

【2】「手術部位の左右の取り違い」（医療安全情報 No. 8、第2報 No. 50） について－脳神経外科手術における左右の取り違い－

（1）発生状況

手術部位の取り違いについては、過去の報告書においても分析テーマとして取り上げ事例を紹介してきた。2007年7月には医療安全情報 No. 8「手術部位の左右の取り違い」（2007年7月提供）として、注意喚起を行った。その後、第21回報告書（2010年7月公表）の分析対象期間に類似の事例が報告されたことから、再発・類似事例の発生状況として取り上げた。また、2011年1月には医療安全情報 No. 50「手術部位の左右の取り違い（第2報）」（2011年1月提供：集計期間：2007年1月～2010年11月）を提供し、①マーキングを適切にできなかった事例と、②マーキングはしたが、執刀直前に手術部位の確認をしなかった事例を取り上げ、再び注意喚起を行った。

今回、本報告書分析対象期間（2016年10月～12月）に、脳神経外科手術の際に左右を取り違えた事例が2件報告された。医療安全情報 No. 50の集計期間以降の2010年12月から2016年12月までに報告された再発・類似事例は、25件である（図表Ⅲ-3-4）。

図表Ⅲ-3-4 「手術部位の左右の取り違い」の報告件数

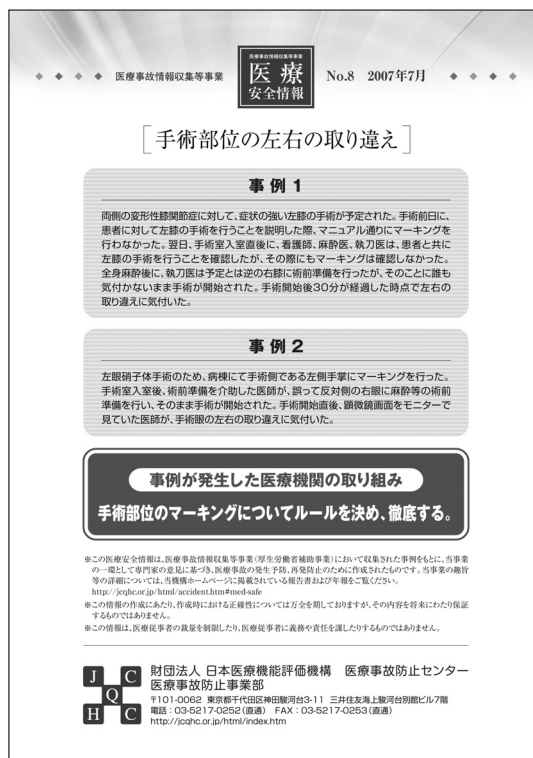
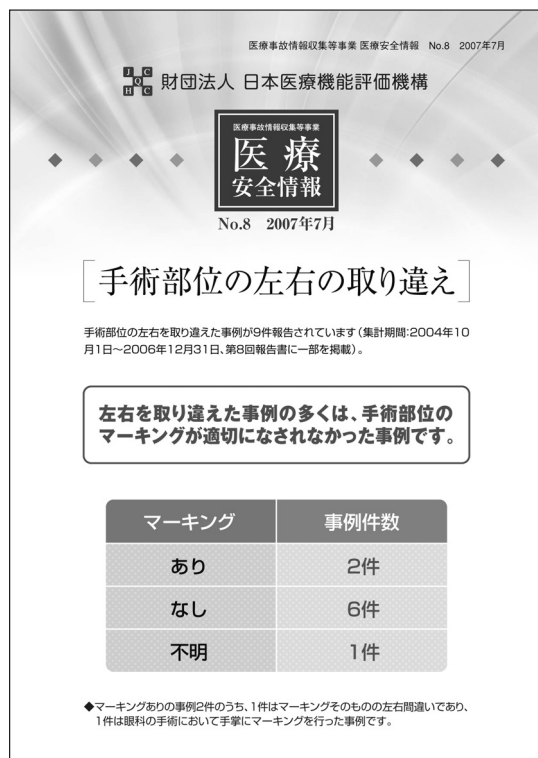
	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
2010年		0	0	0	0
2011年	0	0	0	0	0
2012年	0	0	1	1	2
2013年	0	0	0	2	2
2014年	2	1	2	3	8
2015年	0	1	2	2	5
2016年	1	1	4	2	8

