

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
第17回集計報告
(2017年1月～6月)

2017年9月26日



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故防止事業部

本事業の内容(年報・集計報告、事例等)は、以下のホームページから閲覧・検索していただけます。
(公財)日本医療機能評価機構 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業トップページ：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/>

- 年報・集計報告 : <http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/report/>
- 分析テーマ : <http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/report/analysis/>
- 共有すべき事例 : http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/sharing_case/
- 事例検索 : <http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/phsearch/SearchReport.action>

目次

【1】 事業参加薬局	1
【2】 報告件数	2
【3】 報告内容	7
【4】 販売名に関する集計	19
【5】 共有すべき事例	24

※本集計報告は、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.c.or.jp/>

※この情報の作成にあたり、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す目的で作成されたものではありません。

【1】事業参加薬局

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の参加薬局数は次の通りである。

1. 事業参加薬局数

事業参加薬局数	8,971
---------	-------

※ 2017年6月30日現在の薬局数を示す。

2. 事業参加薬局数の推移

	2017年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
新規事業参加薬局数	17	9	19	171	40	135	—	—	—	—	—	—
登録取下げ薬局数	1	2	8	14	90	5	—	—	—	—	—	—
累 計	8,716	8,723	8,734	8,891	8,841	8,971	—	—	—	—	—	—

※ 登録取下げの理由は、薬局開設者変更、薬局廃止、所在地変更、薬局名称変更などである。

3. 都道府県別事業参加薬局数

都道府県	薬局数	都道府県	薬局数	都道府県	薬局数	都道府県	薬局数
北海道	567	東京都	848	滋賀県	67	香川県	103
青森県	138	神奈川県	756	京都府	129	愛媛県	96
岩手県	70	新潟県	214	大阪府	478	高知県	98
宮城県	345	富山県	48	兵庫県	314	福岡県	488
秋田県	101	石川県	50	奈良県	75	佐賀県	145
山形県	66	福井県	17	和歌山県	36	長崎県	125
福島県	168	山梨県	85	鳥取県	26	熊本県	190
茨城県	149	長野県	101	島根県	57	大分県	70
栃木県	239	岐阜県	136	岡山県	123	宮崎県	112
群馬県	161	静岡県	186	広島県	145	鹿児島県	110
埼玉県	225	愛知県	202	山口県	584	沖縄県	48
千葉県	214	三重県	197	徳島県	69	合 計	8,971

【2】報告件数

薬局ヒヤリ・ハット事例^(注1)の報告件数は以下の通りである。

1. 報告件数

	2017年
報 告 月	1月～6月
事業参加薬局数 ^(注2)	9,091
事業参加薬局のうち報告のあった薬局数	437
報 告 件 数	2,627

2. 月別報告件数

	2017年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
事業参加薬局数 ^(注3)	8,716	8,723	8,734	8,891	8,841	8,971	—	—	—	—	—	—
報 告 件 数	359	368	442	366	440	652	—	—	—	—	—	—

3. 薬剤師数別事業参加薬局数及び報告件数

薬剤師数 (常勤換算)	事業参加薬局数	報告件数
	2017年1月～6月	2017年1月～6月
1 人	1,734	202
2 人	3,201	560
3 人	1,882	592
4 人	984	471
5 人	528	284
6 人	297	140
7 人	159	186
8 人	101	24
9 人	49	16
10 人	50	32
11人以上	106	120
合 計	9,091	2,627

(注1) 薬局ヒヤリ・ハット事例として報告される情報は、「医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例」「誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例、または軽微な処置・治療を要した事例（軽微な処置・治療とは、消毒・湿布・鎮痛剤投与等とする）」「誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例」である。但し、本事業において「医療」とは医療行為と関連する全ての過程とする。このうち、本事業において収集対象とする事例は、医薬品または特定保険医療材料が関連した事例であって、薬局で発生した、または発見された事例とする。

(注2) 2017年1月～6月に事業に参加していた薬局数を示す。

(注3) 各月末の薬局数を示す。

4. 処方せんを応需した回数別事業参加薬局数及び報告件数

処方せんを応需した回数 (月間)	事業参加薬局数	報告件数
	2017年1月～6月	2017年1月～6月
0～500回	1,189	63
501～1000回	2,470	491
1001～1500回	2,132	590
1501～2000回	1,482	681
2001～2500回	727	278
2501～3000回	439	152
3001～3500回	220	103
3501～4000回	182	66
4001回以上	250	203
合 計	9,091	2,627

5. 医療用医薬品の取扱品目数別事業参加薬局数及び報告件数

医療用医薬品の取扱品目数	事業参加薬局数	報告件数
	2017年1月～6月	2017年1月～6月
0品目	4	0
1～100品目	25	0
101～500品目	651	58
501～1000品目	3,957	690
1001～1500品目	3,020	1,126
1501～2000品目	1,079	603
2001～2500品目	259	125
2501～3000品目	68	22
3001品目以上	28	3
合 計	9,091	2,627

6. 後発医薬品の取扱品目数別事業参加薬局数及び報告件数

後発医薬品の取扱品目数	事業参加薬局数	報告件数
	2017年1月～6月	2017年1月～6月
0品目	7	0
1～100品目	1,769	78
101～500品目	6,420	2,403
501～1000品目	860	142
1001～1500品目	24	1
1501～2000品目	3	0
2001～2500品目	2	1
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	6	2
合 計	9,091	2,627

7. 一般用医薬品の取扱品目数別事業参加薬局数及び報告件数

一般用医薬品の取扱品目数	事業参加薬局数	報告件数
	2017年1月～6月	2017年1月～6月
0品目	855	78
1～10品目	1,773	512
11～50品目	2,945	1,213
51～100品目	1,147	396
101～150品目	425	168
151～200品目	328	125
201～250品目	148	26
251～300品目	260	23
301～500品目	480	57
501～1000品目	435	27
1001品目以上	295	2
合 計	9,091	2,627

8. 処方せんを応需している医療機関数別事業参加薬局数及び報告件数

処方せんを応需している 医療機関数	事業参加薬局数	報告件数
	2017年1月～6月	2017年1月～6月
0	16	0
1～10	1,714	274
11～20	1,788	279
21～30	1,437	343
31～40	923	197
41～50	850	286
51～60	474	323
61～70	383	108
71～80	282	254
81～90	206	111
91～100	249	130
101以上	769	322
合 計	9,091	2,627

9. 後発医薬品調剤率別事業参加薬局数及び報告件数

後発医薬品調剤率	事業参加薬局数	報告件数
	2017年1月～6月	2017年1月～6月
10%未満	178	6
10%以上20%未満	981	23
20%以上30%未満	1,523	47
30%以上40%未満	1,666	132
40%以上50%未満	913	128
50%以上60%未満	742	228
60%以上70%未満	1,208	825
70%以上80%未満	1,364	953
80%以上90%未満	487	275
90%以上	29	10
合 計	9,091	2,627

10. 地域別事業参加薬局数及び報告件数

地域	事業参加薬局数	報告件数
	2017年1月～6月	2017年1月～6月
北海道	575	239
東北	900	137
関東甲信越	3,039	932
東海北陸	846	205
近畿	1,114	414
中国四国	1,316	238
九州沖縄	1,301	462
合計	9,091	2,627

11. 報告件数別事業参加薬局数

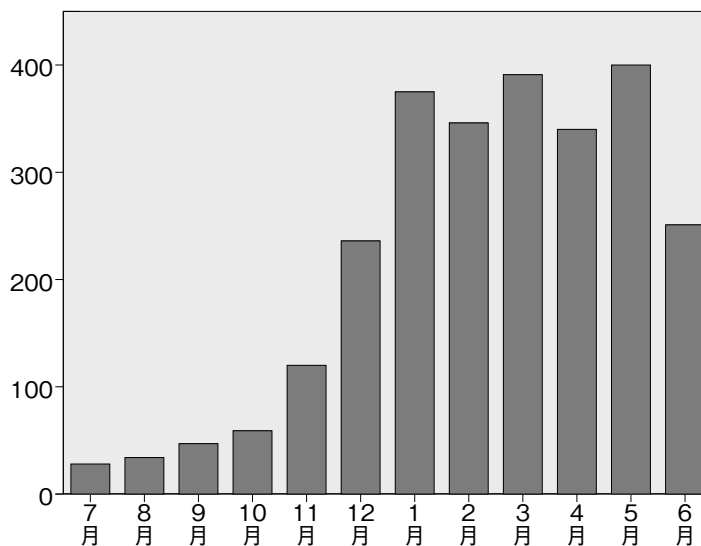
報告件数	事業参加薬局数
	2017年1月～6月
0	8,654
1～5	318
6～10	69
11～20	24
21～30	12
31～40	8
41～50	1
51以上	5
合計	9,091

【3】報告内容

2017年1月1日から同年6月30日に報告された薬局ヒヤリ・ハット事例2,627件について、各項目の集計を行った結果は以下の通りである。なお、割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

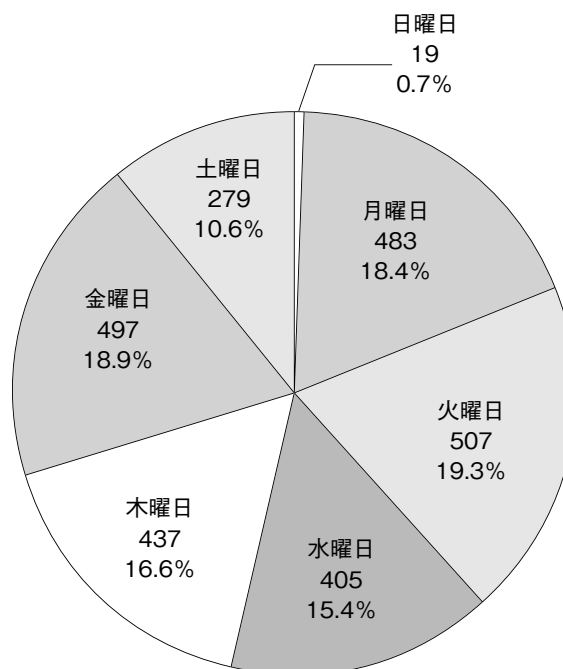
1. 発生月

発生月	件数
7月	28
8月	34
9月	47
10月	59
11月	120
12月	236
1月	375
2月	346
3月	391
4月	340
5月	400
6月	251
合計	2,627



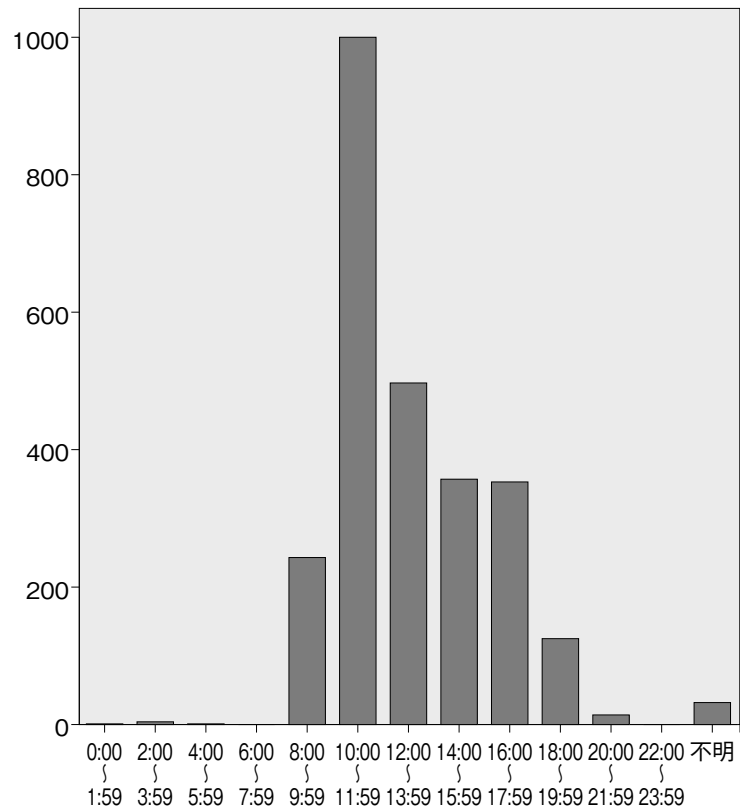
2. 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	19
月曜日	483
火曜日	507
水曜日	405
木曜日	437
金曜日	497
土曜日	279
合計	2,627



