

2) 【サクシン注】 VS 【サクシゾン注】

筋弛緩剤「サクシン注射液」と副腎皮質ホルモン剤「サクシゾン 100」及び「サクシゾン 500」が採用されていた。類似名称による取り違いによって、呼吸停止等の重大な事故が予想されるため、「サクシゾン 100」及び「サクシゾン 500」をそれぞれ「ソル・コーテフ 100」及び「ソル・コーテフ 500」に採用変更を行い、防止策とした。

3) 【タキソール注】 VS 【タキソテール注】

共に抗悪性腫瘍剤であり、名称が非常に似ている「タキソール注」（パクリタキセル）及び「タキソテール注」（ドセタキセル水和物）が採用されている。しかし、適応症や患者の感受性等により両者を採用する必要性がある。事故防止策として以下の方法を採用している。

- ①医師のオーダーリング入力方法を商品名では受け付けず、一般名でのみ受け付けるように設定した。
- ②当院では、抗がん剤の調製を原則薬剤科で実施しており、委員会にて登録されているプロトコールについて、注射処方箋及び抗癌剤使用連絡・指示書との内容を確認した上で調製を開始している。
- ③業務中の呼称をはじめ、指示書等の記載も全て一般名で行っている。
- ④調製後の監査時や病棟へ払い出す際には、当該薬剤の入っていた小箱も添付することで調製薬剤が何であるかを確認しやすくしている。
- ⑤常用量の確認について、抗癌剤使用連絡・指示書を受け付けたとき、注射処方箋の記載内容を確認したとき、実際に調製した後の監査時等、数度の確認作業を行って対応している。
- ⑥「タキソテール注」は添付の溶解液にアルコールが含有されているため、当該患者のアルコールに対する過敏症の有無を確認し、その結果を赤字で抗癌剤使用連絡・指示書に明記するので、この文字によっても両薬剤を区別している。

4) 【アルマール錠】 VS 【アマリール錠】

不整脈用剤「アルマール錠」と糖尿病用剤「アマリール錠」の両者を採用していた。類似名称による取り違いによって重大な事故が予想されるため、「アマリール錠」を同種同効薬の「アセメール錠」に採用変更を行い防止策とした。

5) 【サイレース注】 VS 【セレネース注】

催眠鎮静薬「サイレース注」と抗精神病薬「セレネース注」の両者を採用している。類似名称による取り違いによって重大な事故が予想され、また「サイレース注」は向精神薬の規制を受けるため、「サイレース注」を出納帳簿管理薬剤とした。更に同薬剤については、病棟からの注射指示箋と現物の突合せの上で払い出されるため、複数回の確認作業が実施され、これにより取り違いの防止策としている。なお、「サイレース注」は平成 18 年 9 月の国立病院機構による採用品目見直しにより、現在は「ロヒプノール注」に変更となっている。

5. 3 インスリン製剤の品目検討

平成 14 年頃のインスリン採用品目は 12 品目であり、平成 18 年現在の採用品目は 15 品目である。平成 14 年当時、採用品目数そのものは少ないものの、40 単位製剤及び 100 単位製剤が混在しており、更に入院患者が持参するインスリンに合わせるため混合製剤が多数採用されていた。その後、40 単位製剤の販売中止や薬剤委員会等での見直し検討がされ、現在に至っている(下表)。今後も見直しの余地はあるが、バイアル製剤、キット製剤、カートリッジ製剤についてそれぞれ超速効、速効、中

間が揃えられてきている。

形状	分類	製品名
バイアル	超速効	ヒューマログ注バイアル
	速効	ヒューマリン R 注 U-100
	中間	ヒューマリン 3/7 注 U-100
		ヒューマリン N 注 U-100
キット	超速効	ノボラピッド [®] 注 300 フレックスペン
		ヒューマログ注キット
	速効	ノボリン R 注フレックスペン
	中間	ヒューマカート 3/7 注 (キット)
		ノボラピッド 30 ミックス注フレックスペン
		ノボリン N 注フレックスペン
	ヒューマカート N 注 (キット)	
カートリッジ	中間	ペンフィル 40R 注 300
		ペンフィル 30R 注 300
		ペンフィル N 注 300
	持効	ランタス注オプチクリック 300

