



医療安全通信 第18号

【薬局部医療安全委員会】

医療安全推進のため、Pharma Bridgeを通じて、医療安全上の周知すべき情報やタイムリーな話題を随時発信いたします。業務手順書の書換えや日常業務にお役立てください。

処方量の10倍量の散剤を調剤した過誤について

旭川市内の医療機関が発行した処方箋を応需した薬局で、3月に調剤過誤が発生しました。同様の過誤を未然に防ぐため、事例をご確認いただき、自薬局の業務手順の見直しを行ってください。

◆ 事例の内容

3種類の散剤を計量混合する処方方で、レボトミン散10% 0.2gをレセコンに誤って2gと入力した。レセコンの入力内容は、紙媒体の帳票に印刷され、散剤監査システム等に出力された。

計量調剤を行った薬剤師は、調剤する前に、散剤監査システムの画面に表示されたデータと処方箋内容とに相違がないか、処方内容が適正かを確認したが、レボトミン散10%の用量の入力ミスを見落とした。また、処方箋を参照せずに、散剤監査システムの画面に従って調剤を行い、誤入力された量を計量した。

鑑査した薬剤師は、処方箋と紙媒体の帳票との照合で、誤入力を見逃した。また、散剤監査システムから印刷された、誤入力データに基づくジャーナルを参照して1日量と全量の重量鑑査を行い、正しい処方量より重いことに気づけなかった。

次の受診日の処方箋受付時、処方量が前回用量の1/10となっていたため、電子薬歴の前回記録を確認し、過誤が発覚した。患者は28日間服用していた。

◆ 背景・要因

レセコンに誤入力があると、誤った調剤が行われる可能性があるため、処方箋の内容と入力との照合を、調剤前、鑑査時に行うルールであるが、確認が不十分であった。

また、調剤の際に処方箋を元に秤取量を計算するべきだったが、散剤監査システムの画面に表示された全量を見て計量したため、誤入力に気づけなかった。

散剤監査システムのジャーナルには、分包紙込みの1日量と全量の重量が印字されるが、誤入力データで調剤を行った場合、それを参照しての鑑査では正しい重量鑑査をすることができない。

◆ 薬局が考えた改善策

- 通常の処方鑑査に加え、薬剤師が処方箋と紙媒体の帳票の内容を精査する。
- 計量調剤前に処方箋と紙媒体の帳票を照合し、前回と今回の処方を比較して用量等に変更がある場合は、マーカー等で印を付け、注意喚起する。
- 計量調剤の際は、散剤監査システムのデータは参照せず、処方箋のみを用いて秤取量を手計算して計量する。
- 散剤監査においては、ジャーナルの薬品名・規格及び実測値を処方箋と照合する。また、処方量の1日量と全量を処方箋から手計算して重量鑑査を行う。

◆ 事例のポイント

- 調剤は処方箋を見て行うことが基本である。その他の支援システムはあくまでも補助的なものであることを理解して利用する。

散剤監査システム等の調剤システムは、ヒューマンエラーによる調剤過誤を防止するために有用です。また、調剤する量が自動計算されて表示・印字されるなど、便利な機械でもあります。しかし、元になるデータは、「人」がレセコンに入力したものであり、「転記されたデータ」です。人は活字になったものを信用しがちですが、「転記されたデータ」を用いて調剤することは、今回の事例のような過誤の原因となります。間違いの許されない調剤においては、「処方箋を見て調剤する」ことが大原則です。

調剤を始める前に、レセコンへの入力内容の照合はもとより、処方内容について“プロのきびしい眼”で確認する『処方鑑査』を、薬剤師が適切に実施して、患者の安全を守りましょう。



医療安全通信のバックナンバーを、旭川薬剤師会公式サイトトップページ右下のバナーからご覧いただけます。掲載資料や参考資料もダウンロードできますので、自薬局向けに改訂してご利用ください。