

【1】お薬カレンダーなどのセット間違いに関する事例

高齢化の加速や慢性疾患の増加に伴い、我が国の医療に関するニーズは、地域全体で支え合う仕組みへと変化している。入院医療から在宅療養・施設療養へと生活の場に応じた切れ目のない医療提供が求められる中、自宅や介護老人福祉施設、有料老人ホームなどの施設において療養を続ける患者にとって、薬剤師は安全かつ適切な薬物療法を支える重要な存在である。

在宅療養や施設療養の現場では、患者が適切に服薬できるよう、お薬カレンダーをはじめとする服薬管理ツールが広く活用されている。薬剤師は、これらのツールへの薬剤のセットや管理方法の提案・調整などを通じて服薬支援を行っているが、その過程で薬剤のセット間違いが生じた場合、誤った薬剤の服用や用法・用量の誤りにつながる可能性がある。特に、高齢者や複数の疾患を有する患者が多い在宅医療・施設療養の現場では、わずかなミスであっても有害事象の発現や治療への影響を招くおそれがある。

こうした中、2025年12月26日、厚生労働省より「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（その3）」¹⁾が通知された。本通知では、介護現場などで実施されることが多い行為のうち、原則として医行為ではないと考えられるものが整理され、その一つとして「お薬カレンダーへ一包化された等の医薬品をセットすること」が明記された。通知内には、医薬品の使用の介助に当たっては、医師・歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護・介護職員の指導・助言を遵守すべきこと、また当該行為の実施は、医師、看護師等の免許を有する者が判断し、用法を遵守するとともにその内容について確認すること、と記載されている。

この通知により、一定の条件のもとで介護職員等がお薬カレンダーへ一包化された医薬品をセットする行為は、原則として医行為には該当しないことが整理された。しかし、その安全性の確保が強く求められることに変わりはない。特に、定期薬の変更や追加、臨時薬の処方が頻繁に発生する在宅医療の現場においては、処方内容の正確な把握や残薬の確認が必要不可欠である。看護師や介護職員等との役割分担が進む中で、お薬カレンダーなどへの薬剤のセットが適切に行われるよう、薬剤師が薬学的観点から支援するとともに、多職種がそれぞれの役割を果たしながら連携することは、在宅療養・施設療養における安全な服薬環境の構築につながる。

本事業には、お薬カレンダーなどの服薬管理ツールへの薬剤のセット間違いに起因するヒヤリ・ハット事例が報告されている。これらの事例について発生要因や背景、再発防止策を分析することは、在宅医療に携わる薬剤師をはじめとする関係者が、より安全で質の高い服薬支援を行うための一助となる。そこで本報告書では、お薬カレンダーなどの服薬管理ツールへの薬剤のセット間違いに関する事例について分析を行った。

なお、本分析は、薬局から本事業に報告された事例を対象としている。そのため、薬剤師が関与し、かつ薬局が把握した事例が収集される傾向にあることを考慮する必要がある。

(1) 報告状況

1) 対象とする事例

調剤に関するヒヤリ・ハット事例のうち、事例の内容で「カレンダー等のセット間違い」を選択して報告された事例の中から、服薬管理ツールへの薬剤のセットに間違いがあった事例を分析の対象とした。なお、セットする前段階で間違いがあった事例、別の薬局で調剤された薬剤のセット間違いの事例は除外した。

2) 報告件数

本報告書の集計期間は2026年1月～6月であるが、対象となる事例の件数が少なかったため2025年7月～2025年12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。2025年7月～2026年6月に報告された事例のうち、対象となる事例は97件であった。

(2) 事例の概要

1) 患者の居住先

患者の居住先を整理して示す。施設が76件と多かった。なお、「介護老人福祉施設」などの施設の種類の記載されていない事例が多く、「施設」として集計した。

図表Ⅲ－１－１ 患者の居住先

場所	件数
施設	76
患者宅	21
合計	97

2) 薬剤をセットした場所

お薬カレンダーなどに薬剤をセットした場所を整理して示す。薬剤を患者の居住先でセットした事例が61件と最も多かった。薬局で薬剤をセットして患者の居住先に持参した事例は25件、薬剤をセットした場所が不明の事例は11件であった。

