

主 文

- 1 本件控訴をいずれも棄却する。
- 2 控訴費用は控訴人らの負担とする。

事実及び理由

5 第1 控訴の趣旨

- 1 原判決を取り消す。
- 2 熊本県知事が、平成27年11月30日付けで控訴人Aに対してした控訴人Aの水俣病認定申請を棄却する旨の処分を取り消す。
- 3 熊本県知事は、控訴人Aに対し、公害健康被害の補償等に関する法律4条2
10 項に基づき、控訴人Aがかかっている疾病が、熊本県の区域のうち、水俣市及び葦北郡の区域並びに鹿児島県の区域のうち、出水市の区域に係る水質の汚濁の影響による水俣病である旨の認定をせよ。
- 4 熊本県知事が、平成27年11月30日付けで控訴人Bに対してした控訴人Bの水俣病認定申請を棄却する旨の処分を取り消す。
- 15 5 熊本県知事は、控訴人Bに対し、公害健康被害の補償等に関する法律4条2項に基づき、控訴人Bがかかっている疾病が、熊本県の区域のうち、水俣市及び葦北郡の区域並びに鹿児島県の区域のうち、出水市の区域に係る水質の汚濁の影響による水俣病である旨の認定をせよ。
- 6 熊本県知事が、平成27年11月30日付けで控訴人Cに対してした控訴人
20 Cの水俣病認定申請を棄却する旨の処分を取り消す。
- 7 熊本県知事は、控訴人Cに対し、公害健康被害の補償等に関する法律4条2項に基づき、控訴人Cがかかっている疾病が、熊本県の区域のうち、水俣市及び葦北郡の区域並びに鹿児島県の区域のうち、出水市の区域に係る水質の汚濁の影響による水俣病である旨の認定をせよ。
- 25 8 熊本県知事が、平成28年5月12日付けで控訴人Dに対してした控訴人Dの水俣病認定申請を棄却する旨の処分を取り消す。

9 熊本県知事は、控訴人Dに対し、公害健康被害の補償等に関する法律4条2項に基づき、控訴人Dがかかっている疾病が、熊本県の区域のうち、水俣市及び葦北郡の区域並びに鹿児島県の区域のうち、出水市の区域に係る水質の汚濁の影響による水俣病である旨の認定をせよ。

5 10 熊本県知事が、平成28年2月12日付けで控訴人Eに対してした控訴人Eの水俣病認定申請を棄却する旨の処分を取り消す。

11 熊本県知事は、控訴人Eに対し、公害健康被害の補償等に関する法律4条2項に基づき、控訴人Eがかかっている疾病が、熊本県の区域のうち、水俣市及び葦北郡の区域並びに鹿児島県の区域のうち、出水市の区域に係る水質の汚濁の影響による水俣病である旨の認定をせよ。

12 熊本県知事が、平成28年2月12日付けで控訴人Fに対してした控訴人Fの水俣病認定申請を棄却する旨の処分を取り消す。

13 熊本県知事は、控訴人Fに対し、公害健康被害の補償等に関する法律4条2項に基づき、控訴人Fがかかっている疾病が、熊本県の区域のうち、水俣市及び葦北郡の区域並びに鹿児島県の区域のうち、出水市の区域に係る水質の汚濁の影響による水俣病である旨の認定をせよ。

14 鹿児島知事が、平成28年2月10日付けで控訴人Gに対してした控訴人Gの水俣病認定申請を棄却する旨の処分を取り消す。

15 20 15 鹿児島知事は、控訴人Gに対し、公害健康被害の補償等に関する法律4条2項に基づき、控訴人Gがかかっている疾病が、熊本県の区域のうち、水俣市及び葦北郡の区域並びに鹿児島県の区域のうち、出水市の区域に係る水質の汚濁の影響による水俣病である旨の認定をせよ。

第2 事案の概要

以下、略称は、特に断らない限り、原判決添付別紙2略語呼称対照表のとおりとする。ただし、同表中「本件各申請」については「控訴人Gを除く控訴人らが熊本県知事に対し、控訴人Gが鹿児島県知事に対し、それぞれ公健法4条

2項に基づいてした水俣病認定申請」に改める。

1 (1) 事実経過

控訴人らは、熊本県知事又は鹿児島県知事に対し、公健法4条2項の水俣病認定を求めて、認定申請をした（本件各申請）。

5 熊本県知事及び鹿児島県知事は、いずれも棄却処分とした（本件各処分）。

(2) 訴訟物

控訴人らは、いずれも水俣病にり患したと主張して、控訴人Gを除く控訴人らは被控訴人熊本県に対して、控訴人Gは被控訴人鹿児島県に対して、棄却処分の取消しと、控訴人ら各人が本件区域に係る水質の汚濁の影響による水俣病である旨の認定をすることの義務付けを求めている。

(3) 原判決及び控訴提起

原審は、控訴人らが水俣病にり患しているとは認められないとして、公健法4条2項の認定処分の義務付けを求める訴えをいずれも却下し、その余の請求をいずれも棄却した。

15 控訴人らは、これを不服として、本件控訴を提起した。

(4) 控訴人Dについて

控訴人Dは、当審において、従前の主張をすべて撤回し、新たな主張をする。以下では、控訴人Dを除く6名を「控訴人ら6名」ということがある。

2 関連法令の定め等

20 原判決第2編第1章（原判決3頁6行目から4頁16行目まで。引用される原判決添付別紙を含む。）に記載のとおりであるから、これを引用する。

3 前提事実

25 原判決第2編第2章（原判決4頁17行目から64頁6行目まで。引用される原判決添付別紙を含む。）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

(1) 原判決15頁19行目「激減していた。」の次に「同じく水俣市の湯堂や

月浦での昭和31年の漁獲高も、上記4年間の13～28%程度にまで激減した。」を加える。

(2) 原判決25頁18行目「甲B69、」の次に「乙A1・52頁、11・48、96頁、乙B51」を加える。

5 (3) 原判決33頁10行目「以下、神経内科における平衡障害検査について説明する。」を削除する。

(4) 原判決38頁21行目から22行目までの「「I4」の正常値等は、審査会資料説明書（総論）（乙A1・58頁）記載のとおりである。」を削除する。

10 (5) 原判決43頁20行目「ただし、」から23行目「念頭におく必要がある。」までを「ただし、これら所見が見られないからといって、直ちに小脳・脳幹障害の存在が否定されるものではなく、逆にこれらの所見は小脳・脳幹障害がなくとも心因的要素によっても生じ得ることを念頭においておく必要がある。」に改める。

15 (6) 原判決44頁19行目末尾と23行目末尾にそれぞれ「（弁論の全趣旨）」を加える。

(7) 原判決45頁3行目「乙A1・94頁」の次に「、乙B72」を加える。

(8) 原判決46頁26行目「指標」を「視標」に改める。

(9) 原判決63頁22行目「（顕著な事実）」を次のとおり改める。

20 「同判決は、最高裁で確定した（上告棄却・上告不受理決定）。なお、1審判決は平成26年3月31日に、2審判決は令和2年3月13日にそれぞれ言い渡され、最高裁の決定は令和4年3月8日になされた。（甲B72、乙B235、244）」

4 争点等及び争点等に関する当事者の主張

25 原判決第2編第3章（原判決64頁7行目から140頁12行目まで。引用される原判決添付別紙を含む。）に記載のとおりであるから、これを引用する。

ただし、次のとおり補正する。

(1) 原判決引用部分の「(原告らの主張)」をいずれも「(控訴人ら6名の主張)」に改め、当該主張及びこれに対応する被控訴人らの主張の中の「原告ら」をいずれも「控訴人ら6名」に改める。

5 (2) 原判決67頁10行目「昭和25年前後」を「昭和30年前後」に改める。

(3) 原判決76頁10行目「病論」を「病像論」に改める。

(4) 原判決140頁1行目から2行目までを次のとおり改める。

「(控訴人ら6名の主張)

10 原判決添付別紙6-1から3及び5から7までの第1の「2 争点に関する当事者の主張」欄に記載のとおりである。

ただし、同欄中の「(原告らの主張)」を「(控訴人Aの主張)」のように控訴人6名それぞれ個人の主張に改める。

(控訴人Dの主張)

15 水俣病は食中毒であり、「ばく露」と「関連症状のいずれか一つ」が満たされれば、中毒症患者といえる。したがって、チッソが流したメチル水銀で汚染された魚介類を食べ、手足の感覚障害があれば、水俣病に罹患したと認められる。

そして、控訴人Dは、これに該当するから、水俣病に罹患した。

(被控訴人らの主張)

20 (1) 控訴人ら6名について

原判決添付別紙6-1から3及び5から7までの第1の「2 争点に関する当事者の主張」欄に記載のとおりである。

25 ただし、原判決添付別紙6-1から3、5及び6については、「(被告らの主張)」を「(被控訴人熊本県の主張)」に改め、同別紙7については、「(被告らの主張)」を「(被控訴人鹿児島県の主張)」に改める。

(2) 控訴人Dについて

被控訴人熊本県において、控訴人Dの主張を争う。」

5 控訴人ら6名の主な控訴理由

(1) 公健法上の地域指定について

5 控訴人ら6名が出生、成育、居住する地域は、公健法上の第二種地域における指定地域として指定されており、このことをもって控訴人ら6名は濃厚なメチル水銀にばく露したと推認できる。

(2) 平成7年政治的解決等の救済対象者が同居親族内に存在する場合について

10 平成7年政治的解決や特措法による救済の対象者が同居親族内にいることは、当該控訴人のばく露歴を推認させる有力な事実である。

(3) 本件訴訟でばく露歴を否認する主張をすることについて

被控訴人らが本件各処分時にばく露歴を認めていた控訴人らについて本件訴訟で否認に転じることは、連続的、段階的に設計された公健法に基づく争訟制度の仕組み上、許されない。

15 また、否認に転じることは禁反言に反するし、本件各処分の適法性に関する主張のあり方を逸脱する不合理なものであり、許されない。

迅速な救済という公健法の趣旨からも許されない。

(4) 発症閾値について

20 ア 各種研究結果は、次のとおり、毛髪水銀値50ppm以下でも発症することを明らかにしている。

25 頼藤医師らの平成21年「毛髪中総水銀濃度と神経学的所見：水俣からの歴史的データ」と題する論文（甲A46の1・2）は、口周囲の感覚障害がWHOの基準値（メチル水銀中毒症の発症閾値は毛髪水銀値にして50ppm）以下で発現することを統計学的に明らかにしている。なお、チッソ水俣工場のアセトアルデヒド生産量の推移からみて、メチル水銀の最濃厚汚染時期は昭和35年前後であり、熊本県衛生研究所が不

知火海沿岸住民の毛髪水銀値調査を実施したのも同時期であることからすれば、研究結果の信用性を左右するほど測定時期のばく露量が実際のばく露量より低下していたとはいえない。

丸山公男（以下「丸山」という。）の平成25年「毛髪水銀濃度とメチル水銀中毒症の関連について」と題する論文（甲A44）や、丸山らの平成24年「新潟（日本）におけるメチル水銀曝露—103名の成人の神経学的検査結果」（甲B18の1・2）は、WHOの基準値未満のメチル水銀ばく露によって、メチル水銀中毒症が生じ得る可能性が示唆された旨結論付けている。

金城芳秀（以下「金城」という。）らの平成5年「毛髪中水銀濃度からみた水俣病発症閾値に及ぼす性・年齢の影響」と題する論文（甲A45）は、閾値（95%信頼区間）について、男32.1（20～50）ug/g、女37.9（30～48）ug/gであり、毛髪水銀濃度と行政認定患者との対応関係を調べると、毛髪水銀濃度10～50ppmの認定患者が57名（男性20名、女性37名）で、認定患者全体121名の47%と半数近くに上る旨報告している。

イ クライテリア101が根拠とする椿教授の論文（甲B1の1の10）は、サンプル数が少ない上に、サンプルの最小値をもって発症閾値としており、問題がある。同じく根拠とされたバキルらの論文（甲B25）は、約7週間という短期間に採血されたサンプルを基にしているし、追跡調査の報告もない。

クライテリア101は、問題のある論文を根拠としており、採用することができない。

(5) 感覚障害のみの水俣病について

原判決の判断は、感覚障害のみが認められる場合に、それが他の疾患による可能性が少しでもあれば、水俣病と認定しないとするに等しい。

しかし、平成25年最高裁判決は昭和52年判断条件に定める症候の組合せが認められない四肢末端優位の感覚障害のみの水俣病を否定し得る科学的な実証はないと判示しているのであるから、原判決の上記判断は同最高裁判決に反する。また、四肢末端優位の感覚障害は、水俣病における最も基礎的
5 又は中核的な症候として位置付けることができ、その感覚障害が他の原因によることを疑わせる事情は抽象的な可能性では足りないというべきである。疫学的観点においても、感覚障害のみの水俣病患者は多数に上っている。

(6) 感覚障害の乖離について

水俣病の感覚障害は表在感覚、深部感覚及び複合感覚のいずれもが低下
10 (鈍化)するのが典型例であるというのは誤りである。

文献上3つの感覚が低下するのは重症例とされているし(乙B7)、内野医師は水俣病患者100名中21例につき振動覚が正常であったと報告している(甲B1の1の32)。椿教授の報告(甲B1の1の10)や立津教授らの報告(甲B1の1の27)でも感覚障害の乖離が指摘されている。海外
15 の文献でも、所見の乖離が生じる場合について、大脳皮質の感覚障害によってすべての感覚の種類が等しく障害されるわけではないと明確に指摘されている(甲B87の1・2)。

(7) 感覚障害所見の変動について

大脳皮質障害では感覚障害所見の変動は当然に生じるのであり、この所見
20 の変動が大脳皮質障害の特徴である。なお、微量のメチル水銀に長期にわたってばく露され、継続して神経細胞の脱落を引き起こした場合には、一過性の障害ではなく、経時的な症状の変化が生じてしかるべきである。

