

共有すべき事例

2017年5月 事例1

〔調剤〕 秤量間違いの事例

(事例番号：000000052292)

事例

【事例の内容】

初めて来局した患者から、リスペリドン細粒1%「ヨシトミ」1.5mg(0.6-0.3-0.6)毎食後14日分の処方箋を受け付け、調剤し交付した。その2週間後、2回目の来局時の処方ではリスペリドン細粒1%「ヨシトミ」1.4mg(0.5-0.3-0.6)毎食後に減量となった。翌日家族より、前回と比較して今回の薬の量がかかなり少ないと申し出があった。調べた結果、前回の調剤時に細粒として1日0.15gで調剤すべきところ10倍量の1.5gで調剤したことがわかった。直ちに家族に事実を伝え、健康状態について確認すると、鎮静とアカシジア様症状があると聞き取ったため、主治医に報告した。

【背景・要因】

不均等の薬剤の入力を行うと、システム上エラーが起きて薬剤量が正しく表示されないことがある。前回の調剤時、送られたデータが間違っていることに気付きデータを再送信したが、間違えたデータの削除を行わずに調剤した。鑑査時は、散剤指示箋の用量、用法、日数が正しいことを確認したが、秤量レシートの用量に基づいて鑑査したため、散剤指示箋と秤量レシートのデータが異なることに気付かなかった。

【薬局が考えた改善策】

通常はひとつのデータのみが送信される。システムによる計算が確実であることから、全量チェックを省略して調剤を行っていた。今回のようなイレギュラーな調剤の場合は、必ず秤量レシートにて全量計算を行うようにした。また、データを再送信した時は、鑑査者に分かるよう散剤指示箋にマークを付けて注意喚起するようにした。

事例のポイント

- リスペリドン細粒1%を処方量の10倍量で調剤し交付した事例である。
- 1%の細粒の場合、例えば、成分量1.5mgを細粒に換算すると0.15gとなるが、勘違いにより1ケタ換算間違いが生じる恐れがある。
- リスペリドン細粒1%の1日の最大投与量は、細粒として1.2g(成分量12mg)であることを認識していれば、1日量を1.5gで計量した時点で間違いに気付く可能性もある。
- 計量する際に同様の換算間違いが起きやすい医薬品は、他にデパス細粒1%などがある。
- 自局で採用している医薬品の中で特に注意が必要なハイリスク薬については、薬局内で情報共有することが大切である。
- 特に新患の場合は、確認事項も多く、様々な要因により間違いを引き起こすリスクが高まることを認識することが事故の防止に繋がる。

※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5月 事例2

〔調剤〕 規格・剤形間違いの事例

(事例番号：000000052284)

事例

【事例の内容】

アスピリンドライシロップ2%を調剤すべきところ、アスピリン散10%を調剤し交付した。

【背景・要因】

単純なミスであった。

【薬局が考えた改善策】

未記載。

事例のポイント

- ドライシロップや細粒などの散剤で、2規格以上の製品がある医薬品に関するヒヤリ・ハット事例である。
- 以前に比べると、メーカーによる販売中止などの措置により減ってきてはいるが、まだ多くの規格・剤形違いが存在し、取違えなどに注意が必要である。注意を要する医薬品の一部を紹介する。
 - タベジール散0.1%とタベジール散1%
 - コデインリン酸塩散1%とコデインリン酸塩散10%
 - リボトリール細粒0.1%とリボトリール細粒0.5%
 - ロペミン細粒0.1%とロペミン小児用細粒0.05%
 - パントシン細粒50%とパントシン散20%
 - メプチン顆粒0.01%とメプチンドライシロップ0.005%
 - メプチンドライシロップ0.005% (先発医薬品) とエステルチンドライシロップ0.01% (後発医薬品)

※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5月 事例3

〔疑義照会〕薬剤変更の事例

(事例番号：000000052491)

事例

【事例の内容】

70歳代の女性患者が来局した。口腔カンジダ症と診断され、フロリードゲル経口用2%が処方された。患者は、定期薬としてシンバスタチン錠5mg 1錠を毎朝服用しており、両薬剤は併用禁忌にあたるため処方医に疑義照会した。結果、フロリードゲル経口用2%からファンギゾンシロップ100mg/mL 2.4mL分3毎食後に変更となった。

【背景・要因】

処方医による定期薬のチェックが行われていなかったようだ。

【薬局が考えた改善策】

新しく処方された薬剤については、定期薬との相互作用（併用禁忌など）をしっかりとチェックする。

その他の情報

フロリードゲル経口用2%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. ワルファリンカリウム、ピモジド、キノジン、トリアゾラム、シンバスタチン、アゼルニジピン、ニソルジピン、プロナンセリン、エルゴタミン酒石酸塩、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩、リバーロキサバン、アスナプレビルを投与中の患者（「相互作用」の項（1）参照）

事例のポイント

- フロリードゲル経口用2%は併用禁忌となる医薬品が多いが、薬局での取扱いが比較的少ない医薬品であるため、その認識が十分でない場合が見受けられる。
- 外用薬の軟膏チューブのような包装ではあるが、内服薬である。
- 日頃から医薬品の最新情報を収集し、特に初めて調剤する医薬品が処方された時は、併用禁忌などの確認を怠ることなく処方監査を確実に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5月 事例4

〔疑義照会〕分量変更の事例

(事例番号：000000052225)

事例

【事例の内容】

70歳代後半の男性に皮膚科から発行された処方箋に、【般】レボフロキサシン錠250mg 1回1錠 1日1回朝食後7日分と記載があった。また、当該処方箋には検査値の記載があり、身長、体重、血清クレアチニン、eGFR値よりクレアチンクリアランスは50mL/分を超えていることがわかった。腎機能の状態から通常の投与量でも問題ないと判断し、処方医に情報提供を行うと共に疑義照会を行った。処方箋は、【般】レボフロキサシン錠500mg 1回1錠1日1回朝食後7日分に変更となった。

