薬局ヒヤリ･ハット事例収集･分析事業
第６回集計報告
（平成２３年７月～１２月）

平成２４年３月２２日

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

本事業の内容（報告書類、事例）は、以下のホームページから閲覧・検索していただけます。
（公財）日本医療機能評価機構　薬局ヒヤリ･ハット事例収集･分析事業トップページ：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/
〇報告書類・年報　　：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/report/index.html
〇公開データ検索　　：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/phsearch/SearchReport.action
〇薬局ヒヤリ・ハット分析表：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/analysis_table/index.html
〇共有すべき事例　　：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/sharing_case/index.html

目次

報告の現況 …… 1

【1】事業参加薬局 …… 1

【2】報告件数 …… 2

【3】報告内容 …… 7

【4】販売名に関する集計 …… 19

【5】共有すべき事例 …… 25

報告の現況

【１】事業参加薬局

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の事業参加薬局は次の通りである。

１．事業参加薬局数

	薬局数 (注)
事業参加薬局数	6,037

２．事業参加薬局における登録軒数の推移

	平成23年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
新規事業参加薬局数	31	49	47	39	20	130	467	517	496	304	280	226
登録取下げ薬局数	1	1	0	4	4	0	0	1	2	0	2	3
累　計	3,479	3,527	3,574	3,609	3,625	3,755	4,222	4,738	5,232	5,536	5,814	6,037

※　登録取下げ薬局数１８軒のうち、１４軒は薬局廃止による登録取下げ、３軒は移転に伴う薬局廃止による登録取下げ、１軒は薬局休止に伴う登録取下げである。

３．都道府県別事業参加薬局数

都道府県	薬局数	都道府県	薬局数	都道府県	薬局数	都道府県	薬局数
北海道	463	東京都	349	滋賀県	59	香川県	85
青森県	114	神奈川県	371	京都府	110	愛媛県	79
岩手県	63	新潟県	211	大阪府	382	高知県	93
宮城県	72	山梨県	45	兵庫県	270	福岡県	422
秋田県	60	長野県	89	奈良県	59	佐賀県	99
山形県	54	富山県	34	和歌山県	29	長崎県	72
福島県	114	石川県	28	鳥取県	24	熊本県	165
茨城県	55	福井県	16	島根県	50	大分県	66
栃木県	140	岐阜県	124	岡山県	60	宮崎県	52
群馬県	124	静岡県	169	広島県	119	鹿児島県	62
埼玉県	116	愛知県	187	山口県	343	沖縄県	36
千葉県	124	三重県	116	徳島県	63	合　計	6,037

注：平成２３年１２月３１日現在の薬局数を示す。

【2】報告件数

薬局におけるヒヤリ・ハット事例(注)は以下の通りである。

1．総報告件数

	第6回集計
報　告　月	7月～12月
事業参加薬局数	6,045
事業参加薬局のうち報告のあった薬局数	597
公　表　件　数	4,339

2．月別報告件数

	平成23年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
事業参加薬局数	3,479	3,527	3,574	3,609	3,625	3,755	4,222	4,738	5,232	5,536	5,814	6,037
報　告　件　数	696	694	571	613	552	617	617	715	591	748	897	771
公　表　件　数	696	694	571	613	552	617	617	715	591	748	897	771

3．薬剤師数別事業参加薬局数及び報告件数

薬剤師数（常勤換算）	事業参加薬局数	報告件数
	平成23年7月～12月	平成23年7月～12月
1　人	1,192	244
2　人	2,158	602
3　人	1,222	973
4　人	641	760
5　人	338	332
6　人	182	339
7　人	104	444
8　人	82	577
9　人	37	17
10　人	24	4
11人以上	65	47
合　計	6,045	4,339

注：薬局ヒヤリ・ハット事例として報告される情報は「医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例。」、「誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例または軽微な処置・治療を要した事例。但し、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。」、「誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例。」である。但し、本事業において「医療」とは医療行為と関連する全ての過程とする。このうち、本事業において収集対象とする事例は医薬品または特定保険医療材料が関連した事例であって、薬局で発生または発見された事例とする。

4．処方せんを応需した回数別事業参加薬局数及び報告件数

処方せんを応需した回数（月間）	事業参加薬局数	報告件数
	平成23年７月～12月	平成23年７月～12月
0～ 500回	800	94
501～1000回	1,531	580
1001～1500回	1,414	635
1501～2000回	1,031	622
2001～2500回	488	803
2501～3000回	299	334
3001～3500回	154	47
3501～4000回	146	272
4001回以上	182	952
合　　計	6,045	4,339

5．医療用医薬品の取扱品目数別事業参加薬局数及び報告件数

医療用医薬品の取扱品目数	事業参加薬局数	報告件数
	平成23年７月～12月	平成23年７月～12月
0品目	4	0
1～ 100品目	22	0
101～ 500品目	473	77
501～1000品目	3,312	1,210
1001～1500品目	1,557	1,592
1501～2000品目	516	1,365
2001～2500品目	114	56
2501～3000品目	34	32
3001品目以上	13	7
合　　計	6,045	4,339

6．後発医薬品の取扱品目数別事業参加薬局数及び報告件数

後発医薬品の取扱品目数	事業参加薬局数	報告件数
	平成23年７月～12月	平成23年７月～12月
0品目	8	0
1～ 100品目	2,043	587
101～ 500品目	3,691	3,420
501～1000品目	296	332
1001～1500品目	0	0
1501～2000品目	2	0
2001～2500品目	1	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	4	0
合　　計	6,045	4,339

7．一般用医薬品の取扱品目数別事業参加薬局数及び報告件数

一般用医薬品の取扱品目数	事業参加薬局数	報告件数
	平成23年７月～12月	平成23年７月～12月
0品目	588	255
1～ 10品目	1,167	1,084
11～ 50品目	1,855	1,448
51～ 100品目	787	700
101～ 150品目	276	538
151～ 200品目	236	77
201～ 250品目	102	17
251～ 300品目	177	21
301～ 500品目	370	84
500～1000品目	339	45
1001品目以上	148	70
合　　計	6,045	4,339

8．処方せんを応需している医療機関数別事業参加薬局数及び報告件数

処方せんを応需している医療機関数	事業参加薬局数	報告件数
	平成23年７月～12月	平成23年７月～12月
0	12	0
1 ～ 10	1,328	564
11 ～ 20	1,362	571
21 ～ 30	1,028	784
31 ～ 40	605	284
41 ～ 50	542	555
51 ～ 60	302	171
61 ～ 70	184	334
71 ～ 80	150	278
81 ～ 90	100	39
91 ～ 100	120	120
101 以上	312	639
合　　計	6,045	4,339

9．後発医薬品調剤率別事業参加薬局数及び報告件数

後発医薬品調剤率	事業参加薬局数	報告件数
	平成23年７月～12月	平成23年７月～12月
10%未満	243	63
10%以上20%未満	1,378	788
20%以上30%未満	1,944	2,113
30%以上40%未満	1,492	1,110
40%以上50%未満	531	134
50%以上60%未満	239	106
60%以上70%未満	126	22
70%以上80%未満	51	2
80%以上90%未満	35	0
90%以上	6	1
合　　計	6,045	4,339

１０．地域別事業参加薬局数及び報告件数

地域	事業参加薬局数	報告件数
	平成23年７月～12月	平成23年７月～12月
北　海　道	463	782
東　　北	477	72
関東甲信越	1,627	2,151
東海北陸	676	124
近　　畿	910	418
中国四国	917	540
九州沖縄	975	252
合　　計	6,045	4,339

１１．報告件数別事業参加薬局数

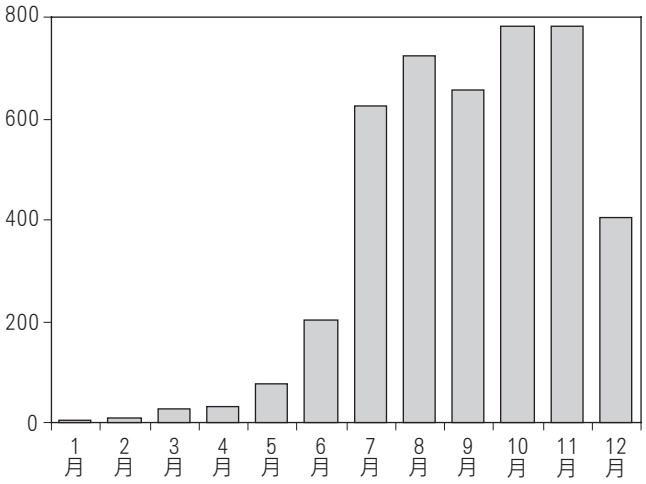
報告件数	事業参加薬局数
平成23年７月～12月	平成23年７月～12月
0	5,448
1 ～ 5	488
6 ～ 10	47
11 ～ 20	31
21 ～ 30	13
31 ～ 40	3
41 ～ 50	1
51 以上	14
合　　計	6,045