また、水俣病認定患者の実態として、感覚障害の所見が変動する症例が多数報告されている。その原因は、水俣病による感覚障害が中枢神経障害であり、検査者の習熟度にばらつきがあること、及び被検者の応答に主観が入ることにある。
25

全身性の感覚障害の場合、比較法によっては基準となる正常な部位がどこであるのかを決定することが困難であり、所見の変動が出る蓋然性が高くなる。

5 控訴人ら6名のように胎児期、乳幼児期及び少年期にかけて濃厚なばく露を受けてり患している場合、正常な知覚を認識できないのであるから、感覚障害が見落とされる蓋然性が高く、所見の変動が生じやすい。

(8) 検査ごとに所見が一致しない理由について

10 刺激の程度は検査者により、また検査ごとに異なるため、所見が異なることがある。公的検診では四肢末端の感覚障害しか調べていないのに対し、三浦医師らは全身性の感覚障害の有無を調べているため、所見が一致しない。したがって、検査ごとに所見が一致しなくても、所見が変動したとはいえない場合があるのであって、水俣病り患の事実を否定すべきではない。

(9) 水俣病の認定要件論について

15 ア 水俣病の病像について、ハンター・ラッセル症候群の全部の症候を具備した重篤なものを頂点とし、裾野では感覚障害のみの症状を呈するものが広がっている。り患人口が最も多いのは、感覚障害のみを発症している場合である。

鑑別について、水俣病以外の他の疾患では、四肢末端優位の感覚障害はあまり認められていない。

20 これらからすれば、メチル水銀ばく露歴があり、水俣病に特徴的な四肢末端優位又は全身性の感覚障害を呈している場合には、当該感覚障害が専ら他の原因によるものであることが明白でない限り、当該患者は水俣病にり患していると認められるべきである。

25 イ また、立津教授などによる複数の調査結果からすれば、メチル水銀ばく露の四肢末端優位の感覚障害に対する原因確率は極めて高い。したがって、メチル水銀のばく露歴があり、四肢末端優位の感覚障害が認められ

る場合、その感覚障害はメチル水銀ばく露に起因する蓋然性が極めて高いという疫学的知見が導出される。

この疫学的知見は、事実認定における経験則として適用されるべきものであるから、メチル水銀にばく露し、四肢末端優位の感覚障害が認められれば、個別的因果関係は一応推定され、被控訴人らにおいて、それが他の原因であることを積極的に反証しなければならない。

この観点からも、り患の事実の認定は、前記アのとおりになされるべきである。

ウ 原判決が判示の根拠とする衛藤剖検研究は、水俣病において感覚障害のみを呈する場合の発生頻度は低いとするが、病因論的病名である水俣病について、症候論的病名による疾患の診断法にすぎない病理診断によって診断可能としている点で誤っている。また、メチル水銀ばく露と病理所見との関係を示す定量的データがないにもかかわらず、真の水俣病の病理所見を主観的に設定しており、どのような病理所見を真の水俣病とし、それ以外の病理所見をそうでないとするのかの境界線や判断基準を明らかにしていない。わずか21例を基に一般的な頻度を論じることができるのかという疑問もある。したがって、衛藤剖検研究を根拠に、感覚障害のみの水俣病の発生頻度は低いとすることはできない。

(10) 公的検診について

ア 公的検診における表在感覚検査は、部位比較法が採られているため、全身性感覚障害の捕捉が困難となる。また、四肢末端の感覚の低下を見るために対照部位とされた胸部や顔面にも感覚障害がある場合には、四肢末端の感覚の低下がみられないとする判定結果が出てしまう。

痛覚検査は、刺激の強さが検査者の感覚に委ねられるため、痛覚障害の把握が一貫したものとはならない。

二点識別覚検査も行われていない。

検査者は、水俣病の感覚障害が脳皮質性のものであることを念頭に置いて検査に臨むべきであるが、末梢神経の感覚障害であると認識して検査をすると、虚偽の回答がなされたとか、心因性によるものであるなどと判断するおそれがある。

5 イ 本件訴訟で提出された公的検診の検診録は、検診医の氏名にマスキングが施されており、正確性が担保されていない。控訴人ら6名は控訴人E及び同Fの公的検診の検診医の証拠申請をしたが、裁判所はこれを却下した。このような訴訟指揮は不当であるし、尋問を経ていない以上、控訴人Eと控訴人Fについて表在感覚障害は認められないとした検査結果
10 は、水俣病り患の事実を判断するための証拠とすることはできない。

また、検診録には判定結果のみが記載されており、判定根拠が不明である。

ウ これらからすれば、公的検診は信用できない。

(11) 三浦医師らの診断及び検診について

15 三浦医師らは、定量刺激知覚法による感覚検査を行った。定量的な感覚検査は被検者の応答における真実性を確保し、所見の評価における客観性の確保を図るものであり、その診断結果は信用できる。

また、三浦医師らは、その感覚障害が末梢神経の障害によるものか脳皮質の損傷によるものかを判別する目的で複合感覚検査（二点識別覚検査）を追加して行った。二点識別覚検査での異常所見は脳皮質の損傷を示唆する
20 ものであり、同検査は有用である。

(12) 神経伝導検査について

原判決は、神経伝導検査の結果の評価について、山本医師の意見書（乙B
1 1 2、1 2 5）のみに依拠しており、不相当である。また、山本医師が示す基準値は、複数の出典から引用されているのみならず、標準偏差を2倍に
25 換算し忘れるなど誤りがある。

そして、控訴人ら6名は、いずれも同検査の値に異常はないか、異常を疑うべき値ではなく、末梢神経障害を疑うことはできない。

(13) 高次脳機能障害について

5 胎児や小児は、メチル水銀にばく露すると、その未成熟な状態の脳が障害される。各種調査によると、メチル水銀ばく露と、知的障害や認知機能の低下との関連性が示されるなどしている。そこで、頼藤医師は、平成24年から平成26年にかけてと令和2年に、主に未認定者を対象にW A I S - III、レイ複雑図形検査、慶應版ウィスコンシンカード分類検査等を実施したところ、非ばく露群と比較すると、低・中濃度ばく露者について、各種検査結果
10 が芳しくないとの結果が得られた（以上につき、甲B88）。このように、メチル水銀ばく露によって高次脳機能の低下を来す者が存在することが明らかとなった。これらからすれば、メチル水銀ばく露歴と高次脳機能障害の事実が認められれば、水俣病にり患したとの事実が推認されるというべきである。

15 そして、控訴人ら6名は、程度の差はあれ、いずれも高次脳機能に障害が認められるから（甲B93）、メチル水銀ばく露歴と併せれば、控訴人ら6名は水俣病にり患したと認められる。

(14) 控訴人ら6名それぞれの個別の主な控訴理由

後記第3で判断する際に併せて摘示する。

20 6 控訴人Dの主な控訴理由

前記4(4)で補正したとおりである。

第3 当裁判所の判断

1 当裁判所も、原判決と同様に、控訴人らが水俣病にり患したとは認められないと判断する。その理由は次のとおりである。

25 2 水俣病に関する基本的事実の経過等

原判決第3編第1章（原判決140頁14行目から191頁25行目まで）。

引用される原判決添付別紙を含む。)に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

(1) 原判決140頁26行目「乙B4・37頁」の次に「、225」を加える。

5 (2) 原判決146頁25行目から26行目にかけての「昭和37年度の調査結果において、水俣地区民の水銀含有量は」を「昭和37年度の調査結果（昭和38年5月報告）において、水俣地区民の水銀含有量は」に改める。

(3) 原判決157頁15行目「18検体」を「19検体」に、26行目「227」を「乙B227」にそれぞれ改める。

10 (4) 原判決161頁11行目と12行目の「申請」をいずれも「申立て」に改める。

(5) 原判決162頁6行目「昭和44年」を「昭和43年」に改める。

(6) 原判決163頁3行目「同年4月」を「平成2年4月」に改める。

(7) 原判決164頁20行目「乙B227」の前に「甲A36、」を加える。

15 (8) 原判決166頁10行目「…」の次に「外部比較では、曝露地域の全ての症状の有病割合は有明地域より高かった。」を加える。

(9) 原判決171頁21行目「119、」の次に「133、」を、22行目「16頁」の次に「、128頁」をそれぞれ加える。

(10) 原判決174頁15行目末尾に「(甲B2の1・36頁)」を加える。

20 (11) 原判決176頁11行目から12行目にかけての「三浦医師ら」の次に「又はその他の医師」を加える。

(12) 原判決178頁1行目「医学部卒業」の次に「後」を加える。

(13) 原判決181頁1行目「さらに、」の次に「上記269名のうち」を加える。

25 (14) 原判決182頁23行目「甲C4の8・④」の前に「甲C3の9添付文献368頁以下、」を加える。

(15) 原判決186頁8行目「感覚障害」を「表在感覚障害」に改める。

3 水俣病の病像等に関する事実

原判決第3編第2章（原判決191頁26行目から225頁25行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

(1) 原判決195頁14行目「乙A11・43頁」を次のとおり改める。

5 「乙A11・42、43頁、乙B94・12、13頁、112・2頁。これに対し、控訴人ら6名は、表在感覚、深部感覚及び複合感覚のいずれもが低下するのは、水俣病の典型例ではなく、重症例であると主張する。しかし、補正後の原判決第3編第4章第1の2(1)ウ（原判決236頁25行目）に判示のとおり、メチル水銀ばく露を受けた場合には、頭頂葉の中心後回領域
10 （感覚の高次中枢）が障害されるのであるから（乙B7）、そこが司る感覚の全体（乙B120）、すなわち表在感覚、深部感覚及び複合感覚のいずれもが低下すると考えられ、これをもって典型例といえることができる。平成3年11月26日の中央公害対策審議会「今後の水俣病対策のあり方について」答申（以下「平成3年11月26日付け中公審答申」という。）も、水俣病
15 に見られる四肢末端の感覚障害について、典型的には、表在感覚、深部感覚及び複合感覚が低下するとしている（乙A11・182頁）。控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。」。

(2) 原判決198頁21行目末尾に「山本医師も同趣旨の意見を述べる（乙B99・3頁）。」を加える。

20 (3) 原判決199頁11行目「また加齢により高くなる」を「また加齢により病的な意義がなくその閾値が上昇することがある」に改める。

(4) 原判決203頁2行目「暗転」を「暗点」に改める。

(5) 原判決217頁10行目及び13行目の「乙B8」をいずれも「乙B9」に改める。

25 (6) 原判決217頁26行目「乙B13・529頁」を「乙B2・12頁」に改める。

4 控訴人らのメチル水銀ばく露の有無及び程度に関する共通事項（争点1）

原判決第3編第3章（原判決225頁26行目から234頁18行目まで。引用される原判決添付別紙を含む。）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

5 (1) 原判決234頁6行目「したがって、」から8行目末尾までを次のとおり改める。

「また、感覚障害のみが認められる場合や、メチル水銀ばく露が終了してから相当期間経過後の発症の有無等に関する後記判示からすれば、平成7年政治的解決や特措法による救済を受けるための要件（補正後の原判決の前提事実）のみでは必ずしも水俣病り患の事実が認定できるものでもない。したがって、
10 上記救済者が同居親族内にいるという事実は、水俣病り患の事実を認定するに当たって、同居親族内に上記救済のための要件を満たす者がいるという限りの証明力を有するにとどまる。」

(2) 原判決234頁9行目「原告らは」を「控訴人ら6名は」に改める。

15 5 水俣病の病像論（争点2-1）

原判決第3編第4章第1（原判決234頁20行目から241頁5行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

(1) 原判決236頁20行目から24行目を次のとおり改める。

「内野慢性水俣病研究では、全身の感覚障害が認められた認定患者の存在が
20 指摘されるが（前記第1章第11の6）、内野医師自身が、全身性といっても痛覚のみで触覚は障害されていないことや、痛覚及び触覚の双方が障害されている症例であっても心理的な影響を受けた可能性があることを指摘し、同研究について、全身性感覚障害が水俣病に見られることを証明したもので
はないと明らかにしている（乙B259）。」

25 (2) 原判決237頁13行目から15行目を次のとおり改める。

「内野慢性水俣病研究では、感覚乖離が見られる認定患者の存在が指摘され

るが（前記第1章第11の6）、内野医師自身が、表在感覚の低下と深部感覚の低下の乖離が少ないという結果であると指摘し、同研究について、感覚障害の乖離があることを裏付けるものではないと明らかにしている（乙B259）。」

5 6 水俣病の発症閾値論等（争点2-2）

原判決第3編第4章第2（原判決241頁6行目から242頁5行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、242頁1行目末尾を改行して、次のとおり加える。

「頼藤医師の上記指摘は採用することができない。

10 また、原田医師は、毛髪水銀値50ppmについて、世界的な傾向として、成人にとっても安全の基準とはならないと指摘している（前記第2章第2の3(3)。原判決219頁9行目）。しかし、その根拠は明らかではなく、かえって、平成2年に出されたクライテリア101では、毛髪水銀値50ppmについて、成人の神経学的障害の危険性は低いとされていることと相容れない。原田医師の上記指摘は採用することができない。」

15 7 感覚障害のみの水俣病の有無及びその評価（争点2-3）

原判決第3編第4章第3（原判決242頁6行目から22行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。

8 メチル水銀ばく露が終了してから相当期間経過後の発症の有無（争点2-4）

20 原判決第3編第4章第4（原判決242頁23行目から244頁10行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。

9 長期微量汚染型水俣病（争点2-5）

25 原判決第3編第4章第5（原判決244頁11行目から245頁16行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、原判決244頁12行目「原告ら」を「控訴人ら6名」に改める。

10 控訴人らが水俣病にり患しているか否かについての基本的な判断枠組（争

点 3 - 1)

原判決第 3 編第 5 章第 1 (原判決 2 4 5 頁 2 0 行目から 2 5 0 頁 9 行目まで) に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

(1) 原判決 2 4 9 頁 2 5 行目及び 2 5 0 頁 9 行目の「原告ら」をいずれも「控
5 訴人ら 6 名」に改める。

(2) 原判決 2 5 0 頁 5 行目「しかし、」を「まず、立証責任の所在について、
水俣病り患の事実は、控訴人らに立証責任がある。そのうえで、立証の程度
についてみると、」に改める。

