薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2014年1月 事例 1

〔疑義照会〕その他に関する事例

（事例番号：000000035883）

事 例

【事例の内容】

患者はインフルエンザと診断を受ける。母親は医師に解熱剤はあると話し、解熱剤の処方はなし。投薬時、熱が高いとの話から解熱剤が処方されていない理由を伺う。薬剤名まで聞くと、アスピリンであることが判明。小児インフルエンザ罹患中はインフルエンザ脳症リスクからアスピリンは不適当であると判断。主治医に解熱剤の追加処方をお願いした。

【背景・要因】

医師が患者さんの手持ちの薬はアセトアミノフェンと思い込んでいたことに落とし穴があった。

【薬局が考えた改善策】

医師が患者さんの手持ちの薬剤名を確認することが必要だが、当局では小児のインフルエンザの患者さんには手持ちの解熱剤があるか確認し、あれば薬剤を聞き出し、それが非ステロイド性解熱鎮痛剤だった場合それは服用しないよう伝え、医師にアセトアミノフェンの処方を依頼することとする。

その他の情報

疑義照会の結果、追加された医薬品：カロナール細粒２０％

事例のポイント

- 薬剤師は患者の母親と会話を交わす中で、患者の病状と手持ちの解熱剤の情報を得て、その病状と解熱剤の妥当性を検討している。
- アスピリンの添付文書(重要な基本的注意)に記載されている「サリチル酸系製剤を１５歳未満の水痘，インフルエンザの患者に投与しないことを原則とする」に基づき、医師への確認と、より安全な薬剤の提案を行ない、薬剤師の職能が発揮された事例である。

※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.jcqhc.or.jp/

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2014年1月 事例２

〔内服薬管理〕充填間違いに関する事例

（事例番号：000000035717）

事 例

【事例の内容】

小分けで納品したロヒプノール錠２を箱に戻す際にロヒプノール錠１の箱へ戻してしまった。在庫確認を行った際に残数の違いに事務員が気付き、発覚した。

【背景・要因】

実習生が初めて扱った薬であり、複数規格があることを認識していなかったこと、規格の確認を怠ったことで間違えたと考えられる。向精神薬は毎日在庫確認を行っているため、すぐに気付くことができた。

【薬局が考えた改善策】

規格が複数あるものは近くに並べる。箱に戻す際にはダブルチェックを行う。

事例のポイント

- 薬局の実習生に関するヒヤリ・ハット事例である。
- 指導薬剤師は、実習生は医療上の無資格者であることを忘れずに見守り、指導と確認を行うことが重要である。
- 今回は、向精神薬の在庫確認中に薬の戻し間違いが発見されたが、実習生受け入れ施設では、実習の事前指導や事後確認の手順や方法を検討して、決めておくことが必要である。

※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。
※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.jcqhc.or.jp/

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2014年1月 事例３

〔内服薬管理〕充填間違いに関する事例

（事例番号：000000035741）

事 例

【事例の内容】

フェロミア錠５０ｍｇ４Ｔ調剤すべきところクリアナール錠２００ｍｇ４Ｔを調剤、鑑査時発覚。

【背景・要因】

繁忙だった時に調剤台に箱類が煩雑に置かれ、それを片付けたときに通常箱に入れて引き出しに戻すはずのクリアナール錠２００ｍｇをフェロミア錠５０ｍｇの棚に置いたと思われる。次回フェロミア錠５０ｍｇ処方時にちょうど４Ｔで切れている状態だったのでそのまま手に取り調剤された。

