

BP6 注射指示の標準化

定義：指示の受渡しと伝達エラーによる誤投与をなくすために、処方箋を含む注射指示（薬品名、用法、用量等）の記載と指示受け渡しの方法を院内で標準化する。

【遵守事項】

- * 注射剤の指示は、1回量指示とする（1日量を分処方に記載する方法は避けること）
- * 誤読防止の観点から、薬剤名の略称は厳に避けるべきである。略称を認める場合は、必ず略称を院内で統一し、かつ略称表を作成してスタッフ全員に周知することを前提とする。
- * 注射剤の成分量や容量は省略しないこと
- * 定型的でない指示（速度のみの継続指示、スタンディング・オーダー、変更指示、臨時指示、口頭指示など）の扱いや受け渡し方法も具体的に規定し周知する。

【推奨項目】

- * 『NDP 注射指示標準案』を参照

目標：注射指示の方法が院内で統一され、文書化され、遵守されること。

評価指標：

- 1) 標準に従っていない指示出し・伝達の件数。
- 2) 指示の誤認と伝達エラーの発生件数（インシデント・レポート、疑義照会、定期的全調査などによる。）

関連業務プロセス

- 1) コンピュータオーダリングシステムの導入
 - コンピュータオーダリングシステムの導入は、注射指示の標準化のための強力なツールとなりうる。

BP 7 インスリン・スライディング・スケールの標準化

定義： インスリンの誤投与や投与忘れをなくすために、インスリン・スライディング・スケールの院内標準を作成し標準化する。

目標： 標準スライディング・スケールの対象とされる事例では、特に理由がある場合を除いて標準スライディング・スケールが使用される。

評価指標：

- 1) 標準と異なるスライディング・スケールの使用率。
- 2) スライディング・スケールの使用に伴うエラーの発生件数。

関連業務プロセス

- 1) 低血糖時の対処法の標準化
- 2) インスリン希釈方法の標準化

モニタリング

- 1) 標準と異なるスライディング・スケールの利用率

BP 8 散剤および水剤のコンピューテッド調剤監査システムの導入

定義：薬剤部での調剤において、散剤および水剤のコンピュータと連動した調剤監査システムを導入し、安全な調剤体制を確立する。

＊ 調剤監査時、秤量後の水剤および散剤の確認は困難であるため、コンピュータを利用した調剤監査システムを導入することで、正しい薬剤を正確に秤量したことを確認できるようにする。

目標：薬剤部での調剤において、散剤および水剤の調剤は100%このシステムを利用する。

評価指標：

- 1) システムの利用率100%を目標とする
- 2) 散剤、水剤の調剤業務のエラー件数（監査前の自分で秤量間違いに気づいて、調剤し直すエラーも加える）

関連業務プロセス

- 1) 調剤内規（または調剤手順書）の見直しと徹底
- 2) 監査システム導入に合わせた手順書を作成し、徹底する
- 3) マスター整備時のダブルチェック体制の確立

モニタリング

- 1) 散剤あるいは水剤監査システムの利用率

システム導入にあたっての留意点

1. システムが秤量すべき散剤の重量や水剤の容量を自動的に計算してしまうため、薬剤師のスキルでもある薬剤の換算能力が低下する可能性がある。
2. システムの換算値を決定するマスターの整備を誤ると、複数の処方箋にまたがった重大なエラーに繋がる可能性がある。そのためマスター整備のダブルチェック体制が必須である。

BP9 払出しと与薬のユニット・ドース化

定義：薬剤を1回投与量ごとに分けてから看護師に送るシステム。

- * カプセル剤、錠剤、水剤のいずれであっても、1回投与量ごとに区分けされた薬剤は、患者に投与される時点で、薬剤の種類、投与量が正しいことを確認できる。
- * 薬剤が全てスタッフの手元にあるので、重複投与、相互作用を確認しやすい
- * 病棟で患者別に薬剤を分別する作業を廃止して、看護師の身体的・認知的負担を減らす。
- * 入院時持込薬がある場合は、それも含めてユニット・ドースにする

目標：ユニット・ドースを行うことを決めた患者で、ユニット・ドースによる与薬が確実に実施される。

評価指標： ユニット・ドースによる与薬が行われなかった件数とその理由。与薬エラーの発生件数(投与量、回数、時間、患者)

