

被告人の視点からみた医療司法問題の実際

東京女子医科大学日本心臓血圧研究所
循環器小児外科 元助手

佐藤 一樹



はじめに

2001年3月、東京女子医大病院で手術を受けた12歳の娘が死亡した事故で、人工心肺装置を担当した私は、業務上過失致死罪に問われ2002年6月に逮捕、同年7月に起訴されました。以来、2009年4月10日高裁判決が出され無罪が確定するまで約7年、被告人の立場に置かれ続けました。告訴、逮捕、留置所、起訴、拘置所、刑事裁判、保釈、一審無罪、検察控訴、名誉毀損裁判提訴（対メディア、対女子医大）、無罪確定。稀な体験の連続の中で、様々な医療に対する司法の問題を実感しました。

「大野病院事件」「割り箸事件」を中心に、社会一般でも医療刑事裁判の問題が活発に議論され、刑事、民事を問わず、医療訴訟が学術的研究の対象となり、医療現場に及ぼす様々な否定的影響が指摘され、医療政策をも動かしそうです。一方で一般犯罪の冤罪は、自白調書、代用監獄、取り調べの可視化、検察の証拠隠しなどの問題点が明確化され、法律家による論究がされています。学術の探究では、個々の散らばった情

報を収集し、これらを理路整然と体系化する姿勢が求められます。しかし、体系化、一般化することは、逆に各事案の重要点を埋没させてしまう可能性もあります。

私は、1人の臨床医で、医療訴訟や医療司法の研究者ではありません。ただ、自分の置かれた被告人の立場で、真正面から向き合わなくてはならない問題点に必死で対峙してきました。経験したすべての事柄を丹念に書けば、1冊の書籍に匹敵する分量になります。そこで今回は、被疑者被告人にしか実感できない問題点の一部を指摘させていただきます。

1. 司法警察（員）

—フィードバックされない現場刑事の捜査

●任意捜査に先行した内部報告書のメディア暴露

この手術事故が刑事事件となった契機は、院内事故調査報告書（以下、「内部報告書」）を患者家族が2001年末にメディアに暴露したことです。

法律上は、6人（後に延べ7人）の医師を警察へ告訴したことで（最終的には被害届

け) (i)、2002年正月中に警察が動き始めました。メディア暴露が捜査開始に先行したことに對する警察の不满は著しく強く、憤りが私にも伝わってきました。

内部報告書を作成した女子医大の教授3人(泌尿器科、循環器内科、麻酔科)からなる委員会には、心臓外科医が意図的に排除されました(ii)。内部報告書は大学理事長宛で、一見、権威的公的ではありません。しかし、患者家族に渡される以前に内部報告書の存在自体を知っていたのは、病院幹部数名のみです。当事者の私ですらその存在を知らず、心臓外科教授も報道により「国民とともに知った」のです。

委員会は「吸引ポンプを高回転にした操作」が脳障害の原因で、人工心肺装置担当の私の操作ミスと結論づけました。しかし、これはまったくの誤りです。当時の文献を紐解くまでもありません(iii)(iv)。人工心肺を実際に操作する医師や臨床工学士はもちろん、心臓外科医であれば、内部報告書の誤りは一読しただけで判明しました。現在では、内部報告書の作成責任者である当時の副院長・東間紘医師は、「報告書の結論には根拠はない」「科学的ではない」と言われれば、そのとおりだと明言しています(v)。

人工心肺の事故自体は、必要がないところに薬事法上適応外のガスフィルターを設置し、取り扱い説明書を無視して、1回限りの使用であるところ繰り返し使用し、これが閉塞したために発生しました。大学病院側は、管理責任を隠蔽するために、「科学的ではない」「根拠のない」「誤操作説」を捏造したと推測されます。一般的に、現場の医師個人と管理者である病院幹部には利

益相反が存在し、院内調査報告書が捏造される可能性があります。

患者家族が女子医大に示談を急がせ、2002年2月、告訴(被害届)の約1ヵ月後には、約7,146万円の解決金がい値で支払われました。そのような中、警視庁と牛込署は合同で特捜班を組み任意捜査を継続させました。

