

刑事事件の経験を語る——①

## 事故責任を押し付けた 大学に最も怒りを感じる



綾瀬循環器病院心臓血管外科 佐藤 一樹氏

さとう かずき氏

1991年山梨医大医学部卒、東京女子医大循環器小児外科入局。99年同科助手、2002年千葉こども病院心臓血管外科医長、同年綾瀬循環器病院勤務。

### 事件の概要

2001年3月、肺動脈弁狭窄を合併した心房中隔欠損症の女兒(当時12歳)が、東京女子医大日本心臓血圧研究所で手術を受けた。ところが、術中、大静脈から人工心肺に血液がうまく抜き取れない異常が発生し、脱血不良で患者に脳障害が生じた。

これに対して、執刀責任者で講師の瀬尾和宏氏は、家族に事故の経緯を語らずカルテも改ざん。手術から2日後、女兒は意識不明のまま死亡した。

その後、遺族に告発文書が届き、事故が明るみに出た。これを機に同大は01年6月、死亡原因調査委員会を学内に設置。10月には内部報告書をまとめ、死亡原因は、人工心肺のポンプを高回転にした操作ミスに起因する脳障害と結論付けた。

警察は02年1月に、人工心肺を操作した佐藤一樹氏と、カルテを改ざんした瀬尾氏への事情聴取を開始。そして、6月には佐藤氏を業務上過失致死容疑で、瀬尾氏を証拠隠滅容疑で逮

捕した。7月には地検が2人を起訴し、9月に東京地裁で初公判が開かれた。

04年3月には、証拠隠滅罪で瀬尾氏に懲役1年執行猶予3年の判決が下された。佐藤氏に関しては05年11月、脱血不良となった原因は操作ミスではなく、回路内のフィルターが水滴で詰まったため、同氏はその危険性を予見できなかったとし、無罪判決が出された。裁判は現在、控訴審が係属中。一方で佐藤氏は、東京女子医大に内部報告書の公式撤回を求めている。

この事案は東京女子医大事件としてマスコミに騒がれ、世間に広く知られるものとなりました。私は02年6月に逮捕され、約3カ月間勾留されましたが、05年11月には無罪判決を受けました。術野からの出血が多いため、私がポンプの回転数を上げたことが脱血不良を招いたとされましたが、その疑いが晴れたのです。

本当の原因は、術野で上大静脈に

挿入した脱血管の位置不良や、吸引ラインに付けられたフィルターが水滴で詰まったことなどでした。さらに、フィルターは薬事法上適応外のものだった上、毎回交換しなければならぬのに使い回しされていた。これは大学の機器整備の問題です。

### 専門家がない調査委員会

私が罪に問われることになった最

大の要因は、東京女子医大の調査委員会がまとめた内部報告書です。この報告書を見て、私は思わず目を疑いました。

手術当日、人工心肺終了後にほかの医師や臨床工学技士と原因を話し合ったのですが、その結果、血液の逆流の原因はフィルターの閉塞ということで全員の認識が一致しました。ところが、内部報告書では全く

異なることが原因となっていた…。

報告書を作った委員会は、当時の副院長の東間紘氏を委員長として学内の教授3人からなり、心臓外科医は含まれなかった。これでは原因究明は不可能です。事故を医師個人の責任にし、大学の管理責任を逃れようとする意図を感じざるを得ませんでした。私はすぐに大学に抗議しましたが、聞く耳を持ちませんでした。

結局、この誤った報告書が私を追いつめることに使われました。警察や検察は、報告書をよりどころに私に罪を認めさせようとしたのです。裁判でも、報告書が検察の主張の基礎となりました。私の所属大学、しかも同じ医師がまとめたのですから、捜査機関には重要な資料となります。

私がこれまで最も怒りを感じてきたのは、東京女子医大に対してです。事実と異なる報告書を作成した上、私が一審で無罪となった今でも、その内容を訂正していません。

それだけではない。私は、参考人だったとき大学幹部から「国内で心臓外科医を続けたいなら、報告書を批判しないように」と脅されました。同情して報告書に意見した同僚の医

師も、「天に唾するようなものだ」と大学幹部にとがめられるなど、様々な妨害があったのです。大学は所属する医師を守ってくれるどころか、逆に責任を押し付けてきたのです。

### 誰かが悪者にならなければ…

一方で大学は、私に報告書案への意見を述べる機会も与えませんでした。報告書を遺族に提出して謝罪してしまいました。その後、大学幹部は私と瀬尾氏を、お墓参りに同行させました。大学は、遺族の処罰感情を和らげようと考えたのでしょうか。民事でも、遺族の要求通りの賠償金額で示談したと聞いています。しかし、これだけでは遺族は納得せず、刑事告訴を取り下げませんでした。

