

【3】医療処置に関連した医療事故

本報告書では、ドレーンの挿入・留置及び管理を「患部にドレーン(誘導管)を置き、患部に貯留する滲出液や血液、及び空気を持続的に誘導させる行為に伴うもの」とし、分析を行った。

(1) ドレーンの挿入・留置及び管理に関連した医療事故の現状

平成19年4月1日から6月30日の間に報告された医療事故事例のうち「事故の概要」のコードの中から「ドレーン・チューブ」のコードで選択されていた事例、及びそれ以外のコードの中から、その報告内容がドレーンの挿入・留置および管理に関する事例は6件であり、医療事故事例の概要を図表Ⅲ-13に示す。なお本報告書では、低圧持続吸引器は i. 吸引圧を注水量や電子的に設定するもの ii. 除圧バッグなどでほぼ一定の陰圧で吸引するものとする。

① 挿入・留置時の操作

挿入・留置時の操作段階における事例は2件であった。2件ともドレーンの入れ替えの際に起きた事例であった。1件は透視下で入れ替えをしていたが肺内部にドレーンを刺入した事例であった。

② 観察・管理

観察・管理段階における事例は3件であった。いずれもドレーンに関する事例であり、ドレーンを入れた状況での移動や、ドレーンと中心静脈ラインを間違えた事例があった。

③ 抜去時の操作

抜去時の操作における事例は1件であり、ドレーンが抜けずにちぎれてしまった事例であった。

(2) ドレーンの挿入・留置及び管理に関連したヒヤリ・ハットの現状

第23回ヒヤリ・ハット事例収集^(注1)において報告された117件についてドレーンの挿入・留置および管理を行う際の業務の段階を「挿入・留置時の操作」、「観察・管理」、「抜去時の操作」に分類し、ヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した(図表Ⅲ-14)。また報告された事例の中から主な記述情報29件を図表Ⅲ-15に示す。

(注1) 第1回～22回 ヒヤリ・ハット事例収集に関しては5～6頁参照。

図表Ⅲ - 13 ドレーンの挿入・留置及び管理に関連した医療事故の事例概要

番号	発生場面	事故の程度	事例概要
【頭部ドレーン】			
【胸部ドレーン】			
1	挿入時・留置時	不明	左肺上葉切除術後、トロッカーカテーテルを入れ持続吸引していたが、肺の伸展が悪く透視下で入れ替えをした。胸部CTで左肺下葉内部にカテーテルが刺入されているのがわかった。肺の虚脱が軽度であったため癒着に気付かなかった。
2	挿入時・留置時	障害残存 (低い)	膿胸に対して長期ドレーン留置していた。入れ替えの際、肉芽が盛り上がっている状態で固定されていた。夕方のガーゼ交換時にドレーンが1本足りないことに気づき、胸部CTで胸腔内へ入り込んでいるのを発見した。胸腔鏡下でドレーンを抜去した。
【腹部ドレーン】			
3	観察・管理	障害残存 (低い)	腹部に挿入されていたドレーンからの排液が多いため、オープントップを装着した。その際落ち込み防止の安全ピンをはずし再装着しようとしたが困難であった。夜間、ドレーンがないことに気づきレントゲン撮影し、体内へドレーンが落ち込んでいることを発見した。体内異物除去術を施行した。
4	観察・管理	障害残存 (低い)	右ソケイ部より挿入されていた中心静脈ラインに接続する高カロリー輸液を、誤って右腹腔内に腹水ドレナージ目的で挿入していたカテーテルに接続し、高カロリー輸液が腹腔内に注入された。両カテーテル接続部に同じシユアプラグ(静脈ライン用コネクター)を使用していた。
【その他】			
5	観察・管理	障害残存 (低い)	皮膚腫瘍切除手術後、肩甲骨皮弁作成しドレーンを挿入した。病室へ帰室後、ドレーンから血性排液があり、皮下血腫があった。麻酔からの覚醒時に仰臥位になった際、あるいはストレッチャーによる帰室の際に、背部が圧迫され擦れが生じたためと考えられた。局所麻酔下で止血術を施行した。
6	抜去時	障害残存 (低い)	大腿骨頸部骨折の手術の際、ドレーンを創部に挿入した。抜去しようとした時、抜けずにちぎれてしまったため、局所麻酔下でドレーンを抜去した。

