

## 患者さんと共に過誤を防止する

八王子薬剤センター 教育・情報部

下平 秀夫、岡田 寛征、馬場 晴美、朝長 文彌

医療過誤をゼロにすることは不可能であるが、工夫によりこれを少なくすることは可能である。

一方、調剤過誤の多くはケアレスミスといわれている<sup>1)</sup>。ケアレスミスを防ぐ方法には、様々な試みがあるが、その1つとして「患者さんと共に過誤を防止する」という方法があげられる。患者さんにわかりやすい、適切な情報を提供し、これを患者さんと共にチェックすることで過誤を未然に防ぐことができる。

今回は、患者さんと共に過誤を防止する方法について当薬局の実施例を交えながら解説してみたい。

なお、「調剤ミス」、「調剤過誤」、「調剤事故」の用語については、薬局・薬剤師のための調剤過誤防止マニュアル<sup>1)</sup>を参考とした。

### 1. 「調剤ミス」

調剤の過程で起こった何らかの間違い。結果として正しい薬が交付された場合も含む。

### 2. 「調剤過誤」

患者さんに誤った薬剤を交付した場合。患者さんの健康被害の有無に係らない。

### 3. 「調剤事故」

患者さんに誤って薬剤を交付し、結果として患者さんに健康被害が生じた場合。

また、本稿で用いる「医療過誤」という表現は「処方過誤」や「調剤過誤」などを含めた内容と理解していただきたい。

## 1. 処方せんの工夫で患者さんと過誤を防止する

### a. 処方せんに患者背景を印字 図 1

まず医薬連携の例を紹介したい。図1の処方せんには、前回処方日、患者さんの住所、退院日が記載されている。前回処方日を確認することで、受診の頻度やコンプライアンス、前回は他の薬局で調剤したことなどを知ることができる。また、これをきっかけに患者さんと会話することで、処方内容以外の様々な情報が得られる。印刷されている住所を患者さんに再確認することで、古いデータのチェックにもつながる。また、入院中の処方内容は把握できないため、退院後の初来局であることがわかると、患者さん本人にきちんと内容を確認することができ大変有用である。

これらは、八王子薬剤師会が地元の基幹病院である、東京医科大学八王子医療センターに申し入れをして実施されている。

b. 処方せんに「通常用量を超えています」という情報を印字

2001年10月に行われた医療安全対策検討会議の議事録<sup>2)</sup>によると、国立国際医療センターでは、投与量が多い場合、処方せんに「通常用量を超えています」と印字されることになっている。医師は承知で処方していることが多いが、印字することで患者さんに見せる、また、保険薬局で不審に感じた場合には処方せん疑義照会をしてもらいたいという意が込められているとのこと。医師、薬剤師、患者さんが連携することも大切である。

## 2. 小児では、保険薬局でも体重を保護者に再確認

当薬局では11歳以下の患児の処方せんを受け付けた場合、毎回必ず患児の体重を保護者に確認している。添付文書の用法・用量の項では、体重当たりの用量の記載が不十分なため、成書やメーカーへの問合せを行い、小児に用いられる薬剤の体重当たりの用量一覧表を独自で作成している。また、体重から、体重割の投与量を逆算することで、医師毎の投与量パターンが見えてくる。チェックしていて驚くのは過量投与もあるが、まったくの勘違いによる過小投与も少なくないということである。特に兄弟で同時に処方されている場合は処方へのケアレスミスの可能性も高まる。

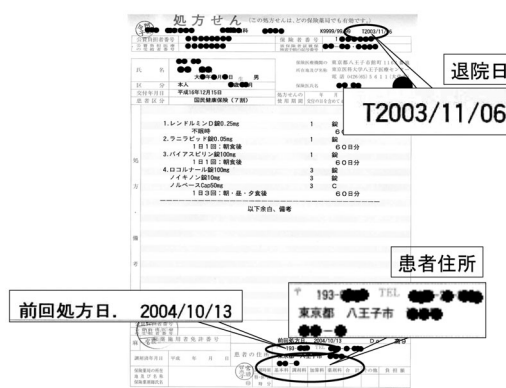


図1 医薬連携による、処方せんへの患者背景の印字



図2 薬袋へは、製品名とともに全数量を記載



図3 薬袋に抗てんかん薬の1包中成分量を記載



図4 与薬時、裏が透明な薬袋を用いて患者さんと共に確認。右は電子薬歴端末。

### 3. 薬袋での情報提供で医療過誤を防ぐ

#### a. 薬袋に薬品名を印字 図2

今やほとんどの保険薬局のレセプトコンピュータに薬袋への薬品名印字機能が標準装備されているため、薬袋に薬品名(製品名)を印字することが一般的になっている。しかし、病院薬局ではまだこれが実施されていないところも多い。患者さんへの情報提供の基本的な項目なので、たとえ手書きであっても薬袋には必ず薬品名を記載するべきであると考え。そしてこれらを患者さんと薬剤師が相互に確認し合うことが重要である。当薬局では、商品名とともに全数量も記載している。

