

シリンジポンプの 注射器の交換間違い

複数の薬剤をシリンジポンプで投与中、注射器の交換を誤り、別の薬剤の注射器を接続して投与した事例が報告されています。

2020年1月1日～2024年6月30日に7件の事例が報告されています。この情報は、第54回報告書「事例紹介」で取り上げた内容をもとに作成しました。

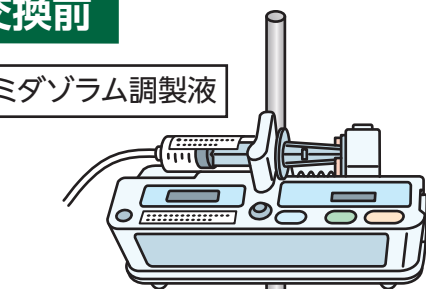
報告された事例の主な背景

- ・空の注射器のラベルと交換する注射器のラベルの薬剤名を照合しなかった。
- ・患者のリストバンドと交換する注射器のラベルをバーコード認証した際、電子カルテの画面に患者にオーダされた薬剤であることを示す「○」が表示されたため、正しいと思った。

事例のイメージ

交換前

ミダゾラム調製液

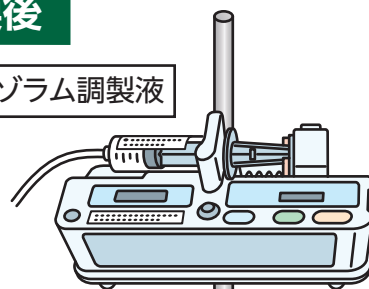


モルヒネ塩酸塩
調製液

注射器の交換間違い

交換後

ミダゾラム調製液



ミダゾラム調製液

ミダゾラムの
重複投与

モルヒネ
塩酸塩の
無投与

シリンジポンプの注射器の交換間違い**事例1**

患者の苦痛緩和目的で、ミダゾラム調製液とモルヒネ塩酸塩調製液をそれぞれシリンジポンプで持続投与していた。モルヒネ塩酸塩調製液のシリンジポンプの残量アラームが鳴った際、看護師はミダゾラム調製液のアラームだと思い込んだ。患者のリストバンドと交換する注射器のラベルをバーコード認証したところ、電子カルテの画面に患者にオーダされた薬剤であることを示す「○」が表示されたため、正しいと思った。注射器を交換する際、看護師は空の注射器のラベルと交換する注射器のラベルの薬剤名を照合しなかった。また、シリンジポンプに貼付している「モルヒネ塩酸塩」のラベルも見ないまま、ミダゾラム調製液の注射器をセットして投与を開始した。その後、2台のシリンジポンプでミダゾラム調製液を投与していたことがわかった。

事例2

手術中、患者にレミフェンタニル調製液とノルアドレナリン調製液をそれぞれシリンジポンプで持続投与していた。レミフェンタニル調製液の注射器を交換する際、麻酔科医師は薬剤名を確認せず、思い込みでノルアドレナリン調製液の注射器をセットし、投与を開始した。その後、血圧が上昇したためシリンジポンプを確認したところ、2台のシリンジポンプでノルアドレナリン調製液を投与していたことがわかった。

事例が発生した医療機関の取り組み

- シリンジポンプの注射器を交換する際は、空になった注射器のラベルやシリンジポンプに貼付しているラベルと、交換する注射器のラベルの薬剤名を照合する。**

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会委員の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <https://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<https://www.med-safe.jp/>