1 1 三浦医師らの診断及び検診の信用性 (争点 3 - 2)

10 原判決第 3 編第 5 章第 2 (原判決 2 5 0 頁 1 0 行目から 2 5 3 頁 5 行目まで) に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

(1) 原判決 2 5 0 頁 1 7 行目「9 月」を「8 月」に改める。

(2) 原判決 2 5 0 頁 2 0 行目及び 2 5 2 頁 1 8 行目の「原告ら」をいずれも
「控訴人ら 6 名」に改める。

15 (3) 原判決 2 5 1 頁 2 3 行目「通常範囲」の次に「(健康成人では、後方への
移行は少なく、前方への移行も 1 0 0 歩で 1 0 0 c m 以内である。)」を加
える。

(4) 原判決 2 5 1 頁 2 5 行目「他の平衡機能検査」から 2 5 2 頁 1 行目末尾ま
20 までを「他の平衡機能検査の結果や、被験者の検査に対する理解の度合い、身
体状況、年齢等を総合して判断する必要がある (乙 B 7 7、1 9 3)。」に
改める。

1 2 公的検診録の信用性 (争点 3 - 3)

原判決第 3 編第 5 章第 3 (原判決 2 5 3 頁 6 行目から 2 4 行目まで) に記載
のとおりであるから、これを引用する。

25 ただし、原判決 2 5 3 頁 7 行目及び 8 行目の「原告ら」をいずれも「控訴人
ら 6 名」に改める。

1 3 所見の変動の許容性（争点 3 - 4）

原判決第 3 編第 5 章第 4（原判決 2 5 3 頁 2 5 行目から 2 5 5 頁 6 行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、原判決 2 5 4 頁 8 行目、1 0 行目、2 0 行目及び 2 5 5 頁 6 行目の「原告ら」をいずれも「控訴人ら 6 名」に改める。

1 4 他の原因の可能性（争点 3 - 5）

原判決第 3 編第 5 章第 5（原判決 2 5 5 頁 7 行目から 2 1 行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、原判決 2 5 5 頁 8 行目「特異的な」を削除する。

1 5 控訴人ら 6 名の主な控訴理由に対する判断（控訴人ら 6 名それぞれの個別の控訴理由に対する判断を除く。）

(1) 公健法上の地域指定について

控訴人ら 6 名は、前記第 2 の 5 (1) のとおり主張する。

しかし、第二種地域で出生等したことはメチル水銀ばく露の事実を認定させる事実上の推定力はあるとしても、魚介類の摂取量や頻度は各人により様々であるのは当然であって、個別に判断されるべきものである。同地域での出生等の事実から直ちに濃厚なメチル水銀ばく露の事実が推認されるものではない。控訴人ら 6 名の上記主張は採用することができない。

(2) 平成 7 年政治的解決等の救済対象者が同居親族内に存在する場合について

20 控訴人ら 6 名は、前記第 2 の 5 (2) のとおり主張する。

これについては、前記 4 (1) のとおり原判決を補正するのが相当である。

(3) 本件訴訟でばく露歴を否認する主張をすることについて

控訴人ら 6 名は、前記第 2 の 5 (3) のとおり主張する。

しかし、被控訴人らが本件訴訟において本件各処分時と異なる主張をすることを禁じる法令上の直接の根拠は見当たらないし、異なる主張をすることが直ちに禁反言により許されないものではない。公健法 1 条の定めは控訴人

ら6名が主張するとおりであるが、被控訴人らの主張を制限する理由にはならない。控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。

(4) 発症閾値について

ア 控訴人ら6名は、前記第2の5(4)のとおり主張する。

5 しかし、補正後の原判決第3編第4章第2（原判決241頁6行目）に認定判示のとおり、化学物質による中毒症は一般的に発症閾値を超えない場合には発症しないと認められ、補正後の原判決第3編第2章第2の3（原判決216頁17行目）の認定事実からすれば、成人のメチル水銀中毒症の発症閾値は、毛髪水銀値にして50ppmであると認められ
10 る。

イ 頼藤医師の論文は、補正後の原判決第3編第4章第2の3（原判決241頁22行目）のとおり、採用することができない。なお、チッソ水俣工場のアセトアルデヒドの生産実績が最大になったのが昭和35年であるのは控訴人ら6名が指摘するとおりであり（補正後の原判決第3編第1章第
15 5の1。原判決151頁7行目）、熊本県衛生研究所が毛髪水銀値調査を行った昭和35年から昭和36年と同時期である。他方で、メチル水銀の排出量は、アセトアルデヒド廃水に施された処理の有無や内容によって上下したと推測されており（補正後の原判決第3編第1章の第5の2。原判決151頁12行目）、必ずしもアセトアルデヒドの生産量とメチル水銀の排出量が比例関係にあるものではない。補正後の原判決が判示するとおり、ばく露時点に比べて測定時点の毛髪水銀値が低下していた可能性は否定できない。加えて、神経学的所見がとられたのは昭和46年であり（甲
20 A46の2）、毛髪水銀値調査から10年以上が経過しており、被検者の発症時の体内蓄積量は不明というほかない。

25 丸山（ら）の論文は、毛髪採取の時期と発症時期が明らかでなく、発症時における体内蓄積量は不明であって、そのまま採用することはできな

い。

金城らの論文は、資料中の毛髪水銀濃度がばく露期間の最大値ではないとしており、発症閾値を示すものとはいえない。

これらからすれば、控訴人ら6名が指摘する論文によっても、発症閾値に関する控訴人ら6名の主張を裏付けることはできない。

ウ クライテリア101の根拠の一つである椿教授やバキルらの論文の信用性は、控訴人ら6名の主張によっても否定されるものではないし、クライテリア101の見解は、その他の研究結果も踏まえて策定されていること、策定後も国際的な検証が行われていること（原判決第3編第2章第2の3。原判決216頁17行目以下）、以上の事情からすれば、信用性が認められ、これを採用することができる。

エ 以上の次第であるから、控訴人ら6名の前記主張は採用することができない。

(5) 感覚障害のみの水俣病について

控訴人ら6名は、前記第2の5(5)のとおり主張する。

しかし、感覚障害は非特異的な症候であるし、感覚検査では診断バイアスが現れること等からすれば、感覚検査の所見だけで特定の疾患であると診断することはできないというのが医学的な知見であると認められる（複数の文献や脳神経内科の医師が同趣旨を述べる。乙B22、78、256、258、275の2、276、277の1、280、281、282）。そして、平成25年最高裁判決は、昭和52年判断条件に定める症候の組合せが認められない四肢末端優位の感覚障害のみの水俣病が存在しないという科学的な実証はないと判示しているのであって、感覚障害が認められれば直ちに水俣病り患の事実が推認されるというものではない。

同判決が判示するとおり、水俣病り患の事実の有無は、経験則に照らして個々の事案における諸般の事情と関係証拠を総合的に検討して、判断される

べきものである。そして、その総合判断に当たっては、り患の事実の立証責任は控訴人らにあることを前提に、補正後の原判決が判示するとおり、メチル水銀中毒症に潜伏期間があると認められることに加えて、衛藤剖検研究では、四肢末端優位の感覚障害が認められる者についての剖検結果、水俣病固有の病理所見が認められたのは9.5%に過ぎなかったこと、長期微量汚染によるり患の可能性が認められないこと、各症候が非特異的であること、以上の事情からすれば、感覚障害が他疾患によるものである可能性がある場合には、それが医学的に排斥されない限り、証明力の問題として、感覚障害がメチル水銀ばく露により起こる神経系疾患によるものである可能性は減殺される（感覚障害が認められたとしても、それが他疾患による可能性が排斥されない場合には、水俣病り患の事実を推認させる証明力が弱まる。）というべきである。

控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。

(6) 感覚障害の乖離について

控訴人ら6名は、前記第2の5(6)のとおり主張する。

しかし、水俣病に認められる感覚障害は、表在感覚、深部感覚及び複合感覚のいずれもが低下するのが典型例であることは、前記3(1)及び補正後の原判決第3編第4章第1の2(1)ウ（原判決236頁25行目）の判示のとおりである。

内野医師の報告（内野慢性水俣病研究。甲B1の1の32）は、前記5(2)で補正したとおり、内野医師自身が感覚障害の乖離をいうものではないと明らかにしている。立津教授らの報告（熊大二次研究班調査。甲B1の1の27。甲B28と同じ）も、補正後の原判決第3編第1章第11の3（原判決179頁26行目）に認定のとおり、一斉検診による調査結果であって、感覚障害の原因がメチル水銀ばく露によるものか、他の原因によるものか明らかではない。したがって、感覚障害の乖離が認められたとしても、それが

水俣病にり患したとは認められないものである可能性は否定できず、上記各報告によっても、感覚障害の乖離が認められないことが水俣病の典型的な病像であることを否定することにはならない。

また、椿教授の報告（甲B 1の1の10）は、新潟水俣病の実態と原因を明らかにするために、初期段階で診断基準の枠を定めずに診断された結果であって、感覚障害の乖離が認められないことが水俣病の典型ではないことを示すものとはいえない。

控訴人ら6名が指摘する海外の文献（甲B 87の1・2）は、第一次体性感覚野の病変は、反対側の半身での感覚の低下を伴うが、すべての感覚の種類が等しく障害されるわけではない旨を指摘するにとどまり、メチル水銀ばく露による場合の典型例を否定するものではない。

控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。

(7) 感覚障害所見の変動について

控訴人ら6名は、前記第2の5(7)のとおり主張する。

ここでは、メチル水銀ばく露による感覚障害の発生機序という点と、感覚検査の性質という点から検討すべきである。

まず、発生機序という点から検討すると、補正後の原判決第3編第2章第1(2)（原判決193頁19行目）及び第4章第1の2(1)ウ（原判決236頁25行目）に認定のとおり、感覚障害はメチル水銀が血液の循環に従って中心後回を障害し、神経細胞の脱落等が生じて惹起される。そして、中枢神経には再生能力がなく、その器質的な障害は不可逆的であって、当該部位に永続的に損傷が存続し、これに対応する症候も永続的に存続するのであるから、感覚障害は同一部位に永続的に生じるはずである。これに反する控訴人ら6名の主張は採用することができない。これに関し、控訴人ら6名は微量のメチル水銀の長期ばく露による症状の経時的な変化も主張するが、補正後の原判決第3編第4章第5（原判決244頁11行目）に認定判示のとおり

であり、控訴人ら6名の主張は前提を欠き採用することができない。

次に、感覚検査の性質という点から検討すると、補正後の原判決第3編第2章第1の2(4)イ(原判決197頁16行目)に認定判示のとおり、感覚障害の所見の有無、範囲及び程度等は、被検者の主観的な応答に依存しており、被検者の疲労度、精神状況などによって左右される上、検査者の習熟度等でも検査結果が左右される。このように感覚検査には避けられない不安定性があるから、感覚障害が同一部位に生じないことは十分に考えられる。この限りでは、控訴人ら6名の主張は採用できるのであって、被控訴人らも所見が変動し得ること自体は認めており、当事者間に争いが無い。単に所見が変動したというのみで器質性障害であることが否定されるものではない。

そうだとした場合、障害発生の機序からすれば、その所見の変動がおよそ器質性障害とは相容れないというほかない場合もあるのであって、補正後の原判決第3編第4章第1の2(1)エ(原判決238頁4行目)に認定判示のとおり、変動内容が著しく安定性を欠き、感覚検査に通常伴う不安定さを超えるような場合には、水俣病罹患の事実を否定すべき事情となる。

控訴人ら6名が指摘する報告は、被検者の詳細や水俣病とは異なる他疾患の有無が不明である上、感覚検査の不安定性から生じる変動に関する場合もあり得るから、上記報告から当然に所見の変動が大脳皮質障害の器質的障害の特徴であるとはいえない。

全身性の感覚障害は、補正後の原判決第3編第4章第1の2(1)イ(原判決236頁6行目)に認定判示のとおり、そのような症候は否定できないとしても、所見の変動が水俣病の感覚障害に特徴的なものとする根拠とはならない。また、胎児性等水俣病のために所見の認識が困難ということもあり得るとしても、それがただちに所見の変動につながるものでもない。

控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。

(8) 検査ごとに所見が一致しない理由について

控訴人ら6名は、前記第2の5(8)のとおり主張する。

しかし、補正後の原判決第3編第5章第2の2（原判決251頁6行目）及び後記(11)に判示のとおり、感覚検査で刺激を定量化することは不相当であるし、公的検診においてはすべて必要な神経所見が確認されている（証人内野〔6頁〕）。控訴人ら6名の上記主張は、前提を欠くものであり、採用

(9) 水俣病の認定要件論について

ア 控訴人ら6名は、前記第2の5(9)アのとおり、認定要件に関する主張をする。

これまで判示したとおり、水俣病にり患したとの事実が認められるか否かは、経験則に照らして個々の事案における諸般の事情と関係証拠を総合的に検討して判断されるべきものである。そして、四肢末端優位の感覚障害のみが認められるなど昭和52年判断条件に定める症候の組み合わせが認められない場合に、当該症候が他疾患によるものである可能性があるときは、それが医学的に排斥されない限り、証明力の問題として、感覚障害がメチル水銀ばく露により起こる神経系疾患によるものである可能性は減殺されるというべきである。控訴人ら6名の上記主張は採用

イ 控訴人ら6名は、前記第2の5(9)イのとおり、疫学的知見に関する主張をする。

しかし、疫学的知見を導出するためには、前提としてばく露群及び疾病が明確に定義づけられる必要があり（甲B79、乙B136）、控訴人ら6名が指摘する各調査でこれがなされているか疑問がある。加えて、疫学は、本来、明確に規定された人間集団を対象として、その中で出現する疾病その他の健康に係る種々の事象の頻度と分布及びそれらに影響を与える要因を明らかにすることを目的としており（甲B79）、疫学