5. 4 グロブリン製剤の注射処方箋表示

採用されているグロブリン製剤のうち、「献血グロベニン-I-ニチヤク 2.5g」と「献血ベニロン-I 2.5g」に関してリマインダーにて注意喚起していたにもかかわらず、取り違いによるアクシデントが2度報告された。これを受けて、視覚的に注意を促すため平成18年10月から注射処方箋に打ち出される薬剤名をそれぞれ「グロベニン-I 献血「青」2.5g」及び「ベニロン-I 献血「赤」2.5g」となるように共通の献血の文字を後ろに下げ、更に箱に関連した色を加えるように変更した。その後は医療事故及びヒヤリ・ハットは報告されていない。

6. 結果

報告した当該対応策の実施後、危険性の高い医療事故及びヒヤリ・ハット報告は出されていない。しかし、今回危険薬の採用品目を再度見直したところ、インスリンや抗悪性腫瘍剤など同成分複数規格及び紛らわしい（名称類似、外観類似）製品を採用せざるを得ないケースが多数存在していることがあらためて明らかになった。

7. 考察

同成分複数規格及び紛らわしい（名称類似、外観類似）製品が実際に採用されている以上、これらに対する予防策の検討、実施が必要であることは言うまでもない。また、新規採用や後発医薬品への切り替えの際には、類似名称薬剤の有無や製剤サンプルを用いた外観類似製品の有無について十分検討する必要がある。

今後も医療安全の観点から同成分複数規格及び紛らわしい（名称類似、外観類似）製品の採用見直しを積極的に進めていくつもりであるが、医薬品の採用中止や切り替えは、薬剤委員会に諮った上で医師や事務部門のコンセンサスを得なければならず、短期間で簡便に改善するのは容易ではない。更に、現在よりも後発医薬品の導入が促進されることや、医薬品業界の再編による製造販売移譲や製造販売中止がされることは十分考えられる。しかし、これを逆風ではなく採用医薬品の見直しと切り替えのチャンスと捉え、十分な検討を行ったうえで適切な対応をしていきたいと考える。

厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業
医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究
総合報告書 別冊

危険薬の誤投与防止対策
NDP Best Practice 実例集

平成 19 年（2007 年）4 月

NDP（医療の TQM 実証プロジェクト）
「危険薬の誤投与防止」タスクチーム

BP 4

類似薬の警告と区分保管

類似薬の警告と区分保管

医療法人財団大樹会総合病院 回生病院

1. 要約

当院では以前から名称や外観が類似する薬品の取り違いや、複数規格存在する薬品のオーダー間違い、取り違いに対して各種の対策に取り組んできた。

名称や外観が類似する薬品があることを容易に認識でき、かつ取り違いが生じにくい仕組みとして、以下の項目がある。

- 1)事故の起こりやすい医薬品一覧の作成
- 2)薬品の保管上の工夫
- 3)コンピューターオーダーリングシステムの工夫

2. 施設概要

診療科:25科

病院認定:救急告示病院、開放型病院
医療機能評価機構認定病院
管理型臨床研修指定病院

2005年度実績

1日平均入院患者数:328人

平均在院日数:16日

紹介率:57.0%

2006年3月より新病院建設開始

2006年5月電子カルテ導入

2006年6月DPC参画

2006年7月地域医療支援病院取得

採用薬品数:740品目(内服薬270品目、外用薬170品目、注射薬300品目)

3. 現状把握

2005年度の薬に関するインシデント件数は305件であった。内服薬に関するものは79件、注射薬に関するものは226件でその割合は全体の30%であった。そのうち類似薬関連は7件であり、内訳は規格違いが5件、外観類似が2件、名称類似が1件であった。いずれも当院の安全対策マニュアルで規定されている事故レベル1(事故によって患者への実害はなかったが、観察の強化が必要)であった。

当院採用薬のうち複数の規格が採用されているものは、内服薬10種(5組)、外用薬27種(12組)、注射薬93種(37組)である。

4. 問題抽出・要因分析

- ・複数規格の薬品が存在することを認識していない
- ・規格まで確認していない
- ・外観のイメージで薬品を取り扱う
- ・名称が類似しているものに注意を払わずに取り扱う
- ・頭側の数文字で検索し選択し間違える

