2026年10月25日　　ソウル女性プラザ

人道主義実践医師協議会・研究共同体「健康と代案」共同学術大会

水俣病と医学の責任

水俣病の歴史と医学の教訓 — 患者から出発する医学とは何か

自己紹介

高岡 滋　水俣協立クリニック 院長

内科・神経内科・精神科・リハ科／神経内科専門医・臨床心理士

母の記憶 — 1945年8月6日（12歳）

広島に原爆が落とされた日、母は岩国城で松脂（まつやに）取りをしていて、ピカッと光るのを経験した。その後、負傷者が列車で運ばれてきたという。

- **1961**　山口県周東町（現・岩国市）に生まれる
- **1985**　山口大学医学部（宇部）卒業、熊本民医連へ
- **1986**　水俣協立病院で、水俣病の患者と出会う
- **1991**　順天堂大学 脳神経内科で専門研修
- **1993**　水俣へ戻り、水俣病の臨床と研究へ
- **2002**　藤野糺医師の後を継ぎ、クリニック院長に

チッソ工場の真ん前で

水俣協立病院・協立クリニックの歩み

位置関係（模式図）

チッソ正門

道　路

水俣協立病院
クリニック

水俣駅

水俣診療所（1974～77年）

水俣協立病院（1978年～）

1974	水俣診療所を開設（チッソ正門の向かい）
1978	水俣協立病院を開設
1990	水俣協立理学クリニック
2002	神経内科リハビリテーション協立クリニック
2026	新病院棟が完成

被害を生んだ工場の目の前で、50年以上、被害者と地域住民の医療を続けてきた

地域を支える医療活動

外来・入院から在宅まで ― 協立病院・協立クリニック

訪問看護 ― 住み慣れた家での療養を支える

1 外来診療

内科・神経内科・精神科・
リハビリテーション科

2 入院医療

地域の入院医療を担い、
在宅への復帰を支える

3 往診・訪問診療

通院が難しい患者の
自宅へ医師が出向く

4 訪問看護

生活の場で療養を
継続して支える

5 リハビリ・デイケア

生活機能と社会参加を
支える

6 水俣病の診療

診断・検診・医療相談を
一貫して担う

病院の外へ出て、住民の暮らしの中で診る ― 水俣で培われた医療の原点

水俣病への取り組み

掘り起こし検診・裁判・研究

掘り起こし検診

- 1970年〜 医師が戸別訪問し、放置された患者を見出す
- 1974年〜 桂島研究 ―「患者はいない」とされた島の住民を検診
- 1970〜90年代に1万人以上を検診
  2004年以降 1万人以上を検診

裁　判

- 診断書・意見書・証言で被害者の訴訟を支える
- 1979年以降、昭和52年判断条件を否定する判決が続く
- 2004年 関西訴訟最高裁判決、ノーモア・ミナマタ訴訟へ

研　究

2万人超

住民検診データを解析し、被害の広がりを示した（1974年〜現在）

- 感覚障害などの病態評価
- 八代海沿岸の広範な健康影響を報告
- 原因確率に関する調査
- 国際水銀会議・国際的な論文等で世界に発信

患者を診て、記録し、比較し、発表する ― 医学の基本を貫いてきた

2025年11月　韓国からの来訪

文静珠先生・金景一先生を水俣協立病院・協立クリニックにお迎えして

2025年11月5日　病院の屋上から、目の前のチッソ工場を望む

文静珠（ムン・ジョンジュ）先生

家庭医学科専門医

- 元 ソウル大学医科大学 兼任教授
- 元 京畿道漣川郡 保健医療院 院長
- 公共保健医療・女性支援に長く携わる

金景一（キム・ギョンイル）先生

神経外科専門医

- 元 ソウル市立病院 院長
- ソウル大学医学部 卒業
- 新川連合病院・議政府医療院などで診療

お二人は、人道主義実践医師協議会 創立会員

今日お話しすること

1. **まず水俣病の説明** — チッソ水俣工場から不知火海へ ― 何が起きたのか
2. **水俣病が広がった原因** — 行政当局と医学者らの不作為
3. **真の医学をおこなった医師団** — 誕生と歴史 ― 医学が患者のもとへ向かった
4. **最高裁判決から水俣病特措法まで** — 国の責任と、なお残る未救済の問題
5. **医師団が確立したもの、そして今後** — 病態・広がり・診断基準 ― 現状と未来へ

