

大学病院での連続した心臓弁置換術 死亡事故の経緯

2010年1月30日

医療の良心を守る市民の会 シンポジウム

川田 綾子

1

検査入院のつもりが

2003年3月初め 母（当時68歳）
かかりつけ医の紹介で東京医科大学病院へ
検査入院へ向かう。

第二外科から、心臓の冠動脈バイパス手術と僧帽弁置換の
同時手術が勧められた。

急な展開に戸惑うも、担当医の「手術成績はすべて病院の
HPで公表しています」の言葉に、信頼しきって、
母を手術へ向かわせた。（平成15年3月31日）

24時間に及ぶ手術

当初7時間で済むと言われていた手術は、
「出血が止まらない」という説明で、午前2時までかかる。
午前3時に再び出血、開胸、
手術終了の知らせは、翌日午前9時となった。

2

大きな不信感

理解できない説明

- ・心臓が豆腐のようにもろくなり針が通らない
- ・感染症の疑いが出た。
- ・咳で、バイパスをつないだ箇所でないところに穴があいたようだ。
- ・初めての事態でなぜ切れたのか分からない。
- ・輸血用血液が間に合わず、脳死の可能性が極めて高くなった。

手術後14日目 4月14日 死亡

3

思いがけない訪問者 1年後に知る事実

2002年10月～2003年3月

東京医大病院において同一医師
による弁置換術3例実施

→いずれも死亡

2004年1月 4例目の弁置換術

→死亡

母は第三の犠牲者だった
やっぱり...という気持ち

これ以上の手術を止めなければ

4

事実経過①

(2004年)

- 年初 読売新聞社に内部告発
- 6～7月 読売記者遺族と接触、
医療問題弁護団に相談、
医弁内に担当チーム結成
- 10月 東京簡裁に証拠保全申し立て
- 12月10日 証拠保全実施

5

事実経過②

- 12月10日 証拠保全実施
- 12月11日 新聞報道、遺族記者会見
- 12月14日 病院側記者会見
「事故ではなく合併症」
- 12月15日 病院長、心臓血管外科学会・
胸部外科学会に委員長の推薦を依頼
- 12月22日 両学会、古瀬彰委員長を推薦、
古瀬委員長選任により委員4名に委嘱
- 12月30日～ 7回の(外部)調査委員会開催

6

事実経過③

(2005年)

- 3月30日 調査委員会、調査報告書公表
- 4月 1日 病院側、謝罪の記者会見
- 4月末 執刀医 辞職
- 5月 9日 理事長辞任、病院長辞任を承認
- 5月10日 第二外科教授 辞任
- 6月 6日 社会保障審議会医療分科会、
東医大の特定機能病院承認取り消しを決定

7

事実経過④

- 7月4日 遺族に対する謝罪・説明会の開催、
川田「10箇条」提案
- 8月1日 「メモリアルデー」
(同日、特定機能病院取り消しが発効)

(2006年)

- 8月～11月 遺族との間の和解が順次成立
「合意書」を交わす

8

調査の検証① 院内事故調査

(2004年12月11発表) 報道向け

- 心臓弁置換手術4件に関して、執刀医をはじめとする医療チームは医療過誤という認識はなく、当院安全管理部門への報告はありません。
- 従って、所轄官庁、所轄警察への届け出も行っていない。
- すべての件に関して、ご家族さまからのご質問や連絡、お問い合わせは当初より現在まで当院にはございません。

9

調査の検証② 外部事故調査

(2005年3月30公表) <三例目の場合>

- 難しく不可解な術式や不要なバイパス手術がもたらした長時間の手術と大量出血
→本来なら僧帽弁形成術がふさわしい(当該執刀医は経験ゼロ) / オフポンプの状態で心臓の脱転による左室破裂の可能性大 / 人口弁のサイジングミス / 事前のインフォームドコンセントなし、出血原因に対する家族への説明なし
- 冠状動脈バイパス手術は中程度の経験を有する外科医に、僧帽弁形成術は高度の経験を有する外科医に委ねることが妥当である。

