

## 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業収集結果

本報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が、財団法人日本医療機能評価機構がホームページ等で公開している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業平成22年度年報に該当する事例の概要について、安全管理対策に関する調査・検討を行い、結果を報告したものである。

- 1) 医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例  
..... P. 1
- 2) 製造販売業者等により既に対策がとられている、もしくは対策を既に検討中の事例  
..... P. 2
- 3) ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例  
..... 省略  
    ・規格・剤形間違い  
    ..... 省略  
    ・薬剤取違え  
    ..... 省略  
    ・その他  
    ..... 省略
- 4) 情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例  
..... P. 4
- 5) 疑義照会の事例  
..... P. 13

平成 23 年 8 月 19 日

## 平成 23 年度 第 2 回医薬品・医療機器安全使用対策検討会結果報告 —薬局ヒヤリ・ハット事例—

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

### 1. 調査対象の範囲

財団法人日本医療機能評価機構の評価機構ホームページ上の平成 22 年 1 月 1 日～12 月 31 日の間に報告された事例(12,904 事例)のうち、事例内容「規格・剤形間違い(規格間違い含む)」、「薬剤取違え」、「その他」及び「疑義照会」に関する事例。

### 2. 検討方法

薬局ヒヤリ・ハットの事例について、医薬品の使用方法及び名称・包装等の観点から安全管理対策に関する専門的な検討を行うため、各医療関係職能団体代表、学識経験者等の専門家及び製造販売業者の代表から構成される標記検討会を開催し、医薬品の物的要因に対する安全管理対策について検討した。

また、「疑義照会」については、疑義照会の理由・根拠について分析した。

### 3. 調査結果

(1) 医薬品の製造販売業者等による安全使用対策の必要性の有無により、5,253 事例を調査したところ、下記表の結果となった。

調査結果	事例数	割合
医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例	1	0.03%
製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例	5	0.14%
ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	3,436	98.65%
情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例	41	1.18%
計	3,483	100%

(2) 656 事例の疑義照会の照会理由等を調査したところ、下記表の結果となった。

調査結果 <sup>注)</sup>	事例数(割合)
薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)	186(28.4%)
薬歴等	114(17.4%)
処方箋の書き方等(誤記を含む)	103(15.7%)
患者の申し出	82(12.5%)
患者の症状等	56(8.5%)
年齢・体重換算の結果	43(6.6%)
その他	72(10.9%)

注) 疑義照会の理由・根拠

#### 4. 検討結果の調査結果

- 1) 医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例  
(別添1)

糖尿病薬と高血圧薬との販売名類似による取違え事例(1番)

- 2) 製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(別添2)

高尿酸血症改善薬と排尿障害改善薬との販売名類似による取違え事例(1~5番)

- 3) ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
- 4) 情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例 (別添3)
- 5) 疑義照会の事例 (別添4)

医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例  
 (薬局ヒヤリ・ハット事例「薬剤取違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
1	アルマール錠10が処方 のところ、アマリール1mg 錠を取ってしまった。	接頭語が類似して いた。		確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アルマール錠10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 間違えた医薬品 販売名アマリール1mg 錠 <input type="checkbox"/>	アマリールとアルマールの名称類似性については、平成15年11月27日付医政発第1127004号・薬食発第1127001号連名通知「医療機関における医療事故防止対策の強化について」及び平成20年12月4日付医政発第1204001号・薬食発第1204001号連名通知「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について(注意喚起)」により、医療機関に注意喚起しているところであり、製造販売業者においても誤用防止のために製品に関する情報提供及び表示の変更等を実施しているところである。 しかしながら、過去より死亡を含む同様事例が繰り返し報告されており、また、平成14年8月29日付医薬発第0829006号「医療安全推進総合対策への取り組みの推進について」においても企業は、患者の安全を最優先に考えた医療安全を確保するための積極的な取り組みが求められており、今般、再発防止の観点から名称の変更が必要であると考えます。

製造販売業者により既に対策が取られているもの、もしくは対策が既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット事例「薬剤取違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
1	ユリノームとユリーフは薬剤名が似ており、カセッターも近いために間違えた。鑑査時に気付いた。		カセッターの場所を離した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠25mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 間違えた医薬品 販売名ユリーフカプセル4mg g <input type="checkbox"/>	ユリノーム及びユリーフは、名称が類似しており、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから製造販売業者は医療機関へ注意喚起を検討しているところ。
2	ユリノーム錠50mgをユリーフ錠2mgだと思い込んで調剤してしまった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠25mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 間違えた医薬品 販売名ユリーフカプセル4mg g <input type="checkbox"/>	ユリノーム及びユリーフは、名称が類似しており、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから製造販売業者は医療機関へ注意喚起を検討しているところ。
3	ユリノーム錠25mgとユリーフ錠4mgが類似した名前だったため、間違えた。		カセッターは既に離してるので、棚にマークをつける。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠25mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 間違えた医薬品 販売名ユリーフカプセル4mg g <input type="checkbox"/>	ユリノーム及びユリーフは、名称が類似しており、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから製造販売業者は医療機関へ注意喚起を検討しているところ。

製造販売業者により既に対策が取られているもの、もしくは対策が既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット事例「薬剤取違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
4	ユリノーム錠50mgで処方されていたが、ユリーフ錠4mgで調剤した。	確認作業を怠った。	注意喚起をするためにユリノーム錠でない旨を棚に表示した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠25mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 間違えた医薬品 販売名ユリーフカプセル4mg g <input type="checkbox"/>	ユリノーム及びユリーフは、名称が類似しており、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから製造販売業者は医療機関へ注意喚起を検討しているところ。
5	ユリノーム錠50mgのところ、ユリーフ錠2mgと思い込んで調剤した。			確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠25mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 間違えた医薬品 販売名ユリーフカプセル4mg g <input type="checkbox"/>	ユリノーム及びユリーフは、名称が類似しており、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから製造販売業者は医療機関へ注意喚起を検討しているところ。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
1	規格を間違えた。	規格を正しく確認しなかった。		確認を怠った	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	薬の規格を間違えた。	見落としをした。	再確認する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	規格を間違えて入力した。	前回と同様の処方内容と思いつき込みをした。	注意深く確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	医薬品名を見た際、前回と同じだと思いつき、外用液をクリームで入力した。			確認を怠った	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	先発医薬品から後発医薬品への変更であった。規格の入力を間違えた。	後発医薬品への入力確認を怠り、規格の確認を怠った。混雑時に後発医薬品へ変更する調剤であったため、薬品名に気をとられ、規格の確認を怠った。	確認作業は入念に焦らず行うように努力する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
6	内服薬の規格を間違えた。	焦りがあった。	慌てない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム その他ぬせり	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
7	販売名を入力する際、規格を間違えて「0. 4mg」で入力するところを「0. 8mg」で入力した。			確認を怠った	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
8	規格が異なる薬と間違えて入力してしまった。	確認が不十分であった。	薬剤名が同じであっても、規格が異なるものがあることに注意する。入力時は確認を怠らない。	確認を怠った	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
9	薬剤とカプセルを間違えて入力した。			確認を怠った 判断を誤った	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
10	顆粒剤で処方のところ、錠剤で入力してしまった。			確認を怠った	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
11	規格を間違えて入力した。	前回の処方内容を引用して入力した際、一種類の薬に規格変更があることを思い込みにより見落とした。	しっかり確認する。	確認を怠った	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
12	規格を間違えて入力してしまった。	薬剤名が同じだったため、規格の確認を怠ってしまった。前回までと規格が変更になっていたため。	規格違いの薬を把握する。規格の確認を習慣づける。	確認を怠った コンピュータシステム	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例  
 (薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
13	薬の規格を間違えて入力した。	前回より先発医薬品から後発医薬品に変更になった患者であった。前回の処方内容を引用して入力した際、後発医薬品名を入力し直した時に薬剤の規格の選択を間違えた。	後発医薬品に入力し直す場合は、規格の選択などを間違えないように気をつける。	確認を怠った	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
1	先発医薬品で入力した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	後発医薬品の入力の際、製造販売業者名を間違えた。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	ジェネリック医薬品へ変更の患者だった。薬歴の表紙の注意事項を見落とし、そのまま入力してしまった。	薬局が混雑していたため、注意を欠いた。	どのような状況にあっても、必ずチェック項目を落ち着いて再確認する。薬歴の表紙の注意事項を必ず見る。	確認を怠った その他注意散漫	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	以前はジェネリック医薬品に変更していた薬剤を先発医薬品で入力してしまった。	すでにジェネリック医薬品に変更していた薬剤であったが、画面上の服用歴から見つけることができず、先発医薬品で入力した。	画面上で服用歴を確認する際、「診療科目」と「後発医薬品調剤加算」に着目して変更の有無を確かめる。	確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	患者の求めに応じて後発医薬品を調剤したが、「後発医薬品へ変更不可」の箇所に医師のサインと押印があることを見落とした。交付後、患者へ連絡したところ、後発医薬品を強く希望されたため、主治医に連絡し了解してもらった。			確認を怠った 知識が不足していた ルールの不備	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
6	薬歴の後発医薬品に変更する旨の記載を見落として調剤した。	確認すべきことがあったため、医師に連絡をしながら調剤していた。		確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
7	通常、ジェネリック医薬品へ変更して投薬している患者であったが、確認をせずに先発医薬品で調剤した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
8	いつもジェネリック医薬品へ変更して渡している患者に処方箋通り、先発医薬品で調剤した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
9	いつもジェネリック医薬品へ変更して渡している患者に処方箋通り、先発医薬品で調剤した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
10	いつもジェネリック医薬品へ変更して渡している患者に処方箋通り、先発医薬品で調剤した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
11	いつもジェネリック医薬品へ変更して渡している患者に処方箋通り、先発医薬品で調剤した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
12	ジェネリック医薬品に変更されていたにもかかわらず、先発医薬品で入力した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
13	薬剤を間違えて入力した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
14	クラシエの漢方薬で調剤するところ、誤ってツムラの漢方薬で調剤した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
15	後発医薬品への変更が全て不可の処方せんを調剤する際、先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤してしまった。	複数の診療科の処方せんを併せて一包化調剤する患者であった。A科は後発医薬品への変更が可能、B科は後発医薬品への変更不可の処方せんであった。A科が後発医薬品への変更が可能であったため、B科も変更することが可能であると勘違いをしてしまった。後発医薬品の使用割合に応じて調剤報酬の加算点数が変わるため、後発医薬品へ変更することばかり意識が向いていた。	後発医薬品への変更を行う際は、変更不可の署名欄の確認を怠らない。今回のような事例があることをミーティングなどで情報共有する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
16	ジェネリック医薬品で入力するところを誤って先発医薬品で入力した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
17	先発医薬品で入力するところ、誤ってジェネリック医薬品で入力した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
18	ジェネリック医薬品で入力するところを先発医薬品で入力した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
19	ジェネリック医薬品で入力するところを先発医薬品で入力した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
20	ジェネリック医薬品で入力するところを誤って先発医薬品で入力した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
21	漢方薬を入力する際、製造販売業者を間違えて入力した。	追加処方であった。以前の入力方法が変更となっていた。	販売名と製造販売業者を合わせて、正確に入力する。	確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
22	誤ってフリバスOD錠50mgで入力してしまった。	異なる医療機関の採用薬を入力してしまった。	各医療機関の採用薬に注意して入力する。	確認を怠った 判断を誤った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
23	誤って内服薬の全てをジェネリック医薬品で入力してしまった。	異なる診療科では同じ薬がジェネリック医薬品になっていたため。	各医療機関毎にジェネリック医薬品の扱いが異なることを再確認する。	判断を誤った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
24	薬剤を間違えて入力した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
25	薬を間違えて入力した。			確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例  
 (薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
26	薬剤名を間違えて入力した。	前回の処方内容を引用して入力していた。保険者番号を確認することに気を取られてしまい、削除しなくても良い方の薬を削除してしまった。	保険証を確認後、入力画面を再度チェックし、全てにおいて間違いがないか確認することを怠らない。	確認を怠った	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例  
 (薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
1	薬剤名を間違えた。	今回の処方薬が前回と同じ薬が多かったため、変更箇所を見落とした。		確認を怠った	薬剤を間違えたとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	薬剤を間違えた。	前回の処方内容から変更されていることに気づかなかったため、変更しなかった。		確認を怠った	薬剤を間違えたとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
1	0歳6ヶ月の患者にクラバモックス小児用ドライシロップが12gで処方された。疑義照会の結果、1.2gに訂正となった。		病院での体重確認、処方鑑査の徹底。	連携ができていなかった 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名クラバモックス小児用ドライシロップ	年齢・体重換算の結果から
2	脊髄腔狭窄症と胃炎治療中の患者に対して、消炎鎮痛剤(内服薬)の服用を中止する指示があったにもかかわらず、ソレトン錠80が処方されていた。疑義照会を行い、薬剤削除となった。	医療機関側の患者背景の確認不足。		その他クリニックの確認ミス	処方された医薬品 販売名ソレトン錠80	薬歴等から
3	以前、ロキソニン錠を服用の際、おしっこの出が悪くなりロルカムへ変更となっていた。今回、ロキソニン錠が再度処方されていたため、疑義照会をしたところ、処方削除になった。			その他以前服用時不具合発生との情報あり、疑義照会を行った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	薬歴等から
4	バルトレックス錠500mg3錠、毎食後で処方された。患者に話を聞いてみると「带状疱疹」とのことだった。バルトレックス錠は単純疱疹では1回500mgを1日3回服用、带状疱疹では1回1000mgを1日3回服用のため医師に疑義照会をした。疑義照会により、バルトレックス錠500mg6錠、毎食後へと変更になった。	適応症によって異なる分量設定がある薬であった。	薬局側でのチェックを充実させる。	知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	患者の症状等から

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
5	<p>患者が内科の処方箋を持って来局した。患者は以前よりA病院を継続して受診しており、今回は紹介状を書いてもらい新規にB病院を受診した。B病院からの処方箋はアマリール錠1mg5錠/分1となっており、当薬局では薬歴がないため、処方箋受付時には継続処方か否かを確認できなかった。アマリール錠1mgを1回5錠で処方されていた為、処方誤りの可能性もあると判断し、服薬指導時に患者本人にこれまでの服用方法を確認したところ、以前から服用していたアマリール錠1mg0.5錠/分1と同様の処方がされたはずとのことであった。処方医へ疑義照会したところ、院外処方箋発行時に0.5錠のところ、5錠と誤って入力していたことが発覚した。</p>			<p>確認を怠った コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠</p>	<p>処方箋の書き方等から (誤記を含む)</p>
6	<p>院外処方箋で、病歴に喘息のある方に禁忌であるアーチスト錠1.25mgが処方されていた。疑義照会を行ったところ、アーチストが中止になり、次回受診時に再度お薬について検討することになった。</p>	<p>病歴の確認漏れか、電子カルテの運用方法に問題があったと考えられる。医師が当該患者は喘息であることを知っていたかは不明であるが、医師の知識不足も考えられる。患者は服用中のお薬を見せたことで、自分が喘息であることをわかってもらっていると思い込んでいて、説明していなかった。</p>	<p>保険薬局でも問診をしっかり行い、新しくお薬が追加になるようなケースでは必ず病歴を確認する。日々、知識の習得に努める。</p>	<p>確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練 ルールの不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名アーチスト錠1.25mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>
7	<p>コルヒチン錠0.5mg「シオノギ」が頓服1回5錠、5回分で処方されていた。過量のため疑義照会を行い、1回1錠、5回分の誤りと発覚した。</p>	<p>処方箋の記載を誤ったため。</p>	<p>薬剤部で処方鑑査をする。</p>	<p>その他処方せん記載ミス</p>	<p>処方された医薬品 販売名コルヒチン錠0.5mg「シオノギ」</p>	<p>処方箋の書き方等から (誤記を含む)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
8	前回は医師手書きにて『ジプレキサ(10)』で処方され、今回は『ジプレキササイディ錠10mg』とコンピュータで打ち出しされていた。受付時に薬歴との確認で見出し、疑義照会後に前回と同じジプレキサ錠10mgに変更になった。			医薬品	処方された医薬品 販売名ジプレキササイディ錠10mg  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ジプレキサ錠10mg	薬歴等から
9	パリエット錠10mg1日2回朝夕食後処方、疑義照会を行い、パリエット錠20mg1日1回朝食後となった。			その他医師の処方誤り	処方された医薬品 販売名パリエット錠10mg  変更になった医薬品	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
10	患者は以前からムコスタ錠100mgを服用していた。今回は他の医療機関の整形外科を受診し、ムコスタ錠100mgが重複処方された。当薬局にて以前から服用のムコスタ錠100mgも渡しており、処方せん持参時に重複を確認した。疑義照会を行い、整形外科から処方されたムコスタ錠100mgは削除となった。			その他受診時の服用薬の未確認	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬歴等から
11	今回追加薬のアマリール1mg錠が1日1回寝る前で処方された。医師に疑義照会を行い、1日1回朝食前に用法変更となった。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
12	「純生」アスピリン0.1g投与の患者に1gの処方があった。前回は0.1gの処方だったが、今回急に10倍量の処方だったため疑義照会を行った。医師のコンピュータ入力ミスであることが判明した。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名「純生」アスピリン	薬歴等から
13	白内障の手術の場合は点眼・点鼻用リンデロンA液が処方されることが多かった。今回、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%液が処方されたため疑義照会を行った。その結果、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%液は点眼・点鼻用リンデロンA液に変更となった。	病院のオーダーリングシステムの導入により、手書き処方箋からパソコンによる処方入力へと変更になった。		確認を怠った 技術・手技が未熟 だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名リンデロン点眼・ 点耳・点鼻液0.1% □ □ 変更になった医薬品 販売名点眼・点鼻用リン デロンA液	その他
14	認知症が進み、精神科に紹介状を書いてもらった患者が、セロクエル25mg錠および抑肝散を紹介先の病院で院内処方された。紹介先では対応が出来ないとのことにより、一週間分の薬のみ処方され、以降、かかりつけの医院に戻って来て、同じ薬が処方された。患者は糖尿病であり、セロクエル25mg錠は糖尿病に禁忌のため、疑義照会を行い、薬剤削除となった。			連携ができていなかった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セロクエル25mg 錠	薬の特性等から(併用 禁忌、服用方法、対象 患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
15	前回処方されたニューロタン錠25mg0.5錠に対して、今回は増量(1錠)となっていたが、投薬時の患者との話から増量となった意図を確認する為、疑義照会を行った。疑義照会により増量は中止となり、前回同様の処方内容に変更となった。	増量となっていた為、血圧等体調について確認し、変更が適切なかの疑義照会するに至った。		その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名ニューロタン錠25mg	患者の症状等から
16	PL配合顆粒が処方されたが、眼科にて緑内障治療中でミケランLA点眼液、エイゾプト懸濁性点眼液1%、キサラン点眼液を使用中であった。診察時に緑内障治療中の申し出を患者がしていなかったため、禁忌である処方がされた。	風邪薬の服用が緑内障治療の悪化をもたらすことを患者が理解していなかったため、診察時に申し出なかった。	治療中の疾患については自己判断せず、他の診療科でも申し出るように患者指導が必要である。	その他医師併用薬確認もれ	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
17	トランサミンカプセル250mgが処方された。患者の申し出により副作用歴あり(むくみ)と投薬中に発覚し、疑義照会を行い、処方削除となった。		医師は問診時に副作用歴の確認をする。	連携ができていなかった 医薬品	処方された医薬品 販売名トランサミンカプセル250mg	患者の申し出から
18	新規にハイペン錠200mgが処方された。継続でハイボン錠20mg処方の患者だったため、処方した医療機関へ疑義照会を行い、ハイボン錠20mgの誤りと判明した。	不明	不明	その他不明	処方された医薬品 販売名ハイペン錠200mg  変更になった医薬品 販売名ハイボン錠20mg	薬歴等から
19	いつもと異なる医療機関へ受診した際、緑内障治療中の患者にPL配合顆粒が処方された。疑義照会を行ったところ、薬剤削除になった。			その他薬歴参照し、禁忌の疑いがあるため疑義照会を行った。	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
20	<p>ケフレックスシロップ用細粒100、500g/日と記載された処方箋を受付した。1日500gの分量確認と、在庫が無かったため疑義照会を行った。処方薬はケフラール細粒小児用100mg及び、1日量は500mg(製剤量5g)へと変更になった。</p>	<p>類似名称のオーダーリングミス及び、原薬量と製剤量の間違いだと考えられる。</p>	<p>オーダーリングシステムの件は指摘されて久しいので割愛する。散剤の件は処方せんの記載様式の統一を待ちたい。病院・診療所のレセコンに、散剤に関しては原薬量を入力すると製剤量も自動的に記載される、または製剤量を入力すると原薬量も入力されるような機能の搭載を期待する。</p>	<p>コンピュータシステム 医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名ケフレックスシロップ用細粒100 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ケフラール細粒小児用100mg</p>	<p>処方箋の書き方等から(誤記を含む)</p>
21	<p>病院からの紹介で転院し、セレニカR錠200mg 1.5錠が処方された。お薬手帳と患者の話から今まで服用していたのはセレニカR顆粒40%であることが判明した。疑義照会により、セレニカR顆粒40%0.75g(製剤量)に変更された。</p>	<p>総合病院の医師からの紹介状は、セレニカR錠300mgと記載されていた。</p>		<p>その他病院側の確認ミス?</p>	<p>処方された医薬品 販売名セレニカR錠200mg <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名セレニカR顆粒40%</p>	<p>薬歴等から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
22	呼吸器科よりクラリスッド錠200mgが処方された。耳鼻科より以前から定期的にクラリスッド錠200mgが処方されており、重複しているため疑義照会を行った。呼吸器科の薬を服用中は、耳鼻科の薬を休薬すると医師から回答を得た。	医師のカルテ確認不足が考えられる。	医師によるカルテの確認を行う。	連携ができていなかった その他医師のカルテ確認不足	処方された医薬品 販売名クラリスッド錠200mg	薬歴等から
23	整形外科よりガスターD錠10mgが処方された。他の病院より、以前から定期的に同薬剤が処方されていることを薬歴で確認したため、疑義照会を行い薬剤削除となった。		医師との診察時にお薬手帳を確認してもらう。	連携ができていなかった その他問診の不徹底	処方された医薬品 販売名ガスターD錠10mg	薬歴等から
24	クラビット錠250mgが1日2錠/分2朝夕食後で処方されており、疑義照会により服用方法を確認したところ、1日2錠/分1朝食後に用法変更となった。	医師がクラビット錠250mgは分2で服用するものだと勘違いしていた。	電話での疑義照会の際、250mgでも分1で使用する薬剤である事を説明した。医師にクラビット錠250mg、500mgの服用方法について理解していただいた。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラビット錠250mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
25	ジスロマックSR成人用ドライシロップ2gが食後服用となっていた為、疑義照会を行い、食前服用へ変更となった。	ジスロマックSR成人用ドライシロップ2gについて、医師が食前または食間の服用という事を知らなかったか、処方入力時の間違いと考えられる。		知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
26	リルテック錠50の服用時点が食後だった為、疑義照会を行い、食前に用法変更となった。	医師の知識不足か、処方入力の間違いと考えられる。		知識が不足していた勤務状況が繁忙だったコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名リルテック錠50	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
27	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」500mg(原薬量)が処方された。疑義照会の結果、200mg(原薬量)に変更となった。	医師が処方のオーダーリングをする際に、入力間違いをしたと考えられる。		教育・訓練	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	その他
28	ナウゼリン錠10、吐き気時3錠頓服で処方された。疑義照会の結果、1錠へと変更になった。			その他病院側のため不明	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10	その他
29	ファミビル錠250mgが28日分処方になっていたが、前回の薬歴からメチコパール錠500μgの可能性があるので、疑義照会を行った。メチコパール錠500μgへ薬剤変更となった。			確認を怠ったコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ファミビル錠250mg □ □ 変更になった医薬品 販売名メチコパール錠500μg	薬歴等から
30	セファランチン末1%が6g処方になっていたため疑義照会を行い、0.6gに分量変更となった。			確認を怠ったコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セファランチン末1%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
31	他の病院でメチコパール錠500 $\mu$ gと同成分であるコメスゲン錠500 $\mu$ gが処方されている患者に、メチコパール錠500 $\mu$ gが処方された。	医師はお薬手帳を確認していたが、コメスゲン錠500 $\mu$ gとメチコパール錠500 $\mu$ gが同成分の薬剤であることに気づかなかった。	最近ジェネリック医薬品が増えており、医師が気づかず同薬効の薬剤を処方してしまうケースが増えている。医師も薬剤についてもっと確認すれば防止出来たと思う。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500 $\mu$ g	薬歴等から
32	ハルシオン0.25mg錠が朝食後で処方されていたが、調剤、鑑査では気付かず、投薬の際に気付いた。疑義照会を行い、就寝前に用法変更となった。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ハルシオン0.25mg錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
33	他院より転院した患者に、メトトレキセート錠が処方されていた。処方通り調剤、鑑査を行い、投薬時に患者と薬の確認をしていたところ、患者より間違いではないかとの申し出があった。病院へ確認したところ、紹介状の判読ミスであり、正しくはメトトレキサート錠だった。採用薬の都合により、リウマトレックスカプセルへ薬剤変更になった。		処方薬などから疾患名などを把握する。薬剤の適用について勉強会などを行い、知識の向上を図る。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名メトトレキセート錠 2.5mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名リウマトレックスカプセル2mg	患者の申し出から

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
34	1歳の患者に、ロペミン小児用細粒0.05%が6g/分3で処方された。	医師の計算間違いである。多忙による処方時に、暗算で計算を行い、1桁単位を間違えた。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロペミン小児用細粒0.05%	年齢・体重換算の結果から
35	クラビット細粒10%、5g/分2の処方せんを受付した。疑義照会をして用法変更になった。	クラビット細粒10%は5g/分1でないとは期待された効果が得られず、用法違いでレセプト返戻の原因となる。医師の知識不足、確認不足が考えられる。		知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名クラビット細粒10%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
36	ティーエスワン配合カプセルT20を1週間服薬、1週間休薬のプロトコールで治療中であったが、休薬せずに連続して処方されていた。患者に確認したが、医師からの説明は受けていなかった。疑義照会を行ったところ、今までどおり1週間休薬、その後、服薬となった。	処方箋への記載が無かった。患者への説明が無かった。	服薬日、休薬日を処方箋に記載する。薬局で患者に毎回確認する。	記録などに不備があった 患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合カプセルT20	その他
37	ティーエスワン配合カプセルT20を1日2カプセル、朝夕1回1カプセルで治療を続けていたが、1日4カプセルに増量になっていた。体表面積からは適切な投与量であったが、患者に、医師から増量の説明を受けたかを確認したところ、特に無かった。疑義照会を行ったところ、今まで通り、1日2カプセルとなった。		用法、用量、分量の変更時は必ず、薬局でも患者に確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合カプセルT20	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
38	<p>前回の処方ではアレジオン錠20、分1就寝前14日分だったが、今回はアレジオン錠10、分1就寝前14日分となっていた。来局者(母親)によると、処方変更のことは聞いていないとのことだった。疑義照会をすると、「電子カルテで前回と同じ処方を引いてきただけなので、前回も10mgのはず」と回答があった。薬局で前回の処方箋を確認すると、アレジオン錠20と記載されていた。再度疑義照会をすると、「紙のカルテがないので、いつ、どこで、どうして薬が変更になったのか不明だが、去年の紙のカルテをみたら、アレジオン錠20なので、20mgで処方をお願いします」との回答を得た。</p>	<p>電子カルテの内容が、変更されていた事例だった。電子カルテへの過信が考えられる。</p>	<p>医療機関の電子カルテを過信せず、発行された処方箋を確実に点検する。薬歴と共に疑義照会を行い、何度も問い合わせる手間をかけないようにする。患者を長く待たせすぎないようにする。</p>	<p>記録などに不備があった コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名アレジオン錠10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アレジオン錠20</p>	<p>薬歴等から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
39	<p>以前からヒューマリン3/7注キットが処方されていた患者に、ヒューマリンN注キットが処方された。患者の家族が代理で来局したため、薬剤変更の説明がされていたかどうか分らず、医療機関へ電話で疑義照会した。「処方せん通りに投薬するように」と回答を得たが、薬剤変更がないことで、処方せんの疑義が解消出来なかった。そのため、処方せんを医療機関へ持参し、再度、疑義照会を行った。医療機関のレセコン画面ではヒューマリン3/7注キットだが、処方せんの印字はヒューマリンN注キットになっていたことが判明した。患者に医師が処方した通り、以前から使用していたヒューマリン3/7注キットをお渡しした。医療機関のレセコンなので、トラブルの詳細は不明だが、改善したとの連絡を受けた。</p>	<p>レセコンの入力を行う職員と処方せんを渡す職員が異なるので、両方でカルテとの確認を要望しているが、医療機関の考え方であるため、改善は困難であった。</p>	<p>最低限の要望をレセコンのメーカーに伝え、問題点が改善するように伝えて頂くことを依頼した。</p>	<p>確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム 仕組み</p>	<p>処方された医薬品 販売名ヒューマリンN注 キット</p> <p>変更になった医薬品 販売名ヒューマリン3/7 注キット</p>	<p>薬歴等から</p>
40	<p>病院内における入力間違いと考えられる。</p>			<p>コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名ニボラジン錠3mg</p>	<p>その他</p>
41	<p>患者Aで発行された処方箋を、病院の事務員が患者Aと名字が類似しており、名前が同じである患者Bに交付し、患者Bが薬局に処方箋を持参した。投薬時に患者Aの名前を呼んだが返答がなく、かつ投薬を長時間待っている患者Bがいたため、薬剤師が声をかけたところ、間違いが発覚した。</p>	<p>病院での患者の確認が出来ていなかったと考えられる。</p>	<p>処方箋交付時に、病院で患者の確認をしてもらう。医師が処方箋発行時に、患者IDを間違えたことも原因の一つとなったようなので、気をつけてもらう。薬局でも受付時に名前の確認をしてから、調剤を行う。</p>	<p>確認を怠った コンピュータシステム その他病院側の問題</p>	<p>処方された医薬品 販売名プルゼニド錠 □</p> <p>変更になった医薬品 販売名プルゼニド錠</p>	<p>その他</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
42	アストリックドライシロップ80%の1日量が1回量で記載されており、過少投与と判断した。疑義照会を行い、適切な量に変更した。			知識が不足していた教育・訓練	処方された医薬品 販売名アストリックドライシロップ80%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
43	グロリアミン顆粒、頓服の1回量が1.5gと処方されていた。疑義照会を行い、1回0.5gに変更した。			知識が不足していた教育・訓練	処方された医薬品 販売名グロリアミン顆粒	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
44	ポララミンドライシロップとピオフェルミンRの混合で処方された。抗生剤が出ていないのにピオフェルミンRが出ていたが、そのまま調剤した。鑑査者が気づいて疑義照会をしたところ、ピオフェルミンRは正しいが、もう一方がポララミンドライシロップではなくホスミシンドライシロップ200の間違いであった。	ピオフェルミンRと混合するのは珍しいと思いながら、分量の確認に気を取られてしまい、疑義照会の必要性を見落としてしまった。	散剤の分量に気を取られる傾向になっているので、処方内容もしっかりと確認する。	判断を誤った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ポララミンドライシロップ  変更になった医薬品 販売名ホスミシンドライシロップ200	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
45	前回の薬歴から判断すると、ラシックスが80mg処方されていたが、今回は20mgで処方されていた。また、患者に対して医師から減量する旨の説明がされていなかったため、疑義照会をしたところ、前回の処方通り、80mgとの回答があった。	病院がオーダーリングシステムに変更したため、入力ミスをしたと思われる。	薬歴のチェックを厳重にし、患者の話も良く聞くようにする。	記録などに不備があった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ラシックス錠20mg	薬歴等から
46	ピクロックスシロップ8%が1日2回朝夕食後で処方された。用法に疑義があったために確認を行い、1日4回毎食後、就寝前に用法変更となった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ピクロックスシロップ8%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
47	ペリアクチンシロップ0.04%が0.4mLで処方された。分量の入力間違いが考えられるために疑義照会し、4mLに変更となった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ペリアクチンシロップ0.04%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
48	同一処方せん内において、ムコサールLカプセル45mgを継続して服用している患者に、ムコソルバン錠15mgが3錠/分3毎食後で処方された。疑義照会を行い、薬剤削除となった。			連携ができていなかった その他 他明 コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
49	ハルシオン0.25mg錠が3日前に精神科で処方されているにも関わらず、内科でも処方された。実は、内科で継続的に処方されている薬だったが、3日前に精神科で処方になったため疑義照会をしたところ、「ハルシオン0.25mg錠は今後は精神科で処方になる」との回答だった。しかし、3日後に内科で再び処方された為、疑義照会を行い、薬剤削除となった。			確認を怠った 連携ができていなかった 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ハルシオン0.25mg錠	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
50	<p>患者が循環器科と外科の処方箋を持って来局した。処方箋の記載内容が同じだったので疑義照会をして、循環器科で本来出るはずだった血圧の薬(アムロジンOD錠2.5mg、メインテート錠5、ミカルディス錠40mg、カルデナリン錠2mg)に変更され、事なきを得た。</p>	<p>病院のシステム移行に伴い、他科の処方内容についても検索出来るようになった為、このような処方箋が発行されてしまったと考えられる。</p>	<p>今回は、偶然に同じタイミングで処方箋が持ち込まれたが、違うタイミングでの持ち込みも考えられるので、当然のことではあるが、調剤確認を徹底する。他の薬局に持ち込まれる可能性も考えられるので、お薬手帳を活用する。</p>	<p>その他医師の入力間違い</p>	<p>処方された医薬品 販売名ガスターD錠20mg 販売名セルベックス細粒10% 販売名ポリトーゼ顆粒 販売名セレキノン錠100mg □ □ 変更になった医薬品 販売名アムロジンOD錠2.5mg 販売名メインテート錠5 販売名ミカルディス錠40mg 販売名カルデナリン錠2mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>
51	<p>セフゾンカプセル100mgが透析を受けている患者に分3で処方された。腎臓より排泄される薬のため、透析を受けている患者には100mgの食後単回投与とする記載が添付文書にあるので、医師に疑義照会した。1日1回1カプセルへ変更となった。</p>	<p>通常の使用方法と同じように出してしまったことが考えられる。</p>	<p>患者情報のこまめなメンテナンスをすることで防ぐことが出来る。併用薬や他病院受診の状況など聞きにくい患者でも、きちんと聞いていくことが対策に繋がる。</p>	<p>その他患者の病状</p>	<p>処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
52	以前よりプロレナール錠5μ g6錠を服用している患者に、オパルモン錠5μ g3錠が処方された。	足先の冷感がなかなか改善されず、いつもと異なる病院で検査を受けた際に、オパルモン錠5μ gについて説明があった。プロレナール錠5μ gを処方している医院にオパルモン錠5μ gのことを相談したところ、オパルモン錠5μ gが処方された。	成分が同じ先発品は名称を統一すべきと考える。	医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名オパルモン錠5μ g	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
53	ガナトン錠50mg3錠/分2の処方だった。処方せんを入力していた事務員より指摘されて気づいた。他の薬剤では1.5錠に分包する場合もあるが、当該薬剤に関しては、処方医は分3での処方が多いため疑義照会した。その結果、入力間違いだと分かり、分2から分3に用法変更となった。調剤後だったが、鑑査前に気づいたため、患者には健康被害は無かった。	用法のチェックを怠っていた。	声出し、指差し確認を行う。医薬品を確認する際に、用法も読み上げる。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ガナトン錠50mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
54	イトラコナゾール錠100「MEEK」2錠/分2の処方だった。疑義照会をして、イトラコナゾール錠200「MEEK」2錠/分2へ変更となった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名イトラコナゾール錠100「MEEK」 □ □ 変更になった医薬品 販売名イトラコナゾール錠200「MEEK」	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
55	前立腺肥大症の患者に、PL配合顆粒が処方された。疑義照会后、PL配合顆粒は薬剤削除となった。	他の医療機関で前立腺肥大症を治療していた。		施設・設備	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
56	6歳の患者に、ホクナリンテープ2mgが処方されていた。鑑査者が気づいたため、医師に疑義照会を行い、ホクナリンテープ1mgに変更となった。	対応中の電話が2件あった。早番の時間で薬剤師が2人しかいなかったため、処方せんが3、4枚調剤待ちの状態になっており、非常に焦っていた。日曜勤務明けで疲れていた。調剤者は処方せんを見て年齢を確認し、「ホクナリンテープ2mgは9歳から」と考えていたが、注意力が散漫となり、疑義照会を行うことを忘れてしまった。	調剤者は年齢を確認し、「ホクナリンテープ2mgは9歳から」と考えていたが、疑義照会が出来なかった。「焦りすぎた」と自覚があるので、今後は目の前の調剤行為に集中して取り組むように注意する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg □ 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg	年齢・体重換算の結果から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
57	疑義照会を行い、一包化調剤となった。	患者のコンプライアンス不良を、医師が把握していなかった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名グリミクロン錠40mg 販売名ハルナールD錠0.2mg 販売名ザンタック錠75 販売名マグミット錠330mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名グリミクロン錠40mg 販売名ハルナールD錠0.2mg 販売名ザンタック錠75 販売名マグミット錠330mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
58	次回の受診予約日まで、処方日数が足りていなかった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ウルソ錠100mg 販売名アムロジンOD錠5mg 販売名マグミット錠330mg 販売名ガスモチン錠5mg 販売名キネダック錠50mg 販売名グリミクロン錠40mg 販売名ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	その他
59	次回の受診予約日まで、処方日数が足りていなかった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg 販売名ユベランNカプセル100mg 販売名ノイキノン錠10mg 販売名オイグルコン錠1.25mg 販売名カルブロック錠16mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
60	体調に合わせて服用しているラコールの服用状況が確認不足だったため、処方がされていなかった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラコール <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ラコール	その他
61	患者はジェネリック医薬品への変更を希望していた。医師にも以前より希望を伝えていたが、変更不可欄に署名、押印があったため、疑義照会をした。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名リスパダール錠2mg 販売名ネルボン錠5mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名リスペリドン錠2mg「サワイ」 販売名ニトラゼパム錠5mg「トーワ」	患者の申し出から
62	次回の診察予約は21日後だが、パリエット錠10mgのみ14日の処方だった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名パリエット錠10mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
63	アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用、1日2回の処方だった。疑義照会を行い、1日1回に変更した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
64	胃痛、吐き気の副作用歴とアスピリン喘息の既往歴がある患者に、非ステロイド性鎮痛・消炎剤であるペオン錠80が処方された。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ペオン錠80	薬歴等から
65	アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用の処方がされていないかった。		患者自身に、今回処方される薬を医師と確認してもらう。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用 □  変更になった医薬品 販売名アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
66	モーラスパップ60mgが処方されていたが、「かぶれるので以前使用したゼポラスパップ40mgがよい」と、患者から申し出があった。		かぶれた際、症状を医師と忘れずに確認してもらおう。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名モーラスパップ60mg □ 変更になった医薬品 販売名ゼポラスパップ40mg	患者の申し出から
67	定期処方(35日分)に追加して、レボフロキサシン細粒10%「オーハラ」35日分が初めて処方された。35日分の長期日数に対して疑義を持ち、患者に病状を確認した。「医師と胃の不調について話した」と言うが、抗菌剤処方の必要性を示す情報が得られなかったため、疑義照会を行った。医師はレバミピド錠100mg「EMEC」を処方する際、オーダリングのミスをしていたことが分かった。			その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン細粒10%「オーハラ」 □ □ 変更になった医薬品 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」	患者の症状等から
68	以前からテルネリン錠1mgを服用中の患者に、同じ診療科からミオナール錠50mgが処方された。疑義照会をしたところ、ミオナール錠50mgが薬剤削除になった。			確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ミオナール錠50mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
69	ムコソルバン錠15mgの用量が適当ではなかったため、疑義照会をした。			その他困明	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
70	診察時に、ルフレン配合顆粒は残薬があると医師に伝えたが、処方されていた。			確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名ルフレン配合顆粒	患者の申し出から
71	ナウゼリン錠10、3錠1日7回で処方されていた。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
72	処方日より薬を飲まなければならないのに、14日分だけしか処方されなかった。処方通りに投薬されていたら、受診予約日までに当該薬が足りなくなるところであった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フルイトラン錠2mg	その他
73	別の診療科でも処方されていたため、当該薬が重複するところだった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠	薬歴等から
74	ミケラン錠5mg2錠、1日3回、朝、昼、就寝前服用で処方された。疑義照会を行い、ミケラン錠5mg2錠、1日2回、朝夕食後服用の誤りであることが分かった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ミケラン錠5mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
75	当該患者は診察時に、ボルタレンゲル1%50gの処方を希望した。医師の了解を得たにもかかわらず、処方箋に記載がなかったため疑義照会を行い、薬剤追加となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ボルタレンゲル1% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ボルタレンゲル1%	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
76	成人である当該患者に、セフゾンカプセル50mgが処方されていた。疑義照会を行い、セフゾンカプセル100mgに薬剤変更となった。			その他 その他	処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル 50mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名セフゾンカプセル 100mg	年齢・体重換算の結果から
77	メイアクトMS小児用細粒10%が0.8g/分3で処方された。当該薬局では0.3g/包の分包品を採用している為、疑義照会した。その結果、1.8gが正しかった。	近隣の医院であり、その医師も0.3g/包の分包品を採用していることを知っているため、間違いではないかと推測した。	医院に注意してもらう。	記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メイアクトMS小児用細粒10%	その他
78	リフレックス錠15mgの用法は、添付文書では眠気があるため、寝る前の服用だが、夕食後の指示が出ていた。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名リフレックス錠15mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
79	以前からアキネトン錠1mgが3錠/日で処方されていた患者だった。今回も3錠/日で処方されたが、患者本人は1錠/日で服用しており、体調に問題がなかったため、医師に疑義照会をしたところ、1錠/日へ処方変更となった。			確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名アキネトン錠1mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
80	ユーエフティE配合顆粒T150、ロイコボリン錠25mg各3錠、1日3回のところ、1日1回と記載されていた。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ユーエフティE配合顆粒T150 販売名ロイコボリン錠25mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
81	「診察時に風邪薬を処方すると医師より説明があったが、処方されていなかった」と、投薬時に患者から申し出があった。疑義照会の結果、薬剤追加となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名セフspanカプセル100mg 販売名ビソルボン錠4mg 販売名メジコン錠15mg 販売名ブルフェン錠200 販売名エバステルOD錠10mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名セフspanカプセル100mg 販売名ビソルボン錠4mg 販売名メジコン錠15mg 販売名ブルフェン錠200 販売名エバステルOD錠10mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
82	ナウゼリン錠10が、3錠1日7回服用で処方された。疑義照会の結果、1日3回服用となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
83	クラリチン錠10mgが処方されたが、前回の処方 はクラリチンレディタブ錠10mgであった。患者に 確認したところ、医師から変更の指示は無かった とのことだった。疑義照会を行い、クラリチンレ ディタブ錠10mgに薬剤変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラリチン錠10mg <input type="checkbox"/>  変更になった医薬品 販売名クラリチンレディ タブ錠10mg	薬歴等から
84	医師にインサイドパップ70mgの処方を希望して 了承を得たが処方されなかった、と患者より申し 出があった。疑義照会を行い、薬剤追加となっ た。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名インサイドパップ7 0mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名インサイドパップ7 0mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
85	モーラスパップ30mg7枚で処方された。当該薬局では通常、6枚単位で処方される為、疑義照会をした。その結果、モーラステープ20mgが正しい処方だと分かった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名モーラスパップ30mg □ □ 変更になった医薬品 販売名モーラステープ20mg	その他
86	ペンニードル32Gテーパーが35本処方されたが、注射回数から考えて足りない為、疑義照会した。その結果、56本に増量となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ペンニードル32Gテーパー	その他
87	患者の次回予約日と、今回の投与日数が合わなかった。	確認漏れが考えられる。	次回予約日と投与日数を確認する。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム ルールの不備	処方された医薬品 販売名アムロジンOD錠5mg	その他
88	受診時、当該患者の薬剤を変更する旨の話をしたにも関わらず、医師が処方入力を変更することを忘れた。	医師の不注意が考えられる。		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名アシノン錠150mg □ □ 変更になった医薬品 販売名パリエット錠10mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
89	ガストローム顆粒66.7%の服用再開の指示があった。ガストローム顆粒66.7%の患者手持ち分が全く無かったが、次回受診予約日まで服用分の用量が処方されていなかった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ガストローム顆粒 66.7%	その他
90	一包化調剤の患者において、処方日数が違っていた。	確認を忘れた。	よく見て確認する。	記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった 施設・設備 教育・訓練	処方された医薬品 販売名メスチノン錠	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
91	アモバン錠7.5の処方が、極量である10mgを超えて処方されていた。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アモバン錠7.5	薬の特性等から(併用 禁忌、服用方法、対象 患者、同類薬など)
92	ウブレチド錠5mgの添付文書改訂に伴い、服用量の減量が必要であると考えられたが、減量されていなかった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ウブレチド錠5mg	薬の特性等から(併用 禁忌、服用方法、対象 患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
93	定期的に処方されている、オルベスコ200μgインヘラー56吸入用が処方されていないかった。		医師とよく相談する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名オルベスコ200μgインヘラー56吸入用 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名オルベスコ200μgインヘラー56吸入用	薬歴等から
94	ティーエスワン配合カプセルT25の休薬期間にあたる時期に当該薬が処方されていた。薬歴から休薬期間に該当すると判断したため、疑義照会を行い、薬剤削除となった。	医師が休薬期間の計算を誤った。	病院職員に休薬期間の確認を徹底する。4週間以上の連続した処方の場合は、コンピューターで警告が出るように出来れば良いと思う。薬局では必ず休薬期間の確認を行う。	確認を怠った その他休薬確認ミス	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合カプセルT25	薬歴等から
95	ウブレチド錠5mgの添付文書改訂の内容が、処方内容に反映されていないかったため、疑義照会を行ったところ、1日15mgの処方量が1日5mgに変更となった。	医師への伝達不足と思われる。		確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ウブレチド錠5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
96	次回の受診予定日まで、当該薬剤の処方日数が足りなかった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ミオナール錠50mg 販売名プロレナール錠5μg 販売名セルベックスカプセル50mg 販売名メチコパール錠500μg 販売名モーラステープ20mg	その他
97	通常、2週間処方のアリセプトD錠3mgが、20日分処方されていた。疑義照会を行い、14日分に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アリセプトD錠3mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
98	ベンキア錠5mgが朝食後1錠で処方された。薬歴より、前回から朝食後2錠へ増量している事が分かった。投薬時、薬剤師が患者に変更の有無を聞き取りしたところ、「前回量と変更なし」という事が分かった。疑義照会を行い、朝食後2錠へ変更となった。			確認を怠った 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ベンキア錠5mg	薬歴等から

