

【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7月1日から9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4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. 除圧バッグなどではば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件ともドレーンの前に超音波で位置を確認して実施しているが、臓器の損傷やドレーンの迷入をしてしまった事例であった。

② 観察・管理

観察・管理段階における事例は2件であった。いずれもドレーンをクランプ（閉塞）することに関する事例であった。

（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24回ヒヤリ・ハット事例収集^(注1)において報告された141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28件を図表Ⅲ-15に示す。

（注1）第1回～23回 ヒヤリ・ハット事例収集に関しては5～6頁参照

図表Ⅲ - 1 3 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
【胸部ドレーン】			
1	挿入時・留置時	障害の可能性 (低い)	弁置換術後、心の縦隔ドレーンが挿入されていた。腹部膨満感がありエコー下での腹腔穿刺で腹腔内に大量の血性腹水の貯留を認めた。緊急手術で心の縦隔ドレーンが腹膜を貫いているのが発見された。
2	挿入時・留置時	障害の可能性 (低い)	胸水穿刺を行ったところ強く陰圧をかけなければ引けてこないほど粘調であった。検査上、膿胸と判断し、レントゲン、エコーで膿胸腔と脾臓を確認しトロッカーカテーテルを挿入した。レントゲンで位置を確認したところ腹腔内に迷入していた。
3	観察・管理	障害の可能性 (なし)	看護師は右胸腔ドレーンバックの排液が1300mL溜まっており、翌朝まで排液バックが許容できないと判断し、当直医師に報告し、医師よりドレーンバック内の排液を吸引器で吸引するよう指示を受けた。1本の鉗子でドレーンをクランプ（閉塞）し、吸入器で600mL吸引したところ、患者から「苦しい」と訴えがあった。ドレーンのクランプが不十分で肺に空気が逆流したと考えられた。
4	観察・管理	不明	気胸のため胸腔ドレーンを持続吸引していた患者を病室から処置室に移動する際、ドレーンバッグの排液が胸腔に逆流しないように看護師はドレーンをクランプ（閉塞）した。移動後、クランプを外すのを忘れ吸引が再開されなかった。患者の酸素飽和濃度が下がったため、ドレーンを確認しクランプのままであることに気付いた。

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	2	1	1	1	5
		接続外れ	3	10	0	3	1	17
		閉 塞	3	9	3	10	7	32
		位置のずれ・抜去	2	12	6	12	2	34
		その他	6	8	2	1	0	17
	低圧持続吸引器	設定圧間違い	0	4	0	1	3	8
		取り扱い間違い	0	7	0	0	4	11
		不具合	0	0	0	0	0	0
抜去時の操作			0	0	0	0	0	0
その他			2	6	4	1	4	17
合 計			16	56	16	29	22	141

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 4件】 類似事例 12件			
1	クモ膜下出血、水頭症のため脳室ドレーンを挿入し、ドレナージ開始となった。ドレーンから血性排液が多量に流出しているところを発見した。ドレーンの確認をすると、フィルターの部分のクランプをしたままであったため、設定圧が下がり、多量の排液を促してしまっていた。CT上、脳室の虚脱はなく、ドレナージ続行となった。	1時間毎にしているドレーンのチェック項目を確認しながら開放にし、その後で、チェックリストに印をしていたため、もれがでしまった。	・ひとつ開放したらチェックリストにチェックをするなど、一つ一つチェックをしていく。
