

## 共有すべき事例

2013年2月 事例 1

### 〔疑義照会〕 薬剤削除に関する事例

(事例番号：000000030118)

#### 事例

##### 【事例の内容】

R p 1. テラビック錠 250mg 1日分量6錠分 2×7日分朝夕食後服用 R p 2. レベトールカプセル 200mg 1日分量2カプセル分 2×7日分朝夕食後服用と処方せんに記載あり。前回（7日前）には R p 1. レベトールカプセル 200mg 1日分量2カプセル分 2×7日分朝夕食後服用の処方のみで、患者さんから「テラビック錠 250mg は服用開始から12週間飲んだので、今回で終了となった」との申し出あり。本日、テラビック錠 250mg が再開となっていた為、処方医師に疑義照会を行う。R p 1. テラビック錠 250mg 1日分量6錠分 2×7日分朝夕食後服用は中止となった。

##### 【背景・要因】

医師が処方オーダーの際に、過去の処方内容をそのまま引用して処方せんの発行を行い、印字された処方せんの内容を確認することが抜けてしまったことが要因の一つと考えられる。テラビック錠 250mg は、「適正使用に関する重要なお知らせ」や「医薬品・医療機器等安全性情報」でも何度か情報提供が行われている医薬品である為、その使用には注意を要する医薬品として、薬局内で掲示・情報の共有を行っていたので、今回の処方内容についても投薬を行わずに済んだ。

##### 【薬局が考えた改善策】

医師が処方をオーダーする際に、投薬期間が定められている医薬品については、処方開始日及び終了予定日などがポップアップするシステムの構築などにより、このような処方の誤りを未然に防ぐことが出来る。また、保険薬局においては、「投与期間が定められている医薬品をリストアップし、薬剤師間の情報の共有を行う」、「投与期間が定められている医薬品については、患者さんから投与開始日に関する情報を聞き出し、薬剤服用歴簿に開始日と終了予定日等を明記し、予定期間を越えて調剤を行う場合には、必ず処方医師に疑義照会を行う」等の対策を取ることが重要となる。

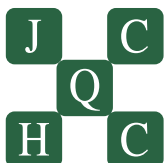
#### 事例のポイント

- テラビック錠 250mg については、「医薬品の適正使用に関するお知らせ」や「医薬品・医療機器等安全性情報」による注意喚起が複数回行われている。  
(参考：田辺三菱製薬株式会社「テラビック製品情報」<http://di.mt-pharma.co.jp/tlv/direction>  
厚生労働省「医薬品・医療機器等安全性情報」[http://www1.mhlw.go.jp/kinkyu/iyaku\\_j/iyaku\\_j/anzenseijyouhou.html](http://www1.mhlw.go.jp/kinkyu/iyaku_j/iyaku_j/anzenseijyouhou.html))
- 薬局においては情報の収集が行われ、誤服用を未然に防ぐことができた。今後も情報収集と周知に努めるとともに、処方医とも情報共有に努める必要がある。

※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.jcqh.or.jp/>

## 共有すべき事例

2013年2月 事例2

### 〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000030180)

#### 事例

##### 【事例の内容】

混雑時に、新患の方がツムラ二陳湯エキス顆粒（医療用）7.5g 60日分の処方せんを持って来局。薬剤師Aが二朮湯と判読し、レセプトコンピュータ入力の薬剤師Bに伝えた。処方せんをよく見ず、言われた通り入力し、監査不十分のまま薬剤師Aが投薬口へ。服薬指導時に薬剤師Aが間違いに気づいた。

##### 【背景・要因】

混雑した時間帯であった。レセプトコンピュータ入力した薬剤師Bは、処方せんを確認せず、薬剤師Aのほうがベテランであったため、Aの指示を信用しツムラ二朮湯エキス顆粒（医療用）と入力。監査がおろそかになった。

##### 【薬局が考えた改善策】

混雑時の監査の徹底。診療科を見て（今回の場合は胃腸内科）処方内容が診療科と合致しているかの確認。

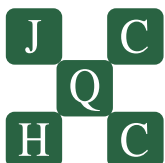
#### 事例のポイント

- 二陳湯（にちんとう）を二朮湯（にじゅつとう）と読み間違った事例である。
- 口頭指示されたものをレセプトコンピュータへ入力するのではなく、処方せんを確認しながら行うことが原則である。

※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

2013年2月 事例3

### 〔内服薬調剤〕 処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号：000000030432)

#### 事例

##### 【事例の内容】

セレスタミン配合錠14日分調剤すべきところを、手書き処方せんの医師のクセ字に惑わされ、調剤した薬剤師、鑑査、投薬した薬剤師ともに7日分と判読した。一方、事務員は14日と判読してレセプトコンピュータには14日分を入力していたが、7日に訂正してもらって投薬した。その後調剤録の付け合せ時にやはり14日分ではないかと事務員より言われ、改めて14日分であることを判読し確認した。

##### 【背景・要因】

薬剤数が1種1行で13種あり、手書き処方せんのため処方欄には書ききれず、はみ出して書いてあった分で見づかった。近所ではあるが毎日来ない程度の医院からの処方せんのため、クセ字に慣れているというほどではなかったため、「14TD」を「1×7D」と読み間違えてしまった。(4と×、Tと7が似ているクセ字)

##### 【薬局が考えた改善策】

3人中2人が誤判読してしまうような紛らわしい書き方であることを念頭に置いて、何度も見直す。

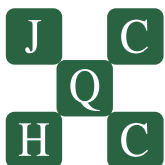
#### 事例のポイント

- 手書き処方せんで、判読し難い文字の場合には、たとえ繁忙時であっても疑義照会が必要である。
- また、見慣れた文字であっても推測によって判断せず確認することが必要である。(処方医においても読みにくい処方せんの記載が医療事故につながることを理解する必要がある。)

※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.jcqh.or.jp/>