Ⅲ

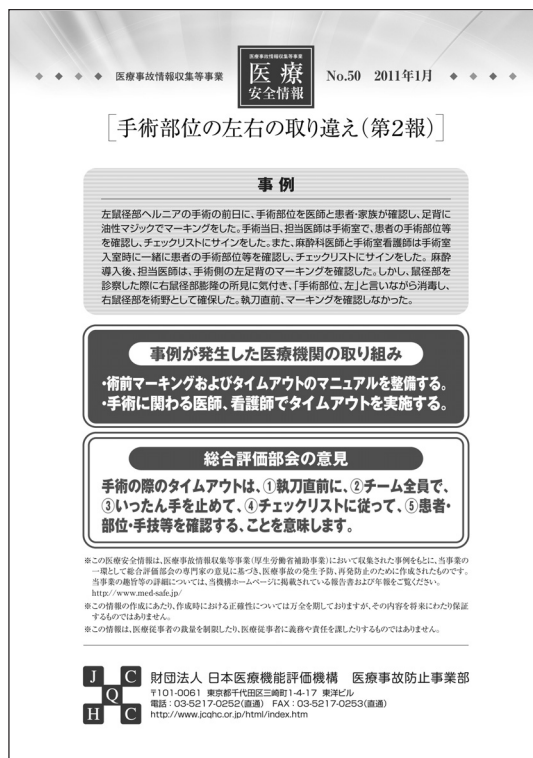
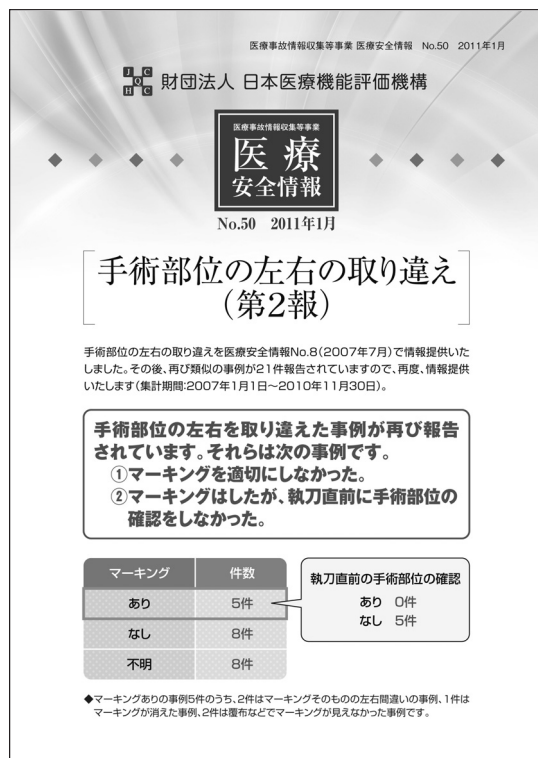
1
2-〔1〕
2-〔2〕
2-〔3〕
3-〔1〕
3-〔2〕
3-〔3〕

「手術部位の左右の取り違い」（医療安全情報 No. 8、第2報 No. 50）について
「脳神経外科手術における左右の取り違い」

図表Ⅲ - 3 - 5 医療安全情報 No. 8 「手術部位の左右の取り違い」



図表Ⅲ - 3 - 6 医療安全情報 No. 50 「手術部位の左右の取り違い（第2報）」



医療安全情報 No. 50 の集計期間後の2010年12月以降に報告された事例25件について、診療科および手術部位を整理したところ、主に脳神経外科が行う頭部の手術の事例が10件と多かった（図表Ⅲ-3-7）。そこで本報告書では、脳神経外科手術の際に左右を取り違えた事例について分析する。

図表Ⅲ-3-7 診療科および手術部位

診療科	手術部位	件数
脳神経外科、救急科	頭部	10
眼科	眼	3
外科	鼠径部	2
泌尿器科	精巣、尿管	2
皮膚科	頸部、鼠径部	2
整形外科	膝	1
形成外科	足趾爪	1
呼吸器外科	鼠径部	1
心臓血管外科	下肢	1
小児外科	精巣	1
耳鼻咽喉科	頸部	1
合 計		25

