

2021 年 10 月 1 日号

一般社団法人 被曝と健康研究プロジェクト
<http://hibakutokenkou.net/>

水俣、 原発・放射能 ある神経内科・ 精神科医の軌跡

高岡 滋 2～15 頁

高岡氏の論文は「精神科通信」7号に掲載されました。ご本人の了解を得て本誌に掲載します。

同封の振替用紙は、年会費用とご寄付用の兼用です。よろしくお願います。

- ◆ 「LETTER」の内容についてのご意見は下記へお寄せください。
一般社団法人 被曝と健康研究プロジェクト 代表 田代真人
〒325-0302 栃木県那須町高久丙 4 0 7 - 9 9 7 ☎0287-76-3601
Eメール：masa03to@gmail.com

私にとっての精神科・心理臨床とその未来

高岡 滋

熊本県・神経内科リハビリテーション協立クリニック神経内科医・精神科医

私は1961年に山口県玖珂郡（現・岩国市）周東町の盆地に生まれ、1985年に山口大学医学部を卒業して熊本県民主医療機関連合会の医療機関に勤務してきました。卒後6年間一般内科の研修をおこない、その後2年間、順天堂大学脳神経内科で専門研修を受けました。熊本大学神経精神科出身で水俣病の臨床と研究の第一人者である藤野紘先生が定年退職されたクリニックの後を引き継ぎ、2002年5月から院長となりました。

この間の私の経験を通して、新型コロナウイルスによるパンデミックという、人類が直面している危機の中で考えていることを記させていただきます。

1. 神経内科医として

私が1985年に医師になって初めて勤務したのは、熊本市内のくわみず病院、2年目は水俣市にある水俣協立病院でしたが、両病院とも内科だけでなく、精神科の患者さんも来院していました。1989年から再び2年間水俣協立病院に勤務しました。水俣協立病院での勤務中に、数多くの水俣周辺地域の患者の診療をおこないましたが、第一次医療で接する様々な内科疾患の診療を行ってきました。

当時の水俣協立病院で診療の印象は、患者さんのほとんどの通院目的は水俣病以外の疾患であったにもかかわらず、漁業者であるかどうかに関係なく、多くの患者が手足のしびれ、こむら返り、ふらつきなどの水俣病にみられる症状を日常的に訴え、様々なレベルの感覚・運動などの神経系の異常を有し、そのほとんどが水俣病の認定を受けていなかったということでした。水俣周辺地域では地域全体にメチル水銀汚染を受けた人々が数多く存在し、水俣病の症候が、さまざまな重症度を持ちながら、人々の生活の中に埋もれていることがわかりました。

水俣病は主として神経系が障害される疾患であるため、私は神経内科の研鑽を積むことを目的に、1991年から2年間、東京都文京区の順天堂大学脳神経内科で研修を受けました。そこでは、パーキンソン病などの変性疾患、脳血管障害、腫瘍性疾患、脱髄疾患、筋疾患、髄膜炎、膠原病に伴う神経障害など、数多くの神経疾患の診療を経験することができました。神経内科では、神経系の各機能をみる診察所見の種類が数多くあります。そのため、個別鑑別診断が重視され、ある疾患を疑った時も、同様症候を示す他疾患の存在によって当該疾患を否定するという手法がとられていまし

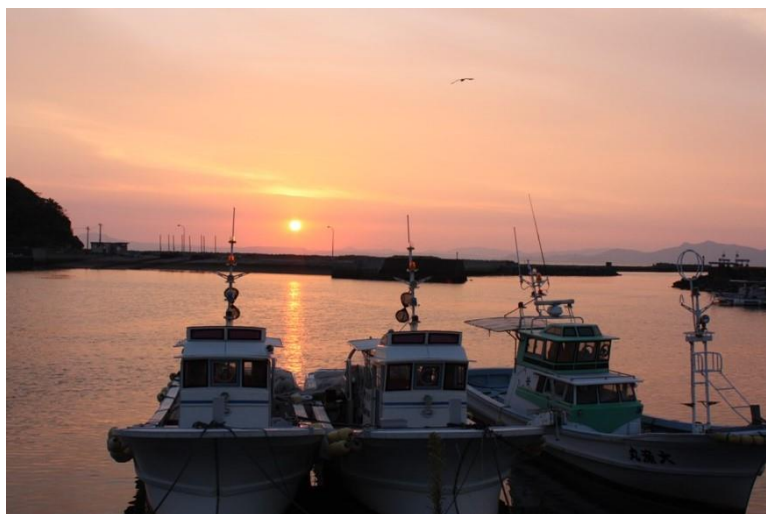


1978年、チッソ水俣工場前に設立された水俣協立病院。手前は当時の水俣駅

た。神経疾患には希少なものも少なくなく、このような手法はうなずけるものでした。もっとも、水俣病などの環境汚染に起因する神経疾患を経験することは皆無でした。私は、順天堂大学での研修期間中に神経内科の専門医資格を取得し、1993年5月に水俣協立病院に帰任しました。

その後、水俣病に関してデータを得やすいものから取り組もうと考え、メチル水銀中毒症にみられるこむらがえり（からすまがり）の頻度について、水俣協立病院の外来受診者からアンケートをとることにしました。1994年に、外来患者を「認定者」、「水俣病認定されないが、感覚障害があり、医療費を援助された救済対象患者」、「その他の患者」に分けて分析し、熊本市内の医療機関に通院する患者と比較して、こむらがえりの発症時期、部位、頻度などを分析した結果、水俣ではこむらがえりの頻度が異常に高く、上肢や体幹など、下肢以外の部位にみられることも多く、「認定者」と「救済対象患者」とで、その発症時期や頻度等にほとんど差がないことがわかりました(1)。

こむらがえりの調査は、その後も1971年に藤野医師らが調査対象とした袋中学校の元生徒(1997年)と非汚染地域(1998年)を比較して行い、その結果は、第5回水銀国際会議(リオ・デジャネイロ)で発表しました(2)。その際に、メチル水銀の胎児影響について論争をしていたデンマークのグランジャン医師(当時南デンマーク大教授、その後ハーバード大教授)と米国のマイヤース医師(ロチェスター大教授)と会うことができました。



