

	発生内容	背景・要因
101	CVカテーテルが自然抜去しており、輸液が漏れていた。1針固定されていた糸が外れていた。3日後のCVカテ交換時に再度針固定しようと思っていた。医師も積極的でなかった。	固定糸がはずれていたため、自然抜去は予測できたが、カテ交換日まで様子を見た判断の誤り。
102	モニターのアラーム音に気がつきAラインが表示されていなかったため訪室すると、Aラインが抜けていた。少量の出血があったが、止血していた。ワンショットプラスで刺入部を押さえテープで固定し当直Dr報告する。	体動が多く手足をよく動かしていた。その為Aライン刺入部をストックネットで覆い、その上よりレテラ帯でズレ防止に努めていた。訪室時をストックネット、レテラ帯はずれ、足首あたりにあった。ルートもレテラ帯に絡まっていたことから、体動によりズレ、引っ張られて抜けたのではない。
103	訪室すると静脈ラインのエラスターが抜けていた。直前に観察したときは固定はしっかりされていた。患者が手を強く引っ張ったとき抜けたという。再度入れ替えをした。	よく動かす右手に入っており、固定をもっとしっかりしておくべきだった。又患者指導も必要である。
104	体位変換をしていて、左側臥位にし、体の下の服のしわをとろうとして、服を引っ張ったらPEGチューブが抜けた。服をひっぱったとき、腹帯も一緒に引っ張り、抜けたと考えられる。	服を引っ張る前にPEGチューブの状況を確認していなかった。
105	鎖肛のため手術目的で入院している0歳児。絶飲食中でソルデム3Aを時間35mlで点滴していた。右足に留置し、シーネで固定し包帯を巻いていたが、激しく動いたためか固定していたシーネと包帯がズレシーネに引っ張られて留置していた針も一緒に抜けてしまっていた。出血、腫脹などは見られず。絶飲食中であり水分補給のために、医師にて再挿入される。その後、滴下良好で漏れなど見られず、点滴続行となる。	6時の検温の際に確認した時は固定がしっかりされていたが、体動が激しいにもかかわらず、その後の観察が行えていなかった。滴下のみの確認になっていた。

	発生内容	背景・要因
106	1時過ぎに検温を終了し、1時30分頃に、空気を注入して気泡音を聴取し、NGチューブの位置を確認後、母乳36mlの入ったシリンジを接続し、自然滴下で注入していた。2時前に残り約半分程度の所で、チューブが抜去されていないことを確認し、哺乳びんを片付けに調乳室へ行っている間に、固定のテープはそのままNGチューブが完全に抜けていた。母乳は10ml程残っていた。発見者は同勤務者で、肺音、呼吸状態を確認後、異常がなかったためNGチューブを再挿入し、栄養を開始した。	勤務の最初に検温を行った際、NGチューブの位置がマーキングとずれていないことは確認したが、しっかりとテープに固定されているかどうかの確認を怠った。経管栄養を開始する際も、気泡音でチューブの留置の位置は確認したが、やはりテープの固定までは確認しなかった。そのため、テープがゆるんでチューブが抜けやすくなっていることに気付かなかった。また注入中に、その場を離れたが、同勤務者に栄養注入中であることを伝えず、発見が遅れてしまった。
107	訪室時に胸部と病衣の前の辺りが湿っているところを発見した。IVHポートのガーゼの一部がはがれていたため中を見るとIVHポートの針が抜けており、補液が流れ出ていた。出血はなく、皮下への補液貯留も認められなかった。すぐに医師に報告、IVHポート部を消毒し再挿入となった。	2時間前、訪室時に洗髪、体位変換、吸引を施行したが、その際に固定のテープがはがれ抜けてしまったもので、体位変換後に挿入部の観察を十分に行わなかったことが要因であると考えられた。
108	CAB術後患者。手術後4日目、臥床したまま清拭、寝衣交換を実施する。寝衣交換時に右手（動脈ラインが刺入されている手：シーネ付）を寝衣（袖）に通す際、患者が勢い良く手を通した。すぐにモニター上動脈圧波形フラット、測定外になっていることに気付き、動脈ライン刺入部を観察したところ尺骨側のテープのはがれがあり、動脈内に刺入されていた針の2/3が抜け、屈曲しており、刺入部の腫脹を認めた。動脈圧波形より、動脈内より抜けていると判断し、すぐに刺入部を圧迫止血し、残りの針を抜去した。すぐに心外の医師に報告。	寝衣交換時に、患者に十分な説明を行わずに実施したこと。
109	患者よりパジャマが濡れてきたとナースコールがあり、確認するとCVが7cmほど抜けており、挿入部より点滴が漏れていた。	CVCの固定が確実でなかった。

