

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
第14回集計報告
(2015年7月～12月)

2016年3月28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
○ 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	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 ^(注)
事業参加薬局数	8,577

2. 事業参加薬局数の推移

	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	48	14	12	7	32	25
登録取下げ薬局数	6	11	9	6	7	11	10	3	1	0	6	5
累 計	8,249	8,265	8,297	8,336	8,371	8,464	8,502	8,513	8,524	8,531	8,557	8,577

※登録取下げの理由および軒数は、薬局開設者変更が33軒、薬局廃止が20軒、所在地変更が6軒、薬局名称変更を伴う薬局開設者変更が6軒、所在地変更を伴う薬局開設者変更が3軒、重複登録が3軒、薬局名称変更が2軒、所在地および薬局名称変更が1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軒であった。なお、薬局廃止20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	551	東京都	740	滋賀県	68	香川県	103
青森県	140	神奈川県	674	京都府	127	愛媛県	95
岩手県	74	新潟県	221	大阪府	465	高知県	100
宮城県	283	山梨県	85	兵庫県	305	福岡県	494
秋田県	101	長野県	103	奈良県	74	佐賀県	148
山形県	66	富山県	47	和歌山県	35	長崎県	111
福島県	166	石川県	52	鳥取県	26	熊本県	195
茨城県	133	福井県	19	島根県	57	大分県	71
栃木県	242	岐阜県	135	岡山県	121	宮崎県	99
群馬県	162	静岡県	179	広島県	144	鹿児島県	110
埼玉県	179	愛知県	203	山口県	593	沖縄県	46
千葉県	162	三重県	201	徳島県	72	合 計	8,577

(注) 2015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1)は以下の通りである。

1. 総報告件数

	第14回集計
報 告 月	7月～12月
事業参加薬局数	8,602
事業参加薬局のうち 報告のあった薬局数	426
公 表 件 数	2,450

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 ^(注2)	8,249	8,265	8,297	8,336	8,371	8,464	8,502	8,513	8,524	8,531	8,557	8,577
報 告 件 数	345	387	444	400	341	412	435	353	397	387	492	386
公 表 件 数	345	387	444	400	341	412	435	353	397	387	492	386

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7月～12月	2015年7月～12月
1 人	1,698	222
2 人	3,096	501
3 人	1,760	456
4 人	895	515
5 人	482	353
6 人	253	56
7 人	143	151
8 人	87	48
9 人	46	5
10 人	41	62
11人以上	101	81
合 計	8,602	2,450

(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に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7月～12月	2015年7月～12月
0～500回	1,162	68
501～1000回	2,320	460
1001～1500回	2,031	519
1501～2000回	1,373	476
2001～2500回	695	324
2501～3000回	418	101
3001～3500回	205	116
3501～4000回	164	207
4001回以上	234	179
合 計	8,602	2,450

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7月～12月	2015年7月～12月
0品目	5	0
1～100品目	26	0
101～500品目	610	52
501～1000品目	4,232	783
1001～1500品目	2,518	875
1501～2000品目	926	611
2001～2500品目	204	103
2501～3000品目	59	21
3001品目以上	22	5
合 計	8,602	2,450

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7月～12月	2015年7月～12月
0品目	8	0
1～100品目	1,896	119
101～500品目	6,075	2,202
501～1000品目	602	125
1001～1500品目	13	4
1501～2000品目	3	0
2001～2500品目	1	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	4	0
合 計	8,602	2,450

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7月～12月	2015年7月～12月
0品目	836	76
1～10品目	1,716	576
11～50品目	2,803	1,104
51～100品目	1,072	312
101～150品目	383	123
151～200品目	302	67
201～250品目	141	67
251～300品目	262	33
301～500品目	480	47
501～1000品目	427	23
1001品目以上	180	22
合 計	8,602	2,450

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7月～12月	2015年7月～12月
0	15	0
1～10	1,745	279
11～20	1,781	495
21～30	1,410	303
31～40	881	214
41～50	793	323
51～60	445	133
61～70	332	84
71～80	241	137
81～90	167	147
91～100	214	59
101以上	578	276
合計	8,602	2,450

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7月～12月	2015年7月～12月
10%未満	192	9
10%以上20%未満	1,083	61
20%以上30%未満	1,671	254
30%以上40%未満	1,826	203
40%以上50%未満	990	423
50%以上60%未満	750	301
60%以上70%未満	1,147	673
70%以上80%未満	755	460
80%以上90%未満	178	66
90%以上	10	0
合計	8,602	2,450

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7月～12月	2015年7月～12月
北海道	552	169
東北	839	150
関東甲信越	2,710	865
東海北陸	838	155
近畿	1,075	360
中国四国	1,313	410
九州沖縄	1,275	341
合計	8,602	2,450

11. 報告件数別事業参加薬局数

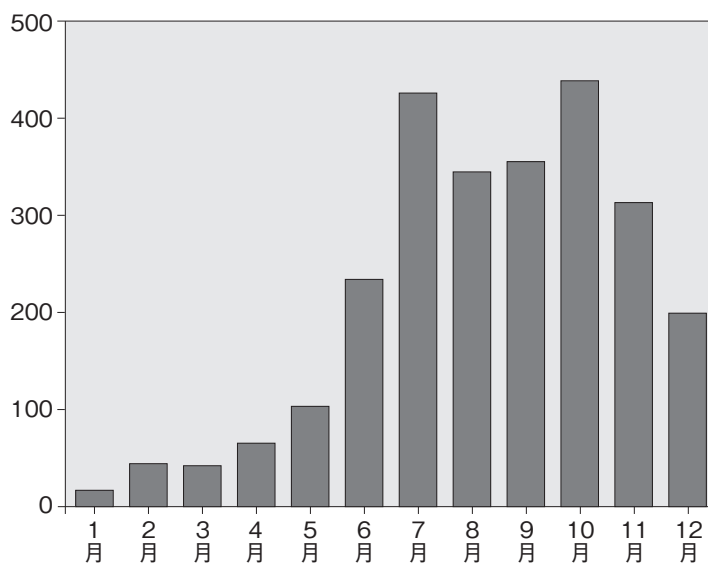
報告件数	事業参加薬局数
	2015年7月～12月
0	8,176
1～5	311
6～10	68
11～20	29
21～30	7
31～40	3
41～50	2
51以上	6
合計	8,602

【3】 報告内容

2015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2,450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。

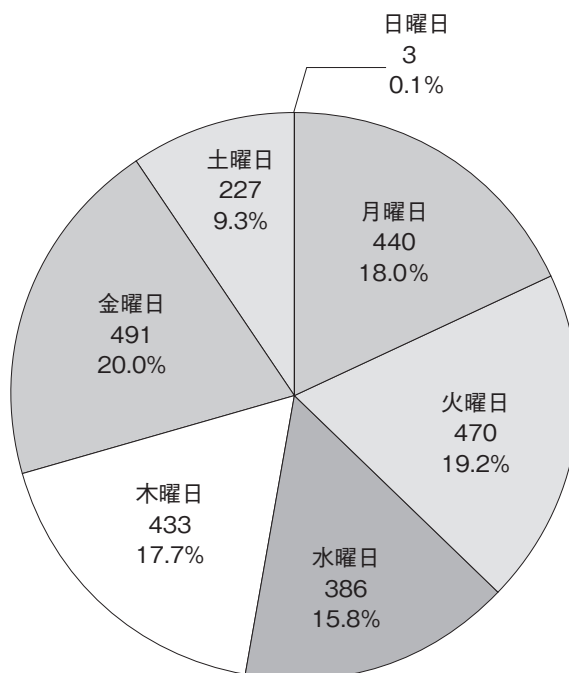
1. 発生月

発生月	件数
1月	16
2月	42
3月	40
4月	62
5月	98
6月	222
7月	404
8月	327
9月	337
10月	416
11月	297
12月	189
合計	2,450



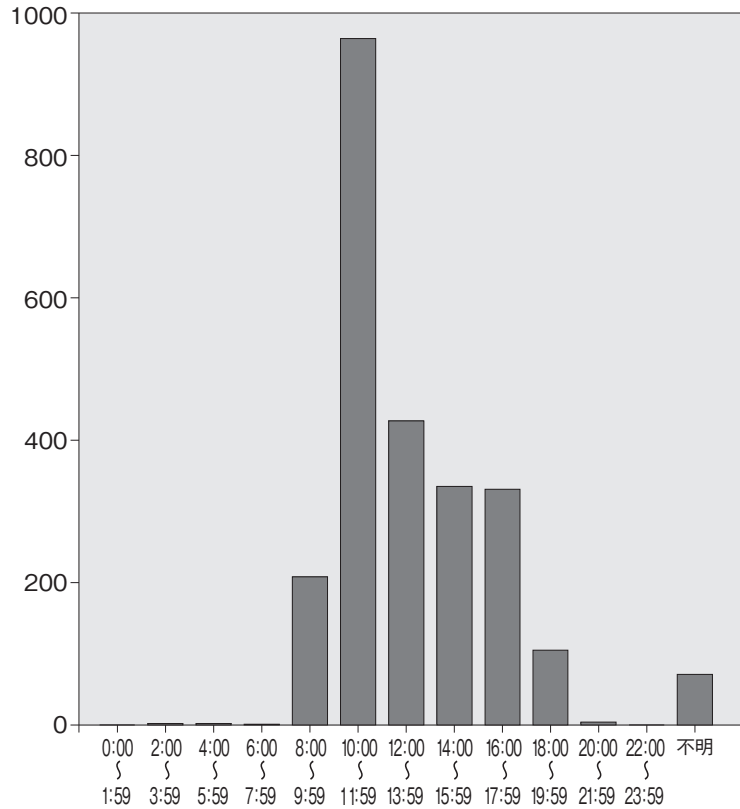
2. 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	3
月曜日	440
火曜日	470
水曜日	386
木曜日	433
金曜日	491
土曜日	227
合計	2,450



