

医学界による、水俣病の 不作為と隠蔽の全貌

—— 見ない・調べない・認めない構造 ——

水俣協立クリニック院長 高岡 滋

新聞週間公開シンポジウム「水俣病公式確認70年に考える」

日本医学ジャーナリスト協会 西日本支部 2026年10月18日・福岡

七十年後、足元から噴き出したもの

2026年 熊本地震

水俣湾の埋立地で液状化が起き、かつて海に沈めたメチル水銀を含む汚泥が噴き出したのではないかと危惧されました。

「封じ込めたはずの汚染」が、地表に現れた。

終わっていないのは、汚染だけではない。

いまでも手足のしびれや痛みを訴える住民が、私のクリニックを訪れる。そのほとんどが、正式に水俣病とされていません。

「もう終わった過去の公害」——そう信じ込まされてきた。

だが問題は、いまでも私たちの足もとにある。

本日の道筋

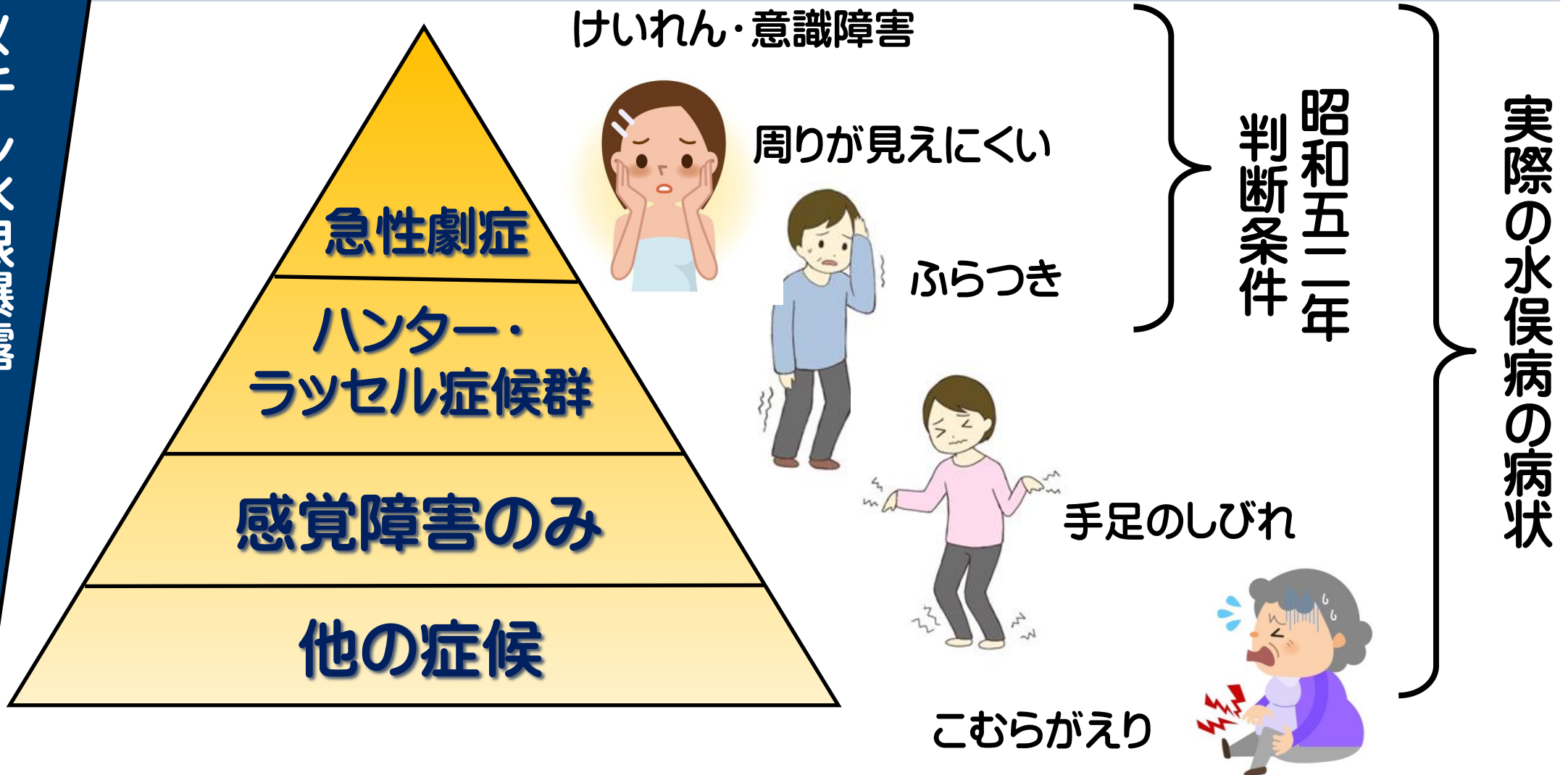
- Ⅰ 水俣病とはどのような病気か？
(水俣病の病像と実態)
- Ⅱ 国や医学界はどのように対応してきたのか？
(水俣病の不作為と隠蔽)
- Ⅲ なぜ不作為が半世紀以上続いてきたのか？
(横・縦の糸と、それを束ねてきた官僚)
- Ⅳ これからどうすべきか？
(ジャーナリズムへの提言)

水俣病とはどのような病気か（病像）

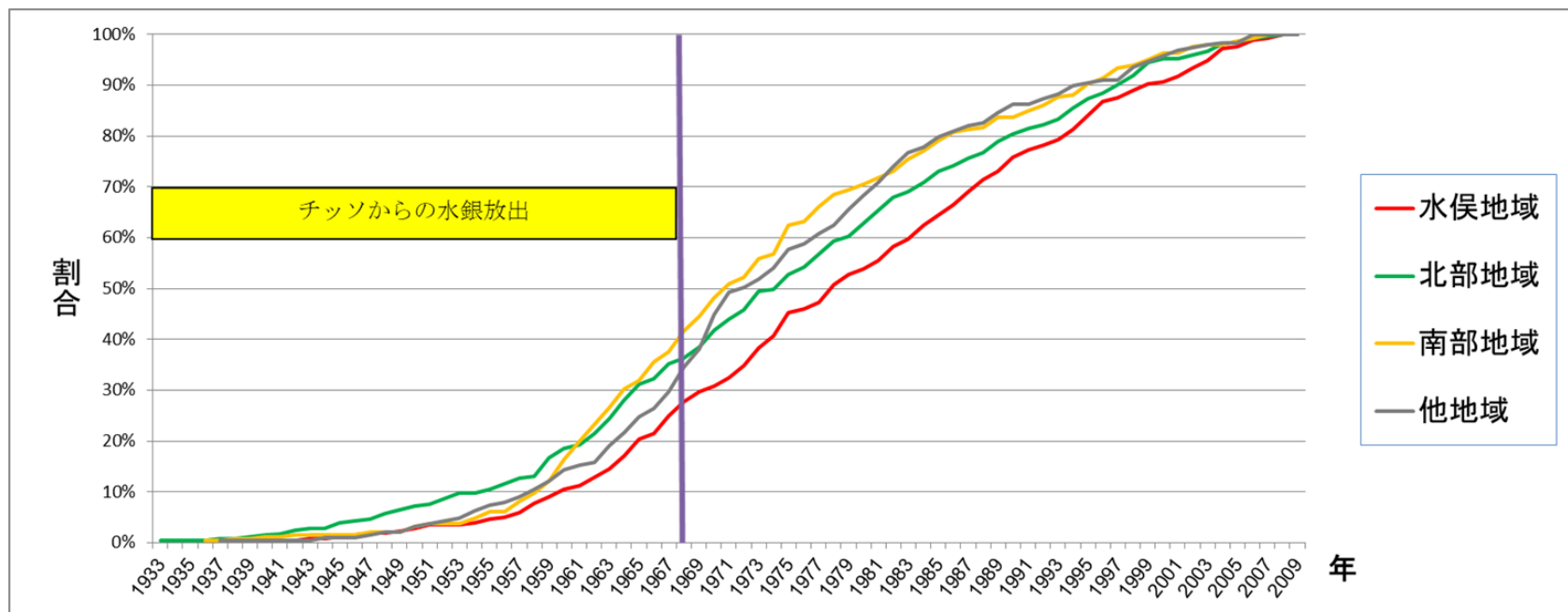
「〇〇病」というよりも、
軽症～重症の幅広いグレードの健康影響を与
える「中毒症」

