

共有すべき事例

2009年10月 事例1

〔交付〕 その他に関する事例

(事例番号：000000000788)

事例

【事例の内容】

事務員がレセコンへ入力する際に Biofermin R (散剤) と Biofermin R錠の入力ミスを起こした。投薬薬剤師は処方箋通りに Biofermin R錠を渡した。しかし、薬剤師は事務員の入力ミスに気づかず間違っただまの薬袋、薬情を患者に渡してしまった。

【背景・要因】

事務員が入社1ヶ月未満の新人だった。投薬薬剤師が調剤録、薬情、薬袋を確認しないで投薬してしまった。事務員は Biofermin Rには2種類あることや子供と大人の剤形の違いも知らなかった。Biofermin Rだけではわからないので、R散とかR細粒とか粉薬とわかるように名称を変えてほしい。

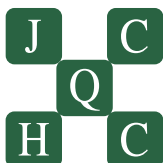
【薬局が考えた改善策】

投薬する前に必ず調剤録を確認するのを徹底することにした。Bioferminの規格について事務員に説明した。

事例のポイント

- 剤形の入力ミスに関する事例である。財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価においては、医師以外の者が入力した場合には、医師がその内容を実際に確認するシステムがあるか否かがチェックされるようになっている。薬局においても事務員が入力した場合には、その内容が処方内容と一致しているかを薬剤師が確認するプロセスを規定し、遵守すべきと思われる。
- 他にも規格、患者の入力ミスに関する事例が報告されているので、注意する必要がある。
 - ・ 患者Aの処方箋を姓が同じ患者Bでレセコンに入力していた。(事例番号：000000000766)
 - ・ 原薬量5mg(製剤量として1g)を製剤量5gとしてコンピューターに入力し、説明文書を交付した。(事例番号：000000000770)

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0281(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2009年10月 事例2

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000000820)

事例

【事例の内容】

10月にファックスにて処方せんを受け取り、事務員がコンピューター入力をしようとした所、前回までグルコバイ錠を後発品であるアカルボース錠に変更していたが、今回処方せんが後発品不可となっており、入力処方せんどおりでよいのかどうかを薬剤師に確認した。この患者さんは後発品を強く希望されている方であり、処方せんの記載間違いかと考えたが、今までの処方せんも確認した方がよいと考え、過去の処方せんも確認した。すると7月までは後発品可の処方せんだったものが、7月以降は後発品不可となっていた。7月と9月に同処方せんの処方せんが出ており、2回とも不可に気づかず処方せん記載のグルコバイ錠ではなく、後発品のアカルボース錠を調剤し交付していた。発行した医療機関に後発品不可は間違いなのでは（本人が希望されていた経緯があるので）と照会したが、体調不良があり7月より意図的に後発品不可に変更しているとの回答であった。

【背景・要因】

これまで何ヶ月も後発品で調剤しており、本人が後発品を強く希望していたこともあって、処方せんが後発品可となっているかをあまり確認せず、計算・調剤・鑑査を行っていた。

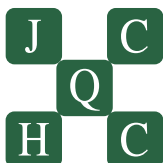
【薬局が考えた改善策】

一度後発品に変更してしまうと、以降は後発品可の処方せんで発行されると思い込んでしまう傾向があり、確認を怠りがちなので、後発品を調剤する際は必ず後発品可の処方せんかどうかを事務員も薬剤師も確認する。

事例のポイント

- 後発品可から不可に変更されていることに気づかず後発品で調剤をしてしまった事例。多くの場合は先発品から後発品への変更であるが、患者さんの状況等から、先発品に戻す（後発品への変更不可とする）ことは全体的には少ないかもしれないが、存在することを認識することが必要である。後発品への変更不可とする欄に医師名が印刷（記名）してあるが、押印がない例も見受けられる。署名欄は処方せん下方に位置しているが、処方せんを点検する際の重要項目として認識をする必要がある。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0281(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2009年10月 事例3

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000000911)

事例

【事例の内容】

処方箋を受け付けた段階で、風邪の処方内容の中に高脂血症用薬が書かれていたので、医薬品名がメバンであり、力価の記載もなく、ひよっとしたらバナン錠ではないかと思い、疑義照会してみたところ、抗生物質であるバナン錠の間違いであった。

【背景・要因】

医師の手書き処方箋で、医師の思い込みのミス。思い違いし易い薬品名、規格もれもあり、処方箋発行時点でのチェックもされないとのこと。

【薬局が考えた改善策】

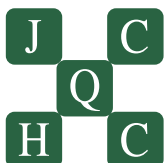
コンピューターシステムの導入。チェックが働く院内手順の見直し。医師はコンピューター導入が無理なら、規格までを薬品名として覚えるべき。

事例のポイント

- 類似名称による選択エラーを発見した事例。併用薬の薬効及び規格の記載がないことがきっかけとなっている。オーダーリングシステム等では処方選択エラー防止策（例えば3文字入力等）を備えていることが多いが、レセコン等においては、必ずしもそのような機能が備わっていないのが現状である。病院ではクラークが入力をしている場合もあり、従来の医師を想定した警告システムのままでよいとの議論も起きている。コンピューターで印字された処方せんの場合には、処方選択エラーが存在することも視野に入れて、必要な場合には疑義照会を行うことが重要である。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0281(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/>