

メチル水銀中毒症研究会シンポジウム
 2024年5月31日（金）19:00-20:30
 ZOOMによるプレゼンテーション
 於：リファレンス国際ビル2 F 貸会議室 K-1

水俣病の診断はどうあるべきか

-法律を守り、医学的であれば、曝露有症者は水俣病患者である-

岡山大学大学院特命教授
 津田敏秀

The Rational Clinical Examination

(JAMA 1992) Evidence-Based Medicine

A New Approach to Teaching the Practice of Medicine

Article
 November 4, 1992
Evidence-Based Medicine A New Approach to Teaching
[Gordon Guyatt, MD, MSc](#); [John Cairns, MD](#); [David Chiu, PhD](#); [Jack Hirsh, MD](#); [Jan Irvine, MD, MSc](#); [Mark Levine, MD, MSc](#); *JAMA*. 1992;268(17):2420-2425. doi:10.1001

Abstract
A NEW paradigm for medical practice is emerging. Evidence-based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research. Evidence-based medicine requires new skills of the physician, including efficient literature searching and the application of formal rules of evidence evaluating the clinical literature. An important goal of our medical residency program is to educate physicians in the practice of evidence-based medicine. Strategies include a weekly, formal academic half-day for residents, devoted to learning the necessary skills; recruitment into teaching roles of physicians who practice evidence-based medicine; sharing among faculty of approaches to teaching evidence-based medicine; and providing faculty with feedback on their performance as role models and teachers of evidence-based medicine. The influence of evidence-based medicine on clinical practice and medical education is increasing.

CLINICAL SCENARIO A junior medical resident working

Evidence-Based Medicine Working Group

A NEW paradigm for medical practice is emerging. Evidence-based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research. Evidence-based medicine requires new skills of the physician, including efficient literature searching and the application of formal rules of evidence evaluating the clinical literature. An important goal of our medical residency program is to educate physicians in the practice of evidence-based medicine. Strategies include a weekly, formal academic half-day for residents, devoted to learning the necessary skills; recruitment into teaching roles of physicians who practice evidence-based medicine; sharing among faculty of approaches to teaching evidence-based medicine; and providing faculty with feedback on their performance as role models and teachers of evidence-based medicine. The influence of evidence-based medicine on clinical practice and medical education is increasing.

The Way of the Past
 Faced with this situation as a clinical clerk, the resident was told by her senior resident (who was supported in his view by the attending physician) that the risk of seizure recurrence is high (though he could not put an exact number on it) and that was the information that should be conveyed to the patient. She now follows this path, emphasizing to the patient not to drive, to continue his medication, and to see his family physician in follow-up. The patient leaves in a state of vague trepidation about his risk of subsequent seizure.

The Way of the Future
 The resident also hoped whether she knows the prognosis of a first seizure and realizes she does not. She proceeds to the library and, using the Grateful

dose of phenytoin intravenously and the drug is continued orally. A computed tomographic head scan is completely normal, and an electroencephalogram shows only nonspecific findings. The patient is very concerned about his risk of seizure recurrence. How might the resident proceed?

year is between 45% and 51%, and at 3 years the risk is between 51% and 60%. After a seizure-free period of 18 months, his risk of recurrence would likely be less than 20%. She conveys this information to the patient, along with a recommendation that he take his medication, see his family doctor regularly, and have a review of his need for medication if he remains seizure-free for 18 months. The patient leaves with a clear idea of his likely prognosis.

A PARADIGM SHIFT
 Thomas Kuhn has described scientific paradigms as ways of looking at the world that define both the problems that can legitimately be addressed and the range of admissible evidence that may bear on their solution. When defects in an existing paradigm accumulate to the extent that the paradigm is no longer tenable, the paradigm is challenged and replaced by a new way of looking at the world. Medical practice is changing, and the change, which involves using the medical literature more effectively in guiding medical practice, is profound enough that it can appropriately be called a paradigm shift.

EBM宣言 (1992 JAMA) の冒頭

- 医療行為のための新しいパラダイムが現れてきている。根拠に基づく医学とは、直感、系統的でない臨床経験、病態生理学的合理付けを、臨床判断の十分な基本的根拠としては重視しない。そして、臨床研究からの根拠の検証を重視する
- A NEW paradigm for medical practice is emerging.** Evidence-based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research.

ラプラス	● 1812 ラプラス『確率の解析的理論』
ビエール・シャルル・ルイ	● 1828 『いくつかの炎症性疾患における瀉血の効果に関する研究』（数え上げ法の始まり）
イグナツ・ゼンメルweis	● 1847 手術前の手洗い法の発明と有効性の実証
ジョン・スノー	● 1854-55 コレラ対策の実証
カール・ピアソン	● 1892 バイオメトリクス・M×N表・科学の文法
食の安全の高まり	● 1906 チフス・メアリー事件
ウエード・フロスト	● 1916 ジョンス・ホプキンス大学公衆衛生大学院創設
ロックフェラー財団	● 1938 国立公衆衛生院寄贈
	● 1946 CDC(Communicable Disease Center: 当時)創設
GHQ(連合国総司令部)	● 1947 食品衛生法公布1947年施行1949年
オースチンBヒル	● 1948 臨床試験の開始(ストレプト・マイシンと肺結核)
	● 1949 浜松あさり貝事件
ドール・ワインダー	● 1950 喫煙肺がん研究一斉に発表
大森説	● 1955 森永ヒ素ミルク中毒事件
	● 1956 水俣病の原因究明・症例対照研究
吉田克己	● 1959 四日市ぜんそく事件
リトルvsワインダー	● 1960 喫煙と肺がん・大討論会(ローマ)
HHS・Surgeon General	● 1964 『喫煙と健康』
ジョン・ヒギンソン	● 1965 国際がん研究機関IARC創設

