

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業  
第13回集計報告  
(2015年1月～6月)

2015年9月24日



公益財団法人 日本医療機能評価機構  
Japan Council for Quality Health Care

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/>  
○ 報告書類・年報：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/report/index.html>  
○ 公開データ検索：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/phsearch/SearchReport.action>  
○ 薬局ヒヤリ・ハット分析表：[http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/analysis\\_table/index.html](http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/analysis_table/index.html)  
○ 共有すべき事例：[http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/pdf/sharing\\_case\\_index.pdf](http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/pdf/sharing_case_index.pdf)

# 目次

<b>報告の現況</b> .....	<b>1</b>
【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 .....	24



# 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 <sup>(注)</sup>
事業参加薬局数	8,464

### 2. 事業参加薬局における登録軒数の推移

	2015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	11	27	41	45	42	104	—	—	—	—	—	—
登録取下げ薬局数	6	11	9	6	7	11	—	—	—	—	—	—
累 計	8,249	8,265	8,297	8,336	8,371	8,464	—	—	—	—	—	—

※登録取下げの理由および軒数は、薬局開設者変更が23軒、薬局廃止が14軒、所在地変更が4軒、薬局名称変更を伴う薬局開設者変更が3軒、所在地変更を伴う薬局開設者変更が2軒、所在地および薬局名称変更を伴う薬局開設者変更が1軒、所在地および薬局名称変更が1軒、薬局名称変更が1軒、重複登録が1軒であった。なお、薬局廃止14軒には、5月末時点において廃止したことを事務局が確認し、登録取下げとして整理した薬局8軒を含む。

### 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	542	東京都	722	滋賀県	68	香川県	103
青森県	137	神奈川県	656	京都府	126	愛媛県	94
岩手県	73	新潟県	219	大阪府	458	高知県	99
宮城県	279	山梨県	85	兵庫県	305	福岡県	482
秋田県	102	長野県	103	奈良県	74	佐賀県	147
山形県	66	富山県	47	和歌山県	35	長崎県	110
福島県	164	石川県	52	鳥取県	26	熊本県	195
茨城県	132	福井県	19	島根県	57	大分県	71
栃木県	242	岐阜県	135	岡山県	116	宮崎県	98
群馬県	160	静岡県	179	広島県	143	鹿児島県	110
埼玉県	178	愛知県	203	山口県	579	沖縄県	44
千葉県	160	三重県	198	徳島県	71	合 計	8,464

(注) 2015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<sup>(注1)</sup>は以下の通りである。

### 1. 総報告件数

	第13回集計
報 告 月	1月～6月
事業参加薬局数	8,514
事業参加薬局のうち 報告のあった薬局数	372
公 表 件 数	2,329

### 2. 月別報告件数

	2015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 <sup>(注2)</sup>	8,249	8,265	8,297	8,336	8,371	8,464	—	—	—	—	—	—
報 告 件 数	345	387	444	400	341	412	—	—	—	—	—	—
公 表 件 数	345	387	444	400	341	412	—	—	—	—	—	—

### 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
	2015年1月～6月	2015年1月～6月
1 人	1,659	141
2 人	3,120	511
3 人	1,729	432
4 人	893	527
5 人	476	244
6 人	233	98
7 人	140	157
8 人	88	40
9 人	41	4
10 人	38	84
11人以上	97	91
合 計	8,514	2,329

(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(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
	2015年1月～6月	2015年1月～6月
0～500回	1,160	91
501～1000回	2,275	413
1001～1500回	2,002	492
1501～2000回	1,401	351
2001～2500回	672	282
2501～3000回	408	157
3001～3500回	204	75
3501～4000回	166	168
4001回以上	226	300
合 計	8,514	2,329

## 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
	2015年1月～6月	2015年1月～6月
0品目	5	0
1～100品目	28	0
101～500品目	617	38
501～1000品目	4,261	745
1001～1500品目	2,483	824
1501～2000品目	855	552
2001～2500品目	191	139
2501～3000品目	56	26
3001品目以上	18	5
合 計	8,514	2,329

## 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
	2015年1月～6月	2015年1月～6月
0品目	8	0
1～100品目	2,010	185
101～500品目	5,945	2,016
501～1000品目	536	126
1001～1500品目	8	2
1501～2000品目	1	0
2001～2500品目	1	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	5	0
合 計	8,514	2,329

## 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
	2015年1月～6月	2015年1月～6月
0品目	847	143
1～10品目	1,701	550
11～50品目	2,759	968
51～100品目	1,062	251
101～150品目	373	134
151～200品目	294	86
201～250品目	139	24
251～300品目	261	75
301～500品目	473	54
501～1000品目	428	31
1001品目以上	177	13
合 計	8,514	2,329

## 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
	2015年1月～6月	2015年1月～6月
0	17	0
1～10	1,777	237
11～20	1,805	402
21～30	1,389	366
31～40	864	162
41～50	796	336
51～60	430	90
61～70	299	97
71～80	229	220
81～90	163	45
91～100	215	46
101以上	530	328
合計	8,514	2,329

## 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
	2015年1月～6月	2015年1月～6月
10%未満	209	14
10%以上20%未満	1,183	110
20%以上30%未満	1,832	288
30%以上40%未満	2,039	371
40%以上50%未満	1,073	445
50%以上60%未満	684	331
60%以上70%未満	888	553
70%以上80%未満	500	200
80%以上90%未満	99	15
90%以上	7	2
合計	8,514	2,329



## 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
	2015年1月～6月	2015年1月～6月
北海道	544	188
東北	825	99
関東甲信越	2,671	944
東海北陸	849	95
近畿	1,076	300
中国四国	1,289	402
九州沖縄	1,260	301
合計	8,514	2,329

## 11. 報告件数別事業参加薬局数

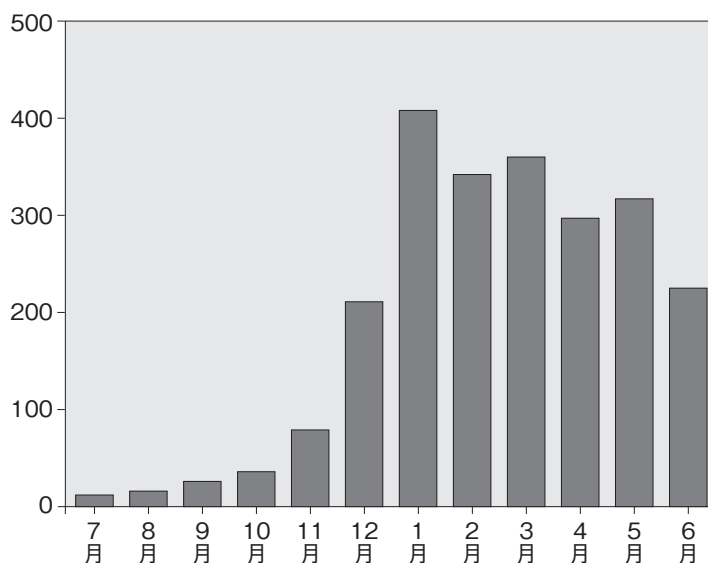
報告件数	事業参加薬局数
	2015年1月～6月
0	8,142
1～5	271
6～10	52
11～20	23
21～30	12
31～40	5
41～50	3
51以上	6
合計	8,514

### 【3】 報告内容

2015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2,329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。なお、割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100にならないことがある。

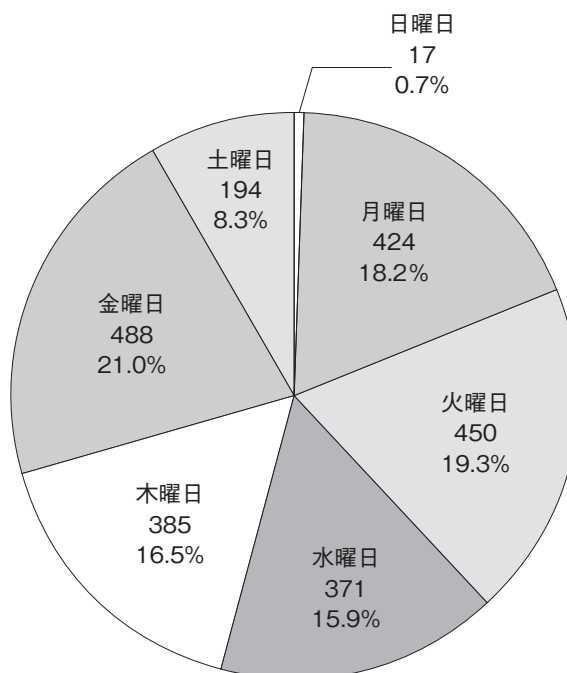
#### 1. 発生月

発生月	件数
7月	12
8月	16
9月	26
10月	36
11月	79
12月	211
1月	408
2月	342
3月	360
4月	297
5月	317
6月	225
合計	2,329



