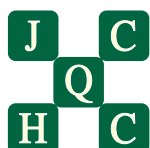


薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

第9回集計報告

(平成25年1月～6月)

平成25年12月25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.jqhc.or.jp/>
○報告書類・年報：<http://www.yakkyoku-hiyari.jqhc.or.jp/contents/report/index.html>
○公開データ検索：<http://www.yakkyoku-hiyari.jqhc.or.jp/phsearch/SearchReport.action>
○薬局ヒヤリ・ハット分析表：http://www.yakkyoku-hiyari.jqhc.or.jp/contents/analysis_table/index.html
○共有すべき事例：http://www.yakkyoku-hiyari.jqhc.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	7,541

2. 事業参加薬局における登録軒数の推移

	平成25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	54	75	85	76	65	39						
登録取下げ薬局数	11	2	44	7	10	4						
累 計	7,268	7,341	7,382	7,451	7,506	7,541						

※ 登録取り下げ薬局数の78軒のうち、20軒は薬局の開設者変更による登録取下げ、10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、3軒は薬局の管理者交代による登録取下げ、1軒は保険調剤業務の停止による登録取下げ、1軒は担当者の転勤による登録取下げ、1軒は登録間違いによる登録取下げである。なお、3月の44軒には、3月末で閉鎖したことが確認された薬局39軒が含まれる。

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	494	東京都	532	滋賀県	63	香川県	100
青森県	128	神奈川県	513	京都府	119	愛媛県	93
岩手県	66	新潟県	214	大阪府	430	高知県	93
宮城県	253	山梨県	54	兵庫県	284	福岡県	460
秋田県	87	長野県	92	奈良県	71	佐賀県	136
山形県	59	富山県	45	和歌山県	32	長崎県	98
福島県	153	石川県	50	鳥取県	26	熊本県	181
茨城県	123	福井県	17	島根県	56	大分県	67
栃木県	229	岐阜県	130	岡山県	111	宮崎県	86
群馬県	145	静岡県	170	広島県	136	鹿児島県	104
埼玉県	150	愛知県	200	山口県	484	沖縄県	41
千葉県	134	三重県	162	徳島県	70	合 計	7,541

注：平成25年6月30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1)は以下の通りである。

1. 総報告件数

	第9回集計
報 告 月	1月～6月
事業参加薬局数	7,619
事業参加薬局のうち 報告のあった薬局数	409
公 表 件 数	3,238

2. 月別報告件数

	平成25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 ^(注2)	7,268	7,341	7,382	7,451	7,506	7,541						
報 告 件 数	442	447	498	522	770	559						
公 表 件 数	442	447	498	522	770	559						

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25年1月～6月	平成25年1月～6月
1 人	1,536	161
2 人	2,790	553
3 人	1,522	430
4 人	773	471
5 人	412	680
6 人	223	204
7 人	127	391
8 人	83	72
9 人	37	0
10 人	32	185
11人以上	84	91
合 計	7,619	3,238

注1：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、薬局で発生した、または発見された事例とする。

注2：月末の薬局数を示す。

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25年1月～6月	平成25年1月～6月
0～ 500回	1,042	66
501～1000回	1,950	301
1001～1500回	1,799	570
1501～2000回	1,274	379
2001～2500回	608	278
2501～3000回	377	226
3001～3500回	185	129
3501～4000回	169	599
4001回以上	215	690
合 計	7,619	3,238

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25年1月～6月	平成25年1月～6月
0品目	6	0
1～ 100品目	25	1
101～ 500品目	611	42
501～1000品目	3,960	869
1001～1500品目	2,107	931
1501～2000品目	694	1,344
2001～2500品目	159	40
2501～3000品目	39	0
3001品目以上	18	11
合 計	7,619	3,238

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25年1月～6月	平成25年1月～6月
0品目	10	0
1～ 100品目	2,215	394
101～ 500品目	5,017	2,802
501～1000品目	369	42
1001～1500品目	2	0
1501～2000品目	2	0
2001～2500品目	1	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	3	0
合 計	7,619	3,238

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25年1月～6月	平成25年1月～6月
0品目	756	140
1～ 10品目	1,510	1,384
11～ 50品目	2,387	881
51～ 100品目	964	160
101～ 150品目	331	287
151～ 200品目	288	152
201～ 250品目	128	38
251～ 300品目	233	15
301～ 500品目	443	135
501～1000品目	407	19
1001品目以上	172	27
合 計	7,619	3,238

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25年1月～6月		平成25年1月～6月	
0	15		0	
1～ 10	1,649		225	
11～ 20	1,707		851	
21～ 30	1,257		483	
31～ 40	766		287	
41～ 50	682		251	
51～ 60	373		97	
61～ 70	246		230	
71～ 80	192		72	
81～ 90	138		54	
91～100	172		53	
101 以上	422		635	
合 計	7,619		3,238	

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25年1月～6月		平成25年1月～6月	
10%未満	252		76	
10%以上20%未満	1,441		395	
20%以上30%未満	2,230		1,620	
30%以上40%未満	2,282		846	
40%以上50%未満	883		180	
50%以上60%未満	296		76	
60%以上70%未満	136		39	
70%以上80%未満	52		5	
80%以上90%未満	39		1	
90%以上	8		0	
合 計	7,619		3,238	

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25年1月～6月	平成25年1月～6月
北海道	498	332
東北	750	130
関東甲信越	2,223	1,286
東海北陸	785	91
近畿	1,007	221
中国四国	1,175	940
九州沖縄	1,181	238
合計	7,619	3,238

11. 報告件数別事業参加薬局数

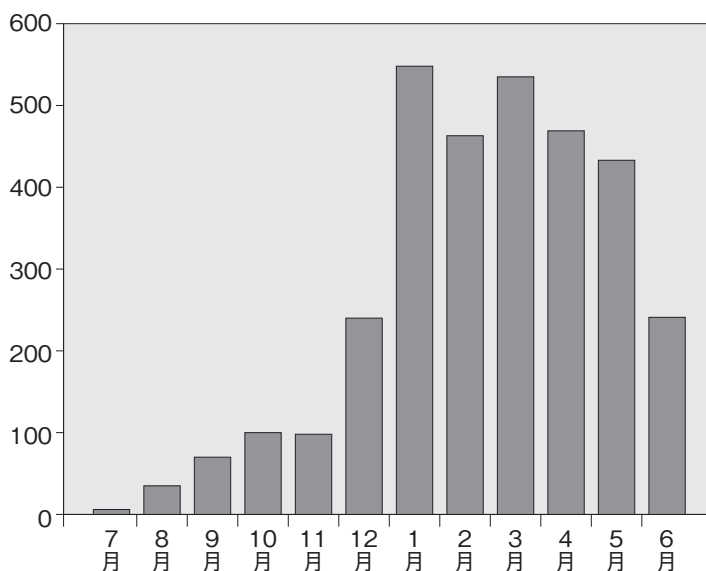
報告件数	事業参加薬局数
平成25年1月～6月	平成25年1月～6月
0	7,210
1～5	308
6～10	55
11～20	20
21～30	14
31～40	1
41～50	3
51以上	8
合計	7,619

【3】 報告内容

平成25年1月1日から同年6月30日に報告された薬局におけるヒヤリ・ハット事例3,238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。

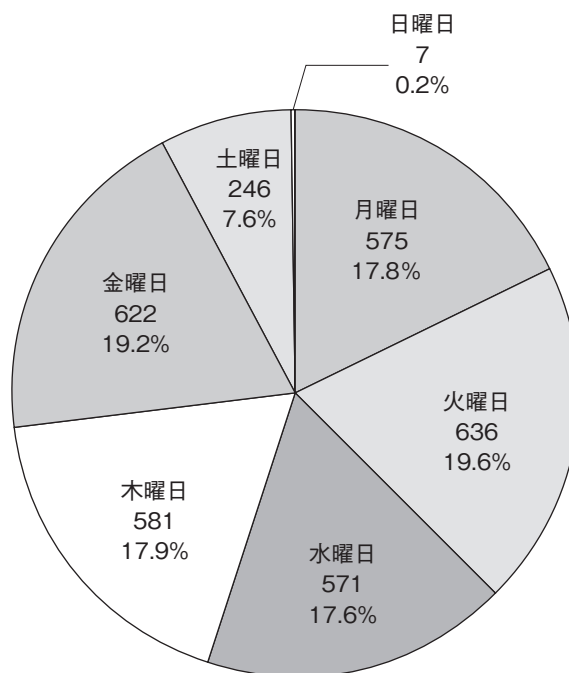
1. 発生月

発生月	件数
7月	6
8月	35
9月	70
10月	100
11月	98
12月	240
1月	548
2月	463
3月	535
4月	469
5月	433
6月	241
合計	3,238