5. 対策

1) 事故の起こりやすい医薬品一覧

各部署に配置されている安全対策マニュアルに注射薬でないバイアル入り薬品、名前が間違いやすい薬品、包装が似ていて間違いやすいもの、同じ商品名で容量・単位が異なるもの、用法を間違いやすいものからなる「事故の起こりやすい医薬品一覧」を掲載している。

院内ネットワークの「DI ニュース」からも閲覧できるようにしており、包装が似ていて間違いやすいものについては、名称をクリックすると薬品の写真が表示される。

新人看護師対象の薬の取り扱いに関するオリエンテーションが年間計画に組み込まれ、上記内容についても薬の実物を示しながら説明されている。

2) 薬品の保管上の工夫

基本的に保管場所を隣合わせにしない。

配置はアイウエオ順ではなく、薬効順とし、名称類似薬の取り違い防止対策となっている。

複数規格採用している薬品については、保管棚に貼付している。

引き出し式保管棚で保管しているものについては、引き出し内にも「他に〇〇mgあり」等の警告を表示している。

薬剤部内の保管棚のみでなく、病棟などの保管棚にも「注意：複数規格あり」シール(赤字)を貼付している。病棟保管の薬剤を可能な限り減らしており、各科外来においても、中央処置室に薬品を集中させ、取り違い防止対策にもなっている。

3) コンピューターオーダーリングシステムの工夫

薬品名検索は3文字検索とし、薬効や成分名からの検索も可能としている。

糖尿病薬、抗がん薬はオーダー時に確認文が表示され、薬効が異なる薬品との選択エラー防止対策となっている。

複数規格採用している薬品は、薬品名の前に▲印をつけ、注意を促している。

薬剤によっては入力時、商品名での検索をなくし、成分名のみでの検索としている。表記は画面、処方箋ともに「成分名(商品名)」とし、名称類似による取り違い防止対策となっている。

6. 結果

上記対策は以前より実施されていたものであり、現在も継続中である。

2006年度は現時点で、類似薬に関するインシデント報告は3件であり、すべて規格違いである(12月20日)。

7. 考察

当院は採用薬品数が少ないことも、類似薬品や複数規格薬品の取り違い防止に関連があると思われる。また電子カルテが導入され、規格の未記載や類似名称の読み違いなどに対する対策強化、警告が容易となった。

現在、後発薬品への切り替えなど採用薬の変更が行われており、それに対する取り組みが必要である。また、類似薬の排除も可能な限り考慮していく。

BP 5

救急カートの整備

救急カーットの標準化

新日鐵広畑病院

新日鐵広畑病院 NDP 委員会

橘 史朗(副院長兼 NDP 委員長)、三木 隆(循環器科部長)、巽 祥太郎(脳神経外科部長)、大内 佐智子(光学診療部部長)、奥田 正則(循環器科医長)、田中 一穂(薬剤部部長)、濱中 努(薬剤部主任)、森田 泰子(GRM)、佐山 香代子(病棟師長)、両角 照子(病棟師長)

看護部安全委員

山下 求(放射線科看護師)、谷川 由美(外科病棟看護師)、和合佑季子(救急診療部看護師)

1. 要約

救急カーットは、院内のどこで緊急対応しても、第一次救命が円滑に行われるためのカーットであるべきである。当院では緊急時の便利カーットとして使用されている事が多く、8種類のカーットが存在し、その内容も異なっていた。院内の救急カーットを本来の救急カーットにするため標準化に取り組み、総カーット数 23 台の内 22 台の標準化が行えた。

2. 施設概要

当院は 362 床の急性期病院で、外来部門は一般診療科 17、救急診療部 1、入院部門は一般病棟 8、重症集中治療室 1 で構成されている。年間救急車受け入れ件数は 3000 件を越え、姫路市南西部の基幹病院として地域医療に貢献している。院内の救急カーットは、外来部門に 12 台、病棟に 11 台、合計 23 台が設置されていた。

3. 現状把握

まず、当院にある救急カーットすべてを看護部安全委員と GRM 及び NDP メンバー師長が調査した。

- 1) 院内には 8 種類、23 台の救急カーットが存在し、薬剤、物品の内容や定数は様々であった。
- 2) 救急カーットの使用頻度が低い部署は、蘇生器具に不具合が生じていたり、薬剤や物品が古くなっていた。
- 3) 救急カーットの整備、管理担当者が各部署で異なっていた。