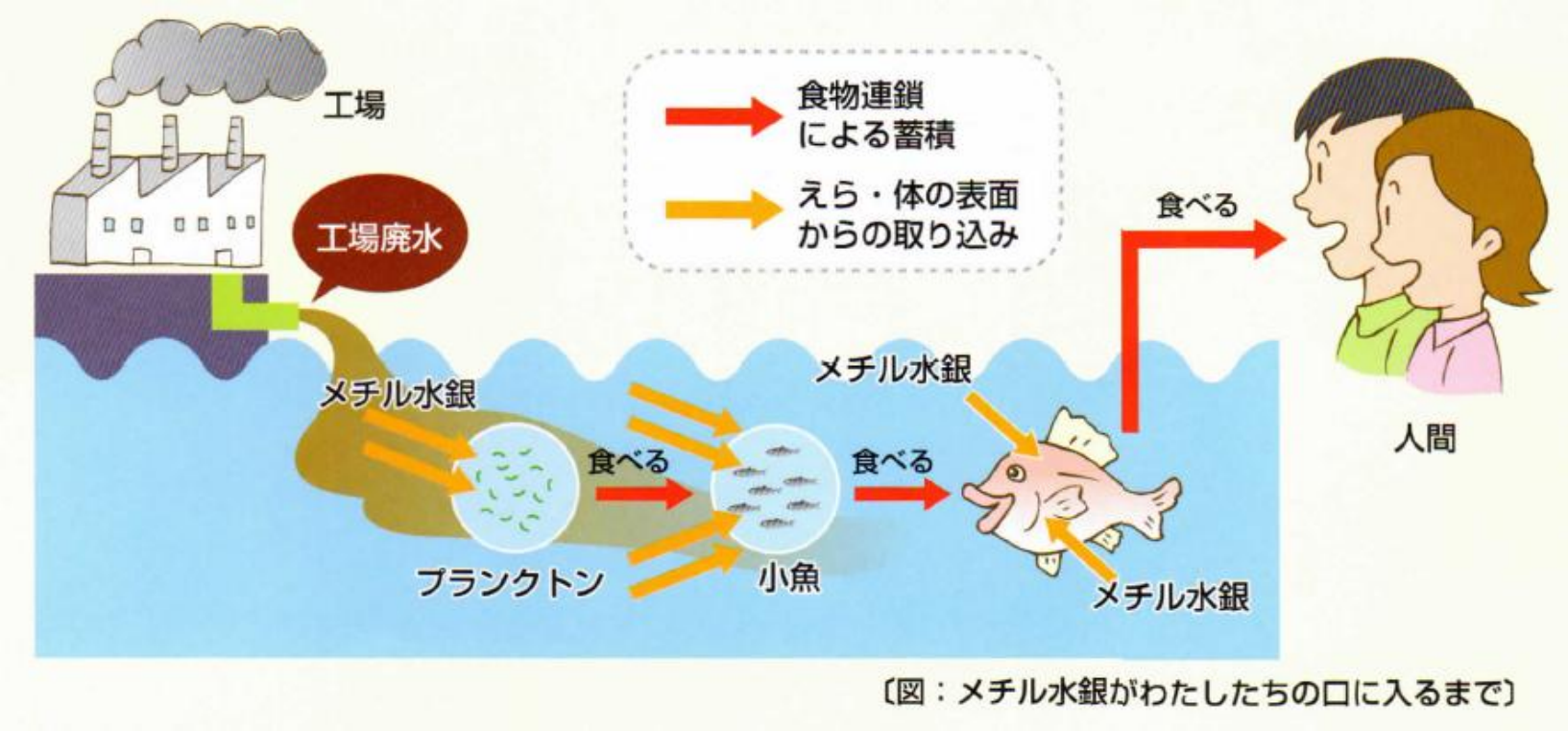
1

まず水俣病の説明

チッソ水俣工場から不知火海へ ― 何が起きたのか

水俣病とは何か

- チッソ水俣工場から排出されたメチル水銀が海を汚染
- 汚染された魚介類を食べた住民に 中毒性神経疾患が発生
- 地域社会全体に長期の被害をもたらした



発症

水俣病の歴史（全体像）

第二次大戦 1939-45　高度経済成長 1955-73　オイルショック 1973, 79　東日本大震災 2011

1908　32　56　68　77　96　2004　09-12　26

チッソ創立　メチル水銀排出開始　水俣病公式確認　メチル水銀排出停止　昭和52年判断条件　政治解決　関西訴訟最高裁判決　特措法締切り　ﾉｰﾓｱ2次訴訟提訴

被害者のたたかい

1967　75　80　85　90　95　2000　05　10　15　20　26

新潟訴訟(67-71)　新潟2次(82-96)　新潟3次(07-19)　新潟4次(09-11)　新潟5次(13-　)

熊本訴訟(69-73)　関西訴訟(1982-2004)　ﾉｰﾓｱ・ﾐﾅﾏﾀ訴訟(2005-2011)

第2次訴訟(73-85)　ﾉｰﾓｱ・ﾐﾅﾏﾀ2次(2013-　)

第3次訴訟(80-96)　政治解決(1996)　水俣病特措法(2009-12)

医師団の取組み

1970　74　78　2000　09　12　16　22　26

藤野医師水俣訪問　水俣診療所　水俣協立病院　協立病院増築　千人検診　千人検診　1万人検診まとめ　病院ﾘﾆｭｰｱﾙ

桂島研究(74-78)　千人検診(87)　新有病率調査(2015-17)

医師団結成(1971)　証人尋問　共通診断書(2006)　意見書・証人尋問　2008-09(熊本), 20(大阪), 22(新潟)

原因がわかっても止まらなかった被害

1959年

原因がほぼ確定

企業・政府

原因を明らかにしなかった

工場

操業は続いた

規制

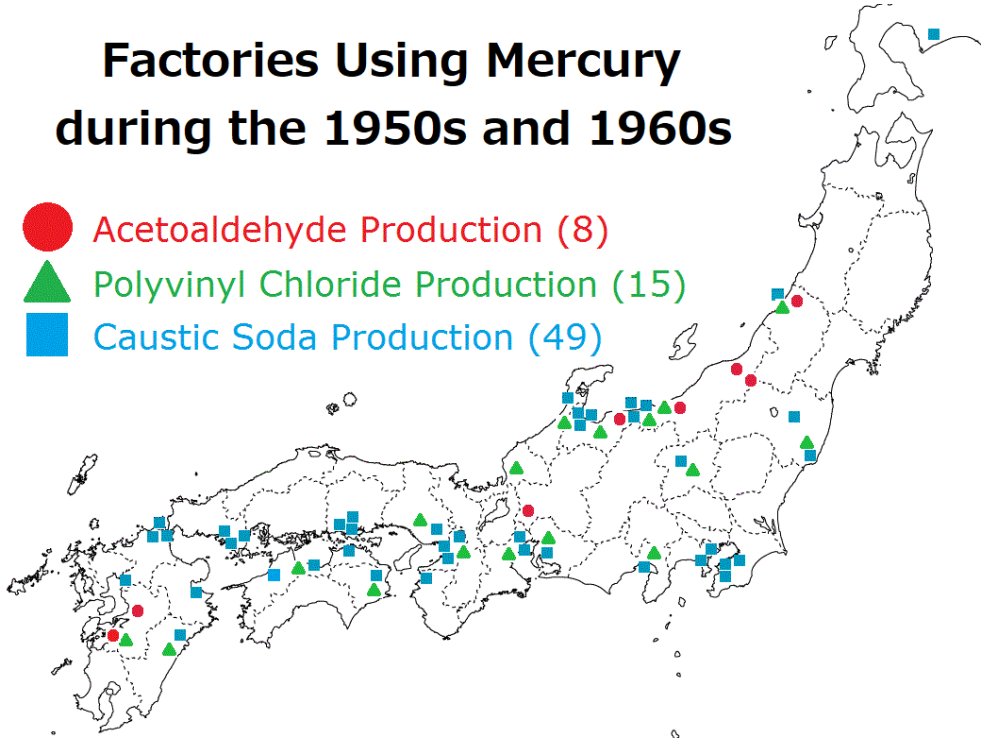
魚介類摂取規制が不十分

被害が止まらなかった結果、潜在患者が増加していった。

戦後全国の工場で水銀が使用されていた

- 第2次大戦後、国内70以上の工場で水銀使用
- 1965年、新潟県でも水俣病が発生
- その後、第３水俣病の発生も疑われた
- 1968年になって、政府が初めて原因をメチル水銀と認定した
- 他の地域に水俣病はなかったのか？

