薬局ヒヤリ･ハット事例収集･分析事業
第８回集計報告
（平成２４年７月～１２月）

平成２５年３月２８日

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

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/
〇報告書類・年報　：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/report/index.html
〇公開データ検索　：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/phsearch/SearchReport.action
〇薬局ヒヤリ・ハット分析表：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/analysis_table/index.html
〇共有すべき事例　：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 …… 25

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	7,225

２．事業参加薬局における登録軒数の推移

	平成24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	155	125	124	121	104	106	141	58	48	85	77	61
登録取下げ薬局数	2	1	1	0	1	0	1	0	1	2	4	4
累　計	6,190	6,314	6,437	6,558	6,661	6,767	6,907	6,965	7,012	7,095	7,168	7,225

※　１７軒のうち、１２軒は薬局廃止による登録取下げ、３軒は薬局の管理者交代による登録取下げ、１軒は移転に伴う薬局廃止による登録取下げ、１軒は事業参加継続困難な状況による登録取下げである。

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	480	東京都	493	滋賀県	63	香川県	93
青森県	129	神奈川県	493	京都府	121	愛媛県	92
岩手県	68	新潟県	217	大阪府	426	高知県	93
宮城県	214	山梨県	46	兵庫県	285	福岡県	458
秋田県	85	長野県	92	奈良県	72	佐賀県	136
山形県	59	富山県	36	和歌山県	32	長崎県	92
福島県	130	石川県	44	鳥取県	26	熊本県	179
茨城県	95	福井県	16	島根県	55	大分県	68
栃木県	221	岐阜県	130	岡山県	82	宮崎県	85
群馬県	131	静岡県	171	広島県	136	鹿児島県	102
埼玉県	140	愛知県	202	山口県	457	沖縄県	41
千葉県	131	三重県	139	徳島県	69	合　計	7,225

注：平成２４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８回集計
報　告　月	７月～１２月
事業参加薬局数	7,237
事業参加薬局のうち報告のあった薬局数	608
公　表　件　数	3,259

２．月別報告件数

	平成24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)	6,190	6,314	6,437	6,558	6,661	6,767	6,907	6,965	7,012	7,095	7,168	7,225
報　告　件　数	743	644	743	536	541	700	506	477	391	609	615	661
公　表　件　数	743	644	743	536	541	700	506	477	391	609	615	661

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
	平成24年７月～12月	平成24年７月～12月
１　人	1,452	197
２　人	2,636	804
３　人	1,451	474
４　人	744	637
５　人	393	261
６　人	210	238
７　人	123	338
８　人	82	105
９　人	34	3
10　人	31	145
11人以上	81	57
合　計	7,237	3,259

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。但し、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
	平成24年７月～12月	平成24年７月～12月
0～ 500回	986	76
501～1000回	1,837	500
1001～1500回	1,706	768
1501～2000回	1,222	456
2001～2500回	575	396
2501～3000回	363	245
3001～3500回	178	159
3501～4000回	162	116
4001回以上	208	543
合　　計	7,237	3,259

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
	平成24年７月～12月	平成24年７月～12月
０品目	6	0
1～ 100品目	25	0
101～ 500品目	575	67
501～1000品目	3,777	1,064
1001～1500品目	2,011	1,127
1501～2000品目	641	926
2001～2500品目	147	55
2501～3000品目	37	16
3001品目以上	18	4
合　　計	7,237	3,259

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
	平成24年７月～12月	平成24年７月～12月
０品目	10	0
1～ 100品目	2,134	493
101～ 500品目	4,748	2,727
501～1000品目	337	39
1001～1500品目	2	0
1501～2000品目	2	0
2001～2500品目	1	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	3	0
合　　計	7,237	3,259

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
	平成24年７月～12月	平成24年７月～12月
０品目	707	194
1～　10品目	1,426	1,008
11～　50品目	2,270	1,120
51～ 100品目	918	249
101～ 150品目	310	296
151～ 200品目	278	83
201～ 250品目	125	32
251～ 300品目	216	26
301～ 500品目	426	172
500～1000品目	392	55
1001品目以上	169	24
合　　計	7,237	3,259

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
	平成24年７月～12月	平成24年７月～12月
0	15	0
1 ～ 10	1,561	310
11 ～ 20	1,616	526
21 ～ 30	1,206	515
31 ～ 40	725	456
41 ～ 50	646	324
51 ～ 60	359	90
61 ～ 70	238	236
71 ～ 80	186	100
81 ～ 90	131	59
91 ～ 100	159	58
101 以上	395	585
合　　計	7,237	3,259

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
	平成24年７月～12月	平成24年７月～12月
10%未満	240	44
10%以上20%未満	1,392	503
20%以上30%未満	2,124	1,177
30%以上40%未満	2,134	1,137
40%以上50%未満	835	258
50%以上60%未満	285	90
60%以上70%未満	131	42
70%以上80%未満	51	5
80%以上90%未満	38	2
90%以上	7	1
合　　計	7,237	3,259

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
	平成24年７月～12月	平成24年７月～12月
北　海　道	481	281
東　　北	685	109
関東甲信越	2,062	1,525
東海北陸	739	100
近　　畿	1,002	397
中国四国	1,105	683
九州沖縄	1,163	164
合　　計	7,237	3,259

１１．報告件数別事業参加薬局数

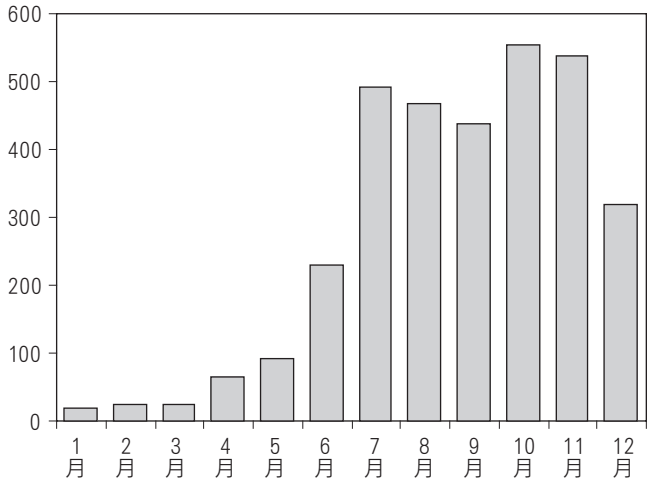
報告件数	事業参加薬局数
平成24年７月～12月	平成24年７月～12月
0	6,629
1 ～ 5	503
6 ～ 10	58
11 ～ 20	21
21 ～ 30	10
31 ～ 40	4
41 ～ 50	0
51 以上	12
合　　計	7,237

【３】報告内容

平成２４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３，２５９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。

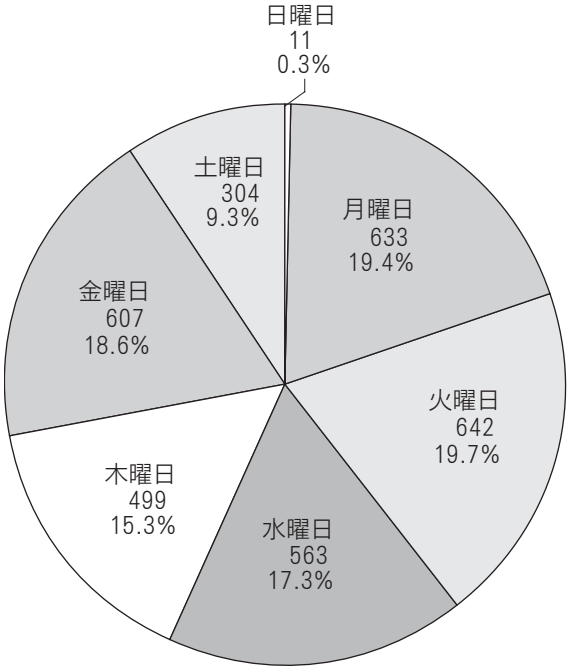
１．発生月

発　生　月	件数
1　月	18
2　月	25
3　月	23
4　月	64
5　月	93
6　月	229
7　月	492
8　月	467
9　月	438
10　月	554
11　月	538
12　月	318
合　計	3,259