今考えれば、手術直後の対応が一番の問題だったのでしょうか。執刀医の瀬尾氏が正直に事故を伝え、カルテを改ざんしなければ、その後の経過は違ったかもしれません。

一方、警察は取り調べで、内部報告書をベースに私に罪を認めさせようとした。しかし、取り調べが進み、11回目の聴取になったとき印象的な出来事が起こりました。取り調べをしていた刑事が突然、号泣し始めたのです。そして、こう叫びました。

「これだけ社会問題になると、誰かが悪者にならなきゃいけない。賠償金も遺族の言い値で払われているのに、なぜこんな難しい事件を俺たちが担当しなきゃいけないんだ」。

彼らは人員が豊富で、色々な資料を調べていたようです。その過程で、

私には過失がないという考えを持ち始めていたのではないのでしょうか。それでも私の取り調べは続き、逮捕・起訴されることになりました。

勾留中には弁護士が毎日接見に訪れ、精神面の支援をしてくれたほか、現在の病院の理事長が熱心で、その勤務医が勧誘に来てくれました。裁判では、同期の心臓外科医2人が法廷で証言をしてくれ、周りに支えられた部分がとても多かった。

さらに、裁判中には、日本心臓血管外科学会と日本胸部外科学会、日本人工臓器学会の3学会が合同で委員会を設置し、「(事故の原因は)フィルターが目詰まりを起こし閉塞したためであることが、模擬回路による実験で示された」と、東京女子医大の報告書を否定する調査書をまとめました。1つの事故を契機に、複数の学会が合同で報告書を出したのは初めてではないのでしょうか。

実は私も8歳のとき、患者さんと同じ心房中隔欠損症の手術を受けた経験があります。それが、小児の先天性の心臓治療に携わりたいと思ったきっかけでもありました。その意味で、患者さんが亡くなったのは残念でなりません。

今回の事件で私は、同じ分野の治療に携わることはほぼ不可能になりました。刑事裁判は一個人を裁くだけで、組織を罪に問えません。捜査機関が誤った調査報告書に依拠すると、組織から罪を転嫁される医師が今後も絶えないでしょう。こうした問題は、早く改善すべきです。(談)



刑事事件の経験を語る——②

## 安全管理システムに欠陥 死因究明の前に世論形成

和歌山県立医科大学放射線医学教室准教授 岸 和史氏

きし かずし氏

1990年和歌山県立医大医学研究科博士課程修了、  
95年同大放射線医学講座講師、2000年同大助教  
授。現在、同大准教授。

### 事件の 概要

岸和史氏は2003年8月、  
下咽頭癌の患者に3次元  
放射線治療を計画し、1回  
2.5Gy (グレイ) を25回、計62.5Gy  
を処方する指示書を作った。放射線技  
師はこの照射を指示通り行った。次に  
岸氏は、2.5Gy×4回、計10Gyの追  
加指示書を作成。この際、治療計画装  
置では10Gy・照射回数1回で計算し、  
一方、計算書のヘッダーのコメント欄  
には1回2.5Gy×4回で総線量10Gy  
である旨を記載署名してデータを送っ

た。この指示は兼任の技師が受けた。

だが、事故発生時の現場では医師の  
コメントは読まれず、照射装置内のモ  
ニター値の設定時に安全を確認する  
二重計算もされなかった。加えて、二  
重計算結果などの確認用の端末は無  
効化されていた。慌しい勤務状況の  
中で指示を受けた兼任技師は、10Gy  
(4回分) のモニター値を4回行う手順  
書を作成。手順書に技師の署名はな  
かった。照射は2日にわたってこの手  
順書通りに実施されたが、3回目の照

射の直前に担当ではない技師が偶然  
違いに気付き中止された。結果、標的  
の95%線量では予定より約11%多い  
量が照射された(過剰照射の定義は  
10%以上)。8カ月後の翌年5月、同  
大耳鼻咽喉科で治療中の患者は突然  
の下咽頭出血によって窒息死した。

事故後の調査では過剰照射は患者  
の死因とならなかったが、警察は07年  
1月、岸氏と技師4人を業務上過失致  
死容疑で書類送検した。地検は9月に  
全員を起訴猶予の不起訴処分とした。

