

## 【2】 「共有すべき事例」の再発・類似事例 ＜薬袋の記載間違いに関する事例＞

本事業では、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「共有すべき事例」として選定し、「事例のポイント」を付してホームページに掲載している。しかし、一度の情報提供により同種の事例の発生がなくなることは容易ではないことから、基本的かつ重要と考えられる内容については、繰り返し情報提供し注意喚起を行うことが必要である。そこで、過去に取り上げた「共有すべき事例」からテーマを設定し、再び報告があった事例の分析を行っている。

### （1）薬袋の記載間違いに関する「共有すべき事例」

2009年～2018年に取り上げた「共有すべき事例」のうち、薬袋の記載間違いに関する事例が10件選定されている。

患者の薬物療法が適正に行われるためには、患者が薬剤の飲み方や使い方を正しく理解し、遵守することが基本である。薬袋には、患者が薬剤を服用するための重要な情報が記載されるため、患者に正しい情報をわかりやすく提供することが重要である。

そこで、本報告書では、薬袋の記載間違いに関する「共有すべき事例」をテーマとして取り上げ、2019年1月～6月に報告された事例の中から再発・類似事例を集計し、分析することとした。薬袋の記載間違いに関する「共有すべき事例」（2015年9月 事例1）を示す。

図表Ⅲ－2－1 薬袋の記載間違いに関する「共有すべき事例」 2015年9月 事例1

| 事例の内容  |
|--|
| 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。   |
| 背景・要因  |
| 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、確認がおろそかになった。  |
| 薬局が考えた改善策  |
| 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。   |
| 事例のポイント  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> <li>●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。</li> <li>●医薬品だけでなく、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。</li> </ul> |

## (2) 報告件数

2019年1月～6月に報告された調剤の事例から、薬袋の記載に間違いがあった事例を対象とした。なお、薬袋への入れ間違いや薬袋の作成忘れなどの事例、調製された医薬品に誤りがあったことが記載されている事例は除いた。対象とする事例は、341件であった。

## (3) 事例の概要

### 1) 処方された医薬品の剤形

事例に報告された「処方された医薬品」の剤形を整理して示す。

図表Ⅲ-2-2 処方された医薬品の剤形

| 剤形  | 件数  |
|-----|-----|
| 内服薬 | 279 |
| 外用薬 | 47  |
| 注射薬 | 13  |
| 不明  | 2   |
| 合計  | 341 |

### 2) 間違いがあった薬袋の記載内容

事例に記載された内容から、間違いがあった薬袋の記載内容を剤形別に分類した。

図表Ⅲ－２－３ 間違いがあった薬袋の記載内容

| 剤形  | 間違いがあった薬袋の記載内容 | 件数 |     |
|-----|----------------|----|-----|
| 内服薬 | 1回量            | 91 | 279 |
|     | 服用時間           | 62 |     |
|     | 服用回数           | 31 |     |
|     | 医薬品名           | 30 |     |
|     | 1回量と服用回数       | 15 |     |
|     | 日数             | 13 |     |
|     | 規格・剤形          | 12 |     |
|     | 服用日            | 10 |     |
|     | 頓用の指示          | 5  |     |
|     | 患者氏名           | 4  |     |
|     | 中止に関する指示       | 1  |     |
|     | 服用方法（経口／舌下）    | 1  |     |
|     | 詳細不明           | 4  |     |
| 外用薬 | 使用回数           | 13 | 47  |
|     | 1回量            | 12 |     |
|     | 使用部位           | 9  |     |
|     | 医薬品名           | 5  |     |
|     | 規格・剤形          | 4  |     |
|     | 頓用の指示          | 2  |     |
|     | 全量             | 1  |     |
|     | 詳細不明           | 1  |     |
| 注射薬 | 1回量            | 9  | 13  |
|     | 服用時間           | 4  |     |
| 不明  | 医薬品名           |    | 2   |
| 合計  |                |    | 341 |

### 3) 交付の有無

患者への交付の有無について整理して示す。薬袋の記載間違いに気付かず交付した事例が271件、交付前に間違いに気付いたため交付しなかった事例が70件であった。薬袋の記載間違いに気付かないまま患者に交付した事例は、薬袋の記載間違いの事例全体の79.5%であった。

