

## (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

心肺停止状態の患者に対し薬剤を投与する際、医師は、シンビット 50mg を生食 20mL に溶解し、注射器にシンビットと記載した。医師は、電氣的除細動を行うためにエピネフリン 1A を静注後、シンビットを溶解した注射器を接続し 4mL 投与した。注射器はそのまま三方活栓につけていた。看護師は、その注射器をエピネフリン投与後のフラッシュ用の生理食塩水が入った注射器だと思い、注射器に残っていたシンビット 1.6mL を患者に投与した。

## (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 薬剤投与時は、特に自分が作成したものでない場合は、薬剤名を確認する。

## (4) まとめ

平成 20 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、注射器に準備された薬剤を使用する際は、必ず表示された薬剤名を確認することを掲載した。

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。