水俣丸島港に停泊した漁船と夕日

1999年には、こむらがえりだけでなく、他の運動・感覚・知的・精神症状にまで範囲を広げて自覚症状を調査しました。その結果、「認定者」と感覚障害があり医療費を援助された「救済対象患者」の間では、症状の出現率がほぼ一致するということを見出しました(3)。このことは、認定されていない「救済対象患者」の症候が決して軽くないことを示しています。

個々の患者をみている時は印象でしか分からないメチル水銀被曝者の健康影響の特徴を数値として確認することができ、統計学的なデータが患者の病態をみていく上で重要であるということに気づきました。このような、他疾患で当たり前に行われる研究も、水俣病においては、非常に少ないのです。

国の水俣病診断基準である、いわゆる昭和52年判断条件は、水俣病と診断するためには、曝露条件に加えて、四肢末梢の感覚障害だけでなく、運動失調や視野狭窄などの他症候を必要とするとしてきました。1979年の水俣病第二次訴訟熊本地方裁判所判決以降、数々の裁判で、この昭和52年判断条件は否定され、水俣病は曝露条件と四肢末梢優位の感覚障害の存在によって診断できるという見解を支持する判決が出され、日本精神神経学会も、昭和52年判断条件が医学的根拠をもたないという調査結果を発表してきています(4)。一方、感覚障害の病態はそれほど詳細には調査されていませんでした。

1990年代後半、熊本大学解剖学教室の浴野成生教授は、大脳皮質性感覚障害として二点識別覚などの検査を施行し、メチル水銀汚染地域の患者では四肢末梢も体幹部も含め全身で同程度の異常

を示すことを見だし、メチル水銀中毒症の感覚障害が脳皮質障害に由来すると主張しました(5)。1998年頃、浴野教授と二宮正医師から感覚定量的の方法を知った私は、二点識別覚以外にも、von Freyの触毛による感覚、振動覚、位置覚を定量化する方法を、メチル水銀曝露を受けた人々に対して、実際に適用していくことにしました。ただし、感覚検査の定量化は、検査の種類が多くなると、医師や患者の負担が大きくなるため、実際の現場で効果的にデータを取得できる方法を用いて、可能な限り、これらの定量的感覚検査を行うようにしました。

このように感覚検査を数値化すると、患者の重症度がわかりやすく、病態解明の手がかりとなります。しかし、数値化された検査法が従来からの感覚の診察方法と比較して、全面的に優れているとは限りません。そのため、私は、従来から行われている筆による触覚検査の結果と定量的感覚検査の結果とを比較してみました。その結果、それぞれの感覚の悪化の程度は全体としては平行しているが、個人差もありました。また、二点識別覚が正常範囲内でも、筆による触覚検査では異常が見いだされる場合も少なくないこともわかりました。浴野教授の研究によって明確にされた、慢性メチル水銀中毒症の感覚障害の責任病巣が脳皮質にあることについて、更に多くの症例で検討することになりました。

その頃、放送大学の授業で、知覚心理学の分野で心理物理学(精神物理学)が様々な感覚閾値を求める手法であることを知り(6)、2000年5月に静岡理工科大学の宮岡徹助教授(当時)を訪ね、皮膚の触覚メカニズムや触覚閾値の求め方を学びました。このときに宮岡先生が行っていた精密研磨紙を用いた微細粗さ検査(7)をメチル水銀被曝露者に応用して、2000~01年にデータを取り、ロチェスター大学のマイヤース教授にそれを論文化するための指導を受け、2004年、私の最初の医学論文(8)として発表しました。

2004年の関西訴訟最高裁判決後、数多くの住民が水俣病の検診を受けるようになりました。医学は、患者や住民からの情報・データによって発展します。これまで行ってきた自覚症状、通常感覚検査、感覚の定量化の手法を生かすことにしました。そして、2004年の最高裁判決後に水俣病検診を受けた患者の自覚症状、神経所見、定量的感覚障害所見などを受診者の神経系合併症の有無別に分類し、汚染のない非汚染地域住民のデータと比較し、その結果が2008年、Environmental Research誌に掲載されました(9)。この論文は、汚染地域住民の症候や感覚障害などの病態を明らかにし、その原因を他の神経疾患に帰することはできないことを示しました。この研究によって、長期のメチル水銀曝露によって四肢末梢優位または全身性の感覚障害が出現し、その責任病巣が主として中枢神経にあることがさらに確実なものとなりました。

2004年の最高裁判決以降の10余年で、私達は1万人以上の住民を検診しておりましたので、2016年10月に朝日新聞の協力を得て、その結果を解析し、発表しました(10-12)。この解析では、メチル水銀曝露を受けた人々は、調査時点の居住地にかかわらず、ほぼ同様の自覚症状や神経所見の出現傾向を示していました。多数の住民が軽症から重症までさまざまな自覚症状や神経所見を示していますが、その臨床像は非汚染地域の住民と明らかな有意差を示し、しかも被曝露集団の間でどの集団を比較しても、自覚症状、神経所見の出現傾向が極めて類似し、メチル水銀曝露以外の要因でこれを説明することはできないことを示しました。また、医師の診察によって感覚障害が認められなかった住民においても、メチル水銀中毒症の健康影響が存在することも示唆されました(12, 13)。

2. 医学の基本構造からみたメチル水銀中毒症

私は、最初の頃、臨床や疫学の研究手法を十分に理解せず、町医者としての仕事をしながら患者のデータをとっていましたが、少しずつ研究手法を理解していくことができました。ただ、メチル水銀中毒症は、他の疾患と異なり、臨床研究にしても疫学研究にしても先行研究が非常に少ないため、環境汚染事例での見本になる前例に倣うだけではなく、自分でその手法を編み出さなければなりませんでした。しかも、自分の時間のほとんどは日常臨床で占められているのですから、残りの時間でそれをしなければなりません。



