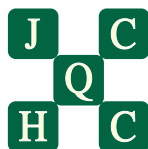


# 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

## 第10回集計報告

(平成25年7月～12月)

平成26年3月26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.jcqh.or.jp/>  
○報告書類・年報：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/contents/report/index.html>  
○公開データ検索：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/phsearch/SearchReport.action>  
○薬局ヒヤリ・ハット分析表：[http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/contents/analysis\\_table/index.html](http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/contents/analysis_table/index.html)  
○共有すべき事例：[http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/contents/sharing\\_case/index.html](http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.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。

なお、本集計報告の期間には、7月22日から9月16日までの本事業の報告システム停止期間が含まれているため、その影響により通常の半年の登録軒数よりも少なくなっている。

### 1. 事業参加薬局数

	薬局数 <sup>(注)</sup>
事業参加薬局数	7,747

### 2. 事業参加薬局における登録軒数の推移

	平成25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	54	75	85	76	65	39	61	0	9	49	41	113
登録取下げ薬局数	11	2	44	7	10	4	2	0	1	6	6	52
累 計	7,268	7,341	7,382	7,451	7,506	7,541	7,600	7,600	7,608	7,651	7,686	7,747

※ 登録取り下げ薬局数の145軒のうち、71軒は薬局の開設者変更による登録取下げ、16軒は薬局廃止による登録取下げ、10軒は移転に伴う薬局廃止による登録取下げ、4軒は薬局の管理者交代による登録取下げ、2軒は事業参加継続困難な状況による登録取下げ、1軒は保険調剤業務の停止による登録取下げ、1軒は担当者の転勤による登録取下げ、1軒は登録間違いによる登録取下げである。なお、3月の44軒には、3月末で閉鎖したことが確認された薬局39軒が含まれる。

### 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	494	東京都	562	滋賀県	63	香川県	102
青森県	131	神奈川県	524	京都府	122	愛媛県	92
岩手県	68	新潟県	214	大阪府	438	高知県	93
宮城県	254	山梨県	79	兵庫県	284	福岡県	469
秋田県	90	長野県	95	奈良県	71	佐賀県	138
山形県	59	富山県	45	和歌山県	32	長崎県	102
福島県	153	石川県	50	鳥取県	26	熊本県	182
茨城県	125	福井県	18	島根県	56	大分県	67
栃木県	235	岐阜県	132	岡山県	113	宮崎県	88
群馬県	153	静岡県	171	広島県	137	鹿児島県	106
埼玉県	163	愛知県	200	山口県	509	沖縄県	41
千葉県	150	三重県	181	徳島県	70	合 計	7,747

注：平成25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<sup>(注1)</sup>は以下の通りである。

なお、本集計報告の期間には、7月22日から9月16日までの本事業の報告システム停止期間が含まれているため、その影響により通常の半年の報告件数よりも少なくなっている。

### 1. 総報告件数

	第10回集計
報 告 月	7月～12月
事業参加薬局数	7,814
事業参加薬局のうち報告のあった薬局数	462
公表件数	2,582

### 2. 月別報告件数

	平成25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 <sup>(注2)</sup>	7,268	7,341	7,382	7,451	7,506	7,541	7,600	7,600	7,608	7,651	7,686	7,747
報告件数	442	447	498	522	770	559	376	0	434	615	608	549
公表件数	442	447	498	522	770	559	376	0	434	615	608	549

### 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25年7月～12月	平成25年7月～12月
1 人	1,564	166
2 人	2,872	443
3 人	1,568	388
4 人	798	440
5 人	421	474
6 人	225	108
7 人	125	338
8 人	84	43
9 人	39	10
10 人	31	110
11人以上	87	62
合 計	7,814	2,582

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25年7月～12月	平成25年7月～12月
0～ 500回	1,065	63
501～1000回	2,038	287
1001～1500回	1,825	535
1501～2000回	1,317	381
2001～2500回	620	230
2501～3000回	378	192
3001～3500回	195	71
3501～4000回	166	348
4001回以上	210	475
合 計	7,814	2,582

## 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25年7月～12月	平成25年7月～12月
0品目	5	0
1～ 100品目	25	0
101～ 500品目	605	39
501～1000品目	3,983	705
1001～1500品目	2,221	687
1501～2000品目	743	820
2001～2500品目	172	318
2501～3000品目	44	9
3001品目以上	16	4
合 計	7,814	2,582

## 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25年7月～12月	平成25年7月～12月
0品目	8	0
1～ 100品目	2,092	265
101～ 500品目	5,287	2,286
501～1000品目	418	31
1001～1500品目	3	0
1501～2000品目	1	0
2001～2500品目	1	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	4	0
合 計	7,814	2,582

## 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25年7月～12月	平成25年7月～12月
0品目	766	100
1～ 10品目	1,570	959
11～ 50品目	2,477	943
51～ 100品目	972	160
101～ 150品目	341	198
151～ 200品目	273	62
201～ 250品目	134	57
251～ 300品目	239	18
301～ 500品目	451	46
501～1000品目	414	23
1001品目以上	177	16
合 計	7,814	2,582

## 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25年7月～12月	平成25年7月～12月
0	16	0
1～ 10	1,661	198
11～ 20	1,705	583
21～ 30	1,307	350
31～ 40	805	224
41～ 50	702	264
51～ 60	392	135
61～ 70	273	204
71～ 80	200	91
81～ 90	133	14
91～100	181	27
101 以上	439	492
合 計	7,814	2,582

## 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25年7月～12月	平成25年7月～12月
10%未満	226	20
10%以上20%未満	1,323	231
20%以上30%未満	2,156	1,322
30%以上40%未満	2,467	653
40%以上50%未満	1,075	304
50%以上60%未満	326	42
60%以上70%未満	150	4
70%以上80%未満	49	6
80%以上90%未満	36	0
90%以上	6	0
合 計	7,814	2,582



## 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25年7月～12月	平成25年7月～12月
北海道	496	201
東北	757	91
関東甲信越	2,357	1,070
東海北陸	797	83
近畿	1,011	252
中国四国	1,200	722
九州沖縄	1,196	163
合計	7,814	2,582

## 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25年7月～12月	平成25年7月～12月
0	7,352
1～5	384
6～10	42
11～20	13
21～30	13
31～40	4
41～50	0
51以上	6
合計	7,814

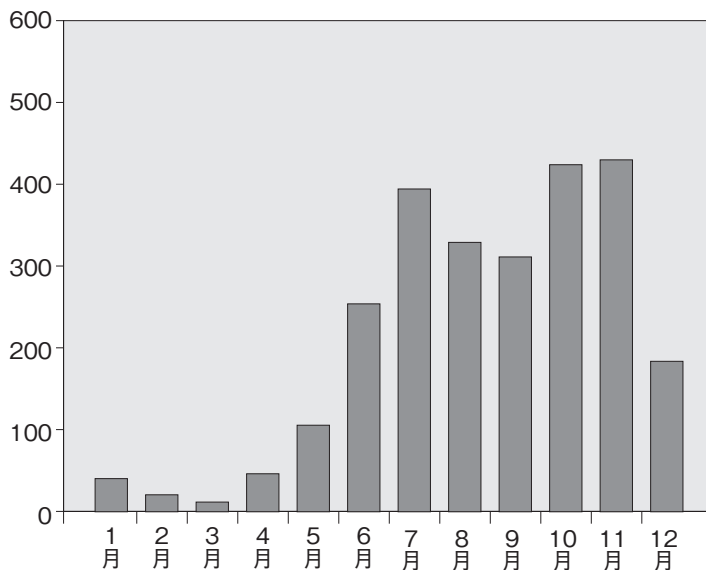
### 【3】 報告内容

平成25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2,582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、本集計報告の期間には、7月22日から9月16日までの本事業の報告システム停止期間が含まれているため、その影響により通常の半年の報告件数よりも少なくなっている。

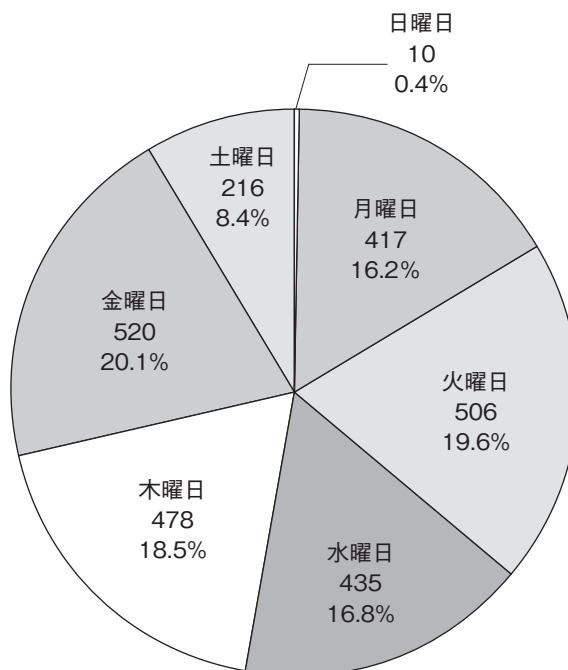
#### 1. 発生月

発生月	件数
1月	41
2月	21
3月	12
4月	47
5月	107
6月	257
7月	399
8月	333
9月	315
10月	429
11月	435
12月	186
合計	2,582



