

共有すべき事例

2016年7月 事例 1

〔内服薬調剤〕 規格・剤形間違いの事例

(事例番号：000000048070)

事 例

【事例の内容】

【般】ニフェジピン徐放錠 20mg (24時間持続) が処方されたが、調剤者がニフェジピンL錠 20mg「日医工」を調整した。鑑査時に間違いに気づき、交付には至らなかった。

【背景・要因】

【般】ニフェジピン徐放錠 20mg (24時間持続) はCR錠、【般】ニフェジピン徐放錠 20mg (12時間持続) はL錠であるが、調剤者はニフェジピンだけを見て規格は確認せず、処方頻度が高いL錠を調剤した。特に混雑時ではなかったことから、急いでいたために間違えたわけではなく、確認を怠ったことが原因と考える。

【薬局が考えた改善策】

ニフェジピンの一般名処方を調剤する時は特に注意するよう、全スタッフに注意喚起を再度行った。

事 例 の ポ イ ン ト

- 一般名処方において、調剤すべき医薬品の規格を間違えて調剤した事例である。
- 【般】ニフェジピン徐放錠 20mg には、12時間持続と24時間持続があり、持続時間まで確認する必要がある。
- この事例に類似する医薬品の組み合わせとして、【般】テオフィリン徐放錠 (12～24時間持続) と【般】テオフィリン徐放錠 (24時間持続) などがある。

※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

2016年7月 事例2

〔内服薬調剤〕 規格・剤形間違いの事例

(事例番号：000000048407)

事 例

【事例の内容】

タチオン錠100mgが処方されていたが、タチオン錠50mgを調剤して渡した。患者本人が気づき家族が薬局に持ってきたため、薬剤を交換した。

【背景・要因】

機器を使用した鑑査を行った薬剤であったため、規格違いを疑わず、薬袋に入れる際に行う規格の確認を怠った。実際は機器による鑑査に合格していなかったが、担当者は機器の不備と考え確認しなかった。処方せんの見間違いによる間違いであった。

【薬局が考えた改善策】

機器を過信せず、急いでも処方せんと実物の薬剤規格を再度確認する。

事例のポイント

- 調剤サポート機器の開発に伴い、医薬品のピッキングをサポートする機器を利用した調剤における薬剤取違い（規格・剤形間違いも含む）の事例が報告されるようになった。
- 医薬品の取り間違いを防ぐために導入するシステムであるが、メンテナンス不備の状態での運用やエラー発生時に手順を遵守しない行動は、かえって過誤を見落とす原因となる。
- 機器の使用はより正確な調剤を行うための補助と認識し、医薬品の確認は人の目で行うことが基本である。

※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

2016年7月 事例3

〔内服薬調剤〕 振とう忘れの事例

(事例番号：000000048416)

事 例

【事例の内容】

カナマイシンシロップ5%「明治」は白濁した薬剤であり、使用の際は振とうする必要があるが、実習生が振とうせずに上澄みの部分のみを水剤容器に量り取り調剤した。交付後に薬剤師が気づき、患者に連絡した。患者は帰宅途中だった。

【背景・要因】

薬剤の添付文書の確認不足と知識不足により、誤った手順で調剤を行った。また、薬局で初めて取り扱う薬剤であったため、白濁している薬剤であることを鑑査者も知らなかった。

【薬局が考えた改善策】

薬局内で初めて取り扱う医薬品は、予め包装箱や添付文書を読み、薬剤の性質を理解してから調剤する必要がある。

その他の情報

カナマイシンシロップ5%「明治」の添付文書（一部抜粋）

【組成・性状】

（2）製剤の性状

カナマイシンシロップ5%「明治」は、粘稠な懸濁液で、芳香があり、振り混ぜるとき、白濁する。

【取扱い上の注意】

（1）使用の際はよく振盪すること。

事例のポイント

- 薬局で初めて扱う医薬品を調剤する際は、添付文書などで医薬品情報を確認することは必須である。
- 薬局で取り扱いがない医薬品が処方された場合は急な対応に迫られるため、手配に意識が向き、医薬品そのものに対する意識が薄くなりがちである。特に小分けにより入手した場合は添付文書が付いていないこともあるため、より注意が必要である。
- 最新の添付文書は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構（PMDA）ホームページの「医療用医薬品 情報検索」（<http://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch/>）で検索することができる。
- 採用されている医薬品であっても、処方頻度が低い医薬品や特に調剤上注意が必要な医薬品については、必要な情報を医薬品の包装・容器や配置棚にわかりやすく表示するなどの工夫が有用である。

※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

2016年7月 事例 4

〔内服薬調剤〕 処方せん監査間違いの事例

(事例番号：000000048165)

事 例

【事例の内容】

他院にてベルソムラ錠を服用している患者に、併用禁忌であるクラリスロマイシン錠200「MEEK」が臨時薬として処方された。本来であれば疑義照会をしなければならないところ、鑑査者・交付者ともに気付かず交付した。その後、交付者が併用禁忌であることに気が付き、直ちに患者に電話で連絡したところ、クラリスロマイシン錠200「MEEK」をすでに1錠服用し、ベルソムラ錠は毎晩服用していることを確認した。担当医に経緯を説明したところ、クラリスロマイシン錠200「MEEK」からセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」に処方変更となった。患者に処方変更となった旨を説明し、薬の交換を行った。その際に、念のため眠気やふらつきに注意するよう伝えた。