EBM 1992
 AI・因果関係論1996

20世紀から21世紀の医学の流れ
 途絶える？

一部・19世紀の医学の流れ

「水俣病の医学」A人のみの歴史
 Since 1956 (熊大流)

	曝露+	曝露-
病気+	A人	B人
病気-	C人	D人

熊野村・萩野昇医師 ● 1955イタイイタイ病新聞掲載

熊大医学部病院長・勝木の命名 ● 1956水俣病事件

● 1965新潟水俣病事件

● 1968カネミ油症事件

● 1977昭和52年判断条件

熊野村・萩野昇医師 ● 1955イタイイタイ病新聞掲載

熊大医学部病院長・勝木の命名 ● 1956水俣病事件

● 1965新潟水俣病事件

● 1968カネミ油症事件

● 1977昭和52年判断条件

勝木司馬之助「油症研究班」

井形・椿らの提造

水俣病は食中毒症である

- 水俣病は中毒症、特に**食中毒症**だから食品衛生法の適用対象
 - 公健法ができたときに水俣病が食中毒症であることが忘れ去られていたのだから、公健法は食品衛生法の後継の法律ではない
 - 概念も全く違っている（食品衛生法は因果概念で中毒症を見る）
 - 他に因果関係を明らかにする方法論が定められた法律、医学的な方法論が書かれた法律はないので、別の法律でも同じ法律でも構わない
- 水俣病の診断では食中毒症の診断をする
- 全国の食中毒症診断と同様に、世界中の食中毒症診断と同様に
 - その方法は食品衛生法の体系に書かれている

神経内科医が水俣病の専門ではない①

- 日本神経学会の見解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が必要」という日本神経学会の見解に関して、
 - **どうぞどうぞ、がんばって習熟してください。**なお、・・・
- この「神経系疾患」は水俣病のことも含めて日本神経学会は想定されているのでしょうか？もしそうであれば、水俣病（有機水銀中毒症）を始め神経症状を呈する**食中毒症の診断には神経内科に十分習熟している必要がないことは明らか**です
- 認定審査会の先生方**食中毒症の診断**を練習してください

症候の変動がみられることはない②

- 日本神経学会の見解②
 - 「メチル水銀中毒による神経系疾患においては、症候の変動がみられることはない」という日本神経学会の意見に関して
- **中毒症の症候において、症候の変動がみられない中毒症の例は知られていません。水俣病の場合は、そもそも法で定められた食中毒調査を違法にもおこなってない**
- 法に基づいたデータがありません。違法行為の結果によりデータもないのに、結論を導き出すのは科学的な考えに反します

老化に伴い臨床徴候が顕在化することはない③

- 日本神経学会の見解③
- 「メチル水銀曝露終了後更に長期経過後に、老化に伴い臨床徴候が顕在化することはない」という日本神経学会の意見に関して
- 若年時にはカバーできていた動作が、加齢等による体力低下等によりカバーできなくなり**顕在化することは、医学的には常識**です。
- そもそも食品衛生法ならびに食品衛生法施行令、食品衛生法施行規則、その他処理要領や報告事務の取り扱いや各種様式で定められた食中毒調査が違法にも行われていけませんので、本来収集されるべきだったデータが全くありません。最大潜伏期間も推定されていない食中毒調査などあり得ません。違法行為の結果によりデータもないのに、結論を導き出すのは科学的な考えに反します。

食中毒症の患者の診断は？

- 医師ならば医師でなくても誰でも実践している
- しかし、【従って】、日本の大学医学部では教えられていない
- 海外では医学部生に【恐らく実習まで伴って】教えられている
 - なんとなく伝承で行われている日本の高等教育の弱点
- 食品保健の基礎単語
 - 原因食品、原因施設、病因物質（注：「原因食品」はダメ！）
- テキストはCDCホームページ：
 - <https://www.cdc.gov/eis/field-epi-manual/index.html>
- 演習問題も上記URLのどこかを探せば無料で入手できる

食中毒症の患者の診断条件 具体的には？

• 具体的な食中毒症の診断条件

- 原因食品を食べて（もしくは原因施設を利用して）**AND**（**病因物質**）関連症状のいずれか**(OR)**を発症した患者
- 原因食品を食べて関連症状があれば、食中毒患者
 - 皆さんもお医者さんも、このように診断している
- 症状の組み合わせである昭和52年判断条件は**誤り**
 - 医学的な「**厳密な**」判断条件では**全くない**

水俣病の診断法を書いた2つの法律(1973年以降)

- 食品衛生法は**調査データが決める**「調査しなければならない」
 - 第六十三条 ② 保健所長は、前項の届出を受けたときその他食中毒患者等が発生していると認めるときは、速やかに都道府県知事等に報告するとともに、政令で定めるところにより、**調査しなければならない**。

だから、EBM、つまりEvidence Based Medicine
科学的根拠に基づいた医学

	曝露+	曝露-
病気+	A人	B人
病気-	C人	D人

- 公害健康被害の補償等に関する法律(公健法)は**認定審査会が決める**
 - 第四十五条 公害健康被害認定審査会は、**医学、法学その他公害に係る健康被害の補償に関し学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命する**。
 - 認定審査会すなわちデータではなく**学識経験**を持っている**はずの人が決める**

GPBM? つまりGreat Professor Based Medicine
大物教授に基づいた医学?

