

意見書

池田正行
法務省 矯正医官
矯正医学会機関誌「矯正医学」編集長
(前) 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科教授
医学博士・米国内科学会専門医
独立行政法人医薬品医療機器総合機構 外部委員
厚生労働省 医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議 ワーキンググループ委員

目次

要 約	2
A. 検察官に対する科学・医学教育の欠如	3
A-1. 国側代理人医師の立場から採点した結果, 岩崎意見書は0点	3
A-2. 検察官に対する科学・医学教育の欠如に私が気づいた経緯	3
A-3. 科学も医学も知らない検察官	3
A-4. 訟務検事の科学・医学に対する無知が国の敗訴を招いてきた	4
B. 岩崎検事には科学的・医学的証拠認定能力が欠けていた	5
B-1. 岩崎検事は科学的・医学的証拠の新規性も明白性も判断できなかった	5
B-2. 岩崎検事はEBMによる診断の意義を理解していなかった	5
B-3. 岩崎検事の「不存在証明不可能論」は科学の否定	7
B-4. 岩崎検事は内科診断学を理解していなかった	7
B-5. 岩崎検事には医師とのコミュニケーション能力もなかった	9
C. 岩崎検事は亡橋本に欺かれた	9
C-1. 亡橋本は立証責任を放棄していた	9
C-2. エビデンスを提示しなかった亡橋本の無責任	10
D. ベクロニウム中毒説を支持する医師はいない	10
D-1. 亡橋本証言に依存したベクロニウム中毒説は無効である	10
D-2. 不存在証明不可能論は立証責任の放棄	11
D-3. 後藤医師もベクロニウム中毒を支持していない	11
E. ミトコンドリア病説を否定する医師もいない	12
E-1. 主訴である腹痛の説明が診断の鍵だった	12
E-2. 後藤医師はベクロニウム中毒を否定し, ミトコンドリア病を支持している	12
E-3. 国内外の医師もミトコンドリア病を支持している	13
F. 総括: 検察官に対する科学・医学教育は喫緊の課題	13

要 約

最高裁判所は、科学的証拠を刑事裁判に正しく採り入れて適正な事実認定をしていくことを求めている。人間の疾病に関わる科学である医学でも、常にエビデンス (evidence 科学的根拠)が求められる。私はこれまで4年間にわたり、矯正医療を巡る国賠訴訟で訟務検事に対し医学的観点から助言し指導してきた。その経験を踏まえ、本意見書では大島綾子さん（以下、綾子さん）に対する診断の妥当性と、検察官意見書を作成した岩崎吉明検事の科学的・医学的証拠認定能力を検証し、以下の結論を得た。

1. ベクロニウム中毒を支持する医師はいなかった：綾子さんがベクロニウム中毒であると主張するにあたって、岩崎検事は橋本保彦（当時東北大学医学部教授。以下、亡橋本）の証言に依存するだけで、医師の助言、指導は一切受けられなかった。

2. ベクロニウム中毒の診断には数多くの誤りがあった：ベクロニウム中毒なる診断には、以下のような重大な過誤が数々あった。①担当医の診療録には当該中毒の診断を支持する記載はなかった。②亡橋本は診断の妥当性を説明する意見書を作成していなかった。③亡橋本証言では、主訴となった腹痛の原因が全く説明されていなかった。④亡橋本は診断根拠となるエビデンスを提示できなかった。⑤亡橋本は診断学も神経症候学も無視した証言を行っていた。

3. ミトコンドリア病を否定する医師もいなかった：①岩崎検事は後藤雄一医師がミトコンドリア病の診断を支持していたことを理解できなかった。②海外の医師も池田論文を支持した。③日本の非専門医の多くもミトコンドリア病を支持した。④ミトコンドリア病以外の診断を主張する医師もいなかった。

4. 岩崎検事には科学的・医学的証拠認定能力がなかった：岩崎検事はベクロニウム中毒の診断を立証するエビデンスを何一つ提示できなかった。また診断学における病歴や身体所見の重要性を理解できず、遺伝子検査や質量分析といった検査だけが科学的根拠であるという誤った考えに基づいてミトコンドリア病を否定した。

5. 岩崎検事の主張を支持する医師もエビデンスも存在しなかった：岩崎検事はベクロニウム中毒を支持する医師も、ミトコンドリア病を否定する医師も、いずれも存在しないという現実を理解できなかった。またベクロニウム中毒の診断における上記①-⑤の誤りを見落とし、この16年間の医学の進歩を無視した亡橋本証言が、あたかも今日においても通用するかのよう主張した。結局、岩崎検事は「不存在の証明は不可能である」という科学を否定する論理を持ち出し、医師の支持やエビデンスがなくてもベクロニウム中毒の診断は成り立つと主張するに至った。

結論：岩崎検事に見られた科学的・医学的証拠認定能力の欠如は、個人の資質の問題ではない。矯正医療を巡る国賠訴訟で国が敗訴を重ねてきたことからわかるように、検察官に対する科学・医学教育の欠如が本質的な問題である。この問題の解決のために最も実行可能性が高くかつ効果を期待できる唯一の対策は、既に私が訟務検事に対して行っているような、国賠訴訟を通しての実地訓練である。

A. 検察官に対する科学・医学教育の欠如

A-1. 国側代理人医師の立場から採点した結果、岩崎意見書は0点

私は矯正医療を巡る国賠訴訟で、訟務検事に対し医学的観点から助言、指導する業務に携わっている。裁判所に提出する準備書面に対するのと同様の観点で岩崎吉明検事による意見書（以下、岩崎意見書）を検討したところ、医師の助言を受けたとは到底思えないような重大な誤りが数多く見いだされた。医学的観点から準備書面作成を指導してきた私の経験を踏まえて採点すると、残念ながら岩崎意見書は0点である。しかし、まともな医学知識を一切持ち合わせない検察官は岩崎検事だけではない。本意見書では、検察官に対する科学・医学教育の欠如が喫緊の課題であることを説明する。