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
99	以前からアシノン錠150mgを服用している患者だった。今回、オメプラゾン錠10mgがアシノン錠150mgに追加されたことに気付かず、鑑査者の指摘で発覚した。疑義照会の結果、アシノン錠150mgが薬剤削除になった。	確認作業がしっかり出来ていなかった。今回からオメプラゾン錠10mgが処方されたことには気づいたが、投薬を自分が行うと思っていたので、その時に確認しようと思い、確認を見落としてしまった。	気になる点はその時に薬歴を見るなどして確認する。その都度、処方内容全体を鑑査するように注意する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名アシノン錠150mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
100	ノボラピッド注300フレックスペンが、前回と同じ(10-6-5)単位で処方された。しかし実際は、(9-7-9)単位だった。	患者にきちんと情報収集が出来たから防げたが、万一、急ぎの患者などでは、防げない事例だった。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ノボラピッド注300フレックスペン	患者の症状等から
101	整形外科で定期的にロキソニン錠60mg、ムコスタを服用している患者に、内科で初めてロキソニン錠60mgとサイトテック錠が処方された。疑義照会をした結果、内科のロキソニン錠60mg、サイトテック錠は薬剤削除となった。	病院側での確認不足が考えられる。		連携ができていなかった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
102	セフゾンカプセル100mgの処方された。当該患者は他の診療科でマグラックス錠330mgを服用中であり、同時服用で吸収低下の可能性があるので、疑義照会を行った。処方医より「患者は認知症の治療中であり、時間をずらしての服用が難しいので、処方通り、同時に毎食後で服用するよう調剤して欲しい。」との回答を得た。医師の指示通りで投薬するよう準備していたが、管理薬剤師から「同時服用で40%程度吸収が低下する可能性があるため、他のセフェム系抗生物質に変更してはどうか」と指摘を受けた。再度、処方医に吸収の低下について説明し、他剤への変更を提案した。その結果、セフゾンカプセル100mgからフロモックス錠100mgに、薬剤変更となった。	医師への疑義照会時における情報提供の欠如があった。医師の回答に対して薬剤師として責任を持って反論することが出来なかった。	医師からの回答に納得出来なければ、一旦調剤を中止する。その上で情報の収集や確認を行い、再度、疑義照会を行う等、医師の回答を鵜呑みにしたまま調剤を行わないことを徹底する。	判断を誤った 知識が不足していた 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル 100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠10 0mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
103	今まで処方されていた降圧利尿剤が販売中止になり、新しくニューロタン錠25mgが処方された。処方した医師からニューロタン錠25mgが処方された事は、今まで1度も無かったため、疑義照会をしたところ、ニュートライド錠25mgの間違いだった。	名称が類似しており、それぞれの製剤に含まれる主薬の含量「25mg」も同じだったため、処方薬の選択間違いをしたと考えられる。		コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ニューロタン錠25 mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ニュートライド錠2 5mg	その他

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
104	セフゾン細粒小児用10%、ピオフェルミンR散、各1.2g朝夕食後3日分と処方せんに記載されていた。セフゾン細粒小児用10%の添付文書では3回分服のため、疑義照会したところ、処方せんの記載ミスとのことより、分3毎食後に用法変更となった。			その他医師の処方せん記載ミス	処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10% 販売名ピオフェルミンR散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
105	「血圧が朝に高いから寝る前に服用するように」と、医師から患者へ指示があったが、朝食後で処方されていたため、疑義照会をしたところ、用法変更となった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カルデナリン錠2mg	患者の症状等から
106	処方せんに記載された注射剤の用法が、週2回になっていた。患者に確認した際、「注射剤は毎日使用する」とのことだったため、疑義照会をしたところ、週2回ではなく、毎日使用することに用法変更となった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ヒューマログミックス25注ミリオペン	患者の症状等から
107	バイアスピリン錠100mg、ムコスタ錠100mgが各1錠/分1朝食後で処方された。他の医療機関でムコスタ錠100mgが分3毎食後で処方されていたため、処方箋を発行した医師に疑義照会した。その結果、ムコスタ錠100mg分1朝食後は薬剤削除になった。			その他医師が併用薬を把握していなかった	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
108	耳鼻科に鼻血で受診し、処方箋を持って来局された患者の処方に、トランサミンカプセル250mgが含まれていた。脳梗塞の既往歴があるが、患者インタビュー時に「今は脳梗塞治療の薬は服用していない。耳鼻科の医師には脳梗塞のことは伝えなかった。」とのことだった。疑義照会を行い、トランサミンカプセルが薬剤削除になった。	患者が、耳鼻科の医師に脳梗塞の既往歴を伝えるのを忘れたため。トランサミンカプセル250mgの添付文書の慎重投与の項目に「血栓のある患者(脳血栓、心筋梗塞、血栓性静脈炎等)及び血栓症があらわれるおそれのある患者[血栓を安定化させるおそれがある。]」と記載があるため。	病院を受診する際は、既往歴もしっかり医師に伝えるように患者指導を徹底する。	患者側	処方された医薬品 販売名トランサミンカプセル250mg	患者の症状等から
109	ムコスタ錠100mg3錠/分3、21日分の処方だった。投薬時に、薬剤師が患者から残薬を聞き取り、疑義照会して薬剤削除になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	患者の症状等から
110	ロコイドクリーム0.1%が5g処方された。薬剤師が患者から、「外用薬は残薬があり、内服薬は残薬がない」ことを投薬時に聞き取った。疑義照会を行い、ロコイドクリーム0.1%がセレスタミン配合錠3錠/分3、7日分へ薬剤変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロコイドクリーム0.1% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名セレスタミン配合錠	患者の申し出から
111	ロキソニン錠60mg36錠/分3、5日分の処方だった。調剤時に薬剤師が気づき、医師に疑義照会した。その結果、ロキソニン錠60mg3錠/分3、5日分へ分量変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg g	処方箋の書き方等から (誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
112	クラビット錠100mg1錠/分1の処方だった。疑義照会したところ、クラビット錠500mgの間違いであった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラビット錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラビット錠500mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
113	当該患者は鼻炎で受診し、耳鼻科からエバステン錠10mg「NS」1錠/分1寝る前14日分が処方された。患者にインタビューした時に「他院の皮膚科にも受診しており、背中の上でアレグラ錠60mgを2錠/分2朝夕食後で服用している」と話があった。薬効が重複するため、処方箋発行元である耳鼻科の医師に疑義照会を行った。「鼻にはエバステンの方が効果があるし、背中の上でアレグラにも効果があるから、こちらのエバステンを服用し、皮膚科のアレグラは中止しておいて下さい。」との回答であった。よって、処方の変更は無かった。	患者が耳鼻科の医師に併用薬の有無を伝えていなかった。	患者に、複数の医院を受診する時は、併用薬をきちんと伝えるように説明する。お薬手帳を勧める。	患者側	処方された医薬品 販売名エバステン錠10mg「NS」 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名エバステン錠10mg「NS」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
114	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)、オゼックス錠150が処方された。投薬時、今回の症状について患者に尋ねたところ、膀胱炎のような症状はないとのことだった。医師に疑義照会をしたところ、処方間違いとのこと、薬剤削除になった。			その他医院側の入力ミス	処方された医薬品 販売名オゼックス錠150 販売名ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)	患者の症状等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
115	添付文書が改訂されたため、疑義照会を行ったところ、分量が変更となった。	教育不足が考えられる。	添付文書改訂の情報を共有する。	確認を怠った 知識が不足していた 施設・設備 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ウブレチド錠5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
116	「メジコン錠15mg6錠14日、ムコダイン錠500mg3錠14日」で処方された。用法の記載が無かったため、医師に疑義照会を行ったところ、分3毎食後の回答を得た。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メジコン錠15mg 販売名ムコダイン錠500mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
117	ワーファリン錠1mg4.5錠/分1、60日処方だった。投薬時に、患者より「次回の受診予定日は3カ月後」と聞き、疑義照会したところ、90日分処方へ用量変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	その他
118	ユーロジン2mg錠1錠/分1、14日分で処方された。投薬時に、患者から薬剤が変更になったことを聞き取ったが、今までと処方内容が同じだった為、疑義照会したところ、レボトミン錠5mg1錠/分1、14日分へ薬剤変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユーロジン2mg錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名レボトミン錠5mg	患者の症状等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
119	救急車で運ばれた経歴がある心疾患の患者に対し、セレコックス錠100mgが処方された。患者に処方された薬剤について説明した際、服用に不安を感じていたため、疑義照会を行った。その結果、セレコックス錠100mgがカロナール錠300へ薬剤変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名カロナール錠300	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
120	内科からの処方せんにおいて、PL配合顆粒が処方された。当該患者は風邪で受診した。「薬剤名は分からないが、他院の整形外科で抗ヒスタミン薬をずっと服用している」とのことだった。PL配合顆粒にも抗ヒスタミン薬が配合されているため、薬効が重複していると考え、処方せん発行元の医師に念のため疑義照会をした。抗ヒスタミン薬の含まない処方を提案したが、医師からは「そのまま一緒に服用するように」との回答だったため、処方の変更は無かった。	患者が医師に併用薬を伝えていなかった。「お薬手帳は自分には必要ない」との考えを持つ患者だった。	お薬手帳を携帯する。併用薬などを医師、薬剤師にしっかり伝えるように患者へ説明する。	患者側	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名PL配合顆粒	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
121	耳鼻科から、クラリス錠200が2錠/分2朝夕食後で処方された。以前より同じ病院の内科からノルバスク錠2.5mg1錠/分1朝食後が処方され、服用していた。クラリス錠200の添付文書から、カルシウム拮抗剤と当該薬を併用した際の注意として「血圧低下(ふらつき、脱力感、嘔気)、頻脈、徐脈等が報告されている」と記載されているため、耳鼻科の医師に疑義照会した。その結果、フロモックス錠100mg3錠/分3毎食後に薬剤変更になった。	医師が相互作用の有無を知らなかった。カルテ内容の情報伝達が病院内でスムーズに行われてなかった。	薬局において、薬剤の相互作用の情報をまとめて、医師に情報発信をしていきたい。	その他医師が相互作用の有無を把握していなかった。	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
122	次回の診察予約日が49日後だったが、42日分しか処方されていなかったため、疑義照会を行った。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名オメプラール錠20	その他
123	クラビット錠250mgが2錠/分2で処方されており、かつ、ティーエスワンの処方が無かったため、疑義照会を行った。クラビット錠250mgは1錠/分1に用法変更、ティーエスワンは薬剤追加となった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名クラビット錠250mg 販売名ティーエスワン <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラビット錠250	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
124	外科医Aからロキソマリン錠60mgが1回1錠、疼痛時頓服で処方された。2日前に同病院の外科医Bから、クラビット錠500mg1錠/分1朝食後が処方され服用中だった。両薬剤は併用注意であり、併用することで痙攣を起こすおそれがあるため、処方せん発行元の外科医Aに疑義照会を行ったところ、「今回のロキソマリン錠は頓服なので併用して下さい」との回答だった。	相互作用の有無を医師が把握していなかった。	疑義照会等を通じて、薬剤師から医師に相互作用についての情報発信をした。	その他医師が相互作用を把握していなかった。	処方された医薬品 販売名ロキソマリン錠60mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ロキソマリン錠60mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
125	次回の受診予約日と処方日数が合っていなかったため、疑義照会を行った。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ペンタサ錠250mg 販売名プレドネマ注腸20mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
126	当該薬以外の処方薬が処方削除になった際、併せて当該薬も削除されたが、患者から当該薬を処方して欲しいと希望があった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ウレパールクリーム10% 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3% <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ウレパールクリーム10% 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3%	患者の申し出から
127	4歳の患者にホクナリンテープ0.5mgが処方された。通常、4歳の場合はホクナリンテープ1mgが処方されることが多いため、疑義照会を行ったところ、ホクナリンテープ1mgへ変更となった。	医師が電子カルテに処方を入力する際、販売名を接頭3文字「ホクナ」のみ確認し、語尾までの確認を怠ったため、当該薬の規格を誤った。		技術・手技が未熟だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ0.5mg <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg	年齢・体重換算の結果から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
128	ガスモチン錠5mg、ユベランカプセル100mgが患者の飲み忘れなどにより残っていたが、今回も処方されていたため、疑義照会を行い、薬剤削除となった。			患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名ガスモチン錠5mg 販売名ユベランカプセル100mg	患者の申し出から
129	当該患者はグラダキシ錠50を継続服用していたが、今回の処方箋に記載がなかった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名グラダキシ錠50 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名グラダキシ錠50	薬歴等から
130	35日後が受診予約日だったが、7日分しか処方されていなかった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名プロレナール錠5μg 販売名メチコパール錠500μg 販売名ノイトロピン錠4単位	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
131	処方せんに前回と同様、「ロキソニン錠1錠／回、ムコスタ錠100mg1錠／回、頭痛時頓用、1日2回まで、6時間あけて」と記載されていた。今回、当該患者は風邪のため、同じ処方せんに「カロナール錠200、ムコスタ錠100mg、各2錠／分2朝夕食後、3日分」も記載されていた。ムコスタ錠100mgが重複し、ロキソニン錠とカロナール錠で薬効が重複していたため疑義照会を行った。処方せん発行元の医師より「ムコスタ錠100mgが1日3錠の服用を超えないように患者へ説明しておいてください。併用してもいいです」との回答があり、処方内容に変更は無かった。患者には「風邪処方服用中の3日間は、頭痛時頓用の薬を1日1回までとして、服用間隔を4、5時間あけること」と指示した。	医師が、処方内容を把握していなかった。	処方せんに重複している薬はないか、薬剤師同士で処方せん鑑査を徹底する。	その他医師が処方薬に同効薬が含まれていることに気づかなかった。	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg □  変更になった医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
132	2歳の患者にペリアクチン散1%、2g／分3の処方がされていた。投与量が多いと考え、疑義照会をしたところ、ペリアクチン散1%、0.2g／分3の間違いだった。			技術・手技が未熟だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ペリアクチン散 1%	年齢・体重換算の結果から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
133	耳鼻科からの処方箋にアレロック錠5、2錠/分2、朝夕食後が記載されていた。患者とのインタビューのなかで、眠気の副作用があるため、1日1回しか服用していないことが判明した。患者から「1日1回なら薬が次回診察日まで足りるからいい。」との申し出があった。薬剤変更も含め、医師に疑義照会した。「1日1回の服用でいい」とのことで、今回処方された分は薬剤削除になった。	事前に副作用である眠気を説明していたが、副作用の発現でコンプライアンスが低下した。	患者へ副作用の事前説明を行う。副作用が起きた時は、薬局に連絡をするように説明し、その際は迅速に対応する。	患者側	処方された医薬品 販売名アレロック錠5	患者の症状等から
134	オノンカプセル112.5mg43カプセル/分2、28日分で処方された。薬剤師が調剤時に、処方入力間違いと判断したため、疑義照会を行った。その結果、オノンカプセル112.5mg2カプセル/分2、28日分へ分量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名オノンカプセル112.5mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
135	レキソタン錠1が1錠/分3、7日分で処方された。調剤時に薬剤師が気づき、薬歴の内容を確認したところ、前回までは3錠/分3で処方されていた。医師へ疑義照会を行い、レキソタン錠1、3錠/分3、7日分へ分量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名レキソタン錠1	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
136	プロプレス錠4、アムロジン錠2.5mg、ハルナールD錠0.2mg、各1錠/分1、30日分の処方が重複して同一の処方箋に記載されていた。調剤時に薬剤師が気づき、患者本人に処方日数を確認後、医師に疑義照会を行った。重複は誤りであるとの回答を得たため、各30日分を投薬した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名プロプレス錠4 販売名アムロジン錠2.5mg 販売名ハルナールD錠0.2mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
137	ロキソニンパップ100mg70枚で処方された。前回はロキソニンテープ100mgの処方だったため、薬剤師は患者にそのことについて確認したところ、「前回と同じである」とのことだった。疑義照会を行い、ロキソニンテープ100mg70枚へ薬剤変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニンパップ100mg □ □ 変更になった医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg	薬歴等から
138	リピート錠5mg1錠/分1、12日分で処方された。当該患者の薬歴には、別の医療機関からリピート錠5mgが処方されているとの聞き取りをした記録があったため、薬剤師は再度、患者にリピート錠5mgを服用しているか確認した。医師に疑義照会を行い、薬剤削除になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名リピート錠5mg	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
139	トレドミン錠25mgが2錠/分2、7日分で処方された。薬剤師は患者から、「前回の処方量から増量するとの話を医師から聞いた」との聞き取りをした。前回と処方量が同じだったため、医師へ疑義照会を行ったところ、トレドミン錠25mgが3錠/分2、7日分へ分量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名トレドミン錠25mg	患者の症状等から
140	内科医師よりヘリコバクター・ピロリ除菌のため、ランサップ400が処方された。同じ医師からアマリール3mg錠1錠/分1朝食後も処方されたが、両薬剤は併用注意であり、併用により低血糖が報告されているため、疑義照会を行った。医師から、「患者に低血糖のリスクを説明しておいて下さい。併用しても大丈夫です。」との回答があった。患者に低血糖のリスクを伝え、ブドウ糖の携帯を促した。	医師が相互作用を把握していなかった。	相互作用についての知識を薬局内で深め、医師に情報発信をする。	その他医師が相互作用を認識していなかった。	処方された医薬品 販売名アマリール3mg錠  □ 変更になった医薬品 販売名アマリール3mg錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
141	頓服の薬であるアルプラゾラム錠0.4mg「トーフ」が残薬があるにも関わらず、処方されていた。疑義照会を行い、薬剤削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アルプラゾラム錠 0.4mg「トーフ」	患者の症状等から
142	内服薬が28日分から56日分が増えたが、モーラステープLは処方枚数が増えていなかった。患者から「足りない」と申し出があったため、疑義照会を行い、処方枚数を2倍とすることになった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名モーラステープL4 0mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
143	5歳(体重23kg)の患者に、ポラミン散1%が力価として一日量30mgで処方されていた。明らかに常用量を超えていたため、疑義照会を行い、一日量3mgに分量変更となった。	医師が忙しいため、入力を誤ったと考えられる。	処方端末における、処方鑑査システムの導入を行う。	判断を誤ったコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ポラミン散1%	年齢・体重換算の結果から
144	セフゾンカプセル100mgが2カプセルで処方されていたが、分量確認のために疑義照会を行ったところ、3カプセルに変更となった。	処方した医師の入カミスのため。		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル 100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
145	ジスロマックSR成人用ドライシロップ2gが昼食後服用になっていたが、調剤者はそのまま昼食間服用であると思い込み、調剤済とした。鑑査時に誤りを発見したため、疑義照会を行い、昼食間服用に用法変更となったことで、効果減弱を回避することが出来た。疑義照会までに時間がかかり、患者を待たせてしまった。	忙しい時間帯であったことで、医薬品名のみ確認し、用法まで注意が行き届かなかったため、見落とした。	忙しい時こそ、しっかりと処方せんを確認して調剤し、思い込み調剤をしない。疑問を持ち、かつ、その時点で疑義照会が必要な内容かどうかを自分だけで判断できない場合は、他の薬剤師に相談する。医師の誤りであっても、保険薬剤師として、しっかりと役割を果たす。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
146	当該患者は目に異常所見があり、医師に眼科用薬剤の処方希望を希望した。医師も処方する予定であったが、処方されていなかった。投薬時に患者家族から申し出があったため、疑義照会を行ったところ、眼科用薬剤が追加された。	医師が繁忙だったため、当該薬剤の処方を忘れたと考えられる。	病院側での業務改善が必要と考える。	患者への説明が不十分であった(急った)勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名オゼックス点眼液 0.3% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名オゼックス点眼液 0.3%	患者の申し出から
147	同一処方箋にアレジオン錠10mgが重複して処方されていたため、重複投与を疑い、疑義照会を行った。結果として、アレジオン錠は重複していたため削除となり、アレグラ錠60mgが追加された。	医師が繁忙だったため。	医院での業務改善を行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アレジオン錠10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠60mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
148	「アレロック錠5を処方して欲しかったが、処方されていない。」と患者からの申し出があったため、疑義照会を行ったところ、薬剤追加となった。	医師が繁忙のため、患者主訴の聴取が不足していた。	医院での業務改善をする。	患者への説明が不十分であった(急った)勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名アレロック錠5 <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アレロック錠5	患者の申し出から

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
149	風邪で受診した当該患者に、ムコスタ錠100mg 3錠、分3毎食後、3日分が処方された。患者は以前から同じ病院でセルベックス細粒10%1.5g、分3毎食後が処方され、連日服用していた。薬効が重複しているため、ムコスタ錠100mgは必要ないのではないかと疑義照会した。医師からは「一緒に服用してもらっていい」との回答であり、薬剤変更は無かった。	医師が併用薬を確実に把握出来ていなかった。	薬局からの積極的な疑義照会に努める。	その他医師が併用薬の把握をしていなかった。	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ムコスタ錠100mg g	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
150	ルボックスを服用している患者にテルネリン錠1mgが処方された。疑義照会を行ったところ、薬剤削除となった。	当初において薬剤師は、当該薬がクリニックで処方されたことがある薬であったため、誤りに気づけなかった。	処方せんを応需した時点で確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テルネリン錠1mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
151	当該患者はツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)をあまり服用していなかったため、多量の残薬があった。疑義照会を行ったところ、処方日数が84日分から42日分に変更となった。	医師に伝えていなかったため。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	患者の症状等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
152	内科にてレンドルミン錠0.25mg/分1寝る前、31日分で処方された。レンドルミン錠0.25mgは投与期間に上限が設けられている医薬品であり、上限が30日分までであった。当該薬以外の処方薬は31日分処方だった。患者のインタビューから、レンドルミン錠0.25mgの残薬が8錠あることが分かった。医師に疑義照会を行い、レンドルミン錠0.25mgが上限30日分までであることと、患者が残薬を8錠持っているのでレンドルミン錠0.25mgは23日分処方では良いのではないかと伝えた。医師から「手持ちとして、残薬が少しあったほうが良いので、30日分をお願いします。」との回答があり、31日分から30日分に用量変更となった。	医師が投与期間に上限が設けられている医薬品を把握していなかった。	薬局内で投与期間に上限が設けられている医薬品に対して知識を深め、医師に情報発信する。	その他医師が投与期間に上限があるのを把握していなかった。	処方された医薬品 販売名レンドルミン錠0.25mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
153	以前からチラーヂンS錠50、1錠/分1朝食後、チラーヂンS錠25、1錠/分1昼食後で処方されていたが、前回、チラーヂンS錠50、分1夕食後、チラーヂンS錠25、分1朝食後で処方されていたため、疑義照会を行った。今回も前回と同じ内容の誤った処方がされていた。	複数の医師が当該患者の処方に携わっていた。通常、処方せんが手書きで記載されており、以前に上記内容について疑義照会をしたが、変更内容について、カルテにしっかりと記載されていなかった。	当該事例は2度目であることを伝え、カルテに記載することをお願いした。	その他病院のカルテが更新されていなかった	処方された医薬品 販売名チラーヂンS錠50 販売名チラーヂンS錠25	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
154	膀胱炎のため、フロモックス錠100mgが処方された。以前、副作用と思われる症状があったため、疑義照会を行ったところ、薬剤変更となった。	当該患者は以前、風邪のためにフロモックス錠100mgが処方された際に、後日、眼周囲に副作用と思われる症状が出ていた。そのため服用を中止し、受診することを勧めた。その後、医師が状態の確認を行い、フロモックス錠100mgは服薬中止となり、代わりとしてクラビット錠が処方された。その際、医師が「カルテにきちんと書いておく」と言ったため、患者はそのことを信用し、問題のあったフロモックス錠100mgの名前を覚えていなかった。	受診の際は、副作用の情報が記載されているお薬手帳を携帯する旨を伝えた。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラビット錠	薬歴等から
155	処方箋にクレメジン細粒分包2g、6g/分3毎食後、35日分と記載されていた。患者からのインタビュー時に、クレメジン細粒分包2gの飲み忘れが発覚した。35日分以上の飲み忘れがあったため、疑義照会を行ったところ、クレメジン細粒分包2gが薬剤削除になった。患者にクレメジン細粒分包2gを服用する意義を伝え、コンプライアンスの向上を促した。	患者のノンコンプライアンス。	患者に服用する意義を伝え、コンプライアンスの向上に努めたい。	その他 患者のノンコンプライアンス	処方された医薬品 販売名クレメジン細粒分包2g	患者の症状等から
156	医師が、患者から申し出があったにも関わらず、PL顆粒を処方し忘れた。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名PL顆粒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名PL顆粒	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
157	ファルキサシン点眼液0.3%1本、プロラノン点眼液0.1%1本、それぞれ1日4回左眼点眼の処方であったが、プロラノン点眼液0.1%は間違いであり、正しくはティアバランス点眼液0.1%であった。	定期的にプロラノン点眼液0.1%1本が処方されていたため。		その他囚力間違い	処方された医薬品 販売名プロラノン点眼液0.1%  変更になった医薬品 販売名ティアバランス点眼液0.1%	その他
158	ルリッド錠150、2錠/分2朝夕食前、3日分処方だった。薬剤師が前回、同薬を分2朝夕食後で渡している事に気づき、患者本人へ変更の旨について確認した。「変更する話を聞いてない。」との事だったため、医師へ疑義照会を行ったところ、前回と同様に食後処方に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ルリッド錠150	薬歴等から
159	他の病院でパリエット錠とセレコックス錠が処方され、服用している患者に、ロキソニン錠60mgとガスター-D錠10mgが処方されていたため、疑義照会を行った。その結果、ロキソニン錠60mgとガスター-D錠10mgは薬剤削除になった。			確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名ガスター-D錠10mg	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
160	ロキソニン錠60mg3錠、ムコスタ錠100mg3錠、痛み時頓用30回分で処方された。疑義照会を行い、ロキソニン錠60mg3錠、ムコスタ錠100mg3錠/分3毎食後30日分へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg g 販売名ムコスタ錠100mg g	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
161	成人である当該患者に小児用フルナーゼ点鼻液25μg56噴霧用が処方された。疑義照会の結果、フルナーゼ点鼻液50μg56噴霧用に薬剤変更になった。		薬剤部における処方せん鑑査を徹底する。	医薬品 その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名小児用フルナーゼ 点鼻液25μg56噴霧用 □ □ 変更になった医薬品 販売名フルナーゼ点鼻液 50μg56噴霧用	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
162	以前より、プレドニゾン錠「タケダ」5mgを長期服用中の患者だった。56日ごとに受診し、毎回0.5錠ずつの減量中であった。前々回から前回にかけて減量は無かった。前回は1日量が1錠と0.5錠の隔日投与であった。今回は、1日量が1錠の連日投与に増量の指示であった。疑義照会の結果、プレドニゾン錠「タケダ」5mg1日量0.5錠、連日投与に減量された。	処方箋の出力に問題があった。通常、前回に出力された処方せん(印字)に処方医が手書き修正を加える形式をとられていた。当該患者には他に常時7品目程度の薬が処方されており、中止や増減されるケースがあった。処方医の入力時間がない、疑義照会に処方医の手間がかかるケースも多いなど、処方医の事務負担が大きいため、悪循環を起こしている可能性が考えられる。	手書きで修正した処方せん(印字)の発行を中止すべきである。	仕組み	処方された医薬品 販売名プレドニゾン錠 「タケダ」5mg	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
163	患者の家族が代理で来局した。病院では薬のみが継続処方されて処方箋が発行され、それを患者家族は薬局に持参した。処方箋には今回「レニベゼ錠5、朝食後1錠」となっており、前回の「レニベゼ錠5、朝夕食後2錠、コリネールCR錠20、朝食後2錠」と処方内容が変更になっていた。患者に変更の有無を確認したところ、「処方内容は変わらないはずだ」とのことだったため、疑義照会をした。その結果、処方医のミスであることが発覚した。			確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名コリネールCR錠20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名コリネールCR錠20	薬歴等から
164	次回予約日が35日後だったが、30日分で処方された。患者が手持ちする残薬も5日分に満たないため、疑義照会を行い、30日分から35日分へ処方日数が変更となった。			確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名アモキサンカプセル25mg 販売名セレネース錠1.5mg 販売名ビカモール錠2mg 販売名ルーラン錠8mg	その他
165	処方箋に「アモバン、分1寝る前14日分」の記載がされていた。アモバン錠の規格がないため、アモバン錠7.5とアモバン錠10のどちらの処方なのか分からず、調剤が出来なかったため、疑義照会を行った。処方医より「アモバン錠7.5をお願いします。」との回答を得た。	医師が処方薬の規格を記載し忘れたため。	記載忘れがないか、鑑査を徹底したい。	その他医師の処方薬の規格書き忘れ	処方された医薬品 販売名アモバン錠 <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アモバン錠7.5	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
166	普段、コバシル錠4mgが出ている患者に、コニール錠4が処方された。服薬指導をしている際に、患者から「特に薬の変更は聞いていない」と聞き取り、処方医に疑義照会を行った。すぐに、「コニール錠4が間違いであり、コバシル錠4mgに変更してください」と変更指示があった。	医療機関での入力間違いと思われる。今回はコバシル錠4mgが処方されていないが、今回、同様の処方ではなかったため、新たに手動で入力した際、似た名前と同じ規格を選択したのではないかとと思われる。正確なところは分からない。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名コニール錠4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名コバシル錠4mg	患者の症状等から
167	当該患者は他院にて、バンサン錠100mgを処方されて服用していたが、診察時に医師に何も聞かれなかったため、併用薬については伝えなかった。薬局で投薬時、他院でバンサン錠100mgを服用していることを確認したため、疑義照会を行った。今回処方されたクラリス錠200は薬剤削除になった。	患者からは、特に医療機関の医師による確認はなかったとの申し出があった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラリス錠200	患者の症状等から
168	以前から、ペルサンチン錠25mgを1日3回毎食後で服用している患者において、今回、当該薬が処方されていなかった。患者に確認したところ、「特に変更になることや削除になることなどは聞いていない」とのことだったため、疑義照会を行った。処方忘れだったためであり、ペルサンチン錠25mgは以前から処方されている通りの処方内容として、薬剤追加になった。	いつも処方されている薬がどうして削除になったのか、その経緯は医療機関のことであるため不明であるが、誤って削除した可能性が考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ペルサンチン錠25mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ペルサンチン錠25mg	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
169	ピオフェルミン配合散、マグミットにおいて、通常は分3で処方されていたが、処方箋には分1朝食後と記入されていた。投薬時に発見し、疑義照会を行った。			報告が遅れた(急った) 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン配合散	その他
170	60日分処方だったが、患者の予約日が63日後だったため、疑義照会を行い、用量変更になった。			確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ツムラ加味帰脾湯 エキス顆粒(医療用)	その他
171	アデホスコーワ顆粒10%3g/分3、14日分処方された。以前、薬局で患者から、アデホスコーワで薬疹があったことについての聞き取りをしていた記録があったため、疑義照会を行ったところ、カルナクリン錠50、3錠/分3、14日分処方へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アデホスコーワ顆粒10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名カルナクリン錠50	薬歴等から
172	ロキシシロマイシン錠150mg「MED」3錠/分3、5日分が処方された。他に、ジェニナック錠200mg2錠/分1、5日分の処方内容が合わせて記載されていたため、薬剤師は患者に、医師からの指示の有無についてを確認した。特に指示されていないとのことだったため、医師へ疑義照会を行ったところ、ロキソニン錠60mg3錠/分3、5日分へ薬剤変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキシシロマイシン錠150mg「MED」 <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	その他

