

共有すべき事例

2014年4月 事例 1

〔内服薬調剤〕 薬袋の記載間違いに関する事例

(事例番号：000000037020)

事 例

【事例の内容】

アマリール1mg錠が1錠1×から2錠2×に用法変更されていた。事務スタッフが気付かずに2錠1×で入力。投薬した薬剤師も思い込みでそのまま説明して投薬してしまった。(他に1×の薬が2種類あったが、薬袋は入力ミスの為1枚しか打ち出されていなかった。)

【背景・要因】

単純な思い込みによる確認ミス。

【薬局が考えた改善策】

薬剤の用量が変わった時は、用法も確認する。薬剤の保険承認されている用法を頭に入れておくことが大切。

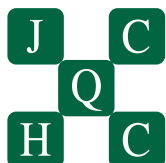
事例のポイント

- 前回処方と比較して分量と用法が変更になっており、分量の変更には気付いたが、用法の変更には気付かずに入力・説明してしまった事例である。
- 入力の際に、前回の処方内容を引用するのは便利であるが、処方内容に変更箇所が複数ある場合、見落としてしまう可能性がある。
- 特にハイリスク薬に関して分量や用法などの入力・説明を誤り、患者がその通りに服用した場合、重大な副作用が現れる可能性があるため、薬局において入力内容の確認の手順を規定し、遵守することが重要である。
- 処方せんを声に出して読む、入力した内容は必ずダブルチェックする、投薬時に患者と確認するなど、複数の過程で基本的な確認を確実に行うことが重要であると思われる。

※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.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2014年4月 事例2

〔内服薬管理〕 充填間違いに関する事例

(事例番号：000000036785)

事 例

【事例の内容】

セレキノ錠100mg 3錠、3×毎食後30日分の処方。セレキノ錠100mg 90錠のうちセレスタミン配合錠が10錠混入していたことに患者さん本人が自宅にて気づき、連絡をいただいた。

【背景・要因】

調剤棚が上・下直ぐのところにセレキノ錠100mgとセレスタミン配合錠があったため、セレスタミン配合錠が10錠、セレキノ錠100mgの棚に間違えて入っていた。(外見もとてもよく似ていた)それに気付かず90錠を輪ゴムで止めてしまった。

【薬局が考えた改善策】

シート1枚ずつの確認と棚の位置を遠ざけるよう配置した。

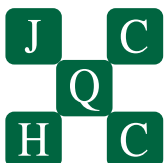
事例のポイント

- 薬剤を棚に戻す時に別の棚に戻してしまったことから、薬剤取違えが生じてしまった事例である。
- 「薬局が考えた改善策」にあるように、棚の位置を遠ざけるなど、配置を工夫することも、充填間違いの防止に有用であると思われる。
- その他に、医薬品を棚に戻す際にダブルチェックを行い、業務が忙しくダブルチェックできない時は決めた場所に保管しておき、あとで確認する、など手順を決めることも有用であると思われる。

※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

2014年4月 事例3

〔内服薬調剤〕 分包紙に関する情報間違いに関する事例

(事例番号：000000037109)

事 例

【事例の内容】

施設の入所者の方の薬で、ディオバン錠40mgを粉砕しているが、朝食後：緑色、昼食後：赤色、夕食後：黒色と内服時間によって色分けをしているが、「昼食後であるが、緑色の線がひいてある」と施設より、連絡があり、発覚した。調剤・鑑査は間違いなく、色の付け間違いだけであることを説明しお詫びしました。

【背景・要因】

他の薬局から支援に来てもらっていた。

【薬局が考えた改善策】

血圧の薬なので朝であると、思い込んでしまったが、今後は思い込みなくきっちり鑑査をしていくようにする。

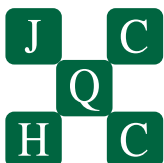
事例のポイント

- 分包紙を用法ごとに色分けしているが、用法を勘違いした結果、色分けを誤ってしまった事例である。
- 分包紙には様々な情報を印刷できるが、用法の印刷を間違えると誤った服用につながる可能性があり、薬品名や患者氏名などの印刷を間違えると、たとえ薬の内容は正しかったとしても患者に不信感を与えてしまう。
- 間違いやすい用法などは薬歴で注意喚起しておくことも有用であると思われる。

※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.jcqhc.or.jp/>