

調査6 手術時、ミクリッツガーゼのカウントをしておらず体内に残存した事例

報告時の事例		
事故の内容	背景・要因	改善策
<p>看護師は勤務交替時に体内にタオル（ミクリッツガーゼ）が1枚入っていると申し送りを受けていた。実際にはタオルは2枚入っていた。閉腹前に医師がタオルを1枚体内から取り出したのを見て、看護師はガーゼ・タオルが体内に入っていること目印として使用しているクリップを術野から外した。閉腹時のカウントの際は、ガーゼと器械類のカウントを行い、タオルのカウントを行わなかったがカウントはOKと報告し終了した。術後のX-Pでタオルの遺残が確認され、改めてタオルを確認したところ1枚不足していることが分かった。麻酔の覚醒前であったため、下腹部を再開腹しタオルを除去した。</p>	<p>タオルのカウントをしていない。閉腹前の術野でのタオルの確認が十分ではなかった。体内遺残防止目的で使用しているクリップが外されたため、体内にタオルやガーゼ遺残がないと思った。カウント時にタオルやガーゼ、器械類の具体的な名称で確認していない。</p>	<p>・閉腹前にタオルやガーゼ、器械類、ドレーンの固定などの確認を、全員が手を止めて行うように閉腹時タイムアウトを導入し、周知した。</p>

現地状況確認調査の内容

医療機関の対応者

医療安全推進センター：センター長（医師）・医療安全管理者（看護師2名）、手術室看護師長、看護師

得られた情報

1. 事故発生の経緯

医療機関より説明
2. 背景・要因
 - タオル（ミクリッツガーゼ）について
 - ・タオルとは、ガーゼを複数枚重ねて縫い合わせたもので、2枚1組で滅菌されていた。
 - ・器械出し看護師は、1枚目は腹腔内に入っていることを確認し、2枚目は看護師の後ろの器械台に置いていた。
 - ・手術中にX線撮影を行った際、医師は器械台からタオルを取り、腹部にかけた。その後、腹腔内にタオルが入った経緯は不明であった。
 - ・器械出し看護師は、医師が器械台から2枚目のタオルを取ったことを知らず、術野で使用しているのは1枚だけだと思っていた。
 - クリップについて
 - ・クリップは、事務用品の目玉クリップ（横幅10cm大）を滅菌したものであった。
 - ・腹腔鏡の手術でラパロガーゼが遺残した事例があり、一時的な試行として、消化器外科限定で体内にガーゼなどを挿入している間は麻酔科側の離被架（リヒカ）にクリップをつけて目印にしていた。
 - ・クリップは、ガーゼなどが体内に入っているか入っていないかの目印であり、ガーゼの枚数に関係なく体内にガーゼ類を挿入中はクリップを1つ付けていた。
 - ・クリップを誰がいつ付けるかなどの手順は決まっておらず、気付いた医師や看護師が付けていた。
 - カウントについて
 - ・手術に使用している器械やガーゼなどを記載するカウント用紙を使用していた。
 - ・清潔野外に落とされたガーゼは、卵ケース型のガーゼカウンターを使用して外回り看護師が1枚ずつ枚数を数えていた。本手術では、清潔野外に落とされたタオルはなかったが、タオルについてもカウントする対象になっていた。

- ・カウントは、閉腹前、閉腹が終わる前、創部を閉じ終わる前の3回行ってた。普段から、手術終了後のカウントは行っていない。
- ・器械出し看護師は、医師がタオルを1枚取り出したのを見てクリップを外し、閉腹前のカウント時に器械台に未使用のタオルが1枚残っているか確認しなかった。
- ・以前より、ガーゼなどのカウントを行う際に医師が手を止めるなどの協力が得にくかった。そのため、タイムアウトを行えていなかった。
- 外回り看護師について
 - ・本手術室の外回り業務は忙しくなかったが、外回り看護師は遅番のリーダーであったため、他の手術室の進捗などの確認で部屋を空けることが多かった。
- X線撮影について
 - ・約10年前から、手術終了時に手術室内でX線撮影を全症例に行うことになっている。当時ガーゼ遺残があったため、導入したと思われる。
 - ・今回も、いつも通り撮ったX-Pにタオルの造影糸が写っており、腹腔内にタオルが遺残していることが分かった。

3. 事例報告後、実施した主な改善策

- ・事例発生時はクリップを使用していたが、付け忘れたり、外し忘れたりすることがあり、クリップの使用はやめることになった。
- ・カウント用紙を見直し、カウントがしやすいようレイアウトなどを変更した。
- ・本事例発生後、閉創前のタイムアウトを導入した。タイムアウトは手を止め、下記の手順で行う。
 - 術者：「閉創しますので、閉創時タイムアウトをお願いします」と発声する。
 - 麻酔科医師：麻酔記録に「閉創時タイムアウト」と記載する。
 - 看護師：術者にドレーン、リード、チューブ類の固定方法を確認する。
 - 看護師：上記の確認が終了後、カウント項目に沿って、器械出し看護師と外回り看護師の2者で確認し、「1回目のカウントOKです」とカウント結果を伝える。
 - 術者：看護師のカウント結果がOKであれば、閉創を開始する。
- ・手術室内に、上記の手順を記載した「閉創時タイムアウト」を6ヶ月間貼り出し、職員の意識を高めた。

訪問時の議論等（○：訪問者、●：医療機関）

- 今回は、看護師間の「腹腔内にタオルが1枚入っている」という申し送りのみで、タオルの確認作業が行われていなかった。タオルは2枚1組であったので、器械出し看護師が、器械台の1枚のタオルを確認の上、腹腔内に1枚で合計2枚と確認できれば、タオルがなくなっていることに気付けた可能性がある。
- 医療機関Aでは、手術終了後に当該手術には関係していない看護師がガーゼの枚数を数えて最終確認をしている。ガーゼの枚数を数えるだけなので、看護助手などの協力を得る方法もあるだろう。
- 第三者が確認するというのも方法の一つであるため、院内で検討したい。
- 医療機関Aでは、複数の診療科の医師が参加してガーゼ遺残のRCAを行い、カウントの協力が得にくい診療科に対して、他診療科から「手を止めないのはおかしい」と指摘されて改善したことがあった。ガーゼ遺残については、手術室に出入りする診療科全体で考えてはいかがか。
- 医療機関Bでは、閉創前のガーゼカウント時に手を止めない場合、手術室のリーダー看護師から手を止めることの必要性を伝えることを手順書にも記載している。また、協力を得られない診療科の手術を制限するという対策をとっている。継続して周知するため「閉創時タイムアウト」の掲示を引き続き行われてはいかがか。
- カウントに協力的でない診療科もあるため、院内で検討したい。
- カウント用紙に「医師にレントゲンを見たか確認した看護師」という項目がありサインするようになっているが、医師の誰がX-Pを確認したか分かるような書式にし、責任の所在やその手順を明確にした方が良さだろう。
- 全症例でX線撮影を行うことにした経緯が曖昧であったため、手順を変更・追加した場合は、なぜ変更・追加したのか分かるようにしておくといののではないか。医療機関Bでは、手順書に改訂履歴を記載するページを設け、改訂した理由を記載するようにしている。