A-2. 検察官に対する科学・医学教育の欠如に私が気づいた経緯

最高裁判所は「科学的証拠とこれを用いた裁判の在り方」（添付資料 [1]）で、「科学としての到達点と証拠としての適性を見極めた上で、科学的証拠を刑事裁判に正しく採り入れて適正な事実認定をしていく」ことを求めている。ところが、この司法研究報告が出てから4年以上経った今日でも、検察官に対して科学や医学を教える仕組みはどこにもない。この深刻な問題に私が気づいたのは、司法研究報告が出る3年以上前も前のことだった。

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科教授として教鞭を執っていた2010年1月、私は本再審事件弁護団長の阿部泰雄弁護士から依頼を受け、被害者とされた5人の患者さんの診療録及び裁判記録を調べ、ベクロニウム中毒との診断の妥当性を検討するよう依頼を受けた。資料を読み込んでわかったことは、それぞれ異なる診断を受けた5人の患者さんについて、担当した医師による適切な診断が裁判で全て覆され、全員が一樣にベクロニウム中毒と誤診されていたことだった。中でも小6女兒の事例は、ベクロニウム中毒とは全く異なった病気であり、私が専門とする神経内科疾患、ミトコンドリア病（MELASというタイプ）だった。

このような誤診が裁判で認定された原因は、検察官に科学的・医学的証拠認定能力がなかったことにある。そこで私は長崎大学を2013年3月に任期満了退職した後、検察官に科学と医学を教えるため矯正医官となった（添付資料 [2]）。検察官に科学的・医学的証拠認定能力を身につけてもらい、ベクロニウム中毒のような誤診を見逃さない検察官を育てることが矯正医官としての私の使命である（添付資料 [2]）。

A-3. 科学も医学も知らない検察官

矯正医療に対する国賠訴訟における国側代理人として、訟務検事に対し、科学・医学的観点から助言・指導する業務に私は携わっている。現在のところ、検察官に対する唯一の科学・医学教育の機会となっているこの活動は、訟務検事から高く評価されている。この4年間にわたる教育活動を通じて、検察官に対する科学・医学的判断能力の欠如は、決して個人の資質の問題ではなく、教育の欠如という構造的な問題に起因することが改めて確認できた。

今や医療訴訟では、原告代理人が米国医学図書館のサイトにアクセスして欧文論文を収集し準備書面を作成する時代である。一方の国側は、欧文どころか、日本語の医学論文データベースを

検索する能力もない訟務検事が担当チームを率いている。原告代理人と訟務検事との間にある科学・医学的判断能力の差は、戦時中の米国と日本の軍事力の差以上に今や開いている。

私との初対面で、訟務検事は誰もが例外なく「私は医学知識を全く持ち合わせていないので、よろしく御指導願います」と挨拶してくれる。それほど皆謙虚で勉強熱心だが、それでも医学と、その根底にある生物科学の研究を理解してもらうためには大変な労力と時間を要する。岩崎検事同様、医学部一年生程度の知識さえ持たない彼らが、原告主張の重大な誤りに気づけない、平たく言うと原告に簡単に騙されてしまう事例を私は数多く見てきた。

A-4. 訟務検事の科学・医学に対する無知が国の敗訴を招いてきた

どんな仕事でも、相手の立場を理解し専門性を尊重した上で初めて意義のある共同作業ができる。裁判実務の素人である協力医と科学・医学の素人である訟務検事の双方が、お互いの専門性を尊重し、さらにお互いの不得手な面を理解し合い補い合って対等な立場でコミュニケーションを図らなければ、勝てる裁判も負けてしまう。 実際、矯正施設で適切な診療が行われており、医師である私が見てもどうにも負けるはずがない国賠訴訟でも、現実の裁判では国側が圧倒的に不利になっている事案が、私の所に数多く持ち込まれている。

国賠訴訟の代理人となった私は、まず、原告主張のどこに誤りがあるのか、原告陳述のどこに事実誤認があるのかといった裁判実務上の要点を踏まえて争点を理解する。そうした上で、訟務検事に対し、適切なエビデンス (evidence 十分な科学的・医学的妥当性を持った根拠) (添付資料 [3]) を提示し、国が主張すべき事をわかりやすく説明する。

残念ながら一部の検察官には医師とのコミュニケーション能力が欠如している。本事件の再審請求審の仙台地検の検察官に至っては、岩崎検事と全く同様に、私を尋問もせず、私の意見書を全面的に否定するだけだった。 科学・医学に対して無知な訟務検事が、医師から適切な助言を受けずに国賠訴訟に臨めば、敗訴は目に見えている。

医学的観点から見ると重大な誤りがある原告主張に対し、訟務検事が適切な根拠を示して反論できなかったばかりに、国は勝てる訴訟もみすみす落としてきた。その結果、マスコミによって矯正医療が不当に貶められてきた。矯正医官の充足率が8割を切って久しいのも (添付資料 [2])、国賠訴訟での敗訴が繰り返し報道されることも大きな原因の一つである。以下に訟務検事を筆頭に担当者達に医学知識に欠けていたため、国が不当に不利になりかけていた実例を示す (添付資料 [4, 5])。

一審が始まってから2年ほど経って私が国側代理人として加わった国賠訴訟 (現在も係争中) では、覚醒剤事犯である原告が、未決勾留中の睡眠薬投与中止により心的外傷後ストレス障害 (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) が発症したと主張している。その主張を支持する証拠として、原告は114ページにわたる海外の専門書 (和訳) を証拠として提出した。訟務担当チームはこの本を念入りに読み込んで反論の準備書面を作成した後に私に助言の要請があり、その本を私が見ると、一瞥しただけでその内容が原告主張と直接関係ないことがわかった。その時のメモを添付する (添付資料 [4])。

