

(2) 事例概要

本年に報告された事例概要を以下に示す。

事例 1

勤務経験 2 ヶ月の看護師は、輸液ルートと膀胱ドレーンが挿入されている患者に抗生剤（ワイスタール注）を接続する際、輸液ルートの三方活栓に接続すべきところ、膀胱ドレーンの三方活栓に接続した。

事例 2

2 歳の患児に対し、腹腔鏡下噴門形成術施行の際、医師 A は、胃内に注入する空気を静脈内に注入した。

事故発生当時、医師 B が麻酔をかけ、医師 A が挿管した。医師 C は胃管を挿入し、胃液バッグを接続するため、静脈ライン用の三方活栓を胃管に接続した。術中、胃底部で腹部食道を固定（噴門形成）する際、胃を膨らました状態で食道に縫合固定するため、胃内に空気を注入することとなった。医師 C、E、F は、医師 A に胃管に接続された三方活栓から空気を 1 0 0 mL 注入するよう指示した。医師 A は、胃管には黄色の注射器を使用すると思ったが、三方活栓と聞いたため白色の注射器を準備した。医師 A は、胃管の三方活栓が見当たらなかったため、胃管を排液バッグ側からたどり、圧布の下をたどっていった所で手に触れた三方活栓を胃管に接続された三方活栓だと思い、圧布の隙間から三方活栓を確認し空気 5 0 mL を注入した。医師 C、E、F から「胃が膨らまない」と言われ、医師 A は、更に空気を 5 0 mL 注入した。その直後、S P O₂ モニターの脈拍検知不良のアラームが鳴り、呼気二酸化炭素モニターの波形が消失した。医師 A は、静脈ラインから空気を注入したことに気付いた。

当該病院では、平成 1 3 年から静脈ラインや胃管への誤接続防止のため、口径の違う注射器を使用するルールになっており、胃管には三方活栓ではなく、Y ジョイントを接続することになっていたが、当該科（小児外科）では三方活栓を使用していた。長年にわたり手術に関わる麻酔科医並びに看護師は、当該科でのルール違反を黙認していた。看護師に対し威圧的な医師がおり、看護師は当該科の医師に対し、ルール違反を指摘できなかった。術野の清潔保持のため圧布が全身にかけられ、三方活栓や胃管排液チューブ、末梢静脈ラインを確認しにくかった。麻酔科医は、外科医の手術開始を待たせても、L 字型アーチの高さを調節して、患者の顔やチューブ類を確認しやすい十分な環境を作るべきであったができなかった。更に、麻酔科上級医はこれを指導あるいは援助するべきであったがしなかった。胃管、尿管、末梢静脈ライン、血圧マシネットや直腸温度計、皮膚温度計のコードが一緒にベッド脇に束ねられていたため、胃管をたどっていく際、わかりにくかった。通常の安全管理部の巡視では、手術室内での手術中における単科のローカルルールを発見することができなかった。