

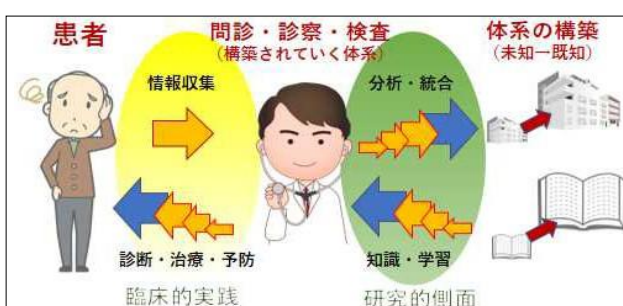
新潟大学は、現教授の業績はゼロ、前教授の西沢医師は12件ヒットしましたが、多くは基礎研究で、ご自身の臨床研究はありませんでした。41年前に椿教授が退官した後、西沢医師の僅かな報告などを除くと、ヒットしたものはゼロだったのです。ちなみに、藤野紘（ただし）医師は74件、私は47件ヒットしました。

メチル水銀中毒症医学における、 2017年度日本神経学会理事会メンバーと医師団の違い

2017年度日本神経学会理事会



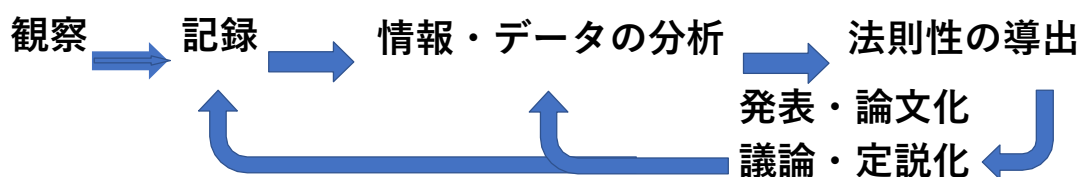
私たち医師団



この3大学を除くと水俣病研究というのはほとんどなされていませんから、2018年に環境省に対して誤った回答をした2017年度の日本神経学会の理事会メンバーというのは、水俣病についての臨床的蓄積も医学研究の蓄積もほとんどないといってよいのです。私達医師団は町医者ですが、本来なされるべきことを、非力ながら、可能な限りやってきたわけです。

なぜ業績がないのか？

- 答え…「椿教授の教えに忠実に従ってきたから」
「患者をみると、事実が明らかになるから」
⇒「事実が明らかになると昭和52年判断条件が否定されるから」
- 医学は被曝者や患者の観察（問診・診察・検査・治療・経過）に始まる



- 水俣病において、誰がこのプロセスを辿ってきたのか？阻害したのか？

なぜこのようなことになったのでしょうか？

ひとつは「椿教授の教えに忠実に従ってきたから」ですが、もっと根本的なところで言うと、「患者をみると、事実が明らかになり、昭和52年判断条件に矛盾が生じるから」なのです。

通常、医学は観察、記録、分析、法則性を見出し、それを発表するというプロセスを辿ります。

1984年の内野・荒木論文は、その稀少なる論文

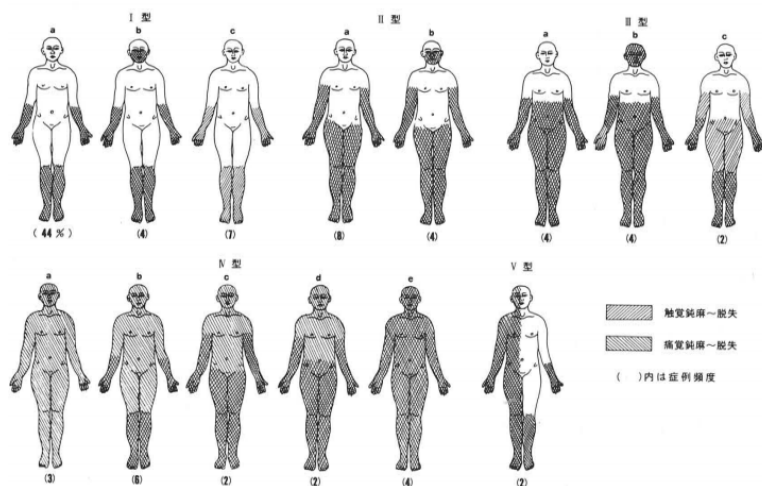


図1 表在感覚障害パターン

表2 感覚障害パターンの各病型と不安定型の頻度
不安定型：今回調査対象の100例中77例は、昭和47年から昭和57年にかけて2～5回（平均2.55回）の神経内科的診察を受けているが、診察の度毎に感覚障害の分布や程度が変動するものをいう。

型	例数 (%も同じ)	不安定型例数
I	a 44	32
	b 4	3
	c 7	3
II	a 8	6
	b 4	1
III	a 4	3
	b 4	2
	c 2	1
IV	a 3	2
	b 6	5
	c 1	1
	d 2	1
V	e 4	2
	f 2	1
感覚障害なし	5	
計	100例	63例