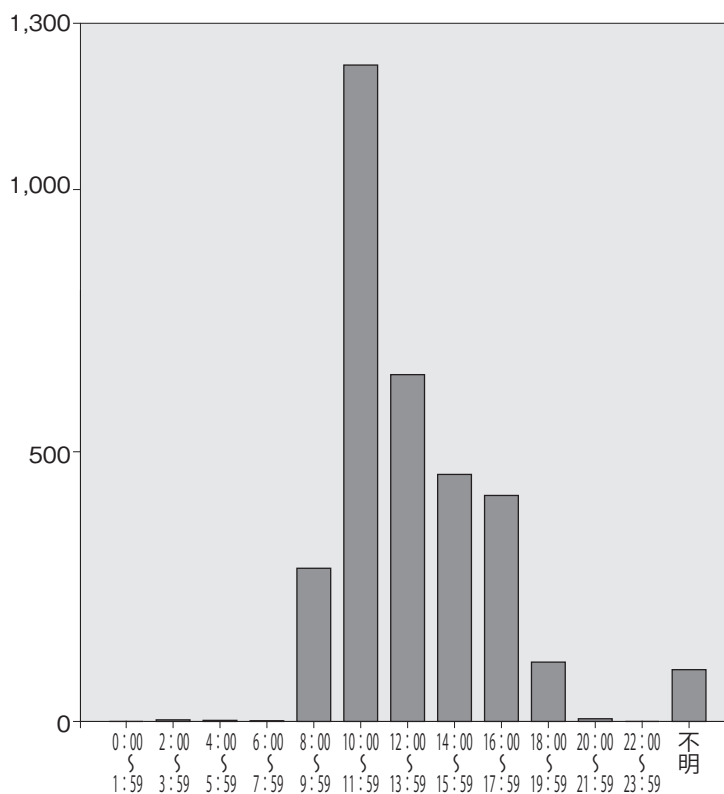
2. 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	7
月曜日	575
火曜日	636
水曜日	571
木曜日	581
金曜日	622
土曜日	246
合計	3,238



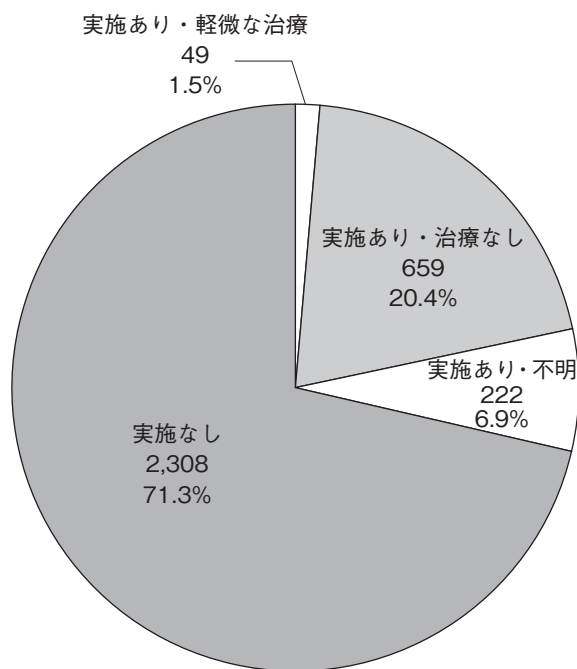
3. 発生時間帯

発生時間帯	件数
0 : 00～ 1 : 59	0
2 : 00～ 3 : 59	3
4 : 00～ 5 : 59	2
6 : 00～ 7 : 59	1
8 : 00～ 9 : 59	284
10 : 00～11 : 59	1,217
12 : 00～13 : 59	643
14 : 00～15 : 59	458
16 : 00～17 : 59	419
18 : 00～19 : 59	110
20 : 00～21 : 59	5
22 : 00～23 : 59	0
不明	96
合 計	3,238



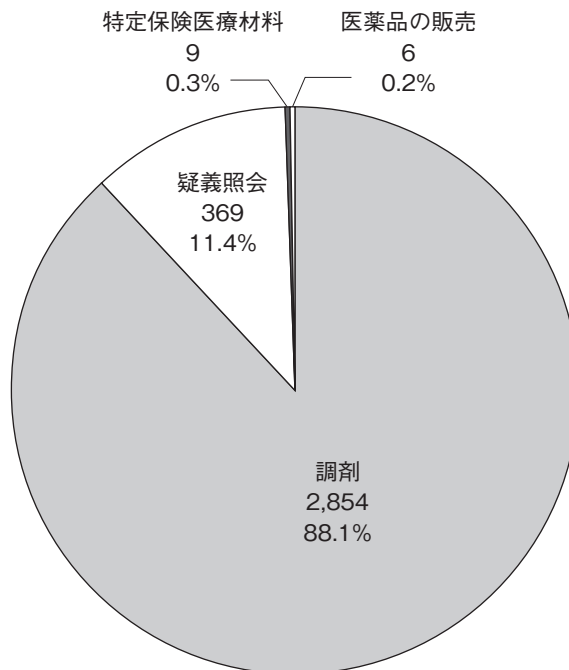
4. 実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	49
実施あり・治療なし	659
実施あり・不明	222
実施なし	2,308
合 計	3,238



5. 事例の概要

事例の概要 ^(注1)	件数
調 剤 ^(注3)	2,854
疑 義 照 会 ^(注2) ^(注3)	369
特 定 保 険 医 療 材 料	9
医 薬 品 の 販 売	6
合 計	3,238



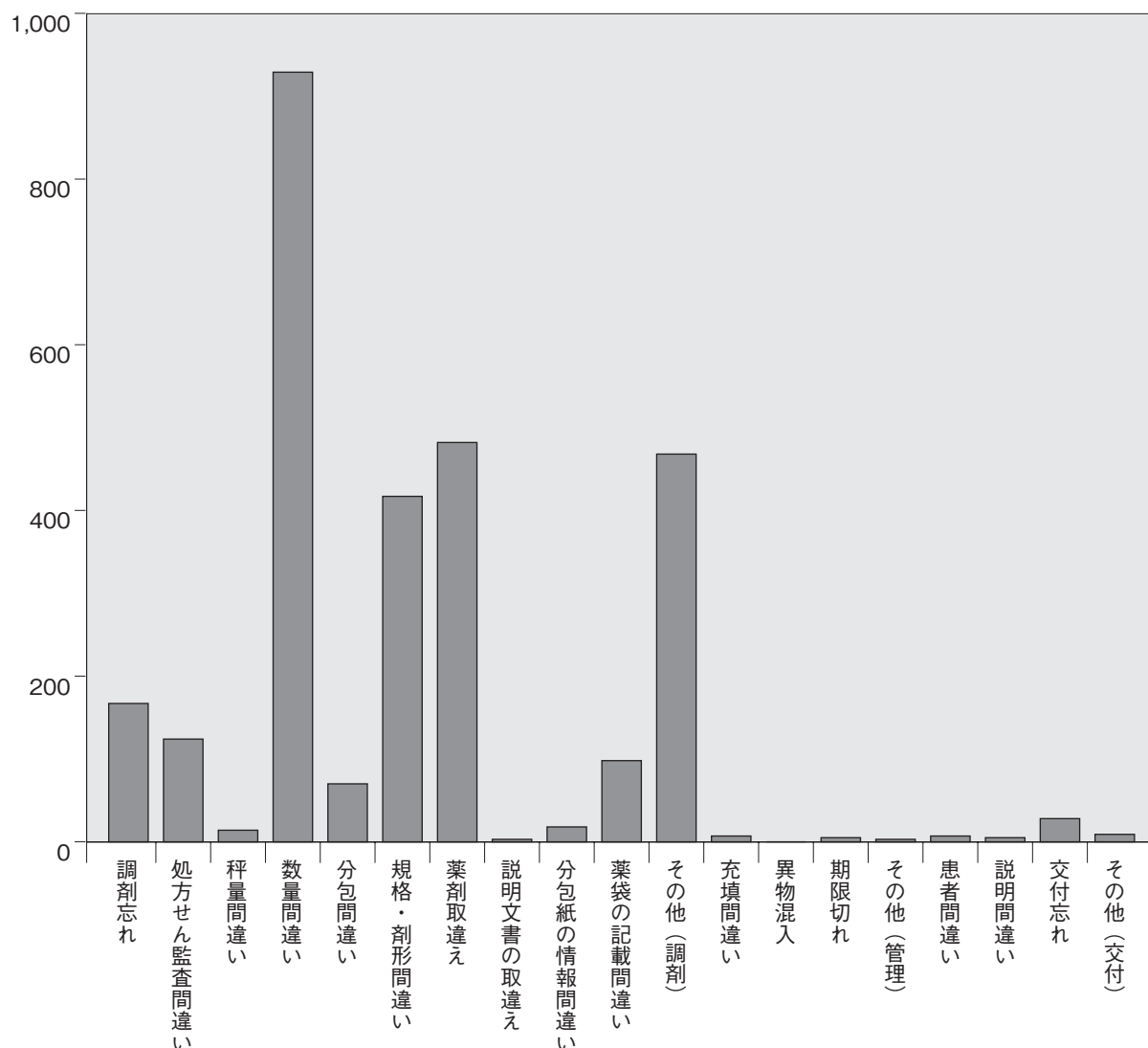
注1：ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。P 2（注1）参照。

