# 【２】検査や治療・処置時の左右の取り違えに関連した事例（第55回報告書）－神経ブロックの左右の取り違え－

## （１）報告状況

第55回報告書（2018年12月公表）の分析テーマで、「検査や治療・処置時の左右の取り違えに関連した事例」を取り上げ、眼科の治療・処置に関する事例と神経ブロックの事例について分析を行った。本報告書の分析対象期間（2024年10月～12月）に、神経ブロックを行う際やドレーンを抜去する際などに左右を取り違えた事例が6件報告されたため、再び取り上げることとした。

本事業では、手術や治療・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行ってきた。手術部位の左右の取り違えについては、医療安全情報No.8「手術部位の左右の取り違え」（2007年7月提供）、医療安全情報No.50「手術部位の左右の取り違え（第2報）」（2011年1月提供）、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－」（2017年7月提供）で取り上げた。また、医療安全情報No.47「抜歯部位の取り違え」（2010年10月提供）では、左右の取り違えに限らず抜歯部位を取り違えた事例を集計し、情報提供を行った。さらに、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」（2015年2月提供）では、胸腔ドレーンの挿入または胸腔穿刺の際、左右を取り違えた事例について注意喚起を行った。これらの医療安全情報の再発・類似事例は、毎回の報告書および本事業ホームページの「医療安全情報の再発・類似事例の報告件数」で集計を行っており、本報告書では上記に該当しない事例を対象として集計・分析を行った。

第55回報告書の分析対象期間後の2018年10月以降に報告された事例は56件であった。

**図表Ⅳ－２－１　「検査や治療・処置時の左右の取り違えに関連した事例」の報告件数**

| | 1～3月 | 4～6月 | 7～9月 | 10～12月 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2018年 | | | | 1 | 1 |
| 2019年 | 1 | 2 | 2 | 4 | 9 |
| 2020年 | 2 | 1 | 6 | 0 | 9 |
| 2021年 | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| 2022年 | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| 2023年 | 3 | 1 | 6 | 5 | 15 |
| 2024年 | 2 | 1 | 4 | 6 | 13 |

## （2）検査や治療・処置の種類

報告された事例で左右の取り違えがあった検査や治療・処置の種類を整理して示す。手術の際に鎮痛の目的で行われる神経ブロックの事例が17件と最も多かった。その他に、眼科関連の処置や尿管ステントの留置・抜去など、多様な事例が報告されていた。

本報告書では、報告が多かった神経ブロックの事例を取り上げて分析を行うこととした。

**図表Ⅳ－２－２　検査や治療・処置の種類**

| 検査や治療・処置 | | 件数 | |
|---|---|---|---|
| 神経ブロック等 | 神経ブロック | 17 | 22 |
| | 神経根ブロック | 4 | |
| | 高周波熱凝固法 | 1 | |
| 眼科 | 硝子体内注射 | 3 | 10 |
| | 点眼 | 2 | |
| | 眼内注射 | 1 | |
| | 眼動脈注入 | 1 | |
| | 眼の局所麻酔 | 1 | |
| | 洗眼 | 1 | |
| | 洗眼袋の貼付 | 1 | |
| 腎・泌尿器系 | 尿管ステント留置 | 6 | 10 |
| | 尿管ステント抜去 | 2 | |
| | 腎瘻造設 | 1 | |
| | 腎生検 | 1 | |
| 放射線科 | 放射線照射 | 3 | 5 |
| | RI注射（乳房） | 1 | |
| | X線検査（上腕） | 1 | |
| 整形外科 | 術前の鋼線刺入 | 2 | 3 |
| | 針生検（股関節周囲） | 1 | |
| 血管系 | 大腿動脈穿刺 | 2 | 3 |
| | PICC留置 | 1 | |
| その他 | 横隔膜下ドレーン抜去 | 1 | 3 |
| | 脳室ドレーンのクランプ | 1 | |
| | 手術中の分離肺換気 | 1 | |
| 合計 | | 56 | |

