

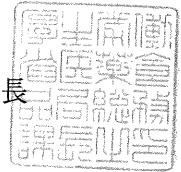
写

薬食総発0324第1号  
薬食安発0324第1号  
平成22年3月24日

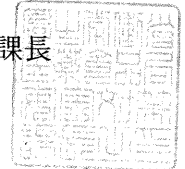
各 { 都道府県  
保健所設置市  
特別区 }

薬務主管部(局)長 殿

厚生労働省医薬食品局総務課長



厚生労働省医薬食品局安全対策課長



薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第2回集計報告の公表について

医薬行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業は、財団法人日本医療機能評価機構による厚生労働省補助事業であり、平成21年4月より、薬局から報告されたヒヤリ・ハット事例等を収集、分析し提供することにより、広く薬局が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として実施しており、今般、(財)日本医療機能評価機構より、第2回集計報告が公表されました。

本報告書における報告の現況等は、別添1のとおりです。また、別添2のとおり、共有すべき事例が報告されています。

貴職におかれましては、同様の事例の再発防止のために、本報告書の内容を確認の上、別添の内容について留意されるとともに、貴管下関係機関に対して、周知方お願いいたします。

なお、本報告書につきましては、別途(財)日本医療機能評価機構から各都道府県知事宛に送付されており、同機構のホームページにも掲載されています(<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/>)ので申し添えます。



## 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第2回集計報告 (概要)

1. 報告の現況 (対象：平成21年7月～12月に発生した事例)
- (1) 事業参加薬局数：1,774 薬局
- (2) 総報告件数：1,285 件 (報告があった薬局数：139 薬局)
2. 事例の概要 (報告書 p9)

事例の概要	件数
調 剤	1,177
疑 義 照 会	99
特定保険医療材料	9
医薬品の販売	0
合 計	1,285

## (1) 調剤に関する項目 (報告書 p10)

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	93	管 理	充 填 間 違 い	3
	処方せん鑑査間違い	29		異 物 混 入	1
	秤 量 間 違 い	13		期 限 切 れ	2
	数 量 間 違 い	544		そ の 他 ( 管 理 )	2
	分 包 間 違 い	61	交 付	患 者 間 違 い	4
	規格・剤形間違い	179		説 明 間 違 い	3
	薬 剤 取 違 え	164		交 付 忘 れ	7
	説明文書の取違え	4		そ の 他 ( 交 付 )	5
	分包紙の情報間違い	7	合 計		1,177
	薬袋の記載間違い	32			
そ の 他 ( 調 剤 )	24				

## (2) 疑義照会 (報告書 p11)

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	55
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	44
合 計	99

(3) 特定医療保険材料に関する項目（報告書 p12）

発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	1
	処方せん鑑査間違い	0
	数量間違い	0
	規格間違い	3
	説明文書の取違い	0
	材料の取違い	4
	その他（調剤）	1
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		9

3. 共有すべき事例（報告書 p23～40）

平成21年7月1日から同年12月31日まで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を選び掲載されています。今回の「共有すべき事項」は次の通りです。

## 【5】共有すべき事例

平成21年7月1日から同年12月31日まで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<sup>(注)</sup>を選び掲載する。

### 事例1 内服薬調剤、薬剤取違いに関する事例（事例番号：000000000175）

<b>事例の内容</b>
血圧降下薬を投薬するところ、間違えて副腎皮質ホルモン剤を投薬するところだった。
<b>背景・要因</b>
薬品棚と一緒に並べていたのがよくなかった。
<b>薬局が考えた改善策</b>
離れた場所に医薬品を置くようにした。
<b>その他の情報</b>
処方された医薬品：プレラン1mg錠 間違えた医薬品：プレロン錠1mg
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●ACE阻害剤であるプレラン1mg錠と、合成副腎皮質ホルモン剤であるプレロン錠1mgの調剤時の取り違い事例で、その名称は「プレ■ン1mg■」と「プレ■ン■1mg」と類似している。</li> <li>●一般用医薬品とハイリスク薬の区別、薬効別の配列、類似名称が存在する旨の警告表示などの対策が望まれる。</li> </ul>

