

共有すべき事例

2011年8月 事例 1

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000018773)

事 例

【事例の内容】

作業中に他に調剤することが必要であったため、中断した。再開した時に確認を怠り、ビオスリー錠のところをブラダロン錠200mgが入っているのを見落とした。

【背景・要因】

鑑査作業中でも、別の調剤をしたり、鑑査業務をしなければならなかった。

【薬局が考えた改善策】

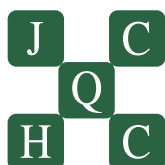
シフトを細かく改善することを提案する。

事 例 の ポ イ ン ト

- 調剤や鑑査において、一連の作業を中断することは危険であるため、途中で他の作業をすることは避けることが望ましい。そのためには、作業の流れ、作業手順、人員配置を見直すことが必要である。

※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。



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

2011年8月 事例 2

〔内服薬調剤〕 処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号：000000018781)

事 例

【事例の内容】

2年前にメリアクトMS小児用細粒10%が処方された患者だった。その際に患者は発疹が出たとのことだったが、メリアクトとの因果関係が不明と薬歴簿の表紙に記載されていた。今回、メリアクトMS小児用細粒10%が処方されたが、薬歴簿に書かれた副作用の情報欄を見逃し、投薬した。記載内容に気づいた後、処方医に連絡したところ、メリアクトMS小児用細粒10%は以前にも服用しており、発疹は出ていないとのことだった。今回も患者には発疹の症状はなかったが、患者情報のチェックミスだった。

【背景・要因】

未記載

【薬局が考えた改善策】

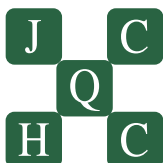
未記載

事例のポイント

- 薬歴の記載と管理が適切に行われていたにもかかわらず、その情報が活かされなかった事例である。
- 過去の記載のうち、特に重要な項目については、薬歴の表紙に記載する、あるいは一目でわかるように印をつけるなどの工夫が必要である。

※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。



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

2011年8月 事例3

〔交付〕 患者間違いに関する事例

(事例番号：000000018807)

事 例

【事例の内容】

投薬時に患者Aの名前を呼んだ際、来た人が違う患者Bだったが、そのまま薬を渡した。その後、名前を呼んだはずの患者Aが椅子に座って薬を待っているのを発見した。薬を渡した患者Bの投薬がまだだったので、患者Bに連絡し、すぐに薬を届けて薬を回収し、患者Aに届けた。

【背景・要因】

ちょうど混雑した時間帯であり、忙しかった。きちんと名前を2回確認する必要があった。

【薬局が考えた改善策】

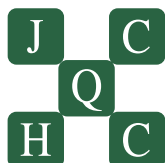
投薬時、名前を呼ぶ時と席に着いた時の2回、名前を確認する必要がある。

事 例 の ポ イ ン ト

- 患者の間違いは最も危険なインシデントの1つである。
- 患者の名前を呼ぶだけでは、異なる患者であっても、誤って返事をすることがあり、場合によっては、同姓同名の患者の場合も考えられる。
- そのため、投薬時は患者本人に名前を言ってもらい、あるいは薬袋の名前を患者とともに確認するなどを行い、患者の確認方法を徹底することが必要である。さらには、複数の視点で、患者確認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。



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

2011年8月 事例 4

〔内服薬調剤〕 数量間違いに関する事例

(事例番号：000000018877)

事 例

【事例の内容】

いつも同じ処方であつたのでそのつもりで調剤していたが、今回、「デパケンR錠200、2錠／分2」から「1錠／分1」に減量していたのを見落とした。入力した薬剤情報提供文書と異なっていたため、間違いに気付いた。

【背景・要因】

思い込みで処方せんを読んだので、減量に気付かなかった。

【薬局が考えた改善策】

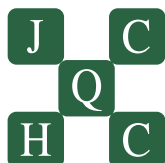
同じ処方が続いても、調剤前の処方せん鑑査を徹底する。

事 例 の ポ イ ン ト

- いつも同じ処方であつた患者の場合には、漫然と調剤をしがちであるため、仮に薬剤師が一人しかいない場合でも、声に出して薬を読み上げる、指さし呼称するなどの工夫が必要である。

※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。



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

2011年8月 事例5

〔疑義照会〕薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000018972)

事 例

【事例の内容】

患者はA医院で普段診察を受けていたが、心筋梗塞を発症しペースメーカー植込のため基幹病院Bに入院した。退院後に一度、A医院を受診し、退院時処方と同じ内容の処方箋を薬局に持参された。その後、3カ月ほど基幹病院Bで診察を受けたのち、A医院に転院した。基幹病院Bで受診中に「アーチスト錠 1.25mg、2錠/分2朝食後」から「アーチスト錠 10mg、0.5錠/分1朝食後」に処方内容が変更になっていたのをお薬手帳で確認したが、A医院の処方箋はアーチスト錠 1.25mgのままだった。患者は薬の変更について何も聞いていないとのことだったため、医師に疑義照会し、「アーチスト錠 10mg、0.5錠/分1朝食後」に変更となった。

【背景・要因】

転院に伴い、医師同士の紹介状など、何らかの文書のやりとりはあったと思われるが、薬局では確認が不可能である。

【薬局が考えた改善策】

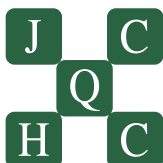
転院、薬の大幅な変更に関してはお薬手帳などの確認を徹底して行う。お薬手帳を利用されていない患者には本人、家族などに薬のmg数、形状、実際の薬剤と見比べてもらうなどの確認を徹底する。

事 例 の ポ イ ン ト

- 患者が入退院することにより、薬の情報の流れが途絶えてしまう危険がある。
- 入退院による薬歴の空白が生じないよう、お薬手帳を活用するなど、病院と診療所が連携することにより、入院中の薬の変更などの情報が確実に退院後の医療機関に伝わるよう、努める必要がある。

※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。



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

2011年8月 事例6

〔内服薬調剤〕 薬袋の記載間違いに関する事例

(事例番号：000000019427)

事 例

【事例の内容】

施設に入所している患者だった。薬はいつも施設職員が取り来ていた。「クレメジン細粒分包2g、6g／分3、毎食後2時間30分、28日分」が処方されていたが、薬袋の用法の記載が「1日1回、毎食後2時間30分、1回3包」で記載されていたことに気付かず、そのまま渡した。午後になり、施設の職員から電話があり、薬袋の記載間違いを指摘され、「昼に記載どおり3包飲ませてしまった。すぐに正しいものを持ってきて欲しい。」と連絡があった。処方医に連絡して事情を報告し、指示を仰いだ。「今日は、夜に服用する分を飛ばして、明日より毎食後2時間30分に戻して飲んでもらえばよい。今後は気をつけてください。」と指示された。正しい記載の薬袋を持って、施設を訪問した。謝罪し、正しい薬袋を渡し、処方医からの指示を伝えた。

【背景・要因】

未記載

【薬局が考えた改善策】

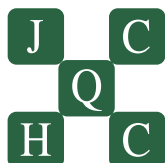
投薬前に記載をよく確認する。

事 例 の ポ イ ン ト

- 高齢化に伴い、施設に入所する患者も増加することが考えられる。そのようなことで、患者本人から様子を聞くことが出来ない場合は、出来る限り、施設の職員から情報を得ることが必要である。
- また、施設の職員が入所している患者の薬を管理することも考えられるため、患者名、用法、用量などが薬袋に正しく記載されているかを、施設の職員などと確認する必要がある。

※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。



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/>