【３】報告内容

平成２３年７月１日から同年１２月３１日に報告された薬局におけるヒヤリ・ハット事例４，３３９件に対し、各項目の集計を行った結果は以下の通りである。

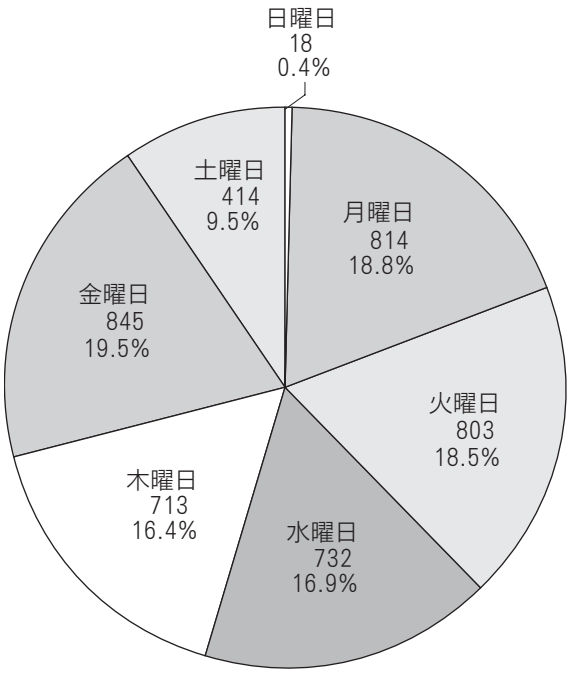
１．発生月

発　生　月	件数
1　　月	4
2　　月	9
3　　月	28
4　　月	33
5　　月	77
6　　月	204
7　　月	626
8　　月	725
9　　月	659
10　　月	784
11　　月	786
12　　月	404
合　　計	4,339



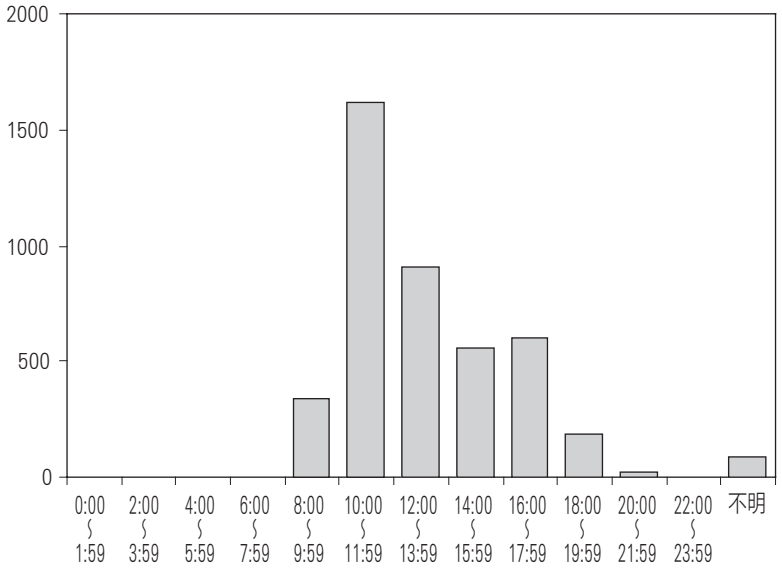
２．発生曜日

発 生 曜 日	件数
日　曜　日	18
月　曜　日	814
火　曜　日	803
水　曜　日	732
木　曜　日	713
金　曜　日	845
土　曜　日	414
合　　計	4,339



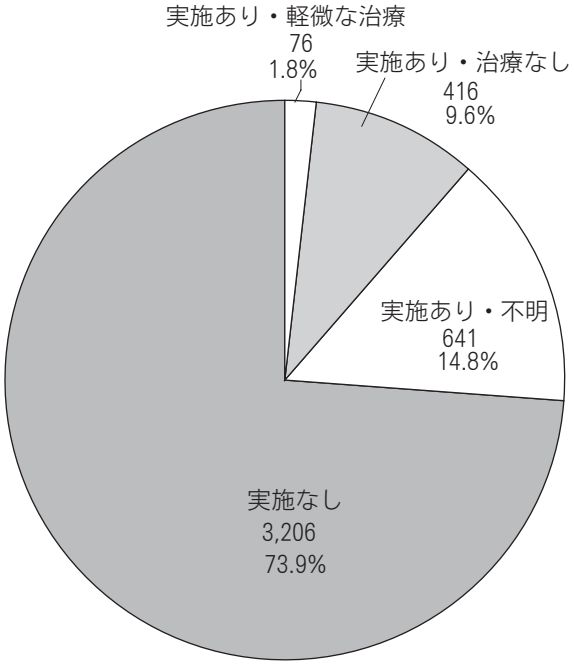
3．発生時間帯

発生時間帯	件数
0：00～ 1：59	1
2：00～ 3：59	4
4：00～ 5：59	3
6：00～ 7：59	1
8：00～ 9：59	334
10：00～11：59	1,620
12：00～13：59	912
14：00～15：59	559
16：00～17：59	604
18：00～19：59	191
20：00～21：59	18
22：00～23：59	1
不　　明	91
合　　計	4,339



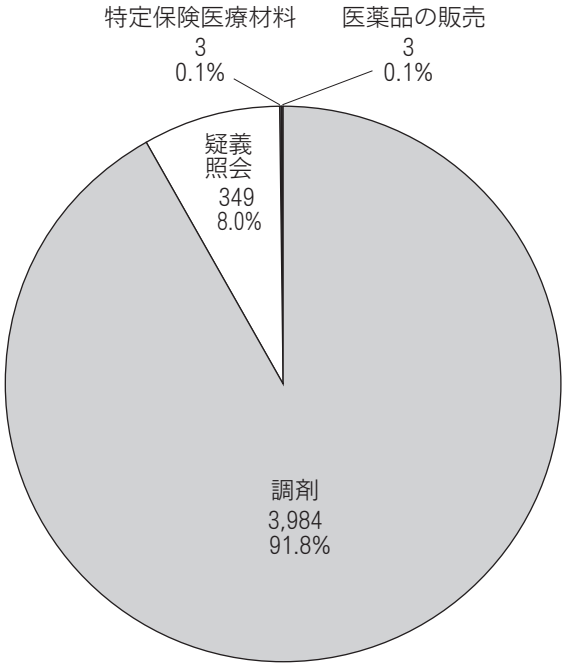
4．実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	76
実施あり・治 療 な し	416
実施あり・不　　明	641
実施なし	3,206
合　　計	4,339



5．事例の概要

事例の概要 (注1)	件数
調　　剤 (注2)	3,984
疑義照会 (注2)(注3)	349
特定保険医療材料	3
医薬品の販売	3
合　　計	4,339

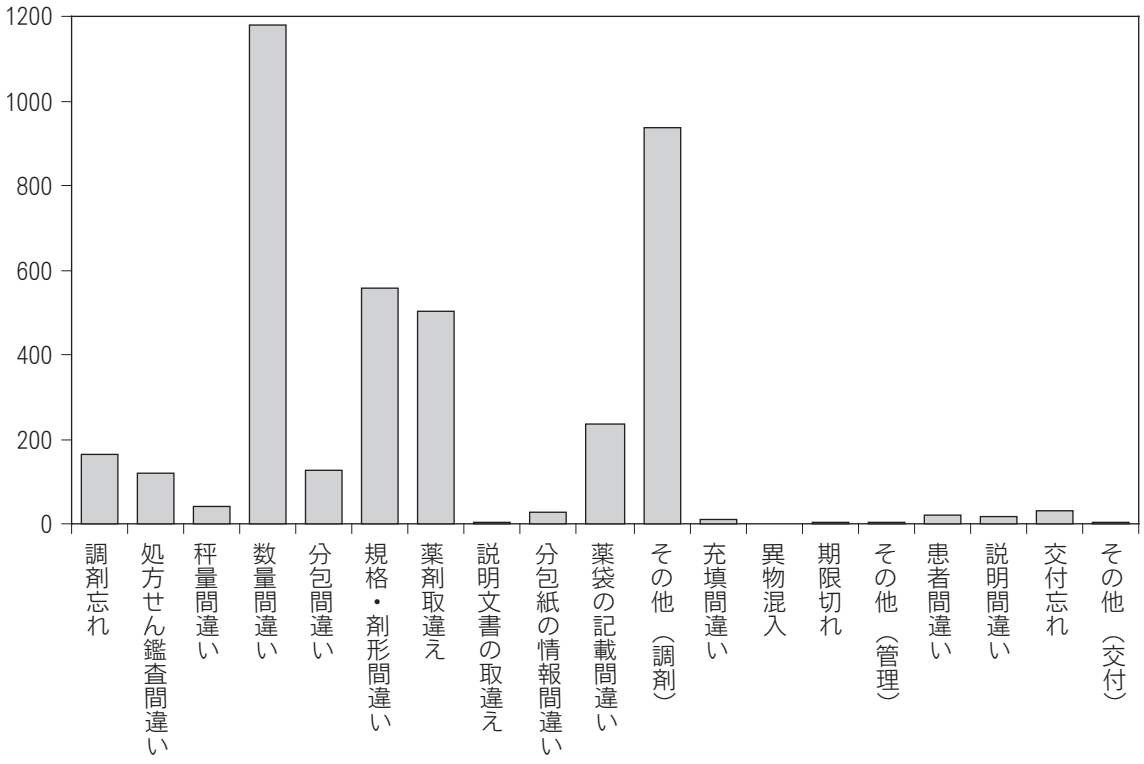


注１：ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。Ｐ２（注）参照。
注２：調剤の過程において処方せん鑑査を誤ったために疑義照会を行わなかった事例は、「調剤」に集計されている。
注３：疑義照会についても薬局で発生した、または発見された事例であるが、医療機関で発生した処方の誤りを薬局で発見した事例が大半を占めている。

