかと思ひます。

そういう被害が一方でありながら、医療費は基本的にはこのことでは解決している訳ですけども、どうやって被害にふさわしい救済を勝ち取っていくのかという事が私達の目の前に課せられているのではないかというふうに思います。そういう意味で今日は、報告者の方からは、被害をどう明らかにしていくのかという事。そしてその要求の要としての健康調査をどう実現させていくのかという事、それから共通診断書のついては、きちりとしたものが出来ているんですよという事が報告されたのだと思います。

今までの報告者の話を聞いていただいた上で、これから先少し会場の方からのご発言をいただき、それを受ける形で報告者としてもう一巡、報告者として締めくくっていききたいなと思っています。ここはちょっと挙手をお願いしてご発言をいただけないでしょうか。手を挙げていただいた園田先生、板井俊介先生、では先ず池田先生からお願いします。

#### 池田 晃章（山田クリニック院長）

山田クリニック院長の池田です。1995（平成7）年の政治解決の時は、大体200名位の水俣病認定申請診断書を書きました。今またその機会がありまして、さらに400から600名分位書きました。私も水俣病に5年位関わっております。私も医者ですので医者の立場からお話をさせていただきますと、高岡先生は、水俣病について非常に頑張っておられ尊敬しております。

感覚障害について、確かに爪楊枝ですというのは非常にまずいと思います。爪楊枝というのは規格が同一でないし、つぶれているのもあるしですね。痛覚を調べているつもりでも、実は触覚検査になるのでそれはとてもまずいです。高岡先生が講演で出しておられた痛覚針ですけど、あれもあまり患者さんに使い回ししていると、そのうち摩耗します。ちょうど包丁の刃がだんだん摩耗するのと同じで時々磨かないといけないわけです。

磨くというと先端がとがってきますので今度は逆に感染させる恐れがある訳ですね、C型肝炎やB型肝炎などをですね。それで私は、実は23ゲージの新品の注射針を使うようにしているんですよ。もちろん最初、患者さんに断って、それで刺して、使い捨てにしています。目をつぶらせて刺しますから、どこを刺されるか分かりませんから逃避反射が起こります。痛かったら、ピクッとこう手足が勝手に動きますから、おそらく、ごまかそうと思ってもごまかせないんですね。私はそういうふうに行っているんですけど、そういう事で痛覚検査をするということはやはりかなり用心してやる必要があるかと思っています。

#### ◇臨床面からみた患者の現状

水俣病の被害の話が出ましたが、最後に北岡さんがおっしゃられたように被害というのはとても深刻で、私が知っている漁師さんはですね、巻き上げ機に指を挟まれて腫れたんですけど、痛みが分からず三日間、仕事をしていて腫れが引かないという事で来られました。そしたら指を骨折していたですね。レントゲンを撮ってやっと分かったんですけど骨折していても気づかないんです。感覚がやられているから。だからとても深刻なんですね、そういう人を続けて2例見ました。それから、

蜂に刺されても分からないで仕事をしていて、そのうち腫れてきたから来たという人。それから、調理をする人がしょっちゅう腕を火傷をするんですね。普通だったら熱いのに気付くんですね。熱いのにぱっと引けないんですね。ジュッと皮膚が焦げるまで鍋にさわるわけですよ。そういう意味で痛みというのを本当に分からないのでハンセン病と同じように水俣病の患者さんは痛覚、温覚が分からないんです。ものすごく深刻です。患者さん達は徐々に悪くなっていきますから気付かないんですね。脳卒中みたいにボーンとある日突然くれば感覚がないということが分かるんですけど、小さい時から徐々にきていますから気付かない。慣れてるんですね。そういう意味では非常に深刻なんですね。いつも私は水俣病の患者さんには、手と足の裏をよく見てください、傷がないかどうかと話しています。化膿するからですね。水俣病の患者さんに治療薬としてメコバラミンというのを出しています。これはビタミンB12なんですけれど安いし副作用が全くありません。しびれにとてもよく効きますし、いい薬です。出すと非常にしびれが減ってきます。その薬を二週間、四週間休むと、しびれがひどくなるようで、患者さんが自分からあれをまた出してくださいというんですね。あの薬だけは飲みたいと。それから、からすまがりについてですが、からすまがりの薬がとても効きます。これはもう全例に効きますので完璧に治ります。カラス曲がりには治らないとあきらめている人が多いですけども、飲めばピタッと止まります。ひどい人には四種類出していますけれども、そうすると完全に治りますので、そういう明らかな事実を知らない人がいっぱいいるので、私はカラス曲がりの薬とシビレの薬は全例に出すようにしています。

#### ◇水俣病の研究は進んでいない

それともう一つ、水俣病の病像は分かっていると医学分野以外の人には思っているかもしれませんが、本当はいろんなことが分かっています。水俣病の研究者というのはですね、例えば神経学会や精神学会の研究者の1%もいないんです。やっている人は、熊本県と鹿児島県と新潟県でちょっといるぐらいで、研究は殆どストップというか、されていません。特に臨床像においてはですね。臨床研究はとても少ないですし、高岡先生は一生懸命やられているんですけど、まだなんと言っても研究者の数が少ないと学問は進まないですよ。数人いたってどうにもならない。進まないんです。最近、私が非常に思うことは、中学・高校までこういう汚染地域に住んでいて、その後東京や大阪に出まして40才～50才位になってから症状がどんどん進行して、しびれや足の疲れがひどくなって仕事が出来なくなる人が多いですね。辞めて帰ってくるんですね。そういう人たちがとても多いです。新保健手帳の申請者の8～9割位はそういう人達です。そういう人達は、県外に出たらおそらく汚染された魚は食べていないですね、食べているとしても僅かなんですね。送ってきた魚を食べる位で。だけど進行するんですよ。症状がどんどんひどくなっていくという訳で、それが加齢の影響だけでは説明できないと私は思うんです。40才・50才代ですから老人ではないですから。今まで水俣病は進行しないとされておったんだけど、そういう慢性の進行する例がやはりあるんじゃないかと感じています。非常に恐ろしいことだと思っています。そういう事を含めて水俣病はまだまだ研究しないといけなくて、臨床面からもそういうのがあるし、被害というのはとても深刻だということを感じております。以上です。

## 司会

ありがとうございました。毎日の診察室での生々しい報告をいただいたのではないかと思います。池田先生のお話を是非、もう少し詳しくお聞きしたいなと思いながら聞かせていただきました。すみません、先を急ぎたいと思います。では、三角先生お願いします

## 三角 恒（弁護士）

弁護士の三角といいます。高岡先生にお聞きしたいのですが、今日の話の中で共通診断書と関西訴訟判決との関係で話をいただいたと思いますが、基準としては関西訴訟の判決よりもこの共通診断書の方が範囲は広いのではないかという気がします。特に関西訴訟の場合は四肢末梢の感覚障害についても、家族に認定患者がいるとかが要件ですので、それに比べるとそういった表在感覚、四肢末梢の感覚障害についてはあれば良いということですし、あと全身性についても含まれているという事ですので、そういった意味では広いと思います。ただ、いちばん気になるところは、結局は四肢末梢でもないし全身性でもないというふうな場合、どういうふうに判断するのかという事だと思います。これはおそらくこの共通診断書の判断基準であるFという所の居住歴、曝露歴があってそのメチル水銀による影響以外に原因が考えられませんよというふうな場合が、今言った場合も含まれるという考え方なのではないかと思うんですが、それでよろしいでしょうかという事が一つと、あと一つは、先程コントロール調査の話がされたのですが、これは時期的にそういう調査があるということなんですが、いつ頃で大体どのくらいの人を対象にしているのかということと、コントロール調査の具体的な調査方法について教えていただければありがたいです。以上です。