注2：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士の誤りを薬局で発見した事例が大半を占めている。

注3：調剤の過程において処方せん監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。

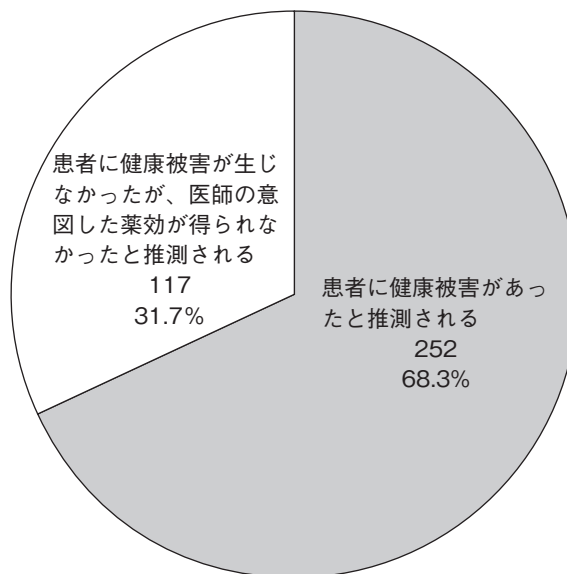
1) 調剤に関する項目

発生場面	事例の内容	件数	発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	167	管理	充填間違い	7
	処方せん監査間違い	124		異物混入	0
	秤量間違い	14		期限切れ	5
	数量間違い	929		その他(管理)	3
	分包間違い	70	交付	患者間違い	7
	規格・剤形間違い	417		説明間違い	5
	薬剤取違え	482		交付忘れ	28
	説明文書の取違え	3		その他(交付)	9
	分包紙の情報間違い	18	合計		2,854
	薬袋の記載間違い	98			
	その他(調剤)	468			

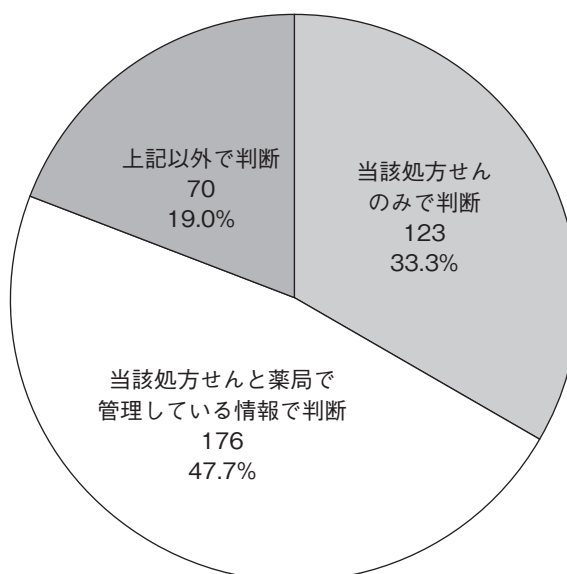


2) 疑義照会に関する項目

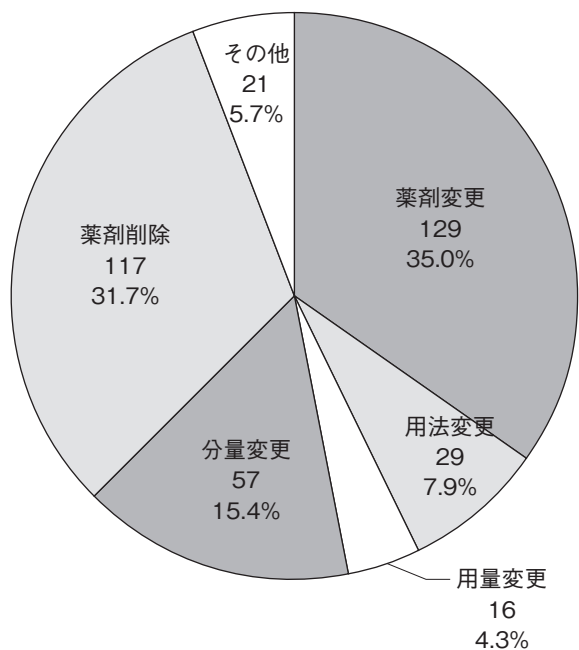
仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	252
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	117
合計	369



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	123
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	176
上記以外で判断	70
合計	369

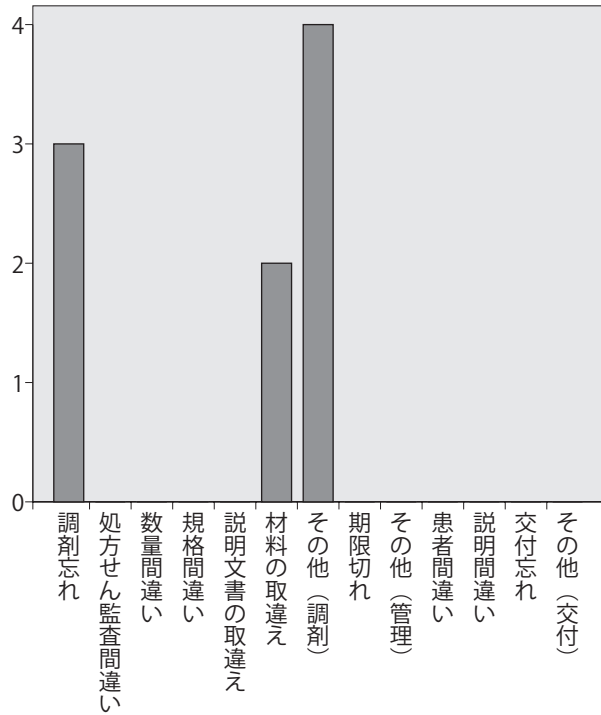


変更内容	件数
薬剤変更	129
用法変更	29
用量変更	16
分量変更	57
薬剤削除	117
その他	21
合計	369



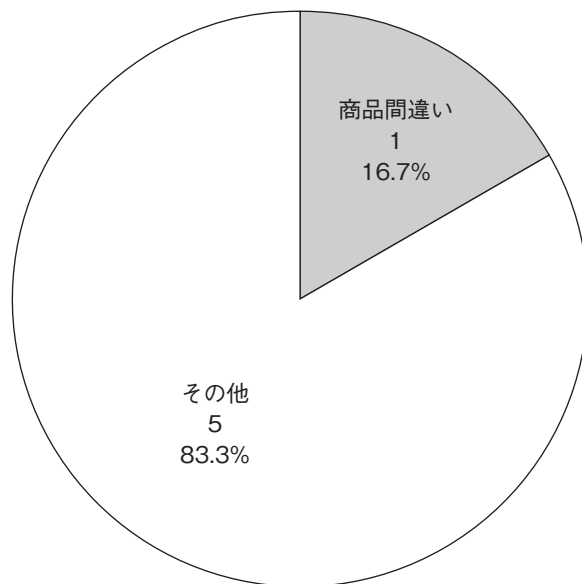
3) 特定保険医療材料に関する項目

発生場面	事例の内容	件数
調 剤	調 剤 忘 れ	3
	処方せん監査間違い	0
	数 量 間 違 い	0
	規 格 間 違 い	0
	説明文書の取違い	0
	材 料 の 取 違 い	2
	そ の 他 (調 剤)	4
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	0
	そ の 他 (交 付)	0
合 計		9



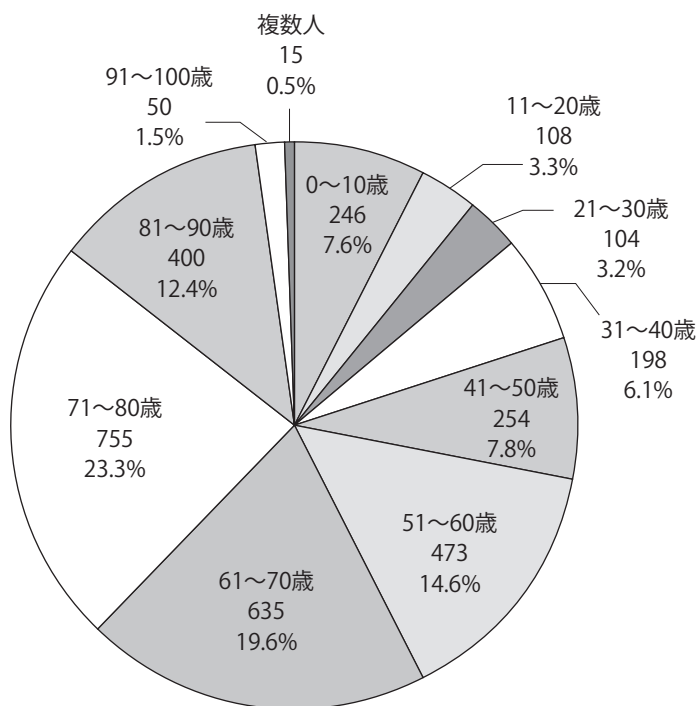
4) 医薬品の販売に関する項目

事例の内容	件数
商 品 間 違 い	1
説 明 間 違 い	0
期 限 切 れ	0
そ の 他	5
合 計	6



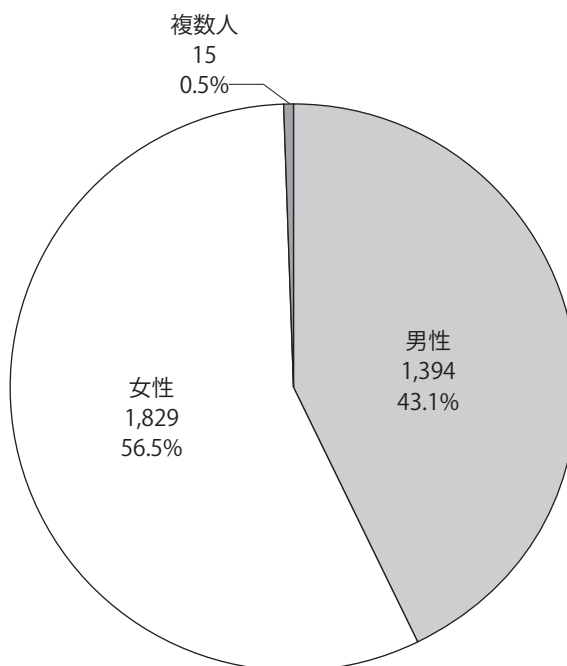
6. 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～10歳	246
11～20歳	108
21～30歳	104
31～40歳	198
41～50歳	254
51～60歳	473
61～70歳	635
71～80歳	755
81～90歳	400
91～100歳	50
101～110歳	0
111～120歳	0
121～130歳	0
131歳以上	0
複数人	15
合計	3,238