1）調剤に関する項目

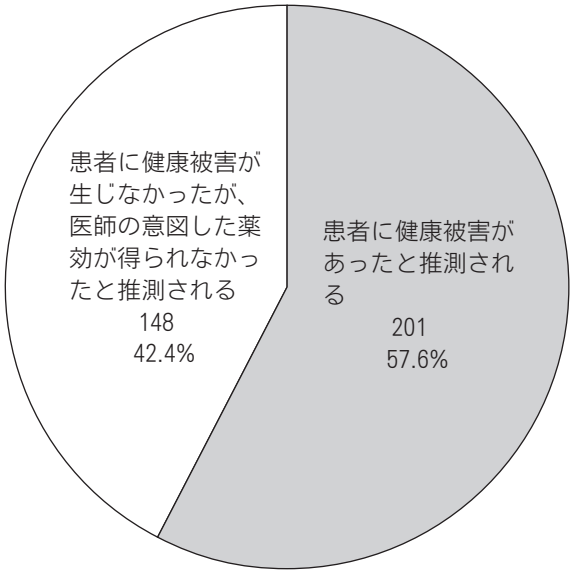
発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	163
	処方せん鑑査間違い	119
	秤量間違い	40
	数量間違い	1,180
	分包間違い	128
	規格・剤形間違い	558
	薬剤取違え	503
	説明文書の取違え	4
	分包紙の情報間違い	29
	薬袋の記載間違い	236
	その他（調剤）	936

発生場面	事例の内容	件数
管理	充填間違い	10
	異物混入	1
	期限切れ	4
	その他（管理）	3
交付	患者間違い	19
	説明間違い	17
	交付忘れ	31
	その他（交付）	3
合計		3,984

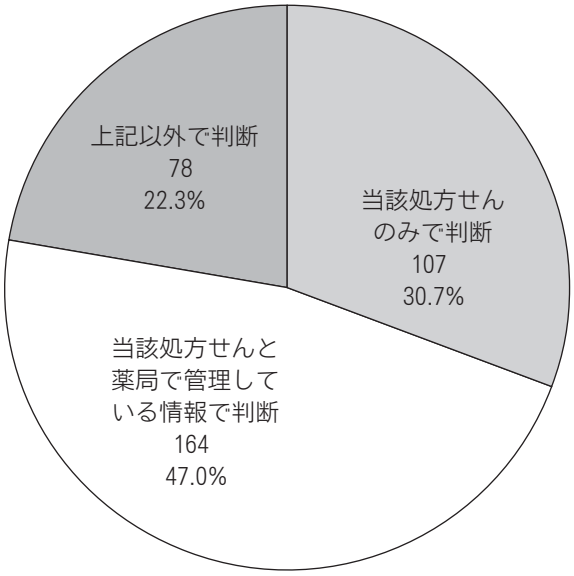


2）疑義照会に関する項目

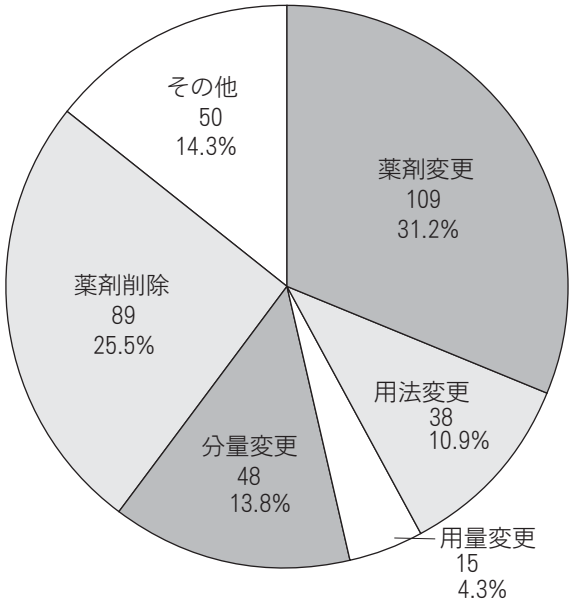
仮に変更前の処方の通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	201
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	148
合　計	349



疑義があると判断した理由	件数
当該処方せんのみで判断	107
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	164
上記以外で判断	78
合　計	349

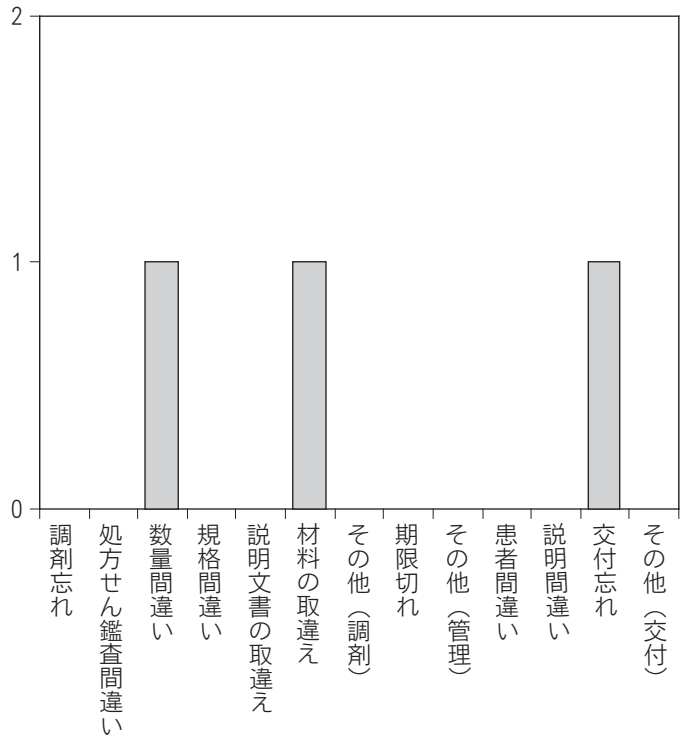


変更内容	件数
薬　剤　変　更	109
用　法　変　更	38
用　量　変　更	15
分　量　変　更	48
薬　剤　削　除	89
そ　の　他	50
合　計	349



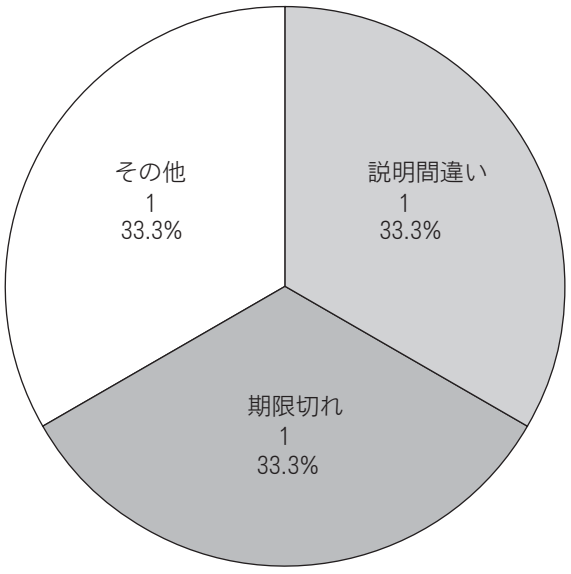
3）特定保険医療材料に関する項目

発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	0
	処方せん鑑査間違い	0
	数量間違い	1
	規格間違い	0
	説明文書の取違え	0
	材料の取違え	1
	その他（調剤）	0
管理	期限切れ	0
	その他（管理）	0
交付	患者間違い	0
	説明間違い	0
	交付忘れ	1
	その他（交付）	0
合計		3



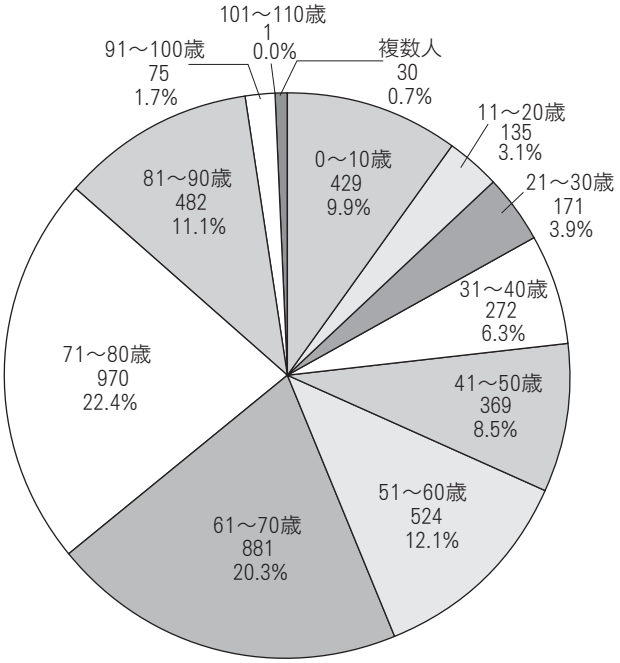
4）医薬品の販売に関する項目

事例の内容	件数
商品間違い	0
説明間違い	1
期限切れ	1
その他	1
合計	3



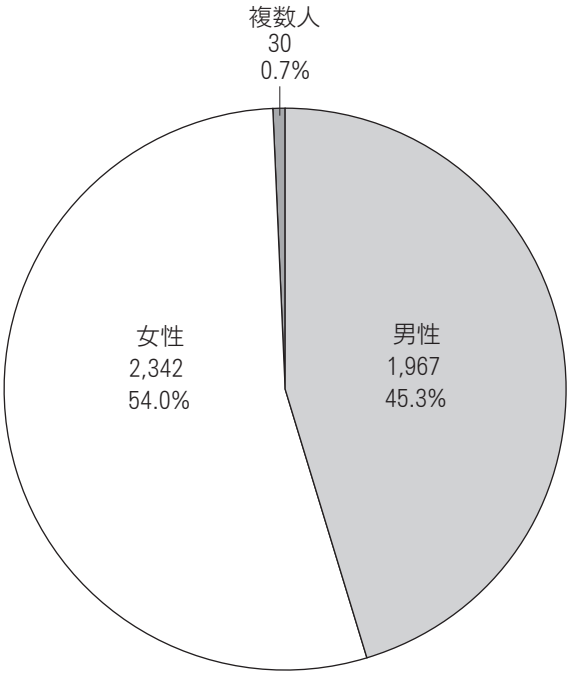
6．患者の年齢

患者の年齢	件数
0 ～ 10歳	429
11 ～ 20歳	135
21 ～ 30歳	171
31 ～ 40歳	272
41 ～ 50歳	369
51 ～ 60歳	524
61 ～ 70歳	881
71 ～ 80歳	970
81 ～ 90歳	482
91 ～ 100歳	75
101 ～ 110歳	1
111 ～ 120歳	0
121 ～ 130歳	0
131歳以上	0
複 数 人	30
合 計	4,339



