

共有すべき事例

2015年5月 事例 1

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000042410)

事 例

【事例の内容】

前回バイアスピリン錠100mg 1錠、セフトラキッド細粒10%0.5g朝食後60日分の処方が出た。今回処方医が変わり、「体調変化はないが1錠で済む薬に変えよう」と言われ、タケルダ配合錠1錠朝食後60日分処方された。しかし、会計時に一部負担金が約3倍になり、体調が変わってないのに値段が上がり過ぎとの訴えがあった。疑義照会を行い、前回と同じバイアスピリン錠100mg 1錠、セフトラキッド細粒10%0.5g朝食後の処方に戻った。

【背景・要因】

配合剤になると安くなり、内服する薬の数が減るので良かれと思いがちだが、中には例外もあるという事例である。胃障害がなければPPIのような値段の高い薬を使う必要はないかと思われる。

【薬局が考えた改善策】

処方医は薬代がいくらになるかまでは分からないと考えられる。薬局で患者状態、薬が変更になった背景を確認し、細やかな気配りが求められる。

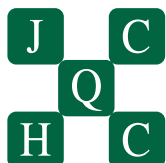
事例のポイント

- 処方医は患者のことを考え配合剤を処方したが、薬価についてはあまり知識がなく、結果として高額な自己負担となる処方をしてしまった事例である。
- 実際に処方医が薬価に深く関心を持つことは必ずしも多くないため、今回のような事例が起こる可能性がある。
- 薬局における消費者目線でのきめ細かな配慮に救われた事例である。

※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.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2015年5月 事例2

〔疑義照会〕 薬剤削除に関する事例

(事例番号：000000042558)

事 例

【事例の内容】

耳鼻咽喉科より、以前処方されたことのあるデパス錠0.5mgが処方されていた。患者は、最近神経内科にて治療中であり、薬を服用しているとのことであった。今回、耳鼻咽喉科から再度デパス錠0.5mgが処方されることは聞いておらず、神経内科にて治療しているので、耳鼻咽喉科からのデパス錠0.5mgはいらないとのことであった。疑義照会后、デパス錠0.5mgは削除となった。

【背景・要因】

処方時に他の診療科との併用薬の確認ができていなかったと思われる。

【薬局が考えた改善策】

未記載

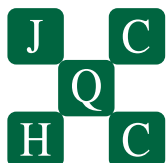
事例のポイント

- 複数の診療科で処方を受けている場合は、患者本人しかその情報を統合し得ない場合もある。
- お薬手帳などは、薬の重複や併用禁忌に対する安全策の一つではあるが完璧ではなく、最終的に薬局での気付きが功を奏した事例である。
- 医療機関や診療科ごとに調剤する薬局が異なるケースにおいて、重複等をどう防ぐかは今後の課題である。

※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

2015年5月 事例3

〔内服薬調剤〕 その他に関する事例

(事例番号:000000042587)

事 例

【事例の内容】

マグミット錠250mg 3錠分2（朝1錠夕2錠）の処方が今回より4錠分2（朝2錠昼2錠）に変更になったが、入力時に4錠分2（朝2錠夕2錠）と間違えて入力した。鑑査時に間違いに気が付き、入力した内容を修正したが、薬剤情報提供文書のみ修正前のものを渡してしまった。後日、患者の家族より指摘があり判明した。謝罪して修正後の薬剤情報提供文書と交換した。

【背景・要因】

入力した内容を修正すると、薬剤情報提供文書・薬袋・お薬手帳等の書類を修正後のものと差し替えて渡さなければならない。今回は鑑査時に入力間違いに気が付くことができ、薬袋・お薬手帳等は修正後のものと差し替えたが、薬剤情報提供文書のみ確認を怠って差し替えをせず、修正前のものを渡してしまった。単純な確認ミスであった。

【薬局が考えた改善策】

入力した内容を修正した時は、まず変更がある書類をすべて分別する。その後、修正前のものと後のものが混ざらないように、不要書類を破棄してから必要書類の内容（主に変更した点）を再度すべて確認（鑑査）し、交付することを徹底する。

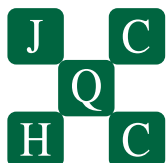
事 例 の ポ イ ン ト

- 情報の一元化ができていなかった事例である。
- 特に手作業によって修正などを行った場合は、その修正がどこまで及ぶのかは、システムによっても異なってくる。
- 最後は人間の目による直接の確認が欠かせない。

※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/>

共有すべき事例

2015年5月 事例 4

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000042625)

事 例

【事例の内容】

ベシケア錠5mg 1錠分1の処方があった。薬剤師の聞き取りにより、他院にてインターフェロン治療中の患者であることに気付いた。薬剤師が患者へ肝機能について確認したところ、あまりよくないと他院の主治医より聞いているとのことだった。中等度の肝機能障害患者の場合、2.5mgから開始することに薬剤師が気づき、医師へ確認したところベシケア錠2.5mg 1錠分1へ変更となった。

【背景・要因】

他院でインターフェロン治療中であり、肝機能低下について患者だけが知っていた。お薬手帳にはインターフェロン治療の記載はなかった。

【薬局が考えた改善策】

未記載

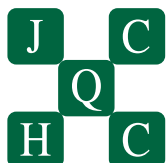
事 例 の ポ イ ン ト

- 処方医同士がコミュニケーションを取ることは、現実的にはなかなか難しい。
- 最終的に複数の処方意図を一箇所で確認することができたために、健康被害の可能性を見抜けた事例である。
- 薬剤師による聞き取りが、処方医同士のコミュニケーション困難を補完した見事な事例である。

※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.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2015年5月 事例5

〔疑義照会〕 その他に関する事例

(事例番号：000000042688)

事 例

【事例の内容】

前回、胃、腸の内視鏡検査のため、プラビックス錠75mgを休薬し、処方がなかった。今回、処方にプラビックス錠75mgがないため患者に確認したところ、再開になるので処方されるはずとの事で疑義照会を行い、プラビックス錠75mgが追加になった。

【背景・要因】

休薬する薬の再開の確認を怠った。

【薬局が考えた改善策】

休薬する薬があった場合、いつ頃再開か、休薬した次回の処方で再開になっているかを確認する。休薬理由などを服薬指導時に患者に確認し、情報を得ておく。

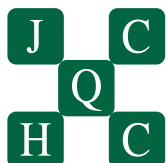
事 例 の ポ イ ン ト

- 各種観血的処置に合わせて処方に変更になる場合がある。
- その際に休薬をすることは比較的気に留めて忘れないものであるが、一旦休薬したものをどのタイミングで再開するかはしっかりとしたプロトコールは少なく、再開忘れがしばしば見られる。
- 患者情報として、はっきりと『〇〇のために、△△まで休薬』と明記するなどの手順を確立しておく必要がある。

※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/>