

【4】「手術部位の左右間違い」(医療安全情報No.8)について

(1) 発生状況

医療安全情報No.8(平成19年7月提供)では、「手術部位の左右の取り違い」を取り上げた(医療安全情報掲載件数9件 集計期間:平成16年10月~平成18年12月)。手術の際、左右を間違えた事例は、平成17年に4件、平成18年に5件、平成19年に5件、平成20年に3件、平成21年に4件報告された。また、本報告書分析対象期間(平成22年1月~3月)に報告された事例は1件であった(図表Ⅲ-3-6)。

なお、第18回報告書、個別テーマ「手術・処置部位の間違いに関連した医療事故」において、手術・処置における左右間違いに関連した医療事故について」掲載したところである

図表Ⅲ-3-6 「手術部位の左右取り違い」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	1	1	0	2	4
平成18年	0	1	2	2	5
平成19年	0	2	1	2	5
平成20年	2	1	0	0	3
平成21年	0	0	3	1	4
平成22年	1	—	—	—	1

図表Ⅲ-3-7 医療安全情報No.8「手術部位の左右の取り違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.8 2007年7月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療
安全情報
No.8 2007年7月

「手術部位の左右の取り違い」

手術部位の左右を取り違えた事例が9件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2006年12月31日、第8回報告書に一部を掲載)。

左右を取り違えた事例の多くは、手術部位のマーキングが適切になされなかった事例です。

マーキング	事案件数
あり	2件
なし	6件
不明	1件

◆マーキングありの事例2件のうち、1件はマーキングそのものの左右間違いであり、1件は眼科の手術において手先にマーキングを行った事例です。

医療
安全情報
No.8 2007年7月

「手術部位の左右の取り違い」

事例 1

両側の変形性膝関節症に対して、症状の強い左膝の手術が予定された。手術前日に、患者に対して左膝の手術を行うことを説明した際、マニュアル通りにマーキングを行わなかった。翌日、手術室入室直後に、看護師、麻酔医、執刀医は、患者と共に左膝の手術を行うことを確認したが、その際にもマーキングは確認しなかった。全身麻酔後に、執刀医は予定とは逆の右膝に術前準備を行ったが、そのことに誰も気付かないまま手術が開始された。手術開始後30分が経過した時点で左右の取り違いに気付いた。

事例 2

左眼硝子体手術のため、病棟にて手術側である左側手掌にマーキングを行った。手術室入室後、術前準備を介助した医師が、誤って反対側の右眼に麻酔等の術前準備を行い、そのまま手術が開始された。手術開始直後、顕微鏡画面をモニターで見ていた医師が、手術側の左右の取り違いに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み
手術部位のマーキングについてルールを決め、徹底する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
<http://jcahc.or.jp/html/accident.htm#medsafe>
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に責務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田柳町台3-11 三井住友海上ビル7階
電話: 03-6217-0255(直通) FAX: 03-6217-0253(直通)
<http://jcahc.or.jp/html/index.htm>

(2) 事例概要

本報告書対象期間内に報告された事例の概要を以下に示す。

事例 1

患者は事故で緊急搬送され、頭部CTで開放性陥没骨折、脳挫傷、急性硬膜下血腫と診断された。救命の医師により頭部外傷の縫合処置を実施し、脳神経外科医師は家族へ手術の必要性の説明した。患者は手術室に入室し麻酔を開始した。患者は仰臥位でやや左側に頭を向け体位をとった。執刀後、頭蓋骨に骨折がみられず切開部位の左右の間違いに気付いた。切開部を縫合し体位を取り直し右側に頭を向け、左側より切開開始し予定通り施行した。

緊急手術であり、患者の頭部両側に傷があった。医師は体位を取る際触診したが右側にも骨の陥没があった。チーム内での部位の確認ができていなかった（情報の共有がなかった）。

(3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ①術者は体位を取るときに画像と部位を指差し確認する。
- ②術者は執刀時に術式と部位を宣言する（タイムアウトの実施）。
- ③各科はマーキングすべき術式を申請し、マーキングがなければ手術室に入室できないようにする。

(4) 手術部位間違い防止における国内外の取り組み

WHOでは、Patient Safety への取り組みの中で「IMPLEMENTATION MANUAL WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)」¹⁾を公表し、外科医、麻酔医、看護師、臨床工学技士など、手術に関わるチームの全員が、手術の安全と成功を確保する役割があるとし、手術を「麻酔導入前」、「皮膚切開の前」、「患者の手術室退室前」と3つの時期（段階）に分け、患者の同定、手術部位の確認、アレルギーの確認、予測される極めて重要なイベント、あるいは手術後のガーゼや針のカウントなど、手術の時期（段階）に応じた複数のチェックすべき項目をリストとして紹介している。

このチェックリストの中では、手術部位の確認は、麻酔導入前に「部位のマーキングの有無の確認」を少なくとも麻酔医と看護師が実施し、皮膚切開前に「切開する部位の確認」を外科医、麻酔医、看護師が実施することになっている。

また日本医師会では、「医療事故削減戦略システム」²⁾の冊子を作成し、頻度の高い医療事故の原因分析を行い、具体的な事故予防策をまとめている。その中で、手術の執刀前にタイムアウトの励行を薦めている。

《 WHO,Surgical Safety Checklist 》

Surgical Safety Checklist

World Health Organization
A World Alliance for Safer Health Care

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia
→
Before skin incision
→
Before patient leaves operating room

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

 Yes

Is the site marked?

 Yes
 Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

 Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?

 Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

 No
 Yes

Difficult airway or aspiration risk?

 No
 Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

 No
 Yes, and two IVs/central access and fluids planned

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Confirm all team members have introduced themselves by name and role.

Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

 Yes
 Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:

 What are the critical or non-routine steps?
 How long will the case take?
 What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

 Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

 Has sterility (including indicator results) been confirmed?
 Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

 Yes
 Not applicable

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

 The name of the procedure
 Completion of instrument, sponge and needle counts
 Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
 Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

 What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged. Revised 1 / 2009 © WHO, 2009

(5) まとめ

平成19年7月に提供した医療安全情報では、左右を取り違えた事例の多くは手術部位のマーキングがなされなかった事例であることを情報提供し、事例が発生した医療機関の取り組みとして、手術部位のマーキングについてルールを決め徹底する、と掲載した。第18回報告書において、左右間違い発生後の医療機関の取り組みとして、手術部位の左右表記を「ひだり」「みぎ」とするなどの工夫と、タイムアウトの実施を掲載した。

本報告書分析対象期間内に報告された事例は、救急の場面であり、マーキングやタイムアウトの実施がされていなかった。今後もマーキングやタイムアウトのなどの確認の方法や手順を設け、医療機関内で周知徹底することが必要であることが示唆された。

引き続き、類似の事例の注意を喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

(6) 参考文献

1. WHO . WHO surgical safety checklist and implementation manual
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/index.html> (last accessed 2010-04-19) .
2. 日本医師会 . 「医療事故削減戦略システム」～事例から学ぶ医療安全～平成21年10月 .
<http://www.med.or.jp/azen/manual.html> > (last accessed 2010-04-28)