食品衛生法第6条

1. 第六条 次に掲げる食品又は添加物は、これを販売し（不特定又は多数の者に授与する販売以外の場合を含む。以下同じ。）、又は販売の用に供するために、採取し、製造し、輸入し、加工し、使用し、調理し、貯蔵し、若しくは陳列しては**ならない**。
2. **有毒な**、若しくは有害な物質が含まれ、若しくは付着し、又はこれらの疑いがある**もの**。ただし、人の健康を損なうおそれがない場合として厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

食品衛生法第63条

- 第六十三条 食中毒患者等を診断し、又はその死体を検案した医師は、直ちに最寄りの保健所長にその旨を届け出なければならない。
- 保健所長は、前項の届出を受けたときその他食中毒患者等が発生していると認めるときは、速やかに都道府県知事等に報告するとともに、政令で定めるところにより、調査しなければならない。
- 都道府県知事等は、前項の規定により保健所長より報告を受けた場合であつて、食中毒患者等が厚生労働省令で定める数以上発生し、又は発生すると認めるときは、速やかに都道府県知事等に報告するとともに、政令で定めるところにより、厚生労働大臣に報告しなければならない。
- 保健所長は、第二項の規定による調査を行ったときは、政令で定めるところにより、都道府県知事等に報告しなければならない。
- 都道府県知事等は、前項の規定による報告を受けたときは、政令で定めるところにより、厚生労働大臣に報告しなければならない。

水俣病である蓋然性について【by環境省】

1972年3月10日の第68回国会衆議院公害対策並びに環境保全特別委員会議録第四号において、大石武一環境庁長官は次のように答弁している。

「私が疑わしきものは救済せよという指示を出したのでございますが、これは一人でも公害病患者が見落とされることがないように、全部が正しく救われるようにしたいという気持ちから出したのでございます。ただし、疑わしきは救済せよということは、疑わしいということは、これは御承知かと思いますが、**医学的な用語**と通俗に世間で使うこととは内容が違います。疑わしいというよりも、まず八〇%怪しいとか九〇%そうらしいとか、あるいは二、三%しか怪しくはないけれどもあいつは怪しいんだというように、ピンからキリまでございます。しかし、医学的には、そういうものは三%とか一〇%というものは疑わしいという範囲には入りません。**まず五〇%六〇%七〇%も大体こうであるうけれども、まだいわゆる定型的な症状が出ておらぬとかなんとかいうような、そういうものが疑わしいという医学用語**になるわけでございます。

小島敬郎氏（環境庁企画調整局環境保健部保健企画課長）も、「水俣病問題の政治的解決」と題する論文（**ジュリスト、No.1088, 1996**）において、「公健法での認定は、**医学的判断を踏まえ、『水俣病である』蓋然性が半分以上あるということ**であり、今回の救済対象者については、制度上水俣病と認定されなかったからといって、医学的に水俣病の蓋然性がまったくないということではない」と述べている。

水俣病である蓋然性について

Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis: a Medical Research Council investigation. BMJ 2:769-782.

- 以下が「水俣病である蓋然性」のこと
- 原因食品に曝露され関連症状がある患者のうち
 - 曝露がなければ関連症状がなかった患者の割合
 - 曝露によって関連症状を発症した患者の割合

	曝露+	曝露-
病気+	A人	B人
病気-	C人	D人

パリの内科医レイ医師が1828年に始めた人数数えを系統的にして簡略化すると2×2表になる
世界最初の臨床治験を行ったヒルの治験を2×2表にすると(治験なので、病気+と病気-とが逆転し)

Hill A.Bによる世界最初の治験(1948)	ストレプト・マイシン投与		OR=0.39 (95%CI: 0.18-0.84)
	投与群	比較群	
結核改善(不変含む)	35例	21例	
結核悪化と死亡	20例	31例	

認定申請患者が水俣病である蓋然性を計算するために必要不可欠なデータ

A人しか見ていないので病理写真や病態生理や神経学的メカニズムが必要なる

	曝露+	曝露-
病気+	A人	B人
病気-	C人	D人

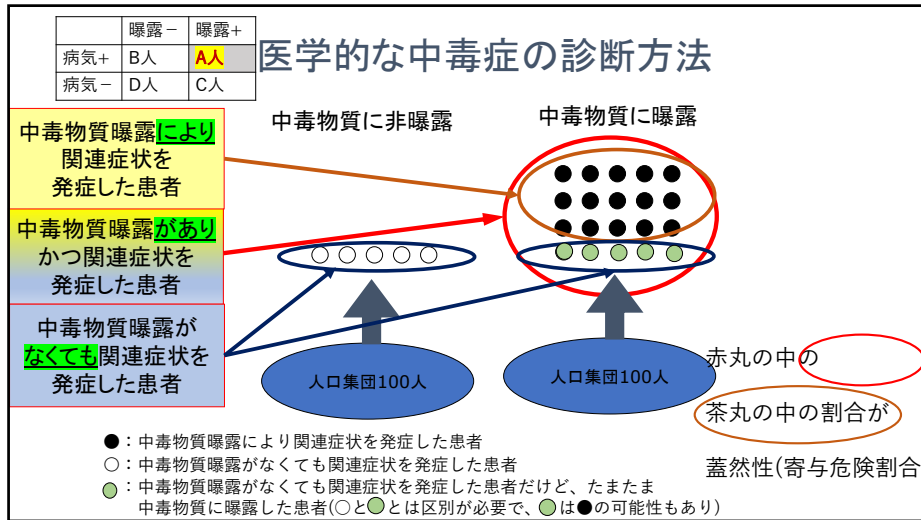
水俣病である蓋然性(寄与危険割合) =

$$\frac{A \div (A+C) - B \div (B+D)}{B \div (B+D)}$$

$$\frac{A \div (A+C)}{B \div (B+D)}$$

赤枠内が相対リスクで、青枠内が1、従って
=(相対リスク-1)÷相対リスク
(MathTypeじゃなくですみません)
水俣病の場合、**相対危険度は100倍前後**なので
寄与危険割合は**99%以上**となる

認定審査会は、この2×2表を持っていない(作っていない)ので
水俣病申請患者を決して正しく診断できない



ORIGINAL ARTICLE

Total Mercury Content in Hair and Neurologic Signs Historic Data From Minamata

Takashi Yoriyuzi,^a Toshihide Tsuda,^b Soshi Takao,^a Etsuji Suzuki,^a and Masazumi Harada^a

Background: Large-scale methylmercury poisonings have occurred in Japan (Minamata and Niigata) and in Iraq. The current WHO threshold for adult exposure (hair level: 50 μg/g) was based on evidence from Niigata, which included only acute and severe cases. That study leaves open the possibility of more subtle effects at lower exposure levels.