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 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000000293）

<b>事例の内容</b>
処方箋にユリーフ（4）処方あり。患者さんが女性のため、適応外なので念のためにDrに確認すると処方はユリノーム（50）だった。Drはカルテにユリノーム（50）と記載をしていたが、処方入力時に間違っただけと思われる。
<b>背景・要因</b>
処方医院側が混雑していたのか？ハッキリわかりません。
<b>薬局が考えた改善策</b>
薬局側にも言えることだが、処方箋入力、鑑査はダブルチェックなどを含む確認を徹底していくようにする。

<b>その他の情報</b>
特記事項なし

<b>事例のポイント</b>
●処方医の処方間違いを薬局で発見した事例で、名称が「ユリー■錠■mg」と「ユリ■ー■錠■mg」と類似しているための書き間違い、または処方用医薬品マスターからの選択間違いが考えられ、院外処方箋発行時の院内処方チェック体制や、薬効別の処方用医薬品マスターからの処方システム、類似名称に対する警告表示などの対策が望まれる。

事例3 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000000308）

<b>事例の内容</b>
ユリノームを調剤しなければならなかったところをユリーフを調剤してしまった。
<b>背景・要因</b>
思いこみにより調剤してしまったと思われる。
<b>薬局が考えた改善策</b>
薬剤名を最後まできちんと読む。

<b>その他の情報</b>
特記事項なし。

<b>事例のポイント</b>
●調剤時に薬剤師が取り違えた事例で、ユリノーム錠50mgとユリーフ錠4mgは共に劇薬であり、劇薬においても薬効別での配置、類似名称に対する警告表示などが望まれる。また現在、ユリーフの2mgと4mgは、ユリーフカプセルからユリーフ錠に切り替えが行われている最中であり、カプセルと錠剤が混在している状況のため、切り替えが行われている旨の周知徹底が求められる。

## 事例4 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000000330）

<b>事例の内容</b>
メパロチン5mgのところ10mgで調剤し、さらに鑑査ミスのため気づかず、10mgを交付した。患者様の電話の指摘により発見、交換すると共に、謝罪を行った。
<b>背景・要因</b>
当薬局ではほとんど10mgしか回転しない為、調剤・鑑査漏れとなる。また棚も上下に並んで配置していた。
<b>薬局が考えた改善策</b>
レセプトコンピュータ及び薬歴に注意するようコメントを入れた。薬品棚の配置をずらした。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし。
<b>事例のポイント</b>
●一般的なこと、例数の多いことに、人間は引きずられる。「思い込み」であり、全ての情報を確認しないためである。急いでいるほど発生し、ベテランでも経験する。鑑査もこのことを踏まえて行うことが大切である。

## 事例5 外用薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000000342）

<b>事例の内容</b>
デルモベートクリームを調剤するところ、デルモベート軟膏で調剤した。
<b>背景・要因</b>
未記載
<b>薬局が考えた改善策</b>
未記載
<b>その他の情報</b>
特記事項なし。
<b>事例のポイント</b>
●取違えは、異なる薬剤の外観類似、名称類似のほか、同一薬剤の規格取違え、剤形取違えがある。外観類似は、薬剤棚配置を離すことで防ぐことが出来る。他については、処方箋を意識して読む癖をつけることで減らすことが出来る。

