

原告 A に関する判断

第 1 概要等

1 前提事実

5 (1) 原告 A は、昭和 29 年▲月▲日生まれの男性であり、原告 A の父 N（以下「父 N」という。）と原告 B の父 K（以下「叔父 K」という。）は兄弟であり、原告 A と原告 B はいとこである。（甲 C 1 の 13，乙 C 1 の 7）

(2) 原告 A が熊本県知事に対して行った水俣病認定申請に係る経過は、次のとおりである。（甲 C 1 の 1，2，16，乙 C 1 の 1～7，13，16）

10 ア 第 1 回水俣病認定申請

平成 7 年 10 月 12 日申請 平成 8 年 9 月 17 日棄却

イ 第 2 回水俣病認定申請

平成 11 年 10 月 4 日申請 平成 13 年 11 月 16 日取下げ

ウ 第 3 回水俣病認定申請（本件申請）

15 原告 A は、平成 17 年 4 月 20 日付けで認定申請を行い、熊本県知事は、同年 5 月 2 日付けでこれを受理した。熊本県知事は、疫学的調査及び検診を実施し、これにより得られた資料を基に、平成 27 年 9 月 30 日付け水俣審第 312 号により認定審査会へ諮問し、認定審査会は、同年 10 月 18 日開催の第 230 回熊本県公害健康被害認定審査会による審査
20 の結果、同年 11 月 25 日付けで「公健法で定める水俣病には合致しない」との答申を行い、熊本県知事は、この答申を受けて、同年 11 月 30 日付けで棄却処分を行った。

これに対し、原告 A は、平成 27 年 12 月 6 日付異議申立書をもって、熊本県知事に対し、原告 A に係る本件処分につき、異議申立てを行い、
25 熊本県知事は、同年 12 月 10 日付けで受理し、平成 29 年 3 月 7 日に棄却した。

また、原告Aは、原告Aに係る本件処分につき、平成28年2月24日付け行政不服審査請求書をもって審査請求を申し立て、不服審査会は同年3月3日付けで受理した。

5 (3) なお、原告Aは、前記(2)アの水俣病認定申請を行った後、平成8年に医療手帳の交付を求めたが、非該当として認められなかった。(甲A48, 乙C1の8, 原告A本人23, 24頁)

2 争点に関する当事者の主張

本件の争点は、原告Aが水俣病にり患しているか否かであって、原告らに共通する当事者の主な主張については、本文第2編第3章で摘示したとおりであり、ここでは原告Aに関する個別的主張について摘示する。

(原告らの主張)

原告Aは、幼少期から水俣病にり患している。

ア 原告Aのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Aについては、①臍帯メチル水銀値が0.671ppmと高いこと、②同居の祖母及び父母がいずれも水俣病認定患者であり、特に母O(以下「母O」という。)は昭和46年10月、父Nは昭和48年6月と原告Aの少年期頃に水俣病認定を受けたこと、③母Oは重症の水俣病患者であったものと認められ、原告Aのみならず姉P(以下「姉P」という。)及び弟Q(以下「弟Q」という。)の臍帯メチル水銀値も高かったこと、④食生活及び同居親族の認定状況や症候等からして、メチル水銀に汚染された魚介類を多食していたと認められることなどに照らすと、胎児期及び乳幼児期に高濃度のメチル水銀ばく露を受けたことは明らかである。

イ 原告Aの各症候

原告Aには、昭和34年頃からからす曲がりや立ちくらみの自覚症状があり、平成7年から四肢末端優位の感覚障害が認められた。この四肢末端優位の感覚障害は大脳皮質性の感覚障害であり、上記アのとおり、水俣病にり患

する程度のメチル水銀ばく露を受けていることから、当該感覚障害はメチル水銀ばく露に起因するものである。また、その感覚障害の程度は、原告Aの日常生活上に支障をもたらす程度である。

ウ 原告Aの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

5 (ア) 原告Aは幼少期から自覚症状を有していたから、原告Aの発症時期は幼少期であるといえ、ばく露終了後相当長期間経過後に感覚障害を発症したといえない。

(イ) 被告が原告Aの感覚障害の原因として指摘する腰椎椎間板症、アルコール性ニューロパチー及び手根管症候群については、神経伝導検査の結果等
10 からすれば、原告Aはいずれにもり患しておらず、または、原告Aの症状がこれらの傷病に起因するともいえないから、他の原因もない。

エ よって、原告Aは、幼少期から水俣病にり患している。

(被告らの主張)

否認する。

15 ア 原告Aのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Aやその家族の臍帯メチル水銀値に関しては原資料が存在せず、原告が乳児期に水俣病を発症しうる程度のメチル水銀にばく露していたと認めるのは困難である。

イ 原告Aの各症候

20 原告Aに係る感覚障害の所見には、神経学的診察の度に感覚検査の結果に大きな変化がみられ、感覚障害の程度に見合った日常生活上の支障も認められないため、原告Aにみられたとされる感覚障害については、大脳皮質性の感覚障害とは解されない。

ウ 原告Aの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

25 (ア) 原告Aについて、運動失調、平衡機能障害及び構音障害を認めることはできず、原告Aに発現した症候は、感覚障害のみであり、水俣病である蓋

然性は低い。

(イ) 発症時期について、原告Aの感覚障害の発現時期が幼少期であったことの裏付けはなく、証拠上、原告Aの四肢に触覚及び痛覚の低下が認められるのは、平成10年8月9日以降であって、原告Aの四肢末梢の感覚障害の発現時期は、同日頃と考えられるが、水俣工場がアセトアルデヒドの製造を中止したとされる昭和43年5月から約30年も経過した時点であり、水俣病の病像と整合しない。

(ウ) また、原告Aにみられたとされる四肢末端優位又は全身性の感覚障害についても、水俣病以外の腰椎椎間板症、アルコール性ニューロパチー及び手根管症候群等の他の原因で説明し得るものである。

エ これらによれば、原告Aが水俣病に罹患しているとはいえない。

第2 当裁判所の判断

1 ばく露に関する認定事実

(1) 居住歴・職歴の概要

原告Aは、昭和29年▲月、水俣市（住所省略）（以下「現住所地」という。）で出生し、昭和45年3月（当時15歳）には袋中学を卒業して、大阪府茨木市で和菓子職人として就労し始めたが、昭和49年頃（当時19～20歳）には現住所に戻り、みかん栽培の家業（農業）を行いながら、本件口頭弁論終結時まで生活している。（甲C1の5、13、乙C1の7）

(2) 居住地の状況等

ア 原告Aの現住所地のある茂道地区（別紙4-1参照）は、熊本県最南端の茂道湾に面した人口約470名（平成19年7月末時点）の漁村であり、昭和31年12月時点で、既に1名の患者が発生していた（乙A34・9枚目）。その後、昭和34年にもR（乙A35・177頁）が発病するなど患者が発生し、平成25年12月26日時点で216名の水俣病認定患者が存在する地区である。（甲C1の13、乙C1の7・9頁）。

イ 原告Aの現住所は、茂道地区の中でもほぼ茂道湾に接する位置にある。

(甲C1の13)

(3) 同居親族の状況

ア 家族関係及び水俣病認定状況等

5 (ア) 祖父母

祖父S(以下「祖父S」という。)は、明治33年ころに生まれ、昭和34年に59歳で死亡した。

祖母T(以下「祖母T」という。)は明治42年に生まれ、昭和61年12月に水俣病認定を受け、平成7年に86歳で死亡した。

10 (イ) 父母等

父Nは大正15年に生まれ、昭和35年から漁業補償の一環で水俣工場に勤務し、昭和48年6月に水俣病認定を受け、昭和56年に定年で退職し、平成9年に71歳で死亡した。

15 母Oは昭和2年に生まれ、昭和46年10月に水俣病認定を受け、平成5年に66歳で死亡した。

叔母U(以下「叔母U」という。)は、昭和23年に生まれ、平成24年7月31日までに被害者手帳の交付を申請し、これを受給した。

(ウ) 兄弟姉妹関係

原告Aは、父Nと母Oの長男であった。(甲A48)

20 父Nと母Oの長女である姉V(以下「姉V」という。)は、昭和23年に生まれ、平成8年に医療手帳の交付申請を行って医療手帳の交付を受けた。

父Nと母Oの二女である姉Pは、昭和27年▲月▲日に生まれ、平成8年に医療手帳の交付申請を行って医療手帳の交付を受けた。

25 父Nと母Oの二男である弟W(以下「弟W」という。)は昭和33年▲月▲日に生まれ、平成8年に医療手帳の交付申請を行って医療手帳の

交付を受けた。

父Nと母Oの三男である弟Qは，昭和40年▲月▲日に生まれ，水俣病認定申請をしていたが，平成23年にこれを取り下げ，平成24年7月31日までに被害者手帳の交付を申請し，被害者手帳の交付を受けた。

5 イ 同居状況等

原告Aは，出生から中学卒業に至るまで，上記アの家族と同居していた。なお，昭和38年3月までは，叔母Uも原告Aと同居していた。

ウ 祖父母及び父の症候等

(ア) 祖父S

10 祖父Sは，昭和33年春頃までは，元気に漁業を営んでいたが，同年秋頃，具合が悪くなって，体を震わせて壁をつたいながら，足を交わして歩いて行くというようになり，翌昭和34年，ひどい痙攣発作を発症して59歳で死亡した。

(イ) 祖母T

15 祖母Tは，震え，しびれがあり，また，指のからす曲がりかひどい状態であり，水俣市立病院等への入退院を繰り返しながら，平成7年，86歳で死亡した。

(ウ) 父N

20 父Nは，手にひどい震えやからす曲がりがあり，平成9年，肝臓癌のため71歳で死亡した。

(エ) 母Oは，歩行障害等があり，平成5年，心不全のため66歳で死亡した。

(以上につき，甲C1の1，13，乙C1の7，8)

(4) 魚介類摂取状況

25 ア A家における漁獲状況

(ア) 昭和24年～昭和34年（出生前～4歳）

父Nは、昭和24年以降、漁師であった祖父Sの家業（漁業）の手伝いとして、うたせ船と木造の手漕ぎ船とを用いて漁をしており、昭和29年頃からは、茂道地区の知人とともうたせ網漁をするようになり、不知火海全域を漁場として漁を行っていた。

5 父Nは、昭和33年頃（3～4歳）、船を小型の動力船に買い換え、叔父Kとともに、かし網漁をするようになった。

母Oは、昭和27年2月に父Nと婚姻した後、畑仕事をして、麦やから芋、野菜を栽培する傍ら、漁の手伝いをするなどしており、魚介類を食するのを好んでいたが、昭和33年ころから体調を崩し、歩行が困難
10 となるなど症候が悪化していった。

(イ) 昭和35年8月～昭和45年3月（5歳～15歳）

父Nは、昭和35年8月、水俣工場に職員採用されたことに伴って漁協から除名され、網を用いて行う漁はできなくなった。しかし、父Nは、チッソからの給与のみでは家族を養うことが困難であり、仕事の合間に
15 一本釣り等の方法で漁を行い、自家摂食のために魚を獲っており、また、A家では、叔父Kや、祖父Sのきょうだいから魚をもらうこともあった。

また、昭和38年ないし昭和39年頃（小学3～4年生）までは、A家では豆腐屋も営んでいた。

さらに、父Nは、昭和37年頃（7歳）からはみかん栽培を始め、仕事とみかん栽培の合間に漁をする生活を続け、昭和56年（26～27
20 歳）に定年でチッソを退職した。

なお、姉Pは、昭和43年頃から昭和45年頃まで、茂道地区の網元（後の水俣病認定患者）の下で網子として働き、魚を持ち帰ることがあり、また、原告Aも、昭和35年（小学校入学）頃以降は、茂道湾で貝類を獲るなどするようになった。
25

イ 原告Aの魚介類摂食状況

(ア) 出生から昭和45年3月(15歳)まで

A家では、ボラ、太刀魚、カニ、クツゾコ、カレイ、カキなどを初めとする魚介類を食することが多く、原告Aの食生活は、乳幼児から大阪で就労する昭和45年3月までの間、魚介類、麦、アワ、から芋、豆腐、おから、野菜を主としたものであった。なお、昭和35年頃(6歳)までは、豆腐屋を営んでいたことから大豆を使った食べ物も多かったものの、3食とも、ほぼ魚が主食のような状態であった。ただし、原告Aの小学校入学から中学校卒業までの昼食は、学校給食であった。

(イ) 昭和49年(19~20歳)以降

原告Aは、昭和49年、現住所地に戻ってからは、再び魚介類を中心とする食生活となったが、この頃になると、茂道地区付近では魚が獲れなくなり、魚介類は購入したものを食するようになった。

(以上につき、甲C全17、甲A9、甲C1の1、13、乙C1の7、8、13、乙A35、39、原告A本人3~13頁、原告B本人3~12頁)

ウ その他の茂道地区の住民の魚介類等摂食状況等

昭和27年8月頃から、祖父Sと父Nは「ココダイ」等が浮いているのを度々目撃するようになったが、同じ頃からは、茂道地区では、魚介類のみならず、水鳥や猫、犬、豚などに異変が見られるようになり、その原因について、茂道地区の漁師の中には、チッソの廃水が影響しているのではないかとの疑念を抱いていた者もいた。(乙A35、39)

水俣漁協に加入していた漁師のXは、昭和30年から昭和31年頃、水俣病発生当初において、魚を食べた猫が死んでいく様子を見て、水俣湾産の魚介類の危険性を認識し、子どもには食べさせないようにしていたが、生活が厳しい時には子どもも魚を食べるなどしていた。(乙A39・146、147頁)

(5) 臍帯メチル水銀値

原告Aの臍帯メチル水銀値（昭和29年生）は0.671ppmである。なお、姉P（昭和27年生）は0.604ppm、弟Q（昭和40年生）は0.509ppmである。（甲C1の8, 16）

2 症候に関する認定事実

5 (1) 幼少期から水俣病認定申請までの経緯の概要

ア 昭和34年～昭和43年頃（5～14歳）

原告Aは、昭和34年頃（小学校入学前）から、からす曲がりを起こすことがあり、昭和42年ないし昭和44年頃（中学生）になると、からす曲がりと、年に数回程度の立ちくらみを自覚するようになった。

10 イ 昭和37年10月（7歳）

原告Aは、原田医師らによって昭和37年10月に行われた水俣病多発地区での知能テスト（田中ビネー式）において、運動拙劣、知的障害とされていたが、小中学校とも、学業・運動の成績はいずれも普通程度であった。（甲C1の12, 乙C1の7, 16）

15 ウ 昭和59年頃（30歳）

原告Aは、昭和59年頃から、からす曲がり、立ちくらみ、めまい、手足のしびれが目立つようになった。からす曲がり、就寝中、足ではふくらはぎ、太ももに、また、手では指先や腕などに発症し、痛みが激しく、「おもわず妻の二の腕を握りつぶすような勢いでつかむこと」もしばしばあった。（甲C1の13）

20

エ 原告Aは、父Nから、一度は調べてみた方がいいと思うといわれたことから、原田医師の診察を受けることとし、平成7年に初めて水俣病認定申請を行った。（甲C1の13）

（以上につき、甲C1の1, 3, 5, 12, 13, 乙C1の7, 16, 原告A本人13, 14頁）

25

(2) 第1回水俣病認定申請時の資料等

原告Aは、平成7年10月12日（40歳）、熊本県知事に対し、水俣病の認定申請を行った。同申請における資料の内容等は、要旨、次のとおりである。（甲C1の7，乙C1の10，16）

ア 原田医師の平成7年7月13日付け診断書

5 原田医師は、原告Aが茂道地区に生まれ育ち、その両親が水俣病に認定されていること、子供の頃からからす曲がりがあったこと、現在、立ちくらみ、しびれ感、感覚障害がみられることから、典型的ではないが疫学条件があるために水俣病の精査の必要を認めるとし、「水俣病の疑い」と診断した。

10 イ 疫学調査書（調査日：平成8年6月13日（41歳））

同調査日において、原告A及び父Nが調査に応じたところ、原告Aは、自覚症状として手足（全体）のからす曲がり、めまい・立ちくらみを訴えたが、発症時期は不詳と答えた。

15 また、原告Aは、稼働状況について、農業をしており、たまに網手伝い・合間に釣りをするが、天候左右されるので不定であると述べた。

さらに、原告Aは、からす曲がりと痙攣の症状の経過として、自身の記憶に残っている限りでは昭和33年頃ではないかと思うが、父Nによるともっと以前から、手足全体にからす曲がりが生じ、また、痙攣するようになった、その症状は右より左の方が重い、症状は一定していない。
20 痙攣は2，3分で治まる。からす曲がりが生じたときには、はじめは痛くて触れず、じっとしていて少し治まってきたら擦ったりする、これまで病院は受診せず、ときどき鍼灸院に行っており、現在、普段の生活は大丈夫だが、症状は増悪していると述べた。

原告Aは、立ちくらみやめまいの症状の経過として、幼少の頃から、立ちくらみやめまいがするようになり、急に立ち上がったたりすると目の前
25 が真っ暗になるため、トイレでも気をつけている、近頃では、症状が生

じる前に後頭部に違和感を感じる等の前触れが何となく分かるようになってきた、受診等していないが症状は増悪していると述べた。

また、飲酒状況については、一晩に焼酎コップ2杯を摂取している旨申告した。

5 ウ 各種検診

(ア) 水俣病認定検診録（眼科。予診日：平成7年11月2日。40歳）

原告Aは、眼科疾患は特になしとされ、診察は不要とされた。（乙C1の21）

10 この際、撮影されたエックス線写真において、原告Aの腰椎に軽度の骨棘形成が認められた。（乙C1の10）

(イ) 水俣病認定検診録（耳鼻咽喉科。診察日：平成8年4月12日。41歳）

15 原告Aの主訴としては「ときに手がしびれる」との記載が、現病歴としては約20年前より聴力障害があり、自覚なし、耳鳴りがたまにキーンとする、めまい、たちくらみはあるとの記載があるも、他覚所見としては、特段の異常所見の記載はなかった。（乙C1の15、22）

(ウ) 検診録（平成8年6月20日付け。41歳）

20 検診医は、原告Aの現病歴として、時々主に左の上下肢の筋肉がプリプリすることがある、足の指にからす曲がりが起こり、腰痛はあるが、膝痛はないとの記載のほか、一晩に焼酎コップ2杯を飲む旨の記載があった。原告Aの他覚所見として聴力は会話に支障なく、言語も明瞭円滑であり、ジアドコキネーシスでは、確実にリズムカル、普通に速い、指鼻試験では確実にスムーズで普通に速い、片足起立及びロンベルグ試験については30秒経過しても、くずれず、ふらつきもない、表在、深部
25 反射については、全身的に「±（減少）」しており、触覚及び痛覚については、別紙7—1「原告1：Aの感覚障害」（以下「原告Aの感覚障

害経過一覧」という。)①のとおり、触覚及び痛覚の障害部位の記載はなく、極めて軽い刺激で分かる と答えるとし、振動覚については、両上肢について11秒、両下肢について8秒と記載され、深部感覚についても趾の関節位置覚が「右5/5、左5/5」であり、それぞれ異常所見はない旨の記載があった。

そして、検診のまとめとして、原告Aの感覚は極めて軽い刺激でも、分かる と答え、振動覚は正常範囲内で、趾の関節位置覚は正常である、四肢協調運動はすべて正常で起立(平衡)にも障害なく、歩行に異常はなく、特に直線歩行に際しても、障害なく、言語障害、脱力及び振戦についてもそれぞれ異常ないが、腱反射は全般的に減弱で諸動作はスムーズで確実で、精神医学的所見もないことから、感覚を始め、異常所見はみられない旨記載がされている。(乙C1の10の1)

(エ) 健康調査票(記録年月日:平成8年7月16日。41歳)

既往歴の経過として原告Aには4、5歳頃から、手足全体にからす曲り、ひきつきあり、出現状況は不定で、2、3分で攣縮は止まるが痛みを伴っており、増悪傾向ある、また、小学校頃から立ちくらみがあり、眼が真っ暗になるがこれらに前兆伴うこともあると記載があり、また、知覚に関しては、原告Aの感覚障害経過一覧②のとおり、振動覚については、両上肢について15秒、両下肢膝が10秒、両下肢足首付近が13秒から15秒と記載され、痛みについて1gも3gも知覚できた旨記載され、まとめとして、神経学的な異常所見はなしと記載された。(乙C1の10の2)

(以上につき、乙C1の2、10、15、21~24)

(3) 原田医師らによる診察

ア 原田医師らによる診察

原告Aは、平成10年8月9日から平成20年2月12日(43~53

5 歳)にかけて、原田医師及び下地医師の診察を受けた。その結果は、次のとおりである。(なお、平成10年8月9日に作成された診療録には、平成11年8月20日の診察内容が書き加えられており、同診療録の内容がいずれの日に記載されたのかは、感覚障害の人体図の記載を除き、

5 (ア) 平成10年8月9日の原田医師作成の診察カルテ

10 原田医師は、原告Aやその姉や弟の臍帯メチル水銀値を記載し、原告A(43歳)の自覚症状として①痛み(上肢)「最近、ずきんと痛みが続く。」②だるさ、③力がなくなった、④からす曲がりがする、⑤疲れ易い、⑥「めまい、立ちくらみ」を聞き取り、診察の結果、他覚所見として、眼球運動障害が「右へ(+)」あり、構音障害については軽度又は疑いがあり、聴力障害、味覚・嗅覚・視力障害及び視野狭窄はいずれも所見がなく、運動は「ほぼ正常」で、振せんはなし、固有反射はあり、病的反射はなし、運動失調、マン現象、ロンベルグ現象はいずれもなく、

15 開眼片足立ちは正常であるが、閉眼片足立ちは不安定で、企図振戦、アジアドコキネーゼ、指示試験はいずれもなしと診断した。

20 また、原田医師は、原告Aの感覚障害について、原告Aの感覚障害経過一覽③のとおり、口元に2cm、腹部に3cm、右肘付近に3cm(3.5cm)、膝に4cmと記載し、両上肢前部のうち、上腕及び前腕中心部から遠位に感覚障害があるものの、上腕から前腕部中心部に至る部分(肘付近)については感覚障害なく、左肘付近が一番感じるとし、さらに、両下肢前部のうち膝から遠位部に感覚障害ありとの所見をとった。(甲C1の8)

25 (イ) 平成11年8月20日の原田医師作成の診察カルテ(44歳)

原田医師は、原告Aの感覚障害について、原告Aの感覚障害経過一覽③の右上の図のとおり、口元に2cm、左前腕部に3～4cm、両膝部分に

5 cmと記載し、両上肢前部のうち、概ね前腕部から遠位に感覚障害があり、両下肢前部のうち概ね膝から足末まで感覚障害ありとの所見をとった。

5 原田医師は、原告Aに四肢の触覚及び痛覚障害があり、四肢末端に感覚障害が強いのが水俣病では典型であり、原告Aの場合には両足のつま先の方が敏感（empfindlich）であったため、非典型（atypisch）であると記載した（原告Aの感覚障害経過一覧③）。（甲C1の8）

(ウ) 平成17年4月4日（又は同年7月13日）付け原田医師作成の診断書

10 原田医師は、原告Aの病歴として立ちくらみ、からすまがり、がひどくなったこと、同人の自覚症状として「①しびれ感（足）、②じんじんする（「足指」）、③だるさ（全身）、④からす曲がり（左・右）、⑤筋肉がぴくぴくする（上肢）、⑥疲れ易い、⑦めまい、立ちくらみ」を記載し、原告Aの嗅覚障害及び構音障害はそれぞれ軽度又は疑いがあり、運動失調、歩行時動揺、ロンベルグ、つま先立ち、病的反射はそれぞれなく、マン現象、固有反射はそれぞれ陽性とし、感覚障害については、口周辺にはなく、原告Aの感覚障害経過一覧⑤のとおり、前面の四肢の肘膝関節遠位に触覚、痛覚障害があると診断した。（甲C1の9）

(エ) 平成17年4月4日付け原田医師作成の診断書（50歳）

20 原田医師は、原告Aは、出生後昭和45年まで茂道地区に居住し、両親は水俣病認定患者、姉弟は医療手帳受給者であることに加え、現在、しびれ感、立ちくらみ、からすまがりなどの自覚症状があり、マン現象陽性、四肢末端優位の感覚障害がみられることから、水俣病に関する精査の必要を認めるとし、水俣病の疑いと診断した。（甲C1の10）

25 (オ) 平成19年8月28日付け下地医師作成の診断書（52歳）

下地医師は、原告Aの魚介類の主な入手方法は自家であり、その摂取

状況は毎日である、現病歴としては、感覚障害関連症状があり、からす曲がりが一番困ると聞き取った。また、下地医師は、原告Aの自覚症状について、「いつもある」ものとして、からす曲がり、筋痙攣、「ときどきある」ものとして、手足のしびれ、たちくらみと聞き取った。

5 下地医師は、原告Aの神経所見については、原告Aの感覚障害経過一覽⑦のとおり、口周囲の感覚障害は認められず、上下肢触覚障害及び下肢痛覚障害はあり、その範囲は肘関節又は膝関節に及び、上肢痛覚障害はあり、その範囲は肩関節に及び、全身性感覚障害は認められないと判断した。

10 さらに、下地医師は、原告Aの二点識別覚閾値は舌尖9mm、右示指10mm、左示指9mmであり、対面法による視野狭窄は認められず、構音障害は疑いがあり、運動失調については、アジアドコキネーシス（左右）を認める以外は、歩行異常、片足立ち等の異常は認められず、また、深部腱反射異常・病的反射も認めないと判断した。加えて、下地医師は、
15 特記事項として原告Aには感覚障害、からす曲がりが目立ち、両親が水俣病認定者であると記載したが、「診断」欄は空白とした。（甲C1の11）

(カ) 平成20年2月12日の原田医師及び下地医師による診察カルテ（53歳）

20 原田医師及び下地医師は、原告Aの他覚所見として、固有反射は上肢陽性、下肢は軽度又は疑い、並びに陽性であって、言語不明瞭であり、二点識別覚閾値は舌尖5mm、右示指8mm、左示指7mm、四肢の触覚・痛覚障害については、原告Aの感覚障害経過一覽⑧のとおり、口周辺の感覚障害は認めず、両上肢及び両下肢に感覚障害を認め、左下肢に「痛くない」と同カルテに記載した。（甲C1の12）

25 (キ) 平成20年4月30日付け原田医師作成の診断書

原田医師は、原告Aは小児期及び胎児期汚染の水俣病であると診断し、その理由として、原告Aの疫学条件や前記(3)ア(ア)ないし(カ)の各診察結果等を踏まえて、原告Aは、水俣病が最も多発した集落の一つに生まれ育ち、水俣湾産の魚貝類を多食したこと、その結果、水俣病に罹患するなど、家族のすべてがさまざまな程度に水銀汚染の影響を受けていること、特に、母Oは重症の水俣病と診断され、父N、祖母Tも水俣病に認定されていること、臍帯メチル水銀値が高いことから、胎内、幼児期共に汚染を受けていたことが明らかであり、学童期に知的障害と診断されていたのは、反応・動作・応答が遅かったためであり、当時から症状があったものと考えられるが、当時はいわゆる脳性小児まひ型だけが胎児性水俣病とされており、自覚症状がなかったことは胎児性水俣病および小児性水俣病ではしばしば経験されるものであり、成人するにしたがって症状が悪化ないしは自覚されるものであることなどを挙げる。(甲C1の12)

イ 鶴田医師による診察

原告Aは、平成19年1月21日から平成23年3月12日(52～56歳)にかけて、鶴田医師の診察を受けた。その結果は、次のとおりである。(甲C1の14)

(ア) 平成19年1月21日の鶴田医師作成の診察カルテ(52歳)

鶴田医師は、原告Aの主訴は両手指、足指のからす曲がりであり、現病歴として、小さいときからよく下肢がつり、夜中におきて痛がっており、15、6年前から仕事につることが多くなったこと、最近2、3年前は、後頸部が重くなったり、痛みがあること、上下肢にはキリキリする痛みがあり、家でゆっくりしている時に痛くなり、身をしめつけられる感じで、つるのとは別に発生するもので時間は2、3分で1日続くこともあって、頻度は週に3、4回であること、車の運転を長く続ける

と右下肢のジーンとするしびれ感があり，左下肢も少ししびれ感があることを聞き取った。

鶴田医師は，原告Aについて，構音障害及び眼球運動障害はそれぞれなく，ジアドコキネーシスは異常なし，深部腱反射については，軽度減弱しているが，病的反射はなし，二点識別覚閾値は右示指9.5mmとの神経学的所見を示した上で，感覚障害については，原告Aの感覚障害経過一覽⑥のとおり，口周囲と四肢の手足首関節遠位に感覚障害があり，四肢末梢，口周囲の感覚鈍麻及び振動覚低下があると診断した。

(イ) 平成22年8月29日の鶴田医師作成の診察カルテ（55歳）

鶴田医師は，原告Aから，後頭部の重い感じ・痛み，足・指のからす曲がり，四肢のあちこちに数秒から1，2分の幅で，チクツとする痛みがあり，耳鳴，立ちくらみもある旨主訴を聞き取った。また，鶴田医師は，原告Aから，現病歴として，からす曲がりについては，小学校ないし2，3才位から夜中に痛くて泣いていたから，からす曲がりがあったこと，夜間が多いが，たまに昼間にもあること，力が入ったとき，例えば，仕事中に手を使っている時に手指のからす曲がりがあることや，からす曲がり以前はふくらはぎが多かったが，最近は足指に多くなっていることを聞き取り，また，立ちくらみに関して，小学校5，6年生の頃からあり，急に立った時に目の前がまっ暗になりボーッとなるが，倒れた事はなく，しばらくしゃがんでると軽快することを聞き取り，さらに，10年前から上・下肢のアチコチにチクツとする痛みが数秒から2分くらいがあること，楽にしている時に多く，歯を食いしばり，切ってもらいたいように感じる事もあるが，頻度として，月に3，4回あり，少しの痛みは2，3日に1回あるものの，その誘因ははっきりしないことを聞き取った。加えて，鶴田医師は，原告Aから耳鳴は20歳以降，30歳過ぎてから気付いた，「キーン」とする音がする旨聞き取った。

鶴田医師は、原告Aについて、二点識別覚閾値は舌先12mm、右示指15mmであり、構音障害、眼球運動障害及びジアドコキネーシスは前回診察時と同様に異常がなく、口周囲の神経に深部腱反射については軽度減弱からほぼ正常の程度であって、MMS E（知的能力のうち、記憶力、計算力、言語力等を検査するための簡便な検査方法（乙B118））のスコアは30点中28点であると判断した上で、感覚障害については、原告Aの感覚障害経過一覧⑨のとおり、両上肢前部のうち前腕部から遠位に、両下肢のうち脛付近から遠位に触覚及び痛覚障害を認め、他方で、口周囲は過敏であるとし、四肢末梢感覚鈍麻、振動覚低下、二点識別低下及び筋痙攣があると診断した。

(ウ) 平成23年3月12日の潤和会記念病院神経内科における鶴田医師作成の感覚検査表（56歳）

鶴田医師は、同日の原告Aに対する二点識別覚検査の結果、二点識別覚検査の閾値は舌先8mm、右示指10mmであると記載した。

また、鶴田医師は、原告Aの感覚障害経過一覧⑩のとおり、触覚について、上肢末端は10分の2から5、下肢末端は10分の3、腹部は10分の5、口周囲についてはやや敏感と記載し、また、痛覚について、右上肢末端は10分の2から3、左上肢末端は、「痛みなく触っているのみ」、胸部は10分の7、両下肢末端は10分の4から5とそれぞれ記載し、両足裏については痛覚脱失と記載した。

さらに、鶴田医師は、原告Aの振動覚については、右上肢13秒、左上肢11秒、右膝9秒、右足首7秒、左膝8秒、左足首9秒と記載し、運動覚は正常とした。（甲C1の14）

(4) その他の医療機関への通院状況

ア 福田整形外科への通院

原告Aは、平成13年5月28日（46歳）以降、福田整形外科におい

て、腰椎椎間板症について通院治療を開始し、少なくとも平成27年5月まで、月に一、二回程度、定期的かつ継続的に通院し、消炎鎮痛処置治療を受けている。(乙C1の7, 9, 18)

イ 医療法人深水医院への通院

原告Aは、平成22年6月25日、医療法人深水医院に通院し、その2、3年前まで住民健診を受けており、肝機能異常を指摘されたこと、アルコールについて、焼酎1升を6日で飲むことを告げた。

また、原告Aは、同年7月3日、同医院において、血液検査を受けたところ、 γ -GTP (γ -グルタミルトランスペプチターゼ)が148U/lとの値を示し、アルコール性肝障害との診断を受け、焼酎を飲む量を1日当たり2合から1日当たり1合に減らすよう指導され、同月21日にも同様の指導がされた。(乙C1の20, 原告A本人34~35頁)

(5) 三浦医師らによる診察等

ア 平成26年7月の診察結果等

(ア) 三浦医師らによる神経内科学的所見の概要は次のとおりであった。

言語障害はないとされ、閉眼時の左の指鼻試験等について土とされているが、その他異常はなかった。

片足立ち試験で動揺が見られ、足踏試験で左前へのごく軽度の偏倚が見られたが、その他、起立、歩行に異常はなかった。なお、重心動力計検査によるラバー負荷試験(めまい平衡障害の原因についての簡易検査)においては、末梢前庭障害の可能性が高いとの結果であった。

深部反射は、下顎及び両アキレス腱にて消失、両上腕三頭筋、両膝蓋腱、腹壁にて軽度減弱し、病的反射は右にクローヌス反射が疑われた。

感覚検査の結果、原告Aの感覚障害経過一覧⑪のとおり、前面は、口周囲、胸骨上、腹部、四肢全体に、背面は、腰部、四肢全体に、感覚障害が認められた。関節位置覚は正常であった。振動覚(上肢14秒、下

肢10秒), 二点識別覚は低下している。

(イ) 腰椎エックス線検査の結果, 腰椎のL3, 4, 5椎体に軽度の骨棘突出があり, L5/S1の椎間腔がやや狭いとされた。

(ウ) 血液検査の結果, TG (中性脂肪) が295mg/dl (基準値50-149), 血糖 (グルコース, GLU) が84mg/dl (基準値66-110), HbA1c (糖化ヘモグロビン) NGSPが5.8% (基準値4.6-6.2), γ -GTPが111IU/l (基準値11-60) であった。

(エ) 阪南中央病院の依頼により松原徳洲会病院において行われた神経伝導検査の結果, 別紙8-1「原告Aの神経伝導検査の結果等一覧」のとおり (甲C全27・1頁), 右の正中神経の運動神経の潜時 (手首) が4.0ms, 感覚神経の伝導速度 (手指-手首) が45.8m/s, 振幅 (手首) が12.2 μ V, 左の正中神経の感覚神経の伝導速度 (手指-手首) が43.2m/s, 振幅 (手首) が18.7 μ V, 腓腹神経の感覚神経の振幅 (腓腹部) が, 右2.3 μ V, 左4.3 μ Vであった。

(オ) 原告Aは, 飲酒状況について, 1日に焼酎1合を週5日飲む旨申告した。

(以上につき, 甲C全27, 甲C1の3~5)

イ 平成27年1月の診察結果等

深部反射は, 上腕三頭筋, 橈骨において軽度減弱していた。病的反射は検査されていない。

感覚検査の結果, 原告Aの感覚障害経過一覧⑫のとおり, 前面は, 前額, 口周囲, 胸骨部, 肘膝関節より遠位の四肢末端に感覚障害が認められ, 背面は異常なかった。振動覚は, 上肢12秒, 下肢8秒であった。(甲C1の3, 4)

ウ 三浦医師らによる診断

三浦医師らは、原告Aについて、全身型の感覚障害（四肢末端優位で口周囲低下を含む。）が阪南中央病院における検査で確認されるどころ、末梢神経障害は腱反射及び神経伝導検査の結果から否定され、二点識別覚の低下が認められることから、上記感覚障害はメチル水銀ばく露による大脳皮質性のものと認められるとして、水俣病であると診断したほか、

（甲C1の3～6）

(6) 平成26年9月10日から平成27年5月29日の公的検診の結果

検診医は、原告Aについて、言語障害はなく、聴力低下を訴えるが日常会話に支障なく、運動失調、歩行及び平衡障害はそれぞれない、腱反射は全般的に減弱している可能性があるとして判断した。

原告Aの感覚検査の際、原告Aは、触覚、痛覚が四肢末端（手足首関節遠位）優位に低下している旨訴え、原告Aの感覚障害経過一覧⑬のとおり、両下肢の触覚及び痛覚につき10分の3、両上肢の触覚について10分の5、両上肢の痛覚について10分の2から3との所見がとられたが、微妙な刺激の差を感知可能であり、また、関節位置覚に異常はなく、振動覚はいずれも9秒であるとされた。

エックス線検査の結果、頸椎及び腰椎に骨棘形成、腰椎L5/S1の椎間腔狭小化の所見が見られた。

原告Aは、糖尿病に関し、毎年市内の医院で血液検査を受けて異常ないと言われている旨述べた。（乙C1の8、9、11、12）

(7) 原告Aの現在の生活状況

原告Aは、本件口頭弁論終結時において、みかん栽培の家業に従事しており、昭和49年頃と比べて、その作業内容自体に変化はない。原告Aは、飲酒の頻度に関しては、1週間のうち5日間、芋焼酎をお湯や水で1対1の比率で割るなどして、コップ2、3杯の量を飲み続けている旨述べる。原告A

は、船舶を運転して趣味で茂道から鹿児島県の県境当たりの海域に釣りに行くことがあり、一人で針、鉛及び餌を釣り糸に付ける作業や針を魚から取り外す作業を行っている。(原告A本人16, 25～26頁)

(8) 原告Aの疾患, その他医学的知見等

5 ア 腰椎椎間板症(腰椎椎間板ヘルニア)

腰痛は一般に最も多い愁訴である。椎間板は加齢とともに変性し、椎間板腔が狭くなり、線維輪が緩んで外側に向かって隆起し、その結果、外層線維輪が椎体辺縁への付着部で化生により骨化し骨棘が形成される。その過程で支持性が損なわれ脊椎不安定性が生じると、脊柱の周辺に存在する感覚終末が刺激され、腰痛を生じることがある。

腰椎椎間板ヘルニアは、線維輪に生じた亀裂から椎間板の髄核組織が脱出し神経根を圧迫して腰・下肢痛を引き起こす病態をいう。好発部位は、L4/5, L5/S1である。圧迫されている神経根の支配する下腿や足部の領域に、疼痛、表在感覚障害、運動障害(筋力低下)が、単独に又は同時に出現する。腰痛と片側の下肢痛が主訴であり、慢性緩徐に起こる場合、同一姿勢の保持により腰臀部、下肢に重苦しい痛みが生ずる傾向があり、下肢筋力が低下するとスリッパが脱げやすくなったり、ちょっとした段差にもつまずきやすくなったりする。深部反射は、膝蓋腱(L4)、アキレス腱(S1)の減弱又は消失により神経根障害の有無を確認する(これらの反射が亢進している場合には、膝、足クローヌス、バビンスキー徴候等の錐体路徴候の有無を確認する。)。単純エックス線写真では、ヘルニアの存在している椎間板腔が軽度又は中程度の狭小化を呈していることが普通である。他方、ヘルニアが神経根を圧迫しても痛みが生じない場合もある。また、検者が仰臥位の患者の踵を手で支えながら膝を曲げずに下肢を上げていく検査では、大腿後面の坐骨神経に沿った痛みを生じ、更に挙上すると強い痛みのために膝を曲げざるを得

なくなるラセーグ徴候が見られる（ラセーグ徴候は、L4ないしS3又は坐骨神経自体の病変があることを示唆し、原因としては、①多発神経炎等の神経炎、②椎間板ヘルニアの他、変形性脊椎症等の脊椎病変、③周囲の炎症など、腰部、腰神経の様々な病態が考えられる。）。(乙B73, 149)

イ アルコール性ニューロパチー（アルコール性末梢神経障害）

アルコール性ニューロパチーとは、長期のアルコール常用者に見られる感覚運動障害型の末梢神経障害（ニューロパチー）である。発生機序は明らかではないが、必須栄養素、特にビタミンB群の欠乏によるものとの見解もある。アルコール性ニューロパチーと診断される患者は1日当たり日本酒3合（焼酎1.8合）以上を飲んでいることが多いとされ（日本酒3合相当のアルコールを10年以上摂取し続けた者の3分の1にアルコール性ニューロパチーの臨床症状が見られるとの文献もある。）、発生頻度は積算の飲酒量に相関するとされている。

手袋靴下型分布に「針で刺されるような」「焼けるような」と表現される異常感覚や疼痛、知覚鈍麻が見られ、睡眠が妨げられることも多い。ロンベルグ徴候が陽性となることもある。筋力低下は、四肢、特に両下肢に見られるが、稀に顔面神経、舌咽等の麻痺も見られる。深部腱反射、特にアキレス腱反射は一般に減弱ないし消失するが、膝蓋腱反射は亢進傾向を示す例が多い。神経伝導検査では、基本的には、SNAPの低下が見られる一方SCVは比較的保たれている。運動神経もより軽症な形でこれに準じる。血液検査ではγ-GTPの上昇（なお、γ-GTPの値100ないし200IU/lは、アルコール性肝障害に多く見られる中等度の増加であり、肝がん、脂肪肝、胆道疾患の可能性もある。）が観察される。(乙B128～131, 証人山本27頁)

ウ 手根管症候群（carpal tunnel syndrome）

手根管症候群とは、正中神経が手根管の部位で絞扼される疾患（単神経障害，単ニューロパチー）をいう。正中神経の支配領域である第1指から第4指橈側に感覚障害を生じる。中年女性に多く，約半数の症例で両側性であるが，通常は利き手に初発し症状も重い。基礎疾患として，職業性，外傷性，糖尿病，粘液水腫，アミロイドーシス等があるが，原因不明であることが少なくない。

自覚症状は手指や手のしびれや疼痛で，しばしば夜間に増強し，手首を使うことで悪化する。感覚障害は正中神経の支配領域（第1指から第3指及び第4指の橈側の手指掌面）に局限する。運動障害は感覚障害に遅れるが，短母子外転筋の筋力低下はしばしば認められる。神経伝導検査における診断基準は，指－手関節部間の感覚神経伝導異常，手掌－手関節部間の感覚神経伝導異常，遠位潜時延長の3項目のうち1つ異常を満たすことが必要であるとされており，特に，手首刺激での遠位潜時が4.0 ms以上であるときは手根管症候群を疑う必要がある。（乙B 1 3 2～1 3 4，1 4 4，1 9 4，証人山本 2 5～2 7 頁）

3 争点（原告Aが水俣病にり患しているか否か）について

原告Aが，水俣病にり患しているか否かは，本文第3編第5章第1のとおり，生活歴，症状やその他疾病り患の有無などを個別的に検討した上で総合的に水俣病のり患の有無を判断すべきである。

(1) 原告Aのメチル水銀ばく露の有無及び程度

前記認定事実によれば，原告Aの臍帯メチル水銀値は0.671 ppmと日本の一般健康人における正常上限値である0.4 ppm前後より高く（本文第3編第1章の第4の1(2)ウ，前記1(5))，同居の祖母及び父母がいずれも水俣病認定患者であり（前記1(3))，母Oは重症の水俣病患者であったものと認められ，姉P及び弟Qの臍帯メチル水銀値も原告Aと同様に高かったこと（前記1(5))，並びに原告Aが幼児期からメチル水銀に汚染された魚介類を

多食していたこと（前記1(4)イ）などに照らすと、原告Aは、少なくとも胎児期及び乳幼児期に高濃度のメチル水銀にばく露したものと認められる。

しかしながら、昭和31年11月以降の水俣湾の魚介類の漁獲及び摂取の自粛が指導される等の当時の経過（本文前提事実第3の3，第3編第1章第3から第9まで）や、父Nが昭和35年に漁業補償の一環としてチッソ水俣工場での勤務を始めるなどしたこと（前記1(3)ア(イ)）等に照らせば、原告Aの少年期には原告A家における魚介類の摂取量は相当程度減少したものと認めるのが相当である。また、不知火海の汚染状況（本文第3編第3章第1）や原告Aが昭和45年3月から4年間は大阪府で生活していたこと（前記1(1)）に照らすと、同人が一定程度のメチル水銀ばく露を受けた可能性があるのは遅くとも昭和45年3月ころまでであったと認められる。

この点について、原告Aは、父Nがチッソに勤務し始めてから、A家で魚を食べないようにしようという話はなく、引き続き魚介類を食べていたと供述するが（原告A本人12，13頁），当時の原告Aの年齢（5歳～6歳）からして、そのような話があったか否か等について記憶として残っていたり、その内容を理解できていたりしたとは考えにくく、かかる供述は信用できない。

(2) 原告Aの症候

ア 原告Aの感覚障害の症候の具体的な推移

原告Aは、昭和34年頃からからす曲がり，昭和42年頃から立ちくらみ，昭和59年頃からめまいや手足のしびれを自覚するようになり（前記2(1)ア～ウ），平成7年には，原田医師によって，立ちくらみ，しびれ感，感覚障害がみられるとされたが，典型的ではないと診断されたこと（前記2(2)ア）からすると，その時点において水俣病の典型的な症状である四肢末端優位の感覚障害はなかったといえる。その後，平成8年6月及び同年7月の公的検診においては，感覚障害は認められ

ず、むしろ極めて軽い刺激でも分かるとの所見が記録されている（前記2(2)ウ(ウ), (エ)。ただし、深部反射は全身的に「±（減少）」とされ、全般的に減弱していた。）。

しかし、その後の原田医師の診察によれば、診療録の記載内容は必ずしも明瞭ではないものの、平成10年8月9日には両上肢全体（ただし、肘付近を除く）及び両下肢膝関節遠位に感覚障害が認められ（前記2(3)ア(ア)）、平成11年8月には四肢の肘膝関節遠位に感覚障害が認められるが、両下肢先端はむしろ敏感であったため非典型とされ（前記2(3)ア(イ)）、平成17年4月にも前面の四肢の肘膝関節遠位に感覚障害が認められるとされたが、しびれ感やじんじんするという自覚症状は下肢のみにみられた（前記2(3)ア(ウ)）。

平成19年1月の鶴田医師の診察では、口周囲と四肢の手足首関節遠位に（前記2(3)イ）、同年8月の下地医師の診察及び平成20年2月の原田医師の診察では四肢の肘膝関節遠位に、それぞれ感覚障害があるとされ（前記2(3)ア(オ)、前記2(3)ア(カ)）、平成22年8月の鶴田医師の診察では四肢の肘関節及び脛付近遠位に感覚障害があり、四肢末端の感覚鈍麻、振動覚低下、二点識別覚低下があるとされたが、口周囲はむしろ敏感であるとされ（前記2(3)イ(イ)）、平成23年3月には、両上肢は手首遠位に、両下肢は膝関節遠位や足の裏に感覚障害があり、四肢末端優位の感覚障害が見られたほか、口周囲の触覚はやや敏感、痛覚はわずかに低下、躯体部の触覚、胸骨上の痛覚も低下しているとされた（前記2(3)イ(ウ)）。

三浦医師らの検査では、平成26年7月には、前面は、口周囲、胸骨上、腹部、四肢全体に、背面は、腰部、四肢全体に、感覚障害が認められたものの、関節位置覚は正常であり（前記2(5)ア(ア)）、平成27年1月には、前面は、前額、口周囲、胸骨部、肘膝関節遠位の四肢末端に感覚障害が認められ、背面は異常なかったが（前記2(5)イ）、同年5月の公的検診で

は、触覚、痛覚が四肢末端（手足首関節遠位）優位に低下している旨訴えるも、微妙な刺激の差を感知可能であり、関節位置覚にも異常はないとされた（前記2(6)）。

イ 感覚障害の評価

5 このように、原告Aの感覚障害は、公的検診を除いてみても、初期には両上肢全体の感覚障害と両下肢については先端部分を除く膝関節遠位の感覚障害の所見が認められ、原田医師によって非典型であると評され、その後、両上肢、両下肢について、肘膝関節遠位の感覚障害の所見が認められるようになっていったところ（ただし、その途中で一度四肢の手足首関節遠位のみとなっている。）、平成26年7月には全身に感覚障害の所見があるとされ、平成27年1月には、再び、四肢末端優位の感覚障害の所見があるとされており、一定期間を置いた神経学的診察の度に所見の出現する部位に変遷が見られ、消失ないし出現の変化がみられる。

10 さらに、公的検診によれば、原告Aには平成8年には感覚障害がなく、平成27年には多少の感覚障害の存在が指摘されているところ（原告Aの感覚障害経過一覧①、②、⑬）、公的検診の結果の信用性については、本文第3編第5章第3において認定説示したとおりであり、基本的に信用できるものである上に、原告Aは、公的検診において、触覚及び痛覚が四肢末端優位に低下していると訴え、検診の結果上も、触覚と痛覚に一定の低下がみられる旨が記載されていることからすると（前記2(6)、原告A本人19、20頁）、原告Aの公的検診録の記載内容は信用できるというべきであり、これを覆すに足りる証拠はない。

15 したがって、所見の変動の検討にあたっては、公的検診の結果も考慮すべきである。

20 以上によれば、原告Aは、感覚障害経過一覧①、②の時点までは感覚障害がなかったが、同③になって感覚障害が出現し、同④では両上下肢に

感覚障害があったが、つま先の方は敏感であり、その後、同⑪には四肢全体に広がりを見せたが、1年弱の間に、同⑬のとおり感覚障害が急速に減少したといえることができる。

そして、本文第3編第5章第4の1のとおり、水俣病の症状が脳の不可逆的な器質的損傷によって生じるものであると解されることからすれば、
5 感覚検査の性質等を考慮しても、所見の消失と出現の変動を大きく繰り返すことは考え難いところ、原告Aの上記所見の変動は消失と出現を大きく繰り返したものとわざるを得ないから、メチル水銀ばく露による脳の不可逆的な器質的損傷によって生じた感覚障害とは考えにくいし、
10 水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が一貫して存在すると認めることもできない。

ウ 小脳性運動失調、平衡機能障害、構音障害その他の症候について

原告Aは、感覚障害のほかに、眼球運動障害（前記2(3)ア(ア)）、構音障害（前記2(3)ア(ア)）、運動失調（前記2(5)ウ）、平衡機能障害（前記2
15 (5)ウ）を指摘されたことがあり、本文第3編第2章第1の医学的知見によれば、それらは水俣病の病像に含まれているが、原告Aの上記症候が常時一貫して認められているわけではないから（本文第3編第4章第1）、原告Aにそれらの症候があると認めることはできない。

(3) 原告Aの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

20 ア 原告Aの感覚障害について

原告Aに、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が認められないことは前記(2)ア、イで認定説示したとおりである。

イ 感覚障害以外の症候がないことについて

前記(2)ウで認定説示したとおり、原告Aに感覚障害以外の症候があると
25 認めることはできない。

ウ 発症時期について

(ア) 原告Aに水俣病の症状とされる四肢末端優位の感覚障害が初めて発現したのは、前記2(3)のとおり、平成10年以降であったといえることができるから、原告らの主張する原告Aの水俣病を推認させうる症状の発症時期は、同年頃と見るのが相当である。

5 (イ) これに対し、原告らは、原告Aには、幼少期から、からす曲がり、めまいの症状があったのであるから、同時期には既に発症していた旨主張する。しかし、本文第3編第4章第1の6のとおり、からす曲がり、めまいなどの症状は、水俣病に特異的な症候ではないことからすれば、前記(1)で認定説示した原告Aの受けたメチル水銀ばく露の程度を考慮し
10 ても、幼少期に発症していたということとはできない。

(ウ) そうすると、原告Aのばく露終了時期である昭和45年3月（前記(1)）から医学的な裏付けのある症状が発現した平成10年まで30年近く経過しており、現在における一般的な医学的知見に基づく、水俣病のばく露から発症までの期間についての一般的な見解（数か月からせいぜい
15 数年（本文第3編第4章第4の2））と大きく齟齬するというべきである。

エ 所見の変動について

原告Aの感覚障害については、前記(2)イで認定説示したとおり、比較的
20 短期間に消失と出現を含む相当程度の所見の変動が見られることからすれば、原告Aの感覚障害はメチル水銀ばく露によるものとして合理的に説明することは難しいというべきである。

オ 他原因の可能性について

原告Aは、平成7年に撮影されたエックス線写真において腰椎に骨棘の
25 形成が認められ（前記2(2)ウ(ア)）、平成13年5月には整形外科において腰椎椎間板症と診断され、以降、継続的に通院して消炎鎮痛処置を受けている（前記2(4)ア）から、遅くともこの頃にはこれを原因とする症状