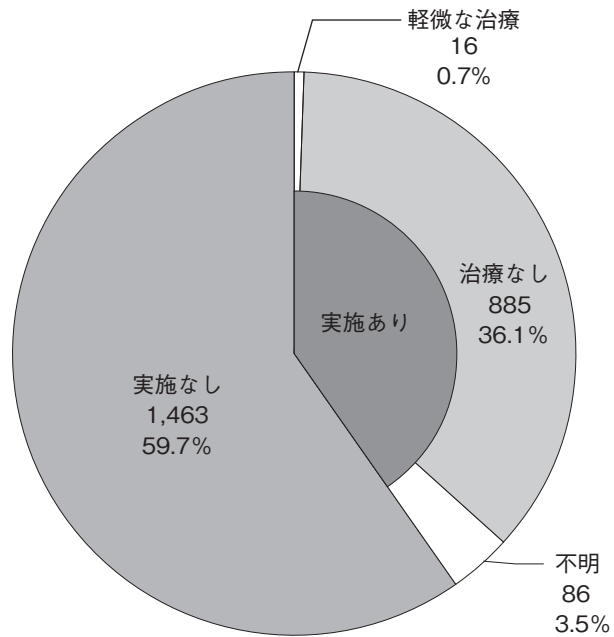
3. 発生時間帯

発生時間帯	件数
0:00～1:59	0
2:00～3:59	2
4:00～5:59	2
6:00～7:59	1
8:00～9:59	208
10:00～11:59	964
12:00～13:59	427
14:00～15:59	335
16:00～17:59	331
18:00～19:59	105
20:00～21:59	4
22:00～23:59	0
不明	71
合計	2,450



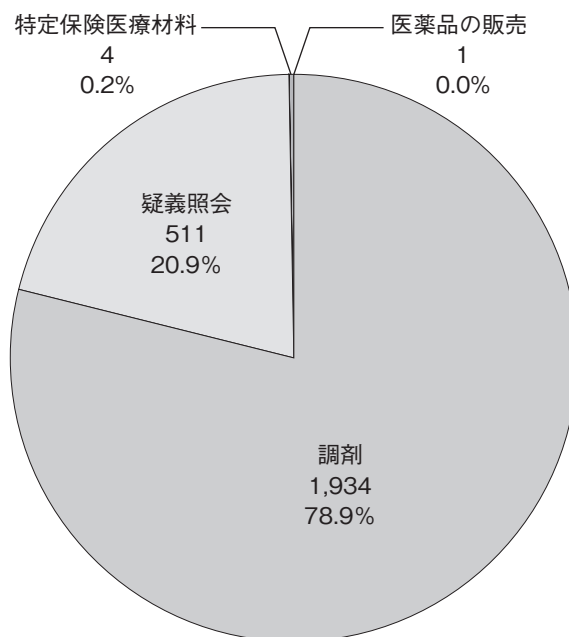
4. 実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	16
実施あり・治療なし	885
実施あり・不明	86
実施なし	1,463
合計	2,450



5. 事例の概要

事例の概要 ^(注1)	件数
調 剤 ^(注3)	1,934
疑 義 照 会 ^(注2) ^(注3)	511
特定保険医療材料	4
医 薬 品 の 販 売	1
合 計	2,450



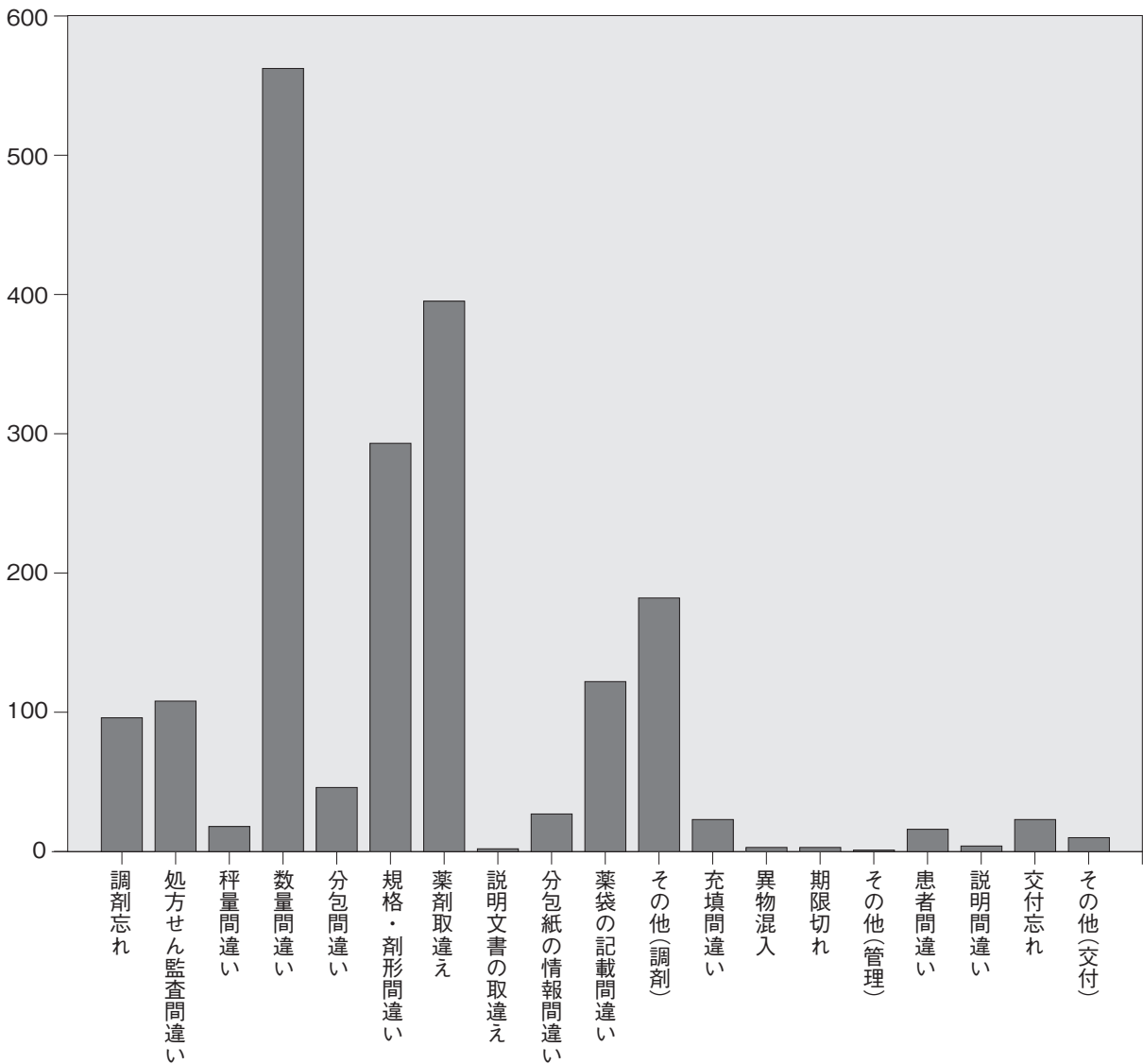
(注1) ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。2頁(注1)参照。

(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。

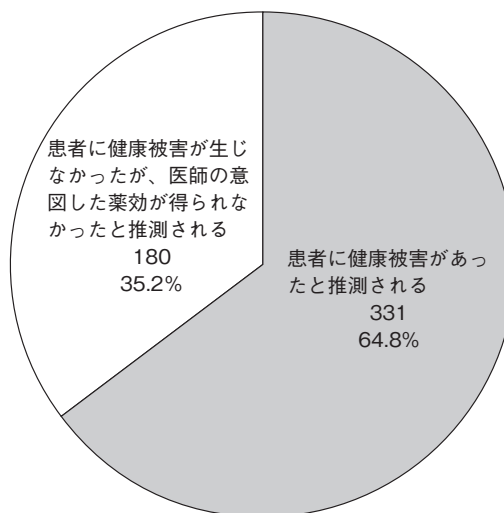
1) 調剤に関する項目

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	96	管 理	充 填 間 違 い	23
	処方せん監査間違い	108		異 物 混 入	3
	秤 量 間 違 い	18		期 限 切 れ	3
	数 量 間 違 い	562		そ の 他 (管 理)	1
	分 包 間 違 い	46	交 付	患 者 間 違 い	16
	規 格 ・ 剤 形 間 違 い	293		説 明 間 違 い	4
	薬 剤 取 違 え	395		交 付 忘 れ	23
	説 明 文 書 の 取 違 え	2		そ の 他 (交 付)	10
	分 包 紙 の 情 報 間 違 い	27	合 計		1,934
	薬 袋 の 記 載 間 違 い	122			
	そ の 他 (調 剤)	182			

