山本悌司医師

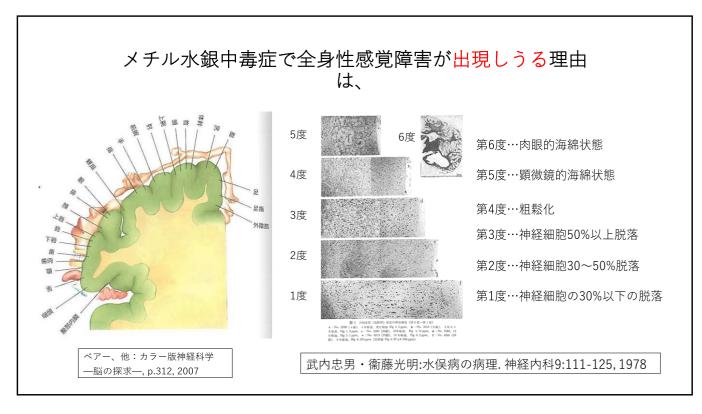
- 一般財団法人脳神経疾患研究所 総合南東北病院
- 福島県立医大名誉教授
- 日本神経学会神経内科専門医
- 脳卒中専門医、頭痛専門医
- 2016年6月28日 意見書 (互助会国賠訴訟 福岡高裁)
- 2019年7月19日 証人尋問 (互助会国賠訴訟 福岡高裁)

山本悌司医師は、互助会訴訟で証人として出廷し、他の裁判所でも意見書が出ています。

山本悌司氏の主張の誤り

- 水俣病患者、汚染地域患者の診察歴がなく、水俣病の特徴を理解していない。
 - 末梢神経障害による感覚障害の臨床経験をもとに主張を展開。
 - 感覚障害が連続的重症度で存在しうる水俣病における感覚定量の意義を全く理解していない。 (彼が扱ってきた末梢神経障害において感覚定量の意義が少ないと述べている。)
 - 慢性水俣病における感覚障害の主たる責任病変は大脳皮質にあるにもかかわらず、末梢神経伝導速度の客観性をことさらに強調する。
 - 間引き脱落機序による頭頂葉皮質障害の場合、感覚障害の境界不鮮明や感覚の変動性が存在するのは当然ということを理解していない。
 - 二点識別覚障害の感覚障害重症度における診断的意義を全く理解していない。
 - 水俣病における全身性感覚障害の存在を疑問視する。
- 山本悌司氏は神経内科の元教授であり、神経内科の専門医である
 - 神経内科の教授であったこと、神経内科専門医資格を有していることが、水俣病診断の役にも立っておらず、むしろ阻害要因となっている可能性を示している。

彼は意見書で感覚障害の見方についての意見を述べていますが、彼の意見の多くは、末梢神経障害の特徴を念頭に置いたものになっています。特に全身性感覚障害の存在を疑問視しているのには驚きました。 実は、この山本医師の尋問での発言自体が、日本神経学会の環境省からの照会に対する回答の1番目「神経内科専門医でなければ水俣病が診断できない」ということが間違っていることを証明しています。 山本医師が神経内科専門医資格を有する神経内科の教授であるにもかかわらず、水俣病診断に役立たないどころか、むしろその阻害要因となっている可能性が高いともいえるのです。



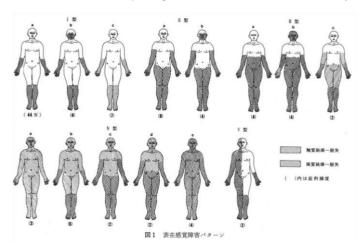
メチル水銀中毒症で全身性感覚障害が出現しうる理由は、専門家でなくとも、すぐに理解できます。 水俣病の重症者は、大脳皮質の神経細胞が脱落します。そして、大脳皮質は、手足、体幹、顔面など体の 部位に応じて、大脳皮質の担当領域が決まっています。重症では、皮質細胞が全体に脱落するのですか ら、手足先だけでなく、体幹部も感覚障害が出て、何の不思議もありません。