が現れていたものと認められ、原告Aがこの頃以降に訴えるようになったしびれ感等の下肢の症状は、腰椎椎間板症によるものである可能性が否定できない。

また、平成26年7月の神経伝導検査の結果（前記2(5)ア(エ)）によれば、原告Aの両下肢には末梢神経障害があると指摘でき、上肢にも末梢神経障害が疑われる（なお、山本医師も同様の見解を述べる（乙B125, 194, 証人山本38頁)。）。

さらに、前記2(2)イ, ウ(ウ), 2(4)イ, 2(5)ア(オ)の認定事実からすれば、原告Aが長年にわたり日常的に飲酒していることが認められ、平成26年7月の血液検査の結果、 γ -GTPがアルコール性肝障害を示唆する程度に高値であったこと（前記2(5)ア(ウ), (オ), 2(8)イ）等に照らすと、原告Aの感覚障害はアルコール性ニューロパチー（前記2(8)イ）によるものである可能性があり、神経伝導検査の結果（感覚神経活動電位の低下に比して感覚神経伝導速度が保たれている。）もこれに合致する（なお、山本医師も同様の見解を述べる（乙B125, 194, 証人山本39～41頁)。）。

さらに、右上肢の神経伝導検査の結果は、手首刺激での遠位潜時が4.0ms以上であることから（前記2(5)ア(エ)）、手根管症候群（前記2(8)ウ）の可能性を示唆するものでもある。（なお、山本医師も同様の見解を述べる（乙B125, 194, 証人山本38頁)。）。

このように、原告Aの感覚障害の原因につき、複数の他疾患による疑いが合理的に残るといふべきである。

カ 原告Aの自覚症状についての判断

原告らは、原告Aが遅くとも昭和34年頃からからす曲がりやめまいなどの症状を自覚するようになったと主張する。

しかし、からす曲がりやめまい自体は水俣病の主要症候との関連性が必

ずしも明らかではなく非特異的な症候であり（本文第3編第4章第1の6）、原田医師の報告では正常とされた者（他疾患とされた者を含む。）にも臍帯メチル水銀値が高い者が相当数見られたこと（同第1章第9の1）や、原告Aのその他症候の内容等にも照らせば、本件に現れた事情のみによっては原告Aの上記自覚症状がメチル水銀ばく露の影響によるものとは認めるに足りず、原告Aが水俣病にり患していることを裏付けるものとは言えない。

(4) 結論

以上を総合的に検討するに、原告Aは胎児期及び乳幼児期に高濃度のメチル水銀にばく露したものであるが、原告Aが幼少期からあったとすからす曲がり等の自覚症状とメチル水銀ばく露との関係は必ずしも明らかではなく、他覚所見の見られる感覚障害はメチル水銀ばく露によるものとは認め難い。そして、その他証拠及び弁論の全趣旨によっても、原告Aが水俣病にり患しているとは認めることはできない。

以 上

原告Bに関する判断

第1 概要等

1 前提事実

5 (1) 原告Bは、昭和29年▲月▲日生まれの女性であり、婚姻前の氏名はBである。原告Bの父K（以下「父K」という。）と原告Aの父N（以下「伯父N」という。）は兄弟であり、原告Bと原告Aはいとこである。（甲C2の30～34、乙C2の5、14、15）

10 (2) 原告Bが熊本県知事に対して行った水俣病認定申請に係る経過は、次のとおりである。（甲C2の1、2、30、37、38、乙C1の2、3、乙C2の1～6）

ア 第1回水俣病認定申請

昭和58年11月8日申請 昭和62年6月18日申請棄却。

イ 第2回水俣病認定申請

15 平成7年11月1日申請 平成8年9月17日申請棄却。

ウ 第3回水俣病認定申請

平成11年10月4日申請 平成12年5月23日申請取下げ。

エ 第4回水俣病認定申請（本件申請）

20 原告Bは、平成17年4月25日付けで認定申請を行い、熊本県知事は、同年5月2日付けでこれを受理した（乙C2の1）。熊本県知事は、疫学的調査及び検診を実施し、これにより得られた資料を基に、平成27年9月30日付け水俣審第312号により認定審査会へ諮問し（乙C1の2）、認定審査会は、同年10月18日開催の第230回熊本県公害健康被害認定審査会による審査の結果、同年11月25日付けで「公健法で定める水俣病には合致しない」との答申を行い（乙C1の3）、熊本県知事は、この答申を受けて、同月30日付けで棄却処分を行った（乙C2の

25

2)。

これに対し、原告Bは、平成27年12月6日付異議申立書をもって、
熊本県知事に対し、原告Bに係る上記処分につき、異議申立てを行い
(乙C2の3)、熊本県知事は、同年12月10日付けで受理し、平成2
9年3月7日に棄却した(甲C2の38)。

また、原告Bは、原告Bに係る本件処分につき、平成28年2月24日
付け行政不服審査請求書をもって審査請求を申し立て、不服審査会は同
年3月3日付で受理した(乙C2の4)。

(3) なお、原告Bは、前記(2)アの水俣病認定申請を行った後、平成7年に医療
手帳の交付を求めたが、非該当として認められなかった。(甲A48、乙C
2の5、原告B本人41、42頁)

2 争点に関する当事者の主張

本件の争点は、原告Bが水俣病にり患しているか否かであって、原告らに共
通する当事者の主な主張については、本文第2編第3章で摘示したとおりであ
り、ここでは原告Bに関する個別的主張について摘示する。

(原告らの主張)

原告Bは幼少期から水俣病にり患している。

ア 原告Bのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Bは、水俣市袋で生育し、魚介類を多食していたことから、原告Bが
胎児期及び幼少期に高濃度のメチル水銀にばく露したことは明らかである。
藤木教授による原告Bら姉妹の臍帯メチル水銀値は正確なものではないと考
えられる。

イ 原告Bの各症候

原告Bには、昭和34年頃から自覚症状があり、平成7年又は平成8年以
降四肢末端優位の感覚障害が認められた。そして、平成19年以降は、舌先
の二点識別覚の低下が認められており、これだけで原告Bが水俣病にり患し

ている蓋然性が高いと判断できる。神経伝導検査や腱反射の所見からも、原告Bの感覚障害が末梢神経障害によるものではなく大脳皮質障害によるものであることは明らかである。

ウ 原告Bの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

5 (ア) 原告Bには、軽度の運動失調、平衡機能障害も認められる。上記イのとおり、水俣病に罹患する程度のメチル水銀ばく露を受けていることから、当該感覚障害はメチル水銀ばく露に起因するものである。

10 (イ) また、原告Bは昭和34年(5歳)頃からめまい、手の震え、からす曲がり等の自覚症状を有していたから、原告Bの発症時期は昭和34年であるといえ、ばく露終了後相当長期間経過後に感覚障害を発症したといえない。

(ウ) 原告Bは、神経症状を引き起こすほどの頸椎症性の神経根症及び脊髄症を発症していない。

15 また、過去の検査結果によると、原告Bは、慢性甲状腺炎の急性増悪としての無痛性甲状腺炎による一過性の甲状腺機能亢進症に罹患していたものの、その期間を除いて甲状腺機能が正常な慢性甲状腺炎が長期間にわたり継続していたのであり、そもそも甲状腺機能亢進症を発症していたのではない。また、平成26年8月の原告Bに認められた四肢の感覚障害についても、甲状腺機能低下症で起こる多発性ニューロパチーは粘

20 液水腫性のものであるが、原告Bは軽症の潜在性甲状腺機能低下症にとどまっており、その顔面及び四肢の浮腫を指摘されたことはないことから、甲状腺機能低下症に基づく感覚障害があるとはいえない。

よって、他の原因もない。

エ よって、原告Bは、幼少期から水俣病に罹患している。

25 (被告らの主張)

否認する。

(ウ) また、原告Bにみられたとされる四肢末端優位の感覚障害については、水俣病以外の脊髄障害や末梢神経障害によるものとして説明が可能である。

すなわち、神経伝導検査の結果によれば、原告Bには、両上肢に末梢神経障害が認められ、左下肢に同疑いがあり、他方、右下肢に同障害がないということにはならない。また、その他診察結果によれば、頸椎症若しくは頸椎椎間板ヘルニア又は甲状腺機能低下症を基礎疾患とする手根管症候群（上肢）や甲状腺機能異常、心因性の病態等による感覚障害の可能性が考えられる。なお、甲状腺機能低下症の症状は、甲状腺ホルモンの欠乏による新陳代謝低下の症状（精神活動の低下、痺れ感等）と、粘液水腫様物質浸潤による症状（粘膜水腫、嗄声等）とがあり、必ずしも感覚障害を伴って粘液水腫が生じるとは限らない。

エ これらによれば、原告Bが水俣病にり患しているといえない。

第2 当裁判所の判断

1 ばく露に関する認定事実

(1) 居住歴・職歴の概要

ア 原告Bは、昭和29年▲月、水俣市（住所省略）（原告Aの現住所地であり、以下「実家」という。）で出生した。母Yは、原告Bを妊娠中、出産前には、水俣市（住所省略）の母Yの実家に帰っており、出産後、実家に戻った。原告Bと父母は、実家の近くの借家で生活していたが、食事は実家で摂っていた。

イ 原告Bは、昭和32年（3歳）頃、熊本県水俣市（住所省略）（以下「現住所地」という。）に転居し、昭和45年3月（当時15歳）には袋中学を卒業して、約6か月間、大阪府茨木市で和菓子屋の店員として就労し、昭和45年9月（16歳）には現住所地に戻り、水俣市内の百貨店で就労した。

ウ 原告Bは、昭和50年（20歳）に結婚し、熊本県水俣市（住所省略）

に居住して家事に従事し、昭和51年(21~22歳)に同市(住所省略)に転居し、昭和61年5月まで小売店に勤務した後、同月頃に現住所地に戻り、みかん栽培の家業手伝い(農業)を行いながら、本件口頭弁論終結時まで生活している。

5 (以上につき、甲C2の30, 31, 乙C2の5)

(2) 居住地の状況等

ア 原告Bの現住所地のある茂道地区は、別紙6-1(原告Aに関する判断)第2の1(2)アのとおり、水俣病認定患者が存する地区である。

イ 原告Bの現住所地は、原告Aの現住所地から500m程度の距離にあり、
10 茂道湾から山側に少し離れた位置にある。(甲C2の31・7頁)

(3) 同居親族の状況

ア 家族関係及び水俣病認定状況等(甲C2の1, 13, 30, 乙C2の5)

(ア) 祖父母

祖父S(以下「祖父S」という。)は、明治33年ころに生まれ、昭和
15 34年に59歳で死亡した。

祖母T(以下「祖母T」という。)は明治42年に生まれ、昭和61
年12月に水俣病認定を受け、平成7年に86歳で死亡した。

(イ) 父母, 伯父母等

父Kは、昭和8年に生まれ、昭和35年から漁業補償の一環で水俣工
20 場に勤務し、昭和54年に体調不良のため定年前に退職し、昭和61年
7月30日に水俣病の認定申請が棄却され、平成8年に医療手帳の交付
を受けた。

母Yは、昭和6年に生まれ、昭和53年5月6日に認定申請が棄却さ
25 れ、昭和61年、胆のう癌により54歳で死亡した。なお、死亡後も母
Yに関する認定申請がなされたが、平成7年1月12日に棄却され、そ
の後、平成7年政治的解決の医療手帳の交付対象となった。

伯父Nは大正15年に生まれ、昭和35年から漁業補償の一環で水俣工場に勤務し、昭和48年6月に水俣病認定を受け、昭和56年に定年で退職し、平成9年に71歳で死亡した。

伯母O（以下「伯母O」という。）は昭和2年に生まれ、昭和46年10月に水俣病認定を受け、平成5年に66歳で死亡した。

叔母U（以下「叔母U」という。）は、昭和23年に生まれ、平成24年7月31日までに被害者手帳の交付を申請し、これを受給した。

(ウ) 姉妹関係

原告Bは、父Kと母Yの長女であった。（甲A48）

父Kと母Yの二女である妹Z（以下「妹Z」という。）は昭和31年▲月▲日に生まれ、現住所地において、昭和44年まで原告Bと同居した後、一旦転居したが、昭和55年以降再び原告Bと同居し、平成8年7月25日に水俣病の認定申請が棄却され、同年に医療手帳の交付申請を行って医療手帳の交付を受けた。

イ 同居状況等（甲C2の30、31、原告B本人5、6、36～38頁）

(ア) 原告Bは、昭和50年の結婚まで、他県での就労期間を除き、現住所地において父母及び妹Zと同居していた。なお、原告Bは、昭和32年頃までは、少なくとも、原告A、祖父S、祖母T、伯父N、伯母O、叔母Uと一緒に1日3食の食事をとっていた。

(イ) なお、伯父Nが、昭和45年（15～16歳）頃、父K及び母Yに対し、水俣病認定申請を勧めたことがあったが、原告B及び妹Zは、「水俣病になると結婚できない、仕事もできなくなる、周りの人に白い目で見られるから」という理由で、父母が水俣病認定の申請をするのであれば、現住所地を出ていくと反対したということがあった。当時、原告Bは、水俣病患者とは「胎児性患者さんのような人」だと思っていた。

ウ 同居の親族の症候等（甲C2の13）

(ア) 祖父母及び伯父母の症候等については、別紙6-1（原告Aに関する判断）第2の1(3)ウ(ア)から(エ)のとおりである。

(イ) 父Kは、平成20年3月18日の原田医師による診察時において、
5 自覚症状として「手足、口の周りのしびれ感、脱力、つまずきやすくス
リップが抜ける、耳鳴り、からす曲がり、筋肉がぴくぴくする」、昭和
31年ころから意識喪失を伴う下肢から始まる痙攣発作がある旨述べ、
原田医師は、眼球運動障害、聴力障害（軽度）、軽度言語障害、つぎ足
歩行障害、片足立ち障害、マン現象陽性、アディアドコキネーゼ、指鼻
指示試験障害、膝踵試験陽性、口周囲および四肢の感覚障害、二点識別
10 覚障害などの臨床症状を認め、水俣病と診断した。

(ウ) 妹Zは、平成20年3月18日の原田医師による診察時において、
「小学校ころから病弱、指の動きが悪かった。中学生になってからは背
痛に悩まされた。平成12年子宮筋腫、翌13年には乳がんの手術。2
0歳頃から頭痛があったが、4年前からひどくなった」旨、さらに、自
15 覚症状として、手のしびれ感、ふるえ、耳鳴り、頭痛、からす曲がり、
起立性調節障害（立ちくらみ、頭痛、ぼんやりなる、手足の冷え、発汗
異常など）と言われたことを述べ、原田医師は、軽度振戦、口周囲及び
四肢に強い感覚障害を臨床症状として認め、水俣病と診断した。

(エ) 母Yの主な症候は、頭痛、めまい及び吐き気であった。

20 また、熊本県知事は、昭和53年5月6日、母Yの水俣病認定申請棄
却処分をし、母Yは審査請求をしたが、環境庁長官は、母Y死亡後の平
成3年10月25日、母Yは当時水俣湾内の魚介類に蓄積されていた有
機水銀へのばく露歴を有していると考えられ、四肢のしびれ感、手足の
脱力、手のふるえ、歩行時の転倒、舌のもつれ、頭痛、耳鳴り、めまい、
25 眼のかすみ、難聴等水俣病に見られることのある自覚症状を訴えている
が、上記県知事の処分時には、四肢末端の感覚鈍麻は認められるものの、

運動失調，平衡機能障害，視野狭窄，眼球運動障害は認められず，聴力障害もほぼ正常であったところ，以上の事情を総合的に判断して，母Yを水俣病として認定しないとした県知事の前処分は妥当なものであったとして，上記審査請求を棄却する旨の裁決をした。（甲C2の34の3，
5 乙C2の5）

(4) 臍帯メチル水銀値

ア 原告Bの臍帯メチル水銀値（昭和29年生）は0.0684 ppmである。
なお，妹Z（昭和31年生）の臍帯メチル水銀値は0.078 ppmである。
（甲C2の8，35）

10 イ 原告Bは原告Aと従兄弟の関係にあり，実家と現住所とは近接しているところ，原告Aの臍帯メチル水銀値（昭和29年▲月▲日生）は0.671 ppm，その姉のP（昭和27年▲月▲日生）の臍帯メチル水銀値は0.604 ppm，その弟のQ（昭和40年▲月▲日生）の臍帯メチル水銀値は0.509 ppmである。（甲C1の8，16）

15 原田医師らがまとめた「不知火海沿岸住民の保存臍帯のメチル水銀値」中の「分析一覧表」のうち，藤木教授が測定した資料番号52の水俣市茂道出生の「佐●れ●子」「1954年▲月▲日生まれ」「メチル水銀濃度0.0684 ppm」は，原告Bの臍帯メチル水銀値であると認められるほか，同資料番号46の藤木教授が測定した水俣市茂道出生の「佐●英●
20 ●」「1954年▲月▲日生まれ」「メチル水銀濃度0.6717 ppm」は原告Aのもの，同資料番号49の藤木教授が測定した水俣市茂道出生の「佐●真●子」「1956年▲月▲日生まれ」「メチル水銀濃度0.0763 ppm」は妹Zのもの，同資料番号45の藤木教授が測定した水俣市茂道出生の「佐●利●子」「1952年▲月▲日生まれ」「メチル水銀濃度
25 0.604 ppm」は原告Aの姉のPのもの及び同資料番号48の藤木教授が測定した水俣市茂道出生の「佐●亮●」「1965年▲月▲日生まれ」

「メチル水銀濃度0.5097ppm」は原告Aの弟のQのものと認められる。(甲C1の8, 甲C2の8, 35, 乙C1の7, 8)

ウ この点について, 原告らは, 藤木教授の測定した原告Bら姉妹の臍帯メチル水銀値は誤っている可能性がある旨主張する。

5 しかし, 原告A, その弟及び姉に関するメチル水銀値も藤木教授によって測定されているところ, 原告らは, 藤木教授が測定した原告Aやその兄弟姉妹に関する臍帯メチル水銀値に疑義がないこと, 原告Bら姉妹の臍帯メチル水銀値についてのみ藤木教授の測定方法等が誤っていたと認めるに足りる証拠はないこと, 原告Bら姉妹の臍帯メチル水銀値がいずれも同程度の低い値として検出されていることからすれば, 原告Bら姉妹の臍帯メチル水銀値が誤りであると認めることはできない。

10 したがって, 数値が低いことをもって藤木教授のメチル水銀値の測定結果が信用できないとする原告らの主張は採用できない。

(5) 魚介類摂取状況

15 ア B家における漁獲状況

(ア) 昭和27年～昭和34年(出生前～5歳)

20 祖父Sの家業は漁業であり, 父Kは, 漁師であった祖父Sの手伝いをし, 同人が持っていたうたせ船と, 木造の手漕ぎ船とを用いて漁をしていた。昭和27年頃からは, 祖父Sが動力船を購入したため, 同船を用いてかし網漁をするようになった。

 母Yが, 原告Bの出産前に水俣市(住所省略)の母Yの実家に住んでいた時期には, 父Kが, 母Yのもとに, 魚を運んで持っていくなどしていた。(原告B本人45頁)

25 昭和33年(3～4歳)頃からは, 伯父Nが小型の動力船を購入してかし網漁をするようになったため, 父Kは, それを手伝って漁をするようになった。

(イ) 昭和35年8月(6歳)以降

父K及び伯父Nは、昭和35年8月、チッソ水俣工場に職員採用されたことに伴って漁協から除名されたため、網を用いた漁はできなくなった。しかし、父K及び伯父Nは、チッソ水俣工場勤務による給与のみでは家族を養うことが困難であって、仕事の合間に一本釣り等の方法で、週に三、四日は主に自家摂食のための魚を獲っており、昭和37年ころからは、小型の手漕ぎ船を購入して釣りに行くようになった。

母Yは、昭和35年に父Kがチッソ水俣工場に職員採用された後、茂道地区の網元の下で、網子としてイワシ網漁を手伝うようになり、網子の分け前として魚をもらってくるようになった。

父Kは、昭和38年(8~9歳)頃からみかん栽培を始めたが、仕事とみかん栽培の合間に魚を獲るという生活を続けており、原告Bも、昭和35年(小学生)頃以降は、休日に茂道湾で貝類やわかめ等を獲るようになった。

イ 原告Bの魚介類摂食状況

(ア) 原告Bは、生後、昭和35年(5~6歳)までは、毎日、魚介類を食べ、父Kの漁協除名前までは、大人とともに食べることも多く、同年以降はその機会は減ったものの、ほとんど毎日、食べていた。

(イ) 原告Bの食生活は、昭和45年3月(15歳)、大阪で就労する頃で、ボラ、ガラカブ、アジ、タチウオ、ビナを初めとする魚介類に加え、麦、野菜、から芋を主としたものであり、食卓には毎日魚介類が上がり、朝、昼、晩の食生活は、魚介類を主体としたものであった(ただし、原告Bが小学生となった以降は、中学校を卒業するまで、昼食は学校給食であった。)

ウ 他の茂道地区の住民の魚介類等摂食状況

水俣漁協に加入していた漁師のXの喫食状況等は、別紙6-1(原告

Aに関する判断) 第2の1(4)ウのとおりである。

(以上につき、甲C2の1, 30, 31, 乙C2の1, 原告B本人3~12頁)

2 症候に関する認定事実

5 (1) 幼少期から水俣病認定申請までの経緯の概要

ア 昭和33年以降

原告Bは、昭和33年か昭和34年頃、農作業用の鎌で足を切り10針以上縫う怪我を負ったにもかかわらず泣かなかつたり、また、たき物の火が左腕の袖に移り、火を見て驚いて泣いたが、痛みや熱さは記憶にならないことがある。原告Bは、幼いころから手が震えており、小学生の頃は、よく転んでおり膝に傷が絶えず、忘れ物が多く、よく夜にからす曲がり
10 が起きて泣いていた。(甲C2の30・11, 12頁, 原告B本人13~15頁)

イ 昭和46年から昭和47年(17歳から18歳)

原告Bは、昭和46年から昭和47年(17歳から18歳)頃、めまい
15 や頭痛、手足のしびれがひどくなり、手に持ったものをすぐ落としていた。(甲C2の30・11頁)

(以上につき、甲C2の5, 30, 乙C2の5, 13, 15, 原告B本人13~15頁)

20 (2) 第1回水俣病認定申請時の資料等

原告Bは、昭和58年11月8日(29歳)、熊本県知事に対し、認定申請を行った。同申請における資料の内容等から認められる事実は、要旨、次のとおりである。(乙C2の13, 15)

ア 浴野医師の昭和58年10月31日付け診断書(29歳)

25 浴野医師は、原告の生活歴と生活状況の変化、家族歴、既往歴を前提に、原告Bに自覚症状として「体がだらしんことが多い。」「主に左足がけい

れんする（小さい時から。）、「頭痛，嘔気，めまいがする。」等を上げ、
現症として、上肢を前方に挙上し静止させると指先に細かいふるえが観
察できるが、それ以外は特に強い障害は観察されないとし、原告Bの生
育とも濃厚汚染地区の茂道、本人の訴える症状を説明できるような疾患
5 は水俣病しか考えられないことから、水俣病の精査の必要を認める旨記
載した。（乙C2の15）

イ 疫学調査書（調査日：昭和59年4月6日（29歳）及び昭和62年1
月14日）

（ア） これらの調査日において、原告B、父K及び母Yが調査に応じたと
10 ころ、原告Bは、自覚症状として昭和36年以前から両手が震え、しび
れる、特に手首から先がひどいが、両手の程度は同程度である、足が
「ホロク」、転び易く、左足より右足の方がひどい、腰から下、肘から
先が痛む、両側とも同程度であるが、足の方が手より痛い、昭和48年
か昭和49年頃から回転性のめまいがする、昭和60年頃から耳が遠い
15 と答え、さらに、特に苦痛に感じる症状、気がかりな症状、目立って悪
化している症状として、手の震え、しびれを挙げた。

（イ） 原告Bは、既往症等について、手足の震えについては、昭和45年頃
に市川医院に通院し、めまいについては昭和61年7月に水俣市立病院
に通院した旨述べ、稼働状況については家事を行っている旨述べた。

（ウ） 原告Bは、両手の震えやしびれの経過として昭和36年以前から、
20 食事の時に茶碗を持った時や、鉛筆を握った時など、手が震えるのに気
が付いた、手の震えがひどく、字を書きにくかったり、人から見られる
と恥ずかしい程あり、食事中、お茶や汁物をこぼしたりすること、震え
には、ひどいときや弱いときがあるが、覚えている限りは、水俣市内の
25 市川医院にたまに受診していただくくらいで、治療はしていない旨、さらに、
同じ頃から手の指先が、ジンジン、しびれるようになり、これらの調査

日時期までジーンという感じが出たりひっこんだりしているが、生活に支障がある程ではないなどと述べた。

原告Bは、足が「ホロく」、転び易いことの経過について、昭和36年頃から、足がホロいなと感じるようになり、他人と比較すると、転び易く、ちょっとした物にひっかかり、転んで足に痣ができ、また、これらの調査日当時までにおいて、歩くと疲れ易い旨述べた。

原告Bは、手足の痛みの経過について、小さい頃から膝から足先まで痛み、夜に眠られずに泣いていた覚えがあること、眠りつくまで痛みが続き、母Yにサロンパスなどを貼ってもらい眠っていたこと、朝起きたときには立てなかったが、昼間はそうひどくはなく、夜になると、また痛み出すという状態だったこと、これらの調査日当時は少し楽になっていること、また、同じ頃、足ほどひどくはなかったが、上肢の肘から先も痛み、サロンパスを貼っていたことを述べた。なお、治療は上記市川医院に受診したかどうかよく覚えていないくらいで、殆どしていないとのことであった。

原告Bは、めまいの症状の経過として、昭和48年か昭和49年頃に、テレビを見ている最中に気分が悪くなり、天井がくるくると回る回転性のめまいの症状が生じ、昭和61年7月頃からひどくなり、同年頃に胃も痛んだことから、水俣市立病院の消化器科に通院し、検査を受けたが、内科については異常はなく、医師からは何も言われず、耳鼻科に行ってみよう言われた。めまいは、多いときは2日か3日置きに起こり、1週間ないときもあると述べた。

また、原告Bは、耳が遠いことに関し、昭和60年頃から、テレビのボリュームが高いと言われたり、人から呼ばれてもすぐに分からなかったりするようなことがあった旨述べた。

(以上につき、乙C2の15)

ウ 各種検診

(ア) 水俣病認定検診録（眼科。予診日：昭和61年8月19日。32歳）

原告Bは、眼科疾患は特になしとされ、診察は不要とされた。（乙C2の20）

5 (イ) 水俣病認定検診録（耳鼻咽喉科）

原告Bは、昭和61年9月4日の予診日において、自覚症状として耳鳴り（時々、「ボー」とする音）、回転性めまい及び嘔気がある旨述べ、同年12月20日の診察日における主訴としては「回転性めまい」であり、現病歴としては13年前に寝ている時などに時々回転性めまい
10 がある旨述べたが、他覚所見としては、特段の異常所見はないとされた。（乙C2の21～23）

(ウ) 検診録（昭和62年2月23日付け。32歳）

検診医は、原告Bの現病歴として、16歳か17歳頃より回転性のめまいがあり、嘔気、嘔吐の症状があつて、半日から二、三日続くもので、
15 多い時は1週間に二、三回あるが、ない時は1か月以上ない、また、同じ頃より頭痛があり、持続性のもので嘔気を伴っている、5歳か6歳から手指振戦があると記載した。（乙C2の9）

原告Bの他覚所見として、上肢については、振戦（体位）が左右とも「+（速い）」とされ、企図振戦については左右とも「わずかに増強」
20 しており、別紙7—2「原告2：Bの感覚障害」（以下「原告Bの感覚障害経過一覧」という。）①のとおり、触覚及び痛覚の障害部位の記載はなく、表在・深部反射、触覚及び痛覚はいずれも正常で、病的反射はなく、振動覚については、右上肢について12秒、左上肢について14秒、両下肢について10秒と記載され、その他の異常はなしとされた。

25 （乙C2の9・6頁）

そして、検診のまとめとして、原告Bには、運動失調やニューロパチ

一は認められず、他方で振戦は認められるが、速く、動的振戦であり、脈拍が1分間に102回であって、手掌や踵に発汗が多く、甲状腺腫がある可能性があることから、甲状腺機能亢進症疑いとして、市立病院へ紹介する旨の記載がされた。(乙C2の9)

5 (3) 医療法人野口病院（以下「野口病院」という。）への入通院（昭和62年12月～平成元年9月）

原告Bは、昭和62年12月7日、甲状腺腫により野口病院を受診し、同月18日、甲状腺右葉全摘の手術を受けるなどした。同病院への入通院状況は、次のとおりである。(乙C2の28)

10 ア 昭和62年12月7日～同月26日の入通院（33歳）

原告Bは、昭和62年12月7日（33歳）に、前記(2)ウ(ウ)のとおり、公的検診で甲状腺腫を指摘されたため、水俣市立病院を受診したところ手術を勧められたことから、野口病院に通院した。

15 原告Bの症状は、甲状腺腫、倦怠感、口渇、不安及び手指のふるえはあるが、足のだるさ、頭重感及び不眠はなかった。

原告Bは、既往歴として、喘息や薬物アレルギーはなく、20歳のときに扁桃切除をした旨告げ、家族の病歴については、祖母に甲状腺疾患があり、糖尿病やアレルギー疾患がある者はおらず、母Yは高血圧かつ悪性腫瘍（胆のう癌）があった旨告げた。

20 イ 昭和62年12月8日～同月26日の入院

(ア) 原告Bは、昭和62年12月8日に、野口病院において、病理組織検査を受けた結果、結節性甲状腺腫があると診断され、同日より入院したところ、同人の状態として、だるさ、手指の振戦、めまい、難聴はないが、耳鳴りと肩こりはあること、また、たばこを1日15本吸う旨述べた。

25 また、入院までの経過として、昭和62年12月8日付の看護記録に

は、「S 6 2 年 1 1 月 9 日、乳癌の検診にて、甲状腺の腫瘍を指摘され、精査を勧められる。水俣市立病院受診、検査の結果OPを勧められる。知人の勧めで本院受診（S 6 2. 1 2. 7）し、上記診断されOP目的にて、本日入院の運びとなる」と記載された。

5 (イ) 原告Bの入院に際する「看護計画（悪性及び良性甲状腺腫）」と題する書には、手術後には、テタニー発作をきたすことが考えられるため、①四肢、顔面のしびれ感の有無を確認、②手指の変形の有無に注意（発作時看護マニュアルのテタニー症の項参照）するよう記載されていた。

10 (ウ) 原告Bには、昭和62年12月18日の手術前、聴力障害、言語障害、視力障害及び麻痺はなかった。

(エ) 原告Bが同日に手術を受けたところ、原告Bの甲状腺の右葉に腺腫が発生しており、周囲との癒着はなく、同右葉は全摘出された。

15 (オ) 原告Bは、同年12月22日午前6時、看護師に対し、手先（指先）がジーンとした感じがある旨告げたが、感覚麻痺の所見は認められず、様子を観察することとされた。そして、原告Bは、同日午前10時には、看護師に対し、手先のジンジンした感じは、消失した旨告げた。

20 なお、原告Bの看護記録には同年12月8日から同月26日の間に、このほかの神経症候の訴え等の記載はなく、原告Bにテタニー発作が発症したという形跡はない（なお、テタニーとは、「主として上肢に生ずる有痛性痙攣」であり、「パレステジーなどのしびれ感を伴っている」とされる（乙B140・786頁）。

(カ) 原告Bは、同12月25日、退院のために病理組織診断を受け、濾胞状腺腫及び慢性甲状腺炎があるとされ、退院することとなった。

ウ 昭和63年1月13日から平成元年9月22日（35歳）の通院

25 原告Bは、昭和63年1月13日、同年4月15日、同年10月15日及び平成元年9月22日、経過観察のため、野口病院に通院した。

(4) 第2回水俣病認定申請時の資料等（平成7年11月1日）

原告Bは、平成7年11月1日（41歳）、熊本県知事に対し、認定申請を行った。同申請時の資料の記載等から認められる事実は、次のとおりである。（乙C2の14，24）

5 ア 原田医師の平成7年10月5日付け診断書

原田医師は、平成7年10月5日、「水俣病多発地区茂道に生まれ育ち、父は認定。物心ついた時から手がしびれ、手がふるえ、めまいがしていた。現在、四肢痛、足が弱く転びやすいなどの症状がみられている。指の微細振戦、マン現象陽性、四肢の感覚障害がみられる。疫学条件が濃厚であるのでメチル水銀の影響の可能性が大きいので精査の必要を認め

10 ます。」として、原告Bの傷病名を「水俣病疑い」と診断した。（乙C2の14・19頁）

イ 疫学調査書（調査日：平成8年2月15日。41歳）

同調査日において、原告Bが調査に応じ、自覚症状として、めまい、手の震え及び足の痛みが増悪しているが、その他の症状は不変であることを

15 告げた。（乙C2の14）

ウ 各種検診

(ア) 水俣病認定診療録（眼科。予診日：平成8年1月23日。41歳）

原告Bは、眼科で診察を受け、問診においては、「小さい字が見えにくい」旨述べたが、他覚所見は「異常なし」とされ、異常がないとのこと

20 とで診察不要とされた。（乙C2の24）

(イ) 検診録（平成8年3月16日付け。41歳）

原告Bの他覚所見には、上肢の振戦（体位）があり、表在・深部反射は正常で、病的反射はなく、触覚及び痛覚障害については、原告Bの感覚障害経過一覧②のとおり、「四肢末梢 下肢は右に 下肢は内側にやや優位感覚鈍麻」とされ、深部感覚は異常なく、甲状腺腫があり、手術

25

痕があるとされた。

そして、まとめとして、感覚として四肢末梢優位な感覚障害があるが、平衡障害はなし（－）と記載された。

また、検診医は、原告Bについて、血液検査（TSH（甲状腺刺激ホルモン）、FT3（遊離トリヨードサイロニン）及びFT4（遊離サイロキシン））を指示し、平成8年4月10日の検査の結果、TSHが0.10 μ U/ml未満（基準値0.30－4.00）、FT3が4.3 pg/ml（基準値2.5－4.3）、FT4が1.7 ng/dl（基準値1.0－1.8）であり、TSHが低値を示し、FT3も基準の上限値であった。（乙C2の8）

(ウ) 水俣病認定検診録（耳鼻咽喉科）

原告Bは、平成8年4月10日（41歳）の予診日において、自覚症状として、耳鳴がたまにジーンとする、回転性めまいがあり、ひどい時は半日くらい続き、嘔気を伴う、20歳前くらいからあって、寝ている時に起きることが多い旨答えた。

また、原告Bは、同年7月19日の診察日において、主訴として、めまい、20年以上前よりある四肢のしびれを述べ、現病歴として、両耳に時々ブーンという耳鳴りがすること、朝、床の中で回転性のめまいが起き、体動の度に繰り返す、午前中くらい続くが、長い時は3日位続く、蝸牛症状はない（－）旨述べた。

なお、原告Bの他覚所見については、特段の異常所見なしとされた。

（乙C2の25）

(5) 総合医療センターへの入通院（平成8年3月～同22年1月）

原告Bは、平成8年3月13日以降、次のとおり、総合医療センターの産婦人科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、内科及び歯科口腔外科を受診している。同医療センターへの入通院時の状況（産婦人科、外科、耳鼻咽喉科、整

形外科及び脳神経外科に関するもの)については、次のとおりである(なお、原告Bは、甲状腺機能亢進症で治療を受けたことがあるものの、同低下症で治療を受けたことはなかった。)(乙C2の17, 29, 弁論の全趣旨)

ア 産婦人科(平成8年3月13日~同15年4月10日。48歳)

5 原告Bは、上記期間、子宮筋腫の治療のため、産婦人科を受診した。カルテ等における主な記載から認められる事実は、次のとおりである。(乙C2の29・311頁以下)

(ア) 平成8年3月13日~同年12月16日(42歳)の入通院

10 原告Bは、平成6年1月頃、特に生理に関係なく下腹痛があったため、総合医療センターの産婦人科を受診し、その診察と検査(MRI)の結果、子宮筋腫を指摘されたが、まだ手術する程でもないということで、3ヶ月に1回位の診察で様子見ていた。(乙C2の29・354頁)

15 しかし、平成8年11月初め頃、同筋腫が大きくなっているため、手術した方が良いと言われ、平成8年11月25日から同年12月16日までの間、総合医療センターに入院し、入院時臨床診断は、子宮筋腫とされ、病理組織検査の結果に基づく診断は平滑筋腫とされた。原告Bは、平成8年12月2日に単純性子宮全摘術の施術を受けた。(同312, 316, 330頁)

20 また、原告Bは、当該入院時、看護日誌によれば、軽度の腰痛を訴えていた。

原告Bは、既往歴として、35歳で甲状腺の手術を受け、現在は治癒した旨告げた。(同312, 347頁)

25 原告Bの聴力障害、視力障害及び運動障害はいずれもなし(「無」とされ、睡眠状況については、不眠で、寝つきが悪く神経質であるとされた。(同354頁)

また、原告Bは、入院時の問診票(《入院される患者様へ》)に、た

ばこは20歳から1日20本吸い、からだの具合について、吐いたりしない、視力、聴力、嗅覚及び味覚はいずれも不自由がなく、現在、気になる痛みはないと記載し、他の症状については何も記載しなかった（同347～350頁）

5 原告Bの看護記録（平成8年11月25日～同年12月16日）には、原告Bの観察結果として、平成8年11月25日に、軽度の腰痛のみで他の自覚症状はなく、同年12月13日には、右肩から痛くて偏頭痛があり、同月14日にも軽度の頭痛があるとされた。そのほか、上記入院期間中に、「めまい」、「しびれ」等は看護記録には記録されていなかった。
10 た。（同359，366頁）

(イ) 原告Bは、子宮筋腫術後の経過観察のため、平成9年9月10日から同15年4月10日（43歳～48歳）までの期間中5回通院した。

（乙C2の29・14～21頁）

イ 外科（平成9年5月7日～同21年12月25日。42歳～55歳）

15 原告Bは、上記期間、肝機能障害、甲状腺機能亢進症、胃潰瘍（AGML）及び左乳癌等の治療のために、外科を受診した。カルテ等における主な記載から認められる事実は、次のとおりである。（乙C2の29・38頁以下）

(ア) 原告Bは、平成9年7月16日（42歳）に通院した際、肝機能障
20 害があると診断された。（44頁）

(イ) 平成9年12月3日～同17年9月ころの通院（43歳～51歳）

総合医療センターにおける原告Bの血液検査の結果では、平成8年4月10日以降、TSHが0.1U/ml以下であり、平成9年11月19日にはTSHが0.05以下と低値を、FT3が7.83，FT4が4.00と高値を示し、同年5月7日以降、甲状腺の腫れ、下痢、動悸、微熱、全身倦怠感等の随伴症状も認められていたことから、甲状腺機能亢
25

進の状態と判断された（なお、平成12年以降、抗Tg（サイログロブリン）抗体の値が高値を示しており、バセドウ病が示唆される。）。

原告Bは、甲状腺機能亢進症（バセドウ病）と診断され、甲状腺機能亢進症治療等のため、平成9年12月3日から、概ね月1回、通院し、メルカゾール（甲状腺亢進症治療薬）の投与を受ける治療を受け、医師は、TSH、FT3、FT4等の数値を観察することにより病状を管理した。その結果、FT3及びFT4は、平成10年3月以降概ね基準内の数値となり（もっとも、FT3に関しては、低値を示すこともあった。）、また、TSHは、同月まで0.1未満の低値を示していたが、同年6月には基準内の2.1になり、同年9月は4.3の高値を示したものの、平成11年1月以降は基準内の数値を示し、平成15年4月頃以降はメルカゾールの投与を中止しても基準内の数値を維持し、平成18年9月27日の血液検査の結果は問題がないとされた。（なお、同診療録等中の平成17年4月6日付の紹介状に「甲状腺機能低下症」とあるのは「甲状腺機能亢進症」の誤記であると思料される。）。（乙C2の29・32、112頁以下、146、弁論の全趣旨）

そのほか、原告Bのカルテには、平成11年10月13日に片頭痛があり、平成11年11月10日に片頭痛があり、バファリンを常用中であること（乙C2の29・71頁）、平成14年10月23日には、頭がフラフラするが、半年前のCT検査では異常がなかったこと（同78頁）、平成15年4月9日には下腹部痛及び腰痛があること（同79頁）、平成17年4月6日には、朝方に両方の手にしびれがあり痛むこと、30年程前に交通事故で首にギブスをまいていたことがあるから整形外科に紹介されたこと（同82頁）、さらに、平成18年9月27日には、その2年前に右肩関節周囲炎があり、手術後、左肩も上がりにくい旨の記載があったが（同86頁）、知覚障害等の所見の記載は見当たらない。

原告Bは、平成14年9月25日、腹部超音波検査を受け、甲状腺右葉切除後乳癌検診として、両側乳腺症である旨診断され（同97頁）、平成16年10月20日、超音波検査を受け、同様に両側乳腺症である旨診断された。（同143頁）

5 原告Bの甲状腺機能検査チャート（平成12年8月～同14年9月）には、自己抗体検査の結果、抗サイログロブリン抗体があり、基準値を超えていたことからバセドウ病の診断の可能性がある旨記載されていた。（同171頁以下）

(ウ) 平成10年5月14日から同月26日の入院（43歳）

10 原告Bは、急性胃炎（AGML）であると診断され、その看護記録（平成10年5月14日～同月26日）によれば、平成10年5月15日の観察結果として、原告Bに胃痛と軽度の頭痛があり、嘔気、苦痛表情はなしとされ（乙C2の29・392頁）、上記入院期間中、「めまい」、「しびれ」などは記録されなかった。（同373頁以下）

15 (エ) 平成17年4月6日から同21年12月25日の入通院（50歳～55歳）

原告Bは、乳癌検診として、平成17年4月6日に超音波検査を受け、両側乳腺症と診断され（乙C2の29・145頁）、また、平成18年5月17日にも同検査報を受けたところ、乳房腫瘍疑いと診断された。（同151頁）

20 原告Bは、確定診断がつかなかったため、手術を目的として、同年6月1日に入院し、同月2日に手術が行われたところ、摘出された腫瘍は肉眼的に明らかに癌であり、左乳癌と最終的に診断され、オーチンクロス術（乳房切除術の方法の1つ）が行われ、同月16日退院した。（同41頁）

25 その後、原告Bは平成18年7月5日外来受診して転移検索を行い、

アジュバント療法（術後薬物療法）はアリデミックス内服を行う予定とされ、実際に、原告Bは、同日以降、月1回通院し、定期的にはアリデミックス錠が処方された。（同85頁）

原告Bの看護記録（平成18年6月1日～同月16日）には同年6月2日には、原告Bには「4日目より偏頭痛あるが、増強なし」とされ、同月3日には、原告Bが、頭が痛い、のどが渇く、頭の向きでムカムカくる時がある、夕食は1、2口ぐらいしか食べなかった旨訴えた記載があった。（同414頁）

原告Bは、平成18年12月20日、通院し、右背部痛は改善したが、腰痛と膝の痛みがある旨訴えたところ、所見として「骨シンチ：転移再発見所見なし」とされた。また、原告Bは、平成19年1月17日、通院し、左術創が時々痛む旨訴えたが、所見としては、創部クリアーで腋窩液体貯留はないとされた（同197頁）。（同38頁以下）

ウ 耳鼻咽喉科（平成13年11月12日及び同月21日。47歳）

原告Bは、上記期間、めまいの治療のために、耳鼻咽喉科を受診した。カルテ等における主な記載から認められる事実は、次のとおりである。（乙C2の29・6頁以下）

（ア）平成13年11月12日の通院

原告Bは、予診に対し、症状として右耳の耳鳴りで、キーンというものが昨日1回だけあったこと、また、めまいとして、目が回る、立ちくらみ、ふわふわすること、さらに、その他の症状として、同日午後3時に後頭部の痛みがあり、回転性めまい（右か左かわからない）が生じたため、夕方に救急外来を受診したこと、現在は嘔気があり、ふらつきがあって、左側臥位になると嘔気、めまいがある、このような症状は20才からある旨答えた。（乙C2の29・10頁）

また、原告Bは、受診においては、同日午後3時頃に頭痛があり、後

頭部がチカチカした，ふらつきがあった，同日午後4時頃よりめまい，嘔気があるが，嘔吐はなし，頭が痛い，頭を動かすと嘔気がある，若い頃より時々めまいがある旨述べた。

原告Bの他覚所見としては，聴力障害はなく（－），神経症状もなく（－），歩行も可能とされ，腱反射は正常（＋）又は減弱（±）しているとされた。

その結果，短期病名としては，めまい，嘔気と診断された。（同6，7頁）

（イ）平成13年11月21日の通院

原告Bは，同日の受診の際，めまいはなくなり（－），蝸牛症状もなくなった（－）と告げた。（乙C2の29・7頁）

エ 整形外科（平成17年4月6日～同18年6月15日。50歳～51歳）

原告Bは，上記イ(イ)のとおり，外科からの紹介を受けて，上記期間，両上肢のしびれなどの治療のために，整形外科を受診した。カルテ等における主な記載から認められる事実は，次のとおりである。（乙C2の29・32～37頁）

（ア）紹介：外科担当医から整形外科担当医

原告Bは約3ヶ月前から「項の凝り，両上肢のシビレ，疼痛が発現，持続している」と訴えており，約30年前，交通事故にて頸部コルセットを装着していたことがあった。（乙C2の29・32～37頁）

（イ）平成17年4月6日及び同月20日の通院（50歳）

原告Bは，問診票に平成17年1月頃から両側の手がしびれる旨記載し，同年1月にみかんの収穫後，夜中と朝起きたときの両上肢のしびれと右上肢の痛みが以前より強くなり，その後，両肘が痛くなった旨述べた

ただし，所見として，原告Bの感覚及び運動についてはそれぞれ，異

常はなしとされ、X線写真、理学所見上、明らかな異常は認められず、
胸郭出口症候群の疑いと診断された。(乙C 2の29・34頁)

(ウ) 平成18年6月15日の通院(51歳)

原告Bは、平成17年12月に「ぎっくり腰」になり、それから腰痛
5 続いている旨訴えたが、所見として、下肢N症状(下肢の神経
(neurologica)症状(感覚障害、運動失調等)を意味する。)はなく、
X線写真上も転移を疑わせる所見はなく、腰痛症と診断された。(乙C
2の29・32, 34頁)

オ 脳神経外科(平成20年8月11日～同年9月17日。53歳～54歳)

原告Bは、上記期間、頭痛の治療のために、脳神経外科を受診した。カ
10 ルテ等における主な記載から認められる事実は、次のとおりである。(乙
C 2の29・233, 235頁)

(ア) 平成20年8月11日の通院(53歳)

原告Bは、20歳頃から、おもに右側、こめかみ、肩、首筋、右目の
15 奥がずきんずきんと痛む頭痛があり、まず、肩と首が痛くなること、悪
心・嘔吐を伴うことや動けないときもあること、最近は2日おきに起こ
ること、市川内科クリニックでレルパックスを処方されているが、2錠
飲まないと効かなくなったこと、さらに、2, 3か月前から、右手の4,
5指がしびれるようになったことなどを訴えた。

原告Bの他覚所見については特に神経症状はなしとされ、前兆を伴わ
20 ない片頭痛と診断された。

(イ) 平成20年8月13日の通院(MR I検査)

頭部のMR I検査が行われたところ、画像所見として、頭蓋内に明ら
かな腫瘍性病変や出血を疑う異常所見は指摘されず、また、新しい梗塞
25 を疑う拡散強調像での異常信号も指摘されず、さらに、脳溝や脳室の圧
排偏位も認められず、有意狭窄や動脈瘤などの所見は指摘されなかった。

(ウ) 平成20年9月17日の通院（54歳）

原告Bは、レルパックスは2錠でないと効かず、2時間くらいで効く、また、以前のように寝込むことはないが、頭痛の回数が増えてきた旨訴え、レルパックス錠を処方された。

5 (6) 市川内科クリニックへの通院（平成10年11月24日～同20年8月1日。44歳～53歳）

原告Bは、上記期間、市川内科クリニックに通院した。カルテにおける主な記載から認められる事実は、次のとおりである。（乙C2の30）

ア 平成20年3月13日の通院（53歳）

10 原告Bは、主要な症候として片頭痛があることを訴えたところ、感冒咽喉頭炎、急性気管支炎及び片頭痛と診断され、「レルパックス1T」等が処方された。

イ 平成20年5月7日から同年8月1日の通院（53歳）

15 原告Bは、頭痛はよくなった、たばこは1日1パック吸うと述べたところ、ニコチン依存症と診断され、「レルパックス1T」、「ニコチネル」が処方された。

(7) 原田医師らによる診察

20 原告Bは、平成10年8月9日から平成20年2月12日（43～53歳）にかけて、原田医師及び下地医師の診察を受けた。その結果は、次のとおりである。（甲C2の8，13）

ア 平成10年8月9日の原田医師作成の診察カルテ（43歳）

25 原田医師は、原告Bの臍帯メチル水銀値を0.07と記載し、原告Bの自覚症状として①しびれ感として「右の手指先がじんじんしびれるようになった」、②痛み（頭）として「ひどく、嘔気、めまいがひどい。2～3日続くことがある。1か月に2～3回」、③物がはっきり見えない、④耳が遠い、⑤においが分からない、⑥転び易い、もつれやすい、⑦指先

がきかない，⑧言葉がはっきりしない，⑨言葉が出にくい，⑩からす曲
がりがする，⑪ふるえる，⑫不眠を聞き取り，診察の結果，他覚所見と
して，眼球運動，構音，聴力，嗅覚，視力障害及び視野狭窄はいずれも
所見がなく，味覚障害はないか，少しおかしい，運動は「ほぼ正常」で，
振せんは左右ともにあり，固有反射は上肢にはあり，下肢は軽度又は疑
いがあり，病的反射はなし，運動失調，マン現象，ロンベルグ現象はい
ずれもなく，開眼片足立ちは正常であり，企図振戦，アジアドコキネー
ゼ，指示試験はいずれもなしと診断した。

また，原田医師は，原告Bの感覚障害について，原告Bの感覚障害経過
一覽③のとおり，口元に3.0，右前腕部に5.0，両下肢に7.0と
記載し，両上肢前部のうち，肘から遠位に感覚障害があり，左下肢前部
のうち膝から遠位部に感覚障害ありとの所見をとり，右下肢には「？」，
やや不安定と記載した。(甲C2の8)

イ 平成11年8月20日の原田医師作成の診察カルテ(45歳)

原田医師は，原告Bの他覚所見として，マン現象及びロンベルグ現象は
それぞれあり，開眼片足立ちについては左右ともに不安定と認め，感覚
障害について，原告Bの感覚障害経過一覽④のとおり，口元に2cm，胸
部に3cm，左上肢に4，右上肢に5cm，両膝部分に5.0と記載し，口
周囲に感覚障害があり，両上肢前部のうち，前腕部から遠位に感覚障害
があり，両下肢前部のうち概ね膝下付近から遠位に感覚障害があるとの
所見をとった。(甲C2の8・5，6頁)

ウ 平成11年8月20日付け原田医師作成の診断書

原田医師は，原告Bについて「茂道に生まれ昭和49年まで育つ。10
才頃よりめまい，しびれがあった。現在もめまい，しびれ，頭痛，嘔気，
転びやすい，からすまがり，ふるえ，不眠などの症状のため生活に支障
をきたしている。振戦と四肢末端の感覚障害がみられる。依って精査の

必要を認める。」として、小児水俣病後遺症疑い、甲状腺手術後遺症と診断した。(甲C2の9)

エ 平成17年4月4日付け原田医師作成の診断書

原田医師は、原告Bの病歴として以前より、しびれがひどくなった。し
びれで目がさめること、生活における障害として簡単な職には就くこと
5 ができるが、能率が目立って低下していることを聞き取り、同人の自覚
症状として「①しびれ感(手)、②じんじんする、③痛み(頭、肩)、④
だるさ(全身)、⑤耳鳴、⑥味が分らない、⑦スリッパや草履がはきにく
い、⑧指先がきかない、⑨手から物を取り落す、⑩力がなくなった(手)、
10 ⑪からす曲がりがする(左・右)、⑫ふるえる(左・右)、⑬疲れやすい、
⑭体がきつい、⑮物忘れする、⑯気の遠くなる発作がある、⑰めまい・
立ちくらみ」を記載し、他覚所見として、4、5年前に薬の副作用によ
る発作性症状、振戦、自律神経症状(手掌発汗等)があり、粗大力低下、
運動失調、歩行時動揺、ロンベルグ現象、ラセーグ徴候、つま先立ち、
15 固有反射、病的反射及び視野狭窄はそれぞれ異常がなく、マン現象はあ
り、感覚障害について、原告Bの感覚障害経過一覧⑤のとおり、口周辺
にはなく(一)、四肢末端の感覚障害、二点識別覚検査の結果は手指につ
き20mmであったと認めた。(甲C2の10)

