

平成 16 年度
厚生労働科学研究費補助金

医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス
総合研究事業報告書

医薬品の取り違え防止の視点に立った
薬剤師業務のあり方に関する研究

主任研究者

佐藤 秀昭

石巻市立病院診療部門薬剤科

平成 17 年 3 月

目 次

研究概要の解説	1
研究報告－1	
患者の安全を確保するための病院薬剤師の業務実態調査	
Ⅰ. はじめに	7
Ⅱ. 業務調査方法	7
Ⅲ. 病院薬剤師の業務実態調査結果と考察	8
Ⅳ. 結語	34
研究報告－2	
業務実態調査結果と医薬品に関連するインシデントの発現頻度 との比較評価による医療事故防止に向けた薬剤師業務のあり方	
Ⅰ. はじめに	39
Ⅱ. 比較評価方法	39
Ⅲ. 比較評価結果と考察	40
Ⅳ. 結語	65
研究報告－3	
医薬品の取り違え等医薬品に関連する医療事故を防止するための 病院薬剤師の役割とその業務指針（案）	
Ⅰ. はじめに	69
Ⅱ. 医師の処方及び看護業務での医薬品の取り違え等を防止するための 病院薬剤師の役割（内用剤及び外用剤及び注射剤）	69
Ⅲ. 薬剤師の業務フロー（案）	69
Ⅳ. 結語	69
研究報告－4	
情報携帯端末機(PDA)を導入した患者の安全を確保するための 新しい与薬管理システムの構築	85
参考文献	105

研究概要の解説

主任研究者

佐藤 秀昭 石巻市立病院診療部門薬剤科部長

研究協力者

跡部 治 長野県厚生農業共同組合連合会佐久総合病院薬剤部長
内野 克喜 東京逓信病院薬剤部長
遠藤 一司 国立がんセンター東病院薬剤部長
片山 潤 石巻市立病院診療部門薬剤科副部長
門林 宗男 兵庫医科大学病院薬剤部長
黒山 政一 北里大学東病院薬剤部長
午頭 義人 (株)湯山製作所研究開発部次長
土屋 文人 東京医科歯科大学歯学部附属病院薬剤部長
富岡 佳久 城西国際大学教授
直良 浩司 国立大学法人島根大学医学部附属病院助教授・副薬剤部長
安岡 俊明 (社)日本病院薬剤師会事務局長

医薬品の取り違え防止の視点に立った薬剤師業務のあり方に関する研究

I. 研究概要

薬剤師は、職能をフルに活用することによって医療ミスを軽減し安全な医療を提供する役割を担っている。すなわち、医薬品の取り違え等の医療事故を未然に防止するための取り組みが薬剤師に求められる。現在、医薬品の名称の類似性、規格違い、剤型、外観の類似性などによる医薬品取り違え等の医療事故の実態調査が実施され、医薬品そのものにかかわる安全対策については検討されている。しかし、医薬品にかかわる医療事故を未然に防止する病院薬剤師の業務についての研究には至っていない。

II. 研究目的、必要性及び期待される成果

医療は、多くの人と多くの行為を経て進められる。この一連の過程で起こる薬の取り違え等の医療事故を未然に防止するための病院薬剤師の役割とその業務を明らかにする。

各医療施設では、医薬品に関連する医療事故を未然に防止するための対策を立て実行している。これらの業務実態を調査し、収集した情報を解析・評価し、医療事故を未然に防止するための薬剤師の業務指針(案)を提示する。この業務指針(案)は、各医療施設において事故を未然に防

止ための対策を立てる上で有用な資料となり、患者の安全確保に寄与する。さらに、医療事故を未然に防止するための業務の標準化が推進され、医療の質の向上が期待される。

携帯情報端末機(PDA)を導入した新たな与薬管理システムを構築する。この、迅速簡便な与薬チェック機能を有すシステムの開発は、ヒューマンエラーの防止に有用と考える。

Ⅲ. 国内・国外における研究状況及びこの研究の特色 独創的な点

Ⅲ-1 国内外における研究状況

- 1) 処方された医薬品と異なった医薬品が調剤された場合のうち約 58%が商標(語幹)の全く異なるものを誤って調剤したものであり、約 42%が同一の商標(語幹)を有する医薬品で、規格違い(複数規格)、記号違い、剤型違いといった誤りであったことが、2002 年に土屋らの「医薬品のエラーに関する実態調査」で明らかにされている。
- 2) 医薬品の名称の類似性については、客観的に類似性を評価するシステムが開発され、人間工学的研究が進められている。
- 3) 医薬品の外観類似性については、土屋らによって医薬品基本データベースが開発されている。さらに、小松原らにより限られた面積における表示の方策などの検討が進められている。
- 4) 川村は、ヒヤリ・ハット 11148 例のうち投薬に関する 2766 例をエラーの内容で 36 のグループに分類し、その分類にあてはめることで、だれでも陥りやすいエラー事例が一目で分かる分布図を作成している
- 5) 川村は、注射薬、内服・外用薬のヒヤリ・ハット事例を解析し、医師の指示情報が正確に伝達されること、患者の病態と与薬が一元的に把握できる情報の共有化が、与薬エラー防止に不可欠であると報告している。

Ⅲ-2 研究の特色 独創性

- 1) 報告されている医薬品の取り違えなどの医療事故を医薬品の「もの」の視点ではなく、医師、薬剤師、看護師の視点から業務を客観的に比較評価し、他の職種とどの部分が共通しているのかなど、薬剤師の業務範囲の見直しをはかり、医療事故防止に最も有効な手段としての薬剤師の業務を明らかにする。
- 2) 各施設から収集した情報を解析し、どの職種の業務にどうかかわるか、どうかかわって行くのかについて検討し、病院薬剤師の業務の標準化を推進する。これにより、いままで曖昧であった院内での薬剤師の役割と業務を明らかにする。
- 3) 薬剤師業務の標準化と並行して、IT 機器、たとえば情報携帯端末機(PDA)など導入し、情報の一元化による新しい投薬(注射も含む)管理システムを構築することが必要不可欠である。このことは、エラーの未然防止に有用である。

IV. この研究に関連して現在までに行った研究状況

- 1) 看護師が誤って消毒薬を患者に静注し、患者死亡という医療事故があり、このような事故の再発を防止するための対策について検討し、消毒薬などの計量には、注射針や三方活栓と口径が異なる注射器や色の異なった注射器を使用する、消毒薬の使用濃度に調製された市販の消毒薬を購入または薬剤部で調製し病棟に交付することなどとした、「消毒剤の取り扱い指針」を平成 11 年に報告した(日病薬誌に掲載)。
- 2) 患者の安全を確保する観点から、院内における注射剤の取り扱いについて検討し、「入院患者のための注射剤調剤指針」を平成12年に報告した(日病薬誌に掲載)。
- 3) 薬剤師の原点に立ち返り、本来あるべき「病院薬剤師の職責と役割について」概説し、さらにその役割をはたすための業務「病院薬剤師のための業務チェックリスト」を平成 14 年、15 年に報告した(日病薬誌に掲載)
- 4) 医療技術評価総合研究事業「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」(1999 年～2001 年、主任研究者 川村治子)の協力研究者として、①薬剤から見た注射エラーを防止するための注射薬の取り扱いに注意する事例の一覧、②チーム医療における医療事故防止に向けた病院薬剤師の試みとして薬歴カードによる処方せんへのチェックシステムの導入、③新しい与薬管理システムの構築など、チーム医療のなかで、患者安全を確保するための薬剤師の新しい取り組みについて報告した。

