

## 共有すべき事例

2010年2月 事例 1

### 〔内服薬調剤〕 調剤忘れに関する事例

(事例番号：000000001646)

#### 事例

##### 【事例の内容】

アマリール1mg錠1.5錠/分2(1-0.5)処方の、1錠分を調剤し忘れた。

##### 【背景・要因】

1.5錠のうち、0.5錠分は予め調剤したものを別の薬剤師が出していた。それ以上、アマリールについては確認しなかった。

##### 【薬局が考えた改善策】

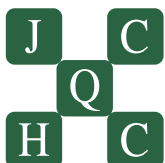
別の人が予め調剤していた薬についても確認をする。

#### 事例のポイント

- 業務の効率化のためには事前の準備は有効な手法ではある。そのために業務行程が人的、時間的、空間的に断片的かつ不連続になることは、しばしばあり得る。この全行程について、直接に一貫して携わることが出来ないというリスクへの自覚を持つことが必要であり、具体的な対処手順が不備な状況下での業務の断片化は非常に危険である。

※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.jcqh.or.jp/>

## 共有すべき事例

2010年2月 事例2

### 〔外用薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000001753)

#### 事例

##### 【事例の内容】

アルメタ軟膏5g 1本（顔、1日2回塗布）を、フルメタ軟膏5g 1本（顔）でピックアップした。当薬局では軟膏本体に塗布する部位のシールを貼る事で、患者の使用部位間違い防止、処方箋鑑査の一助としていますが、ピックアップをしてフルメタ軟膏（軟膏の強さがベリーストロングに相当）に顔のシールが貼られて鑑査まで運ばれた。

##### 【背景・要因】

当該薬局では、両薬剤ともに昨年採用になったばかりの軟膏であった。繁忙時ではあるが、軟膏に強さがベリーストロングに相当する軟膏に顔のシールを貼付した事は問題であった。

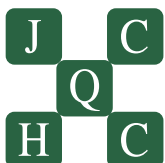
##### 【薬局が考えた改善策】

鑑査台に掲載している「ステロイド軟膏の強さ一覧」を、軟膏ゾーンにも貼付し、強さと使用部位の関係を職員全員で再確認を行った。

#### 事例のポイント

- シールを貼ることで間違い防止や鑑査作業の一助に、との目的は理解出来る。しかし方法論が一般化、標準化していないものは、かえって「分かっているであろう」との思い込みから危険な状況に陥りやすい教訓的な事例である。
- 「アルメタ」と「フルメタ」のように、一文字の違いであっても、ステロイドの強さに大きな差が生じる（「アルメタ」はミディアム、「フルメタ」はベリーストロングに相当）ため、注意する必要がある。

※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

2010年2月 事例3

### 〔内服薬調剤〕 その他に関する事例

(事例番号：000000001760)

#### 事例

##### 【事例の内容】

当日より入院される当該患者のお薬手帳の確認の際、約1ヶ月前に処方されたテグレート細粒50%が一日量0.12gであるはずのところ、1.2gと記載されていることを担当医が発見し、当該薬局に問い合わせがあった。処方箋及び、その他の記録を確認したところ、レセプト用コンピューターへの入力ミスによる、お薬手帳への記載間違いが発覚した。また、当該薬品を秤量した記録により、テグレート細粒50%は一日量0.12gで調剤し、お渡ししていることを確認した。

##### 【背景・要因】

未記載

##### 【薬局が考えた改善策】

お薬手帳においては、「製剤量」と合わせて「含量」を書き加えることとした。

#### 事例のポイント

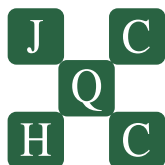
- 複数の記録がある場合に、出来るだけ入力作業そのものの件数を少なくし、その情報を利用することにより、入力エラーを軽減出来る可能性がある。しかし一方で完全なコピー&ペーストだけであるとチェック機構が働きづらくなるという危険性も高まり、両者のバランスが難しいところである。
- お薬手帳への記載間違いは、そのことが直接、患者へ悪影響を及ぼすことは少ないと考えられるが、その情報を基にヒヤリ・ハットや事故を引き起こす可能性があるため、「薬局から発信する情報」として、他人でも記載された内容が分かるように配慮する必要がある。
- 現在、内服薬処方せん記載方法の標準化に向けた取り組みが行われており、分量の記載方法については「1回量」と「1日量」の両方の記載が混在することがあるため、その際のお薬手帳の記載方法についても、留意する必要がある。

(参考：厚生労働省「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0129-4a.pdf>)

※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/>