

## 共有すべき事例

2010年12月 事例1

### 〔内服薬調剤〕 分包間違いに関する事例

(事例番号：000000013587)

#### 事例

##### 【事例の内容】

ワーファリンを6.25mgで分包するところ、誤って6.5mgで分包した。

##### 【背景・要因】

未記載

##### 【薬局が考えた改善策】

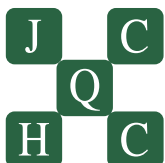
未記載

#### 事例のポイント

- ハイリスク薬などでは投与量の半減を繰り返して、投与量を厳密に調節する場合がある。たとえば1mgから減量する場合は、1mg→0.5mg→0.25mg→0.125mgと減量されるが、この時、小数点以下の数字が類似するため注意を要する。
- 特に「0.5mg」と「0.25mg」、「0.25mg」と「0.125mg」などは、見間違いや読み間違いが起きやすく、注意して読み取る必要がある。
- 現在、ワーファリンは、ワーファリン錠5mg、ワーファリン錠1mg、ワーファリン錠0.5mgが販売されているが、今回の事例のように「6.5mg/包」と誤った調剤では「ワーファリン錠5mg 1錠、ワーファリン錠1mg 1錠、ワーファリン錠0.5mg 1錠」の組み合わせや、「ワーファリン錠5mg 1錠、ワーファリン錠1mg 1錠、ワーファリン錠1mg 0.5錠」、「ワーファリン錠1mg 6錠、ワーファリン錠0.5mg 1錠」、「ワーファリン錠1mg 6錠、ワーファリン錠1mg 0.5錠」などの組み合わせが考えられる。
- このようにいくつかの規格を組み合わせで一包化調剤する場合、調剤した薬の規格と総錠数、または1包中の規格と錠数と総包数などを明記することで、調剤鑑査時に誤りを発見しやすくなる。

※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12月 事例2

### 〔内服薬調剤〕 処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号：000000013873)

#### 事例

##### 【事例の内容】

処方箋が複数枚あり、21日分で処方されていた。そのうち1枚が手書き処方箋で「ネオーラル50mgカプセル、1カプセル、朝（月、水、金）21」と記載されていた。調剤者は薬剤を9カプセル（週3回×3週間）で調剤したが、鑑査者は21カプセル（1日1カプセル×21日）と判断した。処方医に疑義照会したところ、「9カプセル（週3回×3週間）」であることを確認した。

##### 【背景・要因】

調剤者と鑑査者との間に判断の差異があった。他の処方薬が3週間分であったため、当該薬剤も3週間分であると先入観をもって判断してしまった。

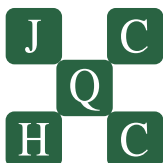
##### 【薬局が考えた改善策】

処方箋に記載不備がある場合は、先入観を持たずに疑義照会を行う。特に手書きの処方箋の場合は、十分に注意を払う。頻繁に応需する医師の場合は、記載方法の特徴などを捉え、医師や薬剤師間で事前に申し合わせをしておく。

#### 事例のポイント

- 二名の薬剤師が同じ処方箋を見て、それぞれに異なる解釈をした事例である。このような問題を解決するために医師の処方意図を正確に伝えるため、平成22年1月に厚生労働省が取りまとめた「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」の報告書が公表され、現在、在るべき記載方法への移行に取り組まれている。
- 安全に移行するためには、薬剤師の疑義照会が必須であり、紛らわしい記載等について薬剤師は疑義照会を行う必要がある。

※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。



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12月 事例3

### 〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000014268)

#### 事例

##### 【事例の内容】

医師が「ミコンビ配合錠AP」と「ミカムロ配合錠AP」の処方を見違えた。疑義照会を行い、薬剤変更となった。

##### 【背景・要因】

メーカーの情報提供の不十分さが引き起こしたものと考えられる。

##### 【薬局が考えた改善策】

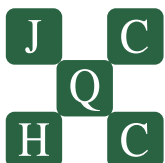
メーカーへ再度、情報提供を依頼する。合剤に変更となった時は薬局で再チェックする。

#### 事例のポイント

- 「医療用配合剤及びヘパリン製剤（注射剤）の販売名命名並びに注射剤に添付されている溶解液の表示の取扱いについて」（薬食審査発第0922001号、薬食安発第0922001号）の中で、同一販売名の異なる配合剤を区別するため、名称に2文字以上のアルファベットの接尾字を付けることが示された。
- しかし今回の事例では、異なる販売名の配合剤に同一の接尾字が付けられたことで、「ミ■■■配合錠AP」と名称の類似性が増したことが要因の一つと考えられる。
- また「ミコンビ配合錠AP」はアンジオテンシンII受容体拮抗薬のテルミサルタンとサイアザイド系利尿薬のヒドロクロチアジドの配合剤で、「ミカムロ配合錠AP」はテルミサルタンと持続性カルシウム拮抗薬のアムロジピンベシル酸塩の配合剤であり、配合成分の一つや効能・効果、製造販売業者名などは同じであった。配合剤の処方間違いや規格違い、相互作用のチェックなどは、薬剤師の重要な業務である。

※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/>