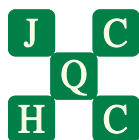


薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

第5回集計報告

(平成23年1月～6月)

平成23年9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.jcqc.or.jp/>
○報告書類・年報：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqc.or.jp/contents/report/index.html>
○公開データ検索：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqc.or.jp/phsearch/SearchReport.action>
○薬局ヒヤリ・ハット分析表：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqc.or.jp/contents/analysis_table/index.html
○共有すべき事例：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqc.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	3,755

2. 事業参加薬局における登録軒数の推移

	平成23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	31	49	47	39	20	130						
登録取下げ薬局数	1	1	0	4	4	0						
累計	3,479	3,527	3,574	3,609	3,625	3,755						

※ 10軒のうち、6軒は薬局廃止による登録取下げ、3軒は移転に伴う薬局廃止による登録取下げ、1軒は薬局休止に伴う登録取下げである。

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	429	東京都	263	滋賀県	35	香川県	35
青森県	84	神奈川県	225	京都府	94	愛媛県	73
岩手県	58	新潟県	205	大阪府	111	高知県	89
宮城県	43	山梨県	20	兵庫県	91	福岡県	165
秋田県	50	長野県	71	奈良県	43	佐賀県	40
山形県	54	富山県	30	和歌山県	26	長崎県	28
福島県	109	石川県	15	鳥取県	17	熊本県	28
茨城県	48	福井県	16	島根県	36	大分県	40
栃木県	105	岐阜県	21	岡山県	45	宮崎県	11
群馬県	75	静岡県	151	広島県	100	鹿児島県	59
埼玉県	62	愛知県	43	山口県	233	沖縄県	16
千葉県	94	三重県	41	徳島県	28	合計	3,755

注：平成23年6月30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)は以下の通りである。

1. 総報告件数

	第5回集計
報 告 月	1月～6月
事業参加薬局数	3,765
事業参加薬局のうち報告のあった薬局数	299
公 表 件 数	3,743

2. 月別報告件数

	平成23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	3,479	3,527	3,574	3,609	3,625	3,755						
報 告 件 数	696	694	571	613	552	617						
公 表 件 数	696	694	571	613	552	617						

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23年1月～6月	平成23年1月～6月
1 人	698	117
2 人	1,254	378
3 人	782	737
4 人	418	896
5 人	225	491
6 人	142	195
7 人	85	389
8 人	55	462
9 人	31	15
10 人	24	49
11人以上	51	14
合 計	3,765	3,743

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. 処方せんに応需した回数別事業参加薬局数及び報告件数

処方せんに応需した回数 (月間)	事業参加薬局数	報告件数
	平成23年1月～6月	平成23年1月～6月
0～500回	448	51
501～1000回	905	395
1001～1500回	862	514
1501～2000回	667	591
2001～2500回	334	590
2501～3000回	186	373
3001～3500回	103	58
3501～4000回	114	463
4001回以上	146	708
合 計	3,765	3,743

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23年1月～6月	平成23年1月～6月
0品目	2	0
1～100品目	8	0
101～500品目	281	39
501～1000品目	1,982	1,059
1001～1500品目	1,025	1,333
1501～2000品目	362	1,286
2001～2500品目	73	16
2501～3000品目	24	4
3001品目以上	8	6
合 計	3,765	3,743

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23年1月～6月	平成23年1月～6月
0品目	2	0
1～100品目	1,275	984
101～500品目	2,236	2,585
501～1000品目	247	174
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	3	0
合計	3,765	3,743

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23年1月～6月	平成23年1月～6月
0品目	341	317
1～10品目	713	1,222
11～50品目	1,153	978
51～100品目	478	721
101～150品目	171	203
151～200品目	149	25
201～250品目	67	31
251～300品目	117	22
301～500品目	239	171
500～1000品目	230	42
1001品目以上	107	11
合計	3,765	3,743

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23年1月～6月	平成23年1月～6月
0	3	0
1～10	841	674
11～20	841	489
21～30	654	974
31～40	375	333
41～50	350	174
51～60	180	73
61～70	116	320
71～80	92	172
81～90	53	2
91～100	74	32
101以上	186	500
合計	3,765	3,743

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23年1月～6月	平成23年1月～6月
10%未満	129	50
10%以上20%未満	737	1,596
20%以上30%未満	1,001	1,196
30%以上40%未満	939	467
40%以上50%未満	483	115
50%以上60%未満	244	260
60%以上70%未満	137	49
70%以上80%未満	63	9
80%以上90%未満	26	0
90%以上	6	1
合計	3,765	3,743

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23年1月～6月	平成23年1月～6月
北海道	430	592
東北	399	61
関東甲信越	1,170	2,015
東海北陸	319	62
近畿	402	463
中国四国	656	458
九州沖縄	389	92
合計	3,765	3,743

11. 報告件数別事業参加薬局数

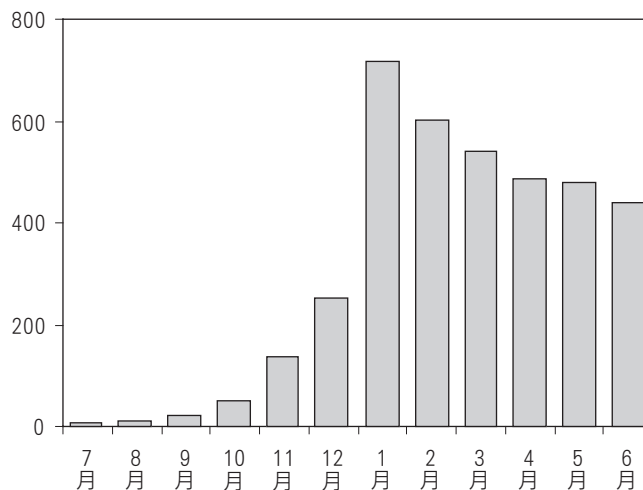
報告件数	事業参加薬局数
平成23年1月～6月	平成23年1月～6月
0	3,466
1～5	220
6～10	28
11～20	18
21～30	6
31～40	7
41～50	2
51以上	18
合計	3,765

【3】 報告内容

平成23年1月1日から同年6月30日に報告された薬局におけるヒヤリ・ハット事例3,743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。

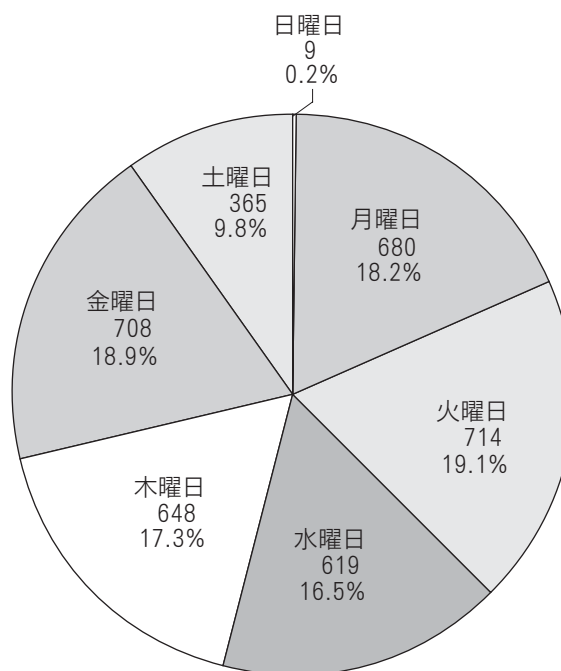
1. 発生月

発生月	件数
7月	9
8月	10
9月	20
10月	51
11月	137
12月	253
1月	718
2月	600
3月	542
4月	485
5月	478
6月	440
合計	3,743



