



なぜ水俣病は解決できないのか

—水俣病の現状と課題—

新潟水俣病被害者の会 講演

講師：高岡 滋（社会医療法人芳和会・水俣協立クリニック 医師）

公式確認から70年。何が真の解決を阻んでいるのか？

水俣病問題の本質は、「メチル水銀への広範な曝露」に対して、行政と医学・公衆衛生学の専門家が継続的な観察・評価を「怠ってきた（不作為）」ことにある。



未だに多くの被害者が放置され、数多くの裁判が続いている現状は、単なる過去の公害ではなく、現在進行形の「医学と行政の構造的病理」である。

結論：半世紀に及ぶ「行政と医学専門家の不作為と隠蔽」

国・行政と医学界の姿勢



国・行政

責任の限定、被害の矮小化、実態調査の意図的な回避。



医学界の加担

臨床的・疫学的事実から目を背け、医学的根拠のない診断基準を正当化。

患者・地域と真の医学



患者・地域の現実

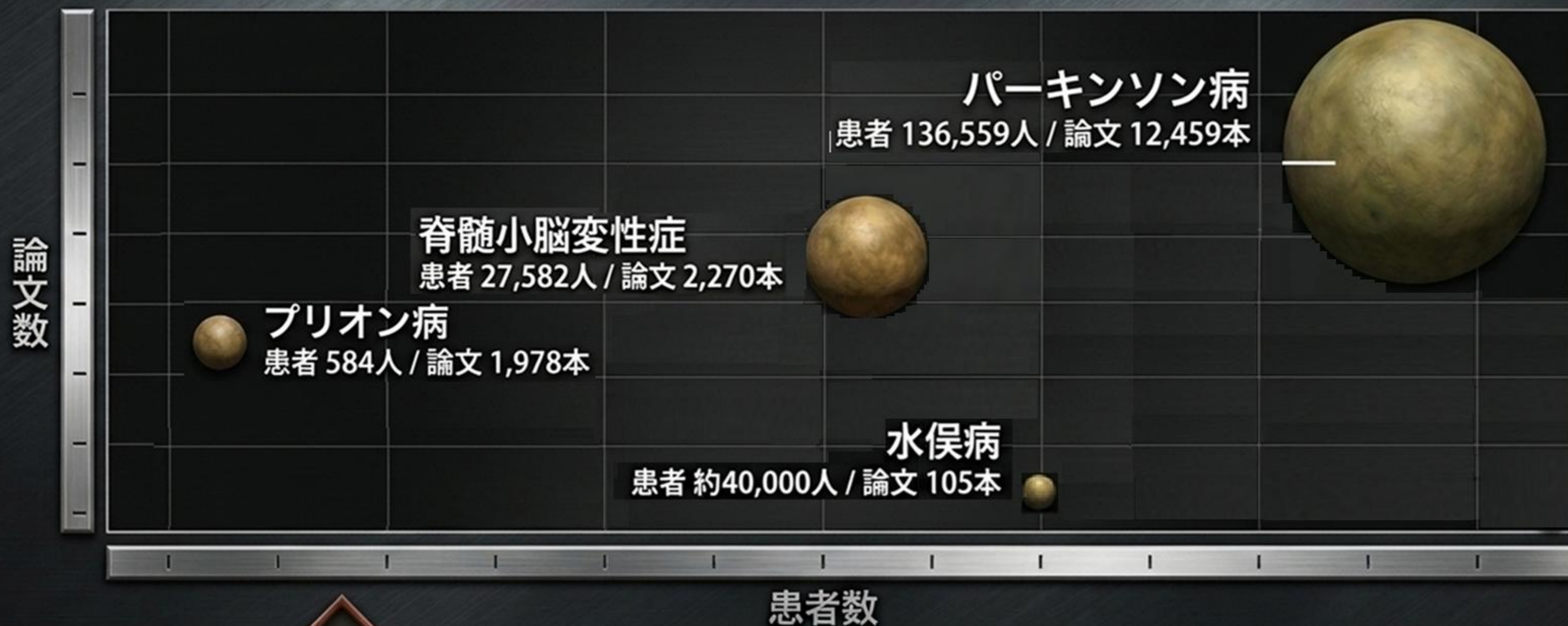
数万人に及ぶ未救済の被害者。多様な病態、遅発する症状、日々の苦痛の黙殺。



真の医学の役割

権威や政策への追従ではなく、目の前の「患者の事実」から出発し、全体像を解明すること。

意図的に放置された医学的 pursuit (2016年調査)



