

# 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第4回集計報告

(平成22年7月～12月)

平成23年3月29日



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。

- (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。

### 1. 事業参加薬局数

	薬局数 <sup>(注)</sup>
事業参加薬局数	3,449

### 2. 事業参加薬局における登録件数の推移

	平成22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	73	197	201	340	88	171	176	102	67	89	110	70
登録取下げ薬局数	0	0	1	2	0	0	3	0	0	0	2	1
累計	1,847	2,044	2,244	2,582	2,670	2,841	3,014	3,116	3,183	3,272	3,380	3,449

※ 9軒のうち、6軒は移転に伴う薬局廃止による登録取下げ、2軒は薬局廃止による登録取下げ、1軒は薬局の管理者交代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	426	東京都	251	滋賀県	32	香川県	27
青森県	75	神奈川県	212	京都府	90	愛媛県	65
岩手県	58	新潟県	202	大阪府	100	高知県	87
宮城県	43	富山県	8	兵庫県	85	福岡県	142
秋田県	50	石川県	9	奈良県	43	佐賀県	40
山形県	54	福井県	16	和歌山県	25	長崎県	28
福島県	108	山梨県	12	鳥取県	17	熊本県	28
茨城県	48	長野県	71	島根県	29	大分県	39
栃木県	104	岐阜県	17	岡山県	36	宮崎県	10
群馬県	75	静岡県	151	広島県	97	鹿児島県	57
埼玉県	61	愛知県	40	山口県	126	沖縄県	15
千葉県	81	三重県	32	徳島県	27	合計	3,449

注：平成22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)</sup>は以下の通りである。

### 1. 総報告件数

	第4回集計
報 告 月	7月～12月
事業参加薬局数	3,455
事業参加薬局のうち 報告のあった薬局数	475
公 表 件 数	7,915

### 2. 月別報告件数

	平成22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	1,844	2,044	2,244	2,582	2,670	2,841	3,014	3,116	3,183	3,272	3,380	3,449
報 告 件 数	140	186	475	1,023	1,519	1,646	2,051	1,745	1,280	966	955	918
公 表 件 数	140	186	475	1,023	1,519	1,646	2,051	1,745	1,280	966	955	918

### 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22年7月～12月	平成22年7月～12月
1 人	620	171
2 人	1,142	1,150
3 人	719	1,215
4 人	392	1,619
5 人	212	1,102
6 人	138	726
7 人	82	449
8 人	54	870
9 人	30	562
10 人	24	51
11人以上	42	0
合 計	3,455	7,915

注：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、薬局で発生または発見された事例とする。

## 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22年7月～12月	平成22年7月～12月
0～500回	399	87
501～1000回	822	775
1001～1500回	777	1,540
1501～2000回	625	1,362
2001～2500回	310	839
2501～3000回	176	988
3001～3500回	101	229
3501～4000回	113	978
4001回以上	132	1,117
合 計	3,455	7,915

## 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22年7月～12月	平成22年7月～12月
0品目	2	0
1～100品目	5	0
101～500品目	250	50
501～1000品目	1,787	2,059
1001～1500品目	968	3,370
1501～2000品目	343	2,258
2001～2500品目	69	42
2501～3000品目	23	133
3001品目以上	8	3
合 計	3,455	7,915

## 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22年7月～12月	平成22年7月～12月
0品目	2	0
1～100品目	1,142	1,754
101～500品目	2,061	6,110
501～1000品目	246	51
1001～1500品目	0	0
1501～2000品目	2	0
2001～2500品目	0	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	2	0
合計	3,455	7,915

## 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22年7月～12月	平成22年7月～12月
0品目	321	509
1～10品目	631	3,041
11～50品目	1,057	2,831
51～100品目	440	934
101～150品目	162	338
151～200品目	136	25
201～250品目	62	50
251～300品目	110	42
301～500品目	232	40
501～1000品目	208	69
1001品目以上	96	36
合計	3,455	7,915

## 8. 処方せんに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

処方せんに応需している 医療機関数	事業参加薬局数	報告件数
	平成22年7月～12月	平成22年7月～12月
0	3	1
1～10	768	1,380
11～20	754	1,360
21～30	598	1,218
31～40	338	611
41～50	329	942
51～60	168	236
61～70	115	461
71～80	84	459
81～90	51	278
91～100	72	152
101以上	175	817
合 計	3,455	7,915

## 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22年7月～12月	平成22年7月～12月
10%未満	112	187
10%以上20%未満	643	2,774
20%以上30%未満	880	3,661
30%以上40%未満	883	686
40%以上50%未満	464	418
50%以上60%未満	241	118
60%以上70%未満	137	60
70%以上80%未満	63	8
80%以上90%未満	26	3
90%以上	6	0
合 計	3,455	7,915

### 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22年7月～12月	平成22年7月～12月
北海道	426	455
東北	388	197
関東甲信越	1,122	5,712
東海北陸	274	122
近畿	375	574
中国四国	511	715
九州沖縄	359	140
合計	3,455	7,915

### 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22年7月～12月
0	2,980
1～5	320
6～10	43
11～20	32
21～30	16
31～40	11
41～50	5
51以上	48
合計	3,455

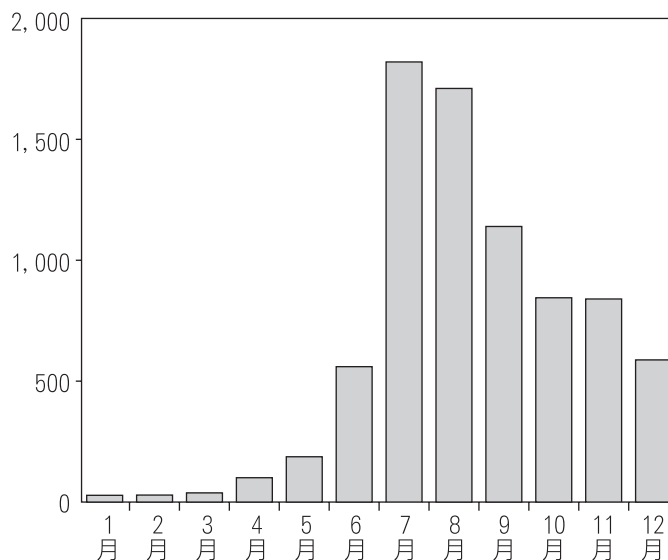


### 【3】 報告内容

平成22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7,915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。

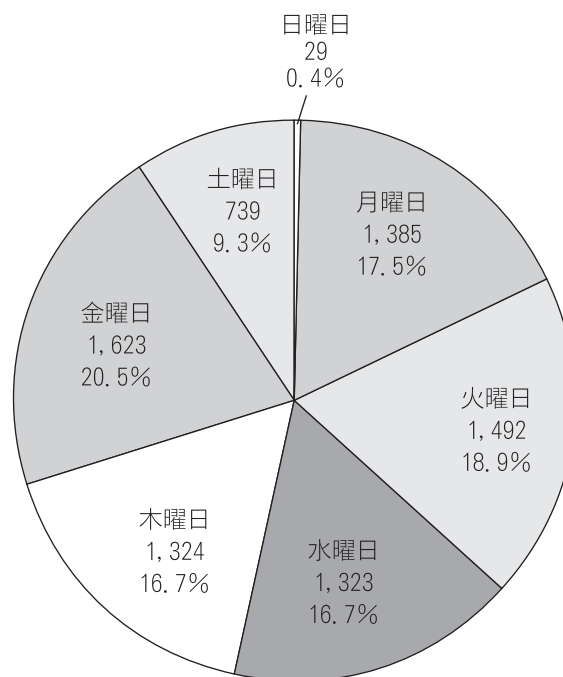
#### 1. 発生月

発生月	件数
1月	28
2月	29
3月	38
4月	101
5月	188
6月	562
7月	1,827
8月	1,717
9月	1,144
10月	848
11月	843
12月	590
合計	7,915