## 司会

はい、これは高岡先生に答えてもらいます。

## 高岡 滋

まず、池田先生ありがとうございました。他にも知見をいろいろありがとうございました。またアドバイスもよろしくお願いいたします。

今、三角先生が言われた質問なのですが、より弱い感覚障害について実は、やはりどこまでどうすべきかという基準を決める時にやはり研究を基に根拠をもって、そこまでは言いたいと思っています。今、池田先生もおっしゃったように研究している人達は非常に少なく、それこそ感覚障害をやっているのは私と浴野先生くらいしかいないんですよね。そうであっても、少数であってもデータがあるというのは非常に強い事ですし、共通診断書を作った時に、実は先程の四肢末梢優位と全身性感覚障害についてのデータは解析はまだ終わっていませんでした。容易に考えられる事は四肢末梢有位であれば99%な訳ですよ。そうしたら四肢末梢優位でなくても90%、80%、60%であっても蓋然性としてはですね。やはり普通は半分も蓋然性があればその病気の可能性を考えて治療してあげな

いといけないですね。医学というのは、単にどっちか決めればよいという事だけではないわけですね。そういう意味でいえば確かにもっと低いレベルまで考える必要があるんです。これは共通診断書を作る時全然考えなかった訳ではなくて、クライテリアを作ると今度は私たちが切り捨てることになってしまうというジレンマが常にあるわけです。そういう事でF基準を作ったんですけれども、今三角先生が質問された例がFに該当するかどうか、そういうところは、今後検討しなければなりません。今まで現場で診てこられた先生方、そしてデータを基に検討していくしかないと思っています。ですから私たちのクライテリアが本当に水俣病の厳密な定義「個人レベルで水銀中毒だと判断できる人」という意味で言って、本当に広くすべて包括しているかということ、なかなか正直言って共通診断書でも洩れてしまう人がいる事もあり得るということです。

コントロール調査は、2006年1月－2月に熊本市内のくわみず病院、福岡市内の千鳥橋病院、鹿児島市内の鹿児島生協病院の三病院で、その地域の方々や病院スタッフのデータをとらせてもらいました。通常の神経学的所見プラス定量的検査のデータもとっています。職業までマッチングさせることは困難でしたが、感覚ですから、そう大きく変わるものではないと思っています。200名余りの方々の検査をさせていただきました。

#### 司会

よろしいでしょうか。では、今、たたかっている弁護団の方から。どういう順番でいきますか。では、園田先生どうぞ。

#### 園田 昭人（ノーモアミナマタ訴訟弁護団長）

ノーモアミナマタ国賠訴訟弁護団長の園田です。本日はNPOみなまたにはこのようなシンポジウムを開催していただきまして大変感謝申し上げます。

#### ◇対象者を行政が判断する与党PT案

板井先生からご指摘もございましたけれど 司法救済制度と与党PT案解決がどのように違うのかという点と裁判所でどのように決断を迫っていくのかということとを若干発言させていただきたいと思っています。私たちが求めている司法救済制度ですが、対象者をどう選ぶのかということと補償をどのように決めるのかというその2点について比較してみますと単に解決の場所が裁判所であるとか裁判所外であるとかとの問題だけでなく、質的な違いでございます。基本的な考え方が全く違うということをご理解いただきたいと思います。まず、対象者ですが与党PT案はご承知の通り対象者については行政が選んだ公的診断による判断ということになりますね。だから、行政が選んだ病院でもって対象者を決める。決めた後についても異議の申し立ても出来ないということで、これは大量切り捨てにつながるだろうということとあります。一方裁判所で決めるということになりますと原告、被告双方が出した診断書や証拠資料を付き合わせて反論の機会があります。反論をたたかわせて、その上で裁判所が第三者の公正な立場から決めるということですから、どちらが正しい判断になるかということは、自ずと明らかではないでしょうか。特に行政は最高裁判決で責任を問われたその一人であります。そ

の点から見ても明らかではないかと思います。

#### ◇与党PT案・・・加害者の都合による補償内容

それから、裁判所では被害に応じた判例に基づく判断ということになります。一方、与党PT案による解決というものは加害者側の都合による補償内容ということになると思います。チッソが支払能力がないとか環境省が抵抗している、こういうことが重要な要素になって補償の内容が決められてしまうということになりますので、この差も歴然としています。従いまして私どもは行政のための行政による解決というのが与党PT案の解決だと思います。つまり、正しい解決にはならないので、やはり裁判所のなかでの解決を目指さなければならないということになります。

それでは、裁判官にどうやって決断を迫っていくのかということが一番の焦点になっています。裁判所には裁判所で解決しないかぎりには解決しないということを良く分かってもらう必要がありますね。裁判抜きにした政治解決では全体解決には絶対ならないということを強く理解してもらう。それから、判決を出しただけでは済まない。そのことは最高裁判決があっても解決しないことから明らかです。やはり制度として今後の提訴者、それ以外の被害者の方々にも適用できるような形での解決案。そして和解手続きによる解決でなければ恒久的なものにはならないということを示す必要があります。そういうことの決断を裁判所がするという事は、かなりの勇気というか強い決意が必要だと思います。それは影響がものすごく大きいわけです。いわば与党PTを向こうに張って裁判所が主導して全体を解決するよという決意を示すわけですから、我々としては裁判官に我々が考えている構図を、この構図は必ず全体の解決につながるということを理解してもらうための訴えをしなければならぬと思っています。そしてその中核になるのが被害の訴えだと思うんですね。先ほど北岡さんからご指摘がありました、被害をとにかく訴えていかなければならないと思います。弁護団としては被害と密着をして確実に掴む。そしてそれを表現して裁判所に伝えるということをやっていかなければならないと思います。それはより一層、今後努めていかなければならないと思いますし、今後裁判所には我々の証拠書類、書面を出しますし署名も出したいと思いますし、今、裁判所前でビラを配るという活動をしています。継続的にやっていきたいと思っています。

裁判官になんとかせんといかんと決意させるように弁護団としても一生懸命やりたいと思いますのでよろしくお願いします。

#### 「菅 一雄（ノーモアミナマタ訴訟弁護団）」

ノーモア弁護団の菅から発言いたします。

今、北岡さんや園田団長から勝つためには裁判はもちろんですがそれ以外の制度作り、またどでかいことをしようとしているのですから、それをさせるだけの被害の訴えというものが重要なんだという指摘がありました。私はその被害に関係して発言をいたします。被害の訴えは勝つために不可欠なんです、どう捉えるのか、どう訴えていくのかという二点で話そうと思います。



#### ◇他の人には分かりにくい障害をいかに伝えるか

まず、被害をどう捉えるのかという点なのですが、やはり急性劇症型というのでしょうか、多くの国民の方々、あるいは不知火海沿岸住民の方にもまだ残っているんですが、第一次訴訟の頃の印象が相当残っている。だから、何で水俣病なんですかとといったという意識が相当多いようなんですね。まず、このことをしっかり捉えることが必要だと思います。それからもう一点、何故今、裁判に立ち上がっているのか。これは95年の政治解決の時になんであれだけ運動したのに、まだ残っている人がいたのかという考えも相当多いようなので、この点についても被害の重要な一部分として捉えて明らかにしていく必要があると思います。この被害の中身なんです原告弁護団としてもまだまだ、研究そのものが必要だと思っています。これからの課題という面が大きいと思います。

#### ◇原告が自分の言葉で訴えるための共同作業を

次にどう訴えるのかという点ですが、まずは原告の構え、自分たちこそが訴えていかなければ訴えようがないんだという奮起を促したいと思っています。この間、感覚障害というのは他の人には分かりにくいんですということで、中々苦勞しているということがありますが、そこを何とか突破しなければならぬんだと。原告が自分の言葉で表現していくことに決意をもっていたきたいと思います。第二点として弁護団と支援の共同作業というものと北岡さんの話にもありましたが、私たちが原告の訴えの中味等について厳しくチェックをするということです。私たち弁護団が分からないような納得できないようでは第三者には分からないということですから、厳しさも含めた共同作業が必要だと思います。