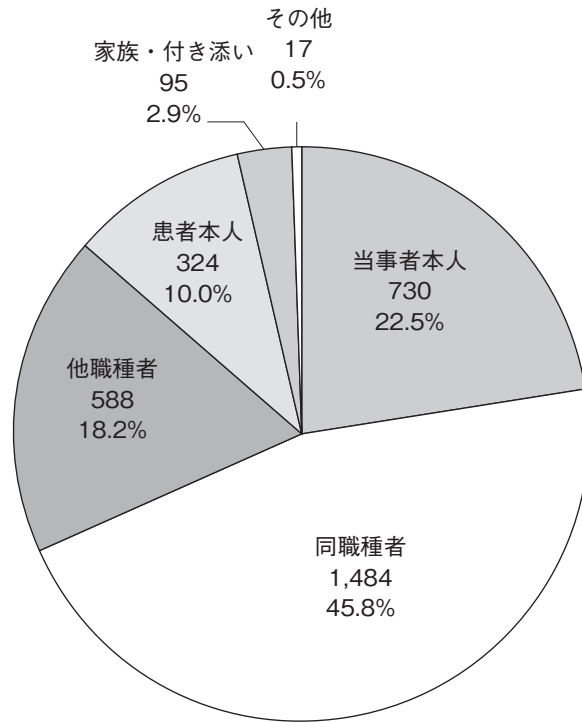
7. 患者の性別

患者の性別	件数
男性	1,394
女性	1,829
複数人	15
合計	3,238



8. 発見者

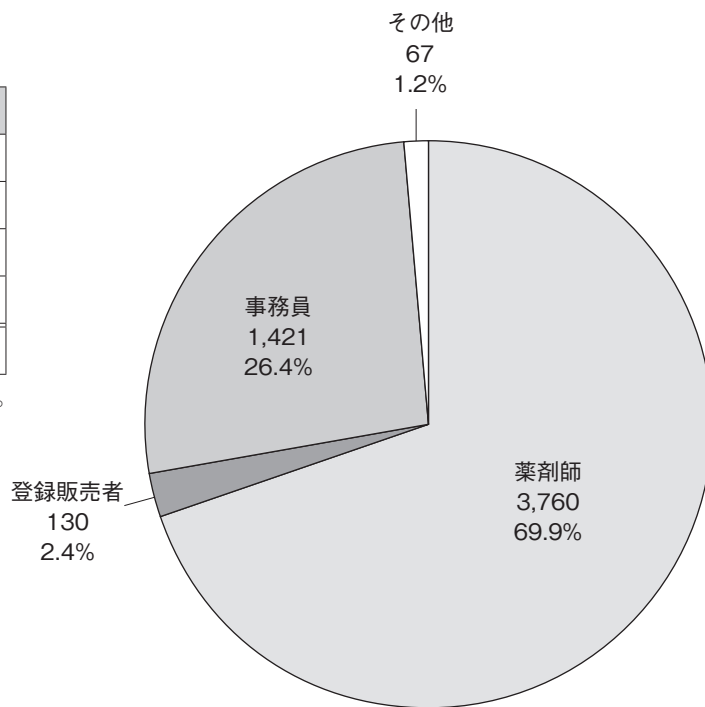
発見者	件数
当事者本人	730
同職種者	1,484
他職種者	588
患者本人	324
家族・付き添い	95
他患者	0
その他	17
合計	3,238



9. 当事者

当事者	件数
薬剤師	3,760
登録販売者	130
事務員	1,421
その他	67
合計	5,378

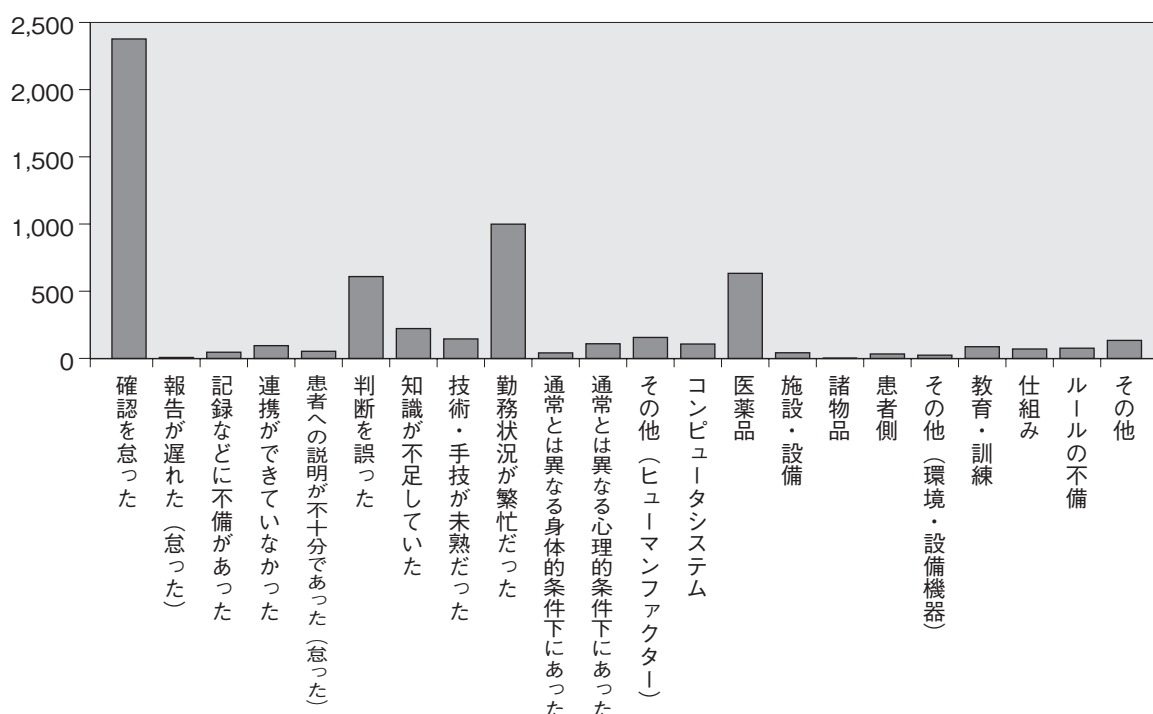
注:「当事者」は複数回答が可能である。



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	2,377	
	報告が遅れた(怠った)	7	
	記録などに不備があった	46	
	連携ができていなかった	95	
	患者への説明が不十分であった(怠った)	53	
	判断を誤った	609	
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	222
		技術・手技が未熟だった	145
		勤務状況が繁忙だった	999
		通常とは異なる身体的条件下にあった	41
		通常とは異なる心理的条件下にあった	109
		その他(ヒューマンファクター)	156
		環境・設備機器	コンピュータシステム
	医薬品		633
	施設・設備		42
	諸物品		1
	患者側		33
	その他(環境・設備機器)		24
	その他	教育・訓練	87
		仕組み	70
		ルールの不備	76
		その他	134
	合計		6,066

注:「発生要因」は複数回答が可能である。



1.1. 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	2,271	97	8	1	2,377
報告が遅れた(怠った)	5	2	0	0	7
記録などに不備があった	33	13	0	0	46
連携ができていなかった	64	30	1	0	95
患者への説明が不十分であった(怠った)	47	6	0	0	53
判断を誤った	598	10	1	0	609
知識が不足していた	187	34	0	1	222
技術・手技が未熟だった	141	4	0	0	145
勤務状況が繁忙だった	979	18	2	0	999
通常とは異なる身体的条件下にあった	41	0	0	0	41
通常とは異なる心理的条件下にあった	101	7	1	0	109
その他(ヒューマンファクター)	91	64	0	1	156
コンピュータシステム	72	35	0	0	107
医薬品	611	21	1	0	633
施設・設備	37	5	0	0	42
諸物品	1	0	0	0	1
患者側	6	27	0	0	33
その他(環境・設備機器)	8	16	0	0	24
教育・訓練	72	14	0	1	87
仕組み	51	19	0	0	70
ルールの不備	70	6	0	0	76
その他	24	106	0	4	134
合 計	5,510	534	14	8	6,066