メチル水銀中毒症の症状

メチル水銀曝露



遅発性 —— 排出が止まった後に、発症している



Toxics, 2018

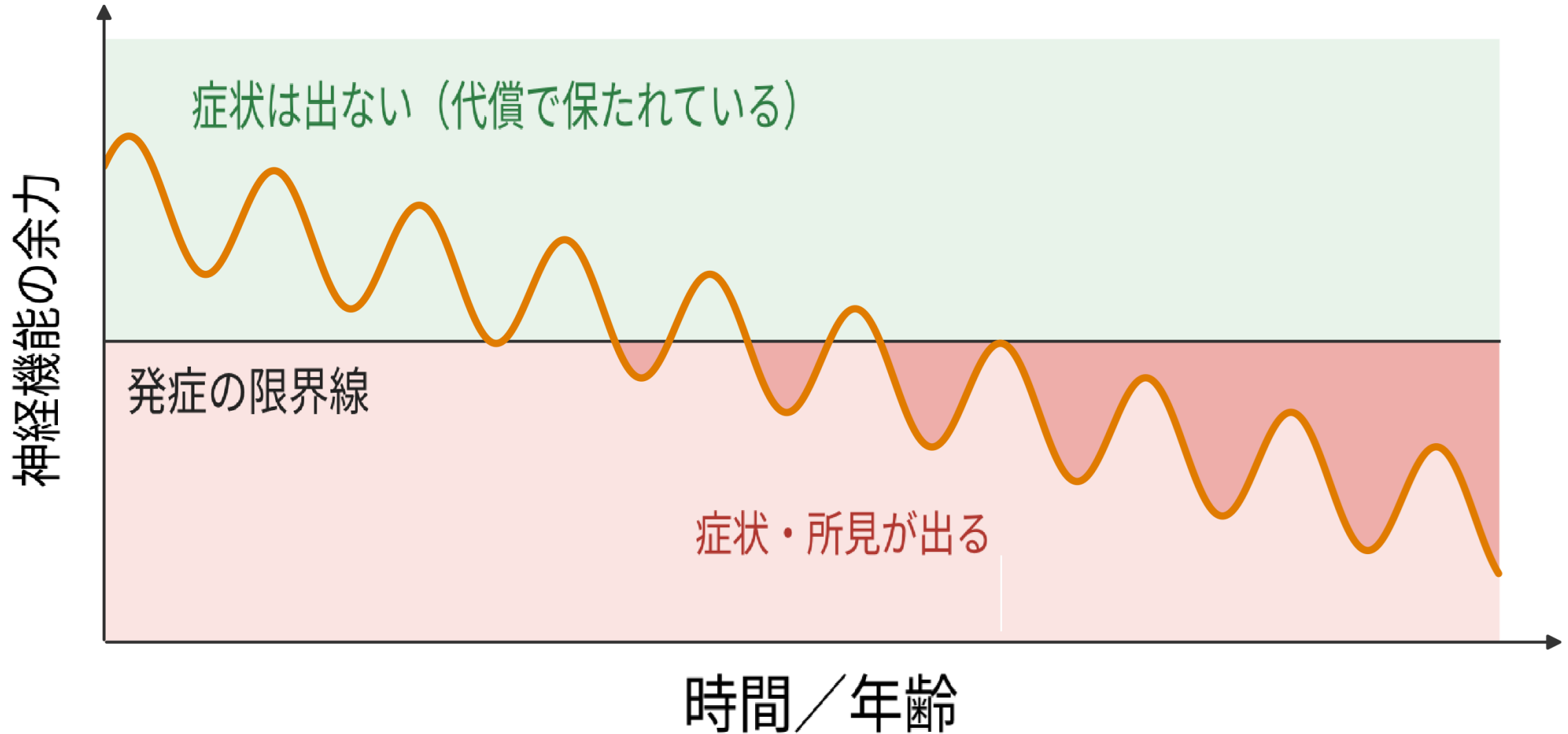
約
65%

が、1968年以降に初発症状
(2009年大検診／Toxics 2018)

国側はいまも「遅発は数年
以内」と根拠なく主張

紫の縦線が1968年(排出停止)。以降に初発症状を自覚した人が大半を占める。

症状が変動、遅発する



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、局所が全滅する



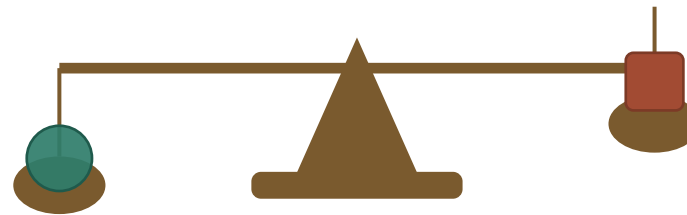
真実：間引き脱落

水俣病モデル — 広範囲で、まばらに死滅する

----- 発症の限界線 (Symptom Threshold) = 動的平衡 (Dynamic Equilibrium) -----

プラス要因

神経系の可塑性・残存細胞による代償機能



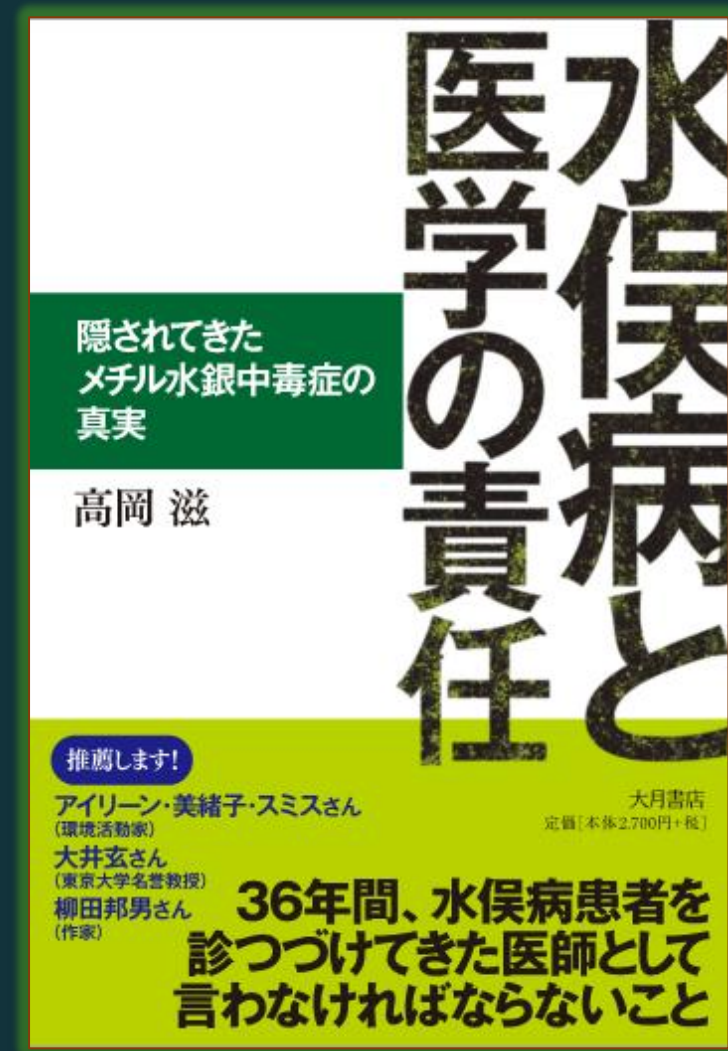
マイナス要因

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。これが遅発性・変動性に関連している可能性がある。

病態を明らかに してきた研究

医学を患者のもとへ
取り戻した研究



医師団はいかに水俣病の医学を構築したか

1995

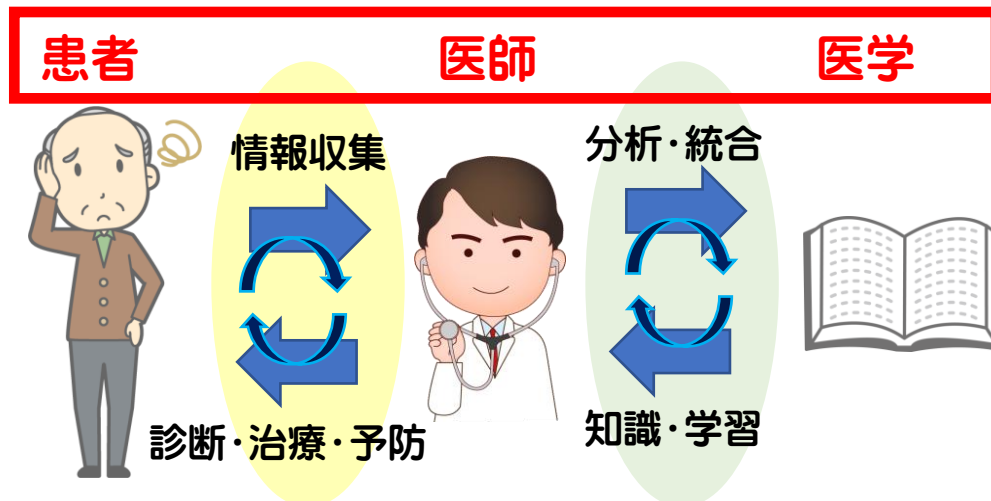
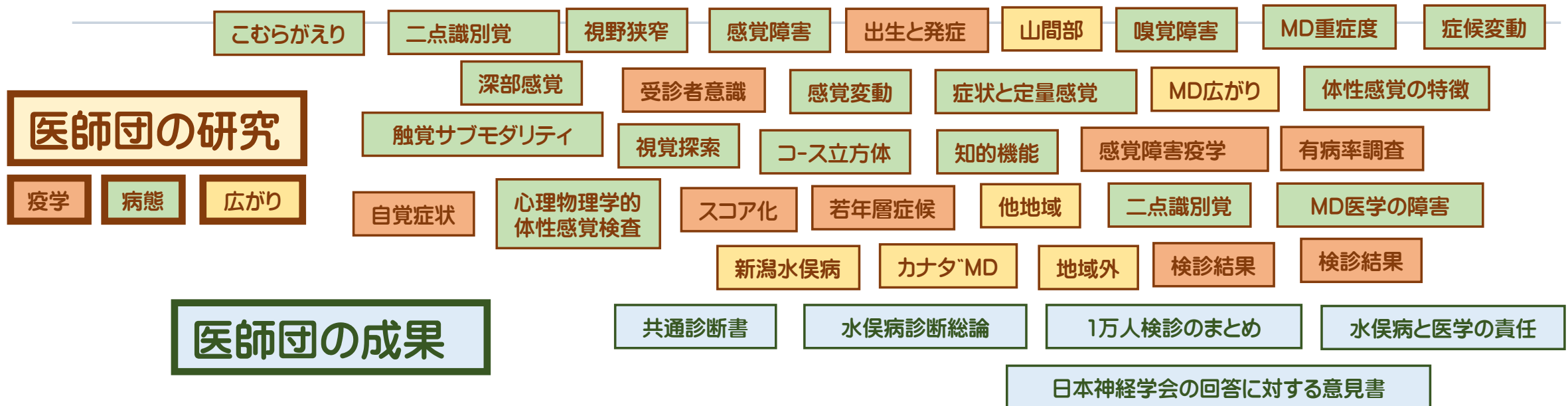
2000