●「うそが多い」内部報告書をめぐり現場刑事の叫び

内部報告書は、司法警察にとって最重要資料です。しかし、現場の捜査官は、一から捜査を始めます。最初から内部報告書を疑っていたかもしれません。また、医学論文を読んだり、専門家を探して話を聞きに行きます。大垣市民病院(岐阜県)での調書作成もありました。もちろん、私は、内部報告書を背景とした「誤操作説」の誤りを図に描いて説明しました。捜査官はまったく反論できずに困惑した表情をしていました。その結果、警察幹部が出した答えは「病院がまとめた報告書にもうそが多い」。このコメントを、メディアに語ったと新聞報道されました(2002年6月29日上毛新聞、新潟日報、神戸新聞、佐賀新聞他、全12社が報道=共同通信社配信)。

ところが、内部報告書が誤りだと認識した警察組織は、内部報告書を否定する私や医局員の意見を抑え付けにかかります。平たく言えば、女子医大病院幹部と手を組みました。おもむろに、委員会を設立した理事や主任教授に、「医局員が内部報告書を否定するので困る」と通告したのです。私と大学内の電話回線を使用して会話しした医局員

には、その直後に「お前は警察にマークされている」と主任教授から圧力がかかるようになりました。状況証拠から、警察官が電子メールを盗み見なければありえない行為もされました。社会の秩序安寧を守る警察組織の「正義」はどこにあるのでしょうか。

一方で、毎週毎週顔を合わせる捜査官との関係は、敵対的でありつつどこかで共同的な感覚にもなってきます。現場の捜査官も、一時的に官僚組織の歯車から外れたと思われるエピソードが第11回目の任意事情聴取のとき起こります。取り調べ中に、現場捜査官（主任刑事）が突然号泣し、「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。賠償金も家族の言い値で支払われているのに、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」——これが、1人の人に戻った刑事の心の叫びです。

●フィードバックされない現場刑事の捜査と自白の強要——逮捕

医事犯罪捜査実務専門書には、「社会的な影響の大きい事件等、状況によっては、たとえ裏付け資料が不十分でも立件して捜査を遂げるべき事件もある」と堂々と書かれています。号泣純情派刑事と次に会ったときには、歯車はもとの装置に収まっています。「1人の人」の叫びは、警察組織の座標軸にフィードバックされなかったことがすぐに理解されました。

私が、内部報告書「誤操作説」の誤りを何度も指摘したところ、「じゃ、お前は女子医大と戦うんだな。まるで、ゾウにアリが立ち向かっていくようなもんだ。歯形1つ

付けたら拍手してやる」「心臓の手術をたくさんしていれば、患者が死ぬことだってあるだろう。1人くらい死なせたってなんだ。心臓外科医にとっては勲章だ。今回は『ごめんなさい』しちゃえ」

主任刑事の上に新しい主任が着任すると、取り調べの任意出頭すらなくなり、私は2002年6月28日午前9時12分、突然逮捕されました。司法警察員達は、私に過失がないことを高い可能性で認識していながら、権力行使したと推測されます。警察の記者会見では、「佐藤が漫然と人工心肺を操作した」と漠然としたコメントを述べるにとどまり、内部報告書の趣旨である「吸引ポンプを高回転にした操作が過失」とは一言も言いませんでした。警察は確信犯です。

2. 検察捜査——勉強不足の取調検察官

●警察官よりも医科学知識に劣る検察官

逮捕直後から、検察官の取り調べを受け始めました。

取り調べ検事（検察官）は、實際上、逮捕直後から23日後までに、被疑者を起訴（公判請求）することになっています。逆に言えば、検察官は自ら後を絶ったこととなります。医師逮捕にゴーサインを出し、強制捜査のカードを切ったからには、検察がそれ相当の自信をもっていたはずですが、しかし、医学情報収集能力と選別能力、メディカルリテラシーに関する検察官への私の評価は、「現場警察官よりも劣等」でした。