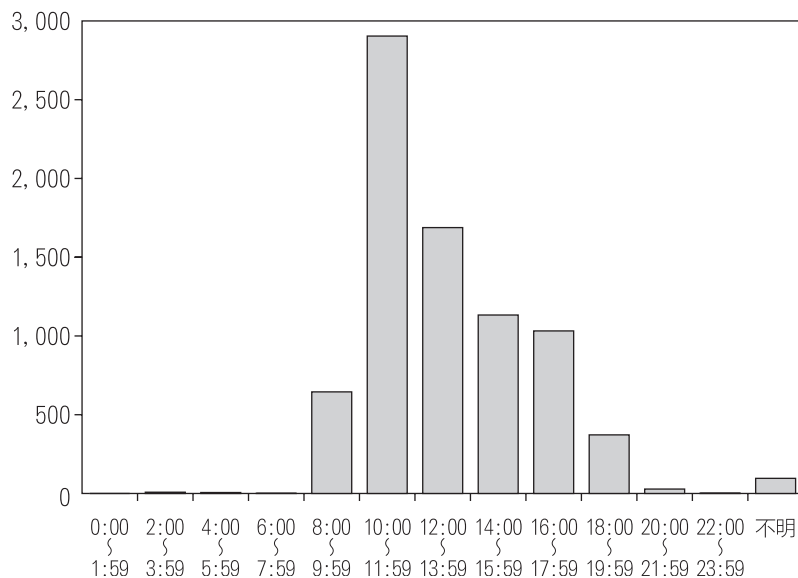
#### 2. 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	29
月曜日	1,385
火曜日	1,492
水曜日	1,323
木曜日	1,324
金曜日	1,623
土曜日	739
合計	7,915



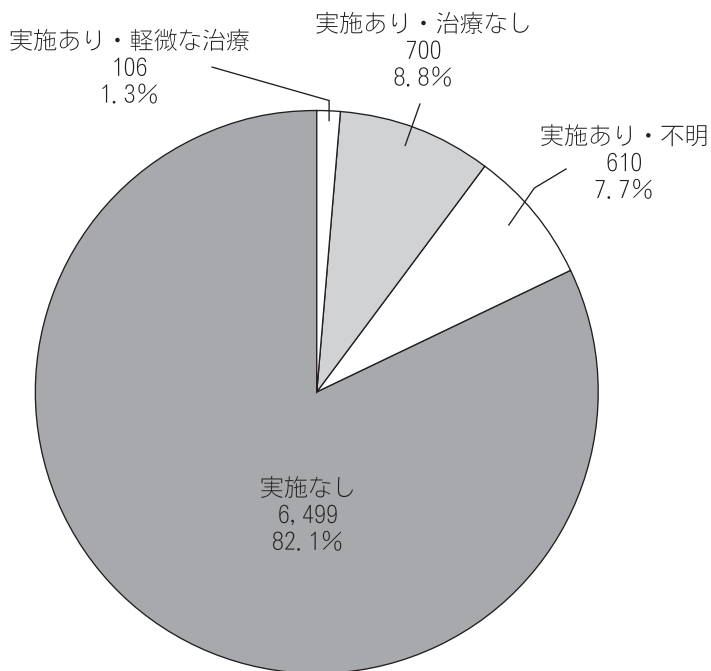
### 3. 発生時間

発生時間帯	件数
0:00~ 1:59	0
2:00~ 3:59	8
4:00~ 5:59	6
6:00~ 7:59	1
8:00~ 9:59	645
10:00~11:59	2,904
12:00~13:59	1,688
14:00~15:59	1,133
16:00~17:59	1,032
18:00~19:59	372
20:00~21:59	28
22:00~23:59	2
不 明	96
合 計	7,915



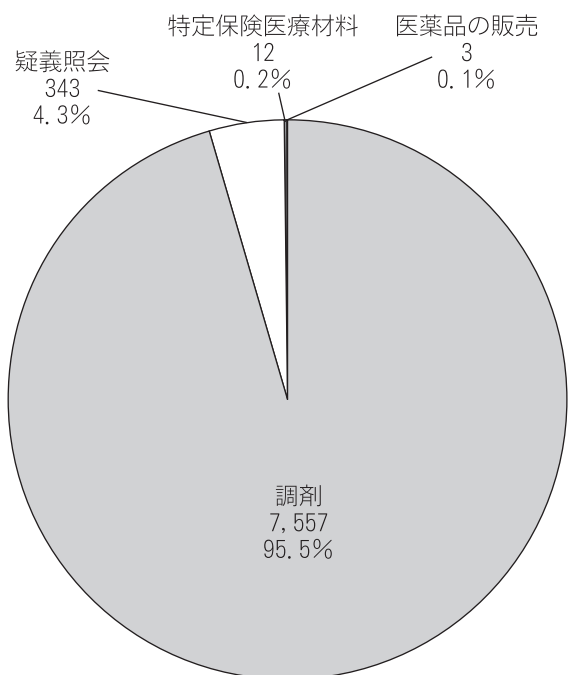
### 4. 実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	106
実施あり・治療なし	700
実施あり・不 明	610
実施なし	6,499
合 計	7,915



## 5. 事例の概要

事例の概要 <small>(注1)</small>	件数
調 剤 <small>(注3)</small>	7,557
疑義照会 <small>(注2) (注3)</small>	343
特定保険医療材料	12
医薬品の販売	3
合 計	7,915



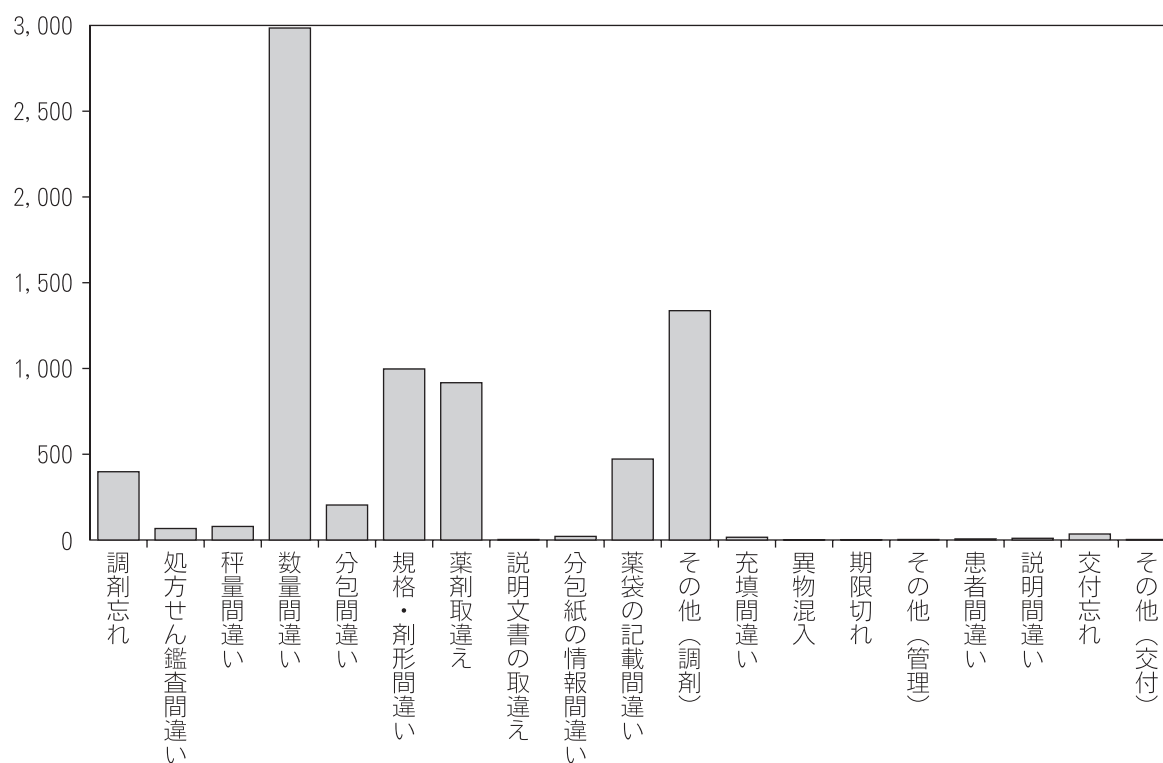
注1：ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。P 2（注）参照。

