

# 調剤問題事例報告書

小諸北佐久薬剤師会 御中

報告日 平成28年 10月 7日

薬局

(発行医療機関名)

(処方医) \_\_\_\_\_ 先生

記載を必ずお願いいたします。委員会では個人情報  
分らないように配慮しています

入力欄「Enter」キーで

薬局名  
医療機関  
処方医  
報告者

A~Iの入力欄は「Enter」キーでなく「Tab」キーで入力欄の移動

部分はマウスでクリック

該当するものにチェックをお願いします。複数あれば、全てにチェックしてください。該当番号になればその他に記載を詳しくお願いいたします。

より詳しく内容を把握したいため、処方情報をすべて記載してください(該当処方以外のものを含めて)多い場合は処方箋のコピーを別につけて、FAXもしくはスキャンして添付お願いいたします

下記の□の当てはまるものに印を付け(複数選択可)、必要事項をご記入ください。

A. 調剤ミス等の発見日時 平成 28 年 5 月 8 日 (調剤日 28 年 4 月 26 日)

B. ミス等に気付いた時点  薬歴記載時  事務処理時  在庫チェック時  患者より連絡  医師より連絡  その他

C. ミス等の発見者  薬剤師  患者・家族  処方箋発行医療機関  処置した医療機関  他薬局  その他

D. ミス等の内容(複数可)

- 1. 錠剤・カプセル剤・外用剤等の計数の誤り
- 2. 散剤・液剤等のの秤量・計量の誤り
- 3. 同じ医薬品の規格の誤り
- 4. 他薬を調剤
- 5. 禁忌、相互作用等の見落とし
- 6. 処方せんの記載ミスに気付かず調剤
- 7. 一包化の間違い
- 8. 他薬・異物等の混入
- 9. 調剤漏れ
- 10. 渡し忘れ(調剤後)
- 11. 薬袋の入れ間違い
- 12. 交付相手の間違い
- 13. 薬剤情報提供文書・薬袋の記載ミス
- 14. 服薬指導の誤り
- 15. 後発医薬品の間違い
- 16. その他 ( )

E. 処方内容(処方せん記載通り内容が多い場合処方箋コピー) \_\_\_\_\_ 誤って調剤した詳細

レスリン(50)2錠 ジブレキサ(10)1錠 ジブレキサ(5)1錠 プレチア(25)1錠 ネルロレン(10)1錠 分1寝る前 28日分 オルメテック(10)1錠 分1朝食後28日分 ウルソデオキシコール酸錠(100)ZE ペルサンチン錠(25) 分2朝食後、寝る前28日分 一包化	寝る前の一包化にジブレキサ(5)ではなくジブレキサ(2.5)を入れて分包してしまった
--	--

「年齢: 57 性別: 男 体重(小児の場合): \_\_\_\_\_」

F. ミス等の原因(複数可)

- 1. 処方せんの読み間違い・無理な判読等
- 2. 処方内容の薬学的確認が不十分
- 3. 疑義照会の不徹底
- 4. 調剤後の鑑査が不十分
- 5. 患者の確認・特定が不十分
- 6. 注意力の不足(1~5の場合を除く)
- 7. 知識の不足(複数規格の存在を知らなかった等)
- 8. 自己判断や思い込みによる処理
- 9. 薬歴活用・患者情報の収集等が不十分
- 10. その他 ( )

G. ミス等の原因(詳細) (1~10の補足、ミスが起きた背景等をなるべく具体的に記載してください)

一包化調剤が重なり忙しい時間帯。FAXが来たら、すぐに来てしまう患者様。早く作らなければと焦ってしまい、規格を良く確認せず、今回より増量になった5mgを確認せず、前回と変わらないと思い込み、前回と同じジブレキサ2.5mgで調剤してしまった。そのあと監査も投薬も別の者が行ったが、調剤後の監査が不十分で、見逃してしまい間違えたまま投薬してしまった。

H. 患者の健康被害の有無  有り ⇒ (  観察、検査のみ必要  治療が必要  後遺症有り  死亡 )

無し

I. 発見の経緯 (ミスを発見した背景等をなるべく具体的に記載してください)

その日にジブレキサ5mgは希少在庫のため、発注点に上がってきて、いつもその日に在庫を調べ、発注するが、4/30に棚卸だったため、発注をせず、在庫を見なかった。レセコンの調子が悪く、棚卸在庫も、ようやく5/8になり、正しい数が把握できるようになり、在庫数を入力する際に実棚数との差異に気づき、すぐに患者宅に連絡し、物を確認しに行き、発覚した。

J. 薬局の対応 (薬局の対応を簡潔に記載して下さい)

その後患者さんに間違えた旨を説明し謝罪した。また、医師に連絡し、報告書を提出して謝罪した。体調変化は無い様だが、残りの分は5mgで服用させるようにとの指示を頂いた。もう13日分は服用してしまったため、残りの15日分をジブレキサ(5)と取り換えた。

K. 再発防止策・改善策 (上記の事故・ミス等をきっかけとして局内で実施した再発防止策・改善策があれば記載してください)

調剤をする前に、薬歴をしっかりと確認する。一包化する前に、規格があっているか確認する。監査の際は一包化すると錠剤の判別は難しくなるので、出したPTPの殻と処方箋の付け合せをしっかりと行う。在庫のチェックを徹底する。薬情の写真のシートの色と殻のシートの色、刻印も付け合せるようにする。

ミスの内容を出来るだけ詳しく記載お願いいたします。時間帯や一人薬剤師だったり、その状況や背景を詳しく分析することで、より対策が浮

発見の経緯も具体的に記載をお願いいたします。G、I、J、Kで記入欄が足りなければ、別紙に記載も可です。

薬局の対応と再発防止策を考えられる物を出るだけご記載ください

報告者: \_\_\_\_\_