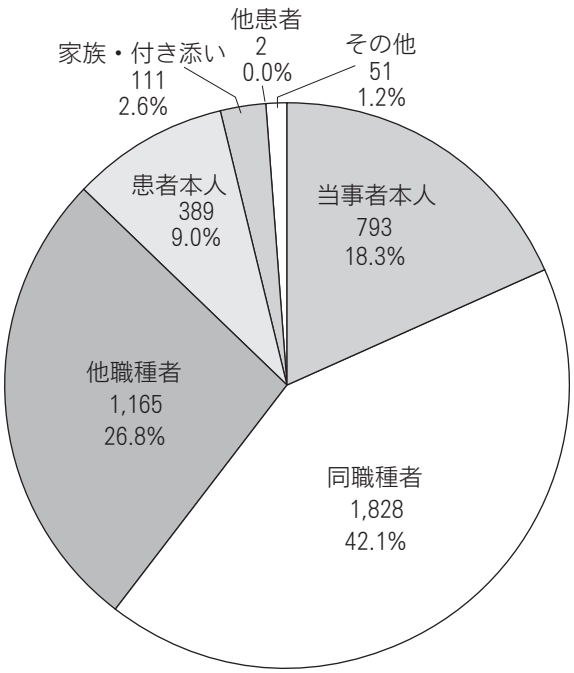
7．患者の性別

患者の性別	件数
男 性	1,967
女 性	2,342
複 数 人	30
合 計	4,339



8．発見者

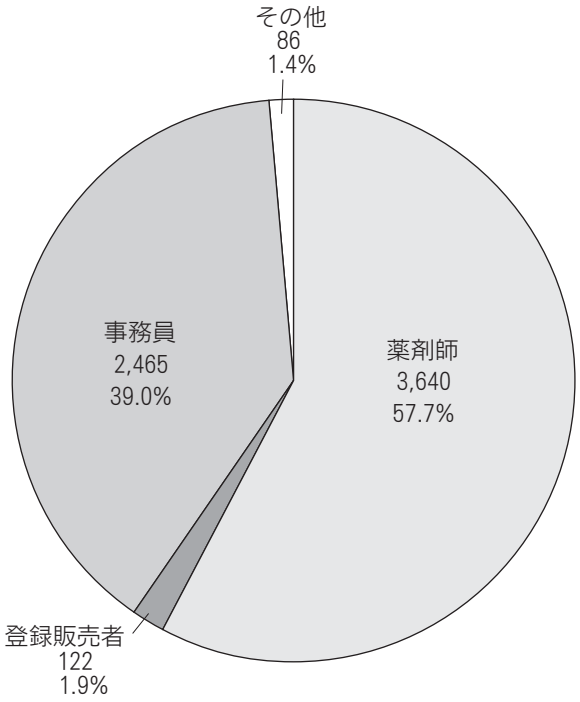
発　見　者	件数
当事者本人	793
同職種者	1,828
他職種者	1,165
患者本人	389
家族・付き添い	111
他患者	2
その他	51
合　計	4,339



9．当事者

当　事　者	件数
薬剤師	3,640
登録販売者	122
事務員	2,465
その他	86
合　計	6,313

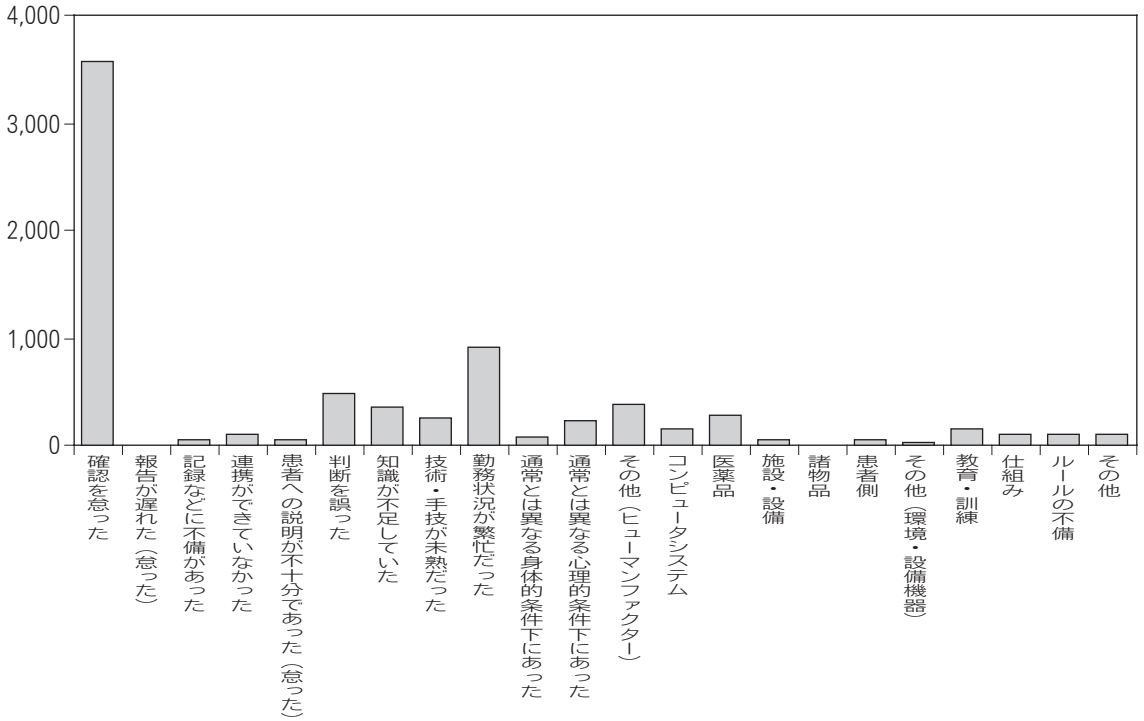
注：「当事者」は複数回答が可能である。



１０．発生要因

項目			件数
当事者の行動に関わる要因		確認を怠った	3,576
		報告が遅れた（怠った）	12
		記録などに不備があった	44
		連携ができていなかった	98
		患者への説明が不十分であった（怠った）	58
		判断を誤った	471
背景・システム・環境要因	ヒューマンファクター	知識が不足していた	343
		技術・手技が未熟だった	251
		勤務状況が繁忙だった	906
		通常とは異なる身体的条件下にあった	69
		通常とは異なる心理的条件下にあった	222
		その他（ヒューマンファクター）	385
	環境・設備機器	コンピュータシステム	149
		医薬品	267
		施設・設備	59
		諸物品	6
		患者側	47
		その他（環境・設備機器）	24
	その他	教育・訓練	160
		仕組み	91
		ルールの不備	97
		その他	89
		合　計	7,424

注：「発生要因」は複数回答が可能である。



１１．事例の概要×発生要因

事例の概要×発生要因	調　剤	疑義照会(注1)	特定保険医療材料	医薬品の販　売	合　計
確認を怠った	3,485	87	3	1	3,576
報告が遅れた（怠った）	8	4	0	0	12
記録などに不備があった	26	18	0	0	44
連携ができていなかった	48	50	0	0	98
患者への説明が不十分であった（怠った）	48	9	0	1	58
判断を誤った	460	11	0	0	471
知識が不足していた	303	40	0	0	343
技術・手技が未熟だった	245	6	0	0	251
勤務状況が繁忙だった	854	51	1	0	906
通常とは異なる身体的条件下にあった	69	0	0	0	69
通常とは異なる心理的条件下にあった	212	9	0	1	222
その他（ヒューマンファクター）	313	72	0	0	385
コンピュータシステム	111	38	0	0	149
医　薬　品	229	37	0	1	267
施設・設備	50	9	0	0	59
諸　物　品	6	0	0	0	6
患　者　側	8	38	0	1	47
その他（環境・設備機器）	12	12	0	0	24
教育・訓練	140	20	0	0	160
仕　組　み	69	22	0	0	91
ルールの不備	86	11	0	0	97
そ　の　他	19	70	0	0	89
合　計	6,801	614	4	5	7,424

注：「発生要因」は複数回答が可能である。

注１：疑義照会は薬局で発生した、または発見された事例であるが、医療機関で発生した処方の誤りを薬局で発見した事例が大半を占めている。そのため、「発生要因」は、処方の誤りが発生した医療機関の発生要因の内容が選択されている事例が大半を占めている。

１２．当事者×発生要因

当事者×発生要因	薬 剤 師	登録販売者	事 務 員	そ の 他	合　　計
確認を怠った	3,118	96	2,031	70	5,315
報告が遅れた（怠った）	20	1	4	0	25
記録などに不備があった	50	6	14	3	73
連携ができていなかった	138	4	33	10	185
患者への説明が不十分であった（怠った）	91	5	36	2	134
判断を誤った	278	6	300	12	596
知識が不足していた	310	13	199	19	541
技術・手技が未熟だった	218	1	155	13	387
勤務状況が繁忙だった	965	43	444	14	1,466
通常とは異なる身体的条件下にあった	64	2	36	0	102
通常とは異なる心理的条件下にあった	238	4	96	4	342
その他（ヒューマンファクター）	327	24	294	5	650
コンピュータシステム	173	7	88	12	280
医　薬　品	391	18	101	6	516
施設・設備	79	7	19	0	105
諸　物　品	13	0	3	0	16
患　者　側	57	1	13	1	72
その他（環境・設備機器）	28	2	4	3	37
教育・訓練	210	12	68	6	296
仕　組　み	124	5	43	1	173
ルールの不備	133	1	40	6	180
そ　の　他	111	9	32	1	153
合　　計	7,136	267	4,053	188	11,644

