

「インスリン製剤と注射用カリウム製剤の管理状況に関するアンケート」

アンケートご回答のお願い

日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会（PSP）薬剤安全部会では、このたび各施設の常備薬管理の現状を把握し、今後の病棟等における常備薬の適切な管理を行うための活動に繋げることを目的にアンケートを実施いたします。

本アンケートでは、常備薬とその管理状況について、特に重点的な管理が必要なハイリスク薬である、インスリン製剤と注射用カリウム製剤に絞ってお伺いいたします。

このアンケートでいう「常備薬」とは、薬剤部門以外に配置され、薬剤師による調剤を介さずに各部署において使用することが可能な薬剤のことを指します。たとえ処方箋・注射箋（オーダ入力）による使用であっても薬剤師の調剤を介さずに使用できる配置状態（病棟のサテライトファーマシーなども含む）であれば同義とします。（救急カートも含まれます）

本アンケートでお答えになった内容については集計結果を公開いたしますが、病院名および回答者が特定できないようにいたします。

なお、PSP は病院機能評価事業とは独立した活動であり、本アンケートの回答が（公財）日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価の受審・判定において過去および将来にわたり一切影響いたしませんのでご安心ください。

2020年7月1日

日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会（PSP）
薬剤安全部会 部会長 川井信孝

回答方法

① Web上の回答フォームにてご提出ください。

アクセス方法 協議会ホームページ URL：<https://www.psp-jq.jcqhcc.or.jp/>
「新着情報」 または、 TOP > 協議会案内 > お知らせ



② ご回答期限 **2020年9月5日（土） 必着**

③ ご回答いただきたい内容（Web上の回答フォームの設問項目）は、次ページ以降の内容となっております。

I-4

ある を選択した方にお伺いします。常備薬配置している剤形をお答えください。(複数回答可)

- バイアル型 (マルチユースバイアル)
- ペン型キット (容器一体型使い捨て;フレックスタッチ/ペン、ミリオペン、ソロスター)
- ダイヤル型キット (容器一体型使い捨て;イノレット)
- カートリッジ型 (ペンフィル、カート)

I-5

使用制限等のルールはありますか。

- ない (→設問 I-10 へ)
- ある

I-6

ある を選択した方にお伺いします。そのルールや安全対策についてお答えください。(複数回答可)

- 常備薬として配置できる部署の限定 (許可性)
- バイアル型の常備配置禁止 (常備薬はバイアル型以外のみ)
- ペン型・ダイヤル型等のキット製剤の常備配置禁止 (常備薬はバイアル型のみ)
- 使用できる患者の限定
- 処方医の限定
- 混注する看護師の限定
- 投与する看護師の限定
- バイアル型は輸液などへの混注専用 (皮下注での使用禁止)
- バイアル型を1患者1本
- ツベルクリン用等の一般用シリンジ使用禁止 (単位表示のインスリン専用シリンジを使用する)
- インスリン専用確認ルール (専用確認システムの運用を含む) の徹底
- 開封後使用期限確認
- その他 ()

I-7

ツベルクリン用等の一般用シリンジ使用禁止 (単位表示のインスリン専用シリンジを使用する) を選択した方にお伺いします。ルールの順守状況についてお答えください。

- 順守されている
- 順守されていない
- 順守状況を把握していない

I-8

上記 6 に回答した方にお伺いします。院内のルールについて補足コメントや基準等があれば記入してください。(対策や工夫については次設問にて伺います)

()

I-9

上記 6 に回答した方にお伺いします。ルール以外に、インスリン製剤の安全な使用に繋げるために工夫していること(例:常備薬の配置場所への表示、等)があれば記入してください。

()

I-10

スライディングスケールを使用していますか。

使用していない(→設問Ⅱへ)

使用している

I-11

使用している を選択した方にお伺いします。その方法についてお答えください。(複数回答可)

紙面を用いた指示と記録を行っている

電子カルテシステムを用いた指示と記録を行っている

電子カルテシステムを用いたチェックシステムがある(薬剤照合や投与量確認、血糖値とのリンク等)

その他 ()

I-12

電子カルテシステムを用いたチェックシステムがある(薬剤照合や投与量確認、血糖値とのリンク等) を選択した方にお伺いします。具体的な内容をお答えください。

()

I-13

病院全体でスライディングスケールを統一(標準化)していますか。

している

していない

II 注射用カリウム製剤

注射用カリウム製剤の院内採用と管理状況についてお伺いします。内服剤は含みません。

II-1

院内で採用している成分・剤形をお答えください。常備の有無は問いません。(複数回答可)

- 注射用カリウム製剤を採用していない (→設問IIIへ)
- 塩化カリウム (KCL) アンプル製剤 (ガラス・プラスチック)
- 塩化カリウム (KCL) プレフィルドシリンジ型キット製剤
- 塩化カリウム (KCL) プラボトル入キット製剤 (KCL 補正液キット 20mEq)
- アスパラギン酸カリウム アンプル製剤
- アスパラギン酸カリウム プレフィルドシリンジ型キット製剤
- リン酸カリウム補正液 (20mL) アンプル製剤
- リン酸カリウム補正液 (20mL) プレフィルドシリンジ型キット製剤

