【1】　交付時の説明に関する事例

薬剤師法第25条の2では、「薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。」と規定されている。患者の薬物治療が適切に行われるように、薬剤師は、薬剤を交付する際に内服薬の用法・用量、外用薬や注射薬の使用方法、使用上の注意など、薬剤を服用・使用するうえで必要な情報を患者に説明する必要がある。

本事業には、薬剤師が患者に薬剤を交付する際、説明を十分に行わなかった、または誤った説明を行ったことにより薬物治療が正しく行われなかった事例が報告されている。そこで、それらの事例を取り上げ、分析を行った。

（1）報告状況

1）対象とする事例

調剤に関するヒヤリ・ハット事例から、事例の内容で「説明間違い」または「説明不足」を選択した事例を抽出し、そのうち、「事例の詳細」、「背景・要因」のいずれかに、交付時に薬剤師が説明を十分に行わなかったこと、あるいは、薬剤師が誤った説明を行ったことが記載された事例を対象とした。なお、処方内容が誤っていた事例や、調製した薬剤、薬袋、薬剤情報提供書などに誤りがあった事例は対象外とした。

2）報告件数

本報告書の集計期間は2024年7月～ 12月であるが、対象となる事例の件数が少なかったため、2024年1月～ 6月に報告された事例についても併せて分析を行うこととした。2024年1月～ 12月に報告された事例のうち、対象とする事例は76件であった。

（2）事例の分類

対象とする事例を以下のように分類した。薬剤師が必要な説明を行わなかった事例が61件と多かった。

図表Ⅲ－１－１　事例の分類

事例の分類	件数
薬剤師が必要な説明を行わなかった	61
薬剤師が誤った説明を行った	15
合計	76

（3）薬剤師が必要な説明を行わなかった事例

薬剤師が必要な説明を行わなかった事例61件について分析を行った。

1）薬剤師の職種経験年数

薬剤師の職種経験年数を整理して示す。

図表Ⅲ－1－2　薬剤師の職種経験年数

職種経験年数	件数
0～　4 年	7
5～　9 年	3
10～14 年	11
15～19 年	16
20～24 年	7
25～29 年	5
30 年以上	17
合計	66

注）当事者は複数回答が可能である。

2）報告された薬剤

報告された薬剤を示す。継続して処方されている薬剤が31件と多かった。そのうち、処方時に用法・用量が変更された事例が6件、調剤時に規格、剤形、屋号を変更した事例が18件であった。

図表Ⅲ－1－3　報告された薬剤

報告された薬剤		件数	
継続して処方されている薬剤	処方時に用法・用量が変更された	6	31
	調剤時に規格、剤形、屋号を変更した	18	
	変更なし	7	
初めて処方された薬剤			11
以前使用・服用していた薬剤			5
未記載			14
合計			61

3）必要な説明を行わなかった内容

必要な説明を行わなかった内容を整理して示す。用法･用量が17件、薬剤の変更が14件と多かった。

図表Ⅲ－１－４　必要な説明を行わなかった内容

内容	件数
用法・用量	17
薬剤の変更	14
デバイスの使用方法	6
発現する可能性がある副作用	6
保管方法	3
噛み砕き不可	2
使用部位	2
効能・効果	1
使用期限	1
その他	9
合計	61

4）必要な説明を行わなかったことに気付いた時点

必要な説明を行わなかったことに気付いた時点を整理して示す。

図表Ⅲ－１－５　必要な説明を行わなかったことに気付いた時点

気付いた時点	件数
患者が服用・使用すべき時点の前	25
患者が服用・使用すべき時点の後	29
未記載	7
合計	61

5）患者が服用・使用すべき時点の前に気付いた事例

①必要な説明を行わなかったことに気付いた契機

患者が服用・使用すべき時点の前に、必要な説明を行わなかったことに気付いた事例25件について、気付いた契機を示す。交付後に患者から薬剤に関する問い合わせがあり、交付時に必要な説明を行わなかったことに気付いた事例が13件と多かった。報告された事例25件は全て、必要な説明を行わなかったことに気付いた時点で正しい説明を行ったため、患者は薬剤を正しく使用・服用した。

