



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

# 医療 安全情報

No.89 2014年4月

## シリンジポンプの取り違い

複数台使用しているシリンジポンプのうち1台を操作する際、薬剤名を確認しなかったため、シリンジポンプを取り違えて操作した事例が4件報告されています（集計期間:2011年1月1日～2013年2月28日、第7回報告書「個別のテーマの検討状況」(P82)に一部を掲載）。

**複数台使用しているシリンジポンプのうち1台を操作する際、薬剤名を確認しなかったため、シリンジポンプを取り違えて操作した事例が報告されています。**

| 操作すべき内容<br>(シリンジポンプ 1)     | 操作した内容<br>(シリンジポンプ 2)      | 取り違えた背景                  |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| ノボリンR注の調製液を<br>10mL 早送り    | プレドパ注を<br>10mL 早送り         | 薬剤名を確認<br>せずポンプを<br>操作した |
| モルヒネ塩酸塩注射液の<br>調製液を2mL 早送り | ノボ・ヘパリン注の<br>調製液を2mL 早送り   |                          |
| ニトロール注の調製液を<br>5mL/hへ変更    | カコージン注を<br>5mL/hへ変更        |                          |
| ヘパリン注の調製液を<br>0.5mL 早送り    | プレセデックス静注液の<br>調製液を5mL 早送り |                          |

## 〔シリンジポンプの取り違い〕

## 事例 1

シリンジポンプを2台使用し、ノボ・ヘパリン注の調製液0.9mL/hとモルヒネ塩酸塩注射液の調製液2mL/hを患者に投与していた。看護師は患者の痛みが増強したため、モルヒネ塩酸塩注射液の調製液を2mL早送りする際、シリンジの薬剤名を確認せず、ノボ・ヘパリン注の調製液のシリンジポンプを操作した。早送り後に確認するとポンプを取り違えたことに気付いた。

## 事例 2

シリンジポンプを2台使用し、ニトロール注の調製液0.5mL/hとカコージン注0.5mL/hを患者に投与していた。看護師はニトロール注の調製液の流量を0.5mL/hから5mL/hへ変更する際、指示簿とシリンジの薬剤名を確認せず、カコージン注のシリンジポンプを操作した。患者の心拍数、血圧が上昇したためポンプを取り違えたことに気付いた。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

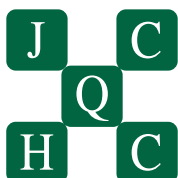
・シリンジポンプを操作する際は、以下の方法で薬剤名等を確認する。

- 指示とシリンジの薬剤名を照合する。
- 複数人で設定等を確認する。

※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、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
<http://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したりする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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>