	発生内容	背景・要因
110	パソコンに入力しようとしたらパソコンの上に MM 用のシリンジポンプが固定されていて入力出来なかった (17 時の MM を注入中だった)。シリンジポンプの位置を少し高くし、そのときルートがぎりぎりだったのでチューブの固定が大丈夫か見ながら動かす。しばらくして児の SP が低下したのでみると NGT チューブが 5 cm 抜けかけていた。主治医もその場において NGT を抜去し、気管内と口腔内吸引を施行するも何も引けず、その後 SP も上昇した。MM は 4 c c 残っていたが、指示で行かなかった。	NGT チューブがぎりぎりで抜去の可能性があったのに、確認が不十分だった。NGT チューブを止めているエラスチコンテープを押さず補強しなかった。延長チューブを足すかパソコンの位置を動かす (別の台にのせる) とかすればよかったが、しなかった。
111	経管栄養注入時、腹部に抜けた胃瘻用ミニボタンを発見した。ミニボタンの代わりにバルン 42Fr を挿入し、漏れが無いことを確認後経管栄養剤を注入した。	ミニボタンの使用期限が過ぎていた。バルンの老朽化。ミニボタンのバルンを確認する。
112	巡回時、NG チューブのテープが外れ、注射器の重さで、チューブが抜けてしまい、口の中でとぐろを巻いているのを発見。翌日透視下にて NG チューブ再挿入を行う。キャップをする代わりに 10 ml のシリンジを付けていた。シリンジがベッドサイドに垂れ下がり重みで抜けた。シリンジで代用するのではなく、蓋を用いる。NG チューブのテープも確認し、貼り替えを行う。	キャップをする代わりに 10 ml のシリンジを付けていた。シリンジがベッドサイドに垂れ下がり重みで抜けた。
113	昨日、挿管チューブの再固定を日勤帯で行ったとき、胃管チューブの再固定が行われていない事に気づいた。そのまま夜勤で引き継がれ気づいたのが少し遅く、軽くテープで仮止めし、後でしっかり固定しようと思いつつ、そのまま忘れてしまい、日勤帯へ申し送りを行ったところテープが剥がれており、胃管チューブが約 10 cm 程抜けていた。	持続鎮静剤投与中で、抑制もしているため、後で再固定をし直してもよいだろうと安易な判断をしてしまった事が事故の原因につながってしまった。すぐに仮止めなどせず固定していたら、予防できていたことだった。
114	30 分前までは問題なかったが、30 分後 CV ラインの縫合はかかっているが、先端から 10 cm のところまで抜けていた。	固定もされ、自己・自然抜去もなくテンションもない。何らかのテンションがかかったのか不明である。

	発生内容	背景・要因
115	17時の体交の時、左側臥位とる際患者に あうように呼吸器のアームの位置を動かそう とした時にアームが硬く少し力を入れて動 かしてしまい、挿管チューブが21cmで固 定されていたのが、テープもはがれ、見た目 5cmほど抜けてしまった。(テープの固定 は皮膚が弱いためビジタームを貼った上か ら固定していた。) カフ圧は、確認したが声 もれ SpO2 の低下 (100%→80%台) を認 めたため、ドクターを呼び診察してもらい再 挿管となった。	呼吸器のアームを動かす際、回転 コネクター部分をつけたまま行っ たこと。
116	長期留置型中心静脈カテーテルが1cm程抜 けかけているという情報があったため、観察 していたが、皮膚が弱いため固定のテープを 補強することなく観察していたが、朝になっ てさらに抜けていることを患者より知らさ れた。	新人教育の問題点 (皮膚が弱いた め固定テープを補強せずそのまま 観察したことは判断の誤り)
117	手背部よりシリンジポンプで薬液を持続投 与中、申し受け後刺入部の確認を行ったが、 やや黒色になっておりあざかと思った。1時 間半後に確認したとき、拡大していたため抹 消ラインをすぐ抜去し、ラインの取り直しを 行った。ナファモスタットの持続であり、漏 れにより炎症を起こす可能性があった。	夜間の申し受け後暗がり照明を 落とした状態で確認をしていた。 黒色の皮膚を観察したとき、あざ と自己判断してしまい前勤務者に 確認しなかった。全身状態の悪化 でスキントラブルを起こしやすい 状態であったが、ライン刺入部 も同様と取れなかった。
118	水頭症・低出生体重児 (1078g) の患者で、 左下肢より末梢静脈ルート、右下肢より PI カテーテルダブルルーメンが入っていた。患 者は尿量減少傾向にあり、TPも低く、末梢 浮腫が認められた。浮腫増強とともに、ル ート固定テープの圧迫が認められたため、少 しずつテープを緩めながら観察していた。23 時のチェック時に右下肢が少し赤味を帯び てきたように感じたが、テープによる圧迫と 考えそのまま様子見た。0時は忙しくてカテ ーテルの先端部付近の観察は行わず、1:50 に深夜勤務者が、右下肢全体がパンパンに腫 脹しているところを発見。	23時のチェック時に、いつもと違 うと感じながらそのまま自己判断 してしまった。また、おかしいと 思えば余計に小まめな観察が必要 であることが、わかっていなかった。 イノバン・カルチコールとい ったメニューに対しては、循環動 態に影響があったり、漏れたら組 織が壊死を起こすので、より観察 が重要である。

	発生内容	背景・要因
119	鼠けい部に留置してあったPIカテーテルがもれ発赤、腫脹が認められた。2時 5時に経時的に観察していたが、9時に日勤への申し送り時に発見した。	新生児であり、短時間であっても点滴が漏れやすい。手で触れて観察ができていなかった。
120	動注IVHポートのヒューバー針の固定が上手くいかず、皮下に漏れた。	患者の身体的な特徴、ヒューバー針の形状などの問題。
121	訪室の際に、点滴が落ちていなかった前腕部が著名に腫脹していたので抜針し、温湿布を行った。	点滴の落下状況のみではなく刺入部位の観察を怠った。
122	準夜帯より滴下不良にて様子観察していた。(逆血あり)深夜勤交代時にIVH挿入部をテガダーム貼布し入眠される。3時訪室時にテガダームが半分程度剥がれ頸部から右肩にかけて腫脹、熱感が認められた。	IVH挿入部を痒みのためガーゼにてしばらく固定していた。挿入の長さを確認することが不十分であった。
123	14:00開始予定の蛍光眼底造影検査のために、右前腕接骨静脈に、22G翼状針で患者は座位となり検査台の方を向いたまま、私は患者の右ななめ手前に立ち、血管確保した。血液の逆血もあり。生食を2ml注入後、腫脹・疼痛なかったが、造影剤を10秒かけて注入した所で、腫脹あり。検査を一時中断し、医師に報告し診察してもらった。残3mlで穿刺し直して検査を続行して終了した。患者は右前腕が点滴漏れにより腫れがあった。疼痛も軽度あったが、軽減する。皮膚の熱感・変色はなかった。フルオレサイト1A 5mlを血管確保後に注入した。	検査につくのが2回目で緊張していた。注射中の観察不足。造影剤を時間をかけて注入することに気を取られていた。
124	化学療法中の患者様の点滴を開始して2時間過ぎた頃に滴下速度が遅くなった為、抗がん剤のルートをクリックし電解質輸液のみを滴下させて様子を見ていたところ腫脹してきた為抜針した。	観察不足静脈留置針の固定が不十分。