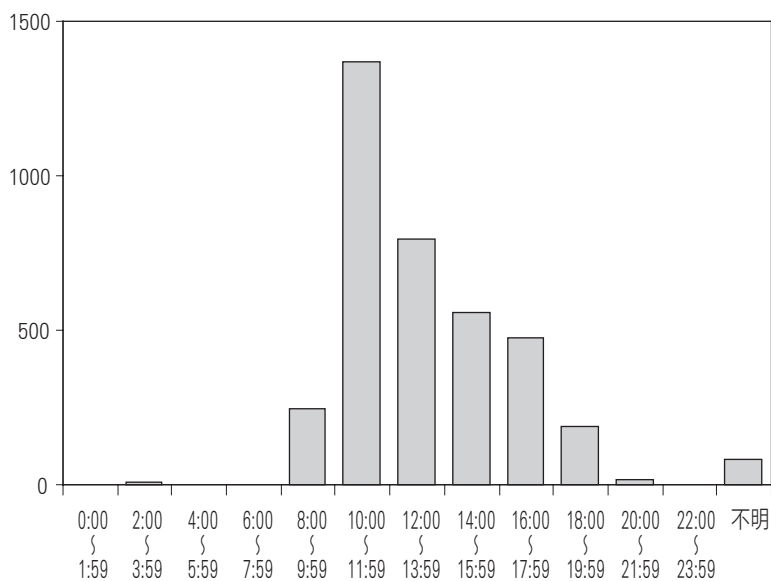
2. 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	9
月曜日	680
火曜日	714
水曜日	619
木曜日	648
金曜日	708
土曜日	365
合計	3,743



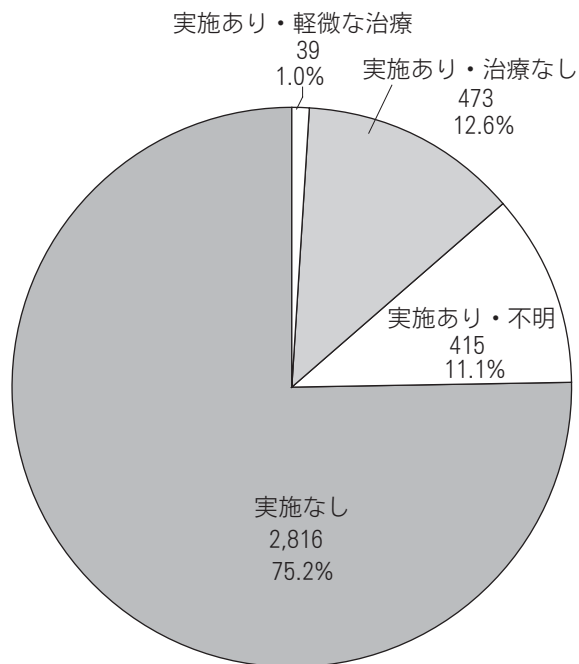
3. 発生時間帯

発生時間帯	件数
0:00～1:59	2
2:00～3:59	5
4:00～5:59	1
6:00～7:59	0
8:00～9:59	247
10:00～11:59	1,368
12:00～13:59	799
14:00～15:59	555
16:00～17:59	478
18:00～19:59	187
20:00～21:59	15
22:00～23:59	0
不明	86
合計	3,743



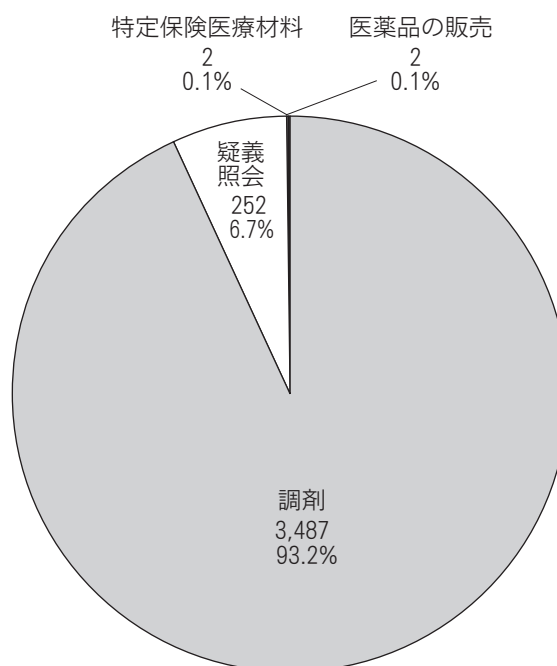
4. 実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	39
実施あり・治療なし	473
実施あり・不明	415
実施なし	2,816
合計	3,743



5. 事例の概要

事例の概要 ^(注1)	件数
調剤 ^(注3)	3,487
疑義照会 ^{(注2)(注3)}	252
特定保険医療材料	2
医薬品の販売	2
合計	3,743



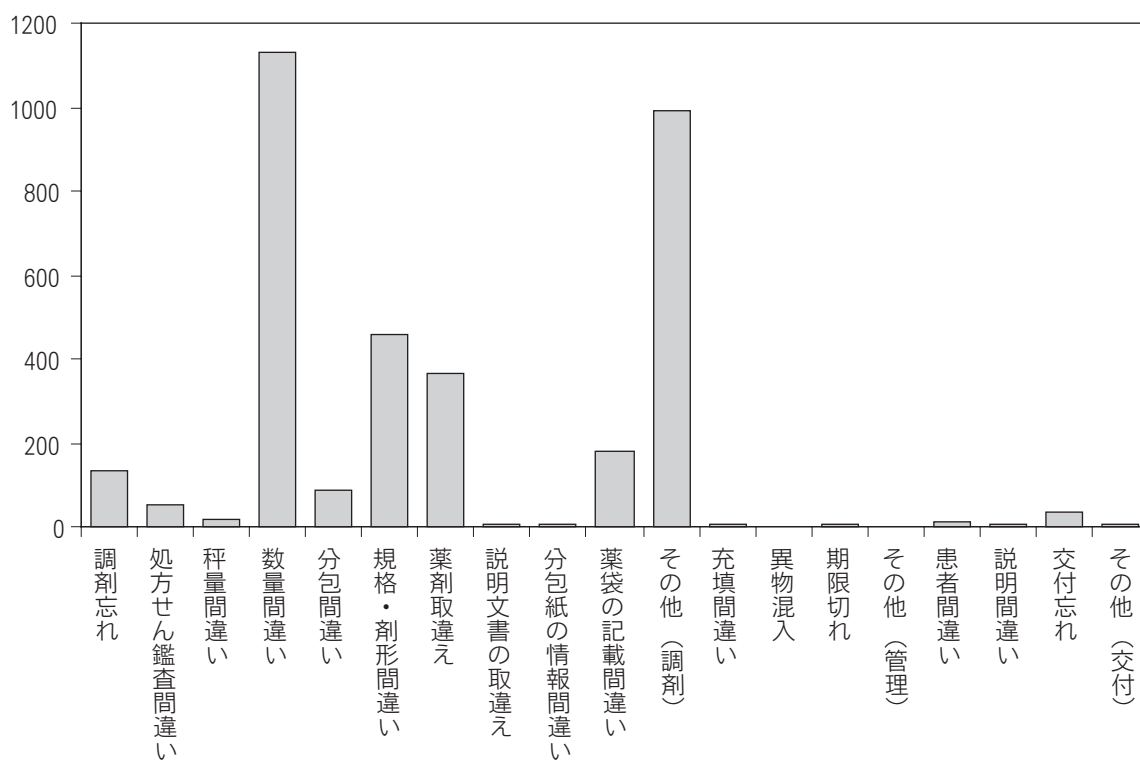
注1：ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。P 2（注）参照。