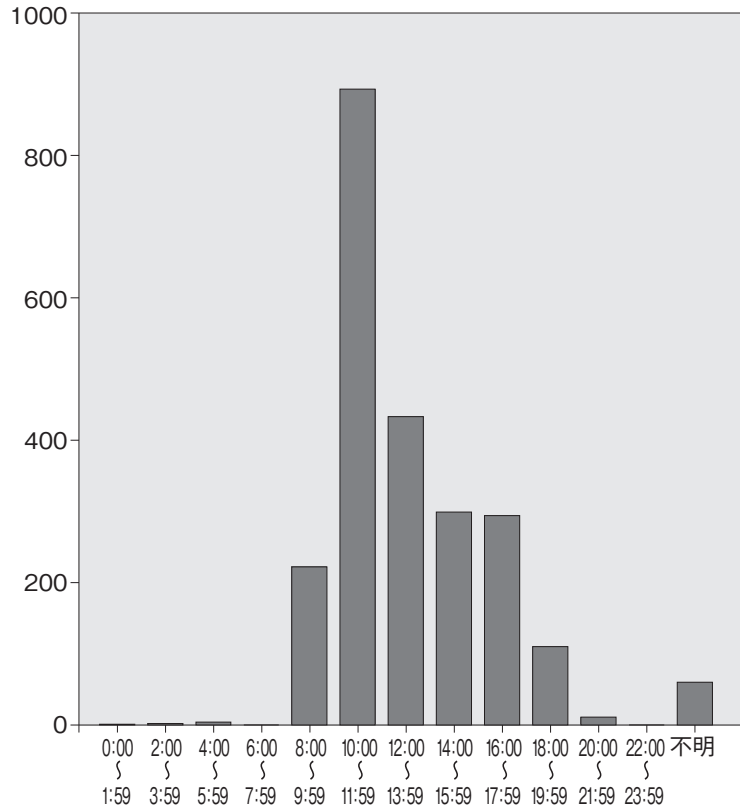
#### 2. 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	17
月曜日	424
火曜日	450
水曜日	371
木曜日	385
金曜日	488
土曜日	194
合計	2,329



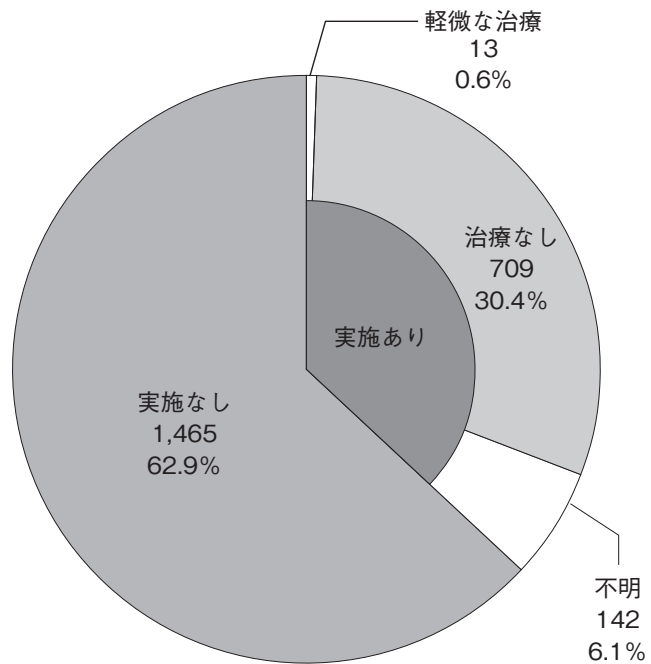
### 3. 発生時間帯

発生時間帯	件数
0:00～1:59	1
2:00～3:59	2
4:00～5:59	4
6:00～7:59	0
8:00～9:59	222
10:00～11:59	893
12:00～13:59	433
14:00～15:59	299
16:00～17:59	294
18:00～19:59	110
20:00～21:59	11
22:00～23:59	0
不明	60
合計	2,329



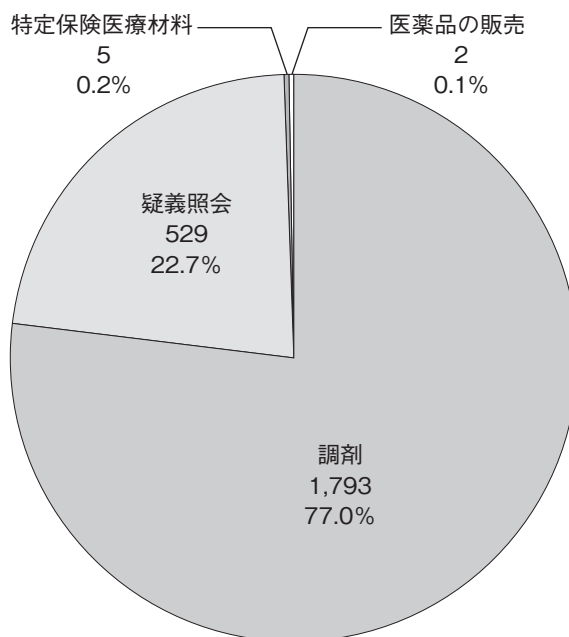
### 4. 実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	13
実施あり・治療なし	709
実施あり・不明	142
実施なし	1,465
合計	2,329



## 5. 事例の概要

事例の概要 <sup>(注1)</sup>	件数
調 剤 <sup>(注3)</sup>	1,793
疑 義 照 会 <sup>(注2)</sup> <sup>(注3)</sup>	529
特定保険医療材料	5
医 薬 品 の 販 売	2
合 計	2,329



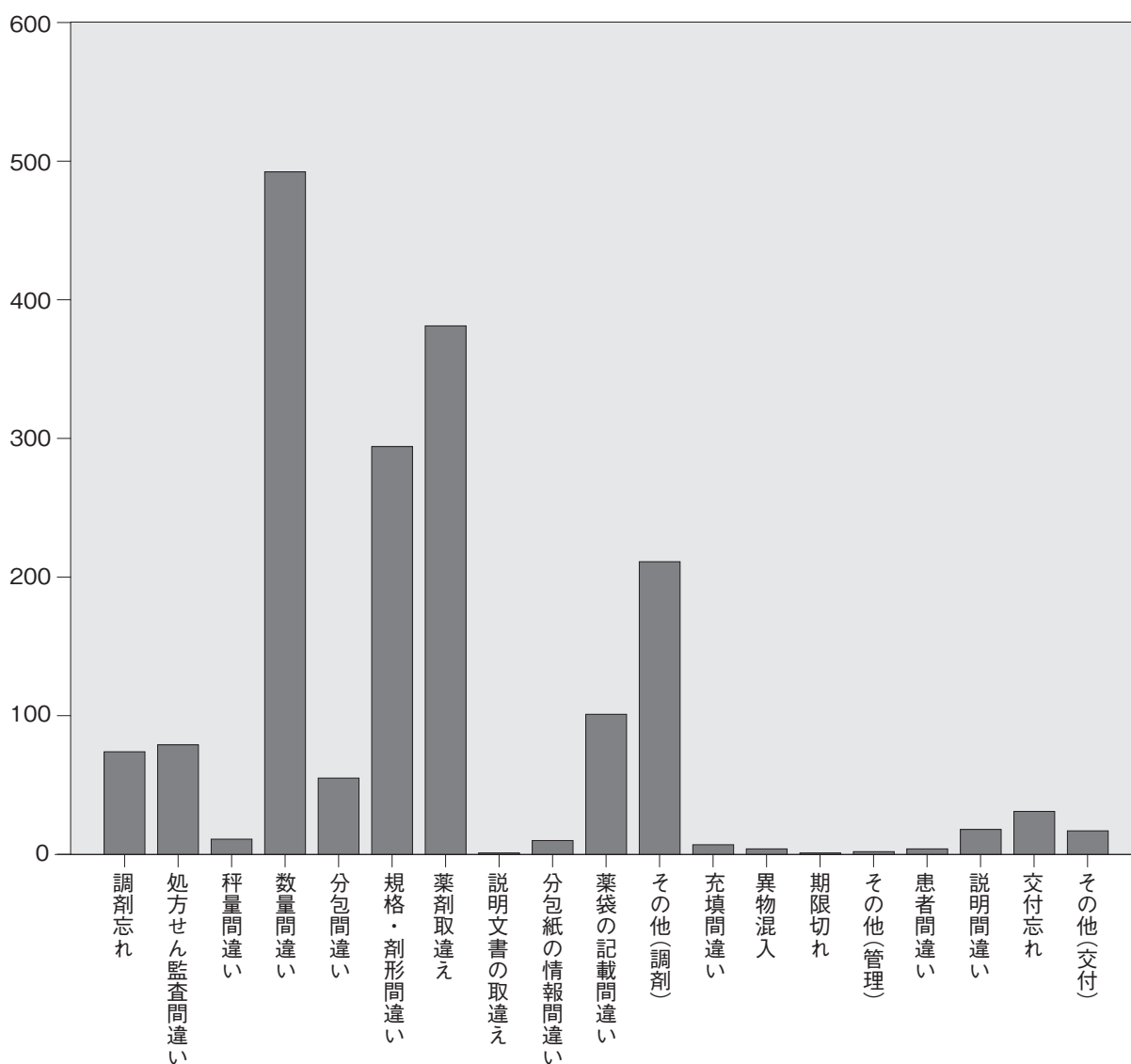
(注1) ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。2頁(注1)参照。

