

【5】共有すべき事例

平成23年7月1日から同年12月31日に報告されたヒヤリ・ハット事例の中から、特に、広く医療安全対策に有用な情報として共有することが必要であると思われる事例^(注)を選び掲載する。

事例1 疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000018125）

事例の内容
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、「本日の処方は削除で、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。
背景・要因
重複処方があった。
薬局が考えた改善策
処方鑑査の徹底を行う。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●同じ医療機関でも、診療科が異なるとお互いの処方内容が照会されないことは少なくない。 ●本事例では、調剤薬局による薬歴管理によって重複処方に気が付き、未然に防ぐことが出来た。

注：各事例の詳細については、事例番号を利用して、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業のホームページ (<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>) 「公開データ検索」から閲覧することが出来る。

事例2 内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000018163）

事例の内容
<p>院内処方の病院より院外処方箋を受け付けた。在庫がない薬品だったため、必要量を計算し、他薬局に小分けを依頼した。その間に他の薬剤師が小児用の薬のため、体重による鑑査を行ったところ、かなり少量であることが判明した。最初の計算量では足りないため、小分けを中止し購入した。また疑義照会を行おうと再度処方箋をよく見たところ、1日量ではなく1回量で記載されていた。</p>
背景・要因
<p>日頃受け付けている処方箋はすべて1日量表示だったため、その慣れがあり、「1回〇〇mg」と記載されているのを1日量と見間違えた。</p>
薬局が考えた改善策
<p>1つの病院からの集中率が高いため、他院からの処方箋については、よりしっかり鑑査するように徹底した。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●処方箋の記載方法について、一日量と一回量の表記方法を統一することの重要性が謳われているが、現実には、いまだ混在しているのが実情である。 ●本事例では、ほとんどの場合において一日量で表記された処方箋を応需していたため、記載方法が異なった処方箋を見過ごしてしまった。 ●業務がルーチンワークになっている時ほど、その無意識に近い行動について、敢えて声出し等を行い、正しく見ることが重要である。

事例3 その他の調剤に関する場面、その他に関する事例（事例番号：000000018366）

事例の内容
用法を間違えた。
背景・要因
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。
薬局が考えた改善策
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。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none">●処方鑑査においては、種類、量、用法など、全ての情報が適切に照合されていなければならない。●しかしながら、本事例のように特に注意を要する項目があると、ハロー効果として、それ以外の項目への関心の程度が低くなることもある。

事例4 疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000018493）

事例の内容
<p>他院よりセルテプノン、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。</p>
背景・要因
<p>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。</p>
薬局が考えた改善策
<p>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。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●医療機関が異なる場合、医療機関では患者にどのような処方がされているかについての情報が集約しづらいのが現状である。 ●本事例では患者への聞取り、並びにお薬手帳が有効に活用できた事例であり、今後もこのような情報の一元化が期待される。

事例5 疑義照会、その他に関する事例（事例番号：000000018557）

事例の内容
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。
背景・要因
医師から患者への伝達不足だった。
薬局が考えた改善策
未記載
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none">●主治医の処方意図が確実に患者に伝わっていなかった事例である。●薬局で患者の様子を察知し、適切に疑義照会したことにより、誤って患者が服薬するのを未然に防ぐことが出来た。

事例6 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000018773）

事例の内容
作業中に他に調剤することが必要であったため、中断した。再開した時に確認を怠り、ピオスリー錠のところをプラダロン錠200mgが入っているのを見落とした。
背景・要因
鑑査作業中でも、別の調剤をしたり、鑑査業務をしなければならなかった。
薬局が考えた改善策
シフトを細かく改善することを提案する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●調剤や鑑査において、一連の作業を中断することは危険であるため、途中で他の作業をすることは避けることが望ましい。そのためには、作業の流れ、作業手順、人員配置を見直す必要がある。