オ 同日付け原田医師作成の診断書(50歳)

原田医師は、原告Bは、昭和45年の1年間のみ大阪に住んでいたが、
20 水俣病多発地区茂道に生まれ育ち、父は水俣病認定患者、母妹は医療手
帳受給者であることに加え、以前よりしびれ感、頭痛、肩痛があり、だ
るさ、耳鳴、手の動きの拙劣さ、からすまがりなどの症状が増悪してお
り、現在、振戦、四肢感覚障害、二点識別障害などがみられることから、
25 水俣病に関する精査の必要を認めるとし、水俣病の疑いと診断した。(甲
C2の11)

カ 平成19年8月28日付け下地医師作成の診断書（53歳）

下地医師は、原告Bの魚介類の主な入手方法は自家の漁業であり、その
摂取状況は毎日、現病歴としては、感覚障害関連症状及び上肢運動障
害関連症状がそれぞれあり、原告Bの自覚症状について、「いつもある」
5 ものとして、「手足のしびれ」、「怪我ややけどをしても痛くない」、頭痛、
肩凝り、「ときどきある」ものとして、手などの震え、「手に持ったもの
を落とす」、「つまずきやすい」、「まわりが見えにくい」、「味が分かりに
くい」、からす曲がり、筋痙攣、不眠、めまいと聞き取った。

下地医師は、原告Bの神経所見については、原告Bの感覚障害経過一覧
10 ⑦のとおり、口周囲の感覚障害は認められないが、全身に触覚障害及び
痛覚障害があるとした。

さらに、下地医師は、原告Bの二点識別覚閾値は舌尖26mm、右示指2
5mm、左示指25mmであり、対面法による視野狭窄は認められ、構音障
害は認められず、聴力障害は不明であり、運動失調については、指鼻試
15 験の異常、アジアドコキネーシス、普通歩行の異常はそれぞれ認めず、
一直線歩行の異常は疑い、マン検査での姿勢の維持及び開眼片足立ち・
閉眼片足立ちはそれぞれ不安定とし、膝踵試験の異常については不明と
し、また、深部腱反射異常は認めないが、病的反射、ワルテンベルグ反
射（両側）は認め、上下肢の筋力低下を疑うと判断した。

加えて、下地医師は、その他の精神身体所見として、原告Bが「ふくらは
20 ぎの痛みで時に泣いていた。甲状腺の腫瘍の手術がなされているが、
本人の言によるとその頃の一時期の機能亢進があったのみで、その影響
はほとんどないと考えられる。」とし、特記事項として「汚染地区で生ま
れ育つ。感覚障害が主」と記載し、水俣病であると診断した。（甲C2の
25 12）

キ 平成20年2月12日の原田医師による診察カルテ（53歳）

原田医師は原告Bの感覚のチェックを行い、メニエルの検査をした上で、原告Bの自覚症状として、「頭痛、めまい、からすまがり、手がしびれて触れるとカチカチになる（膨れぼったくなる）。中学までよく転んでいた」ことを聞き取り、他覚所見として、固有反射は陽性（+）であって、二
5 点識別覚閾値は舌先、右示指及び左示指のいずれも5mm、触覚・痛覚障害については、原告Bの感覚障害経過一覧⑧のとおり、口周辺の触覚・痛覚障害は認めず、両上肢の肘から遠位部、胸部、腹部及び両下肢に感覚障害を認め、四肢に強い全身性の感覚障害があると認めた。（甲C2の13・5頁）

10 ク 原田医師の平成20年4月30日付け診断書

原田医師は、原告Bの疫学条件や前記(1)の各診察結果等を踏まえて、「生まれて以来、ほとんど水俣病多発地区茂道で過ごし、汚染魚貝類を多食している。したがって、胎児期、幼児期を通じてメチル水銀の汚染を受けた。甲状腺障害があって自覚症状を付加している可能性は否定で
15 きないが、感覚障害が、固有反射の低下ないし消失をともなっていないことや二点識別覚障害が認められる点から甲状腺性のニューロパチーは否定できる。チッソに勤めていた関係で申請がおくれた父親K、妹Zは水俣病である。母親も申請がおくれたために審査を受けることなく死亡。神経症的な色彩も認められるが神経症状は大きく矛盾しない。」として、
20 原告Bは、小児水俣病であると診断した。

また、当該診断書において、原田医師は、平成10年8月9日及び平成11年8月20日の原告Bの臨床症状について、「多訴、心氣的」と記載した。（甲C2の13）

(8) 鶴田医師による診察

25 原告Bは、平成19年1月21日及び平成22年8月29日（52～56歳）にかけて、鶴田医師の診察を受けた。その結果は、次のとおりである。

(甲C2の16)

ア 平成19年1月21日の鶴田医師作成の診察カルテ(52歳)

鶴田医師は、原告Bの主訴は右後頭部から右眼奥の頭痛であり、現病歴として、20歳以前から時々頭痛があり、頻度は1か月に1回から4回
5 であって、右後頭部のズキンズキンする痛みで嘔気があり、予兆として肩こり
があって、バファリンを2錠服用しているが、早目に服用すると効くが、消失することにはならず、また、光や音に過敏になり、動くと
痛みがひどくなる旨述べた。また、鶴田医師は、原告Bから、小学生時代から両手が震えており、お茶を注ごうするとひどくなること、30歳
10 過ぎから両手にジンジンするしびれがあること、子供の頃から左下肢が
つきやすく、寝ている時に下肢の向きを変えたりするとつき易いこと、回
転性のめまいがあり、カロリックテストで正常であるが、20歳頃から
時々あって、頻度として、多い時は1年に2、3回あって2、3日つづ
くこと、頭位変換で誘発され、この時、耳鳴も併発するが、聴力は問題
15 ないこと、体がだるいこと、味付けが一定しないと言われること、臭い
はわかること、並びに2、3年前から右肩が痛み、今年の術後、左肩が
痛むことを聞き取った。

鶴田医師は、原告Bについて、構音障害及び眼球運動障害はそれぞれなく、ジアドコキネーシスは異常なし、深部腱反射は正常で、病的反射は
20 なし、二点識別覚閾値は舌尖9mm、右示指4.3mmとの神経学的所見を
示した上で、感覚障害については、原告Bの感覚障害経過一覧⑥のとおり、口周囲、臍周囲及び四肢末梢感覚障害があり、両手の振戦、スパー
リング徴候が陽性であり、前兆を伴わない片頭痛があると診断した。(甲
C2の16・1～4頁)

イ 平成22年8月29日の鶴田医師作成の診察カルテ(56歳)

鶴田医師は、原告Bから、頭痛と両手のしびれを主訴として聞き取った。

5 また、鶴田医師は、原告Bから、現病歴として、20歳代から頭痛があり、頭の右半分、左半分、後頭部の痛みであり、嘔気を伴うものであって、眼の奥にズキンズキンする痛みがあり、動くときと響くこと、予兆として、首の痛みが1、2時間前からあり、痛くなる前はほとんど毎日あること、頻度としては1か月に10回から15回発生しており、次第に増えていること、痛い時は病院で処方された鎮痛剤を服用し、2時間くらいで効いているが、最近、2年前からは効果なく、2時間毎に再度服用すること、子供の頃からずっと両手に震えがあったこと、からす曲がりもあったこと、20歳の頃から両手にジーンとした感じのしびれが出てきたことを聞き取った。

10 また、鶴田医師は、原告Bから、夜中からからす曲りがあって、その頻度は、2、3日毎にあり、1晩に2回発生したりすること、その後は1日中つった筋肉が痛く、つらない時は1ヶ月ない時もあること、痛む場所は下肢後面が多いが、手はつらない旨聞き取った。

15 さらに、鶴田医師は、原告Bから、めまい（回転性）が20歳頃からあり、持続は半日から1日つづくが、頭痛との関連はなく、頭位変換で誘発される事はないこと、頻度として、1年に数回あって、それ以外に立ちくらみの様なめまいがあること並びに物を取り落とすことなどを聞き取った。

20 鶴田医師は、原告Bについて、他覚的所見として、深部腱反射は正常で、病的反射はなく、原告Bの二点識別覚閾値は舌尖14mm、右示指11mmであり、MMSEの点数は27/30点であると判断した上で、感覚障害については、原告Bの感覚障害経過一覧⑨のとおり、口周囲には触覚障害が生じており、四肢末梢の感覚障害があって、振動覚及び二点識別
25 覚がそれぞれ低下し、両側姿勢振戦があり、スパーリング徴候があり、前兆を伴わない片頭痛、薬物乱用頭痛があると診断した。（甲C2の1

6・5～7頁)

(9) 三浦医師らによる診察等

ア 平成26年8月の三浦医師らの診察結果等

(ア) 三浦医師らによる神経内科学的所見の概要は次のとおりであった。

5 右上腕の筋トーン（緊張）がやや低下し、閉眼時指鼻試験及び左踵膝試験について異常の疑い（±）とされた。

閉眼時直立動揺があり、ロンベルグ試験、片足立ち試験、マン試験（直線上起立）について異常が見られ、足踏試験において前方向偏倚があるとされた。また、軽度失調性歩行が見られ、つぎ足歩行が不安定であつたが、つま先歩行、踵歩行、直線歩行等は異常がなかつた。重心動揺計検査では異常があるとされ、ラバー負荷検査においては末梢前庭障害の可能性が高いとの結果であつた。

深部反射は正常であり、病的反射はワルテンベルグ反射のみ陽性であるとされた。

15 感覚検査の結果、原告Bの感覚障害経過一覧⑩のとおり、四肢末端と口周囲に感覚障害があり、触覚は手足首関節遠位が、痛覚は肘膝関節遠位が低下していた。関節位置覚は正常であつた。振動覚（右上肢6秒、左上肢7秒、右下肢5秒、左下肢6秒）、二点識別覚はそれぞれ低下しているとされた。

20 (イ) Z u n g うつ病自己評価（SDS, Self-Rating Depression Scale）によれば、軽度のうつ病との結果であつた。

25 (ウ) 平成26年8月8日の阪南中央病院における血液検査の結果ではTSHが5.67及び再検にて5.75（基準値0.54－4.54）と高値を示し、超音波検査では左甲状腺腫を指摘された。また、血中総コレステロールは223mg/dℓ（基準値150－219）、LDLコレステロール166mg/dℓ（基準値70－139）と高値であつた。

(エ) 頸椎X線の結果，原告Bの脊柱管前後径は11.2mmであり，頸椎MRI検査の結果，C3/4，4/5，5/6，6/7に椎間板ヘルニア，骨棘形成があり，読影医によって，硬膜嚢を圧迫しているとの所見が示され，頸椎症と診断された。三浦医師らも，同所に椎間板ヘルニア，骨棘形成を認め，頸髄圧迫を認めるとした上，神経根周囲の脂肪組織の消失を認め，神経根の圧排が疑われるとの所見を示した。

(オ) 阪南中央病院の依頼により松原徳洲会病院において行われた神経伝導検査の結果，別紙8-2「原告Bの神経伝導検査の結果等一覧」のとおり（甲C全27・2頁），右の正中神経の運動神経の振幅（肘）が2.58μV，同（手首）が2.89μV，感覚神経の振幅（手首）が1.3μV，左の正中神経の運動神経の潜時（手首）が4.1μV，感覚神経の振幅（肘）が0.6μV，同（手首）が2.0μV，左の腓腹神経の感覚神経の振幅（腓腹部）が8.0μVであった。

（以上につき，甲C全27，甲C2の3～5）

イ 平成27年1月の診察結果等

深部反射は，いずれも正常であり，病的反射は検査されていない。

針痛覚計における10gと20gの値で痛覚検査をしたところ，10gでの痛みはないが20gでチェックすると四肢末端に強いとの所見をとったうえで，感覚検査の結果，原告Bの感覚障害経過一覧⑩のとおり，前面は口周囲を含む全身に，特に四肢末端に強く感覚障害が認められ，背面は肘膝関節遠位に痛覚の低下が認められた。振動覚は，上肢右12秒，左10秒，下肢右13秒，左12秒であった。（甲C2の3）

ウ 三浦医師らによる診断

三浦医師らは，原告Bについて，全身型の感覚障害（四肢末端優位で口周囲低下を含む。）が阪南中央病院における検査で確認される所見を，末梢神経障害は腱反射及び神経伝導検査の結果から否定され，二点識別覚

の低下が認められることから，上記感覚障害はメチル水銀ばく露による大脳皮質性のものと認められるとして，水俣病であると診断したほか，軽度運動失調疑い，平衡機能障害，頸椎症・頸椎椎間板ヘルニア，甲状腺機能低下症，結節性甲状腺腫，慢性甲状腺炎，肝腫瘍（治療中），乳がん（術後）などと診断した。（甲C2の3～6，証人三浦39～41頁）

5
10
(10) 平成27年5月29日の公的検診の結果

検診医は，原告Bについて，聴力低下を訴えるが日常会話に支障はなく，左下肢に一部筋力の低下（脱力），両上肢に体位振戦がそれぞれあるが，歩行，平衡障害はないとした。

15
また，腱反射は，両上肢軽度亢進であり，病的反射は，両上肢につき，ホフマン反射，トレムナー反射が陽性であった。

原告Bの感覚検査の結果，原告Bの感覚障害経過一覧⑫のとおり，両上肢の触覚及び痛覚について10分の3，左下肢の触覚及び痛覚につき10分の3，右下肢の触覚について10分の2，同下肢の痛覚について10分の3との所見がとられ，原告Bは，触覚，痛覚が四肢末端（手足首関節遠位）優位に低下していたが，微細な刺激の変化を正確に感知することはできた。

15
また，関節位置覚に異常はなく，振動覚は，上肢が7秒又は8秒，下肢が5秒であった。

20
なお，原告Bは，触覚検査においては，はけで行われ，自己の回答内容は，検診録に書いてもらったとの認識である。（乙C2の7，原告B本人22，23頁）

(11) 原告Bの現在の生活状況等

原告Bは，本件口頭弁論終結時において，みかん栽培の家業を手伝っており，みかんバサミを使ってみかんの収穫作業と出荷作業を行っている。Z u n g うつ病自己評価尺度検査や心身故障の訴えについては，心当たりはないと述べる。本件申請に当たって，原告Bは，甲状腺機能異常や手術歴を記載

しておらず、原告Bは、甲状線からの感覚障害があることは、訴訟を通じて
知る事となった旨述べる。(原告B本人29～36頁)

(12) 原告Bの疾患、その他医学的知見等

ア 頭痛等

5 (ア) 不定愁訴として一般に出現する身体症状として、頭痛、めまい感、
疲労、神経症状等が挙げられる。(乙B69, 70, 弁論の全趣旨)

(イ) 片頭痛という名称の由来は頭の片側が痛むことであるが、実際には
4割程度の片頭痛患者が両側性の頭痛を経験しているとされ、片頭痛は
前兆の有無により「前兆のない片頭痛」と「前兆のある片頭痛」などに
10 細分類される。頭痛のために日常生活に支障を来し吐き気や嘔吐を伴う
ことが多く、頭痛発作中は感覚過敏となって普段は気にならないような
光、音、臭いを不快と感じる者が多い。

片頭痛の急性期治療(頓挫療法)には鎮痛薬が広く使用されており、
平成12年以降、片頭痛に有効なトリプタン系薬剤(エレトリプタンな
15 ど)が使用できるようになり、多くの片頭痛患者が恩恵を受けていると
されている。なお、レルパックスは、エレトリプタンの商品名である。

鎮痛薬は、頭痛発作のなるべく早期に使用することと、過剰に連用し
ないことが重要であり、連用により鎮痛薬誘発性頭痛といわれる別の頭
痛を誘発することもある。トリプタンの登場により片頭痛の効果的な治
療ができるようになり、片頭痛による日常生活の支障やQOL(クオリ
20 ティー・オブ・ライフ)の阻害は軽減できるようになりつつあるが、一
方で、使用量が増加しトリプタンによる薬物乱用頭痛も報告されている。

(以上につき、乙B69, 70, 88, 241)

(ウ) また、めまいは健常人でも経験するが、末梢前庭性めまい(メニエ
25 ール病、良性発作性頭位めまい、突発性難聴、内耳炎、前庭神経炎等)、
中枢性めまい(脳梗塞、脳炎、髄膜炎、多発性硬化症、脊髄小脳変性症、

片頭痛等), 失神性めまい (起立性低血圧, シャイ・ドレーガー症候群, 糖尿病, アミロイドーシス, 貧血, 心臓弁膜症, 不整脈, 脱水, 降圧薬の副作用) など様々な疾患により生じ得る。(乙B69, 77, 88)

イ 甲状腺機能異常

5 (ア) 甲状腺は, 甲状腺ホルモンであるサイロキシン (T4) とトリヨードサイロニン (T3) を産生し, 成人における熱産生や代謝の調節を行っている。甲状腺自己免疫疾患は, ホルモンの産生過剰 (甲状腺中毒症) や甲状腺組織の破壊によるホルモンの欠乏 (甲状腺機能低下症) を惹起することがある。(乙B148)

10 TSHは, 甲状腺の疾患により長期に甲状腺ホルモンが不足している患者では, 血漿TSH値は高値を示し, 逆に, 甲状腺ホルモンが病的に増加すると, 血漿TSH値は著しく低下する。(乙B176)

(イ) 甲状腺中毒症は, 甲状腺ホルモン過剰の状態であり, バセドウ病や中毒性腺腫などに起因する甲状腺機能亢進症によって生じる。

15 また, 甲状腺機能亢進症は, 成人における熱産生や代謝の調節を担う甲状腺ホルモンの産生が過剰になる状態 (疾患の総称) をいい, 主要な病因は, バセドウ病, 中毒性多結節性甲状腺腫等がある。(乙B148)

甲状腺機能亢進症の主要な症候として, 動悸, 易疲労感, 下痢, 多尿等, 頻脈, 甲状腺腫大, 痙攣, 不随意運動 (振戦等) 等が挙げられる。

20 また, 末梢神経障害 (過剰な甲状腺ホルモンとそれによる2次的な代謝障害, 自己免疫学的異常などさまざまな可能性が考えられている。)

として, 遠位筋の筋力低下, 筋萎縮, 線維束攣縮, 深部反射の減弱ないし消失, 手袋靴下型知覚障害を認める。電気生理学的には脱神経所見および神経伝導速度の遅延が見られる。血液検査の所見としては, TSHは低値, FT3, FT4は高値となる。したがって, TSHが0.1 μ U/ml未満の値に低下しているということは, 甲状腺機能亢進症の状

態であることを示す。(乙B148, 177)

治療は、抗甲状腺薬の投与によるが、投与法は多岐にわたる。多くの患者は甲状腺機能が正常化するまで投与開始後6ないし8週間を要する。なお、治療によって寛解した患者の約15%は、破壊性の自己免疫過程

の結果、10ないし15年後に甲状腺機能低下症になる。(乙B148)

他方、甲状腺機能低下症には、血中遊離甲状腺ホルモンが欠乏している状態と組織が甲状腺ホルモンに反応しない状態(甲状腺ホルモン受容体の異常)とがある。前者は、自己免疫疾患による慢性甲状腺炎(甲状腺腫のある場合と萎縮性甲状腺炎の場合とがある。)により(広義の橋本病)、又は、甲状腺機能亢進症若しくは甲状腺がん等の術後に、甲状腺が壊されること等によって生じる。この場合、甲状腺ホルモン欠乏により代謝が低下し、ムコ多糖体が沈着し粘液水腫が見られ、症候として、精神活動の低下(無気力、易疲労感、動作緩慢、精神鈍麻等)、心機能低下(徐脈、心不全)、消化管の運動低下、しびれ感、筋肉痙攣(こむら返り)、粘液水腫、粘液水腫様顔貌、難聴等が挙げられる。(乙B144)

また、末梢神経障害(末梢神経線維の周囲に沈着するムコイド様物質による機械的圧迫又は甲状腺ホルモン不足による代謝障害が原因であると考えられている。)として、手根管症候群等の単ニューロパチー、両側対称性の障害を示す多発ニューロパチーが生じ得る。手根管症候群では、正中神経支配領域の知覚障害と筋委縮が見られ、手指や手のしびれ・疼痛を生じ、しばしば夜間に増強する。他方、多発ニューロパチーでは、通常、手袋靴下型の知覚鈍麻や自発痛を認めることが多い。深部反射は減弱し、腱反射の回復相での遅延が特徴的であり、次第に筋委縮や筋力低下が出現してくる。さらに、脳神経障害としては、聴力障害、構音障害、視力低下、三叉神経痛、顔面神経麻痺等が認められる。この

他、粘液水腫性精神障害（うつ傾向を示すことが多い。）、小脳失調症も生じ得る。血液検査の所見としては、TSHは高値（甲状腺性の場合）、FT3、FT4は低値、コレステロールは高値となる。（乙B140、144、145、177）

5 (ウ) なお、無痛性甲状腺炎とは、自己免疫性甲状腺疾患を背景にした患者に起こり数か月で軽快する一過性甲状腺機能異常であり、典型的には、2ないし4週間の短い甲状腺中毒期に続いて4ないし12週間にわたる甲状腺機能低下期を示し正常に戻る。（乙B148、179）

（以上につき、甲C2の17～24、乙B140、144～146、148、149、177～179、212、証人山本44、45頁）

ウ 頸椎症等

15 (ア) 頸椎症とは、頸椎の椎間板が加齢によって退行性変化を起こした結果、椎間板が狭小化したり突出したりし、錐体の上・下縁に骨棘ができ、椎体の後側方部にあるルシュカ関節部が変形・突出したりしたものをいう（臨床的には、頸椎エックス線像上、椎間腔狭小、前棘又は後棘形成、椎間孔狭小のいずれかの所見が認められる。）。神経症状は、その発生機序から、局所症状、神経根症状、脊髄症状、椎骨動脈圧迫症状に分けられる。

20 局所症状は、首、肩甲骨付近に痛みやこりなどの症状が現れるが、手のしびれはない。

神経根症状は、骨棘が神経根を障害し、主に片側の首、肩、腕、手にかけての痛み、しびれ、感覚鈍麻などの感覚障害、筋力低下、筋委縮などの運動障害が生じるものである。頸椎を患側に屈曲させ、頭頂部を検者の両手で圧迫すると、患側や肩や腕に疼痛が増強あるいは出現する。

25 スパーリング徴候が見られることがある。神経伝導検査においては、上肢の正中神経に伝導速度や終末潜時に異常がなく、振幅に異常がある場

合には、脊髄障害による筋委縮が生じている可能性がある。

また、脊髄症状は、骨棘や靭帯の肥厚により脊柱管が狭窄した結果、脊髄が圧迫、障害され、感覚障害、運動障害及び反射異常等が現れるとされている。このうち感覚障害は、障害された髄節に属する指先がしびれたり、ピリピリしたりする。手の尺骨側が障害されることが多く、下肢には触覚、温・痛覚、振動覚などの低下が生ずるが、位置覚障害は普通、軽度である。躯幹の感覚障害の高さと頸髄の障害部位の高さとは必ずしも一致せず、時には手袋靴下型の感覚障害を呈することもある。運動障害は、下肢に初発することが多く、一側あるいは両側下肢の筋力が低下する。屈筋群が障害されやすく、軽度の下肢筋萎縮を伴う。上肢筋も障害されるが、この場合には下位運動ニューロン障害の徴候と、上位運動ニューロン障害の徴候とが混在して現れることが多い。さらに、反射異常は、障害された髄節に相当する深部反射が減弱ないし消失し、それ以下の深部反射が亢進する。重症化に伴い直腸膀胱機能障害を認めることがある。(乙B73, 125, 140, 153, 170の2, 190, 213～215, 証人山本43頁)

(イ) 頸椎椎間板ヘルニアは、椎間板の退行変性により線維輪が断裂し髄核や線維輪が脊柱管内に脱出した状態であり、好発部位は、C5/6, C4/5, C6/7である。頸椎症状として、頸部から肩甲背部にかけての自発痛、しびれ感や頸椎運動制限が見られ、運動時に痛みが増強し安静時に軽快する。また、神経根症として、一側の肩甲背部の疼痛や上肢放散痛、しびれ感と感覚障害、脱力感等を呈することがあり、この場合、他覚所見として、上肢の筋力低下及び筋委縮、感覚障害が出現し、深部反射は減弱、スパーリング徴候は陽性となることが多く、バビンスキー徴候が陽性になることもあるとされる。さらに、脊髄症を来すこともある。(乙B73, 153, 170の1, 181)

(ウ) 胸郭出口症候群とは、胸郭出口付近において、頸肋、斜角筋、鎖骨及び第1肋骨、小胸筋などにより腕神経叢、鎖骨下動脈への牽引及び圧迫が生じ、神経障害と血流障害に基づく上肢痛、上肢のしびれ、だるさ、頸部や肩甲帯のこりなどを訴え、頸肩腕痛を生じる疾患の1つであるとしてされている。座位で両肩関節を外転90°、外旋90°、肘90°屈曲位をとらせるライト(Wright)テストを行うと、橈骨動脈の脈拍が減弱ないし消失する。(乙B171, 192)

3 争点(原告Bが水俣病にり患しているか否か)について

原告Bが、水俣病にり患しているか否かは、本文第3編第5章第1のとおり、生活歴、症状やその他疾病り患の有無などを個別的に検討した上で総合的に水俣病のり患の有無を判断すべきである。

(1) 原告Bのメチル水銀ばく露の有無及び程度

前記認定事実によれば、原告B及び妹Zの臍帯メチル水銀値がいずれも0.07ppm前後であって、日本の一般健康人における数値の0.1ppmよりも低いこと(本文第3編第1章の第4の1(2)ウ、前記1(4))からすると、母Yは原告Bらの妊娠中、汚染された魚介類を多食しなかったことが推認され、母Yの食生活や魚介類摂食状況が妊娠期においてのみ、通常と異なっていた又は母Yのみが父Kや原告Bらとは異なる食生活を送っていたという事情は認められないことに照らすと、母Yは、原告Bらの胎児期のみならず、乳児期においても、魚介類を多食していたものとは認められず、この状況が原告Bの幼児期及び少年期においても大きく変わることはなかったものと認めるのが相当である。

そうすると、原告Bが胎児期及び乳幼児期に高濃度のメチル水銀にばく露したとまではいえず、その後、B家の食生活の状況が変わったという具体的な事情も認められないことからすると、原告Bは、少年期以降においても、高濃度のメチル水銀にばく露したということはできない。

そして、昭和31年11月以降の水俣湾の魚介類の漁獲及び摂取の自粛が指導される等の当時の経過（本文前提事実第3の3，第3編第1章第3から第9まで），父Kが昭和35年に漁業補償の一環としてチッソ水俣工場での勤務を始めるなどしたこと（前記1(3)ア(イ)），不知火海の汚染状況（本文第3編第3章第1）に照らすと，原告Bが一定程度のメチル水銀ばく露を受けた可能性があるのは遅くとも昭和49年1月ころまでであったと認められる（本文第3編第3章第1の3(3)。もっとも，原告Bは，昭和45年3月から半年間は大阪府で生活していた。）。

(2) 原告Bの症候

ア 原告Bの感覚障害等の症候の具体的な推移

原告Bは，前記2の認定事実のとおり，昭和34年頃から手のふるえやしびれ，からす曲がりを感じ（前記2(1)ア，(2)イ），昭和46年から昭和47年頃にめまいがひどくなり（前記2(1)イ），昭和58年10月の診断時にも，自覚症状として「体がだらしんことが多い」「主に左足がけいれんする」「頭痛，嘔気，めまいがする」の3点を挙げていた（前記2(2)ア）。もっとも，同診断時，「現症」としては「指先に細かいふるえが観察できる」が「それ以外には特に強い障害は観察されない」とされ（前記2(2)ア），昭和62年2月の検診において，振戦は認められたものの，触痛覚とも正常であった（前記2(2)ウ(ウ)）。しかし，平成7年10月，原田医師によって四肢の感覚障害が指摘され（前記2(4)ア），平成8年3月の水俣病認定手続における検診でも，手足首関節遠位に四肢末端優位の感覚障害が認められた（ただし，深部感覚に異常はなく，典型的な四肢末端優位の感覚障害ではなかった。前記2(4)ウ(イ)）。その後の原田医師の診察によれば，診療録の記載内容は必ずしも明瞭ではないものの，平成10年8月には，口周囲，前面の両上肢肘関節遠位に，左下肢膝関節遠位に（前記2(7)ア），平成11年8月と平成17年4月4日には四肢の肘

膝関節遠位に（前記2(7)イ～オ）、それぞれ感覚障害が認められたとされている。

しかし、平成17年4月6日と同月20日の総合医療センター整形外科における診察では、感覚、運動に問題はないとされ（前記2(5)エ(イ)）、平成18年6月の同科における診察時にも下肢の神経症状は認められないとされた（前記2(5)エ(ウ)）。もっとも、平成19年1月の鶴田医師の診察では四肢末端感覚障害、口周囲・臍周囲の感覚鈍麻があるとされ（前記2(8)ア）、同年8月の下地医師の診察（前記2(7)カ）及び平成20年2月の原田医師の診察（前記2(7)キ）では、全身に感覚障害が認められるが口周囲には認められないとされ、平成22年8月の鶴田医師の診察時には、四肢末端の感覚障害、口周囲の感覚鈍麻、振動覚低下があるとされた（前記2(8)イ）。そして、三浦医師らにより、平成26年8月には口周囲の感覚障害に加え、触覚につき手足首関節遠位が、痛覚につき肘膝関節遠位が低下しているとされ（前記2(9)ア(ア)）、平成27年1月には口周囲を含む全身（右側の頸部から鎖骨にかけての部分を除く。）に感覚障害が認められるとされたが（前記2(9)イ）、同年5月の公的検診では、手足首関節遠位の触痛覚が低下しているものの微細な刺激の変化は正確に感知できるものとされ（前記2(10)）、深部感覚については、平成26年8月及び平成27年5月の検査の結果、振動覚には若干の低下が見られるものの、関節位置覚に異常は見られないとされた（前記2(9)ア(ア)、(10)）。

イ 感覚障害の評価

このように、原告Bの感覚障害は、公的検診を除いても、平成7年に四肢末端優位の感覚障害の所見が認められ、平成10年8月には、右下肢の感覚障害が消失し、平成11年8月には再び四肢末端に感覚障害の所見が認められる（原告Bの感覚障害経過一覧③、④）。その後、平成17年4月6日以降の総合医療センターの整形外科での診察では感覚、運動

に問題はなく、平成18年6月の同科の診察においても、下肢に感覚障害が認められないとされたにもかかわらず、原田医師や鶴田医師の平成17年4月4日と平成19年1月の各診察では四肢末端の感覚障害があるとされ、その後、平成19年8月の下地医師の診断以降は全身性の感覚障害があるとされたものの、平成22年8月には再び四肢末端の感覚障害にもどり、平成27年1月には、またもや全身性の感覚障害があるとされており、一定期間を置いた神経学的診察の度に所見の出現する部位に変遷が見られ、消失ないし出現の変化がみられる。

さらに、公的検診によれば、昭和62年においては、原告Bには感覚障害はないとされ、平成8年3月以降には、四肢末端優位の感覚障害が認められる（原告Bの感覚障害経過一覧①、②、⑫）。

公的検診の結果の信用性については、本文第3編第5章第3において認定説示したとおりであり、基本的に信用できるものである上に、原告Bに対する公的検診録の記載や原告Bが述べる平成27年の検診の状況及びその際の原告Bの四肢末端優位の感覚障害の所見が記載されていることなどに照らすと（前記2(10)）、その信用性を覆す事情は見当たらない。

したがって、所見の変動の検討にあたっては、公的検診の結果も考慮すべきであるところ、そうすると、原告Bの感覚障害経過一覧①から②にかけて、四肢末端優位の感覚障害が出現し、同②から③にかけて右下肢の感覚障害が消失し、同③から④にかけて同感覚障害が再度出現し、同⑦において感覚障害の範囲が全身に及び、その後胸部及び腹部の感覚障害が消失、出現を繰り返しているといえることができる。

そして、本文第3編第5章第4の1のとおり、水俣病の症状が脳の不可逆的な器質的損傷によって生じるものであると解されることからすれば、感覚検査の性質等を考慮しても、所見の消失と出現の変動を大きく繰り返すことは考え難いところ、原告Bの上記所見の変動は消失と出現を大

大きく繰り返したものといわざるを得ないから、メチル水銀ばく露による脳の不可逆的な器質的損傷によって生じた感覚障害とは考えにくいし、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が一貫して存在すると認めることもできない。

5 また、二点識別覚検査の結果は、平成19年から平成20年にかけて、右示指について検査ごとに25mmや4mmであったりするなど、かなり不安定で一貫していない。

 さらに、大脳皮質の障害によって感覚障害を生じる場合は、深部感覚のうちの振動覚がよく保たれていることが特徴の1つであるところ（本文第3編第2章第1の2(1)エ参照）、平成22年8月の鶴田医師の診察時や平成26年の三浦医師の診察時においては、振動覚の低下がみられたこと（前記2(8)、(9)）などに照らすと、原告Bの感覚障害が中枢性のものであることを積極的に推認させる事情はない。

ウ 小脳性運動失調、平衡機能障害について

15 原告Bは、三浦医師らによって、運動失調や平衡機能障害の診断がされたことがあり（前記2(9)）、本文第3編第2章第1の3の医学的知見によれば、それらは水俣病の病像に含まれているが、原告Bの上記症候が常時一貫して認められているわけではないから（本文第3編第4章第1）、原告Bにそれらの症候があると認めることはできない。

20 (3) 原告Bの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

ア 原告Bの感覚障害について

 原告Bに、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が認められないことは前記(2)ア、イで認定説示したとおりである。

イ 感覚障害以外の症候がないことについて

25 前記(2)ウで認定説示したとおり、原告Bに感覚障害以外の症候があると認めることはできない。

ウ 発症時期について

(ア) 原告Bに水俣病の症状とされる四肢末端優位の感覚障害が初めて発現したのは、前記2(4)のとおり、平成7年10月以降であったということが出来るから、原告らの主張する原告Bの水俣病を推認させうる症状の発症時期は、同年頃とみるのが相当である。

(イ) これに対し、原告らは、原告Bには昭和34年頃から、頭痛、めまい、手のふるえ、からす曲がり等の自覚症状があったのであるから、同時期にはすでに発症していた旨主張する。

しかし、本文第3編第4章第1の6のとおり、からす曲がり、めまいなどの症状は、水俣病に特異的な症候ではない上に、前記(1)で認定説示したとおり、原告Bが高濃度のメチル水銀ばく露を受けたと認めることができないことを考慮すると、原告Bが幼少期に発症していたと認めることはできない。

また、これらの症状のうち、手のふるえ以外については、不定愁訴として出現しやすい身体症状であり、また、片頭痛の有病率は低くはなく、女性は男性に比べて支障の度合いが大きいとされ（前記2(12)ア）、いずれも水俣病の診断に当たって決定的な意味を有するものとはいえない

（なお、原告Bが、頭痛薬の処方を受けるようになったのは平成20年3月からであり、この点、鶴田医師の意見書においては「偏頭痛（薬物乱用頭痛の傾向）」とされている。前記2(8)イ）

さらに、原告Bの述べる手のふるえについても、その頻度や具体的な発現状況が明らかではないことに加え、甲状腺機能異常においても主要な症候として挙げられ（前記2(12)イ）、原告Bも昭和62年12月には結節性甲状腺腫と診断されていること（前記2(3)イ）などからすれば、水俣病の発現として生じたものと認めることはできない。

(ウ) そうすると、原告Bのばく露終了時期である昭和49年1月（前記

(1) から医学的な裏付けのある症状の発現まで20年以上が経過しており、現在における一般的な医学的知見に基づく、水俣病のばく露から発症までの期間についての見解（数か月からせいぜい数年（本文第3編第4章第4の2））と大きく齟齬するというべきである。

5 エ 所見の変動について

原告Bの感覚障害については、前記(2)イで認定説示したとおり、比較的短期間に消失と出現を含む相当程度の所見の変動が見られることからすれば、原告Bの感覚障害がメチル水銀ばく露によるものとして合理的に説明することは難しいというべきである。

10 オ 他原因の可能性について

(ア) 原告Bは、平成26年8月の頸椎MRI検査の結果においては、頸椎椎間板ヘルニアの存在が指摘されており（前記2(9)ア(エ)）、神経伝導検査の結果（正中神経の伝導速度や遠位潜時に異常がない一方、振幅に異常がある。）によれば筋委縮が生じている可能性もあり、平成27年
15 5月の公的検診で、両上肢の深部腱反射の亢進、ホフマン反射、トレムナー反射陽性がみられているところ（前記2(10)）、神経根ないし脊髄の圧迫の可能性が示唆される所見である（なお、山本医師も同様の見解を述べる（乙B125，証人山本42，43頁））。

(イ) また、平成26年8月の神経伝導検査の結果によれば、原告Bの両
20 上肢には末梢神経障害があると指摘でき、左下肢も末梢神経障害が疑われる（なお、山本医師も同様の見解を述べる（乙B125，証人山本42頁））。

(ウ) 次に、原告Bは、昭和62年2月の水俣病認定手続に係る検診時に、
25 甲状腺腫の可能性があると、甲状腺機能亢進症疑いを指摘されて（前記2(2)ウ(ウ)）、同年12月に甲状腺腫摘出の手術を受け（前記2(3)イ(エ)）、平成8年3月の検診時にも甲状腺腫があるとされ（前記2(4)ウ(イ)）、

平成9年12月以降、甲状腺機能亢進症の治療のため継続的に抗甲状腺薬の処方を受け、平成11年1月以降はTSH、FT3及びFT4がいずれも基準値内の数値を示し、平成18年9月には病態が落ち着いたものの（前記2(5)イ(イ)）、その後、平成26年8月の検査結果からすれば、
5 甲状腺機能低下症と診断される状態であった（前記2(9)ウ、(12)イ）。また、原告Bの病状の経過に照らせば、一過性の無痛性甲状腺炎であったとは認められない。

甲状腺機能亢進症の症候としては前記2(12)イの通り、振戦、感覚障害等が挙げられ、甲状腺機能低下症の症候としては手根管症候群、多発神経炎等が挙げられることから、原告Bに粘液水腫がみられないとしても、
10 昭和62年以降原告Bに見られた感覚障害等は、甲状腺機能異常を原因とするものである可能性も否定できない（神経伝導検査の結果（特に、左上肢は手根管症候群が疑われる。）は、甲状腺機能低下症による神経障害を示すものである可能性がある。）

もともと、少なくとも平成11年1月から平成18年9月までの間は、原告BのTSH、FT3及びFT4の値は基準値内であったことからすれば（前記2(5)イ(イ)）、この間に原告Bにみられた感覚障害（原告Bの感覚障害経過一覧④及び⑤の時点のもの）が、甲状腺機能異常を原因とするものとはいえない。
15

(エ) ただし、原告Bは、平成10年8月及び平成11年8月に原田医師により多訴、心氣的とされていることや（前記2(7)ク）、平成26年8月には阪南中央病院における検査においては軽度のうつ病と判定される結果が出ていることにも照らすと（前記2(9)ア(イ)）、原告Bの感覚障害については心因性の可能性もあるものと考えられる。
20

(オ) このように、原告Bの感覚障害は、メチル水銀ばく露によるものとして合理的に説明し難いことに加え、原因につき複数の他疾患の可能性
25

が存在する。

カ 原告Bの自覚症状についての判断

原告らは、原告Bには、遅くとも昭和34年頃から、めまい、手のふるえ、からす曲がり等の症状を自覚するようになり、この頃が発症時期であると主張する。

しかし、上記ウ(イ)のとおり、からす曲がりやめまい自体は水俣病の主要症候との関連性が必ずしも明らかではなく非特異的な症候であり（本文第3編第4章第1の6）、手のふるえについても、その頻度や具体的な発現状況が明らかではないこと、原田医師の報告では正常とされた者（他疾患とされた者を含む。）にも臍帯メチル水銀値が高い者が相当数見られたこと（同第1章第9の1(1)イ）や原告Bのその他症候の内容等にも照らせば、本件に現れた事情のみによっては原告Bの上記自覚症状がメチル水銀ばく露の影響によるものとは認めるに足りず、原告Bが水俣病に

(4) 結論

以上を総合的に検討するに、原告Bは胎児期及び乳幼児期に高濃度のメチル水銀にばく露したとまでは認められず、その後も同様であり、原告Bの自覚症状の出現は早いものの、同自覚症状とメチル水銀ばく露との関係は必ずしも明らかではなく、他覚所見の見られる感覚障害はメチル水銀ばく露によるものとは認め難い。そして、その他証拠及び弁論の全趣旨によっても、原告Bが水俣病にり患しているとは認めることはできない。

以 上

原告Cに関する判断

第1 概要等

1 前提事実

5 (1) 原告Cは、昭和31年▲月▲日生まれの男性である。(甲C3の15, 乙C3の5)

(2) 原告Cは、平成17年6月7日付けで認定申請を行い、熊本県知事は、同日付けでこれを受理した(乙C3の1)。熊本県知事は、疫学的調査及び検診を実施し、これにより得られた資料を基に、平成27年9月30日付け水俣審第312号により認定審査会へ諮問し(乙C1の2), 認定審査会は、
10 平成27年10月18日開催の第230回熊本県公害健康被害認定審査会による審査の結果、同年11月25日付けで「公健法で定める水俣病には合致しない」との答申を行い、熊本県知事は、この答申を受けて、同月30日付けで本件処分を行った。(乙C1の3, 4, 乙C3の2)

15 これに対し、原告Cは、平成27年12月8日付け異議申立書をもって、熊本県知事に対し、原告Cに係る本件処分につき、異議申立てを行い(甲C3の1), 熊本県知事は、同月10日付けでこれを受理し(乙C3の3), 平成29年3月7日に棄却した。(甲C3の23)

20 また、原告Cは、原告Cに係る本件処分につき、平成28年2月24日付行政不服審査請求書をもって審査請求を申し立て、不服審査会は同年3月3日付けで受理した。(甲C3の1, 2, 22, 23, 乙C1の2, C3の1~4)

(3) なお、原告Cは、平成7年政治的解決による医療手帳の交付を求めている。(甲C3の15, 弁論の全趣旨)

25 2 争点に関する当事者の主張

本件の争点は、原告Cが水俣病に患しているか否かであって、原告らに共

通する当事者の主な主張については、本文第2編第3章で摘示したとおりであり、ここでは原告Cに関する個別的主張について摘示する。

(原告らの主張)

原告Cは幼少期から水俣病にり患している。

5 ア 原告Cのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Cは、幼少期より魚中心の食生活を送ってきており、原告Cの家族の状況等からすれば、高濃度のメチル水銀にばく露したことは明らかである。

イ 原告Cの各症候

10 (ア) 原告Cには、平成19年以降感覚障害が確認されており、現在、口周囲を含む全身に触覚、痛覚の低下、振動覚低下、舌先や口周囲等に二点識別覚低下等、四肢末端優位の感覚障害が認められる。一方、腱反射や神経伝導検査の結果からは末梢神経障害があるとはいえない。

(イ) また、原告Cには、水俣病に見られる小脳性の軽度の構音障害もある。

ウ 原告Cの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

15 (ア) 周囲の者は昭和33年頃には原告Cの症候に気付いており、また、自覚症状は昭和38年頃からあったのであり、原告Cは幼少期からこれらの症候を有していたのであるから、原告Cの発症時期は幼少期である。

20 (イ) 原告Cの腱反射や神経伝導検査の結果からは、原告Cに末梢神経障害があるとはいえない。また、原告Cは、確かに糖尿病については加療中であるが、手足のしびれやふらつきなどは幼少期から自覚しており、糖尿病の病態を踏まえると、原告Cが糖尿病性神経障害による感覚障害を生じていたとは認められない。さらに、原告Cの感覚障害は、手根管症候群に特徴的な痛みやしびれ感と整合しないから手根管症候群にり患していると認められない。したがって、被告らの主張する他の原因はいずれも認められない。
25

エ よって、原告Cは、幼少期から水俣病にり患している。

(被告らの主張)

否認する。

ア 原告Cのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Cは高濃度のメチル水銀にばく露したとはいえない。原告Cやその家
族の臍帯メチル水銀値に関しては原資料が存在せず、原告Cが魚介類を多食
5 していたとは認められず、原告が乳児期及び幼少期に水俣病を発症しうる程
度のメチル水銀にばく露していたと認めるのは困難である。

イ 原告Cの各症候

(ア) 原告Cに胎児性水俣病に見られる臨床症候が存することをうかがわせる
10 事情は見当たらない。原告Cに生じたとされる感覚障害は、触覚及び痛覚
について、その程度及び部位が大きく変化していること及び感覚障害に見
合った日常生活上の支障が認められないことから、原告Cにみられたとさ
れる感覚障害については、大脳皮質性の感覚障害とは解されない。

(イ) 原告Cについて、小脳性の構音障害は認めることはできず、原告Cに発
15 現した症候は、感覚障害のみとなり、水俣病である蓋然性は低い。

ウ 原告Cの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

(ア) 発症時期について、原告Cの感覚障害の発現時期が幼少期であったこと
の裏付けはなく、証拠上、原告Cの四肢に触覚及び痛覚の低下が認められ
るのは、平成19年8月28日以降であって、原告Cの四肢末梢の感覚障
20 害の発現時期は、同日頃と考えられるが、水俣工場がアセトアルデヒドの
製造を中止したとされる昭和43年5月から約40年も経過した時点であ
り、水俣病の病像と整合しない。

(イ) また、原告Cにみられたとされる四肢末端優位又は全身性の感覚障害に
25 ついても、末梢神経障害の原因となる糖尿病性神経障害、手根管症候群と
いった疾患が存在する可能性も指摘できる。

エ これらによれば、原告Cが水俣病にり患しているといえない。

第2 当裁判所の判断

1 ばく露に関する認定事実

(1) 居住歴・職歴の概要

ア 原告Cは、昭和31年12月、熊本県水俣市内のチッソ附属病院で出生
5 し、その後、水俣市野川・長崎地区（以下「実家」という。）で生育した
が、水俣市湯堂地区の母方実家（以下「母方実家」という。）に預けられ
ることもあった。

イ 原告Cは、昭和50年3月（18歳）に出水中央高校を卒業し、水俣市
の山口製作所で製缶、溶接作業に車で通勤して従事し、平成3年12月
10 （34歳）には結婚して、水俣市（住所省略）で生活し、平成5年頃（3
6～37歳）に水俣市（住所省略）（以下「現住所地」という。）に転居し
た。

ウ 原告Cは、平成10年頃（41～42歳）、に山口製作所を退職し、翌
平成11年に新栄合板に就職し、平成23年3月（54歳）に新栄合板を
15 退職した。その後平成24年4月（55歳）に守衛業務に転職し、本件口
頭弁論終結時に至るまで、現住所地にて生活している。

（以上につき、甲C3の1，15，16，原告C本人8～11，51頁）

(2) 居住地の状況等

ア 原告Cの実家のある野川・長崎地区は、水俣市内から山間地域に約4km
20 離れた農村集落であり、同地区における平成26年2月7日時点で、水俣
市長崎地区における救済法又は公健法上の水俣病被認定者は3名である。

イ なお、本文第3編第1章第11の5のとおり、原田医師らは、野川・長
崎地区について、漁業が専業でなく、水俣病事件が起こったとき、直ち
25 に魚の購入を止めることができたが、メチル水銀の影響と考えられる
「症状のある者は、家族性に出現しており、その家族は、濃厚汚染地区
の患者と血縁関係があつて、汚染漁流入のルートが明確なことは注目さ

れる」として、上記「症状のある者」として、原告Cの父a1（以下「父a1」という。）について報告した。

（以上につき、甲C3の13，乙C3の5，弁論の全趣旨）

(3) 同居親族の状況

5 ア 家族関係及び水俣病認定状況等

(ア) 父母

父a1は、昭和4年に生まれ、昭和19年からチッソで勤務し、昭和56年12月には水俣病の認定申請が棄却され、昭和59年にはチッソを定年退職し、同年から昭和63年までチッソの子会社であった肥後化成に勤務した後、平成7年政治的解決において保健手帳を申請して交付を受け、また、平成22年頃に特措法による被害者手帳の交付も受け、平成24年に死亡した。

母a2（以下「母a2」という。）は昭和7年に生まれ、昭和53年8月及び昭和60年3月にはそれぞれ水俣病の認定申請が棄却され、平成7年政治的解決において医療手帳を申請し交付を受けた。

(イ) 弟

原告Cは、父a1と母a2の長男であるところ、父a1と母a2の二男である弟a3（以下「弟a3」という。）は昭和35年に生まれた。

このように、原告Cの同居親族内に認定患者はいない。（甲C3の15，乙C3の6）

20 イ 同居状況等

原告Cは、出生から平成3年12月に結婚するまで、上記アの家族と同居していた。もっとも、昭和31年から昭和37年の間には、母a2が、弟a3を妊娠する前に一度流産したことなどから、母方実家に預けられることが多かった。（原告C本人48頁）

25 ウ 父母及び弟の症候等

(ア) 父 a 1

父 a 1 は、平成 20 年 3 月 25 日、原田医師の診察において、自覚症状として、10 年以上も前からしびれ感があったことや、四肢に痛みがあることを述べ、原田医師は、神経症状として、瞳孔障害、眼球運動障害、聴力障害等があると認め、腱反射はやや減弱しており、四肢末端に軽度の感覚障害があるが、二点識別覚は正常であるとの所見をとった。

(イ) 母 a 2

母 a 2 は、同日、原田医師の診察において、自覚症状として、手足のしびれ感、四肢の痛み、めまい等を述べ、原田医師は、神経症状として、つぎ足歩行時動揺、マン現象陽性、指鼻指示試験が拙劣であり、片足立ちが不安定で、下肢腱反射が亢進しており、四肢末端に強い感覚障害があり、また、二点識別覚の障害もあるとの所見をとった。

(ウ) 弟 a 3

弟 a 3 は、大学卒業後、経産省に就職するなどし、本件口頭弁論終結時までには再就職するなどし、特に体調不良を述べていない。

(以上につき、甲 C 3 の 9、原告 C 本人 28、29 頁、弁論の全趣旨)

(4) 同居外の親族の状況等

原告 C の母方の祖母 a 4、伯父 a 5 及び伯母 a 6 は、母方実家に住んでおり、漁業を営んでいた者であるが、いずれも水俣病認定患者である。

また、湯堂地区に居住していた父方の伯母 a 7 は、水俣病認定患者であり、胎児性水俣病認定患者である a 8 の母であって、伯父 a 9 は医療手帳受給者である。

なお、水俣市湯堂地区における平成 6 年 1 1 月当時の水俣病認定患者数は 166 人であった。(甲 B 29、30)

(5) 魚介類摂取状況

ア C 家における魚介類の入手状況等

5 (ア) 父 a 1 は、昭和 19 年（出生前）から昭和 63 年（31～32 歳）まで、チッソ水俣工場等に勤務しており、勤務の傍ら、みかんや野菜を栽培したり、鶏を飼うなどしていた。父方の祖父 a 10（以下「祖父 a 10」という。）は、農業を営んでいたが、木材の売買などで収入も多く、生活が特に苦しいことはなかった。

(イ) 母 a 2 は、漁業を営む母方実家で生まれ育ち、昭和 31 年に父 a 1 と結婚するまで同所で暮らし、結婚後は、野川・長崎地区の実家で生活するようになったが、原告 C の出産前後各 1 か月（昭和 31 年 11 月～昭和 32 年 1 月）は、母方実家で過ごし、魚介類を食していた。

10 (ウ) 原告 C の実家では、①漁業を家業とする母方実家から送られてくる、②行商人から購入する、③近隣の祖父 a 10 から分けてもらう、④母 a 2 が湯堂で自ら捕獲してくるなどの方法によって、魚介類を入手していた。

15 (エ) C 家は、原告 C が私立幼稚園に通園し、出水中央高校に通学し、また、弟 a 3 が八代市に下宿して八代高校に通学し、更に九州大学に進学するなどしており、生活が苦しいという状況ではなかった。

（以上につき、甲 C 3 の 14，15，乙 C 3 の 10，原告 C 本人 42，43 頁）

イ 原告 C の魚介類摂食状況

20 (ア) 原告 C は、生後（魚介類の摂食が可能となった時期以降）は、1 週間に二、三回（後記 2(2)ア(ウ)参照）、魚介類を摂食していた。（甲 C 3 の 8）

(イ) なお、原告 C は、小学校への進学以降は、朝食を摂ることはなくなり（後記 2(1)ウ(ア)参照）、中学校を卒業するまで、昼食は学校給食であった。（甲 C 3 の 3，乙 C 3 の 10）

(6) 臍帯メチル水銀値

原告Cの臍帯メチル水銀値の記録はない。(乙C3の5)