図表Ⅲ－１－２ 薬剤をセットした場所

場所	薬剤をセットした場所			件数
	患者の居住先	薬局	不明	
施設	46	21	9	76
患者宅	15	4	2	21
合計	61	25	11	97

3) 薬剤をセットした服薬管理ツール

薬剤をセットした服薬管理ツールを整理して示す。お薬カレンダーが38件と最も多かった。なお、対象となる服薬管理ツールを明記せずに「薬剤をセットした」と報告された事例は「不明」に分類した。

図表Ⅲ－１－３ 薬剤をセットした服薬管理ツール

服薬管理ツール		薬剤をセットした場所			合計	
		患者の居住先	薬局	不明		
個人用	お薬カレンダー	22	14	2	38	56
	配薬ケース/ボックス	9	6	2	17	
	服薬支援ロボット	1	0	0	1	
複数人用	配薬カート	6	0	0	6	
不明		23	5	7	35	
合計		61	25	11	97	

4) セットした薬剤

セットした薬剤を整理して示す。定期薬では分包した薬剤が49件と最も多かった。臨時薬でも同様に、分包した薬剤が11件と多かった。

図表Ⅲ－１－４ セットした薬剤

セットした薬剤		薬剤をセットした場所			合計	
		患者の居住先	薬局	不明		
定期薬	分包した薬剤	33	13	3	49	83
	PTP・SP包装の薬剤	17	9	6	32	
	外用薬	0	1	1	2	
臨時薬	分包した薬剤	9	1	1	11	14
	PTP・SP包装の薬剤	2	1	0	3	
合計		61	25	11	97	

(3) 事例の分析

1) 事例の分類

報告された内容から、事例を以下のように分類した。

図表Ⅲ－１－５ 事例の分類

事例の分類	薬剤をセットした場所			合計
	患者の居住先	薬局	不明	
セット漏れ	20	10	5	35
用法や日付などの間違い	16	12	5	33
別患者の薬剤のセット	17	1	0	18
セット済み薬剤の変更間違い	4	2	1	7
その他	4	0	0	4
合計	61	25	11	97

2) 当事者職種

お薬カレンダーなどに薬剤をセットした当事者職種を整理して示す。薬局の薬剤師が最も多かった。薬局の事務員がセットした事例と看護・介護職員がセットした事例はそれぞれ4件であった。なお、薬局などにおける適切な管理体制の下で調剤済みの薬剤を患者のお薬カレンダーや院内の配薬カートなどへ入れる行為は、2019年4月2日に厚生労働省から発出された「調剤業務のあり方について」²⁾において「調剤に該当しない行為として取り扱って差し支えない」と示されている。

図表Ⅲ－１－６ 当事者職種

当事者職種		薬剤をセットした場所			件数	
		患者の居住先	薬局	不明		
薬局の職員	薬剤師	54	24	11	89	93
	事務員	3	1	0	4	
看護・介護職員		4	0	0	4	
合計		61	25	11	97	

3) 発見者と発見時点

セット間違いの発見者と発見時点を患者の居住先ごとに整理して示す。施設では、発見者は施設職員が最も多く、次いで薬局薬剤師が多かった。患者宅の事例では、発見者は薬局薬剤師が多かった。発見時点については、服用時点の前に発見された事例が81件と多かったが、服用時点の後に発見された事例も16件あり、そのうち1件は患者に軽微な治療が行われたことが報告されている。

図表Ⅲ－１－７ 発見者と発見時点

患者の居住先	発見者	発見時点		合計	
		服用時点の前	服用時点の後		
施設	施設職員	42	6	48	76
	薬局薬剤師	22	4	26	
	薬局事務員	1	0	1	
	患者本人	1	0	1	
患者宅	薬局薬剤師	11	4	15	21
	患者本人	2	0	2	
	患者家族	0	2	2	
	訪問看護師	1	0	1	
	ヘルパー	1	0	1	
合計		81	16	97	

