

共有すべき事例

2014年9月 事例 1

〔注射薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000039234)

事 例

【事例の内容】

ノボラピッド注フレックスペンの処方のところ、レベミル注フレックスペンで調剤した。交付時に誤りに気付
き、訂正して渡した。

【背景・要因】

休憩時間がずれ込み薬剤師1人、事務員1人の少ない人数で業務していた。患者からの問い合わせの電話があ
り薬剤師が対応し、交付を待つ患者の処方の調剤鑑査ができていなかった。急いでいる患者が「早くしてほし
い」旨を事務員に伝えたことにより、薬を取り集める際に焦りが生じてしまい、確認不足によって取り間違い
をしてしまった。その後、休憩終わりの薬剤師が鑑査をしたが間違いに気付かず、交付時に気づき訂正して渡
した。

【薬局が考えた改善策】

少ない人数で業務をする際は患者に声かけをして目安の時間を伝える。電話対応で折り返せるものがあれば事
情を説明して後に回す等、業務に優先順位をつけて効率良く業務を回す工夫をする。急いでいる状況であつて
も焦らず確認を怠らない。

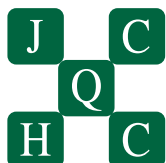
事 例 の ポ イ ン ト

- ノボラピッドは超速効型インスリン、レベミルは持効型インスリンである。
- 人がいない、あるいは多忙時ほど確認をおろそかにしない。

※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9月 事例 2

〔その他の調剤〕 その他に関する事例

(事例番号：000000039255)

事 例

【事例の内容】

対応時に患者からお薬手帳のシールのプレミメント配合錠LDの欄に「血圧を上げる薬」と書いてあると指摘があった。

【背景・要因】

プレミメント配合錠からプレミメント配合錠LDへ名称変更になった際、薬剤情報提供文書・お薬手帳のシールの編集時に手入力を誤ったと考えられる。通常はマスタにある文章を使い手入力を行わない為、薬効文章がマスタに入っていなかったことも一因と考えられる。

【薬局が考えた改善策】

未記載

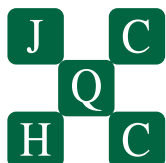
事 例 の ポ イ ン ト

- 間違った情報を一旦コンピュータシステムに入力・登録してしまうと、発見し訂正することは困難になる。
- 可能であれば入力時にダブルチェック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。

※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9月 事例3

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000039256)

事 例

【事例の内容】

患者希望により後発医薬品に変更して調剤している患者であり、今回も先発医薬品であるアテレック錠10の処方であったため、変更する際に後発医薬品名をシルニジピンのところニフェジピンと書いてしまい、そのまま調剤した。鑑査の時点で薬袋に書かれている名称と、調剤されている薬が違うことに気付いた。

【背景・要因】

病院に後発医薬品変更の連絡をしても、一向に処方せんは先発医薬品名であるため、毎回後発医薬品名を記録している。他にもアダラートを後発医薬品に変える人もいるため、一般名を混同して記録してしまった。また後発医薬品の一般名称も非常によく似た名称が多いため、混同しやすい。

【薬局が考えた改善策】

レセプトコンピュータ入力患者ごとに後発医薬品希望の記録がしてあるため、入力を間違えることは少ない。薬剤情報提供文書や薬袋に記載してある名称と合っているか確認する。鑑査前にもう一度先発医薬品と後発医薬品の成分が合っているかを確認する。

その他の情報

処方された医薬品：アテレック錠10
間違えた医薬品：ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」

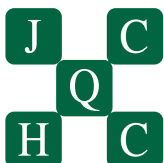
事例のポイント

- 処方せんには、先発医薬品名、後発医薬品名、一般名などの記載があるため、医薬品の選択を間違えることがある。
- 処方せんの内容と医薬品を患者とともに確認することも必要である。

※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。

※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9月 事例 4

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000039260)

