

【事例の概要】

平成 30 年上半期に、右卵巣腫瘍と診断された女性患者様に対し、右付属器切除術および大網切除術の予定で手術を開始しました。開腹鉤を安全にかけるために左卵巣の癒着剥離処理を行った後、本来右付属器を切除するところを、誤って左付属器を切除しました。直後にご家族様に状況の説明・謝罪を行うとともに対応方針を緊急に検討し、左卵巣再建術（血管吻合を行い体内に戻す）を施行しました。患者様は術後 9 日目に退院され、以後当院外来にて診療を継続中です。

【事故後の対応】

患者様の治療を最優先するとともに、日本医療機能評価機構へ報告し、県および関東信越厚生局への報告、相談をいたしました。また、外部第三者委員 3 名を含めた事故調査委員会にて、診療プロセスを医学的またヒューマンファクターズの観点から分析し、事故の原因究明と再発防止策について検討致しました。

【事故の要因と再発防止策】

執刀前タイムアウト(※1)時には、術者らは右付属器切除を宣言して手術を開始しており、術前の確認プロセスは適切に行われたと考えられました。その中で切除側を誤ってしまった要因に関する認知心理学的な分析では、左付属器周囲の剥離操作を進めるうちに「剥離操作をした側の付属器を切除する」という、臨床経験に基づく「判断スキーマ」の活性化が関与した可能性などを指摘されました。

付属器切除術は「同一術野に左右の臓器が存在する」という他臓器の手術にはない特殊な手術環境であるため、マーキング(※2)、執刀前タイムアウトといった従来の左右確認プロセスのみでは、その誤認防止策としては不十分であり、術中の情報共有と確認プロセスをさらに改善する必要があると考えられました。

そのため、以下の再発防止策を策定し実施することと致しました。

1. 付属器切除患者を対象とした「切除前タイムアウト」の導入

手術の重要なフェーズでは一旦手を止めて、相互に確認するプロセスを設け、術中の最重要プロセス（いわゆる **point of no return**）となる切除を行う直前に「切除前タイムアウト」を行う。

具体的には①執刀医は、骨盤漏斗靭帯を鉗子で挟鉗する前に、「みぎ」・「ひだり」のどちらの卵巣と骨盤漏斗靭帯を結紮切断するか、指差し呼称で確認した後に宣言する。②麻酔科医師と外回り看護師は手術申込書と手術同意書と執刀医が宣言した「切除前タイムアウト」の内容に相違が無いかを確認し、その旨を返答する。

2. マーキング運用方法の改善

本事例においては、マーキングの有無と事故発生に直接の関連はないと思われるものの、術前の基本的な手術部位確認方法として重要と考えられる。これまで適応外としてい

た婦人科手術についてもマーキングを原則とし、術前に左右が決定できない場合は、「マーキングなし」である理由と対応方針をサインインおよび執刀前タイムアウト時に確認する。

3. 執刀前タイムアウトでの項目追加と記録の徹底

執刀前タイムアウトで、執刀医は手術計画や予想される重大な出来事（例えば、術中の所見次第で術式が変更になる可能性がある事など）を説明し、他の術者や麻酔科医・看護師など手術に参加するチーム間で手術計画を共有し記録する。

4. 手術の進行状況の適切な共有

術者（執刀医や助手など）は、術中に手術計画の進行状況を「声に出して」明確に周囲に伝え、手術に参加している医療従事者間での情報共有を行う。術中の会話は指示代名詞を使用せず、「左〇〇（臓器名を具体的に、例として左卵巣）」「右〇〇（臓器名を具体的に、例として右卵巣）」等、具体的な用語を用いるよう徹底する。

<注>

※1 タイムアウトとは

手術などの侵襲的行為の開始直前に、医師、看護師、技師など関係者全員で一斉に手を止めて、同意書・カルテ・リストバンド等を用いて患者氏名、手技、部位等を確認すること。

※2 マーキングとは

主手術部位に「対の臓器や左右がある場合」の部位間違いを防止するために、手術部位側に印をつけること。