（2）脳神経外科手術時の手術室入室から執刀までの流れ

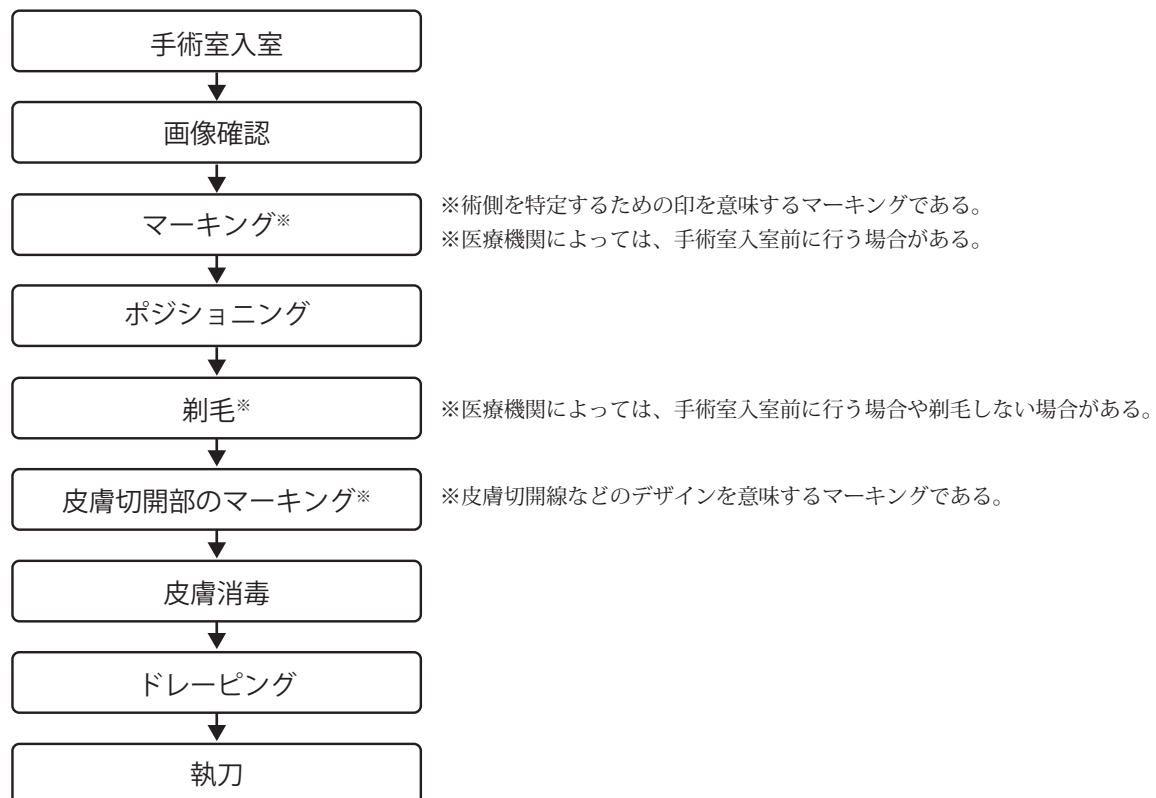
本稿では、手術部位の左右を取り違えた事例のうち、脳神経外科手術の際に左右を取り違えた事例に着目して分析を行う。そこで、脳神経外科手術の際の手術室入室から執刀までの流れを参考として示す。通常、脳神経外科手術では、患者が手術室に入室後、改めて画像で手術部位を確認し、ポジショニングや剃毛などの準備を行い、執刀に至ることが多い。

Ⅲ

1
2-〔1〕
2-〔2〕
2-〔3〕
3-〔1〕
3-〔2〕
3-〔3〕

「手術部位の左右の取り違い」（医療安全情報 No. 8、第2報 No. 50）について
― 脳神経外科手術における左右の取り違い ―

＜参考＞脳神経外科手術時の患者の手術室入室から執刀までの流れ



（３）脳神経外科手術の際に左右を取り違えた事例の分析

脳神経外科手術の際に左右を取り違えた10件の事例について分析した。

① 行った術式

脳神経外科手術の事例を術式で分類した（図表Ⅲ-3-8）。穿頭ドレナージ術と記載された事例が5件と多かった。脳神経外科領域の手術のうち、穿頭ドレナージ術、硬膜下血腫除去術などは緊急で行うことが多く、報告された事例10件のうち、5件は事例の内容や背景要因の概要に「緊急手術」であったことが記載されていた。

図表Ⅲ-3-8 行った術式

行った術式	件数
穿頭ドレナージ術	5
硬膜下血腫除去術	2
骨弁除去術	1
小開頭術	1
嚢胞穿刺排膿術	1
合 計	10

② 左右の取り違えに気付いた時期

左右を取り違えて脳神経外科手術を行った際に、取り違えに気付いた時期を分類した（図表Ⅲ - 3 - 9）。穿頭または骨切り後や硬膜切開後などの「手術中」に、左右の取り違えに気付いた事例が7件と多く、術野に血腫がない、嚢胞内容物の吸引ができないなど画像の所見と異なることで気付いた事例であった。血腫などが片側だけに存在している場合は、術野の状況から手術中に左右を取り違えたことに気付くことができる。しかし、報告された事例には、手術終了後に取り違えに気付いた事例が2件報告されていた。これらは、両側に血腫が存在した事例であったため、手術の途中で左右の取り違えに気付くことは難しかった事例であった。