#### b. 抗てんかん薬の成分含量を記入

当薬局では、小児に抗てんかん薬のリボトリール細粒

(クロナゼパム)が処方されたとき、図3のような印を押して1回分の成分量を患児の保護者にわかりやすく明示している。これは処方せん記載が成分量表示であったり、製剤量表示であったりすること、1日量が同じでも服用回数が増えたり、少量の追加分が処方されることがあるために行っている。また、リボトリール細粒の規格は0.1%と0.5%があり、別の医療機関からの紹介患者さんの場合に起こりやすい、医師の処方ミスチェックにも役立つ。保護者に、1包中の成分量を理解してもらえれば、服用間違いや、処方ミスによる誤投薬を未然に防ぐことができる。

#### c. 裏が透明な薬袋を用いて内容をお互いに確認 図4

当薬局では、与薬窓口で患者さんをお呼び出す前に、電子薬歴にて患者背景をチェックしながら薬を確認している。また、患者さんに服薬説明をする際には、必ず中の薬をお互いに確認している。薬袋が透明であると、確認の際に薬袋の外に薬を出す必要がないため、薬袋への戻し間違いを防止できる。与薬した後は、全ての患者さんについて薬歴を作成し、服薬指導内容、会話の内容を記載している。

### 4. 薬剤情報提供書で医療過誤を防ぐ

#### a. お薬手帳へ相互作用情報の印字 図5

最近、危険な併用禁忌薬を持つ調剤用医薬品が増加し、またチェックミスによる医療事故も発生している。テガフルル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤とフツ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤の併用事故はその最たるものである。近年医療用コンピューターの性能は向上しているとはいえ、併用禁忌薬の投与による医療事故の可能性は依然として大きい。

2004年4月より、薬剤情報提供料1の算定要件に相互作用についての記載が追加された。これは中医協から厚生労働省への答申の中で、保険薬局の患者さんへの情報提供はまだ不十分であることが指摘されたからである。そこで当薬局では、患者さん向けの相互作用(併用禁忌)注意説明文のデータベースを作成し、お薬手帳に印字できるようにした。

#### 【対象とした相互作用】

対象とした相互作用は、併用禁忌情報が中心である。説明文には禁忌の理由や、生じる恐れのある副作用の説明、患者さんに自覚できる初期症状を加えた。また、金属カチオンとのキレート生成による吸収阻害、食事による影響、飲食物(アルコール、グレープフルーツジュース)による影響、健康食品等(セント・ジョーンズワート)による影響などの情報を加えた。飲酒の注意については添付文書に禁酒させること、あるいは、できるだけ飲酒を避けることと記載があるものを対象にした。セント・ジョーンズワートについては、添付文書に、摂取しないよう注意すると記載されているものを対象とした。漢方薬については、カル

シウムを含む生薬の相互作用について、膠飴と グルコシダーゼ阻害薬の相互作用について記した。

【作成した医薬品は 2,154 品目】

相互作用説明文を作成した医薬品は、平成 16 年 12 月現在 2,154 品目（注射薬を含む）である。併用禁忌を網羅し、代表的な商品名を例示した。併用禁忌の組み合わせが多い医薬品の説明文の文字数が多くなった。このため、この説明文データベースに一つ一つに対応する簡略化した文章も作成した。この文章は併用が問題となる医薬品、飲食物名を書き出したものである。

【相互作用情報提供時の留意事項】

患者さん向けの情報提供であるため、注意を喚起しつつも、服用について不安を増長させないことが重要である。また、情報提供するには個々の患者背景を考慮しつつ薬剤師が口頭で補充することが必要である。なるべく文字数を抑えつつ必要な情報を伝えることが今後の課題といえる。

併用禁忌のチェック漏れを防止し、患者さんの安全性を確保するためのひとつの方策として、お薬手帳に記載された相互作用の説明文を患者さんと医療従事者の双方で確認し合うことが重要であると考えられる。

b. 写真付き薬剤情報提供書（日本語版）

当薬局で開発した写真付き服薬指導せん発行システムを用いて薬剤情報提供書を発行している。薬剤情報提供書は、患者さんと共に過誤を防止するために無くてはならないものである。患者さんが処方ミス、調剤ミスを発見する事例では、薬剤情報提供書やお薬手帳によるものが多い。これについては薬局関連雑誌に多数利用法が掲載されているので、紙面の関係上割愛させていただく。

c. 英語版の医薬品情報提供書の発行 図 6

患者さんが外国へ渡航した場合、自分が服用している日本の医療用医薬品の説明を自分自身で行うことは非常に困難である。渡航先で薬が不足したり、病態が悪化した場合は現地の医療機関を受診することになるが、このとき役立つのが、英語版の医薬品情報提供書である。現地で患者さんが医師に手渡すことで、何を服用しているか把握することができる。しかし、日本での製品の名称と海外での名称が異なることも多い。このため、英語版では商品名に加えて成分名を記載している。また出入国の際に、患者さんが持ち込む薬の説明をする時にも役立つ。当薬局では患者さんのご要望に応じてこれを発行している。