内野誠,荒木淑郎:臨床神経学,1984

徳臣医師や鹿児島大学は徹底して、診断に役立つ情報を提供する調査研究をしなかったのですが、わずかにそういうデータを出した人達があります。熊本大学の内野医師のこの論文はその稀なるものです。

この論文は私達の水俣病医学の到達点からすれば認定患者に限定された100名の、ごくごく初歩的なものですが、このデータは国が公式にその存在を認めていない全身性感覚障害の存在を示しています。少しでも調べてしまうと、国の主張が誤っていることがわかってしまうのです。

それでは、個々の医師の検討に入っていきます。

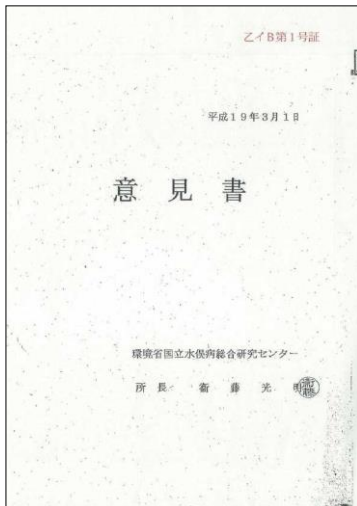
まずは病理学の衛藤医師です。水俣病では、第一級、トップクラスの過ちを犯しています。

衛藤光明医師

- 国立水俣病総合研究センター元所長
- 樹心台施設長
- 2007年3月1日 意見書

衛藤医師の医学的な最大の誤謬は、「剖検が最終診断の場合」と定義してしまっていることです。実は、剖検が最終診断の場合であるかどうかは疾患ごとに異なり、水俣病には全く当てはまりません。

衛藤光明氏の誤り



がり具合はどの程度であったか等について、長年培われた知識に基づいて決定する。したがって剖検は、「最終診断」の場であり、臨床医の診療における判断の是非を厳しく問うとともに、病理医及び臨床医が病気の本質を明らかにするための客観的知見を得る貴重な場である。

臨床の場で判断が困難な症例について、剖検で初めて確定的な診断が行われることもしばしば経験される。殊に神経疾患においては、他の臓器のように臓器（すなわち神経）を露出して直接検査することは困難であるため、臨床検査の客観性には限界がある。したがって、臨床神経学では、剖検によって最も客観的な知見が得られることが多い。それが臨床神経学の新たな知見や判断の根拠となって臨床診断に貢献するのであり、ここに神経病理学の意義がある。

事実・・・

剖検が「最終診断」の場であるかどうかは、疾患ごとに異なる。

水俣病の特異性と病理学的診断

1. 病巣分布の特異性

一般臓器をおかすことなく、神経系特異的に、大脳では対称性に鳥距野、中心後回、同前回、横側頭回、そして小脳など、極めて特異な組合せで病変が生じ、症状も特異となり、筆者らが観察した「純粋に酸素だけが欠乏した状態での病変」以外、類似の病態はほかにまったくない。

2. 病変の単純さゆえの特異さ

ほぼすべての神経疾患について、腫瘍、梗塞などはそれぞれの特徴的な組織像により、肝脳疾患やウイルス感染症、そして各種の変性疾患群は各種の小体、封入体などの特異的所見の有無や、病変部位などによって、病理学的には確かな診断が可能である。

ところが、劇症でない水俣病の病変は、上記した特異な部分に、加齢脳にみられるような老人斑も神経原線維変化（neurofibrillary tangle : NFT）さえなく、あたかも加齢脳の病変に一見似て、単に「神経細胞のみが間引き状に、徐々に、かすかに脱落してゆく」だけという、その単純さにもある。

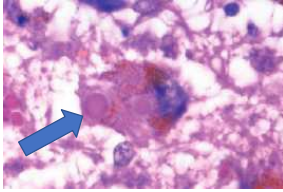
生田房弘「水俣病症状の診断と認定と判決の根底にある実態・神経細胞脱落数から」
(BRAIN and NERVE 70巻8号、2018年)

これは新潟で水俣病の病理を担当していた、生田医師が2018年に書いた論文です。

他の多くの神経疾患では、小体、封入体などの特異的所見、病変部位などによって、確かな診断が可能であるが、劇症でない水俣病の病変は小体・封入体などがなく、単に「神経細胞のみが間引き状に、徐々に、かすかに脱落してゆく」だけという単純さのために、診断が難しいと述べています。

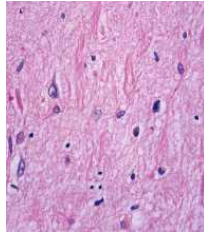
小体、封入体というのは、この図にあるように、パーキンソン病でのレヴィー小体、アルツハイマー病での神経原線維化などです。