図表Ⅲ - 1 4 ドレーンの挿入、留置に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

		頭 部	胸 部	腹 部	その他	不明	合 計	
挿入・留置時の操作		0	0	0	0	0	0	
観 察 ・ 管 理	挿入部の異常	0	0	0	0	0	0	
	ドレーン	接続間違い	0	0	0	0	0	0
		接続外れ	3	11	7	5	4	30
		閉 塞	7	4	2	7	2	22
		位置のずれ・抜去	2	12	5	3	2	24
		その他	3	3	0	0	0	6
	低圧持続 吸引器	設定圧間違い	0	4	3	2	3	12
		取り扱い間違い	0	3	0	0	0	3
		不具合	0	0	0	0	0	0
抜去時の操作		0	1	0	1	0	2	
その他		4	8	6	0	0	18	
合 計		19	46	23	18	11	117	

図表Ⅲ - 15 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（ドレーンの挿入・管理）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【頭部ドレーン 6件】 類似事例 13件			
1	水頭症のため、左硬膜下ドレーンを挿入していた。訪室時、ドレーンの滴下筒の部分かドレナージ台から外れており、逆さになった滴下筒から髄液が流れ出ているのを発見した。最後にドレーンを確認した後から1時間経過しており、その間88mLの髄液の排出があった。過剰の髄液の排出による低髄圧等の合併症をおこす危険性があった。	脳室ドレナージ架台をメーカーに修理依頼したが部品が無かったため、メーカーが作成してくれた。しかし、当院で採用している脳室ドレナージセットの滴下筒にしっかりと合わなかったが、これ以上の製品はできないと言われテープで固定しながら使っていた。脳室ドレナージセット用のドレナージ架台がしっかりと製品として販売しているべき製品に不備があるのを承知で使用していた危機管理の欠如であった。	<ul style="list-style-type: none"> 施設課へ依頼し、ドレナージ架台に滴下筒をつるすところを作り、滴下筒が固定器具から外れても落下しないようにした。
2	硬膜下カテーテルを留置中の患者。術後5日目、深夜勤務看護師により排液パック交換が行われた。次の日、リコール（髄液）の流出が少なくなっておりガーゼチェックしたところ上層へ少量の汚染があった。主治医来院時に報告し、主治医が診察後、カテーテルを抜去した。その後、看護師が、パックのフィルタークランプが閉じた状態になっていたことを発見した。	硬膜下カテーテルの排液パックは、フィルタークランプ付のもの無しのもの2タイプがあることを知らなかった。またフィルタークランプ付パックの知識が不足していた。このため観察ができていなかった。正しくパック交換されているものと思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> 当該科で使用しているものは、フィルタークランプ付のものであったため、全体への周知不足であった。 カンファレンス、ミーティングで全体に伝達し、使用時の注意事項としてマニュアル化した。
3	CT撮影のため、医師が皮下ドレーンの三方活栓をクランプ（閉鎖）した。CT撮影後もそのことに気付かず、約6時間クランプしていた。他の看護師がクランプされていることに気づき、脳外主治医に報告した。すぐに開放するようにと指示があった。30分間で排液が90mLあり、性状も血性から透明に変化したため、医師に状況を報告した。意識レベル・バイタルサインの大きな変化はなかった。	CT撮影等の移動時には、皮下ドレーンをクランプするという知識に欠けていた。帰室後の確認不足であった。申し送り時、口頭だけの確認だけで、実際ルートをたどっての確認ができていなかった。観察時、排液の性状や排液量だけの確認しかできておらず、ルートの確認をしなかった。脳外疾患の知識不足であった。	<ul style="list-style-type: none"> 申し送り時、ルートを自分の目で確認する。 観察時、ラインの挿入部から排液バッグまで全て確認する。 病態や治療に関する知識の習得する。
