

事例から学ぶ

お薬カレンダーなどのセット間違いに関する事例

【セット漏れ】

■事例の詳細

薬剤師は、患者の自宅を訪問して定期薬をお薬カレンダーにセットし、記録のために写真を撮影した。薬局で別の職員が、撮影したお薬カレンダーの写真を確認した際に、SP包装のオメガー3脂肪酸エチル粒状カプセル2g「武田テバ」がセットされていないことに気付いた。

■背景・要因

お薬カレンダーにセットする前に全ての薬剤が作業スペースにあること、セット後には正しくセットされていることを確認するルールであったが、確認を怠った。

■薬局から報告された改善策

セットする際のルールを薬局内で再確認した。別包やSP包装など、セット漏れが起きる可能性のある薬剤がある場合は、薬剤服用歴に注意を促す記載を行った。

→この他にもセット漏れの事例が報告されています。

【セット漏れ】

- ◆施設の患者に内科と精神科から薬剤が処方されており、診療科ごとに分けて分包していた。医師の往診により、セット済みの内科の薬剤について変更の指示があった。施設から薬剤を回収し、内科の薬剤を分包し直して再セットしたが、その際、精神科の薬剤のセットが漏れた。

→その他の事例も報告されています。

【用法や日付などの間違い】

- ◆患者にカリメート経口服液が処方され、隔日に服用するよう指示があった。薬剤師は事務員に、薬局内に保管しているお薬ボックスへのセットを指示した。事務員は指示書を確認せず、連日服用するものと思い込み、カリメート経口服液を誤ってセットした。

【別患者の薬剤のセット】

- ◆施設の同じフロアに同じ姓の患者Xと患者Yが入居していた。配薬ボックスに表示された氏名の確認を行わず、患者Xと患者Yの薬剤を間違えてセットした。

【セット済み薬剤の変更間違い】

- ◆ 患者にツムラ五苓散エキス顆粒1回1包1日2回朝夕食後などが処方されていた。処方医よりツムラ五苓散エキス顆粒の中止の指示があったため、薬剤師は施設を訪問し、セットした薬剤からツムラ五苓散エキス顆粒を抜き取ることにした。しかし、薬剤師は処方箋などを確認せず、ツムラ五苓散エキス顆粒の用法は1日1回朝食後であると思い込んでいたため、夕食後のセットからツムラ五苓散エキス顆粒を抜かなかった。

ポイント

- 在宅療養や施設療養の現場では、患者が適切に服薬できるよう、お薬カレンダーをはじめとする服薬管理ツールが広く活用されている。薬剤師は、これらのツールへの薬剤のセットや管理方法の提案・調整などを通じて服薬支援を行っているが、その過程で薬剤のセット間違いが生じた場合、誤った薬剤の服用につながる可能性がある。
- お薬カレンダーなどへの薬剤のセット間違いを防ぐためには、処方された薬剤の保管ルールやセット手順、確認方法を手順書に定め、遵守する必要がある。
- 販売包装（PTP包装・SP包装など）のままセットする薬剤や、週1回服用・隔日服用など通常とは異なる服用方法の薬剤は、セット漏れや用法・日付の間違いが起こりやすい。これらの薬剤については、チェックリストを作成し、セット前後の確認手順を標準化するなど、間違いが起きないように特に注意する必要がある。
- 本事業には、医師からの服薬中止指示や処方変更などに伴い、施設でセット済み薬剤の変更や追加を行った際に誤って別患者の薬剤をセットした事例が報告されている。現場での複雑な作業はリスクを伴うため、可能な限り薬局内で再調製・再セットを行い、現場での作業を最小限とすることが望ましい。
- セット間違いの背景には、思い込みや確認不足だけでなく、作業の中断、時間的制約、処方変更時の情報共有不足など、複数の要因が関与している。写真を用いた記録や遠隔での確認、看護・介護職員などによる確認など、複数の方法を組み合わせた確認体制を構築することが重要である。
- お薬カレンダーなどへの薬剤のセットは、一見単純な作業に見えるが、患者ごとの服薬状況や処方変更への対応、多職種での情報共有などを伴う服薬支援プロセスの一部である。安全な服薬支援を実現するためには、情報共有、業務手順の標準化、確認体制の強化を行い、システムとして安全性を高めていくことが求められる。



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
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル 電話：03-5217-0281（直通）FAX：03-5217-0253（直通）
<https://www.yakkyoku-hiyari-jcqh.or.jp/>