2	両側慢性硬膜下血腫にて、両側に血腫腔内ドレーン挿入中であった。CT検査に呼ばれたため準備をした看護師が両側ドレーンをクランプした。その後他の2人の看護師で検査に出し、帰室した。1人の看護師は右側のドレーンを開放した。もう1人の看護師は医師の指示でクランプをしていると思ったため、左側のドレーンを開放しなかった。	検査出しの準備をした看護師と検査に搬送した看護師が違った。看護師同士の伝達が不足していた。	・クランプを開放するかどうかその日の担当看護師に確認する。
3	脳室ドレナージを一時クランプの指示のため、設定圧はそのままにクランプだけをした。口頭指示で「クランプ開放100mLまで」とあり、0点を確認不十分のままサイフォンの先端0cmH ₂ Oを見て開放した。ドレーンからの流出がないため次の勤務者が確認すると0点が10cmH ₂ Oとなっていた。	以前に同患者に対するクランプエラーが発生していた。医療安全管理委員会における審議の結果勉強会などの実施を伝えていたが、この事例が発生するまで対策は取られていなかった。原則はダブルチェックであるが、ひとりでクランプを開放した。勤務場所の異動後2ヶ月であり、ドレーンの管理に慣れていなかったため知識不足・経験不足であった。0点は変更されていないと思い込んでいた。	・勉強会を実施する。 ・根本原因分析の実施をする ・マニュアルの作成と整備をする。
4	看護師は脳室ドレナージ患者の看護は行ったことがなかったため、看護師は勤務前の情報収集の後、脳室ドレナージについて他の看護師に確認しようと思ったが、確認をとらないまま夕食が配膳されたため、他の患者と同様にベッドをギャッジアップをしてしまった。その後、移動時には圧が変らないように脳室ドレーンをクランプする必要があることが分かった。患者は頭痛の訴えは無く、経過観察となった。	脳室ドレナージについて理解できてない看護師が、患者の脳室ドレナージに管理にあたる場合に脳室ドレナージに管理について確認を行なわなかった。また、事前に脳神経外科看護についての学習が不足していた。	・初めての患者を担当する場合で、わからないことがある場合は事前に他の看護師に確認してから業務につく。 ・脳神経外科看護について勉強する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【胸部ドレーン 13件】 類似事例 45件			
5	胸水のため、ドレーン留置中の患者。これまでは $-2\text{ cmH}_2\text{O}$ で間歇的に開放の指示であったが、当日より $-10\text{ cmH}_2\text{O}$ で常時吸引の指示を受けた。排液バックの交換の時間と重なった為、新しいバックの吸引圧制御ボトルに蒸留水を指示通り満たし、他のスタッフとともにバックを交換し、常に開放の状態にしてその場を離れた。深夜勤務者がラウンド時に吸引器に接続されていないことを発見し（準備もされていなかった）、吸引器に接続した。	バック交換については本を見て、他のスタッフにも確認したが、吸引器に接続するという、ごく当たり前の手順であったため、そこまで確認するという意識もはたらかなかった。	・不慣れな器具や処置は必ず熟知した人とダブルチェックをする。 ・知識の欠如を十分自覚し、そのことを周囲に伝え、スタッフだけでなく受持ち医にも実際に見て確認してもらうなどの予防策をとる。
6	胸水貯留のため、右胸腔ドレーン挿入中であった。体位変換後、寝衣が胸水で汚染されていた。低圧持続吸引器に繋がっていない方の三方活栓が取れ、胸水が流出していた。三方活栓はオムツの中で見つかった。ドレーンには逆流防止弁が付いており感染の危険性は低いと考え、経過観察とした。	当事者は当ドレーンを扱った経験がなかった。ダブルチェックの際、ルートを全て触って確認していなかった。CCU（集中治療室）勤務経験の浅いスタッフ同士のダブルチェックであった。	・経験のない処置、ドレーン類の取扱いは事前に学習または先輩に確認しておく。 ・挿入されているカテーテルの構造を理解する。 ・ドレーン類は挿入部から排液バッグまで確認する。
7	右乳癌術後で、SBバック（ドレーン）を挿入されていた。2時間おきに、SBバックの排液量の観察を行っていた。勤務中、ミキシングをしても全く排液がなく、その原因はSBバックのクレンメが閉じてあり、閉塞状態であったことを、深夜勤務者から聞いた。	SBバックとリリアバックの使い方を同じだと思いこんでしまい、クランプがあると知らずに業務に至ってしまった。	・初めて見る物品は思いこまず、必ず確認する。 ・知らないまま業務に就かない。 ・排液が全くないことをメンバーに伝える。
