

医療維新

“誤診”が生んだ司法事故、仙台筋弛緩剤事件-長崎大学医歯薬学総合研究科教授・池田正行氏に聞く◆Vol.1

主訴・症状は筋弛緩剤中毒では説明できず

インタビュー 2011年1月11日(火)配信 聞き手・まとめ：橋本佳子(m3.com編集長)

おすすめの記事

キーパーソンインタビュー、好評連載中！ [記事を見る >](#)

2001年の年始早々、メディアに大きく報じられた「仙台筋弛緩剤事件」。当時、診療所に勤務していた准看護師が、筋弛緩剤を患者に投与した容疑で、1人の殺人罪、4人の殺人未遂罪に問われ逮捕・起訴、2008年2月に最高裁で上告が棄却され、無期懲役が確定している。裁判所が筋弛緩剤中毒と判断した根拠は、検察側証人の麻酔科医の法廷での証言だ。

しかし、長崎大学医歯薬学総合研究科教授で、神経内科医の池田正行氏は諸記録を検証、逮捕・起訴の発端となった11歳女児（当時）について、「筋弛緩剤中毒では全く説明できない所見。ミトコンドリア病の主要病型の一つであるMELASであることは明らか」と言い切る。他の4人についても、筋弛緩剤とは別の病名、病態で説明できるという。

この問題を広く問うため、池田氏は「[司法事故を考える](#)」というサイトを2010年12月にオープンした。「警察、検察、裁判所の問題は表面的なものであって、根底には医師のピアレビュー欠如の問題がある」と語り、本事件を医学的に検証する必要性を指摘する池田氏にお聞きした（2010年12月21日にインタビュー。計3回の連載）。



——そもそも先生は、どのような経緯でこの事件を検証することになったのでしょうか。

2010年の2月だったと思います。阿部泰雄氏（被告の准看護師の弁護人）から手紙をいただきました。「収縮期血圧が、意識障害患者の脳病変の診断に役立つ」ことをまとめた、僕のBMJの論文を見たからです（BMJ.2002;325:800）。11歳（当時）の女児（以下、患者Aさん）が筋弛緩剤（臭化ベクロニウム）による中毒なのか、急性脳症なのかが分かれ目でしたから、検索していた時に僕の論文を見つけたでしょう。

阿部氏は、再審請求を検討しているのですが、「この人ならば、意見書を書いてくれるのでは」と思い、手紙をくださった。それがきっかけの一つ。

実は、ミトコンドリア病の世界的な第一人者が、既に「これはミトコンドリア病主要病型の一つである、MELAS (Mitochondrial myopathy, Encephalopathy, Lactic Acidosis, and Stroke-like episodes) で間違いない」と断言した意見書を書いていた。最終的には、この意見書は日の目を見ていませんが。この方は、私が大学院生だった頃に、ミトコンドリア病について教えてくれた恩師とも言える人物でした。

——阿部氏の手紙は、意見書作成の依頼だったのでしょうか。

「我々は筋弛緩剤中毒ではない、と思っている。資料を送るので、見てほしい」という内容でした。前述の恩師が、「ミトコンドリア病である」と言っていることも書いてありました。

池田正行氏は、「患者Aさんは、筋弛緩剤の作用と矛盾する数多くの症状を呈している」と述べ、医学的な再検証の必要性を指摘する。

しかも、僕は1989年に、患者Aさんと同じ、劇症型MELASの患者さんを失っています。生前は診断がつかなかったので、剖検までさせていただき、筋病理標本を持って、前述の恩師に相談しに行ったのです。そうしたら、「間違いない。劇症型のMELAS」だと。だから、阿部氏の手紙を見て、「これは、あの20年前のケースにそっくりじゃないか」と思ったわけ。しかも、同じ恩師がMELASと言っている。まさにめぐり合わせを感じた。だから、阿部氏の依頼を受けることにしたのです。

——それで資料などを送っていただいた。

資料を見て、改めて「MELASに間違いない」と。また、筋弛緩剤投与による中毒であれば、血液や尿から筋弛緩剤が検出されるかどうかは重要な証拠になります。当時、ある県警の科学捜査研究所（科捜研）で調べて、「筋弛緩剤が検出された」とされていますが、その関連の資料を見て、「デタラメ」だと思った。

——何が「デタラメ」だったのでしょうか。

HPLC（高速液体クロマトグラフィー）と質量分析を組み合わせた方法で調べているのですが、標準的な条件で実施していない。だから、標準的な条件で行った場合に臭化ベクロニウムのピークとして本来出るはずのものと、科捜研のデータのピークとは違っていた。しかも、なぜ標準的な条件で検査しなかったかについての説明がない。

これはおかしい、と思った。実はこの仙台の事件が起きる少し前に、僕の大学時代の友人の医師がある刑事案件で逮捕されています。この事件では別の県警の科捜研が関係しており、その鑑定にも問題がありました。有罪が確定したのですが、僕は“冤罪”であり、友人の無罪を信じています。だから、科捜研の鑑定は、正しいとは限らないという思いがあった。