次に、現状の救急カーットで問題が無かったのか？過去のインシデント報告をチェックした。すると産婦人科病棟でカーット整備不良のため物品が迅速に準備できなかった例、救急カーットチェック時に、薬剤が合わない例が起こっていた。

4. 問題点の抽出、要因の分析

現在の救急カーットの全内容を把握し、何が問題か調査した。

- a) 院内 23 台の救急カーットの物品配置、種類、定数が異なっていた。
- b) 明らかに内容が不十分の救急カーットが存在した。
- c) 毎日の適切な管理がなされていなかった。
- d) 救急カーット標準化に関する教育がなされていなかった。

5.対策

当院において救急カートの標準化を行う為には

- 1) 救急カートについての共通認識を持つ。
- 2) 救急カート整備・管理マニュアルを作成し適切な運用を行う。
- 3) 救急カートに関する教育を行う。

以上のことが重要であり、これらを核とした活動を展開した。

6.結果

1) 必要薬剤の統一

循環器科部長を中心に、第一次救命に必要な不可欠な薬剤を選択し、委員会で検討し薬剤の統一を行った。

2) 必要物品の種類と配置の統一(資料1)

GRMを中心に、看護部安全委員会メンバーが緊急時必要物品を調査し、物品の配置や定数を検討し統一した。

4) 救急カート整備・管理マニュアルの作成(資料2・3)

どの部署でも同じ整備・管理が行えるように統一マニュアルを作成した。

5) 救急カートに関する院内教育を実施

各部門の安全委員が勉強会を開催し、救急カートは便利カートではなく第一次救命を行なうためのカートであることを強調し、物品、薬剤の標準化について説明した。

7.考察

各部門で便利カートの認識から抜け出すことが困難であった。薬剤、物品の標準化は、各科医師及び看護師の見解が異なり困難であったが、NDP 委員会メンバー医師、及び看護部が根強く活動を継続した事が院内標準化の大きな原動力になったと考えられる。標準化以降の救急カートに関するインシデントは起こっていないが、緊急時に使用するものであり不備があれば大きな問題となる。今後も定期的に職員の教育、必要薬剤や物品の検討を行う事が重要である。今後も継続して活動を行っていききたい。

(資料1-1)

4～5段(長方形) カート

台上			
バッグバルブマスクポールエグザミグローブ S・M	筆記用具	サニサーラ	
血圧計 JMS ディスポグローブ(気管用)	はさみ	エプロン	
聴診器 ペンライト	ナイロン(ゴミ袋)	ゴーグル	

1段目(薬品)								
ヘルペッサー 10mg 2	ミスロール 5mg 2本	カルチコール 10ml 2本	ラシックス 20mg 2本	ソルメトロール 125mg 2本	セルシン 10mg 3本	50%ブドウ糖 液 20ml 2本		
生理食塩 液 20ml 3 本	メイロン 20ml 2 本	アミサリン 100mg 2 本	マグネソール 20ml 2 本	ノルアドリナ リン 1mg 5 本	イノバン 100mg 3 本	ドフトレック ス 100mg 3本	インテラル 2mg 2本	ワソラン 5mg 2本
エピネフリンシリンジ 1mg 5本		アトロピンシリンジ 0.5mg 4本			2%リトカインシリンジ 100mg 2本			

2段目(挿管)	
喉頭鏡ハンドル 1本	挿管チューブ 6.0・6.5・7.0・7.5・8.0 mm 各1本
喉頭鏡ブレード 3・4号 各1本	
バイトブロック 大・中 各2本	経鼻エアウェイ 6.0・7.0・8.0 mm 各1本
スタイレット 1本	経口エアウェイ 大・中・小 各1本
マギールカン子 1本	キシロカインゼリー 20ml 1本
3Mデュラポアサージカルテープ 12.5 mm	キシロカインスプレー 80g 1本

