

サークル活動完了報告書

サークル名	ファーマシューティカル研究会		発表者	大和 茂雄
			リーダー	大和 茂雄
部署	薬剤科		サブリーダー	原 圭子
活動期間	開始：平成 24 年 6 月 1 日		メンバー	中村 徹志 大和 茂雄 原 圭子 山下 秀之 山口 伸二 田畑 貴康 中村 武司 岸本 千絵 岡垣 敏弘
	終了：平成 24 年 12 月 31 日			
会合状況	会合回数 4回			
	1回あたりの会合時間 30分			
所属長/推進メンバー	中村 徹志	所見欄		
レビュー担当者	(株)麻生 向野 早苗			

テーマ

調剤過誤防止の取り組み

テーマ選定理由

薬剤科の患者サービスにおいては、安全な医療の提供が大前提となる。
患者が安心して服薬し、薬剤科への信頼を得る為にも、調剤過誤防止は重要な問題である。
医療安全の観点から、現在の取り組みを見直し分析する事で、その改善策を検討する。

現状把握

1 投薬までの流れ(内服薬・外用薬)

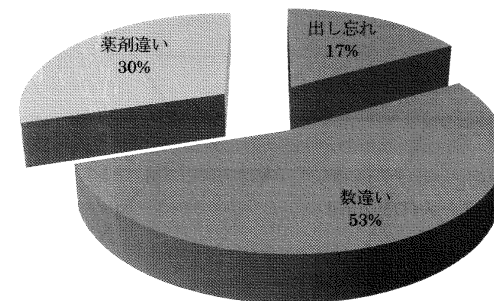
品揃え → 1次監査 → 2次監査 → 投薬・病棟払い出し

- ※ 品揃え・1次監査・2次監査は、必ず違う人間で行う
- ※ 責任の所在を明らかにする為に、処方箋に捺印する

調査期間 7月1日～8月31日

		出し忘れ	数量違い	薬剤違い
1次監査	20	5	10	5
2次監査	10	0	6	4
総件数	30	5	16	9

7月1日～8月31日



2 病棟払い出しまでの流れ(注射薬)

品揃え → 袋詰め → 輸液払い出し → 輸液チェック→病棟払い出し

- ※ 品揃え・袋詰め・輸液払い出し・輸液チェックは、必ず違う人間で行う
- ※ 輸液チェックは、指さしによる目視での監査は禁止、必ず手に取り数を確認する。
- ※ 責任の所在を明らかにする為に、処方箋に捺印する

出し間違えた薬剤

調剤室(内服薬・外用薬)

○	×
よく似た薬品名	
ロキソニンパップ	ロキソニンテープ
メブチンキッドエア	メブチンエア
スローケー	アスパラケー
ラミシール外用液	ラミシールクリーム
規格違い	
ロキソニンテープ 50mg	ロキソニンテープ 100mg
マグミット 500mg	マグミット 330mg
ユニコン 400mg	ユニコン 200mg
カマゲ 0.5g	カマゲ 1g
プラビックス 25mg	プラビックス 75mg

薬品管理室(注射薬)