さらにこの事案では、原告が原告代理人と国の両方を騙す事態も発生した。 覚醒剤精神病は PTSD と酷似した症状を示す。このため覚醒剤使用歴のある患者を PTSD と診断してはならな

い。ところが原告は、覚醒剤使用歴を隠して精神科を受診して PTSD の診断書を不正に入手し、裁判所に提出していた。このことも私が診療録を綿密に検証して始めて明らかとなった。もし私が国側代理人となって訴訟に関与していなければ、原告の偽計が通用して国が負けていた事案である。この時の意見書も添付する（添付資料 [5]）。同様の事例がその他にも数々ある。具体的な事案名はもちろん、意見書そのものについても、私はいつでも提出する用意がある。

B. 岩崎検事には科学的・医学的証拠認定能力が欠けていた

B-1. 岩崎検事は科学的・医学的証拠の新規性も明白性も判断できなかった

岩崎検事は私の意見には新規性も明白性も認められないとする一方で、橋本保彦（当時東北大学医学部麻酔科教授 以下、亡橋本）の証言を拠り所にして私の意見を全面的に排除し、ベクロニウム中毒の診断が正しいと主張した。この岩崎検事の主張は、検事自身が証拠の新規性も明白性も正しく認定できないことを示している。

亡橋本証言は 16 年前になされた発言であり、その後の医学の進歩が一切考慮されていない。一方私の意見書は下記に示したように、亡橋本証言以後 16 年間にわたる医学の進歩を踏まえて書かれている。それゆえ 16 年前から何も変わっていない亡橋本証言よりも、16 年間の医学の進歩を踏まえた私の意見書の方がはるかに新規性が高いことは誰の目にも明らかである。そもそもこのような明白かつ単純な事実を理解できないこと自体、岩崎検事が明白性を判断できないことを示している。

岩崎検事が「明白性」の何たるかがわかっていないことは、亡橋本証言と私の意見書をわかりやすさで比較することによっても明らかとなる。亡橋本証言をいくら読み返しても、なぜベクロニウム中毒の結論に至るのか、私には全く理解できなかった。亡橋本証言は、主訴である腹痛を無視するなど、診断学としての基本（添付資料 [3]）も弁えず（「**C-1-2. 腹痛を無視した亡橋本の無責任**」参照）、明白性が全く無かったからである。ところが、岩崎検事は私の意見書よりも亡橋本証言の方がはるかに明白だと断定した。医師である私が理解できないほど難解極まる亡橋本証言を岩崎検事が理解できるはずがない（「**B-4. 岩崎検事は内科診断学を理解していなかった**」参照）。岩崎検事は亡橋本証言を理解した上で明白と言ったのではなく、あかたも明白かのように誤解しただけだった。つまり科学的・医学的証拠の明白性も判断できなかったのである。

B-2. 岩崎検事は EBM による診断の意義を理解していなかった

B-2-1. 亡橋本証言は EBM を一切考慮していなかった

医学は日進月歩である。特に今世紀に入り、EBM (evidence-based medicine 科学的根拠に基づく医療) を踏まえた診断学が急速に発達した。その成果は私が監訳した「医学文献ユーザーズガイド 根拠に基づく診療のマニュアル」（添付資料 [3, 6]）で明らかにされている。岩崎検事はベクロニウム中毒説を主張するにあたって亡橋本証言に依存した。ところが亡橋本証言は、この 16 年間にめざましい進歩を遂げた EBM を全く考慮していない、時代錯誤にまみれた欠陥だらけの診断論議だった。岩崎検事はこの亡橋本証言の重大な欠陥に全く気づけなかった。科学的・医学的証拠認定能力に欠けていた何よりの証である。

ベクロニウム中毒と診断するために最も大切な作業は、まず始めに国内外の文献検索により、これまでのベクロニウム中毒症例を集積し、患者の年齢、性別、既往歴、症状経過、身体所見、検査所見、ベクロニウムの投与量、投与経路、投与速度、と言った数多くの項目についてエビデンスを持ったデータベースを作成することである（添付資料 [3, 6]）。そのようなデータベースを作成してはじめて、綾子さんの症状経過を含む臨床データと、ベクロニウム中毒症例データベースの整合性を比較検討して初めて、その診断妥当性を判断できる。この過程は、前述の「医学文献ユーザーズガイド 根拠に基づく診療のマニュアル」（添付資料 [3, 6]）に明記されている。

実際に私はこのような EBM に基づく診断プロセスを遂行した。その結果、綾子さんの臨床像とベクロニウム中毒の臨床像が全く異なることが判明し、ベクロニウム中毒を否定できると結論した。その判断過程が意見書第一部である。一方岩崎検事は、EBM を全く考慮せず、亡橋本証言に依存してベクロニウム中毒の診断に固執した。

B-2-2. 岩崎検事はエビデンスの基本も理解していなかった

以下の事実から岩崎検事がエビデンスの基本（添付資料 [3]）も理解していなかったことがわかる。

第一に、岩崎検事は質の高いエビデンスとしての英語医学論文の重要性（添付資料 [3]）を全く理解していなかった。 医師が自分の意見を表明する書面の中で最も頑健性が要求されるのが、世界中の医師に読まれる英語論文であり、論文の末尾にある引用文献リストは、その論文の主張の根拠となるエビデンスのリストである。綾子さんがミトコンドリア病であることを証明した私の論文では、11 本もの英語論文がエビデンスの明確な科学的根拠としてリストアップされている。一方、ベクロニウム中毒説を主張した亡橋本証言では、英語論文レベルの質の高いエビデンスは一つも引用されていなかった。岩崎検事は亡橋本証言のこのような重大な問題点を全く理解していなかった。

