

# 注射薬処方箋

## 注射処方箋記載法 サンプル 1

処方箋が複数枚にわたるときは番号を記載

①/2

医師名				薬剤師印				備考				
規	回数 (正)	中止 (×)	補充 (◎)	補充不要 (スミ)	用法手技							
					月1	1	1	1	1	1	1	
① ヴィーンD	500mL				1日	2	3	4	5	6	7	注 意 一、二枚目の注射処方箋・変更用は実施後必ず薬剤部へ返却すること。 一、七日分以上記入すること。
ネオフィリン	1本	42mL/hr	d.i.v.									
② ヴィーンD	500mL											
ネオフィリン			d.i.v.									
生食												
サクシゾン(100)	2本	1時間	d.i.v.									
生食	100mL	17:00										
サクシゾン(100)	2本	1時間										
生食		1:00										
サクシゾン(100)	2本	1時間	d.i.v.									
生食TN	100mL	朝								×	×	
ビクシリン	1本	1時間	d.i.v.							×	×	
生食		夕								×	×	
		1時間	d.i.v.							×	×	
強ミノ	2本	朝										
生食	20mL	朝										
ガスター	1本	5分以上	i.v.									
生食	20mL	夕										
ガスター	1本	5分以上	i.v.									

持続の指示は投与順を番号で記載

1回施用量は「本」で記載

複数規格採用がある場合は製剤名の後に括弧( )をつけて規格を記載

投与法を記載(定められたものについては略号の使用可)

投与終了は二重斜線(//)を記載

投与量は1回量を記載

投与開始時間を24時間制で記載

投与中止は1マス毎、もしくは、角を結んで×印を記載

投与速度または投与時間を記載

薬剤名の記載は「商品名」(定められたものについては略号の使用可)

指示の追加は欄の最後尾へ記載

投与毎に記載(正の字にて指示を記載はしない)

# 注射薬処方箋

## 注射処方箋記載法 サンプル 2

②/2

医師名	薬剤師印	備考
-----	------	----

薬 規格	回数 容量	用法 手技	回数 (正)							中止 (×)	補充 (◎)		補充不要 (スミ)	注 意
			月 1 1日	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6	1 7		1 5	1 6		
① ユニカリックL	1000mL	輸液の内容が複数 ある場合は閉め括 弧( )でとじる	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	注 意 一、二枚目の注射処方箋・変更用は実施後必ず薬剤部へ返却すること。 一、七分分以上記入しないこと。
M.V.I-12キット	1本		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ガスター	1本		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ヒューマリンR	8単位		9:00 ~ 21:00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
プリンペラン	1本		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
② ユニカリックL	1000mL	持続投与の場合は投与時刻 の記載でも可	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
エレメンミック	1本		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ガスター	1本		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ヒューマリンR	8単位		21:00 ~ 9:00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
プリンペラン	1本		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
生食	80mL	10:00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ランダ(10)	1本	50mL/hr 動注	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

液体容量の記載は「mL」でも可

あらかじめ記載する欄を空けている場合は、追加指示を記載してOK

「単位」は日本語で記載(U、iuなどは用いない)

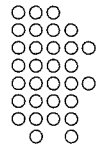
希釈混合の指示は総量ではなく希釈量で記載

投与速度をmL/hrで記載

これまでに養成されたQエキスパートのリスト  
 岩国市医療センター医師会病院

2006年4月6日

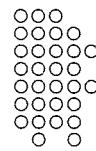
氏名	職名	所属部門名	備考
内山 哲史	病院長	管理部	医師、外科
土田 聖司	整形外科医長、手術部長代行	診療部	
大西 美代子	4階病棟看護師長代行	看護部	RM
梶山 麻由美	4階病棟看護師	看護部	QC推進委員
長尾 幸江	技師長	検査健診部	
中川 哲志	主任	薬剤部	RM
福田 英雄	総務	事務部	RM



# 注射処方箋記載法の標準化

岩国市医療センター医師会病院

## はじめに



- 看護における“ひやりハット事例”のうち、  
「与薬(内服・注射)関連」が約45%を占める。  
特に「注射」に関する事例は全体の30%を  
超える。  
(平成11年度厚生科学研究費  
「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」より  
主任研究者 杏林大学保健学部教授 川村 治子)
- 注射に関連する事故は、生命に影響を及ぼ  
す危険性が高い。

