

ハイリスク薬剤希釈法の院内標準化の取り組み

P-98

奈良県総合医療センター

医療安全管理委員会¹、集中治療部²、経営企画室³、
薬剤部⁴、薬剤科(奈良県総合リハビリテーションセンター)⁵

中平敦士^{1,2}、橋本佳之⁵、野沢健太郎^{1,4}、井上智子³、生島繁樹^{1,4}、
安宅一晃²、影林頼明¹、橋本宏之¹、松山 武^{1,3}、上田裕一¹

はじめに

- ハイリスク薬剤の誤投与の影響は甚大である。
- ハイリスク薬剤は量・濃度・単位・溶液(種類・量)などが多岐にわたり、指示→投与で医療者の多様な判断を要する。
- 各薬剤の希釈法は医師によって異なり、エラーが発生しやすい。

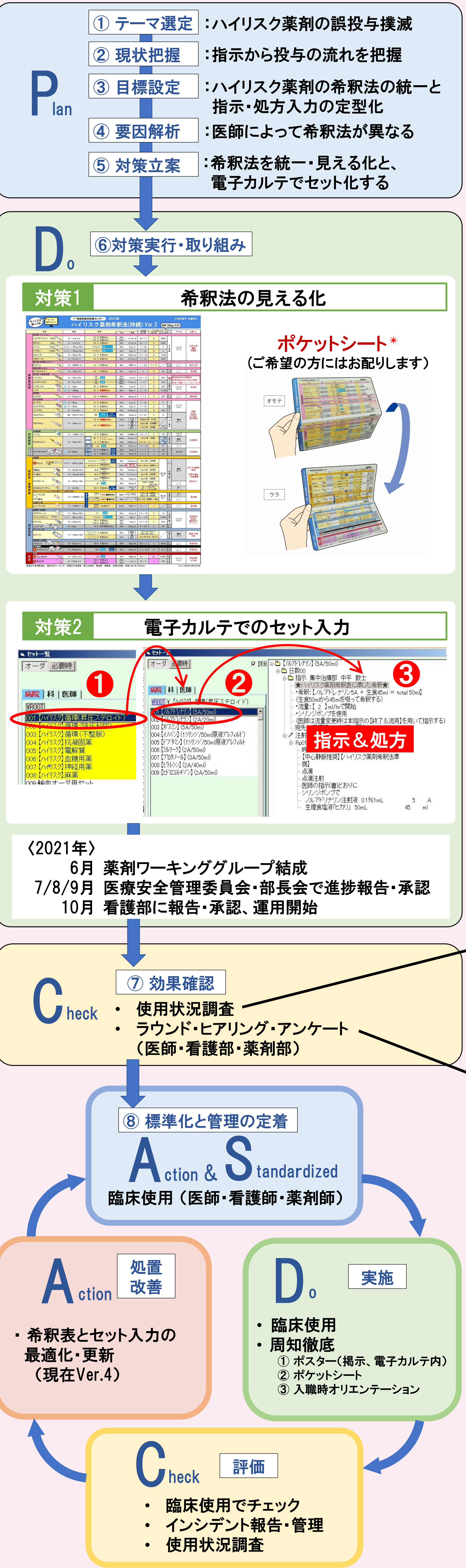
インシデント事例

- 病棟で急変対応時に、薬剤希釈と流量の誤認により、**ノルアドレナリンが60倍の速度**で投与された。

目的

