

## 共有すべき事例

2018年 No.8 事例 1

### 調剤に関する事例

#### 事例

##### 【事例の内容】

ワーファリン錠1mgの半錠を一包化調剤する際、当薬局では、あらかじめ半錠に分割してボトルに保管している予製剤を使用することになっていた。一包化調剤した薬剤を鑑査した際に、ワーファリン錠1mg半錠のところメチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」が混入していることに気付いたため、予製ボトルの中身を確認したところ、メチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」が混入していた。そこで、ワーファリン錠1mgの半錠を使用している患者を抽出し、該当する7名の患者に連絡を取り薬剤を確認したところ、4名の患者にメチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」の混入があること、1名の患者に混入の可能性があることがわかった。

##### 【背景・要因】

ワーファリン錠1mgの予製ボトルに、払い出されなかった薬剤を戻す際の確認が不十分であった可能性が考えられる。また、一包化調剤の鑑査が十分でなかったと考えられる。

##### 【薬局が考えた改善策】

薬剤を戻す作業に関しては、ルールを厳密に設定することで戻し間違いを確実に防ぐ。鑑査に関する社内ルールをもう一度確認し、共有する。また、鑑査の際の手順に漏れがないように徹底する。

#### 事例のポイント

- この事例は、錠剤を半錠に分割した予製剤の容器に他薬が混入したことにより、複数の患者に影響が及んだ事例である。バラ錠や半錠に分割した薬剤は、PTPシートの薬剤に比べ鑑別しにくいいため、取り扱いには細心の注意が必要である。
- 事例に報告された薬剤は、いずれもハイリスク薬であり、メチルジゴキシン錠0.1mgは劇薬でもある。ハイリスク薬の取り違えは、患者へ大きな影響を与える可能性があることから、予製剤の必要性を十分に考慮したうえで予製するか否かを判断する必要がある。
- ハイリスク薬を半錠に分割するような予製を行う必要がある場合は、充填時や薬剤を戻す時の間違いに起因する薬剤取り違えの危険性を十分に認識し、作業を行う際は複数人による確認を行うことが望ましい。

※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.8 事例2

### 調剤に関する事例

#### 事例

##### 【事例の内容】

当薬局にてランソプラゾールOD錠15mgを継続して調剤し交付している患者のお薬手帳に、他の薬局にてラフチジン錠5mg「トーワ」を調剤した記録が書かれていることに気付いた。患者は両剤を重複して7日間服用していた。ラフチジン錠5mg「トーワ」を調剤した薬局に問い合わせたところ、患者からお薬手帳の提示がなかったため併用薬の確認ができなかったことがわかった。次回も患者がその薬局に処方箋を持って訪れた際にお薬手帳を忘れる可能性があるため、当薬局で調剤している患者の服用薬を伝え、ラフチジン錠5mg「トーワ」が継続処方された場合は、処方医に疑義照会して中止してもらうように伝えた。

##### 【背景・要因】

服用している薬剤をよく把握していない高齢の患者やお薬手帳を忘れる患者、代理人が薬剤を取りに来る場合などに、このようなことが散見される。

##### 【薬局が考えた改善策】

患者に、他の病院や薬局へ行く際には必ずお薬手帳を持参するように指導する。

#### 事例のポイント

- 複数の医療機関を受診している患者は、それぞれの施設ごとに異なる薬局を利用している場合がある。
- 複数の医療機関や薬局をつなぐ役割を果たしているのが「お薬手帳」であり、そのことを患者に十分に理解してもらう必要がある。
- お薬手帳が有効に機能していない場合でも、この事例にあるような薬局間の連携により患者を守るという共通目標を達成することも可能となる。一つの取組みとして参考にしていきたい。

※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. 8 事例 3

### 調剤に関する事例

#### 事例

##### 【事例の内容】

患者にフォルテオ皮下注キット600 $\mu$ gが初めて処方された。手技について患者に説明しようとしたところ、「病院内で習ったから大丈夫」と言われたため、薬局では詳しい説明をしなかった。数日後、患者から「注射液が出ない」と電話があった。注射液を使い切ったようであったが、使い切るにはあまりに早いため、改めて手技の詳細を確認したところ、患者は、新たに開封した時にだけ行う空打ちを注射のたびに行っていた。病院の薬剤部に確認すると、「最初だけ行うように」と説明したとのことであった。