8	自然気胸のためメラサキュームで持続吸引している患者が、胸部CTに呼ばれた。担当看護師は電源を切り、ドレーンをクランプして検査に搬出した。主治医が胸部CT画像を見て肺が膨張していないことに気付き、クランプをしていけないことの指摘をした。	持続吸引している患者の検査の際の注意事項の知識不足であった。胸腔ドレナージ管理の知識不足であった。胸腔ドレナージしている患者の移動時の注意事項等、情報共有がされていなかった。	・胸腔ドレナージ管理の知識の習得、勉強会等を行う。 ・カテーテルをクランプする時、してはいけない時の情報を共有する。 ・患者にもドレナージ時の注意事項をよく説明し、協力を得る。
9	医師の回診時に、胸腔ドレーンより洗浄が行なわれていた。洗浄時に、医師によりドレーン（アスピレーションキット）のクレンメが操作されていたが、医師からの申し送りはなかった。洗浄が終了し、クランプ鉗子を用いて胸腔ドレーンのバッグ交換を行ったが、クレンメがクランプされていることに気付かなかった。	ドレーンチェック時に、排液が増加していた為、クレンメの状態を確認しなかった。胸腔ドレーンの洗浄後、クレンメが開放されていると思いこんでいた。	・ドレーン挿入部から排液バッグまでのルートを屈曲や閉塞、破損がないか、訪室しドレーンチェックする度に確認する。 ・胸腔ドレーンにクレンメをつけないように医師と調整する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	左肺に胸水貯留している為、アスピレーションキットが挿入されていた。医師の指示で30分間ドレーンを開放し、その後クランプしていた。翌朝、医師からドレーン開放し、排液が1500mL流出した時点でクランプするように指示を受けたため、ドレーンの鉗子をはずした。その後、アスピレーションキットのクレンメが開放されていない事に気づき、ドレーンがクランプされたままであることを発見した。	1人でアスピレーションキットを操作することがなかった。アスピレーションキットにクレンメ、三方活栓がついていることを知らなかった。トロッカーカテーテルと同じ操作でよいと思い込んでいた。ドレーン開放時、挿入部からバッグまでのドレーンをたどって確認していなかった。	・点滴と同じように、挿入部からバッグの接続まで問題ないかたどっていく。 ・カルテでの情報収集、申し送りを受ける時点で使用しているドレーンの種類、管理方法を理解しておく。 ・ドレーンの基本的管理方法について学習し直す。 ・初めての操作の時は、リーダーなどと操作確認を行う。
11	右自然気胸の手術が終了し、手術台から4名で介助し、患者用ベッドに移動する際、胸腔ドレーンが手術台レールに引っ掛かっており、胸腔ドレーンが抜けた。すぐに圧迫、縫合した。その後レントゲン撮影し、肺の膨張に異常なくドレーンは再挿入せずに経過観察し、患者は予定通りに退院した。	移動時には声をかけて一斉に行っているが、「チューブ類よし」などの掛声がなかった。ベテランが行っていることが多かったが、その時は不在で、誰が声をかけるか決めていなかった。ドレーンは挿入部の固定のほかに1か所エラテックス絆創膏で固定しているが、慣れていないスタッフで固定するのを忘れた。胸部ドレーンバッグなどを持った者がライン類の確認をすることになっているが、忘れていて注意していなかった。	・移動時の声をかけるスタッフを決めておく。 ・ドレーン固定を確実に行うように手術前に絆創膏を切って準備しておく。 ・チューブ管理の責任者はチューブ確認を徹底をする。
12	胸水ドレナージを施行し、2時間で1500mLの排液予定であった。30分毎に訪室し、排液の確認を行った。看護師が訪室し、排液されているかを確認し流出には問題は見られなかった。その後再び看護師が排液を確認するため訪室したところ、排液が止まっていることに気付いた。ドレーンの状態を確認したところ、三方活栓の蓋がなく、また、三方活栓が開放されており、そこから刺入部まで空気が満たされていること、刺入部は固定がされておらずハッピーキャスの翼状になっている部分が2cmほど飛び出ているのを発見した。緊急でトロッカー留置術が施行された。その後、呼吸苦や胸痛の訴えはなく、経過観察となった。	胸水ドレナージ施行中に、ドレーン上の三方活栓の状態を確認しなかった。ハッピーキャスがしっかりと固定されていなかった。排液の流出を確認する際に、三方活栓の状態まで確認できていなかった。	・ドレナージをする際には、ドレーンに問題がないか確認する。 ・流出を確認する時には、三方活栓の向きや刺入部の確認も行なう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	胸水貯留にて胸腔ドレナージ目的で胸腔ドレインを挿入し、前日にピシパニールを注入、その後-10 cmH ₂ Oで吸引していた。