

「診療行為に関連した死亡に関わる死因究明等の在り方に関する検討会」
に申し上げたいこと

2007・05・11 二川雅之

1. 手術当日 教授が心臓にキズをつけたことを担当医が隠蔽したこと
*翌日警察に被害届を提出し司法解剖をしていなければ火葬され、証拠すらなくなってしまうので当日の詳細な説明が非常に重要である
2. 内部告発（毎日新聞より連絡）で発覚したこと。
3. 翌日 警察の捜査が入り担当医が教授に「キズをつけたことを話したほうが」といったが「話す必要がない」といわれたこと
4. 後の民事訴訟の中の答弁で生命維持装置を停止させた担当医に死亡原因を押し付けたこと
5. 院内でも事故調査を全く行っていない、のみならず当日手術に立ち会った担当医と教授がその後一切話もせず又、民事の答弁も教授及び弁護士で決定し担当医には一切連絡すら入っていないこと
6. 担当医は手術翌日より外来のみやらされ又2ヵ月後、口止めの如く他の病院に出向させられ現在は退社し他の医療機関に従事していること。
7. 未だに隠蔽のみだけでも病院より謝罪がないこと
8. 病院内の診療記録およびカルテの提出要求にも応じず、証拠保全という法的手続きをして初めて提出されたこと
9. 司法解剖の結果が出たのが4年余りかかり、警察の捜査は終了し2年前に「容疑が固まった」と担当刑事より報告を受けているが其の事により書類送検が遅れ、又、民事でも必要な書類にもかかわらず遺族にすら開示されないこと（3年後母無念のまま死亡）
10. 刑事事件での時効は5年であり直ちに送検しても検察調べに5ヶ月しかない事

まとめ

以上のことから今後このような件が再発しないように

手術の経過をビデオで撮影し一定期間保管する

またその撮影記録やカルテ、診療記録などは少なくとも遺族にはいつでも公開する

などして医師のみで事故の有無を判断しないで専門機関で審査する

また、遺族はその病院での院内解剖は不信感があり又、現在の警察の依頼する解剖医では人数も少なく専門外の事例もあり難しい状態にあるので専門機関の立ち上げやシステム作りなどの対処を望みます。

手術当日より現在までの要略

2002/10/18

父が大学病院で心臓の冠動脈バイパス手術を実施約 3 時間の予定
夕刻 (約 7 時間後)、担当医よりアクシデントが発生した全力を尽くすと連絡あり
夜 9 時父が ICU に帰還するも循環装置が動いたまま。
循環装置を止めていただき帰宅
当日の担当医の説明は父の心臓の弱さを強調する説明に留まった。

2002/10/19

警察に通報し捜査開始、被害届を提出し司法解剖

2003/02/

毎日新聞社より連絡

「内部告発があり手術中に心臓をラップチャー (破壊) がありました」

その後 毎日新聞の取材が始まる

2003/05

約 7 ヶ月たってようやく病院より説明をしたいとのことで説明を受ける。

2004/10

警察より連絡あり

「容疑が固まったので送検する」

その後 数回担当医と会談する

2005/03

親戚の議員を通じ厚労省 県庁に連絡司法解剖の早期提出を要望

2005/05

防衛施設庁より連絡 今から半年から 1 年司法解剖に掛かる見込み

2005/11/14

母 死亡

2006/11/14

警察より連絡 司法解剖結果がでる。(約 4 年)

現在に至る

1. 事実経過

(1) 当事者

- A 患者（当時69歳、男性）
- X Aの家族
- Y₁ 大学病院
- Y₂ 主治医
- Y₃ 教授
- Y₄ 医師

(2) 経過

- ① Aは、平成14年8月頃、「げっぷ」が胃にたまって苦しかったので近くの病院で検査を受けたところ、心臓に原因があるということだった。

- ② Aは、紹介を受けた他の病院で血管造影検査を受けたところ、狭心症と診断された。
同年9月27日、同病院にてカテーテルによる治療が行われたが、同病院の医師から、狭窄している箇所が2箇所あるので、バイパス手術を受けた方がよいと勧められた。