今回の事故発生の直接的な要因  
は、①私の治療計画装置への入力  
やコメントの方法に誤解される危険  
があった②事故当日は兼任技師し  
かいなかった③指示が誤解された  
状態で治療された——の3点でし  
たが、構造的な背景には、④書類と  
データを突き合わせた確認がされな  
かった⑤技師が照射録に実際に照  
射した線量ではなく、医師の指示し

た線量を記載した⑥指示内容を適  
切に照射するための作業手順書が  
なかった⑦当初設けられていた安  
全システムが迂回されていた(私は  
送検された後にこの事実を知った)  
——などがありました。安全管理シ  
ステムに欠陥が多数あったのです。

### 管理の欠如が問題に

事故発生以前には全国で同様の

照射事故が頻発し、事態を重く見た  
放射線技術学会は管理指針や誤照  
射防止マニュアルを刊行していまし  
ましたが、当病院ではこれらを備えて  
いませんでした。また、医師は技師部  
門の手順に介入できませんでした。

一方、事故後に外部調査を行っ  
た医学放射線物理連絡協議会から  
は、技師の勤務体制の欠陥を指摘  
されました。当大学では技師の救急



当直体制を維持する必要から、専任の放射線治療技師は1人しか置けず、あとは放射線診断部門と兼任の技師に日替わりで勤務させていました。このため、専門知識の要る放射線治療に従事させるには危険があった上、作業手順の文書化すらしていないありさまでした。また、事故が起きた1日目は専任技師が休みでした。

欧米ではシステムをすべて把握する責任者を置き、安全管理を徹底する体制の構築が義務付けられ、それに反した場合は、責任者が相応の処罰を受けます。私たちの治療部門には専任の統括責任者はなく、放射線診断部門に従属していました。

私たちは改善しなければならない課題をたくさん抱えたまま仕事をしていました。事故直後のわれわれの反省も不足していました。安全システムが迂回されていた事実は、医学放射線物理連絡協議会の聞き取り調査でも判明しなかったのです。

実は過剰な照射となった患者さんは今回で2人目でしたが、1人目は情報が共有されず私も知りませんでした。私には管理者でないという限界がありました。今回の事故を通して初めて状況が認識されたことに、言いようのない反省と無念を覚えます。私は亡くなった方への哀悼とすべての反省を永遠に抱えるでしょう。

## 事故の真の情報共有が大切

この事故後のプロセスを省みて痛切に感じたのは、真の情報を共有する大切さです。院内の事故調査委

員会でも、非常に遅れて介入した外部機関の医学放射線物理連絡協議会も、患者さんの死因を過剰照射と決め付けたりはしていません。事故後、患者さんは当大学の耳鼻咽喉科で治療を受け、約8カ月後に亡くなっています。その間に低栄養状態や感染、咽頭の病変への処置などがあり、死因を断定できなかったのです。

それなのに、この事件は死因究明の着手前から過剰照射の問題として報道されました。早耳のマスコミは、病院側に事情を巧妙に尋ねてきます。これに平常心で正しく答えられる関係者は少なく、報道対応に慌てた病院の記者会見は、「過剰照射が死因」とする内容で報じられました。

このすぐ後、市の保健所員が聴取に来ました。会場はさながら私の糾弾会で、衆人環視の中、「人が1人死んでいるのに責任を取らないのか」と怒鳴られました。警察では、私が有罪である筋書きを示されました。「先生の指示ミスで事故が起きたことを全員認めている。あとは先生が認めれば終わるので調書に署名せよ」と言われました。つじつまが合わないと言われ、「ならば殺人罪の被疑に切り替える」と言われ、底知れぬ恐怖を覚えました。自分の主張を残すには遺書しかないのかと。

一方、病院は遺族との示談に失敗して民事訴訟を起こされ、私にこの解決を命じました。病院側は死に体で、記者会見で死因を過剰照射としながらその因果関係が分かっておらず、まともな答弁書や意見書の見当



もつかないありさまでした。

私の心中は患者・遺族寄りでした。患者さんに過剰照射をすぐ告げたのも私です。私は早く償えることを願い、解決の任務を受けました。その後、初めて見る病院の重要書類に驚きつつ真相を知りました。それらを基に、放射線治療では国内で最高の科学者に考えを尋ねて見解を文書にいただき、短期間で和解できました。検察は起訴猶予の不起訴処分としましたが、私は亡くなった方と遺族に真摯な反省を誓いました。

事故が起きるとかん口令が敷かれて現場は隔離され、記者会見は事故の詳細を知らないトップが行い、死因究明の前に世論が形成されます。院内の委員会や警察の捜査は密室で行われ、情報は開示されません。