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。

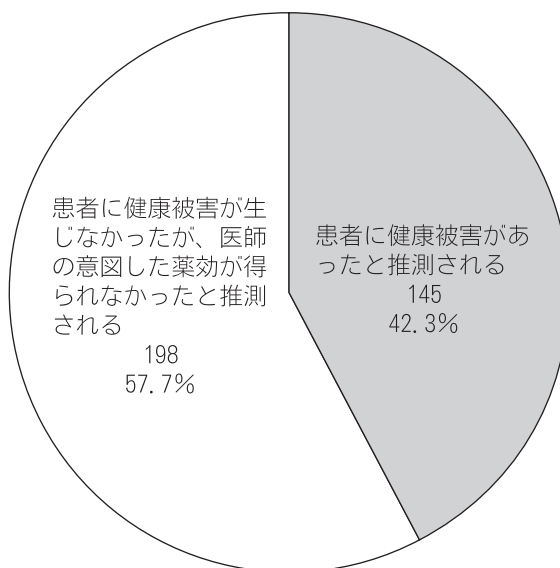
1) 調剤に関する項目

発生場面	事例の内容	件数	発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	398	管理	充填間違い	16
	処方せん鑑査間違い	67		異物混入	1
	秤量間違い	79		期限切れ	2
	数量間違い	2,985		その他（管理）	3
	分包間違い	204	交付	患者間違い	6
	規格・剤形間違い	997		説明間違い	10
	薬剤取換え	917		交付忘れ	35
	説明文書の取換え	3		その他（交付）	3
	分包紙の情報間違い	21	合計		7,557
	薬袋の記載間違い	472			
	その他（調剤）	1,338			

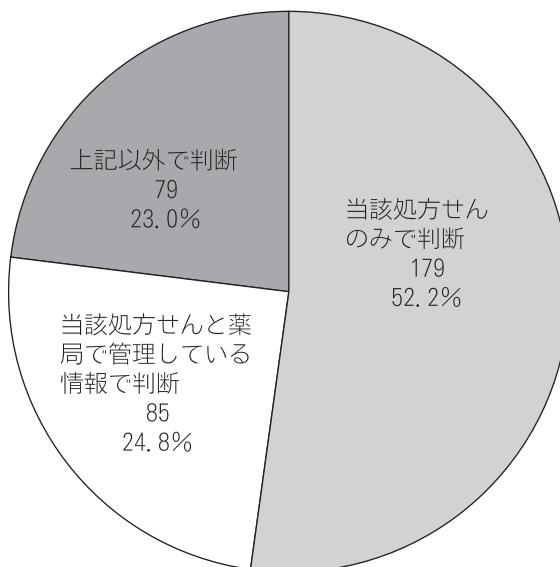


2) 疑義照会に関する項目

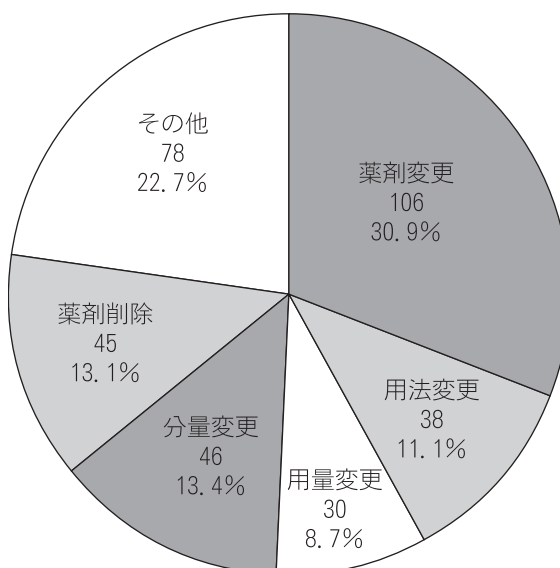
仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	145
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	198
合 計	343



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	179
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	85
上記以外で判断	79
合 計	343

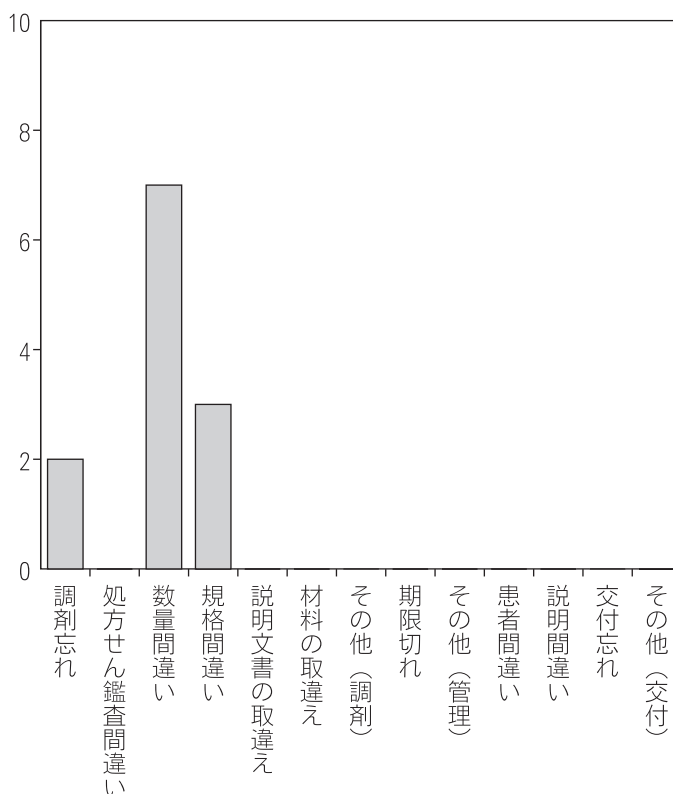


変更内容	件数
薬 剤 変 更	106
用 法 変 更	38
用 量 変 更	30
分 量 変 更	46
薬 剤 削 除	45
そ の 他	78
合 計	343



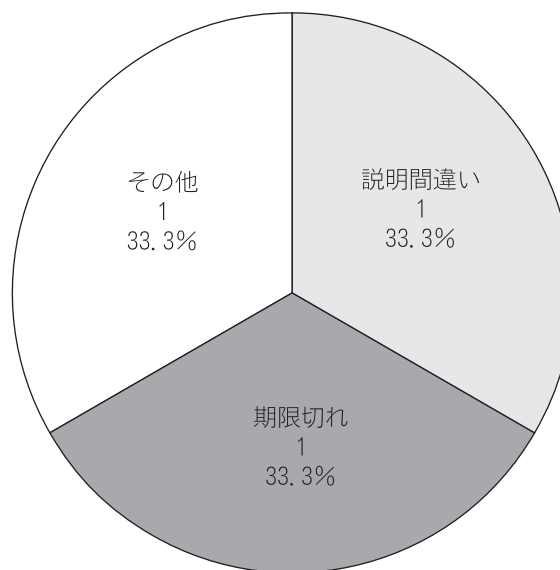
### 3) 特定保険医療材料に関する項目

発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	2
	処方せん鑑査間違い	0
	数量間違い	7
	規格間違い	3
	説明文書の取違い	0
	材料の取違い	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		12