事例7 内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000018781）

事例の内容
2年前にメイアクトMS小児用細粒10%が処方された患者だった。その際に患者は発疹が出たとのことだったが、メイアクトとの因果関係が不明と薬歴簿の表紙に記載されていた。今回、メイアクトMS小児用細粒10%が処方されたが、薬歴簿に書かれた副作用の情報欄を見逃し、投薬した。記載内容に気づいた後、処方医に連絡したところ、メイアクトMS小児用細粒10%は以前にも服用しており、発疹は出ていないとのことだった。今回も患者には発疹の症状はなかったが、患者情報のチェックミスだった。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
未記載
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●薬歴の記載と管理が適切に行われていたにもかかわらず、その情報が活かされなかった事例である。 ●過去の記載のうち、特に重要な項目については、薬歴の表紙に記載する、あるいは一目でわかるように印をつけるなどの工夫が必要である。

事例8 交付、患者間違いに関する事例（事例番号：000000018807）

事例の内容
投薬時に患者Aの名前を呼んだ際、来た人が違う患者Bだったが、そのまま薬を渡した。その後、名前を呼んだはずの患者Aが椅子に座って薬を待っているのを発見した。薬を渡した患者Bの投薬がまだだったので、患者Bに連絡し、すぐに薬を届けて薬を回収し、患者Aに届けた。
背景・要因
ちょうど混雑した時間帯であり、忙しかった。きちんと名前を2回確認する必要がある。
薬局が考えた改善策
投薬時、名前を呼ぶ時と席に着いた時の2回、名前を確認する必要がある。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●患者の間違いは最も危険なインシデントの1つである。 ●患者の名前を呼ぶだけでは、異なる患者であっても、誤って返事をする場合があり、場合によっては、同姓同名の患者の場合も考えられる。 ●そのため、投薬時は患者本人に名前を言ってもらい、あるいは薬袋の名前を患者とともに確認するなどを行い、患者の確認方法を徹底することが必要である。さらには、複数の視点で、患者確認を行うことが重要である。

事例9 内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000018877）

事例の内容
いつも同じ処方であっていたのでそのつもりで調剤していたが、今回、「デパケンR錠200、2錠/分2」から「1錠/分1」に減量していたのを見落としした。入力した薬剤情報提供文書と異なっていたため、間違いに気付いた。
背景・要因
思い込みで処方せんを読んだので、減量に気付かなかった。
薬局が考えた改善策
同じ処方が続いても、調剤前の処方せん鑑査を徹底する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●いつも同じ処方であってくる患者の場合には、漫然と調剤をしがちであるため、仮に薬剤師が一人しかいない場合でも、声に出して薬を読み上げる、指さし呼称するなどの工夫が必要である。

事例10 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000018972）

事例の内容
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。
背景・要因
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。
薬局が考えた改善策
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。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●患者が入退院することにより、薬の情報の流れが途絶えてしまう危険がある。 ●入退院による薬歴の空白が生じないよう、お薬手帳を活用するなど、病院と診療所が連携することにより、入院中の薬の変更などの情報が確実に退院後の医療機関に伝わるよう、努める必要がある。

事例11 内服薬調剤、薬袋の記載間違いに関する事例（事例番号：000000019427）

事例の内容
<p>施設に入所している患者だった。薬はいつも施設職員が取り来ていた。「クレメジン細粒 分包2g、6g/分3、毎食後2時間30分、28日分」が処方されていたが、薬袋の用法の記載が「1日1回、毎食後2時間30分、1回3包」で記載されていたことに気付かず、そのまま渡した。午後になり、施設の職員から電話があり、薬袋の記載間違いを指摘され、「昼に記載どおり3包飲ませてしまった。すぐに正しいものを持ってきて欲しい。」と連絡があった。処方医に連絡して事情を報告し、指示を仰いだ。「今日は、夜に服用する分を飛ばして、明日より毎食後2時間30分に戻して飲んでもらえばよい。今後は気をつけてください。」と指示された。正しい記載の薬袋を持って、施設を訪問した。謝罪し、正しい薬袋を渡し、処方医からの指示を伝えた。</p>
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
投薬前に記載をよく確認する。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●高齢化に伴い、施設に入所する患者も増加することが考えられる。そのようなことで、患者本人から様子を聞くことが出来ない場合は、出来る限り、施設の職員から情報を得ることが必要である。 ●また、施設の職員が入所している患者の薬を管理することも考えられるため、患者名、用法、用量などが薬袋に正しく記載されているかを、施設の職員などと確認する必要がある。