警察には、任意取り調べの時間がたっぷりあります。自ら汗を流して文献や資料を入手し、膨大な情報を収集するのに時間制

限はありません。心臓外科の専門家である私をはじめとした相当数の医師の肉声を繰り返し聞き、科学的思考や理科系論理に触れ、月日が経つにつれて玉石混交の情報を選別する能力の向上が認められます。その能力向上の過程で、先の新聞記事でみたように、「大学の内部報告書にはうそが多い」と判断可能となっていました。「大学医学部の教授」というアカデミズムの象徴が作成した内部報告書も否定できるまでになっていたはずです。

これに対して、検察官は、「内部報告書の誤り」にまったく気づきません。自らは何の努力をすることなく、警察によって収集された多くの資料をないがしろにしたのかもしれない。私が、内部報告書の誤りを指摘しても、「お前はどんなに心臓外科の知識があるか知らんが、この陰圧吸引法に関しては何も知らないな」と笑いとばし、拳げ句の果てに、内部報告書の「非科学的で根拠のない結論」に依存して起訴状に反映させました。

●ローンを抱える私立医大勤務医の保釈金2,000万円—算定根拠は

代用監獄で起訴されたあと、いよいよ本場の監獄、拘置所に移管されます。一言で監獄といっても、冤罪の当事者にとっては、辛く腹立たしい毎日です。逮捕されれば、証拠隠滅等の可能性は無に等しいのに、証拠隠滅の可能性を理由に起訴されるまでは、肉親や妻との接見も禁止されます。起訴されると接見が許されますが、やはり証拠隠滅を理由に保釈を許そうとはしません。

そもそも保釈を決定するのは裁判官です。

逮捕から2ヵ月で、裁判官はいったん、1,500万円の保釈金で保釈を決定しました。大学病院からの給与は手取り30万円以下で、マンションと中古車のローンを抱えている医者が1,500万円とは、どのような算定をしているのかまったく理解できません。

これに対して検察官は、準抗告を提出して保釈に反対。理由は、「証拠隠滅の可能性」と「私立医大の勤務医として保釈金が安すぎる」から。「女子医大の給与がいくらか」といった、基本的な検討はまったくなしです。驚いたことに、裁判所はこの準抗告を認め、保釈は停止されました。妻は、借金してようやく準備した現金1,500万円を泣く泣く抱えて、自宅と裁判所を往復し、タクシー代約1万円が無駄になりました。

結局、逮捕から90日目に2,000万円の保釈金で保釈されました。一審無罪で3年5ヵ月ぶりに返還されましたが、当然無利子でした。

3. 公判検事（地検）

—科学的事実の証拠隠し

●フィルター調書なし、取説なし。重要人物の調書、なし。

起訴時は、膨大な証拠が提出されます。

患者さんの戸籍、カルテ、死亡診断書から始まり、論文、医学専門書。患者家族、数十人の医師（心臓外科医、麻酔科医、脳外科医）、看護師、臨床工学士の調書。人工心肺の各パーツの取り扱い説明書、回路設計図、医療機器業者の調書、手術で使用された回路と同じ型の回路……など、段ボール箱3個分にのぼりました。

しかし、客観的には最重要の証拠が提出されていません。

「閉塞したフィルター」です。

内部報告書でも「フィルターの閉塞」は簡単に言及され、起訴状にも「フィルターを閉塞させた」とあり、後の学会報告にも最終的に判決にも、「閉塞したフィルターが人工心肺事故の原因」とされたのにもかかわらず、検察官の提出した証拠には「フィルター」に関する証拠が跡形もありません。

理由は簡単。検察官にとって不利な証拠だったからです。

フィルターは薬事法上適応外で、違法な使用方法がとられていました。証拠番号148まで提出した弁護側の証拠番号1は、手術で使用されたフィルターとまったく同じ型のフィルターにしました。パッケージには女子医大での使用方法は適応外である旨が記載されていました。

また、重要人物の調書は、作成されたことが判明しているのに検察官の提出した証拠の中にはありませんでした。1人は教授不在の当時の医局長で現エール大学の教授、もう1人はハーバード大学ボストン子ども病院で人工心肺中の脳保護に関する研究をしてきた助手。両者の共通点は、「死因は、『術野での対応の悪さ』と供述した」ことです。