V. 研究計画、方法及び倫理面への配慮

- 1) 川村研究班の報告など収集した医薬品関連のヒヤリ・ハット事例の発生要因を選択し、内服・外用と注射薬に分け、医師の処方(指示)から患者投薬に至る業務毎に分類する。
- 2) 国内外の文献などから医療過誤防止に関連する薬剤師業務又は業務工夫などの実態を調査する。収集した情報を解析評価し、医薬品管理、調剤、薬剤管理指導業務、情報業務、その他に分類する。
- 3) 収集したヒヤリ・ハット事例の発生要因と業務を照合し、医薬品取り違えなどの事故防止のための新しい薬剤師業務について考察する。
- 4) 医師の処方(指示)から患者投薬に至る各業務での発生要因を回避する薬剤師業務(工夫)を医薬品管理、調剤、薬剤管理指導業務、情報業務、その他ごとに振り分け、一覧表を作成する。
- 5) (社)日本病院薬剤師会の薬剤業務委員会が作成した「病院薬剤師のための業務チェックリスト」を基準に、医薬品管理、調剤、薬剤管理指導業務、情報業務等の業務ごとに検討し、院内での病院薬剤師の業務の標準化を考慮に入れ業務指針(案)を作成する。
- 6) 院内の看護業務を考慮し、薬剤師業務の標準化に則し携帯情報端末機(PDA)による業務チェック機能を備えた新しい投薬管理システムを考案する。

患者の安全を確保するための病院薬剤師の業務実態調査

石巻市立病院診療部門薬剤科 佐藤 秀昭

平成 16 年度 厚生労働科学研究費補助金
医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業

I. はじめに

医療は、多くの人と多くの行為を経て進められる。この一連の過程で多くのヒヤリ・ハット事例が報告されている。今、医療事故を未然に防止するために看護師が担っている与薬業務を薬剤師と協議し、その業務を分担することが望ましいとの指摘もある。すなわち、可能な限り病棟における薬剤管理や、患者与薬までの準備作業などを見直し、看護師との役割分担について考える必要がある。

今回、医薬品の取り違えなど薬に関連する医療事故を未然に防止するための病院薬剤師の業務実態を調査し、医療事故防止のための病院薬剤師の役割と業務指針（案）について検討する。

II. 業務調査方法

患者の安全を確保するための病院薬剤師の業務調査票（235 設問）を 280 施設に郵送し、183 施設から回答を得た（有効回答率 77.8%）。回答施設の概要については、調査票-1 に示した。

調査票-1 回答施設の概要

	回答数	回答率	平均値	最小値	最大値
病床数	186	100.0%	471.2	80	1483
平均入院患者数	173	93.0%	400.5	14.7	1225
院外処方発行率	181	97.3%	63.2%	0.0%	99.7%
入院処方せん枚数	178	95.7%	175.6	14	808
注射処方せん枚数	174	93.5%	302.9	0.2	1690
薬剤師数	185	99.5%	13.5	1	50
薬剤管理指導実施率	141	75.8%	33.46%	0.3%	98.0%

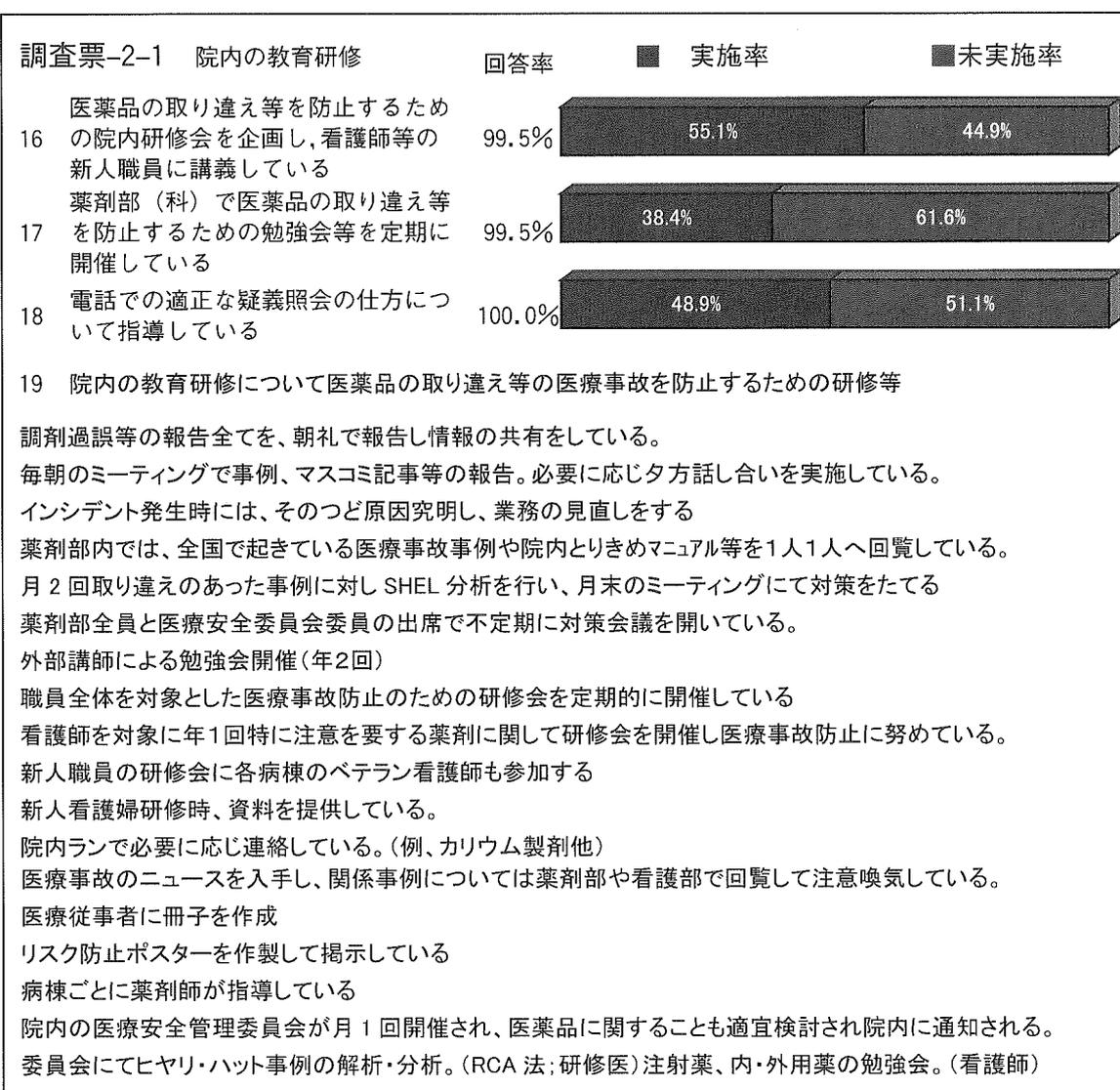
一般病床 171 施設
療養病床 2 施設
精神病床 13 施設

Ⅲ. 病院薬剤師の業務実態調査結果と考察

1-1 院内の教育研修

厚生労働省が定めた医療安全対策の基準の中に「安全管理体制確保のための職員研修が開催されていること」が盛り込まれている。医薬品の取り違え等を防止するための院内研修会を企画し、新規採用された職員への講義については 55.1%、職員の意識改革のための研修会等の企画への参画については 38.4%の施設で実施していた(調査票-2-1)。

