

分科会A「行動目標1：危険薬の誤投与防止」

■テーマ：投薬事故防止を原点から考える

1. はじめに

投薬事故防止は、様々な対策が提案され、進んでいると考えられてきましたが、重大事件事例が最近少なからず報じられています。また、ほとんどの病院では、取り組みを講じているにもかかわらず、エラーが減らないという深刻な悩みを抱えています。

今一度危険薬に対する重要な一つ一つの対策を、自施設で実施しているか、見直す必要があります。また、本来のシステムアプローチとして、手順の標準化と順守、教育、コミュニケーション、リーダーシップ、改善の手法など、医療安全・質管理の基本について、また効果と効率について、ふり返るために企画しました。

2. 危険薬誤投与防止のために

危険薬誤投与防止のための対策として行動目標1では16項目の対策の実施を提唱しています。これらの16の対策を実施することにより、ひいては全ての医薬品を安全に使用できる体制が整備されることを目的としています。16項目の中でも特に第2項は必ず取り組んでいただきたい対策です。関連情報を緊急提言パンフレットとして、医療安全全国共同行動ホームページに掲載しましたので、ご覧ください。

http://kyodokodo.jp/151001_kinkyu.html

- (1) 危険薬の啓発と危険薬リストの作成・周知
- (2) 高濃度カリウム塩注射剤、高張塩化ナトリウム注射剤の病棟保管の廃止
- (3) 採用薬品の見直し（同成分複数規格の制限と紛らわしい製品の排除）
- (4) 類似薬の警告と区分保管
- (5) 救急カートの整備
- (6) 注射指示の標準化
- (7) インスリン・スライディング・スケールの標準化
- (8) 散剤および水剤の処方データ連携調剤監査システムの導入
- (9) 払出しと与薬のユニット・ドース化
- (10) 投薬に関する患者取り違い防止策の徹底
- (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
- (12) 入院時持参薬の安全管理
- (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
- (14) 経口用液剤の計量シリンジの使用方法的標準化と周知
- (15) がん化学療法レジメンの院内登録制度
- (16) 薬剤部での注射剤ミキシング

3. 投薬事故一何が問題か？ いかにして防止するか？

最近報道等で報告された重大事例をふり返ると、私たちが取り組んできた対策の盲点が見えてきます。

ウログラフインは、過去に死亡事例が何例もあったにもかかわらず教訓を活かすことができず、アンブルには「脊髄造影禁止」と書かれていましたが、くい止めることはできませんでした。高濃度カリウム注射液は、10年以上前から病棟保管の廃止が提唱され、この数年は三方活栓に合わないタイプの製剤が販売されてきましたが、未だ広がりは不十分で、事故報告もむしろ増えています。筋弛緩薬と抗生剤の取り違いによる誤投与は、製剤や名称の類似に対する対策がまだ不十分であること、作業環境の是正の必要性、作業の標準化や順守の盲点などが教訓となりました。いずれも若い医療者が当事者となっており、教育のあり方、第2の犠牲者とならないことが大きな課題となります。ヒューマンエラーは個人の「注意」ではなく、システムで防止すべきことがあらためて痛感されました。

4. 病院の危険薬取り組み状況と提言

昨年、高濃度カリウムや筋弛緩剤等の誤投与による事故が相次いだため、危険薬誤投与防止対策の取り組み状況アンケート（平成27年7月末まで）を実施、その結果を報告しました。21施設（400床以上：12施設、100～399床：9施設）から回答を頂きました。4つの推奨項目は、ほぼ対策をされているようでしたが、「高濃度カリウム塩注射剤、高張塩化ナトリウム注射剤の病棟保管の廃止」については、2施設において未実施でした。その中でも、特に高張塩化ナトリウム注射剤については、8施設で未実施でした。

続いて、2015年10月1日付で行動目標1から発信した提言、高濃度カリウム塩注射剤についての緊急提言を紹介しました。

胃内視鏡検査で患者胃内に間違えて劇物のホルマリン（ホルムアルデヒドの水溶液）を投与したと平成27年11月17日に報道がありました。この事例において、問題と考えられるのは、一般には薬剤師が関与できていない薬品であること、容器が似ている（今回は同じでした）といった過去の事例に類似しており、現在の医療安全体制において、ピットホールになる事例でありました。

今後も、「危険薬」について、医療安全の観点から、情報収集ならびに提言を行っていくことを報告しました。

（文責 行動目標1「危険薬の誤投与防止」技術支援部会代表 齋藤 泰紀）