Methods: The Shiranui sea had been contaminated in the 1950s by the discharge of methylmercury from a factory near Minamata. In 1966, the hair mercury content of 1694 residents living on the coastline of the Shiranui sea was measured by researchers from the Kumamoto Prefecture Institute for Health Research. Independently, in 1971, a population-based study to examine neurologic signs was conducted in the Minamata and Goshonoura areas, on the coastline of the Shiranui Sea, and the Ariake area (reference), by researchers at Kumamoto University. We identified 120 residents from exposed areas who were included in both datasets, plus 730 residents of Ariake (an unexposed area) who were also examined for neurologic signs.

Results: Hair mercury levels were associated with perioral sensory loss in the hair samples of 1694 residents on the Coast of Shiranui Sea, including the Minamata and Goshonoura areas (1574 were women. Although information about occupation was not obtained, the residents were selected through fishing cooperative associations, and so most would have been families of fishermen.

Methods

Subjects

Specific clusters among persons living in western part of Kumamoto in Japan were noted in 1956 (Fig. 1). Methylmercury had no Minamata Bay in small part of the Ariake Bay. In 1956, the "methylmercury disaster" started, involving the discharge of wastewater from the factory and the contamination spread throughout the entire Shiranui Sea. In 1966, the Japanese Government officially recognized it as a disaster. Residents there also consumed contaminated fish, although the distance from the factory was about 20 km. Ariake does not face the Shiranui Sea, it was recognized as a reference area in 1971. The Minamata, Goshonoura, and Ariake areas contained 1128, 1645, and 1165 residents, respectively. See

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Epidemiology • Volume 20, Number 2, March 2009 Hair Mercury Content and Neurologic Signs

原因食品の喫食歴がありPORが2倍を超えている症状があれば

TABLE 3. Prevalence of Neurologic Signs and Adjusted PORs^a: An External Comparison

水俣病である蓋然性が50%以上

	Reference (n = 730)	Exposure Area (Minamata and Goshonoura)			
		0-10 μg/g (n = 43)	>10-20 μg/g (n = 32)	>20-50 μg/g (n = 33)	>50 μg/g (n = 12)
両側の感覚障害	4.5	23 ^b	25	39	58
POR and 95% CIs	1.0 (ref.)	9.0 (3.7-21)	5.6 (2.2-14)	14 (5.8-32)	23 (6.3-82)
口周囲の感覚障害	0.1	2.3	16	24	33
POR and 95% CIs	1.0 (ref.)	23 (1.4-400)	101 (11-940)	210 (24-1800)	220 (21-2300)
運動失調	8.5	28	41	45	67
POR and 95% CIs	1.0 (ref.)	6.4 (2.8-14)	6.9 (2.9-16)	9.7 (4.2-23)	18 (4.6-69)
構音障害	2.2	21	19	36	50
POR and 95% CIs	1.0 (ref.)	22 (8.0-61)	7.8 (2.5-24)	26 (10-69)	29 (7.5-110)
振戦	3.4	14	22	21	42
POR and 95% CIs	1.0 (ref.)	6.4 (2.3-18)	6.3 (2.3-17)	6.3 (2.3-17)	13 (3.5-47)
病的反射	1.9	7.0	3.1	6.1	17
POR and 95% CIs	1.0 (ref.)	4.2 (1.1-16)	1.3 (0.2-11)	2.8 (0.6-13)	7.5 (1.4-39)

^aPrevalence odds ratios were estimated using Ariake as a reference area. These were adjusted for age and sex.
^bBilateral sensory disturbance includes glove- and stocking-type sensory loss and bilateral diffuse sensory loss.
^cPrevalence proportions in the exposure area (Minamata and Goshonoura) are shown again.
 POR indicates prevalence odds ratio; CI, confidence interval.

食中毒事件・3つの「原因」

- 原因食品
 - 水俣病の原因食品は水俣湾産の魚介類(1956)
 - その後、不知火海産の魚介類
- 原因施設
 - 家庭、居酒屋、魚屋、小売り、網元、魚加工、その他、魚・加工品を販売している全ての業種
- 病因物質（「原因物質」と呼ぶ誤りが多い）
 - メチル水銀
 - 原因食品が判明しているのに「原因追及」???

食品衛生法第四条 この法律で食品とは、全ての飲食物をいう。ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）に規定する医薬品、医薬部外品及び再生医療等製品は、これを含まない。

この3つの「原因」は 水俣病事件でいつ判明したか？

- 原因食品
 - 1956年11月3日(遅くとも)
 - 水俣病の原因食品は水俣湾産の魚介類、後、不知火海産の魚介類
 - 論文あり、厚生省昭和31年食中毒事件録に記載あり
 - 残念ながら、ノーモア・ミナマタ裁判で主張されなかった(主張が通らないの当たり前)
- 原因施設
 - 家庭、居酒屋、魚屋、小売り、網元、魚加工、その他、魚・加工品を販売している全ての業種
 - 原因食品とほぼ同時、遅くとも1956年11月3日
- 病因物質(「原因物質」と呼ぶ誤りが多い)
 - メチル水銀は、1959年頃もしくは1961年11月には内田教授が水俣湾の貝(ヒバリガイモドキ)から、1962年8月には入鹿山教授がアセトアルデヒド生産設備から採取した触媒滓から
 - 原因食品が判明しているのに、まだ「原因追及」???って言っていた

食衛生法第四条 この法律で食品とは、全ての飲食物をいう。ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和三十五年法律第百四十五号)に規定する医薬品、医薬部外品及び再生医療等製品は、これを含まない。