2 症候に関する認定事実

(1) 幼少期から水俣病認定申請までの経緯の概要

ア 出生時からの経緯(甲C3の1, 10, 17, 乙C3の5)

5 (ア) 原告Cは、出生時の体重が約2600gであり、首が据わる時期、這う始めの時期、歩行開始時期及び発語時期が他の子より遅く、流涎がひどかった。

(イ) また、昭和37年ないし昭和42年(小学生)頃は、やや病弱であり、運動が苦手で、学業も不得意であった。

10 (ウ) その後、原告Cは、昭和51年(20歳)頃にからす曲がりを経験し、昭和56年ないし昭和60年(20歳代後半)頃からは、腰痛や肩こりがあり、起床時に手がしびれていることがあった。

イ 整骨院への通院(平成11年頃～平成23年頃)

原告Cは、平成11年頃以降、概ね1週間に3日以上頻度で、築地整骨院又は杉鍼灸に通院し、肩や腰の治療を受けた。(原告C本人9, 32, 33頁)

ウ 水俣協立病院への通院(平成4年8月21日～平成15年11月14日、平成18年7月8日～平成23年12月20日)(35～46歳, 49～54歳)

20 原告Cは、従前より、肝障害、高脂血症等により水俣協立病院で通院治療を受けたことがあったところ、上記各期間においても、同病院へ定期的に月1, 2回の頻度で通院し、この間、平成14年10月28日から同年11月9日には入院した。(甲C3の10, 乙C3の10～12)

上記入通院期間中における主な診察内容等は、次のとおりである。

25 (ア) 平成4年10月3日付け栄養指導表(35歳)

原告Cは、同日、同指導を受けるに当たって、原告Cの食生活状況と

して朝食はコーヒー，果物，昼食は弁当（卵焼，煮物，野菜），夕食はごはん，魚，野菜であり，食糧構成として「米飯・パン10.0」，「果物1.0」，「魚介類1.5」，「肉類0.5」，「卵1.0」，「トーフ1.5」，「油脂類1.5」，「野菜類1.0」であり，その状況及び問題点として「からいものが好きでよく食べている」，「味付けが濃く，砂糖もたくさん使用している」，「ジュースを職場で飲む」，「体はあまり動かさない」，「朝食は小学生から食べていない」等と申告した。（乙C3の10・22頁）

(イ) 平成5年8月18日付け健康診断個人表（36歳）

原告Cは，同日，高岡医師の診察を受けた際，「最近，下記のような症状がありませんか。○印をつけてください。」と記載され，症状として，①「からだがだるい」，②「頭痛・頭重感がある」，③「めまい・たちくらみがある」，④「肩や首すじがこる」，⑤「言葉がもつれる」などが列挙されている問診票に何ら記載することなく，自覚症状はないと述べたところ，高岡医師は，総合所見として軽症高血圧の疑い，肝障害及び高血糖であると診断した。（乙C3の10・334，335頁）

(ウ) 平成5年10月14日の受診（36歳）

原告Cは，同日，高岡医師により，耐糖能障害（IGT）と診断された。（乙C3の10・28頁）

(エ) 平成8年7月8日の受診（39歳）

原告Cは，同日，高岡医師により，高血圧症（HT）と診断された。（乙C3の10・85頁）

(オ) 平成10年8月21日の受診（41歳）

原告Cは，同日，高岡医師により，糖尿病と診断された。（乙C3の10・110頁）

なお，原告Cの血液検査の結果は，HbA1c JDS（基準値4.3

5
- 5. 8) は、同年1月22日には6. 5%, 同年9月18日には6. 3%, 同年11月13日には6. 6%, 同年12月11日には6. 3%であった(なお、JDS値はNGSP値(国際標準値)より約0. 4%低値を示すため、JDS値をNGSP値に換算する場合には0. 4を加える。(乙B195・21頁, 218, 乙C3の10・190~196頁)

(カ) 平成13年12月10日付け神経症状調査(44歳)

原告Cは、同日付の神経症状調査に対し、いつもある症状として、「肩が凝る」、「腰が痛い」、また、時々ある症状として「手がしびれる」
10 (片方右手)、「頭が痛い」、「からだがだるい」、「夜眠れない」、「何もしたくない気分になる」、「根気がなく仕事が長続きしない」をそれぞれ挙げ、他方で、「両方の足がしびれる」、「からすまがり(こむらがえり)がある」、「耳がとおい」、「手から物をとり落とす」、「たちくらみがする」、「物忘れをする」などの42項目を存在しない症状であると述べた。

15 (乙C3の10・346頁)

(キ) 平成14年10月28日から同年11月9日の入院(45歳)

原告Cは、腹痛を訴えたところ、医師により、マヒ性イレウス(主病名)、急性胃腸炎(合併症)と診断され、同期間に入院した。もっとも、原告Cには聴力障害、視力障害及び言語障害はないとした。(乙C
20 3の10・348, 349頁)

(ク) 平成18年7月8日の受診(49歳)

原告Cは、同日、健診結果を持参して、佐伯豪英医師の診察を受け、主訴として、自覚症状はなく、肩、腰は整骨院に通院中であること、また、痛風の症状はない、アルコールも飲まず(一)、食事療法している
25 ことを述べたところ、糖尿病、高血圧症であると診断された。(乙C3の10・236頁)

(ケ) 平成19年11月20日の受診（50歳）

原告Cは、同日、頭痛などを訴えて、坂口一寿医師の診察を受けたところ、他覚所見として四肢の麻痺はなく（－）及び感覚障害もない（－）とされた。（乙C3の10・247頁）

5 (コ) 平成23年12月20日の受診（54歳）

原告Cは、同日、重岡伸一医師の診察を受けたところ、糖代謝検査はヘモグロビンA1c（基準値4.3～5.8）8.2%であったため、原告Cは、平成24年以降、上記医師から糖尿病の治療薬の処方を受けている。（乙C3の11）

10 (2) 原田医師らによる診察

ア 原田医師らによる診察

原告Cは、平成17年5月8日から平成20年2月16日（48～51歳）にかけて、原田医師らの診察を受けた。その結果は、次のとおりである。（甲C3の7～9，11）

15 (ア) 平成17年5月8日付け木村医師作成の診断書（48歳）

木村医師は、原告Cの自覚症状として10年前から腰痛及び左手のしびれがあり、視力低下（＋）と難聴がそれぞれあるが（＋）、足のしびれやからす曲がりはない（－）と聞き取り、他覚所見として「血圧（160／94）」、「ウェーバー徴候 左右とも（－）」、「リンネ徴候 正常」、「左ごくわずかに企図振戦」、「聴力障害（＋）」、「構音障害（±）」、「舌運動（拙劣）」、「運動失調（－）」、「マン（－）」、「ロンベルグ（－）」、視野狭窄（対面法）「（－）」などを挙げた上、別紙7—3「原告3：Cの感覚障害」（以下「原告Cの感覚障害経過一覧」という。）①のとおり、四肢末端及び口周囲の感覚障害はないと診断した。（甲C3の11・9頁）

25 (イ) 平成17年5月10日付け木村医師の診断書（48歳）

木村医師は、原告Cについて、原告Cが水俣・出水にこれまでずっと
在住し、幼少の頃より魚介類を多食し、母a 2も近海の魚介類を多食し
ていたこと、原告Cは生後しゃべるのも歩くのも遅く、診断時において、
舌運動が拙劣で、軽度の構音障害、左上肢には軽度の運動失調と企図振
5 戦、また、聴力低下、視力低下がそれぞれ認められることから、有機水
銀の影響の可能性があり精査を要するとして、水俣病の疑い及び高血圧
であると診断した。(甲C 3の7)

(ウ) 平成19年8月28日付け原田医師の診断書(50歳)

原田医師は、原告Cの魚介類摂取状況が週に二、三回であり、摂食期
10 間が生後からであること、現病歴として、感覚障害関連症状の「自覚は
なかったが、最近気にした」、「運動神経が劣っていた」ことを聞き取り、
特筆すべき既往歴として急性腸炎を挙げた。

また、原田医師は、原告Cの自覚症状として「いつもある」ものとし
て、手足のしびれ、「風呂の湯加減がわからない」、「怪我ややけどをし
ても痛くない」、手足の脱力感、「言葉が正確に発せない」、「耳がとお
15 い」、「味が分かりにくい」、「匂いが分かりにくい」、からす曲がり、筋
痙攣、頭痛、肩凝り、不眠、たちくらみ、めまい、「身体がだるい」を
挙げ、「ときどきある」ものとして、「手に持ったものを落とす」、「つま
ずきやすい」、「ふらつく」、「ものが見えにくい、はっきり見えない」、
20 「もの忘れをする」、「何もしたくない気分になる、根気がない」、いら
いら感、不安感を挙げ、さらに、「口周囲のしびれ」、「手などの震え」、
「まわりが見えにくい」などの7項目は「今も昔もない」ものとした。

次に、原田医師は、原告Cの神経所見として、原告Cの感覚障害経過
一覽②のとおり、四肢の触覚及び痛覚障害は肘関節又は膝関節に及ぶが、
25 口周囲の感覚障害は認められず、眼球運動障害はあり(+)、構音障害
はやや不明瞭であり、左側アジアドコキネーシスは異常の疑いがあり、

閉眼片足立ちは不安定で、二点識別覚閾値は舌尖3mm、右示指及び左示指5mmであって、そのほか視野狭窄、聴力障害、深部腱反射及び病的反射はいずれも異常は認められないとした。

さらに、原田医師は、特記事項として、原告Cの感覚障害は軽いが、言語障害がはっきりしていることから、小児又は胎児期に汚染されたとして、原告Cが水俣病（小児期）であると診断した。（甲C3の8）

(エ) 平成20年2月16日の診察カルテ（51歳）

原田医師は、原告Cの他覚所見として、原告Cの感覚障害経過一覧⑤のとおり、四肢の肘膝関節遠位に触覚及び痛覚障害があり、その程度は四肢末端に著明であるとし、また、二点識別覚閾値は舌尖4mm、右示指及び左示指5mmと計測して二点識別覚障害を確認し、他方で、固有反射は正常と診断した。（甲C3の9・2，4頁）

イ 鶴田医師による診察

原告Cは、平成19年10月14日ないし平成23年3月13日（50～54歳）、鶴田医師の診察を受けた。その結果は、次のとおりである。（甲C3の11）

(ア) 平成19年10月14日の診察カルテ（50歳）

鶴田医師は、原告Cの自覚症状として、肩及び腰のこり、右後頭部の痛みがあるとし、他覚所見として、二点識別覚閾値は舌尖1.8mm、右示指4mmであり、MMSEの点数が26／30点であり、原告Cの感覚障害経過一覧③のとおり、人体図に障害部位の記載をせず、軽度感覚障害があり、そのほか嗅覚障害、眼球運動障害、構音障害、失行があると診断した。（甲C3の11）

(イ) 平成22年8月29日の診察カルテ（53歳）

鶴田医師は、原告Cの自覚症状として、頭痛、肩及び腰の痛み、不眠があるとし、原告Cの他覚所見として、原告Cの感覚障害経過一覧⑥の

とおり，四肢の肘膝関節遠位，口周囲及び臍周囲にそれぞれ痛覚，触覚障害があり，二点識別覚閾値は舌尖7mm，右示指10mmであるとした上で，四肢末梢，口周囲及び臍周囲の感覚鈍麻，二点識別覚低下並びに失行があると診断した。(甲C3の11)

5 (ウ) 平成23年3月13日付け感覚検査表

鶴田医師は，原告Cの他覚所見として，原告Cの感覚障害経過一覧⑦のとおり，触覚の障害の程度について，上肢末端は10分の6から8，下肢末端及び胸部はそれぞれ10分の4から5，腹部は10分の5から7であり，痛覚の障害の程度について，上肢末端は10分の5，
10 下肢末端及び腹部はそれぞれ10分の5から7であり，また，二点識別覚閾値は舌尖，右示指及び左示指全て4mmと診断した。(甲C3の11)

(3) 原田医師による診断

原田医師は，平成20年4月30日付け原田医師の診断書において，原告
15 Cの疫学条件及び前記(2)アの各診察結果等を踏まえて，「水俣市（住所省略）に平成3年12月まで居住した。長崎から湯堂まで山道を約3キロ，山間部であるが，以前は住民たちはよく海まで貝とりや夜ぶりに来ていた。C家は湯堂と親戚関係があつて魚貝類がよく来た。長崎地区で水俣病に関する検診をしたことがあつた（不知火調査団）が感覚障害など水俣病にみられる症状
20 のある家族は大抵漁村地区と関係があつた。また，当時は正規の道路3－4キロの距離は通勤などで普通であつたという。」と考察した上で，小児水俣病と診断した。(甲C3の9)

(4) 三浦医師らによる診察等

ア 平成26年8月の診察結果等

25 (ア) 三浦医師らによる神経内科学的所見の概要は次のとおりであつた。

原告Cの構音について，パ及びラ行が稚拙であるとされ，頸部の左

右側転につきスパーリング徴候が軽度陽性であった。

企図振戦は認められず、左踵膝試験において±（異常の疑い）であるとされている他、協調運動に異常はなかった。

5 片足立ち起立試験、つぎ足歩行試験において動揺が見られたが、その他、起立、歩行に異常はなかった。なお、重心動力計検査によるラバー負荷試験においては、末梢前庭障害の可能性が高いとの結果であった。

深部反射は、右上腕三頭筋にて軽度減弱しており、病的反射は見られなかった。

10 感覚検査の結果、原告Cの感覚障害経過一覧⑧のとおり、原告Cの前面は、口周囲、四肢全体及び上半身部分に感覚障害（下肢は先に行くほど低下あり。）が認められ、関節位置覚は正常であるが、振動覚は右上肢7秒、左上肢9秒、両下肢6秒であり、二点識別覚は低下しているとされた。

15 (イ) 村田医師による検査においては、眼球運動不円滑、左眼に左方への眼振ありとされたが、眼科医からは、眼球運動含め全て異常なしとの所見が示された。

(ウ) 血液検査の結果、血糖（GLU）が105mg/dl（基準値66－110）、HbA1cNGSPが6.0%（基準値4.6－6.2）であった。

20 (エ) 血液脈波検査の結果、両下肢に動脈硬化が疑われた。

(オ) 神経伝導検査の結果、別紙8－3「原告Cの神経伝導検査の結果等一覧」のとおり（甲C全27・3頁）、左の正中神経の運動神経の潜時（手首）が4.0ms、左の腓腹神経の感覚神経の振幅（腓腹部）が5.0μVであった。

25 （以上につき、甲C全27、甲C3の3、4）

イ 平成27年1月の診察結果等

原告Cの深部反射は、右アキレス腱において軽度減弱していたが、病的反射は検査されなかった。

感覚検査の結果、原告Cの感覚障害経過一覧⑩のとおり、前面は全身に感覚障害が見られ、右足首及び右下腿中央以外で痛みを全く感じない結果であった。(甲C3の3, 4)

ウ 三浦医師らによる診断

全身型の感覚障害(口周囲低下を含む。)が阪南中央病院における検査で確認されるどころ、末梢神経障害は腱反射及び神経伝導検査の結果から否定され、二点識別覚の低下が認められることから、上記感覚障害はメチル水銀ばく露による大脳皮質性のものと認められるとして、水俣病であると診断したほか、軽度の構音障害、糖尿病、高血圧症などと診断した。もっとも、平成27年5月20日付け三浦医師ら作成に係る結果報告書では、原告Cの構音障害(タ・パ・ナ・ラ行)は異常なしとされている。(甲C全10, 甲C3の3~6, 証人村田37~42頁)

(5) 平成26年12月22日の公的検診の結果

同日行われた検診医による原告Cの検診結果は次のとおりである。(乙C3の5~7)

ア 原告Cの聴力は通常の音声で話して十分聴こえるとし、言語は正常であり、歩行、平衡障害はないとした。

イ 原告Cの腱反射には異常がなかった。

ウ 感覚検査の結果、原告Cの感覚障害経過一覧⑨のとおり、触覚、痛覚は他覚的に低下なく、微細な刺激で手、足、指を、左右の微細の刺激の差を正確に答えることができ、関節位置覚に異常はなく、振動覚は、右上肢14秒、左上肢17秒、右下肢14秒、左下肢13秒であった。

エ 原告Cの左眼球の眼振に軽度の障害(外側向き)が見られた。

オ 原告Cは、同検診において、お薬手帳を見せたものの、看護師に薬手帳

は関係ないなどと言われたことや、感覚検査の際には、アイマスクがされなかつたため、触れていることが分かるかという質問に対しては、触られているのは目で見ていたため、分かるかと答えたことから、検診医に感覚障害がないものとして誤解が生じている可能性があることに不満を述べている。もつとも、原告Cは、公的検診以外の感覚検査では、少なくとも目を開けた状態では検査を受けていない。(原告C本人23～25, 41, 42頁)

(6) 原告Cの現在の生活状況

原告Cは、本件口頭弁論終結時において、現在も整骨院に通って、肩、腰、足を揉んでもらっており、ロキソニン、血糖値等を下げる薬、睡眠薬の服用をしている。また、原告Cは、過去には、お風呂のお湯の温度を熱くし過ぎて、家族から指摘を受けたことがあったり、漢字を書くことや数字を覚えるのが不得意である旨、さらに頭痛や不眠の状態にある旨述べる。(原告C本人18～21, 49, 50頁)

(7) 原告Cの疾患、その他医学的知見等

ア 糖尿病 (diabetes mellitus ; DM)

日本糖尿病学会作成に係る「糖尿病診察ガイドライン2016」によれば、糖尿病の診断は、慢性高血糖を確認し、症状、臨床所見、家族歴、体重歴などを参考として総合判断するが、診断に当たっては、①糖尿病型(血糖について、空腹時 ≥ 126 mg/dl、ブドウ糖負荷試験2時間値 ≥ 200 mg/dl、随時 ≥ 200 mg/dl、HbA1cについて、 ≥ 6.5 %)を2回確認する(1回は必ず血糖で確認する)、②糖尿病型(血糖に限る。)を1回確認し、慢性高血糖症状の存在が認められる、③過去に糖尿病と診断された証拠がある、のいずれかによって行うものとされている。

糖尿病患者の約半数に末梢神経障害が見られるとされ、このうち、多発

神経障害（多発神経炎）は，一般に糖尿病性多発神経障害（diabetic polyneuropathy；DPN又はDP）と呼ばれ，糖尿病による合併症の中で最も早期に出現しかつ最も頻度が高く，糖尿病の経過の長い者に多い。左右対称性に両足の感覚障害（両下肢のしびれ，疼痛，知覚低下，異常知覚などの末梢神経症状とアキレス腱反射の消失や振動覚及び触覚の異常が出現する。）で始まり，手にも及び，軽度ないしは中等度の運動障害も伴う混合型のポリニューロパチーである。自覚症状は神経軸索が細胞体より最も遠い下肢末端から出現し（length-dependent），手根管症候群を除いては上肢から始まることはないとされている。なお，振動覚は，正常でも年齢とともに低下し60歳以上では10秒以下になることも少なくないので，年齢を考慮した判定が必要である。なお，糖尿病性神経障害は耐糖能異常の時期にも発症し得る。

糖尿病性神経障害には特異的な症状や検査は存在せず，国際的コンセンサスの得られた診断基準も確立されていない。したがって，その診断は神経症状と検査結果から総合的に行う必要があるが，妥当性が高く日常診断に使用し得る診断基準もあるとされている。このうち，米国糖尿病学会の診断基準は，下肢の神経症状（症状），下肢遠位部の感覚低下（徴候），アキレス腱反射の減弱又は消失の3項目のうち1項目を満たす場合を「possible」，2項目以上を満たす場合を「probable・神経障害あり」とし，神経伝導検査の異常及び神経症状又は徴候の2項目を満たす場合を「confirmed」とする。また，Tronto Diabetic Neuropathy Expert Groupの診断基準は，両足指，足，下腿の陽性症状（ジンジンしたしびれ，刺す，切る，焼ける，うずくような痛み），左右対称性の下肢遠位部の感覚鈍麻，両アキレス腱反射の低下・消失の自覚，他覚症状のうち1項目がある場合に「possible・可能性あり」，2項目以上がある場合に「probable・ほぼ間違いない」，1項目に加えて神経伝導機能障害又は明

らかな小径神経線維障害がある場合に「confirmed・確実」であるとする。

さらに、糖尿病性神経障害を考える会の診断基準は、糖尿病が存在し、かつ、糖尿病性多発神経障害以外の末梢神経障害を否定し得る場合で、糖尿病性多発神経障害に基づくと思われる自覚症状、両側アキレス腱反射の低下又は消失、両側内踝の振動覚低下の3項目のうち2項目以上を満たす場合を「神経障害あり」とする。なお、アキレス腱反射の低減又は消失を基準とした場合の糖尿病性多発神経障害の感度（sensitivity, 有病正診率）は60.3%, 特異度（specificity, 無病正診率）は90.5%であったとする文献がある。

糖尿病性神経障害の発症・進展に関与するリスク因子には、①血糖コントロールの不良、②糖尿病り病期間、③高血圧、④脂質異常、⑤喫煙、⑥飲酒などがあるが、最も重要な因子は血糖コントロールの不良である。

臨床的には多発神経障害が発症する以前に既に高血糖による軸索機能障害が潜在的に存在するため、多発神経障害の発症予防には厳密な血糖コントロールが重要であるとされている。（甲C全10, 甲C3の19, 20, 乙B100, 147, 149~152, 219, 証人山本14, 29, 30頁, 弁論の全趣旨）

イ 言語障害

水俣病に見られる典型的な言語障害は、小脳性運動失調（失調性言語）によるものであり、その言語は速さと同時に円滑さを欠く。水俣病では失語（言葉や文字の表出又は理解ができないための言語障害）を来すことはない。

この点、失語ではなく、発語に関係する構音器官、すなわち口唇、舌、口蓋などの筋やそれらを動かす神経の障害によってうまく喋れない構音障害であることを確認するためには、口唇を使うバ行、パ行、マ行、舌を使うラ行、タ行、ダ行などの発音を見るなどする。さらに、構音器官

の麻痺がないにもかかわらず、口唇や舌の運動が円滑さを欠くために起こる失調性言語では、ゆっくりした、不明瞭な、滑らかさを欠く、いわゆる断綴性言語が多いとされている。(本文第3編第2章第1の6(2), 乙A1, 24, 弁論の全趣旨)

5 3 争点(原告Cが水俣病にり患しているか否か)について

原告Cが、水俣病にり患しているか否かは、本文第3編第5章第1のとおり、生活歴、症状やその他疾病り患の有無などを個別的に検討した上で総合的に水俣病のり患の有無を判断すべきである。

(1) 原告Cのメチル水銀ばく露の有無及び程度

10 前記認定事実によれば、原告Cの父母には感覚障害等の所見が認められたとされ、父a1は保健手帳、母a2は医療手帳の交付を受けており、母方の祖母など親族に認定患者が存在する(前記1(3), (4))。しかし、原告Cの実家は山間部の農村集落に位置し(前記1(2))、父a1は水俣工場等に勤務し、母方実家とは異なり漁業を家業とするものではなく(前記1(3))、父方祖父
15 は農業や林業を営み、父a1も勤務の傍らみかんや野菜の栽培を行っていたものであるから(1(5)ア(ア))、漁業従事者の家庭に比べると、食事の中で魚介類の占める割合は自ずと少なかったといえる。また、母a2は原告Cの出産前後の各約1か月間を母方実家で過ごして祖母らと共に魚介類を摂食し、原告Cは6歳頃までは母方実家に預けられることがあったほか、
20 C家は母方実家などからしばしば魚介類の提供を受けるなどしていたものの(前記1(3)イ, (5)ア)、原告Cの魚介類の摂食状況は、生後から小学校就学前までは、1週間に二、三回、小学校へ就学以降は夕食時のみであったというものであるし(前記1(5)イ)、C家の経済状況は、生活が苦しくてタンパク源として親族などから提供を受けた魚介類を摂食するしかないというような状況ではなかった(前記1(5)ア(エ))。
25

以上によれば、原告Cは、胎児期以降、ある程度のメチル水銀ばく露を受

けたものと認められるものの、高濃度のメチル水銀ばく露を受けたものと認めるのは困難である。

(2) 原告Cの症候

ア 原告Cの感覚障害の症候の具体的な推移

原告Cは、前記2(1)の認定事実のとおり、出生時の体重が約2600gであり、首が据わる時期や発語時期が遅く、流涎がひどく、小学生の頃はやや病弱で運動が不得手であり、昭和51年頃以降、からす曲がり、腰痛、肩こりなどの自覚症状があり（前記2(1)ア）、平成4年頃から肝障害、高脂血症等で水俣協立病院に通院し、平成11年頃からは整骨院等に通院して肩や腰の施術を受けるようになったものの（前記2(1)イ、ウ）、平成5年時点で、めまい及び立ちくらみなど含む自覚症状の申告はなく（前記2(1)ウ(イ)）、平成13年12月時点でも、時々右手がしびれる等と訴えているものの、両足がしびれる、からす曲がり等の症状の申告はなかった（前記2(1)ウ(カ)）。

平成17年5月の木村医師作成に係る診断書には、自覚症状として、10年前からの腰痛、左手のしびれ等とあるものの、足のしびれ、からす曲がりはないとされ、他覚所見としても、軽度の構音障害及び軽度の企図振戦等が認められるものの、四肢末端及び口周囲の感覚障害、運動失調並びに視野狭窄はいずれもなしとされていた（前記2(2)ア(ア)）。

ところが、平成19年8月の原田医師の診察時には、自覚症状として、手足のしびれやからす曲がり等がいつもあるとされ、神経所見として、原告Cの感覚障害経過一覧②のとおり、口周囲の感覚障害は認めないものの、四肢の触痛覚障害は肘膝関節に及ぶとされ（前記2(2)ア(ウ)）、同年10月の鶴田医師の診察時にも、原告Cの感覚障害経過一覧③のとおり、軽度感覚障害があるとされた（前記2(2)イ(ア)）。しかるに、その1か月後の同年11月の水俣協立病院における診察では、四肢麻痺、感覚障害は

認められず（前記2(1)ウケ），その約3か月後の平成20年2月の原田医師の診察時及び平成22年8月の鶴田医師の診察時においては，原告Cの感覚障害経過一覧⑤，⑥のとおり，四肢末端の感覚障害などの所見が示された（前記2(2)アエ，イイ）。もっとも，原田医師は，平成19年の

5

その後，平成26年8月の三浦医師らの検査においては，原告Cの感覚障害経過一覧⑧のとおり，口周囲，四肢全体及び上半身部分に感覚障害が認められるに至ったが（前記2(4)ア），その約4か月後の同年12月の公的検診においては，一転して，原告Cの感覚障害経過一覧⑨のとおり，

10 感覚障害は認められなかったが（前記2(5)），その翌月の平成27年1月の検査では，原告Cの感覚障害経過一覧⑩のとおり，全身に感覚障害が認められ，右足首等を除いては痛みを全く感じない状態であった（前記2(4)イ）。

10

イ 感覚障害の評価

このように，原告Cの感覚障害は，公的検診を除いても，平成17年5月には感覚障害が認められなかったにもかかわらず，2年余り後の平成19年には，1年間の中に，四肢の肘膝関節遠位の感覚障害の所見が認められたり，認められなかったりし，その後，再び，平成20年以降，四肢の肘膝関節遠位の感覚障害の所見が認められ，平成26年には

15 全身性の感覚障害の所見があるとされており，一定期間を置いた神経学的診察の度に所見の出現する部位に変遷が見られ，消失又は出現の変化がみられる。

15

20

さらに，平成26年に実施された公的検診によれば，原告Cには感覚障害がないとされているところ（原告Cの感覚障害経過一覧⑨），公的検診の結果の信用性については，本文第3編第5章第3において述べたとおりであり，基本的に信用できるものである上に，原告Cは，公的検診の

25

検査方法について、触れられているのを目で見ていたので分かるかと答えた
たと供述するものの（前記2(5)オ）、これまで感覚検査を複数回受けてきた
原告Cが公的検診における感覚検査において、あえて目を開けたり、
また、目で見て分かったという趣旨で回答したりすることは考え難いこ
5 とからすれば、原告Cの公的検診の信用性を覆すことはできないという
べきである。

したがって、所見の変動の検討にあたっては、公的検診の結果も考慮す
べきである。

以上によれば、原告Cの感覚障害経過一覧①から②、⑤から⑧にかけて
10 感覚障害が出現し、同③から④、⑨にかけて感覚障害が消失したという
ことができる。

そして、本文第3編第5章第4の1のとおり、水俣病の症状が脳の不可
逆的な器質的損傷によって生じるものであると解されることからすれば、
感覚検査の性質等を考慮しても、所見の消失と出現の変動を大きく繰り返
15 返すことは考え難いところ、原告Cの上記所見の変動は消失と出現を大
きく繰り返したものといわざるを得ないから、メチル水銀ばく露による
脳の不可逆的な器質的損傷によって生じた感覚障害とは考えにくいし、
水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が一貫して存在すると認める
こともできない。

20 ウ 小脳性の構音障害等について

原告Cについては、平成17年以降、構音障害等の所見があるとされ
たことがある（前記2(2)、(4)。実際、構音の一部は鮮明ではないことが
うかがわれる（原告C本人）。しかし、軽度と評価される程度のもので
あり、医師によっては異常所見と評価しておらず（前記2(4)）、ICレ
25 コーダー「健口くん」を用いた検査は、一般的な検査手法ではなく、ま
た、小脳性構音障害を判別することができるようなものでもないことか

らすれば（本文第3編第5章第2の2），原告Cにあるとされる構音障害が小脳性運動失調によるものであると認めることはできない。

(3) 原告Cの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

ア 原告Cの感覚障害について

5 原告Cに、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が認められないことは前記(2)ア、イで認定説示したとおりである。

イ 感覚障害以外の症候がないことについて

前記(2)ウで認定説示したとおり、原告Cに小脳性の構音障害があると認めることはできず、本文第3編第2章第1の6のと通りの医学的知見に
10 照らせば、原告Cの症候がメチル水銀ばく露に起因するものである可能性は低いといわざるを得ない。

ウ 発症時期について

(ア) 原告Cに水俣病の症状とされる四肢末端優位の感覚障害が初めて発現したのは、前記2(2)ア(ウ)のとおり、平成19年以降であったということが
15 できるから、原告らの主張する原告Cの水俣病を推認させうる症状の発症時期は、同年頃とみるのが相当である。

(イ) これに対し、原告らは、原告Cには、幼少期から、原告Cの周囲の者は原告Cの症候に気づいており、また、昭和51年以降には原告C自身も、
20 からす曲がり、めまいの症状があったのであるから、同各時期にはすでに発症していた旨主張する。

しかし、本文第3編第4章第1の6のとおり、発育が遅いことのほか、からす曲がり、めまいなどの症状は、水俣病に特異的な症候ではない上に、
25 前記(1)で認定説示したとおり、原告Cが高濃度のメチル水銀ばく露を受けたと認めることができないことを考慮すると、原告Cが幼少期や昭和51年頃に発症していたと認めることはできない。

(ウ) そうすると、原告Cのばく露終了時期である昭和43年5月、仮に

昭和49年1月を前提としても（本文第3編第3章第1の3(3)）、その頃から医学的な裏付けのある症状が発現した平成19年まで30年以上経過しており、現在における一般的な医学的知見に基づく、水俣病のばく露から発症までの期間についての一般的な見解（数か月からせいぜい数年（本文第3編第4章第4の2））と大きく齟齬するといふべきである。

エ 所見の変動について

原告Cの感覚障害については、前記(2)イで認定説示したとおり、比較的短期間に消失と出現を含む相当程度の所見の変動が見られることからすれば、原告Cの感覚障害はメチル水銀ばく露によるものとして合理的に説明することは難しいといふべきである。

オ 他原因の可能性について

平成26年8月の神経伝導検査の結果によれば、左の手首刺激での遠位潜時が4.0ms（山本医師の見解によれば3.15ms～3.83msが正常範囲である）以上であることから、手根管症候群の可能性が示唆され、また、左の腓腹神経の感覚神経の振幅（腓腹部）が5.0μVと病的に低く、末梢神経障害があると指摘できる（なお、山本医師も同様の見解を述べる（乙B125, 194, 証人山本28頁））。

原告Cが、前記2(1)の認定事実のとおり、平成5年以降、肝障害、高脂血症、耐糖能障害等により、平成10年8月以降は、糖尿病と診断され、継続的に通院治療を受けていることからすると、原告Cに軽度の感覚障害があるとすれば、診断基準によっては糖尿病性神経障害が確実にあるとされる状態であり、糖尿病性の末梢神経障害、手根管症候群を原因とするものである可能性がある。なお、腱反射異常の特異度（無病正診率）は高いとされており、原告Cの深部腱反射は正常であった（もっとも、平成27年1月には右アキレス腱において軽度減弱していた。）が、腱反

射の異常がないことから糖尿病性神経障害の可能性が否定されるものではない（なお、山本医師も同様の見解を述べる（乙B125，194，証人山本28～32頁））。

このように、原告Cに感覚障害が存在するとしても、その原因につき複数の他疾患による疑いが合理的に残るといふべきである。

カ 原告Cの自覚症状についての判断

原告らは、原告Cに、昭和51年頃以降、からす曲がり、腰痛、肩こりなどの自覚症状があった旨主張する。

しかし、原告Cは、平成13年や平成17年の診察等の際には、自覚症状としてからす曲がりの存在を訴えておらず（前記2(1)ウ(カ)，(2)ア(ア)），自覚症状として一貫しているものではないし、からす曲がり等自体は水俣病の主要症候との関連性が必ずしも明らかではなく非特異的な症候であり（本文第3編第4章第1の6），本件に現れた事情のみによっては原告Cの自覚症状がメチル水銀ばく露の影響によるものであると認めるに足りず、原告Cが水俣病にり患していることを裏付けるものとは言えない。

(4) 結論

以上を総合的に検討するに、原告Cは胎児期及び乳幼児期に高濃度のメチル水銀にばく露したとまでは認められず、その後も同様であり、原告Cが訴える自覚症状とメチル水銀ばく露との関係は明らかではなく、他覚所見の見られる感覚障害等は仮に同障害が存在するとしてもメチル水銀ばく露によるものとは認め難い。そして、その他証拠及び弁論の全趣旨によっても、原告Cが水俣病にり患しているとは認めることはできない。

以 上

原告Dに関する判断

第1 概要等

1 前提事実

5 (1) 原告Dは、昭和30年▲月▲日生まれの女性であり、改名前の氏名はDである。(甲C4の25, 乙C4の8, 弁論の全趣旨)

(2) 原告Dは、平成14年1月10日付け認定申請書をもって公健法4条2項
10 に基づく水俣病の認定申請をしたところ、熊本県知事は、同月22日付けでこれを受理した(乙C4の1)。熊本県知事は、疫学的調査及び検診を実施し、これにより得られた資料を基に、平成27年9月30日付け水俣審第312号により認定審査会へ諮問し(乙C4の2)、認定審査会は、同年10月18日開催の第230回熊本県公害健康被害認定審査会による審査の結果、同年11月25日付けで「要観察」として答申を保留した(乙C4の3)。

15 そのため、熊本県知事は、同月30日付けで、原告Dに対して再検診を受けよう通知し(乙C4の4)、疫学的調査の補足調査及び再検診を実施した。これらにより得られた資料を基に、認定審査会は、平成28年3月13日開催の第232回熊本県公害健康被害認定審査会による審査の結果、同年5月9日付けで「公健法で定める水俣病には合致しない」との答申を行った
20 (乙C4の5)。熊本県知事は、この答申を受けて、同月12日付けで原告Dに係る本件処分をした(乙C4の6)。

これに対し、原告Dは、不服審査会に対し、原告Dに係る本件処分について、同月15日付け行政不服審査請求書をもって審査請求を申し立て、不服審査会は同月20日付けで受理した(乙C4の7)。なお、不服審査会
25 は、本件口頭弁論終結時点において、上記審査請求に係る裁決をしていない。(甲C4の9, 28, 29, 乙C4の1~7, 弁論の全趣旨)

(3) なお、原告Dは、平成7年政治的解決による医療手帳の交付を求めている。(甲C4の25, 弁論の全趣旨)

2 争点に関する当事者の主張

本件の争点は、原告Dが水俣病にり患しているか否かであって、原告らに共通する当事者の主な主張については、本文第2編第3章で摘示したとおりであり、ここでは原告Dに関する個別的主張について摘示する。

(原告らの主張)

原告Dは幼少期から水俣病にり患している。

ア 原告Dのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Dの臍帯メチル水銀値は0.333ppmと有意に高く、魚介類を多食していた当時の生活状況及び水俣市小津奈木の汚染状況から、原告Dが胎児期及び幼少期に高濃度のメチル水銀にばく露したことは明らかである。

原告Dに青魚アレルギーはなく、幼少期から現在まで青魚を好んで日常的に摂取している

イ 原告Dの各症候

(ア) 原告Dには、昭和38年頃から自覚症状があり、平成13年以降、少なくとも四肢末端優位の感覚障害が認められ、大脳皮質障害があることは明らかである。

(イ) また、原告Dには、公的健診で実施されたアイカップによる検査より精度の高いゴールドマン検査の所見によって求心性視野狭窄が認められた。また、三浦医師らによる起立及び歩行に関するいずれの検査においても、動揺、不安定、不能という所見であったこと、さらにロンベルグ徴候陽性であったことからすれば、大脳皮質性の平衡機能障害がある。

ウ 原告Dの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

(ア) 原告Dの症候の発症時期は、上記イのとおり、遅くとも小学生2、3年生頃(昭和38年頃)であり、水俣病の病像と整合する。

(イ) 原告Dの感覚障害は、原告Dの神経伝導検査の結果、左下肢の感覚障害が疑われるとしても、下肢静脈瘤の手術による症状と整合せず、その他頸椎等の変形所見もないことなどからすれば、感覚障害は末梢神経の障害に起因する可能性は極めて低いし、また、原告Dの転換性障害などの心因性の病態によるものとはいえない。

エ よって、原告Dは、幼少期から水俣病に罹患している。

(被告らの主張)

否認する。

ア 原告Dのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Dの居住歴、魚介類の入手及び摂取状況に係る供述をそのまま判断の前提としてみても、原告Dについて、体内の有機水銀濃度が高度であったことを示す資料はないこと、出生後昭和48年まで居住していた水俣市（住所省略）は、救済法ないし公健法上の認定患者も3名にとどまっていること、同居親族内に水俣湾周辺海域における漁業等の従事歴はなく、また、原告Dの母も司法解剖の結果、病理的検討が行われた上で、水俣病の認定申請が棄却され、救済法ないし公健法上の認定患者が存しないこと等を併せ考慮すれば、原告Dが胎児期又は乳幼児期に高濃度のメチル水銀にばく露したとはいえない。

イ 原告Dの各症候

(ア) 原告Dに胎児性水俣病に見られる臨床症候が存することをうかがわせる事情は見当たらない。また、原告Dに原田医師らによる感覚検査で得られた所見どおりの感覚障害が認められるのかは疑問があり、この点を措くとしても、原告Dに生じたとされる感覚障害は、触覚及び痛覚について、その程度及び部位が大きく変化していること、感覚障害に見合った日常生活上の支障が認められないことから、脳の不可逆的な器質的損傷が原因であるとは解し得えない。

(イ) 原告Dは、過去の入院記録や阪南中央病院の診療録に照らしても求心性視野狭窄とは診断されておらず、むしろ、原告Dの視野の異常は、これらの医療機関で診断されたとおり、網膜剥離等の術後に残存した後遺症とみるのが医学的に合理的であるし、平成28年2月に実施された公的検診の眼科検査でのクリムスキーアイカップによる検査で、両眼の視野がほぼ正常範囲であるとされ、精神医学的所見では、中等度の心身故障の訴え等が認められたことからすれば、原告Dに求心性視野狭窄は認められない。また、平衡機能障害も認められない。

ウ 原告Dの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

(ア) 発症時期について、記録上は平成13年6月11日の水俣協立病院での検査が最初であり、四肢に感覚障害がみられるとされたのは、同日以降と解したとしても、水俣工場がアセトアルデヒドの製造を中止した約30年後のことであり、メチル水銀ばく露終了後から相当長期間が経過した後になって感覚障害が認められたこととなり、水俣病の病像と整合しない。

(イ)原告Dに対する各検査においても同感覚障害が心因性的のものであることを示唆する複数の所見が見られていることからして、上記感覚障害の所見等をもって原告Dが水俣病に罹患しているとは認められない。

(ウ) さらに、原告Dは、平成13年9月12日から同年11月30日までの間、「左総腓骨神経障害に基づく歩行障害疑い」で湯之見病院リハビリテーション科（現国保水俣市立総合医療センター）に入院していたところ、この間に行われた電気生理学的検査においても、「左下肢の浅、深腓骨神経の伝導速度が遅延しており、総腓骨神経障害が疑われた」と診断され、神経伝導検査の結果も踏まえると、原告Dには、平成13年9月ないし同年11月の時点で、左下肢の末梢神経障害であったことが推認でき、少なくとも平成26年7月25日の時点において、左下肢の末梢神経障害が認められ、原告Dの感覚障害が水俣病以外の疾患に起因するものである可能

性も指摘できる。

エ これらによれば，原告Dが水俣病に罹患しているとはいえない。

第2 当裁判所の判断

1 ばく露に関する認定事実

5 (1) 居住歴・職歴の概要

ア 原告Dは，昭和30年▲月▲日，熊本県水俣市（住所省略）（小津奈木地区。以下「現住所地」という。）で出生し，昭和48年3月（18歳）に水俣高校を卒業後，東京都に引っ越して，洋裁学校に通った。

10 イ 原告Dは，昭和50年3月（20歳），洋裁学校を卒業し，その後は，埼玉県や千葉県で勤務した後，昭和56年頃（26歳）に現住所地に帰郷した。

ウ 原告Dは，昭和59年8月（29歳）に結婚し，千葉県で生活することとなった。ただし，子2名の出産前後は現住所地に帰郷していた。

15 エ 原告Dは，平成10年（45歳），現住所地に帰郷し，その後，現住所地と千葉県を行き来し，本件口頭弁論終結時に至る。

（以上につき，甲C4の25，乙C4の8，9，原告D本人4頁）

(2) 居住地の状況等

20 ア 小津奈木地区は，水俣市の市街地から北側に約3km離れた20戸ほどの農村集落であり（別紙4-1参照），現住所は，津奈木湾の海岸まで500mないし600m程度の場所に所在している。（甲C4の25，乙C4の8，弁論の全趣旨）

イ 小津奈木地区には，平成14年6月19日時点で，3名の救済法ないし公健法上の水俣病被認定者がいる。（乙C4の8）

(3) 同居親族の状況

25 ア 家族関係及び水俣病認定状況等

(ア) 父

原告Dの父b1（以下「父b1」という。）は、大正15年に熊本県八代市に生まれ、昭和15年頃に国鉄に就職し、昭和20年4月以降は水俣市内の独身寮に入居して水俣駅に勤務し、昭和28年に同駅勤務のb2（以下「母b2」という。）と結婚し、現住所地に転居した後、昭和57年に国鉄を定年退職した。父b1は、平成16年に水俣病の認定申請を行ったが、平成23年4月取り下げ、その後、特措法の被害者手帳の交付を受けたが、平成24年8月に死亡した。

(イ) 母

母b2は、大正6年に現住所地で生まれ、戦前から国鉄水俣駅等で勤務してきた。母b2は、平成16年に認定申請したが、同年7月に87歳で死亡し、熊大による解剖の結果を踏まえて、平成19年に棄却処分を受けて、行政不服審査を行ったが、棄却された。

(ウ) 原告Dは、父b1と母b2の長女であり、兄弟姉妹はいない。

このように、原告Dの同居親族には、認定患者はいない。（甲C4の25、乙C4の8、9、原告D本人5頁、弁論の全趣旨）

イ 同居状況等

原告Dは、出生から昭和48年4月に東京に引っ越すまでの間、上記アの家族と同居していた。（乙C4の8）

ウ 父母の症候等

(ア) 父b1

父b1は、平成20年3月21日、原田医師の診察において、自覚症状として、口周辺と手足のしびれ感、脱力、言葉がはっきりしない、ボタンかけが難しい、耳が遠い、耳鳴り、匂いがわからない、からす曲がり、頭痛、手足の指痛及び立ちくらみを述べ、原田医師は、他覚所見として、聴力障害、視力低下、筋力低下、歩行時動揺、つぎ足歩行障害、マン現象陽性、つま先立ち障害、アジアドコキネーゼ、片足立ち障害、

口周囲及び四肢優位の感覚障害及び二点識別覚障害の所見をとった。

(乙C4の8)

(イ) 母b2

母b2は、平成16年▲月▲日に死亡解剖された結果、平成19年8
月に認定申請が棄却されているほか、その具体的な症候は明らかではな
い。(甲C4の8, 乙C4の8, 9)

(4) 魚介類摂取状況

ア D家の生活状況

(ア) 前記(3)アのとおり、父b1は、昭和16年から昭和57年(27歳)
の定年まで国鉄に勤務しており、退職後、船を購入して、母b2と沖に
出て、竿釣りで魚を獲るようになった。母b2は、婚姻を期に国鉄を退
職し、家事及び畑仕事に従事するようになったが、原告Dを出産した後
の昭和30年ころから病弱になり、たびたび入通院するようになった。

(イ) D家は、父b1が国鉄に勤めており、「一応安定した現金収入」があ
り、魚介類を行商人から購入するなどしており、また、母b2は、野菜
や果樹を栽培し、養鶏を行い、卵や鶏肉を得ていた。

イ D家の魚介類入手方法

(ア) 親類からの提供

D家では、母方の伯母b3が水俣市丸島のb3家に嫁いだところ、丸
島には漁港や魚市場があり、b3家の親戚一族には、網元や魚屋もあつ
たことから、伯母は、魚市場で売れ残ったものなどをしばしばD家に提
供していた。

(イ) 行商人からの購入

また、D家には3名の行商人が頻繁に訪ねてきており、行商人から魚
介類を購入していた。

(ウ) 自家摂取

さらに、父b1や母b2が津奈木湾や湯の児海岸に赴いて、魚介類を自家採取していた。もっとも、原告Dは、平成19年8月28日、原田医師の診察を受けた際、魚介類の入手方法は「親類」及び「行商人」であり、「自家」とはしていなかったこと（後記2(5)ア）に照らせば、自家摂取量は多くはなかったものと認められる。

ウ 原告Dの魚介類摂食状況

父b1及び母b2が魚介類を好んでいたこともあり、D家の食卓には、魚介類が毎食上っているような状況であり、原告Dは、相当程度の魚介類を摂取していたものと認められる。もっとも、原告Dは10歳のころにサバの味噌煮の缶詰を摂取した際、蕁麻疹がでており、それ以降は、各医療機関に対し、青魚（背黒いわし、サバ）のアレルギーがあるなどと申告していること（後記2の(4)カ、キ）からすれば、少なくとも同申告をしていた平成15年頃までは、青魚を頻繁に摂取することはなかったものと認められる。

（以上につき、甲C4の12、15、25、乙C4の27、原告D本人7～12頁）

(5) 臍帯メチル水銀値

原告Dの臍帯メチル水銀値は0.333ppmであった。（甲C4の8・②）

本文第3編第1章第4の1(2)ウのとおり、臍帯メチル水銀値に関する知見によれば、日本の一般健康人における臍帯メチル水銀値は0.1ppm前後とされ、正常上限値は0.4ppm前後と推定される。

2 症候に関する認定事実

(1) 原告Dの陳述書等

原告Dは、幼少期からの自覚症状等について、次のとおり陳述又は供述する。（甲C4の25、乙C4の8、原告D本人15頁、弁論の全趣旨）

ア 原告Dは、その幼少期から、引きつけを起こし、風邪を引きやすいな

ど病弱なところがみられ，昭和36年ないし昭和41年（小学生）頃からは，頭痛や疲れやすいなどの症状を自覚するようになり，また，運動能力は全般的に低く，体育の成績は悪かった。

5 イ その後も頭痛や疲れやすさの症状は続き，原告Dは，昭和42年ないし昭和44年（中学生）頃からはめまいや立ちくらみ，昭和45年ないし昭和47年（高校生）頃からは手先が小刻みに震える，動悸・息切れなどの症状を自覚するようになった。

10 ウ 高校を卒業して水俣市を離れた後，これらの症状は次第に増悪し，昭和55年（25歳）頃からは足の感覚異常を自覚するようになり，その後も筋肉の痙攣，手腕の筋力低下などの症状がみられ，平成13年（48歳）頃には体調不良で入院し，いわゆる車いす生活となった。

(2) 原告Dの入通院歴等（昭和59年12月3日～平成13年11月30日）

15 原告Dは，昭和59年12月3日以降，入通院を繰り返しているところ，主なものは，次のアからキ及び後記(4)のアからソ（平成14年3月1日～平成21年3月5日）のとおりである。

ア 昭和59年12月3日～昭和60年8月23日（29歳～30歳）

20 原告Dは，昭和59年1月，水俣市立病院において，その右目の網膜裂孔について冷凍凝固術を施行され，左目の網膜格子状変性について術後は経過良好にて同病院に外来通院していたところ，同年8月に千葉に移転したことから，同年12月3日以降，千葉大附属病院眼科に通院した。

25 原告Dは，同日のゴールドマン視野計による検査時には，求心性視野狭窄はなく，ほぼ正常範囲の視野を有していた（右眼は鼻側50度，耳側90度，左眼は鼻側約60度，耳側90度）。（甲C全7，9，乙C4の19，29・50，56頁）

そして，千葉大附属病院眼科において，原告Dは，右眼について網膜裂孔に冷凍凝固術施行後，左眼について網膜格子変性の光凝固術施行後と

の診断を受けた。(乙C4の29・56頁)

イ 平成7年5月26日～同年6月22日(40歳)

原告Dは、平成7年5月に右眼に視野欠損が認められ、公立長生病院において、光凝固術を施行された後、同病院の紹介により、平成7年5月26日以降、浦安病院眼科に通院し、既往症として、「12年前に左剥離裂孔」し、28歳時に慢性膵炎、33歳時にメニエール病になり、平成7年12月に子宮筋腫にて全摘術をした後である旨述べた。原告Dは、浦安病院眼科において、「右裂孔原性網膜剥離術後」と診断され、平成9年4月8日には右視力0.07、左視力0.03であった。(乙C4の26・222頁)

ウ 平成9年11月18日(42歳)

(ア) 原告Dは、同日、総合医療センター神経内科に通院し、平成9年6月8日に、「隣人と口論となり、首をしめられて、つきとばされた。尻もちついて両手で支えた。臀部打撲、腰部打撲あり。その後、肩痛、腰痛、右顔面痛にてADLに支障、夜間も痛みにて眠れないこともある。2年半前 網膜剥離。」との症状を訴え、他覚所見として、感覚・運動につき、神経学的な異常所見はなしとされ、ストレス性の神経症性障害と診断され、傷病名は不安神経症とされた。(乙C4の26・283, 285, 292頁)

(イ) 他方、上記(ア)の受傷に関して、総合医療センター外科医師は、平成9年11月11日付け診断書において、原告Dの傷病名を①腰部捻挫、臀部打撲、左膝打撲、②左肩関節周囲炎と診断し、病歴として、原告Dが、平成9年6月8日、受傷し、当科初診したところ、レントゲン上、明らかな異常はなく上記①と診断したこと、また、同年7月頃より左肩痛出現し、同年10月3日にレントゲン検査を行ったが、特に異常も認めず、②と診断したこと、さらに、原告Dの治療は同年6月13日より、

温熱療法，運動療法を行っているが，現在も左肩痛のために継続中であり，原告Dの判断で，カイロプラクティックにも通っているが，同年6月8日の受傷と②の因果関係については，不明である旨記載した。（乙C4の26・162頁）

5 エ 平成13年6月6日～同年8月8日の入通院（46歳）

(ア) 原告Dは，平成13年6月6日，水俣協立病院神経内科を受診し，同年3月頃から，全身倦怠感，胸部不快感がある等と訴え，その後，同月11日には感覚検査を受けたところ，別紙7—4「原告4：Dの感覚障害」（以下「原告Dの感覚障害経過一覧」という。）①のとおり，
10 左半身の感覚障害が認められた。

その後，原告Dは，全身倦怠感，呼吸困難感，めまいなどの症状が悪化し，激しい動悸が持続するとして，同月13日，水俣協立病院神経内科を受診した上，同日から同年8月8日まで入院した。（乙C4の17，24・628頁）

15 (イ) 高岡医師は，原告Dの病歴として「11歳で小児リウマチ，20歳で高熱，白血球が1000まで減少。30歳，手の震え出現。33歳から回転性めまい，38歳から，腹部激痛。40歳で網膜剥離の手術。」がある旨を記載し，同年8月8日退院時の臨床診断として，主たる病名が①神経症であり，そのほか②不眠症，③左半身不全麻痺の疑いがある
20 と診断した。（乙C4の17・628頁）

