

平成 24 年（た）第 1 号

請求人 守 大 助

2013 年（平成 25 年）7 月 23 日

検察官意見書（2）に対する反論

仙台地方裁判所 第 1 刑事部 御 中

請求人代理人

弁護士 阿 部 泰 雄

弁護士 小 関 眞

第 1 池田意見書の新規性について

検察官意見書（2）は、東京高裁昭 40 年 4 月 8 日決定を引用しつつ、再審請求審に請求人側が提出した池田正行意見書（以下「池田意見書」とする）には新規性がないと主張して、その証拠価値を排斥している。

すなわち、確定事後に実施された鑑定や確定事後に作成された専門的知見に基づく意見書等（新鑑定等）に新規性が認められるためには、判決確定以前にはなかった新たな鑑定等の手法によったものか、鑑定等に供された基礎資料が確定事における鑑定等において用いられなかった新規のものである必要があるとし、池田意見書には確定審における鑑定において用いられなかった新規資料に依拠するものでもなく、判決確定前にはなかった新たな鑑定手法によったわけでもないもので、証拠としての新規性を認めないと主張している。

しかし、この検察官意見は誤っている。いわゆる白鳥決定が刑事再審手続きでの実務を支配している今日、新規性についてこのような考え方は採られていない。すなわち、現在の判例通説では、証拠の新規性とは、その証拠の証明力の判断が裁判所によって未だなされていないこと（判断未了性「証拠調べまたは事実取調べがなされていないこと」）と理解されており、実務の運用もこの考え方に従っているからである。池田意見書は、確定審において判断を経していない事項、すなわち「神経内科学的視点から検討してマスキュラックス中毒といえるか」「A子の全体的症状経過を説明できる病態はミトコンドリア病メラスであるか」に関する新たな医学的鑑

定であり、その判断未了性は明らかであり、新規性に疑問の余地はない。

新規性に関する検察官の主張は、池田意見書の内容（検討資料と検討方法）を正確に把握していない誤った立論に基づいている。

第2 池田意見書の明白性について

1 池田意見書第一部に反論できなかった

検察官意見書（2）は、池田意見書「A子さんの診断に関する意見書」に対する意見であるとの体裁をしている。しかし、その内容においては、池田意見書の第一部「誤診の原因について」の部分に関しては何らの反論も提出していない。反論ができていないのである。

池田意見書第一部では、A子に認められた症状と検査結果【複視と瞬き、構音障害と首の動き、手足の動き・けいれん（不随意運動）、徐脈→心停止、呼吸数低下、対光反射障害、腱反射亢進、咳反射・嘔吐反射の消失、高乳酸血症、肥大型心筋症、難聴（左側）】について、個別に詳細に検討し、これらがマスキュラックス中毒だけでは決して説明できないことを証明し、急性脳症だけですべてを合理的に説明できることを指摘する内容なのである。

A子の症状については、確定第一審において、小川龍日本医科大学麻醉学教授が、『麻酔科学的視点からみてマスキュラックス中毒が原因の呼吸抑制による低酸素性脳症とみるには矛盾がありすぎる、原因はともかく、先に脳機能が障害され、その結果として呼吸機能も障害を受けるなどした急性脳症である』と明確に証言していた。しかし、確定審判決はこの小川証言を排除し、これと相反する証言（橋本証言）を採用したため、事実誤認の誤りを生じさせているのである。

池田意見書の第一部では、神経内科学的視点からみてマスキュラックス中毒を否定し、低酸素性脳症（実はこれも急性脳症のひとつではあるが）とは別種の急性脳症であると診断したものである。

しかし、検察官意見書（2）は、この池田意見書の核心的部分に対して全く触れておらず、何らの反論もできていない。

2 ミトコンドリア病認定基準の「確実例」に該当する

検察官意見書（2）でも言及されているとおり、ミトコンドリア病は平成21年に特定疾患に指定されている。同書面の別添資料1（以下「添付資料1」とする）にある「認定基準」では、まず、主症候（主な症状）として、筋肉、中枢神経、心臓、腎臓、血液、肝臓のいずれかに症状があることが要件となっている。

すなわち、ミトコンドリア病の認定基準（1）として、主症候が①②③として掲げられ、そのうちの1項目以上に該当することが求められているところ、A子ケースは、②の痙攣、ミオクローヌスなどに該当するとともに③の心筋症などの心症状にも該当し、認定基準（1）を充たしている。さらに、主症候に加え、検査で異常な所見が認められるかどうかも基準となり、どのような所見がいくつ見られるかによって、「確実」と「疑い」に分類される。

具体的には、ミトコンドリア病の認定基準（2）として、検査・画像所見が①②③④⑤として掲げられ、そのうちの2項目以上に該当すると、認定基準（1）の充足と相俟ってミトコンドリア病の確実例として、そのうちの1項目以上に該当すると、認定基準（1）の充足と相俟ってミトコンドリア病の疑い例として、それぞれ、特定疾患治療研究事業の対象となる。