的知見が法的因果関係の存否を判断する際の一つの事情になり得るとしても、個別的な事情を捨象して、直接的一般的に因果関係の存否等を判断するための要件を定立させるものではない。

控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。

5 ウ 控訴人ら6名は、前記第2の5(9)ウのとおり、衛藤剖検研究に関する主張をする。

水俣病は器質性疾患であり、病変の有無等について病理学的に診断することは可能と考えられる。なお、熊本大学病理学教室は、水俣病の発生以来、450例に及ぶ剖検を行い（平成11年当時）、急性例、亜急性例、重症長期経過例、軽症長期経過例、慢性例、小児例、胎児性例に分類し、また、大脳及び小脳病変をその程度に応じてそれぞれ6段階に分類して整理している。それにより、水俣病の中枢及び末梢神経組織には病変の生じやすい特定の部位があり、それによって特徴のある臨床症候が現れること（この病変の分布がメチル水銀中毒としての病理学的障害の一定のパターンと呼ばれる。）を明らかにしている（甲B91、乙B15 20）。病理学に基づくこれら整理は信用でき、病理学的な診断に合理性はある。

また、控訴人ら6名は、21例という症例の少なさから一般化できないとも主張するが、一定の障害パターンを踏まえてなされた検討であり、信用できるというべきである。

控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。

(10) 公的検診について

ア 控訴人ら6名は、前記第2の5(10)アのとおり主張する。

全身性の水俣病はあり得るものの非常にまれであり、全身一律に感覚脱失している場合には、日常生活を送ることが困難とされる（証人内野〔55頁〕）。感覚検査は日常生活上の支障の有無等とも併せて評価さ

れるのであって（後記(11)）、全身脱失の感覚障害の場合、検診医は当然それらも併せて判断すると推認され、部位比較法が採られていることが診断の妨げになるとは考え難い。また、全身性であったとしても感覚が一様に落ちることはほとんどなく（内野医師は、比較的軽度な感覚障害であつてもそのような症例を経験していない。なお、同医師は、昭和57年以降30年以上にわたって、公害認定審査会の委員を務めている。乙A26、証人内野〔19、55頁〕）、そうである以上、部位を比較して対照する検診が不相当ということにはならない。

痛覚検査に関して、控訴人ら6名が主張する定量化が不相当であるのは、補正後の原判決第3編第5章第2の2（原判決251頁6行目）及び後記(11)に認定判示のとおりである。

二点識別覚検査は、補正後の原判決第3編第4章第1の2(2)ウ（原判決239頁11行目）に判示のとおり、水俣病り患の判断に当たって決定的な意味を有するものではない。

公的検診は水俣病にり患したかどうかについて判断評価するものではなく、正確に検査所見を取るものであるから（乙A26、証人内野）、水俣病を末梢神経障害であると認識しているために被検者の回答を虚偽であると判断してしまうという控訴人ら6名の主張は当を得ない。

したがって、控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。

イ 控訴人らは、前記第2の5(10)イのとおり主張する。

しかし、補正後の原判決第3編第5章第3の1（原判決253頁7行目）に判示のとおり、公的検診録は一般的に信用できるのであり、マスクングのために信用性が否定又は減殺されるものではない。公的検診の検診医を証人尋問すべき必要性は認められず、これを実施せずとも公的検診の結果を証拠とすることができるというべきである。

また、判定結果しか記載がないとしても、公的検診は様式に従って行わ

れており（補正後の原判決第2編第2章第7の2(2)及び(3)。原判決28頁15行目、45頁4行目）、検診録の信用性を否定するものではない。

したがって、控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。

5 (11) 三浦医師らの診断及び検診について

控訴人ら6名は、前記第2の5(11)のとおり主張する。

三浦医師らによる感覚検査の問題点は、補正後の原判決第3編第5章第2の2（原判決251頁1行目）が判示するとおりである。感じ方は人によって、また、同一人物であっても時期や精神状態等によって左右されやすい。さらに、感じたものに対する表現や応答にも個人差がある。感覚検査で重要なことは被検者の主観に基づく応答をいかに評価するかであり、当該所見から通常想定される機能障害やそれに伴う日常生活上の支障の有無等との整合性、各種検査の所見との整合性、疲労の影響等を総合的に見て評価されるべきである（以上につき、乙B55、194、195。神経内科学を専門とし、
10 神経内科学会の専門医の資格を有する山本医師や、同じく同専門医や神経内科指導医の資格を有する松浦英治医師の専門性に照らし、上記判示に関する両医師らの意見及び証言の信用性を否定すべき事情はない。）。三浦医師らの診断は、定量化された刺激に対する主観的な応答（上記のとおり個人差があるうえ、同一人でも種々の条件によって左右されやすい。）から閾値を探り、
15 基準値と比較して評価等する結果（甲B2の1〔10頁〕、証人村田〔74頁〕）、その客観性には自ずと限界がある。

二点識別覚検査については、前記(10)に判示のとおりである。そこに異常があるからといって大脳皮質の損傷が認められるものではなく（補正後の原判決第3編第2章2(5)。原判決198頁10行目）、同検査をしたからといって三浦医師らの診断の信用性を補強する事情となるものではない。
20

控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。

(12) 神経伝導検査について

控訴人ら6名は、前記第2の5(12)のとおり主張する。

本件で神経伝導検査の結果を評価するのは、他疾患の確定診断をするためではなく、その可能性（疑い）があるか否かを検討するためである。その際
5 には、当該数値について、厳格に基準値と比較してその範囲内であるから異常はないなどとするものではなく、他の神経学的所見、検査数値、既往歴等
といった所見と併せて総合的に判断するのであって（証人山本）、神経伝導
検査の結果は、診断のための一つの指標といえることができる。そして、諸条
件により数値が左右されることも併せて考慮すると、基準値には医学的に承
10 認され得る幅があると考えられる。これを前提として、神経内科学会の専門
医の資格を有し、臨床医として専門性に富む山本医師が、各種文献やその経
験に基づいた基準値を設定し、神経伝導検査の結果を踏まえて、他疾患を疑
うべき数値であるとするのであるから、例えば基準値内であってもその上限
に近い数値が出た場合等には臨床的に当該疾患を疑うといった判断は医学的
15 に合理性を有するといえる。したがって、山本医師の意見及び証言は全体と
して採用することができ、これに反する控訴人ら6名の上記主張は採用する
ことができない。

(13) 高次脳機能障害について

控訴人ら6名は、前記第2の5(13)のとおり主張する。

20 頼藤医師が検査対象者としたのべ23名に控訴人ら全員が含まれている
（弁論の全趣旨）。その検査時期は、平成24年7月、8月又は11月、平
成25年8月、平成26年7月又は11月、並びに令和2年8月であった
（甲B93）。他方、控訴人らによる損害賠償訴訟が提起されたのが平成1
9年10月、控訴人Aと同Gを除く控訴人らの請求が棄却された一審判決が
25 言い渡されたのが平成26年3月、全員の請求が棄却された二審判決が言い
渡されたのが令和2年3月である（補正後の原判決の前提事実）。頼藤医師

が実施した検査は、被検者の対応によって結果が左右されるものであり（弁論の全趣旨）、検査と判決言渡しの先後関係からすれば、控訴人らの主観が検査結果に影響を与えた可能性は否定できない。

また、頼藤医師が設定した非ばく露群は、年齢と性別のみの変数調整がされてい
5 て、教育や収入などの社会経済的条件や、喫煙や飲酒習慣などの健康条件に係る変数の調整がなされておらず、対照群の設定が不適切であり、調査地域が極めて遠隔地に設定され、その募集方法も不明確であることなどから、同医師の報告について、比較可能性の欠如した集団での比較検討を行ったおそれがあるとの指摘がされている（乙B287）。なお、控訴人ら6名
10 は、学歴差を整えて比較しなおしたものとして、甲B99を提出するが、上記補正にとどまるものであり、上記の指摘の不合理性は解消できていない。

これからすれば、高次脳機能障害に関する頼藤医師の意見書（甲B88、93）は採用することができず、控訴人ら6名の上記主張は採用することができない。

15 16 控訴人Aについて

(1) 認定事実

原判決別紙6-1第2の1及び2（原判決301頁15行目から321頁26行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

20 ア 原判決306頁21行目「運動拙劣」を「動作拙劣」に改める。

イ 原判決316頁19行目から20行目にかけての「148U/1との値を示し」の次に「（基準値は86以下）」を加える。

(2) 判断

原判決別紙6-1第2の3（原判決322頁1行目から328頁26行目
25 まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

ア 原判決 3 2 2 頁 1 2 行目「多食していたこと（前記 1 (4)イ）などに」の次に「加えて、二人の姉と二人の弟がいずれも医療手帳又は被害者手帳の交付を受けていること（前記 1 (3)ア(ウ)。ただし、その証明力は、前記判示の限りで認めるのが相当である。）に」を加える。

5 イ 原判決 3 2 2 頁 1 5 行目から 3 2 3 頁 3 行目までを次のとおり改める。

「他方で、昭和 3 1 年 1 1 月以降には水俣湾の魚介類の漁獲及び摂取の自粛が指導されたり、各種報道がなされたりした等の当時の経過（補正後の原判決第 2 編第 2 章第 3 及び第 4、第 3 編第 1 章第 3 から第 9。原判決 6 頁 7 行目、原判決 1 4 2 頁 1 3 行目）や、母 A 1 が昭和 3 3 年頃に
10 体調を崩し、歩行困難となるなど症候が悪化したこと、祖父 A 2 が同年秋頃には具合を悪くして、身体を震わせて壁をつたいながら、足を交わ
せて歩くようになり、昭和 3 4 年にはひどいけいれん発作を発症して死
亡したこと、父 A 3 は昭和 3 5 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、そのことを裏切りと揶揄されるなどしており（甲 C
15 1 の 1 3、控訴人 A）、熊大研究班の報告やチッソ工場への陳情の事実
等も併せると、その頃には父 A 3 の周囲ではチッソ水俣工場からの排水
が水俣病の原因であると認識されていたといえること、控訴人 A が居住
する茂道地区では、昭和 3 1 年に患者が発生し、昭和 3 4 年にも患者が
発生したこと、以上の事実からすれば、遅くとも昭和 3 0 年代前半には、
20 水俣病の原因が魚介類であるとの認識が広がっていたと推認でき、加え
て、控訴人 A の身近な者にも症候が現れて死亡する者も出たのであるか
ら（控訴人 A はその原因はわからなかったと陳述するが、当時の世上か
らすれば、控訴人 A 一家において、上記のような症状が見られた家人に
つき少なくとも水俣病の可能性を疑ったことは十分あり得る。）控訴
25 人 A 一家での魚介類の摂取量は、おのずと減少した相応の可能性があ

もつとも、父 A 3 の給料だけでは生活が厳しく、自宅近くに海があつて、

もともと漁師である父A3が、魚介類を直接獲ることのできる環境にあったといえるし（甲C1の13）、当時保健所長であった伊藤達雄（以下「伊藤」という。）は、漁師の生活は貧しく、昭和32年から33年頃には県指導の自主規制があまり守られなくなり、水俣湾内で漁をして、
5 汚染されていると思いながらも、これを食する者が出てきたと証言しており（甲A10の1、15）、同証言の信用性を否定すべき事情はなく、水俣湾沿岸では一般的にそのような傾向にあったと認められ、控訴人A一家も同様であったと解するのが相当である。

そうすると、昭和30年代前半には魚介類の摂取量が減少した可能性はあるものの、魚介類を日常的に摂食する状況は依然あったと考えられる。

そして、不知火海の汚染状況（補正後の原判決第3編第3章第1。原判決226頁2行目）や、控訴人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からすれば、控訴人Aは、遅くとも昭和45年3月頃まで、高濃度メチル水銀にばく露した（ただし、昭和30年代前半以降はその量が減少した相応の可能性はある。）と認められる。」

ウ 原判決328頁21行目「胎児期及び乳幼児期に」を「胎児期及び乳幼児期以降」に改める。

(3) 主な控訴理由に対する判断

ア 感覚障害の発症時期について

20 控訴人Aは、水俣病が家庭・地域ぐるみの疾病であるため健康な他者と比較する機会が得られず、感覚障害があることの自覚が難しいとして、幼少期にはすでに感覚障害を発症していたと主張する。

補正後の原判決第3編第4章第4の1（原判決243頁5行目）が判示するとおり、胎児期から幼少期にメチル水銀ばく露を受けた者は、感覚
25 障害の症状の存在自体を認識することが困難であることはあり得る。

もともと、感覚障害の所見が変動するとしても、消失と出現を繰り返す

ときは、その感覚障害は中枢神経系の器質的病変によるものとは考え難いこと、メチル水銀中毒症におけるばく露停止から発症までの潜伏期間は数か月からせいぜい数年であること、以上の医学的な知見からすれば、メチル水銀ばく露停止から相当期間が経過してなされた感覚検査で異常がないとされた場合には、それ以前においても中枢神経系の器質的病変による感覚障害はなかったと認めるのが相当である。補正後の原判決第3編第4章第4の1（原判決243頁7行目）の判示は、上記趣旨をいうものと解される。

そして、控訴人Aについて、平成7年7月（当時40歳。ばく露終期の昭和45年3月から25年以上が経過）の原田医師による診断では典型的な四肢末端優位の感覚障害はなかったこと、平成7年及び平成8年の公的検診では感覚障害は認められておらず、むしろ軽い刺激でもわかるとされたこと、以上の事実からすれば、幼少期に中枢神経系の器質的病変による感覚障害はなかったと認められる。

したがって、控訴人Aの上記主張は採用することができない。

イ 所見の変動について

控訴人Aは、感覚障害の所見が変動したことは水俣病り患の事実を認定する妨げにはならないと主張する。

しかし、前記15(7)に判示するとおりである。また、公的検診が信用できるのは、前記15(10)に判示するとおりである。控訴人Aの上記主張は採用することができない。

