

具体的対策例

	説明	具体的な対策	留意点
対策①	病棟に入院している多くの患者の中から、事故を起こす危険性が高い患者を抽出する	アセスメントシート	各病院の患者特性に応じたシート
対策②	危険な患者の行動を、未然に防止する	ベッド柵、 車椅子ベルト	行動制限の同意 抑制中の問題
対策③	行動を起こしても、その行動を看護師が感知し、事故が発生しないようにする	離床センサー	行動から事故迄が短時間であるために、事故が発生した後にかけてけることになる。また、センサー等は無駄な警告音が多い
対策④	事故が発生しても、ケガなどの影響度を低減させる	足元マット プロテクター装着 (頭部、腰部) 事故後のガイドライン(事故後の観察、検査等)	足元マット等は清掃面を、プロテクターはコストや行動制限に対する考慮が必要。転倒後のガイドラインは院内で承認を得る

活動内容

安全シール、安全パンフレットの検討



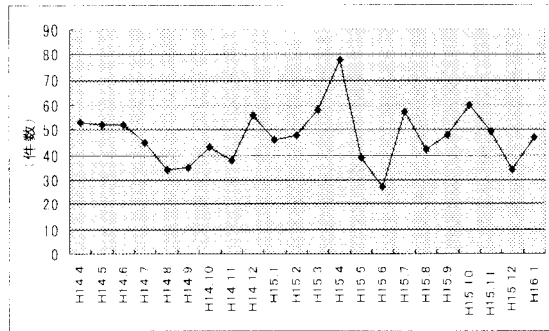
上原鳴夫/NDP2004

24

目標達成状況－1病院の例

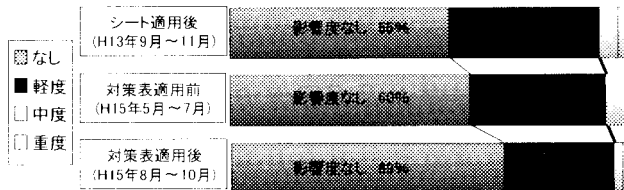
【事故件数による検証】

事故件数は低減傾向にあるとはいえない



【事故の影響度による検証】

影響度なしの事故の割合は増加, 軽・中・重度の事故は低減



上原鳴夫/NDP2004 図2 事故の影響度の推移

アセスメントシート作成例－1

分類	特徴	評価スコア	患者評価			
			入院時	2, 3日目	1週間後	
年齢	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 65歳以上、9歳以下	2	2	2		
既往歴	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 転倒転落したことがある	2		2		
患者特徴	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ナースコールを押さずに行動しがちである	4	4	4		
	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ナースコールを認識出来ない・使えない					
	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 目立った行動を起こしている	3		3		
	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 何事でも自分でやろうとする					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 環境の変化(入院生活・転入)に慣れていない	1				
危険度Ⅰ: 1～9点 転倒・転落する可能性がある		合計	6	11		
危険度Ⅱ: 10～19点 転倒・転落を起こしやすい		危険度	Ⅱ	Ⅲ		
危険度Ⅲ: 20点以上 転倒・転落をよく起こす						

アセスメント項目
41項目

図2 アセスメントシート(一部)

今後の課題

- 効果の確認
- NDPで統一した行動制限(抑制・拘束)同意書
- 家族説明ツールの作成
- NDPで統一した筋力トレーニング・歩行マニュアルの作成
- 事故分析ツールの作成

平成16年度のその他の研究活動

- 5S 3病院で実施
- 手術映像記録の活用 現状調査
- 患者経験調査の実用化
- 医療版TQM教育モジュールの開発
- Qエキスパートの養成と院内安全教育のための教材開発
 - －医療安全の基本的な考え方と技法
 - －改善のための事例解析の方法
 - －KYTツール
 - －調査票テンプレートと簡易データ分析ツール