- これまで注射処方箋への記載には、明確な決まりが無く医師により様々であった。



- 処方内容についてしばしば混乱が生じ、如くはエラーに発展する事例も少なくなかった。

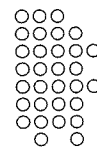
“注射処方箋の記載法”が標準化されていないシステムに問題

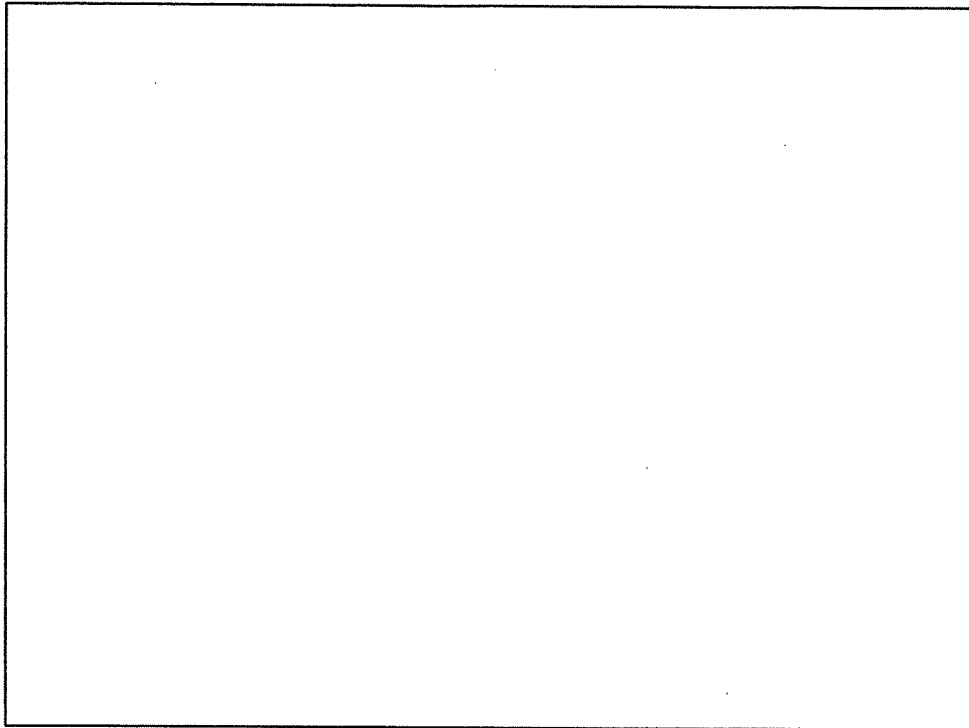
## 活動経緯

4月 危険薬誤投与防止対策プロジェクト発足

- プロジェクト構成メンバー
  - 診療部(内山院長・高野外科医長)
  - 看護部(梶山)
  - 事務部(藤倉)
  - 薬剤部(中川・岩田) 計6名
- 会合は定期(1回/月)

NDPベストプラクティス案を基に  
当院版「注射処方箋記載法(案)」の作成





プロジェクト計画：注射薬誤投与防止(注射箋記載法の標準化)

課題	担当	2005年												2006年			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月				
標準記載書の作成	中川・岩田																
現状把握	【注射箋】 メンバー全員 【ひやりハット】 RM委員会		→														
関連部署での検討	《診療部》 内山・高野(尚) 《看護部》 梶山 《薬剤部》 中川・岩田		→														
標準記載書の作成	中川・岩田				→												
関連部署への周知・徹底	《診療部》 内山・高野(尚) 《看護部》 梶山 《薬剤部》 中川・岩田					→											
効果の判定	メンバー全員						→									→	

5~10月

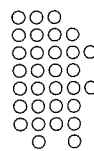
危険薬誤投与防止プロジェクト

案・理由付け



意見・対案

医局会（月2回）



話し合い時の留意点

- 理由付け
  - 項目ごとになぜその記載法に変更するかの必要性を伝える
  - ex.)「A」は数字の「4」と間違える
- 納得いかない項目には対案を示してもらう
- 示された案や意見をプロジェクトにて検討
- 何度かに分けて意見を聞く
- 最終的にはトップダウン

