

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、公益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・分析事業の平成23年7月1日から平成23年12月31日に報告された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) 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. 1 |
| 2) 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 |
| 3) 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. 2 |
| 4) 疑義照会の事例 | P. 36 |

平成 24 年 8 月 31 日

平成 24 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) 日本医療機能評価機構 (以下、「評価機構」という。) のホームページ上の平成 23 年 7 月 1 日～12 月 31 日の間に報告された事例(4,339 事例)のうち、事例内容「規格・剤形間違い」、「薬剤取違い」、「その他」に関する 1,997 事例及び「疑義照会」に関する 349 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、1,389 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	0	0.0%
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	3	0.2%
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	1,172	84.4%
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	214	15.4%
計	1,389	100%

(2) 349 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 ^{注)}	事例数(割合)
薬歴等	116(32.6%)
薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)	93(26.1%)
患者の症状等	38(10.7%)
処方箋の書き方等(誤記を含む)	28(7.9%)
患者の申し出	27(7.6%)
年齢・体重換算の結果	17(4.7%)
その他	37(10.4%)
計	349(100%)

注)疑義照会の理由・根拠

4. 調査結果の内訳

- 1) 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
 - ① 抗てんかん薬と睡眠薬との販売名類似による誤入力の事例(1、2 番)
 - ② 精神神経用薬と脳循環改善薬との販売名類似による取り違い事例(3 番)
- 2) 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) 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
- 4) 疑義照会の事例

以上

製造販売業者により既に対策が取られているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「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	マイスリー錠のところをマイスタン錠で入力した。	マイスリー錠を選んだつもりだった。	レセコン画面の入力する行が細くなっているため、しっかり選んで確認する。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名マイスリー錠 間違えた医薬品 販売名マイスタン錠	マイスリー及びマイスタンは、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実施しているところ。
2	予測変換による入力間違いをした。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名マイスリー錠5mg 間違えた医薬品 販売名マイスタン錠5mg	
3	セロクエル25mg錠で一包化調剤するところ、セロクラール錠10mgで渡した。	学生実習の指導中で、確認が疎かになっていた。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セロクエル25mg錠 間違えた医薬品 販売名セロクラール錠10mg	セロクエル及びセロクラールは、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・ハット事例「規格・剤型間違い」)

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	薬の規格を間違えた。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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	同じ薬剤名で錠剤のところを配合散と入力した。	薬剤の名前を入力した際、配合散の方を選んでしまった。	ダブルチェックする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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	同一薬剤名の規格の入力を間違えた。正しくは「OD0. 25」のところ、誤って「OD0. 5」とした。		各項目を確認する際は、入力画面と処方箋を突き合わせ、指で一つひとつ確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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	小児用の散剤の予製剤を、正しくは分2の予製剤のところ、誤って同一薬剤の分3の予製剤と取違えた。		処方箋の用法を声出し確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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	小児用散剤の予製剤で、内容違いのものを調剤してしまった。		予製剤のナンバリングを声出し確認する。	確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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・ハット事例「規格・剤型間違い」)

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
6	処方せん交付日の入力と、薬の規格を別のものと誤って入力した。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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。
7	薬の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、規格が変更していたことに気づけなかった。	再度、規格の確認をする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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	規格の入力を間違えた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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	ジェネリック医薬品への変更時、履歴を確認せず、剤形が異なる販売名で入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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	前回の処方内容を引用して入力していた際、規格が間違っていることに気がつかなかった。		落ち着いて見る。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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「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	薬剤を間違えた。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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	薬剤が新しいものになってきたが、前回と同じ薬剤のまま入力した。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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	薬剤を間違えた。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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	軟膏剤3種のミックスで定型処方と思い込んで入力したところ、真ん中の1種が違っていた。	思い込んだ。	定型処方に見えても、一字一句確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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	医師のジェネリック医薬品変更不可のサインに気づかず、間違えてジェネリック医薬品で入力した。	以前はジェネリック医薬品で渡していた。	ジェネリック医薬品変更時は、医師のサインを確認する。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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「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
6	ジェネリック医薬品へ変更不可の処方箋だったが、前回も同じ薬が後発医薬品で出ていたので、そのまま入力確定した。		入力後の確認をする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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。
7	異なるツムラの漢方薬で入力した。	よく見ずに確定した。	注意して入力する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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	薬の名前を、よく似た別のものと間違えて入力した。用法も似たものと間違えた。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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	入力時、病院の選択と薬の選択を間違えた。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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	ジェネリック医薬品に変更する際、指定の薬ではなく、他の薬に変更して入力した。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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「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
11	後発医薬品に変更できるものを変更していなかった。	もともとは後発医薬品変更不可を希望していた。	後発医薬品変更不可であっても、同処方内に後発医薬品へ変更しているものがあれば確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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	薬剤を選び間違えた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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。
13	ジェネリック医薬品に変更不可の医療機関だったが、誤って患者にジェネリック医薬品への変更の了解を得て、ジェネリック医薬品で入力した。	ジェネリック医薬品に変更不可の医療機関であり、かつ医師の印があったが、患者がジェネリック医薬品を希望していたため、ジェネリック医薬品に変更する案内をしまった。	ジェネリック医薬品をなるべく勧めているところではあるが、必ず医師の印を確認するように気を付ける。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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。
14	別の漢方薬を入力した。	入社直後で気が入っていなかった。	気を引き締めて行く。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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。
15	薬のメーカーを指定通りに変更することを間違えて入力した。		メモを見る。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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「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
16	後発医薬品に変わっていたのに、前回の処方内容を引用した際に間違えて入力した。		落ち着いて確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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。
17	薬剤名を間違えて入力した。	ラスト業務と兼ねていた。「ツムラ」、「漢方」でのみ見ているため、薬剤名が見れていなかったため、誤って前回と同じ処方内容で入力すると判断した。	頭を切り替え、声出しでの確認を行うことで防ぐ。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取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	関連する医薬品等の情報	調査結果
1	レセプトコメントを後発医薬品名で入力しなければいけないところを、先発医薬品名で入力確定した。		入力後に最終確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	貼付剤を入力する際、「貼付」と入力すべきところを「塗布」と入力した。		薬品名をよく見て、薬に適した用法をきちんと理解し、入力するように努める。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
3	「痒い時」と入力すべきところ、「痛い時」と入力した。	入力時に「痛い時」を「痒い時」と思い込んで入力した。	思い込みで判断せず、再度確認することを心がける。	判断を誤った その他囚カミス		用法等を誤っ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。
4	正しくは「めまい時、頓用」を、誤って「むくみ時、頓用」と入力した。	入力する番号を間違えたまま、画面で確認するのを忘れてしまった。	入力後の画面確認をしっかり行う。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		用法等を誤っ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。
5	分1を週1で入力した。	画面上の選択ミスだった。	選択項目を検索する場合は、絞ってから入力する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
6	用法において、「ねる前」を「朝食後」で入力した。	前回の処方内容を引用した際、用法のチェックが漏れてしまった。	チェック漏れを減らす。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
7	眼軟膏の使い方を点眼と入力した。	点眼剤と眼周囲の塗り薬が処方されていて、塗り薬であるのに点眼剤と間違えた。	処方内容をよく理解してから入力し、注意する。	判断を誤った		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	関連する医薬品等の情報	調査結果
8	分2服用を分1服用で入力した。	焦っていた。	焦らず確実に正確に入力し、しっかり確認する。	確認を怠った 判断を誤った		用法等を誤っ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。
9	吸入剤の用法が1日2回、1回2吸入だったが、1日1回で入力した。	薬の名前の入力に気を取られ、用法の入力時に気を抜いてしまった。	まず処方箋をしっかり読み取ってから、慎重に入力する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
10	「食後」の処方を「食前」で入力した。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を誤っ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。
11	「分3」の処方を「分1」で入力した。			確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった		用法等を誤っ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。
12	6日おきに服用する薬を、毎日服用する薬として入力した。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
13	入力を間違えた。	0.5錠の処方だったが、パソコンに数字を入力するのを忘れた。		判断を誤った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
14	散剤の単独処方だったが、レセプトコメントを入れ忘れた。			判断を誤った		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	関連する医薬品等の情報	調査結果
15	レセプトコメントに入力する薬剤名を間違えた。			判断を誤った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
16	正しくは「口腔内」を、誤って「身体」で入力した。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を誤っ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。
17	正しくは1日3回を、誤って1日2回で入力した。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を誤っ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。
18	正しくは1日1回を、誤って1日5回で入力した。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を誤っ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。
19	用法を間違えた。	前回の処方内容を引用した際、散剤だったのでグラム数ばかり注意し、用法が変わっていたことを見逃した。	小児の散剤を入力する時は、前回の処方内容を引用して入力する際も必ず、グラム数や用法に変更がないかの確認を重ねるように気をつける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
20	湿布で処方のところ、「塗る」と入力した。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
21	「咳、痰からみ」のコメントの入力が漏れた。			確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
22	「塗布」のところを「貼付」で入力した。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
23	分2のところを分3で入力した。	前回の処方呼び出し、錠数は訂正したが用法を訂正しなかった。納品チェックから戻ってきたら入力が溜まっていたので慌ててしまった。	前回の処方呼び出しで入力する際は、そのままの処方の方は早く入力できるので便利だが、少しだけ処方が変わった時は見落とすことがあること、変更や訂正漏れなどあることを改めて認識する。前回の処方呼び出しで入力する時は、処方せん通りに並べ替えて入力し、一つひとつを指で確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
24	湿布貼付部位を腰のところ、頸部と入力ミスした。	入力内容の確定ミスだった。選択した入力項目が1行ずれて入力され、確認を怠った。	次回から注意する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
25	「朝、夕」のところを、「朝、昼」で入力した。	前回の処方内容の薬剤だけ変更して入力した。	前回と同じだと思っても、きちんと入力し直す。	確認を怠った 判断を誤った		用法等を誤っ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。
26	入力の際、正しくは「夕食後、就寝前」のところ、「夕食前、就寝前」で入力した。	分2の用法から「夕食後、就寝前」を選ぶ際に、前後の違いをよく確認しないで選び、確認を怠ってしまった。	合っていると思わず、よく確認する。声に出して確認することも効果があると思うので、実践する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
27	「患部へ塗布」と入力するべきところを、「かかと」で入力した。	確認を怠った。	指さし確認を必ず行う。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
28	分3毎食後の入力箇所、「不均等投与」の表示が入ってしまった。	前回の処方内容を引用して、前回の内容のままを入力し、見落とした。	前回の処方内容を引用した時は、処方内容が変わっていないかよく確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
29	「1日数回」のところを「1日必要時」と入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
30	「不均等投与」の入力が漏れた。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
31	「朝食後」に変更されていたのに、それを見落とし、引用した前回の処方データの通り、「朝夕食後」で入力を完了した。	見落とした。		確認を怠った		用法等を誤っ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。
32	処方箋の用法の「A」は夕食後の意味だったが、朝食後で入力した。	知識が不足していて、「A」を朝食後と間違えた。		確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
33	用法の入力をミスした。	1週間に1回飲む薬だったが、「1週間おきに」のコメントを入力し忘れた。	特殊なので、今後気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
34	貼付剤を塗布剤の用法で入力した。	コードの入力ミスをした。	確定前に確認する。	確認を怠った		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	関連する医薬品等の情報	調査結果
35	頓服薬の使用方法を、「疼痛時」と入力するところを「痛いとき」と入力した。	言葉の違いから定型文にある用法だと気づかなかった。	痛いとき＝疼痛時と覚える。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
36	処方内容にない薬剤を入力した。	前回の処方内容で入力し、減っていることに気づかなかった。	薬数が多い時や、前回の処方内容を引用した時は、よく確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
37	塗り薬の用法を「お塗りください」と入力した。正しくは「1日1～2回、痛いところ」だった。	処方せんに書かれている通りに入力した。外用薬は用法がなくても、決まったものを入力することになっていた。	外用薬が出たら注意する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
38	飲み方が「朝、夕」だったのを「毎食後」で入力した。	前回の内容をそのまま引用した。	きちんと確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
39	塗布を貼付で入力した。	前回の入力の間違ったことに気付かず、前回と同じ内容のまま入力した。	見直しを徹底する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
40	「8日目」と入力するところを「5日目」のままで入力した。		よく見る。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
41	「お貼り下さい」を「お塗り下さい」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
42	処方箋に記載された外用薬に用法の記載がなかったために、そのまま入力した。塗布薬であり、「1日1～2回お塗りください」と入力すべきところ、「お塗りください」と入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		用法等を誤っ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。
43	前回と同じ薬の処方だったため、用法の変更に気づかず入力した。		入力後、再度確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
44	「分1寝る前」の入力を、「分1夕食後」で入力した。入力者、鑑査者も気づかず、投薬に至った。		入力後、再確認する。鑑査者、投薬者は薬袋まで鑑査する。	確認を怠った 仕組み		用法等を誤っ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。
45	回数を2回のところ、1回で入力した。	判断ミスだった。	確認をしっかりと行う。	確認を怠った 判断を誤った		用法等を誤っ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。
46	「5日目から」と入力すべきところを「4日目」で入力した。	数え間違えに気づかなかつた。	落ち着いて数える。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
47	前回の処方内容を引用した際、「夕食後」になっていたのに気付かず、「朝食後」で入力した。	混んできたため、慌ててしまった。	慌てない。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
48	入力を間違えた。	入力の際、フラグを立て間違えた。		確認を怠った 判断を誤った		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	関連する医薬品等の情報	調査結果
49	貼付剤のところ、塗布剤で入力した。	入力コードを間違えた。	確定前に確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
50	貼付剤の部位を間違えた。	見落とした。	確定前に確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
51	入力を間違えた。	しっかり見ていなかった。		判断を誤った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
52	用法入力時「朝食後」のところを「夕食後」で入力した。	前回の処方内容を引用して入力した際、用法だけがかわっていることに気付かなかった。	入力後の確認を怠らない。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
53	不均等の入力を忘れた。		入力後の最終確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
54	用法が「分3」から「分1」に変更していたが、気づかずに前回と同じ処方内容で入力した。		前回と同じ処方薬でも、用法の確認を怠らない。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
55	前回の処方内容を引用した際、用法の変更に気づかなかった。		前回と同じ処方薬でも、用法の確認を必ずする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
56	眼軟膏の用法入力時、「塗布」と入力するところを「点眼」と入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
57	眼軟膏の用法入力時、「塗布」のところを「点眼」と入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
58	軟膏の用法を「1日1回」のところ、「1～2回」と入力した。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を誤っ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。
59	薬袋コメントがあったため、「.Z」と入力すべきところ、入力し忘れた。		入力後の確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
60	用法入力時、「塗布、1日1回」のところ、「1～2回」のまま確定した。	前回と同じ処方薬だったので、安心してしまった。	用法の「1日何回」のところまでを、全てにおいてチェックする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
61	「朝食前24単位」と入力するところ、「朝食後24単位」と入力を間違えた。	何度も席を立ちながらの入力だったため、処方せん入力後のレセプト連携入力の際に、集中力を欠いた。	注意散漫になる時も、席に座った時は集中して最後まで確認を怠らない。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
62	用法の「不均等」の入力を間違えた。	薬剤の規格が変更していた。	入力は中断せずに行う。中断した時は、それまでの入力はなかったこととし、チェックしていく。変更が出た時も、薬名だけでなく、再度入力画面を開いて「不均等」などの用法も確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
63	使用部位が「腹」のところを「腰」で入力した。	前回の処方内容を引用し、確認したつもりだったが見落とした。	油断せず確認を徹底する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
64	用法の入力を間違えた。	処方せんに「〇日から服用」と記載されていたが、入力しなかった。	処方せんの保険や薬だけではなく、細かい箇所までを確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
65	用法入力時、「1日2回吸入」を「4回」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
66	「1日2回」を「1日1回」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
67	吸入を点鼻で入力した。	吸入と点鼻の薬が並んで処方されており、混同した。チェック時にも気付かず、過誤に至った。	無意識に薬品名を入力するだけでなく、どんな薬なのかを意識し、十分確認して入力する。	確認を怠った		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	関連する医薬品等の情報	調査結果
68	「1回1枚」のコメントの入力を忘れた。	他の書類の作成中に入力した。集中できなかった。	集中する。	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		用法等を誤っ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。
69	同薬をまとめて分2で入力すべきところを分1で別々に入力した。			確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。
70	「分1起床時」のところを「分1朝食後」で入力した。			確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。
71	同薬をまとめて分2で入力すべきところを、分1として別々に入力した。			確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。
72	今回より「食後」処方だったが、そのことを見落とし、前回のまま「食前」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
73	漢方薬の用法が「毎食後」ではなく、「食前」だったことに気づかず入力した。	不注意で確認が漏れた。		確認を怠った		用法等を誤っ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。
74	入力を間違えた。	読み違えた。		判断を誤った		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	関連する医薬品等の情報	調査結果
75	入力を間違えた。	処方せんを読み違えた。		その他処方せんの読み違い		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
76	点眼の用法コードを入力する際、左右の点眼回数が違うところ、「両眼」として入力した。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を誤っ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。
77	用法の「塗布」と「貼付」を間違えた。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
78	いつも錠剤は一包化するが粉薬は別に分包する患者なのに、全て一包化にして入力した。			判断を誤った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
79	91日目から30日間服用するように入力すべきところ、91日目から90日と入力を間違え、さらに91日目を入力する箇所を間違えた。		入力後、再確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
80	「昼夕食後」を「朝夕食後」と入力した。	コンピュータ入力交代後だった。FAX処方箋であり、文字もつぶれていて見づかった。注意散漫だった。	気持ちの切り替えを行い、最後まで指さし、声出し確認を怠らない。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
81	「6日おき」のコメントを入力しなかった。			確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
82	「頓服」を「外用」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
83	用法の入力を間違えた。	耳鼻科で軟膏の処方だったが、間違えて「点耳」で入力した。	耳鼻科で軟膏の処方の入力時は、確認してから気を付けて入力する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
84	服用方法が「就寝前」のところを「朝食前」と誤入力した。	確認を怠った。	確認を徹底する。	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった		用法等を誤っ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。
85	「点眼」を「塗布」で入力した。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
86	「腹痛時必要に応じて服用」の用法を入力し忘れた。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
87	シップ剤の用法を「塗布」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
88	前回と同じだと思い、誤ってそのまま入力した。			判断を誤った		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	関連する医薬品等の情報	調査結果
89	「1回～2回」の入力を忘れた。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
90	用法入力時、「貼付剤」のところ「塗布剤」で入力した。	用法コードの入力ミスだった。	用法コードや用法などを細かく確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
91	曜日指定の薬の日数を数え間違えた。	勘違いした。	入力する前に曜日、日付などを確認しておく。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
92	「1日1回朝食後」のところを「1日2回朝夕食後」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
93	「点鼻」を「貼付」と入力した。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
94	「朝、就寝前」のところを「朝夕食後」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
95	「分2」のところを「2錠」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
96	「朝昼食後服用」を「朝夕食後服用」と入力の間違えた。	繁忙な状況になり、焦りが出てしまった。「分2＝朝夕」の思い込みから入力間違いをした。	焦らずに一つずつ確認することを怠らない。最後まで声出し、指さし確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
97	「毎食前」を「毎食後」で入力した。	入力の短縮番号を間違えて入力し、そのまま確認せず見逃してしまった。	見直しを行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
98	「塗る」と入力するところを「貼る」と間違えて入力した。	急いでしまい、確認を怠った。	必ず確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
99	「毎食後」を「夕食後」と入力間違いした。	「毎食後」を選んだと思い込んで入力を進めてしまい、思い込んでいたため、そのまま確定してしまった。忙しかった。	流れ作業にならないように深く呼吸をして気持ちを切り替えると共に、指さし声出し確認を怠らないようにする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
100	「寝る前」の処方のところを「朝食後」で入力してしまった。		入力後の確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
101	薬袋コメントとして「1回1個」と入力するところを、誤ってレセプトコメントで入力してしまった。		入力後の確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
102	薬袋コメントである「咳が多い時」の入力をしなかった。		入力後の確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
103	貼付剤の用法を誤って「塗布」で入力してしまった。		入力後の確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
104	処方箋入力時、用法の入力を間違えた。正しくは「食前」のところを誤って「食後」で入力した。		前回の処方内容を引用する時は、処方毎に各項目を確認することを徹底する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
105	外用薬の用法入力時、患部の入力を忘れた。			確認を怠った 判断を誤った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を誤っ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。
106	手書きの処方箋で、外用薬の使用部位を「腕」のところを「脇」と誤って入力した。	手書きで読みにくかった。	疑義照会する。	確認を怠った その他手書きの処方せん		用法等を誤っ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。
107	不均等で服用する薬剤だったため、正しくはレセプトコメントを入力すべきところ、入力し忘れた。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
108	外用薬の使用部位が特定されていない場合は「からだ」と入力するところ、「患部」と入力してしまった。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
109	用法の部位を入力する際、「右耳」のところを「右眼」と誤って入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
110	用法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、確認したつもりだったが、一部チェックが漏れた。	眼科からの処方箋について前回の処方内容を引用して入力する際は、薬が変わっていない場合でも、用法(使用回数)が変わることがあるため、確実にチェックするように気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
111	服用方法が「食後」のところ、「食前」で入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
112	外用薬の使用部位が「右眼に点眼」のところ、「左眼に点眼」と入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
113	点眼剤の使用部位を入力する際、「両眼」のところを「右眼」と入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
114	正しくは用法で入力すべき内容を、誤ってレセプトコメントで入力した。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
115	入力を間違えた。	しっかり見ていなかった。		その他注意力の不足		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	関連する医薬品等の情報	調査結果
116	入力時に回数を「4」のところを「3」で入力してしまった。		前回と同じと思い込まずによく見る。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
117	入力時に「150G」のところを「50」で入力した。		よく見る。	確認を怠った 知識が不足していた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
118	6日おきの薬を入力する際、「何日目」を入力し忘れた。		メモを見て覚える。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
119	不均等に服用する場合の入力方法を間違えた。		覚える。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
120	部位の入力を間違えた。		落ち着いてよく見る。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
121	6日おきに服用する薬を入力する際、「7日目から」のコメントを入力し忘れた。		落ち着いて確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
122	「1～2回塗布」を「1回塗布」で入力した。		処方せんと入力を再度見直す。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
123	週1回服用する薬に曜日のコメントを忘れた。		曜日のコメントを入力したか、再度確認する。	判断を誤った		用法等を誤っ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。
124	用法を間違えて入力してしまった。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
125	「2日目から」と入力するところ、気付かなかった。	ずっと同じ薬が処方され、日数、錠数も同じだったため前回の処方内容を引用したが、今までの入力で合っているはずと思い込んでしっかり見なかった。	前回と同じ薬が処方されても、処方内容が同じであると思いつまない。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
126	「貼る」のところ「塗る」で入力した。	うっかりした。	最後まで気を抜かずに指さし確認を行う。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
127	「毎日」のところ「1日おき」で入力した。	別の用事で服用時点の入力画面を開いた時に、手が滑って空欄になった。その際、別の用事で一旦入力業務から離れたため、戻ってきた時に「早く入力を終わらせよう。」と焦ってしまい、何の欄かよく確かめもせずに「1」と入力した。	焦っていても、一つひとつを確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
128	「点鼻」のところ「坐薬」で入力した。	薬名を見た時に何故か「坐薬」と思い込んでしまい、薬名をしっかりと見直す事もせずに入力してしまった。	一通り入力した後の再確認時に、別の視点で確認をする。	確認を怠った		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	関連する医薬品等の情報	調査結果
129	用法を間違えて入力した。	「朝夕食後、分2」に変更になっていた薬があったが、気付けなかった。	「練習問題」をやっている最中に入力をする時は、気持ちを引き締めて行う。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
130	用法について、「分2朝夕食後」を「分1朝食後」で入力した。	操作ミスだった。頭の中では正しい用法を理解していたが、操作の際に誤った用法のコードを入力してしまった。	必ず目で確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
131	漢方製剤の「毎食前3回」を「2回」で入力した。	漢方製剤が2種類出ている、もう1つと同じ用法で入力した。確認が不十分だった。	確認をしっかりとる。	判断を誤った		用法等を誤っ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。
132	貼付剤をトローチ剤で入力した。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
133	「起床時27日おき」を「1日1回朝食後」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
134	「起床時27日おきに服用」を「1日1回朝食後」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
135	トローチ剤を貼付剤で入力した。			確認を怠った		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	関連する医薬品等の情報	調査結果
136	処方されていない薬を入力してしまった。	前回の処方内容を引用した際、前回処方されていた湿布薬が今回削除されていたにも関わらず、消し忘れてそのまま入力を終わらせた。他の仕事をしながら入力業務を行ったため、焦って集中力が低下していた。	集中する。自己チェックをしっかりと行う。出来れば上からと下からで2回チェックする。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
137	用法の入力を間違え、「分2」のところを「分3」で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
138	処方せんに同じ薬が用法ごとに別々に記載されていたのに気付かず、別々なものとして入力した。	見落としした。		確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
139	「1日1回塗る」を「2回貼る」で入力した。	気が緩んだ。一時患者が途切れたために緊張感が薄れてしまい、内容確認をしなかった。	いつでも緊張感を持って仕事をする。	確認を怠った 判断を誤った		用法等を誤っ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。
140	「朝昼食後夕食前」を、「毎食後」で入力した。	処方箋に「朝食後1錠、昼食後1錠、夕食前1錠」と3行に分かれて書かれていたのを1つにまとめた時に、「夕食前」を「後」と誤った。	内容を1つにまとめる時は、用法をしっかりと把握して入力する。	判断を誤った		用法等を誤っ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。
141	前回の内容を引用して入力した時に、週1で服用する薬のコメントを消し忘れた。		1つひとつ確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
142	入力時に、「2回」を「3回」で入力してしまった。		前回の処方内容を引用した時に確認を忘れたので、必ず見直す。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
143	慌てていたため、錠数のみ直し、用法を直し忘れた。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
144	内服薬を頓服と前回と同じ処方内容で入力し、間違えた。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
145	「1回1吸入、1日2回吸入」のところを、「1回2吸入、1日1回吸入」と入力してしまった。	用法入力表によく使う吸入方法が記載されているため、確認せず入力してしまった。	「回」と「日」は似ているので、特に注意する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
146	使用部位が両眼のところ、左眼として入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
147	服用時点の入力で、「透析時」の入力が抜けていた。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
148	漸減の入力方法を間違えた。			判断を誤った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
149	処方せんでは「疼痛時」だけだったのに、入力し慣れた「疼痛時または発熱時」のコードで入力した。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
150	「疼痛時」と「疼痛時または発熱時」のコードを間違えて入力した。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
151	用法が1日1回となっていたのに、1日数回で入力してしまった。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
152	塗布剤の服用コードを間違えた。	前回の処方内容を引用して入力したが、「夜」から「就寝前」に変わっていたことに気が付かなかった。	点眼薬や眼科の塗布剤は、服用コードが少し変わることがあるので、確認を重ねて入力するように気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
153	「6日ごと」と用法を入力する際、「1日目から」を「6日目」と入力した。		確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
154	用法が「鼻汁鼻閉ひどい時」のところを、「発熱・疼痛時」で入力した。		入力コードを思い込んでいたので、再度文字で確認する。	判断を誤った		用法等を誤っ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。
155	用法を2重に入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
156	用法のみ変更があったものを、前回と同じ用法で入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
157	不均等に服用する薬剤のレセプトコメントの日付を、誤って前日の日付のまま入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
158	前回の処方内容を引用して入力した際に、服用時点の「服用後、何日目から」の入力を外すのを忘れてしまった。	補足情報を開いて確認しなかったため、前回と同じ内容のまま入力してしまった。	前回の処方内容を引用して入力する時は、特に補足情報を開いて、確認してから入力を完了させるように気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
159	0.5錠の入力を間違えた。	0.5錠の時の入力で気を付けるべき点が、きちんと出ていなかった。	0.5錠の時の入力方法を今一度確認して頭に入れ、次回からはきちんと入力出来るように気を付ける。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
160	「1回1枚」のコメントの入力が漏れた。	すでに入力済みの「1日1回」を、「1回1枚」と入力したと勘違いした。確認も漏れた。	貼付剤の処方入力時は注意する。	確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
161	塗布薬の用法で1日1～2回のところ、2～3回と入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
162	朝夕食後のところを毎食後で入力した。	夕方、事務員2人の時間帯になり、急に混みだした。処方内容が前回と少し変わっていた。入力は前回の処方内容を引用したが、薬名のみ直して用法を直し忘れた。ジェネリック医薬品に変更希望の患者だったので、ジェネリック医薬品の変更を聞きに行くことに取られてしまった。	前回の処方内容を引用して入力する、またはジェネリック医薬品に変更がある処方箋に関しては、特に指し、声出し確認を徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
163	前回と同様の処方内容で目薬の1つだけが、左眼から両眼に使用部位が変更していたが、気づかず入力確定してしまった。		使用部位の確認を怠らない。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
164	処方薬を誤って入力した。	前回と同じ処方内容であると思っただけで入力したが、1つ薬が減っていた。	薬が多い時は数を確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
165	目薬の用法入力時、「涙時」を「目やにが出るとき」と入力した。	「目やに」と思い込んで入力してしまっただけ。	入力時の確認を怠らないように気をつける。	判断を誤った		用法等を誤っ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。
166	吸入剤の入力方法を間違えた。	吸入剤なのに間違えて点鼻のコードで入力してしまった。	変な勘違いをせず、正しく入力するように気を付ける。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
167	塗布剤の用法を間違えた。	「両耳に塗布」のコードを選択するべきところを、「右耳に塗布」のコードを選択してしまっただけ。	必ず最後に入力を選択に間違いがないかどうか、部位の確認を細かく徹底して確認するように気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
168	便秘時を発熱時と入力間違いをした。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
169	「頓用発熱時38℃以上」のところ、「38.5℃以上」と入力ミスをした。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
170	「吸入発作時」と入れるところ、入れずに「3回まで」と入力してしまった。		外用薬でも頓用で使う薬があるので、その入力方法を覚える。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
171	前回の処方内容を引用して入力した際に、部位を消して「患部」から「体」と直し忘れたのと、「期限延長確認」のレセプトコメントを入力し忘れた。		落ち着いて入力する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
172	薬名を間違えて入力した。			確認を怠った その他注意散漫		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
173	「入浴後あり」とするところ、「入浴後なし」とした。	「入浴後」を入力し忘れた。	入力後、再度確認することを徹底する。	判断を誤った		用法等を誤っ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。
174	点眼剤の用法が「1日2回」のところを「3回」と入力してしまった。	他の事をやりながら片手間に入力していた。	入力だけに集中し、他の事に気を取られないようにする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
175	入力を間違えた。	見間違えた。		その他注意力の不足		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
176	入力を間違えた。	しっかりと確認が出来ていなかった。		その他注意力の不足		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
177	6種類中4種類の薬を、正しくは「分2」で入力しなければいけないところを、処方せんに記載されていた通り、「分1」を2回で入力してしまった。		入力後の確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
178	漸減入力の開始日を数え間違えた。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
179	塗り薬が出ていたのに、点耳で入力した。			判断を誤った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
180	いつから服用するかを入力する処方で、その日数を間違えた。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
181	歯科の塗布薬だったが、部位の記載がなかったので、誤って「からだ」で入力した。	歯科の処方なので、「からだ」ではなく「唇」で入力すべきだった。	病院の選択の時以外でも、「医科」「歯科」を確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