図表Ⅲ－２－４ 交付の有無

| 交付の有無 | 件数  |
|-------|-----|
| あり    | 271 |
| なし    | 70  |
| 合計    | 341 |

#### 4) 発見者

報告された事例で選択された発見者を整理して示す。間違いに気付かず交付した事例で最も多かった発見者は、薬剤師または事務員で194件であった。これらには、交付後に薬剤師が薬剤服用歴を記載している際に気付いた、または交付後に事務員が調剤録を確認した際に気付いた事例が多かった。次いで、患者または家族からの指摘で気付いた事例が66件であった。

図表Ⅲ-2-5 発見者

| 交付 | 発見者                   | 件数  |     |
|----|-----------------------|-----|-----|
| あり | 薬剤師または事務員             | 194 | 271 |
|    | 患者または家族               | 66  |     |
|    | 医療機関職員（医師1、薬剤師4、事務員1） | 6   |     |
|    | 患者から報告を受けた医療機関職員      | 2   |     |
|    | 施設職員（看護師1、介護者1）       | 2   |     |
|    | 訪問看護師                 | 1   |     |
| なし | 薬剤師または事務員             | 64  | 70  |
|    | 患者または家族               | 6   |     |
| 合計 |                       | 341 |     |

#### 5) 薬袋の記載間違いにより患者が服用を誤った事例

患者に交付した事例271件について、服用状況を整理して示す。薬袋の記載間違いにより患者が服用を誤った事例が24件あり、その内訳は内服薬が処方された事例が23件、外用薬が処方された事例が1件であった。

図表Ⅲ-2-6 服用状況

| 服用状況       | 件数  |
|------------|-----|
| 服用を誤った     | 24  |
| 服用に誤りはなかった | 247 |
| 合計         | 271 |

##### ①患者が服用を誤った事例の記載内容

患者が服用を誤った事例について、間違いがあった薬袋の記載内容を整理した。「1回量」の記載間違いが最も多く16件であった。次いで、「1回量と服用回数」が3件、「服用回数」や「服用日」の記載間違いがそれぞれ2件であった。患者が服用を誤った要因の多くは、1回量や服用回数の記載間違いであった。また、「服用日」に間違いがあった2件は、「隔日服用」や「非透析日」の記載がなかったために、患者が連日服用してしまった事例であった。

図表Ⅲ－2－7 患者が服用を誤った事例の記載内容

| 記載内容     | 件数 |
|----------|----|
| 1回量      | 16 |
| 1回量と服用回数 | 3  |
| 服用回数     | 2  |
| 服用日      | 2  |
| 服用時間     | 1  |
| 合計       | 24 |

②患者が服用を誤った事例で処方された医薬品

患者が服用を誤った事例について、事例に報告された医薬品を整理して示す。

図表Ⅲ－2－8 患者が服用を誤った事例で処方された医薬品

| 記載内容               | 処方された医薬品名               | 件数              |   |
|--------------------|-------------------------|-----------------|---|
| 1回量                | アスベリンシロップ0.5%           | 2               |   |
|                    | アモキシシリンカプセル250mg「日医工」   | 1               |   |
|                    | オキシコンチン錠20mg            | 1               |   |
|                    | オノンカプセル112.5mg          | 1               |   |
|                    | カルベジロール錠2.5mg「サワイ」      | 1               |   |
|                    | クロピドグレル錠25mg「YD」        | 1               |   |
|                    | ザジテンシロップ0.02%           | 1               |   |
|                    | シクロスポリンカプセル25mg「トーワ」    | 1               |   |
|                    | タミフルカプセル75              | 1               |   |
|                    | トラネキサム酸錠250mg「YD」       | 1               |   |
|                    | トラネキサム酸錠500mg「YD」       | 1               |   |
|                    | フェロミア顆粒8.3%             | 1               |   |
|                    | プレドニン錠5mg               | 1               |   |
|                    | ムコダインシロップ5%             | 1               |   |
|                    | メイアクトMS錠100mg           | 1               |   |
| リリカカプセル25mg        | 1                       |                 |   |
| ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用 | 1                       |                 |   |
| 1回量と服用回数           | デパス錠0.25mg              | 1               |   |
|                    | メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」 | 1               |   |
|                    | レバミピド錠100mg「オーツカ」       | 1               |   |
| 服用回数               | タミフルドライシロップ3%           | 1               |   |
|                    | ランソプラゾールカプセル30mg「トーワ」   | 1               |   |
| 服用日                | 隔日                      | プレドニゾン錠1mg（旭化成） | 1 |
|                    | 非透析日                    | メルカゾール錠5mg      | 1 |
| 服用時間               | メトグルコ錠250mg             | 1               |   |
| 合計                 |                         | 26              |   |

