

平成 27 年 8 月 27 日

平成 27 年度 第 1 回医薬品・医療機器・再生医療等製品安全使用対策検討会 結果報告

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

1. 調査対象の範囲

公財) 日本医療機能評価機構 (以下、「評価機構」という。) による医療事故情報収集等事業報告書中の記述情報及び評価機構ホームページ上の公開データ中の医薬品に関連する医療事故及びヒヤリ・ハット事例

1) 医療事故関係について

評価機構による医療事故情報収集等事業第 39 回及び第 40 回報告書 (以下、「当該報告書」という。) 中の記述情報及び評価機構ホームページ上の公開データから抽出した平成 26 年 7 月 1 日～12 月 31 日の間に報告された事例。

2) ヒヤリ・ハット事例関係について

当該報告書中の記述情報から抽出した平成 26 年 7 月 1 日～12 月 31 日の間に報告された事例。

3) その他

当該報告書中の記述情報から別途抽出した医薬品にかかる以下の事例。

- ・職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故事例
- ・カリウム製剤の急速静注に関連した事例
- ・口頭による情報の解釈の誤りに関連した事例

2. 検討方法

医薬品に起因するヒヤリ・ハット等の事例について、医薬品の使用方法及び名称・包装等の観点から安全管理対策に関する専門的な検討を行うため、各医療関係職能団体代表、学識経験者等の専門家及び製造販売業者の代表から構成される標記検討会を開催し、医薬品の物的要因に対する安全管理対策について検討した。

3. 調査結果

医薬品の製造販売業者等による安全使用対策の必要性の有無について、調査対象の全 114 事例の調査結果を表1に示す。

表 1 医療事故及びヒヤリ・ハット事例に関する調査結果

調査結果	事例数	割合
医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例	2	1.7%
製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例	6	5.3%
製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例	106	93.0%
計	114	100%

4. 調査結果の内訳

- 1) 医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例 (P.1～3)
 - ①乾燥 BCG 膀胱内用製剤使用後の排尿消毒中の健康被害の事例(1 番)
 - ②産婦人科で使用される内服薬の取違い事例(2 番)
- 2) 製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例 (P.4～8)
 - ①注射薬の誤調製の事例(1 番)
 - ②PTP シートの誤飲の事例(2～3 番)
 - ③カリウム製剤のワンショット静注投与事例(4～6 番)
- 3) 製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)(参考資料 P.1～85)
- 4) 製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(副作用、情報不足等)(参考資料 P.86～95)

