

共有すべき事例

2015年11月 事例1

〔内服薬調剤〕 数量間違いに関する事例

(事例番号:000000044740)

事例

【事例の内容】

トラベルミン配合錠を15錠調剤するところ、18錠で調剤した。

【背景・要因】

トラベルミン配合錠は12錠シートであるが、うっかり10錠シートだと思い込んだ。

【薬局が考えた改善策】

棚や引出しから取り出した錠数を確実に確認する。12錠シートの医薬品は少ないため、10錠シートか14錠シートへの統一を製造販売会社に要望する。

事例のポイント

- 12錠シートはトラベルミン配合錠の他、重曹錠500mg「マイラン」などがあり、PTPシートの1シートあたりの錠数については注意が必要である。

※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.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2015年11月 事例2

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000044768)

事例

【事例の内容】

今までランタス注ソロスターが処方されていた患者に、インスリン グラルギンBS注カート「リリー」が処方された。患者に確認したところ、今までのデバイスと違うとのことだったため、処方医に疑義照会を行った。その結果、インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」へ変更となった。

【背景・要因】

後発医薬品に変更する際に、勘違いがあったと考えられる。

【薬局が考えた改善策】

患者にも確認を行い、疑問があれば疑義照会を必ず行う。

その他の情報

【製剤についての補足】

インスリン グラルギンBS注カート「リリー」： 専用注入器用カートリッジ製剤

ランタス注ソロスター、インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」：
インスリン薬液と注入器が一体化したプレフィルド製剤

事例のポイント

- 注射製剤の後発医薬品への変更時のヒヤリ・ハット事例である。
- 後発医薬品への変更時は、処方医への確認も含め、患者が安心できるような対応が必要である。

※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.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2015年11月 事例3

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号:000000044858)

事例

【事例の内容】

泌尿器科の処方がスピロペント錠10 μ gからトビエース錠8mgに変更となり、1錠1日2回朝夕食後と記載されていた。トビエース錠は通常、成人には4mgを1日1回投与し、症状に応じて1日1回8mgまで増量できるため、用法について疑義照会したところ、トビエース錠8mg 1錠1日1回朝食後に変更となった。また、患者は別の科で肝臓疾患の治療中であり、トビエース錠の添付文書には、重度の肝障害のある患者（Child-Pugh分類C）には禁忌、中等度の肝障害のある患者（Child-Pugh分類B）の1日投与量は4mgとし、8mgへの増量は行わない旨の記載があるため消化器内科医に問い合わせたところ、患者には中等度の肝障害（Child-Pugh分類B）があることがわかった。この点も踏まえ、再度処方医に疑義照会したところ、トビエース錠4mg 1錠1日1回朝食後に変更となった。

【背景・要因】

通常の用法の確認に気を取られ、肝機能の確認をしていなかった。

【薬局が考えた改善策】

未記載

事例のポイント

- 一度目の疑義照会で見落とししていた肝障害について、消化器内科医に確認をとり対応した事例である。
- 処方内にピットフォールが2つ以上ある場合、1つ目に気を取られ、2つ目以降を見落としてしまうケースがあるため、複数の疑義がないか注意深く処方監査を行うことが重要である。

※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.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2015年11月 事例4

〔疑義照会〕 薬剤削除に関する事例

(事例番号：000000045018)

事例

【事例の内容】

当薬局に新規に訪れた患者にバイアスピリン錠100mgが処方されたが、お薬手帳を確認したところ他院からタケルダ配合錠が処方されていた。疑義照会し、バイアスピリン錠100mgが削除となった。

【背景・要因】

医療機関は、患者が提出したお薬手帳をしっかりと確認していなかった。医師からの話では、タケルダ配合錠は配合剤なので見落としたとの事であった。

【薬局が考えた改善策】

併用薬の確認を徹底する。

その他の情報

タケルダ配合錠の成分：アスピリン、ランソプラゾール

事例のポイント

- 配合剤の成分と同じ成分の医薬品が追加処方になった事例である。
- 2015年末から配合剤の後発医薬品が多数発売されており、新たなヒヤリ・ハット事例を生み出す可能性があり、十分な注意が必要である。

※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.jcqh.or.jp/>