ウ 他原因による感覚障害の可能性について

(7) 神経伝導検査の結果について

控訴人Aは、神経伝導検査の結果に対する山本医師の意見について、基準値の設定や結果の評価が不相当であると主張する。

しかし、前記15(12)に判示するとおり、山本医師の意見及び証言は

全体として信用性があり採用することができる。控訴人Aの上記主張は採用することができない。

(イ) 腰椎椎間板症について

控訴人Aは、腰椎椎間板症の可能性を指摘する被控訴人熊本県の主張
5 に対し、L5/S1の椎間腔がやや狭いという所見はあるが、この場合、
下腿や膝から下の外側と足背に感覚障害が生じるところ（証人村田）、
控訴人Aに見られる感覚障害は全身性のものであるから、上記椎間腔狭
小では控訴人Aの感覚障害の説明がつかないと主張する。

しかし、ここで検討されるべきは、控訴人Aの感覚障害について、腰
10 椎椎間板症による可能性が医学的に排斥されるか否かである。同控訴人
に上記椎間腔の狭小が認められることに争いはなく、控訴人Aの感覚障
害が全身性のものであったとしても、上肢は別として、現に下肢に感覚
障害が認められる以上、感覚障害が全身性であることをもって腰椎椎間
板症の可能性を医学的に排斥することにはならない。控訴人Aの上記主
15 張は採用することができない。

(ウ) アルコール性ニューロパチーについて

控訴人Aは、その飲酒量、血液検査の結果、腱反射との関係、脳萎縮
の不存在、神経伝導検査の結果からすれば、控訴人Aの感覚障害はアル
20 コール性ニューロパチーによるものではないと主張する。

飲酒量は控訴人Aの申告によるものであって、それによりアルコール
性ニューロパチーの可能性の有無が判断できるものではない。同申告に
より認定できるのは、アルコールを継続的に摂取しているという事実で
あり、これを前提に血液検査等の客観的な結果を踏まえて、その可能性
を検討するのが相当である。

アルコール性肝障害では、ALPやその他の肝機能検査が正常で、 γ
25 -GTPのみ異常値を示す症例はかなりみられるところ（乙B130）、

5 控訴人Aは、平成26年7月25日の阪南中央病院での血液検査では、ALP、GOT（AST）、GPT（ALT）はいずれも正常値であるのに対し、 γ -GTPは異常値を示しており（甲C1の3〔6丁目〕）、同時点で肝機能障害の可能性があると見える。加えて、同日に実施された神経伝導検査の結果は、アルコール性ニューロパチーの神経伝導速度の基本的な変化の所見と整合する（乙B125）。

10 他方、控訴人Aが主張するように、アルコール性ニューロパチーではアキレス腱反射消失がありながら他の深部腱反射の亢進を示すことがあったり、大脳の萎縮所見が見られたりするとされるが（乙B128〔723頁〕）、控訴人Aについて、これら所見は否定される（証人村田〔24頁〕）。しかし、上記腱反射や脳萎縮は、アルコール性ニューロパチーの必発的特徴ではなく、比較的的特徴的といえるものにとどまるから（乙B128〔723頁〕）、これら特徴が認められないとの事実は、医学的に見て、現に数値として表れている上記血液検査の結果を踏
15 まえた肝機能障害の可能性や、神経伝導検査の結果との整合性を合理的に否定するに足りない。

結局、控訴人Aの感覚障害は、アルコール性ニューロパチーである可能性があると見える。控訴人Aの上記主張は採用することができない。

(エ) 手根管症候群について

20 控訴人Aは、手根管症候群の特徴である「手を振ったときにしびれ感が弱くなる。」という特徴と一致しないため、その感覚障害が手根管症候群によるものとはいえないと主張する。

25 控訴人Aが主張するように、手根管症候群では手を振ると軽快するという特徴があるとされるが（乙B186〔68頁〕）、控訴人Aについて、この所見は否定される（証人村田〔25頁〕）。この点については、文献上、手根管症候群には臨床症状が部分的な場合もあるとされ、その

場合には手根管症候群に感度・特異性が高い所見が重要であり、夜間に増悪する疼痛、チネル徴候、ファレン徴候が指摘されているが、手を振ることによる軽快は挙げられていない（甲C3の14）。したがって、手を振ることによる軽快が認められない場合でも手根管症候群と診断され得るものと解される。控訴人Aの神経伝導検査の結果や長年みかん栽培に従事し手を酷使してきたという経過からすれば、上記特徴が認められないからといって、手根管症候群の可能性を医学的に否定するに足りない。控訴人Aの上記主張は採用することができない。

1.7 控訴人Bについて

(1) 認定事実

原判決別紙6-2第2の1及び2（原判決334頁16行目から371頁16行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

ア 原判決335頁7行目「乙C2の5」の次に「、控訴人B本人」を加える。

イ 原判決337頁25行目「吐き気」を「耳鳴り」に改める。

ウ 原判決338頁15行目「甲C2の8」を「甲C2の5」に改める。

エ 原判決342頁17行目「ところ、」から23行目「しびれを挙げた」までを削除する。

オ 原判決345頁6行目「6頁」を「4頁」に改める。

カ 原判決347頁3行目「退院のために病理組織診断を受け、」を「病理組織検査の結果、」に改める。

キ 原判決353頁10行目と、11行目から12行目にかけての「アリデミックス」をいずれも「アリミデックス」に改める。

ク 原判決359頁19行目「全身」の次に「（四肢末端優位障害例を含む。）」を加える。

ケ 原判決360頁20行目「前記(1)」を「前記キ」に改める。

コ 原判決364頁19行目と20行目の各単位を次のとおり改める。

2. 58 μ V → 2. 58 mV

2. 89 μ V → 2. 89 mV

5 4. 1 μ V → 4. 1 m s

サ 原判決368頁10行目「乙B148」を「乙B140、148」に、
369頁24行目「頸椎エックス線像上」を「頸椎エックス線画像上」
にそれぞれ改める。

(2) 判断

10 原判決別紙6-2第2の3（原判決371頁17行目から380頁5行目
まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補
正する。

ア 原判決372頁5行目末尾に次のとおり加える。

15 「このことは、控訴人Bが、控訴人A（同人につき高濃度メチル水銀にばく
露したと認められるのは先に認定のとおりである。）のいところであり、
控訴人Aの自宅近くに居住し、控訴人A一家と食事を共にすることがあ
ったとの事実によっても、変わるものではない。」

イ 原判決372頁9行目末尾を改行して、次のとおり加える。

20 「ただし、控訴人Bの食事・居住の環境からすれば、魚介類を摂取してい
たことは推認できるのであって、メチル水銀中毒症を発症する可能性を
完全には否定できない程度の量のメチル水銀にばく露したことは認めら
れる。」

ウ 原判決376頁25行目から26行目にかけての「、女性は男性に比べ
て支障の度合いが大きいとされ」を削除する。

25 (3) 主な控訴理由に対する判断

ア メチル水銀ばく露について

控訴人Bは、居住歴・職歴、出生・成育時期、魚介類の摂取状況、実家（控訴人A一家）のばく露状況等からすれば、高濃度メチル水銀にばく露したと主張する。

しかし、その主張を前提としたとしても、控訴人Bの臍帯メチル水銀値は日本の一般健康人における数値よりも低いし、母B1が妊娠中のみ魚介類を多食しなかったとは考え難いことからすれば、母B1が控訴人Bの出生後も魚介類を多食したとは認められない。このことは、妹B2の臍帯メチル水銀値も低値であることから裏付けられる。そして、母B1の食生活の内容は控訴人Bのそれと同一であると推認できるから、前記のとおり、控訴人Bにつき、メチル水銀にばく露したことは認められるとしても、同中毒症を発症させる程度の高濃度メチル水銀にばく露したとは認められない。控訴人Bの上記主張は採用することができない。

イ 四肢末端優位の感覚障害について

控訴人Bは、14回の感覚検査のうち12回で感覚障害が認められていること、これを認めなかった2回のうち1回（公的検診）は信用できないことに加えて、三浦医師らによる定量的な感覚検査の結果からすれば、水俣病における最も基礎的、中核的な症候である四肢末端優位の感覚障害が認められると主張する。

しかし、浴野医師は、昭和58年10月31日、指先の細かいふるえが観察できること以外は特に強い障害は観察されないとしている。加えて、昭和62年2月の公的検診でも振戦は見られるものの、触痛覚とも正常であった。これら診断結果からは、それより前に症候の発現はなかったと考えられる（補正後の原判決第3編第4章第4の1。原判決243頁5行目）。加えて、メチル水銀による感覚障害の発生機序からは、感覚障害の所見は一貫性、再現性をもって認められるはずであるのに（補正後の原判決第3編第4章第1の2(1)エ。原判決237頁16行目）、控

5 訴人Bの感覚障害の部位に変遷が見られ、消失と出現の変化がある。なお、公的検診が信用できるのは、補正後の原判決別紙6-2第2の3(2)イ(原判決374頁21行目)が認定判示するとおりである。

5 三浦医師らの感覚検査に問題があるのは、補正後の原判決第3編第5章第2の2(原判決251頁1行目)及び前記15(11)に判示のとおりである。

これらからすれば、控訴人Bにつき、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は認められない。控訴人Bの上記主張は採用することができない。

10 ウ 感覚障害の発症時期について

控訴人Bは、幼少期にはすでに感覚障害が発症していたと主張する。

15 しかし、浴野医師が昭和58年10月に振戦以外に強い障害は認められないと診断している。併せて、幼少期の自覚症状は水俣病に特異的なものではないし、高濃度メチル水銀にばく露したとも認められないことからすれば、控訴人Bの感覚障害が幼少期に発症していたとは認められない。控訴人Bの上記主張は採用することができない

エ 二点識別覚検査の結果について

控訴人Bは、二点識別覚検査の結果からすれば、大脳皮質の損傷が強く疑われると主張する。

20 しかし、補正後の原判決第3編第4章第1の2(2)ウ(原判決239頁11行目)に判示のとおり、二点識別覚検査は水俣病り患の判断に当たって決定的な意味を有するものではない。控訴人Bの上記主張は採用することができない。

オ 他原因による感覚障害の可能性について

25 (ア) 甲状腺機能異常について

a 控訴人Bは、甲状腺機能亢進症を発症しておらず、平成9年11月

から平成10年3月頃に無痛性甲状腺炎による一過性の機能亢進が見られたものを除き、長期間にわたり慢性甲状腺炎が継続していたのであって、慢性甲状腺炎では四肢の感覚障害は生じないと主張する。

しかし、TSH値の推移や、控訴人Bに認められる症状に加えて、平成9年12月から平成15年4月頃までメルカゾールが処方されていたことからすれば、控訴人Bが甲状腺機能亢進症を発症していたと認められる。なお、控訴人Bに認められる症状の経過は、無痛性甲状腺炎の病態と相容れず、一過性の機能亢進ということはできない。控訴人Bの上記主張は採用することができない。

b 控訴人Bは、三浦医師らによる平成26年8月の診察時に甲状腺機能低下症と診断されているが、重度に進行したものではないから、甲状腺機能低下症によって四肢に感覚障害は生じないと主張する。

しかし、甲状腺機能低下による末梢神経障害の原因として、末梢神経線維の周辺に沈着するムコイド様物質による機械的圧迫、又は、甲状腺ホルモンの不足による代謝障害が考えられるとされていて（乙B140）、必ずしも重症度の高い場合や粘液水腫が認められる場合にのみ末梢神経障害が生じるものではないと解される。控訴人Bの上記主張は採用することができない。

(イ) 手根管症候群について

控訴人Bは、平成17年に受診した際にチネル徴候が陰性であり、メチコバルの服用で症状が改善していること、神経伝導検査において正中神経の感覚神経の終末潜時も、運動神経の終末潜時も、いずれも基準値を下回ること、控訴人Bの甲状腺機能低下症は重度に進行していないし、粘液水腫は認められないことから、控訴人Bの感覚障害が手根管症候群に起因する可能性は極めて低いと主張する。

控訴人Bの主張のうち、平成17年当時におけるチネル徴候陰性とメ

チョコバル服用による症状改善をいう点は合理性を有するといえる。ここで、少なくとも平成11年1月から平成18年9月までの間は、控訴人Bの感覚障害が甲状腺機能異常を原因とするものとはいえないのは、補正後の原判決別紙6-2第2の3(3)オ(ウ)（原判決378頁25行目）
5 が認定判示するとおりである。控訴人Bの主張のうち平成17年当時の発症を否定する点は、原判決と同旨である。

しかし、神経伝導検査の結果からすれば、上記期間後の手根管症候群の発症は否定されるものではない（山本医師の意見が採用できるのは、前記15(12)に判示のとおりである。）。また、末梢神経障害が生じる
10 のは、必ずしも重度に進行した場合等ではないと解されるのは、前記(ア) bに判示したとおりである。

したがって、控訴人Bの上記主張は、平成17年の発症を否定する点を除き、採用することができない。

(ウ) 頸椎症又は頸椎椎間板ヘルニアについて

控訴人Bは、スパリング徴候が陰性であること、感覚障害の分布・
15 範囲が両側性であること、上肢の腱反射が低下又は消失しておらず、下肢の腱反射が亢進していないこと、バビンスキー反射が陰性であること、筋萎縮が生じていないことからすれば、控訴人Bの感覚障害が頸椎症又は頸椎椎間板ヘルニアによる脊髄障害に起因する可能性は極めて低いと主張する。
20

控訴人Bが主張するように、平成27年5月の公的検診では、スパリング徴候、バビンスキー反射はいずれも陰性とされている（乙C2の7）。しかし、控訴人Bは、平成26年8月、頸椎MRI検査で頸椎椎間板ヘルニアを指摘され（補正後の原判決別紙6-2第2の2(9)ア(エ)。
25 原判決364頁10行目）、同時期の神経伝導検査の結果からは、筋萎縮が生じている可能性がある（乙B125）。これらは客観的な診断結

果を踏まえた判断であり信用性が高い。これに加えて、平成27年5月の公的検診でホフマン反射・トレムナー反射がいずれも陽性であったことからすれば、スパーリング徴候陰性等の結果があるとしても、頸椎症等による感覚障害である可能性は否定されないと考えられる。控訴人B