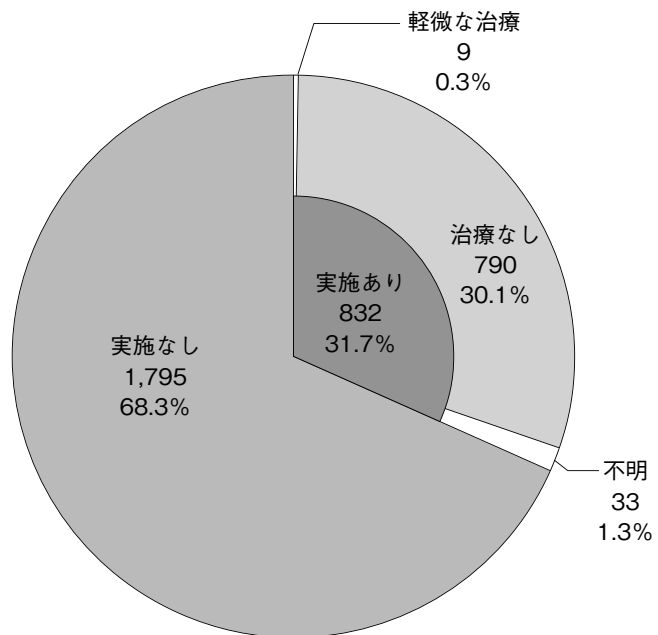
3. 発生時間帯

発生時間帯	件数
0 : 00～ 1 : 59	1
2 : 00～ 3 : 59	4
4 : 00～ 5 : 59	1
6 : 00～ 7 : 59	0
8 : 00～ 9 : 59	243
10 : 00～11 : 59	1,000
12 : 00～13 : 59	497
14 : 00～15 : 59	357
16 : 00～17 : 59	353
18 : 00～19 : 59	125
20 : 00～21 : 59	14
22 : 00～23 : 59	0
不明	32
合 計	2,627



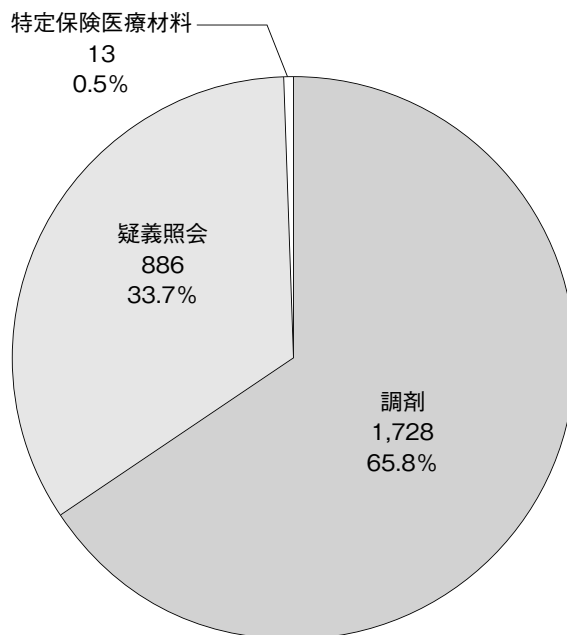
4. 実施の有無・治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	9
実施あり・治療なし	790
実施あり・不明	33
実施なし	1,795
合 計	2,627



5. 事例の概要

事例の概要 <small>(注1)</small>	件数
調 剤 <small>(注3)</small>	1,728
疑 義 照 会 <small>(注2) (注3)</small>	886
特定保険医療材料	13
医薬品の販売	0
合 計	2,627



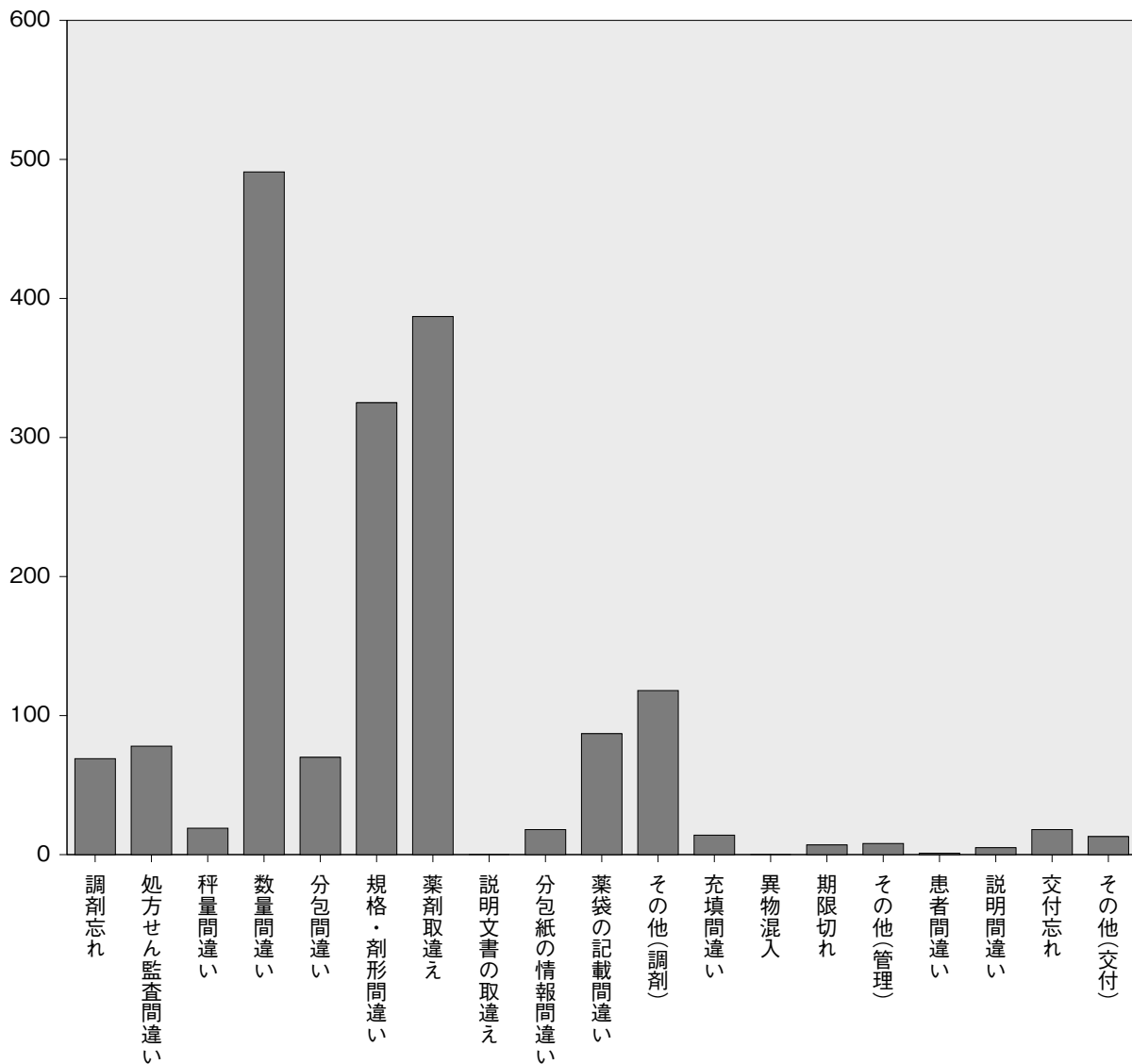
(注1) 薬局ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。2頁(注1)参照。

(注2) 「疑義照会」は、医療機関で発生した処方士の誤りを薬局で発見した事例が大半を占めている。

(注3) 調剤の過程において疑義照会を行わなかったが、その後疑義が生じた事例は、「調剤」に集計している。

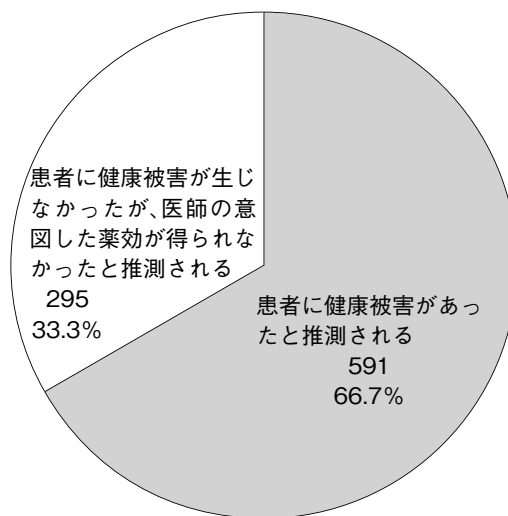
1) 調剤に関する項目

発生場面	事例の内容	件数	発生場面	事例の内容	件数
調 剤	調 剤 忘 れ	69	管 理	充 填 間 違 い	14
	処方せん監査間違い	78		異 物 混 入	0
	秤 量 間 違 い	19		期 限 切 れ	7
	数 量 間 違 い	491		そ の 他 (管 理)	8
	分 包 間 違 い	70	交 付	患 者 間 違 い	1
	規 格 ・ 剤 形 間 違 い	325		説 明 間 違 い	5
	薬 剤 取 違 え	387		交 付 忘 れ	18
	説 明 文 書 の 取 違 え	0		そ の 他 (交 付)	13
	分 包 紙 の 情 報 間 違 い	18	合 計		1,728
	薬 袋 の 記 載 間 違 い	87			
	そ の 他 (調 剤)	118			

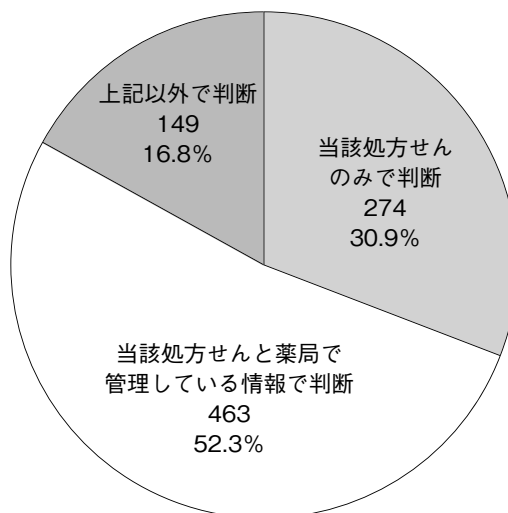


2) 疑義照会に関する項目

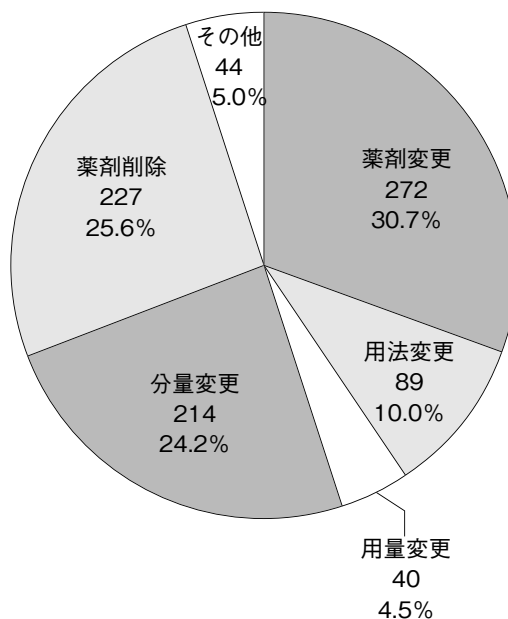
仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	591
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	295
合 計	886