2005

2010

2015

2020

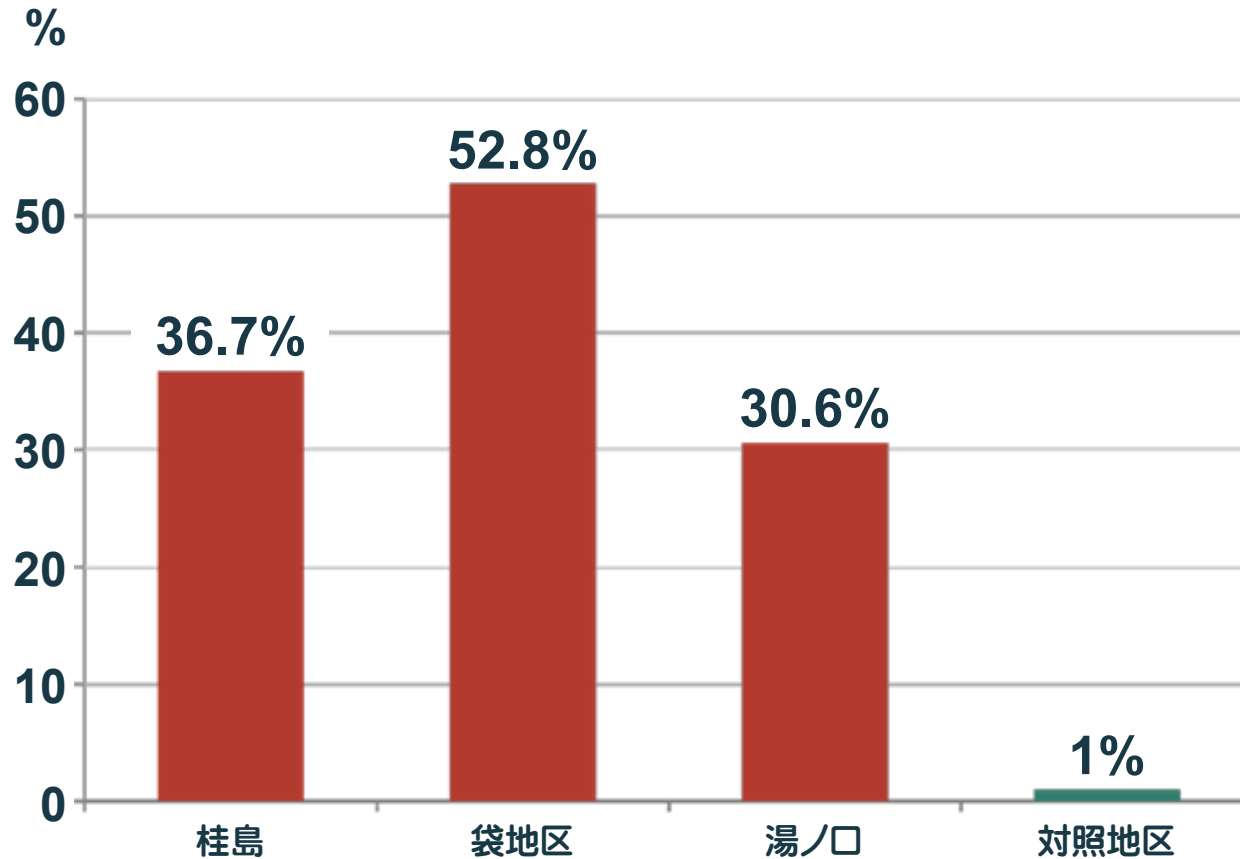


医師団が行ったこと・・・

患者を診た→記録した→比較した→発表した→検証した
だから病態広がり診断基準を明らかにできた

真実を明らかにしたのは、新しい検査機器ではなく、患者を診続けた医師たち

疫学と「原因確率」—— 診断はそう難しくない



データ: 津田敏秀(1997) / 対照地区の有症率は0~1.1% (藤野1977・徳臣1976・納1993)

原因確率

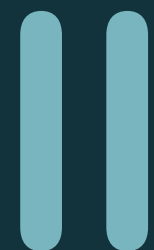
四肢の感覚障害が、
曝露地域20%、非曝露地域1%の時、

$$(20 - 1) \div 20 = 95\%$$

汚染地域で四肢の感覚障害を持つ人の約
95%は、メチル水銀によるもの。

曝露歴 + この症候。二つが揃えば、本来、
診断は難しくありません。

救済率: 水俣市56.3% / 芦北町66.9% (40歳以上)

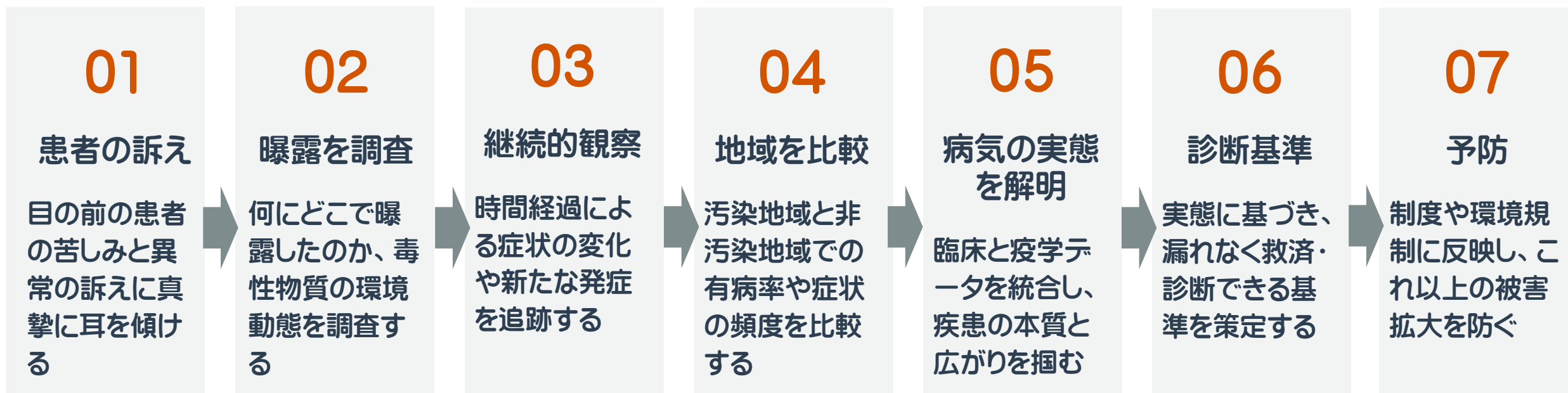


国や医学界はどう対応してきたのか

水俣病の不作为と隠蔽

本来あるべき医学・公害対策の7つのステップ

～ 患者の日常の臨床から出発し、疫学、実態解明、そして社会的な予防へとつなぐ循環 ～



※ 環境汚染が発生した際には、曝露状況と実際の被害状況を継続的に調査する必要があった。
水俣病の歴史においては、この当然のプロセスが無視・逆行させられ、
国家や企業による「不作為」と「医学の歪曲」によって被害の拡大と放置がもたらされた。

医学の失敗の連鎖

～なぜ被害の実態は見えなくなったのか～



※ 曝露状況も実際の健康被害も調査しなかった。

水俣病にかかわった医学者らが、半世紀以上継続的に専門領域を超えて不作為・隠蔽に協力。

日本に、私たち医師団や一部大学関係者ら以外に、水俣病の医学専門家がいなくなった。

循環は逆流した

見ない

現場を継続して見ない。氷山の一角（劇症・重症型）だけを「水俣病」とみなす。

調べない

汚染地域と対照地域を比べる疫学調査をしない。曝露の実態から目を背ける。

認めない

感覚障害中心の軽症を認めず、なし崩しに重症も認めない。

・ 不作為

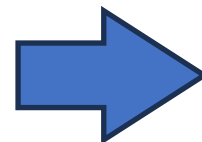
- ・ みない、しない、やらない
- ・ できないことにする、わからないことにする
- ・ したふり、しているふりをする