	発生内容	背景・要因
125	8月5日主治医が血管確保し、リツキサン入り24時間終了後、9時からソリタT1500ml接続。逆血良好であったが、10時から生食20ml+オンコビン1.9mgルート・生食20ml+ナゼア0.3mgルート後、生食100ml+アドリアシン70mgルート開始。11:15から生食500ml+エンドキサン1050mgを3時間ペースで滴下させていた（輸液ポンプは使用せず）。抗がん剤ルート時から頻回に刺入部の観察を行っていた。11:40確認時滴下良好で、刺入部の腫脹なし。本人の疼痛や腫脹の訴えは無かった。	ルート確保時、テープ負けがあるため、固定力が弱い優肌絆での固定を強く希望され（今回で3回目だが、ずっと優肌絆であったとのこと）、施行した。固定力が弱いという知識はあったが、毎回使っていて漏れていないという本人の言うことを信じた。心配であった為、その上から弾力包帯で固定はしていた。・当病棟には優肌絆の1インチを採用してなく、細いほうの優肌絆を使用した。他病棟に借りるべきであった。・治療に慣れていることもあり、トイレ以外にも歩行することが多かった。
126	サーフローで点滴繋いで化学療法行っていたが、漏れてしまった。	化学療法するとき点滴漏れ時の対応を作る。特に点滴漏れを起こす問題となる薬品の確認。
127	輸液ポンプ使用し抗がん剤（パラプラチン）を投与していた。点滴終了し、KN3Bに交換しポンプをはずし自然落下にしたところ滴下不良だった。刺入部を観ると約2cm大に拡張があり、逆流もみられなかった。点滴をクランプし医師に報告。医師の指示で点滴抜針。腫脹部をクーリングして様子観察とした。30分毎の観察は行っていたが漏れには気付かず患者様からの訴えもなかった。	観察不足。
128	13時に医師によってルート確保 15時から抗癌剤の点滴を実施するように指示を受ける。14:30バイタル測定の為訪室した際に刺入部の確認をするが漏れは見られず。15時抗癌剤の点滴を開始しようと訪室し刺入部の確認をしたところ発赤・腫脹見られる。点滴を中止し主治医の報告反対側からルートをとりなおし、ケモ再開す。漏出部位はルートを抜去氏指示のクーリングを行った。	刺入部の観察が不十分であった。患者様自身にも漏出があった際に起こりうることの説明がしてあったかどうか定かではない。

	発生内容	背景・要因
129	朝より化学療法（CHOP）を左前腕の末梢ルートより施行していた。11時45分にアドリアシン終了し、その日の部屋の担当者と共にダブルチェックにて点滴確認し、逆血を確認後エンドキサン1000mg+PS550mlを追加した。その後10分後にナースコール有り、刺入部の痛みあり腫脹みられた為、点滴の点下を止めたとの報告をメンバーより受けた。（点積39）すぐにDrへ状況を報告し、診察後Drより直接皮膚科へ連絡とり、冷却し症状改善しないようなら皮膚科受診との指示が出て、冷却した。	追加時に逆血は確認し施行したが、その後何らかの原因により刺入部の漏れが生じたと考えられる。
130	持続点滴中の患者でテガダームがくもっていたのに気づいた。末梢消毒しシーネをはずすと刺入部周辺に水泡、手掌には膿が詰まった泡、指間には糜爛があった。	シーネ固定による通気性が悪くなり湿潤したことに観察不足、皮膚の弱い児に対するケアの不足があった。
131	動脈ラインの固定の下テープ固定部の褥創形成。	浮腫により軽度の圧迫で皮膚損傷を起しやすかった。
132	注入時滴下が悪く白湯を通し確認調節する。その時、ギャジアップを忘れ退出する。他のスタッフが訪室した時、注入が終了していて、嘔吐していた。	注入速度が速すぎた。注入時ギャジアップされていなかった。患者観察不足。
【排出】		
133	「ドレーンからの排出量が150mlに達したらドレーンクランプする」という指示を見落としした。22時に150ml以上になったがクランプしなかったため24時までに170mlの流出となった。	緊急入院がありかなり焦っていた。まれな指示であり見落としした。
134	脊髄ドレーンからの流出量を測定した後、廃液パック側のクレンメを開け忘れていた。サイフォンに髄液が貯留し回路が不潔になったため医師により交換された。	重症患者が多い上、手術患者が帰室するため焦っていた。目で見て、声出し、手で触れての確認作業を省いた。