## （3）神経ブロックの左右の取り違え

### 1）事例の概要

#### ①神経ブロックの種類と術式

報告された事例で実施された神経ブロックの種類と術式を示す。腕神経叢ブロック、大腿神経ブロックの報告が多かった。

**図表Ⅳ－２－３　神経ブロックの種類と術式**

| 神経ブロックの種類 | 術式 | 件数 | |
|---|---|---|---|
| 腕神経叢ブロック | 関節鏡下肩腱板断裂手術 | 1 | 5 |
| | 人工肩関節置換術 | 1 | |
| | 非観血的肩関節授動術 | 1 | |
| | 上腕骨骨折手術後の抜釘術 | 1 | |
| | 肘関節授動術＋神経移行術 | 1 | |
| 大腿神経ブロック | 前十字靭帯再建術 | 2 | 4 |
| | 人工股関節置換術 | 1 | |
| | 母趾断端形成術 | 1 | |
| 胸部傍脊椎ブロック | 記載なし（乳がん手術） | 1 | |
| 肋間神経ブロック | 記載なし（縦隔腫瘍手術） | 1 | |
| 腹直筋鞘ブロック | 腹直筋皮弁による上顎の再建術 | 1 | |
| 閉鎖神経ブロック | 経尿道的膀胱腫瘍摘出術 | 1 | |
| 腸骨筋膜下ブロック | 関節鏡下股関節唇縫合術 | 1 | |
| 記載なし | | 3 | |
| **合計** | | **17** | |

#### ②関連診療科

事例で選択された関連診療科を示す。神経ブロックを実施した麻酔科、整形外科のほか、主診療科や手術を実施する診療科が報告されていた。

**図表Ⅳ－２－４　関連診療科**

| 関連診療科 | 件数 |
|---|---|
| 麻酔科 | 11 |
| 整形外科 | 8 |
| 外科 | 1 |
| 形成外科 | 1 |
| 耳鼻咽喉科 | 1 |
| 泌尿器科 | 1 |
| リウマチ科 | 1 |

※関連診療科は複数回答が可能である。

### ③当事者職種と職種経験年数

当事者職種と職種経験年数を整理して示す。当事者は、神経ブロックを実施した医師のほか、手術を実施する診療科の医師、神経ブロックの準備や介助に関わった看護師が報告されていた。

**図表Ⅳ－２－５　当事者職種と職種経験年数**

| 当事者職種 | 職種経験年数 | | | | | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0～4年 | 5～9年 | 10～14年 | 15～19年 | 20年以上 | |
| 医師 | 2 | 6 | 6 | 1 | 4 | 19 |
| 看護師 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |

※当事者は複数回答が可能である。

### ④発生場所

発生場所は、手術室が16件と多かった。外来処置室の事例は、非観血的肩関節授動術を外来処置室で実施する際に発生した事例であった。

**図表Ⅳ－２－６　発生場所**

| 発生場所 | 件数 |
|---|---|
| 手術室 | 16 |
| 外来処置室 | 1 |
| 合計 | 17 |

### ⑤発生段階

事例に記載された内容から発生段階を整理して示す。「実施」の段階で発生した事例が多かった。

**図表Ⅳ－２－７　発生段階**

| 発生段階 | 件数 |
|---|---|
| 計画・準備 | 3 |
| 実施 | 14 |
| 合計 | 17 |

### 2）「計画・準備」の段階で発生した事例

「計画・準備」の段階で発生した主な事例を紹介する。

**図表Ⅳ－2－8　事例の内容**

| No. | 事故の内容 | 事故の背景要因 | 改善策 |
|---|---|---|---|
| 1 | 腹直筋皮弁による上顎の再建術が予定されていた。患者入室時に麻酔科医師が上顎の手術を担当する耳鼻咽喉科医師に腹直筋皮弁の左右を確認したがわからず、皮弁を担当する診療科の窓口の医師に電話で確認し、右側であると返答を得た。麻酔科医師が右側の腹直筋鞘ブロックを実施した後に皮弁を担当する診療科の執刀医が到着し、皮弁の採取部位は左の腹直筋であると判明した。 | ・主科である耳鼻咽喉科が腹直筋皮弁の左右を十分に把握していないまま麻酔が行われた。<br>・皮弁を担当する診療科内で連絡が正しく行われなかった。 | ・診療科内および診療科間での情報共有を密に行う。 |
| 2 | 右肩関節拘縮に対する非観血的肩関節授動術を予定した。タイムアウトを実施して部位を確認した。その後、整形外科医師は超音波ガイド下に斜角筋間アプローチで腕神経叢ブロックを実施した。ブロック実施後に、患者から「右肩が痛い」との発言があったため、部位の左右間違いに気付いた。 | ・腕神経叢ブロックの際、患者の体位を左側臥位とすべきところ右側臥位にしていた。<br>・超音波診断装置のセッティングが左肩用となっていた。<br>・タイムアウトを実施したが、術者が左肩を右肩と思い込んだ。 | ・処置前にマーキングを実施する。<br>・タイムアウト時には指差し確認および体位の確認を実施する。 |

