

# 手術室における看護事故の分析

Analysis of nursing-related incidents in the operating room.

中央手術部：深澤佳代子

## 1, はじめに

ニアミスから患者の生命に直結したもので、事故は医療のあらゆる場面において発生する可能性がある。特に、高度医療技術や器機が導入され、患者自体も多くのリスクを抱えている手術室看護においては、毎日がドッキリの繰り返しと言っても過言ではない。

しかし、どのような状況においても、手術室看護婦は特に患者の生命に関わる重大な結果だけは回避しなくてはならない義務がある。手術室における医療事故は、泉谷によれば大きく8つに分類され<sup>1)</sup>、要因については、斉田・菊地によると注意・記憶・イメージの3つが関係している<sup>2)</sup>といわれている。

そこで、当院手術部の過去4年間に報告された事故事例のうち、看護婦が関与したものを分析し、その発生にどのような要因が関与しているのか明確にし、今後、事故防止対策を確立する目的で手術室の看護事故の特徴について検討した。

## 2, 方法

### 1) 対象

1992年4月から1996年7月までに自己申告された事例と病棟から術後報告のあった事例、計58例

### 2) 方法

看護事故事例58例について、泉谷の分類を参照し、9項目に分類した。事故に関与した看護婦の手術室経験年数、事故の起きた時期、更に事故の起きた背景についてグラウンディッドセオリーを用い、要因を斉田・菊地の分類に従って分析した。(表1)

表1 手術室の医療事故の分類

看護事故の発生要因

① 体位固定に伴う神経麻痺	①記憶 途端忘れ
② 手術器械に関連した事故	記憶立ち消え
③ 異物残留	消え居座り
④ 麻酔に関連した事故	消え締め出し
⑤ 輸血に関連した事故	②注意 注意巻き込まれ
⑥ 電気メス・ウォーマーによる熱傷	注意掛け持ち
⑦ 患者移送に伴う事故	注意切り替わり
⑧ 摘出物の紛失	注意空白
	注意先急ぎ
	③イメージ つもりイメージ
	まさかイメージ
	疑問引きずり

泉谷の分類<sup>1)</sup>を参照

斉田・菊地の分類<sup>2)</sup>を参照

今回は看護婦が直接関与した事故およびたまたま遭遇した事故を、看護事故として扱った。

### 3、結果および考察

#### 1) 事件事例の内容 (表2を参照)

事例をその内容について分類すると、ガーゼカウントに関するもの(ガーゼカウントが合わず、X-Pで確認した)が10例、麻酔に関連したものと体位に関連するもの(術後の神経麻痺、身体損傷)がそれぞれ8例、次いで器械に関連した事故(器械の紛失に対し、X-Pで確認した)7例、異物残留5例であった。その中でも、局所麻酔剤と塗布用の薬剤を間違えて局注したり、ガーゼや器械が体内に残留したため、再手術を要したり、また、体位により術後、神経麻酔を起こしたりと、直接患者の安全が脅かされた事例が全体の80%を占めていた。

表2 手術室の看護事故の分類

①体位固定に伴う神経麻痺・皮膚損傷等	8(例)
②手術器械に関連した事故	7
③異物残留(ガーゼ・器械)	5
④麻酔に関連した事故(局麻剤・薬剤の間違い)	8
⑤輸血に関連した事故	0
⑥電気メス・ウォーマーによる熱傷	2
⑦患者移送に伴う事故(ドレーン抜去等)	5
⑧摘出物の紛失	2
⑨その他	21
ガーゼカウントに関するもの	10
バルンカテによる膀胱・尿道損傷	4
針刺し等	2
消毒液によるもの	3
その他	2

計 58(例)

#### 2) 手術室看護経験年数、時期について(表3を参照)

看護事故に関与していた看護婦の手術室看護経験をみると、3年目以下の看護婦が関与した事故が全体の58%、4年目以降が関与した事故が42%であった。しかし、6年目以降でも事故の30%に関与しており、ガーゼカウントが合わない等、初歩的な事故は少ないものの、必ずしも経験が十分あれば、事故は起きないという訳ではない。

