

【3】救急カートに準備された薬剤の取り間違い

（1）発生状況

救急カートは、緊急時に救急処置が即座に行えるように薬剤などを収納した移動が容易なカートである。救急カートに配置された薬剤を取る際、表示された薬剤のある場所を間違えて別の薬剤を取り出した事例が平成22年4月1日～6月30日において1件報告された。また、本事業開始から平成22年3月31日までに報告された類似の事例は2件であった。

（2）事例概要

救急カートに配置された薬剤を取る際、表示された薬剤のあるべき場所を間違えた事例3件の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

気管支鏡検査の際、止血目的でボスミン生食（ボスミン0.1ml＋生理食塩水20ml）を通常準備するが、ボスミンを使用すべきところ、硫酸アトロピンを使用した。ボスミンは検査用ワゴンの中段に置いてあるが、それを忘れて救急カートにあると思い、救急カートから出そうとした。救急カートの薬剤と薬剤の仕切りの間にボスミンというシールが貼ってあった。この時申し送りの時間が迫っており、急いでいたためにアンプルの薬剤名の確認が出来ていなかった。当患者には、ボスミン生食と思って用意した薬剤を使用した。その際にはバイタルサインに変化は見られなかった。患者は呼吸苦が続いたため、処置を行い症状改善し、病棟に帰室した。救急カートの確認を行っていたところ、ボスミンと硫酸アトロピンの本数が合っていない事に気付いた（前週の検査終了後に実施した救急カート点検時より、硫酸アトロピンを使用する機会がないのに減っていた）。

【背景・要因】

- ・ボスミン生食用のボスミンは、検査用ワゴンに置いてあったが、それを忘れていた。
- ・当事者は、初めて気管支鏡検査介助を行う際にマンツーマンで指導を受けていたが、一人で行うのは今回が二度目であり、検査室の物品の置き場所が熟知出来ていなかった。
- ・急いでいたので、取り出した時にアンプルの薬剤名の確認を忘れていた。ボスミンのダブルチェックは行っていなかった。

事例 2**【内容】**

肺腺癌で入院し化学療法施行中であつたが、効果が見られず状態が徐々に悪化してきていた患者。意識レベル低下血圧70台に低下、昇圧剤開始したが血圧上昇せず、脈拍の低下を認めため、医師がボスミンと硫酸アトロピンを持って来るよう口答で看護師に指示した。看護師Aは看護室内の救急カートからボスミン5Aと、ワソラン5Aを硫酸アトロピンだと思いこみ病室に持って行った。

【背景・要因】

- ・看護師Aは、救急カートを病室へ移動させず、薬剤のみ取り出し準備をした。
- ・救急カート内の薬品配置が、硫酸アトロピンの手前にワソランがあり隣りあわせだったため、間違えて取り出した。
- ・薬剤は、薬剤名が見えない状態で保管されており、看護師Bは、硫酸アトロピンと思い込みラベルを見ずに注射器につめ、医師は、看護師に渡された薬品が正しいと思い込み、確認せずに投与した。

事例 3**【内容】**

入院中の患者に痙攣が起こり、看護師Aが処置室に連れてきた。医師はセルシンと口頭で指示した。准看護師Bが救急カートの表示をみた上で、ジゴシンをセルシンと思い込み準備した。ナースコールがあり、准看護師Bは薬剤を処置台に置いて席をはずした。医師は用意された薬剤を確認せず注入した。

(3) 事故の発生状況について

医療従事者が救急カートを使用するのは、患者の急変など、予期せぬ容態になった場面である。そのような緊迫した状況に備えて、多くの医療機関では必要な薬剤を迅速に使用できるよう、救急を一目に見ることができるよう複数の薬剤を配置しているところがある。報告された事例3件とも、救急カートの平面に一覧できるように複数の薬剤を配置していた。また事例1,2は薬剤名のラベルを貼付した仕切りをはさんだ隣同士の薬剤の間違いであつた(図表Ⅲ-2-15)。

図表Ⅲ-2-15

	事例1	事例2	事例3
投与すべき薬剤 (有効成分：薬効)	ボスミン (アドレナリン：強心作用、 血管に対し収縮作用と拡張 作用、等)	硫酸アトロピン (アトロピン硫酸塩水和物： 抗コリン作用)	セルシン (ジアゼパム：馴化、鎮静 作用、筋弛緩作用、等)
取り違えた薬剤 (有効成分：薬効)	硫酸アトロピン (アトロピン硫酸塩水和物： 抗コリン作用)	ワソラン (ペラパミル塩酸塩：抗不 整脈、冠状動脈や末梢血管 の拡張作用、等)	ジゴシン (ジゴキシン：強心作用、 迷走神経刺激作用、抗交感 神経作用、等)
救急カートの薬剤名 ラベルと薬剤配置 (イメージ)	ボスミン (図の①)と 硫酸アトロピン (図の②)	硫酸アトロピン (図の①)と ワソラン (図の②)	セルシン (図の①)と ジゴシン (図の②)

(4) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

1) 表示の工夫からの改善策

救急カート内の薬剤ラベルは仕切りの上に貼ってあり、ラベルは上側の薬剤に対してのラベルであるが、習慣的に下側の薬剤に目線が行く(混乱を避けるためラベルを縦にも貼ることを試みた。ラベルの位置は間違いのもとであり、このような取り組みは全病院で取り組むことが望ましい)。



2) 確認の精度をあげる改善策

複数で行うダブルチェック、一人で行う3回のチェックなど確認作業を徹底する。

(5) まとめ

救急カートは緊急の場面で使うため、薬剤などを容易に取り出せるように配慮されている。薬剤を使用するまでの時間短縮など効率は良くなるが、反面、使用する人の確認の際の注意が低下するおそれがあることが示唆された。緊急の場面で安全に薬剤を使用するためには、薬剤の表示や医療従事者の確認の方法など、医療機関で工夫していく必要があることが示唆された。