### 3）「実施」の段階で発生した事例

報告が多かった「実施」の段階で発生した事例14件について、さらに分析を行った。

#### ①神経ブロック実施直前の左右の確認

神経ブロックを実施する直前の左右の確認について、事例に記載された内容を整理して示す。

**図表Ⅳ－２－９　神経ブロック実施直前の左右の確認**

| 実施直前の左右の確認 | 主な事例の内容 | 件数 |
|---|---|---|
| 行わなかった | ・神経ブロックはタイムアウトの前に行う処置であったため、医療者間で術式・術側の確認をしていなかった。<br>・入室時に術側を確認したが、神経ブロックの実施直前に左右を確認しなかった。<br>・腹臥位で坐骨神経ブロックを行う前に術側が左であることを確認したが、その後、仰臥位で大腿神経ブロックを行う前に左右を確認しなかった。 | 12 |
| 行った | ・大腿神経ブロックの実施直前に患者の足側から術側を確認し、左右を勘違いした。 | 1 |
| 記載なし | | 1 |
| **合計** | | **14** |

#### ②手術部位のマーキングと確認の状況

手術部位のマーキングと確認の状況について、事例に記載された内容を整理して示す。

**図表Ⅳ－２－１０　手術部位のマーキングと確認の状況**

| 手術部位のマーキング | 主な事例の内容 | 件数 |
|---|---|---|
| あり | ・入室時にマーキングを確認したが、神経ブロックの実施直前に確認しなかった。<br>・神経ブロックの実施直前にマーキングを確認しなかった。<br>・マーキングの確認を怠った。<br>・マーキングは右足背にあったが、神経ブロックの際はタオルがかけられていて見えず、確認しなかった。 | 7 |
| なし | ・入室時は患肢に包帯が巻かれており、術側を認識できたが、包帯を取るとマーキングがされておらず、術側が判別できなかった。 | 1 |
| 記載なし | | 6 |
| **合計** | | **14** |

### ③事例の内容

「実施」の段階で発生した主な事例を紹介する。

### 図表Ⅳ－２－１１　事例の内容

| No. | 事故の内容 | 事故の背景要因 | 改善策 |
|---|---|---|---|
| 1 | 左リウマチ肘・肘部管症候群に対して関節授動術＋神経移行術を行う際、全身麻酔導入後に左鎖骨上アプローチで腕神経叢ブロックを実施する予定であった。右側臥位で実施する手術であるため、手術室看護師は患者の右側にスペースができるように環境を調整した。患者は手術室に入室し、手術台で仰臥位になった。サインインを実施後に、麻酔科医師が全身麻酔を導入した。その後、整形外科医師Aは、鎖骨上アプローチで腕神経叢ブロックを実施するため患者の右側のスペースに立った。医師Aは仰臥位の患者の右側を患側と誤認し、腕神経叢ブロックを実施した。その間、執刀医Bを含めた整形外科医師3名は別の準備を始めていた。その後、整形外科医師4名と看護師2名で患者を右側臥位にした際に、医師Aは左右を間違えて腕神経叢ブロックを実施したことに気付いた。 | ・医師Aは左肘部のマーキングを目視で確認していなかった。<br>・医師Aは手術台で仰臥位になっている患者の手前（右側）を術側であると思い込んだ。<br>・腕神経叢ブロックはタイムアウト前に行う処置であったため、医療者間での術式・術側の確認をしていなかった。<br>・医師Aが一人で腕神経叢ブロックを実施していたため、他のスタッフは左右を間違えていることに気付かなかった。<br>・その後、関係部署とのRCAにより下記の問題点が抽出された。<br>1）神経ブロックの術側に関する情報共有方法が明確になっておらず、多職種で情報が共有されていなかった。<br>2）タイムアウト前に神経ブロックを実施する場合の術側確認方法が決められておらず、神経ブロック実施者は左右を誤認した。 | ・RCAで再発予防策を立案した。<br>1）サインインの後、看護師は情報共有カードに手術部位・術側・予測出血量・アレルギーを記載し、速やかに掲示する。<br>2）神経ブロックの実施者は実施前に術側を宣言し、チームメンバーは手を止めて複数の職種で確認する。 |
| 2 | 右股関節痛の患者に関節鏡下股関節唇縫合術を予定した。8時13分、手術室に患者が入室し、ブリーフィングを実施した。8時18分に全身麻酔を開始し、気管挿管を行った。8時31分、麻酔科医師は術側（右）と反対の左側に腸骨筋膜下ブロックを実施した。患者を牽引ベッドに移した際、麻酔科医師は神経ブロックを反対側に実施したことに気付いた。術者へ報告し、術後に右腸骨筋膜下ブロックを実施することになった。 | ・入室時のブリーフィングで手術側の確認、マーキングの確認は行っていた。<br>・マーキングは右足背にあったが、神経ブロックの際はタオルがかけられており、見えなかった。<br>・新年度から入職して1ヶ月目の研修医と2人で神経ブロックを行った。通常は実施者が神経ブロックを行いやすいように別の医師がサポートするが、今回は実施者が1人で調整し、研修医の教育もしなければと思っていた。<br>・術側は右とわかっていたのに、穿刺する時は目の前の左側の鼠径部に刺すと思い込んだ。 | ・ブリーフィングで左右などを確認するだけでなく、穿刺する時にも声に出して発信する。<br>・穿刺する前にマーキングを確認する。 |