事故の53%が4月から7月のメンバー交替などで不慣れな年度初めに集中している。また、事故発生の勤務帯は日勤帯に集中しているが、異物残留に関しては、準夜帯や深夜帯に起こっている場合が多く、時間帯を考慮すると疲労から注意が散漫になっていたため起こった可能性も否め

ない。

表 3

看護事故と手術室経験年数

経験年数	看護事故例数
～3年	34例 (58%)
～6年	7 (12%)
6年以上	17 (30%)

看護事故と事故発生時期

事故発生時期	看護事故例数
4～7月	31例 (53%)
8～11月	10 (17%)
12～3月	17 (29%)

看護事故と事故発生勤務帯

勤務帯	看護事故例数
日勤	40例 (69%)
準夜	11 (19%)
深夜	1 (2%)
不明	6 (10%)

### 3) 事故の発生要因について (表 4 を参照)

手術室では、記憶が要因となる事故は少ない。ガーゼカウントが合わないなどは、当然のことながら、看護婦としての経験不足や基本的な技術・知識不足による。それらは「注意掛け持ち」や「注意空白」、「つもりイメージ」に分類される。麻酔に関する事故では、たまたま、忙しい時期と重なっており、医師に確認していながら間違えて患者に注射されてしまっていたり、注射器に薬剤名を明記してあったのに間違えられたという状況が報告されている。異物残留では、勤務交替時の確認等、基本的な事項の欠如の他、たまたま出血していたりして、医師の協力が得られないまま、閉創まで手術が進行してしまったということがあった。これらは、いずれも「注意巻き込まれ」や「まさかイメージ」といえる。

事故の状況を詳しく見て行くと、単なる経験や知識の不足、忙しさ、疲れといったものだけでなく、それらに各自の注意やイメージが複雑に絡み合っていることがわかる。事故が起きると、とかく結果にばかり目が行きやすい。しかし、事故のプロセスをじっくり振り返ってみることで事故が起きやすい状況が見えてくる。事故を起こさないことも大切だが、管理者の役割としては、看護婦各自が環境に振り回されることなく自分で状況を正しく把握し、コントロールできる力を養えるような指導が必要となる。

表4 手術室の看護事故の要因

①記憶	途端忘れ	1 (例)
	記憶立ち消え	0
	記憶居座り	0
	記憶締め出し	0
②注意	注意巻き込まれ	9
	注意掛け持ち	3
	注意切り替わり	6
	注意空白	8
	注意先急ぎ	
③イメージ	つもりイメージ	18
	まさかイメージ	7
	疑問引きずり	4
		58 (例)

#### 4. 結論

- 1) 手術室における看護事故は患者の安全性に直接かわるものが多く、それらは看護婦の経験年数には関係なく起きている。
- 2) 事故の要因では「注意」「イメージ」に関するものが多い。

#### 〈引用・参考文献〉

- 1) 泉谷万里子：手術室の事故防止，医療事故，89～97，看護MOOK39，第1刷，金原出版，1992
- 2) 斉田トキ子・菊地登喜子：看護事故発生要因12，看護45（2）145～153，1993（同45（3），（5），（9），（11），1993）
- 3) 永岡真生ほか：手術室における看護婦の事故の現状，手術医学16（2）365～367，1995
- 4) 松本あつ子ほか：卒後1年目看護婦が起こすミス・ニアミス，第25回日本看護学会集録－看護教育，72～74，日本看護協会出版会，1995
- 5) 特集・与薬ミス“ゼロ”へのチャレンジ，エキスパートナーズ12（8）20～53，1996
- 6) 特集・ベッドサイド看護のニアミスを防ぐ，看護実践の科学21（7）6～114，1996
- 7) 村瀬智子ほか：解説・看護研究へのGrounded Theoryの応用，看護研究23（3）20～34，1990
- 8) 木下康仁：解説・Grounded Theoryの理解のために，看護研究23（3）2～19，1990

以上の内容は，第18回日本手術医学会総会（於；横浜）にて発表した。