ちょっと別の事件なんです、私は有明裁判の弁護団に入っていて、当事者の尋問をしたんですが、その準備のことである原告さんのところに相当通い詰めて。10回までは行ってないですが、自分としても分かるまでずいぶん通いました。そんな経験をしたんですが、それで初めて訴えられたという経験が自分にはあるんですが被害中味そのものは健康被害と漁業被害で違いはあると思いますが、弁護団としては自信をもって訴えられると、誰もを納得させることができるというところまで厳しくチェックをしていくことが必要だと思います。第三点として、瀧本さんから署名など色々運動をしていくという話がありましたが、被害の訴えをするための武器になるようなものを作っていかなければならないと思っています。今のところその武器が存在していないことは問題だと思います。リーフレット、パンフレットの的なもの、署名用紙と一緒に渡せるようなものが必要だと思います。もう一つは映像的なものです。インターネットとか発達していますので映像による武器ができれば相当力を発揮出来るのではないかと思います。何しろ被害を目に見えるようにする、それから分かりやすくすることが大事かと思います。付け加えますと私は分かりやすさという点で言いますと、この間地域で宣伝活動をしますが、弁護団の作ったチラシは文字が多すぎるんですね。

一生懸命読んでくださる方には分かっていただけるようにしているつもりなんです、そもそも読む気になれないと。これではまずいのでチラシ等も工夫して本当に意思疎通をしあうための確認するため武器を作っていく必要があると思っています。第四点としまして、いろいろやりたいことはありますが、何から始めるのかという考え方ですね。誰かがその運動の意義を分かった人から第一歩を始

めるということです。その人が初めて見てその経験を他の人に伝えていくということで、原告についても弁護団についても支援の方々についても運動の作り方という点で熟達する必要があるのかなというを感じています。これは被害の訴えに限らずですが考えています。

#### ◇被害の深刻さをどう伝えるか

あともう一点ですが、今回の被害について、私は最近よく現場に入っているんですが、被害の広がりというのをすごく感じています。被害の重さという点では確かに一次訴訟、二次訴訟に比べれば相対的には軽いとは思いますが、それでも深刻かも知れないと。北岡さんのお話にもありましたように、そこは掴む必要もあると思いますが、同時に果てしなく広がっているということを感じて私はそこにショックを受けています。どこまで行っても被害地域が広がっているし、そこに行けば何か調子悪そうな人がいるんですね。そこをどう裁判官に伝えるか。あるいは世論に伝えるのかということの独自の工夫が必要であると思っています。疫学調査というか集団検診というかやり方は検討する必要があると思うんですが、患者を新たに大量に発見するという、今までに掘り起こしをやってきたのですが、インパクトをもった形でやる必要があるのではないかと個人的には思っています。以上です。

#### 板井 俊介（ノーモアミナマタ訴訟弁護団）

弁護団の板井俊介です。私は弁護団の中では時効・除斥の担当をしていますが、今、北岡さんの話の中でもありましたように、被害を訴えるということがいかに重要かということなんですが、時効・除斥の問題でも被害をどれだけ訴えることが出来るのかということが勝負を握っているということの認識で弁護団は一致をしています。それから、板井優弁護士から言われた、認定制度には除斥がないのに、認定制度が機能不全で訴訟に訴えると時効・除斥になることの不合理さ。それから国のほうがアンケート調査の結果、四割の救済対象者がいるということを発表していることを認めておきながら、裁判ではその人達も切り捨てるということを言っている。このこと的不正義を訴えていくほかはないと思っていますが、被害を訴えるためには裁判所の現場検証の話もありますし、どこに行っても聞くんですが47万人の不知火海沿岸住民の調査をせずには解決しないのではないのでしょうかという声があります。ただこのこととの兼ね合いでこの裁判を起こすときに三年で解決するんだという一つの枠というか目標をつけました。この期間を越えてでも、ちゃんとそういう訴えをしないとイケないのではないかと議論をする時期だし、しないともう遅いと私は思っていますが、この点について、もちろん現場検証したり、47万人調査をしたり、できるだけ多くの住民の健康調査をすることが、そう何年もかかるわけではない。急げば何とかなるんだという意見もあると思いますので、私は今後その議論を早急にして、このことは原告団との関係でも非常に重要な問題ですから、しなくてはならないと思っています。実は第三次訴訟でもそういう問題があったかと思っていますので、その点をお話いただければと思います。私からは以上です。

近藤 敬一郎（水俣病闘争支援熊本県連絡会事務局長）

私たちは北岡さんたちから引き継いで、今回やってきました。裁判所でのいろんな支援、原告団・弁護団主催のシンポジウムや集会に参加して支援したり、東京行動に参加したり、東京に行く費用を捻出することもあって九州オルグを、もちろん患者さんと一緒に回って被害の訴えをしながら募金を集めるという、いろんなことをやってきました。今度、支援連の会議をしますが、その中でこの一年間というかこの間の自分たちの活動がどうだったのかということ、きちんと総括して何が出来て何が出来なかったのかということ、を明らかにして何が足りないのか、北岡さんのレジメを見ると支援の役割を再検討ということも書いてありますが、非常に重い責任を感じたところです。その辺をしっかりとまとめながら来年何を重点に取り組んでいくのかということ、を明らかにしながら運動を進めていかなければならないと思っています。やはり被害の実態を患者さん自身が自分の言葉で訴えることが一番大事だということを思います。そのために支援がどういうことができるのか、しっかり議論していく必要があるかなと思っています。北岡さんの「組織かぶれの・・・」というのがありますが、支援の中でもいろんな組織がありますが、たとえば民医連の中でも私は幹事会に毎回参加したりしていますが、それをどう自分たちの組織の中で、支援団体として機能發揮しているのかという点では、まだまだ上滑りしているところもありますので、各組織の中でもすそ野を広げる努力をしていかなければならないとなかなければならないと思っています。感想と決意めいたことです。

南 アユ子（ノーモアミナマタ訴訟原告）

原告団の南です。私たちは12月8日にバザーをやりまして、その後、原告6人で初めて水俣でタスキをかけて水光社の前でチラシ配り署名活動をしました。今後もやっていきたいと思うんですが、どのくらいの間隔でやれば良いのかご指導お願いします。

司会

それでは、先ほどと逆の順番で北岡さんから手短にお願いします。

北岡 秀郎

手短にと念を押されたことは意味があると思いますので、手短にいきます。

いろんな意見が出ておりますけれど、3つの点でまとめていきたいと思っています。

◇公害をなくす運動は、歴史的には大きく前進している

いろいろ注文があったり議論があったりするけれども公害被害者救済運動、公害をなくす運動というのは歴史的には大変大きな前進が続けているということです。これは確信を持って良いことだと思います。一次訴訟前の公害裁判というのは大体負けるのが普通だったんです。それであの時期から時々勝つという時代に入ったんです。特に四大公害裁判を中心にして、先ほど申し上げた判決プラスアルファーという形を作り上げていく闘いが生まれてきた。人権闘争はその頃から火がつき始めた

ということではないかと思います。水俣病で言いますと行政の責任を裁くというところまでこの運動が前進してきたという事実については私たちの確信にしていかなければならないと思います。逆に言えば、あと一押しなんだという時期に来ているんだということが言いたい第一点です。