4	日勤看護師と深夜看護師とで脳室ドレーン圧のダブルチェックを行い、体位交換を行った（深夜帯ではドレーンの拍動・増量もあった。）体位交換後の拍動の有無は確認していない。約2時間後、看護師が訪室したところ、ドレーンの拍動は見られずリコール（髄液）の増量もなく、頭もとのバスタオルが湿っていた。主治医が診察すると、ドレーンが抜去していたことがわかったため縫合した。	体位交換後に、ドレーンの重さのため自然抜去した可能性がある。体位交換後に拍動の確認をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 勤務交替時にダブルチェックを行うが、拍動の有無・バスタオルの状態も確認する。 体位交換後の確認を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	患者はくも膜下出血後の血管連縮のため、脳室ドレーンを挿入していた。患者がむせていたため吸引が必要だと思い施行したが、クレンメを止めるのを忘れたまま吸引してしまった。	患者がかなりむせこんでいたため早くしないといけないと焦ってしまった。患者の全体を見ず、痰のこのみに意識が集中していた。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の全体像を把握した上で患者と関わるように心がける。 自分の行動パターンを知り何事も慎重に動く。 一つのことだけにとらわれない。
6	くも膜下出血で開頭血腫除去術後の患者に脳室ドレーンが2本留置されていた。この患者がCT検査から帰室した時に、それぞれの固定の位置が入れ替わっていたことに、申し送りの際に発見した。患者はバイタルサインには変動がなかった。	本来であれば、医師の指示表で位置を確認するべきであるがルールが守られていなかった。ドレーンを直接見ずにカルテだけを見ていた。患者移動が相次ぎ病室内が煩雑な状態であり焦っていた。	<ul style="list-style-type: none"> 指示表による申し送りを行い、必ずドレーンそのものを二人で確認しながら行うという手順を遵守する。 ドレーンの種類と固定の位置を見えるところへ記載する。
【胸部ドレーン 9件】 類似事例 37件			
7	他院で右胸腔ドレナージ施行した後、当院に入院となった。夕食時ベッドアップし、食後にベッドダウンした。その後、アラームが鳴ったためベッドサイドに行くこと、トロップチューブ接続部からチューブがはずれていた。接続部を補強固定した。	糸、タイガンなどでの接続部の固定がされていなかった。ガーゼ交換時や、ルートチェック時に接続部の固定の確認をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 他院からの転入院時は、固定部の確認をする。 ガーゼ交換時、ルートチェック時は、挿入部位よりカメラ本体まできちんとルートをたどっていく。 固定が不十分だと思えば、より適切な方法で固定し直す。
8	乳がんの術後、J-VACドレーンが挿入されていた。患者より、「接続部がはずれた」とナースコールがあった。確認すると排液バックとドレーンの接続が外れていた。すぐに消毒し、再接続した。	トイレから戻り、ベットに横になろうとしたところで、ドレーンが絡まってしまいテンションがかかった。患者はドレーンに注意していたが、動きの加減で絡まってしまった。ドレーンと排液バックの接続部は容易にはずれる。	<ul style="list-style-type: none"> ドレーンと排液バックの接続部の固定強化が必要か検討する（テンションがかかった時に、刺入部から抜けることを防止するには、他の箇所が外れるほうが安全かもしれないので、検討が必要）。
9	食道癌術後、胸腔ドレーン挿入中の患者。単独での離床は危険であると説明していた。夜、テレビモニター上、単独で立位となっているところを発見した。訪室すると、単独でポータブルトイレからベッドへと移動したため右胸腔ドレーンの接続がずれていた。接続部を消毒後、再接続した。SpO ₂ （酸素飽和濃度）は98%であり、呼吸状態著変ないこと確認した。主治医が診察したが問題なかった。また、主治医はドレーンの不要な接続部分を除去した。	胸腔ドレーンの接続部分がゆるんでおり、また不要な接続部分があった。患者がドレーンに配慮せず体動していた。	<ul style="list-style-type: none"> 胸腔ドレーンに接続部分があるときは、必ず緩みがないかどうか確認する。 不要な接続は除去する。 患者の注意がドレーンにむけられない場合には体動センサー使用など考慮する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	肝切除術後6日目の胸腔ドレーン留置中の患者の吸引圧の確認不足であった。受け持ちの看護学生が、吸引圧が間違っていることに気が付いた。午前中の検温では、排液量・性状・屈曲・リーク等の観察を行ったが、吸引圧は確認していなかった。	発見1時間前くらいに、中心静脈栄養のルートに交換や、坐位の練習時に誤作動した可能性がある。ドレーン留置中の患者の観察不足であり、検温表の観察項目に、吸引圧の観察項目があげられていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 吸引圧を10→49にあげるためには、6秒間ボタンを押しつづけておく必要がある。 電源には、カバーがかかっているが、圧を増減するためのボタンはカバーがない。その点を業者へ依頼できないか検討する。
