

図表Ⅲ－２－３ 現地状況確認調査の概要

| 調査1 禁忌に該当するため中止した薬剤のオーダーが削除されなかったことにより指示が残り、他患者の同じ薬剤を借用して内服させた事例 | | |
|---|--|---|
| 報告時の事例 | | |
| 事例の内容 | 背景・要因 | 改善策 |
| <p>薬剤師は、処方箋を確認した際、患者に肝障害があり、デエビゴ錠は禁忌に該当することに気付いた。医師に疑義照会を行ったところオーダーを削除することになったが、薬剤師は削除を失念した。数時間後、担当看護師は、内服指示の出ているデエビゴ錠が病棟になかったため、他の患者の同じ薬剤を借用し、患者に内服させた。翌日、薬剤部に患者に処方されているデエビゴ錠の所在を確認した際、オーダーを削除し忘れていたこと、禁忌薬剤を患者に内服させたことがわかった。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師は、オーダーの削除をする前に中断が入り、その後、削除を失念した。 ・看護師は、指示が出ているデエビゴ錠を病棟で探したが、見当たらないため、同じ薬剤を他の患者から借用し、内服させた。 ・看護師は、「調剤進捗管理」で進捗を確認する方法を知らず、また薬剤部への問い合わせを躊躇した。 | <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師は、業務中断時はメモに残すなど、中断中であることがわかるよう、備忘に努める。 ・他の患者の薬剤を借用しない。 ・薬剤が見当たらない時は、「調剤進捗管理」で進捗を確認し、薬剤部から払い出しされていない場合は薬剤部に問い合わせる。 |

| 現地状況確認調査の内容 |
|---|
| <p>医療機関の対応者</p> <p>医療安全管理部：副部長（GRM）、副看護部長（GRM）、看護師長（GRM）、薬剤主任（GRM）、看護部：副看護部長（安全管理・質保証担当）、病棟看護師長2名、薬剤部：薬剤師</p> |
| <p>得られた情報</p> <p>1. 事故発生の経緯：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日曜日の10:25、医師は「デエビゴ錠5mg 1錠 不眠時 5回分」を必要時指示としてオーダーした。 ・処方後すぐに薬剤師から疑義照会があり、医師はデエビゴ錠の処方を削除するよう指示したが、薬剤師はデエビゴ錠の処方の削除を失念した。 ・10:31、医師は「エバミール錠1mg 1錠 不眠時 5回分」を必要時指示に追加した。 ・20:50、夜勤看護師が「必要時指示画面」を確認したところ、以下のように記載されていた。 <ul style="list-style-type: none"> ①デエビゴ錠5mg 1錠 不眠時 5回分 ①エバミール錠1mg 1錠 不眠時 5回分 ・夜勤看護師は、病棟に患者の睡眠剤が見当たらず、同じデエビゴ錠5mgが処方されている患者がいたため、一旦借用しようと考えた。 ・21:00、夜勤看護師は、他の患者のデエビゴ錠を内服してもらった。 <p>2. 背景・要因</p> <p>○医師（主治医）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者から睡眠剤の希望を聞き、必要時指示としてデエビゴ錠を処方した。 ・薬剤師の疑義照会時にデエビゴ錠の処方は削除してもらうことになったため、エバミール錠を新たに必要時指示として処方した。 ・医師は、エバミール錠のみが指示として残っていると思っていた。薬剤師とのやり取りや睡眠剤のオーダーを変更したことは、看護師に伝えていなかった。 |

○薬剤部

(1) 当日の薬剤部の体制

- ・日曜日の昼間は4名の薬剤師が出勤していた。1名は注射薬の調剤、2名は抗がん剤の調製を担当しており、当該薬剤師は1名で内服薬の調剤を担当していた。
- ・疑義照会を行った時間帯は、日曜日の午前中で忙しかった。

(2) 疑義照会による処方箋の修正や削除の手順（一部抜粋）

- 1) 疑義照会を行う必要のある処方箋は、右上の処方箋番号を○で囲む。
- 2) 処方箋に処方修正または削除など、疑義照会を行った内容と結果を赤文字で記載する。
- 3) 薬剤師が処方内容の修正・削除を行う。
 - ※院内処方箋が発行されると、医師は薬剤の修正や削除ができない仕様になっている。
 - ※薬剤師が処方を削除すると、処方内容は青文字になり取り消し線が引かれた状態で画面上に残る。
- 4) 3)の作業が終了後、処方箋の修正・削除が終わったことを示すため、1)でつけた○の中に調剤印（または監査印）を押す。

(3) 疑義照会を行った薬剤師（職種経験年数3年9ヶ月）

- ・当該医療機関の院内処方箋には、下記の検査値が印字されており、検査値を見て肝機能障害に気付いた。
WBC、Hb、PT-INR、T-Bil、AST、ALT、血清クレアチニン値、K、e-GFR
- ・処方箋の修正・削除の手順は知っていたが、(2)の手順1)の段階で、4)で行う調剤印を押した。
- ・画面上でデエビゴ錠のオーダを削除する前に、他の業務があり作業が中断した。
- ・作業を再開後、手順4)で押す調剤印が押印済であったため、画面上でも削除していると思い込んだ。