熊本、鹿児島、新潟の各大学で水俣病の認定審査にかかわった神経内科医の中に、全身性感覚障害の存在 を認知していた者も少なからずいたはずですが、それらの事実は、封じられてきたのです。水俣病をネグ レクトしたために、この重要な医学的事実は、神経内科の教科書にも記載されていません。

山本医師のような教授経験者、専門医が、この現象的にも理論的にも確立されたと言ってよい神経学に関する医学的事実を否定しているのです。教科書にも載っていない、診たことのない病気だったために理解できなかったからなのでしょうか、それとも理解したくなかったのでしょうか。このことは、行政施策が、医学的事実を覆い隠すという、医学史の中で特記されるべき現象ということができます。

通常、教科書にも記載されていない新たな医学的事実(ノイエス)というものは、医学者はこぞって発表したがるものなのです。水俣病においては、医学者らは、この数十年間、真逆の行動をとっています。このような現象は、行政の力が医学を圧倒してきた結果ということができるでしょう。

メチル水銀中毒症は全身に感覚障害をきたしうる



山本悌司福島県立医大名誉教授は、2019年7月19日、福岡高裁において、メチル水銀中毒症における全身性感覚障害の存在を否定し、内野・荒木による、上記感覚所見に疑問を呈する証言をおこなった。

辛生の口		か変動するも が変動するも	,診察の度毎に
早古の力	型	例数(%も同じ)	不安定型例数
	a	44	32
1	b	4	3
	c	7	3
11	a	8	6
	b	4	1
	a	4	3
m	b	4	2
	c	2	1
N	a	3	2
	ь	6	5
	c	1	1
	d	2	1
	e	4	2
	V	2	1
	害なし	5	

内野誠,荒木淑郎:臨床神経学,1984

そして、山本医師は、この内野・荒木論文の全身性感覚障害にも疑問を呈し、「メチル水銀による障害の程度が相対的に軽度である場合に全身性の感覚障害が中心後回の障害を原因として生じたのかについては、慎重な検討を要する」という、2020年3月の互助会訴訟における福岡高裁の誤った判決につながりました。

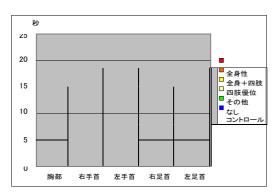
同判決は「内野研究では、患者の具体的詳細は明らかでない」としていますが、実際には、内野医師の示した結果は、浴野(えきの)医師によっても私たちによっても追認されており、中心後回の障害による全身性感覚障害の存在は明白です。

四肢末梢性感覚障害と全身性感覚障害の関係

触覚障害タイプと微小触知覚の触覚閾値

6.00 ■全身性 5.00 ■全身+四肢 4.00 □四肢優位 size =log[g]+4 □その他 3.00 ■なし 2.00 ■コントロール Evaluator 1.00 0.00 ₹: 1 � * 邠 E//

触覚障害タイプと振動覚閾値



メチル水銀中毒症の感覚障害は、病態的には、頭頂葉の全身の感覚野領域がメチル水銀の影響を受けうる。 症候的には、軽い時は四肢末梢優位、より重症になると全身型の感覚障害をきたしてくる。

重岡伸一ほか、第49回日本神経学会総会(2008年、横浜)

それから、彼は末梢神経障害の経験から感覚定量の意義はないと述べましたが、水俣病では違います。このように、定量化をすることで、水俣病における四肢末梢優位の感覚障害と全身性感覚障害が連続的な現象であることを示すことができたのです。