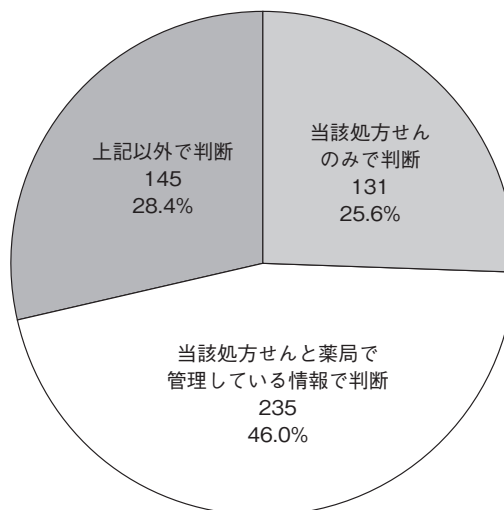


2) 疑義照会に関する項目

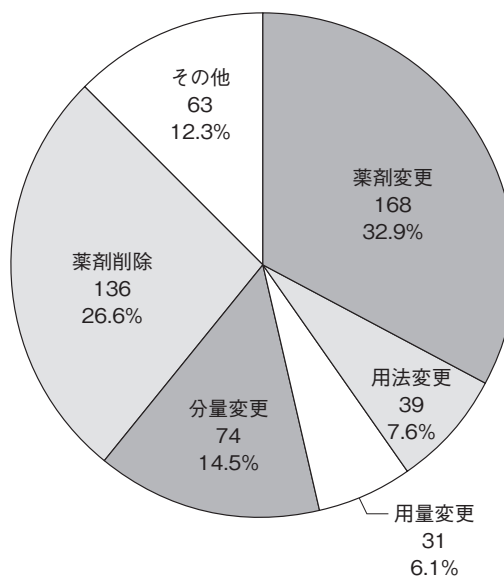
仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	331
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	180
合 計	511



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	131
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	235
上記以外で判断	145
合 計	511

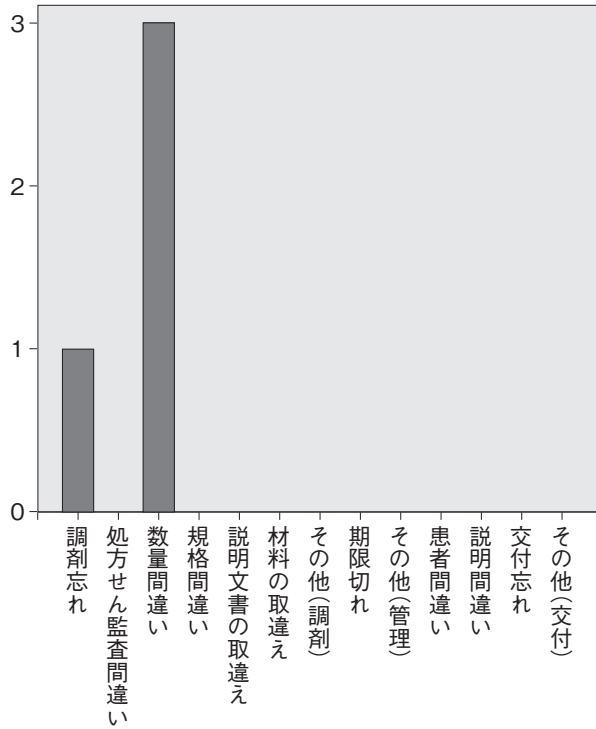


変更内容	件数
薬 剤 変 更	168
用 法 変 更	39
用 量 変 更	31
分 量 変 更	74
薬 剤 削 除	136
そ の 他	63
合 計	511



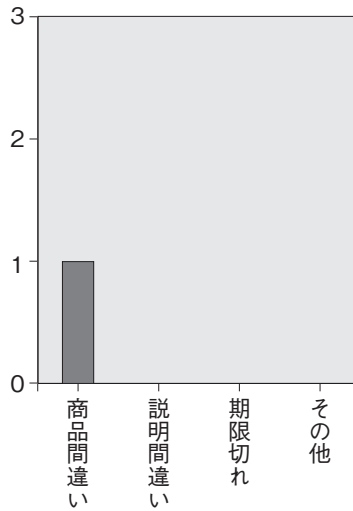
3) 特定保険医療材料に関する項目

発生場面	事例の内容	件数
調 剤	調 剤 忘 れ	1
	処方せん監査間違い	0
	数 量 間 違 い	3
	規 格 間 違 い	0
	説明文書の取違い	0
	材 料 の 取 違 え	0
	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	0
	そ の 他 (交 付)	0
合 計		4



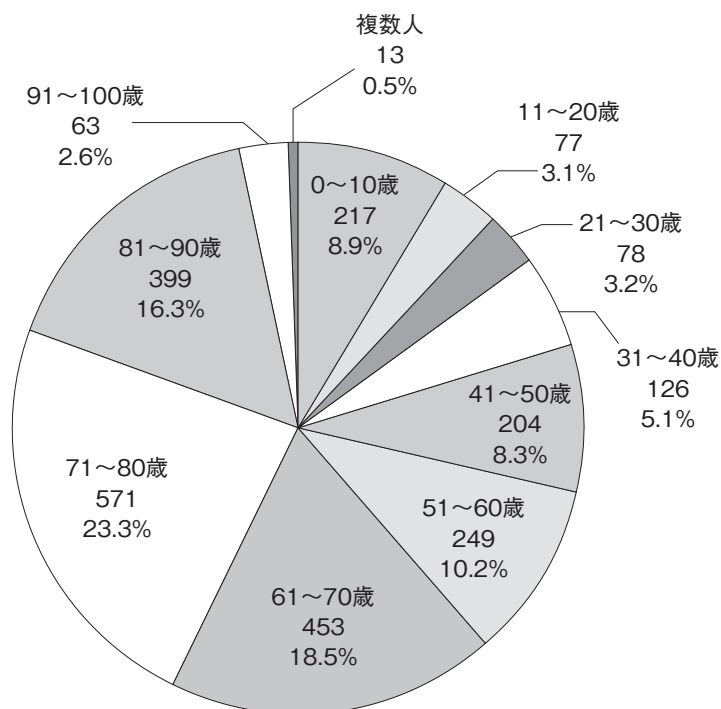
4) 医薬品の販売に関する項目

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	0
合 計	1



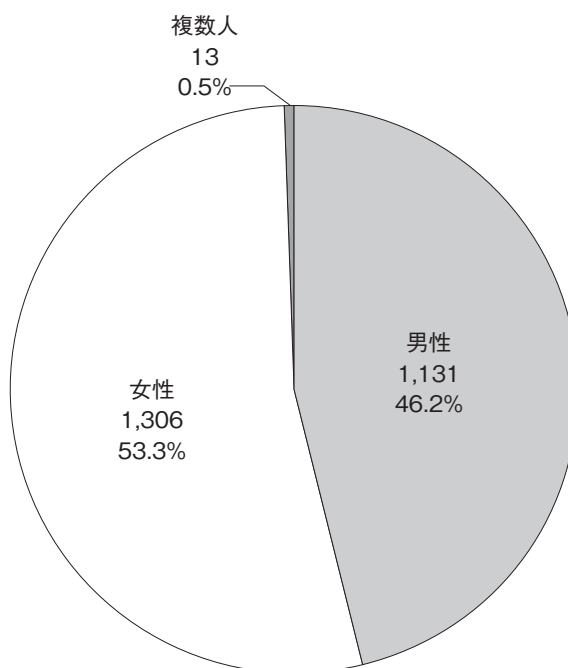
6. 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～10歳	217
11～20歳	77
21～30歳	78
31～40歳	126
41～50歳	204
51～60歳	249
61～70歳	453
71～80歳	571
81～90歳	399
91～100歳	63
複数人	13
合計	2,450



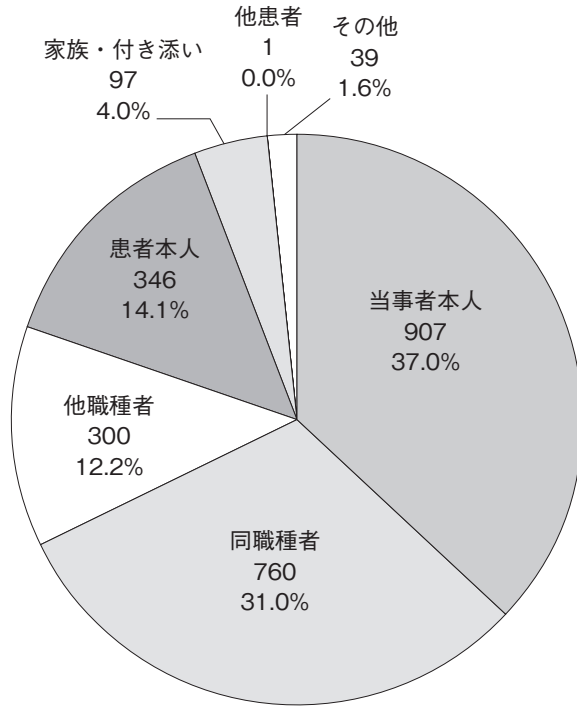
7. 患者の性別

患者の性別	件数
男性	1,131
女性	1,306
複数人	13
合計	2,450



8. 発見者

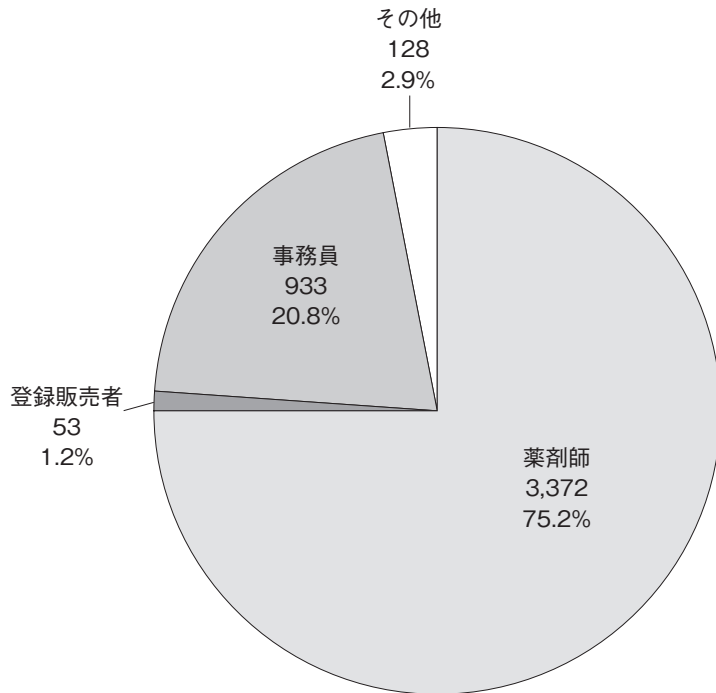
発見者	件数
当事者本人	907
同職種者	760
他職種者	300
患者本人	346
家族・付き添い	97
他患者	1
その他	39
合計	2,450