【異常な空白】 直近5年間（2012～2016年）の論文はわずか「28本」。患者1,428人に対して論文1本という、医学的探求の完全な放棄。

臨床医学の不在①：氷山の一角と黙殺された多様性



急性・重症（定型例：ハンター・ラッセル症候群）
行政と医学界が「水俣病」として固定化した、ごく一部の氷山の一角。

遅発性

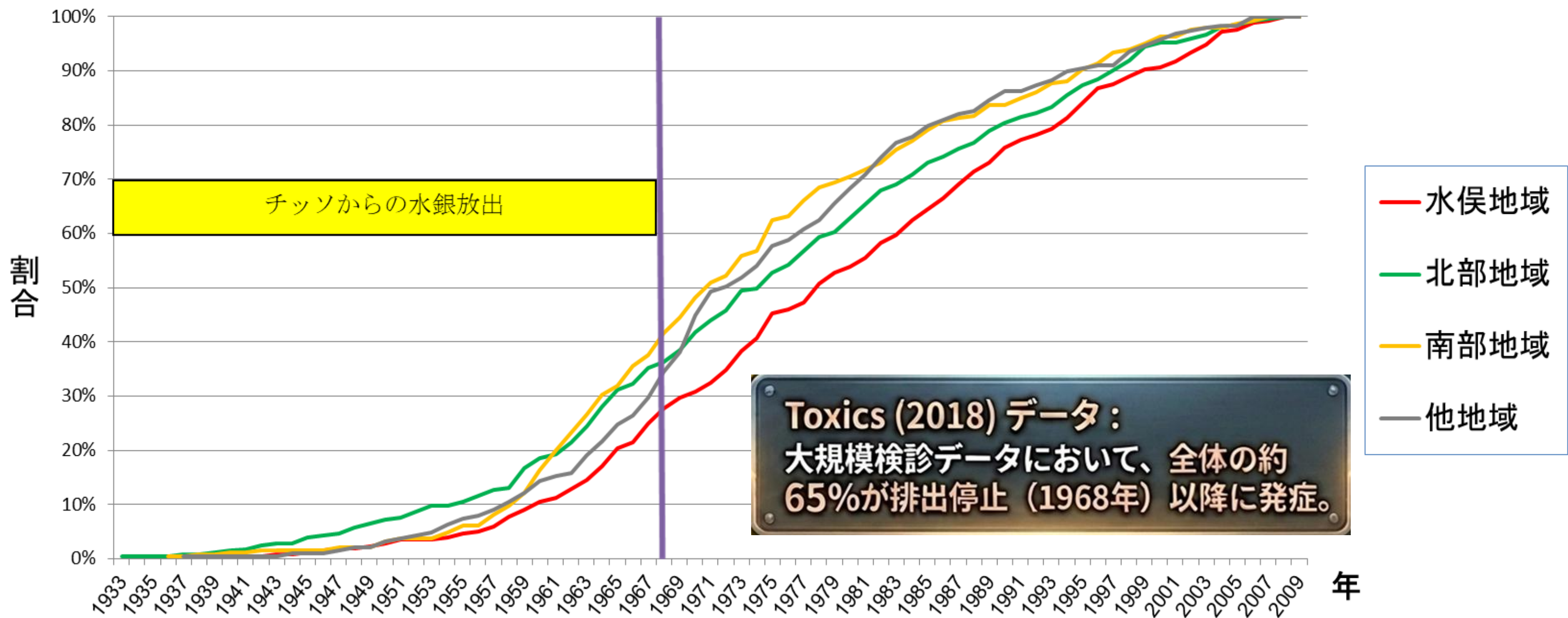
変動性

非定型的な症候
の組み合わせ

多様な病態の黙殺
(メチル水銀中毒症の真の姿)