・ 科学性を装い、重症者に限定する

- ・ ハンター・ラッセル症候群
- ・ 病理所見、MEGを含む画像・生理検査所見

・ 「客観性」という隠れ蓑

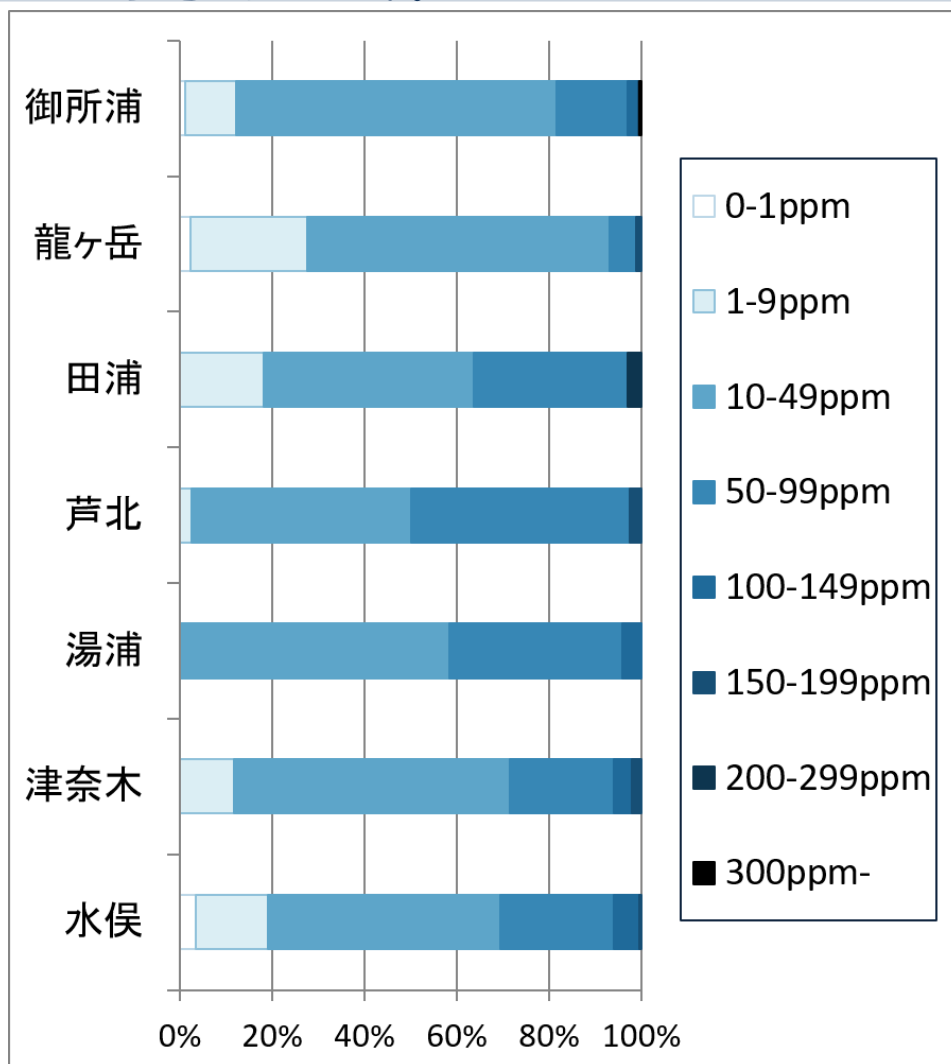
- ・ 自覚症状無視
- ・ 感覚検査無視
- ・ 感覚研究無視



実証を伴わない理論を創作し始める
(昭和52年判断条件、閾値説、遅発なし、
症候変動なし、など)

医学を装った
医学に対する背信行為

頭髪水銀値は3年間しか測定されなかった —1960年の毛髪水銀値—



- 熊本衛生研究所による頭髪水銀値は、1960年から1961年まで測定された。
- 毛髪水銀値 $50 \mu\text{g/g}$ 以上が23.5%、 $10 \mu\text{g/g}$ 以上が85.5%。
- 最高値は、御所浦町の920ppmと357ppm。
- 1963年以後、行政は人体の水銀濃度の測定を中止した。

意図的に放置された医学的 pursuit

——患者数と論文数(2016年時点の医学中央雑誌のデータに基づく調査)



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人あたり論文1本という、医学的探求のほぼ完全な放棄。

【医学界の不作为と変節】被害拡大と放置をもたらした構造的要因

疫学の否定と「診断困難論」への逃避が、患者を切り捨てる基準を導いた

01 | 1960年代

徳臣医師による「終息説」

- ・初期の重症な例（ハンター・ラッセル症候群）のみを水俣病と限定。
- ・集団を対象とした適切で広範な疫学調査を行わない不作为。
- ・早期に「水俣病は終息した」と唱え、臨床と研究を事実上停止。



02 | 1973～1974年

椿教授の「変節」

- ・「感覚障害だけでも水俣病」という初期の正しい臨床姿勢を水銀パニック後に放棄。
- ・対照地域との比較という本来の疫学手法を捨て、診断困難と言い逃れ。
- ・診断権を行政の意を受けた恣意的な基準決定に譲り渡すという学問的退歩。



03 | 1977年

昭和52年判断条件策定

- ・医学専門家たちの【研究放棄】と【診断困難論】を行政が好都合に利用。
- ・複数症状（感覚、運動失調、視野狭窄など）の組み合わせを必須とし、救済の扉を閉ざす。
- ・医学的根拠のない【机上の空論】として、多数の患者を切り捨てる免罪符となった。

【本質的な教訓：なぜ不作为の連鎖が起こったのか】

医学界の権威たちが「実態を調査する（疫学）」ことと「患者を観察し続ける」ことを放棄した結果、行政による『被害の矮小化・切り捨て』に医学的なお墨付き（昭和52年基準）が与えられた。臨床から乖離した基準が公衆衛生の致命的な失敗を隠蔽し、今なお続く深刻な未救済問題の根源となっている。

椿忠雄「水俣病の診断」(熊本大学新聞、1974年)

- 個々の症状を別々にみるのではなく汚染集団と非汚染集団を比載して、その差をみるべきであるとの主張は、原則的には正しいと思う。新潟で行なってきた調査は原則的にこの方法を目標としている。新潟でわれわれがこの方法をとる前に水俣でこのような主張がなされたことはなく、このような主張がなされているのも新潟に学んだためではないかとさえ思われる。
- しかし、この方法は色々難しい問題があり、一部のマスコミや評論家が机上で考えて主張するように生易しいものではない。このような主張をする人は、自ら現地調査をやり問題を明らかにすべきであり、自分が医師でないから出来ないというような言い逃れをすべきではない。そうすることにより、原則的には正しいことが現実問題としてはどのような問題があるか少しは理解できるであろう。

診断基準に「原因確率」がない

本来の医学的診断

曝露歴 + 症候



原因確率で判断

四肢の感覚障害なら

約95%

がメチル水銀による(スライド12)。

他の疾患で説明できる余地は、
疫学データが数量で示す。

行政の認定基準

1977

昭和52年判断条件

症候の「組合せ」を要求。感覚障害のみの患者は、原則として認めない。

2014

「総合的検討」通知(環境省)

