

## 共有すべき事例

2017年4月事例1

### 〔調剤〕薬剤取違えの事例

(事例番号：000000051783)

#### 事例

##### 【事例の内容】

アザルフィジンE錠500mgの処方箋を受け付けた。後発医薬品であるサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」を調剤する際、数が不足することがわかり卸に電話で発注した。薬剤師が一人であったため、卸から納品された医薬品の名称、規格、製薬会社名を何度も確認した上で患者に交付した。翌日、他の薬剤師と添付文書を確認した時に、納品された医薬品がサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」であったこと、薬局に在庫があったサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」と卸から届いたサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」が混ざった状態で患者に交付したことに気付いた。患者に連絡し、医薬品を交換した。

##### 【背景・要因】

サラゾスルファピリジンには腸溶錠と非腸溶錠の異なる剤形が存在すること、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」は関節リウマチ、サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」は潰瘍性大腸炎等と、適応がそれぞれ違うことを知らなかった。PTPシートは類似しており、個装箱にはサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」は抗リウマチ薬、サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」には潰瘍性大腸炎と小さく記載があるが見逃した。また、電話注文の際にサラゾスルファピリジン腸溶錠と伝えたが、実際に届いたのはサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」であった。個装箱やPTPシートに違いがあることは気づいたが、包装変更によるものだと思い込んでしまった。

##### 【薬局が考えた改善策】

少しでも疑問に感じたら、あらゆる手段で徹底的に調べることが必要である。

#### 事例のポイント

- 間違いに気付く機会は、納品の際に卸と受け取り手の双方で医薬品を確認する時や薬局にあった医薬品と納品された医薬品を一緒に調剤する時など複数あったが、気付かないまま誤った医薬品を患者に交付した事例である。
- 混同しやすい医薬品の名称や規格・剤形、効能・効果を把握しておくことは、処方箋の判読ミスや医薬品の取り違えを防ぐ重要な手段となる。
- 思い込みや知識不足から引き起こされる医薬品の取り違えを防止する上で、薬品ケースなどに「類似名称有」、「他規格有」等の注意喚起ラベルや効能・効果を記載したラベルを掲示するなどの対策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.jcqh.or.jp/>

## 共有すべき事例

2017年4月事例2

### 〔調剤〕 薬袋の記載間違いの事例

(事例番号：000000051840)

#### 事例

##### 【事例の内容】

ボナロン錠35mgの処方箋を受け取り、処方箋の記載通り1日1回1錠 起床時12日分と入力して薬袋を作成し、交付した。後日、患者の家族が来局し、「患者が体調不良で入院した時に、毎日服用しそうになった。老人にはわかりにくく、印字が不適切ではないか。」と訴えがあった。

##### 【背景・要因】

以前から患者が継続して服用している薬であり、患者には週1回服用の薬であることを交付時に説明していた。製薬メーカーが作成している指導箋も渡していた。

##### 【薬局が考えた改善策】

印字を「起床時」ではなく「週1回起床時」に変更する。その他、ベネット錠75mgやボノテオ錠50mg、リウマトレックスカプセル2mg等の入力についても改めて確認する。以前から継続服用している薬でも、患者の判断力の低下など環境要因の変化がないかにも注意する。

#### 事例のポイント

- 薬袋や薬剤情報提供文書、お薬手帳は、患者が安全に服薬するための大切な情報源となることを意識し、必要な情報をわかりやすく記載することが重要である。
- 特に患者が高齢者の場合、継続的に服用している医薬品であっても長期にわたる治療の過程で患者の理解力が徐々に低下し、指示通りの服薬ができていない可能性も考えられる。
- 今まで大丈夫であったから、今後も大丈夫であるとは言い切れないため、常に患者の理解や服薬状況を確認して適切に指導することが重要となる。

※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.jcqh.or.jp/>

## 共有すべき事例

2017年4月 事例3

### 〔調剤〕 処方せん監査間違い

(事例番号：000000051811)

#### 事例

##### 【事例の内容】

10歳代の患者に処方されたエピペン注射液0.15mgを調剤し、交付した。その後、患者の家族から連絡があり、受診した際に体重を25kgと医師に伝えたていたが、帰宅後体重を測ったら30.6kgであることがわかった。体重30kgを超える場合は通常エピペン注射液0.3mgを使用するため、疑義照会を行った結果、変更になった。

##### 【背景・要因】

体重を確認するという基本的な行為をしなかった。

##### 【薬局が考えた改善策】

処方箋通りの調剤ではあるが、薬局でも体重を測るなど防げる点はあったと考える。

#### その他の情報

エピペン注射液0.15mg、0.3mgの添付文書（一部抜粋）

##### 【効能・効果】

蜂毒、食物及び薬物等に起因するアナフィラキシー反応に対する補助治療（アナフィラキシーの既往のある人またはアナフィラキシーを発現する危険性の高い人に限る）

##### 【用法・用量】

通常、アドレナリンとして0.01mg/kgが推奨用量であり、患者の体重を考慮して、アドレナリン0.15mg又は0.3mgを筋肉内注射する。

#### 事例のポイント

- 小児に投与する医薬品の中には、体重により投与量が設定されている医薬品が少なくない。処方する際は、医師が患児の付き添いの家族に体重を確認して投与量を決めることが多いが、聞き取った体重が現在の体重ではないことや日頃患児に付き添うことがない家族であれば把握できていないことがある。
- 体重により投与量が設定されている医薬品については、薬局でも体重を確認することは必須である。
- さらに、薬局でも体重計を設置し、患者の正確な体重を把握することができれば、医薬品のより安全な使用につながる。

※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.jcqh.or.jp/>

## 共有すべき事例

2017年4月事例4

### 〔疑義照会〕分量変更の事例

(事例番号：000000051892)

#### 事例

##### 【事例の内容】

患者にタルセバ錠150mgが処方された。治療期間が終了して処方が中止になった薬であったが、久しぶりに処方されていた。薬剤服用歴を確認したところ、前回の服用時に肝機能障害を起こしたため、タルセバ錠は150mgから100mgに減量となっていたことがわかった。患者本人に、用量について医師から何か伝えられたか確認したが、以前処方を中止した薬を再開すること以外は伝えられていなかった。タルセバ錠150mgで投与を開始した場合、再度肝機能障害を起こす可能性があると考え、疑義照会し処方医に確認したところ、前回処方した医師とは別の医師であった。前回の経緯を伝えた結果、減量することになった。

##### 【背景・要因】

担当医が変わったことにより、以前の情報が伝達されていなかった可能性がある。

##### 【薬局が考えた改善策】

ハイリスク薬が処方された場合は、必ず薬剤服用歴を確認する。抗がん剤などについては中止になった理由をしっかりと記載する。当薬局の記録だけでなく、必ず患者本人にも確認する。

#### 事例のポイント

- ハイリスク薬である抗悪性腫瘍薬の薬物療法では、わずかな投与量の違いによって重篤な副作用が発現する可能性がある。
- がん化学療法においては、治療に関与する医療従事者すべてが薬物療法の知識を持って、患者の状態、投与する医薬品、投与量、投与期間、休薬期間、併用薬、副作用出現などを確認することが重要となる。
- 患者の服薬状況や副作用情報を一元的・継続的に把握して、薬局で管理する薬剤情報歴などに記載し、それに基づいた薬学的管理・指導を行うことがより適切で安全な薬物治療につながる。

※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、読みやすくな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/>