○ 外観が類似した薬剤

青 ⇒ チエナム・パンスポリン・ユーシオン

オレンジ ⇒ セファメジンα・フルマリン・アシクロビル

黄色 ⇒ セフオン・ミノサイクリン

外装(遮光袋入り) ⇒ クラビット・シプロキサ
強ミノ・メイロン 20ml

○ 類似した薬品名

ゾメタ ゾシン ゾレア

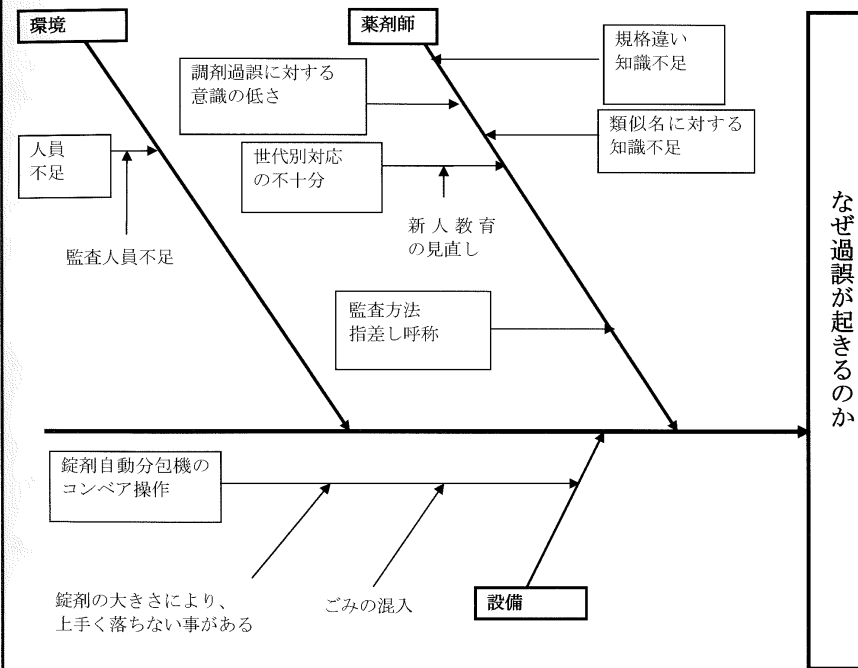
セファメジン セフメタゾン セフオン

目標設定

監査時に発見されたヒヤリハット事例を可能な限り減らし、患者様に間違った薬を渡さない。

- ★ 監査の精度を上げる。
- ★ 注射薬セットの精度を上げる
- ★ 外来患者・病棟に間違った薬剤を送らない。

要因解析



- ※ 類似名薬品・多規格薬品の過誤は、思い込みによる過誤が多い。
- ※ 注射薬は、類似した外観による、思い込みからの過誤が多い。

対策立案

		効果	実現性	重要性	持続性	得点	
調剤過誤をなくすために	調剤過誤に対する意識の低さ	朝礼時に前日の事例報告をする	◎	◎	◎	◎	20
		監査時に捺印し、責任の所在を明らかにする	◎	◎	◎	◎	20
	業務の整理	規格違い・類似名の薬品棚にシールを貼る	◎	◎	◎	◎	20
		複数の処方箋を、同時に調剤しない	◎	○	◎	○	16
		作業中断シートを効率的に活用する	○	◎	○	△	12
指差し呼称・確認を行う	◎	○	◎	○	16		
人員確保	薬剤師増員	◎	×	◎	◎	15	

◎・・・5点 ○・・・3点 △・・・1点 ×・・・0点
15点以上を採用

対策実施

何を	いつ	どこで	誰が	どうする
調剤過誤事例報告	朝礼時	スタッフルーム	大和	報告する
捺印	品揃え時 監査時	調剤室・薬品管理室	スタッフ	行う
規格違い・類似名薬の明確化	随時	調剤室・薬品管理室	スタッフ	シールを貼る
複数の業務を、同時に調剤しない	調剤時	調剤室・薬品管理室	スタッフ	行う
指差し呼称・確認	調剤時	調剤室・薬品管理室	スタッフ	行う

調剤室

数量違いと薬剤違いは、重大事故防止の観点から、最重点課題とする。

1次監査時→ **必ず手にとって**(状況により指さし)、**薬品名・規格・全量**の確認。
※**目視は禁止**

2次監査時→ 監査手順の統一
※薬品名・規格・用法・全量の順で
※処方変更が有る場合は、元処方と変更後処方の確認

その他

- 散剤自動分包機の、調整をメーカーに依頼し、**患者前名・薬品名の印字**を行う
- 病棟払い出し時のカゴを**病棟毎**とし、物流業者による病棟患者選別作業を禁止する

薬品管理室

- 他規格ある注射薬に対して、注意喚起用の張り紙を整備(大型化等)する
 - 類似した薬品名・外観のある薬剤がバット内にある時は、**注意喚起用のカード**を品揃え時に入れる
- ※注意喚起用カードが入っていないでも、袋詰め者が危ないと感じた場合は、袋詰め前にカードを入れる
※カードが有る場合は、袋詰め後対象薬剤を再度チェックする。