左の図は、筆による表在感覚障害の診察結果と、その人に対するフォン・フライの触毛による 感覚定量結果との関係を示したグラフです。

横軸は体の部位、縦軸は触覚の敏感度を数値化したものです。縦軸は対数表示になっていて、4.0 が1グラム、5.0が10グラム、3.0が0.1グラムを表しています。1目盛りが10倍を表します。赤い棒グラフ筆による触覚検査で全身性の感覚障害を示した人、黄色は四肢末梢優位の感覚障害のみを示した人です。感覚障害を認めなかったコントロール地域での感覚定量結果は青の棒グラフになります。ここでコントロールとの差を見ると、全身性の人たちは手足の指だけでなく口唇や胸でも当然のことながら約数10倍から100倍の触覚の低下を示しています。

しかし、興味深いことに、四肢末梢優位の感覚障害を示している黄色の人たちも、手足の指の感 覚の低下だけでなく、口唇や胸部での感覚も低下しています。このように、通常の診察方法では 四肢末梢優位の感覚障害でありながら、潜在的には体幹や顔面にも感覚障害を有しているとい うことがわかります。

同様の事は、右側の振動覚閾値検査との比較でもわかります。振動覚の場合は数値が高い方がより敏感ということになりますが、四肢末梢優位の感覚障害のみを認めた人でも胸部での触覚閾値が低下しています。

水俣病の全身性感覚障害と四肢末梢優位の感覚障害の間には連続的な関係があることがわかります。通常の診察で全身性感覚障害とされた人も四肢末梢優位の感覚障害とされた人も、 定量的感覚検査では、全身均等に感覚が低下し、その程度が違っていたということなのです。このような事実は、感覚定量化なしに明らかにすることはできませんでした。

専門家といえども前提としての知識や経験がないと、間違うという例です。

松浦英治医師

- 鹿児島大学大学院准教授
- 医歯学総合研究科 脳神経内科・老年病学
- 日本神経学会神経内科専門医
- 日本老年医学会老年医学専門医
- 2017年5月29日 意見書 (互助会国賠訴訟 福岡高裁)
- 2019年7月29日 証人尋問 (互助会国賠訴訟 福岡高裁)
- 2019年8月26日 意見書 (ノーモア近畿訴訟 大阪地裁)
- 2020年10月9日 証人尋問 (ノーモア近畿訴訟 大阪地裁)

次は鹿児島大学准教授の松浦医師です。彼は、福岡高裁とノーモア近畿訴訟に出廷しています。

松浦英治氏の「器質性疾患と非器質性疾患を見分ける」ことに関する主張

- 1. 感覚検査において、「自分は神経内科の専門家として微妙な症例について見分けられる」とし、「やけどや骨折などの顕著な症状がある」ことなどを強調した。 →自身の経験した末梢神経障害などを根拠していると思われるが、中枢性感覚障害についての考察はない。
- 2. 神経学的診察を行うたびに感覚検査の結果に大きな変化が見られると非器質性である →松浦氏は、メチル水銀曝露を受けた人々において、どの程度の変化が現れうるかを確認 したことはないはず。
- 3. 感覚障害の分布が皮膚の支配領域と一致せず、解剖学的に説明できないと非器質性である →松浦氏は、頭頂葉皮質の間引き脱落機序に起因する水俣病における感覚障害の責任病巣 について述べておらず、松浦氏自身が水俣病を診断できないと述べていることになる。
- 4. 感覚障害の内容程度に見合った日常生活上の支障が認められないと非器質性である →明確なエビデンスのない主張で、メチル水銀曝露を受けた人々で、異常とADLの関係を 調査したことはないはず。

松浦医師はことさらに非器質性疾患を見分けることを強調していましたが、メチル水銀曝露を受けた人々のデータは一切ありませんでした。水俣病は器質性疾患ですが、メチル水銀曝露を受けた人と受けていない人を比較することなしに、水俣病の器質的障害の症候の性格を知ることはできません。松浦医師は、水俣病患者やメチル水銀曝露を受けた人のデータを一切参照することなく、彼の持つ他の神経疾患の知識によってメチル水銀被曝露者の症候が器質的であるか否かを判断しているのです。これは方法論的に根本的な誤りです。