水俣病患者を診察する藤野紘医師

熊本大学や鹿児島大学の先生方は、1970年代後半からは、ほとんどのメチル水銀中毒症を無視し、まとめられたデータはごくわずかなものにすぎません。実際には、満足な研究もなされてこなかったにもかかわらず、神経内科専門医などで構成された認定審査会は認定申請患者をことごとく棄却し、裁判では、国側の神経内科医等の証人は、根拠となるデータなしに、私達の診断が不十分あるいは間違っていると主張するのです。

メチル水銀中毒症、水俣病は、他疾患と大きく異なり、正確な臨床像、病態、疫学データなどが教科書に記載されていません。これは、神経学の権威の中の一部の方々が、メチル水銀中毒症を適切に医学の土俵で扱ってこなかったことによるのですが、このことによって、私達は、そもそも診断・鑑別診断とは何か、医学的推論はどのようになされているのかという基本に立ち戻って、物事を考えざるを得ない立場に追い込まれました。しかし、そのおかげで、「そもそも診断基準はどうあるべきか」、「神経疾患における病理所見・画像所見・生理学的検査所見・臨床所見の関係をどう考えるべきか」、「広範な環境汚染による毒性物質の人体影響についてどう解明するか」など、多くの医学的手法を広くその基本に立ち戻って学ぶことができたのです。

これらの基本的事項の中で最も重要なことは、その疾患ごとに帰納法と演繹法の両方が的確に組み合わされて、医学的推論がなされるということです。医師は、必ずしも自覚することなくこの二つの手法を使って、疾患の診断や治療を、試行錯誤しながらも、適切に行っているのです。

「木を見て森を見ず」の姿勢では、このことが理解できません。低濃度から高濃度までの毒性物質による長期曝露による、軽症から重症までの疾患というものは、その総体的病態としての「森」を観察することなしに、その病態を十分に解明することは困難なのです。「森」を見ることによって、「木」のなかにその影響を見出すことができるのです。国側医師（ここでは、昭和52年判断条件等を是認する医師を指します）の方々は、メチル水銀中毒という「森」の性格を自ら十分に探求・考慮することなく、一つひとつの「木」を「診断困難」と決めつけてきたのです。私達は、「木も見て、森も見ろ」ことによって、多くのことを解明してきました。

メチル水銀曝露を受けた人々の病態を観察せず、メチル水銀中毒症を説明しようとしてきていること、そして、自分の主張を医学的根拠のない昭和52年判断条件にあわせようとする国側医師の

態度は必ず矛盾を引き起こし、結局のところ、「患者の自覚症状はあてにならない」、「感覚障害は主観にすぎない」という主張に行き着きます。

医師というものは、そもそも疾患を解明し、その治療、予防に資するということが本来の任務であるにもかかわらず、学会という自らの主戦場で医学的議論を展開することなく、国がお膳立てした場面（行政認定関連、裁判関連の場面）で、メチル水銀中毒症の診断を否定あるいは診断困難性を主張し続けているのです。これは、医学者が、十分な情報収集や研究もせずに、相手の主張を否定し、それがうまくいかなければ「不可知論」を語るという、医学者の使命とは真逆の行為です。

3. 神経内科専門家とメチル水銀中毒症

メチル水銀中毒症では主として神経系が障害される為、神経内科の病気とされています。しかし、水俣病発見当時、日本に神経内科の学会はありませんでした。

日本神経学会の創立にかかわった椿教授は、日本の神経内科学の進歩に貢献し、人格的にもすぐれた人物と評されています。椿教授は1965年に新潟水俣病を発見し、疫学調査の後、当初は、主徴候が感覚障害のみの水俣病が存在するとしていました(14)が、のちにその態度を変えることとなります。椿教授が、昭和52年判断条件作成にかかわっていたことは間違いありません(15)が、それが医学的に大きな矛盾を含んでいたことに気づいておられなかったはずはないでしょう。

国側医学者に一貫している水俣病に対する不誠実な態度は、1966年の日本内科学会での徳臣晴比古医師の「水俣病志願者」発言(16)に始まりますが、昭和52年判断条件が旧環境庁で検討され始めた時期の1974年、「神経研究の進歩」誌に掲載された椿教授の「水俣病の診断に対する最近の問題点」(17)という論文にその誤謬の本質を見ることができます。この論文において、椿教授は、メチル水銀被曝者や水俣病患者に関するデータを何一つ提示することなく、他疾患（糖尿病、変形性頸椎症）や高齢者における様々な症状の中から四肢の感覚障害のみを論じ、結論として、水俣病が一般的に他疾患から鑑別診断していくことが困難であると断じました。

メチル水銀中毒では、感覚障害は四肢末梢のみならず、口周囲、体幹に出現することも多く、その発症様式・経過にも特徴があります。他の自覚症状、神経所見を伴うことも多く、発症様式も考慮すると、他疾患とは異なった病状を示すものがほとんどです。肝心のメチル水銀中毒症の病態を提示することなく、他疾患や高齢者における様々な症候の中から四肢の感覚障害のみを取り出して、その存在割合を論じ、診断困難という一般的見解を提示したのです。

実際には、他疾患や高齢者との相違や鑑別は、疫学的検討を含め、メチル水銀の曝露のあるものとないものの症候を比較検討していくことにより、解決可能なことでした。椿医師は、疫学調査の重要性を認識していたと思われませんが、のちにそれを否定していきます。そのような調査・研究を行ってきたのは私達を含む民間の医師です。

椿教授のような学会創立にかかわり、その頂点にあった者が、十分な医学的検討をすることなく、水俣病を「診断困難」と決めつけたことが、医師本来の役割である「病態の解明・治療・予防」への神経内科医の「意志」を大きく阻害したことは間違いありません。もともと少なかった水俣病の疫学、診断を含む臨床研究は、この論文以降、さらに減少していきました。この論文の冒頭で、「神経学の最新最高のレベルの研究を目標とする本誌に、このような小論を書くことが適当か否か迷わないでもなかった」と書かれているのには、それなりの理由があるのです。

メチル水銀中毒症の更なる探求をすることなく、診断困難性を論じた椿教授の姿勢に導かれた当然の帰結として、日本神経学会には、メチル水銀中毒症（水俣病）の診断基準も診療ガイドラインもありません。