各種の小体、封入体の例



レヴィー小体(Lewy Body)
パーキンソン病、
レヴィー小体病で
認められる

平野朝雄「カラーアトラス神経病理・第二版」、1988、p.91



アルツハイマー病で見られる、神経原線維化

平野朝雄「カラーアトラス神経病理・第二版」、1988、p.94



前頭葉性認知症で見られる
ピック球

平野朝雄「カラーアトラス神経病理・第二版」、1988、p.98

水俣病の神経病理学的問題点

臨床医に比べ病理解剖医のほうが、確かな医学的診断をする点で「一般に」極めて有利な立場にある。

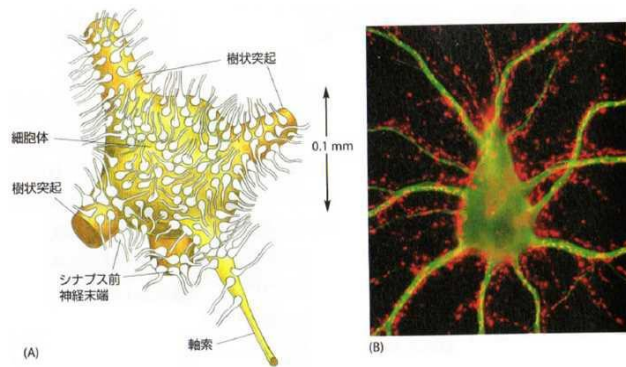
しかし、アルツハイマー型認知症（以下、認知症）のNFTや老人斑のような特異的な変化さえまったくなく、グリア細胞反応もほとんどない、ただ神経細胞だけが、徐々に、散在的に脱落する水俣病のような変化を、直ちに見抜くということは決して容易なことではない。しかも現実には、1例ごとに計測するゆとりなどあろうはずもなく、病理医は幾十枚もの顕微鏡標本を丹念に、直感的に観察してゆくのが精一杯である。

例えば、一定面積内に100個の点を画き、そこから順にそれらの点を無差別に間引いた画像を幾枚もつくり、それらを交互に比較し合い、自己採点してみた。恥ずかしながら、10%減では自信がなく、20%減でようやくその減少に気づける自分であると知らされた。

生田房弘「水俣病症状の診断と認定と判決の根底にある実態・神経細胞脱落数から」
(BRAIN and NERVE 70巻8号、2018年)

グリア細胞反応もほとんどない、ただ神経細胞だけが、徐々に、散在的に脱落する水俣病のような変化を、直ちに見抜くということは決して容易なことではなく、細胞が減少しても、20%の減少でようやくそれに気付けると生田医師は記述しています。

メチル水銀は、**細胞死**を引き起こさずとも、シナプス障害を引き起こす可能性が高い



緑：細胞体と樹状突起、赤：シナプス

Essential 神経細胞学 12章 図12-42 p.414

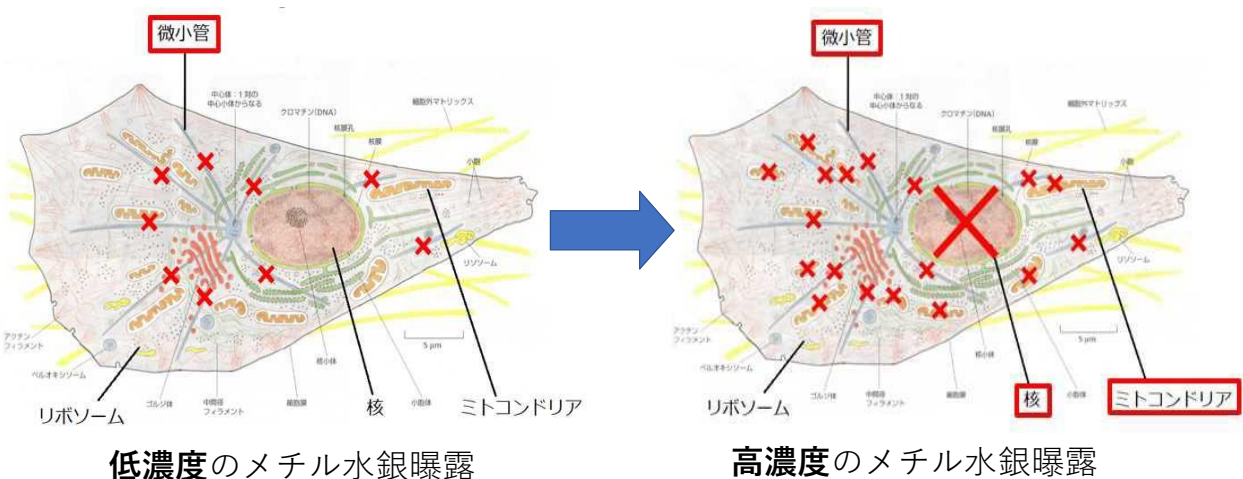
一つの神経細胞は1万(脊髄運動ニューロン)～100万(小脳プルキンエ細胞)のシナプスを有する。