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
173	卵アレルギーの患者にアクディームカプセル90mgが処方となっていたため、疑義照会した結果、薬剤削除となった。	医師が繁忙のため。	カルテの確認をしてもらう。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名アクディームカプセル90mg	薬歴等から
174	ネオーラル50mgカプセル1日量5カプセル、1日2回食後服用の患者について、不均等投与のための分量記載がなかったため、疑義照会を行った。	医師繁忙のため。	処方入力システムの改善をする。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ネオーラル50mgカプセル	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
175	当該患者は以前、クラリスロマイシン錠200「MEEK」服用後に悪心を認めていた。患者から申し出があり、医師に疑義照会を行ったところ、ルリッド錠150に薬剤変更となった。	医師側での確認不足のため。医師繁忙のため。	患者情報の確認を徹底する。	判断を誤った勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200「MEEK」 □ □ 変更になった医薬品 販売名ルリッド錠150	患者の申し出から
176	他院でロキソニン錠60mgを服用中の患者に、同効薬であるレリフェン錠400mgが処方されていたので疑義照会を行い、レリフェン錠400mgは薬剤削除となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レリフェン錠400mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
177	アズノール軟膏0.033%が処方されていたが、当該患者はアクアチムローション1%を使用して、症状が改善していたため、疑義照会を行った。結果として記載ミスであり、薬剤変更となった。アズノール軟膏0.033%の成分には問題はないが、油分を塗布することで症状を悪化させる可能性があった。			記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アズノール軟膏 0.033% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アクアチムローション1%	患者の症状等から
178	アスパラ-CA錠200を服用している患者にアスパラカリウム錠300mgが処方された。処方医に疑義照会したところ、病院の入カミスだった。	患者は病院で「アスパラ」としか記載していないメモを見せて要望した。薬だけ欲しいと医師に要望した可能性があるため、誤りに気付かなかったと考えられる。		連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名アスパラカリウム錠300mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アスパラ-CA錠200	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
179	処方箋に「セレコックス2錠/分2朝夕食後」と記載されていた。セレコックス錠の規格の記載がなかったため、セレコックス錠100mg、セレコックス錠200mgのどちらの処方なのか分からず、調剤が出来なかった。規格について、疑義照会を行ったところ、医師より「セレコックス錠100mgでお願いします」との回答があった。	医師が医薬品の規格を書き忘れた。	薬局薬剤師同士で、複数の規格がある医薬品に対する知識を深め、医師にも規格の書き忘れがなくなるよう、積極的に疑義照会をしていきたい。	その他医師が医薬品の規格を書き忘れていた。	処方された医薬品 販売名セレコックス錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名セレコックス錠100mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
180	次回受診日までの薬が足りなかったため、疑義照会を行った結果、処方日数に変更となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名レスリン錠25	その他
181	患者に服薬指導をしていた際に、「背中に塗るローションも出すと医師に言われたが、何も出ていない」と申し出があった。疑義照会を行ったところ、ヒルドイドローションが薬剤追加になった。	病院内のことであるため、不明である。	薬局としては、常に患者に状態を確認し、薬が過不足なく処方されているかを会話をしながら確認する。	確認を怠った記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ヒルドイドローション <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ヒルドイドローション	患者の申し出から
182	イリボー錠5μg1錠/分2朝夕食後服用で処方があった。イリボー錠は添付文書においては通常1日1回服用のため、処方医へ疑義照会を行った。疑義照会后、医師の指示により、イリボー錠2.5μg2錠/分2朝夕食後服用と薬剤変更になった。「分2」について、医師は承知していた。	処方せんを発行した医療機関の入力、確認ミスだった。	処方せんは内容に間違いが無いが、常に注意する。	その他確認を怠った	処方された医薬品 販売名イリボー錠5μg <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名イリボー錠2.5μg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
183	処方医から、アモバン錠7.5が処方された。お薬手帳で併用薬を確認したところ、アモバン錠が処方されていた。処方医へ疑義照会したところ、薬剤削除となった。	処方せんを発行した医療機関の確認ミスだったため。	必ず併用薬の確認を行い、常に注意をする。	その他確認不足	処方された医薬品 販売名アモバン錠7.5	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
184	以前からオルメテック錠20mgが処方されていたが、今回、オルメテック錠10mgと記載されていたため、疑義照会を行った。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名オルメテック錠10mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名オルメテック錠20mg	薬歴等から
185	婦人科からウブレチド錠5mgが1日3錠/分3毎食後、14日分で処方された。当該薬は、平成22年3月の添付文書改訂に基づき、排尿困難の適応症については、1日用量が5mg(1錠)と変更になっていた。患者に確認したところ、排尿困難で受診し、処方されたとのことだった。処方医に疑義照会を行ったところ、1日1錠朝食後に分量変更になった。	添付文書の分量が変更されたばかりだったため、婦人科の医師への情報提供が行き届いていない、または医師が理解していないと考えられる。	泌尿器科に限らず、他科から処方される可能性がある医薬品は、徹底した情報提供が必要と考える。	その他処方医の分量の理解不足	処方された医薬品 販売名ウブレチド錠5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
186	当該患者はエパデールS300を4包/分2で服用していたが、以前の処方箋では、エパデールS300、6包/分3で処方されており、日数調整をしていたとのことだった。今回、残薬が無くなったため、処方が再開となったが、以前に処方されていた通り、エパデールS300は6包/分3で処方されていた。疑義照会を行ったところ、正しい服用方法であるエパデールS300、4包/分2に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名エパデールS300	患者の症状等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
187	<p>外科の外来からオキシコンチン錠5mg3錠/分3が処方された。家族に状況を尋ねたところ、「肝臓がんで痛みが強いのでこの薬が開始になった」との事であった。薬局の薬歴から、当該患者は、内科にも受診しており、クレメジン服用中だったため、腎機能障害がある事が推測された。そこで、医療機関へ問い合わせを行い、腎機能の確認と腎機能障害がある場合、排泄の遅延により、当該薬が体内に蓄積する傾向があり、傾眠、呼吸抑制の副作用の発生が懸念されることを薬剤部を通じて処方医師に伝えてもらった。処方医師は内科にかかっていること、腎機能障害があることを認識していなかった。分量変更が行われ、オキシコンチン錠は2錠/分2で服用開始することになった。かかりつけ薬局、お薬手帳の大切さを再確認した。</p>	<p>当該医療機関は電子カルテを導入しているが、システム運用に問題があると考えられる。</p>		<p>確認を怠った 知識が不足していた その他診療科同士の確認もれ コンピュータシステム 教育・訓練 仕組み</p>	<p>処方された医薬品 販売名オキシコンチン錠 5mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>
188	<p>ノボリンN注フレックスペンの残薬が少なく、患者は医師に処方して欲しい旨を伝えたが、処方箋にノボリンN注フレックスペンの記載がなかった。</p>			<p>記録などに不備があった</p>	<p>処方された医薬品 販売名ノボリンN注フレックスペン  □ 変更になった医薬品 販売名ノボリンN注フレックスペン</p>	<p>患者の申し出から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
189	パリエット錠20mgが前回処方と合わせて8週間を超えて処方されたため、疑義照会を行ったところ、パリエット錠10mgに薬剤変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名パリエット錠20mg □ □ 変更になった医薬品 販売名パリエット錠10mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
190	耳鼻科医師からの処方箋にエバステン錠10mg「NS」3錠/分1寝る前と記載されていた。エバステン錠10mg「NS」の用法及び用量は「通常、成人にはエバステンとして1回5～10mgを1日1回経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減する。」であった。明らかに過量投与と思われるため、疑義照会をしたところ、医師から「エバステン錠10mg「NS」1錠/分1寝る前をお願いします」と回答を得たため、分量変更になった。	医師の分量記載ミス。	薬局内で医薬品の用法用量の知識を深め、処方箋鑑査を徹底していきたい。	その他医師の用量記載ミス。	処方された医薬品 販売名エバステン錠10mg「NS」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
191	処方箋にバファリン配合錠A81、1錠/分1のみ記載されており、用法の記載がなかった。調剤が出来ない為、疑義照会をした。処方箋を発行した医師は用法の記載をすることを忘れたということだった。バファリン配合錠A81、1錠/分1朝食後に用法変更になった。	医師の処方箋記載不備のため。	処方箋鑑査の徹底をしていきたい。	その他医師の処方箋記載不備。	処方された医薬品 販売名バファリン配合錠A81	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
192	セレスタミン錠2錠、1日3回4日分の処方だった。通常、1日量2錠の処方が多いため、1日2回の記載のミスと判断して8錠を準備した。疑義照会が必要なため、医師に問い合わせたところ、1回量2錠、1日6錠で1日3回の服用で処方しているとの返答を得た。	内服薬処方せんに記載方法に関する変更が決まったが、1回量、1日量のどちらで記載したかを判断出来るようにしてもらわないと調剤ミスにつながる事例だった。今回は1日3回の用法であったため疑義照会を行ったが、1日2回であれば1回1錠で1日量2錠として調剤を行っている事例だった。今後は1日量の処方せんと1回量の処方せんが薬局に来ることが予測される。	医師に処方せん記載方法の決まりごとを徹底してもらう。医師は1回量であれば、必ず1回量の指示を記載しておくことが望まれる。1回量の記載なく、2錠と記載されていて1日量と判断する薬剤師は多いと思われるので、医師は処方せんの記載方法を徹底していただくことが必要と考える。	確認を怠った その他処方箋の記載方法	処方された医薬品 販売名セレスタミン錠	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
193	他の診療科との重複が患者の申し出により発覚したため、疑義照会を行い、薬剤削除になった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名キネダック錠50mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
194	患者から「手持ちの薬の残数を確認せず、処方をしてもらい忘れた」との申し出があった。疑義照会を行ったところ、薬剤追加となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ガスモチン錠5mg 販売名ユベラNカプセル 100mg  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ガスモチン錠5mg 販売名ユベラNカプセル 100mg	患者の申し出から
195	オキサロールローション25μg/gが処方されていたが、リンデロンVローションが欲しかったとのことだったため、疑義照会をした。	医師繁忙のため。	医師の意識、業務改善を期待する。	患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名オキサロールローション25μg/g  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名リンデロンVローション	患者の申し出から
196	クリアナール錠200mgが重複処方されていた。疑義照会を行い、一方の薬剤が削除となった。	医師繁忙のため。	意識改善をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名クリアナール錠200mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
197	ヒルドイドローション0.3%125gを処方して欲しかったところ、25gしか処方されていないかった。	医師繁忙のため。	患者とのコミュニケーションをもっと取る。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ヒルドイドローション0.3%	患者の申し出から
198	C-チステンシロップ5%7mLで処方されていた。1歳未満の子供には多いと判断したため、疑義照会を行い、5mLに変更となった。	医師繁忙のため。	処方確認の徹底を行う。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名C-チステンシロップ5%	年齢・体重換算の結果から
199	インタール点眼液2%1瓶処方のところ、5瓶で処方されていたため、疑義照会を行い、変更となった。	医師繁忙のため。	処方確認を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名インタール点眼液2%	その他
200	ボンアルファハイローション20μg/gが欲しかったとの申し出があったため、疑義照会を行い、薬剤追加となった。	医師繁忙のため。	処方の確認を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ボンアルファハイローション20μg/g □ □ 変更になった医薬品 販売名ボンアルファハイローション20μg/g	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
201	兄弟ともに、ジルテックドライシロップ1.25%が欲しかったが処方されていなかった。	医師繁忙のため。	処方の確認を行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	患者の申し出から
202	プロペトが重複処方されていたため、疑義照会を行い、一方が削除となった。	医師繁忙のため。	処方確認を行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名プロペト	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
203	ゲンタシン軟膏5gで処方されていたが、患者から希望があったため、疑義照会を行い、10gに変更となった。	医師繁忙のため。	確認する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ゲンタシン軟膏	患者の申し出から
204	インターール点鼻液2%1瓶のところ、2瓶が処方されていたため疑義照会を行い、1瓶に変更になった。	医師繁忙のため。	処方の確認を行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名インターール点鼻液2%	その他
205	アレグラ錠60mg1錠/分2、1日分で処方された。疑義照会を行い、アレグラ錠60mg1錠/分1、1日分となった。	医師繁忙のため。	処方の確認を行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
206	レナジェル錠250mgの用法が12錠/分1となっていた。添付文書の用量・用法と異なるため、疑義照会をした。通常、1日2から3回食直前であったため、電話にて疑義照会したところ、外来看護師から、「医師がそれで処方しているので、分1で良い」と言われたが、通常用量、用法でないことを伝え、医師に再確認をお願いしたところ、用法のミスと分かり、分3処方となった。			確認を怠った 知識が不足していた その他疑義照会の体制 ルールの不備	処方された医薬品 販売名レナジェル錠250mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
207	アドソルビン、タンナルビン、ロペミン混合の処方の用法が1日1回で処方されていた。疑義照会を行い、1日3回に変更となった。	医師繁忙のため。	用法マスターの改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ロペミン小児用細粒0.05%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
208	患者本人が処方箋を持って来局した。ダイドロネル錠200が14日分処方されていた。ダイドロネル錠200は以前より14日服用、70日休薬で服用しており、患者は休薬期間が終わったと思い、医師へ処方をお願いしていた。持参した処方箋を鑑査したところ、前回処方70日前(14日分処方)で服用終了から56日経過した後であることが発覚した。休薬期間について疑義照会を行ったところ、確認不十分のまま処方されていたことが発覚し、薬剤削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ダイドロネル錠200	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
209	アスピリン錠の規格が処方箋に記載されていなかったため、疑義照会を行った。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アスピリン錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アスピリン錠20	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
210	処方箋に「ケフラール細粒小児用100mg3.4g(1日量)」と記載があり、患者の体重が17kgの分量であった。しかし、最近の薬歴の記録と他の処方薬の量から患者体重は18kgと推測したため、疑義照会を行ったところ、3.4gから3.6gへ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ケフラール細粒小児用100mg	年齢・体重換算の結果から
211	患者は兄弟で受診し、当該患者(兄)にガランターゼ散50%が処方されていた。他には散剤AとBが処方され、このAとBは弟にも処方されていた。投薬時に保護者から「お腹が緩い話をしたのは弟だ」ということを聞き取り、兄弟を取り違えているのではないかと推測したため、疑義照会を行ったところ、ガランターゼ散50%が処方削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ガランターゼ散50%	患者の症状等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
212	患者は兄弟で受診し、当該患者(弟)に散剤AとBが、兄に散剤AとB、ガランターゼ散50%が処方されていた。投薬時に保護者から「お腹が緩いのは弟の方だ」ということを聞き取り、ガランターゼ散50%が当該患者に処方されることを誤って兄に処方してしまったのではないかと推測したため、疑義照会をしたところ、当該患者にガランターゼ散50%が追加された。(兄の処方からはガランターゼ散50%が削除された)			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ガランターゼ散50% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ガランターゼ散50%	患者の症状等から
213	当該医師からの処方箋にジャヌビア錠25mg/分1朝食後、28日分であった。ジャヌビア錠25mgは新薬であり、2010年12月末日まで14日間の投与日数の制限があるため、疑義照会を行った。14日分に処方日数が変更になった。	当該医師は新薬が薬価収載後1年間、処方日数が14日に制限されることに気づかず処方してしまった。	処方箋鑑査を徹底したい。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠25mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
214	ペリアクチン散1%が1歳8kgにも関わらず、0.2mg/日で処方されていた。薬剤服用歴を確認したところ、低体重出産による疾患の既往歴を確認した。そのことから、今回の分量にしたのではと調剤者は誤った判断のまま調剤した。鑑査者が今回の分量に疑問を感じ、疑義照会を行った。結果として、処方医は2mg/日のところを誤って、0.2mg/日と入力してしまったとのことだった。調剤をやり直し、正しい量でお渡した。	調剤者の知識不足だった。混雑していたため、焦っており、調剤前に他の先輩スタッフへの確認を怠った。	知識を増やしていくと共に、少しでも疑問を感じた場合、薬局内の情報を利用したり、他のスタッフに相談するなどを行い、確認作業を必ず行う。	判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ペリアクチン散1%	年齢・体重換算の結果から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
215	2歳体重13kgの患者にアンヒバ坐剤小児用200mgが処方されていた。体重から推測し、過量と判断した。疑義照会したところ、アンヒバ坐剤小児用100mgへ変更になった。	医師は多忙な時間帯だった。電子カルテへの処方入力の際、候補医薬品が並んで表示されるため薬の選択ミスをした。		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アンヒバ坐剤小児用200mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アンヒバ坐剤小児用100mg	年齢・体重換算の結果から
216	当該患者の薬歴は当該薬局で管理しており、ワーファリン1mg錠1.5錠を継続服用していた。施設に入所中の当該患者が約4ヶ月前に病院に入院した。約2ヶ月前に施設の嘱託医に依頼状を持って退院した。その後、その嘱託医より処方箋が発行され、代理の職員が処方箋を持って来局した。処方箋には「ワルファリンK細粒0.2%1.6g」と記載されていた。薬歴より入院以前の服用量の2倍以上となっていたため、疑義照会したところ、ワルファリンK細粒0.2%1.6mg(力価)の間違いであることが分かった。コンピュータへの入力間違いだった。当該薬局ではワルファリンK細粒0.2%「NS」の在庫がないため、至急卸の発注をしたがどこにも在庫がなく、困ってしまったため、医師に相談したところ、以前と同様にワーファリン1mg錠1.5錠を粉碎するように指導があった。	紹介状には製剤名のほか、分量を力価で記載されているため、事務員が入力時に間違ったと思われる。	処方箋の記載には、製剤名と製剤量を記載してもらいたい。流通の不備のないようにしてもらいたい。	その他コンピュータ入力間違い その他紹介状の記載方法	処方された医薬品 販売名ワルファリンK細粒0.2%「NS」	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
217	処方箋への記載が、フェロミア錠50mg1錠/分1朝食後のところ、2錠/分2朝夕食後になっていたため、疑義照会を行った。	患者からの訴えによって発覚した。		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名フェロミア錠50mg	患者の申し出から
218	オパルモン錠5μgの処方がされていないため、疑義照会を行った。	同じ医療機関であるが、いつも異なる医師に診察を受けた。いつも通りの薬が処方されるはずだったが、処方がされていない。患者に確認したところ、処方忘れであることが推測されたため、疑義照会を行った。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名オパルモン錠5μg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名オパルモン錠5μg	薬歴等から
219	「コレステロールの薬が出るような話があったけども、処方箋をみると出ていないようだ」と患者本人から処方箋受付時に申し出があった。処方箋を確認すると、申し出の通り処方がされていないため、疑義照会をしたところ、リピトール錠5mgが処方追加になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名リピトール錠5mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名リピトール錠5mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
220	処方箋にビオフェルミン配合散3g/分3毎食後と記載があった。当該患者は以前、来局された際、粉薬が苦手で飲めないということで、疑義照会を行い、粉薬を錠剤に変更した経緯があった。本日処方が粉薬であるため、患者に再度確認したところ、やはり粉薬は無理だということだったため、ビオフェルミン錠剤に変更出来ないか、医師に疑義照会をした。ビオフェルミン錠剤3錠/分3毎食後に変更になった。	患者が医師に粉薬が苦手であるということを伝えていなかった。	コンプライアンスを向上するため、患者の苦手な剤形を把握し、患者のニーズに応える。	患者側	処方された医薬品 販売名ビオフェルミン配合散 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤	薬歴等から
221	ハルスローOD錠0.2mgを服用中の患者に同じ医院からPL顆粒とフスコデ錠が処方された。疑義照会を行い、前立腺肥大症に影響が少ないカロナール錠とメジコン錠に処方変更となった。			その他前立腺肥大症に対する認識不足	処方された医薬品 販売名PL顆粒 販売名フスコデ錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200 販売名メジコン錠15mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
222	患者は口唇ヘルペスと診断され、ステロイド剤であるアルメタ軟膏が処方されていた。疑義照会を行ったところ、アラセナーA軟膏3%に変更となった。			その他類似名称	処方された医薬品 販売名アルメタ軟膏 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アラセナーA軟膏 3%	患者の症状等から
223	ワーファリン5mgが4.5mgに減量になる予定であったが、ワーファリン錠5mg4錠とワルファリンカリウム錠0.5mg「HD」1錠(計20.5mg)で処方されていた。	窓口で患者本人とワーファリンの量を確認することで、今回の医師の処方が正しいかどうかを確認することが出来た。ワーファリン錠1mgを処方するところをワーファリン錠5mgで処方してしまったと考えられる。		記録などに不備があった その他医師の確認不足 コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠5mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
224	ティーエスワン配合顆粒T20の休業する日数分も処方されていたため、疑義照会を行った。			報告が遅れた(怠った) 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合顆粒T20	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
225	当該処方箋において、クラリスロマイシン錠200mg「タカタ」が1錠/分2で処方されていたが、当該薬局において通常、処方される用法、用量から2錠/分2と思われたため疑義照会し、1日量が1錠から2錠へ変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「タカタ」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
226	門前の医療機関ではない処方箋であり、今までも来局している患者だった。後発医薬品変更不可の印がなかったため、患者に確認し、レバミピド錠100mg「NS」で処方されていたものを、当該薬局で採用しているレバミピド錠100mg「EMEC」で調剤した。薬価がレバミピド錠100mg「EMEC」の方が高いことに気づき、代替調剤が出来なかったため、疑義照会を行い、薬剤変更した。		後発医薬品への変更の際の薬価差については、入力時の段階で事務員が気づくため、連携をきちんと取り合う。また薬価を記載している書籍などを用いて確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「NS」 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」	その他
227	当該処方箋に「シングルカプセル250mg3カプセル、夕食後、3日分」と記載されていたが、通常に用いられる用法用量から、「分3毎食後」を誤ったのではないかと推測したため疑義照会をした。用法が「分3毎食後」に変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名シングルカプセル250mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
228	新患への服薬指導時に「いつも飲んでいる錠数と違う」と言われた。患者は医師から錠数変更についての説明はされていないかった。	大学病院から開業医に紹介され、初めての処方された。大学病院ではアーチスト錠2.5mgを2錠服用していたが、紹介状では症状の軽減により、アーチスト錠2.5mg1錠に減量されていた。大学病院から開業医への連絡不備だった。		連携ができていなかった その他医師から患者への説明不足 患者側 仕組み	処方された医薬品 販売名アーチスト錠2.5mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アーチスト錠2.5mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
229	処方箋に「リウマトレックスカプセル2mg1カプセル/分1朝食後、28日分、リウマトレックスカプセル2mg2カプセル/分2、12時間毎、28日分」と記載されていた。患者は関節リウマチに罹患していた。添付文書において、リウマトレックスカプセル2mgの用法用量は、「通常、1週間単位の投与量をメトトレキサートとして6mgとし、本剤1カプセル(メトトレキサートとして2mg)を初日から2日目にかけて12時間間隔で3回経口投与し、残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。なお、患者の年齢、症状、忍容性及び本剤に対する反応等に応じて適宜増減する。ただし、増量する場合はメトトレキサートとして1週間単位で8mgまでとし、12時間間隔で3回経口投与する。」であった。処方箋に記載されている通りに服用すると、休薬期間もなく、毎日の服薬することになるため、過量投与となる可能性が推測された。そのため、処方医に疑義照会を行った。医師からは、処方箋の記載ミスということで、実際には「リウマトレックスカプセル2mg1カプセル/分1朝食後、4日分、リウマトレックスカプセル2mg2カプセル/分2、12時間毎、4日分」であり、服用方法は4週に渡って、「毎週金曜の朝	医師の処方箋記載ミスだった。	処方箋鑑査の徹底と、服用方法が複雑な医薬品への知識を充実させる。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リウマトレックスカプセル2mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
230	処方箋に「マグラックス錠330mg1錠/分3毎食後」と記載があり、1錠/分1もしくは3錠/分3のミスであると思われた。疑義照会し、3錠/分3毎食後へ分量が変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マグラックス錠330mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
231	いつも患者の家族が処方箋を持ってきており、今回12種類の定期薬が処方された。3日後、風邪の4日分の薬と一緒にアロチーム錠100mg11日分が処方された。さらに9日後に前々回と同じ12種類の定期薬の処方だったが、薬剤師がアロチーム錠100mgが書き洩れではないかと疑義照会したところ、アロチーム錠100mgが追加になった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アロチーム錠100mg □  変更になった医薬品 販売名アロチーム錠100mg	薬歴等から
232	内服液2種の用法、用量が抜けていたため、疑義照会を行った。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アルロイドG内用液5% 販売名マルファ液	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
233	次回受診日まで処方日数が足りないため疑義照会を行った。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ペンタサ錠500mg	その他
234	患者が削除希望した医薬品を医師が削除し忘れたため疑義照会を行った。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ラキソベロン液	患者の申し出から
235	ハイペン錠200mgとセレロックスが処方されていたが、調剤時に疑義照会を忘れた。鑑査時に気がつき疑義照会した結果、ハイペン錠200mgが削除になった。	確認もれのため。	調剤時に見落とさないよう、処方全体の確認をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ハイペン錠200mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
236	イトリゾールカプセル50が8カプセル分2朝夕食直後28日分処方された。用法用量より爪白癬への適応だと推測された。患者へも確認したが爪白癬を診て貰ったとのことだった。爪白癬ならば、パルス療法にすべきではないかと処方医に疑義照会を行った。処方日数28日分が7日分へと変更になり、1週間服用、3週間休薬となった。	処方医も爪白癬にパルス療法を行うことは理解されている様子だったが、つい28日分と記載してしまったらしい。薬局側としてはさまざまな用法がある薬剤の場合、その適応症がはっきりしないと疑義照会しづらい。今回の場合、爪白癬で間違いないと判断出来たため過量投与を避けることが出来た。	処方せんに病名を記載するようにするのが一番の改善策だと考えられるが、適応症や用法が複数ある薬剤については、よく添付文書を確認し、患者に病状を確認する。	記録などに不備があった 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名イトリゾールカプセル50	患者の症状等から
237	イトリゾールカプセル50をパルス療法で服用の患者で、前回まで7日分だったが、今回14日分の処方を出ており疑義照会を怠ってしまった。鑑査者に指摘され、疑義照会を行った。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名イトリゾールカプセル50	その他
238	次回予約日が28日後で患者も余分には必要なかったため、29日分から28日分へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジプレキサ錠 5mg 販売名マイスリー錠5mg 販売名エビリファイ錠6mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
239	カロナール細粒を継続服用している患者に他の診療科の医師がSG配合顆粒を処方した。同時併用で成分のアセトアミノフェンが過量になる可能性があった。医師に疑義照会したところ、どうしても痛み止めを使用したいとのことでキョーリンAP2配合顆粒に変更となった。	SG配合顆粒を処方した医師はカロナールを服用していることは知っていたが、SG配合顆粒にアセトアミノフェンが含まれていることを知らなかった。	医師側の薬剤知識を高める必要がある。配合剤の場合、主成分が分からなくなるため調剤薬局側のチェックもより強化していく必要がある。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名SG配合顆粒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名キョーリンAP2配合顆粒	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
240	疑義照会を行った結果、用量変更となった。	医師が次回受診日の確認を忘れた。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名メイラックス錠1mg 販売名アモキサンカプセル10mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
241	整形外科医師より「セレコックス錠100mg2錠／分2朝夕食後、セルベックスカプセル50mg分2朝夕食後」の処方箋だった。同病院外科より、「ボルタレンサポ12.5mg1個／回、1日1回腰痛時、屯用ロキソニン錠60mg1錠／回、ムコスタ錠100mg1錠／回、疼痛時」が処方されていた。薬効重複のため処方箋発行元の整形外科医師に疑義照会したところ「外科処方での屯用ロキソニン錠60mg1錠／回、ムコスタ錠100mg1錠／回、疼痛時は中止し、ボルタレンサポ12.5mg1個／回、1日1回腰痛時は続けて、今回のお薬と併用するよう患者に伝えてください」との回答だったため、整形外科の処方に変更は無かった。	病院内のカルテ確認ミスのため。	薬局薬剤師が、積極的に疑義照会をしていきたい。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名セルベックスカプセル50mg □ □ 変更になった医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名セルベックスカプセル50mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
242	処方箋に「タリオンOD錠10mg1錠／分2朝夕食後」と記載があったが、通常の用法用量から1日量は2錠であると思われたため疑義照会し、1日量が2錠へ分量変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名タリオンOD錠10mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
243	当該患者には定時薬としてニトロダームTTS25mgが処方されていた。今回処方箋に同薬の記載がなかったため、処方箋を持参した患者の代理に確認したところ、「特に薬がなくなる話はなかった」ということであった。記載漏れが疑われたため疑義照会し、「ニトロダームTTS25mg14枚、1日1回貼付」が薬剤追加になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニトロダームTTS 25mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ニトロダームTTS 25mg	薬歴等から
244	患者には定時薬としてメバロチン錠5が処方されていたが、今回処方箋には記載が無かった。患者に確認したところ、「薬が減る話はなかった」ということであった。記載漏れと思われたため疑義照会し、「メバロチン錠5、2錠/分2朝夕食後14日分」が薬剤追加になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メバロチン錠5 <input type="checkbox"/>  変更になった医薬品 販売名メバロチン錠5	薬歴等から
245	他科にて類似薬の処方があり、疑義照会で薬剤削除になった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名セルベックスカプセル50mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
246	フランドルテープ40mgが35枚処方されるべきところ、28枚処方されたため、疑義照会を行った。	前回の処方をそのまま引用してしまった。コンピュータで前回の処方を引用したときに、内容の確認を怠ったと思われる。今回で3回目のミスなので他にも原因があるかもしれない。	注意喚起をする。コンピュータに依存しすぎないようにする。	確認を怠った 記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フランドルテープ40mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
247	皮膚科医師からの処方箋に「ジルテックドライシロップ1.25%0.4g分2朝夕食後」と記載されていた。患者インタビュー中に鼻炎で他病院の耳鼻科にもかかっており、「クラリチンドライシロップ1%0.5g分1夕食後」を服用しているが皮膚科医師には伝えていないことを聞き取った。薬効重複で本日処方の必要性に疑問があるため処方せん発行元医師に疑義照会した。医師より「併用しても良い」との返答だったため処方に変更は無かった。	患者が医師に服用薬を伝えていなかった。	患者インタビュー中に積極的に併用薬を聞き出していきたい。	患者側	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
248	病院からの処方箋において、クラリス錠50小児用に対し、ピオフェルミン錠剤が処方されていたため、疑義照会により、ピオフェルミンR錠に変更になった。	医師のヒヤリ・ハット事例であった。	病院への指摘を強化していく。	記録などに不備があった連携ができていなかった知識が不足していた医薬品仕組みルールの不備	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン錠剤 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ピオフェルミンR錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
249	処方箋に「エバステル錠10mg1錠/分1朝食後」と記載があったが、患者の年齢は10歳未満であり、通常の用法及び用量からエバステル錠5mgの間違いが疑われた。疑義照会し、エバステル錠10mgからエバステル錠5mgへと薬剤変更された。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名エバステル錠10mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名エバステル錠5mg	年齢・体重換算の結果から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
250	患者には以前から「S・M配合散1.5g分3毎食後」が処方されていたが、今回処方箋に「0.5g分3毎食後」と記載されており、代理の方からの聞き取りでは特に分量変更の話はなかった。入力ミスが疑われたので疑義照会し、1日量が1.			確認を怠った	処方された医薬品 販売名S・M配合散	薬歴等から
251	ニコチネルTTS30は4週間処方済み、一酸化炭素濃度も0%であるにもかかわらず、今回また2週間処方されていたため疑義照会した結果、ニコチネルTTS20に薬剤変更となった。			記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった □ □ 医薬品 その他規定どおり対応した	処方された医薬品 販売名ニコチネルTTS30 □ □ 変更になった医薬品 販売名ニコチネルTTS20	患者の症状等から
252	90歳代と高齢の患者であった。脱水もあるとのことで、バルトレックス錠500、6錠7日分処方、多いと思い疑義照会したところ、3錠/分3に変更となった。			記録などに不備があった その他患者の家族から確認 医薬品 その他規定通り対応できた	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	年齢・体重換算の結果から
253	他の病院でオメプラールを内服中の患者に、今回プロテカジン錠10の処方があり、疑義照会にてプロテカジン錠10が薬剤削除となった。			記録などに不備があった その他規定通り対応 医薬品	処方された医薬品 販売名プロテカジン錠10	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
254	担当医ではなかったため患者との話が十分出来ていなかったためか、足りない薬はリスパダール内用液1mg/mLだったが、リスパダール錠2mgで処方してしまっていた。			確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名リスパダール錠2mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名リスパダール内用液1mg/mL	その他
255	前回1錠から今回2錠に増量されていた。患者より糖尿病の悪化のため薬が増えたとのことであるが、更に尋ねると他剤は食前指示だがアマリール1mg錠のみ食後で服用開始され、3週間服用しなかったことが分かった。その旨を医師に疑義照会を行い、アマリール1mg錠も食前服用として、他剤と共に分包することで了解を得た。なおアマリール1mg錠は2錠から1錠に減量となった。			記録などに不備があった その他規定通り対応できた 医薬品 その他規定通り対応できた	処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠	患者の症状等から
256	他の薬剤は7日分処方だったが、ホクナリンテープ2mgが1枚処方だったため疑義照会したところ、ホクナリンテープ2mg7枚の処方入力間違いであった。			その他 <input type="checkbox"/> コンピューター入力間違い	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
257	「アルピナ坐剤100、発熱時1回1個」で処方せんに記されていた。患者にヒアリングしたところ、喘息の既往はなく、39度の高熱が出ているとのことだったため疑義照会をした。	非常勤の医師で、コンピューターに不慣れであったことが推測される。	医師が処方せんを発行する際に自らきちんと再確認する必要がある。また、薬剤師もこのようなミスがあることを認識し、処方せんを鑑査する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アルピナ坐剤100 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アンヒバ坐剤小児用100mg	患者の症状等から
258	タケプロンOD錠30が処方されることが推測されたが、処方せんには記載されていなかったため、疑義照会を行った。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名タケプロンOD錠30 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名タケプロンOD錠30	その他
259	ドパコール錠50mg1錠/分1服用42日分のところ、42錠1回分で処方されていたため疑義照会を行った。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ドパコール錠50mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
260	疑義照会を行い、日数に変更となった。	医師と患者の意思の疎通が出来ていなかった。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名ムコスタ錠100m	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
261	アマリール3mg錠1錠/分1朝食後で30日分処方された。当該患者は低血糖が頻繁に起きてしまったため、途中で受診し、アマリール3mg錠を0.5錠にして服用するよう医師から指示があった。薬局ではその指示のもと、前回一包化したものを調剤し直した。本日受診した際も、処方せんにはアマリール3mg錠が1回1錠のまま記載されていたため、処方医に疑義照会した結果、0.5錠へ分量変更となった。	当該処方せんを発行した医療機関は、前回処方の内容を今回の処方せんに印字し、それを医師が訂正、確認して発行している。前回処方方はアマリール3mg錠1錠であったため、今回処方もそのまま1錠になっており、医師はそれに気付かずに処方せんを発行してしまったものと考えられる。薬歴管理により投与量変更が確認できたので、調剤前に気づくことが出来たが、もし患者が違う薬局へ行った場合気付かずに服用し、低血糖を発現した可能性が高いと考えられる。	途中で処方内容変更、分量変更された場合は、特に注意するように薬歴に目立つように記載する。医療機関側にも当該事例を報告し、改善を求める。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アマリール3mg錠	薬歴等から
262	処方箋に「エバステル錠10mg1錠/分1、朝食後」と記載があったが、患者年齢と添付文書記載の用法及び用量から、エバステル錠5mgの誤りではないかと推測したため疑義照会を行った結果、エバステル錠5mgへと薬剤が変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名エバステル錠10mg □ □ 変更になった医薬品 販売名エバステル錠5m	年齢・体重換算の結果から
263	皮膚科処方箋に「アスタット外用液1%、爪、1日1回」と記載されていた。用量の記載が無く、調剤出来ないため、処方箋発行元の医師に疑義照会を行った。医師より「アスタット外用液1%10ml、爪、1日1回でお願いします」との回答を得た。	医師による処方箋の用量記載忘れのため。	処方箋の鑑査を徹底する。	その他処方箋記載忘れ	処方された医薬品 販売名アスタット外用液1%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
264	カルナクリン錠50、3錠のところ6錠で処方されていたため、疑義照会を行った。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カルナクリン錠50	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
265	外科医師からの処方箋に「ブルフェン錠、分3毎食後」と記載があり、ブルフェン錠の規格が抜けていた。ブルフェン錠には100mgと200mgの規格があるため、処方発行元の医師に疑義照会した。「ブルフェン錠100、分3毎食後」との回答を得て調剤した。	医師による、医薬品の規格記載忘れのため。	医師への疑義照会を徹底する。	その他医師による処方箋の記載不備	処方された医薬品 販売名ブルフェン錠 □  変更になった医薬品 販売名ブルフェン錠100	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
266	レニベーズ錠5とタナトリルが処方されていた。同効薬のため疑義照会を行い、レニベーズ錠5が薬剤削除となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レニベーズ錠5	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
267	ヘリコバクター・ピロリ感染症の二次除菌においてフラジール内服錠250mgが処方された。1日6錠となっていたが、分量が多いのではないかと思ひ疑義照会を行ったところ、2錠に変更となった。	医師がヘリコバクター・ピロリ感染症の二次除菌の際は、フラジール内服錠250mgは1日6錠服用すると勘違いしていたため。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フラジール内服錠 250mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
268	パリエット錠20mgが8週間を超えて処方されたため、疑義照会を行ったところパリエット錠10mgに変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名パリエット錠20mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名パリエット錠10mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
269	いつもタケブロンOD錠15を服用している患者に、パリエット錠10mgが処方された。患者に医師からの指示を確認したところ、「タケブロンOD錠については特に何も言われていない」との事だったため、疑義照会した。その結果、パリエット錠10mgはタケブロンOD錠15に変更となった。	いつも処方している主治医では無かったため、タケブロンOD錠15を服用していることに気づかず、服用薬の確認が正しく出来ていなかった。	薬局においても、併用薬などの確認を正しく行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名パリエット錠10mg <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名タケブロンOD錠15	薬歴等から
270	ロキソニン錠60mgが頓服「痒いとき」で処方されていたため、疑義照会をした。その結果、「疼痛時」に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
271	前回の処方内容との変更点があった。ノボリン3OR注フレックスペンの単位数が10単位から8単位へ減っていた。前回追加されたフェロ・グラデュメット錠105mgが中止になっていた。そのため患者家族に確認したところ、「処方医師からの説明は無かった」との事だったため、疑義照会を行った。その結果、処方時の入力ミスであり、前回と同様にノボリン3OR注フレックスペンの単位数は10単位、フェロ・グラデュメット錠105mgは今回も継続することとなった。	処方せん発行元は電子カルテを導入している。病院薬剤部に確認したところ、「今回のミスは処方複写時に前回からの複写ではなく、処方医師が独自に登録している画面から複写し、医師がその内容を確認しないまま発行したために起きた」との説明を受けた。	現在、このような処方ミスはかなりの頻度で起きており、院外処方箋を応需した薬局で処方内容の変更点などを確認することで未然に防げているが、処方せん発行元でもシステム運用方法の改善、処方医師による確認を徹底してもらうことを依頼した。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フェロ・グラデュメット錠105mg 販売名ノボリン3OR注フレックスペン □ □ 変更になった医薬品 販売名フェロ・グラデュメット錠105mg 販売名ノボリン3OR注フレックスペン	薬歴等から
272	ピオフェルミンの処方に「症状良くなってきたら開始」とコメントの記載があり、疑義照会を行った結果、コメント削除となった。	医師繁忙のため。	入力システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
273	アレグラ錠30mg2錠1日分の処方だった。疑義照会を行ったところ、14日分に変更となった。	医師繁忙のため。	処方内容の確認を徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名アレグラ錠30mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
274	プロパデルム7.5gとヒルドイドソフト軟膏0.3%2.5g(混合)のところ、プロパデルム7.5gとヒルドイドソフト軟膏0.3%25g(混合)の処方となっていた。疑義照会した結果、プロパデルム7.5gとヒルドイドソフト軟膏0.3%2.5g(混合)に変更となった。	医師繁忙のため。	システムの改善をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3%	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
275	ジルテックドライシロップ1.25%が処方されていなかった。疑義照会した結果、薬剤追加となった。	医師繁忙のため。	処方内容の確認をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	その他
276	患者はボンアルファハイローション20μg/gを処方してもらいたかったが、処方されていなかったため疑義照会し、薬剤追加となった。	医師繁忙のため。	処方の確認。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ボンアルファハイローション20μg/g <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ボンアルファハイローション20μg/g	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果	
277	患者がヒルドイドローション50g2本を希望したところ、25g2本で処方されていた。疑義照会した結果、変更となった。	医師繁忙のため。		患者とのコミュニケーションを強化する。	連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ヒルドイドローション	患者の申し出から
278	医師の手書きで追記された、カロナール錠200頓服の用法が記載されていなかったため、疑義照会して用法を確認した。	医師が繁忙だったため。	業務を改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	処方箋の書き方等から (誤記を含む)	
279	患者はヒルドイドソフト軟膏0.3%を希望したが処方されていなかったため、疑義照会し、薬剤追加となった。	医師が繁忙だった。	処方を確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3% □  変更になった医薬品 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3%	患者の申し出から	
280	インタール細粒10%、「3g/分3、1日分」のところ、「1.5g/分3、1日分」で処方されていた。疑義照会した結果、分量変更となった。	医師が繁忙だった。	システムの改善をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名インタール細粒10%	その他	

