

医療事故 視点を変えて向き合う



医療の良心を守る市民の会 川田 綾子

本日のテーマ

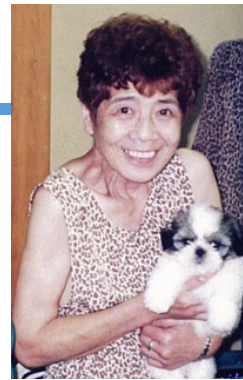
1 心臓手術連続死亡の経緯と事故調査

2 当事者の願いは

3 つながりは

やさしく
ふかく
ゆかいに
まじめに

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。
第二外科から、心臓の冠動脈バイパス手術と僧帽弁置換
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。（2003年3月31日手術）

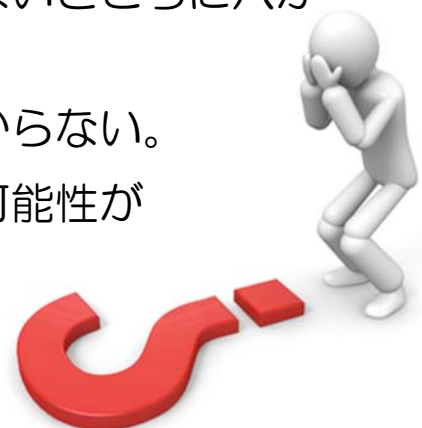
・・・その後、24時間に及ぶ手術

2

理解できない説明・・・つのる不審感

医師たちの非科学的な説明

- ・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。



術後意識を戻すことなくICUで14日目に死亡

3

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

2004年1月 4例目の弁置換術 →いずれも死亡

患者	最初の手術	死亡日
女性 71歳	2002.10.31	2003.1.22
女性 81歳	2003.1.16	2003.1.25
川田弥生 68歳	2003.3.31	2003.4.14
男性 67歳	2004.1.22	2004.2.27

怒りより... **やっぱり**... という気持ち
これ以上の犠牲者を止めなければ

4

原因究明へ・・・

社会が後押し
世論の力の大きさを知る

心臓弁手術4人死亡

死亡例「ゼロ」記載

インパクトある
紙面見出しが、
世論を高める

当時の病院ホームページ

「冠動脈バイパスの手術による死亡例は全くありません」
の記載を私たちは鵜呑みにしてしまった。

5

一方、
科医の担

院内事故調査 と外部調査委員会

- 12月10日 証拠保全実施（3遺族同時に簡裁手続き）
- 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（当時JR東京総合病院
院長）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

調査の検証① 院内事故調査

機能しなかったリスクマネジメント委員会

（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。

調査の検証② 外部事故調査

日本心臓血管外科学会・日本胸部外科学会に委員長の推薦依頼

(2005年3月30公表) <3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の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。

調査の検証③ 調査委員会提言



<外部調査委員会による提言(抜粋)>

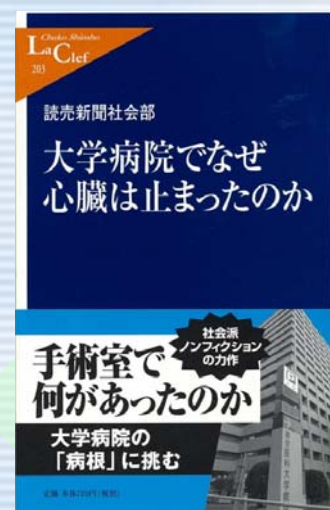
今回のおおきな問題のひとつとして、指導責任者である診療科長が状況を知りつつ、引き続きトレーニングのために手術経験を積ませたことが挙げられる。(中略) 高度な手術を、適切な指導者のいない状態で、しかも連続して生じた死亡例にもかかわらず、敢えて実施したことは「患者中心の医療」という理念に根本的に反している。

1 心臓手術連続死亡の経緯と事故調査

2 当事者の願いは やさしく・ふかく・・・

3 つながりは

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



ひとりの思いより... 多くの声を届ける

13

【患者遺族からの 病院への提案10箇条】

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
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

2006.7.4

医療安全の誓い

命の尊さを心に刻み東京医科大学病院における
過去の重大な医療事故を再び生じさせることの
ないようより安全な医療の提供に向けて最善の
努力を重ねていくことをここに誓う

平成26年8月 東京医科大学病院

2014年（平成26）年8月

医療者と患者・家族が互いに共有し続ける¹⁵



2016年メモリアルデー

病院も学会も改善の姿勢

で歩み続けている

1 心臓手術連続死亡の経緯と事故調査

2 当事者の願いは やさしく・ふかく..

3 つながりは ゆかいに・まじめに・・・

16

特別ゲスト 対 話 Dialogue



17

ゆかいで・まじめな 雅さんのおはなし

18

雅さんへのQuestion

- * 医師になるってどういうこと？
- * 法律家になるってどういうこと？
- * よりによって問題ある病院に飛び込む？
(勇気か？後悔か？)

19

雅さんへのQuestion

* なくならない事故に寄り添うには？

* 白い巨塔ってどれくらいの高さ？

（脆いもの？）医局制の未来は？

* ドクターUのここだけの話

20

誰でもいつでも当事者に

* 突然おきた事件的事象に対して、人は
どう変化するでしょうか。

自分なら・・・（想像力を）

* 医療従事者や病院（組織）は、
どう変化するでしょうか。

* 社会はどう変化するでしょうか

21

わたしの場合

- * 被害者団体って怖い、相談しにくい
(当初私が思っていたイメージ)
- * 情報や映像が一人歩きするテレビは怖い
(記者もいい加減な取材する人いるよね)
- * 匿名にするか・しないか
(当事者の立場・家族・社会の中で)

22

補足

医療事故調査制度を応援

23

13年前と変わらない体質に危惧

群馬大学附属病院で死亡した患者の遺族会結成

医療ルネサンス №6387 患者学 群大手術死の教訓 11/5 (2016.6.2)

遺族が結束し、真相究明や再発防止策の徹底を求めることを目的に、11遺族を中心に結成。

「同じ痛みを持つ人同士、
真相究明に向け結束したい。」

活動が医療全体の質の向上につながれば

2016.7-14 読売新聞医療ルネサンスより

医療の良心を守る市民の会

25

代表の裕さんとの出会い

事故調査制度設立に向けた地道な活動が広がる



**当事者が関わることで、制度・政策に
命が吹き込まれる**

2014年6月18日 医療・介護総合法改正

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律による医療法」

～2015年3月 調査制度に関する具体的なガイドラインの研究会

「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」報告書提出

2015年10月 制度運用開始

2016年6月末 医療法施行規則の一部を改正する省令

○連絡協議会の設置

○院内事故調査報告書をセンターから確認

○遺族等からの相談に対する対応

2016年10月現在 制度開始から1年

○支援団体等連絡協議会(協議会)の初開催(予定)

○日本医師会を中心に届け出の統一基準づくり

絶望から信頼への変遷

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

真相究明があって初めて
再発防止につながる

1つ1つの事案に、次の医療安全策がある。

事故に向き合うことで

医療者も患者・家族も救われる