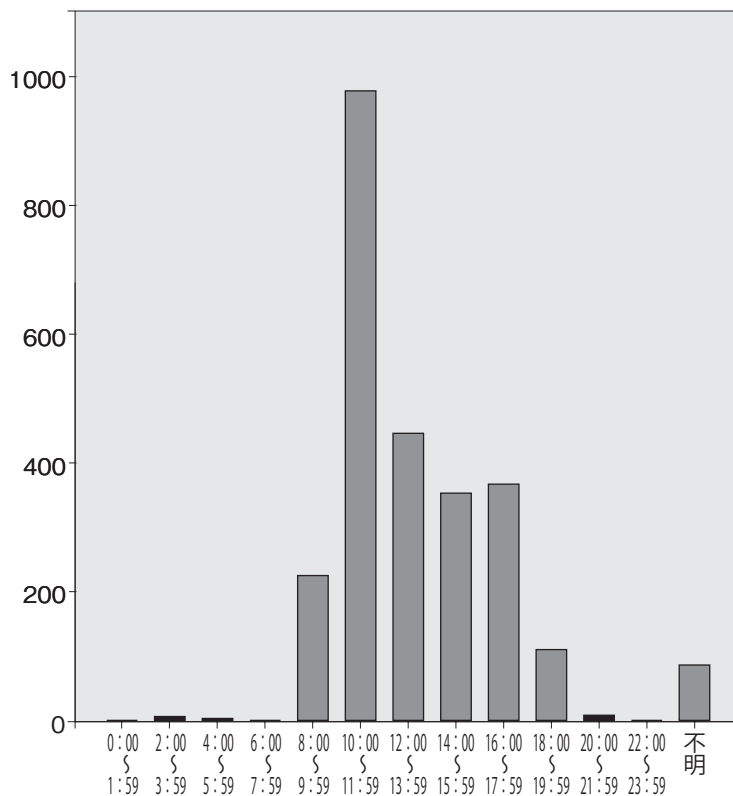
#### 2. 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	10
月曜日	417
火曜日	506
水曜日	435
木曜日	478
金曜日	520
土曜日	216
合計	2,582



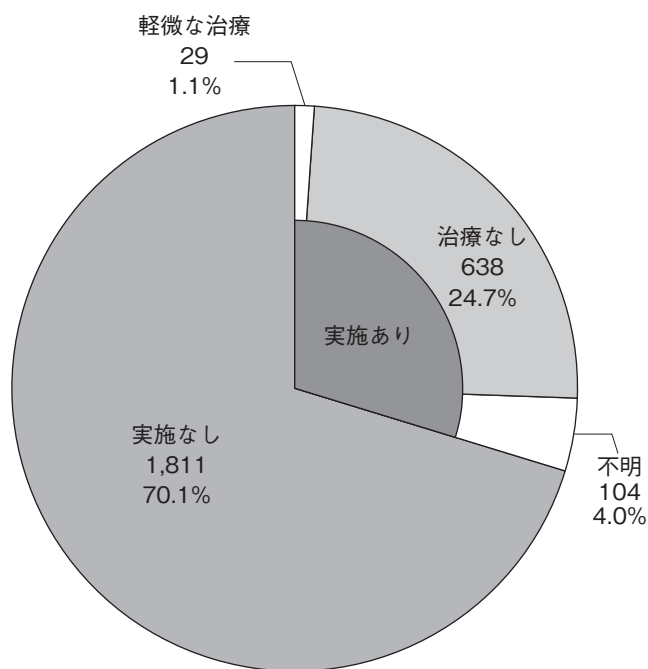
### 3. 発生時間帯

発生時間帯	件数
0 : 00～ 1 : 59	0
2 : 00～ 3 : 59	6
4 : 00～ 5 : 59	3
6 : 00～ 7 : 59	0
8 : 00～ 9 : 59	225
10 : 00～11 : 59	978
12 : 00～13 : 59	446
14 : 00～15 : 59	353
16 : 00～17 : 59	367
18 : 00～19 : 59	110
20 : 00～21 : 59	8
22 : 00～23 : 59	0
不明	86
合 計	2,582



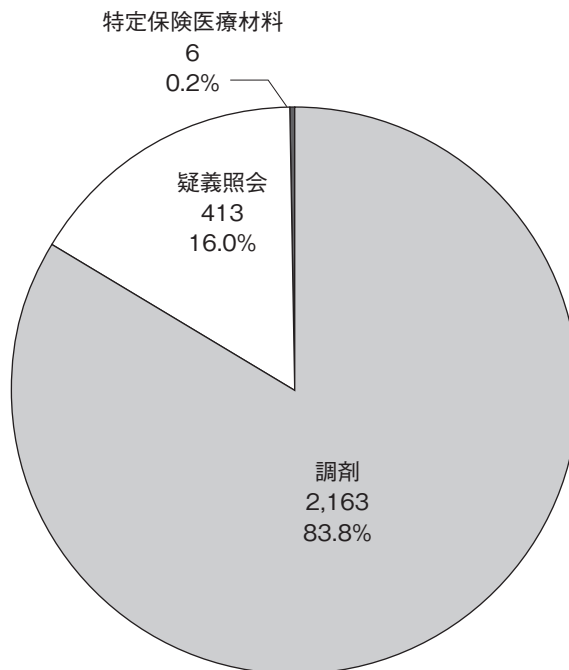
### 4. 実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	29
実施あり・治療なし	638
実施あり・不明	104
実施なし	1,811
合 計	2,582



### 5. 事例の概要

事例の概要 <sup>(注1)</sup>	件数
調 剤 <sup>(注3)</sup>	2,163
疑 義 照 会 <sup>(注2)</sup> <sup>(注3)</sup>	413
特 定 保 険 医 療 材 料	6
医 薬 品 の 販 売	0
合 計	2,582



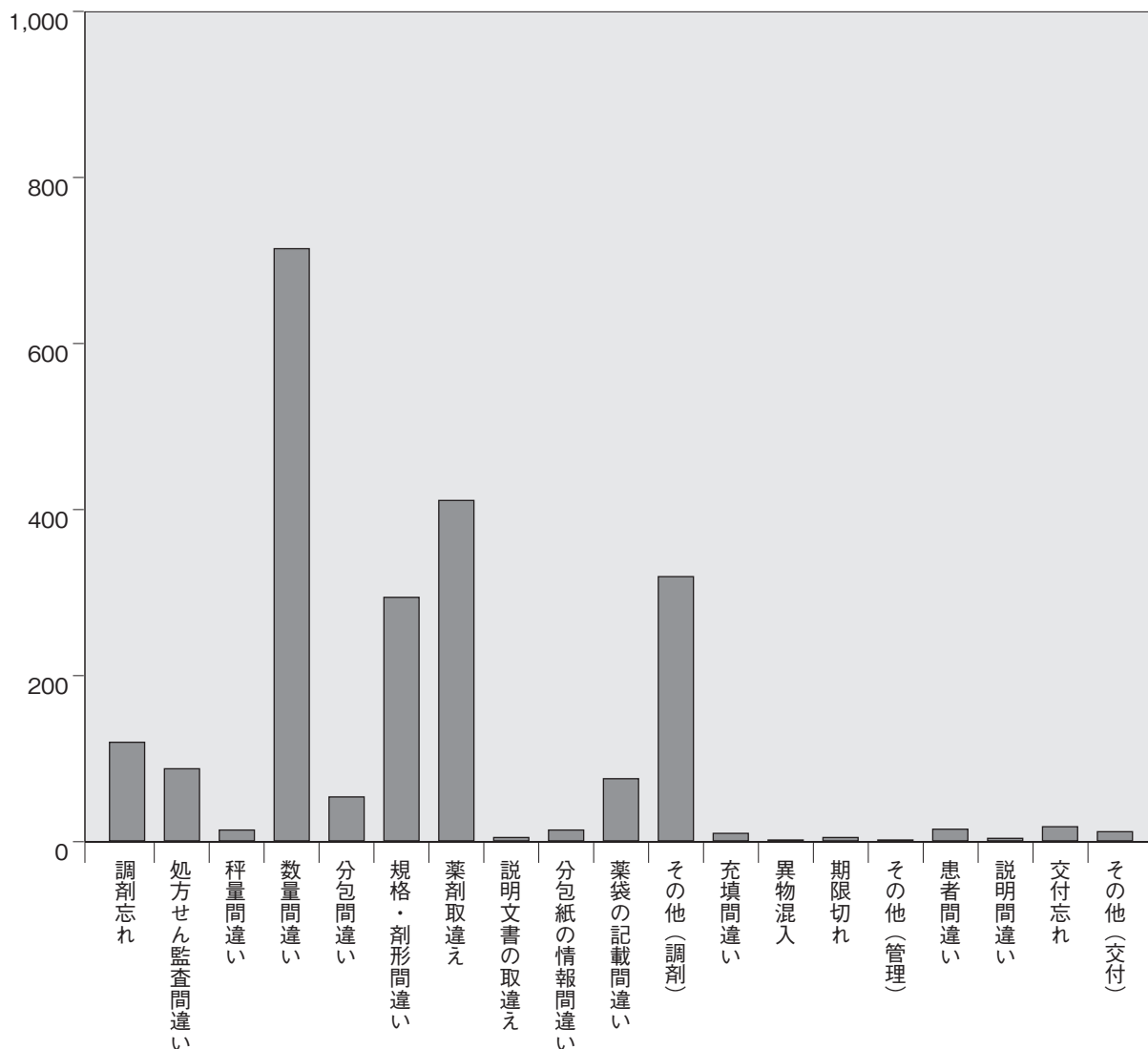
注1：ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。P 2（注1）参照。