関連業務プロセス

3) 薬袋による通常の薬剤の交付方法

- 薬剤を自己管理できる患者にとっては、必要十分な薬剤の交付方法であり、退院後、外来への移行も容易である

問題点

- 1) ユニット・ドースを適用する患者について、病棟単位で実施するか、患者単位で実施するかを、病院内で十分に議論する必要がある。
- 2) 退院後のことを考慮すると入院中に自己管理で内服できるように練習したほうがよいともいえる。

BP10 投薬に関する患者取り違え防止策の徹底

定義：患者の取り違えによる投薬エラーをなくすために、患者を確実に確認するためのさまざまな仕組みを確立する。

【例】

- 1) 薬剤交付の際に患者さんに名前を名乗っていただく
- 2) 入院患者に対しては、リストバンドによる患者チェック体制を確立する
- 3) 注射剤のボトルには患者さんの名前と薬の内容が記載されたラベルを貼付する
- 4) 調剤時のダブル・チェック体制
- 5) コンピュータオーダリングシステムが稼動している場合は、注射実施単位ごとのバーコードチェックシステムを導入する

目標：患者取り違え防止策が標準指針として確立し、文書化され、実施可能な体制ができ、全病的に遵守されている。

評価指標：標準指針が遵守されなかった件数

BP11 輸液ポンプ、シリンジポンプの操作・運用・管理方法の標準化と教育

定義：輸液ポンプやシリンジポンプ（以下、ポンプと略）の使用に関して、機器の統一、機器保守管理の標準化と使用環境の整備、およびポンプを適正に操作できる知識と技能を備えたスタッフを育成する体制を作る。

【例】

- 1) ポンプ使用に関する教育システムの確立
 - 使用法に関するスタッフ向けテキストの作成
 - 採用時研修プログラム（実習訓練を含む）
- 2) ポンプの管理体制の確立

目標：輸液ポンプやシリンジポンプを使用する投薬治療の環境と教育・訓練の仕組みができ、ポンプ使用時のエラーや事故がなくなる。

評価指標： ポンプの不具合や誤操作による投薬エラーの発生件数。
知識・技能試験で判定されるスタッフの知識と技能のレベル。

関連業務プロセス

- 1) ポンプ統一と院内採用
- 2) ポンプのメンテナンスに関わる組織の設置

モニタリング

- 1) ポンプの操作方法に関する実習試験
- 2) ポンプに関わるインシデントの発生件数

BP12 入院時持込薬の安全管理

定義：「入院時持込薬（他院で処方されていた薬剤で、入院時に当院に持ち込んだ薬剤）」を担当スタッフ全員が確実に把握し、重複投薬、相互作用等のリスクを回避して、適切な薬物療法を実施する。

目標：持込薬の検薬により、不適切な投薬指示が回避され、安全な薬物療法が実施される

評価指標：持込薬が関係するインシデントの発生件数。

関連業務プロセス：

- 1) 薬剤師による入院時持込薬チェック
 - 入院時に薬剤師が患者の持込薬をチェックし、『入院時持込薬表（名称、用法・用量、薬効、院内採用同効薬、注意事項）』を作成し、病棟スタッフに通知する
- 2) 持込薬のスタッフ全員の把握
 - 作成された『入院時持込薬表』（あるいはその写し）がカルテに貼付され、その内容が担当医、担当看護師等の病棟スタッフに周知されること
- 3) コンピュータオーダリングシステムによる不適切処方のチェック
 - コンピュータオーダリングシステムが確立している場合は、重複投与チェックシステム、相互作用チェックシステムを導入する

モニタリング：

- 1) 薬剤師による入院時持込薬チェックの実施率
 - 実施率（%）＝（実施した患者数÷入院患者数）×100
 - 注：実施した患者数は、持込薬をチェックした結果、薬がなかった場合も1件と数える
- 2) 持込薬の病棟スタッフの認知度
 - 入院2日目に担当看護師が担当医に対して持込薬の把握についての確認（つまり、把握していたか、否か）をし、その確率を調査する