※ 医薬品が2種類以上報告されている事例がある。

## 6) 処方変更等が起因となった事例

報告された事例には、前回の処方から変更があった際に薬袋の記載間違いが生じたことや、処方された薬剤を薬局で変更して調製した際に生じたことが記載されている事例があった。このような変更等が起因となった事例の内容を分類して示す。前回の処方から変更があった際に薬袋の記載間違いが生じた事例が100件と最も多かった。

図表Ⅲ-2-9 起因となった内容

| 起因となった内容   | 件数  |
|------------|-----|
| 前回からの処方変更  | 100 |
| 後発医薬品への変更  | 10  |
| 疑義照会後の変更   | 9   |
| 一般名処方の薬剤選定 | 8   |

## (4) 事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ-2-10 事例の内容

| 【事例1】1回量の間違い   |
|--|
| <b>事例の内容</b>   |
| タミフルカプセル75 1日2回朝夕食後1回1カプセルの処方であった。交付時、患者の家族に1回1カプセル服用するよう説明したが、薬袋に1回2カプセルと記載されていることに気付かなかった。帰宅後、患者は薬袋に記載されている通り1回2カプセル服用した。2回目の服用の際に、患者の家族が確認のために薬局に連絡したため、記載間違いに気付いた。 |
| <b>背景・要因</b>   |
| 鑑査の際に薬袋の記載間違いを見落とした。タミフルが毎日のように処方されている時期で、簡単な処方であるとの気の緩みから確認がおろそかになった。   |
| <b>改善策</b>   |
| 鑑査の手順をもう一度見直し、確認が抜けることがないように気をつける。   |
| 【事例2】1回量の間違い   |
| <b>事例の内容</b>   |
| ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）15g分3毎食前の処方であった。分包品が1包2.5gであるため、薬袋には1回2包と記載するところ、1回1包と記載されていた。  |
| <b>背景・要因</b>   |
| 薬袋を印刷する際は内容を確認してから印刷することになっているが、今まで修正を加えたことがほとんどないため、確認を怠った。   |
| <b>改善策</b>   |
| 漢方薬や散剤などの処方は、レセプトコンピュータのシステム上、薬袋に正しく印字されない場合があるため、印刷する時は内容をきちんと確認してから行う。散剤は分包品やバラ包装など複数の規格があるため、特に注意する。  |

| 【事例3】服用時間の間違い       |  |
|---------------------|--|
| 事例の内容               | リリカOD錠75mgが1日2回起床時・昼食後で処方されたが、薬袋に朝夕食後と記載し交付した。交付後の調剤録の確認時に、間違いに気付いた。   |
| 背景・要因               | 前回まで朝夕食後であったが、今回から起床時・昼食後に変更になっていたことに気付かなかった。  |
| 改善策                 | 調剤録の確認は、薬剤を交付する前に行う。薬剤師と事務員のダブルチェックを行う。  |
| 【事例4】服用時間の間違い       |  |
| 事例の内容               | テラムロ配合錠AP「DSEP」が継続して処方されていた。今回、朝食後から夕食後に変更になったが、用法変更気づかず、前回と同じく入力した。そのため、薬袋や薬剤情報提供書、お薬手帳のシールの記載を間違えた。薬剤を交付する際、家族から「朝の血圧が高いので、薬の飲み方が変わっている」と聞き取ったため、処方の変更に気付いた。 |
| 背景・要因               | 薬剤や服用回数の変更はなく、服用時間の変更だけだったため、入力時、鑑査時ともに気付かなかった。薬剤交付前に電子薬歴を確認した際にも変更気づかなかったが、家族から患者の血圧を聞き取ることで間違いに気づくことができた。  |
| 改善策                 | 入力に間違いがないか交付前に確認する。交付時は、薬剤師からの一方的な説明だけでなく、患者や家族から服薬状況などを確認する。  |
| 【事例5】服用日（非透析日）の記載漏れ |  |
| 事例の内容               | 前回に引き続き、患者にメルカゾール錠5mgが処方された。処方箋には「非透析日」の指示があったが、薬袋や薬剤情報提供書に「非透析日」と記載せずに交付したため、患者が毎日服用した。   |
| 背景・要因               | 服用日を薬袋等に記載し忘れた。2回目の処方であったため、患者は理解しているだろうとの思い込みにより説明も怠った。   |
| 改善策                 | 処方箋に服用日等の指示がある場合は、薬袋や薬剤情報提供書にも反映されるようにレセプトコンピュータへの入力を行う。理解しているだろうとの思い込みで説明を怠らず、患者と一緒に飲み方の確認を毎回行う。  |