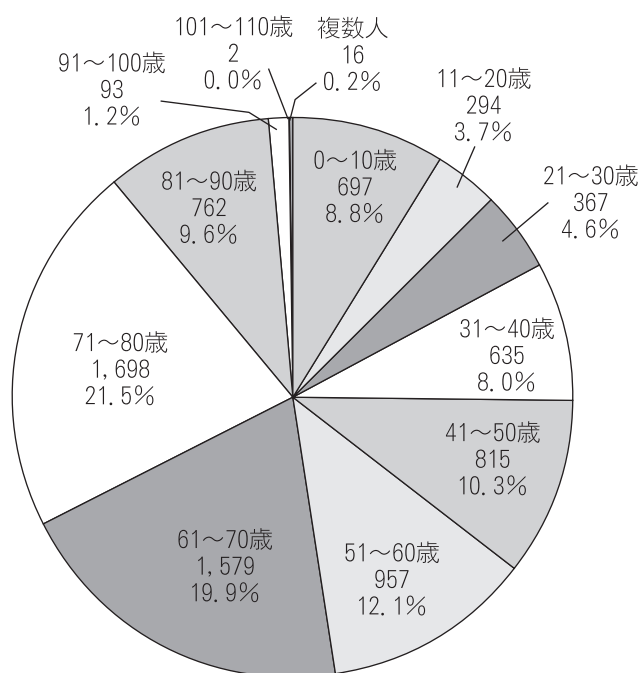
### 4) 医薬品の販売に関する項目

事例の内容	件数
商品間違い	0
説明間違い	1
期限切れ	1
その他	1
合計	3



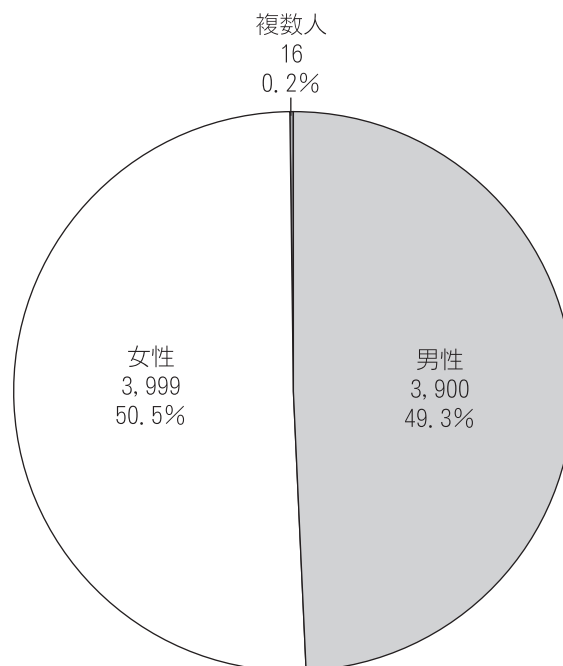
### 6. 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～10歳	697
11～20歳	294
21～30歳	367
31～40歳	635
41～50歳	815
51～60歳	957
61～70歳	1,579
71～80歳	1,698
81～90歳	762
91～100歳	93
101～110歳	2
111～120歳	0
121～130歳	0
131歳以上	0
複数人	16
合計	7,915



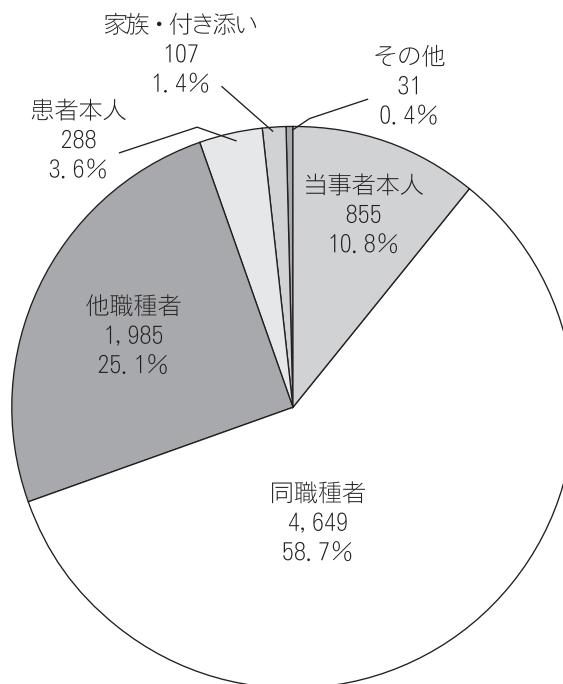
### 7. 患者の性別

患者の性別	件数
男性	3,900
女性	3,999
複数人	16
合計	7,915



### 8. 発見者

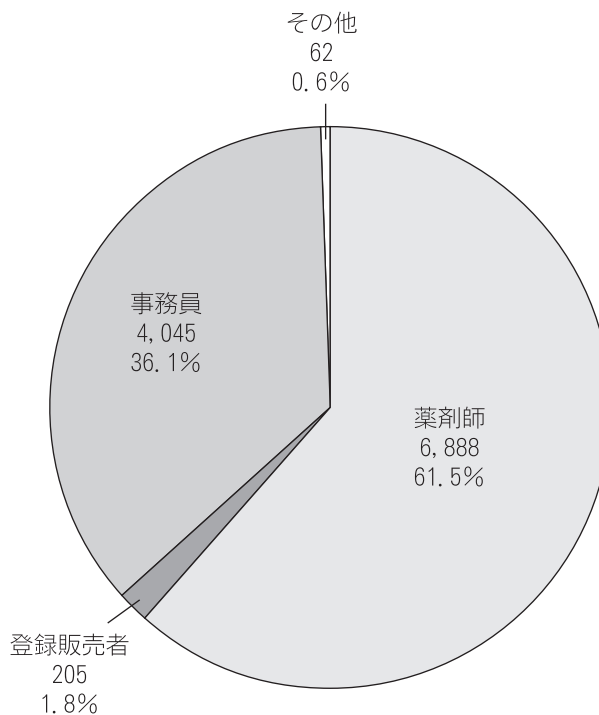
発見者	件数
当事者本人	855
同職種者	4,649
他職種者	1,985
患者本人	288
家族・付き添い	107
他患者	0
その他	31
合計	7,915



### 9. 当事者

当事者	件数
薬剤師	6,888
登録販売者	205
事務員	4,045
その他	62
合計	11,200

注：「当事者」は複数回答が可能である。

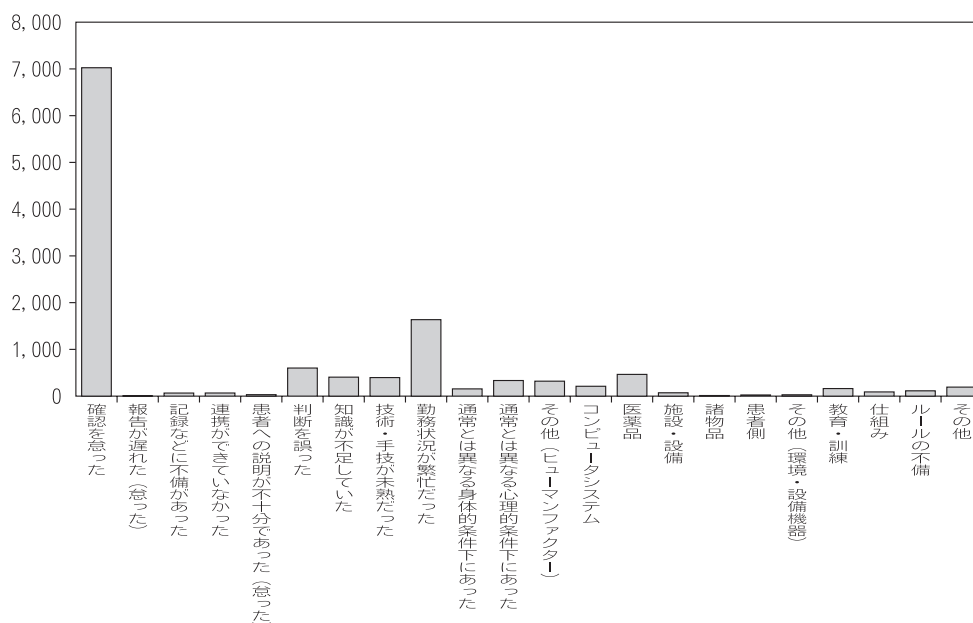




10. 発生要因

項目		件数	
当事者の行動に関わる要因	確認を怠った	7,025	
	報告が遅れた（怠った）	7	
	記録などに不備があった	66	
	連携ができていなかった	67	
	患者への説明が不十分であった（怠った）	31	
	判断を誤った	601	
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	406
		技術・手技が未熟だった	397
		勤務状況が繁忙だった	1,636
		通常とは異なる身体的条件下にあった	155
		通常とは異なる心理的条件下にあった	334
		その他（ヒューマンファクター）	320
	環境・設備機器	コンピュータシステム	211
		医薬品	465
		施設・設備	71
		諸物品	13
		患者側	25
		その他（環境・設備機器）	28
	その他	教育・訓練	162
		仕組み	90
		ルールの不備	113
		その他	193
	合 計		12,416