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
281	<p>消化器外科医師より、「ポラミン錠2mg3錠／分3毎食後7日分、クラリチン錠10mg分1寝る前7日分、デルモベート軟膏0.05%20g、両足」の処方が出ていた患者が、4日後、皮膚症状の治りが悪いため、同病院皮膚科医師を受診し、「セレスタミン配合錠3錠／分3毎食後、ムコスタ錠100mg3錠／分3毎食後、エキザルベ20g1日1回左足、ひどいところ」の処方がされた。前回処方が3日分余っている状態で、抗アレルギー剤同士での薬効重複が考えられた。患者自身も「特に前回処方の残りをどうするか、軟膏剤を併用するかの指示がなかった」ということで、疑義照会した。おそらく前回処方を中止の可能性も十分考えられたが、患者自身の不安を解消してあげないといけないこともあった。皮膚科医師は「前回分を中止、本日処方のみ服用してください」との回答だったため、患者は安心して薬を持ち帰った。</p>	<p>医師は前回処方のカルテを確認していなかった。患者自身も前回処方の残りがあることを伝えていなかった。</p>	<p>積極的に患者インタビューをしていく。患者が不安に感じたり、医師に聞きにくいようなことは、薬剤師が責任を持って、医師に疑義照会をしていく。</p>	<p>患者側 その他医師によるカルテの確認忘れ</p>	<p>処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名セレスタミン配合錠</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>
282	<p>処方通りにミコンビ配合錠BPをピックアップしたが、事務員から「入力の際にエラーが出た」との指摘があった。当該薬に日数制限があることを思い出したため、疑義照会したところ、用量変更となった。</p>			<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ミコンビ配合錠BP</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
283	クラリシッド錠50mg小児用1錠/分1で成人に処方されていた。分量が少なすぎる事、用法も通常と異なるため、疑義照会をした。「クラリシッド250mgへ変更」と回答があったが、クラリシッド錠には250mgの規格がないため、再度疑義照会し、クラビット錠250mg1錠/分1へ薬剤変更となった。	クリニックの事務員が処方箋入力を行っていたが、カルテの記載通りに入力を行っていた。医師の勘違いが原因であると思われる。	当該クリニックにおいて、クラリシッドは通常1日2回で処方される薬であるため、1日1回のように通常と異なる指示があった際は医師へ確認をする。	その他医師の勘違い	処方された医薬品 販売名クラリシッド錠50mg小児用 □ 変更になった医薬品 販売名クラビット錠250mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
284	クラリシッド錠200mg2錠/分1で処方されていた。通常、分2で処方される事が多い為、疑義照会したところ、クラビット錠250mg2錠の間違いと判明した。	カルテの記載もクラリシッド錠200mg2錠/分1だったため、医師が薬品名を勘違いしていたと思われる。クリニックの事務員も処方箋入力時に変だと思いながら入力していた。	おかしいと思った際は、医師に確認することを徹底する。	その他医師の勘違い	処方された医薬品 販売名クラリシッド錠200mg □ 変更になった医薬品 販売名クラビット錠250mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
285	処方せんに「モーラステープL40mg2枚」と記載されていた。1袋7枚入りのため、医院に疑義照会したところ、2袋(14枚)の誤りであった。			その他処方せんの記載ミス	処方された医薬品 販売名モーラステープL40mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
286	当該患者は咳の症状があり、ホクナリンテープ2mgを調剤して交付した。2日後、喘息様症状が出て再度受診し、ホクナリンテープ2mgは継続処方され、シムビコートタービューヘイラー30吸入が追加された。シムビコートタービューヘイラー30吸入はステロイドとβ <sub>2</sub> 作動薬の合剤であるため、β <sub>2</sub> 作動薬であるホクナリンテープ2mgとの併用の可否について医師に疑義照会した結果、ホクナリンテープ2mgが薬剤削除となった。			その他同効の薬剤が記載されていた	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
287	2週間前より禁煙目的でチャンピックス錠1mgの服用を始めた。投薬の際、「チャンピックス錠1mgを飲み始めてから便秘になった。マグミットは他の病院でもらっているが、他の薬は出してもらえないだろうか。医師にも便秘のことは伝えた。」と申し出があったため、医師にその旨を疑義照会したところ、プルゼニド錠12mgが薬剤追加された。			その他患者からの申し出により疑義照会した	処方された医薬品 販売名プルゼニド錠12mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名プルゼニド錠12mg	患者の申し出から
288	当該患者から、「いつも使用しているヒルドイドローションを処方して欲しかったが、処方されていない」と申し出があった。疑義照会を行ったところ、薬剤追加となった。	医師が繁忙だった。	処方箋を確認する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ヒルドイドローション <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ヒルドイドローション	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
289	通常、アタラックス-Pドライシロップ2.5%が処方されている患者に、アタラックス-Pシロップ0.5%が処方されていた。疑義照会を行ったところ、アタラックス-Pドライシロップ2.5%に薬剤変更となった。	医師が繁忙だった。	システムの改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名アタラックス-Pシロップ0.5% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アタラックス-Pドライシロップ2.5%	薬歴等から
290	オイラックスクリーム10%において、最小包装単位が10gのところ15gで処方された。疑義照会し、10gに変更となった。	処方端末のマスターに不備があった。	マスターの改善を行う。	確認を怠った その他 <input checked="" type="checkbox"/> スター不備 その他 <input checked="" type="checkbox"/> スター不備 その他 <input checked="" type="checkbox"/> スター不備	処方された医薬品 販売名オイラックスクリーム10%	その他
291	体重16kgの当該患者に小児用ムコソルバンシロップ0.3%3mL/日が処方された。少ないと判断し、疑義照会したところ、5mL/日に変更となった。	医師が繁忙であった。	業務の改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名小児用ムコソルバンシロップ0.3%	年齢・体重換算の結果から
292	PL配合顆粒3g/分4、1日分で処方された。疑義照会したところ、3g/分3、1日分に訂正となった。	医師が繁忙であった。	システムの改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	処方箋の書き方等から (誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
293	以前、「サワシリン」で発疹のあった患者にサワシリン細粒10%が処方となっていたため、疑義照会を行ったところ、フロモックス小児用細粒100mgへ変更となった。	医師が繁忙であった。	システムの改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名サワシリン細粒10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg	薬歴等から
294	体重10kgの患者にバルトレックス顆粒50%が800mg/日で処方となっていたため、疑義照会したところ、400mg/日に変更となった。	医師が繁忙であった。	システムの改善を行う。	勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名バルトレックス顆粒50%	年齢・体重換算の結果から
295	体重17kgの当該患者にメプチンドライシロップ0.005%7gが処方されていた。疑義照会をしたところ、メプチンシロップ5μg/mL7mLに変更となった。	医師が繁忙だった。	システムの改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名メプチンドライシロップ0.005% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名メプチンシロップ5μg/mL	年齢・体重換算の結果から
296	プロパデルムクリーム2.5gとニゾラールクリーム2%2.8gの混合調剤で処方されていた。普段とは異なる割合で処方されていたため疑義照会を行ったところ、ニゾラールクリーム2%2.5gに変更となった。	医師が繁忙であった。	システムの改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ニゾラールクリーム2%	処方箋の書き方等から (誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
297	風邪で臨時薬が処方された際、ムコスタ錠100mg3錠/分3、4日分が処方された。当該患者は同じ医療機関からの定時薬にムコスタ錠100mg3錠/分3があり、重複投与になるため、疑義照会した。その結果、臨時薬のムコスタ錠100mgは処方削除となった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬歴等から
298	当該患者の体重と比較して、常用量と異なる量が処方されていたが、薬を投薬する直前で気付いたため、疑義照会をした。		処方箋を応需した時点で体重を確認し、薬の量が間違っていないか確かめる。鑑査時、再度確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品	処方された医薬品 販売名メイアクトMS小児用細粒10%	年齢・体重換算の結果から
299	ミノマイシン錠50mgが2錠/分3、8時間毎服用で処方された。疑義照会を行ったところ、2錠/分2、12時間毎服用に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ミノマイシン錠50mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
300	ベイスン錠0.2が3錠/分3毎食後で処方されていた。疑義照会を行ったところ、3錠/分3毎食前に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベイスン錠0.2	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
301	ベイスン錠0.2が処方されていたが、当該患者は通常、ベイスン錠0.3を服用していた。患者から話を聞き、薬の変更の話などは特になかったとのことだったため、疑義照会したところ、ベイスン錠0.3に処方変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベイスン錠0.2  □ 変更になった医薬品 販売名ベイスン錠0.3	患者の症状等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
302	エバステル錠10mgが処方されていたが、4日前の処方ではエバステル5mgが処方され、調剤していた。疑義照会を行ったところ、エバステル錠5mgに変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名エバステル錠10mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名エバステル錠5mg	薬歴等から
303	血清脂質管理不良のため、ベザトールSR錠200mgに加えて、リバロ錠2mgが初めて処方された。原則禁忌の組み合わせだったため、疑義照会を行ったところ、リバロは薬剤削除となり、ベザトールSR錠200mgのみ継続することになった。	調剤者は原則禁忌を分かっていたにもかかわらず、前勤務先のルールである、「当該組み合わせは問合せせずに投薬する」に従って判断し、ピッキングした。	添付文書情報に基づいた鑑査を徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名リバロ錠2mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
304	アシノン錠が継続して処方されていた患者にガスポートD錠が薬剤追加された。処方変更ではないかと考え、疑義照会を行った。ガスポートD錠が薬剤削除となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名ガスポートD錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
305	<p>小児科医師より、「小児用ムコソルバンシロップ0.3%4mL、ムコダインシロップ5%6mL、アスピリンシロップ0.5%4mL、メブチンシロップ5μg/mL5mL、レフトーゼンシロップ0.5%4mL、分3毎食後」の処方箋を応需した。患者の母親から、前回の処方薬は液剤だったため、服用出来なかったとの申し出があった。コンプライアンスの低下が懸念されるため、処方箋を発行した医師に疑義照会した。「散剤に変えます」との回答があり、「ムコサールドライシロップ1.5%0.7g、ムコダインDS33.3%1g、アスピリン散10%0.05g、メブチンドライシロップ0.005%0.6g、塩化リゾチーム顆粒10%「トーワ」0.2g、分3毎食後」に変更した。</p>	<p>患者の母親が液剤が服用出来ないことを医師に伝えていなかった。</p>	<p>コンプライアンスの向上にもつながるため、患者の苦手な剤形を把握し、医師に情報発信していきたい。</p>	<p>患者側</p>	<p>処方された医薬品                  販売名小児用ムコソルバンシロップ0.3%                  販売名ムコダインシロップ5%                  販売名アスピリンシロップ0.5%                  販売名メブチンシロップ5μg/mL                  販売名レフトーゼンシロップ0.5%  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>                  変更になった医薬品                  販売名ムコサールドライシロップ1.5%                  販売名ムコダインDS33.3%                  販売名アスピリン散10%                  販売名メブチンドライシロップ0.005%                  販売名塩化リゾチーム顆粒10%「トーワ」</p>	<p>患者の申し出から</p>
306	<p>フェロベリン錠が処方されており、投薬時、患者に症状を尋ねたところ、「貧血です」とのことだった。フェロミア錠50mgの間違いではないかと考え、疑義照会をしたところ、フェロベリン錠ではなくフェロミア錠50mgに変更となった。</p>	<p>医師の処方箋入力間違いだった。</p>	<p>薬局では、患者に積極的に症状を確認し、処方薬と症状が合致しているかを確認する。</p>	<p>その他処方間違い</p>	<p>処方された医薬品                  販売名フェロベリン錠  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>                  変更になった医薬品                  販売名フェロミア錠50m</p>	<p>患者の症状等から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
307	当該患者は以前から当薬局で調剤しており、薬歴が存在していた。今回病院を転院され、別の医院の処方箋を持ってこられたところ、アムロジピンの用量が変更されていた。前医の処方では「アムロジピンOD錠5mg「トーフ」0.5錠/分1」であったが、今回は「アムロジピンOD錠5mg「トーフ」1錠/分1」だった。転院により分量が変更になったのか、患者本人からの聴取が出来なかったため疑義照会をしたところ、前医と同じ分量に変更となった。	病院を転院の際に紹介状を持って来られたのか、持って来られたとしても内容に不備があったのか、薬局では知ることが出来ない。薬情やお薬手帳を持参して転院される方もいるが、特に院内処方の場合、薬情やお薬手帳に半錠などの一回量が記載されていないものも多い。	今回は薬歴があったため事前に気づくことが出来たが、新患の場合は薬歴もないのでさらに注意が必要である。転院後の初回の薬に関しては、まず患者または家族に以前と変更がないかを確認し、不明な点があれば、必ず疑義照会をする。	その他処方間違い	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「トーフ」	薬歴等から
308	クラリス錠200、フロモックス錠100mgが同一処方箋に処方されていたが、気付かずに調剤、鑑査した。服薬指導を行っている際、薬の説明をしている段階で抗生物質が2種類あることに気付いた。服薬指導を中断し、疑義照会を行った。その結果、処方箋の記載ミスであり、クラリス錠200がプレドニゾロン錠「タケダ」5mgに変更になった。調剤、鑑査時に気付くことが出来なかった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 □ □ 変更になった医薬品 販売名プレドニゾロン錠「タケダ」5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果	
309	処方せん受付時、バルトレックス錠500が2錠／分2朝夕食後、7日分と記載されていた。当該患者は3日前に脇の下の痛みがあり、痛み止めが処方されていたこと、単純疱疹であれば通常2錠／分2、5日分であることを考慮し、患者に診断名を伺ったところ「带状疱疹」と言われているとのことだった。疑義照会を行ったところ、6錠／分3毎食後、7日分に変更となった。			バルトレックスは単純疱疹、带状疱疹の違いにより、「用法・用量」が異なるので、おかしいと思ったら患者に医師からどのように聞いているかを確認した上で疑義照会をする。	その他処方間違い	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	患者の症状等から
310	幼児用PL配合顆粒は2歳未満の患者に禁忌だが、2歳未満の当該患者に処方されていたため疑義照会したところ、減量しているのため、そのまま投与するとの回答があった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名幼児用PL配合顆粒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名幼児用PL配合顆粒	年齢・体重換算の結果から	

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
311	ニューロタン錠25mgがニューレプチル錠25mgで処方されていた。疑義照会により、ニューロタン錠25mgに薬剤変更となった。	FAX処方でまだ来局されておらず、在庫していない薬剤だったため発注していた。休憩から戻った薬剤師はその処方を見て、当該患者がニューレプチル錠25mgを服用するとは考えられなかった。そこで、今までの薬歴を確認したところ、異なる病院でニューロタンを服用していた経歴があったため、医師の入力ミスではないかと考えた。患者が来局されてから疑義照会をおこなったところミスが分かり、薬剤変更となった。かかりつけの病院から精密検査をするために照会された病院における処方ミスだった。	患者との普段のやり取り、薬歴から発見出来たインシデントであり、かかりつけ薬局の意義が充分発揮された。発見出来たので良かったが、本来ならば処方を受け付けた時点で全員の薬剤師が気づかないといけなかった。	その他処方医の入力誤り	処方された医薬品 販売名ニューレプチル錠25mg □  変更になった医薬品 販売名ニューロタン錠25mg	薬歴等から
312	ベイスンOD錠0.3、3錠、スターシス錠90mg3錠、分3の処方だったが、検査結果も良く、前回通りに服用すると言われたとのことだった。疑義照会の結果、前回通り各2錠/分2に変更となった。			記録などに不備があった その他規定通り対応 医薬品 その他規定通り対応	処方された医薬品 販売名ベイスンOD錠0.3 販売名スターシス錠90mg	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
313	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンの処方だが、薬歴ではノボラピッド注フレックスペンだった。疑義照会を行ったところ、ノボラピッド注フレックスペンに変更となった。			記録などに不備があった その他規定どおり対応 医薬品 その他規定どおり対応	処方された医薬品 販売名ノボラピッド30ミックス注フレックスペン <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ノボラピッド注フレックスペン	薬歴等から
314	ヒルナミン錠(5mg)が処方されたが、患者が希望しない薬であったため、疑義照会を行った。	医師と患者に意思の疎通が行われていなかった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヒルナミン錠(5mg)	患者の申し出から
315	ベネット錠17.5mgとアルファロールカプセル1μgが60日分処方されていたため疑義照会をしたところ、ベネット錠17.5mgは8日分の間違いであることを確認した。その後、患者の聞き取りにより、ベネットの服用で以前、四肢の浮腫があり、服用中止になっていたことが分かった。再度、疑義照会したところ、ベネット錠17.5mgは処方中止となった。			その他患者情報の聞き取り	処方された医薬品 販売名ベネット錠17.5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
316	クラビット錠500mg3錠/分1の処方があった。疑義照会を行ったところ、クラビット500mg1錠/分1へ分量が変更となった。	クラビット錠(100mg)と医師が勘違いしたと考えられる。	引き続き、薬局では処方箋の鑑査に十分注意する。医療機関側には処方入力時に注意してもらう。	その他医院側	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
317	<p>退院時処方薬を服用後、退院時文書を用いて、かかりつけ医師が処方した内容に間違いがあった。セイブル錠50mg1錠×毎食前の処方箋を受けた。投薬時、患者に薬剤を見せると「0.5錠で服薬していた」と申し出があった。処方医師に疑義照会を行ったところ「退院時文書には、セイブル錠50mg1錠×毎食前の記載あり」と返答を受けた。患者が0.5錠で服用していた旨を再度申し出たため、当該薬局から入院していた医療機関の薬剤部に電話で照会をした。医療機関の薬剤部は「セイブル錠25mg1錠×毎食前の処方であったが、セイブル錠25mgのストックがないためセイブル錠50mgを0.5錠で服用していた」との返答を受けた。その旨を処方医師に伝え、医療機関の薬剤部に処方医師が確認し、セイブル50mg1錠×毎食前がセイブル25mg1錠×毎食前に変更になった。</p>	<p>医薬品在庫の違いがあった。文書伝達のミスがあった。薬剤の明確な形状の違いにより、ミスが発見出来た。</p>	<p>投薬時、患者に服用薬を確認する。</p>	<p>連携ができていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名セイブル錠50mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名セイブル錠25mg</p>	<p>薬歴等から</p>
318	<p>アスピリン散10%の量が1日量6gで処方されていた。疑義照会を行ったところ、1日量が0.6gに訂正となった。</p>	<p>処方医師が力価計算で桁を誤った。高齢者で錠剤が飲めないため、散剤で処方したところ、量を誤ってしまった。</p>	<p>散剤は桁のミスが起きやすいので別のスタッフにも確認を依頼する。常用量をすぐに確認出来るようにしておく。</p>	<p>確認を怠った 技術・手技が未熟だった</p>	<p>処方された医薬品 販売名アスピリン散10%</p>	<p>処方箋の書き方等から (誤記を含む)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
319	当該処方箋において、テオドール錠100mgが処方されていた。新規の患者であり、患者との会話の中で処方薬はテグレート錠100mgの間違いでであると判断したため、疑義照会を行ったところ、テグレート錠100mgへ変更となった。	類似した名称であったため、入力ミスをしたと思われる。		確認を怠った 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム ルールの不備	処方された医薬品 販売名テオドール錠100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名テグレート錠100mg	患者の症状等から
320	クラビット錠250mg2錠/分1朝食後、5日分の処方箋であった。当該患者は薬歴から過去にクラビット錠100mgを服用後、発疹が起こったことを確認したため、処方医に疑義照会を行った。これまでに服用歴があり、アレルギー歴がないことが分かっているフロモックス錠100mgへ変更となった。	患者本人が申告していなかった、またはカルテにクラビット錠で副作用歴があることが記載されていなかったためと思われる。薬歴で確認が出来たため、服用に至らなかった。	今後も患者のアレルギー歴などは特に注意して確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラビット錠250mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬歴等から
321	カロナール錠200とムコソルバン錠が1日2錠/分1朝食後で処方されていたが、薬袋には分2朝夕食後と記載されていた。交付時、薬剤情報提供書と処方箋との照らし合わせの際に誤りを発見した。処方内容に疑問を感じたため疑義照会をしたところ、カルテでは朝食後となっていた。再度、医師に確認したところ、分2朝夕食後へ変更となった。		通常、分2の処方が多いと考え、疑義照会を行ったところ、結果的には処方箋の記載間違いを変更することになったが、薬局においても確認を怠らない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カロナール錠200 販売名ムコソルバン錠	薬歴等から