注：「当事者」、「発生要因」は複数回答が可能である。

１３．事例の概要×実施の有無、治療の程度

事例の概要×実施の有無、治療の程度	実施あり			実施なし	合　計
	軽微な治療	治療なし	不　明		
調　剤	76	416	638	2,854	3,984
疑義照会	0	0	0	349	349
特定保険医療材料	0	0	1	2	3
医薬品の販売	0	0	2	1	3
合　計	76	416	641	3,206	4,339

１４．発生曜日×発生時間帯

発生曜日×発生時間帯	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	合　計
0：00 ～　1：59	0	1	0	0	0	0	0	1
2：00 ～　3：59	0	0	2	1	0	1	0	4
4：00 ～　5：59	0	2	0	1	0	0	0	3
6：00 ～　7：59	0	0	0	0	0	1	0	1
8：00 ～　9：59	0	59	67	56	57	53	42	334
10：00 ～ 11：59	8	272	275	260	289	307	209	1,620
12：00 ～ 13：59	5	165	159	153	163	168	99	912
14：00 ～ 15：59	3	112	99	105	92	115	33	559
16：00 ～ 17：59	0	129	135	106	73	139	22	604
18：00 ～ 19：59	2	43	47	27	23	44	5	191
20：00 ～ 21：59	0	5	4	4	3	2	0	18
22：00 ～ 23：59	0	0	1	0	0	0	0	1
不　明	0	26	14	19	13	15	4	91
合　計	18	814	803	732	713	845	414	4,339

【４】販売名に関する集計

１．医療用医薬品に関するもの（報告回数４，９０９回）(注１)

（報告回数上位）

販　　売　　名	報告回数
ムコスタ錠１００ｍｇ	31
ロキソニンテープ１００ｍｇ	30
アローゼン顆粒	29
マグミット錠３３０ｍｇ	27
セルタッチパップ７０	25
モーラステープＬ４０ｍｇ	25
タケプロンＯＤ錠１５	24
モーラステープ２０ｍｇ	24
ワーファリン錠１ｍｇ	24
クラビット点眼液０．５％	23

１）後発医薬品に該当するもの（報告回数１，０２２回）(注２)

（報告回数上位）

販　　売　　名	報告回数
マグミット錠３３０ｍｇ	27
メチコバール錠５００μｇ	21
バイアスピリン錠１００ｍｇ	18
マグラックス錠３３０ｍｇ	18
カロナール錠２００	12
ビオフェルミン錠剤	12
アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	11
レバミピド錠１００ｍｇ「ＥＭＥＣ」	11
カロナール細粒２０％	10
ビオフェルミンＲ散	10
マグミット錠２５０ｍｇ	10

注１：報告回数とは、「調剤」、「疑義照会」の各項目において、「処方された医薬品」、「間違えた医薬品」、「変更になった医薬品」、「関連医薬品」に報告された販売名ごとの入力回数をいう。
注２：「後発医薬品」に関する報告回数は「医療用医薬品」の報告回数のうち、「後発医薬品」に該当する報告回数を示す。

2）新規収載医薬品[注1]に該当するもの（報告回数３７回）[注2]

販　売　名	報告回数
ミカムロ配合錠ＡＰ	6
トラムセット配合錠	3
イーケプラ錠５００ｍｇ	2
ザイザル錠５ｍｇ	2
ネキシウムカプセル２０ｍｇ	2
プラザキサカプセル１１０ｍｇ	2
ボノテオ錠５０ｍｇ	2
リカルボン錠５０ｍｇ	2
イーケプラ錠２５０ｍｇ	1
イクセロンパッチ４．５ｍｇ	1
イクセロンパッチ９ｍｇ	1
インヴェガ錠３ｍｇ	1
オルベスコ１００μｇインヘラー５６吸入用	1
グルベス配合錠	1
サムスカ錠１５ｍｇ	1
ジクアス点眼液３％	1
バイエッタ皮下注５μｇペン３００	1
ビクトーザ皮下注１８ｍｇ	1
ベタニス錠５０ｍｇ	1
ユニシア配合錠ＨＤ	1
リバスタッチパッチ４．５ｍｇ	1
リバスタッチパッチ９ｍｇ	1
リリカカプセル２５ｍｇ	1
レボレード錠１２．５ｍｇ	1

注１：本事業において新規収載医薬品とは、薬価収載１年未満の新医薬品とする。
注２：「新規収載医薬品」に関する報告回数は「医療用医薬品」の報告回数のうち、「新規収載医薬品」に該当する報告回数を示す。

2．特定保険医療材料に関するもの（報告回数 3 回）(注)

販　売　名	報告回数
ナノパスニードル	1
マイクロファインプラス	1
マイクロファインプラス３１Ｇ５ｍｍ	1

3．医薬品の販売に関するもの（報告回数 3 回）(注)

販　売　名	報告回数
スカイナーＡＬ錠	1
トラベルミン	1
ユンケル黄帝Ｌ４０ＤＣＦ	1

関連医薬品の分類	回　数
医療用医薬品	0
第一類医薬品	0
指定第二類医薬品	0
第二類医薬品	3
第三類医薬品	0

注：報告回数とは、「特定保険医療材料」、「医薬品の販売」の各項目において、「処方された特定保険医療材料」、「間違えた特定保険医療材料」、「関連する特定保険医療材料」、「関連医薬品」に報告された販売名ごとの報告回数をいう。

4．事例の概要別販売名

1）調　剤

○処方された医薬品　（報告回数１，１２０回）(注１)
○間違えた医薬品　（報告回数１，１２０回）
○関連医薬品　（報告回数２，０６８回）

（報告回数上位）

販　売　名	報　告　回　数		
	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
アローゼン顆粒	2	3	24
ロキソニンテープ１００ｍｇ	7	9	12
マグミット錠３３０ｍｇ	6	8	11
ムコスタ錠１００ｍｇ	3	4	17
モーラステープＬ４０ｍｇ	4	4	16

2）疑義照会

○処方された医薬品　（報告回数４１９回）(注２)
○変更になった医薬品　（報告回数１８２回）

（報告回数上位）

販　売　名	報　告　回　数	
	処方された医薬品	変更になった医薬品
バイアスピリン錠１００ｍｇ	5	3
ポドニンＳ配合顆粒	8	0
ガスモチン散１％	7	0
ムコスタ錠１００ｍｇ	6	1
カロナール錠２００	2	4
ザイロリック錠１００	3	3
ノルバスク錠５ｍｇ	4	2
ワーファリン錠１ｍｇ	5	1

注１：調剤において、「処方された医薬品」と「間違えた医薬品」の報告回数は、「処方された医薬品」と「間違えた医薬品」が個々で対応していないため、必ずしも一致しない。
注２：疑義照会において、「処方された医薬品」と「変更になった医薬品」の報告回数は、選択項目のうち、「用法変更」、「用量変更」、「分量変更」、「薬剤削除」を選択した場合、「処方された医薬品」のみ報告するため、必ずしも一致しない。

3）特定保険医療材料

〇処方された特定保険医療材料　（報告回数１回）(注)

〇間違えた特定保険医療材料　（報告回数１回）

〇関連する特定保険医療材料　（報告回数１回）

販売名	報告回数		
	処方された特定保険医療材料	間違えた特定保険医療材料	関連する特定保険医療材料
ナノパスニードル	1	0	0
マイクロファインプラス	0	0	1
マイクロファインプラス３１Ｇ５ｍｍ	0	1	0

注：特定保険医療材料において、「処方された特定保険医療材料」と「間違えた特定保険医療材料」の報告回数は、「処方された特定保険医療材料」と「間違えた特定保険医療材料」が個々で対応していないため、必ずしも一致しない。

【５】共有すべき事例

平成２３年７月１日から同年１２月３１日に報告されたヒヤリ・ハット事例の中から、特に、広く医療安全対策に有用な情報として共有することが必要であると思われる事例[注]を選び掲載する。

事例１　疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000018125）

事例の内容
吐き気で内科にかかった患者に「プリンペラン錠５、３錠／分３毎食後、１日分、ナウゼリン錠１０、３錠／分３毎食後、１日分」が処方された。薬歴を参照すると、この患者は同病院他科で「ナウゼリン錠１０、３錠／分３毎食後」を常用していた。重複投与があるため、医師に疑義照会したところ、「本日の処方は削除で、いつもの薬をしっかり飲んでください」と回答があった。「プリンペラン錠５、３錠／分３毎食後、１日分、ナウゼリン錠１０、３錠／分３毎食後、１日分」の処方は削除になった。
背景・要因
重複処方があった。
薬局が考えた改善策
処方鑑査の徹底を行う。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●同じ医療機関でも、診療科が異なるとお互いの処方内容が照会されないことは少なくない。 ●本事例では、調剤薬局による薬歴管理によって重複処方に気が付き、未然に防ぐことが出来た。

注：各事例の詳細については、事例番号を利用して、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業のホームページ（http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/）「公開データ検索」から閲覧することが出来る。

事例２　内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000018163）

事例の内容

院内処方の病院より院外処方箋を受け付けた。在庫がない薬品だったため、必要量を計算し、他薬局に小分けを依頼した。その間に他の薬剤師が小児用の薬のため、体重による鑑査を行ったところ、かなり少量であることが判明した。最初の計算量では足りないため、小分けを中止し購入した。また疑義照会を行おうと再度処方箋をよく見たところ、１日量ではなく１回量で記載されていた。