——率直にお聞きしますが、マスコミで大きく取り上げられた「仙台筋弛緩剤事件」に関わることへの抵抗はなかったのでしょうか。

抵抗はなかった。むしろ科捜研や科警研（警察庁科学警察研究所）が、「デタラメなことをやることがある」ことを示すチャンスだと思いましたね。友人の医師のことが頭にあったので。

——実際に意見書を書いたのはいつごろでしょうか。

2010年3月の末には、最初の意見書を書いていたと思います。既に「MELASである」とした意見書があつたわけですから、それを改訂する形で書けばよかったです、そんなに時間はかからなかった。

——「患者Aさんの急変は、筋弛緩剤中毒によるものではなく、ミトコンドリア病の一つであるMELAS」である理由について、簡単に説明をお願いします（詳細は、[池田氏のホームページ](#)を参照）。

臨床医が診断をする際には、「全体のストーリーが、きれいに一つの診断で説明できるか」を考える。医師は駆け出しの頃から徹底的に鍛えられる。「この人の主訴はこれだから、主訴を説明できなければ、病名を付けても無意味」だと、徹底的に教わる。

——病名をつけるのが目的ではなく、患者さんを主訴から開放するのが目的だと。

そう。では、患者Aさんの場合はどうだったか（表1、2）。主訴は「腹痛と嘔吐」であり、筋弛緩剤中毒では説明できない。さらにその後に生じた症状については、検察側証人の麻酔科医は、筋弛緩剤単独では説明できないために、筋弛緩剤投与による呼吸抑制で血液中の酸素不足が生じ、その酸素不足で低酸素脳症が生じたことによると説明しています。しかし、患者Aさんは、それでも筋弛緩剤の作用と矛盾する数多くの症状を呈しています。

表1 患者Aさんの臨床経過（池田氏のまとめによる）

1. 初診時の日クリニックにて

発症当時11歳7ヶ月の女児。発育歴としては、低身長、低体重の傾向以外は特記事項は認めなかった。発症当日（2000年10月31日）の午前中、校庭を10周ほど走った。午後に腹痛を訴え、嘔吐も来たし、17時過ぎにかかりつけのクリニックを受診。

受診時、体温36.6°C、胸部に異常所見は認めず、腹部は平坦・軟であったが、右下腹部に圧痛を認めた。急性虫垂炎を疑われ、採血、レントゲン検査を受けた後、ホスピマシンを含む点滴を開始した。間もなく、首を左右に振り、急に目をぱちぱちしながら「物が二重に見える」と複視を訴え、それつが回らず、すぐに呼名に反応しなくなった。血圧180/100mmHg、脈拍50/分で、左右差の明らかな上肢のけいれん様不随意運動に引き続き、呼吸数低下（6-8/分）、徐脈（10/分）から心停止となったが蘇生し、C基幹病院に転送した。複視を訴えてから転送まで、30分以内の急激な経過だった。

2. 転送先のC基幹病院にて

転送直後に施行した頭部X線CT、髄液検査はともに異常はなかった。発症6日後のMRIでは、びまん性の高度の脳浮腫があり、非特異的な低酸素脳症に見合った所見だったが、局所的な異常信号は認めなかった。血糖、電解質、肝機能、腎機能を含めて血液生化学には異常なく、尿生化学、尿沈査、血算、CRPにも異常なかった。

動脈血液ガス測定の際に同時測定していた血中乳酸値が、しばしば基準値上限1.5倍に相当する24mg/dL以上になっていた（11月4日から11月15日の間に10回）。11月16日に頻拍発作があり、原因疾患検索の一環で行った心エコーでは肥大型心筋症が疑われた。

入院直後からICUで人工呼吸管理、その後、自発呼吸が戻るも、意識状態の改善は見られず。2001年3月に退院。

表2 患者Aさんの所見と想定される診断との関係（池田氏のまとめによる）

症状・検査所見	筋弛緩剤中毒だけで説明	検察側証人（麻酔科医）の説明	MELASだけで説明
腹痛と嘔吐	できない	見落とし	できる
複視と瞬き	できない	瞬きを見落とし	できる
構音障害と首の動き	できない	首の動きを見落とし	できる
痙攣・手足の動き（不随意運動）	できない	低酸素脳症が原因	できる
徐脈・心停止	できない	低酸素脳症が原因	できる
呼吸数減少	できない	低酸素脳症が原因	できる
瞳孔異常（対光反射障害）	できない	低酸素脳症が原因	できる
腱反射亢進	できない	低酸素脳症が原因	できる
咳嗽反射・嘔吐反射の消失	できない	低酸素脳症が原因	できる
高乳酸血症	できない	見落とし	できる
難聴	できない	見落とし	できる
肥大型心筋症	できない	見落とし	できる