第二に、岩崎検事はエビデンスの新規性、明白性の判断を全く理解していなかった。 科学・医学は常に進歩している。新規性はその進歩に求められ、明白性はその進歩によって明らかになった事実に求められる。ところが岩崎検事は、上述したように（**B-1. 岩崎検事は科学的・医学的証拠の新規性も明白性も判断できなかった**）、亡橋本証言から 16 年経った現在までの間のおこった EBM と診断学の目覚ましい進歩を無視した。EBM の新規性と、EBM による診断学の進歩の明白性を全く理解していなかったからである。

第三に、岩崎検事は診断学における「科学的根拠」、すなわちエビデンスの意味を全く理解していなかった。 今世紀に入ってから、問診、病歴、診察、症状経過といった非線形情報の重要性が改めて認識され、診断学で活用されるようになったことは、私が監訳となっている「医学文献ユーザーズガイド 根拠に基づく診療のマニュアル」（添付資料 [6]）にも明記されている。そこには、「臨床スキル、人間中心主義 humanism、そして EBM」と題して、非常に意義深い教えが記されている。**『最適な治療に関する研究エビデンスを検索し適用する前に、正確な診断をする必要がある。診断をした上で、臨床医は経験と背景知識を基に、適切な管理の選択肢を決める（中略）。患者の個々の状況を理解することは特に重要であり、それには共感、感性豊かに傾聴する力、**

そして人文科学や社会科学からの広い視野が求められる』「医学文献ユーザーズガイド 根拠に

基づく診療のマニュアル」13 ページ，添付資料[3]

しかし岩崎検事は、あたかもベクロニウム質量分析やミトコンドリア病遺伝子異常といった検査結果のみが診断のための「科学的根拠」かのように誤認し、問診、病歴、診察、症状経過等、患者さんから直接医師に向かって提供される情報に基づく私の診断を「非科学的」と断定した。これもまた岩崎検事がエビデンスの何たるかを全く理解していなかった何よりの証拠である。

ミトコンドリア病の疾患概念が提唱されたのは 1962 年、後藤医師が MELAS の遺伝子異常を見いだした素晴らしい業績が、科学研究のトップジャーナルであるネイチャーに掲載されたのが 1990 年である。ではそれまでのミトコンドリア病の研究は全て非科学的であったとでも岩崎検事は言いたいのだろうか。そのような考え方は間違っている。科学は地道な研究結果の積み重ねで成り立っている。診断学という科学もまた同様に、問診、診察といった地道な診療行為があって初めて成り立つことを岩崎検事は全く理解できていなかった。

B-3. 岩崎検事の「不存在証明不可能論」は科学の否定

ベクロニウム中毒の診断上、最も重要な争点の一つとなったけいれん発作について、私は EBM の基本通り「投与後にけいれん発作を伴ったベクロニウム中毒」を国内外のデータベースを検索したが、そのようなエビデンスはただの一例も認められなかったことを明らかにした。それに対して岩崎検事は、「けいれんを伴うベクロニウム中毒が絶対に存在しないということは証明不可能だから、ベクロニウム中毒の診断は事実として認定される」と主張した。この「不存在証明不可能論」は岩崎検事が科学的証拠認定を放棄した何よりの証拠である。

「不存在証明不可能論」がお得意の岩崎検事も「火星人が存在する」とは主張しないだろう。「火星人は存在しない」と岩崎検事が認めているのは、「火星人の不存在」を誰かが証明したからではない。20 世紀後半、探索機によって、火星の生命維持環境に関するデータが積み重ねられた結果である。科学は実証主義の学問である。刑事事件で検察官に立証責任がある（添付資料 [7]）のと全く同様に、科学でも研究者は立証責任が求められる。

STAP 細胞はその存在を立証できなかったがゆえに捏造と認定された。「STAP 細胞の不存在を証明するのは不可能だから、STAP 細胞は存在する」と主張するような人物は、立証責任を放棄する似非科学者に他ならない。それと同様に、刑事裁判では、被告人の有罪を確実な証拠で、合理的な疑いを入れない程度にまで立証することについては、検察官がその責任を負う（添付資料 [7]）。もし岩崎検事がけいれん発作を伴うベクロニウム中毒がこの世に存在するというのなら、それを実証しなければならない。それが科学的証拠認定である。岩崎検事の「不存在証明不可能論」は実在の立証無くして実在を主張する似非科学、立証責任の放棄であり科学の否定に他ならない。

B-4. 岩崎検事は内科診断学を理解していなかった

B-4-1. 岩崎検事は実際に診断がどう行われるのかを理解できていなかった

現代はチーム医療が常識となっている。診断に際しても、相応の能力を持った複数の医師が、患者の症状を踏まえて議論を繰り返すことによって診断が決定される。その後も、経過を見ながら、診断が間違っていないかが継続的に検討される。

ところが綾子さんの場合には、診断学の基本も知らない検察官や弁護士と橋本との間で交わされた問答の結果がそのまま診断となり、その後も診断が一度も見直されないまま、綾子さんは16年間も放置されてきた。その間、ベクロニウム中毒なる診断に対し、責任を持ってこれを支持するなり、あるいは否定するなりして診療した医師はただの一人もいなかった。これは医療機関ではあり得ない、綾子さんの人権を踏みにじる行為である。岩崎検事は、こういった現実を無視し、臨床における診断の実際を全く理解せずに、綾子さんに対して決して責任の持てない亡橋本の16年前の証言を「正しい診断」だと主張した。