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	6,902	110	12	1	7,025
報告が遅れた (怠った)	7	0	0	0	7
記録などに不備があった	54	12	0	0	66
連携ができていなかった	53	13	1	0	67
患者への説明が不十分であった (怠った)	23	8	0	0	31
判断を誤った	593	7	0	1	601
知識が不足していた	379	25	1	1	406
技術・手技が未熟だった	393	4	0	0	397
勤務状況が繁忙だった	1,576	59	0	1	1,636
通常とは異なる身体的条件下にあった	154	1	0	0	155
通常とは異なる心理的条件下にあった	330	3	1	0	334
その他 (ヒューマンファクター)	302	18	0	0	320
コンピュータシステム	177	34	0	0	211
医 薬 品	406	56	0	3	465
施設・設備	70	1	0	0	71
諸 物 品	11	2	0	0	13
患 者 側	7	18	0	0	25
その他 (環境・設備機器)	22	6	0	0	28
教育・訓練	129	32	0	1	162
仕 組 み	60	30	0	0	90
ルールの不備	109	3	0	1	113
そ の 他	42	151	0	0	193
合 計	11,799	593	15	9	12,416

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箋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、処方箋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	6,143	157	3,533	52	9,885
報告が遅れた（怠った）	8	0	3	1	12
記録などに不備があった	78	3	48	4	133
連携ができていなかった	110	10	57	2	179
患者への説明が不十分であった（怠った）	71	21	32	1	125
判断を誤った	310	9	421	6	746
知識が不足していた	362	12	314	13	701
技術・手技が未熟だった	350	6	274	10	640
勤務状況が繁忙だった	1,832	130	923	13	2,898
通常とは異なる身体的条件下にあった	118	3	73	1	195
通常とは異なる心理的条件下にあった	281	5	197	1	484
その他（ヒューマンファクター）	196	7	268	1	472
コンピュータシステム	191	35	196	8	430
医薬品	697	80	157	9	943
施設・設備	91	6	42	4	143
諸物品	32	4	12	0	48
患者側	27	0	2	3	32
その他（環境・設備機器）	50	6	14	2	72
教育・訓練	329	70	126	8	533
仕組み	203	51	87	5	346
ルールの不備	153	7	49	5	214
その他	178	1	57	3	239
合計	11,810	623	6,885	152	19,470

注：「当事者」、「発生要因」は複数回答が可能である。

## 13. 事業の概要×実施の有無、治療の程度

事業の概要×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	106	700	606	6,145	7,557
疑義照会	0	0	0	343	343
特定保険医療材料	0	0	2	10	12
医薬品の販売	0	0	2	1	3
合 計	106	700	610	6,499	7,915

## 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	3	1	1	3	0	0	8
4 : 00～ 5 : 59	0	1	0	1	1	3	0	6
6 : 00～ 7 : 59	0	0	1	0	0	0	0	1
8 : 00～ 9 : 59	2	121	119	122	100	102	79	645
10 : 00～11 : 59	13	483	546	456	474	591	341	2,904
12 : 00～13 : 59	3	293	293	269	323	342	165	1,688
14 : 00～15 : 59	6	208	201	214	193	245	66	1,133
16 : 00～17 : 59	1	178	229	178	150	229	67	1,032
18 : 00～19 : 59	4	71	76	58	63	85	15	372
20 : 00～21 : 59	0	7	6	3	3	9	0	28
22 : 00～23 : 59	0	0	1	0	1	0	0	2
不 明	0	20	19	21	13	17	6	96
合 計	29	1,385	1,492	1,323	1,324	1,623	739	7,915

## 【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 8,749回）<sup>(注1)</sup>

(報告回数上位)

販売名	報告回数
ムコスタ錠 100mg	70
モーラステープ 20mg	63
メチコパール錠 500μg	61
アローゼン顆粒	60
デパス錠 0.5mg	53
モーラステープL 40mg	51
アマリール 1mg錠	50
ロキソニン錠 60mg	50
ワーファリン錠 1mg	48
ノルバスク錠 5mg	45

### 1) 後発医薬品に該当するもの（報告回数 1,559回）<sup>(注2)</sup>

(報告回数上位)

販売名	報告回数
メチコパール錠 500μg	61
マグミット錠 330mg	38
バイアスピリン錠 100mg	32
ピオフェルミンR散	25
マグラックス錠 330mg	25
アムロジピン錠 5mg「サンド」	21
レバミピド錠 100mg「EMEC」	20
カロナール錠 200	17
ロキソプロフェン錠 60mg「EMEC」	17
ピオフェルミン錠剤	16

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入力回数をいう。

注2：「後発医薬品」及び「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、それぞれに該当する報告回数を示す。

2) 新規収載医薬品<sup>(注)</sup>に該当するもの(報告回数49回)

販 売 名	報告回数
グラクティブ錠50mg	5
ジャヌビア錠50mg	5
グラクティブ錠100mg	3
グラクティブ錠25mg	3
サインバルタカプセル20mg	3
シムビコートタービュヘイラー60吸入	3
リフレックス錠15mg	3
リリカカプセル75mg	3
オゼックス細粒小児用15%	2
ザラカム配合点眼液	2
ジャヌビア錠100mg	2
ビクトーザ皮下注18mg	2
ルミガン点眼液0.03%	2
イメンドカプセル125mg	1
イメンドカプセル80mg	1
エクア錠50mg	1
エリザスカプセル外用400μg	1
ザイザル錠5mg	1
サインバルタカプセル30mg	1
ジャヌビア錠25mg	1
ミカムロ配合錠AP	1
レザルタス配合錠HD	1
レメロン錠15mg	1
ロゼレム錠8mg	1

注：本事業において新規収載医薬品とは、薬価収載1年未満の新医薬品とする。

## 2. 特定保険医療材料に関するもの（報告回数14回）<sup>(注)</sup>

(報告回数上位)

販 売 名	報告回数
ペンニードル	5
ペンニードル32Gテーパー	3
コアレスセット	2
ペンニードル30G	1
マイクロファインプラス31G	1
マイクロファインプラス31G×8mm	1
マイクロファインプラス32G	1

## 3. 医薬品の販売に関するもの（報告回数3回）

(報告回数上位)

販 売 名	報告回数
バファリン	1
リアップレディ	1
吸出し青膏	1

関連医療品の分類	回数
医療用医薬品	0
第一類医薬品	1
指定第二類医薬品	1
第二類医薬品	1
第三類医薬品	0

注：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入力回数をいう。

#### 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2,021回)<sup>(注1)</sup>
- 間違えた医薬品 (報告回数2,020回)
- 関連医薬品 (報告回数4,101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	13	13	39
アローゼン顆粒	6	8	46
メチコパール錠500μg	12	14	31
デパス錠0.5mg	5	12	34
アマリール1mg錠	0	2	47

##### 2) 疑義照会

- 処方された医薬品 (報告回数386回)<sup>(注2)</sup>
- 変更になった医薬品 (報告回数208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
モーラステープ20mg	8	7
ビオフェルミンR散	6	6
ロキソニン錠60mg	8	1
PL配合顆粒	6	1
インテナースパップ70mg	4	3
アスベリン散10%	5	1
カロナール錠200	3	3
ジルテック錠10	3	3
ビオフェルミン配合散	3	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、「処方された医薬品」と「間違えた医薬品」が個々に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 3 回)
- 間違えた特定保険医療材料 (報告回数 3 回)
- 関連する特定保険医療材料 (報告回数 8 回)

(報告回数上位)

販 売 名	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	5
ペンニードル32Gテーパー	0	1	2
コアレスセット	1	1	0
ペンニードル30G	1	0	0
マイクロファインプラス31G	0	1	0
マイクロファインプラス31G×8mm	0	0	1
マイクロファインプラス32G	1	0	0



