

【3】検査や治療・処置時の左右の取り違えに関連した事例

手術や検査、治療・処置の際に左右を取り違えると、不要な医療行為を実施し患者に影響を与えるだけでなく、正しい部位に対しての医療行為が再度必要になる。

本事業では、これまでに治療・処置に関する左右の取り違えについて、2015年2月に医療安全情報 No. 99「胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違え」を提供した。また、手術部位の左右の取り違えについては、2007年7月に医療安全情報 No. 8「手術部位の左右の取り違え」、第2報として2011年1月に医療安全情報 No. 50「手術部位の左右の取り違え(第2報)」、2017年7月には、医療安全情報 No. 128「手術部位の左右の取り違え－脳神経外科手術－」を提供した。このように、手術部位や治療・処置の際の左右の取り違えについて継続して注意喚起をしてきた。

今回、本報告書分析対象期間(2018年7月～9月)に、右肺上葉の空洞を穿刺するところ左を穿刺して気胸を発症した事例、経皮的血管形成術の際に左総大腿動脈を穿刺するところ右を穿刺して再度穿刺が必要となった事例が報告された。そこで、本報告書では、事例を遡って検索し、検査や治療・処置時に左右を取り違えた事例について分析することとした。

(1) 検査や治療・処置時に左右を取り違えた事例について

①対象とする事例

2014年以降に報告された医療事故情報の中から、キーワードに「左(ひだり、ヒダリ)」と「右(みぎ、ミギ)」を含み、さらに「違、誤認」のいずれか、または、選択項目の事故の内容に「誤」が含まれる事例を検索した。そのうち、検査や治療・処置時に左右を取り違えた事例を対象とした。

②報告件数

2014年1月から2018年9月までに報告された医療事故情報のうち、対象とする事例は48件であった。

図表Ⅲ - 2- 30 報告件数

報告年	2014	2015	2016	2017	2018 (1～9月)	合計
件数	10	8	8	13	9	48

③発生場所と関連診療科

発生場所と関連診療科を整理して以下に示す。外来処置室や診察室などが18件と多く、次いで病棟処置室や病室が11件であった。また、関連した診療科は呼吸器内科が12件、次いで眼科が8件であった。

図表Ⅲ - 2 - 3 1 発生場所と関連診療科

発生場所		関連診療科	
外来処置室・診察室・ 救急外来	18	眼科	5
		呼吸器内科	5
		歯科・歯科口腔外科	5
		呼吸器外科	1
		乳腺外科	1
		整形外科	1
病棟処置室・病室	11	呼吸器内科	6
		呼吸器外科	2
		外科	1
		心臓血管内科	1
		泌尿器科	1
手術室	9	麻酔科	5
		眼科	3
		整形外科	2
		形成外科	1
カテーテル検査室	4	循環器内科	3
		放射線科	1
放射線撮影室・透視室	3	泌尿器科	3
		耳鼻咽喉科	1
放射線治療室	1	放射線科	1
核医学検査室	1	乳腺外科	1
内視鏡室	1	呼吸器内科	1

※関連診療科は、選択項目に記載されていた診療科を集計した。

※関連診療科は、複数回答が可能である。

④検査や治療・処置

左右を取り違えて実施した検査や治療・処置を以下に示す。呼吸器系の治療・処置が17件と最も多く、次いで、眼科、麻酔等の治療・処置がそれぞれ8件であった。

図表Ⅲ - 2 - 3 2 検査や治療・処置

検査や治療・処置		件数	
呼吸器系	胸腔ドレーンの挿入	9	17
	胸腔穿刺	5	
	肺生検	3	
眼科	硝子体注射	5	8
	前房穿刺	1	
	網膜光凝固術	1	
	術前処置の点眼	1	
麻酔等	神経ブロック	6	8
	伝達麻酔	1	
	貼付用局所麻酔剤の貼付	1	
歯科	抜歯	4	5
	抜髄	1	
心・血管系	下肢カテーテル治療時の動脈穿刺	3	4
	心臓カテーテル検査・治療時の動脈穿刺	1	
腎・泌尿器系	尿管ステントの留置	2	4
	腎ろうの造設	1	
	腎生検	1	
放射線科	アイソトープ検査（乳房）	1	2
	照射用マーカーの留置（肺）	1	
合計		48	

呼吸器系の治療・処置に関しては、これまでに第34回報告書（2013年9月公表）の個別のテーマの検討状況で「胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例」をテーマとして取り上げた。さらに、2015年2月には医療安全情報 No. 99 「胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違え」を提供した。そこで、本報告書では呼吸器系の治療・処置に次いで報告の多かった眼科の治療・処置、麻酔等の処置のうち神経ブロックの事例について、それぞれ分析を行った。