ハイリスク薬剤全体に**水平展開**できるシステムを構築し、希釈法に関連する誤投与を撲滅する。

「問題解決8ステップ」で「PDCAサイクル」をまわし、「SDCAサイクル」で標準化を維持・管理



取り組みのポイント

- 日頃のコミュニケーションをもとに、各科と調整を進めた。
- 看護部・薬剤部とも事前調整を進め、院内の各種委員会へ進捗報告した。

希釈法のポイント

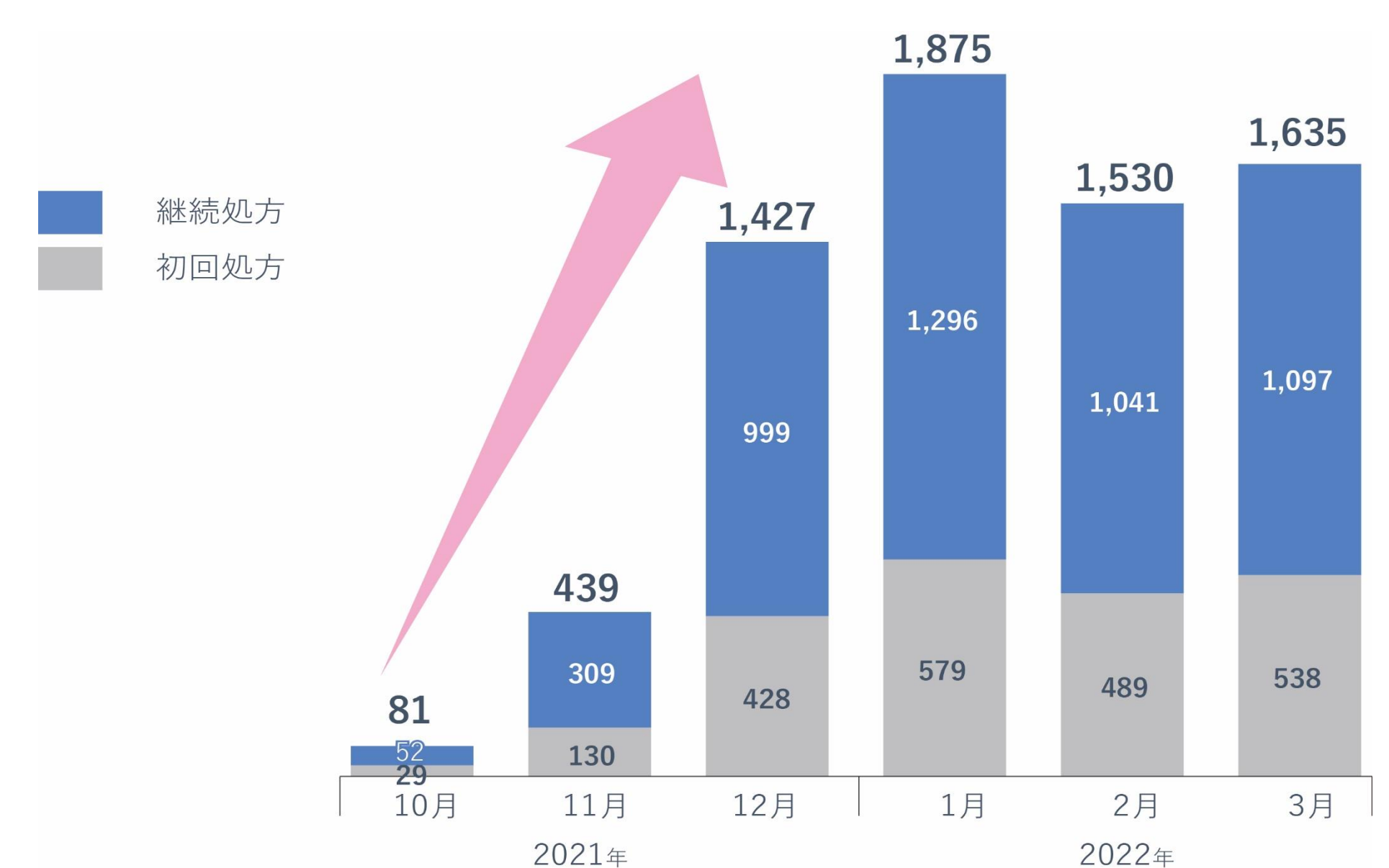
- 初期流量は**安全域**とする
 - 緊急時のチームとして**効率的&正確な初動**を優先し、流量調整は投与開始後で問題ないとする。
- 初期流量 2ml/時と総量50mlで調整
 - 流量1mlなどの微量でのシリンジポンプの誤差を回避する。

システム導入のポイント

- 強制とはせず**推奨**とし、セット入力の**利便性**で自然と普及できるシステムを構築した。
- 周知とメンテナンスを大事にし、**標準化**となることを心がけた。