背景・要因

日頃受け付けている処方箋はすべて１日量表示だったため、その慣れがあり、「１回〇〇ｍｇ」と記載されているのを１日量と見間違えた。

薬局が考えた改善策

１つの病院からの集中率が高いため、他院からの処方箋については、よりしっかり鑑査するように徹底した。

その他の情報

特記事項なし

事例のポイント

●処方箋の記載方法について、一日量と一回量の表記方法を統一することの重要性が謳われているが、現実には、いまだ混在しているのが実情である。
●本事例では、ほとんどの場合において一日量で表記された処方箋を応需していたため、記載方法が異なった処方箋を見過ごしてしまった。
●業務がルーチンワークになっている時ほど、その無意識に近い行動について、敢えて声出し等を行い、正しく見ることが重要である。

事例 3　その他の調剤に関する場面、その他に関する事例（事例番号：000000018366）

事例の内容
用法を間違えた。
背景・要因
前回の処方内容を引用した際、散剤だったのでグラム数ばかり注意し、用法が変わっていたことを見逃した。
薬局が考えた改善策
小児の散剤を入力する時は、前回の処方内容を引用して入力する際も必ず、グラム数や用法に変更がないかの確認を重ねるように気をつける。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●処方鑑査においては、種類、量、用法など、全ての情報が適切に照合されていなければならない。 ●しかしながら、本事例のように特に注意を要する項目があると、ハロー効果として、それ以外の項目への関心の程度が低くなることがある。

事例４　疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000018493）

事例の内容
他院よりセルテプノン、ロキソマリン錠６０ｍｇが処方され、現在服用中であることをお薬手帳、患者からの申し出で確認した。セレコックス錠１００ｍｇ、レバミピド錠１００ｍｇ「サワイ」が処方されていたので疑義照会したところ、処方削除となった。
背景・要因
患者自身は他の病院で痛み止めをもらっていることを医師に話さず、痛みを訴えたため、セレコックス錠１００ｍｇ、レバミピド錠１００ｍｇ「サワイ」が処方された。お薬手帳の活用方法については患者に説明しているが、活用出来ている患者は少ないのが現状だった。
薬局が考えた改善策
お薬手帳の活用方法について再度患者に説明し、薬局でもお薬手帳の内容チェックを徹底する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●医療機関が異なる場合、医療機関では患者にどのような処方がされているかについての情報が集約しづらいのが現状である。 ●本事例では患者への聞取り、並びにお薬手帳が有効に活用できた事例であり、今後もこのような情報の一元化が期待される。

事例５　疑義照会、その他に関する事例（事例番号：000000018557）

事例の内容
患者はお腹の調子が良いため、主治医から「薬を１日１～２回に減らして服用しても良い。」と言われたとのことだった。ガスモチン錠５ｍｇ（３錠／分３）が４９日分、ツムラ大建中湯エキス顆粒（７.５ｇ／分３）が２８日分で処方されていた。日数が違うことに関して、患者はよく分からない様子だった。疑義照会の結果、調節して良いのはツムラ大建中湯エキス顆粒のみで、ガスモチン錠５ｍｇは今まで通りに１日３回で服用するよう回答があった。
背景・要因
医師から患者への伝達不足だった。
薬局が考えた改善策
未記載

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●主治医の処方意図が確実に患者に伝わっていなかった事例である。 ●薬局で患者の様子を察知し、適切に疑義照会したことにより、誤って患者が服薬するのを未然に防ぐことが出来た。

事例 6　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000018773）

事例の内容
作業中に他に調剤することが必要であったため、中断した。再開した時に確認を怠り、ビオスリー錠のところをブラダロン錠２００ｍｇが入っているのを見落とした。
背景・要因
鑑査作業中でも、別の調剤をしたり、鑑査業務をしなければならなかった。
薬局が考えた改善策
シフトを細かく改善することを提案する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●調剤や鑑査において、一連の作業を中断することは危険であるため、途中で他の作業をすることは避けることが望ましい。そのためには、作業の流れ、作業手順、人員配置を見直すことが必要である。

事例７　内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000018781）

事例の内容
２年前にメイアクトＭＳ小児用細粒１０％が処方された患者だった。その際に患者は発疹が出たとのことだったが、メイアクトとの因果関係が不明と薬歴簿の表紙に記載されていた。今回、メイアクトＭＳ小児用細粒１０％が処方されたが、薬歴簿に書かれた副作用の情報欄を見逃し、投薬した。記載内容に気づいた後、処方医に連絡したところ、メイアクトＭＳ小児用細粒１０％は以前にも服用しており、発疹は出ていないとのことだった。今回も患者には発疹の症状はなかったが、患者情報のチェックミスだった。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
未記載

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●薬歴の記載と管理が適切に行われていたにもかかわらず、その情報が活かされなかった事例である。 ●過去の記載のうち、特に重要な項目については、薬歴の表紙に記載する、あるいは一目でわかるように印をつけるなどの工夫が必要である。

事例８　交付、患者間違いに関する事例（事例番号：000000018807）

事例の内容
投薬時に患者Ａの名前を呼んだ際、来た人が違う患者Ｂだったが、そのまま薬を渡した。その後、名前を呼んだはずの患者Ａが椅子に座って薬を待っているのを発見した。薬を渡した患者Ｂの投薬がまだだったので、患者Ｂに連絡し、すぐに薬を届けて薬を回収し、患者Ａに届けた。
背景・要因
ちょうど混雑した時間帯であり、忙しかった。きちんと名前を２回確認する必要があった。
薬局が考えた改善策
投薬時、名前を呼ぶ時と席に着いた時の２回、名前を確認する必要がある。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●患者の間違いは最も危険なインシデントの１つである。 ●患者の名前を呼ぶだけでは、異なる患者であっても、誤って返事をすることがあり、場合によっては、同姓同名の患者の場合も考えられる。 ●そのため、投薬時は患者本人に名前を言ってもらう、あるいは薬袋の名前を患者とともに確認するなどを行い、患者の確認方法を徹底することが必要である。さらには、複数の視点で、患者確認を行うことが重要である。

事例９　内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000018877）

事例の内容
いつも同じ処方で来ていたのでそのつもりで調剤していたが、今回、「デパケンＲ錠２００、２錠／分２」から「１錠／分１」に減量していたのを見落とした。入力した薬剤情報提供文書と異なっていたため、間違いに気付いた。
背景・要因
思い込みで処方せんを読んだので、減量に気付かなかった。
薬局が考えた改善策
同じ処方が続いても、調剤前の処方せん鑑査を徹底する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●いつも同じ処方で来局する患者の場合には、漫然と調剤をしがちであるため、仮に薬剤師が一人しかいない場合でも、声に出して薬を読み上げる、指さし呼称するなどの工夫が必要である。

事例１０　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000018972）

事例の内容

患者はＡ医院で普段診察を受けていたが、心筋梗塞を発症しペースメーカー植込のため基幹病院Ｂに入院した。退院後に一度、Ａ医院を受診し、退院時処方と同じ内容の処方箋を薬局に持参された。その後、３カ月ほど基幹病院Ｂで診察を受けたのち、Ａ医院に転院した。基幹病院Ｂで受診中に「アーチスト錠１．２５ｍｇ、２錠／分２朝夕食後」から「アーチスト錠１０ｍｇ、０．５錠／分１朝食後」に処方内容が変更になっていたのをお薬手帳で確認したが、Ａ医院の処方箋はアーチスト錠１．２５ｍｇのままだった。患者は薬の変更について何も聞いていないとのことだったため、医師に疑義照会し、「アーチスト錠１０ｍｇ、０．５錠／分１朝食後」に変更となった。

背景・要因

転院に伴い、医師同士の紹介状など、何らかの文書のやりとりはあったと思われるが、薬局では確認が不可能である。

薬局が考えた改善策

転院、薬の大幅な変更に関してはお薬手帳などの確認を徹底して行う。お薬手帳を利用されていない患者には本人、家族などに薬のｍｇ数、形状、実際の薬剤と見比べてもらうなどの確認を徹底する。

その他の情報

特記事項なし

事例のポイント

●患者が入退院することにより、薬の情報の流れが途絶えてしまう危険がある。
●入退院による薬歴の空白が生じないよう、お薬手帳を活用するなど、病院と診療所が連携することにより、入院中の薬の変更などの情報が確実に退院後の医療機関に伝わるよう、努める必要がある。

事例１１　内服薬調剤、薬袋の記載間違いに関する事例（事例番号：000000019427）

事例の内容
施設に入所している患者だった。薬はいつも施設職員が取り来ていた。「クレメジン細粒分包２ｇ、６ｇ／分３、毎食後２時間３０分、２８日分」が処方されていたが、薬袋の用法の記載が「１日１回、毎食後２時間３０分、１回３包」で記載されていたことに気付かず、そのまま渡した。午後になり、施設の職員から電話があり、薬袋の記載間違いを指摘され、「昼に記載どおり３包飲ませてしまった。すぐに正しいものを持ってきて欲しい。」と連絡があった。処方医に連絡して事情を報告し、指示を仰いだ。「今日は、夜に服用する分を飛ばして、明日より毎食後２時間３０分に戻して飲んでもらえばよい。今後は気をつけてください。」と指示された。正しい記載の薬袋を持って、施設を訪問した。謝罪し、正しい薬袋を渡し、処方医からの指示を伝えた。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
投薬前に記載をよく確認する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●高齢化に伴い、施設に入所する患者も増加することが考えられる。そのようなことで、患者本人から様子を聞くことが出来ない場合は、出来うる限り、施設の職員から情報を得ることが必要である。 ●また、施設の職員が入所している患者の薬を管理することも考えられるため、患者名、用法、用量などが薬袋に正しく記載されているかを、施設の職員などと確認する必要がある。