- メチル水銀は、細胞死を引き起こす以前に、微小管の障害などを通じて、シナプス障害を起こす可能性が高い。

そして、重要なことは、メチル水銀は、細胞死を引き起こす前の段階で、微小管などの障害を通じて、シナプス障害を引き起こす可能性が高いということです。

一つの神経細胞には1万から100万のシナプスがありますが、これが減少すると考えられます。

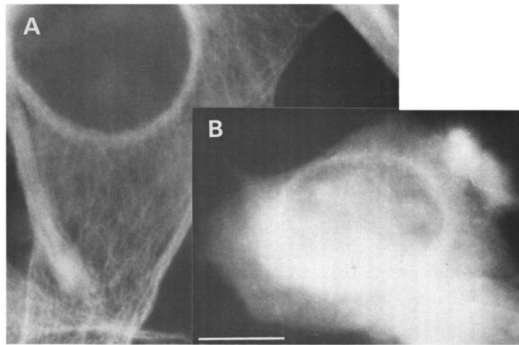
微小管は、核やミトコンドリアと比較して、メチル水銀による障害を受けやすい。



Essential細胞生物学（原書第4版・日本語版, 2016）のp.25のパネル1-2の図を改変

通常、毒物が細胞の核やミトコンドリアを障害すると細胞死に至ります。メチル水銀は、核やミトコンドリアの障害も引き起こしうのですが、より低い濃度では、それらの障害を引き起こして細胞死に至る前に、微小管という細胞骨格を形成する細胞内小器官を障害し、微小管が消失します。

メチル水銀の微小管に対する影響

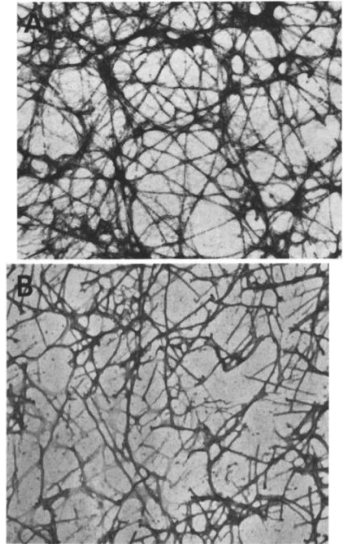


光学顕微鏡所見

A: コントロール

B: メチル水銀
添加後

Imura N. *et al.*: Toxicology 17, 241-254, 1980



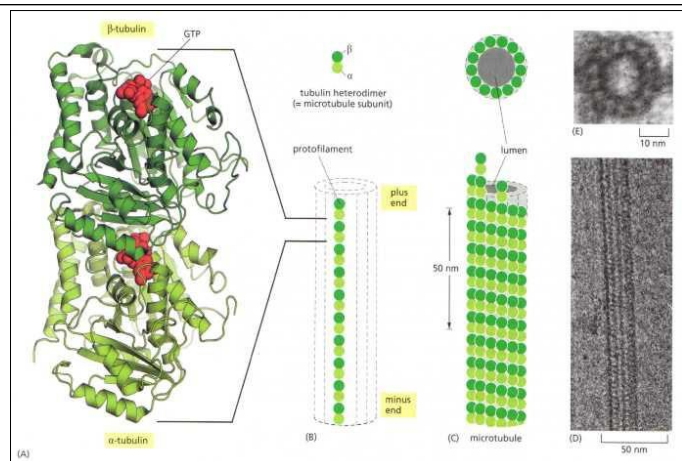
電子顕微鏡所見

これは、細胞での実験結果です。メチル水銀を加えると微小管が消失していきませんが、メチル水銀濃度が減少するとまた復活することもあります。

メチル水銀は生体分子の一部としてアミノ酸に結合し、微小管を破壊する…単純な病理像の原因か？

チューブリン二量体は、
15個のSH基を有し、
そこにメチル水銀が
結合しうる

(Vogel *et al.*: Toxicology and
Applied Pharmacology, 80,
473-486, 1985)



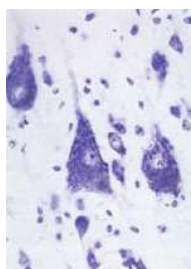
微小管を構成する蛋白
--- α チューブリンと β チューブリン

微小管

Molecular Biology of The Cell, 6th Ed., Chapter 16, p.926, 2015

微小管は、チューブリンというタンパクからなっていますが、メチル水銀は、このチューブリンを構成するアミノ酸であるシステインなどに結合し、チューブリンの立体構造を破壊してしまうと考えられています。このように、メチル水銀が生体分子の一部として生体内を移動することが、単純な病理像の原因かもしれません。