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	2,379	123	1,334	46	3,882
報告が遅れた(怠った)	10	0	3	0	13
記録などに不備があった	54	2	22	4	82
連携ができていなかった	165	6	41	5	217
患者への説明が不十分であった(怠った)	90	3	13	3	109
判断を誤った	1,110	10	53	5	1,178
知識が不足していた	244	4	107	14	369
技術・手技が未熟だった	156	0	95	3	254
勤務状況が繁忙だった	1,692	10	215	8	1,925
通常とは異なる身体的条件下にあった	47	2	23	0	72
通常とは異なる心理的条件下にあった	137	5	45	4	191
その他(ヒューマンファクター)	199	4	63	1	267
コンピュータシステム	143	1	57	5	206
医薬品	1,182	6	43	6	1,237
施設・設備	63	1	15	1	80
諸物品	2	0	0	0	2
患者側	38	0	3	2	43
その他(環境・設備機器)	33	0	7	1	41
教育・訓練	141	0	41	5	187
仕組み	97	0	25	0	122
ルールの不備	118	1	33	0	152
その他	154	2	26	10	192
合計	8,254	180	2,264	123	10,821

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	49	657	221	1,927	2,854
疑義照会	0	0	0	369	369
特定保険医療材料	0	1	1	7	9
医薬品の販売	0	1	0	5	6
合 計	49	659	222	2,308	3,238

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	0	0	0	0	0	0	0
2：00～3：59	0	1	2	0	0	0	0	3
4：00～5：59	0	0	1	0	0	0	1	2
6：00～7：59	0	1	0	0	0	0	0	1
8：00～9：59	0	44	56	62	52	44	26	284
10：00～11：59	4	211	250	199	205	224	124	1,217
12：00～13：59	1	120	108	100	149	110	55	643
14：00～15：59	1	88	91	77	80	101	20	458
16：00～17：59	1	69	86	98	58	98	9	419
18：00～19：59	0	21	28	20	16	23	2	110
20：00～21：59	0	1	0	3	0	1	0	5
22：00～23：59	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	0	19	14	12	21	21	9	96
合 計	7	575	636	571	581	622	246	3,238

【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4,084回）^(注1)

(報告回数上位)

販売名	報告回数
ムコスタ錠100mg	27
マグミット錠330mg	25
ロキソニン錠60mg	25
ワーファリン錠1mg	21
デパス錠0.5mg	20
ミカルディス錠40mg	20
モーラステープL40mg	20
アローゼン顆粒	19
モーラステープ20mg	18
カロナール錠200	17

1) 後発医薬品に該当するもの（報告回数1,023回）^(注2)

(報告回数上位)

販売名	報告回数
マグミット錠330mg	25
カロナール錠200	17
バイアスピリン錠100mg	13
マグミット錠500mg	13
マグラックス錠330mg	13
メチコパール錠500μg	13
レバミピド錠100mg「EMEC」	11
レバミピド錠100mg「サワイ」	10
センノサイド錠12mg「サワイ」	9
アムロジピンOD錠5mg「トーワ」	8
ロブ錠60mg	8

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報告回数をいう。

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14回)^(注2)

販 売 名	報告回数
アイファガン点眼液0.1%	4
ディレグラ配合錠	2
ロトリガ粒状カプセル2g	2
アミティーザカプセル24μg	1
イグザレルト錠10mg	1
イグザレルト錠15mg	1
テネリア錠20mg	1
バイエッタ皮下注10μgペン300	1
バイエッタ皮下注5μgペン300	1

注1：本事業において新規収載医薬品とは、薬価収載1年未満の新医薬品であって、「剤形の追加」「規格の追加」は含まない。

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14回）^(注1)

販売名 ^(注2)	報告回数
ナノパスニードル	6
ペンニードル	4
ナノパスニードルⅡ	3
BDマイクロファインプラス	1

3. 医薬品の販売に関するもの（報告回数6回）^(注1)

販売名	報告回数
アリナミンEX	1
デオブランカEX液	1
ナリピタン	1
バファリン	1
メディセーフチップ	1
新ルルAゴールドDX	1

関連医薬品の分類	報告回数
医療用医薬品 ^(注3)	1
第一類医薬品	0
指定第二類医薬品	4
第二類医薬品	0
第三類医薬品	1

注1：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。

注2：添付文書記載の販売名で集計している。

注3：事例の収集項目として、関連医薬品の分類に「体外診断用医薬品」を設定していないため、本集計ではメディセーフチップを「医療用医薬品」に分類している。

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928回)^(注1)
- 間違えた医薬品 (報告回数928回)
- 関連医薬品 (報告回数1,654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
マグミット錠330mg	7	10	8
ムコスタ錠100mg	2	7	16
デパス錠0.5mg	0	9	11
アローゼン顆粒	2	3	14
ミカルディス錠40mg	1	6	12

2) 疑義照会

- 処方された医薬品 (報告回数412回)^(注2)
- 変更になった医薬品 (報告回数162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
カロナール錠200	4	4
ロキソニン錠60mg	7	1
PL配合顆粒	7	0
ムコダインDS50%	4	2
メイアクトMS小児用細粒10%	4	2

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、それぞれの項目に入力された医薬品数を計上しているため、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

- 処方された特定保険医療材料 (報告回数2回)
- 間違えた特定保険医療材料 (報告回数2回)
- 関連する特定保険医療材料 (報告回数10回)

(報告回数上位)

販 売 名 ^(注)	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	5
ペンニードル	1	1	2
ナノパスニードルⅡ	0	0	3
BDマイクロファインプラス	0	1	0

注：添付文書記載の販売名で集計している。

【5】共有すべき事例

平成25年1月1日から同年6月30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、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000030050）

事例の内容
<p>薬剤服用歴より前立腺肥大症があり治療中。本人に尿の出方を問うたところ、多少出にくいとのこと。スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入を使うと更に尿の出方を悪化させる恐れあり、と処方医へ連絡。アドエア250ディスカス60吸入用に処方変更となった。</p>
背景・要因
<p>患者自体からも前立腺肥大症の件は伝えていたが、尿の出具合までは具体的に説明しておらず。</p>
薬局が考えた改善策
<p>今現在の症状も具体的に医師に伝えるよう指示した。</p>

その他の情報
<p>特記事項なし</p>

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ● 禁忌薬に薬局で気が付き、疑義照会を行うことで、患者が服用に至ることを防ぐことができた事例である。 ● 禁忌薬が処方されてしまう背景には、処方医の情報不足、確認不足、知識不足などがあり得るが、本事例は、薬局において患者の病歴からそのエラーを防ぐことができることを示している。 ● また、似た事例として、薬剤情報提供書から患者本人が禁忌薬の処方に気が付いた事例がある。 ● 薬局には必ずしも全ての患者情報が揃っていない場合もあり、最終的には患者本人によるセルフチェックも事故を未然に防ぐためには不可欠である。 ● そこで、薬を渡す際に、口頭であってもその場で再確認することが、更なる安全につながると思われる。

注：各事例の詳細については、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.jcqh.or.jp/>)「公開データ検索」、「共有すべき事例」から閲覧することが出来る。
 ※ 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。

事例2 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000029747）

事例の内容
<p>バナシ錠100mg、トラベルミン配合錠、ゼスラン錠3mg、ムコダイン錠250mg、ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）という内容の処方せん。</p> <p>患者様にめまいなどの症状があるのか確認をとったが、そのような症状はないとのことで、トラベルミン配合錠ではなく類似名称のトランサミン錠250mgではないのか医院に疑義照会を行った。結果、トラベルミン配合錠は削除。トランサミン錠250mgに処方変更となった。</p>
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
<ul style="list-style-type: none"> ● 禁忌ではないものの、疑義照会を行うことで患者の状態に適さない処方設計を正しく変更できた事例である。 ● 新たに追加処方がなされたり、結果として多剤併用になったりした場合は、各々の処方意図は誤っていないものの、最終的に整合しない組み合わせになってしまうことがある。 ● この責任は本来は処方医にあるが、同一処方医の場合でも、時間差による処方意図の相違が生じた場面では、他の処方医による処方の重複や組み合わせエラーと同じ構造を生む可能性が高いと考えられる。 ● 最終場面でのチェックの重要性の高さを示す事例である。

事例3 疑義照会、薬剤変更に関する事例 (事例番号：000000029794)

事例の内容
乳糖にアレルギーをもつ患者に、添加物に乳糖を含むメジコン散10%が処方されていた。医師へ連絡し、薬剤の変更を指示された。
背景・要因
薬剤服用歴、レセプトコンピュータに乳糖アレルギーであることを目立つように記入。医師は添加物まで把握することができずに処方したと思われる。
薬局が考えた改善策
医院への情報提供を徹底する。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●主たる薬効成分ではない、添加物に対するアレルギーへの考慮がなされていなかった処方のエラーを、薬剤師の力量で発見した事例である。 ●処方医の注意は、多くは主たる薬効成分に向きやすく、薬剤の組成についてはどうしても注意がおろそかになりかねないと考えられる。 ●したがって薬剤師は、処方意図だけを考えるのではなく、医薬品の構成成分の全てに注意して調剤しなければならないことを示した教訓的な事例である。