4) 発見の契機

発見時点ごとに、主な発見の契機を整理して示す。

図表Ⅲ－１－８ 発見の契機

発見時点	発見の契機
服用時点の前	・ 薬剤師が配薬チェックシートを用いて確認した。 ・ 薬剤師が患者の居宅で薬剤を服薬管理ツールにセットした状態を写真に撮り、薬局にいる薬剤師に確認を依頼した。 ・ 薬剤師がセット後に、残った薬剤を確認した。 ・ 施設職員が、服薬介助時に、分包紙に印字された患者名や用法を確認した。 ・ 施設職員が、セットされた薬剤がいつもと異なることに気付き、薬剤師に連絡した。
服用時点の後	・ 薬剤師が薬剤セット時に、前回の薬剤のセット状況を確認した。 ・ 施設職員が患者の体調変化に気付き、医師・薬剤師に連絡した。

(4) 事例の内容

1) セット漏れの事例

セット漏れの事例について、主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－１－９ 事例の内容

患者の 居住先	No.	事例の内容
施設	定期薬	
	1	医療機関Aと医療機関Bから処方された薬剤を、医療機関ごとに分けて分包して施設に持参した。薬剤師は医療機関Aの薬剤のみセットし、医療機関Bの薬剤のセットを忘れた。
	2	患者が入居する施設では、寝る前の薬剤は、他の薬剤とは別の場所にセットするルールであった。患者に朝食後、夕食後、寝る前の薬剤が処方された際、朝食後と夕食後の薬剤はセットしたが、寝る前の薬剤のセットを忘れた。
	3	施設の複数の患者にミノドロン酸錠50mg「トーワ」が処方されていた。月に1回服用する薬剤はフロアごとにまとめて専用のお薬カレンダーにセットするルールであった。薬剤師は、1、2階の患者に処方されたミノドロン酸錠50mg「トーワ」のみセットして、3階の患者の分のセットを忘れた。
	4	患者にツロブテロールテープ2mg「サワイ」が処方されていた。施設との取り決めで、毎日貼付する外用薬はお薬カレンダーにセットすることになっていたが、セットを忘れた。
	臨時薬	
	5	往診同行時、患者にレキサルティOD錠1mg 1回1錠1日1回朝食後とモサプリドクエン酸塩錠5mg 1回1錠1日3回毎食後が処方され、翌日から服用するよう指示があった。施設には定期薬が10日分程度残っていた。当薬局では、処方薬の追加があった場合は、薬局に戻って追加分を調剤し、施設にてセット済みの薬剤と追加薬を貼り合わせてセットし直している。今回、処方薬剤が追加されたため、追加分を薬局で調剤し、施設でセット済みの分包に貼り付ける作業をした際、朝食後の分包にレキサルティOD錠1mgとモサプリドクエン酸塩錠5mgを貼り合わせてセットするところ、モサプリドクエン酸塩錠5mgをセットし忘れた。
患者宅	定期薬	
	6	患者にアレンドロン酸錠35mgなどが処方されていた。薬剤師が患者宅にてお薬カレンダーに薬剤をセットした。患者宅のお薬カレンダーは朝・夕・寝る前の3列構造で起床時のポケットがないため、起床時に服用するアレンドロン酸錠35mgは朝のポケットに朝食後の分包と共にセットするルールであったが、アレンドロン酸錠35mgをセットし忘れた。

2) 用法や日付などの間違いの事例

用法や日付などの間違いの事例について、主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－１－１０ 事例の内容

