

共有すべき事例

2016年12月 事例 1

〔注射薬調剤〕 数量間違いの事例

(事例番号：000000050294)

事例

【事例の内容】

トレシーバ注フレックスタッチの処方箋がFAXで送られてきたが、気付かずに放置されたままであった。患者が来局した時に処方箋が来ていたことに気づき、急いで入力から薬の交付までを行った。その日の業務終了後に、毎日実施しているインスリンの在庫チェックで差異があることがわかり患者に連絡した。2本渡すべきところ4本渡したことが判明した。患者の希望により、翌日薬剤師が薬を取りに行き回収した。

【背景・要因】

当日は薬局が大変混雑していたこと、FAXの受信から調剤開始までかなり時間が空いてしまったこと、過去に当該患者から待ち時間に関する指摘を受けていたことから、調剤者、鑑査・交付者ともに慌ててしまい、本数の確認を怠ったと考えられる。

【薬局が考えた改善策】

対策として、複写の処方箋に鉛筆等でインスリンの本数をチェックする。FAXに気付いた時点で後回しにせず、必ず確認する。FAXの受信に気づきやすいように音量を大きくした。

事例のポイント

- 患者が事前にFAXで処方箋を薬局に送付し、来局した際に用意された医薬品を受け取るという方法はよく利用されている。
- 患者が来局した時にFAXで受信した処方薬の準備できていなかった場合は、焦りが生じ調剤ミスが起りやすくなるため注意が必要である。
- インスリンの在庫チェックを毎日の業務終了後に実施することで、調剤の間違いに早く気づき対応できたよい事例である。

※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。

※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

2016年12月 事例2

〔交付〕 説明文書渡し間違いの事例

(事例番号：000000050343)

事例

【事例の内容】

患者Aに患者Bの薬剤情報提供文書を渡した。患者Aからの電話により判明したため、患者Bの薬剤情報提供文書は処分してもらうように伝えた。

【背景・要因】

きちんと確認しなかったため、薬や文書を入れる籠に患者Bの薬剤情報提供文書と一緒に入っていることに気づけなかった。同じ時間帯かどうかはわからないが、他の薬剤師が患者Bの薬剤情報提供文書を探していた時にも確認を行わなかった。

【薬局が考えた改善策】

忙しい時間帯でも、きちんと文書を確認して渡す。まわりの状況を確認しながら仕事をする。

事例のポイント

- 患者に渡す薬剤情報提供文書には、個人情報に記載されている。
- 他の患者の情報を渡してしまった場合には、処分を依頼するのではなく、間違えて渡した情報を薬局側が取りに行き、確認してから処分することが望ましい。

※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.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2016年12月 事例3

〔疑義照会〕 薬剤変更の事例

(事例番号：000000050280)

事例

【事例の内容】

糖尿病代謝内科から追加薬としてサインバルタカプセル20mgが処方された。服薬指導の際、患者に糖尿病性神経障害について確認したが、痛みはなく血糖コントロールも良好とのことであった。患者から追加処方血液検査の何かの値が高いためであると聞いたため、血液検査の結果一覧も提示してもらったところ、尿酸値が高いことを確認した。処方医に疑義照会した結果、サインバルタカプセル20mgからウリアデック錠20mgに処方変更となった。

【背景・要因】

医師の思い違いによる。

【薬局が考えた改善策】

処方箋受付時に、患者へ体調変化等に関する聞き取りを徹底することで、服薬指導する前に疑義を発見する。

事例のポイント

- 処方薬が追加になった際、薬剤師が患者の症状や検査結果を聞き取り、確認を行ったことで処方間違いを発見した事例である。
- 服薬指導をする際は、患者との信頼関係とコミュニケーション能力が求められる。
- 薬剤師も血液検査の結果を把握し、患者にとって必要な医薬品であるか確認することの重要性が示されている。

※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.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2016年12月 事例4

〔疑義照会〕分量変更の事例

(事例番号：000000050464)

事例

【事例の内容】

かかりつけ医からサンリズムカプセル25mg 3カプセル分3毎食後が処方された。患者への聞き取りによると、患者は3日前に頻脈を起こして基幹病院に入院し、翌日退院する際に薬が処方された。基幹病院からかかりつけ医に書簡での連絡が為され、患者は続きの薬をかかりつけ医にもらうように指示されていたが、書簡にはサンリズムとだけ記載されており規格の記載がなかった。患者本人が頓服で服用すると言ったため、薬剤師は25mgでは少ないと感じ基幹病院に連絡したところ、発作時の頓服薬としてサンリズムカプセル50mgが退院時に処方されたことがわかった。かかりつけ医に伝え、サンリズムカプセル50mgに処方変更となった。

【背景・要因】

医師間の書簡のやりとりで、規格が欠落することがある。病院では規格を絞って医薬品を採用することがあり、その結果、医師が処方する際に医薬品の規格を省略する場合がある。

【薬局が考えた改善策】

たとえ採用されている医薬品が1規格であっても、処方箋に記載すべき内容は省略せずに記載する。医師に限らず医薬品について伝える場合は、「医薬品名」「剤形」「mg数」「用量」「用法」「日数・回数」をきちんと記載できるようなフォーマットを準備する。外用薬でも「部位」や「回数」などが欠落することがあるので注意する。

事例のポイント

- 医師の間でやり取りされる紹介状では「医薬品名」「剤型」「mg数」「用法用量」等が一部省略され書かれていないことがある。
- 患者から入院の経緯や退院時処方などの情報を聞き出し、処方内容と照らし合わせることで正しい処方につながった事例である。

※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。

※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/>