ところが、2018年5月、日本神経学会は、環境省から日本神経学会に出された「メチル水銀中毒に係る神経学的知見に関する意見照会（回答依頼）」(18)に対する「回答」(19)を密かに環境省に提出しました。これまで、神経学会員の専門家が旧環境庁～環境省の委員として見解を述べたことはありましたが、組織として神経学会が水俣病（メチル水銀中毒症）に関する見解を公にしたのは初めてではないかと思われます。

この見解は、以下の3点から構成されています。①神経系疾患の診断の為には神経学に習熟した神経内科専門医による神経学的診察が必要である。②中枢神経疾患において症状の変動性はほとんどみられない。③メチル水銀曝露終了後、老化により症状が顕在化するのはいずれ数ヶ月から数年である。これらの見解について、私は2019年10月10日に「日本神経学会の回答に対する意見書」(20)を熊本地方裁判所に提出し、2020年8月30日にメチル水銀中毒症研究会が開いたWebシンポジウム(21, 22)でも議論をしています。

そのなかの①については、日本全体を見渡しても、熊本・鹿児島・新潟の各県を除き、神経内科専門医のなかで、特に水俣病特措法施行以前は、水俣病の診断を下した医師が存在したとしても極めて希少であったことは間違いありません。熊本・鹿児島・新潟の各県の専門医らも、行政からの依頼で認定申請者を診察する機会があったとしても、その診療録は通常公表されず、診察医の氏名も隠されています。それらのデータのまとめや水俣病の診断根拠を導くような研究も、私達医師団などを除くとほとんど存在しないのです。専門医の中で、自らが主治医として水俣病の診療をしてきた医師も決して多くはないでしょう。

椿医師の1974年の「神経進歩」誌の論文が出されてから46年間、このような状況が続いているのです。本来、水俣病の診療と臨床研究をなすべき大学などの研究機関にかわって、メチル水銀の健康影響を調査研究してきたのが、故原田正純医師や私達医師団を含む、住民・患者を直接診察してきた医師達です。たとえ、神経内科専門医であっても、このようなメチル水銀曝露を受けた患者住民のデータを参照しなければ、メチル水銀中毒症、水俣病とは何かを理解することは不可能なのです。

椿教授は、1974年に、一般論として、「水俣病の診断は困難である」という間違っただ断定をおこない、神経内科専門医のなかで水俣病の研究と臨床をストップさせる役割を果たしましたが、5年後の1979年には、水俣病の長期的研究は「きわめて重要」という言葉を残しました(23)。その翌年、椿教授は新潟大学を去ります。新潟大学におけるメチル水銀中毒症研究も、ごく一部を除き姿を消していくこととなります。椿教授のこの相反する2つの道のどちらを選択してきたかが、その医師が水俣病を語るのにふさわしい専門家であるかを見分ける指標といえます。引き続き長期研究をおこなってきたのは主として私達民間の医師であり、椿教授の高弟の方々のほとんどは、水俣病研究の道を閉ざしていかれたのです。

日本の医学データベースである医学中央雑誌で「水俣病」、「メチル水銀中毒」で検索してヒットする臨床的又は疫学的研究が極めて少ない(24)という事実はそのことを雄弁に物語っています。

他のあらゆる分野で、疾患の病態・診断・治療を追求することに最善を尽くす専門家が、メチル水銀中毒症を前にして、自ら医学の通常の営みを行わず、それを行ってきた医師らのデータも見解も無視し、医学的根拠を持たない国の意見を支持し続けているのです。

そして、これまで、国側医学者は、この神経学会の②③以外の医学的見解に関しても、神経科学の発展にとって非常に重要な科学的事実を無視あるいは積極的に否定してきました。

その最重要テーマが感覚障害です。まず、水俣病でみられる全身性感覚障害は、他の神経疾患ではみられない珍しい症候であるにもかかわらず、神経内科の教科書にはほとんど記載がありませんし、メチル水銀中毒症で全身性感覚障害が起こりうるという記載も皆無です。

また、神経内科では、四肢末梢優位の感覚障害は末梢神経障害由来とされているところ、水俣病では頭頂葉皮質障害によって四肢末梢優位の感覚障害が生じ、このような神経内科の教科書に記載されるべきことが無視されています。

さらに、水俣病は頭頂葉障害をきたす為、当然のことながら、感覚性失調が存在しうるにもかかわらず、国と国側医師らは、水俣病の運動失調は小脳失調に限定されると主張し続けています。

これらの知見は、学問上貴重なノイエス（新たな知見）であり、水俣病の診断や他疾患との鑑別診断のためにも重要な情報です。

患者や疾患リスク保有者を診察し、所見を記載し、分析するのが、医学的手法の第一歩ですが、メチル水銀中毒症に対して、この第一歩を閉ざしてしまった結果をここにみるすることができます。

これらの事実は、神経学会による①の主張とは真逆で、神経内科専門医であることが、メチル水銀中毒症に対する理解、あるいは水俣病診断への妨げになりうることを示しています。

日本神経学会員の有志が、これまで、学会理事会に対して、①②③の間違った回答を見直すよう、何度も要望書を提出してきました(25-28)が、全く無視されています。学会理事会は、学会員が要請している医学議論を拒絶しており、学術団体としてありえない態度といわざるをえません。

なぜこのような状況に至ったのでしょうか。本来、学問は企業の利害や権力などから独立して機能すべきものです。ところが、教育研究機関は、研究費や人事等を通じて、直接間接の圧力や忖度というものが存在しえます。

そして、日本の神経内科分野は、椿教授がかかわった昭和 52 年判断条件等と関連して、長期にわたって専門家が行政に追従あるいは忖度するような状況におかれてきました。



