

医療・看護安全対策委員会情報（2008.4月号）NO.48

『注射器に準備された薬剤』の取り違え

～医療安全情報 NO15，2008年2月「注射器に準備された薬剤の取り違え」～

- ★ 手術・処置等の際、複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備したにもかかわらず、確認を怠ったことにより、取り違えた事例が5件報告されています。

（集計期間：2004年10月1日～2007年12月31日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）

具体的事例

- 【事例1】手術室で医師は硫酸アトロピン注とワゴスチグミン注を混合して静脈内に投与する予定であった。その際、誤って、手術前に使用したマスキュラックス静注用をワゴスチグミン注と混合し、静脈内に投与した。注射器には薬剤名が表示されていたが確認を怠った。
- 【事例2】外来で陥入爪手術を行うため、処置室の準備台の上に無水エタノールとキシロカイン注射液をそれぞれ別の注射器に準備していた。医師は、患者にキシロカイン注射液を注射するところ無水エタノールを注射した。注射器には薬剤名が表示されていたが確認を怠った。

以前某病院において、『注射器に準備した消毒剤』と『注射器に準備した注射薬』が同じ場所に保管されており、実際に注射するときに間違っって『注射器に準備した消毒剤』を患者さんに実施するという死亡事故がありました。その頃から医療安全対策が始まったと言われてはいますが、まだまだ同じような事故が続いています。

いま一度、『注射器に準備された薬剤を使用する際の確認』がどうされているか、各施設での確認方法の再点検をお願いします。また、各施設での有効な対策を紹介していただければと思います。情報提供は、ながさき看護センターまでお願いします。

