

問い合わせ先：

公益財団法人日本医療機能評価機構

担当：坂口、今村

Tel 03 (5217) 0252

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

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 (No. 120) の公表について

当機構医療事故防止事業部では、平成16年度より医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例の収集・分析等を行う医療事故情報収集等事業を実施しております。

同事業において、平成18年12月より、事業参加医療機関等に対し、収集事例の中で特に周知すべき医療安全情報をファックス等により情報提供するとともに、本財団のホームページにも掲載しているところです。

この度、11月15日(火)に、医療安全情報 (No. 120) を情報提供いたしましたので、別添のとおり送付致します。

以上

医療事故情報収集等事業
**医療
安全情報**

No.120 2016年11月

薬剤名の表示がない 注射器に入った薬剤の誤投与

患者に準備した注射器に薬剤名を表示しておらず、意図した薬剤とは別の薬剤を誤って投与した事例が3件報告されています(集計期間:2013年1月1日~2016年9月30日)。この情報は、第17回報告書「個別のテーマの検討状況」(P69)で取り上げた内容を基に作成しました。

薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤を投与したところ、意図した薬剤とは別の薬剤であった事例が報告されています。

注射器のサイズ	意図した薬剤	誤って投与した薬剤
5mL	プロハンス静注 (MRI用造影剤)	チトゾール注用 (全身麻酔剤)
20mL	生理食塩液	ヘパリン (1万単位) +生理食塩液
20mL	ガスター 注射液1A +生理食塩液	フェンタニル注 0.1mg5A +生理食塩液



薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤の誤投与

事例 1

小児患者のMRI検査のため、医師は病棟でチトゾール注用0.5gを溶解後、5mLの注射器に小分けにして検査室に持参した。その際、注射器に薬剤名・患者氏名を明記することになっていたがしていなかった。医師は、検査室の台に自分の白衣とチトゾールの注射器を置いた。造影剤は準備されていなかったが、診療放射線技師は、台に置いてある注射器に他の技師が準備した造影剤が入っていると思い込み、医師へ手渡した。医師は造影剤にしては量が少し多いと思ったが確認しないまま、患者の状態を観察しながら投与した。投与直後に患者の呼吸数が低下し、間違いに気付いた。

事例 2

看護師は、ビソルボン注の急速静注とヘパリンの持続静注の更新のため、トレイを持って部屋に行った。トレイには、薬剤名のラベルを貼ったビソルボン注の注射器とビソルボン注の投与前後に注入する生理食塩液20mLの注射器、ラベルのないヘパリン1万単位+生理食塩液(合計20mL)の注射器の計3本が入っていた。看護師は、ラベルのない注射器に生理食塩液が入っていると思い込み、ビソルボン注の投与前後に全量投与した。その後、別の看護師がトレイ内に生理食塩液が残っているのを発見し、誤ってヘパリン調製液を投与したことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

・注射器には必ず薬剤名を表示し、投与直前に確認する。

※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、本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。本事業の趣旨等の詳細については、本事業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。

▼カラー版はこちらから▼



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 FAX：03-5217-0253
<http://www.med-safe.jp/>