事例 1 2 内服薬調剤、薬袋の記載間違いに関する事例（事例番号：000000019440）

事例の内容
処方は「1日2錠、1日2回朝夕食後」であったが、「1日1回朝食後」とレセコンに誤登録したため、誤った薬袋、薬剤情報提供文書が発行され、「1日1回朝食後、1回2錠」と誤って印刷されたものを交付した。患者が帰宅後、薬歴を確認した際に誤りが判明した。電話連絡し、患者宅に正しいものと交換に行った。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
レセコン入力後の再確認、投薬時の処方箋と薬剤、薬袋、薬剤情報提供文書の再確認を怠らないようにする。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●レセコンと呼ばれるレセプト（診療報酬明細書）作成コンピュータは、レセプト作成の機能に留まらず、現在では入力した情報を用いて、薬袋、お薬手帳、薬剤情報提供文書、調剤録などの調剤支援機器としても使用されており、多くの場合、レセコンへの情報の入力は医療事務員によって行われている。 ●患者名、生年月日、販売名、投与量、用法、用量、服薬のタイミング、投与日数、後発医薬品への変更などのレセコンへの入力ミスは、調剤や薬剤情報提供文書等の誤りを引き起こす可能性があり、今までも、処方せんの誤読やマスターからの選択ミス、前回情報の誤引用などによるレセコンの誤入力が、ヒヤリ・ハット事例として報告されている。 ●レセコン入力は一人の作業員によって行われ、原本のデータと入力したデータとの確認は必須である。 ●さらに、レセコン入力を担当する人の見直しや、原本と入力したデータの照合方法、入力したデータではなく、処方せん原本に基づく調剤など、医薬品安全管理責任者を中心として各施設の実情に合った見直しと対策が必要である。

事例13 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000019957）

事例の内容
<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（仕事の途中で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。「メイアクト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>
背景・要因
<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>
薬局が考えた改善策
<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>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ● 「医薬品の相互作用による事故防止は、薬歴を管理する薬剤師の責務である。 ● セフゾンカプセルとフェロミア錠の併用で、セフジニルの吸収が約10分の1まで阻害される旨などが、それぞれの添付文書に記載されている。 ● この事例は、薬剤師が医薬品の相互作用と患者の生活リズムなどを確認し、治療と服薬効果などの総合的判断に基づく提案を医師に行い、医師がそれに同意して処方変更が行われた事例である。 ● 薬剤師が薬の特性や患者の意見を把握し、最適な薬物療法を行うために、医療チームの中での薬剤コーディネーターとなることは有意義である。 ● 薬剤師の疑義照会は、事故防止のみに留まらず、最適な医療が行われるためのツールとしても活用すべきである。

事例14 内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000020276）

事例の内容
<p>以前、不眠時頓用でマイスリー錠5mgが処方されていたが、今回はエチゾラム錠0.5mg「EMEC」が処方されていた。患者の話では、「マイスリー錠5mgでは4時間程で途中覚醒がある。」とのことだった。診察時、医師は併用については全く話がなく、患者も切り替えと思っていた。患者が帰宅後、念のために医師に確認したところ、併用しても良いことを確認し、患者に連絡した。</p>
背景・要因
<p>不眠は比較的軽度であり、どちらかというとおべが近いことから日中の不安の方が強い印象があった。投薬時に確認したところ、患者も併用するとは思っていなかったことから、その場での疑義照会を怠った。もう1人の薬剤師が、おべも近いことから患者の不眠が続いて、さらに日中の不安も強くなるといけないからと医師に確認することを勧めた。医師に確認したところ、マイスリー錠5mgの残薬との併用は可であるとの回答があった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>薬の切り替え、または併用であるかは、患者だけの情報に頼らず、疑義照会を行う。投薬した薬剤師と別の薬剤師の判断をすぐに仰ぐ。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ● その場では気づかなかったものの、患者に対しての医師の不完全な指示（併用可）と、患者の思い込み（薬の切り替え）との間の齟齬を、薬剤師が食い止めることが出来た良好例である。 ● 処方の変更された時には、処方箋に書いてある通りに調剤するだけでなく、医師からの説明があったか、また、患者の病態をよく聞き、疑問に思ったらそのままにせず、常に患者の利益の立場に立って、必ず疑義照会することが、薬剤師として正しい態度である。