【薬局が考えた改善策】

調剤台を煩雑にし過ぎない状況で調剤に取り組むようにして、出ている薬を戻すときにはしっかり確認して行うこと。調剤時も棚に入っている薬を確認すること。

事例のポイント

- 薬の入った箱を本来とは異なる位置に置き、誤って置かれた別の薬であることに気が付かず、調剤をしてしまった事例である。
- ひとつのテーブルには１種類の薬剤だけしか置かないことを原則とし、５Ｓ(整理・整頓・清潔・清掃・躾)活動の考え方を導入するのもひとつの対策である。
- 通常では類似性が低い２種類の薬剤でも、調剤者が忙しい状況では、類似性の低い薬剤も確認がおろそかになり、紛らわしい薬剤に変わってしまう。そのため忙しい時こそ、指差し・声出し確認などの対策を取り入れると良い。

※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.jcqhc.or.jp/

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2014年1月 事例４

〔疑義照会〕分量変更に関する事例

（事例番号：000000035449）

事 例

【事例の内容】

耳鼻科の処方せんを母親が持参。以前聞いていた体重からの換算量と大幅に違うので、疑義照会したところ、体重に合う量に変更になった。

【背景・要因】

未記載

【薬局が考えた改善策】

未記載

その他の情報

【処方された医薬品】

ビオフェルミンＲ散
ムコダインＤＳ５０％
アスベリンドライシロップ２％

事例のポイント

- 小児の身長や体重は日々発達しているため、処方時や投薬時には確認が必要である。
- 医療記録に書かれている身長や体重は、測定日等を確認して読む必要がある。

※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。
※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.jcqhc.or.jp/

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2014年1月 事例５

〔内服薬調剤〕薬剤取違えに関する事例

（事例番号：000000035670）

事 例

【事例の内容】

一般名処方にてリン酸ジヒドロコデイン散１％が、訪問診療を受けている新規の患者様に処方され、当日中にお届けの依頼があり、在庫がなかったので、近隣の薬局からリン酸ジヒドロコデイン散１％「フソー」を分割販売してもらった。それを調剤して届けた翌日、在庫管理担当の薬剤師が小分けしてもらった薬剤の袋の残りを見て、袋に貼ってあった秤量鑑査システムのレシートの薬剤名が『リン酸コデイン散１％』となっていることに気付き、分割販売元に確認をしたところ、リン酸コデイン散１％「フソー」が入っていることが分かり、直ちに患者様に連絡を取り、服用前に交換した。

【背景・要因】

リン酸ジヒドロコデイン散１％で分割販売してもらっているので、「ジヒドロコデインです。」と受け取った調剤した薬剤師は、薬剤の小分けの袋に貼っていたレシートを十分確認していなかった。販売の伝票もリン酸ジヒドロコデイン散１％となっていた。

【薬局が考えた改善策】

白い粉だと見た目だけでは全く分からないので、今後、秤量鑑査レシートまで確認を怠らないこと、こちらから分割販売する場合は、鑑査システムがないので小分けの袋に秤量者が必ず量った薬品名を記載することを徹底すること、としました。

事例のポイント

- 分割販売をした薬局の薬剤師が誤った薬を販売し、それを購入した薬局の薬剤師が気付かずに調剤し、患者に交付した事例である。
- 薬局では、今回の分割販売例のように、通常とは異なる形態で薬剤を受け入れる場合の、確認事項と確認手順を決めておく必要があり、追跡調査が行える記録を残す必要がある。
- 分割販売をした薬局からも、このような事例は報告できると考えられる。

※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.jcqhc.or.jp/

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2014年1月 事例6

〔内服薬調剤〕数量間違いに関する事例

（事例番号：000000035442）

事 例

【事例の内容】

ツムラ猪苓湯エキス顆粒を７日分お渡しするところ、１４日分お渡ししてしまったことに、薬歴を書きながら気づき取りに伺った。

【背景・要因】

確認を怠った。

【薬局が考えた改善策】

未記載

事例のポイント

- 薬剤師が、薬歴を書いている時に、自らが投与日数を誤った調剤を行ったことに気付いた事例である。
- 薬剤師の薬歴作成に限らず、医療者が自ら行った医療行為や考察した事を振り返って記録に残すことは、自らの医療行為や考察の見直しと確認に繋がり、大切なことである。

※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.jcqhc.or.jp/