

いつも、インシデント報告ありがとうございます

京大病院医療安全情報39

【点滴投与時の落とし穴】

事例1：中止薬の投与

抗生剤を1日2回点滴していた。医師が血中濃度を確認し、その日の投与が不要になったため、朝9時前に中止オーダーをした。看護師に口頭で伝えなかったため、10時に薬剤が投与された。



「医師のオーダー中止や変更」と「看護師のカルテ確認や薬剤準備」のタイミングにはタイムラグがあります。

オーダー変更時にはコミュニケーションをとりましょう！



事例2：バーコード照合結果の未確認

医師が抗生剤の中止オーダーをした後に、看護師が点滴を作成し、患者のリストバンドとバーコード照合を行った。中止されているので「×」がでていたが、「○」が出たと思い込み薬剤が投与された。



中止オーダー以降に照合したら「×」がでます。バーコード照合は患者誤認防止とオーダー内容の照合に有効です。

バーコードの照合結果を確実に見てから投与しましょう！

【点滴投与時の落とし穴】

事例3：オーダー変更後の思い込みによるラベル貼りかえ

メイン投与時にバーコード照合で「×」がでた。看護師はラベルの不備と思い込み、ラベルを再発行して貼りかえた。実際はオーダー変更されており、古いラベルと再発行したラベルは内容が違っていたが、気づけなかった。結果として、オーダーと違う薬剤が投与された。



「×」には何らかの不備があります。

必ず警告内容を確認してから対応しましょう！

(医療スタッフマニュアル携帯版P.23を参照してください)

ラベルの貼りかえ作業にはリスクがあります。

どうしてもラベルを貼りかえる必要がある場合は、より慎重にしましょう！

バーコード
「〇」、ヨシ！