事例15 外用薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000020304）

事例の内容
<p>バーコードを用いた調剤だった。フルメトロン点眼液0.1%で処方のところ、誤ってフルメトロン点眼液0.02%をピックアップした。入力もフルメトロン点眼液0.02%だったため調剤印を押してしまい、調剤録のチェックをする際でも見過ごした。鑑査者が発見した。</p>
背景・要因
<p>バーコードを用いたピックアップの時点ではフルメトロン点眼液0.02%だったため、入力通りだった。その時点で整合されていたため、正しいものだと安心してしまった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>バーコードを用いたピックアップを行う際は、その時点では正しくても、その前の段階の入力が間違えているかもしれないことに注意する。バーコードを用いたピックアップであることに安心せず、調剤印を押す前に怠らず、しっかりと再確認する。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●バーコードによる調剤は、得てしてバーコードを読ませることに注意が向き、薬剤名の確認がおろそかとなる、もしくは、この事例のように、そもそも入力が誤っていて、情報上は整合していても、もともとの処方内容と食い違っているといったこともあり得る。 ●バーコードによる調剤だからといって、誤りはなくなるわけではなく、新しい形態の誤りが生じることもある。このことを十分に認識し、処方と薬剤の確実な一致確認が調剤の基本であることを、改めて確認する必要がある。

事例16 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000020308）

事例の内容
抗アレルギー剤のクラリチン錠10mgが処方されていたところ、ザイザル錠5mgを投薬した。
背景・要因
前々回はクラリチン錠10mgが処方されており、前回はザイザル錠5mgが処方されていた。患者は効果が同じであると感じていた。ザイザル錠5mgは1日2回で服用していたため、患者は1日1回で服用していたクラリチン錠10mgを希望し、今回はクラリチン錠10mgで処方されていた。調剤棚の配列が隣同士であったため、意識をせずにザイザル錠5mgを取ってしまった。
薬局が考えた改善策
思い込みをせず、しっかり実物を見て調剤する。調剤棚の配列を変える。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none">● 同じ薬効の薬の処方変更が度々ある場合には、特に混乱しやすい。● 同種同効薬は、薬剤棚では隣接して置くことがあり、配列を変えて気づくことは難しいと推測される。それだけに、調剤は処方箋とのitem-by-item（一項目ずつ）の読み上げ、実物の薬との比較照合が基本であり、この基本動作を徹底することが重要である。

事例17 内服薬調剤、分包間違いに関する事例（事例番号：000000020545）

事例の内容
1か月前、認知症の患者本人が錠剤を吐き出すと家族代理人から申し出があった。1か月前に粉砕することが出来る錠剤だけを粉砕して渡した。その際、薬歴に「プロタノールS錠15mgは粉砕不可」と調べた結果を記入していた。1か月後の2回目投薬時にプロタノールS錠15mgも粉砕出来たと思い込み、前回の薬歴を見ないでプロタノールS錠15mgを粉砕し投薬した。窓口で薬を見せている時に、患者家族から「緑の錠剤（プロタノールS錠15mg）は粉砕していなかったですよ。」と気づいてもらった。
背景・要因
薬剤師1人で慌てていた。
薬局が考えた改善策
前回の薬歴をしっかりと見る。粉砕不可の薬は前の薬歴を見ながら確実に調剤する。粉砕履歴のノートをつける。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●粉砕を希望する患者との大前提のもとに、粉砕不可の薬を粉砕してしまったという問題である。一種の例外処理であり（粉砕することを基本した時に、粉砕しないで渡す）、薬剤師の記憶に頼るのではなく、改善策にあるように、粉砕ノートなどに記録をつけ、必ずそれを確認することが望まれる。 ●また、今回のケースでは、窓口での薬の確認時に、患者家族からの疑問により誤りに気づいた点は、重要なポイントである。患者や家族もチーム医療の一員であると考え、窓口での双方向のコミュニケーションをとることが重要である。