情報不足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	関連する医薬品等の情報	調査結果
182	用法が「昼、夕」のところ、「朝、夕」で入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
183	外用塗布剤の用法を、「貼付」と入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
184	夕食後を朝食後と入力した。		指さし確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
185	1日4回の用法の記入漏れをした。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
186	外用薬の用法回数が「1日1回」のところ、「1日2回」で入力した。	思い込み、および確認不足だった。	急いで入力していても、確認は焦らずに行う。思い込みはしない。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
187	「左肩」を「右肩」で入力した。	前回と同じ処方内容で入力してしまい、部位の確認をしなかった。		確認を怠った		用法等を誤っ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	吐き気で内科にかかった患者に「プリンペラン錠5、3錠/分3毎食後、1日分、ナウゼリン錠10、3錠/分3毎食後、1日分」が処方された。薬歴を参照すると、この患者は同病院他科で「ナウゼリン錠10、3錠/分3毎食後」を常用していた。重複投与があるため、医師に疑義照会したところ、「本日の処方削除で、いつもの薬をしっかり飲んでください」と回答があった。「プリンペラン錠5、3錠/分3毎食後、1日分、ナウゼリン錠10、3錠/分3毎食後、1日分」の処方は削除になった。	重複処方があった。	処方鑑査の徹底を行う。	その他重複処方があった。	処方された医薬品 販売名プリンペラン錠5 販売名ナウゼリン錠10	薬歴等から
2	内科に浮腫でかかった患者に利尿剤2種類が処方された。服用する錠数も複数あった。この患者はかなり高齢でコンプライアンスに不安があるため、患者に確認し、一包化が必要と判断できたため、医師に疑義照会した。医師より、「一包化でお願いします。」と回答があった。	患者がかなりの高齢で、コンプライアンスに不安があった。	患者のコンプライアンスの維持向上に努める。	その他高齢のため患者側	処方された医薬品 販売名フロセミド錠20mg「NP」 販売名アルダクトンA錠25mg 変更になった医薬品 販売名フロセミド錠20mg「NP」 販売名アルダクトンA錠25mg	患者の症状等から
3	内科に糖尿病でかかった患者に「ノボリンN注フレックスペン、1本」が処方された。用法が記載されていなかったため、調剤できなかった。よって医師に疑義照会したところ、「ノボリンN注フレックスペン、1本、1日1回朝食前、24単位」でお願いしますと回答があり調剤した。	用法の記載がなかった。	処方鑑査を徹底する。	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 その他用法記載がなかった。	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	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
4	目やにで眼科にかかった患者に「ベガモックス点眼液0.5%5mL」が処方された。用法の記載がないため、調剤できなかった。よって医師に疑義照会したところ、「ベガモックス点眼液0.5%5mL、1日3回両眼でお願いします。」と回答があり調剤した。	用法の記載がなかった。	処方鑑査を徹底する。	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 その他用法記載忘れ	処方された医薬品 販売名ベガモックス点 眼液0.5% 変更になった医薬品 販売名ベガモックス点 眼液0.5%	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
5	6歳の小児に「カロナール細粒50%1g、発熱時、5回分」が処方されていた。分量が多めのため、疑義照会したところ、「カロナール細粒20%1g」の間違いだった。	カロナールは複数の規格がある医薬品だった。病院側の処方入力に間違いがあった。		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 販売名カロナール細粒 50% 変更になった医薬品 販売名カロナール細粒 20%	年齢・体重換算の結果 から
6	「アバルナート錠2、14錠、朝食後、14日分」と処方せんに記載があった。明らかな入力ミスであった。処方せん受付時は、病院の外来も終了しており、患者にその事情を話し、翌日来てもらう事となった。翌朝、外来に連絡し、処方医とは異なる医師から「アバルナート錠2、2錠朝食後」と回答あった。しかし当日は患者が来局しなかった。翌々朝に処方医から連絡あり、再度処方変更があり、「アバルナート錠2、1錠朝食後」となった。	明らかな入力ミスから疑義照会したが、1回目は処方医と異なる医師から回答があったが、再度変更になった。もし、1回目で患者が来局していたら、2錠で交付したことになる。連絡先をしっかりと確認していたので、フォローが可能であった。		コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名アバルナート錠 2	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
7	痛み止めとしてカロナール細粒20%が1回1g(頓服)で処方があった。患者の体重が9.5kgだった。添付文書によるとアセトアミノフェンとして、1回10mg~15mg/kgとなっていたため疑義照会したところ、1回0.5gへ変更となった。		小児の処方には特に年齢、体重確認を行い、分量のチェックを怠らないように注意する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カロナール細粒 20%	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
8	処方せんには「ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)7.5g、1日3回 朝昼夕食後、28日分」と記載されていた。前回まではツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)が処方されていた。患者が「薬の変更について聞いていない。」と答えたため、疑義照会をしたところ、薬剤変更となった。			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) 変更になった医薬品 販売名ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	薬歴等から
9	前回、患者の家族より「次回血糖値が下がっていれば薬を減らすと医師から聞いている。」と聞いた。今回、前回と同じ処方だったので、血糖値が高かったのか確認したところ、「医師より薬を減らすと聞いている。」とのことだった。疑義照会したところ、薬剤削除となった。	患者インタビューの記録により、未然に防ぐことが出来た。今回の聴取から、低血糖症状も数回あったと推察されるので、アマリール3mg錠の継続は、低血糖発作を起こす可能性が高かったと思われる。		その他困のまま前回処方を引用したと考えられる 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3mg錠	患者の申し出から
10	今回初めてジャヌビア錠50mgが処方された。その処方に「アマリールとボグリボースは中止」とコメントがあった。アマリールは今まで処方歴はなかった。時々震えが出た時のためにアルマール錠10が処方されることがあった。そのためコメントは、アルマール錠10とアマリールを勘違いしたのではないかと考え疑義照会した。主治医より、勘違いしてコメントしたと返答があった。アマリールのコメントは削除し、「ボグリボースのみ中止」に変更となった。患者は今でも震えが出たらアルマール錠10を服用することがあった。今日の中止の説明を受け、ジャヌビア錠50mgを服用していたらアルマール錠10は服用してはいけないと思っていたようだった。併用は問題ないため、アルマール錠10は中止する必要はないことを伝えた。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠50mg 変更になった医薬品 販売名ジャヌビア錠50mg	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
11	5歳児に解熱剤、頓服として「コカールドライシロップ40%、1g」が処方された。主成分であるアセトアミノフェン400mg/回は5歳児には多いと疑問を持ち、問い合わせた結果、0.5gに変更となった。	コカールドライシロップ40%とカロナール細粒20%が採用薬品となっており、混同した可能性があった。		確認を怠った その他分量チェック漏れ	処方された医薬品 販売名コカールドライシロップ40%	年齢・体重換算の結果から
12	内科にかかっている患者の処方に「アポラキート錠200mg、3錠/分3毎食後、35日分」が含まれていた。患者は処方箋と一緒にアポラキート錠200mgの残薬を持ってきて、調節してほしいとのことだった。数を数えると12日分であったため、医師にアポラキート錠200mgの日数の調節について疑義照会したところ、「アポラキート錠200mg、3錠/分3毎食後、23日分」になった。	ノンコンプライアンスであった。患者が残薬を持ってきた。	医療費の無駄をなくすよう努める。	その他 コンプライアンス患者側	処方された医薬品 販売名アポラキート錠200mg	患者の申し出から
13	他院よりセルテブノン、ロキソマリン錠60mgが処方され、現在服用中であることをお薬手帳、患者からの申し出で確認した。セレコックス錠100mg、レバミピド錠100mg「サワイ」が処方されていたので疑義照会したところ、処方削除となった。	患者自身は他の病院で痛み止めをもらっていることを医師に話さず、痛みを訴えたため、セレコックス錠100mg、レバミピド錠100mg「サワイ」が処方された。お薬手帳の活用方法については患者に説明しているが、活用出来ている患者は少ないのが現状だった。	お薬手帳の活用方法について再度患者に説明し、薬局でもお薬手帳の内容チェックを徹底する。	その他 お薬手帳が活用出来ていなかった	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名レバミピド錠100mg「サワイ」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
14	処方箋に朝夕食後1錠のところを、誤って2錠で入力されていた。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
15	ベシケア錠はベシケア錠2.5mgとベシケア錠5mgの2つ規格が販売されているが、手書きの処方せんに規格が記載されていなかったため、疑義照会した。	処方医はベシケア錠に複数の規格があることを知らなかったか、単に規格を記載し忘れたかのどちらかが原因と考えられる。		その他規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名ベシケア錠 変更になった医薬品 販売名ベシケア錠5mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
16	患者は主治医に残薬の調整を依頼したが、処方日数が違うことが判明した。疑義照会の結果、メデット錠250mg、グルファスト錠10mgは各44日分から各39日分、アダラートCR錠40mg、ニューロタン錠50mg、ザイロリック錠100は各39日分から各44日分と、処方日数が変更となった。			その他患者の申し出が医師に正確に伝わっていなかった。	処方された医薬品 販売名メデット錠250mg 販売名グルファスト錠10mg 販売名アダラートCR錠40mg 販売名ニューロタン錠50mg 販売名ザイロリック錠100	患者の申し出から
17	患者はお腹の調子が良いため、主治医から「薬を1日1～2回に減らして服用しても良い。」と言われたとのことだった。ガスモチン錠5mg(3錠/分3)が49日分、ツムラ大建中湯エキス顆粒(7.5g/分3)が28日分で処方されていた。日数が違うことに関して、患者はよく分からない様子だった。疑義照会の結果、調節して良いのはツムラ大建中湯エキス顆粒のみで、ガスモチン錠5mgは今まで通りに1日3回で服用するよう回答があった。	医師から患者への伝達不足だった。		その他医師から患者への伝達不足	処方された医薬品 販売名ガスモチン錠5mg 販売名ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ガスモチン錠5mg 販売名ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	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
18	お薬手帳を確認すると、他の病院(内科)でワンアルファ錠のジェネリック医薬品であるアルシオールカプセルが処方されており、当医療機関で処方されたワンアルファ錠1.0μgと重複していたため、疑義照会したところ、ワンアルファ錠1.0μgが処方削除となった。	患者は医師にお薬手帳を見せたが、重複を見逃した。ジェネリック医薬品だったので、商品名では判断がつかなかったとも考えられる。	薬局でのお薬手帳の確認を怠らない。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ワンアルファ錠 1.0μg	薬歴等から
19	ブスコパン錠10mgが処方され、投薬時に患者本人から、「自分は緑内障だけど、使って大丈夫か？」との指摘を受けた。病院に疑義照会したところ、処方削除になった。	薬歴の表紙にも緑内障と記載があったにも関わらず、鑑査時に見落とし。鑑査者は、「ブスコパン＝緑内障禁忌」の知識が不足していた。	疾病禁忌の薬を見直す。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ブスコパン錠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)
20	前日に風邪症状で咳、鼻水が出ていたのでゼスラン小児用細粒0.6%が処方されていた。当日は、蕁麻疹が出たということでセルテクトドライシロップ2%が処方された。母親に昨日の薬を中止して今日の薬を飲んでと言われたか確認したが、言われていないとの答えだった。そこで処方医に確認したところ、セルテクトドライシロップ2%は処方中止になった。	現在服用中の薬の確認をしっかりと行っていない。	現在服用中の薬の確認をしっかりと行う。	その他処方医側	処方された医薬品 販売名セルテクトドライシロップ2%	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
21	約2ヶ月前に中止になったメチコパール錠500 μ gが処方された。患者に確認すると、主治医から再開するとは言われていないとのことだった。疑義照会した結果、処方削除となった。	処方発行元の医療機関は、処方オーダーリングシステムを導入しておらず、必要に応じて医師から医事課へ以前の処方内容をパソコンに登録するよう指示しているとのことだった。今回、メチコパール錠500 μ gが中止になった後もパソコン登録が残ったままだったため、処方せんに印字され、それを主治医が手書きで削除し忘れたために起こったミスと考えられる。		その他田舎医の処方ミス	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500 μ g	薬歴等から
22	いつもは28日分で処方される患者であった。お盆のため、いつもの薬35日分の他に、「マイスリー錠10mg、1錠、1日1回寝る前、28日分」と、初めて「マイスタン錠10mg、1錠、1日1回寝る前、7日分」(「症状が安定の為長期処方します」との注釈あり)が処方された。医師は、マイスリー錠10mgに処方日数制限があるため、マイスリー錠10mg、7日分を追加処方しようとした様だが、処方の入力がマイスタン錠10mgになっていた。薬剤師は、はじめは肩こりなどあるのかと思っていたが、患者からの聞き取りにより、医師に疑義照会をしたところ、マイスタン錠10mgの処方は中止との回答だった。	コンピュータの3文字入力の際の見逃しと思われる。	いつもの流れと違う薬の処方があった場合は、躊躇せずに積極的に疑義照会する。患者の代理が受け取りだった場合などは、誤って薬を渡した可能性もあるので、今後の注意喚起のために報告した。	連携ができていなかった その他確認処理 その他日数制限 その他確認処理	処方された医薬品 販売名マイスタン錠10mg	患者の症状等から
23	「セファランチン末1%、0.1g/日」のところ、「セファランチン末1%、1g/日」が処方された。疑義照会を行って確認したところ、分量変更となった。		疑義照会する。	その他処方箋入力ミス	処方された医薬品 販売名セファランチン末1%	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
24	アレジオン錠20のところ、アレジオン錠10が処方されたため、疑義照会した。		疑義照会する。	その他処方箋入力ミス	処方された医薬品 販売名アレジオン錠10 変更になった医薬品 販売名アレジオン錠20	その他
25	キプレス細粒4mgで処方するところ、入力ミスでキプレス錠10mgが処方された。疑義照会にて確認したところ、薬剤変更となった。		疑義照会する。	その他入力ミス	処方された医薬品 販売名キプレス錠10mg 変更になった医薬品 販売名キプレス細粒4mg	その他
26	ホクナリンテープ2mgで処方のところ、入力ミスでホクナリンテープ1mgが処方された。疑義照会にて問い合わせたところ、薬剤変更になった。		疑義照会を行う。	その他処方ミス	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	その他
27	内科にてスタンゾームOD錠、アムロジピン錠(1日1回)の処方薬がある患者に、整形外科よりナボルSRカプセル37.5とタガメット錠200mg(1日2回)が処方された。PPIを休止してもらうのか、タガメット錠200mgを変更もしくは削除してもらうか疑義照会したところ、タガメット錠200mgが削除となった。	同患者において、昨年も全く同じ内容で疑義照会し、タガメット錠200mgが削除となっていた。整形外科にて他院の併用薬を確認しなかった、スタンゾームOD錠がPPIと気づかなかつた、重複を気にしなかった可能性が考えられる。	病院にて確認できなかった場合でも、薬局にて併用薬を確認し、重複を避ける。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名タガメット錠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
28	脳外科にかかった患者が先日退院し、入院中と同内容の処方書かれた処方箋を、その家族が持って来局した。入院中は一包化調剤していた。かなり高齢で服薬コンプライアンスに疑問があった。よって患者家族に一包化調剤を提案し、了承を得たので、医師に一包化調剤の指示をもらえるよう疑義照会した。医師より一包化調剤してくださいとの回答があり調剤した。	患者が高齢であった。服薬コンプライアンスに不安があった。	患者の服薬コンプライアンスを向上させるのに尽力する。	その他高齢のため患者側	処方された医薬品 販売名バファリン配合錠A81 販売名タケブロンカプセル15 販売名プラビックス錠25mg 販売名アムロジピン錠5mg「TYK」 変更になった医薬品 販売名バファリン配合錠A81 販売名タケブロンカプセル15 販売名プラビックス錠25mg 販売名アムロジピン錠5mg「TYK」	患者の症状等から
29	内科の院内処方にてアムロジピン錠5mg、ガスリック錠10mg、レバミピド錠100mg「NS」をもらっている患者が、整形外科受診後に処方せんを持参した。その処方せんに、ハイペン錠200mgとレバミピド錠100mg「EMEC」が処方されていたため、疑義照会し、レバミピド錠100mg「EMEC」が削除され、ハイペン錠200mgのみの処方となった。	患者本人がお薬手帳を整形外科に提出していなかった。また整形外科でも提出するよう言われなかったようである。口頭で常用薬を伝えたとしても、降圧剤は伝えるが胃薬までは伝えていない可能性もあった。伝えても薬品名を覚えていないので、H2ブロッカーも胃粘膜保護剤もまとめて胃薬と答えた可能性があった。	処方元の病院で、常用薬(お薬手帳)を毎回確認してもらえるといいが、調剤薬局が最終チェックとなり、見逃さない。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」	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
30	食前服用が基本であるにもかかわらず、食後の用法で指示があった。疑義照会したところ、用法変更となった。	毎回問い合わせているが、改善されない状況である。		その他処方箋の記載ミス	処方された医薬品 販売名ボグリボース錠 0.2mg「日医工」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
31	他医院からアレジオンドライシロップ1%が処方されていたが、母親が服用を伝えていなかったため、ゼスラン小児用細粒0.6%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。	医院が現在服用している薬を確認していないかもしれない。	受診の度に服用している薬があれば伝えるようにしてもらう。	ルールの不備	処方された医薬品 販売名ゼスラン小児用 細粒0.6%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
32	7歳の患者にシングレア細粒4mgが処方された。調剤時に疑義照会し、シングレアチュアブル錠5mgへ変更となった。			コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名シングレア細粒 4mg 変更になった医薬品 販売名シングレアチュア ブル錠5mg	年齢・体重換算の結果 から
33	整形外科に腰の痛みでかかった患者に、「ロキソニン錠60mg、3錠/分3毎食後、14日分、タケブロンOD錠30、1錠/分1夕食後、14日分」が処方された。この患者の薬歴には、「他病院からパリエット錠10mgを常時服用」の記録があり、患者にも服用を続けているか確認すると、「服用を続けている。」とのことだった。両剤ともプロトンポンプインヒビターのため薬効が重複していた。よって処方医に疑義照会したところ、「タケブロンOD錠30、1錠/分1夕食後、14日分」は削除になった。	薬効が重複していた。患者が医師に服用薬を伝えていなかった。	処方せん鑑査の徹底を行う。併用薬のチェックに力を入れる。	その他重複投与があった。	処方された医薬品 販売名タケブロンOD錠 30	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
34	パリエット錠、セルベックスカプセル50mg、その他を他院にて処方され服用中の患者に、整形外科よりナボルSRカプセル37.5とタガメット錠200mgが7日分処方された。処方医に問い合わせたところ、タガメット錠200mgが削除となった。	処方医院も、患者のお薬手帳の内容をコピーして控えを取っていた。7日間処方のため、PPIとH2ブロッカーの併用を気にしなかったのか、見落としのかどうかは分からない。	調剤の段階で、薬剤の重複を見落とさないように注意する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名タガメット錠200mg	薬歴等から
35	在宅で、乳癌の患者だった。前頭骨転移もあり、ユーエフティ、アリミデックス錠1mgが数年継続して処方されていた。検査は病院の外科で定期的に行われており、転移増大のためユーエフティを中止し、タスオミン錠に変更するという紹介状が、往診中の診療所に届いた。往診医師は指示通りユーエフティのみを中止し、タスオミン錠、アリミデックス錠1mgの処方箋を発行した。当薬局で、タスオミン錠、アリミデックス錠1mgの併用について疑問を持ったため、往診医師から外科の医師に直接問い合わせをお願いした。結果として、アリミデックス錠1mgは薬剤削除となった。	タスオミン錠の服用開始の時点でアリミデックス錠1mgも中止だったが、紹介状の記載不備のためか、往診医師も気づかずにそのまま処方したと思われる。		記録などに不備があった 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アリミデックス錠 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)
36	在宅の患者だった。数年来、ユーエフティとアリミデックス錠1mgを服用していた。定期的に外科を受診し、検査を受けている。今月、前頭骨転移増大によりユーエフティを中止し、タスオミン錠に変更という紹介状が往診の診療所に届き、往診医師はそのままタスオミン錠とアリミデックス錠1mgを処方した。当薬局でタスオミン錠とアリミデックスの併用に疑問を持ち、往診医師から外科の医師に問い合わせてもらった結果、アリミデックス錠1mgは中止となった。			記録などに不備があった 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アリミデックス錠 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)