8月 注射箋記載法の現状把握(標準化前)

9月 ひやりハットレポート 注射版作成

- これまでの5W1H方式から業務プロセスに沿った記載方式に変更

11月 標準化した注射処方箋記載法の施行  
標準サンプルの配布

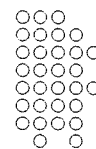
12月 注射箋記載法の現状把握(標準化直後)

2月 ひやりハットレポート件数の推移  
アンケート調査

3月 注射箋記載法の現状把握(標準化後)



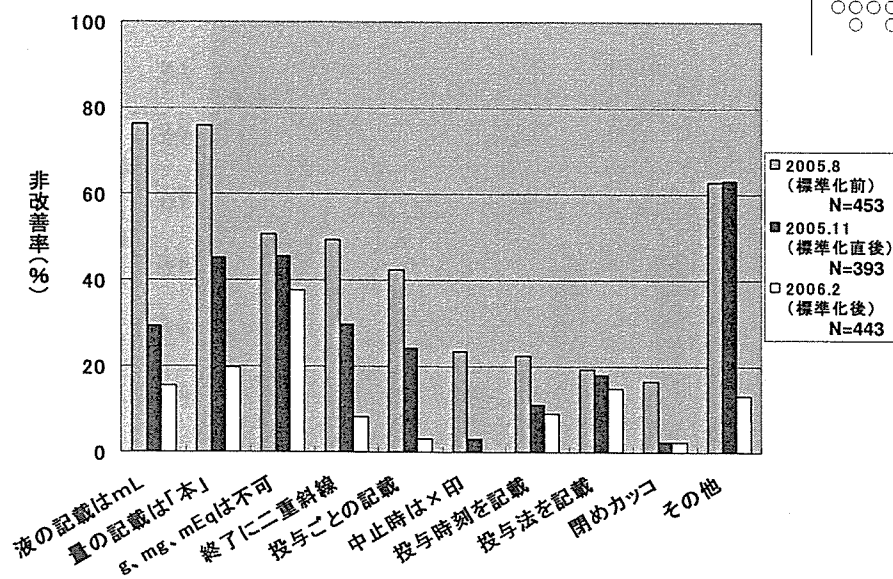
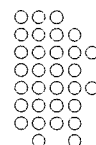
## 方法 I



### ● 注射処方箋記載法の改善度調査

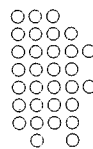
- 期 間：平成17年 7月(標準化前)  
11月(標準化直後)  
2月(標準化後)
- 対 象：1ヶ月間に出された注射処方箋
- 方 法：標準化された記載法の項目毎に、その記載法に沿っていない注射処方箋の割合

## 結果 I : 注射処方箋記載法の改善度





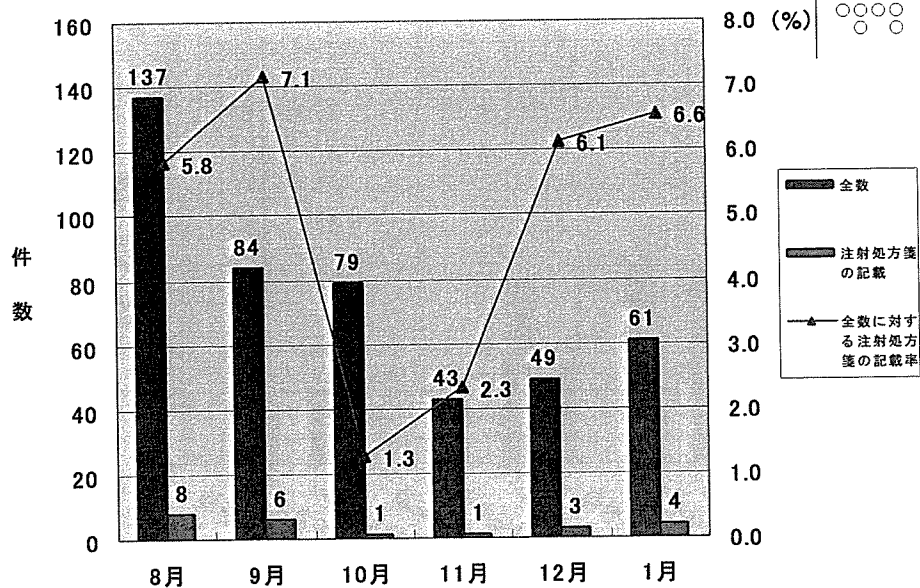
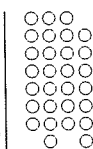
## 方法Ⅱ