事例 18 内服薬調剤、秤量間違いに関する事例（事例番号：000000021233）

事例の内容
秤量計に秤量紙を乗せ、ゼロ点補正を行った後、フェノバル散10%を72g、アンナカ「ヨシダ」を9g計るべきところを、ゼロ点補正を行わなかったため、秤量値に秤量紙2g×2回（合計4g）分の誤差が生じた。そのため、フェノバル散10%を70g、アンナカ「ヨシダ」を7gしか量らなかったことになった。
背景・要因
夕方近くに処方に来て、散剤の調剤を行わなければいけないということもあり、患者を待たせないように急いで薬剤を秤量しようとして、ゼロ点補正の確認を怠ったことが原因であると考えられる。
薬局が考えた改善策
散剤の秤量を行う時は、必ずゼロ点補正を行うことを心掛ける。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ● 天秤の水平調整、ゼロ点調整は、始業時と秤量時に行うべきである。 ● また、秤量時のゼロ点調整は秤量前と秤量後に行い、ゼロ点を確認してから薬を秤量し、秤取した薬を乳鉢等に移し、秤量紙を天秤に戻した際にも、ゼロ点を確認することが必要である。 ● 多くの薬局では、薬包紙や秤量皿を使用しており、秤量する薬品の量によって異なるため、秤量毎のゼロ点調整は必須であり、業務手順書にも明記すべき事項である。 ● 秤量の誤りについては鑑査時に発見することも可能であるが、1日量ごとの重量鑑査では薬品量が少量の場合は誤差の範囲に入ることも考えられる。そのような場合、全量鑑査を行うことで秤量の誤りを発見することが出来る。 ● 重量鑑査等の鑑査の手順についても業務手順書に明記し、遵守する必要がある。

事例19 内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000021338）

事例の内容
<p>歯科を受診した初来局の患者だった。アンケートの既往歴の喘息、心臓病、緑内障にチェックがあり、サリグレンカプセル30mgの処方があったが、そのような現病、既往歴のある患者には禁忌の処方であった。アンケートの確認不足で投薬時に気づかず、そのまま渡してしまい、1時間後の薬歴記入時に気づき、医師と患者に連絡し、サリグレンカプセル30mgは服用中止になった。</p>
背景・要因
<p>当時は薬剤師が1人しかおらず、他に患者が待っているという焦りから、アンケートの確認がおろそかになっていた。併用薬の方に目が行き、既往歴の方のチェックが甘かった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>どんな状況にあっても、併用薬の確認はもちろんのこと、当然のことながら既往歴、現病歴の確認も紙面だけではなく、患者から具体的に聞き出して確認をしていかななくてはいけないと改めて感じたため、それを徹底する。</p>

その他の情報
<p>特記事項なし</p>

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●初来局の方に記入してもらおうアンケート（問診票）は、処方された医薬品を適正に調剤し、安全に使用していただくために必要な情報を収集する目的で行われている。 ●記入者の中には詳細まで記入しない場合もあり、投薬時に詳細を聞きだしながら説明する必要がある。 ●アンケート用紙については、記入者側と確認する薬剤師側の双方が使いやすい形になるよう、定期的な見直しが必要である。

事例 2 0 疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000021513）

事例の内容
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であることに対し、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。
背景・要因
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。
薬局が考えた改善策
紹介先での処方は、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。
その他の情報
処方された医薬品：セレニカR顆粒40%
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ● 紹介状等により治療が引き継がれる時に、紹介状に不備がある場合や処方せん記載時に不備がある場合、当日の症状により紹介内容と異なる処方をする場合など、様々な理由で薬品が変更になることがある。 ● 薬局では紹介状の内容を知ることは困難なため、薬剤交付時にお薬手帳等で転院前の治療を確認することや、紹介前の薬品と比較することで、安全に治療が継続されるよう努めなければならない。 ● 本事例では、処方元で判断出来ない状況において、紹介元まで確認することで安全な治療の継続に貢献することが出来た。