9. 当事者

当事者	件数
薬剤師	3,372
登録販売者	53
事務員	933
その他	128
合計	4,486

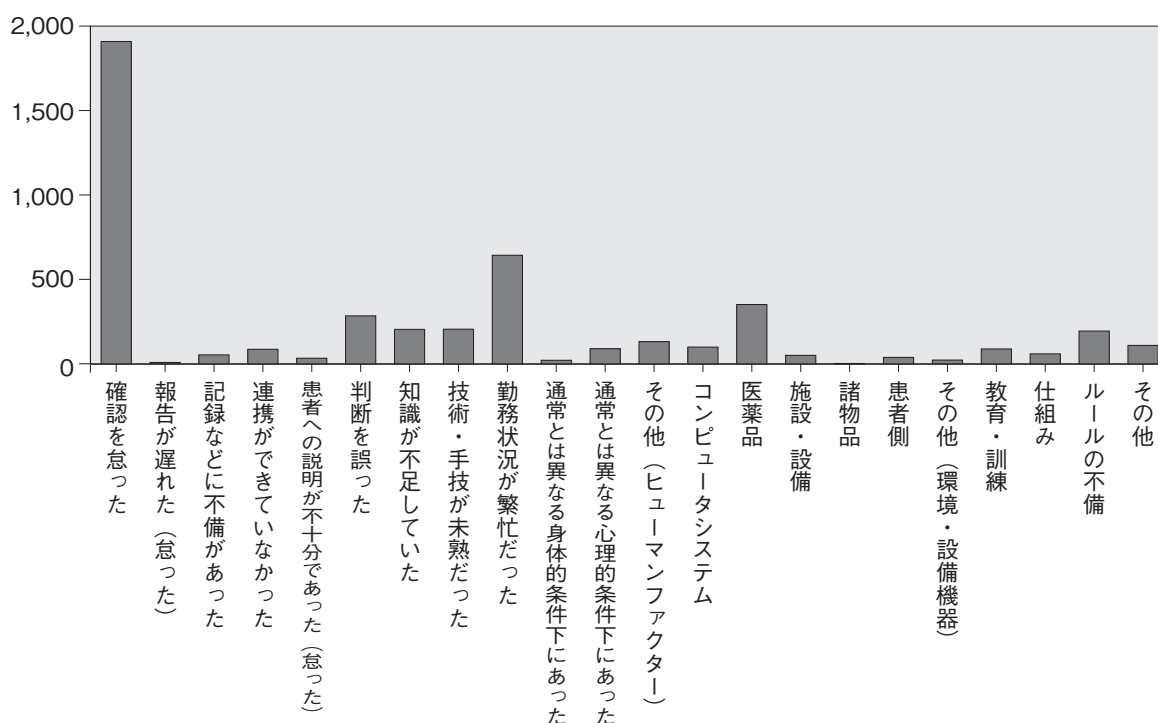
※「当事者」は複数回答が可能である。



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	1,909	
	報告が遅れた(怠った)	8	
	記録などに不備があった	53	
	連携ができていなかった	86	
	患者への説明が不十分であった(怠った)	33	
	判断を誤った	284	
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	204
		技術・手技が未熟だった	205
		勤務状況が繁忙だった	643
		通常とは異なる身体的条件下にあった	21
		通常とは異なる心理的条件下にあった	89
		その他(ヒューマンファクター)	131
	環境・設備機器	コンピュータシステム	99
		医薬品	351
		施設・設備	50
		諸物品	2
		患者側	38
		その他(環境・設備機器)	22
	その他	教育・訓練	88
		仕組み	59
		ルールの不備	194
		その他	109
	合計		4,678

※「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 ^(注)	特定保険 医療材料	医薬品の 販売	合 計
確認を怠った	1,677	227	4	1	1,909
報告が遅れた (怠った)	6	2	0	0	8
記録などに不備があった	24	29	0	0	53
連携ができていなかった	38	48	0	0	86
患者への説明が不十分であった (怠った)	28	5	0	0	33
判断を誤った	261	23	0	0	284
知識が不足していた	155	48	0	1	204
技術・手技が未熟だった	195	10	0	0	205
勤務状況が繁忙だった	604	39	0	0	643
通常とは異なる身体的条件下にあった	21	0	0	0	21
通常とは異なる心理的条件下にあった	89	0	0	0	89
その他 (ヒューマンファクター)	90	41	0	0	131
コンピュータシステム	66	33	0	0	99
医薬品	330	21	0	0	351
施設・設備	46	4	0	0	50
諸物品	2	0	0	0	2
患者側	4	34	0	0	38
その他 (環境・設備機器)	14	8	0	0	22
教育・訓練	70	17	0	1	88
仕組み	49	10	0	0	59
ルールの不備	189	5	0	0	194
その他	9	100	0	0	109
合 計	3,967	704	4	3	4,678

※「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	2,584	46	810	106	3,546
報告が遅れた(怠った)	16	0	2	1	19
記録などに不備があった	75	1	21	14	111
連携ができていなかった	126	2	42	9	179
患者への説明が不十分であった(怠った)	52	0	23	2	77
判断を誤った	492	3	45	15	555
知識が不足していた	292	9	107	20	428
技術・手技が未熟だった	265	6	102	11	384
勤務状況が繁忙だった	1,063	18	181	12	1,274
通常とは異なる身体的条件下にあった	27	1	5	1	34
通常とは異なる心理的条件下にあった	158	0	33	1	192
その他(ヒューマンファクター)	173	2	47	9	231
コンピュータシステム	135	7	53	3	198
医薬品	553	7	102	20	682
施設・設備	87	1	22	3	113
諸物品	3	0	2	0	5
患者側	43	1	5	0	49
その他(環境・設備機器)	28	0	13	0	41
教育・訓練	133	1	47	15	196
仕組み	86	3	30	6	125
ルールの不備	230	11	94	3	338
その他	124	3	35	3	165
合計	6,745	122	1,821	254	8,942

※「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	16	882	86	950	1,934
疑義照会	0	0	0	511	511
特定保険医療材料	0	3	0	1	4
医薬品の販売	0	0	0	1	1
合 計	16	885	86	1,463	2,450

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	0	0	0	0
2：00～3：59	0	0	1	0	0	1	0	2
4：00～5：59	0	0	1	0	0	1	0	2
6：00～7：59	0	0	0	0	0	1	0	1
8：00～9：59	1	43	33	35	39	31	26	208
10：00～11：59	2	178	174	148	160	187	115	964
12：00～13：59	0	60	86	58	96	73	54	427
14：00～15：59	0	54	72	66	61	68	14	335
16：00～17：59	0	62	64	53	49	93	10	331
18：00～19：59	0	20	30	14	14	26	1	105
20：00～21：59	0	2	1	0	0	1	0	4
22：00～23：59	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	0	21	8	12	14	9	7	71
合 計	3	440	470	386	433	491	227	2,450

【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3,612回）^(注1)

(報告回数上位)

販 売 名	報告回数
モーラステープL40mg	26
カロナール錠200	22
ムコスタ錠100mg	22
ロキソニン錠60mg	22
PL配合顆粒	21
デパス錠0.5mg	18
ムコダインDS50%	17
レバミピド錠100mg「EMEC」	17
ワーファリン錠1mg	17
タケキャブ錠20mg	16
モーラステープ20mg	16

1) 後発医薬品に該当するもの（報告回数1,211回）^(注2)

(報告回数上位)

販 売 名	報告回数
カロナール錠200	22
レバミピド錠100mg「EMEC」	17
バイアスピリン錠100mg	13
ビオフェルミンR散	11
アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」	10
アロプリノール錠100mg「サワイ」	9
カルボシステインDS50%「タカタ」	9
ビオフェルミンR錠	9
メチコバル錠500μg	9
アムロジピン錠5mg「ケミファ」	8
カロナール錠300	8
トリアゾラム錠0.25mg「日医工」	8
レバミピド錠100mg「サワイ」	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34回)^(注2)

販 売 名	報告回数
タケキャブ錠20mg	16
タケキャブ錠10mg	5
ベルソムラ錠15mg	4
ハーボニー配合錠	3
ベルソムラ錠20mg	2
ヴィキラックス配合錠	1
ウルティプロ吸入用カプセル	1
エクメット配合錠LD	1
タブコム配合点眼液	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4回）^(注1)

販売名 ^(注2)	報告回数
ペンニードル	2
BDマイクロファインプラス	1
ペンニードル32Gテーパー	1

3. 医薬品の販売に関するもの（報告回数2回）^(注1)

販売名	報告回数
プリビナ液0.05%	1
プリビナ点眼液0.5mg/mL	1

関連医薬品の分類	報告回数
医療用医薬品	2
第一類医薬品	0
指定第二类医薬品	0
第二类医薬品	0
第三類医薬品	0
要指導医薬品	0

「医薬品の販売」では、プリビナ点眼液0.5mg/mLとプリビナ液0.05%を間違えた事例が報告された。両薬剤は医療用医薬品であるが、薬局間での販売の可能性が考えられるため、報告の通り「医薬品の販売」とした。