以上

医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例

No	事故の程度	販売名	製造販売業者名	事故の内容	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策	調査結果
1	障害なし	イムノブラダー膀胱注用80mg 6%次亜塩酸ソーダ150ml	日本化薬高杉製薬	その他の製剤管理に関する内容	イムノブラダー膀胱注用80mg＋生理食塩液40mLを注入し、投与後1回目に150mLの排尿があった。膀胱内注入療法後は、第1回目の排尿を消毒薬にて消毒を行う必要があった。感染管理室と検討の上、使用する消毒薬を添付文書に示されている内容へ変更して初めての排尿消毒だった。外来患者で膀胱内注入療法終了後、排尿してもらった。消毒は泌尿器科外来診察処置室の汚物処理可能部屋で、換気扇を作動させ、当事者はマスク、ゴーグル、手袋を着用し実施した。治療薬込みの排尿150ccに同量の6%次亜塩酸ソーダを混入したところ、液体が熱を帯び発泡し、塩素ガスが発生した。当事者はすぐに目に刺激を感じ、同時に同診察室にいた看護師2名、事務員2名、医師1名もそれぞれ眼、咽頭に刺激を感じ、眼の痛み、流涙、咽頭痛、頭痛等の症状が出現した。当事者1は、咽頭症状で耳鼻科と眼症状(違和感・流涙)眼科1回の受診で終了。当事者2は、咽頭症状・頭痛で耳鼻科2回と眼症状(違和感)で眼科3回通院。当事者3は、咽頭症状で耳鼻科2回の受診。当事者4は、眼症状(違和感)で眼科2回通院。当事者4と5は、咽頭症状で耳鼻科1回受診で対応した。診察中の患者はいなかったため、患者への健康被害は無かった。	患者はグラクティブ錠50mg1錠1日1回朝を内服中で、膀胱内注入療法中も他に静脈内投与等は行っていなかった。また、尿を入れた容器に他の薬剤や薬液等が混入した可能性はなかった。膀胱内注入療法後、第1回目の排尿を消毒薬にて消毒を行うよう製薬会社作成の添付文書や患者用パンフレットに明記されていた。その方法を忠実に実施した結果、熱と白い泡の発生と共に塩素ガスが多量に発生した。診察室の換気扇は常時回っていたが、処置があるため、窓は閉まっていた状況である。製薬会社の患者用パンフレットには、「塩素ガスの泡が出ることがあります。窓を開ける、換気扇を回すなど十分に換気を行ってください」と記載してある。換気扇は回していたが、カップよりこぼれる程の泡が発生するとは思われないう表現であり、実際には熱も帯びた状況であった。(以下次ページ)	日本ソーダ工業会作成の「安全な次亜塩素酸ソーダの取り扱い」書では、酸が添加され、pHが7以下になると急激に分解反応が生じ、塩素ガスが発生することや事故事例・ミスト吸収による人体に対する影響が掲載されている。事例発生後直ちに製薬会社へ報告したが、このような報告を受けたことが無いとのことであった。そのため当院において、尿(50mL)と同量の6%次亜塩素酸ソーダ混入実験を実施したところ、肉眼的に濃縮と思われる尿では今回の事例と同様に白い泡が尿カップからこぼれるまで膨れあがり、熱を帯びた。肉眼的に通常の淡黄色尿と思われる尿では、熱も帯びること無く気泡のみに止まった。(以下次ページ)	イムノブラダー使用後の排尿処理方法については、添付文書に次亜塩素酸ナトリウムを使用する記載があるものの、排尿処理時に発生する塩素ガスへの注意喚起および塩素ガス発生時の対応については、記載がされていないことから、添付文書改訂などの医療安全対策を施す必要性があると考えられる。 なお、次亜塩素酸ナトリウム以外を用いた消毒方法については、販売業者により別途医療機関に情報提供を実施しているところである。

医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例

No	事故の程度	販売名	製造販売業者名	事故の内容	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策	調査結果
1	障害なし	イムノブリーダー 膀注用 80mg 6% 次亜塩酸ソーダ 150ml	日本化薬 高杉製薬	その他の製剤管理に関する内容	当事者の聞き取りでは、「まるで化学実験をしているかのように泡がボコボコと発生し熱も帯び、恐怖感があった」とのことであった。塩素ガス発生後直ちに窓を開け、換気を行ったが、診察室一帯で業務を行っていた当事者を含む職員6人に健康被害が発生した状況である。 事例発生後、院内において排尿した尿50mLに同量の6%次亜塩酸ナトリウムを加える実験を屋外で試みたところ、肉眼的に濃縮尿と思われた尿(pH未測定)で、すぐに気泡が見られ発泡し、カップに触れると熱を持つ事象が見られた。肉眼的に濃縮尿ではない尿に同量の消毒液を入れたところ、気泡はあるが、泡立つこともなく、カップは熱くならなかった。		今日まで後者の状況で問題が発生していないと推察されるが、当院と同様の問題発生が皆無ではないことが実験結果より明らかとなった。その後製薬会社より尿と同量の70%イソプロパノールを尿中に入れることの回答が得られたため、今後試行を行う予定である。しかしながら、患者や医療関係職員の安全確保と再発防止のため添付文書や患者用パンフレットへ掲載されている消毒方法の早急な見直しを製薬会社へ要望したい。	