5
(エ) 心因性について

控訴人Bは、心理的に不安定な状態にあることを示唆する複数の指摘がなされているが、精神科の医師による心因性疾患との診断がされたものではなく、心理傾向を示すものであり、これら指摘をもって、控訴人

10 Bの感覚障害が心因性のものとすることはできないと主張する。
しかし、控訴人Bの感覚障害は部位が変遷し、消失と出現を繰り返すなどしており、感覚検査の不安定性を考慮したとしても、もはや脳の不可逆的な器質的損傷による感覚障害と相容れず、非器質性疾患の可能性を示唆するといえる。そのうえで、控訴人Bについて、多訴、心氣的と

15
18 控訴人Cについて

(1) 認定事実

20 原判決別紙6-3第2の1及び2（原判決384頁3行目から400頁7行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

ア 原判決387頁1行目「甲B29、30」の次に「甲C3の9、乙C3の5」を加える。

25 イ 原判決387頁20行目から21行目を「（以上につき、甲C3の10、15、乙C3の5、控訴人C本人）」に改める。

ウ 原判決390頁8行目「乙B195」を「乙B194」に改め、同行
「190～196」の次に「、204」を加える。

エ 原判決390頁17行目末尾に次のとおり加える。

「これらのほかに、「怪我や火傷をしても痛みを感じない」、「風呂の湯加
減がわからない」、「手さげやバッグは、落としそうになるので、手で持
たずに肘や肩にかける」といった症状についても「ない」とした。」

(2) 判断

原判決別紙6-3第2の3（原判決400頁8行目から407頁1行目ま
で）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、原判決401頁
16行目「からす曲がり」の次に「、物を落とす、痛みや熱さを感じない」
を加える。

(3) 主な控訴理由に対する判断

ア メチル水銀ばく露について

(ア) 控訴人Cは、居住歴・職歴、出生・成育時期、魚介類の摂取状況、母
方実家における魚介類の入手・摂取状況、親族のばく露状況等からすれ
ば、高濃度メチル水銀にばく露したと主張する。

しかし、父C1は15歳からチッソで勤務し、漁を生業としていたも
のではなく、同居家族に認定患者はいない。父C1は保健手帳と被害者
手帳の、母C2は医療手帳の交付を受けているが、その証明力は、救済
のための要件を満たすという限りのものである。その居住地は、水俣市
内から山間地域に約4km離れた農村集落であり、沿岸部ではない。漁師
である母方実家から送られるなどして魚介類を摂取することは日常にお
いて珍しいことではなかったとはいえるものの、このような居住歴・職
歴等に加えて、その他補正後の原判決別紙6-3第2の1（原判決38
4頁3行目）の認定事実からすれば、控訴人Cが高濃度メチル水銀にば
く露するほどに魚介類を多食していたとは認められない。母方実家の親

族に認定患者がいるとしても、上記判断を左右しない。控訴人Cの上記主張は採用することができない。

(イ) これに関連して、控訴人Cは、母C2の陳述書（甲C3の10）を根拠に、小学校入学後も毎日朝食を摂っていたし、ほぼ毎日魚介類を摂取していたと主張する。

しかし、控訴人Cは、①平成4年10月3日、栄養指導の際、医療機関に対し、「朝食は小学生から食べていない」と述べ（乙C3の10〔22頁〕）、②平成19年8月、自らを水俣病と診断した原田医師に対して、魚介類の摂取は週に2、3回であると述べ（甲C3の8）、③平成26年8月、自らを水俣病と診断した三浦医師らによる診察を受けるに当たって、1週間に2～3回、就学後は夕食のみ魚介類を摂食していたと述べている（甲C3の3）。①は、栄養指導時の申告であって、食生活について正確な情報を伝えるべきものであり、控訴人Cもそのことを十分に認識できたといえる。②、③は、水俣病の認定申請に関わるものと考えられ、その認定に不利ともいえる事実を自ら積極的に述べている。これらからすれば、控訴人Cの各申告の信用性を否定すべき理由はない。これに反する母C2の上記陳述書は採用することができず、控訴人Cの上記主張は採用することができない。

イ 四肢末端優位の感覚障害について

控訴人Cは、10回の感覚検査のうち7回で感覚障害が認められていること、これを認めなかった3回のうち1回（水俣協立病院）は頭痛のための受診であり、感覚障害の有無を調べることを主眼としていないこと、うち1回（公的検診）は信用できないことに加えて、三浦医師らによる定量的な感覚検査の結果からすれば、水俣病における最も基礎的、中核的な症候である四肢末端優位の感覚障害が認められると主張する。

しかし、木村医師は、平成17年5月8日、四肢末端及び口周囲の感覚

障害はないと診断している。これは最初の診断であり、その診断結果からすれば、それより前に症候の発現はなかったと考え得るところである（補正後の原判決第3編第4章第4の1。原判決243頁5行目）。加えて、メチル水銀による感覚障害の発生機序からは、感覚障害の所見は一貫性、再現性をもって認められるはずであるのに（補正後の原判決第3編第4章第1の2(1)エ。原判決237頁16行目）、木村医師の診断は感覚障害を認めていない。そして、控訴人Cは、木村医師の上記診断に対する合理的な主張をしていない。なお、公的検診が信用できるのは、補正後の原判決別紙6-3第2の3(2)イ（原判決402頁26行目）が認定判示するとおりである。

三浦医師らの感覚検査に問題があるのは、補正後の原判決第3編第5章第2の2（原判決251頁1行目）及び前記15(11)に判示のとおりである。

これらからすれば、控訴人Cにつき、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が存在するとは認められない。

ウ 感覚障害の発症時期について

控訴人Cは、幼少期にはすでに感覚障害が発症していたと主張する。

しかし、木村医師が平成17年5月に感覚障害はないと診断している。併せて、幼少期の自覚症状は水俣病に特異的なものではないし、高濃度メチル水銀にばく露したとも認められないことからすれば、控訴人Cの感覚障害が幼少期に発症していたとは認められない。控訴人Cの上記主張は採用することができない。

エ 二点識別覚検査の結果について

控訴人Cは、二点識別覚検査の結果からすれば、大脳皮質の損傷が強く疑われると主張する。

しかし、補正後の原判決第3編第4章第1の2(2)ウ（原判決239頁

1 1行目)に判示のとおり、二点識別覚検査は水俣病り患の判断に当たって決定的な意味を有するものではない。控訴人Cの上記主張は採用することができない。

オ 他原因による感覚障害の可能性について

5 (ア) 糖尿病性神経障害について

控訴人Cは、糖尿病について良好にコントロールされており、初期段階にとどまっているか、改善されていること、耐糖能異常において神経障害が発現するか否かはいまだ研究段階にあり、その発現が医学的な定説であるとはいえないこと、アキレス腱反射は正常であること、神経伝導検査の結果はいずれも正常であり、糖尿病性神経障害の可能性を否定すべき事情となることからすれば、控訴人Cの感覚障害が糖尿病性神経障害に起因する可能性は極めて低いと主張する。

しかし、糖尿病性神経障害は、糖尿病の合併症の中で最も早期に発症するから、糖尿病の進行度と神経障害の出現とは相関しない。耐糖能異常での神経障害発現の有無については、その傾向があることは指摘されているし(甲C3の21、乙B220)、控訴人Cは、平成10年には糖尿病と診断されているところ、糖尿病のコントロールによって、既に発症した糖尿病性神経障害が改善するという考え方は医学的に確立していない(乙B112)。腱反射は神経系に器質的な病変がなくても亢進したり減弱したりするし(乙B185)、アキレス腱反射が消失しない場合は糖尿病性神経障害ではないということできない(証人山本)。神経伝導検査の結果は、糖尿病性神経障害と矛盾しない(乙B112)。控訴人Cの上記主張は採用することができない。

(イ) 手根管症候群について

25 控訴人Cは、手根管症候群の特徴、すなわち自動車の運転等の手を使う運動でもしびれが増強するとか、手を振ると軽快するといった神経症

5 状は確認されていないこと、神経伝導検査の結果、基準値を下回っていること、糖尿病と手根管症候群との因果関係は未確立であり、糖尿病に
り患しているからとあって、手根管症候群にり患している可能性がある
とはいえないことからすれば、控訴人Cの感覚障害が手根管症候群に起
因する可能性は極めて低いと主張する。

しかし、前記16(3)ウ(エ)に判示のとおり、臨床症状が部分的な場合
には手根管症候群に感度・特異性が高い所見が重要とされるどころ、運
転によるしびれ増強や手を振ることでの軽快はそれら所見に含まれてい
ない。かえって、控訴人Cは起床時に左手のしびれを自覚したと述べて
10 おり（甲C3の11の1）、「夜間に増悪する疼痛」という感度・特異
性の高い所見が認められる。また、神経伝導検査の結果は手根管症候群
を疑うものである（乙B112）。さらに、手根管症候群の基礎疾患と
して糖尿病が挙げられていることは明らかであるし、控訴人Cに、糖尿
病性神経障害と手根管症候群のそれぞれについて医学的に疑うべき症状
15 や検査結果等がある以上、控訴人Cが指摘する両疾病の因果関係につ
いての主張をもってしても、控訴人Cの感覚障害が手根管症候群による可
能性があるという判断を左右するものではない。したがって、控訴人C
の上記主張は採用することができない。

19 控訴人Dについて

20 (1) 認定事実

原判決別紙6-4第2の1及び2（原判決412頁4行目から447頁2
2行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のと
おり補正する。

25 ア 原判決415頁12行目「からすれば」から14行目までを次のとおり
改める。

「が認められるものの、実際にどの程度の頻度で、どれほどの量の青魚を食

してきたかは明らかではない（このように補正した理由は、蕁麻疹が出た
10歳当時にアレルギーの存在や程度をどの程度理解・認識していたか明
らかでなく、成人した後に、幼少期を振り返り、青魚アレルギーであった
と考えたことから、医療機関に各申告がなされた可能性は否定できないか
らである。）。」

イ 原判決416頁17行目から19行目「していたところ、」までを次の
とおり改める。

「 控訴人Dは、昭和59年1月、水俣市立病院で、右目の網膜裂孔につき
冷凍凝固術を、左目の網膜格子状変性につき網膜光凝固術を受け、術後
は同病院に外来通院していたが、経過は良好であった。」

ウ 原判決416頁24行目「29・50、56頁」を「29・50、52、
53、56頁」に改める。

エ 原判決432頁13行目から14行目にかけての「退院となったことが
それぞれ記録された。（乙C4の27・273頁）」を「退院となった
ことを記録した。（乙C4の27・267頁）」に改める。

オ 原判決433頁17行目「有馬寿之医師」を「内野医師」に改める。

カ 原判決446頁24行目「審理社会的ストレス」を「心理社会的ストレ
ス」に改める。

キ 原判決447頁7行目「左下腿」を削除する。

(2) 判断

原判決別紙6-4第2の3（原判決447頁23行目から456頁18行
目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり
補正する。

ア 原判決448頁17行目から449頁3行目までを削除する。

イ 原判決452頁26行目から453頁16行目までを削除する。

ウ 原判決454頁3行目「原告らの主張する」を削除する。

エ 原判決454頁5行目から11行目までを削除し、12行目「(ウ)」を「(イ)」に改める。

オ 原判決456頁5行目から7行目「これらの」までを削除する。

(3) 主な控訴理由及びその他主張に対する判断

5 ア 水俣病の認定要件論について

控訴人Dは、水俣病は食中毒であり、「ばく露」と「関連症状のいずれか一つ」が満たされれば、中毒症患者といえとし、チッソが流したメチル水銀で汚染された魚介類を食べ、手足の感覚障害があれば、水俣病にり患したと認められると主張し、同趣旨の津田敏秀岡山大学大学院教授の意見書（丙1、8、48）がある。

10

水俣病は、補正後の原判決第2編第2章第1の1（原判決4頁24行目）のとおり、魚介類に蓄積された有機水銀の一種であるメチル水銀を経口摂取することにより起こる中毒性中枢神経系疾患であり、控訴人Dの主張するとおり、食中毒の一つである。そして、水俣病の病像論、発症閾値、ばく露終了から相当期間経過後の発症の有無、長期微量汚染型水俣病の有無に関するこれまでの判示からすれば、汚染された魚介類を食し、手足の感覚障害があるというだけでは、水俣病にり患したと認めるに足りない。水俣病のり患の有無は、経験則に照らして個々の事案における諸般の事情と関係証拠を総合的に検討し、個々の具体的な症候と原因物質との間の個別的な因果関係の有無等を審理の対象として、個別具体的に判断されるべきであり（平成25年最高裁判決）、これに反する上記意見書は採用することができず、控訴人Dの上記主張は採用することができない。

15

20

イ メチル水銀ばく露について

(ア) 控訴人Dは、D家の献立は魚が中心であり、魚介類を多食していたし、青魚アレルギーはなかったと主張する。

25

これについては、前記補正のとおりである。

(イ) 控訴人Dは、前記アの主張を前提に、水俣病は食中毒であるから、高濃度のメチル水銀にばく露したか否かは関係なく、水俣湾産魚介類を食べていれば、病因物質であるメチル水銀にばく露したといえると主張する。

しかし、水俣病の病像論や発症閾値からすれば、控訴人Dの上記主張は採用することができないことは、前記説示のとおりである。

ウ 発症時期について

控訴人Dは、物心のついた1歳前後から頭痛、からす曲がり、手足のしびれといった水俣病の症状があったと主張する。

しかし、控訴人Dが主張するこれら自覚症状は水俣病に非特異的な症候であり、これを前提としても発症の事実を認めるに足りない。したがって、控訴人Dの上記主張は採用することができない。

エ 四肢末端の感覚障害について

控訴人Dは、幾多の病院、医師、公的検診でも、四肢末端優位の感覚障害が認められていると主張する。

控訴人Dに感覚障害が認められるのは、補正後の原判決が認定するとおりである。その認定を踏まえて、これらが水俣病に典型的なものといえるかが検討されなければならない。補正後の原判決別紙6-4第2の3(2)イ(原判決450頁25行目以下)が判示するとおり、感覚障害の発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認められるのであるから、控訴人Dの感覚障害は、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であるとは考えられない。控訴人Dの上記主張は採用することができない。