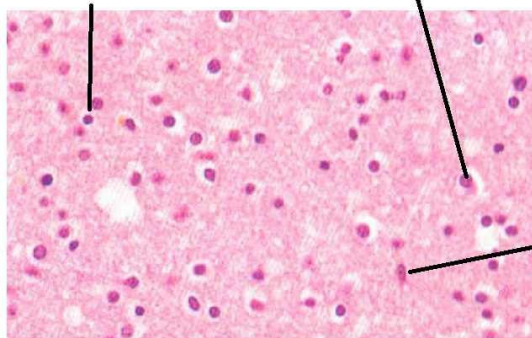
正常神経細胞



正常Betz細胞：前頭葉運動野にある大型の細胞

平野朝雄「カラーアトラス神経病理・第二版」、1988、p.81

オリゴデンドログリア アストログリア



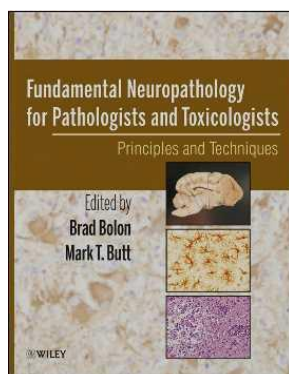
神経細胞

新井信隆「神経病理インデックス」、2005、p.12

- ・間引き脱落による細胞の減少を確認することは困難。
- ・光学顕微鏡でシナプスを確認することはできない。
- ・電子顕微鏡でもシナプス変化を確認することはできない。

これは、正常神経細胞の光学顕微鏡写真ですが、このように、普通の病理検査では、細胞の減少はおろか、一つの細胞に何万も存在するシナプスのかけらも見ることにはできません。また、剖検脳では、死後変化も加わり、電子顕微鏡をもってしても、生前のシナプス数を確認することは不可能です。このように、病理学の限界というものがあり、特に、他の神経疾患と比較しても、重症例以外で、メチル水銀の生体影響を病理所見で確認することは困難なのです。

毒性病理学における異常の位置づけ

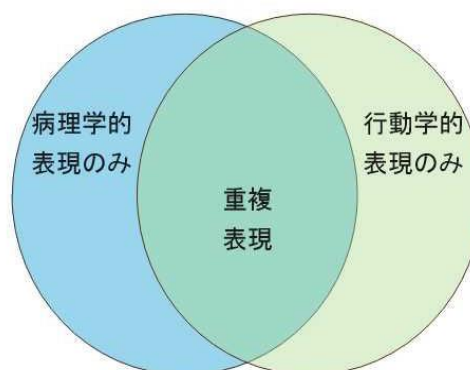


病理学的 (形態学的)

反応性ミクログリア
反応性星状グリア
神経伝達物質の変化
遺伝子表現の変化
ニューロン、星状グリア、
ミクログリアの死

行動学的 (機能的)

非協調運動
感覚障害
覚醒レベルの変化
学習・記憶の障害
痙攣・麻痺・振戦など
の神経学的機能異常



Switzer, R.C.: Fundamentals of neurotoxicity detection.
In Fundamental Neuropathology for Pathologists and Toxicologists - Principles and Techniques,
John Wiley & Sons, Inc.: Boboken, New Jersey, 2011.

一般的に病理が最終診断と言えないことは、特にトキシコロジーの分野では、自明のことなのです。ですから、衛藤氏がこのことを認識していないとしたら、病理学者として失格と言ってよいと思います。あまりにも自明なことなので、弁護士さんに「そんなの当たり前」と言ったところ、教科書か何かに書いてものはないのか、と言われて、英文の本を見つけました。これはこの本にある図を翻訳したものです。毒性病理学において、病理学的表現と行動学的表現、ここでは感覚障害も行動学的表現に含まれるのですが、この両方を評価しなければならない、要するに病理所見が毒性評価の必要条件ではないということです。

1994年衛藤論文

「四肢末梢の感覚障害があるが病理所見がない」

- 1975～1991年に剖検された101例のうち、四肢末梢優位の感覚障害（触痛覚両方）を認めた21例（男17例、女4例）。
- メチル水銀による一定の障害パターンを示したものは2例（9.5%）で、他の19例(94.5%)は、示さず。
- 水銀沈着症1例。「末梢神経病変」を認めた17例。
- 「末梢神経病変」を認めなかった1例
- 15例は2回以上診察され、感覚障害なし→出現5例、感覚障害範囲拡大1例、縮小2例、不定の動揺7例。

衛藤光明「水俣病の感覚障害に関する研究」
（熊本医学会雑誌 68巻 3号 59～69ページ 1994年）

そして、衛藤医師の1994年の論文は、いくつかの裁判を誤った判決に導くものとなりました。これは早くから津田敏秀医師がその誤りを指摘していたものですが、21例の感覚障害があった患者の剖検例で、異常を認めたのは2例のみとし、他の19例は水俣病ではなかったとしたのです。これは完全に解釈を誤っており、実際は、少なくとも衛藤医師の観察した病理所見の感度が非常に低かったということを意味しています。