(2) 眼科の治療・処置に関する事例の分析

眼科の治療・処置の際に左右を取り違えた事例8件について整理した。

①事例の内容

眼科の治療・処置に関する事例のうち、主な事例を紹介する。

図表Ⅲ - 2 - 3 3 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
1	<p>医師Aは、患者から右眼硝子体注射による治療の同意を得て治療計画を電子カルテに入力した。次に、治療日程を決めるため、眼科外来受付で発行される「眼科受付票」に治療の指示を記載して医師事務作業補助者へ渡した。医師事務作業補助者は、「眼科受付票」を見ながら、「検査・治療指示書（スタッフ用）」に『ひだりアイリーア硝子体注射〇月〇日』と記載し、「ひだりアイリーア硝子体注射日程表」に日時を記載して患者に渡した。眼科外来の患者全体を管理する「検査・治療予定表」に患者ID、氏名、L（左）、IVA（左眼アイリーア硝子体注射の略称）と記載した。治療当日、医師Bは「検査・治療指示書」を見ながら、治療する眼を患者に確認した上で、左眼にアイリーア硝子体注射を実施し、電子カルテに「左眼アイリーア硝子体注射 no trouble」と記載した。患者は、治療後にタリビット眼軟膏を入れ、眼帯をして帰宅した。次の診察日、医師Cが左右の取り違えに気付いた。医師Aに報告し、患者に事実を伝え、改めて右眼にアイリーア硝子体注射を実施した。</p>	<p>医師事務作業補助者が「眼科受付票」の指示を見間違えた可能性がある。電子カルテの治療計画を確認せず、「検査・治療指示書」の間違った指示を見ながら治療をした。硝子体注射の際、治療する眼を患者に確認したが、患者は間違った左眼に「はい」と答えた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 検査・治療の際には、電子カルテの治療計画・指示と「検査・治療指示書」を確認する。 何を聞かれても「はい」と答える患者もいるので注意する。
2	<p>治療する右眼に対して散瞳していたが、麻酔と開瞼を左眼に実施したため、本来右眼にすべき硝子体注射を左眼に実施してしまった。実施後、患者から確認されたことで気が付いた。</p>	<p>麻酔と開瞼を実施した医師は、患者の頭側に立って処置をしていたが、通常は対面で治療等を行っており対側（左右逆）となることから無意識に患側とは反対の左眼に処置をした。手術時は左右のマーキングを義務付けていたが、処置についてはマーキングを実施していなかった。手術時のように「安全チェックリスト」に基づいてタイムアウトをして確認する習慣がなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 看護師と担当医がカルテで施行日時・左右・薬剤の確認を行い、患者にも確認した上で担当医が術眼上方の前額にマーキングを行う。 看護師がマーキングを確認して局所麻酔薬を点眼する。 担当医がマーキングを確認して消毒する。 術者がタイムアウト（氏名、左右、薬剤名、術者氏名）をして確認する。

②発生場所と治療・処置

発生場所と左右を取り違えた治療・処置を以下に整理した。硝子体注射は、外来処置室、手術室で実施されていた。

図表Ⅲ - 2 - 3 4 発生場所と治療・処置

発生場所	治療・処置	件数
外来処置室	硝子体注射	3
	前房穿刺	1
	網膜光凝固術	1
手術室	硝子体注射	2
	前処置の点眼	1

③患者の年齢

患者の年齢を以下に示す。70歳代以上の事例が6件であった。

図表Ⅲ - 2 - 3 5 患者の年齢

患者の年齢	件数
50歳代	2
60歳代	0
70歳代	2
80歳代	3
90歳代	1
合計	8

④取り違えた段階と主な内容

左右を取り違えた段階と主な内容を以下に整理した。医師はタイムアウト時に「右眼硝子体注射」と言ったが、実際には左眼を消毒して硝子体注射をしたなど、取り違えた内容の詳細が不明な事例もあった。左右の取り違えは、計画から実施までのいずれの段階においても起きており、計画や準備の際に取り違えるとそれ以降の段階で修正することが難しいと考えられた。