オ 求心性視野狭窄について

控訴人Dは、水俣病の症候である求心性視野狭窄が認められると主張す

る。

しかし、補正後の原判決別紙6-4第2の3(2)ウ(イ)（原判決452頁5行目以下）に判示のとおり、控訴人Dは、昭和59年12月に求心性視野狭窄はないと診断されたこと、原田医師も平成13年に網膜剥離による瞳孔障害があり視野狭窄があるが、求心性ではないと診断していること、平成28年の公的検診でも耳側は正常範囲に近い視野を有すると診断されていること等からすれば、控訴人Dに求心性視野狭窄が生じたとは認められない。

なお、控訴人Dは網膜剥離の手術を受けたのは昭和59年ではなく平成7年であると主張するが、補正後の原判決掲記の各証拠（これら証拠の信用性を否定すべき事情はない。）からは、昭和59年に網膜裂孔及び網膜格子状変性につき各手術を受けたことは容易に認められる。

控訴人Dの上記主張は採用することができない。

カ 平衡機能障害について

控訴人Dは、水俣病の症候である平衡機能障害が認められると主張する。

しかし、補正後の原判決別紙6-4第2の3(2)ウ(ア)（原判決451頁19行目）が認定判示するとおりであり、控訴人Dの上記主張は採用することができない。

キ 他原因について

控訴人Dは、水俣病は食中毒であり、健康でなくても水俣病にり患し得るのであるから、水俣病にり患の事実を判断するに当たって、他病にり患しているか否かは関係ないと主張する。

しかし、水俣病に非特異的な症候は他疾患による可能性があり、その事実は水俣病にり患の有無の認定に関する消極的事実の一つとなり得るから、考慮すべきである。なお、これは、他病にり患している者は水俣病にり患しないなどと判断するものではない。控訴人Dの上記主張は、採

用することができない。

ク 齋藤恒医師（以下「齋藤医師」という。）の診断について

木戸病院内科の齋藤医師は、令和6年5月30日、控訴人Dを水俣病であると診断した（丙13）。その根拠として、控訴人Dが幼少期から存在していたと主張する自覚症状が水俣病の症状と一致すること、控訴人Dに四肢の感覚障害、平衡障害及び協調運動障害が生後一貫して認められることを指摘する。

しかし、これまで判示したとおり、控訴人Dの上記主張に係る自覚症状は水俣病に非特異的な症状であり、これを前提としても発症の事実は認められない。また、感覚障害は、メチル水銀ばく露によるものとは考えられず、平衡障害及び協調運動障害は認められない。したがって、齋藤医師の診断は採用することができない。

20 控訴人Eについて

(1) 認定事実

原判決別紙6-5第2の1及び2（原判決460頁11行目から477頁14行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

ア 原判決461頁2行目「16、」の次に「乙C5の6、7、」を加える。

イ 原判決461頁17行目から18行目にかけての「昭和43」を「昭和43年」に改める。

ウ 原判決465頁12行目「甲C6の15、」の次に「乙C5の11、」を加える。

エ 原判決467頁4行目から5行目を「（以上につき、甲B72、甲C5の2、乙C5の8、14）」に改める。

オ 原判決468頁4行目末尾に「（同100頁）」を加える。

カ 原判決468頁23行目「乙C5の14・39、40頁」を「乙C5の

14・36～47頁」に改める。

(2) 判断

5 原判決別紙6-5第2の3（原判決477頁15行目から485頁2行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

ア 原判決480頁1行目から2行目にかけての「腰椎症疑いと診断した」を「鑑別疾患として腰椎症疑いを指摘した」に改める。

10 イ 原判決484頁4行目から9行目までを削除する（ここを削除した主な理由は、平成26年8月のMRI検査で胸腰椎のヘルニアが否定されているからである。甲C5の2）。

(3) 主な控訴理由に対する判断

ア メチル水銀ばく露について

15 控訴人Eは、居住歴・職歴、出生・成育時期、地域の汚染状況、家族のばく露状況、魚介類の摂取状況等からすれば、高濃度メチル水銀にばく露したと主張する。

20 控訴人Eの居住地は海に面しているし、祖父E1（控訴人Eは幼少期に同居）は半農半漁を営み、父E2は工場勤務のほか毎日のように漁に出ていたこと、控訴人Eの兄弟姉妹も貝や海藻などを獲りに行くなどしていたこと、兄弟姉妹が多く、父E2の給与のみで家計を賄うのは難しかったこと（甲C5の13）、控訴人Eの兄弟姉は被害者手帳の交付を受けていること（ただし、その証明力は救済のための要件を満たすという限りのものである。）、以上の事実からすれば、母E3や控訴人Eが日常的に魚介類を摂取していたことは推認できる。

25 他方において、経済的に十分であったとはいえないとしても父E2に給与所得があり、畑作や鶏の飼育等も行っていたことからすれば、補正後の原判決別紙6-5第2の3(1)（原判決477頁19行目）が認定判示

するとおり、魚介類に大きく依存する食生活であったとまでは認められず、控訴人Eが胎児期以降、高濃度のメチル水銀にばく露したと認めることはできない。控訴人Eの上記主張は採用することができない。

イ 四肢末端優位の感覚障害について

5 控訴人Eは、8回の感覚検査のうち6回で感覚障害が認められていること、これを認めなかった2回のうち1回（公的検診）は信用できないことに加えて、三浦医師らによる定量的な感覚検査の結果からすれば、水俣病における最も基礎的、中核的な症候である四肢末端優位の感覚障害が認められると主張する。

10 しかし、メチル水銀による感覚障害の発生機序からは、感覚障害の所見は一貫性、再現性をもって認められるはずであるのに（補正後の原判決第3編第4章第1の2(1)エ。原判決237頁16行目）、控訴人Eの感覚障害の部位に変遷が見られ、消失と出現の変化がある。なお、公的検診が信用できるのは、補正後の原判決別紙6-5第2の3(2)イ（原判決
15 480頁19行目）が認定判示するとおりである。

三浦医師らの感覚検査に問題があるのは、補正後の原判決第3編第5章第2の2（原判決251頁1行目）及び前記15(11)に判示のとおりである。

20 これらからすれば、控訴人Eにつき、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害が存在するとは認められない。控訴人Eの上記主張は採用することができない。

ウ 感覚障害の発症時期について

控訴人Eは、幼少期にはすでに感覚障害が発症していたと主張する。

25 しかし、控訴人Eは、平成14年6月（これは、原田医師によって感覚障害が認められた平成17年8月の診断よりも前である。）、左下肢静脈瘤の手術のために総合医療センターに入院した際、触覚等の感覚につ

いて問題はないとされている。どのような検査がなされたのかは明らかではないが、一般に手術に向けてなされたものであり、上記判断を採用するのが相当である。併せて、幼少期の自覚症状は水俣病に特異的なものではないし、高濃度メチル水銀にばく露したとも認められないことからすれば、控訴人Eが5、6歳当時に鎌で指を切ったが痛みを感じなかったという経験をしていたとしても、控訴人Eの感覚障害が幼少期に発症していたとは認められない。控訴人Eの上記主張は採用することができない。

エ 二点識別覚検査の結果について

控訴人Eは、二点識別覚検査の結果からすれば、大脳皮質の損傷が強く疑われると主張する。

しかし、補正後の原判決第3編第4章第1の2(2)ウ(原判決239頁11行目)に判示のとおり、二点識別覚検査は水俣病り患の判断に当たって決定的な意味を有するものではない。控訴人Eの上記主張は採用することができない。

オ 他原因による感覚障害の可能性について

(ア) 糖尿病性神経障害について

控訴人Eは、平成14年に総合医療センターで手術を受けた際の麻酔表(乙C5の14〔54頁])に糖尿病につき陰性である旨記載されていること、三浦医師らによる平成26年8月の診断の際には、糖尿病の疑いとされたにすぎず、その病態は初期の段階にとどまっていたこと、平成14年から平成26年まで糖尿病の治療をしていないのに、三浦医師らによる上記診断の際は初期段階にとどまっていたことから、控訴人Eが糖尿病を発症したのは平成26年8月の少し前であったと考えられると主張する。そして、これを踏まえて、同月までに認められた感覚障害は糖尿病性神経障害によるものではないと主張する。

また、控訴人Eは、平成26年8月当時の感覚障害については、糖尿病が初期段階であることや神経伝導検査の結果等からすれば、糖尿病性神経障害としての四肢の感覚障害ではないとも主張する。

しかし、平成14年時の手術に際しての血液検査の結果は医療記録上見当たらず（乙C5の14）、控訴人Eの認識が示されたものに過ぎない可能性はある。そうではなく、仮に、同時点ではいまだ糖尿病を発症しておらず、さらに控訴人Eにつき平成15年9月になされた「転倒転落アセスメント・スコアシート」の既往歴欄のとおり（補正後の原判決別紙6-5第2の2(2)ウ(オ)。原判決470頁7行目）、同時点でも糖尿病を発症していないとしても、控訴人Eの感覚障害が初めて発現したのは平成17年以降と認められるから、平成15年9月までに糖尿病を発症していないことは、控訴人Eの感覚障害が糖尿病性神経障害によることを否定するに足りない。

そして、補正後の原判決別紙第6-5第2の3(3)オ(ア)（原判決483頁3行目）が認定判示するとおり、平成26年8月当時の神経伝導検査の結果や、血糖値・HbA1cの数値、アキレス腱反射の減弱からは、少なくとも同時点までに糖尿病性神経障害が認められた可能性があり、糖尿病を発症した又はその疑いがあるとされたのが平成15年9月よりも後であったとしても、その具体的な時期は明らかではない以上、平成17年以降に認められる感覚障害が、糖尿病性神経障害によるものである可能性は否定できない。

なお、糖尿病の進行度と神経障害の出現とが相関しないのは、控訴人Cでの控訴理由に対する判断で示したとおりである。また、控訴人Eの神経伝導検査の結果は、糖尿病性神経障害と説明し得るものである（乙B112）。

したがって、控訴人Eの主張は採用することができない。

(イ) 手根管症候群について

控訴人Eは、手根管症候群に特徴的な神経症状が見られないこと、神経伝導検査の結果からは手根管症候群の可能性があるとはいえないこと、糖尿病と手根管症候群との因果関係は未確立であり、糖尿病に罹患しているからといって、手根管症候群に罹患している可能性があるとはいえないことからすれば、控訴人Eの感覚障害が手根管症候群に起因する可能性は低いと主張する。

しかし、手根管症候群の自覚症状として手指や手のしびれが認められるところ、補正後の原判決別紙6－5第2の2(3)(原判決470頁13行目)に認定のとおり、控訴人Eは、平成17年以降も手のしびれを複数回にわたって訴えている。また、控訴人Eの神経伝導検査の結果は手根管症候群の可能性が疑われるべきものである(乙B112)。そして、控訴人Eに糖尿病性神経障害を疑わせるべき事情があり、同時に手根管症候群の可能性もあるのであるから、糖尿病と手根管症候群の関係性についての控訴人Eの主張をもってしても、控訴人Eの感覚障害が手根管症候群の可能性があるという判断を左右するものではない。控訴人Eの上記主張は採用することができない。

(ウ) 頸椎椎間板ヘルニアについて

控訴人Eは、上肢の腱反射が正常であり、頸椎椎間板ヘルニアによる神経根障害と整合しないこと、控訴人Eの感覚障害は両側性であり、頸椎椎間板ヘルニアによる神経根障害としての感覚障害の分布と整合しないこと、控訴人Eに感覚障害とスパーリング徴候陽性の双方が認められたことはなく、頸椎椎間板ヘルニアと判断するための要件を満たしていないことからすれば、控訴人Eの感覚障害が頸椎椎間板ヘルニアに起因する可能性は極めて低いと主張する。

しかし、神経根障害がある者のうち半数前後は腱反射に異常は見られ

ないといえるから（乙B180、弁論の全趣旨）、控訴人Eの上肢の腱反射が正常であることは頸椎椎間板ヘルニアを否定する根拠とはならない。頸椎椎間板ヘルニアは一般的に上肢一侧に放散痛やしびれが生じるとされるが（甲C全10・23頁、乙B187、証人山本33頁）、神経症候は両側性的の場合もあり（乙B190）、脊髄症状を呈した場合には、両側手指のしびれや四肢の感覚障害を起こすこともあるとされており（乙B187）、控訴人Eの感覚障害が両側性であることは必ずしも頸椎椎間板ヘルニアを否定するものではない。また、控訴人Eに平成26年8月には軽度であれスパリング徴候が認められている。したがって、控訴人Eの上記主張をもってしても、控訴人Eの感覚障害が頸椎椎間板ヘルニアによる可能性は否定できない。控訴人Eの上記主張は採用することができない。

2 1 控訴人Fについて

(1) 認定事実

原判決別紙6-6第2の1及び2（原判決489頁10行目から501頁25行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

ア 原判決489頁26行目「甲C6の15」を「甲C6の4、15」に改める。

イ 原判決490頁2行目から21行目にかけて別紙6-5を引用する部分の補正は、前記20(1)のとおりとする。

ウ 原判決501頁24行目「195」を「194」に改める。

(2) 判断

原判決別紙6-6第2の3（原判決501頁26行目から509頁26行目まで）に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、原判決503頁6行目から7行目にかけての「前記2(1)ア(キ)」を「前記2(1)キ」に、

506頁8行目「前記2(1)ア(エ)」を「前記2(1)エ」に、507頁6行目「前記2(1)ア(ア)」を「前記2(1)ア」にそれぞれ改める。

(3) 主な控訴理由に対する判断

ア メチル水銀ばく露について

5 控訴人Fは、居住歴・職歴、出生・成育時期、地域の汚染状況、家族のばく露状況、魚介類の摂取状況等からすれば、高濃度メチル水銀にばく露したと主張する。

10 しかし、控訴人F（昭和31年生まれ）は控訴人E（昭和28年生まれ）の3歳下の妹であり、成育歴は同じといえる。控訴人Fの上記主張に対する判断は、控訴人Eについての判断（前記20(3)ア）と同様である。控訴人Fの主張は採用することができない。