10

調査の検証③

＜外部調査委員会による提言(抜粋)＞

今回のおきな問題のひとつとして、指導責任者である診療科長が状況を知りつつ、引き続きトレーニングのために手術経験を積ませたことが挙げられる。(中略) 高度な手術を、適切な指導者のいない状態で、しかも連続して生じた死亡例にもかかわらず、敢えて実施したことは「患者中心の医療」という理念に根本的に反している。

11

調査の検証④

外部の調査委員会の性格

現在わが国には、航空事故や鉄道事故を対象とする事故調査機関に相当する公的な医療事故調査機関は存在していない。そのためには、医療の専門家集団である学会が主体として、あるいは中心となって構成された第三者的調査機関が、病院側と患者側のいずれからも独立して調査を行うことが望まれている。

(調査委員会古瀬彰委員長 談)

12

内部告発から全ては始まった

内部通報者

犠牲者をこれ以上出したくない強い思い

報道関係者

社会部記者の緻密な準備・行動・追跡

情報提供者との信頼関係

弁護団⇒真相究明チーム

内部通報者と遺族、両方とも守りながら病院側を追求する。

遺族

チームの一員として参加・情報共有・同意

13

報道の力

報道のタイミング

3症例同時証拠保全と同時報道の「Xデー」

取材側の細心の配慮

患者の情報や遺族を守る記事に

病院幹部や執刀関係者への取材、事前計画

客観的専門家の意見

医療安全対策に対する問題指摘

大学病院側の社会的責任を追及

特定機能病院取り消しの危機感

14

「東京医科大学への提案10箇条」①

1. 「医療事故メモリアルデー」を決め、毎年シンポジウムを行う
2. 第三者を含む安全管理室を設置する
3. 患者や家族が相談できる『医療事故等相談室』を設け、安全管理体制整備の報告を行う
4. 治療方法の選択等を相談できる『患者コーディネーター』を配置する
5. 客観的な数値データに基づくリスクの十分な説明と同意を徹底し、他病院とも連携してセカンドオピニオンを聞ける環境を整える

15

「東京医科大学への提案10箇条」②

6. 学会への全症例登録の徹底
7. 医療安全管理講座を設置し、医療事故被害者等を講師として招聘する
8. 患者のための医療情報図書室の設置
9. カルテの全面開示
10. 術中ビデオを全例で撮影し、患者・遺族の閲覧希望に必ず応じる

16

遺族との和解条項

1. 医療行為に不適切な点があったために死亡したことを認め、衷心より謝罪する
2. 本件を重大な教訓として今後一層の研鑽に努め、二度とこのような事故が再発することのないよう、医療の安全性確立のため、必要な体制整備等につき引き続き最大限の努力をすることを誓約する
3. 医療の安全性確保のために行った具体的改善策の実施状況につき、和解後5年間にわたり、毎年1回遺族に書面報告することを約束
4. 損害賠償金の支払い

17

東京医大の医療安全への取り組み

- メモリアルデーの設置（毎年8月1日）
- 心臓外科と血管外科の分科と指導者の招聘
- 手術に関する報告システムの整備（予定時間大幅超過例、出血量1000cc超の手術例等は全例安全管理室に報告させる）
- 全死亡例で死亡例報告書の提出を義務付け
- 術中ビデオの全例撮影と開示
- 「患者様図書室」の設置（2006年6月）
- 安全管理指針に基づく医療安全推進、全職員への意識啓発

18

2008～2009年の経緯

- 2008年4月 当該執刀医 心臓血管外科
専門医認定機構より再認定
- 2009年2月 特定機能病院 再認定
- 同 病院倫理委員会設置
(院内多職種+外部委員)
- 2009年4月 医療安全管理学講座設置
- 2009年8月 メモリアルデーにて遺族談話

19

遺族の気持ちの変化

絶望→病院への不信→あきらめ

原因究明への働きかけ

事件性や犯人追及ではなく、
”なぜ”を知りたい

研究・関わり合い・語り続ける
こと・見守り続けること・使命

医療への信頼回帰
高度医療の社会的責任への期待

20

参考文献

- 読売新聞社会部
「大学病院でなぜ
心臓は止まったのか」
(中公新書ラクレ、2006)

