

共有すべき事例

2013年11月 事例 1

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000034314)

事 例

【事例の内容】

喘息の患者様で、今までプレドニン錠5mg、ユニフィルA錠200mg、ムコソルバンシカプセル45mgを7日分処方されていた。その後テグレート錠200mgが処方され、病歴に神経痛、てんかん等もなく喘息患者様なので、テオドール錠200mgの入力間違いと思われたため、疑義照会したところ、テオドール錠200mgへ処方変更となる。

【背景・要因】

記載なし

【薬局が考えた改善策】

記載なし

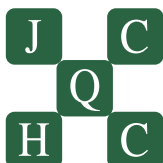
事 例 の ポ イ ン ト

- 処方医の処方薬についての名称間違いを、病歴などの患者背景を確認することにより誤りに気が付き疑義照会に繋がった良い事例である。

※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11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：000000034344)

事 例

【事例の内容】

ガスコン錠 80mg の処方で、忙しくて規格の確認を怠りガスコン錠 40mg を調剤した。鑑査時に別の薬剤師より指摘を受け修正した。

【背景・要因】

ガスコン錠 40mg は採用薬であるが、ガスコン錠 80mg は在庫のない薬剤であったため、40mg 錠と思い込んだことが要因。

【薬局が考えた改善策】

記載なし

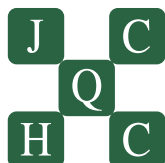
事例のポイント

- 処方薬の規格を、採用薬の慣れた規格と思い込んでしまった事例である。
- 薬局は複数の医療機関からの処方せんに対応しなければならないが、際限なく多くの規格を常備しておくことも出来ないジレンマもある。思い込みによる規格間違いを防ぐためには、常に他規格の存在を意識し、注意しながら調剤する必要がある。

※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.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2013年11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：000000034361)

事 例

【事例の内容】

広域病院からの転院の患者様。従来メトグルコ錠250mg 6錠/日で服用されていたが、転院先で同一成分のグリコラン錠250mg 6錠/日で処方。後日基金のほうから通達があり査定される。

【背景・要因】

メトグルコ錠250mgとグリコラン錠250mgは同じメトホルミン製剤であるが、メトグルコ錠250mgのみ2250mg/日の投与が可能であり他は750mg/日までと決まっている。そのことを知らずに同一成分であることからそのまま処方したのが原因。

【薬局が考えた改善策】

同一成分薬でも用量・用法・効能が違うものがあり、添付文書等で認識する。

その他の情報

【メトグルコ錠250mg】

初期投与量：1日500mg、2～3回分服(食直前又は食後)

維持量：1日750～1500mg

最高投与量：1日2250mg

【グリコラン錠250mg】

初期投与量：1日500mg、2～3回分服、食後

最高投与量：1日750mg

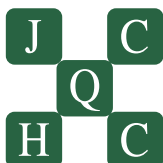
事例のポイント

- 同一成分であるために、用量も同じと思い込んでしまった事例である。
- 同一成分の場合こそ、用量を逐一確認することを怠ってはならない。

※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11月 事例 4

〔疑義照会〕 薬剤削除に関する事例

(事例番号：000000034405)

事 例

【事例の内容】

当該患者に【般】ロキソプロフェンNa錠60mg（他3剤）が処方された。レセコンに入力時にロキソプロフェンNa錠60mgにチェックがかかり、さらに薬歴の患者情報を見ると「ロキソニン錠60mgで悪心」の記録があったため、疑義照会し、【般】ロキソプロフェンNa錠60mgが削除となった。

【背景・要因】

レセコンの患者の体質に、副作用のあった薬についてチェックがかかるように設定しておいたため、入力をした事務員でも気付けた。また、その理由についてもきちんと薬歴に記載があったため、あいまいな疑義照会とならずに済んだ。

【薬局が考えた改善策】

記載なし

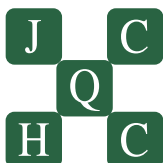
事例のポイント

- レセコンによるチェックが役に立った事例である。
- 副作用歴などの重要な患者情報に関してはこのような複数のステップの複数の情報源によるダブルチェックが望ましい。

※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11月 事例 5

〔疑義照会〕分量変更に関する事例

(事例番号：000000034845)

事 例

【事例の内容】

転院時、処方量が以前の10倍量となっていた。以前の投与量を処方医に情報提供したところ分量変更となった。テグレート細粒50% 4g→0.4g、エクセグラン散20% 7.5g→0.75g。

【背景・要因】

紹介状はなく、患者本人が口頭で伝えた結果をそのまま処方していた。患者は受診時にお薬手帳を提示していなかった。

【薬局が考えた改善策】

受診時には、お薬手帳を必ず提示するよう指導した。

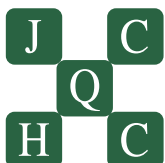
事 例 の ポ イ ン ト

- 薬局での薬歴の確認により薬剤量についての疑義照会がなされた良い事例である。
- 転院時には特に注意して投与量の確認を行う必要がある。

※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.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2013年11月 事例6

〔疑義照会〕薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000034849)

事 例

【事例の内容】

牛乳アレルギーがあることを初回質問時に確認してあった。エンテロノン - R 散が処方されていたので、医師に疑義照会し、牛乳アレルギーがあることを伝え、レベニン散に変更してもらうよう提案し変更となった。

【背景・要因】

記載なし

【薬局が考えた改善策】

記載なし

その他の情報

【エンテロノン - R 散】

禁忌：牛乳に対してアレルギーのある患者(アナフィラキシー様症状を起こすことがある)

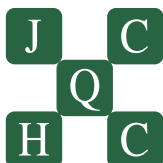
事例のポイント

- アレルギー物質については、本来は処方医が処方設計時に考慮すべきものであるが、製剤成分中に含まれる物質にまで気が付くことは少ない。
- 疑義照会によってアレルギー歴のある薬剤の投与を防ぐことができた良い事例である。

※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11月 事例7

〔交付〕 患者間違いに関する事例

(事例番号：000000034852)

事 例

【事例の内容】

患者氏名をお呼びしたところ、「こっち、こっち」と手招きされ、話す内容も「足が痛いんです」等違和感がなかったため、ロキソニンテープ50mgをお渡しした。別の患者様から「まだですか？」と訴えがあり、別の患者様へ誤投薬したことが発覚。誤投薬の相手を推定し、自宅に電話をし、誤投薬相手が判明。すぐに自宅に伺い、ロキソニンテープ50mgを回収した。

【背景・要因】

服薬指導を始める際に、再度氏名の確認をすべきであった。ご自宅へ伺った際に薬の管理を確認して、認知症を発症している様子がうかがえた。処方せんが集中しており、早くお渡しして薬局に戻らなければとの思いが強かった。

【薬局が考えた改善策】

服薬指導の前に再度氏名の確認を行う。

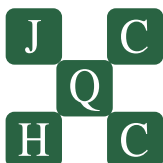
事例のポイント

- 顧客である患者の認知状態によっては対応の仕方が難しくなる。
- 氏名の確認の他に、番号札の確認など様々な同定手段を組み合わせるなどにより、患者間違いを最大限に防止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.jcqhc.or.jp/>