## 【5】共有すべき事例

平成22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 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000007383）

事例の内容
<p>一包化の調剤で分包品に6剤入っており、その中の一包のガスターが破損していたため、新しいものと取りかえようとした。ガスターだけを出そうとしたが他の薬剤も出てしまった為、入れ直した際に、近くにあったバラのアマリール1mg錠が間違えて混入した。この際、バイアスピリン錠100mgが出ていたことに気づかず、6剤あることだけを確認し鑑査者へ渡した。</p>
背景・要因
<p>一包化調剤の作り直しの際に処方箋と照らし合わせなかった。アマリールのバラが散らばった缶のすぐ横で作り直しをした。</p>
薬局が考えた改善策
<p>入れ替えたものは処方箋と照らし合わせ、薬剤が合っているかを確認する。バラのものは蓋をする、またはプラスチックケースに入れる。</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>●一包化した薬を確認した際に薬の破損が見つかったため調剤をやり直したが、その際に薬が誤った薬と入れ替わってしまった事例である。</li> <li>●今回の事例では調剤をやり直す際に分包した袋から誤った薬のみを取り出し、正しい薬と入れ替えることを行っている。</li> <li>●このように誤った薬のみを入れ替えた場合、その後の確認作業ではその薬にのみ注意が向いてしまい、その他の薬の確認が不十分となりやすい可能性がある。</li> <li>●一包化調剤をやり直す際は一度分包した袋を開封し、新たに分包することが必要である。また異なる薬が混入することを防ぐためにも、調剤に必要としない薬は、予め調剤を開始する前に片付けておくことが重要である。</li> </ul>

注：各事例の詳細については、事例番号を利用して、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」から閲覧することが出来る。

## 事例2 外用薬調剤、調剤忘れに関する事例（事例番号：000000008276）

事例の内容
<p>患者の希望があり、カタリンK点眼用0.005%からピレノキシン点眼用0.005%「ニットー」に変更して調剤を行った。当該薬は粉末と溶解液に分かれているが、溶解液のみ調剤した。鑑査した薬剤師は、今までに調剤室で溶解して鑑査者に渡したことはなかったが、「もう溶解している」と思い込み、調剤者に確認をせずに薬剤を交付した。13日後に別の患者に同じ薬剤を調剤しようとしたところ、粉末と溶解液の数が一致しないことが発覚した。当該患者に電話にて確認したところ、2～3日前に使用開始したとのことだった。以前にも使用したことがある薬剤で、患者は溶解後の色を知っており、点眼してみても粉末が溶解されていないことに気づいていた。すぐに新しい薬剤と交換した。</p>
背景・要因
<p>忙しい時間帯であり、調剤した薬剤師は調剤と共に別の患者に薬剤の交付も行っていった。ピレノキシン点眼用0.005%「ニットー」を鑑査した薬剤師は非常勤薬剤師で、調剤した薬剤師に確認せず、溶解していると思い込んだ。</p>
薬局が考えた改善策
<p>調剤に関しては、今まで通り粉末と溶解液は別々に鑑査者に渡す。患者に残薬の有無、溶解を希望するか確認してから薬を溶解することを再度周知した。</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>●ピレノキシン点眼用0.005%「ニットー」など、主薬と溶解液から成る点眼液の場合、患者の希望により予め薬局で主薬を溶解して投薬する場合と、点眼開始時に患者が溶解する場合があります。この事例では予め薬局で主薬を溶解して投薬していたと推測される。</li> <li>●当該薬局では、薬局で主薬を溶解する場合、溶解しない場合の手順を明確にすることがスタッフ全員に周知されていなかったことが事例発生の原因となった。</li> <li>●調剤手順をスタッフ全員に周知するとともに、投薬時に予め主薬を溶解する場合は、1) 処方箋および薬袋に溶解した旨を記載する、2) 溶解後に空となった主薬の容器を患者と確認するなど、既に主薬が溶解済であることを患者と確認する手順を取り入れることが必要である。</li> </ul>

## 事例3 内服薬調剤、調剤忘れに関する事例（事例番号：000000009013）

<b>事例の内容</b>
<p>投薬後患者本人よりいつも入っている黄色い半分の薬が入っていないと連絡があった。ハーフジゴキシンKY錠0.125、0.5錠、ワルファリンカリウム1mg1錠、0.5mg1.5錠、アルダクトンA0.5錠で一包化するところ、ハーフジゴキシンKY錠0.125を0.5錠を入れずに一包化し、そのまま患者へ投薬した。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>調剤時は昼休みであり、薬剤師が2名であった。偶然に一包化、多剤処方の方が重なり、他の患者も途絶えずに来局していた。集中力の低下と業務を掛け持ちして調剤したことが原因であった。鑑査者は同日に他の患者で同様の処方内容を調剤していたため、そのことと混同してしまった。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>混雑時においても業務を掛け持ちした状態で調剤は行わない。処方箋の細部まで確認し、調剤、鑑査を行う。</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>
<p>●一包化調剤は患者のコンプライアンスの向上に寄与するが、一包化調剤の誤調剤は患者に重大な影響を及ぼす事が多い。今回の事例では、一包中の錠剤の数が少なかったため、誤りに気づいた患者からの申し出で大事には至らなかったが、ワルファリンカリウムなどのハイリスク薬を含む一包化であるため、鑑査には一手間掛けて、外殻のPTPシートとともに鑑査するなど、一包化調剤の鑑査には細心の注意を払うべきである。</p>

**事例 4 その他の調剤、規格・剤形間違いに関する事例**（事例番号：000000009158）

<b>事例の内容</b>
ティーエスワン配合カプセルT25のところ、ティーエスワン配合カプセルT20と入力ミスをした。
<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>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●ティーエスワン配合カプセルは規格が2種類あり、さらに休業期間がある薬剤である。投薬をする前に各部門で十分なチェックが出来るような配慮が必要である。</li> <li>●このような薬剤に関しては、薬剤師だけではなく、薬局職員全員を対象にした安全研修が必要と思われる。</li> </ul>

## 事例5 その他の調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000009322）

事例の内容
ムコダインDS33.3%2.07gの処方だったが、ムコダインDS50%の製剤に切り替わっているため、疑義照会をしなければならなかったが、気がつかずにムコダインDS50%2.07gで調剤してしまった。
背景・要因
通常の処方箋の入力が、ムコダインDS50%に切り替わっていたため、ムコダインDS50%の処方だと思い込んでしまった。
薬局が考えた改善策
パーセントの規格までを含めた販売名を確認する。

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>●「ムコダイン」は今まで、ムコダインDS33.3%とムコダイン細粒50%があり、最近、ムコダインDS50%が新たに発売された。一方でムコダインDS33.3%が販売中止になるが、経過措置品目として一時的にこれらの3剤が市場に混在する事になる。</li> <li>●ムコダインDS50%の発売を知らないと、ムコダイン細粒50%を調剤してしまう可能性もあり、薬局の情報収集の重要性を示す事例である。</li> </ul>

## 事例6 その他の調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000009543）

事例の内容
エカード配合錠HDをエカード配合錠LDと入力を間違えた。
背景・要因
前回の処方内容を引用して入力を行い、一部変更した箇所に関して確認不足であった。
薬局が考えた改善策
前回の処方内容を引用して入力した時は規格に注意を払い、一つ一つを確認する。

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>●配合錠の長期投与が認められるようになり、今後は今まで以上に処方数が増えてくる可能性がある。配合錠による医療事故を防ぐ為、その薬局独自の安全対策が必要になると思われる。</li> </ul>

**事例7 疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000010088）**

事例の内容
<p>メチスタ錠250mgの処方されていたがお薬手帳を確認したところ、別の医療機関でサワテン錠250mgを服用中であることが分かった。重複しているため医師に問い合わせをしたところ、メチスタ錠は削除となった。</p>
背景・要因
<p>未記載</p>
薬局が考えた改善策
<p>未記載</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>●ムコダイン錠250mgの後発医薬品にメチスタ錠250mg、サワテン錠250mg、ムクトロン錠250mgなどがある。受診時に患者が医師に話していたとしても、同じ薬剤であるかを見逃す可能性もある。後発医薬品の使用量が増える事により、お薬手帳等の確認が非常に重要となる。</li> <li>●お薬手帳に記載された情報を薬剤師が確認することで未然に事故を防ぐ事が出来た事例は、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業等を通じて、薬局間で共有すべき事例である。</li> </ul>