図表Ⅲ - 3 - 9 取り違えに気付いた時期と内容

気付いた時期	内容	件数
執刀前	執刀医が気付いた（詳細不明）	1
手術中	穿頭後または硬膜切開後に血腫がなかった	4
	嚢胞内容物の吸引ができず、実施状況を見に来ていた医師から左右を取り違えていることを指摘された	1
	穿刺角度がおかしいことに気付いた	1
	詳細不明	1
手術終了後	硬膜切開時に血腫があったため手術を行ったが、閉創後に執刀医が左右を取り違えていたことに気付いた	1
	両側に血腫があり、脳浮腫の強い左側の手術を行ったつもりであったが、手術終了後のCT画像を見て右側の手術をしたことに気付いた	1
合 計		10

Ⅲ

1
2-〔1〕
2-〔2〕
2-〔3〕
3-〔1〕
3-〔2〕
3-〔3〕

「手術部位の左右の取り違え」（医療安全情報 No. 8、第2報 No. 50）について
「脳神経外科手術における左右の取り違え」

③ 脳神経外科手術の主な事例の内容

脳神経外科手術の際に左右を取り違えた事例のうち、主な事例を図表Ⅲ - 3 - 10 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 10 主な事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
手術中に左右の取り違えに気付いた事例			
1	右慢性硬膜下血腫に対してドレナージ術を施行する際に、左右を取り違えたまま、左側の手術を開始した。皮膚切開前の確認を行ったが、手術室に在室している全員で、十分な確認がされなかった。病変と対側の左側頭部を皮膚切開し、骨を切除した際に取り違えが分かり、硬膜切開には至らず、閉創した。その後、右側に消毒・ドレーピングを行い、右側の病変に対する手術へと移行した。予定通り、手術を施行し、ドレーンを留置し、止血を十分に確認した後、閉創した。ドレーンのエア抜きを行って、手術を終了した。術後の頭部 CT 画像では後出血はなかった。	手術患者の病変画像を手術室の画面に呈示し、十分に供覧できる環境を整えていた。しかし、術直前に他の入院患者の治療方針について、医師間で確認を行い、その後、手術患者の画像を開かないまま、手術が開始となった。また、ジアゼパム投与後、ポジショニングを行う際に、患者が自分で右を向いていたため、健常側（左）が上になっていた。上級医はそれを見て「ポジショニングした後である」と誤認し、頭部を固定した。当事者は固定されている様子を見て、「上級医が体位をとってくれた」と誤認した。	・医師の確認を徹底する（画像を供覧できる環境にしていたが、手術開始時に同様の環境であることの確認）。 ・医師と手術部看護師で左右に関する相互確認を行う。 ・左右のある片側病変については、入室前にマーキングをすることを徹底する。
2	執刀医は患者入室後、画像モニターを見て、助手医師と外回り看護師と共に「右側」であることを確認した。承諾書の術式には左右の記載はなかった。手術台で患者の顔は右側を向き、右側が下になっていることに誰も気づかず、執刀医は、左側の頭部を剃毛し、局所麻酔を行った。執刀医、器械出し看護師が手洗いをした後、助手医師は頭部が動かないように顎部をガーゼとテープでベッドに固定した。執刀医が消毒・ドレーピングを行い、皮膚切開前の確認時、患者名、疾患名、術式、術側は右側と宣言した。その際、画像との照合は実施しなかった。左側の頭部の皮膚を切開し、骨を削った後、硬膜に達する前に、助手医師が画像の所見とは異なることに気づき左右を取り違えたことが分かった。直ちに閉創し、右側の手術へと移行した。	疾患名には右慢性硬膜下血腫と記載があったが、術式には左右の記載はなかった。執刀医が剃毛を始めていたため、誰もが頭部の向きは正しいと思い込んでいた。執刀医が皮膚切開前の確認のため術側の宣言をした際に、患者の頭部の向きを確認しなかった。器械出し看護師は、術側の把握を怠った。また、画像との照合を実施しなかった。各科手術部位誤認防止対策に記載されていなかった。	・承諾書の疾患名および術式には左右の記載をすることを徹底するよう医師へ依頼する。 ・処置開始前に医師、看護師が共に、術側の指さし確認を行った後、剃毛を実施する。 ・皮膚切開前の確認時、執刀医が疾患名、術式、術側を宣言する際に、頭部の向きの確認を徹底する。その際、患者の画像も確認する。 ・各科手術部位誤認防止対策に記載することを検討する。