B-4-2. 岩崎検事は臨床診断における主訴の重要性を全く理解できていなかった

実地臨床では診断できなければ治療を始められない。患者を救うためには適切な診断を早期に決定せねばならない。その適切な診断のために、最も重視されるのが来院時の患者の訴え、つまり主訴であると診断学の教科書は教えている（添付資料 [8, 9]）。ところが岩崎検事は綾子さんの主訴となった腹痛の原因疾患を特定せずに放置し、腹痛とは無縁のベクロニウム中毒と誤診した。この岩崎検事の診断論理をもってすれば、患者は命を失うしかない。急性虫垂炎による腹痛で来院した患者も、くも膜下出血で来院した患者も、すべてベクロニウム中毒と診断されてしまい、腹痛についても、頭痛についても、「原因はいろいろある」で全て片付けられてしまうからだ。（E-1 岩崎検事は診断の出発点で既に誤っていた 参照）。

診断の答えは患者だけが知っている。問診により患者から病気の歴史を教えてもらい、診察により体の具合を教えてもらわなければ、正しい診断には決してたどり着けない。私は長崎大学医学部でそう学生に教えてきた。この教えは、主訴を含めた病歴や診察を軽視し、ひたすら血液を採り画像を撮影する、人間無視の診療に対する警告である。病歴の最重要事項である主訴をないがしろにして検査を絶対視する岩崎検事の姿勢では、機械の誤動作や、検体、画像の取り違いなどの診断検査の誤りが起こす事故の重大性にも気づけない。ここでも岩崎検事は亡橋本の過ちをなぞり、患者の命をないがしろにしてしまうのである。

B-4-3. 岩崎検事は神経症候学の初歩も知らなかった。

ベクロニウムの薬理作用は神経筋接合部をブロックすることにある。それゆえベクロニウム中毒の診断のためには、末梢神経から中枢神経系の解剖、機能を踏まえ、どの部分がどう障害された時、どのような症状が出るかを知っていなければならない。すなわち神経症候学（添付資料 [10]）の知識が必須である。また綾子さんのミトコンドリア病 MELAS では脳卒中様症状という言葉が示す通り、脳の障害が必発である。それゆえ、ミトコンドリア病の診断でも神経症候学の知識が必須である。

ところが亡橋本証言は神経症候学を全く無視していた。これは亡橋本が神経内科医ではなく、神経症候学の心得がなかったからである。私は意見書の中で神経内科専門医として亡橋本が神経症候学を全く無視していたことを明らかにした。にもかかわらず、岩崎検事は亡橋本証言と同様、神経症候学について一切言及せずに、「亡橋本証言は明白である一方、私の意見書には明白性が認められない」として排除した。岩崎検事が神経症候学の初歩も知らなかった何よりの証である。

B-5. 岩崎検事には医師とのコミュニケーション能力もなかった

どんな仕事でも、相手の立場を理解し、互いの専門性を尊重した上で相手の話謙虚に耳を傾けることによって、初めて意義のある共同作業ができる。これは医学知識以前の、社会人としての常識である。私が国側代理人として参加する国賠訴訟の打ち合わせでは、訟務検事は皆、謙虚であり、熱心に私の助言に耳を傾けてくれる。一方岩崎検事は、ベクロニウム中毒と主張するにあたって、医師から事情を聴くことなく、さらには後藤意見書の意図を歪めて（E-2. 後藤医師はベクロニウム中毒を否定し、ミトコンドリア病を支持している 参照）、もはや何の話も聴くことも叶わない亡橋本の証言のみに依存した。私が一緒に仕事をした訟務検事とは全く異なり、岩崎検事は私が法廷で陳述することも拒絶して私の意見書を排除した。話も聴かずに書面だけで全てを判断する岩崎検事の態度は、コミュニケーション能力欠如の何よりの証である。

C. 岩崎検事は亡橋本に欺かれた

岩崎検事が亡橋本に欺かれたといっても亡霊が出現したわけではない。岩崎検事に科学的・医学的証拠認定能力が欠けていたがゆえに、亡橋本証言の重大な誤りの数々に気づけなかったことを指している。その結果、国賠訴訟で原告の嘘に騙された訟務検事と同様に、亡橋本に欺かれることとなった。

C-1. 亡橋本は立証責任を放棄していた

C-1-1. 書面を残さなかった亡橋本の無責任

医師には、診療行為そのものだけでなく、なぜそのような診療行為に至ったかを根拠を示して診療録に記載する義務がある。これは診療の透明性を担保し、患者に対して説明責任を果たすためである。私が携わっている国賠訴訟でも、準備書面作成のため、さらには裁判所の求めに応じて証言をする時の根拠としても、私は意見書を提出する。これも国側代理人として自分の意見の透明性を担保し、裁判を信頼する国民に対して説明責任を果たすためである。一方、証言は医学に関しては全くの素人である検察官や弁護士と医師との間で交わされた問答集に過ぎない。裁判に臨む医師は自分の考えを書面として裁判所に提出して初めて、説明責任を果たしたことになる。しかし、亡橋本は何一つ書面を残さなかった。裁判所に対して、さらに患者さんに対して、ひいては裁判を信頼する国民に対して、無責任極まりない態度である。有罪を決定づけるベクロニウム中毒の診断にあたって、書面を残さなかった点だけでも亡橋本は医師として失格だった。

岩崎検事はそんな無責任極まりない亡橋本証言を絶対的に正しいと認定し、私の意見書も論文も全面的に否定した。この岩崎検事の判断は医学に対する無知をよく表している。医学知識のない岩崎検事には亡橋本の過ちの数々を見つけるのは不可能だった。だから岩崎意見書の採点が0点だったのは、書面を残さなかった亡橋本に責任がある。亡橋本が書面を残さなかった結果、書面であれば早期に露見したであろうベクロニウム説の誤りの数々が証言では隠され、結果的に岩崎検事は亡橋本に騙されることになってしまった。その誤りの数々の中でも、特にわかりやすい例が、次に挙げる腹痛の無視とエビデンスの欠落である。