図表Ⅲ－１－６　必要な説明を行わなかったことに気付いた契機

気付いた契機	主な内容	件数
患者からの問い合わせ	・服用方法について問い合わせがあった。 ・いつももらっている錠剤と外観が異なると問い合わせがあった。 ・前回と同じ散剤が処方されたが、見た目の量が前回と異なると問い合わせがあった。	13
薬剤師による確認	・交付後に薬剤服用歴を確認し、新しく追加になった薬剤の効能・効果について説明を行わなかったことに気付いた。 ・交付後に添付文書を確認し、薬剤を噛み砕いてはいけないことに気付いた。	3
介護士からの問い合わせ	・いつももらっている外用薬と外観が異なると問い合わせがあった。	1
未記載		8
合計		25

6）患者が服用・使用すべき時点の後に気付いた事例

①必要な説明を行わなかったことに気付いた契機

患者が服用・使用すべき時点の後に、必要な説明を行わなかったことに気付いた事例29件について、気付いた契機を示す。患者から問い合わせがあった事例が9件と多かった。

図表Ⅲ－１－７　必要な説明を行わなかったことに気付いた契機

気付いた契機	主な内容	件数
患者からの問い合わせ	・次回受診日までの薬剤の残数が足りないと問い合わせがあった。 ・処方日数分の薬剤を服用したが、薬剤が残っていると問い合わせがあった。 ・吸入器から薬剤が出ないと問い合わせがあった。	9
薬剤師による確認	・患者が来局予定日より早く来局したため、服用状況を確認した。 ・外用薬の使用状況を患者に確認した。	7
医師からの連絡	・患者が誤った用法で薬剤を服用していたと連絡があった。 ・薬剤による副作用発現の可能性について連絡があった。	2
看護師からの問い合わせ	・次回受診日まで水剤の残量が足りないと問い合わせがあった。	1
未記載		10
合計		29

②説明する必要があった内容と患者の状況

説明する必要があった内容と患者の状況を示す。

図表Ⅲ－１－８　説明する必要があった内容と患者の状況

分類	薬剤名※1	説明する必要があった内容	患者の状況
用法・用量	アデムパス錠0.5mg/1.0mg	0.5mg錠を服用した後に1.0mg錠の服用を開始	0.5mg錠と1.0mg錠を同時に服用した
	ストロメクトール錠3mg	1回5錠1日分	1回1錠5日分だと勘違いして服用した
	タリージェ錠10mg	5mg錠1回1錠から10mg錠1回1錠へ変更	医師から増量の説明を受けていたため1回2錠を服用した
	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	1回1包1日3回	前回まで処方されていたツムラ大建中湯エキス顆粒の用法である1回2包で服用した
	テオフィリン徐放錠100mg	1回2錠から1回1錠へ減量	1回2錠を服用した
	デパケンシロップ5％	計量カップを用いて1回4mLを服用	水薬瓶の目盛りを用いたため、約8mLを服用した
	トラネキサム酸錠250mg	1回2錠	1回1錠を服用した
	パルモディア錠0.1mg	1回1錠から1回2錠へ増量	1回1錠を服用した
	ユベラ錠50mg	1回2錠	1回1錠を服用した
	リンゼス錠0.25mg	食前に服用	食後に服用し下痢の副作用が発現した
	クエン酸第一鉄Na錠50mg	未記載	未記載
薬剤の変更	イミダフェナシンOD錠0.1mg	これまで服用していた製造販売業者「YD」と今回交付する「トーワ」の錠剤の色が異なる	錠剤の色が変わったことに不安を感じ服用しなかった
	レボフロキサシン錠500mg	250mg錠2錠から500mg錠1錠へ変更して調剤した	医師から1回2錠服用するように説明を受けていたため、1回2錠を服用した
発現する可能性がある副作用	カルバマゼピン錠100mg	悪心が生じる可能性	発現した症状が薬剤の副作用であると認識できなかった
	トラメラスPF点眼液0.5％	眼に刺激感が生じる可能性	
	トリキュラー錠28	頭痛が生じる可能性	
	ラゲブリオカプセル200mg	悪心が生じる可能性	
	ルパフィン錠10mg	眠気が生じる可能性	
	ルリコナゾールクリーム1％	かぶれが生じる可能性	