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。

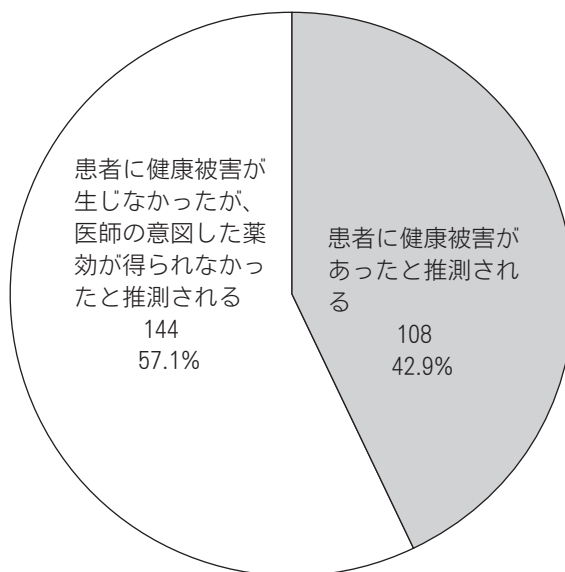
1) 調剤に関する項目

発生場面	事例の内容	件数	発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	136	管理	充填間違い	5
	処方せん鑑査間違い	51		異物混入	0
	秤量間違い	16		期限切れ	3
	数量間違い	1,131		その他(管理)	1
	分包間違い	86	交付	患者間違い	14
	規格・剤形間違い	460		説明間違い	5
	薬剤取違え	368		交付忘れ	32
	説明文書の取違え	3		その他(交付)	4
	分包紙の情報間違い	3	合計		3,487
	薬袋の記載間違い	179			
	その他(調剤)	990			

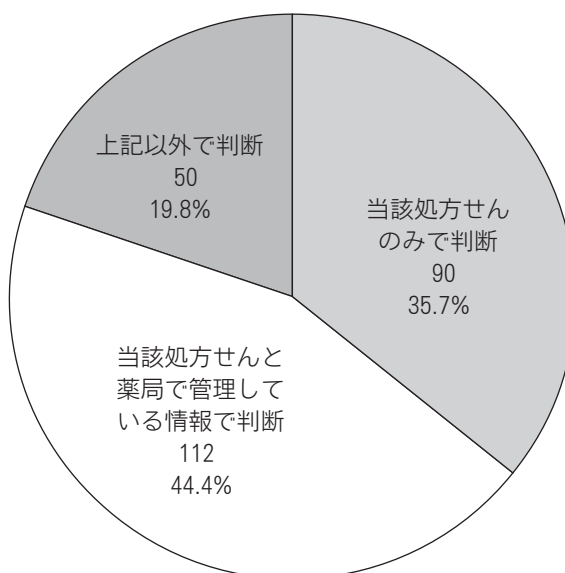


2) 疑義照会に関する項目

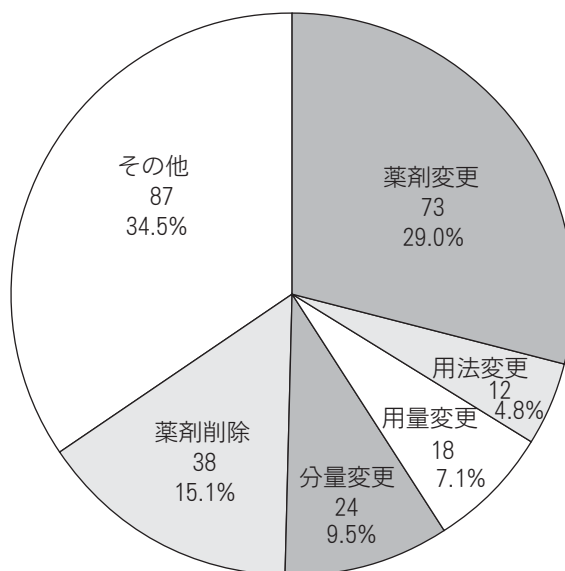
仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	108
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	144
合 計	252



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	90
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	112
上記以外で判断	50
合 計	252

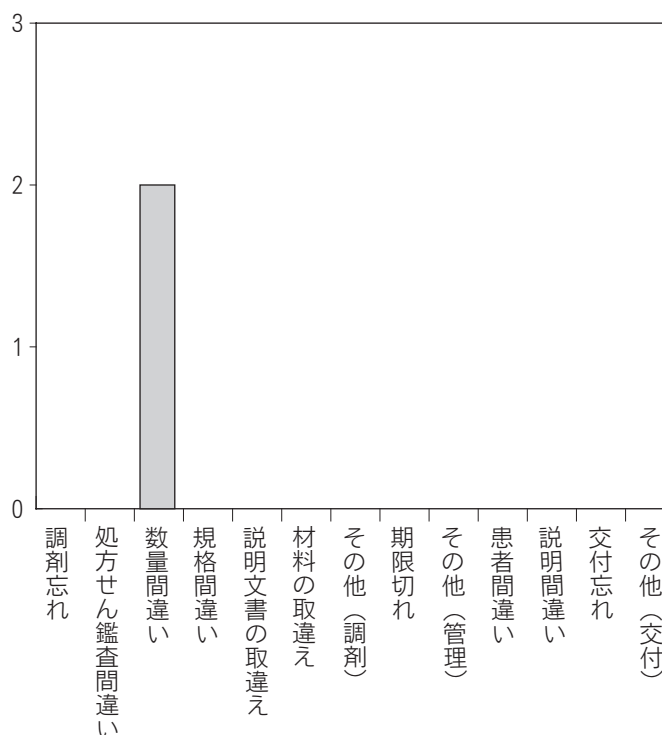


変更内容	件数
薬 剤 変 更	73
用 法 変 更	12
用 量 変 更	18
分 量 変 更	24
薬 剤 削 除	38
そ の 他	87
合 計	252



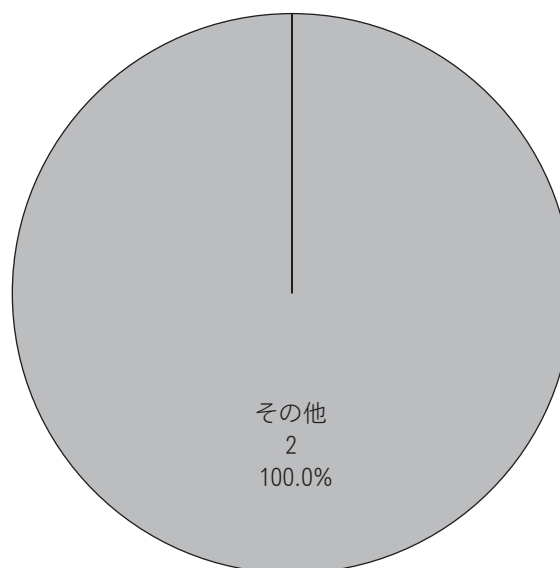
3) 特定保険医療材料に関する項目

発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	0
	処方せん鑑査間違い	0
	数量間違い	2
	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)	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		2



