

## (2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

### 事例 1

術後、鎮痛薬としてケタラールの持続静注 3 mg (0.3 mL) を予定していた。麻酔医 A に対して麻酔責任医師 B が「時間あたり 3 ミリ投与」する指示を出した。麻酔医 A は時間あたり 3 mL (30 mg) と解釈し、投与した。術後時間が経過しても呼名反応がないため、ケタラールの影響を疑い、投与を中止した。投与量の確認を行ったところ、予定の 10 倍量が約 1 時間投与されていたことが判った。麻酔責任医師 B は薬剤の単位を省略して、口頭指示した。麻酔医 A は内容を復唱して、麻酔責任医師 B に確認しなかった。

## (3) 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 やむを得ず口頭指示を行う場合は、薬剤名や単位、量、希釈の条件などを省略せず、明確に伝える。
- ② 医師の口頭指示を受けた者は指示内容を復唱し、その内容を指示した医師と確認する。

## (4) まとめ

平成 21 年 2 月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、やむを得ず口頭指示を行う際は、薬剤の単位を省略せず、明確に量や条件を伝えることを掲載した。

本報告書分析対象期間内に報告された 1 事例の医療機関の取り組みは、医療安全情報で提供した内容と同一のものであり、それを医療機関内で周知・徹底することが今後も必要であることが示唆された。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。