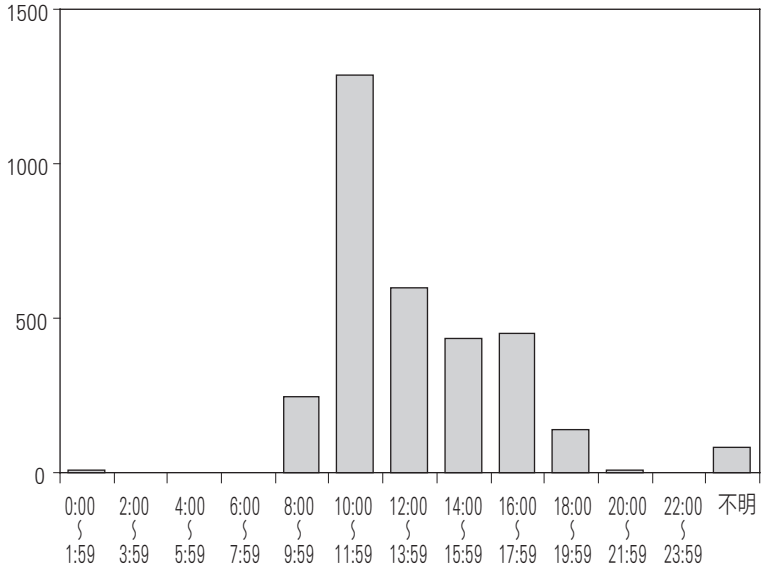
２．発生曜日

発生曜日	件数
日　曜　日	11
月　曜　日	633
火　曜　日	642
水　曜　日	563
木　曜　日	499
金　曜　日	607
土　曜　日	304
合　計	3,259



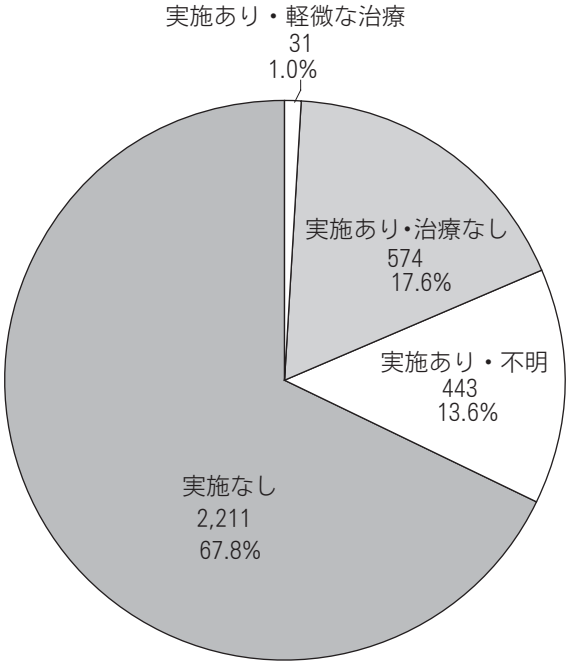
３．発生時間帯

発生時間帯	件数
0：00～ 1：59	5
2：00～ 3：59	0
4：00～ 5：59	4
6：00～ 7：59	0
8：00～ 9：59	249
10：00～11：59	1,284
12：00～13：59	601
14：00～15：59	436
16：00～17：59	447
18：00～19：59	140
20：00～21：59	11
22：00～23：59	0
不　　明	82
合　　計	3,259



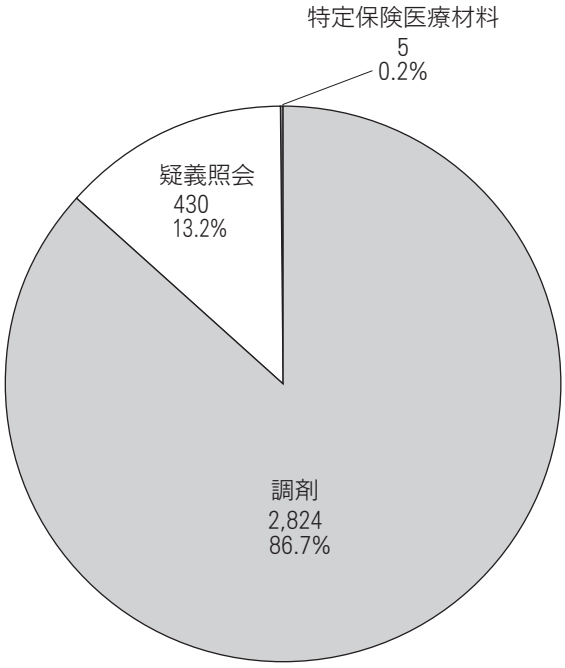
４．実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	31
実施あり・治 療 な し	574
実施あり・不　　明	443
実施なし	2,211
合　　計	3,259



５．事例の概要

事例の概要（注１）	件数
調　　剤（注３）	2,824
疑義照会（注２）（注３）	430
特定保険医療材料	5
医薬品の販売	0
合　　計	3,259

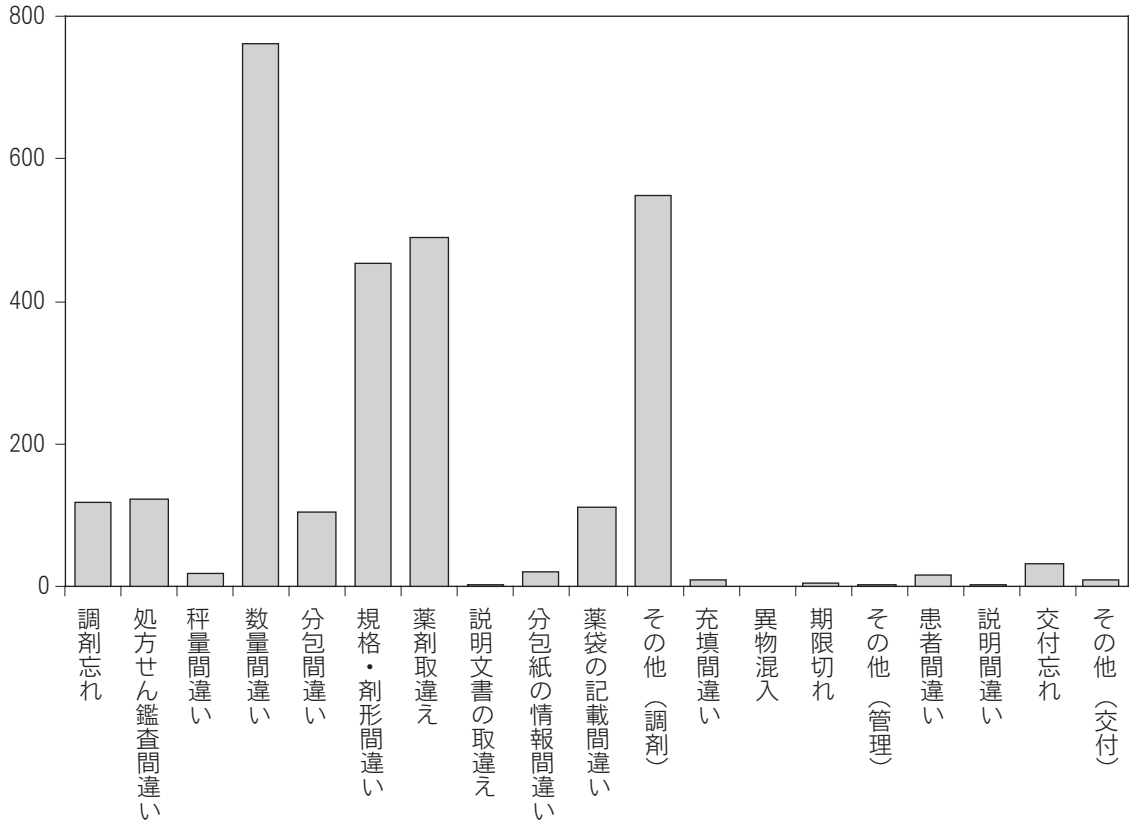


注１：ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。Ｐ２（注１）参照。
注２：疑義照会についても薬局で発生した、または発見された事例であるが、医療機関で発生した処方の誤りを薬局で発見した事例が大半を占めている。
注３：調剤の過程において処方せん鑑査を誤ったために疑義照会を行わなかった事例は、「調剤」に集計されている。

１）調剤に関する項目

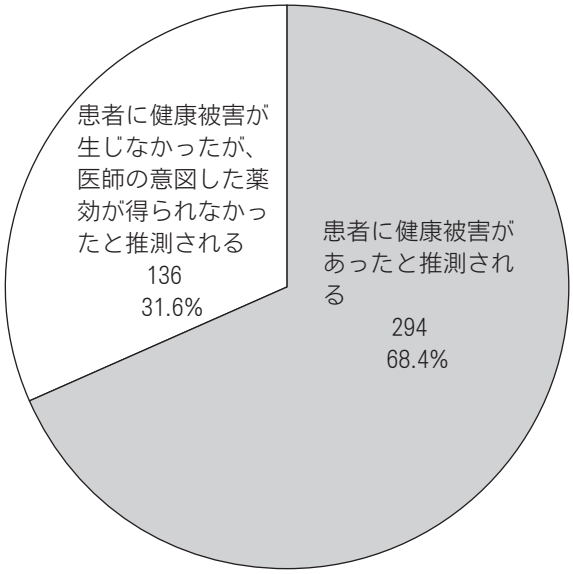
発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	118
	処方せん鑑査間違い	123
	秤量間違い	17
	数量間違い	761
	分包間違い	104
	規格・剤形間違い	454
	薬剤取違え	490
	説明文書の取違え	3
	分包紙の情報間違い	20
	薬袋の記載間違い	110
	その他（調剤）	548