イ 四肢末端優位の感覚障害について

15 控訴人Fは、8回の感覚検査のうち5回で感覚障害が認められていること、これを認めなかった3回のうち1回（公的検診）は信用できないことに加えて、三浦医師らによる定量的な感覚検査の結果からすれば、水俣病における最も基礎的、中核的な症候である四肢末端優位の感覚障害が認められると主張する。

20 しかし、控訴人Fが信用性を否定すべきと主張する公的検診を除いても、控訴人Fの感覚障害は消失・出現を繰り返し、出現部位や範囲も変化している。脳の不可逆的な器質的損傷によって生じるというメチル水銀ばく露に基づく感覚障害の発生機序からすれば、控訴人Fについて、水俣病に典型的な四肢末端優位の感覚障害は認められない。控訴人Fの上記主張は採用することができない。

ウ 難聴について

25 控訴人Fは、複数の文献を指摘し、感音性難聴（内耳性難聴）について、水俣病発症から長期間経過した時点で継続する難聴に含まれるとしたう

えで、控訴人Fの内耳性難聴はメチル水銀ばく露に起因する蓋然性が高いと主張する。

しかし、控訴人Fが指摘する文献のうち、新潟大学医学部耳鼻咽喉科猪初男らによるもの（甲C6の17）、熊本大学医学部耳鼻咽喉科学教室野坂保次らによるもの（甲C6の18）及び同教室佐藤武男らによるもの（甲B3）はいずれも水俣病の認定患者の中に内耳性難聴を認めた例があることを指摘するにとどまるというべきである。また、国立熊本病院耳鼻咽喉科土生健二郎によるもの（甲C6の14）は、内耳性難聴が激減した旨が報告されており、控訴人Fの経過と相容れず、その主張を根拠づけるものとはいえない。

メチル水銀中毒によって内耳性難聴を発症する可能性は否定できないとしても、控訴人Fについてみれば、当初軽症であったものが経時的に悪化し、長期間にわたって内耳性難聴が維持されるとの経過をたどっており、水俣病による難聴の特徴と相容れない。したがって、控訴人Fの難聴はメチル水銀ばく露によるものとは認められず、控訴人Fの上記主張は採用することができない。

エ 二点識別覚検査の結果について

控訴人Fは、二点識別覚検査の結果からすれば、大脳皮質の損傷が強く疑われると主張する。

しかし、補正後の原判決第3編第4章第1の2(2)ウ（原判決239頁11行目）に判示のとおり、二点識別覚検査は水俣病り患の判断に当たって決定的な意味を有するものではない。控訴人Fの上記主張は採用することができない。

2.2 控訴人Gについて

(1) 認定事実

原判決別紙6-7第2の1及び2（原判決514頁4行目から530頁8

行目まで)に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

ア 原判決517頁8行目「甲C7の8」を「甲C7の10」に、25行目「15、16、」を「乙C7の17」にそれぞれ改める。

5 イ 原判決530頁6行目「17、」を削除する。

(2) 判断

原判決別紙6-7第2の3(原判決530頁9行目から536頁22行目まで)に記載のとおりであるから、これを引用する。ただし、次のとおり補正する。

10 ア 原判決532頁1行目「障害があるとされたものの」から2行目「椎間板ヘルニアによるものと判断され」までを「障害があるものとされた。また、併せて、椎間板ヘルニアが指摘され」に改める。

イ 原判決534頁23行目「的確な証拠がない」の次に「上に、控訴人Gは、原田医師に対し、学生時代はどうもなかったが、平成14年から左手にしびれ感がある旨を申告している」を加える。

15 ウ 原判決535頁17行目から536頁4行目までを次のとおり改める。
「(イ) 頸椎症の可能性を検討すると、控訴人Gに認められる症状はこれと整合的である。

20 しかし、頸椎症は、臨床的に、頸椎エックス線画像上、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とされている(補正後の原判決別紙6-2第2の2(12)ウ(ア)。原判決369頁24行目)。控訴人Gは、首や肩の痛み、こり等を訴えて、平成13年4月以降、複数回にわたって平田整形外科クリニックを受診し、その都度、頸椎X線写真を撮ったものと認められるが(乙C7の13)、同ク
25 リニックにおいて、椎間腔狭小等の指摘を受けた様子はない。さらに、平成26年8月の三浦医師らの診察でも、頸部X線写真画像上もMRI

画像上も異常所見は認められなかった（甲C7の3、5）。平成27年10月の公的検診に至り椎間腔狭窄が指摘されたが、C5／6椎間腔「やや狭」というものである（乙C7の1）。そうすると、13年以上の間に得られた画像所見は頸椎症の所見と合致せず、平成27年の画像所見上もやや狭いという程度のものからすれば、頸椎症の可能性は医学的に否定されるものと解される。

したがって、控訴人Gの感覚障害が頸椎症による可能性はないというべきである。この限りでは、控訴人Gの主張は理由がある。

(ウ) 控訴人Gの肩こり、しびれ等の症状に加えて、平成17年4月にライト徴候陽性とされたことからすれば、胸郭出口症候群の可能性は否定できない。

(エ) 腰部変形性脊椎症は、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（補正後の原判決別紙6－7第2の2(8)ウ(ア)。原判決529頁22行目）。これらは、控訴人Gの症状と整合する。

また、変形性脊椎症では、単純X線写真で、椎間板腔や椎間関節腔の狭小化、骨棘形成などを認める（乙B172）。控訴人Gは、平成10年以降、腰部痛等を訴えて、平田整形外科クリニックを受診し、平成20年10月には、腰椎X線写真撮影の上で変形性脊椎症と診断されていて（乙C7の13、15）、同クリニックでの診断の信用性を否定すべき事情はない。

もともと、控訴人Gは、平成26年8月の三浦医師らの診察で、腰部X線写真画像上もMRI画像上も異常所見は認められなかった（甲C7の3、5）。平成26年の所見と、平成20年の変形性脊椎症との診断との関係は不明といわざるを得ないが、少なくとも平成20年の診断の前後に認められる症状については、変形性脊椎症による可能性は否定で

きない。

なお、控訴人Gの症状をすべて変形性脊椎症のみで説明する必要はなく、現に下肢に症状が現れている以上、控訴人Gに認められる感覚障害が全身性のものであることは、変形性脊椎症を否定する理由にはならない。

(オ) このように、控訴人Gの感覚障害は、他原因である可能性が否定できない。」

(3) 主な控訴理由に対する判断

ア メチル水銀ばく露について

控訴人Gは、居住歴・職歴、出生・成育時期、魚介類の摂取状況、居住地区及び同居家族のばく露状況等からすれば、高濃度メチル水銀にばく露したと主張する。そして、水俣湾での漁の自粛要請、芦北の魚介類の漁獲不振、不知火海沿岸漁民による陳情やデマの存在は、魚介類の摂取状況には関係せず、控訴人Gの居住地区では、たんぱく源となる食物が

なく、魚介類を中心とした食生活を送っていたと主張する。

控訴人Gが生まれ育った女島沖地区では、海と傾斜の急な山並みに囲まれており、ほとんどの住民が漁業を生業としていて、自ら漁獲した魚介類が食卓の中心であって、これを多食していたと認められる。

もっとも、父G1は、要旨、次のとおり述べているところ、同供述の信用性を否定すべき事情はない。

「浮遊魚を見かけるようになり、昭和34年頃は焼いて食べていたが、その原因もわからなかった、次第にイリコを揚げる網に白いヘドロのようなものが溜まるようになり、そのイリコを食べた猫が死ぬようになって、イリコを捨てるようになった、水俣病関連の事件以降、自ら魚を獲ることはなくなり、もらった魚を食べるぐらいであって、水銀に汚染されているため、これ以上食べてはいけないとの意識があったことから、

魚の摂取はなるべく控えた。(乙B242)」

そうすると、補正後の原判決別紙6-7第2の1(5)(原判決518頁15行目)のとおり的事实を認定することができる。これら事実に加えて、控訴人Gが昭和35年生まれであること、叔父G2は昭和37年に巾着網漁を辞めたこと等も併せて考慮すると、遅くとも控訴人Gの少年期には、控訴人G一家の魚介類の摂取量は相当程度減少したと認められる。

なお、前記16(2)イのとおり、当時保健所長であった伊藤は、漁師の生活は貧しく、昭和32年から33年頃には県指導の自主規制があまり守られなくなり、水俣湾内で漁をして、汚染されている魚と思いながらも、これを食する者が出てきたと証言しているが、父G1が上記のとおり自ら魚の摂食を控えた旨を述べており、伊藤の証言によって、上記認定は左右されない。

したがって、控訴人Gの上記主張は採用することができない。

イ 感覚障害の所見の変動について

控訴人Gは、感覚検査のたびに四肢の感覚障害が認められているし、比較法を用いて四肢末端の感覚障害が認められた場合には、全身性の感覚障害を発見できない場合もあり得るのであって、所見の変動が生じたものではないと主張する。

しかし、前記15(10)アのとおり、比較法によることが不相当とはいえない。そして、全身性の感覚障害に所見の変動が見られるのは、補正後の原判決別紙6-7第2の3(3)エ(原判決534頁26行目)が認定するとおりである。控訴人Gの上記主張は採用することができない。

ウ 感覚障害の発症時期について

控訴人Gは、10歳頃にはすでに水俣病を発症していたと主張する。

しかし、控訴人Gが主張する、からす曲がり、頭痛、めまい、耳鳴り等

の自覚症状は、水俣病に非特異的な症候であり、これをもって発症の事実を認めるに足りない。

5 感覚障害についてみれば、補正後の原判決第3編第4章第4の1（原判決243頁5行目）が判示するとおり、胎児期から幼少期にかけてメチル水銀ばく露を受けた者は、症状の存在自体を認識することが困難と考えられ、この点は控訴人Gが指摘するとおりである。しかし、控訴人Gの場合、原田医師がその感覚障害を認めた平成17年4月（当時45歳）の診察において、学生時代はどうもなかったが、3年前から左手にしびれ感があると述べたうえで、四肢末端に痛覚及び触覚の障害があると診察された。そうすると、控訴人Gは、遅くとも同診察時点では感覚障害を認識できているのであるから、幼少期にも発症していたというのであれば、学生時代はどうもなかったなどと述べることはないと考えられる。自ら感覚障害の存在を認識し、実際に医師によりこれを診断された平成17年をもって、感覚障害が発現したと認めるのが相当である。なお、
10 仮に控訴人Gが公的検診で述べるように平成5年（当時33歳）に感覚障害が発現していたとしても、水俣病の発生机序と齟齬する。控訴人Gの上記主張は採用することができない。

エ 二点識別覚検査の結果について

20 控訴人Gは、二点識別覚検査の結果からすれば、大脳皮質の損傷が強く疑われると主張する。

しかし、補正後の原判決第3編第4章第1の2(2)ウ（原判決239頁11行目）に判示のとおり、二点識別覚検査は水俣病り患の判断に当たって決定的な意味を有するものではない。控訴人Gの上記主張は採用することができない。

25 オ 他原因による感覚障害の可能性について

(ア) 更年期障害について

控訴人Gは、更年期障害において感覚障害を発症するという報告は患者が申告した不定愁訴を中心にして調査した結果をまとめたものであり、医師が実施した神経学的診察により得られた所見によるものではないし、更年期障害を発症した患者について何らかの知覚障害を発現する頻度は2～3%に過ぎず、ましてや四肢末端優位や全身性の感覚障害を発現する症例は報告されていないとして、控訴人Gの感覚障害は更年期障害によるものではないと主張する。

しかし、控訴人Gに認められる感覚障害は、ばく露終了時期から相当期間が経過した時点で発現しており、メチル水銀ばく露によって脳が器質的損傷を受けたことによる感覚障害であることと整合しない。更年期障害は多彩かつ不安定な自覚症状からなり、器質的な損傷は認められない（乙B165）。したがって、感覚障害に関する報告が神経学的検査を受けた結果でないとしても、控訴人Gの感覚障害それ自体が上記のとおりのものであるから、むしろ不定愁訴症候群である更年期障害の症状と整合するといえる。控訴人Gは、その発症頻度や部位についても主張するが、それによって、器質的損傷を伴わない不定愁訴たる症状を否定できるものではない。控訴人Gの上記主張は採用することができない。

(イ) 胸郭出口症候群について

控訴人Gは、平成26年8月の三浦医師らの診察では、X線写真上、胸郭出口付近に異常はなく、腕を上げたときに痛みが増強することを経験していないことから、胸郭出口症候群ではないと主張する。

しかし、胸郭出口症候群は、血管圧迫型、神経牽引型、混合型の3つがあり、頸椎X線写真によって、なで肩の患者であれば、側面像でT2～T3の椎体が見えるとされるが（乙B171）、画像所見のみで患

の事実を否定できるかは明らかではない。腕を上げた場合の痛みの増強が胸郭出口症候群に必発の症状であるとまでは認められず、これがない

からといって、り患の可能性が否定されるものではない。控訴人Gの上記主張は採用することができない。

(ウ) 腰部変形性脊椎症について

控訴人Gは、三浦医師らの診察において、ラセーグ徴候陰性、バビンスキー反射陰性、チャドック反射陰性であり、腰部変形性脊椎症の神経症状と合致しないし、同診察のX線写真及びMRI検査では腰部に異常はないとされていること、控訴人Gの感覚障害は全身性であることからすれば、控訴人Gの感覚障害は腰部変形性脊椎症によるものではないと主張する。

しかし、前記(2)ウで原判決を補正したとおりである。控訴人Gの上記主張は採用することができない。

2 3 結論

よって、原判決は相当であり、本件控訴はいずれも理由がない。

福岡高等裁判所第1民事部

裁判長裁判官 高 瀬 順 久

裁判官 古 川 大 吾

裁判官 高 山 慎