(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715回) (注1)
- 間違えた医薬品 (報告回数715回)
- 関連医薬品 (報告回数1,347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
モーラステープL40mg	4	6	15
ムコスタ錠100mg	1	6	9
ロキソニン錠60mg	5	1	9
ロキソニンテープ100mg	3	8	4
デパス錠0.5mg	2	5	7

2) 疑義照会

- 処方された医薬品 (報告回数577回) (注2)
- 変更になった医薬品 (報告回数256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
PL配合顆粒	12	1
レバミピド錠100mg「EMEC」	8	3
タケキャブ錠20mg	7	3
カロナール錠200	5	4
セレコックス錠100mg	5	2
ビオフェルミンR錠	4	3
ロキソニン錠60mg	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0回)
- 間違えた特定保険医療材料 (報告回数0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 ^(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
ペンニードル	0	0	2
BDマイクロファインプラス	0	0	1
ペンニードル32Gテーパー	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	12月	調 剤	処方せん監査間違い	
2	7月		内服薬調剤	数量間違い
3	9月			
4	10月			
5	11月			
6	7月			規格・剤形間違い
7	10月			薬剤取違い
8	12月			
9	12月			
10	12月			薬袋の記載間違い
11	7月			
12	9月			
13	8月	外用薬調剤	薬剤取違い	
14	9月	注射薬調剤	規格・剤形間違い	
15	7月	内服薬管理	充填間違い	
16	8月	交 付	患者間違い	
17	8月		説明間違い	
18	7月		交付忘れ	
19	7月	疑義照会	薬剤変更	
20	8月			
21	8月			
22	8月			
23	10月			
24	11月			
25	11月		用法変更	
26	7月			
27	8月			用量変更
28	8月		分量変更	
29	9月			
30	11月		薬剤削除	

1. 調剤-内服薬調剤-処方せん監査間違いの事例〈12月〉(事例番号^(注):000000045270)

事例の内容
患者が医薬品の交付後に再度来局し、「正月休みがあるので1週間多めに薬を頼んだが、いつもと同じ28日分しか出ていなかった。」と話があった。処方せんの記載は28日分であることを患者に確認してもらったうえで医療機関に問い合わせた。28日分から35日分に変更となった。
背景・要因
処方医はカルテに処方日数を記載していなかった。事務職員は確認しないままいつも通り28日分を入力し、処方せんを発行した。薬局では交付時に変更がないことを患者に説明したが、その際に患者は日数延長の話をしなかったため、そのまま交付した。
薬局が考えた改善策
カルテの記載に不明な点がある場合は、処方医に確認するよう医療機関に依頼した。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●正月休み以外にゴールデンウィーク、お盆休み、シルバーウィークといった長期休暇にかかるときは、次回受診日まで処方薬が不足しないように処方日数を確認することは重要である。

(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」から検索が可能である。

2. 調剤-内服薬調剤-数量間違いの事例〈7月〉(事例番号：000000043424)

事例の内容
7シートで1束の漢方薬を調剤する時に、10シートが1束と思い込んだため、分包品の計数間違いが生じた。
背景・要因
患者を待たせているという焦りがあった。
薬局が考えた改善策
思い込みをせず、確認をする。

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"> ● 1束の数量を誤って認識したために、計数間違いをした事例である。 ● 医薬品を数えやすくするために、束ねて帯掛けやピロー包装が施されている製剤がある。 ● 製剤の束ね方に統一性はなく、帯掛けやピロー包装を計数調剤で使用する場合は、事前に数えて確認する必要がある。 ● 帯掛けの場合、束から1シートを抜き取ることも可能で、束を崩した場合は、必ず帯掛けを取り除くことも重要である。 ● ピロー包装に錠数が記載され始めているが、そのような製品はまだ少なく、調剤時は開封して錠数を確認する必要がある。

3. 調剤-内服薬調剤-数量間違いの事例〈9月〉(事例番号:000000044045)

事例の内容
<p>処方せんをFAXで受信した翌日に患者の家族が薬を取りに来た。この日は、薬を調剤した薬剤師、鑑査した薬剤師ともに出勤していなかった。処方はロキソプロフェンNa錠60mg「トール」3錠分30日分であったが、30錠しか準備されていなかったため調剤間違いであると思い、60錠を足して交付した。その後、薬歴を確認したところ、朝と夕の分は一包化されていたので、シートで渡す分は昼の30錠だけでよかったことがわかった。患者宅に電話し、間違いを伝えた。患者は理解しており、正しく服薬していた。患者の家族から60錠返却された。</p>
背景・要因
<p>交付者が調剤、鑑査者とは別の薬剤師であり、調剤時の取り決めに把握していなかったため、確認をしなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>交付者も交付前に一度必ず内容を確認する。薬袋とその中の医薬品に違いがある場合は、交付者にも伝わるようにメモを添える等する。</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"> ● FAXによる処方せんの受け取りに限らず、調剤に時間がかかる時は、薬を後で取りに来る患者は少なくないと思われる。複数の薬剤師が勤務している場合は、患者と話したり、調剤や鑑査をした薬剤師とは別の薬剤師が交付することがある。また、薬の受け取りが患者の家族等の場合も考えられる。 ● 調剤方法が特殊な場合や連絡事項がある場合は、薬歴だけではなく調剤した医薬品にメモを付ける等して、交付時に確実に確認できるような対応が必要である。

4. 調剤-内服薬調剤-数量間違いの事例〈10月〉(事例番号：000000044506)

事例の内容
フェブリク錠10mg14錠を調剤する際、箱の中からウィークリーシートを1枚取り出した。通常、端数は調剤棚のカセットのポケットに入れて箱には戻さないルールになっているが、2錠切り取った残りの12錠が箱の中に入っていたため、その12錠を14錠と思い込んだ。交付する際にも確認が十分でなかった。
背景・要因
錠数を確認しなかった単純なミスである。
薬局が考えた改善策
交付前の鑑査を徹底する。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none">●ウィークリーシートや10錠シート、ピロー包装されている医薬品の端数が出た場合、箱から出して保管することで数えやすくなり、数量間違いの防止に役立つ。●しかし、逆に端数の医薬品は箱の中に入っていないという思い込みを強くすることにも繋がるので、端数の医薬品の取り扱いについて薬局内でルールを決めて徹底するとともに、調剤、鑑査時の確認を確実にすることが重要である。

5. 調剤-内服薬調剤-数量間違いの事例〈11月〉(事例番号:000000044740)

事例の内容
トラベルミン配合錠を15錠調剤するところ、18錠で調剤した。
背景・要因
トラベルミン配合錠は12錠シートであるが、うっかり10錠シートだと思い込んだ。
薬局が考えた改善策
棚や引出しから取り出した錠数を確実に確認する。12錠シートの医薬品は少ないため、10錠シートまたは14錠シートへの統一を製造販売会社に要望する。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
● 12錠シートはトラベルミン配合錠の他、重曹錠500mg「マイラン」などがあり、PTPシートの1シートあたりの錠数については注意が必要である。

6. 調剤-内服薬調剤-規格・剤形間違いの事例〈7月〉(事例番号：000000043180)

事例の内容
<p>交付時に、患者に医薬品を見せながら確認したところ、デパス錠1mgのところ、デパス錠0.5mgが入っていた。すぐにデパス錠1mgに交換して交付した。</p>
背景・要因
<p>この調剤は、一包化する医薬品と一包化しない医薬品があった。調剤者は一包化する医薬品をピッキングする際に、ついでに一包化しない医薬品の調剤をしたが、当薬局でピッキング鑑査用に使用しているハンディターミナルを使用しなかった。作業手順の不履行により、間違いに気付かなかった。また、当薬局ではデパスは0.5mg錠を調剤することが多いため、誤って0.5mg錠で調剤した。さらに、FAXによる処方せんであったため、鑑査を後回しにした。患者が来局してから焦って鑑査を行ったため、間違いに気付かなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>原則として、調剤者は、鑑査に回す前にピッキング鑑査用ハンディターミナルを使用して自己鑑査を行う。鑑査者は、デパス錠1mgが処方される可能性があることを踏まえて鑑査する。</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"> ●薬剤のピッキング間違い防止目的として、医療安全のために付けられたバーコードを活用し、ハンディターミナルで確認するシステムを導入している薬局での事例である。 ●この事例は、バーコードで確認を行うべきところ、その手順を省くことの危険性を教えてくれている。 ●定められた調剤手順を遵守することが重要である。

7. 調剤-内服薬調剤-薬剤取違えの事例〈10月〉(事例番号:000000044462)

事例の内容
クレメジン細粒分包2gを調剤するところ、クレスチン細粒を調剤した。調剤終了直後に間違いに気づき、調剤し直した。
背景・要因
クレスチン細粒は、最近採用になった。両薬剤は箱の形状や色が似ているが、同じ引出しに隣り合わせて配置していた。調剤者は、調剤するまでこの配置を知らなかったため、特に注意せずに調剤した。
薬局が考えた改善策
クレスチン細粒の配置場所を抗悪性腫瘍剤の引出しに移動した。また、両薬剤の箱の外観が似ていることについて、スタッフに注意喚起を行った。
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">●両薬剤は箱の形状やデザインなど外観が似ていることや、販売名の頭2文字が一致していることから、取違えに注意が必要である。●両薬剤の薬効は異なり、間違って服用した場合、患者に与える影響は大きくなる可能性があることから、医薬品を薬効別に配置したり、取違え防止のための注意喚起を表示したりすることは重要である。

8. 調剤-内服薬調剤-薬剤取違えの事例〈12月〉(事例番号：000000045245)

