

## 共有すべき事例

2010年9月 事例 1

### 〔外用薬調剤〕 調剤忘れに関する事例

(事例番号：000000010282)

#### 事例

**【事例の内容】**

モーラステープ20mgを調剤し忘れた。

**【背景・要因】**

調剤の途中に発生したプリンターの不具合に対応したため、調剤を中断してしまった。薬剤に貼るシールは準備していたが、薬剤そのものを取り忘れてしまった。

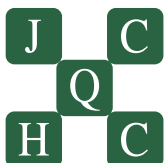
**【薬局が考えた改善策】**

調剤が中断した際は通常時以上に入念に確認するように心がける。

#### 事例のポイント

- 調剤を中断したことによるミスであり、これまでも何度も報告されている事例である。調剤を再開する時は、続きから再開するのではなく、最初からやり直す必要がある。

※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9月 事例2

### 〔内服薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000010321)

#### 事例

##### 【事例の内容】

処方せんにはプレドニン錠5mg 0.5錠と記載されていた。ジェネリック医薬品を希望する患者であったため、プレロン錠5mg 0.5錠で調剤しなければいけないところ、プレロン錠2.5mg 0.5錠で調剤してしまった。鑑査の際、別の薬剤師がシート包装の外殻で間違いに気付いた。

##### 【背景・要因】

処方せんには10種類の処方薬があり、ジェネリック医薬品へ変更可能なものはすべて変更して欲しいとの希望があった。そのうち7つの医薬品が変更可能であったため、先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更することに手間取ってしまった。その際、プレドニン錠5mg 0.5錠は2.5mgであると考えてしまい、プレロン錠2.5mgを調剤してしまった。先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更する際は頭の中で変換しなければならず、さらに規格変更も可能となったため、規格(mg数)を変更することもあった。これらは通常ではきちんと出来ていても、繁忙な時に心理的、身体的要因などが重なってしまうとそのことがミスの原因となることもあった。

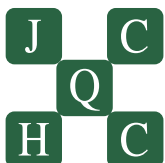
##### 【薬局が考えた改善策】

当薬局では一包化調剤や分包した場合は、かならずシートの外殻などを残しておき、鑑査時に使用していた。今回はこの鑑査で気付くことが出来たため、このことは今後も継続する。

#### 事例のポイント

- 先発医薬品を後発医薬品に変更する場合、処方せんに記載されている先発医薬品の情報を調剤対象の後発医薬品の情報に置き換える必要があり、調剤時の作業工程が増えたことによりエラーが発生し易くなった事例である。当該薬局ではシートの外殻を残すことで、鑑査時に処方箋の情報と調剤後の情報のギャップを埋める工夫をしており、このことはエラー軽減に有効である。

※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9月 事例3

### 〔内服薬調剤〕 その他に関する事例

(事例番号：000000011032)

#### 事例

##### 【事例の内容】

別の薬局から「ベサコリン散5%20g」の小分け販売の依頼があった。そのため、ベサコリン散5%を渡すべきところ、ベンザリン細粒1%を間違えて渡してしまった。

##### 【背景・要因】

薬剤名が似ていた。薬の色も同じ白色で区別がつかなかった。業務が立て込んでいる時に別の薬局のスタッフが薬を取りに来た。計量した薬剤師は通常、別の薬局に勤務することが多く、当薬局での勤務が不慣れであった。他の薬剤師は別の業務で手を離すことが出来なかったため、確認することが出来なかった。薬を取りに来たスタッフも薬剤師ではなく事務員であったため、ミスに気付くことが出来なかった。通常、保険調剤をする際は、投薬するまでに何度も確認を行うが、小分け販売の場合は確認がおろそかになっていた。

##### 【薬局が考えた改善策】

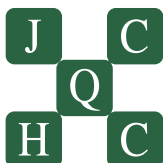
小分け販売の際も2人以上の薬剤師が確認する。特に散剤や液剤の場合は、計量した薬剤を量り取った容器と一緒に置いておき、再度確認する。

#### 事例のポイント

- 処方された薬が不足した場合、処方せんを応需した薬局は近隣の薬局に小分け販売を依頼することがある。
- 小分け販売の事例が報告されることは少ないが、この事例は名称類似や外観類似など、調剤時に発生する他の多くのヒヤリ・ハット事例と共通する背景・要因を有している。
- 同時にこの事例では、小分け販売の依頼を受けた薬局が薬を秤量する際に、誤って別の散剤を秤量してしまったが、誤った薬の色や形が類似する場合、薬を譲受した薬局が薬を間違えていることに気づくことは困難であり、その後、誤った薬を患者に交付してしまう可能性は高いと考えられる。
- 処方薬を調剤する場合に限らず、小分け販売など薬を譲渡する場合でも同様に注意して調剤することが必要である。また、散剤鑑査システム等を用いて秤量した際に出力される記録紙などを、薬と併せて譲受する薬局に渡すことも1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。



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/>