事例１２　内服薬調剤、薬袋の記載間違いに関する事例（事例番号：000000019440）

事例の内容
処方は「１日２錠、１日２回朝夕食後」であったが、「１日１回朝食後」とレセコンに誤登録したため、誤った薬袋、薬剤情報提供文書が発行され、「１日１回朝食後、１回２錠」と誤って印刷されたものを交付した。患者が帰宅後、薬歴を確認した際に誤りが判明した。電話連絡し、患者宅に正しいものと交換に行った。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
レセコン入力後の再確認、投薬時の処方箋と薬剤、薬袋、薬剤情報提供文書の再確認を怠らないようにする。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●レセコンと呼ばれるレセプト（診療報酬明細書）作成コンピュータは、レセプト作成の機能に留まらず、現在では入力した情報を用いて、薬袋、お薬手帳、薬剤情報提供文書、調剤録などの調剤支援機器としても使用されており、多くの場合、レセコンへの情報の入力は医療事務員によって行われている。 ●患者名、生年月日、販売名、投与量、用法、用量、服薬のタイミング、投与日数、後発医薬品への変更などのレセコンへの入力ミスは、調剤や薬剤情報提供文書等の誤りを引き起こす可能性があり、今までも、処方せんの誤読やマスターからの選択ミス、前回情報の誤引用などによるレセコンの誤入力が、ヒヤリ・ハット事例として報告されている。 ●レセコン入力は一人の作業者によって行われ、原本のデータと入力したデータとの確認は必須である。 ●さらに、レセコン入力を担当する人の見直しや、原本と入力したデータの照合方法、入力したデータではなく、処方せん原本に基づく調剤など、医薬品安全管理責任者を中心として各施設の実情に合った見直しと対策が必要である。

事例１３　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000019957）

事例の内容

「セフゾンカプセル１００ｍｇ、１日量３カプセル、分３×３日分、毎食後服用」で処方箋が発行された。薬剤服用歴簿の記録より、他の医療機関より「フェロミア錠５０ｍｇ、１日量２錠、分２×５６日分、朝夕食後服用」が継続処方されており、セフゾンカプセル１００ｍｇとの相互作用が疑われた。患者の話では、医師にはフェロミア錠５０ｍｇを服用中であることは伝えており、処方医師より同時に服用して問題ないと説明を受けたとの申し出があった。服用時点の変更も考慮したが、患者の生活のリズム（仕事の途中に服用するよりも食後の服用の方がアドヒアランスが高まる）より薬剤を変更することが望ましいと判断した。処方医にセフゾンカプセル１００ｍｇと鉄剤の併用により、吸収が１０分の１以下に低下する報告があるため、他のセフェム系抗生物質に変更できないか、疑義照会により提案を行った。「メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ、１日量３錠、分３×３日分、毎食後服用」に変更となった。

背景・要因

処方医師に併用薬の報告を患者が行っていたとしても、医師が相互作用に関する情報を全て理解しているとは限らない。薬剤師が判断して疑義があれば、必ず疑義照会を行い、疑義が解消された上で調剤を行う必要があった。

薬局が考えた改善策

処方された医薬品を調剤することに対して、薬剤師として治療の結果に責任を持つ姿勢が大切だと考える。他の医療機関における服用歴も確認の上、治療結果に対して起こりうる問題点があれば、薬剤師として必ず処方医師に情報提供を行った上で適切な処方内容となるように行動を起こす必要がある。

その他の情報

特記事項なし

事例のポイント

- 「医薬品の相互作用による事故防止は、薬歴を管理する薬剤師の責務である。
- セフゾンカプセルとフェロミア錠の併用で、セフジニルの吸収が約１０分の１まで阻害される旨などが、それぞれの添付文書に記載されている。
- この事例は、薬剤師が医薬品の相互作用と患者の生活リズムなどを確認し、治療と服薬効果などの総合的判断に基づく提案を医師に行い、医師がそれに同意して処方変更が行われた事例である。
- 薬剤師が薬の特性や患者の意見を把握し、最適な薬物療法を行うために、医療チームの中での薬剤コーディネーターとなることは有意義である。
- 薬剤師の疑義照会は、事故防止のみに留まらず、最適な医療が行われるためのツールとしても活用すべきである。

事例１４　内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000020276）

事例の内容

以前、不眠時頓用でマイスリー錠５ｍｇが処方されていたが、今回はエチゾラム錠０．５ｍｇ「ＥＭＥＣ」が処方されていた。患者の話では、「マイスリー錠５ｍｇでは４時間程で途中覚醒がある。」とのことだった。診察時、医師は併用については全く話がなく、患者も切り替えと思っていた。患者が帰宅後、念のために医師に確認したところ、併用しても良いことを確認し、患者に連絡した。

背景・要因

不眠は比較的軽度であり、どちらかというとオペが近いことから日中の不安の方が強い印象があった。投薬時に確認したところ、患者も併用するとは思っていなかったことから、その場での疑義照会を怠った。もう１人の薬剤師が、オペも近いことから患者の不眠が続いて、さらに日中の不安も強くなるといけないからと医師に確認することを勧めた。医師に確認したところ、マイスリー錠５ｍｇの残薬との併用は可であるとの回答があった。

薬局が考えた改善策

薬の切り替え、または併用であるかは、患者だけの情報に頼らず、疑義照会を行う。投薬した薬剤師と別の薬剤師の判断をすぐに仰ぐ。

その他の情報

特記事項なし

事例のポイント

●その場では気づかなかったものの、患者に対しての医師の不完全な指示（併用可）と、患者の思い込み（薬の切り替え）との間の齟齬を、薬剤師が食い止めることが出来た良好例である。

●処方が変更された時には、処方箋に書いてある通りに調剤するだけではなく、医師からの説明があったか、また、患者の病態をよく聞き、疑問に思ったらそのままにせず、常に患者の利益の立場に立って、必ず疑義照会することが、薬剤師として正しい態度である。

事例１５　外用薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000020304）

事例の内容
バーコードを用いた調剤だった。フルメトロン点眼液０．１％で処方のところ、誤ってフルメトロン点眼液０．０２％をピッキングした。入力もフルメトロン点眼液０．０２％だったため調剤印を押してしまい、調剤録のチェックをする際でも見過ごした。鑑査者が発見した。
背景・要因
バーコードを用いたピッキングの時点ではフルメトロン点眼液０．０２％だったため、入力通りだった。その時点で整合されていたため、正しいものだと安心してしまった。
薬局が考えた改善策
バーコードを用いたピッキングを行う際は、その時点では正しくても、その前の段階の入力が間違えているかもしれないことに注意する。バーコードを用いたピッキングであることに安心せず、調剤印を押す前に怠らず、しっかりと再確認する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●バーコードによる調剤は、得てしてバーコードを読ませることに注意が向き、薬剤名の確認がおろそかとなる、もしくは、この事例のように、そもそも入力が誤っていて、情報上は整合していても、もともとの処方内容と食い違っているといったこともあり得る。 ●バーコードによる調剤だからといって、誤りはなくなるわけではなく、新しい形態の誤りが生じることもある。このことを十分に認識し、処方と薬剤の確実な一致確認が調剤の基本であることを、改めて確認する必要がある。

事例１６　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000020308）

事例の内容
抗アレルギー剤のクラリチン錠１０ｍｇが処方されていたところ、ザイザル錠５ｍｇを投薬した。
背景・要因
前々回はクラリチン錠１０ｍｇが処方されており、前回はザイザル錠５ｍｇが処方されていた。患者は効果が同じであると感じていた。ザイザル錠５ｍｇは１日２回で服用していたため、患者は１日１回で服用していたクラリチン錠１０ｍｇを希望し、今回はクラリチン錠１０ｍｇで処方されていた。調剤棚の配列が隣同士であったため、意識をせずにザイザル錠５ｍｇを取ってしまった。
薬局が考えた改善策
思い込みをせず、しっかり実物を見て調剤する。調剤棚の配列を変える。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●同じ薬効の薬の処方変更が度々ある場合には、特に混乱しやすい。 ●同種同効薬は、薬剤棚では隣接して置くことがあり、配列を変えて気づくことは難しいと推測される。それだけに、調剤は処方箋とのｉｔｅｍ‐ｂｙ‐ｉｔｅｍ（一項目ずつ）の読み上げ、実物の薬との比較照合が基本であり、この基本動作を徹底することが重要である。

事例１７　内服薬調剤、分包間違いに関する事例（事例番号：000000020545）

事例の内容
１か月前、認知症の患者本人が錠剤を吐き出すと家族代理人から申し出があった。１か月前に粉砕することが出来る錠剤だけを粉砕して渡した。その際、薬歴に「プロタノールＳ錠１５ｍｇは粉砕不可」と調べた結果を記入していた。１か月後の２回目投薬時にプロタノールＳ錠１５ｍｇも粉砕出来たと思い込み、前回の薬歴を見ないでプロタノールＳ錠１５ｍｇを粉砕し投薬した。窓口で薬を見せている時に、患者家族から「緑の錠剤（プロタノールＳ錠１５ｍｇ）は粉砕していなかったですよ。」と気づいてもらった。
背景・要因
薬剤師１人で慌てていた。
薬局が考えた改善策
前回の薬歴をしっかり見る。粉砕不可の薬は前の薬歴を見ながら確実に調剤する。粉砕履歴のノートをつける。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●粉砕を希望する患者との大前提のもとに、粉砕不可の薬を粉砕してしまったという問題である。一種の例外処理であり（粉砕することを基本した時に、粉砕しないで渡す）、薬剤師の記憶に頼るのではなく、改善策にあるように、粉砕ノートなどに記録をつけ、必ずそれを確認することが望まれる。 ●また、今回のケースでは、窓口での薬の確認時に、患者家族からの疑問により誤りに気づいた点は、重要なポイントである。患者や家族もチーム医療の一員であると考え、窓口での双方向のコミュニケーションをとることが重要である。