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。

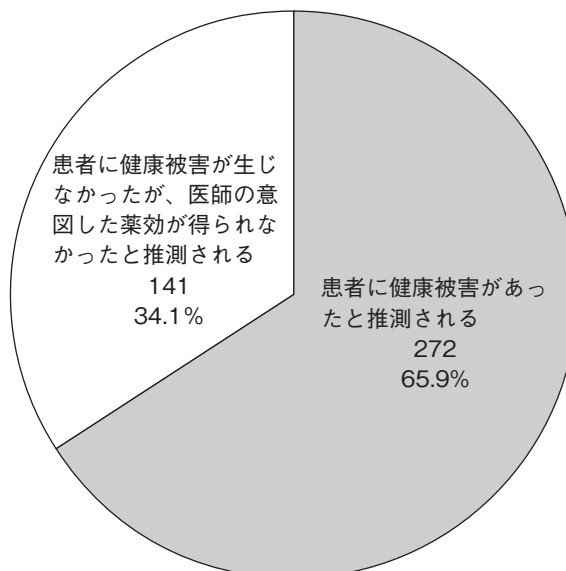
1) 調剤に関する項目

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	119	管理	充填間違い	9
	処方せん監査間違い	87		異物混入	1
	秤量間違い	13		期限切れ	4
	数量間違い	715		その他(管理)	1
	分包間違い	53	交付	患者間違い	14
	規格・剤形間違い	294		説明間違い	3
	薬剤取違え	411		交付忘れ	17
	説明文書の取違え	4		その他(交付)	11
	分包紙の情報間違い	13	合計		2,163
	薬袋の記載間違い	75			
	その他(調剤)	319			

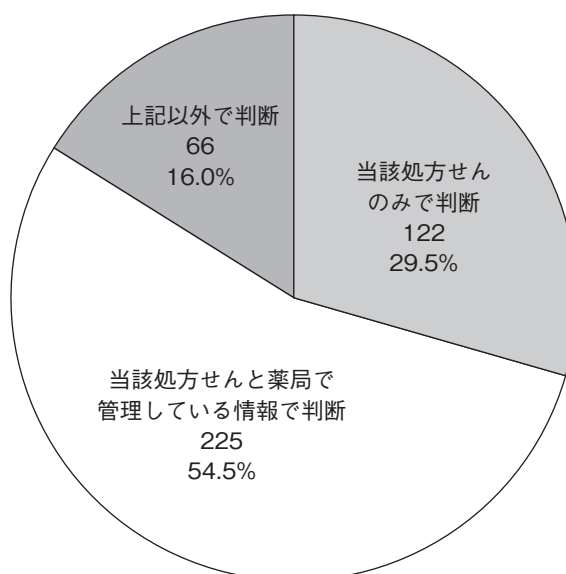


2) 疑義照会に関する項目

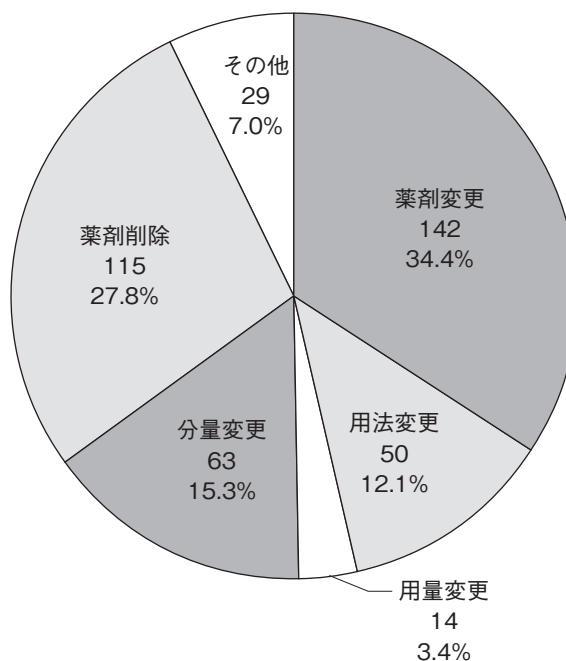
仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	272
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	141
合計	413



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	122
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	225
上記以外で判断	66
合計	413

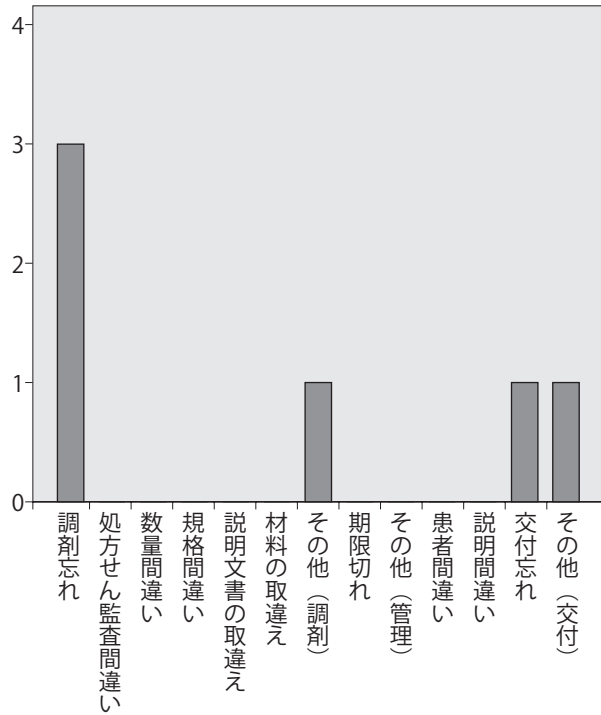


変更内容	件数
薬剤変更	142
用法変更	50
用量変更	14
分量変更	63
薬剤削除	115
その他	29
合計	413



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	3
	処方せん監査間違い	0
	数 量 間 違 い	0
	規 格 間 違 い	0
	説明文書の取違い	0
	材 料 の 取 違 い	0
	そ の 他 ( 調 剤 )	1
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	1
	そ の 他 ( 交 付 )	1
合 計		6