発生場面	事例の内容	件数
管理	充填間違い	9
	異物混入	1
	期限切れ	5
	その他（管理）	2
交付	患者間違い	15
	説明間違い	3
	交付忘れ	32
	その他（交付）	9
合計		2,824

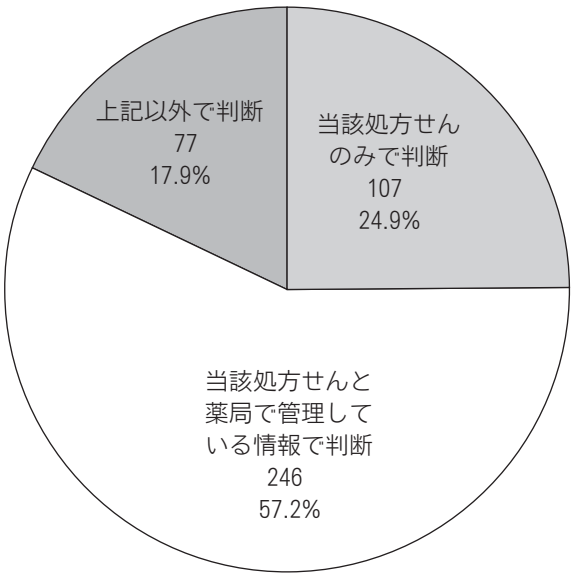


２）疑義照会に関する項目

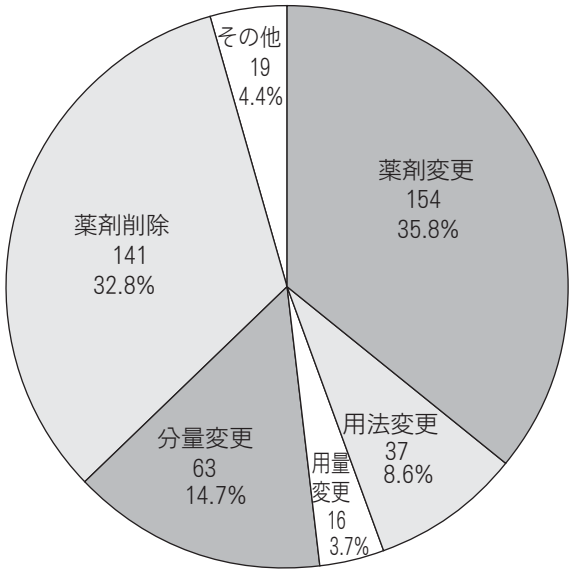
仮に変更前の処方の通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	294
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	136
合　　計	430



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	107
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	246
上記以外で判断	77
合　　計	430

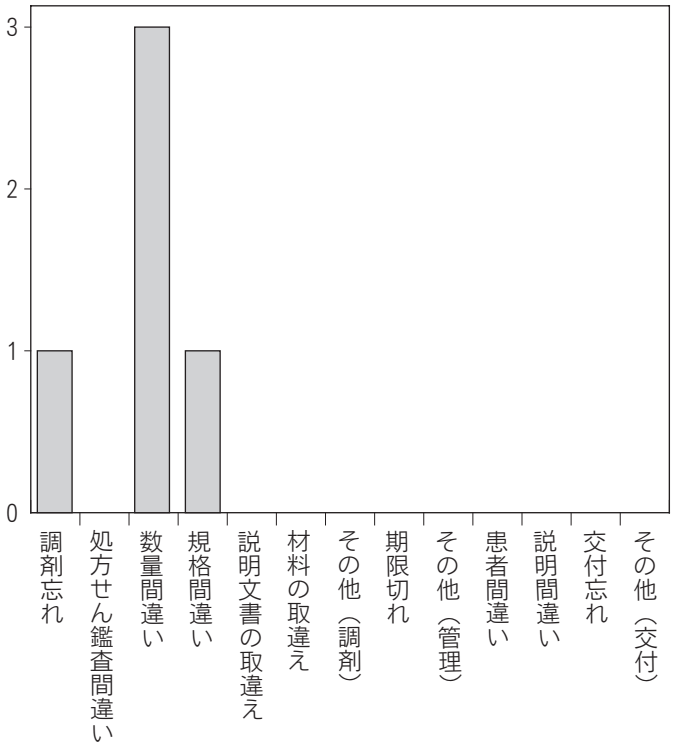


変更内容	件数
薬　剤　変　更	154
用　法　変　更	37
用　量　変　更	16
分　量　変　更	63
薬　剤　削　除	141
そ　の　他	19
合　　計	430



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
	処方せん鑑査間違い	0
	数量間違い	3
	規格間違い	1
	説明文書の取違え	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		5

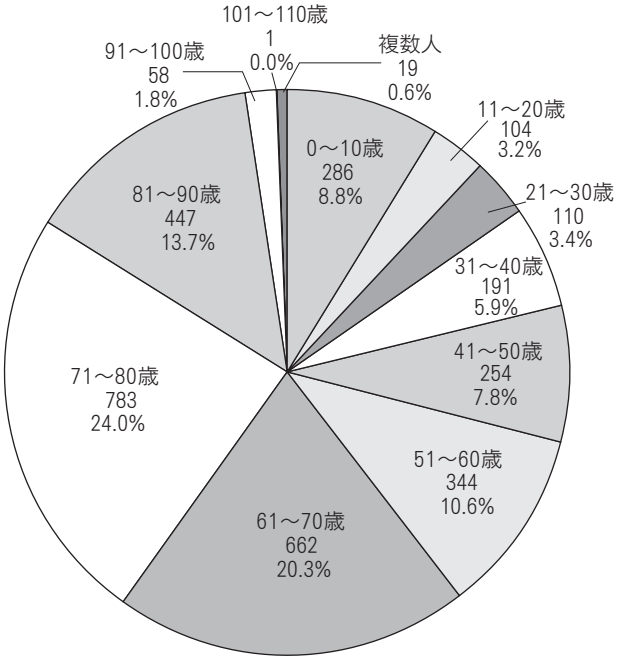


４）医薬品の販売に関する項目

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	0
合計	0

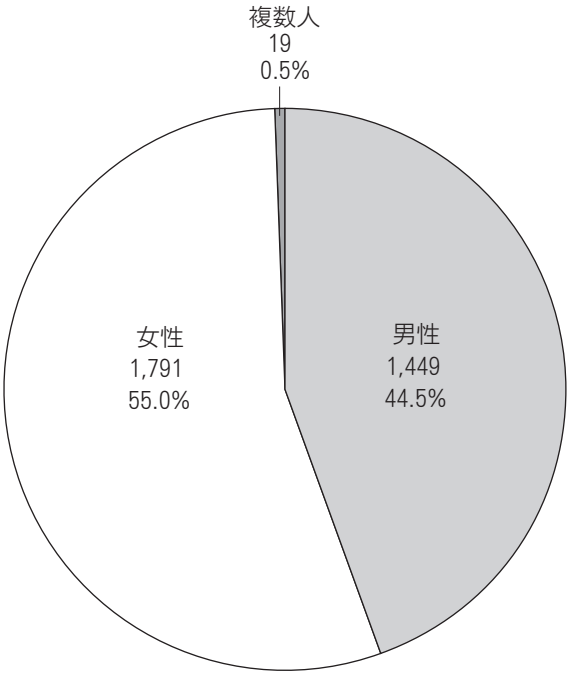
６．患者の年齢

患者の年齢	件数
0 ～ 10歳	286
11 ～ 20歳	104
21 ～ 30歳	110
31 ～ 40歳	191
41 ～ 50歳	254
51 ～ 60歳	344
61 ～ 70歳	662
71 ～ 80歳	783
81 ～ 90歳	447
91 ～ 100歳	58
101 ～ 110歳	1
111 ～ 120歳	0
121 ～ 130歳	0
131歳以上	0
複 数 人	19
合　　計	3,259