分類	薬剤名※1	説明する必要があった内容	患者の状況
デバイスの使用方法	インスリン　グラルギンBS注ミリオペン/ノボラピッド注300フレックスペン	使用時毎に空打ちを実施	初回使用時のみ空打ちを行うオゼンピック皮下注を使用していたため、インスリン製剤でも同様に初回使用時のみ空打ちを行った
	ウルティブロ吸入用カプセル	ボタンを押した後に離して吸入	ボタンを押したまま使用したため、薬剤が吸入できなかった
	ビレーズトリエアロスフィア120吸入※2	デバイスの週1回の洗浄	デバイスを洗浄しなかったため、薬剤が出ず、吸入できなかった
噛み砕き不可	トラベルミン配合錠	噛み砕きにより苦味が出現するため、噛み砕かず服用	噛み砕いて服用し、舌のしびれが出現した
使用部位	アンテベートローション0.05％	体、四肢の湿疹部へ塗布	頭皮に塗布した経験があり、頭皮に塗布した
	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg56噴霧用	鼻腔内へ噴霧	口腔内に噴霧した
その他	フェントステープ0.5mg	体温が高い時に貼付した際の吸収量の増加	入浴直後の体温が高い状態で貼付した
	ミノドロン酸錠50mg	PTPシートの破損防止用の突起には薬剤が入っていない	破損防止用の突起を見て薬剤が入っていないと勘違いし、服用しなかった
	リスペリドン内用液1mg/mL	茶葉抽出飲料（紅茶、烏龍茶、日本茶など）との混合により含量が低下するため、茶葉抽出飲料との混合不可	飲み残しがないよう施設の職員がお茶に混ぜて服用させていた

※1　薬剤名は屋号を除いて記載した。
※2　同一の内容の事例が2件報告された。

③患者への影響

患者への影響を示す。

図表Ⅲ－１－９　患者への影響

患者への影響	件数
患者が薬剤の副作用であると認識できず、対応が遅れた	7
患者が薬剤を医師の処方通りに服用・使用できず、効果が得られなかった	5
過量服用となり副作用が発現した	3
患者への影響はなかった	5
未記載	9
合計	29

7）事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－１－１０　事例の内容

No.	事例の詳細	背景・要因	薬局から報告された改善策
患者が服用・使用すべき時点の前に気付いた事例			
用法・用量			
1	グラクティブ錠 50mg を服用中の患者の処方箋を応需した。今回、グラクティブ錠 50mg がリベルサス錠 3mg に変更になっていた。薬剤師は、リベルサス錠の薬袋に「最初の食事の 30 分前に服用」と記載したが、口頭で服用方法を説明しなかった。患者はグラクティブ錠 50mg と同様に食後に服用と認識していたが、薬袋の記載を見て、服用方法を確認するため、薬局に電話をした。薬剤師は正しい服用方法を患者に説明した。	・混雑した時間帯であった。 ・以前から来局している患者であり、詳しく説明を行わなかった。	・重要な内容は資材などを活用して丁寧に説明する。
効能・効果			
2	定期薬にエブランチルカプセル 15mg が追加されたが、薬剤師はそのことを見落とし、エブランチルカプセル 15mg の効能・効果について説明しなかった。薬剤服用歴に記録を行う際、エブランチルカプセル 15mg が追加されていたことに気付いた。患者に電話し、エブランチルカプセル 15mg が追加されたことと処方意図を説明した。患者から、尿漏れで受診したため、薬剤情報提供書に記載された「尿を出しやすくする薬」という文言を見て服薬しないつもりでいたことを聴取した。説明後、患者から、処方された意図を理解したので服用すると伝えられた。	・薬局が混雑していた。	・前回の処方から変更があれば、レセプトコンピュータへ入力するスタッフが、変更の内容を薬剤師に伝える。