BP13 アレルギーおよび禁忌情報の明示と確認方法の標準化

定義：入院・外来患者を問わず、アレルギー・禁忌情報が、医師・看護師・薬剤師等関係スタッフに周知できるような記載、明示、確認方法を確立し、標準化する。

- * 例1)：「禁忌薬・食品リスト」黄色のA4版のリストで、入院・外来に関わらず、アレルギー情報を知り次第、全職種がその用紙に記載する。入院中は入院診療録の特定の場所にはさみ、退院したら外来診療録に移動する。入院診療録の医師・看護師記録の一元化。問診時のアレルギー記載欄を医師と看護師で共有する、など。
- * 例2)：コンピュータオーダーリングシステムが確立している場合は、アレルギー情報を入手したら即座にその旨入力する。その際、入力した人の名前、職種、日時が明記されること。さらに可能であれば、禁忌薬・食のオーダー時に自動的にチェックできるようにする。
- * アレルギーや禁忌情報は、外来診療録の表紙、入院診療録の医師問診欄、看護師の問診欄、薬剤師の薬歴簿など、様々なアレルギー情報記載欄が用意されていることが多い。これら情報間の整合性の確保、および診療経過中に新たに情報を得た場合にどこに記載するのかといった事項を院内で標準化することにより、アレルギーや禁忌の情報が投薬治療にかかわるすべてのスタッフに確実に周知されるようにする。

目標：標準指針が文書化され、周知され、遵守される。

評価指標：アレルギーに起因するインシデントの発生件数。

モニタリング：

- 1) 標準指針が策定されているか
- 2) 標準指針のスタッフの認知度
 - 定期的に、医療安全推進室等が院内を巡回し、標準指針のスタッフ認知度を調査する
- 3) 標準指針の遵守度
 - 定期的に、医療安全推進室等が、ある病棟をピックアップし、標準指針の遵守度を調査する

BP14 経口用液剤の計量シリンジの使用法の標準化と周知

定義： 経口用液剤を注射用シリンジ（無色のシリンジ）で計量する習慣を廃止し、経口用液剤計量専用の色つきシリンジを使用することを標準化する。

- * 小児科などで、微量の経口薬を計量する必要があるときに注射用シリンジを使っていると、経口薬を誤って静脈用チューブに注入する危険が排除できないため、経口剤の計量には専用の色つきシリンジを使うことを標準化する。
- * 注射針が接続できないようにするため、経口薬専用シリンジはその接続部の経を注射用とは異なるものにする事が望ましい

目標： 経口用液剤の計量に注射用シリンジ（無色）を用いない。

評価指標： 経口薬の計量に注射用シリンジを使用している頻度。

関連業務プロセス：

- 1) 経口用液剤の使用法の標準化と周知
- 2) 院内採用シリンジの標準化
- 3) 外用液剤や消毒剤を計量する際のシリンジ使用の標準化
 - 安全性および経済性の観点から、これらの薬剤の秤量には、原則としてメスシリンダー等を使用することとし、シリンジの使用を禁止するべきである。

モニタリング：

- 1) シリンジ使用法についての標準が策定されているか
- 2) 標準の徹底度
 - 定期的に、医療安全推進室等が院内を巡回し、標準指針の遵守度を調査し、遵守されていない場合は、直ちに改善を指導する。

BP15 抗がん剤治療プロトコールの院内登録制度

定義：誤投与があれば重大な傷害につながる抗がん剤化学療法における投薬事故を防止するために、各診療科で医学的根拠に基づくプロトコールを決めて登録し、処方（あるいは指示）の際は、preprinted form 又はそれに準じた指示方法を採用する。

- * 抗がん剤治療は、①専門医師・薬剤師等で構成された委員会でプロトコールの妥当性を評価し、②承認されたプロトコールは明文化され登録プロトコールとなる、③指示は登録プロトコールに従って行われ、処方箋の形態はpreprinted formまたはオーダーリングを用いる、④2人以上の医師で指示内容を確認する、⑤投与する際には患者別プロトコール表を作成し、患者、医師、看護師、薬剤師等関係者が情報を共有できるようにする、⑥できれば、このプロジェクトを契機として抗がん剤化学療法に関与する専門医師・専門看護師の養成も考慮する

目標：すべての診療科で、院内標準プロトコールが登録され、それに基づく処方・指示が実施される。

評価指標：登録外の抗がん剤処方の件数。

抗がん剤治療におけるエラー（指示、調剤、与薬）の発生件数。

関連業務プロセス

- 1) 抗がん剤化学療法プロトコールの評価委員会の設置
- 2) 処方箋による抗がん剤の投薬システムの確立と徹底
 - (ア) 抗がん剤の投薬指示は処方箋を使用すること（抗がん剤は病棟在庫しないこと。また病棟単位で請求しないこと）
- 3) 抗がん剤の投薬プロセスの標準化：次の項目が満たされていること
 - (ア) 登録プロトコールに基づく処方設計
 - (イ) 処方箋の医師によるダブルチェック体制
 - (ウ) 薬剤師による登録プロトコールおよび薬歴に基づく処方チェック
 - (エ) 薬剤師による抗がん剤の調製
 - (オ) 抗がん剤投薬中の看護師による患者モニタリングの徹底
 - (カ) 副作用発生時の対処法の標準手順