衛藤光明氏により、感覚障害があるが、水俣病の病理所見がないとされた例

表1 昭和50年以降の感覚障害のみを呈した割検例のまとめ

症例	制候番号	年齢 (歳)	性	制候 年 月 日	水俣病? 欠 の有無	主 病 変
1	7560	51	男	S.55. 11. 6	無	胃癌、褥創
2	7577	55	男	S.55. 12. 11	有	嚥下性肺炎、敗血症、甲状腺微小癌
3	7718	74	女	S.56. 8. 7	無	嚥下性肺炎、動脈硬化症
4	7938	84	男	S.57. 6. 3	無	糖尿病、嚥下性肺炎
5	8029	58	男	S.57. 11. 12	有	消化管出血、肝細胞癌
6	8309	50	男	S.59. 1. 19	無	腸出血、糖尿病
7	8319	80	女	S.59. 2. 1	無	慢性間質性肺炎、糖尿病
8	8368	67	女	S.59. 4. 27	無	亜急性肝萎縮、ATL
9	8383	53	男	S.59. 5. 16	無	糖尿病
10	8479	83	男	S.59. 11. 5	無	呼吸不全、胃癌、耳介皮膚癌
11	8496	90	男	S.59. 12. 4	無	気管支肺炎
12	8633	75	男	S.60. 7. 30	無	胃癌
13	8660	67	男	S.60. 9. 16	無	心筋梗塞
14	8688	59	男	S.60. 10. 30	無	肺癌、多発性多発性脳梗塞
15	8767	38	男	S.61. 4. 18	無	腸出血
16	8840	67	女	S.61. 9. 21	無	肝臓癌、食道静脈瘤破裂
17	8856	83	男	S.61. 10. 14	無	肺癌、心筋梗塞、糖尿病
18	8923	57	男	S.62. 2. 16	無	ATL、肺炎
19	9268	77	男	H.1. 6. 4	無	悪性リンパ腫、気管支肺炎
20	9454	61	男	H.2. 10. 4	無	肺癌
21	9518	77	男	H.3. 3. 23	無	大動脈瘤破裂、脳梗塞

表 2 各剖検例の脊髄および末梢神経病変の有無と程度

病例	剖候番号	年龄 (岁)	性	临体路	依靠	前根神经		後根神经		後根神经后		坐骨神经		腓肠神经		
						左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	
1	7560	51	男	0	1	0(1)	1(3)	2(0)	2(3)			2(0)	2(0)			
2	7577	55	男	0	0	0(1)	0(1)	2(1)	2(1)	1		0(2)	0(2)	2(3)		
3	7718	74	女	右侧	2	2	2	3(2)	3(2)	1		2(1)	2(1)	3(2)	3(2)	
4	7998	84	男	0	0	2(1)	2(1)	2(1)	2(1)	1		1(2)	1(2)	2(3)	2(3)	
5	8029	58	男	0	0	1	1	2	2	1		1(2)	1(2)	2(3)	2(3)	
6	8309	50	男	0	0	0(1)	0(1)	1(2)	1(2)	1		0(2)	0(2)	2	2	
7	8319	80	女	0	1	0(1)	0(1)	2(1)	2(1)	1		1(2)	1(2)	2(3)	2(3)	
8	8368	67	女	0	2	0(1)	0(1)	2(1)	2	1		1(2)	1(2)	2(3)	2(3)	
9	8383	53	男	0	1	0	0	2	2	3		2(3)	2(3)	3	3	
10	8479	83	男	西侧	1	1(0)	1(0)	2(3)	2(3)	1		1(3)	1(3)	2(3)	2(3)	
11	8496	90	男	0	1	2	2	3(2)	3(2)	1		2(3)	2(3)	3(2)	3(2)	
12	8633	75	男	0	0	0	0	2	2	1		1(3)	1(3)	2(3)	2(3)	
13	8660	67	男	西侧	0	1	1	2	2			1(2)	1(2)	2(1)	2(1)	
14	8688	69	男	0	1	2	2	2	2	1		1(2)	1(2)	2	2	
15	8767	38	男	0	0	1(2)	1(2)	1(2)	1(2)	1	1	0(1)	0(1)	1	1	
16	8840	67	女	0	2	2	2	2	2	1	1	1(2)	1(2)	3	3	
17	8856	83	男	0	1	0	0	2	2	1	1	1(3)	1(3)	2	2	
18	8923	57	男	0	0	0(1)	0	1(2)	1(2)	1	1	1(2)	1(2)	2	2(3)	
19	9268	77	男	西侧	2	2	2(1)	2(1)	2	2		2	2		3	
20	9454	61	男	0	0	0(1)	0	1	1			1	0(2)	0(2)	1(3)	1(3)
21	9518	77	男	0	0	1(2)	0(2)	2	2(3)	1	1	1(2)	0(2)	2(3)	2(3)	

0: 正常距離, 1: 輕度病變, 2: 中等度病變, 3: 高度病變, () 一節

衛藤光明「水俣病の感覚障害に関する研究」(熊本医学会雑誌 68巻 3号 59～69ページ)

ここで、赤丸をつけたのが、所見があった2例というわけですが、この裁判のなかで、とんでもないものが見つかりました。それは、この論文にある8633番は、他の文献では、水俣病の所見が存在したになっていたということです。