認定申請提出書類

黄色ハイライトは必要不可欠

- 指定地域(熊本県水俣市、芦北町、津奈木町、鹿児島県出水市)に居住されている方
 - 認定申請書
 - 住民票又は戸籍の抄本の写し
 - 医師の診断書
- 指定地域(熊本県水俣市、芦北町、津奈木町、鹿児島県出水市)以外に居住されている方
 - 認定申請書
 - 住民票又は戸籍の抄本の写し
 - 医師の診断書
 - 居住歴申立書(これまでの住所歴を記載していただく書類)が必要です。

認定申請書

ふりがな	男	生年月日	年 月 日
氏名	女	(歳)	
住所	認定申請に必要書類の名称	水俣病	
通所・通学先等が所在する所在地			
健康状態の概要			
当該疾病について受けたい療養の概要			
指定地域に居住する水俣病の発症により発生するおそれがあること			
添付書類			

公費健康被害の補償等に関する法律第4条第2項の認定を受けたこと、必要書類を添えて申請します。

年 月 日 申請書 住所 氏名

熊本県知事 氏名

居住歴申立書
氏名 (年 月 日生)
(住 所)
1 出生 年 月 日から 年 月 日まで
2 年 月 日から 年 月 日まで
3 年 月 日から 年 月 日まで
4 年 月 日から 年 月 日まで
5 年 月 日から 年 月 日まで
6 年 月 日から 年 月 日まで
7 年 月 日から 年 月 日まで

出生から現在までの居住歴について、上記のとおり精確なことを申請します。

熊本県認定申請書

つまり、認定申請できる人は水俣病患者そのもの

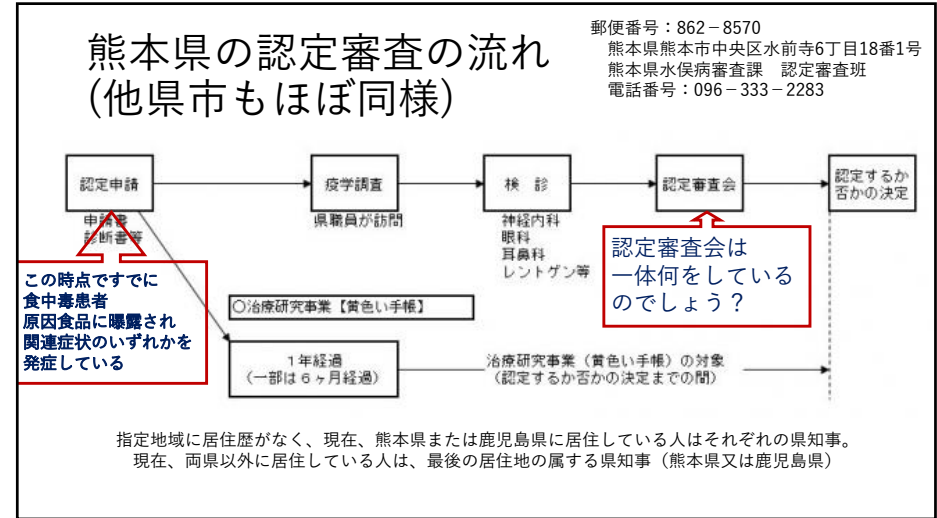
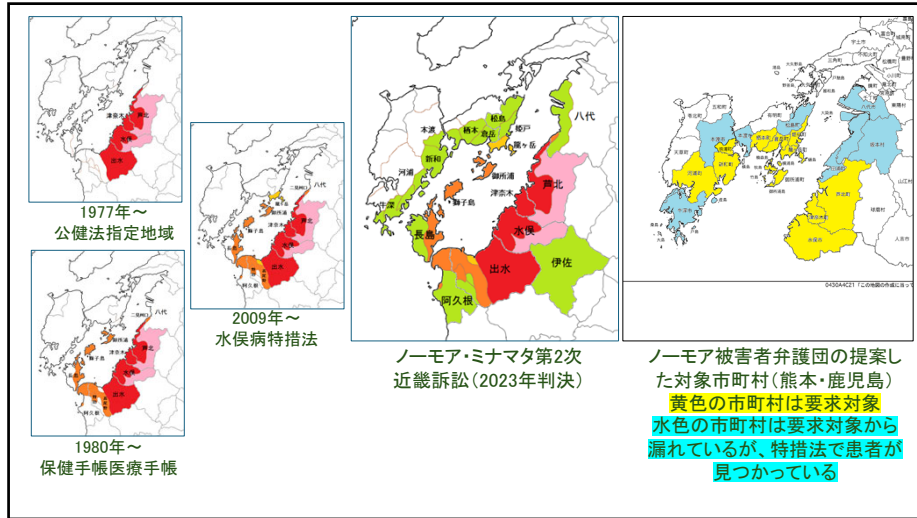
「健康状態の概要」に「水俣病関連症状が書かれていればOK」

「発病することになったいきさつ」に「魚介類の喫食が書かれていればOK」

指定地域内に住んでいればOK

熊本県認定申請書の例

「健康状態の概要」水俣病関連症状が書かれ、および、「発病することになったいきさつ」に魚介類の喫食が書かれていれば「水俣病患者」



食中毒患者の診断(世界共通・日本共通)

- 曝露されかつ関連症状のいずれかがあるものが食中毒患者、あとは蓋然性
 - 原因食品(水俣湾産もしくは不知火海産の魚介類)の喫食、かつ、
 - メチル水銀中毒関連症状のいずれかを発症
 - 曝露され関連症状のある患者が水俣病である蓋然性は98%以上
- 認定審査会と環境省の一番の問題点「わからない」
 - 「水俣病である蓋然性が50%以上は認定」蓋然性の出し方を知らない
 - 食中毒患者の診断方法を知らない
 - 食品衛生法、特に第6条と第63条を知らない
 - 認定審査会も環境省委員会も「わからない」