モニタリング

- 1) 処方箋による抗がん剤請求の徹底度
 - 処方箋によらない抗がん剤の請求の頻度
- 2) プロトコール逸脱処方の頻度
- 3) 薬剤部による抗がん剤調製の実施率

BP16 薬剤部での注射剤ミキシング

定義： 危険薬および高カロリー輸液の薬液調製は、可能な限り薬剤部で実施する。

目標： 少なくとも、抗がん剤、高カロリー輸液、高濃度電解質製剤の薬液調製は薬剤部が実施する。

評価指標：

- 1) 抗がん剤、高カロリー輸液、高濃度電解質製剤、その他の危険薬の薬液調製を薬剤部が実施した件数と率。
- 2) 抗癌剤その他危険薬の薬液調製のエラーが関連するインシデントと事故の発生件数。

関連業務プロセス：

1) 抗癌剤のミキシング

- 登録プロトコールと薬歴を基にした処方チェックが必須であり、その体制作りが必要（詳細は第15項の抗がん剤治療プロトコールの院内登録制度参照）。

2) ICU へのサテライトファーマシーの設置

- カテコラミンやその他の循環器系薬剤が多量に使用される ICU では、24 時間体制の注射投薬と頻繁の指示変更が想定される。従って ICU で薬剤師がミキシングを実施するためには薬剤部機能の一部を病棟に設置（サテライトファーマシー）し、そこで薬剤業務を行う事が望ましい。

モニタリング：

- 1) 注射用抗がん剤、高カロリー輸液、高濃度電解質製剤の薬剤部での調製件数および実施率
- 2) カテコラミン製剤、不整脈用剤等のその他の危険薬の薬剤部での調製件数および実施率

◆ NDP 病院合同改善プロジェクト「危険薬の誤投与防止」タスクチーム;

<参加病院>

武蔵野赤十字病院	医療法人宝生会PL病院	麻生飯塚病院
佐久総合病院	成田赤十字病院	仙台医療センター
国民健康保険藤沢町民病院	東北大学附属病院	仙台社会保険病院
神鋼加古川病院	札幌社会保険総合病院	関東中央病院
前橋赤十字病院	和歌山労災病院	岩国市医師会病院
(財)新日鐵広畑病院	(財)大樹会回生病院	

<アドバイザー>

・ 飯塚 悦功	東京大学大学院工学系研究科化学システム工学 教授
・ 棟近 雅彦	早稲田大学理工学部経営システム工学科 教授
・ 河野 龍太郎	東京電力技術開発研究所ヒューマンファクターグループ 主管研究員
・ 福丸 典芳	福丸マネジメントテクノ 代表取締役
・ 井上 則雄	(株)竹中工務店 監理室
・ 下山田 薫	コマツスタッフアソシエーツ 特別顧問
・ 村川 賢司	前田建設工業㈱ 経営管理本部総合企画部部長 (TQM推進担当)
・ 土屋 文人	東京医科歯科大学歯学部附属病院 薬剤部長
・ 水流 聡子	東京大学大学院工学系研究科化学システム工学 助教授

<技術部会医療班>

危険薬の誤投与防止;	高橋 英夫	名古屋大学ICU救急医学 助教授
	菅野 隆彦	武蔵野赤十字病院 心臓血管外科副部長
	我妻 恭行	東北大学附属病院薬剤部 薬務室長
インスリン治療の安全管理;	菅野 一男	武蔵野赤十字病院 内科部長
与薬の安全管理;	杉山 良子	武蔵野赤十字病院 看護師長
	跡部 治	佐久総合病院 薬剤部長