#### ◇裁判官に「何とかせんといかん」と思わせる運動を

第二点としては、裁判所の役割です。これは必ずしも弁護団の役割ということではないので誤解のないようにしていただきたいんですが、国民から見て司法というのは必ずしも自動的に被害者の見方になるわけではないということです。どちらかという裁判所というのは逆の方向に働くそういう動きなんだ。限界があるんだ。ただその中にあるにしても、そういう全体の動きの中にあるにしても現場の裁判官というのは必ずしもそうばかりではない。先ほど申し上げたように「何とかせんといかん」と思う人たちが出てきたし今後もでていくであろう。それは国民世論がそのようにもっていくのではないかというふうに思います。それをどう裁判所に分かってもらうのか。分かってもらうというところにおいては弁護団の役割は大きいわけですが、結局、最終的には世論が動かしていくんだということが二番目の問題です。

#### ◇「工夫と努力があれば世論が動く」というバックグラウンドがある

三番目の問題。今、新しい段階で、これまでの歴史の上でさらにもう一步進めて新しい司法救済制度というものを打ち立てようとしているということなんですね。残念ながら10年前の解決策では司法救済システムというのは必ずしも実現しなかったということだったんですね。今、それを実現させる世の中の状況なのかということをお先ほどちょっと触れましたけれども、確かに今直ちにそれがあるわけではないだろうと思います。しかし、つくり出していけないのかというと、そんなこともなさそうだというふうに思うんですね。今、確かに世の中の人たちはかなりバラバラにされています。組織労働者が社会的な運動にこぞって参加するという状況はなかなか生まれにくいということがあります。しかし、工夫と努力があれば世論が動くという世の中でもあると思うんです。たとえば、小泉内閣の時代に、うまく世論を操作して圧倒的な衆議院での勝利を獲得することが出来た。これも別の意味で工夫と努力の結果なんですね。しばらく後、今度は参議院選挙があって逆の結果がでました。これは国民の世論が「あれは勝たせすぎた」と。逆の反応が出てきた。これも工夫と努力で世論を変えることができるということを示した一つの出来事だったのではないかと思います。「水俣病を何とかせんといかん」というフレーズも今の社会の中で工夫と努力をすることによって、それをつくり出して行ける世の中なんだということを確認したいと思います。そして、その司令部は支援と弁護団と原告、この三者の合同の仕事なんだということだと思っうんですね。中でも支援というのは、どういう役割を果たすのか。これは国民世論の先導者の役割を果たすんだと私は考えています。ですから、原告がもちろん全体の中心に座るんですけども、しかし、それぞれの役割をきちんと果たしていく。そしてそれを三者が合同で、先ほど言った工夫と努力を作り上げていくなれば、あと一押しのところまで進んで来ているこの運動を実らせることは決して不可能なことではないんだと私は考えています。

司会

どうもありがとうございました。では不知火患者会の瀧本さんお願いします。

瀧本 忠

◇患者の勇気が重要な一步を踏み出した

やはりこの運動を勝ち取っていくためには、原告団が第一歩前に動くことが大事だと思います。原告の発言がありましたが、初めてタスキをかけて水俣市内で街頭行動を行ったと。チッソが支配する城下町において今被害者が患者会の名前を明らかにして先導行動をするということはかなりの勇気がいったこととおもいますが、そこを打ち破る重要な一步を踏み出したということだと思います。こういうことを一つひとつ積み重ねて勝利解決に向けて動き出すことが重要だと思います。明日、チッソの後藤会長が水俣市議会の全員協議会で説明をするということですが、原告団も市役所に詰めかけて抗議行動を予定しています。こういう行動を積み重ねていくことが重要と事務局としても考えておりますし、原告団の皆さんもそういう心構えを持っていただきたいと思います。

司会

では、高岡先生お願いします。

高岡 滋

◇今後も引き続き救済を進めていくために

普通の臨床医だったら、診療し、治療するということだけで良いわけですね。ところが水俣病というのは病気そのものが隠されてきたために、藤野先生もそうでしたが、私たちは、病態も実体も解明しなければならない訳です。研究をしなければならない。そしてそれを社会に適應することをしなければいけない。救済に生かしていくという公衆衛生的な働きもしないといけないという、本当に大変な病気だと思いながらずっとやってきたんですが、この間の裁判所での論争を見ていく上で、そもそも医学とは何なのかということに突き当たりました。国側の医師はいかにも自分が正しいんと言っていますが、医学の初歩のところを外しているんだということが分かってきました。今日は詳しくは言いませんが、そういうことを明らかにすることが、水俣病だけでなく他のことにも役立つだろうと考えています。この水俣病の取り組みに関しては医師団が引き続き今後も共通診断書に基づいて診断書を書いていきますが、転出されている方で、かなりひどい方々が多いと思います。昨日も大阪民医連の取り組みが熊日新聞でも報道されていましたが、よそにおられても、その地域でも診療が受けられるようにしていきたいと思います。でも、民医連の病院や診療所といえども全部、水俣病のことを知っているわけではないですから、そういうことを広げていきたいと思っています。原告団も含めて、遠くで苦しんでおられる親戚の方々がおられるでしょうが、そういう方々にも医療の手をさしのべるということもしていきたいと思っていますので、そのことも皆さん、頭に入れておいてください。

## 司会

では、板井先生。本日の最後の発言者であることも踏まえてお願いします。

## 板井 優

## ◇裁判所は、事実に基づいて判決を書く

私は、まず最初に弁護士として言わなければならないことは、弁護士とはものを解決する集団だということを私は思っています。特に社会問題は率先して解決していかなければならないと思っています。思うんだけどなかなか難しいですね。実は水俣病をやった後、川辺川利水訴訟もやりました。ある時こういう質問を受けました。勝つつもりですかと。もちろんですと答えました。行政訴訟の勝訴率は3%ですよ。どうして勝つんですかと、いろいろ言われました。私は非常に単純ですから、それはあなたの考えで、私は勝つと思っています。それで、何をしたかというんですね、やはり水俣病の教訓のようなものですね。事実を裁判所のまえに全て明らかにするという。利水訴訟とは何かといわれたら、農家が三分の二以上、嫌だと言っていることを示すということ。そのためにどうするかと言ったら、全員を調べるということ。4000名全員を調べました。その結果、裁判所は三分の二無いということを前提に判決を下しました。やったのは僅か10名の弁護士でやったんですね。半年くらい全部土日費やして現地に行って全部調べ上げました。だから、やってやれないことはない。事実に基づいて裁判所は判決を書いたと。

## ◇水俣病の事実とは一体何なのか

水俣病の事実とは一体何なのかということなんですね。三次訴訟を始める前に学者の方々といろいろ相談をする機会がありました。行政法学者は絶対勝てないからやめとけというし、民法学者は勝てないこともないかも知れないけど、勝てないと思うと言われて結局誰も相手にしないと。良く考えるとですね、公害問題でもそうですが、私たちが一番最先頭にいるんですね。学者たちは、私たちが勝ったあとに5年くらいかけて整理して論文化する人たちですから、5年くらい前の知見で、勝てるかどうかの意見を言う立場にあるんだろうかと思ったんです。何で勝てたのかというと、あるいは何で一つの解決が出来たのかというと、やはり、そこに被害者がいて、その被害の事実を裁判所にきちり伝えられるかどうか。我々がそれを感じるだけのものがあって、さらに裁判所に伝えるだけの能力があったのかどうか。そういう意味では、そのことが試されているんだと。私たちがやっているときに、裁判所に何としても見せたいと。ぜひとも胎児性水俣病患者の家に行ってくださいと言ったら断りました。断った理由は非常に簡単です。この裁判は慢性水俣病の裁判であると。従って胎児性の患者は見てしょうがないと。お断りと言われたわけですが、それに屈したらいけないんで、いろいろ考えました。胎児性水俣病被害とは大変重篤な被害だと。それは言ってしまうと、汚染ピラミッドの最頂点にあると。そういう最頂点にあるということが当時、昭和30年代に分かっていれば、底辺には大変な数の患者がいるはずだと。だとしたら、この被害を食い止めるために国はありとあらゆることをしなければならぬという認識をもったのではないかと。あるいは少なくともそういう原因になるはずだと。ということで、これは認識可能性の議論をした上で。認識できたということを立証するた