疑義があると判断した理由	件数
当該処方せんのみで判断	274
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	463
上記以外で判断	149
合 計	886

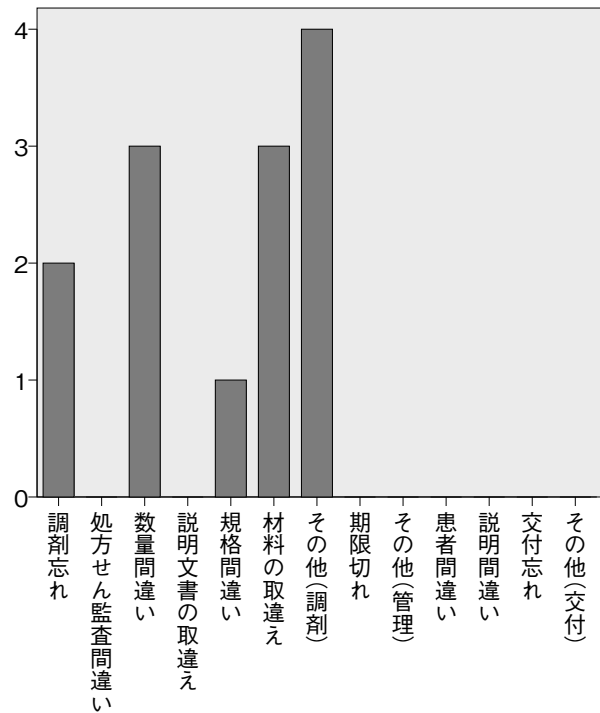


変更内容	件数
薬 剤 変 更	272
用 法 変 更	89
用 量 変 更	40
分 量 変 更	214
薬 剤 削 除	227
そ の 他	44
合 計	886



3) 特定保険医療材料に関する項目

発生場面	事例の内容	件数
調 剤	調 剤 忘 れ	2
	処方せん監査間違い	0
	数 量 間 違 い	3
	説明文書の取違い	0
	規 格 間 違 い	1
	材 料 の 取 違 え	3
	そ の 他 (調 剤)	4
管 理	期 限 切 れ	0
	そ の 他 (管 理)	0
交 付	患 者 間 違 い	0
	説 明 間 違 い	0
	交 付 忘 れ	0
	そ の 他 (交 付)	0
合 計		13

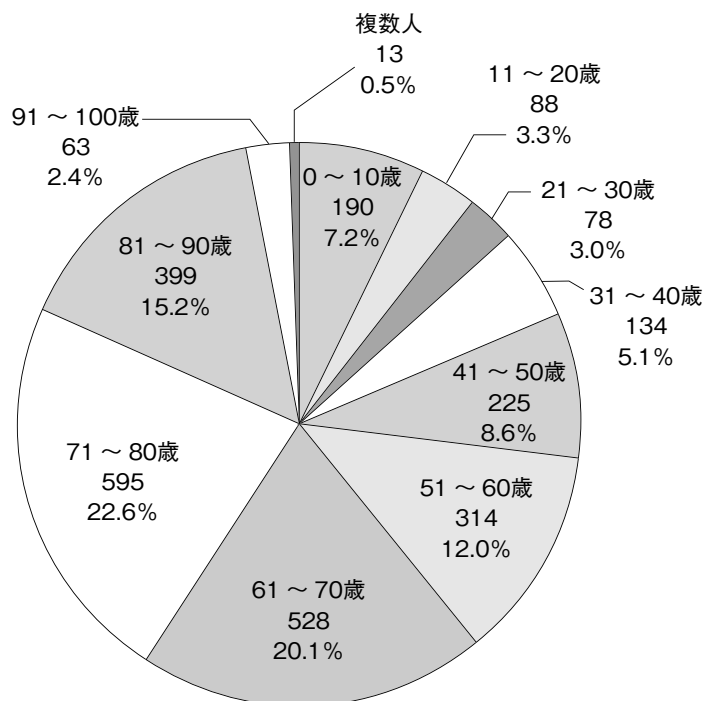


4) 医薬品の販売に関する項目

事例の内容	件数
商 品 間 違 い	0
説 明 間 違 い	0
期 限 切 れ	0
そ の 他	0
合 計	0

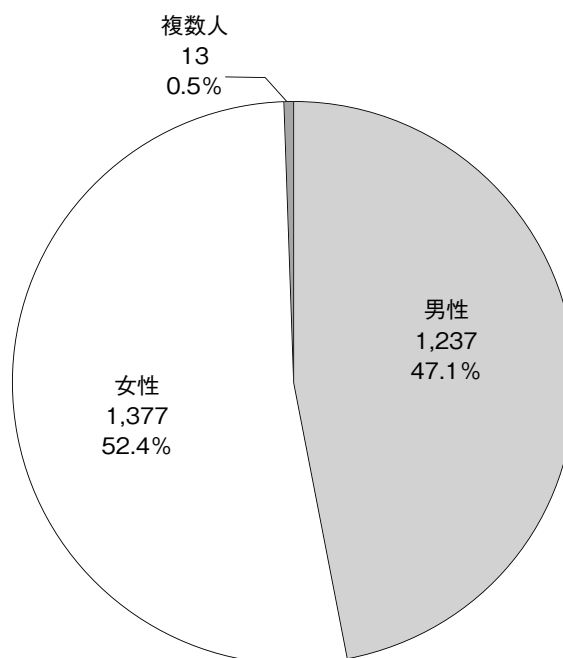
6. 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～ 10歳	190
11～ 20歳	88
21～ 30歳	78
31～ 40歳	134
41～ 50歳	225
51～ 60歳	314
61～ 70歳	528
71～ 80歳	595
81～ 90歳	399
91～100歳	63
101歳以上	0
複 数 人	13
合 計	2,627



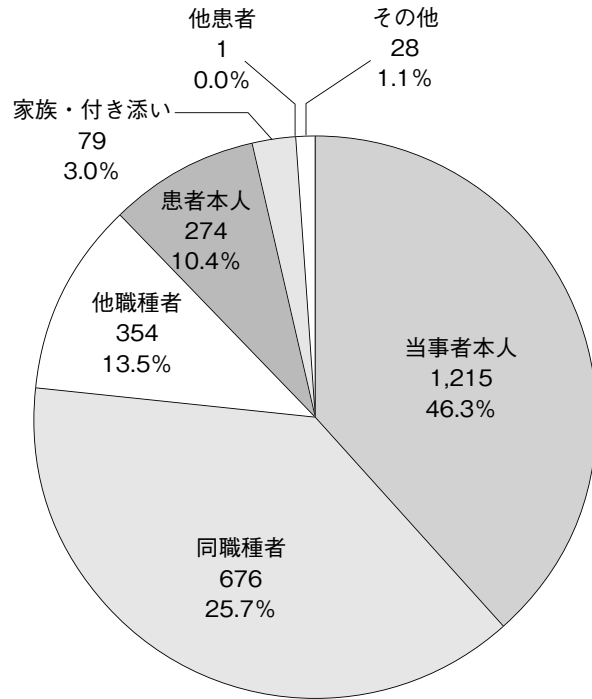
7. 患者の性別

患者の性別	件数
男 性	1,237
女 性	1,377
複 数 人	13
合 計	2,627



8. 発見者

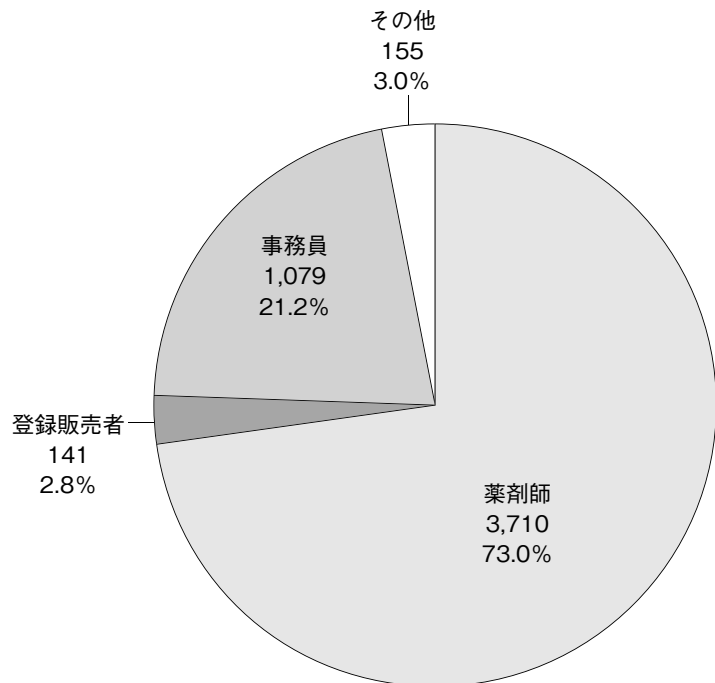
発見者	件数
当事者本人	1,215
同職種者	676
他職種者	354
患者本人	274
家族・付き添い	79
他患者	1
その他	28
合計	2,627



9. 当事者

当事者	件数
薬剤師	3,710
登録販売者	141
事務員	1,079
その他	155
合計	5,085

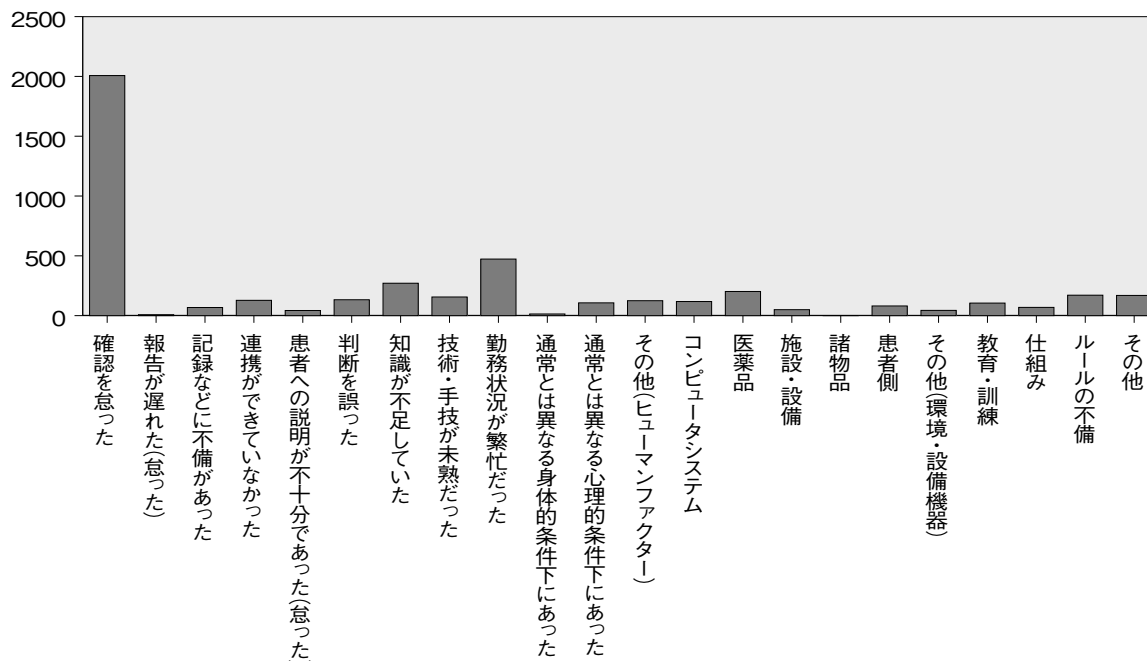
※「当事者」は複数回答が可能である。



10. 発生要因

項目		件数	
当事者の行動に関わる要因	確認を怠った	2,007	
	報告が遅れた(怠った)	8	
	記録などに不備があった	68	
	連携ができていなかった	128	
	患者への説明が不十分であった(怠った)	43	
	判断を誤った	133	
背景・システム・環境要因	ヒューマンファクター	知識が不足していた	271
		技術・手技が未熟だった	156
		勤務状況が繁忙だった	473
		通常とは異なる身体的条件下にあった	14
		通常とは異なる心理的条件下にあった	107
		その他(ヒューマンファクター)	125
	環境・設備機器	コンピュータシステム	118
		医薬品	202
		施設・設備	50
		諸物品	1
		患者側	81
		その他(環境・設備機器)	44
	その他	教育・訓練	105
		仕組み	69
		ルールの不備	171
		その他	169
		合計	4,543