このように、検察官にとって不利なものは、裁判の証拠として提出せずに、抹消されるのです。

●「3学会報告書」の不同意——検察官の知的誠実性の欠如

医師が研究発表や論文執筆を行う背景は、

偏見のない客観的データの集積と分析です。医師からみれば、検察が行った証拠の恣意的取捨選択は知的誠実性の欠如と評価されます。先に述べた「検察官自らが作成した調書が検察にとって不利な場合は提出しない」「事件の核心に関連するフィルターの証拠も検察にとって不利なので提出しない」という行為は、刑事訴訟法上不法ではありません。しかし、卑怯です。卑劣です。反社会的行為です。この検察官同様に、医師が診療録の提出を求められ、その一部を提出せずに破棄すれば、間違いなく改ざんとされ刑事責任を問われます。

一審裁判が進行中、日本心臓血管外科学会、日本胸部外科学会、日本人工臓器学会の3つの学会が、本件事故の人工心肺装置の不具合を検討する目的で「3学会合同陰圧吸引補助脱血体外循環検討委員会」を立ち上げました。2003年5月に「3学会合同陰圧吸引補助脱血体外循環検討委員会報告書（3学会報告書）」を公表しています(vi)。この3学会報告書は、第三者の専門家の手によって作成されたもので、裁判で重要視されて当然の報告書として弁護側が証拠申請しました。しかし、検察側は得意の「不同意」として、証拠採用されませんでした。当然、これも刑事訴訟法上許された手段ではありません。しかし、医師にとって、論文や学会の報告書の証拠採用拒否は、科学的論議の放棄宣言にしか思えないものです。

このように、公判検事の態度は、勝つためには手段を選ばず、真実究明そっちのけの面があります。法廷での科学的医学的議論を、勝負を争うゲーム化しているように感じます。

なお、これに対応して、弁護側も女子医大作成の「内部報告書」に「不同意」という態度をとってきました。裁判所が、「双方の証拠について信用性を争う形で同意」するよう指導があり、判決の約1年前になって双方が証拠採用されました。一審で証拠採用された文献は100以上になり、裁判所が科学的判断を行うための資料としては充分と思われます。

●破れかぶれの訴因変更

訴因変更とは、「起訴状記載の訴因と後の審理で明らかとなった事実とが食い違った場合に、訴因の追加・撤回または変更を行うこと」(vii)です。平たく言えば、「起訴状に書いた事柄が、裁判進行中に事実と反することが判明し、最初の記載のままでは公判を維持できないので変更する」ことと言えるでしょう。警察が逮捕前に理解していた「内部報告書」の誤りを認めたようなものです。

その変更内容は、「ポンプの回転数を上げること自体がいけないことである」という主張を取り下げるものになりました。判決を前に敗北を認めたようなものです。

4. 地方裁判所——分離裁判の弊害

●検証実験計画に7ヵ月——理科系職員の不存在

訴因変更した直後の検察官は再現実験の申請をしました。しかし、生体なしに、人工心肺手術の再現は無理です。仮に動物を使用するのであれば、意義は大きいものですが、実際の再現は不可能です。結局、患

者血液循環を無視した水槽に貯水し、この水を人工心肺装置で回して実験をすることになりました。

しかし、提出してきた実験計画書はあまりに稚拙で、何をやろうとしているのかもまったく分からない代物でした。そもそも、実験計画書なら「目的、実験器具の記載、実験方法」が明記されているべきです。それらの記載がない実験計画書では、追試不可能です。

弁護側、つまり私が、繰り返しこのことを指摘して科学的実験計画書の作成を求めましたが、まったく通じません。裁判所と検察側と弁護側を合わせても、理科系の人間は私1人。結局、7ヵ月間公判は進まず、書面のやり取りが続き、裁判は引き伸ばされた挙げ句に、私自身が計画の手直しをしました。検察が希望する実験の意向を私が理科系の言語様式に翻訳した結果、裁判所が計画書を完成させました。もちろん、結果は弁護側の予想どおりとなり、判決にも反映されました。