ドレインバッグ交換時に蒸留水を入れずにエアシールで接続した。他のスタッフに確認後、すぐにウォーターシールに繋ぎ変えた。	通常胸腔ドレイン挿入時、ドレインバッグの交換の際はウォーターシールで接続しているが、今回の場合計画の欄に「挿入時水なしで接続」と記載があり、その後の勤務もエアシールと思い込んでしまった。エアシールの記載の際は一気に胸水の流出があり、蒸留水を入れなくともすぐにシールの状態が作られていたためそのような記載があったことが判明した。	・疑問に感じた時や、いつもと違う場合は他のスタッフや医師に確認を行う。
14	患者は左右胸腔ドレインを留置しており、持続吸引していた(歩行時ウォーターシール可)。受け持ちが、左右のドレインバッグを交換した。翌日回復室から自室へベット移動する際、ドレインバッグの水封部に水が入っていないことに、医師が気付いた。	ドレインバッグ交換時にマニュアルを参照しなかった。水封部に水を入れなければならないという認識はあったが、入れる方法を正しく理解していなかった。交換後もドレインバッグの観察を行っていたにもかかわらず、水封部に水がはいっているかの確認をしていなかった(観察点のマニュアルを徹底していなかった)。交換から発見までの勤務者もドレイン挿入時の確認が徹底されていなかった。	・医療器具操作時はマニュアルを確認し、徹底する。 ・胸部ドレイン挿入中の観察点を把握し、確実に行う。 ・移動前後(吸引を外した前後)は必ずエアリークの有無の確認を行う。
15	心のうドレインと前縦隔ドレインを接続後、低圧持続吸引に記載する表記を反対につけてしまった。	ドレインを接続後、すぐ低圧持続吸引に表記せず、後回しにした。	・ドレインを接続後直ちに低圧持続吸引に表記する。
16	患者はPTCD挿入中であり、1日1000mL 排液後、クランプの指示があった。回診時より開放し、1000mLの排液あったため、付属の三方活栓にてクランプしていた。その後ナースコールがあり、患者は「何かにひっかけて知らないうちに開いてしまったらしい。腹が少し楽になった」と話す。排液はすでに650mLあり、三方活栓は閉じた状態になっていた。患者自身で三方活栓を閉じたと話した。三方活栓を閉じ、鉗子でクランプをし経過観察をした。	患者の行動範囲を確認できていなかった。患者に危険性について説明が足りなかった。三方活栓がすぐに動いてしまう仕組みだった。	・患者に危険性についての説明を行う。 ・三方活栓がすぐに動くものから、固定できるようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	右乳がん手術後、胸水が貯留しており右胸腔ドレーン挿入していたがレントゲン写真上抜けかけていた。前日までは正しく挿入されていた。胸腔ドレーン挿入部は固定テープを2ヶ所しており、マーキングされていたが、ドレーン挿入部はたくさんのマーキングがされていたため、どれが初回マーキングしていたものか不明であった。ドレーンの5 cm と 10 cm のところにマーキングされていた。	挿入部のマーキングが多数あり、どれが正しいのかわからなかった。	・マーキングは正しく行う。(変更があれば誰が見ても分かるようにマーキングする。) ・看護師もレントゲン写真を見てドレーンの位置を観察する。
【腹部ドレーン 2件】類似事例 14件			
18	術後ドレーンが6本と多く、腹腔内持続洗浄を行っていた。末梢の側管より点滴を開始しようとして持続洗浄ラインと似ていたために、間違えないように気をつけていた。ラインをたどって確認するマニュアルになっていたが、途中から目視で確認し持続洗浄されていた三方活栓から接続してしまった。回診に回っていた医師が発見した。患者には変化がなかった。	末梢のラインと腹腔内持続洗浄に使用していたラインが同じであった。	・末梢ラインを閉鎖式ラインに変更した。 ・ラインに目印をした。