3	患者は左上下肢に運動麻痺が出現し、当院救急センターを受診した。医師は CT で右側の慢性硬膜下血腫と診断した。緊急手術となり、手術申し送り書に右側とオーダした。手術室看護師も右と確認し手術の準備を行った。患者が手術室に入室後、画像で手術部位の再確認をしたがマーキングをしなかった。看護師 A が手術器械の展開、看護師 B が患者のバイタルサインを測定している間に医師は左側を剃毛した。剃毛後、医師は「右慢性硬膜下血腫の手術を行います」とつぶやき、左側の頭部の皮膚を切開した。看護師 A は、医師が右側と言ったのを聞いたが、すでに覆布がかかっていたため患者の頭部は直視できなかった。骨穿頭、硬膜切開したところ血腫がなく、執刀医は左右の取り違えに気付いた。左側の創を閉じ、右側の手術を行った。	左右の取り違えが起りやすいことを予想して事前に事故を防ぐシステムができていたが、守られていなかった。執刀直前の確認が形式的に行われており、医師・看護師ともに手術部位を見て確認する行為になっていなかった。医師が準備をどんどん先に進めていたので、看護師は左右を確認する余裕がなかった。剃毛前に部位を確認する手順であったが、剃毛後の確認となっていた。剃毛時に画像をみて部位を同定し、マーキングするが今回は省略されていた。通常は、介助する医師と確認していたが、夜間のため医師が一人であった。リスクを予想した皮膚切開前の確認の必要性の認識が低かった。	・患者確認、部位確認、左右確認は、手術直前に複数のスタッフでチェックリストを活用して確実に行う。 ・医局会、手術室会議等で周知を徹底した。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
4	脳膿瘍の疑いがあり、同日緊急で嚢胞穿刺排膿術を行うことになった。17時に手術室へ入室となり、手術準備を開始した。画像上、前後方向の位置として前頭部毛髪線近辺に皮膚切開することで穿刺が可能であることを確認し、左右の確認は怠ったまま右前額部の剃毛を行った。U字型ビニールドレープを貼り、ブラッシング、イソジン消毒を行い、術者は手洗いをを行うために手術室を出た。手術開始の時点で助手医師が「皮膚切開前の確認を行う」と伝えたところ、外回り看護師から「局所麻酔の手術の場合は皮膚切開前の確認を行いません」と言われたため、確認は行わずに手術を開始した。創部にキシロカインで局所麻酔を行い、皮膚切開、穿頭後、超音波画像で嚢胞の存在を確認して穿刺を行うが、嚢胞内容物の吸引が出来なかった。このため、超音波画像で再度方向や深さなどを確認していたところ、手術の実施状況を見に来ていた主治医から、間違えて右に穿頭を行っていることを指摘された。対側からの穿刺では、左右の大脳半球を隔てている大脳鎌が存在するために、穿刺針が届かない構造となっており、穿刺困難な状況であった。同部位を縫合閉鎖し、改めて本来の術野である左側に剃毛、消毒、局所麻酔を行い、手術を再開した。皮膚切開、穿頭後に嚢胞穿刺と排膿を問題なく行うことができ、手術を終了した。手術終了後にCTを撮影して、術後管理病棟へ入室した。	手術申込書には「穿頭ドレナージ術」と記載され、左右の記載はなかった。画像と部位の十分な確認をせずに手術を開始した。当該事例発生時は全身麻酔手術のみ皮膚切開前の確認を行っており、局所麻酔手術では実施しないルールであった。剃毛前に、医師は手術室内に提示している画像の所見を確認して、剃毛していた。手術準備から間違いに気が付くまでの間に、外回り看護師、器械だし看護師からは、部位についての指摘は受けなかった。これは、頭部手術では、術野がドレープで覆われ、外からの部位認識が困難となること、前額部の手術の際には、部位が右でも左でも、器械だし看護師の立ち位置はほぼ同じであるために、術者も含めて、間違いに気づきにくい状態であるからと考える。	・手術申込書、手術説明同意書に部位、左右の記載を行う。 ・入室前の左右確認を行う。 ・局所麻酔手術であっても皮膚切開前の確認を行う。
手術終了後に左右の取り違えに気付いた事例			
5	患者は、右急性硬膜下血腫の進行により切迫脳ヘルニアをきたしていた。Hb 3.5g/dL、血小板1.3万等、全身状態から全身麻酔による大開頭手術には耐えられないと判断した。上記の旨を家族に説明し、承諾を得た後、ICUで緊急穿頭血腫ドレナージ術を行った。その際、救命医と看護師が、頭髪の剃毛と消毒を行ったが、本来の術側とは反対の左側を剃毛していた。執刀医は術野の確認を怠り、そのまま消毒、手術を行った。術中所見としては易出血性で硬膜切開時に噴出上の血腫を認め、硬膜下腔の確認は出来なかったが、研修医からの報告で、瞳孔不同の改善を認め、持続する出血に対して、疑うことなく皮下にドレーンを留置し閉創した。閉創後、執刀医は間違いに気づき、すぐに右側に同様の穿頭術を行った。しかし、急性硬膜外血腫が進行してしまい、緊急開頭血腫除去術を行うことになった。	緊急性があり、焦っていた。脳外科医と救命医の思い込みがあった。看護師は状況を共有しないまま、介助に入ったため、気付くことができなかった。	・皮膚切開前の確認の実施についての現状を把握し、推進する。

