

共有すべき事例

2012年7月 事例 1

〔その他の調剤〕 数量間違いに関する事例

(事例番号：000000026371)

事 例

【事例の内容】

ネオール50mgカプセル 4カプセル→2カプセルで入力。

【背景・要因】

昨日からローテーションが変わり、本日からお薬3種以内の処方10分以内にお渡しする（エクスプレスライン）方式に変更になり、少し慌てていた。ネオールの規格の変更が無かったので、D o処方だと思い込んでしまった。

【薬局が考えた改善策】

今までは入力の確認を2回行えたが、これからは1回のみになったので、指さし声出し確認を徹底する。

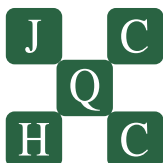
事 例 の ポ イ ン ト

- 処方数の少ない患者のための別受付の制度は良いが、待ち時間短縮のために処方の確認や鑑査体制を甘くしてよいということではない。この点の留意が必要。なお、指さし声だし確認はミスを抽出する有効な方法のひとつであり、処方数に関わらず励行するようにしたい。

※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。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



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7月 事例2

〔疑義照会〕分量変更に関する事例

(事例番号：000000026512)

事 例

【事例の内容】

1歳の幼児に喘息発作が出たためにデカドロンエリキシル0.01% (0.1mg/mL) が処方された。処方量が6mgとなっていたが、前回処方時は0.5mgであったので確認をしたら0.6mgと変更となる。

【背景・要因】

処方せん発行機関で処方入力の際、単位設定を行うのであるが、第1単位がmgとなっており、処方医は製剤量 (mL) を入力していたために間違えている。また、今後の処方せん記載においても製剤名で入力した場合の単位は製剤量、成分名で入力した場合の単位は成分量となっているにもかかわらず過渡的時期にもあるためにその記載が医師に徹底されていないために起きた事例である。

【薬局が考えた改善策】

処方せん記載について単位のところまでしっかりと徹底して入力を行うように病院薬剤部は全医師に指導を行う (人数が多いから徹底できないでは通用しない)。また、その用量が成分量か製剤量なのか処方せんに記載するようにシステム改修をすべきある。

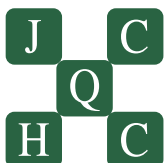
事例のポイント

- 単位間違いは、医薬品による事故で非常に多いとされている。今回は、調剤の基本行動である前回処方との比較と、処方量が小児としては多過ぎるという薬剤師の薬剤知識により事故を防ぐことができた例である。中には単位に気を配らない医師もいるため、処方せんの記載ルールの徹底を求めていくことは重要である。

※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。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



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7月 事例3

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000026526)

事 例

【事例の内容】

処方せんを基に他の人が集めた薬剤を一包化する際に、事前の確認がおろそかであったため、処方せんではマグラックス錠330mgと記載されていたが、実際にはマグミット錠500mgが用意されていることに気づかなかった。一包化の最中に、処方せんの記載がマグラックスであり、マグミットではないことに気がつき、最初から一包化をやりなおした。

【背景・要因】

マグラックスとマグミットの商品名と包装と錠剤の形が似ていることに起因すると考えられる。

【薬局が考えた改善策】

調剤をする際に、似た名前の商品名、包装、錠剤の形があるものに関しては、特に注意する。

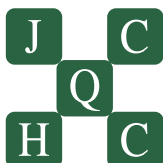
事 例 の ポ イ ン ト

- 後発医薬品は名称が類似しており、成分が同じとはいえ、注意が必要である。今回は薬剤名と単位を間違えてしまった事例である。薬剤名の確認は、頭の文字だけではなく、単位も含めて最後まできちんと確認するという基本行動を、常に励行することが重要となる。

※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。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



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7月 事例 4

〔疑義照会〕 薬剤削除に関する事例

(事例番号：000000026792)

事 例

【事例の内容】

お薬手帳を確認したところ、同じ薬の処方がでていた。

【背景・要因】

診察時にお薬手帳を見せなかった様子。

【薬局が考えた改善策】

受診時にもお薬手帳を出すよう伝える。

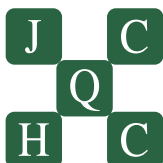
事 例 の ポ イ ン ト

- お薬手帳は薬局で提示するもので、診察時に医師に提示する必要はないと思い込んでいる患者さんもいる。お薬手帳の役割について、折に触れて患者さんに説明することも重要である。

※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。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



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7月 事例5

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000026837)

事 例

【事例の内容】

ツムラ六味丸エキス顆粒（医療用）を同じ六がつくので一人の薬剤師が、勘違いをしてツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）をだし、他の薬剤師が鑑査しそこねてそのまま患者さんに渡してしまった。患者さんよりいつもの漢方とちがうとの電話が有り、取り違えていたことがわかった。

【背景・要因】

未記載

【薬局が考えた改善策】

漢方の番号と名前を確認する。薬歴に出した漢方の番号も記載する。

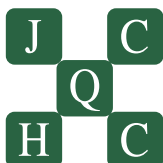
事 例 の ポ イ ン ト

- 医療用漢方製剤は、取り違え防止の工夫がなされているものの、包装外観類似に加え、似た名称、一般には馴染みのない漢字や漢字の読み、番号による区分など、取り間違いを起こしやすい要素を多数含んでいる。薬剤師には周知のことではあるが、医療用漢方製剤の調剤にあたっては、十分に気をつける必要がある。

※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。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



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7月 事例6

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000026849)

事 例

【事例の内容】

ミコンビ配合錠APが処方されていた患者さまにミカムロ配合錠APを渡してしまった。

【背景・要因】

2人態勢だったが片方が一包化にとりかかっていたので本来鑑査、投薬の役割の人間がピッキングし、そのまま出してしまった。

【薬局が考えた改善策】

ピッキングした後、調剤担当者に確認してもらうことを実施する。

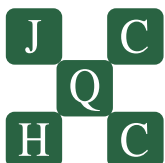
事 例 の ポ イ ン ト

- ミコンビ配合錠APもミカムロ配合錠APも、同じ薬効成分であるテルミサルタンを含有し、同一メーカーが発売する製剤であるだけに、間違いを起こしやすい。こうした「間違いやすい」薬剤は、薬局内で情報共有し、調剤時の確認、鑑査体制には特段の注意が必要である。

※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。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



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/>