19	回診時に左横隔膜下ドレーンの脇の漏れが多量にあり、腹帯・寝巻き、固定のテープにも排液汚染がある事を発見した。そのため回診後に寝巻き交換、固定部の包帯交換を行った。テープの浸出液で汚染が強くなり、固定も頑丈で素手で固定は取れなかった。そのため切り込みいれようと慎重にハサミを使用した。強い力を入れすぎてドレーンに傷をつけてしまい、そこから排液が漏れた。すぐに逆流防止のため医師に報告し、損傷部消毒した後、テガダームテープで3重に補強し経過観察するよう指示を受けた。排液、圧の漏れはなく、陰圧がかかっており、特に患者に影響なく経過した。	ドレーンの包帯交換を素手で取る事はかなり困難に思い、ハサミを使用する事を禁止されていたが慎重に行えば問題ないと思ってしまった。先輩に相談せずに自分自身の判断で勝手に行動してしまった。処置中に患者に話かけられて少し注意がそれてしまった。	・処置で困った時は自分ひとりで判断せずに必ず先輩に相談してから行動する。 ・ドレーン類の近くで処置を行う場合、ドレーンを傷つけてしまう可能性のある器具は絶対に使用しない。 ・J-VACの仕組みから、管を傷つけてしまうと逆向性感染リスクが上昇してしまうという危険性の意味を考える。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他 7件】 類似事例 22件			
20	下垂体腫瘍のため入院中の患者に対し、スパイナルドレーン挿入中であつた。準夜、深夜を通して3mLしか排出されていなかった。排液中に浮遊物があり、拍動も弱めであつたことから、患者の背部を確認するも屈曲部が見当たらなかった。同じ夜勤者の看護師に相談し、様子観察する事となった。夜勤から日勤へ申し送り、日勤者が患者の観察へ行ったところ、背部にドレーン屈曲があり、ミルキングにて流出をし始めた。	先輩看護師に相談するだけでなく、実際に患者のもとへ行き、一緒に確認できていなかった。ドレーンの拍動が弱い事や浮遊物があることから、閉塞や屈曲を考え、ミルキングや刺入部、背部の観察をきっちりと行うべきであつた。	・観察を密に行う。観察方法を確認する為、病棟内でカンファレンスを行った。
21	食事が終わりベッドのギャッジダウンをした際、三角巾がはずれて腰のほうに落ちているため直そうとしたところ皮下ドレーンが抜け出ている事に気付いた。食前、ベッドをギャッジアップした時には三角巾の中までの確認はしていないが上層ガーゼは汚染なく、排液の量も増えていた（この時は排液が30mLから40mLに増えているように見えた）のでドレーンは有効であると判断した。排液バッグを手持ちの紙絆創膏で固定した。ギャッジアップは電動ベッドであつたので横に立ち患者の様子を見ながらであつた。食後訪室時排液バッグの固定テープははずれていたがルートは十分余裕のある長さであつた。どの時点でドレーンが抜けていたかは不明である。	食事前にドレーンは有効（この時点では抜けていない）と判断したが、排液量の確認（正確な量を見れるように十分に垂直に出来ていなかった）や上層汚染の確認（三角巾の上から一方向から見ただけで注意深く後ろのほうにまで気を配ってはいなかった）が曖昧であつた。ギャッジアップ前に排液バッグの固定をする際、紙絆創膏で固定をした。ギャッジアップ後ルートは確認したが三角巾のずれがないかにまで注意を払っていなかった。その時点では確認したつもりが後で思い返した時にどうであつたかが曖昧なのは確認項目を確実に確認出来ていなかった可能性がある。	・ドレーンの固定はトランスポアで行う。 ・排液バッグの量の確認時は垂直にし誤差が少ないようにする。 ・上層汚染確認は確実にチェックする。 ・ドレーン挿入中、体位を変えた前後などドレーンだけでなく三角巾など固定に関するものにも十分に注意を払う。
22	手術室から病棟のストレッチャーへの移動時に、患者の背部に挿入されていたドレーンが、テープと共にシートに貼りついた状態であり、移動時に5人で移動をしたにもかかわらず、患者を確実に持ち上げる事が出来ず背部を引きずってしまった。	ドレーンの刺入部は縫合されていなかった（執刀医の方針で、ドレーン刺入部のガーゼを開放しないため）。	・ベッドの移動時には、十分な人員の確保を行い、実施する。 ・背部の創や、ドレーンのテープ固定について、移動時の安全が確保されるような方法を、スタッフと共に検討していき、医師とも糸針固定など、すぐ抜去されないような固定方法を検討する。 ・整形外科脊椎班内でドレーンの固定（縫合糸による固定）について検討中である。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
23	スパイナルドレーン挿入中の患者がCTより帰室した。別の看護師がドレーンの圧設定を行いこのときにドレーン解放後の髄液搏動を確認していなかった。体位を整えようと患者を側臥位にしたら、寝衣が濡れており、背部のスパイナルドレーンが切断されているのを発見した。	CTの移動の際ドレーンを体の下に敷いたまま移動させた可能性がある。	・移動の際には責任者を決めドレーンの名称とルートの状態を確認する。 ・ドレーンは必ず刺入部より末端部まで確認する。