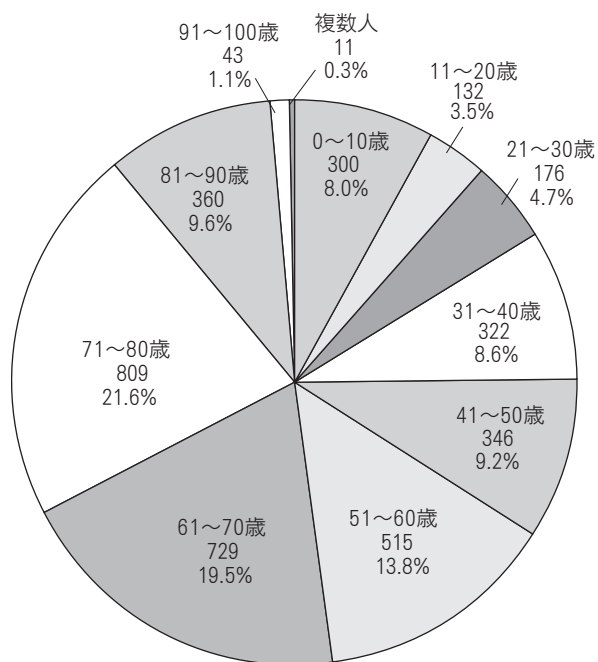
4) 医薬品の販売に関する項目

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	2
合計	2



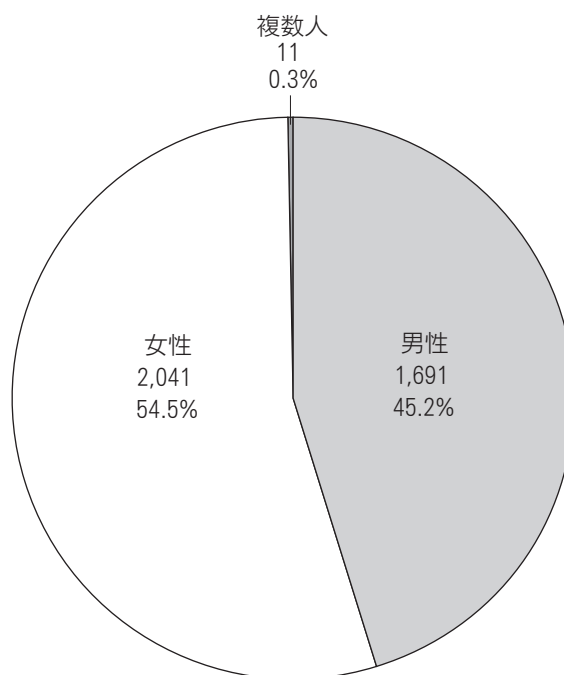
6. 患者の年齢

患者の年齢	件数
0 ～ 10歳	300
11 ～ 20歳	132
21 ～ 30歳	176
31 ～ 40歳	322
41 ～ 50歳	346
51 ～ 60歳	515
61 ～ 70歳	729
71 ～ 80歳	809
81 ～ 90歳	360
91 ～ 100歳	43
101 ～ 110歳	0
111 ～ 120歳	0
121 ～ 130歳	0
131歳以上	0
複数人	11
合計	3,743



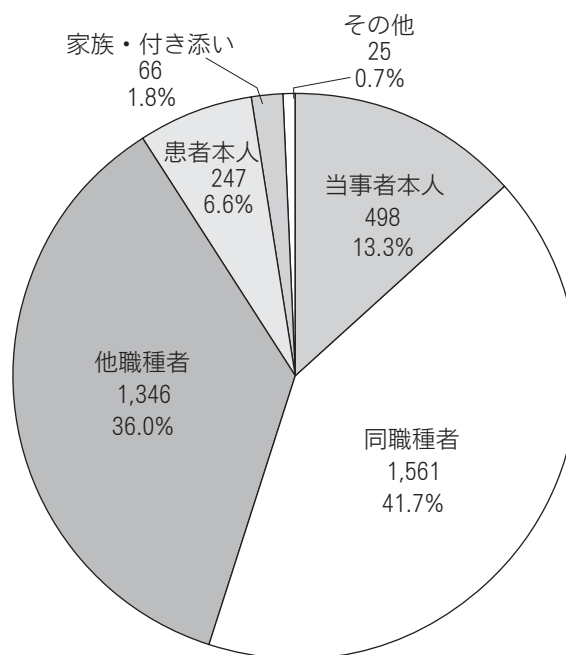
7. 患者の性別

患者の性別	件数
男 性	1,691
女 性	2,041
複 数 人	11
合 計	3,743



8. 発見者

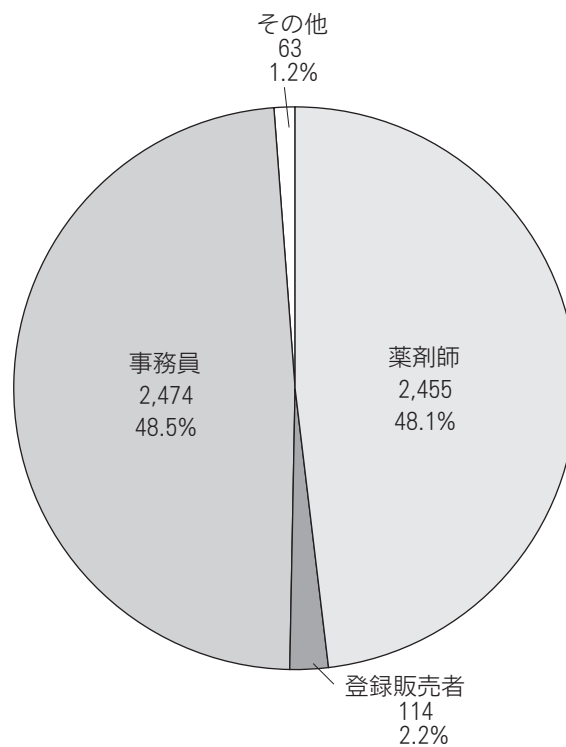
発見者	件数
当事者本人	498
同職種者	1,561
他職種者	1,346
患者本人	247
家族・付き添い	66
他患者	0
その他	25
合計	3,743