(ウ) 入院後の原告Dの状態としては，「左半身の表在感覚障害あり」とされ，看護要約による入院中の経過としては，「様々な症状を訴え，検査も数多くしてきたが原因がはっきりわからず，精神的なものからであろうということ
25 り，会話を多くもち，改善を試みるがなかなかよくなる。調子のよい時はよいのだが，突然倒れたり，しびれたり，血痰がでたりする。本人は精神的ストレスはないと言う。性格も几帳面

で医学的な本も沢山読み知識は豊富である。…内科的に問題なく、当
院にこのまま入院していてもこれ以上の改善はみられないであろうと
いうことでENT指示でる」、「点滴でパニックになる。Drがすれば
よい。採血はOK」との記載がなされた。(乙C4の17・627頁)

5 (エ) さらに、原告Dの臨床経過として、「以前から、頭痛、腹痛、胸痛、
動悸、喀血、呼吸困難、失神発作など実に多彩な症状があり、入院後
も上記症状をほとんど起こした。左半身の筋力低下には一貫性がある
が、それ以外では、これまで上記諸症状についての明確な器質的障害
の証拠はみとめなかった。症状があまりにも多彩であり、施行すべき
10 と考えられる内科的諸検査のうち、髄液検査、気管支鏡検査は施行し
なかった。当院退院後、外来で経過をみたいと考えていたが、まだ自
信がないとのことで、上天草総合病院に転院となった。」と記載された。

(乙C4の17・629頁)

(以上につき、甲C4の16、乙C4の17、24・21頁以下)

15 オ 平成13年6月14日(46歳)

(ア) 総合医療センター神経内科の佐藤宏医師(以下「佐藤医師」という。)
は、同日、原告Dを診察し、高岡医師に対し、原告Dの症候等に関し、
「神経学的には、確かに、左下肢の脱力、左半身(特に外側)の感覚低
下(表在覚)を訴えますが、局在徴候としてはとりにくいと思われま
20 印象としては、心因性な印象です。(全身倦怠感、頭痛等、訴えが多岐
にわたっている点も)。H9年当科通院中も心因反応様症状でした。」と
報告した。(乙C4の26・293頁)

(イ) 佐藤医師は平成14年6月17日付け診断書(肢体の障害用)(47
歳)を作成し、同診断書においては、原告Dの障害の原因となった傷病
名として「多発性硬化症疑い」とし、原因又は誘因は「不明」であり、
25 初診時(平成13年6月14日)の所見として、両下肢のしびれ感、左

上下肢の感覚障害，左上下肢の筋力低下があり，腱反射は正常であると記載した。(乙C4の26・312頁)

カ 平成13年8月15日～同年9月11日(46歳)

5 (ア) 原告Dは，高岡医師の紹介を受け，上記期間，上天草総合病院心療内科の坂本興美医師(以下「坂本医師」という。)により，神経症と診断され，入院した。

10 (イ) 原告Dの病歴としては，「小児リュウマチ，虫垂炎OP，急性膵炎，子宮全摘，網膜剥離OP(右・人口レンズ)，不安神経症」とされ(乙C4の25・26頁)，他覚所見としては，「左目の鼻側視野狭窄(以前の網膜はく離の影響と思われる。) ，右目の軽度視野狭窄」があるとされ，神経症と診断された。(乙C4の25・9，15～17頁)

(ウ) 原告Dの入院中の経過としては，次のように診療録に記載されていた。(乙C4の25・41頁)

15 「体がきつい，ふるえる，左上下肢の筋力低下，食欲低下，食べると下痢して吐く。本年6月から水俣協立病院入院中。本人から電話で，転院依頼ある。地元の病院の治療を続けるようにと断ったが，8月15日，本人が荷物を持って直接，受診，入院。本人のはなしでは，長年関東で暮していたが，4年前，新幹線の工事にかかった実家の土地をめぐって親戚と裁判になったことをきっかけに，夫を残して帰郷。二人の息子は

20 いっしょに帰郷したが，長男はいじめにあい父親のもとに戻る。しかしその後，放火犯人扱いをうけたので裁判中。次男の世話を本人ができないため，施設に預けている。母親は昨年，病気でねたきりになっている。

25 また治療については，安定剤服用しているが，効き目が強いとぐったりする。漢方薬がよい。点滴は医師に穿刺してもらわないとパニックになる，とのことであった。そして，前医での検査結果の複写を多数持参。

再度同じ検査をすることになった。MRI検査で両側大脳皮質下に小

さな信号異常散在（T 1 等， T 2 高）したが，左状〔ママ〕下肢の筋力低下につながる変化なし。本人は，多発硬化症を心配していた。眼科で視神経機能検査をうけたが異常なかった。

甲状腺機能検査でT S Hがやや高値な以外は所見なし。

5 食事があまりとれず。末梢からの点滴は辛抱できないため，中心静脈栄養をすることを相談したが，本人は希望せず。他の病院を本人がさがすことになり，退院。その後，本人の実家近くの病院に再入院した。」

(エ) 原告Dは，「自分の病気はP T S D」であると看護婦に説明しており，看護サマリーとして，「H 1 3 年 6 月～ 8 月 8 日まで不安神経症，不整脈，意識消失発作など様々な症状にて水俣協立病院に精査目的で入院されるが，原因となる疾患がみつからず，症状も改善されない為退院。当院に紹介にてH 1 3 . 8 . 1 5 入院となる。頭痛・腹痛・動悸・喀血・左上下肢のしびれなど多彩な訴えをされますが，傾聴することで症状が消失，軽減することがあります。…※医学的な本を沢山読み，知識をも

10

15 っている。」と記載されている。(乙C 4 の 2 5 ・ 2 6 頁)

(オ) 坂本医師は，同年 9 月 9 日，第三者宛の「患者御依頼・御報告」に，原告Dについて，①神経症，②左上下肢の知覚異常，筋力低下があるとした上で，上天草総合病院への転院後，「抗うつ剤，抗不安剤，少量投与しましたが，症状変動あります」と記載した。(乙C 4 の 2 5 ・ 3 4

20 頁)

(以上につき，乙C 4 の 2 1， 2 5)

キ 平成 1 3 年 9 月 1 2 日～同年 1 1 月 3 0 日（4 6 歳）

原告Dは，上記期間，湯之見病院リハビリテーション科に入院しており，発病（受傷）から初診までの経過及び初診時の所見として「平成 1 3 年

25 6 月頃より，左上下肢の筋力低下，知覚低下が出現するようになり，某病院にて頭部C T，M R I 施行されたが特に異常なく，前医でも，同症

状を認めるも、症状軽快に至らず、9月12日当院外来受診。歩行障害に対するリハビリテーション目的にて9月13日入院となった。初診時の所見として、左下肢の筋力低下、知覚低下を認めた。」とされ、「左総腓骨神経障害に基づく歩行障害疑い」と診断された。

5 入院後の症状経過等（治療内容、検査結果等）として、「歩行障害に対してリハビリテーションを行ったが、左下肢の痛みが強く、また易疲労性もあり、歩行障害は改善せず、車椅子使用して移動することが多くなった。電気生理学的検査にて、左下肢の浅、深腓骨神経の伝導速度が遅延しており、総腓骨神経障害が疑われた」とのことであった。（乙C4の19・2
10 24頁）

(3) 原田医師による診察

原告Dは、平成13年12月2日（46歳）、原田医師の診察を受けた。その結果は、次のとおりである。

ア 平成13年12月2日付け診断書（4枚のもの。ただし、一部は、原田
15 医師作成に係る平成20年7月7日付け診断書（甲C4の8）の内容である。）

(ア) 原告Dは、原田医師に対し、病歴として、「リウマチ熱、チック、膠原病。13～18才：起立性調節障害症。18才～28才：腰痛、子宮内膜症。30才：（S60年頃）しびれ感、知覚障害。33才：めまい、
20 耳鳴、手の動きがまづくなった。最近、46才慢性疲労症候群（協立病院）、本年6月から歩行障害。現在、整形外科の湯の児病院リハビリ」があり、自覚症状として、手足のしびれ感、背中の知覚異常、痛み、だるさ、物がはっきり見えない、耳鳴り、転びやすい、疲れやすい、めまいなどがあり、さらに、現在の症候として、「身体障害者手帳（一）」、
25 「全身にさまざまな病名をつけられている。疾病もあるが、心氣的な訴えがある。」と述べた。（甲C4の5、8）

(イ) 原田医師は、原告Dの他覚所見として、末梢神経障害がある (+)、知的機能に異常はなく (-)、「網膜はく離」による瞳孔障害があり、視野狭窄があるが、中心性ではないこと、さらに、左半側に強い筋力低下、手指の変形、企図振戦、下肢脱力のために歩行障害及び平衡障害がそれぞれあり、また、感覚障害については、原告Dの感覚障害経過一覧②のとおり、口周囲、四肢末端及び左半身に感覚障害があつて、背中に異常感覚があり、特に、左腕の「橈骨」「外側」の感覚障害があるが、「上肢の運動は緩慢だが失調は認められない。左半身感覚障害と先端に優位だが全身性の感覚障害。」との所見をとった。(甲C4の5, 8)

5

10

イ 平成13年12月2日付け診断書(46歳)

原田医師は、原告Dについて、現住所地に生まれ育ち、生来、体が弱く、リウマチ、チック、膠原病、自律神経失調症、起立性低血圧、慢性疲労症候群、子宮内膜症、網膜剥離等、様々な病名で治療を受けており、診断時において、知覚障害、歩行障害、手指・足指運動拙劣等の症状があり、多彩な症状のため病院を転々とするも水俣病に関する精査を受けたことがないことから、精査の必要を認めるとして、小児水俣病疑いと診断した。(甲C4の6)

15

(4) 原告Dの入通院歴等(平成14年1月24日～平成21年3月5日)

ア 平成14年1月24日付け身体障害者手帳の交付

20

原告Dは、同日、筋力低下による左手の全指機能の著しい障害及び筋力低下による左下肢機能の著しい障害により身体障害者手帳第2種3級の交付を受けた。(乙C4の8, 9, 原告D本人22, 25頁)

イ 平成14年3月1日(47歳)

25

原告Dは、同日、千葉大附属病院神経内科に通院し、神経内科外来予診表に、自覚症状として、「両手(特に左手)、左下肢マヒ、しびれ、筋力低下。構音障害、時々視力低下。左大腿のやけるような痛み、知覚

鈍麻。右背部の知覚異状。左半身の感覚異状」と記載した。

同神経内科の医師は、原告Dの他覚所見として、左半身の触覚及び痛覚障害、右上下肢遠位部の感覚障害、左の交互反復の遅延、四肢腱反射亢進を認め、その余の運動検査は異常なしとした。（乙C4の29・1
5 16～120頁）

ウ 平成14年10月2日～同年11月8日（47歳）

(ア) 原告Dは、同年10月2日、千葉大附属病院神経内科において、山本達也医師及び鈴木淳也医師の診察を受け、同日から同年11月8日まで入院した。

10 山本達也医師らは、原告Dの退院時、診断名をシェーグレン症候群とし、水俣病が疑われるが確定診断がついていないこと、転換性障害が強く疑われ治療の必要があるとした。

(イ) 原告Dは、山本達也医師らに対し、「排尿・排便障害、左半身の筋力低下、顔面含む左半身の痛覚低下、四肢遠位部のピリピリするしびれ」がある旨訴えた。
15

(ウ) 山本達也医師は、原告Dの現病歴として、「水俣に生まれ育つ。小学校の運動会ではいつもびりだった。1995年頃より転倒しやすい、歩行時左に寄ってしまうなどの症状が出現した。また排尿・排便障害を自覚するようになり排尿に関しては尿勢低下、残尿感を自覚し、排便に関しては下痢気味となり時々便が間に合わずもらすこともあった。
20 1997年より顔面を含んだ左半身全体の感覚低下（蚊に刺された部位を掻いたとき感覚が違う）を自覚するようになった。また左上下肢筋力低下を自覚するようになった。熊本大や水俣の様々な病院を受診し水俣出身であること、知覚障害、歩行障害、自律神経障害など多彩
25 な症状を訴えることより水俣病が疑われた。2001年3月頃より全身倦怠感がひどくなったことを自覚するようになった。また左下肢筋

力低下が進行し車椅子となった。2002年3月頃より右足第4, 5指から足首にかけちりちりする感じを自覚するようになり3月1日当科外来(服部教授)受診。診察上左片麻痺を認めたほか, 四肢末梢のびりびり感, 排尿・排便障害, 頭痛, 全身倦怠感など多彩な症状を訴えたため問題点の整理と診断目的にて10月2日当科入院となった。」と記載した。

(エ) また, 山本達也医師は, 原告Dの入院後の経過として「入院時診察上, 左片麻痺, 排尿・排便障害, 両上下肢遠位部の痛覚低下を認め頭部病変と末梢病変の合併が疑われた。頭部MRIにてT2WIで高信号を呈する病変が大脳白質に散在性に認められたが左片麻痺を説明できる所見は認められなかった。NCSも問題なく四肢遠位のしびれを説明できる病変も認められなかった。多発性硬化症, 本人が幼少時より水俣在住していることより水俣病が鑑別として考えられた。また口腔内乾燥感, 眼乾燥感や光線過敏症, レイノー症状を訴えていたため膠原病の合併も考えられた。多発性硬化症を考え腰椎穿刺や, ABR, VEP, MEPを施行したが異常は認められなかった。またオリゴクローナルバンド, MBPは陰性だった。膠原病に関しては自己抗体(…)はすべて陰性だった。補体, フェリチン, 血球系も正常であった。ただシルマーテストで涙液分泌の低下が認められシェーグレン症候群が疑われた。口唇生検を施行し病理学的にわずかなリンパ球浸潤が認められたがシェーグレン症候群と診断できる所見ではなかった。水俣病については頭部病変, 末梢病変の合併が疑われたこと, 軽度構音障害が認められたこと, 右感音性難聴などが認められ合致する所見も多く非典型的水俣病の可能性も考えられたが診断については専門家に委ねることとした。自律神経系については自律神経機能検査にてPOTS(判決注:発作性起立性頻脈症候群)…が認められたが他の所

見は正常であった。排尿機能検査については異常所見は認められなかった。排便機能は軽度の末梢神経障害が疑われたが排便機能は保たれていた。入院時より胸痛や動悸を訴え転倒することもしばしばあったが、胸痛時バイタルは正常で心電図でも異常なかった。転倒時顔をよけて倒れるなど転換性障害によるものが疑われたためフーバーテスト
5 施行したところ陽性だった。精神科にコンサルトした結果転換性障害が強く疑われるとの診断であった。診断としては現在のところ多発性硬化症は考えにくく、シェーグレン症候群も確定診断は得られず、非典型水俣病は疑われるが診断基準が明確でないためこちらでは診断できないこと、胸痛や転倒は転換性障害の可能性が強く精神科外来にて治療の必要があることを説明し11月8日自宅退院とした。」と記載した。

なお、カルテには、「H o o v e r 徴候陽性であり、H y がかなり疑われる。精神科のD r にも診てもらったが、やはり転換障害（H y）の可能性が高いとの返事だった。」と記載されている。（乙C4の29・209頁）
15

フーバーテストとは、背臥位の患者の踵に検者が手を入れて、下肢を伸展させたまま挙上するとき、麻痺側の踵にかかる力をみるテスト。心因性によるまひと器質的なまひとの鑑別において有用な検査とされる。同テスト陽性は、麻痺側の踵にかかる力が強いこと。器質的な麻痺ではなく心因性の麻痺であることを示唆するとされている。（乙B140）
20

(オ) さらに、原告Dの入院時のエピソードとしては、次のようなものがあった。

a 千葉大附属病院精神科中里医師は、平成14年10月31日、原告Dを診察し、鈴木医師に対し、原告Dについて「パニック障害」として、
25 「転倒は、転換性障害（H y）の可能性高いと思われます。」と

報告した。(乙C4の29・108頁)

b 千葉大附属病院神経内科の山本達也医師らは、平成14年11月1日、原告Dに対し、平成9年頃から左片麻痺、平成13年頃から両上下肢遠位部のビリビリ感が出現してきた等との自覚症状について、多
5 発性硬化症、シェーグレン症候群等の膠原病、水俣病が鑑別として考
えられ、様々な検査を行ったところ、異常が認められたのはMRI所
見(T2強調画像で大脳白質に高信号領域を散在性に認めた。)、P
OTS、感音性難聴であったが、これらは原告Dの症状を説明できる
ものではなく、医師らとしては、主に心因性(転換性障害)のもの
10 と考えているなどと説明した。原告Dは、当時は納得したような態度
であったものの、同月3日及び同月4日、心因性であると説明されるこ
とには納得できない、自分の訴えをきちんと聞いてほしいなどと述べ、
同科の医療関係者は、原告Dに対し、水俣病の症状にはある程度合致
していると思われる、頭部MRIの結果何らかの疾患は必ずあり、最
15 も考えられるのは水俣病だが他の疾患の可能性も考えて検査を実施し
た、心因性の要素も半分くらいあると思われるところ、逆に言えば改
善する可能性を示唆している、もう一度主治医に説明をしてもらうよ
うにする等と説明し、診療録には、原告Dの訴えを否定しないことが
必要である、水俣病等の疾患の存在を否定してしまうと原告Dの心の
20 逃げ道がなくなってしまう、膝蓋腱反射の亢進、MRI所見から何ら
かの疾患は存在していることを理解してやる必要がある、それとは別
に症状を悪化させる要因として心因性のものがあり、これを取り除け
ば症状の改善が見込まれる旨を説明することが大切であるなどと記載
して、山本達也医師に引き継いだ。(乙C4の29・207～213
25 頁)

c 原告Dは、同月4日就寝前、「入院中に処方されたリーゼを11錠

まとめて服用した」が、希死念慮は否定した。（乙C4の29・108頁）

d 原告Dは、同月6日、改めて精神科を受診した。中里医師は、原告Dについて、上記aについて、希死念慮は否定しているが、他罰的、
5 依存的であり、心因反応（適応障害）、パニック障害と診断したが、
現在パニック発作は見られず、精神科への入院は疾病利得を助長する
と考えられるとして、外来で経過観察することとした。（乙C4の29・216頁）

(カ) 山本達也医師は、原告Dの入院時に感覚検査を行ったところ、原告
10 Dの感覚障害経過一覧③のとおり、「痛覚：顔面を含む左半身痛覚低下（8／10）、四肢末端痛覚低下（5／10）、振動覚：顔面を含む左半身振動覚低下（7／10）、位置覚：右正常、左上下肢とも障害あり。」とし、また「左目鼻側視野狭窄・右目軽度視野狭窄。」があるとした。（甲C4の17・146、172頁、乙C4の29・146頁）
15

(キ) 山本達也医師らは、上記(ア)から(カ)を踏まえて、原告Dに対し、診察
結果について、水俣病を疑わせる臨床所見として、頭部病変（左半身の筋力低下、感覚低下）、末梢神経病変（四肢遠位部のびりびりするしびれ）、軽度構音障害、右感音性難聴があり、水俣病として矛盾しない画像所見として、頭部MRIで大脳白質にT2強調画像で高信号を呈する粒状の病変が散在性に認められたことが挙げられるが、これらの所見は、水俣病として矛盾しない所見であるが、典型的な水俣病の所見ではないので、これだけで水俣病と診断することはできない旨を
20 書面で説明した。（甲C4の8、乙C4の19、27・71頁、29・145頁）
25

また、山本医師らは、平成15年3月14日頃、熊大附属病院の医

5 師に対し、原告Dについて、入院中に転換性障害による意識消失様発作を繰り返すなどしたため医師、看護師は対処に追われたが、家庭や水俣病等に関して個人的な問題を抱えているようである、転換性障害疑いの診断に関しては本人が拒否的であり、治療に向けての環境を整えることはできなかった、水俣病に関しては熊大附属病院のような専門的知見を有する医療機関に判断を求めたいなどとする書面を送付した。(乙C4の18・166頁)

(以上につき、乙C4の17, 18, 29・116, 135, 144頁)

エ 平成14年11月15日から平成15年1月9日(47歳)

10 (ア) 原告Dは、平成14年11月15日、同月上旬から食思不振でほとんど食事摂取できず、近所の人心配して救急搬送を依頼して、東金病院内科を受診したところ、脱水症と診断され、同日から入院したところ、点滴で水分の補給を行い、しばらく様子を見ていたが、徐々に食欲も改善してきたため、平成15年1月9日に退院となった。(乙C4の22)

15 (イ) 平成15年1月9日付け身体障害者診断書・意見書(肢体不自由障害用)(47歳)

原告Dは、上記(ア)の退院日付けで、東金病院神経内科の後藤啓五医師から、障害名を「左下肢著しい障害、左肩、肘関節の著しい障害」、原因となった疾病は「不明、廃用性筋萎縮、筋力低下」であり、疾病は平成13年6月に発症し、参考となる経過・現症として、「平成13年6月より左半身の感覚障害、筋力低下出現、頭部MRI等による相当する異常なし。徐々に筋力低下、筋萎縮進行。原因不詳であるが、現在廃用性筋力低下残存と考えられる。右上下肢は再現性に乏しく評価困難。」、

20 「障害固定又は障害確定(推定):平成14年8月」であり、総合所見として、「左下肢著しい障害により立位保持困難」、「左肩、肘関節は徒手筋力検査了」、「将来再認定:要」、「時期:平成16年1月」と

して、身体障害者福祉法15条3項により身体障害者等級表3級に相当するとの意見を付された上記診断書・意見書の交付を受けた。

同診断書・意見書の中で、原告Dの肢体不自由の状況及び所見として、感覚障害について、左上下肢の痛覚・触覚は「感覚鈍麻」があり、運動障害は左上下肢について「その他」、起因部位について、脳、脊髄、末梢神経、筋肉及び骨関節のいずれでもなく、「その他」とされ、排尿・排便機能障害や形態異常はなしとされた。(乙C4の15)

オ 平成15年1月14日～平成15年3月3日(47歳～48歳)

(ア) 原告Dが上記期間に総合医療センター神経内科に通院したところ、
10 医師は、原告Dの症候として、同年1月14日、「右半身の感覚障害も出現」し、同月22日には「右半身の感覚障害が強い、しびれ感あり。熊大神内受診を希望。ピリピリ、チリチリする感じ」があり、同年3月3日には「熊大神内入院待ち。感覚の障害は少しもどってきている」と認めた。(乙C4の26・298, 299頁)

15 (イ) 平成15年1月22日付け身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)(47歳)

原告Dは、上記(ア)に関して、総合医療センター消化器科の原田孝弘医師から、障害名を「上肢不自由、下肢不自由」、原因となった疾病として「多発性硬化症疑い」、同疾病は平成13年6月に発症し、参考となる経過・現症として、「平成13年6月より左半身の感覚障害、筋力低下出現、その後、右半身も同様の症状あり」、「障害固定(推定)」は平成14年6月であるとした上で、総合所見として、「筋力低下徐々に進行し、歩行不能。車イス生活。千葉大学医学部神経内科入院し、精査するも、多発性硬化症(疑)の診断。」であり、身体障害者福祉法15
20 25 条3項により身体障害者等級表1級に相当するとの意見の付された上記診断書・意見書の交付を受けた。

同診断書・意見書の中で、原告Dの肢体不自由の状況及び所見として、感覚障害については、両上下肢の痛覚・触覚が感覚鈍麻であり、運動障害については、「し緩性麻痺」があり、ほぼ全身を障害しており、また、起因部位は脳・脊髄とされ、排尿・排便機能障害はあり、形態異常は

5 「なし」とされた。(乙C4の26・320, 321頁)

(ウ) 身体障害者手帳の等級変更

原告Dは、平成15年2月20日、疾病による両上肢機能の著しい障害(身体障害者等級表2級)と両下肢機能全廃(身体障害者等級表1級)により身体障害者手帳の等級が第1種第1級に変更された。(乙C4の

10 8・24頁, 乙C4の9, 原告D本人22, 25)

カ 平成15年1月31日～平成15年4月11日(48歳)

(ア) 原告Dは、平成15年1月31日から、熊大附属病院神経内科を受診し、主に歩けないと訴え、食物アレルギーとして青魚を申告し、現病歴として「数年前より、頭痛、全身倦怠感、易疲労感、運動時、安静時の胸痛、呼吸困難感、起立時のめまい、ふらつき、両手のふるえ、手足

15 先のじんじん感、頻尿、尿失禁などがあつた。平成12年より、両親の介護のため千葉より帰郷した。平成13年6月頃よりつまずきやすくなり、平成14年1月頃より戸外では車椅子を使用するようになった。

平成14年10月千葉大学病院に入院、精査を受け、自律神経障害、シェーグレン症候群を疑われた。平成14年12月顔面を含む右半身の感覚低下(特に右4, 5指, 右足背, 下腿外側に強い), 左眼の視力低下、物が何重にも見える、などの症状が加わつた」と述べ、平成15年

20 3月13日に入院となった。(乙C4の27・63頁以下)

(イ) 原告Dの既往歴は、「11才リウマチ熱, 15才虫垂炎, 28才腓

25 炎, 40才右網膜剥離手術, 46才子宮内膜症で子宮全摘」とされた。

(乙C4の27・65頁)

(ウ) 原告Dの入院後の経過として、看護師は、入院時、左上下肢の脱力、顔面を含む右半身の感覚低下、両下肢外側、手指の異常感覚の訴え、歩行困難がみられたこと、病室内は杖歩行とし、病室外は車椅子としたところ、杖歩行（右手に杖）は数mで、移動は主に車椅子となったこと、
5 症状は日によって異なり、診断としては、神経学的診察上疑問点が多く、水俣病、HAM（関連脊髄症）又は多発性硬化症とは診断されなかったこと、頭部MRI、眼科での検査、胸痛の精査では特に異常は認められなかったこと、また筋原性酵素の上昇あり、薬剤はなるべく使用しない方針がとられ、徐々に筋原性酵素は回復し正常値までになったこと、諸
10 検査より転換性障害と診断されたこと、そのため頻回に訪室し傾聴するなど、転換性障害患者の看護を行ったこと、そして、症状に変化はないが本人の希望もあり退院となったことがそれぞれ記録された。（乙C4の27・273頁）

(エ) さらに、入院病歴総括としての原告Dの入院後経過として、前記(ウ)に加え、神経学的診察上、MMTでは原告Dが途中で力を抜くため評価
15 困難であること、バビンスキー反射及びチャドック反射とも、非典型的な動きで、擦過せずとも背屈が持続するなど問題点が多く陽性とは判断しなかったこと、平成14年10月から同年12月にかけて、千葉大附属病院神経内科にて詳細な検査がなされ、特に異常は指摘されていないため熊大附属病院神経内科では、特に重要と思われる検査以外は重複を
20 さけて検査を行ったこと、頭部MRIでは、千葉大附属病院神経内科で指摘されたように前頭葉を中心にT2highの小さなlesion〔障害〕が散在性に認められたが、症状との整合性はなく病的意義は少ないものと判断したこと、熊大附属病院神経内科にて頭部MRIの経時的比較を行
25 ったが変化はなかったこと、さらに、眼科検査上は視神経炎の所見もなく、視野は判定困難であったことが記録された。（乙C4の27・2

70頁)

加えて、原告Dが、入院中に、時折、数分から数時間持続する胸痛、気分不良を訴えたが、Vitalに著変なく、循環器コンサルトでは以前から指摘されているごく軽度の大動脈弁逆流以外には特に異常を指摘されなかったこと、また、精神科コンサルトでは、千葉大附属病院神経内科で鑑別疾患にあがった転換性障害の可能性も考えられる、とのコメントであったこともそれぞれ記載された。(乙C4の27・273頁)

MMTとは、徒手筋力テストという筋力評価方法の1つである(乙B141)。また、バビンスキー反射等は、いずれも病的反射の一種で、刺激部位への擦過に対する反射の有無及び態様から錐体路の障害の有無が判断できるとされる(乙B137)。

(オ) 原告Dは、平成15年3月17日に感覚検査を受け、原告Dの感覚障害経過一覧④のとおり、左下肢全体、右顔面、右肩、右肘関節から遠位部、右下肢全体に感覚障害が認められた。(甲C4の19・79頁)

(カ) このような診察を前提に、有馬寿之医師及び岡本定久医師は、原告Dについて、「自覚症状、愁訴には精神的要素が強いと考えられ、神経学的診察に際しても神経所見の正確な評価は困難であった。不定愁訴が多く転換性障害も考えられる。神経症状と病巣が一致しにくく診断に非常に苦慮した。」と考察した上で、転換性障害の疑い及び多発性硬化症の疑いと診断した。(甲C4の19・30, 31頁)

(キ) もっとも、本人及び家族への説明としては、確定診断には至らず、診断をつけるならば、多発性硬化症の疑いとなると思うとのみ説明した。

他方で、精神疾患に関しては、千葉大附属病院で転換性障害の疑いの診断に関しては原告Dが拒否的であったことから、熊大附属病院では、原告Dに説明しなかった。(甲C4の19・31頁)

キ 平成15年6月23日から同年7月25日(48歳)

5 (ア) 原告Dは、四肢脱力、感覚障害にて総合医療センター神経内科に通院中であったが、平成14年9月千葉大学附属病院神経内科に入院して、精査を受け、多発性硬化症の疑いと言われていたところ、平成15年6月21日夕方より、腹痛、下痢があり、嘔気、嘔吐も止まらず、嘔吐と下痢を訴えて、同日午後9時25分に救急外来を受診し、同月22日から、総合医療センター整形外科へ入院となったが、同月23日に神経内科に転科した。(乙C4の26・7頁)

10 (イ) 原告Dは、アレルギーとして「食物(さば、納豆、にがごり)」を記載しており、平成14年2月21日(47歳)、千葉大附属病院泌尿器科の受診時にも、「アレルギーのある食べ物」として「背黒いわし、サバ」を申告していた。(乙C4の19, 26・10頁)

15 (ウ) 総合医療センターは、原告Dの入院時の現症として「一般内科的には、心窩部に圧痛を認め、腹部不快感、嘔気(+), その他には異常所見を認めない。神経学的には、脳神経系に異常無く、四肢脱力を認め、起立できない。腱反射は、正常、病的反射(-), 感覚系は、全身性に表在覚低下を認め、深部感覚も低下していると言う。小脳失調ははっきりせず。」と記載した。(乙C4の26・7頁)

20 (エ) 原告Dの上記期間の入院後経過として、原告Dは「原因不明の四肢の感覚障害、四肢脱力にて当科外来通院中であり、平成14年9月千葉大学神経内科にて精査入院されているが、多発性硬化症疑いの診断で、原因は不明とのことであった。今回の入院は、急性の消化器症状で、急性胃腸炎と診断し、安静、絶食、点滴にて症状軽快し、消化器症状は、24日よりみられていない。食事も普通食を開始した。しかし、その後

25 も特に、下痢を訴えたり、腹痛を訴えたり、或いは、めまいを訴えたりと症状多彩。四肢の感覚障害、しびれ感、脱力持続するため、リハビリも開始した。リハビリにて、全身状態は、良かったり、悪かったりを繰

り返していたが、7月25日軽快退院となった。」として、原告は急性胃腸炎及び多発性硬化症の疑いと診断された。(乙C4の26・7頁)

ク 平成16年3月12日(49歳)

原告Dは、千葉大附属病院神経内科において、上記エ(ア)の脱水症の経過、平成15年3月には横紋筋融解症になり、熊大神経内科に入院し、同月6日、熊本から車で千葉まで運転し、内服薬を中止したら症状が改善したこと、さらに右半身がしびれることを訴えた。(乙C4の29・411頁)

ケ 平成16年4月20日公的検診(49歳)

原告Dは、同日、公的検診を受けた。その結果、深部反射は正常であり、原告Dの感覚障害経過一覧⑤のとおり、全身性の感覚障害を訴えるが分布は一様でなく多彩であり、神経学的に脳の障害領域に対応した症状としてはとり難く、不定愁訴、心因性のものである印象が強いなどとされた。(乙C4の10・6頁、弁論の全趣旨)

また、視野に関しては、平成14年4月12日頃にアイカップによる検査がされており、その結果は、右眼が鼻側20度、耳側60度、左眼が鼻側40度、耳側60度であり、眼球の器質変化として両目ともに網膜剥離術後の影響があるとされた。(乙C4の9)

コ 平成16年10月5日～同月22日(49歳)

(ア) 原告Dは、同月1日、「約3年前、左半身のしびれ、非回転性眩暈がありA病院を受診したが客観的な異常所見および検査での異常はみられなかった。その後自力での歩行不能となりB病院受診。…2年前、顔面を含む右半身のしびれが出現し多発性硬化症疑いといわれた。2004年9月中旬、耳鳴があり、立位で家事をしていると頭が後に引っ張られるようなめまい感があった。」ことから、主にめまいを訴えて、帝京市原病院神経内科を受診し、原告Dの強い希望のため同月15日に精査

目的で入院となった。(乙C4の23)

(イ) 原告Dの既往歴は「11歳 リウマチ熱, 15歳 虫垂炎, 19歳 白血球減少症, 27歳 慢性膵炎, 40歳右)網膜剥離, 47歳 シェーグレン症候群疑い, 狭心症, 神経因性膀胱」とされている。(乙C4
5 の23)

(ウ) 原告Dの入院後経過として, 多岐にわたる症状よりシェーグレン症候群をはじめとする膠原病を疑い外来にて採血を行っていたが, いずれも否定的な結果であったこと, 時間的, 空間的に多発を認めていたため多発性硬化症を考え, 入院後上記検査を施行したところ, 多発性硬化症
10 を疑わせる所見としては大脳白質の散在性病変を認めた以外にはなく, また, これはラクナ(脳梗塞)と考えても矛盾のない所見であり, 頸椎・胸椎・腰椎MRIは脊髄内に異常所見なく, これら所見より多発性硬化症(MS)の診断には至らなかったこと, さらに, 狭心症についても入院中に施行した検査所見では否定的であったことや, 患者の性格傾向
15 から考えると心臓神経症の可能性も疑われたことを挙げ, 「多岐にわたる自覚症状に比して客観的所見の欠如をみとめたラクナ梗塞などによる微細な症状がきっかけとなり, 心因性の要素が加わった可能性が示唆された」として, 多発性硬化症の疑い(MS)及び狭心症の疑いと診断した。(乙C4の23)

(エ) 同月15日に帝京市原病院神経内科で行われた感覚検査においては,
20 原告Dの感覚障害経過一覧⑥のとおり, 原告Dの全身に感覚障害が認められた。(甲C4の21・13頁)

サ 平成16年10月29日～同年11月1日(49歳)

原告Dは, 平成16年10月29日朝より浮動感によって, 動けなくなり,
25 東金病院内科を外来受診したが, 明らかな神経学的異常所はみられないものの, 浮動感が続き, 入院となったが, 同年11月16日に, 帝

京市原病院神経内科を受診予定として同月1日に退院となった。

その際、原告Dは、自律神経失調症の疑い、水俣病の疑い、シェーグレン症候群の疑い、多発性硬化症の疑いと診断された。(乙C4の30)

シ 平成16年11月11日～同年12月16日(49歳)

原告Dは、水俣協立病院神経内科を受診し、以前より時々左前胸部痛があり、5分から15分で自然消失するが、その時に、頸部に放散痛あると述べ、狭心症の疑いで同日から入院した。

原告Dは、入院中、発作が数回あったが、心電図変化は認められず、症状は落ち着いたため、内服継続で退院となった。その際、原告Dは、狭心症の疑い、水俣病の疑い、神経因性膀胱の疑いと診断された。(乙C4の17・223, 224頁)

ス 平成17年1月28日～同年2月12日(49歳)

原告Dは、水俣病の疑い等で水俣協立病院神経内科に通院中であつたところ、四肢のしびれ・痛み及び胸痛の症状が増悪したため、精査加療のため、上記期間、入院となった。

原告Dの入院後、原告Dの症状の原因は不明であつたが、自然に正常化したこと、原告Dの同意を得て、ATPナイクリン療法施行したが、施行中パニック発作が出現して中断したこと、さらに、入院中、発作が数回あったが、心電図変化を認めなかったことがあつた。

原告Dは、退院時に、高CPK血症、水俣病の疑い、狭心症の疑いと診断された。(乙C4の24・311, 312頁)

セ 平成20年7月17日～同年8月2日(53歳)

原告Dは、上記期間、頭痛、めまい、しびれ及び倦怠感を主訴として、水俣協立病院神経内科に入院し、入院後は、安静、薬物療法等で徐々に症状が軽減していき、主病名は水俣病の疑い、また、合併症として、睡眠時無呼吸症候群、右重複腎盂尿管、めまい症、頭痛、狭心症の疑い及

び線維筋痛症の疑いとそれぞれ診断された。(乙C4の24・540頁)

ソ 平成21年2月19日～同年3月5日(54歳)

原告Dは、上記期間、めまいを主訴として、水俣協立病院神経内科に入院し、入院中は、めまいは安静、薬物療法等で徐々に症状が軽減していったが、狭心症の疑いに関しては、胸痛が数回出現したが、発作時の心電図では変化を認めなかったとして、主病名はめまい症、また、合併症として、睡眠時無呼吸症候群、右重複腎盂尿管、水俣病の疑い、頭痛、狭心症の疑い、線維筋痛症の疑い及び膀胱炎とそれぞれ診断された。

(乙C4の24・646, 647頁)

(5) 原田医師らによる診察

ア 平成19年8月28日付け原田医師の診断書(52歳)(ただし、一部は、原田医師作成に係る平成20年7月7日付け診断書の内容である。)

(ア) 原田医師は、原告Dの魚介類の主な入手方法として、親戚、行商人であるとし、原告Dの臍帯メチル水銀値は0.333ppmであるとした。

(イ) 原田医師は、原告Dの自覚症状として、「いつもある」ものとして、手足のしびれ、手足の脱力感、手などの震え、「手に持ったものを落とす」、「つまずきやすい」、「ふらつく」、「スリッパ・草履が脱げてしまう」、「まわりが見えにくい」「耳がとおい(右)」、「言葉は聞こえても理解できない」、からす曲がり、筋痙攣、頭痛、肩凝り、「もの忘れをする」、不眠及び「身体がだるい」を挙げ、「ときどきある」ものとして、「風呂の湯加減がわからない」、「言葉が正確に発せない」、「服のボタンはめが困難」、耳鳴、たちくらみ及びめまい、さらに、口周囲のしびれ及び「味が分かりにくい」など7項目については、「今も昔もない」とした。

(ウ) 次に、原田医師は、原告Dの神経所見として、原告Dの感覚障害経過一覧⑦のとおり、口周囲の感覚障害は「認める」、上肢の触覚・痛覚

障害は「肩関節に及ぶ」、下肢の同障害は「股関節に及ぶ」ものであり、全身性感覚障害（四肢末端優位障害例を含む）を「認める」としたが、触覚については、両手外側及び両足の障害が強く、その余の部分は軽度であるとした。

5 また、原田医師は、原告Dの二点識別覚閾値は舌先10mm、右示指12mm、左示指10mmであり、視野狭窄は対面法によると認められ、聴力障害も認められ、特に右側の障害の程度が大きく、運動失調については、一直線歩行の異常を認め、閉眼片足立ちは不能であり、マン検査での姿勢の維持及び開眼片足立ちはそれぞれ不安定で、普通歩行の異常は「疑
10 う」、膝踵試験の異常は「左不能」で、深部腱反射（低下）は「疑う」、さらに、四肢の筋力低下は認めるとし、特に、左下肢に強く認められるとした。他方で、原田医師は、原告Dの構音障害及び病的反射は認めなかった。

(エ) 加えて、原田医師は、その他の精神身体所見として、長い療養生活
15 のため「心気的な傾向がみられる」とし、特記事項として、「小児または胎児期汚染であるために成人水俣病の基準も直ちに当てはまるとは限らない。水俣病以外にもさまざまな病名がついているが水銀の影響を否定できない（仮に他病であっても）」と記載した上で、「水俣病（小児期または胎児期）」と診断した。

20 （以上につき、甲C4の7、8）

イ 鶴田医師による診察

原告Dは、平成19年12月2日から平成23年3月13日まで（52
～56歳）、鶴田医師の診察を受けた。その結果は、次のとおりである。
（甲C4の22）

25 (ア) 鶴田医師は、原告Dから、手足のしびれがあり、ジンジン、痛いとの訴えを聞き、原告Dの現病歴として「生来物音に敏感であった。幼少

時は風邪を引きやすく熱を出しやすかった。歩行開始，言葉の発達は正常であった。小学校入学後によく転んでいた。運動会はいつもビリだった。運動は苦手であった。ふらつきがあり平均台の上は歩けなかった。歩いていて物にぶつかることがあったが見えてはいた。電柱にぶつかりやすい。頭痛もあった（ガーンときて嘔吐していた。光過敏，音過敏もあった。前兆はなかった）。小学4年頃からチック様症状が出ていた。学校の成績は上位であった。4年時以降は体育は2であった。病欠が多かった。頭痛は6年前から軽減している。小さい頃から手足のからす曲がりがあったがそれが普通と思っていた。からす曲がりは次第にひどくなっている。第2子出産後から回転性めまい，耳鳴りのエピソードがある。20歳以降は右耳で電話の音が聞こえない（音が響く，話の内容が判別できない），左耳は問題ない。子育てのとき子供を3回湯船に落としたことがある。湯の温度がわからない（ベビーバスの湯加減がわからず，子供を熱いお湯につけていたことがある）。子供の頃から下痢しやすく，20歳代から下痢と便秘を繰り返すようになった。中学時代から立ちくらみがあったが倒れたことはない。」と聞き取った。

また，鶴田医師は，原告Dの既往歴として，「溶連菌感染によるリウマチ熱，小児期チック，起立性低血圧症，網膜剥離（右眼，40歳），40歳子宮内膜症で手術，48歳慢性膵炎。」と記載し，家族歴として「父：心筋梗塞，母：死亡，HAM，起立性低血圧。」と記載した。（甲C4の22）

(イ) 平成19年12月2日の原告Dの神経症候

鶴田医師は，同日，原告Dに，視野狭窄，軽度構音障害，左下肢軽度筋力低下，原告Dの感覚障害経過一覧⑧のとおり全身感覚低下（口周囲・四肢末梢・臍周囲の触覚及び痛覚鈍麻，その余の軽度触覚及び痛覚鈍麻），振動覚低下などを認め，二点識別覚閾値は舌尖10mm，右示指

16mmであり、MMSEは29/30点であると記載した。(甲C4の22)

(ウ) 平成22年9月5日の原告Dの神経症候

鶴田医師は、同日、原告Dに、視野狭窄、眼球運動障害、構音障害、歩行障害、ロンベルグ徴候、原告Dの感覚障害経過一覧⑨の四肢末梢・口周囲・臍周囲の感覚鈍麻(全身感覚低下)、振動覚・二点識別覚低下などを認め、二点識別覚閾値は舌先21mm、右示指45mm、左示指70mmであり、MMSEは30/30点であると記載した。(甲C4の22)

(エ) 平成23年3月13日

鶴田医師は、同日、原告Dの他覚所見として、原告Dの感覚障害経過一覧⑩のとおり、触覚の障害の程度について、上下肢末端は10分の2から3、胸部は10分の3から4、腹部は10分の0から5であり、痛覚の障害の程度について、上下肢末端は10分の4から5、胸部は10分の7、腹部は10分の2から5であり、左顔面に異常感覚があり、全身の触痛覚が鈍磨しているとし、また、原告Dの二点識別覚閾値は舌先28mm、右示指25mm以上、左示指35mm以上であるとした。(甲C4の22)

(6) 平成20年7月7日付け原田医師による診断

原田医師は、原告Dの疫学条件及び前記(3)、(5)アの各診察結果等を踏まえて、「比較対照となる臍帯メチル水銀値は0.0xレベル以下であることから見ても極めて高い。母親の症状や起立性調節障害、疫学的状況から胎児期に汚染されたことは間違いない。重症の胎児性水俣病のような重篤な神経症状こそ認めなかったもののメチル水銀による症状がみられる。ただ、半身症状など脳血管障害の症状も見られる。この症状が直接メチル水銀に起因するものかは今後の研究を待たねばならないが、いずれにしても胎児期、または、それ以後メチル水銀の影響を受けていることは明らかである。」と考察した

上で、「胎児期および小児期汚染による水俣病」と診断した。(甲C4の8・2頁)

(7) 三浦医師らによる診察等

ア 平成26年7月26日の診察結果等(甲C4の1・62頁以下, 3, 4)

5 (ア) 原告Dは, 高校2年生の時から左下腿静脈瘤を有しており, 平成26年6月にこれに対する手術を受け, その旨三浦医師らに申告した。

(甲C4の1・63頁)

(イ) 三浦医師らによる神経内科学的所見の概要は次のとおりであった。

原告Dに言語障害は見られなかった。

10 バレー徴候(筋力を見る検査で, 軽い不全麻痺がある場合に陽性となる。)が四肢において左右差なく陽性であったが, 徒手筋力検査において異常はなく, 上肢に麻痺は見られなかった。企図振戦は見られなかった。

15 協調運動については, 指鼻試験では異常の疑い(±)であるとされたが, 指鼻指試験では異常なし(-)とされた。踵膝試験は不能であった。

20 起立は動揺があり, 閉眼では不能であった。片足立ちは手すりを持たなければできなかったが, ロンベルグ徴候は見られなかった。マン試験はほぼ不能だが, 開脚して立っていることはできる, 足踏試験は左偏倚あり等とされた。四肢筋力低下のため歩行が不安定であるとされた。

深部反射は正常であり, 病的反射は左右ともにバビンスキー反射, チャドック反射が見られた。

25 感覚検査の結果, 原告Dの感覚障害経過一覧⑪のとおり, 前面は, 口周囲, 胸骨上, 腹部, 上下肢全体に, 背面は腰部, 四肢全体に, 感覚障害が認められた。関節位置覚は両足指に異常が見られた。振動覚

(5ないし6秒), 二点識別覚閾値も右示指10mm, 左示指11mmであり, 二点識別覚が低下しているとされた。

5 (ウ) 原告Dの視野について, 求心性視野狭窄がある(ただし, 右眼の視野は網膜剥離術後の影響がある。)とされた。もつとも, 眼科医の所見は, 右眼について網膜剥離術後, 左眼について網膜裂孔レーザー治療術後というものであった。(甲C4の1・2, 43, 66頁)

10 (エ) 阪南中央病院の依頼により松原徳洲会病院において行われた神経伝導検査の結果は, 別紙8-4「原告Dの神経伝導検査の結果等一覧」のとおりであり(甲C全27・4頁), 左の腓腹神経の感覚神経の伝導速度(外踝-腓腹)が41.2m/s, 振幅(腓腹部)が0.4μVであった。

(オ) また, 原告Dは, 日常動作において, 箸をもつての食事やボタンをはめるような着替えなどは可能であるとされた。(甲C4の1・74頁)
(以上につき, 甲C全27, 甲C4の1~6)

15 イ 平成27年1月の診察結果等

原告Dの深部反射は, 上腕二頭筋, 橈骨においてやや亢進しており, アキレス腱において軽度減弱していた。病的反射は検査されていない。

20 感覚検査の結果, 原告Dの感覚障害経過一覧⑫のとおり, 前面は, 額面・胸部について過敏であり, 口周囲, 腹部, 肘膝関節遠位の四肢末端に感覚障害が認められ, 背面は膝関節遠位の下肢のくすぐったいという異常感覚が認められた。四肢の振動覚は8ないし11秒であった。また, 二点識別覚閾値は右示指43mm, 左示指40mmであった。(甲C4の2)

ウ 三浦医師らによる診断

25 三浦医師らは, 原告Dについて, 口周囲, 四肢末端及び下半身の感覚障害が阪南中央病院における検査で確認されるどころ, 末梢神経障害は腱反射及び神経伝導検査の結果から否定されるから, 上記感覚障害はメチ

ル水銀ばく露による大脳皮質性のものであることが強く示唆されるのであり、人生の大半を健康障害で苦しみ続けた原告Dが転換性障害に陥ることがあっても無理からぬことであって、これを詐病とみなすことはできない等として、水俣病であると診断したほか、大脳白質の虚血性変化、
5 平衡機能障害、四肢筋力低下（左半身優位）、網膜剥離術後、求心性視野狭窄などと診断した。（甲C4の3、4）

(8) 平成28年2月4日の公的検診の結果

同日行われた検診医による原告Dの検診結果は次のとおりである。（乙C4の11～14）

- 10 ア 原告Dの四肢、体幹の運動失調は認められなかった。
- イ 原告Dの四肢の腱反射は正常であった。なお、バビンスキー反射、チャドック反射様の反応があったが、これらの反射とはいえないものであった。
- ウ 感覚検査の結果、原告Dの感覚障害経過一覧⑬のとおり、腹部、肘上から遠位の上肢、下肢全体に触痛覚障害（遠位部ほど強い。）と両足指の関節位置覚障害が認められた。振動覚は、四肢について9ないし10秒で正常であった。
- 15 エ 視野について、アイカップによる検査の結果は、右眼が鼻側40度、耳側75度、左眼が鼻側55度、耳側85度であり、耳側は正常範囲に近い視野を有するとの結果が示されるとともに、眼科医は、視野について、網
20 膜剥離術後の影響が考えられるとコメントした。

(9) 原告Dの現在の生活状況

原告Dは、本件口頭弁論終結時において、無職であり、家事や家庭菜園を行っており、パソコンのキーボードは打つことも可能である。

- 25 原告Dは、外出時は、車いすを用いており、家の中では、ものを掴みながら歩いたり、キャスター付きの椅子に座って移動するなどしている。（原告D本人25～26頁）

平成26年9月29日、秋津レークタウンクリニックで、原告Dの食物アレルギーについてRAST法による検査が行われた結果、サバ、アジ、イワシ、ミルク、大豆について、原告Dの検査結果は陰性の基準値をいずれも超えなかった。(甲C4の14)

5 原告Dは、本件口頭弁論終結時において、改造等がなされていない自動車(ワゴン車)を運転することができ、疲れやすいので、布団を積んで、座席を倒していつでも寝ることができるようにしている。運転時間については、平成26年9月29日の調査時には、20分から30分程度と述べ、令和3年6月11日には、5分程度と述べた。(乙C4の8・15頁、原告D本人
10 27, 28頁)

また、原告Dは、からす曲がりのために芍薬甘草湯、頭痛のために呉茱萸湯という漢方薬やカロナール、ロキソニンを服用している。(原告D本人4
6頁)

原告Dは、千葉大学附属病院等による転換性障害の診断は虚偽だと考えて
15 いる。(原告D本人37頁)

(10) 原告Dの疾患、その他医学的知見等

ア 転換性障害等

一般身体疾患を示唆する身体症状で、一般身体疾患、物質の直接的な作用又は他の精神疾患(パニック障害など)によって完全には説明されないものが存在する病態を身体表現性障害といい、身体化障害(歴史的にはヒステリー又はブリケ症候群といわれていた。30歳以前に発症し、何年にもわたって持続する多症状性の障害であり、疼痛、胃腸、性的及び偽神経学的症状の組合せによって特徴づけられる。)、転換性障害、心気症等5つの類型に分かれる。

25 このうち、転換性障害は、神経疾患若しくは他の一般身体疾患を示唆する随意運動若しくは感覚機能についての説明不能の症状若しくは欠陥、

又は、既知の神経学的疾患若しくは身体疾患では説明のできない神経症状を1つ以上示している障害である。

5 転換性症状は、典型的には既知の解剖学的経路及び生理学的機序とは一致せず、病気についての患者の概念化に沿った形で現れる。運動の症状又は欠陥は、協調運動、平衡機能障害、異常な動き、歩行障害、麻痺、部分的脱力、失声、尿閉等がある。

10 麻痺は、特定の運動神経の分布型に対応した欠陥ではなく、ある特定の運動ができない、又は身体全体を動かすことができないという形をとる。転換性症状には一貫性がない場合が多く、また、予測される客観的徴候、例えば反射の変化等は、稀にしか存在しない。また、転換性障害による手足の知覚脱失の例としては、いわゆる靴下—手袋型分布（四肢末端の障害）が挙げられる。

15 この他、痙攣や引きつけ、偽発作などの症状が存在する場合もある。患者に医学的な知識がなければ示される症状はあり得ないものとなり、患者の教養が高ければ示される症状等が神経疾患又は他の一般身体疾患に酷似したものとなる。

そして、転換性症状には、心理的要因が関与しているとされ、その症状は、極度の審理社会的ストレスを受けた場合に多く認められる。

20 なお、「転換」という用語は、身体症状が無意識的な心理的葛藤の象徴的解決を表象しており、それによって不安を減少させ葛藤を意識の外に追いやっているという仮説（一次利得）に由来するところ、患者は、転換性症状から外的な利益を獲得したり、嫌な義務又は責任を回避したりする二次利得を引き出すことがあるが、詐病又は虚偽性障害と異なり症状は意図的に作出されたものではないため、その症状が発現した状況等
25 について考慮する必要があるとされている。