70+	1965	1968
水銀を使用した工場	新潟で発生	原因を公式認定



1950～60年代に水銀を使用していた工場の分布

2

水俣病が広がった原因

行政当局と医学者らの不作為

被害が広がった理由

政府	企業利益を優先した
公衆衛生当局	病気の性質と広がりを調べなかった
医学者	十分な臨床・疫学調査を行わなかった
制度	重症患者のみを水俣病と認める仕組みが固定化

メチル水銀中毒症の症状

メチル水銀曝露

急性劇症

ハンター・
ラッセル症候群

感覚障害のみ

非特異型

周りが見えにくい

ふらつき

手足のしびれ

こむらがえり

1977年判断条件

実際の水俣病の病状

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 ～

01

患者の訴え

目の前の患者の苦しみと異常の訴えに真摯に耳を傾ける

02

曝露を調査

何にどこで曝露したのか、毒性物質の環境動態を調査する

03

継続的観察

時間経過による症状の変化や新たな発症を追跡する

04

地域を比較

汚染地域と非汚染地域での有病率や症状の頻度を比較する

05

病気の実態を解明

臨床と疫学データを統合し、疾患の本質と広がりを掴む

06

診断基準

実態に基づき、漏れなく救済・診断できる基準を策定する

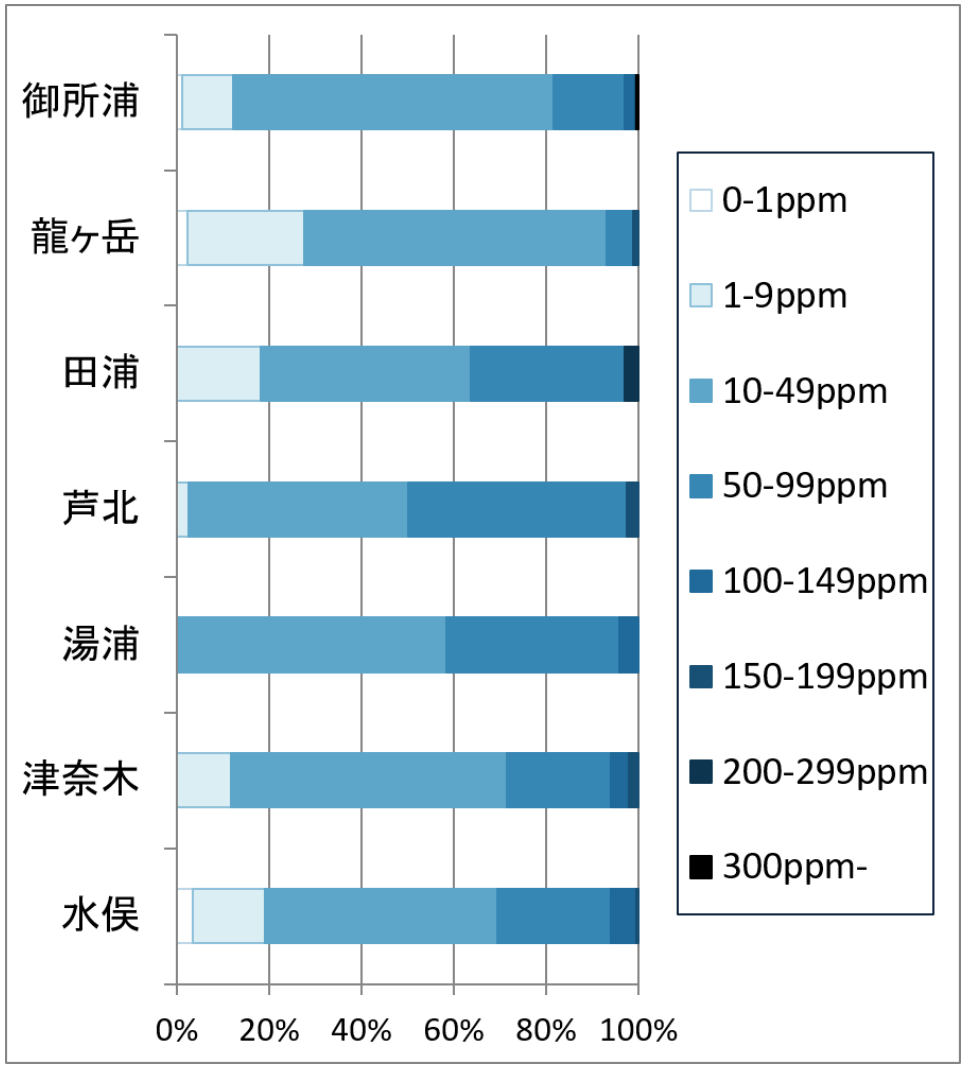
07

予防

制度や環境規制に反映し、これ以上の被害拡大を防ぐ

※ 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。

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50μg/g以上が23.5%、10μg/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。

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～

~~01~~

自覚症状感覚障害を無視

継続的に現場に行かず、症候を無視。

~~02~~

現場を見ない

環境汚染による健康障害の多発を無視

~~03~~

終息説を唱える

1960年水俣病終息説や、診断不能論を唱える

~~04~~

調査せず疫学を無視

汚染地域と非汚染地域での比較をせずに病態を論じる

~~05~~

病気の性質を知らず

症状の広がり、発症や経過を観察せず、病態を決めつけ

~~06~~

恣意的な診断基準

原因確率を考慮せず、審査会が恣意的に診断

~~07~~

環境汚染の再発

新潟水俣病の発生。放射線やPFAS汚染に対する無策

※ 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、私たち医師団ら以外に、水俣病の医学専門家がいなくなった。