9. 当事者

当事者	件数
薬剤師	2,455
登録販売者	114
事務員	2,474
その他	63
合計	5,106

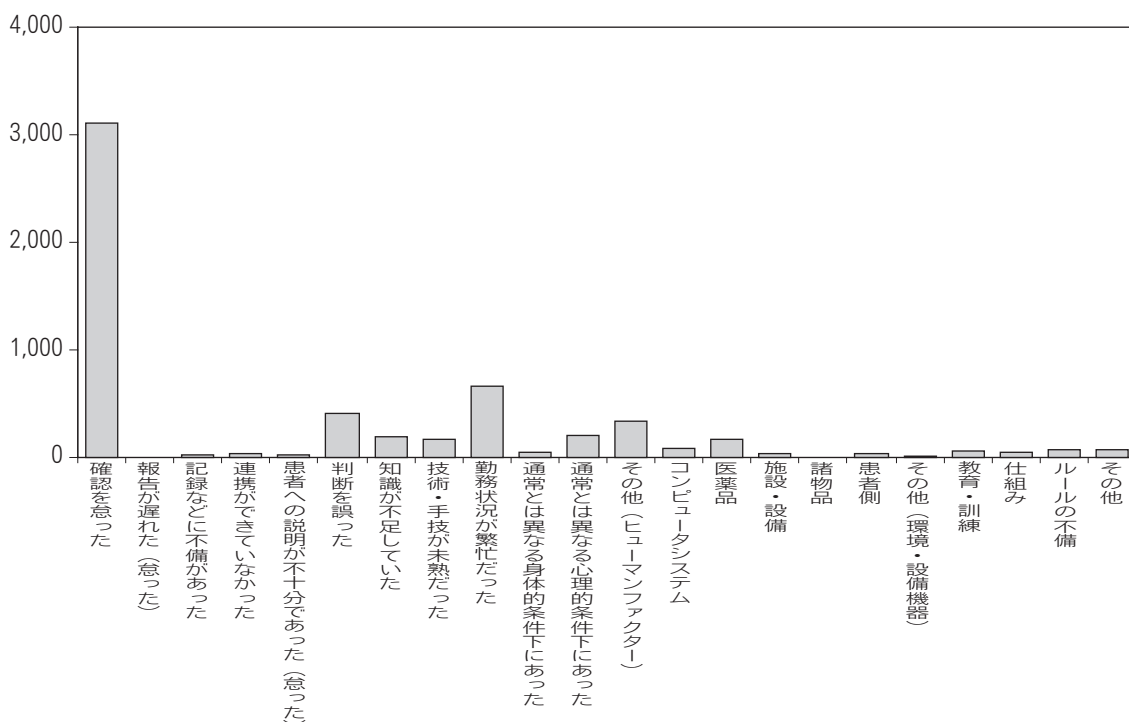
注：「当事者」は複数回答が可能である。



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	3,105	
	報告が遅れた（怠った）	1	
	記録などに不備があった	19	
	連携ができていなかった	41	
	患者への説明が不十分であった（怠った）	22	
	判断を誤った	411	
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	195
		技術・手技が未熟だった	165
		勤務状況が繁忙だった	657
		通常とは異なる身体的条件下にあった	54
		通常とは異なる心理的条件下にあった	200
		その他（ヒューマンファクター）	333
	環境・設備機器	コンピュータシステム	86
		医薬品	170
		施設・設備	32
		諸物品	4
		患者側	38
		その他（環境・設備機器）	15
	その他	教育・訓練	58
		仕組み	52
		ルールの不備	77
		その他	73
		合計	5,808

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 ^(注1)	特定保険 医療材料	医薬品の 販 売	合 計
確認を怠った	3061	42	2	0	3,105
報告が遅れた（怠った）	0	1	0	0	1
記録などに不備があった	16	3	0	0	19
連携ができていなかった	30	11	0	0	41
患者への説明が不十分であった（怠った）	18	4	0	0	22
判断を誤った	400	11	0	0	411
知識が不足していた	169	26	0	0	195
技術・手技が未熟だった	158	7	0	0	165
勤務状況が繁忙だった	578	79	0	0	657
通常とは異なる身体的条件下にあった	53	1	0	0	54
通常とは異なる心理的条件下にあった	146	54	0	0	200
その他（ヒューマンファクター）	233	100	0	0	333
コンピュータシステム	69	17	0	0	86
医 薬 品	147	23	0	0	170
施設・設備	32	0	0	0	32
諸 物 品	4	0	0	0	4
患 者 側	3	35	0	0	38
その他（環境・設備機器）	11	4	0	0	15
教育・訓練	51	7	0	0	58
仕 組 み	43	9	0	0	52
ルールの不備	77	0	0	0	77
そ の 他	18	53	0	2	73
合 計	5,317	487	2	2	5,808

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士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、処方士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	2,099	102	2,030	46	4,277
報告が遅れた（怠った）	1	0	1	0	2
記録などに不備があった	22	0	11	1	34
連携ができていなかった	63	1	25	2	91
患者への説明が不十分であった（怠った）	45	0	23	0	68
判断を誤った	156	9	354	9	528
知識が不足していた	165	1	148	9	323
技術・手技が未熟だった	141	8	114	0	263
勤務状況が繁忙だった	634	39	374	16	1,063
通常とは異なる身体的条件下にあった	20	3	40	1	64
通常とは異なる心理的条件下にあった	180	7	108	0	295
その他（ヒューマンファクター）	196	6	221	4	427
コンピュータシステム	57	2	67	9	135
医薬品	242	14	58	5	319
施設・設備	56	3	10	1	70
諸物品	3	0	1	0	4
患者側	43	0	8	2	53
その他（環境・設備機器）	22	1	16	1	40
教育・訓練	88	3	29	1	121
仕組み	92	15	39	3	149
ルールの不備	112	6	33	0	151
その他	69	2	29	4	104
合計	4,506	222	3,739	114	8,581

注：「当事者」、「発生要因」は複数回答が可能である。

1 3. 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	39	473	414	2,561	3,487
疑義照会	0	0	0	252	252
特定保険医療材料	0	0	1	1	2
医薬品の販売	0	0	0	2	2
合 計	39	473	415	2,816	3,743

1 4. 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	2	2
2 : 00 ~ 3 : 59	0	0	0	2	1	2	0	5
4 : 00 ~ 5 : 59	0	0	0	0	0	1	0	1
6 : 00 ~ 7 : 59	0	0	0	0	0	0	0	0
8 : 00 ~ 9 : 59	0	60	49	26	49	41	22	247
10 : 00 ~ 11 : 59	3	233	246	237	248	224	177	1,368
12 : 00 ~ 13 : 59	1	155	148	133	137	130	95	799
14 : 00 ~ 15 : 59	1	111	101	94	107	109	32	555
16 : 00 ~ 17 : 59	4	78	104	75	66	123	28	478
18 : 00 ~ 19 : 59	0	24	45	26	26	62	4	187
20 : 00 ~ 21 : 59	0	2	2	4	4	3	0	15
22 : 00 ~ 23 : 59	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	0	17	19	22	10	13	5	86
合 計	9	680	714	619	648	708	365	3,743

【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 3,898回）^(注1)

（報告回数上位）

販 売 名	報告回数
アローゼン顆粒	25
ノルバスク錠 5 m g	22
フルメトロン点眼液 0.1 %	21
PL 配合顆粒	20
カロナール錠 2 0 0	20
セルタッチパップ 7 0	20
バイアスピリン錠 1 0 0 m g	19
ラシックス錠 2 0 m g	19
アマリール 1 m g 錠	18
ブプロレス錠 4	18
ムコスタ錠 1 0 0 m g	18
リンデロン-VG 軟膏 0.1 2 %	18

1) 後発医薬品に該当するもの（報告回数 787回）^(注2)

（報告回数上位）

販 売 名	報告回数
カロナール錠 2 0 0	20
バイアスピリン錠 1 0 0 m g	19
メチコバル錠 5 0 0 μ g	15
マグミット錠 3 3 0 m g	14
マグラックス錠 3 3 0 m g	11
ビオフェルミン錠剤	10
アレジオテック錠 2 0	8
カリーユニ点眼液 0.0 0 5 %	8
ビオフェルミンR 錠	8
アロチーム錠 1 0 0 m g	7
バファリン配合錠 A 8 1	7
ファモチジンD錠 2 0 m g 「サワイ」	7
ムコサールドライシロップ 1.5 %	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^(注)に該当するもの(報告回数62回)

販売名	報告回数
リリカカプセル75mg	11
ユニシア配合錠HD	5
ザイザル錠5mg	4
サインバルタカプセル20mg	4
イナビル吸入粉末剤20mg	3
サインバルタカプセル30mg	3
リリカカプセル25mg	3
レザルタス配合錠HD	3
イーケブラ錠250mg	2
インヴェガ錠3mg	2
インヴェガ錠6mg	2
フェントステープ1mg	2
フェントステープ2mg	2
ミカムロ配合錠AP	2
ユニシア配合錠LD	2
リリカカプセル150mg	2
ロゼレム錠8mg	2
アフィニトール錠5mg	1
イーケブラ錠500mg	1
エディロールカプセル0.75μg	1
コソプト配合点眼液	1
ジャヌビア錠50mg	1
ビビアント錠20mg	1
プラザキサカプセル110mg	1
プラザキサカプセル75mg	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 2 回）^(注)

販 売 名	報告回数
BDマイクロファイナプラス 3 1 G × 5 mm	1
ペンニードル	1

3. 医薬品の販売に関するもの（報告回数 2 回）

販 売 名	報告回数
パブロンSゴールド錠	1
大黃甘草湯	1

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	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 8 5 6 回) ^(注1)
- 間違えた医薬品 (報告回数 8 5 6 回)
- 関連医薬品 (報告回数 1, 6 7 4 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
アローゼン顆粒	2	2	20
ノルバスク錠 5 m g	7	6	9
セルタッチパップ 7 0	8	6	5
フルメトロン点眼液 0. 1 %	5	9	5
P L 配合顆粒	0	2	16
リンデロン-V G 軟膏 0. 1 2 %	5	2	11