隣接した津奈木町から水俣市・湯の児地域を望む

政治家や行政官は、理由なく自分の見解を変えても、そのことで政治生命を奪われることなく、むしろ称賛されたりもしますが、学問の世界は決してそうではないのです。

4. 私の精神科、心理臨床とのかかわり

私が働いてきた熊本民医連は、精神科の病院からはじまりました。2002年5月、水俣協立病院に隣接する診療所の所長であった藤野紘先生の後を引き継ぎ、神経内科リハビリテーション協立クリニックという名前に改称したクリニックの所長として、精神科診療も担うようになりました。

ただ、私自身の心理臨床に対する興味は、もっと早くからありました。その学年の中では最年少で、その場や相手の状況を読むことも苦手で、小学校の頃はいじめの対象になったりしていました。小学5年になって、担任の先生のおかげで、そのような状況からようやく抜け出すことができました。そんな具合で、大学に入ってから教育や心に関する本を読んだりしていました。

人間集団の枠組みが個々の動きでダイナミックに変化していくという河合隼雄氏の「コンステレーション」(29)の概念に新鮮さを感じ、よく河合氏の本を読みました。臨床心理学は、あくまで自分の個人的な興味の対象だったのですが、2002年からは、実際の診療場面で心理臨床に深くかかわるようになりました。

2002年4月、藤野先生との院長交代の時、ミンデル夫妻が東京で開いた「プロセス志向心理学」(30)のセミナーに参加しました。夫のアーノルド・ミンデルは、物理学者としてスイスに留学していた時、ユング研究所のスタッフと知り合い、心理学に転向した人です。私達の学んできた医学や心理学は、もともと「病気や苦しみをなくす」ことがその基本理念ですが、彼は、身体や心の苦しみを認め、あるいは拡大していくというプロセスを辿っていきます。最近の心理療法の多くはネガティブの存在を認め又は利用するという方向性を持っています。ミンデルは、戦争などの紛争や社会問題に関連するワークもおこなっています(31)。

最初に勤務した熊本市内のくわみず病院や精神科の菊陽病院などで、精神科の患者さんを診てはいましたが、精神疾患や心理的問題の現象、解釈、考え方、対処法の多くは、クリニックの患者との診療経験によって実地に教えていただいたと言っても過言ではありません。

2002年に本格的に精神科の臨床を始めた最初の時期の重要な経験は、複雑性PTSDや境界性パーソナリティ障害の患者さんの診療でした。最初にみた境界性パーソナリティ障害の患者さんは、パートナーの診療のために来院されていたのですが、一見してその問題がわかりませんでした。そのうち、当然のことながら、自殺企図、陰性陽性の転移感情、フラッシュバックなどいろいろなことが起こってきました。

その後、発達障害の症例を数多くみるようになりました。日本ではその原因についてはあまり話題にされませんが、発達障害の原因としては、遺伝よりも環境汚染の影響が大きい(32)と言われ、2012年アメリカ小児科学会は有機リン系農薬とADHDの関連を警告し(33)、メチル水銀についても発達障害との関連を示唆する報告(34)があります。

発達障害は、障害がより高次な脳機能にあり、しかも複数の領域にまたがることも少なくなく、その問題も正常人からの連続的スペクトラムであり、それぞれが抱える問題が非常に個別的で、したがって、通常の診察室での面接や知能検査、性格検査などでは問題点がわかりにくいところがあります。障害というより特性と呼ばれる性格をもち、診断・治療というよりも一緒に考えながら

支援していくという姿勢が大切です(35)。

トラウマや発達障害の多くは、薬物療法よりも、心理療法（精神療法）、支援が主体です。トラウマに対しては、フラッシュバックに注意しながら、EMDR（眼球運動による脱感作と再処理法）(36)なども利用しています。

私は、2014年頃から瞑想を経験するようになりましたが、その後、マインドフルネス(37)を知ることになりました。「いま、ここにあるとする」マインドフルネスは、一般的に仏教瞑想の一つとして紹介されていますが、実は、仏教以前から存在するヨガ修行の一つです。仏教もヨガも心こそが苦しみであるとしています。

わかりやすい例は、「眠れないのが気になって眠れない」という現象です。マインドフルネスは、そのネーミングとは異なり、マインド（心）を外していくことを目標としています。私は、診療の中で、その一部を使っています。

日本の臨床心理分野ではロジャースのクライアント中心療法が重視されていますが、ミルトン・エリクソンは積極的に介入して症状の改善に結び付けていきました(38)。エリクソンの面接の個性とその効果は驚くべきものですが、深いラポールと人間に対する洞察、潜在意識に対する信頼がその基礎にあります。エリクソンらの優れた心理臨床家の手法を分析、抽出した NLP（神経言語プログラミング）(39)は心理臨床以外の各分野に応用され、コーチングや企業広告などに利用されています。また、その個別手法を生み出した背景にあるのは、エリクソンの、一人の人間としての歴史と、精神科医としての姿勢です。簡単に真似できるものではないとはいえ、そこには数多くの学ぶものべきものがあります。

私達の悩みである「わかっているけどやめられない」とか「考えたくなくても考えてしまう」などの心理現象は潜在意識が深くかかわっています。マインドフルネス(37)、トラウマ治療である EMDR(36)とブレインスポッティング(40)、ポリヴェーガル理論(41)などは、大脳新皮質より下位の、大脳辺縁系～脳幹・脊髄～末梢神経系の働きを考慮し、そこに働きかけていくものです。

世界的に著名な神経学者であるダマジオは、知性よりも感情がより原初的であると述べており(42)、軌を一にしたような流れを感じます。ものごとを表面的に善悪に分けることにとどまらず、大脳旧皮質以下の機能と役割も取り込みながら、問題事象のより深い理解と解決を通じて、人類の進歩を展望できるようになることを願います。

5. 原発事故後の放射線障害との共通点

原発事故後、放射線障害が問題となりましたが、ここでは、水俣病と同様の構図を見ることになりました。水俣病の場合、被害の進行中に正論を述べることは困難、あるいは、ほとんど不可能でした。同じ現象が、原発事故で起こりました。

曝露と健康障害の関係について、疫学を含めた帰納法的取り組みを阻害する動きがみられたのです。放射線による健康被害情報の存在がトラウマを生み、差別につながりうるという状況を背景に、被害者自ら、そして、こ