3段目(輸液セット・注射器・針他)	
輸液セット 2本	駆血帯 ディスポシリンジ 50ml 3本
ポンプ用輸液セット 2本	アルコール綿 ディスポシリンジ 20ml 5本
輸血セット 2本	ディスポシリンジ 10ml 5本
三活付き延長チューブ 2本	絆創膏各種 ディスポシリンジ 5ml 5本
サフィード延長チューブ 1本	(イノバンシリンジ) シルキーポア
注射針 18・21・22・23G	三方活栓ロック付 5個
翼状針 22・23G	三方活栓キャップ 5個
インサイトダブル 18・20・22・24G	血ガスキット 2本 シュアプラグ 5個

4段目(輸液・酸素・吸引)		
ヴィーンF 500ml 1本	酸素マスク	酸素流量計
生理食塩液 500ml 1本	経鼻カニューラ	酸素チューブ
0.3%イノバンシリンジ 50ml 1本	吸引チューブ 12Fr	吸引器
アーガイル・チュービング・コネクター 吸引用延長チューブ		

カートの側面・背面	
心臓マッサージ用背板	

看護部安全委員会・NDP委員会 2005年10月作成

(資料 1-2)

6～7段(正方形) カート

台上			
バッグバルブマスク	ポールエグザミグローブ S・M	筆記用具	サニサーラ
血圧計	JMS ディスポグローブ (気管用)	はさみ	エプロン
聴診器	ペンライト	ナイロン(ゴミ袋)	ゴーグル

1段目 (薬品)			
生理食塩液 20ml 3本			
マグネソール 20ml 2本	アミサリン 100mg 2本	メイロン 20ml 2本	
エピネフリンシリンジ 1mg 5本	アトロピンシリンジ 0.5mg 4本	2%リドカインシリンジ 100mg 2本	

2段目 (薬品)		
ミスロール 5mg 2本	カルチコール 10ml 2本	50%ブドウ糖液 20ml 2本
ソルメトロール 125mg 2本	セルシン 10mg 3本	ラシックス 20mg 2本
インテラル 2mg 2本	ワソラン 5mg 2本	ヘルベッサ 10mg 2本
ノルアドリナリン 1mg 5本	イノバン 100mg 3本	ドブトレックス 100mg 3本

3段目 (挿管)	
喉頭鏡ハンドル 1本	挿管チューブ 6.0・6.5・7.0・7.5・8.0 mm 各1本
喉頭鏡ブレード 3・4号 各1本	経鼻エアウェイ 6.0・7.0・8.0 mm 各1本
バイトブロック 大・中 各2本	経口エアウェイ 大・中・小 各1本
スタイレット 1本	キシロカインスプレー 80g 1本
マギールカン子 1本	キシロカインゼリー 20ml 1本
3Mデュラポアサージカルテープ 12,5 mm	

4段目 (注射器・針)	
ディスポシリンジ 50ml 3本	注射針 18・21・22・23G 血ガスキット 2本
ディスポシリンジ 20ml 5本	翼状針 22・23G
ディスポシリンジ 10ml 5本	インサイトダブル 18・20・22・24G
ディスポシリンジ 5ml 5本	

5段目 (輸液セット他)	
三活付き延長チューブ 2本	三方活栓キャップ 5個 駆血帯
サフィード延長チューブ 1本(イノバンシリンジ)	シユアプラグ 5個 アルコール綿
輸液セット 2本	三方活栓ロック付5個 絆創膏各種
ポンプ用輸液セット 2本	シルキーポア
輸血セット 2本	

6段目 (輸液・酸素・吸引)		
ヴィーン F 500ml 1本	酸素マスク	酸素流量計
生理食塩液 500ml 1本	経鼻カニューラ	酸素チューブ
生理食塩液 100ml 2本	0.3%イノバンシリンジ 50ml 1本	吸引器
アーガイル・チューピング・コネクター		吸引チューブ 12Fr

看護部安全委員会・NDP委員会 2005年10月作成

(資料 2-1)