新潟水俣病での初期調査とその後の頓挫

～ 初期段階で調査を行い正しい診断 ～

01

発見

1965年、新潟での水俣病発生を確認

02

疫学調査

初期に実態調査をおこない、汚染対策を立てた

03

軽症例確認

感覚障害のみの軽症水俣病を確認、ただしその後の調査は不十分

04

感覚障害で診断

軽症例も水俣病として認めた

~~05~~

第三水俣病 水銀パニック

更なる調査を行わず、疫学の役割を否定

~~06~~

疫学否定 診断困難

疫学を否定するのみならず、臨床医学の進歩も否定

~~07~~

52年 判断条件

重症例のみを水俣病とする姿勢に回帰

※ 椿教授は、調査をおこない、感覚障害のみの軽症例を水俣病として認めたものの、水銀パニックの発生を目の前にして、水俣病を診断困難疾患として、疫学の役割も否定した。その後、環境庁（当時）と歩調を合わせて、事実上、水俣病を医学診断の対象外の疾患とした。

【医学界の不作為と変節】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為。

・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：なぜ不作為の連鎖が起こったのか】

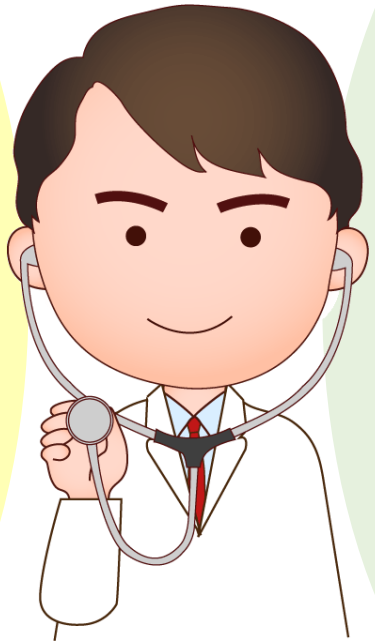
医学界の権威たちが「実態を調査する（疫学）」ことと「患者を観察し続ける」ことを放棄した結果、
行政による『被害の矮小化・切り捨て』に医学的なお墨付き（昭和52年基準）が与えられた。
臨床から乖離した基準が公衆衛生の致命的な失敗を隠蔽し、今なお続く深刻な未救済問題の根源となっている。