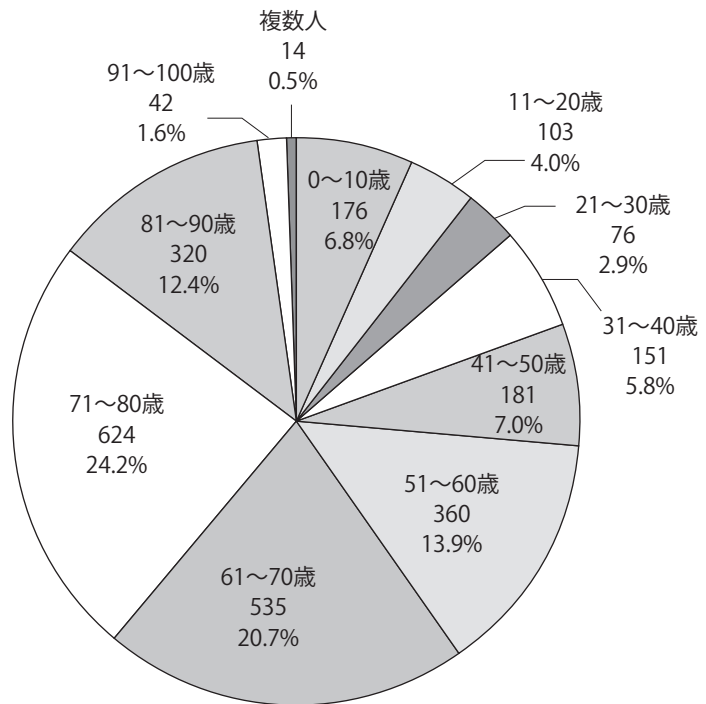


4) 医薬品の販売に関する項目

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

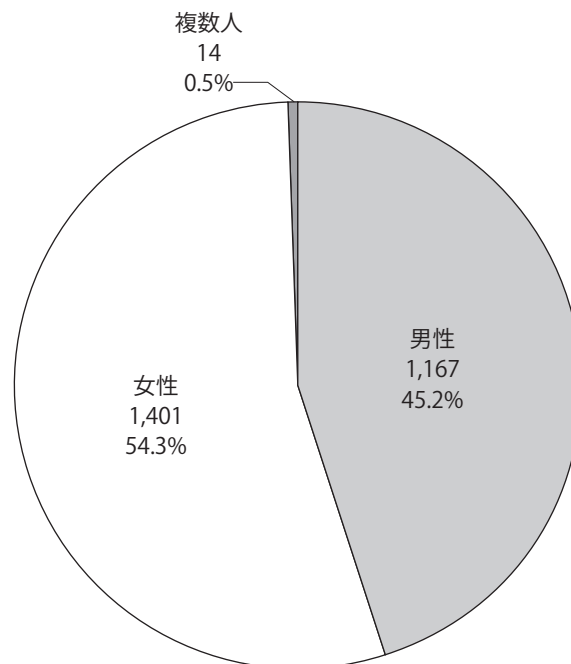
### 6. 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～ 10歳	176
11～ 20歳	103
21～ 30歳	76
31～ 40歳	151
41～ 50歳	181
51～ 60歳	360
61～ 70歳	535
71～ 80歳	624
81～ 90歳	320
91～100歳	42
101～110歳	0
111～120歳	0
121～130歳	0
131歳以上	0
複 数 人	14
合 計	2,582



### 7. 患者の性別

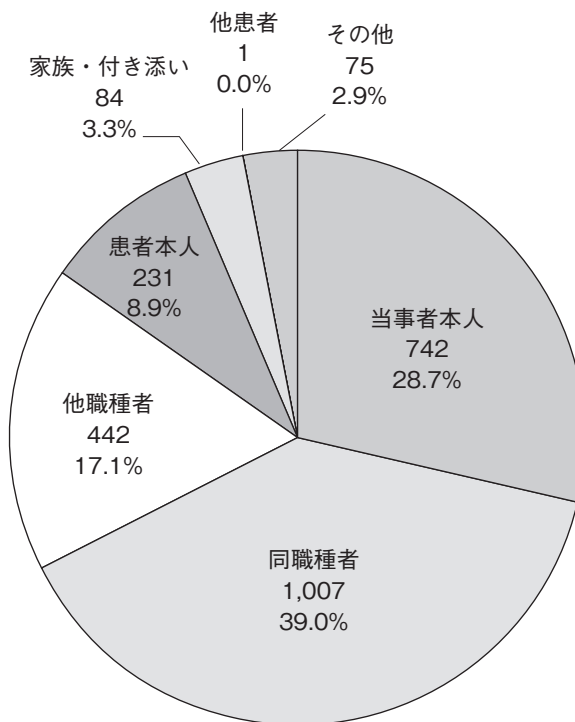
患者の性別	件数
男 性	1,167
女 性	1,401
複 数 人	14
合 計	2,582





### 8. 発見者

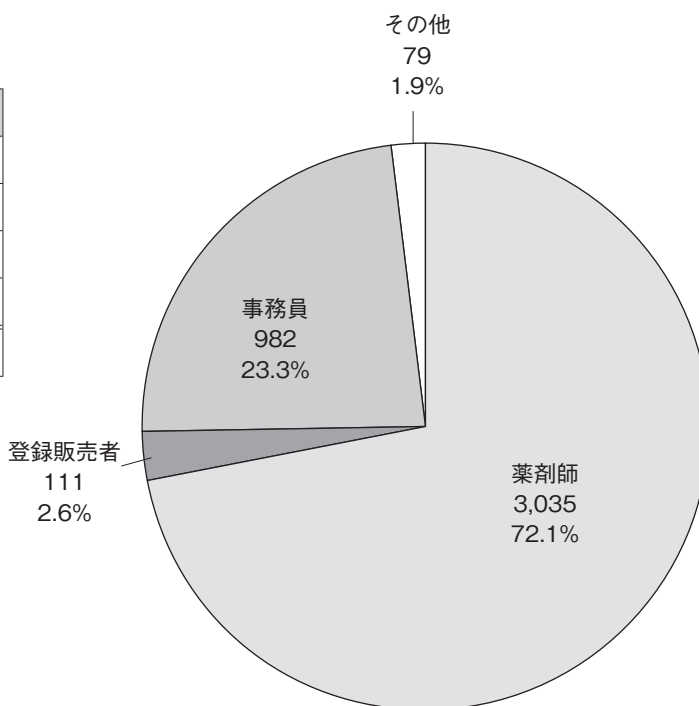
発見者	件数
当事者本人	742
同職種者	1,007
他職種者	442
患者本人	231
家族・付き添い	84
他患者	1
その他	75
合計	2,582



### 9. 当事者

当事者	件数
薬剤師	3,035
登録販売者	111
事務員	982
その他	79
合計	4,207

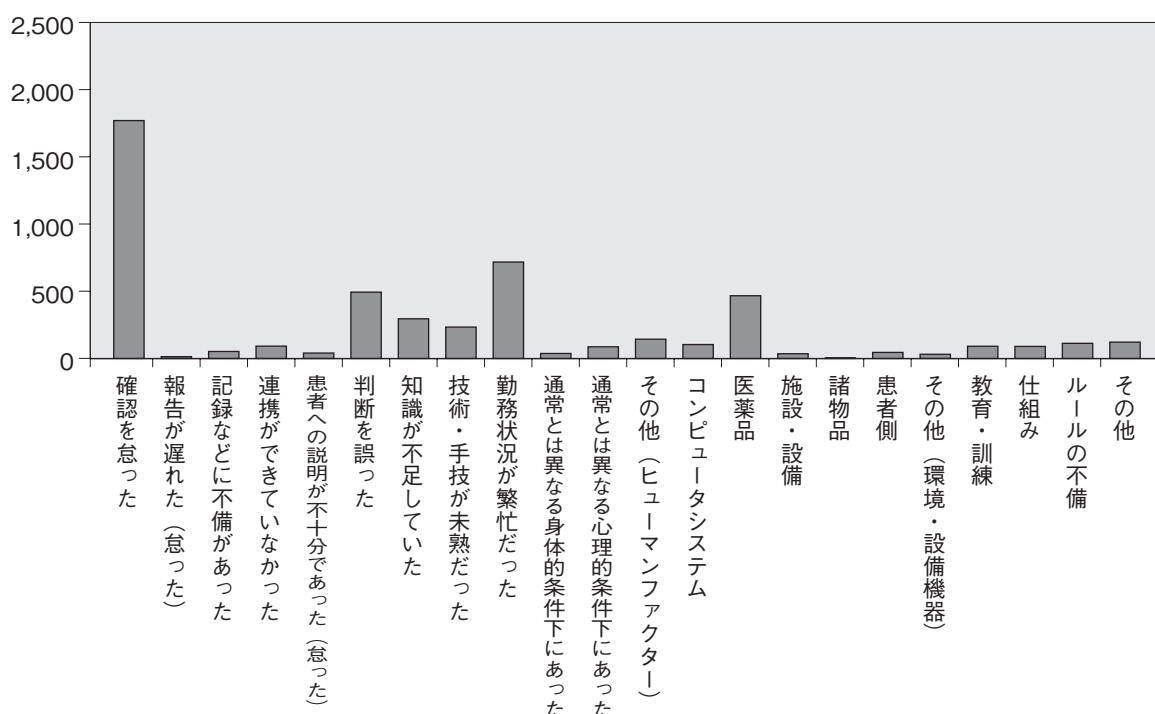
注:「当事者」は複数回答が可能である。



### 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	1,784	
	報告が遅れた(怠った)	13	
	記録などに不備があった	52	
	連携ができていなかった	92	
	患者への説明が不十分であった(怠った)	40	
	判断を誤った	497	
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	297
		技術・手技が未熟だった	235
		勤務状況が繁忙だった	723
		通常とは異なる身体的条件下にあった	37
		通常とは異なる心理的条件下にあった	87
		その他(ヒューマンファクター)	144
		環境・設備機器	コンピュータシステム
	医薬品		470
	施設・設備		35
	諸物品		3
	患者側		45
	その他(環境・設備機器)		31
	その他	教育・訓練	91
		仕組み	90
		ルールの不備	113
		その他	122
		合計	5,105

