

各 薬 局 開 設 者 殿

茨城県保健福祉部長
(公 印 省 略)

調剤事故防止の徹底について

日頃より薬務行政の推進についてご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

昨年来、県内の薬局において、薬剤の取り間違いや散剤の秤量ミス等の調剤事故が複数発生しました。調剤事故は、原因の如何によらず、患者に重大な健康被害を生じる可能性があることから、県民の薬局・薬剤師に対する信頼を大きく揺るがすものであります。

つきましては、下記の事項に特に留意するとともに、薬局の実状に応じて、調剤事故の原因となり得るリスクを想定し事前に対策をとるなど、改めて自己点検を実施して調剤業務に万全を期すようお願いいたします。

記

1 散剤の調剤について

秤量後の監査は誤調剤に気付きにくいことを踏まえ、秤量時に薬剤の種類、秤量値等について、可能な限り、他の薬剤師による確認を行うとともに、調剤支援システムなどを活用して誤調剤を防ぐ体制を構築すること（特に処方箋に力価記載のある倍散の秤量時）。

2 調剤された薬剤の監査について

複数人の薬剤師が監査をすることは、事故発生を防ぐために重要な要素であることを踏まえ、次の事項に留意すること。

- (1) やむを得ず他者による監査が行われない場合は、一定時間経過後に再度監査を行うなど、誤調剤に気付く対策をとること。
- (2) 服薬指導時には、患者と共に薬剤の確認を行うこと。
- (3) 医薬品の安全使用のための業務手順書（薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令第1条第2項第3号に定める手順書）において、様々な状況下での監査方法を規定し、それに基づき業務を行うこと。

3 その他

公益財団法人日本医療機能評価機構で実施している「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」は、全国の登録薬局からヒヤリ・ハットの事例を収集、分析しており、医療安全に資する有用な情報が公表されていることから、次のような取り組みや活用が奨励される。

- (1) 当該事業への参加登録により、事例の共有化に協力すること。
- (2) 公開されている情報を参考に、自らの薬局内における安全対策を図ること。

[参考] H27 年中に県内で発生した調剤事故の概要

■事例1 散剤の秤量間違い

(経緯)

- ・マイスタン細粒(てんかん薬)が処方量0.7mg/分2/日のところ、7mg/分2/日(10倍量)で交付。
- ・在庫確認時に、残量が合わず、マイスタン細粒は一人のみ使用していることや、血中濃度などの状況証拠から、10倍量投与の誤調剤であると判断。

(原因)

①小数点の見間違い、②常用量の思い込み、③他処方箋対応などで多忙になり焦ったことなどが原因。

■事例2 間違った貼付剤の交付

(経緯)

- ・ニュープロパッチ13.5mg(パーキンソン病薬)の処方のところ、リバスタッチパッチ13.5mg(アルツハイマー薬)を間違えて交付。
- ・病院への持参薬で誤調剤であることが判明。

(原因)

調剤者のニュープロパッチの取り忘れに監査者が気付いたが、その監査者がリバスタッチパッチを間違えて調剤し、そのままダブルチェックせずに交付したことが原因。

■事例3 間違った規格の薬剤の交付

(経緯)

- ・イコサペント酸エチル粒状カプセル(高脂血症等薬)900mg 2包/日が600mg 2包/日に減量されて処方されたにもかかわらず、900mg 2包/日のまま交付。
- ・診療所で持参薬を確認したところ誤調剤が判明。

(原因)

調剤不慣れの薬剤師が対応したことや、カセッターや棚が足りずに異なる規格の薬剤が引き出しに詰め込まれている状態(整理整頓が不十分)だったことなど。

■事例4 期限切れインスリン製剤(見本製剤)の交付

(経緯)

- ・トレシーバ注(糖尿病薬)の製剤見本(使用期限が切れているもの)を交付。
- ・数回使用后、患者が「見本」と期限切れの表示に気づき誤調剤が判明。

(原因)

メーカーの勉強会で使用された見本を調剤室内冷蔵庫で保管していたが、当該冷蔵庫の更新時に製剤と見本とが混在した。