事例21 医薬品の販売、説明間違いに関する事例（事例番号：000000021605）

事例の内容
患者が、乗り物酔いの薬が欲しいとのことで、トラベルミンを販売した。しかし、その後に患者の家族が来局され、患者が緑内障であることが分かった。トラベルミンは緑内障患者には禁忌となっているため、トラベルミンを返品して、他の商品を販売した。
背景・要因
患者は処方箋をいつも持って来ており、薬歴も存在していたが、その活用を怠ったため、緑内障ということに気がつかなかった。また、患者に対して、しっかり問診が出来ていなかった。販売した薬剤師は商品に対しての知識が不足していた。
薬局が考えた改善策
一般用医薬品の販売時は、しっかり患者に対して問診を行い、注意して服用することを確認の上、説明する。また最低限、薬局内で販売されている薬剤については、販売時に何を聞かれても答えられるように、しっかり勉強をしておく必要がある。
その他の情報
・特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●トラベルミン錠は抗ヒスタミン成分の「ジフェンヒドラミンサリチル酸塩」と、交感神経刺激作用の「ジプロフィリン」が配合された、第二類医薬品である。 ●一般用医薬品の販売においては、薬剤師または登録販売者による説明が必須であり、たとえ商品を指名された場合でも、十分な問診を行い、使用上の注意を説明する必要がある。 ●点眼薬や貼付剤の併用薬の場合は、購入時に使用していることを伝え忘れる方も多いため、「身体に使用しているものすべて」を聞き取って判断する必要がある。 ●対応した薬剤師個人の知識によらず、購入者が安全に医薬品を使用することが出来るように、一般用医薬品の販売に対する業務手順書を作成し、遵守する必要がある。

事例2 2 その他の調剤に関する場面、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000021726）

事例の内容
メトトレキサート錠2mgの処方で、薬剤師が成分名の処方と思い、コンピュータへの処方入力時に、メソトレキセート錠2.5mgを選択してしまった。リウマチの患者への使用だった。他の薬剤師がメソトレキセート錠2.5mgは適応外であることを指摘し、処方せんを再確認したところ、間違いであることを発見し、正しい薬を調剤、交付した。
背景・要因
薬剤師はリウマチ用のリウマトレックスカプセル2mgとメソトレキセート錠2.5mgが同じ成分であることを知っていた。また後発医薬品のメトトレキサート錠2mgの存在を知らなかった。メトトレキサート錠2mgとメソトレキセート錠2.5mgは薬品名が類似していた。成分が同じであり、間違いやすかった。
薬局が考えた改善策
同成分でも規格により適応が異なる医薬品があるため注意をする。患者の予測される疾病と処方薬の照合をしながら、薬を選択するように心がける。
その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●一般名である「メトトレキサート (Methotrexate)」は、臨床的に抗リウマチ、または抗悪性腫瘍の2つの目的で使用されており、同じ一般名であっても含量によって、その効能、用法、用量が異なる。 ●また、抗リウマチ剤の後発医薬品である「メトトレキサート」と抗悪性腫瘍薬である「メソトレキセート」は、名称、および音韻が類似しており、英語表記ではともに「METHOTREXATE」と同じ表記である。 ●薬局の改善策にもあるように、調剤においては薬歴やお薬手帳、患者から得られた情報等を総合的に判断し、その内容と処方薬が正しいことを照合しながら調剤することが重要である。 ●さらに、入力時に販売名の薬効が抗リウマチ剤、もしくは抗悪性腫瘍薬であることが分かるように、レセコンの販売名の後に薬効を表示させることや、調剤時に処方箋に記載された含量を「○ (丸)」で囲んだり、線を引いたりするなど、視覚的に注意を促す必要がある。

事例 2 3 内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000021894）

事例の内容
処方箋をFAXで受信した。アレグラ錠60mgが処方されていたため調剤し、用意していた。来局時に持参された処方箋原本にはアレグラ錠60mgが削除されていたが、気づかず調剤した。
背景・要因
処方箋が3枚あり、薬剤数も多かったため、FAXと原本の照らし合わせが不十分だった。
薬局が考えた改善策
FAXと原本の照合は確実にを行う。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●患者の待ち時間を短縮するために行っているファックス送信がミスが発生させる要因となった事例である。 ●ファックス受信後に変更がありうることを前提として、患者が持参した処方箋とファックスの内容が一致しているかを始めに確認する必要がある。 ●処方箋とファックスの照合後は、使用したファックスは処方箋と異なる場所に置き、その後の調剤では、処方箋のみ用いて行うことが大切である。 ●調剤および鑑査では、常に処方箋と薬の実物を一致させることを基本動作として励行する。 ●また、ファックス送信後に処方変更があった場合は、処方箋にその旨が分かるように記載するよう、医療機関に依頼することも1つの方法である。