【背景・要因】

併用薬と禁忌となる薬がある場合、コンピュータ上に注意喚起が表示されるが、薬剤師は確認せずに交付した。また患者情報欄にも、ベルソムラ錠を服用中のため併用薬に注意するとの記載を確認したが、クラリスロマイシンが禁忌薬に該当することを忘れていた。

・当事者の行動に関わる要因：作業手順の不履行

【薬局が考えた改善策】

ベルソムラ錠は禁忌薬が多いため、添付文書にて再確認し、該当する薬を頭に入れておく。患者情報欄の併用注意のコメントを、より目立つように入れ直した。相互作用がある薬や併用禁忌の薬が処方されているかどうかを、指示書やパソコンでしっかり確認を行う。

その他の情報

ベルソムラ錠15mg・ベルソムラ錠20mgの添付文書（一部抜粋）

【禁忌（次の患者には投与しないこと）】（2）CYP3Aを強く阻害する薬剤（イトラコナゾール、クラリスロマイシン、リトナビル、サキナビル、ネルフィナビル、インジナビル、テラプレビル、ボリコナゾール）を投与中の患者〔「相互作用」の項参照〕

【使用上の注意】3.相互作用 〔併用禁忌〕（臨床症状・措置方法） 本剤の作用を著しく増強させるおそれがあるため、併用しないこと。

事例のポイント

- この事例以外にも、ベルソムラ錠と併用禁忌であるクラリスロマイシンが処方されていることに薬剤師が気づき、疑義照会を行って薬剤変更となった事例が複数報告されている。
- この事例は、薬局のシステムに注意喚起が表示されたにも関わらず見落とされ、患者情報欄の「ベルソムラ錠を服用中のため併用薬に注意する」の記載も有効な手段として機能しなかった。
- 薬剤師が見落とさないように注意するだけでなく、誰もが確認できるよう表示方法などの改善を図ること、手順を作成・共有し、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

2016年7月 事例5

〔疑義照会〕薬剤削除の事例

(事例番号：000000048193)

事 例

【事例の内容】

患者は、アテレック錠10mg、オルメテック錠20mg、その他に6種類の薬を服用していた。今回アテレック錠10mgが中止となり、レザルタス配合錠LDが処方された。その他の6種類の薬のうちエパデールもロトリガ粒状カプセル2gに変更された。薬が2種類変更になったことと薬効・用法を説明し、間違えないように服用するよう注意喚起して渡した。その際に患者から「血圧が安定してきたから、薬が替わった」との情報を聞き取り、もう一度処方監査し直した。オルメテック錠の成分であるオルメサルタンメドキシミルが合計30mgになるため、血圧降下作用が強くなると考え、処方医に疑義照会した。その結果、アテレック錠10mgだけでなくオルメテック錠20mgも中止となった。

【背景・要因】

処方監査の時点で、薬が2種類変更になったことにだけに注意が向き、体調変化(血圧が落ち着いた)による処方変更の意図を推測することができなかった。

【薬局が考えた改善策】

配合剤が多種類発売されてきているが、その成分をしっかりと把握する。配合剤と単剤の併用処方もあり得ることをわかった上で、患者の体調変化を聞き取り処方監査を行う。

その他の情報

レザルタス配合錠LDの組成：オルメサルタンメドキシミル（日局）10mg
アゼルニジピン（日局）8mg

事例のポイント

- 配合剤へ処方変更する際に起きたヒヤリ・ハット事例である。
- 配合剤が処方された場合は、患者が服用している医薬品の中に配合剤の構成成分と同成分の医薬品が含まれているかどうかを確認することは必須である。
- この事例のように、患者から聞き取った情報と処方内容に不一致が見られ少しでも疑義が生じたら、どの時点であっても一旦立ち止まって確認し疑義を解消することが、医師の処方意図に沿った治療への貢献につながる。

※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

2016年7月 事例6

〔疑義照会〕薬剤削除の事例

(事例番号：000000048201)

事 例

【事例の内容】

60歳代男性に循環器科から発行された処方せんを受け付けた。処方せんに、セララ錠25mg 1錠分1朝食後35日分と記載があった。患者情報収集時に、「以前服用していたスピロラクトン錠で胸の張りや痛みがあるので、薬を変更することになった」との話があった。また、本日血液検査を受けたとのことで、検査値を確認したところ、Cr1.59、eGFR34.7であった。セララ錠は「中等度以上の腎機能障害（クレアチニンクリアランス50mL/分未満）のある患者」には禁忌とされているため、処方医に疑義照会を行った。セララ錠25mgは中止すると回答があった。

【背景・要因】

医療機関と薬局薬剤師との連携により、腎機能低下者に使用禁忌とされている医薬品の投与を未然に防ぐことができた事例であるとする。

【薬局が考えた改善策】

腎機能の低下により禁忌または投与量の調節が必要となる医薬品の一覧を作成し、薬局内に掲示し、情報の共有を行う。また、これらの医薬品が投与される場合には、腎機能の確認を行い、その情報を積極的に活用することが求められる。

事 例 の ポ イ ン ト

- 薬物動態を考慮した上で、腎機能の低下に応じた減量または適切な同効薬への変更を薬剤師が提案することは、医薬品による副作用発現や腎障害の予防につながる。
- 腎機能が低下した患者への投与に注意が必要な医薬品をリストにまとめ、処方監査する際にチェックする体制をとることは有効な手段の一つである。
- 現状では、検査値が記載されている処方せんの発行は少数であるが、「かかりつけ薬剤師」の制度が推進されるなかで、患者と信頼関係を築き、また医療機関と連携しながら、検査データなどの情報を入手できるような環境を作ることも薬剤師に求められている。

※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.jcqhc.or.jp/>