医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例

No	事故の程度	販売名	製造販売業者名	事故の内容	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策	調査結果
2	障害残存の可能性がある(低い)	デュファストン錠5mg フェアストン錠40(40mg)	アポット日本化薬	薬剤取り違い調剤	<p>不妊症治療のために産科・婦人科医師がデュファストン錠5mgを処方のところ、薬剤部が間違えてフェアストン錠40を調剤してしまった。患者が1回1錠 朝・昼と2回の計2錠を服用した。交付2日後に、患者本人が違う薬であることに気付く薬剤部に連絡が入った。</p> <p>・処方されたデュファストンは普通薬であったため、薬品名は黒文字であった。一方、フェアストンは劇薬であったため、薬品名は赤文字で書かれ、ハイリスク薬であることを示す「H」の文字は付いていた。しかし、抗がん剤であることを示す表示はなかった。</p> <p>・薬剤は使用頻度別に並んでおり、当該事例のデュファストンやフェアストンは使用頻度の少ない棚に他薬剤(ルナベル配合錠LD、ジュリナ錠0.5mg)を挟んで配置されていた。「デュファストン」「フェアストン」と名前が類似した薬剤が同一棚の同一列に配置されていた。</p> <p>・薬剤棚と調剤の作業棚が離れているため、薬剤師は処方箋を見ながらピッキングを行っていなかった。また、調剤スペースが狭くなってから、ピッキングしたその場で薬袋に入れることがあった。</p> <p>・本来であれば、処方箋監査、調剤、調剤鑑査はそれぞれ別の薬剤師が行うことになっているが、急いでいたため、処方箋監査と調剤を同一人物が行い、最終鑑査のみ別の薬剤師が行ったので2名で担当していた。</p> <p>・調剤鑑査を行った薬剤師は、処方箋の薬品名を確認したが、薬袋に入っていた薬剤の錠数(42錠)のみ確認しただけで薬品名を確認しないまま、鑑査を終了した。</p> <p>・交付する際、薬剤師は患者とともに薬剤を確認せず(患者に薬剤を見せず)、そのまま渡し、説明や指導はしなかった。</p> <p>さらに、抗がん剤の薬剤のラベルは、薬品名に紫色のラインを入れ、他の薬剤と区別できるようにした。また、他のハイアラート薬についても同様の対応をするために準備をしている。</p> <p>4. 交付窓口での患者との薬剤確認は、ハイアラート薬のうち特に誤薬が重大な事故に繋がる薬が処方されている患者を対象に行なう。現時点では人員・施設の問題もあり全処方の確認をすることが出来ないため、まずは当事象が発生した産科婦人科より開始する。患者のプライバシーを考慮したカウンターレイアウトの変更及び患者動線の変更を行い、段階的に拡大させ全科全処方に対応出来るよう年内を目途に進めてゆく。</p>	<p>・処方は、デュファストン錠(5mg)3錠 分3朝・昼・夕 14日分であったが、フェアストン錠(40mg)を全42錠取り揃え調剤してしまった。</p> <p>・ハイリスク薬であっても通常は前回処方毎の毎回確認はしていない。</p>	<p>1. 調剤の手順を遵守する。また、調剤時の指差し声出し確認を周知徹底させ調剤室のリーダーが1日2回10時・14時に見廻り確認する。実行できていない場合は、その場で注意する。</p> <p>一時期、医療安全管理者も一緒に見回った。</p> <p>2. 名前が類似した薬剤の同一列を禁止し、同じ棚におく場合は棚段を2つ以上離すことで取り間違いをしないように薬品配置の見直す。使用頻度に関わらず、類似した名称の薬剤は離れた場所に配置することにした。</p> <p>3. 抗がん剤については棚の薬剤名に紫色のラインを引き、他の薬剤と区別がつくよう、フェアストンは抗がん剤の入っている引き出しに移動した。</p>	<p>フェアストン錠とデュファストン錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、情報提供文書などの医療安全対策を施す必要性があると考えられる。</p> <p>なお、平成27年7月下旬より情報提供開始予定である。</p>

