

共有すべき事例

2014年2月 事例 1

〔内服薬調剤〕 処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号：000000036002)

事 例

【事例の内容】

患者さんの体調が悪くなり5日前の処方薬にヒルナミン錠(5mg)を追加して服用するよう指示された処方せんを応需し、投薬。帰宅後、患者さんよりヒルナミン錠で過去に発熱、発疹の副作用歴が有ることを処方医に連絡したため、処方医から当薬局へリスパダール内用液1mg/mlに変更との指示あり。

【背景・要因】

患者さんが一刻も早く帰宅したいとのことで投薬時、薬名を伝えず渡し、薬歴簿の確認を怠ってしまった。

【薬局が考えた改善策】

薬歴簿の副作用歴欄の記入だけでなく、管理指導チェックシート、指導事項欄にも禁忌薬(ヒルナミン錠)と記入し、確認洩れのないようにした。

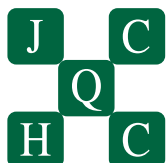
事例のポイント

- 患者が交付された薬剤を帰宅して確認したところ、副作用歴のある薬剤だったことから、処方医に申し出た事例である。
- 薬剤師としては、交付時に薬歴簿の確認をしなかったことや、患者に薬名を伝えなかったなどの問題があるが、より根本的には、患者と処方医との副作用歴に関する連携ができていなかった点が挙げられる。
- 不適切処方や重複処方を避けるために、患者全体に対して、受診時には、薬の副作用歴や、他院から処方を受けている薬剤などを医師に対して正しく伝える啓発を行うことが重要となる。

※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。

※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、「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

2014年2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：000000036261)

事 例

【事例の内容】

患者家族（男性）が処方せんを持って来局。今回よりタムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「日医工」が処方追加となっていた。調剤者は処方せん記載通りに調剤を終えた。タムスロシンの適応は「前立腺肥大症に伴う排尿障害」であるが、患者が女性である事に鑑査者が気づき疑義照会を実施。「神経因性膀胱に伴う排尿困難」を適応に持つエブランチルカプセルへ変更となった。

【背景・要因】

調剤者は調剤経験の浅い者だった。来局者が患者本人であると思い込み、処方内容についても飲み合わせにばかり気が向いてしまった。患者が女性である事を認識していなかった。

【薬局が考えた改善策】

必ずしも患者本人が処方せんを持ってくるわけでは無い事をスタッフ間で周知した。また、性別の判断がつきにくい名前の方もいらっしゃる事を念頭に置き、必ず保険証や処方せん記載の性別を確認する事とする。

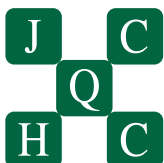
事例のポイント

- 処方せんを持参した人物が患者本人であるとの思い込みをもってしまいがしばしばある。特に患者との距離が近い小規模薬局では起こり得る。
- 新人に対しては、処方せん内容に基づく調剤を基本とし、それと患者へのヒアリングや薬歴、お薬手帳などの情報を活用して調剤する姿勢を徹底したい。

※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/>

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2014年2月 事例3

〔内服薬調剤〕 処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号：000000036200)

事 例

【事例の内容】

イトリゾールカプセル50を新規に使用する際、患者の併用薬であるレザルタス配合錠LDに含まれる成分：アゼルニジピンが併用禁忌であることを見落とし投薬しようになった。

【背景・要因】

イトリゾールカプセル50が処方された病院で、併用薬に関する確認が不十分のまま処方せんが発行。調剤時に併用禁忌であることを見落とす。処方監査時に電子薬歴の併用薬チェック機能を使用した際に併用禁忌が発覚。

【薬局が考えた改善策】

電子薬歴の併用薬チェック機能を必ず使用するよう周知した。

その他の情報

レザルタス配合錠LDの成分：オルメサルタンメドキシミル、アゼルニジピン

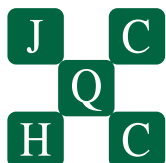
事例のポイント

- 配合薬に含まれる成分についてまで、薬剤師が記憶に頼って併用禁忌判断をすることは、熟達した薬剤師でなければ容易ではない。
- この事例にあるように、電子薬歴の併用薬チェック機能を使用することなど、システムの適切な利用も推進することが望まれる。

※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

2014年2月 事例 4

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000035993)

事 例

【事例の内容】

10歳の子供の処方。タミフル20mgと剤形や用法などの指示もない手書きの処方せん。用法がなく、用量も不適切であるため疑義照会したところ、イナビル吸入粉末剤20mgの処方の間違いとのことだった。10歳以上が1回2キットであるため、用量も間違いであることが判明。その場で適正な用量を伝え、用量も変更となった。

【背景・要因】

当薬局ではインフルエンザの場合、主にイナビル吸入粉末剤20mgの処方が多いため適正用量などもすぐに提案することができた。

【薬局が考えた改善策】

同様の事例を防ぐため今まで通り注意を払う。

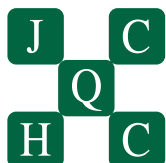
事例のポイント

- インフルエンザが流行している時期の月曜午前でもあり、医師も患者が立て込む中で、不適切な処方をした可能性がある。
- シーズンや時間帯などによっては、医師が多忙であるなど、様々な理由により不適切な処方をし得るとの考えを常に持って調剤にあたる姿勢が重要である。

※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。

※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、「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

2014年2月 事例5

〔内服薬調剤〕数量間違いに関する事例

(事例番号：000000035950)

事 例

【事例の内容】

処方せんでは4日分だったが、14日分を出していた。患者さんとの会話の中で気づきお渡しする前に間違いに気づいた。

【背景・要因】

薬剤師がピッキングし鑑査したのが臨時のものだった為、気づかずに出そうとしてしまった。

【薬局が考えた改善策】

4日分と14日分はどちらも出やすい日数だがピッキングの際にしっかり確認する。鑑査も時間をかけても間違えないようにする。

その他の情報

関連医薬品：ムコスタ錠100mg、コリオパン錠10mg

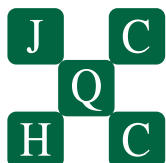
事例のポイント

- 患者の薬剤を交付する際の、ちょっとした心のゆとりと会話は、不適切な交付を防止するための、いわば最後の砦ともなりうる。
- 患者の心理からしても、薬剤師と、薬剤を前に言葉を交わすことは、服薬への安心感の向上や、ひいてはコンプライアンス向上にもつながる。
- 処方せん確認や、慎重な鑑査に加えて、心のゆとりを忘れない接客姿勢が医療安全上も重要である。

※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。

※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

2014年2月 事例6

〔内服薬調剤〕数量間違いに関する事例

(事例番号：000000035980)

事 例

【事例の内容】

クラリチンドライシロップ1% 1日量1gのところ誤って1包(0.5g)と勘違いし調剤鑑査してしまった。
投薬者が気づき修正して患者に交付した。

【背景・要因】

他の業務を同時進行して行っており、確認が甘くなってしまったことが原因と考えられる。

【薬局が考えた改善策】

他の業務と同時進行とならないよう業務を行う時間のプランニングを考え直す。

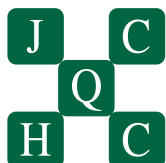
事 例 の ポ イ ン ト

- 古くから「時そば」という落語においても語られてきたように、とりわけ数字を扱う業務における割り込みやマルチタスクは、ミスを容易に誘発する。
- 調剤や鑑査中にマルチタスク状態にならないよう、薬局全体の業務管理のあり方や、業務姿勢に注意を払うことが必要である。

※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/>