松浦医師は、感覚障害の分布が皮膚の支配領域と解剖学的に説明できないといけないと言いつつ、頭頂葉皮質の間引き脱落機序に起因する水俣病における感覚障害の責任病巣について述べておらず、自己矛盾に陥っています。

そして、感覚障害の内容や程度に見合った日常生活上の支障が認められないと非器質性であると述べています。

医学では、感覚障害などを機能異常とし、それによる日常生活障害ADLは能力障害として区別するのが常識なのですが、この考え方では、感覚障害の有無の判断に、ADLが割り込む可能性を許容することになります。

しかも、彼自身、水俣病における感覚障害とADLの関係を調査した形跡はありません。

松浦医師は、30年間に2人水俣病を疑った? (2019年7月29日、互助会訴訟福岡高裁)

- (「今まで一度も水俣病を疑ったことはなかったか」という質問に対して) 「実は疑ったことはあります、実は。ですけども、曝露歴がなかったです。だから、本当はとったらあるのかもしれません。ですけど、この症状から水俣病かもしらんなと思うことが、実は今までの長い、30年から診た中で2人ほどいます。ですけど、それは原因が不明で終わってしまいました。
- 高岡が診た患者の中で、鹿児島大学病院受診歴のある一人の患者は、松浦 医師から「あなたが水俣病ということはわかっている」と言われた。そして、別の一人の患者は松浦医師から「あなたの症状は水俣病の症状としか 考えられない」と言われたと高岡に述べた。
- ・松浦医師は、認定審査にかかわる診察、特措法にかかわる診察をしたことがないのか?→その疑問は、2020年10月大阪地裁で明かされる。

松浦医師の互助会訴訟での証言では、これまで30年の医師生活の中で2人ほど水俣病を疑った以外、水俣病を疑いもしなかったとのことです。

しかし、私の知っている鹿児島在住の患者の中で、一人の患者は、鹿児島大学病院で松浦医師から「あなたが水俣病ということは分かっている」と言われ、別の一人の患者は鹿児島大学病院で松浦医師から「あなたの症状は水俣病の症状としか考えられない」と言われたと私に述べています。

ということは、私の知っているこの二人の患者以外は水俣病を疑わなかったということ になるのでしょうか。

鹿児島県における水俣病認定審査状況(2008年)

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
		公健法認定	医療 手帳 (1996)	保健 手帳 (1996)	新保健 手帳	治研手帳	4、艺术	(1)~(4)	40歳以 上人口	(7) —
		患者数	交付 者数	交付 者数	交付 者数	申請者交付者	(2004)	の合計		(8)
阿久村	出水市	379	1,377	172	1,283	1,310	1,334	3,211	33,878	9.5%
	阿久根市	4	25	7	132	84	99	168	16,182	1.0%
	長島町	83	503	91	722	347	527	1,399	7,633	18.3%
海	その他	24	308	31	1,118	437	499	1,481		
	合計	490	2,213	301	3,255	2,178	2,459	6,259		

特措法施行前の2008年、鹿児島県には約6千人の認定患者あるいは救済対象者がいました。 この人たちのほとんどは松浦医師が所属している、鹿児島大学・神経病学・老年医学講座、 旧第三内科の医師から診察を受けていたと思われます。

大阪地裁では松浦医師は、数十名の申請患者を診ていると証言しました。そのうち彼は水 俣病を一人も疑わなかったということですから、メチル水銀の健康影響はなかったと判断 したということになります。 鹿児島県における 水俣病特措法処分 状況