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

No	事故の程度	販売名	製造販売業者名	事故の内容	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策	調査結果
1	障害なし	ペグイントロン皮下注射用100 μ g/0.5mL用	MSD株式会社	過剰投与	ペグイントロンを80 μ g投与予定の患者にペグイントロン100 μ g/0.5mL製剤がオーダーされ、0.5mLの注射用水で1バイアルを溶解し0.4mLの投与するよう医師からの指示があった。注射系の看護師は指示どおり混注し、部屋担当看護師が投与した。しかし、ペグイントロンは0.7mLの注射用水で1バイアルを溶解し0.5mL投与することで100 μ g投与できるように調剤化されていた。本来であれば0.7mLで溶解後、0.4mL(80 μ g)投与するところ、0.5mLで溶解し0.4mL投与したため118 μ g投与したことを薬剤師が発見した。医師に報告し、患者に症状がないため注意して観察していくこととなった。	パッケージに「100 μ g/0.5mL」と表記があったため、医師が上記のような混注投与の指示を行った。薬剤の溶解量について確認不足だった。	インターフェロン薬剤は注射用水の使用量に注意し処方箋を確認し必ずダブルチェックを行う。 なお、パッケージの表示が「ペグイントロン皮下注射100 μ g/0.5mL」と表記しており、誤認しやすいため表示の変更を要望する。	ペグイントロンの調製方法は、添付の注射用水0.7mLに溶解し、必要量採取することとなっており、既に、製造販売業者により医療機関に注意喚起を実施しているところである。
2	障害なし	ラシックス20mgアドナ30mg	サノフィー田辺三菱	その他の与薬に関する内容	PTPシートの誤飲。	本来なら見守りでの服用管理が望ましい高齢患者の昼食内服時に、繁忙を理由に内服薬準備と服薬管理を怠ってしまった。結果、患者は2錠分のPTPシートを誤飲してしまった。	服薬困難が予想される高齢者に対しては、一包化による内服薬準備と見守りによる服薬管理を徹底する。	平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について(医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼)」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。 また、繰り返し発生している事例であることから、医薬品・医療機器等安全性情報No.322で再周知を行っているところである。 なお、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

No	事故の程度	販売名	製造販売業者名	事故の内容	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策	調査結果
3	障害なし	ドグマチールカプセル 50mg	不明	その他の与薬に関する内容	<p>患者は、ADL一部介助～全介助レベル。うつ病があり、意識状態はムラがあり理解力に欠けるところがあった。</p> <p>当事者は夕食後薬を夕食15分前に床頭台の上にあげ、本人へは夕食後に飲むよう声掛けを行いその場を去った。</p> <p>隣室の他患者処置中にむせこみ聞こえ、訪室すると激しくむせこんでおり、涙を流して「苦しい」と訴える。オーバーテーブルの上にはかじった跡のついた内服薬がシートごと1錠上がっており、夕食後に内服する薬が1錠足りないことに気付いた。</p> <p>本人へ薬を飲んだかという「飲んだ」とあり、殻ごと飲んだか問うと「そこに上がっていたから飲んだ」とむせこみながら話す。</p> <p>バイタルサイン測定し、主治医へ状態報告し、処置を実施した。</p> <p>主治医指示にて胸腹部X-P施行。消化器内科医師へコンサルトし頸部～腹部CT、胃カメラ施行する。</p> <p>胃カメラにて内服薬をシートごと除去。主治医より、本日は飲水のみ可で、翌日には指示通り内服薬、朝食摂取可の指示となった。</p>	<p>オーバーテーブルではなく、患者から少し離れた床頭台に薬を置くことで、食前に飲まないだろうと思い込んでいた。</p> <p>食前に配薬しても、夕食後薬だということを伝えていたため、飲まないだろうと思い込んでいた。</p>	<p>理解欲に乏しく、意識レベルのはっきりしない患者は、内服直前に手渡し、その場で内服を確認する。</p> <p>PTPシートはカットしないことで与薬することが望ましいが、一回配薬の場合は不可能なので、早期に医師に一包化を依頼する。</p>	<p>平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について(医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼)」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。</p> <p>また、繰り返し発生している事例であることから、医薬品・医療機器等安全性情報No.322で再周知を行っているところである。</p> <p>なお、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。</p>