## (5) 事例の背景・要因

主な背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ-2-11 主な背景・要因

| 入力作業・薬袋の作成   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>よく確認せず、前回D○で入力を行った。</li> <li>2次元バーコードの読み取り後の確認を怠った。</li> <li>レセプトコンピュータ入力の際、前回と同内容で入力してから変更点を修正する手順であったが、用法の修正を忘れた。</li> <li>散剤の分包品は、全て1回1包で薬袋に記載されるよう設定されているため、実際の服用包数に変更する必要があるが、変更を忘れた。</li> <li>水剤を調剤する場合は、原液で調製し、薬袋は手書きで修正する運用であったが、修正を忘れた。</li> <li>システムで賦形剤の設定や原液の設定をしていなかった。</li> </ul> |
| 確認作業   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>交付時の指導に集中するあまり、薬袋の記載の確認を怠った。</li> <li>処方箋ではなく、入力内容を見て鑑査を行った。</li> <li>処方箋と調剤録の照合が不十分であった。</li> <li>長期にわたり継続されている定期処方の場合、いつも通りの内容であるとの思い込みが生じる傾向がある。</li> </ul>  |

## (6) 薬局から報告された改善策

薬局から報告された主な改善策を整理して示す。

図表Ⅲ-2-12 薬局から報告された改善策

| 入力作業   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>前回の処方から投与量・用法などの変更や医薬品の追加などがないか確認してから入力を行う。</li> <li>処方変更があるときは、前回D○入力をやめる。</li> <li>レセプトコンピュータには、添付文書と違う用法が入力されると注意喚起されるシステムがあったため、それを活用する。</li> <li>特別な服用方法がある薬剤が入力された場合は、電子薬歴の確認事項に注意喚起のポップアップが出るようにする。</li> <li>散剤の分包品を入力した際、薬袋や薬剤情報提供書が正しく表記されるように設定を変更する。</li> <li>漢方薬や散剤、水剤などは、パソコンのシステム上、入力内容が薬袋の記載に反映されない場合があるため、内容をきちんと確認してから印刷する。分包品とバラ包装がある散剤は、特に注意する。</li> </ul> |
| 確認作業   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>処方箋と調剤録と薬袋の突き合わせを行う。</li> <li>調剤録の鑑査の際、鉛筆でチェックを入れる。</li> <li>薬袋や薬剤情報提供書は、薬剤の写真も含め記載内容を確認する。</li> <li>指差し・声出しによるチェックを徹底する。</li> <li>薬剤を薬袋に入れる時に、薬袋の記載内容を確認する。</li> <li>交付の際、患者と一緒に薬袋の記載内容を確認する。</li> </ul>   |
| 情報の共有  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>処方の変更があった場合、レセプトコンピュータの入力者は調製者に伝達し、両者での確認を怠らない。</li> </ul>  |



## (7) まとめ

本テーマでは、薬袋の記載間違いに関する事例について、交付の有無や発見者を整理し、間違いがあった薬袋の記載内容を分類した。さらに、薬袋の記載間違いにより患者が薬剤の服用を誤った事例を抽出し、間違いがあった薬袋の記載内容や処方された医薬品を分類して示した。また、主な事例の内容を紹介し、事例の背景・要因や薬局から報告された改善策についても整理して示した。

調剤では処方箋と薬剤の照合や患者への説明などに意識が向き、薬袋の確認がおろそかになりやすい傾向がある。患者に薬剤が正しく交付されても、薬袋の記載間違いや情報不足により患者が服用を誤るケースがあることを十分に認識し、薬袋を適切に作成するための具体的な対策を講じることが重要である。レセプトコンピュータを利用して薬袋を作成する際の間違いを防止するためには、処方内容を正しく入力するための手順の作成や、入力内容を正しく薬袋に反映するシステムの設定が有効な対策となる。薬袋の記載間違いを発見するためには、処方箋と薬袋を照合する手順を決め、遵守することが重要である。また、交付する際に患者と一緒に確認を行うことは、間違いを発見するための有効な手段となる。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第21回報告書