※「発生要因」は複数回答が可能である。



1 1. 発生要因×事例の概要

発生要因	事例の概要				合 計
	調剤	疑義照会 ^(注)	特定保険 医療材料	医薬品の 販売	
確認を怠った	1,608	387	12	0	2,007
報告が遅れた（怠った）	7	1	0	0	8
記録などに不備があった	33	35	0	0	68
連携ができていなかった	53	75	0	0	128
患者への説明が不十分であった（怠った）	29	14	0	0	43
判断を誤った	108	24	1	0	133
知識が不足していた	155	115	1	0	271
技術・手技が未熟だった	143	11	2	0	156
勤務状況が繁忙だった	435	38	0	0	473
通常とは異なる身体的条件下にあった	10	4	0	0	14
通常とは異なる心理的条件下にあった	99	7	1	0	107
その他（ヒューマンファクター）	73	52	0	0	125
コンピュータシステム	49	69	0	0	118
医薬品	144	57	1	0	202
施設・設備	35	15	0	0	50
諸物品	1	0	0	0	1
患者側	10	71	0	0	81
その他（環境・設備機器）	16	28	0	0	44
教育・訓練	64	41	0	0	105
仕組み	47	22	0	0	69
ルールの不備	163	7	1	0	171
その他	16	153	0	0	169
合 計	3,298	1,226	19	0	4,543

※「発生要因」は複数回答が可能である。

(注)「疑義照会」は、医療機関で発生した処方誤りを薬局で発見した事例が大半を占めている。そのため、「発生要因」は、処方誤りが発生した医療機関における発生要因の内容が選択されている事例が大半である。

12. 発生要因×当事者

発生要因	当事者				合 計
	薬剤師	登録販売者	事務員	その他	
確認を怠った	2,865	85	826	122	3,898
報告が遅れた (怠った)	14	1	3	0	18
記録などに不備があった	102	2	28	20	152
連携ができていなかった	204	5	62	12	283
患者への説明が不十分であった (怠った)	70	1	13	5	89
判断を誤った	207	4	61	11	283
知識が不足していた	382	14	113	53	562
技術・手技が未熟だった	213	19	67	8	307
勤務状況が繁忙だった	777	32	226	10	1,045
通常とは異なる身体的条件下にあった	23	0	7	1	31
通常とは異なる心理的条件下にあった	174	6	49	2	231
その他 (ヒューマンファクター)	169	5	36	3	213
コンピュータシステム	194	4	59	11	268
医薬品	279	17	72	18	386
施設・設備	76	3	13	2	94
諸物品	2	0	1	0	3
患者側	116	27	64	4	211
その他 (環境・設備機器)	74	20	40	4	138
教育・訓練	160	5	43	7	215
仕組み	93	8	25	7	133
ルールの不備	230	23	62	8	323
その他	199	2	38	9	248
合 計	6,623	283	1,908	317	9,131

※「発生要因」、「当事者」は複数回答が可能である。

1 3. 事例の概要×実施の有無・治療の程度

事例の概要	実施の有無・治療の程度				合計
	実施あり			実施なし	
	軽微な治療	治療なし	不明		
調剤	9	785	33	901	1,728
疑義照会	0	0	0	886	886
特定保険医療材料	0	5	0	8	13
医薬品の販売	0	0	0	0	0
合 計	9	790	33	1,795	2,627

1 4. 発生時間帯×発生曜日

発生時間帯	発生曜日							合計
	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	
0：00～ 1：59	0	1	0	0	0	0	0	1
2：00～ 3：59	0	0	1	0	3	0	0	4
4：00～ 5：59	0	0	1	0	0	0	0	1
6：00～ 7：59	0	0	0	0	0	0	0	0
8：00～ 9：59	0	36	44	43	38	46	36	243
10：00～11：59	7	177	188	144	168	169	147	1,000
12：00～13：59	7	96	93	73	88	78	62	497
14：00～15：59	4	70	58	69	63	72	21	357
16：00～17：59	1	65	78	53	61	86	9	353
18：00～19：59	0	29	30	19	10	36	1	125
20：00～21：59	0	3	5	1	2	2	1	14
22：00～23：59	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	0	6	9	3	4	8	2	32
合 計	19	483	507	405	437	497	279	2,627

【4】販売名に関する集計

1. 「調剤」「疑義照会」における医療用医薬品（報告回数3,848回）^{（注1）}

（報告回数上位）

販売名	報告回数
カロナール錠200	29
セレコックス錠100mg	27
ロキソニン錠60mg	25
PL配合顆粒	22
ネキシウムカプセル20mg	17
クラリス錠200	16
セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	15
メチコバル錠500μg	15
メトグルコ錠250mg	15
クレストール錠2.5mg	13
ザイザル錠5mg	13
バイアスピリン錠100mg	13
ムコスタ錠100mg	13
リリカカプセル25mg	13

1) 医療用医薬品（事例の概要別）

（1）調剤

- 処方された医薬品（報告回数 744回）^{（注2）}
- 間違えた医薬品（報告回数 744回）^{（注2）}
- 関連医薬品（報告回数 1,031回）

（報告回数上位）

販売名	報告回数			合計
	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	関連医薬品	
メトグルコ錠250mg	5	4	4	13
ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	7	1	4	12
カロナール錠200	5	0	7	12
アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	3	6	3	12
クレストール錠2.5mg	2	1	7	10
セレコックス錠100mg	0	4	6	10
ネキシウムカプセル20mg	2	5	3	10

（注1）「医療用医薬品」の報告回数は、事例の概要の「調剤」「疑義照会」において、「処方された医薬品」「間違えた医薬品」「関連医薬品」「変更になった医薬品」に報告された医療用医薬品ごとの報告回数を示す。

（注2）「調剤」において、「処方された医薬品」と「間違えた医薬品」の報告回数は、それぞれの項目に入力された医薬品数を計上しているため、必ずしも一致しない。

(2) 疑義照会

- 処方された医薬品 (報告回数 981回) ^(注1)
 ○変更になった医薬品 (報告回数 348回) ^(注1)

(報告回数上位)

販売名	報告回数		合計
	処方された 医薬品	変更になった 医薬品	
ロキソニン錠60mg	14	6	20
カロナール錠200	9	8	17
セレコックス錠100mg	14	3	17
PL配合顆粒	14	1	15
クラリス錠200	10	4	14

2) 後発医薬品 (報告回数1,521回) ^(注2)

(報告回数上位)

販売名	報告回数
カロナール錠200	29
セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	15
メチコバル錠500μg	15
バイアスピリン錠100mg	13
アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	12
カルボシステイン錠500mg「トーワ」	12
テプレノンカプセル50mg「トーワ」	12
ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	12
カロナール錠300	10
マグミット錠330mg	10

(注1)「疑義照会」において、「処方された医薬品」と「変更になった医薬品」の報告回数は、選択項目のうち、「用法変更」「用量変更」「分量変更」「薬剤削除」を選択した場合、「処方された医薬品」のみ報告するため、必ずしも一致しない。

(注2)「後発医薬品」の報告回数は、「医療用医薬品」のうち「後発医薬品」に該当する報告回数を示す。

3) 新規収載医薬品^(注1)(報告回数21回)^(注2)

販 売 名	報告回数
ピラノア錠20mg	5
ルコナック爪外用液5%	4
デザレックス錠5mg	3
リンゼス錠0.25mg	2
グラジナ錠50mg	1
シクレスト舌下錠5mg	1
デシコビ配合錠HT	1
デシコビ配合錠LT	1
フィコンパ錠2mg	1
リアルダ錠1200mg	1
ロコアテープ	1

(注1) 当事業における「新規収載医薬品」とは、事例発生月において薬価収載1年未満の新医薬品とする。

(注2) 「新規収載医薬品」の報告回数は、「医療用医薬品」のうち「新規収載医薬品」に該当する報告回数を示す。

2. 特定保険医療材料（報告回数16回）^{（注1）}

- 処方された特定保険医療材料（報告回数 4回）
- 間違えた特定保険医療材料（報告回数 4回）
- 関連する特定保険医療材料（報告回数 8回）

販 売 名 ^{（注2）}	報告回数			合 計
	処方された 特定保険 医療材料	間違えた 特定保険 医療材料	関連する 特定保険 医療材料	
BD マイクロファインプラス	2	3	3	8
ペンニードル	2	1	2	5
ナノパスニードル	0	0	3	3

（注1）「特定保険医療材料」の報告回数は、「処方された特定保険医療材料」「間違えた特定保険医療材料」「関連する特定保険医療材料」に報告された特定保険医療材料ごとの報告回数を示す。

（注2）販売名はブランド名ごとに集計している。

3. 「医薬品の販売」における医薬品（報告回数0回）^{（注）}

販 売 名	報告回数
該当なし	0

医薬品の分類	報告回数
医療用医薬品	0
第一類医薬品	0
指定第二类医薬品	0
第二类医薬品	0
第三類医薬品	0
要指導医薬品	0
その他	0

（注）「医薬品の販売」の報告回数は、「関連医薬品」に報告された医薬品ごとの報告回数を示す。

【5】共有すべき事例

本事業では、2009年より、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を、専門家によって「共有すべき事例」として選定し、専門家からの意見である「事例のポイント」を付してホームページに掲載している^(注)。

本集計報告対象期間（2017年1月～6月）に掲載した「共有すべき事例」は30事例であり、事例の概要の内訳は次のとおりである。

事例の概要	掲載件数
調剤	15
疑義照会	15
特定保険医療材料	0
医薬品の販売	0
合 計	30

また、「共有すべき事例」を本集計報告に掲載するにあたって、次のように整理した。

調剤		
事例の内容	掲載件数	掲載ページ
調剤忘れ	1	25
処方せん監査間違い	2	26～27
秤量間違い	1	28
数量間違い	1	29
分包間違い	1	30
規格・剤形間違い	4	31～34
薬剤取違い	4	35～38
薬袋の記載間違い	1	39
疑義照会		
変更内容	掲載件数	掲載ページ
薬剤変更	7	40～46
用法変更	2	47～48
分量変更	4	49～52
薬剤削除	1	53
当該処方以外を変更	1	54

(注)「共有すべき事例」および各事例の詳細については、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/>)「共有すべき事例」「事例検索」から閲覧することができる。

1. 【調剤】調剤忘れの事例<2月-事例1> (事例番号: 000000051266)

