



薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例

2021年
No.10
事例1

調剤

レセプトコンピュータの入力間違いによる薬剤取り違え



事例

【事例の詳細】

70歳代男性に、以前から泌尿器科よりベタニス錠50mgが処方されていた。今回はベオーバ錠50mgへ変更になっていたが、先頭の文字の「ベ」が同じであったため、事務員は前回と同じ処方であると思い込みレセプトコンピュータにベタニス錠50mgと入力した。薬剤師は、本来は処方箋を見て調剤するところ、レセプトコンピュータと連動して印刷された薬袋を見てベタニス錠50mgをピックアップした。薬剤交付時に患者から指摘され薬剤の取り違えに気付いた。

【背景・要因】

平素から当薬局を利用している患者であった。慣れがあり、決められた手順を遵守しなかった。

【薬局から報告された改善策】

処方箋を見て調剤することを徹底する。レセプトコンピュータに入力した内容を処方箋と突合する。交付時に患者と一緒に薬剤を確認する。



その他の情報

販売名	ベタニス錠25mg/50mg	ベオーバ錠50mg
有効成分	ミラベグロン	ビベグロン
効能又は効果	過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁	過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁
用法及び用量	通常、成人にはミラベグロンとして50mgを1日1回食後に経口投与する。	通常、成人にはビベグロンとして50mgを1日1回食後に経口投与する。



事例のポイント

- ベタニス錠25mg/50mgとベオーバ錠50mgは同じ効能又は効果を有する薬剤で、通常の投与量はどちらも1日50mgである。販売名は先頭の1文字が同じであり、有効成分名も類似している。本事業には両剤の処方間違いや調剤時の取り違えの事例が複数報告されている。
- 本事業には、レセプトコンピュータの入力間違いに起因する薬剤取り違えの事例が数多く報告されている。レセプトコンピュータへの入力間違いは、連動して作成される薬袋や薬剤情報提供書等の間違いにもつながる。薬剤師がレセプトコンピュータに入力された内容と処方箋を突合することは必須である。
- 調剤は、お薬手帳や薬袋、薬剤情報提供書などの2次情報ではなく、処方箋に基づいて行うことが基本である。
- レセプトコンピュータへの入力間違いや薬剤取り違えに対する注意喚起を薬局内で行うことが重要である。名称が類似している薬剤のリストを作成してスタッフが見える場所に貼ることや、注意事項をラベルにして薬品棚に貼ることなどの視覚的な対策は有効である。



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 東京都千代田区神田三崎町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/>

※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す目的で作成された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、「事例検索」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。



薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例

2021年
No.10
事例2

疑義照会・処方医への情報提供

患者の生活状況



事例

【事例の詳細】

50歳代の女性にラツーダ錠20mgが初めて処方された。処方箋には1日1回1錠朝食後と記載されていたが、患者から朝食はあまり食べないことを聴取した。ラツーダ錠の吸収は食事の影響を受けやすいため食後に服用することになっている。そこで処方医に患者の朝食の摂取状況を伝えたとこ、用法が夕食後に変更になった。

【推定される要因】

処方医は患者の食生活を考慮しなかったと推察する。

【薬局での取り組み】

朝食を取らない習慣の患者もいるため、ラツーダ錠が処方された患者には食生活について注意深くヒアリングを実施する。



その他の情報

ラツーダ錠20mg／40mg／60mg／80mgの添付文書（一部抜粋）

6. 用法及び用量

〈統合失調症〉

通常、成人にはララシドン塩酸塩として40mgを1日1回食後経口投与する。

〈双極性障害におけるうつ症状の改善〉

通常、成人にはララシドン塩酸塩として20～60mgを1日1回食後経口投与する。

14. 適用上の注意

14.1 薬剤交付時の注意

14.1.1 本剤の吸収は食事の影響を受けやすいので、食後に服用するよう指導すること。

16. 薬物動態

16.2 吸収

16.2.2 食事の影響

血清中ララシドンの C_{max} 、 AUC_{0-48} 及び $AUC_{0-\infty}$ は、空腹時投与に比べて食後投与では2.4倍、1.7倍及び1.7倍に増加した。