事例4 疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000030118）

事例の内容
<p>R p 1.テラビック錠250mg 1日分量6錠分2×7日分朝夕食後服用 R p 2.レベトールカプセル200mg 1日分量2カプセル分2×7日分朝夕食後服用と処方せんに記載あり。前回（7日前）にはR p 1.レベトールカプセル200mg 1日分量2カプセル分2×7日分朝夕食後服用の処方のみで、患者さんから「テラビック錠250mgは服用開始から12週間飲んだので、今回で終了となった」との申し出あり。本日、テラビック錠250mgが再開となっていた為、処方医師に疑義照会を行う。R p 1.テラビック錠250mg 1日分量6錠分2×7日分朝夕食後服用は中止となった。</p>
背景・要因
<p>医師が処方オーダーの際に、過去の処方内容をそのまま引用して処方せんの発行を行い、印字された処方せんの内容を確認することが抜けてしまったことが要因の一つと考えられる。テラビック錠250mgは、「適正使用に関する重要なお知らせ」や「医薬品・医療機器等安全性情報」でも何度か情報提供が行われている医薬品である為、その使用には注意を要する医薬品として、薬局内で掲示・情報の共有を行っていたので、今回の処方内容についても投薬を行わずに済んだ。</p>
薬局が考えた改善策
<p>医師が処方をオーダーする際に、投薬期間が定められている医薬品については、処方開始日及び終了予定日などがポップアップするシステムの構築などにより、このような処方の誤りを未然に防ぐことが出来ると考える。また、保険薬局においては、「投与期間が定められている医薬品をリストアップし、薬剤師間の情報の共有を行う」、「投与期間が定められている医薬品については、患者さんから投与開始日に関する情報を聞き出し、薬剤服用歴簿に開始日と終了予定日等を明記し、予定期間を越えて調剤を行う場合には、必ず処方医師に疑義照会を行う」等の対策を取ることが重要となる。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●テラビック錠250mgについては、「医薬品の適正使用に関するお知らせ」や「医薬品・医療機器等安全性情報」による注意喚起が複数回行われている。 （参考：田辺三菱製薬株式会社「テラビック製品情報」 http://di.mt-pharma.co.jp/tlv/direction 厚生労働省「医薬品・医療機器等安全性情報」 http://www1.mhlw.go.jp/kinkyu/iyaku_j/iyaku_j/anzenseijyouhou.html） ●薬局においては情報の収集が行われ、誤服用を未然に防ぐことができた。今後も情報収集と周知に努めるとともに、処方医とも情報共有に努める必要がある。

事例5 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例 (事例番号：000000030180)

事例の内容
混雑時に、新患の方がツムラ二陳湯エキス顆粒（医療用）7.5 g 60日分の処方せんを持って来局。薬剤師Aが二朮湯と判読し、レセプトコンピュータ入力の薬剤師Bに伝えた。処方せんをよく見ず、言われた通り入力し、監査不十分のまま薬剤師Aが投薬口へ。服薬指導時に薬剤師Aが間違いに気づいた。
背景・要因
混雑した時間帯であった。レセプトコンピュータ入力した薬剤師Bは、処方せんを確認せず、薬剤師Aのほうがベテランであったため、Aの指示を信用しツムラ二朮湯エキス顆粒（医療用）と入力。監査がおろそかになった。
薬局が考えた改善策
混雑時の監査の徹底。診療科を見て（今回の場合は胃腸内科）処方内容が診療科と合致しているかの確認。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none">●二陳湯（にちんとう）を二朮湯（にじゅつとう）と読み間違った事例である。●口頭指示されたものをレセプトコンピュータへ入力するのではなく、処方せんを確認しながら行うことが原則である。

事例6 内服薬調剤、処方せん監査間違いに関する事例（事例番号：000000030432）

事例の内容
<p>セレスタミン配合錠14日分調剤すべきところを、手書き処方せんの医師のクセ字に惑わされ、調剤した薬剤師、鑑査、投薬した薬剤師ともに7日分と判読した。一方、事務員は14日と判読してレセプトコンピュータには14日分で入力していたが、7日に訂正してもらって投薬した。その後調剤録の付け合せ時にやはり14日分ではないかと事務員より言われ、改めて14日分であることを判読し確認した。</p>
背景・要因
<p>薬剤数が1種1行で13種あり、手書き処方せんのため処方欄には書ききれず、はみ出して書いてあった分で見づらかった。近所ではあるが毎日来ない程度の医院からの処方せんのため、クセ字に慣れているというほどではなかったため、「14TD」を「1×7D」と読み間違えてしまった。（4と×、Tと7が似ているクセ字）</p>
薬局が考えた改善策
<p>3人中2人が誤判読してしまうような紛らわしい書き方であることを念頭に置いて、何度も見直す。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●手書き処方せんで、判読し難い文字の場合には、たとえ繁忙時であっても疑義照会が必要である。 ●また、見慣れた文字であっても推測によって判断せず確認することが必要である。（処方医においても読みにくい処方せんの記載が医療事故につながることを理解する必要がある。）

事例7 内服薬調剤、その他に関する事例 (事例番号：000000030601)

事例の内容
<p>分包機のマスを洗ったが、その後きちんと乾いていなかった。今までそのようなことは一度もなかったため、そのまま確認せずに装着し、粉の分包を3名行った。最初の方は後からみるとそのマスの粉が少なかった。次の方は少しその薬が混じり、湿っていた。</p> <p>3番目のマーズレンの方はマーズレンに白い粉が混じっていた。どれも鑑査時に気付かずそのままお渡し。片づけのときにマ스에粉が大量に残っていることに気づき、すべての患者へ連絡。誰も服用しておらず、回収、作り直し、お渡しした。</p>
背景・要因
<p>まさか水が残っていると考えなかったこと。</p> <p>一人ずつの粉まきを終了後ちゃんと掃除していなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>洗った後の装着はちゃんと水気がとれているか確認。最初にカマをまききちんと分包されるか確認。一人一人終わった後の掃除すること。</p> <p>鑑査時、重さがあるから良いというわけではなく量、混入もきちんとみる。</p>
その他の情報
<p>【関連医薬品】</p> <p>マーズレンS配合顆粒、デパケン細粒40%、セロクエル100mg錠</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ● 洗浄した分包機のマスの乾燥が不十分なために生じた事例である。 ● 「今までそのようなことは一度もなかったため」とされているが、日常的にいつも行っている事であってもエラーにつながるリスクのある行為と考えられるので、初めてヒヤリ・ハット事例が生じたことを契機に事例の分析を行い、対策を検討することが大切である。 ● 調剤で使用する器具等の洗浄・消毒は日常的に行われることで、2セット用意できるものは2セットを用意し、交互に使用することで洗浄後の乾燥等に十分な時間をかけてから使用することもひとつの方法である。 ● 今回の分包機のマスのように2セットを用意できない場合は、薬効のない散剤（賦形剤）を用いて分包テストを行い、重量測定などによる正常な分包動作を確認してから使用を開始する必要がある。

事例8 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000030767）

事例の内容
<p>処方せんにR p.ビ・シフロール錠0.5 m g 1日用量1錠分2×28日分朝夕食後服用と記載あり。ビ・シフロール錠は光に不安定であり、適応上の注意として「本剤は光に対して不安定なため、服用直前にPTP包装から取り出すよう指導すること」とされている為処方医師に疑義照会を行う。また、その際にビ・シフロール錠0.125 m g 1日用量4錠とすると1日用量も同じとなることを提案した。医師より処方内容をR p.ビ・シフロール錠0.125 m g 1日用量4錠分2×28日分朝夕食後服用に変更するとの回答あり。</p>
背景・要因
<p>ビ・シフロール錠の製剤的特性を処方医師が理解していなかったことが要因の一つと考えられる。しかしながら、医師が全ての薬剤の特性を理解しておくことは難しいため、薬剤師が製剤的特性を確認のうえ、必要ならば医師に疑義照会や提案を行い、処方設計に関与することも、医薬品の適正使用や患者さんへの安全な投薬には不可欠である。</p>
薬局が考えた改善策
<p>吸湿性のある医薬品や光により不安定な医薬品など製剤的特性のあるものについては、薬局内で一覧を作るなど周知徹底を図る。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ● 医薬品には、その品質を確保するために、冷所保存や遮光保存などの貯法が定められている。 ● 今回の医師の指示通りの調剤では、ビ・シフロールの製剤的特性から品質の低下が危惧され、薬剤師から医師に対し、医師の意図する投与量と調剤した薬の品質確保を配慮した処方提案を行い、医師もそれに同意した事例である。 ● 医薬品の使用に関わる事だけでなく、調剤した薬の品質確保や適切な貯法等の指導を行うことも、薬剤師の重要な役割である。

事例9 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例 (事例番号：000000030956)

