

## 共有すべき事例

2013年3月 事例 1

### 〔内服薬調剤〕 その他に関する事例

(事例番号：000000030601)

#### 事例

##### 【事例の内容】

分包機のマスを洗ったが、その後きちんと乾いていなかった。今までそのようなことは一度もなかったため、そのまま確認せずに装着し、粉の分包を3名行った。最初の方は後からみるとそのマスの粉が少なかった。次の方は少しその薬が混じり、湿っていた。

3番目のマーズレンの方はマーズレンに白い粉が混じっていた。どれも鑑査時に気付かずそのままお渡し。片づけのときにマスの粉が大量に残っていることに気づき、すべての患者へ連絡。誰も服用しておらず、回収、作り直し、お渡し。

##### 【背景・要因】

まさか水が残っていると考えなかったこと。

一人ずつの粉まきを終了後ちゃんと掃除していなかった。

##### 【薬局が考えた改善策】

洗った後の装着はちゃんと水気がとれているか確認。最初にカマをまききちんと分包されるか確認。

一人一人終わった後の掃除すること。

鑑査時、重さがあるから良いというわけではなく、混入もきちんとみる。

#### その他の情報

##### 【関連医薬品】

マーズレンS配合顆粒、デパケン細粒40%、セロクエル100mg錠

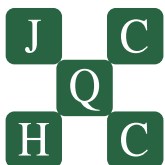
#### 事例のポイント

- 洗浄した分包機のマスの乾燥が不十分なために生じた事例である。
- 「今までそのようなことは一度もなかったため」とされているが、日常的にいつも行っている事であってもエラーにつながるリスクのある行為と考えられるので、初めてヒヤリ・ハット事例が生じたことを契機に事例の分析を行い、対策を検討することが大切である。
- 調剤で使用する器具等の洗浄・消毒は日常的に行われることで、2セット用意できるものは2セットを用意し、交互に使用することで洗浄後の乾燥等に十分な時間をかけてから使用することもひとつの方法である。
- 今回の分包機のマスのように2セットを用意できない場合は、薬効のない散剤(賦形剤)を用いて分包テストを行い、重量測定などによる正常な分包動作を確認してから使用を開始する必要がある。

※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。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



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

2013年3月 事例2

### 〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000030767)

#### 事例

##### 【事例の内容】

処方せんにRp.ビ・シフロール錠0.5mg 1日用量1錠分2×28日朝夕食後服用と記載あり。ビ・シフロール錠は光に不安定であり、適応上の注意として「本剤は光に対して不安定なため、服用直前にPTP包装から取り出すよう指導すること」とされている為処方医師に疑義照会を行う。また、その際にビ・シフロール錠0.125mg 1日用量4錠とすると1日用量も同じとなることを提案した。医師より処方内容をRp.ビ・シフロール錠0.125mg 1日用量4錠分2×28日朝夕食後服用に変更するとの回答あり。

##### 【背景・要因】

ビ・シフロール錠の製剤的特性を処方医師が理解していなかったことが要因の一つと考えられる。しかしながら、医師が全ての薬剤の特性を理解しておくことは難しいため、薬剤師が製剤的特性を確認のうえ、必要ならば医師に疑義照会や提案を行い、処方設計に関与することも、医薬品の適正使用や患者さんへの安全な投薬には不可欠である。

##### 【薬局が考えた改善策】

吸湿性のある医薬品や光により不安定な医薬品など製剤的特性のあるものについては、薬局内で一覧を作るなど周知徹底を図る。

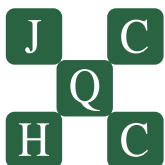
#### 事例のポイント

- 医薬品には、その品質を確保するために、冷所保存や遮光保存などの貯法が定められている。
- 今回の医師の指示通りの調剤では、ビ・シフロールの製剤的特性から品質の低下が危惧され、薬剤師から医師に対し、医師の意図する投与量と調剤した薬の品質確保を配慮した処方提案を行い、医師もそれに同意した事例である。
- 医薬品の使用に関わる事だけではなく、調剤した薬の品質確保や適切な貯法等の指導を行うことも、薬剤師の重要な役割である。

※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。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



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

2013年3月 事例3

### 〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000030956)

#### 事例

##### 【事例の内容】

ムコトロン250mgが30錠単位で処方されることが多いため、30錠ずつ輪ゴムで留めて予製していた。30錠のうち10錠がマグミット330mgであったものを、患者さんに交付しようになった。

##### 【背景・要因】

包装が似ている。棚の位置が近く。錠剤を棚に戻す時に戻し間違えて、予製をする際に、よく確認せずに作業してしまった可能性あり。

##### 【薬局が考えた改善策】

2剤の棚の位置を離れた。棚に錠剤を戻す時は、2名で声出ししながらチェックする。

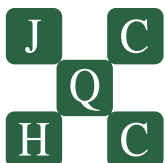
#### 事例のポイント

- 頻繁に処方される薬剤とその錠数を予め束ねておくなど、「予製」と呼ばれる調剤の準備行為が行われている。
- 予製は、手間や時間を要する調剤や処方回数が多い調剤に対して、迅速かつ効率的に行うための調剤準備であり、人的・時間的に余裕のある時に正確に行われなければならない。
- 今回の事例では調剤鑑査において、予製品への他の薬剤の混入が発見されている。
- 調剤者や鑑査者は予製品に対して、「予製だから、間違いは無いだろう」と言う安易な気持ちを抱き易く、注意・確認が薄れる傾向があり、本来の目的から離れた危険度を増した調剤準備品になってしまうことがある。
- 予製は安易に行うのではなく、①予製を行う作業台には、必要な薬剤を必要な数のみ用意する、②完成した予製品数量と用意した薬剤数量の一致の確認をする、③速やかに個々の予製品の鑑査を行う、④予製品の内容を明確化する、⑤予製品間の明確な区別ができる表示をする、⑥予製日、予製者、薬剤ロット等の予製に関わる記録を残す、などの実施手順を定めて行う必要がある。

※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。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



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/>