ホームページ

<http://www.ndpjapan.org/>

危険薬の誤投与防止

NDP Best Practice (案)Ver.3

2004/11/13

<http://www.ndpjapan.org/>

1. 危険薬の啓発と危険薬リストの作成・周知	3
2. 高濃度カリウム塩注射剤、10%リドカイン注射剤、高張塩化ナトリウム注射剤の 病棟保管の廃止	4
3. 採用薬品の見直しー同成分複数規格の制限と紛らわしい製品の排除.....	5
4. 類似薬の警告と区分保管.....	6
5. 救急カートの整備.....	7
6. 注射指示の標準化.....	8
7. インスリン・スライディング・スケールの標準化	9
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	10
9. 払出しと与薬のユニット・ドース化	11
10. 投薬に関する患者取り違え防止策の徹底.....	12
11. 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.....	13
12. 入院時持参薬の安全管理.....	14
13. アレルギーおよび禁忌情報の明示と確認方法の標準化.....	15
14. 経口用液剤の計量シリンジの使用方法の標準化と周知.....	16
15. 抗がん剤治療プロトコールの院内登録制度	17
16. 薬剤部での注射剤ミキシング	18
◆ その他の課題.....	19

1. 危険薬の啓発と危険薬リストの作成・周知

定義： 「危険薬」の定義と種類を啓発する。院内採用の危険薬リストを作成し院内に周知する。

* 危険薬の定義（NDP）： 誤った投与の仕方をした場合に、患者の健康状態に対し死亡を含めた深刻な影響をもたらす薬剤

* 危険薬とすべき薬剤（下表）

a. 注射用カテコラミン	i. インスリン
b. テオフィリン	j. 経口血糖降下薬
c. 注射用高濃度カリウム塩	k. 抗悪性腫瘍薬
d. 注射用カルシウム塩	l. 抗不整脈薬
e. 注射用高張食塩水	m. ジギタリス
f. 注射用硫酸マグネシウム	n. 麻酔用筋弛緩薬
g. ヘパリン	o. 麻薬類
h. ワルファリンカリウム	p. 注射用ベンゾジアゼピン系薬剤
q. その他（注射用血管拡張薬、PG 製剤、抗精神病薬、etc.）	

目標： 投薬治療のプロセスにかかわるすべての職員が「危険薬」を認知でき、それぞれのもつ危険と事故を防ぐための注意事項を理解する。

評価指標： 知識調査による理解度判定

関連業務プロセス

- 1) 危険薬に関する院内勉強会の実施。特に採用時研修で必修化する。
- 2) 危険薬一覧表を各部署に配布。事故防止マニュアルやハンドブック等に掲載。
- 3) コンピュータ・オーダーリングが稼動している場合は、マスターに登録し、システム上に反映する。つまり、処方オーダー画面、処方箋、看護師用ワークシート等に、警告文字を表示させる。
- 4) 特に重要な危険薬については、運用方法（指示出し、調剤、投与）や取扱い方法を標準化し、それを徹底する。
 - 高濃度カリウム注、10%キシロカイン注については、第2項を参照
 - 抗癌剤については、第15項を参照

モニタリング：

- 1) 知識調査の定期的実施と評価
 - 新規採用者には必須とする。
 - 2～3年に1回程度の頻度で再試験する事が望ましい。

2. 高濃度カリウム塩注射剤、10%リドカイン注射剤、高張塩化ナトリウム注射剤の病棟保管の廃止

定義：高濃度カリウム塩注射剤（アスパラギン酸カリウム、燐酸二カリウム：コンクライトP、メディジェクトPなどを含む）や高濃度リドカイン注射剤（10%キシロカイン注など）、高張塩化ナトリウム注射剤（10%NaCl 注）は、病棟で保管せず薬剤部が一元管理する。