	発生内容	背景・要因
135	開頭内外減圧、脳室ドレナージ術後、1週間目、深夜帯に脳室ドレナージ量の増加 10 ミリットル/時間が準夜帯から観察した。神経サインと術創、ドレン、クランプ含めて問題なしと考えて経過観察した。日勤最終の CT 出しの時、クランプがかかっている解除されていなかった。そのためドレン内が陰圧となり、ドレン廃液がすすんだ。	24 時の時点で排液が 200 ミリットル/日、以下で安全域だったし、自分の目でクランプを含めて確認したのに見落としした。
136	患者が起き上がったためドレナチューブのクレンメとコッヘルでダブルクランプした。患者を臥床させた後クレンメを開放しそばを離れた。20 分後に他看護師がコッヘルでクランプされたままであることを気付いた。	ドレナをクランプした後などは再確認することになっているのに確認を怠った。
137	患者はスパイナルドレナが挿入されていた。午前中に全身清拭を施行すると、仙骨部に発赤があった。長時間仰臥位をとるのではなく、少し側臥位をとったりして長時間同一体位をとることを避ける必要があると患者、家族に説明した。昼食後に訪室すると患者はギャッジ坐位となっていた。ギャッジダウンしてバイタルサインを測定した後、ドレナを開放して退室した。1 時間後、患者より頭が痛いとの訴えがありリーダーが訪室するとベッドの頭部があがっており、ドレナは開放されたままだった。血圧も上昇しており、主治医に診察された。	確認不足。患者や家族に対する説明が不十分だった。
138	CT 検査後脳槽・脳室ドレナを支柱にセットしたが、エアマットが完全に膨らんでからドレナを開放することにした。その後、中心静脈圧測定のため水平仰向臥位にしたので圧設定しなおし、その動作の流れでドレナを開放した。しかし、サイフォントップのクレンメを開放していなかったため脳槽ドレナから多量に廃液し始めた。	中心静脈圧測定の一連の流れでドレナを開放したため確認が不十分であった。支柱にセットしてからドレナ開放までの作業を中断した。

	発生内容	背景・要因
139	スパイナルドレーンから薬品を髄注したあと、クランプすべきところをクランプし忘れた。	髄注の介助にはじめてついた。わかっているつもりで確認しなかった。
140	間欠持続吸引の設定変更に関して、設定変更が判らず、ロングチューブをクランプし、器機を外して設定行い、戻す時にクランプを外し忘れた。	器機に関する知識不足。患者観察不足。ロングチューブから外し、設定を行った。
141	オペ前処置として本日の昼の指示でマグコロール内服がでていた。このため12時にマグコロールを作成し、患者に内服してもらう。オペに備えNGチューブを挿入管理中。マグコロールを内服した際NGチューブをクランプせずに開放のままにしていた。このため、内服したマグコロールが全てチューブから流出していた。転棟時、転棟先の看護師がNGチューブからの排液の多さに対し質問あり。12時にマグコロール内服時クランプしておらず、NGチューブよりすべて排出されていたことに気付く。	経験が少なく、NGチューブ管理が十分ではなかった。
142	手術後腹腔内にSBチューブ挿入、チューブより薬液を注入後クランプして帰室。OP室看護師より申し送りがなく、また、通常クランプしないため、開放を忘れていたと思い確認せずに開放した。医師とOPについて説明時に間違いが判明した。	OP室看護師との申し送り不足。開放忘れと思い込み確認せずに開放していた。
143	気胸のため胸腔ドレーンが留置されていた。本日よりウォーターシール許可あり。夜勤帯多忙であったのと、患者様本人が病室に居なかったため、あさ、観察ができず。患者様は、そのまま朝食後に乳癌術後の内照射に出室されていた。しかし、胸部不快感訴えられ、病棟に戻られたため、訪室すると、胸腔ドレーンが15cm程度固定のテープより位置がずれ、抜けかかっていた。	胸腔ドレーンの固定の確認がきちんとできていなかったため、気付くのが遅れた。固定はテープ3枚の固定になっていたが、粘着面がずれていたため、きちんと固定がされていたか、いつからずれていたかは不明。

	発生内容	背景・要因
144	食道亜全摘3領域郭清術後6日目、患者様には、IVHトリプルルーメン、シリンジポンプ2台、胸腔ドレーン、胃ろうチューブ(HAMAにつながっている)がついていた。一人でベッドサイドのポータブルトイレへ2回移動されていた。移動後、硬膜外チューブ以外のルートは、刺入部から確認したが、硬膜外チューブは確認しなかった。訪室時、3回目の移動しようとしていた為、介助したら、硬膜外チューブが根本から抜けているのを発見する。	フィクソムルが、下からめくれあがっていた。患者様は時々ギャンジアップで坐位になっており、体がずり落ちていることがあった。その際、固定がしっかりされていなかったためフィクソムルがはがれてしまったと考えられる。
145	トロッカーカテーテル挿入中の患者が洗面所へ行ったあと、カテーテルが抜けていることに気づき報告があった。夜間、カテーテルのテープ固定はできていたがナートの確認はしていなかった。患者からチェストドレーンバックまでのルートが短い印象を受けていた。洗面へ行った際、カテーテルへの負荷はなかったと言われていた。来棟中のDr.へ報告し診察後、消毒しガーゼで圧迫固定された。呼吸苦なくSpO2も高値キープできていた。主治医へ報告しトロッカー再挿入となった。	ナート・テープ固定が不十分であった。ルートのゆとりが少なかった。
146	レントゲン撮影後、固定のテープは残ったまま胃管(減圧チューブ)のみが全部抜けていた。	術後頸部の安静を強いられており、レントゲン撮影時頸部に気を取られ、ドレーンが引っ張られるような位置にないかの確認が出来ていなかった。更に、挙上するした際も頸部が伸展した為、頭を支える事だけで一杯になっていた。
147	患者は日勤帯でドレーンを3cm程抜いてドレーン先端の向きを変える処置を受けていた。20時頃に観察した時、胸腔ドレーン刺入部にマーキングなく、ドレーンがズレているかどうかの確認ができなかった。しかし管内の排液及びチェストドレーンバッグの水封部が呼吸に合わせて上下していた為、しっかり入っているものと判断した。	マーキングがされていなかった。ドレーン自体がナートされていなかった。夜勤者は刺入部の状態を自分の目で確認していなかった。

