

筋弛緩剤中毒でも事件でもなかった「筋弛緩剤中毒事件」 誤診が生んだ司法事故

真犯人は人間ではなく「病気」だった

2000年に仙台市のクリニック（2002年廃院）で筋弛緩剤ベクロニウム（商品名マスキュラックス）を患者の点滴などに混入したとして、1件の殺人と4件の殺人未遂の罪に問われた元同クリニック勤務の准看護師 守（もり）大助氏は、2008年2月、上告棄却により無期懲役の刑が確定し、現在千葉刑務所に入っています。しかし、実は、そのような事件はありませんでした。医師が病気を殺人と誤って認定してしまったために、あたかも事件があったように見えただけでした。

通常、冤罪と言え、真犯人が別にいるはずですが、この冤罪では、そもそも犯罪が存在しなかったため、真犯人なるものも存在しません。ベクロニウム中毒とは全く異なる病気を、すべてベクロニウム中毒と誤診したのが、この冤罪の本質です。守氏の逮捕から10年経った今日まで、このような冤罪とそれを生んだ誤診がなぜ放置されているのかを説明します。

医師がベクロニウム中毒を疑った例は1例もない

2010年2月、守氏の再審請求手続きのために、私は守氏の代理人（弁護士）からの依頼を受け、守氏がベクロニウムを投与したとされた5人の患者さんの診療録を詳細に検証しました。しかし、どの診療録にも、筋弛緩剤中毒を疑う旨の医師の記載は全くありませんでした。さらに、私が第三者の立場から検証しても、筋弛緩剤中毒を思わせる所見はありませんでした。

診療録に記載されていた病名は、以下に示すように、重症筋無力症やボツリヌス中毒といった筋弛緩剤中毒類似の疾患とも全く関係がありませんでした。それどころか、脱力・麻痺といった症状すら出現しない疾患ばかりでした。

1. 89歳女性（死亡）では、主治医が「心筋梗塞」と診療録に明記していました。
2. 45歳男性では、担当医はミノマイシンの副作用を疑って、後医のために「抗生剤ミノマイシンの副作用注意書」を交付までしていました。
3. 4歳男児では、担当医が、てんかん発作と気管に喀痰が詰まったと紹介元に返書していました。
4. 1歳女児は、てんかんが疑われていました。
5. 11歳女児は、原因不明の低酸素性脳症とされていましたが、今回の検証で、ミトコンドリア病の一型である MELAS (mitochondrial encephalomyopathy, lactic acidosis, and stroke-like episodes)と判明しました（後述）。

診療録記載と異なる担当医達の証言

医師法第 20 条は、医師は、自ら診察しないで診断書を交付することはできないとしています。実際に診察した医師でないと、正しく診断できないことを法も認めているわけです。その正しい診断の基本資料が診療録ですから、医療事故裁判で、診療録に記載のないことを「実はあの時こう考えていました」とか「こうやりました」とか言っても、全く取り合ってもらえません。ところが、この裁判では、全く反対に、あたかも報道発表前からベクロニウム中毒を疑っていたかのような証言が平然と行われました。

患者を全く診察していない医師による誤診

ベクロニウム中毒説を積極的に主張したのは、5 名の患者の診療に全く関わっていなかった故橋本保彦氏（当時東北大学麻酔科教授。検察側証人）でした。もちろん、医療に関わる裁判で、第三者的立場にある医師の意見を求めることはあります。しかし、その場合でも、裁判に対するその医師の専門性や利害関係について、適切な吟味が行われた上で、鑑定結果が文書として提出されなければなりません。ところが、この裁判では、医師による鑑定書が一切提出されていません。橋本氏の証言、すなわち検察官、弁護士、裁判官との問答記録が残っているだけで、ベクロニウム中毒説に至った医師としての思考過程を示す文書が存在しないのです。

診断根拠となる文書が何一つないまま、診療録には全く記載されていない判断を示した担当医達と、患者を全く診察していない医師の言葉によって、診療録では全く考察されていなかったベクロニウム中毒の診断が下され、今日まで維持されています。

証言した医師の中立性や利益相反問題が全く考慮されなかったことも、誤診の原因となりました。5 例のいずれもが東北大学と関わりの深い仙台市の医療機関で診療されていましたが、裁判でベクロニウム中毒の診断を支持したのは、全て東北大学に関係する医師ばかりでした。ベクロニウム中毒を否定し、何らかの原因による急性脳症であると診断したのは、東北大学と関係のない小川龍氏（当時日本医科大学麻酔科教授。弁護側証人）のみでした。

第 5 例の経過と診断

中でも第 5 例は、普通に学校生活を送っていた女兒が、状態急変後、重篤な脳障害から、いわゆる植物状態となってしまった悲劇的な例です。発症当日午前中に校庭を 10 周程走るという運動負荷があった後、午後に腹痛を訴え、嘔吐を繰り返しました。夕方に当該クリニックを受診後、30 分ほどの経過で複視、構音障害、けいれんが急速に出現し、呼吸数低下から心停止に至りました。蘇生後、近隣病院に転送しましたが、遷延性植物状態となりました。症状経過は急性脳症に合致しており、血中乳酸値が頻回に高値を示したこと、心エコーにて肥大型心筋症が示唆されたこと等、全ての症状経過・所見が、劇症の経過をたどった MELAS で矛盾無く説明可能でした。症例情報と鑑別診断については、本年 10 月より公開している[オンライン症例検討会](#)（無料登録で閲覧できます）及び、[症例報告](#)を御覧