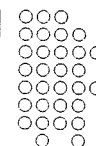
### ● ひやりハットレポート件数の推移

- 期 間：平成17年8月～平成18年1月
- 対 象：1ヶ月間に出されたひやりハットレポート
- 方 法：ひやりハットレポートの「全数」と「注射処方箋の記載」に関するものの件数と割合

## 結果Ⅱ：ひやりハットレポート件数の推移



## 方法Ⅲ



### ● アンケート調査

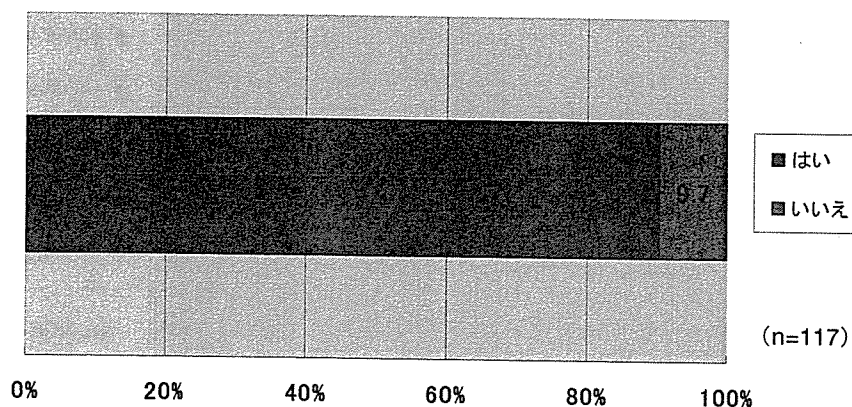
- 期 間：2006年1月23日から2月3日まで
- 対 象：看護部、医事課、薬剤部
- 回収率：86.0%
- 内 容：
  - 1.周知度  
(施行の周知、内容の周知)
  - 2.リスクの増減  
(見やすさ、疑義照会回数、見間違い)
  - 3.業務負担の増減  
(調剤や、投与の準備にかかる時間)