●業務上過失致死罪と証拠隠滅罪

私は、業務上過失致死罪で起訴されました。同時に、手術責任者のA講師が、カルテの改ざんによる証拠隠滅罪で起訴されました。証拠隠滅罪とは、「他人の刑事事件に関する証拠を隠滅する罪」です。カルテ改ざんの理由についてのA講師の説明は、

①任意捜査段階（警察）：

「手術に失敗した自己保身のため」

②逮捕翌日（警察）：

「フィルターを入れた技士を守るため」

③逮捕翌々日（検察）：

「佐藤を守るため」

④起訴前（検察）：

「人事上の不利益を蒙らないため」

⑤起訴直前（警察）：

「佐藤を守るため」

……と変遷に変遷を重ね、最終的に、「自分にはミスはないが、医療過誤が分かると、心研ではチームリーダーが責任を取らされ、人事上の不利益を蒙るので、カルテを改ざんした」と供述し、起訴状でも「人事上の不利益を蒙らないためにカルテを改ざんした」ということになりました。

しかし、親子や親戚関係でもない他の医師の業務上過失致死罪を隠蔽するために証拠を隠すということが、本当にあるのでしょうか。「人事上の不利益」は、どこか関連病院に飛ばされるという程度のことです。これに対して「カルテの改ざん」は、通常の医師であれば考えられない行為であり、それだけで懲戒解雇されたり、刑事事件で起訴されたり、医道審議会で処分されたりすることが確実に予想される行為です。

このように、人事上の不利益とは比較にならないほど厳しい結果が生じることが確実に、医師の基本的倫理に反する行為が軽々になされるはずがありません。まして、それが自分の責任を逃れるためでなく、他人の刑事責任を逃れさせるためなどということは、絶対にありえないことです。将来、左遷の有無も分からず、仮にあってもどこに行くのかも分からない「人事上の不利益」を避けるために、今、ここでカルテを改ざんする判断はありえないことです。

医師としての身分を失わせるかもしれないカルテ改ざんの理由は、これに匹敵する

目前の不利益を防ぐということ。すなわち、患者死亡の原因が自らのミスによって生じたことが明らかになることによって生じる一切の不利益を回避するために、カルテの改ざんを行ったものと考えてのが自然です。

●分離裁判と矛盾した判決——「とりわけ上大静脈」の脱血不良の言及なし

私の業務上過失致死罪とA講師の証拠隠滅罪の裁判は同時に開始され、法廷で私とA講師は同じ被告人席に並んでいました。

A講師の弁護人は、裁判の途中から「分離裁判」を望みました。「証拠隠滅罪の裁判」と「業務上過失致死罪の裁判」の2つの裁判が、別々に進行することになったのです。これで、A講師に「業務上過失致死罪」が問われる可能性は實際上消滅します。

2004年3月22日、A講師は「証拠隠滅罪で有罪」を東京地裁から言い渡され、控訴せずに有罪が確定しました。東京地裁の同じ裁判長は、1年8ヵ月後の2005年11月30日、私に一審無罪を言い渡します。判決内容は、「死因は人工心肺の不具合のみ。その原因はフィルターの閉塞。閉塞の予見可能性はない」。

「死因は人工心肺の不具合のみ」は私にとって不満でした。

人工心肺終了後の患者の上半身浮腫、特に顔面腫脹、皮下出血は悲惨で、いわゆるSVC症候群の所見でした。下半身の浮腫や肝臓肥大、肝臓酵素異常は皆無。人工心肺装置の不具合だけが原因なら、上下静脈両方の所見が現出するはずで、一審の判決では、「とりわけ上大静脈の脱血不良」の事実認定をしましたが、その原因に関しては、