	発生内容	背景・要因
	23 時頃患者本人が話所までドレーンが抜けたこと報告しに来た。洗面室にお茶を入れに行ったところ、何もしていないのに抜けたということだった。創部のガーゼは排液で黄色くなっていた。	
148	脳室・スパイナル灌流中の患者であったが、観察時には、異常を発見できなかったが、その後、頭部の下が湿っているのを発見ガーゼをめくったところ、脳室ドレーンが抜けていた。	チューブの固定のゆるみ。
149	脳槽ドレーンの廃液量は2時間毎に測定しており、その際、圧設定等は確認していた。しかし、ドレーンチューブをたどって頭部の観察はしていなかった。次勤務で脳槽ドレーンを抜去しようとしたところ既に抜けていた。	ドレーンチューブをたどっての確認をしていなかったので頭部のガーゼ汚染の有無に気づかなかった。
150	胃内吸引をしようとしたが胃管がすべて抜けた状態であった。胃全摘の既往があり主治医により透視下で再挿入を行った。	クランプのためにコッヘルを使用していたことコッヘルによる固定が不適切で重みにより抜けてしまった
151	体位変換しようとしたときに右頸部から挿入されていたFDLカテーテルが抜けているのを発見した。固定の糸が切れていた。患者様は重症の為、自己抜去出来る状態ではなかった。	自己抜去は考えにくい為、縫合糸がゆるみ自然抜去されたと考える。ガーゼ交換時に縫合糸まで十分に観察できていなかった。
152	両側に腎瘻カテーテルが挿入されている患者の、左側のカテーテルが抜去された。2時頃訪室した際、濡れているとの訴えがありガーゼ交換をしたが、この時8cm挿入されていたカテーテルが6cmになっていた。4時過ぎ、患者より「トイレに行った時に少し何かに引っ掛けたような気もするが、挿入部に違和感はない」と言われ、確認すると抜去していた。バルンは萎んでいる状態であった。固定しているテープは尿で汚染され、剥がれていた。数日前より、挿入部がやや大きくなってきている傾向があった。	カテーテル挿入時の観察や伝達など、業務手順やチェックの仕組みの問題。

	発生内容	背景・要因
153	右気胸でトロッカーカテーテル挿入しているが改善傾向でクランプ中であった。2時体位交換、おむつ交換時異常なし。4時体位交換しようとした折、接続部の外れに気づいた。吸引再開し酸素投与にて状態改善した。	接続部を体幹に固定してなかった。接続部より身体側でクランプしておかなかった。体位交換時、リートを患者の手から遠ざける位置に置かなかった。
154	筋力低下のある患者のポータブルトイレへの移動介助を行った際に脊髄ドレーンの接続部が外れた。	ルートを手繰り寄せ切断防止にばかり注意しすぎ、背部の加重に気づけなかった。接続はずれの予測ができなかった。
155	I C Uより転入患者のライン整理を行っていた時、突然ドレーンのアラームが鳴り、接続はずれているのに気がついた。	ドレーンがつながっているのは確認したが、ロックがかかっていたかは確認しなかった。
156	胃瘻の接続部が外れ、栄養がリネンにこぼれているのを準夜スタッフが発見した。	注入後の点検確認不足。患者様の体動にて接続が緩んだ。
157	がん性胸膜炎で胸腔内ドレーン挿入中、接続部はずれているのを発見した	医療・歯科医療用具（機器）・医療材料の採用や保守・管理の問題点。
158	（右THAOP後）18時10分訪室すると、ポータイナー接続部から出血している。シーツまで15×20cm出血し、汚染している。接続部はテープ固定してあった。すぐにリーダーに報告。テープをはがすと、一本チューブが抜けていた為チューブをコッヘルで止め、清潔ガーゼで覆う。18時15分主治医に報告する。18時20分主治医来棟あり、接続部が抜けていることを確認される。消毒し、再度接続する。看護師は再度テープ固定を行う。その後、外部への出血はなかった。	16時30分OP室より帰室し、この時テープ固定するが、特に異常は見られなかった。17時30分準夜看護師の観察時にも出血はなかった。患者・家族が引っ張ったということもなかった。医師もしっかり接続したとのこと。
159	患者よりナースコールがあり、訪室すると延長チューブとマニフォールドの接続が外れており、シーツとパジャマが輸液で少し濡れていた。アルコール綿花で清拭し、接続する。	延長チューブとマニフォールドの接続が外れた。30分前に巡視したとき異常は無かったが、接続部位が緩んでいないか確認はしていない。