（以上につき、乙B57, 125, 138, 139, 弁論の全趣旨）

イ 左下腿静脈瘤

静脈瘤は、下肢の拡張した表在静脈である。下肢の静脈瘤は、通常、原因は明らかではないが、エストロゲンが静脈構造に影響すること、妊娠が骨盤及び脚の静脈圧を上昇させること、又はその両方から女性に多い。通常は無症状だが、脚に膨満感、圧迫感、痛み、知覚過敏を生じることがあり、慢性静脈不全に合併して起こる場合には感覚異常が見られることがある。また、下肢動脈瘤に対する手術の合併症として、腓腹神経の損傷により知覚障害が生じることがある。(乙B 1 2 5, 1 4 2, 1 4 3)

ウ 食物アレルギー

食物アレルギーとは、食物によって引き起こされる抗原特異的な免疫学的機序を介して生体にとって不利益な症状が惹起される現象をいう。食物アレルギーの原因物質を特定する方法としては、免疫学的に証明するRAST法などがある。

食物アレルギーがあるためにある食物が食べられなくても、成長とともにいつしか食べられるようになることは十分にあり得る。(乙C 4 の 3 1, 3 2)

3 争点(原告Dが水俣病にり患しているか否か)について

原告Dが、水俣病にり患しているか否かは、本文第3編第5章第1のとおり、生活歴、症状やその他疾病り患の有無などを個別的に検討した上で総合的に水俣病のり患の有無を判断すべきである。

(1) 原告Dのメチル水銀ばく露の有無及び程度

前記認定事実によれば、原告Dの臍帯メチル水銀値は0.333ppmであり(前記1(5))、この数値は一般人の正常上限値0.4ppmを下回るものの、一般健康人の水準0.1ppmに比して高いこと(本文第3編第1章第4の1(2)ウ)、原告Dの現住所地を含む地区には3名の水俣病認定患者が存在すること(前記1(2)イ)、D家は、漁業を家業としていなかったものの、魚介類

を親戚や行商人から入手してある程度多食する食生活を送っていたこと（前記1(4)）からすると、一定程度のメチル水銀にばく露したということができ
る。

しかし、父b1は昭和57年まで国鉄に勤務し漁業を家業とするものでは
なく、船を購入して魚を釣るようになったのは退職後であり（前記1(3)ア(ア)、
5 (4)ア）、そのころはメチル水銀中毒症を発症する程度のメチル水銀ばく露が
あったと認めることはできないこと（本文第3編第3章第1の3(3)）、母b
2は、死亡後の解剖結果を踏まえて認定申請が棄却されていること（前記1
10 (3)ア(イ)）からすると、D家において高濃度のメチル水銀ばく露を受けた魚介
類を喫食していたと認めるには足りないというべきである。

加えて、原告Dは、幼少期に鯖の味噌煮缶を食べた後全身にじんましんを
発症した経験を有することが認められ（甲C4の15、原告D本人12頁）、
各医療機関においても青魚のアレルギーがあると申告していること（前記2
15 (4)カ(ア)）からすると、原告Dは、少なくとも、そのように医療機関に申告し
ていた時期までは、鯖等の青魚の摂取を避けていたと認めるのが相当である。
そして、平成26年9月時点で、原告Dに青魚アレルギーがないことが確認
されたとしても（前記2(9)）、食物アレルギーは、成長とともに解消される
可能性があるのであるから（前記10ウ）、原告Dが幼少期にじんましんを発
症したことと矛盾しない。その上、原告Dが青魚アレルギーの不存在を知っ
20 ていたのであれば、上記のように医療機関に対してアレルギーの存在を申告
することはないというべきであるから、原告Dは青魚アレルギーが解消され
たことを知らずに、青魚の摂取を控えていたと認めるのが相当である。

以上から、原告Dは、胎児期から乳幼児期を通じて相当程度のメチル水銀
ばく露を受けたものと認められるものの、高濃度のメチル水銀ばく露を受け
25 たものと認めるには足りず、また、不知火海の汚染状況（本文第3編第3章
第1）や原告Dが昭和48年3月から昭和56年5月まで関東地方に居住し

ていたこと（前記1(1)）に照らすと、同人が一定程度のメチル水銀ばく露を受けた可能性があるのは遅くとも昭和48年3月まで（本文第3編第3章第1の3(3)）であったと認められる。

5 以上によれば、原告Dは、胎児期以降、ある程度のメチル水銀ばく露を受けたものと認められるものの、高濃度のメチル水銀ばく露を受けたものと認めるのは困難である。

(2) 原告Dの症候

ア 原告Dの感覚障害の具体的な推移

10 感覚障害について、原告Dは、平成9年11月には、神経学的な異常所見はないとしてストレス性の神経症性障害（不安神経症）と診断されたが、平成13年6月11日には左半身に感覚障害が認められ（前記2(2)エ）、同年12月には、原田医師によって、左半身のほか四肢末端にも感覚障害があるとされ（前記2(3)ア）、平成15年3月には、両下肢全体及び右手、右顔面及び右肩に感覚障害が認められたが、神経症、心因的な印象、心気的な訴えなどとする診断がされることが多く、平成14年1
15 0月から同年11月には千葉大附属病院において左半身及び四肢末端の痛覚低下が確認されて左片麻痺などの診断を受けたが、転換性障害が強く疑われるとされ、平成15年1月9日には東金病院から左下肢の著しい障害、左肩、肘関節の著しい障害に関して身体障害者等級3級とする
20 診断書・意見書の交付を受けた（前記2(4)エ(イ)）。

ところが、原告Dは、上記診断書等の交付を受けたわずか5日後の同月14日に、総合医療センターにおいて、右半身の感覚障害も出現したと訴え、同月22日付けで上肢不自由、下肢不自由として、身体障害者等級1級とする診断書・意見書の交付を受けるに至り（前記2(4)オ(イ)）、
25 同年3月には、熊大附属病院において、原告Dの感覚障害経過一覧④のとおり、右顔面から右肩にかけてと両下肢に感覚障害が認められたとさ

れたが、不定愁訴が多く転換性障害も考えられるとされ（前記2(4)カ(才)、(カ)）、平成16年4月の公的検診では、原告Dの感覚障害経過一覧⑤のとおり、全身に感覚障害が認められたが、分布は一様ではなく多彩であり心因性のものである印象が強いとされた（前記2(4)ケ）。

5 平成19年8月の原田医師の診察時には口周囲を含む全身に感覚障害が認められたが、心気的な傾向がみられるとされ（原告Dの感覚障害経過一覧⑦、前記2(5)ア）、同年12月及び平成22年9月の鶴田医師の診察時には口周囲、臍周囲、四肢末端に感覚障害が認められた（原告Dの感覚障害経過一覧⑧、⑨、前記2(5)イ）。平成26年7月の三浦医師ら
10 の検査においては、前面は、口周囲、腹部、四肢全体に、背面は、腰部、四肢全体に、感覚障害が認められたが（原告Dの感覚障害経過一覧⑪、前記2(7)ア）、平成27年1月の検査では、口周囲、腹部、肘膝関節遠位の四肢末端に感覚障害が認められ、背面は、膝関節遠位の下肢にくすぐったいという異常感覚が認められ（原告Dの感覚障害経過一覧⑫、前
15 記2(7)イ）、平成28年2月の公的検診においては、腹部、四肢の感覚障害が認められた（原告Dの感覚障害経過一覧⑬、前記2(8)）。

イ 感覚障害の評価

原告Dの感覚障害は、初期には左半身のみに現れており、このような半身性の感覚障害を、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害と認める
20 ことはできない。

また、原告Dの感覚障害は、平成13年6月11日には左半身のみに限定されていたのに、同年12月には、左半身のほかに四肢末端にも感覚障害が認められ、平成15年1月には右半身の感覚障害が出現し、同年3月には、両下肢全体及び右手、右顔面及び右肩に感覚障害が認められ、
25 平成16年4月には、全身性の感覚障害が認められるなど、一定期間を置いた神経学的診察の度に所見の出現する部位に大きな変遷が見られ、

消失又は出現の変化がみられる。

そして、本文第3編第5章第4の1のとおり、水俣病の症状が脳の不可逆的な器質的損傷によって生じるものであると解されることからすれば、感覚検査の性質等を考慮しても、所見の消失と出現の変動を大きく繰り返すことは考え難いところ、原告Dの上記所見の変動は消失と出現を大きく繰り返したものと いわざるを得ないから、メチル水銀ばく露による脳の不可逆的な器質的損傷によって生じた感覚障害とは考えにくいし、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が一貫して存在すると認めることもできない。

ウ 小脳性運動失調，眼球機能障害，平衡機能障害等について

(ア) 小脳性運動失調及び平衡機能障害について

原田医師は、原告Dの上肢の運動は緩慢だが失調は認められないとしており（前記2(3)ア(イ)）、下肢については、平成13年以降、歩行障害の所見が記録されているものの、平成13年に、総合医療センターの佐藤医師は心因的な印象と評価し（前記2(2)オ(ア)）、平成13年に上天草総合病院においては、傾聴することで症状が消失、軽減することがあるとされ（前記2(2)カ(エ)）、平成15年に総合医療センターにおいて、小脳失調ははっきりしないとされ（前記2(4)キ(ウ)）、平成28年の公的検診において小脳性運動失調は認められておらず（前記2(8)ア）、本文第3編第2章第1の3の医学的知見に照らし、その他原告Dに見られた各所見を総合的に踏まえると、原告Dに小脳性運動失調、平衡機能障害があると認めることはできない（本文第3編第4章第1の3）。

(イ) 眼球機能障害について

原告Dは求心性視野狭窄があると主張し、三浦医師らも原告Dについて求心性視野狭窄があると診断する（前記2(7)ア(ウ)、ウ）。

しかし、三浦医師ら自身も、網膜剥離の手術の影響があることを認め

ている上に（前記2(7)ア(ウ), ウ）, 一般的に, 網膜剥離によって, 求心性視野狭窄ではなく不規則性視野狭窄が生じるとされている（本文第3編第2章第1の4）。

そして, 原告Dは, 昭和59年1月に網膜剥離等の手術を受け, その
5 後に行われた同年12月のゴールドマン視野計による検査では求心性視野狭窄はなく, ほぼ正常範囲の視野を有していたが（前記2(2)ア）, その後, 平成7年, 平成13年に視野狭窄が指摘され, そのいずれも網膜剥離又はその手術を原因とするものと診断されており（特に, 原田医師は, 平成13年に, 原告Dには網膜剥離による瞳孔障害があり視野狭窄
10 があるが, 求心性ではないと診断している。）（前記2(2)ア, イ, カ, 2(3)ア）, 平成19年の原田医師（前記2(5)ア(ウ)）及び同年の鶴田医師（前記2(5)イ(イ), (ウ)）の診断の際にも, 単に視野狭窄があると診断するに留まっている。

加えて, 平成28年2月の公的検診においては, 耳側は正常範囲に近い視野を有するとの結果が示されており, 眼科医が網膜剥離後の影響が
15 考えられるとしていること（前記2(8)）を考慮すると, 原告Dに求心性視野狭窄があると認めることは困難というべきである。

これに対し, 原告らは, アイカップによる検査より精度の高いゴールドマン視野計による検査結果で判断すべきと主張する。しかしながら,
20 ゴールドマン視野計による検査がアイカップ検査よりも被検者の視野をより正確に反映しているとまでは認めるに足りる証拠はないし, 本文第3編第2章第1の4のとおり, いずれかの検査によって一度でも正常視野が確認できれば視野は正常と判断されるのであるから, 視野に関しては, ゴールドマン視野計及びアイカップ検査の結果を総合的に勘案した
25 上で判断すべきである。そして, 原告Dは, 昭和59年12月のゴールドマン視野計による検査では求心性視野狭窄は認められなかったうえ,

原告Dの公的検診における2回のアイカップ検査は平成14年4月と平成28年2月に行われたもので、10年以上経過していることからすれば、その間に原告Dの症状が異なった可能性があることに加え、原告Dの検査結果については心因性など非器質性の要因が影響している可能性があること等に照らせば、原告Dに行われたアイカップ検査に再現性がないと評価することはできないし、かかる結果からアイカップ検査の結果が信用できないともいえない。

したがって、原告らのこれらの主張はいずれも採用できない。

(ウ) よって、原告Dに小脳性運動失調、眼球機能障害、平衡機能障害等があるとは認められない。

(3) 原告Dの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

ア 原告Dの感覚障害について

原告Dに、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が認められないことは前記(2)ア、イで認定説示したとおりである。

イ 感覚障害以外の症候がないことについて

前記(2)イで認定説示したとおり、原告Dに小脳性運動失調、眼球機能障害、平衡機能障害等があると認めることはできない。

ウ 発症時期について

(ア) 原告Dに水俣病の症状とされる四肢末端優位の感覚障害が初めて発現したのは、前記2(3)のとおり、平成13年12月以降であったということが出来るから、原告らの主張する原告Dの水俣病を推認させうる症状の発症時期は、同年頃とみるのが相当である。

(イ) これに対し、原告らは、原告Dには昭和38年頃から自覚症状があったのであるから、同時期にはすでに発症していた旨主張する。しかし、本文第3編第4章第1の6のとおり、頭痛、疲れやすい、めまいなどの症状は、水俣病に特異的な症候ではない上に、前記(1)で認定説示したと

おり、原告Dが高濃度のメチル水銀ばく露を受けたと認めることができないことを考慮すると、原告Dが昭和38年ころに発症していたと認めることはできない。

5 (ウ) 原告Dのばく露終了時期である昭和48年3月（前記(1)）から医学的な裏付けのある症状の発現まで30年近くが経過しており、現在における一般的な医学的知見に基づく、水俣病のばく露から発症までの期間についての見解（数か月からせいぜい数年（本文第3編第4章第4の2）と大きく齟齬するというべきである。

エ 所見の変動について

10 原告Dの感覚障害については、前記(2)イで認定説示したとおり、比較的短期間に消失と出現を含む相当程度の所見の変動が見られることからすれば、原告Dの感覚障害はメチル水銀ばく露によるものとして合理的に説明することは難しいというべきである。

オ 他原因の可能性について

15 (ア) 原告Dは、遅くとも平成9年11月頃から「ストレス性の神経症性障害」等と診断され（前記2(2)ウ(ア)）、以降、多数の医療機関において様々な症状を訴えるものの心因性である等とされていたところ（前記(2)ア）、感覚障害の所見が記録されるようになった平成13年以降、千葉大附属病院及び熊大附属病院の各医師らは、原告Dについて、水俣病も
20 鑑別疾患とした上で詳細な検査を行った結果、転換性障害が強く疑われる、心因性の要因を取り除けば症状の改善が見込まれる等としたものである（前記2(4)ウ、カ）。

25 以上の診療経過に加え、その他の自覚症状についても変動、消失の程度が小さくないこと、原告Dの直近の二点識別覚閾値においては、両示指が40mmを超えるにもかかわらず（前記2(7)イ）、日常動作において、両示指の二点識別機能を要する箸の使用、ボタンの付け替えなどが行え

5
10
15
20
25

ていること（前記2(5)ア(イ)）など不整合な点があることなどにも照らせば、感覚障害を含む原告Dの様々な症候については心因性のもの（転換性障害）である可能性を否定することはできない。そして、そもそも原告Dの感覚障害がメチル水銀ばく露によるものとして合理的に説明し難いことから、メチル水銀ばく露による感覚障害等とその後の状況等があいまって心因性の症状が発症したともいえない。（（なお、山本医師も同様の見解を述べる（乙B125, 194, 証人山本45～47頁））。）

(イ) また、平成26年7月の神経伝導検査の結果によれば、腓腹神経の伝導速度が41.2 m/sと低下しており、また、左の腓腹神経の感覚神経の振幅（腓腹部）が0.4 μ Vと著明に低下していることからすれば（前記2(7)ア(エ)、正常な範囲については、本文第3編第1章第10の1参照）、原告Dの左下肢には末梢神経障害があると指摘でき（平成13年に湯之見病院に入院した際にも、電気生理学的検査の結果、左下肢の浅、深腓骨神経の伝導速度に遅延が認められ、総腓骨神経障害を疑われたことがあった（前記2(2)キ）。）、青年期から有していた左下腿静脈瘤及び平成26年6月に受けたこれに対する手術（前記2(7)ア(ア)）の影響も考えられる（なお、山本医師も同様の見解を述べる（乙B125, 194））。

(ウ) このように、原告Dに感覚障害が存在するとしても、原告Dが有する複数の他疾患に起因する可能性を否定できない。

カ 原告Dの自覚症状についての判断

原告らは、原告Dには、昭和38年頃以降、頭痛、疲れやすさ、めまい及びたちくらみ等の自覚症状があった旨主張するが、上記ウのとおり、これらの自覚症状自体は水俣病の主要症候との関連性が必ずしも明らかではなく非特異的な症候であり（本文第3編第4章第1の6）、本件に現

れた事情のみによっては原告Dの自覚症状がメチル水銀ばく露の影響によるものであると認めるに足りず，原告Dが水俣病にり患していることを裏付けるものとは言えない。

(4) 結論

5 以上を総合的に検討するに，原告Dは胎児期から乳幼児期を通じて相当程度のメチル水銀にばく露したものであるが，高濃度のメチル水銀にばく露したものとまでは認められず，その後も同様であり，原告Dが訴える自覚症状や他覚所見の見られる感覚障害等はメチル水銀ばく露によるものとは認め難い。そして，その他証拠及び弁論の全趣旨によっても，原告Dが水俣病にり
10 患しているとは認めることはできない。

以 上

原告 E に関する判断

第 1 概要等

1 前提事実

5 (1) 原告 E は、昭和 28 年▲月▲日生まれの女性であり、原告 F とは姉妹である。(甲 C 5 の 13, 14, 乙 C 5 の 6)

(2) 原告 E は、平成 17 年 10 月 12 日付け認定申請書をもって、認定申請を行い、熊本県知事は、同月 14 日付けでこれを受理した(乙 C 5 の 1)。熊本県知事は、疫学的調査及び検診を実施し、これにより得られた資料を基に
10 認定審査会へ諮問し、認定審査会は、平成 27 年 12 月 20 日開催の第 231 回熊本県公害健康被害認定審査会による審査の結果、平成 28 年 2 月 1 日付けで「公健法で定める水俣病には合致しない」との答申を行い(乙 C 5 の 2)、熊本県知事は、この答申を受けて、同月 12 日付けで本件処分を行った(乙 C 5 の 3)。

15 これに対し、原告 E は、同月 28 日付け異議申立書をもって、熊本県知事に対し、原告 E に係る本件処分につき、異議申立てを行い、熊本県知事は、平成 28 年 3 月 2 日付けでこれを受理し(乙 C 5 の 4)、平成 29 年 3 月 7 日付けでこれを棄却した。

20 また、原告 E は、原告 E に係る本件処分につき、平成 28 年 5 月 15 日付け行政不服審査請求書をもって審査請求を申し立て、不服審査会は同月 20 日付けで受理した(乙 C 5 の 5)。(甲 C 5 の 1, 9, 17, 18, 乙 C 5 の 1~5)

(3) なお、原告 E は、平成 7 年政治的解決による医療手帳の交付を求めている。(甲 C 4 の 15, 弁論の全趣旨)

25 2 争点に関する当事者の主張

本件の争点は、原告 E が水俣病に患しているか否かであって、原告らに共

通する当事者の主な主張については、本文第2編第3章で摘示したとおりであり、ここでは原告Eに関する個別的主張について摘示する。

(原告らの主張)

原告Eは幼少期から水俣病にり患している。

5 ア 原告Eのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Eは、葦北郡津奈木町で生育し、原告Eの家族が総出で魚介類を採取し、原告Eも魚介類を多食していたことから、原告Eが胎児期及び幼少期に高濃度のメチル水銀にばく露したことは明らかである。

イ 原告Eの各症候

10 (ア) 原告Eには、昭和34年頃から自覚症状があり、平成17年以降少なくとも四肢末端優位の感覚障害が認められている。また、原告Eには、平成19年以降、舌尖二点識別覚の低下が認められ、これだけで原告Eが水俣病にり患している蓋然性が高いと判断できる。神経伝導検査や腱反射の所見から、これが末梢神経障害によるものではなく大脳皮質障害によるもの
15 であることは明らかである。

(イ) 加えて、三浦医師らの診断によれば、原告Eは軽度の協調運動障害も認められる。

ウ 原告Eの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

(ア) 上記イのとおり、原告Eには四肢末端優位の感覚障害に加え、軽度の運動失調が認められ、水俣病のり患の蓋然性を高める事情がある。
20

(イ) 原告Eの自覚症状は昭和34年頃からあったのであるから、原告Eの発症時期は幼少期である。

(ウ) 原告Eの感覚障害は、糖尿病性神経障害、手根管症候群、変形性脊椎症、頸椎椎間板ヘルニアで説明することはできず、説明し得る疾患は水俣病を
25 おいて他にはない。

エ よって、原告Eは、幼少期から水俣病にり患している。

(被告らの主張)

否認する。

ア 原告Eのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Eが胎児期及び幼少期に高濃度のメチル水銀にばく露したとは認め
5 られない。原告Eやその家族の臍帯メチル水銀値に関しては原資料が存在
せず、原告Eが乳児期に水俣病を発症しうる程度のメチル水銀にばく露し
ていたと認めるのは困難である。また、原告Eの父親はチッソ水俣工場に
勤務し、みかん栽培等を行っており、遅くとも昭和34年10月以降は、
水俣湾及びその周辺海域の魚介類を摂取することの危険性を認識していた
10 のであるから、原告Eが幼少期に魚介類を多食していたとも考え難い。

イ 原告Eの各症候

(ア) 原告Eに胎児性水俣病に見られる臨床症候が存することをうかがわせる
事情は見当たらない。また、三浦医師らによる検査の結果は必ずしも信用
できない。この点を措くとしても、原告Eに認められたとされる感覚障害
15 は、触覚及び痛覚について、その程度及び部位が大きく変化していること、
感覚障害に見合った日常生活上の支障が認められないことから、脳の不可
逆的な器質的損傷が原因であるとは解し得えない。

(イ) 原告Eについては、複数の医師の所見からすれば、運動失調を示す所見
はなく、三浦医師らの所見に再現性はないから、運動性失調は認められな
20 い。

ウ 原告Eの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

(ア) 原告Eについて、小脳性運動失調及び平衡機能障害等を認めることはで
きないので、原告Eに発現した症候は、感覚障害のみとなり、水俣病であ
る蓋然性は低い。

(イ) 原告Eの発症時期について、原告Eの感覚障害の発現時期が幼少期であ
ったことの裏付けはなく、証拠上、原告Eの四肢に触覚及び痛覚の低下が

認められるのは、平成17年以降であって、原告Eの四肢末梢の感覚障害の発現時期は、同日頃と考えられるが、水俣工場がアセトアルデヒドの製造を中止したとされる昭和43年5月から約30年も経過した時点であり、水俣病の病像と整合しない。

5 (イ) また、原告Eにみられたとされる四肢末端優位又は全身性の感覚障害について、神経伝導検査の結果から上下肢に末梢神経障害が認められ、手根管症候群、糖尿病性神経障害及び腰椎椎間板ヘルニア等の水俣病以外の疾患に起因するものである可能性も指摘できる。

エ これらによれば、原告Eが水俣病にり患しているといえない。

10 第2 当裁判所の判断

1 ばく露に関する認定事実

(1) 居住歴・職歴の概要

ア 原告Eは、昭和28年▲月▲日、熊本県葦北郡（住所省略）（大泊地区）で出生し、昭和31年（2～3歳）頃、その父母が祖父母宅から独立したため、熊本県葦北郡（住所省略）（以下「現住所地」という。）に転居した。

イ 原告Eは、昭和46年3月（18歳）に水俣高校を卒業し、東京都内に引っ越し、ダイエーでレジ係として勤務した後、昭和48年5月（20歳）に結婚して、同年12月に退職し、横浜市や静岡県内でレジのパート勤務をするなどして生活していた。

20 ウ 原告Eは、昭和57年（28～29歳）に離婚して現住所地へ帰郷した後、昭和58年に再婚し、熊本県八代市に居住して食料品スーパーのレジ係として就職した。

エ 原告Eは、平成元年8月（36歳）に離婚して現住所地へ帰郷し、食料品（豆腐等）の製造・加工会社（有限会社グリーンネット結）で事務、配達業務等に従事するとともに、みかん農園の手伝いを続け、本件口頭弁論
25 終結時に至るまで、現住所地にて生活している。

(以上につき、甲C5の13, 15, 16, 原告E本人8～11頁)

(2) 居住地の状況等

ア 原告Eの現住所地のある大泊地区は、百間港から北側に約10km離れた津奈木湾に面する大泊という漁港を中心とした平地の少ない集落であり、
5 山が海に迫っているような地形であって、100世帯程度の集落のほとんどは、いわゆる半農半漁の生活をしていた。

イ 原告Eの現住所地は、ほぼ海に面した位置にあり、その周囲には、少なくとも26世帯に水俣病認定患者がいるなど、水俣病認定患者及び各種手帳受給者が多く居住し又は居住していた。

10 (以上につき、甲C全26, 甲C5の13, 弁論の全趣旨)

(3) 同居親族の状況

ア 家族関係及び水俣病認定状況等

(ア) 祖父母

祖父c1 (以下「祖父c1」という。)は、明治15年に生まれ、昭和43年に85歳で死亡した。
15

祖母c2 (以下「祖母c2」という。)は明治21年に生まれ、昭和43年に80歳で死亡した。

(イ) 父母等

祖父c1と祖母c2の子である父c3 (以下「父c3」という。)は大正11年に生まれ、昭和11年から昭和17年まで当時の朝鮮にあったチッソ興南工場に勤務し、昭和22年からはチッソ水俣工場に勤務し、昭和31年まで祖父母と同居した後、昭和52年にチッソを退職し、平成14年に80歳で死亡した。
20

母c4 (以下「母c4」という。)は大正7年に生まれ、平成26年5月に水俣病の認定申請を行い、平成31年▲月▲日に101歳で死亡した。
25

(ウ) 兄弟姉妹等

原告Eは、父c3と母c4の二女であった。

父c3と母c4の長男である兄c5（以下「兄c5」という。）は、昭和19年に生まれ、本件口頭弁論終結時において、原告Eと同居して
5 おり、水俣病認定申請をしていたが、これを取り下げ、平成24年7月
31日までに被害者手帳の交付を申請し、被害者手帳の交付を受けた。

父c3と母c4の二男である兄c6（以下「兄c6」という。）は昭和23年に、長女であるc7（以下「姉c7」という。）は昭和26年に、三男であるc8は昭和33年にそれぞれ生まれ、いずれも、平成2
10 4年7月31日までに被害者手帳の交付を申請し、被害者手帳の交付を
受けた。

父c3と母c4の三女である原告Fは、昭和31年に生まれ、認定申
請の状況は、別紙6-6「原告Fに関する判断」第1の1のとおりであ
る。

15 (エ) なお、上記(ア)ないし(ウ)の親族内に、本件口頭弁論終結時において、
水俣病の認定患者はいない。

(以上につき、甲C5の8, 13, 15, 乙C5の6, 11, 原告E本人
22, 23頁, 弁論の全趣旨)

イ 同居状況等

20 原告Eは、出生から昭和45年3月に高校を卒業するまで、主に上記ア
(イ)及び(ウ)の家族と同居し、昭和31年頃の転居前は、祖父母とも同居して
いた。(甲C5の13)

ウ 父母及びきょうだいの症候等

(ア) 父c3

25 父c3は、平成10年10月30日、原田医師の診察において、自覚
症状として、手足のしびれ感、匂いと味が分からない、視力障害、転び

やすい、指先が利かない、時に言葉がはっきりしない、力がなくなった、からす曲がり、物忘れを述べ、原田医師は、他覚所見として、味覚、臭覚障害、マン現象陽性、左側のアジアドコキナーゼと企図振戦、感覚障害は下肢に証明されるが全身性の疑いがあるとの所見をとり、水俣病と無機水銀中毒の疑いと平成20年7月7日付けの原告Eの診断書に記載した。(甲C5の8)

(イ) 母c4

母c4は、平成10年10月30日、原田医師の診察において、現病歴として、高血圧、心臓疾患、骨そしょう症の治療中である旨告げ、自覚症状として、手足のしびれ感、耳が遠い、からす曲がり、めまい、失神発作を述べ、原田医師は、他覚所見として、頸椎の痛みと運動制限、筋力低下、つぎ足歩行障害、マン現象陽性、片足立ち障害、四肢の感覚障害は痛覚障害があるが、触覚障害は判定できないとの所見をとった。(甲C5の8)

また、平成26年4月22日には、下地医師により、耳が遠い、物が見えにくい、ふらつくなどの自覚症状があり、からす曲がりもみられ、全身性の感覚障害があり、四肢末端優位の傾向があり、歩行障害、一直線歩行動揺、強いマン現象、片足立ち不能等の症状が認められるため、精査を要するとして水俣病の疑いと診断された。(甲C5の15・6頁)

(ウ) 兄c5

兄c5は、平成10年10月30日、原田医師の診察において、自覚症状として、肩から腰痛、聴力障害がある旨述べ、原田医師は、他覚所見として、聴力障害、構音障害、口周囲と四肢の感覚障害があるとの所見をとった。

また、兄c5は、平成20年3月18日、原田医師の診察において、

5 自覚症状として、しびれ感、湯加減が分からない、力が無くなった、つまずく、ふらつく、見えにくい、からす曲がり、頭痛、四肢痛を述べ、原田医師は、他覚所見として、「精神的にやや緊張、反応が遅い」、聴力障害、構音障害、指鼻指示試験軽度陽性、四肢に強い感覚障害、口周囲に触覚障害、二点識別障害、対面法における視野狭窄の疑い、他に頸椎症の症状、下肢反射亢進及びラセグー症状があり、水俣病および頸椎症と診断された。(甲C5の8)

なお、兄c5は、乳児期又は幼児期にはしかにり患し、高熱が原因で難聴になったとされているが、その難聴の性質・程度等は不明である。

10 (エ) 妹 原告F

別紙6-6「原告Fに関する判断」第2のとおりである。

(以上につき、甲C5の8、13、15、甲C6の15、原告E本人42頁)

(4) 同居外の親族の状況等

15 c9は昭和32年に父c3の弟c10と結婚し、熊本県葦北郡(住所省略)に住んでおり、平成24年7月31日までに被害者手帳の交付を申請し、被害者手帳の交付を受けた。(甲C5の16、乙C5の6)

(5) E家の漁獲状況

ア 昭和31年(2~3歳)まで

祖父c1の家業は半農半漁であり、手漕ぎの舟を1艘所有していた。

20 父c3と母c4が婚姻した頃、父c3の給与収入に加え、祖父母の漁及び農作物栽培により、E家の生計を維持していた。

イ 昭和31年以降

その後、父c3は、昭和31年に祖父c1宅から独立し、現住所地に転居したものの、父の給与収入のみでは生活を維持することができず、父c3及び母c4は、山を開墾してから芋を作り始め、次第に畑を広げて作物の種類・量を増やし、麦、アワや野菜を栽培しており、昭和37年

(8～9歳)頃からはみかん栽培にも注力するようになった。また、母c4は、畑仕事をする傍ら、10羽程度の鶏の飼育をしていた。父c3は、昭和52年、退職後は、みかん栽培に専念し、畑作を行っていた。

E家には、手漕ぎの船と母方伯父から借りていた船外機付きの船が1艘
5 ずつあり、父c3と兄c5は、ほぼ毎日、御所浦の沖や赤崎まで出漁し
ていた。また、原告Eを含む兄弟姉妹も、自宅前の浜で貝や海草などを
獲ったり、手漕ぎの舟で釣りをするなどしており、原告Eは、夏休みにな
ると網子として働きに行き、魚をもらって帰宅することがあった。さ
らに、行商人から購入し、又は近隣の家と物々交換をして魚を入手する
10 ことも頻繁にあった。

(以上につき、甲C5の13, 15, 16, 甲C6の15, 原告E本人7～
15, 37～41頁, 原告F本人3～7頁)

(6) 原告Eの魚介類摂取状況

E家の食生活は、畑で作っていた麦やから芋を主食とし、同じく畑で作っ
15 ていた野菜と、前記(5)イのとおり、主に家族が入手していた魚介類を食して
おり、朝食は麦飯、卵、味噌汁(イワシの煮干しを使用)、昼食は麦飯、魚、
野菜、夕食は麦飯、魚、野菜というものであった。ただし、原告Eが小学生
の頃(昭和34年4月から昭和40年3月)は、昼食は、学校給食であった。

このような食生活は、昭和46年3月(18歳)、原告Eが現住所地を離
20 れるまで続いていた。(甲C5の13, 15, 16, 甲C6の15, 原告E
本人7～15, 37～41頁, 原告F本人3～7頁)

(7) 臍帯メチル水銀値

原告Eの臍帯メチル水銀値の記録はない。

2 症候に関する認定事実

(1) 幼少期から水俣病認定申請までの経緯の概要

ア 幼少期からの経緯

(ア) 原告Eは、子どもの頃は、「特に病弱とか体力がないとか、…思ったことは」なく、「たいした病気にかかった覚え」もないし、「病院に通ったという覚え」もなく、幼少期に心身の不調を自覚することはなかった。

他方で、原告Eは、幼少期の頃から頭痛があり、父c3の常備薬を飲んでおり、また、五、六歳の頃、鎌で左示指を7針縫う怪我をしたが、
5 痛みを感じず、泣くことはなかった。

(イ) 原告Eは、高校を卒業して就労を始めた後、昭和48年（19～20歳）頃から足にむくみが出るようになり、また、就寝中に足のひきつり（両足背部の大腿部の筋肉が引きつること）を発症するようになった。

また、原告Eは、レジの業務中に紙幣を数えることが不得意で、終えるまでに時間がかかっていた。

(ウ) その後、原告Eは、昭和58年ないし平成4年（30歳代）頃から、手の指の第1関節が膨らんで変形し、手足の指のからす曲がりや手のしびれを感じるようになり、平成5年から平成14年（40歳代）頃からは、しびれがひどくなり、疲れやすさや耳の聞こえにくさを感じるようになった。

(以上につき、甲C5の13、乙C5の6、11、原告E本人16～20頁)

イ 体重の推移

原告Eは、結婚前は体重が60kgから65kgであったが、昭和48年5月（20歳）の結婚、その後の出産を経て35kg程度体重が増加し、昭和57年（28～29歳）、離婚して実家に戻り、その後、再婚した後は、100kg程度で推移していた。

その後、原告Eの体重は、平成11年8月（46歳）時点で100kg、平成14年6月（49歳）時点で105kg、平成25年2月（60歳）時点で112kg、平成26年8月（60歳）時点で115.6kg、また、
25

平成27年9月25日時点で113.0kgであった。なお、この間の原告Eの身長は163cmから164cmの間で推移していた。

(以上につき、甲C5の2, 3, 13, 乙C5の6, 11, 14, 原告E本人16, 36頁)

5 (2) 既往歴及び各種診察の結果等

ア 八代市内の病院への入院

原告Eは、平成2年(36~37歳)ころ、肋骨骨折で入院したことがあり、その際、「腰椎椎間板ヘルニア」の指摘を受け、現在も腰痛があるものの、特に治療は受けていない。(甲C5の2, 乙C5の14・30頁, 原告E本人44頁)

イ 医療法人すえひろ会渕上病院(以下「渕上病院」という。)への通院

(ア) 原告Eは、平成10年(44~45歳)から、不定期(年に二、三回)に、足のからす曲がりのために、渕上病院にて通院治療を受け、漢方薬の処方を受けていた。(乙C5の14・5頁)

15 (イ) 原告Eは、平成14年3月23日(49歳)、渕上病院の渕上寛治医師から、左下腿静脈瘤と診断され、その際、同医師は、原告Eに「1週来、左下腿の腫脹 ジンジンする痛み こむらがえり」があるとした。
(乙C5の14・138頁)

ウ 総合医療センターにおける入通院

20 (ア) 平成11年8月31日~同年9月27日の入院(46歳)

原告Eは、総合医療センター耳鼻咽喉科において、本田達也医師に慢性扁桃炎(合併症:じんま疹)との診断を受け、上記期間に入院し、同年9月13日に両側口蓋扁桃摘出術の手術を受け、同月27日に退院した。(乙C5の14・75, 87, 90頁)

25 その際、原告Eは、予診表に症状として、「立ちくらみ」、「ふわふわする」めまいがあり、「のどが痛い」旨、他に病气(高血圧・糖尿病な

ど)はない旨、現在飲んでいる薬として「足のひきつりを治す漢方薬」があると記載し(同166頁)、また入院時間診表においては、手足の不自由は「ない」と記載した。

また、麻酔に当たって、原告Eの既往歴として、喘息、糖尿病、高血
5 圧、アレルギーはいずれもないものとされた。もっとも、その際、糖尿病に係る検査を行ったかは不明である。(同87頁)

また、平成11年9月21日実施されたアレルギー検査の結果、カニ、
卵白等について陽性であり、エビ、イカ、タコ等は陰性であった。(同
205～207頁)

10 (イ) 平成14年3月26日の通院及び同年6月3日から同月12日の入院(49歳)

原告Eは、前記(2)イ(イ)のとおり、瀏上病院で左下肢静脈瘤の指摘を受け、瀏上病院の紹介で、平成14年3月26日、総合医療センター外科を受診した。土井口幸医師は、原告Eを左下肢静脈瘤と診断し、同年4
15 月3日に静脈造影を施行した。なお、同医師は、原告Eの既往歴として膝関節症と入院診療録に記載した。

原告Eは、同年6月3日から、総合医療センターに入院し、同日、入院時の問診において、体重が増加したこと、目は悪くないこと、右耳は悪くはないが左耳は大声で聞こえる程度であると記載し、同医師に対し、
20 「時々、左足がつります。瀏上病院からもらっている漢方の薬を時々飲んでいきます。両足ともむくみが10年位前よりあります。」と述べた。
(乙C5の14・39, 40頁)

原告Eは、同月4日、左下肢静脈瘤ストリッピング術の手術を受け、その際の麻酔に当たって、原告Eの既往歴として、喘息、糖尿病及び高
25 血圧はいずれもないが、アレルギーはあるものとされた。もっとも、その際、糖尿病に係る検査を行ったかは不明である。(乙C5の14・5

4 頁)

(ウ) 原告Eの同年6月3日の入院時作成の「データベース」(49歳)においては、入院までの経過として「本年3月、左膝痛と関節の水貯留あり、泌尿整形外科病院受診、治療うけるも、左下肢静脈瘤を指摘され、
5 当科受診を勧められ、3月受診、今回Op目的にて入院の運びとなる」と、アレルギーとして、「薬物(抗生剤?)」と記載された。(乙C5の14・65頁)

また、原告Eの睡眠及び休息の状態として、熟睡感は「有」り、睡眠中の状態については特段の記載なく、認知及び知覚の状態として、物忘れ、
10 痙攣及び四肢の運動の問題はいずれも「無」とされた。

さらに、原告Eの感覚器について、視覚及び聴覚は、それぞれ左右とも「日常生活に支障は無い」、嗅覚、味覚及び触覚についてはいずれも問題無しとされ、認識について、運動感覚障害及び言語障害はいずれもなしとされた。(乙C5の14・67、69頁)

(エ) 平成14年7月15日の通院(49歳)

原告Eは、同日、総合医療センター整形外科を受診し、「8か月前頃から左足かかたがつけられない位痛みがあることがあります。」として、
15 左踵痛を訴えたところ、X線検査を受け、所見として「左踵骨には荷重部に小斑状の硬化と骨棘がみられます」とされた。(乙C5の14・155～161頁)

(オ) 平成15年9月22日から同月30日の入院(50歳)

原告Eは、同月22日、総合医療センター耳鼻咽喉科を受診し、幡手宏匡医師により、急性咽喉頭炎と診断され、同日から入院となった。

その際に、原告Eは、同日、耳鼻咽喉科問診表に症状として、「のど
25 が痛い」、平成13年に扁桃腺を切除する手術を受けたが、その後もたびたび扁桃腺のところが痛い旨及び「体がものすごくだるい」、発症時

期は同年9月19日と記載し、他方で、他の病気についてはなにも記載しなかった。また、原告Eは、同入院時の問診表に、気になっている症状として「のみこみ時痛い」と記載し、アレルギー食物として「疲れた時、鯖？」と記載したが、神経症状の訴えはなかった。(乙C5の14・3, 5, 170頁)

また、総合医療センターは、原告Eの入院時における「転倒転落アセスメント・スコアシート」における患者評価として、感覚（視力障害がある、聴力障害がある）について「0」、また、機能障害（麻痺がある、しびれ感がある…）について「0」とした。(乙C5の14・11頁)

なお、この際も糖尿病の既往歴はなしとされているが、糖尿病に係る検査を行ったかは不明である。(同30頁)

(3) 原田医師らによる診察

ア 原田医師らによる診察

原告Eは、平成17年8月7日から平成20年2月12日（52～54歳）にかけて、原田医師らの診察を受けた。その結果は、次のとおりである。(甲C5の6～8, 11)

(ア) 平成17年8月7日付け原田医師作成の診断書（52歳）

原田医師は、原告Eについて「津奈木町（住所省略）で生まれ育つ。昭和46年高卒後、57年まで関東で働く。手指の変形、手のしびれ、脱力、からすまがりなどの自覚症状に気づく。現在、四肢末端優位の感覚障害がみられる。小児期・胎児期に汚染地区に居住していたことがあるので水俣病に関する精査の必要を認めます。」として、水俣病の疑いと診断した。もっとも、この診断に対応する診療録等はない。(甲C5の6)

(イ) 平成19年8月28日付け下地医師の診断書（48歳）

下地医師は、原告Eの魚介類摂取状況として、主な入手方法は「自

家」，摂取状況は「毎日」とし，原告Eの自覚症状として，「いつもある」ものとして，手足のしびれ，からす曲がり，筋痙攣，「身体がだるい」，「ときどきある」ものとして，口周囲のしびれ，「言葉が正確に発せない」，頭痛，肩凝りを挙げ，これら以外の症状，例えば，「怪我ややけどをしても痛くない」などについては，いずれも何ら記載がされておらず，「今も昔もない」という趣旨の判断をした。

また，下地医師は，原告Eの神経所見として，別紙7-5「原告Eの感覚障害経過一覧（以下「原告Eの感覚障害経過一覧」という。）②のとおり，口周囲の感覚障害，上下肢の触覚・痛覚障害及び全身性感覚障害はいずれも認めず，原告Eの二点識別覚閾値は舌尖7mm，右示指及び左示指3mmであり，対面法における視野狭窄及び構音障害はいずれも認めなかった。また，下地医師は，原告Eの運動失調について「開眼片足立ち」及び「閉眼片足立ち」が不安定である以外は，運動失調の異常は認めなかった。

下地医師は，原告Eの特記事項として，「今回は触・痛覚障害は認められなかったが，二点識別覚障害は認められている。からす曲がりが目立つ。」と記載した上で，原告Eは水俣病と診断した。（甲C5の7）

(ウ) 平成20年2月12日の原田医師の診察カルテ（54歳）

原田医師は，原告Eの自覚症状として「20才頃 からすまがり」，「走るのが遅かった」，「全身がだるい」，「時にしびれる」，「転びやすい」を挙げ，他覚所見として，固有反射は全身で減弱しており，二点識別覚閾値は舌尖6mm，右示指8mm，左示指7mmであり，原告Eの感覚障害経過④のとおり，痛覚異常は，肘関節に及ぶ上肢，ふくらはぎ遠位の下肢にあり，触覚は口周辺のみ低下し，このような感覚障害について「パターンはあるが，症状は強くない」（これは，「水俣病に見られるパターン…つまり，四肢末梢に強い感覚障害」はあるが，その程度は強く

ないという意味である（甲C全25の5）との所見をとった。（甲C5の10，弁論の全趣旨）

イ 鶴田医師による診察

原告Eは，平成19年10月14日ないし平成23年3月13日（54

～58歳），鶴田医師の診察を受けた。その結果は，次のとおりである。
（甲C5の11）

（ア）平成19年10月14日の診察カルテ（54歳）

鶴田医師は，原告Eの自覚症状として，両下肢のからす曲がり，四肢のしびれがあるとし，他覚所見として，二点識別覚閾値は舌尖3mm，右示指6mmであり，MMSEの点数が26／30点であり，原告Eの感覚障害経過一覧③のとおり，手部は痛覚及び触覚が鈍磨し，足部は痛覚が鈍磨し，口周囲は触覚のみが低下しているとの所見をとった上で，四肢末端感覚障害，嗅覚障害，からす曲がりがあると診断した。（甲C5の11の1・7～12頁）

（イ）平成22年9月5日の診察カルテ（57歳）

鶴田医師は，原告Eの自覚症状として，両下肢のからす曲がり，両手指のからす曲がり，時々めまい，疲れやすい，両手のしびれがあり，原告Eの他覚所見として，原告Eの感覚障害経過一覧⑤のとおり，人体図に口周囲，両手先，両足先及び腹部に斜線を記載し，触痛覚鈍磨があるとし，二点識別覚閾値は舌尖6mm，右示指5mmであり，MMSEの点数が30／30であるとした上で，四肢末梢・口周囲・臍周囲の感覚鈍麻，両下肢腱反射消失（ラセーグ徴候あり）とし，鑑別疾患（R/O）として腰椎症の疑いと診断した。（甲C5の11の2・13～15頁）

（ウ）平成23年3月13日付け感覚検査表（58歳）

鶴田医師は，原告Eの他覚所見として，原告Eの感覚障害経過一覧⑥のとおり，触覚の障害の程度について，上肢末端は10分の4から5，

下肢末端は10分の3及び腹部は10分の5であり、痛覚の障害の程度について、上肢末端は両手指を障害部位とした上で10分の3から6、下肢末端は10分の4から5、口周囲は、10分の7から8、腹部は10分の4から5であり、また、二点識別覚閾値は舌尖7mm、右示指5.5mm及び左示指6.5mmと所見をとった。(甲C5の11の2・19頁)

5 (4) 原田医師らによる診断

平成20年7月7日付け原田医師の診断書

原田医師は、原告Eの疫学条件及び前記(2)の各診察結果等を踏まえて、
「見たところ異常なさそうに見えるが体力の衰えがひどい、精神の集中が悪い。
10 父がチッソ勤務であったために申請もしなかった典型的な一家である。家族にも、同じ症状がある、さらに、出生した家は汚染地区にある。従って、家族とともに水俣病と診断される。」と考察した上で、「胎児期及び小児期水俣病」と診断した。

なお、同診断書に添付された平成20年2月12日付けのカルテには、痛
15 覚及び触覚に係る記載内容について、診断書作成時に加筆され、加筆後の感覚障害の記載は、原告Eの感覚障害経過一覧④のとおり、痛覚異常は四肢の全体に認められたとされ、触覚異常についても上腕二頭筋付近遠位の上肢と膝関節遠位の下肢に認められたとされた。(甲C5の8)

(5) 三浦医師らによる診察等

20 ア 平成26年8月の診察結果等

(ア) 原告Eは、同診察に当たって、カニ、エビについてアレルギーがある旨申告した。

(イ) 神経内科学的所見の概要は次のとおりであった。

原告Eに、言語障害は認められず、スパーリング徴候は右にわずかに
25 見られた。また、原告Eに企図振戦が見られ、閉眼時に直立動揺があり、ロンベルグ徴候が軽度に見られた。原告Eのしゃがみ動作は膝に痛みが

あるなどの理由でできなかつた。また、原告Eは、片足立ち起立はできなかつたが、マン試験及び歩行にそれぞれ異常はなかつた。

原告Eは、指鼻試験等の一部において確実さ等に若干の低下が見られたが、膝踵試験は正常であつた。

5 原告Eの深部反射は、下顎と両アキレス腱において消失していたが、病的反射は見られなかつた。

原告Eの感覚検査の結果、原告Eの感覚障害経過一覧⑦のとおり、原告Eの前面は、体幹、四肢全体に、背面は、肩下の体幹、上下肢全体に、感覚障害が認められた（口周囲には認められなかつた）。関節位置覚は
10 正常であつた。振動覚は両上肢8秒、右下肢6病、左下肢5秒であり、二点識別覚は低下しているとされ、また、右下肢にラセーグ徴候が見られた。

(ウ) 腰部エックス線検査の結果、原告Eの腰椎L3、4、5椎体に骨棘形成が軽度に見られた。

15 また、原告Eの両側手指関節の腫脹が著明であり、エックス線検査の結果、手指近位指節間関節（PIP（proximal interphalangeal joint））にブシャール結節、遠位指節間関節（DIP（distal interphalangeal joint））にヘバーデン結節が認められた。整形外科医からは、糖尿病による関節炎ではなく、変形性関節症（OA
20 （osteoarthritis））によるものと考えたとの所見が示された。

(エ) 血液検査の結果、原告Eの血糖が172mg/dl（基準値66－110）、HbA1cNGSPが7.3%（基準値4.6－6.2）であつた。

25 (オ) MRI検査の結果、C6/7で椎間板が後方に突出して硬膜嚢を圧迫していたが、頸髄に異常信号は認められなかつた。読影医によって、C6/7椎間板ヘルニアとの所見が示された。他方、胸腰椎MRI検査

の結果、ヘルニアは認められなかった。

(カ) 神経伝導検査の結果、別紙 8 - 5 「原告 E の神経伝導検査の結果等
一覽」のとおり (甲 C 全 27・5 頁), 右の正中神経の運動神経の潜時
(手首) が 4. 4 ms, 感覚神経の伝導速度 (手指 - 手首) 44. 2 m/
s, 潜時 (手首) が 3. 5 ms, 振幅 (手首) が 8. 0 μ V, 左の正中神経
の運動神経の潜時 (手首) が 4. 7 ms, 左の感覚神経の振幅 (手首) が
16. 0 μ V, 腓腹神経の感覚神経の振幅 (腓腹部) が右 3 μ V, 左 1 μ V で
あった。

(以上につき、甲 C 全 27, 甲 C 5 の 2, 3)

イ 平成 27 年 1 月の診察結果等

原告 E の深部反射は、右膝蓋腱、両アキレス腱において消失しており、
右橈骨において軽度に減弱していたが、下顎は検査されず、また、病的
反射は検査されず、痛覚は異常とされた。

同月 17 日には、原告 E の感覚障害の分布に係る検査は行わず、人体図
への記入もなされなかったが、三浦医師は、確認日を 1 月 17 日と自身
のサインを記載した上で、上記アにおける原告 E の感覚障害経過一覽⑦
の人体図を添付した。(甲 C 5 の 2・123~125 頁, 甲 C 5 の 3, 4,
証人村田 92, 93, 105 頁)

ウ 三浦医師らによる診断

三浦医師らは、原告 E について、全身型の感覚障害が阪南病院における
検査で確認されるどころ、神経伝導検査の結果は正常であることから糖
尿病性末梢神経障害の可能性は否定され、二点識別覚の低下が認められ
ることから、上記感覚障害は脳皮質性のものと認められるとして、水
俣病であると診断したほか、軽度運動失調、糖尿病の疑い、頸椎 (C 6
/ 7) 椎間板ヘルニアの疑い、肝機能障害 (肝脂肪の疑い) と、平成 2
7 年 3 月 1 日と平成 28 年 3 月 8 日付けで診断した。(甲 C 5 の 2~5)

(6) 平成27年9月25日の公的検診の結果

同日に行われた検診医による原告Eの検診結果は次のとおりである。

ア 原告Eのスパーリング徴候が陽性であった。

イ 原告Eにロンベルグ徴候は認められなかった。歩行機能、平衡機能については、肥満の影響があり、跳躍、しゃがみ動作、片足立ちなどで不安定であるとされた。

ウ 原告Eの腱反射は全体的に減弱していた。

エ 感覚検査の結果、原告Eの感覚障害経過一覧⑧のとおり、触痛覚に異常は見られず、関節位置覚は問題なかった。振動覚は上肢15ないし16秒、下肢10ないし13秒であった。

オ 原告Eの右下肢にラセーグ徴候が見られた。

カ 原告Eの左側の聴力がやや低下していたが、会話に支障はなかった。

キ 原告Eは、同公的検診は2時間程度で終わり、感覚検査においては、糖尿病であることを申告した上、目を開けた状態で、事前の説明なく、筆のようなもので触られたので、かろうじて触られたのを感じたため、分かりますと答えた後、それ以外に他の部位を触られて部位ごとの感覚の違いを尋ねられたり、針等を使って痛みを感じるかを検査はされなかったため、不審に感じた旨述べる。また、原告Eは、公的検診で実施された検査が何の検査かわからなかったと述べ、これまで原田医師、鶴田医師及び下地医師から受けた感覚検査において、目隠しをされた記憶はないが、原田医師の診察においては目をつむり、どのような道具で検査が実施されたかも覚えてない旨述べる。