## 事例から学ぶ

### 薬袋の記載間違いに関する事例

#### <患者が服用を誤った事例>

##### 【1回量の間違い】

###### ■事例の内容

患者にバラシクロビル粒状錠500mg「モチダ」1日6包が処方された。患者を担当しているヘルパーが、薬剤の残量が多いことに疑問を持ち、その確認のために来局した。レセプトコンピュータの入力は1日6包と正しく入力され、調製した薬剤の数量も正しかったが、ヘルパーが持参した薬袋には1日3回1回1包と記載されていたため、患者は薬袋の記載通り1回1包で服用していた。

###### ■背景・要因

患者が带状疱疹であることはわかっていたが、薬剤を交付する際、薬袋と薬剤情報提供書をみて1回1包ずつ服用するよう説明した。処方された薬剤が多く、他の薬剤は一包化調剤を行っていた。

###### ■薬局が考えた改善策

レセプトコンピュータの設定を変更する。鑑査時に、薬袋と薬剤情報提供書の記載内容を処方箋と照らし合わせて確認する。

#### →この他にも事例が報告されています。

##### ◆ 1回量の間違い

シクロスポリンカプセル25mg 1回3カプセルの処方が、今回1回2カプセルへ減量となった。調製では1回2カプセルで取り揃えたが、入力の際に前回と同じ処方と思い込み、1日量の訂正をせずに出力したため薬袋は1回3カプセルと印字された。間違いに気付かずに患者に交付し、患者は薬袋の記載通り1回3カプセルで服用した。薬剤が足りなくなったため患者が来局し、薬袋の記載間違いがわかった。

##### ◆ 1回量の間違い

トランサミンカプセル250mg 3カプセル5日分の処方を受け付けた際、患者が後発医薬品を希望したため、トラネキサム酸錠250mgに変更した。薬剤の調製は正しく行ったが、入力者が3錠と入力するところ6錠で入力したため、薬袋に1回2錠と記載された。翌日、薬剤が足りないと家族が来局したため、薬袋の記載間違いに気付いた。処方を入力する際、以前患者に処方されたトラネキサム酸錠250mg 6錠のデータをコピーして入力したため生じた間違いであった。鑑査や交付の際、薬袋などの印刷物の確認も怠っていた。

## ◆ 服用回数の間違い

小児の患者にタミフルドライシロップ3%が処方された。処方は1日2回であったが、薬袋に1日1回朝食後と記載し薬剤を交付した。患者の家族は、薬袋に記載されている通り1日1回朝食後に薬剤を飲ませていたが、3日間服用した時点で残っている薬剤の数が多いことに気づき、クリニックに確認した。クリニックの処方医から当薬局に連絡があり、薬袋の記載間違いが判明した。薬剤を交付した薬剤師は、1日2回の服用であることを患者の家族に説明したが、薬袋の確認を怠っていた。

## ◆ 服用日の間違い

患者は、以前からプレドニゾロン錠1mg（旭化成）を服用していた。今回の処方箋には「隔日投与」の記載があったため、薬剤師は1日おきに服用するよう説明した。薬袋には1日1回朝食後1回1錠14日分と印字され、「隔日に」あるいは「1日おきに」という記載はしなかった。後日、薬が足りないと患者から電話があった。患者はこれまで通り、毎日服用していた。

## ポイント

- 調製や鑑査の際は処方箋と薬剤の照合などに、交付の際は患者への説明などに意識が向き、薬袋の確認がおろそかになりやすい。
- 処方箋を見て調剤することは当然のことであり、薬袋や薬剤情報提供書などの確認作業でも処方箋と照らし合わせることを怠ってはならない。
- 患者に薬剤が正しく交付されても、薬袋の記載間違いや情報不足により患者が服用を誤るケースがあることを十分に認識し、薬袋を適切に作成するための具体的な対策を講じることが重要である。
- レセプトコンピュータを利用して薬袋を作成する際の間違いを防止するためには、処方内容を正しく入力するための手順の作成や、入力内容を正しく薬袋に反映するシステムの設定が有効な対策となる。
- 薬袋の記載間違いを発見するためには、処方箋と薬袋の照合を誰がいつどのような方法で行うのか手順を決め、遵守することが重要である。また、交付する際に患者と一緒に確認を行うことは、間違いを発見するための有効な手段となる。