めに胎児性水俣病患者の検証に行こうということを言いました。理屈は通っているので裁判所は認めざるを得なくなりました。その結果、当時の相良さんという裁判長ですね。胎児性水俣病患者に会った後、夜、裁判所の前で「今日の雨のように私の心の中にも雨が降っている」ということを言われて、大変なショックを受けたんですね。やはり事実をどうやって私たち自身が感じ取って裁判所にどうやって伝えて行くのか。やはりそういうことをするのが私は弁護士だと思います。

#### ◇必要性を前提にしたたたかいで

今、問題になっているのも結局は被害があってその被害を何とかしなくてはならないということがありさえすれば、私たちがそう思うし裁判所もそう思えば、それは必要性に迫られるわけですから、しかるべき解決をしなければならぬということになるわけですし、そういう意味で裁判所は動かせるだろうと。もうすでに国の側ですら4割はいるんだと言っているわけですね。あと6割を弁護士、被害者、支援の力できっちり裁判所に分かってもらおうと。もちろんそれは世の中の人たちに分かってもらうことですから、そう簡単にいくとは到底思えないわけですが。しかし、本当に必要性を前提にしてですね、ものを考える集団が一生懸命努力すれば可能だろうと。私が弁護士になった頃、国倍訴訟をするといったら、国に勝つと言ったら大げさ過ぎると随分言われました。今は、裁判して国に勝つということは当たり前になりました。30年するとそのくらい変わるのかと思います。だから、今やっている弁護士の方々が30年とは言わないけれど、10年もたてば全く世の中が変わったと。私自身は、単に行政に対して何かせいというわけではなくして、こういうことをしなくてはいけないという、そこまで裁判所が行政に言える社会の仕組みをつくっていくという。そのさきがけとして、この裁判はあるのかなというふうに思っています。辛抱強く頑張れば必ず勝つというのは精神論なんですが、知恵はちゃんと絞って菅さんのように一生懸命努力してですね。そういうことも含めてやれば出来るのではないかと思います。多分、後藤会長もですね、園田博之座長もですね、皆さん方のそういう頑張りを期待して良い解決があればいいな。その時は一緒にのっていかないと多分そう思うだろうな。心の底ではということを申し上げて終わります。

#### 司会

最後に、これが「板井風分析」かなという意見が出てきましたが、これでシンポジウムを閉じたいと思います。本当に長い間の時間おつきあいいただきましてありがとうございました。心からお礼申し上げます。今日は、「何とかせんといかん」がキーワードになっているようでありまして、これは現状をどう切り開くのかということでの発言が続いたのではないかなというふうに思います。しかし、今日のシンポジウムで私どもは基本的な数字も含めた材料や議論の視点については皆さんにお示しすることが出来たのではないかと自負をしていますが、いずれにしてもこれから実践と議論をどう深めていくのかということにかかるとは思っています。

冒頭でお約束しましたように、今日のこのシンポジウムについてはNPOみなまたから報告書を出させていただきますので。この報告書も活用していただいて、ぜひ各方面、各団体での議論も深めていただくことをお願いしたいと思います。

本日は長時間お付き合いいただきましたことを心から重ねてお礼を申し上げまして本日のシンポジウムを閉じさせていただきたいと思います。ありがとうございました。



# チッソによる水俣病補償金支払い実績推移

(単位: 百万円、人 平成10年3月31日現在)

| 年度    | 慰謝料<br>(一時金) | 終身特別<br>調整手当<br>(年金) | 治療費等   | (うち医療<br>費) | その他   | 合計      | 認定数   | 認定累計<br>数 |
|-------|--------------|----------------------|--------|-------------|-------|---------|-------|-----------|
| 47年以前 | 1,754        |                      |        |             |       | 1,754   | 397   |           |
| 48    | 10,909       | 143                  | 76     | 12          | 21    | 11,149  | 358   | 755       |
| 49    | 2,992        | 224                  | 312    | 174         | 59    | 3,587   | 44    | 799       |
| 50    | 2,172        | 305                  | 520    | 434         | 71    | 3,068   | 161   | 960       |
| 51    | 3,362        | 398                  | 781    | 664         | 152   | 4,893   | 148   | 1,108     |
| 52    | 3,622        | 500                  | 874    | 701         | 197   | 5,193   | 240   | 1,348     |
| 53    | 4,791        | 635                  | 1,204  | 950         | 195   | 6,825   | 175   | 1,523     |
| 54    | 3,844        | 717                  | 1,367  | 1,067       | 254   | 5,962   | 143   | 1,666     |
| 55    | 2,450        | 734                  | 1,576  | 1,225       | 224   | 4,984   | 71    | 1,737     |
| 56    | 1,930        | 833                  | 1,553  | 1,229       | 216   | 4,532   | 77    | 1,814     |
| 57    | 1,860        | 862                  | 1,678  | 1,306       | 232   | 4,532   | 95    | 1,909     |
| 58    | 1,974        | 917                  | 1,827  | 1,444       | 244   | 4,962   | 88    | 1,997     |
| 59    | 1,759        | 934                  | 1,844  | 1,459       | 242   | 4,779   | 57    | 2,054     |
| 60    | 1,612        | 984                  | 1,983  | 1,571       | 274   | 4,353   | 54    | 2,098     |
| 61    | 1,574        | 987                  | 1,966  | 1,572       | 270   | 4,797   | 60    | 2,158     |
| 62    | 912          | 984                  | 2,012  | 1,614       | 287   | 4,195   | 40    | 2,198     |
| 63    | 812          | 984                  | 2,006  | 1,588       | 284   | 4,066   | 19    | 2,217     |
| 元     | 372          | 954                  | 1,863  | 1,494       | 250   | 3,439   | 13    | 2,230     |
| 2     | 310          | 930                  | 1,845  | 1,504       | 237   | 3,322   | 18    | 2,248     |
| 3     | 415          | 963                  | 1,898  | 1,545       | 210   | 3,486   | 4     | 2,252     |
| 4     | 67           | 942                  | 1,898  | 1,565       | 233   | 3,140   | 3     | 2,255     |
| 5     | 48           | 947                  | 1,912  | 1,589       | 238   | 3,143   | 1     | 2,256     |
| 6     | 28           | 923                  | 1,906  | 1,582       | 244   | 3,101   | 1     | 2,257     |
| 7     | 135          | 917                  | 1,942  | 1,624       | 244   | 3,258   | 3     | 2,260     |
| 8     | 20           | 893                  | 1,969  | 1,604       | 255   | 3,137   | 2     | 2,262     |
| 9     | 81           | 862                  | 1,941  | 1,648       | 238   | 3,122   | 0     | 2,262     |
| 10    | 1            | 825                  | 1,918  | 1,635       | 243   | 2,987   | 0     | 2,262     |
| 11    | 36           | 801                  | 1,831  | 1,561       | 227   | 2,895   | 2     | 2,264     |
| 12    | 22           | 789                  | 1,880  | 1,615       | 216   | 2,887   | 1     | 2,265     |
| 13    | 23           | 740                  | 1,824  | 1,577       | 202   | 2,789   | 0     | 2,265     |
| 14    | 0            | 713                  | 1,772  | 1,534       | 200   | 2,685   | 0     | 2,265     |
| 合計    | 49,707       | 23,300               | 47,978 | 39,167      | 6,457 | 127,442 | 2,265 | 2,265     |