最高裁判決(2013)の批判を受けて出されたが、「蓋然性」を繰り返すだけで、それを量る尺度を示さない。

通知:「それ以外の疾患等による蓋然性と比較して評価すること」

→ 何と、どれだけ比べるのかは書かれていない

一方で「客観性」を掲げながら、客観性の土台となる数量的な物差しを欠いている。

原因確率の欠落がもたらすもの

鑑別すべき「他疾患」は、際限なく増やせる

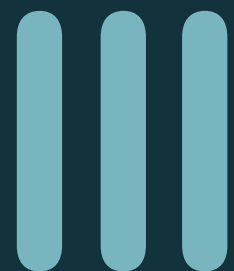


審査委員の判断しだいで、いくらでも追加できる

原因確率があれば
他疾患で説明できるのは約5%。可能性が「ある」だけでは否定できない。

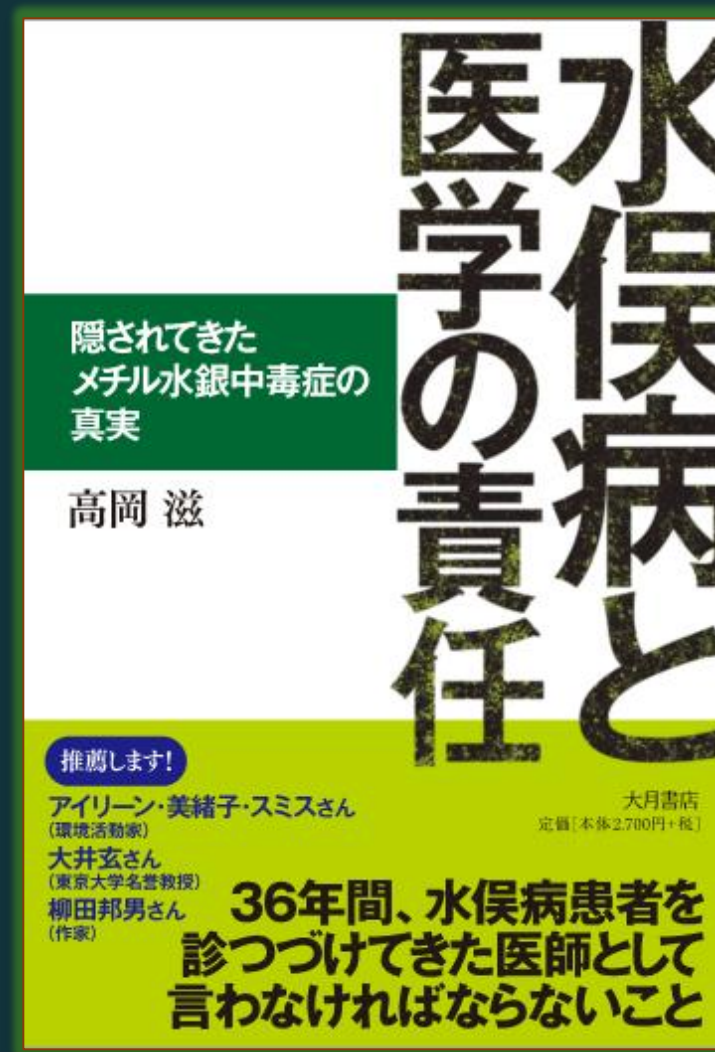
原因確率がなければ
他疾患が「ありうる」だけで否定できる。基準は審査委員の恣意的判断に委ねられる。

これが、各県の認定審査会で申請者のほとんどが切り捨てられてきた原因。



なぜ不作為が半世紀以上
続いてきたのか？

横・縦の糸と、
それを束ねてきた官僚



横 —— 黙ったのは、どんな人々だったのか？

各医学分野で水俣病にかかわってきた専門家

公衆衛生学

ごく少数

二塚信らは国の論調を支えてきた。中村好一は、医学の基本である疫学を「個人に適用できない」と裁判で証言。津田敏秀らは例外的に水俣病で正しい疫学理論を基礎に論じてきた。

病理学

ごく少数

発生初期、熊本大学の武内・衛藤らは、病態解明に貢献。新潟大学では、生田房弘、大濱榮作ら。衛藤は感覚障害の中枢末梢論争、病理最終診断説で動揺しているが、国に有利な意見書を裁判所に提出。

神経内科学

臨床系はほぼ皆無

1970年代から行政から独立した研究を停止していく一方、環境省委員や認定審査会に関与してきた。臨床系の専門家は、医師団を含む在野の医師等を除くと、大学・研究機関の水俣病研究者は稀少か皆無。

この三領域が揃って、実在する病気を「診断できないもの」にする方向に働いてきた。

学術的な議論を経たものではない。水俣病を知るごく少数のあいだの、暗黙の意図というべきもの。

医学中央雑誌で「水俣病」を検索して出てくる文献は、他の疾患と比べて極めて少ない。
町医者の方が論文を書かねばならなかったのは、そのためです。

二塚・衛藤・内野 —— 何を、どう封じたか

公衆衛生学

先達

喜田村 正次
野村 茂

二塚 信

1991年中公審で「感覚障害を疫学で評価しない」と**疫学を封印**。後に実態と大きく異なる津奈木町での感覚障害の有症率を発表。

病理学

先達

武内 忠男
生田 房弘

衛藤 光明

病理検査の「感度の低さ」（軽症を捉えきれない）を伏せたまま、「病理でこそ診断できる」と**病理が最終診断**という誤りを主張し続けている。

神経内科学

先達

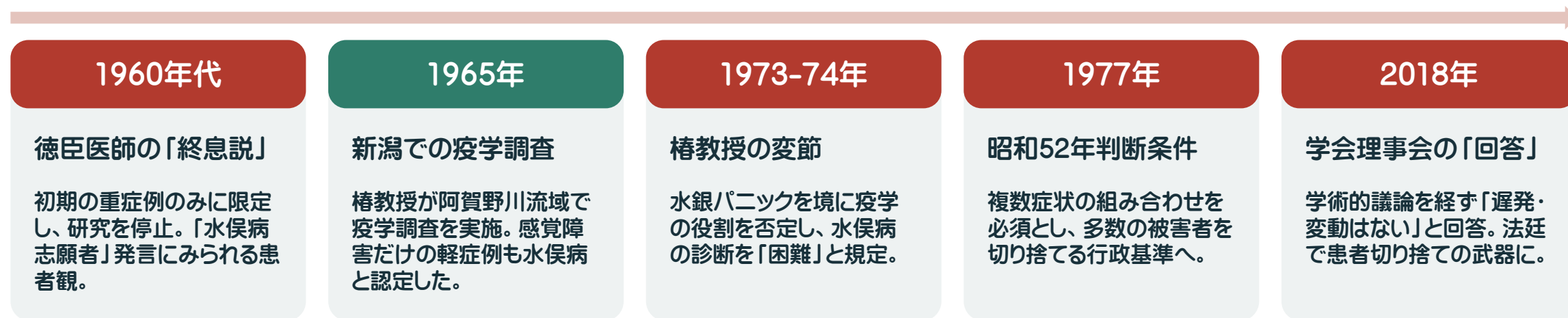
徳臣晴比古 岡嶋透
荒木淑郎 椿忠男
井形昭弘 納光弘

内野 誠

感覚障害や視野狭窄の多発等の認定申請患者の**実態を報告**しながら、メチル水銀曝露との**因果関係について否定的な論調**を続けてきた。

縦 —— 重鎮が手放し、誰も訂正しなかった

重鎮が手放し、半世紀、訂正されなかった



この間、大学教授は3～5世代、交代しています。それでも不作為は、確実に継承されています。

訂正する回路が、制度として存在しない。

・教科書に記述がない ・学会の診断基準がない ・批判を検討する委員会がない

日本神経学会の創立にかかわった重鎮の誤りが、一度も歴史的な検証にかけられないまま、いまに至っています。

官僚は、医学者を継続的に組織してきた

組織化の装置

- ・「水俣病に関する総合的研究」等の委託研究、研究班・検討会
- ・各種専門家会議
- ・中央公害対策審議会環境保健部会
- ・国立水俣病総合研究センター所長は、2007年4月以降、現職の環境省官僚

その帰結

- ・主要な水俣病研究が、環境省傘下のものに限定された
- ・医学界全体が、地域や患者の実態を反映する研究から遠ざかった
- ・大学の研究者が稀少になり、水俣病にかかわりない研究者が水俣病を否定する為に駆り出されてきた。

三分野の少人数化も、訂正の不能も、この帯が生んだ結果です。

官僚と学会と臨床が「並んでいた」のではなく、下から束ねられていた —— これが不作為の全貌の骨格です。

官僚が医学を支配した結果、水俣病の医学と公衆衛生が死に絶えたと言って過言ではない。

国立水俣病総合研究センター歴代所長

	氏名	在職期間	前職、元職等	ヒットした業績数
1	本田 正	1978.10.1～1978.10.15	厚生省	0件
2	松本 保久	1978.10.16～1980.9.30	鹿児島大学第一生理学	4件
3	黒子 武道	1980.10.1～1989.6.30	国立公衆衛生院	3件
4	加藤 寛夫	1989.7.1～1995.3.31	放射線影響研究所	4件
5	滝澤 行雄	1995.4.1～2001.3.31	秋田大学公衆衛生学	97件
6	野村 瞭	2001.4.1～2003.6.30	厚生省	0件
7	衛藤 光明	2003.7.1～2007.3.31	熊本大学第二病理学	116件
8	上家 和子	2007.4.1～2009.7.31	労働省、環境省	1件
9	岡本 浩二	2009.8.1～2011.7.28	厚労省	0件
10	阿部 重一	2011.7.29～2013.7.11	厚労省	0件
11	野田 広	2013.7.12～2015.9.30	厚労省、環境省	0件
12	望月 靖	2015.10.1～2017.7.10	厚労省	0件
13	重藤 和弘	2017.7.11～2019.7.8	厚労省	0件
14	正林 督章	2019.7.9～2020.8.10	厚労省	0件
15	森光 敬子	2020.8.11～2022.6.27	厚労省、文科省	0件
16	針田 哲	2022.6.28～	厚労省	0件

2022年10月時点

2018年 日本神経学会の回答 —— いま起きていること

環境省の照会に対し

正式な学術議論を経ず、「遅発・変動はない」と回答した

法廷へ

その回答が水俣病訴訟に提出され、患者切り捨ての武器に
(福岡高裁→最高裁が追認)

撤回要望に対し

会員が5回にわたり撤回を要望 —— 約7年間、無回答・沈黙を続けている

「回答できない」ことは、何を意味するか？

日本神経学会理事会の「回答」

西日本新聞 2019年3月26日(水) 第48561号 (日刊)

日本神経学会 水俣病国に沿う「見解」

意見照会受け 国賠訴訟証拠に

「密室で議論」会員ら批判

日本神経学会(東京)が、水俣病を巡る国家賠償訴訟で被告の立場にある環境省の意見照会を受け、異例の「見解」をまとめたことが分かった。水俣の採取が終わってから発症するまでの期間など、訴訟で争点となっている3項目について、いずれも国側の主張を追認する内容。学会内で異論があるにもかかわらず、一部の研究者だけで見解を一方的にまとめた可能性があるとして、会員や原告側から批判が出ている。