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
322	病院における処方箋の入力ミスであった。薬品の名称変更と単位が変わり、薬局でのレセコン入力時に単位間違いに気付いたが、薬品名を見逃し調剤を行った。鑑査者は前回の処方と分量が異なっていたため疑義照会を行った。病院側の入力ミスと判明し、前回と同じ処方である旨を確認した。患者の投薬には影響はなかった。			名称変更、単位変更があった販売名については、スタッフ間で情報を周知徹底し、調剤における各段階において特に注意して確認する。	確認を怠った コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ユーエフティE配合顆粒T200  薬歴等から
323	アスピリン散10%が3g/分3毎食後で処方された。過量のため疑義照会を行ったところ、アスピリン散10%1.2g/日に変更となった。	分量からアスピリン散2%の処方ではないかと考え、疑義照会を行ったが、アスピリン散10%で正しかった。ただし0.6g/日ではなく、1.2g/日で処方することであった。	規格と分量に注意する。	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アスピリン散10%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
324	ハイペン錠200mgとセレコックス錠が同時に処方されていたが、疑義照会をせずに調剤した。投薬者が発見し、疑義照会を行った。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ハイペン錠200mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
325	当該病院では通常、プレドニゾン錠「タケダ」5mgを使用していたが、今回はプレドニン錠5mgが処方されていた。調剤者は疑義照会をせずにそのまま調剤した。鑑査者が疑義照会をしたところ、プレドニゾン錠「タケダ」5mgの誤りであった。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg □ □ 変更になった医薬品 販売名プレドニゾン錠「タケダ」5mg	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
326	ブスコパン錠10mgが頓服、発熱時で処方されていたが、調剤者はそのまま調剤した。鑑査者が発見し、疑義照会を行ったところ、ブルフェン錠200mg、頓服、発熱時に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ブスコパン錠10mg □ □ 変更になった医薬品 販売名ブルフェン錠200	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
327	アレロック錠5、2錠が1日2回ではなく1日1回寝る前で処方されていた。疑義照会后、用法変更となった。	医師の入力ミスの可能性がある。		確認を怠った その他困明 その他困明 その他困明	処方された医薬品 販売名アレロック錠5	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
328	当該患者は内科医師から「ガスモチン錠5mg、ムコスタ錠100mg分3毎食後」が処方された。いつもと同じ処方であったが、患者からのインタビューによって次回受診まで残薬があることが分かった。今回処方された薬は必要ないと思われるため、疑義照会を行ったところ、薬剤削除になった。	患者のコンプライアンスが不良であった。	患者のコンプライアンス向上のための指導、残薬のチェックを行う。	患者側	処方された医薬品 販売名ガスモチン錠5mg 販売名ムコスタ錠100mg	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
329	「ケトブン錠100mg/分1朝食後」の処方箋を応募した。錠数の記載がなかったため、疑義照会した。医師から「ケトブン錠100mg1錠/分1朝食後」と回答があったため、調剤した。	医師による処方箋の記載忘れであった。	処方箋鑑査を徹底する。	その他処方箋記載漏れ。	処方された医薬品 販売名ケトブン錠100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ケトブン錠100mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
330	医師に骨粗鬆症と診断され、処方箋を持参した患者に「ベネット錠2.5mg分1朝食前、4日分、毎週日曜日」が処方されていた。毎週日曜日と記載されていたため、1週間に1回のみ服用であると考えられた。そのためベネット錠2.5mgではなく、ベネット錠17.5mgの間違いではないかと考えられたため、患者に「先生に1週間に1回の服用と説明を受けましたか」と尋ねたところ、「受けました」と回答があった。処方箋を発行した医師に疑義照会をしたところ、医師よりベネット錠2.5mgではなく、ベネット錠17.5mgの間違いであると回答があったため、ベネット錠17.5mgに処方変更となった。	医師の処方ミス、規格間違いであった。	医薬品の服用方法の特徴を把握し、処方箋の鑑査を徹底する。	その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名ベネット錠2.5mg <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ベネット錠17.5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
331	発熱で外来にかかった女性患者が来局した。持参した処方箋には「クラビット錠500mg/分1朝食後、頓用、ロキソニン錠60mg1回1錠38℃以上」とあった。クラビット錠500mgとロキソニン錠60mgは添付文書において併用注意と記載されているため、疑義照会を行った。「ロキソニン錠60mg1回1錠頓用、38℃以上」が「カロナール錠200、1回2錠頓用、38℃以上」に変更となった。	相互作用があり、併用注意である医薬品の組み合わせであった。	相互作用について薬局薬剤師間で知識を深め、医師にフィードバックする。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
332	耳の痛みがあったが、鎮痛薬の処方がなかったために疑義照会したところ、カロナール細粒20%が追加となった。	医師繁忙のため。	業務の改善をする。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名カロナール細粒20% <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名カロナール細粒20%	患者の症状等から
333	当該患者は他の小児科から類似処方薬があり、服薬中であった。重複投与回避のために疑義照会したところ、併用薬が中止となった。	医師繁忙のため。	業務を改善する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名未記載 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名未記載	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
334	トランサミンカプセル250mgの処方の際に、患者の都合による調節のために処方日数変更の希望があり、疑義照会を行った。	医師繁忙であったため。	業務の改善をする。	患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名トランサミンカプセル250mg	患者の申し出から
335	体重8.6kgの当該患者にオノドライシロップ10%1.3g処方となっていた。多いと判断したため疑義照会をしたところ、0.7gへ変更になった。	医師繁忙であったため。	業務を改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名オノドライシロップ10%	年齢・体重換算の結果から
336	ルリコンクリーム1%が1日数回で処方された。疑義照会后、1日1回夜に変更となった。	医師繁忙であったため。	業務を改善する。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ルリコンクリーム1%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
337	シロップの用法が頓服で処方されていたため、疑義照会を行った。	医師が繁忙であったため。	業務の改善をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名未記載	その他
338	風邪薬3日分処方のところ、1日分で処方されていたため、疑義照会を行った。	医師が繁忙のため。	業務改善をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名未記載	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
339	当該患者において、普段使用している白色ワセリンとヒルドイドが欲しかったが処方されていなかったため、疑義照会を行ったところ、薬剤追加となった。	医師が繁忙であったため。	業務改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名白色ワセリン 販売名ヒルドイド <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名白色ワセリン 販売名ヒルドイド	患者の申し出から
340	軟膏とクリームとの混合指示があったため、疑義照会したところ、クリームとの混合となった。	医師が繁忙であったため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名未記載 <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名未記載	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
341	ニキビの患者にクラビット錠100mg2錠/分2×1が処方された。クラリス錠200の間違ひではないかと考え、疑義照会をしたところ、クラリス錠200mg2錠/分2×1に変更となった。	医師繁忙であり、オーダーリングシステムにおける入力ミスがあった。	システムの改善をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名クラビット錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラリス錠200	患者の症状等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
342	咳に対し、ホクナリンテープ2mgが処方された。当該患者は2年前に「ホクナリンテープを使用して動悸が出現した」と聞き取りをしていたため、医師へ疑義照会したところ、処方削除となった。			その他処方間違い	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	薬歴等から
343	手書きの処方せんにおいて(4)と書いてあったため、当該医薬品を4日分調剤した。正しく読めないため疑義照会をしたところ、14日分とのことであった。	手書きの処方せんは判別することが難しいことがある。	判別することが難しい場合は疑義照会を行う。	その他手書きの処方せん	処方された医薬品 販売名未記載	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
344	下痢で内科医師にかかった患者が持ってきた処方箋に「ホスミン錠、分4毎食後と寝る前」と記載されていた。ホスミン錠には規格が250mgと500mgがあり、規格が書かれていないため調剤が出来なかった。そのため処方箋を発行した医師に疑義照会をしたところ、医師から「ホスミン錠500mg分4毎食後と寝る前」との返答があり、調剤を行った。	医師が処方箋の記載忘れをした。	処方箋の確認を徹底する。	その他医師の処方箋記載忘れ	処方された医薬品 販売名ホスミン錠500  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ホスミン錠500	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
345	オメプラール錠10とタケロンOD錠15が併用として処方されていた。同種同効薬が併用されていたため疑義照会をしたところ、タケロンOD錠15が処方削除になった。			その他薬効の重複	処方された医薬品 販売名タケロンOD錠15	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
346	感冒のため、ムコサール錠15mg3錠/分3、4日分が処方された。同じ医師から定期薬として、ムコソルバンシカプセル1カプセルが処方され服用中であるため、疑義照会を行ったところ、ムコサール錠15mgは削除となった。	ムコサール、ムコソルバンのように商品名が異なるが同成分の医薬品が多くあるため、間違いやすい。	同じ医師からの処方箋であっても、併用薬の確認を怠らない。	その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ムコサール錠15mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
347	ロキソニン錠60mg2錠/分2、4日分が処方されていた。患者に併用薬の聞き取りを行ったところ、他の医院でロルカム錠4mg3錠/分3を服用中であることが分かった。同効薬であるために疑義照会を行ったところ、ロキソニン錠60mgは削除となった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
348	当該患者が「ロキソニン錠60mg3錠/分3毎食後」の処方箋をもって来局した。以前、患者インタビューの際にロキソニン錠60mgでアレルギーを起こしたことがある旨を聞き、薬歴にて情報を管理していた。患者に再度確認した後、医師に疑義照会を行ったところ、「カロナール錠200、2錠/分2朝夕食後」に変更になった。	医師が患者のアレルギー歴を確認していなかった。	薬局で管理している患者データと処方内容を照らし合わせて処方鑑査をする。	その他医師が患者のアレルギー歴の確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
349	整形外科に腰痛で受診した患者に「モーラステープL40mg28枚、腰」が処方された。年齢が高齢であり、「一人暮らしのため、こんな大きなシップは貼れない」とのことであった。患者に同じ効果の小さいモーラステープ20mgがあることを説明した。「それなら貼れる」とのことだったため疑義照会を行い、医師に事情を説明した。「モーラステープ20mg28枚、腰」に薬剤変更になった。	患者の家庭環境や日常生活動作の向上のため。	患者の家庭環境も踏まえ、コンプライアンスが向上する医薬品を提供する。	患者側	処方された医薬品 販売名モーラステープL40mg □ 変更になった医薬品 販売名モーラステープ20mg	患者の症状等から
350	整形外科に受診している患者が来局した。いつもと同様の処方内容であった。「フォサマック錠35mg1錠/分1起床時、4日分、毎週日曜日服用」の処方箋であった。月に1回決まった週に来られる医師であり、今回4週間分しか処方されていないことに疑問を持ち、次回の受診日を患者にインタビューすると、5週間後とのことであった。当該薬が1週間分足らなくなるため、疑義照会をしたところ、「フォサマック錠35mg1錠/分1起床時、5日分、毎週日曜日服用」に変更になった。	医師が処方箋への記載を間違えた。	患者が次回に受診する日付についても注意する。	その他医師の処方箋記載ミス	処方された医薬品 販売名フォサマック錠35mg	患者の症状等から
351	センノサイド錠*(大正薬品)が定期処方に追加された。他の病院で定期的にプルゼニドが処方されていた。疑義照会の結果、センノサイド錠*(大正薬品)の処方が削除となった。		病院におけるお薬手帳の確認を徹底する。	その他病院での問診不足	処方された医薬品 販売名センノサイド錠*(大正薬品)	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
352	ウブレチド錠5mgにおいて、適応症に対する用法及び用量が1錠/日、1日1回に変更になったが、今までと同じく1日2回、2錠/日で処方された。疑義照会を行ったところ、分量変更となった。	製薬企業の情報提供不足もしくは医師が忘れていたため。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ウブレチド錠5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
353	ミカルディス錠40mgが新規に処方された患者について、0.5錠のところを5錠/回と入力された処方箋を応需したため、疑義照会を行った。			確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ミカルディス錠40mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
354	以前、ペリアクチン散1%を服用した際に神経高揚の症状があり、その後は服用しないようにしていた。最近、他院にて少量で試してみたところ、少量では問題はなかった。今回の服用量は通常量であったため疑義照会したところ、処方削除になった。	診察時に医師に確認しなかった。		患者側	処方された医薬品 販売名ペリアクチン散1%	薬歴等から
355	熱性けいれんの既往歴がある患者にペリアクチン散1%が処方されていた。疑義照会をしたところ、ペリアクチン散1%が薬剤削除となった。	診察時に熱性けいれんのことを話していなかった。		患者側	処方された医薬品 販売名ペリアクチン散1%	薬歴等から
356	同じ病院内の異なる診療科にて前立腺肥大治療薬服薬中の患者にPL配合顆粒が処方されていた。疑義照会の結果、薬剤削除になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
357	<p>患者は今回受診した病院、診療科と同じ病院、診療科へ入院中にセバミットとミカルデイスの2剤が中止になったが、処方箋は入院前と同様の処方内容で発行された。患者から入院中は当該薬剤である2剤を服用していなかったと情報を得たため疑義照会を行ったところ、薬剤削除になった。当初は「赤いのが無しになった」とのことだったため、セバミット-Rカプセル20のみについて照会したところ、セバミット-Rカプセル20のみ薬剤削除の返答があった。更に患者が「白いのも無しにした気がする」と言われたため、再度疑義照会したところ、ミカルデイス錠40mgも薬剤削除になった。</p>			<p>確認を怠った コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名セバミット-Rカプセル20 販売名ミカルデイス錠40mg</p>	<p>患者の症状等から</p>
358	<p>スタンゾームOD錠30、3錠、毎食後の処方箋を受け取った。1錠/分1の間違ひではないかと思い、処方医に疑義照会を行ったところ、入力ミスで他薬を処方したことが判明した。</p>	<p>スタンゾームOD錠30の分量が3錠であったため、誤りに気付いた。</p>		<p>知識が不足していた コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名スタンゾームOD錠30 販売名スタンゾームOD錠30 販売名スタンゾームOD錠30 □ □ 変更になった医薬品 販売名アスピリン「ホエイ」 販売名ネオレスタミンコーワ散1% 販売名フスタゾール糖衣錠10mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
359	腰痛で来局の患者に「インテバン外用液1%(50 mL)2本、腰」が処方されていた。投薬時にインテバン外用液1%を患者に見せると、「先端の曲がっていない形のは一人で腰にぬれない。」とのこと。薬局の在庫に先端の曲がっている形状の同効の外用液がなく、患者も急いでいた。剤形の変更も考えたが、患者のこだわりもあり、先端の曲がっている形状のものに、薬局で在庫している一般用医薬品の外用消炎鎮痛剤である「アンメルツヨコヨコ」があったため、患者に提案した。患者も快諾したため、医師に疑義照会し、これまでの経緯を説明したところ、薬剤削除となった。	外用消炎鎮痛剤の形状、使いやすさが要因である。	患者のコンプライアンス向上のため、外用薬の形状にも気を配る。患者の希望に応え、一般用医薬品の代用についても提案する。	患者側	処方された医薬品 販売名インテバン外用液 1%	患者の症状等から
360	胃炎でH2ブロッカー等を処方されている患者にゼスラン錠3mgが処方された。蕁麻疹の発症は見られなかったため、処方医に疑義照会をした。医師のカルテではセステンカプセル30mgの処方であったが、レセコンで薬剤を選択する際、ゼスラン錠3mgを選択したことが判明した。セステンカプセル30mgで投薬した。	同様の選択間違いが複数回あった。	処方せん発行時の再確認をお願いした。	確認を怠った 技術・手技が未熟 だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ゼスラン錠3mg □ 変更になった医薬品 販売名セステンカプセル 30mg	患者の症状等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
361	処方箋の入力の際、当該患者だけにまれに処方されるアルロイヤー点鼻液50μgを汎用薬であるアズノールうがい液4%と間違えて入力されていたため、疑義照会を行った。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名アルロイヤー点鼻液50μg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アズノールうがい液4%	薬歴等から
362	クラビット錠500mgが処方された。疑義照会を行ったところ、クラビット錠に変更となった。	剤形追加のために使用量を混乱し、医療機関の職員が薬の規格を間違えて入力した。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラビット錠	その他
363	1歳児へニボラジン小児用細粒0.6%0.63g/日と指示があった。分量が多いこと、および通常、小数点以下1桁で分量を記載することが多いため、確認したところ、0.3gへ変更となった。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ニボラジン小児用細粒0.6%	年齢・体重換算の結果から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
364	当該患者にムコダイン錠250mgが処方されていた。疑義照会を行ったところ、常用量であるムコダイン錠500mgに変更となった。	通常、処方される分量よりも少なかったため、医療機関の職員の入力間違いが推測出来た。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠250mg □ □ 変更になった医薬品 販売名ムコダイン錠500mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
365	投薬の時に前回との処方量の違いが大きいことに気がつき、疑義照会を行った。医師に確認したところ、実際に処方する投与量の10倍量を記載していたことが発覚した。調剤し直し、患者に交付した。		調剤の際は、年齢および前回処方との相違点、処方量の違いを確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リスペリドン細粒1%「マイラン」	薬歴等から
366	患者が多く、来院することが困難なため、ドレニゾンテープ4 $\mu$ g/cm <sup>2</sup> を2枚に増量したいとの申し出があった。疑義照会をしたところ、増量となった。	患者とのコミュニケーション不足だった。	コミュニケーションの改善を行う。	連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名ドレニゾンテープ4 $\mu$ g/cm <sup>2</sup>	患者の申し出から
367	体重50kgの患者にセフゾンカプセル50mgが1日量150mg/分3×1で処方された。分量が少ないと判断したため疑義照会をしたところ、セフゾンカプセル100mg3カプセル(1日量300mg)/分3×1に変更となった。	医師が繁忙だったため、処方入力の際に間違えたと考えられる。	オーダリングシステムの改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム仕組み	処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル50mg	年齢・体重換算の結果から
368	サワシリン細粒10%の用法が1日3回食前で処方されていた。疑義照会をしたところ、1日3回食後に変更となった。	医師が繁忙だったため、確認不足だった。	確認を徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム仕組み	処方された医薬品 販売名サワシリン細粒10%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
369	眼やに、流涙のある患者が来局した。医師は点眼液を処方するとのことだったが、処方されていなかった。疑義照会をしたところ、薬剤追加となった。	医師が繁忙だったため。	処方内容の確認を徹底する。	連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名オゼックス点眼液 0.3% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名オゼックス点眼液 0.3%	患者の申し出から
370	処方箋に類似名称の薬が間違えて記載されていた。患者の状態から記載ミスと判断したため疑義照会したところ、訂正となった。	医療機関の事務職員が処方箋の記載を間違えた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg <input type="checkbox"/>  変更になった医薬品 販売名マインベース錠50小児用	患者の症状等から
371	トランサミン散50%、ラックビー微粒Nが処方箋に重複して記載されていたため疑義照会を行ったところ、薬剤削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名トランサミン散50%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
372	ピーエイ配合錠は常用量6錠のところ、3錠となっていたため疑義照会を行った。その結果、分量変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
373	成人にメリアクトMS小児用細粒10%が処方された。疑義照会をしたところ、医療機関が入力間違いをしていたことが分かった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
374	マインベース錠200の小児量が成人患者に処方されていた。疑義照会をしたところ、医療機関の入力ミスであることが判明した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マインベース錠200	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
375	成人の患者にメリアクトMS小児用細粒10%が誤って処方されていた。疑義照会后、メリアクトMS錠100mgへ薬剤変更となった。	当日は同様の間違いが2回発生していた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10% <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
376	小児患者に成人用の薬が間違っで記載されていた。疑義照会后、薬剤変更となった。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名幼児用PL配合顆粒	年齢・体重換算の結果から
377	処方箋にリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%のところ、誤ってリンデロン-VG軟膏0.12%が入力されていた。疑義照会をしたところ、薬剤変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名リンデロン点眼・ 点耳・点鼻液0.1% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12%	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
378	ランソプラゾールOD錠15mg「DK」1回28錠、28日分と記載があった。1回1錠が正しいと考え、疑義照会を行ったところ、分量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ランソプラゾール OD錠15mg「DK」	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
379	消化器科からセフゾンカプセル100mg、皮膚科からユナシン錠375mgが処方された。疑義照会を行ったところ、ユナシン錠375mgが処方削除となった。		病院でのカルテ確認を実施する。	仕組み	処方された医薬品 販売名ユナシン錠375mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
380	ホクナリンテープ1mgが処方されていたが、患者が2歳であったため、疑義照会をしたところ、ホクナリンテープ0.5mgに薬剤変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ0.5mg	年齢・体重換算の結果から
381	風邪症状で受診されていたが、風邪症状は治まり、耳の症状だけが残っていることを薬歴で確認した。処方箋にはツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)が処方されており、風邪症状が再発して咳が出始めたのかと思い尋ねたところ、「違います。耳の水が抜けなくなった。」とのことであった。医師に疑義照会をしたところ、ツムラ柴芩湯エキス顆粒(医療用)の間違いであることが発覚した。同様の事例が2件続いた。	医師の勘違いと思われる。	患者から症状をできる限り聞き取る。	確認を怠った その他医師の勘違い 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ツムラ柴芩湯エキス顆粒(医療用)	患者の症状等から
382	長期処方が不可であるシムビコートタービューヘイラー60吸入が2キット処方されていた(1回2吸入1日2回)ので、医師に問い合わせた。1キットに訂正され、同時に他の内服薬も28日分から14日分に訂正となった。			その他病院側の処方ミス	処方された医薬品 販売名シムビコートタービューヘイラー60吸入	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
383	<p>小児科医師が「レフトーゼシロップ0.5%3mL/分3、毎食後」を処方した。以前の間診表で卵アレルギーを持っていることが分かっていたため、患者の家族に再度確認を行った。卵アレルギーがあるとのことであった。レフトーゼシロップ0.5%の成分である塩化リゾチームは卵を原料にしているため、アレルギーを起こすリスクが高いため処方医師に疑義照会した。その結果、レフトーゼシロップ0.5%は中止となり、「ペリアクチンシロップ0.04%1mL/分3、毎食後」に変更となった。</p>	<p>医師が患者のアレルギー歴を把握していなかった。</p>	<p>はじめに患者のアレルギー歴を患者データで把握した上で調剤する。必要時は医師に疑義照会を行う。</p>	<p>その他医師が患者のアレルギー歴を把握していなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名レフトーゼシロップ0.5% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ペリアクチンシロップ0.04%</p>	<p>薬歴等から</p>
384	<p>当該患者の兄弟がサワシリンを服用した際、副作用が発生したことがあるため、本人もペニシリン系は避けるように言われていたが、疑義照会をせずにワイドシリン細粒200を調剤した。投薬中に気がつき、疑義照会をしたところ、ワイドシリン細粒200からオゼックス細粒小児用15%へ変更になった。</p>			<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ワイドシリン細粒200 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名オゼックス細粒小児用15%</p>	<p>薬歴等から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
385	定期処方としてパファリン配合錠A81を服用している患者にパファリン配合錠A330が処方された。疑義照会后、薬剤変更となった。	病院事務員の入力間違いであった。	パファリン配合錠には2種類の規格があることを連絡した。	その他病院事務員の入力間違い	処方された医薬品 販売名パファリン配合錠A330 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名パファリン配合錠A81	薬歴等から
386	点耳部位が「左耳」のところ「右耳」で処方されていたため、疑義照会を行った。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載	患者の症状等から
387	投与日数に30日以内の制限があるハルシオン0.25mg錠の処方にあたり、35日分で処方されていたため、疑義照会を行った。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ハルシオン0.25mg錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
388	処方日数が14日分のところ、147日分で入力されていたため、疑義照会を行った。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
389	フルオロメトロン0.1%点眼液Tが不要であったが処方されていたため、疑義照会を行ったところ、薬剤削除になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フルオロメトロン0.1%点眼液T	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
390	骨粗鬆症で病院にかかっている患者が処方箋を持って来局した。「ベネット錠17.5mg1錠/分1起床時、4日分、毎週日曜日」と記載があり、患者と話を進めていくうちに次回の診察日が8週間後ということが分かった。ベネット錠17.5mgが明らかに4週間分足りないため、処方箋を発行した医師に疑義照会を行った。「ベネット錠17.5mg1錠/分1起床時、8日分、毎週日曜日」と変更になった。	医師の処方箋記載ミスであった。	患者の次回診察日がいつであるかも確認し、服薬指導をしていきたい。	その他医師の処方箋記載ミス	処方された医薬品 販売名ベネット錠17.5mg	その他
391	耳鼻科に耳が詰まった感じがあるということで受診した患者が処方箋を持って来局した。「アレジオテック錠20mg1錠/分1寝る前、7日分」が処方された。同病院の外科医師から「セチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」1錠/分1寝る前」を処方され、定期的に服用していた。薬効が重複していたため、耳鼻科医師に疑義照会を行ったところ、「アレジオテック錠20mg1錠/分1寝る前、7日分」が削除になった。	医師がカルテに記載されていた併用薬を確認していなかった。	患者の服用している薬を把握し、重複がないか、相互作用はどうかを慎重に確認し、医師に適切に疑義照会をしたい。	その他医師のカルテ確認漏れ	処方された医薬品 販売名アレジオテック錠20	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
392	エルピナンDS小児用1%が分2朝夕食後で処方されていた。通常は分1のため、医師に疑義照会をしたところ、分1寝る前服用に変更になった。			その他病院側の入力ミス	処方された医薬品 販売名エルピナンDS小児用1%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
393	6歳の男児にアレロック錠2.5が処方されたが、当該薬の小児への適応は7歳以上であった。医師と相談の結果、ジルテックドライシロップ1.25%に変更となった。			その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名アレロック錠2.5  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	年齢・体重換算の結果から
394	小児科医師より「オゼックス細粒小児用15%1g/分2朝夕食後、ビオフェルミンR散1.2g/分2朝夕食後」が処方された。ビオフェルミンR散は抗生物質、化学療法剤投与時の腸内菌叢の異常による諸症状の改善でペニシリン系、セファロスポリン系、アミノグリコシド系、マクロライド系、テトラサイクリン系、ナリジクス酸に使われるが、オゼックス細粒小児用15%はニューキノロン系経口抗菌剤なので適応外であったため、処方箋を発行した医師に疑義照会を行った。「ビオフェルミンR散1.2g/分2朝夕食後」が「ビオフェルミン配合散1.2g/分2朝夕食後」に変更になった。	医師がビオフェルミンR散の適応を把握していなかった。	処方箋鑑査を徹底する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ビオフェルミンR散 <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミン配合散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
395	耳鼻科にかかっている患者に「ムコダインDS50%2g/分2朝夕食後」が処方された。前回の3週間前は「ムコダインDS33.3%2g/分2朝夕食後」であった。前回から患者の体重は変わらず、24~25kgであった。ムコダインDS50%の添付文書における用法用量は「通常、幼・小児にカルボステインとして体重(kg)当たり1回10mgを用時懸濁し、1日3回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。」であった。ムコダインDS33.3%の投与量をムコダインDS50%の投与量として医師が処方箋を書いた疑いがあり、過量投与の可能性もあるため、疑義照会を行った。医師から「ムコダインDS50%1.6g/分2朝夕食後」に変更す旨の回答があり、減量になった。	医師がムコダインDSを処方する際、ムコダインDS33.3%をムコダインDS50%に変更することが不慣れであったため。	小児の場合は患者から体重を聞き取り、体重と処方量を確認することを処方箋鑑査と合わせて徹底する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50%	薬歴等から
396	当該患者は定期的にディオバン錠40mgを服用していた。今回、医師からの説明なしにディオバン錠80mgへ変更されていた。患者本人の血圧も安定していたため、疑義照会を行った。			その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名ディオバン錠80mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ディオバン錠40mg g	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
397	<p>モーラステープ20mgが処方されていた。前回処方方はモーラスパップ30mgであったため、変更意図を患者に質問したところ「前と同じ貼り薬を頼んだ。自分は肌が弱いので、モーラステープ20mgはかぶれるのか。」と回答があった。疑義照会をしたところ、前回の通り、モーラスパップ30mgに変更になった。</p>	<p>久しぶりの来局であった。前々月、前月までの2回はモーラスパップ30mgが処方されていたため、処方医に今回のモーラステープ20mgへの処方変更の意図を疑義照会したところ、カルテでは前月からモーラステープ20mgが処方されていたと回答があったが、変更の意図は不明であった。薬局ではモーラスパップ30mgを調剤していた。肌の弱い患者であることを処方医へ伝えた。</p>		<p>その他患者本人が処方医に情報を伝えていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg □  変更になった医薬品 販売名モーラスパップ30mg</p>	<p>薬歴等から</p>
398	<p>ブラバスタチンNa塩錠10mg「KH」服用中の患者にリピディルカプセル100が追加された。両者は原則併用禁忌のため、医師に疑義照会したところ、リピディルカプセル100がイコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「日医工」に変更になった。</p>			<p>その他医師の処方ミス</p>	<p>処方された医薬品 販売名リピディルカプセル100 □  変更になった医薬品 販売名イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「日医工」</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
399	痺れのために整形外科を受診した患者が「メチコパール錠500μg3錠/分3毎食後、84日分」の処方箋を持って来局した。当該患者は別の医療機関の循環器科にかかっており「メチコパール錠500μg3錠/分3毎食後」を常時服用していた。患者は整形外科の医師に循環器科で服用している併用薬を伝えていなかったとのことであった。メチコパール錠500μgを常時服用していても、痺れが出現していたため、処方変更も含めて疑義照会を行った。医師より、メチコパール錠500μgは削除、処方なしと回答を得た。	患者が医師に併用薬を伝えてなかった。医師が患者に併用薬の有無を確認しなかった。	薬局でも併用薬の有無の確認を患者インタビュー時に徹底する。医療機関に受診する時も、必ず併用薬の有無を伝えるように患者に指導する。	患者側 その他医師が併用薬の有無の確認を怠った。	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg	薬歴等から
400	メプチンシロップ5μg/mLとホクナリンドライシロップ0.1%小児用と一緒に処方されていた。どちらもβ2刺激薬のため作用が重複していた。医師に疑義照会をしたところ、ホクナリンドライシロップ0.1%が削除になった。			その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名ホクナリンドライシロップ0.1%小児用	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
401	今回、リンデロン-VG軟膏0.12%が追加されたが、投薬時に患者代理の方と話したところ、「3本欲しいとお願いした。」とのことだったが、処方箋は3gであった。病院に疑義照会をしたところ、「3本(5g×3)」の間違いだった。			その他病院側の入力ミス	処方された医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12%	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
402	<p>前回は21日分処方患者であったが、今回は14日分処方に戻っていた。処方日数に変更されたにもかかわらず、外用薬の処方量(リンデロン点眼・点耳・点鼻液:0.1%, 2本/14日分、ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用:1本/14日分)を14日分ではなく、リンデロン点眼・点耳・点鼻液3本、ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用2本と前回と同じ本数で処方されていた。患者に確認すると特に医師からの指示変更や受診日の変更などはない様子だったため、疑義照会をした。回答はリンデロン点眼・点耳・点鼻液は3本から2本、ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用は2本から1本に変更になった。</p>	<p>病院側のシステムの問題、外用薬の本数の変更を見落として、そのまま処方した可能性がある。</p>		<p>コンピュータシステム 医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1% 販売名ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用</p>	<p>薬歴等から</p>
403	<p>帰省中の患者が服用中のパリエット錠の在庫がなくなったため、近隣の開業医に受診して薬を処方してもらった。受診時に患者は「パリエット錠」としか話しておらず、医師も規格の確認をしていなかった。処方パリエット錠20mgだったが、患者が希望していたのはパリエット錠10mgだった。疑義照会の結果、薬剤変更になった。</p>			<p>その他処方ミス</p>	<p>処方された医薬品 販売名パリエット錠20mg □ □ 変更になった医薬品 販売名パリエット錠10mg g</p>	<p>患者の申し出から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
404	リファンピシカプセル150mg「サンド」3カプセル/分3毎食後服用、35日分で処方された。服薬指導中、患者から「以前は1日1回だけ服用していた」と指摘された。用法を添付文書で確認したところ、処方に疑義を感じたため、疑義照会を行った。	処方医師に照会したら、うっかりミスであったことが判明し、「1日1回朝食前服用」で投薬した。薬局に備蓄されていない薬だったので、薬の調達に追われ、用法の確認を怠った。また薬剤師の知識不足があり、処方医師のうっかりミスに気づかず、服薬指導時に患者の指摘で確認が出来た。	用法について良く理解していない薬を調剤する際は、添付文書で用法用量を確認してから投薬することを徹底する。	確認を怠った知識が不足していた通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名リファンピシカプセル150mg「サンド」	患者の申し出から
405	メチスタ錠250mgの処方が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。			その他患者が受診時に併用薬について話していなかった	処方された医薬品 販売名メチスタ錠250mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
406	皮膚科医師からの処方箋に「プロテカジン錠1錠/分1夕食後、14日分」と記載されていた。プロテカジン錠にはプロテカジン錠5とプロテカジン錠10があり、当該処方箋にはプロテカジン錠の規格の記載が抜けていたため、調剤が出来なかった。そのため、処方箋発行医師に疑義照会した。「プロテカジン錠10、1錠/分1夕食後14日分」との回答があり、調剤を行った。	医師が処方箋に薬剤の規格を記載することを忘れたため。	処方箋鑑査を徹底する。	その他医師による処方箋への記載忘れ	処方された医薬品 販売名プロテカジン錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名プロテカジン錠10	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
407	当該患者にノルバスク錠2.5mgのところ、誤ってノルバスク錠5mgが処方されていた。患者も薬が前回のノルバスク錠2.5mgから今回はノルバスク錠5mgに変わると聞いていなかったため、疑義照会を行ったところ、ノルバスク錠2.5mgの誤りであることが分かった。	病院側の確認不足であった。	確認を徹底する。	記録などに不備があった その他確認不足 医薬品 その他確認の徹底	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠5mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ノルバスク錠2.5mg	薬歴等から
408	当該患者において、今回初めてスピリーバ吸入用カプセル18μgが処方された。1日2回吸入と記載があったため、疑義照会を行ったところ、1日1回1カプセル吸入に変更となった。			その他規定どおり対応した 医薬品 その他規定どおり対応した	処方された医薬品 販売名スピリーバ吸入用カプセル18μg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
409	アベロックス錠400mg14日分で処方されていた。投与期間が10日以内と制限がある薬であるため疑義照会を行ったところ、処方日数が10日分に変更となった。			その他規定どおり対応 医薬品 その他規定どおり対応	処方された医薬品 販売名アベロックス錠400mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
410	ムコソルバンLカプセル45mg3カプセル/分3の処方であった。疑義照会をしたところ、ムコソルバン錠15mg3錠/分3に変更となった。			その他規定どおり対応 医薬品 その他規定どおり対応	処方された医薬品 販売名ムコソルバンLカプセル45mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
411	ロキソニン錠60mg、ムコスタ、セブゾンが食前になっていることを入力確認時に気づき、疑義照会を行ったところ、食後に変更となった。	調剤時に用法まで見ていなかった。	調剤前に一通り用法を確認する習慣をつける。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
412	PL配合顆粒1日3gとカロナール錠200、1日6錠が同時に処方されていた。アセトアミノフェンの1日量が1500mgを超えるために疑義照会を行ったところ、カロナール錠200が1日3錠に変更となった。	PL配合顆粒に含まれるアセトアミノフェンの量を把握していなかった。1日量の上限が1500mgであることを医師は知らなかった。	処方されたアセトアミノフェンの総量を確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
413	処方医は分量を誤り、ムコダインDS33.3%の分量で処方しなくてはいけないところ、ムコダインDS50%で処方してしまった。薬剤師が誤りに気づいて疑義照会を行い、薬剤変更となったことで未然に防いだ。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ムコダインDS33.3%	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
414	<p>皮膚科に受診している患者が「ボンアルファ軟膏2μg/g、300g、1日2回、四肢・体、オキサロール軟膏25μg/g、30g、1日2回、ひどいところ」の処方箋をもって来局した。いつもと同じ処方であったが、患者へのインタビュー中に患者から、「ボンアルファ軟膏2μg/gが効かなくなってきたため、使っていない分がいっぱい家にあるから、ボンアルファ軟膏2μg/gはいらないし、使わないです。オキサロール軟膏25μg/gは効果があるから、もっとほしい。」との申し出があった。医師の治療の領域に関することであったため、医師に疑義照会した。「ボンアルファ軟膏2μg/g、300g、1日2回、四肢・体」は処方削除となり、オキサロール軟膏25μg/gは「オキサロール軟膏25μg/g、60g、1日2回、ひどいところ」に変更となり、調剤した。オキサロール軟膏25μg/gの「用法・用量に関する使用上の注意」に「1日の使用量はマキサカルシトールとして250μg(マキサカルシトール外用製剤として10g)までとする。」とあるため、患者に使いすぎないように指導し投薬した。</p>	<p>患者のコンプライアンスが不良であった。</p>	<p>患者にインタビューを重ね、患者のコンプライアンスを確認し、コンプライアンスの悪い患者であればその理由までを把握し、医師にフィードバックする。</p>	<p>患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名ボンアルファ軟膏 2μg/g 販売名オキサロール軟膏 25μg/g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ボンアルファ軟膏 2μg/g 販売名オキサロール軟膏 25μg/g</p>	<p>患者の申し出から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
415	<p>消化器外科医から「ロキソニン錠60mg1回1錠、サイトテック錠1回1錠、疼痛時、5回分」の処方箋を応需した。サイトテック錠にはサイトテック錠100とサイトテック錠200があり、規格の記載がなかったため、調剤することが出来なかった。そのため、医師に疑義照会したところ、サイトテック錠100と回答があった。「ロキソニン錠60mg1回1錠、サイトテック錠100、1回1錠、疼痛時、5回分」で調剤した。</p>	<p>医師が処方薬の規格を記載することを忘れたため。</p>	<p>医師に疑義照会を行うことで、複数の規格がある医薬品について情報発信する。</p>	<p>その他医師が処方薬の規格を記載し忘れた</p>	<p>処方された医薬品 販売名サイトテック錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名サイトテック錠100</p>	<p>処方箋の書き方等から(誤記を含む)</p>
416	<p>耳鼻科から「アデホスコーワ顆粒10%/分3毎食後、22日分」の処方箋を応需した。1日量の記載がなかったため、調剤することが出来なかった。そのため、処方医に疑義照会を行ったところ、「アデホスコーワ顆粒10%3g/分3毎食後、22日分」と回答があり、調剤した。</p>	<p>医師が処方箋に記載することを忘れた。</p>	<p>処方鑑査を徹底し、処方箋の記載忘れがなくなるように医師に疑義照会する。</p>	<p>その他医師による処方薬の1日量の処方箋記載忘れ</p>	<p>処方された医薬品 販売名アデホスコーワ顆粒10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アデホスコーワ顆粒10%</p>	<p>処方箋の書き方等から(誤記を含む)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
417	耳鼻科から「オゼックス細粒小児用15%1.0g/分2朝夕食後、 BioフェルミンR散1.0g/分2朝夕食後」の処方箋を応需した。BioフェルミンR散はニューキノロン系抗菌剤に対して、適応がないため疑義照会を行ったところ、Bioフェルミン配合散に変更となった。「オゼックス細粒小児用15%1.0g/分2朝夕食後、Bioフェルミン配合散1.0g/分2朝夕食後」で調剤した。	医師が医薬品の適応を把握していなかった。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名 BioフェルミンR散 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名 Bioフェルミン配合散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
418	60歳代の女性患者にアレグラ錠30mg1日2回食後で処方されていた。効果が不十分の可能性があったため、疑義照会を行ったところ、アレグラ錠60mg1日2回食後に変更となった。	医師が繁忙であったため。	処方内容を確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名アレグラ錠30mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠60mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
419	同一処方箋内の他の薬が14日分であるにもかかわらず、プレドニン錠5mgが14日分で処方されていたため疑義照会を行ったところ、処方日数が7日分に変更となった。	医師が繁忙であったため。	処方確認を徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg	その他
420	3歳で13kgの小児患者にセフゾン細粒小児用10%が1日量18gで処方されていた。疑義照会を行ったところ、1日量が1.8gに変更となった。	医師が繁忙であった。システムに問題があった。	処方入力端末に処方量などの鑑査システムを導入することで、同様の事例を防ぐ。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%	年齢・体重換算の結果から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
421	17kgの小児患者にセフゾン細粒小児用10%が1日量25gで処方されていたため、疑義照会を行ったところ、1日量が2.5gに変更となった。	医師が繁忙であったため。システムに問題があった。	処方入力端末に処方量などの鑑査システムを導入することで、同様な事例を防ぐ。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%	年齢・体重換算の結果から
422	同一処方箋内にヒルドイドローションが重複して処方されていたため、疑義照会を行ったところ、一方のヒルドイドローションが処方削除となった。	医師が繁忙であったため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ヒルドイドローション	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
423	ムコダインDS33.3%は経過措置の医薬品であるため当薬局で在庫がないことを門前の医療機関に伝達していたが、ムコダインDS33.3%が処方されていたため、疑義照会を行ったところ、ムコダインDS50%に変更となった。	医療機関におけるシステムの医薬品マスターに不備があった。	医療機関におけるシステムの医薬品マスターを整備する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ムコダインDS33.3%  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ムコダインDS50%	その他
424	患者は伝染性膿痂疹で皮膚科からセフゾン細粒小児用10%が処方されていた。その後、セフゾン細粒小児用10%服用中に風邪症状で小児科に受診した際、処方医は服用している抗生剤を知らずにフロモックスを処方した。お薬手帳で併用薬を確認した際に皮膚科で服用している薬を確認したため、処方医に疑義照会をしたところ、皮膚科で服用していたセフゾン細粒小児用10%が服用中止となった。	医師が繁忙であったため。	患者にお薬手帳の使い方を指導する。	連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名フロモックス <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フロモックス	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
425	鼻血で受診した患者にポララミン散0.1%とポララミンシロップ0.04%が重複して処方されていた。疑義照会を行ったところ、ポララミンシロップ0.04%が処方削除となった。	医師が繁忙であったため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ポララミンシロップ 0.04%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
426	処方箋の内容が不鮮明であったため、用法を医師に確認したところ、頓服の指示であるとの回答があった。	医師が繁忙であったため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名アレロック錠5 □ □ 変更になった医薬品 販売名アレロック錠5	その他
427	ムコスタ錠100mg2錠/分1で処方されていたが、調剤、鑑査時に誤りに気づけなかった。投薬者が気づき疑義照会を行ったところ、分量変更となった。	他のスタッフにシステムのことを教えながら調剤していたため、注意散漫となっていた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
428	小児用ムコソルバンDS1.5%が5gで処方されていたため、疑義照会を行ったところ、1.2gの間違いであると回答を得た。	医療機関側の記載ミスであった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名小児用ムコソルバンDS1.5%	年齢・体重換算の結果から
429	アスピリン散10%が80mgで処方されていた。分量が多いために疑義照会を行ったところ、アスピリン散10%15mgの間違いであったと回答を得た。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アスピリン散10%	その他
430	メサデルム軟膏0.1%10gのところ、1gで処方されていた。疑義照会を行ったところ、用量変更となった。	医療機関のスタッフが入力間違えた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名メサデルム軟膏 0.1%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
431	メジコン錠15mg、ムコソルバン錠が3錠/分3のところ、分2で処方されていた。疑義照会を行ったところ、用法変更となった。	医療機関側の入力ミスであった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名メジコン錠15mg 販売名ムコソルバン錠	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
432	頭痛で病院を受診した患者が処方箋を持って来局した。前回処方のイミグラン錠50で嘔吐があったため、今回、処方薬が変更となった。処方箋には「ポルタレン錠25mg3錠/分3毎食後、ガスマチン錠3錠/分3毎食後」と記載されていた。ガスマチン錠の規格が記載されておらず、ガスマチン錠にはガスマチン錠2.5mgとガスマチン錠5mgがあるため調剤することが出来なかった。処方箋を発行した医師に疑義照会したところ、「ポルタレン錠25mg3錠/分3毎食後、ガスマチン錠5mg3錠/分3毎食後」と回答を得て調剤した。	ガスマチン錠には「ガスマチン錠2.5mg」と「ガスマチン錠5mg」の規格があるが、医師は規格を記載することを忘れた。	医師が医薬品の規格までを処方箋にしっかりと記載することを忘れないように、疑義照会を通して情報発信する。	その他医師による処方薬の規格の記載漏れ	処方された医薬品 販売名ガスマチン錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ガスマチン錠5mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
433	<p>高血圧で病院に受診した患者が処方箋を持って来局した。前回は「ノルバスク錠2.5mg1錠/分1朝食後」であった。今回の処方箋には「ノルバスク錠5mg1錠/分1夕食後」と記載されていた。患者は「血圧のコントロールが出来ていないため、ノルバスク錠が2.5mgから5mgに増量になることは聞いていたが、用法が朝食後から夕食後に変更されることは医師から説明はなかった」と言っていた。服用時間により、どの時間に血圧を下げたいかが異なるために疑義照会をする必要があると考え、医師に疑義照会した。医師からは処方箋に記載した用法は誤りであり、ノルバスク錠5mg1錠/分1朝食後に用法を変更するとの回答があったため、用法変更して調剤した。</p>	<p>医師が処方薬の用法の記載を間違えた。</p>	<p>処方鑑査を徹底し、些細な変更にも間違いが存在しないか注意する。</p>	<p>その他医師による用法の処方箋記載ミス</p>	<p>処方された医薬品 販売名ノルバスク錠5mg</p>	<p>患者の症状等から</p>
434	<p>いつもの薬を取りに来た患者が処方箋を持って来局した。患者インタビュー時に、いつも出ている湿布がないことについて患者から申し出があり、「足に痛みがあって、処方されていないと困る」とのことであったため、処方箋を発行した医師に疑義照会を行った。医師から「ミルタックスパップ30mg60枚、1日2回、足」を出してくださいとの回答を得たため、ミルタックスパップ30mgを追加して調剤した。</p>	<p>医師が処方薬を処方箋に記載することを忘れた。</p>	<p>患者インタビューと処方鑑査を徹底する。</p>	<p>その他医師による処方薬の処方箋記載漏れ</p>	<p>処方された医薬品 販売名ミルタックスパップ 30mg □ □ 変更になった医薬品 販売名ミルタックスパップ 30mg</p>	<p>患者の申し出から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
435	<p>シェーグレン症候群の患者が処方箋を持って来局した。「いつもの薬です。」と言って、患者は処方箋を出した。処方箋に「ヒアレインミニ点眼液0.1%50本、両眼、1日2回」と記載されていた。通常とは異なる規格(%)のヒアレインミニ点眼液であり、通常はヒアレインミニ点眼液0.3%であったため、患者に確認したところ、「医師からは何も聞いていない。」と返答があった。処方箋を発行した医師に疑義照会を行ったところ、「ヒアレインミニ点眼液0.3%50本、両眼、1日2回でいつも通り出してください。」と回答を得た。ヒアレインミニ点眼液0.3%に変更して調剤した。</p>	<p>病院のコンピュータでは「ヒアレインミニ点眼液」はヒアレインミニ点眼液0.1%しか表示されていなかったため、そのまま発行してしまった。処方箋を発行する際に処方内容の確認が不十分であった。</p>	<p>患者インタビューと処方鑑査を徹底する。</p>	<p>コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名ヒアレインミニ点眼液0.1% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ヒアレインミニ点眼液0.3%</p>	<p>薬歴等から</p>
436	<p>生後2ヶ月の乳児にオゼックス細粒小児用15%が0.8g/日、分2朝夕食後で処方されていた。患者の体重が8kgであったため0.6g/日ではないかと思い、医師に疑義照会を行ったところ、分量変更となった。</p>	<p>医師からは「2ヶ月前に測定した時には体重が13kgであるとカルテに記入してあった。」と返答があった。患者の母親にも再度体重を確認したが、「2ヶ月前に13kgはなかった。」と返答があった。病院で2ヶ月前に確認した体重は当該患者の体重ではなく、記入ミスの可能性があった。</p>	<p>常に体重と薬の処方量で疑義がある場合は必ず確認する。</p>	<p>その他患者の体重確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名オゼックス細粒小児用15%</p>	<p>年齢・体重換算の結果から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
437	整形外科に受診した患者が「インテナーズパップ70mg100枚、右肩」と書かれた処方箋を持って来局した。患者へのインタビュー中に「インテナーズパップ70mgは嫌なので、以前使っていたモーラステープ20mgが良い。」と申し出があった。患者は前回受診時、内科に受診しており、内科医師にもモーラステープ20mgを希望したが、内科医師より「副作用が多いからだめた。」と言われて、インテナーズパップ70mgを処方されていた。そこで、その経緯も含めて整形外科の医師に疑義照会を行ったところ、「モーラステープ20mg140枚、右肩」に処方変更になった。おそらく内科医師の言った副作用とは光線過敏症のことだと考えられたため、患者にはそのことをしっかりと説明して薬を渡した。	診察の時に患者の要望を医師が聞いていなかった。患者も伝えていなかった。	患者の要望を聞き、コンプライアンスの向上に努める。	患者側	処方された医薬品 販売名インテナーズパップ70mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名モーラステープ20mg	患者の申し出から
438	整形外科に受診した患者が処方箋を持って来局した。患者に薬の説明を行っていたところ、患者の申し出により、湿布が処方薬にないことが判明した。患者は「先生が足に貼る湿布を出しておく。」と言っていたため、医師に確認のため疑義照会を行った。医師から「モーラステープL40mg70枚、足」を出しておいて下さいと回答があり調剤した。	医師が処方薬を処方箋に記載することを忘れた。	処方箋鑑査時、患者へのインタビュー時に必要な処方薬に漏れがないかをチェックする。	その他医師による処方薬記載漏れ	処方された医薬品 販売名モーラステープL40mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名モーラステープL40mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
439	頓服の用法に「血圧180以上のときに服用」と記載されていたが、処方されている薬がアタラックス-Pカプセル25mgであった。患者に確認したところ、アタラックス-Pカプセル25mgは見たことがなく、アダラートカプセル5mgは服用したことがあるとの回答があったため、疑義照会したところ、アダラートカプセル5mgに薬剤変更となった。	コンピュータに入力する際、当該薬の頭文字の3文字である「アダラ」を「アタラ」と間違えて入力した可能性がある。頓服の用法がしっかりと記載されていたため、気づき易かった。	頓服の用法をしっかりとチェックし、患者の話をよく聞くことが対策となり得る。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アタラックス-Pカプセル25mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アダラートカプセル5mg	患者の症状等から
440	患者は膝痛で受診し、「モーラステープ20mg35枚、膝」の処方箋が発行された。患者が医師に「モーラステープ20mgが合わない」ことを伝えていなかった。他の湿布を希望したため、疑義照会を行ったところ、「インテナースパップ70mg25枚、膝」に変更となった。	患者が医師に要望を伝えていなかった。	患者が医師に言いづらいことも親身になって聞き取り、薬剤師が患者の代わりに医師に疑義照会という形で患者の要望を伝える。	患者側	処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名インテナースパップ70mg	患者の申し出から
441	耳鼻科の医師から「アリメジンシロップ0.05%3mL/分2朝夕食後、7日分」が処方された。患者は通常、別の医療機関の皮膚科から処方されている「ザジテンドライシロップ0.1%0.6g/分2朝夕食後」を服用していた。薬効が重複していたため、処方箋を発行した医師に疑義照会を行ったところ、アリメジンシロップ0.05%は薬剤削除となった。	医師が併用薬を把握していなかった。患者が医師に併用薬を伝えていなかった。	患者から併用薬の聞き取りを行い、医師にフィードバックする。患者にも受診時、必ず医師に併用薬を伝えるよう指導する。	患者側 その他医師が併用薬を把握していなかった。	処方された医薬品 販売名アリメジンシロップ0.05%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
442	患者はわき腹の痛みのためにインテナースパップ70mgを希望していたが、処方されていないかった。患者の代理人が当薬局に申し出たため、そのことが分かった。医療機関に疑義照会を行い、薬剤追加となった。	医師の指示が処方箋に反映されていないかった。	医療機関はカルテの管理を徹底する。	記録などに不備があった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名インテナースパップ70mg <input type="checkbox"/>  変更になった医薬品 販売名インテナースパップ70mg	患者の申し出から
443	耳鼻科医師からの処方箋に「オゼックス細粒小児用15%1.3g/分2朝夕食後、 BioフェルミンR散1.2g/分2朝夕食後」と記載されていた。オゼックス細粒小児用15%はニューキノロン系の抗生物質であり、BioフェルミンR散には適応がないため疑義照会を行ったところ、「オゼックス細粒小児用15%1.3g/分2朝夕食後、Bioフェルミン配合散1.2g/分2朝夕食後」に変更となった。	医師が医薬品の適応を把握していなかった。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名BioフェルミンR散 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名Bioフェルミン配合散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
444	<p>整形外科の医師から「セレコックス錠100mg2錠/分2朝夕食後、ノイロトピン錠4単位4錠/分2朝夕食後」の処方箋が発行された。患者はいつも異なる病院の整形外科にかかっており、その整形外科からは「リンゲリーズ錠60mg1錠/分1朝食後、アンタゴスチンカプセル50mg1カプセル/分1朝食後、リマルモン錠5μg3錠/分3毎食後」が処方されていた。患者に聞くと、本日かかった整形外科の医師には別の整形外科にかかっていることも、併用薬があることも全く伝えていなかった。セレコックス錠100mgとリンゲリーズ錠60mgは薬効が重複するために処方箋を発行した医師に疑義照会を行った。別の整形外科にかかっていること、併用薬があること、薬効が重複していることを伝えた。医師からは別の病院の整形外科から処方されている「リンゲリーズ錠60mg1錠/分1朝食後、アンタゴスチンカプセル50mg1カプセル/分1朝食後」は中止し、「リマルモン錠5μg3錠/分3毎食後」は本日処方した薬と併用して下さい、と回答を得た。</p>	<p>患者が医師に併用薬を伝えていなかった。医師が患者の併用薬を把握出来ていなかった。</p>	<p>患者に複数の病院に受診する場合は医師、薬剤師に併用薬を必ず伝えるように指導した。</p>	<p>患者側 その他医師が併用薬の把握をしていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名ノイロトピン錠4単位 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名ノイロトピン錠4単位</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
445	内科医師が処方した処方箋を持ってきた患者が患者インタビュー中に患者から、「いつもの処方薬の他に、医師に肩の痛みに湿布を出しておきますと言われたはずなのに、湿布が処方されていない」との申し出があったため、疑義照会を行った。「MS冷シップ「タイホウ」500g、肩」が薬剤追加になった。	医師が処方薬を記載し忘れたため。	患者の訴えをよく聞き取り、患者の要望に出来る限り応える。	その他医師による処方薬記載忘れ	処方された医薬品 販売名MS冷シップ「タイホウ」 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名MS冷シップ「タイホウ」	患者の申し出から
446	整形外科に骨粗鬆症で受診した患者に「ベネット錠17.5mg1錠/分1、1日分」で処方箋が発行された。用法の記載がなく調剤することが出来なかったため、疑義照会を行った。「ベネット錠17.5mg1錠/分1起床時、1日分」であり、書き忘れたと回答があった。	医師が処方箋に用法を記載するのを忘れた。	処方鑑査を徹底し、記載忘れを疑義照会の形で医師にフィードバックし、記載忘れがなくなるように努める。	その他医師の処方箋記載忘れ	処方された医薬品 販売名ベネット錠17.5mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ベネット錠17.5mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
447	<p>定期薬が56日分で処方された。認知症がある患者であったため、一酸化調剤をしていた。今回の処方せんにはワーファリン錠1mgとバイアスピリン錠100mgを別包とするように指示があった。別包とする理由や期間などの記載がなかった。患者に別包指示の理由を確認したところ、胃カメラを行うためであったが、服用を中止する期間の指示は受けていなかった。疑義照会をしたところ、「胃カメラのために休薬するつもりであったが、休薬することによるリスクが高いと判断し、継続服用したまま検査することになった」と回答があった。</p>	<p>処方せんの指示通りに別包として渡していた場合、認知症などもあるため、飲み忘れなどが多くなり、脳梗塞の発症などのリスクが高まったのではないかとと思われる。処方医は検査前にワーファリン錠1mg等を中止するつもりであったが、検査を実施する医師が継続服用したまま検査した方が良いと判断した。このことを処方医も了解していたが、処方せんを書き直すことをしていなかった。休止期間が7日間前後であるにも関わらず、56日分のすべてを別包にするよう指示すること自体が混乱の原因となった。</p>	<p>きちんと休薬期間がきちんと休薬期間がある場合には記載してもらおうように申し入れた。</p>	<p>その他処方せんの指示が間違っていた</p>	<p>処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg 販売名バイアスピリン錠100mg</p>	<p>患者の症状等から</p>
448	<p>薬歴から判断したところ、既に錠剤の服用が可能な患者にもかかわらず、散薬で処方されていた。投薬した薬剤師が詳細を尋ねたところ、受診したのは当該患者の弟であることが判明した。疑義照会を行ったところ、患者のカルテを間違えたとの回答があった。当該処方箋は削除となり、削除した処方箋に記載されていた薬剤が受診した患者(弟)の分量で処方された。</p>	<p>医療機関におけるカルテの確認は当然であるが、患者のカルテを間違えたとのことであった。</p>	<p>処方せん交付時は氏名の確認を行って欲しい旨を伝えた。投薬時は、顔なじみであっても兄弟がいる場合は特に姓と名を再確認する。</p>	<p>記録などに不備があった 技術・手技が未熟だった 施設・設備 教育・訓練 仕組み</p>	<p>処方された医薬品 販売名アスベリン散10% 販売名ムコダイン細粒50% 販売名ポララミンドライシロップ0.2% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アスベリン散10% 販売名ムコダイン細粒50% 販売名ポララミンドライシロップ0.2%</p>	<p>薬歴等から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
449	エストラーナテープ0.72mgとヒスロン錠5を併用する処方せんであった。ヒスロン錠5の用法の箇所「一日おきに」が記されていた。急ぐことを優先する雰囲気の中で鑑査を行う薬剤師が薬歴と照合し、疑義照会をするまで、誰も誤っていることに気付かなかつた。疑義照会を行い、用法変更となった。	私用で急いでいる患者に前回と同じ処方内容で処方せんが出ていた。医事課の担当者が慌てて処方箋の用法に手書きで補足コメントを記したことが主な要因であった。薬局におけるレセコン入力者や調剤補助員も「時間短縮を希望されている」ことに注力しすぎて処方箋鑑査への配慮を怠った。	急ぐことよりも正確に調剤することに注力する。社員の行動科学としてのセルフコントロールを学び、身に付ける。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ヒスロン錠5	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
450	セレニカR400mgが1錠/分2で処方されていたが、医師に確認せずに調剤した。その後、医師に疑義照会をしたところ、1錠/分1朝食後に変更となった。	錠数の確認に気を取られ、用法の確認を怠った。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セレニカR錠400mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
451	いつも服用している薬をもらうため、患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「レンドルミン錠0.25mg1錠/分1、30日分」とあった。用法が記載されていないため、処方箋を発行した医師に疑義照会をしたところ、「レンドルミン錠0.25mg1錠/分1寝る前30日分」と回答を得て調剤を行った。	医師が処方箋に用法を記載することを忘れた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師の処方箋記載漏れ	処方された医薬品 販売名レンドルミン錠0.25mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名レンドルミン錠0.25mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
452	当該患者は前回の来局時、大学病院からリピトール錠5mgが処方されていた。今回、別の医療機関へ転院した際、リピトール錠10mgに規格が変更された。前回の処方箋を確認したところ、リピトール錠5mgであったため、疑義照会を行った。その結果、処方間違いであることが発覚し、リピトール錠10mgからリピトール錠5mgへ変更となった。大学病院から転院後の医療機関には「リピトール錠10mg」と情報伝達がされていた。	病院間のやりとりについては、詳細は分からないが、おそらく伝達ミスと思われる。	どのような手段で情報伝達が行われたかは不明だが、口頭や手書きの書類による伝達の場合は間違いが起こる可能性があるため、電子カルテの処方欄のコピーが添付されれば、より望ましいと考える。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名リピトール錠10mg  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名リピトール錠5mg	薬歴等から
453	当該処方せんににおいて、ミコンビ配合錠APとバイカロン錠25mgが併せて処方されていた。鑑査時に利尿剤が重複していることに気づいたため疑義照会をしたところ、バイカロン錠25mgが処方		調剤にとりかかる前に処方せん鑑査を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名バイカロン錠25mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
454	当該患者は風邪で病院に受診した。「PL配合顆粒3g/分3毎食後4日分、ガイレス錠10mg3錠/分3毎食後4日分」と記載された処方箋を持って来局した。当該患者は他院で緑内障の治療を受けており、PL配合顆粒とガイレス錠10mgは共に緑内障患者に禁忌のため、疑義照会を行った。「PL配合顆粒3g/分3毎食後4日分、ガイレス錠10mg3錠/分3毎食後4日分」が「ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)9g/分3毎食後3日分」へ変更となった。	当該患者は医師に緑内障であることを伝えていなかった。医師が患者の病歴を把握していなかった。	患者の病歴を把握する。相互作用ばかりではなく、疾患に関する禁忌薬の鑑査にも力を入れる。	その他医師が患者の病歴を把握していなかった為	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 販売名ガイレス錠10mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
455	当該患者に服用歴がないソラナール錠100mgが処方されていた。患者の訴える症状を確認したところ、「動悸、血圧の上昇」との情報を得たため、疑義照会を行ったところ、ソラナックス0.4mg錠に薬剤変更となった。	入力を間違えたと考えられる。	改善策は困難と思われるが、紛らわしい組み合わせとして覚えておくべきと考えた。薬局側の体制としては投薬時に患者の症状を確認する作業が必ず必要であると考えた。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ソラナール錠100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ソラナックス0.4mg錠	患者の症状等から
456	久しぶりに来局した患者が持参した処方せんにホクナリンテープ2mgが処方されていた。薬歴で副作用歴を確認したところ、以前にホクナリンテープを使用した際、皮膚に過敏症の副作用が発生して使用中止となった旨が記載されていた。処方医に疑義照会したところ、ホクナリンテープ2mgは薬剤削除となった。			仕組み	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	薬歴等から
457	歯科診療所から「ロキソニン錠60mg6錠/分3毎食後」の処方内容が記載された処方せんを応募した。ロキソニン錠60mgは頓用では1回に2錠服用することもあるため、直ちに過量投与であるとは言えなかったが、当該診療所からは今まで1日量は3錠までしか処方されたことがなかったため、疑義照会を行った。処方医から1日量は3錠の誤りであるとの回答を得た。	診療所において、処方せん入力の際に間違えたと考えられる。	添付文書の内容からは逸脱していても、過去の処方内容と比べて不自然な箇所がある場合は、きちんと疑義照会を行う。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
458	糖尿病で受診した患者が「ノボリン30R注フレックスペン、1本」と記載された処方箋を持って来局した。用法の記載がなかったため、調剤出来なかった。疑義照会を行ったところ、処方医から「ノボリン30R注フレックスペン、1本、昼18単位」と回答があり、調剤した。	医師が処方薬の用法の記載を忘れた。	処方鑑査を徹底して行う。	その他医師による処方薬の用法記載忘れ	処方された医薬品 販売名ノボリン30R注フレックスペン <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ノボリン30R注フレックスペン	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
459	咳がひどいために病院に受診した患者が「アドエア250ディスカス1個、1日2回朝夕、1回1吸入」と記載された処方箋を持って来局した。アドエア250ディスカスにはアドエア250ディスカス28吸入用とアドエア250ディスカス60吸入用があるため、調剤することが出来なかった。処方箋を発行した医師に疑義照会を行ったところ、「アドエア250ディスカス60吸入用1個、1日2回朝夕、1回1吸入」と回答があり、調剤した。	当該薬に複数の規格があり、医師は規格までをしっかりと処方箋に記載していなかった。	処方鑑査を徹底して行う。	その他医師による処方薬の規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名アドエア250ディスカス <input type="checkbox"/>  変更になった医薬品 販売名アドエア250ディスカス60吸入用	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
460	内科医師から「グッドミン錠0.25mg1錠/分1寝る前、31日分」と記載された処方箋を応需した。グッドミン錠0.25mgは処方日数が30日までの制限がある医薬品であったため疑義照会を行ったところ、「グッドミン錠0.25mg1錠/分1寝る前、30日分」に変更になった。	医師が処方日数に制限がある医薬品を把握していなかった。	処方鑑査を徹底し、医薬品の適正な使用につながるよう疑義照会を行う。	その他医師が処方日数に制限がある医薬品を把握していなかった	処方された医薬品 販売名グッドミン錠0.25mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
461	別の医療機関から処方されて、ワーファリン錠1mgを2.5錠で服用中の患者にクラリス錠200が2錠/分2、7日分で処方された。ワーファリンへの影響を考え、クラリス錠200を処方した医師に疑義照会を行ったところ、フロモックス錠100mg3錠、5日分に薬剤変更となった。	医師は当該患者が別の医療機関で処方されて服用している薬の確認が不十分であった。	カルテの管理を徹底する。	連携ができていなかった 通常とは異なる身体的条件下にあった 医薬品	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
462	以前にアスピリンシロップ0.5%を服用した際に副作用(気分が悪くなる)が発生した患者に1年後、再び同じ医療機関からアスピリンシロップ0.5%が処方された。疑義照会を行ったところ、薬剤削除になった。	医療機関側の患者の副作用の記録に不備があった。	患者情報の管理と確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アスピリンシロップ0.5%	薬歴等から
463	同じ医療機関の皮膚科と耳鼻科の処方箋を持って患者が来局した。皮膚科からは「ジルテック錠10、1錠/分1夕食後、14日分」、耳鼻科からは「アレジオテック錠20、1錠/分1寝る前、14日分」が処方された。当該医薬品は薬効が重複するため、患者に確認したところ、「皮膚科に受診した後に耳鼻科に受診したが、皮膚科と耳鼻科の薬の併用について、特に医師からは説明がなかった。」と回答があった。そこで後に受診した耳鼻科の医師に疑義照会を行ったところ、「アレジオテック錠20、1錠/分1寝る前、14日分」は削除となった。	医療機関内で医師間のカルテの共有が円滑に行われていなかった。	処方鑑査や患者インタビュー時に併用薬を把握する。疑義照会を通じて医師に情報提供し、医薬品の適正使用に努める。	その他処方医が併用薬を把握していなかった	処方された医薬品 販売名アレジオテック錠20	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
464	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。			医薬品	処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル 100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名セルベックスカプセル50mg	患者の症状等から
465	「ジスロマック錠250mg2錠、1日1回夕食後」と記載された処方せんを受け付けた。受付時間帯が午前中であったため、夕食後まで服用を待つ必要があるかどうかを疑義照会したところ、処方箋発行医から用法を朝食後に変更するとの回答があった。患者に本日分をすぐに服用するように説明した。		患者が実際どのように薬を服用するかを想定しながら処方鑑査し、疑問点があれば医療機関に確認してから調剤する。	勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	その他
466	約2歳の患者にポンタールシロップ3.25%が1日量24mLで処方された。調剤時は気づかずにそのまま調剤したが、鑑査時に量が多すぎると気づいた。患者の体重を12kgと確認し、その場合は1回量が2.4mL、1日量が4.8mLであったため、医師に疑義照会したところ、1日量24mLが4.8mLに変更となった。	数ヶ月の間、ポンタールシロップ3.25%が処方されていなかったため、分量が間違えていることをすぐに気づくことが出来なかった。医師が計算を間違え、1桁を誤って記載した可能性があった。	処方箋に記載されている年齢を必ず確認する。疑問が生じた場合は必ず確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ポンタールシロップ3.25%	年齢・体重換算の結果から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
467	耳鼻科から「パセトシン細粒10%360mg/分2朝夕食後、5日分」が処方された。パセトシン細粒10%は用法用量として「[ヘリコバクター・ピロリ感染を除く感染症]アモキシシリン水和物として小児は1日20~40mg(力価)/kgを3~4回に分割経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。」とあり、「分2朝夕食後」の指示に疑問が生じたため、疑義照会を行ったところ、「パセトシン細粒10%360mg/分3毎食後、5日分」に変更となった。	医師が用法の記載を間違えた。	処方鑑査を徹底し、安全に医薬品が処方されるように努める。	その他医師の用法記載ミス	処方された医薬品 販売名パセトシン細粒10%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
468	耳鼻科に風邪で受診した患者の母親が処方箋を持って来局した。処方箋に「ホクナリンテープ0.5mg1日1回、1回1枚、背中に5回分」と記載されていた。服薬指導中に母親から、以前にももらったホクナリンテープ0.5mgが5枚以上残っているとの申し出があった。疑義照会を行い、医師にそのことを伝えたところ、「ホクナリンテープ0.5mg1日1回、1回1枚、背中に5回分」の処方箋は削除し、手持ちの分を使ってくださいと回答があった。そのため、薬剤削除になった。	患者が残薬を医師に伝えていなかった。	患者の残薬をチェックし、疑義照会を行うことで医薬品の無駄遣いをなくす。	患者側	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ0.5mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
469	腰痛で「モーラステープ20mg49枚、腰」が処方されていた患者に服薬指導中、患者から「いつもの湿布と違う」と申し出があった。いつもはモーラステープL40mgが出ていたため、医師に疑義照会したところ、「モーラステープL40mg49枚、腰」に変更となった。	医師の処方ミスであった。	処方変更になった医薬品について、一つずつ確認する。患者が医師から何も聞いてない場合は疑義照会をすることで、処方ミスが少なくなるように努める。	その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名モーラステープL40mg	患者の申し出から
470	患者に処方内容を確認したところ、咳と痰があると言われたため、疑義照会を行った。ムコスタ錠100mgがムコソルバン錠15mgに変更となった。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ムコソルバン錠1	患者の症状等から
471	脳外科からの処方箋に「アデホスコーワ腸溶錠、3錠/分3毎食後、28日分」と記載されていた。アデホスコーワ腸溶錠にはアデホスコーワ腸溶錠20とアデホスコーワ腸溶錠60の規格が存在するため、調剤出来なかった。そこで疑義照会を行ったところ、「アデホスコーワ腸溶錠20、3錠/分3毎食後、28日分」と回答があり調剤した。	医師が処方薬の規格を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底し、記載忘れがなくなるように医師に疑義照会する。	その他医師の処方薬規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名アデホスコーワ腸溶錠 <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アデホスコーワ腸溶錠20	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
472	リフレックス錠15mgが初めて処方された。「2錠/分2朝、夕」で処方されていたために疑義照会を行ったところ、「1錠/分1夕」に変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名リフレックス錠15mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
473	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。			医薬品	処方された医薬品 販売名セロクエル100mg錠  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ヒルナミン錠(5mg)	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
474	「ジベトス錠50mg3錠/分3」で処方されている患者に、頓服として「ジベトス錠50mg1錠/分1、間食時」の処方もされていた。ジベトス錠50mgは1日量が最高3錠であったために疑義照会を行ったところ、頓服のジベトス錠50mgは処方削除となった。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名ジベトス錠50mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
475	他の内服薬に合わせてマイスリー錠10mgも70日分で処方されていた。マイスリー錠10mgは30日の投与制限があるため疑義照会を行ったところ、マイスリー錠10mgのみ処方日数が30日分に変更となった。			その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名マイスリー錠10mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
476	処方内容は「メチスタ錠250mg2錠、クラリス錠50小児用、4錠、ポラキス錠2、0.5錠、ポラミン錠2mg1錠、アレグラ錠30mg1錠」であった。抗アレルギー剤の重複に疑義が生じたため、患者の母親にインタビューしたところ、医師から前回1錠だったポラキス錠2を増量する説明があったことが分かった。疑義照会をしたところ、ポラミン錠2mgは削除となり、ポラキス錠2が0.5錠から1.5錠へ変更となった。	病院のオーダリングシステムでポラミン錠2mgとポラキス錠2の選択を間違えたため。		コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ポラミン錠2mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ポラキス錠2	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
477	アダラートCR錠20mgからアムロジピン錠5mg「明治」へ処方変更がされていた。患者とその家族へのインタビューでは血圧も安定し、本日実施した心エコーも問題なしとのことであった。医師から「今日から安い薬に変えます。」と説明があったため、ジェネリック医薬品へ変更するつもりではないかと考え、疑義照会を行った。その結果、アムロジピン錠5mg「明治」からトーワラートCR錠20mgへ薬剤変更となった。	医師がアダラートCR錠20mgのジェネリック医薬品を勧誘した。		その他四方医の勧誘	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「明治」 <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名トーワラートCR錠20mg	患者の症状等から
478	成人女性から「クラリス錠200が1日1錠/分2朝夕食後」で処方されている処方箋を応需した。クラリスは成人には1日400mgを分2で服用することが一般的であるため疑義照会を行ったところ、1日2錠の間違いであるとの回答があった。	医師がパソコンへの入力を間違えた。	処方箋を応需した際は、用法、用量、分量の確認を徹底する。	その他疑義照会	処方された医薬品 販売名クラリス錠200	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
479	リピート錠10mgが処方されていたが、用法の記載がなかった。疑義照会を行ったところ、「朝食後」と回答があった。	医師が入力を間違えたため。	処方内容の確認を徹底する。	その他疑義照会	処方された医薬品 販売名リピート錠10mg g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名リピート錠10mg g	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
480	患者は、以前からCOPDでA病院の呼吸器内科よりホクナリンテープ2mgを処方され使用していたが、今回、風邪のあとの咳が長引いてひどいとのことで、B医院にかかり、内服薬とホクナリンテープ2mgが処方された。お薬手帳から、最近A病院でホクナリンテープ2mgが処方されていたため、そのことを確認して服薬指導をしていたところ、患者からの申し出で、2ヶ月前に心筋梗塞を発症した時にB医院の医師から、ホクナリンテープ2mgの使用を中止するように指示があり、使用を中止していたことが分かった。その内容をB医院の医師に疑義照会したところ、ホクナリンテープ2mgは処方削除となった。	薬局では併用薬の変更についての聞き取り不足があった。医師は2か月前にホクナリンテープ2mgの使用を中止をしたことを忘れて処方してしまった。	併用薬の聞き取りは、追加になった薬には注意が向くが、薬が削除になった場合に漏れやすいため、毎回、内容をしっかりと確認する。今回は患者からの申し出で未然に防げたため、患者との対話を大切にする。	記録などに不備があった その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
481	<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>		<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>	<p>その他医師の入カミス</p>	<p>処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg</p>	<p>薬歴等から</p>
482	<p>耳鼻科から「クラリスロマイシン錠200「MEEK」2錠/分2朝夕食後、5日分」が処方された。同病院の内科から「スロースピッドカプセル100mg2カプセル/分2朝夕食後」を継続して服用していた。クラリスロマイシン錠200「MEEK」とスロースピッドカプセル100mgは併用注意の相互作用があり、テオフィリンの中毒作用が表れることがあるため、耳鼻科の医師に疑義照会を行ったところ、「クラリスロマイシン錠200「MEEK」2錠/分2朝夕食後、5日分」は「セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」3錠/分3毎食後、5日分」に変更となった。</p>	<p>医師が併用薬を把握していなかった。</p>	<p>処方鑑査を徹底し、ハイリスク薬の相互作用は特に注意して疑義照会を行う。</p>	<p>その他医師が併用薬について把握していなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200「MEEK」 □ □ 変更になった医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
483	<p>耳鼻科にかかった患者が「アレロック錠5、2錠／分2朝夕食後、35日分」の処方箋を持って来局した。患者はいつもアレロック錠5以外に「メチスタ錠500mg3錠／分3毎食後」と「ムコサール錠15mg3錠／分3毎食後」が処方されていた。患者インタビュー時に他の2種類の薬は必要ないか確認したところ、患者が鞆から前回処方分の薬袋を出し、メチスタ錠500mgを105錠(35日分)を見せ、「メチスタ錠500mgは余っている。医師にムコサール錠15mgがないから必要と言ったのに。」と言われたため、疑義照会を行った。医師は「メチスタ錠500mgとムコサール錠15mgともにいらないと聞いていた。」と患者が言うことと食い違っていたため、状況を説明したところ、「ムコサール錠15mg3錠／分3毎食後、35日分」が薬剤追加となった。患者にはコンプライアンスの向上の指導を行った。</p>	<p>医師が患者の残薬を把握していなかった。</p>	<p>患者の申し出をよく聞き取る。</p>	<p>その他医師の処方ミス</p>	<p>処方された医薬品 販売名ムコサール錠15mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ムコサール錠15mg</p>	<p>患者の申し出から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
484	患者が「後発医薬品変更不可」の処方箋をもって来局した。患者自身は後発医薬品への変更を強く希望されており、変更不可である旨を伝えたが、変更してほしいとの申し出があった。そこで処方箋を発行した医師に疑義照会を行ったところ、「後発医薬品変更可」に変更となり、後発医薬品で調剤を行った。	処方箋の後発医薬品変更不可の欄に医師のサインがあったため、処方薬が後発医薬品へ変更不可となっていた。	後発医薬品変更不可の処方箋を受けた場合でも患者が強く変更を希望される場合は医師に疑義照会し、後発医薬品の推進を努める。	その他後発医薬品変更不可	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ロキソマリン錠60mg 販売名サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%	患者の申し出から
485	小児の患者に「トミロン細粒小児用10%0mg/分3毎食後、5日分」が処方された。分量の記載が読めないため疑義照会を行ったところ、「トミロン細粒小児用10%100mg/分3毎食後、5日分」でお願いしますと回答があった。	処方箋が手書きの記載であり、当該薬の処方量が読めなかった。記載された内容では「100mg」と「150mg」のどちらにも見えた。患者の体重は9kgであり、トミロン細粒小児用10%は9~18mg/kg/dayであったため、どちらの分量とも考えられた。	処方箋の記載がはっきりしていない場合は、患者の安全を考え疑義照会を必ず行う。	その他処方薬の分量の記載が読めない	処方された医薬品 販売名トミロン細粒小児用10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名トミロン細粒小児用10%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
486	「フェレタイム錠50mg4錠/分2朝食後、14日分」の処方箋を応需した。フェレタイム錠50mgの成分名は「クエン酸第1鉄ナトリウム」であった。患者から「クエン酸を含むものを摂取すると抜け毛が増える。」と申し出があった。クエン酸は多くの食品にも含まれ、生体内ではクエン酸回路の構成成分であるため、アレルギーがあることなどは考えづらかったが、神経質な感じのする患者であったため、疑義照会を行った。その結果、「フェロ・グラデュメット2錠/分2朝食後、14日分」に変更になった。フェロ・グラデュメットは「乾燥硫酸鉄」である旨を患者に説明した。	患者がクエン酸を摂取すると体調変化がある旨を医師に伝えていなかった。	患者のコンプライアンスを向上させる。治療効果を上げるために患者の薬に対する不安を取り除き、納得して処方薬を服用してもらえるように取り組む。	患者側	処方された医薬品 販売名フェレタイム錠50mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フェロ・グラデュメット	患者の申し出から
487	患者はペルサンチン-Lカプセル150mgの残薬が多かった。そのため処方はされていないが、実際には服用を続けていた。今回も処方されていないが、患者の残薬がなくなっていたため、医師に疑義照会を行ったところ、ペルサンチン-Lカプセル150mgが薬剤追加になった。		残薬があるために処方されていないが、服薬を続けている薬がある場合、処方せんに目印となる記載を希望する。	連携ができていなかった 仕組み	処方された医薬品 販売名ペルサンチン-Lカプセル150mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ペルサンチン-Lカプセル150mg	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
488	患者は以前から「ワーファリン錠1mg2.5錠／分1」で処方されていた。今回も同じように処方されていたが、投薬時に患者から「前回(1ヶ月前)受診後、採血の結果の電話連絡があり、1回2錠に減らして飲むように指示されていた。」と申し出があった。医師に疑義照会したところ、「今回も1回2錠で継続してください。」と回答があり、分量変更となった。	ワーファリンはINR値などを測定し、分量の変更がされる薬剤であった。当該医療機関ではINR値の検査結果が後日になることがあり、とりあえず今まで通りの分量で処方箋を渡し、後日、医療機関から患者宅に連絡して患者本人が直接指示を聞いた後、分量を変更して服用することがあった。その分量変更の指示が今回の受診時の処方箋に反映されていなかった。	調剤薬局では医師が患者にどのような指示をしていたか分からないため、投薬時に患者との会話を大切にし、薬剤の変更等がなかったかしっかりと確認する。特にワーファリンは頻繁に分量変更が行われる薬であるということを念頭におく。	仕組み	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	患者の申し出から
489	風邪で病院に受診した患者に「カロナール錠、2錠／回、3回分、発熱時38.0℃以上」が処方された。カロナール錠にはカロナール錠200とカロナール錠300があり、規格の記載がなかったため、調剤することが出来なかった。そこで処方医に疑義照会したところ、「カロナール錠200、2錠／回、3回分、発熱時38.0℃以上」でお願いしますと回答があり調剤した。	処方薬の規格が記載されていなかった。処方薬に複数の規格が存在した。	処方鑑査を徹底する。	その他因師による処方薬の規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名カロナール錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
490	整形外科に受診した患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「インテナーズパップ70mg40枚、腰」で処方されていた。患者インタビュー中に湿布を見せて説明をしている時、患者から「この湿布は温かくないのか。先生は温かい湿布を出すと言っていた。」と申し出があった。処方薬の書き間違いの可能性が疑われたため、疑義照会を行った。処方医から「MS温シップ「タイホウ」40枚、腰」でお願いしますとの回答があり、薬剤変更になった。	医師の処方薬の記載ミスであった。	患者の話をよく聞く。処方箋の内容と矛盾が生じた場合は必ず医師に疑義照会をする。	その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名インテナーズパップ70mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名MS温シップ「タイホウ」	患者の申し出から
491	咳がひどく病院に受診した患者に「メプチンミニ錠25μg3錠/分3毎食後、3日分」が処方されていた。年齢が10歳代の患者であった。メプチンミニ錠25μgの用法用量は「6歳以上の小児には1回25μg、1日1～2回」であった。処方量が過量の可能性が疑われたため、疑義照会を行った。処方医から「体重が40kgあるから大丈夫であると考えたが、念のために減量します」と回答があった。「メプチンミニ錠25μg2錠/分2朝夕食後、3日分」に分量変更になった。	医師が処方した薬の量が過量投与である疑いがあった。	処方鑑査を徹底する。処方箋に記載されている用法用量に従い、過量投与が疑われる場合は疑義照会を行う。	その他医師が過量投与の疑い	処方された医薬品 販売名メプチンミニ錠25μg	年齢・体重換算の結果から
492	ムコダインDS50%とムコトロンシロップ5%が同時に処方されていた。疑義照会を行ったところ、ムコトロンシロップ5%が処方削除となった。	前回処方を引用した際に処方方を間違えたと考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコトロンシロップ5%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
493	2才の幼児にホクナリンテープ0.5mgが処方されており、1回3/4枚で使用するよう指示が記載されていた。患者の母親に医師の指示を確認したところ、ホクナリンテープ1mgは多すぎるため、1/4枚に切って貼るよう指示がされていた。疑義照会を行ったところ、ホクナリンテープ1mgに薬剤変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ 0.5mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ1 mg	患者の申し出から
494	体重29kgの喘息患者に「テオドール錠100mg 4錠/日/分2」が処方された。翌日に吐き気があったために再度受診し、ナウゼリン錠10が処方された。診察の際に手持ちのテオドール錠100mgを分割して300mg/日で服用するよう指示があったことを患者の母親から確認し、薬歴にそのことを記載した。28日後の今回、テオドール錠100mg1錠、テオドール錠50mg1錠の計150mg/日の処方箋を持参して来局した。特に減量の指示を受けていなかったため疑義照会を行い、テオドールの1日量を確認したところ、「テオドール錠100mg2錠、テオドール錠50mg2錠の計300mg/日に分量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名テオドール錠50 mg 販売名テオドール錠100 mg	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
495	処方箋に「エバミール錠1.0、1錠/分1寝る前、35日分」と記載されていた。エバミール錠1.0は処方日数が30日分と日数制限があるため、疑義照会を行ったところ、「エバミール錠1.0、1錠/分1寝る前、21日分」に用量変更となり調剤した。	当該薬は投与日数に制限がある薬であった。	処方鑑査を徹底する。疑義照会を行い、医薬品の適正使用に努める。	その他処方薬の投与日数に制限があった。	処方された医薬品 販売名エバミール錠1.0	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
496	0歳代の小学生の患者であった。今まで特に剤形に関して申し出はなかったが、今回初めて錠剤が飲み込めずに患者の母親が薬を砕いて飲ませていたことを聞き取った。医師に疑義照会を行ったところ、剤形変更となった。	アンケート項目に剤形についての質問がなかった。当該患者の年齢では問題なく、錠剤を服用出来ると思い込んだ。	アンケート項目に剤形に関する質問項目を取り入れる。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名テブレノンカプセル50mg「トーフ」 販売名ナウゼリン錠10  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名テブレノン細粒10%「トーフ」 販売名ナウゼリンドライシロップ1%	患者の症状等から
497	腎盂腎炎の疑いで病院に受診した患者に「クラビット錠500mg分1夕食後、7日分」が処方されたが、1日量の記載がなかったため調剤することが出来なかった。そのため、処方箋を発行した医師に疑義照会を行ったところ、「クラビット錠500mg1錠/分1夕食後、7日分」と回答があり調剤した。	医師が処方箋に分量を記載することを忘れた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師の処方箋記載忘れ	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラビット錠500mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
498	<p>フェンタニルの量を徐々に増量している患者であった。21日前の処方箋ではデュロテップMTパッチ4. 2mgからデュロテップMTパッチ8. 4mgに増量となった。その際、手持ちのデュロテップMTパッチ4. 2mgを2枚を使い切った後に切り替えるように口頭指示がされていた。7日前に手持ちのデュロテップMTパッチ8. 4mgが2枚の状態デュロテップMTパッチ2. 1mgが2枚処方され、手持ちのデュロテップMTパッチ8. 4mgと併せて1回にデュロテップMTパッチを10. 5mgで使用するように指示があった。今回、患者はデュロテップMTパッチ4. 2mg2枚とデュロテップMTパッチ2. 1mg2枚が記載された処方箋を持参した。減量の指示等を聞いていなかったため疑義照会したところ、デュロテップMTパッチ8. 4mgを処方すべきところをデュロテップMTパッチ4. 2mgで処方してしまっていたことが判明した。デュロテップMTパッチ4. 2mgがデュロテップMTパッチ8. 4mgに薬剤変更となった。</p>	<p>医師が前回処方方を引用した際に入力を間違えたと思われる。</p>		<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名デュロテップMT パッチ4. 2mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名デュロテップMT パッチ8. 4mg</p>	<p>患者の症状等から</p>
499	<p>患者情報に以前、別の病院で処方された「ケフラルール」で強いアレルギーが発症したとの記載があった。今回、ケフラルールと同じ分類であるセフェム系のフロモックス錠100mgが処方されていたため、疑義照会を行ったところ、クラリシッド錠200mgに薬剤変更となった。</p>			<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラリシッド錠200mg</p>	<p>薬歴等から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
500	患者からレニベース錠5の用法が「朝食後」から「朝、夕食後」に変更となったとの情報を得た。処方せんに記載されている用法は「朝食後」であったため、疑義照会を行ったところ、用法変更と			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レニベース錠5	患者の申し出から
501	通常、ガナトン錠50mgの用法用量は「3錠1日3回食前」のところ、「1錠1日3回食前」で処方されていたため疑義照会した。その結果、「3錠1日3回食前」に分量変更となった。	医師が繁忙であったため。	システムの改善を行う。用法マスターと医薬品マスターを連携させる。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ガナトン錠50mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
502	今までネオマレルミンTR錠の処方歴のない患者に「1日1回2錠夕食後」で処方になっていた。適宜増減の範囲内かどうかを疑義照会したところ、「1日1回1錠夕食後」に分量変更となった。	医師の知識不足であった。	オーダリングシステムにおいて、用法や用量、分量が過量である場合は警告が出るようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ネオマレルミンTR錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
503	前回まで「インタール細粒10%3g/分3、1日分、食前」で処方されていた患者に「1.5g/分3、1日分、食前」で処方がされていたため疑義照会したところ、「インタール細粒10%3g/分3、1日分、食前」に変更となった。	処方時、処方内容を前回の処方内容から引用して入力する際に、以前の処方内容を引用した可能性がある。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名インタール細粒10%	薬歴等から
504	通常、ルリコンクリーム1%の用法は「1日1回患部に塗布」であったが、「1日数回足首から下に塗布」の用法で処方されていたため疑義照会したところ、「1日1回足首から下に塗布」に用法変更となった。	医師が繁忙であったため。	システムを改善する。用法が定まっている医薬品については、薬剤マスターと用法マスターを関連づける。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ルリコンクリーム1%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
505	幼少時のトラウマのためにカプセルが飲めない患者に対してカプセルが処方されていた。疑義照会したところ、錠剤の剤形である薬剤に変更となった。	医師の問診が不十分、医師とのコミュニケーション不足であった。	問診を改善する。業務改善を行う。	患者への説明が不十分であった(怠った)勤務状況が繁忙だった 諸物品 仕組み	処方された医薬品 販売名ケフポリンカプセル250 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg	患者の症状等から
506	「アレグラ錠60mgは高価であるが、効果が見られない。」と患者から申し出あったために疑義照会したところ、薬剤削除となった。	医師とのコミュニケーション不足であった。	患者の話を聞く。	患者への説明が不十分であった(怠った)勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg	患者の申し出から
507	咳があり小児科に受診した患者にメブチンシロップ5μg/mL、ムコトロンシロップ5%とともにフスコデ配合シロップが1日量8mLで処方されていた。成人量では10mL、3歳では通常成人量の1/5量が常用量である旨を疑義照会したところ、フスコデ配合シロップがアスペリンシロップ0.5%6mL/日に薬剤変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フスコデ配合シロップ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アスペリンシロップ0.5%	年齢・体重換算の結果から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
508	<p>転院後に初めて来局した際、ツロブテロールテープ0.5mg「日医工」が処方されていた。患者の年齢が70歳代と高齢だったために不審に思い、患者にインタビューしたところ、ツロブテロールテープ2mg「日医工」を使用していることが分かった。疑義照会を行ったところ、薬剤変更となった。</p>	<p>病院間でのやりとりのため、状況は不明である。</p>	<p>転院後に初めて来局した場合は、投薬時に患者と一緒に処方薬や使用状況を確認する。</p>	<p>その他病院間でのやりとりの不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名ツロブテロールテープ0.5mg「日医工」 □  変更になった医薬品 販売名ツロブテロールテープ2mg「日医工」</p>	<p>年齢・体重換算の結果から</p>
509	<p>セフゾン細粒小児用10%の1日量が700mgで処方されていたが、そのまま調剤してしまった。その後、疑義照会したところ、1日量が200mgに変更となった。</p>	<p>処方した医療機関では常用量よりも過量に処方することがあった。調剤した薬剤師はセフゾンの成人量が300mg/日であることを把握していなかったため、処方通りに1日量を700mgで調剤してしまった。鑑査時にそのことに気づき疑義照会したところ、医師は誤って体重換算した分量で処方していたことが分かった。</p>	<p>処方内容が疑わしい場合は自己判断で調剤せず、しっかりと先輩薬剤師に確認した後に調剤を開始する。小児の散剤については成人量のリストを作り、必ず確認した後に調剤する。</p>	<p>確認を怠った知識が不足していた その他思い込み</p>	<p>処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%</p>	<p>年齢・体重換算の結果から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
510	「ユーエフティE配合顆粒T100、3包」のところ、「ユーエフティE配合顆粒T200、1.5包」で処方されていた。レセコン入力時、調剤時に誤っていることに気づかず、鑑査時にそのことに気づいた。病院へ疑義照会したところ、病院の入カミスであったことが分かり、薬剤変更となった。	名称変更、単位変更(gから包)があった。	コンピュータ内の薬のマスターが変更となった場合は入力、調剤、鑑査、投薬時は特に注意を払うようにスタッフ全員に周知徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ユーエフティE配合顆粒T100 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ユーエフティE配合顆粒T200	薬歴等から
511	キュバール100エアゾールの用法が「1日3回吸入」となっていたために疑義照会を行ったところ、「1日2回」に変更となった。			その他用法の差異	処方された医薬品 販売名キュバール100エアゾール	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
512	脂質代謝異常の患者がコレステロールの薬が記載された処方箋を持って来局した。患者インタビュー時に「いつも服用している薬も一緒にもらおうと思って来た。服用する分の薬がもうない。」と申し出があった。いつもは高血圧と腰痛のために「レノベント錠2.5、1錠/分1朝食後、30日分、モーラステープ20mg105枚、腰」が処方されていたため、その薬剤で良いか患者に確認し、医師に疑義照会を行った。病院のスタッフから「医師は診察を終え、帰宅中である。」と回答があったが、患者に手持ちの薬がなかったため、至急連絡を取ってもらい、薬剤追加となった。	医師が患者の処方薬を処方箋に記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。患者の服薬を支援し、QOLの維持、改善に努める。	その他医師による処方薬の記載忘れ	処方された医薬品 販売名レノベント錠2.5 販売名モーラステープ20mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名レノベント錠2.5 販売名モーラステープ20mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
513	皮膚科に受診した患者が、前回と同じ処方内容である「ヒルドイドソフト軟膏0.3%、25g、足、1日2回」と記載された処方箋を持って来局した。患者インタビュー中に「いつも口唇のひび割れに塗る薬が出ていない。先生が出しておくと言った。」と申し出があった。薬歴を確認し、「プロペト20g、口唇」で良いか患者に確認した後、医師に疑義照会したところ、「プロペト20g、口唇」が薬剤追加になった。	医師が処方薬を処方箋に記載し忘れた。	処方鑑査を徹底し、患者が満足する医療を提供する。	その他医師による処方薬の記載忘れ	処方された医薬品 販売名プロペト <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名プロペト	患者の申し出から
514	新規の患者が処方箋を持って来局した。処方箋入力後、新患アンケートを記入してもらった。そのアンケートに記載されていた患者名と処方箋の患者名を照らし合わせたところ、名前が全く異なっていた。そのため疑義照会を行ったところ、診察の際に医師が誤って他の患者のIDを呼び出して入力していたことが分かった。	処方内容は患者本人の内容であった。	しっかりと患者名を呼び、投薬時には必ず本人または家族であることを確認する。特に顔なじみではない患者についてはしっかりと確認する。	連携ができていなかった その他医師が診察の際、別の患者名で処方入力した	処方された医薬品 販売名ザンタック錠150 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ザンタック錠150	その他
515	患者の年齢で使用制限があるプロトピック軟膏0.1%が間違えて処方されたために疑義照会したところ、プロトピック軟膏0.03%小児用に変更となった。特に患者には問題なく調剤することが出来た。	医師の確認不足であった。	注意を要する薬については、薬局でも年齢等を確認し疑義照会を行う。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名プロトピック軟膏0.1% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名プロトピック軟膏0.03%小児用	年齢・体重換算の結果から
516	ロキソニン錠60mgが1錠/分3で処方されていた。疑義照会を行ったところ、3錠/分3に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
517	気管支喘息を治療中の患者にホクナリンテープ1mgが処方されていた。薬歴を確認した際、前回の処方ではホクナリンテープ2mgであった。患者に減量の指示があったかどうかを確認したところ、何も聞いていなかった。患者の年齢から考えても低用量であったために疑義照会したところ、前回処方と同じホクナリンテープ2mgに変更となった。	前回は主治医が定期薬であるシングレアの処方箋に手書きでホクナリンテープ2mgを追加して処方していた。当該医療機関では医師が手書きした追加処方を次回処方時に事務員がレセコンに入力し、その印刷した処方箋に医師が薬を追加、または削除して患者に渡していた。おそらく今回、事務員が入力間違いをした内容に医師が気づかなかつたため、処方ミスになったと考えられる。		仕組み	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	薬歴等から
518	門前の医療機関から処方箋を持ってきた患者に「デパス錠1錠/分1寝る前、3日分」が処方されていた。デパス錠にはデパス錠0.5mgとデパス錠1mgの2つの規格があるため、調剤することが出来なかった。そのため医師に疑義照会したところ、「デパス錠0.5mg1錠/分1寝る前、3日分」でお願いしますとの回答があり調剤した。	医師が処方薬の規格を記載し忘れたため。	処方鑑査を徹底する。	その他医師による処方薬の規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名デパス錠 <input type="checkbox"/>  変更になった医薬品 販売名デパス錠0.5mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
519	エビプロスタット配合錠6錠/分3と同じ処方箋内にハルナール配合錠1錠/分1が処方されていた。両薬剤は同一成分であるため、ハルナールと入力を間違えたのではないかと考えた。疑義照会の結果、医師の勘違いであることが分かった。ハルナールのジェネリック医薬品であるタムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「TYK」へ変更となった。当該薬の処方は2回目であり、1回目の処方時は気づかずに投薬してしまった。	同じ前立腺肥大症の薬であり、頭文字の2文字が同じであったことが背景にあると思われる。	薬局内で事例を共有する。	確認を怠った知識が不足していた医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名ハルナール配合錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「TYK」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
520	<p>内科医師より、いつもの薬が35日分で処方されていたが、その処方箋内に「レンドルミン錠0.25mg2錠/回、18回分、不眠時、寝る前」が処方されていた。実際、医師は他の処方薬の処方日数である35日分に合わせて、「レンドルミン錠0.25mg、1錠/回、36回分、不眠時、寝る前」で出したかったと考えられたが、添付文書の用法用量は「不眠症:1回プロチゾラムとして0.25mgを就寝前に経口投与する。」とあり、レセプト請求上でも問題があるために疑義照会を行った。レンドルミン錠0.25mgは30日分までしか処方が出来なく、投与期間に制限がある薬であるため、「レンドルミン錠0.25mg1錠/回、30回分、不眠時、寝る前」に分量変更となった。「他の処方薬は35日分であるため、レンドルミン錠0.25mgが途中でなくならないうちに、残りの5回分をもらいに病院に来るよう伝えてください。」と言われたため、患者にその旨を伝えた。</p>	<p>医師が添付文書の用法用量以外の処方量で処方した。レセプト請求上、問題があった。</p>	<p>処方鑑査を徹底する。</p>	<p>その他処方薬が添付文書に書かれた用法用量以外で処方されていたため</p>	<p>処方された医薬品 販売名レンドルミン錠0.25mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
521	来局した患者の処方箋に「ジルテックドライシロップ1.25%0.4g/分2朝夕食後」と記載されていたが、処方日数の記載がなかったため、調剤することが出来なかった。そのため、医師に疑義照会したところ、「ジルテックドライシロップ1.25%0.4g/分2朝夕食後、4日分」でお願いしますと回答があり調剤した。	医師が処方日数を書き忘れたため。	処方鑑査を徹底する。	その他医師が処方日数を記載し忘れた	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
522	小児科に受診した患者に「クラリスドライシロップ10%小児用2.4g/分2朝夕食後、4日分」が処方された。以前に当該患者はクラリスドライシロップ10%小児用で発疹が出たことがあったため、医師に疑義照会したところ、「ジスロマック細粒小児用10%1.6g/分1夕、3日分」に変更となった。	医師が患者のアレルギー歴を把握していなかった。	処方鑑査を徹底する。患者のアレルギー歴などの情報を積極的に聞き取り、安全な医療が提供出来るよう努める。	その他医師が患者のアレルギー歴を把握していなかった	処方された医薬品 販売名クラリスドライシロップ10%小児用 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ジスロマック細粒小児用10%	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
523	<p>ユーエフティE配合顆粒T100とユーエフティ配合カプセルT100が2か所の医療機関からそれぞれ処方されていた。5ヶ月前にA病院からユーエフティE配合顆粒T100が処方されたため、当薬局で調剤し薬を交付した。4ヶ月前に患者が自宅近所の医療機関へ通院することを希望したため、4ヶ月前からB診療所で当該薬を処方されることになり、調剤は引き続き当薬局で行うこととなった。その際、患者は来局時にお薬手帳を持参していたが、他の医療機関による記録はなかった。今回の来局時に患者がA病院から処方され、C薬局で調剤した薬の薬剤情報提供文書を持参したところ、その中にユーエフティ配合カプセルT100が記載されていたため、重複処方がされていたことが分かった。B診療所の処方医に疑義照会を行ったところ、ユーエフティE配合顆粒T100の処方を取り消すことになった。B診療所の医師は疑義照会するまで患者がA病院へ通院していることを知らなかった。C薬局に確認したところ、患者は2ヶ月前と1ヶ月前にA病院からユーエフティ配合カプセルT100が処方されおり、約2ヶ月間、ユーエフティE配合顆粒T100とユーエフティ配合カプセルT100を併せて服用していたことが判明した。C薬局にはお薬手帳を持参していなかった。A病院に重複処方及び服用について報告したところ、A病院の医師も患者がB診療所へ通院し、ユーエフティE配合顆粒T100が処方さ</p>	<p>B診療所への転院の経緯を知っていたため、A病院へ通院しているはずがないと思っていた。別の医療機関の受診状況の確認を怠った。</p>	<p>抗がん剤等が処方されている患者に対しては、お薬手帳を込んでいた。別の医療機関の確認するだけでなく、患者本人や家族からの聞き取りを徹底する。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ユーエフティE配合顆粒T100</p>	<p>薬歴等から</p>
524	<p>風邪で病院にかかった小児患者に「ホクナリンテープ1g、5枚、背中に1枚/日」が処方された。ホクナリンテープには0.5mg、1mg、2mgの規格しかないため、ホクナリンテープ1mgの記載間違いではないかと思い、医師に疑義照会したところ、「ホクナリンテープ1mg、5枚、背中に1枚/日」の間違いであると回答があったため、ホクナリンテープ1mgで調剤した。</p>	<p>医師が処方箋の記載を間違えた。</p>	<p>処方鑑査を徹底する。</p>	<p>その他医師による処方薬の規格の記載間違い</p>	<p>処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg</p>	<p>処方箋の書き方等から(誤記を含む)</p>