事例の内容
ムコトロン250mgが30錠単位で処方されることが多いため、30錠ずつ輪ゴムで留めて予製していた。30錠のうち10錠がマグミット330mgであったものを、患者さんに交付しようになった。
背景・要因
包装が似ている。棚の位置が近く。錠剤を棚に戻す時に戻し間違えて、予製をする際に、よく確認せずに作業してしまった可能性あり。
薬局が考えた改善策
2剤の棚の位置を離した。棚に錠剤を戻す時は、2名で声出しながらチェックする。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●頻繁に処方される薬剤とその錠数を予め束ねておくなど、「予製」と呼ばれる調剤の準備行為が行われている。 ●予製は、手間や時間を要する調剤や処方回数が多い調剤に対して、迅速かつ効率的に行うための調剤準備であり、人的・時間的に余裕のある時に正確に行われなければならない。 ●今回の事例では調剤鑑査において、予製品への他の薬剤の混入が発見されている。 ●調剤者や鑑査者は予製品に対して、「予製だから、間違いは無いだろう」という安易な気持ちを抱き易く、注意・確認が薄れる傾向があり、本来の目的から離れた危険度を増した調剤準備品に変わってしまうことがある。 ●予製は安易に行うのではなく、①予製を行う作業台には、必要な薬剤を必要な数のみ用意する、②完成した予製品数量と用意した薬剤数量の一致の確認をする、③速やかに個々の予製品の鑑査を行う、④予製品の内容を明確化する、⑤予製品間の明確な区別ができる表示をする、⑥予製日、予製者、薬剤ロット等の予製に関わる記録を残す、などの実施手順を定めて行う必要がある。

事例10 疑義照会、薬剤削除に関する事例 (事例番号：000000031071)

事例の内容
花粉症でザイザル錠5mgを耳鼻科で処方されている患者様に、皮膚科でアレグラ錠60mgが処方されていた。患者様は皮膚科診察時、医師に耳鼻科でザイザル錠5mgを服用していることを伝えていなかった。患者様との会話の中でザイザル錠5mgを服用中であることを聞き出し皮膚科医師に連絡、アレグラ錠60mgが削除となった。
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
<ul style="list-style-type: none">●薬剤師が健康被害をくい止めたと考えられる事例である。●患者に対しては、他院でお薬を出されていないか、口頭で確認することが重要である。●なお、患者がお薬手帳を持参していても、薬局から受け取ったシールを貼っていない場合や個人クリニックの院内処方で服薬内容が記載されていないこともあるので、お薬手帳の確認だけでは不十分な場合があることに留意が必要である。

事例11 外用薬調剤、数量間違いに関する事例 (事例番号：000000031302)

事例の内容
モーラステープ20mg 56枚のところ1袋多い63枚で調剤した。
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
<ul style="list-style-type: none"> ●調剤数量が多い場合、数量の数え間違いが生じやすくなる。 ●調剤数量が多い場合、数え方を工夫することが必要である。 ●貼付剤には、複数の規格・剤形や、5枚入り、6枚入り、7枚入りなどの様々な包装単位が存在する。採用薬の規格・剤形および包装単位を日頃から確認・整理しておくことは、調剤間違いを防ぐために有用である。

事例12 疑義照会、その他に関する事例(事例番号:000000031410)

事例の内容
インフルエンザでタミフルドライシロップ3%と、アスベリン散10%・ムコダイン(混合)が処方されたが、他院でムコダイン・ジルテックドライシロップ1.25%(混合)が処方されていた。ムコダインが重複しており、かつインフルエンザ時抗ヒスタミン薬は避けた方が良いとの医師の考え。
背景・要因
患者さんがお薬手帳を医師に見せていなかった。
薬局が考えた改善策
患者さんが服薬を医師に報告またはお薬手帳を提示する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●お薬手帳はかなり普及してきたが、その意義はまだまだ十分に患者に浸透しているとはいえない。 ●薬局でもらったシールを自宅に帰って貼っているだけの例や、一般用医薬品やサプリメントも記載すべきであることを知らない例、さらにはお薬手帳は薬局に提出するものであって、他院での処方を別の医師に見せるのは失礼なことと誤解して、お薬手帳を診察の際に提出しない例もある。 ●疑義照会の疑義内容の多くに、医薬品の重複があり、これらの多くは、患者がお薬手帳を医師に見せることにより、処方段階でエラーを防ぐことが出来る。 ●お薬手帳の役割、意義、使用方法の啓発が今後も必要である。

事例13 交付、患者間違いに関する事例 (事例番号：000000031444)

事例の内容
<p>別人のお薬手帳を交付。実際に持って来られていた患者様が投薬後お薬手帳を預けたはずなんだけどまだもらっていないと申し出があり、薬局内を探したが見つからず。同時刻付近に受付た患者リストからしぼり込み連絡すると別人へ交付していた事が判明。</p>
背景・要因
<p>受付時に処方せんと一緒にお薬手帳を預る際別人とセットにしてしまった。 監査時にお薬手帳の頭書きを確認する行程が抜けてしまった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>入力待ちの処方せんと手帳は別々にせず原則セットしておく。 調剤済のカゴの並べ方を統一。 監査時の患者氏名の声だし、指さし確認徹底する。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●調剤や監査の際には、医薬品にのみ注意が向き、お薬手帳の取り違いがおざなりとなることがある。 ●調剤や監査以前にお薬手帳が取り違っていると、他院処方との重複の確認なども意味をなさなくなってしまう可能性がある。 ●医薬品の交付時には、お薬手帳が本人のものかどうかを確認することが必要である。

事例14 疑義照会、薬剤変更に関する事例 (事例番号: 000000031495)

事例の内容
整形外科クリニックから、腰痛のため、ロキソニン錠60mgが処方された。 同クリニックから前回2年9ヶ月前にロキソニン錠60mgが処方された後、下肢浮腫のため投薬中止に。 その経緯を疑義照会時に伝え、ロキソニン錠60mg処方中止、ボルタレンSRカプセル37.5mgへ処方変更になる。
背景・要因
クリニックで前回2年9ヶ月前のロキソニン錠60mgによる下肢浮腫を把握していたのかどうかまでは不明。
薬局が考えた改善策
クリニックにも随時 患者情報を連絡する。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none">●本来、医師による患者情報の把握、確認が必要だが、医師にも情報把握不足や確認の誤りがある。●薬局側が、不審な点を積極的に医師に伝達していくことの重要性がよく分かる事例である。

事例15 医薬品の販売、その他に関する事例 (事例番号：000000031498)

事例の内容
<p>バイアスピリン錠100mgを飲んでいる人が、「一般用医薬品のバファリンを売って欲しい。」と仰るので、「バイアスピリン錠100mgと重複するのでやめといた方がよいです。」と伝え、販売しなかった。</p>
背景・要因
<p>飲んで悪いことはないが、この人は潰瘍まで起こしたことはないもののタケプロンも飲んでいて胃が弱いので売れなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>他所の薬局だと知らなかっただろうし、本人も飲んでいる薬の説明をしなかっただろうから、そのまま販売されていたかもしれない。自分の飲んでいる薬は一般用医薬品を購入するときにも説明して、飲んでよいか判断してもらうことが重要であることを、一般の人に知ってもらわなければ、このようなことはいつまで経っても無くならないと思う。お薬手帳の携帯と提示を習慣づけられると良い。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●一般用医薬品の購入が容易になるにつれて、気軽に考える人が多くなり、処方薬との重複や飲み合わせという重要な点に関心が薄くなる恐れがある。 ●患者に対する一般用医薬品の危険性の啓発や、一般用医薬品についても、服用したらお薬手帳に必ず記載するよう啓発することが必要である。

事例16 疑義照会、用量変更に関する事例 (事例番号: 000000031512)

事例の内容
リウマトレックスカプセル2mg 2カプセル1夕食後で28日分となっていたため疑義照会。処方コメントには火曜日服用の指示あり。医師より4日分の処方訂正の指示あり。
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
<p>【リウマトレックスカプセル2mgの用法及び用量】(添付文書から抜粋)</p> <p>○関節リウマチ</p> <p>通常、1週間単位の投与量をメトトレキサートとして6mgとし、1週間単位の投与量を1回又は2～3回に分割して経口投与する。分割して投与する場合、初日から2日目にかけて12時間間隔で投与する。1回又は2回分割投与の場合は残りの6日間、3回分割投与の場合は残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。</p> <p>○関節症状を伴う若年性特発性関節炎</p> <p>通常、1週間単位の投与量をメトトレキサートとして4～10mg/m²とし、1週間単位の投与量を1回又は2～3回に分割して経口投与する。分割して投与する場合、初日から2日目にかけて12時間間隔で投与する。1回又は2回分割投与の場合は残りの6日間、3回分割投与の場合は残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。</p>

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●リウマトレックスカプセル2mg (メトトレキサート) は、医師も処方せんへの記載を間違いやすい。週1日服用で4週分を処方するつもりで、処方を28日分と書いてしまったものと思われる。 ●なお、この医薬品は患者への服薬指導も重要で、定められた服薬パターンで服用しないと重篤な副作用が生じる危険性もある。 ●正しく服用するためには、服用日、休薬日を具体的な日付として示すことが重要となる。

事例17 外用薬調剤、処方せん監査間違いに関する事例 (事例番号：000000032253)