事例の内容
バルサルタン錠40mg「科研」が処方されていたが、先発医薬品であるディオバン錠40mgを調剤した。鑑査時には取違えに気付かなかったが、交付時に気づき、正しい医薬品と交換した。
背景・要因
処方せんには、ナウゼリン錠も処方されていた。ナウゼリン錠の棚の下にはディオバン錠40mgが配置されていた。ディオバン錠とバルサルタン錠は同成分のため、目に入ったディオバン錠40mgをピックアップした。
薬局が考えた改善策
調剤時は処方せんを手元に置かずにピックアップしているので、鑑査時には処方せんに記載されている医薬品名とその実物を確認し鑑査することにした。
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">●思い込みによるピックアップ間違いの事例である。●処方せんを常に確認しながらピックアップを行い、さらに声出し、調剤棚の指差し確認等を行うことは、取違え防止に有効である。●また、鑑査時には処方せんと調剤した医薬品とを照合することは必須である。

9. 調剤-内服薬調剤-薬剤取違えの事例〈12月〉(事例番号：000000045422)

事例の内容
カルベジロール錠10「タツミ」を分包するところ、カルベジロール錠2.5mg「サワイ」を分包調剤し、交付した。後日、薬局内の在庫確認の際にこの2剤の在庫数が合わなかったため、該当する患者に電話で確認したところ、調剤間違いがわかった。すぐに患者宅へ出向き、正しい医薬品と交換した。患者に体調変化がないことを確認したうえで、処方医に調剤間違いの経緯と患者の体調について報告した。
背景・要因
両医薬品ともPTPシートから取り出して分包する必要があるが、調剤時に間違った医薬品のPTPシートを取り、そのまま分包した。鑑査時には、使用したPTPシートの空包装を確認しなかった。
薬局が考えた改善策
調剤時には、分包機のパネルに表示されている医薬品名とピックアップした医薬品の照らし合わせを慎重に行うと共に、各過程（フリーカセットを入れる時や補充時等）のルールを短縮せずに行う。鑑査時には、レセプト入力内容、処方せん、分包された医薬品、PTPシートの空包装を確認する。特に処方せんと分包された医薬品との照合には時間がかかるが、確実にを行うため、指差し確認の実施を継続していく。
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"> ● PTPシートの取違えに気付かないまま分包調剤した事例である。 ● 改善策にある通り、確認手順を省略することなく調剤すること、鑑査時にもPTPシートの空包装の確認や指差し確認等、手順を確実に履行することが調剤業務の質を向上させる。

10. 調剤-内服薬調剤-薬剤取違えの事例〈12月〉(事例番号:000000045561)

事例の内容
処方せんにハルシオン0.25mg錠1錠分1就寝前28日分と記載があった。患者は後発医薬品への変更を希望していたためトリアゾラム錠0.25mg「テバ」を調剤するところ、ハルシオン0.25mg錠で調剤した。鑑査時にも気付かず、患者に交付した。その日のうちに患者家族がいつもの薬と違うことに付き、薬局に連絡し、今回の間違いがわかった。
背景・要因
忙しい時間帯で焦りがあり、注意力が散漫であったことから、調剤者、鑑査者ともに患者が後発医薬品への変更を希望しているかどうかの確認を怠った。
薬局が考えた改善策
調剤者は、後発医薬品への変更の希望の有無を確認してから調剤する。鑑査者も同様に、確認した後には鑑査をする。
その他の情報
【事例の発生時間帯】10:00～11:59
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none">●調剤業務に取り掛かる前に、後発医薬品への変更の希望の有無を確認するという手順を徹底することが大切である。●併せて鑑査時の鑑査項目の一つとして手順化することが大切である。

11. 調剤-内服薬調剤-薬袋の記載間違いの事例〈7月〉(事例番号:000000043161)

事例の内容
処方ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用)であったが、間違えてツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)を入力した。その結果、薬袋と薬剤情報提供書の記載間違いと会計間違いが生じた。
背景・要因
処方せんの医薬品名を見間違えた。
薬局が考えた改善策
鑑査時に医薬品名を末尾まで確認する。
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"> ●漢方薬の名称の見間違いによる入力間違いの事例である。 ●漢方薬は、組成の生薬名を組み入れた構成による漢字での名称もあり、そのため文字の外観類似性が高く注意が必要である。 ●漢方薬の名称には常用漢字以外の漢字が用いられることがあり、その読み方が難しいために、声出しや指差しによる確認が省かれやすい。 ●漢方薬メーカーでは、漢方処方に対応した製品番号を包装に付して確認の利便性を図っているが、製品番号はメーカー間で統一はされておらず、その点には注意を要する。

12. 調剤-内服薬調剤-薬袋の記載間違いの事例〈9月〉(事例番号：000000044194)

事例の内容
<p>バラシクロビル粒状錠500mg「モチダ」を1回2包ずつ服用のところ、患者は1回1包ずつ服用していた。残薬が多いので、ヘルパーが確認のために来局した。ヘルパーが持参した薬袋には1包ずつと印字されていた。レセプトコンピュータの入力は1日6包であったが、薬袋と薬剤情報提供書は1日3包となっていた。</p>
背景・要因
<p>印刷された薬袋と薬剤情報提供書の確認不足であった。交付時には、薬袋・薬剤情報提供書に記載されている用法・用量を患者に説明した。患者が帯状疱疹であることはわかっていたが、1回1包ずつ服用と説明した。処方量が多く、他の薬剤は一包化調剤だったため、確認が疎かになった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>レセプトコンピュータの設定を変更する。鑑査時に薬袋・薬剤情報提供書の内容を確認する。</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"> ●患者は薬袋や薬剤情報提供書を見て服用することが多いため、仮に説明が正しくても誤って服用する可能性がある。 ●レセプトコンピュータは設定を行わないとすべて1包と表記される場合があるので、確認しておく必要がある。 ●医薬品だけではなく、薬袋や薬剤情報提供書も正しく記載されているか処方せんと照らし合わせて確認する必要がある。

13. 調剤-外用薬調剤-薬剤取違えの事例〈8月〉(事例番号:000000043748)

事例の内容
<p>アドエア100ディスクス60吸入用が処方されたが、同じ棚に入っていたフルタイド100ディスクスを調剤した。鑑査時にはディスクスであることは確認したが、医薬品名までしっかり確認せずに交付した。医薬品の補充発注を行っていた際、交付歴がないフルタイド100ディスクスの発注依頼があったことから、交付間違いがわかった。すぐに患者に連絡したところ、前回分の残りがあったため、間違えて交付した医薬品を使用する前に交換することができた。</p>
背景・要因
<p>初出勤の薬剤師がいたため、引き継ぎなどを行いながら調剤をする状況であり、注意力散漫であった。また、アドエア、フルタイドともによく処方されるが、同じ棚に入っていたため取違えた。鑑査は初出勤の薬剤師が慣れない環境下で行ったが、上長が行った調剤は間違えることがないという思い込みもあったと考えられる。</p>
薬局が考えた改善策
<p>フルタイドとアドエアが同じ棚に入っていたため、棚を分けることでしっかり確認する環境を作った。</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"> ●薬効が同じ薬剤を同じ薬剤棚に整理することは多いが、それだけに、調剤時には取違えをしないように医薬品名を確実に指差し声出し確認することが必要となる。 ●また、上長や先輩、ベテランが行った調剤を後輩や新人が鑑査すると、遠慮や過信頼から鑑査の効果が薄いといわれている。 ●鑑査者は薬剤師なら誰でもよいということではなく、調剤者との組み合わせを考える必要がある。 ●鑑査において不審なことがあったら、ちょっとしたことでも声に出せる薬局内のよい風土構築も重要である。

14. 調剤-注射薬調剤-規格・剤形間違いの事例〈9月〉(事例番号：000000043965)

事例の内容
ノボラピッド注フレックスタッチを調剤するところ、ノボラピッド注フレックスペンを調剤した。
背景・要因
名称が類似していた。
薬局が考えた改善策
発売前からこの間違いは懸念していたが、メーカーにフレックスペンの発売を中止してすべてフレックスタッチへの切り替えを希望する。
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"> ●異なるデバイスの注射薬を調剤した事例である。 ●本事例の場合はインスリンの種類が同じであり、患者が正しく使用できれば健康被害はないと思われるが、デバイスの違いにより正しく使用できない場合は重大な健康被害につながる可能性がある。 ●インスリンには作用時間の違いで多くの種類があるが、デバイスが異なるものも含めると、限りある保冷庫の中がインスリンでいっぱいになり、取違えにつながることも考えられる。 ●薬局では採用薬の選択はできないため、それぞれの医療機関からそれぞれ異なるデバイスの処方せんを受け付けることになる。取違え防止のためには、保冷庫内での配置方法や注意喚起文の貼りつけ等の工夫が必要である。

15. 調剤-内服薬管理-充填間違いの事例〈7月〉(事例番号：000000043545)