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
37	外耳炎で受診され、初めて来られた患者なので問診票に記入して頂いた。ボルタレン錠25mgで薬疹の経験があることが分かったが、「ボルタレン錠25mg3錠、1日3回毎食後、3日分」の処方が出ていた。病院の問診票にも薬疹について記入していたが、伝わっていなかったようだった。疑義照会后、カロナール錠200に処方変更となった。	患者は薬疹の処置を受けた医師から、「旦那さんの名前は忘れてもボルタレンの名前は忘れてはダメ。」と教えられていた。	ボルタレンの成分は、ジェネリック医薬品、外用薬、OTC医薬品にも使われていることを説明し、今後も自己防衛するように注意を促した。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ボルタレン錠25mg 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	患者の症状等から
38	病院に咳でかかった患者に「ホクナリンテープ2mg0.5枚/回、1日1回、11日分」が処方された。ホクナリンテープは切断すると、断面の刺激で皮膚がかぶれやすくなる。患者が高齢でホクナリンテープをハサミ等で切断するのは難しいと考えた。薬局の在庫にはホクナリンテープ1mgもあったため、医師にホクナリンテープ1mgを1枚/回で使うのはどうか、疑義照会時に処方提案したところ、「ホクナリンテープ1mg、1枚/回、1日1回、11日分」でお願いしますとの回答があった。	ホクナリンテープを切断して貼付すると断面の刺激で皮膚がかぶれやすくなる。患者が高齢でホクナリンテープをハサミ等で切断するのは難しい。	患者に安全に使いやすい医薬品の提供を行う。	知識が不足していた その他副作用の可能性があった。 医薬品	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	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
39	20歳代男性に「ジスロマック細粒小児用10%2g」が処方された。有効成分が200mgでは効果が不十分なので、疑義照会したところ、「ジスロマック錠250mg、2錠」へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジスロマック細粒小児用10% 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) 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
40	整形外科受診後に「ハイペン錠200mg、レバミピド錠100mg「EMEC」、ヤクバンテープ」が処方された患者が来局した。お薬手帳によると、皮膚科でリリカカプセル、ロキソニン錠、ムコスタ錠100mgなどは半年以上処方されていた。疑義照会后、ヤクバンテープのみの処方に変更となった。	患者は、問診表に常用薬を書いていたので、診察時には医師にお薬手帳を見せることはなかった。医師から常用薬について、例えば「ロキソニン錠を休止して、ハイペン錠200mgを服用する。」というような口頭での指示もなかった。病院スタッフや医師から言われない限り、患者からは進んでお薬手帳を見せることがなかった。初診時にはお薬手帳のコピーをとるが、次回以降はその都度、確認することもないのがほとんどだった。	調剤薬局で重複に気づき、防ぐことが出来るよう、常用薬の把握を徹底する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ハイペン錠200mg 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」	薬歴等から
41	ニポラジン小児用細粒0.6%、0.4gのところ、1.4gで処方されていた。疑義照会を行い、分量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニポラジン小児用細粒0.6%	その他
42	フロモックス錠75mgのところ、フロモックス錠100mgで処方されていた。疑義照会を行い、薬剤変更になった。			確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠75mg	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
43	「セファランチン末1%、3g/分3」の処方箋を患者が持参したが、後で来ると言ってお出で行った。1日の服用量が多いのでメーカーに問い合わせたところ、「耳鼻科であれば、疾患によっては、服用することあり。」との回答であったため、とりあえずその資料を送ってくれるように指示した。他の薬剤師がセファランチン末1%で調剤をはじめたが、念のため、病院薬剤部に疑義照会のFAXを送ったところ、「医師に確認しました。セファドール錠25mg3錠/分3に変更してください。」と回答があった。セファランチン末1%の計量調剤を直ちに中止してセファドール錠25mgで調剤し、後に来局された患者に手渡した。患者に聞くともまい、ふらつきで受診されたとのことであった。			医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名セファランチン末 1% 変更になった医薬品 販売名セファドール錠2 5mg	その他
44	「セルタッチテープ70、12枚」の処方だったが、7枚包装の1規格だったため、疑義照会したところ、セルタッチパップ70に変更となった。	処方枚数の疑義ではなく、セルタッチパップ70には6枚と7枚包装が存在するため、患者の年齢からセルタッチテープ70ではなく、セルタッチパップ70の間違いではないかと考え、疑義照会した。	剤型の異なる外用剤が多数あるが、例えばセルタッチテープ70は7枚包装のみ、セルタッチパップ70は6枚包装のみなど、包装単位を変えることで処方間違いを減らす、または処方間違いに気づきやすくなると考える。	コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名セルタッチテープ 70 変更になった医薬品 販売名セルタッチパップ 70	その他
45	耳鼻科にかかった患者に「ジルテック錠10、1錠/分1寝る前、14日分」が処方された。この患者は、高齢でかなり服薬コンプライアンスが悪かった。よって医師に疑義照会し、一包化して、薬包に日付、用法を記載できるように指示を仰いだ。医師より、「一包化してください。」と回答があり、一包化した。	患者は服薬コンプライアンスが非常に悪く、高齢だった。	患者の服薬コンプライアンスが良くなるように努める。	その他 コンプライアンスのため。 患者側	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	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
46	いつもの薬をもらいに来局した患者の処方「ビオフェルミン錠剤、3錠/分3毎食後、14日分」があった。患者インタビュー中、ビオフェルミン錠剤の飲み残しが多量にあることが患者の申し出で判明した。14日分以上あるとのことだったため、医師に処方削除を疑義照会で提案したところ、薬剤削除になった。	患者の服薬コンプライアンスが非常に悪かった。残薬が多量にあった。	患者の服薬コンプライアンスを常に確認し、残薬があれば処方の削除も視野に入れ、医療費の削減を实践する。	その他服薬コンプライアンスが悪い。 患者側	処方された医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤	患者の申し出から
47	前回はハイチオール錠とシナール配合錠が28日分で処方されていた。今回はハイチオール錠とファロム錠150mgが28日分で処方されていた。日数も多く、患者からの聞き取りで受診した際、薬の変更はないことが分かったので、クリニックに確認したところ、クリニックの入カミスであることが判明し、正しい処方内容に変更になった。	当日は患者が集中しており、クリニックで入力確認が漏れていたためと思われる。	クリニックに確認を申し入れた。薬歴の情報と照らし合わせ、処方せん鑑査を行っていくようにする。	勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ファロム錠150mg 変更になった医薬品 販売名シナール配合錠	薬歴等から
48	患者はA医院で普段診察を受けていたが、心筋梗塞を発症しペースメーカー植込のため基幹病院Bに入院した。退院後に一度、A医院を受診し、退院時処方と同じ内容の処方箋を薬局に持参された。その後、3カ月ほど基幹病院Bで診察を受けたのち、A医院に転院した。基幹病院Bで受診中に「アーチスト錠1.25mg、2錠/分2朝夕食後」から「アーチスト錠10mg、0.5錠/分1朝食後」に処方内容が変更になっていたのをお薬手帳で確認したが、A医院の処方箋はアーチスト錠1.25mgのままだった。患者は薬の変更について何も聞いていないとのことだったため、医師に疑義照会し、「アーチスト錠10mg、0.5錠/分1朝食後」に変更となった。	転院に伴い、医師同士の紹介状など、何らかの文書のやりとりはあったと思われるが、薬局では確認が不可能である。	転院、薬の大幅な変更に関してはお薬手帳などの確認を徹底して行う。お薬手帳を利用されていない患者には本人、家族などに薬のmg数、形状、実際の薬剤と見比べてもらうなどの確認を徹底する。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名アーチスト錠1.25mg 変更になった医薬品 販売名アーチスト錠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
49	内科にかかった患者の処方「ユーロジン2mg錠、2錠/回、不眠時・寝る前、42回分」が含まれていた。ユーロジン2mg錠は投与日数に制限があり30回分までしか出せない。よって医師に疑義照会したところ、「ユーロジン2mg錠、2錠/回、不眠時・寝る前、30回分」に変更になった。	処方日数に制限があった。	処方鑑査の徹底を行う。	その他処方日数に制限があった。 医薬品	処方された医薬品 販売名ユーロジン2mg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)
50	痛みで病院にかかった患者に「セレコックス錠、2錠/分2朝夕食後、7日分」が処方された。セレコックス錠はセレコックス錠100mgとセレコックス錠200mgの規格が存在し、処方箋には規格の記載がなかった。調剤が行えないため、医師に疑義照会したところ、「セレコックス錠100mg、2錠/分2朝夕食後、7日分」の回答をいただき、調剤した。	処方薬の規格の記載忘れがあった。	処方鑑査の徹底を行う。	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 その他規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名セレコックス錠 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)
51	耳鼻科に慢性副鼻腔炎でかかっている患者に「ジルテック錠5、2錠/分2朝夕食後、14日分、シスダイン錠250mg2錠/分2朝夕食後、14日分、塩化リゾチーム錠30「タケシマ」2錠/分2朝夕食後、14日分」が処方された。2週間前と同じ処方だった。患者インタビュー中、患者家族より、「前回分が1週間分余っているので、14日分もいらぬ。7日分がいい。医師には言えなかった。」とのことだった。よって医師に疑義照会したところ、医師より「7日分にしてあげてください。」と回答があった。患者には飲み忘れのないように指導した。	服薬コンプライアンスが悪かった。受診時、医師に残薬があるのを伝えられなかった。	患者の残薬を把握し、医師に疑義照会の形でフィードバックし、医療費削減に努める。	その他服薬ノンコンプライアンス 患者側	処方された医薬品 販売名ジルテック錠5 販売名シスダイン錠250mg 販売名塩化リゾチーム錠30「タケシマ」	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
52	耳鼻科に頭痛でかかった患者が処方箋を持って来局した。患者インタビュー中、患者から「医師は蓄膿を疑いレントゲンを撮ったが、蓄膿ではなかった。ただ頭痛があるので、痛み止めがほしい。」との申し出があった。処方箋には痛み止めはなく、医師に疑義照会した。「カロナール錠200、1錠/回、頭痛時、5回分」が追加になった。	患者に頭痛があったが、それに対応する処方が出ていなかった。	患者の申し出によく耳を傾け、患者が適切な処方を受けられるように努める。	その他必要な薬が処方されていないかった。 患者側	処方された医薬品 販売名カロナール錠200 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	患者の申し出から
53	エンピナーズ・P錠18000が「6錠/分3」で処方されていた。過量だったが、調剤者および鑑査者は気付かなかった。その後、過量であることに気づき、疑義照会したところ、「3錠/分3」に分量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名エンピナーズ・P錠18000	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
54	内科に腕の痒みでかかった患者に「リンデロン-VG軟膏0.12%、5g」が処方された。用法の記載がないため、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、医師より「リンデロン-VG軟膏0.12%、5g、腕」でお願いしますと回答があり、調剤した。患者に「腕」と確認した旨を伝えた。	用法の記載がなかった。	処方鑑査を徹底する。	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 その他用法記載忘れ	処方された医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12% 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)
55	同一処方箋内に、ロキソニンテープ100mgの記載が2か所あり、重複していた。そのため記載ミスと判断し、問い合わせして、正しい処方内容を確認した。		病院施設と連携を図り、処方箋に不備がないようにチェックをしてもらう。	記録などに不備があった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ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
56	処方せん記載不備のため、処方薬剤が特定できず、間違った薬剤を投与する可能性があったため、疑義照会した。		病院と連携して、薬剤名称の記載を認識してもらう。	連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 施設・設備	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 販売名ロキソニンパップ 100mg	その他
57	規格の記載忘れにより、薬品の特定が出来ず、誤った薬剤を投与する可能性があったため、疑義照会した。	病院において、医師の規格の記載忘れだった。	病院と連携をとり、薬剤の規格を正しく知ってもらう。	記録などに不備があった 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名モーラステープ 変更になった医薬品 販売名モーラステープ2 0mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
58	リリカカプセル75mgの投与量が処方箋に記載されていなかった。そのため、病院に問い合わせ、分量の確認を行った。			確認を怠った 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 販売名リリカカプセル7 5mg 変更になった医薬品 販売名リリカカプセル7 5mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
59	残薬があることを医師に話していたが、内容が処方箋に反映されていなかったため、必要ない薬が処方されていた。薬局で再度、処方内容を確認して、必要としない薬が削除になった。			勤務状況が繁忙だった 患者側	処方された医薬品 販売名ガスターD錠10 mg 販売名ガスコン錠40mg g 販売名ガスマチン錠5 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
60	レスタミンコーワクリーム1%の用量が記載されていなかったため、疑義照会を行った。		関係医療機関と連携を図り、処方箋の記載事項の不備を点検してもらう。	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 販売名レスタミンコーワ クリーム1% 変更になった医薬品 販売名レスタミンコーワ クリーム1%	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
61	薬剤名が正しく記載されておらず、また、用量の記載漏れがあったため、問い合わせた。	処方箋が手書きで記載されていたため、記載時に略称で薬剤を記載したと考えられる。		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 販売名リンデロン-VG 軟膏0.12% 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)
62	同一処方箋に、同じ処方内容が2つ記載されていた。問い合わせをしたところ、記載内容の1つが削除となった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 仕組み	処方された医薬品 販売名アマリール1mg 錠	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
63	マイスリー錠5mgの投与日数、投与回数が記載されていなかったため、疑義照会を行った。			勤務状況が繁忙だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名マイスリー錠5m g 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5m 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
64	診察時に説明を受けたアレグラ錠30mgが処方箋に記載されていなかった。医療機関に問い合わせを行い、アレグラ錠30mgの処方追加を確認した。			連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 仕組み	処方された医薬品 販売名アレグラ錠30mg 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠30mg	患者の申し出から
65	同一処方箋内に、規格違いの同じ薬剤の記載があった。用量、分量が変わってくるため、医療機関にワーファリン錠5mgの規格、用量、分量の確認を行った。			勤務状況が繁忙だった 施設・設備 仕組み	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠5mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
66	別の医療機関において、同効薬の処方があったため、処方内容の確認を行った。結果として、コニール錠4が薬剤削除となった。	入院時に、他の医療機関からの薬も同時に処方されていたため、そのまま退院してからも、処方が継続されていた。患者がもとの医療機関への受診を再開したことを、医師に伝えていなかった。	患者に対し、医師へお薬手帳を掲示することを勧めた。	施設・設備 仕組み	処方された医薬品 販売名コニール錠4	薬歴等から
67	普段から、継続的に処方されているボナロン錠35mgが削除されていた。患者は中止について説明を受けていなかったため、医療機関に問い合わせをしたところ、処方追加となった。			勤務状況が繁忙だった 患者側 仕組み	処方された医薬品 販売名ボナロン錠35mg 変更になった医薬品 販売名ボナロン錠35mg	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
68	以前は飲んでいたが、最近では、飲んでいないツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)が処方されていた。処方医に問い合わせをしたところ、薬剤削除となった。			勤務状況が繁忙だった 仕組み	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)	薬歴等から
69	プルゼニド錠12mgは以前、定期的に飲んでしたが、最近は頓服でしか飲んでいない薬剤のため、薬が余っていた。医療機関に問い合わせたところ、薬剤削除となった。			勤務状況が繁忙だった 仕組み	処方された医薬品 販売名プルゼニド錠12 mg	患者の申し出から
70	一包化希望の患者における処方で、バファリン配合錠A81が処方されていた。薬剤の性質上、一包化に向いてないため、一包化することが可能であるバイアスピリン錠100mgではどうかと提案したところ、バイアスピリン錠100mgへ処方変更となった。			知識が不足していた 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名バファリン配合 錠A81 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠 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)
71	他の診療科で、ムコスタ錠100mgが処方されていたため、医療機関に問い合わせたところ、処方削除となった。			勤務状況が繁忙だった 仕組み	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠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
72	「処方されていた規格であるテオドール錠100mgが飲みにくい。別の規格の薬であれば飲める。」と患者より申し入れがあったため、医師に問い合わせたところ、規格変更、分量変更になった。			医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名テオドール錠100mg 変更になった医薬品 販売名テオドール錠	患者の申し出から
73	診察時に頼んでいたクラビット錠250mgが処方箋に記載されていなかったため、医療機関に問い合わせたところ、薬剤追加になった。			勤務状況が繁忙だった 仕組み	処方された医薬品 販売名クラビット錠250mg 変更になった医薬品 販売名クラビット錠250mg	患者の申し出から
74	リスミー錠1mg0.5錠が朝食後に追加されていたため、内容を不審に思い、クリニックに電話をして医師に疑義照会した。以前より就寝前に1錠服用していた。「リスミー錠1mgが朝食後に処方されていますか?」と聞くと、医師は「就寝前1錠の効果だけでは不十分だと言うから、半錠を朝食後に追加します。」と言うので、「リスミーで良いのですか?」と聞くと「リスミーでいい。」と言って電話を切られた。投薬前に患者に確認したが、やはりリスミー錠1mgではないと思い、再度クリニックに電話して確認したところ、リスパダール錠1mg0.5錠の間違いだった。	クリニックの処方せん入力時の選択ミスと、医師が疑義照会の内容を勘違いしたことが重なったと思われる。	「疑義のある時は調剤をしない」という鉄則を守り、再度、患者のインタビューや疑義照会を重ねて行う。	その他クリニックの入力ミスと医師の疑義照会時の返答間違い	処方された医薬品 販売名リスミー錠1mg 変更になった医薬品 販売名リスパダール錠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)
75	他の病院よりジルテックドライシロップ1.25%を服用中だった患者が、アレジオンドライシロップ1%の処方箋を持ってきた。薬歴で確認し、処方医に疑義照会したところ、アレジオンドライシロップ1%は削除となった。			その他病院での確認もれ	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
76	ソラントール錠100mgのところ、ソラントール錠50mgで処方されていた。年齢から処方内容に疑義があると判断したため、処方医に疑義照会したところ、ソラントール錠100mgに変更となった。			その他処方ミス	処方された医薬品 販売名ソラントール錠50mg 変更になった医薬品 販売名ソラントール錠100mg	年齢・体重換算の結果から
77	他の病院でオメプラール錠10を服用中の患者に、パリエット錠10mgが処方された。薬歴に記載されている併用薬を確認し、処方医に疑義照会したところ、パリエット錠10mgは削除となった。			その他病院での確認もれ	処方された医薬品 販売名パリエット錠10mg	薬歴等から
78	ムコダインDS50%1.5gと間違えて処方された。体重に対して量が多いため、処方医に疑義照会したところ、0.9gと確認した。			その他処方ミス	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50%	年齢・体重換算の結果から
79	アレロックOD錠5が処方された。年齢に対して分量が多いため、処方医に疑義照会したところ、タリオンOD錠5mgの間違いと確認した。			その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名アレロックOD錠5 変更になった医薬品 販売名タリオンOD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
80	前回ジルテックドライシロップ1.25%が処方されていたが、1週間後の今回は、ジルテック錠5が処方されていたため、薬剤師が患者に確認したところ、病院側の処方ミスと分かった。病院に疑義照会したところ、処方ミスと分かり、ジルテック錠5からジルテックドライシロップ1.25%へ変更となった。	医師が指示した処方内容を、病院側の事務員が入力ミスをした。薬剤師が気づき、患者には迷惑がかからなかった。	疑問がある時は、必ず疑義照会を行う。	その他病院側の処方ミス	処方された医薬品 販売名ジルテック錠5 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%	薬歴等から
81	整形外科にかかっている患者に「ロキソニン錠60mg、1回1錠、疼痛時、20回分」が処方された。患者インタビュー中、併用薬を確認すると、他院の整形外科で「セレコックス錠100mg2錠/分2朝夕食後」を常時服用していた。重複投与のため、医師に疑義照会した。また患者より、「セレコックス錠100mgを飲んでいても膝が痛い。塗り薬があれば助かる。」とのことで、これも含め、医師と話し合ったところ、「ロキソニン錠60mg、1回1錠、疼痛時、20回分」は中止となり、代わりに「ボルタレンゲル1%75g、両膝」が追加となった。	重複投与があった。併用薬を医師に伝えていなかった。	併用薬の確認を徹底する。	その他重複投与があった。患者側	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 変更になった医薬品 販売名ボルタレンゲル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)
82	咳で耳鼻科にかかった患者に「ホクナリンテープ2mg、1回/日、1枚/回、背中」が処方された。処方日数の記載がないため、処方医に疑義照会したところ、「5日分をお願いします。」と回答があり、指示通り調剤した。	処方日数の記載がなかった。	処方せん鑑査を徹底する。	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 その他処方日数の記載忘れ	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
83	初来局の患者に「バイアスピリン錠100mg、1錠、プラビックス錠75mg、1錠、タケブロンOD錠15、1錠、ミカムロ配合錠A P、1錠、マグラックス錠330mg、3錠、21日分」が処方されていた。お薬手帳を確認したところ、「バイアスピリン錠100mg、1錠、プラビックス錠75mg、1錠、ランソプラゾールOD錠15mg、1錠、ミカルデイス錠20mg、1錠、アムロジピンOD錠2.5mg、1錠、マグミット錠330mg、2錠」が2日前に他病院で28日分処方されていたため、医師に疑義照会した。その結果、全て削除となった。	医師が服用中の薬を把握していなかった可能性がある。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名プラビックス錠75mg 販売名タケブロンOD錠15 販売名ミカムロ配合錠A P 販売名マグラックス錠330mg	薬歴等から
84	鑑査終了後、数の確認をしながら薬を患者に渡している時、ソラナックス0.8mg錠が4錠／朝食後となっており、分量超過であることに気づいた。前回は1錠／朝食後だった。患者に確認すると、多少の不安感を訴えており、増量は考えられたが、分量超過のため、処方医に疑義照会した。確認後、事務員の入カミスであることが分かった。	薬の種類も多く、当該薬は調剤回数のない薬剤だった。数の確認と規格確認のみで、分量の確認がおろそかになった。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ソラナックス0.8mg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)
85	「ザイロリック錠100、3錠／分3毎食後」が削除、「サアミオン錠5mg、1錠／分1朝食後」が追加となっていた。薬を交付する際、変更点を患者と確認したところ、説明を受けていないとのことだった。そこで処方医に確認したところ、処方間違いが発覚し、サアミオン錠5mgは削除となり、前回の処方内容であるザイロリック錠100が追加となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名サアミオン錠5mg 変更になった医薬品 販売名ザイロリック錠100	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
86	50歳代男性にツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)が処方されていたため、処方医に確認したところ、処方間違いが発覚し、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(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)
87	ノルバスク錠が前回の「ノルバスク錠5mg1錠」から今回、「ノルバスク錠5mg1錠とノルバスク錠2.5mg1錠」の合計7.5mgで処方となっていた。血圧が低いので減量するとの説明を受けていると患者から情報があり、疑義照会したところ、ノルバスク錠5mgの処方を削除し忘れたことが発覚し、ノルバスク錠2.5mgのみの処方へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠5mg	薬歴等から
88	ラコール配合経腸用液が処方された。薬局内で管理している情報に牛乳アレルギーとあったため、疑義照会した。エレンタールP乳幼児用配合内用剤に変更となった。	牛乳アレルギーにラコール配合経腸用液は禁忌だった。病院でアレルギーのチェックを行わなかったり、見逃されることがあった。	薬局で管理している情報のアレルギー欄を見る。アレルギーについて禁忌薬を覚え、該当薬が出た場合は、患者にアレルギーのチェックを行い、薬局の情報に記載しておく。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名ラコール配合経腸用液 変更になった医薬品 販売名エレンタールP乳幼児用配合内用剤	薬歴等から 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
89	<p>耳鼻科に喉の痛みでかかった患者に「ロキソニン錠60mg、3錠/分3毎食後、4日分」の処方が含まれていた。この患者は以前に、アスピリンでアレルギーを起こした既往歴があったことが薬歴に記録されていた。ロキソニン錠60mgなど、NSAIDs全般は、「アスピリン喘息又はその既往歴のある患者は禁忌」とあり、アスピリン喘息を誘発するリスクがあるため、処方医に疑義照会した。代替にツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)を提案した。処方医より「喉の炎症に良く効く漢方はないか。」と聞かれたため、ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒(医療用)を再提案した。「ロキソニン錠60mg、3錠/分3毎食後、4日分」は中止となり、「ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒(医療用)、7.5g/分3毎食前、4日分」に変更になった。</p>	<p>患者にアスピリンアレルギーの既往歴があった。</p>	<p>患者のアレルギー歴をしっかりと確認し、代替処方を提案できるように努める。</p>	<p>その他アスピリンアレルギーの既往歴患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒(医療用)</p>	<p>薬歴等から</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>
90	<p>前回処方時に処方医より、デパケン錠200は0.5錠に分割出来るかどうかの問い合わせがあり、0.5錠に分割不可なのでデパケン細粒40%0.25gで処方してもらった。その後、患者が持参した処方箋が25gになっていたため、医院に連絡確認し、0.25gで調剤して渡した。今回、持参した処方箋が1.25gに増量となっていたため、確認の連絡を入れたところ、医院の事務の回答は前回も1.25gになっているとのことだった。すぐに前回の訂正済みの処方箋を医院に持参し確認したところ、前回の処方訂正時の入力ミスであることが判明した。今回も0.25gで調剤して渡した。</p>			<p>記録などに不備があった連携ができていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名デパケン細粒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
91	整形外科にかかった患者に「ロキソニン錠60mg、1回1錠、20回分、痛いとき、ムコスタ錠100、1回1錠、20回分、痛いとき」が処方された。患者インタビュー時に、他病院で「ムコスタ錠100、3錠/分3毎食後」を常に服用していることが分かった。重複投与のため処方医に疑義照会したところ、「ムコスタ錠100、1回1錠、20回分、痛いとき」は削除となり、「ロキソニン錠60mg、1回1錠、20回分、痛いとき」のみの処方になった。	重複投与があった。患者が医師に併用薬を伝えていなかった。	併用薬のチェックを徹底する。	その他重複投与があった。患者側	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100	患者の症状等から
92	耳鼻科にかかった患者に「クラリス錠200、2錠/分2朝夕食後、4日分」が処方された。他院でワーファリン錠を服用している旨が薬歴に記載されていた。クラリスロマイシンとワルファリンカリウムの併用では、ワルファリンカリウムの血中濃度が上昇し、出血リスクが上がる可能性がある。短期間の服用でINR値のモニターも不可能であった。リスクの大きい組み合わせのため、処方医に疑義照会した。比較的风险の少ないセフェム系抗生剤を提案したところ、「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、4日分」に変更となった。	相互作用があった。出血リスクが考えられた。	処方せん鑑査の徹底を行い、患者に安全な医薬品を提供する。	その他相互作用があった。出血リスクあり。	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 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
93	以前にセフェム系の薬剤で痒みが出たが、そのまま調剤した。投薬時に別の薬剤師が気づき、疑義照会して薬剤変更になった。		見てわかるように、薬歴に赤で大きく表記した。	判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg 変更になった医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200「MEEK」	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
94	前回までオルメテック錠、ノルバスクの処方だったが、今回よりレザルタス配合錠LD、ノルバスクへ処方の変更された。Ca拮抗剤が2剤になるために疑義照会した。	医師はレザルタス配合錠はオルメテック錠と利尿剤の合剤と思い、処方したとのことだった。配合剤が多種あるために起こった。	一覧表の表示などをする。	知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名レザルタス配合錠LD 変更になった医薬品 販売名コディオ配合錠MD	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
95	プラザキサカプセル110mgを服用していたが、受診時に医師へ皮下出血やかゆみなどの副作用が発生していることを患者は伝えずに、当薬局に来局した。副作用などを話している時に、患者は心配になり、手や顔に内出血があることを薬局に相談した。医師へは言いづらく、時間もなかったために何も言わなかったとのことだった。医師へ疑義照会を行い、すぐ再受診するよう指導した。再受診後、プラザキサカプセル110mgは中止になり、ワーファリン錠へ変更となった。	午前中の忙しい時間で、医師へは相談ができなかった。薬局では時間を取り、副作用など聞いていたため、早期発見につながったのではないかとと思われる。	患者の都合などに合わせるのではなく、しっかり副作用などを聞く。	患者への説明が不十分であった(急った) 患者側	処方された医薬品 販売名プラザキサカプセル110mg 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠	患者の症状等から
96	新薬なので14日分処方だが、処方日数が28日分で処方されていたため疑義照会し、処方日数が変更となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名トラムセット配合錠	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
97	<p>【処方内容】「処方1)サムスカ錠15mg、1日量0.5錠、ピモベンダン錠1.25mg「TE」、1日量0.5錠/分1朝食後服用、7日分、処方2)ラシックス錠40mg、1日量2錠、スピロラクトン錠25mg「タナベ」、1日量2錠/分2朝夕食後、7日分」だった。【誤りに気付いた理由】サムスカ錠15mgは製薬会社から「適正使用のお願い」が出ており、添付文書にも警告欄に記載があり、高ナトリウム血症を回避するために「入院下で投与開始又は再開し、適切な血清ナトリウム濃度の測定を行い、十分な観察の上での使用」が求められていた。今回の薬剤服用履歴の記録では、初回の投与にもかかわらず、院外処方せんによる投薬となっていた。家族が処方せんを提出したので、初回の服用であるかどうかの確認をしたが「自分の薬ではないので、分からない。」とのことだった。</p> <p>家族にも事情を説明した上で、FAXにて処方せん発行医療機関薬剤部に疑義照会を行った。処方せん発行医療機関薬剤部より「処方通り」との回答があった。理由の明示もなく、回答内容に疑問が残るため、直接当該薬剤部に電話で連絡し、前述の「適正使用のお知らせ」の内容を再度伝え、処方医師に確認をお願いした。処方医師から、「今まで何度かサムスカ錠15mgを初回から院外処方せんで投薬したが、このような疑義照会を受けたことはない。全ての責任を持つから処方通り調剤して欲しい。」との回答があった。サムスカ錠15mgは、他の利尿剤とは異なり、電解質排泄の増加を伴わず、水分のみを排泄する利尿剤であり、高ナトリウム血症を起こす可能性が高いため、入院下で頻回の血清ナトリウム濃度の測定を行いながらの投薬が必要な旨を説明の上、処方の変更、または入院下での投薬を依頼した。その結果、処方医よりサムスカ錠15mgを中止し、処方内容を変更するとの回答があった。【変更内容】「処方1)ピモベンダン錠1.25mg「TE」1日量1錠/分1朝食後服用、7日分、処方2)ラシックス錠40mg、1日量3錠、スピロラクトン錠25mg「タナベ」、1日量3錠、分3毎食後、7日分」に変更となった。患者の家族にも処方変更となったことを説明し、変更後の処方内容で調剤を行った。</p>	<p>薬剤師に「処方医の処方通り調剤しなければならない」という意識が強すぎる。処方内容の十分なレビュー(評価)なく調剤を行うことに対する危険性の高さをもっと認識しなければならない。薬局薬剤師、病院薬剤師ともに処方せんを調剤することに対する責任感の欠如が、こういう事態を生んでいるのかもしれない。</p>	<p>疑義照会の結果に問題があると判断した場合には、調剤しない。疑義が解消するまで何度でも処方医に対して問い合わせをする。医師の全てに責任を持つとの言葉があったとしても、それが最悪の場合、患者の生命、健康に係ることならば、医師を説得することも必要である。薬局薬剤師と病院薬剤師が連携を取り、医師への医薬品の情報提供を行い、医薬品の適正使用のために貢献するシステム作りをする。</p>	<p>医薬品 その他医師の認識不足</p>	<p>処方された医薬品 販売名ピモベンダン錠1.25mg「TE」 販売名ラシックス錠40mg 販売名スピロラクトン錠25mg「タナベ」 販売名サムスカ錠15mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名ピモベンダン錠1.25mg「TE」 販売名ラシックス錠40mg 販売名スピロラクトン錠25mg「タナベ」</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	
98	他科でオメプラゾン錠を服用している患者に、ポドニンS配合顆粒とガスモチン散1%が処方された。お薬手帳を医師に見せていないとのことだったため、疑義照会を行ったところ、ポドニンS配合顆粒、ガスモチン散1%が中止になった。			患者にお薬手帳の必要性を説明する。	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 販売名ポドニンS配合顆粒 販売名ガスモチン散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)
99	他科にてガスター錠20mgを服用中の患者だった。お薬手帳を医師に見せていないとのことだったため、疑義照会を行ったところ、ポドニンS配合顆粒、ガスモチンの胃薬が中止になった。			お薬手帳の大切さを説明する。	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 販売名ポドニンS配合顆粒 販売名ガスモチン	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	8歳の患者に「ロゼレム錠8mg1錠」で処方された。前回、他院では0.5錠で処方されていた。1錠では多いと考え、疑義照会したところ、0.5錠に変更となった。	ロゼレム錠8mgは成人に1回1錠で処方される薬だった。そのため、8歳では多いと考えた。	小児用量については、添付文書等に記載がなく、分量がおかしいと考えられた場合は、問い合わせを行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロゼレム錠8mg	薬歴等から 年齢・体重換算の結果から	
101	ティーエスワン配合カプセルT20が処方されており、患者に確認すると、少し前まで入院していたとのことだった。処方箋には「○月△日夕方より内服、その後2週間内服」とコメントがあった。処方の日数は6日分だった。矛盾があるため、念のため疑義照会したところ、2週間内服ではなく、その後2週間休薬であると回答があった。患者に再度念を押し、薬袋の表にその旨を記載した。	医師が忙しい業務の中、思い込みでパソコン入力を間違えた。後程、自分では休薬と入力つもりだったと医師から電話連絡があった。	休薬がある薬については、患者インタビューが非常に重要である。少しでもおかしいと思ったら、躊躇することなく疑義照会する。	記録などに不備があ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 販売名ティーエスワン配合カプセルT20	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
102	ワーファリン錠1mg服用中の当該患者が、緊急入院した先でワーファリン錠1mgが減量になったことがお薬手帳で分かった。しかし処方内容は入院前と同じ投与量が記入されていたため、疑義照会したところ、減量となった。	緊急入院したことは病院で話していたが、お薬手帳は見せていなかった。	患者にお薬手帳を医師に見せる必要性を説明し、納得して頂いた。	連携ができていなかった その他お薬手帳の活用方法	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	薬歴等から
103	他科にて、「セルベックス細粒10%、チカタレン錠25mg、分3」が処方され、服用中の患者だった。本日持ってきた処方箋には、「ロキソニン錠60mg、フロモックス錠、ムコスタ錠100mg、各3錠/分3」で処方されていた。医師には服用中の薬を聞かれなかったため、伝えてないとのことだった。そこで疑義照会したところ、薬剤削除となった。	「ここの薬局以外で薬をもらわないので、飲み合わせが悪ければ聞いてくれると思う。」とのことだった。	かかりつけ薬局のため、今回の重複が発覚したが、違う薬局、病院に行く時は聞かれなくても服用中の薬があること、何を飲んでいるのかを伝えるように指導した。	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 販売名ムコスタ錠100mg	薬歴等から
104	成人の患者にホクナリンテープ1mgが処方されていた。低体重や肝機能など身体的事由に触れる様子もなかったため、疑義照会をしたところ、医事課での処方せん発行時の記入ミス(入力ミス)だった。		規格の記入ミスや類似薬品名の記入ミスなどは、常に人為的ミスとして起こりうる事例として、処方箋鑑査にあたる。	確認を怠った 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった 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 販売名ホクナリンテープ1mg 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	年齢・体重換算の結果から
105	爪白癬に対するイトリゾールカプセル50のパルス療法だった。すでに3クール服用が終了していたが、4クール目の処方があったため疑義照会したところ、服用中止となった。	処方医がイトリゾールカプセル50のパルス療法は3クールまでということを知らなかった、または服用歴を確認せずに処方したかは不明であるが、薬歴で服用期間を管理していたので、疑義照会することが出来た。	現在もやっていることではあるが、服用期間がある薬に関しては、薬歴に服用開始時から何日まで服用する予定であるかを記載し、確認漏れがないようにする。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名イトリゾールカプセル50	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
106	退院後、初めての外来だった。処方内容が入院前と同じ処方であったが、お薬手帳で入院中の処方内容を確認したところ、糖尿病の薬が変更になっていることが判明した。疑義照会したところ、入院時の処方へ変更となった。	主治医が外来のカルテを見て処方し、入院中の記録の確認を怠ったためと思われる。お薬手帳を活用した薬薬連携により、リスクを回避できた。そのまま投薬していれば、低血糖を発現する確率は高かったと思われる。	薬薬連携を推進する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アマリール3mg錠 販売名ネシーナ錠25mg 変更になった医薬品 販売名アマリール1mg錠 販売名ジャヌビア錠50mg	薬歴等から
107	継続服用していたゼローダ錠300の用法が「朝夕」から「朝昼」に変更となっていた。疑義照会したところ、「朝夕」に訂正となった。		疑義照会を徹底する。	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 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ゼローダ錠300	薬歴等から
108	耳鼻科にかかった患者に「ムコダイン錠500mg3錠/分3毎食後、7日分」の処方が含まれていた。この患者は、初来局の患者であり、問診表に「他院で喘息治療のため、吸入薬と去痰薬を使用」とあった。患者にインタビューすると、ムコダイン錠250mgを常時服用していることが分かった。重複投与があったため、処方医に疑義照会した。処方医より回答があり「ムコダイン錠500mg3錠/分3毎食後、7日分」は削除になった。	患者が医師に併用薬を伝えていなかった。重複投与があった。	併用薬の確認を強化し、患者の健康を守り、医療費削減に努める。	その他併用薬があった。重複投与があった。 患者側	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg	患者の症状等から
109	処方箋に定期薬で飲まれている、シグマート錠5mgの記載がなかった。患者本人に確認したところ、薬はいつもの通りとのことだったため、病院に問い合わせた。シグマート錠5mgの記載忘れとのことで、「シグマート錠5mg3錠/分3毎食後、56日分」が追加となった。			その他薬剤処方忘れ	処方された医薬品 販売名シグマート錠5mg 変更になった医薬品 販売名シグマート錠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
110	処方箋に「ボルタレンゲル2本」と記載があった。ボルタレンゲル1%の規格が、50gと25gの種類があるため、規格の問い合わせを病院にしたところ、「ボルタレンゲル1%25g2本」であることを確認した。			その他規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名ボルタレンゲル1% 変更になった医薬品 販売名ボルタレンゲル1%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
111	処方箋に「カロナール」と記載があった。規格の記載がなかったため、病院に問い合わせたところ、カロナール錠200の規格であることを確認した。			その他規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名カロナール 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)
112	以前処方されていた薬にバイアスピリン錠100mgが追加となった。35日分で処方されていたが、薬歴から、以前より服用している定時薬が33日分しか残っていないと判断し、病院に問い合わせたところ、バイアスピリン錠100mgの処方日数が変更となった。			施設・設備	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg	薬歴等から
113	他の病院から紹介状にて転院してきた。「ラシックス錠20mg、アルダクトンA錠25mg各1錠/分1朝食後」(他省略)で処方されていた。前の病院では「各2錠/分2朝、夕食後」で処方されていたことをお薬手帳で確認したため、患者に減量について説明したところ、「医師から何も言われていない。」とのことだった。そこで疑義照会したところ、「各2錠/分2朝、夕食後」に変更となった。	紹介状の処方内容を医師が正確に把握していなかったと思われる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラシックス錠20mg 販売名アルダクトンA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
114	<p>転院先への紹介状の服薬情報に服薬中のザイロリック錠100の記載がなく、患者も医薬品名を覚えていなかったため、処方されていなかった。またフルイトラン錠1mgを「1錠／分1朝食後」のところを、間違っていた患者の要望に合わせて処方したため、「フルイトラン錠2mg1錠／分2朝夕食後」で処方されていた。</p>	<p>紹介状における服用中のザイロリック錠100の記載漏れ、患者の認識不足があった。</p>	<p>医薬品で不明なことがあるはず、保険薬局、かかりつけ薬剤師に問い合わせただくように今までも行っているが、よりきめ細やかな啓発、周知活動の徹底を行う。</p>	<p>確認を怠った患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名ザイロリック錠100 販売名フルイトラン錠2mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名ザイロリック錠100 販売名フルイトラン錠1mg</p>	<p>その他</p>
115	<p>それぞれが数ヶ月前の少ない力価の薬で処方箋が記載されていた。医師から変更のことを聞いているか確認したところ「同じですと言われている。」とのことだった。そこで疑義照会したところ、前回と同じ処方内容だったということで処方箋を変更した。医療機関は昼休み中で電話もファクスも通じなかったため、患者にはいったん帰宅してもらい、確認後再度来局してもらった。</p>	<p>医療機関側のパソコンが何らかの理由で変更前に戻っていた。</p>	<p>きちんと薬歴をつける。患者側へ聞き取りをする。</p>	<p>コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名ヘルベッサーRカプセル100mg 販売名ニューロタン錠25mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名ヘルベッサーRカプセル200mg 販売名ニューロタン錠</p>	<p>薬歴等から</p>
116	<p>災害後に流通がなくなっており、入荷の見込みが立っていないレスブレン錠30mgが処方されていた。代替品も伝えたが、削除となった。前回と同じ処方内容になり、患者も現在は咳は無いとのことでの削除のみで良いとのことだった。</p>	<p>医師に医薬品の流通情報などが伝達されていなかった。</p>	<p>院外処方箋を発行する医療機関についても、手に入りにくい薬剤についての情報をきちんと伝達する。</p>	<p>その他情報の不足</p>	<p>処方された医薬品 販売名レスブレン錠30mg</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
117	他の医療機関からの処方薬から類推して前立腺に疾患がある患者に禁忌薬剤であるフスコデ錠が処方された。患者は初回には、そのことを伝えていたが、今回、併用薬を伝えなかったため、疑義照会したところ、薬剤削除となった。	患者がお薬手帳を活用出来ていない。医療機関がお薬手帳の提示を求めない。	患者にもっとお薬手帳の活用について啓蒙する。医療機関にもアピールする。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名フスコデ錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
118	患者は呼吸器科(肺癌で主訴)と腎臓透析科にいつもかかっていた。今回、呼吸器科の医師が両方の処方を記入した際、記入漏れがあったため疑義照会したところ、2種類の薬剤が追加となった。		いつも薬歴をよく見て、患者や介護者の話もよく聴く。	その他医療機関側の伝達の不備	処方された医薬品 販売名ガスターD錠20mg 販売名アダラートL錠20mg 変更になった医薬品 販売名ガスターD錠20mg 販売名アダラートL錠20mg	薬歴等から
119	内科にかかった患者がいつもの薬が書かれた処方箋を持って来局した。この患者は高齢であり、コンプライアンスに不安があった。1回に複数錠飲む薬もあるため、一包化調剤の方が良いのではないかと処方医に疑義照会したところ、一包化になった。	患者が高齢だった。コンプライアンスに不安があった。	患者のコンプライアンス向上に尽力する。	その他高齢である。コンプライアンスに不安があった。患者側	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名アマリール1mg錠 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名アマリール1mg錠	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
120	<p>プラザキサカプセル110mgが「2カプセル／分1」で処方されていたため、疑義照会にて用法確認したところ、前回は「2カプセル／分1」で処方されていたことが判明した。患者の代理の方が受け取りのため、代理の方に確認したところ、前回は今まで通り「2カプセル／分2」で服用していたとのことだった。疑義照会を行い、「2カプセル／分2」に変更となった。</p>	<p>負担額が1割から3割に変更となっていたため、保険確認に気を取られてしまい、プラザキサカプセル110mgは「分2」の薬であるところ、「分1」で処方されていることを見落とした。プラザキサカプセル110mgはブルーレーターが出され、用法用量に十分注意しなければいけない薬剤であるとの認識はあったが、注意散漫になっていた。</p>	<p>処方せん鑑査に入る前には、他のことに気を取られないうように、一旦気持ちを落ち着かせるようにする。</p>	<p>確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 通常とは異なる心理的条件下にあった コンピュータシステム 教育・訓練</p>	<p>処方された医薬品 販売名プラザキサカプセル110mg</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>
121	<p>双子の兄弟の処方せんを1度に2枚提出された。0歳代男性の処方内容には「ミノマイシン顆粒2%、1日量1g、ビオフェルミンR散、1日量1g、アクディームシロップ1%、1日量2mL、ザジテンドライシロップ0.1%、1日量0.8g、ムコダインシロップ5%、1日量4mL、3日分、用法1日2回朝夕食後服用」と処方箋に記載されていた。0歳代女性の処方内容には、「ミノマイシン顆粒2%、1日量1.5g、ビオフェルミンR散、1日量1g、アクディームシロップ1%、1日量2.3mL、ザジテンドライシロップ0.1%、1日量0.8g、ムコダインシロップ5%、1日量6mL、3日分、用法1日2回朝夕食後服用」と処方箋に記載されていた。</p>	<p>双子であり、同じ症状で受診となったため、医師が電子カルテへの入力時に男性への分量と女性への分量を間違えて入力したことが原因と考えられる。今回の場合、年齢、体重に対する各薬剤の分量は保険適応上のもものとしては問題なかった。しかしながら、確認した2人の体重から判断される分量としては逆に記載されている可能性があるためと判断し、疑義照会を行った。</p>	<p>少しでも処方内容におかしい点がある場合には、医師に遠慮することなく、疑義照会を行う。</p>	<p>その他電子カルテへの記入ミス</p>	<p>処方された医薬品 販売名ミノマイシン顆粒2% 販売名ビオフェルミンR散 販売名アクディームシロップ1% 販売名ザジテンドライシロップ0.1% 販売名ムコダインシロップ5%</p>	<p>年齢・体重換算の結果から</p>
<p>母親に2人の体重を確認したところ、0歳代男性は12kg、0歳代女性は10kgだった。小児(8歳未満)にミノマイシン顆粒2%が処方されており、また2人の体重に対して各薬剤の分量が逆の記載(体重が多い男性に少ない分量、体重の少ない女性に多い分量)になっている可能性があるため、処方医師に疑義照会を行った。ミノマイシン顆粒2%は難治性の中耳炎に対する処方のため、処方通りに調剤するが、分量が男性と女性で逆の記載となっていたため、それぞれ分量が変更となった。</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
122	コンプト配合点眼液が1日1回で処方されていた。通常、用法が1日2回のため疑義照会したところ1日2回に変更となった。					
			点眼薬は1日何回点眼するかということを入れておく、あるいは調べ、回数が違っていた場合は、必ず疑義照会する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名コンプト配合点眼液	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
123	耳鼻科にかかった患者に「クラバモックス小児用配合ドライシロップ3.03g/分2朝夕食後、4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食後に服用すると吸収率が下がるため、医師に疑義照会し、「食直前に服用する方が吸収率が良く、添付文書でも食直前服用になっている。」と伝えたとこ、医師より食直前に変更するとの回答があり調剤した。	吸収率の低下が起こり得た。	処方鑑査の徹底を行う。	知識が不足していた その他吸収率低下 医薬品	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)
124	耳鼻科にかかった患者に「カロナール細粒180mg/回、発熱時、2回分」の処方があった。カロナール細粒にはカロナール細粒20%とカロナール細粒50%の規格が存在し、調剤することが出来なかった。間違えると健康被害が起こる可能性があるため、医師に疑義照会したところ、カロナール細粒20%でお願いしますと回答があった。	処方薬の規格の記載がなかった。	処方鑑査の徹底を行う。	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 その他規格記載漏れ	処方された医薬品 販売名カロナール細粒 変更になった医薬品 販売名カロナール細粒 20%	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
125	免疫内科にかかっている患者の処方箋に「 Crestol錠2.5mg1錠/分1朝食後、28日分」の処方が含まれていた。患者インタビュー中に患者より「血液検査をして、医師からコレステロールの薬は中止しましょうと言われた。でも Crestol錠2.5mgが処方されているのはなぜですか。」との申し出があった。医師に疑義照会したところ、 Crestol錠2.5mgは中止となった。薬剤を削除し忘れたとの回答であった。	医師が中止する処方薬を処方箋に書いてしまった。	患者インタビューの徹底を行う。	その他治療に不必要な薬が処方されていた。 患者側	処方された医薬品 販売名 Crestol錠 2.5mg	患者の申し出から
126	耳鼻科にアレルギー性鼻炎でかかった患者に「ジルテック錠10、1錠/分1寝る前、4日分」が処方された。患者インタビュー中、患者より「先生は21日分出すと言っていた。」との申し出があった。よって医師に疑義照会したところ、21日分に変更となった。	処方日数の書き間違いがあった。	患者インタビューの徹底を行う。	その他処方日数が誤っていた。	処方された医薬品 販売名 ジルテック錠10	患者の申し出から
127	いつもの内服薬を複数書いた処方箋を持って患者が来局した。この患者は、高齢で服薬コンプライアンスに不安があった。よって医師に一包化を提案したところ、一包化指示があり調剤した。	患者の服薬コンプライアンスに不安があった。	服薬コンプライアンスの向上に努める。	その他服薬コンプライアンスに不安があった 患者側	処方された医薬品 販売名 マグミット錠330mg 販売名 ノルバスク錠5mg 変更になった医薬品 販売名 マグミット錠330mg 販売名 ノルバスク錠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
128	糖尿病で病院にかかっている患者がいつもの処方薬を書いた処方箋を持ってきた。処方日数は35日分のところ、患者は6日分余っていると、患者インタビュー中に申し出てきた。よって医師に35日分を6日分少ない29日分にしてもらえないか相談したところ、29日分に変更になった。投薬時、患者に服薬意義をしっかりと指導し、服薬コンプライアンスの向上を促した。	ノンコンプライアンスのため。	患者のコンプライアンス向上につながる指導を行う。	その他患者の服薬コンプライアンス不良のため	処方された医薬品 販売名アクトス錠15 販売名プロプレス錠4	患者の申し出から
129	内科にかかった患者で、服薬コンプライアンスに不安を感じる患者の処方に、ワーファリン錠1mgを複数錠含む処方があり、他にも処方薬があった。ワーファリン錠1mgは服用量をしっかりと守らないと、出血のリスクや血栓予防が出来ないため、しっかりとINR値をモニタリングしないといけない薬である。さらにこの患者は高齢であった。患者本人にも一包化をすすめて同意をいただき、処方医にも一包化を提案したところ、一包化になった。	患者のコンプライアンスに不安があった。服用薬にワルファリンカリウムがあった。	患者の服薬コンプライアンス向上に尽力する。	その他患者の服薬コンプライアンスに不安を感じた	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg 販売名テノーミン錠25 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠1mg 販売名テノーミン錠25	患者の症状等から
130	皮膚科にかかった患者に「ミノペン錠100、1錠/分1朝食後、28日分」の処方があった。この患者は、同病院他科で「マグミット錠330mg2錠/分2朝夕食後」を常用していた。テトラサイクリン系抗生剤はマグネシウムと同時に服用すると吸収阻害が起こるため、医師にミノペン錠100を昼食後に服用時点を変更してもらえるように医師に提案したところ、昼食後に変更になった。	吸収阻害があったため。	処方鑑査の徹底を行う。	その他吸収阻害があるため。	処方された医薬品 販売名ミノペン錠100	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
131	患者が薬局に来る前に「ピップの在庫はあるか？丸くて茶色い貼るの。」と医師より問い合わせがあり、「ない。」と返答した。その後、患者が薬局に来て「ステックをここで他の人がもらっているのを見て先生に出して頼んだが、ないと言われたのでシップ(モーラステープL40mg)で我慢する。」と言われた。医師が勘違いしていると思われたため、問い合わせをしたところ、モーラステープL40mgからスミルスタック3%に変更となった。	医師が「ステック」と「ピップ」を聞き間違えた。患者の前で、電話で薬局に問い合わせをしていたが、患者は耳が悪く、問い合わせの内容が分からなかったと思われる。患者は耳が悪いので、発音も聞き取りにくいと思われるが、ピップエレキバンは医療用医薬品ではないので、医師に頼んだ段階でおかしいと思い、さらに話をすれば気付いたと思われる。	これからも投薬時に、患者本人の希望をよく確認することを継続する。	判断を誤った	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 販売名スミルスタック3%	患者の申し出から
132	ラシックス錠20mgが「3錠/回、頓用」で処方されていた。ラシックス錠20mgは分量に10~80mgまでの幅があるが、薬歴ではいつも1錠だったため問い合わせたところ、入力ミスとのことで1錠に変更となった。	処方元のヒューマンエラーがとて多かった。	薬歴をよく見る。	その他医療機関側にパソコン入力の不慣れな人がある様子	処方された医薬品 販売名ラシックス錠20mg	薬歴等から
133	4歳小児の患者に「テルギンGドライシロップ0.1%1.2g/日、分3×14日分」が処方された。添付文書によると3~5歳未満では、0.5g/日であり、過量投与のために処方医に疑義照会したところ、0.5g/日に分量変更となった。	処方医がカルテ記載時に、記載間違いがあったと思われる。	「体重別、年齢別早見表」を作成し、調剤前の鑑査で処方量の確認をするようにした。処方医は独自の早見表を作成し、体重は必ず診療前に量ってから処方されていることを確認した。	その他処方医の勘違い	処方された医薬品 販売名テルギンGドライシロップ0.1%	年齢・体重換算の結果から
134	ナウゼリン錠10が食前服用のところ、食後で入力されていたため疑義照会したところ、食前に変更になった。頻回にあったため、医療機関の事務員に事情を尋ねたところ、1日3回服用の薬剤は全て毎食後で良いと思っていたため、薬剤により違いのあることを説明した。		きちんと服用方法の確認をする。また、医療機関側と共同の勉強会を行う。	知識が不足していた教育・訓練	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)