事例6 注射薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000000377）

<b>事例の内容</b>
患者さんはずっとヒューマログミックス25注キットを使用していたのだが、今回からミリオペンに変更。その変更気付かずキットを渡してしまった。翌日、投薬した者とは別の薬剤師が在庫チェック中に発見。患者さんにすぐに連絡したところ、交換に来ていただいたので、謝罪とともにミリオペンの用法を説明させていただいた。
<b>背景・要因</b>
ずっとキットを使っていたための思い込みと、病院側でキットからミリオペンに採用変更したことの情報が入っていなかった。
<b>薬局が考えた改善策</b>
思い込まずに、しっかり処方箋をチェックする。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし。
<b>事例のポイント</b>
●人間は「今までのこと」に、引きずられる。処方変更時は、そのことを明確に（強調して）記載するよう医師に依頼することも必要である。それにより、処方ミスなのか処方変更なのか分からずに疑義照会することも減らすことが出来る。

## 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：000000000569）

<b>事例の内容</b>
緑内障の既往歴がある患者に以前、処方変更をされた経緯があるのに、スタッフ間の情報共有が周知徹底していなかった。
<b>背景・要因</b>
薬歴に「緑内障」と付箋をしていたのにも関わらず、見過ごしていた。処方変更の経緯をきちんと記録しておらず、薬剤師間の周知ができていなかった。
<b>薬局が考えた改善策</b>
薬歴記入。注意喚起。
<b>その他の情報</b>
関連医薬品：マイスリー錠10mg
<b>事例のポイント</b>
●緑内障や前立腺肥大症に対して「禁忌」となっている医薬品は多くある。特に緑内障については疾患のタイプまでは知らない患者も多く、薬局での聞き取りにより管理することが大切である。場合によっては医師に状態を確認する等の対応も必要になる。併用薬を確認する際には「内服薬」だけではなく、「使用しているすべての医薬品」や「健康食品」についても聞き取ることが大事である。



事例8 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：00000000645）

<b>事例の内容</b>
既に投薬した患者が来店し、「いつもの薬と違うがどうか？」と質問した。
<b>背景・要因</b>
2次元バーコードの対象品であったため、読み取ると処方通りに入力できるが、配合錠と錠剤の変更をした覚えがない。手入力によるチェックをする時もマーカをつけるようにしていたが、それらもスルーしていた。服薬指導も患者が来られたのは、3日後であった。来られた時に湿布薬が患者希望の品と違うものであったことから、医師に連絡する必要があり、そちらに気を取られていた。
<b>薬局が考えた改善策</b>
入力時に手入力したところ、バーコードで読み取って少しでも手を加えたところには、注意喚起のマーカを入れることを徹底する。入力鑑査時にも、規格違いを注意喚起できるように青ボールペンで規格に丸をつける。前回の来店時と違っているときは、入力者は、新規"S"同"D"と、印をつける。コメントも入力する。
<b>その他の情報</b>
処方された医薬品：エビプロスタット配合錠DB 間違えた医薬品：エビプロスタット錠
<b>事例のポイント</b>
●エビプロスタットにおいては、2008年7月に『エビプロスタット配合錠DB』が発売され、その後、今まで販売されていた『エビプロスタット錠』が『エビプロスタット配合錠SG』と名称変更になった。最近では、医療安全のための名称変更が多くあるが、その情報を知らないことで逆に調剤過誤に至る可能性がある。常に最新の情報を入手し、薬局内で情報を共有することが大切である。

## 事例9 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000000646）

<b>事例の内容</b>
ワーファリン1mg 0.5錠からワーファリン0.5mg 1.5錠へ処方変更があったが、ワーファリン1mg 1.5錠で調剤した。
<b>背景・要因</b>
患者さんとの会話で、ワーファリンが増えたことの確認が不十分だったための思い込み。
<b>薬局が考えた改善策</b>
ワーファリンの引き出しに、再確認を促す表示。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし。
<b>事例のポイント</b>
<p>●ワーファリンは服用量の誤りにより死亡に至ることもあり、特に注意が必要な医薬品の一つである。また、投与量の変更が多く、それに伴う規格や剤形の変更が行われやすい医薬品でもある。ワーファリンの一般名であるワルファリンカリウムは「0.5mg錠」、「1mg錠」、「2mg錠」、「5mg錠」、「細粒0.2%」と多くの規格があり、医療機関によって採用する規格も異なるので、処方箋をよく読んで調剤することが大事である。取り間違いについては棚の配置や張り紙などを行うことで取違えを防止することが可能である。在庫チェックを頻繁に行うなど、間違いが起きた場合に早期に発見する対応も必要である。</p>

