

【3】「薬剤の取り違い」(医療安全情報No.4)について

(1) 発生状況

医療安全情報No.4(平成19年3月提供)では、薬剤の名称が類似していることによる「薬剤の取り違い」を取り上げた(医療安全情報掲載件数7件 集計期間:平成16年10月~平成18年12月)。薬剤の名称が類似していることによる薬剤の取り違いの事例は、平成17年に3件、平成18年に4件、平成19年に4件、平成20年に3件、平成21年では3件報告された。また、本報告書分析対象期間(平成22年1月~3月)に報告された事例は1件であった(図表Ⅲ-3-4)。


図表Ⅲ-3-4 「薬剤の取り違い」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	1	1	0	1	3
平成18年	1	2	1	0	4
平成19年	2	1	0	1	4
平成20年	0	0	0	3	3
平成21年	2	1	0	0	3
平成22年	1	—	—	—	1

図表Ⅲ-3-5 医療安全情報No.4「薬剤の取り違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.4 2007年3月

財団法人 日本医療機能評価機構



No.4 2007年3月


「薬剤の取り違い」

薬剤の名称が類似していることにより、取り違いの事例が7件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2006年12月31日、第3回報告書「共有すべき医療事故情報」の一部に掲載)。

投与すべき薬剤	取り違った薬剤
アルマール錠	アマリール錠
アレロック錠	アレリックス錠
セフメタゾン静注用	注用セフマゾン
タキソール注射液	タキソール注
タキソテル注	タキソール注射液
ファンガード点滴用	ファンギゾン
ラクテックD注	ラクテック注

**薬剤の名称が類似していることによる
取り違いが報告されています。**

◆その他にも、当事業の第7回報告書p64-65では、ヒヤリ・ハット事例の中から名称の類似が原因と考えられる主な薬剤を取り上げています。



No.4 2007年3月

「薬剤の取り違い」


事例1

当該診療科では化学療法処方原し、パソコン内に定型化した独自の伝票を使用していた。「タキソール200mg+パラプラチン400mg」を投与する予定であったが、誤って「タキソテル+パラプラチン」の伝票を出力したことに気が付かず、投与量を記入したため、指示が「タキソール200mg+パラプラチン400mg」となり、患者に実施した。

事例2

抗生剤「セフメタゾン」が処方された。薬剤師は「セフマゾン」を調剤し、監査の薬剤師も気が付かずに「セフマゾン」が病棟に払い出された。病棟看護師は、注射指示簿と払い出された薬剤を確認したが「セフマゾン」を「セフメタゾン」と思い込み患者に実施した。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一部として専門家の意見に基づき医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の最終等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
<http://jqic.or.jp/html/accident.htm#med-safe>
 ※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、医療従事者の裁量で参照したり、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 医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
<http://jqic.or.jp/html/index.htm>

(2) 事例概要

本報告書対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例 1

患者は救急外来を受診し、整形外科医師が点滴指示を電子カルテで入力した。点滴指示は、生食 100 mL + メチコバル 1 A + ノイトロピン 1 A であった。救急外来に薬剤がないため、薬剤科に看護師が取りに行った。薬剤師は生食 100 mL とメチコバル、ノイトロジンを払い出した。看護師はそのまま受け取り、救急外来で混注をする時、注射指示はノイトロピンであるが、薬剤はノイトロジンと名前が違うため、整形外科医師に確認した。医師は、バイアルを確認しないまま「それでいいよ」と言ったため、看護師は後発品であると思い込み、混注した。医師が点滴を実施した。

薬剤師は 1 人で当直するのは初めてであり、薬剤を払い出す際、バーコードリーダーを使用せずに、目視で確認して看護師に渡し、看護師も薬剤師と薬剤確認をしないまま受け取った。

(3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① 薬剤師は、薬を払い出す際、必ずバーコードリーダーを使用する。
- ② 薬剤師と看護師間で薬剤のダブルチェックを行う。
- ③ 医師と看護師間で薬剤のダブルチェックを行う。
- ④ 看護師は薬剤名や作用副作用等知らない場合は必ず薬剤集等で調べてから実施する。
- ⑤ ノイトロジンとノイトロピンと似た名前の薬剤の取扱いを検討し、ノイトロピンを採用薬から除く。
- ⑥ ノイトロジン使用時は、アレルギー等でグランが使用できない患者に対して使用する。また、使用時は薬剤科に連絡をする。

(4) 医療安全情報No.4「薬剤の取り違い」後に報告された類似事例

平成19年3月に提供した医療安全情報提供後に報告された事例の「投与すべき薬剤」と「取り違えた薬剤」を次に示す。

投与すべき薬剤	取り違えた薬剤	件数
イトリゾール注	イソゾール注射用	1件
サクシゾン注射用	サクシン注射液	1件
スロービッドカプセル	スローケー錠	1件
チウラジール錠	チラーヂンS錠	2件
ニューロタン錠	ニューレプチル錠	1件
ノイトロピン注射液	ノイトロジン注	1件
ノルバスク錠	ノルバデックス錠	1件
ヒルトニン注射液	ヒルナミン筋注	1件
フェノバル散 10%	フェニトイン散 10%	2件

(5) まとめ

平成19年3月に医療安全情報No.4「薬剤の取り違い」を提供したが、その後も薬剤名の類似していることによる取り違いの類似事例の発生が続いている。

本報告書分析対象期間に報告された事例は、処方から薬剤投与までの段階において、医師、薬剤師、看護師がそれぞれの関わりの中で、お互いのチェック機能が活用されなかった事例である。当該医療機関の取り組みでは、各職種同士のチェック機能を強化させることが含まれている。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。