



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.65 2012年4月

救急カートに配置された 薬剤の取り違い

救急カートに配置された薬剤を取り出す際に、別の薬剤と取り違えた事例が3件報告されています(集計期間:2008年1月1日~2012年2月29日、第22回報告書「個別のテーマの検討状況」(P101)に一部を掲載)。

救急カートに配置された薬剤に、それぞれ薬剤名のラベルを表示していたにもかかわらず、別の薬剤を取り出した事例が報告されています。

投与すべき薬剤	取り違えた薬剤	取り違えた状況
ボスミン	硫酸アトロピン	表示をはさんで配置が隣り合っていた
硫酸アトロピン	ワソラン	
セルシン	ジゴシン	薬剤の表示を見てジゴシンをセルシンと思い込んだ

[救急カートに配置された薬剤の取り違い]

事例 1

気管支鏡検査の際、看護師は止血目的でボスミン生食を準備するため、救急カートからボスミンを取り出した。その際、救急カートの薬剤の仕切りのボスミンというシールを見たが、急いでいたためアンプルの薬剤名の確認はしなかった。

検査後、救急カートの確認を行ったところ、ボスミンと硫酸アトロピンの本数が合わないことに気づき、ボスミンと表示をはさんで配置が隣り合っていた硫酸アトロピンを使用したことが分かった。

事例 2

患者が痙攣を起こしたため、医師は、看護師に「セルシン」と口頭で指示した。看護師は救急カートの表示を見て、ジゴシンをセルシンと思い込み、準備した。医師は用意された薬剤を確認せず注射した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・救急カート内の薬剤名が識別しやすいように医療機関で工夫し、その方法を院内で標準化する。
- ・救急カートから薬剤を取り出す際や注射器に準備する際に、薬剤名を確認する。

※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/>