

共有すべき事例

2011年10月 事例1

〔内服薬調剤〕 処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号：000000020276)

事例

【事例の内容】

以前、不眠時頓用でマイスリー錠5mgが処方されていたが、今回はエチゾラム錠0.5mg「EMEC」が処方されていた。患者の話では、「マイスリー錠5mgでは4時間程で途中覚醒がある。」とのことだった。診察時、医師は併用については全く話が無く、患者も切り替えと思っていた。患者が帰宅後、念のために医師に確認したところ、併用しても良いことを確認し、患者に連絡した。

【背景・要因】

不眠は比較的軽度であり、どちらかというとオペに近いことから日中の不安の方が強い印象があった。投薬時に確認したところ、患者も併用するとは思っていなかったことから、その場での疑義照会を怠った。もう1人の薬剤師が、オペも近いことから患者の不眠が続いて、さらに日中の不安も強くなるといけなからと医師に確認することを勧めた。医師に確認したところ、マイスリー錠5mgの残薬との併用は可であるとの回答があった。

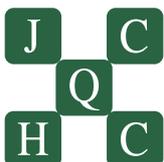
【薬局が考えた改善策】

薬の切り替え、または併用であるかは、患者だけの情報に頼らず、疑義照会を行う。投薬した薬剤師と別の薬剤師の判断をすぐに仰ぐ。

事例のポイント

- その場では気づかなかったものの、患者に対しての医師の不完全な指示（併用可）と、患者の思い込み（薬の切り替え）との間の齟齬を、薬剤師が食い止めることが出来た良好例である。
- 処方変更された時には、処方箋に書いてある通りに調剤するだけでなく、医師からの説明があったか、また、患者の病態をよく聞き、疑問に思ったらそのままにせず、常に患者の利益の立場に立って、必ず疑義照会することが、薬剤師として正しい態度である。

※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)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2011年10月 事例2

〔外用薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000020304)

事例

【事例の内容】

バーコードを用いた調剤だった。フルメトロン点眼液0.1%で処方のところ、誤ってフルメトロン点眼液0.02%をピックアップした。入力もフルメトロン点眼液0.02%だったため調剤印を押してしまい、調剤録のチェックをする際でも見過ごした。鑑査者が発見した。

【背景・要因】

バーコードを用いたピックアップの時点ではフルメトロン点眼液0.02%だったため、入力通りだった。その時点で整合されていたため、正しいものだと安心してしまった。

【薬局が考えた改善策】

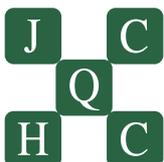
バーコードを用いたピックアップを行う際は、その時点では正しくても、その前の段階の入力が間違えているかもしれないことに注意する。バーコードを用いたピックアップであることに安心せず、調剤印を押す前に怠らず、しっかりと再確認する。

事例のポイント

- バーコードによる調剤は、得てしてバーコードを読ませることに注意が向き、薬剤名の確認がおろそかとなる、もしくは、この事例のように、そもそも入力が誤っていて、情報上は整合していても、もともとの処方内容と食い違っているといったこともあり得る。
- バーコードによる調剤だからといって、誤りはなくなるわけではなく、新しい形態の誤りが生じることもある。このことを十分に認識し、処方と薬剤の確実な一致確認が調剤の基本であることを、改めて確認する必要がある。

※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)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2011年10月 事例3

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000020308)

事例

【事例の内容】

抗アレルギー剤のクラリチン錠10mgが処方されていたところ、ザイザル錠5mgを投薬した。

【背景・要因】

前々回はクラリチン錠10mgが処方されており、前回はザイザル錠5mgが処方されていた。患者は効果が同じであると感じていた。ザイザル錠5mgは1日2回で服用していたため、患者は1日1回で服用していたクラリチン錠10mgを希望し、今回はクラリチン錠10mgで処方されていた。調剤棚の配列が隣同士であったため、意識をせずにザイザル錠5mgを取ってしまった。

【薬局が考えた改善策】

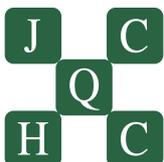
思い込みをせず、しっかり実物を見て調剤する。調剤棚の配列を変える。

事例のポイント

- 同じ薬効の薬の処方変更が度々ある場合には、特に混乱しやすい。
- 同種同効薬は、薬剤棚では隣接して置くことがあり、配列を変えて気づくことは難しいと推測される。それだけに、調剤は処方箋との *item-by-item* (一項目ずつ) の読み上げ、実物の薬との比較照合が基本であり、この基本動作を徹底することが重要である。

※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)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2011年10月 事例4

〔内服薬調剤〕 分包間違いに関する事例

(事例番号：000000020545)

事例

【事例の内容】

1か月前、認知症の患者本人が錠剤を吐き出すと家族代理人から申し出があった。1か月前に粉碎することが出来る錠剤だけを粉碎して渡した。その際、薬歴に「プロタノールS錠15mgは粉碎不可」と調べた結果を記入していた。1か月後の2回目投薬時にプロタノールS錠15mgも粉碎出来たと思込み、前回の薬歴を見ないでプロタノールS錠15mgを粉碎し投薬した。窓口で薬を見せている時に、患者家族から「緑の錠剤（プロタノールS錠15mg）は粉碎していなかったですよ。」と気づいてもらった。

【背景・要因】

薬剤師1人で慌てていた。

【薬局が考えた改善策】

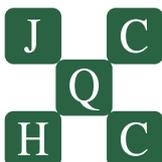
前回の薬歴をしっかりと見る。粉碎不可の薬は前の薬歴を見ながら確実に調剤する。粉碎履歴のノートをつける。

事例のポイント

- 粉碎を希望する患者との大前提のもとに、粉碎不可の薬を粉碎してしまったという問題である。一種の例外処理であり（粉碎することを基本した時に、粉碎しないで渡す）、薬剤師の記憶に頼るのではなく、改善策にあるように、粉碎ノートなどに記録をつけ、必ずそれを確認することが望まれる。
- また、今回のケースでは、窓口での薬の確認時に、患者家族からの疑問により誤りに気づいた点は、重要なポイントである。患者や家族もチーム医療の一員であると考え、窓口での双方向のコミュニケーションをとることが重要である。

※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)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>