## 結果Ⅲ：アンケート調査



### ◆ 周 知 度①

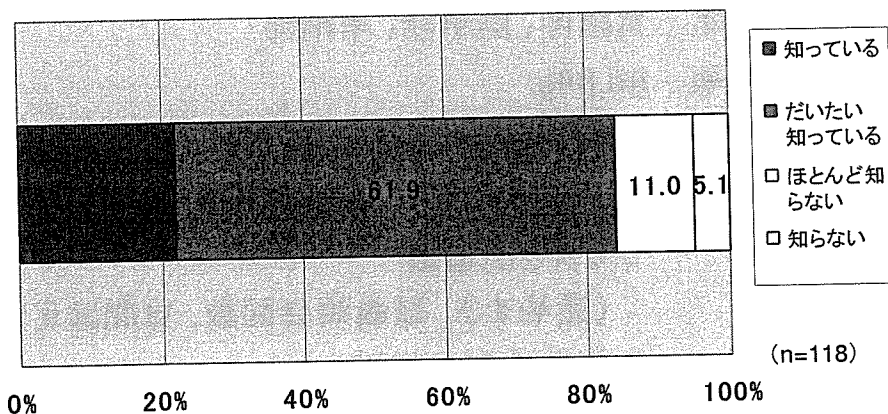
昨年11月に注射処方箋の記載法が統一(標準化)されたことをご存知ですか？



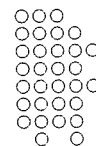
### ◆ 周知度②



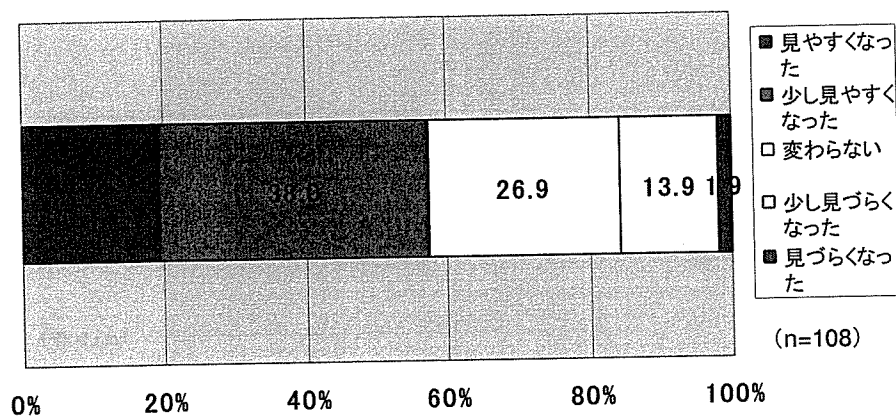
統一（標準化）された内容をご存知ですか？



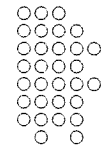
### ◆ リスクの増減①



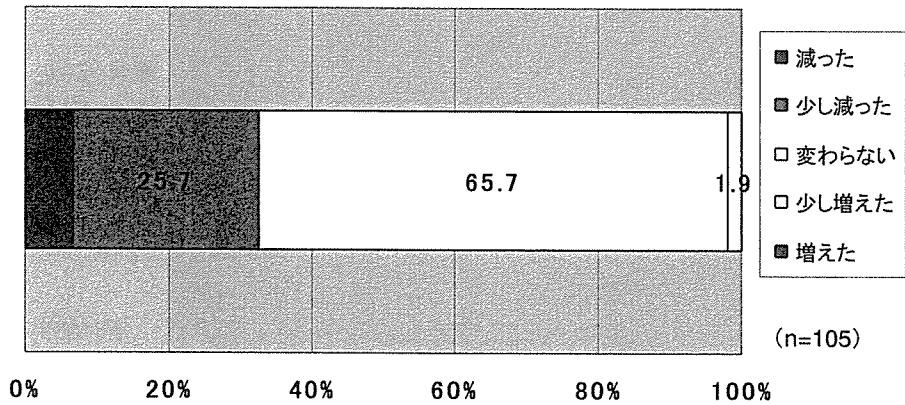
以前に比べて注射処方箋の見やすさは変わりましたか？



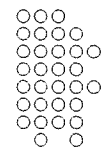
### ◆ リスクの増減②



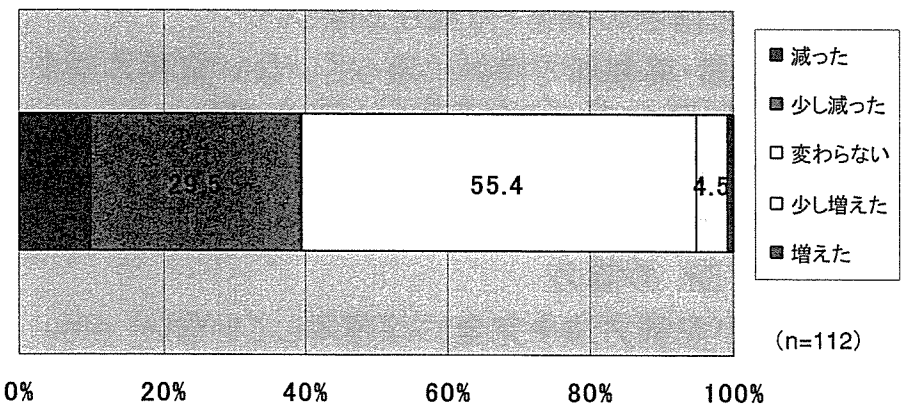
以前に比べて注射処方箋での指示内容を主治医に確認(疑義照会)する回数は変わりましたか？