【正しい医学的な中毒症の診断方法を知らない認定審査会】

「わからない」ので七転八倒

第7回 「七転八倒」(平成3年10月29日開催)
https://www.ispn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/minamata_gijiroku1_8.pdf

	曝露+	曝露-
病気+	A人	B人
病気-	C人	D人

- 【森島委員】環境庁は今までの歴史を持っていて、いろいろないざさつがあったと思うのですが、今の植村さんなどもそうですが、僕などは多分植村さんよりは少し知っているだろうと思いますが、外や者から見ると、何でこんなに七転八倒しているのだらう、もう少し素直にやってもいいのではないかと印象を持ちます。それをこの中に入れろとは言いませんけれども、今までのいざさつ、環境庁がどういうふうに対応してこられたかを知らない人が見たら、別にジャーナリストでなくても、何か奥歯に物がはさまったというか、はっきりしないというか、そういう感じがあるのではないのでしょうか。ですから、できるだけ許すぎりぎりのところでなるべく素直にやった方がいいという印象を僕は持っています。

【正しい医学的な中毒症の診断方法を知らない認定審査会】

「わからない」ので、「悪代官」に徹する

第3回 「七転八倒」(平成3年6月28日開催) 41ページあたり

https://www.ispn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/minamata_giitokoku_8.pdf

- 法改正ができない以上は運用でやる以外ない。
- 一旦審査会が認定したのだから、それがもう一ぺん出てきたって、そんなものはしばらく握りつぶす以外ない、あるいは形式的な審査で飛ばす以外ない。
- 後は不服でやってくれと。
- 何べん来てもけるものはけるのだという悪代官に徹する以外にないという感じなんです。

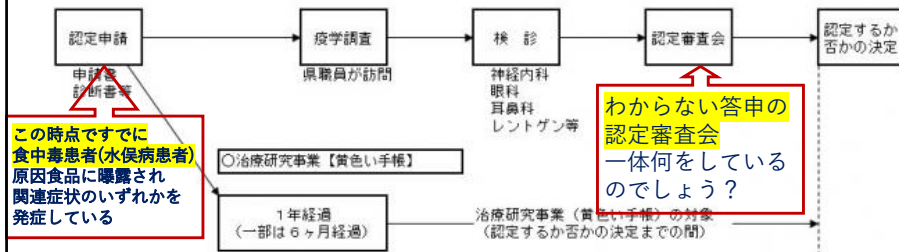
	曝露+	曝露-
病気+	A人	B人
病気-	C人	D人

科学的(医学的)にも司法的にも
水俣病医学論争は少なくとも20年前に終わっています

- 日本精神神経学会(1902年創立の日本最古の学会の一つにして学会員2万人を超える大学会)による3つの見解と資料集
 - 1998年、昭和52年判断条件に関する見解
 - 最初の見解
 - 1999年、昭和60年「水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見」に関する見解
 - 2つ目の見解
 - 2003年、水俣病問題における認定制度と医学専門家の関わりに関する見解(平成3年中央公害対策審議会「今後の水俣病対策のあり方について(答申)」)
 - 3つ目の見解
- 2004年、チッソ水俣病関西訴訟上告審・最高裁判決
- 情報も集めず、決着がつくとはどういう状況になるのかも考えず、いつまでもだらだら訴訟を続けるから、「解決してない」とか「水俣病は終わらない」なんてステレオ・タイプの言い方が続く

熊本県の認定審査の流れ
(他県市もほぼ同様)

郵便番号: 862-8570
熊本県熊本市中央区水前寺6丁目18番1号
熊本県水俣病審査課 認定審査班
電話番号: 096-333-2283



指定地域に居住歴がなく、現在、熊本県または鹿児島県に居住している人はそれぞれの県知事。
現在、両県以外に居住している人は、最後の居住地の属する県知事(熊本県又は鹿児島県)

【正しい医学的な中毒症の診断方法を知らない認定審査会】

「わからない」認定審査会は「誤診」の山

()内は裁判で原告が水俣病と認められた(すなわち誤診の)割合

- 第2次訴訟1審
 - 14名原告中12名水俣病(85.7%)
- 第2次訴訟2審
 - 5名原告中4名水俣病(80.0%)
- 棄却取消訴訟・第3次訴訟
 - 原告70名全員水俣病(100%)
- 東京訴訟1審
 - 64名原告中42名水俣病(65.6%)
- 第3次訴訟
 - 118名原告中105名水俣病(88.9%)
- 互助会
 - 1審は原告8例3例水俣病以後敗訴(38%)
- 京都訴訟
 - 43名原告中38名水俣病(82.6%)
- チッソ水俣病関西訴訟1審
 - 原告59名のうち42名(71.2%)については、水俣病の可能性を15%から40%
- チッソ水俣病関西訴訟2審
 - 58名原告中51名水俣病(87.9%)
- ノーモア・ミナマタ近畿訴訟
 - 128名原告中128名水俣病(100%)
- 認定審査会長ら反省の色なし
 - 自信がない井形総合研究班長「医学的概念として水俣病と断定するには問題がないとはいえない」
 - イエスマン・三嶋会長「審査会長として認められない。学会の大勢も症状の組み合わせがなければ水俣病でないとしている」

出典:原田正純著『慢性水俣病・何が病像論なのか(環境叢書シリーズ)』実教出版・1994。
これにチッソ水俣病関西訴訟とノーモア・ミナマタ近畿訴訟の判決を追加(他にもあり)