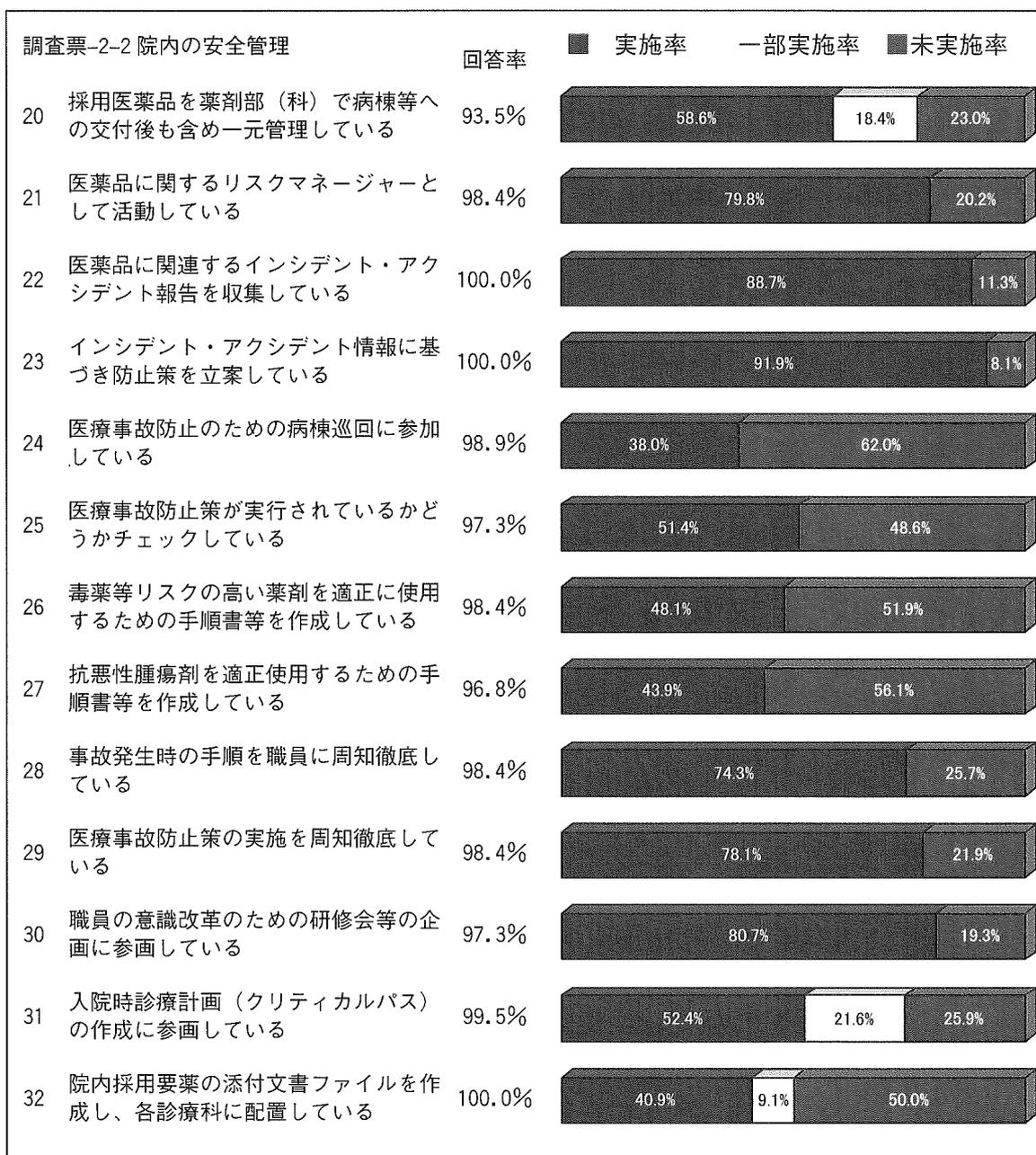
インシデントやアクシデント事例から、可能な限り事故を回避するための多くの教訓を引き出し、より実践的な教育研修会の企画が重要である。さらに研修会を介し、職員一人ひとりの問題意識を引き出すための企画を立案し、薬剤師が積極的に関わることが大切である。



1-2 院内の安全管理

医療事故を引き起こす要因を正す組織的な取り組みが問われている。薬剤師は、薬剤に関する安全管理者として情報の収集、防止策の立案等については、80%以上の施設で実施していた。しかし、医療チームの一員としての医療事故防止のための病棟巡回、抗がん剤等のリスクの高い薬剤を適正に使用するための手順書等の作成、添付文書ファイルを作成し各診療科への配置については、実施施設が50%以下であった(調査票-2-II)。

薬剤に関連する事故比率が高いことから、防止策を立案する一連の組織的な取り組みに薬剤師の積極的な参画が求められる。



33 院内の安全管理について医薬品の取り違え等の医療事故を防止するために工夫している業務

IVHの混合を実施

抗がん剤の混合を実施

末梢静脈注の1回分セット化を実施

投与量のミスが発覚した場合、患者への影響が特に大きい薬品をリストアップ(27品目)、各病棟に配布注意を喚起している。

複数の規格を持つ医薬品の情報提供

相次いで過誤のある薬剤(報道)の院内での注意文書配布と会議で注意喚起。

デジタルで処方せんと薬品の記録を残している。

院内の病棟間, 部署間でリスクマネジメントに関する相互チェックを定期的に行っている

添付文書ファイルはオーダーリング画面で参照できるようにしている。

薬剤師が院内スタッフに情報共有のために、薬剤部ホームページ, 医局会, 医事課などの関係部署への事例広報と教育指導を実施している。

間違い易い医薬品(注射薬)の写真入りファイルを全病棟へ配布して注意を促している。

バーコード導入による調剤業務

薬事委員会以外に薬事小委員会を設置し、医師・看護師・事務員等と医薬品に関する問題点を月1回話し合っている

抗がん剤、糖尿病治療薬の薬品名は大きくし、わかりやすいようにしている。

院内LANを使用して採用薬情報、安全情報の提供を行っている。

注射薬セットの時に分割使用の薬品は「注意標」の添付。

毎日の調剤エラー統計をとっている。

医療安全管理委員会(薬剤科長)、医療安全推進担当者会議(副薬剤科長)において検討している。

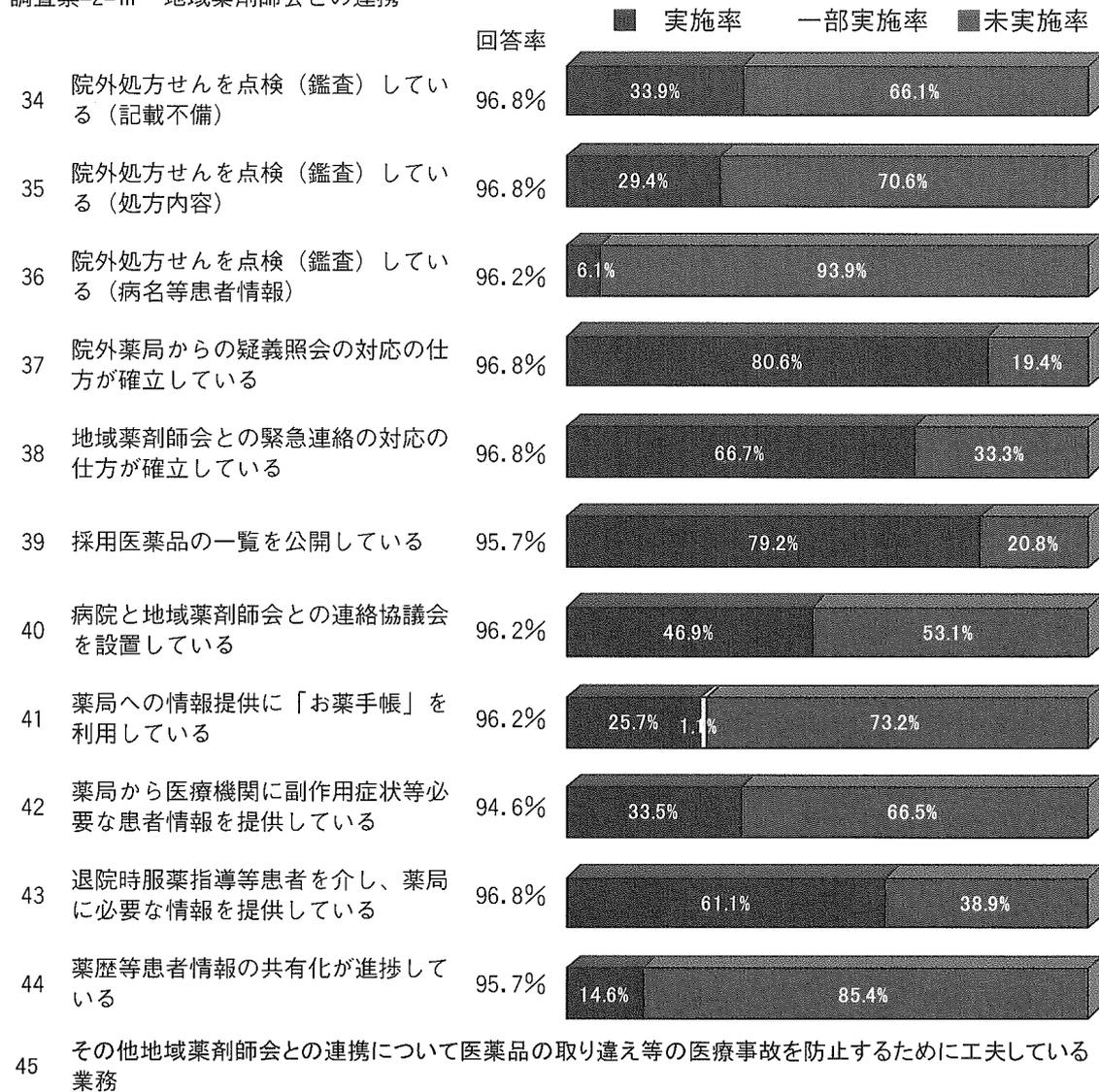
毎朝、ミーティング時に前日の過誤等を紹介して注意喚起と対策がすぐとれるものについてはとる。上記の過誤等は集計(週計にする。)又インシデント報告を医療安全管理委員会にあげる。