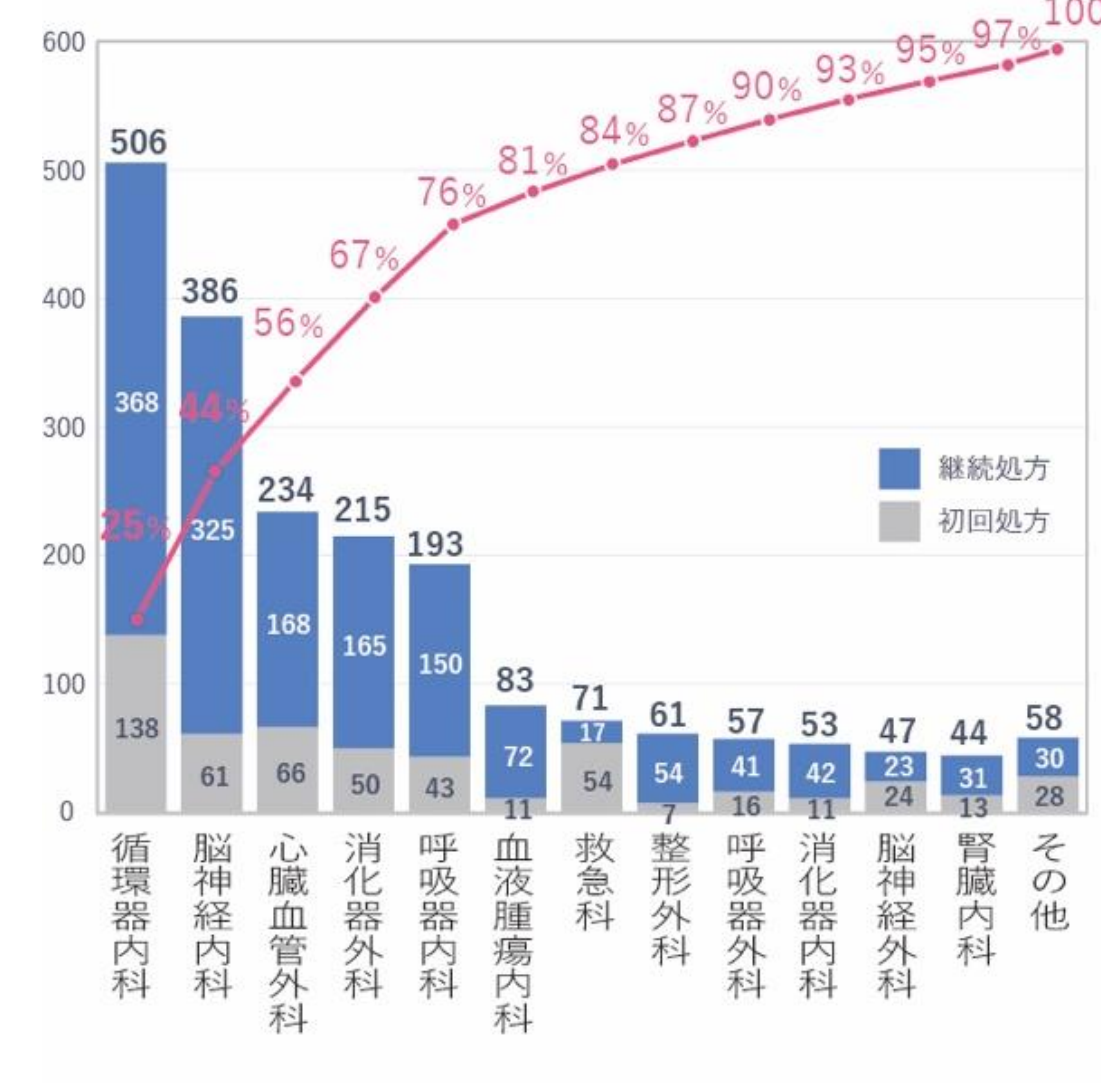
結果 (使用状況調査)