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

No	事故の程度	販売名	製造販売業者名	事故の内容	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策	調査結果
4	死亡	アスパラカリウム	田辺三菱製薬株式会社	投与方法間違い	患者はCVルートよりTPN投与中であった。当事者は医師から「カリウムの値が低いためアスパラカリウムを投与してください」と言われ、注射伝票を受け取った。注射伝票を確認し、病棟定数配置薬にあったアスパラカリウムを2A取り出した。他のスタッフに取り出した薬品名がアスパラカリウムであること、投与量が2Aであることを確認後、準備し患者の元に行った。PDAで患者認証を行い、注射伝票記載の「CVボトルに混注」の指示を確認せず、TPN製剤に混注するところを静注と思い込みCVルート側管より静注した。	投与した看護師は、アスパラカリウムを静注してはいけないことは知識では知っていたが、実際に静注すると心停止することを知らなかった。 電子カルテの医師の注射入力画面では、アスパラカリウムと入力すると「禁ワンショット」と自動的に表示がされていたが、注射伝票を印刷するとその表示が印刷されていなかった。 一部の病棟では、アスパラカリウムが病棟定数配置薬になっていた。 当該病棟には定数薬として配置され、定数配置薬の棚には「注意！ハイリスク薬」「禁ワンショット静注」と表示していた。	1. マニュアル遵守の徹底およびマニュアルの再検討 2. 薬剤管理について ・薬剤部での一括管理、払い出し時にはカード表示をつける。 ・剤型をシリンジタイプへ変更した。 ・院内で使用されているハイリスク薬の管理について再検討する。 3. 電子カルテシステムでの改善 注射伝票にハイリスク薬についての注意喚起表示を行う。 4. 職員教育 カリウム製剤を含めたハイリスク薬についての定期的な教育を行う。	カリウム製剤については、平成19年3月30日付医政総発第0330001号・医薬総発第0330001号連名通知「医薬品の安全使用のための業務手順書マニュアルについて」及び平成20年12月4日付医政発第1204001号・薬食安発第1204001号連名通知「医薬品の販売名の類似性による医療事故防止対策の強化・徹底について(注意喚起)」の巻末資料により、特に安全管理が必要な医薬品(心停止等に注意が必要な医薬品)として医療機関に注意喚起しているところであり、製造販売業者においても誤使用防止のため情報提供を実施しているところ。また、医薬品・医療用具等安全性情報No.2021においてもカリウム製剤は、新規配属者を含め関係者への注意喚起の徹底が必要な医薬品として紹介されている。 更に、繰り返し発生している事例であることから、医薬品・医療機器等安全性情報No.322で再周知を行っているところである。

**製造販売業者等により既に対策が取られているもの、もしくは対策を既に検討中の事例(医療事故)
(カリウム製剤の急速静注に関連した事例)**

No	事故の内容	背景・要因	改善策	調査結果
5	<p>朝の検査データで血清カリウム2.5の為主治医よりアスパラK 2A(20mEq)メインIVH内混入の指示と注射箋をリーダー看護師Aが受け、看護師Bに薬剤受領とその日の担当の看護師Cに伝えることを依頼した。10分後、看護師Bは薬剤を受領し、トレイに薬剤・注射器・注射針・酒精綿・注射指示箋を準備し、担当C看護師に説明して渡した。その後、担当看護師Cは注射を準備して側管よりワンショットで注入した。</p>	<p>朝の検査データで血清カリウム2.5の為主治医よりアスパラK2A(20mEq)メインIVH内混入の指示と注射箋をリーダー看護師Aが受け、看護師Bに薬剤受領と看護師Cに伝えることを依頼した。10分後、看護師Bは薬剤を受領し、トレイに薬剤・注射器・注射針・酒精綿・注射指示箋を準備し、看護師Cに説明して渡した。その後、看護師Cは注射を準備して側管より注入した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師間の伝達・指示を正確に行う。 ・特に、経験が浅い看護師に指示するときは相手が間違えないようにわかりやすく伝え、相手の理解度を必ず確認する。実施状況まで確認する。 ・注射実施は注射伝票で5Rの声だし・指差し確認の徹底。 ・カリウム製剤を静注不可能なシリンジに変更する。 ・他の静注用薬剤の見直しをする。 	<p>カリウム製剤については、平成19年3月30日付医政総発第0330001号・医薬総発第0330001号連名通知「医薬品の安全使用のための業務手順書マニュアルについて」及び平成20年12月4日付医政発第1204001号・薬食安発第1204001号連名通知「医薬品の販売名の類似性による医療事故防止対策の強化・徹底について(注意喚起)」の巻末資料により、特に安全管理が必要な医薬品(心停止等に注意が必要な医薬品)として医療機関に注意喚起しているところであり、製造販売業者においても誤使用防止のため情報提供を実施しているところ。また、医薬品・医療用具等安全性情報No.202においてもカリウム製剤は、新規配属者を含め関係者への注意喚起の徹底が必要な医薬品として紹介されている。</p> <p>更に、繰り返し発生している事例であることから、医薬品・医療機器等安全性情報No.322で再周知を行っているところである。</p>