注：「発生要因」は複数回答が可能である。



## 1 1. 事例の概要×発生要因

事例の概要×発生要因	調剤	疑義照会 <sup>(注1)</sup>	特定保険 医療材料	医薬品の 販売	合 計
確認を怠った	1,686	93	5	0	1,784
報告が遅れた(怠った)	13	0	0	0	13
記録などに不備があった	23	29	0	0	52
連携ができていなかった	48	44	0	0	92
患者への説明が不十分であった(怠った)	35	5	0	0	40
判断を誤った	484	13	0	0	497
知識が不足していた	249	47	1	0	297
技術・手技が未熟だった	216	18	1	0	235
勤務状況が繁忙だった	686	36	1	0	723
通常とは異なる身体的条件下にあった	35	2	0	0	37
通常とは異なる心理的条件下にあった	86	1	0	0	87
その他(ヒューマンファクター)	89	55	0	0	144
コンピュータシステム	51	52	1	0	104
医薬品	436	33	1	0	470
施設・設備	33	2	0	0	35
諸物品	2	1	0	0	3
患者側	10	35	0	0	45
その他(環境・設備機器)	16	15	0	0	31
教育・訓練	73	18	0	0	91
仕組み	75	15	0	0	90
ルールの不備	101	12	0	0	113
その他	18	103	1	0	122
合 計	4,465	629	11	0	5,105

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	1,848	104	871	51	2,874
報告が遅れた(怠った)	13	1	9	0	23
記録などに不備があった	60	4	14	7	85
連携ができていなかった	118	2	33	6	159
患者への説明が不十分であった(怠った)	62	1	17	1	81
判断を誤った	837	8	88	4	937
知識が不足していた	210	5	197	12	424
技術・手技が未熟だった	129	4	183	18	334
勤務状況が繁忙だった	1,225	17	131	12	1,385
通常とは異なる身体的条件下にあった	41	1	15	0	57
通常とは異なる心理的条件下にあった	94	7	50	1	152
その他(ヒューマンファクター)	189	4	57	4	254
コンピュータシステム	135	7	39	8	189
医薬品	832	3	49	21	905
施設・設備	50	1	15	1	67
諸物品	4	0	3	0	7
患者側	53	1	15	2	71
その他(環境・設備機器)	51	0	11	0	62
教育・訓練	128	5	40	7	180
仕組み	114	2	40	2	158
ルールの不備	138	2	44	6	190
その他	141	1	16	7	165
合計	6,472	180	1,937	170	8,759

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	28	638	103	1,394	2,163
疑義照会	0	0	0	413	413
特定保険医療材料	1	0	1	4	6
医薬品の販売	0	0	0	0	0
合 計	29	638	104	1,811	2,582

## 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	0	0	0	0	0	0
2：00～3：59	0	4	1	0	1	0	0	6
4：00～5：59	0	0	3	0	0	0	0	3
6：00～7：59	0	0	0	0	0	0	0	0
8：00～9：59	1	35	46	33	41	45	24	225
10：00～11：59	4	147	165	157	212	181	112	978
12：00～13：59	1	75	92	75	84	80	39	446
14：00～15：59	1	55	80	66	68	68	15	353
16：00～17：59	1	60	77	64	49	96	20	367
18：00～19：59	1	21	24	25	8	29	2	110
20：00～21：59	0	5	1	0	1	1	0	8
22：00～23：59	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	1	15	17	15	14	20	4	86
合 計	10	417	506	435	478	520	216	2,582

## 【4】販売名に関する集計

本集計報告の期間には、7月22日から9月16日までの本事業の報告システム停止期間が含まれているため、その影響により通常の半年の報告件数よりも少なくなっている。

### 1. 医療用医薬品に関するもの（報告回数3,345回）<sup>(注1)</sup>

(報告回数上位)

販売名	報告回数
ムコスタ錠100mg	27
モーラステープL40mg	21
ムコダインDS50%	20
ワーファリン錠1mg	19
ネキシウムカプセル20mg	18
ロキソニン錠60mg	18
マイスリー錠5mg	17
メトグルコ錠250mg	16
バイアスピリン錠100mg	15
パリエット錠10mg	15
プレドニン錠5mg	15
メチコバル錠500μg	15

### 1) 後発医薬品に該当するもの（報告回数812回）<sup>(注2)</sup>

(報告回数上位)

販売名	報告回数
バイアスピリン錠100mg	15
メチコバル錠500μg	15
マグミット錠330mg	14
ピーエイ配合錠	11
レバミピド錠100mg「EMEC」	11
カロナール錠200	10
センノサイド錠12mg「サワイ」	10
ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」	10
マグラックス錠330mg	9
トーフチーム配合顆粒	7
ビオフェルミン錠剤	7
プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」	7

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<sup>(注1)</sup> に該当するもの(報告回数6回)<sup>(注2)</sup>

販 売 名	報告回数
アイミクス配合錠HD	1
アミティーザカプセル24 $\mu$ g	1
インライタ錠5mg	1
ディレグラ配合錠	1
トレシーバ注フレックスタッチ	1
ロトリガ粒状カプセル2g	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5回）<sup>(注1)</sup>

販 売 名 <sup>(注2)</sup>	報告回数
ペンニードル	2
BDマイクロファインプラス	2
ナノパスニードルⅡ	1

3. 医薬品の販売に関するもの（報告回数0回）<sup>(注1)</sup>

販 売 名	報告回数
該当なし	0

関連医薬品の分類	報告回数
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：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721回)<sup>(注1)</sup>
- 間違えた医薬品 (報告回数721回)
- 関連医薬品 (報告回数1,252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
ムコスタ錠100mg	4	4	12
モーラステープL40mg	2	3	13
ワーファリン錠1mg	0	2	14
ムコダインDS50%	5	6	4
メトグルコ錠250mg	1	8	6

### 2) 疑義照会

- 処方された医薬品 (報告回数465回)<sup>(注2)</sup>
- 変更になった医薬品 (報告回数186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
クラビット錠500mg	4	6
ピーエイ配合錠	6	2
PL配合顆粒	7	0
カロナール錠200	3	4
ネキシウムカプセル20mg	6	1
ムコスタ錠100mg	4	3

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5回)

(報告回数上位)

販 売 名 <sup>(注)</sup>	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	2
ナノパスニードルⅡ	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

平成25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<sup>(注)</sup>を選び掲載する。

### 事例1 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000032963）

<b>事例の内容</b>
一般名処方でニフェジピン徐放錠20mg（24時間持続）1日2錠 1日2回朝夕食後 60日分処方されていた。処方せんの印字どおりに医療事務が入力していた。調剤時に24時間持続製剤に対して、1日2回の処方であるため、前回履歴を確認したところ、前回は12時間持続製剤で調剤されていることを確認したため疑義照会とした。処方内容は前回と変更ないと回答であり、ニフェジピン徐放錠20mg（12時間持続）での処方と確認し、処方せんの印字による間違いであることを確認した。
<b>背景・要因</b>
処方せんの入力事務は、くすりの作用時間や剤形などの知識のない事務職員が携わることもあり、用法や剤形について妥当性を十分確認する必要がある。ニフェジピン製剤については剤形が多数あり、その医療機関の一般名処方の採用以降とくに処方せんの印字ミスが多く苦慮している。
<b>薬局が考えた改善策</b>
ニフェジピン製剤については、コンピューターのシステムとして用法と剤形でチェック機能などで確認できないのであれば、一般名処方ではなく、商品名の処方に切り替えていただけないか、薬業連携で再三に渡りお願いしていたところであった。二カ月前に要望が受け入れとなったが、なかなか処方印字には反映されていない状況で苦慮している。
<b>その他の情報</b>
【アダラートCR錠の用法・用量】（添付文書から抜粋） ○高血圧症に関しては、2013年6月に以下の用法・用量が追加となった。 「1日40mgで効果不十分な場合には、1回40mg 1日2回まで増量できる。」
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●一般名処方での問題である。</li> <li>●医師の意図する処方と、一般名に変更するときの問題がある事例であり、疑義照会しなければ、医師の意図を確認できない事例である。</li> <li>●ニフェジピンは商品名での記載でないと分かりづらく危険である。</li> <li>●上欄「その他の情報」に記載したように、一般名ニフェジピン徐放錠（24時間持続）の先発品であるアダラートCR錠の用法は、従来は「1日1回」のみであったが、2013年6月に「1日2回」の用法も追加となった。ニフェジピン製剤を調剤する際は、規格の種類や用法について、処方せん、薬歴、患者からの聞き取りなどから、処方内容を特に慎重に確認することが重要である。</li> </ul>

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.jcqh.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：000000032985）