C-1-2. 腹痛を無視した亡橋本の無責任

麻酔科医だった亡橋本は患者の診療に携わっていなかった。だからといって、診断の基本中の

基本である主訴を無視して診断を確定するほど無知ではなかったはずである。頭痛のないくも膜下出血などあり得ないことからわかるように、主訴は診断にあたって最も重視される。主訴が説明できる診断を考えることは診断学の初歩である。さらに、亡橋本も目を通したであろう綾子さんの診療録にも、主訴を考慮した診断名（腹痛を伴う特殊な）脳症あるいは脳炎が担当医によって記載されていた。以上より、亡橋本は、何らかの理由により、主訴である腹痛を故意に無視して、腹痛を決して説明できないベクロニウム中毒説を敢えて主張したと考えられる。亡橋本のこのような無責任な態度を真似て、主訴の重要性を理解できなかった岩崎検事は、ベクロニウム中毒説と決定的に矛盾する腹痛を合理的に説明できずに、腹痛の原因疾患を特定できないまま放置せざるを得なくなってしまうのである。

C-2. エビデンスを提示しなかった亡橋本の無責任

診断に用いられるエビデンスには様々な等級がある。最も価値が高いのは良質なデザインに基づく臨床試験だが、全ての診断について臨床試験が存在するわけではない。その場合には症例報告論文も良質なエビデンスとなりうる。論文が良質のエビデンスとなる理由は、peer review

（十分な批判能力を持った他の研究者による審査）を受けるからである。特に英語論文は、海外の一流研究者による peer review を受け、掲載後も世界中で監視される。もしもおかしなところがあれば、それに気づいた医師が掲載誌の編集部にも連絡してその誤りを指摘し、必要な訂正が行われ、その誤りが重大なものであれば、STAP 細胞論文のように取り下げにまで至る。英語論文はこのように厳しい批判に耐えたエビデンスとして非常に価値が高い。私がミトコンドリア病の診断を英語論文にしたのも、その診断の妥当性を世界中の医師に問うためだった。幸い 2011 年の出版から 6 年以上が経過した現在まで、編集部にも私に対しても、何の批判も届いていない。

英語論文とは対照的に、日本語論文には日本人からしか批判が生じないので、日本語論文は英語論文よりも数段と低い位置に置かれている。それよりもさらに等級が低いのが論文にも学会発表にもしていない自験例である。自験例だけにに基づく診断は、院内の症例検討会で参考意見として述べる程度に留まり、公の討論ではエビデンスとして認められることはない。しかるに亡橋本は日本語の症例報告論文はおろか自験例さえ提示できなかった。ベクロニウム中毒説を主張するにあたり、何一つエビデンスを提示できなかった。それが亡橋本証言の正体である。

D. ベクロニウム中毒説を支持する医師はいない

D-1. 亡橋本証言に依存したベクロニウム中毒説は無効である

私は神経内科専門医として意見書でベクロニウム中毒説を否定した。それに対し岩崎検事は私の意見書は全面的に誤りであり、綾子さんの診断はベクロニウム中毒に間違いないと主張した。この岩崎検事の意見に賛成する医師はいない。

岩崎検事が綾子さんをベクロニウム中毒と診断するにあたって、その根拠としたのは亡橋本が 16 年前に行った証言である。しかし 亡橋本はもはや医師ではない。死者である。 それゆえ亡橋本証言には以下のような重大な問題がある。

1) 亡橋本証言は無責任である。 診断は患者さんに対して責任を持つ医師が行う。直接診療せずに当該診断について意見書を書く場合でも、その内容に疑義がある場合には、あるいは何らか

の照会があった場合には意見書を執筆した医師が責任を持って回答する。実際に私は自分の書いた意見書に対していつ、どんな疑問にも答える用意がある。一方、亡橋本は、もはや自分の証言に対しても診断に対しても一切責任が持てない。医師資格のない岩崎検事が亡橋本に代わりその診断に関する疑義に責任を持って回答できるわけでもない。生きている医師が誰一人として責任を持たない亡橋本証言をベクロニウム中毒説の最大の根拠としたのは、岩崎検事に科学的・医学的証拠認定能力がなかったからか、あるいは端から立証責任を放棄していたかのどちらかである。

2) 亡橋本証言は私に対する反論にはなりえない。 私の意見書を全く知らずになされた亡橋本証言は、私の意見書に対する反論にはなりえない。そのような亡橋本証言を医学知識のない岩崎検事がどう切り貼りしたところで、私の意見書に対する反論に加工できるものではない。

3) 亡橋本証言はこの16年間の医学の進歩を全く考慮していない。 本事件が発生した21世紀初頭以降、エビデンスに基づく診断学は驚異的な進歩を遂げた。このことは私が監訳者となった「医学文献ユーザーズガイド 根拠に基づく診療のマニュアル」で詳細に解説されている（添付資料 [6]）。この16年間の診断学の進歩を知らずして行われた亡橋本証言には、もはやベクロニウム中毒という診断の妥当性を判断する根拠としての価値はない。

上記のように診断学的価値がゼロの亡橋本証言を主張の骨子に据えて、この16年間の医学の進歩を踏まえた私の意見書を全面的に否定する岩崎検事には、科学的・医学的証拠認定能力を一切認めることはできない。岩崎検事が亡橋本証言に頼らざるを得なかったのは、医師は誰一人として岩崎検事の意見に賛成しなかったからである。 そう断言する私に対して、岩崎検事はお得意の不存在証明不可能論に拠って反論するのであろうが、不存在証明不可能論もまた科学的・医学的証拠認定能力欠如の何よりの証拠であることを次に説明する。

