薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2009年11月事例1

〔疑義照会〕薬剤変更に関する事例

(事例番号:00000001012)

事例

【事例の内容】

膀胱炎再発で診察、処方箋が発行された。以前に診察の際、メイアクトが処方され、薬疹がありクラビットへ変更した経緯があった。薬疹歴を見落としてメイアクトが再度、処方された為、疑義照会を行い、クラビットに変更となった。

【背景・要因】

メイアクトを処方した医師とクラビットに変更した医師が異なる為、記載法などの違いで見落としたと思われる。

【薬局が考えた改善策】

共通の記載事項を設けるなど、情報をきちんと共有し、活用できる環境を再設定する。

事例のポイント

● 医薬分業のメリットの一つである、薬歴からの患者情報により、健康被害を未然に防ぐ事が出来た事例である。かかりつけ薬局、いつも相談する薬剤師を決めておく事が大切である事を、このような事例の集積によって発信出来る。

※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.jcqhc.or.jp/

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2009年11月事例2

〔疑義照会〕その他に関する事例

(事例番号:00000001044)

事例

【事例の内容】

下○さん(男性)がもってこられた処方せんが、下△さん(女性)の処方せんだった。一緒に提出されたお薬手帳は下○さんのものだったため、確認したところ、違う方の処方せんを持ってきていることが判明した。病院にて、患者間違いをして処方せんを交付したものらしい。

【背景・要因】

名字が同じ「下」から始まり類似していた。また年齢も近かったためではないか。診察そのものは本人が されるが、受付や処方せん交付、薬局への来局は本人とは限らず、ご家族であることも多いため性別だけ では判断できない。

【薬局が考えた改善策】

薬局においては、今回のようにお薬手帳や保険証などで、必ず処方せんと確認する。病院における改善策は不明だが、このような事例があったことは、病院側へ連絡した。

その他の情報

【発生要因】

確認を怠った、勤務状況が繁忙だった、患者側、教育・訓練、ルールの不備

事例のポイント

● 「昨年、保険薬局において、調剤した薬剤を別の患者へ交付し、その薬剤を服用した患者が意識障害で入院 した事例」に類似した事例である。発生要因等で病院の職員等の教育訓練不足を記載しているが、薬局で防 止しなくてはいけない事例である。

※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.jcqhc.or.jp/

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2009年11月事例3

〔内服薬管理〕充填間違いに関する事例

(事例番号:00000001047)

事 例

【事例の内容】

錠剤自動分包機にて一包化。アマリール錠3mgを分包していたが、途中で錠剤自動分包機力セット内のアマリール錠3mgの在庫が不足したために補充した。そのときに、誤ってアマリール錠3mgのカセットにアマリール錠1mgを補充し、そのまま分包してしまった。きちんと分包されているか確認をしたのだが、数を確認したのみで、途中で入れ変わったことに気付かなかった。翌日、医薬品をカセット内に補充する際、アマリール錠3mgのカセットにアマリール錠1mgが入っていたため、間違いに気付いた。42日分中6日分に間違ってアマリール錠1mgを分包した。

【背景・要因】

繁忙な時間だったため、誤って補充してしまった。通常は補充した場合は、補充した医薬品名、数量、補充した薬剤師氏名、医薬品名などを記録し、確認をしているが、忙しかったため、確認記録を怠った。分包後の鑑査も、違う薬が入っていないか確認しているつもりだったが、見落としてしまった。

【薬局が考えた改善策】

途中で錠剤自動分包機に補充した場合は、そのシートの殻を調剤トレイに入れておき、間違いなく充填されているかを確認する。

事例のポイント

● 錠剤自動分包機の充填の事例である。アマリールの1mg錠と3mg錠では錠剤の大きさや、色が大きく異なる。 重点管理医薬品にも係わらず、最終鑑査が不足していた部分は問題である。「充填時」の問題と、「最終鑑査」の問題の両方が改善策には必要と考える。錠剤自動分包機は、調剤時間の短縮に寄与するが、充填時、カセットの不備などの問題点もあり、最終鑑査をしっかり行わないと、新たなヒヤリ・ハット事例が発生する。

※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.jcqhc.or.jp/