Ⅲ

1

2-〔1〕

2-〔2〕

2-〔3〕

3-〔1〕

3-〔2〕

3-〔3〕

「手術部位の左右の取り違え」（医療安全情報 No. 8、第2報 No. 50）について
 Ⅰ 脳神経外科手術における左右の取り違え

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
6	両側に急性硬膜下血腫があり、脳浮腫の強い左側の骨弁除去による外減圧術の予定であった。手術室で主治医は画像を確認し、剃毛実施前にポジショニングを行う際、主治医は患者の右肩を持ち上げ、助手に右肩の下に肩枕を挿入してもらった。その後、頭部を左に向け頭髪を剃毛しマーキングした。皮膚切開前の確認の際に、主治医は「外減圧術を実施します」と言い、外回り看護師は左右の記載のない手術同意書の術式を読み上げたため、左右の確認がないまま手術を開始した。手術終了後のCTで左右の取り違えを発見し、再手術となった。	緊急手術であったため、担当した手術室看護師は情報収集不足であり術側の確認が不十分であった。システム上、外減圧術の場合は左右を入力しなくても手術申し込みが可能であった。手術チェックカードには外減圧術と記載され左右の明記がなかった。外減圧術のみ左右の記載がないことが常態化しており、左右を確認する体制として不十分であった。患者は意識がなく、手術室入室時の確認において患者自身に左右を言うことができなかった。剃毛を病棟で実施しておらず、病棟看護師からの申し送り時にも左右の確認がなかった。「麻酔導入前の確認」を複数で確認する体制が崩れており、看護師一人で確認し、マーキング適応外にチェックした。患者入室時に麻酔研修医は左の手術と認識していたが、体位固定や剃毛の際に関与していなかった。体位固定や剃毛前の複数での左右の声だし確認が実施されなかった。剃毛は助手が実施したが、左右を認識していなかった。麻酔医は「皮膚切開前の確認」の時点で次の緊急手術の対応のため不在であった。麻酔管理的に左右どちらの開頭であっても対応できるため左右確認の必要性の認識が乏しかった。両側に急性硬膜下血腫があり開頭した際に主治医も助手も明らかな違和感がなかった。部位誤認防止マニュアル・手術安全マニュアルの周知が不足していた。手術安全マニュアルの「麻酔導入前」「皮膚切開前」「手術室退室前」の確認の役割分担や照合手順が不明確であった。「皮膚切開前の確認」が形骸化していた。チーム内のコミュニケーション不足があった。	- 緊急手術であっても剃毛・マーキングは手術室入室までに実施する。 - 部位誤認防止マニュアルを再周知する。 - 手術申し込み書、手術同意書、手術チェックカードへの左右記載の徹底を図る(左右記載がない場合は必ず主治医に確認する)。 - 手術安全マニュアルを見直す(「麻酔導入前」「皮膚切開前」「手術室退室前」の確認時のタイミングや役割分担および何をもとに確認するかを明記する)。 - 手術に関わるスタッフへの安全確認とコミュニケーションに関する教育を実施する。

④ マーキング

ここでいうマーキングとは、手術部位を特定するための印であり、皮膚切開のデザインのためのものではない。「WHO安全な手術のためのガイドライン2009」¹⁾においては、統一手順として、執刀医が、手術部位かそのすぐそばに、明確ではっきり分かるように、可能な限り患者が覚醒している時にマーキングをすることが記載されている。しかし、脳神経外科手術の場合、患者に意識がないことが多く、前述したように緊急手術になる可能性が高いため、マーキングしないまま手術室に入室する場合がある。