【正しい医学的な中毒症の診断方法を知らない認定審査会】

「わからない」認定審査会は「誤診」の山

その②()内は裁判で原告が水俣病と認められた(すなわち誤診)の割合

- 新潟訴訟
 - 91名原告中88例水俣病 (96.7%)
- 新潟水俣病第3次訴訟1審
 - 10名原告中7例水俣病 (70%)
- 新潟第1次棄却取消訴訟1審
 - 9名原告中7例水俣病 (77.8%)
- 新潟第1次棄却取消訴訟2審
 - 9名原告全例水俣病 (100%)
- 新潟水俣病第3次訴訟2審(東京高裁)
 - 原告2例全例否定 (0%)
- 新潟水俣病第3次訴訟3審(最高裁)
 - 原告2例全例否定 (0%)

税金の大きな無駄遣い
認定審査会をやめさせましょう

出典:新潟水俣病・萩野直路さんご提供

【水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見】

確率0%から100%の確率を形容詞で表現した医学専門家先生
「嘘ではない」かもしれないが極めて不適切

- 【水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見】
- 昭和60年10月15日
- 座長 祖父江逸郎
- 荒木淑郎 井形昭弘 岡嶋透
- 里吉栄二郎 椿忠雄 豊倉康夫 三嶋功
- 98%以上(の蓋然性)を次のように「医学専門家」は表現した
 - 四肢の感覚障害のみ(一症候のみ)では水俣病である蓋然性が低く
 - 水俣病では、各個の症候については特異性がみられない
 - 一症候のみの場合は水俣病としての蓋然性は低く、

【水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見】

- まえがき
- 水俣病の判断条件に関する医学専門家会議は、昭和60年8月16日熊本水俣病第二次訴訟控訴審判決が福岡高等裁判所から出されたことを契機とし、現時点における水俣病の病態及び環境庁が示している後天性水俣病の判断条件が医学的に見て妥当なものであるかどうかについて環境庁の諮問を受け、病理学、精神医学、耳鼻咽喉科学、眼科学の専門家の意見をも踏まえ、医学的立場から総合的に検討を行った。

【水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見】

- I 水俣病とは
 - 水俣病は魚介類に蓄積された有機水銀を経口摂取することにより起こる神経系疾患である。病理学的には、ヒトにおいては、中枢神経障害が著しく、末梢神経障害は軽い。中枢神経系では、大脳鳥距野、小脳顆粒層等に著しい傷害がある。神経系以外には、現在明らかな病変をみない。このような病変に対応して臨床症候にも特徴を有する。すなわち、後天性水俣病の典型例は、臨床的には感覚障害、運動失調(構音障害、歩行障害を含む。)、求心性視野狭窄、中枢性聴力障害などを呈する症候群である。一方、水俣病の非典型例では、上記の症候がすべてそろっているとは限らず、通常、そのいくつかの組み合わせが出現する。
 - また、水俣病の経過はさまざまで、意識消失、錯乱状態、けいれん発作等が発現し死に至るものもあるが、四肢の感覚障害に始まり、運動失調、平衡機能障害、求心性視野狭窄、歩行障害、構音障害等をきたす例もある。

【水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見】

- II 水俣病における四肢の感覚障害は、ほとんどの症例で四肢の感覚障害が他の症候と併発して出現するが、感覚障害のみが単独で出現することを実証されていない。
- 単独で起こる四肢の感覚障害は極めて多くの原因で生じる多発性神経炎の症候であり、臨床医学的に特異性がないし、また、四肢の感覚障害は、現時点で可能な種々の検査を行ってもその原因を特定できない特異性のもも少なくない。したがって、四肢の感覚障害のみでは水俣病である蓋然性が低く、その症候が水俣病であると判断することは医学的には無理がある。

「専門家先生」方の主張は非特異的・他疾患だけ、中毒症は全てそうだと主張している。

【水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見】

- III 判断条件は、「専門家先生」方の他の主張は、蓋然性が低い」として、実際に測定もしようとし
 - 臨床判断は、「専門家先生」方の他の主張は、蓋然性が低い」として、実際に測定もしようとし
- 水俣病では、各個の症候については特異性が高くないので、その診断に当たってもこの原則によらなければならない。したがって、現行判断条件は、水俣病の医学的判断に当たっては、曝露歴を前提として、症候の組合せを高度の学識と豊富な経験に基づき総合的に検討する必要があるとしている。

【水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見】

- 現時点で、一症候のみのものを水俣病と判断することを全く否定しているわけではないが、一症候のみの例がありうるとしても、このような例の存在は臨床病理学的には実証されておらず、現在得られている医学的知見を踏まえると、一症候のみの場合は水俣病としての蓋然性は低く、現時点では現行の判断条件により判断するのが妥当である。
- なお、水俣病と診断するには至らないが、医学的に判断困難な事例があることについて留意する必要があるとの意見があった。

「98%以上の蓋然性」を「蓋然性が低い」としている。

EBM宣言（1992 JAMA）の冒頭

- 医療行為のための新しいパラダイムが現れてきている。根拠に基づく医学とは、直感、系統的でない臨床経験、病態生理学的合理付けを、臨床判断の十分な基本的根拠としては重視しない。そして、臨床研究からの根拠の検証を重視する
- **A NEW paradigm** for medical practice is emerging. Evidence-based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research.