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
135	<p>アクトネル錠17.5mgの用法が「朝食後」で処方されていたため疑義照会したところ、用法が「起床時」に変更になった。その前の3、4回は患者に用法が「朝食後」のまま渡していた。患者へはパンフレットを用いて用法の説明を行っていたため、「起床時」の服用と注意点が守られていたことを確認した。</p>	<p>事例に関わった処方入力する事務員、調剤した薬剤師、鑑査した薬剤師、3回のチェックで見逃していた。</p>	<p>用法、用量が特殊な薬は、より注意をして薬局全体で把握するように徹底する。</p>	<p>確認を怠った勤務状況が繁忙だった医薬品 ルールの不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名アクトネル錠17.5mg</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>
136	<p>「セフゾンカプセル100mg、1日量3カプセル、分3×3日分、毎食後服用」で処方箋が発行された。薬剤服用歴簿の記録より、他の医療機関より「フェロミア錠50mg、1日量2錠、分2×56日分、朝夕食後服用」が継続処方されており、セフゾンカプセル100mgとの相互作用が疑われた。患者の話では、医師にはフェロミア錠50mgを服用中であることは伝えており、処方医師より同時に服用して問題ないと説明を受けたとの申し出があった。服用時点の変更も考慮したが、患者の生活のリズム(仕事の途中に服用するよりも食後の服用の方がアドヒアランスが高まる)より薬剤を変更することが望ましいと判断した。処方医にセフゾンカプセル100mgと鉄剤の併用により、吸収が10分の1以下に低下する報告があるため、他のセフェム系抗生物質に変更できないか、疑義照会により提案を行った。「メリアクトMS錠100mg、1日量3錠、分3×3日分、毎食後服用」に変更となった。</p>	<p>処方医師に併用薬の報告を患者が行っていたとしても、医師が相互作用に関する情報を全て理解しているとは限らない。薬剤師が判断して疑義があれば、必ず疑義照会を行い、疑義が解消された上で調剤を行う必要があった。</p>	<p>処方された医薬品を調剤することに対して、薬剤師として治療の結果に責任を持つ姿勢が大切だと考える。他の医療機関における服用歴も確認の上、治療結果に対して起こりうる問題点があれば、薬剤師として必ず処方医師に情報提供を行った上で適切な処方内容となるよう行動を起こす必要がある。</p>	<p>医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg 変更になった医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg</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
137	<p>前回、患者がラシックス錠20mgではむくみがとれないと医師に訴えたため、ルブラック錠4mgに変更になったが、今回の処方ではラシックス錠20mgのままだった。そのため疑義照会したところ、ルブラック錠4mgに変更となった。</p>	<p>医師が以前の定期処方を引用して処方し、その処方せんの最終確認を怠ったため。</p>	<p>医師に処方せんの確認をしっかりとってもらう。</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 販売名ラシックス錠20mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名ルブラック錠4mg</p>	<p>薬歴等から</p>
138	<p>新患だったため、お薬手帳の提示を求めたところ、作用が重複する薬剤や併用注意の薬剤があったため、医師にお薬手帳を提示したかを聞いたところ、話していないとのことだった。そこで医師に疑義照会したところ、重複したコンスタン0.4mg錠が削除になり、併用注意のものは説明をして欲しいと言われた。</p>		<p>患者に、医師に他の医師が処方した薬を話すように指導する。医師に、お薬手帳を確認してもらう旨を申し入れる。</p>	<p>連携ができていなかった 患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名コンスタン0.4mg錠</p>	<p>薬歴等から</p>
139	<p>眼科にかかった患者に「ヒアレインミニ点眼液0.3%、2本、1日4回、両眼」が処方された。ヒアレインミニ点眼液0.3%は1回使い切りのタイプであり、数量として疑わしかったため、処方医に疑義照会した。ヒアレインミニ点眼液0.3%ではなく、ヒアレイン点眼液0.1%と回答があり調剤した。</p>	<p>医師が処方薬を間違えて、処方箋に記載した。</p>	<p>処方鑑査の徹底を行う。</p>	<p>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 その他処方間違い</p>	<p>処方された医薬品 販売名ヒアレインミニ点眼液0.3%</p> <p>変更になった医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.1%</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
140	内科にかかった高齢の患者に6種類の内服薬が処方されていた。かなり高齢であり、服薬コンプライアンスに不安を感じたため、患者に「一包化」を提案した。処方医に確認したところ、一包化調剤になった。	患者が高齢であり、服薬コンプライアンスに不安があった。内服薬が多数あった。	患者の服薬コンプライアンスの向上に尽力する。	その他患者が高齢なため服薬コンプライアンスに不安があった。	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg 販売名アーチスト錠10mg 販売名タイプロトンカプセル15mg 販売名ダイアート錠30mg 販売名リマチル錠100mg 販売名プロドナー錠20 変更になった医薬品 以下同じ	患者の症状等から
141	定期処方でムコソルバンLカプセル45mgを服用している患者に、同じ医院から臨時の風邪の処方でムコソルバン錠15mgが処方された。疑義照会をしたところ、ムコソルバン錠15mgは削除となった。			その他処方元の問題	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	薬歴等から
142	胃がんのため胃を切除している患者が、「脚が痛くて歩けない。」と相談に来られたため、地元の整形外科を紹介した。その後、処方箋を持って来局されたが、セロコックス錠とオメプラール錠20が記載されていた。患者は胃がなく、オメプラール錠20を出しても効果がないため、取り消しを依頼したところ、薬剤削除となった。	患者は併用薬及び既往歴が複雑なため、お薬手帳を持参して受診するように指導した。しかし病院の受付に渡したが、医師には直接見せていないと話していたため、病院の窓口と医師との連絡の不備があったのではないかと推測される。	病院の受付で渡したお薬手帳が確実に医師まで届くように改善されることが望ましい。	連携ができていなかった知識が不足していた仕組み	処方された医薬品 販売名オメプラール錠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
143	<p>フォサマック錠からエビスタ錠60mgへ処方変更になったが、用法が起床時のままだった。調剤、鑑査時には気付かず、投薬する時に気付いた。疑義照会したところ、朝食後へ用法変更となった。</p>			<p>確認を怠った 勤務状況が繁忙だった</p>	<p>処方された医薬品 販売名エビスタ錠60mg</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>
144	<p>薬歴簿を確認したところ、過去にムコダイン服用時に口周囲に湿疹が出たことがあり、ムコダインシロップ5%をそのまま服用されるとまた湿疹が出るおそれがあるので、医師に問い合わせをし、ピソルボンシロップ0.08%に変更となった。</p>	<p>お薬手帳にアレルギー歴について記載してあったが、医師に見せていなかった。医師もアレルギー薬について確認しなかった。</p>	<p>医師にもお薬手帳を活用してもらおう。</p>	<p>確認を怠った 判断を誤った その他確認不十分</p>	<p>処方された医薬品 販売名ムコダインシロップ5%</p> <p>変更になった医薬品 販売名ピソルボンシロップ0.08%</p>	<p>薬歴等から</p>
145	<p>バルトレックス錠500が1日3回毎食後で処方され、症状を尋ねたところ単純疱疹の治療と判明した。分量が違うため疑義照会した。1日2回朝夕食後に処方変更となった。尋ねることを怠れば過剰投与になるところだった。</p>			<p>記録などに不備があった その他用量用法間違い 医薬品 その他用量用法間違い</p>	<p>処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500</p>	<p>患者の症状等から</p>
146	<p>「リリカカプセル75mg、2カプセル/分2」で服用を開始し、10日目から吐き気、めまい、食欲不振が現れ、15日目ではようやく落ち着いたとのことだった。そのことを患者の家族が医師に伝えようと病院に行ったところ、診察が終わっていて伝えることが出来なかった。そして今回、リリカカプセル75mgが倍量になっており、患者が心配されていたため医師に問い合わせたところ、「トリプタノール錠10、1錠、寝る前」に変更となった。</p>	<p>患者から医師への伝達不足だった。</p>	<p>患者自身で医師に言うようにしてもらおう。また、そのことが出来ない場合は、メモを持たせる等で対応する。薬局に相談するように促す。</p>	<p>患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名トリプタノール錠10</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
147	「カロナール錠300、頭痛時、4錠、1回分」で処方されていた。カロナール錠300の頓服としては1回量が多すぎるため問い合わせたところ、1錠4回分に変更となった。	医師の入力ミスと考えられる。	医師が処方せんをしっかりと確認する。	確認を怠った その他注意	処方された医薬品 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)
148	FAXでの処方箋を受けた。患者宅に配達に行ったところ、風邪で受診したが降圧薬のタナトリル錠5が処方されていた。血圧は100前後しかなく、不審に思ったため一度薬局に戻り、疑義照会を行った。医師の処方箋の打ち間違いであり、タリオン錠10mgに訂正となった。	医師がパソコンにより、処方箋を打ち間違えたのではないかと推測される。	病院におけるオーダーリングシステムの見直しを行う。	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 販売名タナトリル錠5 変更になった医薬品 販売名タリオン錠10mg	患者の症状等から
149	ザラカム配合点眼液使用中の患者にコンプト配合点眼液が追加となった。疑義照会をしたところ、コンプト配合点眼液がエイゾプト懸濁性点眼液1%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 販売名コンプト配合点眼液 変更になった医薬品 販売名エイゾプト懸濁性点眼液1%	薬歴等から
150	ムコスタ錠100mgを服用中、他の診療科からセフタックが処方された。疑義照会を行ったところ、セフタックが中止となった。			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 販売名セフタック	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
151	テプレノン服用中、ポドニンS配合顆粒、ガスモチン散1%が処方されていた。疑義照会を行ったところ、薬剤削除となった。	お薬手帳を医師に見せていなかった。		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 販売名ポドニンS配合顆粒 販売名ガスモチン散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)
152	患者は粒が飲めず、自分で割ったり、つぶして飲んでた。ワークミンカプセル0.5はソフトカプセルであり、つぶすことに適していなかったため疑義照会を行ったところ、散剤のアルファロール散1μg/gに変更となった。その後、痛みの症状がなくなったため、ロキソニンやムコスタが中止となった。			報告が遅れた(怠った)	処方された医薬品 販売名ワークミンカプセル0.5 変更になった医薬品 販売名アルファロール散1μg/g	患者の症状等から
153	ジクロフェナクNaテープ30mg「日本臓器」が処方されていた。以前、ジクロフェナクテープでかゆみの症状があったが、医師に伝えていなかったため、疑義照会したところ、以前に使用してかゆみの症状がなかったセルタッチパップ70へ変更となった。			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 販売名ジクロフェナクNaテープ30mg「日本臓器」 変更になった医薬品 販売名セルタッチパップ70	薬歴等から
154	患者はジクロフェナクNaテープ30mg「日本臓器」をもらいたかったが、処方されていないため疑義照会したところ、薬剤追加となった。			患者側	処方された医薬品 販売名ジクロフェナクNaテープ30mg「日本臓器」 変更になった医薬品 販売名ジクロフェナクNaテープ30mg「日本臓器」	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
155	他科でタケロンを服用している患者に、新規でポドニンS配合顆粒、ガスモチン散1%が処方されていた。疑義照会を行ったところ、ポドニンS配合顆粒、ガスモチン散1%は中止となった。	患者はお薬手帳を見せていなかった。		患者側	処方された医薬品 販売名ガスモチン散1% 販売名ポドニンS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)
156	患者は前立腺肥大症だった。今回は前立腺肥大症に禁忌薬であるフスコデシロップが処方されていたため、疑義照会したところ、頓服のため服用する旨の指示を確認した。			医薬品	処方された医薬品 販売名フスコデシロップ 変更になった医薬品 販売名フスコデシロップ	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
157	キプレス細粒4mgとクラリスドライシロップ10%小児用が処方されていた。患者の母親との会話の中で、「鼻水・鼻づまりがひどいが蓄膿とかでは無い。」とのことだった。また、クラリスドライシロップ10%小児用が分1で処方されていたことなどを鑑み、処方医に問い合わせたところ、クラリチンドライシロップ1%に変更となり、患者にクラリチンドライシロップ1%を投薬した。	クラリチンドライシロップ1%を処方したつもりが、クラリスドライシロップ10%小児用を入力してしまったとのことだった。病院におけるパソコンの入力ミスと思われる。		医薬品	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 変更になった医薬品 販売名クラリチンドライシロップ1%	患者の症状等から
158	糖尿病内科の医師からの処方せんで、70歳代男性に「ラミシール錠125mg、77日分」が処方された。ラミシール錠125mgは、重篤な肝障害がある患者には投与開始2か月間は月1回の肝機能検査を行うこととされており、また本剤の投与は皮膚真菌症の治療に十分な経験を持つ医師の下で、本剤の投与が適切と判断される患者についてのみ投与することとされていた。加えて医師からは爪白癬についての説明がなかったため、疑義照会をして確認したところ、皮膚科を受診するというのでラミシール錠125mgは削除となった。	医師がラミシール錠125mgについて、十分な認識がなかった。		患者への説明が不十分であった(急った) 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ラミシール錠125mg	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
159	パキシル錠20mg2錠からパキシル錠20mg4錠へ増量処方となった。上限量を超えた処方のため疑義照会したところ、パキシル錠20mg2錠に訂正となった。	同時にリボトリール錠1mg1錠からリボトリール錠1mg2錠に増量となっていたため、処方ミスと考えられた。		その他疑義照会	処方された医薬品 販売名パキシル錠20mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
160	注入器がないにもかかわらず、ヒューマログミックス50注カートが処方された。疑義照会したところ、ヒューマログミックス50注ミリオペンに変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヒューマログミックス50注カート 変更になった医薬品 販売名ヒューマログミックス50注ミリオペン	その他
161	メバロチン錠10で筋肉痛が発生して服用中止になった患者に、再度メバロチン錠10が処方された。疑義照会により薬剤削除になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メバロチン錠10	薬歴等から
162	「アダラートCR錠20mg1錠、朝食後」を服用している患者に、「ノルバスク錠5mg1錠、夕食後」が追加された。疑義照会したところ、「アダラートCR錠20mg2錠、朝夕食後」に変更となった。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠5mg 変更になった医薬品 販売名アダラートCR錠20mg	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
163	タケブロンOD錠15を服用中の患者に、他院からガスターD錠20mgが処方された。疑義照会したところ、ガスターD錠20mgは削除となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ガスターD錠20mg	薬歴等から
164	患者投薬時、ワーファリン錠0.5mgが1錠から1.5錠に増量されていたことを患者に確認したところ、医師から増量の話はなかったとのことだった。疑義照会したところ、ワーファリン錠0.5mg1.5錠から1錠に変更となった。	医師の勘違いと考えられる。	PT-INRなどの検査結果を患者に配布し、薬局で見せるように医師から患者にお願いする、それにより医師、薬剤師の両方でワーファリン錠の適正量を判断することが出来る。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠0.5mg	薬歴等から
165	同一処方せんにコカール錠200mg(アセトアミノフェン)とボルタレン錠25mg(ジクロフェナクナトリウム)の記載があり、うっかり渡すところだった。疑義照会を行い、ボルタレン錠25mgは削除となった。			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)
166	イコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「日医工」で処方するところ、処方せんの記載がイコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「日医工」だった。	病院の記載ミスだった。前回まではイコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「日医工」の処方だったため、薬歴を見て、確認のために疑義照会した。	薬歴、処方せんをしっかりと確認し、不明な点については、病院へ確認する。	記録などに不備があった勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「日医工」 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900mg「日医工」	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
167	クラバモックス小児用配合ドライシロップが耳鼻科より処方されたが、併用薬等の患者情報を患者の祖母に聞いたところ、皮膚科から「とびひ」の薬が出ているとのことだった。患者の母親に連絡を取って薬の確認をもらったところ、セフゾン細粒小児用10%が処方されており、服用中だった。よって耳鼻科の処方医に疑義照会を行ったところ、クラバモックス小児用配合ドライシロップは薬剤削除となった。	患者の母親ではなく、祖母が患者を連れて来たため、併用薬等の伝達が医師との間でしっかりと出来なかったと思われる。		患者側	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	患者の症状等から
168	ジェイゾロフト錠25mgの減量に関して、過度の減量であることが患者の訴えから発覚した。薬歴を確認したところ、確かに急激な減量であると判断したため、疑義照会を行った。結果として、ジェイゾロフト錠25mg1錠で処方のところ、ジェイゾロフト錠50mg1錠に変更となった。			その他医師の処方間違い	処方された医薬品 販売名ジェイゾロフト錠25mg 変更になった医薬品 販売名ジェイゾロフト錠50mg	患者の申し出から
169	セロクエル400mg、ムコスタ錠100mg、アキネトン錠1mgの処方から、セロクエルの分量は200mgに変更、ムコスタ錠100mg、アキネトン錠1mgは中止となった。	前回から医療機関でアルプラゾラムの注射を開始していることを聞き取っており、薬歴に記載していた。今回の処方前回と同じではなく、前々回と同じだったため、医療機関に確認した結果、減量、中止となった。医師が参照とした処方内容が間違えていた。		その他医師の間違い	処方された医薬品 販売名セロクエル200mg錠 販売名ムコスタ錠100mg 販売名アキネトン錠1mg 変更になった医薬品 販売名セロクエル200mg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
170	医師の処方「昼食中」となっていたが、「食後2時間」に変更となった。	ジスロマックSR成人用ドライシロップ2gは食事の影響で体内動態が変化する薬だった。食後服用の場合、食間に比べてCmax(最高血中濃度)が2倍以上に増加するという報告があり、副作用が起こりやすくなる可能性があった。		その他医師の処方間違い	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)
171	他の診療科でタケブロンを服用している患者にポドニンS顆粒、ガスモチン散1%が処方されていた。医師に疑義照会したところ、薬剤削除となった。	患者が併用薬を医師に伝えていなかった。		連携ができていなかった患者側	処方された医薬品 販売名ポドニンS顆粒 販売名ガスモチン散 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)
172	抗生物質を服用していなかったが、耐性乳酸菌整腸剤で処方されていた。	事務員の入カミスだった。	徹底して確認する。	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	処方された医薬品 販売名バイオフェルミンR 散 変更になった医薬品 販売名バイオフェルミン 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
173	前日に常用薬を一包化して投薬した。受診理由を聞いたところ、頻尿のためとのことで、疑義照会を行った。膀胱炎とのことでスオード錠100、4錠、3日分を医師は処方したつもりであった。	医療機関の事務職員が医療事務の教育を受けておらず、カルテの読み間違いが多かった。	医療機関における事務職員の教育を行う。	その他医療機関の事務教育 その他医療機関の事務教育	処方された医薬品 販売名セレネース錠1mg 販売名コントミン糖衣錠50mg 販売名アーテン錠(2mg) 販売名ヒベルナ糖衣錠25mg 販売名プロプレス錠8 販売名ザイロリック錠50 変更になった医薬品 販売名スオード錠100	薬歴等から
174	アクトス錠15は2か月前に最後の処方があり、その後血糖値が落ち着いたので処方されていなかった。今回処方があり、医療機関に疑義照会を行ったところ、カルテを処方箋に写す段階ではアクトス錠15は投薬となっていた。再度医師に確認したところ、アクトス錠15は削除であることが判明した。	カルテが複雑な場合、他にも同様な入力間違いがあった。単に入力作業を行う職業が医療事務ではないことを教育していなかった。医療機関内での連携に問題があった。	医療事務の教育を行う。	記録などに不備があった 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アクトス錠15	薬歴等から
175	消化器科の医師が、胃薬としてドグマチール細粒50%を処方した。その際、既に服用中のセルベックス細粒10%と同じような感覚で処方量を1.5gとした。ドグマチール細粒50%は適応によって用量が異なるため、750mgの高用量でもオーダーリングシステムを通してしまった。処方箋を受けた薬剤師が、消化器科の分量としては多すぎると気付き、疑義照会を行い、分量変更となった。	医師は、ドグマチール細粒に関する知識が不足していた。適応ごとに分量が異なるため、コンピュータで上限オーダーであることを識別出来なかった。	オーダーリングシステムを改善する。適応ごとに分量が異なる医薬品をまとめ、周知する。	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 販売名ドグマチール細粒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)