(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」に集計している。

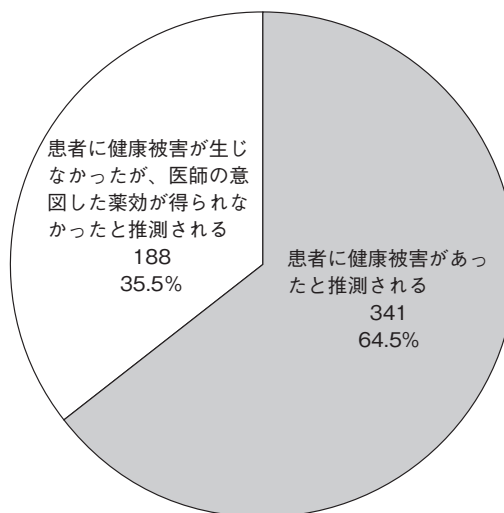
1) 調剤に関する項目

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	74	管 理	充 填 間 違 い	7
	処方せん監査間違い	79		異 物 混 入	4
	秤 量 間 違 い	11		期 限 切 れ	1
	数 量 間 違 い	492		そ の 他 ( 管 理 )	2
	分 包 間 違 い	55	交 付	患 者 間 違 い	4
	規 格 ・ 剤 形 間 違 い	294		説 明 間 違 い	18
	薬 剤 取 違 え	381		交 付 忘 れ	31
	説 明 文 書 の 取 違 え	1		そ の 他 ( 交 付 )	17
	分 包 紙 の 情 報 間 違 い	10	合 計		1,793
	薬 袋 の 記 載 間 違 い	101			
	そ の 他 ( 調 剤 )	211			

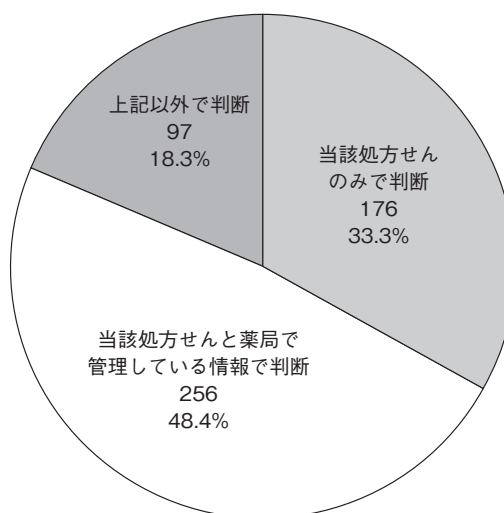


## 2) 疑義照会に関する項目

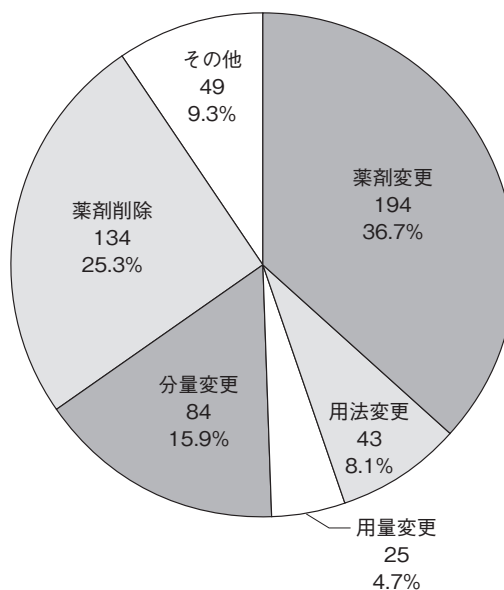
仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	341
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	188
合 計	529



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	176
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	256
上記以外で判断	97
合 計	529

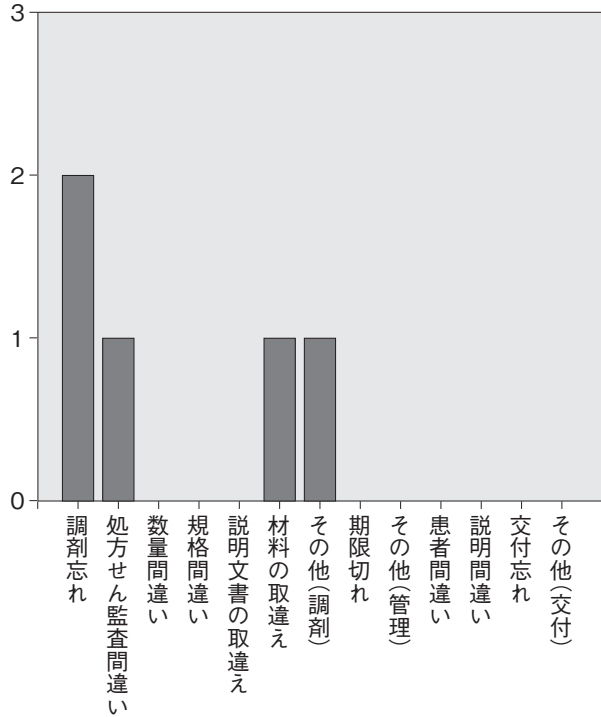


変更内容	件数
薬 剤 変 更	194
用 法 変 更	43
用 量 変 更	25
分 量 変 更	84
薬 剤 削 除	134
そ の 他	49
合 計	529



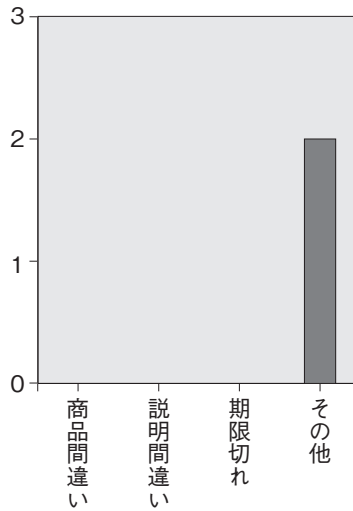
3) 特定保険医療材料に関する項目

発生場面	事例の内容	件数
調 剤	調 剤 忘 れ	2
	処方せん監査間違い	1
	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 え	1
	そ の 他 ( 調 剤 )	1
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		5



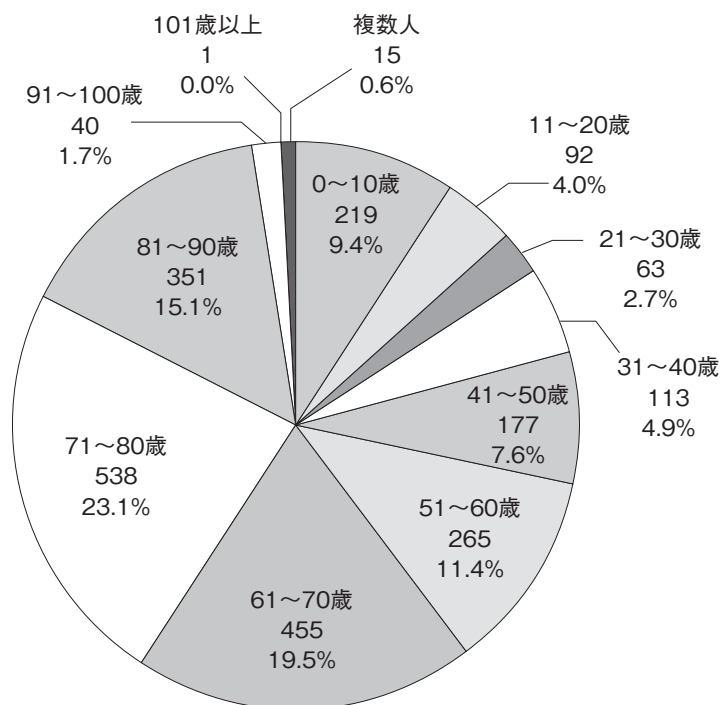
4) 医薬品の販売に関する項目

事例の内容	件数
商 品 間 違 い	0
説 明 間 違 い	0
期 限 切 れ	0
そ の 他	2
合 計	2



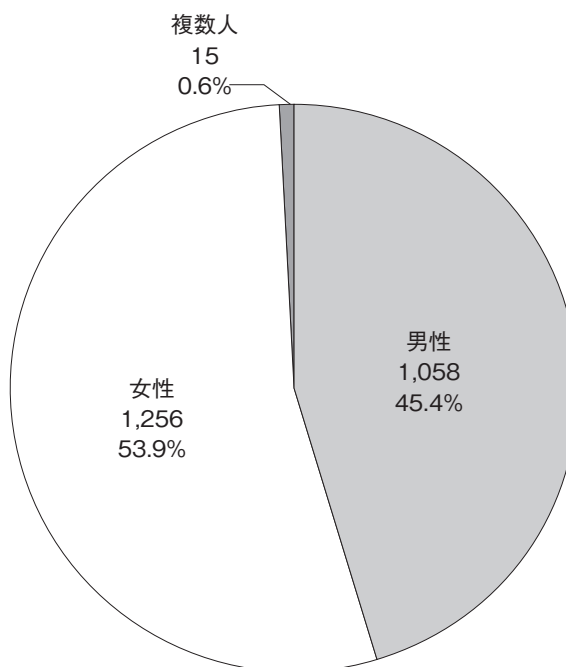
## 6. 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～10歳	219
11～20歳	92
21～30歳	63
31～40歳	113
41～50歳	177
51～60歳	265
61～70歳	455
71～80歳	538
81～90歳	351
91～100歳	40
101歳以上	1
複数人	15
合計	2,329



## 7. 患者の性別

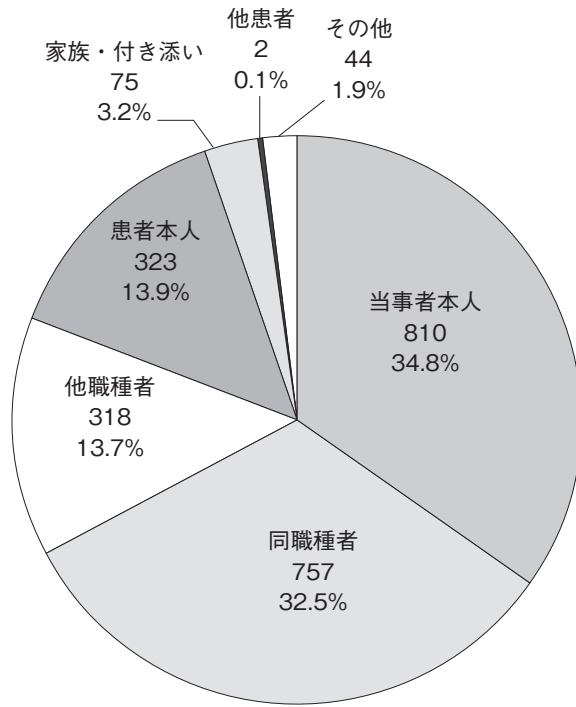
患者の性別	件数
男性	1,058
女性	1,256
複数人	15
合計	2,329