2012年までに特措法によって、18000人弱の人が救済されています。

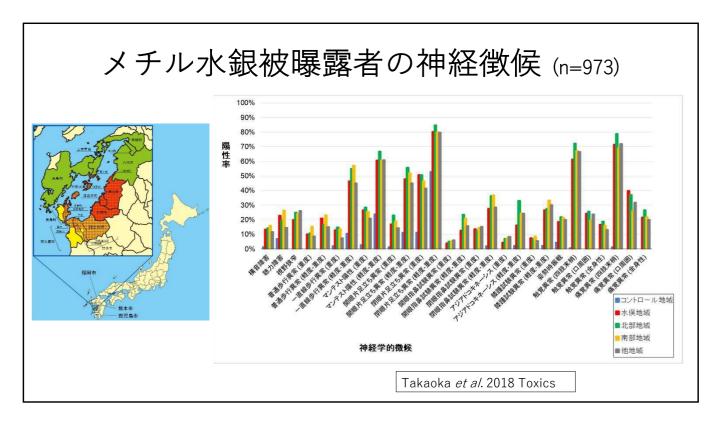
この人たちのほとんども松浦医師の所属する旧第三内科の医師から診察を受けていたと思われます。 松浦医師が、これら万単位で存在している患者を非器質性疾患と考えているのでしょうか。

松浦医師は、認定審査会・特措法での診察を行った際、水俣病を 疑いさえもしなかった。(2020年10月9日、大阪地裁)

- 30年間で水俣病を疑った2人は、主訴がメチル水銀中毒関連ではなかった。
- 認定審査会・特措法での診察を行った際、水俣病を1例も疑わなかった。
- 松浦氏は、裁判所での証言で、私たちの診断書について「画一的」であると述べ、患者を診る前から疑いまなざしを向けていることが判明。

「そこに診断書がついてくるんです。それは水俣とかの、幾つかの病院が大体ほとんど同じなんですけども、その病院がほぼほぼ100パーセントといいますか、99パーセントかほぼ全部かもしれませんけど、少なくとも四肢末梢優位の感覚障害,運動失調などを認めるという文言がもうほぼ間違いなく入ってるものですから、ここの項目を書くときに、ああ、いつもの文言で、いつも画一的な神経所見が書かれてるというあの文言を思い出したために、少なくともというフレーズをそのまま書いてしまったんですけどもし

一昨年の大阪地裁の証言で、松浦医師は、私たちが提出した水俣病の診断書について、「ほぼほぼ100パーセントか99パーセントか、少なくとも四肢末梢優位の感覚障害,運動失調などを認めるという文言がもうほぼ間違いなく入ってる」のを見て、「ああ、いつもの文言で、いつも画一的な神経所見が書かれてる」という感想を述べました。彼の証言からすると、彼は認定申請を受けた患者のうち一人も水俣病を疑わなかったことになります。私たちは一人ひとりをみて診察し診断しています。画一的といわれるゆえんはありません。原告に書いた共通診断書に同一のものはありません。診断書には四肢末梢優位の感覚障害,運動失調などを認めるという診断根拠を書いているのですが、そのことをもって、画一的と決めつけています。また、松浦医師のこの発言は、広範な汚染の実態というものを全く認識していないか、無視しているか、いずれかを意味しているということでもあります。



これは大検診の結果ですが、非器質性疾患で、このような複数の診察所見が集団のなかで、これほどコントールとの差を持ちながら、一定の傾向をもって出現することはありえません。

触痛覚の感覚障害のない人も2~3割存在し、個々の患者住民の神経所見は様々です。感覚障害のなかった人は、認定申請をしていない場合が多いので、その診断書が彼の眼に触れなかっただけのことです。

鹿児島大学神経病学-老年医学講座の医師は、手足のしびれ感を訴える患者を診たとき、水俣病を鑑別診断に入れているのだろうか?