**事例 8 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000010282）**

<b>事例の内容</b>
モーラステープ20mgを調剤し忘れた。
<b>背景・要因</b>
調剤の途中に発生したプリンターの不具合に対応したため、調剤を中断してしまった。薬剤に貼るシールは準備していたが、薬剤そのものを取り忘れてしまった。
<b>薬局が考えた改善策</b>
調剤が中断した際は通常時以上に入念に確認するように心がける。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
●調剤を中断したことによるミスであり、これまでも何度も報告されている事例である。調剤を再開する時は、続きから再開するのではなく、最初からやり直す必要がある。

## 事例9 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000010321）

事例の内容
<p>処方せんにはプレドニン錠5mg0.5錠と記載されていた。ジェネリック医薬品を希望する患者であったため、プレロン錠5mg0.5錠で調剤しなければいけないところ、プレロン錠2.5mg0.5錠で調剤してしまった。鑑査の際、別の薬剤師がシート包装の外殻で間違いに気付いた。</p>
背景・要因
<p>処方せんには10種類の処方薬があり、ジェネリック医薬品へ変更可能なものはすべて変更して欲しいとの希望があった。そのうち7つの医薬品が変更可能であったため、先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更することに手間取ってしまった。その際、プレドニン錠5mg0.5錠は2.5mgであると考えてしまい、プレロン錠2.5mgを調剤してしまった。先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更する際は頭の中で変換しなければならず、さらに規格変更も可能となったため、規格（mg数）を変更することもあった。これらは通常ではきちんと出来ていても、繁忙な時に心理的、身体的要因などが重なってしまうとそのことがミスの原因となることもあった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>当薬局では一包化調剤や分包した場合は、かならずシートの外殻などを残しておき、鑑査時に使用していた。今回はこの鑑査で気付くことが出来たため、このことは今後も継続する。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<p>●先発医薬品を後発医薬品に変更する場合、処方せんに記載されている先発医薬品の情報を調剤対象の後発医薬品の情報に置き換える必要があり、調剤時の作業工程が増えたことによりエラーが発生し易くなった事例である。当該薬局ではシートの外殻を残すことで、鑑査時に処方箋の情報と調剤後の情報のギャップを埋める工夫をしており、このことはエラー軽減に有効である。</p>

## 事例10 内服薬調剤、その他に関する事例（事例番号：000000011032）

事例の内容
別の薬局から「ベサコリン散5%20g」の小分け販売の依頼があった。そのため、ベサコリン散5%を渡すべきところ、ベンザリン細粒1%を間違えて渡してしまった。
背景・要因
薬剤名が似ていた。薬の色も同じ白色で区別がつかなかった。業務が立て込んでいる時に別の薬局のスタッフが薬を取りに来た。計量した薬剤師は通常、別の薬局に勤務することが多く、当薬局での勤務が不慣れであった。他の薬剤師は別の業務で手を離すことが出来なかったため、確認することが出来なかった。薬を取りに来たスタッフも薬剤師ではなく事務員であったため、ミスに気付くことが出来なかった。通常、保険調剤をする際は、投薬するまでに何度も確認を行うが、小分け販売の場合は確認がおろそかになっていた。
薬局が考えた改善策
小分け販売の際も2人以上の薬剤師が確認する。特に散剤や液剤の場合は、計量した薬剤を量り取った容器と一緒に置いておき、再度確認する。

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>●処方された薬が不足した場合、処方せんを応需した薬局は近隣の薬局に小分け販売を依頼することがある。</li> <li>●小分け販売の事例が報告されることは少ないが、この事例は名称類似や外観類似など、調剤時に発生する他の多くのヒヤリ・ハット事例と共通する背景・要因を有している。</li> <li>●同時にこの事例では、小分け販売の依頼を受けた薬局が薬を秤量する際に、誤って別の散剤を秤量してしまったが、誤った薬の色や形が類似する場合、薬を譲受した薬局が薬を間違えていることに気づくことは困難であり、その後、誤った薬を患者に交付してしまう可能性は高いと考えられる。</li> <li>●処方薬を調剤する場合に限らず、小分け販売など薬を譲渡する場合でも同様に注意して調剤することが必要である。また、散剤鑑査システム等を用いて秤量した際に出力される記録紙などを、薬と併せて譲受する薬局に渡すことも1つの方法である。</li> </ul>

**事例 1 1 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000011581）**

事例の内容
<p>整形外科の処方箋に「ロキソニン錠、セフゾンカプセル100mg各3錠毎食後」と記載されていた。窓口における患者指導時、患者の話の内容からセフゾンカプセル100mgが処方されていることに疑問が生じたため、医療機関へ疑義照会したところ、セフゾンカプセル100mgではなく、セルベックスカプセル50mgの間違いであることが判明した。</p>
背景・要因
<p>未記載</p>
薬局が考えた改善策
<p>未記載</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>●処方されたロキソニン錠とセフゾンカプセル100mgが、患者からの話の内容で症状とは合わないと薬剤師が気づき、疑義照会することでセルベックスカプセル50mgに変更となった事例である。</li> <li>●日頃から患者に対し、インタビューをすることが重要である。</li> </ul>

## 事例12 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000011959）

事例の内容
セロクエル100mg錠が初めて処方された。患者インタビュー時、糖尿病であるために食事療法中であることが分かった。セロクエル100mg錠は糖尿病患者に禁忌であるため、疑義照会を行ったところ、ヒルナミン錠（5mg）に変更となった。
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
<ul style="list-style-type: none"> <li>●セロクエル100mgが処方された際、患者からのインタビューで当該患者は糖尿病であり、かつ食事療法していることに気づいた事例である。</li> <li>●当該事例では、禁忌であることに気づきヒルナミン錠（5mg）に変更となったが、さらにレセコンなどで禁忌チェックを出来るように設定することも医療事故防止のための一つの方法である。</li> </ul>

**事例 1 3 疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000012073）**

事例の内容
<p>初来局の患者であった。当地へ転居に伴い、近くの病院に転院し今回が初めての受診であった。お薬手帳と患者本人の話から、これまでワーファリン錠1mgを2錠/日で服用していたことが判った。今回は医師からこれまでと同じ薬と説明を受けていたが処方ワーファリン錠1mg1錠/日であったため、疑義照会を行ったところ、ワーファリン錠1mg1錠から2錠へ変更となった。</p>
背景・要因
<p>未記載</p>
薬局が考えた改善策
<p>初めて来局する患者の場合、インタビューやお薬手帳からこれまでの服用状況を聞きだし、処方内容に問題がないか特に気をつける。</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>●初めて来局した患者に対し、お薬手帳の情報を活用してワーファリン錠1mgを1錠から2錠に変更しており、そのことで薬効が現れない可能性を未然に防いだ事例である。</li> <li>●お薬手帳を活用する重要性が示された一例である。</li> </ul>

## 事例 1 4 内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000012515）

事例の内容
<p>緑内障の患者にPL顆粒が処方されていたが、薬歴を確認せずに調剤してしまった。鑑査時にそのことに気づいた。</p>
背景・要因
<p>PL顆粒の他にマーズレン、ロキプロナール錠60mgを一包化調剤する処方であったが、調剤にとりかかった薬剤師が薬歴を確認せず、途中で別の薬剤師に交代したため、後から散剤の計量を行った薬剤師も薬歴の記載に目を通さず調剤してしまった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>処方箋毎の調剤は各1名で行う。途中で交代する場合は引き継ぎをしっかりと行う。前任者が薬歴の確認を怠っている可能性もあるため、後任者は再度薬歴をチェックすることを徹底する。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<p>●患者の病歴、副作用などの患者情報を薬歴で確認することは、調剤の基本である。また調剤の途中で担当薬剤師が交代する場合は、引き継ぎを確実に行うべきである。その際は口頭のみによる引き継ぎだけではなく、付箋やメモを活用して伝達することが望ましい。</p>