図表Ⅲ - 2 - 3 6 取り違えた段階と主な内容

取り違えた段階	件数	主な内容
計画	1	「検査・治療指示書（スタッフ用）」、患者に渡す日程表、眼科外来の患者を管理する「検査・治療予定表」に右眼と記載するところ、左眼と記載した
準備	2	反対側の眼の周囲にマーキング用のテープを貼った
麻酔	1	通常は対面で治療等を行っており、患者の頭側に立った際に左右逆に麻酔を実施した
消毒	2	通常は患者の襟の部分に左右を示すテープを貼っていたが、患者ではなくカルテにテープが貼られていた
実施	2	詳細不明

⑤事例の背景・要因

事例の主な背景・要因を以下に示す。

治療や処置の前にカルテや伝票等で左右を確認しなかったことや、患者と処置する眼を確認した際に患者からの返答がなかった、間違った側の眼を言ったが患者が「はい」と答えたなど、患者との確認にはなっていない状況で処置を進めたことが要因として挙げられていた。治療や処置に際して、カルテや伝票、同意書など最終的に何を見て確認するかを明確にしておくことが必要であり、さらに医師や看護師はそれらで左右を確認した上で患者と確認することが重要である。

また、外来処置室や診察室で治療や処置を行った事例では、手術室での実施時と比べて医療者間の確認が不十分であったことや、急遽応援に来た看護師が介助をしたなど通常とは異なる環境であったことが要因として挙げられていた。WHO安全な手術のためのガイドライン2009¹⁾には、正しい患者の正しい部位に手術を行うための統一手順として、確認、マーキング、タイムアウトについての記載があり、手術室では複数の医療者で左右を含めた部位等を確認することが多い。しかし、外来では、医師が1人で治療や処置を行うことや、眼科外来の所属ではない看護師が介助をするなどの状況もあり、左右を含めた部位の確認手順が明確でないことが推測される。確認についての手順やチェックリストの作成、それらを遵守できるような取り組みの推進が望まれる。

図表Ⅲ - 2 - 37 主な背景・要因

治療・処置時の確認
<p>○カルテや伝票等での確認</p> <ul style="list-style-type: none"> 電子カルテの治療計画を確認せず、「検査・治療指示書」の間違った指示を見ながら治療した。 手術伝票をもとに手術部位の確認をしなかった。
<p>○患者との確認</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は患者に「こちらの眼でよろしいですね」と確認したが、返答は曖昧であった。患者は外国人でコミュニケーションが難しく、患者との確認が十分にできなかった。 医師は患者に「左眼ですね」と注射する眼を聞きながら右眼の処置を始めたが、患者は何も答えなかった。 医師が治療する眼を患者に確認した際、間違っ左眼と言ったが、患者は「はい」と答えた。 看護師が「手術する眼は右ですね」と間違っ眼を言ったが、患者は「はい」と答えた。
<p>○医療者間の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> 処置する眼の最終確認を医師と看護師で行っていなかった。 処置時は、手術時のように「安全チェックリスト」に基づいてタイムアウトをして確認する習慣がなかった。
<p>○マーキング</p> <ul style="list-style-type: none"> 外来で行う処置はマーキングをしていなかった。 眼にマーキング用のテープを貼る時に左右の確認を行うルールになっていなかった。 手術時は左右のマーキングを義務付けていたが、処置についてはマーキングを実施していなかった。 外来手術の際、外来看護師が手術承諾書と併せて患者に術眼の左右を確認し、患者の襟の部分に左右を示すテープを貼っていたが、今回はテープが貼られておらずカルテに貼られていた。また、右眼を予定していたが、カルテに貼られていたテープには「左」と記載されていた。
<p>外来での処置時の人的環境</p> <ul style="list-style-type: none"> 応援の看護師であり、外来でいつも行われている手順で確認しなかった。 病棟所属の看護師が外来勤務しており、医師と連携ができていなかった。 救急外来には顕微鏡下の処置台がなく、眼科外来処置室に移動して医師1人で処置を行った。忙しい時間帯で眼科外来処置室に救急外来看護師を呼ぶことができなかった。

⑥取り違えに気付いた時期ときっかけ

左右を取り違えたことに気付いた時期やきっかけが記載されていた事例の内容を以下に整理した。実施後に患者自身が気付いた事例が多かった。

図表Ⅲ - 2 - 3 8 取り違えに気付いた時期ときっかけ

気付いた時期	気付いた人	きっかけ	件数
実施後	患者	患者が医師や看護師に確認した	3
	家族	反対側の眼に眼帯をしているのを見た	1
	医師本人	滅菌シートをはがして治療後の眼を見た	1
次の診察日	別の医師	記載なし	1