目標：標記薬剤がすべての病棟で病棟保管がなくなり、かつこれらの薬剤の誤使用によるインシデント（ヒヤリハット事例等）と事故がない事。

評価指標： 保管を続けている病棟・部署の数。
上記薬剤の誤使用によるインシデントと事故の発生件数。

関連業務プロセス：

- 1) リマインダーの利用
 - 上記の薬剤を薬剤部から払出す際は、「ワンショット静注禁止、必ず希釈」等の警告の記載されたカード（リマインダー）を添付する。

モニタリング

- 1) 薬剤師による定期的病棟配置薬のモニタリング
 - 定期的に病棟巡回を行い、上記薬剤の病棟での管理状況をモニタリングする。

3. 採用薬品の見直しー同成分複数規格の制限と紛らわしい製品の排除

定義：院内採用薬品について医療安全の観点から見直しを行い、以下の見直しのポイントに相当する場合は可能な限り排除する。

【見直しのポイント】

- 1) 同一名称で複数の成分量・容量の製剤が採用されている場合
- 2) 名称や外観が紛らわしい薬品が採用されている場合
- 3) 使用方法が紛らわしい薬剤が採用されている場合（紛らわしくない外観の代替製剤が市販されていれば、それに切り替える）

目標：複数規格および名称・外観が類似した薬品の種類数が最小になり、排除しないものは理由が明確にされる。新規採用審査にあたって医療安全の観点に基づく採否基準が明確になる。複数規格、名称・外観の類似性を誘因とする誤調剤、誤投与のインシデントと事故がなくなる。

評価指標：

- 1) 排除されなかった複数成分量・容量の製剤の種類数
- 2) 排除されなかった名称・外観が類似した薬品の種類数。
- 3) 医療安全の観点に基づく採否基準が明文化されていること。
- 4) 複数規格、名称・外観の類似性が原因のインシデントと事故の件数。

関連業務プロセス

- 1) 定義の見直しポイントの該当薬剤で、排除できなかった場合は、これらが原因の誤調剤、誤使用を防止するための工夫を施す必要がある。（第4項、類似薬の警告と区分保管を参照）

モニタリング

- 1) 現存する複数成分量・容量の製剤の種類数
- 2) 現存する名称・外観が類似した薬品の種類数

採用品目の絞込みに関する留意点：

- 1) 規格が違うことにより、適応症が違う薬剤もある。
- 2) 運用上、小さい容量の規格では対応が困難な場合がある（抗癌剤、抗凝固剤）
- 3) 半錠分割することにより、薬効に影響を及ぼす薬剤がある。
- 4) 保険請求上の問題（例：パンスポリン注を1g 静注投与する際、0.5g バイアルを2本使用すると、保険の査定対象となる場合がある）

4. 類似薬の警告と区分保管

定義：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、かつ取違えが生じにくいようなエラープールの仕組みを作る。なお、類似薬は可能な限り排除しておくこと（第3項参照）

【具体例】

- 1) 名称や外観が類似する薬品について、院内採用薬をリストアップした一覧表を作成し、院内に配布する。
- 2) 処方箋記載（手書き）の際には、必ず薬品名には規格を付帯する。NDP 標準案に準拠
- 3) 採用規格の情報を容易にアクセスできる工夫を行う（院内薬品集の整備、複数剤型の存在を明示）
- 4) 薬品の保管上の工夫
 - 保管場所を隣り合わせにしない。
 - 保管棚等に『複数規格あり』等の警告シール等（リマインダー）を貼る
- 5) コンピュータオーダーリングシステムの工夫：
 - 入力画面： 薬品名入力の際の選択エラーを防止する工夫を施す（規格の強調表示、行間の確保など）
 - 処方箋： 調剤時に薬剤師の注意を促す目的として、複数規格存在する薬剤は処方箋上の表記に工夫を施す（強調表示など）

目標：類似薬の誤投与を防止するための指針（警告、区分保管など）が文書化され、遵守される。複数規格や名称・外観の類似性を誘因とする誤調剤、誤投与のインシデントがなくなる。

評価指標：

4. 上記定義で示した、具体例1)～5)あるいはその他のエラープールの仕組みが実施されていること。
5. 複数規格、名称・外観の類似性を誘因とする誤調剤、誤投与のインシデントと事故の件数

関連業務プロセス：

- 1) 採用薬の見直し
 - 類似薬は、採用薬の見直しにより可能な限り排除する（第3項参照）

モニタリング

6. 上記定義で示した、具体例1)～5)あるいはその他のエラープールの仕組みが実施されていること。