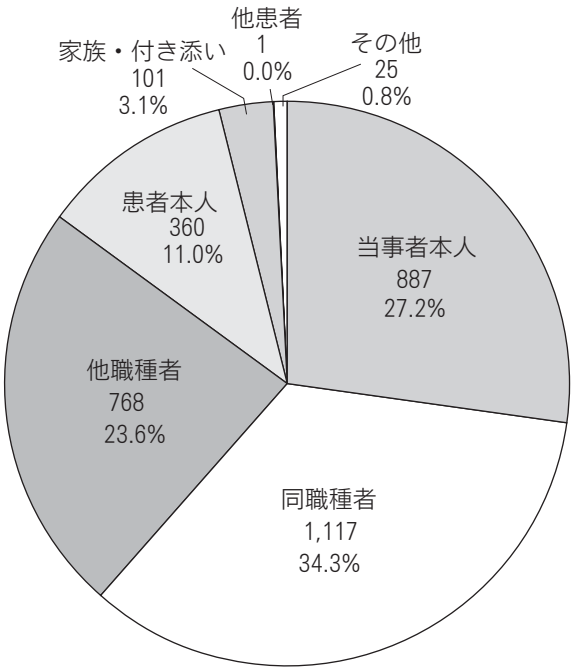
７．患者の性別

患者の性別	件数
男　　性	1,449
女　　性	1,791
複　数　人	19
合　　計	3,259



８．発見者

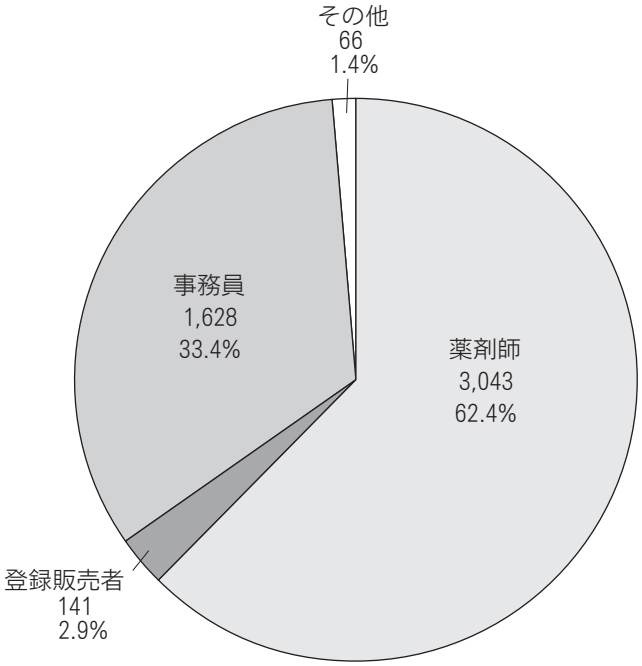
発見者	件数
当事者本人	887
同職種者	1,117
他職種者	768
患者本人	360
家族・付き添い	101
他患者	1
その他	25
合計	3,259



９．当事者

当事者	件数
薬剤師	3,043
登録販売者	141
事務員	1,628
その他	66
合計	4,878

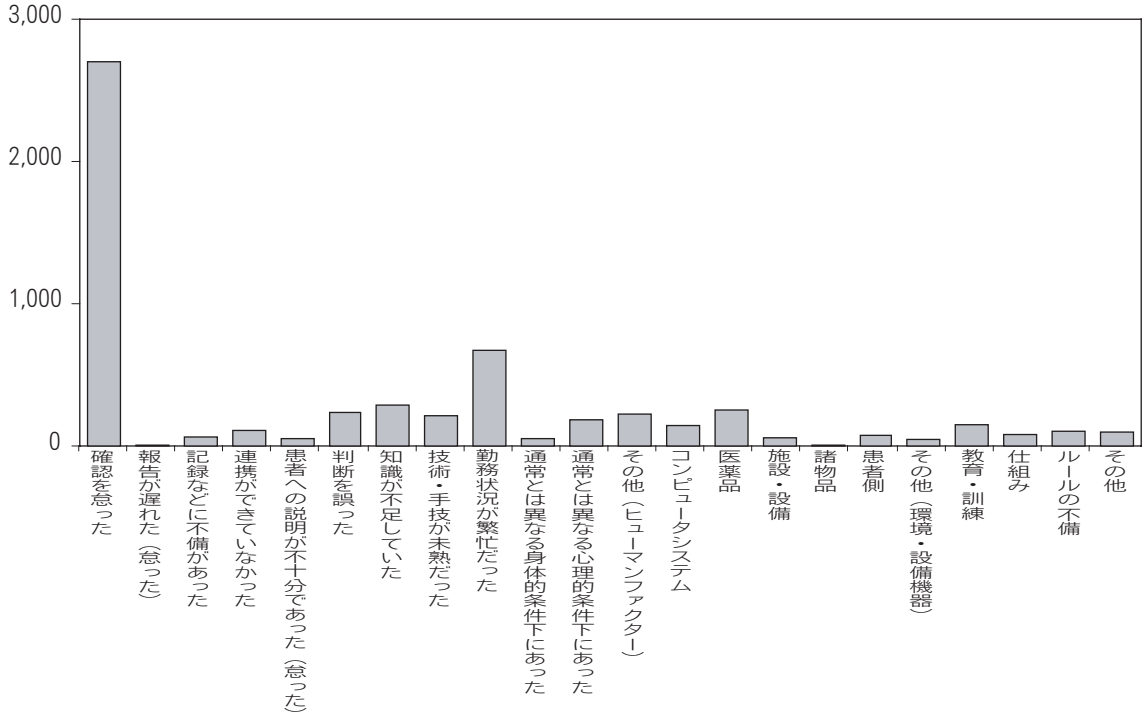
注：「当事者」は複数回答が可能である。



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	2,699
		報告が遅れた（怠った）	5
		記録などに不備があった	62
		連携ができていなかった	107
		患者への説明が不十分であった（怠った）	51
		判断を誤った	235
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	288
		技術・手技が未熟だった	215
		勤務状況が繁忙だった	670
		通常とは異なる身体的条件下にあった	50
		通常とは異なる心理的条件下にあった	185
		その他（ヒューマンファクター）	222
	環境・設備機器	コンピュータシステム	143
		医薬品	252
		施設・設備	55
		諸物品	7
		患者側	72
		その他（環境・設備機器）	44
	その他	教育・訓練	147
		仕組み	80
		ルールの不備	103
		その他	97
		合　計	5,789

注：「発生要因」は複数回答が可能である。



１１．事例の概要×発生要因

事例の概要×発生要因	調　剤	疑義照会(注1)	特定保険医療材料	医薬品の販　売	合　計
確認を怠った	2,615	79	5	0	2,699
報告が遅れた（怠った）	3	2	0	0	5
記録などに不備があった	28	34	0	0	62
連携ができていなかった	59	48	0	0	107
患者への説明が不十分であった（怠った）	41	10	0	0	51
判断を誤った	230	5	0	0	235
知識が不足していた	228	59	1	0	288
技術・手技が未熟だった	205	10	0	0	215
勤務状況が繁忙だった	627	42	1	0	670
通常とは異なる身体的条件下にあった	49	1	0	0	50
通常とは異なる心理的条件下にあった	179	6	0	0	185
その他（ヒューマンファクター）	151	71	0	0	222
コンピュータシステム	100	42	1	0	143
医　薬　品	227	25	0	0	252
施設・設備	51	4	0	0	55
諸　物　品	5	2	0	0	7
患　者　側	17	55	0	0	72
その他（環境・設備機器）	22	22	0	0	44
教育・訓練	122	24	1	0	147
仕　組　み	68	12	0	0	80
ルールの不備	92	11	0	0	103
そ　の　他	19	78	0	0	97
合　計	5,138	642	9	0	5,789

注：「発生要因」は複数回答が可能である。

注１：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、処方の誤りが発生した医療機関の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．当事者×発生要因

当事者×発生要因	薬 剤 師	登録販売者	事 務 員	そ の 他	合　　計
確認を怠った	2,485	116	1,471	44	4,116
報告が遅れた（怠った）	7	0	2	2	11
記録などに不備があった	73	1	23	8	105
連携ができていなかった	177	19	36	5	237
患者への説明が不十分であった（怠った）	82	5	22	3	112
判断を誤った	215	4	143	3	365
知識が不足していた	301	7	125	17	450
技術・手技が未熟だった	205	5	111	15	336
勤務状況が繁忙だった	787	15	282	2	1,086
通常とは異なる身体的条件下にあった	41	2	30	1	74
通常とは異なる心理的条件下にあった	180	10	85	5	280
その他（ヒューマンファクター）	257	8	90	5	360
コンピュータシステム	159	1	98	4	262
医　薬　品	290	9	85	10	394
施設・設備	78	5	23	3	109
諸　物　品	10	2	3	0	15
患　者　側	79	1	11	1	92
その他（環境・設備機器）	65	2	12	1	80
教育・訓練	215	6	74	5	300
仕　組　み	117	5	37	0	159
ルールの不備	164	6	50	1	221
そ　の　他	108	1	8	2	119
合　　計	6,095	230	2,821	137	9,283

注：「当事者」、「発生要因」は複数回答が可能である。

１３．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	31	573	442	1,778	2,824
疑義照会	0	0	0	430	430
特定保険医療材料	0	1	1	3	5
医薬品の販売	0	0	0	0	0
合　計	31	574	443	2,211	3,259

１４．発生曜日×発生時間帯

発生曜日×発生時間帯	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	1	1	0	2	1	5
2：00 ～ 3：59	0	0	0	0	0	0	0	0
4：00 ～ 5：59	0	0	1	0	1	0	2	4
6：00 ～ 7：59	0	0	0	0	0	0	0	0
8：00 ～ 9：59	4	43	39	42	35	53	33	249
10：00 ～ 11：59	5	254	241	219	187	218	160	1,284
12：00 ～ 13：59	0	109	121	109	103	98	61	601
14：00 ～ 15：59	1	84	92	78	79	79	23	436
16：00 ～ 17：59	1	91	93	78	59	110	15	447
18：00 ～ 19：59	0	26	31	28	16	33	6	140
20：00 ～ 21：59	0	1	5	2	1	2	0	11
22：00 ～ 23：59	0	0	0	0	0	0	0	0
不　明	0	25	18	6	18	12	3	82
合　計	11	633	642	563	499	607	304	3,259