事例の内容
<p>午前の早い時間帯でスタッフが少なく混雑していた。患者から処方箋1枚を受け取り、事務員が入力した。鑑査時に、前回処方されていたランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」1日1回朝食後35日分が今回は削除になっていることに気づき、交付時に患者に確認した。患者から「主治医がそんなに胃が痛くないのならあまり飲まない方が良いと言って、薬が減りました。」と聞いたため、交付者はランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」が中止になったと思い込んだ。後日、患者本人が2枚目の処方箋を持って来局した。処方には、ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」胃痛時頓服35回分とあった。患者は「2枚目を出すのを忘れていて申し訳ない。残っていたランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」を飲んでいました。」と話した。</p>
背景・要因
<p>処方箋の「以下余白」を確認せずに、受付、調剤、鑑査を行った。混雑しており、焦りがあった。患者との話から、2枚目の処方箋があるとは思わなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>入力時に、「以下余白」を鉛筆で丸で囲む。調剤、鑑査時も処方箋の枚数・以下余白の確認を徹底する。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●混雑時で焦りがあったという背景のもと、処方箋が複数に渡ることに気づかなかったこと、患者の言う「薬が減った」の意味を中止とってしまったこと、患者も処方箋を出し忘れたこと（処方箋が複数枚であることを病院で注意されていなかったのかもしれない）など、いくつかの事象が連鎖してしまったために生じたトラブルである。 ●事象の連鎖（event chain）を断ち切ることが求められる。 ●特に、処方箋の「以下余白」には意味があることを再度、周知徹底することが求められる。

2. 【調剤】処方せん監査間違いの事例＜4月－事例3＞（事例番号：000000051811）

事例の内容
10歳代の患者に処方されたエピペン注射液0.15mgを調剤し、交付した。その後、患者の家族から連絡があり、受診した際に体重を25kgと医師に伝えていたが、帰宅後体重を測ったら30.6kgであることがわかった。体重30kgを超える場合は通常エピペン注射液0.3mgを使用するため、疑義照会を行った結果、変更になった。
背景・要因
体重を確認するという基本的な行為をしなかった。
薬局が考えた改善策
処方箋通りの調剤ではあるが、薬局でも体重を測るなど防げる点はあったと考える。

その他の情報
<p>エピペン注射液0.15mg、0.3mgの添付文書（一部抜粋）</p> <p>【効能・効果】 蜂毒、食物及び薬物等に起因するアナフィラキシー反応に対する補助治療（アナフィラキシーの既往のある人またはアナフィラキシーを発現する危険性の高い人に限る）</p> <p>【用法・用量】 通常、アドレナリンとして0.01mg/kgが推奨用量であり、患者の体重を考慮して、アドレナリン0.15mg又は0.3mgを筋肉内注射する。</p>

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●小児に投与する医薬品の中には、体重により投与量が設定されている医薬品が少ない。処方する際は、医師が患児の付き添いの家族に体重を確認して投与量を決めることが多いが、聞き取った体重が現在の体重ではないことや日頃患児に付き添うことがない家族であれば把握できていないことがある。 ●体重により投与量が設定されている医薬品については、薬局でも体重を確認することは必須である。 ●さらに、薬局でも体重計を設置し、患者の正確な体重を把握することができれば、医薬品のより安全な使用につながる。

3. 【調剤】処方せん監査間違いの事例<6月-事例2> (事例番号:000000052900)

事例の内容
<p>患者への聞き取りにより、現在、循環器科からタンボコール錠50mg、泌尿器科からベタニス錠25mgが処方され服用していることがわかった。お薬手帳はなく、患者は薬剤情報提供文書を持参していた。両剤の組み合わせは併用禁忌にあたるため、患者に体調を確認すると、変調をきたしていると訴えがあった。当薬局で調剤した薬剤ではないが、ベタニス錠25mgとの併用によりタンボコール錠50mgの血中濃度の上昇が考えられたため、ベタニス錠25mgをすぐに中止し、早急に泌尿器科を受診するよう伝えた。</p>
背景・要因
<p>約1年間にわたり、患者は併用禁忌の組み合わせとなる薬剤を服用していた。双方の主治医に変調を訴えるも、原因がはっきりせず処方が継続された。処方医が専門以外の薬剤の知識を持ち合わせていなかった可能性があること、患者が体調の変化が薬剤に起因する可能性があるとは考えなかったこと、お薬手帳が活用されなかったことが原因として考えられる。</p>
薬局が考えた改善策
<p>患者には、お薬手帳を持参することが自身を守る必須のツールであることを説明した。当薬局では、当日の調剤以外の服薬状況についても聞き取りを行い、他の薬局で調剤された薬剤の併用禁忌等についても確認することの重要性を再認識した。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●患者が持参した薬剤情報提供文書と患者への聞き取りによって、医薬品による副作用を推測し、それを回避するために受診勧奨を行った事例である。 ●自局以外の調剤であっても、目の前の患者が服薬している医薬品については全てを把握し、それに基づいて薬学的管理・指導を行うことが大切である。

4.〔調剤〕秤量間違いの事例<5月-事例1>（事例番号：000000052292）

事例の内容
<p>初めて来局した患者から、リスペリドン細粒1%「ヨシトミ」1.5mg（0.6-0.3-0.6）毎食後14日分の処方箋を受け付け、調剤し交付した。その2週間後、2回目の来局時の処方ではリスペリドン細粒1%「ヨシトミ」1.4mg（0.5-0.3-0.6）毎食後に減量となった。翌日家族より、前回と比較して今回の薬の量がかかなり少ないと申し出があった。調べた結果、前回の調剤時に細粒として1日0.15gで調剤すべきところ10倍量の1.5gで調剤したことがわかった。直ちに家族に事実を伝え、健康状態について確認すると、鎮静とアカシジア様症状があると聞き取ったため、主治医に報告した。</p>
背景・要因
<p>不均等の薬剤の入力を行うと、システム上エラーが起きて薬剤量が正しく表示されないことがある。前回の調剤時、送られたデータが間違っていることに気づきデータを再送信したが、間違えたデータの削除を行わずに調剤した。鑑査時は、散剤指示箋の用量、用法、日数が正しいことを確認したが、秤量レシートの用量に基づいて鑑査したため、散剤指示箋と秤量レシートのデータが異なることに気付かなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>通常はひとつのデータのみが送信される。システムによる計算が確実であることから、全量チェックを省略して調剤を行っていた。今回のようなイレギュラーな調剤の場合は、必ず秤量レシートにて全量計算を行うようにした。また、データを再送信した時は、鑑査者に分かるよう散剤指示箋にマークを付けて注意喚起するようにした。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●リスペリドン細粒1%を処方量の10倍量で調剤し交付した事例である。 ●1%の細粒の場合、例えば、成分量1.5mgを細粒に換算すると0.15gとなるが、勘違いにより1ケタ換算間違いが生じる恐れがある。 ●リスペリドン細粒1%の1日の最大投与量は、細粒として1.2g（成分量12mg）であることを認識していれば、1日量を1.5gで計量した時点で間違いに気付く可能性もある。 ●計量する際に同様の換算間違いが起きやすい医薬品は、他にデパス細粒1%などがある。 ●自局で採用している医薬品の中で特に注意が必要なハイリスク薬については、薬局内で情報共有することが大切である。 ●特に新患の場合は、確認事項も多く、様々な要因により間違いを引き起こすリスクが高まることを認識することが事故の防止に繋がる。

5. 【調剤】数量間違いの事例<2月-事例2>（事例番号：000000051189）

事例の内容
<p>金曜日に受け付けたベガモックス点眼液0.5%の処方箋には、その日から使用する分と、次回行う処置の3日前から使用する分が処方されていた。当日から使用する分は手配できたが、次回の処置前に使用する分が足りなかったため、月曜日に入荷した薬を火曜日に届けることになった。月曜日に薬が入荷した後、金曜日に調剤した者と別のスタッフが不足分を揃える際、処方が5mLのところ5本調剤した。鑑査時に誤りに気付いた。</p>
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
未記載
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●トラブルが起こりやすい状況として、俗に3H（初めて、変更、久しぶり）という言葉がある。変更は変則ととらえてもよい。 ●このケースは、同一医薬品で当日からの使用分と処置3日前からの使用分が処方されたこと、欠品があったため週をまたいだ調剤となったこと、最初の調剤者とは異なるスタッフが取り揃えたことなど、行き違いが生じやすい状況が重なっていた。 ●調剤においては、3Hの状況はトラブルが起こりやすいということを念頭に置き業務にあたることが望ましい。

6.〔調剤〕分包間違いの事例<2月-事例3>（事例番号：000000051005）

事例の内容
<p>一包化調剤を行い交付した後に、手撒きで分包したニコランジル錠5mg「日医工」が分包機に1錠残っていた。患者の自宅に電話した後、持参してもらった薬を確認すると、朝食後の薬袋の中にニコランジル錠5mg「日医工」が入っていないものが1包あった。分包機に残っていた1錠を入れて調剤し直した。</p>
背景・要因
<p>分包機が古いせいか、手撒き部分に錠剤が残ることが度々起こっていた。錠剤が小さく軽いため、落下しなかった。1人の薬剤師が調剤と鑑査を行っており、忙しかったこともあって、薬が入っていないことを見逃してしまった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>忙しくても、手撒き部分に残っている薬がないか確認する。</p>

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●医薬品が分包機の中で引っかかるなどの原因で正しく一包化されないと、当該患者に正しく交付されないだけでなく、場合によっては次の患者の分包紙に混ざってしまう危険も生じる。 ●まずは分包機の調子を整え、その上で、一包の中に所定の医薬品が正しく入っていることを鑑査時に確認する必要がある。 ●また、一包化の作業を始める前には、その前に分包した患者の医薬品が分包機に残っていないかを確認することも重要である。

7. 【調剤】規格・剤形間違いの事例< 1月-事例1 > (事例番号: 000000050698)

事例の内容
<p>【般】 ビソプロロールフマル酸塩錠2.5 m g 1錠分1朝食後4 2日分の処方を受けた。ビソプロロールフマル酸塩錠2.5 m g 「日医工」を調剤するべきところ、ビソプロロールフマル酸塩錠0.6 2 5 m g 「日医工」を調剤して交付した。薬剤情報提供文書には正しい医薬品名が記載されていたため、患者の家族が間違いに気づき、服薬には至らなかった。</p>
背景・要因
<p>いつもより患者数が多かった。処方薬が定期薬であったため注意を怠った。慣れが招いた単純なミスである。</p>
薬局が考えた改善策
<p>未記載</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●ビソプロロールフマル酸塩錠は、規格毎に効能・効果（適応症）や用法・用量が異なり、用量の段階的な増量や減量についても詳細に定められている医薬品であり、「規格違いは別の医薬品である」とも言える。 ●そのため、規格の間違いは「単純なミス」では済まされない危険性が背後に潜んでいる。 ●ビソプロロールフマル酸塩錠はハイリスク薬でもあり、禁忌や副作用、規格別の適応症や用法・用量等を整理し、二重、三重の確認が求められる医薬品である。

8. 【調剤】規格・剤形間違いの事例<1月-事例2>（(事例番号：000000050897)

事例の内容
<p>リンデロン-VG軟膏0.12% 5g 4本が処方された。リンデロン-VG軟膏0.12%を4本調剤したが、鑑査の際に4本のうち2本がリンデロン-VGクリーム0.12%であることに気付いた。同日午前中に薬学生がピッキングミスしたリンデロン-VGクリーム0.12%をリンデロン-VG軟膏0.12%の箱に誤って戻していたことがわかった。</p>
背景・要因
<p>ミスが起こりやすい「軟膏」「クリーム」「V」「VG」の注意点について、薬学生への指導が行き届いていなかったことが要因の一つと考える。また、軟膏とクリームではチューブのラインの色が異なるが、調剤者は1本ずつ確認することはしなかった。「同じ箱から取り出したのだから他の薬が混入しているはずがない」という思い込みがあった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>取違えた薬を棚に戻す場合、剤形まで確実に確認する。可能な限り、他者とのダブルチェックを実施する。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●薬局における薬学生の調剤実習では、薬学生がピッキングした医薬品は患者に交付されるため、調剤行為のすべてが薬剤師の責任下で行われなければならない。 ●実習を行う薬学生に対しては、具体的な作業手順や機器類の操作方法、注意事項等について事前の説明と丁寧な実習指導が大切であり、実習生が取り揃えた医薬品等の薬剤師による確認は必須である。