D-2. 不存在証明不可能論は立証責任の放棄

岩崎検事は自分の意見に賛成する医師が一人もいなくても「ベクロニウム中毒と診断している医師がこの世に存在しないという不存在の証明は不可能であるから、ベクロニウム中毒の診断は有効だ」と主張するのかもしれない。確かに不存在証明不可能論を用いれば、火星にだけなく、雪男、月のうさぎまで認定できることになる。だがそれは科学の否定に他ならない。(B-3. 岩崎検事は「不存在証明不可能論」により科学的証拠認定を放棄した 参照)

刑事事件では検察官に立証責任がある（添付資料 [7]）。それと全く同様に、診断でも医師に立証責任がある。ベクロニウム中毒との診断に対し立証責任を果たそうとする医師がいないのは、それが火星人の存在と同様に実証できないからである。不存在証明不可能論に依存するベクロニウム中毒の証明は立証責任の放棄に他ならない。

D-3. 後藤医師もベクロニウム中毒を支持していない

後藤雄一医師もベクロニウム中毒の診断を支持していない。なぜなら後藤意見書にはベクロニウム中毒という言葉は一言も出てこないからだ。一方、ミトコンドリア病は否定できないと明記されている。これはベクロニウム中毒とミトコンドリア病が似ても似つかぬ病気であることを考えれば、専門医ならずとも当然の見解である。この点については、「E-2. 後藤医師はミトコン

ドリア病説を支持している」で詳しく説明する。

E. ミトコンドリア病説を否定する医師もいない

E-1. 主訴である腹痛の説明が診断の鍵だった

綾子さんの腹痛の原因を突き止められなかった岩崎検事は、診断の出発点からして間違っていた。患者が来院した瞬間から診断は始まる。その時に主訴は最初にして最大の手がかりとなる（添付資料 [8, 9]）。急に頭が痛くなったと来院した患者を、誰が急性虫垂炎（俗に言う盲腸）だと思うだろうか。物忘れが酷くなったと訴える患者を誰が心筋梗塞だと思うだろうか。どんな病名であれ主訴を説明できない病名は決して正しい診断とはならない。

岩崎検事は、ベクロニウム中毒では腹痛が説明できないことを認めながら、ミトコンドリア病以外にも腹痛をきたす疾患は数多くあると言うだけで、では一体腹痛の原因は何なのかを全く説明できなかった。主訴を説明できない者に診断を云々する資格はない。ミトコンドリア病を全面的に否定しベクロニウム中毒の診断を主張するのならば、主訴である腹痛の原因疾患を特定するのが岩崎検事の最低限の義務だった。その最低限の義務も果たせずに、全てをごまかして終わった岩崎検事にはミトコンドリア病を否定する資格はない。ベクロニウム中毒では腹痛を説明できないし、腹痛の原因疾患もわからない。つまり何もわからなかった。それが岩崎検事の結論である。

もし岩崎検事が診断学の基本を心得ていて、主訴の重要性を理解していれば、腹痛を説明できるかどうかを考えただけでも、ベクロニウム中毒の診断を排除できたはずである。そして次に数ある腹痛をきたす疾患の中でも、脳卒中様症状やけいれんを生ずる疾患としてミトコンドリア病の可能性が最も高いという結論に達したはずである。岩崎検事は診断学の基本と主訴の重要性を知らなかったがゆえに、診断の出発点で既に誤っていたのである。

E-2. 後藤医師はベクロニウム中毒を否定し、ミトコンドリア病を支持している

岩崎検事はその意見書の中で、後藤医師があたかもミトコンドリア病説を否定し、ベクロニウム中毒説を支持しているかのように主張しているが、これは事実と反する。そもそも世界でもトップレベルの研究者であると同時に優秀な小児科医でもある後藤医師が、診断学の基本中の基本を無視し、主訴である腹痛を説明できないベクロニウム中毒の診断を支持し、腹痛を説明できるミトコンドリア病を否定するわけがない。

後藤医師の結論はミトコンドリア病であってベクロニウム中毒ではない。なぜならば、後藤意見書にはベクロニウム中毒という言葉は一言も出てこない。そして、ミトコンドリア病は否定できないと明記されているからである。さらに、ベクロニウム中毒、ミトコンドリア病以外の第三の病気について一切言及していない。

後藤医師は綾子さんがミトコンドリア病であるとする私の論文を読み、意見書にコメントを残している。しかしそのコメントも、論文の書きぶりに対するものであって、ミトコンドリア病の診断そのものを否定しているわけではない。専門医としてミトコンドリア病を否定するのならば、それ以外の疾患を具体的に示すはずなのに、後藤意見書にはそのような疾患名は全く出て来ない。

腹痛、脳卒中様発作、けいれん、血清乳酸値上昇。綾子さんで観察されたこの4つの症状と検査所見を全て説明できるのはミトコンドリア病以外にはありえない。それは診断学の基本（添付資料 [6]）を知る医師にとって、至極ありきたりな結論である。ミトコンドリア病の何たるかどころか、診断学の基本さえ知らなかった岩崎検事には、そんなありきたりな結論さえ理解できなかった。

E-3. 国内外の医師もミトコンドリア病を支持している

E-3-1. 海外の医師も支持している

私の英文症例報告論文は、2011年からインターネット上で公開され、世界中の医師がいつでも閲覧し批判できるようになっている。公開から6年以上経った今日に至るまで、私の診断に疑問を持つ医師は一人も現れていない。つまりインターネットを通じて世界中の医師がミトコンドリア病の診断を支持している。

E-3-2. 世界的権威も支持している

後藤医師と私の共通の師であり、ミトコンドリア病の世界的権威である埜中征哉先生（国立精神神経研究センター病院名誉院長）もミトコンドリア病（MELAS）の診断を支持している。私が綾子さんをMELASと診断した意見書は、綾子さんの診療録を詳細に検討した埜中先生の意見書を先生の弟子として引き継いだものである。私は埜中先生から直接「池田君、綾子さんはMELASに間違いないから、意見書を頼む」と直接依頼されている。この経緯の詳細についても、いつでも説明する用意がある。

