

共有すべき事例

2009年4月～6月 事例 1

〔注射薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000000005)

事例

【事例の内容】

ノボリンR注の処方を、30Rを渡していた。すべて使い切ってしまったと患者より指摘あった。

【背景・要因】

配薬が間に合わず患者が、既に透析を終えて帰り支度も整っていたため、「薬を早く渡してほしい」と言われて慌てて渡したためか？基本的なことを省いていた。

【薬局が考えた改善策】

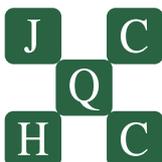
基本に忠実、処方箋との照合、冷静さをうしなわない。

事例のポイント

- インスリンに関する間違いは重大事故につながるため、特に注意する必要がある。
- 他にも間違いやすい事例が報告されているので、注意する必要がある。
 - ・ ノボラピッド注300フレックスペンとノボラピッド30ミックス注フレックスペン
(事例番号：000000000099、00000000107)
 - ・ ヒューマログミックス25注ミリオペンとヒューマログ注ミリオペン (事例番号：00000000136)
 - ・ ペンフィル30R注とペンフィルR注 (事例番号：00000000141)
- 参考として、財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業のホームページに医療安全情報 (No. 1、No. 6) として、インスリンに関する情報が掲載されている。

※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4月～6月 事例2

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000000006)

事例

【事例の内容】

リーゼ顆粒10%に賦形剤として、乳糖を入れる際、酸化マグネシウムを入れて調剤した。

【背景・要因】

予製を作成した際、秤量した薬剤について監査が実施できていなかった。

【薬局が考えた改善策】

作成者以外（調剤）が監査を行う。2人以上で監査をする、作成したもの・作成が正しく行われたか確認する。

事例のポイント

- 散剤は調剤後、薬剤が間違っていることを発見することが難しい。
- 散剤の鑑査システムを使うか、システムがない場合には、調剤時の確認の徹底が重要である。

※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.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2009年4月～6月 事例3

〔交付〕 患者間違いに関する事例

(事例番号：000000000041)

事例

【事例の内容】

「Aさん」とお呼びしましたが、Bさんが投薬口に来られた。名前を再度確認することなく投薬する。薬の内容はAさんもBさんも同じものだった。その後、Aさんが待合室に残られたままだった為、患者取り違えに気付く。

【背景・要因】

GW前で、薬局内も混み合っており、早く投薬しなくては、というあせりもあり、患者氏名の確認を怠った為に起きた事例だと思う。

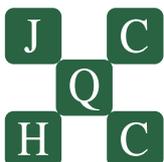
【薬局が考えた改善策】

投薬口での患者氏名の再度確認を徹底する。

事例のポイント

- 薬局においては、患者本人ではなく家族等が薬をとりに来る場合も多いため、患者氏名の確認を徹底することに困難が伴うことがある。患者誤認の防止方法として、処方箋持参者に対して番号札を渡して確認をするのも一つの方法である。

※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/>

共有すべき事例

2009年4月～6月 事例 4

〔疑義照会〕 用量変更に関する事例

(事例番号：000000000147)

事例

【事例の内容】

専門病院退院後初めての受診で（入院前5mg 0.5錠→退院後）5mg 1錠+1mg 2錠が処方される。急な増量に当たるため照会するも、前の病院の処方を引き継いだのでそのまま良いと受付を通じて回答があった。一度は調剤しようとするも、他の薬剤師が5mgと0.5mgの読み間違えでは無いか？と疑問に思い、今度は直接医師に問い合わせた所、入院先の都合で5mg 0.5錠を0.5mg 1錠と1mg 2錠で対応していたことが判明した。

【背景・要因】

- 1) 問い合わせをしたので（疑問に思っても）納得してしまった。
- 2) 医師に直接問い合わせるルールを徹底しなかった。

【薬局が考えた改善策】

受付を通じた疑義照会は極力避ける。お薬手帳の記帳を徹底させる。※入院先、受入先双方に薬剤情報がきちんと伝達されていなかった。（入院中に処方された薬を持って退院したため情報提供書にその内容が記載されておらず、患者が持っている薬情だけが頼りとなってしまった）

その他の情報

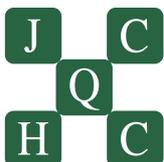
【処方された医薬品】

ワーファリン錠5mg

事例のポイント

- ワーファリンに関する間違いは重大事故につながるなので、特に注意する必要がある。
- ワーファリン錠は0.5mg、1mg、5mgのものが多く、規格の種類が多いため、処方時、調剤時に規格違いの間違いが生じる可能性がある。疑義照会時には「量が多いのではないか」というように疑義内容を明確に伝えた上で確認をすることが必要である。

※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。



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/>