事例10 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000000689）

<b>事例の内容</b>
本人が来局した。処方箋はアスパラCAで記載してあった。(初処方)投薬時、追加となる薬についてどのように聞いているか患者確認したところ「カルシウム剤が追加になるとは聞いていない」とのことで疑義照会をした。疑義照会にてアスパラCAでなく、アスパラカリウムであったことが判明した。
<b>背景・要因</b>
患者は以前よりスローケーを服用していた。今回は本来、アスパラカリウムの追加処方であった。アスパラCAの鑑査時にアスパラカリウムかもしれないと気づき、患者確認すべきであった。以前の薬歴からはアスパラCAが追加になる様子はなかったが、新たな病態から処方追加になったのだと安易に考えてしまった。
<b>薬局が考えた改善策</b>
今回の事例に限らず、薬の変更時には鑑査時など不明に思った時点で患者確認し、受けている説明と処方内容の一致を確認する。一致しない場合には疑義照会を行う。

<b>その他の情報</b>
特記事項なし。

<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●医薬品名類似や薬効類似により、医師が処方する際に医薬品名を勘違いすることがある。処方箋からだけでは読み取れないことも、患者から話を聞くことで、処方意図を読み取れる場合がある。患者との話や薬歴情報等から生じた疑問を疑義照会することで、患者の健康被害を未然に防ぐことが出来る。</li> </ul>

## 事例11 交付、その他に関する事例（事例番号：000000000788）

<b>事例の内容</b>
事務員がレセコンへ入力する際にピオフェルミンR（散剤）とピオフェルミンR錠の入力ミスを起こした。投薬薬剤師は処方箋通りにピオフェルミンR錠を渡した。しかし、薬剤師は事務員の入力ミスに気づかずに間違っただまの薬袋、薬情を患者に渡してしまった。
<b>背景・要因</b>
事務員が入社1ヶ月未満の新人だった。投薬薬剤師が調剤録、薬情、薬袋を確認しないで投薬してしまった。事務員はピオフェルミンRには2種類あることや子供と大人の剤形の違いも知らなかった。ピオフェルミンRだけではわからないので、R散とかR細粒とか粉薬とわかるように名称を変えてほしい。
<b>薬局が考えた改善策</b>
投薬する前に必ず調剤録を確認するのを徹底することにした。ピオフェルミンの規格について事務員に説明した。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし。
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 剤形の入力ミスに関する事例である。財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価<sup>(注)</sup>においては、医師以外の者が入力した場合には、医師がその内容を確実に確認するシステムがあるか否かがチェックされるようになっている。薬局においても事務員が入力した場合には、その内容が処方内容と一致しているかを薬剤師が確認するプロセスを規定し、遵守すべきと思われる。</li> <li>● 他にも規格、患者の入力ミスに関する事例が報告されているので、注意する必要がある。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者Aの処方箋を姓が同じ患者Bでレセコンに入力していた。（事例番号：000000000766）</li> <li>・ 原薬量5mg（製剤量として1g）を製剤量5gとしてコンピューターに入力し、説明文書を交付した。（事例番号：000000000770）</li> </ul> </li> </ul>