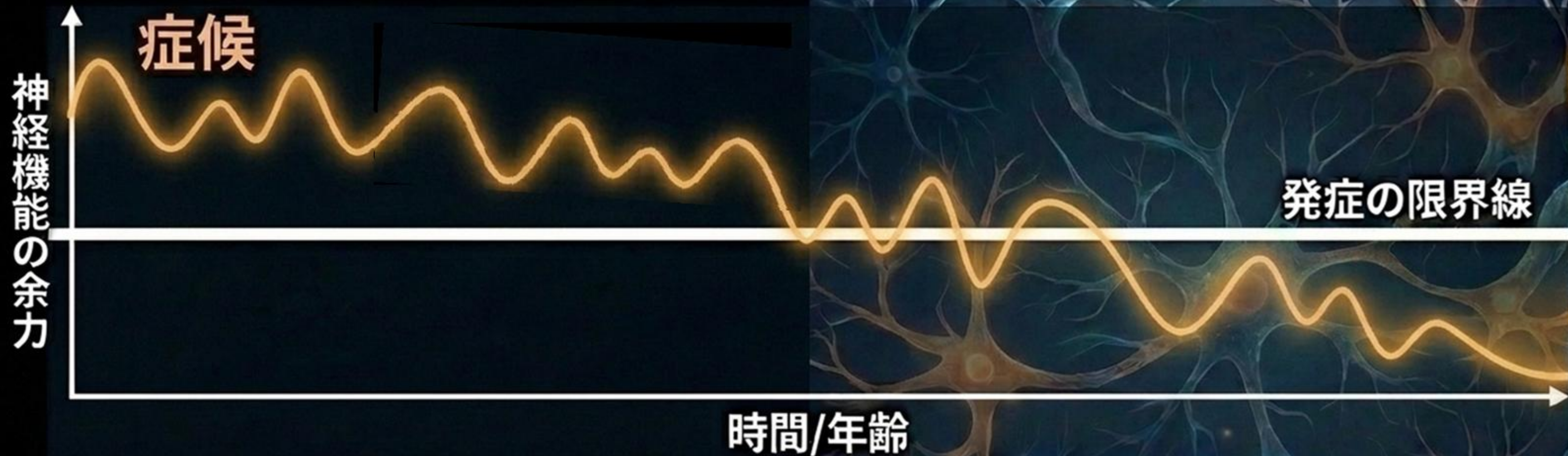
連続的な重症度のグラデーション。
感覚障害のみの軽症例から、
広範な大脳皮質障害まで。

臨床医学の不在②：「遅発性」の明白な証明



長期遅発のメカニズム：加齢に伴う脳の代償機能（可塑性）の破綻により、数十年の潜伏“期間”を経て症状が顕在化する。これを無視するのは急性モデルの誤用。

臨床医学の不在③：症候の「変動性」の真実



行政の誤認 (単発的視点)

「症状が変動するのは非器質性疾患 (ヒステリー等) の証拠である」という致命的な誤解。一時点の診察で異常がなければ「水俣病ではない」と切り捨てる。

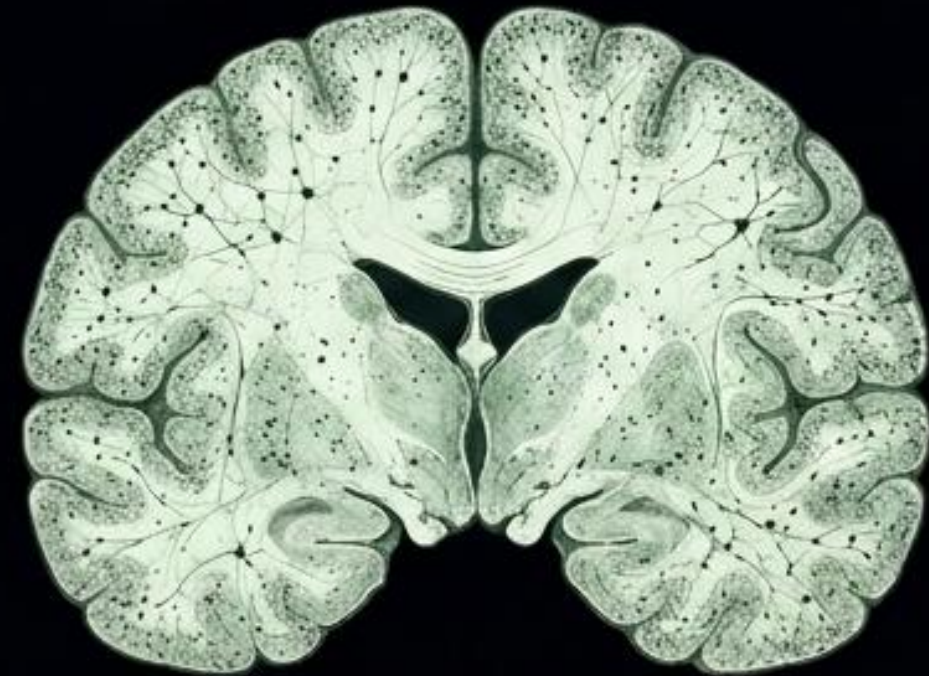
医学的真実 (2021年変動性研究)

大脳皮質の神経細胞がまばらに失われる「間引き脱落」と、それを補う「脳の可塑性」。体調や環境により代償機能が揺らぐため、所見の範囲や程度が変動するのは器質的障害の証左である。

慢性水俣病の真の病像：脳病変の真実と「動的平衡」



誤解：局所的壊死 (脳梗塞モデル：血管が閉塞し局所が全滅)



真実：問引き脱落 (水俣病モデル：広範囲でまばらに死滅する)



プラス要因：神経系の可塑性・残存細胞による代償機能

マイナス要因：細胞脱落・加齢・疲労など

慢性水俣病の脳は、不完全な損傷状態にあるため「ネットワークの再構築」が働きやすい。残存細胞の過剰な働きでギリギリのバランス（動的平衡状態）を保っているが、わずかな環境変化で限界を超え、症状が変動する。これは極めて自然な医学的現象である