決定的な言及を回避しています。

弁護側は、「上大静脈の位置異常」を主に、3つの術野での処置がSVC症候群の原因と主張しました。裁判官は、SVC症候群発生の機序を術野にいた3人の医師の証言から評価しています。実際の術者B医師（医師4年目）と第1助手のA医師の証言に信頼性を認め、B医師が手技を上手に行えない場合のピンチヒッター要員として、第3助手として手術を見学する立場で術野にいたC医師（海外臨床留学経験有10年目）の証言を排斥しました。A医師、B医師には場合により「業過致死」の疑いがかかる可能性があり、C医師にはその可能性はありません。このような場合、誰が一番術野で冷静であったか、誰の証言に客観性があるかは明白です。

しかし、地裁裁判官は業過致死判決日の1年8ヵ月前に、「証拠隠滅罪の判決」でA講師は、自分自身ではなく他人である私の刑事事件の証拠を隠したと認定しています。仮に、業務上過失致死罪の判決で、「SVC症候群の原因は、術野の手技にあった」とすると、A講師の証拠隠滅理由に齟齬が生じます。以上のことから考えると、地裁裁判官は私の業務上過失致死罪無罪判決時に「実は術野に問題があった」とは、言いたくとも言えなかった立場でした。

5. 控訴した検事と公判検事 (高裁)

●証拠提出期限を約束違反：裁判の長期化

「被告人が無罪になって控訴しない検察はいない」と弁護人から聞かされ、検察官が控訴することは想定内でした。納得いか

ないのは、裁判の長期化です。2005年11月の一審無罪後、検察官の控訴趣意書提出が、2006年7月末。控訴審開始まで、1年半以上時間を要しました。弁護人は、同年10月には答弁書を提出。控訴審では、新しい証拠がない限り審理はされません。一審で敗れた検察官は新しい証拠申請を行います。証拠申請期限は、2007年1月となっていました。しかし、実際の提出は年度末の2007年3月下旬で、大幅に遅れました。

憲法第37条「すべての刑事事件においては、被告人は、公平な裁判所の迅速な公開裁判を受ける権利を有する」。大野病院事件で採用された数回にわたる刑事裁判の「公判前整理手続」や、「裁判員制度」導入の背景には、日本の刑事裁判の遅々とした進行、期間の遷延があります。証拠申請が遅れたことは、憲法第37条違反と言えそうです。しかし、裁判所からお咎めは特にありません。

●控訴審非専門家“新証人”は一審と同じ証人と、その部下

医療裁判における証人の専門性の問題は、「大野病院事件」でも議論されました。胎盤の疾患に関する産科分野で、婦人科領域の腫瘍を専門家とする産婦人科医の国立大学医学部の名誉教授が鑑定する是非について意見が交錯しました。

一方の本件で採用された証人の「非専門性」は、より極端です。一審でも二審でも証人となった南淵明宏医師は、心臓血管外科学会の会員でも人工臓器学会の会員でもありません。オフポンプ（人工心肺を使わない）冠動脈バイパスが専門と自負する市

中病院のバイパスサージョンです。本件で使用された陰圧吸引脱血法の人工心肺装置については使用経験がなく、関連文献も読んだこともない。小児の部分胸骨切開（第二肋骨までの「I字」切開）の経験もなく、この視野で肺動脈パッチ形成術の経験もありません。非専門性には関係ありませんが、数十に及ぶ公判調書や検察調書は1つも読まずに検察官から極一部の話を聞いた状態では、客観性にも著しい問題があります。

このような背景でアカデミックポジションの対極にいるこの医師が、証人に選任されたことは極めて遺憾です。しかも、検察側は、控訴審でも再度この証人の尋問を請求しました。新証拠ではないという刑事訴訟法の理由と専門性の欠如から、この証人の採用が不適切である旨を弁護側は、67ページからなる意見書で異議を述べ反論しました。しかし、高等裁判所は特に理由を述べず、証人を再度採用しました。

一審法廷で実際に証言した証人は、検察側17人、弁護側2人で、公判は延べ53回。控訴審は、検察側2人、弁護側1人で、公判は延べ15回。検察側の控訴審の“新証人”は、南淵医師と同じ病院に勤務する外科医でした。この外科医は、一般外科出身で、心臓血管外科専門医の資格も持っていません。陰圧吸引脱血は用いたことはあるようですが、小児外科経験は数例、肺動脈弁形成術、胸骨部分（I字）切開の経験は皆無です。日本で約2,000人いる心臓血管外科専門医ではない医師を選任する理由は、何だったのでしょうか。