11	胸腔ドレーンを、-5cmH ₂ Oで持続吸引していた。訪室時、低圧持続吸引器の電源が切れていることに気がついた。意図的に医師がOFFにしたのかどうか確認したがそのようなことはなく、引き続き-5cmH ₂ Oで吸引するように指示を受け、再開した。患者の状態に変化はなかった。	夕食を座位で摂取後、看護師介助でファーラー位に体位変換した。その際、知らない内に電源に触れてしまった可能性がある。電源ボタンには透明のカバーがついているが、この器械にはついていなかった(外れていた)。体位変換後のルート類の確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 電源ボタン部分には、必ずカバーをつける。 訪室時、移動時、体位変換時等には、ルート類、機器の作動状態を必ず確認する。
12	胸部大動脈瘤破裂ステント挿入後の患者。人工呼吸器装着、左胸腔ドレーン挿入しウォーターシールで管理中であった。酸素化が低下、患者も興奮気味で頻呼吸となっていた。呼吸音の左右差は無く、肺音はクリアであった。胸部レントゲンで左肺気胸、縦隔の偏位なし。胸腔ドレーンを陰圧にしようとしたら、胸腔ドレーンのバッグの吸引口にキャップがされているのを発見した。胸腔ドレーンを-5cmH ₂ Oで吸引開始したところ、空気が抜けて次第に酸素化が改善した。	ウォーターシールについての理解が不十分であった。ウォーターシールとした場合、逆流防止弁を使用することが徹底されていなかった。キャップをしないと液がもれる事がある。	<ul style="list-style-type: none"> ウォーターシールの場合は逆流防止弁を使用する。
13	食道癌術後の患者の胸腔ドレーンを医師と交換した後に、蒸留水を正確に投与しておらず、5時間、水封部に蒸留水が入っていなかった。その状態に準夜の看護師が発見し直ぐに蒸留水を足し、患者の呼吸状態に、問題はなかった。	交換前に、点検して準備していなかったことと、自分の目だけで確認し、思い込みをしていたことが要因だと考える。	<ul style="list-style-type: none"> 交換前に、必ず物品の確認をし、ドレーンなどのリーク、吸引圧、接続の基本的な確認を怠らないように意識して行っていくようにする。
14	両側の肺腫瘍術後で左右とも胸腔ドレーン留置中であった。準夜帯での記録の際に日勤帯の左右の排液量の記載が間違っていることに気付いた。ボトルにはL、Rと正しく記載してあった。	胸腔ドレーンは留置したままであり、患者への実害はなかった。看護師2人で再度左右の排液量を確認後記録を行った。	<ul style="list-style-type: none"> 複数のドレーンがある時は必ず一つずつ確認しながら記録をする。 フローシートの項目の部位、左右までしっかり確認してから記録を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
15	感染性心内膜炎、狭心症の術後、前縦隔ドレーンと心のうドレーンが表示されたバッグと逆に挿入されており、心のうドレーンを抜去すべきところ、前縦隔ドレーンを抜去した。	ドレーンとバックの接続及び抜去時の確認不足。業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点。	・ドレーンからバックまでたどる確認のルールを作る。
【腹部ドレーン 6件】 類似事例 17件			
16	難治性腹水にてJバックにてドレナージをしていた患者が、急遽MRI施行となり、輸液ポンプ類などは延長し、金具類というものは全て取り外し検査へ行った。MRIの機械の中に患者が入ったところ、Jバック内に金具があったため引っ張られた状態となり、手でつかんだものの接続から外れてしまった。	急な検査であり慌てていたこともあるが、ドレーンバック内に金具が入っていると思わなかった。外観からわからない。	・金具類がドレーンバック内にも入っていることを再認識と周知する。
17	腹腔ドレーンの排液を廃棄するため、朝ボトル交換を行った。その後検温を実施したが、ドレーンの観察は行わなかった。約3時間後、回診時主治医がドレーン洗浄を行おうとしたところ三方活栓がクランプされた状態であることに気付いた。三方活栓を開放し、洗浄を実施した。	朝、各種ドレーンの排液廃棄、採血、IVH交換、起床時のケア、等が重なっている時間帯で業務量が多いが、対応勤務者の数が3名と業務量とマンパワーのバランスが取れていない。ドレーンからの排液処理後の観察、確認の不徹底であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・業務量を人員の多い時間帯に分散させる。 ・業務見直しマンパワーの確保を検討する。 ・朝の検温時にもドレーンの観察、確認を実施する。