事例の内容
<p>患者は今まで、チラーヂンS錠50<math>\mu</math>g 0.6錠（医師の指示により粉砕）/日（レボチロキシニン量30<math>\mu</math>g）を服用していた。患者の母親は今回からチラーヂンS錠50<math>\mu</math>gをチラーヂンS散0.01%へ変更する旨、医師から説明を受けていた。</p> <p>処方是一日0.6g処方であり、担当した薬剤師がそのまま調剤した。別の薬剤師が鑑査の際、確認のためレボチロキシニン量に換算すると、60<math>\mu</math>gで倍量となっていることに気付いた。今回の採血の結果はまだ出ておらず、患者の母親も用量の変更を聞いていないことから医師へ疑義照会し、一日0.3g（レボチロキシニン量30<math>\mu</math>g）へ変更となった。</p>
背景・要因
<p>医師は規格があるにも関わらず、0.6錠から0.6gへそのまま処方してしまった可能性あり。調剤した薬剤師は、錠剤のつぶしから散剤へ変更となっているにも関わらず、前回の分量から今回の分量への換算を怠った可能性あり。</p>
薬局が考えた改善策
<p>錠剤のつぶしが散剤へ変更となる際や、散剤が錠剤のつぶしに変更となる際は、必ず分量への換算をし、ダブルチェックを行う。</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"> <li>●病院の採用規格が変更（増えたり、減ったり）した時の問題である。</li> <li>●改善策にあるように、こういったケースでは換算ミスが起こりやすいので、しっかりとチェックすることが重要である。</li> </ul>

**事例3 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例** (事例番号：000000033042)

<b>事例の内容</b>
<p>ノルバスク錠2.5mgを処方されたところ誤ってノルバスク錠5mgを薬剤師が調剤、実習生が鑑査時に見落として薬袋に入れてしまう。指導薬剤師が発見・指摘することで患者に手渡される前に処方せん通りの調剤を行った。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>いくつかの業務を並行して行っていたため実習生の注意力が散漫していたと考えられる。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>作業の分担、区切りを明確にすることで各作業に集中できるようにする。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●実習生が関係するヒヤリ・ハット事例も生じうる。</li> <li>●医療事故を未然に防ぐためには、実際にどのようなヒヤリ・ハット事例があるのか、また、その背景はどのようなものであるかをよく知っておくことが有用であることから、指導薬剤師は出来れば当機構の薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の成果を学生に指導し、ヒヤリ・ハット事例の入力の仕方や、データの活用方法を学ばせることにより今後の実習に役立てていただきたい。</li> </ul>

**事例4 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000033226）**

<b>事例の内容</b>
ベネット錠75mgを服用している患者で、今回も75mgが処方されていた。調剤時にベネット錠17.5mgで調剤し、鑑査時にも気づかず患者へ投薬してしまった。後日、いつもの薬と違うと患者本人より連絡があり発覚。75mg製剤と交換した。
<b>背景・要因</b>
ベネット錠は75mgと17.5mgでは、7と5の数字が共通しており、処方せんまたは調剤された薬を見間違えた可能性がある。また、製剤の外観も同じような1枚の紙のシートであるため、気づかなかった可能性がある。
<b>薬局が考えた改善策</b>
ベネット調剤時には、内容をよく確認する。メーカー側には、どちらかのシートを変更していただけると助かる。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●背景、要因の欄に記載があるが、錠剤の色や、パッケージの記載も違う。</li><li>●医薬品の配置や、取り違い防止のために、手順書を書き換えるなどを検討してほしい。</li><li>●また、製剤外観に関しては、シートの大きさを変えるなどをメーカーに相談する手段も有用であると考えられる。</li></ul>

**事例5 内服薬調剤、数量間違いに関する事例 (事例番号：000000033272)**

<b>事例の内容</b>
<p>F A X送信されてきた処方せん。                  日数を他の薬同様に、28日分と思って調剤してしまった。                  本当は14日分だった。                  投薬後、薬歴を整理していた際に、調剤過誤を発見した。                  患者(母親)に連絡して交換した。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>F A Xの印字がはっきりしなかった。                  確認不足。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>印字が不明瞭の場合、特に元の処方せんをよく確認する。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>関連医薬品：                  メチコバル錠500<math>\mu</math>g、ユベラNカプセル100mg</p>
<b>事例のポイント</b>
<p>● F A Xにて調剤を開始することがあるが、印字が不明瞭で少しでも不安を感じる場合は、面倒がらずに特に元の処方せんをよく確認する必要がある。</p>



**事例6 外用薬調剤、処方せん監査間違いに関する事例 (番号: 000000033282)**

<b>事例の内容</b>
ロキソニンテープ100mgをお渡し。27日後に来局時、「ロキソニンはアレルギー経験があるので使わなかった」と患者より申告され発覚。薬物アレルギーについては薬歴に記載していたが、テープまで注意が及ばず、そのままお渡ししてしまった。
<b>背景・要因</b>
薬物アレルギーのレセコン登録をしていたが、飲み薬のみの登録だったため、引っかけからなかった。
<b>薬局が考えた改善策</b>
レセコンにロキソニンテープ・ゲルも禁忌に登録した。 薬物アレルギーの患者は処方変更に特に注意すること。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
●薬物アレルギーは生命の危険につながることもあるので、同一商品名における他剤形の有無の確認には特に注意を払う必要がある。

## 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:000000033430)

<b>事例の内容</b>
<p>血液内科を1週間ごとに受診されている患者様に対し、ネオーラル25mgカプセルを調剤するところを、ネオーラル10mgカプセルで調剤。</p> <p>鑑査でも気付かず、そのまま患者様に交付してしまった。</p> <p>1週間後の再来局時に患者本人の申し出により発覚。</p> <p>ネオーラルとして1日量150mgで服用するところが120mgでの服用となっていた。</p> <p>医師に状況を報告。検査値、血中濃度に大きな変化はなかったため、そのまま様子を見ることとなった。</p> <p>今回のミスによる体調の悪化はなかった。</p>
<b>背景・要因</b>
未記載
<b>薬局が考えた改善策</b>
繁忙時でもひとつずつ確認して鑑査を行うことを徹底する。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●調剤時の確認及び鑑査もすり抜けてしまった事例である。</li> <li>●用量が下回ると有効性不発揮となり治療(有効性)に大きな影響を及ぼす。調剤、鑑査、交付の際のチェック体制を再確認する必要がある。</li> </ul>

**事例8 内服薬調剤、処方せん監査間違いに関する事例** (事例番号：000000033670)

<b>事例の内容</b>
前立腺肥大で治療中の患者さん。フスコデ配合錠服用で尿閉の副作用歴「+」と薬歴記載があることを見落とし交付し、2週間後の再来時に発覚。服用により若干の排尿困難があった様子。事情を説明し、医師に疑義照会し、再来時のフスコデ配合錠処方削除。
<b>背景・要因</b>
薬歴記載事項の見落とし。(繁忙による)
<b>薬局が考えた改善策</b>
薬歴確認の徹底。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●高齢者における前立腺肥大患者は多いため、禁忌薬の知識は必須である。</li><li>●この患者は2週間のフスコデ服用により尿閉が出現していることから、このまま気付かずに服用を続ければ更に尿閉は進行し、尿量減少、頻尿などの症状が現れた可能性が考えられる。</li><li>●前立腺肥大患者への投薬にあたっては、鎮咳剤や抗ヒスタミン剤が含まれる風邪薬や、鎮痙剤や胃炎の胃腸薬、乗り物酔い止め薬などのOTCにも注意が必要である。</li></ul>

**事例9 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例 (番号:000000033700)**

<b>事例の内容</b>
一般名処方であり、分包希望の方のため勘違いしてアシノン錠150mgであるところをザンタック錠150mgで調剤した。
<b>背景・要因</b>
一般名処方であり、同じ力価であったため薬品の確認が甘かった。少し前にザンタック錠150mgを調剤していたため、一般名を勘違いした。
<b>薬局が考えた改善策</b>
一般名処方のときは、薬品箱などでもしっかりチェックする。思い込みをしないで、しっかり一般名と商品を目視で確認する。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●一般名処方において、アシノン錠150mgの一般名:ニザチジンと、ザンタック錠150mgの一般名:ラニチジンを誤った事例である。</li><li>●一般名処方是有効成分の一般的名称を基本としているため、同効医薬品の場合は類似名が多いことに注意が必要である。</li></ul>

## 事例10 注射薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000033706）

<b>事例の内容</b>
患者の家族から「いつものインスリンは濁っているが、今日のインスリンは透明だったが薬が変わったか？」と電話を貰い確認したところ調剤過誤が発覚した。1回使用してしまっていたが幸いにも低血糖を起こさずに済む。直ちに患者の家に正しい薬剤をお届けしお詫びする。医師にも経緯を連絡する。
<b>背景・要因</b>
調剤では内服のつぶしに気を取られ、鑑査では冷所保存することに意識が向いてしまい確認を怠ってしまう。在宅訪問患者であったが定期処方のため、訪問時の確認もしっかり行わなかった。
<b>薬局が考えた改善策</b>
調剤及び鑑査時の確認を徹底する。注射剤は投薬時患者と一緒に確認する決まりを在宅訪問でも徹底する。
<b>その他の情報</b>
処方された医薬品：ノボラピッド30ミックス注フレックスペン 間違えた医薬品：ノボラピッド注フレックスペン
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●インスリンの誤薬は体調に重大な影響を与えるため、細心の注意が必要である。</li> <li>●誤りが繰り返し生じている薬剤は、その保管場所や標記方法、鑑査の手順など、他の薬剤とは違った手順にする等の対策も有用であると考えられる。</li> </ul>

