

共有すべき事例

2012年8月 事例 1

〔内服薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000027016)

事例

【事例の内容】

セイブル錠50mg 3錠30日分投薬すべきところ、セイブル錠25mg 3錠30日分を投薬してしまった。患者さんが気づき、翌日現物を持って来局された。

【背景・要因】

患者が集中したこと。当薬局に在庫していない医薬品の処方せんを持参した患者さんの対応に常勤の薬剤師が対応中だったため、パートの薬剤師1名、採用1ヶ月目の薬剤師1名が調剤、鑑査し投薬した。

【薬局が考えた改善策】

薬剤師の勤務シフトを検討した。

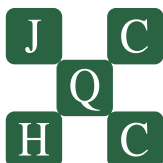
事例のポイント

- 「同一医薬品の規格・剤形間違い」は、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成23年年報で1,000件を超える報告があり、全報告の中で「数量間違い」について2番目に多い事例となっている。
- 保険薬局では、多くの医療機関からの処方せんを受け取るため規格の統一は難しく、複数規格を在庫している医薬品は数多くあると思われる。中でもよく交付する規格とあまり交付しない規格があると、思い込みにより、よく交付する規格で調剤してしまうことがある。また、自薬局には一規格しか在庫していない場合でも市場には他規格が存在する場合がある。
- 規格の誤りによって死亡に至った事例が過去に知られていることを念頭に置き、細心の注意を払う必要がある。
- 複数規格の存在を視覚的に確認できるよう薬品棚に記す等の対応が求められる。

※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.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2012年8月 事例2

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000027101)

事例

【事例の内容】

歯科医院からの一般名処方で調剤

【般】セフトレンピボキシル〔100mg・錠〕（100mg 1錠）3錠／分3 毎食後服用 3日分

【般】アセトアミノフェン〔200mg・錠〕（200mg 1錠）2錠／疼痛時服用 3回分

一般名処方の抗生物質がセフゾンカプセル100mgで調剤されており、鑑査時にセフゾンの一般名と異なることに気づき再調剤として、過誤には至らなかった。

【背景・要因】

薬剤師経験が1年3ヶ月の薬剤師が処方受付から調剤までを担当していた。昨日より胃腸炎で服薬しながら勤務していたことも影響があったかもしれない。

セフェム系の抗生物質が処方されていることは確認していたが、一般名と商品名の照らし合わせが不十分だったと思われる。レセコンの入力が一般名からの入力であり、鑑査時に別の薬剤で入力され、調剤されていたことに気づいたため、過誤を回避することができた。レセコンの入力は医療事務が担当したが、受付した薬剤師よりセフゾンカプセル100mgで調剤すると伝達があったため、一般名処方の入力をセフジニルで入力していたことも問題がある。

【薬局が考えた改善策】

一般名処方の場合には、在庫している薬品との照合には薬価本等でまちがいがいいことを十分確認するよう申し合わせを行う。在庫のローケーションのインデックスや薬品の保管場所にも商品名だけでなく一般名がわかるように整備する。

医療事務による入力ミスが過誤へつなげることがあるため、薬剤師が入力の確認を怠ったことが主なる要因ではあるが、医療事務職員にも一般名と調剤する商品名が合致しない場合には確認すべきであることを周知して、過誤の防止に努める。

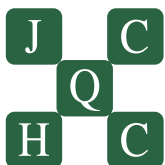
事例のポイント

- セフェム系の抗生物質は一般名が類似している場合があるため、入力時、調剤時に注意が必要である。
- ジェネリック医薬品名が「一般名+会社名」になっているものは比較的間違いが起りにくいですが、多くの先発医薬品名は一般名が想像できない名称のものもあり、一般名処方により先発医薬品を調剤する場合は特に注意が必要である。
- 薬品棚に商品名と一般名を明記する等の対応が求められる。

※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.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2012年8月 事例3

〔疑義照会〕 その他に関する事例

(事例番号：000000027267)

事例

【事例の内容】

今回より医療機関の処方記載が一般名処方になった。6月初めまでアマリール3mg錠とアルマール錠10の両剤が処方されていた。印字と手書きの混在の処方せんであり、アルマール錠10の処方を訂正削除し、代わりにグリメピリドと書き換えてあったが、それとは別にグリメピリド錠3mgは印字で処方されており、グリメピリドの重複処方と規格漏れであり、疑義照会とした。

【背景・要因】

グリメピリドはアマリールの一般名であり、この処方ではアルマールも併用処方であることから、一般名処方に切り替えの際に起きたヒューマンエラーであり、医療機関側の一般名処方促進の意図は理解できるものの、これまでの薬歴や薬手帳による治療歴がなければ、アルマールの処方の追加が見落とししていた可能性がある。一般名処方でも先発医薬品と成分名の名称類似の薬品には注意しなければならない。

【薬局が考えた改善策】

医療事務の入力でアルマールの処方変更が見落とされていた。医療事務は資格が必要ではないが、入力の見落としによるエラーを引き起こす可能性もあることを理解させる必要がある。処方監査時及び鑑査時に薬歴やくすり手帳による処方内容の経過の確認を必ず行うことを職員に周知する。

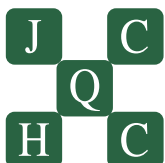
事例のポイント

- 処方せん発行側が一般名処方を行う際に勘違いした事例である。
- コンピュータにより自動変換されて一般名処方になる場合が多いと思われるが、中には処方せんに記載する一般名を直接入力する、あるいは手書きする場合も考えられる。患者さんからの聞き取りや、過去の履歴から判断して、不明な場合は疑義照会を行う必要がある。
- 本事例では、同一処方内に二つの医薬品が処方されていたため、処方ミスに気付いたが、新規受け付けや、一医薬品だけの処方では気付かない場合も考えられる。
- 「アマリール」と「アルマール」は、過去に多くの取り違事例が報告されていて特に注意が必要である。
- 本事例のように薬歴や患者さんとの対話から処方の誤りを発見することは、薬局の重要な任務であると考えられる。

※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.jcqh.or.jp/>