

共有すべき事例

2014年3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：000000036416)

事 例

【事例の内容】

処方せんにロキソニン錠60mgが頓服で記載されていた。患者に交付し、患者が薬局を出た後に薬歴を再確認すると、薬アレルギー欄に「ロキソニンで副作用歴あり」と記載あり。電話で患者へ連絡したが、すぐに連絡がつかず、処方元の医師にも連絡した。夕方になって患者と連絡がとれたが、副作用に関しては特に記憶がない様子であった。服用し様子をみて、不具合あるようならすぐに中止し、医師にも連絡を取るよう伝えた。

【背景・要因】

副作用の情報を薬歴できちんと確認できていなかった。薬歴に副作用情報を処方情報とでチェックできるシステムがあるが、きちんと登録されておらず、注意喚起が徹底されていなかった。処方元の病院のカルテにも注意喚起の付箋がついていたようだが、見過ごされていたようだった。

【薬局が考えた改善策】

レセプトコンピュータ・電子薬歴のチェック機能を徹底して利用する。処方せんのみならず、薬歴のチェックを必ず交付前に確認する。

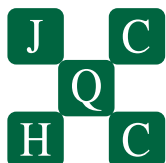
事 例 の ポ イ ン ト

- 過去のアレルギー歴は、医療機関と薬局の双方で確認することが望ましい。
- 患者も記憶が曖昧になることが多いことから、新患時の確認だけでなく、定期的に確認して情報を更新することも重要である。
- 最近では後発医薬品の増加により、アレルギーを起こした医薬品の販売名と異なる場合もあるので、患者自身では気づかないことがあることから、薬剤師による同種同効薬を含めた確認が重要である。

※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

2014年3月 事例2

〔内服薬調剤〕 調剤忘れに関する事例

(事例番号：000000036676)

事 例

【事例の内容】

夕食後の一包化の薬がいつも4種類だが7日分だけ3種類しか入っていないと患者が来局した。患者が準備する時に気が付いた。

【背景・要因】

56日分のうちの49日分は先に作成しており、追加で7日分作成したときに漏れたと思われる。該当薬剤はコンペアで落とすものだった。急がない調剤だったので、途中で中断し他の患者の交付の合間に鑑査していた。

【薬局が考えた改善策】

鑑査するときは中断することが無いよう、無理に合間に鑑査をしないで、あとで落ち着いてからする。また、他の薬剤師も鑑査している薬剤師が中断することのないよう気を配る。

その他の情報

関連医薬品：ピモベンダン錠1.25mg「TE」

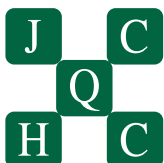
事例のポイント

- 一包化や半割調剤等、予製を行う場合はしっかりとした内規に基づいて行うべきである。
- 予製を作成する基となった処方内容と、受付けた処方内容との照合は重要である。
- 処方内容あるいは日数等が異なった場合は、慌てて対応することでミスが発生する危険性が高くなるため、どのような手順で行うかを内規によって定め、遵守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。

※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

2014年3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：000000036654)

事 例

【事例の内容】

40歳代女性が整形外科より発行された処方せんを持って来局した。処方せんにはRp 1. ترامセット配合錠1日3錠分3×12日分毎食前服用 Rp 2. カロナール錠200 1日6錠分3×12日分毎食後服用と記載があった。薬剤服用歴簿の記録によると前回処方ではカロナール錠(1日1800mg)とノルスパンテープ10mgが交付されており、今回ノルスパンテープの中止に伴い、 ترامセット配合錠が処方開始となっていることが分かった。処方せんを発行した医療機関からFAXによる疑義照会が求められており、当該医療機関薬剤部へ疑義照会のFAXを送った。記載内容は「(1) ترامセット配合錠の用法が、処方せんには分3毎食前服用と記載されていますが、空腹時の投与を避けることが望ましいとされていますので、用法分3毎食後に変更の検討をお願いします。(2) ترامセット配合錠とカロナール錠の併用は『【警告】アセトアミノフェンを含む薬剤との併用により、過剰投与に至るおそれがあることから、これらの薬剤との併用は避けること』とされています。今回カロナール錠と ترامセット配合錠の併用で間違いはないでしょうか。」とした。医療機関薬剤部より「(1) 用法分3毎食後に変更(2) 処方通り」との回答があり、処方内容を変更の上、患者に交付した。交付後、もう一人の薬剤師より、この回答で調剤して本当に良いのか、との指摘があったため、再度薬剤部に電話連絡し、警告による注意喚起があり、処方通りの調剤は問題があることを伝えた。医療機関薬剤師より再度処方医師に連絡を取ってもらい、結局今回はカロナール錠を中止するとの回答があった。患者に連絡をとり、経緯を説明の上、交付したカロナール錠200を回収した。

【背景・要因】

未記載

【薬局が考えた改善策】

未記載

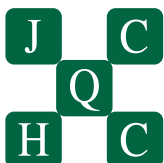
事例のポイント

- アセトアミノフェンを含む薬剤の併用については、警告等の注意喚起がなされている。
- 本処方において薬局では、FAXで併用についての確認を行っているが、薬剤交付後に再度電話で確認した結果、処方に変更となりカロナール錠が削除されている。
- 医療機関の都合上、疑義照会をFAXで行う場合があるが、お互いに忙しい状況の中で文書で情報伝達する場合に、記載された表現の理解が難しいことがありうる。
- 疑義照会は、薬剤師の疑義が解決されるまで調剤は行わないこととされている。本事例は、一度は照会内容に基づき薬剤を交付した場合でも、疑問が残った場合には再確認することで、患者の安全を確保した大変良い事例である。