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
176	お薬手帳を患者が医師に見せていたが、他科服用中のガスモチン錠5mgが処方されていたため再度確認して中止になった。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ガスモチン錠5mg	薬歴等から
177	在宅になったばかりの患者が新規の医療機関にかかった際、トピナ錠50mgの分量が薬歴簿やエピソードからみて、発作入院後の退院時処方半量しか処方されていた。そのため、医師に疑義照会したところ、直近の退院処方分量に変更となった。	問い合わせた医師より、紹介状の内容には、直近の服用量が記載されていなかったと回答があった。	在宅患者の場合、担当医師と綿密な連携を取るようになる。疑義照会もきちんとする。薬歴簿はきちんと細かく、疑義照会等の内容も記載しておく。	連携ができていなかった その他在宅になったばかりだった	処方された医薬品 販売名トピナ錠50mg	薬歴等から
178	オゼックス細粒小児用15%が幼児に1日3回で処方されていた。服薬指導時、患者の母親が医師から特に説明を受けていないことを確認した。疑義照会后、幼児であることは問題ないとのことであり、服用方法も1日3回から1日2回に変更となった。			連携ができていなかった 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)
179	精神科の処方以前よりルボックス錠が処方されていた。「眠りにくい。」との患者の訴えにより、ロゼレム錠8mgが追加処方された。ロゼレム錠8mgとルボックス錠は併用禁忌のため医師に疑義照会したところ、ロゼレム錠8mgが処方削除となった。			その他処方せんの内容	処方された医薬品 販売名ロゼレム錠8mg	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
180	ミカルデイス錠とリバロ錠を服用している患者が配合剤へ変更となった際、ミカムロ配合錠APが処方された。ミカムロ配合錠APにはリバロ錠の効果は期待出来ないため疑義照会したところ、ミカムロ配合錠APからカデュエット配合錠4番に処方変更になった。	同時期に病院採用になった配合剤だったため、混同したと考えられる。		確認を怠った その他 その他	処方された医薬品 販売名ミカムロ配合錠AP 変更になった医薬品 販売名カデュエット配合錠4番	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
181	アダラートCR錠からカデュエット配合錠4番に処方変更になっていたが、クレストール錠2.5mgは引き続き処方されており、カデュエット配合錠4番とクレストール錠2.5mgが重複して処方されていた。			確認を怠った その他 その他	処方された医薬品 販売名クレストール錠2.5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
182	モービック錠10mgで薬疹の副作用がある患者にモービック錠10mgが処方された。処方内容を相談するため医師に疑義照会したところ、ロキソニン錠60mgに薬剤変更となった。			報告が遅れた(怠った) 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名モービック錠10mg 変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	その他
183	新規患者がグラマリール錠50mgの処方箋を持って来局した。患者との話から精神疾患でかかったのではなく、糖尿病で受診したことが分かった。処方医に疑義照会したところ、グラクティブ錠50mgの誤りであったことが判明し、グラクティブ錠50mgに処方変更となった。	パソコンでの処方箋の打ち間違いによるものと推測される。販売名が「グラ」まで同じであること、また規格が同じ「50mg」という点が原因と考えられる。	処方箋を打ち込む医師とは別の職員が、カルテの内容を把握した上でダブルチェックを行う。	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 販売名グラマリール錠50mg 変更になった医薬品 販売名グラクティブ錠50mg	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
184	内科の医院からすでにキプレス錠10mgが処方され、服用中だった患者に、今回呼吸器科からシングレア錠10mgが処方された。患者はお薬手帳を持っていたが、内科の医院は院内処方であったため、お薬手帳への積極的な記載が行われていなかった。薬局で重複投与に気づき、呼吸器科の処方医に疑義照会したところ、シングレア錠10mgは削除となった。	患者はお薬手帳を持っているが、医療機関での積極的な活用がされていなかったため、医師は処方する前に薬が重複することに気づくことが出来なかった。内科の薬については、患者自身がお薬手帳に薬のシート包装を貼り付けていた。	医療機関での併用薬確認を患者の口頭のみではなく、お薬手帳などのツールを積極的に活用する。院内処方の情報が、患者や他医療機関へ十分に伝わっていない場合があるので、薬局でのチェックを徹底する。	確認を怠った記録などに不備があった連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名シングレア錠10mg	薬歴等から
185	患者は風邪症状にてクラリス錠200mgを服用していた。今回受診した際、いつもとは別の医師が診察を担当し、医師は抗生剤を変更すると言ってクラリス錠200を処方した。薬局から同一成分であると処方医に疑義照会を行った結果、クラリス錠200は削除となった。	今回担当した医師は普段は他の病院に勤務する医師であり、勤務先ではクラリス錠200しか採用がなかったため、同一成分であることを知らなかった。	ジェネリック医薬品ではない場合でも、同一成分の異なる販売名の薬があることを知っておく。	確認を怠っ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)
186	患者は喉の調子が悪く、内科を受診したところ、イソジンガーグル液7%とその他の薬が処方された。薬局で患者からの聞き取りにより、患者は甲状腺がんの治療中であることが分かった。イソジンガーグル液7%の使用は不適と考え、処方医に疑義照会したところ、アズノールうがい液4%に薬剤変更になった。	医師の認識、知識不足だった。	イソジンガーグル液7%はよく処方される薬なので、禁忌や不適当な患者がいることを把握しておく。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名イソジンガーグル液7% 変更になった医薬品 販売名アズノールうがい液4%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
187	アレルギー性鼻炎で内科を受診した患者にニポラジン錠3mgが処方された。薬局でお薬手帳と患者からの聞き取りにより、患者は緑内障の治療中であることが分かった。ニポラジン錠3mgは緑内障に禁忌であるため、眼科に確認した後、内科の処方医へ疑義照会したところ、アレグラ錠60mgへ薬剤変更となった。	処方医である内科医師は、患者の既往歴の確認が不十分だった。	患者への聞き取り、情報収集を徹底する。抗アレルギー薬が処方された時は、禁忌の確認をする。	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 販売名ニポラジン錠3mg 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠60mg	薬歴等から 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
188	パファリン配合錠A330が処方された患者に聞き取りを行ったところ、他の病院からの継続処方であることがわかった。かつ、解熱鎮痛剤として処方されていたのではなく、脳梗塞の予防目的で処方されたことが分かった。その場合、パファリン配合錠A330の処方では不相当であるため、処方医に疑義照会を行ったところ、パファリン81mg錠へ訂正となった。	同じ「パファリン」というブランド名であるため、紹介状からカルテへ転記する際、パファリン配合錠A330と誤って記したと考えられる。	確認を徹底する。カルテの内容を把握した職員とは別の職員によるダブルチェックを行う。	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 販売名パファリン配合錠A330 変更になった医薬品 販売名パファリン81mg錠	患者の症状等から
189	外科に通院中の患者がいつもの処方箋を持って来局した。薬歴によると、それまでにブルゼニド錠12mgが何回か処方されていたので、インタビュー中に「お通じの調子はどうですか?」と患者に尋ねたところ、「残っていたブルゼニド錠12mgを時々飲んでそれで調子がよい。」と返答があった。患者は医師にも調子を尋ねられて、「飲んでいるので調子がよいが、もう残薬がなくなった。」と答えたが、今回、ブルゼニド錠12mgは処方されていない。そこで、医師に疑義照会したところ、「ブルゼニド錠12mg、2錠/分1寝る前、42日分」が追加になった。	医師が処方し忘れたため。	薬歴やインタビュー等を用い、処方鑑査を徹底する。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ブルゼニド錠12mg 変更になった医薬品 販売名ブルゼニド錠12mg	患者の申し出から
190	ペニシリン禁忌の患者にペニシリン系抗生物質製剤が処方されていた。			記録などに不備があった 知識が不足していた 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名パセトシンカプセル250 変更になった医薬品 販売名フラジール内服錠250mg	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
191	当該患者はアポノール錠10服用により、めまいが発生したため、前回からアデホスコーフ顆粒10%に処方変更されていた。今回、再びアポノール錠10が処方されていたため、疑義照会を行ったところ、アデホスコーフ顆粒10%に処方変更となった。	前回の処方医師と今回の処方医師が異なっており、医師間でアポノール錠10によるめまい情報、アデホスコーフ顆粒10%への変更情報が十分に伝わっていなかったものと思われる。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アポノール錠10 変更になった医薬品 販売名アデホスコーフ顆粒10%	薬歴等から
192	「ウブレチド錠5mg3錠、毎食後」で処方されていた。病名および分量を確認したところ、分量変更となった。	処方医に対して、他の診療科からの情報が不足していたため。	今後も分量の確認を行う。	その他医師の入力ミス	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)
193	「バランス散10%、1日0.1g」のところ、1gで処方されていた。		% (含量) の確認を行う。	その他罫 (含量) の確認ミス	処方された医薬品 販売名バランス散10%	その他
194	パイロテンシン錠5mgのところ、パイロテンシン錠10mgで処方されていた。	以前はパイロテンシン錠10mgだったため、古い処方内容から転記されたと考える。	薬歴の情報と患者の話をしっかり確認して防止する。	施設・設備	処方された医薬品 販売名パイロテンシン錠10mg 変更になった医薬品 販売名パイロテンシン錠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
195	ハイリスク薬であるワーファリン錠が、薬歴から前回2.5mgだったが、今回4.5mgへ増量となっていたことを不審に思い、患者へ確認したところ、医師より特に増量の説明を聞いていなかった。問い合わせた結果処方ミスであったことが判明した。急な増量による患者の出血など、危険なリスクを回避することが出来た。	薬局での薬歴管理、患者インタビューから発見することが出来た。		その他医師の処方間違い	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	薬歴等から
196	「クラビット点眼液0.5%、左眼、1日4回」で処方された。患者への聞き取りにより、前回は左眼白内障の手術が終了し、今回は右眼の手術予定だった。疑義照会したところ、左眼は継続、右眼も今回より使用とのことで「両眼、1日4回」に変更となった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名クラビット点眼液0.5%	患者の症状等から
197	患者はロキソニンテープ100mgを処方して欲しかったが、医師が間違えてロキソニンパップ100mgを処方した。			連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 仕組み	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	患者の申し出から
198	いつも一包化調剤の指示があるところ、今回の処方せんには一包化調剤の指示が抜けていた。	バイアスピリン錠100mgの他、6個の薬を一包化調剤していた。		連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 仕組み	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠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
199	ウレパールクリーム10%60gのところ、50gで処方されていた。	1本20gなので、患者は60gを希望していた。		連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった ルールの不備	処方された医薬品 販売名ウレパールクリーム10%	患者の申し出から
200	プレドニン錠5mgを「6錠→4錠→2錠」と2日間ずつ、計6日間服用だった。用法が本日より服用だったが、全て「1×朝食後」で処方されていたため、疑義照会したところ、本日服用分は「1×夕食後」に変更となった。			報告が遅れた(怠った) 勤務状況が繁忙だった ルールの不備	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
201	3ヶ月の男の子にアスピリン散10%が0.5gで処方されていた。明らかに分量が多かった。			コンピュータシステム	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
202	常勤内科医が産休のため、診療代診で来ていた医師が診察した。医師本人は風邪で受診の患者へセファクロル(一般名)を処方したつもりが、オーダーリングで選択する際にセファランチン錠1mgを処方した。薬局の間診で気づき、処方医に疑義照会したところ、当薬局の採用品であるケフポリンカプセル250へ薬剤変更となった。	医療機関のスタッフがオーダーリングシステムに慣れていなかった、または選択する際に誤ったと考えられる。	問診時、服薬指導時に可能な限り患者情報を収集しながら投薬を行う。医療機関へは、医薬品の選択時に最低4文字以上で検索するよう申し送る。	判断を誤った その他夜間時の対応だった コンピュータシステム その他思い込み	処方された医薬品 販売名セファランチン錠1mg 変更になった医薬品 販売名ケフポリンカプセル250	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
203	糖尿病で長期的に受診している患者へ今回よりメシタット錠100が処方された。毎回、血糖値、ヘモグロビンA1Cを聴取している患者だった。薬局での聞き取りで肺炎、食道炎の症状はなかったが、ヘモグロビンA1Cは上昇していたため医師へ疑義照会したところ、メデット錠250mgの誤りであった。	勤務は週1回のパート医で、透析患者も診ている勤務が繁忙な医師だった。オーダーリングの操作は慣れていないが、ケアレスミスと思われる。	慢性疾患患者へ新規の医薬品が追加になる場合は、可能な限り患者への聞き取りを欠かさず行う。	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 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名メシタット錠100 変更になった医薬品 販売名メデット錠250mg	患者の症状等から
204	前医の処方「ベイスン錠0.2、1錠、夕食直前」だったが、今回「ベイスン錠0.2、1錠、夕食後」で処方されていた。	主治医の突然死により紹介状もなく、またお薬手帳や薬剤情報提供文書、薬袋もない状態で診察されていた。患者が食後と言い間違えて、その後の医師による確認にも患者は訂正しなかったためにそのまま処方された。連携により、健康被害や病態の悪化を防ぐことが出来た。		その他由治医の突然死に伴う転院	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)
205	リンデロン-VG軟膏0.12%を左耳に塗布するところ、処方箋に右耳と記載されていた。	病院での入力ミスだった。		その他病院の事務員の入力ミス	処方された医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12%	その他
206	「カロナール錠300、頓服、1回1錠」のところ、「1回3錠」で入力されていた。分量を確認するため、薬局から処方医に疑義照会したところ、3錠から1錠へ分量変更となった。	病院での処方箋入力ミスだった。		その他病院の事務員の入力ミス	処方された医薬品 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)

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
207	インスリンの単位が処方箋に「16-0-16」と記載されていた。薬歴の前回処方との相違により処方医に問い合わせたところ、「16-10-16」に変更となった。	病院での処方箋入力ミスだった。		その他病院での処方箋入力ミス	処方された医薬品 販売名ノボリンR注フレックスペン	薬歴等から
208	「ジプレキサ細粒1%、5g」の処方箋を応募した。本来は、医師は力価で5mgを指示していたにもかかわらず、力価で50mgの処方になっていた。	前回は、ジプレキサ細粒1%が力価で2.5mgと手書きで処方されていた。今回は、印字されていた処方箋が、「ジプレキサ細粒、2.5g」となっていた。医師はそれにつられてしまい、「ジプレキサ細粒、5g」と訂正した。この病院は、前回処方箋が印字されて、診察時に出ているらしく、その処方箋をもとに医師が処方する仕組みになっていた。そのため、前回のように処方変更があった場合には、医事課職員が次回用に処方箋を訂正したものを新たに印刷して、カルテにはさんでいたが、その際、力価と製品の換算を間違えたために起こった。	処方箋の訂正をした場合のダブルチェックなどが必要と考える。	知識が不足していた教育・訓練	処方された医薬品 販売名ジプレキサ細粒1%	その他
209	点眼・点鼻用リンデロンA液に、「点耳」とコメントがあった。「点耳」の用法はないため、疑義照会したところ、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%に変更となった。		用法の違う薬剤が出ていた場合は、疑義照会する。用法に注意して処方箋を見る。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名点眼・点鼻用リンデロンA液 変更になった医薬品 販売名リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	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
210	ドブスカプセル100mgを服用中の患者にアストフィリン配合錠が処方された。併用禁忌のため問い合わせ後、アストフィリン配合錠が中止になった。	医師の知識不足だった。		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 販売名アストフィリン配合錠	その他
211	本日、整形外科にて「ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)7.5g/分3」の処方があったが、内科で同じ薬が「1日2.5g/分1」で定期処方されていたため、整形外科の処方の分が取り消しになった。	他科受診時における、処方薬の確認不足だった。		連携ができていなかった その他他科での処方内容の確認不足 医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	薬歴等から
212	ペニシリンで発疹ありの患者に、ピロリ菌の除菌療法でパセトシンカプセル250gが処方されていた。フラジール内服錠250mgに変更してもらった。	連携不足だった。		連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名パセトシンカプセル250 変更になった医薬品 販売名フラジール内服錠250mg	その他
213	ラデン錠を定期で服用中の患者に、胃痛ありとのことでガスターD錠20mgが追加処方された。同種薬が重複するので疑義照会したところ、ガスターD錠20mgが取り消しとなった。	同種薬が重複していた。		連携ができていなかった 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名ガスターD錠20mg	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
214	ペレックス配合顆粒が処方されていた。患者は前立腺肥大症であった。ムコダイン錠500mg、メジコンに変更となった。			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 医薬品	処方された医薬品 販売名ペレックス配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 販売名メジコン	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
215	通常は「起床時」服用の薬剤が「朝食前」服用で処方せんが来ていたため疑義照会したところ、「起床時」に変更となった。	電子カルテに入力する際、「起床時」と「朝食前」が近い位置にあったため、入力がずれたかもしれないとのことだった。		確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ベネット錠2.5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
216	アムロジピンを10mg服用している患者に、エックスフォージ配合錠が追加で処方された。アムロジピンの分量の上限である10mgをオーバーしてしまうため、疑義照会し、アムロジピンの処方量が超えていることを伝えたところ、処方医は配合剤の内容を勘違いしていたことが分かり、エックスフォージ配合錠がディオバン錠に変更となった。	最近の配合剤の販売に伴い、医療従事者であっても配合剤をすぐに判断出来ない状況だった。配合剤発売当初から、上記事例は起きるだろうと予想していた。		確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 その他配合剤	処方された医薬品 販売名エックスフォージ配合錠 変更になった医薬品 販売名ディオバン錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
217	心臓病の合併症を持つ患者は、透析施設より紹介された医療機関を受診し、「ワーファリン錠1mg3錠/分1、7日分」が処方された。院外処方として当薬局にて当日調剤し、患者家族が受け取りに来た。翌日、患者は透析のため施設に行き、看護師に医療機関の医師より預かった報告書を渡した。看護師はその場にいた非常勤医師と一緒に報告書を読み、非常勤医師は当該患者に「ワーファリン錠1mg3錠/分1、7日分」の処方箋を発行した。	患者は医療機関で処方された薬剤についてよく理解していなかった。薬の受け取りは毎回代理人だった。服薬管理は患者家族がしており、医師、看護師の質問に対して明確な返答が出来なかった。常勤医師が不在だった。		連携ができていなかった 患者側 その他処方元の判断ミス	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	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
218	2歳の患者に、「アスピリン散10%、1日2g、3日分」が処方された。疑義照会したところ、1日0.2gに処方の変更された。			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	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
219	エフビーOD錠2.5の定期処方に加えて、 ترامセツト配合錠の併用記載があった。疑義照会したところ、 ترامセツト配合錠の処方が中止となった。	処方医の新薬に対する情報が不足していた。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名 ترامセツト配合錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
220	前回受診時、肝機能がやや悪化したため、リピディルカプセル100からリピトール錠10mgに変更になっていたが、今回再度、リピディルカプセル100に戻っていた。患者本人に確認したところ、医師からは何も聞いていないとの返事だったので、処方医に疑義照会をした。最初の回答は処方変更なしだったが、患者本人が納得されなかったので再度疑義照会をしたところ、リピディルカプセル100からリピトール錠10mgに処方の変更になった。			連携ができていなかった その他医師の処方ミス	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 販売名リピトール錠10mg	薬歴等から
221	お薬手帳により、他院にてモービック錠10mg、マーズレンS配合顆粒が処方されているのを発見した。今回処方された薬剤と重複するため疑義照会した。			その他お薬手帳	処方された医薬品 販売名オステラック錠200 販売名セルベックスカプセル50mg	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
222	今まで定期処方としてロキソマリン錠60mgが毎食後に出されていた。今回、急性期の処方として同時にボルタレンSRカプセル37.5mgが朝夕食後で出されたので、NSAIDsが重複していた。また、セフタックカプセル50も毎食後と、朝夕食後のどちらでも処方されており、重複していた。	処方箋が多く来ている時で忙しかった。1カ月前から出だしたボルタレンSRカプセル37.5mgと、それ以前に処方されていたロキソマリン錠60mgとの重複に気がつかなかった。	処方箋を見た時に気づき、疑義照会を行う。	確認を怠った 報告が遅れた(怠った) 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ボルタレンSRカプセル37.5mg 販売名セフタックカプセル50	薬歴等から
223	パセトシン細粒10%が処方されていたが、薬歴簿に「以前小児科で、ワイドシリン細粒200服用時に発疹」とあったので、問い合わせたところ、フロモックス小児用細粒100mgに変更となった。	副作用の情報が、処方医に適切に伝わっていなかったのではないと思われる。		その他他医院での副作用のため、親が医師に伝え忘れていた。	処方された医薬品 販売名パセトシン細粒10% 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
224	「アレビアチン錠100mg1錠、1日2回朝夕食後」の内容の処方せんをFAXで受信した。前回は「アレビアチン錠100mg2錠、1日2回朝夕食後」だったため、念のため疑義照会したところ、「1錠、1日1回夕食後」という回答を得た。その後、来局した患者から処方せんを受け取る際に聞き取りを行ったところ、診察時に処方医より「1錠、1日1回朝食後」の指示を受けていた事が判明した。再度、疑義照会を行ったところ、「1錠、1日1回朝食後」となった。	当該病院への疑義照会は、処方せんが発行された診療科への直通電話によるものだった。また、最初の疑義照会の時、処方医は他の患者を診察中だった。	処方せんに疑義があれば積極的に処方医に照会することも重要だが、患者への聞き取りも重要だと改めて感じたため、より一層の服薬指導の充実、向上を目指す。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アレビアチン錠100mg	薬歴等から
225	今回、「エクア錠50mg、朝食後、2錠」で処方入力されていた。前回は「朝食後、1錠」で処方されていたため疑義照会したところ、「朝食後、1錠」に分量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名エクア錠50mg	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
226	「ジクアス点眼液3%、用量5mL×4本、用法:1日3回両目に朝昼夕点眼する」と処方せんに記載されていた。ジクアス点眼液3%は新薬であるため1回14日分を限度として投薬されるべき医薬品にも関わらず、4本と過量に処方されているため疑義照会を行った。処方医師によると、製薬会社のMRより保険請求は1回4本まで可能と聞いているので処方通り調剤しよう回答があった。処方医師に保険請求が認められるのは1回14日分であり、本数ではないことを伝えた。その上で、1本で50滴～100滴(1mL:10～20滴換算)使用可能であり、14日分(84回点眼)で4本は過量と判断出来る旨の説明を行った。処方医師より用量を4本から3本に変更すると改めて回答があった。ジクアス点眼液3%を用量3本で調剤を行った。	今回の場合、処方通り調剤を行っていても患者の健康状態に悪い影響はなかった可能性が高かった。しかしながら、万が一、副作用の発現に気付くのが遅れ、健康被害が起きた可能性も否定出来ない。新薬は未知の副作用の発現を未然に防ぐためにも、決められた用量・用法、投与期間を守る必要があった。医師は患者の要求や製薬メーカーの説明により、決められた用量・用法、投与期間を守らず処方することがある。それに対して薬剤師は処方箋の内容を確認の上、このような事例を見逃さないように努めなければならない。医師に薬剤師として理由をきちんと伝えた上で処方設計に係る責任があるため、そういう事を実行していくことが、医療費の無駄を抑えることにもなると考える。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジクアス点眼液 3%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
227	チモプトール点眼液0.5%が1日2回点眼のところ、1日4回と記載されていた。疑義照会を行ったところ、1日2回点眼と修正された。	処方箋発行医療機関は、手書きカルテを元に事務員がレセコンに入力することにより処方箋発行していると推測され、その時に不備が生じたものと思われる。	電子カルテシステムを導入し、医師によるカルテの入力と同時に処方箋が発行されるようになると良いと思われる。	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	処方された医薬品 販売名チモプトール点 眼液0.5%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
228	他科にて胃薬を服用中のため、処方された胃薬は中止になった。			患者側	処方された医薬品 販売名ポドニンS配合 顆粒 販売名ガスモチン散 1%	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
229	他科にて胃薬を服用中だったため、処方された胃薬が中止になった。			患者側	処方された医薬品 販売名ポドニンS配合 顆粒	その他
230	他科にて胃薬を服用中だったため、処方された胃薬が中止となった。			患者側	処方された医薬品 販売名ポドニンS配合 顆粒	その他
231	他の薬は22日分の処方だった。ティーエスワン配合カプセルT20も同じく22日分処方だった。鑑査時、薬歴を確認したところ、「TS-1、2投1休」の記載があったため患者に確認し、その後、疑義照会したところ、ティーエスワン配合カプセルT20のみ14日分に変更となった。			教育・訓練	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	薬の特性等から(併用 禁忌、服用方法、対象 患者、同類薬など)
232	「アリセプトD錠3mg、1日用量1錠/分1、14日分、朝食後服用」と処方せんに記載があった。前回(2週間前)、1日用量3mgで2週間分投薬していたが、本日5mgへの増量はなく、3mgの継続処方となっていた。患者本人に確認したところ、1日3mg服用で消化器症状の副作用もなく、また気になる症状なく服用出来たとの申し出があった。念のため処方医師に、「3mgは副作用発現を未然に防ぐための用量であり、効果を発揮するためには1日5mg以上の用量が必要であると考えられるが、2週間を越えての投薬で間違いはないか。」と疑義照会を行ったところ、処方内容が「アリセプトD錠5mg、1日用量1錠/分1、14日分、朝食後服用」に修正された。	アリセプトD錠のように、副作用を抑える目的で、1日用量を段階的に増やしていく医薬品が増加している。医師の処方せんの変更忘れ等により、効果が十分に発揮されない1日用量で投与される可能性があるため、注意が必要であった。	分量を段階的に変更する医薬品の「用量」、「期間」の一覧を作り、調剤室内に掲示する等、チェックに抜かりがないよう注意する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アリセプトD錠3 mg 変更になった医薬品 販売名アリセプトD錠5 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)

