

カウントエラーの現状調査・報告

正確なカウントを行うための第一報

手術部

○山下 育子 山岡 由美

内容要旨

A病院では、カウント不一致が発生し周辺の探索を行った結果、看護師のカウントエラーだったことがあった。そこで、カウントエラーの現状を調査したところ、カウントエラーの背景には看護師の「確認不足」「思いこみ」「観察不足」があると思われた。今後、手術スタッフ（医師・学生）の入れ代わりが多いという、A病院の特性をふまえた対策を考えていく必要がある。

キーワード：カウントエラー、ガーゼカウント、確認不足

I. はじめに

手術室看護師は患者の安全とスムーズな手術進行のために、正確・迅速なカウントが求められる。その為にカウントマニュアルを遵守することに加え、各々が経験上持っている知識を活かしてエラー防止に努めている。しかし、カウント不一致が発生し周辺の探索を行った結果、カウント対象物を発見するというカウントエラーの報告件数は多い。そこで今回、A病院のカウントエラーを起こしやすい背景について考え対策を講じる資料とするために、カウント不一致（周辺探索の応援依頼あり手術）について調査したので報告する。

II. 対象および方法

対 象 カウントエラーが発生した症例
方 法 術式・不一致物品・不一致が発覚した時期・発見場所について、独自の調査用紙に記入
調査期間 平成 21 年 4 月～平成 22 年 3 月

III. 結 果

カウント不一致が発生し、再カウントや周辺の探索をしてもカウント不一致のため、他スタッフに応援依頼を行った手術は 35 件あり、カウントエラーであったのは 31 件であった（創内から 4 件発見）。

A病院では、皮膚切開 3 cm以上の手術ではガーゼカウントを義務づけている。カウント対象症例は 2745 件であった。ガーゼカウントエラーは、そのうち 19 件（0.6%）で発生していた。

ガーゼカウント不一致が発覚したタイミングは、閉創前ガーゼカウントが 17 件である（タイミング不明が 2 件）。不明ガーゼの発見場所は、術野 7 件、外回り周辺が 10 件、（発見場所不明が 2 件）である（図 1）。

ガーゼの発見された場所は、術野周辺から 7 件・外回り周辺 10 件である。術野周辺の内訳は、重ねたシーツの間 4 件、ガーゼ 2 枚使用のツッパルガーゼを 1 枚とカウント 1 件、術者の腹部 1 件、ポケット内 1 件である（図 2）。外回り周辺 10 件の内訳は、ゴミ箱から 6 件（一般ゴミ用から 5 件、術野周辺用ゴミ箱 1 件）、回収したミクリツガーゼ内 1 件、器械台の下 1 件、ガーゼ枚数・出血量自動測定器（以下カウンター器械） 2 件である（図 3）。

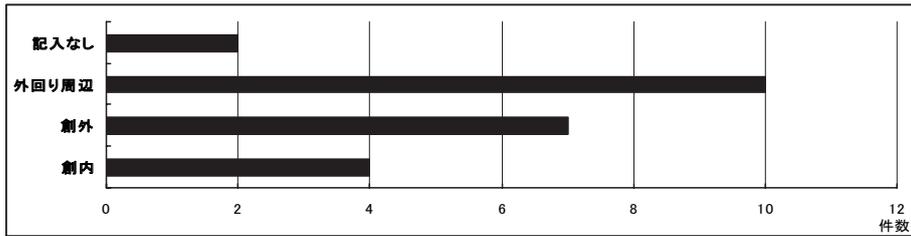


図1 ガーゼ発見場所

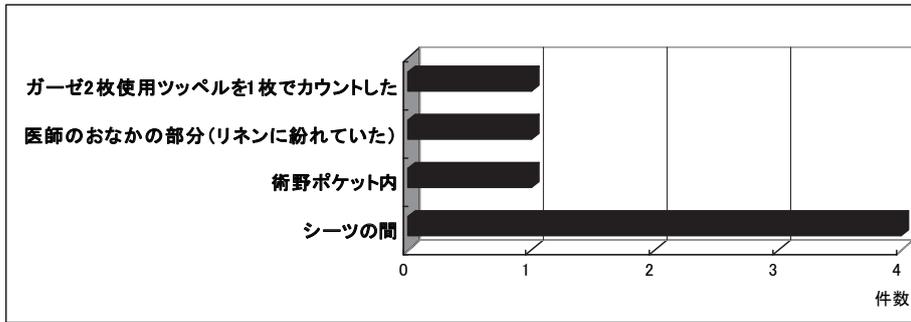


図2 ガーゼ発見場所 (術野周辺)

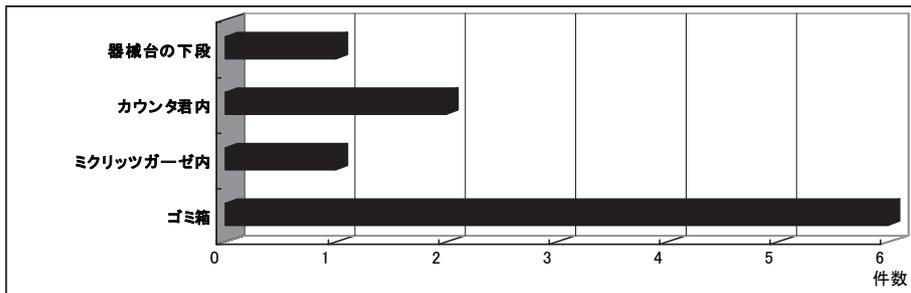


図3 ガーゼ発見場所 (外回り周辺)