**事例11 疑義照会、薬剤変更に関する事例 (事例番号：000000033887)**

<b>事例の内容</b>
<p>夕方の混雑時の来局。4月より一般名処方へ変わった耳鼻科からの処方せんを持参。処方には散剤、液剤があり、そのうちのチペピジンヒベンズ酸塩シロップ2% 3mL 毎食後で処方されていた。薬局の採用品にはアスベリンドライシロップ2% (粉)、アスベリンシロップ0.5%があり、患者は1歳、体重11kgで体重当たりの用量超過、剤形の不一致のため疑義照会をした。処方医師に電話で確認したところチペピジンヒベンズ酸塩シロップ0.5% 3mL 毎食後へ変更となった。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>処方元の医院でレセコンに医薬品登録する際に、アスベリンドライシロップ2%=チペピジンヒベンズ酸塩シロップ2%(g)、アスベリンシロップ0.5%=チペピジンヒベンズ酸塩シロップ0.5%(mL)とするところを、誤ってアスベリンシロップ0.5%(mL)→チペピジンヒベンズ酸塩シロップ2%(mL)を紐付けしていたことが原因だった。今回は明らかに用量超過もあり、見つけたが一般名になるとドライシロップとシロップは表記が同じで、規格と単位のみ異なる。たまたま販売品目が液剤、散剤で規格も同じ%表示だったため起きたと思われる。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>今回の疑義照会で処方医師の指示薬品と処方せんの入力内容が修正されたので改善した。調剤するときはシロップの規格と単位を確認したうえで調剤に入り、監査も注意するように徹底した。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●レセコンの一般名のマスターを登録する際は内容等を間違えて入力しないよう十分な注意が必要である。</li> <li>●マスターを登録するときは、複数人の目を通して確認する、登録画面をプリントアウトして再確認することなどが間違いの防止のために有用である。</li> <li>●乳幼児の処方監査は剤形に係わらず、剤形・規格・単位、用法・用量、患者体重など慎重に確認した上で行わなければならない。</li> </ul>

## 事例12 疑義照会、分量変更に関する事例 (事例番号: 000000034010)

<b>事例の内容</b>
<p>泌尿器科より発行されたRp.ウブレチド錠5mg 1日用量2錠分2×14日分朝昼食後服用との記載の処方せんを受け付ける。ウブレチド錠5mgは2010年3月の添付文書の改訂で低緊張性膀胱による排尿障害に対する用量・用法は「ジスチグミン臭化物として、成人1日5mgを経口投与する」とされており、今回の処方内容は保険適応上の用量とは異なる為当該医療機関薬剤部にFAXで疑義照会を行った。疑義照会の回答として「医師より朝昼食後でよろしいとのことでした」とあり。用量に関する回答となっていない為当該薬剤部に電話で問い合わせを行ったところ、「1日15mgで投与したいところを10mgとしている為処方通り調剤するよう医師からは回答があった」との申し出があり。ウブレチド錠5mgの排尿障害に対する用量が1日5mgとなった背景として、1日5mgを超える用量では副作用による死亡例の報告があること、また効果についても5mg以上の場合との差がそれほどないこと等があることを説明の上、再度処方医師への確認をお願いした。処方内容がRp.ウブレチド錠5mg 1日用量1錠分1×14日分朝昼食後服用に変更となった。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>2010年3月以前はウブレチド錠5mgの保険適応上の用量は「ジスチグミン臭化物として、通常成人1日5~20mgを1~4回に分割経口投与する。なお、症状により適宜増減する。」とされていたが、「コリン作動性クリーゼ」の発現を防止するため、安全対策として「手術後及び神経因性膀胱などの低緊張性膀胱による排尿困難」について「用法及び用量」が一部変更となったことが今回の事例の要因の一つと考えられる。今回の事例では、保険薬局の薬剤師と医療機関薬剤師が連携して、処方医師への情報提供を行うことで、副作用の発現の可能性を未然に防ぐことが出来た事例でもあると考える。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
未記載
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
●医薬品情報はたえず最新のものを更新し、周知理解しておく必要がある。

**事例13 疑義照会、薬剤変更に関する事例** (事例番号: 000000034314)

<b>事例の内容</b>
喘息の患者様で、今までプレドニン錠5mg、ユニフィルLA錠200mg、ムコソルバンLカプセル45mgを7日分処方されていた。その後テグレート錠200mgが処方され、病歴に神経痛、てんかん等もなく喘息患者様なので、テオドール錠200mgの入力間違いと思われたため、疑義照会したところ、テオドール錠200mgへ処方変更となる。
<b>背景・要因</b>
未記載
<b>薬局が考えた改善策</b>
未記載
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
●処方医の処方薬についての名称間違いを、病歴などの患者背景を確認することにより誤りに気が付き疑義照会に繋げた良い事例である。



**事例14 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例** (事例番号: 000000034344)

<b>事例の内容</b>
ガスコン錠80mgの処方で、忙しくて規格の確認を怠りガスコン錠40mgを調剤した。鑑査時に別の薬剤師より指摘を受け修正した。
<b>背景・要因</b>
ガスコン錠40mgは採用薬であるが、ガスコン錠80mgは在庫のない薬剤であったため、40mg錠と思い込んだことが要因。
<b>薬局が考えた改善策</b>
未記載
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● 処方薬の規格を、採用薬の慣れた規格と思い込んでしまった事例である。</li><li>● 薬局は複数の医療機関からの処方せんに対応しなければならないが、際限なく多くの規格を常備しておくことも出来ないジレンマもある。思い込みによる規格間違いを防ぐためには、常に他規格の存在を意識し、注意しながら調剤する必要がある。</li></ul>

## 事例15 内服薬調剤、処方せん監査間違いに関する事例（事例番号：000000034361）

事例の内容
広域病院からの転院の患者様。従来メトグルコ錠250mg 6錠/日で服用されていたが、転院先で同一成分のグリコラン錠250mg 6錠/日で処方。後日基金のほうから通達があり査定される。
背景・要因
メトグルコ錠250mgとグリコラン錠250mgは同じメトホルミン製剤であるが、メトグルコ錠250mgのみ2250mg/日の投与が可能であり他は750mg/日までと決まっている。そのことを知らずに同一成分であることからそのまま処方したのが原因。
薬局が考えた改善策
同一成分薬でも用量・用法・効能が違うものがあり、添付文書等で認識する。

その他の情報
<p>【メトグルコ錠250mg】</p> <p>初期投与量：1日500mg、2～3回分服(食直前又は食後)</p> <p>維持量：1日750～1500mg</p> <p>最高投与量：1日2250mg</p> <p>【グリコラン錠250mg】</p> <p>初期投与量：1日500mg、2～3回分服、食後</p> <p>最高投与量：1日750mg</p>

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●同一成分であるために、用量も同じと思い込んでしまった事例である。</li> <li>●同一成分の場合こそ、用量を逐一確認することを怠ってはならない。</li> </ul>

## 事例16 疑義照会、薬剤削除に関する事例(事例番号:000000034405)

事例の内容
当該患者に【般】ロキソプロフェンNa錠60mg(他3剤)が処方された。レセコンに入力時にロキソプロフェンNa錠60mgにチェックがかかり、さらに薬歴の患者情報を見ると「ロキソニン錠60mgで悪心」の記録があったため、疑義照会し、【般】ロキソプロフェンNa錠60mgが削除となった。
背景・要因
レセコンの患者の体質に、副作用のあった薬についてチェックがかかるように設定しておいたため、入力をした事務員でも気付けた。また、その理由についてもきちんと薬歴に記載があったため、あいまいな疑義照会とならずに済んだ。
薬局が考えた改善策
特になし
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"><li>●レセコンによるチェックが役に立った事例である。</li><li>●副作用歴などの重要な患者情報に関してはこのような複数のステップの複数の情報源によるダブルチェックが望ましい。</li></ul>

**事例17 疑義照会、分量変更に関する事例** (事例番号：000000034845)

<b>事例の内容</b>
<p>転院時、処方量が以前の10倍量となっていた。以前の投与量を処方医に情報提供したところ分量変更となった。テグレトール細粒50% 4g→0.4g、エクセグラン散20% 7.5g→0.75g。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>紹介状はなく、患者本人が口頭で伝えた結果をそのまま処方していた。患者は受診時にお薬手帳を提示していなかった。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>受診時には、お薬手帳を必ず提示するよう指導した。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●薬局での薬歴の確認により薬剂量についての疑義照会がなされた良い事例である。</li> <li>●転院時には特に注意して投与量の確認を行う必要がある。</li> </ul>