注：財団法人日本医療機能評価機構（<http://www.jcqh.or.jp/>）参照。

## 事例12 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000000820）

<b>事例の内容</b>
<p>10月にファックスにて処方せんを受け取り、事務員がコンピューター入力をしようとした所、前回までグルコバイ錠を後発品であるアカルボース錠に変更していたが、今回処方せんが後発品不可となっており、入力は処方せんどおりでよいのかどうかを薬剤師に確認した。この患者さんは後発品を強く希望されている方であり、処方せんの記載間違いかと考えたが、今までの処方せんも確認した方がよいと考え、過去の処方せんも確認した。すると7月までは後発品可の処方せんだったものが、7月以降は後発品不可となっていた。7月と9月に同処方方の処方せんが出ており、2回とも不可に気づかず処方せん記載のグルコバイ錠ではなく、後発品のアカルボース錠を調剤し交付していた。発行した医療機関に後発品不可は間違いなのでは（本人が希望されていた経緯があるので）と照会したが、体調不良があり7月より意図的に後発品不可に変更しているとの回答であった。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>これまで何ヶ月も後発品で調剤しており、本人が後発品を強く希望していたこともあって、処方せんが後発品可となっているかをあまり確認せず、計算・調剤・鑑査を行っていた。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>一度後発品に変更してしまうと、以降は後発品可の処方せんで発行されると思い込んでしまう傾向があり、確認を怠りがちなので、後発品を調剤する際は必ず後発品可の処方せんかどうかを事務員も薬剤師も確認する。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>特記事項なし。</p>
<b>事例のポイント</b>
<p>●後発品可から不可に変更されていることに気がつかず後発品で調剤をしてしまった事例。多くの場合は先発品から後発品への変更であるが、患者さんの状況等から、先発品に戻す（後発品への変更不可とする）ことは全体的には少ないかもしれないが、存在することを認識することが必要である。後発品への変更不可とする欄に医師名が印刷（記名）してあるが、押印がない例も見受けられる。署名欄は処方せん下方に位置しているが、処方せんを点検する際の重要項目として認識をする必要がある。</p>

## 事例13 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000000911）

<b>事例の内容</b>
処方箋を受け付けた段階で、風邪の処方内容の中に高脂血症用薬が書かれていたので、医薬品名がメバンであり、力価の記載もなく、ひよっとしたらパナン錠ではないかと思い、疑義照会してみたところ、抗生物質であるパナン錠の間違いであった。
<b>背景・要因</b>
医師の手書き処方で、医師の思い込みのミス。思い違いし易い薬品名、規格もれもあり、処方箋発行時点でのチェックもされないとのこと。
<b>薬局が考えた改善策</b>
コンピューターシステムの導入。チェックが働く院内手順の見直し。医師はコンピューター導入が無理なら、規格までを薬品名として覚えるべき。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし。
<b>事例のポイント</b>
●類似名称による選択エラーを発見した事例。併用薬の薬効及び規格の記載がないことがきっかけとなっている。オーダリングシステム等では処方選択エラー防止策（例えば3文字入力等）を備えていることが多いが、レセコン等においては、必ずしもそのような機能が備わっていないのが現状である。病院ではクラークが入力をしている場合もあり、従来の医師を想定した警告システムのままでよいとの議論も起きている。コンピューターで印字された処方せんの場合には、処方選択エラーが存在することも視野に入れて、必要な場合には疑義照会を行うことが重要である。

事例14 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000001012）

<b>事例の内容</b>
膀胱炎再発で診察、処方箋が発行された。以前に診察の際、メイアクトが処方され、薬疹がありクラビットへ変更した経緯があった。薬疹歴を見落としてメイアクトが再度、処方された為、疑義照会を行い、クラビットに変更となった。
<b>背景・要因</b>
メイアクトを処方した医師とクラビットに変更した医師が異なる為、記載法などの違いで見落としたと思われる。
<b>薬局が考えた改善策</b>
共通の記載事項を設けるなど、情報をきちんと共有し、活用できる環境を再設定する。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし。
<b>事例のポイント</b>
●医薬分業のメリットの一つである、薬歴からの患者情報により、健康被害を未然に防ぐ事が出来た事例である。かかりつけ薬局、いつも相談する薬剤師を決めておく事が大切である事を、このような事例の集積によって発信出来る。