疫学の不在：「実態調査」放棄の歴史

曝露
(原因)

結果
(病態)

1960s

徳臣医師の「志願者」発言

疫学調査なしに終息説を唱え、
患者を極めて狭い枠組みに固定化。

1970s

椿教授の変節

水銀パニックを機に実態調査を放棄。
「水俣病は一般的に診断困難」と宣言し、医学の進歩を凍結。

本来の疫学の目的（中毒症の病態を知る、空間的・時間的広がりを知る、原因確率に基づく診断基準を作る）が、専門家の手によって破壊された。

歴史の光：新潟水俣病の発見と初期の疫学調査

1965年 ● 新潟水俣病の発見（樫忠雄教授）

初期の正しい医学的アプローチ

ごく初期には診断基準の枠をはめることを避け、
疑わしいものを広くすくいあげ、
共通の症状をもつものを選び、これと並行して
して診断要項を設定する。
(樫教授の実態把握の定石)

「感覚障害だけの水俣病が存在しうる」

(事実から出発する、医学本来の正しい姿がここには存在した)

歴史の過ち： 椿教授の「変節」

水俣病の診断に対する最近の問題点*

椿 忠 雄**

1965年



1973年
水銀パニック

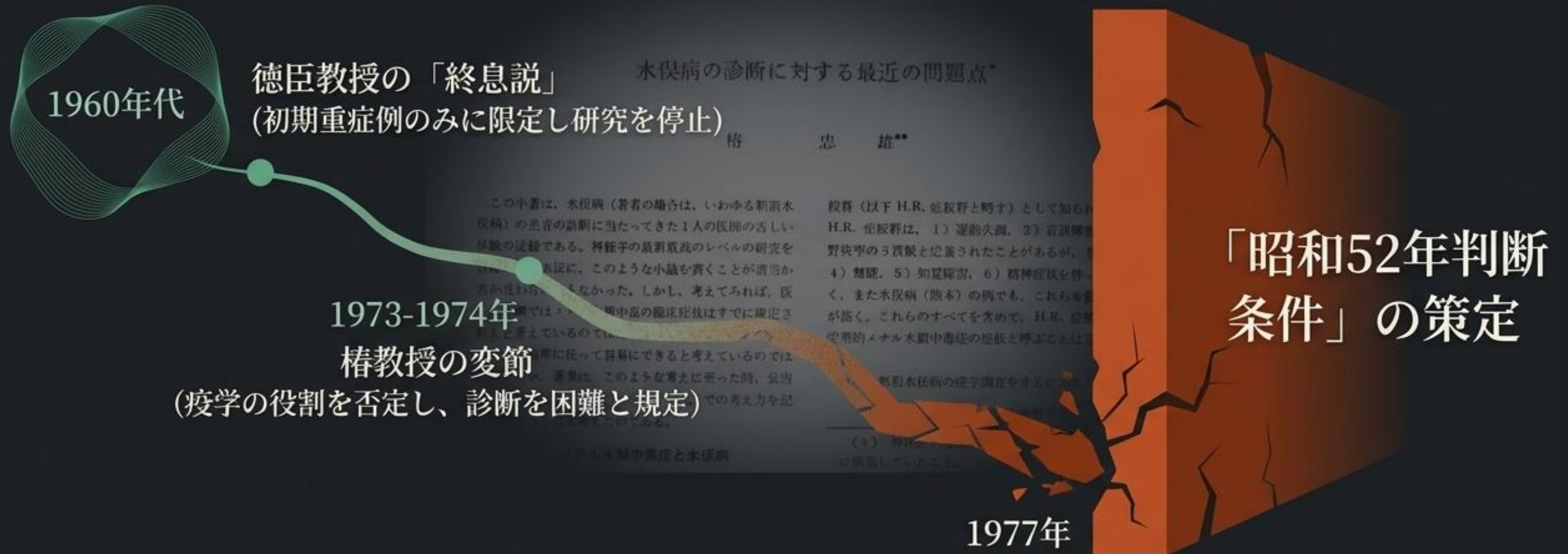


1974年論文「水俣病の診断に対する最近の問題点」

- 1. **疫学の放棄**：メチル水銀被曝露者と非曝露者を比較する本来の疫学的手法を捨て去る。
- 2. **診断困難への逃避**：他疾患（糖尿病や加齢）のデータのみを示し、「水俣病は一般的に診断困難」と断定。
- 3. **医学の凍結**：診断権を行政の恣意的な運用へと譲り渡した、致命的な学問的後退。