月別セット使用件数



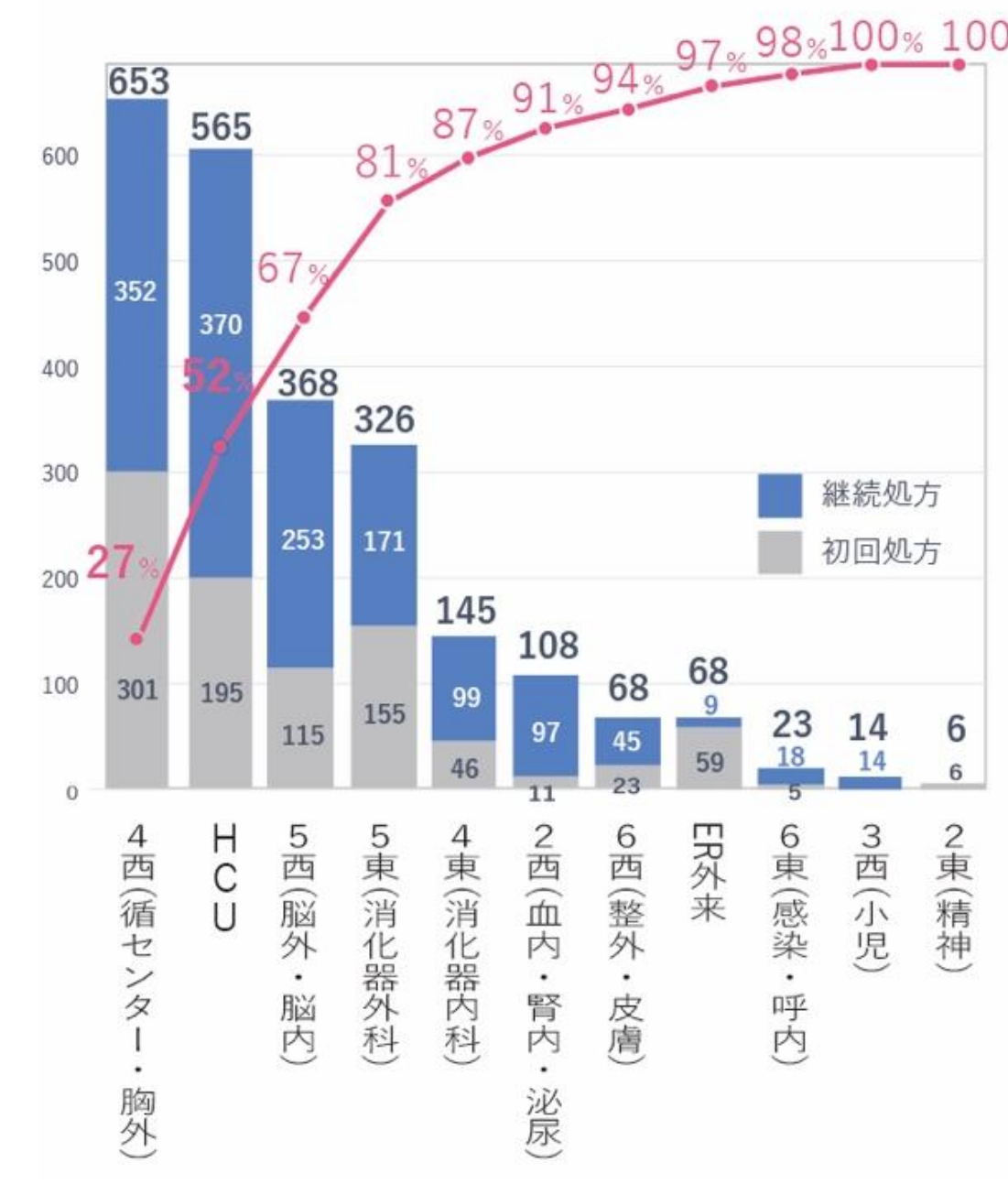
約4ヶ月で使用件数が上昇し、院内で周知されたと考えられる。

診療科別件数 (ICU除く)



