＜シナリオ例＞　手術：腹腔鏡下胆摘（急性胆嚢炎）

【登場人物】
S1：評価対象外科医.（中堅の医長で，性格は悪くないが，マッチョ感覚で切れやすい．落ち着けば反省する余裕がある．手術テクニックはまずまずだが自信過剰気味である.）
S2：第一助手（外科専門医．S1 の大学のクラブの後輩でもある.）
S3：第二助手（カメラ持ち担当の研修医）
A ：麻酔科医（ベテランだが，遠慮がちな人柄）
N1：器械出し看護師（ベテランで，患者把握を良く行っている）
N2：外回り看護師

（図１）　患者は時間通りに入室し，第一助手（S2）のみが麻酔前のチェックに参加した．全身麻酔は順調に導入され，執刀医（S1）は少し遅れて，消毒の時から加わった．消毒終了し，布かけを行ったところで，外回り看護師（N2）に声をかける．

S１：　昨日からビリルビンも上がってきたんだけど，バイタルは安定しているよな．何か申し送りあったか？
N２：　発熱は続いていますが ，解熱傾向にあります．痛みのコントロールも OK とのことでした.
S１:　そうか，特に問題なさそうだけど，少し変わった症例だし，術中写真も撮ってもらおうかな.
何かほかの考えも浮かんだのか, 看護師からの「○○使いますか？」との問いに,「うん？あ～･･･」

とあいまいに返事する．

（図２）S2 が自分の懸念を表明し，麻酔科医 A も会話に参加する．

N２：　炎症も強そうなので，開腹になる可能性も高いですよね？　吊り上げ鉤は準備したほうがよいですかね？
S１:　（ほぼ無視）
S2：　すみません，一応すぐ出せるようにしておいてください．
A：　少し血圧が低めなので，点滴は早めに落としてます．貧血も少しありますね．
（図３）麻酔科医の発言は聞いただけで，ろくに返事をせず，執刀前のタイムアウトを始める．手術テクニックに関わる予想出血量などのリスクについては，あいまいな言い方で，かなり楽観的な見通しである．S2 や A の言うことは，（発言を封じることはないが）ろくに聞いていない．

S1: じゃ，タイムアウトいいか．急性胆嚢炎のラパコレで，予想時間 2 時間，予想出血量は（たぶん）少量，予想されるリスクは‥‥ま，敗血症かな，黄疸あるけど，もともと肝機能が少し悪いし． 閉塞がないとはいえないけど，癒着はそんなにないと思うよ．そんなんでいいよな．
S2：‥‥はい．
A： （うなずくのみ）

（図４）実は，S2 は，画像所見から「炎症が高度でやや時間が経過しおり，癒着が強く総胆管の同定は困難ではないか」との疑問を持っているが，なかなか言いだせない．

S1：　抗生剤はちゃんと出したか？
S2:　はい，内科でもうおとといからフィニバックス使っています．え～‥‥画像では結構総胆管と門脈周囲の density が高いですよね．拡張はないみたいですけど．

（S1 が睨みつけ，黙る）

A：　麻酔リスクは，敗血症の可能性はありますが，今のところバイタルは安定しています．肝機能低下で，バイタルが不安定になる可能性もあります．心・血管やその他の併存疾患はありません．

（図５）手術を開始する．腹腔内を検索すると，炎症が高度で，剥離が難しそうな雰囲気である．S1 は自分の見通しの甘さよりも，前医の判断の悪さをののしる．

S1：　もぅ全然見えないね,（内科も）よくこんなになるまで放っておくよな‥‥ いつも判断が遅いし．今朝になって急に言われても，たまたま予定手術のキャンセルが重なったから入れることができたんだけど‥‥．
ほか 全員：　無言.

