

# 輸液ポンプの設定ミスによる 薬液過剰投与

小野浩子

# 事例の概要

## 輸液ポンプの設定ミスによる薬液過剰投与

12月2日 92歳女性患者A 心不全にて入院。

翌3日、全身の浮腫が強く抹消よりラインがとれないためIVH挿入となる。介助にフリーの看護師Cがつく。(看護師Cは通常Ope室担当だが、その日はOpe入っていないため病棟のフリーとして働いていた)IVH挿入後、主治医より利尿目的の為カコージンを3ml/hで開始の指示がでる。

受け持ち看護師Bは昼の休憩中だった為、変わりにフリーの看護師Cが輸液ポンプをセットし12:30からカコージンを3ml/hで開始する(他の看護師とダブルチェックはしていない)。

13:00 休憩を終えてきた看護師Bに看護師Cはカコージンの指示がでたので12:30から3ml/hで開始したことを報告する。

その後15:00に看護師Bはラウンドしているが、ポンプの設定ミスには気付かなかった。(流量異常などのアラームはなかった)

17:00 看護師Bは夜勤看護師Dに12:30からカコージンが3ml/hで開始になった事を申し送る。

19:00 夜勤看護師Dはラウンド時に流量が3ml/hで設定されているのを確認している。しかしその他の設定や輸液の残量までは確認していない。

その後、朝まで輸液ポンプのアラームは鳴ることなく、Bp110~130台 患者の状態に変化なく経過する。

4日 5:30 輸液ポンプのアラームが鳴ったため、訪室すると“完了”になっていた。その時点で夜勤看護師Dは4倍の速度でおちていた事に気付く。

使用していた輸液セットは15ml/hの物だったが、輸液ポンプの“輸液セット”の設定が60ml/hになっていたため4倍の速度で投与されていた。

直ちに医師に報告し、今後の指示を受ける。

輸液ポンプは二種類あり今回はテルモを使用していた。また輸液ポンプの定期点検を二年前に責任者が退職した後していなかった。