

「共有すべき事例」の再発・類似事例に関するヒヤリ・ハット事例

ヒヤリ・ハット事例の「共有すべき事例の再発・類似事例」のうち、「患者の転院等により、それまでと異なる医療機関から薬が処方された際、誤った薬が処方されていることに気づき疑義照会した事例」、「医師の手書き処方に関連した処方せん監査間違いの事例」、「注射薬の規格・剤形間違いの事例」を分析しています。(集計期間：平成25年1月1日～平成25年12月31日) 主な再発・類似事例を以下に示します。

患者の転院等により、それまでと異なる医療機関から薬が処方された際、誤った薬が処方されていることに気づき疑義照会した事例

(事例の内容)

処方薬の入力間違い (オルメテック錠10mgが処方されるどころ、オメプラール錠10が処方された)。

(背景・要因)

他科診療の患者が転院のため、当該の診療所にて同一薬剤の処方を行ってもらい、当薬局に来局。お薬手帳持参から処方せんとの内容の照らし合わせを行ったところ、処方意図の不明瞭な点があり、患者に確認ののちに診療所へ疑義照会を行った。その際、名称類似品による処方の入力間違いであることがわかり、医薬品の変更が行われた。

(改善策)

お薬手帳持参のためにわかったことから、お薬手帳の普及が効果的と考えられる。

医師の手書き処方に関連した処方せん監査間違いの事例

(事例の内容)

追加処方のため手書きでシングレア(5)1T vds 1×7日分 と書かれていた。当薬局にはシングレア錠は10mg、シングレアチュアブル5mg、シングレア細粒のみ在庫があり、調剤した薬剤師はシングレア錠5mgの可能性を疑わず、疑義照会せずにシングレアチュアブル5mgで調剤を行った。鑑査の際、鑑査した薬剤師が疑義照会の必要性に気づき、疑義照会を行い、シングレア錠5mgの処方であることがわかった。

(背景・要因)

在庫がない医薬品に対する知識不足。チュアブルのことであろうとの、思い込み。手書きであったため、詳細な情報が読み取りにくかった。

(改善策)

事例を薬局内、他店舗へ報告。手書きの処方せんの時は特に規格、用法の漏れがないか注意する必要があるので、こうであろうとの思い込みをせず、疑義照会の徹底を呼びかけた。添付文書等で他規格や他剤形のものがないかチェックする必要がある。

注射薬の規格・剤形間違いの事例

(事例の内容)

ノボラピッド注フレックスペン2本の処方に対し、ノボラピッド30ミックス注フレックスペン2本を調剤し、交付した。その後患者より電話連絡があり、「いつもと、注射の色が違う」との指摘より、判明した。すぐに取り替えに行き対応した。

(背景・要因)

本数のみの確認であった。ピックアップしたものが間違はずはないだろうという思い込みもあった。

(改善策)

鑑査を十分に行う。薬歴に注意喚起を行う。