理由1. 教室員の中ではトップクラスであるはずの松浦准教授は、2019年7月の福岡高裁で、 臨床神経学における数少ない水俣病の臨床症候を記述した原著論文である1984年の内 野・荒木論文を読んでいなかったと証言した。

理由2. 松浦准教授は、私たちの診断書について「画一的」と述べ、患者を診る前から疑いまなざしを向けていた。そして、これまで松浦医師の30年以上にわたる臨床経験で多数診察してきたであろう、鹿児島県の水俣病認定申請患者について、

一人も水俣病を疑うことさえもしなかったことが証言より

明らかになった。

理由3. 松浦准教授の所属する教室の主任教授を含めた医師が、2014年の日本内科学会誌に書いた論文「高齢者の手足しびれ感の診断のポイント」(日内会誌103:1876-84 2014)には、メチル水銀中毒症(水俣病)が鑑別診断に掲載されていない。⇒

私が驚いたのは、福岡高裁で、松浦医師が、1984年の内野・荒木論文を読んでいなかったと証言したことです。

そして、松浦准教授の所属する教室の主任教授を含めた医師が、2014年の日本内科学会誌に「高齢者の手足しびれ感の診断のポイント」という論文を書いていますが、ここに水俣病が鑑別診断として記載されていません。このようなことから、鹿児島大学神経病学・老年医学講座の医師が、手足のしびれ感を訴える患者を診たとき、水俣病を鑑別診断に入れていない可能性が疑われます。

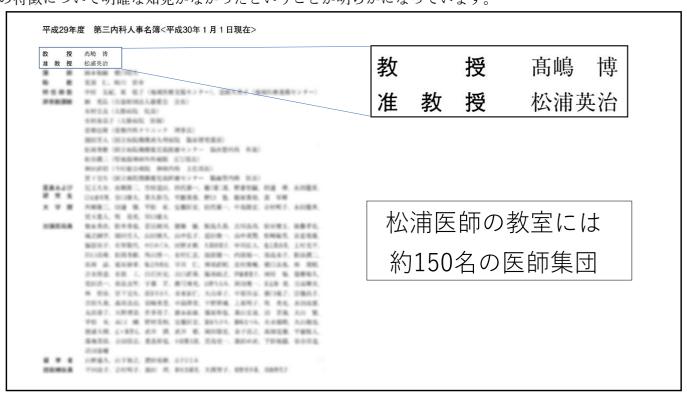
松浦英治氏の尋問の特徴

(2020年10/9大阪地裁)

- 水俣病患者をほとんど診たことがなく、専門的研究もしていない。
- 水俣病の診断基準について、明確な意見がない。
- 水俣病の感覚障害の特徴について、明確な知見がない。
- 意見書で、「水俣病は大脳皮質の器質的障害であるから、水俣病の症状は変動しないはず」としていたが、「神経細胞が死なない程度の障害もありうる」ことを認めた。
- 間引き脱落の話で、死んでしまう細胞もあれば、死なずに残る細部もあるということに結びつくかという質問についても、それを肯定した。
- 意見書で「器質的疾患と非器質的疾患の鑑別」を強調していたが、神経病理学的な知見と比べて不合理な所見があるだけで、直ちに非器質性と判断してはいけないのではと聞かれて「そのとおり」と認めた。
- 感覚を定量する方法があればよいと思うが、「その方法がない」と主張する。

松浦医師は、数々の認定申請患者の感覚所見をどう取り、どの症状で感覚障害があると解釈したのでしょうか。

彼自身も感覚障害があるとした患者がいたのかいなかったのか、そして感覚障害を認めた時は、それを何の病気と考えたのでしょうか。 2020年10月の大阪での松浦医師の証言から、水俣病患者をほとんど診たことがなく、専門的研究もしておらず、水俣病の診断基準について明確な意見がなく、水俣病の感覚障害の特徴について明確な知見がなかったということが明らかになっています。



これは2017年度のかれの教室員の名簿ですが、高嶋教授と松浦准教授の下には、約150名の医師が存在するのです。水俣病認定申請患者たちがこれらの医師によってどのような心構えでどのように診察されているのかが、大きな問題だと思います。

濱田陸三医師

- 鹿児島大学卒業
- 医歯学総合研究科 脳神経内科 · 老年病学
- 日本神経学会神経内科専門医
- 日本老年医学会老年医学専門医
- 2014年10月7日 意見書 (ノーモア二次訴訟 熊本地裁)
- 2020年10月30日 証人尋問 (ノーモア二次訴訟 熊本地裁)
- 2017年8月8日 意見書 (ノーモア近畿訴訟 大阪地裁)
- 2020年11月6日 証人尋問 (ノーモア近畿訴訟 大阪地裁)