小者は、水俣病（著者の場合は、いわゆる新潟水俣病）の患者の診断に当たってきた1人の医師の苦しい経験の記録である。神経学の最新最高のレベルの研究を
候群（以下 H.R. 症候群と略す）として知られ
H.R. 症候群は、1）運動失調、2）言語障害、
野狭窄の3徴候と定義されたことがあるが、実

医学界による不作為の歴史と「昭和52年判断条件」



疫学と継続的な観察を放棄した結果、医学的根拠のない「机上の空論」が行政の基準として確立され、数多くの被害者を切り捨てる免罪符となった。

疫学の不在：現代まで続く不作為の連鎖

住民データと現実

公衆衛生学の放棄（二塚氏）

疫学の専門家でありながら、診断の決め手となる特定症候（感覚障害）の評価において「疫学的なデータで評価しない方がいい」と主張し、疫学を自ら否定。

医学政策と診断

日本神経学会の加担と沈黙（2018年）

環境省の照会に対し、正規の委員会も経ず「症状の変動はない」「遅発発症は数年」とする医学的根拠のない回答を提出。会員の撤回要求に対しても沈黙を貫く。

疫学の真理：「原因確率」の考え方

汚染地域と非汚染地域の比較が導き出す圧倒的な蓋然性

汚染地域
四肢の感覚障
害あり：20%



非汚染地域
汚染と関係ない
感覚障害：1%

$$\text{計算式：} \frac{(20\% - 1\%)}{20\%} = \text{原因確率 } 95\%$$

結論：汚染地域で感覚障害を持つ人のうち、95%の確率でメチル水銀への曝露が原因である。この明白な事実を無視した「除外診断」は演繹的な誤りである。

疫学的実証：汚染地域に多発する特異な感覚障害

対照(非汚染)地区有症率

汚染地区有症率
(1970年代~80年代)



特措法等救済率
(40歳以上人口)