水俣病で失われた臨床医学

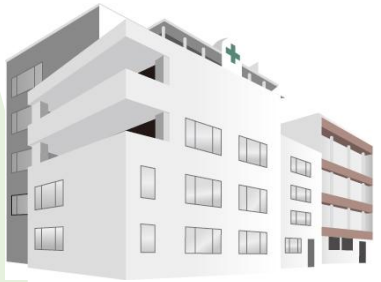
～　患者が存在して、はじめて病気がわかる　～

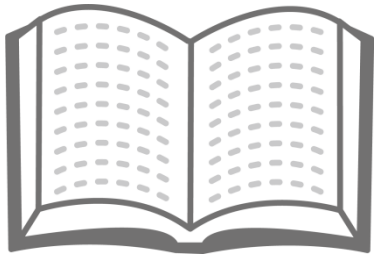
患者

医師

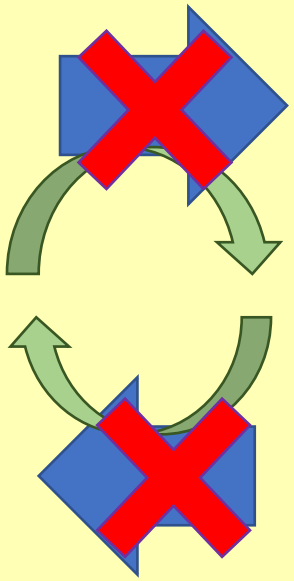


医学





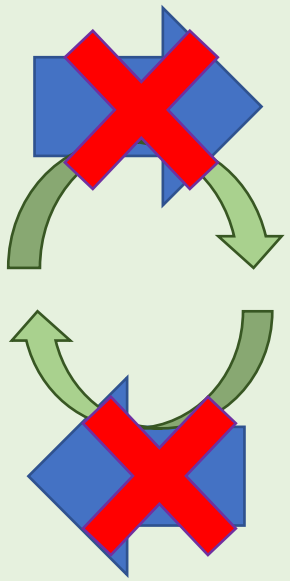
情報収集



診断・治療・予防

臨床的実践

分析・統合



知識・学習

研究的側面

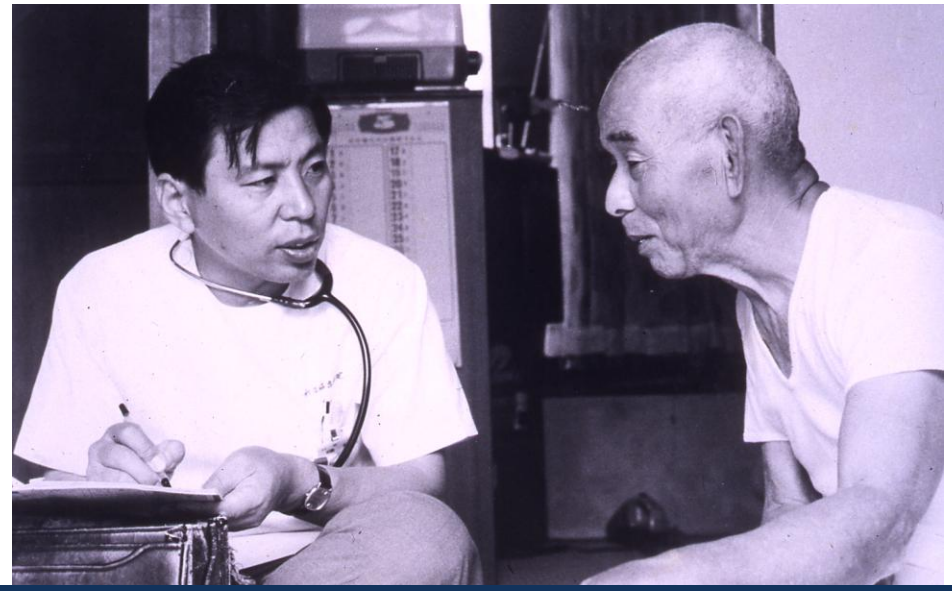
3

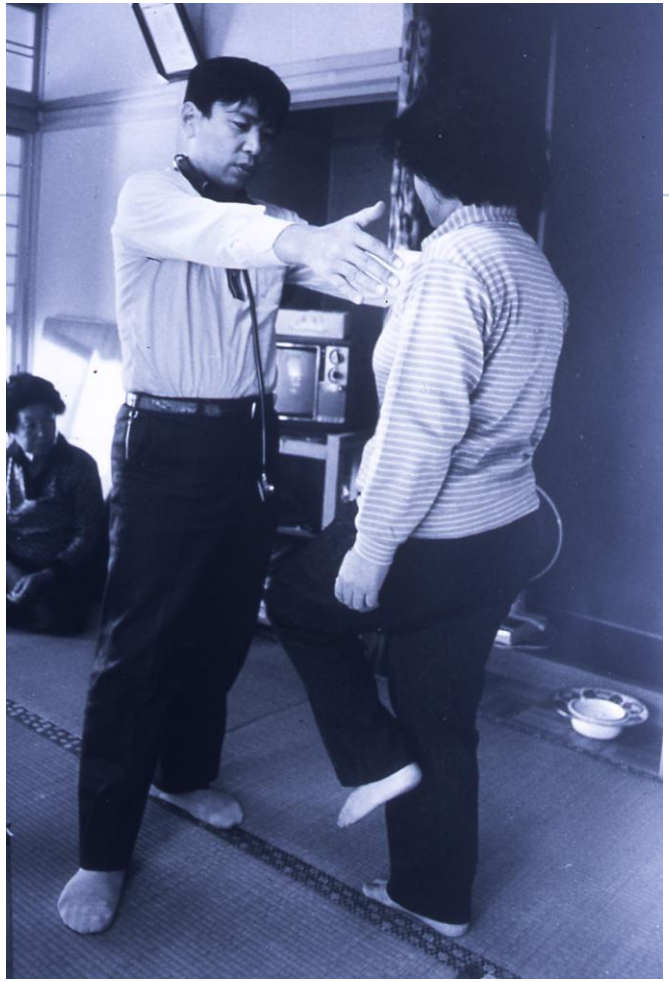
真の医学をおこなった医師団

誕生と歴史 ― 医学が患者のもとへ向かった

民間医師団の登場

- 1970年頃から現地で診療を開始
- 熊本大学の一部医師、熊本民医連などの民間医師
- 未診断・未救済の患者を診察





医学が患者のもとへ向かった

藤野医師と現地診療

1970年　ボランティア医師が戸別訪問を開始

水俣市周辺で住民と患者を診察

放置された患者を見出した

1972年　水俣の病院に滞在し診療を継続

放置された患者のもとへ
— 現地での診察 —

放置された患者を、医師が自ら訪ねて見出した

水俣協立病院の開設

1974年

チッソの向かいに水俣診療所を開設

1978年

水俣協立病院を開設

水俣診療所（1974～78年）

水俣協立病院の（1978年～）

住民と患者のための医療活動

- 外来診療
- リハビリ
- 往診・訪問看護
- 入院医療

桂島研究 ― 医学を患者へ取り戻した研究

～　放置された患者を診て、地域の実態を比較し、感覚障害による診断を支えた　～

臨床　　疫学　　診断へ

01 放置された患者
患者の訴えと症候を出発点にする

→

02 全住民調査
桂島で住民を広く診察する

→

03 地域比較
汚染地域と対照地域を比べる

→

04 軽症例確認
感覚障害のみの症例を確認する

→

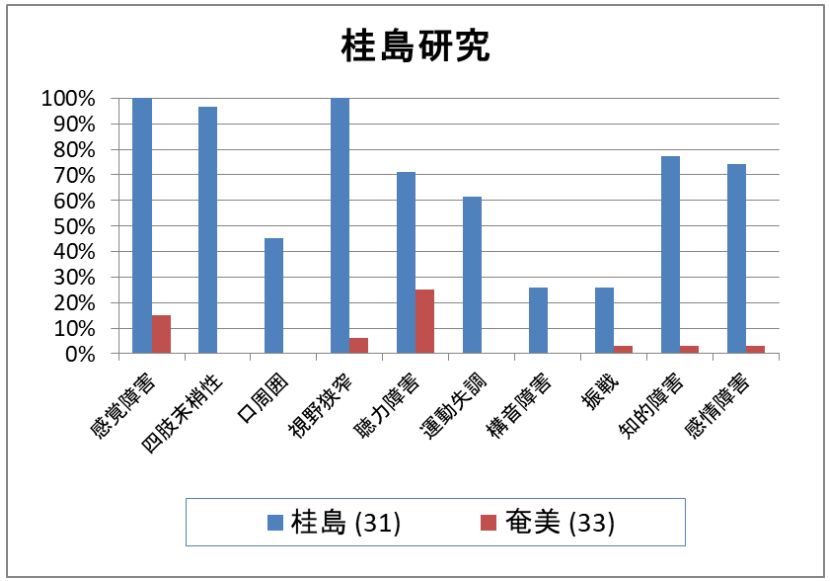
05 病態解明
軽症から重症までの連続性を捉える

→

06 感覚障害診断
四肢感覚障害を診断の中心に置く

行政が行わなかった臨床疫学研究を、医師団が実施。

患者を診ることから、再び水俣病の実態が見えるようになった。