2) 疑義照会

- 処方された医薬品 (報告回数 3 0 5 回) ^(注2)
- 変更になった医薬品 (報告回数 2 0 7 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
フロモックス錠 1 0 0 m g	6	7
カロナール錠 2 0 0	4	4
クラリス錠 2 0 0	7	1
アレジオテック錠 2 0	4	3
メチコパール錠 5 0 0 μ g	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、「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 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 2 回)

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
BDマイクロファイナプラス3 1 G×5 mm	0	0	1
ペンニードル	0	0	1

【5】共有すべき事例

平成23年1月1日から同年6月30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 疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000014396）

事例の内容
患者が風邪で消化器科に受診した際、解熱作用を目的としてロキソニン錠60mgが処方された。当該患者は別の医療機関からセレコックス錠100mgが定期処方されていることをお薬手帳で確認したため疑義照会したところ、ロキソニン錠60mgが処方削除となった。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
病院でも、お薬手帳を確認する。

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"> ●複数の診療科の医師から処方がされる場合、本来はそれぞれの処方医が相互作用を踏まえて処方設計すべきである。 ●しかしながら、処方医が処方設計する際に十分に確認されていない場面も少なくない。 ●本事例では別々の医療機関からの処方であったこともあり、薬局におけるお薬手帳を用いた注意深い確認作業が誤った処方気づく上で有効であった。 ●薬局に限らず、医療機関でもお薬手帳を活用することが重要であり、そのことを患者に周知することが必要である。

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 内服薬調剤、薬袋の記載間違いに関する事例（事例番号：000000014868）

事例の内容
薬袋の印字を誤り、「4～7日目、1日1回2錠朝食後服用」と記載してしまった。後日患者が来局し、薬袋を提示されて間違いに気づいた。患者は4日目は気づかずにそのまま服用してしまった。すでに朝に2錠服用した後であった。
背景・要因
処方箋入力の際は、バーコード入力で読み取っていたが、初回のチャンピックス錠0.5mgでは、読み取れる情報量が少なく、手動で入力していた。服用方法のコメント入力に意識が集中してしまい、服用方法の入力を誤っていたことに気付かなかった。鑑査時の薬袋確認も不十分であった。服薬指導の際と一緒に処方箋を見ながら、別紙に書いて飲み方を説明したが、処方箋だけを追って説明したことが、誤りの原因であった。
薬局が考えた改善策
今一度、チャンピックス錠0.5mgの飲み方を再確認する。スタート用パックを活用する。今回の用法に限らず、近隣の医師と二次元バーコードの調整について、読み取れないコメントや用法の調整を依頼する。
その他の情報
【チャンピックス錠0.5mg、チャンピックス錠1mgの用法、用量】（添付文書から抜粋） 通常、成人にはバレニクリンとして第1～3日目は0.5mgを1日1回食後に経口投与、第4～7日目は0.5mgを1日2回朝夕食後に経口投与、第8日目以降は1mgを1日2回朝夕食後に経口投与する。なお、本剤の投与期間は12週間とする。
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none">●処方箋入力の簡便化と正確性保持のためにバーコード入力は有効である。●しかしながら電子媒体による情報伝達は必ずしも完璧ではなく、手入力による補完も欠かせない。●本事例は電子情報と手入力情報の2つの異なる入力手法が混在したことによるヒヤリ・ハット事例であった。●このような場合は基本に立ち返り、処方箋を直接音読するなど基本的な確認を行うことが望ましい。

事例3 疑義照会、その他に関する事例（事例番号：000000015209）

事例の内容
脳外科に受診した患者がいつもの薬をもらいに処方箋を持って来局した。インタビュー中に患者から「医師が眠剤を出しておくと言っていた。」と申し出があった。薬歴を確認すると、いつもはレンドルミン錠0.25mgが処方されていた。そこで医師に疑義照会したところ、「レンドルミン錠0.25mg 1錠/分1寝る前、28日分」が追加になった。
背景・要因
医師が処方し忘れたため。
薬局が考えた改善策
処方鑑査の徹底し、患者のための医療を実践する。
その他の情報
特記事項なし。
事例のポイント
●薬剤師の機転で誤投薬を防ぐことが出来た事例である。疑義照会すべき事項は処方箋の中だけではなく、患者の様子や、会話の中にも存在する。患者とのコミュニケーションが重要であり、そのためには、患者が気楽に話しかけることのできる雰囲気を薬剤師が保つことや、観察力、インタビュー能力を磨くことが望まれる。

事例 4 その他の調剤に関する場面、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000015319）

事例の内容
<p>前回処方はユーエフティE配合顆粒だった。今回からユーエフティ配合カプセルへ変更になっていたが、誤ってユーエフティE配合顆粒で入力してしまった。</p>
背景・要因
<p>前回処方と同じだと思い込んでしまった。確認時に注意が欠けてしまった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>常に処方内容に変更がないか確認することを怠らない。基本である声出し、指さし確認を行う。</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"> ●慢性疾患患者でも、時に処方に変更となることがある。したがって毎回、処方箋を確実に確認することは重要である。 ●また、患者から処方箋を受け取る際に、「体調は如何ですか?」、「先生から何かお薬の注意がありましたか?」などと一声かけることも、処方変更に気づくきっかけとなる。

事例5 内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000015331）

事例の内容
患者から、「本日調剤してもらったクラリスロマイシン錠200mg「マイラン」が10錠不足している。」と営業時間外に携帯電話に連絡があった。閉局後であったために状況が分からなかった。そこで状況を患者に聞いたところ、「黙って謝って薬を渡せばよい。」と言われた。翌朝に詳細を確認して連絡すると伝えたところ、「携帯電話には出られない。こちらから朝8時半か、昼休みに連絡する。」と言われた。翌朝、患者から電話があり、「なぜこちらから電話をさせるのか。クレームをあげているのだから、黙って薬を渡せばよい。それ以外にそちらが言うことは、全て薬局の都合ではないか。」と言われた。その後、クラリスロマイシン錠200mg「マイラン」10錠を郵送した。
背景・要因
投薬時、患者に分かるように交付していなかった。
薬局が考えた改善策
交付時は患者のペースに巻き込まれず、必ず数を確認して投薬する。
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"> ●処方された医薬品は商品であり、患者に薬を交付（販売）する際には、患者と対面で、薬剤名、数量を相互確認することが重要である。後から不足を指摘されても、本当なのかどうか分からず、経営上の問題だけではなく、例えば患者による薬の譲渡の疑いといった、薬剤管理の問題にもなりかねない。患者に対して、受け取った薬剤を、その場で必ず確認することを求める必要がある。

事例6 内服薬調剤、分包間違いに関する事例（事例番号：000000015369）

事例の内容
「メリアクトMS小児用細粒10%、3g、毎食後」で調剤するところを朝夕食後で分包、投薬してしまった。患者から連絡があり、間違いに気づいた。薬を正しく調剤し直し、間違えた薬と交換した。
背景・要因
当該医療機関ではメリアクトMS小児用細粒10%がほとんどの場合、朝夕食後で処方されており、毎食後で処方されることがあまりなかった。当該医療機関に確認したところ、メリアクトMS小児用細粒10%の1日量が3gの時は、毎食後で処方するとのことであった。
薬局が考えた改善策
気をつけて調剤する。
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"> ●日頃応需している処方内容を確認することなく、そのまま調剤した事例である。処方箋を確実に確認することが重要である。 ●また、このようなヒヤリ・ハットの情報は自分だけの情報としてとどめることなく、薬局内で共有し、「このような処方がある」と、お互いの知識向上につなぐことで、別のスタッフの事故防止にもつながる。