### 8. 発見者

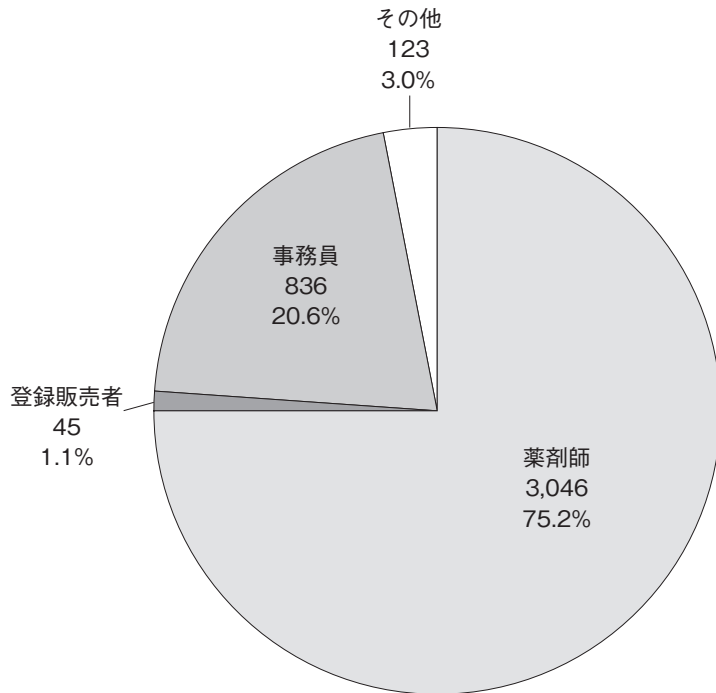
発見者	件数
当事者本人	810
同職種者	757
他職種者	318
患者本人	323
家族・付き添い	75
他患者	2
その他	44
合計	2,329



### 9. 当事者

当事者	件数
薬剤師	3,046
登録販売者	45
事務員	836
その他	123
合計	4,050

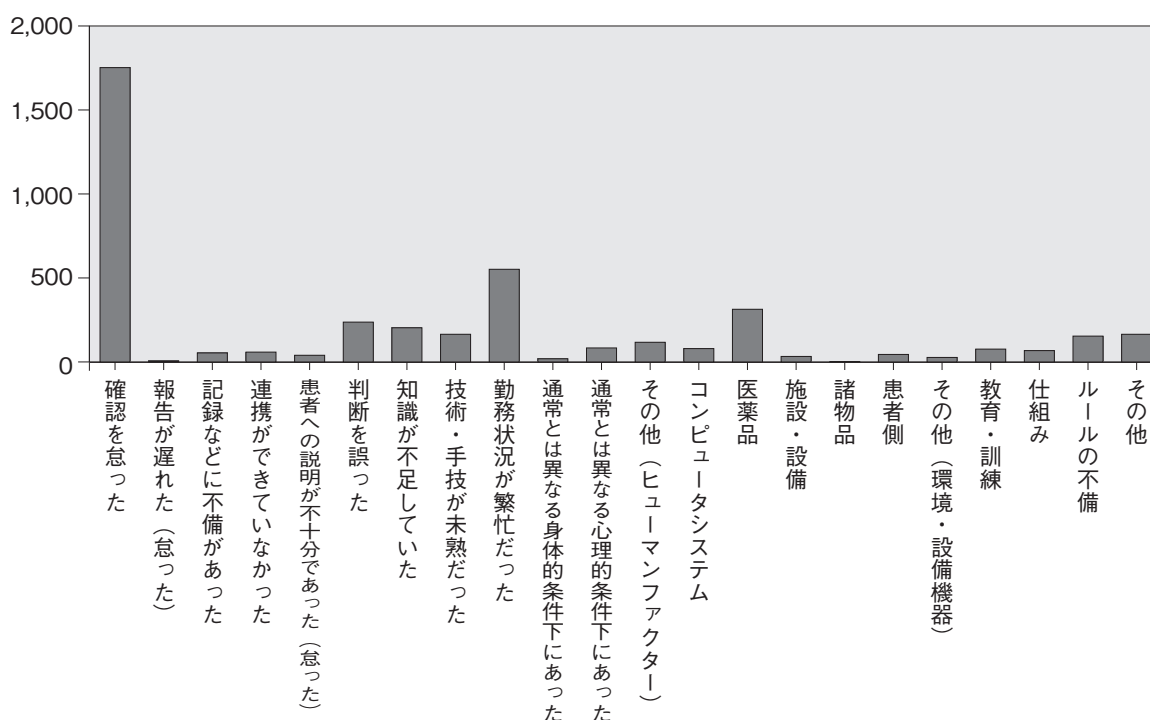
※「当事者」は複数回答が可能である。



### 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	1,766	
	報告が遅れた(怠った)	6	
	記録などに不備があった	54	
	連携ができていなかった	59	
	患者への説明が不十分であった(怠った)	40	
	判断を誤った	239	
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	205
		技術・手技が未熟だった	166
		勤務状況が繁忙だった	556
		通常とは異なる身体的条件下にあった	19
		通常とは異なる心理的条件下にあった	84
		その他(ヒューマンファクター)	118
	環境・設備機器	コンピュータシステム	80
		医薬品	316
		施設・設備	33
		諸物品	2
		患者側	45
		その他(環境・設備機器)	27
	その他	教育・訓練	77
		仕組み	68
		ルールの不備	155
		その他	166
	合計		4,281

※「発生要因」は複数回答が可能である。



## 1 1. 発生要因×事例の概要

発生要因×事例の概要	調剤	疑義照会 <sup>(注)</sup>	特定保険 医療材料	医薬品の 販売	合 計
確認を怠った	1,584	178	4	0	1,766
報告が遅れた(怠った)	5	1	0	0	6
記録などに不備があった	19	35	0	0	54
連携ができていなかった	30	29	0	0	59
患者への説明が不十分であった(怠った)	26	14	0	0	40
判断を誤った	226	13	0	0	239
知識が不足していた	139	65	1	0	205
技術・手技が未熟だった	151	14	1	0	166
勤務状況が繁忙だった	511	43	2	0	556
通常とは異なる身体的条件下にあった	15	3	0	1	19
通常とは異なる心理的条件下にあった	80	3	0	1	84
その他(ヒューマンファクター)	76	42	0	0	118
コンピュータシステム	44	36	0	0	80
医薬品	287	29	0	0	316
施設・設備	31	2	0	0	33
諸物品	2	0	0	0	2
患者側	15	30	0	0	45
その他(環境・設備機器)	11	16	0	0	27
教育・訓練	57	20	0	0	77
仕組み	54	14	0	0	68
ルールの不備	148	6	1	0	155
その他	14	151	0	1	166
合 計	3,525	744	9	3	4,281

※「発生要因」は複数回答が可能である。

(注) 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箋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、処方箋の誤りが発生した医療機関における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. 発生要因×当事者

発生要因×当事者	薬剤師	登録販売者	事務員	その他	合計
確認を怠った	2,284	40	757	101	3,182
報告が遅れた(怠った)	9	1	5	0	15
記録などに不備があった	69	1	11	9	90
連携ができていなかった	89	1	23	7	120
患者への説明が不十分であった(怠った)	61	2	14	5	82
判断を誤った	408	0	29	8	445
知識が不足していた	287	11	97	23	418
技術・手技が未熟だった	205	9	72	8	294
勤務状況が繁忙だった	909	11	158	12	1,090
通常とは異なる身体的条件下にあった	29	1	8	0	38
通常とは異なる心理的条件下にあった	120	2	38	0	160
その他(ヒューマンファクター)	156	2	46	10	214
コンピュータシステム	102	2	47	5	156
医薬品	481	7	62	23	573
施設・設備	47	0	13	1	61
諸物品	4	0	1	0	5
患者側	48	3	9	1	61
その他(環境・設備機器)	39	1	9	2	51
教育・訓練	121	3	40	4	168
仕組み	99	2	29	6	136
ルールの不備	171	11	78	3	263
その他	191	1	22	6	220
合計	5,929	111	1,568	234	7,842

※「発生要因」「当事者」は複数回答が可能である。

### 1 3. 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	12	705	142	934	1,793
疑義照会	1	0	0	528	529
特定保険医療材料	0	4	0	1	5
医薬品の販売	0	0	0	2	2
合 計	13	709	142	1,465	2,329

### 1 4. 発生時間帯×発生曜日

発生時間帯×発生曜日	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	1	0	0	1
2：00～3：59	0	0	0	1	1	0	0	2
4：00～5：59	0	0	0	1	0	2	1	4
6：00～7：59	0	0	0	0	0	0	0	0
8：00～9：59	1	41	40	28	46	37	29	222
10：00～11：59	8	145	190	142	142	170	96	893
12：00～13：59	2	82	66	72	89	80	42	433
14：00～15：59	1	65	57	59	46	58	13	299
16：00～17：59	3	61	59	38	39	86	8	294
18：00～19：59	0	22	19	21	11	36	1	110
20：00～21：59	0	3	2	2	0	3	1	11
22：00～23：59	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	2	5	17	7	10	16	3	60
合 計	17	424	450	371	385	488	194	2,329