ある日の筆者

れまで放射線リスクを訴えていた専門家のなかにも、健康調査の前から健康被害を否定する人が現れる(43)という現象が起こっています。

当時のそのような状況の中でも、公衆衛生学の見地からみた原則について述べておくために、私は、2011～2013年に三つの論文を書きました(43-45)。この中で、政治や経済の力が科学を浸食する動きは、日本の水俣病だけでなく、放射線障害分野では、もっと早く20世紀の前半から続いていた(46)ことを知りました。

私自身は、2014年に耳下腺腫瘍が再発し、水俣病の取り組みが多忙になり、その後放射線障害についての積極的な取り組みはおこなっていません。しかし、環境汚染と科学、社会との関係については、水俣病と同じ問題が存在しています。

いずれの分野においても、もともと本来の医学の立場にたって臨床や研究をしていた人々が、ある社会的な出来事などを契機に、医学の営みを十分に行わないままに、行政に都合の良い見解を述べるようになっていきました。それは、為政者に忖度せざるを得ない位置にいる者だけでなく、私達自身にも及びうることです。



また、行政に追随してしまう専門家についても、それぞれの人の置かれた状況、それぞれの個人的特性などはさまざまです。このようなときに忘れてはならないのは、スタンレー・ミルグラムの「アイヒマン実験」です(47)。ここでは詳細を書きませんが、誰しも「権力」という大きな力の下に無法な行為を行うリスクを負っているのです。

また、医師がその疾患を正しく理解し、患者やリスク保有者を適切に観察し、十分考察することなく、健康影響を否定するのは差別となりうる行為です。しかし、水俣病については、このことが日本の当事者に十分理解されていないようです。

近年の研究では、ものごとをカテゴリーに分けて認識する「ステレオタイプ」という、幼少期から人に備わる自然発生的で普遍的な心の働きが、偏見や差別のベースにあるとされています(48)。人権保護を主張する人でも、私達自身も、偏見や差別を行いうるし、専門家も含めどのような地位や肩書があろうとも、その行為者となりうるのです。

一般的に差別・偏見は(心理的、社会的)支配の道具です。私達がそのことを意識し、振り返ることは、その抑止や解消に役立つでしょう。

6. 社会制度と心理的事象について

人間は一人として同じ人はいないのですが、私達が生きている文明社会は、互いに異なる多数の人がより安全に生活する為の社会制度が必要となります。政治の役割はルール(法律など)を定めることにあります。しかし、情報化社会といわれながら、諸ルール制定についての情報は、そのルールの恩恵を受ける、あるいはその犠牲になる国民に十分知らされることなく適用されています。このような状況の背景には、為政者や広告大企業等が心理技術から抽出した社会心理学的な効果をもたらす手法を利用している側面もあるでしょうが、いずれにしても、社会制度のあり方は重要で

す。

一方、たとえ専制主義の後に民主主義が成立したとしても、その精神を引き継がなければ民主主義が専制主義に戻ってしまうように、いかなる優れた制度であっても、制度のみで人間のエゴをコントロールすることはできません。いつの時代にも、リアルな人間の営みが問われます。

そして、社会も人間も一直線に成長するのではなく、他者との対話や、障害の克服を通じて成長していきます。障害が将来に生かされることは、良いフィードバックです。しかし、日々経験している事例のように、極度の障害は、フィードバック以前に個体を滅ぼしてしまうこともあります。また、近年、社会的にも適切なフィードバックがなされず、危機が増大しています。例えば、原発事故に対する反省（フィードバック）が適切になされないことで、更なる地球の汚染が進行してしまうことになるのです。現在、他の社会・政治課題においても、多くの国でフィードバック機能が麻痺させられています。

しかし、いずれにせよ、フィードバックは必ず起こります。増していくばかりの放射性廃棄物を放置すれば、放射能汚染が私達人類の存在を許さなくなるかもしれません。私達の課題は、このフィードバックが、地球と人類を滅ぼす形にならないために何ができるか、ということです。

これまで、身体（神経）、精神、社会にかかわる私自身の取り組みについて述べてきました。家族・職場・国家・地球の問題・危機は、人間と社会の問題です。心理臨床の立場は個人のあり方を課題とし、社会変革の立場は制度のあり方を課題とします。

この二つの立場は、それぞれに、その専門性が高いという事情もあり、往々にして交わることなく、場合によっては対立してしまうことさえあります。しかし、実は、社会制度（外的システム）と個々の人間や人間集団の精神的ありかた（内的システム）は、それぞれが相補的な役割を果たした時にはじめて、人間の能力が良い方向に開花する社会が展望できるのです。今後、私達自身がこれをより明確に意識していくことが、未来に貢献していくのではないのでしょうか。

7. 私達はどのように生きていくべきか？

精神の在り方や「生き方」という内側の問題への問いについては、最終的には、私達一人ひとりが自分の回答を自分自身で見出さなければなりません。今回の論考では、これまで述べてきた外側の問題（医学・環境・社会）を前提に、私なりの大局的な提案をしてみたいと思います。

現在、病気や障害と呼ばれるか否かにかかわらず、全ての人が身体・心・社会的関係の課題を抱えています。さきに述べてきたように、気候変動がもたらす災害、新型コロナウイルス、放射能汚染、大地震をはじめとして、地球と人類の存続可能性自体が問われています。

人間は、全体として、可能性を求めて、活動を広げる動物です。間違っただけをしても、限界が来ないとそれを止めない、あるいは止められないものです。ですから限界点が見えてきた時期というのは、危機的かつ貴重な時期なのです。

このような時、私達が生きている地球の成り立ちと、私達がこの地球に生まれた意味という原点に立ち帰ってみるのが役立つかもしれません。

インド哲学では、世界は土と水と火と風と空の五つの要素から成り立つとされています(49)。私達が生まれたのは、宇宙であり、地球です。そして、それらによって身体を与えられ、水と火（太陽エネルギー）と空気と栄養素（動植物）によって生かされています。人間は自然環境から色々な