救急カート物品チェック表

物品	定数	日/	月/	火/	水/	木/	金/	土/
喉頭鏡ハンドル	1							
喉頭鏡プレート3・4号	各1							
ハイトブロック大・中・小	各2							
スタイレット	1							
マキール鉗子	1							
挿管チューブ 6.0・6.5・7.0・ 7.5・8.0 mm	各1							
経鼻エアウェイ 6.0・7.0・8.0 mm	各1							
経口エアウェイ大・中・小	各1							
キシロカインゼリー 20mL	1							
キシロカインスプレー 80g	1							
3M テュラホアサーシカルテープ 12.5 mm	1							
輸液セット	2							
ポンプ用輸液セット	2							
輸血セット	2							
三活付き延長チューブ	2							
サフィート延長チューブ(イノハンス リンジ)	1							
注射針 18・21・22・23G	5							
翼状針 22・23G	2							
インサイトダブル 18・20・22・24G	3							
テイスボシリンジ 50ml	3							
テイスボシリンジ 20ml	5							
テイスボシリンジ 10ml	5							
テイスボシリンジ 5ml	5							
三方活栓ロック付	5							
三方活栓キャップ	5							
シュアプラグ	5							
血ガスケット	2							
駆血帯	1							
アルコール綿(ワシヨットプラス)	5							
絆創膏各種								
シルキーホア								
酸素マスク	1							
経鼻カニューラ	1							
吸引チューブ 12Fr	5							
アーカイル・チュービング・コネクター	1							
酸素流量計	1							
酸素チューブ	1							
吸引器	1							
吸引用延長チューブ	1							
心臓マッサージ用背板	1							
ハッグハルブマスク	1							
血圧計	1							
聴診器	1							
ホールエクスミグローブ S・M	各1							

JMS デイスホグローブ(気管用)	1							
ペンライト	1							
サニサーラ	1							
エプロン	3							
ゴーグル	3							
はさみ	1							
ナイロン(ゴミ袋)								
筆記用具								
チェック者サイン								

救急カート標準化グループ・NDP 委員会 2005年12月作成

(資料 2-2)

救急カート薬品チェック表(正方形)

薬品	定数	日 /			月 /			土 /			
		深	日	準	深	日	準	深	日	準	
生理食塩液20ml	3										
マグネゾール20ml	2										
アミサリン100mg	2										
メイロン20ml	2										
エピネフリン注0.1%シリンジ	5										
アトクイック0.5mg	4										
2%リドクイック100mg	2										
ミリスロール5mg	2										
カルチコール10ml	2										
50%ブドウ糖液20ml	2										
ソルメドロール125mg	2										
セルシン10mg	3										
ラシックス20mg	2										
インデラル2mg	2										
ワゾラン5mg	2										
ヘルベッサー10mg	2										
ノルアドレナリン1mg	5										
イノバン100mg	3										
ドブトレックス100mg	3										
ヴィーンF500ml	1										
生理食塩液500ml	1										
生理食塩液100ml	2										
0.3%イノバンシリンジ50ml	1										
チェック者サイン											

救急カート標準化グループ・NDP委員会 2005年12月作成

(資料 2-3)

救急カート薬品チェック表(長方形)

薬品	定数	日 /			月 /			土 /		
		深	日	準	深	日	準		深	日
ヘルベッサー10mg	2									
ミリスロール5mg	2									
カルチコール10ml	2									
ラシックス20mg	2									
ソルメドロール125mg	2									
セルシン10mg	3									
50%ブドウ糖液20ml	2									
生理食塩液20ml	3									
メイロン20ml	2									
アミサリン100mg	2									
マグネゾール20ml	2									
ノルアドレナリン1mg	5									
イノバン100mg	3									
ドブトレックス100mg	3									
インデラル2mg	2									
ワソラン5mg	2									
エピネフリン注0.1%シリンジ	5									
アトクイック0.5mg	4									
2%リドクイック100mg	2									
ヴィーンF500ml	1									
生理食塩液500ml	1									
生理食塩液100ml	2									
0.3%イノバンシリンジ50ml	1									
チェック者サイン										

救急カート標準化グループ・NDP 委員会 2005年12月作成

(資料3)

救急カート使用マニュアル

救急カート標準化グループ・NDP 委員会

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。

BP 6

注射指示の標準化

注射指示の標準化（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

1. 岩国市医療センター医師会病院の概要

当院は、平成5年に開設された地域医療支援病院で急性期医療を行っている。現在、医師19名、看護師135名、薬剤師6名で、診療科は内科（総合、循環器、消化器、内分泌代謝、腎臓）・外科・整形外科・放射線科・脳神経外科、小児科、麻酔科を備え回復期リハビリ病棟を加え病床数201床（急性期病床151床、回復期リハビリ病床50床）を有する病院である。