## 【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3,386回）<sup>(注1)</sup>

(報告回数上位)

販 売 名	報告回数
カロナール錠200	33
メトグルコ錠250mg	18
ロキソニン錠60mg	18
ワーファリン錠1mg	16
ムコダインDS50%	15
フロモックス錠100mg	14
PL配合顆粒	13
デパス錠0.5mg	13
ロキソニンテープ100mg	13
プレドニン錠5mg	12
ムコスタ錠100mg	12
メチコバル錠500μg	12
リリカカプセル25mg	12

### 1) 後発医薬品に該当するもの（報告回数1,122回）<sup>(注2)</sup>

(報告回数上位)

販 売 名	報告回数
カロナール錠200	33
メチコバル錠500μg	12
アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	11
マグラックス錠330mg	11
バイアスピリン錠100mg	10
レバミピド錠100mg「EMEC」	10
マグラックス錠250mg	9
カルボシステインDS50%「タカタ」	8
カルボシステインシロップ5%「タカタ」	8
マグミット錠330mg	8
ワイドシリン細粒20%	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<sup>(注1)</sup>に該当するもの(報告回数21回)<sup>(注2)</sup>

販 売 名	報告回数
スンベプラカプセル100mg	3
エフィエント錠3.75mg	2
ベルソムラ錠15mg	2
アコファイド錠100mg	1
アテディオ配合錠	1
エフィエント錠5mg	1
ザクラス配合錠HD	1
ザクラス配合錠LD	1
シダトレンスギ花粉舌下液2,000JAU/mLボトル	1
シダトレンスギ花粉舌下液200JAU/mLボトル	1
ダクルインザ錠60mg	1
タケキャブ錠10mg	1
タブコム配合点眼液	1
デベルザ錠20mg	1
トビエース錠4mg	1
トレシーバ注フレックスタッチ	1
ベルソムラ錠20mg	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6回）<sup>(注1)</sup>

販 売 名 <sup>(注2)</sup>	報告回数
ペンニードル	3
B Dマイクロファインプラス	1
ナノパスニードル	1
ナノパスニードルⅡ	1

3. 医薬品の販売に関するもの（報告回数2回）<sup>(注1)</sup>

販 売 名	報告回数
タケプロンOD錠15	1
未記載	1

関連医薬品の分類	報告回数
医療用医薬品	1
第一類医薬品	0
指定第二类医薬品	0
第二类医薬品	1
第三類医薬品	0
要指導医薬品	0

「医薬品の販売」では、患者が一般用医薬品を求めて来局したが、患者インタビューにより一般用医薬品を販売せずに医療機関への受診を勧めた事例の「関連医薬品」として、医療用医薬品であるタケプロンOD錠15が報告された。

(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。



## 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700回) (注1)
- 間違えた医薬品 (報告回数698回)
- 関連医薬品 (報告回数1,108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
メトグルコ錠250mg	2	4	8
ムコダインDS50%	3	3	7
ロキソニンテープ100mg	3	5	4
カロナール錠200	3	1	7
モーラステープL40mg	4	1	6

### 2) 疑義照会

- 処方された医薬品 (報告回数607回) (注2)
- 変更になった医薬品 (報告回数273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	11	11
フロモックス錠100mg	4	6
ロキソニン錠60mg	9	0
ディレグラ配合錠	6	2
PL配合顆粒	5	2
ワーファリン錠1mg	5	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1回)
- 間違えた特定保険医療材料 (報告回数1回)
- 関連する特定保険医療材料 (報告回数4回)

(報告回数上位)

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

(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

2015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<sup>(注)</sup>を、専門家によって「共有すべき事例」として選定し、専門家からの意見「事例のポイント」を付して掲載する。

なお、本集計報告における掲載順は、次のとおりとする。

	報告月	内 容				
1	4月	調 剤	処方せん監査間違い			
2	6月		内服薬調剤	数量間違い		
3	6月			薬剤取違い	薬袋の記載間違い	
4	1月				その他	
5	6月					
6	1月					
7	3月			内服薬管理	充填間違い	
8	5月					
9	2月		交 付	患者間違い		
10	1月					
11	3月					
12	4月					
13	3月	疑義照会	薬剤変更			
14	4月			用法変更		
15	4月				分量変更	
16	5月					
17	5月				薬剤削除	
18	6月					
19	4月		その他			
20	2月					
21	2月					
22	6月					
23	4月					
24	5月					
25	2月					
26	5月					

(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/>)「共有すべき事例」から閲覧することができる。

## 1. 調剤 - 内服薬調剤 - 処方せん監査間違いの事例〈4月〉(事例番号: 000000042227) (注)

事例の内容
<p>処方せんには、アムロジピン錠 2.5 mg 「サンド」 1錠分 1 朝食後 5 6 日と印字されていた。処方通りに調剤、鑑査して患者に交付した。10 日後に患者本人が来局し、以前の薬の量と違っていると問い合わせがあった。処方した医療機関に疑義照会をしたところ、カルテでは変更がなく、アムロジピン錠 5 mg 「サンド」で記載されていたことがわかり、処方間違いが判明した。</p>
背景・要因
<p>薬局の前にある医療機関からの処方せんであり、電子カルテによる自動オーダリングでなく、医師の指示が出ると処方せんに印字されるシステムになっている。日頃から処方せんの入力間違いが多く、その都度、疑義照会をして対応している。当薬局では医療事務担当者がレセプトコンピュータの入力を行っている。その際、医療機関の処方せんの印字で前回と変更がある場合には、患者へインタビューした後に疑義照会の是非を判断するよう職員間で申し合せているが、守られていなかった。薬剤師の処方薬を交付する時の確認が最後の砦であるが、血圧の状況確認や、P P I の処方中止についての話を中心となり、肝心の降圧剤の規格の変更に気付かなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>処方せん受付時や処方入力時に用量の変更に気付いたら、必ず疑義照会することを徹底する。医療機関側にも、処方入力の確認がなされているか確認をする。</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"> <li>● 薬局内における疑義照会の方法が徹底されなかった事例である。</li> <li>● 応需する処方せんの形式(手書きや電子)によって、発行医療機関への疑義照会の手順などをルーブル化して徹底することが必要である。</li> </ul>

(注) 事例の詳細は、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」から事例番号で検索が可能である。

## 2. 調剤 - 内服薬調剤 - 数量間違いの事例〈6月〉(事例番号：000000042926)

<b>事例の内容</b>
<p>処方せんには「ソルミラン顆粒状カプセル600mg 3包分3毎食後28日分」と記載されていた。実務実習生Aは計算間違いをして、ソルミラン顆粒状カプセル600mgを84包調剤するところ94包調剤し、誤りに気付かないまま鑑査に回した。</p> <p>鑑査にあたった指導薬剤師Bは、ソルミラン顆粒状カプセル600mgが94包調剤されていることに気づき、実務実習生Aに誤りを伝えた。指導薬剤師Bが10包を棚に戻して、再度鑑査を行った。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>ソルミラン顆粒状カプセル600mgは7包ずつ束ねられており、単純な計算間違いをした。また、処方された他の医薬品も調剤しなければならなかったため、少し焦っていたことも原因のひとつである。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>束がいくつあると、全量で何包になるのかを把握する。</p> <p>すぐに調剤できる医薬品から先に調剤をする。</p> <p>焦らないように気をつける。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●薬局において実務実習生を指導する場合、調剤等に関する指導だけでなく、もしも実務実習生が調剤間違いを起こした場合の対処方法等も、事前に決めておくことが求められる。</li> </ul>

**3. 調剤 - 内服薬調剤 - 数量間違いの事例〈6月〉(事例番号：000000042963)**

<b>事例の内容</b>
昼休み時間を使って、薬局内で勉強会を開催していたところに、患者が処方せんを持って来局した。勉強会を中断し、1人の薬剤師が対応した。ミヤBM細粒2g分2で処方されていたが、3g分3で調剤し、そのまま交付した。
<b>背景・要因</b>
勉強会を開催していたために薬局のカーテンを閉めており、患者からの電話で来局に気付いたため、焦りがあった。昼休み時間だったことから、薬剤師が1人で調剤し交付した。事務員も確認したが、いつも行っている鉛筆によるチェックを省略したため、間違いを見つけられなかった。焦り、注意力散漫、単純なミス、作業手順の不履行があった。
<b>薬局が考えた改善策</b>
薬剤師が1人の時こそ、鉛筆で数量・用法をチェックする。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●薬局の昼休み時間であっても、患者が処方せんを持参することも考えられる。</li><li>●休憩時間にも対応し、調剤ができる体制が確保されているかどうか、確認する必要がある。</li></ul>

## 4. 調剤 - 内服薬調剤 - 薬剤取違えの事例〈1月〉(事例番号：000000040867)

<b>事例の内容</b>
ノイロピタン配合錠14日分が処方されていたところをノイロトロピン錠4単位で取り揃えた。鑑査時に発見したため、患者本人へ誤った薬剤を渡すことはなかった。
<b>背景・要因</b>
取違えた薬剤は名称が似ており、管理している薬剤棚も上下で隣接していた。取り揃えた際に確認を怠ったことが原因と考えられる。
<b>薬局が考えた改善策</b>
薬剤棚に注意喚起となるような目印の工夫を施す。薬剤棚を隣接ではなく多少離して管理を行う。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●頭3文字の名称が一致している医薬品を取違えて調剤した事例である。</li><li>●名称が類似している医薬品の取違えを防止するため、薬剤棚の位置を離したりして配置を工夫することや、薬剤棚に目印を施し、視覚的に注意喚起を促すことは重要である。</li></ul>

