

共有すべき事例

2009年12月 事例 1

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000001178)

事 例

【事例の内容】

タリオン錠10mg 2錠／分2、15日分のところ、クラリチン錠10mg 2錠15日分で調剤した。

【背景・要因】

電話をしながらピッキングをした。タリオンと言いながらクラリチンを取っていた。元々自分でも間違えやすいと思っていたのに間違ってしまったのは、確認がしっかり出来ていなかったかと思われる。

【薬局が考えた改善策】

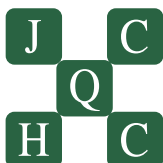
自己鑑査を、どんな時でも行う。

事例のポイント

- 調剤時に「電話をしながら・・・」と、ながら仕事は注意が散漫になりミスを犯しやすい事を表す事例である。調剤業務の途中で別の業務があった場合には、最初に戻り再度調剤業務を一からやり直すことが重要である。
- タリオン錠10mgとクラリチン錠10mgはシートが類似しており、薬効や規格も同等であるため、ピッキング時だけでなく、薬剤充填の際も注意する必要がある。
- その他、薬剤取違えに関する事例が報告されているが、「処方せん記載の薬剤名を声だし確認すると共にシートの薬剤名も声だし確認する」、「カセッターや薬品棚を出来る限り引き離して置く」、「他の規格・剤形がある旨表示して置く」等々が、取違え防止に有効である。

※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。



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

2009年12月 事例 2

〔内服薬調剤〕 数量間違いに関する事例

(事例番号：000000001200)

事 例

【事例の内容】

アルタットカプセル75の数量間違いをした。

【背景・要因】

体調不良による調剤ミス。

【薬局が考えた改善策】

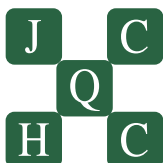
体調の悪い時ほど慎重に調剤すること。調剤をしなくても良い時は調剤しないようにすること。

事 例 の ポ イ ン ト

- 本事例は体調が悪くてカプセル剤を調剤する際に、計算間違いをした事例である。本件の他、錠・カプセル剤や分包品、液剤等の調剤時に、「取ったつもり」、「そう思った」、「他の仕事をしながら」、「他の薬剤と勘違いした」等々による要因で数量間違いをした事例が報告されている。体調が悪い時は、自覚して、より慎重に調剤を行うか業務を交代してもらうことも必要である。
- 「処方せん記載数量の計算メモを作ると共にピッキング時に数量を声だし確認する」、「調剤した者が鑑査を行う際は一呼吸おいて鑑査を行う」、「シートの計数の際は一枚ずつ全数確認を行う」ことで間違い防止が出来るので、これらの事を日頃から意識して実践活用すると間違い防止に有効である。

※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。



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

2009年12月 事例3

〔疑義照会〕分量変更に関する事例

(事例番号：000000001280)

事 例

【事例の内容】

ワーファリン錠1mgの投与量について、1日目のみ8mg、2日目以降は2mg投与との医師の意図であったことが、疑義照会後に判明した。疑義照会前の処方では、2日目以降も8mg投与で継続することとなっていた。

【背景・要因】

電子カルテの入力ミス。

【薬局が考えた改善策】

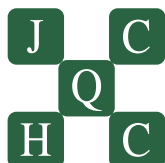
疑義照会により訂正。

事 例 の ポ イ ン ト

- 電子カルテの入力ミスが原因であるが、分量を疑義照会した結果、過量投与を未然に防いだ事例である。ワーファリンは、「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアルで、「特に安全管理が必要な医薬品」に挙げられている医薬品であり、過量投与にならないよう、処方せんの内容に疑問を感じた場合には、即座に処方医に確認することが、同様な事例の事故防止に繋がる事を銘記すべきである。

※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。



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

2009年12月 事例 4

〔疑義照会〕 薬剤削除に関する事例

(事例番号：000000001399)

事 例

【事例の内容】

緑内障治療中の患者にP L 配合顆粒が処方された。疑義照会により、当該処方薬が削除となった。

【背景・要因】

投薬時まで当該処方の確認がされないまま調剤、鑑査を行ったことで、危うく患者にそのままの薬を渡すところであった。禁忌の薬剤に対する確認が不十分であった。薬歴や患者プロフィールの確認を怠っていた。

【薬局が考えた改善策】

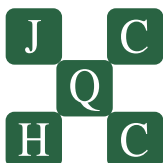
追加の薬などがあった場合は薬歴の確認、患者プロフィールの確認をしっかり行い、服用に対して問題のない薬であるとしっかり確認した上で薬剤交付にあたる。

事 例 の ポ イ ン ト

- 患者の薬歴や禁忌薬情報で健康被害を未然に防止出来た事例の一つで、医薬分業のメリットを表す事例である。「お薬手帳」の確認や患者からヒアリングを行う事により、処方せん内容の確認や患者の薬歴のみならず、他の医療機関を受診したことによる服薬状況等を把握できる可能性があり、事例のような健康被害を防ぐ補助手段となる。

※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。



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/>