【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４，１１４回）(注１)

（報告回数上位）

販　売　名	報告回数
ロキソニンテープ１００ｍｇ	27
ワーファリン錠１ｍｇ	26
モーラステープＬ４０ｍｇ	21
ムコダインＤＳ５０％	19
モーラステープ２０ｍｇ	19
ムコスタ錠１００ｍｇ	18
レンドルミンＤ錠０．２５ｍｇ	18
タケプロンＯＤ錠１５	16
デパス錠０．５ｍｇ	16
マグミット錠３３０ｍｇ	16
ムコダイン錠５００ｍｇ	16

１）後発医薬品に該当するもの（報告回数９８１回）(注２)

（報告回数上位）

販　売　名	報告回数
マグミット錠３３０ｍｇ	16
マグラックス錠３３０ｍｇ	14
レバミピド錠１００ｍｇ「ＥＭＥＣ」	13
カロナール錠２００	12
メチコバール錠５００μｇ	11
バイアスピリン錠１００ｍｇ	10
マグラックス錠２５０ｍｇ	9
ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「タイヨー」	9
ロキソプロフェン錠６０ｍｇ「ＥＭＥＣ」	9
オパプロスモン錠５μｇ	8
センノサイド錠１２ｍｇ「サワイ」	8
ビオフェルミンＲ散	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１１回）[注２]

販　売　名	報告回数
ネキシウムカプセル１０ｍｇ	2
ネキシウムカプセル２０ｍｇ	2
コルベット錠２５ｍｇ	1
トラムセット配合錠	1
ノルスパンテープ５ｍｇ	1
ベタニス錠２５ｍｇ	1
ルネスタ錠２ｍｇ	1
ルネスタ錠３ｍｇ	1
レボレード錠１２．５ｍｇ	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）（注１）

販　売　名（注２）	報告回数
ＢＤマイクロファインプラス	5
ナノパスニードル	1

３．医薬品の販売に関するもの（報告回数０回）（注１）

販　売　名	報告回数
該当なし	0

関連医薬品の分類	回　数
医療用医薬品	0
第一類医薬品	0
指定第二類医薬品	0
第二類医薬品	0
第三類医薬品	0

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：特定保険医療材料の販売名について、第８回集計報告より、販売名の項目に入力された名称が添付文書に記載された販売名と異なる場合は、添付文書に則して修正し、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　９７３回）(注１)

○間違えた医薬品　（報告回数　９７３回）

○関連医薬品　（報告回数１，５１５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
ロキソニンテープ１００ｍｇ	7	13	5
ワーファリン錠１ｍｇ	3	5	13
モーラステープ２０ｍｇ	4	2	12
レンドルミンＤ錠０．２５ｍｇ	5	5	8
モーラステープＬ４０ｍｇ	5	5	7

２）疑義照会

○処方された医薬品　（報告回数４７３回）(注２)

○変更になった医薬品　（報告回数１８０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	8	0
セレコックス錠１００ｍｇ	3	4
ガスターＤ錠２０ｍｇ	6	0
クラビット錠５００ｍｇ	4	2
ザイザル錠５ｍｇ	6	0
ムコダインＤＳ５０％	5	1
ムコダイン錠５００ｍｇ	5	1

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、「処方された医薬品」と「間違えた医薬品」が個々で対応していないため、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(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
ＢＤマイクロファインプラス	1	1	3
ナノパスニードル	0	0	1

注：特定保険医療材料の販売名について、第８回集計報告より、販売名の項目に入力された名称が添付文書に記載された販売名と異なる場合は、添付文書に則して修正し、集計している。

【５】共有すべき事例

平成２４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(注)を選び掲載する。

事例１　その他の調剤に関する場面、数量間違いに関する事例（事例番号：000000026371）

事例の内容
ネオーラル５０ｍｇカプセル　４カプセル→２カプセルで入力。
背景・要因
昨日からローテーションが変わり、本日からお薬３種以内の処方は１０分以内にお渡しする（エクスプレスライン）方式に変更になり、少し慌てていた。ネオーラルの規格の変更が無かったので、Ｄｏ処方だと思い込んでしまった。
薬局が考えた改善策
今までは入力の確認を２回行えたが、これからは１回のみになったので、指さし声出し確認を徹底する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●処方数の少ない患者のための別受付の制度は良いが、待ち時間短縮のために処方の確認や鑑査体制を甘くしてよいということではない。この点の留意が必要。なお、指さし声だし確認はミスを抽出する有効な方法のひとつであり、処方数に関わらず励行するようにしたい。

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.jcqhc.or.jp/）「公開データ検索」、「共有すべき事例」から閲覧することが出来る。

※　この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※　この情報は、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はありません。

※　この情報の作成にあたり、薬局から報告された 事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。

事例２　疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000026512）

事例の内容
１歳の幼児に喘息発作が出たためにデカドロンエリキシル０．０１％（０．１ｍｇ／ｍＬ）が処方された。処方量が６ｍｇとなっていたが、前回処方時は０．５ｍｇであったので確認をしたら０．６ｍｇと変更となる。
背景・要因
処方せん発行機関で処方入力の際、単位設定を行うのであるが、第１単位がｍｇとなっており、処方医は製剤量（ｍＬ）を入力していたために間違えている。また、今後の処方せん記載においても製剤名で入力した場合の単位は製剤量、成分名で入力した場合の単位は成分量となっているにもかかわらず過渡的時期にもあるためにその記載が医師に徹底されていないために起きた事例である。
薬局が考えた改善策
処方せん記載について単位のところまでしっかりと徹底して入力を行うように病院薬剤部は全医師に指導を行う（人数が多いから徹底できないでは通用しない）。また、その用量が成分量か製剤量なのか処方せんに記載するようにシステム改修をすべきある。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●単位間違いは、医薬品による事故で非常に多いとされている。今回は、調剤の基本行動である前回処方との比較と、処方量が小児としては多過ぎるという薬剤師の薬剤知識により事故を防ぐことができた例である。中には単位に気を配らない医師もいるため、処方せんの記載ルールの徹底を求めていくことは重要である。

事例３　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000026526）

事例の内容
処方せんを基に他の人が集めた薬剤を一包化する際に、事前の確認がおろそかであったため、処方せんではマグラックス錠３３０ｍｇと記載されていたが、実際にはマグミット錠５００ｍｇが用意されていることに気づかなかった。一包化の最中に、処方せんの記載がマグラックスであり、マグミットではないことに気がつき、最初から一包化をやりなおした。
背景・要因
マグラックスとマグミットの商品名と包装と錠剤の形が似ていることに起因すると考えられる。
薬局が考えた改善策
調剤をする際に、似た名前の商品名、包装、錠剤の形があるものに関しては、特に注意する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●後発医薬品は名称が類似しており、成分が同じとはいえ、注意が必要である。今回は薬剤名と単位を間違えてしまった事例である。薬剤名の確認は、頭の文字だけではなく、単位も含めて最後まできちんと確認するという基本行動を、常に励行することが重要となる。

事例４　疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000026792）

事例の内容
お薬手帳を確認したところ、同じ薬の処方がでていた。
背景・要因
診察時にお薬手帳を見せなかった様子。
薬局が考えた改善策
受診時にもお薬手帳を出すよう伝える。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●お薬手帳は薬局で提示するもので、診察時に医師に提示する必要はないと思い込んでいる患者さんもいる。お薬手帳の役割について、折に触れて患者さんに説明することも重要である。

事例５　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000026837）

事例の内容
ツムラ六味丸エキス顆粒（医療用）を同じ六がつくので一人の薬剤師が、勘違いをしてツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）をだし、他の薬剤師が鑑査しそこねてそのまま患者さんに渡してしまった。患者さんよりいつもの漢方とちがうとの電話が有り、取り違えていたことがわかった。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
漢方の番号と名前を確認する。薬歴に出した漢方の番号も記載する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●医療用漢方製剤は、取り違え防止の工夫がなされているものの、包装外観類似に加え、似た名称、一般には馴染みのない漢字や漢字の読み、番号による区分など、取り間違いを起こしやすい要素を多数含んでいる。薬剤師には周知のことではあるが、医療用漢方製剤の調剤にあたっては、十分に気をつける必要がある。

事例６　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000026849）

事例の内容
ミコンビ配合錠ＡＰが処方されていた患者さまにミカムロ配合錠ＡＰを渡してしまった。
背景・要因
２人態勢だったが片方が一包化にとりかかっていたので本来鑑査、投薬の役割の人間がピッキングし、そのまま出してしまった。
薬局が考えた改善策
ピッキングした後、調剤担当者に確認してもらうことを実施する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●ミコンビ配合錠ＡＰもミカムロ配合錠ＡＰも、同じ薬効成分であるテルミサルタンを含有し、同一メーカーが発売する製剤であるだけに、間違いを起こしやすい。こうした「間違いやすい」薬剤は、薬局内で情報共有し、調剤時の確認、鑑査体制には特段の注意が必要である。