5. 調剤 - 内服薬調剤 - 薬剤取違えの事例〈6月〉(事例番号：000000042901)

事例の内容
<p>今回からニフェジピンに替わり、カルデナリン錠4mgが処方された。患者は後発医薬品を希望していたため、ドキザゾシン錠4mgを調剤すべきところ、カンデサルタン錠4mg「あすか」で調剤した。鑑査時に間違いに気づき、正しい薬を渡した。</p>
背景・要因
<p>カルデナリン錠4mgの一般名を、カンデサルタンと思い込んだ。処方せんを見間違い、商品名の確認も不十分であった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>処方監査をしっかりとする。基本的な手順を守る。</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"> <li>●先発医薬品から後発医薬品に変更する場合には、処方せんに記載された「先発医薬品名」と薬局で選択する「後発医薬品名」を間違えずに調剤する必要がある。</li> <li>●他の薬剤でも起こりうる間違いであり、注意が必要であろう。</li> </ul>



## 6. 調剤 - 内服薬調剤 - 薬袋の記載間違いの事例〈1月〉(事例番号：000000041007)

事例の内容
<p>アクトネル錠17.5mg 1錠 起床時1日分と入力すべきところ、アクトネル錠17.5mg 1錠 起床時7日分と入力した。鑑査時も日数の入力間違いに気付かず、薬袋の記載日数が7日となったまま渡した。</p>
背景・要因
<p>年末年始の休み明けであり、事務員及び薬剤師ともに焦っていた。他の処方薬の処方日数が7日であったことから、全部7日分と思いこんだ。アクトネル錠の規格は2.5mg、17.5mg、75mgの3規格あるため、規格を2.5mgと混同した。</p>
薬局が考えた改善策
<ul style="list-style-type: none"> <li>・規格の異なる医薬品が存在する場合は規格にチェックを入れる。</li> <li>・処方せんと薬袋の確認を2回行い、間違いのないことを確認する。</li> </ul>
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"> <li>●アクトネル錠のように、ビスフォスフォネート系薬剤には規格によって内服する間隔が異なる医薬品がある。</li> <li>●アクトネル錠の場合、骨粗鬆症において内服する間隔は、2.5mgは1日1回、17.5mgは1週間に1回、75mgは1ヶ月に1回である。</li> <li>●1週間に1回や1ヶ月に1回内服する医薬品の処方日数は、毎日内服する医薬品の処方日数と異なる場合が多い。</li> <li>●ビスフォスフォネート系薬剤が処方された場合には、規格から処方日数が適切であるか確認し、入力や調剤を行うことが重要である。</li> </ul>

7. 調剤 - 内服薬調剤 - その他の事例〈3月〉(事例番号：000000041651)

<b>事例の内容</b>
<p>カルボシステインシロップ5%「タカタ」の単独調剤と、アスピリンシロップ0.5%とプルスマリンAシロップ小児用0.3%の混合調剤が、同じ用法(1日2回)で処方されていた。いつも3種類を混合調剤しているため、今回はRpが分かれていたのに全て混合して調剤した。ラベルを書く時に、Rpが分かれていたことに気づき、訂正して調剤した。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>思い込みもあり、Rpが分かれていることに気付かず調剤した。処方せんの見間違いがあった。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>シロップの調剤メモにRpナンバーを書く欄を設け、最初にRpが意識できるようにする。必ず、調剤前に全て記載を済ませてからシロップ調剤を開始する。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●分かれていたRpを思い込みにより全て混合調剤した事例である。</li> <li>●今回は交付前に気付くことができたが、調剤メモにRp番号の記載欄を設けることは有用な改善策である。</li> </ul>

## 8. 調剤 - 内服薬調剤 - その他の事例〈5月〉(事例番号：000000042587)

<b>事例の内容</b>
<p>マグミット錠250mg3錠分2(朝1錠夕2錠)の処方が今回より4錠分2(朝2錠昼2錠)に変更になったが、入力時に4錠分2(朝2錠夕2錠)と間違えて入力した。鑑査時に間違いに気づき入力した内容を修正したが、薬剤情報提供文書は修正前のものを渡した。後日、患者の家族より指摘があり判明した。謝罪して修正後の薬剤情報提供文書と交換した。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>入力した内容を修正すると、薬剤情報提供文書・薬袋・お薬手帳等の書類は修正後のものと差し替えて渡さなければならない。今回は鑑査時に入力間違いに気づくことができ、薬袋・お薬手帳等は修正後のものと差し替えたが、薬剤情報提供文書は確認を怠って差し替えをせず、修正前のものを渡してしまった。単純な確認ミスであった。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>入力した内容を修正した時は、まず変更がある書類をすべて分別する。その後、修正前のものと後のものが混ざらないように、不要書類を破棄してから必要書類の内容(主に変更した点)を再度すべて確認(鑑査)し、交付することを徹底する。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●情報の一元化ができていなかった事例である。</li> <li>●特に手作業によって修正などを行った場合は、その修正がどこまで及ぶのかは、システムによっても異なってくる。</li> <li>●最後は人間の目による直接の確認が欠かせない。</li> </ul>

## 9. 調剤 - 内服薬管理 - 充填間違いの事例〈2月〉(事例番号：000000041419)

<b>事例の内容</b>
ロサルタンK錠25mg「ファイザー」の棚にロヒプノール錠1が入っていた。
<b>背景・要因</b>
シートデザインが似ており、誤って入れた。単純なミスであった。
<b>薬局が考えた改善策</b>
棚の名前と医薬品の名前をきちんと確認してから医薬品を入れる。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●シートのデザイン、色調で、棚に入れ間違えた事例である。</li> <li>●「背景・要因」に単純なミスと記載してあるが、1錠だけ戻し間違えた時に、ロサルタンK錠25mg「ファイザー」と違うロヒプノール錠1を服用させてしまう場合も考えられる。</li> <li>●後発医薬品が増え、成分が全く違うものでも、名称の50音が近ければ、棚の位置が近くに配置されることもあり、色調類似は新たなヒヤリ・ハットを生んでしまう。</li> <li>●自薬局で起こったこのようなヒヤリ・ハット事例を報告する事は、他の薬局への注意喚起にもなるので、是非報告をお願いしたい。</li> <li>●また、改善策として、薬の配置換えをするなどの対策も有用である。</li> </ul>

## 10. 調剤 - 交付 - 患者間違いの事例〈1月〉(事例番号：000000040928)

事例の内容
似た名前の別の患者に薬を渡した。
背景・要因
事務員が待合室にいる耳の遠い患者Aに、勘違いをして患者Bの名前で確認したところ「はい」と答えたため薬剤師のところに誘導した。薬剤師が名前を確認した際にも「はい」と答え、医薬品を見せても「違う」と言わなかったため交付した。事務員が残っている薬を確認したところ、先程の勘違いに気づき交付間違いがわかった。直ぐに患者に連絡し、正しい薬を持って訪問し交換した。
薬局が考えた改善策
事務員が顔を覚えるにも限界があり、これから高齢者が増えることも予想されるため、引換券システムの導入を今後検討する。

その他の情報
<p>処方された医薬品：</p> <p>カルボシステイン錠250mg「トーワ」</p> <p>エペナルド錠50mg</p> <p>クラリスロマイシン錠200mg「日医工」</p> <p>デカドロン錠0.5mg</p>

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●間違えて別の患者の名前を呼んだ際に、患者も自分が呼ばれていると誤解して返事をしたため、別の患者に医薬品を交付してしまった事例である。</li> <li>●「薬局が考えた改善策」にあるように、引換券のシステムを導入し、患者確認を行うことは有用であると思われる。</li> <li>●また、本人確認を行う際は、患者自身からも名前や生年月日を言ってもらうなど、相互的に確認をすることも重要である。</li> </ul>

## 11. 調剤 - 交付 - 患者間違いの事例〈3月〉(事例番号：000000041942)

<b>事例の内容</b>
<p>交付者が名前を呼んで、カウンターへ来た患者Aに薬を渡した。その後、処方せんを薬局に渡し、後で薬を取りに来る患者Bの薬がないことがわかり、交付間違いの可能性があると気付いた。誤って薬を渡した患者Aに連絡をとり、患者宅を訪問した。薬の服用はなくすべてを回収し、正しい薬を渡した。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>カウンターでの確認を怠った。耳の遠い患者であり、本人であるかしっかりと確認がとれていなかった。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>カウンターでもう一度確認をする。処方せんまたは薬袋、薬剤情報提供文書などで印字してあるものを見せて本人であることを確認する。特に耳の遠い患者には配慮をする。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>関連医薬品：ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」 アモキシシリンカプセル250mg「日医工」</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者と話をしながら耳が遠いかどうか気付くことができる。</li> <li>●また、高齢者は耳の遠い方が多いので、改善策で示されたように薬袋などにより視覚的な確認も合わせて行うことは大切である。</li> </ul>