**事例 1 5 疑義照会、その他に関する事例**（事例番号：000000012784）

<b>事例の内容</b>
16日前に発行された処方箋を持って来局した。「デパケン錠200、2錠、84日分」の処方であり、前回からの継続処方であった。処方せんの使用期間が過ぎていたため主治医に疑義照会したところ、期間を延長する旨の指示があった。
<b>背景・要因</b>
以前にも、当該患者は処方せんの使用期間が過ぎたものを持参したことがあった。処方箋に使用期間があることを理解していなかった。
<b>薬局が考えた改善策</b>
薬局だけではなく、医療機関でも処方箋の使用期間についての説明を徹底する。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし
<b>事例のポイント</b>
●処方せんの使用期間は、原則として交付日を含めて4日以内である。患者は処方せんの使用期間を知らない場合があるため、医療機関が処方せんを発行する際や薬局で処方せんを受け取る際にその旨を説明する必要がある。



## 事例16 内服薬調剤、その他に関する事例（事例番号：000000013104）

<b>事例の内容</b>
<p>投薬してから約1ヵ月半後、24時間対応のための薬局の携帯電話に患者の家族から連絡があった。投薬時にもらった下痢止め薬のうち、2包にまたがって髪の毛が混入していたとのことであった。患者の家族は医師から、「下痢止めが残った場合は、後で服用しても良い。」と言われていたため薬を保管しており、約1ヵ月半後、患者に薬を渡した際に患者が髪の毛が混入していることに気がついた。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>散剤分包器は通常、散剤投入ホッパーには蓋をし、調剤時は散剤投入ホッパーを吸塵器で掃除してから調剤することになっているが、調剤時もしくは調剤時以前にホッパー内に髪の毛が混入し、更に鑑査時でもその髪の毛の混入を見落としてしまった。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>散剤調剤時の業務の仕組みを再点検する。ルールを徹底する。鑑査時に異物等を見やすくするため、下敷きにする黒い板を用意する。帽子等の着用については今後の課題とする。</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>●分包調剤を行う場合は異物の混入を防ぐために、十分注意する必要がある。</li> <li>●その際は、分包機の清掃や分包機周辺の清潔保持だけでなく、薬剤師自身も清潔保持に注意する必要がある。</li> <li>●さらに鑑査では薬剤の確認だけでなく、異物の混入についても注意する必要がある。</li> </ul>

**事例 17 疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000013248）**

<b>事例の内容</b>
<p>2週間前に処方変更があり、グラクティブ錠50mg1錠とアマリール1mg錠1錠が処方追加された。投薬した翌々日に患者は低血糖にて救急車で搬送された。その際、主治医から薬局へアマリール1mg錠の服用中止、および一包化の作り直しの指示があった。今回、定期薬として患者が処方せんを持って来た際、アマリール1mg錠が処方されていたため、主治医に疑義照会したところ、薬剤削除となった。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>当該医療機関の処方せんは前回処方を印字して、それを医師が手書きで訂正していた。途中で再度受診した際に処方変更がされたはずであったが、そのことが処方箋に反映されていなかった。また、医師もそのことに気付かず、処方してしまった。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>途中で処方せんを発行せずに服用方法が変更がされた場合は、特に注意して確認する。</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>
<p>●前回処方後から今回の処方までの間に、体調変化等により処方変更の指示があった場合、その変更内容が今回の処方せんに反映されているかどうか、注意して確認すべきである。</p>

## 事例18 内服薬調剤、分包間違いに関する事例（事例番号：000000013587）

事例の内容
ワーファリンを6. 25mgで分包するところ、誤って6. 5mgで分包した。
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
<ul style="list-style-type: none"> <li>●ハイリスク薬などでは投与量の半減を繰り返して、投与量を厳密に調節する必要がある。たとえば1mgから減量する場合は、1mg→0. 5mg→0. 25mg→0. 125mgと減量されるが、この時、小数点以下の数字が類似するため注意を要する。</li> <li>●特に「0. 5mg」と「0. 25mg」、「0. 25mg」と「0. 125mg」などは、見間違いや読み間違いが起きやすく、注意して読み取る必要がある。</li> <li>●現在、ワーファリンは、ワーファリン錠5mg、ワーファリン錠1mg、ワーファリン錠0. 5mgが販売されているが、今回の事例のように「6. 5mg/包」と誤った調剤では「ワーファリン錠5mg 1錠、ワーファリン錠1mg 1錠、ワーファリン錠0. 5mg 1錠」の組み合わせや、「ワーファリン錠5mg 1錠、ワーファリン錠1mg 1錠、ワーファリン錠1mg 0. 5錠」、「ワーファリン錠1mg 6錠、ワーファリン錠0. 5mg 1錠」、「ワーファリン錠1mg 6錠、ワーファリン錠1mg 0. 5錠」などの組み合わせが考えられる。</li> <li>●このようにいくつかの規格を組み合わせで一包化調剤する場合、調剤した薬の規格と総錠数、または1包中の規格と錠数と総包数などを明記することで、調剤鑑査時に誤りを発見しやすくなる。</li> </ul>

## 事例19 内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000013873）

事例の内容
<p>処方箋が複数枚あり、21日分で処方されていた。そのうち1枚が手書き処方箋で「ネオール50mgカプセル、1カプセル、朝（月、水、金）21」と記載されていた。調剤者は薬剤を9カプセル（週3回×3週間）で調剤したが、鑑査者は21カプセル（1日1カプセル×21日）と判断した。処方医に疑義照会したところ、「9カプセル（週3回×3週間）」であることを確認した。</p>
背景・要因
<p>調剤者と鑑査者との間に判断の差異があった。他の処方薬が3週間分であったため、当該薬剤も3週間分であると先入観をもって判断してしまった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>処方箋に記載不備がある場合は、先入観を持たずに疑義照会を行う。特に手書きの処方箋の場合は、十分に注意を払う。頻繁に応需する医師の場合は、記載方法の特徴などを捉え、医師や薬剤師間で事前に申し合わせをしておく。</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>●二名の薬剤師が同じ処方箋を見て、それぞれに異なる解釈をした事例である。このような問題を解決するために医師の処方意図を正確に伝えるため、平成22年1月に厚生労働省が取りまとめた「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」の報告書が公表され、現在、在るべき記載方法への移行に取り組まれている。</li> <li>●安全に移行するためには、薬剤師の疑義照会が必須であり、紛らわしい記載等について薬剤師は疑義照会を行う必要がある。</li> </ul>

## 事例20 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000014268）

事例の内容
医師が「ミコンビ配合錠AP」と「ミカムロ配合錠AP」の処方を見違えた。疑義照会を行い、薬剤変更となった。
背景・要因
メーカーの情報提供の不十分さが引き起こしたものと考えられる。
薬局が考えた改善策
メーカーへ再度、情報提供を依頼する。合剤に変更となった時は薬局で再チェックする。
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>● 「医療用配合剤及びヘパリン製剤（注射剤）の販売名命名並びに注射剤に添付されている溶解液の表示の取扱いについて」（薬食審査発第0922001号、薬食安発第0922001号）の中で、同一販売名の異なる配合剤を区別するため、名称に2文字以上のアルファベットの接尾字を付けることが示された。</li> <li>● しかし今回の事例では、異なる販売名の配合剤に同一の接尾字が付けられたことで、「ミ■■■配合錠AP」と名称の類似性が増したことが要因の一つと考えられる。</li> <li>● また「ミコンビ配合錠AP」はアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬のテルミサルタンとサイアザイド系利尿薬のヒドロクロロチアジドの配合剤で、「ミカムロ配合錠AP」はテルミサルタンと持続性カルシウム拮抗薬のアムロジピンベシル酸塩の配合剤であり、配合成分の一つや効能・効果、製造販売業者名などは同じであった。配合剤の処方間違いや規格違い、相互作用のチェックなどは、薬剤師の重要な業務である。</li> </ul>