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
525	門前の医療機関から処方箋を持ってきた患者に「アデホスコーワ腸溶錠3錠/分3毎食後、28日分」が処方されていた。アデホスコーワ腸溶錠の規格にはアデホスコーワ腸溶錠20とアデホスコーワ腸溶錠60があり、規格が記載されていなかったため、調剤することが出来なかった。疑義照会したところ、「アデホスコーワ腸溶錠20、3錠/分3毎食後、28日分」と回答があり調剤した。	医師が処方薬の規格を記載していなかった。	処方鑑査を徹底する。	その他医師による処方箋の規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名アデホスコーワ腸溶錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アデホスコーワ腸溶錠20	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
526	トラニラストDS5%小児用「日医工」1.2gで処方されていた。患者の体重を確認したところ、25.9kgであった。トラニラストDS5%小児用「日医工」の常用量は1日量0.1g/kg(トラニラストとして5mg/kg)を分3で服用であり、1日量1.2gでは分量が少なかったために疑義照会を行ったところ、1日量2.5gへ変更となった。		常用量を確認する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名トラニラストDS5%小児用「日医工」	年齢・体重換算の結果から
527	小児科に受診した患者に「シングレアチュアブル錠8mg1錠/分1寝る前、4日分」が処方された。シングレアチュアブル錠には8mgが存在しないため、調剤することが出来なかった。医師に疑義照会したところ、「シングレアチュアブル錠5mg1錠/分1寝る前、4日分」の誤りであると回答があり、シングレアチュアブル錠5mgで調剤した。	医師が処方薬の規格の記載を間違えた。	処方鑑査を徹底する。疑義照会の形式で医師にフィードバックし、医師の処方箋記載間違いが少なくなるよう努める。	その他医師による処方薬の規格の記載間違い	処方された医薬品 販売名シングレアチュアブル錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名シングレアチュアブル錠5mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
528	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。	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。	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。	その他処方せんの使用期間について説明していなかった	処方された医薬品 販売名デパケン錠200 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名デパケン錠200	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
529	<p>「カルナクリン錠25、寝る前1錠」を処方された患者が来局した。当薬局にはカルナクリン錠25の在庫はなかったが、その後発医薬品であるサークリンS錠25の在庫があった。また、後発医薬品変更可の処方箋であったため、サークリンS錠25を調剤した。その後、処方箋を鑑査していた際にカルナクリン錠25の処方量が常用量よりも少なかったため疑義照会したところ、カルデナリン錠2mgの記載間違いであることが分かった。</p>	<p>カルナクリン錠25は在庫がない薬であり、かつ、その後発医薬品の在庫があったため、後発医薬品へ変更することに気を取られてしまい、処方量を確認することを怠ってしまった。</p>		<p>記録などに不備があった 連携ができていなかった 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品教育・訓練</p>	<p>処方された医薬品 販売名カルナクリン錠25 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名カルデナリン錠2mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>
530	<p>患者は2日前に風邪で内科に受診し、5日分の薬が処方されていた。今回、耳鼻科に受診して処方箋を持参した際、患者は医師にお薬手帳を見せており、内科の薬と併用するように指示を受けていた。また、抗生物質は内科の薬が終わってから服用するよう指示があり、3日分で処方されていた。本日から併用する薬として、エンピナーズ・P錠18000、3錠/日とトランサミン錠250mg6錠/日が5日分で処方されていた。お薬手帳で内科の薬を確認したところ、リカバリンカプセル250mg3カプセル/日を服用中であることが分かった。そのため、トラネキサム酸製剤が重複投与である旨を疑義照会したところ、エンピナーズ・P錠18000のみ5日分、トランサミン錠250mgは3日分に変更となり、トランサミン錠250mgはリカバリンカプセル250mg服用後から服用開始する指示に変更となった。</p>	<p>お薬手帳を確認した上での処方であった。処方医はリカバリンカプセル250mgがトランサミン錠250mgのジェネリック医薬品であるとの認識がなく、成分を確認しないで処方してしまった。</p>		<p>その他処方ミス</p>	<p>処方された医薬品 販売名トランサミン錠250mg</p>	<p>薬歴等から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
531	以前から当該患者にウレパールクリーム10%20gとリンデロン-VGクリーム0.12%10gを混合した塗り薬が処方されていた。今回、ウレパールクリーム10%90gとリンデロン-VGクリーム0.12%30gを混合で処方されていた。今までと混合の割合が異なっていたため、処方医に疑義照会したところ、リンデロン-VGクリーム0.12%が45gに変更となった。	以前、今回と同じ割合で混合した塗り薬を投薬した際に患者から「塗り薬を使ったところが赤くかぶれた」と言われたことがあった。患者の家族が薬を取りに来たため、処方内容について確認出来なかった。	計量調剤の際は時間がかかることに気が取られやすいため、今後も内容をしっかり確認する。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名リンデロン-VGクリーム0.12%	薬歴等から
532	当該患者にアムロジピン錠2.5mg「コーワ」が処方されていた。薬歴より、アムロジピン錠2.5mg「コーワ」からアムロジピン錠5mg「コーワ」に増量していると分かったため、患者に「血圧が高かったのか」と尋ねたところ、「血圧はいつも通りだ」と返答があった。そのため、医師に疑義照会したところ、処方箋への入力ミスであることが判明した。	最近、病院に新しい受付のスタッフが入っていた。直前の患者は血圧の薬が増量していた。インフルエンザの予防接種もあり、忙しかった。	薬歴を確認して分量や薬の変更があった場合は、患者にその旨を医師から聞いているか確認する。	連携ができていなかった 他の病院の受付が変わった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「コーワ」 □ 変更になった医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「コーワ」	薬歴等から
533	内科に膝痛で受診した患者が「モーラスパップ30mg42枚、膝」の処方箋を持って来局した。患者から、「本当はモーラステープL40mgが欲しかった。」との申し出があった。そこで医師に疑義照会したところ、「モーラステープL40mg42枚、膝」に変更になった。	患者がシップの剤形(テープ剤またはパップ剤)の希望を医師に伝えていなかった。	患者の希望についても積極的に応え、コンプライアンスの向上に努める。	患者側	処方された医薬品 販売名モーラスパップ30mg □ □ 変更になった医薬品 販売名モーラステープL40mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
534	小児科の患者に「ジスロマック錠250mg、1錠／分1夕食後、3日分、1回0.75錠」が処方された。1か月前に受診した際の患者の体重は17kgであり、添付文書の用法用量には「小児には体重1kgあたり10mg(力価)を1日1回、3日間経口投与する。」と記載されているため、0.75錠が正しいと考えた。そこで医師に疑義照会を行ったところ、「ジスロマック錠250mg0.75錠／分1夕食後、3日分」に分量変更となり調剤した。	医師がコンピューターで処方箋を入力する際に誤った分量を入力してしまい、その後、誤った分量を消し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	年齢・体重換算の結果から
535	「アスペリン錠10、3錠／分3」で処方されていた。成人量としては処方量が少なかつたため疑義照会したところ、「アスペリン錠20、3錠／分3」の入力間違いであった。			コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名アスペリン錠10  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アスペリン錠20	年齢・体重換算の結果から
536	一包化調剤の指示がある処方箋にデパケン錠200が含まれていた。一包化調剤を行った担当薬剤師は処方箋通りに一包化調剤を行った。鑑査時にデパケン錠200の一包化調剤は不適切であると別の薬剤師が指摘した。医師に連絡してデパケン錠200をデパケンR錠200に変更することを相談したところ、了解を得た。	一包化調剤を行った担当薬剤師は、デパケン錠200は吸湿性が高く、一包化調剤に適さない薬であることの知識が不足していた。	一包化調剤の際は医薬品の特性を十分に確認してから調剤する。一包化調剤に適さない医薬品のリストを作成する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名デパケン錠200 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名デパケンR錠200	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果	
537	皮膚科に受診した患者に「ジルテック錠10、1錠／分1夕食後、14日分」が処方された。通常は一包化の指示があるにもかかわらず、今回は一包化指示の記載がなかった。患者は一包化調剤しないと服用管理を行うことが出来ないため、医師に疑義照会したところ、一包化指示となり調剤した。	医師が一包化の指示を記載し忘れた。		患者のコンプライアンスの維持向上のため、処方鑑査に努める。	その他医師による一包化の指示の記載忘れ	処方された医薬品 販売名ジルテック錠10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ジルテック錠10	薬歴等から
538	3歳の小児患者に耳鼻科から「ホクナリンテープ1mg5枚、背中に1枚／日」が処方された。「数日前、小児科に受診した時、小児科医師から「3歳だが体重が10kg未満のためホクナリンテープは0.5mgにしておきます。」と言われて、ホクナリンテープ0.5mgが処方されたが、今回はホクナリンテープ1mgで大丈夫か。」との質問があった。ホクナリンテープは3歳以上9歳未満ではホクナリンテープ1mgであったが、念のため耳鼻科医師に疑義照会したところ、「ホクナリンテープ0.5mg5枚、背中に1枚／日」に変更になった。メーカーに問い合わせたところ、「臨床試験では0.5歳以上3歳未満は15kg未満と設定されている。」との回答があった。	医師による処方設計の違いであった。	処方鑑査を徹底し、安全な医療を徹底する。	その他医師による処方設計の考えの違い	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ0.5mg	年齢・体重換算の結果から	