◆ 編集; 我妻 恭行 東北大学附属病院薬剤部 薬務室長

高橋 英夫 名古屋大学ICU救急医学 助教授

◆ 監修; 三宅 祥三 武蔵野赤十字病院 院長

上原 鳴夫 東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野 教授

II **Best Practice** 实例集

はじめに

主任研究者 上原鳴夫（東北大学大学院医学系研究科）

研究協力者 我妻恭行（東北大学病院医療安全推進室）

第I編では、「危険薬の誤投与防止対策NDP Best Practice（以下Best Practice）」の概念や内容について記述した。初版のBest Practiceを発行後、NDPに参加する施設は、施設ごとにBest Practiceの中からテーマを選択し、投薬事故防止のための改善活動に取り組んできた。図1に2006年7月における13施設の取り組み状況をまとめた。「一部実施」を含めた全体の実施率は約76%であった。この中で実施率の高かったBest Practiceは、BP2 高濃度カリウム塩注の病棟保管の廃止、BP3 採用薬品の見直し、BP4 類似薬の警告と区分保管、BP5 救急カートの整備、BP10 投薬に関する患者取り違え防止策の徹底、BP11 輸液ポンプ、シリンジポンプの操作・運用・管理方法の標準化と教育等であった。これらは、経費もあまりかからず比較的短期間で達成可能なものである。一方、実施率が低かったものは、BP8 コンピューテッド調剤監査システムの導入、BP15 抗がん剤治療プロトコルの院内登録制度であった。これらの実施率が低い理由は、BP8についてはそれを実行するためには極めて大きな経費と長時間の検討が必要ながあげられる。BP15については癌化学療法の専門家の普及率の低さが関与していると考えられた。

本編では各施設が取り組んだBest Practiceの中から代表的なものを選び、項目ごとに実例を紹介する。

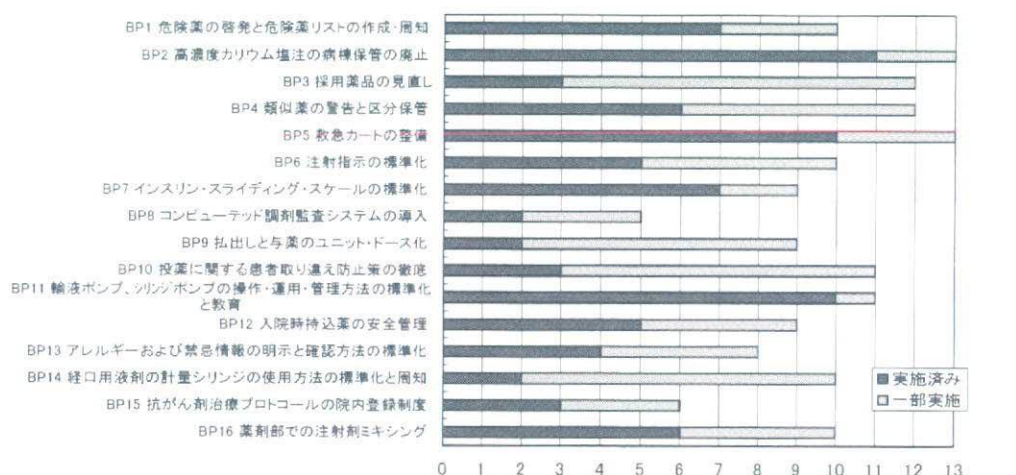


図1 NDP13施設におけるベストプラクティスの項目毎の達成施設数(2006年7月現在) (施設数)

BP 1

危険薬の啓発と危険薬リストの作成・周知

危険薬の啓発と危険薬リストの作成・周知

国民健康保険藤沢町民病院

TQM 安全対策委員会 佐藤 正規(主任薬剤師)

1. 要約

NDP で作成した危険薬に関する知識調査を医師、薬剤師、看護師対象に行なった。我々はこの調査で投薬治療の複雑さや潜在的危険性を再認識し、医療の質改善の必要性を理解した。当院では、この調査結果を踏まえて、投薬プロセスに関係する医師、薬剤師、看護師に対して危険薬誤投与防止対策を行なったので報告する。

- ①危険薬の啓発に関しては----院内勉強会の開催、危険薬の払い出しの標準化
- ②危険薬リストの作成・周知に関しては----安全ハンドブックの作成と電子カルテの薬品マスタ表記の変更