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
233	患者面談で痛みは全く無く、痒みのみであることが判明したため、処方医師に「インフリーカプセル100mg4カプセル/分2」の処方意図を疑義照会した。処方医師より、「好酸球性毛膿炎の疑いが強くインフリーが有効との報告がある。ただし、分量は再度検討して連絡する。」との回答があった。その後、分量が「4カプセル/分2」から、「2カプセル/分2」に減量となった。	疑義照会することが、医師の分量検討のきっかけになった。		教育・訓練	処方された医薬品 販売名インフリーカプセル100mg	患者の症状等から
234	当該病院よりFAXにて処方せんを受け付け、その後、患者来局時に薬の説明をしていると、「胃薬ではなく、痛み止めを出すと言われましたか？」とのことだった。受診時にも消化管症状や便通については話していないとのことだったので、その旨を病院に疑義照会したところ、セレコックス錠100mgへ処方変更となった。	処方入力時の選択ミスと考えられた。	薬局での投薬時、定期薬ではない場合は、特に受診時のことを患者に尋ねるようにする。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セレキノン錠100mg 変更になった医薬品 販売名セレコックス錠100mg	患者の症状等から
235	内服の風邪薬とともにイソジン液10%が処方されていた。患者に尋ねると、うがい薬を処方されたとのことだった。疑義照会により、イソジンガーゲル液7%に変更となった。			その他処方元の問題	処方された医薬品 販売名イソジン液10% 変更になった医薬品 販売名イソジンガーゲル液7%	患者の症状等から
236	患者が消化器外科の処方せんを持って来局した。患者は胃もたれがあるため消化剤を主治医にお願いしたとのことであった。投薬時に、薬剤師がノイチーム錠10mgが処方されていることに疑問を感じたため、疑義照会を行った。医師からベリチームカプセルを処方するつもりだったとの連絡があった。ベリチームカプセルは販売中止になっているため、ベリチーム配合顆粒に変更となった。	名前が似ていた。		判断を誤った	処方された医薬品 販売名ノイチーム錠10mg 変更になった医薬品 販売名ベリチーム配合顆粒	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
237	患者から、「スポーツ選手であるためドーピングが心配」との訴えがあった。処方医にブスコパン錠10mgよりも服用可能なチアトンカプセル10mgの方が安全と進言したところ、薬剤変更となった。			仕組み	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 販売名チアトンカプセル10mg	患者の申し出から
238	初めはマイスタン錠5mgの処方だったが、患者からのインタビューでは不眠症を訴えられたため疑義照会したところ、マイスリー錠5mgの誤りであることが判明し、薬剤変更となった。	マイスタン錠5mg、マイスリー錠5mgは類似名称・規格のため、処方入力時に誤ったとのことだった。	事務員のダブルチェックを更に厳格に行うことにする。	医薬品	処方された医薬品 販売名マイスタン錠5mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5mg	患者の症状等から
239	「イトリゾールカプセル50、8カプセル/分2朝夕食直後」のところに、「分2朝夕食後」と処方せんに記載されていた。疑義照会したところ、用法変更となった。	医師の仕事の忙しさからくる、入力ミスだった。添付文書では、イトリゾールは酸性下で効果がある薬剤だった。	病院の外来にも、次回より直るように入力の依頼をした。	連携ができていなかった その他医師の多忙 その他機械の操作の慣れ その他病院との連携	処方された医薬品 販売名イトリゾールカプセル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)
240	ランサップ400が処方された。医師は以前よりガスリックD錠10mgを飲んでいるのを知っていたが、多忙のため、H2ブロッカーとランサップ400の中のPPIの成分が重複するのを見落とした。疑義照会をしたところ、ランサップ400服薬中は、ガスリックD錠10mgを飲まないことになった。	医師の多忙からくる、勘違いだった。	病院の外来にも、カルテに入力してもらうようにした。	連携ができていなかった その他医師の多忙 その他医師の機械操作の慣れ その他病院との連携	処方された医薬品 販売名ランサップ400 変更になった医薬品 販売名ランサップ400	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
241	ビクトーザ皮下注18mgが、今回2回目となる患者なのに、前回通り、「0.3mg(1週目)→0.6mg(2週目)→0.9mg(3週目以後)」と記載されていた。低血糖もないため、処方医に疑義照会したところ、維持量の0.9mgで継続使用することに変更となった。	医師の多忙による、入力確認ミスだった。	病院の外来に、次回より直るように入力の依頼をする。	連携ができていなかった その他医師の多忙 その他医師の機械操作の慣れ その他病院との連携	処方された医薬品 販売名ビクトーザ皮下注18mg	薬歴等から
242	「ワーファリン錠1mg2錠/分1、2日分」が処方された。前日から4日前までは、以前より飲んでいた「プラザキサカプセル110mg2カプセル/分2」を内服していた。切り替えには、検査などが必要な薬だが、次回は24日後に受診ということだったため、24日分に用量が変更となった。	医師の多忙による、入力ミスだった。	病院の薬剤部に、次回より直るよう入力の依頼をする。	連携ができていなかった その他医師の多忙 その他医師の機械操作の慣れ その他病院との連携	処方された医薬品 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)
243	ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g、2gが、分1昼食後で入力されていた。食事の影響を受けやすい薬剤のため、添付文書通り、分1昼食間に用法が変更となった。	医師は多忙だったため、入力確認で勘違い、ミスをした。	病院の外来に、直してもらうよう依頼する。	連携ができていなかった その他医師の多忙 その他医師の機械操作の慣れ その他病院との連携	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)
244	前回処方、「ミオナール錠50mg3錠/分3毎食後」だった。今回は「3錠/分1夕食後」の処方だった。患者からも眠気の訴えがあり、疑義照会したところ、「1錠/分1」に変更となった。	医師の勘違いによる誤処方を、薬剤師の薬学的知識と患者面談情報によって防止出来た。		その他医師の勘違い	処方された医薬品 販売名ミオナール錠50mg	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
245	お薬手帳での併用薬チェック、患者面談の結果、処方薬のメネシット錠100は重複投与であることが判明した。疑義照会の結果、シンメトレル錠50mgに処方変更された。	医師の併用薬確認不足だった。		その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名メネシット錠100 変更になった医薬品 販売名シンメトレル錠50mg	薬歴等から
246	アペロックス錠400mgとシペノール錠と一緒に処方されていた。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名アペロックス錠400mg 変更になった医薬品 販売名ジェニナック錠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)
247	患者より、「以前、処方されたアレグラが残っているのではない。」と言われた。			その他疑義照会	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
248	前回、ジルテック錠10が処方されていたが、今回、ジルテック錠5が処方されていた。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ジルテック錠5 変更になった医薬品 販売名ジルテック錠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
249	お薬手帳で、他の医療機関より同薬剤の処方を確認した。重複投与と判断した。			その他疑義照会	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%	薬歴等から
250	患者が他の医療機関でメチコパール、セルベックスを処方されていることを薬剤情報提供文書で確認した。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg 販売名レバミピド錠100mg「JG」	薬歴等から
251	患者は緑内障で受診中のところ、先日、別の病院から5mgセルシン錠が処方されていることをお薬手帳から知り、医師へ疑義照会した。患者は狭隅角緑内障とのことで、5mgセルシン錠の服用を中止するよう、医師から回答があった。	他科でお薬手帳から緑内障を疑う処方を受けているのに、チェックされなかった。	患者へ服用するにあたり好ましくない薬があることを、医師からも話していただくことになった。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ミケランLA点眼液1% 変更になった医薬品 販売名ミケランLA点眼液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)
252	約3年半前、ホクナリンテープ2mgの処方、腕のしびれ、震えがあり、中止になったと薬歴に記載があった。今回、ツロプテロールテープ2mg「HMT」が処方されたため疑義照会を行ったところ、中止となった。	副作用歴は薬歴の表紙に記載し、調剤前に確認を行っていた。		その他薬歴	処方された医薬品 販売名ツロプテロールテープ2mg「HMT」	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
253	患者は目に入ったゴミを取ってもらったようで右目が赤く腫れていた。3種類の点眼剤の用法が1日3~4回左目とあり、投薬時に患者に確認した上で疑義照会した。入力ミスであり、右目に変更となった。	医師のカルテの文字が小さく見えづらいのと、用法選択画面が近いためのようだった。	院内で検討していただくようお願いした。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名クラビット点眼液 0.5% 販売名ニフラン点眼液 0.1% 販売名ヒアレイン点眼液 0.3%	患者の症状等から
254	血液検査結果の尿酸値が正常値になっているので、ユリノーム錠50mgは今回から分量を減らすと医師が言っていたがいつも通りの量だった。また、変更のことを聞いていないザイロリック錠100の処方があった。疑義照会したところ、医院側の入力ミスであった。	医院側の連携ミスだった。		患者側 その他医療機関側	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠50mg 販売名ザイロリック錠100 変更になった医薬品 販売名ユリノーム錠50mg 販売名ザイロリック錠100	患者の申し出から
255	定期で服用中のバイミカード錠5mgがバイミカード錠10mgで処方されているので疑義照会したところ、入力ミスであった。	過去の薬歴を見て確認した際に発見した。医院側の連携が出来ていないための入力ミスだった。		その他医療機関側	処方された医薬品 販売名バイミカード錠10mg 変更になった医薬品 販売名バイミカード錠5mg	薬歴等から
256	患者との話の中で、どうもツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用)の証ではなく、痙攣との話からおかしいと思い、疑義照会したところ、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)であることが分かった。処方入力ミスだった。	医療機関側の毎回のミスに対しての検証がなく、同じことの繰り返しだった。	院長から厳しく指導してもらった。	その他医療機関側の不手際	処方された医薬品 販売名ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 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
257	腎機能が低下している患者は、同一病院の腎臓内科の医師から内科で出ている薬が多いので減らすように言われていた。しかし処方せんでは、削るはずのフルイトラン錠2mgの処方前回のまま処方されていたので問い合わせたところ、薬剤削除になった。また、同じ処方前回は0.5錠での処方だったネシーナ錠25mgが1錠になっていた。ネシーナ錠25mgは腎機能が低下している患者には減量が必要な薬剤なので問い合わせたところ、0.5錠に変更になった。			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 販売名ネシーナ錠25mg 販売名フルイトラン錠2mg 変更になった医薬品 販売名ネシーナ錠25mg	薬歴等から
258	他医院からも同じタケブロンOD錠15が出ているのに気付かず、タケブロンOD錠15を処方していた。	処方前に他の病院でもらっている薬剤の確認を怠ったと考えられる。	薬局では薬歴からタケブロンOD錠15をもらっていることを確認し、疑義照会で削除したので、医師もお薬手帳や薬剤情報提供文書で他院の薬剤を確認すれば防げられる。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名タケブロンOD錠15	薬歴等から
259	白内障の術後に使用中の点眼薬による角膜障害の可能性があった。薬剤師は患者面談時に患者が薬の中止を間違って認識していると思われたため、医師に疑義照会したところ、医師が指示した中止薬はジクロード点眼液0.1%だったが、誤ってクラビット点眼液0.5%と勘違いしていた。患者は医師より中止すべき点眼薬を指示されたが間違って認識していた。			その他患者が中止すべき薬剤を間違って認識していた。	処方された医薬品 販売名クラビット点眼液0.5% 販売名ジクロード点眼液0.1% 変更になった医薬品 販売名クラビット点眼液0.5% 販売名ジクロード点眼液0.1%	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
260	生後10か月の患者にアンヒバ坐剤小児用100mg1回1個が処方された。受け付けた薬剤師が患者家族に体重を確認したところ、7.5kgとの回答を得た。若干過量ではないかと考えたため、処方医に疑義照会したところ、1回2/3個に処方変更となった。	処方医が患者の体重を確認していなかったか、誤認していたのではないかと考えられた。	特に乳児においては、今後とも体重の確認等を怠らない。	その他処方医に対する分量確認	処方された医薬品 販売名アンヒバ坐剤小児用100mg	年齢・体重換算の結果から
261	メiakトMS錠100mgの併用薬としてピオフェルミン錠剤が処方されていた。ピオフェルミンR錠の間違いではないかと思ひ、処方医に確認したところ、ピオフェルミンR錠へ処方変更となった。	医師の認識不足、もしくは記入間違いだった。	医師への疑義照会を徹底する。	その他医師への処方確認	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン錠剤 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)
262	前回のクラリス錠200の処方から変更があり、「クラビット錠500mg2錠、朝夕食後」で処方が記載されていた。疑義照会したところ、「クラビット錠500mg1錠、夕食後」に変更となった。			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)
263	パキシル錠20mg2錠から、パキシル錠20mg4錠へ処方量が増量されていた。最大量を越えているため、疑義照会したところ、パキシル錠20mg2錠に訂正となった。	パキシル錠を40mg、レバミピドを100mg、リボトリール錠1mgを継続服用されており、状態は安定であった。今回、パキシル錠20mg2錠から4錠、リボトリール錠1mgからリボトリール錠2mgに処方量が増量されていたが、疑義照会でリボトリール錠のみ増量に訂正となった。		その他疑義照会	処方された医薬品 販売名パキシル錠20mg	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
264	フルボキサミンマレイン酸塩錠75mg「日医工」投薬時に併用薬を確認すると、他院より3日前にチザニン錠1mg、セレコックス錠が処方、服用されていた。フルボキサミンマレイン酸塩錠75mg「日医工」の処方医に疑義照会したところ、チザニン錠1mgの服薬を中止するとの回答があった。	フルボキサミンマレイン酸塩錠75mg「日医工」とチザニン錠1mgは併用禁忌だった。		その他疑義照会	処方された医薬品 販売名フルボキサミンマレイン酸塩錠75mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名フルボキサミンマレイン酸塩錠75mg「日医工」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
265	イルベタン錠100mgを服用している患者に、血圧が高いためミカルディス錠20mgが併用で処方された。ARB同士の併用になるため疑義照会したところ、アダラートL錠10mgに変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名ミカルディス錠20mg 変更になった医薬品 販売名アダラートL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)
266	いつも急かされる患者が来局した。「ワーファリン錠5mg、朝食後、1錠、30日分」から、今回は1.5錠となっていた。それ以外の薬剤は前回と同じ処方内容だった。患者にワーファリン錠5mg増加になった経緯について医師から説明があったかを尋ねたところ、「特に何もなかった。そのまま良いよ。」と言われたが、なんとか医師に確認することの了解を得た。疑義照会したところ、実際はいつも通り、「ワーファリン錠5mg、朝食後、1錠、30日分」だった。	急かされる患者と接しているため、薬局側も急いで渡さなければと慌ててしまった。	薬を安全に飲んで頂くために、薬局側は薬の安全性を伝えるべく、同調せずに落ち着いて対応するよう心がける。	その他患者に同調し過ぎた	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠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
267	当該薬が食前服用と処方されていた。食後服用に変更となった。			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	処方された医薬品 販売名ミオナール錠50mg 販売名ムコスタ錠100mg	その他
268	2か月前よりシンメレル錠50mgが処方され、1日100mgからスタートし、前々回は1日200mgに増量となった。その後、ふらつきと認知症のような症状が出た。そこで前回予約日より早く受診したところ、シンメレル錠50mg1日100mgへの減量と、メネシット配合錠100、0.5錠の追加の指示があった。シンメレル錠50mgはその時に処方されず、前々回処方1日4錠から取り出して使用するよう医師から指示があったため、前回処方、「メネシット配合錠100、0.5錠/分1朝食後」の内容となった。今回の処方シンメレル錠50mg1日4錠(200mg)となっており、患者の付き添いに聞くと、「今日は主治医がいなかったので、代わりの医師が主治医が帰ってくるまでの6日分の処方をしてください。」とのことだった。医師に疑義照会するが、最初はシンメレル錠50mgはカルテ上は1日200mgと言われた。その後、事の経緯を話して理解して頂き、「シンメレル錠50mg2錠/分2朝夕食後」に変更となった。	処方薬が減量される時、前回の処方薬の残薬を利用する指示があった場合、処方せんに薬剤が記載されなかった。主治医が出張などで留守にする時、そのことが代わりの医師に反映されない場合もあった。	患者や付き添いからの情報が非常に大切であるため、これからも留意する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名シンメレル錠50mg	薬歴等から
269	薬歴の表紙の副作用項目に、「H22. ○○.○○ クレストール錠2.5mg、肝障害により中止」と記載しておきながら確認を怠り、今回初めて処方されたものと思い、説明を始めた。患者の家族から「以前にも服用したことがあるような気がする。」と言われ、薬歴を再確認したところ、表紙にそのことの記載があったため、直ちに処方医に疑義照会したところ、処方変更となった。	薬歴の表紙に記載はあったものの、確認を怠ってしまった。	薬歴簿を開いた表紙の裏面に別の用紙を貼り付け、副作用項目の記載箇所を変更することにした。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クレストール錠2.5mg 変更になった医薬品 販売名リバロ錠1mg	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
270	グリメピリド錠1mg「日医工」が前回処方では、1錠(印字)を二重線で訂正して、0.5錠と減量になっていた。今回1錠と印字があり、訂正がなかったため念のため医療機関に問い合わせをしたところ、0.5錠の誤りと分かった。	医療機関の処方箋の記載ルールの不備、誤りを食い止めるチェック体制がなかった。	薬局としては引き続き、前回処方と違うものは全て疑義照会する。	その他医療機関	処方された医薬品 販売名グリメピリド錠1mg「日医工」	薬歴等から
271	当初の処方では、ラックビー微粒N、エキザルベだけであったが、患者の保護者からの申し出により、発熱があることを確認した。医師に疑義照会したところ、「アンヒバ坐剤小児用100mg、1回1個、3回分」の処方を書き忘れていたことが判明した。処方追加となった。	医師の書き忘れだった。	患者の状態をよく確認し、必要であれば疑義照会を怠らない。	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100mg 変更になった医薬品 販売名アンヒバ坐剤小児用100mg	患者の申し出から
272	以前、クラビット錠の服用で薬疹があった。			その他情報を確認していなかったと思われる。	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg 変更になった医薬品 販売名オゼックス錠150	その他
273	ファロムドライシロップ小児用10%の小児用量について疑義照会を行ったところ、用量変更となった。	医師の判断不足だった。		連携ができていなかった 知識が不足していた 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ファロムドライシロップ小児用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
274	2つの医療機関において、「バイアスピリン錠100mgとランソプラゾール」、「バイアスピリン錠100mgとファモスタジンD錠20mg」の組み合わせで、入院前、および退院後も処方されていた。	患者は泌尿器科と神経内科の2つの医療機関にかかっており、それぞれ別の薬局で泌尿器科はバイアスピリン錠100mgとランソプラゾール、神経内科はバイアスピリン錠100mgとファモスタジンD錠20mgの組み合わせを1ヶ月以上処方されていた。	それぞれの薬局で、今一度、保険調剤の役割を再確認する。	確認を怠った 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 ルールの不備	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名ファモスタジンD錠20mg	薬歴等から
275	お薬手帳もそれぞれ作っていた。神経内科の検査入院時の持参薬で重複が発覚し、病院薬剤部より各薬局に注意喚起があり、入院時にお薬手帳を1つにまとめ、お薬手帳に注意書きもされ、今後は神経内科で処方していくようになった。退院後に来局した際、2つの医療機関で再度、同じ組み合わせで処方されていた。泌尿器科の処方せんを受けた薬局では、お薬手帳の内容および注意書きの確認がされておらず、患者もその薬局では薬剤情報提供文書を渡されるだけで、薬の説明や確認をされていないとのことだった。			施設・設備	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg 変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	患者の申し出から
276	他科にてムコスタ錠100mgを服用中、ムコスタ錠100mgが処方されていたため、中止になった。			患者側	処方された医薬品 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
277	追加処方薬のため、患者が持参した分包品を確認したところ、処方せんの指示量が製剤量で1gであることに、持参品は1.5gであったため、処方元に疑義照会した。紹介状による処方であったが、紹介状の指示量と間違いはなかったため、紹介元へ確認したところ、記載ミスであることが判明した。	紹介先施設での医師の誤った記載による、人為的ミスであった。	紹介先での処方、お薬手帳に記載されておらず、確認する方法は現物か薬袋、あるいは薬剤情報提供文書しかないため、投薬現場での確認には限界があると思われるため、制度、システム上の改善で改善可能と考える。	仕組み	処方された医薬品 販売名セレニカルR顆粒40%	その他
278	お薬手帳により、直近の処方、病院Aで同一薬が同一量で処方されているのを確認した。処方元(医療機関C)に確認したところ、紹介先からの指示による処方であり、別の疾患で入院していた病院Bからの紹介、指示であった。元々は病院Aで処方されていたものであり、病院Bを退院後、病院Aで処方を受けていたことが判明した。	いずれの施設担当者に落ち度はなく、システム上の問題で発生した事例と考える。現在運用されている制度、システムからは、お薬手帳による確認以外の方法では発見が難しい事例であった。アルツハイマー病の患者であり、倍量で服薬される可能性があった。		仕組み	処方された医薬品 販売名エブランチルカプセル15mg	薬歴等から
279	これまでデパケン錠100が処方されていたのに、デパス錠0.5mgとなっていた。患者が薬剤変更について何も聞いていなかったこともあり、処方医に問い合わせを行ったところ、これまでと同様にデパケン錠100に処方変更となった。	処方入力時の選択ミスと思われる。	処方変更に関しては、薬歴に基づき、患者からの聞き取りを必ず行う。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名デパス錠0.5mg 変更になった医薬品 販売名デパケン錠100	薬歴等から
280	90歳代の男性にコロネル錠500mgが処方された。錠剤が大きい患者家族に飲み込めるか確認したところ、「はっきり分からない。」とのことだった。また、服薬時に患者家族がいないこともあるため、万が一しっかり飲み込めず詰まらせた場合の健康被害も考えられたため疑義照会したところ、コロネル細粒83.3%に変更となった。		コロネル錠500mgの処方があったときは、年齢や家庭環境なども考慮し、コロネル細粒83.3%への切り替えも検討する。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名コロネル錠500mg 変更になった医薬品 販売名コロネル細粒83.3%	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	
281	患者が内科の処方せんを持って来局した。前回処方時よりランソプラゾールOD錠15mg「日医工」を服薬中だが、今回は受診時に胸やけ症状を医師に訴えたとのことだった。今回からオメラップ錠10を処方し、ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」の処方を削除するのを見落とししたと思われるため、処方医に問い合わせを行ったところ、なぜかランソプラゾールOD錠15mg「日医工」を継続服用し、様子を見るとの回答を得た。			病院側のチェックを再度見直す必要があると思われる。	その他医師が処方を確認していない コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名オメラップ錠10	薬歴等から
282	他医院よりロキソニン錠60mgを服薬中だったため、処方医に疑義照会したところ薬剤削除となった。				仕組み	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	薬歴等から
283	フロモックス錠100mgで下痢・嘔吐の副作用既往のある患者に、フロモックス錠100mgが再度処方された。薬局の薬歴情報から、同薬による副作用既往が確認出来たため疑義照会を行ったところ、クラリス錠200に処方変更となった。	この副作用は以前に同じ処方元から発生していたため、カルテに記載があり、チェックしていれば処方時点で気づけていたと考えるが、残念ながら見落としとして処方されてしまった。院内処方であればそのまま患者は再度、同じ副作用が発生していたと思われる。二重チェックとしての薬局での処方箋応需があったので防げた。二重チェックの意義を改めて痛感した。			確認を怠った その他処方元の事情 その他処方元の事情	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名クラリス錠200	薬歴等から
284	6歳11カ月、体重21~22Kgの患者にセルテクトドライシロップ2%が2g/日で処方された。疑義照会で1mg/Kg/日と説明したところ、1g/日に変更となった。				医薬品	処方された医薬品 販売名セルテクトドライシロップ2%	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
285	タケブロン、ガストローム顆粒66.7%を服用中の患者に、他科からウルグートカプセル200mgが処方された。疑義照会したところ、薬剤削除になった。			患者側	処方された医薬品 販売名ウルグートカプセル200mg	薬歴等から
286	散剤が飲めないため、錠剤に変更となった。			患者側	処方された医薬品 販売名ガスモチン散1% 変更になった医薬品 販売名ガスモチン錠	患者の症状等から
287	ノルバスク錠5mgの処方が漏れていた。	前回の処方「ノルバスク錠5mg、プロプレス錠8」で、今回の処方「プロプレス錠2、プロプレス錠8」だった。ノルバスク錠5mgからプロプレス錠2への変更はおかしいと思い、患者に話を聞くと、血圧上昇のため薬が追加となることが分かり、病院へ疑義照会した。正しくは「ノルバスク錠5mg、プロプレス錠2、プロプレス錠8」であり、病院の処方漏れであることが分かった。	今回と同様、患者からの聞き取りと薬歴の確認をしっかりと行く。	その他処方忘れ	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠5mg 変更になった医薬品 販売名ノルバスク錠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
288	疑義照会したところ、薬剤変更となった。	パート職員のため勉強不足だった。「クラリ」の3文字で入力した際、確認を怠った。当該事務員はカルテの内容を医師に確認せずに処方箋を入力するため、特に注意をしていた。		知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	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 販売名クラリチンドライシロップ1%	その他
289	むくみはあるが薬が削除されており、投薬時に患者に聞いたところ、残薬はないとのことで疑義照会した。ラシックス錠20mgは残薬があると勘違いし、処方から削除したが、追加となった。	医療機関では週明けの忙しい時間帯であった。		判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ラシックス錠20mg 変更になった医薬品 販売名ラシックス錠20mg	薬歴等から 患者の症状等から
290	患者Aは同姓で1歳違いの別の患者Bの処方箋を持参した。別の患者Bはたまたま午前中に受診していた。患者Aが処方箋提出時に「今月初めて」とのことで保険証を提示した。疑問に思った医療事務員から薬剤師が連絡を受けた。詳細に薬歴を調べ、疑義照会して患者のカルテ違いを伝えた。事務員が正しい処方箋を持参し、同日受診ではなかったため、患者より差額を頂いていた。	処方箋交付時は、入力スタッフと受付スタッフが異なっているが、受付スタッフが確認せずに交付するシステムになっていた。患者をフルネームで呼んでいるが、あまりいい姓の患者名だと患者が読み間違えととらえ、そのままになることもあった。		確認を怠った 連携ができていなかった 判断を誤った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 教育・訓練 ルールの不備	処方された医薬品 販売名未記載 変更になった医薬品 販売名未記載	その他
291	クラビット錠500mg2錠/分2で処方された。疑義照会したところ、クラリシッド錠200mg2錠/分2に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg 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)