## 12. 調剤 - 交付 - 患者間違いの事例〈4月〉(事例番号：000000042122)

<b>事例の内容</b>
患者Aのシールを患者Bのお薬手帳に貼り、患者Aに渡した。患者Aは帰宅後に自分のお薬手帳ではないことに気づき、薬局に届けた。この日、患者Aはお薬手帳を持参するのを忘れていたので、患者Aにシールのみを渡した。患者Bのお薬手帳を患者Bの自宅に届けて謝罪した。
<b>背景・要因</b>
シールを貼る時にお薬手帳の名前を確認せずに、他人のお薬手帳に貼った。
<b>薬局が考えた改善策</b>
入力→調剤→鑑査の流れのなかで、きちんと処方せんに記載されている名前とお薬手帳の名前が同じか確認しながら、落ち着いて行動する。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●お薬手帳の渡し間違いの事例である。</li><li>●処方せん受付時の本人確認、交付時の本人確認は、氏名だけでなく生年月日なども併用して万全を期すことが重要である。</li><li>●また、個人情報の取り扱いの観点においても、お薬手帳の渡し間違いに注意する必要がある。</li></ul>

## 13. 疑義照会 - 薬剤変更の事例〈3月〉(事例番号: 000000041765)

<b>事例の内容</b>
風邪の症状、発熱のためPL配合顆粒の処方があったが、患者は前立腺肥大症であった。以前に泌尿器科医師よりPL配合顆粒は服用不可の指示を受けたことがあることを患者より確認した。処方医師へ疑義照会を行い、PL配合顆粒を削除するとともに、発熱に対してコロナール錠200が追加処方となった。
<b>背景・要因</b>
診察時に禁忌となる原疾患がないか等の基本的な確認を怠ったためと判断した。
<b>薬局が考えた改善策</b>
診察時に患者背景の確認をしっかりと行う。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●薬剤師による患者への聞き取りが重要であることを再認識させられる事例である。</li><li>●患者から信頼される薬剤師としてコミュニケーションスキルも大切である。</li></ul>



## 14. 疑義照会 - 薬剤変更の事例〈4月〉(事例番号：000000042049)

事例の内容
在宅訪問医が、訪問診療時に処方せんを手書きで記載した。その処方せんを患者家族が薬局に持参した。アルピニー坐剤100 発熱時1回2個の記載があった。アルピニー坐剤200 1回1個で対応できるため、疑義照会をした。その結果、アルピニー坐剤100ではなく、アルピニー坐剤200 1回2個を意図していたことが分かり、処方変更になった。
背景・要因
薬剤師は、アルピニー坐剤100 1回2個では投与量は少なめではあるが問題ないと考えた。しかし、アルピニー坐剤200を1個使用の方が簡便であると考えた。薬局では規格変更ができなかったため、疑義照会を行ったところ、医師はアルピニー坐剤200を1回2個処方するつもりであったことがわかった。
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
<ul style="list-style-type: none"> <li>●異なる含量規格への変更を考慮した事例である。</li> <li>●使用する患者の立場に立って、有効性を保持しながら使い勝手のよい規格への提案した事例であるが、薬剤師側の思い込みには注意が必要である。</li> <li>●処方せんの変更不可欄にチェックが入っていない製品名が記載された処方せんでは、患者の同意のもとで異なる含量規格や別剤形の後発医薬品に変更して調剤することは、処方医への確認なしでできる（外用剤を除く）が、処方医との連携を怠らないことが大切である。</li> </ul>

## 15. 疑義照会 - 薬剤変更の事例〈4月〉(事例番号：000000042102)

事例の内容
<p>定期処方でアムロジピン錠 2.5 mg 「ケミファ」を1錠服用中の患者に、4日前にノルバスク錠 2.5 mg 0.5錠が追加になった。今回定期処方が出されたが、ノルバスク錠 5 mg 1.5錠になっていた。現在服用中の量から2倍量になるので間違いないか問い合わせると、ノルバスク錠 2.5 mg の間違いであることが分かり、変更になった。</p>
背景・要因
<p>手書きのカルテを事務職員がレセプトコンピュータに入力し、処方せんを発行している医療機関である。問い合わせの返答は、初めは1.5錠で間違いないとの返答だったが、処方せんに記載されている医薬品がノルバスク錠 5 mg であることを再度確認すると、ノルバスク錠 2.5 mg のつもりであったことがわかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>処方量が大きく変動する時は、納得するまで問い合わせる。</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"> <li>●よく起こりうる疑義照会の事例である。</li> <li>●疑義照会した後も、薬剤師として疑義が解消されてから調剤に入ることが大切である。</li> <li>●また、疑義照会を電話で行う際には「確認会話」を入れることが大切である。</li> </ul>

## 16. 疑義照会 - 薬剤変更の事例〈5月〉(事例番号：000000042410)

<b>事例の内容</b>
<p>前回バイアスピリン錠100mg1錠、セフタック細粒10%0.5g朝食後60日分の処方が出た。今回処方医が変わり、「体調変化はないが1錠で済む薬に変えよう」と言われ、タケルダ配合錠1錠朝食後60日分処方された。しかし、会計時に一部負担金が約3倍になり、体調が変わっていないのに値段が上がり過ぎと訴えがあった。疑義照会を行い、前回と同じバイアスピリン錠100mg1錠、セフタック細粒10%0.5g朝食後の処方に戻った。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>配合剤になると安くなり、内服する薬の数が減るので良かれと思いがちだが、中には例外もあるという事例である。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>処方医は薬代がいくらになるかまでは分からないと考えられる。薬局で患者の状態、薬が変更になった背景を確認し、細やかな気配りが求められる。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●処方医は患者のことを考え配合剤を処方したが、薬価についてはあまり知識がなく、結果として高額な自己負担となる処方をしてしまった事例である。</li> <li>●実際に処方医が薬価に深く関心を持つことは必ずしも多くないため、今回のような事例が起こる可能性がある。</li> <li>●薬局における消費者目線でのきめ細かな配慮に救われた事例である。</li> </ul>

## 17. 疑義照会 - 薬剤変更の事例〈5月〉(事例番号：000000042625)

事例の内容
ベシケア錠5mg1錠分1の処方があった。薬剤師の聞き取りにより、他院にてインターフェロン治療中の患者であることに気付いた。薬剤師が患者へ肝機能について確認したところ、あまりよくないと他院の主治医より聞いているとのことだった。中等度の肝機能障害患者の場合、2.5mgから開始することに薬剤師が気づき、医師へ確認したところベシケア錠2.5mg1錠分1へ変更となった。
背景・要因
他院でインターフェロン治療中であり、肝機能低下について患者だけが知っていた。お薬手帳にはインターフェロン治療の記載はなかった。
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
<ul style="list-style-type: none"> <li>●処方医同士がコミュニケーションを取ることは、現実的にはなかなか難しい。</li> <li>●最終的に複数の処方意図を一箇所で確認することができたために、健康被害の可能性を見抜けた事例である。</li> <li>●薬剤師による聞き取りが、処方医同士のコミュニケーション困難を補完した見事な事例である。</li> </ul>

## 18. 疑義照会 - 薬剤変更の事例〈6月〉(事例番号：000000042914)

事例の内容
<p>以前から、本人ではなく家族が薬を取りに来る患者であった。残薬があれば薬局に持ってくるように指導していたところ、残薬を持参した。残薬の中には、錠剤が不規則に取り出されているPTPシートが混在していたので、家族に正しく飲んでいるかを確認した。家族は「飲んでいると思いますよ」と回答したが、実際には正しく服薬できていない状況が見受けられた。特にベネット錠はほとんど飲んでいなかった。</p> <p>そこで、ベネット錠17.5mgからエビスタ錠60mgへの変更と同時に一包化の提案も行い、処方医から了承を得た。持参した残薬も利用して一包化を行った。</p>
背景・要因
<p>この患者は元々服薬コンプライアンスが良好であったため、医師、家族、薬剤師はきちんと服薬していると思っていた。これまでは、家族からの聞き取りのみの確認だったが、今回、残薬を持参してもらって初めて服薬状況が確認でき、急激に患者のコンプライアンスが低下していたことがわかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>残薬の状況を確認することは、服薬コンプライアンスを把握するためのよい手段になることから、積極的に残薬の持参を促し、飲んでいない患者には一包化、あるいはそれに準ずる方法で服薬コンプライアンスの改善を図る。ベネット錠のように服薬改善が見込めない薬については、処方医に薬剤変更を提案する。</p> <p>患者もしくは患者の家族が、残薬を薬局へ持参しやすい環境の整備が必要である。</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"> <li>●服用されずに家庭に残存する薬剤（残薬）は大きな問題となっている。</li> <li>●薬剤師として、患者と積極的に関わりを持つことの重要性が示されている。</li> </ul>

## 19. 疑義照会 - 用法変更の事例〈4月〉(事例番号：000000042100)

事例の内容
<p>経口剤とインスリンを併用している糖尿病患者に対し、前回の処方時にはインスリンが残っていたため、処方がなかった。患者が提示した採血結果では、HbA1cが6%を下回っていたため、低血糖の懸念を話したところ、主治医より朝の注射単位を1単位減らすように口頭で指示があった旨を確認した。</p> <p>今回、インスリン注射単位量が減量前と変わらなかったため、疑義照会をした。処方せん記載内容の変更忘れであるとわかった。</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
関連医薬品：ノボラピッド30ミックス注フレックスペン
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>● HbA1cの値の聞き取りによって、処方内容（注射単位）が変更された事例である。</li> <li>● 今後は薬局でも臨床検査値やバイタルサインを用いて、交付した医薬品の効果を確認する機会が増えると思われる。その場合の情報の取り方、伝え方、活かし方を考えなければいけない。</li> </ul>