9. 【調剤】規格・剤形間違いの事例<3月-事例3> (事例番号: 000000050623)

事例の内容
1 包化調剤をしていたところ、処方箋にはウルソ錠50mgと記載されていたのに、ウルソ錠100mgで調剤したことに気付いた。薬を自宅に届ける患者であったため時間をいただき、ウルソ錠50mgで調剤し直して後日届けることにした。
背景・要因
薬を自宅に届ける患者であったため、外来の患者が一段落してから調剤した。この日は処方箋枚数が多く、判断力や確認が不足していた。
薬局が考えた改善策
忙しい時こそ、処方箋をよく確認しなければいけないことを再確認した。特に日数や錠数の多い処方の一包化を行う場合は、何度も確認するべきである。
事例のポイント
●規格の誤りは、複数ある規格の存在を知らなかったことが原因となる場合が多いため、自薬局で採用した規格以外にも規格が複数存在するかどうかを知っておく必要がある。

10.〔調剤〕規格・剤形間違いの事例<5月-事例2> (事例番号:000000052284)

事例の内容
アスピンドライシロップ2%を調剤すべきところ、アスピリン散10%を調剤し交付した。
背景・要因
単純なミスであった。
薬局が考えた改善策
未記載。

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●ドライシロップや細粒などの散剤で、2規格以上の製品がある医薬品に関するヒヤリ・ハット事例である。 ●以前に比べると、メーカーによる販売中止などの措置により減ってきてはいるが、まだ多くの規格・剤形違いが存在し、取換えなどに注意が必要である。注意を要する医薬品の一部を紹介する。 <ul style="list-style-type: none"> ○タベジール散0.1%とタベジール散1% ○コデインリン酸塩散1%とコデインリン酸塩散10% ○リボトリール細粒0.1%とリボトリール細粒0.5% ○ロペミン細粒0.1%とロペミン小児用細粒0.05% ○パントシン細粒50%とパントシン散20% ○メプチン顆粒0.01%とメプチンドライシロップ0.005% ○メプチンドライシロップ0.005% (先発医薬品) と エステルチンドライシロップ0.01% (後発医薬品)

11. (調剤) 薬剤取違えの事例<3月-事例1> (事例番号:000000051615)

事例の内容
<p>テオドール錠100mg 2錠朝夕食後の処方を受け、一包化調剤した後、患者に交付した。1週間後、患者は体調不良となり医療機関を受診したところ入院となった。患者は入院後も持参した薬剤を継続して服用した。入院して3日後に、医療機関の薬剤部の薬剤師がテオドール錠100mgではなくテグレート錠100mgが調剤されていることに気づき、薬局に連絡した。その時点でテグレート錠100mgを10錠服用していた。その後、服用は中止されたが、ふらつきや意識の低下があるため主治医の管理のもと経過観察中である。</p>
背景・要因
<p>鑑査時に、名称が類似する薬剤の取り違いに気付かなかったこと、薬品棚から薬剤を取出す際に注意喚起できる対策が不十分であったことが原因と考える。</p>
薬局が考えた改善策
<p>テグレート錠100mgの薬品棚に蓋を設置し、取り出す際は2人で処方箋と薬剤を照らし合わせて行うこととした。ミーティングを実施し、取扱いに注意を要する薬剤としてスタッフ間で情報を共有した。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●名称が類似した医薬品の取り違いのうち薬効が異なる医薬品を調剤し患者が服用した場合、患者の健康に影響を及ぼす可能性が大きいと考えられるため、特に注意が必要となる。 ●3月に報告された名称が類似する医薬品の事例のうち、調剤時の取り違いや医師による処方入力間違いなどの事例で薬効が異なる医薬品の組み合わせは、プロタノールとプロスタール、ノルバスクとノルバデックス、マイスリーとマイスタン、カルデナリンとカルデミンも報告されている。 ●医薬品名の頭2文字か3文字が同じか、中間や末尾のイメージ(韻)が似ている場合に間違いが多く、特に頭文字が同じ場合は、薬品棚の配置が近くなることもリスクとなる。 ●特に医薬品を一包化した場合は、患者や家族は間違いに気づきにくいいため、調剤にはより細心の注意が必要であり、一包化調剤並びにその鑑査方法の手順を明確にし、決めた手順を遵守することが求められる。 ●過去の事例を確認し、名称が類似する医薬品の組み合わせをリストアップし、その上で、医薬品棚等に注意喚起する掲示を行うことが望ましい。

12. (調剤) 薬剤取違えの事例<3月-事例2> (事例番号:000000051288)

事例の内容
<p>【般】バルサルタン・ヒドロクロチアジド12.5mg配合錠を含む11医薬品が処方された。患者はジェネリック医薬品を希望している為、バルヒディオ配合錠EX「タナベ」をピックアップするべきところ、アムバロ配合錠「タナベ」を調剤した。最終鑑査時に間違いに気づき、調剤し直して正しい医薬品を交付した。</p>
背景・要因
<p>バルヒディオ配合錠EX「タナベ」は一般名がバルサルタン・ヒドロクロチアジド12.5mg配合錠、アムバロ配合錠「タナベ」は一般名がバルサルタン・アムロジピン配合錠で、名称が類似している事が原因の一つと考える。二剤は同効薬で、どちらも配合錠であり、含有されている一成分が同じであるため、思い込みがあった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>一般名処方から商品名への変換を注意して行う。思い込みをせず、自己鑑査を行ってから最終鑑査へ回す。</p>

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●一般名処方が頻繁となり、その名称の類似性による誤調剤が数多く報告されている。 ●特に、血圧降下剤や糖尿病用剤などの配合剤には、配合されている成分の一部が同じ医薬品や配合されている成分が同じで含有量が異なる医薬品もあるため、一般名が類似する。 ●名称が類似する医薬品は、薬局で処方箋を入力する時にも誤入力する可能性があるため、薬品棚等に「一般名」も合わせて記載するなど、調剤時に取り違えを防止するための体制が求められる。 ●患者に医薬品を見せることで、調剤の間違いの発見につながることもあるため、医薬品を交付する時には患者と共に確認を行うことが望ましい。 ●3月に報告された一般名処方の名称類似に関する事例の中に、【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物配合錠が処方され、ウリンメット配合錠を調剤するべきところ、一般名がクエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgであるクエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」を調剤した事例も報告されている。

13. (調剤) 薬剤取違えの事例<4月-事例1> (事例番号:000000051783)

事例の内容
<p>アザルフィジンEN錠500mgの処方箋を受け付けた。後発医薬品であるサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」を調剤する際、数が不足することがわかり卸に電話で発注した。薬剤師が一人であったため、卸から納品された医薬品の名称、規格、製薬会社名を何度も確認した上で患者に交付した。翌日、他の薬剤師と添付文書を確認した時に、納品された医薬品がサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」であったこと、薬局に在庫があったサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」と卸から届いたサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」が混ざった状態で患者に交付したことに気付いた。患者に連絡し、医薬品を交換した。</p>
背景・要因
<p>サラゾスルファピリジンには腸溶錠と非腸溶錠の異なる剤形が存在すること、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」は関節リウマチ、サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」は潰瘍性大腸炎等と、適応がそれぞれ違うことを知らなかった。PTPシートは類似しており、個装箱にはサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」は抗リウマチ薬、サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」には潰瘍性大腸炎と小さく記載があるが見逃した。また、電話注文の際にサラゾスルファピリジン腸溶錠と伝えたが、実際に届いたのはサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」であった。個装箱やPTPシートに違いがあることは気づいたが、包装変更によるものだと思い込んでしまった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>少しでも疑問に感じたら、あらゆる手段で徹底的に調べることが必要である。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●間違いに気付く機会は、納品の際に卸と受け取り手の双方で医薬品を確認する時や薬局にあった医薬品と納品された医薬品を一緒に調剤する時など複数あったが、気付かないまま誤った医薬品を患者に交付した事例である。 ●混同しやすい医薬品の名称や規格・剤形、効能・効果を把握しておくことは、処方箋の判読ミスや医薬品の取り違えを防ぐ重要な手段となる。 ●思い込みや知識不足から引き起こされる医薬品の取り違えを防止する上で、薬品ケースなどに「類似名称有」、「他規格有」等の注意喚起ラベルや効能・効果を記載したラベルを掲示するなどの対策を行うことが重要である。

14.〔調剤〕薬剤取違えの事例<6月-事例1>（事例番号：000000053075）

事例の内容
<p>処方箋に【般】プラバスタチンNa錠10mgの記載があり、後発医薬品のプラバスタチンNa錠10mg「サワイ」を調剤した。今までは先発医薬品のメバロチン錠10を渡していたため、患者から「薬が間違っている」と連絡があった。</p>
背景・要因
<p>一般名を後発医薬品と思い込み、調剤した。患者の希望で薬袋や薬剤情報提供文書は作成せず、薬剤師1人で調剤、鑑査を行ったため確認が不十分であった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>薬歴チェックシートを見て確認する。声だし確認を行う。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●一般名で記載された医薬品名を後発医薬品と思い込んで調剤した事例である。 ●特に、薬剤情報提供文書やお薬手帳などを患者に渡さない場合は、薬局で管理している薬剤服用歴を慎重に確認し、患者と一緒に医薬品を確認するなどの対策が必要である。

15. (調剤) 薬袋の記載間違いの事例<4月-事例2> (事例番号:000000051840)

事例の内容
<p>ボナロン錠35mgの処方箋を受け取り、処方箋の記載通り1日1回1錠 起床時12日分と入力して薬袋を作成し、交付した。後日、患者の家族が来局し、「患者が体調不良で入院した時に、毎日服用しそうになった。老人にはわかりにくく、印字が不適切ではないか。」と訴えがあった。</p>
背景・要因
<p>以前から患者が継続して服用している薬であり、患者には週1回服用の薬であることを交付時に説明していた。製薬メーカーが作成している指導箋も渡していた。</p>
薬局が考えた改善策
<p>印字を「起床時」ではなく「週1回起床時」に変更する。その他、ベネット錠75mgやボノテオ錠50mg、リウマトレックスカプセル2mg等の入力についても改めて確認する。以前から継続服用している薬でも、患者の判断力の低下など環境要因の変化がないかにも注意する。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●薬袋や薬剤情報提供文書、お薬手帳は、患者が安全に服薬するための大切な情報源となることを意識し、必要な情報をわかりやすく記載することが重要である。 ●特に患者が高齢者の場合、継続的に服用している医薬品であっても長期にわたる治療の過程で患者の理解力が徐々に低下し、指示通りの服薬ができていない可能性も考えられる。 ●今まで大丈夫であったから、今後も大丈夫であるとは言い切れないため、常に患者の理解や服薬状況を確認して適切に指導することが重要となる。

16. 【疑義照会】薬剤変更の事例<1月-事例3> ((事例番号:000000050819))

事例の内容
めまいの治療でベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」を服用していた患者に、同疾患にて初めて受診した耳鼻咽喉科からエリスロシン錠100mgが処方された。患者本人より、めまい以外の疾患はないこと、処方医から説明がなかったことを聴取したため、疑義照会を行いメリスロン錠6mgに処方変更となった。
背景・要因
医療機関での処方入力時に、「メリスロン」と入力すべきところを「エリスロ」と誤入力したことが考えられる。
薬局が考えた改善策
引き続き、患者への聴取の徹底を図る。
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●めまいに対してエリスロシン錠100mgが処方され、薬剤服用歴と患者から聴取した情報に基づいて薬剤師が疑義照会を行い、メリスロン錠6mgに処方変更された事例である。 ●一見、エリスロシン錠とメリスロン錠の名称からは類似性が見い出せないが、ローマ字入力による「erisuro」と「merisuro」の誤入力により処方間違いが生じたと推察される。 ●薬剤師による患者情報と処方の整合性の確認は、このような入力ミスの発見にも繋がる有意義なものである。