患者の 居住先	No.	事例の内容
施設	定期薬	
	1	薬剤師がお薬カレンダーに薬剤をセットしたが、誤って朝食後と夕食後の分包を逆にセットした。患者が服用する前に施設の介護者が間違いに気づき、薬局に連絡した。
	2	患者にオメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセルが処方された。昼食後に服用するよう指示があったが、薬剤師は思い込みで朝食後にセットした。
	3	薬剤師が患者のお薬カレンダーに薬剤をセットしたが、分包紙に印字した日付とカレンダーの日付が一致していなかった。施設から薬局に対し、正しくセットし直すよう連絡があった。
	4	患者にリセドロン酸Na錠75mg「日医工」が毎月20日に服用するよう処方されていた。薬剤師がお薬カレンダーの予定より1週間早い日付にセットした。
患者宅	定期薬	
	5	薬剤師が患者宅にてお薬カレンダーに薬剤をセットした。患者家族と会話をしながら作業を行ったため集中力を欠き、朝食後の薬剤と夕食後の薬剤を逆にセットした。
	6	患者にアムロジピンOD錠5mg「VTRS」が処方されていた。往診時に服用する曜日が変更になったが、ヘルパーがお薬カレンダーの変更前の曜日にセットした。次の往診時、誤ってセットされていたことがわかった。
	7	患者にカリメート経口液が処方され、隔日に服用するよう指示があった。薬剤師は事務員に薬局内に保管しているお薬ボックスへのセットを指示した。事務員は指示書を確認せず、連日服用するものと思い込み、カリメート経口液を誤ってセットした。

3) 別患者の薬剤をセットした事例

別患者の薬剤をセットした事例について、主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－１－１１ 事例の内容

患者の 居住先	No.	事例の内容
施設	定期薬	
	1	患者Xにジクトルテープ75mgが処方された。薬剤師は、患者Xのお薬カレンダーの隣に配置されていた患者Yのお薬カレンダーに誤ってセットした。
	2	患者Xにモビコール配合内用剤LDが処方された。薬剤師は、患者Xと同じ苗字の患者Yのお薬カレンダーに誤ってセットした。
	臨時薬	
	3	患者Xにアスパラカリウム錠300mgが追加で処方された。薬剤師は、既に配薬ボックス内にセットしてある定期薬の分包紙に、アスパラカリウム錠300mgをPTPシートのままステープラで留める作業を行ったが、誤って1日分のみ患者Yの分包紙にステープラで留めた。
	4	患者Xにデザレックス錠5mgが追加で処方された。薬剤師は、患者Xとは姓は異なるが名が同じ患者Yのお薬カレンダーに誤ってセットした。

4) セット済み薬剤の変更間違いの事例

セット済み薬剤の変更間違いの事例について、主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－１－１２ 事例の内容

患者の 居住先	No.	事例の内容
施設	定期薬	
	1	患者にビソプロロールフマル酸塩錠5mg「日医工」ほか8剤が処方されていた。多職種で使用しているコミュニケーションツールを使って、施設看護師より〇月14日に内服中止の情報が送信された。施設看護師はすでにセットされていた〇月17日までの薬剤を、お薬カレンダーから抜き取った。薬剤師はコミュニケーションツールの確認をしなかったため、内服中止指示が出ていることに気付かず、施設を訪問してお薬カレンダーに〇月18日の分から薬剤をセットした。
	2	患者にツムラ五苓散エキス顆粒1回1包1日2回朝夕食後などが処方されていた。処方医より、ツムラ五苓散エキス顆粒の中止の指示があったため、薬剤師は施設を訪問し、セットした薬剤からツムラ五苓散エキス顆粒を抜き取ることにした。しかし、薬剤師は処方箋などを確認せず、ツムラ五苓散エキス顆粒の用法は1日1回朝食後であると思い込んでいたため、夕食後のセットからツムラ五苓散エキス顆粒を抜かなかった。
	3	患者にメトトレキサート錠2mg「タナベ」1回2錠朝夕食後・毎週金曜日などが処方されていた。往診でメトトレキサート錠2mg「タナベ」1回1錠朝夕食後・毎週金曜日に変更となったため、施設職員がセット済みのメトトレキサート錠2mg「タナベ」を1回1錠にセットし直した。施設職員は、メトトレキサート錠2mg「タナベ」を連日服用するものと思い込んでいたため、抜き取った薬剤を次の日の土曜日にセットした。訪問した薬剤師がセットの間違いに気付いた。
患者宅	定期薬	
	4	患者にクラリスロマイシン錠200mg「トーワ」などが処方されており、クラリスロマイシン錠200mg「トーワ」は他の定期薬とは別に分包して、お薬カレンダーにセットしていた。今回、医師から定期薬の変更指示があり、薬剤師はセット済みの薬剤を回収した。クラリスロマイシン錠200mg「トーワ」の中止指示はなかったが、誤ってクラリスロマイシン錠200mg「トーワ」も回収した。