\*治療費等・・・医療費、医療手当、健保手帳

\*その他・・・介護費、療養料、はり・きゅう治療費、温泉治療費、治療研究費等

## 水俣病医療費等自己負担助成額

<平成18年度決算分>

|          | 扶助費(国・県合算)    |             | 国県の負担割合 |
|----------|---------------|-------------|---------|
|          | 熊本県           | 鹿児島県        |         |
| 治療研究手帳   | 187,285,959   | 87,011,671  | 5:5     |
| 医療手帳(拡充) | 39,536,000    | 11,733,384  | 8:2     |
| 医療手帳(既存) | 2,068,688,908 | 603,638,340 | 5:5     |
| 保健手帳(拡充) | 316,232,687   | 81,183,849  | 8:2     |
| 保健手帳(既存) | 4,744,145     | 1,876,903   | 5:5     |
| 合計       | 2,616,487,699 | 785,444,147 |         |

(療養手当、鍼灸、温泉費も含む)

\*医療手帳(拡充): 二次訴訟、関西訴訟の勝訴原告

\*保健手帳(拡充): 新保健手帳

## 95年政治解決時水俣病被害者5団体の救済対象者人数(死亡者含む)

| 団体名         | 会員数  | 一時金対象(該当率)  | 保健手帳対象 | 非該当 |
|-------------|------|-------------|--------|-----|
| 水俣病全国連      | 1980 | 1892(95.5%) | 88     | 0   |
| 水俣病患者連合     | 373  | 353(94.6%)  | 9      | 11  |
| 水俣病患者平和会    | 330  | 328(99.3%)  | 1      | 1   |
| 水俣漁民未認定患者の会 | 61   | 58(95.0%)   | 3      | 0   |
| 茂道水俣病同志会    | 62   | 61(98.3%)   | 1      | 0   |

(1996年4月末)

<公健法にもとづく水俣病認定患者数> 2007年10月末現在

|       | 熊本県   | 鹿児島県 | 新潟県 | 合計          |
|-------|-------|------|-----|-------------|
| 認定患者数 | 1,778 | 490  | 692 | 2,960       |
| うち生存者 | 460   | 175  | 246 | 881 (29.7%) |

<医療手帳・保健手帳保持者> 2007年10月末現在

|      | 熊本県   | 鹿児島県  | 合計    |
|------|-------|-------|-------|
| 医療手帳 | 5,378 | 1,758 | 7,136 |
| 保健手帳 | 430   | 118   | 548   |

<新保健手帳申請者数・交付者数> 2007年10月末現在

|          | 熊本県    | 鹿児島県  | 合計     |
|----------|--------|-------|--------|
| 新保健手帳申請数 | 12,716 | 2,693 | 15,409 |
| 交付者数     | 10,876 | 2,341 | 13,217 |

<最高裁判決後の認定申請者数> 2007年10月末現在

|      | 熊本県   | 鹿児島県  | 合計    |
|------|-------|-------|-------|
| 申請者数 | 3,612 | 2,068 | 5,680 |

<治療研究事業対象者数> 2007年10月末現在

|      | 熊本県   | 鹿児島県  | 合計    |
|------|-------|-------|-------|
| 対象者数 | 3,082 | 1,683 | 4,765 |

<確定裁判原告数>

| 原告数 | 関西訴訟       | 二次訴訟     | 合計      |
|-----|------------|----------|---------|
|     | 51人（生存者33） | 4人（生存者2） | 55人（35） |

現在係争中の水俣病裁判（2007年10月末現在）

|                            | 提訴日                                    | 原告                          | 被告                      | 内 容                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 清口訴訟                       | 2001.12.18<br>熊本地裁                     | 1人<br>溝口秋生                  | 熊本県                     | 認定棄却処分取消<br>認定義務付け<br>死後17年間、病院調査を放置したまま棄却<br>処分とされたことについて遺族が提訴<br>(2008.1.25判決予定) |
| ノーマア・ミナマタ訴訟<br>(水俣病不知火患者会) | 2005.10.3<br>熊本地裁                      | 1472人<br>原告団長：大石利生          | 国・熊本県<br>・チッソ           | 未認定患者の損害賠償<br>一律850万円                                                              |
| 新潟水俣病第三次訴訟<br>水俣病認定義務付訴訟   | 2007.4.27<br>新潟地裁<br>2007.5.16<br>大阪地裁 | 13人<br>1人                   | 国・新潟県<br>・昭和電工<br>国・熊本県 | 未認定患者の損害賠償<br>1人あたり1200万円<br>棄却処分取り消し<br>認定義務付け                                    |
| 水俣病認定義務付訴訟                 | 2007.5.17<br>熊本地裁                      | 2人<br>関西訴訟原告<br>川上敏行・カズエ(妻) | 熊本県                     | 不作為違法確認<br>認定義務付け                                                                  |
| 国家賠償請求訴訟<br>(水俣病被害者互助会)    | 2007.10.11<br>熊本地裁                     | 9人<br>原告団長：佐藤英樹             | 国・熊本県<br>・チッソ           | 未認定患者の損害賠償<br>一人当たり1600万円～1億円                                                      |

2007

認定義務付け

水俣病被害者団体一覧(関西判決後の認定申請団体)2007年11月現在

| 団 体 名            | 会員数  | 代表者      | 住 所                                                 | 電話                            | 連絡先        |
|------------------|------|----------|-----------------------------------------------------|-------------------------------|------------|
| 水俣病不知火患者会        | 2000 | 会長 大石 利生 | 867-0045 熊本県水俣市桜井町2-2-20                            | 0966-62-7502                  | 瀧本忠(事務局長)  |
| 水俣病被害者芦北の会       | 270  | 会長 村上 喜治 | 869-5602 熊本県葦北郡津奈木町福浜4351                           | 0966-78-3719                  | 会長自宅       |
| 水俣病被害者互助会        | 150  | 会長 佐藤 英樹 | 867-0034 熊本県水俣市袋2918                                | 0966-78-4127                  | 谷 洋一(事務局)  |
| 水俣病出水の会          | 2500 | 会長 尾上 利夫 | 899-0138 鹿児島県出水市住吉町28-18                            | 0996-67-2301                  | 会長自宅       |
| 水俣病被害者獅子島の会      | 80   | 会長 滝下 英喜 | 899-1501 鹿児島県出水市獅子島町獅子島2317                         | 0996-89-3304                  | 会長自宅       |
| 新潟水俣病阿賀野患者会      | 59   | 会長 山崎 昭正 | 950-0075 新潟県新潟市中央区沼垂6丁目4-12<br>沼垂診療所内               | 025-224-0116<br>(FAX)246-6476 | 沼垂診療所      |
| 新潟水俣病第3次訴訟を支援する会 | 13   | 代表 齊藤 恒  | 951-8061 新潟市中央区西堀通97番町1551-2<br>ホワイトプラザ西堀2階 高島法律事務所 | 090-8589-2609<br>(高島愛)        | 高島 優       |
| 水俣病東海の会          | 30   | 会長 西脇 民子 | 510-1246 三重県桑名町大羽根園青葉町B-1                           | 059-394-4458                  | 一本末康二(事務局) |

# 神経所見記載シート（簡略版） (07/01/18 改訂)

一次検診医 \_\_\_\_\_

## A. 基本情報

2007 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_ 歳

血圧 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 脈拍 \_\_\_\_ / 分 (整・不整)

B. 精神症状 情志障害 無・有 ( ) 知能障害 無・有 ( )

C. 脳神経 構音障害 無・有 ( ) 聴力障害(指聴り) 無・有

視野異常(対面法) 右 無・有 左 無・有

E. 頸部 運動時疼痛(無・有 ) 運動制限(無・有 )

Spurling (右 , 左 ) Jackson (右 , 左 )

血管雑音 Bruit (右 , 左 )