No.	事例の詳細	背景・要因	薬局から報告された改善策
患者が服用・使用すべき時点の後に気付いた事例			
用法・用量			
3	患者は今までタリージェ錠 5mg　1 回 1 錠 1 日 2 回朝夕食後を服用していた。今回からタリージェ錠が増量になり、タリージェ錠 10mg　1 回 1 錠 1 日 2 回が処方された。患者はクリニックで医師から増量の説明を受けていた。薬剤師は交付時にタリージェ錠が 10mg に変更になったことを伝えたが、1 回に服用する錠数を伝えなかった。服用する錠数が増えると誤認していた患者は、タリージェ錠 10mg を 1 回 2 錠服用した。その結果、ふらつきが生じ、歩くことが困難な状態になったと患者から伝えられた。	・薬剤師は薬剤がタリージェ錠 10mg になったことを伝えたが、1 回量を伝えなかった。 ・患者は医師から薬剤が増量になると説明されたため、服用する錠数が増えると認識した。	・今回の事例を薬局のスタッフに共有し、薬剤交付時に説明が漏れないように注意喚起を行った。
薬剤の変更			
4	イミダフェナシン OD 錠「YD」を服用している患者が来局した。イミダフェナシン OD 錠「YD」は流通が不安定で在庫がなく、イミダフェナシン OD 錠「トーワ」へ変更して調剤した。交付時に口頭で薬剤の製造販売業者が変更になることを伝えたが、錠剤の色が変わることを説明しなかった。錠剤の色が白からピンクに変わったことで、患者は別の薬剤が交付されたのではないかと不安になり、薬剤を服用しなかった。	・薬剤の流通が滞り、在庫が確保できなかった。 ・交付時に、実物を見せて錠剤の色が変わることを説明しなかった。	・製造販売業者を変更した場合は、変更点を具体的に説明する。
噛み砕き不可			
5	患者にトラベルミン配合錠を交付した。服用歴があると患者から聴取したため、使用方法などの説明を省いた。後日、患者から、錠剤を噛み砕いて服用したところ、口腔内にしびれが出たと伝えられた。	・薬剤師は錠剤を噛み砕いて服用することを想定しておらず、説明しなかった。	・粉砕や噛み砕いて服用することができない薬剤を交付する際はその旨を説明する。
デバイスの使用方法			
6	ビレーズトリエアロスフィア120吸入を使用中の患者が来局し、吸入器のボタンが押せなくなったと伝えられた。製薬企業に問い合わせたところ、アクチュエーターの洗浄を週 1 回行う必要があること、中途半端にボタンを押すと霧の勢いが弱くなり、詰まる原因になりやすいことがわかった。アクチュエーターを洗浄したところ、薬剤が霧状に噴出され、吸入可能になった。	・吸入器を使用する際、ボタンを最後まで押すように指導していなかった。 ・薬剤師は、週に 1 回アクチュエーターの洗浄が必要であることの知識がなかったため、メンテナンスについて患者に説明しなかった。	・薬剤師は薬剤やデバイスに関する知識を深めておく。 ・交付後に、患者がデバイスを正しく使用できているかを確認する。

8）薬局から報告された改善策

薬局から報告された改善策を整理して示す。

図表Ⅲ－１－１１　薬局から報告された改善策

○調剤時
【処方箋応需から鑑査時まで】
・レセプトコンピュータ入力者は前回の入力履歴と今回の処方内容を比較し、変更があった場合は、変更の内容を薬剤師に伝える。 ・処方監査時に前回の処方内容と比較し、変更点がないか確認する。
【交付時】
・患者に薬剤の説明を行う際は、製薬企業が作成した患者指導用資材などを必要に応じて活用する。 ・発現する可能性がある副作用の症状を具体的に伝え、気になる症状が出た場合は連絡するように患者に伝える。
○日頃行っておくこと
・吸入薬のデバイスなどの使用方法について知識を深め、患者に説明が必要な内容を理解しておく。 ・交付後に説明した内容に不足があったことに気付いたら、直ちに患者に連絡し、必要な説明を行う。 ・吸入薬や注射薬など、使用方法に注意が必要な薬剤は、交付した後に定期的に使用状況についてフォローアップを行う。

（4）薬剤師が誤った説明を行った事例

薬剤師が誤った説明を行った事例15件について分析を行った。

1）薬剤師の職種経験年数

薬剤師の職種経験年数を整理して示す。

図表Ⅲ－１－１２　薬剤師の職種経験年数

職種経験年数	件数
0～　4 年	4
5～　9 年	2
10～14 年	3
15～19 年	0
20～24 年	2
25～29 年	2
30 年以上	2
合計	15

2）報告された薬剤

報告された薬剤は、初めて処方された薬剤が3件、継続して処方されている薬剤が2件、久しぶりに処方された薬剤が1件であり、それ以外の事例は未記載であった。また、継続して処方されている薬剤2件のうち、規格が変更された事例が1件、前回と同じ内容で処方された事例が1件であった。

3）誤った説明を行った内容

誤った説明を行った内容を整理して示す。用法・用量が6件で最も多かった。

図表Ⅲ－１－１３　誤った説明を行った内容

内容	件数
用法・用量	6
効能・効果	2
薬剤の変更	2
使用部位	1
服用開始日	1
その他	3
合計	15

4）誤った説明を行ったことに気付いた時点と契機

誤った説明を行ったことに気付いた時点と契機を示す。患者が服用・使用すべき時点の前に気付いた事例が12件であり、交付者自身が誤った説明を行ったことに気付いた事例が6件、薬局の他のスタッフが気付いた事例が4件であった。