24	スパイナルドレーン留置中の患者。ドレーンの高さや外耳孔の高さ調整を行うために体位変換を行った。その際、枕にドレーンがかかり、切断してしまった。医師に報告し、ドレーンを抜去し経過を観察した。	ドレーンの位置を体位変換前に確認できていなかった。	・体位変換を行う際には、ドレーン、点滴ルートなどの確認を行い実施する。
25	硬膜外チューブを固定する際、テープが長すぎたため医師より「切って」と言われた。患者の体位固定をしていたため、はさみを持つ手しか自由にならず、硬膜外チューブは医師が把持してくれた。いつものように、患者の首元でテープを切った。しかし、テープが半分しか切れておらず、残りの半分を切る際に、テープにチューブがひっついてきてしまったためにチューブと一緒に切ってしまった。	外回りスタッフとの連携がうまくいかず、体位固定をしているスタッフがテープを切らなくてはいけなかった。また、テープも切りにくく、二度もはさみを入れなければいけなかった。	・体位固定をしているスタッフがテープを切るのではなく、外回りのスタッフがテープを切った方がよい。 ・硬膜外チューブを固定する際は、患者の首元でテープを切るのではなく、頭側から下肢側へテープで固定する。 ・テープが長い場合は患者に触れないようにはさみで切る。
26	整形外科の手術後にSBドレーンが留置されていた。帰室時、SBドレーンの風船と吸引ボトルの切続面がマーキングされていた。1時間ごとにドレーンと排液の観察を行っていた。マーキング部分は風船と吸引ボトルの切続面ではなく、風船全体の輪郭をマーキングしていると思い込んでいた。1時間ごとにチェックしている際に徐々に風船がしぼんでいき、0時のチェックに明らかに小さくなっていたため、看護師に相談し一緒に確認を行なった。その際、マーキングの意味を取り違えていることに気付いた（マーキングの意味を取り違えていたため、本来よりも低い圧でドレナージされていた可能性がある）。看護師と共に風船をマーキングの部分まで膨らませ、その後、整形外科の当直医、小児科医に報告した。インシデントの前後で、排液量に大きな差はなかった。	SBドレーンについての知識が不十分であった。当病棟にドレーン留置の患者が少なく、知識や実践が不十分であった。日勤と夜勤勤務者の情報の伝達が不十分であった。	・ドレーンについての知識を深める。 ・実際に留置している患者を見る前には、手順や参考書を必ず目を通す。 ・不明であれば、ドレーンについての知識のある他のスタッフに依頼して説明してもらうようにする。 ・勤務交替時には、申し出るスタッフが確実にドレーンの確認を行なった状態で、次の勤務者に申し出るようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【部位不明 2件】 類似事例 20件			
27	イレウス管挿入予定の患者で、挿入後瘻孔造影を急遽行うことになり、ドレーン刺入部固定に使用されていたオブサイトを医師がはがした時に縫合が外れていることを発見した。造影の結果、ドレーンの位置にずれはなく再度縫合をして刺入部の観察がしやすいようにオブサイトで固定をした。	造影の結果、ドレーンの位置にずれはなく再度縫合をして刺入部の観察がされやすいようにオブサイト固定をした。オブサイトの上からでは縫合が外れているようには見えなかった。	テープをはがす際には縫合が外れてしまっていることも考え、ドレーンを押さえながらテープ除去をする。
28	他のチームの患者からナースコールがあり、持続吸引器の吸引圧設定がおかしいといわれたため訪室した。吸引器はコンセントが刺さったままで、圧設定がされていなかった。患者が、「先ほどまでコンセントを抜いてベッドを離れていた」と言ったため、電圧低下により電源が落ちてしまったのではないかと考えた。吸引器にぶら下げた吸引圧チェック板に「-7 cmH ₂ O」と書いてあったため、その通りに設定した。詰所に戻り、患者のチームの検温者と指示簿を確認したところ、1時間前に医師により、ウォーターシールに変更されたばかりであった。検温者は、そのことを把握していた（吸引圧設定して作動後、5分経過していた）。	確認不足、記録・記載不備、勤務多忙、当直・夜勤、同職種者間の連携不適切、思い込んでいた。	- 他のチームの患者の処置は、チームの検温者に確認するか、指示簿で確認してから行うようにする。 - 吸引圧チェック板の表示は、圧の変更があったらすぐ書き直す。 - 患者本人にも設定の変更などについて説明するようにする。