F. 運動系 普通歩行 正常・麻痺性・失調性・その他

一直線歩行 安定・不安定・不能 ロンベルグ 一・十

マン試験 右前 安定・不安定・不能 左前 安定・不安定・不能

開眼片足立 右 安定・不安定・不能 左 安定・不安定・不能

閉眼片足立 右 安定・不安定・不能 ( 秒) 左 安定・不安定・不能 ( 秒)

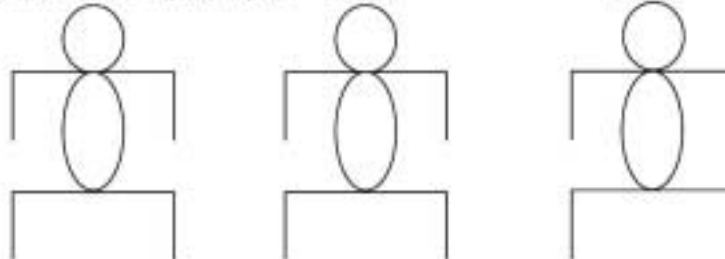
指鼻(開眼) 右一・十・十 左一・十・十 指鼻(閉眼) 右一・十・十 左一・十・十

アジアドコ 右一・十・十 左一・十・十 膝踵試験 右一・十・十 左一・十・十

不随意運動 無・有 ( )

筋緊張 (N, H 低下, S 弛緩, R 固縮) 筋萎縮

筋力



## G. 反射

固有反射

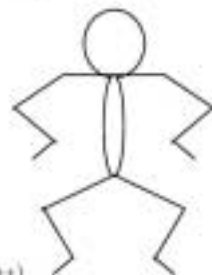
消失: 0(-)

低下: 1(±)

正常: 2(+)

亢進: 3(++)

Clonus 陽性: 4(+++)



|            | 右 | 左 |
|------------|---|---|
| Hoffmann   |   |   |
| Troemner   |   |   |
| Wartenberg |   |   |
| Babinski   |   |   |
| Chaddock   |   |   |
| Lasague    |   |   |

二次検診医 \_\_\_\_\_、三次検診医 \_\_\_\_\_

## H. 知覚障害

室温 \_\_\_\_\_

触覚 (von Frey による閾値も)

痛覚

下口唇 \_\_\_\_\_g

胸骨部 \_\_\_\_\_g

右2指 \_\_\_\_\_g

右1趾 \_\_\_\_\_g



左2指 \_\_\_\_\_g

左1趾 \_\_\_\_\_g



振動覚 胸部 \_\_\_\_\_秒

右手首 \_\_\_\_\_秒

右足首 \_\_\_\_\_秒

左手首 \_\_\_\_\_秒

左足首 \_\_\_\_\_秒

位置覚 右2指 上 \_\_\_\_\_mmで判別  
(5mm ピッチ) 下 \_\_\_\_\_mm

左2指 上 \_\_\_\_\_mmで判別  
下 \_\_\_\_\_mm

右1趾 上 \_\_\_\_\_mmで判別  
下 \_\_\_\_\_mm

左1趾 上 \_\_\_\_\_mmで判別  
下 \_\_\_\_\_mm

1. 利き手 1. 右手 2. 左手

2. コンパスによる二点識別閾値 (Yes-No 法または二肢強制選択法 [3 回施行] で最大 15mm,

舌以外は二肢強制選択法で最大 30mm) (ピッチは, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 20, 25, 30, 36mm)

| 舌  | YN | mm | 二肢強制 | mm |
|----|----|----|------|----|
| 距離 |    |    |      |    |
| 確率 |    |    |      |    |

| 下口唇 | YN | mm | 二肢強制 | mm |
|-----|----|----|------|----|
| 距離  |    |    |      |    |
| 確率  |    |    |      |    |

| 右示指 | YN | mm | 二肢強制 | mm |
|-----|----|----|------|----|
| 距離  |    |    |      |    |
| 確率  |    |    |      |    |
|     |    |    |      |    |
|     |    |    |      |    |

| 左示指 | YN | mm | 二肢強制 | mm |
|-----|----|----|------|----|
| 距離  |    |    |      |    |
| 確率  |    |    |      |    |
|     |    |    |      |    |
|     |    |    |      |    |

## データ利用についての諾否

この検診による問診、診察記録を、マスコミ、学会、学術論文等への発表のための統計的データとして使用することを、承諾 (致します、致しません)。なお、個人データを特定して公表することは決してございません。今後、この承諾の意思が変わった際には、当院に申し出ていただくことで変更することができます。

署名: \_\_\_\_\_

## 診 断 書

|        |       |      |                  |
|--------|-------|------|------------------|
| 氏<br>名 | (男・女) | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 ( 歳) |
|        |       | 現住所  |                  |

### 1. 居住歴、職歴 (現在まで、住民票上の住所を記入)

| 時 期           | 住 所 | 職 業 |
|---------------|-----|-----|
| 出 生 ～ 年 月 日   |     |     |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |

(実際の居住地が住民票と異なる時は、以下に、時期と住所を記入)

|               |  |
|---------------|--|
| 年 月 日 ～ 年 月 日 |  |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 |  |

昭和 43 年末まで、これまで行政が対象としてきた下記地域に居住歴があるか否か、ある、ない

(注) 対象地域(名称は平成 18 年 4 月現在): (1)水俣市のうち大字大川、久木野、越小島、古里、石坂川、葛渡及び湯田を離した地域、(2)芦北町のうち大字鶴木山、計石、蓮川内、乙子屋、女島、白岩、佐敷、戸北、花岡、黒瀬、宮崎、豊岡、大川内、田崎、田崎町、小田瀬、湯瀬、後多島及び井中田の地域、(3)津奈木町全町、(4)天草市のうち御所浦町全町、(5)八代市のうち二見瀬口町、(6)上天草市のうち薩ヶ谷町大田の地域、(7)出水市全域、(8)東町全域、(9)阿久留市(熊本・赤瀬川のみ)、(10)高尾野町(江内・大久保・上水波・豊引のみ)

行政が対象とする上記地域に居住歴がなく、対象地域との関わりがあるときは、以下に記入。

|     |                                                           |
|-----|-----------------------------------------------------------|
| (1) | 対象地域の名称 ( 市・町 ) ※可能であれば字名まで、記入                            |
| (2) | 内容 ア:仕事に行った イ:学校に行った ウ:知人・親戚の所に行った<br>エ:買い物に行った オ:その他 ( ) |
| (3) | 回数 1年に ( ) ヶ月程度。又は1月に ( ) 日程度行った。                         |

### 2. 魚介類摂取状況、家族歴

| 汚染された魚介類を摂取したと考えられる時期の摂取状況 |                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主な入手方法                     | カッコ内に具体的状況を簡潔に記入してください。<br>(1)自家 ( )<br>(2)親戚 (3)知人 (4)行商人 ( )<br>( )<br>(5)その他 ( )<br>※(2)～(5)の場合、住所・所在地(可能であれば字名まで)を、以下に記入。<br>( 市・町 )                                                   |
| 摂取状況                       | (1)毎日 朝・昼・晩 中皿にして 杯くらい<br>(2) 日おき 朝・昼・晩 中皿にして 杯くらい<br>(3)殆ど食べなかった                                                                                                                          |
| 上記摂取時期                     |                                                                                                                                                                                            |
| 水俣病に関する家族等の状況              | 水俣病認定者 (1)有(関係 ) (2)無<br>医療手帳所持者 (1)有(関係 ) (2)無<br>保健手帳所持者 (1)有(関係 ) (2)無<br>水俣病症状を有した人 (1)有(関係 ) (2)無<br>症状の概要 ( )<br>※「家族等」には、親戚、知人、行商人等を含み、可能な範囲で記入。<br>上記の水俣病認定者等には、亡くなられた方や失効された方も含む。 |
| 過去に水俣測定歴がある場合              | 検査部位 ( )、検査時期(昭和 年 月)、<br>検査値 ( ppm)、検査実施機関等 ( )                                                                                                                                           |