| No. | 事故の内容 | 事故の背景要因 | 改善策 |
|---|---|---|---|
| 3 | 左母趾末節骨骨髄炎に対して、坐骨神経＋大腿神経ブロック下で左母趾断端形成術を予定した。整形外科医師は、まず腹臥位で左坐骨神経ブロックを行った。その際、患肢が左であることを確認していた。その後、患者は仰臥位になり、超音波ガイド下で大腿神経ブロックを行った。その際、超音波診断装置の位置を変えずに左右を間違えて右側に穿刺した。看護師から右に穿刺していることを指摘され、左右の間違いに気付いた。 | ・外来で紹介患者が普段より多く、休む間もなく手術開始となり、注意力が低下していた。<br>・普段一緒に手術を担当することのない上級医と担当することとなり、急ぐ気持ちと緊張があった。<br>・入室時は患肢に包帯が巻かれており、術側を認識できたが、包帯を取るとマーキングがされておらず、術側が判別できなかった。<br>・医師・看護師共に左右を確認していなかった。<br>・腹臥位から仰臥位になった際に、超音波診断装置と神経ブロック実施者の位置を反対側に変えなければならなかったが、同じ位置のまま左右を再確認せず穿刺した。<br>・大腿神経ブロックの際、上級医が介助して薬液を注入したので、看護師は見ていなかった。 | ・包帯をマーキングの代わりのように扱うと、包帯を除去した際に左右が判別できなくなるので、左右のある手術では必ず皮膚にマーキングを行う。<br>・手術室入室時にマーキングを確認し、なければマーキングをする。<br>・体位を変える神経ブロックを行う時は、実施前に医師・看護師で部位をダブルチェックする。 |

### ④事例の背景・要因

事例の主な背景・要因を整理して示す。

**図表Ⅳ－２－１２　事例の背景・要因**

| |
|---|
| **○思い込み** |
| ・入室時に術側（左）の確認は行ったが、末梢静脈ライン確保や気管チューブの固定は術側と反対側（右）に行うため、神経ブロックを実施する直前まで右側のイメージがついてしまっていた。<br>・左上肢の手術のため器械などは右側に準備されており、麻酔科医は手術室内の状況から患肢の左右を錯覚してしまった。<br>・医師は、手術台で仰臥位になっている患者の手前（右側）を術側であると思い込んだ。<br>・患者の足側から術側を確認し、左右を勘違いした。<br>・麻酔科医から「Lで間違いないよね」と言われ、間接介助看護師はその手術の前に担当していた患者の手術部位が左側であったため、勘違いして「Lです」と返答した。 |
| **○実施者の確認不足** |
| ・マーキングの確認をしなかった。（複数報告あり）<br>・手術一覧表や申込書などを用いて手術側を確認するという決まりを遵守せず、自らの記憶に頼った。<br>・神経ブロックを実施する麻酔科医師はサインインの際に手術室内におらず、左側の手術であることを認識していなかった。 |
| **○直前の確認の未実施** |
| ・入室時にはマーキングを確認していたが、神経ブロックを実施する直前に左右を確認しなかった。（複数報告あり）<br>・神経ブロックを実施する直前に左右を確認しなかった。<br>・腹臥位で坐骨神経ブロックを実施後、大腿神経ブロックを行うために仰臥位になった際、超音波診断装置と神経ブロック実施者の位置を反対側に変えなければならなかったが、同じ位置のまま左右を再確認せず穿刺した。 |
| **○手順・ルールの不備** |
| ・神経ブロックを実施する際の左右の確認体制が不十分であった。<br>・タイムアウトの前に神経ブロックを実施する場合の術側の確認方法が決められていなかった。 |
| **○多職種による情報共有や確認の不足** |
| ・神経ブロックの術側に関する情報共有の方法が明確になっておらず、多職種で情報共有がされていなかった。<br>・神経ブロックの際、上級医が介助して薬液を注入したので、看護師は見ていなかった。<br>・経験の浅い看護師が介助しており、術側と違う腕に神経ブロックをする方法もあるのかと思い違いをしたため、左右の取り違えを指摘することができなかった。 |
| **○タイムプレッシャー・多重業務** |
| ・通常は実施者が神経ブロックを行いやすいように別の医師がサポートするが、今回は実施者が1人で調整し、研修医の教育もしなければと思っていた。<br>・不慣れな研修医に気を取られ、手順が抜けてしまった。<br>・研修医、診療看護師の指導をしながら業務を行ったため、負荷がかかった。<br>・麻酔導入を短時間で完了させないといけないという焦りがあった。<br>・普段一緒に手術を担当することのない上級医と担当することになり、急ぐ気持ちと緊張があった。 |