事例のポイント

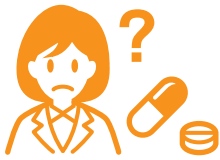
- ラツーダ錠の吸収は食事の影響を受け、空腹時投与では血清中ララシドンの C_{max} 、 AUC_{0-48} 及び $AUC_{0-\infty}$ が食後投与に比べて減少することから、食後の服用を厳守する必要がある。本事業には、ラツーダ錠が就寝前や食前に処方されたため薬剤師が疑義照会を行った結果、食後に変更になった事例が複数報告されている。ラツーダ錠が処方された際は、用法が食後になっているかを確認することが重要である。
- 食事の影響を受ける薬剤の一覧表を作成し、患者の生活状況を聴取する際や調製・鑑査を行う際に活用するとよい。
- 本事例ではラツーダ錠が朝食後に処方されており用法に間違いはなかったが、患者の生活状況を考慮した処方設計ではなかった。処方通りに服用した場合、有効な血中濃度を維持できなかった可能性がある。
- 薬剤師が、薬剤を服用する患者の生活状況を丁寧に聴取して把握し、その情報により有効な薬物療法につなげることができた良い事例である。



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 東京都千代田区神田三崎町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/>

※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す目的で作成された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、「事例検索」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。



薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例

2021年
No.10
事例3

疑義照会・処方医への情報提供

同成分の重複



事例

【事例の詳細】

当薬局に初めて来局した90歳代の患者から、クリニックAの処方箋を応需した。薬剤を交付する際、処方されたイルアミクス配合錠LD「DSPB」とラベプラゾールナトリウム錠10mg「TCCK」は以前から服用している薬剤であること、この他に以前に入院した医療機関Bで処方されている薬剤も服用していることを聴取した。患者はお薬手帳を持参していなかったため、医療機関Bから処方されている薬剤を把握する目的で患者に電話をすることを約束して薬剤を交付した。その後、患者がお薬手帳を持って来局したため確認すると、半年前より医療機関Bでもイルアミクス配合錠LDとラベプラゾールナトリウム錠10mgを処方されていたことが分かった。クリニックAの処方医に他の医療機関から同じ薬剤が処方されていることを伝えたと、服薬中止の指示を得た。

【推定される要因】

患者は複数の薬局を利用しており、当薬局には初めての来局であった。半年前に医療機関Bに入院した際にクリニックAの処方が継続され、退院後の外来診療でも継続して処方されていた。クリニックAでは、退院後も医療機関Bから患者に薬剤が処方されていることを把握していなかった。患者は2冊のお薬手帳を所有し薬局ごとに使い分けていたため、これまで処方箋を受け付けていたそれぞれの薬局も重複処方に気付かなかったと思われる。医療機関同士の連携やお薬手帳の正しい活用ができていれば、重複処方を防げた可能性がある。

【薬局での取り組み】

今後もお薬手帳の確認を徹底する。服用している全ての薬剤を把握できるよう、患者にはお薬手帳を1冊にまとめ、医療機関や薬局に見せるよう指導していく。お薬手帳の活用方法を伝え、お薬手帳を活用するメリットを理解してもらう。



事例のポイント

- 患者は複数の薬局を利用し、薬局ごとにお薬手帳を作成して使い分けていたため、調剤を行っていた薬局では患者の服用薬を一元的に管理することができず重複処方に気付いていなかった。薬剤師は、日頃から患者にお薬手帳を一つにまとめることの重要性を伝えるなど、患者がお薬手帳を適切に活用できるようサポートすることが求められる。
- 患者が持参するお薬手帳を確認することはもちろんであるが、口頭でも、医療機関の受診状況を聴取し、お薬手帳に記載された薬剤の他に処方された薬剤や一般用医薬品、健康食品・サプリメントを使用していないか丁寧に確認することが必要である。
- 本事例は、交付する薬剤の他に併用薬があることを薬剤師が把握し、聴取できなかった薬剤名を交付後に電話で確認しようとするなど、積極的に情報収集したことで重複処方に気付いた良い事例である。疑義照会を行い薬剤の重複が解消した後は、患者の体調変化の有無についてフォローアップを行うことが望ましい。
- 本事例は、退院の際の医療機関の連携不足により薬剤が重複して処方された事例である。退院後も患者が適切な薬物療法を受けるためには、医療機関同士、あるいは医療機関と薬局の連携が重要である。



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 東京都千代田区神田三崎町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/>

※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す目的で作成された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、「事例検索」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。