【背景・要因】

処方医は、患者の年齢から投与量を減らした可能性がある。

【薬局が考えた改善策】

腎機能に関する検査値によって投与量を減らす場合が多いが、今回のケースでは検査値から増量を提案し、適切な投与量に繋がった。医薬品の適正使用のため、処方箋に記載された検査値などの情報を活用することは重要であると感じた。

事例のポイント

- 最近、検査値が記載された処方箋の発行が増えてきている。
- 入手した検査値の情報をもとに、処方医に処方提案した事例である。
- 患者自らが検査値を薬剤師に伝え相談する場合もあるため、常日頃から検査値について学んでおくことが重要である。
- 処方箋に検査値が記載されていない場合でも、積極的に患者から検査値などの情報を聞き取り、処方監査に活用することも必要である。

※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/>

共有すべき事例

2017年5月 事例5

〔疑義照会〕分量変更の事例

(事例番号：000000052244)

事例

【事例の内容】

患者は2ヶ月前までラミクタール錠を1日300mgで服用していたが、皮膚障害の疑いがあり処方が中止となった。今回、中止後1か月以上が経過して再開となり、ラミクタール錠100mg 3錠14日分が処方された。1日量が300mgから開始されたため疑義照会を行ったが、間違いないと返答を受けた。疑義が解消されなかったため、製薬会社に確認した。ラミクタール錠は、最終投与から65時間が経過した場合は初回用量の25mgから再開するという情報を得た。製薬会社の医薬情報担当者が処方医へ訪問し、情報提供を行った。その後再度、疑義照会を行うと、ラミクタール錠25mg 1錠14日分へ変更となった。

【背景・要因】

医師は、「再開時は、用量を1日25mgへ戻すことは知っているが、今回は患者より300mgから開始してほしいと要望があったため処方した。」と話していたと、医薬情報担当者から報告を受けた。

【薬局が考えた改善策】

高用量からの開始や再開で死亡例も報告されていることから、当該処方箋を受け取った場合は「調剤拒否事由」に該当すると製薬会社から説明を受けたため、今後も注意が必要と考える。薬局内にて、製薬会社によるラミクタールの勉強会を実施する。同様の事例があった場合は、薬局から疑義照会できるように薬局内の認識を一致させる。

その他の情報

ラミクタール錠小児用2mg、ラミクタール錠小児用5mg、ラミクタール錠25mg、ラミクタール錠100mgの添付文書（一部抜粋）

【用法・用量】

用法・用量に関連する使用上の注意

- (3) 本剤による発疹等の皮膚症状のために投与を中止した場合には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合以外は再投与しないこと。再投与にあたっては、いかなる理由で投与を中止した患者においても、維持用量より低い用量から漸増すること（(1)参照）。なお、投与中止から本剤の消失半減期の5倍の期間（バルプロ酸ナトリウムを併用した時は約350時間、バルプロ酸ナトリウムを併用せず本剤のグルクロン酸抱合を誘導する薬剤を併用した時は約65時間（いずれも外国人のデータ）、バルプロ酸ナトリウムも本剤のグルクロン酸抱合を誘導する薬剤も併用しなかった時は約170時間）を経過している場合は、初回用量から「用法・用量」に従って再開することが推奨される（「相互作用」及び「薬物動態」の項参照）。

事例のポイント

- 抗てんかん剤であるラミクタールについて、ラミクタールとの因果関係が否定できない重篤な皮膚障害が発現し死亡に至った例が報告されていることから、用法・用量を遵守し、皮膚障害の早期発見、早期治療に努めるよう「安全性速報（ブルーレター）」が2015年2月に公表されている。
- ラミクタールは、用法・用量が細かく設定されており、投与中止後の再投与についても細心の注意が必要である。
- 疑義が生じた場合、必要とあれば製薬会社からも積極的に情報を収集し、疑義が解消するまで疑義照会を行うことは重要である。

※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5月 事例6

〔疑義照会〕 当該処方以外を変更した事例

(事例番号：000000052279)

事例

【事例の内容】

定時薬を渡すため、在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている患者の所に訪問した際、残薬の中に、主治医と同病院の神経内科医から処方されたトリプタノール錠10を見つけた。患者は緑内障と診断されており、トリプタノール錠10が禁忌にあたるため主治医に連絡した。処方医と相談の上、服薬が中止となった。患者は数日間服用していたが、健康被害はなかった。

【背景・要因】

患者から外来を受診することは聞いていたが、その後主治医から、患者が受診するのは同病院の他の医師であると連絡があった。神経内科から発行された処方箋が他薬局で調剤され、薬はヘルパーが患者に届けたため、当薬局にはトリプタノール錠10が処方された情報が届かなかったこともあり、処方薬の確認が不十分であった。

【薬局が考えた改善策】

患者、主治医、ケアマネジャーなど関連する人との連絡を密にし、情報を収集する。

事例のポイント

- 在宅患者訪問薬剤管理指導や居宅療養管理指導を行っている患者が主治医以外の他の医療機関を受診し、発行された処方箋が他の薬局で調剤された場合、その処方内容が在宅患者訪問薬剤管理指導や居宅療養管理指導を行っている薬局に伝わらないことがある。
- 今後は在宅医療における薬剤師の活躍がより一層期待されていることから、薬剤師はケアマネジャーやヘルパーなど他の職種との連携を強化し、患者が服用する医薬品等に関する情報を一元的に管理し薬物治療の安全性・有効性の向上に取り組むと共に、不必要な医薬品等の削減にも関与することが望まれる。

※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/>