2. 危険薬誤投与防止対策プロジェクト

2.1. 取り組みの経緯

注射業務は、危険性が高くかつ、エラー発生頻度も高い業務のひとつに挙げられるものの、これまで当院では注射処方箋への記載には明確な決まりがなく、記載する医師により様々であった。そこで危険薬誤投与防止対策プロジェクトを立ち上げ、「注射薬の誤投与をなくす」ことを目的とし、「注射処方箋記載法の標準化」に取り組むこととした。

2.2. プロジェクト運営体制

平成17年4月に注射箋記載法の標準化のため、院長主導の下「危険薬誤投与防止対策プロジェクト」を立ち上げた。メンバーは診療部2名、看護部1名、事務部1名、薬剤部2名の合計6名とし、活動を進める上で鍵となる診療部からは、院長と、処方を比較的多く出す医師を選出した。また、会合は月1回定期開催とした。

2.3. 目的および目標

これまで当院の注射処方箋への記載には明確な決まりがなく、記載する医師により様々であった。これにより、注射処方箋で指示を見る薬剤部、看護部、医事課において、処方内容についてしばしば混乱が生じ、如いてはエラーに発展する事例も少なくなかった。

注射に関するエラーは、ひとたび発生してしまうと生命へ影響を与える可能性が高いもののひとつである。また、「看護におけるひやりハット事例は“注射”に関する事例が全体の30%を超える。」と川村らの報告[1]でもされている。つまり、注射業務は、危険性が高くかつ、エラー発生頻度も高い業務と考えられる。

そこで今回、当院の危険薬誤投与防止対策プロジェクトにおいて、「注射薬の誤投与をなくす」ことを目的とし、「注射処方箋記載法の標準化」に取り組むこととした。

2.4. 活動内容およびその評価

2.4.1. 注射処方箋記載法の標準化

当院の「注射処方箋記載法」は、昨年度NDPにおいて示されたベストプラクティス案を基に作成し、平成17年11月1日より施行した。

NDP ベストプラクティス案「注射指示の標準化」に挙げられた各項目について、プロジェクトメンバーにより当院での対応の可否を検討した。また、対応困難な項目についてはできる限り代替案を挙げ、これらを含めて注射処方箋記載法（案）を作成し、診療部、薬剤部、看護部へ意見の収集を行った。特に診療部については、医局会にて“標準化される内容（記載法）”と“必要な旨（現状の記載法での危険性）”を説明し、理解が得られない項目については、院長より対案の提示を診療部へ依頼した。示された対案は、プロジェクト内において検討し、練り直した上で、再度診療部へ内容と必要性を示すという過程を数回繰り返した。これにより、さらに当院に沿った内容へと吟味され、また診療部への浸透も図れたものと考えている。

2.4.2. 注射箋記載法の浸透度

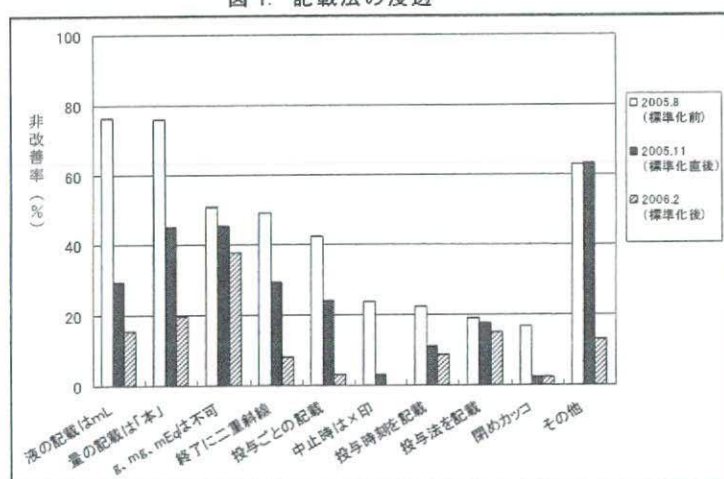
今回行った“注射箋記載法の標準化”の必要性が診療部にどこまで理解され、浸透したのか確認を行った。

対象：2005年7月（標準化前）、2005年11月（標準化直後）、2006年2月（標準化後）のそれぞれ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各項目で、その記載法に沿っていない注射処方箋の割合