実際の論文と書証で提出された論文の食い違い

乙第1162号証

ノーモア・ミナマタ
二次訴訟では、
乙イB第51号証

水俣病の全病理解剖例についての水銀の脳・肝・腎における動向と病変の程度について(1956~1989)

武内 忠男¹⁾、齋藤 光明²⁾、徳永 英博³⁾、滝澤 行雄⁴⁾

Mercury Levels of Brain, Liver and Kidneys and Pathological Change Grades of Brains in All Cases of Minamata Disease Autopsy from 1956 to 1982
Tadao Takeuchi, MD¹⁾, Komyo Eto, MD²⁾,
Hidehiro Tokunaga³⁾ and Yukio Takizawa, MD⁴⁾

8601	松○ 千○	74	女	S.60. 1.7	1120	0.05	0.05	0.09	0.05	1.5	0.03	0.14	0.09				胆管副配筋
8607	排○ 時○	79	男	S.60. 6.27	1220	0.15	0.03	0.09	0.03	1.5	0.03	3.3	0.20	◎	0	0	ATL
8627	平○ 山○	71	女	S.60. 7.21	1210	0.05	0.05	0.04	0.04	0.52	0.04	0.70	0.17				
8628	横○ 一○	57	男	S.60. 7.22	1420	0.03	0.02	0.03	0.03	0.23	0.03	0.40	0.16				アルブハイマー病・気管支肺炎
8632	嶋○ 嘉○	51	男	S.60. 7.26	1440	0.06	0.05	0.06	0.06	0.19	0.06	1.3	0.07				胃癌
8633	岩○ 一○	75	男	S.60. 7.30	1380	0.09	0.07	0.14	0.12	0.27	0.12	1.1	0.16				胃癌
8635	江○ 莉○	75	男	S.60. 7.30	1060	0.08	0.08	0.02	0.01	0.19	0.01	6.4	0.15				胃癌・肺がん・腎臓
8641	浜○ っ○	84	女	S.60. 8.11	1110	0.05	0.02	0.07	0.07	0.55	0.07	1.0	0.03				心筋梗塞・動脈硬化症

水俣病の全病理解剖例についての水銀の脳・肝・腎における動向と病変の程度について(1956~1989)

武内 忠男¹⁾、藤藤 史朗²⁾、神谷 基雄³⁾、渡澤 行雄⁴⁾

Mercury Levels of Brain, Liver and Kidneys and Pathological Change Grades of Brains in All Cases of Minamata Disease Autopsy from 1956 to 1989

0954	姓	フリガナ	性別	生年	身長	体重	BMI	血圧	血糖	脂質	尿酸	腎臓	肝臓	胆嚢	膵臓	大腸	小腸	膀胱	尿道	生殖器	その他
8607	津○	時○	79	男	S.60.6.27	1220	0.15	0.03	0.99	0.03	1.5	0.03	3.3	0.20	⊙	0	0				ATL
8627	平○	ハ○	71	女	S.60.7.21	1210	0.05	0.05	0.04	0.04	0.52	0.04	0.70	0.17							
8629	山○	一○	57	男	S.60.7.22	1420	0.03	0.02	0.03	0.03	0.23	0.03	0.40	0.16							アルブハイマー病・気管支肺炎
8632	鳩○	嘉○	51	男	S.60.7.26	1440	0.06	0.05	0.05	0.06	0.19	0.06	1.3	0.07							胃癌
8633	岩○	○	75	男	S.60.7.30	1380	0.09	0.07	0.14	0.12	0.27	0.12	1.1	0.16	○	1	1				胃癌
8635	江○	青○	75	男	S.60.7.30	1060	0.08	0.08	0.02	0.01	6.19	0.01	6.1	0.03							胃腸・肺腫瘍・痔創
8631	浜○	ッ○	84	女	S.60.8.11	1110	0.05	0.02	0.07	0.07	0.55	0.07	1.0	0.15							心筋梗塞・動脈硬化症

衛藤光明、ほか「水俣病の全病理解剖例についての水銀の脳・肝・腎における動向と病変の程度について（1956～1989）」（尚絅短期大学紀要別冊、1991年3月、27ページ）

下は藤野医師が、衛藤医師からもらった文献ですが、上は裁判に提出された同じ論文です。下の論文では水俣病の所見があることになっているのですが、裁判所に提出された論文では、ないことになっているのです。

彼は、裁判所に提出した文書で、空欄が正しかったのだと説明していますが、そうであれば、出版元に論文そのものを訂正するよう要請すべきであり、これではどちらが本当だかわかりません。