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
539	耳鼻科から「パセトシン細粒10%300mg/分3毎食後、5日分、 Bioフェルミン配合散1g/分3毎食後、5日分」が処方されていた。パセトシン細粒10%はペニシリン系の抗生物質であり、BioフェルミンR散を服用する方が有効と考え、医師に疑義照会した。結果として、「パセトシン細粒10%300mg/分3毎食後、5日分、BioフェルミンR散1g/分3毎食後、5日分」に変更となった。	医師が処方薬の適応を把握していなかった。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた その他医師が処方薬の適応を把握していなかった	処方された医薬品 販売名 Bioフェルミン配合散 <input type="checkbox"/>  変更になった医薬品 販売名 BioフェルミンR散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
540	小児患者にポララミン散1%1日量4gで処方されていた。明らかに常用量を超える量であったため、疑義照会したところ、0.4gに変更となった。	医師が繁忙だったため。	処方箋入力システムのマスターの常用量を逸脱している場合は、アラートが出るようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ポララミン散1%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
541	患者はルリコンクリーム1%を使用していたが使用後に赤みが出るため、医師に処方変更を依頼していた。変更がなく処方されていたため、その旨を患者から聞き取りを行った。副作用と判断し、今後継続することは出来ないと考えたため疑義照会を行ったところ、ゼフナートクリーム2%に変更となった。	医師が繁忙だったため、患者とのコミュニケーション不足であった。	業務を改善する。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ルリコンクリーム1% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ゼフナートクリーム2%	患者の症状等から

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
542	「フランドルテープ40mg1枚、塗布、1日1回、1回1枚」で処方されていた。他の併用薬の処方日数が10日分であったこと、貼付剤が塗布で処方されていたため、疑義照会したところ、「フランドルテープ40mg10枚、貼付、1日1回、1回1枚」に変更となった。	医師が繁忙だったため。	業務改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名フランドルテープ40mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フランドルテープ40mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
543	成人患者にゲンタシン軟膏0.1%1日量1g、1日4回で処方されていたため、疑義照会したところ、10gに変更となった。	医師が繁忙だったため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ゲンタシン軟膏0.1%	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
544	患者はパルミコート吸入液0.5mgも欲しかったが、医師は処方することを忘れてしまった。そのため疑義照会したところ、薬剤追加となった。	医師が繁忙だったため。	システムを改善する。	患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった その他医師 教育・訓練	処方された医薬品 販売名パルミコート吸入液0.5mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名パルミコート吸入液0.5mg	患者の申し出から
545	患者は乾燥がひどいため、医師にヒルドイドソフト軟膏0.3%の増量を依頼していた。医師はそのことを了承していたが、当該処方箋では増量されていないなかったため、疑義照会したところ、ヒルドイドソフト軟膏0.3%が増量となった。	医師が繁忙だったため。	システムを改善する。	患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった その他医師側 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3%	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
546	以前、サワシリン細粒10%で発疹が表れた患者にサワシリン細粒10%が処方されていたため、疑義照会したところ、フロモックス小児用細粒100mgに薬剤変更となった。	医師が繁忙だったため。	システムを改善する。	記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった 諸物品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名サワシリン細粒10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg	薬歴等から
547	メチコパール錠500μgが「3錠、1日2回朝夕食後」で処方されていたため、疑義照会したところ、「3錠、1日3回食後」に変更となった。	医師が繁忙であったため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
548	患者から、繁忙で頻繁に来院に出来ないため、マイザー軟膏0.05%を多く処方してもらいたいとの申し出があった。医師に疑義照会したところ、マイザー軟膏0.05%が増量となった。	医師が繁忙だったため。	システムを改善する。	患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名マイザー軟膏0.05%	患者の申し出から
549	前回まで錠剤で処方されていた小児患者に今回、散剤のクラリスロマイシンDS10%小児用「コーワ」が処方されていた。疑義照会したところ、錠剤であるクラリス錠50小児用に変更となった。	医師が繁忙だったため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシンDS10%小児用「コーワ」 <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラリス錠50小児用	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果	
550	患者は糖尿病であった。同一病院の別の診療科から、糖尿病患者に禁忌であるセロクエル25mg錠が処方されていたため、疑義照会を行ったところ、ロナセン錠2mgに薬剤変更となった。			薬歴に糖尿病患者であることが分かるようにシールを貼り、見逃さないようにした。	その他病院側の情報共有不足	処方された医薬品 販売名セロクエル25mg錠  □ 変更になった医薬品 販売名ロナセン錠2mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
551	通常1日1回使用するナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用の用法が1日3回となっていたため、疑義照会を行ったところ、用法変更となった。		チェックを怠らない。	その他病院側の確認ミス	処方された医薬品 販売名ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)	
552	小児の患者に「パセトシン細粒10%240mg/分2朝夕食後、5日分」が処方された。パセトシン細粒10%は添付文書の用法用量に「ヘリコバクター・ピロリ感染を除く感染症にはアモキシシリン水和物として、通常成人1回250mg(力価)を1日3~4回経口投与する。小児は1日20~40mg(力価)/kgを3~4回に分割経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。」と記載があり、「1日2回朝夕食後」の用法は適当ではなかった。そこで医師に疑義照会したところ、「パセトシン細粒10%240mg/分3毎食後、5日分」に用法変更になった。	医師が処方薬の用法の記載を間違えた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師による処方薬の用法記載ミス	処方された医薬品 販売名パセトシン細粒10%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)	