**事例18 疑義照会、薬剤変更に関する事例 (事例番号: 000000034849)**

<b>事例の内容</b>
牛乳アレルギーがあることを初回質問時に確認してあった。エンテロノン - R散が処方されていたので、医師に疑義照会し、牛乳アレルギーがあることを伝え、レベニン散に変更してもらうよう提案し変更となった。
<b>背景・要因</b>
未記載
<b>薬局が考えた改善策</b>
未記載

<b>その他の情報</b>
<b>【エンテロノン - R散】</b> 禁忌: 牛乳に対してアレルギーのある患者(アナフィラキシー様症状を起こすことがある)

<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●アレルギー物質については、本来は処方医が処方設計時に考慮すべきものであるが、製剤成分中に含まれる物質にまで気が付くことは少ない。</li><li>●疑義照会によってアレルギー歴のある薬剤の投与を防ぐことができた良い事例である。</li></ul>

**事例19 交付、患者間違いに関する事例 (事例番号：000000034852)**

<b>事例の内容</b>
<p>患者氏名をお呼びしたところ、「こっち、こっち」と手招きされ、話す内容も「足が痛いんです」等違和感がなかったため、ロキソニンテープ50mgをお渡しした。別の患者様から「まだですか？」と訴えがあり、別の患者様へ誤投薬したことが発覚。誤投薬の相手を推定し、自宅に電話をし、誤投薬相手が判明。すぐに自宅に伺い、ロキソニンテープ50mgを回収した。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>服薬指導を始める際に、再度氏名の確認をすべきであった。ご自宅へ伺った際に薬の管理を確認して、認知症を発症している様子がうかがえた。処方せんが集中しており、早くお渡しして薬局に戻らなければとの思いが強かった。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>服薬指導の前に再度氏名の確認を行う。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●顧客である患者の認知状態によっては対応の仕方が難しくなる。</li> <li>●氏名の確認の他に、番号札の確認など様々な同定手段を組み合わせるなどにより、患者間違いを最大限に防止することが重要である。</li> </ul>

**事例20 疑義照会、用法変更に関する事例 (事例番号: 000000034945)**

<b>事例の内容</b>
ターミナルケアの在宅患者様の処方せん。訪問して介護者である奥様への服薬指導から服用方法と違う処方内容であることが判明。疑義照会して、従来の用法に変更になった。
<b>背景・要因</b>
主治医の記載間違い。
<b>薬局が考えた改善策</b>
交付時の服薬指導は、従来の用法と違いがあるかよく確認する。
<b>その他の情報</b>
処方された医薬品: オキシコンチン錠 5 m g
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●在宅介護の患者の自宅を訪問して、薬を届けるという業務は今後増えると想定される。</li><li>●訪問した際には、患者の状態や処方せんの内容、服用状況の確認などを十分に行う必要がある。</li></ul>

**事例21 疑義照会、薬剤変更に関する事例** (事例番号：000000035071)

<b>事例の内容</b>
<p>施設へ入所されている患者様で薬の管理は看護師が行っていた。心浮腫などでラシックスを服用し、今までアスパラカリウム錠300mgも服用していた患者の処方突然アスパラ - CA錠200に変更になった。FAXを受け取った時点で念のため、「カリウム製剤からカルシウム製剤に変更になっているが、これがかまわないのか?」と疑義照会したが「それでいい」との回答。代理人の看護師が来られたときに「カルシウム剤に変わっているが?」と再度確認。医師からの説明は”医療機関の登録がなくなったので別の薬を出しておく。規格は少なくなるが問題ない”との指示を受けていたため疑義照会先として薬剤部に今回の件を再確認。アスパラカリウム錠300mgの登録が確かなくなり、医師がやはり勘違いしている可能性があるとのことで、病院薬剤部から問い合わせしてもらい、処方がアスパラカリウム散50%0.6g(300mg)に変更になった。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>医師がアスパラカリウム錠300mgとアスパラ - CA錠200を規格違いのカリウム製剤と考えていたためと思われる。カルシウム製剤と伝えたが医事課を通しての事だったため伝わっていなかった可能性あり。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>明らかにおかしいと思える案件であり、一度の疑義照会で変更がなくても患者インタビューなどから矛盾点を再度導き、問い合わせ先としても薬剤部を選んだり等、別のルートから疑義照会を行う。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●疑義照会する場合には、疑問点を的確に伝える必要がある。</li> <li>●回答に疑問がある場合には再度確認する場合も想定される。納得のいく回答が得られるまで、疑義照会を繰り返し、薬剤の間違いを回避した事例である。</li> </ul>



## 事例22 交付、患者間違いに関する事例（事例番号：000000035085）

<b>事例の内容</b>
他の患者にお薬をお渡ししかけた。他のスタッフが気づいて本人に正しいものを渡した。
<b>背景・要因</b>
名前を姓だけで呼び出し、出てこられた患者に名前の確認を怠った。
<b>薬局が考えた改善策</b>
患者の名前を姓、名まできちんとお呼びする。ご本人に再確認。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●同姓、あるいは同姓同名の患者もいることから、患者に薬を渡す際には、フルネームの確認が必須である。</li><li>●また、薬の内容も患者と一緒に間違いないことを確認して渡すことも、渡し間違いを防ぐことにつながる。</li></ul>

**事例23 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例** (事例番号：000000035218)

<b>事例の内容</b>
手書き処方せんが見つらくプラとまで読めたが、印字不鮮明でプラザキサかプラビックスかわからなかった。プラザキサカプセル75mgで入力、調剤し、鑑査者がプラビックス錠75mgではないかと気づき調剤し直したため、患者様には間違った薬は渡らなかった。
<b>背景・要因</b>
病院の手書き処方せんで規格、印字が不鮮明。
<b>薬局が考えた改善策</b>
病院との話し合い、また不鮮明な場合は電話して確認。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
●手書き処方だけでなく、処方の内容が読みにくい、あるいは内容がはっきりしないなどの場合には、推測で判断せずに処方医に確認する必要がある。

## 事例24 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000035272）

<p><b>事例の内容</b></p> <p>休日明け、月曜日の混雑する時間帯に患者本人が1人で来局。一般名処方でアロチノロール塩酸塩錠5mg1錠を含む朝5錠、昼1錠、夕3錠の一包化の指示あり。5mgの規格を入れなくてはいけないところ10mg1錠を間違えて入れてしまった。数日後、在庫量のチェック時に数が違う事が判明。5mgの該当患者はこれの方だけなのですぐに電話したが本人不在でご主人が対応。謝罪し、作り直して持参する旨を伝えたがまもなく本人が帰宅したらしく、こちらから伺う前に薬を持参し来局された。改めて、本人に謝罪・状況説明をした上で正しく調剤した薬をお渡しした。</p>
<p><b>背景・要因</b></p> <p>やや混雑している状況で、当時待合室に数人の方がいた。早く、という気持ちと焦りで、またアロチノロール塩酸塩錠5mg「日医工」は他の患者に使用することがなく普段使っているアロチノロール塩酸塩錠10mg「日医工」をピックしてしまった。その後も間違いに気づかず、薬剤師が2人で係わっていたが処方せんと調剤薬の確認を怠ってしまった。</p>
<p><b>薬局が考えた改善策</b></p> <p>一般名名称だと調剤薬名にばかり気をとられがちでmg数の確認がおろそかになることがあるので落ち着いて処方せんと正しく読む。鑑査時も再度、一包化での空のシートの規格などを目視確認すること。</p>
<p><b>その他の情報</b></p> <p>特記事項なし</p>
<p><b>事例のポイント</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●混雑時には確認がおろそかになりがちであるが、必ず声に出して確認し、ダブルチェックを徹底する。</li> <li>●患者本人も薬剤の間違いに気が付かない場合、異なる薬を服用する危険がある。</li> <li>●一包化調剤のように薬をシート包装から取り出すと薬を判別しにくくなることから、より一層注意して調剤、鑑査する必要がある。</li> </ul>

**事例25 外用薬調剤、処方せん監査間違いに関する事例** (事例番号：000000035321)

<b>事例の内容</b>
FAX連絡時に処方されていた湿布薬が処方せんで取り消しになっていたのに気付かずに渡す。
<b>背景・要因</b>
未記載
<b>薬局が考えた改善策</b>
未記載
<b>その他の情報</b>
処方された医薬品：ヤクバンテープ40mg
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 処方された医療機関から、事前に処方内容がFAXで薬局に送信されてきた場合、来局した患者に処方せんの提出を求め、必ず原本の内容を確認してから薬剤を交付する。</li> </ul>

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。