

共有すべき事例

2012年10月 事例1

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000028263)

事例

【事例の内容】

一般名：セフジトレンピボキシルのところ、セフポドキシムプロキセチルのバナセファン錠100mgで調剤してしまった。

【背景・要因】

知識不足であった。
似た一般名なので思い込みをしてしまった。

【薬局が考えた改善策】

該当薬については、薬の入っているケースに一般名を貼りつけた。
その他の薬に関しては、取り急ぎ、「一般名処方時、調剤者が必ず、箱などで一般名も確認をする」というように決めました。

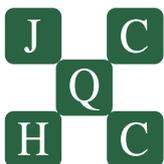
事例のポイント

- セフェム系の抗生物質の一般名には類似したものが多く、ミリ数も同じであることから、多くのヒヤリ・ハットが生じている。
- 知識不足や、注意鑑査の不足等で、引き起こす可能性が高い。
- 薬局で採用している医薬品だけでなく、抗生物質の一般名の勉強会などを薬局の安全研修などで実施し、薬剤師、入力補助の事務員等で再確認するなどの対策が必要である。

※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。

※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

2012年10月 事例2

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000028235)

事例

【事例の内容】

一般名処方による調剤時の類似名称医薬品の間違い。

【背景・要因】

同じ患者への衛生用品（ガーゼ等）の販売を先に行いそのまま服薬指導を行い、監査を怠った。

【薬局が考えた改善策】

服薬指導が終わってから衛生用品の販売を行う。

その他の情報

【処方された医薬品】

セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」

【間違えた医薬品】

セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」

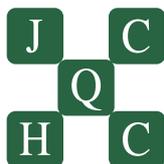
事例のポイント

- セフェム系の抗生物質の一般名には類似したものが多く、ミリ数も同じであることから、多くのヒヤリ・ハットが生じている。
- 知識不足や、注意鑑査の不足等で、引き起こす可能性が高い。
- 薬局で採用している医薬品だけでなく、抗生物質の一般名の勉強会などを薬局の安全研修などで実施し、薬剤師、入力補助の事務員等で再確認するなどの対策が必要である。

※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。

※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

2012年10月 事例3

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000027871)

事例

【事例の内容】

ロキシスロマイシン錠150mg「タナベ」を調剤するところを、ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」を調剤した。

【背景・要因】

薬品名の頭2文字の「ロキ・・」を見て、ロキソプロフェン錠と勘違いして調剤し、別の薬剤師が鑑査の際に気がついた。

【薬局が考えた改善策】

処方せんの、処方内容と薬品名をよく確認し調剤をする。

事例のポイント

- ロキシスロマイシン錠150mgを一般名とする先発製品はルリッド錠150であるが、後発製品の中には事例のように「ロキ」で始まるものがいくつか存在する。事例では後発製品であるロキシスロマイシン錠を調剤する際にロキソプロフェン錠を調剤しそうになったヒヤリ・ハット事例であるが、他の後発製品の販売名にもロキシマイン錠150mgなど「ロキ」で始まるものがあるので、同様にロキソプロフェン錠を調剤してしまう可能性がある。
- 一般名処方が増えてきたことによる、薬局内でのヒヤリ・ハット要因になりうる医薬品群を職員で共有することが重要である。

※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.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2012年10月 事例 4

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000027998)

事例

【事例の内容】

ミカムロ配合錠AP処方のところを誤ってミコンビ配合錠APで調剤。患者本人が帰宅したのちに気づき、取り換えに。

【背景・要因】

患者さんが多い時間帯で、監査がおろそかになってしまった。投薬時に帳票類の不備があり、また普段と違う日数だったことで錠数のほうに気を取られてしまった。

【薬局が考えた改善策】

監査に時間的余裕を持てるよう、また帳票類の不備も事前に対処できるよう気を付ける。また、名称が似ているため、今後は特に注意して監査する必要がある。

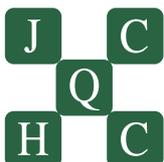
事例のポイント

- 引き続き報告の多い新規の配合剤のミ〇〇〇配合錠APでの間違いである。
- 薬局内での情報共有を行い、入力、調剤、監査には特段の注意が必要である。

※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。

※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

2012年10月 事例5

〔内服薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000028216)

事例

【事例の内容】

エルサメットS配合錠が処方されたが在庫がなく、在庫のあったエルサメット配合錠と勘違いをして調剤をした。

【背景・要因】

類似規格があることを知らなかったため。

【薬局が考えた改善策】

規格を注意喚起するプレートの作成。

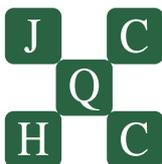
事例のポイント

- 配合錠という記載が増えたことにより、規格間違いの要因が増した事例のひとつである。
- 例えばPL顆粒⇒PL配合顆粒、エビプロスタット錠⇒エビプロスタット配合錠
エビプロスタットは途中から倍量製品を投入し、エビプロスタット配合錠SGとエビプロスタット配合錠DBとした。それに対応する後発品が今回のエルサメット配合錠とエルサメットS配合錠であり、知識がないと、名称変更か何かと思い込んでしまう可能性がある。
- 配合錠、配合散の表記は医薬品が単剤ではなく、配合されている成分で効力を発揮するという部分を明記する部分では良いが、類似名称医薬品の「3文字類似」をさらに類似させてしまう可能性がある。
- 色々な薬局からの報告が増えることで、様々な事例を共有する事ができるため、より一層薬局には事例報告をお願いしたい。

※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

2012年10月 事例6

〔疑義照会〕分量変更に関する事例

(事例番号：000000028028)

事例

【事例の内容】

ヒューマログミックス50注ミリオペンの処方で、指示で朝60昼20夕40と記載され2本処方されていた。

他の薬剤は28日分。

【背景・要因】

単位数が多く、この単位で2本処方だと4日分くらいしかなく、単位の間違いか、本数の間違いと思い疑義照会を行った。

結果、朝6昼2夕4の間違いと。

【薬局が考えた改善策】

パソコンへの入力時に確認を行う。

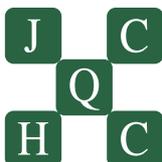
事例のポイント

- インスリン注射剤の単位数の疑義照会事例である。処方せん入力単位数と処方本数から疑義を持ち、照会した事例である。
- このような事例の場合、新患の場合などは本数が足りないのか、記載単位数が間違っているのか、分からないケースがある。
- 患者さんからの聞き取りで、おおよそが分かる場合もあるが、しっかり疑義照会してから調剤を行うべき事例である。

※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/>