17. 【疑義照会】薬剤変更の事例<1月-事例4> (事例番号: 000000050629)

事例の内容
<p>【般】クラリスロマイシン錠200mg 1錠分1夕食後7日分の処方箋を受けた。定期処方でベルソムラ錠を服用していた患者であったため、疑義照会を行ったところ、レボフロキサシン錠250mg「トーフ」に変更となった。</p>
背景・要因
<p>処方医がベルソムラ錠とクラリスロマイシン錠が併用禁忌であることを見落としていたと思われる。</p>
薬局が考えた改善策
<p>クラリスロマイシンのレセコン定型コメントに「ベルソムラ禁忌」と記載した。</p>
その他の情報
<p>ベルソムラ錠10mg、15mg、20mgの添付文書（一部抜粋） 【禁忌（次の患者には投与しないこと）】 (2) CYP3Aを強く阻害する薬剤（イトラコナゾール、クラリスロマイシン、リトナビル、サキナビル、ネルフィナビル、インジナビル、テラプレビル、ポリコナゾール）を投与中の患者〔「相互作用」の項参照〕</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●ベルソムラ錠（成分：スポレキサント）を服用中の患者にクラリスロマイシン錠が処方され、疑義照会により併用禁忌である医薬品の服用が回避された事例である。 ●ベルソムラ錠とクラリスロマイシン錠の併用により、スポレキサントの血漿中濃度が顕著に上昇し、傾眠などの副作用が増強される恐れがあり、それによる二次的な事故等の発生も危惧される。 ●医薬品の相互作用によって起こる危険を予見し、それを未然に防ぐために行う疑義照会と、回避するための処方提案は、薬剤師の本質的な業務である。

18. 【疑義照会】薬剤変更の事例<2月-事例6>（事例番号：000000051224）

事例の内容
泌尿器科よりザルティア錠5mgが処方された。患者からの聞き取りの際に、心疾患について尋ねたところ、該当するとのことであった。他病院からニコランマート錠5mgが処方されていることをお薬手帳で確認した。ザルティア錠5mgが禁忌薬にあたるため疑義照会を行ったところ、ベタニス錠50mgに変更となった。ベタニス錠50mgの禁忌薬となるフレカイニド酢酸塩やプロパフェノン塩酸塩の処方がないことを確認し、患者に交付した。
背景・要因
長期処方であったため、手帳に記載された処方内容が数回前になり発見が遅れた。患者に交付する前に気づいたため、結果的には禁忌薬の交付を回避できた。
薬局が考えた改善策
少なくとも数ページ、期間にして3ヶ月前まで手帳を遡って確認することをルールとする。

その他の情報
ニコランマート錠5mgの添付文書（一部抜粋） 【禁忌（次の患者には投与しないこと）】 ホスホジエステラーゼ5阻害作用を有する薬剤（シルデナフィルクエン酸塩、バルデナフィル塩酸塩水和物、タダラフィル）又はグアニル酸シクラーゼ刺激作用を有する薬剤（リオシグアト）を投与中の患者（「相互作用」の項参照） ベタニス錠50mgの添付文書（一部抜粋） 【禁忌（次の患者には投与しないこと）】 （6）フレカイニド酢酸塩あるいはプロパフェノン塩酸塩投与中の患者（「相互作用」の項参照）

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●高齢で、複数の医療機関を受診し、長期処方もあるような患者がかかりつけ薬局を持たない場合には、お薬手帳や患者本人へのヒアリングにより現在服用中の医薬品を確認することは必須である。 ●その際には、この例にあるように、お薬手帳の確認も数か月前まで遡ることが重要となる。

19. 【疑義照会】薬剤変更の事例<3月-事例4>（事例番号：000000051618）

事例の内容
<p>患者が風邪で内科を受診し、クラリス錠200が処方された。患者は今回お薬手帳を持って来るのを忘れたが、前回来局した際に併用薬を確認して精神科からベルソムラ錠が処方されていることを把握していた。クラリス錠200はベルソムラ錠と併用禁忌となるため、処方医に疑義照会を行った結果、クラリス錠200からジェニナック錠200mgへ処方に変更となった。</p>
背景・要因
<p>処方医の併用薬の確認漏れが原因で起きたと思われる。作業手順の不履行も考えられる。</p>
薬局が考えた改善策
<p>患者は、前回内科を受診した際に医師に併用薬のことを伝えていたので、問題は起きないと思っていた。医師側と薬剤師側で二重にチェックする必要性とお薬手帳の重要性を患者に説明した。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●医療機関や診療科が異なる場合に、それぞれから処方された医薬品の相互作用（特に併用禁忌）を確認することは、保険薬局の重要な業務の一つである。 ●疑義照会の契機となるお薬手帳および薬剤服用歴の確認や患者からの聞き取りの重要性を患者等にも周知し、理解を深めてもらうことも必要である。 ●クラリスロマイシン錠は、臨時薬として処方されることが多いため、定期薬との相互作用について注意が必要な医薬品の一つである。 ●薬物代謝酵素の阻害により相互作用を起こしやすい医薬品については、一覧を作成し、薬品棚に掲示するなどの対応も有効である。

20. 【疑義照会】薬剤変更の事例<5月-事例3>（事例番号：000000052491）

事例の内容
70歳代の女性患者が来局した。口腔カンジダ症と診断され、フロリードゲル経口用2%が処方された。患者は、定期薬としてシンバスタチン錠5mg 1錠を毎朝服用しており、両薬剤は併用禁忌にあたるため処方医に疑義照会した。結果、フロリードゲル経口用2%からファンギゾンシロップ100mg/mL 2.4mL分3毎食後に変更となった。
背景・要因
処方医による定期薬のチェックが行われていなかったようだ。
薬局が考えた改善策
新しく処方された薬剤については、定期薬との相互作用（併用禁忌など）をしっかりとチェックする。
その他の情報
<p>フロリードゲル経口用2%の添付文書（一部抜粋）</p> <p>【禁忌（次の患者には投与しないこと）】</p> <p>2. ワルファリンカリウム、ピモジド、キニジン、トリアゾラム、シンバスタチン、アゼルニジピン、ニソルジピン、プロナンセリン、エルゴタミン酒石酸塩、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩、リバーロキサバン、アスナプレビルを投与中の患者（「相互作用」の項（1）参照）</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●フロリードゲル経口用2%は併用禁忌となる医薬品が多いが、薬局での取扱いが比較的少ない医薬品であるため、その認識が十分でない場合が見受けられる。 ●外用薬の軟膏チューブのような包装ではあるが、内服薬である。 ●日頃から医薬品の最新情報を収集し、特に初めて調剤する医薬品が処方された時は、併用禁忌などの確認を怠ることなく処方監査を確実にを行うことが重要である。

21. 【疑義照会】薬剤変更の事例<6月-事例3> (事例番号: 000000053157)

事例の内容
<p>患者は、昨年からマイスリー錠5mgの服用を開始した。飲み始め当初から、朝起きると夜間に食べたと思われる形跡を見つけるが、記憶にないことが何度もあった。怖くなり半錠だけ服用するなどしたため、残薬が多くある。処方医にも話したが聞いてもらえず、処方が継続された。以前にレンドルミンを服用しており、その時は安心して飲んでいた。以上の聞き取り情報から、マイスリー錠5mgによる一過性前向き健忘の可能性を疑い、同じく一過性前向き健忘が報告されているレンドルミンでは同症状が出現していないことを考え合わせ、処方医に疑義照会した。その結果、レンドルミンD錠0.25mgへ変更となった。</p>
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
<p>残薬の確認がしっかり出来ていれば、服用していない理由をもっと早い段階で把握でき、患者の不安感を解消できたと思われる。</p>
その他の情報
<p>マイスリー錠5mg、マイスリー錠10mgの添付文書 (一部抜粋) 【使用上の注意】 4. 副作用 3) 一過性前向き健忘、もうろう状態：一過性前向き健忘 (服薬後入眠までの出来事を覚えていない、途中覚醒時の出来事を覚えていない) (0.1～5%未満)、もうろう状態 (0.1～5%未満^{注1)}) があらわれることがあるので、服薬後は直ぐ就寝させ、睡眠中に起こさないように注意すること。なお、十分に覚醒しないまま、車の運転、食事等を行い、その出来事を記憶していないとの報告がある。異常が認められた場合には投与を中止すること。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●患者から聞き取った服薬情報をもとに疑義照会し、薬剤変更に至った事例である。 ●患者に寄り添うことを意識して情報収集を行うことで、服用後の医薬品の効果や副作用及び残薬などの服薬情報の一元的・継続的な把握が可能となり、それに基づく薬学的管理・指導、さらには処方提案にもつながる。これは、かかりつけ薬剤師・薬局の機能として求められていることのひとつである。

2.2. 【疑義照会】薬剤変更の事例＜6月－事例4＞（事例番号：000000052853）

事例の内容
<p>【般】 カンデサルタン錠 8 m g と 【般】 バルサルタン・ヒドロクロチアジド 1 2.5 m g 配合錠が処方された。患者は他院を退院後、退院時に処方されたカンデサルタン錠 8 m g を服用中である。今回の処方薬を服用すると、カンデサルタンの1日の総量が 1 6 m g となること、カンデサルタンとバルサルタンは共にアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬であるため同効薬の重複となることから疑義照会を行った。処方医は、上記配合錠ではなくジャヌビア錠 5 0 m g を処方するつもりであったことがわかり、薬剤変更となった。更に、退院時に処方された薬がまだ残っており、その中には抗血栓薬なども含まれていたため、現在服用中の薬を服用完了した後、今回の処方薬を開始することとなり、処方日数も変更となった。</p>
背景・要因
<p>医療機関側の要因は不明である。</p>
薬局が考えた改善策
<p>今後も、患者より収集した情報から疑義が生じた場合は、疑義照会を行ってから調剤することを継続していく。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ● 配合剤と、配合剤の構成成分である単剤が誤って併用されてしまう例が増えてきている。 ● 処方された配合剤の構成成分の確認は必須である。 ● 退院後、他の医療機関で治療が継続される場合は、正しく安全に薬物治療が継続されるように、薬局において薬学的管理を確実に行うことが重要である。

23.〔疑義照会〕用法変更の事例<2月-事例4>（事例番号：000000051276）

事例の内容
<p>メトトレキサートカプセル2mg「トーワ」とフォリアミン錠が処方された。両薬剤とも服用日が同じ水曜日となっていたため、疑義照会したところ、メトトレキサートカプセル2mg「トーワ」の服用が月曜日に変更された。</p>
背景・要因
<p>未記載</p>
薬局が考えた改善策
<p>未記載</p>

その他の情報
<p>関節リウマチ治療におけるメトトレキサート（MTX）診療ガイドライン 2016年改訂版【簡易版】日本リウマチ学会MTX診療ガイドライン策定小委員会／編（一部抜粋）</p> <p>4. 葉酸の投与方法</p> <p>葉酸製剤は5mg／週以下を、MTX最終投与後24～48時間後に投与する。</p>

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●医薬品の使用に関する疑義照会が適切に機能した例である。 ●メトトレキサートに関する事故がなくなる現状があることから、処方が出た場合には、メトトレキサートの処方量、葉酸の処方の有無、葉酸の服用パターンを含めた処方内容を確認し、さらに患者には併用薬やサプリメントを飲んでいないか、継続服用している場合は飲み残しの残薬がないかなどのヒアリングも行い、細心の注意を持って調剤にあたる必要がある。

24. 【疑義照会】用法変更の事例<2月-事例5> (事例番号: 000000050972)