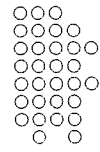
### ◆ リスクの増減③



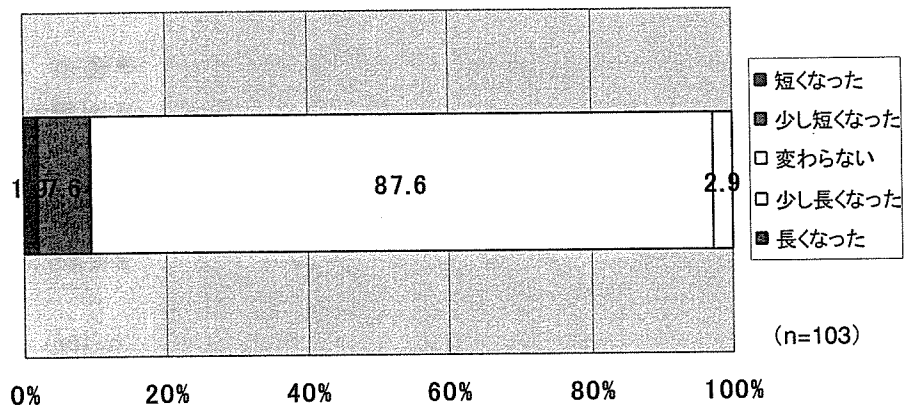
以前に比べて注射処方箋の指示を見間違える件数は変わりましたか？



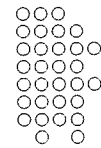
### ◆ 業務負担の増減



以前に比べて調剤や、投与の準備にかかる時間は変わりましたか？



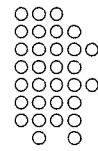
### ◆ その他(問題・改善点)



その他、ご意見がありましたらご自由に記入してください。

- 指示と指示の間を1行空けてほしい
- 看護部・薬剤部で指針に沿っていない記載方法を医師にフィードバックできていない etc.  
⇒ 改善点
- 投与時間の指示がない etc.  
⇒ Dr. の協力
- Dr. が記載方法を完全には理解していない etc.  
⇒ 啓蒙

## 結果

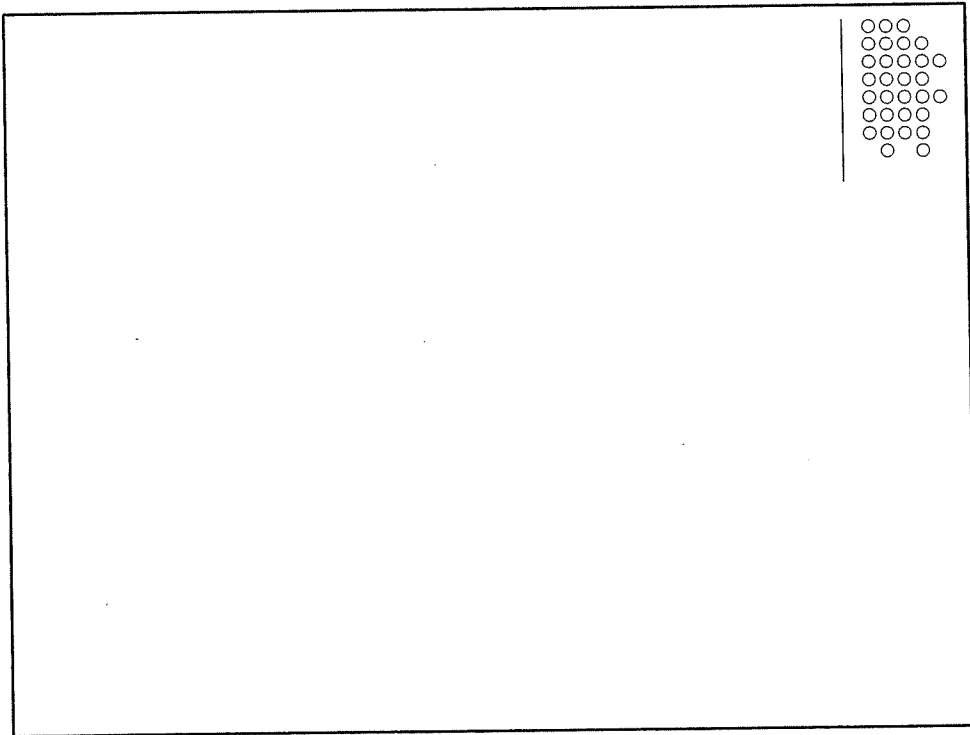


- 標準化された記載法は、“g、mg、mEqは用いない”“投与法を記載”を除き、比較的スムーズに移行している(結果 I)
- 標準化前後のひやりハット件数で、差は見られなかった(結果 II)
- 標準化による新たな危険を示すアンケート結果は見られなかった(結果 III)