食品衛生法に基づく、ノーモア・ミナマタ第2次訴訟3つの地裁判決(2023-2024)の採点表

裁判所名 (認容割合)	食品衛生法第6条	食品衛生法第63条	キーワード	
			原因物質	病像論
大阪地裁 (100%)	×	○(だいたい)	×	○(脱出)
熊本地裁 (17.4%)	× *	× *	×	△(脱出)
新潟地裁 (57.8%)	×	×	×	×

* 熊本地裁判決は、食品衛生法遵守が行われなかったために、判決が採用した除斥期間の起算点「原告らが水俣病を発症した時点」からさほど時間も経たないうちに損害賠償請求が行われたはずだったのに、それが著しく遅れ、熊本地裁判決が設定した除斥期間から原告をのみ出した。単なる×でなく、この点も考慮した

ラプラス ● 1812 ラプラス『確率の解析的理論』

ビエール・シャルル・ルイ ● 1828 『いくつかの炎症性疾患における瀉血の効果に関する研究』(数え上げ法の始まり)

イグナツ・ゼンメルワイス ● 1847 手術前の手洗いの発明と有効性の実証

ジョン・スノー ● 1854-55 コレラ対策の実証

カール・ピアソン ● 1892 バイオメトリクス・M×N表・科学の文法

食の安全の高まり ● 1906 **チフス・メアリー事件**

ウエード・フロスト ● 1916 ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院創設

ロックフェラー財団 ● 1938 国立公衆衛生院寄贈

GHQ(連合国総司令部) ● 1946 CDC(Communicable Disease Center: 当時)創設

オースチンBヒル ● 1947 食品衛生法公布1947年施行1949年

● 1948 臨床治験の開始

● 1949 浜松あさり貝事件

ドール・ワインダー ● 1950 喫煙肺がん研究一斉に発表

大森誠 ● 1955 森永ヒ素ミルク中毒事件

● 1956 水俣病の原因究明・症例対照研究

吉田克己 ● 1959 四日市ぜんそく事件

リトルvsワインダー ● 1960 喫煙と肺がん・大討論会(ローマ)

HHS・Surgeon General ● 1964 『喫煙と健康』

ジョン・ヒギンソン ● 1965 国際がん研究機関IARC創設

数え上げ法の歴史
Since 1828

	曝露+	曝露-
病気+	A人	B人
病気-	C人	D人

↓

19世紀の医学の流れ

↓

「水俣病の医学」A人のみの歴史
Since 1956 (熊大流)

● 1955 イタイイタイ病新聞掲載

● 1956 水俣病事件

● 1965 新潟水俣病事件

● 1968 カネミ油症事件

● 1977 昭和52年判断条件

熊野村・萩野昇医師

熊大医学部病院長・勝木の命名

勝木司馬之助「油症研究班」

井形・椿らの捏造

EBM 1992
AI・因果関係論1996

20世紀から21世紀の医学の流れ

途絶える？

- ## 診断と因果関係
- 水俣病の医学は「診断」だけで因果関係概念が入っていない決定論
 - 19世紀までの医学
 - 病人の数 = 母集団(人口: 人間の数) 病気になる可能性があるがまだ病気になる速度 × 時間
 - 20世紀以降の医学には、確率概念と時間の概念が入ってくる
 - Evidence Based Medicine (EBM)
 - 時間は人間が作り出した概念(悟性)・目に見えない

熊本大学医学部1950年代のオリジナル大発明 富士山モデル

	曝露+	曝露-
病気+	A人	B人
病気-	C人	D人

図9 水俣病病像図

武内忠男『水俣病の病理』
「水俣病、20年の研究と今日の課題(有馬澄雄編)」P.457, 1979年

「診たまま、見えたまま」で科学概念と比較群のない医学・A人のみの医学

熊大オリジナル中毒

●：メチル水銀曝露によって
四肢末端に優位な感覚障害等になった患者

図9 水俣病病像図

武内忠男「水俣病の病理」[水俣病、20年の研究と今日の課題(有馬澄雄編)] P.457, 1979年

病気がなくとも
覚障害等
たまたま
患者

	曝露+	曝露-
病気+	A人	B人
病気-	C人	D人

だから病理と神経内科が必要
病態生理なら
どんなストーリーも作れる

原告：●①(重症側)と
●②とは(直感的に)似ているぞ!
従って●②は水俣病である

被告：●①(重症側)と
●②とは(直感的に)似ていないぞ!
従って●②は水俣病ではない

の水かけ論争

診断が
できない
大学医学部が
やってきたこと

しばしば非曝露群がない!

人口集団100人時間

認容された曝露患者が持つか政府が認める 曝露によって発症したおおよその原因確率(蓋然性)

大気汚染	50-67%以上
原爆症	10%以上
ヒ素中毒症	50%以上
じん肺肺がん	50-75%以上
環境石綿と肺がん	50%以上
水俣病	どのデータを取っても 90%以上の蓋然性 でも認定されない

46

熊大オリジナル中毒症

●：メチル水銀曝露によって
四肢末端に優位な感覚障害等になった患者

●：メチル水銀曝露がなくても
四肢末端に優位な感覚障害等
になった患者だけども
メチル水銀に曝露した患者

病気がなくとも
覚障害等
たまたま
患者

	曝露+	曝露-
病気+	A人	B人
病気-	C人	D人

だから病理と神経内科が必要
病態生理なら
どんなストーリーも作れる

原告：●①(重症側)と
●②とは(直感的に)似ているぞ!
従って●②は水俣病である

被告：●①(重症側)と
●②とは(直感的に)似ていないぞ!
従って●②は水俣病ではない

の水かけ論争

中毒症の診断が
できない
大学医学部が
やってきたこと

しばしば非曝露群がない!
ので想像上の非曝露群と、
研究者本人により具体的なデータもなく比較されることも多い

人口集団100人時間

熊本県など認定審査会の 「誤診の山」以外の問題点

- 認定審査会は整理され厳密な**食中毒患者の診断方法を知らない**
- 認定審査会はもしかしたら**水俣病(メチル水銀中毒症)が食中毒症であることさえも知らないかもしれない**
- 認定審査会は**食品衛生法を全く知らないかもしれない**
 - 逮捕され起訴されるかもしれないのに(最大懲役1年)
- 平成3年中央公害対策審議会環境保健部会水俣病問題専門委員会では、「**誰が水俣病かわからないので、分からない答申を出せ**」と相談していた
- 今の各県市の認定審査会には**水俣病の診断を正確に行うだけの資料が提出されていない**ので認定審査会に水俣病の認定審査は**不可能**