# 共有すべき事例

## 2011年11月事例1

## 〔内服薬調剤〕秤量間違いに関する事例

(事例番号:00000021233)

### 事例

### 【事例の内容】

秤量計に秤量紙を乗せ、ゼロ点補正を行った後、フェノバール散 10%を 72g、アンナカ「ヨシダ」を 9g計るべきところを、ゼロ点補正を行わなかったため、秤量値に秤量紙  $2g \times 2$ 回(合計 4g)分の誤 差が生じた。そのため、フェノバール散 10%を 70g、アンナカ「ヨシダ」を 7g しか量らなかったことになった。

### 【背景・要因】

夕方近くに処方が来て、散剤の調剤を行わなければいけないということもあり、患者を待たせないように 急いで薬剤を秤量しようとして、ゼロ点補正の確認を怠ったことが原因であると考えられる。

#### 【薬局が考えた改善策】

散剤の秤量を行う時は、必ずゼロ点補正を行うことを心掛ける。

### 事例のポイント

- 天秤の水平調整、ゼロ点調整は、始業時と秤量時に行うべきである。
- また、秤量時のゼロ点調整は秤量前と秤量後に行い、ゼロ点を確認してから薬を秤量し、秤取した薬を乳鉢等に移し、秤量紙を天秤に戻した際にも、ゼロ点を確認することが必要である。
- 多くの薬局では、薬包紙や秤量皿を使用しており、秤量する薬品の量によって異なるため、秤量毎のゼロ点調整は必須であり、業務手順書にも明記すべき事項である。
- 秤量の誤りについては鑑査時に発見することも可能であるが、1日量ごとの重量鑑査では薬品量が少量の場合は誤差の範囲に入ることも考えられる。そのような場合、全量鑑査を行うことで秤量の誤りを発見することが出来る。
- 重量鑑査等の鑑査の手順についても業務手順書に明記し、遵守する必要がある。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話:03-5217-0281(直通) FAX:03-5217-0253(直通)

# 共有すべき事例

## 2011年11月事例2

## 〔内服薬調剤〕処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号:00000021338)

### 事 例

### 【事例の内容】

歯科を受診した初来局の患者だった。アンケートの既往歴の喘息、心臓病、緑内障にチェックがあり、サリグレンカプセル30mgの処方があったが、そのような現病、既往歴のある患者には禁忌の処方であった。アンケートの確認不足で投薬時に気づかず、そのまま渡してしまい、1時間後の薬歴記入時に気づき、医師と患者に連絡し、サリグレンカプセル30mgは服用中止になった。

### 【背景・要因】

当時は薬剤師が1人しかおらず、他に患者が待っているという焦りから、アンケートの確認がおろそかになっていた。併用薬の方に目が行き、既往歴の方のチェックが甘かった。

#### 【薬局が考えた改善策】

どんな状況にあっても、併用薬の確認はもちろんのこと、当然のことながら既往歴、現病歴の確認も紙面だけではなく、患者から具体的に聞き出して確認をしていかなくてはいけないと改めて感じたため、それを徹底する。

## 事例のポイント

- 初来局の方に記入してもらうアンケート(問診票)は、処方された医薬品を適正に調剤し、安全に使用していただくために必要な情報を収集する目的で行われている。
- ●記入者の中には詳細まで記入しない場合もあり、投薬時に詳細を聞きだしながら説明する必要がある。
- アンケート用紙については、記入者側と確認する薬剤師側の双方が使いやすい形になるよう、定期的な見直しが必要である。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話:03-5217-0281(直通) FAX:03-5217-0253(直通)

# 共有すべき事例

## 2011年11月事例3

## 〔疑義照会〕分量変更に関する事例

(事例番号:00000021513)

### 事 例

### 【事例の内容】

追加処方の薬のため、患者が持参した分包品を確認したところ、処方せんの指示量が製剤量で1gであることに対し、持参品は1.5gであったため、処方元に疑義照会した。紹介状による処方であったが、紹介状の指示量と間違いはなかったため、紹介元へ確認したところ、記載ミスであることが判明した。

#### 【背景・要因】

紹介先施設での医師の誤った記載による、人為的ミスであった。

#### 【薬局が考えた改善策】

紹介先での処方は、お薬手帳に記載されておらず、確認する方法は現物か薬袋、あるいは薬剤情報提供文書しかないので、投薬現場での確認には限界があると思われるため、制度、システム上の改善で改善可能と考える。

## その他の情報

#### 【処方された医薬品】

セレニカR顆粒40%

### 事例のポイント

- 紹介状等により治療が引き継がれる時に、紹介状に不備がある場合や処方せん記載時に不備がある場合、当日の症状により紹介内容と異なる処方をする場合など、様々な理由で薬品が変更になることがある。
- 薬局では紹介状の内容を知ることは困難なため、薬剤交付時にお薬手帳等で転院前の治療を確認することや、 紹介前の薬品と比較することで、安全に治療が継続されるよう努めなければならない。
- ●本事例では、処方元で判断出来ない状況において、紹介元まで確認することで安全な治療の継続に貢献する ことが出来た。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。 ※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



### 公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話:03-5217-0281(直通) FAX:03-5217-0253(直通)

# 共有すべき事例

## 2011年11月事例4

## 〔医薬品の販売〕説明間違いに関する事例

(事例番号:00000021605)

### 事 例

### 【事例の内容】

患者が、乗り物酔いの薬が欲しいとのことで、トラベルミンを販売した。しかし、その後に患者の家族が 来局され、患者が緑内障であることが分かった。トラベルミンは緑内障患者には禁忌となっているため、 トラベルミンを返品して、他の商品を販売した。

#### 【背景・要因】

患者は処方箋をいつも持って来ており、薬歴も存在していたが、その活用を怠ったため、緑内障ということに気がつかなかった。また、患者に対して、しっかり問診が出来ていなかった。販売した薬剤師は商品に対しての知識が不足していた。

#### 【薬局が考えた改善策】

一般用医薬品の販売時は、しっかり患者に対して問診を行い、注意して服用することを確認の上、説明する。また最低限、薬局内で販売されている薬剤については、販売時に何を聞かれても答えられるように、しっかり勉強をしておく必要がある。

### 事例のポイント

- トラベルミン錠は抗ヒスタミン成分の「ジフェンヒドラミンサリチル酸塩」と、交感神経刺激作用の「ジプロフィリン」が配合された、第二類医薬品である。
- 一般用医薬品の販売においては、薬剤師または登録販売者による説明が必須であり、たとえ商品を指名された場合でも、十分な問診を行い、使用上の注意を説明する必要がある。
- 点眼薬や貼付剤の併用薬の場合は、購入時に使用していることを伝え忘れる方も多いため、「身体に使用しているものすべて」を聞き取って判断する必要がある。
- 動力応した薬剤師個人の知識によらず、購入者が安全に医薬品を使用することが出来るように、一般用医薬品の販売に対する業務手順書を作成し、遵守する必要がある。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話:03-5217-0281(直通) FAX:03-5217-0253(直通)