- ③ Aは、平成14年9月30日、手術目的でY₁病院に入院した。担当医は心臓外科のY₂と決まった。

- ④ 術前検査では、Aに特段の異常は見られず、Y₂から同月18日にバイパス手術を行う予定である旨が伝えられた。

⑤ 同月12日、Y₂より、A及びXらに対して「バイパスを2本作る手術であり、死亡率は6%程度。」「この死亡率は、高齢者や救急の場合も含めたものなので、病院としての死亡率は2～3%」との説明があった。また、手術の方法としては、「原則として拍動下で行う予定だが、何かあれば人工心肺を使わなければならない。」との説明があった。しかし、それ以外には、血管の状態等について特段の説明はなかった。

⑥ Aは、同月18日午前8時50分、「拍動下冠動脈バイパス手術」施行のため、手術室に入室した。

手術の執刀医はY₂、第1助手はY₂の上司であるY₃であった。

手術の手技としては、まず、バイパスに利用するための血管（グラフト）を採取し、その後、閉塞した冠動脈を跨いでグラフトを縫合しバイパスを造るというものであった。この際、心臓の裏側に位置する箇所に対しては、心臓を持ち上げて捻って（脱転して）処置するが、そのためには、心臓の背側の心膜にリマスーチャーという糸を通し、二重になったリマスーチャーをタニケットという柔らかいゴムの管の中に通して、タニケットをリマスーチャーを通した心膜のところまで落として、リマスーチャーがタニケットに被覆されて心臓に直接接触しない状態にした上で、リマスーチャーを引っ張って心膜ごと心臓を持ち上げるという方法を取り、リマスーチャーは1本から数本をかけるという予定であった。

⑦ Aに対して、全身麻酔、左大腿動脈に動脈ラインをとるなどの処置が行われた後、午前10時12分から手術開始となった。

午前10時18分から胸骨正中切開後、午前11時よりエコーを用いて上行大動脈を確認したところ、動脈硬化が見られたため、Y₃の指示

により、左橈骨動脈を用いることを断念し、左右の内胸動脈をグラフトとして採取することとなり、午前11時30分左内胸動脈、午前12時15分右内胸動脈採取を行った。

- ⑧ ついで、バイパス予定である回旋枝、前下行枝を確認したところ、心臓を脱転しなければ左前下行枝についての視野が確保できないと判断された。

そこで、午後1時30分頃、心臓を脱転させるため、手で心臓を持ち上げて、Y₂が1本目のリマスーチャーを心膜にかけた。このリマスーチャーをかけた位置は、肺動脈のすぐ横の位置をY₃が指示したものであった。

Y₂は、リマスーチャーを心膜にかけ、Y₄がリマスーチャーをタニケットに通し、同医師がY₃にタニケットを渡した。

Y₃が盲目的にリマスーチャーの根本（心膜にかかっているところ）まで、タニケットを押し下げたところ、その直後に心臓からの出血が始まり、心臓が血液に完全に浸るような状態となった。

Y₂らは、直ちに出血した血液を吸引し、心臓を手で挙上して出血部位を確認したところ、左心耳の背側に2～3センチの損傷が見られた。

そこでY₂は、出血している左心耳の傷を鉗子で挟み、いったん心臓を戻し、更に手で心臓を挙上した状態で、Y₃が損傷部位を縫合した。この縫合の処置には、10数分を要した。