A子は、①の「血清の乳酸値が繰り返して高い」に該当しているし、②の「脳のCT/MRIにて、脳梗塞様病変、大脳小脳萎縮像、大脳基底核、脳幹に両側対称性の病変などを認める」に該当している。

すなわち、A子の症状については確定審における旧275号証の仙台市立病院の診療録に記載があり、それによると、「2000年（平成12年）11月6日以降の頭部の画像検査所見であるCT/MRIにて、異常所見や病変」が認められている。

以上の検討から、A子はミトコンドリア病についての上記認定基準で言うところの「疑い例」ではなく、まさしく「確実例」に該当しているのである。

なお、別添資料1の末尾によると、この「認定基準」を策定したのは「ミトコンドリア病の診断と治療に関する調査研究班」の研究代表者であ

る後藤雄一氏であることを指摘しておく。

3 後藤意見書はミトコンドリア病の可能性を認めている

後藤意見書には「これらの症状がミトコンドリア病で説明可能という点
は否定しません。」とあり、ミトコンドリア病に代わる診断名を何ら明記
していない。さらに、後藤医師自らが作成した認定基準で、A子さんがミ
トコンドリア病確実例に該当することは前述の通りである。

患者の症状や検査所見を総合的に判断し、最も合理的に説明できる診断
は何かを考え、患者のために治療を行うのが医師たる者の務めである。そ
のように診断すれば、A子さんの診断は認定基準にある通り、必然的にミ
トコンドリア病となる。後藤意見書のように個々の症状や検査所見につい
て他原因の可能性を指摘しても、当該診断を否定できないことは医学常識
である。

後藤医師自らが作成した認定基準でも、ミトコンドリア病の診断は、患
者の症状や検査所見を総合的に判断する仕組みになっており、個々の症状
や検査所見が他疾患で生じるからといって、ミトコンドリア病を否定する
ことにはなっていない。

4 高乳酸値血症、左側難聴、肥大型心筋症に関する検察官主張について

検察官は、ミトコンドリア病患者の場合の高乳酸血症は、定常的に高い
数値を示すとされているなどと指摘するが、認定基準にも明記されてい
るとおり「繰り返して高い」ことが要件であり定常高値は要件とはされてい
ない。ここには認定基準の誤った適用が明白である。つぎに、池田意見書
は血液検査機関の一般的血中乳酸基準値である4mg/dlないし16mg/dlを
基準とした。ところが、検察官は小児の場合は基準値を20mg/dlないし
25mg/dlが望ましいとされているなどとおおよそ根拠のない主張をする
(意見書2、7頁)。これは引用別添資料2の「通常の臨床の現場では、
20mg/dl以上を有意に高いと判断することが多いです。」とする後藤雄
一氏の意見にも反している。この後藤雄一氏意見も、その引用文献4が
「啼泣なく採血しえた50名では乳酸値6.5～18.3mg/dlであっ

た」として、前記基準「4～16mg/dl」とさほど変わりのない数値を示していることを無視していると言えよう。

さらに、意見書2頁では「乳酸値上昇は仙台市立病院で投与されたグリセロール点滴の影響が大きいものと考えられる」と主張する。これもグリセロールの効能書に「乳酸値を上昇させるおそれがある」とする記載があり、後藤雄一氏の「グリセロールの投与に関連して乳酸値の上昇がみられる」との意見に基づいていると思われる。しかし、この後藤雄一意見書は効能書を根拠にした意見にすぎず、グリセロール投与によりどのように乳酸値上昇がみられるのか、追跡調査などの科学的データの裏付があるわけではない。さらには、後藤雄一意見書に添付された表1によっても、グリセロール投与とは全く無関係な乳酸値の異常高値が何日にもわたって随所に現われている。

A子の乳酸値が、上記認定基準の一である「繰り返して高い」に該当することに変わりがないのである。

なおも公開されている「52. ミトコンドリア病」の認定基準を末尾に添付する。これは本意見書に添付する池田意見書の参考文献1であるが、同書面には、「(8)乳酸値として「安静臥床時の乳酸値、もしくは髄液乳酸値が繰り返して、18mg/dl以上である。」と記載されており、検察官意見書(2)の25mg/dlはもちろん、20mg/dl以上としている後藤雄一意見書もこの基準を無視していることになる。

検察官意見書は、左側難聴につきミトコンドリア機能異常との関連を否定しようとしている。その根拠は「ミトコンドリア病でみられる難聴のほとんどが両側性の感音性難聴である」とする後藤雄一意見書である。しかし、片側難聴がミトコンドリア病を否定する根拠にならないことはいうまでもない。

さらに肥大型心筋症について、検察官は心筋肥大が改善していると主張しているがこれも不正確な引用である。正確には「前回に比し、厚みは減少している」と記されているのであって、改善したとは記されていない。A子に心筋肥大の異常があることについて疑う余地がない。