1-3 地域薬剤師会との連携

アルサルミン[®]にアルケラン錠[®]、チラーヂン錠[®]にチウラジール錠[®]など薬剤の取り違えを訂正しないで調剤したなど、院外処方せんの発行の増加に伴い、多くの医療事故が報告されている。患者情報に基づいて処方を鑑査し発行している施設は6%、「お薬手帳」を利用している施設は、25.7%、薬歴等患者情報を共有化している施設は、14.6%であった。しかし、院外薬局からの疑義照会や緊急連絡の対応の仕方、採用医薬品の一覧を公開については、80.6%、66.7%、79.2%の施設で実施していた(調査票-2-III)。

薬物療法の質を担保し、患者の安全を確保するために地域薬剤師会との連携が重要である。

調査票-2-III 地域薬剤師会との連携



オーダーされた処方せんの医薬品の名称、剤形、規格等がきちんとしていること。

オーダーリング採用に伴い読みにくい文字がなくなった(3文字入力)

院外処方せんの変更についてFAXを送ってもらい(院外薬局より)、カルテにはさみ、次回には変更するようにDrへ連絡するようにしている。

1ヶ月に1回病院医師による勉強会を開催して事故報告もしている

地域薬剤師会の研修会を利用して、患者指導方法等の周知を行っている。インスリン自己注射指導、自己血糖測定の指導、吸入指導など。

地域薬局と当院薬剤部のホームページのリンク

調剤薬局において発生したインシデント・アクシデントに関しては、レポートの提出を義務づけている

商品名の類似する医薬品については、商品名の他に一般名も併記して処方せんを発行している。

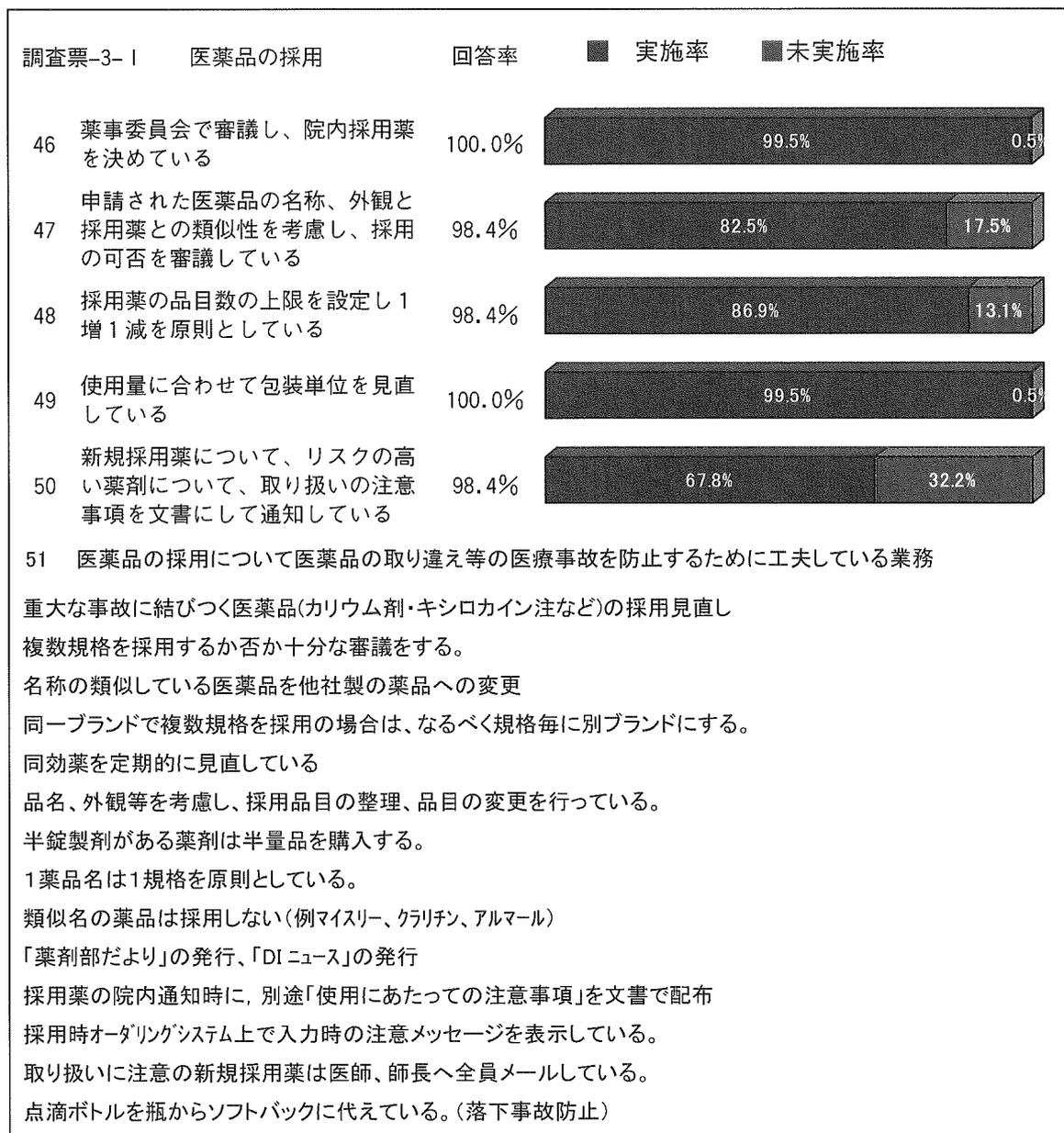
医師の誤記入防止のため、間違いやすい薬品でリスクの高い薬品は特別な入力法でないと入力不可にして、オーダー入力ミスを防ぐようにしている。

調剤薬局からの疑義照会があったものについては、カルテを確認し訂正がなってない場合は付箋紙つけ訂正をお願いする。

2-1 医薬品の採用

適正な院内採用薬の選定は、薬物療法の根幹をなすものである。さらに、医療の安全管理の面からも重要である。具体的には、規格や用量の統一、類似する名称のチェック、院内医薬品集への表示などへの配慮が求められる。薬事委員会等で、採用申請された薬剤の名称、外観と採用薬との類似性を考慮し、採用の可否を決めている施設は 82.5%であった。また、リスクの高い薬剤について取り扱いの注意事項を文書にして通知については、67.8%の施設で実施していた（調査票-3-1）。