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以下に示す。

図表Ⅲ - 2 - 3 9 事例が発生した医療機関の主な改善策

治療・処置時の確認
○カルテや伝票等での確認
<ul style="list-style-type: none"> ・検査や治療の際は、電子カルテの治療計画・指示と「検査・治療指示書（スタッフ用）」を確認する。 ・術前処置を行う際は患者に確認するが、患者も間違えることがあるので、毎回必ず手術伝票を照らし合せて確認する。
○患者との確認
<ul style="list-style-type: none"> ・消毒して処置をする直前にも、再度患者に確認する。 ・処置をする前に、患者にどちらの眼かを明確に示してもらおう。 ・確認のための患者への問いかけはオープンクエスチョンで行う。 ・何を聞かれても「はい」と答える患者もいるので注意する。
○医療者間の確認
<ul style="list-style-type: none"> ・消毒部位の誤りは、誤実施に直結するため、特にこの時点での確認を複数人で必ず行うようにする。医師、手術室看護師とも一旦手を止めて手術部位を目視で確認するようにした。 ・患者確認・部位確認・点眼までの一連の流れの間に他のことを行わない。 ・術者がタイムアウト（氏名、左右、薬剤名、術者氏名）をして確認する。 ・医師と看護師や視能訓練士でダブルチェックを徹底する。
○マーキング
<ul style="list-style-type: none"> ・看護師と担当医がカルテで施行日時・左右・薬剤の確認を行い、患者にも確認した上で担当医が術眼上方の前額にマーキングを行う。
○手順の見直し
<ul style="list-style-type: none"> ・消毒時に医師と手術室看護師が術眼を同時に目視で必ず確認するよう、手順を統一する。 ・注射処置を実施する手順の見直しを検討する。 ・外来手術の際に貼付する左右を示すテープは、本来のマーキング手順には入っておらず、エラーを生じる余地があることを考慮して廃止する。
外来での処置時の人的環境
<ul style="list-style-type: none"> ・病棟所属の看護師が外来勤務する際の業務分担や指導、支援方法を再検討する。

(3) 神経ブロックの事例の分析

麻酔等の処置の際に左右を取り違えた事例のうち、神経ブロックの事例6件について整理した。

①事例の内容

神経ブロックの事例のうち、主な事例を紹介する。

図表Ⅲ - 2 - 4 0 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
1	右人工股関節置換術を施行するため全身麻酔を導入した。その後、腸骨筋膜下ブロックを施行する際、左手に手術部位を明記したシールが貼ってあるのを見て、手術部位を左と思い込み、カルテで確認せず左側に神経ブロックを施行した。整形外科主治医より指摘があり誤りに気付いた。すぐに局所麻酔薬の極量を超えないことを確認した上で速やかに右側へ神経ブロックを施行し、手術自体は問題なく終了した。	病棟で行ったマーキングが患側の右ではなく、手術部位を書いたシールを左上肢に貼っていた。医師は手術部位の確認手順を遵守していなかった。看護師はおかしいなと思ったが、いつもと違うアプローチをするのかと思いをかけなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・マーキング方法を変更し、シールは使用せず患側にマジック等でマーキングする。 ・全診療科の側性のある手術のマーキングについて取り決めた。 ・麻酔、手術施行前の確認について、医師、看護師共に連携をとり、指差呼称を行い手順に沿って確認する。
2	手術前日、看護師は外来通院時の手術申込書に誤って左足と記載されていることに気が付いた。その際、右足であることを担当グループ医師に確認していたが、麻酔科医師には伝えていなかった。右脛骨腫瘍に対する切開生検手術当日、同意書には右足と記載されており、入室時の確認は右足で行い、全身麻酔を導入した。坐骨神経ブロック準備前に麻酔科医師が皮切部を触って教えてほしいと言ったところ、整形外科医師は左足を触ったため、触った側に神経ブロックを行った。看護師が下肢にタニケットを巻く際に左右の間違いに気付いた。	患者は、2ヶ月前頃まで左足を患っており、手術申込書に左足と記載した。また、執刀しない医師が手術申込書を作成していた。麻酔科医師が前日に行った術前確認の際、患者や家族に左右の確認をしなかった。手術当日、右足と確認したが、手術麻酔伝票を訂正しなかった。また、患者が小児であったため、麻酔科医師が患者から目が離せない状況であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・小児の場合は手術前日までに手術部位にマーキングまたは手術側のバンド固定の義務化を徹底する。 ・手術申込書の記入の間違いが分かった場合には新しい申込書を作成する。 ・手術当日の確認の際、麻酔記録・手術同意書・手術申込書も一緒に確認する。また、確認事項等がある場合はすべての作業を止めて確認する。