## 考察



- 記載法が比較的良く浸透したのは、“診療部との頻回の意見交換”及び“標準サンプルの作成”によると考える。
- 記載法に改善が見られなかった項目の“g、mg、mEqは用いない”については、大部分を抗生剤が占めており、それらは頻用されるため習慣化が抜けきらなかったと思われる。また“投与法を記載”は、一般的に他の投与法がなされないと認識していたためと考える。
- アンケート結果は標準化施行3ヶ月後であり、まだ浸透しきれていなかったと考えられるため、時間を置いて再度行う必要があると考える。
- アンケート結果で得られた改善点については今後検討が必要と考える。



1、改善活動にあたってのトップのコミットメント

①医療安全の向上、②医療の質の向上、③職員一体となった改善活動の展開が病院改善活動の基本方針であり目標である。

2、職員への示達内容

医療の質の向上は、クリニカル インディケーター等で表すなど、定量的に取り組むこと。

(これは、年頭挨拶の一部を引用したものです。)

3、改善活動組織の構成と運営管理体制（責任と権限の明確化）

当院の改善活動は、企業病院として古くから実績があるQC活動と比較的新しいNDP委員会の二本立てである。QC活動は医療安全だけでなくコスト削減が重要なテーマであり、一本化せず現状のまま活動する方針である。

NDP委員会の構成を述べるが、昨年よりNDP委員長の副院長が医療安全管理室長を兼任することになったので風通しが以前よりはよくなった。

委員長 副院長

委員 GRM、外科部長、内科部長、耳鼻科部長、看護師長（3名）、薬局主任、放射線科主任、透析技師長、総務課長、

4、改善活動計画及び進捗状況

救急カートの標準化

1) 目的

緊急場面で使用する救急カートの院内標準化の整備が、病院機能評価にも含まれている。緊急時に円滑に対処できない事は医療側の重大な責任問題にもなりかねない。そこで救急カートの標準化を行い誰がどの部署で対応しても、第一次救命が円滑に行なうことが出来るためのカートである。

2) 活動目標

院内全ての救急カートの標準化する

3) これまでの救急カートの問題点

① 内容が統一されていない。

院内のカートすべてが、蘇生器具の種類、定数、置き場所が異なっている。

② 内容が整備されていない。

蘇生器具が不具合が生じたり、引出しの物品が多いため開けにくい、物品の期限が切れてしまっている。

③ 適切な管理がされていない。

④ 使用に関して訓練がされていない。

4) 理想的な救急カートとは

① 救急カートの設置場所が一定の位置に決められている。

② いつでも即時使用可能な状態に保守・点検されている。



③ 心肺蘇生に必要な物品の位置は全てカート、常に一定である。

④ 使用後のカートか点検後のカートかが判別できる。

#### 5) 活動計画

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
現状把握	→	リーダー（両角師長）						
薬剤の選択		→ NDP 委員会で検討						
カート内物品の選択		→ NDP 委員会で検討						
標準化カートの作成			→ 見本作成 看護部安全委員会救急カート分科会					
院内救急カートの標準化			→ 看護部安全委員会救急カート分科会					
標準化後の評価								→

#### 6) 活動内容

- ① 院内救急カートの現状把握を行なった。
- ② 第一次救命に不可欠な薬剤を選択し、NDP 委員会で検討。
- ③ 蘇生に必要な器具をリストアップし、蘇生物品の位置及び内容、個数の統一。
- ④ 必要物品のリストアップと物品位置及び個数の統一。
- ⑤ チェックマニュアルの作成

### 5、活動の成果と反省

#### 1) 結果

- ① 院内 23 台の救急カート中、20 台の標準化を 9 月までに実施した。
- ② 4～5 段カート全ての薬品の種類・個数・場所の統一、蘇生物品の保管場所及び器具の個数の統一、その他の物品統一。
- ③ 6～7 段カート全ての薬品の種類・個数・場所の統一、蘇生物品の保管場所及び器具の個数の統一、その他の物品統一。
- ④ 感染防御物品の統一と設置。
- ⑤ 救急カートのチェック方法を徹底するために、チェック表の作成及びチェックマニュアルの作成を行なった。