図表Ⅲ－１－１４　誤った説明を行ったことに気付いた時点と契機

<table>
<tr><th rowspan="2">気付いた時点</th><th colspan="2">気付いた契機</th><th colspan="2" rowspan="2">件数</th></tr>
<tr><th>気付いた人</th><th>主な内容</th></tr>
<tr><td rowspan="3">患者が服用・
使用すべき時点の前</td><td>交付者</td><td>・交付後に添付文書を確認した。</td><td>6</td><td rowspan="3">12</td></tr>
<tr><td>薬局の他のスタッフ</td><td>・交付者が説明した効能・効果が誤っていることに気付き、指摘した。
・交付者が説明した用法が誤っていることに気付き、指摘した。</td><td>4</td></tr>
<tr><td colspan="2">未記載</td><td>2</td></tr>
<tr><td colspan="3">患者が服用・使用すべき時点の後</td><td colspan="2">0</td></tr>
<tr><td colspan="3">未記載</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td colspan="3">合計</td><td colspan="2">15</td></tr>
</table>

5）正しい説明と誤った説明

正しい説明と誤った説明の内容を示す。

図表Ⅲ－１－１５　正しい説明と誤った説明

分類	薬剤名※1	正しい説明	誤った説明
用法・用量	ニトロペン舌下錠0.3mg	舌の下に薬剤を置く	舌の上に薬剤を置く
	アルロイドG内用液5％	1回40mL1日3回服用	1回120mL服用
	ジクロフェナクNa点眼液0.1％	手術前1日4回点眼 手術後1日3回点眼	1日4回点眼
	スピリーバ吸入用カプセル18μg	1回1吸入	1回2吸入
	ボンビバ錠100mg	服用後60分は横にならない	服用後30分は横にならない
	リベルサス錠3mg	空腹の状態でコップ約半分の水（約120mL以下）とともに服用	服用前に飲水できる
効能・効果	クラシエ加味帰脾湯エキス細粒	耳鼻科領域の疾患に対して処方	精神科領域の疾患に対して処方
	ソラナックス0.4mg錠	心身症に対して処方	睡眠障害に対して処方
薬剤の変更	ロスバスタチンOD錠5mg	ピタバスタチンカルシウム錠2mgからロスバスタチンOD錠5mgへ変更	前回と同じ薬剤
	モビコール配合内用剤HD	モビコール配合内用剤LD 1回2包からモビコール配合内用剤HD 1回1包へ変更	前回と同じ薬剤
使用部位	ジクトルテープ75mg	放射線照射部位に貼付不可	放射線照射部位に貼付可
服用開始日	ラスビック錠75mg	翌日から服用開始	当日から服用開始
その他	アレジオン眼瞼クリーム0.5％	眼の中に入れない	眼の中に入っても問題ない
	アレジオンLX点眼液0.1％	コンタクトレンズ※2の上から点眼可	コンタクトレンズの上から点眼不可
	アンテベートローション0.05％	使用前の振とう不要	よく振ってから使用する