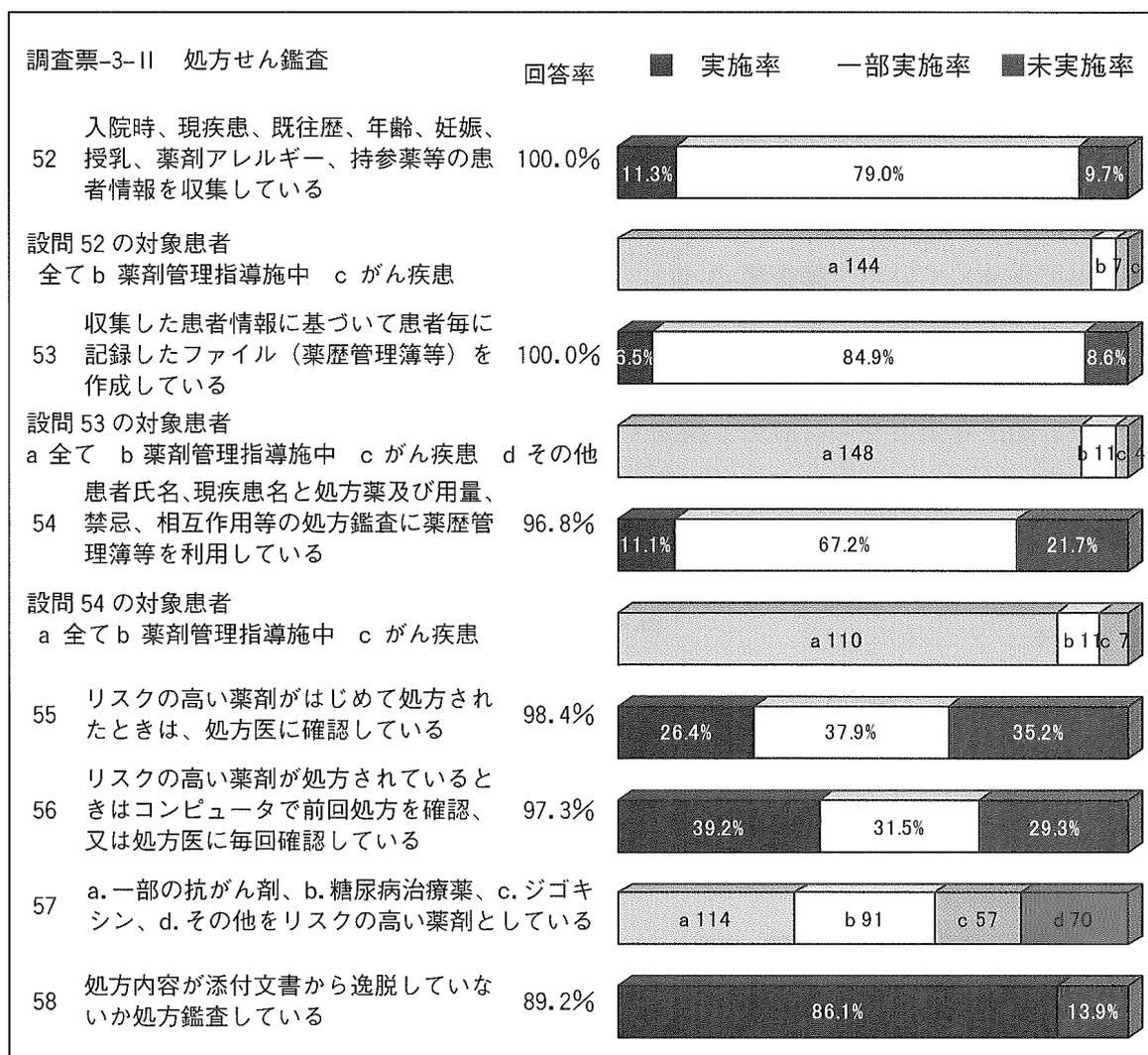
薬剤の外観や名称の類似性、複数規格、複数剤型については薬剤の取り違えを誘発する要因になることから、採用の可否は言うまでもなく事故を防止するための対策等についての十分な審議が必要である。



2-2 処方鑑査

処方鑑査は、薬剤師としての専門知識を最も必要とする業務である。現疾患、年齢、持参薬等の患者情報を収集し、患者毎に記録したファイル（薬歴管理簿等）に基づき処方鑑査をしている施設は、各 11.3%、6.5%、11.1%と低い実施率である。さらに、リスクの高い薬剤について、前回処方を確認する施設は 39.2%、処方医に確認する施設は、26.4%で実施していた（調査票-3-II）。

処方のヒヤリ・ハット事例として、患者名、薬品名、投与量の規格単位などの誤記入、現疾患、既往歴、薬剤アレルギー等などによる禁忌薬の処方、患者の年齢、腎及び肝機能障害による過量投与、他施設で処方された薬剤との相互作用や重複投与などが報告されている。これらの報告されている事例を未然に防止するには、患者情報に基づいた処方鑑査が必要である。



59 処方せん監査について医薬品の取り違え等の医療事故を防止するために工夫している業務調剤業務支援システムにより、相互作用のチェックやこれまで使用した薬の記録との照合などを行っている。一部抗がん剤については患者毎ではないが薬歴管理のファイルを作成している。前回処方と今回処方が異なる時に、医師の意思がわからない時は処方医に問い合わせ確認している。入院小児科(主に未熟児処方)においては薬歴を作成し、処方監査を行っている。

採用薬品の変更・一般名と商品名を薬品により表示する。

抗がん剤すべての使用は事前登録が必要とされている。使用届によりプロトコル、患者情報 etc 確認の上実施される。使用届は薬剤部及び実施病棟、診療科が控えを保管する。

複数規格を採用している内服薬は、規格に印を付けている。

間違え易い用法の場合(例、1錠(分2))は用法にチェックを入れる。

一文字監査を実施

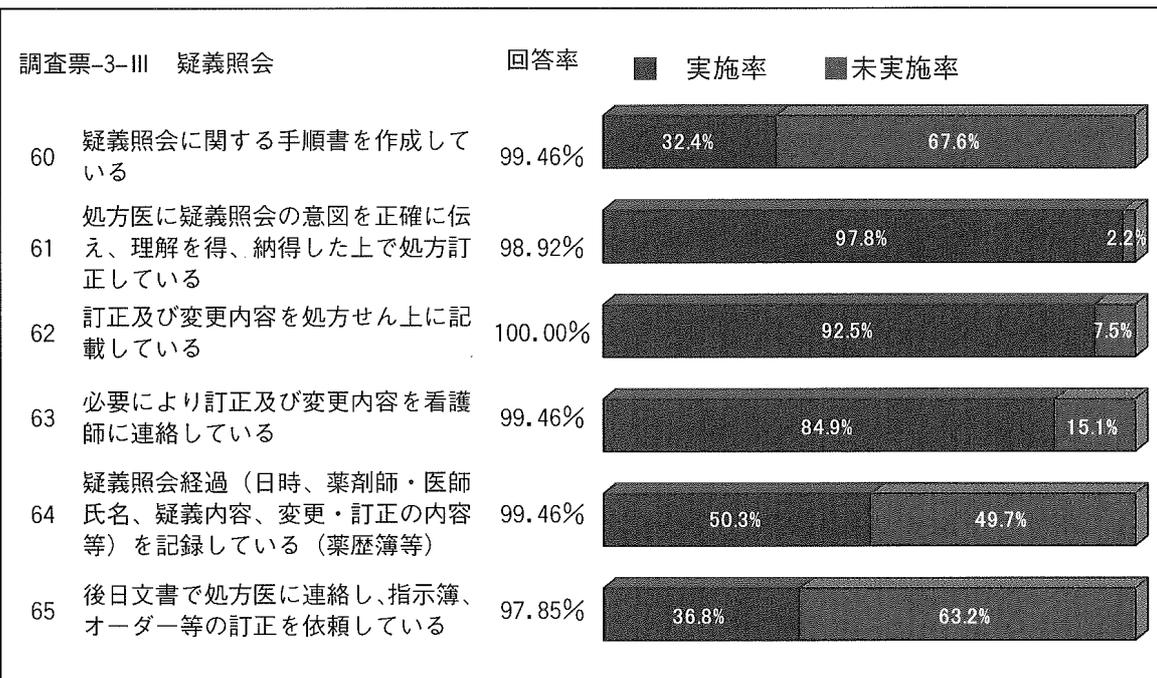
処方オーダーリング(内・外用)や薬袋作成パソコンで併用禁忌薬のチェック、糖尿病用剤と一部の抗精神薬(ある疾患に対する禁忌薬であるが、その疾患で使用する可能性の高い薬)の処方でもチェックできるよう設定している。