そこで、報告された事例10件に記載された内容から、手術部位を特定するためのマーキングを行っていたか整理したところ、マーキングしていた事例は2件であった。1件は、手術室入室前に正しい位置にテープでマーキングしていたが、入室後にテープの位置がずれ、さらに腹臥位になっていたため左右が逆になっていることに気付かなかった事例であった。1件は、手術室入室後に画像で左側の手術であることを確認したが、右側にマーキングした事例であり、背景要因には、医師は施行することが稀な手技を突然依頼され、緊急性も高く冷静に対応できなかったと記載されていた。

⑤ 複数の医療スタッフによる手術部位の確認

「WHO安全な手術のためのガイドライン2009」の「手術安全チェックリスト（2009年改訂版）」では、手術を「麻酔導入前」「皮膚切開前」「手術室退室前」の3つのフェーズに分け、それぞれの段階において複数の医療スタッフにより口頭でチェックを行う項目を挙げている。「皮膚切開前」のチェック項目の一つに、「患者の氏名、術式と皮膚切開がどこに加えられるかを確認する」とある。

一般的に「皮膚切開前」の確認は執刀直前に行われることが多く、本事業が2011年1月に提供した医療安全情報 No. 50「手術部位の左右の取り違い（第2報）」においても、総合評価部会の意見として「手術の際のタイムアウトは、①執刀直前に、②チーム全員で、③いったん手を止めて、④チェックリストに従って、⑤患者・部位・手技等を確認する、ことを意味します。」と掲載した。しかし、（2）脳神経外科手術時の手術室入室から執刀までの流れ（166頁）で示した通り、脳神経外科手術では、執刀前にポジショニングや剃毛など手術部位を特定したうえで行う処置がある。報告された10件のうち6件の事例は、誤った術側に剃毛を行っており、準備が始まると、その部位が誤っていることに気付くのは難しい。

そこで、報告された10件の事例について、複数の医療スタッフによる手術部位の確認の有無、確認した時期、背景を分類した（図表Ⅲ-3-11）。複数の医療スタッフで手術部位の確認をした事例は3件であり、いずれも執刀直前の確認であった。脳神経外科手術の場合、ドレーピング後は頭部を中心に広範囲に覆布がかかっており、執刀医や器械出し看護師からは頭部の皮膚の一部しか見えず、麻酔科医や外回り看護師は執刀予定の部位を確認することは容易ではない。

また、手術部位の確認をしなかったと記載されていた事例は4件であった。執刀医が術式は言ったが左右を言わず、看護師が照合のために読み上げる手術同意書にも左右の記載がなかった事例や、医師が手術部位の確認を行おうとした際に、局所麻酔の手術では確認を行わなくてもよいルールであったため、外回り看護師がしなくてもよいと言い、確認しなかった事例が報告されていた。

これらの事例から、脳神経外科手術の場合は、ポジショニングや剃毛などの準備が開始される前に複数の医療スタッフによる手術部位の確認を行い、手術部位を特定することが重要である。

図表Ⅲ-3-11 複数の医療スタッフによる手術部位の確認

複数の医療スタッフによる手術部位の確認	確認した時期	背景	件数
した	執刀直前	執刀予定の部位と照合しなかった。	2
		別の患者の画像を開いたままであり、画像と照合しなかった。	1
しなかった	—	医師は執刀直前に術式のみ宣言し、左右を言わなかった。看護師が照合のため読み上げる手術同意書に左右の記載がなかった。	1
	—	他の医師が剃毛と消毒を行っていたため、しなかった。	1
	—	局所麻酔手術では、執刀前に行う複数の医療スタッフによる手術部位の確認は実施しなくてもよいルールであったため、しなかった。	1
	—	剃毛の前にならなければならないがしなかった。	1
不明	—	不明	3