事例７　内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000027016）

事例の内容
セイブル錠５０ｍｇ３錠３０日分投薬すべきところ、セイブル錠２５ｍｇ３錠３０日分を投薬してしまった。患者さんが気付き、翌日現物を持って来局された。
背景・要因
患者が集中したこと。当薬局に在庫していない医薬品の処方せんを持参した患者さんの対応に常勤の薬剤師が対応中だったため、パートの薬剤師１名、採用１ヶ月目の薬剤師１名が調剤、鑑査し投薬した。
薬局が考えた改善策
薬剤師の勤務シフトを検討した。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●「同一医薬品の規格・剤形間違い」は、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業　平成２３年年報で１，０００件を超える報告があり、全報告の中で「数量間違い」についで２番目に多い事例となっている。 ●保険薬局では、多くの医療機関からの処方せんを受け取るため規格の統一は難しく、複数規格を在庫している医薬品は数多くあると思われる。中でもよく交付する規格とあまり交付しない規格があると、思い込みにより、よく交付する規格で調剤してしまうことがある。また、自薬局には一規格しか在庫していない場合でも市場には他規格が存在する場合がある。 ●規格の誤りによって死亡に至った事例が過去に知られていることを念頭に置き、細心の注意を払う必要がある。 ●複数規格の存在を視覚的に確認できるよう薬品棚に記す等の対応が求められる。

事例８　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000027101）

事例の内容

歯科医院からの一般名処方で調剤
【般】セフジトレンピボキシル〔１００ｍｇ・錠〕（１００ｍｇ　１錠）３錠／分３　毎食後服用３日分
【般】アセトアミノフェン〔２００ｍｇ・錠〕（２００ｍｇ　１錠）２錠／疼痛時服用３回分
一般名処方の抗生物質がセフゾンカプセル１００ｍｇで調剤されており、鑑査時にセフゾンの一般名と異なることに気づき再調剤として、過誤には至らなかった。

背景・要因

薬剤師経験が１年３ヶ月の薬剤師が処方受付から調剤までを担当していた。昨日より胃腸炎で服薬しながら勤務していたことも影響があったかもしれない。
セフェム系の抗生物質が処方されていることは確認していたが、一般名と商品名の照らし合わせが不十分だったと思われる。レセコンの入力が一般名からの入力であり、鑑査時に別の薬剤で入力され、調剤されていたことに気づいたため、過誤を回避することができた。
レセコンの入力は医療事務が担当したが、受付した薬剤師よりセフゾンカプセル１００ｍｇで調剤すると伝達があったため、一般名処方の入力をセフジニルで入力していたことも問題がある。

薬局が考えた改善策

一般名処方の場合には、在庫している薬品との照合には薬価本等でまちがいがないことを十分確認するよう申し合わせを行う。在庫のローケーションのインデックスや薬品の保管場所にも商品名だけでなく一般名がわかるように整備する。
医療事務による入力ミスが過誤へつながることがあるため、薬剤師が入力の確認を怠ったことが主なる要因ではあるが、医療事務職員にも一般名と調剤する商品名が合致しない場合には確認すべきであることを周知して、過誤の防止に努める。

その他の情報

特記事項なし

事例のポイント

●セフェム系の抗生物質は一般名が類似している場合があるため、入力時、調剤時に注意が必要である。
●ジェネリック医薬品名が「一般名＋会社名」になっているものは比較的間違いが起こりにくいが、多くの先発医薬品名は一般名が想像できない名称のものもあり、一般名処方により先発医薬品を調剤する場合は特に注意が必要である。
●薬品棚に商品名と一般名を明記する等の対応が求められる。

事例９　疑義照会、その他に関する事例（事例番号：000000027267）

事例の内容

今回より医療機関の処方記載が一般名処方になった。６月初めまでアマリール３ｍｇ錠とアルマール錠１０の両剤が処方されていた。印字と手書きの混在の処方せんであり、アルマール錠１０の処方を訂正削除し、替わりにグリメピリドと書き換えてあったが、それとは別にグリメピリド錠３ｍｇは印字で処方されており、グリメピリドの重複処方と規格漏れであり、疑義照会とした。

背景・要因

グリメピリドはアマリールの一般名であり、この処方ではアルマールも併用処方であることから、一般名処方に切り替えの際に起きたヒューマンエラーであり、医療機関側の一般名処方促進の意図は理解できるものの、これまでの薬歴や薬手帳による治療歴がなければ、アルマールの処方の追加が見落としていた可能性がある。一般名処方でも先発医薬品と成分名の名称類似の薬品には注意しなければならない。

薬局が考えた改善策

医療事務の入力でアルマールの処方変更が見落とされていた。医療事務は資格が必要ではないが、入力の見落としによるエラーを引き起こす可能性もあることを理解させる必要がある。処方監査時及び鑑査時に薬歴やくすり手帳による処方内容の経過の確認を必ず行うことを職員に周知する。

その他の情報

特記事項なし

事例のポイント

●処方せん発行側が一般名処方を行う際に勘違いした事例である。
●コンピュータにより自動変換されて一般名処方になる場合が多いと思われるが、中には処方せんに記載する一般名を直接入力する、あるいは手書きする場合も考えられる。患者さんからの聞き取りや、過去の履歴から判断して、不明な場合は疑義照会を行う必要がある。
●本事例では、同一処方内に二つの医薬品が処方されていたため、処方ミスに気付いたが、新規受け付けや、一医薬品のみの処方では気付かない場合も考えられる。
●「アマリール」と「アルマール」は、過去に多くの取り違え事例が報告されていて特に注意が必要である。
● 本事例のように薬歴や患者さんとの対話から処方の誤りを発見することは、薬局の重要な任務であると考えられる。

事例１０　外用薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000027353）

事例の内容
一般名処方の処方せんを入力時に同じ一般名のゼポラスパップ４０ｍｇとヤクバンテープ４０ｍｇを入力ミス。それに気付かず実習生が調剤し、鑑査者も見逃した。次回来局時に患者さんから前の湿布が違ったからと訴えがあり、謝罪の上正しい薬をお渡しした。
背景・要因
一般名処方での外用、特に湿布は同じ一般名が多くミスが起こりやすい。入力する事務さんへのミスしやすい薬剤の注意喚起も必要と思われる。
薬局が考えた改善策
一般名処方での間違い易い処方について朝礼にて報告。今回のゼポラスとヤクバンテープは過誤はおこってなくても、ヒヤリハットは多数報告されているため注意が必要と思われる。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●フルルビプロフェン貼付剤の取違えの事例である。 ●外用薬は同じ成分を含有する医薬品が多いので、一般名処方の機会も多くなる。そこで、外用薬の一般名処方では規格、剤形の確認が重要である。

事例１１　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000027452）

事例の内容
手書き処方せんで、「ベネシッド錠」と記載されていた。用法と過去の服用歴からベネット錠１７．５ｍｇの書き間違いではないかと推察し疑義照会。ベネット錠１７．５ｍｇに変更となる。
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
●本事例は薬歴管理によって医薬品の処方間違いに気付き、誤投与を防ぐことができた事例である。 ●本事業の平成２３年年報、および過去の共有すべき事例に示しているように、医薬品の名称類似により、医師が処方医薬品名を間違える可能性がある。誤投与を防ぐために、処方せんに記載された内容だけではなく、患者との会話や薬歴情報等から必要な情報を収集する必要がある。

事例１２　疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000027501）

事例の内容
プレドニゾロン散「タケダ」１％　０．２５ｇ（２．５ｍｇとして）処方。当該患者は前回処方まではプレドニゾロン錠１ｍｇを０．５錠（０．５ｍｇ）で服用していた。投薬時、患者よりプレドニゾロンは今回も減量と聞いていると聞いたため、疑義照会を行った。
背景・要因
医師の処方せん記載時、プレドニゾロン散の処方量を成分量で記載してあったようだが、処方せんの単位はｇで全量記載してあった。用量としては異常なものでなかったため、いったんそのまま調剤してしまった。
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
●患者インタビューから処方量の誤りに気付くことができた事例である。 ●本剤は用法用量が適宜増減される医薬品であるため、処方せん監査には特に注意が必要である。

事例１３　外用薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000027715）

事例の内容
リンデロン－Ｖクリーム０．１２％とヒルドイドソフト軟膏０．３％を混合する際、リンデロンのチューブ１０本中、１本がリンデロン－Ｖ軟膏０．１２％だった。混合のため搾り出す際に気がついた。
背景・要因
保管の引き出しに１本だけ軟膏が混じっていた。戻すときに間違えたと思われる。 調剤するとき、３名で確認時気づかなかった。リンデロンはキャップの色も同じで見逃してしまった。同じ引き出しに入っていたので、違うものが混じっているわけがないという先入観があった。
薬局が考えた改善策
棚に薬を戻すときは二人で行うという規則を徹底させる。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●薬剤の棚への戻し間違いによる、規格・剤形間違いの事例である。 ●戻し間違いを防ぐためには、棚へ戻す際にダブルチェックを行うことも、ひとつの方法である。