5 個別症状等に対する他原因の無意味な指摘

検察意見書は、腹痛、視野・視力障害、構音障害、呼吸数の低下、心停止の各症状について、いずれも、ミトコンドリア病メラス以外の原因によっても生じ得るものであるから、ミトコンドリア病の確定診断に必要な検査をしていない本件においては、当該主張に格別の意味がないなどとも主張している。

そして、この主張の根拠を「このような急性期に見られた症状を、ミトコンドリア機能低下によるかどうかを明確にすることは不可能です。筋弛緩薬による個々の筋肉麻痺の影響、呼吸停止やその後の循環不全などで症状を説明できないとは考えません。」との後藤雄一意見書に依っている。そうであれば、後藤雄一氏はその意見書の中で、『A子が筋弛緩薬中毒であることを否定した池田意見書第一部』についても意見を述べるべきであり、これを論じていないのは無責任の誹りを免れない。

なお、後藤雄一意見書は、「腹痛とおう吐」という点滴（検察主張の筋弛緩薬投与）前に出現していた症状について、確定判決同様に原因の指摘ができていないという重大な欠陥が存在しているばかりでなく、腹痛についてもこれを明確な根拠もないまま筋弛緩薬中毒に結びつけようとしている決定的な誤りがある。

池田意見書が指摘するとおり、個々の症状についてミトコンドリア病以外の原因によっても発生する可能性が否定できないことは当たり前のことである。問題は、後藤雄一氏も「ミトコンドリア病の症状は多様である」としているように、この多様多彩な症状を、判明している検査データなどをも踏まえて、ただ一つの病態により一元的に説明できるものは何か、という診断の視点が重要かつ決定的なのである。A子の症状を一元的に説明したのが池田意見書のミトコンドリア病 MELAS という診断なのである。

この点、後藤雄一意見書も「これらの症状がミトコンドリア病で説明可能という点は否定しません。」と述べているのである。後藤雄一意見書が池田意見書を否定する意見ではないことは明らかである。

6 急性脳症を否定する誤り

検察意見書（2）は、池田意見書がA子の症状を急性脳症とする点について、確定判決が急性脳症を否定したとして批判する。しかし、その否定する根拠を「当初の頭部CT検査で異常が認められなかったことと高熱がないこと」に求めているが、発熱がなく、発症初期の頭部CTで異常が認められない急性脳症が多々あることは医学的常識であり、ミトコンドリア病もその一つである。

なお、後藤雄一意見書が、A子の症状について、「なんらかの原因による急性脳症であることを否定していないこと」は、確定判決と異なっており、間接的ではあれ、重要な指摘である。

7 ベクロニウム検出とは独立に判断することこそが正しい臨床判断のプロセスである

検察官は、A子の血清および尿からベクロニウムが検出されたことは、容体急変時の各種検査データと同様に、症状を考察するにあたり参照すべき客観的データであり、これを考慮外とした池田意見書はその前提を決定的に誤っている等と主張する。

しかし、臨床診断の基本は、検査とは全く独立に、患者の症状経過を最も合理的に説明できる疾患を総合的に判断することにある。その判断を踏まえて初めて、血液、尿ばかりでなく、画像、生理学的検査といった、複数の観点から検査を行い、診断を確認する。複数の観点から検査を行うのは、単一の検査結果だけでは、判断を誤るおそれが多くなるためである。そこで、全ての検査が患者の症状経過と矛盾がなければ診断が確定する。もし、複数の検査のうち、一部の検査だけが症状経過を合理的に説明できず、他の多くの検査が症状経過を説明できれば、症状経過を説明できない検査を棄却する。これが正しい臨床診断プロセスである。

裏を返せば、誤診の最大の原因は、患者の症状経過全体を総合的に把握することを怠り、一部の症状だけを重視して他の症状を無視したり、一部の検査だけを重視してそれに依存することにある。本件での誤診も、正にこの過ちを繰り返したために起こった。最も基本的かつ重要な情報である症状経過が無視され、高乳酸血症を含む種々の検査所見を見落としたこと

が、決定的な誤診に繋がり、確定事での重大な事実誤認をもたらしたのである。

第3 まとめ

後藤雄一意見書は池田意見書の第一部には反論を行わず、A子の症状を筋弛緩剤中毒によるとする検察官意見や確定判決の認定にも同調はしていない。同時に、確定判決が否定した急性脳症との見方を否定していないばかりか、A子の腹痛嘔吐に始まる症状、検査データの全てにつき、単に個々他の原因の可能性を指摘してはいるものの、それ文意の全体では、ミトコンドリア病（メラス）により全ての説明が可能であることを肯定しているのである。

さらに言うならば、後藤雄一氏を中心に作成された、ミトコンドリア病の認定基準に照らすと、A子の症状と検査データが「疑い例」を超えて、余裕をもって「確実例」に該当することが明らかになったのである。池田意見書の明白性は否定すべくもないのである。

以 上

別添資料

- 1 52. ミトコンドリア病の認定基準
- 2 平成 25 年 7 月 19 日付 前長崎大学医歯薬学総合研究科教授、現香川大
学医学部附属病院医療情報部客員研究員池田正行作成の「意見書」