

共有すべき事例

2009年9月 事例1

〔内服薬調剤〕 処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号：000000000569)

事 例

【事例の内容】

緑内障の既往歴がある患者に以前、処方変更をされた経緯があるのに、スタッフ間の情報共有が周知徹底していなかった。

【背景・要因】

薬歴に「緑内障」と付箋をしていたのにも関わらず、見過ごしていた。処方変更の経緯をきちんと記録しておらず、薬剤師間の周知ができていなかった。

【薬局が考えた改善策】

薬歴記入。注意喚起。

その他の情報

【関連医薬品】

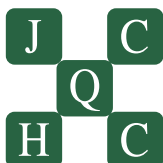
マイスリー錠10mg

事例のポイント

- 緑内障や前立腺肥大症に対して「禁忌」となっている医薬品は多くある。特に緑内障については疾患のタイプまでは知らない患者も多く、薬局での聞き取りにより管理することが大切である。場合によっては医師に状態を確認する等の対応も必要になる。併用薬を確認する際には「内服薬」だけでなく、「使用しているすべての医薬品」や「健康食品」についても聞き取ることが大事である。

※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。



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

2009年9月 事例2

〔内服薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：0000000000645)

事 例

【事例の内容】

既に投薬した患者が来店し、「いつもの薬と違うかどうか？」と質問した。

【背景・要因】

2次元バーコードの対象品であったため、読み取ると処方通りに入力できるが、配合錠と錠剤の変更をした覚えがない。手入力によるチェックをする時もマーカーをつけるようにしていたが、それらもスルーしていた。服薬指導も患者が来られたのは、3日後であった。来られた時に湿布薬が患者希望の品と違うものであったことから、医師に連絡する必要がある、そちらに気を取られていた。

【薬局が考えた改善策】

入力時に手入力したところ、バーコードで読み取って少しでも手を加えたところには、注意喚起のマーカーを入れることを徹底する。入力鑑査時にも、規格違いを注意喚起できるように青ボールペンで規格に丸をつける。前回の来店時と違っているときは、入力者は、新規"S" 同"D"と、印をつける。コメントも入力する。

その他の情報

【処方された医薬品】

エビプロスタット配合錠DB

【間違えた医薬品】

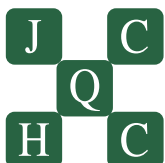
エビプロスタット錠

事例のポイント

- エビプロスタットにおいては、2008年7月に『エビプロスタット配合錠DB』が発売され、その後、今まで販売されていた『エビプロスタット錠』が『エビプロスタット配合錠SG』と名称変更になった。最近では、医療安全のための名称変更が多くあるが、その情報を知らないことで逆に調剤過誤に至る可能性がある。常に最新の情報を入手し、薬局内で情報を共有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。



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

2009年9月 事例3

〔内服薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000000646)

事 例

【事例の内容】

ワーファリン1mg 0.5錠からワーファリン0.5mg 1.5錠へ処方変更があったが、ワーファリン1mg 1.5錠で調剤した。

【背景・要因】

患者さんとの会話で、ワーファリンが増えたことの確認が不十分だったための思い込み。

【薬局が考えた改善策】

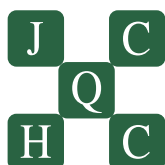
ワーファリンの引き出しに、再確認を促す表示。

事 例 の ポ イ ン ト

- ワーファリンは服用量の誤りにより死亡に至ることもあり、特に注意が必要な医薬品の一つである。また、投与量の変更が多く、それに伴う規格や剤形の変更が行われやすい医薬品でもある。ワーファリンの一般名であるワルファリンカリウムは「0.5mg錠」、「1mg錠」、「2mg錠」、「5mg錠」、「細粒0.2%」と多くの規格があり、医療機関によって採用する規格も異なるので、処方箋をよく読んで調剤することが大事である。取り間違いについては棚の配置や張り紙などを行うことで取違えを防止することが可能である。在庫チェックを頻繁に行うなど、間違いが起きた場合に早期に発見する対応も必要である。

※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。



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

2009年9月 事例4

〔疑義照会〕薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000000689)

事 例

【事例の内容】

本人が来局した。処方箋はアスパラC Aで記載してあった。(初処方)投薬時、追加となる薬についてどのように聞いているか患者確認したところ「カルシウム剤が追加になるとは聞いていない」とのことで疑義照会をした。疑義照会にてアスパラC Aでなく、アスパラカリウムであったことが判明した。

【背景・要因】

患者は以前よりスローケーを服用していた。今回は本来、アスパラカリウムの追加処方であった。アスパラC Aの鑑査時にアスパラカリウムかもしれないと気づき、患者確認すべきであった。以前の薬歴からはアスパラC Aが追加になる様子はなかったが、新たな病態から処方追加になったのだと安易に考えてしまった。

【薬局が考えた改善策】

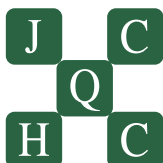
今回の事例に限らず、薬の変更時には鑑査時など不明に思った時点で患者確認し、受けている説明と処方内容の一致を確認する。一致しない場合には疑義照会を行う。

事 例 の ポ イ ン ト

- 医薬品名類似や薬効類似により、医師が処方する際に医薬品名を勘違いすることがある。処方箋からだけでは読み取れないことも、患者から話を聞くことで、処方意図を読み取れる場合がある。患者との話や薬歴情報等から生じた疑問を疑義照会することで、患者の健康被害を未然に防ぐことが出来る。

※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。



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/>