※1　薬剤名は屋号を除いて記載した。
※2　カラーコンタクトレンズ装着中の点眼は避ける必要がある。

6）事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－１－１６　事例の内容

No.	事例の詳細	背景・要因	薬局から報告された改善策
用法・用量			
1	患者にニトロペン舌下錠 0.3mg を交付する際、薬剤師 A が「舌の上に置いてください。」と説明した。隣で説明を聞いていた薬剤師 B が間違いに気付き「舌の上ではなく下です。」と患者に正しく説明した。	・薬剤に関する知識が不足していた。 ・患者に説明する前に薬剤の使用方法について確認を行わなかった。	・添付文書を確認してから説明する。
効能・効果			
2	患者は心身症による動悸があり、ソラナックス 0.4mg 錠　1 日 3 回毎食後が処方された。薬剤を交付した薬剤師 A は、寝つきをよくする薬剤であると説明した。説明を聞いていた薬剤師 B が、心身症における身体症状に対して服用する薬剤であることを説明し直した。	・電子薬歴システムの薬剤服用歴に、患者はソラナックス錠を心身症の治療のため服用していることが記載されていた。 ・当薬局では、前回の薬剤服用歴を印刷し、交付前に確認する手順になっていたが、交付者は行わなかった。	・交付前に薬剤服用歴を必ず確認する。
薬剤の変更			
3	ピタバスタチンカルシウム錠 2mg を服用中の患者が処方箋を持参した。今回からロスバスタチン OD 錠 5mg に変更されていたが、「前回と同じ薬剤です。」と説明した。薬剤師は、説明している最中に間違いに気付き、薬剤が変更になったことを説明した。	・前回と同じ処方内容であるという思い込みがあり、薬剤服用歴を確認しなかった。	・調剤時の手順について改めて周知した。
使用部位			
4	患者にジクトルテープ 75mg が初めて処方された。患者から、太腿に放射線照射する予定があるが太腿に貼ってよいか質問があり、貼付可能と回答した。しかし、実際は放射線照射部位を避けて貼付する必要があった。翌日患者家族に電話し、放射線照射部位を避けて貼付することを説明した。	・患者から質問された際に添付文書を確認したが、適用上の注意の記載を見落とした。	・添付文書を確認する際は、キーワード検索をするなどして必要な情報を見落とさない工夫をする。
その他			
5	アンテベートローション 0.05％が処方された患者に薬剤を交付する際、よく振って使用するように説明した。交付後に改めて調べると振る必要がない薬剤だとわかったため、患者に連絡し訂正した。	・アンテベートローション 0.05％の使用方法に関する知識が不足していた。	・ローション製剤には、振らなくて良い製剤があることを薬局内で情報共有した。

7）薬局から報告された改善策

薬局から報告された改善策を整理して示す。

図表Ⅲ－１－１７　薬局から報告された改善策

○調剤時
・薬剤を交付する前に薬剤服用歴を見て、既往歴や処方の経緯などの患者に関する情報を確認する。 ・初めて交付する薬剤は添付文書を確認してから説明を行う。 ・添付文書を確認する際はキーワード検索をするなどして、確認が必要な内容を見逃さないようにする。
○日頃行っておくこと
・各吸入薬の用法・用量について一覧表を作り、確認できるようにする。 ・新薬については薬局内で勉強会などを行い、注意事項について情報共有をしておく。

（5）まとめ

本テーマでは、薬剤師が必要な説明を行わなかった事例、薬剤師が誤った説明を行った事例を取り上げた。それぞれの事例について、報告された薬剤、必要な説明を行わなかった内容、誤った説明、気付いた時点、気付いた契機などを整理した。また、主な事例の内容を紹介した。

薬剤師が必要な説明を行わなかった事例では、用法・用量や薬剤の変更について説明を行わなかった事例が多かった。報告された事例の中には、薬剤の用法･用量が変更になった際に説明を行わなかったため、患者が変更前の用法･用量で薬剤を服用した事例や、薬剤が変更になったことを説明しなかったため、患者が薬剤を服用しなかった事例などが報告されていた。薬剤が初めて処方された際だけでなく、久しぶりに処方された際や継続している薬剤の規格などが変更して処方された際、薬局で薬剤を変更して調剤した際は、患者が正しく服用できるよう必要な説明をすることが重要である。また、吸入薬の使用方法を説明しなかったため、患者が正しく使用できなかった事例も報告されていた。吸入薬や注射薬には様々なデバイスがあり、デバイスごとに使用時の注意点について説明する必要がある。使用方法が複雑で、口頭での説明のみでは理解が難しい薬剤もあるため、必要に応じて製薬企業が作成した患者指導用資材やデモキットなどを用いて説明することが望ましい。さらに、患者の理解度の確認のため、交付後にフォローアップを行うことも有用である。

薬剤師が誤った説明を行った事例でも、用法･用量に関する事例が多かった。報告された事例には、誤った説明を行った要因として、薬剤に関する知識が不足していたことや、交付時に患者の薬剤服用歴の確認を行わなかったことなどが記載されていた。薬剤に関する知識を深めておくことが前提であるが、交付時に薬剤の説明に不安がある場合は、添付文書などの薬剤情報の確認を行うことが重要である。また、患者に必要な説明を正しく行えるように、交付前に薬剤服用歴を確認する手順を定め、遵守することが必要である。

必要な説明を行わなかった事例、誤った説明を行った事例ともに、処方監査の段階で患者に伝えるべき情報を検討し、整理しておけば、患者が薬物治療を行うために必要な情報を提供できたと考えられる。