### 3. 特記すべき既往歴

| 時 期 | 疾患名 | 備 考 |
|-----|-----|-----|
| 年 月 |     |     |
| 年 月 |     |     |
| 年 月 |     |     |

### 4. 現病歴の概略

| 症状分類       | 有無 | 出現時期、具体的症状、経過 |
|------------|----|---------------|
| 感覚障害関連症状   |    |               |
| 下肢運動障害関連症状 |    |               |
| 上肢運動障害関連症状 |    |               |
| 視覚障害関連症状   |    |               |
| その他の症状     |    |               |

### 5. 現在の自覚症状リスト

| 症状分類           | No. | 症状                 | いつも<br>ある | ときどき<br>ある | 昔あったが<br>今はない | 今も昔も<br>ない |
|----------------|-----|--------------------|-----------|------------|---------------|------------|
| 感覚<br>症状       | 1   | 口周囲のしびれ            |           |            |               |            |
|                | 2   | 手足のしびれ             |           |            |               |            |
|                | 3   | 風呂の湯加減がわからない       |           |            |               |            |
|                | 4   | 怪我ややけどをしても痛くない     |           |            |               |            |
| 運動<br>症状       | 5   | 手足の脱力感             |           |            |               |            |
|                | 6   | 手などの震え             |           |            |               |            |
|                | 7   | 言葉が正確に発せない         |           |            |               |            |
| 上肢<br>運動<br>症状 | 8   | 手に持ったものを落とす        |           |            |               |            |
|                | 9   | 服のボタンはめが困難         |           |            |               |            |
|                | 10  | つまずきやすい            |           |            |               |            |
| 下肢<br>運動<br>症状 | 11  | ふらつく               |           |            |               |            |
|                | 12  | スリッパ・草履が脱げてしまう     |           |            |               |            |
| 視覚<br>症状       | 13  | ものが見えにくい、はっきり見えない  |           |            |               |            |
|                | 14  | まわりが見えにくい          |           |            |               |            |
| 聴覚<br>症状       | 15  | 耳がとおい              |           |            |               |            |
|                | 16  | 耳鳴                 |           |            |               |            |
|                | 17  | 言葉は聞こえても理解できない     |           |            |               |            |
| 味覚<br>嗅覚<br>症状 | 18  | 味が分かりにくい           |           |            |               |            |
|                | 19  | 匂いが分かりにくい          |           |            |               |            |
| 疼痛<br>症状       | 20  | からすまがり(こむらがえり)、節痛  |           |            |               |            |
|                | 21  | 頭痛、肩凝り             |           |            |               |            |
|                | 22  | もの忘れをする            |           |            |               |            |
| 精神<br>症状       | 23  | 何もしたくない気分になる、根気がない |           |            |               |            |
|                | 24  | いらいら感、不安感          |           |            |               |            |
|                | 25  | 不眠                 |           |            |               |            |
| そ<br>の<br>他    | 26  | たちくらみ              |           |            |               |            |
|                | 27  | めまい                |           |            |               |            |
|                | 28  | 身体がだるい             |           |            |               |            |

※ 該当するものに○を記入。

## 6. 神経所見

### A. 表在性感覚障害

|                                                                                   |        |                                                                                   |        |                                                                                     |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  |        |  |        |  |      |
| 触覚障害の範囲                                                                           |        | 痛覚障害の範囲                                                                           |        | (背面所見:必要時のみ)                                                                        |      |
| 口周囲の感覚障害                                                                          |        | 認める                                                                               |        | 疑う                                                                                  | 認めない |
| 上肢触覚障害の範囲                                                                         | 肩関節に及ぶ | 肘関節に及ぶ                                                                            | 手関節に及ぶ | 手指のみ                                                                                | なし   |
| 下肢触覚障害の範囲                                                                         | 股関節に及ぶ | 膝関節に及ぶ                                                                            | 足関節に及ぶ | 足趾のみ                                                                                | なし   |
| 上肢痛覚障害の範囲                                                                         | 肩関節に及ぶ | 肘関節に及ぶ                                                                            | 手関節に及ぶ | 手指のみ                                                                                | なし   |
| 下肢痛覚障害の範囲                                                                         | 股関節に及ぶ | 膝関節に及ぶ                                                                            | 足関節に及ぶ | 足趾のみ                                                                                | なし   |
| 全身性感覚障害 (四肢末端優位障害例を含む)                                                            |        | 認める                                                                               |        | 疑う                                                                                  | 認めない |

※ 上下肢触覚・痛覚の判定には、筆、輝堂針を使用する。

### B. 二点識別覚閾値

|             | 舌尖 | 右示指 | 左示指 |
|-------------|----|-----|-----|
| 閾値 (単位: mm) |    |     |     |
| 検査方法        |    |     |     |

### C. 脳神経領域

|               |     |    |      |    |
|---------------|-----|----|------|----|
| 視野狭窄 (検査方法: ) | 認める | 疑う | 認めない | 不明 |
| 聴力障害 (検査方法: ) | 認める | 疑う | 認めない | 不明 |
| 構音障害          | 認める | 疑う | 認めない | 不明 |

### D. 運動失調

|             |     |     |      |    |
|-------------|-----|-----|------|----|
| 閉眼での指鼻試験の異常 | 認める | 疑う  | 認めない | 不明 |
| 閉眼での指鼻試験の異常 | 認める | 疑う  | 認めない | 不明 |
| アジアドコキネーシス  | 認める | 疑う  | 認めない | 不明 |
| 普通歩行の異常     | 認める | 疑う  | 認めない | 不明 |
| 一直線歩行の異常    | 認める | 疑う  | 認めない | 不明 |
| マン検査での姿勢の維持 | 不能  | 不安定 | 異常なし | 不明 |
| 閉眼片足立ち      | 不能  | 不安定 | 異常なし | 不明 |
| 閉眼片足立ち      | 不能  | 不安定 | 異常なし | 不明 |
| 膝蹴試験の異常     | 認める | 疑う  | 認めない | 不明 |

※ マン検査、片足立ちでは、平均約3秒間の保持が不可能な時に「不能」とする。

**E. 反射**

|                   |     |    |      |    |
|-------------------|-----|----|------|----|
| 深部腱反射異常（部位：_____） | 認める | 疑う | 認めない | 不明 |
| 病的反射（種類：_____）    | 認める | 疑う | 認めない | 不明 |

※ 反射の異常を認める時は、その部位等を記載すること。

**F. 不随意運動**

|                  |     |    |      |    |
|------------------|-----|----|------|----|
| 上肢の姿勢時振戦         | 認める | 疑う | 認めない | 不明 |
| その他の不随意運動（_____） | 認める | 疑う | 認めない | 不明 |

**G. 筋力低下・筋萎縮**

|                   |     |    |      |    |
|-------------------|-----|----|------|----|
| 上肢の筋力低下（部位：_____） | 認める | 疑う | 認めない | 不明 |
| 下肢の筋力低下（部位：_____） | 認める | 疑う | 認めない | 不明 |
| 筋萎縮（部位：_____）     | 認める | 疑う | 認めない | 不明 |

**H. その他の精神身体所見**


---



---



---



---

**I. 水俣病の診断に関する特記事項**


---



---



---



---

**7. 診断**

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

診断医氏名：\_\_\_\_\_





湯出川と水俣川の合流地点。やがて不知火海にそそぐ。

定価 300円

発行： 特定非営利活動法人 NPOみなまた  
〒867-0045 水俣市桜井町2-2-20  
TEL. 0966-62-9822 FAX. 0966-62-1154  
Eメール：npo@minamata.org