**製造販売業者等により既に対策が取られているもの、もしくは対策を既に検討中の事例(医療事故)
(カリウム製剤の急速静注に関連した事例)**

No	事故の内容	背景・要因	改善策	調査結果
6	<p>看護師は勤務前の情報収集時に、夜間緊急入院した患者Aの担当を告げられ情報収集を開始した。注射指示のアスパラカリウム混注を見逃した。薬剤をダブルチェックする。普段使用頻度の少ないアスパラカリウムについて調べる。指示の「DIV」は確認したが投与方法はいまいのまま準備する。ダブルチェックを行った看護師は、患者名・薬品名・時間が合っているか確認した。投与方法は確認しなかった。看護師は他患者のケアで忙しかった。その後、カリウム製剤を準備をする際、注射プラボトルの「要希釈」を「禁希釈」と見間違える。予定が大幅に遅れ早く点滴をしなければと焦る。電子カルテの電源が入らず、指示未確認のまま本人と名前を確認しアスパラカリウム10mEq2Aを側管よりIVした。</p>	<p>カリウム製剤について、静脈注射を行ってはいけない薬剤であることの知識がなかった。「DIV」と「IV」の違いは知っていたが、準備する時に疑問に感じていない。ダブルチェックのシステムはあるが、目的に添った必要な確認行動が行えていない。確認時に何の項目を確認しなければいけないか、知識と行動実践が結びついていない。電子カルテの指示確認の方法が正しく理解されていない。ワークシートの活用など決められた運用ルールのもとで行動できていない。電子カルテの指示の出し方のシステム上の問題がある(導入して間もない)。緊急入院時、循環器科病棟が満床であり救命病棟対象ではなく、他の一般病棟へ入院した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤に関する基礎的知識および教育を強化する。 ・確認方法の再教育(6R)を行う。 ・電子カルテを使用している情報収集の方法、運用再確認と周知を行う。 ・指示確認の方法、コメント確認方法について周知する。 ・電子カルテシステムの改善をする。 ・循環器科急性期患者が当該病棟へ入院できる病床管理体制を作る。 	<p>カリウム製剤については、平成19年3月30日付医政総発第0330001号・医薬総発第0330001号連名通知「医薬品の安全使用のための業務手順書マニュアルについて」及び平成20年12月4日付医政発第1204001号・薬食安発第1204001号連名通知「医薬品の販売名の類似性による医療事故防止対策の強化・徹底について(注意喚起)」の巻末資料により、特に安全管理が必要な医薬品(心停止等に注意が必要な医薬品)として医療機関に注意喚起しているところであり、製造販売業者においても誤使用防止のため情報提供を実施しているところ。また、医薬品・医療用具等安全性情報No.202においてもカリウム製剤は、新規配属者を含め関係者への注意喚起の徹底が必要な医薬品として紹介されている。</p> <p>更に、繰り返し発生している事例であることから、医薬品・医療機器等安全性情報No.322で再周知を行っているところである。</p>