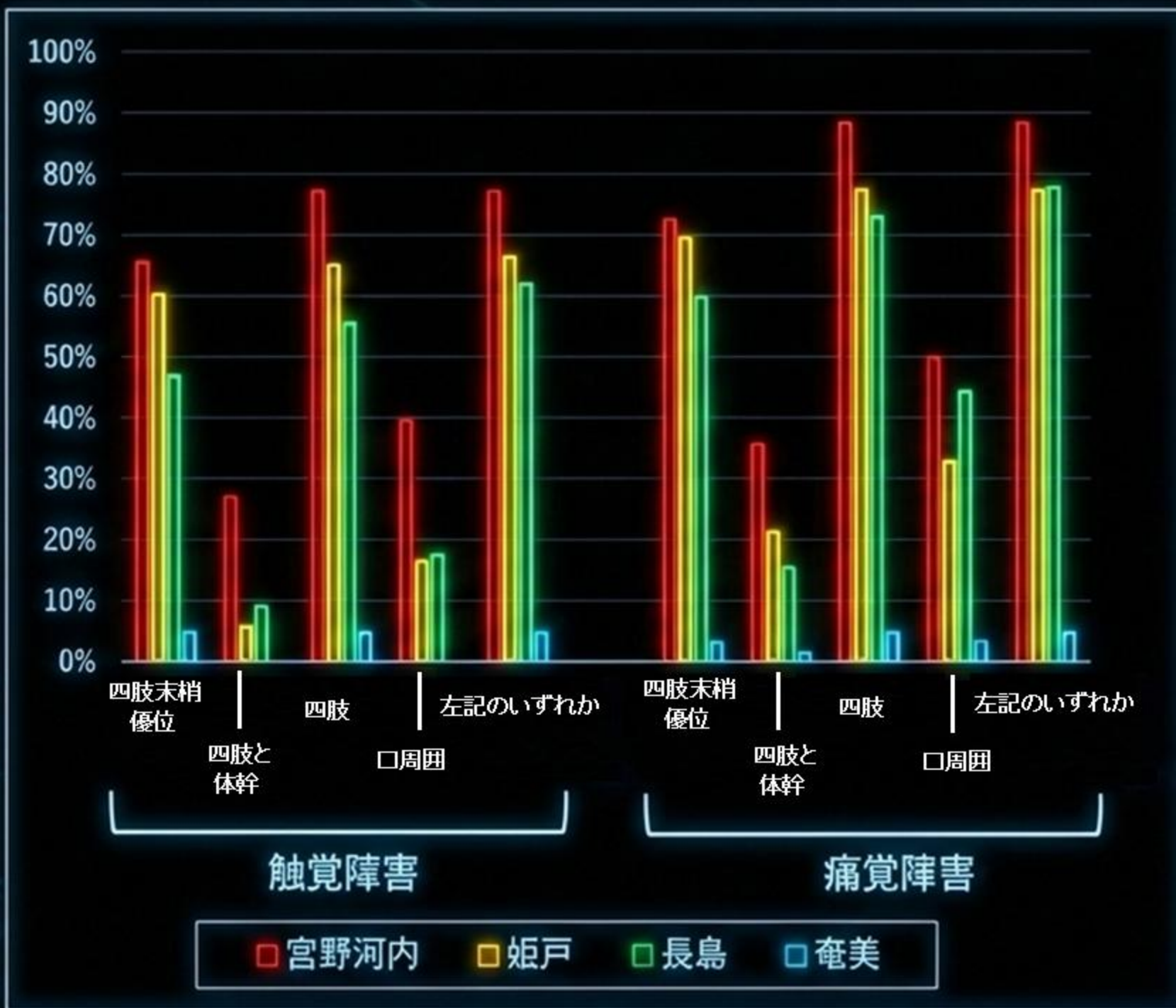
水俣市：56.3%

芦北町：66.9%

(ただし、救済者等に
転出・死亡者を含む)

単なる老化現象や他疾患
では到底説明できない

八代海の水俣から遠方地域(対象地域外)における感覚障害



原因確率 80%~100%

非汚染地域との比較から、末梢感覚障害やこむらがえりが特異的に多発。単なる老化現象では到底説明できない数値

診断の誤り：原因確率の無視と「除外診断」の誤用

国の手法：誤った「除外診断」

手法

加齢、糖尿病、脊椎疾患など、わずかでも他疾患の可能性があれば水俣病を除外する。

問題点

孤発性の神経疾患の診断手順を、大規模な環境汚染による中毒性疾患にそのまま強引に当てはめる演繹的な誤り。

医学の真実：高い「原因確率」

曝露地域と非汚染地域のデータを比較し、特異的な症候の「原因確率」を算出する。

医学的根拠

新有病率調査等により、汚染地域における四肢末梢優位・全身性の感覚障害等の原因確率は「80～100%」と極めて高い。曝露歴とこの症候があれば、高い確率で水俣病と診断できるのが疫学の真理。