リスクの高いチェック薬品については、院内処方(入院も含む)で前回履歴が下段に印字されるようにして、薬品名、用量、日数、休薬期間、はじめてかどうかチェックできるようにしてある。

2-3 疑義照会

処方せんに疑義あるときは処方医に問い合わせ、納得したうえで調剤する。疑義照会に関する手順書を作成している施設は 32.4%、疑義照会の経過を記録している施設は 50.3%、後日文書で処方医に指示簿、オーダー等の訂正をお願いしている施設は 36.8%で実施していた(調査票-3-III)。

疑義照会については、処方薬の投与量が多い少ないの問い合わせでは無く、この投与量では生命に危害を及ぼす可能性が高いことを説明し、薬剤師として納得できる回答を受け、適正な処方せんに訂正し調剤することが重要である。



66 疑義照会について医薬品の取り違い等の医療事故を防止するために工夫している業務

疑義照会内容を毎日ミーティングで報告し情報の共有化を図っている

問い合わせ後、オーダの修正は薬剤部にて行っている。

処方内容の修正、削除については、手順を文書化し、確定に処理するよう様式も定めチェックしている。

患者個別に特徴的な処方引継ファイルを用いて情報を一定期間残している。

疑義照会事例をパソコンに登録し、月次又は3ヶ月単位の解析を医局会、薬事委員会、医療安全対策委員会で報告し、見直し、医師への指導教育に活用。健康被害につながる事例は付箋を出力し、カルテに貼付の実施をしている。

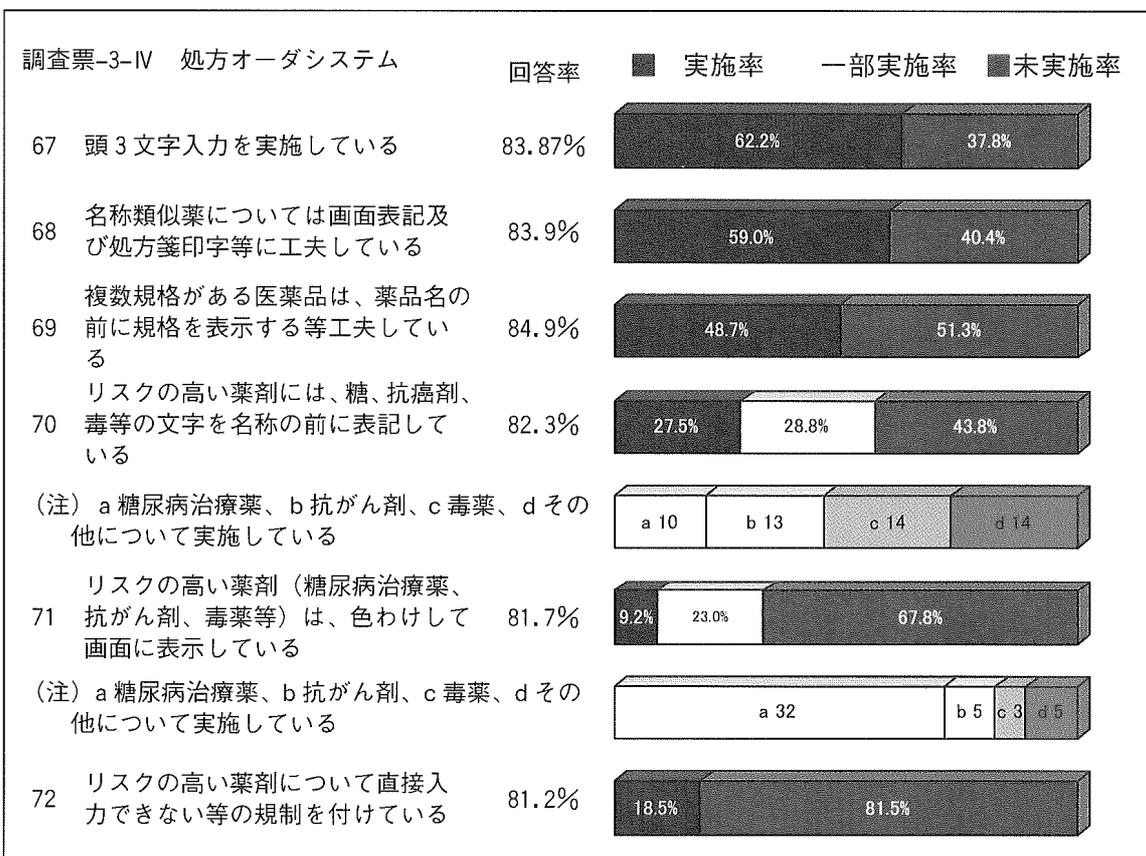
疑義照会を行い特殊な使用法等なった処方に関しては、専用ノートに記載し必要に応じ薬袋作成パソコンに入力している。次回薬袋作成時ウォーニングをハードコピーし、調剤事故防止に役立てている。

疑義照会の内容や間違いやすい(まぎらわしい)処方について、次回以降の処方せんに反映させたい内容を調剤支援システムの患者基本情報に登録し、処方せんに印字している。

疑義照会后、変更になったものは処方連絡票というものを作っているものでそれに変更点を記載して薬と一緒に病棟にあげています。

2-4 処方オーダシステム

オーダリングシステムによる薬剤の誤入力による処方の誤りを防止、又は患者の死につながるような重大な医療事故を防止するため機能(例えば、頭3文字入力、リスクの高い薬剤の画面表示、処方印字の工夫など)の充実が必要である。処方薬の頭3文字で入力している施設は62.2%で実施していた。リスクの高い薬剤の誤入力を防止するための工夫を施している施設は50%以上であった(調査票-3-IV)。



73 処方オーダーシステムについて医薬品の取り違い等の医療事故を防止するために工夫している業務についてご記入下さい

複数規格採用薬品の処方せん表示は「規格」+「薬品名」、一規格のみ採用薬品の処方せん表示は「薬品名」+「規格」

頭4文字入力を実施している

頭2文字入力して表示された薬品一覧に名称の類似した薬品間にマークを入れる

一部薬効別入力の薬品もある。

一般名入力を一部薬品に導入

間違いやすい薬品の商品名は一般名表示にしている

リスクの高い薬剤の初回オーダー時には、初回確認の表示をして注意をうながしている

抗がん剤等はアルファベット表記。薬品名の後に「過誤注意！」の文字を付加。

糖尿病治療薬、抗がん剤、強心剤、抗凝血剤(ワーファリン)、甲状腺剤、抗甲状腺剤、免疫抑制剤について、名称の前に★印を印刷している。

オーダー入力の際、抗がん剤の場合は「注意抗がん剤です」、毒薬の場合は「毒薬注意」と画面に表示される。

薬品名の行に(糖尿病治療薬)の記載

薬品オーダー時に注意喚起のメッセージを画面表示する。「類似名称あり」「複数規格あり」

同一薬品で複数規格の内服薬・注射薬は印字をカラーにして表示している。

一部の薬剤についてオーダーリングシステムで薬品マスタを登録せず、入力できないようにしている(手書き処方とする)