また、本分析では、薬剤師による交付時の情報提供が的確に行われなかった事例を対象としたが、薬剤師が正しく説明を行っていても、患者の理解力が乏しいなどの理由により、必要な情報が患者に伝わらず、薬物治療が正しく行われないことがある。薬剤師は患者の理解度に合わせ、用法や服用時点については、その理由も含めて伝えるなど、個々の患者に適した説明を行い、患者が正しく薬剤を服用・使用できるように支援することが重要である。そのためには、薬剤師からの一方的な情報提供にならないように配慮し、患者とコミュニケーションを取りながら説明することが必要である。

事例から学ぶ
交付時の説明に関する事例

【薬剤師が必要な説明を行わなかった事例：用法・用量】

■事例の詳細

便秘の患者に、以前から大建中湯エキス顆粒1回2包1日3回が処方されていたが、症状が改善しないため、大黄甘草湯エキス顆粒1回1包1日3回に変更になった。薬剤師は処方通りに薬剤を交付した。その後、患者が来局したが、想定より早い来局であったため、状況を確認したところ、大黄甘草湯エキス顆粒を1回に2包ずつ服用していたことがわかった。

■背景・要因

薬剤師は、大黄甘草湯エキス顆粒は以前にも患者に処方されたことがあったため、患者が用法・用量を覚えているだろうと考え、薬剤の変更のみ説明し用法・用量の説明を行わなかった。患者は、大建中湯エキス顆粒と同様に大黄甘草湯エキス顆粒を1回2包服用すると思い込んだ。

■薬局から報告された改善策

薬剤が変更になった際は、服用歴がある薬剤であっても、薬効や服用方法など、服薬に関する必要な情報を患者に説明する。

➡この他にも薬剤師が必要な説明を行わなかった事例が報告されています。

【薬剤の変更】

◆ イミダフェナシンOD錠「YD」を服用している患者が来局した。イミダフェナシンOD錠「YD」の薬剤は流通が不安定で在庫がなく、イミダフェナシンOD錠「トーワ」へ変更して調剤した。交付時に口頭で薬剤の製造販売業者が変更になることを伝えたが、錠剤の色が変わることを説明しなかった。錠剤の色が白からピンクに変わったことで、患者は別の薬剤が交付されたのではないかと不安になり、薬剤を服用しなかった。

【デバイスの使用方法】

◆ ビレーズトリエアロスフィア120吸入を使用中の患者が来局し、吸入器のボタンが押せなくなったと伝えられた。製薬企業に問い合わせたところ、アクチュエーターの洗浄を週１回行う必要があること、中途半端にボタンを押すと霧の勢いが弱くなり、詰まる原因になりやすいことがわかった。薬剤師はこれらの注意事項を知らず、ビレーズトリエアロスフィア120吸入を交付する際に、患者に説明していなかった。アクチュエーターを洗浄したところ、薬剤が霧状に噴出され、吸入可能になった。

➡薬剤師が誤った説明を行った事例も報告されています。

【効能・効果】

◆ 患者は心身症による動悸があり、ソラナックス0.4mg錠　1回1錠1日3回毎食後が処方された。薬剤を交付した薬剤師Aは、寝つきをよくする薬剤であると説明した。説明を聞いていた薬剤師Bが、心身症における身体症状に対して服用する薬剤であることを説明し直した。

【使用部位】

◆ 患者にジクトルテープ75mgが初めて処方された。患者から、太腿に放射線照射する予定があるが太腿に貼ってよいか質問があり、貼付可能と回答した。交付後に添付文書を確認したところ、実際は放射線照射部位を避けて貼付する必要があることがわかった。翌日患者家族に電話し、放射線照射部位を避けて貼付することを説明した。

ポイント

●薬剤が初めて処方された際だけでなく、久しぶりに処方された際や継続している薬剤の規格などが変更して処方された際、薬局で薬剤を変更して調剤した際は、患者が正しく服用できるよう交付時に必要な説明をすることが重要である。
●薬剤師は、薬剤に関する知識を深めておくことが前提であるが、交付時に薬剤の説明に不安がある場合は、添付文書などの薬剤情報の確認を行うことが重要である。
●患者に必要な説明を正しく行えるように、交付前に薬剤服用歴を確認する手順を定め、遵守することが必要である。

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
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
〒101-0061　東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル　電話：03-5217-0281（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
https://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/