見解はA4判4枚。昨年5月、「メチル水銀中毒に係る神経学的知見に関する意見照会に対する回答」として、環境省特殊疾病対策室長宛てに出された。この中で学会は、神経系疾患である水俣病について①診断は神経内科専門医による神経学的診察が必要②中枢神経の器質的病変による症候は(短期的に)変動することはない③メチル水銀中毒症における潜伏期間止から発症までの潜伏期間は「数カ月から、せいぜい数年」という考え方が医学的な定説「など」と明記した。いずれも従来の国側主張に沿う内容。国は昨年11月、福岡高裁で係争中の水俣病被害者互助会の国賠訴訟に証拠として提出した。学会員でもある協立クリニック(熊本県水俣市)の高岡院長によると、学会

には水俣病に関する診療ガイドラインはなく、見解の策定についてもオープンな議論はなかったという。「水俣病を診てきた医師として全ての項目に異論がある。パブリックコメントや従来の研究を横断することもなく、密室で議論しており異例」と批判。見解について「医学的にも論争がある事柄を十分な根拠も示さず、一方的にまとめており非科学的だ」と指摘した。学会関係者によると、見解の作成は2017年からワーキンググループによって進められ、18年4月の理事会で承認された。学会ホームページでの公表も検討したが、社会的な影響を考慮し見送ったという。同学会事務局は取材に「国から

2018/10/31 14:26 環境省 環境部 0927351589 NO.728 1033

乙イB第317号証

平成30年5月10日

環境省大臣官房環境保健部
環境保健企画管理課特殊疾病対策室長 机下

一般社団法人日本神経学会
代表理事 高橋良輔

メチル水銀中毒症に係る神経学的知見に関する意見照会に対する回答

水俣病は有機水銀(メチル水銀)中毒症であります。昨今の水俣病をめぐる訴訟において神経学の基本的な点に関して疑義を生じうる主張がなされているため、これらの主張に対する意見を述べるように、との貴省からのご照会、確かに拝受いたしました。

日本神経学会は、神経学の診療、教育、研究の進歩向上を通じて、国民の福祉と健康増進を図り、社会に貢献することを目的とする学術的な組織です。このような専門的な見地から、照会のありました主張について神経学の基本的な考え方を以下のとおり述べます。

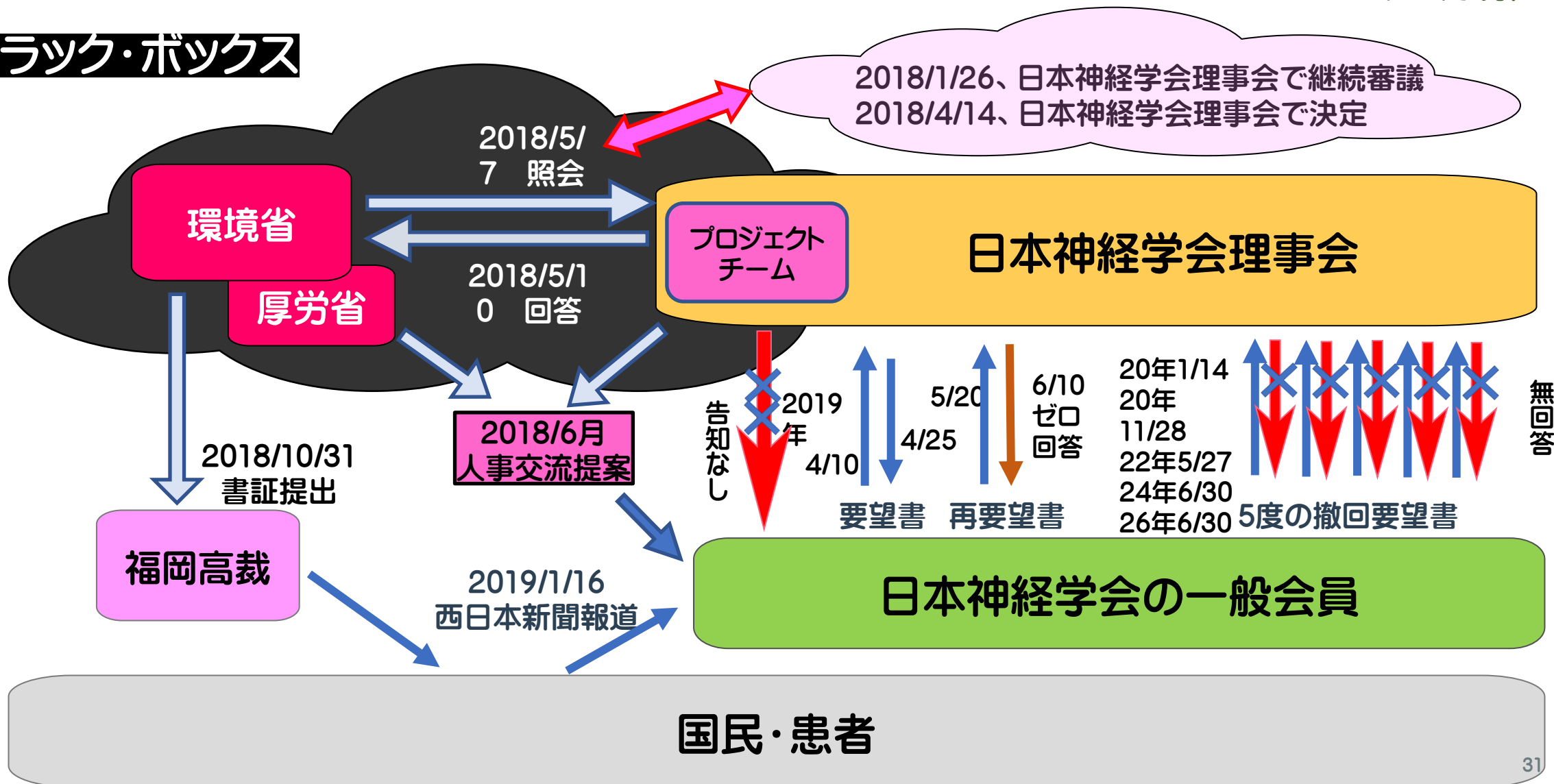
1. 「神経系疾患の診断に当たっては、神経内科に十分習熟していることは必要ではない」について