#### 2) 新たな問題点の出現と対応

救急診療部とアンギオ室（第 1 第 2）の救急カートが、部署の特殊性と保管場所としてのスペースが問題となり、9 月下旬になっても標準化することが出来なかった。しかし、アンギオ室では急変する可能性が高く、部署も様々な診療科が使用するために、スムーズに救急カートが使用出来るように看護部安全委員会から標準化することを要望される。狭いスペースでも設置できる救急カートの購入、2 月 1 日に標準化を行なった。

これで院内 22 台の救急カートの標準化が実施することができた。

### 3) 今後に残った問題

- ① 標準化した後の管理及び運用
- ② 物品購入の一本化
- ③ 救急カートの中央管理化
  - ・ 使用後か点検後かの判別
  - ・ 使用後の点検、補充の中央化
- ④ 救急カートの統一（種類及び色）

### 4) 反省

- ① 当院の計画では、8月中に院内全ての救急カートの標準化を完成する予定であったが、システム導入や看護部中心の活動になってしまい、薬品の選択・蘇生器具の選択及び物品の配置の検討がスムーズに行なえなかった。また、決定したことが職員に周知徹底ができていなかった。本来、改善活動を実践するためには、横断的に他部署を巻き込み、病院全体で改善活動をするべきであった。
- ② 標準化案の検討時に、様々な診療科の医師や看護師も含め検討することで、院内全体に救急カートの標準化の目的や主旨を浸透させることが出来たのではないかと考える。

平成 18 年 4 月 6 日  
新日鐵広畑病院

NDP Q エキスパート養成セミナー受講者名

氏 名	職 名	所属部門名
田中 一穂	薬剤師	薬剤部
濱中 努	薬剤師	薬剤部
佐山 香代子	看護師	看護部 病棟
両角 照子	看護師	看護部 病棟
岩崎 幸子	看護師	看護部 外来
坪田 典子	看護師	看護部 病棟
服部 美津代	看護師	看護部 病棟
山本 紀子	看護師	漢語部 病棟
本庄 克代	臨床工学士	透析科
平尾 和宏	事務	総務部
森田 泰子	看護師	医療安全管理室

## 救急カート使用マニュアル

2005.8 作成

救急カート標準化グループ

### 1. 標準化の目的

- 1) 救急患者の治療において、救命に最低限必要な呼吸・循環管理のための機器や薬剤を一台のカートにまとめて収納・整備しておくことで、より効率的な対応を期待するものである。
- 2) 急変時に必要な物品・薬品は限られている。それらは常時一定量を確保しておくことが肝要であり、そのためには使用后、また使用の有無に関わらず、定期的に点検・補充することによって緊急時の備えとなる。
- 3) 救命の場面において、不足物品を補うために人員がその場を離れることなく、また各物品の表示や配置も院内で統一化することによって、迅速且つ万全の体制で対処できるようスタッフ各自の共通認識と周知徹底を図り、起こり得る事態を予測して行動・管理していく。
- 4) 緊急時において、どこの部署にいても誰もが迷わず対応できるよう物品の統一を図る。各部署独自の判断で変更してはならない。

### 2. チェックポイント及び管理方法

- 1) 毎日(1日1回以上)点検・整備し、物品・薬剤を使用したら直ちに補充して次の機会に備える。
- 2) 点検・補充は「定数表」に従って実施する。
- 3) 薬品類に関しては破損していないか、有効期限が切れていないかもあわせて確認する。
- 4) 器具類は次回に問題なく使用できるか、電池切れ・接触不良・汚れの残存なども確認する。
- 5) 各表示は剥がれて不明確となっていないか。
- 6) バックバルブマスクは分解したままでなく、正しくセットした状態で設置しておく。
- 7) カート内の物品・薬品類の種類や定数の見直しは、中央安全委員会の担当者が随時(年に1回)検討していく。使用にあたって問題が生じたり、提案があれば各部署の安全委員を通して申し出る。