ものを与えられ、奪って、生きています。

このような五つの要素は様々な形や動きをします。例えば、土が乱れれば地震となり、水が乱れれば洪水となり、火が乱れれば戦乱や火災となり、風が乱れれば台風や嵐となります。空とはなんでしょう。目に見えないものです。メチル水銀も、放射能も、新型コロナウイルスも象徴的に空の乱れと考えてみましょう。新種のウィルスの多くは、未開の地への人間の接触がその広がり契機になっています。人間が科学と経済を発達させるにつれ、危機の幅も広がってきました。

ですから、私達の一部である環境を、目に見えないものも含めて、汚さない、乱さないことが大切なことです。しかし、「～しない」というネガティブな観点からもう一步進み、環境から与えられていることに対する感謝の念があるとしたらどうでしょう。私達は、自らが感謝する対象を汚すことはできないものです。

もう一つは、私達自身の内側、そして周りの人々との関係です。特に、幼少期のトラウマはその人の生き方全体に影響を及ぼします。児童虐待、DV、性的被害などは日本中でみられています。以前は、職場等でも、私自身も含めて、パワハラと言われても仕方ない事例がありましたが、近年このようなことは許されなくなりつつあります。

患者に限らず、私達の持つ問題の多くは、不安や怒りや絶望感として表現され、これらは連鎖、拡大していきます。それらはなかなか止められず、ただ消してしまうことは困難です。自らの不安と怒りを見つめ、世界に愛と信頼が存在することを思い出す、あるいは知っていくなかで、癒しは起こってきます。

環境問題、社会的不正義、トラウマなどの出来事を扱っている私達が、自らの中に信頼を育てていくことには大きな価値があります。

そして、現代社会では、お金というものが、人間のあり方に大きくかかわってきます。地球温暖化は、経済の拡大と関係しています。富の分配がうまくいかず、多くの人々が経済的に追い詰められ、新型コロナウイルスのパンデミックがその矛盾を激化させています。お金に関するこのような問題の本質は、「お金は人のために使われるものであるのに、人がお金に使われている」ことにあります。

貨幣を廃止したら、という意見もあります。しかし、近代的な商品や貨幣を知らない先住民の多くも、それらを知ったのちに、短期間でそれらに馴染み、元に戻ることが困難になってきます。当面の私達の課題は「お金を扱いながら、お金に人間が使われるのではなく、人間が主人公になる」道を模索していくことではないでしょうか。

大切なことは、これらの外の課題、内の課題、お金の課題すべてについて「与えることに喜びを感じ、与えられていることに感謝できる人」に、なること、あるいは、なろうとすること、あるいは、なれることを知ることです。

「与えること、感謝すること」のできる人がより多数になる世界を展望しながら、社会の仕組みを考えていけると良いのではないのでしょうか。

人間にはエゴがあります。自己変革はしたくないものです。外側が限界点に達しないうちは、外側を変えようとするでしょう。しかし、外側が限界点にあれば、内側を変えるしかないのです。そうしてはじめて、私達人類は次のステージに行くことができるのではないのでしょうか。

これは、どのような心理療法でも言われることですが、深刻なトラウマを抱えている人が癒され

るかどうかは、その心理療法としての技術だけではありません。無償の愛と信頼と感謝という目に見えないものが、セラピストとクライアントの場に現れうるかどうか、ということが、往々にしてそのカギとなります。このような精神科・心理臨床の究極のステージが、人類を救う智慧とつながっているのではないかと空想するのです。

※ここで御紹介致しました拙著関連の文書は神経内科リハビリテーション協立クリニックのホームページからご参照ください。 https://www.kyouritsu-cl.com/news_minamata/

参考文献

- 1.高岡滋. 水俣周辺地域にみられるからすまがり(こむらがえり)の発症時期と頻度について. 第 35 回日本神経学会総会; 1995 年 5 月 16 日; 名古屋 1994.
- 2.Takaoka S, Fujino T, Shigeoka S. High prevalence of muscle cramps among inhabitants in the methylmercury polluted area 40 years after the outbreak of Minamata disease. 5th International Conference on Mercury as a Global Pollutant; 1999 年 5 月; Rio de Janeiro 1999.
- 3.高岡滋. メチル水銀汚染地域の内科外来患者の自覚症状. 第 43 回日本神経学会総会; 2002 年 5 月 30 日; 札幌 2002.
- 4.日本精神神経学会・研究と人権問題委員会. 研究と人権問題委員会報告－昭和 60 年 10 月 15 日付「水俣病の判断条件に関する医学専門家会議の意見」に対する見解－. 精神神経学雑誌. 1999; 101:539-58.
- 5.Ninomiya T, Imamura K, Kuwahata M, Kindaichi M, Susa M, Ekino S. Reappraisal of somatosensory disorders in methylmercury poisoning. Neurotoxicol Teratol. 2005; 27:643-53.
- 6.宮岡徹. 9 触覚, 10 痛覚. In: 相場覚, 鳥居修晃, editor. 知覚心理学. 東京: 放送大学教育振興会; 1997.
- 7.Miyaoka T, Mano T, Ohka M. Mechanisms of fine-surface-texture discrimination in human tactile sensation. J Acoust Soc Am. 1999; 105:2485-92.
- 8.Takaoka S, Fujino T, Sekikawa T, Miyaoka T. Psychophysical sensory examination in individuals with a history of methylmercury exposure. Environ Res. 2004; 95:126-32.
- 9.Takaoka S, Kawakami Y, Fujino T, Oh-ishi F, Motokura F, Kumagai Y, et al. Somatosensory disturbance by methylmercury exposure. Environ Res. 2008; 107:6-19.
- 10.斎藤靖史. 水俣病救済地域外も症状 1 万人検診記録医師団と本社分析. 朝日新聞. 2106 2016 年 10 月 3 日
- 11.斎藤靖史, 田中久稔. 12 年救済期限後に検診受診 1500 人に水俣病症状 本紙・医師団分析. 朝日新聞. 2106 2016 年 10 月 10 日
- 12.水俣病訴訟支援公書をなくする県民会議医師団. 最高裁判決後の水俣病検診のまとめ 2016 2016 年 10 月 2 日.
- 13.Takaoka S, Fujino T, Kawakami Y, Shigeoka S, Yorifuji T. Survey of the Extent of the Persisting Effects of Methylmercury Pollution on the Inhabitants around the Shiranui Sea, Japan. Toxics. 2018; 6.
- 14.椿忠雄. 新潟水俣病の追跡. 科学. 1972; 42:526-31.
- 15.中島豊爾, ほか. 環境庁環境保健部長通知 (昭和 52 年環保業第 262 号)「後天性水俣病の判断条件について」に対する見解. 精神神経学雑誌. 1998; 100:765-90.
- 16.椿忠雄, 佐藤猛, 近藤喜代太郎, 白川健一, 神林敬一郎, 広田紘一, et al. 阿賀野川下流沿岸地域に発生した有機水銀中毒症の疫学的並に臨床的研究. 日本内科学会雑誌. 1966; 55:646-9.
- 17.椿忠雄. メチル水銀中毒症研究の最近の進歩水俣病診断に対する最近の問題点. 神経研究の進歩. 1974; 18:882-9.
- 18.環境省大臣官房保健部長. メチル水銀中毒に係る神経学的知見に関する意見照会 (回答依頼) (2018 年 5 月 7 日) . 2018.
- 19.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 (2018 年 5 月 10 日) 2018.
- 20.高岡滋. 日本神経学会の回答に対する意見書 (2019 年 10 月 10 日、熊本地裁提出) . 熊本 2019.