2019年1月16日
西日本新聞

日本神経学会の「環境省からの照会に対する回答」 問題の経過（判明しているもの）

2024年12月現在

ブラック・ボックス



閉鎖性 —— 訂正の回路が、どこにも開いていない

批判は、内部でも外でも、処理されない

①

日本神経学会理事会は、会員の批判に応答しない

2018年の回答に対し、会員が5回にわたり撤回を要望。7年以上、無回答・沈黙が続いています。

②

法廷の国側証人は、患者を診ていない

国側証人となった神経内科医のほとんどは、患者の診察経験も、水俣病の診断基準も、診断の経験も持ちません。

③

臨床医学の基本を逸脱した主張が、通用してしまう

「日常生活に支障がなければ障害とはいえない」——存在する機能障害を「ないもの」とする論理が、法廷で機能します。

訂正の回路が、内側にも外側にも開いていない。

だから、半世紀かかりました。科学が遅いからではありません。

学術誌の土俵で、決着をつけた

2022

自著『水俣病と医学の責任』で、医学者を名指しで批判

2023

三氏が「書評」として反論（日本衛生学雑誌）

2024

高岡「回答」で、医学的・倫理的問題と論理矛盾を指摘

2025

三氏が再反論 → 高岡が不作為・隠蔽の中身を詳しく紹介

「水俣病と医学の責任」に登場する多くの医学者は、いまでも沈黙している。

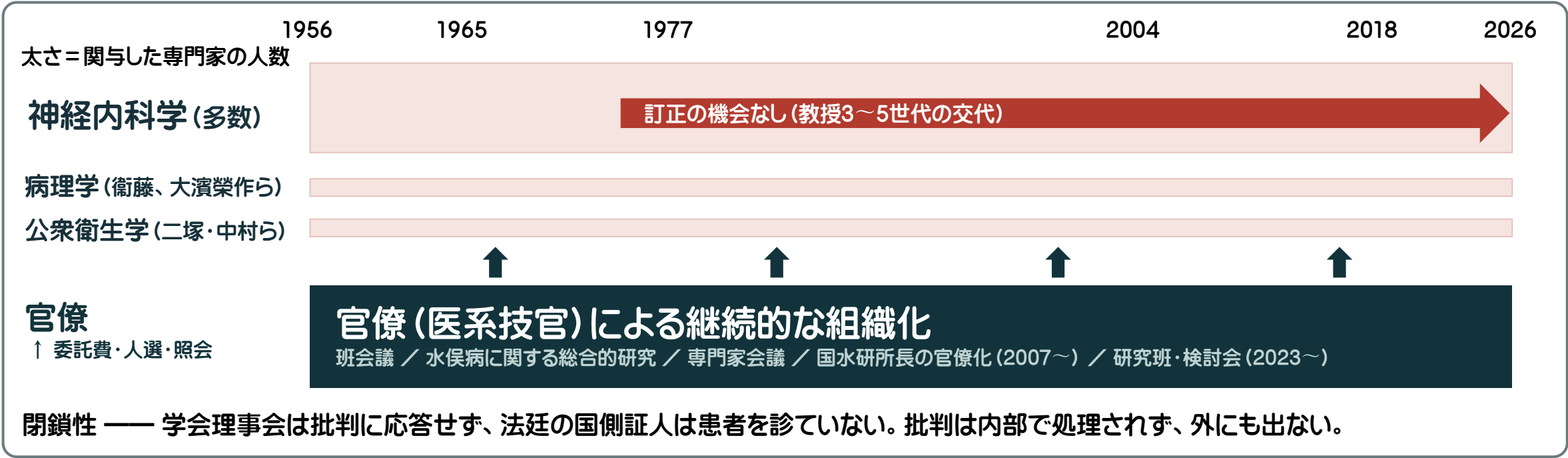
この間の論争は、以下の雑誌でネット上で公開されています。

日本衛生学雑誌：二塚・衛藤・内野（2023）、高岡（2024）、二塚・衛藤・内野（2025）、高岡（2025）

毒性学ニュース：衛藤（2023）、高岡（2025）、衛藤（2025）、高岡（2026）

まとめ

不作為の全貌 — 四つの層



枠の外

県民会議医師団 (1971～) 桂島研究 / 1万人検診 / 学術誌上の決着

三分野が独立に沈黙したわけではありません。少数の専門家が、官僚の運営する枠組みで束ねられ、訂正の回路が閉じられている。

核心

一分野の一人の誤りなら、いずれ同僚が正す —— その同僚が、いなかった。

**誤りを正す回路そのものが、
作られなかったのです。**

三分野とも水俣病にかかわる専門家はごく少数で、
官僚の運営する枠組みと研究費で束ねられていた。
だから、一人が黙れば分野が黙り、重鎮が誤れば半世紀、訂正されなかった。

現在形の不作為 —— 「調べない」ための調査

特措法 第37条

汚染地域住民の健康実態を「積極的かつ速やかに」調べよ、と求めている。

だが環境省は、その目的を

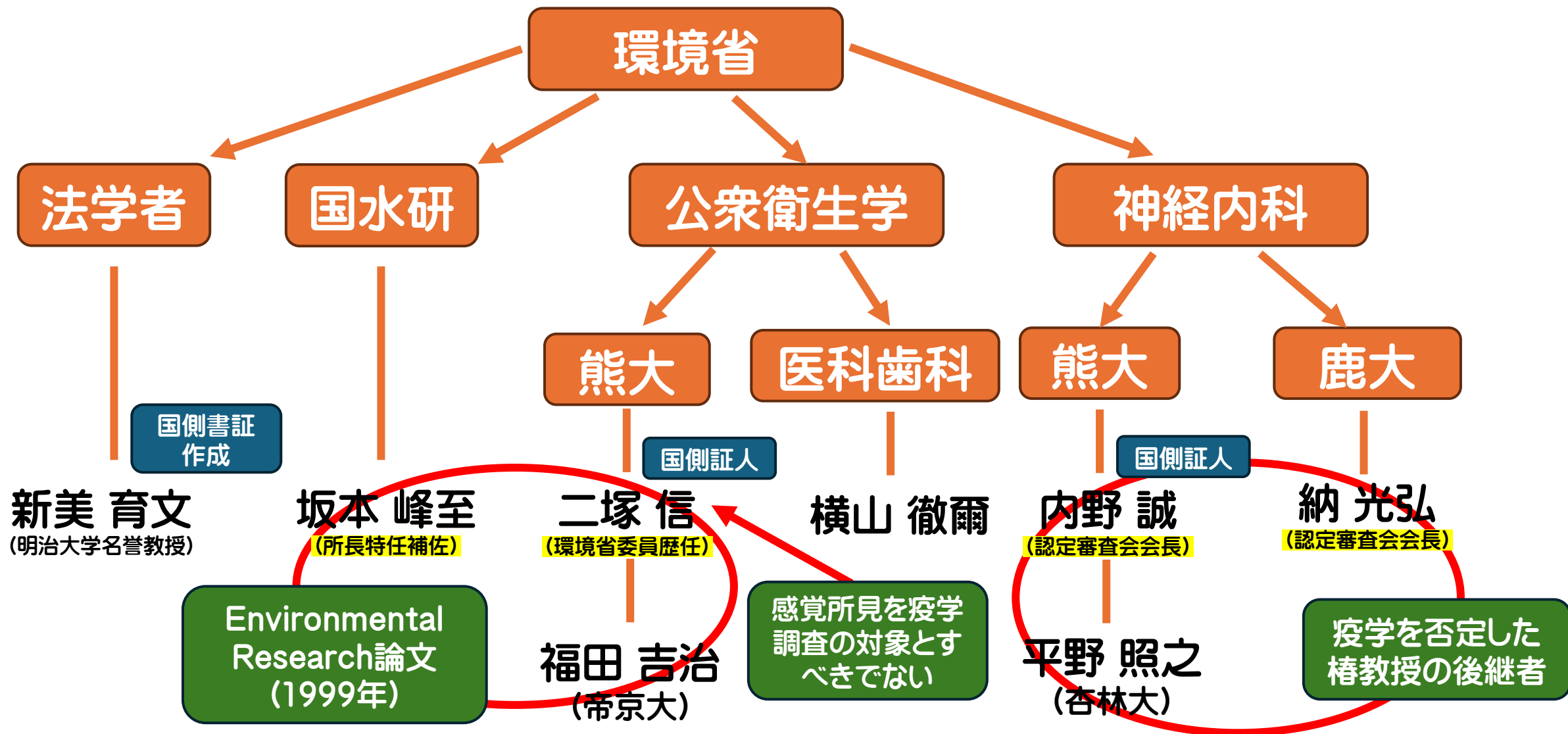
「客観的診断手法の開発」「健康不安の解消」へと、すり替えた。

脳磁計 (MEG) 調査の実態

- ・認定重症者でも2割で異常が出ない(感度不足)
- ・1人あたり1.5～2時間、体の2か所のみ
- ・対象はわずか約600名→批判を受けて1000名へ。

広く住民を調べないための「アリバイづくり」。

疫学検討委員会の構成メンバー (2024年12月、敬称略)



IV

これからどうすべきか

ジャーナリズムへの提言

ジャーナリズムの役割 — 伝えることと、変えること

伝える 理解をもたらす —「わかる」

事実と論理を、頭に届ける

- ① **事実を伝える**
何が起きているかを、検証して正確に知らせる。
- ② **権力を監視する**
国・企業・専門家の不正や怠慢を明るみに出す。
- ③ **意味と文脈を示す**
事実をつなぎ、どう考えるべきかの道筋を示す。

変える 変容をもたらす —「かわる」

経験と関係を、身に届ける

- ④ **声なき声を届ける**
被害者や周縁の人々の経験に、受け手を触れさせる。
- ⑤ **公共の議論の場をつくる**
人としての在り方を、共に考え合う土台を提供する。
- ⑥ **記録し、記憶を残す**
忘れてはならないことを、後の世代へ手渡す。

「わかる」だけでは社会は動かない。「かわる」ところまで届いて、はじめて問題が解かれていく。
同時に、「わかる」がなければ、正しく「かわる」こともできない。

この構造を報道で明らかにすることの難しさ

①

医学の内側からでも、解明には長い年月を要した

私自身、約40年の診療・研究と学術誌での応酬を要しました。外部から全容を捉える難しさがあります。

②

問題が、科学的な慎重さや中立性の形をとる

「診断できない」「客観的でない」という説明は、もっともらしく響き、その前提の問題は見えにくい。

③

「起きた事件」より、「行われなかったこと」が中心

調査や観察をしない不作為は、出来事として捉えにくく、長年にわたる構造を追う取材が必要になります。

④

専門家の権威と、批判が表に出にくい仕組み

学会や審議会の見解が重みを持ち、批判への応答も乏しい。両論を紹介するだけでは、問題の所在に届きにくい。

ことばの「前提」「場」のすり替えを見抜く

そもそも、これは科学論争ではない……

「不作為」を含め、行われてきたことは、科学論争の体裁をとった非科学です。
それを糊塗するするために医学者が司法の場で主張してきたことは……

- ・疫学の「権威」が、医学の支柱の一つである疫学を「個人に適応できない」と証言する
- ・神経内科の教科書に準拠した標準的な診察法を、「簡易な手法である」として否定する
- ・正常な人では体幹と四肢末梢の表在感覚がほぼ同等である、という自明の前提を否定する
- ・「日常生活に支障がなければ障害とはいえない」という論理で、存在する機能障害を「ないもの」とする

これらは「学説の対立」ではなく、医学の営みの前提の否定です。
両論併記が加担になることもあるのです。

判定の材料は、すでに公開されています。

日本衛生学雑誌上の応酬(2023→2024→2025)はJ-Stageで誰でも読めます。
毒性学ジャーナル、Toxicsの論文、法廷の証人調書も入手可能です。

現場の当事者のからみた報道(1)