②神経ブロックの部位と術式

神経ブロックの部位と術式について以下に整理した。閉鎖神経ブロックが2件であった。

図表Ⅲ - 2 - 4 1 神経ブロックの部位と術式

神経ブロックの部位	術式*	件数
閉鎖神経	経尿道的膀胱腫瘍切除術 (TUR-Bt)	2
	泌尿器科手術	
腸骨筋膜下	人工股関節置換術	1
大腿神経	人工膝関節置換術	1
坐骨神経	脛骨腫瘍に対し切開生検手術	1
神経 (詳細不明)	第4趾短縮症に対し延長術	1
合計		6

*事例に記載されていた術式である。

③取り違えた段階と主な内容

左右を取り違えた段階と主な内容について以下に整理した。左閉鎖神経ブロックと認識していたが誤って右を穿刺したなど、取り違えた内容の詳細が不明な事例もあった。

図表Ⅲ - 2 - 4 2 取り違えた段階と主な内容

取り違えた段階	件数	主な内容
計画	1	外来通院時の手術申込書に右足と記載するところ、左足と記載した
準備	2	マーキング用の手術部位（右）を書いたシールが患側の右ではなく、左上肢に貼られていた
実施	3	左右の識別バンドは正しく装着されていたが、術側をカルテで確認しなかった

④事例の背景・要因

事例の主な背景・要因を以下に示す。

図表Ⅲ - 2 - 4 3 主な背景・要因

○手術申込書の作成や修正

- ・執刀しない医師が手術申込書を作成していた。また、患者は2ヶ月前頃まで左足を患っており、誤って左足と記載した。
- ・手術当日の確認の際に右足と確認したが、手術麻酔伝票を修正しなかった。

○マーキング

- ・マーキング用の手術部位を書いたシールが患側の右ではなく、左上肢に貼られていた。

○カルテでの確認

- ・術式と術側をカルテで確認しなかった。
- ・医師は手術部位をカルテで確認するという原則の確認手順を遵守していなかった。

○医療者間の確認

- ・患者が手術室に入室する際、患者確認、手術部位の確認（サインイン）を行っているが、神経ブロックを行う医師は参加していなかった。
- ・神経ブロックの準備前に麻酔科医師が整形外科医師に皮切部を触って教えて欲しいと伝えたところ、整形外科医師は反対側の左足を触った。
- ・看護師は左右が違いおかしいなど思ったが、いつもと違うアプローチをするのかと思い医師に声をかけなかった。

⑤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以下に示す。

図表Ⅲ - 2 - 4 4 事例が発生した医療機関の主な改善策

○手術申込書の作成
・手術申込書の記載内容の間違いが分かった場合には新しい申込書を作成する。
○マーキング
・シールは使用せず患側にマジック等でマーキングする方法に変更した。
・全診療科の側性のある手術のマーキングについて取り決めた。
・小児の場合は手術前日までに手術部位にマーキングまたは手術側のバンド固定の義務化を徹底する。
○カルテ等での確認
・麻酔科医師と看護師の複数人でカルテを必ず確認する。
・手術当日の確認の際は麻酔記録・手術同意書・手術申込書も一緒に確認する。また、確認事項等がある場合はすべての作業を止めて確認に徹するタイムアウトを行う。
○医療者間の確認
・麻酔、手術施行前の確認について、医師、看護師共に連携をとり、指差呼称を行い手順に沿って確認する。
・神経ブロックを行う直前に、左右を複数人で再確認する。
・神経ブロックを行う際は、ブロックを行う医師が施行直前にあらためて施行部位等を確認する「神経ブロックのタイムアウト」を行うこととした。

(4) まとめ

本テーマでは、検査や治療・処置時に左右を取り違えた事例48件について、発生場所や関連診療科、実施した検査や治療・処置を整理して示した。そのうち、眼科の治療・処置に関する事例と神経ブロックの事例を取り上げ、分析を行った。

治療や処置の際、計画から実施までのいずれの段階においても取り違えの契機になり、左右を取り違えて計画や準備をすると、それ以降の段階で修正することが難しいと考えられた。治療や処置時には、カルテや伝票、同意書など最終的に何を見て左右を確認するかを明確にしておくことが必要であり、さらに、医師や看護師はそれらで確認した上で患者と確認することが重要である。また、外来での治療や処置、外来手術は、左右を含めた部位などの確認手順が明確でないことが推測され、確認についての手順やチェックリストの作成、それらを遵守できるような取り組みの推進が望まれる。

(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 2018-10-10).