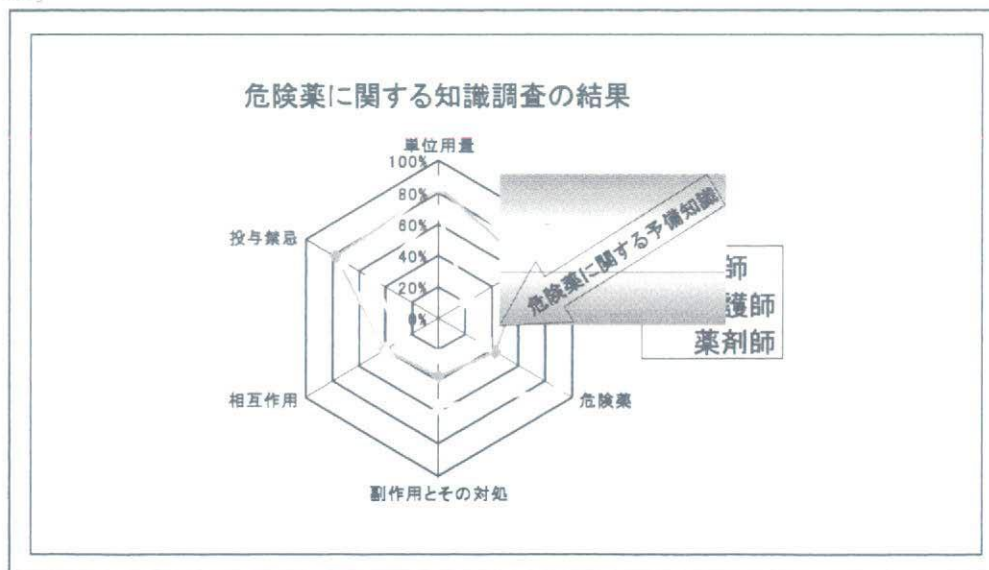
2. 施設概要

- ◆ 一日平均外来患者数 160 名
- ◆ 診療科 内科、外科、整形外科、
- ◆ 入院病床数 54 床 平均在院日数 16 日
- ◆ 医師 7 名 看護師 35 名 薬剤師 3 名 薬剤助手 2 名
- ◆ 関連施設 老人保健施設 60 名 特別養護老人ホーム 100 名
- ◆ 平成 14 年 10 月より電子カルテシステム運用開始
- ◆ 平成 13 年 2 月 日本医療機能評価 Ver. 3.0 認定
- ◆ 平成 18 年 11 月 日本医療機能評価 Ver. 5.0 認定

3. 現状把握

3.1 知識調査

NDP で行なった危険薬に関する知識調査を医師、薬剤師、看護師を対象に行なった。その調査結果、看護師の危険薬に関する予備知識が医師、薬剤師に比較して低いことを把握した。

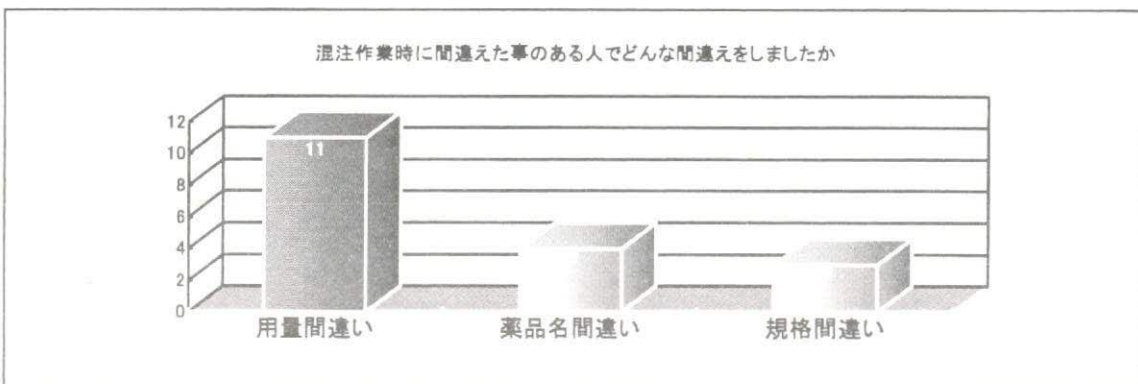
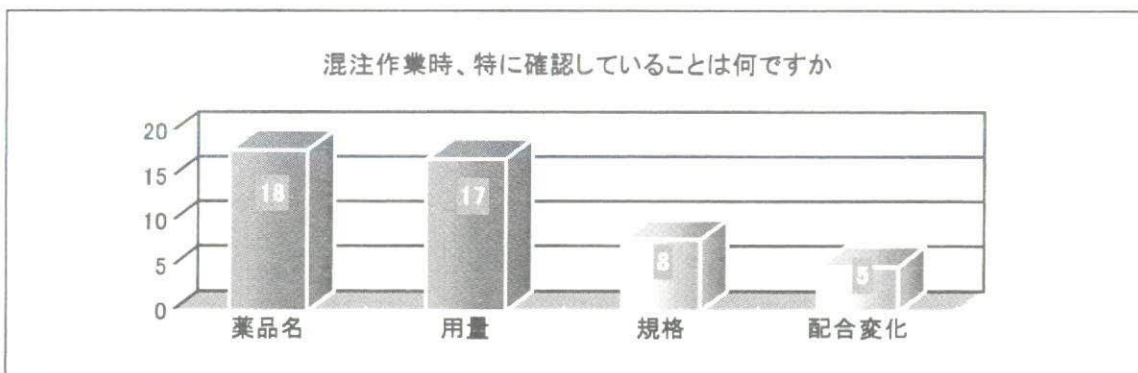
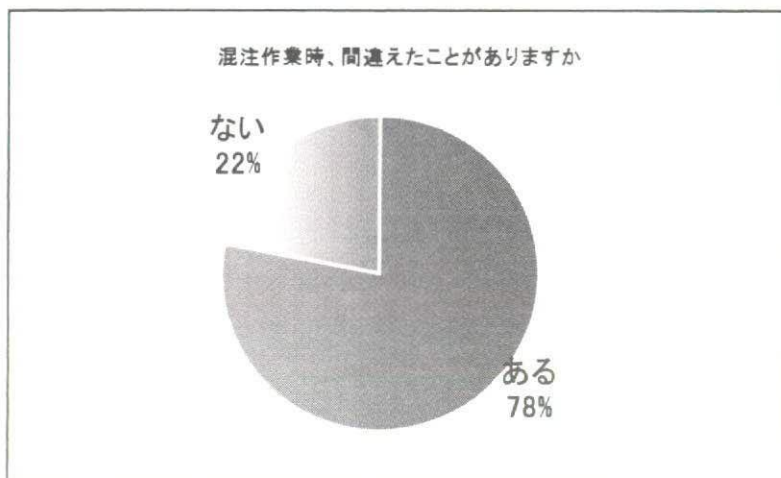


