

共有すべき事例

2015年6月 事例 1

〔内服薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号:000000042901)

事 例

【事例の内容】

今回からニフェジピンに替わり、カルデナリン錠4mgが処方された。患者は後発医薬品を希望していたため、ドキサゾシン錠4mgを調剤すべきところ、カンデサルタン錠4mg「あすか」で調剤した。調剤薬鑑査時に間違いに気づき、正しい薬を渡した。

【背景・要因】

カルデナリン錠4mgの一般名を、カンデサルタンと思い込んでしまった。処方せんを見間違い、商品名の確認も不十分であった。

【薬局が考えた改善策】

処方監査をしっかりとる。基本的な手順を守る。

事 例 の ポ イ ン ト

- 先発医薬品から後発医薬品に変更する場合には、処方せんに記載された「先発医薬品名」と薬局で選択する「後発医薬品名」を間違えずに調剤する必要がある。
- 他の薬剤でも起こりうる間違いであり、注意が必要であろう。

※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6月 事例2

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000042914)

事 例

【事例の内容】

以前から、本人ではなく家族が薬を取りに来る患者であった。残薬があれば薬局に持ってくるように指導していたところ、残薬を持参した。残薬の中には錠剤が不規則に取り出されているPTPシートが混在していたので、家族に正しく飲めているかを確認すると「飲めていると思いますよ」という回答だったが、実際には正しく服薬できていない状況が見受けられた。特にベネット錠はほとんど飲めていなかった。そこで、処方医にベネット錠17.5mgからエビスタ錠60mgへの変更を提案し、同時に一包化の提案も行い了承を得た。持参した残薬も利用して一包化調剤を行った。

【背景・要因】

この患者は元々服薬コンプライアンスが良好であったため、医師、家族、薬剤師もきちんと服薬していると思っていた。これまでは、家族からの聞き取りのみの確認だったが、残薬を持参してもらって初めて服薬状況が確認でき、急激に患者の服薬コンプライアンスが低下したことがわかった。

【薬局が考えた改善策】

残薬の状況を確認することは、服薬コンプライアンスを把握するためのよい手段になることから、積極的に残薬の持参を促し、飲めていない患者には一包化、あるいはそれに準ずる方法で服薬コンプライアンスの改善を図る。ベネット錠のように服薬改善が見込めない薬については、処方医に薬剤変更を提案する。患者もしくは患者の家族が、残薬を薬局へ持参しやすい環境の整備が必要である。

事例のポイント

- 服用されずに家庭に残存する薬剤（残薬）は大きな問題となっている。
- 薬剤師として患者と積極的に関わりを持つことの重要性が示されている。

※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

2015年6月 事例3

〔内服薬調剤〕数量間違いに関する事例

(事例番号:000000042926)

事 例

【事例の内容】

処方せんには「ソルミラン顆粒状カプセル600mg 3包分3毎食後28日分」と記載されていた。実務実習生(A)は計算間違いをして、ソルミラン顆粒状カプセル600mgを84包調剤するところ94包調剤し、誤りに気付かないまま調剤薬鑑査に回した。

調剤薬鑑査にあたった指導薬剤師(B)は、ソルミラン顆粒状カプセル600mgが94包調剤されていることに気づき、実務実習生(A)に誤りを伝えた。指導薬剤師(B)が多すぎる分を棚に戻して、再度調剤薬鑑査を行った。

【背景・要因】

ソルミラン顆粒状カプセル600mgは7包ずつ束ねられているため、単純な計算間違いをした。また、処方された他の医薬品も調剤しなければならなかったため、少し焦っていたことも原因のひとつである。

【薬局が考えた改善策】

束がいくつあると全量で何包になるのかを把握する。

すぐに調剤できる医薬品から先に調剤をする。

焦らないように気をつける。

事例のポイント

- 薬局において実務実習生を指導する場合、調剤等に関する指導だけでなく、もしも実務実習生が調剤間違いを起こした場合の対処方法等も、事前に決めておくことが求められる。

※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.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2015年6月 事例 4

〔内服薬調剤〕 数量間違いに関する事例

(事例番号:000000042963)

事 例

【事例の内容】

昼休みの時間を使って薬局内で勉強会を開催していたところに、患者が処方せんを持って来局した。勉強会を中断し、1人の薬剤師が対応した。ミヤBM細粒2g分2で処方されていたが、3g分3で調剤し、そのまま交付を終了した。

【背景・要因】

勉強会を開催していたために薬局のカーテンを閉めており、患者からの電話で来局に気付いたため、焦りがあった。昼休み時間だったことから、薬剤師が1人で調剤し交付した。事務員にも確認してもらったが、いつも行っている鉛筆によるチェックを省略したため、間違いを見つけられなかった。焦り、注意力散漫、単純なミス、作業手順の不履行があった。

【薬局が考えた改善策】

薬剤師が1人の時こそ、鉛筆で数量・用法をチェックする。

事 例 の ポ イ ン ト

- 薬局の昼休み時間であっても、患者が処方せんを持参することも考えられる。
- 休憩時間にも対応し、調剤ができる体制が確保されているかどうか、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

2015年6月 事例5

〔疑義照会〕分量変更に関する事例

(事例番号：000000043062)

事 例

【事例の内容】

処方せんとともに、採血の結果も預かった。処方せんにはワーファリン3.5mg/日と記載があり、前回と比べ変更はなかった。検査値を確認したところ、PT-INRが4.3で前回と比べ高値であったため、患者に「医師からワーファリンの量を変更するような話はなかったか」と尋ねた。患者は「前回と同じであるように聞いた」と返答した。念のため処方医に疑義照会すると、ワーファリンの量が3.5mgから2.5mgに用量変更（減量）となった。

【背景・要因】

患者からPT-INRを聞くことができたので、処方間違いに気付くことができた。

【薬局が考えた改善策】

検査値を把握できた時は、それを考慮して処方監査を行い、用量などに疑問が生じた場合は、必ず医療機関に問い合わせをする。

事例のポイント

- 患者が処方せんだけでなく、同時に患者自身の検査結果を示す場合もある。
- 検査結果に基づいて処方内容を確認し、さらに患者の相談にも応じることは、今後薬剤師に求められるスキルと考えられる。

※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.jcqh.or.jp/>