診断の誤り : 病理学的絶対視という欺瞞と「感度の低さ」



病理検査は特異性は高いが、より軽症の水俣病においては、軽度の細胞脱落はわからず、シナプス減少もわからない。

衛藤氏らによる病理の偽り

水俣病では大脳・小脳・末梢神経が共に障害されるという間違いを前提にしている

「感度」の意図的な隠蔽

軽度水俣病では乏しいグリア反応を根拠に病理診断できると主張

臨床的優位性

水俣病では病理所見の感度は非常に低く、中等～軽症者では臨床所見なしに曝露と健康障害の関係はわからない

官僚・学者の構造的問題

過ちを正せない「権威の密室」

1

医系技官を含む官僚の誘導

医学の基本を逸脱した恣意的
診断手法の強要。

2

学会の権威主義

椿教授など過去の重鎮が決定した誤った
ドグマを、後輩の専門医たちが無批判に踏襲。

3

臨床現場からの遊離

患者を長期診察した経験のない医師
たちが、書面だけで否定論を展開。



現代に続く隠蔽構造：日本神経学会「回答」問題の経過



会員からの撤回要求には、現在に至るまで「無視・無回答」を貫いている。

官僚・学者の構造的問題：「客観性」を装うMEG調査のアリバイ作り



狭すぎる対象

広範な健康影響を調べるためには、曝露を受けた可能性のある人々の大多数の調査が必要

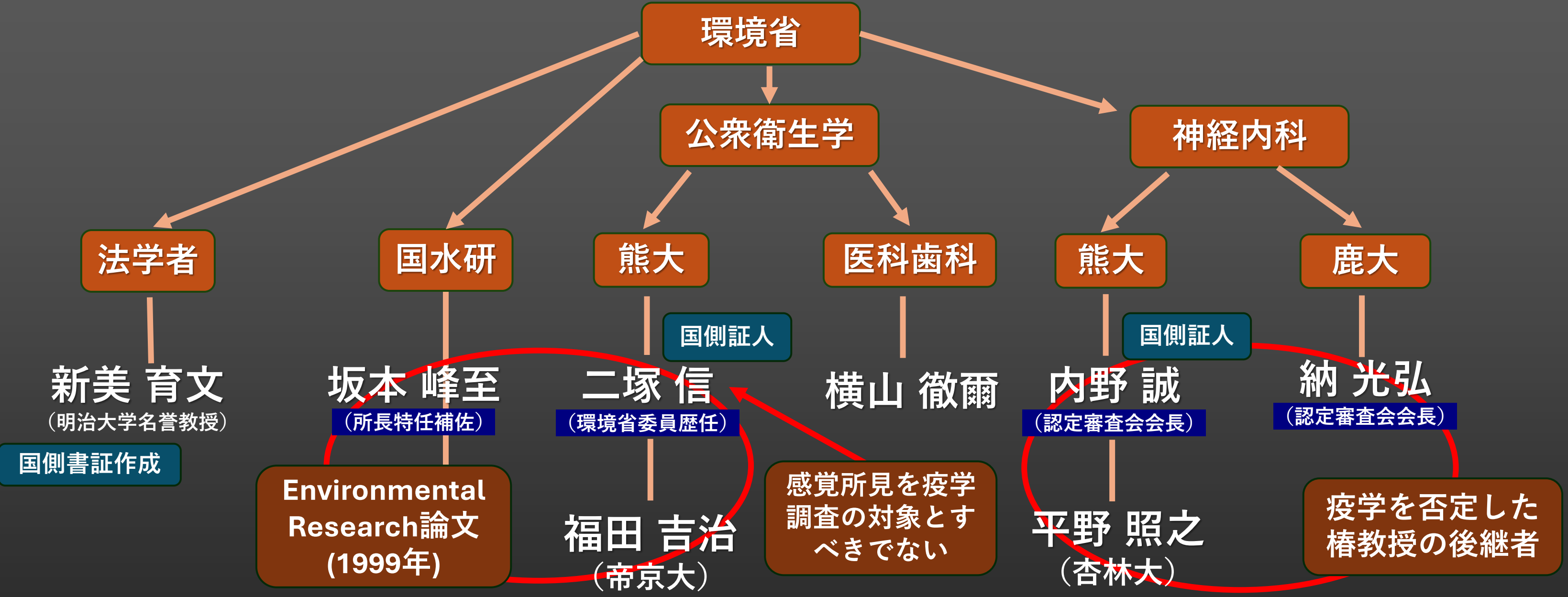
低すぎる感度

認定患者でさえ異常が検出されないケースが多く、数時間を要し2箇所しか検査できない。スクリーニング検査としては完全に不適格。

真の目的のすり替え

水俣病特措法が求める「広範な健康実態の把握」という目的を、「健康不安解消」という名目で時間稼ぎのアリバイ作りにすり替えている。

特措法の理念を歪める「疫学検討委員会」の実態



過去半世紀にわたり疫学を否定し、隠蔽に加担してきた医学者たちが、特措法37条（広範な実態把握）の義務を骨抜きにする調査の方向性を決定している。

結論：半世紀に及ぶ「行政と医学専門家の不作為と隠蔽」

国・行政と医学界の姿勢



国・行政

責任の限定、被害の矮小化、実態調査の意図的な回避。



医学界の加担

臨床的・疫学的事実から目を背け、医学的根拠のない診断基準を正当化。

患者・地域と真の医学



患者・地域の現実

数万人に及ぶ未救済の被害者。多様な病態、遅発する症状、日々の苦痛の黙殺。



真の医学の役割

権威や政策への追従ではなく、目の前の「患者の事実」から出発し、全体像を解明すること。

医学の出発点は、常に「患者の事実」にある。

水俣病という未曾有の環境汚染に対し、「見ない、調べない、認めない」という組織的な隠蔽を貫いた行政と医学界。彼らが法廷で主張する論理は、既存の疾患モデルを当てはめるだけの机上の空論に過ぎません。

半世紀以上にわたり、民間医師団が積み上げてきた2万人を超える臨床的事実。それに基づく「共通診断書」こそが、メチル水銀中毒症の実態を最も正確に捉えた唯一の科学的アプローチです。