事例の内容
<p>前回、カリーユニ点眼液0.005%が1日4回左眼の指示で処方されたが、今回は1日4回両眼に変更となっていた。薬局の記録を見ると、数年前に右眼は白内障の手術をしていることがわかったため、両眼の使用の指示で間違いはないか眼科医に問い合わせたところ、1日4回左眼に変更となった。</p>
背景・要因
<p>通常は、前回と今回の処方の変更点を患者に説明した際に、問題がなければそのまま交付となるが、記録を見返したことがミスの発見につながった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>白内障の手術の有無等についても、薬剤服用歴に記録しておくことがミスの発見につながる。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●前回処方からの変更内容に疑問を持ったことが契機となり、患者の履歴をさかのぼって見直したことが功を奏した事例である。 ●薬剤服用歴には、患者の病歴を含めて記録することが必要であり、さらに検索しやすい形式での記録がポイントとなる。 ●また、慢性疾患の治療に対する処方変更となった場合には、薬剤師は処方変更の理由を患者へのヒアリングなどを通して確認することが必要であり、患者が処方変更について医師から聞いていない場合には、処方間違いを強く疑うべきである。

25. (疑義照会) 分量変更の事例<4月-事例4> (事例番号: 000000051892)

事例の内容
<p>患者にタルセバ錠150mgが処方された。治療期間が終了して処方が中止になった薬であったが、久しぶりに処方されていた。薬剤服用歴を確認したところ、前回の服用時に肝機能障害を起こしたため、タルセバ錠は150mgから100mgに減量となっていたことがわかった。患者本人に、用量について医師から何か伝えられたか確認したが、以前処方を中止した薬を再開すること以外は伝えられていなかった。タルセバ錠150mgで投与を開始した場合、再度肝機能障害を起こす可能性があると考え、疑義照会し処方医に確認したところ、前回処方した医師とは別の医師であった。前回の経緯を伝えた結果、減量することになった。</p>
背景・要因
<p>担当医が変わったことにより、以前の情報が伝達されていなかった可能性がある。</p>
薬局が考えた改善策
<p>ハイリスク薬が処方された場合は、必ず薬剤服用歴を確認する。抗がん剤などについては中止になった理由をしっかりと記載する。当薬局の記録だけではなく、必ず患者本人にも確認する。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●ハイリスク薬である抗悪性腫瘍薬の薬物療法では、わずかな投与量の違いによって重篤な副作用が発現する可能性がある。 ●がん化学療法においては、治療に関与する医療従事者すべてが薬物療法の知識を持って、患者の状態、投与する医薬品、投与量、投与期間、休薬期間、併用薬、副作用出現などを確認することが重要となる。 ●患者の服薬状況や副作用情報を一元的・継続的に把握して、薬局で管理する薬剤情報歴などに記載し、それに基づいた薬学的管理・指導を行うことがより適切で安全な薬物治療につながる。

26. 【疑義照会】分量変更の事例<5月-事例4>（事例番号：000000052225）

事例の内容
<p>70歳代後半の男性に皮膚科から発行された処方箋に、【般】レボフロキサシン錠250mg 1回1錠1日1回朝食後7日分と記載があった。また、当該処方箋には検査値の記載があり、身長、体重、血清クレアチニン、eGFR値よりクレアチンクリアランスは50mL/分を超えていることがわかった。腎機能の状態から通常の投与量でも問題ないと判断し、処方医に情報提供を行うと共に疑義照会を行った。処方箋は、【般】レボフロキサシン錠500mg 1回1錠1日1回朝食後7日分に変更となった。</p>
背景・要因
<p>処方医は、患者の年齢から投与量を減らした可能性がある。</p>
薬局が考えた改善策
<p>腎機能に関する検査値によって投与量を減らす場合が多いが、今回のケースでは検査値から増量を提案し、適切な投与量に繋がった。医薬品の適正使用のため、処方箋に記載された検査値などの情報を活用することは重要であると感じた。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●最近、検査値が記載された処方箋の発行が増えてきている。 ●入手した検査値の情報をもとに、処方医に処方提案した事例である。 ●患者自らが検査値を薬剤師に伝え相談する場合もあるため、常日頃から検査値について学ぶことが重要である。 ●処方箋に検査値が記載されていない場合でも、積極的に患者から検査値などの情報を聞き取り、処方監査に活用することも必要である。

27. (疑義照会) 分量変更の事例<5月-事例5> (事例番号: 000000052244)

事例の内容
<p>患者は2ヶ月前までラミクタール錠を1日300mgで服用していたが、皮膚障害の疑いがあり処方中止となった。今回、中止後1か月以上が経過して再開となり、ラミクタール錠100mg 3錠14日分が処方された。1日量が300mgから開始されたため疑義照会を行ったが、間違いないと返答を受けた。疑義が解消されなかったため、製薬会社に確認した。ラミクタール錠は、最終投与から65時間が経過した場合は初回用量の25mgから再開するという情報を得た。製薬会社の医薬情報担当者が処方医へ訪問し、情報提供を行った。その後再度、疑義照会を行うと、ラミクタール錠25mg 1錠14日分へ変更となった。</p>
背景・要因
<p>医師は、「再開時は、用量を1日25mgへ戻すことは知っているが、今回は患者より300mgから開始してほしいと要望があったため処方した。」と話していたと、医薬情報担当者から報告を受けた。</p>
薬局が考えた改善策
<p>高用量からの開始や再開で死亡例も報告されていることから、当該処方箋を受け取った場合は「調剤拒否事由」に該当すると製薬会社から説明を受けたため、今後も注意が必要と考える。薬局内にて、製薬会社によるラミクタールの勉強会を実施する。同様の事例があった場合は、薬局から疑義照会できるように薬局内の認識を一致させる。</p>
その他の情報
<p>ラミクタール錠小児用2mg、ラミクタール錠小児用5mg、ラミクタール錠25mg、ラミクタール錠100mgの添付文書 (一部抜粋)</p> <p>【用法・用量】</p> <p>用法・用量に関連する使用上の注意</p> <p>(3) 本剤による発疹等の皮膚症状のために投与を中止した場合には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合以外は再投与しないこと。再投与にあたっては、いかなる理由で投与を中止した患者においても、維持用量より低い用量から漸増すること ((1) 参照)。なお、投与中止から本剤の消失半減期の5倍の期間 (バルプロ酸ナトリウムを併用した時は約350時間、バルプロ酸ナトリウムを併用せず本剤のグルクロン酸抱合を誘導する薬剤を併用した時は約65時間(いずれも外国人のデータ)、バルプロ酸ナトリウムも本剤のグルクロン酸抱合を誘導する薬剤も併用しなかった時は約170時間) を経過している場合は、初回用量から「用法・用量」に従って再開することが推奨される (「相互作用」及び「薬物動態」の項参照)。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●抗てんかん剤であるラミクタールについて、ラミクタールとの因果関係が否定できない重篤な皮膚障害が発現し死亡に至った例が報告されていることから、用法・用量を遵守し、皮膚障害の早期発見、早期治療に努めるよう「安全性速報 (ブルーレター)」が2015年2月に公表されている。 ●ラミクタールは、用法・用量が細かく設定されており、投与中止後の再投与についても細心の注意が必要である。 ●疑義が生じた場合、必要とあれば製薬会社からも積極的に情報を収集し、疑義が解消するまで疑義照会を行うことは重要である。

28.〔疑義照会〕分量変更の事例<6月-事例5> (事例番号:000000052610)

事例の内容
<p>患者は、他院からの紹介で別の医療機関を受診し、シルニジピン錠5mg「サワイ」2錠分2、オルメテックOD錠10mg 2錠分2が処方された。お薬手帳を確認したところ、今まではシルニジピン錠10mg 2錠分2、オルメテックOD錠20mg 2錠分2で服用されていたことがわかった。疑義照会を行ったところ、前の病院からの紹介状には、シルニジピン錠10mg 1錠分2、オルメテックOD錠20mg 1錠分2となっていたため、今回の規格が処方されたことがわかった。紹介状の内容が間違っている可能性があったため、処方医に前の病院への確認を依頼した。その結果、紹介状に間違いがあり、シルニジピン錠10mg 2錠分2、オルメテックOD錠20mg 2錠分2に変更となった。</p>
背景・要因
<p>紹介状に記載ミスがあった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>紹介状に間違いがある可能性を念頭におき、お薬手帳や患者から聞き取った情報から、転院時の処方に間違いがないか確認を行う。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●お薬手帳を確認したことにより、医療機関で取り交わす紹介状に誤りがあることがわかり、疑義照会を行うことで適切な処方につながった事例である。 ●患者からの聞き取りやお薬手帳など、複数の情報を重ね合わせることがエラーの発見に有効である。

29. (疑義照会) 薬剤削除の事例<2月-事例7> (事例番号: 000000051002)

事例の内容
<p>新規患者であったためアンケートを行ったところ、牛乳アレルギーがあることがわかった。患者にタンナルビン「ホエイ」が処方されていたため、牛乳アレルギーの方には禁忌であると処方医に問い合わせた結果、タンナルビン「ホエイ」は中止となった。タンナルビン「ホエイ」が中止になった理由を患者に説明すると、そうとは知らなかったと言われた。患者は牛肉・豚肉・小麦粉にもアレルギーがあるため、そのことをお薬手帳に記載し、食物アレルギーによっては使えない薬があるため受診時にはお薬手帳のアレルギー欄を医師に見せて伝えるように指導した。</p>
背景・要因
<p>医師はアレルギー歴の確認を行っていなかったようである。患者自身も影響があると思わなかったため、アレルギーがあることを医師に伝えていなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>アレルギー歴も確認してから調剤する。</p>
その他の情報
<p>タンナルビン「ホエイ」の添付文書 (一部抜粋) 【禁忌 (次の患者には投与しないこと)】 (2) 牛乳アレルギーのある患者 [ショックまたはアナフィラキシー様症状を起こすことがある。]</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●医師が処方する医薬品の中に、食物アレルギーのある患者に禁忌となる医薬品があることを知らない患者も多く、医師から尋ねられないと自分から医師に申告しない例も多い。 ●患者からの聞き取りで得た情報から疑義照会を行って処方変更を求め、副作用を食い止めたことはもとより、お薬手帳にアレルギー歴を記載し、今後の受診時には医師に必ず見せるように指導するなど、大変丁寧な患者指導が出来ている。

30.〔疑義照会〕当該処方以外を変更した事例<5月-事例6>（事例番号：000000052279）

事例の内容
<p>定時薬を渡すため、在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている患者の所に訪問した際、残薬の中に、主治医と同病院の神経内科医から処方されたトリプタノール錠10を見つけた。患者は緑内障と診断されており、トリプタノール錠10が禁忌にあたるため主治医に連絡した。処方医と相談の上、服薬が中止となった。患者は数日間服用していたが、健康被害はなかった。</p>
背景・要因
<p>患者から外来を受診することは聞いていたが、その後主治医から、患者が受診するのは同病院の他の医師であると連絡があった。神経内科から発行された処方箋が他薬局で調剤され、薬はヘルパーが患者に届けたため、当薬局にはトリプタノール錠10が処方された情報が届かなかったこともあり、処方薬の確認が不十分であった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>患者、主治医、ケアマネジャーなど関連する人との連絡を密にし、情報を収集する。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●在宅患者訪問薬剤管理指導や居宅療養管理指導を行っている患者が主治医以外の他の医療機関を受診し、発行された処方箋が他の薬局で調剤された場合、その処方内容が在宅患者訪問薬剤管理指導や居宅療養管理指導を行っている薬局に伝わらないことがある。 ●今後は在宅医療における薬剤師の活躍がより一層期待されていることから、薬剤師はケアマネジャーやヘルパーなど他の職種との連携を強化し、患者が服用する医薬品等に関する情報を一元的に管理し薬物治療の安全性・有効性の向上に取り組むと共に、不必要な医薬品等の削減にも関与することが望まれる。