事例7 交付、説明間違いに関する事例（事例番号：000000015703）

事例の内容
患者同意のもと、アテレック錠10を継続服用していた患者に後発医薬品であるシルニジピン錠10mg「タイヨー」を調剤した。投薬時にシルニジピン錠10mg「タイヨー」を見せて後発医薬品であることを説明したところ、「後発医薬品は丸くて割りにくそうだね。」と言われた。今まで患者はアテレック錠10が細長く、割りやすい形だったため、血圧が安定している日は自らの判断で薬を分割し、半分の量で服用していたことが分かった。投薬時に薬の服用方法についての説明が不十分であった。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
患者が薬を正しく服用しているかの確認を定期的に行う。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
● 図らずも患者が自己判断で服用方法を変えていたことが分かった例である。平素からの服用指導が重要であり、その際に、正しく薬を服用しないとどのような副作用等が生じるかといった、正しく薬を服用する理由をはっきりと患者に説明することが重要である。そのことによりアドヒアランスも向上すると考えられる。

事例 8 内服薬管理、充填間違いに関する事例（事例番号：000000015833）

事例の内容
<p>自動分包機のユリーフ錠4mgのカセッターにエビスタ錠60mgが1錠入っていたことに気づいた。前日、一包化調剤をやり直した際、カセッターに戻した薬があったため、その処方を確認したところ、エビスタ錠60mgが含まれていた。そこで、それ以降の一包化調剤でユリーフ錠4mgが含まれている患者を検索したところ、該当患者が1名いたため、すぐ電話連絡した後、患者宅に向かった。ユリーフ錠4mgで調剤するところ、所々にエビスタ錠60mgが含まれていることを確認した。その後分包し直し、患者の体調に変化がないことを確認した。残っていた錠数から、患者は誤って2回、エビスタ錠60mgを服用していたことが分かった。</p>
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"> ●一度、分包調剤したエビスタ錠60mgを自動分包機のカセッターに戻す際、誤ってユリーフ錠4mgのカセッターに入れてしまい、その後、ユリーフ錠4mgが処方されていた患者に、誤ってエビスタ錠60mgを交付してしまった事例である。 ●一包化調剤後に誤って調剤した薬を同定することは容易ではないと言われているため、事例のように誤った薬を交付してしまい、患者がそのまま薬を服用してしまったり、複数の患者に誤って投薬してしまったりする可能性がある。 ●鑑査時に気づいた場合は、再度、一包化調剤をやり直す必要があることから、そのことによる業務の煩雑さが新たなミスを引き起こすことも考えられる。 ●自動分包機に薬を充填する場合は、1) 充填する薬、および充填するカセッターを指さし、声だし確認する、2) 充填時に複数のスタッフで確認する、3) 薬を充填した記録を残しておき、再度、別のスタッフが確認するなど、しっかりとした確認手順を決めておく必要がある。

事例9 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000016127）

事例の内容
<p>爪白癬である患者に「イトリゾールカプセル50、8カプセル、7日分」が処方されていた。患者に併用薬を確認したところ、お薬手帳の持参もなく、はっきりとしたことが分からなかった。そこで併用薬を処方している医療機関に電話して確認したところ、併用薬にプラザキサカプセル75mg 4カプセルがあることが判明した。プラザキサカプセル75mgとイトリゾールカプセル50は併用禁忌であるため、処方医へ疑義照会したところ、ラミシール錠125mgへ変更となった。</p>
背景・要因
<p>医療機関において他科受診、併用薬の確認に不備があった。お薬手帳を使用していなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>患者へお薬手帳の利用をすすめた。お薬手帳を作成し、プラザキサカプセル75mg服用中はイトリゾールカプセル50は併用禁忌である旨を赤字で大きく記載して渡した。別の診療科に受診する際は、必ずお薬手帳を医師や薬剤師に見せるよう指導した。</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"> ● 当月に薬価収載された医薬品であるプラザキサカプセル75mgを服用している患者に、併用禁忌薬であるイトリゾールカプセル50が処方されていたため、疑義照会を行い、同じ抗真菌剤のラミシール錠125mgに薬剤変更となった事例である。 ● 薬剤師が併用薬を処方している医療機関に処方内容を問い合わせたことにより、併用禁忌の薬があることに気づくことが出来た事例であり、医薬分業のメリットを表す事例である。 ● お薬手帳などを積極的に活用し、薬局と医療機関、ドラッグストアなどで相互に薬をチェックすることで、患者が安全、かつ安心して薬を服用出来るようにすることが重要である。

事例10 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000016456）

事例の内容
<p>一包化している薬の中に薬剤情報提供文書の写真と異なるカプセルが入っていると患者本人が薬を持って来局した。ユベラNカプセル100mgで処方のところ、ユベラNソフトカプセル200mgで調剤していたことが判明した。調剤ミスであることを認め、謝罪した。患者は前回の残りを服用していたため、今回の誤調剤した薬は服用せず、健康被害はなかった。</p>
背景・要因
<p>多忙であったため、通常は一包化調剤する前に確認すべきところを後回しにしてしまった。一包化調剤後、シート包装の外殻だけで確認を行ったため、間違いに気づかなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>一包化調剤する前に確認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
<ul style="list-style-type: none"> ●ユベラNカプセル100mgは赤色と白色のカプセル、ユベラNソフトカプセルはオレンジ色のソフトカプセルであり、一包でも分包品の鑑査を行えば、誤りを見つけることが出来たと思われる。 ●一包化調剤の鑑査に関しては、薬剤の外殻だけで確認を行うのであれば、一層徹底した鑑査が必要である。一包化調剤は、誤投薬があった時に誤りを発見しにくく重大な医療事故を生じうるため、業務手順書の変更などの改善を検討することが望ましい。 ●患者とともに、薬剤と薬剤情報提供文書を照合しながら服薬指導を行うことは、薬剤や薬剤情報提供文書の内容の確認にもつながるため、そのような服薬指導を行うことも一つの方法である。

事例 1 1 交付、患者間違いに関する事例（事例番号：000000016606）

事例の内容
お薬手帳に別の患者の手帳シールを貼って渡してしまった。
背景・要因
調剤台の上にお薬手帳を置いていた。
薬局が考えた改善策
患者の名前をきちんと確認する。
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">●医薬品の間違いとともに、医薬品の情報の間違いによっても、重大な医療事故を生じるケースがありうる。手帳のシールの重要性を、職員一同でしっかり認識する必要がある。●患者が持参したお薬手帳と、薬局で作成したお薬手帳のシールが正しく対応していることが確認できるように、照合方法の工夫やシステムを検討する必要がある。

事例 1 2 外用薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000016884）

事例の内容
慢性疼痛の患者にデュロテップMTパッチ2.1mgが処方されたが、確認書の確認をせず投薬した。その後、患者がデュロテップMTパッチ2.1mgを使用する前に、確認書の確認が必要であることに気づいた。
背景・要因
デュロテップMTパッチ2.1mgを慢性疼痛に用いる場合、確認書の確認が必要であることを管理者が認識していなかった。また、デュロテップMTパッチ2.1mgを慢性疼痛に用いる場合、確認書の確認が必要であることを薬剤師に周知していなかった。
薬局が考えた改善策
麻薬の知識を高めるため、勉強会を実施する。当該患者の薬歴の表に「確認書を確認する。」と記載する。麻薬帳簿にデュロテップMTパッチの慢性疼痛の適応に対して、確認書を確認する旨の記載文書を添付する。
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"> ●デュロテップMTパッチは、慢性疼痛に処方する際に確認書が必要な薬剤であり、他にも同様の事例が報告されている。（事例番号：000000016635） ●最近、このような販売方法を行う薬剤が増えてきているため、最新の情報を入手する必要がある。 ●上記以外にも、ノルspanテープが医師の研修終了の確認を行う薬剤として最近発売されたため、デュロテップMTパッチと同様に注意する必要がある。