事例１４　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000028263）

事例の内容
一般名：セフジトレンピボキシルのところ、セフポドキシムプロキセチルのバナセファン錠１００ｍｇで調剤してしまった。
背景・要因
知識不足であった。 似た一般名なので思い込みをしてしまった。
薬局が考えた改善策
該当薬については、薬の入っているケースに一般名を貼りつけた。 その他の薬に関しては、取り急ぎ、「一般名処方時、調剤者が必ず、箱などで一般名も確認をする」というように決めました。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●セフェム系の抗生物質の一般名には類似したものが多く、ミリ数も同じであることから、多くのヒヤリ・ハットが生じている。 ●知識不足や、注意鑑査の不足等で、引き起こす可能性が高い。 ●薬局で採用している医薬品だけでなく、抗生物質の一般名の勉強会などを薬局の安全研修などで実施し、薬剤師、入力補助の事務員等で再確認するなどの対策が必要である。

事例１５　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000028235）

事例の内容
一般名処方による調剤時の類似名称医薬品の間違い。
背景・要因
同じ患者への衛生用品（ガーゼ等）の販売を先に行いそのまま服薬指導を行い、監査を怠った。
薬局が考えた改善策
服薬指導が終わってから衛生用品の販売を行う。

その他の情報
【処方された医薬品】 セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」 【間違えた医薬品】 セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「サワイ」

事例のポイント
●セフェム系の抗生物質の一般名には類似したものが多く、ミリ数も同じであることから、多くのヒヤリ・ハットが生じている。 ●知識不足や、注意鑑査の不足等で、引き起こす可能性が高い。 ●薬局で採用している医薬品だけでなく、抗生物質の一般名の勉強会などを薬局の安全研修などで実施し、薬剤師、入力補助の事務員等で再確認するなどの対策が必要である。

事例１６　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000027871）

事例の内容
ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇ「タナベ」を調剤するところを、ロキソプロフェン錠６０ｍｇ「ＥＭＥＣ」を調剤した。
背景・要因
薬品名の　頭２文字の「ロキ・・」を見て、ロキソプロフェン錠と勘違いして調剤し、別の薬剤師が鑑査の際に気がついた。
薬局が考えた改善策
処方せんの、処方内容と薬品名をよく確認し調剤をする。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇを一般名とする先発製品はルリッド錠１５０であるが、後発製品の中には事例のように「ロキ」で始まるものがいくつか存在する。事例では後発製品であるロキシスロマイシン錠を調剤する際にロキソプロフェン錠を調剤しそうになったヒヤリ・ハット事例であるが、他の後発製品の販売名にもロキシマイン錠１５０ｍｇなど「ロキ」で始まるものがあるので、同様にロキソプロフェン錠を調剤してしまう可能性がある。 ●一般名処方が増えてきたことによる、薬局内でのヒヤリ・ハット要因になりうる医薬品群を職員で共有することが重要である。

事例１７　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000027998）

事例の内容
ミカムロ配合錠ＡＰ処方のところを誤ってミコンビ配合錠ＡＰで調剤。患者本人が帰宅したのちに気づき、取り換えに。
背景・要因
患者さんが多い時間帯で、監査がおろそかになってしまった。投薬時に帳票類の不備があり、また普段と違う日数だったことで錠数のほうに気を取られてしまった。
薬局が考えた改善策
監査に時間的余裕を持てるよう、また帳票類の不備も事前に対処できるよう気を付ける。また、名称が似ているため、今後は特に注意して監査する必要がある。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●引き続き報告の多い新規の配合剤のミ○○○配合錠ＡＰでの間違いである。 ●薬局内での情報共有を行い、入力、調剤、鑑査には特段の注意が必要である。

事例１８　内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000028216）

事例の内容
エルサメットＳ配合錠が処方されたが在庫がなく、在庫のあったエルサメット配合錠と勘違いをして調剤をした。
背景・要因
類似規格があることを知らなかったため。
薬局が考えた改善策
規格を注意喚起するプレートの作成。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●配合錠という記載が増えたことにより、規格間違いの要因が増した事例のひとつである。 ●例えばＰＬ顆粒⇒ＰＬ配合顆粒、エビプロスタット錠⇒エビプロスタット配合錠 エビプロスタットは途中から倍量製品を投入し、エビプロスタット配合錠ＳＧとエビプロスタット配合錠ＤＢとした。それに対応する後発品が今回のエルサメット配合錠とエルサメットＳ配合錠であり、知識がないと、名称変更か何かと思い込んでしまう可能性がある。 ●配合錠、配合散の表記は医薬品が単剤ではなく、配合されている成分で効力を発揮するという部分を明記する部分では良いが、類似名称医薬品の「３文字類似」をさらに類似させてしまう可能性がある。 ●色々な薬局からの報告が増えることで、様々な事例を共有する事ができるため、より一層薬局には事例報告をお願いしたい。

事例１９　疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000028028）

事例の内容
ヒューマログミックス５０注ミリオペンの処方で、指示で朝６０昼２０夕４０と記載され２本処方されていた。 他の薬剤は２８日分。
背景・要因
単位数が多く、この単位で２本処方だと４日分くらいしかなく、単位の間違いか、本数の間違いと思い疑義照会を行った。 結果、朝６昼２夕４の間違いと。
薬局が考えた改善策
パソコンへの入力時に確認を行う。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●インスリン注射剤の単位数の疑義照会事例である。処方せん入力単位数と処方本数から疑義を持ち、照会した事例である。 ●このような事例の場合、新患の場合などは本数が足りないのか、記載単位数が間違っているのか、分からないケースがある。 ●患者さんからの聞き取りで、おおよそが分かる場合もあるが、しっかり疑義照会してから調剤を行うべき事例である。

事例２０　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000028544）

事例の内容
今回よりセロクエル２５ｍｇ錠　１日用量１錠　分１×３０日分　寝る前が処方された。患者は糖尿病を合併しており他院より糖尿病治療をしていることが薬歴より判明。セロクエル２５ｍｇ錠は糖尿病の患者は禁忌とされているため医師に疑義照会を行う。処方医より処方内容をリスパダール錠１ｍｇ　１日用量　０．５錠　分１×３０日分　寝る前に変更するよう回答があった。
背景・要因
薬局においては併用薬や既往歴の情報を確認し薬剤服用歴簿として残している。医療機関において医師が併用薬や他の医療機関での治療内容などの確認が抜けていたことが要因と考える。
薬局が考えた改善策
医療機関において確認が抜ける事もあるということを念頭におき、併用薬や既往歴の確認を行う必要がある。また、薬局においても併用や合併症の情報を最新のものに更新し記録しておく必要がある。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●医師と患者のコミュニケーションの際に、他医の処方内容までは確認できてないことがある。本事例は、薬局における薬歴管理の重要性、薬剤師による患者とのコミュニケーションの大切さを示す事例である。 ●高齢者の場合、一般に合併症を有することが多く、その治療のために複数の医療機関を受診していることがあるので、患者さんとのコミュニケーションを通じて得た薬歴情報のメンテナンスは重要である。

事例２１　疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000028664）

事例の内容

前回痛風発作が初めて起こり、消炎鎮痛剤が処方されていた方に対して　Ｒｐ．フェブリク錠２０ｍｇ１日用量１錠分１×８日分朝食後服用の処方せんが発行される。フェブリク錠２０ｍｇは〈用法・用量に関する使用上の注意〉として、「尿酸降下薬による治療初期には、血中尿酸値の急激な低下により痛風関節炎（痛風発作）が誘発されることがあるので、本剤の投与は１０ｍｇ１日１回から開始する」とされている為処方医に疑義照会を行う。フェブリク錠２０ｍｇの１日用量０．５錠に変更となる。

背景・要因

医薬品の中にはフェブリク錠２０ｍｇの様に、副作用や服薬による状態変化に対応する為初回用量が通常用量より低く設定されているものも多い。処方医師がこのことを理解していても、処方発行時に間違う可能性もある為、薬剤師としてはこの様な医薬品の用量確認をしっかり行うことが必要となる。医師が間違えても、薬剤師がゲートキーパーとして、間違えたままの処方が患者にわたらないようにすることが重要である。

薬局が考えた改善策

初回用量が通常用量とは異なる医薬品の一覧を作成する等、チェックが必ずできる体制を整える。

その他の情報

特記事項なし

事例のポイント

●最近の治療薬は開始用量と維持用量が異なる医薬品が増えており、今回の事例は医師による開始用量の処方ミスを薬剤師が疑義照会したことによりカバーしたという好事例である。

