

共有すべき事例

2018年 No.1 事例 1

〔調剤〕 規格・剤形間違いの事例

(事例番号：000000055347)

事例

【事例の内容】

【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg（10×14cm温感）と記載された処方箋を受け付けた。温感のロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」を調剤するところ、【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg（10×14cm非温）と読み違い、ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」を調剤した。

【背景・要因】

処方箋の見間違い。

【薬局が考えた改善策】

思い込みをなくし、確認は二度以上行うことを徹底する。

事例のポイント

- 一般名処方の増加とともに、一般名の類似性による誤調剤が数多く報告されている。
- 特に外用剤には、基剤が違う同成分の薬剤があり、正しい薬剤を調剤するには、一般名の末尾までしっかりと読み取る必要がある。
- 患者に薬剤を見せることで、薬剤の取り違いなどの発見につながるが多いため、交付時に患者と共に確認を行うことが望ましい。
- 貼付剤の一般名には、語尾に「温感」または「非温」と記載されているものがあり、その取り違いの事例が多く報告されている。薬剤の取り違いを防ぐためには、例えば、患者に「温かいタイプ」であることを伝え、確認することも有効な手段である。

※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す目的で作成された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、「事例検索」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 東京都千代田区神田三崎町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

2018年 No.1 事例2

〔調剤〕 規格・剤形間違いの事例

(事例番号：000000055656)

事例

【事例の内容】

処方箋に【般】バルプロ酸Na徐放錠100mgと記載されていたが、【般】バルプロ酸Na錠100mgと入力し、バレリン錠100mgを調剤した。鑑査者、交付者ともに、間違いに気付かないまま患者に交付した。後日、入力間違い、および薬剤の取り違えがわかったため、処方医に報告した。

【背景・要因】

処方箋の確認がしっかりできていなかった。注意不足だった。

【薬局が考えた改善策】

入力した処方内容を確認する時は、規格や剤形についても処方箋と照らし合わせる。目で見ただけでなく、指差し確認、チェック入れなどを徹底する。

事例のポイント

- 一般名の中には、「徐放」「12時間持続」「24時間持続」など作用の持続時間が表記された薬剤がある。
- 剤形が複数ある薬剤の取り違えを防ぐには、薬剤の作用持続時間等の特徴を薬品棚に表示することで注意喚起することも重要な対策の一つである。
- 処方箋の入力作業は事務員が行うことが多いが、一般名から調剤すべき薬剤を特定することを含め、調剤設計は薬剤師の責務である。

※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す目的で作成された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、「事例検索」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 東京都千代田区神田三崎町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

2018年 No. 1 事例 3

〔調剤〕 数量間違いの事例

(事例番号：000000054901)

事例

【事例の内容】

アダラートCR錠10mg 2錠分1 28日分が処方されたが、1錠分1 28日分と入力し調剤した。交付日の翌日に事務員が入力間違いに気付き在庫を確認したところ、調剤も間違っていたことがわかった。患者に連絡を取り、不足分の薬剤と訂正した薬剤情報提供文書を渡した。患者は1回2錠で服用することを理解していたため、処方通りに正しく服用していた。

【背景・要因】

薬剤師が一人で慌てて調剤したため、処方箋の確認が不十分であった。今回の定期処方から2錠に変更されていたが、1錠と思い込んだ。既に、臨時薬としてアダラートCR錠10mg 1錠分1が追加処方され、患者は1回2錠の服用を開始していた。

【薬局が考えた改善策】

入力内容が間違っている可能性があることを考慮し、調剤する際は処方箋を確認する。

事例のポイント

- 患者の多くは、薬袋や薬剤情報提供文書を見て薬剤を服用する。
- 薬局で入力した内容が薬袋や薬剤情報提供文書、お薬手帳に反映される場合が多いため、間違えて入力すれば誤った服用につながる恐れがある。
- 入力した内容に基づいて発行される調剤指示書等により薬剤を調製する場合もあるが、調剤は処方箋を見て行うことが原則である。
- 鑑査の際は、入力内容の確認や、薬袋や薬剤情報提供文書、お薬手帳の確認も行うよう業務手順の整備が求められる。

※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す目的で作成された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、「事例検索」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 東京都千代田区神田三崎町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

2018年 No.1 事例4

〔調剤〕 薬剤取違えの事例

(事例番号：000000055232)

事例

【事例の内容】

セレスタミン配合錠 2錠分2朝夕食後21日分の処方箋を受け、薬剤を交付した。次の来局時に患者本人より、セレスタミン配合錠の中にハイチオール錠40が20錠混ざっていたと、申し出があった。患者はセレスタミン配合錠を飲みきった後、ハイチオール錠40を服用していた。

【背景・要因】

薬剤棚の隣同士に並んでいる薬剤であることから、他の調剤で薬剤を戻す際にハイチオール錠40をセレスタミン配合錠の棚に戻した可能性があった。交付直前の確認を怠った。同じ処方が長期間続いていたため、交付時は主に体調変化の確認を行った。

【薬局が考えた改善策】

調剤の際に薬剤を棚に戻す時は、確実に戻す。鑑査時は思い込みを排除し、錠数だけでなく薬剤名をしっかりと確認する。他の薬剤師が鑑査を行った場合でも、交付者は交付前に改めて確認する。

事例のポイント

- PTPシートが類似している薬剤が混入した場合は、間違いに気づきにくい。
- 調剤した薬剤を鑑査する際は、PTPシートを1枚ずつ確認する必要があり、鑑査しやすいように薬剤の束ね方についても薬局内で統一しておくことが望ましい。
- 一度取り出した薬剤を棚に戻す場合は、業務が落ち着いた時に複数の目で確認しながら行うことが充填間違いを防ぐ対策として有効である。

※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す目的で作成された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、読みやすくなるため文章の一部を修正することがあります。そのため、「事例検索」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 東京都千代田区神田三崎町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

2018年 No.1 事例5

〔疑義照会〕 薬剤削除の事例

(事例番号：000000055005)

事例

【事例の内容】

今回の定期処方から、アーガメイト20%ゼリー25g 1日2回 分2が追加され、ディオバン錠80mg 1錠がセララ錠25mg 1錠に変更となった。この患者は、以前から当薬局で薬剤服用歴の管理を行っていたが、腎機能が低下しているとの情報はなかった。セララ錠は、高カリウム血症の患者もしくは本剤投与開始時に血清カリウム値が 5.0mEq/L を超えている患者には禁忌である。今回アーガメイト20%ゼリー25gが追加されたことから高カリウム血症が疑われたため、処方医に疑義照会を行った。その結果、セララ錠25mgが中止になった。

【背景・要因】

患者家族に血液検査の結果を確認したところ、カリウムが 5.7mEq/L 、クレアチニンが 0.88mg/dL 、eGFRが $48.3\text{mL/min/1.73m}^2$ であった。

【薬局が考えた改善策】

未記載

事例のポイント

- 検査値が処方箋に記載される時代になってきたが、検査値から患者の状態を把握し処方の妥当性を判断することは、薬剤師の重要な任務の一つである。
- 検査値が不明な場合でも、処方箋やお薬手帳から患者が服用しているすべての薬剤を把握し、患者の状態を推測する。そのうえで、処方された薬剤が適切であるかどうかを判断し、有効で安全な薬物治療につなげることが薬剤師の重要な役割である。

※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す目的で作成された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、読みやすくなるため文章の一部を修正することがあります。そのため、「事例検索」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 東京都千代田区神田三崎町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/>