(以上につき、甲C5の14、乙C5の8～10、原告E本人30～32頁)

(7) 原告Eの現在の生活状況

原告Eは、本件口頭弁論終結時において、みかん農園の手伝いを行っており、糖尿病の検査は行っているが、頸椎椎間板ヘルニア等の検査などは行っ

ていない。(甲C5の13, 原告E本人27, 28, 44頁)

(8) 原告Eの疾患又は症状等に係る医学的知見等

ア 糖尿病

糖尿病に係る医学的知見は、別紙6-3「原告Cに関する判断」第2
5 の2(7)アのとおりである。

イ 頸椎椎間板ヘルニア

頸椎椎間板ヘルニアに係る医学的知見は、別紙6-2「原告Bに関する
判断」第2の2(12)ウ(イ)のとおりである。

ウ 腰椎椎間板症(腰椎椎間板ヘルニア)

10 腰椎椎間板症に係る医学的知見は、別紙6-1「原告Aに関する判断」
第2の2(8)アのとおりである。

エ 手根管症候群

手根管症候群に係る医学的知見は、別紙6-1「原告Aに関する判断」
第2の2(8)ウのとおりである。

15 3 争点(原告Eが水俣病にり患しているか否か)について

原告Eが、水俣病にり患しているか否かは、本文第3編第5章第1のとおり、
生活歴、症状やその他疾病り患の有無などを個別的に検討した上で総合的に水
俣病り患の有無を判断すべきである。

(1) 原告Eのメチル水銀ばく露の有無及び程度

20 前記認定事実によれば、原告Eの出生・居住地の周囲には多くの水俣病認
定患者が存在しており(前記1(2)イ)、幼少期に同居していた祖父c1の家
業は半農半漁であって(前記1(5)ア)、E家も船を保有して出漁するなどし
ていたことからすると(前記1(5)イ)魚介類をある程度多食する生活を送っ
ていたといえることができる。もっとも、父c3は昭和52年までチッソ水俣
25 工場に勤務しており、E家においては畑作や鶏の飼育等も相当程度行ってい
たこと(前記1(5)イ)からすると、魚介類の摂取に大きく依存する食生活で

あったとまでは認められない。また、原田医師又は下地医師によって、父母は水俣病の疑いと診断され、兄 c 5 は水俣病と診断されているが（前記 1(3)ウ）、水俣病と認定されるには至っておらず（前記 1(3)ア）、父 c 3 については、同人の勤務先であったチッソに恩義を感じて水俣病の認定申請をしないまま亡くなったことが認められるものの（甲 C 5 の 1 3）、感覚障害は下肢に証明されるが全身性の疑いがあるとされるに留まっている（前記 1(3)ウア）。

以上から、原告 E は、胎児期から乳幼児期を通じてある程度のメチル水銀ばく露を受けたものと認められるものの、高濃度のメチル水銀ばく露を受けたと認めるには足りず、また、不知火海の汚染状況（本文第 3 編第 3 章第 1）や原告 E が昭和 4 6 年 3 月から昭和 5 7 年まで関東地方等に居住していたこと（前記 1(1)イ、ウ）に照らすと、同人が一定程度のメチル水銀ばく露を受けた可能性があるのは昭和 4 3 年 5 月まで（本文第 3 編第 3 章第 1 の 3(3)）、遅くとも昭和 4 6 年 3 月ころまでであったと認められる。

以上から、原告 E は、胎児期以降、ある程度のメチル水銀ばく露を受けたものと認められるものの、高濃度のメチル水銀ばく露を受けたものと認めるのは困難である。

(2) 原告 E の症候

ア 原告 E の感覚障害の症候の具体的な推移

原告 E は、前記 2(1)の認定事実のとおり、昭和 3 3 年、昭和 3 4 年頃、指を 7 針縫うほどの怪我をして血が出ていたのに泣かなかったことがあり（前記 2(1)アア）、また、昭和 4 8 年頃から足のむくみが出たり、就寝中に足のひきつりを発症したりするようになり（前記 2(1)アイ）、昭和 5 8 年頃から手足の指のからす曲がりや手のしびれを感じるようになり（前記 2(1)アウ）、さらに、平成 5 年頃からしびれがひどくなり疲れやすさなどを感じるようになったりし（前記 2(1)アウ）、平成 1 0 年からは年

に2～3回、足のからす曲がりの治療のために瀧上病院に通院し漢方薬の処方を受けていた（前記2(2)イア）。

しかし、平成11年8月から同年9月に総合医療センターに入通院した際には、足の引きつりを治す漢方薬を服薬しているとか（前記2(2)ウア）、時々左足がつるから漢方薬を服薬している（前記2(2)ウイ）と述べる程度であり、手足の不自由、痙攣、運動感覚障害、神経症状等を訴えたことはなく（前記2(2)ウア～ウオ）、むしろ、平成14年6月に左下肢静脈瘤の手術のために入院した時点では触覚等の感覚について問題はないとされ（前記2(2)ウウ）、平成15年9月の入院時に扁桃腺の切除手術を受けるために入院した際にも機能障害（麻痺、しびれ感）はないと評価されており（前記2(2)ウカ）、その後の入院期間中にもからす曲がりや感覚障害等を訴えた様子は見られず、原告E自身もからす曲がりは無理したときに結構出ると供述する（原告E本人28頁）。

感覚障害については、原田医師の平成17年8月の診断では原告Eについて四肢末端優位の感覚障害が認められるとされているものの、これに対応する診療録等はなく（前記2(3)アア）、具体的にどのような所見が記録されたのか不明である。下地医師の平成19年8月の診断では、四肢の感覚障害、口周囲及び全身性の感覚障害は認めないとされ（原告Eの感覚障害経過一覧②）、特記事項として「今回は触・痛覚障害は認められなかった」とされ（前記2(3)アイ）、平成20年2月の原田医師の診療録には、四肢の感覚障害が記録されているものの（原告Eの感覚障害経過一覧④）、その範囲は、当初の記録には、痛覚異常は、肘関節に及ぶ上肢、ふくらはぎ遠位の下肢に認められたとされ、触覚異常については、口周辺のみであり、症状は強くないとされていた（前記2(3)アウ）。さらに、鶴田医師は、平成19年10月及び平成22年9月に、口周囲・四肢末端の感覚鈍麻が認められたとしつつ（原告Eの感覚障害経過一覧③、⑤）、

両下肢腱反射消失（ラセーグ徴候あり）であったことから、腰椎症疑いと診断した（前記2(3)イ(ア), (イ)）。三浦医師らの平成26年8月の検査では、前面は、体幹、四肢全体に、背面は、肩下の体幹、四肢全体に、感覚障害が認められた（口周囲には認められなかった。）とされているが
5 （原告Eの感覚障害経過一覧⑦, 前記2(5)ア(イ)）、平成27年1月の検査では、痛覚に異常があるとされたにとどまり、感覚障害の範囲は不明である（前記2(5)イ）。他方、同年9月の公的検診においては、感覚障害は認められなかった（原告Eの感覚障害経過一覧⑧, 前記2(6)）。

イ 感覚障害の評価

10 このように、原告Eの感覚障害は、公的検診を除いてみても、平成17年8月には四肢末端優位の感覚障害が認められたにもかかわらず、平成19年8月には一転して感覚障害が認められなくなり、その約2か月後である同年10月には再び四肢末梢優位の感覚障害の所見が現れ、その約4か月後の平成20年2月には、感覚障害のある範囲が四肢全体に及び、平成22年9月には、感覚障害の範囲が四肢末端の極めて狭い範囲
15 に縮減し、平成26年には、全身性の感覚障害の所見があるとされており、一定期間を置いた神経学的診察の度に所見の出現する部位に変遷が見られ、消失又は出現の変化がみられる。

さらに、公的検診によれば、原告Eには感覚障害がないとされているところ（原告Eの感覚障害経過一覧図⑧）、公的検診の結果の信用性については、本文第3編第5章第3において認定説示したとおりであり、基本的に信用できるものである上に、原告Eは、公的検診の検査方法について、何の検査か分からないまま、目を開けた状態で検査を受けたなどと
20 供述するものの（前記2(6)キ）、これまで感覚検査を複数回受けてきた原告Eが公的検診における感覚検査において、何の検査か分からないまま、あえて目を開けたり、また、目で見ても分かったという趣旨で回答したり
25

することは考え難いことからすれば、原告Eの公的検診の信用性を覆すことはできないというべきである。

したがって、所見の変動の検討にあたっては、公的検診の結果も考慮すべきである。

5 以上によれば、原告Eの感覚障害経過一覧①、②の時点までは感覚障害がなかったが、③で感覚障害が出現し、④で範囲が大幅に広がったが、⑤では③程度に縮減し、⑥、⑦では全身に広がり、⑧では消失したとい

10 うことができる。

そして、本文第3編第5章第4の1のとおり、水俣病の症状が脳の不可逆的な器質的損傷によって生じるものであると解されることからすれば、感覚検査の性質等を考慮しても、所見の消失と出現の変動を大きく繰り返すことは考え難いところ、原告Eの上記所見の変動は消失と出現を大きく繰り返したものと

15 いわざるを得ないから、メチル水銀ばく露による脳の不可逆的な器質的損傷によって生じた感覚障害とは考えにくいし、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が一貫して存在すると認めることもできない。

ウ 小脳性運動失調、平衡機能障害について

原告Eには、感覚障害のほかに、運動失調や平衡機能障害が指摘されたことがあり（前記2(5)ウ、(6)イ）、本文第3編第2章第1の3の医学的

20 知見によれば、それらは水俣病の病像に含まれているが、原告Eの上記症候が常時一貫して認められているわけではなく、肥満の影響も指摘されていることから、原告Eにそれらの症候があると認めることはできない（本文第3編第4章第1の3）。

(3) 原告Eの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

25 ア 原告Eの感覚障害について

原告Eに、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が認められないこ

とは前記(2)ア，イで認定説示したとおりである。

イ 感覚障害以外の症候がないことについて

前記(2)ウで認定説示したとおり，原告Eに小脳性運動失調，平衡機能障害等があると認めることはできない。

5 ウ 発症時期について

(ア) 原告Eに水俣病の症状とされる四肢末端優位の感覚障害が初めて発現したのは，前記2(3)のとおり，平成17年以降であったということが
できるから，原告らの主張する原告Eの水俣病を推認させうる症状の発
症時期は，同年頃とみるのが相当である。

10 (イ) これに対し，原告らは，原告Eが，幼少期から，頭痛や痛みを感じ
なかったことなどの症状があったのであるから，同時期にはすでに発症
していた旨主張する。しかし，本文第3編第4章第1の6のとおり，こ
れらの症状は，水俣病に特異的な症候ではない上に，前記(1)で認定説示
15 したとおり，原告Eが高濃度のメチル水銀ばく露を受けたと認めるこ
とができないことを考慮すると，原告Eが幼少期に発症していたと認める
ことはできない。

(ウ) そうすると，原告Eのばく露終了時期である昭和43年5月（前記
20 (1)。遅くとも昭和46年3月ころ）から医学的な裏付けのある症状の発
現まで約30年以上が経過しており，現在における一般的な医学的知見
に基づく，水俣病のばく露から発症までの期間についての見解（数か月
からせいぜい数年（本文第3編第4章第4の2））と大きく齟齬する
というべきである。

エ 所見の変動について

原告Eの感覚障害については，前記(2)イで認定説示したとおり，比較的
25 短期間に消失と出現を含む相当程度の所見の変動が見られることからす
れば，原告Eの感覚障害はメチル水銀ばく露によるものとして合理的に

説明することは難しいというべきである。

オ 他原因の可能性について

5 (ア) 平成26年8月の神経伝導検査の結果によれば、両上肢の正中神経の運動神経の潜時(手首)がいずれも4.4ms(山本医師の見解によれば3.15~3.83msが正常範囲である(別紙8-8。))以上であることから、手根管症候群(前記2(8)エ)の可能性が示唆され、また、右上肢の感覚神経の振幅(手首)が8 μ Vと異常値の基準値(14.4 μ V)より低く、左上肢の感覚神経の振幅(手首)が16 μ Vと平均正常値(28.7~86.3 μ V又は22.9~54.1 μ V)外に低いことから両上肢に末梢神経障害があると指摘できる。また、原告Eの両下肢の腓腹神経の感覚神経の振幅(腓腹部)が右3 μ V、左1 μ Vであり、確定的に病的といえる5 μ V以下よりも低いことからすれば、両下肢にも末梢神経障害があり、ひいては原告Eの四肢に末梢神経障害があると指摘できる。

10 (なお、山本医師も同様の見解を述べる(乙B112, 194, 証人山本30~32頁。))。

15 また、同月の血液検査による血糖とHbA1cの数値は糖尿病型を示唆し得る所見であり(前記2(5)ア(エ)), また、アキレス腱反射の減弱ないし消失が見られていること(前記2(5)ア(イ))等からすると、原告Eに軽度の感覚障害があるとすれば、診断基準によっては糖尿病性神経障害があるとされる状態ともいえ(前記2(8)ア), 糖尿病性の末梢神経障害, 手根管症候群を原因とするものである可能性が否定できない。(なお、山本医師も同様の見解を述べる(乙B112, 194, 証人山本31~33頁。))。

20 (イ) 原告Eは、平成26年8月の頸椎MRI検査の結果C6/7に頸椎椎間板ヘルニアの存在を指摘されているところ(前記2(5)ア(オ)), 頸椎椎間板ヘルニアは、上肢の感覚障害の原因となり得(前記2(8)ウ), 手

根管症候群と併存することにより感覚障害が出やすい状態になる
(double crash syndrome) ことが認められる。(乙B 125, 19
4, 証人山本33, 34頁)

また、原告Eは、平成2年頃に腰椎椎間板ヘルニアの指摘を受けて
おり(前記2(2)ア)、平成26年8月の腰椎MRI検査ではその存在を
否定されているが(前記2(5)ア(オ))、原告Eの健康状態や、右下肢には
何度かラセーグ徴候が見られていることから(前記2(3), (5), (6))、何
らかの脊椎病変が存在し、下肢の感覚障害の原因となっている可能性
は否定できない。

(ウ) このように、原告Eに感覚障害が存在するとしても、その原因につ
き複数の他疾患による疑いが合理的に残るといふべきである。

カ 原告Eの自覚症状についての判断

原告らは、この他、原告Eには、早くから、足のむくみ、からす曲がり
等が見られた旨主張する。

しかし、これらの自覚症状は水俣病の主要症候との関連性が必ずしも明
らかではなく非特異的な症候であり(本文第3編第4章第1の6)、幼少
期に怪我をしたといったエピソードも水俣病であることを推認させる程
度に特異的なものとはいえず、本件に現れた事情のみによっては原告E
の上記自覚症状がメチル水銀ばく露の影響によるものであると認めるに
は足りず、原告Eが水俣病に罹患していることを裏付けるものとは言え
ない。

(4) 結論

以上を総合的に検討するに、原告Eは胎児期及び乳幼児期に高濃度のメチ
ル水銀にばく露したとまでは認められず、その後も同様であり、原告Eが訴
える自覚症状とメチル水銀ばく露との関係は明らかではなく、他覚所見の見
られる感覚障害はメチル水銀ばく露によるものとは認め難い。そして、その

他証拠及び弁論の全趣旨によっても，原告Eが水俣病にり患していると認めることはできない。

以 上

原告 F に関する判断

第 1 概要等

1 前提事実

5 (1) 原告 F は、昭和 31 年▲月▲日生まれの女性で、婚姻前の氏名は F であり、原告 E とは姉妹である。(甲 C 6 の 15, 乙 C 6 の 5)

(2) 原告 F は、平成 17 年 10 月 8 日付け認定申請書をもって、認定申請を行い、熊本県知事は、同月 14 日付けでこれを受理した(乙 C 6 の 1・2)。

熊本県知事は、疫学的調査及び検診を実施し、これにより得られた資料を
10 基に認定審査会へ諮問し、認定審査会は、平成 27 年 12 月 20 日開催の第 231 回熊本県公害健康被害認定審査会による審査の結果、平成 28 年 2 月 1 日付けで「公健法で定める水俣病には合致しない」との答申を行い(乙 C 5 の 2)、熊本県知事は、この答申を受けて、同月 12 日付けで本件処分を行った(乙 C 6 の 2)。

15 これに対し、原告 F は、同月 28 日付け異議申立書をもって、熊本県知事に対し、原告 F に係る本件処分につき、異議申立てを行い、熊本県知事は、平成 28 年 3 月 2 日付けでこれを受理し(乙 C 6 の 3)、平成 29 年 3 月 7 日付けでこれを棄却した(甲 C 6 の 20)。

また、原告 F は、本件処分につき、平成 28 年 5 月 15 日付け行政不服
20 審査請求書をもって審査請求を申し立て、不服審査会は同月 20 日付けで受理した(乙 C 6 の 4)。(甲 C 6 の 1, 11, 15, 19, 20, 乙 C 5 の 2, 乙 C 6 の 1~4)

(3) なお、原告 F は、平成 7 年政治的解決による医療手帳の交付を求めておらず、特措法の申請もしていない。(甲 C 6 の 15, 原告 F 本人 42 頁, 弁論
25 の全趣旨)

2 争点に関する当事者の主張

本件の争点は、原告Fが水俣病にり患しているか否かであって、原告らに共通する当事者の主な主張については、本文第2編第3章で摘示したとおりであり、ここでは原告Fに関する個別的主張について摘示する。

(原告らの主張)

5 原告Fは幼少期から水俣病にり患している。

ア 原告Fのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Fは、葦北郡津奈木町で生育し、原告Fの家族が総出で魚介類を採取し、魚介類を多食していたことから、原告Fが胎児期及び幼少期に高濃度のメチル水銀にばく露したことは明らかである。

10 イ 原告Fの各症候

(ア) 原告Fには、平成19年以降に、四肢末端優位の感覚障害が認められているが、発症は遅くとも昭和38年頃である。神経伝導検査や腱反射の結果から、これが末梢神経障害によるものでなく大脳皮質障害によるものであることは明らかである。

15 (イ) また、原告Fには、幼少時から内耳性難聴があり、原田医師や三浦医師らによる所見によれば、軽度の運動失調及び平衡機能障害も認められる。

ウ 原告Fの各症候がメチル水銀曝露に起因するか否か

20 (ア) 水俣病に関する症例研究からすれば、水俣病における難聴は後迷路性難聴に限定されるものではなく、内耳性難聴も含まれる。原告Fには幼少期である昭和38年頃から内耳性難聴があったことから、かかる難聴はメチル水銀ばく露によるものと考えられる。

(イ) 原告Fは、小学校1年生の頃から難聴があり、同じ頃に右肘をガラスで切って出血したが痛みを感じなかったという感覚の鈍磨をうかがわせる体験があることから、原告Fの発症時期は昭和38年頃の幼少期である。

25 (ウ) 原告Fの感覚障害は、末梢神経障害で説明することはできず、説明し得る疾患は水俣病をおいて他にはない。

エ よって、原告Fは、幼少期から水俣病にり患している。

(被告らの主張)

否認する。

ア 原告Fのメチル水銀ばく露の有無及び程度

5 原告Fが胎児期及び幼少期に高濃度のメチル水銀にばく露したとは認められない。原告Fやその家族の臍帯メチル水銀値に関しては原資料が存在せず、原告が乳児期に水俣病を発症しうる程度のメチル水銀にばく露していたと認めるのは困難である。

イ 原告Fの各症候

10 (ア) 原告Fに胎児性水俣病に見られる臨床症候が存することをうかがわせる事情は見当たらない。また、三浦医師らによる検査医師らの検査結果を踏まえても原告Fに四肢末端優位の感覚障害の存在を認めることはできず、仮にこれが存在するとしても、その部位及び程度が大きく変化していることから、脳の不可逆的な器質的損傷が原因であるとは解し得ず、メチル水
15 銀ばく露によるものとはいえない。

(イ) 原告Fの難聴は内耳性難聴であって、後迷路性難聴ではない。

(ウ) 鶴田医師診察や公的検診の結果からすれば、原告Fに平衡機能障害や企
図振戦を含む軽度運動失調があるとは認められない。

ウ 原告Fの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

20 (ア) 原告Fの発症時期について、原告Fの感覚障害の発現時期が幼少期であったことの裏付けはなく、証拠上、原告Fの四肢に触覚及び痛覚の低下が認められるのは、平成19年以降であって、原告Fの四肢末梢の感覚障害の発現時期は、同日頃と考えられるが、水俣工場がアセトアルデヒドの製造を中止したとされる昭和43年5月から約40年も経過した時点であり、
25 水俣病の病像と整合しない。

(イ) 原告Fの難聴は、後迷路性難聴ではなく、若年発症型両側性感音難聴又

は原因不明の感音性難聴であるということができ、メチル水銀の影響による難聴とは認められない。また、原告Fに運動失調及び平衡機能障害があると認めることはできないので、原告Fに発現した症候は、水俣病である蓋然性は低い。

5 (ウ) また、原告Fにみられたとされる下肢の感覚障害について、神経伝導検査の結果から両下肢に末梢神経障害が疑われ、水俣病以外の疾患に起因するものである可能性も指摘できる。

エ これらによれば、原告Fが水俣病にり患しているといえない。

第2 当裁判所の判断

10 1 曝露に関する認定事実

(1) 居住歴・職歴の概要

ア 原告Fは、昭和31年▲月▲日、熊本県葦北郡（住所省略）（大泊地区）で出生し、同じ頃、その父母が祖父母宅から独立したため、熊本県葦北郡（住所省略）（以下「実家」という。）に転居した。

15 イ 原告Fは、昭和50年3月（18歳）に水俣高校を卒業し、愛知県内に引っ越し、日本電装株式会社で自動車部品の組立作業等に従事するが、昭和53年5月に退職して実家に帰郷し、同年10月には、水俣市の原精機に勤務し、その合間には実家のみかん栽培を手伝い、昭和57年末をもって退職した。

20 ウ 原告Fは、昭和61年（29歳）に結婚し、熊本県八代市に居住し、その後埼玉県に転居した。さらに、原告Fは、昭和63年に、熊本県八代市に転居し、実家のみかん栽培業に従事し、平成24年（55歳）に熊本県葦北郡（住所省略）に転居し、本件口頭弁論終結時に至るまで、生活している。

25 （以上につき、甲C6の15、乙C6の1、5、6、14、原告F本人3～10、51頁）

(2) 居住地の状況等

原告Fの現住所のある大泊地区については、別紙6-5「原告Eに関する判断」第2の1(2)のとおりである。(甲C6の15, 弁論の全趣旨)

(3) 同居親族の状況

5 同居親族の状況については、別紙6-5「原告Eに関する判断」第2の1(3)のとおりであり、姉である原告Eの症候は、同別紙第2の2のとおりである。

(4) 同居外の親族の状況等

同居外の親族の状況等は、別紙6-5「原告Eに関する判断」第2の1
10 (4)のとおりである。(甲C5の16, 乙C6の6)

(5) E家の漁獲状況

E家の漁獲状況は、別紙6-5「原告Eに関する判断」第2の1(5)のとおりである。(甲C5の13, 甲C6の15, 原告E本人7~15, 37~41頁, 原告F本人3~7頁)

15 (6) 原告Fの魚介類摂取状況

E家の食生活は、別紙6-5「原告Eに関する判断」第2の1(6)のとおりであり、原告Fが小学生の頃等は、昼食は学校給食であった。

このような食生活は、昭和50年3月(18歳)、原告Fが実家を離れるまで続いていた。(甲C5の13, 15, 16, 甲C6の15, 原告E本人
20 7~15, 37~41頁, 原告F本人3~7頁)

(7) 臍帯メチル水銀値

原告Fの臍帯メチル水銀値の記録はない。

2 症候に関する認定事実

(1) 幼少期から水俣病認定申請までの経緯の概要

25 ア 原告Fは難聴であるが、難聴の発症時期は不明であり、最初に気が付いたのは、小学校1年生の時の担任の教師であって、その頃に耳鼻科を受診

したが、原因は不明であった。

原告Fは、昭和37年から同46年（小中学生）頃までは、難聴によって大きな不都合はなかったものの、昭和47年から昭和49年（高校生）頃には、教室の席によっては教師の声が聴き取りにくいため、席を前に替えてもらうことがあった。もっとも、高校卒業後に運転免許証を取得した際には、補聴器等の必要性は認められなかった。

原告Fは、後記(2)イのとおり、鶴田医師に対し、「物心ついたときから原因不明の難聴があった。徐々に悪くなっている。」と述べており、原告Fが出生時から（軽度の）難聴であった可能性も認められる。

さらに、原告Fは、小学校に入学した頃にシとチを聞き分けるのが難しく、シをチと発音していたと述べる。（乙C6の12）

イ また、原告Fは、昭和47年から昭和49年（高校生）ころからは、頭痛を感じて市販薬を飲むことがあり、頭痛は加齢とともに次第に増悪していった。

ウ 原告Fは、昭和53年11月（22歳）頃、耳鼻科を受診し、その際も難聴の原因は明らかにはならなかったものの、身体障害者障害程度等級表の6級と認定され、身体障害者手帳の交付を受けた。

エ 原告Fは、身体障害者手帳の交付を受けた頃以降、左耳に補聴器を用意し、30歳代前半まではあまり使わずにいたが、30歳代後半以降は必要となり手放せなくなった。

オ 原告Fは、平成24年11月（56歳）、耳鼻科を受診したところ、「高度神経難聴で補聴器を要する」、障害の程度は、身体障害者障害程度等級表の4級相当に該当するとの診断を受け（乙C6の11）、同年12月28日、身体障害者手帳（障害名：感音性難聴）の再交付を受けた。

カ なお、原告Fは、昭和43年ないし昭和44年（小学6年生～中学1年生）頃、水俣病に関する健康調査アンケートに回答し、要再検査とさ

れたが、再検査を受けることはなかった。

キ その他、原告Fには、幼少期に右肘を怪我したが、泣かなかつたので、痛くなかつたことがあり、親族から原告Fの入浴後の風呂の温度について熱いと言われていたことがある。(甲C6の15, 原告F本人13頁)

5 (以上につき、甲C6の15, 乙C6の6, 11, 12, 14, 原告F本人12~14, 31, 32頁)

(2) 原田医師らによる診察

ア 原田医師らによる診察

原告Fは、平成17年8月7日から平成20年3月14日(49~51
10 歳)にかけて、原田医師らの診察を受けた。その結果は、次のとおりである。(甲C6の6~9)

(ア) 平成17年8月7日付け下地医師作成の診断書(49歳)

下地医師は、原告Fの自覚症状として、頭痛、耳が遠い、肩こりがあるとしたが、からす曲がりはないとし、原告Fの他覚所見として、視野
15 狭窄なく、感覚障害は、別紙7-6「原告Fの感覚障害経過一覧(以下「原告Fの感覚障害経過一覧」という。)①のとおり人体図に記載なく認められず、固有反射は上肢について異常の疑いがあり(±)、二点識別覚閾値は舌尖2.5mmで、聴力障害は強く認められ(++)、視力障害は左にあるが、眼球運動、構音障害、運動障害、運動失調、歩行時動
20 揺、ロンベルグ、マン、つま先立ちはいずれも異常がないか問題がないとの所見をとった。

また、下地医師は、原告Fの生活における障害として、軽作業なら、ほぼ正常の能率で可能であり、補聴器を使うことがあるとされ、糖尿病や高血圧の徴候はないとした。(甲C6の6)

(イ) 平成17年8月7日付け原田医師の診断書(49歳)

原田医師は、原告Fについて「津奈木町で出生。昭和50年から3年

2 か月、愛知県で働く。その後帰郷して八代に嫁ぐ。現在に至る。小学校の頃、難聴に気づく。頭痛，肩こりがひどい。出生時が胎児性の多発時期であり，水俣病に関する精査の必要を認めます。」として，水俣病疑いと診断した。(甲C6の7)

5 (ウ) 平成19年8月28日付け原田医師の診断書(51歳)

原田医師は，原告Fの魚介類摂取状況として，主な入手方法は「自家(半農半漁)」，摂取状況は「毎日」とし，原告Fの自覚症状として，「いつもある」ものとして，「耳がとおい」(6級手帳)，頭痛，肩凝り，「ときどきある」ものとして，手足のしびれを挙げ，これら以外の症状，
10 例えば，口周囲のしびれ，「風呂の湯加減がわからない」，「怪我ややけどをしても痛くない，からす曲がり，筋痙攣などについては，いずれも何ら記載がされておらず，「今も昔もない」という趣旨の判断をした。

原田医師は，原告Fの神経所見として，原告Fの感覚障害経過一覧②のとおり，口周囲と上下肢を含む全身の感覚障害を認め，体幹部については痛覚障害が認められない旨表示されたが，全身性感覚障害(四肢末端優位障害例を含む)は認め，特に痛覚に関して認められるとし，上肢痛覚障害は肩関節に及び，また，下肢痛覚障害は股関節に及ぶとの所見
15 をとった。

原田医師は，原告Fの二点識別覚閾値は舌尖2mm，右示指及び左示指
20 4mmであり，脳神経領域のうち，視野狭窄及び構音障害は認めないが，聴力障害は6級と認め，また，運動失調について，閉眼時での指鼻試験の異常は疑い，マン検査での姿勢の維持及び片足閉眼立ちは不安定だが，そのほかの異常は認めず，さらに，深部腱反射異常は認めるが，病的反射は認めないとし，その他の精神身体所見として，頭痛発作時には，立
25 っていられなくなる旨記載した。

さらに，原田医師は，原告Fの特記事項として，「生来性聴力低下。

原因が特定しなければメチル水銀の可能性がある。成人しているためにはっきりしないが全体に拙劣，ぎこちなく不器用なのは小児水俣病の長期経過後にみられる。起立性調節障害様症状は小児水俣病によくみられる症状の1つ」と記載した上で，原告Fは水俣病（小児期）と診断した。

5 (甲C6の8)

(エ) 平成20年2月16日の原田医師の診察カルテ（51歳）

原田医師は，原告Fの言語がやや不明瞭とし，他覚所見として，固有反射は正常で，二点識別覚閾値は舌尖，右示指及び左示指いずれも3mmであり，感覚障害については，原告Fの感覚障害経過一覧③のとおり，

10 触覚は，肘関節遠位の上肢，ふくらはぎ遠位の下肢に，痛覚は口周囲及び肘膝関節遠位の四肢末端に認められるとの所見をとった。（甲C6の9・④）

(オ) 平成20年3月14日付け原田医師宛て診療情報提供書（51歳）

熊本労災病院耳鼻科の塩盛輝夫医師は，同日，原告Fの標準純音聴力検査（オージオグラム）をしたところ，聴力レベルは周波数が大きくなる（高音になる）に従って低下している結果となり，原田医師宛の原告Fの診療情報提供書に疾患名・症状として「両感音性難聴」と記載し，

15 検査結果として聴力検査（純音）を行ったこと，E a r X p（耳部のレントゲン写真）は正常であったこと，内耳性と考える難聴があること，

20 平均聴力レベル（4分法）が右耳76.3db，左77.5dbであったことを記載した。（甲C6の8・4頁）

(以上につき，甲C6の8，9，乙A11)

イ 鶴田医師による診察

原告Fは，平成22年9月5日及び平成23年3月12日（54歳），

25 鶴田医師の診察を受けた。その結果は，次のとおりである。（甲C6の12，乙C6の10）

(ア) 平成22年9月5日の診察カルテ（54歳）

鶴田医師は、原告Fの主訴を「難聴，頭痛，睡眠障害，疲れやすい」とし、現病歴として、「物心ついたときから原因不明の難聴があった。徐々に悪くなっている。高校から時々頭痛がある。肩からこめかみ（左右片方づつ），ズキンズキンする痛み，押さえると楽になる，動くときつい，光過敏あり，音過敏ははっきりしない，臭い過敏あり，頻度は月に0～5回，バファリンが効いたり効かなかったり，夜中に痛くなることが多い。3年前左膝の痛み，次に右膝の痛みが始まった。現在は正座はできないが少し軽快している。10年以上前から寝付きが悪い，本を読んで寝付く，就寝9時，1時間で目が覚め途中覚醒あり。起床6時半～7時，昼間は眠くない。40代から坂道を歩くと息切れがする。」とした上で，他覚所見として，二点識別覚閾値は舌尖4mm，右示指3mm，MMSEの点数が29／30点，原告Fの感覚障害経過一④のとおり，人体図に記載せず，痛覚及び触覚は正常とする所見をとった上で，難聴，「構音障害（難聴との関係は不明）」，片頭痛，睡眠障害があると診断した。（甲C6の12の1）

(イ) 平成23年3月12日の感覚検査表（54歳）

鶴田医師は，原告Fの他覚所見として，原告Fの感覚障害経過一覧⑤のとおり，触覚の障害の程度について，上肢末端は10分の7から8，下肢末端は10分の7，胸部及び口周囲はそれぞれ斜線を引いた上で10分の8，腹部は斜線を引いた上で10分の5から6であり，痛覚の障害の程度について，上肢末端は10分の6から7，下肢末端は10分の8であり，また，二点識別覚閾値は舌尖1mm，右示指2.0mm及び左示指1.1mmと所見をとった。（甲C6の12の1・7頁）

(3) 宮崎大学医学部附属病院耳鼻咽喉科による診察（平成24年11月13日。56歳）

原告Fは、同日、同科の福留真二医師の診察を受けた。同医師は、原告Fの原因疾病を両神経難聴と診断し、聴力障害の状態及び所見として、聴力が右83.3dB、左80.0dB、障害の種類が感音性難聴であり、総合所見として、高度神経難聴で補聴器を要するとして、身体障害者福祉法15条3項による意見として、障害の程度は、身体障害者障害程度等級表の4級相当との意見を付した。(甲C6の10)

(4) 平成20年7月7日付け原田医師の診断

原田医師は、原告Fの疫学条件及び前記(2)アの各診察結果等を踏まえて、「水俣病の多発地区に、多発時期に生まれている。胎児期に汚染を受けており、さらに、幼児期も汚染を受けている。上記症状からすると胎児期又は小児期の水俣病であると判断される。聴力障害も、小児及び胎児期発病で確認されていることから、水俣病の症状である可能性が大きい。」と考察した上で、「胎児期及び小児水俣病」と診断した。(甲C6の9)

(5) 三浦医師らによる診察等

15 ア 平成26年8月の診察結果等

(ア) 神経内科学的所見の概要は次のとおりであった。

原告Fには構音障害は認められなかったが、企図振戦が見られた。

原告Fは閉眼時の指鼻試験で異常の疑い(±)とされ、振戦が見られるとされているが、その他運動失調は見られなかった。

20 また、原告Fは、閉眼による片足立ちで動揺が見られ、足踏試験で前方向に偏倚ありとされたが、その他起立、歩行で異常はなかった。

原告Fの腱反射は正常であった。

25 感覚検査の結果、原告Fの感覚障害経過一覧⑥のとおり、前面は、肘関節遠位の上肢に、足首関節遠位の下肢に、背面は肘関節遠位の上肢に感覚障害が認められた(口周囲には認められなかった)。関節位置覚は正常であり、振動覚は上肢8秒、下肢7秒であった。二点識別覚は低下

しているとされた。

(イ) 原告Fの頸椎MRI検査の結果、C3/4で椎間板が軽度後方に突出して硬膜嚢を圧迫していたが、頸髄に異常信号は認めなかった。読影医によって、C3/4椎間板ヘルニア（軽度）との所見が示された。

5 (ウ) 原告Fの神経伝導検査の結果、別紙8-6「原告Fの神経伝導検査の結果等一覧」のとおり（甲C全27・6頁）、腓腹神経の感覚神経の振幅（腓腹部）が、左右いずれも9 μ Vであった。

（以上につき、甲C全27、甲C6の2、3）

イ 平成27年1月の診察結果等

10 原告Fの深部反射は、右アキレス腱において軽度減弱、左アキレス腱において消失していた。

原告Fの感覚検査について、触痛覚について知覚図に指摘はない。（甲C6の2～4、証人村田92、93、105頁）

ウ 三浦医師らによる診断

15 三浦医師らは、原告Fについて、四肢末端優位の感覚障害が確認される
ところ、神経伝導検査の結果及び腱反射が正常であることから、上記感
覚障害は脳皮質性のものと認められるとして、水俣病であると診断し
たほか、平衡機能障害、高度感音性難聴（なお、水俣病の難聴を後迷路
性難聴に限定することはできず、メチル水銀曝露と内耳性難聴を含む感
20 音性難聴があれば、メチル水銀中毒による難聴と診断できるとする。）、
企図振戦、軽度運動失調疑い、頸椎椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄（軽度）、
高脂血症（軽度）と診断した。（甲C6の2～5）

(6) 平成26年10月から平成27年9月にかけての公的検診の結果

25 ア 聴力低下が認められるが、補聴器使用にて会話は可能であった。聴力検査の結果、純音聴力検査において両側に感音性難聴が確認され、語音聴力検査、聴覚異常順応検査（TTSテスト。以下同じ。）が行われた結果、

後迷路性難聴とは認められなかった。

イ 言語障害は認められなかった。

ウ 企図振戦，歩行障害，平衡障害は認められなかった。

エ 深部反射が下顎において減弱していた他は反射に異常はなかった。

5 オ 感覚検査の結果，原告Fの感覚障害経過一覧⑦のとおり，触痛覚に異常はなく，深部感覚も正常（振動覚は上下肢15ないし17秒）であった。

カ 原告Fは，同公的検診は1時間程度で終わり，感覚検査においては，目を開けた状態で，筆で触られ，「わかりますね」と聞かれたので，「わかりますと答えた後，四肢末端と他の部位と比較するための検査や針などの道具を使った検査はされず，検査の説明はなかったと述べ，また，これまで
10 原田医師，鶴田医師及び下地医師から受けた感覚検査において，目隠しをされた記憶はないが，目をつむった旨述べる。

（以上につき，甲C6の15，乙C6の7～9，原告F本人36，37頁）

(7) 鶴田医師による平成29年12月20日から同月25日の診察等

15 ア 鶴田医師は，上記期間，原告Fの診察を行い，他覚所見として，瞳孔反応，対座法による視野，眼球運動はいずれも正常で，両側高度難聴，軽度構音障害が認められ，筋力，筋トーンはいずれも正常であり，協調運動について四肢は正常で，ロンベルグ徴候はなし，マン徴候は開眼で不安定で，開眼片脚立ち及び一直線上歩行は軽度不安定，閉眼足踏みは軽度の偏倚を認めるとし，不随意運動はなしとし，腱反射は正常であって病的反射
20 はなしとした。

イ 感覚障害については，原告Fの感覚障害経過一覧⑧のとおり，触覚の障害の程度について，上肢末端を障害部位として10分の5から6，下肢末端を障害部位として10分の5であり，痛覚の障害の程度について，上肢
25 末端を障害部位として10分の4から5，下肢末端を障害部位として10分の5から6，腹部を障害部位として10分の4から5との所見をとり，

二点識別覚閾値は舌先 5 mm, 右示指 mm 及び左示指はそれぞれ 2.5 ~ 3 mm と所見をとり, 振動覚については, 右上肢末端が 1.7 秒, 左上肢末端が 1.5 秒, 右下肢末端が 1.4 秒, 左下肢末端が 1.3 秒との所見をとった。

鶴田医師は, 原告 F の神経所見のまとめとして, 両側難聴, 軽度躯幹失調, 軽度の感覚障害であるとした。

ウ このような所見について, 鶴田医師は, 平成 22 年 9 月 5 日の検査結果 (前記(2)イ(ア)) と比較して, 一直線上歩行が軽度不安定になっており, ロンベルグ徴候は陰性であるが, マン徴候検査では開眼でも不安定であったとし, その理由として, 新たに所見が出てきたというより, 前回は家庭での検診で多少の凹凸がある畳の上での診察であり, 今回は条件の良い診察室での検診であったためより細かい所見が把握できた可能性がある旨指摘した。

エ また, 鶴田医師は, これらの所見を踏まえて, 末梢性前庭系障害では体幹失調が視覚での補正が行われるため開眼時と閉眼時で所見に乖離がみられることが多く, また, 閉眼での足踏み検査では, 著明な偏倚を認めることが多いとの前提からすると, 原告 F には, マン徴候の所見があり, 閉眼での足踏み検査で著明な偏倚を認められず, 原告 F の躯幹失調は小脳由来の可能性が高いとし, 原告 F の感覚障害は, 認定水俣病患者群と比べると程度は軽いため, 軽度の感覚障害であって, さらに, 聴力低下については, 末梢性の難聴 (内耳性ないし聴神経障害) の可能性が考えられ, 聴覚中枢の障害か否か今後の検討が必要とした上で, 原告 F にはメチル水銀汚染による健康被害があると結論付けた。

オ もっとも, 鶴田医師が, 原告 F のマン検査を閉眼及び開眼で行ったかは明らかでない。

(以上につき, 甲 C 6 の 13)

(8) 原告 F の現在の生活状況

原告Fは、本件口頭弁論終結時において、みかん農園の手伝いを行っており、補聴器を付け、自動車の運転も行うが、運転免許証において補聴器の必要性は認められていない。(甲C6の13, 原告F本人27, 28, 31, 32, 44頁)

5 (9) 原告Fの疾患又は症状等に係る医学的知見等

ア 言語障害(難聴との関係)

言語障害と難聴との関係について、難聴がある小児の場合、言語発達のため、補聴下の早期聴能教育が勧められることから、難聴児は特殊な訓練をしない限り言語が発達しないと考えられる。(本文第3編第2章第1
10 の6(2)イ)

イ 難聴

(ア) 難聴には、本文前提事実第6の3(6)のとおり、伝音性難聴(障害部位:外耳及び中耳)及び感音性難聴があり、後者は、内耳性難聴(障害部位:内耳(解剖学的には感覚器であって神経系には属さない。))及び
15 後迷路性難聴(障害部位:中枢神経系)に区別される。

(イ) 従来の疫学調査によれば、1000人に1人の割合で高度難聴児が生まれるとされ、このうち少なくとも50%は遺伝子が関与しているものと推測されている。伝音性難聴、内耳性難聴及び後迷路性難聴のいずれについても、病因の1つとして遺伝性が挙げられ、特に、伝音性難聴
20 及び内耳性難聴については遺伝性の頻度が最も高いとされている。遺伝性の難聴のうち、最も頻度の多いのが非症候群性難聴のうちの70%を占める常染色体劣性遺伝形式をとる難聴である。しかし、原因不明であることも多い。

本文前提事実第7の2(2)ウのとおり、聴力検査には、オーディオメーターという聴力測定装置を用い、その検査結果はオーディオグラムという記録用紙に記入される。ただし、この検査では感音性難聴を内耳性難聴と
25

後迷路性難聴とに鑑別することは困難であり、語音聴力検査、自記オーディオメトリーを用いた聴覚異常順応検査等を行う必要がある。

感音性難聴では蝸牛歪その他の複雑な要素が加わっているため、再生増幅音声には容易に適応しにくく、使用訓練を要する場合が多い。特に後迷路性難聴は適応する補聴器を選択することが難しく、障害が中枢に近づくと補聴器の効果は少なくなる。

メチル水銀中毒により内耳性難聴を発症する可能性は否定できないものの、水俣病における難聴は中枢性難聴が主である、すなわち、皮質性難聴を始まりとし、症状の進行とともに第八脳神経根部にまで至る後迷路性障害が本態であるとされていることから、後迷路性難聴は水俣病に見られる症候と矛盾しない所見があるといえる一方、内耳性難聴を示す所見のみがある場合にはそれが水俣病に起因すると考えることは困難であるとされている。聴覚疲労や語音聴力の悪化がある場合には後迷路性難聴の存在を疑い、補充現象が陽性の場合には内耳性難聴の存在を考慮することとされている。なお、メチル水銀中毒による聴力障害はまず内耳性難聴像を示すものが多いとされているものの、軽度障害に始まったものはその多くが途中何らかの聴力改善が見られそのままほとんど正常に復するものも少なくない一方、途中正常に復したものが再び悪化した場合にはそのうち特に後迷路性障害の所見を示すものが非常に多いとされており、長期間にわたって内耳性難聴が持続することは多くない。

(以上につき、本文前提事実第7の2(2)、本文第3編第2章第1の5、甲C6の15、乙B158～160、195・118、119、135頁、乙C6の15、弁論の全趣旨)

3 争点（原告Fが水俣病にり患しているか否か）について

原告Fが、水俣病にり患しているか否かは、本文第3編第5章第1のとおり、生活歴、症状やその他疾病り患の有無などを個別的に検討した上で総合的に水

俣病のり患の有無を判断すべきである。

(1) 原告Fのメチル水銀ばく露の有無及び程度

前記認定事実によれば、原告Fの出生・居住地の周囲には多くの水俣病認定患者が存在しており（前記1(2)）、幼少期に同居していた祖父c1の家業は半農半漁であって（前記1(5)）、E家も船を保有して出漁するなどしていたことからすると（前記1(5)）魚介類をある程度多食する生活を送っていたといえる。もっとも、父c3は昭和52年頃までチッソ水俣工場に勤務しており、E家においては畑作や鶏の飼育等も相当程度行っていたこと（前記1(5)）からすると、魚介類の摂取に大きく依存する食生活であったとまでは認められない。また、原田医師又は下地医師によって、父母は水俣病の疑いと診断され、兄c5は水俣病と診断されているが（前記1(3)）、水俣病と認定されるには至っておらず（前記1(3)）、父c3については、同人の勤務先であったチッソに恩義を感じて水俣病の認定申請をしないまま亡くなったことが認められるものの（甲C5の13）、感覚障害は下肢に証明されるが全身性の疑いがあるとされるに留まっている（前記1(3)）。

以上から、原告Fは、胎児期から乳幼児期を通じてある程度のメチル水銀ばく露を受けたものと認められるものの、高濃度のメチル水銀ばく露を受けたと認めるには足りず、また、不知火海の汚染状況（本文第3編第2章第1）や原告Fが昭和50年3月から昭和53年5月まで愛知県に居住していたこと（前記1(1)ア、イ）に照らすと、同人が一定程度のメチル水銀ばく露を受けた可能性があるのは昭和43年5月まで（本文第3編第3章第1の3(3)）であったと認められる。

以上によれば、原告Fは、胎児期以降、ある程度のメチル水銀ばく露を受けたものと認められるものの、高濃度のメチル水銀ばく露を受けたものと認めるのは困難である。

(2) 原告Fの症候

ア 原告Fの感覚障害の症候の具体的な推移

原告Fは、前記2(1)の認定事実のとおり、幼少期に怪我をしたものの痛くなかったことがあり、また、親族から原告Fの入浴後の風呂の温度について熱いと言われていた旨の陳述及び供述をするが（前記2(1)ア(キ)）、平成19年8月28日付け原田医師作成の診断書では、自覚症状として「風呂の湯加減がわからない」及び「怪我ややけどをしても痛くない」のいずれについても「今も昔もない」とされており（前記2(2)ア(ウ)）、この齟齬について原告Fから合理的な説明はされていないから、原告Fの上記陳述及び供述の信用性には疑問を呈さざるを得ない。

また、原告Fは、平成17年8月の下地医師の診察において感覚障害はないとされたが（前記2(2)ア(ア)）、2年後の平成19年8月の原田医師の診察時には、触覚は全身に、痛覚は四肢全体に感覚障害が認められ、また、全身性の感覚障害は特に痛覚に関して認めるとされて（原告Fの感覚障害経過一覧②、前記2(2)ア(ウ)）、広範囲の感覚障害が発生し、それから約6か月後の平成20年2月の原田医師の診察時には、感覚障害の範囲が縮減して、触覚は肘関節遠位の上肢、ふくらはぎ遠位の下肢に、痛覚は口周囲及び肘膝関節遠位の四肢に障害が認められたとされた（同③、前記2(2)ア(エ)）。その後、平成22年9月の鶴田医師の診察時には触痛覚に異常は認められず（同④、前記2(2)イ(ア)）、平成23年3月の鶴田医師の診察時には口周囲、体幹及び手足首遠位の四肢に感覚障害が認められたとされ（同⑤、前記2(2)イ(イ)）、平成26年8月の三浦医師らの検査においては、概ね肘関節遠位の上肢、足首関節遠位の下肢に感覚障害が認められたものの（同⑥、前記2(5)ア(ア)）、平成27年1月の三浦医師らの検査については診療録には触痛覚の異常について特段の指摘はなく（前記2(5)イ）、同年9月の公的検診においても感覚障害は認められなかったが（同⑦、前記2(6)）、平成29年12月の鶴田医師の検査では、四肢末

端に軽度の感覚障害があるとされた（同⑧，前記2(7)）。

イ 感覚障害の評価

このように，原告Fの感覚障害は，公的検診を除いても，平成17年8月に感覚障害が認められず（下地医師），その2年後の平成19年8月には全身性の感覚障害が出現し（原田医師），平成20年2月には感覚障害の範囲が縮減し（原田医師），平成22年9月には再び感覚障害が認められなくなり（鶴田医師），平成23年以降は四肢末端優位の感覚障害が認められていたが（鶴田医師，三浦医師），平成27年1月には感覚障害について指摘されなくなったものであり（三浦医師），一定期間を置いた神経学的診察の度に所見の出現する部位に変遷が見られるばかりでなく，消失と出現が認められ，しかも，同一の医師による診断においても消失と出現が認められるに至っているにもかかわらず，その原因について合理的な説明がされていないことからすると，原告Fの感覚障害が存在すると認めることは困難というべきである。

さらに，公的検診によれば，原告Fには感覚障害がないとされているところ（原告Fの感覚障害経過一覧図⑦，前記2(6)），公的検診の結果の信用性については，本文第3編第5章第3において認定説示したとおりであり，基本的に信用できるものである上に，原告Fは，公的検診の検査方法について，目を開けた状態で検査を受けたなどと供述するものの（前記2(6)カ），これまで感覚検査を複数回受けてきた原告Fが公的検診における感覚検査において，あえて目を開けたり，また，目で見てわかったという趣旨で回答したりすることは考え難い上に，原告Fが難聴により医師との意思疎通が図りにくいという事情も公的検診においてのみ特別に生じた事情でないことからすれば，原告Fの公的検診の信用性を覆すことはできないというべきである。

したがって，所見の変動の検討にあたっては，公的検診の結果も考慮す

べきである。

以上によれば，原告Fの感覚障害経過一覧①の時点までは感覚障害がなかったが，②で全身の感覚障害が出現し，③で範囲が四肢に縮減し，④で消失し，⑤，⑥で四肢に出現し，⑦で消失し，⑧では再び四肢末端に出現したということができ，より一層，原告Fの感覚障害の発現と消失の状況が際立ったものとなり，原告Fの感覚障害の存在を認めることがより一層困難となったというべきである。

そして，仮に，原告Fに感覚障害が存在するとしても，本文第3編第5章第4の1のとおり，水俣病の症状が脳の不可逆的な器質的損傷によって生じるものであると解されることからすれば，感覚検査の性質等を考慮しても，所見の消失と出現の変動を大きく繰り返すことは考え難いところ，原告Fの上記所見の変動は消失と出現を大きく繰り返したものといわざるを得ないから，メチル水銀ばく露による脳の不可逆的な器質的損傷によって生じた感覚障害とは考えにくいし，水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が一貫して存在すると認めることもできない。

ウ 難聴

原告Fには，遅くとも小学校1年生から難聴が認められているところ（前記2(1)ア(ア)），水俣病における難聴は，皮質性難聴を始まりとし，症状の進行とともに第八脳神経根部にまで至る後迷路性障害が本態であるとされていることから，後迷路性難聴は水俣病に見られる症候と矛盾しない所見があるといえる一方，内耳性難聴を示す所見のみがある場合にはそれが水俣病に起因すると考えることは困難であるとされており（前記2(9)イ(イ)），また，後迷路性難聴の場合は適応する補聴器を選択することが難しく，障害が中枢に近づくにつれて補聴器の効果は少なくなるとされている（前記2(9)イ(イ)）。

原告Fの場合には，平成20年3月14日に熊本労災病院耳鼻科の医師

により、両感音性難聴と診断されるとともに、このとき語音聴力検査等
によって内耳性難聴と後迷路性難聴との鑑別（前記2(9)イ参照）がされ
た形跡はなく、耳部のエックス線検査の結果も正常であったが、内耳性
と考えられると診断されたこと（前記2(2)ア(オ)）、原告Fは、昭和53年
5 頃から補聴器を用意し、平成3年頃以降は補聴器を手放せなくなり（前
記2(1)ア(エ)）、平成24年11月の宮崎大学医学部附属病院耳鼻咽喉科に
よる診察の際にも高度神経難聴で補聴器を要するとされたこと（前記2
(3)）、平成26年10月の公的検診においても後迷路性難聴であるとは認
められなかったこと（前記2(6)ア）からすると、原告Fの難聴が後迷路
10 性難聴であると認めることは困難である。