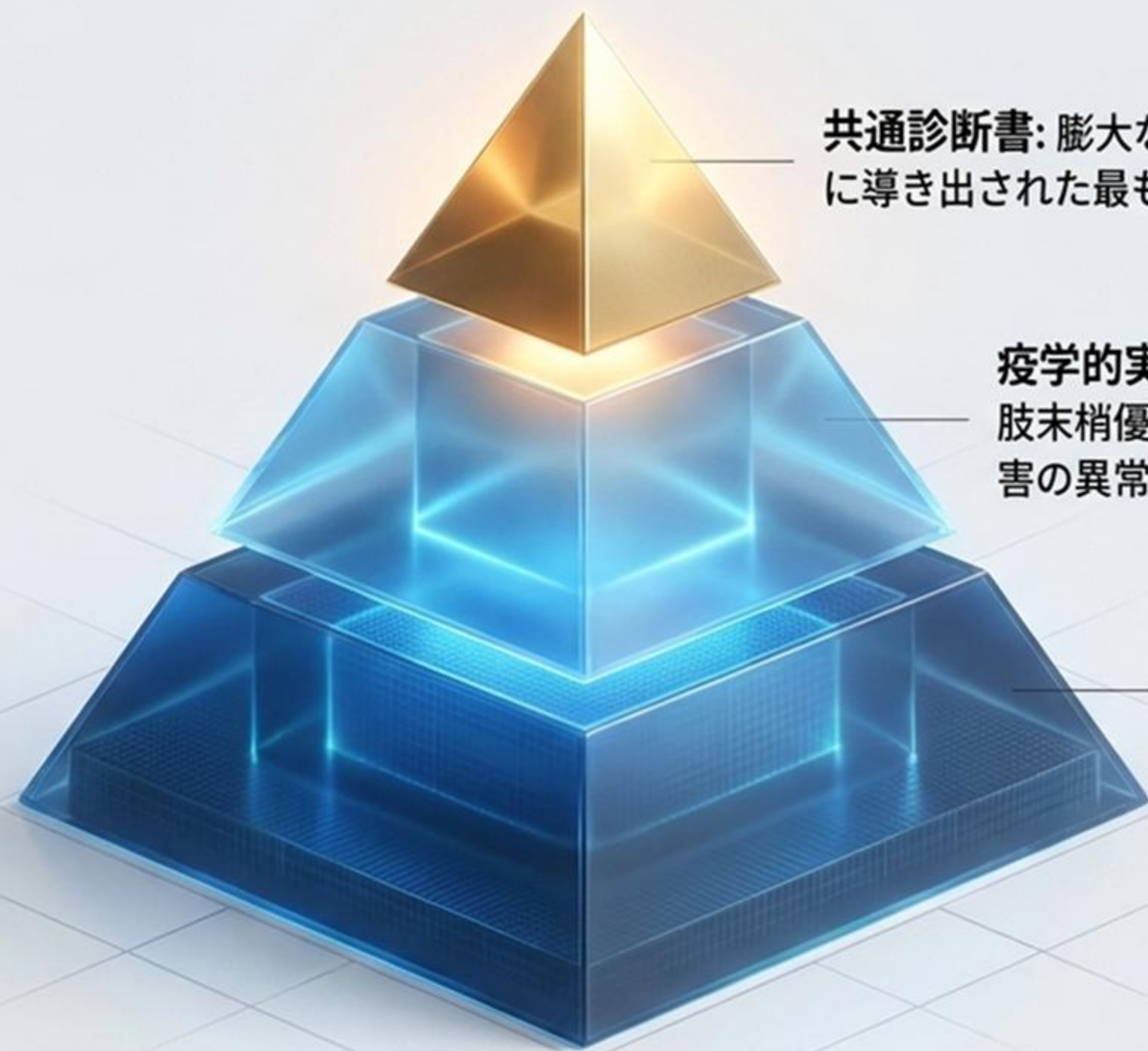
患者の事実に真摯に向き合うこと。それこそが、未来の環境汚染による健康被害から国民を守る、唯一の道なのです。

対立する二つの医学アプローチ：どちらが本来の姿か

	国側医師（権威主義・演繹的）	民間医師団（臨床重視・帰納的）
起点	既存の知識・過去の急性重症モデル	目の前の患者に現れている事実
手法	机上の理論（演繹法）に事実を当てはめる	2万人超の検診データに基づく帰納法
姿勢	理論に合わない症状（変動・遅発）は「非器質性」として切り捨てる	既存の理論と矛盾するなら、新たな事実の分析から理論を再構築する
疫学	否定（審査会での書類判定に終始）	肯定（広範な掘り起こしと悉皆調査）

「見ない、調べない、認めない」 vs 「観察、記録、法則化」。
机上の理論を絶対視し事実を切り捨てるのは、臨床医学の死である。

解決の指針：事実から出発する「共通診断書」



共通診断書: 膨大な臨床的事実から帰納的に導き出された最も合理的な診断基準。

疫学的実証: 曝露地域における四肢末梢優位・全身性の表在感覚障害の異常な多発を証明。

観察と記録: 半世紀にわたり地域に入り蓄積した2万人超の検診データ。

共通診断書の優位性

ADLの自立度で安易に否定せず、「表在感覚障害」を高感度な指標とする。

手技・判定基準を厳密に定義し、標準的かつ合理的な神経学的診察を実現。

真の解決へ向けて：医学の原点への回帰



真の解決へ向けて

1. **真の実態把握:** MEGのようなごく一部を対象としたアリバイ調査の即時中止。
2. **広範な疫学調査:** 汚染地域全体を対象とした、問診・神経学的診察を中心とする速やかな健康調査の実施（特措法37条の本来の履行）。

医学の出発点は、常に「患者の事実」にある。権威への追従でも、机上の空論でもない。目の前の患者の苦痛と、データが示す揺るぎない事実から出発すること。それこそが、半世紀に及ぶ不作為の歴史を終わらせ、日本の公衆衛生の信頼を回復する唯一の道である。