

## 共有すべき事例

2010年6月 事例 1

### 〔内服薬調剤〕 薬袋に関する記載間違いに関する事例

(事例番号：000000005613)

#### 事例

##### 【事例の内容】

プラシルカストカプセル112.5mg「日医工」朝食後1カプセル、夕食後2カプセルのところ、朝1.5カプセル、夕1.5カプセルと薬袋に記載した。

##### 【背景・要因】

未記載

##### 【薬局が考えた改善策】

未記載

#### その他の情報

##### 【発生要因】

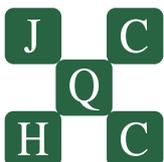
確認を怠った、勤務状況が繁忙だった、コンピュータシステム

#### 事例のポイント

- 多くの薬局では、処方せん入力により薬袋が印字される仕組みになっている。コンピュータシステムによっては、患者が不均等に服用する場合の薬袋、薬剤情報提供書及びお薬手帳への印字に誤りが生じることがある。
- 正しい薬を交付し、正しい説明をしたとしても患者は薬袋や薬剤情報提供書を見て服用することがあるため、鑑査を行う際は薬だけではなく、薬袋、薬剤情報提供書及びお薬手帳にも注意する必要がある。

※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。



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

2010年6月 事例2

### 〔疑義照会〕分量変更に関する事例

(事例番号：000000006246)

#### 事例

##### 【事例の内容】

当該患者は以前から当薬局で調剤しており、薬歴が存在していた。今回病院を転院され、別の医院の処方箋を持ってこられたところ、アムロジピンの用量が変更されていた。前医の処方では「アムロジピンOD錠5mg「トーフ」0.5錠/分1」であったが、今回は「アムロジピンOD錠5mg「トーフ」1錠/分1」だった。転院により分量が変更になったのか、患者本人からの聴取が出来なかったため疑義照会をしたところ、前医と同じ分量に変更となった。

##### 【背景・要因】

病院を転院の際に紹介状を持って来られたのか、持って来られたとしても内容に不備があったのか、薬局では知ることが出来ない。薬情やお薬手帳を持参して転院される方もいるが、特に院内処方の場合、薬情やお薬手帳に半錠などの一回量が記載されていないものも多い。

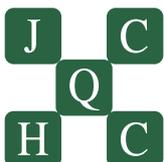
##### 【薬局が考えた改善策】

今回は薬歴があったため事前に気づくことが出来たが、新患の場合は薬歴もないのでさらに注意が必要である。転院後の初回の薬に関しては、まず患者または家族に以前と変更がないかを確認し、不明な点があれば、必ず疑義照会をする。

#### 事例のポイント

- 病院を転院する場合、紹介状等により治療が引き継がれることになるが、紹介状に不備がある場合や処方せんに記載に不備がある場合、患者の症状の変化等のため紹介状の内容とは異なる処方をする場合など、様々な理由で薬が以前と異なることがある。
- 薬局では紹介状の内容を知ることが困難であるため、薬剤交付時にお薬手帳等で転院前の治療を確認する、今回処方された薬剤を患者に見せて確認する、などを行うことで患者は継続して安全な医療を受けることが出来る。

※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。



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

2010年6月 事例3

### 〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000006266)

#### 事例

##### 【事例の内容】

処方箋上にはインデラル錠10mgで書かれている処方において、インデラル錠10mgを取った。この患者は、以前にジェネリック医薬品を希望されていた方であり、いつも薬局側でインデラル錠10mgをヘルツベース錠10mgに変更して渡していたが、薬歴の申し送り事項を見落としたため、間違えてしまった。鑑査者が誤りに気付き発覚した。

##### 【背景・要因】

現在、紙薬歴を使用中である。薬歴の表にジェネリック医薬品へ変更している患者には印をつけているが、見落とした。当該患者以外にヘルツベース錠10mgに変更している患者はいないため、頭の中で「この薬の組み合わせでジェネリック医薬品が出ている人はいない」という思い込みがあったため、薬歴の表の印を見落とした可能性があった。

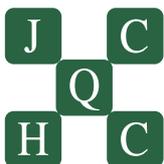
##### 【薬局が考えた改善策】

どの患者でも確認しているつもりだったが、今後は常に意識出来るようにする。混雑している時はあえて、時間を取って確認するなどを行い、はっきりとした意識付けを自分自身で行う。

#### 事例のポイント

- 通常は処方せんに記載されている通りに調剤、鑑査業務を行うが、後発医薬品に変更調剤をする場合は、処方せんに記載されている医薬品とは異なる医薬品を調剤することになる。その際、薬歴で前回の変更調剤の内容を確認する、今回の変更調剤の可否について患者に確認するなど、調剤時の作業が増えるため注意が散漫になりやすい。
- 後発医薬品に変更調剤をする場合は、変更する医薬品だけでなく、他の医薬品に関してもミスを起こしやすい状況であることを意識して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。



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

2010年6月 事例 4

### 〔外用薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000006313)

#### 事例

##### 【事例の内容】

ロキソニンパップ100mgをロキソニンテープ100mgで調剤した。処方せんにおいて、同じ処方箋内にロキソニンテープ50mgとロキソニンパップ100mgが処方されていたため、テープの大きさのみの違いと誤認した。

##### 【背景・要因】

未記載

##### 【薬局が考えた改善策】

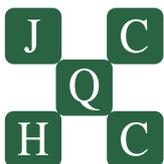
処方せんを確認する。特に剤形間違いに注意する。

#### 事例のポイント

- ロキソニンの貼付剤は、ロキソニンパップ100mg、ロキソニンテープ100mg、ロキソニンテープ50mgがあり、短期間に同様のヒヤリ・ハット事例が10件以上報告されている。
- 貼付剤には、同じ銘柄でも複数の剤形や規格（サイズ）が存在し、患部や使用感により剤形が変更される場合がある。患者に交付する際は、実物を見せながら患部の状況や使用感を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したりするものではありません。



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/>