オーダーリング画面上商品名の類似する医薬品は一般名を併記(商品名の前に)している。

同一薬剤を入力オーダーした場合、メッセージチェックの機能がある。薬効を15分類(リスクの高い薬剤)して計250品目に対して、チェック機構をはたらかせている。

患者認証を行うために、処方オーダーに基づいたバーコードの作成

抗がん剤注射薬の用量はmg入力とする。

リスクの高い薬品は、適応病名の登録がないと入力できない。

医薬品により処方科を限定している。

オーダーリングチェックシステムの確立(重複投薬、相互作用等)

3-1 薬袋又はラベルの作成

薬袋又はラベルへの記載内容は、処方せんに次ぐ調剤済薬についての重要な情報伝達手段である。この記載の仕方を工夫することは、看護師による与薬準備及び与薬で報告されているヒヤリ・ハットを未然に防止するために有用である。

3-1-1 内用剤・外用剤

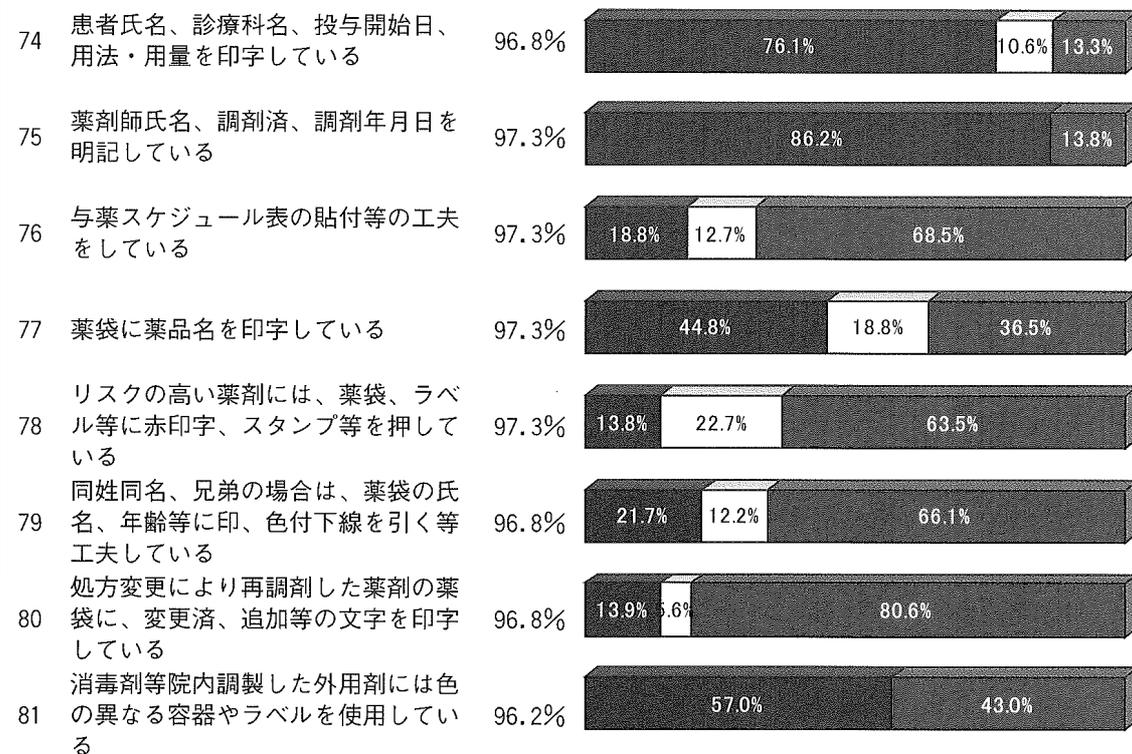
薬袋に赤色等の多色印字、大きな文字で用法や注意事項を記載している施設は66.3%で実施していた。しかし、事故の誘発防止に有効である与薬スケジュール表を貼付等の工夫をしている施設は18.8%、リスクの高い薬剤が処方された薬袋等への印やスタンプ等の工夫をしている施設は13.8%、同姓同名、兄弟姉妹で処方された薬袋の年齢、診療科等への印や色付下線を引く等の工夫をしている施設は21.7%、処方変更により再調剤した薬袋への変更済、追加等の文字の印字をしている施設は13.9%と低い実施率を示した(調査票4-1-1)。