5) その他の事例

その他の事例について、主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－１－１３ 事例の内容

患者の 居住先	No.	事例の内容
患者宅	定期薬	
	1	薬剤師が1日1回朝食後に服用する定期薬を服薬支援ロボットにセットした。その際、用法を誤って朝夕食後に設定した。後日、患者家族より、1日2回朝食後と夕食後に服薬支援ロボットから薬剤が出てきたことを伝えられた。
	臨時薬	
	2	患者にトラネキサム酸錠250mgが28日分処方された。患者宅のお薬カレンダーにはすでに定期薬がセットされていたため、薬剤師が訪問してトラネキサム酸錠250mgを追加することにした。患者宅には月曜日スタートの1週間で1枚のタイプのお薬カレンダーが4枚あった。トラネキサム酸錠250mgの服用は1枚目のカレンダーの土曜日から開始する予定であったため、薬剤師は1枚目のカレンダーには土曜日、日曜日の2日分、2枚目以降には7日分ずつセットした。余った5日分は1枚目のカレンダーの空いたポケットにセットして、患者にその旨説明を行った。患者は薬剤師の説明を理解できておらず、1枚目のカレンダーの日曜日にセットされた薬剤を服用した翌日、1枚目のカレンダーの月曜日のポケットにあるトラネキサム酸錠250mgのみを服用し、2枚目のカレンダーにセットされた定期薬を服用しなかった。

(5) 事例の背景・要因

事例の背景・要因について、薬剤をセットした場所ごとに整理して示す。

図表Ⅲ－１－１４ 背景・要因

薬剤をセットした場所	背景・要因
薬局	・慣れと慢心から、セットする薬剤をまとめた一覧表の確認を怠った。 ・狭い作業スペースで複数の患者の薬剤をまとめてセットしていた。 ・薬剤をセットする際に確認する指示書に、医療機関Aと医療機関Bの薬剤を合わせてお薬カレンダーにセットする旨の記載がなかったため、医療機関Bの薬剤のセットが漏れた。 ・臨時対応時の手順がスタッフ間で統一されていなかった。 ・普段はセットする薬剤の変更点を確認するためのチェックリストを作成するが、今回は急いで対応する必要があったため作成しなかった。
施設	・時間に追われて焦っていた。 ・施設の職員と話をしながらセットしていたため、注意が散漫になった。 ・施設スタッフからの口頭の申し送りのみで作業を行い、処方箋を確認しなかった。 ・昼食前と昼食後の薬剤は同じポケットに入れるルールであったが、昼食前の薬剤がセットしてあったことで、昼食後の薬剤がすでにセットしてあると勘違いした。 ・氏名の確認を行わなかったため、隣にあった別の入居者の薬袋から薬剤を取り出してセットしたことに気付かなかった。 ・セットを行う場所が狭く、施設看護師と場所を譲り合いながらセットを行っていたため、作業を中断する時間が数回あった。 ・施設側の感染症対策のため、訪問者の人数が1名に限定されており、薬剤のセットとその後のチェックを1名で行わなければならなかった。
患者宅	・患者が就寝中であつたので、明かりをつけずに暗い環境で作業した。 ・薬剤を保管するケースの中が整理されていなかった。 ・患者家族と会話しながらセットしたため、集中力が低下した。