弁護側一審の証人医師は、国立循環器病センター研究部人工臓器室室長（当時オッ

クスフォード大学留学中）で、人工心肺装置の専門家。二審の証人は、現在日本で一番症例数が多い榊原記念病院の小児心臓外科医長で、世界最多の心臓外科症例数を誇るクリーブランドクリニックと、小児心臓外科では全米一の症例数があるテキサス小児病院に留学経験があり、陰圧吸引脱血の操作も術野も経験豊富、胸骨部分切開を日常的に執刀する小児心臓手術の専門家でした。

●「公務員」検事のモチベーション

①取調検事（起訴した検事）、②初公判の検事（02年）、③相被告人を有罪にした検事（03年）、④訴因変更した検事（04年）、⑤論告求刑し敗訴後控訴した検事（05年）、⑥控訴趣意書提出と新証拠申請した検事（06年）、⑦検察側証人尋問した検事（07年）、⑧弁護側証人尋問と最終弁論した検事（08年）、⑨二審無罪判決言渡しに出廷した検事（09年）。担当主任検事は、計9人。

伝言ゲームよろしく、審理の申し送りも不十分な様子で、毎年事件の理解度や争点の捉え方のぶれが大きく、振り回されました。その年度の検事的能力によって、審理の進行もレベルが低下したり持ち直したり。一審は、形ばかりとはいえ2人の検察官が公判ごとに出廷したのが、第2回控訴審からは出廷も1人の検察官のみ。とても、必死になって無罪を挽回しようとしているようには見えませんでした。

社会正義のためには、一国の元首相や現役の国会議員を立件するというカッコいい検察官のイメージは幻影で、権力を笠に、目の前にある実務を右往左往しながらこな

す公務員が法廷にいました。弁護人も控訴審の最終に弁論しています。

「冒頭に述べたとおり、本件における検察官の主張、立証は、医学的水準に立脚した事実の解明にほど遠いものであった。

検察官は、非科学的な東京女子医大の報告書に安易に立脚し、その論理と結論を無批判に受け入れた。このことは、学会でまったく支持されることがなかった『吸引ポンプの回転数を上げたことが陽圧をもたらした』との結論、さらには物理学の初歩も弁えない『圧の(不)等式』が東京女子医大の報告書と検察官の冒頭陳述要旨だけに現れていることから明白である。医学の水準を無視し、それどころか自然科学の考え方すら無視するという非科学的な捜査、起訴によって、佐藤医師は、6年半以上にわたって被疑者、被告人の地位に止め置かれ、また、医師に対する業務上過失致死罪としては異例の逮捕までされ、90日間にわたって身柄拘束までされたのであり、家族を含めこれによる苦痛は厳しいものがある。検察官は、これについて真摯に反省すべきである。

しかも、検察官による過誤による被害を受けたのは、佐藤医師とその家族だけではない。事案の真相が明らかになることを望む患者家族と社会も、佐藤医師の無罪が確定すれば、本件手術の責任を誰が負うのかという点について何らの回答も与えられないこととなる。このような状態をもたらした検察官は、その捜査と公判について真剣に反省すべきである。」

6. 高等裁判長の退官と 新裁判長の充実

●遅々とした裁判進行と定年退官

一審は3年4ヵ月53回の公判と2回の検証実験があったのに対し、控訴審は1年9ヵ月で15回。裁判開始当初の公判のペースは、一審は月2回・午前午後、控訴審は2ヵ月に1回・午後だけ。大体6倍遅いペースです。刑事裁判の迅速化が叫ばれる中、あまりに裁判の進行が遅すぎます。

特に、一審でも証人となった南淵医師の尋問は、2007年7月から2008年1月まで7ヵ月間も要しました。しかし、この証人から得られた新しい証拠は皆無でした。一審初公判から57回連続すべての公判に足を運んだ父は、2007年11月に倒れ、心肺蘇生術後1年間、私自ら主治医となりましたが、判決の5ヵ月前に亡くなりました。この証人の7ヵ月がなければ、無罪確定の報告をお墓で聞くことにはならなかったでしょう。