- ■ 1974年から桂島で疫学的研究を実施
- ■ 軽症から重症まで多くの患者が存在
- ■ 感覚障害のみを有する症例を確認

感覚障害は、なぜ診断の核心なのか

～　桂島研究が示した、軽症水俣病と連続した病像　～

従来の考え方

重症例だけが水俣病

視野狭窄・運動失調・構音障害・難聴
などの組み合わせを重視

→ **診断困難論へ**

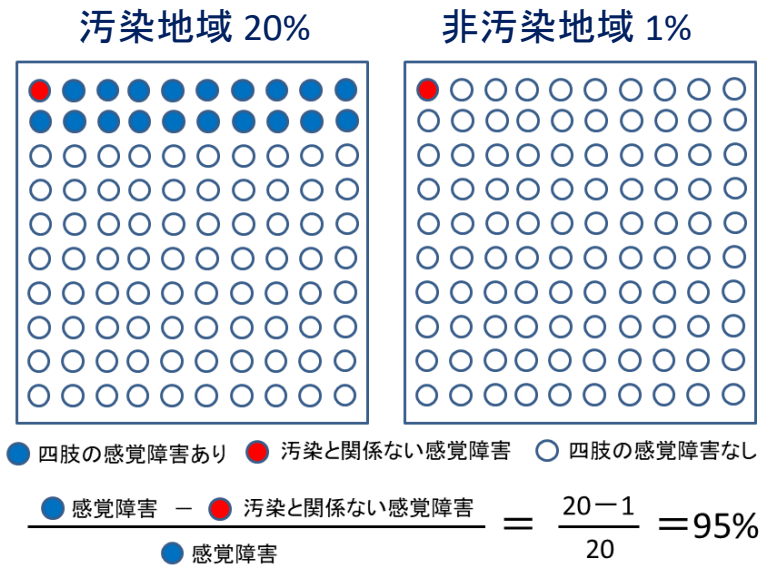
転換

桂島研究が示したこと

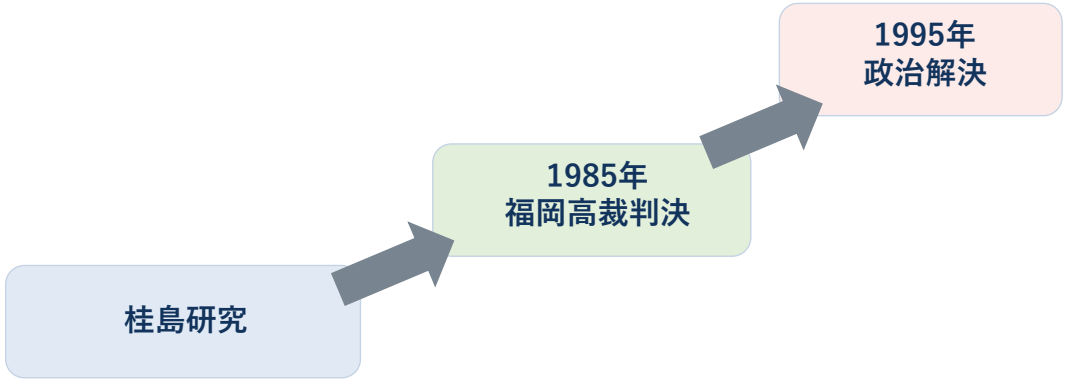
軽症 ➡ 感覚障害 ➡ 中等症 ➡ 重症

感覚障害のみの軽症例を確認し、
軽症から重症まで連続した病像として捉えた

原因確率の考え方



四肢感覚障害を有する患者は水俣病である
桂島研究は、この診断原則を支持した。



政治解決は終着点ではなかった

～　補償は広がったが、診断基準と未救済問題は残された　～

1995～1996年　政治解決

1万1,000人以上

が救済された

しかし

01

認定基準は変わらなかった

昭和52年判断条件は維持され、
軽症例を捉える基準にはならなかった。

02

申請できなかった患者

差別や偏見を恐れて、
救済申請をためらった人がいた。

03

自分を患者と思わなかった人

軽症例は水俣病を知らされず、
自分の症状と結び付かなかった。

政治解決後も、多くの水俣病患者が未救済のまま残った。

4

最高裁判決から水俣病特措法まで

国の責任と、なお残る未救済の問題

2004年最高裁判決！　しかし、制度は変わらなかった

1995–96
政治解決

1万1,000人以上を補償
しかし認定基準は維持

2004年
最高裁判決

政府の発生・拡大・継続責任を認定
軽症例も認定されうるとの判断

判決後

行政は判決を十分に反映せず
未救済患者が残った

司法判断の前進

しかし、救済制度は大きく変わらず、未救済患者の問題は続いた。

取り残されていた患者は、どのような人たちだったのか

軽症例・未申請者・自分を水俣病と思っていなかった人々

残された患者

差別を恐れ
申請しなかった
軽症で見過ごされた
症状を知らなかった
病気と思わなかった

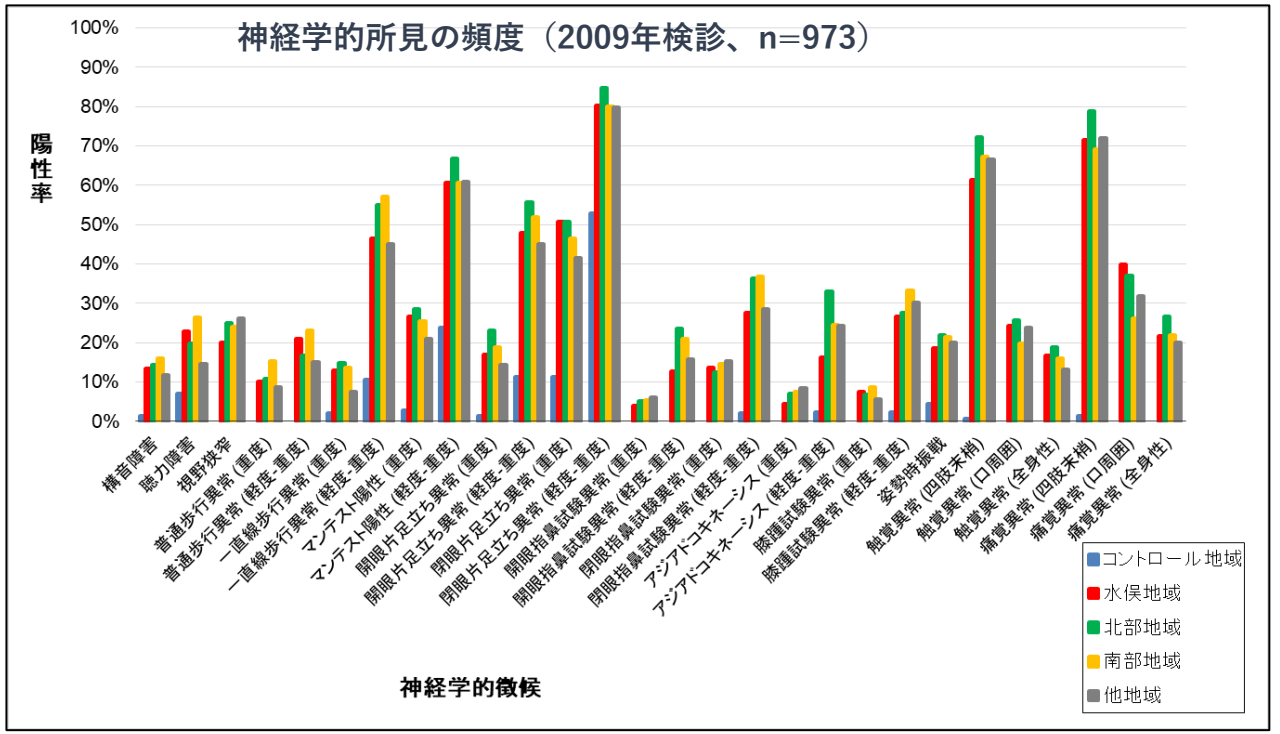
病気として
見えていなかった

医学が機能して
いなかった

臨床医学の役割