3.2 アンケート調査

病棟では2名の看護師が混注作業を行なっている。2つのグループに分かれているので実質は1名で作業を行なっていることになる。

看護師が使用する注射のワークシートには薬剤に関する注意事項はなく、投与方法に関する疑問はその度に薬剤科に問い合わせをするのが現状である。

今回、病棟看護師を対象にアンケート調査を行い、混注作業などの注射に関する問題を把握した。



4. 問題抽出・要因分析

- ①人的要因：危険薬に関する予備知識が低い
- ②施設の要因：病棟は内科外科整形外科と混合しているのであらゆる知識が要求される
- ③システムの要因：薬剤科からの危険薬に関する情報提供が少ない・指示出し時の危険薬の注意事項がない

5. 対策

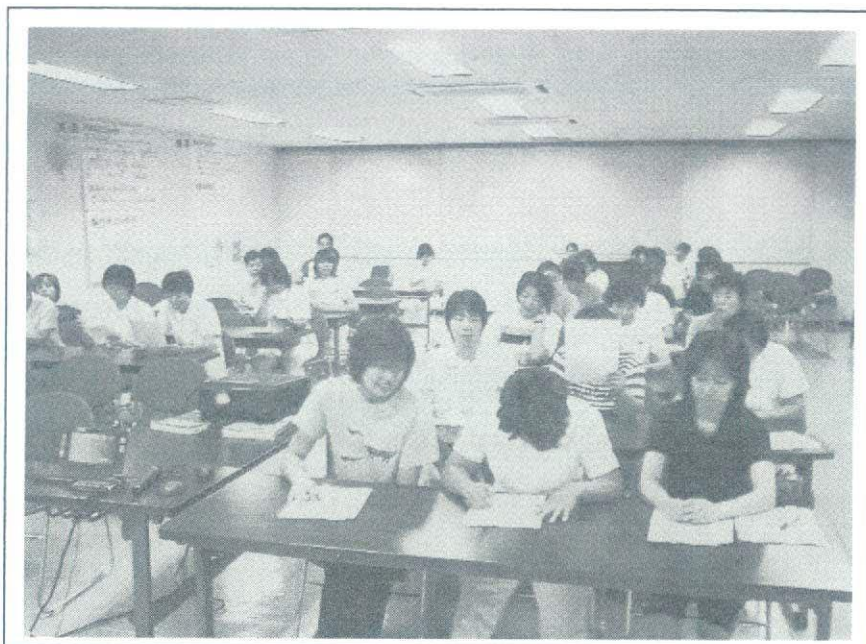
問題	要因	対策
①人的要因	危険薬の予備知識が低い	危険薬に関する勉強会開催
②システムの要因	危険薬に関する情報が少ない	ハンドブック作成 危険薬の払い出し方法の改善
	指示出し時の注意シグナルがない	マスタ表記変更によるワークシートの改善