ください。

裁判で、小川龍氏が麻酔科医としてベクロニウム中毒を全面的に否定し、急性脳症と診断したように、たとえミトコンドリア病の診療経験がなくても、神経内科医や小児神経科医でなくても、中立的立場にある医師が診療録を検討すれば、ベクロニウム中毒が誤診であり、急性脳症であることは明白でした。

診断の妥当性を客観的に検証するために、上記のオンライン症例検討会で、誤診症例であることは伏せて、全く中立的な立場から、診療分野に関係なく、多数の医師により客観的に検討してもらうことにしました。1000人近くの医師に回答をもらった結果、病歴、身体所見、検査所見の要約を提示しただけで、実に2/3の医師が、ミトコンドリア病と診断しました。さらに重要なことに、筋弛緩剤中毒を疑ったのはわずか0.2%、つまり99.8%の医師は筋弛緩剤中毒を否定しました。

医師には明白でも一般市民には容易に理解できない誤診の過程

橋本氏は、一連の病歴・症状経過を合理的に説明できる単一診断を導き出すという、診断学の大原則を無視して、ベクロニウム中毒と主張しました。彼は、主訴である腹痛や嘔吐を無視したばかりでなく、各症状をばらばらに取り出して、ベクロニウム中毒にだけ関連づけることによって誤診を組み立てました。このような橋本氏の論旨展開に対して、医師ならば誰でもおかしいと直感できます。だからこそ、99.8%の医師は筋弛緩剤中毒を否定したのです。しかし、筋弛緩剤中毒などありえないとする医師の思考過程の大部分は、プロフェッショナル特有の暗黙知です。ですから、一般市民はもちろん、裁判官やジャーナリストを含めた医師以外の人々も、ベクロニウム中毒が誤診であることを簡単には理解できませんでした。

判決では、「発症当日のX線CTで異常がないので、脳症は否定できる」「発熱がないから脳症は否定できる」といった、医学常識を無視した判断により冤罪が成立したのもこのためです。実際、私も守氏の代理人に対して、橋本氏が誤診をした原因をわかりやすく説明するために、[誤診が生まれた原因を一般市民にも理解できるような意見書](#)を改めて書く必要がありました。

科学性を欠いた科捜研鑑定

5例全例ともベクロニウム中毒でないとすると、血液・尿などの生体試料からベクロニウムを検出したはずの鑑定結果はどう説明できるのかとの疑問を抱く方も多いでしょう。ここでは紙幅の関係で、詳細に説明することはできませんが、実は、大阪府警科学捜査研究所（以下科捜研）による鑑定結果は再現性がなく、客観的・科学的に検証されていないのです。測定法としては、世界標準ではなく、科捜研独自の方法が用いられている上に、鑑定試料を全量消費してしまっていることから、追試・再現ができません。ですから、肝心の鑑定は、科学の基本である第三者による検証が一切不可能な、「個人的な単発実験の結果」

に過ぎません。さらに、データの解釈についても、科捜研は未変化体と代謝物を取り違えていることが明らかになっています。

医療に関わる裁判の機能的閉鎖性

実際に診療では全く考慮されていなかった病名が認められ、適切な診断プロセスも病名も全て無視された背景には、医療に関わる裁判の機能的閉鎖性があります。誰でも傍聴できることや裁判員制度といった仕組みが、開かれた裁判を保障するわけではありません。専門知識を必要とするやりとりは、一般市民はもちろん、裁判官も理解できません。理解できなければ正しい判断ができるわけがありません。犯罪との認識が一旦広まれば、メディアも一般市民も犯人捜しゲームに夢中になるばかりで、冤罪ではないかとの冷静な声はかき消されてしまいます。

問題は犯罪であって病気ではない、患者ではなくて被害者であると関係者が決めてかかってしまえば、医師も関心を持たなくなるどころか、裁判から意識的に遠ざかろうとします。このようにして、すでに10年前、一審が始まる前から、裁判の透明性を確保し、説明責任を果たそうとする動きは消失し、そのまま、今日に至るまで、冤罪が放置されています。

医療事故の相似形としての司法事故

検察官や裁判官に対する無謬性信仰、情報の非対称性、専門性の壁、閉鎖性といった問題点が放置されている点で、司法界は五十年以上前の医療界とそっくりです。「To err is human 過つは人の常」という金言は、司法界では未だ通用しませんが、医療過誤・医療事故の何たるかをご存じの方ならば、司法過誤・司法事故という概念も、容易に理解していただけるでしょう。

医師のほとんどは、誠実に仕事をしています。それだけに、裁判と聞いただけで、自分には関係ないと無関心を装います。しかし、労働問題や医療過誤は、医師にとって日常的問題です。いつ当事者になるかわからないという危機意識があるからこそ、ほとんどの医師が賠償責任保険にも加入しています。守氏も、医療者として誠実に働いていました。誰しもが医療過誤に関わる可能性があるのと全く同様に、誰しもが司法事故に関わる可能性があります。

病気と診断されていた5例を、全て殺人行為の対象と誤って認定したのは、我々と同じ医師です。その過ちによって守氏が千葉刑務所に入っているという悲劇に終止符を打てるのも、やはり我々医師なのです。