

共有すべき事例

2017年10月 事例 1

〔調剤〕 数量間違いの事例

(事例番号：000000054353)

事例

【事例の内容】

トレシーバ注フレックスタッチを含む14種類の薬剤が記載された処方箋を受け付けた。トレシーバ注フレックスタッチ2本のところ1本のみ調製し、交付した。翌日の注射剤棚卸の際、在庫数が合わないことから間違いに気づき、注射剤調製時の写真撮影の記録により該当患者が判明した。

【背景・要因】

処方薬が多いことと、残薬調整に気を取られたことにより、計数間違いに気付かなかった。鑑査者は研修後の勤務で、体調不良もあり、通常とは異なる身体状況だった。

【薬局が考えた改善策】

調剤者は、調剤鑑査システムで照合する際、表示される薬剤の計数確認を行ってから鑑査へ回す。無理のないシフト調整を行い、体調不良の職員に配慮する。注射剤の棚卸と注射剤調製時の写真撮影（独自の取り組み）は、引続き毎日行っていく。

事例のポイント

- 航空業界には、I'M SAFEという言葉がある。ヒューマンエラーが多発する心身状態を示したもので、順に、illness 病気、medication 服薬、stress ストレス、alcohol 二日酔い含む、fatigue 疲労、eating 空腹・満腹を表わしている。こうした状況にある時は、エラーを起こさないように自覚する必要がある。そもそも、そうした状況で業務にあたらぬよう自己管理するとともに、シフト作成における管理側の配慮も求められる。
- 今回の事例では、「注射剤調製時の写真撮影」が誤調剤の検証に大いに役立っている。
- 誤調剤を起こさないことはもちろん重要だが、ミスを100%無くすることは難しいため、誤調剤を早期に発見し、患者を特定するための事後対応の仕組みの構築が重要である。調剤の写真撮影やビデオ撮影など、手間のかからない仕組みが望ましく、この薬局の取り組みは参考になる。

※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す目的で作成された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、「事例検索」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)

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

共有すべき事例

2017年10月 事例2

〔調剤〕 秤量間違いの事例

(事例番号：000000054878)

事例

【事例の内容】

薬剤師Aが、調剤用パンビタン末とベサコリン散5%の処方を調剤していた。先にベサコリン散5%を秤量して撒き、次に調剤用パンビタン末を秤量する際に、患者に呼ばれ、その場を離れた。その間に、別の薬剤師Bが天秤を使用した。そのことを知らない薬剤師Aは、戻った際に0点を合わせずに秤量を行った。秤量後、薬剤をのせた秤量皿を移動させた時に、0点調節されていないことに気付いたため秤量し直した。

【背景・要因】

調剤を中断している間に、他者が天秤を使用することはないだろうという思い込みがあった。

【薬局が考えた改善策】

秤量する際は、その都度0点に合わせる習慣をつける。

事例のポイント

- この事例のように、作業を中断すると、その間に機器の設定などの状態が変化し、それに気付かないまま不適切な作業を行う恐れがあるため、作業を中断しないことが事故防止の大原則である。
- 止むを得ず作業を中断した時には、自分の記憶をたどる以外に、使用機器の初期値、設定状態など作業開始時に行うべきポイントを改めて確認し直してから、作業を再開する必要がある。

※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す目的で作成された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、読みやすくなるため文章の一部を修正することがあります。そのため、「事例検索」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)

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

共有すべき事例

2017年10月 事例3

〔調剤〕 処方せん監査間違いの事例

(事例番号：000000054403)

事例

【事例の内容】

他薬とともに、週1回服用のボナロン経口ゼリー35mgが35日分処方されていたが、そのまま患者に交付した。その後、ボナロン経口ゼリー35mgの薬局在庫が通常より少ないことがわかり、処方日数について疑義照会せず35包渡したことに気付いた。患者は薬剤の数量が多いことに気付いたが、以前から服用している薬剤であったため、毎日服用することはなかった。

