

共有すべき事例

2015年1月 事例 1

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号:000000040867)

事例

【事例の内容】

ノイロビタン配合錠14日分が処方されていたところをノイロトロピン錠4単位で誤った取り揃えを行う。鑑査時に発見し、患者本人へ渡すことはなかった。

【背景・要因】

取違えた薬剤は名称が似ており、管理している薬剤棚も上下で隣接していた。取り揃えた際に確認を怠ったことが原因と考えられる。

【薬局が考えた改善策】

薬剤棚に注意喚起となるような目印の工夫を施す。薬剤棚を隣接ではなく多少離して管理を行う。

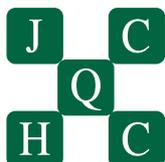
事例のポイント

- 頭3文字の名称が一致している医薬品を取違えて調剤した事例である。
- 名称が類似している医薬品の取違えを防止するため、薬剤棚の位置を離したりして配置を工夫することや、薬剤棚に目印を施し、視覚的に注意喚起を促すことは重要である。

※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

2015年1月 事例2

〔交付〕 患者間違いに関する事例

(事例番号：000000040928)

事例

【事例の内容】

似た名前の別の患者に薬を渡してしまった。

【背景・要因】

事務員が待合室にいる耳の遠い患者に、勘違いをして別の患者の名前で確認したところ「はい」と答えたため薬剤師に誘導した。薬剤師の名前確認でも「はい」と答え、医薬品を見せても「違う」と言わなかったため交付した。事務員が残っている薬を確認したところ、先程の勘違いに気づき交付間違いが判明した。直ぐに患者に連絡し、正しい薬を持って訪問し交換した。

【薬局が考えた改善策】

事務員が顔を覚えるにも限界があり、これから高齢者が増えることも予想されるため、引換券システムの導入を今後検討する。

その他の情報

処方された医薬品：カルボシステイン錠250mg「トーワ」
エペナルド錠50mg
クラリスロマイシン錠200mg「日医工」
デカドロン錠0.5mg

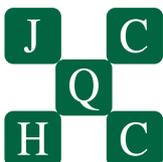
事例のポイント

- 間違えて別の患者の名前を呼んだ際に、患者も自分が呼ばれていると誤解して返事をしたため、別の患者に医薬品を交付し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、引換券のシステムを導入し、患者確認を行うことは有用であると思われる。
- また、本人確認を行う際は、患者自身からも名前や生年月日を言ってもらうなど、相互的に確認をすることも重要である。

※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

2015年1月 事例3

〔内服薬調剤〕 薬袋の記載間違いに関する事例

(事例番号:000000041007)

事例

【事例の内容】

アクトネル錠17.5mg 1錠 起床時 1日分と入力すべきところ、アクトネル錠17.5mg 1錠 起床時 7日分と入力した。鑑査時も日数の入力間違いに気付かず、薬袋の記載の日数が7日となったまま渡した。

【背景・要因】

年末年始の休み明けであり、事務員及び薬剤師ともに焦っていた。他の処方薬の処方日数が7日であったことから、全部7日分と思いこんでしまっていた。アクトネル錠の規格は2.5mg、17.5mg、75mgの3規格あるため、規格を2.5mgと混同した。

【薬局が考えた改善策】

- ・規格の異なる薬品が存在する場合は規格にチェックを入れる。
- ・処方せんと薬袋の確認を2回行い、間違いのないことを確認する。

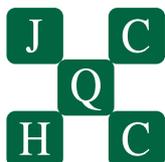
事例のポイント

- アクトネル錠のように、ビスフォスフォネート系薬剤には規格によって内服する間隔が異なる医薬品がある。
- アクトネル錠の場合、骨粗鬆症において内服する間隔は、2.5mgは1日1回、17.5mgは1週間に1回、75mgは1ヶ月に1回である。
- 1週間に1回や1ヶ月に1回内服する医薬品の処方日数は、毎日内服する医薬品の処方日数と異なる場合が多い。
- ビスフォスフォネート系薬剤が処方された場合には、規格から処方日数が適切であるか確認し、入力や調剤を行うことが重要である。

※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/>