再び、多数の検診
大規模検診へ

患者の訴えを聴き、
軽症例の症候を拾い上げ、
病気の広がりを可視化する。



検診により
可視化された

健康障害の広がり

症状の多様性

遅発性発症

症状の変動

検診が明らかにした被害の広がり

患者を診ることによって、制度の外にいた健康被害が見えてきた

1987年
千人検診
1,088人

→

1990年代まで
約1万人
が受診

→

地域拡大
八代市・阿久根市・
東町へ

→

結果
80%以上に
四肢感覚障害

制度上の患者
認定・補償の枠内

→

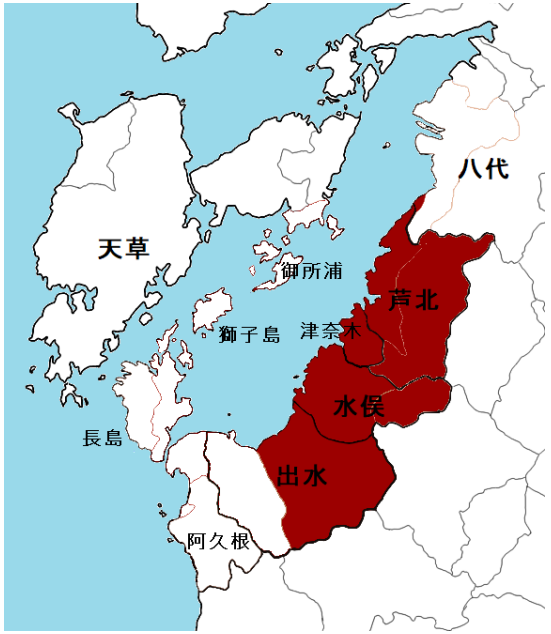
検診で見えた患者
申請しなかった人
軽症で見過ごされた人

→

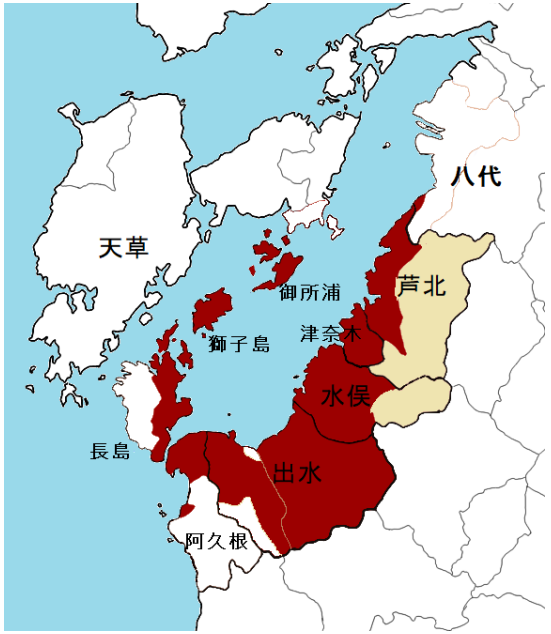
次の課題
地域指定と実際の
被害範囲のずれ

検診活動は、政治解決後にも残された被害の広がりを明らかにした。

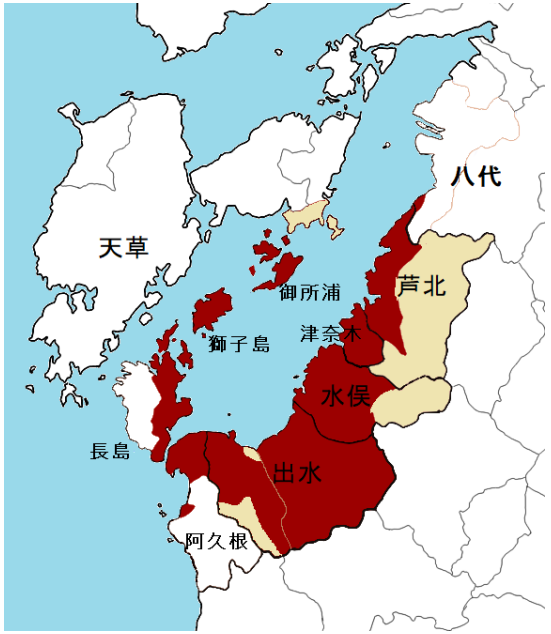
制度が定めた地域と、実際の被害の広がり



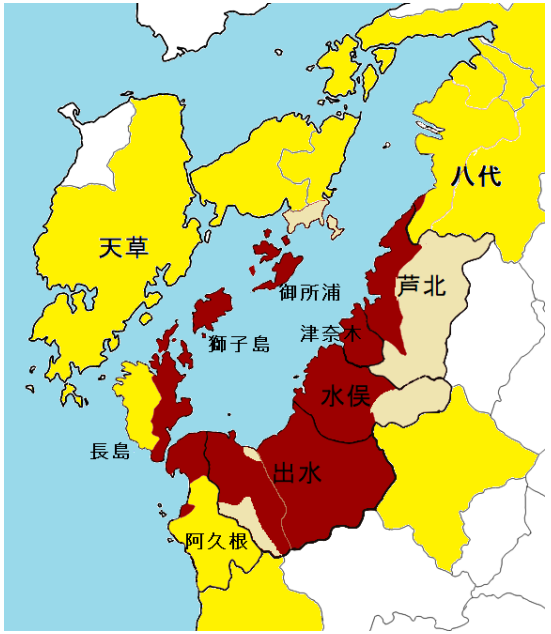
① 公害健康被害補償法（1971）による指定地域



② 実際に指定された地域



③ 特措法（2009–2012）の救済対象地域



④ 水俣病症状を有する住民が見つかった地域

制度上の対象地域を超えて、被害はより広い範囲に及んでいた

特措法と未救済問題

- 最高裁判決後、検診申請者が万単位で増加
- 2009年と2012年に不知火海沿岸の健康調査を実施

87–90%

調査対象のうち水俣病症状を有した割合

55,658人

特措法で救済された人数

2012年7月

救済の受付が打ち切られた

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

医師団の研究

疫学　病態　広がり

こむらがえり　二点識別覚　視野狭窄　感覚障害　出生と発症　山間部　嗅覚障害　MD重症度　症候変動

深部感覚　受診者意識　感覚変動　症状と定量感覚　MD広がり　体性感覚の特徴

触覚サブモダリティ　視覚探索　コ-ス立方体　知的機能　感覚障害疫学　有病率調査

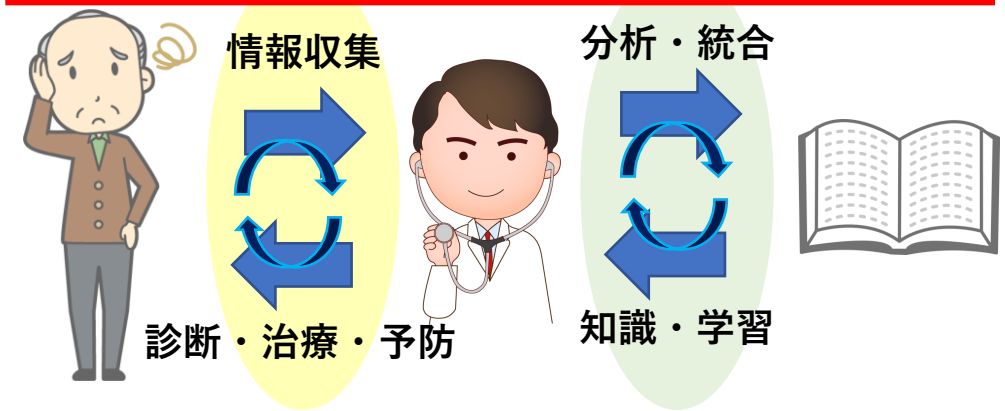
自覚症状　心理物理学的体性感覚検査　スコア化　若年層症候　他地域　二点識別覚　MD医学の障害

