

分科会A：行動目標1「危険薬の誤投与防止」

【テーマ】アナタの常識は、ワタシの常識ではない― 情報伝達エラーを防止する !! ―

1. 講演

「アナタの常識は、ワタシの常識ではない ― 情報伝達エラーを防止する !! ―」

山口大学大学院医学研究科教授 医学部附属病院薬剤部長 古川裕之

複数の職種から構成されるチームで患者治療に当たる現在、それぞれの職種内だけでなく、職種間の情報伝達が正確に行われないうえに、情報の受け手が送り手の意図とは異なる行動を取るケースが少なくない。これを、「情報伝達エラー」と呼ぶ。

その結果、患者に健康被害が生じる。情報伝達エラーの主な原因として、①情報の送り手が、受け手の状況を考慮せずに、一方的に情報を送ること、また、②情報の受け手が、送り手の意図を考慮せず、自分勝手な解釈を行うこと、が挙げられる。このように情報の送り手と受け手の双方に原因はあるが、上流に位置する情報の送り手側の原因除去の方が重要である。

本講演では、医薬品投与における重大事故を回避するため、正確な情報伝達（コミュニケーション）に必要な要件と具体的方法について、具体事例を示しながら検討した。

2. 提言

「ホルマリン液誤投与防止に向けた提言」

下伊那厚生病院内科部長 医療安全管理室長 菅野隆彦

試薬ホルマリン液によって患者に傷害が発生した事例が、2件発生したため、緊急提言を行う。ホルマリンには、医薬品（劇薬 扱い）と試薬（劇物 扱い）が存在する。内視鏡室で使用する病理検査組織固定液は、試薬ホルマリンである。いずれの事例も管理が不十分であり、患者に誤投薬された。

提言内容は、

1. 病理検査用の検体容器は、試薬ホルマリンが既に注入されている既製品を導入（組織固定用と組織保存用）する。
2. 医療機関内での、ホルマリンの希釈をしない、小分けすることをしない。
3. 試薬ホルマリンの管理責任者は、病院長が指名し、管理・監督・教育等を行う。推奨としては、薬剤師であるが、業務量が多く不可能な場合は、臨床検査技師等 化学物質に精通している者を選任する。
4. 試薬ホルマリンの使用現場や保管庫等には、劇物であるホルマリン（ホルムアルデヒド）を使用している旨、掲示する。労働安全衛生法でも指導されている GHS ラベルシステムの利用を推奨する。

3. 総合討論

「危険薬誤投与防止に関する Q&A」

司会：東北公済病院薬剤科 薬局長 中村浩規

東北医科薬科大学薬学部 准教授 我妻恭行

昨年のフォーラムで、参加者からのアンケートで「危険薬の安全管理について困っていること」について寄せられた質問等について、目標1 チームメンバーから提案し、参加者とともに検討した。

- 後発品や持参薬等、看護スタッフが触れる薬剤の種類が急増しており、危険薬だけでなく薬剤への注意意識や知識を向上するためには、集中的な研修が有効と思われる。また、慣れない後発品や持参薬の判別には、薬剤師が作成した先発品との比較表の掲示や画像入り持参薬鑑別票を参考にすると良い。
- KCL アンプル製剤の病棟配置について、水分制限の患者への使用や配置要望の強い診療科への対応については、担当医と十分に検討し、配置やアンプル製剤を使用する際の限定的なルールを決めて遵守してもらう。
- ダブルチェックを有効に機能させるには、誤っていないかの観点でチェックし、その状況に応じた有効な方法をスタッフ全員で考えて遵守する。
- 薬の安全対策には薬剤師の関与が不可欠で、薬剤師の意識も高いが、病棟業務実施加算等で病棟薬剤師の配置が進んでいるもののマンパワーが不足しており、他のスタッフとの協働が不可欠である。