(4) その他

- ・当該医療機関では病棟配置薬は置いておらず、必要な場合は患者用に処方し、薬剤部から払い出している。

○病棟

(1) 日勤看護師

- ・患者は急性肝炎で精査・治療中であること、不眠があるため睡眠剤の内服を希望していることを夜勤看護師に申し送った。
- ・当該医療機関では、「必要時指示画面」で指示される頓用の薬剤は『発行保留』になっており、必要になった場合に、看護師が薬剤部に連絡して病棟に払い出してもらう必要がある。睡眠剤の希望があることを把握していたが、日勤帯では払い出してもらっていなかった。

(2) 夜勤看護師

- ・通常、「必要時指示画面」で選択肢がある場合は①○○錠、②△△錠のように優先順位が示されるが、今回は、睡眠剤がどちらも①で表示されていたため疑問を感じ、医師のカルテの記録と一般指示を確認した。しかし、該当する記載がなかった。
- ・看護師は、どちらの薬剤を投与してもよいと解釈し、主治医に確認せず、せん妄が起りにくいとされているデエビゴ錠を投与しようと考えた。
- ・日勤看護師より患者が睡眠剤の内服を希望していることを申し送られていたので、必要時指示になっている薬剤は病棟に払い出されていると思っていた。
- ・調剤支援システムの「進捗管理画面」で、処方された薬剤の調剤完了日時を確認することができたが、確認しなかった。事例報告時は、「確認する方法を知らなかった」と記載したが、その後、看護師は確認する方法は知っていたが薬剤部から薬剤が届いていないだけだと思い、画面を開かなかったことがわかった。この時に画面を開いていたら、調剤されていないことに気付くことができた可能性があった。
- ・薬剤部に電話で問い合わせることもできたが、消灯前の繁忙な時間帯で薬剤部に取りに行く時間がないこと、患者を待たせてはいけないと思ったことから、他の患者の薬剤を借用した。

3. 事例報告後、実施した主な改善策

○薬剤部

- ・処方箋が発行された薬剤を修正・削除する手順を薬剤部内で改めて確認し、処方の修正・削除が終わったことを示す押印を修正・削除前にしないことを再周知した。
- ・作業を中断する必要がある場合、そのことが分かるように「中断中」という札を置くことにした。

○病棟

- ・患者に処方された薬剤を他の患者に投与することは禁止であることを改めて確認し、周知した。
- ・内服薬カートの眠前薬・屯用薬を入れる引き出しに、以下を記載したイラスト付きシールを貼付した。
 - ✓他の患者様の内服薬から借用・使用しない！
 - ✓初回使用薬は禁忌の有無を確認する！
 - ✓初回使用薬はアレルギーの有無を確認する！

○病院全体

- ・インシデント分析部会、リスクマネジメント会議、医療安全管理会議で事例を共有した。
- ・医療安全ニュースとして、「他患者の薬剤を借用して使用しない」ことを周知した。

訪問時の議論等（○：訪問者、●：医療機関）

- 訪問者が所属する医療機関では、処方の削除が行われると「中止処方箋」が発行される仕組みになっており、処方箋と中止処方箋を合わせて、処理が完了したことを示すようにしている。現在の手順では、処理していない状態でも押印が可能であるため、処理が完了しないと次の工程に進めない方法を検討してはどうか。同じメーカーの調剤支援システムを使っているの、仕様変更が可能か確認してみるとよい。
- 処方箋に記載された検査値から、禁忌に該当することに気付いたのは大変よかった。訪問者が所属する医療機関では、疑義照会を行った内容とその結果について薬剤師がカルテに記載することになっている。処方箋に記載すると薬剤部だけでしか見ることができないため、カルテへの記載を導入してはどうか。
- 薬剤師の負担が大きくなると思われるが、カルテに記載することの反発はなかったか。
- 導入時、薬剤師が疑義照会を行った内容をカルテに記載することで、他職種と情報が共有できることのメリットを説明した。導入当初は記載することは手間であったようだが、今では、薬剤師および他職種がメリットを認識しているため、カルテに記載することが当たり前になった。
- 消灯前の時間帯に、薬剤部から薬剤を払い出してもらうのは大変である。患者が睡眠剤を希望しているという情報を日勤看護師が知っていたのであれば、日勤帯で薬剤を手配しておく必要がある。
- 本来であれば日勤帯に払い出しの処理をしておくべきであったが、できていなかった。
- 当該医療機関では、病棟配置薬は置いていないが、本事業に報告される事例の中には、病棟配置薬からアレルギーのある薬剤を投与した事例や、投与量を間違えて投与した事例などが報告されている。今回の事例のように病棟にあった他患者の薬剤を借用した場合も同様であり、薬剤師を介さずに薬剤を使用する場合の危険性を認識しておく必要がある。