他方、メチル水銀中毒による難聴は、当初は内耳性難聴像を示すことが
多いとされており（前記2(9)イ(イ)）、メチル水銀中毒によって内耳性難聴
が発症する可能性は否定できないものの、軽度障害に始まった内耳性難
聴はその多くが改善し、そのままほとんど正常に復するものも少なくな
15 い一方、途中正常に復した内耳性難聴が再び悪化した場合にはそのうち
特に後迷路性障害の所見を示すものが非常に多いとされ、長期間にわた
って内耳性難聴が持続することは多くないとされているところ（前記2
(9)イ(イ)）、原告Fの内耳性難聴は、上記のとおり、長期にわたり、しかも
加齢とともに徐々に増悪していることからすれば、原告Fの内耳性難聴
20 がメチル水銀ばく露に起因するものと認めることは困難である。

エ 小脳性運動失調、平衡機能障害等について

原告Fには、平成17年の下地医師の診察（前記2(2)ア(ア)）、平成19
年の原田医師の診察時（前記2(2)ア(ウ)）にはいずれも構音障害は認めら
れなかったものの、平成20年の原田医師の診察では言語やや不明瞭と
25 され（前記2(2)ア(エ)）、平成22年に鶴田医師により構音障害があるとさ
れ（前記2(2)イ(ア)）、平成26年の三浦医師らの診察（前記2(5)）及び平

成 27 年の公的検診（前記 2(6)）では、構音障害はいずれも認められず、平成 29 年の鶴田医師の診察では軽度構音障害と認められた（前記 2(7)）。また、原告 F 自身は、小学校に入学した頃にシとチを聞き分けるのが難しく、シをチと発音していたと供述するが（前記 2(1)ア(ア)）、これを除き、言葉がはっきりしない、言葉が出にくいなどの自覚症状を訴えた形跡はない。

以上によれば、原告 F に構音障害があると認めることはできず、仮に構音障害が存在するとしてもごく軽微なものであり、難聴児は特殊な訓練をしない限り言語が発達しないと解されることから、同構音障害が難聴に伴う言語発達障害である可能性を否定することはできない。

また、原告 F には平成 26 年 8 月の三浦医師らの検査時に企図振戦があるとされたが（前記 2(5)ア(ア)）、他の検査の際に指摘されたことはないから、原告 F に企図振戦があると認めることはできず、仮にあるとしてもメチル水銀ばく露の影響によって企図振戦が生じていると認めることは困難である。

以上に加え、本文第 3 編第 2 章第 1 の 3 の医学的知見によれば、原告 F に、水俣病の病像に含まれる小脳性運動失調、平衡機能障害があると認めることはできない。

(3) 原告 F の各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

ア 原告 F の感覚障害について

原告 F に感覚障害が認められず、仮に認められるとしても、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が認められないことは前記(2)ア、イで認定説示したとおりである。

イ 感覚障害以外の症候がないことについて

前記(2)エのとおり、原告 F に小脳性運動失調、平衡機能障害等があると認めることはできない。

ウ 発症時期について

(ア) 原告Fに水俣病の症状とされる四肢末端優位の感覚障害が初めて発現したのは、全身性感覚障害を含めて考えたとしても、前記2(2)ア(ウ)のとおり、平成19年以降であったといえることができるから、原告らの主張する原告Fの水俣病を推認させる症状の発症時期は、同年頃とみるのが相当である。

(イ) これに対し、原告らは、原告Fには、幼少期から、痛みを感じないなどの症状や難聴があったのであるから、同時期にはすでに発症していた旨主張する。しかし、本文第3編第4章第1の6のとおり、これらの症状は、水俣病に特異的な症候ではなく、原告Fの難聴とメチル水銀ばく露の因果関係も認め難いことに加え、前記(1)で認定説示したとおり、原告Fが高濃度のメチル水銀ばく露を受けたと認めることができないことを考慮すると、原告Fが幼少期に発症していたと認めることはできない。

(ウ) そうすると、原告Fのばく露終了時期である昭和43年5月（前記(1)から医学的な裏付けのある症状の発現まで約30年以上経過しており、仮に原告Fが愛知県に転居する昭和50年3月を前提としても、30年以上が経過しているから、現在における一般的な医学的知見に基づく、水俣病のばく露から発症までの期間についての見解（数か月からせいぜい数年（本文第3編第4章第4の2））と大きく齟齬するというべきである。

エ 所見の変動について

原告Fの感覚障害については、仮に存在するとしても、前記(2)イで認定説示したとおり、比較的短期間に消失と出現を含む相当程度の所見の変動が見られることからすれば、原告Fの感覚障害はメチル水銀ばく露によるものとして合理的に説明することは難しいというべきである。

オ 他原因の可能性について

(ア) 難聴については、遺伝的な原因等が考えられることは、前記2(9)のとおりであり、水俣病以外の複数の疾患が原因である可能性が否定できない。

5 (イ) 原告Fの感覚障害は認められず、他原因について判断するまでもない。

カ 原告Fの自覚症状についての判断

原告Fは、この他、原告Fには、早くから、頭痛等がみられた旨供述する。

10 しかし、これらの自覚症状は水俣病の主要症候との関連性が必ずしも明らかではなく非特異的な症候であり（本文第3編第4章第1の6）、幼少期に怪我をしたといったエピソードや風呂の湯が熱いことを指摘されたといったエピソードも水俣病であることを推認させる程度に特異的なものとはいえず、本件に現れた事情のみによって原告Fの自覚症状がメチル水銀ばく露の影響によるものであると認めるには足りず、原告Fが水俣病にり患していることを裏付けるものとは言えない。

15

(4) 結論

以上を総合的に検討するに、原告Fは胎児期及び乳幼児期に高濃度のメチル水銀にばく露したとまでは認められず、その後も同様であり、原告Fが訴える自覚症状とメチル水銀ばく露との関係は明らかではなく、難聴は認められるが、感覚障害はその存在を認めるに足りず、仮に他覚所見の見られる感覚障害が存在したとしても、メチル水銀ばく露によるものとは認め難い。そして、その他証拠及び弁論の全趣旨によっても、原告Fが水俣病にり患しているとは認めることはできない。

20

25

以上

原告Gに関する判断

第1 概要等

1 前提事実

5 (1) 原告Gは、昭和35年▲月▲日生まれの女性であり、婚姻前の氏名はGである。(甲C7の1, 13, 乙C7の1, 弁論の全趣旨)

(2) 原告Gは、平成17年4月24日付け認定申請書をもって、水俣病認定申請を行い、鹿児島県知事は、同月28日付けでこれを受理した。鹿児島県知事は、疫学的調査及び検診を実施し、これにより得られた資料を基に平成27年12月25日付け環林第330号により鹿児島県公害健康被害認定審査会へ諮問し、認定審査会は、平成28年1月11日開催の第122回鹿児島県公害健康被害認定審査会による審査の結果、平成28年1月21日付けで「棄却相当」との答申を行い(乙C7の4)、鹿児島県知事は、この答申を受けて、同年2月10日付けで本件処分を行った。

15 これに対し、原告Gは、同月23日付け異議申立書をもって、鹿児島県知事に対し、原告Gに係る本件処分につき、異議申立てを行い、鹿児島県知事は、同月24日付でこれを受理し、平成28年4月22日付でこれを棄却した。

20 また、原告Gは、原告Gに係る本件処分につき、平成28年5月15日付け行政不服審査請求書をもって審査請求を申し立て、不服審査会は同月20日付で受理した。(甲C7の1, 2, 12, 13, 15, 16, 乙C7の1~8)

(3) なお、原告Gは、平成7年政治的解決による医療手帳の交付を求めている。(原告G本人17頁, 弁論の全趣旨)

25 2 争点に関する当事者の主張

本件の争点は、原告Gが水俣病に患しているか否かであって、原告らに共

通する当事者の主な主張については、本文第2編第3章で摘示したとおりであり、原告Gに関する個別的主張について摘示する。

(原告らの主張)

原告Gは幼少期から水俣病にり患している。

5 ア 原告Gのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Gは、葦北郡（住所省略）で生育し、魚介類を多食していたことから、原告Gが胎児期及び幼少期に高濃度のメチル水銀にばく露したことは明らかである。

イ 原告Gの各症候

10 原告Gには、昭和41年ないし昭和46年頃から自覚症状があり、平成5年頃から感覚障害を自覚しており、口周囲を含む全身に感覚障害が認められる。

ウ 原告Gの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

15 (ア) 原告Gの自覚症状は昭和41年ないし昭和46年頃からあったのであるから、原告Gの発症時期は幼少期である。

(イ) 原告Gには、腱反射や神経伝導検査の結果からは末梢神経障害があるとはいえないし、原告Gに認められる触痛覚障害を更年期障害で説明することはできず、説明し得る疾患は水俣病をおいて他にはない。

エ よって、原告Gは、幼少期から水俣病にり患している。

20 (被告らの主張)

否認する。

ア 原告Gのメチル水銀ばく露の有無及び程度

原告Gが胎児期及び幼少期に高濃度のメチル水銀にばく露したとは認められない。原告Gは、父が巾着網漁業により入手してきた魚介類を食していたが、父は昭和40年には既にカタクチイワシ漁を止めていたから、同年頃以降のばく露の程度には疑問がある。原告Gの兄弟は、誰も水俣病の

25

認定を受けていない。

その家族の臍帯メチル水銀値に関しては原資料が存在せず，原告が乳児期に水俣病を発症しうる程度のメチル水銀にばく露していたと認めるのは困難である。

5 イ 原告Gの各症候

(ア) 原告Gに胎児性水俣病に見られる臨床症候が存することをうかがわせる事情は見当たらない。

(イ) 原告Gに生じたとされる感覚障害は，水俣病の病像と整合しておらず，触覚及び痛覚の障害について，出現ないし消失，その程度及び部位が大きく変化していること，感覚障害の程度と日常生活上の支障の程度に大きな齟齬が認められることから，脳の不可逆的な器質的損傷が原因であるとは解し得ない。

(ウ) また，原告Gに，運動失調，平衡機能障害及び構音障害を認めることはできず，原告Gに発現した症候は，感覚障害のみとなり，水俣病である蓋然性は低い。

15 ウ 原告Gの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

(ア) 原告Gの発症時期について，原告Gの感覚障害の発現時期が幼少期であったことの裏付けはなく，証拠上，原告Gの四肢に触覚及び痛覚の低下が認められるのは，平成17年以降であって，原告Gの四肢末梢の感覚障害の発現時期は，同日頃と考えられるが，水俣工場がアセトアルデヒドの製造を中止したとされる昭和43年5月から約30年も経過した時点であり，仮に平成5年に感覚障害が認められたとしても，約25年経過後であって，水俣病の病像と整合しない。

(イ) また，原告Gにみられたとされる四肢末端優位又は全身性の感覚障害について，非器質性疾患，具体的には更年期障害，又は頸椎症，胸郭出口症候群及び腰部疾患によるものとして説明が可能であり，水俣病以外の疾患

に起因するものである可能性も指摘できる。

エ これらによれば，原告Gが水俣病に罹患しているといえない。

第2 当裁判所の判断

1 ばく露に関する認定事実

5 (1) 居住歴・職歴の概要

ア 原告Gは，昭和35年1月，熊本県葦北郡（住所省略）（女島地区。以下「実家」という。）で出生し，昭和53年3月（18歳）に芦北農林高校を卒業し，熊本市内に転居して，同市内のNEC工場に勤務し，ICチップの組立作業等に従事したが，昭和54年9月（19歳）頃には，実家
10 に帰郷し，昭和58年まで水俣市内の岡部病院で調理士として勤務した。

イ 原告Gは，昭和59年（23～24歳）に熊本県八代市内に転居し，同市内の化粧品販売会社で勤務した後，昭和60年（24～25歳），実家に帰郷し，さらに，昭和61年から水俣市の原精機で勤務し始め，平成5年ないし平成7年頃に水俣市内に転居し，平成7年に結婚した。

15 ウ 原告Gは，平成9年（36～37歳）に原精機を退職し，現住所地である鹿児島県出水市（住所省略）に転居し，平成13年9月（41歳），同市の鹿児島積水化工株式会社に就職し，立位での梱包作業等に從事しながら生活している。

（以上につき，甲C7の13，乙C7の12，13，17，原告G本人8
20 ～11頁）

(2) 居住地の状況等

ア 実家のある女島地区は，水俣市内から北側に約20km離れた不知火海に面する集落であり，傾斜の急な山並みに囲まれており，女島地区の中でも実家のある沖地区は，漁業を中心とした集落であって，約60世帯240
25 人ほどの小さな集落であった（別紙4-2参照）。

イ 女島地区のうち沖地区は，多くの水俣病認定患者が居住していた地区で

あり、沖地区全体での水俣病認定患者は100名近く（1世帯当たり約1.6名）になり、昭和34年（出生前年）には、網元であったJが急性劇症型水俣病で急死し、昭和44年（8～9歳）には、胎児性水俣病の認定患者も現れていた。なお、女島地区において、原告Gの同級生には、2名の胎児性水俣病患者がいた。

ウ 実家は、沖地区の中でも、ほぼ海に面した位置にある。

（以上につき、甲C7の13, 15, 乙C7の17, 原告G本人14頁, 弁論の全趣旨）

(3) 同居親族の状況

ア 家族関係及び水俣病認定状況等

父母の家系及び認定状況等は、別紙6-7-1及び同6-7-2のとおりである（ただし、いずれも掲載を省略する。）。（乙C7の17）

原告Gの父方の祖父d1（以下「祖父d1」という。明治26年生）、父方の祖母d2（以下「祖母d2」という。明治29年生）、父d3（以下「父d3」という。大正12年生）及び母d9（以下「母d9」という。大正13年生）が水俣病認定患者である。

また、兄弟のうち、姉d4（昭和22年生）が被害者手帳を、長兄d5（以下「長兄d5」という。昭和26年生）が医療手帳を、次兄d6（以下「次兄d6」という。昭和28年生）及び三兄d7（以下「三兄d7」という。昭和30年生）が被害者手帳を所持している。

（ア）祖父母

祖父d1は、明治26年に生まれ、昭和20年頃からd8（以下「叔父d8」という。）と漁業に従事し、昭和48年に80歳で死亡し、死後、昭和50年に水俣病と認定された。

祖母d2は明治29年に生まれ、昭和48年に水俣病と認定された後、77歳で死亡した。

(イ) 父母等

父 d 3 は大正 1 2 年に生まれ、昭和 2 0 年から祖父 d 1 と漁業に従事するようになり、昭和 2 2 年に叔父 d 8 の妹で、原告 G の母である d 9 と結婚し、昭和 5 0 年に水俣病と認定され、平成 9 年に 7 4 歳で死亡した。

母 d 9 は、大正 1 3 年に生まれ、父 d 3 と結婚後、昭和 5 3 年に水俣病と認定され、平成 2 3 年に 8 7 歳で死亡した。

叔父 d 8 は、昭和 4 6 年に水俣病と認定され、昭和 4 8 年に死亡した。

(ウ) 兄弟姉妹

父 d 3 と母 d 9 の間の子らの状況は上記のとおりである。

(以上につき、甲 C 7 の 1 3, 1 5, 乙 C 7 の 1, 1 3, 1 7, 原告 G 本人 1 2, 1 3 頁)

イ 同居状況等

原告 G は、出生から昭和 5 3 年 3 月に高校を卒業するまで、主に上記アの家族と同居していた。(甲 C 7 の 1 3, 乙 C 7 の 1)

ウ 母及び兄の症候等

(ア) 母 d 9

母 d 9 は、平成 2 0 年 3 月 2 3 日、原田医師の診察において、自覚症状として、四肢のしびれ感、言葉が出にくくはっきりしない、からす曲がり、四肢が痛い等述べ、原田医師は、他覚所見として、嗅覚障害、聴覚障害、歩行時動揺、つぎ足歩行障害、ロンベルグ現象陽性、マン現象陽性、つま先歩行不能、片足立ち障害、ボタンかけは拙劣・緩慢、筋力低下、腱反射やや低下、二点識別覚軽度障害及び四肢優位の感覚障害との所見をとられた。

(イ) 兄 d 5

兄 d 5 は、平成 1 0 年 8 月 7 日、原田医師の診察において、自覚症

状として、しびれ感，腰痛，だるい，脱力，言葉が出にくい，立ちくらみ及びめまいを述べ，原田医師は，他覚所見として，マン現象陽性，動作緩慢・不円滑，口周囲および四肢末端に強い感覚障害との所見をとり，水俣病と診断した。

5 (以上につき，甲C7の8，13，15)

(4) d1家の家業等

ア 祖父d1は，従前漁業を営んでいたものの，昭和12年，漁業に見切りをつけ，新潟県の昭和肥料鹿瀬工場に単身赴任し，その後，父d3ら家族を呼び寄せ，新潟に転居した。

10 イ しかし，父d3は，昭和20年，復員後，祖父母とともに女島の実家に戻り，祖父d1とともに漁業に従事し，昭和21年頃から，沖地区で網元であった叔父d8の下で漁業を始めた。父d3は，当初は手漕ぎ舟を，同22年ころからは動力船を用いて漁をしていた。なお，叔父d8の下で，父d3を含めて漁民が40名近く働いていた。

15 ウ 昭和30年頃になると，女島地区付近では，商売として売れる魚があまり獲れなくなったため，父d3は，同年以降は，叔父d8の下で，水俣方面や鹿児島県阿久根方面へも赴き，巾着網漁という漁業を不知火海一帯で行っており，同年11月頃から，巾着網魚の休業期には，水俣湾方面で，ボラ網や磯立網などによる漁を行っていた。原告Gも，昭和3
20 8年（3～4歳）頃，父d3のボラ網漁に同行したことがあった。

エ 母d9は，原告G妊娠中であった昭和35年頃，イワシの加工に従事して多忙な状況であった。（甲C7の13，15，16，原告G本人7～15頁）

25 オ 女島地区では，昭和34年，網元であるJが急性劇症型水俣病を発症してその後死亡した。

同年には，葦北沿岸漁業振興対策協議会の代表者が，水俣工場に対し，

葦北郡内でも猫が次々と死に、死魚や仮死状態の浮遊魚が増え、魚が売れないなどと陳情したり、葦北など不知火海沿岸漁民が数千人規模のデモをしたりした。漁協は工場排水停止を求めたが実現せず、不知火海汚染補償金もわずかで魚価暴落によりかえって生活は苦しくなる状況の中、
5 叔父 d 8 は、昭和 37 年に巾着網漁を廃業した。(乙 A 4 1)

カ また、父 d 3 は、昭和 33 年以降の自らの漁業の状況に関し、女島の近海で魚に異常がみられるようになり、女島地区周辺だけでなく、阿久根においても不漁であったことに加え、水俣病の風評被害の影響で売れなくなったことから、イリコの製造をしておらず、生活が苦しかったと述べる。

10 (以上につき、本文前提事実第 4 の 1 (4)、乙 A 3 1, 3 3, 4 1, 4 2, 乙 B 2 4 2, 甲 C 7 の 1 3, 乙 C 7 の 1, 9, 1 0, 弁論の全趣旨)

(5) d 1 家の魚介類入手状況及び摂取状況

ア d 1 家では、網元から分配される魚や、自分の船で獲る自家摂食用の魚、近所の浜で獲る貝類や海草類など、大量に魚介類を入手していた。

15 イ 祖父 d 1 は漁で忙しく、獲ってきた魚をその場でさばいて多食しており、父 d 3 もしばしば庭先で魚をさばいていた。また、魚は刺身や煮付けにするだけでなく、残った骨にお湯をかけて飲んだり、魚の煮汁を野菜の煮付けのだし代わりにしたりするという状況であった。

ウ 加えて、父 d 3 及び母 d 9 は、畑で、主にかから芋と自家摂食用の野菜を
20 作っており、卵をとるために鶏の飼育も行っていた。

エ 父 d 3 は、浮遊魚を見かけるようになったものの、魚はイルカが追いかけて回すことによって浮く場合(イルカ回し)などもあり、昭和 34 年頃には火を入れれば大丈夫であると考えて食べていた。もっとも、原因は分からないものの人間も危ないのではないかと感じていた。次第に
25 イリコを揚げる網を洗うと白いへドロのようなものが溜まるようになり、その後、イリコを食べた猫が死ぬようになってからは獲ったイリコを捨

てた。原告Gの家族も、死魚や浮遊魚、よだれを垂らしたり物にぶつか
ったりする猫を見かけていた。父d3が自ら魚を獲ることはなくなり他
からもらって食べる程度になったことに加え、水俣病関連の事件発生以
降は、魚介類が水銀に汚染されていることが分かったためこれ以上食べ
てはいけないという意識もあって、d1家における魚介類の摂取量は減
った。

(以上につき、甲C7の13、乙B242、乙C7の17、弁論の全趣旨)

(6) 原告Gの魚介類摂取状況

原告Gの食生活は、魚介類、から芋、麦類、卵、米、野菜等から成ってい
たが、3食とも魚介類が主食であった。ただし、原告Gが小学生となった以
降は、中学校を卒業するまで、昼食は学校給食であった。

このような食生活は、昭和53年3月(18歳)、原告Gが高校を卒業し、
実家を離れ熊本市で就業するまで続いた。(甲C7の13、15、16、原
告G本人7～15、37頁)

(7) 臍帯メチル水銀値

原告Gの臍帯メチル水銀値の記録はない。

2 症候に関する認定事実

(1) 幼少期から水俣病認定申請までの経緯の概要

ア 原告Gは、昭和41年ないし昭和46年(小学生)頃、めまいで倒れた
ことや、からす曲がりを経験することがあり、また、このころは落ち着き
がなく、じっとしていることが苦手であった。

イ その後、昭和47年ないし昭和53年(中学生～高校生)と、年を経
るにつれて、頭痛やめまい、耳鳴り、ふらつき、からす曲がりなどの自
覚症状が次第に悪化するようになり、頭痛薬のノーシンを持ち歩くよう
になっていった。

ウ 原告Gは、昭和53年3月(18歳)の就業後、肩こりや頭痛、めま

い、耳鳴りがひどくなった。仕事内容が I C チップの組立作業で、顕微鏡を見ながらの作業であったことから、肩こりや頭痛がひどくなり、昭和 5 4 年 9 月、1 年半で退職し、実家に戻った。

エ 原告 G は、昭和 5 8 年まで、岡部病院での勤務中も、月 1 回程度、実家で鍼治療を受けていた。また、昭和 6 1 年から、原精機での就業後には、整骨院に行き、鍼治療やマッサージ治療を受けるようになった。

(以上につき、甲 C 7 の 1 3、乙 C 7 の 1、6、1 7)

(2) 既往歴及び各種診察の結果等

ア 総合医療センターへの入通院

(ア) 平成 9 年 1 0 月 1 7 日～同年 1 1 月 2 5 日の入通院 (3 7 歳)

原告 G は、平成 9 年 1 0 月 1 7 日から、総合医療センター産婦人科に通院し、切迫流産 (8 週)、合併症として子宮筋腫の診断を受け、同年 1 1 月 2 日から同月 1 7 日まで入院した。

この間、原告 G は、看護師に対し、主訴として、「茶色のおりものがあり、時々、腹が張る」と述べ、看護師は、原告 G の聴力障害、視力障害、運動障害は「無」とし、患者の訴えとして四肢の神経症状等は看護記録に記載されなかった。

(イ) 平成 9 年 1 1 月 2 7 日付け診断書 (3 7 歳)

総合医療センター産婦人科医師の東矢俊光は、同日、原告 G が「①切迫流産 (1 1 週)、②子宮筋腫」であり、「平成 9 年 1 1 月 2 日より 1 1 月 1 7 日まで入院し、現在、外来にて様子観察中です。現在も時々下腹痛あり、1 2 月 3 1 日までの自宅安静が必要と思われます。」と診断した。

(ウ) 平成 9 年 1 1 月 2 7 日の通院 (3 7 歳)

原告 G は、同日、総合医療センター内科に通院し、現病歴として「昨年 1 2 月より左下腹部痛出現、当院産婦人科受診して子宮筋腫指摘。痛

みは、子宮筋腫からの痛みではないと言われた。左下腹部痛はときどき出現し、しめつけられる様な痛み。ガスが出た後は、楽になります。…現在妊娠11週」と述べ、採血、検尿、検便が行われたが、特に異常認められず、大腸疾患疑い、肝機能障害疑い、腎機能障害疑いと診断され、
5 同年12月1日付で、産婦人科に対しその旨情報提供された。

(エ) 平成10年4月3日から同年6月1日の入院(38歳)

原告Gは、平成10年4月3日、総合医療センター産婦人科において「切迫早産(29週)(子宮筋腫合併)」と診断され、同年5月25日出産し、同年6月1日まで入院した。

10 その際、原告Gの既往歴として、喘息はなく、手術もなく、「healthy(健康)」とされた。

また、この間、原告Gは、看護師に対し、職業は主婦であり、腹緊と述べ、看護師は、原告Gの聴力障害、視力障害、運動障害は「無」とし、患者の訴えとして四肢の神経症状等は看護記録に記載されなかった。

15 (以上につき、乙C7の14, 16, 18)

イ 平田整形外科クリニックへの通院

原告Gは、平成10年10月28日から平成20年10月27日(38歳～48歳)まで、次のとおり、平田整形外科クリニック(以下「平田クリニック」という。)において、平田健作医師(以下「平田医師」という。)による診察を受けた。(乙C7の13, 15)

20 (ア) 原告Gは、平成10年10月28日(38歳)、自覚症状として「昨夜、子供のおむつ交換のとき、左腰がギクっとな」った旨述べ急性腰痛症及び腰部筋膜炎と診断された。

25 (イ) 原告Gは、平成12年6月10日(40歳)、自覚症状として「3日前に重い物をもって…ひねると痛い」と述べたが、しびれは見られず、神経学的異常はないとされ、急性腰痛症及び腰部筋膜炎と診断された。

(ウ) 原告Gは、平成13年4月19日(41歳)、自覚症状として、「前から肩こり」があり(+), 1週間前からひどくなった, また, 挙上痛及び頸部痛がそれぞれある(+)と述べ, 頸肩痛及び肩甲部筋膜炎と診断された。

5 (エ) 原告Gは、平成14年10月4日(42歳)、自覚症状として「昨日から誘因なく左頸から肩にかけて痛い。…左肩甲部へ放散痛あり。痺れ感無し。…このような痛みは時々ある。」と述べ, 頸肩痛及び肩甲部筋膜炎と診断された。

10 (オ) 原告Gは、平成16年12月29日(44歳)、自覚症状として、「3日前より布団を上げようとして腰を痛めた。腰全体が痛い。反らすときに, 曲げ伸ばしに, 寝起きに痛い。放散痛無し。痺れ感無し。…痛みはあまり変わらない。この様な痛みは前にもあった。前よりは良い」と述べ, 急性腰痛症及び腰部筋膜炎と診断された。

15 (カ) 原告Gは、平成17年10月8日(45歳)、自覚症状として、「1週間前から仕事で無理する為か, 左足底が痺れるようになった。その後から左腰も痛くなった。安静時は痛みはない。重い物を持った時に痛む。痺れは少しずつよくなってきている。腰の痛みは徐々にひどくなってきた。前もこのような痛みはあった。以前から肩凝りがある」旨述べ, 頸肩痛, 肩甲部筋膜炎及び筋・筋膜性腰痛と診断された。

20 (キ) 原告Gは、平成18年12月21日(46歳)、自覚症状として、「今朝から掃除機を取ろうと屈んだ時にぎくつとなった。腰全体が痛い。曲げ伸ばし, 立ち上がる時に痛い。左足は前から痺れがある。時々, ぎっくり腰をする」と述べたが, 神経学的異常はないとされ, 急性腰痛症及び腰部筋膜炎と診断された。

25 (ク) 原告Gは、平成20年10月27日(48歳)、自覚症状として、「2日前から草むしりして腰が痛くなった。前屈で痛い。」と述べ, 歩行痛はな

く（－），痛みは不変であり，放散痛はなく（－），左足部に痺れがあり（＋），「前から時に痛み」があり（＋），以前から肩こりがある（＋）旨述べたが，神経学的異常はないとされ，変形性脊椎症及び筋・筋膜性腰痛と診断された。

5 (3) 原田医師らによる診察

ア 原田医師による診察

原告Gは，平成17年4月4日から平成20年2月16日（45～48歳）にかけて，原田医師の診察を受けた。その結果は，次のとおりである。（甲C7の7～10）

10 (ア) 平成17年4月4日付け原田医師作成の診断書（45歳）

原告Gは，同日，原田医師の診察を受け，自覚症状として，3年前から左手にしびれ感があること，20年前から頭，肩こり，腰の痛みが持続していること，耳が遠いこと，耳鳴，からす曲がり（部位は「右」と記載），疲れ易い，物忘れ，めまい，立ちくらみがある旨，また，現症として，「学校時代はどうもなかった」，「肩こりで，耳鳴り，嘔気があ

15 って，行っている」と述べ，原田医師は，他覚所見として，瞳孔障害，眼球運動，聴力障害，構音障害，舌運動，運動障害，運動失調，歩行時動揺，対面法による視野狭窄及びロンベルグ徴候はいずれもなく（－），固有反射は正常で（＋），他方，マン徴候，ライト（W r i g h t）徴候に異常所見があり（＋），感覚障害については，別紙7－7「原告Gの感覚障害経過一覧（以下「原告Gの感覚障害経過一覧」という。）①

20 のとおり，口周囲に障害はなく，四肢末端に痛覚及び触覚の障害があるが，触覚の障害の程度は軽いとの所見をとった。（甲C7の7）

(イ) 平成17年4月4日付け原田医師作成の診断書

25 原田医師は，原告Gについて「生まれて以来，昭和53年まで芦北町女島に居住していた。両親は水俣病認定患者。肩こり，しびれ，腰痛，

疲れ易い、めまい、立ちくらみ、からす曲がりなどの症状が幼少時からみられている。現在、四肢の感覚障害を認める。よって、水俣病に関する精査の必要を認める」として、水俣病の疑いと診断した。(甲C7の8)

5 (ウ) 平成19年8月28日付け原田医師作成の診断書(47歳)

原田医師は、原告Gの魚介類摂取状況として、主な入手方法は「自家」、摂取状況は「毎日」とし、原告Gの自覚症状として、「いつもある」ものとして、手足のしびれ、耳鳴り、からす曲がり、筋痙攣、頭痛、肩凝り、「何もしたくない気分になる、根気がない」、めまい、身体がだる
10 い、「ときどきある」ものとして、「手に持ったものを落とす」、「ふらつく」とし、これら以外の症状、例えば、「怪我ややけどをしても痛くない」などについては、いずれも何ら記載がされておらず、「今も昔もない」という趣旨の判断をした。この際、原告Gは、最も困る症状として、肩凝り、頭痛を挙げた。

15 また、原田医師は、原告Gの神経所見として、原告Gの感覚障害経過一覽②のとおり、口周囲の感覚障害は認めず、四肢の肘膝関節遠位の触覚・痛覚障害を認め、さらに頭部の表在感覚障害があるとして、全身性感覚障害の疑いがあるとし、また、原告Gの二点識別覚閾値は舌尖2mm、右示指10mm及び左示指8mmであり、視野狭窄、聴力障害及び構音障害
20 はいずれも認めず、運動失調については、閉眼片足立ちのみが不安定である以外は、異常は認めず、さらに深部腱反射異常及び病的反射は認められないが、上下肢の筋力低下は「疑う」との所見をとった。

原田医師は、原告Gの特記事項として、「感覚障害が主であるが、胎児期、小児期の汚染であるために成〔ママ〕の基準に一致しない場合も
25 ある。例えば、精神面や自律神経系の障害などに留意」と記載した上で、原告Gは小児期水俣病と診断した。(甲C7の9、原告G本人35頁)

(エ) 平成20年2月16日の原田医師の診察カルテ（48歳）

原田医師は、原告Gの他覚所見として、固有反射は正常で、二点識別
覚閾値は舌尖及び右示指4mm、左示指5mmであり、原告Gの感覚障害経
過一覧③のとおり、口周囲及び頭部に感覚障害はないが、四肢末端に優
5 位の触覚及び痛覚障害があり、胸部、腹部、四肢全体に触覚及び痛覚障
害があつて、左足には「ビリビリしびれ」があるとし、「椎間板ヘルニ
ア」と記載した。（甲C7の6，10）

イ 鶴田医師による診察

原告Gは、平成22年9月5日及び平成23年3月13日、鶴田医師の
10 診察を受けた。その結果は、次のとおりである。（甲C7の14）

(ア) 平成22年9月5日の診察カルテ（50歳）

鶴田医師は、原告Gの自覚症状として、肩こり、腰痛、両足のしびれ、
頭痛、眼や体が疲れやすいこととし、原告Gの他覚所見として、原告G
の感覚障害経過一覧④のとおり、全身の感覚の低下がみられ、四肢末梢
15 及び口周囲の感覚鈍磨があるとし、二点識別覚閾値は右示指6mmであり、
舌尖は誤答が多いとし、固有反射は正常で、MMSEの点数が30/30
であるとした上で、四肢末梢・口周囲の感覚鈍麻、二点識別覚が低下
するが、振動覚は正常と診断した。（甲C7の14）

(イ) 平成23年3月13日付け感覚検査表（51歳）

鶴田医師は、原告Gの他覚所見として、原告Gの感覚障害経過一覧⑤
20 のとおり、触覚の障害の程度について、上肢末端は10分の1から4、
下肢末端は10分の2から4、胸部は10分の2から3、腹部は10分
の2から5及び口周囲は10分の6から7であり、痛覚の障害の程度に
ついて、上肢末端は10分の1から5、下肢末端は10分の4、胸部は
25 10分の4、腹部は10分の4から8、口周囲は10分の5であり、ま
た、二点識別覚閾値は舌尖1mm以下、右示指3mmとの所見をとった。

(甲C7の14)

(4) 平成20年4月30日付け原田医師の診断

原田医師は、原告Gの疫学条件及び前記(3)アの各診察結果等を踏まえて、
「本人は濃厚汚染地区に生まれ育った。しかも実家は漁業であり、祖父母、
5 両親、一族に水俣病が多数認められている。しかし、その子どもたちは極期
には申請を拒否していた。最近になって『みんなが申請するなら』というこ
とで水俣病に関する認定申請をするようになった。そのような状況の変化に
加えて、症状の増悪がみられる。自覚症状に比較して神経症状は軽度である
ようにみえるが、しかし、自律神経系の症状や高次脳機能障害と言われる見
10 えにくい症状が存在している。」と考察した上で、疫学条件や症状からして
胎児期汚染による水俣病と診断した。(甲C7の10)

(5) 三浦医師らによる診察等

ア 平成26年8月の診察結果等

(ア) 神経内科学的所見の概要は次のとおりであった。

15 原告Gには、閉眼時の直立に軽度動揺が見られた。ロンベルグ試験、
マン試験で軽度に動揺が見られた。閉眼時の片足立ち起立、踵歩行に動
揺が見られた。また、原告Gには、前方向について、足踏み偏倚（前方
方向）があり、深部反射は下顎において消失していた。病的反射は、左下
肢にホフマン反射が見られた。

20 感覚検査の結果、原告Gの感覚障害経過一覧⑥のとおり、額以外の全
身に感覚障害が見られた。関節位置覚は正常であり、振動覚は四肢にお
いて8又は9秒であり、二点識別覚は低下しているとされた。

(イ) Zungうつ病自己評価によれば軽度のうつ病との結果であった。

原告Gは、問診において、更年期障害により婦人科を受診し本草桂
25 枝茯苓丸エキスの処方を受けている旨述べた。

(ウ) 頸椎、腰椎MRIの結果、異常は認められなかった。

(エ) 神経伝導検査の結果，別紙 8 - 7 「原告 G の神経伝導検査の結果等
一覽」のとおり（甲 C 全 27・7 頁），異常は見られなかった。

（以上につき，甲 C 全 27，甲 C 7 の 3，4）

イ 平成 27 年 1 月の診察結果等

5 原告 G の深部反射は正常であったが，下顎及び病的反射は検査されな
かった。

感覚検査は，原告 G の感覚障害経過一覽⑦のとおり，痛覚について異常
ありとされ，触覚については特段の指摘がない。口周囲を含む全身型の
障害で四肢末端に強いと考えられるとされたが，知覚図では肘膝関節と
10 手足首関節の中間部より遠位の上下肢に障害があるとされた。（甲 C 7 の
3～5，証人村田 92，93，105 頁）

ウ 三浦医師らによる診断

三浦医師らは，原告 G について，全身型の感覚障害（口周囲低下を含
む。）が阪南中央病院における検査で確認されるどころ，末梢神経障害は
15 腱反射及び神経伝導検査の結果から否定され，二点識別覚の低下が認め
られることから，上記感覚障害はメチル水銀ばく露による大脳皮質性の
ものと認められるとして，水俣病であると診断したほか，軽度運動失調，
平衡機能障害であると診断した。（甲 C 7 の 3～6）

(6) 平成 27 年 10 月 18 日の公的検診の結果

20 同日に行われた検診医による原告 G の検診結果は次のとおりである。

ア 原告 G は，平成 5 年頃から四肢にしびれがあったと述べた。

イ 原告 G に運動失調，平衡機能障害を示す所見は見られなかった。

ウ 原告 G の深部反射は口周囲において低下していた。病的反射は見られな
かった。

25 エ 感覚検査の結果，原告 G の感覚障害経過一覽⑧のとおり，肘関節遠位の
上肢，膝関節と足関節の中間部遠位の下肢に感覚障害が認められた。関節

位置覚は正常であり，振動覚は上肢16秒，下肢10ないし11秒であった。

なお，原告Gは，当該感覚検査は，ベッドに寝かされて天井を見る開眼の状態で行われ，針のようなものでつつかれて，左右の腕と手の甲，腕
5 と手先どちらの痛みが強いかが聞かれて検査されたが，事前に針の説明や，比較してどちらが痛いかなどの説明はなく，また，筆で腕や足を触られた記憶はないなどと述べている。

オ また，エックス線検査の結果，C5／6椎間腔の狭窄がやや見られた。
(以上につき，甲C7の13，乙C7の1)

10 (7) 原告Gの現在の生活状況

原告Gは，遅くとも平成22年頃（50歳頃）以降，本件口頭弁論終結時
においても，更年期障害の治療のために，楠元内科に通っており，漢方薬で
ある桂枝茯苓丸エキス等の処方を受けて，服用している。なお，原告Gは，
最初に更年期障害で楠本内科に行ったのは，45歳頃（平成17年頃）であ
15 る旨述べる。（乙C7の1，原告G本人38～40，44頁）

(8) 原告Gの疾患又は症状等に係る医学的知見等

ア 更年期障害

日本人女性の平均閉経年齢は約50歳であり，この前後5年間，すなわ
ちおよそ45歳から55歳までの時期を更年期という。更年期の女性は，
20 加齢に伴う身体機能の低下に卵巣機能の衰退によるエストロゲン分泌低
下（その結果，自律神経失調症状が惹起される。）の影響が加わり，多種
多様の不定愁訴症候群を中心とする更年期障害を自覚することがある。
更年期障害の発症には，ホルモンの変化のみならず，社会的，心理的因
子も関連しており，症状の多様性と個人差が顕著に認められる。

25 その症状は，①ほてり，発汗，冷え，動悸などの血管運動神経症状，②
肩こり，腰痛，関節痛などの運動器系症状，③頭痛，不安，不眠，いら

いら、物忘れ、うつなどの精神神経症状、④手足のしびれ、知覚鈍麻などの知覚障害に分類される。(乙B165, 166)

平成8年10月から平成11年9月にかけて更年期症状を訴えて慶應義塾大学病院を受診した女性の半数以上が、うつ病自己評価(SDS)において、軽度ないし高度のうつとされる状態であったと報告する医学論文が存在する(乙B167)。また、平成13年4月から平成16年3月までの埼玉県内各地の保健センターに検診や講演会等で訪れた40歳以上60歳未満の一般健常中高年女性に当たるとする女性398名を対象とした結果、多くの更年期障害の患者に、手足のしびれ、感覚鈍麻が見られたとされている。(乙B168)

なお、桂枝茯苓丸エキスは、更年期障害等の治療に用いられる漢方製剤である。(乙B169)

イ 頸椎症等

頸椎症等に係る医学的知見は、別紙6-2「原告Bに関する判断」第2の2(12)ウのとおりである。

ウ 腰部疾患

(ア) 変形性脊椎症とは、椎間板の退行性変化が基盤となって、その変化が椎間関節や周囲組織(骨、靭帯、筋肉)に影響を及ぼし、これらの組織の退行性変化によって神経組織が刺激・圧迫され様々な症状を呈している状態をいう。脊柱管が狭小である場合には、退行性変化が加わることにより神経症状を起こしやすい。症状の特徴は慢性腰痛であり、痛みは起床時などの動作の開始時に強く、動いているうちに軽減する。また、しばしば椎間板腔の非対称性の狭小により側弯を呈して腰痛や神経根性疼痛を惹起する(変性側弯症)。腰部の変形性脊椎症は、腰部脊柱管狭窄の原因疾患の一つであり、脊柱管狭窄の結果、馬尾又は神経根が慢性的に圧迫されると、下肢のしびれや間欠跛行、神経根性疼痛の症状が生

じる。(乙B17, 24, 172)

(イ) 腰椎椎間板ヘルニアに係る医学的知見は、別紙6-1「原告Aに関する判断」第2の2(8)アのとおりである。

3 争点(原告Gが水俣病にり患しているか否か)について

5 原告Gが、水俣病にり患しているか否かは、本文第3編第5章第1のとおり、生活歴、症状やその他疾病り患の有無などを個別的に検討した上で総合的に水俣病のり患の有無を判断すべきである。

(1) 原告Gのメチル水銀ばく露の有無及び程度

前記認定事実によれば、原告Gの出生・居住地は1世帯当たり約1.6名の水俣病認定患者が存在するほど多くの認定患者の存する地区であり(前記10 1(2)イ)、同居の祖父母及び父母はいずれも水俣病認定患者であったこと(前記1(3)ア、イ)、実家であるd1家の家業は漁業であり、d1家では不知火海産の魚介類を多食していたこと(前記1(4)、(5))等からして、原告Gは、胎児期及び乳児期に高濃度のメチル水銀にばく露したと認められる。

15 しかしながら、昭和31年11月以降水俣湾の魚介類の漁獲及び摂取の自粛が指導され(本文前提事実第4の1(1))、昭和32年には芦北の魚介類が売れなくなり(本文第3編第1章第3の7)、昭和34年には、女島地区においても水俣病による死者が現れ(本文前提事実第4の1(4)ニ)、芦北を含む不知火海沿岸漁民においてチッソ水俣工場に対する陳情や数千人規模のデモ20 を行うなどする中、その頃には父d3も魚の異常を認識しており、d8も昭和37年には巾着網漁を廃業した等の当時の経過等(本文前提事実第4の1(4)、本文第3編第1章第3)に照らせば、原告Gが昭和35年に出生する前から、幼児期、遅くとも少年期には、d1家における魚介類の摂取量は相当程度減少したものと認めるのが相当である。そうすると、原告Gは、全体25 を通してみると高濃度にメチル水銀にばく露したとまでは認められない。

また、不知火海の汚染状況(本文第3編第3章第1)に照らすと、原告G

が一定程度のメチル水銀ばく露を受けた可能性があるのは遅くとも昭和49年1月までであったと認められる（本文第3編第3章第1の3(3)）。

(2) 原告Gの症候

ア 原告Gの症候の具体的な推移

原告Gは、前記2(1)の認定事実のとおり、小学生の頃からめまいやからす曲がりの症状があり（前記2(1)ア）、感覚障害については、平成9年10月から平成10年6月の総合医療センターでの入通院時における看護記録等には、特段の神経学的な所見は記録されていないが（前記2(2)ア(エ)）、平成17年4月の原田医師の診察において、自覚症状として、3年前である平成14年頃から左手にしびれ感があった旨訴え、他覚所見として、四肢の感覚障害が認められたとされているが、知覚図では肘膝関節遠位の四肢に軽い触覚障害があったことのみが指摘され（前記2(3)ア(ア)、原告Gの感覚障害経過一覧①）、平成17年10月以降、平田クリニックに通院した際には、左足のしびれは訴えたものの、左手のしびれや四肢の感覚障害は訴えていなかったところ（前記2(2)イ(カ)、平成19年8月の原田医師の診察時には、肘膝関節遠位の四肢に感覚障害が認められ、口周囲の感覚障害は認められなかったが、全身性感覚障害を「疑う」とされて、全身性の感覚障害の存在が指摘され始め（前記2(3)ア(ウ)、原告Gの感覚障害経過一覧②）、平成20年2月の診察時にも、肘膝関節遠位の四肢に感覚障害が認められたほか、四肢全体に触覚・痛覚の障害があるとされたものの、左足のビリビリするしびれについては、水俣病によるものではなく椎間板ヘルニアによるものと判断され（前記2(3)ア(エ)、原告Gの感覚障害経過一覧③）、平成22年9月の鶴田医師の診察時には、全身の感覚低下と口周囲及び四肢末端の感覚鈍麻、二点識別覚低下が認められたが、振動覚は正常とされ（前記2(3)イ(ア)、(イ)、原告Gの感覚障害経過一覧④）、平成26年8月の三浦医師らの診察時には、額以外の全

身に感覚障害が見られ（前記2(5)ア，原告Gの感覚障害経過一覧⑥），平成27年1月の診察時にも，全身型の感覚障害であるとされているが，知覚図では肘膝関節と手足首関節の中間部遠位の四肢に障害があるとされ（原告Gの感覚障害経過一覧⑦），同年10月の公的検診においては，
5 肘関節遠位の上肢，膝関節と足関節の中間部遠位の下肢に感覚障害が認められた（前記2(6)エ，原告Gの感覚障害経過一覧⑧）。

イ 感覚障害の評価

このように，原告Gの感覚障害は，公的検診を除いても，平成17年4月に肘膝関節遠位の四肢の感覚障害が認められ，平成20年以降は，
10 全身性の感覚障害が認められるものの，一定期間を置いた神経学的診察の度に所見の出現する部位に変遷が見られる。

さらに，公的検診によれば，原告Gには四肢末梢優位の感覚障害があるとされるところ（原告Gの感覚障害経過一覧図⑧），公的検診の結果の信用性については，本文第3編第5章第3において述べたとおりであり，
15 基本的に信用できるものである上に，原告Gが供述する公的検診の際の検査方法等を考慮しても（前記2(6)エ），信用性を覆すには足りないといふべきである。

したがって，所見の変動の検討にあたっては，公的検診の結果も考慮すべきである。

20 以上によれば，原告Gは，感覚障害経過一覧①の際には肘膝関節遠位の四肢の感覚障害であったが，同②から⑦にかけて全身性の感覚障害が，出現する部位を変えながら出現し，同⑧にかけて，四肢末端部以外の感覚障害が急速に消失したといふことができる。

そして，本文第3編第5章第4の1のとおり，水俣病の症状が脳の不可逆的な器質的損傷によって生じるものであると解されることからすれば，
25 感覚検査の性質等を考慮しても，所見の消失と出現の変動を大きく繰り返す

返すことは考え難いところ，原告Gの上記所見の変動のうち全身性の感覚障害については，消失と出現を大きく繰り返したものと いわざるを得ないから，メチル水銀ばく露による脳の不可逆的な器質的損傷によって生じた感覚障害とは考えにくい。

5 他方，原告Gに見られた感覚障害のうち，肘膝関節遠位の四肢の感覚障害は，少なくとも平成17年4月以降はほぼ一貫して認められるから，水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害とその特徴が一致しており，水俣病にり患していることを一定程度推認させる事情があるということが

10 ウ 小脳性運動失調，平衡機能障害について

本文第3編第2章第1の3の医学的知見に照らせば，前記2の認定事実のとおり原告Gに見られた各所見について，三浦医師らの所見を考慮しても，原告Gに小脳性運動失調，平衡機能障害があるとは認められない。

15 (3) 原告Gの各症候がメチル水銀ばく露に起因するか否か

ア 原告Gの感覚障害について

原告Gに，水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が認められることは前記(2)ア，イで認定説示したとおりである。

イ 感覚障害以外の症候がないことについて

20 前記(2)ウで認定説示したとおり，原告Gに小脳性運動失調，平衡機能障害があると認めることはできない。

ウ 発症時期について

(ア) 原告Gに水俣病の症状とされる四肢末端優位の感覚障害が初めて発現したのは，前記2(3)のとおり，平成17年以降であったということが
25 できるから，原告らの主張する原告Gの水俣病を推認させうる症状の発症時期は，同年頃とみるのが相当である。

(イ) これに対し、原告らは、原告Gには、幼少期から、頭痛やからす曲がりなどの症状があったのであるから、同時期にはすでに発症していた旨主張する。

しかし、本文第3編第4章第1の6のとおり、それらの症状は、水俣病に特異的な症候ではないことからすれば、前記(1)で認定説示した原告Gの受けたメチル水銀ばく露の程度を考慮しても、幼少期に発症していたということはできない。

(ウ) そうすると、原告Gのばく露終了時期である昭和49年1月（前記(1)）から医学的な裏付けのある症状が発現した平成17年まで30年以上経過しており、現在における一般的な医学的知見に基づく、水俣病のばく露から発症までの期間についての一般的な見解（数か月からせいぜい数年（本文第3編第4章第4の2））と大きく齟齬するというべきである。

これに対し、原告Gは、平成27年10月の公的検診において、平成5年頃から四肢にしびれがあったと述べているが（前記2(6)ア）、上記診察の経過及び裏付ける的確な証拠がないことからすれば、同事実を認めることはできないし、仮にそれが認められるとしても、20年近く経過していることになり、一般的な見解と齟齬する点で変わりはない。

エ 所見の変動について

原告Gの感覚障害については、前記(2)イで認定説示したとおり、肘膝関節遠位の四肢の感覚障害は、少なくとも平成17年4月以降はほぼ一貫して認められるものの、四肢末端優位の感覚障害が認められていた平成19年8月の半年後である平成20年2月に全身性の感覚障害が出現し、その後、発現の部位を変遷させながら7年後には全身性の感覚障害が消失するという変動が見られることからすれば、原告Gの感覚障害はメチル水銀ばく露によるものとして合理的に説明することは難しいというべ

きである。

オ 他原因の可能性について

(ア) 原告Gは、遅くとも平成22年頃（50歳頃）以降、更年期障害による治療を受けているところ（前記2(7)）、更年期障害の症状は多種多様であるが、45歳から55歳の間に見られ、多くの患者は、うつ、手足のしびれ、知覚鈍麻を訴えるとされているから（前記2(8)ア）、原告Gに平成17年（45歳）からみられるようになった感覚障害は、更年期障害によるものである可能性が否定できない（なお、山本医師も同様の見解を述べる（乙B112、証人山本37頁））。

(イ) また、原告Gは、平成13年4月以降、首や肩の痛み、こり等の局所症状を訴え通院治療を受けており（前記2(2)イ(ウ)）、平成27年10月のエックス線検査ではC5/6椎間腔に狭窄を指摘され（前記2(6)オ）、頸椎症（前記2(8)イ）にり患しているといえること、平成17年4月の原田医師による診察時にライト徴候陽性とされていること（前記2(3)ア(ア)）から胸郭出口症候群にり患している可能性もあること（前記2(8)イ）、さらに、平成10年以降、腰部痛や左足のしびれを訴えて通院治療を受け（前記2(2)イ）、平成20年には変形性脊椎症と診断されていること（前記2(2)イ(ク)）、これらの疾患からは四肢に痛みやしびれなどの感覚障害を生じ得ることから、原告Gに平成17年4月以降に見られた感覚障害の一部は、これらの疾患に起因するものである可能性も否定できない。

(ウ) このように、原告Gの感覚障害は、その原因につき複数の他疾患による疑いが合理的に残るといふべきである。

カ 原告Gの自覚症状についての判断

原告らは、この他、原告Gには、早くから、めまい、からす曲がり等が見られた旨主張する。

しかし、これらの自覚症状は水俣病の主要症候との関連性が必ずしも明らかではなく非特異的な症候であり（本文第3編第4章第1の6）、本件に現れた事情のみによっては原告Gの自覚症状がメチル水銀ばく露の影響によるものであると認めるに足りず、原告Gが水俣病にり患していることを裏付けるものとはいえない。

5
5
(4) 結論

10
10
15
以上を総合的に検討するに、原告Gは胎児期及び乳幼児期に高濃度のメチル水銀にばく露したが、その程度は、幼児期、遅くとも少年期には相当程度減少したと認められるから、全体を通してみると高濃度にばく露したとまでは認められず、原告Gの感覚障害の一部については、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害とその特徴が一致していると言いうるものの、原告Gが訴える自覚症状とメチル水銀ばく露との関係は明らかではなく、他覚所見にみられる感覚障害がメチル水銀ばく露によるものとは認め難い。そして、その他証拠及び弁論の全趣旨によっても、原告Gが水俣病にり患しているとは認めることはできない。

以 上