	発生内容	背景・要因
160	呼吸器外科の患者様の手術終了後、胸腔ドレーンを接続するように指示されて、術野からおりてきた接続チューブを低圧持続吸引器に接続したのだが、滅菌蒸留水が入っている方のコネクタに接続したため、持続吸引出来ていなかった。そのまま胸部レントゲンを取ったあとに吸引できていないことに他のスタッフが気づき、接続の部位が間違っていることに気付いた。	手術が終了した直後で慌てていて、きちんと接続の位置を確認しないまま接続してしまった。
161	冠動脈バイパス術後、2日目病棟帰室。両胸腔にドレーン挿入中であつたが、排液抽出口にドレーンが接続されていた。	確認不足であつたが、不慣れであつた。
162	胸腔ドレーン挿入の介助に付く。低圧持続吸引はしないが、メラDバックに接続した。その際メラサキューム本体吸引ポートとドレーンポートを誤り接続したが、医師が直ぐ気が付き、直し、患者への影響はなかった。	知識があやふやで何となく分かっているところがある。正確に理解されず、操作ミスにつながる。医師と接続の段階で確認しあっていない。ベテランだが勤務交替してからの職場内教育が不十分であつた。
163	3mmトロッカー先端が挿入時、屈曲した。	間違いはなく、トロッカー自体の問題の可能性あり。3mmトロッカー先端が挿入時、屈曲した。
164	腎機能検査のために入院している児で、検査のためにオールシリコンフォーリーカテーテル（6Fr）が挿入されていた。児がベッド上で遊んでいる時にメタリーに接続されているチューブを児が踏んだため、そのはずみでカテーテルがひっぱられてしまい、チューブからカテーテルへ移行する部分の細くなっている部分がちぎれてしまった。その部分からバルン内の蒸留水は抜けていたため、そのままカテーテルを抜去し、医師に報告した。その後、バルンカテーテル再挿入となった。児に異常はみられていない。	カテーテルがねじれていた。チューブを踏んでしまったために、カテーテルの細い部分に必要以上の圧力がかかってしまった。
165	術後の創部へ心のう胸骨下、左右胸腔へJバックドレーン留置のまま病棟帰室。バック内の廃液を捨て、バックを陰圧に直すもすぐ膨らんでしまった。ドレーンの接続部を確認	ドレーン固定時、歩行時、坐位保持時、ドレーンルートが屈曲しやすく、常に屈曲している状態が長いので、ドレーンのルートが破損しやすい状況だった。

	発生内容	背景・要因
	すると、ルートから 10cm のところで廃液が漏れていた。	
166	5月27日16時に腰部SBドレーンのバッグがいっぱいだったので、排液をするためにクランプし、排液した。キャップを消毒して蓋をし、陰圧にするためにバルンをふくらました。翌日の日勤帯で発見される。医者に報告し、下肢しびれみられず、動きに変化みられないため経過観察となり、病棟師長に報告する。	SBバッグの仕組み、排液に関する手順を正しく理解できていなかった。
167	16日の6時SBチューブの排液を廃棄し、その後日勤、準夜でも増量なく、17日7時訪室するとクランプしたままになっていた。すぐ開放し患者の苦痛も、ガーゼ汚染もなし。	チューブ類の確認の仕方。
168	OP後患者のSBチューブが、閉塞した。	ミルキングの回数不足。
169	Jバック使用の患者の廃液を行った後、陰圧をかけなかった。	Jバックの取り扱いの認識に間違いがあった。蓋をすることで陰圧になると思いこんでいた。
170	バルーンカテーテルの号数を申し送りがあったにもかかわらず、太い号数の物を使用してしまい、尿道損傷してしまった。	バルーンカテーテルの号数が太すぎた。申し送りが不十分だった。粘膜が損傷しやすい、患者だった。
171	研修中で自己血回収をする患者を担当していた。回収終了時、指導担当看護師は他の業務で離れていたため、他の看護師に回収後の血液施行方法について確認した。その際に、説明してくれた看護師は施行方法及び、これで終了と思い終了方法を説明、実施してくれた。指導担当看護師が訪れた際、出血量が100ml/時を超えていたこと、また本来、主治医の指示の元、回路を破棄するが、確認がとれていないことを発見しインシデントが発見された。	研修中であり、まだ知識が十分でなかった。担当看護師でなく他の看護師に確認したが、十分に確認内容が伝わっていなかった。

	発生内容	背景・要因
172	術後、Jバックが挿入されていた患者に、陰圧で管理しなければならないのに、陰圧がかかっていない状態に気がつかなかった。4～5時間前に廃液をした。その後陰圧をかけていなかった。	観察不十分。陰圧のかかっている状態がどういうものなのか把握しきっていなかった。(知識不足)
173	脳室ドレーン右 20 H20、左 15 H20 でドレナージをかけていた。15 時の体交後、看護師 2 人でドレーンの圧を声に出して確認した。16 時前 Dr による包交介助についた。その後、クランプの有無は自分の目で確認したが、ドレーンの圧設定までは確認しなかった。16 時 40 分頃、準夜との勤務交代時、準夜の看護師によって左のドレーンが 21 H20 に設定されている事に気付いた。Dr に報告したところ、包交時には、設定を変えたりなどしていないとのことだった。	圧設定の表示を固定するのに、洗濯ばさみではさみ、上から収縮包帯でついていた。収縮包帯は伸縮性のあるものであり、引っ張られて固定がずれた可能性が考えられる。15 時のチェックをした時、本当にきちんと確認できていたのか？看護師 2 人で確認したことで相手に頼って、確認したつもりになってたのではないか。確認時、左右の圧設定を間違えて認識した可能性あり。
174	18 時の排液量が 8 時より増えていない。排液ボトルに「排液すてずに量チェックして下さい。開放禁止」と書いてあった。ドレーンがクランプされており、ガーゼ汚染があったため、疑問に思い日勤担当者に確認した。S?B ドレーンの圧は半圧の指示はあったが他の指示はなかった。Dr に半圧で終日開放の確認をした。	「開放禁止」が排液を各勤務帯で廃棄しないという意味だが、チューブ開放禁止ともとれる。日勤Ns は朝 S?B ドレーンの圧・排液量は確認したがクランプについては確認していなかった。又、他に業務で朝以降の排液量の確認をしていなかった。
175	スパイナルドレーンをクランプし朝食介助し、終了時開放しようとしたとき、回路のチェンバーが髄液でいっぱいになっていた。クレンメ、コッヘルでクランプはされていた。	危険行為のある患者のため、患者に気をとられており、ドレーンを見ていなかったため、髄液が流出していることに気づかなかった。
176	スパイナルドレナージ挿入中で頭部の挙上制限のある患者が、ベッド上座位となっており、サイフォン内に髄液がたまっていた。	意識障害があり、安静の必要性が理解できない。そのためタッチガード装着しモニター監視もしていたが、タッチガード装着のまま起き上がりができる状態であった。日勤でも起き上がりがあったのに対策が変わっていなかった。