II-2

薬剤部門以外の常備薬配置はありますか。

- ない (→設問II-6へ)
- ある

II-3

ある を選択した方にお伺いします。常備薬配置している部署をお答えください。

- 手術室
- ER・救急処置室 (外来)
- ICU
- HCU
- 救命病棟
- CCU
- NICU
- NCU
- 化学療法室
- 内視鏡室・センター
- 血管造影室・カテーテル室
- 透析室・透析センター
- 放射線部門
- その他 (部署名: _____)

II-4

常備薬配置する場合の要件・基準等のルールはありますか。

ない

ある

・ある場合 要件・基準等のルールの具体的な内容をお答えください。

()

II-5

常備薬配置場所への表示や工夫があればお答えください。

()

II-6

病棟等で混合調製する場合の投与時のルールや安全対策はありますか。

ない (→設問II-8へ)

ある

II-7

上記6である を選択した方にお伺いします。そのルールや安全対策についてお答えください。(複数回答可)

希釈方法・濃度・投与量・投与に関するルールの実施

請求伝票などによる単品での払出の禁止 (注射処方箋かその写しで払い出すなど)

取り扱う看護師・技師を限定 (認定・許可制など)

投与中の点滴ボトル内への追加混注 (点注・インボトル) の禁止

取り扱う診療科を限定

→取り扱うことのできる診療科名をお答えください ()

ワンショット静注の禁止のリマインダー (ラベルなど) を付けて払出

希釈濃度と投与速度の目安のリマインダー (ラベルなど) を付けて払出

調製や投与時のダブルチェック (他の医薬品とは異なるルール)

シリンジポンプ等の投与状況の定期的な確認

投与中や投与後の患者観察の実施や記録

その他の対策や上記事項に関して補足することや追記すること、または、基準等のルールがあればお答えください。

()

II-8

添付文書上の使用方法* を逸脱して使用する場合（適応外使用）がありますか。

* 濃度>40mEq/L、投与速度>20mEq/h、投与量>100mEq/24h

ない（→設問II-16へ）

ある

II-9

上記8である を選択した方にお伺いします。その条件やルールはありますか。

ない（→設問II-16へ）

ある

II-10

上記9である を選択した方にお伺いします。そのルール等についてお答えください。

・委員会などでの承認など、ある場合の基準についてお答えください。

一症例毎に個別承認

診療科や症例等の一定の条件を一括承認

II-11

上記10で「診療科や症例等の一定の条件を一括承認」を選択した方にお伺いします。

具体的な診療科と条件についてお答えください。

具体的な診療科（ ）

具体的な条件（ ）

II-12

・審議する（した）委員会はどこですか。（複数回答可）

医療安全管理委員会

倫理委員会

薬事委員会・審議会

適応外審査委員会等の独立した専門の委員会

その他（ ）

II-13

希釈方法・濃度・投与量、投与に関するルールのお答えください。(複数回答可)

- ルールはない
- 原液投与は禁止
- 使用方法を定めて原液投与することがある
- 40mEq/L以上の濃度で投与することがあるが、希釈方法や濃度のルールはない
- 40mEq/L以上の濃度で投与することがあるが、希釈方法や濃度を統一化している(20mEq/50mLなど)
- 適応外使用する場合は同意書を取得している
- その他 ()

II-14

シリンジポンプを用いて40mEq/L以上の濃度で投与することはありますか。

- ない
- ある
(診療科や部署名:)

II-15

ある を選択した方にお伺いします。投与方法についてお答えください。

()

II-16

電子カルテ・オーダーリングシステム(医薬品マスタ)に何らかの安全設定をしていますか。
(複数回答可)

- 電子カルテ・オーダーリングシステム未導入(→設問Ⅲへ)
- 安全設定はしていない
- 静注不可
- 投与速度制限
- 用量上限設定
- 濃度制限(自動換算)
- 濃度制限(単独オーダー不可など)
- 濃度や投与速度を決めたオーダーセット(テンプレートなど)化
- その他 ()

II-17

上記の安全設定に関して補足することや追記することがあればお答えください。

()

Ⅲ 最後に

このアンケートにお答えいただいた内容の全体を通して特記すべきことがございましたら、可能な範囲で補足説明をお願いします。(自由記載)

- ・採用・管理体制に至った経緯
- ・工夫していること
- ・困っていること

など

()

フェイスシート

【回答者の所属する病院の情報】

1. 都道府県

2. 病床数

100床未満

100床～200床未満

200床～300床未満

300床～400床未満

400床～500床未満

500床～600床未満

600床以上

3. 病院の機能

特定機能病院

特定機能病院以外の高度医療・三次救急を担っている病院

急性期医療中心の病院

慢性期医療中心の病院

回復期リハビリ中心の病院

精神科中心の病院

緩和ケア中心の病院

その他

【回答者の情報】

1. 職種

医師

薬剤師

看護職（保健師・助産師・看護師）

診療放射線技師

臨床工学技士

臨床検査技師

リハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）

事務職

その他（ ）

2. 医療安全に関する役割（*）

専従

専任

兼任

その他（ ）

*

専従：医療安全業務に従事する時間の割合が8割以上

専任：医療安全業務に従事する時間の割合が5割以上

兼任：医療安全業務に従事する時間の割合が5割未満

3. 回答者氏名（任意）

4. 回答者所属施設名（任意）

5. 回答者連絡先（e-mail アドレス）（任意）

以上です。ありがとうございました。

ご記入いただいた個人情報については、当機構の個人情報保護方針に基づき、安全かつ、適正に管理いたします。