6. 安全な医療を享受するための患者さんへの啓蒙

アメリカの政府機関である、医療研究・品質庁（AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality）は医療に関する研究と質の向上を活動目的として EBM に基づいた科学的な情報提供をしている。この機関より、患者も医療チームの一員であるという考え方から、「医療過誤を防ぐための 20 のアドバイス（2002 年 2 月）」<sup>3)</sup> と「子供への医療過

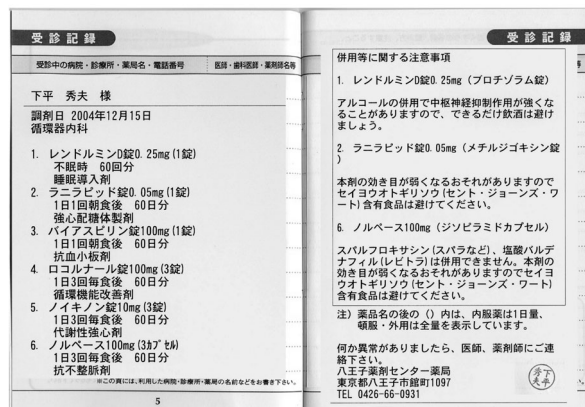


図 5 お薬手帳への相互作用情報の印字

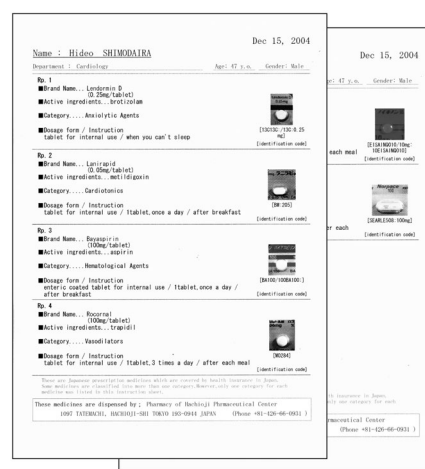


図 6 英語版の医薬品情報提供書は成分名を含む (図 5 の処方内容の例)

誤を防ぐための 20 のアドバイス（2002 年 9 月）」<sup>4)</sup> が発行されている。この中では、「処方せんを受け取ったらまず自分で読めるかどうか確認する」、「薬剤師に自分に処方された薬かどうかたずねる」など具体的に患者さんがすべき内容が記載されている。今後わが国においても、このような患者さんへの啓蒙活動がより推進されることが望まれる。

まとめ

患者さんと共に薬をチェックすることで、調剤事故は確実に減少するはずである。薬局におけるインシデント事例の集計・分析結果によれば、調剤ミスなどの発見者は「薬剤師」が 67.4%、「患者・家族」が 26.0%、このうち「薬剤師」に調剤ミスに気がついた事例に着目すると、発見者は「患者・家族」が 50.5%で、「薬剤師」の 40.6%より比率が大きい。これは、万が一誤った薬剤を交付したとしても、今回紹介したような取り組みや丁寧な服薬指導を行うことで、患者さん自身が薬剤の内容を理解し、服用前に患者さんが気付くことが可能になることを意味してい

る<sup>5)</sup>。

一方、2002年4月の厚生労働省の医療安全対策検討会議報告書でも強調されたように、医療過誤は、その多くは個人の資質の問題ではなく、システム上の問題である<sup>6)</sup>。医療提供に当たっては、組織的な安全対策を講じて安全を確保することが肝要である。管理者がシステム上の問題を改善して、環境を変えて行かない限り、医療過誤が再発するのである。そのため過去の過誤事例情報を共有し、同じ過ちを繰り返さないよう分析して、対策を立てていくことが重要である。

## 文献

1) 日本薬剤師会. 薬局・薬剤師のための調剤過誤防止マニュアル, 2001.04

2) 第4回医療安全対策検討会議 議事録, 2001.04

3) Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. 20 Tips to Help Prevent Medical Errors. Patient Fact Sheet. AHRQ Publication No. 00-P038, 2000.02

4) Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. 20 Tips to Help Prevent Medical Errors in Children. Patient Fact Sheet. AHRQ Publication No. 02-P034, 2002.09

5) 日本薬剤師会. 薬局におけるインシデント事例の集計・分析結果 - 調剤ミスの防止に向けて -, 2004.03

6) 厚生労働省 医療安全対策検討会議報告書 座長: 森亘, 2002.04