Ⅲ

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

「手術部位の左右の取り違い（医療安全情報 No. 8、第2報 No. 50）」について
— 脳神経外科手術における左右の取り違い —

⑥ 事例の背景・要因

報告された事例から、主な背景・要因を抽出し、図表Ⅲ-3-12に示す。

図表Ⅲ-3-12 主な背景・要因

○手術申し込みや同意書の情報不足
・システム上、手術申し込みの際に、左右を入力しなくても申し込みが可能であった。 ・皮膚切開前の確認の際に読み上げる手術同意書に左右の記載がなかった。 ・疾患名には右慢性硬膜下血腫と記載されていたが、術式には左右の記載はなかった。 ・手術申込書には「穿頭ドレナージ術」と記載されており、左右の記載がなかった。
○患者の状況
・患者は意識がなく、手術室入室時に患者自身に左右を言ってもらう確認ができなかった。 ・両側に急性硬膜下血腫があり、開頭した際に主治医も助手も違和感がなかった。 ・緊急を要する状況であった。（複数報告あり）
○手術に関わるスタッフの情報共有の不足
・看護師は患者の状況を共有しないまま、介助に入った。 ・緊急手術であったため、担当した手術室看護師は情報収集が不足し、術側の確認ができていなかった。 ・患者入室時に麻酔研修医は左の手術と認識していたが、体位固定や剃毛の際に関与できなかった。 ・皮膚切開前の確認時、麻酔医は次の緊急手術の対応のため不在であった。 ・前額部の手術の際は、部位が右でも左でも、器械出し看護師の立ち位置はほぼ同じであるため、外回り看護師や器械出し看護師から部位についての指摘がなかった。
○手術部位の確認不足
・ポジショニングの際、患者自身が右を向き、健常側（左）が上となっていたのを、上級医はポジショニング後であると誤認し、頭部を固定した。その後、執刀医は固定している様子を見て、上級医が体位を確定したと誤認した。 ・執刀医が剃毛を始めていたため、誰もが執刀予定の部位が正しいと思い込んだ。 ・医師が一人で手術部位をつぶやき、どんどん先に進めていったため、看護師は左右を確認する余裕がなかった。 ・皮膚切開前の確認時、執刀予定の部位と照合しなかった。（複数報告あり） ・皮膚切開前の確認時、患者の画像と照合しなかった。（複数報告あり） ・術野がドレープで覆われ、手術部位の確認が困難であった。
○ルールからの逸脱
・剃毛前に画像を見て手術部位を確認する手順だったが、剃毛後に確認した。（複数報告あり） ・麻酔前確認（サインイン）は複数のスタッフでチェックすることになっていたが、看護師のみのチェックになった。
○ルールの形骸化
・複数のスタッフによる手術部位の確認が形骸化していた。（複数報告あり）
○不明瞭なルール
・手術安全マニュアルの「麻酔導入前」「皮膚切開前」「手術室退室前」時の役割分担や照合手順が明確になっていなかった。

⑦ 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の主な改善策を整理して示す。

i 書類への左右の記載

- ・手術申し込み書、手術同意書などに左右記載の徹底をはかり、左右の記載がない場合は必ず主治医に確認する。（複数報告あり）

ii 手術室入室前の準備

- ・緊急手術であっても、剃毛・マーキングは手術室に入室する前に実施する。（複数報告あり）

iii 手術室入室後の処置前の確認

- ・医師・看護師が共に、画像をもとに術側の確認を行った後、ポジショニングや剃毛を実施する。（複数報告あり）

iv 皮膚切開前の確認

- ・局所麻酔手術を含む全ての手術の際に複数のスタッフによる手術部位の確認を行う。
- ・皮膚切開前の確認時、執刀医は疾患名・術式・術側を伝え、複数のスタッフで執刀予定の部位と照合する。（複数報告あり）

v 確認手順の具体化

- ・手術安全マニュアルを見直し、「麻酔導入前」「皮膚切開前」「手術室退室前」時のタイミングや役割分担および何をもとに確認するかを明記する。
- ・患者確認、部位確認、左右確認を手術直前に複数のスタッフでチェックリストを活用して確実にを行う。

（4）まとめ

本報告書では、医療安全情報 No. 8 「手術部位の左右の取り違い」および医療安全情報 No. 50 「手術部位の左右の取り違い（第2報）」について、医療安全情報 No. 50 の集計期間以降の2010年12月から本報告書分析対象期間（2016年10月～12月）に報告された事例を集計し、そのうち脳神経外科手術の事例を分析した。脳神経外科手術の際の手術室入室から執刀までの流れを示し、「マーキング」と「複数の医療スタッフによる手術部位の確認」について整理して示した。

脳神経外科手術は、緊急で行われることが多く、手術室入室前にマーキングが行われていないことや、左右の記載がないまま手術申し込みが行われていることがあることが分かった。また、手術室入室後にマーキングや剃毛を行うことがあり、最初の段階で左右を取り違えたまま準備が進むと、皮膚切開直前に確認を行っても誤りに気付くことが難しいことが示唆された。

手術時の左右の取り違いの事例は継続的に報告されていることから、今後も引き続き推移に注目し、注意喚起を行っていく。

（5）参考文献

1. 公益社団法人 日本麻酔科学会. WHO 安全な手術のためのガイドライン2009.
<http://www.anesth.or.jp/guide/pdf/20150526guideline.pdf>（参照 2017-01-10）.

III

1
2-〔1〕
2-〔2〕
2-〔3〕
3-〔1〕
3-〔2〕
3-〔3〕

「手術部位の左右の取り違い（医療安全情報 No. 8、第2報 No. 50）について」
「脳神経外科手術における左右の取り違い」