18	左横隔膜下にネラトンカテーテル挿入し、Jバックがついていた。医師の回診時、腹部の洗浄の為ガーゼを除去すると、ドレーンが抜けていた。体に固定のテープはついていて、浸出液により、カテーテルからは剥がれていた。約1時間前からJバックの陰圧のふくらみが最大だったことは気付いていたが、挿入部の確認まではしなかった。	ネラトンカテーテル自体には糸かけはしてなく、抜けたら入れ替えるようになっていた。カンファレンスで挿入部の確認をしていなかった。固定が1ヶ所のみだった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ドレーン挿入部の確認。 ・固定を2箇所にする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
19	右横隔膜下、左横隔膜下、ダグラス窩からドレーンされていた。回診時、右横隔膜下のドレーンを抜去した。翌日回診時、「3左横隔膜下ドレーン抜去」と指示があったため、抜去準備をしたところ、バッグには「2左横隔膜下」と記載されていた。ルートを手繰ると、ダグラス窩と思われる位置にドレーンが入っており、左横隔膜下と思われる位置に挿入されているドレーンバッグには「3ダグラス窩」と記載されていることを、担当医と共に確認した。手術記録には1右横隔膜下、2ダグラス窩、3左横隔膜下と記載があり、腹部の図には左横隔膜下と思われる位置に2、ダグラス窩と思われる位置に3と記載されていた。	手術記録と実際のドレーン挿入部位とバッグの記載を確認していなかった。手術記録の腹部の絵にかかれている番号と部位も異なっていることを確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 手術室やICU（集中治療室）から申し送りを受ける時は、記録に相違がないかその場で、双方の目で確認する。 病室でガーゼ交換する時には、ドレーン部位と手術記録を照らしあわせて確認する。 手術時に執刀・担当した医師と共に部位を確認する。
20	腹腔内ドレーン留置中の患者で、日勤中に1000mLまで排液させる指示であった。クランプを開放し吸引しているうちに1200mLの排液があり、指示より200mL多く排出してしまった。5分程度の時間であった。患者の状態には影響はなかった。	排出させる時に流出状況が悪かったのでクランプを全開にした。それによりどの程度流出するか予測していなかった。また、流出状況を確認しながら吸引を行えなかった。吸引により腹圧がかかり、過剰に流出することを考えていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 排液する時には、処置をせずに安静時に条件を安定させ行う。
21	主治医は肝内ドレーンに抗生剤を注入し、クランプ（閉鎖）した。看護師に2時間後にドレーンを開放するよう指示した。口頭で指示を受けた深夜看護師は日勤看護師への伝達を忘れた。24時間後、別の看護師が気付いた。	口頭指示受けの手順がマニュアルに明記してあるが、口頭指示受けメモを使用しなかった。チューブの観察が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 医師は指示録に指示を記載する 口頭指示は、口頭指示受けの手順に沿って行う。 チューブの観察は、挿入部から排液バッグまで確認する。
【その他 4件】 類似事例 14件			
22	患者は脊椎に洗浄注入と排液用のドレーンが入っており、寝たきりだが自力で体位交換は出来ていた。患者の訴えで確認すると排液用ドレーンと注入用ドレーンの接続部がはずれていた。すぐクランプ（閉鎖）し、主治医に報告した。	ドレーンの接続部の確認と固定が不十分であった。患者が寝たきりでドレーントラブルはないとの判断ミスがあった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の体動範囲を考えた固定方法を考える。 体動後には知れさせてもらえるよう説明しておき、接続部の緩みの確認をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