新潟水俣病　カナダMD　地域外　検診結果　検診結果

医師団の成果

共通診断書　水俣病診断総論　1万人検診のまとめ　水俣病と医学の責任

日本神経学会の回答に対する意見書



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であった。

5

医師団が確立したもの、そして今後

水俣病の病態・広がり・診断基準 ― 現状と未来へ

患者から始まる医学へ

患者の訴えと症候を観察することから医学は始まる

臨床研究と疫学研究は、病気の実態を明らかにするために不可欠である

社会的・政治的圧力があっても、事実とデータを優先しなければならない

患者を診ることをやめたとき、医学は真実から遠ざかる。

不作為と隠ぺいの教訓

患者

↓

異常の訴え

↓

調査を行う

↓

病態を理解する

↓

予防につなげる

水俣病で実際に起こったこと

- 患者の訴えを軽視
- 疫学調査を行わない
- 根拠のない診断基準を固定化
- 不都合な事実から目を背けた

医学が患者から離れると、公衆衛生は失敗する。

患者から出発する医学を、国境を越えて共に育てたい

リニューアルのプロセス

来訪時の病院から、新しい病院へ（2025–2026年）

1　旧病院棟

文先生・金先生が訪れた病院

2　2025年　新棟の建設

旧棟の隣で基礎工事

3　2026年　新棟の完成

新しい病院棟が完成

4　2026年　旧棟の解体

旧棟を解体し、敷地を更新

歴史を受け継ぎながら、地域医療の基盤を次の時代へ

新しい水俣協立病院

2026年　新病院棟完成

新病院棟（2026年）

水俣協立クリニックの新しい外来

患者にも、働く人にも選ばれる病院へ

地域のコミュニティホスピタルとして

これからの医療のモットー

患者から出発し、地域とともに歩む医療

一、患者の声を聴き、いのちと暮らしに寄り添う

二、入院から在宅まで、切れ目なく地域を支える

三、水俣の経験を、次の世代と世界へつなぐ

国際交流への決意

水俣から、ソウルへ。そして世界へ

「医師が患者を診療するという行為そのものが、闘いになりうる」

— 文静珠先生

1

水俣の記録と経験を、国境を越えて共有する

2

被害者に寄り添う医師のつながりを育てる

3

日韓の医療者が互いに訪ね、学び合う交流を続ける

患者から出発する医学を、国境を越えて共に育てていきましょう

ありがとうございました