6. 結果

6. 1 危険薬に関する勉強会開催

NDPが行なった知識調査に基づいて危険薬に関する勉強会を開催した。

危険薬だけでなく薬剤全般にわたり説明し、看護師からは何がどのようにわからないのか、現場で実際にどのような問題が存在しているのかを抽出し



6. 2 危険薬の病棟払い出し方法

危険薬を払い出すときは専用袋に入れる。専用袋には薬剤の注意事項、なぜ危険薬なのか？どのように投与するのか、どれくらいの投与速度で、最高用量は？など勉強会で質問のあった内容を記入してある。



6. 3 電子カルテの注射薬マスタ表記名の変更

看護師が混注作業時に使用するワークシートに看護師が必要とする情報を電子カルテ内薬品マスタの表記名の前に略語を記載した。

略語	表記の意味
酸)	酸性 ph4.5 以下
塩)	アルカリ性 ph7.5 以上
単)	単独投与する薬剤 配合変化が起きる可能性が大きい薬剤
P)	PVC フリー輸液セットを使用すべき薬剤 DEHP 溶出または薬剤吸着のある薬剤
遮)	遮光保存 光に不安定な薬剤 ボトルを遮光して投与する
冷)	冷所保存 熱に不安定な薬剤 (但し、投与時は冷所不要)
危)	危険薬 ワンショットで死に至らしめる薬剤
緩)	ゆっくり投与しなければ副作用が発現する薬剤 ①ゆっくり静注・・・3～5分かけて投与する薬剤 ②ゆっくり点滴静注・・・1ml/分 (60ml/時間) かけて投与する薬剤
極)	極めてゆっくり投与しなければならない薬剤 ①極めてゆっくり静注・・・5分以上かけて投与する薬剤

【実施日】 2006年12月4日		【印刷日】 2006/12/3	
病室	患者ID/氏名	指示内容	数量/日数
311	000001234 千〇 清〇	【点滴・その他注射】 ■注射■ 点滴 (DIV) ◆メイン①◆ 酸) ユニカリックN (1ℓ) 1 袋 遮P) ネオラミン・マルチV 1 瓶 危) 塩化ナトリウム注射液 (10%20ml) 1 A 危・緩) アスハラカリウム注10Eq17.12%10ml 1 A 危) ヒューマリンR注U100 (100単位/ml) 12 単位 定期 2006年11月30日 7 日	
		【点滴・その他注射】 ■注射■ 点滴 (DIV) ◆メイン②◆ 酸) ユニカリックN (1ℓ) 1 袋 遮P) ネオラミン・マルチV 1 瓶 危) 塩化ナトリウム注射液 (10%20ml) 1 A 危・緩) アスハラカリウム注10Eq17.12%10ml 1 A 危) ヒューマリンR注U100 (100単位/ml) 12 単位 定期 2006年11月30日 7 日	
		■注射■ 静脈内注射 (IV) ファモチジン注射用20mg 1 A 生食注シリンジ「NP」20ml 1 筒 1日 1 回 定期 2006年11月30日 7 日	

6. 4 安全ハンドブック作成

ハンドブックの内容は危険薬の勉強会開催時に使用したテキストをわかりやすくまとめたものである。

内容は・・・

- ①名前が類似している薬品
- ②形状が類似している薬品
- ③2種類以上に規格がある薬品
- ④溶解する液に制限のある薬品
- ⑤ワンショット禁止薬品
- ⑥投与ルートを間違えると危険な薬品
- ⑦投与速度を注意する薬品
- ⑧PVCフリー輸液セットを使用する薬品
- ⑨輸液ポンプ・シリンジポンプの使用法
- ⑩血管外漏出により重篤な組織炎症を起こしやすい薬剤

7. 考察

当院はNDP参加病院の中では小規模な病院である。しかし、国内の医療機関の70%が200床以下の小規模病院であることを考えると当院の医療事故防止対策の活動は他の小規模な病院にとっての標準化となると考えられる。人的にもシステムのにもまた施設のにも大規模病院に比較して医療事故に繋がる危険性は高い。

今回、【危険薬に関する啓発と危険薬リストの作成・周知】に関しての成功事例をあげたが、今後も定期的にPDCAサイクルをまわして、更なる改善活動を行ない、小規模病院としても十分対応できるBest Practiceをつくりあげたい。