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
292	他院より定期処方でおメブラール錠を服用中だった。今回、「アシノン錠75mg3日分」が処方された。薬歴を確認して疑義照会したところ、アシノン錠75mgの処方が中止となった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名アシノン錠75mg	薬歴等から
293	大腸がんに対してUFT/LV療法を開始した。ロイコボリン錠の用量が5mgで処方されていたため医師へ疑義照会を行ったところ、ユーゼル錠25mgへ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロイコボリン錠5mg 変更になった医薬品 販売名ユーゼル錠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)
294	新患で、デパス細粒1%0.8g、眠前30日分の処方だった。デパス細粒1%の取り扱いがなく、新規購入後に調剤した。鑑査時、過量投与に気づき疑義照会したところ、急激な減量は危険との判断で、分2処方に変更となり、徐々に減量することとなった。	デパス錠0.5mg、デパス錠1mgの取り扱いがあったため、デパス細粒1%0.8mg=0.8mg錠分に相当と勘違いした。	散剤の成分量を常に確認する。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名デパス細粒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)
295	しばらく他病院にて処方されていた薬が、かかりつけ医院から処方されることになった。お薬手帳を確認すると、ずっとプロプレス錠8で処方されていたが、処方せんではプロプレス錠12となっていた。患者に確認したところ、処方変更はないと言うことで、疑義照会したところ、プロプレス錠8に訂正となった。			その他医師の入カミス	処方された医薬品 販売名プロプレス錠12 変更になった医薬品 販売名プロプレス錠8	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
296	ノリレン錠10mg1回1錠が、2錠で処方された。	確認不足だった。	お薬手帳、薬歴簿の確認、患者からの聞き取りで防ぐ。	その他確認不足 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ノリレン錠10mg	その他
297	処方箋に定期処方の他に新規でアムロジンOD錠2.5mgが追加されていた。薬歴の併用薬欄を参照したところ、アムロジンOD錠5mgと記載されていたため、本日の処方意図を患者に質問した。患者からは「いつものところへ行けないので、こちらで薬を出してもらった。」と返答を受けたため、処方箋発行医療機関へ疑義照会したところ、アムロジンOD錠5mgへ変更となった。	患者は併用薬を「アムロジン」とのみ覚えており、規格はうる覚えであった。医療機関側でも判断に迷って低規格の方を処方されたのかもしれない。薬局では各シートを患者に見せて、アムロジンOD錠5mg製剤であることを確定した。	薬歴の併用薬欄は毎回見る癖をつけておく。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アムロジンOD錠2.5mg 変更になった医薬品 販売名アムロジンOD錠5mg	薬歴等から
298	ティーエスワン配合顆粒T20を処方日同日から服用開始の指示があった。薬局にて服用薬を確認したところ、当日までユーエフティ配合カプセルT100を服用していたことが分かった。医師へ服用開始日について問い合わせたところ、服用開始日を7日後からにずらすよう回答があった。			確認を怠った 患者側	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合顆粒T20	薬歴等から
299	抗生物質の併用薬としてラックビー微粒Nが処方された。耐性菌製剤ではないことを伝えたところ、医師は勘違いしていたことを確認した。その後、ビオフェルミンR散へ処方変更となった。	医師の認識間違いだった。	疑問に思ったことは流さずに、しっかりと疑義照会する。	その他医師の認識間違い	処方された医薬品 販売名ラックビー微粒N 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
300	「コメスゲン錠500μg3錠、1日3回」の処方重複して処方されていた。疑義照会により、「リリカカプセル75mg2カプセル、1日2回」に変更の訂正する指示があった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名コメスゲン錠500μg 変更になった医薬品 販売名リリカカプセル75mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
301	処方箋に入力されている週に2回服用する薬に対して、77日分の処方日数が記入されていた。疑義照会したところ、22日分に用量変更となった。	22日分と入力するべきところを、他の処方薬が77日分で処方されていたため、間違えて同じ日数を処方箋に入力したと思われる。	服用方法、薬歴を確認する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名メルカゾール錠5mg	その他
302	「レキソタン錠2、1日用量3錠、分3×24日分、毎食後服用」で処方箋に記載があった。薬剤服用歴簿の記録より、前回は1日用量2錠、用法は分2朝夕食後で調剤を行っていた。今回の処方せんで他剤が35日分で処方箋記載されており、年末・年始の受診を避けるため、レキソタン錠2を全量で72錠投薬し、これを今迄通り1日2回朝夕食後で服用することで36日分の服用としている可能性があるかと判断した。 このような実際の服用方法とは異なる処方箋の記載が行われると、患者本人は了解していても、服薬間違いにもつながるため、処方医師に疑義照会を行った。医師より、レキソタン錠2は30日分を限度として処方されるべき医薬品であるため、このような処方箋の記載として、5週間服用してもらつつもりとの回答があった。処方医師に、急入院した場合や家族が間違えて飲まず可能性もあり、実際の服用方法と異なる処方箋の記載は危険であることを説明の上、実際の服用方法で30日分の処方を記載して、もう一度患者には年末までに受診してもらう方法を提案した。結果として、実際の服用方法である、「レキソタン錠2、1日用量2錠、分2×30日分、朝夕食後服用」に処方変更となった。	レキソタン錠2のように処方日に日数制限のある医薬品は、特に薬物の乱用や依存につながる可能性もあり、取扱いに注意すべき医薬品だった。それにもかかわらず、今回のように患者の都合等に合わせた処方も見受けられた。薬剤師としてはこれらを見過ごさず、きちんとした対応を医師、患者に対してとるべきであると考えた。	投与日数に制限のある医薬品の不自然な用量、用法に対しては、まず処方医師に必ず疑義照会を行う。また医薬品の適正使用のためにも、医師に日数制限のある意味(乱用や依存を防ぎ、地域社会の薬事衛生を高める)を責任を持って伝えることが重要であると考えた。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名レキソタン錠2	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
303	心療内科と他院内科を通院している患者が、心療内科でもらう薬だけでは足りず、他院の内科からも眠剤と緩下剤をお願いしていた。本日、下剤と体調不良を訴えて内科で点滴して来局した。薬局でお薬手帳を確認したところ、一週間前にレンドルミン錠0.25mgとマグラックス錠330mgをもらっており、内科定期分と重複してレンドルミン錠0.25mgとマグラックス錠330mgを服用したために下痢をして体調が悪くなったと考えられた。そこで心療内科の医師に連絡し、本日処方分の薬であるレンドルミン錠0.25mg、マグラックス錠330mgは中止となった。	患者に精神疾患あり、心療内科の薬だけでは眠れず、他院の内科をお願いしていた。内科医師は他院の薬の服用は知らないようで、そのまま患者本人の希望通り処方した。お薬手帳を毎回持ってこないこと、あちこちの薬局で薬をもらっているため、薬局でも現在服用中の薬を確認出来ていなかった。また、患者の理解力が乏しいため、マグラックスとマグミットが同成分であることも分からなかった。マグラックス処方時に薬局で同成分の薬を服用していると説明したのかは不明だった。	今後はお薬手帳を必ず持参するよう説明し、医師にも併用薬があることを伝えることを患者本人に話した。当薬局でも併用薬のチェックを毎回することにした。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レンドルミン錠 0.25mg 販売名マグラックス錠330mg	患者の症状等から
304	「モルヒネ塩酸塩水和物「タケダ」原末1.8g分3毎食後」で処方が出ていた。今までは、「モルヒネ原末1.8g分3、10%」との指示が入っていたため疑義照会したところ、「0.18g分3」に分量変更となった。	名称変更により、10%の指示が抜けていたものと思われる。	原末記載であれば、「0.18g分3」とするか、もしくは「10%」や「10倍散」の指示を入れるかすると良いと考える。	その他名称変更による処方内容の変更不備	処方された医薬品 販売名モルヒネ塩酸塩水和物「タケダ」原末	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
305	ガスターD錠20mgが重複して処方されていた。疑義照会したところ、薬剤削除となった。	患者が他医院の処方内容を伝えていなかった。	お薬手帳の活用を勧める。	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20mg	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
306	アレグラ錠30mgが成人男性に初めて処方された。処方箋は手書きだった。疑義照会したところ、アレグラ錠60mgの書き間違いと判明した。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アレグラ錠30mg 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠60mg	年齢・体重換算の結果から
307	パキシル錠10mg2錠からパキシル錠20mg2錠へ処方変更されていた。いきなり1日量が20mgから40mgと20mgも増量されていたので、疑義照会して確認したところ、パキシル錠ではなく、パリエット錠を10mgから20mgへ変更するつもりであったことが判明した。	薬剤の名称(mg数)が似ていた。手書き処方せんだったため、書き間違ってしまったと思われる。今回はたまたまパキシル錠10mg2錠からパキシル錠20mg2錠であり、原則10mgずつ増量することに反するというで疑義照会したが、パキシル錠10mg1錠からパキシル錠20mg1錠への変更であった場合、処方せんや薬歴だけでは、医師の記載ミスに気付かなかった可能性が高かった。	対策としては、患者インタビューをしっかりと行い、処方変更が妥当であるかどうかをきちんと判断することが大切である。	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名パキシル錠20mg 販売名パリエット錠10mg 変更になった医薬品 販売名パキシル錠10mg 販売名パリエット錠20mg	薬歴等から 薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
308	アレグラ錠60mgが「分1就寝前、2錠」で処方されていた。疑義照会をしたところ、「分2朝食後・就寝前」に変更となった。			その他用法選択ミス	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)
309	薬歴の患者情報に「スタチン系に副作用歴あり」と記載されていた。処方せんにリピトール錠10mgが記載されていたため問い合わせたところ、処方削除となった。			その他副作用歴報告	処方された医薬品 販売名リピトール錠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
310	他の診療所からウロナベリン錠10が処方されていた。患者は服用薬を持参して主治医に示したが、一包化薬であり、かつジェネリック医薬品であったため気づかず、ベシケアOD錠5mgを処方した。同効薬であったため疑義照会したところ、他の診療所の薬を中止するという回答を患者に伝え、重複を避けた。	当該薬が一包化調剤され、かつジェネリック医薬品であり、さらに薬効等が記載された情報がなかったため、医師は判断がつかなかった。	薬の情報をお薬手帳に記載し、携帯していただくよう徹底する。	連携ができていなかった その他薬剤情報発信不徹底	処方された医薬品 販売名ベシケアOD錠5mg 変更になった医薬品 販売名ベシケアOD錠5mg	薬歴等から
311	ジスロマック細粒小児用10%が1日3回服用と記載があったため、1日1回に変更してもらった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ジスロマック細粒小児用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)
312	エプピーOD錠2.5を定期的に服用している患者に対し、咳止めとしてメジコン錠15mgが処方された。メジコン錠は中枢のセロトニンの濃度を上昇させ、またエプピー錠はセロトニンの代謝を阻害し、セロトニンの濃度を上昇させる作用があった。よって、併用することでセロトニンの濃度が更に高くなるおそれがあるため疑義照会をしたところ、アストミン錠10mg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 販売名メジコン錠15mg 変更になった医薬品 販売名アストミン錠10mg	その他
313	血圧の急上昇時にアダラートカプセル10mgをすぐ飲むように言われていた患者に、処方時にアダラートL錠10mgが出たため確認したところ、アダラートカプセル10mgに変更となった。	医師はアダラートカプセル10mgを処方したが、医院の事務員が入力を間違えたため。		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名アダラートL錠10mg 変更になった医薬品 販売名アダラートカプセル10mg	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
314	ファモチジン錠20「サワイ」が1日1回朝食後となっていたが、本来の飲み方は1日1回の場合は、寝る前で服用のため変更となった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠20「サワイ」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
315	1枚の処方箋にナウゼリン錠10とペリゼリン錠10mgの処方があり、同成分のため問い合わせたところ、ナウゼリン錠10がラックビー微粒Nに変更となった。	ナウゼリン錠10をジェネリック医薬品に変更するつもりで、医院の事務員が入力間違えをした。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10 変更になった医薬品 販売名ラックビー微粒N	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	「フォサマック錠35mg1錠、週1回、朝食後、10日分」の処方せんを受けた。疑義照会により、朝食後が起床時に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フォサマック錠35mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
317	フルメロン点眼液0.1%が「1日1回両眼」で処方されていた。薬歴より、右眼の白内障の手術をしていることが分かった。「両眼で良いのか？、回数も1回で良いのか？」と疑問に思ったので、問い合わせを行った。回答は「1日3回右眼」だった。	処方発行元の病院は、電子カルテでの運用だった。クリックによる単純なミスと思われた。	処方入力の際、しっかり確認する。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フルメロン点眼液0.1%	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
318	「アストリックドライシロップ80%、分2」で処方されていたため疑義照会したところ、「アストリックドライシロップ80%、分4」に変更となった			その他医師の入カミス	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%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
319	処方せんに「ナウゼリン錠5、3錠、頓服、吐気・嘔吐時、5回分」とあった。疑義照会したところ「ナウゼリン錠5、1錠、頓服、吐気・嘔吐時、5回分」に分量変更となった。			その他医師の入カミス	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠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)
320	フロモックス錠100mgとメリアクトMS錠100mgが同時に処方されていた。疑義照会の結果、フロモックス錠100mgがメチルエルゴメトリン錠0.125mg「あすか」に変更となった。			その他医師の入カミス	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名メチルエルゴメトリン錠0.125mg「あすか」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
321	定期でタケプロンを服用中の患者に、他科からガスロンN細粒0.8%、ファモスタジン散2%が処方されていた。疑義照会したところ、薬剤削除となった。	お薬手帳を医師に見せていなかった。		患者側	処方された医薬品 販売名ガスロンN細粒0.8% 販売名ファモスタジン散2%	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	メリアクトMS小児用細粒10%が1日量200gで処方されていた。分量の単位が「g」ではなく、「mg」であることを確認した。			知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小 児用細粒10%	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
323	ガスモチン錠5mgを服用中の患者に、他科からムコスタが処方されていた。疑義照会したところ、ガスモチン錠5mgが服用中止となった。	お薬手帳を見せていなかった。		患者側	処方された医薬品 販売名ムコスタ 変更になった医薬品 販売名ムコスタ	薬歴等から
324	「キネダック錠50mg1日用量3錠、分3×63日分、毎食前服用」で処方箋に記載されていた。前回来局時にキネダック錠50mg服用により胃腸障害の副作用が発現し、キネダック錠50mgの処方が中止となった旨が薬剤服用歴簿に記載されていた。患者にキネダック錠50mg再開と処方医師より説明あったか確認したところ、「前回中止となり、再開の話は聞いていない」との申し出があった。処方医に上記の旨について疑義照会を行った。キネダック錠50mgが中止となり、「ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)1日用量7.5g、分3×63日分毎食間服用」に変更となった。	処方医は患者の会話では、「痺れの症状が強くなければ休業可」とツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)の服用方法についての話もされていたが、処方内容は以前のものがそのまま記載されていた。処方のオーダリング化が行われている場合、処方医師が過去の処方内容をそのまま使用するケースも多く、特に副作用の発現による処方変更が行われた際には注意が必要であった。	処方内容の妥当性について、薬剤服用歴簿の活用は必須であるとする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名キネダック錠50 mg 変更になった医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草 湯エキス顆粒(医療用)	薬歴等から
325	前回まで先発医薬品のプロサイリン錠20が処方されていたが、プロルモン錠20mgに処方が変わっていたので患者に確認したところ、医師からジェネリック医薬品の説明を受け変更されたとのことだった。疑義照会して後発医薬品のプロドナー錠20に変更となった。	院内はドルナー錠20μgが採用薬であり、ジェネリック医薬品の採用はなかった。医師の勘違いか、または電子カルテ上の選択間違いと思われる。	疑義がある場合は、速やかな疑義照会を徹底する。医師がジェネリック医薬品を間違っても、フォロー出来る体制を作る。	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	処方された医薬品 販売名プロルモン錠20 mg 変更になった医薬品 販売名プロドナー錠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
326	脳外科の処方せんを受け付けた。「セフゾンカプセル100mg3カプセル/分3、7日分処方」だった(副鼻腔炎)。4日後、耳鼻科の処方せんを持って来局した。フロモックス錠100mgとプレシン錠25mgが「3錠/分3、4日分処方」で処方されていた(喉の炎症)。投薬時、脳外科の薬をまだ服用中であることに気づき、疑義照会したところ、フロモックス錠100mgが処方削除となった。	前回の薬歴の確認が不十分だった。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬歴等から
327	フェロミア錠50mg1錠で処方のはずが、10錠で処方されていた。疑義照会したところ、分量変更となった。	医師より、電子カルテでは1錠になっているが、システムの異常で10錠で処方になってしまっていたとの回答があった。	システムの見直しと、処方箋発行後の確認を徹底する。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フェロミア錠50mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
328	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンの本数が次回診察日まで足りないの、問い合わせたところ、本数が増加となった。	患者との会話を怠らなかつたため、投薬前に気付いた。		その他医師の計算ミス	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	患者の症状等から
329	ホクナリンドライシロップ0.1%小児用で過去に振戦が発現しているにも関わらず、再度処方が出たので疑義照会したところ、処方中止となった。		医師によるカルテの確認を徹底する。お薬手帳にも副作用の記載があるため、お薬手帳の確認を徹底する。	確認を怠った 記録などに不備があった その他カルテの確認不備	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
330	前回、アラミスト点鼻液27.5 μ g56噴霧用が処方されたが使いづらかった。薬局で変更を希望した。	医師には伝えていなかった ので、今回も同様に処方されていた。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アラミスト点鼻液 27.5 μ g56噴霧用 変更になった医薬品 販売名ナゾネックス点 鼻液50 μ g56噴霧用	患者の申し出から
331	小児用ムコソルバンシロップ0.3%が重複して処方されていた。疑義照会したところ、薬剤削除になった。	お薬手帳で判明した。		連携ができていなかった	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%	薬歴等から
332	ジルテックドライシロップ1.25%が重複して処方されていた。医師に疑義照会したところ、薬剤削除となった。	お薬手帳で判明した。		確認を怠った	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%	薬歴等から
333	新患でマイスタン錠5mgが就寝前で処方されていた。以前にもマイスタン錠とマイスリー錠の入力間違いがあったので疑義照会したところ、マイスリー錠5mgに変更となった。		疑義照会を徹底する。	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 販売名マイスタン錠5m g 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5m 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)

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	患者が受診前に来局され、「他病院でもらっていたレボチロキシンNa錠50μgを、今度こちらのクリニックでもらいたい。」と話した。患者に医師に直接希望するように伝えた。受診した後に持ってきた処方箋には、チウラジール錠50mgと書かれていた。レボチロキシンNa錠は甲状腺機能低下症の治療薬であり、また、チウラジール錠は甲状腺機能亢進症の治療薬であるため、逆の薬剤だった。	レボチロキシンNa錠50μgを先発医薬品のチラーヂンS錠50に書き換える過程で、名前の似ているチウラジール錠50mgと書き間違えた可能性があった。		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 販売名チウラジール錠 50mg 変更になった医薬品 販売名チラーヂンS錠50	その他
335	「プロテカジン錠10、3錠、3×」で処方されていたため疑義照会したところ、「プロテカジン錠10、2錠、2×」に変更となった。	用法、用量の認識不足だった。	添付文書を確認する。	確認を怠った	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)
336	ゾピクール錠7.5の用法が「夕食後」で処方されていたため疑義照会したところ、「寝る前」に変更となった。	入力ミスだった。	確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ゾピクール錠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)
337	患者は定期受診の整形外科に来院し、処方箋を持ってこられた。以前より整形外科にてガスリックD錠20mg及びセルベックスカプセル50mgを服用していたが、同月より他医院(胃腸科)にて胃潰瘍の治療を開始し、タケプロンとガスロンNが処方され、服用を開始していた。整形外科の処方医に事情を説明したところ、ガスリックD錠20mg及びセルベックスカプセル50mgは処方中止となった。本事例は、お薬手帳の確認により判明した。	リウマチの治療で整形外科に受診されており、定期薬の中に胃薬が入っていた。胃の状態が悪くなったため、内科系の主治医である胃腸科の医師に相談したところ、胃潰瘍が見つかり、内服薬による治療を開始することになった。患者の話では、胃腸科の医師にお薬手帳を見てもらっていた。「胃腸科の処方箋を調剤してもらった薬局でも特に何も言われなかった」とのことだった。	多科受診の可能性を常に頭において、患者インタビューやお薬手帳の確認を行うように注意する。他の病院で服用している薬が変わった時は、医師に話しをするように患者に対して指導する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ガスリックD錠20mg 販売名セルベックスカプセル50mg	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
338	お薬手帳を確認したところ、他院よりセレコックス錠100mg、タケロンOD錠15が処方されており、今回の処方と重複していた。また、禁忌の可能性もあった。	処方医にお薬手帳を見せていなかった。また、患者は気管支喘息の疾患があり、発作を起こす可能性があった。	医療機関に受診の際は、必ずお薬手帳の提出を患者に指導する。	その他お薬手帳	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠 販売名セルベックスカプセル50mg	薬歴等から
339	「ロブ錠60mg1錠、頓服10回分」の処方を患者である看護師自らが処方入力した。「3錠、10回分」となっていたため疑義照会により、1錠となった。	処方入力を看護師の立場であるにも関わらず実施した。さらに医師は最終確認を行っていなかった。	処方入力におけるルールを徹底する。	確認を怠った 知識が不足していた その他看護師が処方入力ルールの不備	処方された医薬品 販売名ロブ錠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)
340	パファリンでアレルギーがある患者にPL配合顆粒が処方されていた。カロナール錠200に変更となった。	病院側が患者にアレルギーがあることを知らなかった。		連携ができていなかった その他病院がアレルギーを知らなかった	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	その他
341	普段服用している薬と同類の薬が出ていた。疑義照会によりファモチジン錠20「サワイ」が削除になった。	体調不良で受診した際、毎日服用している薬と同類の薬が処方された。		確認を怠った 患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠20「サワイ」	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
342	内服薬の服用方法が抜けていた。			確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ポドニンS配合 顆粒	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
343	薬の服用方法が抜けていた。			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 販売名ジスロマック錠2 50mg	処方箋の書き方等から (誤記を含む)
344	食直前の薬が食直後で処方されていた。			連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名スターシス錠90 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)
345	服薬指導時、患者との話の食い違いにより処方薬の適正さが疑われ、疑義照会した。ネシーナ錠25mgを処方するところを、ネキシウムカプセル20mgの誤入力であったことが判明し、変更となった。	オーダーリング処方時に、薬剤の呼び出しを1文字検索で行ったため、選び間違えたと思われる。		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 販売名ネキシウムカプ セル20mg 変更になった医薬品 販売名ネシーナ錠25m g	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
346	「アクトネル錠17.5mg、7日分」で初めての処方だった。患者は来週も来るのに、薬は約2ヶ月分だったため疑義照会したところ、アクトネル錠2.5mgを毎日服用する処方だった。			施設・設備	処方された医薬品 販売名アクトネル錠17.5mg 変更になった医薬品 販売名アクトネル錠2.5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
347	アムロジン錠5mgでふらつきがあり、アムロジン錠2.5mgでしばらく処方されていた。血圧の変動はなかったが、アムロジン錠5mgで処方されていたため疑義照会した。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アムロジン錠5mg 変更になった医薬品 販売名アムロジン錠2.5mg	薬歴等から
348	マーズレンを服用していたため、ムコスタ錠100が処方中止となった。お薬手帳はあったが医師に見せていなかったため、トレースレポートを提出した。			患者側	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100	薬歴等から
349	皮膚が弱くかぶれたため変更になった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ジクロフェナクNaテープ30mg 変更になった医薬品 販売名セルタッチパップ70	その他

薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」

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	いつもは28日分で処方される患者であった。お盆のため、いつもの薬35日分の他に、「マイスリー錠10mg、1錠、1日1回寝る前、28日分」と、初めて「マイスタン錠10mg、1錠、1日1回寝る前、7日分」(「症状が安定の為長期処方します」との注釈あり)が処方された。医師は、マイスリー錠10mgに処方日数制限があるため、マイスリー錠10mg、7日分を追加処方しようとした様だが、処方の入力がマイスタン錠10mgになっていた。薬剤師は、はじめは肩こりなどあるのかと思っていたが、患者からの聞き取りにより、医師に疑義照会をしたところ、マイスタン錠10mgの処方中止との回答だった。	コンピュータの3文字入力の際の見逃しと思われる。	いつもの流れと違う薬の処方があった場合は、躊躇せず積極的に疑義照会する。患者の代理が受け取った場合などは、誤って薬を渡した可能性もあるので、今後の注意喚起のために報告した。	連携ができていなかった その他確認処理 その他日数制限 その他確認処理	処方された医薬品 販売名マイスタン錠10mg	患者の症状等から
2	初めはマイスタン錠5mgの処方だったが、患者からのインタビューでは不眠症を訴えられたため疑義照会したところ、マイスリー錠5mgの誤りであることが判明し、薬剤変更となった。	マイスタン錠5mg、マイスリー錠5mgは類似名称・規格のため、処方入力時に誤ったとのことだった。	事務員のダブルチェックを更に厳格に行うことにする。	医薬品	処方された医薬品 販売名マイスタン錠5mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5mg	患者の症状等から
3	新患でマイスタン錠5mgが就寝前で処方されていた。以前にもマイスタン錠とマイスリー錠の入力間違いがあったので疑義照会したところ、マイスリー錠5mgに変更となった。		疑義照会を徹底する。	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 販売名マイスタン錠5mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠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)



参考資料3

マイスリー®とマイスタンとの
販売名類似による取り違い注意のお願い

2012年6月
アステラス製薬株式会社
大日本住友製薬株式会社

謹啓

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は弊社製品につきまして格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、アステラス製薬株式会社製品「マイスリー（一般名：ゾルピデム酒石酸塩）：催眠鎮静剤（入眠剤）」と大日本住友製薬株式会社製品の「マイスタン（一般名：クロバザム）：抗てんかん剤」につきましては、薬剤名が類似していることから薬剤取り違いに関する医療事故事例やヒヤリ・ハット事例が報告されております。

これらのことから、「マイスリー」と「マイスタン」を処方または調剤いただく際には、今一度販売名および薬効をご確認いただきますようお願い申し上げます。また、薬剤オーダリングシステム等をご使用の場合は、「マイスリー」あるいは「マイスタン」を入力するとアラートを表示させるなどの予防策をご検討いただき、取り違い防止に一層のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業収集結果 参考資料

・抗てんかん薬と睡眠薬との販売名類似による誤入力の事例 P1 ~ 2

<マイスリー、マイスタン取り違い事例>

No.	事例の内容
1	処方薬はマイスリー錠10mgであったが、レセコン入力時にマイスタン錠10mgと入力した。急ぎの患者だったため、患者と共に確認していたところ、説明文書と薬が異なることが発覚した。
2	患者に初めて「マイスタン錠5mg、寝る前服用」が処方された。患者にはてんかんの既往歴がなかったため、医師の勘違いの可能性もあり、疑義照会したところ、マイスリー錠5mgの間違いであることが分かった。

※公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報等収集事業」および「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」公開データより転記

「医療事故情報等収集事業」：<http://www.med-safe.jp/>

「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

**マイスリー® または マイスタン® を
処方・調剤いただく際にはご注意ください**

販売名	マイスリー錠5mg マイスリー錠10mg
薬効分類名	催眠鎮静剤（入眠剤）
PTPシート	 <p>マイスリー錠5mg マイスリー錠10mg</p>
販売名	マイスタン錠5mg マイスタン錠10mg
薬効分類名	抗てんかん剤
PTPシート	 <p>マイスタン錠5mg マイスタン錠10mg (この他に「マイスタン細粒1%」も販売されています)</p>

お問い合わせ先

アステラス製薬株式会社 営業本部 DIセンター
 医療関係者様用 フリーダイヤル：0120-189-371
 受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:30（土日・祝日・会社休日を除く）

大日本住友製薬株式会社 くすり情報センター
 TEL：0120-034-389
 受付時間：月曜日～金曜日 9:00～18:30（祝・祭日を除く）



医政経発0629第1号
薬食安発0629第1号
平成24年6月29日

日本製薬団体連合会会長
米国研究製薬工業協会在日技術委員会代表
欧州製薬団体連合会技術小委員会委員長
一般社団法人日本産業・医療ガス協会会長 殿

医療安全関連通知集

厚生労働省医政局経済課長

厚生労働省医薬食品局安全対策課長

・「医療用医薬品へのバーコード表示の実施要項」の一部改正について

「医療用医薬品へのバーコード表示の実施要項」の一部改正について

医療用医薬品のバーコード表示については、平成18年9月15日付薬食安発第0915001号厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知「医療用医薬品のバーコード表示の実施要項について」（平成19年3月1日薬食安発第0301001号厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知「医療用医薬品のバーコード表示の実施要項」の一部改正について）により一部改正）の別紙により示してきました。

今般、下記の通り実施要項の一部を改正し、別紙のとおりとしましたので、貴会会員企業に対し周知いただきますようお願いいたします。

また、医薬品の取り違え事故の防止及びトレーサビリティの確保に加え、医薬品の流通の効率化の観点から、実施要項における販売包装単位及び元梱包装単位のうち必須表示以外のデータについては、バーコード表示が可能な貴会会員企業から順次表示を実施するよう併せてご協力願います。なお、その表示状況及び利用状況については、関係者で確認していく予定です。

記

1. 内用薬及び外用薬（共に生物由来製品を除く。以下同じ）の調剤包装単位への新バーコード表示実施時期については、別途通知するとしていたが、バーコード表示に関する技術開発等が進んだことから、今般、内用薬及び外用薬についても新バーコードの表示を求めることとしたこと。今回の改正にかかる措置については、通知発出3年（特段の事情があるものは4年）後までに実

施する旨を明記したこと。

2. 現在、販売包装単位に表示されている日本工業規格 X0507（共通商品コード用バーコードシンボル）によるバーコード及び元細包装単位に表示されている日本工業規格 X0502（物流商品コード用バーコードシンボル）によるバーコードは新バーコードとの併記を行っているが、今般、平成25年9月までは日本工業規格のバーコードとの併記が必要とし、通知から3年（特段の事情があるものは4年）後以降に出荷されるものについてはこれらを併記してはならないこととしたこと。

医療用医薬品へのバーコード表示の実施要項

医薬品の取り違え事故の防止及びトレーサビリティの確保並びに医薬品の流通の効率化を推進するため、医療用医薬品へのバーコード表示（以下「新バーコード表示」という。）を、次のとおり実施することとする。

1 表示対象及び表示するデータ

表示対象は医療用医薬品（体外診断用医薬品を除く。）とし、包装形態の単位及び医療用医薬品の種類に応じ、次のとおり、商品コード、有効期限、製造番号又は製造記号及び数量を表示する。（注1）

(1) 調剤包装単位（注2）

医療用医薬品の種類	商品コード	有効期限	製造番号又は製造記号
特定生物由来製品	◎	◎	◎
生物由来製品（特定生物由来製品を除く。）	◎	○	○
内用薬（生物由来製品を除く。）	◎	○	○
注射薬（生物由来製品を除く。）	◎	○	○
外用薬（生物由来製品を除く。）	◎	○	○

(2) 販売包装単位（注3）

医療用医薬品の種類	商品コード	有効期限	製造番号又は製造記号
特定生物由来製品	◎	◎	◎
生物由来製品（特定生物由来製品を除く。）	◎	◎	◎
内用薬（生物由来製品を除く。）	◎	○	○
注射薬（生物由来製品を除く。）	◎	○	○
外用薬（生物由来製品を除く。）	◎	○	○

(3) 元梱包装単位 (注4)

医療用医薬品の種類	商品コード	有効期限	製造番号又は製造記号	数量 (注5)
特定生物由来製品	◎	◎	◎	◎
生物由来製品 (特定生物由来製品を除く。)	◎	◎	◎	◎
内用薬 (生物由来製品を除く。)	○	○	○	○
注射薬 (生物由来製品を除く。)	○	○	○	○
外用薬 (生物由来製品を除く。)	○	○	○	○

(注1) 「◎」: 必ず表示するもの (必須表示)、

「○」: 必ずしも表示しなくて差し支えないもの (任意表示) であるが、販売包装単位及び元梱包装単位については、新バーコード表示が可能な製造販売業者から表示の実施を順次進める。

(注2) 調剤包装単位とは、製造販売業者が製造販売する医薬品を包装する最小の包装単位をいう。例えば、錠剤やカプセル剤であれば PTP シートやバラ包装の瓶、注射剤であればアンプルやバイアルなどである。

(注3) 販売包装単位とは、通常、卸売販売業者等から医療機関等に販売される最小の包装単位をいう。例えば、錠剤やカプセル剤であれば調剤包装単位である PTP シートが 100 シート入りの箱、注射剤であれば 10 アンプル入りの箱などである。

(注4) 元梱包装単位とは、通常、製造販売業者で販売包装単位を複数梱包した包装単位をいう。例えば、販売包装単位である箱が 10 箱入った段ボール箱などである。なお、元梱包装単位とは、原則として開封されていない状態で出荷されるものであり、販売包装単位が規定数量に満たないもの及び2種以上の販売包装単位を詰め合わせたものを除く。

(注5) 数量は、元梱包装単位に含まれる販売包装単位の数量とする。

(注6) 医療用医薬品に係る販売包装単位及び元梱包装単位への新バーコード表示は不要とする。

(注7) 放射線遮へい用鉛容器に収納されている放射性医薬品に係る調剤包装単位への新バーコード表示は、放射線遮へい用鉛容器に行うこととする。

(注8) 製剤見本への新バーコード表示は不要とする。調剤包装単位への新バーコード表示を行う場合は、製品と同じ新バーコードを表示する。

(注9) 臨床試用医薬品への新バーコード表示については、調剤包装単位への表示は必要とするが、販売包装単位及び元梱包装単位への表示は不要とする。

(注10) 医療用ガスのうち、定置式超低温貯槽に納入された液体酸素及び液体窒素への新バーコード表示は不要とする。

(注11) 抗生物質等の皮内反応用薬への新バーコード表示については、調剤包装単

位への表示は必要とするが、販売包装単位及び元梱包装単位への表示は不要とする。

2 商品コード

(1) 商品コードは、個々の医薬品の包装単位の種類ごとに付される JAN (以下「共通商品コード」という。) の先頭に、調剤包装単位においては「0」、販売包装単位においては「1」、元梱包装単位においては「2」を付けた14桁のコードとする。

(2) 共通商品コードは、次のとおり付番する。

- 共通商品コードは個々の医薬品の包装単位の種類 (注) ごとに付すこと。ただし、元梱包装にあつては販売包装と同一の共通商品コードとすること。したがって、調剤包装の共通商品コードは販売包装の共通商品コードとは別の共通商品コードとなるものであること。
- 共通商品コードは販売を行う会社ごとに付番すること。ただし、医療用麻薬製品及び医療用ガスについては、製造販売を行う会社ごとに付番すること。
- 過去に使用した共通商品コードは、当該共通商品コードを使用していた医薬品が販売中止されてから少なくとも10年経過してからでなければ、再使用してはならないこと。ただし、特定生物由来製品に使用した共通商品コードは、再使用してはならないこと。

(注) 調剤包装では、10錠の PTP シートと21錠の PTP シートは別の種類として取り扱うものであること。

3 共通商品コードの変更

共通商品コードを変更する必要がある場合又は変更してはならない場合は、次のとおりとする。

		調剤包装の 共通商品コード	販売包装の 共通商品コード
1	代替新規申請により、ブランド名は変更せず、剤形及び有効成分の含量 (又は濃度等) に関する情報を付した販売名に変更した場合	×	○
2	代替新規申請により、ブランド名を変更した場合	○	○
3	有効成分以外の成分又はその分量を変更した場合	×	×
4	製剤の色、形状又は大きさを変更した場合 (原則、添付文書が改訂される場合であり、医薬品製造販売承認事項一部変更承認の場合)	○	×

5	調剤包装単位又は販売包装単位の表示内容、デザインを変更した場合	×	×
6	薬価基準において、銘柄別収載から統一名収載に移行した場合又は統一名収載から銘柄別収載へ移行した場合	×	×
7	販売を行う会社が社名を変更した場合	×	×
8	販売を行う会社を変更した場合（合併・吸収の場合を除く。）	○	○

(注1) ○：共通商品コードを変更する必要がある。

×：共通商品コードを変更してはならない。

(注2) 個別の事情によっては、上記の共通商品コード変更の要否に該当しないケースもありうる。

例：・添加物の変更により生物由来製品であったものがそうでなくなった場合・製剤の色、外形、寸法、におい、味等が明らかに変更となった場合

(注3) 製薬企業の社名変更などにより、製品の販売名称（屋号など）の変更を行う場合は表中の2に該当する。

4 バーコードシンボル体系

包装単位及び表示するデータに応じ、次のとおり、日本工業規格 X0509（情報技術-自動認識及びデータ取得技術-バーコードシンボル体系仕様-GS1 データバー）に規定する GS1 データバー二層型、GS1 データバー限定型、GS1 データバー二層型合成シンボル CC-A 若しくは GS1 データバー限定型合成シンボル CC-A 又は日本工業規格 X0504（バーコードシンボル-コード128-基本仕様）に規定するコード128を用いる。

(1) 調剤包装及び販売包装

商品コードに加え製造番号又は製造記号及び有効期限を表示する場合は、GS1 データバー限定型合成シンボル CC-A を用いる。表示面積が小さい場合は、GS1 データバー二層型合成シンボル CC-A を用いることができる。