## 事例15 疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000001044）

<b>事例の内容</b>
下○さん（男性）がもってこられた処方せんが、下△さん（女性）の処方せんだった。一緒に提出されたお薬手帳は下○さんのものだったため、確認したところ、違う方の処方せんを持ってきていることが判明した。病院にて、患者間違いをして処方せんを交付したのもらしい。
<b>背景・要因</b>
名字が同じ「下」から始まり類似していた。また年齢も近かったためではないか。診察そのものは本人がされるが、受付や処方せん交付、薬局への来局は本人とは限らず、ご家族であることも多いため性別だけでは判断できない。
<b>薬局が考えた改善策</b>
薬局においては、今回のようにお薬手帳や保険証などで、必ず処方せんと確認する。病院における改善策は不明だが、このような事例があったことは、病院側へ連絡した。
<b>その他の情報</b>
【発生要因】 確認を怠った、勤務状況が繁忙だった、患者側、教育・訓練、ルールの不備
<b>事例のポイント</b>
●「昨年、保険薬局において、調剤した薬剤を別の患者へ交付し、その薬剤を服用した患者が意識障害で入院した事例」に類似した事例である。発生要因等で病院の職員等の教育訓練不足を記載しているが、薬局で防止しなくてはならない事例である。



事例16 内服薬管理、充填間違いに関する事例（事例番号：000000001047）

<p><b>事例の内容</b></p>
<p>錠剤自動分包機にて一包化。アマリール錠3mgを分包していたが、途中で錠剤自動分包機カセット内のアマリール錠3mgの在庫が不足したために補充した。そのときに、誤ってアマリール錠3mgのカセットにアマリール錠1mgを補充し、そのまま分包してしまった。きちんと分包されているか確認をしたのだが、数を確認したのみで、途中で入れ変わったことに気付かなかった。翌日、医薬品をカセット内に補充する際、アマリール錠3mgのカセットにアマリール錠1mgが入っていたため、間違いに気付いた。42日分中6日分に間違っアマリール錠1mgを分包した。</p>
<p><b>背景・要因</b></p>
<p>繁忙な時間だったため、誤って補充してしまった。通常は補充した場合は、補充した医薬品名、数量、補充した薬剤師氏名、医薬品名などを記録し、確認をしているが、忙しかったため、確認記録を怠った。分包後の鑑査も、違う薬が入っていないか確認しているつもりだったが、見落としてしまった。</p>
<p><b>薬局が考えた改善策</b></p>
<p>途中で錠剤自動分包機に補充した場合は、そのシートの殻を調剤トレイに入れておき、間違いなく充填されているかを確認する。</p>
<p><b>その他の情報</b></p>
<p>特記事項なし。</p>
<p><b>事例のポイント</b></p>
<p>●錠剤自動分包機の充填の事例である。アマリールの1mg錠と3mg錠では錠剤の大きさや、色が大きく異なる。重点管理医薬品にも係わらず、最終鑑査が不足していた部分は問題である。「充填時」の問題と、「最終鑑査」の問題の両方が改善策には必要と考える。錠剤自動分包機は、調剤時間の短縮に寄与するが、充填時、カセットの不備などの問題点もあり、最終鑑査をしっかりと行わないと、新たなヒヤリ・ハット事例が発生する。</p>

## 事例17 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000001178）

<b>事例の内容</b>
タリオン錠10mg 2錠/分2、15日分のところ、クラリチン錠10mg 2錠15日分で調剤した。
<b>背景・要因</b>
電話をしながらピッキングをした。タリオンと言いながらクラリチンを取っていた。元々自分でも間違えやすいと思っていたのに間違ってしまったのは、確認がしっかり出来ていなかったかと思われる。
<b>薬局が考えた改善策</b>
自己鑑査を、どんな時でも行う。