結果：「標準化前」に記載法に沿っていない注射処方箋の割合で悪いものから9項目を挙げた（図1.）。いずれの項目においても「標準化後」には、右肩下がりに一定の改善が見られ、特に“投与ごとの記載”“中止時の×印”“閉めカッコ”については著しく減少した。しかしながら、“g、mg、mEqは不可”や“投与方法を記載”のように、なかなか改善が見られない項目もあり、今後、継続して診療部への啓蒙も必要であると考えられた。

図1. 記載法の浸透



2.4.3. ひやりハットレポート件数の推移

今回の“注射処方箋記載法の標準化”が業務エラーの減少へつながっているのかをひやりハットレポート件数の推移で確認することとした。

期間：平成17年8月から平成18年8月

方法：1. 標準化前後における“ひやりハットレポート”の『全数』と『注射処方箋の記載法に関するもの』の月平均件数

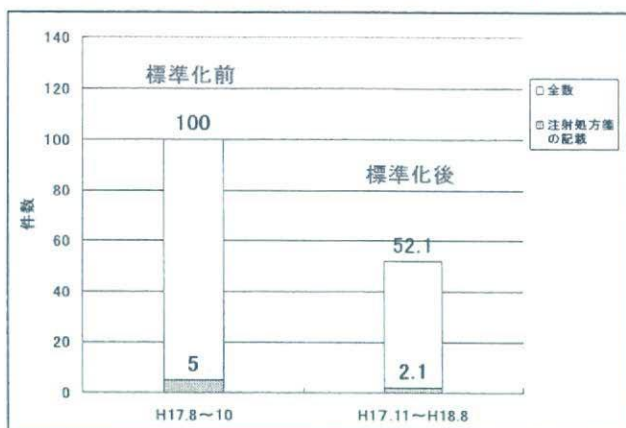
II. 『注射処方箋の記載法に関するもの』の患者影響レベル

➤ 3ヵ月毎の分布

➤ 標準化前後での平均の比較

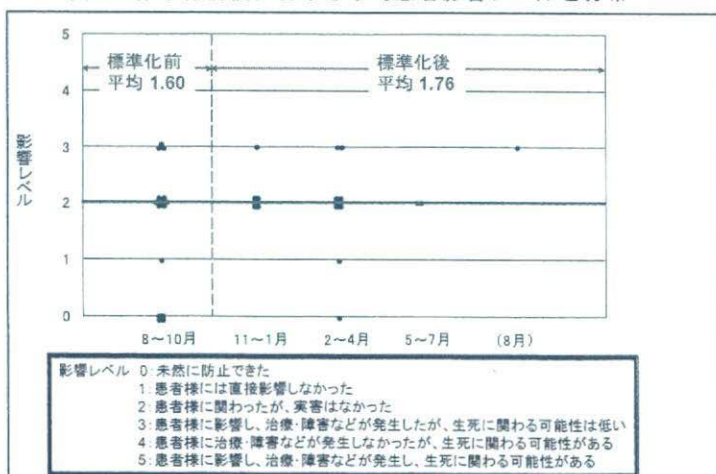
結果: I. 標準化を施行した平成17年11月前後における“ひやりハットレポート”の『全数』と『注射処方箋の記載法に関するもの』の月平均件数を示した(図2.)。提出された“ひやりハットレポート”の『全数』が減少しているものの、『注射処方箋の記載法に関するもの』は、標準化前5.0件/月から標準化後には2.1件/月と減少傾向がみられた。今後、さらに時間経過とともにいかに推移していくのかを確認する必要があると思われる。

図2. 標準化前後における平均ひやりハット件数



II. 当院の“ひやりハットレポート”には患者影響レベルを記載する項目があり、危険度の低い順にレベル0(未然に防止できた)から5(患者様に影響し、治療・障害などが発生し、生死に関わる可能性がある)の6段階に分類される。標準化前後における患者影響レベルの平均とその分布を示した(図3.)。

図3. 標準化前後における平均患者影響レベルと分布



標準化前後において3ヶ月単位で『患者への影響レベル』をプロットした結果、残念ながら、事故にあたる『患者への影響レベル』が2以上について標準化前後での差は見られなかった。同様に、『患者への影響レベルの平均』においても差は認められなかった。