事 例

【事例の内容】

2年ぶりに来局した患者に、泌尿器科からウリトス錠0.1mgの処方があった。薬歴の記録から、以前緑内障の目薬を使用中だった為、お薬手帳を確認し、現在もキサラン点眼液0.005%を使用しており治療中との事であった。「緑内障の種類については医師より聞いていない」との事で、キサラン点眼液0.005%を処方した医療機関に確認したところ、ウリトス錠に禁忌の『閉塞隅角緑内障』であった為、処方医へ疑義照会し、最終的にベタニス錠50mgへ変更となった。

【背景・要因】

お薬手帳を持参しており、病院・外来受付でも提出したと考えるが、キサラン点眼液0.005%の記載が数ページ前であったため、確認できなかったのではないかと考えられる。

【薬局が考えた改善策】

薬局においては、罹患している疾患を把握しておき、たまにしか利用しない患者でも見落としが無いようにする。

その他の情報

ウリトス錠0.1mgの添付文書より一部抜粋：

【禁忌】 次の患者には投与しないこと。

閉塞隅角緑内障の患者[抗コリン作用により眼圧が上昇し、症状が悪化するおそれがある。]

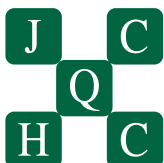
事例のポイント

- 患者の薬歴やお薬手帳によって禁忌医薬品等を確認することは、かかりつけ薬局としての重要な仕事と考えられる。

※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.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2014年9月 事例5

〔内服薬管理〕 異物混入に関する事例

(事例番号：000000039496)

事 例

【事例の内容】

病院からホクナリンドライシロップ0.1%小児用、アレジオンドライシロップ1%、オノンドライシロップ10% 56日分の処方があった。上から順に各々分包し、患者に交付した。6日後に患者の家族が来局し、「アレジオンドライシロップ1%の1包に黒い小さい点が5粒ほど入っているが何か？」と指摘された。この日は調剤した管理薬剤師が休みのため、代理の薬剤師が確認した。何かは判別不能であったが、異物である事は間違いなく、異物混入である事を伝え謝罪した。異物混入している分は新しく作り直して渡し、患者は帰宅した。

【背景・要因】

分包数が多い、鑑査が甘かったと思われる。当該患者はアレルギーがあるため、毎回調剤前に一通り機械の清掃をしているため、異物が何であるか、また、混入経路は不明である。

【薬局が考えた改善策】

グラシン紙を使用しており、鑑査時に見にくい点があり、セロポリ紙へ変更する。鑑査は一人で行っていた分をダブルチェックとする。異物の原因特定のため、薬剤師会に分析を依頼する。

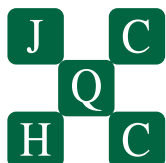
事 例 の ポ イ ン ト

- 一包化にした場合、特に散薬の異物は確認が困難になる。
- 鑑査時のチェックはもちろんであるが、調剤の手順を確認して異物の混入を防ぐことが重要である。

※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。

※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、読みやすくな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9月 事例 6

〔内服薬調剤〕 処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号：000000039521)

事 例

【事例の内容】

新規の患者の氏名を登録する際に処方せんに記載されている漢字通りに登録したが、保険証に記載されている漢字と異なっていた。しかしそれに気づかなかった。

【背景・要因】

保険証を確認する際に印をつけるなどの確認を怠ってしまった。

【薬局が考えた改善策】

患者の氏名が間違っているとどのような影響が出てしまうのか、また、保険証を確認する理由も再度よく理解したうえで、一つ一つの確認事項を確実に行う。確認したら印をつけ、見落としを防ぐ。

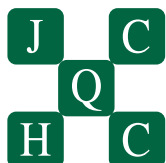
事 例 の ポ イ ン ト

- 患者氏名、保険証の番号等を登録する際には、処方せんではなく保険証等の原本の確認が基本である。

※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。

※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/>