- 21.メチル水銀中毒症研究会. 第1回慢性メチル水銀中毒症シンポジウム報告集. 京都, 水俣 2020.
- 22.メチル水銀中毒症研究会. 第1回慢性メチル水銀中毒症シンポジウム報告集. 2020; https://nrkc-my.sharepoint.com/:b/g/personal/stakaoka_nrkc_onmicrosoft_com/EU0-BggCrRJcNq-Uf3p2_0BnHynDZOE178AnMmHxoLLtg?e=UaFd7R.
- 23.椿忠雄. 3 新潟水俣病の臨床疫学. In: 有馬澄雄, editor. 水俣病 20 年の研究と今日の課題. 東京: 青林舎; 1979. p. 291-300.
- 24.高岡滋. 水俣病と医学. 水俣学通信. 2017;6.
- 25.戸倉直実, ほか. 「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」についての要望書 (2019年4月10日) 2019.
- 26.戸倉直実, ほか. 「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」についての再要望書 (2019年5月20日) 2019.
- 27.荒木重夫, ほか. 要望書 (2020年1月14日) 2020.
- 28.門祐輔. 要望書 (2020年11月28日) . 2020.
- 29.河合隼雄. こころの最終講義. 東京: 新潮社; 2014.
- 30.アーノルド・ミンデル. プロセス指向のドリームワーク. 東京: 春秋社; 2003.
- 31.アーノルド・ミンデル. 紛争の心理学. 東京: 講談社; 2001.
- 32.黒田洋一郎, 木村・黒田純子. 発達障害の原因と発症メカニズム: 脳神経科学の視点から. 東京: 河出書房新社; 2014.
- 33.Council On Environmental H. Pesticide exposure in children. *Pediatrics*. 2012; 130:e1757-63.
- 34.Boucher O, Jacobson SW, Plusquellec P, Dewailly E, Ayotte P, Forget-Dubois N, et al. Prenatal methylmercury, postnatal lead exposure, and evidence of attention deficit/hyperactivity disorder among Inuit children in Arctic Quebec. *Environ Health Perspect*. 2012; 120:1456-61.
- 35.広瀬宏之. 発達障害支援のコツ. 東京: 岩崎学術出版社; 2018.
- 36.フランシーヌ・シャピロ. EMDR—外傷記憶を処理する心理療法. 東京: 二瓶社; 2004.
- 37.ジョン・カバットジン. マインドフルネスストレス低減法. 京都市: 北大路書房; 2007.
- 38.ジェフリー・K・ザイク, W・マイケル・ムニオン. 新装版 ミルトン・エリクソン その生涯と治療技法. 東京: 金剛出版; 2003.
- 39.リチャード・バンドラー, ジョン・グリンダー. ミルトン・エリクソンの催眠テクニック I, II. 東京: 春秋社; 2012.
- 40.デイビッド・グラント. ブレインスポットティング入門. 東京: 星和書店; 2017.
- 41.津田真人. 「ポリヴェーガル理論」を読む. 東京: 星和書店; 2019.
- 42.アントニオ・ダマジオ. 進化の意外な順序 感情、意識、創造性と文化の起源. 東京: 白揚社; 2019.
- 43.高岡滋. 「科学」とは何か?—原発事故・放射線による健康障害を考える. 日本の科学者. 2013; 48:12-7.
- 44.高岡滋. 水俣から福島への教訓—医学・公衆衛生の側面から—. 診療研究. 2011:14-22.
- 45.高岡滋. 環境汚染による健康影響評価の検討—水俣病の拡大相似形としての原発事故. 科学. 2012; 82:539-48.
- 46.中川保雄. 〈増補〉放射線被曝の歴史 アメリカ原爆開発から福島原発事故まで. 東京: 明石書店; 2011.
- 47.スタンレー・ミルグラム. 服従の心理. 東京: 河出書房新社; 2008.
- 48.クロード・スティーヴル. ステレオタイプの科学 「社会の刷り込み」は成果にどう影響し、わたしたちは何ができるのか. 東京: 英治出版; 2020.
- 49.北川清仁. 第1部 第3章 古典サーンキヤとヨーガ. In: 里道德雄, 新保哲, editors. 東洋倫理思想史. 東京: 北樹出版; 1993. p. 74-6.

前号（9月1日号通巻51）の訂正

*1 10頁（囲み内英文）whichcaused × → which caused

*2 同頁（囲み内英文）could not be pruved. × → could not be proved.

*3 同頁（下から3行目）人工放射性物質の発言 ×→ 人工放射性物質の発現
大東文化大学の杉田明宏様からご指摘いただきました。有難うございました。