	発生内容	背景・要因
177	ドレーン挿入してある患者の観察を2時間ごとに行っていたが最終確認の際、電源がOFFになっていることに気がついた。いつから電源が切れていたかは不明。	吸引圧しか見ていなかったため、コンセントなどを見ておらず、確認不足が原因。
178	バルーンカテーテル用の蒸留水を準備する際、間違えて生食を吸ってしまい、導尿を実施した。その後、他の看護師に指摘され（生食の空のンプルが残っていた）気がついた。	薬剤準備時の基本的確認ができていない。
179	呼吸器の患者に胸腔ドレーンを挿入するため、吸引器本体に水を注入しようと思い、水道水を入れようとしたところ、他看護師に滅菌水を入れるよう指摘され過ちに気付いた。	思い込みのまま、行動を起こしていた。常に清潔・不潔を考えて、行動を起こしていなかった。
【その他】		
180	人工呼吸器使用患者。カフ・ボアカレート付き気管カニューレ使用中。カフ圧24。ナース2人で洗髪しようとしてベッドサイドへ行った。側臥位時で、気管カニューレの固定バンドの下の頸部が皮膚障害を起こしているのに気付いた。固定バンドをはずし、清拭し、反対側の頸部の清拭もしようと、背部の枕をはずし、仰臥位にした時、気管カニューレが人工呼吸器の蛇腹に引っ張られて、抜管した。	気管カニューレの固定バンドをはずしているときに、患者のカニューレを固定せずに患者を動かしている。介助中のナース2人の片方がカニューレを押さえておくべきだったが、どちらが行うか声を掛け合っていなかったため、2人とも固定していなかった。カフ付きカニューレであるから簡単には抜けないと安易に考えて、注意が足りなかった。
181	2/26、11:50 臥床中の患児が激しく首を横に降ったり、手足を動かしたりし、S a O ₂ が40代まで下降した。受け持ち以外の他のスタッフ2名がその状態に気づき、一人は上肢の抑制、もう一人は、アンピューバックにてS a O ₂ の改善を試みていた。S a O ₂ の改善がなく、主治医と共にほぼ同じ時間にベットサイドに行き、児の観察をした。主治医が、聴診し、肺にa i rが入っていないことに気づき、気管カニューレを確認したところ、カニューレが抜けていたため、すぐに再挿入する。再挿入後は、S a O ₂ 290代に上昇し、児の状態も安定した。	児の体動が活発になり、首を横に振ったことで、気管内カニューレが抜けやすい状態となった。

	発生内容	背景・要因
182	家人よりコールあり、気管チューブがバイドブロックとともに浮き上がっていた。肺音聴取し、固定しなおしたが SPO ₂ がダウンした為当直医コールして再挿管となった。	救急外来での挿管の固定が十分でなかったその観察、早期対応ができていなかった。
183	人工呼吸器のアラームが鳴り、近くにいた看護師が訪室するとカニューレとの接続部が外れているのを発見した直ちに接続をし直した。	時々むせこむ動作があつたりしていたため、訪室時には、接続部位の確認と蛇腹などに余裕があるか確認をしておけばよかった。
184	9:00 ミルク注入後、ぐずって喘泣あり。しばらくあやしていたが、首や身体を大きく振り、挿管チューブ内に痰が吹き上がり、確認のため吸引。多量に吸引できたが発声あり、すぐに医師を呼んだ。(SPO ₂ ・98%、チアノーゼ(?)) 医師が来訪され、診察の結果レスピレーターと同調せず抜けているかもしれないということで抜管。酸素テント30%準備。(その間はアンビューにて酸素投与) SaO ₂ ・95~96%維持可 9:40~酸素テント開始 SaO ₂ ・98~99%。そのままテント下で管理となる。	挿管チューブの固定テープは貼ってあったが、激しい体動に備えてもう少し頑丈に固定すべきであった。吸引時も暴れる場合は複数のスタッフで行うべきであった。
185	未熟児にて入院中の男児(1ヶ月)。6月2日午後11時頃体動にて気管チューブ抜去となる。呼吸器アラームにて看護師発見。再挿管となる。患児の状態変化なし。バイタルチェック、吸引処置後、腹臥位(左)とし鼻注施行、鼻注後は入眠していたが。体動にて抜管となった。	レントゲン上挿管チューブの固定位置が浅かった。上肢の抑制はしていなかった。