英国のピーツソン腫瘍センター(BOC)で起きた過剰照射事故では、調査官は責任者の安全管理の怠慢と情報への無関心を非難しました。真の情報の共有を目指して現場の当事者も積極的に取材を受け、組織もそれを認めるなど、コミュニケーションの方法と報道のあり方も変わるべきだと考えています。(談)

刑事事件の経験を語る——③

## 納得いかない鑑定でぬれぎぬ 「事故調」は絶対創設すべき

東京女子医科大学心臓血管外科講師 西田 博氏

にしだ ひろし氏  
1979年愛媛大医学部卒、東京女子医大日本心臓血  
圧研究所外科入局。91年心臓血管外科講師。

### 事件の 概要

2002年11月、アルバイト先の病院で休日昼間の内科外来を担当していた西田博氏は、全身倦怠感と微熱を主訴とし、糖尿病の既往を有する70歳代男性を診察した。胸部X線検査では右肺に広範な浸潤影があり肺炎が疑われたため、抗菌薬を含む500mLの点滴2本を処方して入院させた。そして、夕方、勤務時間を終えて帰宅した。

ところが、その3時間後に患者は急変し、当直医の蘇生のかいなく、外来

受診から8時間後に死亡。当直医の死亡診断は、西田氏の外来診断と同じ「重症肺炎」による急性心不全だった。

しかし、歩いて病院に行った患者が入院から6時間後に死亡したため遺族は納得せず、警察に告訴。さらに、司法解剖による死因の第一報は「肺水腫による心筋障害」という意味の通らない内容で、死亡診断書と異なっていた。このため、西田氏が外来の胸部X線検査で肺水腫を見逃した上、点滴治療で病状を悪化させ、患者を死

亡させたという、同氏にとって不可解な嫌疑をかけられることになった。

4年後の06年秋、西田氏は被疑者となり、07年2月から10月までに警察(19回)と検察(1回)の取り調べを計20回受けた。

その結果、検察は、「嫌疑不十分(過失なし)」として西田氏を不起訴とした。この判定を不服とした遺族が再検討を申し入れた検察審査会も、予見義務、結果回避義務ともに違反はないと判断し、不起訴相当であるとした。

私はこの事件で、診察にミスがなかったと証明されて不起訴になりました。ですが、そのために要した時間とコストは膨大なものでした。

警察と検察の取り調べは、計20回にも上りました。さらに、専門家3人に意見書を書いてもらった費用や弁護士料などは計約500万円。医賠責保険は刑事事件には適用されないで、これらはすべて自費でした。