<b>その他の情報</b>
特記事項なし。

<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●調剤時に「電話をしながら・・・」と、ながら仕事は注意が散漫になりミスを犯しやすい事を表す事例である。調剤業務の途中で別の業務があった場合には、最初に戻り再度調剤業務を一からやり直すことが重要である。</li> <li>●タリオン錠10mgとクラリチン錠10mgはシートが類似しており、薬効や規格も同等であるため、ピッキング時だけでなく、薬剤充填の際も注意する必要がある。</li> <li>●その他、薬剤取違えに関する事例が報告されているが、「処方せん記載の薬剤名を声だし確認すると共にシートの薬剤名も声だし確認する」、「カセッターや薬品棚を出来る限り引き離して置く」、「他の規格・剤形がある旨表示して置く」等々が、取違え防止に有効である。</li> </ul>

事例 18 内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：00000001200）

<b>事例の内容</b>
アルタットカプセル75の数量間違いをした。
<b>背景・要因</b>
体調不良による調剤ミス。
<b>薬局が考えた改善策</b>
体調の悪い時ほど慎重に調剤すること。調剤をしなくても良い時は調剤しないようにすること。

<b>その他の情報</b>
特記事項なし。

<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本事例は体調が悪くてカプセル剤を調剤する際に、計算間違いをした事例である。本件の他、錠・カプセル剤や分包品、液剤等の調剤時に、「取ったつもり」、「そう思った」、「他の仕事をしながら」、「他の薬剤と勘違いした」等々による要因で数量間違いをした事例が報告されている。体調が悪い時は、自覚して、より慎重に調剤を行うか業務を交代してもらうことも必要である。</li> <li>● 「処方せん記載数量の計算メモを作ると共にピッキング時に数量を声だし確認する」、「調剤した者が鑑査を行う際は一呼吸おいて鑑査を行う」、「シートの計数の際は一枚ずつ全数確認を行う」ことで間違い防止が出来るので、これらの事を日頃から意識して実践活用すると間違い防止に有効である。</li> </ul>

## 事例19 疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000001280）

<b>事例の内容</b>
ワーファリン錠1mgの投与量について、1日目のみ8mg、2日目以降は2mg投与との医師の意図であったことが、疑義照会後に判明した。疑義照会前の処方では、2日目以降も8mg投与で継続することとなっていた。
<b>背景・要因</b>
電子カルテの入力ミス。
<b>薬局が考えた改善策</b>
疑義照会により訂正。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし。
<b>事例のポイント</b>
●電子カルテの入力ミスが原因であるが、分量を疑義照会した結果、過量投与を未然に防いだ事例である。ワーファリンは、「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアルで、「特に安全管理が必要な医薬品」に挙げられている医薬品であり、過量投与にならないよう、処方せんの内容に疑問を感じた場合には、即座に処方医に確認することが、同様な事例の事故防止に繋がる事を銘記すべきである。

事例 2 0 疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000001399）

<b>事例の内容</b>
緑内障治療中の患者に P L 配合顆粒が処方された。疑義照会により、当該処方薬が削除となった。
<b>背景・要因</b>
投薬時まで当該処方の確認がされないまま調剤、鑑査を行ったことで、危うく患者にそのままの薬を渡すところであった。禁忌の薬剤に対する確認が不十分であった。薬歴や患者プロフィールの確認を怠っていた。
<b>薬局が考えた改善策</b>
追加の薬などがあった場合は薬歴の確認、患者プロフィールの確認をしっかりと行い、服用に対して問題のない薬であるとしてしっかり確認した上で薬剤交付にあたる。
<b>その他の情報</b>
特記事項なし。
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の薬歴や禁忌薬情報で健康被害を未然に防止出来た事例の一つで、医薬分業のメリットを表す事例である。「お薬手帳」の確認や患者からヒアリングを行う事により、処方せん内容の確認や患者の薬歴のみならず、他の医療機関を受診したことによる服薬状況等を把握できる可能性があり、事例のような健康被害を防ぐ補助手段となる。</li> </ul>