事例の内容
<p>ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「ファイザー」のカセットに誤ってゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」を充填した。ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「ファイザー」とゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」が混ざった状態であることに気付かないまま、その後、自動錠剤分包機で一包化調剤を行った。翌日、別の患者の一包化調剤を行った際に、ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」が自動錠剤分包機から流れてきたので、実在庫を調べたところ、2剤が混ざっていることを確認した。患者に電話で確認し、ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」が1錠紛れていることが服用前にわかった。</p>
背景・要因
<p>2人で確認をしてカセット内に錠剤を戻していた。2人揃って規格を見落とししたか、或いは確認後、袋を開ける作業のためにカセットを調剤台に置く時に誤って近くにあった別のカセットを手にとった可能性が考えられる。</p>
薬局が考えた改善策
<p>手元に別のカセットを置かない。充填する際はカセット内に残っている錠剤の刻印・形を確認し、充填する医薬品と同じであるか再度確認する。</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"> ●カセット内に、間違った錠剤を充填した事例である。 ●カセットは、形状やサイズがまったく異なれば正常に作動しないことが多く、充填間違いが発見される可能性もあるが、サイズがわずかに小さい場合などでは、作動してしまうこともある。 ●カセットで一包化した場合、錠剤の形状や色、サイズが似ていると、先入観のために目視による鑑査での発見が難しくなるため、カセットへの充填間違いは極めて危険である。 ●カセットへの充填は手順を決め、遵守することが重要である。 ●この薬局ではすでに二重確認を行っているが、充填を行なう時はそれとともに <ol style="list-style-type: none"> ① 1テーブル、1薬剤、1カセットの環境で充填する。 ② カセット内の薬剤がすべて無くなってから充填し、追加充填を禁止する。 ③ 充填日時や充填者、ロットなどの記録を残す。 ④ バーコードの利用。 などの対策も検討する必要がある。

16. 交付-患者間違いの事例〈8月〉(事例番号：000000043663)

事例の内容
交付時に薬剤師が患者の名前を呼んだところ、別の患者がカウンターに来たが、名前を確認しないまま薬の説明を始めた。説明を受けている患者と薬局の事務員が、患者を間違えていることに同時に気付いた。薬剤師が名前を確認し、患者本人に薬を渡すことができた。
背景・要因
カウンターに患者が来た際に、患者の名前を確認しなかった。
薬局が考えた改善策
カウンターに患者が来た際に、正しい患者であるかももう一度確認する。
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">●人は長時間待たされると、次は自分の番だとの期待が高まり、違う人の名前が呼ばれても、つい反応してしまう現象がある（これをWishful Hearing：期待聴取という）。●特に患者は、薬剤の受領がその日の受診に関わる最後のステップであり、それが済めば帰宅できることから、潜在的にもこの心理に陥りやすい。●患者の待ち時間が長い混雑する調剤薬局ほど、交付時の患者確認を徹底して行う必要性が高い。

17. 交付-説明間違いの事例〈8月〉(事例番号:000000043882)

事例の内容
患者から「グッドミン錠0.25mgを飲んでも眠れない。」と話があったため服用状況を確認したところ、就寝1時間前に服用し、服用後に入浴等を行っているとのことだった。入浴中に溺れたり、転倒の危険があると思われたため、寝る仕度をしてから寝る直前に服用するよう説明した。
背景・要因
今まで漫然と服薬指導をしていた。
薬局が考えた改善策
患者の言葉に十分に耳を傾ける。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●睡眠剤は当然として、「眠気」など生活上への影響も生じることがある。服薬指導においては、生活指導にも留意することが重要である。

18. 交付-交付忘れの事例〈7月〉(事例番号：000000043175)

事例の内容
患者にレスタミンコーワクリーム1%20gを交付する際、空の薬袋を渡した。交付後、軟膏の容器が残っていることに気づき、患者に連絡をして医薬品を渡した。
背景・要因
処方薬剤数の多い患者であったため、交付時に薬袋から転がり落ちたと思われる。
薬局が考えた改善策
交付時は、慎重に患者に医薬品を渡す。

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">●空の薬袋を患者に交付した事例である。●交付する際にトレイなどの上で行うことで、薬袋から転がり落ちた薬などを発見しやすくなる。●患者と薬を確認しながら医薬品の説明をした後に交付することが望ましい。

19. 疑義照会-薬剤変更の事例〈7月〉(事例番号:000000043179)

事例の内容
医療機関Aでクラリスロマイシン錠200mg「サワイ」が処方された。この患者は医療機関BにてC型肝炎治療中であり、スンベプラカプセル100mgを服用していた。この2剤は併用禁忌のため疑義照会した。クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」からルリッド錠150へ変更になった。
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
クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」の添付文書より一部抜粋： 【禁忌】 (次の患者には投与しないこと) ピモジド、エルゴタミン含有製剤、タダラフィル（アドシルカ）、アスナプレビル、バニプレビル、スポレキサントを投与中の患者
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●禁忌であるスンベプラとクラリスロマイシンの併用処方を、薬剤師が疑義照会にて回避した事例である。 ●禁忌薬を含めた相互作用の確認と回避は、薬剤師に大いに期待される場所である。 ●新規に販売される医薬品については特に適正使用を良く理解し、必要に応じて添付文書等で確認することが重要である。

20. 疑義照会-薬剤変更の事例〈8月〉(事例番号:000000043715)

事例の内容
<p>70代男性が提出した精神科の処方せんに、ルネスタ錠1mg 1錠分1 28日分眠前服用と記載があった。患者から「寝つきは良いが、いつも午前3時ごろ目が覚めるので医師に相談した。」と話があった。前回までは【般】プロチゾラム口腔内崩壊錠0.25mgが処方されていたが、今回はルネスタ錠1mgに変更されていた。当薬局で管理している薬歴の記録によると、11ヶ月前にルネスタ錠1mgを交付しており、その際に強い苦味を感じて服用できなかつたと記載があった。処方医にその旨を伝え、他の医薬品への変更を提案した。ルネスタ錠1mgから【般】リルマザホン塩酸塩錠2mg 1錠分1 28日分眠前服用に変更となった。</p>
背景・要因
<p>副作用情報に関する記録を確認することにより、副作用を未然に防ぐことができた。</p>
薬局が考えた改善策
<p>副作用に関する情報は欠かさず薬歴に記載し、調剤の度に毎回確認、活用する。</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"> ●薬歴が適切に記録されており、それが適切に活用された良好な事例である。 ●薬効上の副作用にとどまらず、薬剤に関してその患者に生じた不都合を幅広く記録し、処方医に対して積極的に提案するなどの活用をしていくことが、最終的に良好な医療の提供につながり、患者及び医療機関からの薬局の信頼獲得にもつながる。

21. 疑義照会-薬剤変更の事例〈8月〉(事例番号:000000043851)

事例の内容
緑内障患者に対してP L配合顆粒の処方があったため、疑義照会した。ブルフェン錠100 3錠 毎食後に変更となった。
背景・要因
医療機関は、当該患者にP L配合顆粒の投与が禁忌であることを知らなかった。
薬局が考えた改善策
お薬手帳による眼科の処方薬の確認、交付時の禁忌疾患の有無の確認を徹底する。
その他の情報
P L配合顆粒の添付文書より一部抜粋： 【禁忌】 (次の患者には投与しないこと) 緑内障の患者 [本剤中のプロメタジンメチレンジサリチル酸塩は抗コリン作用を有し、緑内障を悪化させるおそれがある。]
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●配合剤は、禁忌対象も多くなる可能性がある。 ●特に、P L配合顆粒は一般的に処方される配合剤であることから、医師も気軽に処方しがちである。 ●それだけに薬剤師側が、薬歴や患者からの聞き取りなどを通じて、禁忌に抵触しないか、注意して調剤することが望まれる。

2.2. 疑義照会-薬剤変更の事例〈8月〉(事例番号：000000043857)

事例の内容
夏に患者宅を訪問した際に、処方されていたジオフェルミンR散が残薬として次第に増えていることに気付いた。患者の嚥下状態は正常で、錠剤も内服可能であった。話を聞いたところ、「暑くて喉が渇くのに粉薬はパサパサしていて飲みにくい。」とのことだった。主治医に問い合わせ、ジオフェルミンR錠に剤形変更を依頼した。後日訪問した際、患者は「飲みやすくなった。」と喜んでおり、残薬の問題が徐々に解消されつつある。
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"> ●薬剤師が在宅患者を訪問して服薬指導にあたり、調剤した医薬品を患者宅に届けるケースも増えてくると思われる。 ●その際には、この事例にあるように、患者の生活習慣、服薬状況なども観察し、患者の生活に適した服薬指導や、よりよい処方提案を行っていくことが望ましい。

23. 疑義照会-薬剤変更の事例〈10月〉(事例番号:000000044544)

事例の内容
<p>7歳児の処方せんにアレロック顆粒0.5% 1g分2と記載されていた。処方せん監査時および調剤時には気付かなかったが、添付文書に記載されている用量はオロパタジン塩酸塩として1回5mg(顆粒剤として1g)であることに鑑査者が気付き、処方医へ疑義照会をした。その結果、アレロック錠5錠分2へ変更となった。</p>
背景・要因
<p>アレロック顆粒0.5%の小児における用量は2歳以上7歳未満と7歳以上に分かれて設定されているが、患者は7歳になったばかりであった。また、業務が繁忙であったことから、調剤時に過去の処方と照合しただけで、小児における用量の確認をしなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>小児の用量が年齢別に設定されている医薬品がある。線引きされる年齢と用量を把握したうえで、継続して来局している小児が年を重ねていくことも頭に入れておく必要がある。</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"> ●小児における用量が年齢別に設定されている医薬品があるが、医薬品によって用量の線引きとなる年齢は異なる。 ●調剤時に用量が適切か確認できるように、薬剤棚に年齢別の用量を表示するなどの対策も有用である。

24. 疑義照会-薬剤変更の事例〈11月〉(事例番号：000000044768)