事例13 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000016940）

事例の内容
<p>内科にインフルエンザで受診した患者に「イナビル吸入粉末剤20mg 2キット、1日1回、1回4吸入」が処方された。その後、患者とその家族が来局した。患者インタビュー中に患者家族より、「小児麻痺のため、吸入が出来ない。飲み薬であればなんとか服用出来る。」との申し出があった。当該患者は39℃の発熱があり、10代のためにタミフルはハイリスクの患者以外は差し控えるよう警告があり、かつ吸入剤は使えないことを踏まえ、医師に疑義照会した。医師に「当該患者はすでに39℃の発熱があるため、ハイリスク患者と考えられ、10代であるがタミフルの使用を考えていただいてはどうか。もしくは漢方薬ではツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）に適応がある。」と提案したところ、医師から「ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）7.5g/分3毎食前、5日分」と回答があり、薬剤変更になった。</p>
背景・要因
<p>吸入剤が使用できない患者であった。タミフルはハイリスク患者以外は使用を控える旨の警告があった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>患者により良い医療が提供出来るよう、疑義照会では医師に対して積極的な処方提案を行う。</p>
その他の情報
<p>【タミフルカプセル75、タミフルドライシロップ3%の警告】（添付文書から抜粋） 10歳以上の未成年の患者においては、因果関係は不明であるものの、本剤の服用後に異常行動を発現し、転落等の事故に至った例が報告されている。このため、この年代の患者には、合併症、既往歴等からハイリスク患者と判断される場合を除いては、原則として本剤の使用を差し控えること。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●薬局において、患者とのインタビューを通じて知り得た情報に基づき、薬剤師が医師に対して積極的な処方提案（疑義照会）を行い、患者にとって、より適切な処方に変更された事例である。 ●インタビューで必要な情報を得るためのスキル向上には多くの経験が欠かせないが、薬局内で経験が浅い薬剤師に対しては、インタビュー方法の研修を行う等、薬剤師のスキルを向上させるために、研修方法を工夫することが重要である。

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：000000016964）

事例の内容
「ユベラNソフトカプセル200mg 3カプセル、コメリアンコーワ錠100、3錠、3×毎食後、30日分」で処方のところ、誤って「ユベラNカプセル100mg 3カプセル、コメリアンコーワ錠50、3錠、3×毎食後、30日分」を調剤した。投薬後のカルテ記入時に間違えていたこと気づき、すぐに薬を取替えに行った。患者は今回投薬した薬をまだ服用していなかった。
背景・要因
2つの薬ともに規格が2つあり、そのうち一方はあまり調剤しない規格であった。今回処方された薬はどちらもあまり調剤されない方の規格の薬であったが、調剤することが多い規格の薬であると思い込み、間違えてしまった。
薬局が考えた改善策
処方せんの記載内容をよく確認する。間違いが起こらないように、伝達事項をカルテに記載する。

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"> ● 今回の事例では、1回の調剤において同時に、ユベラNソフトカプセル200mgとコメリアンコーワ錠100の2つの薬剤の規格を、汎用している異なる規格の薬剤と取違えた事例であった。 ● 取違えた薬剤の1つである「ユベラNカプセル100mg」は、「ユベラニコチネート」から「ユベラNカプセル100mg」に名称変更が行われており、そのことがかえって、既存の「ユベラNソフトカプセル200mg」と名称が類似し、薬の取違いを引き起こす要因の1つになったとも考えられる。 ● そのため、1) 処方せんの規格にチェックをつけ、しっかり確認した後に調剤する、2) 薬棚などに注意喚起のための表示を行うなど、十分に注意することが重要である。 ● また、特定生物由来製剤、生物由来製剤及び注射剤など、一部の調剤包装単位には、既にバーコード表示が実施されている。将来的には、内用薬（生物由来製品を除く）や外用薬（生物由来製品を除く）の調剤包装単位へのバーコード表示も、実施される見込みである。 ● 薬局において調剤包装単位に表示されたバーコードを積極的に活用することにより、鑑査者の負担を軽減することができ、調剤業務の効率化にも繋がると考えられる。

事例15 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000017663）

事例の内容
皮膚科に湿疹で受診した患者に「ジルテック錠10、1錠/分1夕食後、7日分」が処方された。患者は同病院耳鼻科でアレルギー性鼻炎により「セチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」1錠/分1寝る前」を服用しており、残薬が7日以上あった。ジルテック錠10とセチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」は同成分であり、重複投与が考えられたため、皮膚科医に疑義照会したところ、「ジルテック錠10、1錠/分1夕食後、7日分」が「ニポラジン錠3mg2錠/分2朝夕食後、7日分」に変更になった。
背景・要因
重複投与があった。
薬局が考えた改善策
処方鑑査を徹底する。
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">●同一病院の皮膚科と耳鼻科で、同一成分の抗アレルギー薬である「ジルテック錠10」と「セチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」」が重複して処方されていた事例である。●同一病院の処方せんであってもインタビューをしっかりと行い、併用薬をチェックすることで重複投薬が防げられると思われる。

事例 16 疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000017790）

事例の内容
耳鼻科を受診した小児患者に「ジルテック錠 5、2 錠／分 2 朝夕食後、1 4 日分」が処方された。患者には 2 週間前にも同じ処方が行われていた。患者インタビュー中、患者の母親から「眠気がよく出るから、寝る前に 1 錠しか飲んでいない。余っているからいらぬ。」と申し出があった。医師にジルテック錠 5 を眠気の少ない薬に変更するか、または寝る前 1 錠の服用でも効果を期待して服用を継続し、今回の処方薬を削除して残薬を服用してもらうか疑義照会したところ、「寝る前 1 錠でもよいので続けてもらい、今回のジルテック錠 5 は削除してください。」と回答があり、薬剤削除になった。
背景・要因
患者に眠気の副作用が出たため、コンプライアンスが低下した。
薬局が考えた改善策
患者のコンプライアンスのチェックを強化する。副作用が出ていないかチェックする。
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"> ● 「2 錠／分 2 朝夕食後」で処方のところを、ジルテック錠による「眠気」の副作用が出ていたことで、母親が自らの判断で「寝る前、1 錠」に変更し、薬を服用させていた。その結果、残薬が増えるが、医師は指示通りに薬を服用していると思って診断し、経過観察していた事例である。 ● インタビューから患者の正確な服薬状況を把握し、的確な情報を得ることで、副作用の軽減と治療効果を上げることが出来ると思われる。

事例17 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000017794）

事例の内容
患者に初めて「マイスタン錠5mg、寝る前服用」が処方された。患者にはてんかんの既往歴がなかったため、医師の勘違いの可能性もあり、疑義照会したところ、マイスリー錠5mgの間違いであることが分かった。
背景・要因
当該医療機関では1ヶ月前に電子カルテになったので、ボタン操作の間違いがあったと思われる。
薬局が考えた改善策
医療機関のシステムが変更となった時などは、注意して調剤する。
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">● 「てんかんの既往歴がない患者に、抗てんかん薬の「マイスタン錠5mg」が処方されていたが、疑義照会を行うことで、本来処方する予定の薬剤は、睡眠薬の「マイスリー錠5mg」であることが分かった。原因を確認すると、医療機関のシステムが変更となった際の誤操作が原因だったことが分かった事例である。● システムを変更した場合は、特に注意する必要がある。