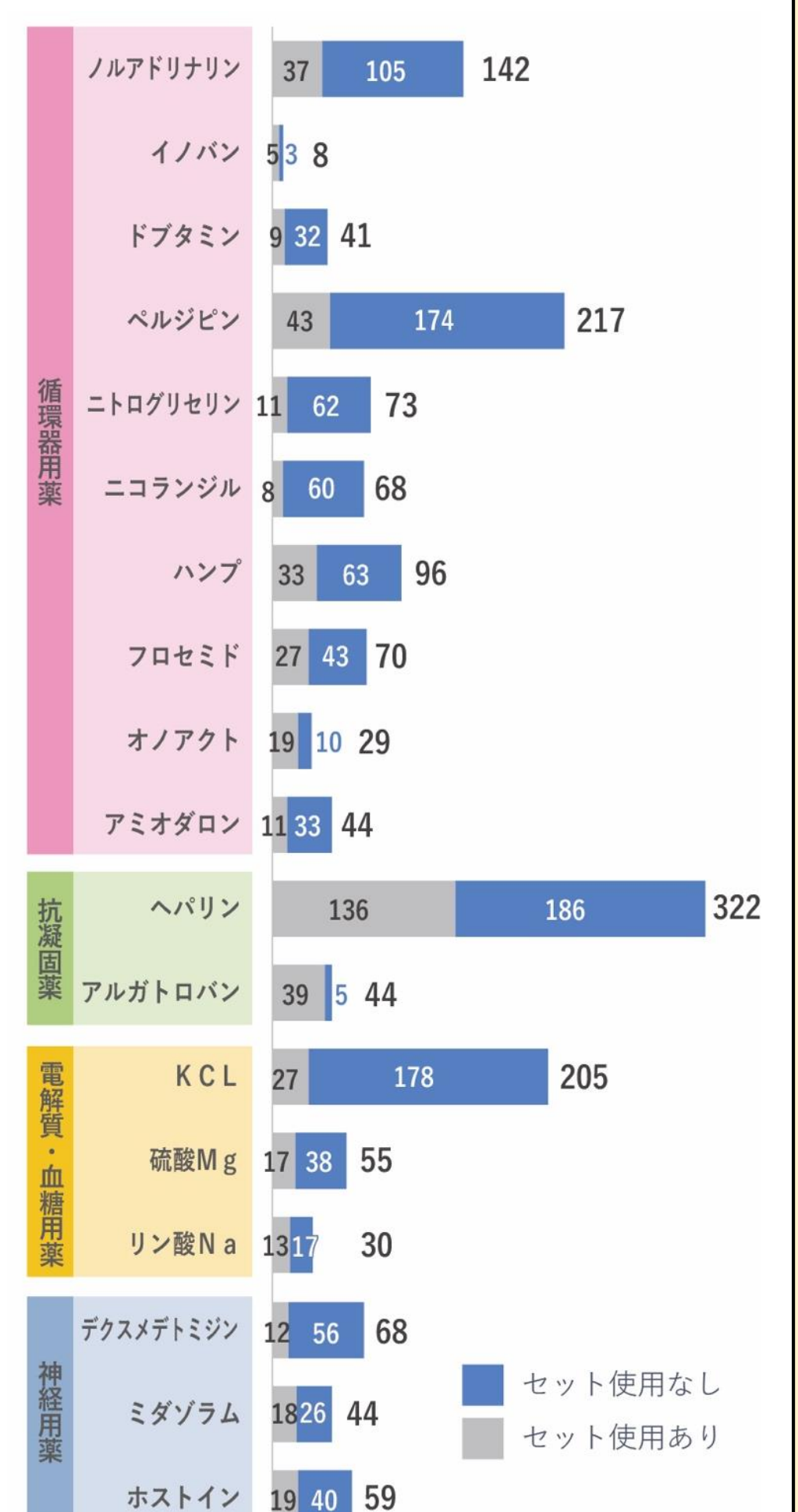
ICU以外の多くの診療科で使用されている。

病棟別件数 (ICU除く)



院内全体の多くの病棟で使用されている。

薬剤別



- 多岐に渡る薬剤種別の、多種類の薬剤が使用されていた。
- 使用頻度が高かったのは
 - ① ヘパリン
 - ② ペルジピン
 - ③ KCL
 - ④ ノルアドレナリン
 であった。

結果 (ヒアリング・アンケート)

- 医師 : 「日頃から使ってしまうので緊急時に**チーム機能**が向上する」「電解質補正をする治療閾値が下がった」
- 看護師 : 「用量確認で**医師に連絡**しやすい」
- 研修医 : 「上級医から「ハイリスクで指示しといて」と言われ、内容も正確であり**お互い安心**である」
- 薬剤師 : 「**ポケットに入れておきたい**」
- 医療安全 : 「本システムがあれば**回避できたインシデントが多かった**」

考察

- 日頃のコミュニケーションと事前調整により円滑に導入できた。
- セット入力を組み合わせることにより「使った方が便利、平時から使ってしまう、**間違え方が難しい**」システムを構築できた。
- 医師は異動が多く、**入職時オリエンテーション**での周知が肝要である。
- 再発防止効果だけでなく、**チーム医療の実現、日常診療の質と効率の向上、労働環境の改善**などの効果も得られたと考えられる。

結語

- 「ハイリスク薬剤希釈法」の**院内統一システム**を導入でき、「セット入力」を組み合わせることで**標準化**を構築できた。
- 今後もSDCAをまわして**管理と更新**を継続していく。

COI開示

演題発表に関連し開示すべきCOI関係にある企業などはありません。