

共有すべき事例

2012年12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：000000028970)

事例

【事例の内容】

一般名記載の処方せんでテオフィリン徐放錠200mgの記載だったため、薬剤師はテオドール錠200mgを調剤し、事務員はユニフィルA錠200mgを入力した。そのため、薬剤情報提供書はユニフィルA錠200mgのまま、患者の手元に行ってしまい、患者より連絡があり、過誤が発覚した。

【背景・要因】

一般名処方せんの場合、つい成分に問題がないかを確認し、それで大丈夫だと安心してしまうことがある。今回も、処方せんの一般名と調剤されたものに矛盾がなかったため、見落としてしまった例である。

【薬局が考えた改善策】

一般名で初めての処方の場合、必ず何を調剤するのか、事務に伝え、かつ、薬剤情報提供書との照らし合わせを行う。

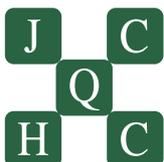
事例のポイント

- 一般名処方において当該成分の医薬品が複数製品として存在する場合、入力時と調剤時に十分注意が必要である。
- 処方せんに記載する一般名処方の標準的な記載の「一般名処方マスタ」では、【般】テオフィリン徐放錠200mgには（12～24時間持続）と（24時間持続）の2種類があり、徐放製剤では、その持続時間の確認も重要である。
- 当該医薬品を調剤する際は、あらかじめ選択のルールや複数人で確認するルールを作っておくことは有効である。
- 最終監査時及び服薬指導時に薬剤情報提供書・お薬手帳の内容を確認することが必要である。

※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/>

共有すべき事例

2012年12月 事例 2

〔内服薬調剤〕 その他に関する事例

(事例番号：000000028993)

事 例

【事例の内容】

前日の夕方、アドヒアランス不良の患者から一包化調剤済の医薬品が大量に返却になり、再度分包をやり直していた。この際、分包紙に、分包不可の医薬品および漢方薬をホチキス止めしていたため、すべてをはずして分包しなおした。この時、きちんとホチキスの針を回収したつもりであったが、分包機内に1つ入ってしまったことに気がつかなかった。翌日、最初の調剤時にこのホチキス針が混入したが、鑑査した薬剤師が急いでいたためスルーしてしまった。患者から指摘を受け、すぐに謝罪、交換にあがった。事情は説明し、今後のクレームには至らないと考える。

【背景・要因】

分包機周辺で再分包するための分解作業を行ったこと。鑑査をあわてたこと。

【薬局が考えた改善策】

分包機の清掃の徹底。業務開始前に乳糖などを分包し、夜間に混入した異物が医薬品に混入しないよう配慮した。また、鑑査の徹底を再度認識した。

その他の情報

【関連医薬品】

ムコダインDS50%

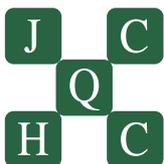
事例のポイント

- 分包などの調整にホチキスなどは使用しないか、あるいは使用する場合は特に注意する必要がある。
- 薬局で分包する際は異物混入がないか分包後の確認が重要である。

※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12月 事例3

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000029045)

事例

【事例の内容】

お薬手帳で緑内障治療中であることを確認。
緑内障治療中のため問い合わせをし、クロフェドリンS配合錠からアストマリ錠15mgに変更になった。

【背景・要因】

患者が緑内障であることを医師に報告していない。お薬手帳も提示していなかった。

【薬局が考えた改善策】

受診時にはお薬手帳を必ず示すようにして、緑内障であることを医師に伝えるように指導した。

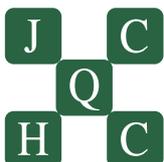
事例のポイント

- お薬手帳には薬局からの投薬記録だけでなく、その時の治療内容等の記載もあると、不都合な投薬を未然に防ぐことができる。
- お薬手帳の情報は薬局の薬剤師だけでなく、処方医にも有用であることを患者に説明し、お薬手帳は薬局・医療機関共に提出して情報共有を図ることを患者に促すことが重要である。

※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.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2012年12月 事例 4

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000029185)

事例

【事例の内容】

タブロス点眼液0.0015% 15mL 1日4回右眼 への処方だった。
しかし、タブロスが通常1日1回の点眼液であること、および患者に緑内障の既往が無いことが疑問だった。そのことを考慮し、薬歴を確認したところ、前はプロラノン点眼液0.1%が15mL 1日4回右眼で処方になっていたのも、もしかすると処方せん記載の際の、病院での入力の際の誤りではないかと判断し、疑義照会した。その結果、やはり病院での処方せん記載の誤り（コンピューターの入力ミス）であり、正しい処方方はプロラノン点眼液0.1%処方間違いであったことが発覚したので、処方方はタブロス点眼液0.0015%削除、プロラノン点眼液0.1%へと変更になった。

【背景・要因】

未記載

【薬局が考えた改善策】

未記載

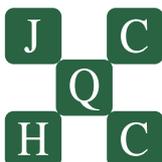
事例のポイント

- 点眼薬は成分量、用途や回数が症状によって多様である。これまで経過を記録してある薬歴と患者からのヒアリングによって、処方せんの内容の妥当性を判断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12月 事例5

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000029265)

事例

【事例の内容】

ワーファリン錠1mg 0.5錠を投与すべきところ、プレドニゾロン錠「タケダ」5mg 0.5錠を投与してしまった。
それぞれ、半錠の予製が用意しており、14包ずつを一束にしてあるが1束だけ混入していたことに気が付かず投与した。
患者様本人が、いつも服用してるものより錠剤が小さいという事に気が付き分包紙を見たら違う名前が書いてあったのですぐに中止して、手持ちに残ってた正しい薬を服用するようにし、次回の受診時にその薬を持参してDrに相談した。
持参薬を検証の結果、2日分を服用してたことが判明した。

【背景・要因】

ワーファリン錠1mgの半錠予製とプレドニゾロン錠「タケダ」5mgの半錠予製が、同じ引き出しに保管してあった。
区別するための仕切りは設けてあり、それぞれ分包紙に薬品名は印字してあるが、誤って隣へ落ちたか、計数調剤時に戻し間違えたと考えられ、混入してしまっていたことに鑑査時に気が付かなかった。

【薬局が考えた改善策】

ワーファリン錠1mg半錠予製を別の引き出しに配置換えをし、かつ、プレドニゾロン錠「タケダ」5mg半錠には青線を引いて、混在していても一見して分かるようにした。

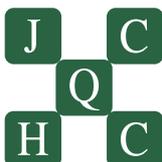
事例のポイント

- 錠剤を半錠にして予製すると、そのサイズや刻印が判別しにくくなることを認識することが必要である。
- 分包紙の印字内容の確認は、散剤分包時も含め確実にを行う。

※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/>