## 20. 疑義照会 - 分量変更の事例〈2月〉(事例番号：000000041349)

事例の内容
<p>ラミクタール錠の新規処方の患者に対して、ラミクタール錠 25 mg 2錠 1日2回 朝夕食後 21日分で医師が処方した。疑義照会にて、ラミクタール錠 25 mg 1錠 1日1回 朝食後 21日分に変更になった。</p>
背景・要因
<p>医師が初回投与量を勘違いしており、50 mg から開始した。</p>
薬局が考えた改善策
<p>ラミクタール錠の新規処方には、併用薬を含めて確認する。また、薬局においても積極的に併用薬を確認すること、副作用の初期症状について患者へ注意喚起することで重篤化を防ぐ。</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"> <li>●ラミクタール錠の添付文書では、成人のてんかん患者に単剤療法で用いる場合、「通常、ラモトリギンとして最初の2週間は1日25 mgを1日1回経口投与し、次の2週間は1日50 mgを1日1回経口投与し、5週目は1日100 mgを1日1回又は2回に分割して経口投与する。その後は、1～2週間毎に1日量として最大100 mg ずつ漸増する。維持用量は1日100～200 mg とし、1日1回又は2回に分割して経口投与する。症状に応じて適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて1日量として最大100 mg ずつ、1日用量は最大400 mg までとし、いずれも1日1回又は2回に分割して経口投与する。」となっている。</li> <li>●また、ラミクタール錠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）」が出されている。</li> <li>●医薬品副作用被害救済制度は、「医薬品等を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用による健康被害を受けた方に対して、医療費等の給付を行い、被害を受けた方の迅速な救済を図ること」を目的としているため、用法用量を守らなかった場合、救済されない可能性がある。</li> </ul>

## 21. 疑義照会 - 分量変更の事例〈2月〉(事例番号：000000041305)

<b>事例の内容</b>
<p>50代女性に呼吸器科・膠原病内科より発行された処方せんを受付けた。処方内容はRp01. プレドニゾロン錠1mg 1日3錠(朝2錠-夕1錠) 1日2回朝夕食後服用 Rp02. セレコックス錠100mg 1回1錠(1日2錠) 1日2回朝夕食後服用 Rp03. パリエット錠10mg 1回2錠(1日4錠) 1日2回朝夕食後服用であった。前回来局時には消化器内科よりパリエット錠10mgが処方されており、用量は1回1錠(1日2錠)であった。患者にパリエット錠10mgが今回呼吸器科・膠原病内科で処方された理由を確認したところ、「前回は胃内視鏡検査を消化器内科で受けたが、今後は呼吸器科・膠原病内科で治療を受けるよう話があった。薬の量が変わるとは聞いていない。」との申し出があった。呼吸器科・膠原病内科の処方医にパリエット錠10mgの用量に関して問い合わせたところ、Rp03. パリエット錠10mg 1回1錠(1日2錠) 1日2回朝夕食後服用に変更するとの回答があった。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>消化器内科で処方された内容を呼吸器科・膠原病内科で転記した際に、処方医が1回量と1日量を間違えて記載したことが原因との報告があった。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>1回量処方と1日量処方の記載の間違いは今後も起こる可能性があるため、十分注意が必要である。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1回量、1日量の表記による事例である。</li> <li>● 現状では、1日量、1回量のどちらも表記されている現状がある。</li> <li>● このように同じ病院内でも診療科がまたがる事例や、医療機関の連携の際の紹介状の書き方で誤解を招く事例もあるので、薬局においては十分に注意が必要である。</li> </ul>



## 2.2. 疑義照会 - 分量変更の事例〈6月〉(事例番号：000000043062)

事例の内容
<p>処方せんとともに、採血の結果を預かった。処方せんには、ワーファリン3.5mg/日と記載があり、前回と比べ変更はなかった。検査値を確認したところ、PT-INRが4.3で前回と比べ高値であったため、患者に「医者からワーファリンの量を変更するような話はなかったか」と尋ねた。患者は「前回と同じであるように聞いた」と返答した。念のため処方医に疑義照会すると、ワーファリンの量が3.5mgから2.5mgに減量となった。</p>
背景・要因
<p>患者からPT-INRを聞くことができたので、処方間違いに気付くことができた。</p>
薬局が考えた改善策
<p>検査値を把握できた時は、それを考慮して監査を行い、用量などに疑問が生じた場合は、必ず医療機関に問い合わせをする。</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"> <li>●患者が処方せんだけでなく、同時に患者自身の検査結果を示す場合もある。</li> <li>●検査結果に基づいて処方内容を確認し、さらに患者の相談にも応じることは、今後薬剤師に求められるスキルと考えられる。</li> </ul>

## 23. 疑義照会 - 薬剤削除の事例〈4月〉(事例番号：000000042118)

事例の内容
<p>患者に2014年3月○日にフェキソフェナジンが2錠分2で5日分の処方があった。5日後、患者から薬局に、「この薬を服用してから味覚を感じなくなったが薬の副作用か」と電話があった。この時は、添付文書情報から味覚異常の報告がある旨を患者に伝え、中止しても味覚が戻らないようなら受診を勧め、その旨を患者情報として記載した。その11日後に風邪で受診し、当薬局に持ってきた処方せんの中に、フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」が含まれていた。患者情報と照合した際に前回薬で副作用の疑いがあったため、まず患者本人に確認したところ、患者自身がそのことを忘れていた。処方医に前回処方時の経過を伝えたと、薬との因果関係は確認できないが、念のためフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」が削除になった。</p>
背景・要因
<p>患者自身が副作用を忘れてしまったり、患者が医師に過去の副作用情報を伝えなかった場合、医師は副作用情報を知らないため、処方してしまうことがある。本来、副作用が疑われる時は処方医にその場で疑義照会をするのが妥当だと思うが、患者の主観的なものと思われたり、中止によるデメリットが推測される場合は、経過観察を勧めることもあると考えられる。</p>
薬局が考えた改善策
<p>患者が副作用を忘れていることもあるので、電話などでの質問、相談内容を確実に残し、軽微なものでも副作用歴として残しておく、処方された場合には疑義照会を徹底する。</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"> <li>●薬剤師は副作用発現の疑いを常に持たなくてはならないことを示す事例である。</li> <li>●一般的に示される副作用の発現の頻度と、個々の患者に現れる症状とは一致するとは限らず、リスクとベネフィットの判断は容易ではない。</li> <li>●患者と医師と薬剤師との間で、最新の情報の共有を常に心掛ける必要がある。</li> </ul>

## 24. 疑義照会 - 薬剤削除の事例〈5月〉(事例番号：000000042558)

事例の内容
耳鼻咽喉科より、以前処方されたことのあるデパス錠0.5mgの処方があった。患者は、最近神経内科にて治療中であり、薬を服用していた。今回、患者は耳鼻咽喉科から再度デパス錠0.5mgが処方されることを聞いておらず、神経内科にて治療しているので、耳鼻咽喉科からのデパス錠0.5mgは不要であるとのことだった。疑義照会后、デパス錠0.5mgは削除となった。
背景・要因
処方時に他の診療科との併用薬の確認ができていなかったと思われる。
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"><li>●複数の診療科で処方を受けている場合は、患者本人しかその情報を統合し得ない場合もある。</li><li>●お薬手帳などは、薬の重複や併用禁忌に対する安全策の一つではあるが完璧ではなく、最終的に薬局での気付きが功を奏した事例である。</li><li>●医療機関や診療科ごとに調剤する薬局が異なるケースにおいて、重複等をどう防ぐかは今後の課題である。</li></ul>

## 25. 疑義照会 - その他の事例〈2月〉(事例番号：000000041321)

事例の内容
<p>エリキユース錠5 m g 2錠分2が処方されている患者にワーファリン錠1 m g 1.5錠が処方されたが、エリキユース錠5 m gをどうするのか患者が聞いておらず、変更か追加か問い合わせた。エリキユースなどの前薬を中止し、ワーファリンと一緒に処方された薬だけ服用と返答があった。</p>
背景・要因
<p>エリキユースからワーファリンに変更する場合、一時的に併用することもあるので、併用か中止か処方せんだけでは判断できず、患者にも説明がなかったので確認した。</p>
薬局が考えた改善策
<p>薬剤の変更の際に必要な薬剤は、その都度確認していく。</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"> <li>●ハイリスク薬のヒヤリ・ハットである。</li> <li>●業務手順書、ハイリスク薬に関しての薬局内マニュアルの整備に関して、このような事例等具体的事案を記載することで、薬局内での安全管理につながる。</li> </ul>

## 26. 疑義照会 - その他の事例〈5月〉(事例番号：000000042688)

事例の内容
<p>前回、胃、腸の内視鏡検査のため、プラビックス錠75mgを休薬し、処方なかった。今回の処方にもプラビックス錠75mgがないため患者に確認したところ、「再開になるので処方されるはず」と返答があった。そこで、疑義照会を行い、プラビックス錠75mgが追加になった。</p>
背景・要因
<p>休薬する薬の再開の確認を怠った。</p>
薬局が考えた改善策
<p>休薬する薬があった場合、いつ頃再開か、休薬した次回の処方で再開になっているかを確認する。休薬理由などを服薬指導時に患者に確認し、情報を得ておく。</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"> <li>●各種観血的処置に合わせて処方変更になる場合がある。</li> <li>●その際に休薬をすることは比較的気に留めて忘れないものであるが、一旦休薬したものをどのタイミングで再開するかはしっかりとしたプロトコールは少なく、再開忘れがしばしば見られる。</li> <li>●患者情報として、はっきりと『○○のために、△△まで休薬』と明記するなどの手順を確立しておく必要がある。</li> </ul>



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。