感覚障害があり、水銀沈着はあるが、水俣病の病理所見がないとされた例

- ・衛藤医師が「メチル水銀中毒症としての障害パターンを示さないが脳内水銀沈着を認めた例」とした例 症例6 (No.8309, 50 歳, 男)
- ・昭和42年から感覚障害あり。昭和51 年 月に顔面を含む左半身および右肘以下、右膝以下の感覚鈍麻。昭和53 年に両手・両足の、昭和55 年には顔面および四肢全体におよぶ感覚鈍麻。
- ・昭和59 年1月死亡。発症時期は記入されていないが、主剖検診断は脳出血。後頭葉その他皮質の細胞構築に異常を認めない。
- ・「脊髄神経根および末梢神経には軽度ながら感覚神経優位の病変を認める」
- ・総水銀値で脳0.20 $\mu\text{g/g}$ 、小脳0.73 $\mu\text{g/g}$ 、肝臓0.49 $\mu\text{g/g}$ 、腎臓7.61 $\mu\text{g/g}$ で、水銀組織化学反応は脳、小脳、肝臓、腎臓ともに陽性であった。

衛藤光明「水俣病の感覚障害に関する研究」(熊本医学会雑誌 68巻 3号 63ページ 1994年)

この論文で、衛藤医師が水俣病でないとした症例の臨床所見をみてみましょう。この一例を見ると、死亡時50歳の男性で、顔面と四肢に感覚鈍麻があったとあります。水俣病以外に考えにくい感覚障害の分布です。

末梢神経障害はほとんど認められず、しかも両側性感覚障害を呈した例

- ・症例15 (38 歳、男)
- ・昭和52 年11月の検診では全身の触覚鈍麻、頭頂部、肘以下、膝以下の痛覚鈍麻、55 6 月、肘以下、膝以下の触痛覚鈍麻、57 年6 月、前記の障害に胸以上の痛覚鈍麻が加わり、59 年10月、口周囲の痛覚鈍麻と四肢全体の触痛覚鈍麻を示した。深部反射はすべて正常範囲であった。
- ・病理学的に主剖検診断は、左中大脳動脈瘤破綻に伴う脳底面のくも膜下出血で、左大脳基底核中心部の血腫形成および脳室内穿破を認めた。さらに脳浮腫に伴う右鉤回ヘルニア、小脳扁桃ヘルニアが見られた。末梢神経には殆ど病変は認められなかった。

衛藤光明「水俣病の感覚障害に関する研究」(熊本医学会雑誌 68巻 3号 67～68ページ 1994年)

そして、この症例15番の38歳の男性は、全身の触覚鈍麻で始まり、その二年前の36歳頃には、口周囲、四肢に感覚障害を認めており、腱反射も正常とし、水俣病以外に考えにくい感覚障害分布です。

この2症例とも、これら感覚障害の原因を衛藤医師は特定していません。

そして、これらの記述自体が、彼の病理所見の感度が非常に低いことを証明していると言ってよいのです。2020年3月13日の福岡高裁での互助会、国賠訴訟、および、2018年3月23日の東京高裁での新潟水俣病、第三次訴訟で、原告患者らの敗訴の判決が下されましたが、それらの判決は、この論文の間違った結論を根拠の一つとしていました。

神経内科医

- 山本悌司医師（福島県立医科大学名誉教授）
- 松浦英治医師（鹿児島大学准教授）
- 濱田陸三医師（今村病院分院、鹿児島大学）
- 内野誠医師（熊本大学名誉教授）
- 松尾秀徳医師（国立長崎川棚医療センター副院長、長崎大学）

次に臨床の神経内科系の医師証人です。

このうち、山本医師は、水俣病患者の診察経験がありません。

松浦医師は、鹿児島でメチル水銀曝露を受けてきた患者住民を少なからず診ているはずですが、30年の医師生活の中で水俣病を疑ったのはわずか2名という方です。濱田医師は1980年代まで水俣病の研究をしていましたが、1990年代以降、特措法の診察をした以外は、ほとんど水俣病にかかわっていない方です。内野医師は熊本県の認定審査会会長です。松尾医師は、新潟の水俣病裁判に意見書を出していますが、そのなかに水俣病の診療・研究の形跡はありません。

水俣病の診断基準を持たない「専門家」証人

- 山本悌司氏：「診断基準を決めるというのは非常に学会員にとって難しい…水俣病でこの診断がこういうふうにもめてる段階で、診断基準を学会としては出すわけにはいかない…。」（2019年7/19・大阪地裁・証人調書76ページ）
- 濱田陸三氏：「水俣病の診断基準というようなものは自分になりにお持ちなんではないか」と聞かれて「それは持っておりません」と返答（2020年11/6・大阪地裁・証人調書40ページ）
- 松浦英治氏：水俣病の診断基準について聞かれ、「診断基準というものがないと思うんですけども」と返答（2020年10/9・大阪地裁・証人調書29ページ）

・ 共通診断書の診断基準の根拠は、「水俣病診断総論2016年版」（2016年12/7、熊本地裁提出）、「意見書」（2019年6/10、大阪地裁提出）に書いてある通り。

・ 自らの診断基準がない「専門家」が診断の是非を語ることはできないのは自明の理。

これらの医師のうち、山本、濱田、松浦医師は、尋問の中で、自分自身の水俣病の診断基準を述べることはできませんでした。

私達の共通診断書の診断基準とその根拠は、すでに裁判所に提出していますが、自らの診断基準がない専門家が裁判の証人となっているのです。