- 輸液チェックは、必ず手に取って確認する。
※指さし目視による確認は禁止

★手に取っての声出し確認は、調剤室・薬品管理室を問わず共通の基本事項であり、重要課題である
事の再認識と、実行を徹底する

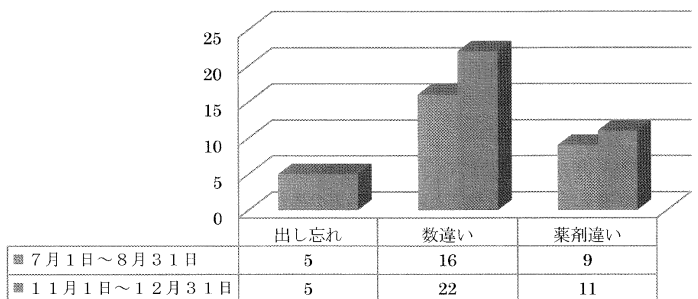
効果確認

調査期間 平成24年11月1日～12月31日

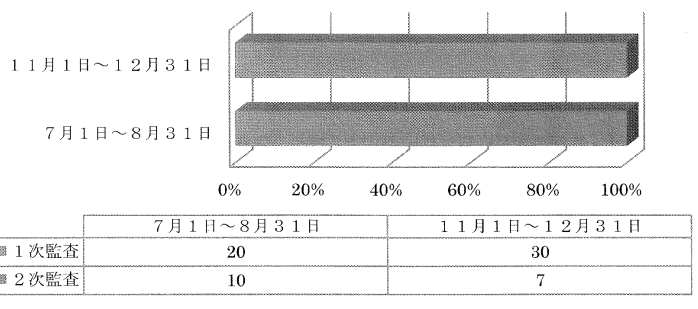
★ この期間において、薬剤科からのインシデント報告は0件で、目標達成した。

調査期間 11月1日～12月31日				
		出し忘れ	数量違い	薬剤違い
1次監査	30	5	17	8
2次監査	7	0	4	3
総件数	37	5	22	11

監査の比較



1次監査と2次監査の比較



- 1次監査時に発見する割合が増えた。
 - ★ スタッフの調剤過誤に対する意識の向上
 - ★ 薬剤科流の「指差し呼称」が、定着
- 操作による調剤過誤→0件
- 薬剤科からの、病棟搬送に関する過誤→0件

標準化

何を	いつ	どこで	誰が	どうする
事例報告	朝礼時	スタッフルーム	大和	報告する
捺印	品揃え時	調剤室 薬品管理室	品揃えを行ったスタッフ	捺印する
	1次監査		品揃えに、かかわっていないスタッフ	
	2次監査		最終監査のスタッフ	
規格違い 類似名薬の明確化	随時	調剤室 薬品管理室	スタッフ	シールを貼る
複数の業務を、 同時にしない	調剤時		スタッフ	行う
指差し呼称・確認※	調剤時		スタッフ	行う

※ 監査時は、目視禁止→必ず手に取り出し確認すること
日直・当直時は、品揃えから最終監査まで1人で行うので、重要！！

まとめと今後の課題

まとめ

昨年に引き続き薬剤科業務の実態に合わせ、「指差し呼称」をアレンジし監査時に、目視ではなく必ず手にとる事を徹底した結果、短期間の調査ではあったが、インシデント発生件数を0件にする事が出来た。

薬学部6年制により、本年度から薬学生の長期実習制度が始まった。薬学生の手本となる業務を行う為にも、薬剤科スタッフの調剤過誤防止に向けた意識が高まり、「手に取って声を出す」という監査方法が、より徹底できた。薬品管理室においても同様に、薬学生の存在が、正しい監査手順遂行の陰の立役者になったと考える。

また、散薬分包紙への患者名・薬剤名の実施、薬品管理室での注意喚起カードの作成や、注射薬集計表での注意用表示項目を増やすといった取り組み、SPDとの薬劑搬送業務見直しといった、監査以外ハード面からの取り組みも功を奏した要因であった。

以上のことから、スタッフの「調剤過誤防止」への、意識を高めることは重要であることには変わりはなく、最も基本になるところではあるが、業務内容の見直しなどハード面からのアプローチも重要であると考え。

今後の課題

人員不足により、我々の調剤環境は昨年度比、厳しくなった。調剤過誤防止のために、環境・システムの再構築を更に進めなくては行けない。投与量・併用禁忌・投与日数等の処方内容まで含めた調剤監査・過誤防止を実践するために、薬学的知識向上の為に学習会、マニュアルの整備更新、調剤環境・システム改善と言った業務改善を続け、安全な医療の提供を、より完全なものに近づけていく努力を続けていく必要がある。