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
553	オルメテック錠とカルブロックを服用している患者にカルブロックの代わりにカデュエット配合錠4番が処方された。患者はコレステロールの薬を服用しておらず、検査値も高くなかった。患者本人もコレステロールの薬は飲んでいないとのことであったため疑義照会したところ、カデュエット配合錠4番はオルメテックとカルブロックの配合剤である。レザルタス配合錠HDに変更となり、オルメテックも処方削除となった。	医師は最近発売された配合剤の組成を間違えていた。	配合錠へ変更があった場合、該当薬剤の組成とそれに対応する現在服用中の薬との確認を怠らない。	その他病院側の確認ミス	処方された医薬品 販売名カデュエット配合錠4番 販売名オルメテック錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名レザルタス配合錠HD	患者の症状等から
554	前立腺肥大症の患者に禁忌であるPL配合顆粒が処方されていたため、疑義照会を行ったところ、クラリシッド錠200mgに薬剤変更となった。	処方医は患者が前立腺肥大症を治療中であることを知らなかった。		その他処方医の情報不足	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラリシッド錠200mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
555	ベイスンOD錠服用中の患者にエクア錠50mgが処方されていたため、疑義照会したところ、処方削除となった。	保険適応外の処方であった。		その他医師の情報不足	処方された医薬品 販売名エクア錠50mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
556	4歳の小児患者にジスロマック細粒小児用10%が0.6g/日、3日分で処方されていた。体重を確認したところ、患者の体重は16.5kgであった。分量が少なかったため、疑義照会したところ、1.6g/日に変更となった。			その他処方ミス	処方された医薬品 販売名ジスロマック細粒小児用10%	年齢・体重換算の結果から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
557	<p>風邪で病院に受診した患者に「PL配合顆粒3.0g、5日分、シマターゼ錠5mg3錠、5日分」が処方されていた。用法が書かれていなかったため、調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、「PL配合顆粒3.0g/分3毎食後、5日分、シマターゼ錠5mg3錠/分3毎食後、5日分」と回答があり調剤した。</p>	<p>医師が処方薬の用法を処方箋に書き忘れた。</p>	<p>処方鑑査を徹底する。</p>	<p>その他医師による用法の記載忘れ</p>	<p>処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 販売名シマターゼ錠5mg</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>変更になった医薬品 販売名PL配合顆粒 販売名シマターゼ錠5mg</p>	<p>処方箋の書き方等から(誤記を含む)</p>
558	<p>小児患者に「パセトシン細粒10%240mg/分毎食後、4日分(または6日分)、ビオフェルミンR散0.6g/分3毎食後、4日分(または6日分)」が処方された。手書きであったため、処方日数が4日分か6日分か判別出来なかった。そこで医師に疑義照会したところ、4日分との回答があり調剤した。</p>	<p>手書きの処方箋であり、処方日数が判読出来なかった。</p>	<p>処方鑑査を徹底する。疑問がある場合は、医師に疑義照会する。</p>	<p>その他処方日数が判読できない</p>	<p>処方された医薬品 販売名パセトシン細粒10% 販売名ビオフェルミンR散</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>変更になった医薬品 販売名パセトシン細粒10% 販売名ビオフェルミンR散</p>	<p>処方箋の書き方等から(誤記を含む)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
559	クラビット錠500mgのところをクラビット錠(100mg)で処方されていたため、疑義照会を行ったところ、クラビット錠500mgに薬剤変更となった。	医療機関側の入力ミスであった。		確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名クラビット錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラビット錠500mg	その他
560	デカドロン錠0.5mg1錠2日分のところを4錠1日分で処方されていたため、疑義照会を行ったところ、分量変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名デカドロン錠0.5mg	その他
561	「アレグラ錠60mg2錠/分2、7日分」と「アレグラ錠60mg3錠/分3、7日分」が併せて処方されていた。疑義照会を行ったところ、「アレグラ錠60mg2錠/分2、7日分」が削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
562	タケプロンOD錠15が3錠/分3で処方されていたため、疑義照会を行ったところ、用法変更となった。	当該薬は通常、1日1回で服用する薬であるため。		その他医師の知識不足	処方された医薬品 販売名タケプロンOD錠15	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
563	患者は咳を主症状とするかぜ症候群と診断された。「ピーエイ錠、コルドリン錠12.5mg、ムコスタ錠を4日分、リンデロン散0.1%、1日0.2g、1×就寝時、7日分」の処方箋が発行された。当薬局にはリンデロン散0.1%の在庫がなく、リンデロン錠の粉碎で対応してよいか疑義照会を行った。その結果、コデインリン酸塩散10%「第一三共」と入力するつもりが、操作ミスでリンデロン散0.1%を選択してしまったと回答があった。薬剤変更を行い、コデインリン酸塩散10%「第一三共」を調剤した。	リンデロン散0.1%はほとんど使用しなかったが、病院の採用薬リストに残っていた。またコデインも正しいコデインリン酸塩散10%「第一三共」ではなく、古い名称である「リン酸コデイン10%散」を書く習慣になっていた。そのため、類似した名称の薬という意識が低くなったことで発生した入力ミスと考えられる。薬剤師はリンデロンを寝る前の喘息症状の夜間増悪を防ぐ目的として処方されていると解釈してしまったため、そのまま調剤しようとしたが、在庫が無いために疑義照会を行ったことで、間違いを発見することが出来た。		確認を怠った コンピュータシステム 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名リンデロン散0.1% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名コデインリン酸塩散10%「第一三共」	その他
564	ドグマチール錠は他の処方薬から胃の症状のために処方されていると考えられたが、ドグマチール錠100mgで処方されていたため、疑義照会を行ったところ、ドグマチール錠50mgに薬剤変更となった。	胃の症状にはドグマチール錠50mgが適応薬であるところ、ドグマチール錠100mgが処方されていた。		その他医師の知識不足	処方された医薬品 販売名ドグマチール錠100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ドグマチール錠50mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
565	ニトロールRカプセルの用法が「頓服、舌下」で処方されていたため、疑義照会したところ、ニトロール錠5mgに薬剤変更となった。	ニトロールRカプセルは徐放性製剤であり、頓服、舌下では効果が得られなかった。医師はニトロール錠と勘違いした。		その他医師の知識不足	処方された医薬品 販売名ニトロールRカプセル20mg  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ニトロール錠5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
566	「食前または食間」で処方されるべきアルクレイン内用液5%が「食後」で処方されていたため、疑義照会を行ったところ、用法変更となった。			その他医師の知識不足	処方された医薬品 販売名アルクレイン内用液5%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
567	他の診療科からエリスロマイシンが処方されている患者にエリスロマイシンと併用注意であるクラリチン錠10mgが処方されていた。年齢、体格(痩せ型)を考慮し、別の抗アレルギー薬に変更可能であるか疑義照会したところ、アレロック錠5に薬剤変更となった。		処方薬と服用中の薬の組み合わせが併用注意の場合は、他の薬に変更出来るか、または患者の特徴はどうか等を考慮して調剤する。	その他病院側の情報不足	処方された医薬品 販売名クラリチン錠10mg  <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アレロック錠5	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
568	ミオナール錠50mgが成人量を超える量で処方されていた。当該患者の薬歴からニキビの治療を受けている患者であることが分かったため、治療の内容からもおかしいと判断した。処方医に疑義照会したところ、シナール配合錠に変更となった。	医療機関において、カルテから処方箋に記入する際、読み間違えたと思われる。		その他医療機関側の処方箋記載ミス	処方された医薬品 販売名ミオナール錠50mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名シナール配合錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
569	ベザトールSR錠200mgの用法が「1錠/分2朝夕食後」となっていたため、疑義照会したところ、用法変更となった。	徐放性製剤であるベザトールSR錠200mgは分割調剤を行うことが出来ないため。		その他医師の認識不足	処方された医薬品 販売名ベザトールSR錠200mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
570	耳鼻科に受診した患者に「フルチカノーズ点鼻液50μg1本、1日2回朝夕」が処方された。フルチカノーズ点鼻液にはフルチカノーズ点鼻液28μgとフルチカノーズ点鼻液50μg56噴霧用があるため、調剤することが出来なかった。そのため、医師に疑義照会したところ、「フルチカノーズ点鼻液50μg56噴霧用1本、1日2回朝夕」と回答があり調剤した。	医師が処方薬の規格を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師による処方薬の規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名フルチカノーズ点鼻液50μg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フルチカノーズ点鼻液50μg56噴霧用	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
571	アルメタ軟膏が処方されていた。患者はヘルペスとのことであったため疑義照会を行ったところ、アラセナーA軟膏3%に変更となった。			その他薬剤名類似	処方された医薬品 販売名アルメタ軟膏 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アラセナーA軟膏 3%	患者の症状等から
572	妊娠4ヶ月の患者にナウゼリン錠10が処方されていた。疑義照会の結果、薬剤削除となった。	医師は妊娠4ヶ月ならば問題ないと認識していた。催奇形性があるため、妊娠4ヶ月であっても安全とは限らなかった。	引き続き、患者からの情報収集を徹底する。	その他医院側	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
573	いつもの薬をもらいに来た患者に「ボルタレンサポ25mg1回1個、14回分、疼痛時」が処方されていた。当該薬はいつも処方されている薬であった。患者インタビュー中に患者から「あまり使わなため、坐薬は余っている。」と申し出があった。そのため処方医に疑義照会したところ、薬剤削除になった。	患者は医師に残薬があることを伝えていなかった。	医療費削減のため、残薬の申し出がある場合やコンプライアンス不良で薬が余分にある場合は疑義照会し、薬を無駄にしないよう努める。	患者側 その他患者が医師に残薬を申し出ていなかった。	処方された医薬品 販売名ボルタレンサポ25mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
574	<p>今回、初めてリピディルカプセルが処方された患者に「リピディルカプセル100、2カプセル/分2朝夕食後」で処方されていた。通常の用法は分1であり、分量も初回としては多かったために疑義照会を行ったところ、「リピディルカプセル67、1カプセル/分1夕食後」に変更となった。</p>			<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名リピディルカプセル100 □ □ 変更になった医薬品 販売名リピディルカプセル67</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>
575	<p>退院後初めての処方であった。患者は入院中にインスリン注射の方法を学び、自己注射を開始していた。今回、ランタス注ソロスター300単位1キット(1日1回11時に使用)が処方されていた。投与量の記載がなく、患者の話からは1回12単位で使用していたとのことであった。また他の内服薬が28日分であり、次回受診予定日も28日後であったが、仮に1回12単位で使用した場合、1キットでは不足するため、それらを踏まえて疑義照会を行った。結果としてランタス注ソロスター300単位2キット(1日1回、1回12単位、11時に使用)に変更となった。</p>		<p>退院後初めて来局する患者について、入院前の処方内容と異なる場合は特に注意する。インスリン注が他の処方日数と比べて過不足がないか確認する。</p>	<p>確認を怠った 記録などに不備があった 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった</p>	<p>処方された医薬品 販売名ランタス注ソロスター</p>	<p>患者の症状等から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
576	「フルタイド100ディスカス、1日2回、1回1吸入」と記載された処方せんに基づいて調剤し、患者に交付しようとしたところ、患者より「今回は1度に2吸入するように医師から指示された」と申し出があった。処方医に疑義照会したところ、患者の申し出の通り、1回2吸入の入カミスであったことが分かり、用法変更となった。	今までフルタイド100ディスカスを1回1吸入で使用していた患者だったために、患者が「1日2回」と「1回2吸入」を間違えているとも考えられたが、当該医療機関では医師の手書きのカルテを事務員がレセコンに入力する方法であることを承知していたため、処方医の意図と異なるとはいけないと判断して疑義照会した。	処方せんのみ確認した際に不自然な点がない場合でも、患者の話と処方内容が異なっていた場合は疑義照会を行う。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フルタイド100 ディスカス	患者の申し出から
577	風邪のために内科からジスロマック錠250mgを処方された患者が来局した際、薬局窓口で患者から「医師に言うことを忘れていたが、耳鼻科からの薬をのんでいる」と申し出があった。お薬手帳などで確認したところ、耳鼻科からセフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」とアントブロン錠15mgを処方されていたことが判明した。内科処方医にジスロマック錠250mgの処方について疑義照会したところ、内科医から「ジスロマック錠250mgはそのまま処方し、セフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」は服用を中止する。アントブロン錠15mgは継続する。」との指示があり、患者にその旨を説明した。	患者は日頃から薬の飲み合わせについて関心が高く、別の薬局で調剤された薬についても何度か質問していた。今回もお薬手帳は持参していたが、お薬手帳確認前に「実はのんでいる薬がある。医師に言い忘れたが大丈夫だろうか。」と患者から自発的に質問があり、また服用中の薬も持参していたため、併用薬についての情報を見逃さなかった。	常日頃から患者に「薬局で薬について気軽に聞いてみよう。」と思ってもらえるような雰囲気作りを心がける。	患者側	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg □ □ 変更になった医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
578	耳鼻科を受診した患者に「メリアクトMS小児用細粒10%110mg、6日分、ピオフェルミンR散1.2g、6日分」が処方された。用法が記載されていないため、調剤することが出来なかった。そのため医師に疑義照会したところ、「メリアクトMS小児用細粒10%110mg/分3毎食後、6日分、ピオフェルミンR散1.2g/分3毎食後、6日分」でお願いしますと回答があり調剤した。	医師が処方薬の用法を書き忘れていた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師による用法記載忘れ	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10% 販売名ピオフェルミンR散 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10% 販売名ピオフェルミンR散	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
579	<p>耳鼻科を受診した患者に「ジルテックドライシロップ1.25%0.4g/分2朝夕食後、5日分、ムコダインDS50%0.8g/分2朝夕食後、5日分、アリメジンシロップ0.05%5ml/分2朝夕食後、7日分、ムコダインシロップ5%8ml/分2朝夕食後、7日分」が処方された。ジルテックドライシロップ1.25%とアリメジンシロップ0.05%が薬効が重複しており、ムコダインドライシロップ5%とムコダインシロップ5%は同じ成分であった。どちらかを先に服用するのか、または異なる剤形を処方して服用できる薬を飲むのか、もしくは処方薬の書き間違いであるのか、など考えられたため、処方医に疑義照会したところ、「ジルテックドライシロップ1.25%0.4g/分2朝夕食後、5日分、ムコダインDS50%0.8g/分2朝夕食後、5日分」は「バナンドライシロップ5%120mg/分2朝夕食後、5日分、ビオフェルミンR散1.4g/分2朝夕食後、5日分」に変更となり調剤した。</p>	<p>医師が処方薬を間違えて記載した。</p>	<p>処方鑑査を徹底する。少しでも疑わしいことがあった場合は疑義照会し、患者のために安全な医療を提供する。</p>	<p>その他医師が異なる処方薬を記載</p>	<p>処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25% 販売名ムコダインDS50%  □ 変更になった医薬品 販売名バナンドライシロップ5% 販売名ビオフェルミンR散</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
580	皮膚科から「アレグラ錠、2錠／分2朝夕食後、7日分」の処方箋を応募した。アレグラ錠にはアレグラ錠30mgとアレグラ錠60mgの2つの規格が存在し、どちらの処方であるか分からなかったため、調剤することが出来なかった。そのため医師に疑義照会したところ、「アレグラ錠60mg、2錠／分2朝夕食後、7日分」と回答があり調剤した。	医師が処方薬の規格を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師による処方薬の規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名アレグラ錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠60mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
581	咳症状で受診した患者に「フルタイド100μ gエアゾール60吸入用、1日2回、朝夕食前、1回1噴霧」が処方された。フルタイド100μ gエアゾール60吸入用の用量が書かれていなかったため、調剤することが出来なかった。そのため医師に疑義照会したところ、「フルタイド100μ gエアゾール60吸入用、1本、1日2回、朝夕食前、1回1噴霧」と回答があり調剤した。	医師が処方薬の用量を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師による処方薬の数量記載忘れ	処方された医薬品 販売名フルタイド100μ g エアゾール60吸入用 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名フルタイド100μ g エアゾール60吸入用	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
582	ヘリコバクタ・ピロリの除菌のためにオメプラール錠、クラリス錠、サワシリンカプセル250の3剤併用の処方せんを応募した。患者は初めての来局だったため、初回アンケートの記入を依頼したところ、過去にオーグメンチン配合錠(アモキシシリン含有)を服用した際に出血性大腸炎を起していたことが分かった。患者にその旨を医師へ申告したかどうかを確認したところ、「医師には言っていない」との回答があった。疑義照会したところ、処方箋が削除になった。	副作用を起したのが10年以上前だったため、患者は医師に言うのを失念していた。薬局のアンケート用紙に副作用歴の記入欄があったため、患者はそれを見て思い出した。	初めて来局した患者にアンケート依頼し、記入内容を確認することは重要であるが、患者本人が来局するとは限らないため、家族等の代理の方が来局した場合でも、副作用歴や併用薬の確認を徹底することを心がける。	患者側	処方された医薬品 販売名サワシリンカプセル250 販売名オメプラール錠 販売名クラリス錠	薬歴等から
583	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。	当該医療機関の処方せんは前回処方用紙を印字して、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。	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。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
584	耳鼻科に受診した患者に「トミロン細粒小児用10%、90mg/分2朝夕食後、5日分、ビオフェルミンR散、0.6g/分2朝夕食後、5日分」が処方された。トミロン細粒小児用10%は食後3回に分服するため、用法に疑義が生じた。そのため疑義照会したところ、「トミロン細粒小児用10%、90mg/分3毎食後、5日分、ビオフェルミンR散、0.6g/分3毎食後、5日分」に変更となった。	医師が処方薬の用法の記載を誤ったため。	処方鑑査を徹底する。	その他医師が処方薬の用法記載を誤った	処方された医薬品 販売名トミロン細粒小児用10% 販売名ビオフェルミンR散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
585	老人ホームに入所している患者に「ジルテック錠10、1錠/分1夕食後、14日分」が処方された。いつも一包化調剤している患者だったが、今回一包化の指示がなかった。一包化することが必要な患者であったため医師に疑義照会したところ、一包化指示を書き忘れたとのことであった。一包化指示を受け、一包化調剤した。	医師が一包化の指示を書き忘れた。	処方鑑査を徹底し、患者のコンプライアンス向上に努める。	その他医師が一包化指示を書き忘れた	処方された医薬品 販売名ジルテック錠10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ジルテック錠10	薬歴等から
586	ソラナックス0.4mg錠が40日分処方されていた。ソラナックス0.4mg錠は処方日数が30日分の制限がある薬であることを疑義照会したところ、30日分に変更しとなった。	年末年始のためである可能性があった。		その他病院側の判断ミス	処方された医薬品 販売名ソラナックス0.4mg錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
587	メブチンシロップ5μg/mLとセキナリンテープ1mgが併せて処方されていた。作用が重複するために疑義照会したところ、処方ではセキナリンテープ1mgではなく、キプレス細粒4mgの間違いだった。			その他病院の入力ミス	処方された医薬品 販売名セキナリンテープ 1mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名キプレス細粒4mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
588	めまいで病院に受診した患者に「メリスロン錠5mg、3錠/分3毎食後、14日分」が処方された。メリスロン錠には5mgの規格は存在せず、メリスロン錠6mgとメリスロン錠12mgの2つ規格が存在していた。どちらの処方であるか分からなかったため医師に疑義照会したところ、「メリスロン錠6mg、3錠/分3毎食後、14日分」でお願いしますと回答があり調剤した。	医師が処方薬の規格を書き間違えた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師による処方薬の規格の記載間違い	処方された医薬品 販売名メリスロン錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名メリスロン錠6mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
589	耳鼻科に受診した小児患者に「パセトシン細粒10%、240mg/分3毎食後 4日分、ビオフェルミン配合散、0.6g/分3 毎食後、4日分」が処方された。パセトシン細粒10%はペニシリン系抗生物質であるため、ビオフェルミンR散が適応であった。そのため医師に疑義照会したところ、「パセトシン細粒10%、240mg/分3毎食後、4日分、ビオフェルミンR散、0.6g/分3毎食後、4日分」に変更になった。	医師が処方薬の適応を把握していなかった。	処方鑑査を徹底し、医薬品の適正使用に努める。	その他医師が処方薬の適応を把握していなかった	処方された医薬品 販売名ビオフェルミン配合散 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミンR散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
590	整形外科からNSAIDsとガスターD錠20mgが処方されていた。他の医療機関からも定期処方 でガスターD錠20mgが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、薬剤 削除となった。		医療機関で併用薬 を確認する。	連携ができていな かった	処方された医薬品 販売名ガスターD錠20m g	薬歴等から
591	患者は整形外科から「リリカカプセル75mg3カ プセル/分3朝、昼、寝る前、42日分」が処方さ れた。リリカカプセル75mgは新医薬品であり、 発売後1年を経過していないため、処方日数が1 4日間の制限がある医薬品であった。そのため、 医師に疑義照会を行ったところ、「リリカカプセル 75mg3カプセル/分3朝、昼、寝る前、14日 分」に変更になった。	処方日数に制限がある薬で あった。	処方鑑査を徹底す る。	その他処方日数に制 限がある薬であった	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75 mg	薬の特性等から(併用 禁忌、服用方法、対象 患者、同類薬など)
592	内科に受診した糖尿病患者に「メルビン錠250 mg3錠/分3、35日分」が処方された。用法が 記載されていなかったが、前回の薬歴には毎食 後と記載されていた。前回と同じ用法で良いか、 医師に疑義照会したところ、前回通り「メルビン錠 250mg3錠/分3 毎食後、35日分」になった。	医師が用法の記載を忘れ た。	処方鑑査を徹底す る。	その他医師による用 法の記載忘れ	処方された医薬品 販売名メルビン錠250m g □ □ 変更になった医薬品 販売名メルビン錠250m g	処方箋の書き方等から (誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
593	高血圧で受診している患者が来局した。いつもの内服薬は処方されていたが、普段処方されているインテナースパップ70mgが処方されていない。そのことを患者に尋ねたところ「出して欲しかったが、出てないのか。」と回答があった。そこで医師に疑義照会したところ、「インテナースパップ70mg、50枚、腰」が薬剤追加になった。	医師が処方薬を書き忘れた。	患者の要望をよく聞き取り、患者満足度が高い医療を提供する。	その他医師が処方薬を処方箋に書き忘れた	処方された医薬品 販売名インテナースパップ70mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名インテナースパップ70mg	患者の申し出から
594	シムビコートタービューヘイラー60吸入1日1回朝2吸入、スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入1日2回朝夕2吸入と記されていたため疑義照会したところ、用法変更となった。			その他病院の入力ミス	処方された医薬品 販売名シムビコートタービューヘイラー60吸入 販売名スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
595	継続薬剤の1ヶ月処方に加えて、頓服薬としてマクサルトルPD錠10mgが1錠30回分で処方されていた。1ヶ月に10錠以上服用すると薬剤性の頭痛が起こる可能性あると考えられたため、疑義照会を行ったところ、10回分に変更となった。			その他医師の認識不足	処方された医薬品 販売名マクサルトルPD錠10mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
596	緑内障で眼科に受診中の患者に同一病院の内科からPL配合顆粒が処方されていた。疑義照会したところ、クラリスッド錠200mgに薬剤変更となった。			その他病院の情報共有不足	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名クラリスッド錠200mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
597	定期処方セララ錠25mgが処方されている患者であった。今回血圧上昇傾向のためスピロラクトン錠25mg「トーフ」が薬剤追加となった。両剤は血清カリウム値が上昇し、カリウム貯留作用が増強する恐れがあるために併用禁忌であった。よって処方医へ疑義照会したところ、スピロラクトン錠25mg「トーフ」は薬剤削除となり、セララ錠25mgがセララ錠50mgへ増量となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名セララ錠25mg 販売名スピロラクトン錠25mg「トーフ」 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名セララ錠50mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
598	メサフィリン配合錠3錠/日で処方されていた。患者の常用量よりも過少であったため疑義照会したところ、メサフィリン配合散3g/日へ変更となった。	処方医はメサフィリン配合散を処方したつもりだった。	同じ薬剤名で錠剤と散剤が存在する医薬品は、常用量を確認しておく。	確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名メサフィリン配合錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名メサフィリン配合散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
599	新規でパリエット錠10mgが処方されていた。患者は他の医療機関でガスター錠が処方されているため、疑義照会を行ったところ、薬剤削除となった。	患者は医師に併用薬について話していなかった。		連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名パリエット錠10mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
600	患者の症状は「左顔面麻痺」であったが、プロラノン点眼液0.1%の指示が右眼になっており、患者の症状と医師の指示に相違があった。よって疑義照会したところ、左眼点眼4回の指示に変更となった。	患者の症状、部位を確認しなければ、医師が処方箋に間違えて記載した指示をそのまま伝えるところであった。	外用薬の指示は部位を確認するべきと考えた。特に点眼薬の場合は左右の確認は必要であると考えた。	その他医師のミス	処方された医薬品 販売名プロラノン点眼液0.1%	患者の症状等から
601	肺がん手術後の処方(手術後の痛みに対する処方)で処方箋に「ボルタレンSRカプセル37.5mg1回2カプセル、頓用、10回分、痛い時(1日3回まで服用)」と記載されていた。ボルタレンSRカプセル37.5mgの1回量が通常の倍量となっており、分量の記載方法を1日量と間違えた可能性があった。癌の患者に対しては非ステロイド性消炎鎮痛剤が多めの量で処方されている可能性もあるが、念のために確認が必要と判断し処方医に疑義照会を行った。その結果、ボルタレンSRカプセル37.5mgの1回量が1カプセルに変更となった。		癌の疼痛に関する非ステロイド性消炎鎮痛剤の投与量が各医療機関により異なるため疑義照会を躊躇することもあるが、用法、用量に不明な点があれば、疑義照会することが重要であると考える。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ボルタレンSRカプセル37.5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
602	<p>高血圧のためプレミネントを服用中の患者に血圧上昇のためにフルイトラン錠2mgが追加処方された。プレミネントはARBと利尿剤の配合剤であり、フルイトラン錠2mgの追加は利尿剤の重複処方となるため疑義照会した。医師と協議の上、Ca拮抗剤であるノルバスク錠2.5mgに変更することになった。</p>	<p>プレミネントは配合剤であるため、処方医師がプレミネントの成分を認識しづらかったと推測される。</p>		<p>確認を怠った 判断を誤った 医薬品 その他配合剤の成分</p>	<p>処方された医薬品 販売名フルイトラン錠2mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ノルバスク錠2.5mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>
603	<p>80歳代の高齢の患者であった。今まで臨時処方のみを受けて調剤していたが今回はじめて定期処方の処方箋を受け付けた。これまではPTP包装で薬をもらっていたが、処方されている薬の数が多く、残薬数も合っていないことから誤った服用が疑われたため、一包化調剤が必要であると判断した。処方医に了解を得たが、この中にバファリン配合錠A81が含まれていた。本剤はPTP包装から取り出すと吸湿性があるために一包化には不向きであった。よって疑義照会を行ったところ、同一の薬効成分であるバイアスピリン錠100mgに変更となった。</p>	<p>医師は薬剤の細かな特性までを把握することが困難であった。薬剤師の専門的知識が必要であった。</p>		<p>確認を怠った 知識が不足していた 医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名バファリン配合錠A81 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
604	内科に受診している患者にいつもの薬を投薬する際、服薬指導中に患者から「いつもの湿布が出ていない。」との申し出があった。いつもモーラステープ20mgが出ている患者であったため医師に疑義照会したところ、「モーラステープ20mg、70枚、右手首・肩」を追加してくださいと回答があり調剤した。	医師が処方薬を処方箋に書き忘れたため。	患者の要望をよく聞き、患者のQOLの維持、向上に努める。	その他医師が処方薬を処方し忘れた	処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名モーラステープ20mg	患者の申し出から
605	いつも一包化している患者が処方箋を持って来局した。処方鑑査中に一包化の指示がないことに気づいた。この患者は薬を服用する上で一包化が必要なため、医師に疑義照会したところ、いつも通りに一包化してくださいと回答があり調剤した。	医師が一包化の指示を記載し忘れたため。	処方鑑査を徹底する。	その他日包化指示忘れ	処方された医薬品 販売名ガスイサン錠20mg 販売名マグミット錠330mg 販売名プロプレス錠4mg 販売名アムロジピン錠5mg「TYK」 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ガスイサン錠20mg 販売名マグミット錠330mg 販売名プロプレス錠4mg 販売名アムロジピン錠5mg「TYK」	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
606	いつもの薬をもらいにきた患者に「マグミット錠330mg、分3毎食後、28日分、レンドルミン錠0.25mg、1錠/回、20回分」の処方箋が発行されていた。マグミット錠330mgの1日量とレンドルミン錠0.25mgの用法がないため調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、「マグミット錠330mg、3錠/分3毎食後、28日分、レンドルミン錠0.25mg、1錠/回、不眠時、20回分」と回答があり調剤した。	医師が処方箋に記載事項を書き忘れたため。	処方鑑査を徹底する。	その他医師による処方箋記載事項の記載忘れ	処方された医薬品 販売名マグミット錠330mg 販売名レンドルミン錠0.25mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名マグミット錠330mg 販売名レンドルミン錠0.25mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
607	一包化(用法、日付入)を希望する患者に「ロキソニン錠60mg3錠/分3毎食後、7日分」が処方された。処方箋に一包化の指示が書いていなかったため医師に疑義照会したところ、一包化の指示を書き忘れていたと回答があった。その後、一包化の指示を受けて調剤した。	医師が一包化の指示を処方箋に書き忘れたため。	処方鑑査を徹底する。	その他医師が一包化の指示を記載し忘れた	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg g	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
608	<p>小児科を受診した患者に「クラリスドライシロップ10%小児用1.2g/分1夕食後、4日分」が処方された。患者の母親に患者の体重を確認したところ、12kgとのことであった。クラリスドライシロップ10%小児用の用法・用量は、「10mg～15mg/kg/dayを2～3回に分けて経口投与する。」であった。「クラリスドライシロップ10%小児用1.2g/分2朝夕食後、4日分」の誤りであるか、またはマクロライド療法である場合の10mg～15mg/kg/dayで考えると患者の体重12kgでは60mg～90mg/回であるため、過量投与が推測された。よって医師に疑義照会したところ、「クラリスドライシロップ10%小児用0.6g/分1夕食後、4日分」に減量になった。</p>	<p>医師がクラリスドライシロップ10%小児用の体重換算を誤った。</p>	<p>処方鑑査を徹底し、安全な医療を提供する。</p>	<p>その他医師が処方量を誤った</p>	<p>処方された医薬品 販売名クラリスドライシロップ10%小児用</p>	<p>年齢・体重換算の結果から</p>
609	<p>いつもの薬をもらいにきた患者が来局した。患者インタビュー中、のどが痛いために医師からのどの薬を出すか聞いていたがでていないと申し出があった。よって医師に疑義照会したところ、「イソジンガーゲル液7%(30mL/本)、3本、うがい、1日3～4回」が追加になった。</p>	<p>医師が必要な処方薬を処方し忘れた。</p>	<p>患者の話をよく聞き、患者のための医療を実践する。</p>	<p>その他医師が処方するのを忘れた</p>	<p>処方された医薬品 販売名イソジンガーゲル液7% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名イソジンガーゲル液7%</p>	<p>患者の申し出から</p>

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
610	<p>内科のいつもの薬をもらいにきた患者からインタビュー中に、いつも出ている湿布が出ていないと申し出があった。薬歴を確認したところ、いつもモーラステープ20mgが処方されていたが今回は処方されていなかった。医師に疑義照会したところ、「モーラステープ20mg、70枚、腰」が薬剤追加になった。</p>	<p>医師が必要な処方薬を処方し忘れていた。</p>	<p>患者の話をよく聞き、患者が満足することが出来る医療を提供する。</p>	<p>その他医師が処方薬を処方し忘れた。</p>	<p>処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名モーラステープ20mg</p>	<p>患者の申し出から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
611	内科に受診した患者の代理の方が処方箋を持って来局した。初めての処方箋であった。患者の代理の方にインタビューをしていたところ、患者が高齢であるため、一包化してほしいとの希望があった。よって医師に疑義照会したところ、医師から一包化でお願いしますと回答があり調剤した。	患者が高齢であったため、一包化を必要とした。	患者のコンプライアンス向上のため、一包化の希望があった場合は医師に疑義照会する。	その他患者から一包化の希望があった	処方された医薬品 販売名イソコロナルR カプセル20mg 販売名メバトルテ錠10 販売名ヘルベッサールカ プセル100mg 販売名バファリン配合錠 A81 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名イソコロナルR カプセル20mg 販売名メバトルテ錠10 販売名ヘルベッサールカ プセル100mg 販売名バファリン配合錠 A81	患者の申し出から
612	めまいで耳鼻科に受診している患者が前回と同じ処方内容の処方箋を持ってきた。処方薬は14日分になっていた。次回受診日は今月中であった。今月中の受診は都合が悪いため来られないと患者が言ったため、医師に疑義照会した。医師から35日分でお願いますと回答があり調剤した。来月の受診に変更となった。	患者が次回受診日に都合が悪く、病院に行けないため。	患者の都合を勘案し、薬を継続的に服用出来るよう支援する。	その他次回来院日の都合が合わない	処方された医薬品 販売名アデホスコーク顆 粒10% 販売名カルナクリン錠25 販売名メチコパール錠5 00μg 販売名メリスロン錠6mg	その他

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
613	耳鼻科の患者に「メリアクトMS小児用細粒10% 70mg/分2朝夕食後、4日分」で処方されていた。メリアクトMS小児用細粒10%は1日3回分服の薬であった。よって医師に疑義照会したところ、「メリアクトMS小児用細粒10%70mg/分3毎食後4日分」に変更になった。	医師が正しい用法で処方していなかった。	処方鑑査の徹底を行う。	その他正しい用法で処方されていなかった	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
614	患者が内科の処方せんを持って来局した。いつも通りの定期処方にはリピディルカプセル67が追加処方されていた。窓口で患者に説明したところ、特に薬の追加についての説明がされてなかった。医師に疑義照会したところ、以前に処方された時の印刷が残っており、それを医師が削除し忘れたためであることが分かり、リピディルカプセル67は処方削除となった。			その他医師が処方せんから不要の薬を消し忘れた	処方された医薬品 販売名リピディルカプセル67	薬歴等から
615	皮膚科から「ザジテンドライシロップ0.1%0.8g/分2朝夕食後、14日分」が処方されていた。同日、同病院の耳鼻科から「アレジオンドライシロップ1%0.4g/分1夕食後、5日分」が処方された。薬効が重複しており、処方日数の短い耳鼻科の方が医師も処方削除することを検討しやすいと考え、耳鼻科医師に疑義照会したところ「アレジオンドライシロップ1%0.4g/分1夕食後、5日分」が削除になった。	医師が患者の併用薬を把握していなかった。	処方鑑査を徹底する。	その他医師が患者の併用薬の把握をしていなかった	処方された医薬品 販売名アレジオンドライシロップ1%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
616	皮膚科から「ザジンドライシロップ0.1%0.8g/分2朝夕食後、14日分」が処方されていた。同日、同病院の耳鼻科から「ペリアクチンシロップ0.04%7mL/分3毎食後、5日分」が処方されていた。薬効が重複しており、耳鼻科の方が短期間の処方であったために医師が処方削除しやすいと考え疑義照会したところ、「ペリアクチンシロップ0.04%7mL/分3毎食後、5日分」が削除になった。	医師が患者の併用薬を把握していなかった。	処方鑑査を徹底し、無駄な処方がなくなるよう努める。	その他医師が患者の併用薬を把握していなかった。	処方された医薬品 販売名ペリアクチンシロップ0.04%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
617	「Berotec 3t 2Week」と処方箋に記載されていたため、ベロテック錠であると判断した。在庫がなかったため、患者の家族に状況を話したところ、患者は処方した医師本人であることが発覚した。急ぎではなかったため明日に薬を取りに来ると言っていたが、同時に「主人はいつもアテロックを飲んでいる」と言ったことで、処方薬が間違えていることが発覚した。この時に焦った薬剤師は「アテロック錠」を調剤してしまったが、別の薬剤師がすぐに発見し、交付することはなかった。医師に、アロテック錠10mgであることを確認し交付した。	「アレロック」、「アテレック」、「アロテック」、「ベロテック」はいずれも商品名が大変類似しており、通常から大変注意を要する医薬品であると注意喚起していた。「アテレック」に関しては患者交付時の問診などで気がつくことも多いが、その他の「アレロック」、「アロテック」、「ベロテック」はアレルギー性喘息に利用する可能性が高い薬であり、処方箋の記載ミスは院外薬局では気が付けないことが多いと感じていた。	投薬時に喘息かどうか必ず確認する。商品名について再度検討を希望する。	記録などに不備があった その他処方箋の記載ミス その他処方箋の記載ミス 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ベロテック <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アロテック錠10mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
618	内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。患者インタビュー中にも出ているリンデロン-VGクリーム0.12%が処方箋に記載されていないため、患者に確認したところ、患者から「先生が忘れていたのかな、欲しかったんだけど。」と申し出があった。必要な処方薬であると思われたため疑義照会したところ、医師から「リンデロン-VGクリーム0.12%、10g、頸部」を出してくださいと回答があった。	医師が処方薬を処方し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師による処方忘れ	処方された医薬品 販売名リンデロン-VGクリーム0.12% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名リンデロン-VGクリーム0.12%	患者の申し出から
619	「ガスモチン錠3錠/分3毎食後、30日分」の処方箋を患者が持ってきたが、ガスモチン錠にはガスモチン錠2.5mgとガスモチン錠5mgがあり、調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、ガスモチン錠5mgでお願いしますと回答があり、「ガスモチン錠5mg3錠/分3毎食後、30日分」で調剤した。	医師が処方薬の規格を書き忘れた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師が処方薬の規格を記載し忘れた	処方された医薬品 販売名ガスモチン錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ガスモチン錠5mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
620	オゼックス細粒小児用15%の用法用量は通常分2のところ、分3で処方されていたため疑義照会したところ、用法が分2に変更となった。	医師が繁忙のため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名オゼックス細粒小児用15%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
621	プルゼニド錠12mgを処方して貰いたいとのことであったが、処方されていないため疑義照会したところ、プルゼニド錠12mg1日1回、1回2錠寝る前、30日分が追加となった。	医師が繁忙のため。		連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名プルゼニド錠12mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名プルゼニド錠12mg	患者の申し出から
622	患者から「年末で受診出来なくなるため、マイザー軟膏を普段の倍量で貰いたかったと医師に言った」との申し出があった。マイザー軟膏が増量になっていなかったため疑義照会したところ、「マイザー軟膏25g1日2回、体、手足に塗布」から、「マイザー軟膏50g1日2回、体、手足に塗布」に変更となった。	医師が繁忙であったため。	業務改善を行う。	連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名マイザー軟膏	患者の申し出から
623	耳鼻科に受診した患者に「エバステン錠5mg「NS」2錠/分2朝夕食後、7日分」が処方された。エバステン錠5mg「NS」は通常、成人では「エバステンとして1回5～10mgを1日1回経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減する」とあるため、処方量に誤りが考えられた。よって医師に疑義照会したところ、「エバステン錠5mg「NS」1錠/分1寝る前、7日分」に変更となり調剤した。	医師が処方薬の用法、用量を誤って処方した。	処方鑑査を徹底する。	その他医師が処方薬の用法用量を誤った	処方された医薬品 販売名エバステン錠5mg「NS」 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名エバステン錠5mg「NS」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
624	いつもの薬をもらいにきた患者が14日分処方 の処方箋を持ってきた。患者インタビュー中に患者 から今月中に受診することが難しいため処方日 数を延ばしてほしいと申し出があった。医師に疑 義照会したところ、28日分に変更となった。	患者が次回受診日の都合が 悪くなったため。	患者の申し出をよく 聞き、患者に安心し て医療を受けてもら えるよう努力する。	その他患者が次回受 診日の変更を求めて きた。	処方された医薬品 販売名重カマ「ヨシダ」 販売名ツムラ大建中湯工 キス顆粒(医療用)	患者の申し出から
625	耳鼻科に痛みで受診した患者に「ジルテック錠1 0、1錠/分1夕食後、21日分」が処方された。 いつも一包化調剤を希望している患者であつた が、今回一包化調剤の指示が処方箋に記載され ていなかったため、医師に疑義照会したところ、 一包化調剤でお願いしますと回答があり調剤し た。	医師が一包化の指示を処方 箋に記載し忘れていた。	処方鑑査を徹底す る。	その他医師が一包化 指示を書き忘れた	処方された医薬品 販売名ジルテック錠10 □ □ 変更になった医薬品 販売名ジルテック錠10	薬歴等から
626	小児科に喘息で受診している患者が「フルタイド 50μ gエアゾール120吸入用、1本、1日2pus h、1日1回夜」と記載された処方箋を持って来局 した。フルタイド50μ gエアゾール120吸入用の 1回量が記載されていなかったため疑義照会し たところ、「フルタイド50μ gエアゾール120吸入 用、1本、1回2push、1日1回夜」に変更となっ た。	医師が1回量を正しく記載し ていなかった。	処方鑑査を徹底す る。	その他医師が用法を 適切に記載していな かった	処方された医薬品 販売名フルタイド50μ g エアゾール120吸入用	処方箋の書き方等から (誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
627	<p>前回、耳鼻科に中耳炎でかかった患者が4日後、処方箋を持って来局した。患者インタビュー中に患者家族から、「前回のサンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%5mL、右耳、1日2回朝夕、1回2滴が余っているが、続けたほうが良いか。」と質問があった。医師から患者への説明はなく、症状がどうなっているか判断することが出来なかったため、医師に疑義照会したところ、「中耳炎ではなかったため、中止して下さい。」と回答があった。</p>	<p>医師が患者に残薬をどうするかの説明を怠ったため。</p>	<p>残薬について、患者から医師の説明があったかどうかをしっかりと聴取し、疑問がある場合は疑義照会を行う。</p>	<p>その他医師が患者に前回処方した残薬の説明を怠った。</p>	<p>処方された医薬品 販売名サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%  □ 変更になった医薬品 販売名サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%</p>	<p>患者の症状等から</p>
628	<p>いつもの内科の薬をもらいに来た患者から、患者インタビュー中に「いつも出ている湿布薬が欲しかった。」との申し出があった。薬歴には「モーラステープ20mg70枚、膝・肩」と記録があったため、患者にモーラステープ20mgで良いか確認し、医師に疑義照会したところ、「モーラステープ20mg70枚 膝・肩」が追加になった。</p>	<p>医師が処方薬を処方し忘れた。</p>	<p>患者の申し出をよく聞き、必要ならば疑義照会を行う。</p>	<p>その他医師が処方薬を処方し忘れた</p>	<p>処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg □ □ 変更になった医薬品 販売名モーラステープ20mg</p>	<p>患者の申し出から</p>
629	<p>小児科に受診した患者に「クラバモックス小児用配合ドライシロップ1.01g/分2朝夕食後、5日分」が処方された。クラバモックス小児用配合ドライシロップは添付文書に食事との関係で朝夕食前に服用が記載されているため、医師に疑義照会した。医師から「クラバモックス小児用配合ドライシロップ1.01g/分2朝夕食前、5日分」に変更して下さいと回答があり調剤した。</p>	<p>医師が誤った用法で処方箋を書いた。</p>	<p>処方鑑査を徹底する。</p>	<p>その他医師が誤った用法で処方箋を書いた。</p>	<p>処方された医薬品 販売名クラバモックス小児用配合ドライシロップ</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
630	退院処方「プレタール錠50mg4錠/分2朝夕」だったが、紹介先の医療機関からは「プレタール錠100mg4錠/分2朝夕」で処方されていた。規格の間違いを疑い、疑義照会したところ、「プレタール錠100mg2錠/分2朝夕」へ変更となった。	紹介先の医師が紹介状の内容を誤認していた。	引き続きしっかりと鑑査する。	その他医師	処方された医薬品 販売名プレタール錠100mg	薬歴等から
631	ムコダインDS50%とムコトロンシロップ5%が重複処方されていた。疑義照会したところ、ムコトロンシロップ5%が薬剤削除となった。	前回の処方内容を引用して入力した際、処方を間違えた。		その他処方確認の不備	処方された医薬品 販売名ムコトロンシロップ5%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
632	4才の患者にアスピリン散10%が0.9g/日で処方されていた。1日量としては多かったために疑義照会したところ、0.35g/日に変更となった。	カルテからレセコンへ入力する時に事務員が読み間違えた。		その他処方転記ミス	処方された医薬品 販売名アスピリン散10%	年齢・体重換算の結果から
633	喘息治療中の5才の患者にテオールドライシロップ20%が0.8g/日で処方されていた。前回受診時、血中濃度の測定結果により0.8g/日から0.9g/日に増量となっていた。特に発熱もなく、減量の指示を受けていなかったため疑義照会したところ、0.9g/日に変更となった。	過去の処方内容を引用して入力する際に引用するデータの日付を誤ったため、誤った量を処方してしまった。		その他処方確認ミス	処方された医薬品 販売名テオールドライシロップ20%	薬歴等から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
634	患者にホクナリンテープ0.5mgとともにメプチンドライシロップ0.005%7mL/日、ムコロンシロップ5%6mL/日、アスベリンシロップ0.5%3mL/日が処方されていた。β刺激薬が重複投与となるため疑義照会したところ、メプチンドライシロップ0.005%7mL/日がペリアクチンシロップ0.04%4mL/日に変更となった。			その他処方ミス	処方された医薬品 販売名メプチンドライシロップ0.005% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ペリアクチンシロップ0.04%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
635	オゼックス細粒小児用15%の用法が1日3回毎食後で処方されていたため疑義照会したところ、1日2回に変更となった。	医師が繁忙であったため。	業務改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名オゼックス細粒小児用15%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
636	今までオンドライシロップ10%の1日量1.2g、1日2回食後で処方されていた患者が、今回は1日量が1.0gで処方されていた。患者は説明受けていないとのことであったため疑義照会したところ、1.0gのまま変更しないと回答があった。	医師が繁忙であったため、患者への説明がなかった。	業務改善を行う。	患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名オンドライシロップ10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名オンドライシロップ10%	薬歴等から

### 疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
637	ロコイドクリーム0.1%、1日2回で処方されていた。使用部位の指示がなかったため疑義照会したところ、顔に塗布と回答があった。	医師が繁忙であったため。	処方入力の端末を改善する。外用薬の指示部位までを入力しないと処方完了出来ないようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ロコイドクリーム 0.1% <input type="checkbox"/>  変更になった医薬品 販売名ロコイドクリーム 0.1%	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
638	いつも使用しているプロトピック軟膏0.1%が処方されていないと患者から申し出あったため疑義照会を行ったところ、薬剤追加となった。	医師が繁忙であったため。	業務改善を行う。	患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名プロトピック軟膏 0.1% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名プロトピック軟膏 0.1%	患者の申し出から
639	患者は腰が痛いため、以前に使用したことがあるモーラステープ20mgを医師に依頼していたが、処方されていなかったため疑義照会したところ、薬剤追加となった。	医師が繁忙であったため。	業務改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名モーラステープ20 mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名モーラステープ20 mg	患者の申し出から

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
640	体重9.5kgの患者にメリアクトMS小児用細粒が1日量1mg(成分量)1日3回毎食後で処方されていた。処方量が少ないため疑義照会したところ、1日量100mg(成分量)1日3回食後に変更となった。	医師が繁忙であったため。	業務改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒	年齢・体重換算の結果から
641	アコレート錠40mg2錠/分2食後で処方されていた。アコレート錠40mgは製造販売中止となっているため疑義照会したところ、アコレート錠20mg4錠/分2食後に変更となった。	医師が繁忙であったため。	業務改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アコレート錠40mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アコレート錠20mg	その他
642	シングレアチュアブル錠5mg1錠、1日3回食後で処方されていた。疑義照会したところ、シングレアチュアブル錠5mg1錠、1日1回食後に変更となった。	医師が繁忙であったため。	業務改善を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名シングレアチュアブル錠5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
643	ヨクイニンエキス散「コタロー」のところをツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)で処方されていた。疑義照会を行ったところ、ヨクイニンエキス散「コタロー」に変更となった。			判断を誤った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ヨクイニンエキス散「コタロー」	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
644	シナール錠200のところ、ミオナール錠50mgが処方されていた。疑義照会をしたところ、シナール錠200に変更となった。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ミオナール錠50mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名シナール錠200	その他
645	ニポラジン小児用シロップ0.03%が重複して入力されていた。疑義照会を行ったところ、一方が薬剤削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニポラジン小児用シロップ0.03%	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
646	メリアクトMS小児用細粒10%のところ、メリアクトMS錠100mgで処方されていた。疑義照会を行ったところ、薬剤変更となった。	医療機関側の入力ミスであった。		確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10%	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
647	アズノールうがい液4%5mLのところ、アルロイヤー点鼻液50μg5本で処方されていた。疑義照会を行ったところ、薬剤変更となった。	医療機関側の入力間違いであった。		確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名アルロイヤー点鼻液50μg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アズノールうがい液4%	その他
648	ムコダインDS33.3%のところを誤ってムコダイン細粒50%で処方箋入力されていた。疑義照会を行ったところ、薬剤変更となった。			確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名ムコダイン細粒50% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ムコダインDS33.3%	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
649	<p>高血圧で病院に受診している患者に「ニフェジピンCR錠25mg「NT」2錠／分2朝夕食後、14日分」が処方された。ニフェジピンCR錠「NT」には10mg、20mg、40mgの規格しかなく、25mgの規格は存在しなかった。患者の薬歴にはニフェジピンCR錠20mg「NT」がいつも処方されていたため医師に疑義照会したところ、「ニフェジピンCR錠20mg「NT」2錠／分2朝夕食後、14日分」の書き間違いであると回答があった。</p>	<p>医師が処方薬の記載を誤った。</p>	<p>処方鑑査を徹底する。</p>	<p>その他医師が処方薬の記載を誤った。</p>	<p>処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「NT」 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「NT」</p>	<p>処方箋の書き方等から(誤記を含む)</p>
650	<p>耳鼻科より「ジルテック錠200mg1錠／分1夕食後、7日分」の処方箋を応需した。患者の薬歴を見ると当該耳鼻科より頻回にジェニナック錠200mgが処方されていた。ジルテック錠には「200mg」の規格はなかった。よってジェニナック錠200mgの書き間違いではないかと考え、医師に疑義照会したところ、「ジェニナック錠200mg1錠／分1夕食後、7日分」の書き間違いであると回答があった。</p>	<p>医師が処方薬を書き間違えた。</p>	<p>処方鑑査を徹底する。</p>	<p>その他医師が処方薬を書き誤った。</p>	<p>処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名ジェニナック錠200mg</p>	<p>薬歴等から</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
651	耳鼻科より「フロモックス小児用細粒100mg、230mg/分3毎食後、7日分、 Bioフェルミン配合散2.4g/分3毎食後、7日分」の処方箋を応需した。フロモックス小児用細粒100mgはセフェム系の抗生物質であり、Bioフェルミン配合散ではなくBioフェルミンR散が適していると判断したため、医師に疑義照会したところ、「フロモックス小児用細粒100mg、230mg/分3毎食後、7日分、BioフェルミンR散2.4g/分3毎食後、7日分」に変更となった。	医師が処方薬の適応を把握していなかった。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた その他医師が処方薬の適応の把握をしていなかった。	処方された医薬品 販売名 Bioフェルミン配合散 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名 BioフェルミンR散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
652	耳鼻科より「クラバモックス小児用配合ドライシロップ2.02g、朝夕食前」の処方箋を応需した。処方日数の記載がないため、調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、「クラバモックス小児用配合ドライシロップ2.02g、朝夕食前、5日分」でお願いしますと回答があり調剤した。	医師が処方日数を書き忘れた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師が処方日数を書き忘れた。	処方された医薬品 販売名 クラバモックス小児用配合ドライシロップ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名 クラバモックス小児用配合ドライシロップ	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
653	いつもの薬をもらいにきた患者に「アモバン錠、1錠／分1寝る前、14日分」が処方されてした。アモバン錠の規格が記載されていなかったため、調剤することが出来なかった。アモバン錠にはアモバン錠7.5とアモバン錠10があり、前回の薬歴ではアモバン錠7.5を調剤した記録があった。よって医師に疑義照会したところ、「アモバン錠7.5、1錠／分1寝る前、14日分」と回答があり調剤した。	医師が処方薬の規格を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	その他処方薬の規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名アモバン錠 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 変更になった医薬品 販売名アモバン錠7.5	薬歴等から
654	医師が「ミコンビ配合錠AP」と「ミカムロ配合錠AP」の処方を間違えた。疑義照会を行い、薬剤変更となった。	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。	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。	その他処方ミス	処方された医薬品 販売名ミコンビ配合錠AP <input type="checkbox"/>  変更になった医薬品 販売名ミカムロ配合錠AP	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
655	いつも一包化調剤している患者が、前回と同じ処方内容の処方箋を持って来局した。今回、一包化調剤の指示が処方箋にないことに気づいた。当該患者は一包化しないとコンプライアンスが低下してしまうため、医師に疑義照会したところ、「一包化をお願いします。」と回答があり調剤した。	医師が一包化調剤の指示を処方箋に書き忘れた。	処方鑑査を徹底する。患者のコンプライアンスの維持、向上のために疑義照会を行う。	その他日包化指示忘れ	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠 100mg 販売名マグラックス錠250mg 販売名ガスター錠10mg 販売名ビオフェルミン錠剤 □ □ 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠 100mg 販売名マグラックス錠250mg 販売名ガスター錠10mg 販売名ビオフェルミン錠剤	薬歴等から
656	クラバモックス小児用配合ドライシロップは薬理的に食直前服用が望ましいが、食後服用の指示であったために疑義照会を行ったところ、食直前服用に変更となった。			その他病院側の認識不足	処方された医薬品 販売名クラバモックス小児用配合ドライシロップ	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)