※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

2014年3月 事例4

〔疑義照会〕 薬剤削除に関する事例

(事例番号：000000036709)

事 例

【事例の内容】

元々オングリザ錠とアクトス錠が処方されており、途中でリオベル配合錠LDに変わった患者の処方で、今回他の薬と合わせて処方されたが、オングリザ錠5mgとピオグリタゾン錠15mg「タイヨー」とリオベル配合錠LDが処方されていたので疑義照会し、オングリザ錠5mgとピオグリタゾン錠15mg「タイヨー」は削除された。

【背景・要因】

リオベルはネシーナとアクトスの合剤であり、ネシーナとオングリザはともにDPP-4阻害剤であることや、アクトスとピオグリタゾンは同成分であることなど、合剤の中身は医師には分かりにくく、かつ、医療事務に理解してもらうには限界がある。

【薬局が考えた改善策】

配合剤の重複トラブルは降圧剤も含めてあちこちで起きていると思うので、医師が管理できないような合剤は何らかの対策をすべきだと考える。(先発でも一般名称にするとか、医師にもっと分かりやすくするために先発名を合わせた名前にするなど)

例：リオベル配合錠LD→ネシーナ錠2.5mgアクトス錠15配合錠

その他の情報

リオベル配合錠LDの成分：アログリプチン安息香酸塩、ピオグリタゾン塩酸塩

事例のポイント

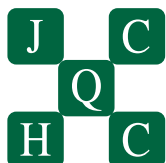
事例5（事例番号：000000036693）と共通

- 降圧剤や糖尿病薬の配合剤が相次いで販売されていることから、医師も不要になった処方の削除を忘れる可能性がある。
- 薬局においても、事務員が入力を行っている場合が少なくなく、全ての配合内容を理解するのは難しいと思われる。
- 配合錠の薬品名には、配合内容を明記するように制度的な働きかけも必要と思われるが、現状での対処として、医療機関や薬局で薬品名の後ろにコメント等で配合内容を明記することで、対応できるものとする。

※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/>

共有すべき事例

2014年3月 事例5

〔疑義照会〕 薬剤削除に関する事例

(事例番号：000000036693)

事 例

【事例の内容】

ネシーナ錠25mgがずっと処方されていた患者に、リオベル配合錠LDが処方されたが、ネシーナが削除されていなかった。疑義照会して単純な削除忘れだったことを確認した。

【背景・要因】

医師がカルテに書く字が達筆だったこともあるが、リオベルがネシーナとアクトス錠の合剤だということを事務員が理解していなかった。リオベルが処方されたらネシーナを削除する指示は出ているが、それが抜けていた。

【薬局が考えた改善策】

薬を分かる人間が処方監査をする。

その他の情報

リオベル配合錠LDの成分：アログリプチン安息香酸塩、ピオグリタゾン塩酸塩

事例のポイント

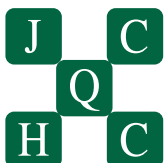
事例4（事例番号：000000036709）と共通

- 降圧剤や糖尿病薬の配合剤が相次いで販売されていることから、医師も不要になった処方の削除を忘れる可能性がある。
- 薬局においても、事務員が入力を行っている場合が少なくなく、全ての配合内容を理解するのは難しいと思われる。
- 配合錠の薬品名には、配合内容を明記するように制度的な働きかけも必要と思われるが、現状での対処として、医療機関や薬局で薬品名の後ろにコメント等で配合内容を明記することで、対応できるものとする。

※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/>

共有すべき事例

2014年3月 事例6

〔内服薬調剤〕 処方せん監査間違いに関する事例

(事例番号：000000036597)

事 例

【事例の内容】

今回の処方がメジコン散10% 0.6g。処方翌日に見直しをしていた事務員が、以前の処方でメジコン散10%の処方量が0.2gで、メプチンドライシロップ0.005%の処方量が0.6gであることに気付き、疑問に思い薬剤師に報告した。医院に疑義照会したところメプチンドライシロップ0.005%を処方して欲しいと回答があった。患者宅に連絡し事情を報告した。2回分服用したが、体調の悪化は見られなかった。

【背景・要因】

繁忙時で確認を十分に行っていなかったため、普段の処方量より多かった所を見逃してしまった。当時、粉薬が続き、常勤薬剤師も少なく、忙しさに拍車を掛けていた。処方量にきちんと気付いていれば処方時に疑義照会ができ、医師の目的とした薬を渡すことができた。

【薬局が考えた改善策】

確認前に一呼吸置いて慎重に行う。

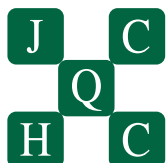
事例のポイント

- 医療機関側の処方せん発行システムにより、処方入力の方法によっては、誤った量の処方せんが発行される場合がある。
- 薬局では薬品毎に常用量を明記し、十分な確認の上で調剤することが望ましい。鑑査システムを採用している薬局では、常用量の設定を行うと安全な業務が遂行できる。
- 散薬の処方においては、成分量と製剤量による重大な事故事例が過去に報告されている。
- 本事例のように、薬剤交付後も早い段階で処方せんや調剤録の見直しを行うことで、万が一ミスが発生した場合でも、その影響を最小限に抑えることが可能となる。

※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/>