【背景・要因】

処方医が処方日数を変更する際に、全ての薬剤をまとめて変更したため、ボナロン経口ゼリー35mgも35日分と記載された。薬剤師は、今までと同じ薬剤が処方されていることは確認したが、週1回服用する薬剤であることを見落とした。

【薬局が考えた改善策】

週1回や月1回服用する薬剤、休薬が必要な薬剤などを再認識し、分量だけでなく、処方日数が適切であるか確認することが必要である。

事例のポイント

- 服薬パターンが特殊な医薬品は、医薬品棚にその旨を表示するなどの工夫により、調剤者の注意を喚起する取り組みが求められる。
- 医薬品を交付する前に行う鑑査には、大きく分けて三つの確認事項がある。一つは、処方と調製された医薬品の確認であり、処方箋と医薬品とを確実に照合する必要がある。もう一つは、処方された医薬品の適切な使用に関する確認であり、医薬品の服用方法や相互作用等の知識が必要となる。また、薬剤棚への注意喚起の表示や、電子薬歴などのシステムの導入なども有効な手段となる。残る一つは、患者の状態や病歴との照合であり、お薬手帳の確認や患者から聴取するスキルが重要である。

※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す目的で作成された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、「事例検索」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)

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

共有すべき事例

2017年10月 事例 4

〔調剤〕 処方せん監査間違いの事例

(事例番号：000000054771)

事例

【事例の内容】

定時薬のデパス錠0.5mgが処方された。お薬手帳を確認したところ、他の医療機関からもデパス錠0.5mgが同じ用法・用量にて処方されていたため、疑義照会した結果、削除となった。数ヶ月前から重複処方されていたが、家族に患者が重複して服用することはなかったことを確認し、残薬がたくさんあることもわかった。

【背景・要因】

患者は90歳代で、複数の医療機関を受診している。患者はデパス錠0.5mgの手持ちが足りなくなったため、他の医療機関で臨時に処方してもらったが、その医療機関で定時処方に組み込まれたことから処方が継続された。今までお薬手帳の持参がなかったため、重複処方の発見が遅れた。

【薬局が考えた改善策】

患者の家族に対して、他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝え、薬局ではお薬手帳を毎回提出するよう説明した。

事例のポイント

- 高齢の患者は、多数の医療機関を受診していることも多く、自己管理が難しい場合も想定されるため、患者だけでなく家族にもお薬手帳を利用することの重要性を根気よく伝え、理解してもらうことが不可欠である。

※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す目的で作成された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、「事例検索」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)

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

共有すべき事例

2017年10月 事例5

〔疑義照会〕 薬剤削除の事例

(事例番号：000000054865)

事例

【事例の内容】

患者は、定期薬としてイムラン錠50mgを服用していた。今回、尿酸値が上昇したためフェブリク錠10mgが処方されたが、処方監査時にイムラン錠50mgとの併用禁忌に気付かず、処方通りに調剤した。交付前に確認した電子薬歴システムのチェック機能により併用禁忌に気づき、疑義照会を行ったところ、フェブリク錠10mgが中止となった。

【背景・要因】

忙しい時間帯であった。新たに医薬品が追加となった際の確認が足りなかった。取り扱いの少ない医薬品であったため、知識が不足していた。

【薬局が考えた改善策】

新たに追加された医薬品については、添付文書や電子薬歴システムなどを利用し、しっかり確認してから調剤を行う。

事例のポイント

- 本事業部が運営している医療事故情報収集等事業には、イムランとフェブリクの併用禁忌について疑義照会が行われず、患者に骨髄抑制が出現した事例が報告されている。
公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業
医療安全情報 No.129 「併用禁忌の薬剤の投与（第2報）」
http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_129.pdf
- 併用禁忌の医薬品により引き起こされる副作用を回避するためには、服薬情報を一元的・継続的に把握するとともに、併用禁忌薬の一覧表や電子薬歴のシステムなどを活用した確認体制を構築することが有効な手段となる。

※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す目的で作成された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、「事例検索」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)

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