23	患者は前日に頬粘膜腫瘍切除術を受けていた。創部横より排液ドレーンが留置されていた。患者にはふらつきがあり、高齢者で動くときにはナースコールをするように指導していた。ナースコールがあり訪室すると室内をひとりで歩いた際、ドレーンが何かに引っかかり外れたとのことであった。確認すると接続部が外れていた。	接続部の固定がテープのみであった。ドレーンに対する注意が患者自身では不十分であり、ドレーンの長さを患者の動きを考え調整する必要があった。	<ul style="list-style-type: none"> ドレーンの長さを短くした。 引っ掛かりがないように束ねた。 接続部の固定を糸で補強した。
24	腰椎手術後でS Bドレーンが入っている患者。創痛があり、側臥位で座薬を使用したところS Bドレーンの接続部が外れてしまう。ルートにテンションはかかっていたが、接続部にテープ等での固定がしていなかった。	S Bルートの接続部に通常はテープで固定しているが、今回はされていない。看護職間でルート類の刺入部、クランプ、圧の確認はしているが、接続部のダブルチェックはしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 手術室でドレーン挿入時に接続部の固定も行うことを検討する。 手術室から帰室する際、看護職間でドレーンの接続部の確認をする。
25	骨盤内臓全摘術後、骨盤腔に挿入されているJバックのドレーンを観察し陰圧をかけた。その後、包帯交換に来た医師と看護師より、陰圧しないよう指示が出ていることを指摘された。陰圧を解除し、患者の状態は変わりなく経過した。	指示は、フリーコメントで書かれているものも多く、見落としやすいというリスクが発生する。またルーチンでないことをしている事が要因である。	<ul style="list-style-type: none"> フリーコメントは見やすいように、医師へ協力依頼をする。 ルーチンと違う処置が発生する場合は、危険予測を立てる。
【不明 4件】 類似事例 7件			
26	一般病棟へ変わるためベッドからベッドへ移乗中、ポータナーを引っ張り接続がはずれた。シーツが汚染していたので気付いた。すぐに接続したので患者には影響がなかった。	集中治療室から一般病棟へ移動する患者は、ドレーンや点滴など多くのラインがついており、引っかかりたり引っ張ったりしやすい。移乗時2、3人のスタッフで行っているがゆっくり時間をかけられず注意が出来なかった。	<ul style="list-style-type: none"> 移乗時必ずライン類の確認を行い、ポータナーなどドレーン類は見えるところに置いて移乗する。
27	前日のドレーン排液を集めた時、一旦クランプ（閉鎖）し、その後あけ忘れのまま一日が経過してしまった。まる一日持続吸引が出来ていなかった。皮下に排液が貯留したままになってしまった。	各勤務で排液の確認はしているが、ドレーンのクランプを見ていない。このドレーンの使用頻度が低い。S Bドレーンの取り扱いを理解していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 排液除去時クランプ（閉鎖）したら、その後開放するように「クランプ注意」のシールや札をドレーンに付けた。 各種ドレーンの管理マニュアル作成。
28	夜勤でA氏を受け持った。Jバックドレーンが挿入されており、検温時、袋からJバックを取り出し、排液の量・性状を確認した。（陰圧については膨らんでいなかったため、陰圧がかかっていると思ってしまった。）その後、先輩看護師が排尿介助施行時、Jバックに陰圧がかかっている事に気付いた。およそ5時間陰圧がかかっている状態であった。	Jバックドレーン留置下の管理および観察の不足であった。	<ul style="list-style-type: none"> 正確な看護技術を習得する。 一連の動作を確実に習得する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	患者は手術後翌日より離床し、S B ドレインバッグの取り扱いについては説明を受け、普段は気をつけていた。朝、ベッドを離れようとした際、ドレインがベッド柵にかかっていたのに気付かないまま向きをかえたため、S B ドレインバッグが抜けてしまった。	S B ドレインバッグは患者が下りようとした方向とは逆の方向にあった。検温時など患者の元を訪れたときドレインのルートの整理を行わなかった。また、患者自身に移動時はS B ドレインバッグを引っ張る危険性がある事を随時説明できていなかった。	<ul style="list-style-type: none">• S B ドレインバッグの位置を患者が上り下りする方向におくよう指導する。• 検温時や患者の元を訪れた際は必ずドレインのルートを確認する。• 患者に移動時など抜去の可能性があること伝え、注意を促す。• S B ドレインバッグの固定を2箇所にする（ルートを寝衣にも固定）。