(6) 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－１－１５ 薬局から報告された改善策

○記録
・処方内容の変更点だけでなく、セット時の注意点も作業指示書に記載する。 ・複数の医療機関から処方が出ている場合は、薬剤服用歴の表紙にその旨を記載する。
○薬剤の管理
・次回にセット予定の薬剤を保管している場合は、視覚的に区別しやすいように整理整頓しておく。
○分包紙の印字
・隔日服用や週3回服用、週1回服用などの特殊な服用方法の薬剤は、他の薬剤とは分けて、服用する日付を印字する。 ・分包紙には日付だけでなく曜日も印字する。
○セット時の手順やルール
・施設では部屋番号や患者のフルネームを確認してからセットする。 ・PTP包装の薬剤には患者名の印字がないため、セット時に間違いが起きないように薬袋に記載された患者名を十分に確認する。 ・患者が服用する薬剤の一覧表などを作成し、確認しながらセットする。 ・十分な作業スペースを確保したうえでセット業務を行う。 ・施設の職員や患者と話すときは、セット作業を中断する。 ・セットが完了していない場合は、「未」の札を入れることで、作業が完了してないことがわかるようにする。 ・お薬カレンダーにセットする際、セットすべき薬剤がないポケットには「なし」の札を入れ、セット漏れの有無がわかるようにする。 ・薬局以外の場所でお薬カレンダーに薬剤をセットする場合には、セット後に撮影した写真を店舗スタッフに送付し別の薬剤師に確認してもらう。
○その他
・時間的な余裕をもって患者宅や施設を訪問する。 ・患者宅を訪問する前に、お薬カレンダーにセットした薬剤を再確認する。

(7) まとめ

本テーマでは、お薬カレンダーなどのセット間違いに関する事例について、間違いの内容や背景・要因の分析を行った。

分析の対象とした事例では、お薬カレンダーなどへの薬剤のセット間違いとして、セット漏れ、用法や日付などの誤り、別患者の薬剤のセットが多く報告された。また、販売包装（PTP包装・SP包装など）のままセットする薬剤や、週1回服用・隔日服用など特殊な服用方法の薬剤のセット、処方変更に伴うセット済み薬剤の変更などのように通常の定期薬とは異なる作業を伴う場面で間違いが起きた事例が多くみられた。その背景には、思い込みや確認不足といった人的要因だけでなく、作業の中断、時間的制約、薬剤の保管方法、処方変更時の情報共有不足など、複数の要因が重なっていた。

薬剤のセット行為そのものは一見単純な作業に見えるが、実際には患者ごとの服薬状況や処方変更を把握し、多職種間で情報共有を行いながら実施する服薬支援プロセスの一部である。したがって、「個人の注意力」に依存するのではなく、以下のような多層的な防御策を組み合わせることで安全性を確保する体制を整えることが求められる。

- 情報の共有

処方内容や臨時薬の情報を、ICTやチェックリストなどを活用して多職種間で確実に共有する仕組みを構築する。

- 手順の標準化

薬剤の保管ルールやセット手順を明確化するとともに、販売包装のままセットする薬剤や特殊な服用方法の薬剤など、間違いやすい薬剤をセットする際の確認手順を定め、遵守する。

- 確認体制の強化

写真を用いた記録や遠隔での確認、薬剤師や看護・介護職員などによる確認など、複数の方法を組み合わせた確認体制を構築する。

近年、在宅医療や介護の現場では、処方内容の変更などに関する情報共有のため、多職種連携を支援するコミュニケーションツールが活用されている。本テーマでは、コミュニケーションツール上で共有された処方変更情報の確認漏れによりセット間違いが発生した事例を紹介した。現状では、このような事例の報告は少ないが、コミュニケーションツールでの情報共有の方法や確認手順が他の薬局の参考となるよう、積極的に報告をお願いしたい。

本分析を在宅医療に携わる薬剤師をはじめとする関係者が共有し、お薬カレンダーなどに薬剤をセットする業務の標準化が推進され、患者に安全な薬物治療を提供できる体制が構築される一助となれば幸いである。

(8) 参考文献

1. 厚生労働省. 医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について(その3). 令和7年12月26日付医政発1226第12号.
<https://www.mhlw.go.jp/content/001624372.pdf> (参照2026-7-13).
2. 厚生労働省. 調剤業務のあり方について. 平成31年4月2日付薬生総発 0402第1号.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000498352.pdf> (参照2026-7-13).