ガーゼカウント不一致 23 件中、6 時間を超えた手術は 8 件であった。

縫合針カウント不一致は、対象手術 4197 件中 9 件 (0.2%) であった。縫合針カウント不一致が発覚したタイミングは、取り扱い中が 4 件、看護師交代時が 2 件、針カウンターに処理後 1 件、(タイミング不明が 2 件) であった。発見場所は、床 3 件、術野創縁 1 件、ガーゼ 1 件、器械出し看護師が持っていたガーゼ内 1 件、場所不明 2 件、発見できず 1 件、であった (図 4)。不明になった縫合針は 4-0 針 1 件、6-0 針 2 件、8-0 ~ 11-0 針 5 件、眼科用弾機針 1 件であった。

その他カウント不明で探索したものにミクリッツガーゼ 2 件、血管テープ 1 件があった。

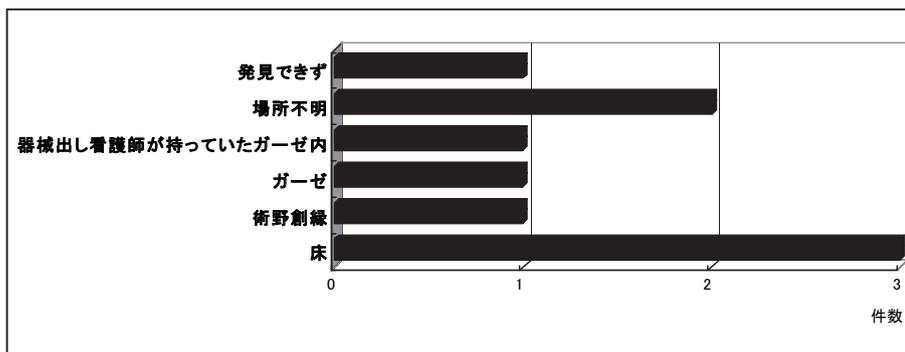


図4 縫合針発見場所

IV. まとめ

A病院では正確なカウントのために、準備ガーゼ枚数の正確な確認・報告、執刀前に使用したガーゼは外回り看護師に報告、カウントをする時には術者に声をかけ創周囲を確認する、使用後のガーゼは必ず1枚にしてカウンター器械に処理している。大下らの研究でも、ヒヤリ・ハットの原因は「確認不足」「思いこみ」「観察不足」が多かった¹⁾と述べている。A病院でも同様の背景があり、カウントエラーを起こしているのではないかと思われる。

手術室には、様々な医療スタッフに関わるが、「術野周辺から一般ゴミ箱は離して置き、一般ゴミ箱に術野で使用したガーゼを投入しない、通常、カウント目的で一般ゴミ箱内のチェックを看護師はしない」というA病院の手術室における看護師のルールについて説明はしていない。木村らは「エラーが起きないような対策だけを考えるのではなくスタッフの特性に合わせたシステムの構築を図る必要がある」²⁾と述べている。A病院のスタッフは入れ替わりが多いという特性をふまえ、ゴミ箱のルールを考えていく必要がある。

さらに、以前からカウントエラー時のガーゼ発見場所になることがあったゴミ箱の形態や設置場所なども検討の必要がある。

カウント不一致を起こした縫合針は8-0など細いものが多く、取扱中やカウンターへ処理後に抜けたことにより発生している。使用中は医師と受け渡し時に本数を声掛け合う、使用後はカウンターに速やかに処理をする、介助者交代時、手術終了時にダブルカウントをしていた。今回調査中にダブルカウントのタイミングを、8-0以上は回収の度に行うように増やし外回りに降ろすようにしてから後、カウントエラーは発生していない。針カウントエラー発見のタイミングは、ガーゼカウントより早く処理中や介助者交代時が多い。針カウントエラー防止への認識は高く、手順が守られていた。

手術時間はカウントエラーに影響するといわれている。A病院での手術時間との関係は明らかではない。

V. おわりに

カウント不一致に伴うスタッフの応援は、以前より行われていたがどの程度発生しているか認識したことはなかった。今回の調査でカウントエラーの現状と、エラーを起こしやすい背景を認識した。今後は、用具（ゴミ箱）の検討、手順の見直し教育・遵守のための取り組みを行うとともに、さらに調査を続けてA病院の特性にあった取り組みを考え、エラー0件に少しでも近づけるように努めていきたい。

引用文献

- 1) 大下里美：当手術室におけるヒヤリハット報告書を振り返る，手術医学，126(1)，18－20，2005.
- 2) 木村千恵：安全行動の傾向を踏まえた事故防止対策，手術医学，126(1)，24－25，2005.

参考文献

- 1) 竹田昭仁 他：手術室における体内異物残存防止の取り組み－確実なカウントを目指して－，国立病院機構南岡山医療センター臨床研究業績集，13号，117－122，2006.