##### 【背景・要因】

病院内で説明があったとはいえ、初めてフォルテオ皮下注キット600 $\mu$ gが処方された患者に対し、薬局のフォローが不十分であった。患者が受けた説明内容を確認すべきだった。

##### 【薬局が考えた改善策】

必要最低限の事項だけでも確認を行う。こちらからの問いかけに患者が返事をするだけのやり取りではなく、患者に使い方と注意事項を説明してもらうような確認方法にする。

#### 事例のポイント

- 注射薬や吸入薬などの処方、患者が正しく使用できることが前提となる。
- 初めて処方された薬剤を交付する際、患者が器具の間違った使い方を覚えてしまうと、それ以降はその修正が困難になるため、初回の使用方法の指導が極めて重要である。
- 初回に限らず、患者が「分かっていますから」と言っても、長期に使用しているうちに自己流になっている場合もある。患者が正しく使用できているか、使用方法を時々再確認することも必要である。

※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. 8 事例 4

### 疑義照会に関する事例

#### 事例

##### 【事例の内容】

長期にわたってメチコバル錠500 $\mu$ gが患者に処方されていた。ビタミンB群製剤は長期にわたって漫然と使用すべきではないため、処方医に確認したところ薬剤が削除となった。

##### 【背景・要因】

長期にわたりビタミンB群製剤が処方されている場合は、定期的にその効果を確認する必要があるが、その確認を行っていない場合がある。

##### 【薬局が考えた改善策】

長期にわたりビタミンB群製剤が処方されている場合は、その効果の確認を行うよう再徹底する。

#### 事例のポイント

- 特に高齢者においては、その必要性が乏しくなってきたにもかかわらず、漫然と同一処方が繰り返されている例も見られる。
- 保険調剤を適正に行うためにも、本事例のような薬剤師からの積極的な処方提案が求められている。
- 今まで服用していた薬剤が削除となった場合は、薬剤削除により体調が変化していないかなど、その後の患者の経過について次回の来局時に確認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. 8 事例 5

### 疑義照会に関する事例

#### 事例

##### 【事例の内容】

血圧が高い（150/90mmHg）ため、イルベサルタン錠100mg「DSPB」が1錠分1朝食後から2錠分2朝夕食後に増量され、アゼルニジピン錠8mg「BMD」は2錠分2朝夕食後のまま継続された。一包化調剤して交付した際、患者が血圧計を購入した。その2日後、患者から、血圧を測ると自動再加圧となり、血圧も190～230mmHgと不安定であると相談を受けたため、血圧計の不具合として購入した血圧計を薬局で預かった。念のため、薬局スタッフがその血圧計で測定してみたところ全員が問題なく測定でき、薬局の血圧計と大きな差異もなかった。相談を受けた3日後、販売メーカーに自動再加圧の原因を問い合わせたところ、「不整脈や徐脈がある場合に自動再加圧となることがあり得る」と返答があった。患者に連絡し、血圧計の不具合ではなく、高血圧や不整脈の可能性があると説明した。患者は、薬剤を増量してから5日間服薬を継続していた。主治医にも連絡し、この状況について伝えたところ、すぐに受診するよう指示が出た。その後、ドキサソシン錠2mg「トーフ」1錠分1夕食後が処方追加となった。不整脈の可能性については、1ヶ月様子を見てから判断するとのことであった。

##### 【背景・要因】

イルベサルタン錠100mg「DSPB」が1錠から2錠に増量になったにも関わらず、2日後に測定された血圧が230mmHgまで上がったため、購入した血圧計の異常だと思い込んだ。しかし、販売メーカーに問い合わせた結果、血圧計の異常ではなく、患者の体調悪化の可能性があったことがわかった。イルベサルタン錠の増量による治療効果が得られていないと判断し処方医へ連絡した。

##### 【薬局が考えた改善策】

血圧計のトラブルに関する知識を習得する。薬剤が増量されたら効果が出るものだという思い込みをなくす。

#### 事例のポイント

- 販売した血圧計に関する患者の疑問をそのままにすることなく、血圧計を預かりスタッフでテストする、販売メーカーに問合せをする、主治医に連絡をするなど、患者本位の行動ができている点が称賛される。
- 薬剤に関する知識だけでなく、患者が使用する医療機器に関する知識についても習得する必要性が高まっている。

※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/>