商品コードのみ表示する場合は、GS1 データバー限定型を用いる。表示面積が小さい場合は、GS1 データバー二層型を用いることができる。

(2) 元梱包装

コード128を用いる。

5 データ要素の表記順及びアプリケーション識別子

データ要素の表記順及びアプリケーション識別子は、日本工業規格 X0531（技術情報-EAN/UCC アプリケーション識別子と FACT データ識別子、及びその管理）を踏まえ、次のとおりとする。

データ要素	表記順	アプリケーション識別子
商品コード	1	01
有効期限	2	17 又は 7003
数量	3	30
製造番号又は製造記号	4	10 又は 21

6 新バーコード表示の実施時期

(1) 特定生物由来製品及び生物由来製品の全ての包装単位、注射薬（生物由来製品を除く。）の調剤包装単位及び販売包装単位並びに内用薬（生物由来製品を除く。）及び外用薬（生物由来製品を除く。）の販売包装単位：平成20年9月（ただし、年1回しか製造していないもの等特段の事情があるものについては平成21年9月）以降に製造販売業者から出荷されるものに表示する。

(2) 内用薬（生物由来製品を除く。）及び外用薬（生物由来製品を除く。）の調剤包装単位：平成27年7月（ただし、年1回しか製造していないもの等特段の事情があるものについては平成28年7月）以降に製造販売業者から出荷されるものに表示する。

7 その他

(1) 現在、販売包装単位に日本工業規格 X0507（共通商品コード用バーコードシンボル）により表示されているバーコード及び元梱包装単位に日本工業規格 X0502（物流商品コード用バーコードシンボル）により表示されているバーコードについては、少なくとも平成25年9月までは医療用医薬品の販売包装単位及び元梱包装単位への新バーコード表示と併記することとし、平成27年7月（ただし、年1回しか製造していないもの等特段の事情があるものについては平成28年7月）以降に製造販売業者から出荷されるものについてはこれらを表示しないこと。

(2) バーコードで表示される情報のうち医薬品を特定する商品コードについては、医療機関等において円滑に利用されるようその管理運用が一元的に行われることが望ましいこと。そのため、各製品の販売業者がこれら商品コードを一般財団法人医療情報システム開発センターに登録し、同センターが商品コードを管理し、そのデータを医療機関等に提供することとされていること。

(3) 調剤包装単位の包装形態によっては直接表示では読み取りが困難なものがあるため、そのようなものに対しては、新バーコードと販売名等を印刷したシールを1枚毎に剥離できるような複層ラベルとしたものを1調剤包装単位当たり1枚以上、二次容器又は販売包装単位の容器に貼付することでも差し支えないこと。

(4) PTPシート、坐剤コンテナ、点眼などのユニットドーズなどの連包状の内袋については1連に少なくとも1箇所の新バーコード表示を行うこと。

(5) 内袋（PTPシート、分包シート等）への新バーコード表示に際しては、コード全体を枠囲みすることが望ましく、エンドレスデザインレイアウトの場合は必ず枠囲みすること。

(6) 販売包装単位及び元梱包装単位のうち必須表示以外のデータについては、今後の表示状況及び利用状況を踏まえ、可能な製造販売業者から新バーコード表示に順次取り組むこと。

医政経発0629第2号
薬食安発0629第2号
平成24年6月29日

各 都道府県
政令市
特別区 衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局経済課長

厚生労働省医薬食品局安全対策課長

「医療用医薬品へのバーコード表示の実施要項」の一部改正について

医療用医薬品のバーコード表示については、平成18年9月15日付薬食安発第0915001号厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知「医療用医薬品のバーコード表示の実施要項について」(平成19年3月1日付薬食安発0301001号厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知「「医療用医薬品のバーコード表示の実施要項」の一部改正について」により一部改正)の別紙により示してきました。

今般、実施要項の一部を改正し、別添のとおり、日本製薬団体連合会会長等に通知いたしましたので、ご了解願います。

医政経発0629第3号
薬食安発0629第3号
平成24年6月29日

(別記) 殿

厚生労働省医政局経済課長

厚生労働省医薬食品局安全対策課長

「医療用医薬品へのバーコード表示の実施要項」の一部改正について

医療用医薬品のバーコード表示については、平成18年9月15日付薬食安発第0915001号厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知「医療用医薬品のバーコード表示の実施要項について」(平成19年3月1日付薬食安発0301001号厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知「医療用医薬品のバーコード表示の実施要項」の一部改正について)により一部改正)の別紙により示してきました。

今般、実施要項の一部を改正し、別添のとおり、日本製薬団体連合会会長等に通知いたしましたので、ご了解願います。

(別記)

社団法人 日本医師会 会長
社団法人 日本歯科医師会 会長
公益社団法人 日本薬剤師会 会長
一般社団法人 日本病院薬剤師会 会長
公益社団法人 日本看護協会 会長
社団法人 日本助産師会 会長
公益社団法人 日本臨床工学技士会 会長

社団法人 日本医療法人協会 会長
社団法人 全日本病院協会 会長
公益社団法人 全国自治体病院協議会 会長
公益社団法人 日本精神科病院協会 会長
一般社団法人 日本病院会 会長
独立行政法人 国立病院機構 理事長
独立行政法人 労働者健康福祉機構 理事長

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会 会長
一般社団法人 全国公私病院連盟 会長
社会福祉法人 恩賜財団済生会 会長
日本赤十字社 社長
国家公務員共済組合連合会 会長
社団法人 全国社会保険協会連合会 会長
財団法人 厚生年金事業振興団 理事長
社会福祉法人 北海道社会事業協会 会長
社団法人 地方公務員共済組合協議会 会長
全国厚生農業協同組合連合会 会長
健康保険組合連合会 会長
財団法人 船員保険会 会長

宮内庁長官官房秘書課長
法務省矯正局矯正医療管理官
文部科学省高等教育局医学教育課長
防衛省人事教育局衛生官
独立行政法人 国立印刷局病院運営担当部長

独立行政法人 国立国際医療研究センター 理事長
独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 理事長
独立行政法人 国立がん研究センター 理事長
独立行政法人 国立長寿医療研究センター 理事長
独立行政法人 国立成育医療研究センター 理事長
独立行政法人 国立循環器病研究センター 理事長

資料 5

PMDA
医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構

fmda No.30 2012年 4月

気管チューブの取扱い時の注意について

PMDA 医療安全情報

- ・PMDA 医療安全情報 No.30 「気管チューブの取扱い時の注意について」
- ・PMDA 医療安全情報 No.31 「注射用放射性医薬品の取扱い時の注意について」
- ・PMDA 医療安全情報 No.32 「閉鎖式吸引カテーテルの取扱い時の注意について」

POINT 安全使用のために注意するポイント

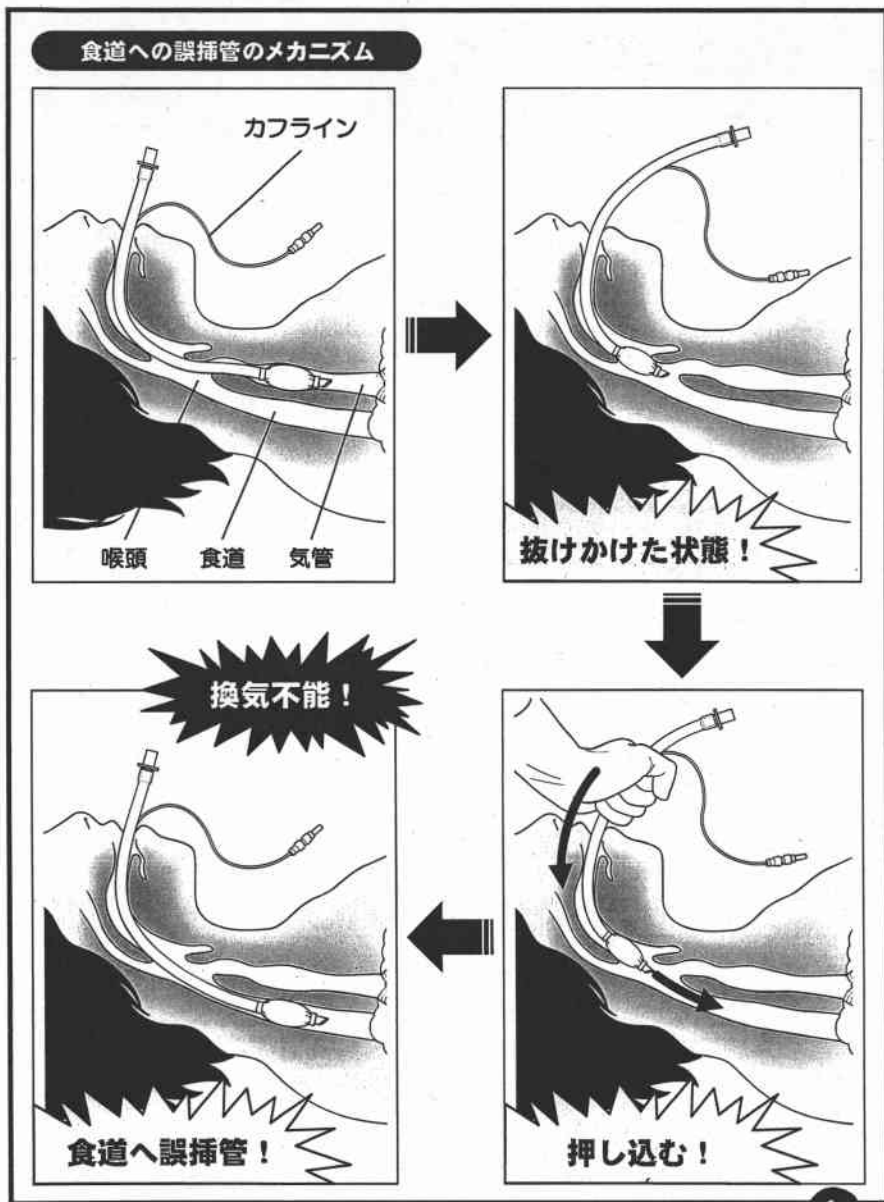
(事例1) モニタのSpO2下限アラームが鳴ったので確認したところ、気管チューブが食道に誤挿管されていることがわかった。

1 気管チューブが抜けかけた場合の注意点

- 抜けかけた気管チューブを発見しても、あわてて押し込まないこと。



気管チューブが抜けかけているのを発見した場合は、速やかに医師に連絡しましょう。また、再挿管後は、呼吸音を聴取するなどして、適切に挿管されたことを確認しましょう。



気管チューブが抜けている場合には、すでにチューブ先端が気管から逸脱しているおそれがあります。この場合、そのまま気管チューブを押し込むと、食道に誤挿管される危険があります。

(事例2) 人工呼吸器の分時換気量低下アラームが鳴ったので確認したところ、カフラインが患者の首もとに落ちていた。

2 気管チューブを固定する際の注意点

- 気管チューブを固定する際は、カフラインが患者の歯に接触しないように注意すること。



本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び薬事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
- * この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではなく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構

fmda No.31 2012年 5月

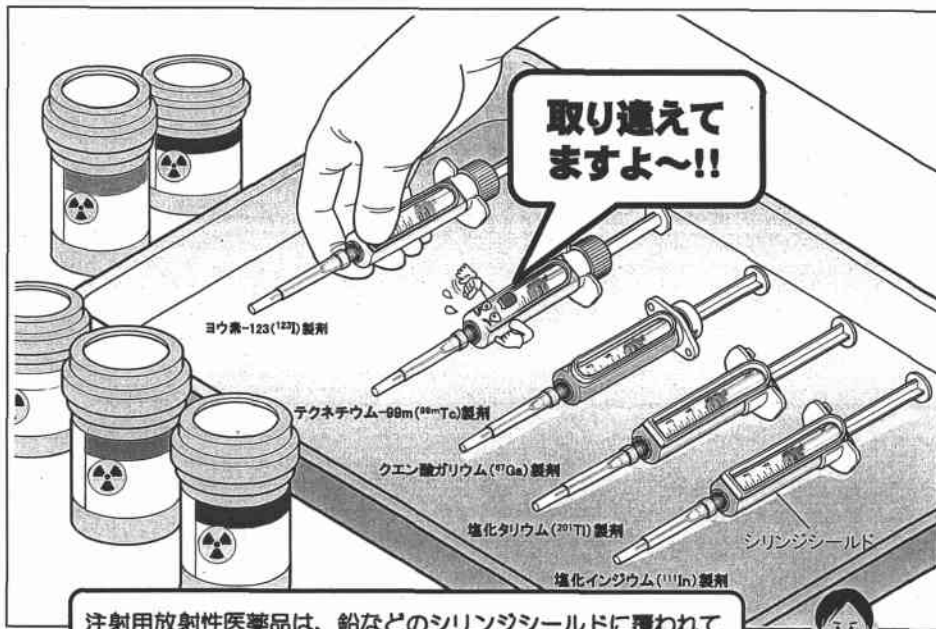
注射用放射性医薬品の取扱い時の注意について

POINT 安全使用のために注意するポイント

(事例) 骨シンテグラフィの検査のためにテクネチウム-99m (^{99m}Tc) 製剤を注射する予定であったが、並べて用意していた他の患者の脳血流測定検査用のヨウ素-123 (^{123}I) 製剤を、誤って注射してしまった。

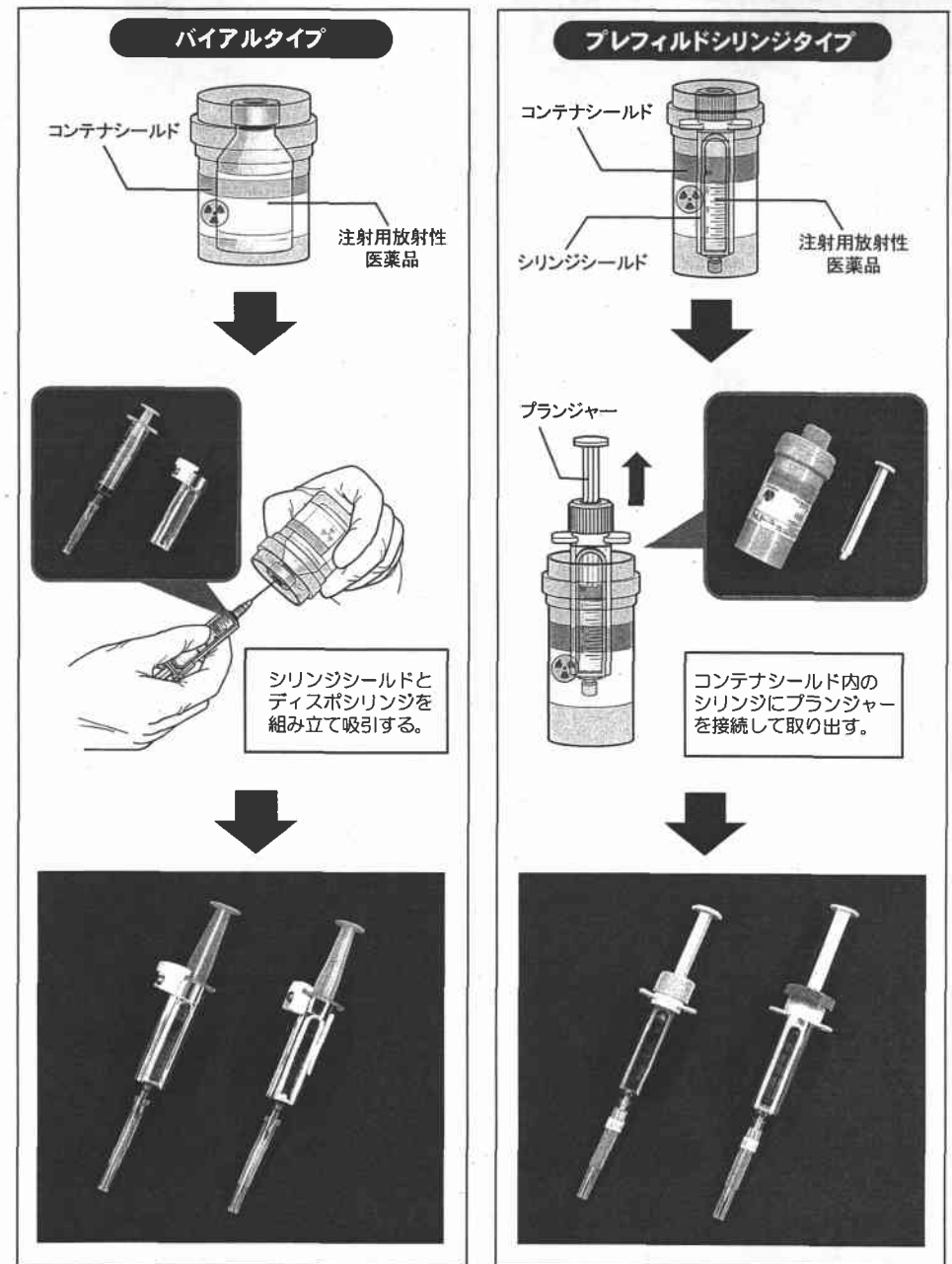
1 注射用放射性医薬品の取り違えに関する注意事項

- 調製済みの注射用放射性医薬品を複数準備する際は、取り違えに注意すること。



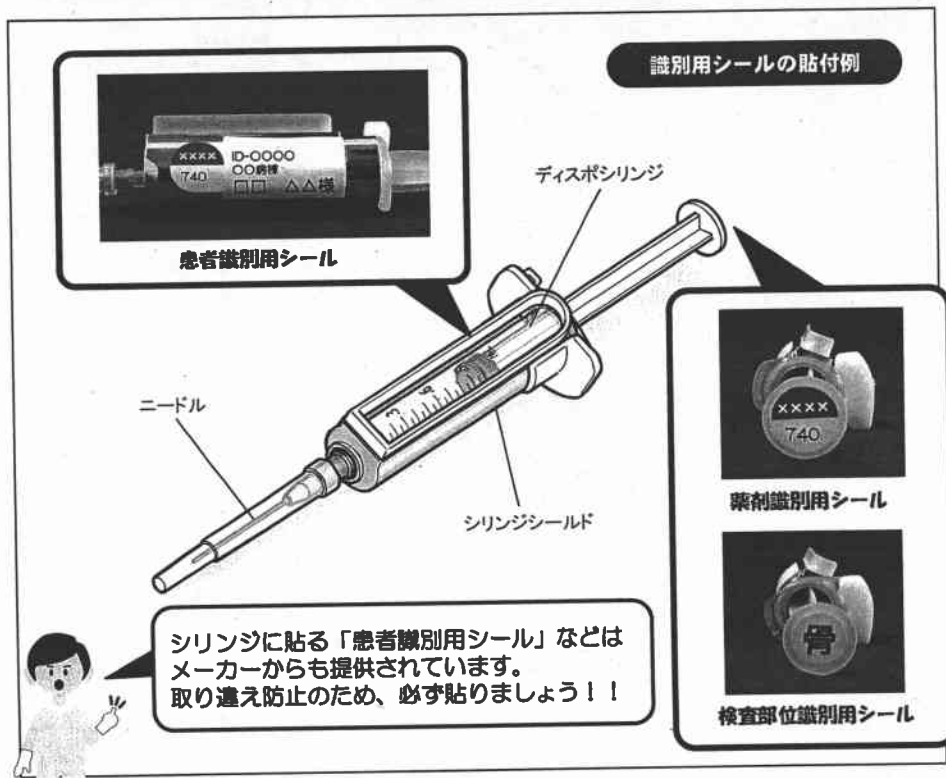
注射用放射性医薬品は、鉛などのシリンジシールドに覆われて準備されるため、外観が非常に類似しており、取り違えを起こさない工夫が必要です。

注射用放射性医薬品の調製



2 取り違えを起こさないための工夫

- 調製準備の際に、必ず患者名等を記載した識別シールを貼ること。



本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び薬事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
- * この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではなく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構

Pmda No.32 2012年 6月

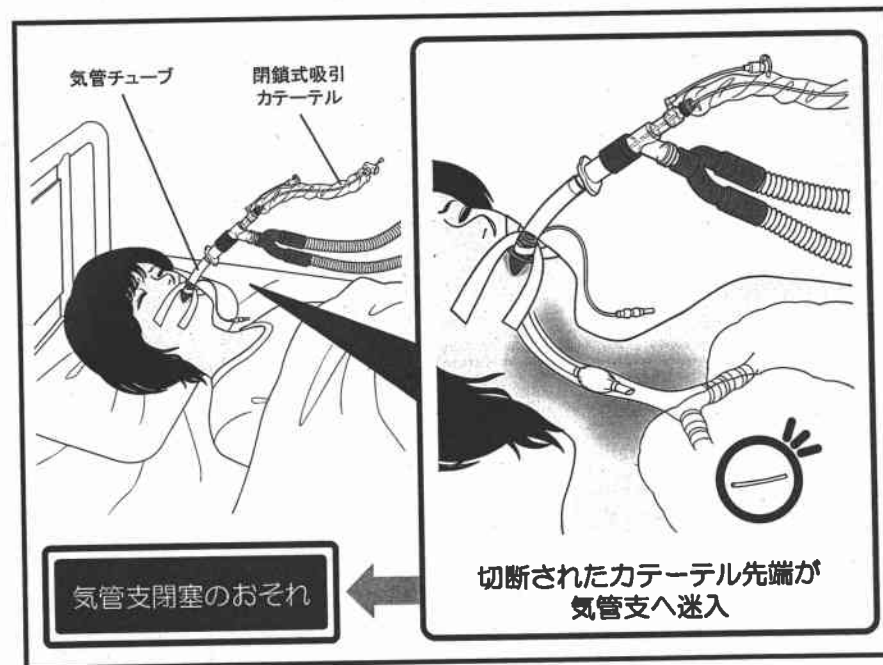
閉鎖式吸引カテーテルの 取扱い時の注意について

POINT 安全使用のために注意するポイント

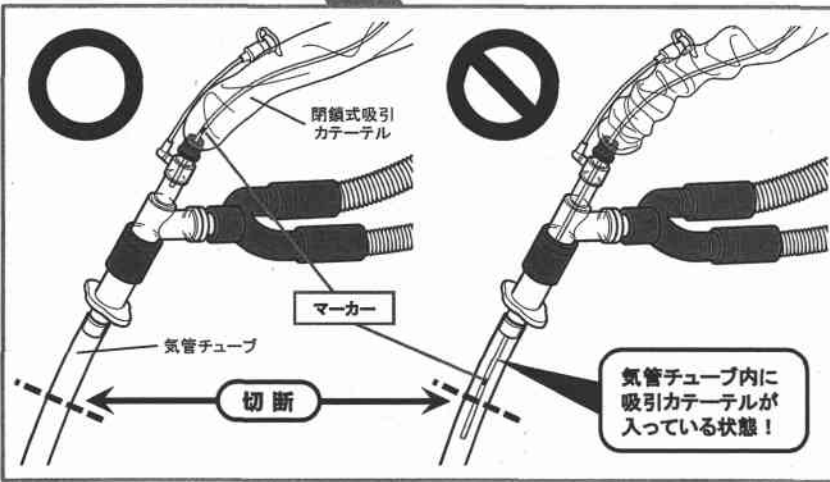
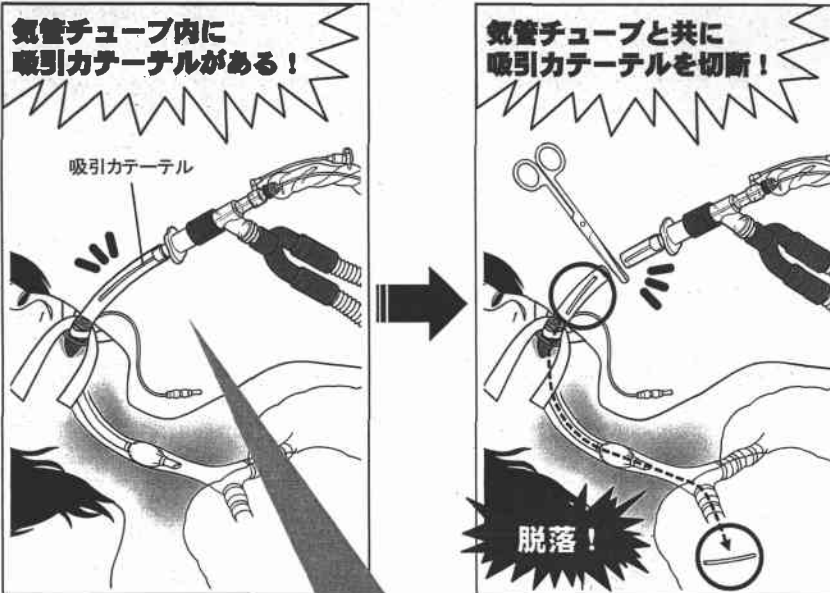
- (事例) 胸部レントゲン写真で肺に異常陰影を認めたため、気管支鏡を行ったところ、気管支内に閉鎖式吸引カテーテルの先端を発見した。

1 気管チューブの長さ調節(切断)の際の注意点

- 気管チューブの長さ調節のためにチューブを切る際には、閉鎖式吸引カテーテルの先端位置に注意すること。



吸引カテーテルの切断・脱落のメカニズム

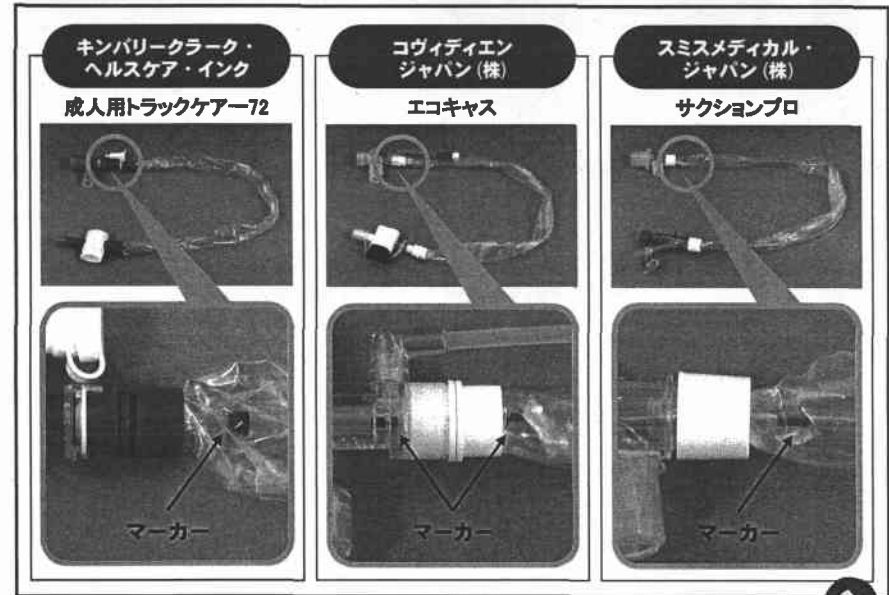


長さ調節のために気管チューブを切る場合には、閉鎖式吸引カテーテルの先端が気管チューブから引き戻されていることを確認しましょう。

2 使用方法に関するその他の注意点

- 吸引後は、必ず吸引カテーテルを気管チューブ内から引き戻すこと。

閉鎖式吸引カテーテルの一例



気管チューブ内に、吸引カテーテルを挿入したままにしておくと、気道抵抗が高くなる原因になります。気管吸引後は、吸引カテーテル先端のマーカー位置を確認しましょう。

本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び薬事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
- * この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではなく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。

医療安全対策検討会議 医薬品・医療機器等対策部会設置要綱

平成13年8月
医薬食品局安全対策課

1. 設置目的

医療安全の専門的事項に関する審議を行うため、医療安全対策検討会議の下に医薬品・医療機器等対策部会（以下「部会」という。）を設置する。

2. 検討事項

部会の検討事項は、医薬品、医療機器等の物の要因に係る安全管理対策に関する事項とする。

3. 組織等

- (1) 部会の委員は、別紙のとおりとする。なお、専門の事項について検討を行うため必要があるときは、専門委員を置くことができる。
- (2) 部会長を置き、部会の委員の互選によりこれを定める。

4. 部会の運営等

- (1) 審議は、原則として公開とする。
- (2) 部会は、審議の必要に応じ、適当と認める有識者等を参考人として招致することができる。

5. 庶務

部会の庶務は、医薬食品局安全対策課安全使用推進室において総括し、及び処理する。

6. その他

この設置要綱に定めるもののほか、部会の運営等に関し必要な事項は、部会長が定める。

厚生労働省医療安全対策検討会議

平成24年度

医療安全対策検討会議

中長期的な方針及び緊急対策の策定
わが国の医療安全対策の評価助言等

医薬品・医療機器等対策部会

物の要因に係る安全管理対策の検討

ヒューマンエラー部会

人的・組織的要因に係る安全管理体制の
確保方策の検討

医薬品類似性検討WG

既存WG(規格, 名称類似, 注射薬,
輸液, 眼科用剤)を統合し、継続検討

医療機器安全対策検討WG

医療用具・医療機器等による
事故を防止するための検討

各種作業部会

医療安全対策検討会議設置要綱

平成13年5月
医政局総務課
医薬食品局安全対策課

1 設置目的

医療安全に関する対策の企画、立案及び関連事項に関する審議を行い、医療安全の推進を図ることを目的とする。

2 検討事項

検討会議の検討事項は、下記のとおりとする。

- (1) 医療安全の基本方針に関する事項
- (2) 医療機関の人的又は組織的要因に係る安全管理対策に関する事項
- (3) 医薬品、医療機器等の者の要因に係る安全管理対策に関する事項
- (4) その他医療安全に関する事項

3 検討会議の位置付け

検討会議は、医政及び医薬食品局長の私的懇談会とする。

4 組織等

- (1) 検討会議の委員は、別紙のとおりとする。なお、専門の事項について検討を行うため必要があるときは、専門委員を置くことができる。
- (2) 座長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (3) 検討会議に、次の左欄に掲げる2つの部会を置き、それぞれ右欄に掲げる専門的事項の検討を行うものとする。

① ヒューマンエラー部会	2 (2) に関する事項
② 医薬品・医療機器等対策部会	2 (3) に関する事項

5 検討会議の運営等

- (1) 検討会議は、審議の必要に応じ、適当と認める有識者等を参考人として承知することができる。
- (2) 審議は、原則として公開とする。

6 庶務

検討会議の庶務は、医政局総務課医療安全推進室において総括し、及び処理する。

ただし、2 (3) に係るものについては、医薬食品局安全対策課安全使用推進室において処理する。

7 その他

この設置要綱に定めるもののほか、検討会議の運営等に関し必要な事項は、座長（部会にあつては、当該部会長）が定める。