調査票 4-1-1

入院処方せんによる薬袋又はラベルの作成（内用剤・外用剤）

回答率

■ 実施率 一部実施率 ■ 未実施率



82 入院処方せんによる薬袋又はラベルの作成（内用剤・外用剤）について医薬品の取り違え等の医療事故を防止するために工夫している業務についてご記入下さい

消毒剤、液剤等には薬名入りのラベルを貼付

2種類以上の規格がある場合は別の薬袋作成機から薬袋が出るように設定してある

入院処方せんは複写印字し1枚を調剤薬と併にビニール袋に入れて払いだす（臨時薬）。定期処方セット化お薬カレンダーの使用。表面が透明な薬袋の使用。

散薬では朝、昼、夕などで分包される薬品や量が異なる場合、それぞれを朝、昼、夕と印字したユニパック入れ、それぞれに含有する薬品名を記載している。

病棟名、医師名を印字している

処方変更時には今までの残薬は返品し、新しく調剤し直して薬袋も書き換えている（返品時は確認している）

処方変更時は再処方してもらい、前の処方せんは中止となる。

散剤薬包紙への印字（患者氏名、診療科名、調剤日、用法）。薬袋等に注意事項を印字している。

外用薬袋→飲まないで下さい等の印字。薬袋に各種、注意事項印字。

外用剤は容器の色、ラベルを変えている。

分包紙に病棟名、患者名、服用時を表示している。

入院中は1包化して薬を配布、1包化の包装に患者名や用法を印字したり、錠剤の印字番号なども添付して、薬品の確認を看護師にもできるようにしている

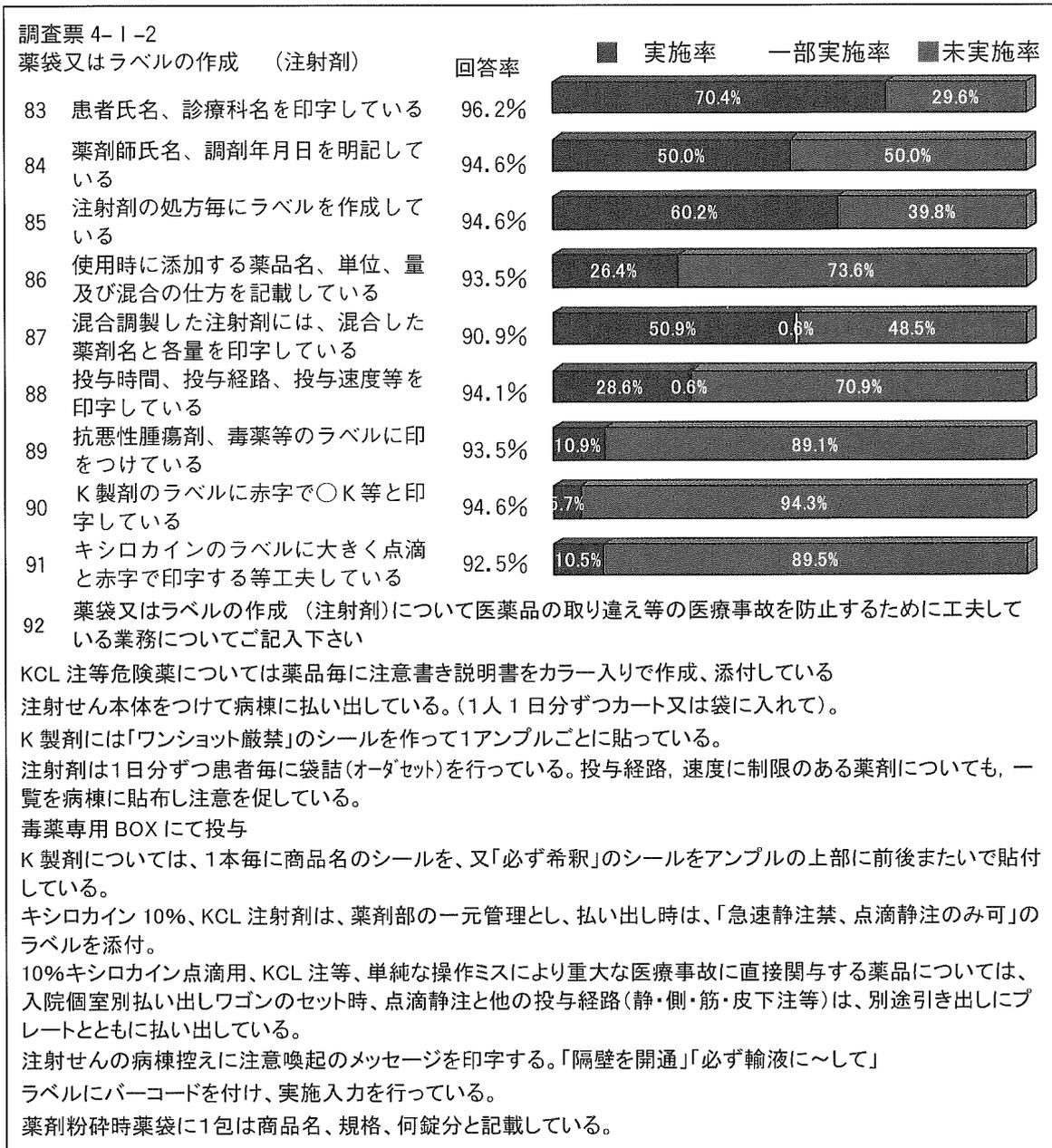
小分けした軟膏には名称をラベルで示している。

消毒剤等院内調製した外用剤については、57%の施設で色の異なる容器やラベルを使用していた。このことは、1999年に（社）日本病院薬剤師会がまとめた「消毒剤による医療事故防止について」の提言が普及していることが示唆される（調査票 4-1-1）。

3-1-2 注射剤

患者投与時に添加する薬剤名、単位、量及び混合の仕方、投与時間、投与経路、投与速度等、適正に投与するための情報を記載している施設は、30%以下と低い実施率を示した。さらに、抗がん剤、毒薬、K剤、キシロカイン等リスクの高い薬剤の薬袋やラベルに印等の工夫をしている施設は11%以下であった（調査票4-1-2）。

薬剤師は、患者の安全を確保するための役割を積極的に果たすべきである。

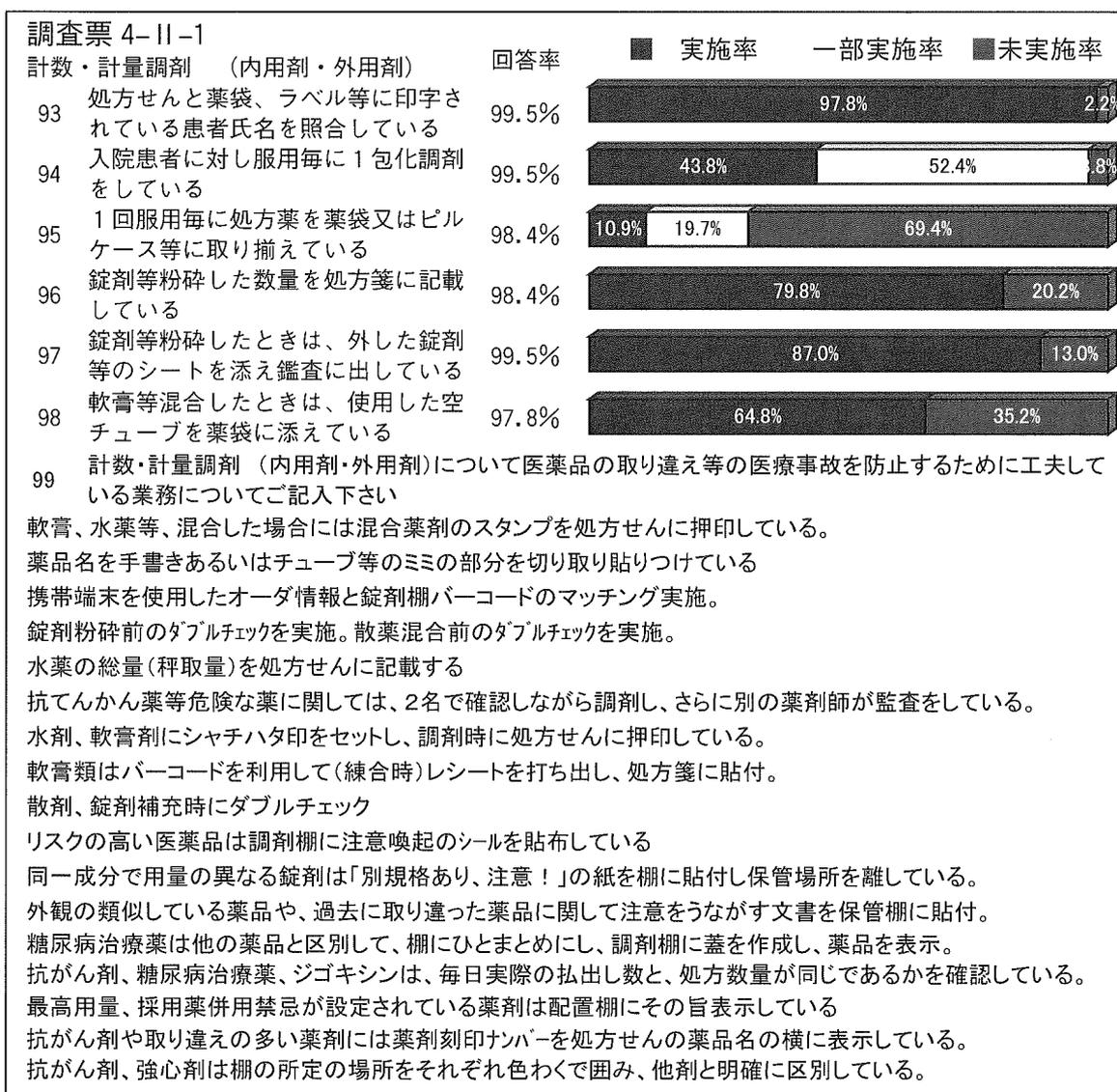


3-2 計数・計量調剤

「適正な処方せんにより正しい処方薬を取り揃え（計数調剤）、又は混合調製（計量調剤）する」、このことは薬剤師としてあたりまえのことであり、さらに医療事故を防ぐための対策を加味することは、薬剤師の基本的役割である。

3-2-1 内用剤・外用剤

入院患者に対し服用毎に1包化調剤をしている施設は43.8%で実施、52.4%の施設で一部実施していた。すべての患者に1回服用毎に処方薬を薬袋又はピルケース等に取り揃えている施設は10.9%、一部の患者に実施している施設は19.7%で実施していた。調剤の過誤防止対策として、粉碎した錠剤等の数量を処方せんに記載している施設は79.8%、外した錠剤等のシートを薬袋に添付している施設は87.0%、軟膏等混合した空チューブを薬袋に添えている施設は64.8%と高い実施率を示した（調査票4-II-1）。



3-2-2 注射剤

注射薬の処方せんによる調剤は、94.6%の施設で実施していた。2001年に（社）日本病院薬剤師会がまとめた「入院患者のための注射薬調剤指針」の提言から急速に普及したことが伺える。入院患者に対し処方せんの1使用単位毎に注射剤をトレイ等への取り揃えについては、54.7%の施設で実施していた。しかし、調剤過誤防止対策として、処方せんとトレイ等に取り揃えた注射薬を確認し混合調製している施設は26.3%、注射薬の混合調製後、使用した注射薬の空アンプル等をトレイに入れ鑑査に出している施設は31.6%と低い実施率を示した（調査票4-II-2）。