	発生内容	背景・要因
186	呼吸器装着患者の気管カニューレと回路フレックスチューブが外れ、アラームがなった。ネブライザー吸入後のため喀痰が多く、外れやすい状況にあった。看護師は当該病室から離れた所にいたため、アラームは聞こえなかった。看護助手が気づき再装着した。	看護師は一室に集中してケアをしていた。ネブライザー吸入後状態観察不十分であった。
187	人工呼吸器のアラームが鳴っているので看護師が駆けつけると、カニューレとフレックスチューブが外れ、患者がチアノーゼを呈し、ぐったりとしているのを発見した。すぐにアンビューで蘇生対応し、数分でチアノーゼ消失、SPO2も90%台に回復した。	当日は、入浴日で忙しく、手薄であった。個室の患者は15分毎の観察というルールはあったが、守られていなく観察不十分だった。又、カニューレとフレックスチューブの接続部を固定する対策をとっていなかった。
188	分娩進行中、陣痛発作時に胎児の心音が低下するため、酸素マスクを使用していた。しかし、その酸素チューブの接続部が外れたため接続し直した。2~3分後接続部から水が上がってくる音がし、医師に接続部を確認するよう指示され確認したところ、加湿のためのチューブに酸素チューブを接続していた。	酸素チューブをどこに接続したら良いのかを充分確認せずに接続してしまった。
189	酸素0.5リットルで吸入している患者のカヌラが吸引チューブに接続しされていた。トイレ移動をした。	酸素ポンベに加湿を接続してトイレ移動介助をしたが、申し送り後訪室するとすでにベッドに腰掛けカヌラを装着していたため接続までの確認ができていなかった。
190	透析回路を、脱血側と返血側とを逆に装着し透析施行。透析終了時他のスタッフが、回路が逆になっているのを発見。	脱血・返血の確認を思い込みにより怠った。穿刺介助時、接続先を十分確認せず手渡した。穿刺チェック時に、テープが剥がれ出血の有無に注意したものの、A・Vの再確認が出来ていなかった。
191	透析液準備において、A・B原液を準備しA洗浄口のコネクターをBタンクへ、B洗浄口をAタンクに接続しサンプリングに異常値がでた、コンソール変更を行い、再度液を採取し測定した、透析開始が遅れた。	少し緊張していた確認不足、透析が開始され1ヶ月半で3回目の担当だった。

	発生内容	背景・要因
192	接続が静脈側と動脈側と逆だったが、回収時に発見された。	確認不足。
193	人工血管の患者さんの AV 接続間違い。穿刺者と開始者が別々の人が行った。「ディスプレイが付いている方が静脈」と思い込み接続し開始したら静脈圧が上がり警報が鳴って気付いた。技師により接続交換し再開した。	新人教育の最終チェック情報の伝達不足。
194	透析を行うために ME 技師が穿刺した。看護師が接続の回路を A 側、V 側と声に出して渡した。透析を開始して他の看護師と ME 技師が回路のチェックを行い、A 側と V 側が反対に接続されていることに気付いた。すぐに正常の回路に戻し透析を施行した。	患者様それぞれの A 側と V 側の絵を見て穿刺、接続をするルールを守らなかった。
195	透析開始後の 1 時間点検で、透析液が AV 逆に接続されているのに気付く。直ちに接続し直すした。	AV の接続が間違えても刺しこめる構造になっている。
196	酸素チューブと胃チューブの接続間違い 16:05 入浴後、居室ベッドで寝ている Y 患者の髪をドライヤーで乾かしている時、患者家族より。「ポコポコが出ていないわよ」と酸素流量計を指して言われたため、急いでチューブを繋ごうと思い、確認せずに胃管チューブを酸素流量計に繋いで、次の入浴後の患者のシーツ交換、髪を乾かすため、他の病室へ移動して作業した。(CW) 16:10 「お風呂より戻りました」と CW より報告を受け、Y 患者の病室を訪室、酸素チェックをしたところ、胃チューブが酸素接続部に接続されていた。	チューブにキャップがついている事に“酸素流量計に繋ぐ時しないことだ”となんともなく思いながらも看護師に確認しなかったこと。患者は胃チューブを鼻から挿入、O2 カニューラも使用して酸素吸入を行っていたが、酸素を示す緑色を確認しなかったこと。入職間もないスタッフで、医療器具使用時の注意事項を十分に理解していなかったため。

	発生内容	背景・要因
197	低カルシウム透析のプライミングを行っている時に、A剤とB剤を誤って接続した。透析液とバイカーボ液圧が5分たっても正常に作動しないため反対に入れている事がわかった。機械をリセットし、洗浄10分行い液置換に入力し、正しい補正してからA剤と透析液原液ライン接続、B剤とバイカーボ原液ラインを接続した。濃度が正常範囲に表示され、時間内にスタートできた。	低カルシウム透析の機械タンクの色と接続ラインの色が間違いやすい。
198	透析開始時に、A, V側を間違えて接続してしまった。この患者さんは、この日に動脈側のシャント造影を行う為、通常では、静脈側にしか使用していない「エクステンションチューブ」をつないでいた。開始に行ったとき頭に「エクステンションチューブがついている方が静脈側」という思い込みから、いつも開始前に確認する透析箋のシャント図を確認せずにつないでしまった。透析終了後に回路をか片付けるときに気付いた。	業務手順、ルール、チェックの問題。
199	呼吸器回路交換をおこなったが、通常呼気弁ライン末端にチューブを接続するが、呼気弁ユニットの排気口にチューブを接続してしまった。翌日呼吸器チェックの際、換気量の低下があり誤接続が発見された。	呼気弁の機能を正しく理解されていない。教育の問題がある。排気口の口径は違うが接続しようと思えば入ってしまう。口径の類似。
200	注入が終了し、ベッドをギャッジから水平にもどす際、呼吸器のウォータートラップがはさまり破損した。	呼吸器使用中の患者のギャッジを操作する時、回路に注意できていなかった。
201	人工鼻を使用して人工呼吸器を使用していた。医師の指示で違うタイプの人工鼻に変更した。翌日から痰の粘稠性が強くなり、気管チューブが閉塞気味となったのでチューブを交換することになってしまった。	人工呼吸中の管理不十分。
202	20:00挿管のまま手術室より帰室9:00吸引した所カテーテルが引っ掛かりチューブが挿入できずよく見るとチューブを噛んで曲がっていた。低換気気道内圧上昇していた為再挿管を行うその後はアラームも鳴る事はないバイトブロックがない事に疑問も持たない。	挿管中の事故防止上の教育の問題 医療材料の使用上の注意点情報の共有の問題。