

## 共有すべき事例

2013年12月 事例 1

### 〔疑義照会〕 用法変更に関する事例

(事例番号：000000034945)

#### 事例

##### 【事例の内容】

ターミナルケアの在宅患者様の処方せん。訪問して介護者である奥様への服薬指導から服用方法と違う処方内容であることが判明。疑義照会して、従来の用法に変更になった。

##### 【背景・要因】

主治医の記載間違い。

##### 【薬局が考えた改善策】

交付時の服薬指導は、従来の用法と違いがあるかよく確認する。

#### その他の情報

処方された医薬品：オキシコンチン錠 5mg

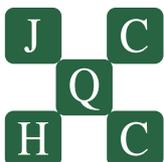
#### 事例のポイント

- 在宅介護の患者の自宅を訪問して、薬を届けるという業務は今後増えると想定される。
- 訪問した際には、患者の状態や処方せんの内容、服用状況の確認などを十分に行う必要がある。

※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。

※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、「公開データ検索」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

2013年12月 事例2

### 〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事

(事例番号：000000035071)

#### 事例

##### 【事例の内容】

施設へ入所されている患者様で薬の管理は看護師。心浮腫などでラシックスを服用し、今までアスパラカリウム錠300mgも服用していた患者の処方突然アスパラ - CA錠200に変更になった。FAXを受け取った時点で念のため、「カリウム製剤からカルシウム製剤に変更になっているがこれでかまわないのか？」と疑義照会したが「それでいい」との回答。代理人の看護師が来られたときに「カルシウム剤に変わっているか？」と再度確認。医師からの説明は「医療機関の登録がなくなったので別の薬を出しておく。規格は少なくなるが問題ない」との指示を受けていたため疑義照会先として薬剤部に今回の件を再確認。アスパラカリウム錠300mgの登録が確かになくなり、医師がやはり勘違いしている可能性があるとのことで、病院薬剤部から問い合わせしてもらい、処方がアスパラカリウム散50%0.6g(300mg)に変更になった。

##### 【背景・要因】

医師がアスパラカリウム錠300mgとアスパラ - CA錠200を規格違いのカリウム製剤と考えていたためと思われる。カルシウム製剤と伝えたが医事課を通しての事だったため伝わっていなかった可能性あり。

##### 【薬局が考えた改善策】

明らかにおかしいと思える案件であり、一度の疑義照会で変更がなくても患者インタビューなどから矛盾点を再度導き、問い合わせ先としても薬剤部を選んだり等、別のルートから疑義照会を行う。

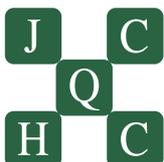
#### 事例のポイント

- 疑義照会する場合には、疑問点を的確に伝える必要がある。
- 回答に疑問がある場合には再度確認する場合も想定される。納得のいく回答が得られるまで、疑義照会を繰り返し、薬剤の間違いを回避した事例である。

※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。

※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、「公開データ検索」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

2013年12月 事例3

### 〔交付〕 患者間違いに関する事例

(事例番号：000000035085)

#### 事例

##### 【事例の内容】

他の患者にお薬をお渡ししかけた。他のスタッフが気づいて本人に正しいものを渡した。

##### 【背景・要因】

名前を姓だけで呼び出し、出てこられた患者に名前の確認を怠った。

##### 【薬局が考えた改善策】

患者の名前を姓、名まできちんと呼びする。ご本人に再確認。

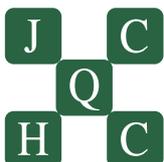
#### 事例のポイント

- 同姓、あるいは同姓同名の患者もいることから、患者に薬を渡す際には、フルネームの確認が必須である。
- また、薬の内容も患者と一緒に間違いないことを確認して渡すことも、渡し間違いを防ぐことにつながる。

※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。

※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、「公開データ検索」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.jcqhc.or.jp/>

## 共有すべき事例

2013年12月 事例 4

### 〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000035218)

#### 事例

##### 【事例の内容】

手書き処方せんが見つらくプラとまで読めたが、印字不鮮明でプラザキサかプラビックスかわからなかった。プラザキサカプセル75mgで入力、調剤し、鑑査者がプラビックス錠75mgではないかと気付き調剤し直したため、患者様には間違った薬は渡らなかった。

##### 【背景・要因】

病院の手書き処方せんで規格、印字が不鮮明。

##### 【薬局が考えた改善策】

病院との話し合い、また不鮮明な場合は電話して確認。

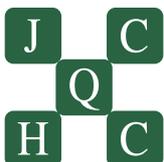
#### 事例のポイント

- 手書き処方だけでなく、処方の内容が読みにくい、あるいは内容がはっきりしないなどの場合には、推測で判断せずに処方医に確認する必要がある。

※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。

※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、「公開データ検索」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.jcqhc.or.jp/>

## 共有すべき事例

2013年12月 事例5

### 〔内服薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000035272)

#### 事例

##### 【事例の内容】

休日明け、月曜日の混雑する時間帯に患者本人が1人で来局。一般名処方アロチノロール塩酸塩錠5mg 1錠を含む朝5錠、昼1錠、夕3錠の一包化の指示あり。5mgの規格をいれなくてはいけないところ10mg 1錠を間違えて入れてしまった。数日後、在庫量のチェック時に数が違う事が判明。5mgの該当患者はこの方だけなのですぐに電話したが本人不在でご主人が対応。謝罪し、作り直して持参する旨を伝えながままもなく本人が帰宅したらしく、こちらから伺う前に薬を持参し来局された。改めて、本人に謝罪・状況説明をした上で正しく調剤した薬をお渡した。

##### 【背景・要因】

やや混雑している状況で、当時待合室に数人の方がいた。早く、という気持ちと焦りで、またアロチノロール塩酸塩錠5mg「日医工」は他の患者に使用することがなく普段使っているアロチノロール塩酸塩錠10mg「日医工」をピックしてしまった。その後も間違いに気づかず、薬剤師が2人で係わっていたが処方せんと調剤薬の確認を怠ってしまった。

##### 【薬局が考えた改善策】

一般名名称だと調剤薬名にばかり気をとられがちでmg数の確認がおろそかになることがあるので落ち着いて処方せんに正しく読む。鑑査時も再度、一包化での空のシートの規格などを目視確認すること。

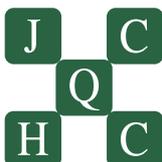
#### 事例のポイント

- 混雑時には確認がおろそかになりがちであるが、必ず声に出して確認し、ダブルチェックを徹底する。
- 患者本人も薬剤師の間違いに気が付かない場合、異なる薬を服用する危険がある。
- 一包化調剤のように薬をシート包装から取り出すと薬を判別しにくくなることから、より一層注意して調剤、鑑査する必要がある。

※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。

※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、「公開データ検索」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

2013年12月 事例6

### 〔外用薬調剤〕 処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号：000000035321)

#### 事例

**【事例の内容】**

FAX連絡時に処方されていた湿布薬が処方せんで取り消しになっていたのに気付かずに渡す。

**【背景・要因】**

記載なし

**【薬局が考えた改善策】**

記載なし

#### その他の情報

処方された医薬品：ヤクバンテープ40mg

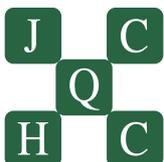
#### 事例のポイント

- 処方された医療機関から、事前に処方内容がFAXで薬局に送信されてきた場合、来局した患者に処方せんの提出を求め、必ず原本の内容を確認してから薬剤を交付する。

※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。

※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、「公開データ検索」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.jcqhc.or.jp/>