次に濱田陸三医師です。

濱田陸三氏の尋問の特徴 (2020年10/30熊本地裁、2020年11/6大阪地裁)

- 濱田氏は、自分の水俣病診断基準を有していない。
- 水俣病の研究は、平成元年頃の報告が最後。
- それ以後、水俣病にかかわったのは、特措法検診のみ。
- 意見書で、「共通診断書では所見が足りない」と述べていたが、尋問ではそのことを立証できず、 診察範囲も医師団とそれほど変わりないことが判明した。
- 「四肢の各部位は胸部よりも触痛覚刺激に鈍感である」との意見が、根拠のない証人独自の見解であることが判明した。
- 診断にあたり局在診断が重要だとしながら、水俣病の病変部位について明確にできなかった。
- 水俣病で全身性の感覚障害がありうることを認めた。
- 必要としていた神経検査チャートを彼自身が使用していないことを認めた。
- 意見書では、「水俣病の失調は小脳失調」としていたが、感覚性失調もありうることを認めた。

濱田医師も、自分の水俣病診断基準を持たず、水俣病の研究は、平成元年頃の報告が最後で、それ以後、水俣病にかかわったのは、特措法検診のみと証言しました。

濱田医師は意見書で、「共通診断書では所見が足りない」と述べていましたが、尋問ではそのことを立証できず、診察範囲も医師団とそれほど変わりないことが判明し、彼が共通診断書を批判する根拠は、証人尋問で次々と崩れたということができます。

また、「正常者において、四肢の各部位は胸部よりも触痛覚刺激に鈍感である」との驚くべき意見を述べていますが、証言の中で、この見解の根拠を明らかにすることができませんでした。

内野誠医師

- 熊本大学神経内科 名誉教授
- 医療法人城南ヘルスケアグループ熊本南部広域病院理事長・院長
- (互助会義務付訴訟 熊本地裁) • 2020年12月21日 証人尋問

内野医師は2020年、互助会の義務付け訴訟に出廷しています。

内野医師:全身型の感覚障害は「特殊?|

弁護士:基準になるところを決めるということは、何の意味があるんですか。

内野医師:ほとんどの方は全身一様に落ちることはないです。

弁護士:基準を決めることに何の意味があるんですか。

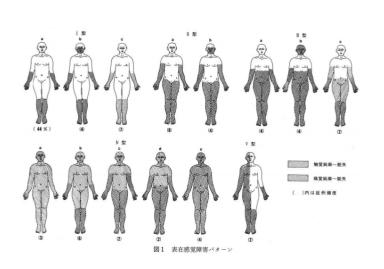
内野医師:水俣病の診断に当たっては,四肢末梢優位の感覚障害があるかないか ということは非常に大事なんです。

弁護士:全身型だと分からないんではないですか。 内野医師:全身型の場合, だから特殊な場合です。

実際は「多数ではないが、特殊ではない」

一昨年、内野医師は裁判所で全身型は特殊と証言しました。

メチル水銀中毒症は全身に感覚障害をきたしうる



の分		とうけているが、 Eが変動するも	
	<u>52</u>	例数(%も同じ)	不安定型例数
	a	44	32
1	b	4	3
	С	7	3
п	a	8	6
	b	4	1
	a	4	3
m	b	4	2
	c	2	1
N	a	3	2
	b	6	5
	c	1	1
	d	2	1
	e	4	2
v		2	1
感覚障害なし		5	

内野誠,荒木淑郎:臨床神経学,1984

しかし、内野医師は1984年に認定患者100人中16人に全身性感覚障害を認め、そのうち7名は全身均等 型であったとしました。

7%は全体からすると少数かもしれませんが、決して特殊ではありません。