事例１８　内服薬調剤、秤量間違いに関する事例（事例番号：000000021233）

事例の内容
秤量計に秤量紙を乗せ、ゼロ点補正を行った後、フェノバール散１０％を７２ｇ、アンナカ「ヨシダ」を９ｇ計るべきところを、ゼロ点補正を行わなかったため、秤量値に秤量紙２ｇ×２回（合計４ｇ）分の誤差が生じた。そのため、フェノバール散１０％を７０ｇ、アンナカ「ヨシダ」を７ｇしか量らなかったことになった。
背景・要因
夕方近くに処方が来て、散剤の調剤を行わなければいけないということもあり、患者を待たせないように急いで薬剤を秤量しようとして、ゼロ点補正の確認を怠ったことが原因であると考えられる。
薬局が考えた改善策
散剤の秤量を行う時は、必ずゼロ点補正を行うことを心掛ける。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●天秤の水平調整、ゼロ点調整は、始業時と秤量時に行うべきである。 ●また、秤量時のゼロ点調整は秤量前と秤量後に行い、ゼロ点を確認してから薬を秤量し、秤取した薬を乳鉢等に移し、秤量紙を天秤に戻した際にも、ゼロ点を確認することが必要である。 ●多くの薬局では、薬包紙や秤量皿を使用しており、秤量する薬品の量によって異なるため、秤量毎のゼロ点調整は必須であり、業務手順書にも明記すべき事項である。 ●秤量の誤りについては鑑査時に発見することも可能であるが、１日量ごとの重量鑑査では薬品量が少量の場合は誤差の範囲に入ることも考えられる。そのような場合、全量鑑査を行うことで秤量の誤りを発見することが出来る。 ●重量鑑査等の鑑査の手順についても業務手順書に明記し、遵守する必要がある。

事例１９　内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000021338）

事例の内容

歯科を受診した初来局の患者だった。アンケートの既往歴の喘息、心臓病、緑内障にチェックがあり、サリグレンカプセル３０ｍｇの処方があったが、そのような現病、既往歴のある患者には禁忌の処方であった。アンケートの確認不足で投薬時に気づかず、そのまま渡してしまい、１時間後の薬歴記入時に気づき、医師と患者に連絡し、サリグレンカプセル３０ｍｇは服用中止になった。

背景・要因

当時は薬剤師が１人しかおらず、他に患者が待っているという焦りから、アンケートの確認がおろそかになっていた。併用薬の方に目が行き、既往歴の方のチェックが甘かった。

薬局が考えた改善策

どんな状況にあっても、併用薬の確認はもちろんのこと、当然のことながら既往歴、現病歴の確認も紙面だけではなく、患者から具体的に聞き出して確認をしていかなくてはいけないと改めて感じたため、それを徹底する。

その他の情報

特記事項なし

事例のポイント

●初来局の方に記入してもらうアンケート（問診票）は、処方された医薬品を適正に調剤し、安全に使用していただくために必要な情報を収集する目的で行われている。
●記入者の中には詳細まで記入しない場合もあり、投薬時に詳細を聞きだしながら説明する必要がある。
●アンケート用紙については、記入者側と確認する薬剤師側の双方が使いやすい形になるよう、定期的な見直しが必要である。

事例２０　疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000021513）

事例の内容
追加処方の薬のため、患者が持参した分包品を確認したところ、処方せんの指示量が製剤量で１ｇであることに対し、持参品は１．５ｇであったため、処方元に疑義照会した。紹介状による処方であったが、紹介状の指示量と間違いはなかったため、紹介元へ確認したところ、記載ミスであることが判明した。
背景・要因
紹介先施設での医師の誤った記載による、人為的ミスであった。
薬局が考えた改善策
紹介先での処方は、お薬手帳に記載されておらず、確認する方法は現物か薬袋、あるいは薬剤情報提供文書しかないので、投薬現場での確認には限界があると思われるため、制度、システム上の改善で改善可能と考える。

その他の情報
処方された医薬品：セレニカＲ顆粒４０％

事例のポイント
●紹介状等により治療が引き継がれる時に、紹介状に不備がある場合や処方せん記載時に不備がある場合、当日の症状により紹介内容と異なる処方をする場合など、様々な理由で薬品が変更になることがある。 ●薬局では紹介状の内容を知ることは困難なため、薬剤交付時にお薬手帳等で転院前の治療を確認することや、紹介前の薬品と比較することで、安全に治療が継続されるよう努めなければならない。 ●本事例では、処方元で判断出来ない状況において、紹介元まで確認することで安全な治療の継続に貢献することが出来た。

事例２１　医薬品の販売、説明間違いに関する事例（事例番号：000000021605）

事例の内容
患者が、乗り物酔いの薬が欲しいとのことで、トラベルミンを販売した。しかし、その後に患者の家族が来局され、患者が緑内障であることが分かった。トラベルミンは緑内障患者には禁忌となっているため、トラベルミンを返品して、他の商品を販売した。
背景・要因
患者は処方箋をいつも持って来ており、薬歴も存在していたが、その活用を怠ったため、緑内障ということに気がつかなかった。また、患者に対して、しっかり問診が出来ていなかった。販売した薬剤師は商品に対しての知識が不足していた。
薬局が考えた改善策
一般用医薬品の販売時は、しっかり患者に対して問診を行い、注意して服用することを確認の上、説明する。また最低限、薬局内で販売されている薬剤については、販売時に何を聞かれても答えられるように、しっかり勉強をしておく必要がある。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●トラベルミン錠は抗ヒスタミン成分の「ジフェンヒドラミンサリチル酸塩」と、交感神経刺激作用の「ジプロフィリン」が配合された、第二類医薬品である。 ●一般用医薬品の販売においては、薬剤師または登録販売者による説明が必須であり、たとえ商品を指名された場合でも、十分な問診を行い、使用上の注意を説明する必要がある。 ●点眼薬や貼付剤の併用薬の場合は、購入時に使用していることを伝え忘れる方も多いため、「身体に使用しているものすべて」を聞き取って判断する必要がある。 ●対応した薬剤師個人の知識によらず、購入者が安全に医薬品を使用することが出来るように、一般用医薬品の販売に対する業務手順書を作成し、遵守する必要がある。

事例２２　その他の調剤に関する場面、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000021726）

事例の内容
メトトレキサート錠２ｍｇの処方で、薬剤師が成分名の処方と思い、コンピュータへの処方入力時に、メソトレキセート錠２．５ｍｇを選択してしまった。リウマチの患者への使用だった。他の薬剤師がメソトレキセート錠２．５ｍｇは適応外であることを指摘し、処方せんを再確認したところ、間違いであることを発見し、正しい薬を調剤、交付した。
背景・要因
薬剤師はリウマチ用のリウマトレックスカプセル２ｍｇとメソトレキセート錠２．５ｍｇが同じ成分であることを知っていた。また後発医薬品のメトトレキサート錠２ｍｇの存在を知らなかった。メトトレキサート錠２ｍｇとメソトレキセート錠２．５ｍｇは薬品名が類似していた。成分が同じであり、間違えやすかった。
薬局が考えた改善策
同成分でも規格により適応が異なる医薬品があるため注意をする。患者の予測される疾病と処方薬の照合をしながら、薬を選択するように心がける。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●一般名である「メトトレキサート（Methotrexate)」は、臨床的に抗リウマチ、または抗悪性腫瘍の２つの目的で使用されており、同じ一般名であっても含量によって、その効能、用法、用量が異なる。 ●また、抗リウマチ剤の後発医薬品である「メトトレキサート」と抗悪性腫瘍薬である「メソトレキセート」は、名称、および音韻が類似しており、英語表記ではともに「METHOTREXATE」と同じ表記である。 ●薬局の改善策にもあるように、調剤においては薬歴やお薬手帳、患者から得られた情報等を総合的に判断し、その内容と処方薬が正しいことを照合しながら調剤することが重要である。 ●さらに、入力時に販売名の薬効が抗リウマチ剤、もしくは抗悪性腫瘍薬であることが分かるように、レセコンの販売名の後に薬効を表示させることや、調剤時に処方箋に記載された含量を「〇（丸)」で囲んだり、線を引いたりするなど、視覚的に注意を促す必要がある。

事例２３　内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000021894）

事例の内容
処方箋をＦＡＸで受信した。アレグラ錠６０ｍｇが処方されていたため調剤し、用意していた。来局時に持参された処方箋原本にはアレグラ錠６０ｍｇが削除されていたが、気づかず調剤した。
背景・要因
処方箋が３枚あり、薬剤数も多かったため、ＦＡＸと原本の照らし合わせが不十分だった。
薬局が考えた改善策
ＦＡＸと原本の照合は確実に行う。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●患者の待ち時間を短縮するために行っているファックス送信がミスを発生させる要因となった事例である。 ●ファックス受信後に変更がありうることを前提として、患者が持参した処方箋とファックスの内容が一致しているかを始めに確認する必要がある。 ●処方箋とファックスの照合後は、使用したファックスは処方箋と異なる場所に置き、その後の調剤では、処方箋のみ用いて行うことが大切である。 ●調剤および鑑査では、常に処方箋と薬の実物を一致させることを基本動作として励行する。 ●また、ファックス送信後に処方変更があった場合は、処方箋にその旨が分かるように記載するよう、医療機関に依頼することも１つの方法である。