

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2015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:000000045245)

事 例

【事例の内容】

バルサルタン錠40mg「科研」が処方されていたが、先発医薬品であるディオバン錠40mgを調剤した。鑑査時には取違えに気付かなかったが、交付時に気づき、正しい医薬品と交換した。

【背景・要因】

処方せんには、ナウゼリン錠も処方されていた。ナウゼリン錠の棚の下にはディオバン錠40mgが配置されていた。ディオバン錠とバルサルタン錠は同成分のため、目に入ったディオバン錠40mgをピックアップした。

【薬局が考えた改善策】

調剤時は処方せんを手元に置かずピックアップしているので、鑑査時には処方せんに記載されている医薬品名とその実物を確認し鑑査することにした。

事例のポイント

- 思い込みによるピックアップ間違いの事例である。
- 処方せんを常に確認しながらピックアップを行い、さらに声出し、調剤棚の指差し確認等を行うことは、取違え防止に有効である。
- また、鑑査時には処方せんと調剤した医薬品とを照合することは必須である。

※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/>

共有すべき事例

2015年12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:000000045270)

事 例

【事例の内容】

患者が医薬品の交付後に再度来局し、「正月休みがあるので1週間多めに薬を頼んだが、いつもと同じ28日分しか出ていなかった。」と話があった。処方せんの記載は28日分であることを患者に確認してもらったうえで医療機関に問い合わせた。28日分から35日分に変更となった。

【背景・要因】

処方医はカルテに処方日数を記載していなかった。事務職員は確認しないままいつも通り28日分で入力し、処方せんを発行した。薬局では交付時に変更がないことを患者に説明したが、その際に患者は日数延長の話をしなかったため、そのまま交付した。

【薬局が考えた改善策】

カルテの記載に不明な点がある場合は、処方医に確認するよう医療機関に依頼した。

事例のポイント

- 正月休み以外にゴールデンウィーク、お盆休み、シルバーウィークといった長期休暇にかかるときは、次回受診日まで処方薬が不足しないように処方日数を確認することは重要である。

※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、読みやすくな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

2015年12月 事例3

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号:000000045422)

事 例

【事例の内容】

カルベジロール錠10「タツミ」を分包するところ、カルベジロール錠2.5mg「サワイ」を分包調剤し、交付した。後日、薬局内の在庫確認の際にこの2剤の在庫数が合わなかったため、該当する患者に電話で確認したところ、調剤間違いがわかった。すぐに患者宅へ出向き、正しい医薬品と交換した。患者に体調変化がないことを確認したうえで、処方医に調剤間違いの経緯と患者の体調について報告した。

【背景・要因】

両医薬品ともPTPシートから取り出して分包する必要があるが、調剤時に間違った医薬品のPTPシートを取り、そのまま分包した。鑑査時には、使用したPTPシートの空包装を確認しなかった。

【薬局が考えた改善策】

調剤時には、分包機のパネルに表示されている医薬品名とピックアップした医薬品の照らし合わせを慎重に行うと共に、各過程（フリーカセットを入れる時や補充時等）のルールを短縮せずに行う。鑑査時には、レセプト入力内容、処方せん、分包された医薬品、PTPシートの空包装を確認する。特に処方せんと分包された医薬品との照合には時間がかかるが、確実にを行うため、指差し確認の実施を継続していく。

事例のポイント

- PTPシートの取違えに気付かないまま分包調剤した事例である。
- 改善策にある通り、確認手順を省略することなく調剤すること、鑑査時にもPTPシートの空包装の確認や指差し確認等、手順を確実に履行することが調剤業務の質を向上させる。

※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/>

共有すべき事例

2015年12月 事例 4

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000045561)

事 例

【事例の内容】

処方せんにハルシオン0.25mg錠1錠分1就寝前28日分と記載があった。患者は後発医薬品への変更を希望していたためトリアゾラム錠0.25mg「テバ」を調剤するところ、ハルシオン0.25mg錠で調剤した。鑑査時にも気付かず、患者に交付した。その日のうちに患者家族がいつもの薬と違うことに気づき、薬局に連絡し、今回の間違いがわかった。

【背景・要因】

忙しい時間帯で焦りがあり、注意力が散漫であったことから、調剤者、鑑査者ともに患者が後発医薬品への変更を希望しているかどうかの確認を怠った。

【薬局が考えた改善策】

調剤者は、後発医薬品への変更の希望の有無を確認してから調剤する。鑑査者も同様に、確認した後に鑑査をする。

その他の情報

【事例の発生時間帯】 10:00～11:59

事例のポイント

- 調剤業務に取り掛かる前に、後発医薬品への変更の希望の有無を確認するという手順を徹底することが大切である。
- 併せて鑑査時の鑑査項目の一つとして手順化することが大切である。

※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/>