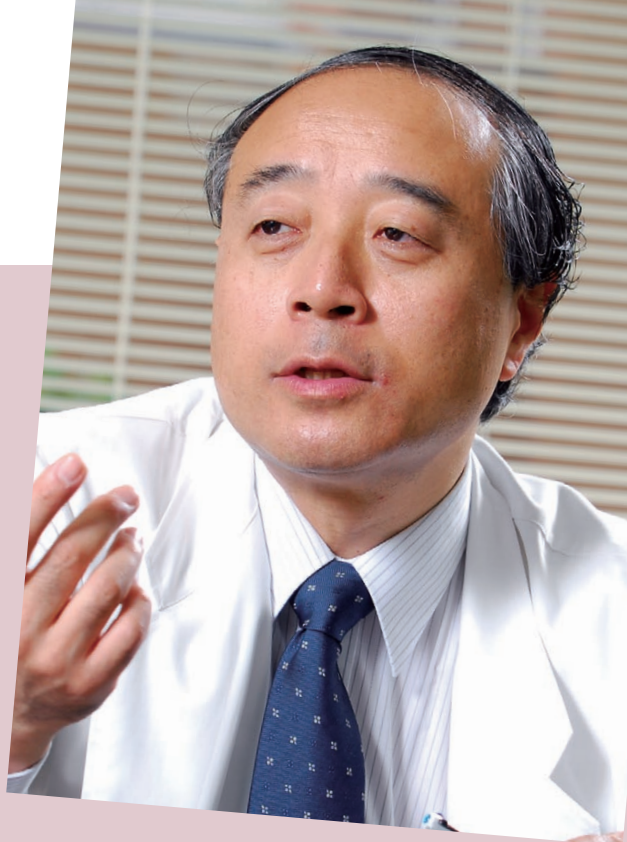
### 論理的に破綻した鑑定書

今回の経験を通じて、医療行為による結果が刑事事件としてこじれる要因は3つあると感じました。

まず1つ目は、鑑定書の問題。この事件での鑑定書は、司法解剖をした法医学の教授が単独で書きました。この教授はインターン時代にしか臨床経験がありません。本来なら

司法解剖所見のみ記せばいいと思いますが、私が診察時に撮影したレントゲン写真のあり得ない読影までしていました。しかも鑑定書の内容は、論理的に破綻したものでした。

例えば、死因について。「虚血性心筋損傷に伴う急性肺水腫と判断される。急性心筋損傷は糖尿病性の血管変性によりもたらされた心筋損傷による中枢性の急性肺水腫の悪



化に伴うと考えられる」(原文)と、意味不明で堂々巡りした内容でした。レントゲン写真についても「バタフライ状の肺水腫の陰影がある」としていましたが、刑事ですら取り調べの際、「どう見ても片肺にしか浸潤影がない」と本音を漏らす始末でした。

揚げ句の果て、頭部外傷などに続いて起こる肺水腫である「中枢性肺水腫」と、今回の事件の「心原性肺水腫」を混同して使っていたのです。

だが、警察は人を罪人にするのが仕事。捜査責任者の刑事課長は部下の声は聞かず、警察に都合の良い資料で私を追いつめようとしてきました。

では、なぜいい加減な鑑定書が作られるのか。それは、臨床経験の乏しい法医が単独で鑑定書をまとめるからでしょう。警察捜査と法医学のみによる真相究明では、事実に基づいた鑑定書は作成できないのです。このため、私は当たり前の無実を証明するために、専門家3人に意見書を書いてもらいました。

2つ目の問題は、警察の姿勢です。警察は病院の組織的な問題には目を向けず、一個人を罪に追い込もうとする。チーム医療が主流の中、1人に罪をかぶせるのはおかしいことですが、病院という組織を刑事事件で罰する法律はありません。

私の事案では、当直医や看護師への警察の聴取は最初から私に不利な証言を得る目的で行われました。当直医や看護師は自分が罪に問われたくない思いがあるので、警察の誘導に乗ったりうそをつきます。

つまり警察は、都合の良い証拠や証言で1つのストーリーを作り上げ、被疑者を罪に陥れようとします。

私は警察に何度も呼び出されましたが、疾病の一般知識を繰り返し説明させられ、講義をしているようなものでした。取り調べにへきえきして「なぜこんなに長くかかるのか」と尋ねると、警察は「先生が調書をしつく直すからだ」と開き直りました。

調書は、検察が起訴・不起訴を決める資料になるほか、裁判の判断材料にも用いられます。このため、私は、発言の意図と少しでも違うところはすべて直しました。その上で納得したときだけ、サインしたのです。

## 死因究明の第三者機関必要

最後の要因は、遺族の感情。今回のように歩いて外来にきた親族が数時間後に亡くなれば、遺族は気が動転するのが普通。この際、医師は経緯の詳細を伝える必要があります。

私の事件では遺族への説明は、看取った当直医が約1時間行ったほか、私も、遺族が事故の1年後くらいに突然、大学の外来を訪れた際、正直に死因や処置内容を話しました。



遺族は最初、患者さんを一度も診察しなかった当直医を非難しているようでしたが、警察が私を標的にした後はその対象が私に変わりました。

刑事事件に巻き込まれた医師には、大きな労力がかかります。これを避けるには、予期しない診療関連死を医療機関に全例届けさせて、死因を調べる第三者機関が絶対に必要です。これは、事件の当事者になった者でないと分からないでしょう。

現在、厚労省が創設を目指す「事故調」に対して医療関係者の反対意見が目立ちますが、私は設置には大いに賛成です。法医だけでなく臨床医や病理医なども加わる事故調が死因を調べれば、現在の鑑定書よりも格段に真実に近い報告書ができるでしょう。第三者機関が公明に調査し、公開すれば、患者や家族にも納得してもらえるはずですよ。

事故調の調査結果が捜査に使われて刑事事件が増えることを危惧する声がありますが、医療界が出した結論を警察がねじ曲げ、検察が医師個人を安易に起訴するとは思えません。そもそも、事故調ができて遺族の警察への告訴は妨げられません。その際にも事故調の調査を使ってもらった方が、今の警察の調べに任せるより利点は大きいはずですよ。

「医療は刑事責任を免責しろ」とか「医師法21条は廃止しろ」という主張だけでは、世間に受け入れられないでしょう。医療界が自主性を発揮して事故調を運営し、社会の信頼を得ることが先決だと思います。(談)