

「共有すべき事例」の再発・類似事例に関するヒヤリ・ハット事例

ヒヤリ・ハット事例の「共有すべき事例の再発・類似事例」のうち、「複数規格について知識不足のため規格・剤形間違いを生じた事例」、「製剤量・原薬量に関する事例」、「お薬手帳から薬効の重複（同一医薬品を含む）が判明した事例」を取り上げています。（集計期間：2012年1月1日～2012年12月31日）

主な再発・類似事例（繰り返し報告されている事例）を以下に示します。

新人薬剤師にワーファリンの規格の知識がなく、誤った規格を調剤・交付した事例

（事例の内容）

1. 思い込みで、ワーファリン 0.5mg のところを 1 mg で取りそろえてしまった。
- ☒2. 鑑査で規格の確認をせずにお渡ししてしまった。
- ☒3. 2週間後、視野異常、両足の皮下出血を訴えクリニックへ来院。規格ミスが発覚

（背景・要因）

- ☒1. 1 mg が良く出る処方で上段の棚に入れてあり、0.5mg はあまり出ない為引き出しに入れたあった為、思い込みで取りそろえてしまった。
- ☒2. 鑑査した薬剤師は配属 7日目の新人薬剤師であり、ワーファリンに規格違いがある事を知らなかった。また、鑑査での注意事項をきちんと教育されていなかった。

（改善策）

- ☒1. 0.5mg と 1 mg を同じ引き出しに並べて入れ、ふたをするような形で 0.5mg に黄色、1 mg にピンクの札を取り付けた。
- ☒2. 鑑査の際気をつけるべき事を再度教育。ハイリスク薬の取り扱いについて、事務職員も含め再度見直した。

（処方された医薬品）ワーファリン錠 0.5mg

（間違えた医薬品）ワーファリン錠 1 mg

セロクエルが減量になるところ増量され処方されたため、疑義照会を行ったところ、原薬量の記載間違いであった事が判明した事例

（事例の内容）

☒前回、セロクエル 25mg 錠が 2 錠、眠前で処方されていた。今回、セロクエル細粒 50% が 60mg、眠前で処方されていたが、患者との話しの中で、「先生は薬を減らすと言っていた。」とコメントがあった。病院に問い合わせたところ、「60mg の 50% だから 30mg ではないのか？」と医師から質問があった。製剤の%に関わらず、服用量を力価で記載していただいたらよい旨を伝え、処方量が 30mg の処方であることを確認した。

（背景・要因）☒記載なし

（改善策）☒記載なし

（処方された医薬品）☒セロクエル細粒 50%

今回処方された医薬品と同じ薬効の医薬品が別の医療機関から処方されていることをお薬手帳で確認し、疑義照会を行った事例

（事例の内容）

☒患者が耳鼻咽喉科を受診した際、ザイザル錠が処方された。当該患者は別の医療機関から、アレロック錠 5 mg とアレグラ錠 60mg が処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、ザイザル錠が処方削除となった。患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。

（背景・要因）

☒患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。

（改善策）

☒患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。

（処方された医薬品）ザイザル錠 5 mg

※薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業「平成24年年報」P 255、256、262