E-3-3. 日本の非専門医の多くもミトコンドリア病を支持している

私は、綾子さんの病歴・経過・検査所見を私の出身教室である東京医科歯科大学神経内科学教室同門会での症例検討会（2011年開催）で提示した。その場でも、20人以上の出席者が全員一致してミトコンドリア病の診断を支持した。さらに、個人情報と病名を伏せて綾子さんの症例提示行ない、クイズ形式で回答を求めたところ、神経内科を専門としない医師1027人から回答を得た。その結果は、実に63.6%がミトコンドリア病と回答した。その他の回答はウイルス性脳炎が14.5%、Reye症候群が12.3%、もやもや病が9.6%といずれも脳の急性疾患であり、ベクロニウム中毒との回答は一例もなかった（添付資料 [11]）。以上の経緯についても、いつでも説明する用意がある。

F. 総括：検察官に対する科学・医学教育は喫緊の課題

岩崎検事は綾子さんがミトコンドリア病である可能性を全面的に排除し、ベクロニウム中毒と断定した。しかしこの岩崎検事の意見に賛成する医師は一人もいなかった。この事実は岩崎検事に科学的・医学的証拠認定能力が欠如していたことを示している。ただしその責任は岩崎検事個人にはない。検察官における科学的・医学的証拠認定能力欠如の原因は、教育の欠如である。国側代理人として数々の国賠訴訟に臨み、科学的・医学的観点から訟務検事に助言し指導してきた私の経験から言っても、それは明らかだ。

最高裁判所の貴重な提言を無視し、科学・医学を等閑視する姿勢が検察に蔓延している。北陵クリニック事件という検察史上希に見る大失態を踏まえ、検察が謙虚に学び、長期的視野に立つ

て科学軽視の傲慢な姿勢を正していかなければ、同様の失態は必ず繰り返される。

検察官に対する科学・医学教育は喫緊の課題である。にもかかわらず、検察庁は直ちに有効な対策を持っていないように見える。その点、国賠訴訟を通じて私が現在行っている実務訓練は、新たな枠組みや予算獲得の必要もなく、検察官に対する科学・医学教育として、高い実行可能性と有効性が期待できる施策である。検察庁が、この実地訓練をさらに拡大し、検察官に対する科学・医学教育に真摯に取り組むのならば、私はどんな協力も惜しまない。

添付資料

1. 最高裁判所司法研修所. 平成22年度司法研究「科学的証拠とこれを用いた裁判の在り方」について
2. 池田正行. 私が検察官の医学教育を始めた理由 日経メディカル 2016年9月26日
3. 相原 守夫, 池田 正行, 三原 華子, 村山 隆之 (監訳). 医学文献ユーザーズガイド 根拠に基づく診療のマニュアル パートA 基礎編 凸版メディア, 2010
4. 池田正行. 国賠事件メモ改訂版 高松少年鑑別所 池田正行 2015
5. 池田正行. 平成26年(ワ)第465号 損害賠償請求事件 意見書 2017
6. 相原 守夫, 池田 正行, 三原 華子, 村山 隆之 (監訳). 医学文献ユーザーズガイド 根拠に基づく診療のマニュアル パートD 診断 凸版メディア, 2010
7. 裁判所. 裁判手続 刑事事件Q&A Q. 立証責任とは何ですか
8. 武内重五郎: 内科診断学 第13版 第1章 診断への道程. 南江堂, 1979
9. 武内重五郎. 内科診断学 第13版 第3章 病歴の取り方 南江堂 1979
10. 武内重五郎. 内科診断学 第13版 第17章 神経系の診察 南江堂 1979
11. 池田正行. マッシー池田・リターンズ! オンライン症例検討会 2010年10月-12月 ケアネット 2010

池田正行 昭和31年4月12日生 男

住所 香川県高松市松福町2-13-6 法務省公務員宿舎6号棟301

学歴

昭和 57 年 東京医科歯科大学医学部卒

昭和 63 年 東京医科歯科大学大学院医学研究科 博士課程修了

職歴

昭和 57 年 東京医科歯科大学医学部附属病院

昭和 59 年 NTT 東日本関東病院

昭和 61 年 国立精神神経センター神経研究所

平成 2 年 英国グラスゴー大学ウェルカム研究所研究員

平成 4 年 東京医科歯科大学大学院細胞機能制御学講座助手

平成 11 年 国立犀潟病院臨床研究部生化学室長

平成 15 年 厚生労働省 医薬品医療機器審査センター主任審査官

平成 16 年 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 審査役

平成 20 年 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 教授

平成 25 年 法務技官・矯正医官（高松少年鑑別所 医務課長）

香川大学医学部附属病院医療情報部 客員研究員

専門分野 総合診療，神経内科学，EBM (Evidence-based Medicine)，医学教育，医薬品評価学
医学博士，米国内科学会専門医，日本内科学会総合内科専門医，日本神経学会神経内科専門医
賞罰 平成 14 年 5 月 第 26 回 国際内科学会 優秀演題

著書 専門医のための内科学レビュー（総合医学社），神経系の診察（金芳堂）医学文献ユーザーズガイドー根拠に基づく診療のマニュアル（凸版メディア出版）他多数

所属学会 米国内科学会，日本内科学会，日本神経学会，日本プライマリケア連合学会

審議会委員，社会活動等

平成 20 年～独立行政法人医薬品医療機器総合機構 専門委員

平成 22 年～厚生労働省 未承認薬・適応外薬検討会議ワーキンググループ委員

平成 23 年～NHK 総合テレビジョン 総合診療医ドクターG 企画・制作・出演

平成 29 年 6 月 25 日

香川県高松市松福町 2-13-6
法務省公務員宿舎 6 号棟 301
池田正行