事例の内容
<p>処方せんにはアイファガン点眼液0.1% 2.5 mLと記載あり。 当然、1瓶と理解して、1瓶交付済み。 在庫管理にて2.5 mLズレが生じて再調査の結果、過誤判明。 同剤は1規格にて、5 mL品しか存在せず。 事後になるも、病院へ疑義照会して1瓶5 mLで了解を得る。</p>
背景・要因
<p>緑内障の目薬が1瓶2.5 mLが多いので、安易に1瓶と解釈していたのが誤りです。 病院の処方せんにも2.5 mL【1瓶】とか5 mL【2瓶】とか5 mL【1瓶】など本数が印字されるように望みます。</p>
薬局が考えた改善策
<p>添付文書や箱を再度確認して、1瓶は何 mLと確認するようにします。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●外用剤では、1本当たりの容量が異なる場合があり、処方せんの記載方法も「mL」「g」単位の記載や、「本」「瓶」単位の記載があるなどばらつきがある。 ●記載方法は処方せん発行医療機関側のシステムに因るが、処方せん記載上の単位が「薬価収載上の単位」と異なる場合がある。 ●保険薬局でレセプトコンピュータに入力する際には、薬価収載されている単位で入力することになるため、処方せんに記載された単位と異なる場合は、調剤あるいは会計のミスが発生する要因となることがある。 ●医療機関に対して記載単位の変更依頼を行うことが望ましいが、薬局側としては、医薬品棚に規格単位を明記する等の対応が求められる。

事例18 外用薬調剤、処方せん監査間違いに関する事例（事例番号：000000031656）

事例の内容
<p>イクセロンパッチ4.5mg 84枚（1日1回 1回3枚）（13.5mg 28枚で処方。1日1枚貼付）</p> <p>薬剤師同士で上記の処方について考え、通常13.5mg 1枚のところ、4.5mg 3枚で対応するものとして、患者に説明して、調剤し、渡した。</p> <p>1ヵ月後医師からクレームがあり、13.5mg 1枚28日の意味であることがわかった。病院での規格がなかったとのことでご意見を頂いた。</p>
背景・要因
<p>枚数から考えるのか、ト書きを優先するのか、ト書きがなければ、疑義をしていたが、あったためにしなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>この状態を薬剤師会等に報告して、同じような間違いが起こらないよう、話し合う。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ● 処方せん発行医療機関の採用薬やシステムの都合により医薬品登録が出来ない場合、処方せんに記載された医薬品に対し医師の指示として「コメント」が記載される場合や、処方を手書きで対応する場合があります、処方意図が不明瞭なことがある。 ● 薬剤師会等を通して改善要望を出すとともに、患者さん等からの聞き取りや確認を行い、少しでも不明瞭な場合には疑義照会をし、医師の処方意図を確認した上で、患者や家族などに適切な指導をすることが重要である。 ● 基幹病院が一定のルールを策定して院外処方を出しているケースがあるが、そのルールに沿わない事例もある。ルールを考慮しつつも、医師の処方意図をしっかりと考えて対応する必要がある。

事例19 内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000031735）

事例の内容
<p>ジプレキサ錠5mg、1シート10錠であった。シートが大きく1シート14錠と勘違いした。拌み合わせで2シートをゴムでくくっていたので28錠と思い込んで渡した。後で本人より電話あり、20錠しかないと連絡があった。不足分は自宅にお届けした。</p>
背景・要因
<p>在庫の確認もして20錠しか渡していないことに気付く。2シート、20錠しか渡していなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>拌み合わせでゴムで留めず、背中合わせにゴムで留める。 ゴムの中も開いて錠剤を数える。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●内服用固形剤の包装は、外箱の中にアルミ袋等で仕分けされているが、医薬品によって28錠、50錠、100錠など包装単位が様々である。また、散剤分包品については、1束のくくりが、7連、10連、14連などと医薬品によって異なっている。 ●ジプレキサ錠は1PTPあたり10錠であるが、PTPが大きく、他の14錠単位のPTPシートに類似しており、裏面から見ると判断が難しいため、表面を見て錠剤の個数を確認する必要がある。 ●また、散薬については、1束のくくりを外して調剤することが多くあり、1包だけ、1連だけを 사용하는場合でも、使用した後は、くくりを外して保管する必要がある。

事例20 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000031904）

事例の内容
<p>いつも受診されている医院から患者様が処方せんを持ってこられたが、新規の薬が3種類処方されており、日数も30日分処方されていた為、他院にていつももらわれていた薬かお薬手帳にて確認すると、1種類効果の全く異なる薬が処方されていた。</p> <p>患者様に他院にてもらわれていた薬と同じものを処方してもらったのか確認すると、同じものをお願いしたとおっしゃられた為、医院に問い合わせしたところ、ルボックス錠75からルボックス錠75mgに変更された。</p>
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
<p>【薬効分類】</p> <p>ルボックス錠75：精神神経用剤</p> <p>ルボックス錠75mg：解熱鎮痛消炎剤</p>

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●医療機関が変更になった場合、採用薬の違いで規格等が変更になる場合や、紹介状そのものに記載ミスがある場合がある。 ●医薬品の名称が類似していても、薬効が全く違う場合もあり、誤った医薬品を患者が服用することは大変危険である。 ●お薬手帳等で、過去に処方されていた医薬品を確認するとともに、医薬品を渡す際には、患者に対して医薬品の内容がそれまでと同じであるか確認する必要がある。

事例21 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：000000032618)

事例の内容
慌てていて回転台に設置された瓶を取り間違え。薬品名を未確認のまま調剤。他薬剤師が監査時、色、匂いで間違いを指摘。
背景・要因
慌てていて「水剤調剤時には最初に薬品名確認」の手順を怠った。
薬局が考えた改善策
水剤は内服と外用を全く別の場所に設置。 また、調剤時には監査器を使い薬品名を読み込ませ、薬品名の印字があるジャーナルを添付する。
その他の情報
処方された医薬品：サリパラ・コデイン液 間違えた医薬品：複方ヨード・グリセリンFM
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●液剤は内服薬、外用薬に関わらず、容器や液の色調など外観が類似している場合があり、調剤、鑑査ともに慎重に行う必要がある。 ●調剤時には、医薬品名・秤量値等を記録し、鑑査時には、調剤時の記録に加えて色調・臭い等の確認により、正しい医薬品が調剤されていることを確認することが望ましい。

事例22 外用薬調剤、その他に関する事例 (事例番号: 000000032373)

事例の内容
<p>緑内障治療中の患者で、眼圧上昇でエイゾプト懸濁性点眼液1%からコソプト配合点眼液へ変更。用法は1日2回のまま。併用はトラバタンズ点眼液0.004%とニフラン点眼液0.1%。使用開始して顔が腫れて、目が開けられないと眼科再受診。コソプト配合点眼液中止で、アイファガン点眼液0.1%へ変更。アイファガン点眼液0.1%用法確認時に、1日2回の点眼を5分あけて続けて行っていることが判明。</p> <p>コソプト配合点眼液による顔の腫れ・目が開けられない症状は、連続した使用の影響も考えられる。コソプト配合点眼液使用は1回のみで、発生後4日過ぎて現在は腫れ・目違和感なし。</p>
背景・要因
<p>本人は点眼は5分あけることへの意識が強く、1日2回も5分あければ大丈夫と思っていた。薬剤師も点眼時間の確認をしていなかった。朝夕ですと説明していたが、患者は複数点眼薬があり理解できていなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>薬袋へ点眼時間を記入することにした。患者への点眼使用時間の確認を徹底する。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●点眼剤は用法が異なる複数の医薬品を併用することがあるため、患者の用法の理解度を確認しながら説明を行うことが重要である。 ●副作用は局所だけではなく、全身性で発現することがある。副作用を最小限にするため、①点眼前の手洗い ②容器の先端が瞼、睫毛などに触れないようにする ③点眼後に目頭を圧迫する ④点眼後にあふれた点眼液をふき取る ⑤異なる点眼剤を使用する場合は5分以上間隔を空ける、などの基本的な正しい点眼剤の使用方法を指導することが重要である。

事例23 疑義照会、分量変更に関する事例 (事例番号：000000032568)

事例の内容
<p>歯科より、ファロム錠200mg 3錠分3の処方、交付時に患者が血液透析中であることが分かった。</p> <p>ファロムは腎排泄型の薬剤であるため、処方医に報告した結果、ファロム錠200mg 1.5錠、分3に減量された。</p>
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
<ul style="list-style-type: none"> ●患者から収集した情報を基に疑義照会を行い、適切な薬物療法が実施された事例である。 ●腎機能低下患者が増加傾向であり、患者毎に医薬品の用法・投与量が適切であるか確認する機会が増えると考えられる。自薬局で採用している医薬品のうち、腎機能低下患者に注意が必要なものを予めピックアップしておくことは有用である。 ●また処方せん上からは得ることのできない情報を、患者などから積極的に収集し、医師に情報提供および、用法・投与量などの提案を行うことが望まれる。

公益財団法人日本医療機能評価機構(以下「本財団」という)は、本報告書に掲載する内容について、善良なる市民および医療の質に関わる仕事に携わる者として、誠意と良識を持って、可能なかぎり正確な情報に基づき情報提供を行います。また、本報告書に掲載する内容については、作成時点の情報に基づいており、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

したがって、これらの情報は、情報を利用される方々が、個々の責任に基づき、自由な意思・判断・選択により利用されるべきものであります。

そのため、本財団は、利用者が本報告書の内容を用いて行う一切の行為について何ら責任を負うものではないと同時に、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もありません。