事例の内容
<p>今までランタス注ソロスターが処方されていた患者に、インスリン グラルギンBS注カート「リリー」が処方された。患者に確認したところ、今までのデバイスと違うとのことだったため、処方医に疑義照会を行った。その結果、インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」へ変更となった。</p>
背景・要因
<p>後発医薬品に変更する際に、勘違いがあったと考えられる。</p>
薬局が考えた改善策
<p>患者にも確認を行い、疑問があれば疑義照会を必ず行う。</p>
その他の情報
<p>【製剤についての補足】 インスリン グラルギンBS注カート「リリー」： 専用注入器用カートリッジ製剤 ランタス注ソロスター、インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」： インスリン薬液と注入器が一体化したプレフィルド製剤</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●注射製剤の後発医薬品への変更時のヒヤリ・ハット事例である。 ●後発医薬品への変更時は、処方医への確認も含め、患者が安心できるような対応が必要である。

25. 疑義照会-薬剤変更の事例〈11月〉(事例番号:000000044858)

事例の内容
<p>泌尿器科の処方がスピロペント錠10μgからトビエース錠8mgに変更となり、1錠1日2回朝夕食後と記載されていた。トビエース錠は通常、成人には4mgを1日1回投与し、症状に応じて1日1回8mgまで増量できるため、用法について疑義照会したところ、トビエース錠8mg1錠1日1回朝食後に変更となった。また、患者は別の科で肝臓疾患の治療中であり、トビエース錠の添付文書には、重度の肝障害のある患者(Child-Pugh分類C)には禁忌、中等度の肝障害のある患者(Child-Pugh分類B)の1日投与量は4mgとし、8mgへの増量は行わない旨の記載があるため消化器内科医に問い合わせたところ、患者には中等度の肝障害(Child-Pugh分類B)があることがわかった。この点も踏まえ、再度処方医に疑義照会したところ、トビエース錠4mg 1錠1日1回朝食後に変更となった。</p>
背景・要因
<p>通常の用法の確認に気を取られ、肝機能の確認をしていなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>未記載</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"> ●一度目の疑義照会で見落としていた肝障害について、消化器内科医に確認をとり対応した事例である。 ●処方内にピットフォールが2つ以上ある場合、1つ目に気を取られ、2つ目以降を見落としてしまうケースがあるため、複数の疑義がないか注意深く処方監査を行うことが重要である。

26. 疑義照会-用法変更の事例〈7月〉(事例番号:000000043240)

事例の内容
<p>70代女性の内科の処方せんを受け付けた。処方せんには、タルセバ錠150mg 1錠分1夕食後10日分と記載があり、当該医療機関の薬剤部へ「タルセバ錠150mgの添付文書には“通常、成人には食事の1時間前又は食後2時間以降に1日1回経口投与する”と記載されているので、用法を分1夕食間に変更してもらえないか」とFAXで問い合わせた。「処方通り」との回答があったが、用法を夕食後とする点に疑義が残るため、薬剤部に電話で理由をたずねたところ、「電子カルテの用法マスタに夕食間がなく、医師が患者に21時に内服する指示を出しているため、夕食後で調剤して欲しい」との回答であった。未だ疑義が残るため「食後に服用した場合、AUCが増加して副作用の発現の可能性も高くなるため、1日1回21時に処方変更を検討して欲しい」と再度、処方変更を依頼した。その後、薬剤部より「分1寝る前(21時)に服用」に用法を変更するとの回答を得た。</p>
背景・要因
<p>当該医療機関の用法マスタで対応ができなため、夕食後の用法で処方せんが発行された。保険薬局から問い合わせをしたが、当該医療機関薬剤部に内容が上手く伝わっておらず、連携の不備もあった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>医療機関で用法マスタの追加登録を行う。保険薬局からの問い合わせは、理由と目的を明確にして行う。疑義が解消しなければ、再度問い合わせを行う等、より慎重な対応が必要である。</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"> ● 薬局薬剤師が疑義照会をし、医療機関からの最初の回答では疑義が解消されなかったため、更なる疑義照会を行い、納得のいく結論を得た事例である。 ● 疑義照会にあたっては、事前に伝える内容や用語を整理し、疑義が生じている根拠を明確にして伝えることが重要である。 ● この事例の中で「夕食間」という用語が使用されているが、この意味は分かり難く、「食後2時間後」のように、具体的な言葉に置き換えることも必要である。 ● 医療機関においても、電子カルテの用法マスタの見直しや、特異的な用法指示のための自由記載のコメント入力などの仕組みも検討すべきである。

27. 疑義照会-用量変更の事例〈8月〉(事例番号：000000043731)

事例の内容
<p>交付時に、次回の医療機関受診予約日が35日後であることを聞き取った。処方日数は28日分であったので、患者に確認した。患者は「予約日までの日数に処方日数を合わせてくれないと、薬が足りなくなる。」と話した。疑義照会を行い、処方日数が35日分に変更となった。</p>
背景・要因
<p>医療機関において、処方日数と次回の予約日までの日数との確認をしなかったと思われる。</p>
薬局が考えた改善策
<p>未記載</p>
その他の情報
<p>処方された医薬品：サインバルタカプセル20mg</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●患者は医療機関で処方せんを受け取る時には、その内容をよく確認せず、そのまま薬局に提出することが多い。 ●特に慢性疾患で同じ薬が長期に渡って処方されている場合には、その傾向が強い。 ●薬局で処方せんを受け取った時には、薬剤名とともに、処方日数も確認することが望ましい。

28. 疑義照会-分量変更の事例〈8月〉(事例番号:000000043840)

事例の内容
<p>80代男性の泌尿器科の処方せんを受け付けた。処方せんには、シプロキサシ錠200mg 3錠分3 14日分毎食後服用と記載があった。薬歴の記録によると、内科からクレメジン細粒分包2gが処方されており、腎機能の低下が考えられた。患者に、「腎機能が低下している場合は今回の処方量では過量の可能性があるので、医師に問い合わせた上で調剤を行う。」と説明した。患者は了解したが、患者の家族が「いつも待たされるのに、これ以上待てない。」と、帰ろうとした。再度、その危険性について説明し、患者の家族が納得したので、処方医に疑義照会した。処方医には、腎機能低下者へのシプロキサシ錠の投与では、血中濃度半減期の延長、尿中排泄率の低下が報告されており、処方量では過量投与となる可能性があり、副作用発現の危険性が高まることを説明した。その上で、日本腎臓学会CKD診療ガイドラインで推奨されている「クレアチニンクリアランス≤ 30の場合には、1回100～200mg 24時間毎の投与」を提案した。処方医より、シプロキサシ錠200mg 1錠分1 14日分朝食後服用に変更すると回答があった。</p>
背景・要因
<p>処方医がシプロキサシ錠200mgを処方する際、腎機能低下時の用量・用法変更について注意しなかったことが発生要因の一つと考えられる。また、患者又はその家族に疑義照会を行うことの説明をした際に、「待てない」等の申し出に対して、薬剤師として毅然とした態度で臨まなければ、最終的に患者自身が健康被害を受ける可能性がある。</p>
薬局が考えた改善策
<p>処方薬から患者に腎機能低下が考えられるかどうか必ず確認してから調剤を行う。患者の希望だけを聞くのではなく、服薬の危険性や問題点を解決してから調剤を行うことの重要性をしっかりと説明することが薬剤師には求められる。</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"> ● 薬剤師の疑義照会による待ち時間の延長や、服薬指導を煩わしく思う患者や家族がいることは遺憾ながら事実であるが、患者の命を守る立場から行動することは医療職としての基本であり、この事例は称賛に値する。 ● 不平や不満を言う患者とのコミュニケーションスキルを身に付けていくことも、必要である。

29. 疑義照会-分量変更の事例〈9月〉(事例番号:000000043980)

事例の内容
<p>70代男性の内科の処方せんを受け付けた。処方せんには【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 2錠分291日分朝夕食後服用(一包化)と記載があった。患者情報収集時に、患者から「今日は血液検査を受けたが結果は捨てた。腎機能が悪くなっており、小冊子の『慢性腎臓病と生活習慣病の密接な関係』をよく読むよう言われた。」と話があった。【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mgは腎機能低下者に対して処方量の調節の必要があることを患者に伝えた後、処方医に処方量の確認のため疑義照会した。現在のクリアチンクリアランスは45.1mL/分であることから、【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 1錠分191日分夕食後服用(一包化:飲み忘れを防ぐため夕食後服用とする)に変更すると回答があった。</p>
背景・要因
<p>患者が手にしていた小冊子から、腎機能の悪化を推測した事例である。腎機能検査の結果が処方内容に反映されていなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>患者から直接得た情報だけでなく、態度や持ち物等からも体調変化が推測される場合にはそのことを考慮した上で処方内容を確認し、調剤を行うことが大切である。</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"> ●患者への聞き取り等から、腎機能低下を推測し、過量投与を防いだ事例である。 ●最近では処方せんに検査値が記載される場合も増えてきているが、たとえ明記されていなくても聞き取りの中から患者の状態を把握し、薬学的に判断することは重要である。 ●検査値等を考慮した上で医薬品の処方量を提案することは、薬剤師の重要な業務の一つだと思われる。

30. 疑義照会-薬剤削除の事例〈11月〉(事例番号：000000045018)

事例の内容
当薬局に新規に訪れた患者にバイアスピリン錠100mgが処方されたが、お薬手帳を確認したところ他院からタケルダ配合錠が処方されていた。疑義照会し、バイアスピリン錠100mgが削除となった。
背景・要因
医療機関は、患者が提出したお薬手帳をしっかりと確認していなかった。医師からの話では、タケルダ配合錠は配合剤なので見落としたとの事であった。
薬局が考えた改善策
併用薬の確認を徹底する。
その他の情報
タケルダ配合錠の成分：アスピリン、ランソプラゾール
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none">●配合剤の成分と同じ成分の医薬品が追加処方になった事例である。●2015年末から配合剤の後発医薬品が多数発売されており、新たなヒヤリ・ハット事例を生み出す可能性があり、十分な注意が必要である。

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。