控訴審裁判開始当初の「2ヵ月に1回午後だけ」の訴訟指揮を行ったT裁判長は、2008年1月に退官となりました。裁判を迅速に進めると、退官前に本件のような複雑な裁判の判決を書かなくてはならない可能性がありました。「これを回避するために裁判を引き延ばしていたのでは？」と考えるのは、疑心暗鬼でしょうか。裁判長が変わると、それまでの倍のペースで1ヵ月に1回のペースになりました。

●「患者家族の願い」と「最終弁論の検察批判」に応えた高裁裁判長

一審無罪判決直後、NHKのテレビインタ

ビューを受けた患者家族は、「うちの娘はどこでどういうことが起こって死んだのだろう。誰に責任があったのか」と答えました。根本的に、刑事訴訟法は実体的真実発見の立場にあります。しかし、実際の刑事裁判のシステムは、裁判所が「誰が犯人か」を探し出すものではありません。検察官が「この人が犯人だ」というのに対し、裁判所はそれが正しいかどうかを判断する機関です。この観点で、一審の裁判官は、「被告人(私)は犯人ではない」というだけで、「誰に責任があったのか」の言及をしませんでした。

ところが控訴審では、死因のSVC症候群を巡る複数の医師の証言を検討して、具体的にA講師やB医師の供述に疑問をあらわにしています。

控訴審判決翌日、「別の医師ミス示唆」と各紙が一斉に報じました。判決文には直接的に「死因は別の医師のミス」「執刀医の責任」といった表現はありませんが、極めて強い示唆がされています。高裁のN裁判長は、刑事訴訟法の原点に還り、「事案の真相を明らかにする」ため、医学水準に立脚した認定に基づく判決を書きました。そしてその真相とはまさしく、8年前に私が事故現場で実感したこと、7年前に「手錠と腰縄」で検察官に供述したことと同旨です。

おわりに

警察、検察、裁判所。組織としての問題点は、刑事捜査、刑事裁判の現場で直面しない限り、なかなか浮かび上がってきません。司法警察員、検察官、裁判官。医師とともに法律家にはプロフェッションとして

個人の倫理観や責任感が強く求められてきました。しかし、現実には公務員という立場で組織の一員としての業を勤めることを優先し、科学的論理や医学的事実に加え社会的常識までも無視して、強引に権力を振りかざす。これに対し、私たちは、時間と膨大な労力を掛けて1つ1つ丁寧に科学者としての論法で対応していくしか、冤罪を証明する道はなさそうです。今回私の経験したことの反省が医療政策にまで影響するかどうかは不明ですが、医療事故に関連して容易に医師個人が告訴され、刑事被告人になるような国であり続けることがないように願っています。(さとう・かずき)

-
- (i) 平柳利明「医療界を揺るがす事件へ」(『東京女子医大事件』p.15~18、新風社、2004年)
 - (ii) 出河雅彦「第4章 否定された内部調査報告書—東京女子医科大学病院心臓手術事故：専門家を排除した原因調査」(『ルポ医療事故』p. 237~242、朝日新書、2009年)
 - (iii) 関口敦ほか「吸引補助脱血用リザーバーBMR-4500SGおよび吸引コントローラの臨床使用経験」(『体外循環技術』27(2) p.25~30、2000年)
 - (iv) 岩城秀平ほか「小児における1リザーバー吸引補助脱血法の検討」(『体外循環技術』28(2) p.54~57、2001年)
 - (v) 出河雅彦「第4章 否定された内部調査報告書—東京女子医科大学病院心臓手術事故：専門家を排除した原因調査」(『ルポ医療事故』p. 251~252、朝日新書、2009年)
 - (vi) 第33回 日本心臓血管外科学会学術総会シンポジウム「安全な陰圧吸引補助脱血体外循環を目指して」
 - (vii) 國井和郎、三井誠編「訴因変更」(『ベシック法学用語辞典』p.218、有斐閣、2001年)