- ⑨ 左心耳の損傷の処置を終え、従来の手術の手順を進めようとしたところ、心拍数、血圧が低下するなど心臓の状態が悪化した。

そのため、午後1時19分頃、ペースメーカーを入れたが、それによっても心臓の動きが改善しなかったため、自己血の輸血を開始すると共

に、補助循環（PCPS）を行って心臓の動きを回復させることとし、同25分、左大腿動脈に送血チューブを挿入し、同32分には右心房に脱血チューブを挿入した。

この内、左大腿動脈への送血チューブ挿入は、既に挿入されていた動脈ラインのカテーテルを太い物と入れ替える方法でおこない、Y₂が動脈ラインにガイドワイヤーを挿入し、動脈ラインを抜去した後に、送血チューブをガイドワイヤーに沿って挿入した。この際、Y₂は、挿入した送血チューブが規定の位置まで挿入される前に抵抗を感じたので、挿入を中断して、Y₃に確認を求めたところ、Y₃は、ガイドワイヤーを抜去して血液が送血チューブ内に逆流してくる状況を確認したのみで、抵抗に関しては「挿入箇所の皮切が小さいからだろう。これでいいから。」と述べ、それ以上の確認はしなかった。

- ⑩ 午後1時32分、脱血チューブの挿入後、Y₃の指示で補助循環装置により送血を開始したが、その直後から送血圧が高くなり、補助循環のためのポンプに抵抗がかかっていることが分かり、また、送血量も十分に得られないという状態であった。

Y₂は、補助循環装置の回路の問題ではないかと考え、回路の確認を行った上で、術野に顔を向けると、心臓からの多量な出血が見られ、右腕頭動脈の根本付近が破裂していた。出血した血液を吸引したところ、大動脈が変色していることが目視で確認され、更に経食道エコーを確認したところ、大動脈解離を起こしていることが判明した。

- ⑪ 大動脈解離が確認された後、補助循環から人工心肺へ切り替えるため、右鎖骨下動脈を露出して送血管をつなぐほか、体温を低下させて脳を保護する措置などを行って、午後4時より人工心肺による完全体外循環を

開始した。

- ⑫ 人工心肺による体外循環開始後、午後4時10分、Y₂は、Y₃に術者を代わり、Xらの所へ説明に向かった。Y₃らは、出血部位の血管を人工血管に置き換える手術を行った。

Y₂は、Xらに対して、「手術中に心臓の動きが悪くなったため、ポンプを回すために管を入れたところ、血管が裂けて出血した。」旨を話し、左心耳の損傷については何ら説明をしなかった。

- ⑬ Y₂が説明を終えて手術室に戻った後は、Y₃を術者、Y₂を第一助手として、出血していた腕頭動脈、上行大動脈を人工血管に置換する処置を継続し、また、動脈の修復が一応なされた段階で、本来予定していたバイパス手術も施行された。

- ⑭ 午後8時、大動脈の遮断を解除したが、心拍は再開せず、Y₂が再び、Xらの下へ説明に向かった。この際にも、出血が生じている原因については、従前のものと同様で、左心耳の損傷については触れず、裂けた血管を人工血管に置き換えたこと、心臓のバイパスを終えたが、弓部のところにつなげた部分で出血が止まらず、止血を行っているところであるとだけ説明した。

- ⑮ 午後9時40分、Aに対する止血、心機能修復は不可能と判断され、皮膚のみ縫合して、人工心肺継続のままICUへ運ばれた。

- ⑯ XらがICUでAと面会したところ、Aは、全身がむくみ、幾本もの管が繋がれ、鼻や口から血液が噴き出している状態であった。

Xは、他の部屋に移動してY₂からAの容態を聞いた。Y₂は、「死んではいませんが、脳は機能しておらず、人工心肺で無理に心臓だけが動いている状態。心臓の方も時間がたてば止まってしまう。」、「人工心肺を付けたままだと、むくみなどがもっとひどい状態になってしまう。」と説明した。

Xは、Y₂の説明を、他の集まっていた親戚に話し、Y₂に人工心肺を止めてもらいたい旨を申し入れた。

午後10時45分、Aの人工心肺装置が停止され、Aは死亡した。