●初回用量が通常用量とは異なる医薬品の一覧を作成するという対策も有用と考える。

事例２２　内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000028435）

事例の内容
事前にＦＡＸで処方内容がきていたが、実際の処方せんには寝る前の処方は削除されていた。 それに気づかずＦＡＸの内容で一包化調剤して投薬。 精神科の病院に入院中に、他の広域病院の専門科受診であったため、請求の仕方などの事務的に作業に追われ、基本の処方せん確認に気づかなかった。 入院中の精神科病院より、薬局に電話があり、削除になった精神科領域の薬が調剤されていると連絡あり。 そのときに気づき、病院まで回収にいった。
背景・要因
事務的な手続きに追われ、監査を怠った。
薬局が考えた改善策
ＦＡＸも大事だが、やはり基本の処方せんが大事であることを認識して、他の薬剤師にも徹底させた。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●処方せんの内容の変更について医療機関から連絡があったため、気づいた事例である。 ●処方内容の変更のみならず処方せん改ざん防止の観点からも、処方せんは必ず原本で確認し、必要に応じて追加、削除された医薬品名について疑義照会することが望ましい。

事例２３　交付、患者間違いに関する事例（事例番号：000000028943）

事例の内容

Ａさまに、Ｂさまのお薬を渡してしまいました。
患者さん（Ｂさん）の名前を呼ぶ。
目があったため、患者さん（Ａさん）が投薬台のところまで来られた。
ぼんやりとした感じで来られたので、再度Ｂさまですか？と確認した。
前回Ｂさんの尿酸値が高めだったため、尿酸値について確認をしたとき、Ａさんから耳が聞こえないというジェスチャーをされた。
その時にＡさんが、耳が不自由な患者さんであることがわかった。
前回と同じお薬ですと説明し、金額のところを指さして会計を済ませた。
投薬から帰ってきて、調剤室内で耳が不自由な患者さんの投薬をしたと話をした。
少し時間が経って、別の薬剤師がその話に違和感を感じ残置薬を確認したところ、Ａさんの薬が残っていた。
待ち合いを確認したところ、Ｂさんのご家族がおられたため、ＢさんとＡさんを間違えたことがわかった。
耳が不自由なため、電話での連絡が出来ないと判断し、Ａさんの自宅へ直接行った。
Ａさんに薬袋の名前を指さして確認すると、薬が違うことに気付いた様子で、ごめんというジェスチャーをされた。
薬を交換し、謝罪した。

背景・要因

耳が不自由な患者様だった。
耳が不自由な患者様であるとわかった時点で、薬袋等による文字の確認をするのを怠った。

薬局が考えた改善策

患者様の名前はフルネームで大きな声で呼ぶ。
耳の聞こえない方には、薬袋等による文字での患者名の確認。

その他の情報

特記事項なし

事例のポイント

●耳が不自由な患者さんかどうか判らないこともあるので、声だけでなく文字での患者名の確認は重要である。
●特に調剤数の多い薬局では、よくある苗字は必ずフルネームで確認したり、番号札で確認したりする等の工夫が必要である。

事例２４　内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000028970）

事例の内容
一般名記載の処方せんでテオフィリン徐放錠２００ｍｇの記載だったため、薬剤師はテオドール錠２００ｍｇを調剤し、事務員はユニフィルＬＡ錠２００ｍｇを入力した。そのため、薬剤情報提供書はユニフィルＬＡ錠２００ｍｇのまま、患者の手元に行ってしまい、患者より連絡があり、過誤が発覚した。
背景・要因
一般名処方せんの場合、つい成分に問題がないかを確認し、それで大丈夫だと安心してしまうことがある。今回も、処方せんの一般名と調剤されたものに矛盾がなかったため、見落としてしまった例である。
薬局が考えた改善策
一般名で初めての処方の場合は、必ず何を調剤するのか、事務に伝え、かつ、薬剤情報提供書との照らし合わせを行う。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●一般名処方において当該成分の医薬品が複数製品として存在する場合、入力時と調剤時に十分注意が必要である。 ●処方せんに記載する一般名処方の標準的な記載の「一般名処方マスタ」では、【般】テオフィリン徐放錠２００ｍｇには（１２～２４時間持続）と（２４時間持続）の２種類があり、徐放製剤では、その持続時間の確認も重要である。 ●当該医薬品を調剤する際は、あらかじめ選択のルールや複数人で確認するルールを作っておくことは有効である。 ●最終監査時及び服薬指導時に薬剤情報提供書・お薬手帳の内容を確認することが必要である。

事例２５　内服薬調剤、その他に関する事例（事例番号：000000028993）

事例の内容
前日の夕方、アドヒアランス不良の患者から一包化調剤済の医薬品が大量に返却になり、再度分包をやり直していた。この際、分包紙に、分包不可の医薬品および漢方薬をホチキス止めしていたため、すべてをはずして分包しなおした。この時、きちんとホチキスの針を回収したつもりであったが、分包機内に１つ入ってしまったことに気がつかなかった。翌日、最初の調剤時にこのホチキス針が混入したが、鑑査した薬剤師が急いでいたためスルーしてしまった。患者から指摘を受け、すぐに謝罪、交換にあがった。事情は説明し、今後のクレームには至らないと考える。
背景・要因
分包機周辺で再分包するための分解作業を行ったこと。鑑査をあわてたこと。
薬局が考えた改善策
分包機の清掃の徹底。業務開始前に乳糖などを分包し、夜間に混入した異物が医薬品に混入しないよう配慮した。また、鑑査の徹底を再度認識した。

その他の情報
関連医薬品：ムコダインＤＳ５０％

事例のポイント
●分包などの調整にホチキスなどは使用しないか、あるいは使用する場合は特に注意する必要がある。 ●薬局で分包する際は異物混入がないか分包後の確認が重要である。

事例２６　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000029045）

事例の内容
お薬手帳で緑内障治療中であることを確認。 緑内障治療中のため問い合わせをし、クロフェドリンＳ配合錠からアストマリ錠１５ｍｇに変更になった。
背景・要因
患者が緑内障であることを医師に報告していない。お薬手帳も提示していなかった。
薬局が考えた改善策
受診時にはお薬手帳を必ず示すようにして、緑内障であることを医師に伝えるように指導した。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●お薬手帳には薬局からの投薬記録だけでなく、その時の治療内容等の記載もあると、不都合な投薬を未然に防ぐことができる。 ●お薬手帳の情報は薬局の薬剤師だけで活用するものではなく、処方医にも有用であることを患者に説明し、お薬手帳は薬局・医療機関共に提出して情報共有を図ることを患者に促すことが重要である。

事例２７　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000029185）

事例の内容
タプロス点眼液０．００１５％　１５ｍＬ　１日４回右眼　への処方だった。 しかし、タプロスが通常１日１回の点眼液であること、および患者に緑内障の既往が無いことが疑問だった。そのことを考慮し、薬歴を確認したところ、前回はプロラノン点眼液０．１％が１５ｍＬ　１日４回右眼で処方になっていたので、もしかすると処方せん記載の際の、病院での入力の誤りではないかと判断し、疑義照会した。その結果、やはり病院での処方せん記載の誤り（コンピューターの入力ミス）であり、正しい処方はプロラノン点眼液０．１％処方の間違いであったことが発覚したので、処方はタプロス点眼液０．００１５％削除、プロラノン点眼液０．１％へと変更になった。
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
特記事項なし

事例のポイント
●点眼薬は成分量、用途や回数が症状によって多様である。これまで経過を記録してある薬歴と患者からのヒアリングによって、処方せんの内容の妥当性を判断することが重要である。

事例２８　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000029265）

事例の内容

ワーファリン錠１ｍｇ０．５錠を投与すべきところ、プレドニゾロン錠「タケダ」５ｍｇ０．５錠を投与してしまった。
それぞれ、半錠の予製が用意してあり、１４包ずつを一束にしてあるが１束だけ混入していたことに気が付かず投与した。
患者様本人が、いつも服用してるものより錠剤が小さいという事に気が付き分包紙を見たら違う名前が書いてあったのですぐに中止して、手持ちに残ってた正しい薬を服用するようにし、次回の受診時にその薬を持参してＤｒに相談した。
持参薬を検証の結果、２日分を服用してたことが判明した。

背景・要因

ワーファリン錠１ｍｇの半錠予製とプレドニゾロン錠「タケダ」５ｍｇの半錠予製が、同じ引き出しに保管してあった。
区別するための仕切りは設けてあり、それぞれ分包紙に薬品名は印字してあるが、誤って隣へ落ちたか、計数調剤時に戻し間違えたと考えられ、混入してしまっていたことに鑑査時に気が付かなかった。

薬局が考えた改善策

ワーファリン錠１ｍｇ半錠予製を別の引き出しに配置換えをし、かつ、プレドニゾロン錠「タケダ」５ｍｇ半錠には青線を引いて、混在していても一見して分かるようにした。

その他の情報

特記事項なし

事例のポイント

●錠剤を半錠にして予製すると、そのサイズや刻印が判別しにくくなることを認識することが必要である。
●分包紙の印字内容の確認は、散剤分包時も含め確実に行う。