（図６）癒着が高度で，剥離操作が進まない．執刀医 S1 は，第一助手 S2 に術野の展開を指示するが，威圧的であり，指示内容も不正確である．S2 も術野を確保しようとする余り，力を入れすぎて，肝床部からの出血を招く．

さらに小動脈の存在について言い合いをしている間に，太い静脈から出血させてしまう．

S1：　何やってるんだ！　そんな展開じゃ剥離もできないだろう．もっと見えるようにしろよ．
S2：　（小さい声で）はい．
S1：　また出血してきたじゃないか．
S2：　（無言）

S2：　あ，そこに，動脈の小さい枝があるんじゃないですか？ 先生．
S1：　わかってるよ，大したことない，だまってろ！
A：　けんかしてる場合じゃないでしょう，仲良くやってださいよ
S1：　あれ，血管がないはずなのに，何だ，この出血は！　しっかり吸引しろ！見えないじゃないか．どんどん出てくる．
A：　どこからの出血ですか？　止められそうですか？
S2：　A 先生, 黙っていてください！　先生, 僕が圧迫しますから, 止血の用意をしてください.

（図７）圧迫操作で，とりあえず出血は押さえられている．しかし完全な止血が得られているわけではないので，何らかの処置が必要である．S1 は（N1 に縫合糸を準備させ）縫合による止血を試みる．

S1：　圧迫で出血は収まっているけど，出血点は見えないなあ‥‥．どうしたら良いんだぁ！
S2：　すみません．
S1：　‥‥ 縫合してみよう．じゃ．4-0 モノフィラメント出して．
N1：　はい．

（図８）しかし出血点が見えない状態で縫合糸をかけようとしたため，逆に大出血をきたしてしまう．麻酔科医をどなりつつも，それでも苦労して，どうにか止血に成功する．

S1：縫合してみるから，ちょっと圧迫をゆるめてくれ．……あ，しまった，裂けてしまった．しっかりと抑えろ！
S2：　はい．
A：　２パックしか輸血がないですが‥‥
S1：　何言ってるんだ！　輸血がいることぐらいは見ていて，わかるだろう！
‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥
うん，なんとかなってきたかな‥‥

（図９）胆嚢管処理の際，総胆管を損傷してしまう．腹腔鏡下で修復を試みるが，上手くいかず，時間が経過する．
助手 S2 をはじめ，開腹手術に移行した方が良いと思っているが，なかなか言い出せない．しかし ついに S1 も腹腔鏡下手術をあきらめる．

S2：　（ずっと無言）
S1：　‥‥ う～ん，このままじゃ，どうしようもないな．　仕方ない，開腹するぞ．　場所を交代しよう．

（図１０）開腹して，総胆管を修復する．しかし，助手 S2 の手際が悪く，いらついて，S1 は　S2 を罵倒する．

S1：　開腹しても，展開がいまいちだな‥‥．　一体何年，外科医やってるんだ．助手を交代させるぞ！
S2：　すみません．

（図１１）術野に集中し，パルスオキシメーターの音が低くなっていることに気づかない．麻酔科医も気づいていない．N2 が気づき，やんわりと指摘するが，S1 は一瞥しただけで無視する．S2 が麻酔科医に注意する．

N2：　アラームは鳴っていないんですが，サチュレーションは大丈夫でしょうか？
S1：　（無言）
S2：　A 先生，大丈夫でしょうか．

（図１２）麻酔科医がプローブの位置を確認し，つけ直すと，元に戻る．
そうしている間に腹腔内処置は終了する．
　手術終了の手順について，S1 はそそくさと，自分勝手に決めてしまう．

A:　おかしいですね．ちょっとプローベを付け直してみますね．‥‥‥
あ！　もとに戻りました．
S2：大丈夫なんですね？

S1：　なんとか最後まで来たな．出血も完全に収まっているし，洗浄しておわりだ．CT で確認済みだし，総胆管造影はどうしようか？
全員：　（無言）
S1：　じゃ，いらないよな．　今日はありがとう．

（図１３）手術後のデブリーフィング．書記役の研修医 S3 は無言のままメモをとる．検討の内容は，S1 の独演会状態で，ほとんど S2 も発言しない．

S1:　お前のせいで開腹になってしまったよ！　も～情けないなぁ‥‥
それにしても何であんなところから出血したのかな？
S2：　（ずっと無言）
S1:　門脈の位置と周囲の炎症は CT でわかっていたのに，しょぼい血管に気を取られてしまったな．直前にもっとみんなでおさらいすべきだったな，門脈の周囲はやっぱり要注意だよな，すまん‥‥‥．これは，M & M でも検討しようか．