事例から学ぶ

お薬カレンダーなどのセット間違いに関する事例

【セット漏れ】

■事例の詳細

薬剤師は、患者の自宅を訪問して定期薬をお薬カレンダーにセットし、記録のために写真を撮影した。薬局で別の職員が、撮影したお薬カレンダーの写真を確認した際に、SP包装のオメガー3脂肪酸エチル粒状カプセル2g「武田テバ」がセットされていないことに気付いた。

■背景・要因

お薬カレンダーにセットする前に全ての薬剤が作業スペースにあること、セット後には正しくセットされていることを確認するルールであったが、確認を怠った。

■薬局から報告された改善策

セットする際のルールを薬局内で再確認した。別包やSP包装など、セット漏れが起きる可能性のある薬剤がある場合は、薬剤服用歴に注意を促す記載を行った。

→この他にもセット漏れの事例が報告されています。

【セット漏れ】

- ◆施設の患者に内科と精神科から薬剤が処方されており、診療科ごとに分けて分包していた。医師の往診により、セット済みの内科の薬剤について変更の指示があった。施設から薬剤を回収し、内科の薬剤を分包し直して再セットしたが、その際、精神科の薬剤のセットが漏れた。

→その他の事例も報告されています。

【用法や日付などの間違い】

- ◆患者にカリメート経口液が処方され、隔日に服用するよう指示があった。薬剤師は事務員に、薬局内に保管しているお薬ボックスへのセットを指示した。事務員は指示書を確認せず、連日服用するものと思い込み、カリメート経口液を誤ってセットした。

【別患者の薬剤のセット】

- ◆施設の同じフロアに同じ姓の患者Xと患者Yが入居していた。配薬ボックスに表示された氏名の確認を行わず、患者Xと患者Yの薬剤を間違えてセットした。

【セット済み薬剤の変更間違い】

- ◆ 患者にツムラ五苓散エキス顆粒1回1包1日2回朝夕食後などが処方されていた。処方医よりツムラ五苓散エキス顆粒の中止の指示があったため、薬剤師は施設を訪問し、セットした薬剤からツムラ五苓散エキス顆粒を抜き取ることにした。しかし、薬剤師は処方箋などを確認せず、ツムラ五苓散エキス顆粒の用法は1日1回朝食後であると思い込んでいたため、夕食後のセットからツムラ五苓散エキス顆粒を抜かなかった。

ポイント

- 在宅療養や施設療養の現場では、患者が適切に服薬できるよう、お薬カレンダーをはじめとする服薬管理ツールが広く活用されている。薬剤師は、これらのツールへの薬剤のセットや管理方法の提案・調整などを通じて服薬支援を行っているが、その過程で薬剤のセット間違いが生じた場合、誤った薬剤の服用につながる可能性がある。
- お薬カレンダーなどへの薬剤のセット間違いを防ぐためには、処方された薬剤の保管ルールやセット手順、確認方法を手順書に定め、遵守する必要がある。
- 販売包装（PTP包装・SP包装など）のままセットする薬剤や、週1回服用・隔日服用など通常とは異なる服用方法の薬剤は、セット漏れや用法・日付の間違いが起こりやすい。これらの薬剤については、チェックリストを作成し、セット前後の確認手順を標準化するなど、間違いが起きないように特に注意する必要がある。
- 本事業には、医師からの服薬中止指示や処方変更などに伴い、施設でセット済み薬剤の変更や追加を行った際に誤って別患者の薬剤をセットした事例が報告されている。現場での複雑な作業はリスクを伴うため、可能な限り薬局内で再調製・再セットを行い、現場での作業を最小限とすることが望ましい。
- セット間違いの背景には、思い込みや確認不足だけでなく、作業の中断、時間的制約、処方変更時の情報共有不足など、複数の要因が関与している。写真を用いた記録や遠隔での確認、看護・介護職員などによる確認など、複数の方法を組み合わせた確認体制を構築することが重要である。
- お薬カレンダーなどへの薬剤のセットは、一見単純な作業に見えるが、患者ごとの服薬状況や処方変更への対応、多職種での情報共有などを伴う服薬支援プロセスの一部である。安全な服薬支援を実現するためには、情報共有、業務手順の標準化、確認体制の強化を行い、システムとして安全性を高めていくことが求められる。



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-jcqh.or.jp/>