2022年12月9日(金) TBSテレビ
「水俣病の新たな診断方法 今月16日に研究成果発表へ」

四大公害病の「水俣病」をめぐり、西村環境大臣は今月16日に**新しい診断方法**についての研究成果を発表することを明かしました。

水俣病をめぐっては、今でも被害地域の全容が明らかになっていないとの指摘もされていることなどから、2009年に成立した法律では、国が水俣湾の周辺に住む人などの健康状態を調べることが定められていました。

ただ、水俣病は**脳梗塞などのほかの病気と症状が似ていることから診断することが難しく**、国はこれまで健康調査に乗り出すことが出来ていません。

西村環境大臣はきょうの会見で、環境省を中心に研究を進めてきた水俣病の**新たな診断方法**について、今月16日に熊本県にある「国立水俣病総合研究センター」で具体的な内容を発表すると明かしました。

環境省によりますと、新しい診断方法は脳や神経のMRI画像と体に刺激を受けた際の脳の反応を脳磁計で測ったデータの2つを調べることで、水俣病の原因物質とされている「メチル水銀」の影響を分析するということです。

現場の当事者のから みた報道(2)

水俣病の
知識が不十分で、
みたこともなく、
診断方法も知らず、
診断したこともない
「名誉教授」の発言が
タイトル

2022年8月4日
熊本日日新聞

22. 8. 4 第4頁

「原告側手法 診断難しい」

水俣病訴訟 被告側の医師証言



水俣病特別措置法に基づ
く未認定患者救済の対象外
となった水俣病不知火患者
会の会員らが国と県、原因
企業チッソに損害賠償を求
めた集団訴訟は3日、熊本
地裁（品川英基裁判長）で
証人尋問があり、被告側の

医師が原告側の手法で水俣
病と診断するのは難しいと
証言した。

証人は国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究セ
ンター（東京）の名誉理事
長で、脳神経内科が専門の
水澤英洋医師（70）。

原告側の医師が手足の感
覚障害の有無を調べる際、
胸や腹の一部としか比べて
いないと指摘し、「全身を
調べるのが一般的だ」と主
張した。原告側が訴える症
状の変動については「考え
られない」と述べた。

原告側は反対尋問で、水
澤医師が水俣病患者の診察
経験がないことなどを指摘
した。
（上野史央里）

熊本地裁に入廷する水俣病不知火患者会の原告ら
＝3日、熊本市中央区

同じ「型」が、PFAS・福島へと引き継がれる

水俣病で完成した「型」

- ① 曝露・実態を、きちんと調べない
- ② 影響を受けた住民を、継続して見ない
- ③ 救済・規制の範囲を、なるべく狭く線引きする
- ④ 学会・専門家の権威を、その政策のお墨付きに使う

PFAS

緩い基準、血液検査は「必要ない」。
実態調査を市民団体が担う。

福島

「調べる」より「健康不安の解消」へと重心が傾いた。

部品を入れ替えながら、次の汚染へ引き継がれている。

専門家に確認したいこと

- 1 住民を、きちんと調べたか。患者を何人診たのか
- 2 汚染地域と対照地域を比較したデータはあるか
- 3 根拠と結論はつながっているか。反証にどう答えたか
- 4 学会の見解は、正規の討論を経たか。批判に応答したか

構造の解明は必ずしも容易ではありません。

それでも、住民の実態と判断の根拠を確かめることが、出発点になります。

社会とのかかわりの難しさ

社会問題にかかわるとき
出会う困難や葛藤と
どう向き合うか

水俣病問題の構図の持つ「普遍性」

- ・被害を訴える人が、「問題を起こす側」とみなされる。
- ・判断が先送りされ、わからないこと、わからなかったことにされる。
- ・住民同士、被害者同士のあいだの分断を誘導・利用する。
- ・問いの「前提」が置き換えられ、別の不安や対立に置き換える。
- ・専門家や異論を唱える人の立場を変えさせる。個別誘導をおこなう。
- ・長い時間と負担のなかで、声を上げ続けることが難しくなり、諦めさせられる。
- ・報道を通じて、不正確な理解が広がる。
- ・差別や民衆のエゴを助長・利用し、問題の解決を難しくさせる。
- ・法律・規則・判決を無視し、既成事実化する。
- ・その結果、科学的原則や法律・規則が形骸化される。

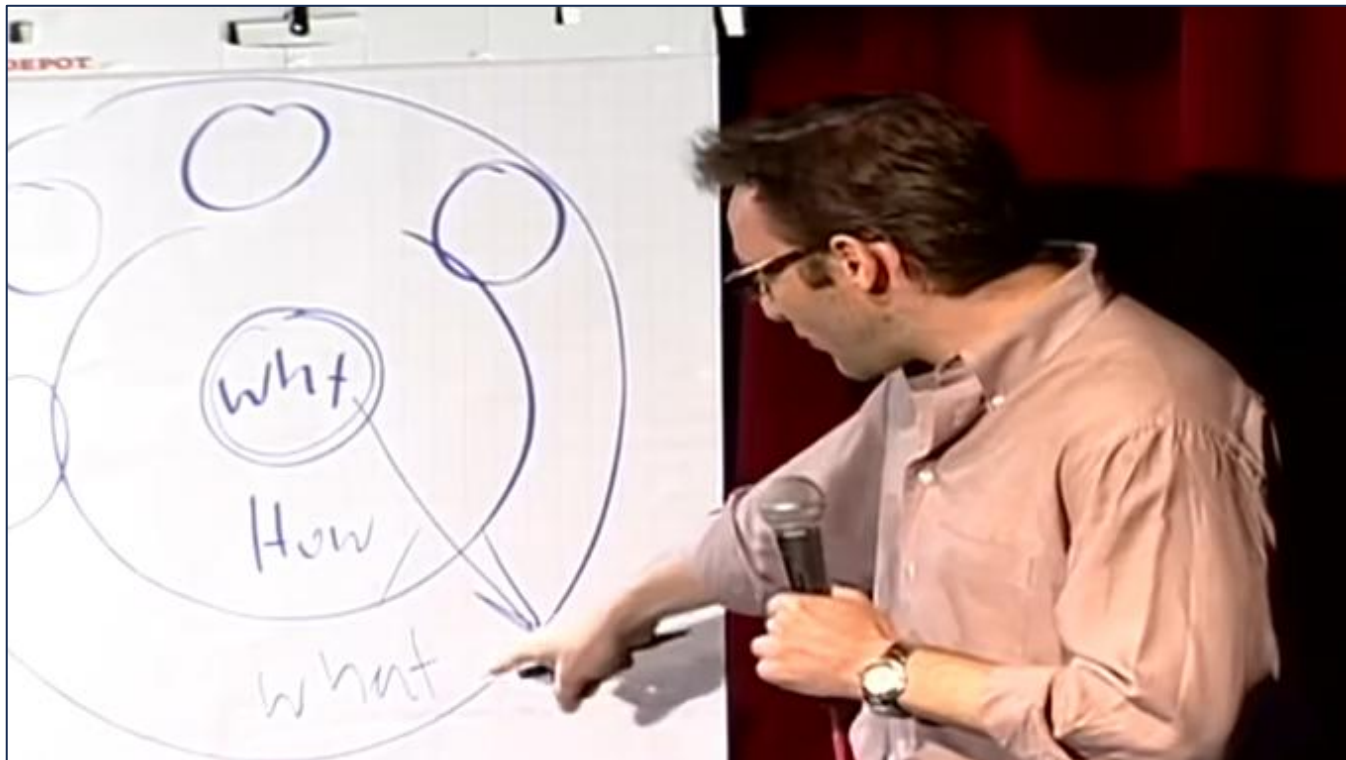
医師だけの問題ではない…



一人ひとりの手には、いまでもカルテがあり、ペンがある

ほんとうの変化は、内側から生まれる

TED - サイモン シネック: WHYから始めよう



医療に携わる者は 誰のために診るのか
研究に携わる者は 何のために探究するのか
政治に携わる者は 誰のために決めるのか
司法に携わる者は 何を守るために裁くのか
行政に携わる者は 誰のために定めるのか
報道に携わる者は 誰のために伝えるのか

原点に、立ち返ることができるか？

組織の「何を」「どう」は選べないときも、
自分の「なぜ」は、手放さずにいられる。

TED “How great leaders inspire action” 2009

葛藤にとどまる

地域が抱えてきた葛藤

地域の暮らしと被害の現実

医学が抱えてきた葛藤

行政の枠組みと学問の自律

報道が抱えてきた葛藤

組織の論理と伝えるべき事実



目をそらせば、葛藤は消える

不協和を消すいちばん安易な道は、「見ない・調べない・認めない」こと。
水俣病の七十年は、その帰結でもある。

葛藤は、良心が働いている証

揺れている自分を責めなくていい。
一人で抱えず、確かめ合い、つながりながら、一歩ずつ。

「認知的不協和」のなかで、何を大切にするか？
それぞれの段階で、一人ひとりが選び続ける

公衆衛生を、住民の手に

水俣病は、 まだ終わっていない。

医学は、調べる

患者・住民を診て、実態をつかむ

報道は、伝える

事実を確かめ、記録し、伝える

市民は、問い続ける

根拠を共有し、専門家に問う

それぞれが、自分の持ち場で。 救済と予防は、そこから始まる。