

共有すべき事例

2012年4月 事例 1

〔その他の調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000024579)

事 例

【事例の内容】

FAXできた処方せんをレセコンで入力した。カタリンK点眼用0.005%を入力するところを、間違えてカタリン点眼用0.005%を入力した。薬剤師より指摘され、間違いに気がついた。

【背景・要因】

複数の規格があることを知らなかった。レセコンの薬剤検索に使用する略称名称「カナ検索」を3文字（カタリ）で登録していたのが、カタリン点眼用0.005%だけであったため、こちらの商品しかないと思いこんだ。

【薬局が考えた改善策】

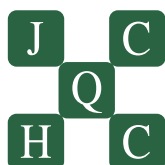
カタリンK点眼用0.005%、カタリン点眼用0.005%、どちらも4文字以上の略称で登録しなおす。

事 例 の ポ イ ン ト

- 3文字登録の落とし穴事例である。
- 3文字登録で確定出来ない薬剤については、表示色を別のものにするなどの注意喚起システムを付加するなどもひとつの方法である。

※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。



公益財団法人 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/>

共有すべき事例

2012年4月 事例2

〔内服薬調剤〕数量間違いに関する事例

(事例番号：000000024657)

事 例

【事例の内容】

126錠を100錠の箱と26錠取ったつもりが、箱が空いていた。

【背景・要因】

箱が未開封かみたが、ぴっちりしまっていて未開封だと思ってしまった。他にも開封の箱があったため、未開封と思った。

【薬局が考えた改善策】

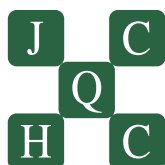
箱が未開封かどうか確認する。箱が何錠入りかも確認する。開けた箱は、すぐわかるようにわざとしめない。

事 例 の ポ イ ン ト

- 未開封かどうかを見かけで判断したためエラーが発生した事例である。
- 開封した薬剤については、蓋を切り落とすなどして、明らかに未開封でないことが分かるようにすることもひとつの方法である。

※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。



公益財団法人 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/>

共有すべき事例

2012年4月 事例3

〔注射薬調剤〕 薬袋の記載間違いに関する事例

(事例番号：000000024697)

事 例

【事例の内容】

インスリン注射の単位変更に気づかず、前回同様に入力した。薬袋の単位標記に変更の無いまま渡した。対応後すぐに事務員に指摘され発覚した。すぐに患者に確認した。患者は変更について医師よりお話があったため理解が有った。

【背景・要因】

処方せん、調剤録鑑査の不備だった。

【薬局が考えた改善策】

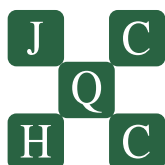
処方せん、調剤録鑑査を徹底する。

事 例 の ポ イ ン ト

- インスリンの注射量の調整は、実際は患者本人が行うため、医師から患者自身にはその量の変更は伝わっていたが、そのインスリンを一括して渡す薬局から患者への情報伝達にエラーがあった事例である。
- 処方せんのみならず、実施当事者である患者にも確認をすべきであった。

※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。



公益財団法人 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/>

共有すべき事例

2012年4月 事例 4

〔外用薬管理〕 充填間違いに関する事例

(事例番号：000000024784)

事 例

【事例の内容】

インタール点鼻液2%をインタールエアロゾル1mgの置き場所に充填した。ポリムス（ピッキングサポートシステム）を使用した調剤でインタールエアロゾル1mgを調剤したつもりがインタール点鼻液2%を調剤し、鑑査者が発見した。充填者と調剤者は別人だった。

【背景・要因】

充填の際、点鼻とエアロゾルがあることを知らず「インタール」と思い充填した。薬剤本体にはバーコードがなく、棚につけられたバーコードでポリムス読み取りしたため誤充填に気付かなかった。調剤時、ポリムスが問題なく反応したため頼って薬剤の目視確認を怠った。

【薬局が考えた改善策】

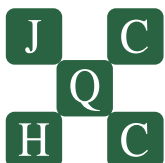
ポリムスに頼らず、充填時は薬剤名を確認してから充填する。

事 例 の ポ イ ン ト

- モノと名前が分離したことによる事例である。
- バーコードを読み取ることにより確認するシステムであったが、薬剤本体にバーコードがなかったために置き場所で代行した。
- モノから認識情報が分離することは出来るだけ避けるべきであり、バーコードシールを貼るなどして対応することもひとつの方法である。

※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。



公益財団法人 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/>

共有すべき事例

2012年4月 事例5

〔その他の調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000024862)

事 例

【事例の内容】

一般名処方「アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg」記載の処方せんを、二次元バーコードで読み取る際、払出の多い「ノルバスクOD錠2.5mg」ではなく、「アムロジンOD錠2.5mg」に以前から置き換えられていた。それに気付かず取り込み、前回処方と確認している際に、ノルバスクOD錠であることに気づき、すぐ様、手入力でノルバスクOD錠に変更する際、規格を2.5mgでなく、5mgで入力してしまった。薬剤師より指摘され、間違いに気がついた。

【背景・要因】

一般名処方をバーコードで取り込む際の取り決めを当初からきちんと行っていなかった。

【薬局が考えた改善策】

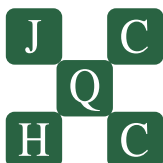
一般名処方を取りあえず払出の多い併売品に置き換えておくように内規を見直す。

事 例 の ポ イ ン ト

- バーコードシステムを用いているが、その運用手順に不備があった事例である。
- システム化が進む中で、定例的に進める作業手順よりも、むしろ例外事項についての手順こそ真っ先に整備することが望ましい。
- システムが全てをカバーしているという安易な前提に立つことがないようにすべきである。

※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。



公益財団法人 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/>