### ⑤医療機関から報告された改善策

医療機関から報告された主な改善策を示す。

**図表Ⅳ－２－１３　医療機関から報告された改善策**

| |
|---|
| **○神経ブロック実施直前の確認** |
| ・手術開始前のタイムアウト以外に、神経ブロックを実施する前に複数の医療者で手術側を確認するタイムアウトを行う。（複数報告あり）<br>・神経ブロックを行う前にマーキングを確認する。（複数報告あり）<br>・神経ブロックの実施者は実施前に術側を宣言し、チームメンバーは手を止めて複数の職種で確認する。<br>・神経ブロックを実施する医師は、実施前に間接介助看護師と電子カルテで術側を必ず確認する。<br>・手術室で神経ブロックを行う際は、麻酔科医と看護師で実施前タイムアウトを確実に行い、患者名、麻酔内容、左右を確認することにした。 |
| **○マーキングの実施** |
| ・手術部位と神経ブロックの穿刺部位が離れている場合は、手術部位とは別に神経ブロックのためのマーキングを行うことを該当診療科内で徹底する。<br>・包帯をマーキングの代わりのように扱うと、包帯を除去した際に左右が判別できなくなるので、左右のある手術では必ず皮膚にマーキングを行う。 |
| **○情報の共有** |
| ・サインインの後、看護師は情報共有カードに手術部位・術側・予測出血量・アレルギーを記載し、速やかに掲示する。<br>・麻酔科の応援医師や交代医師が目視で確認できるように手術室内ホワイトボードに左右を明記し、活用する。 |
| **○手順の策定** |
| ・神経ブロックのタイムアウトの手順を取り決めた。<br>・手術安全チェックリストに神経ブロックに関するチェック項目を追加する。 |

## （4）まとめ

本報告書では、検査や治療・処置時の左右の取り違えに関連した事例について、第55回報告書の集計期間後の2018年10月以降に報告された事例を取りまとめ、検査や治療・処置の種類を整理した。このうち報告が多かった神経ブロックの事例を取り上げて分析を行った。まず、神経ブロックの種類と術式、関連診療科、当事者職種と職種経験年数、発生場所、発生段階を整理した。発生段階のうち、報告が多かった「実施」の段階で発生した事例について、神経ブロック実施直前の左右の確認や、手術部位のマーキングと確認の状況を示し、主な事例を紹介した。さらに、医療機関から報告された事例の背景・要因と改善策をまとめて示した。

神経ブロックの左右の取り違えは、主に「実施」の段階で発生しており、実施直前に左右を確認していなかったことが多くの事例で要因として挙げられていた。WHO手術安全チェックリストの活用が進み、医療機関では麻酔導入前のサインインや執刀直前のタイムアウトが行われるようになってきたが、入室時に術側を確認した後、神経ブロックの際に左右を取り違えた事例が複数報告されている。神経ブロックの直前にも、神経ブロックの実施者や介助者が手を止めて術側の左右を確認することが必要である。英国のRoyal College of AnaesthetistsとNHS England/NHS Improvementの共同プロジェクトチームであるSafe Anaesthesia Liaison Group（SALG）は、“Stop Before You Block”と称して、消毒などの準備を行った後、穿刺する直前に手を止め、実施者と介助者で左右を確認することを提唱している[1)]。術側を確認する際は、手術同意書の左右の記載など、何を見て神経ブロックの部位と照合するかの手順を決め、遵守することが重要である。

## （5）参考文献

1．Safe Anaesthesia Liaison Group. Stop Before You Block.
https://www.salg.ac.uk/salg-publications/stop-before-you-block/（参照2025-1-16）.