



救急カートに配置された薬剤の取り違えについて

日本医療機能評価機構から、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。

【事例の説明】

I： 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。

II： 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。

対 策：

- ①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。
- ②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。

救急カートは、緊急の場合に使用することが多く、「日常の点検」「標準化」が重要と思われます。

『備えあれば憂いなし』貴施設でも、救急カートを点検する機会としませんか？

http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_65.pdf