

# 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

## 第18回集計報告

(2017年7月～12月)

2018年3月29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/](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.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	11,400
---------	--------

※ 2017年12月31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	240	149	148	534	600	826
登録取下げ薬局数	1	2	8	14	90	5	3	5	4	4	24	28
累計	8,716	8,723	8,734	8,891	8,841	8,971	9,208	9,352	9,496	10,026	10,602	11,400

※ 登録取下げの理由は、薬局廃止、薬局名称・開設者・所在地変更などである。

### 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	617	東京都	1,064	滋賀県	119	香川県	109
青森県	156	神奈川県	851	京都府	163	愛媛県	98
岩手県	78	新潟県	256	大阪府	610	高知県	100
宮城県	396	富山県	72	兵庫県	671	福岡県	645
秋田県	111	石川県	63	奈良県	149	佐賀県	165
山形県	84	福井県	37	和歌山県	43	長崎県	183
福島県	210	山梨県	87	鳥取県	29	熊本県	201
茨城県	211	長野県	142	島根県	75	大分県	96
栃木県	256	岐阜県	157	岡山県	128	宮崎県	113
群馬県	178	静岡県	219	広島県	242	鹿児島県	129
埼玉県	419	愛知県	335	山口県	608	沖縄県	52
千葉県	365	三重県	226	徳島県	82	合計	11,400

## 【2】報告件数

薬局ヒヤリ・ハット事例<sup>(注1)</sup>の報告件数は以下の通りである。

### 1. 報告件数

	2017年
報 告 月	7月～12月
事業参加薬局数 <sup>(注2)</sup>	11,468
事業参加薬局のうち 報告のあった薬局数	901
報 告 件 数	3,457

### 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 <sup>(注3)</sup>	8,716	8,723	8,734	8,891	8,841	8,971	9,208	9,352	9,496	10,026	10,602	11,400
報 告 件 数	359	368	442	366	440	652	406	421	349	549	943	789

### 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7月～12月	2017年7月～12月
1 人	2,131	315
2 人	3,943	893
3 人	2,447	822
4 人	1,276	516
5 人	669	389
6 人	397	155
7 人	217	152
8 人	123	28
9 人	80	39
10 人	63	35
11人以上	122	113
合 計	11,468	3,457

(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7月～12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7月～12月	2017年7月～12月
0～500回	1,424	147
501～1000回	3,048	721
1001～1500回	2,789	832
1501～2000回	1,853	769
2001～2500回	948	377
2501～3000回	571	236
3001～3500回	283	99
3501～4000回	223	102
4001回以上	329	174
合 計	11,468	3,457

## 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7月～12月	2017年7月～12月
0品目	4	0
1～100品目	26	0
101～500品目	813	148
501～1000品目	4,208	713
1001～1500品目	4,445	1,600
1501～2000品目	1,523	819
2001～2500品目	326	137
2501～3000品目	87	34
3001品目以上	36	6
合 計	11,468	3,457

## 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7月～12月	2017年7月～12月
0品目	7	0
1～100品目	1,710	118
101～500品目	8,128	2,707
501～1000品目	1,542	627
1001～1500品目	64	4
1501～2000品目	7	1
2001～2500品目	2	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	8	0
合計	11,468	3,457

## 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7月～12月	2017年7月～12月
0品目	1,030	170
1～10品目	2,355	685
11～50品目	3,873	1,423
51～100品目	1,573	505
101～150品目	537	196
151～200品目	369	137
201～250品目	164	44
251～300品目	280	115
301～500品目	513	99
501～1000品目	462	58
1001品目以上	312	25
合計	11,468	3,457

## 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7月～12月	2017年7月～12月
0	15	0
1～10	1,895	369
11～20	2,160	422
21～30	1,714	506
31～40	1,329	350
41～50	1,085	327
51～60	631	240
61～70	509	273
71～80	357	125
81～90	307	190
91～100	339	199
101以上	1,127	456
合計	11,468	3,457

## 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7月～12月	2017年7月～12月
10%未満	158	5
10%以上20%未満	924	49
20%以上30%未満	1,410	75
30%以上40%未満	1,558	165
40%以上50%未満	932	175
50%以上60%未満	889	185
60%以上70%未満	1,574	794
70%以上80%未満	2,639	1,409
80%以上90%未満	1,308	581
90%以上	76	19
合計	11,468	3,457

## 10. 都道府県別事業参加薬局数及び報告件数

都道府県	事業参加 薬局数	報告件数	都道府県	事業参加 薬局数	報告件数	都道府県	事業参加 薬局数	報告件数
	2017年 7月～12月	2017年 7月～12月		2017年 7月～12月	2017年 7月～12月		2017年 7月～12月	2017年 7月～12月
北海道	620	274	長野県	143	44	岡山県	128	17
青森県	157	25	富山県	74	1	広島県	245	44
岩手県	78	6	石川県	64	4	山口県	618	514
宮城県	398	35	福井県	37	10	徳島県	86	23
秋田県	112	7	岐阜県	158	24	香川県	110	4
山形県	84	4	静岡県	220	41	愛媛県	98	0
福島県	210	48	愛知県	336	106	高知県	100	15
茨城県	212	11	三重県	228	40	福岡県	648	127
栃木県	258	70	滋賀県	119	176	佐賀県	165	16
群馬県	178	65	京都府	164	48	長崎県	184	42
埼玉県	422	104	大阪府	612	97	熊本県	202	191
千葉県	365	44	兵庫県	675	175	大分県	96	83
東京都	1,072	325	奈良県	151	69	宮崎県	113	0
神奈川県	854	376	和歌山県	43	6	鹿児島県	130	25
新潟県	257	55	鳥取県	29	29	沖縄県	53	5
山梨県	87	1	島根県	75	31	合計	11,468	3,457

## 11. 報告件数別事業参加薬局数

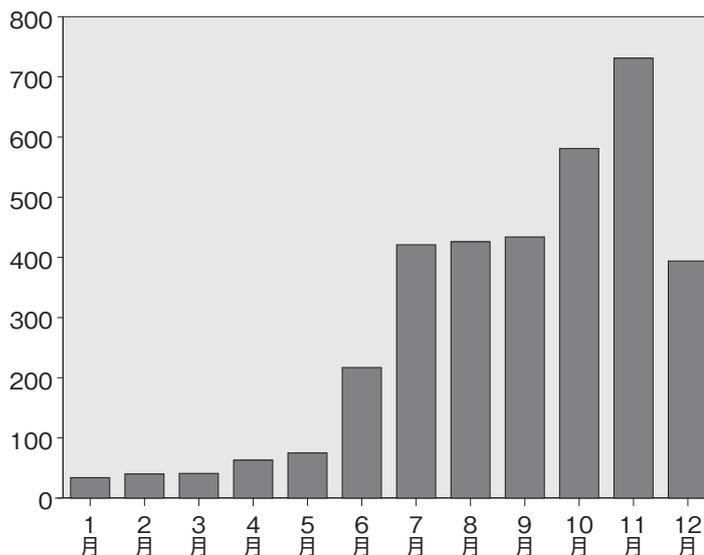
報告件数	事業参加薬局数
	2017年7月～12月
0	10,567
1～5	747
6～10	94
11～20	39
21～30	12
31～40	3
41～50	2
51以上	4
合計	11,468

### 【3】報告内容

2017年7月1日から同年12月31日に報告された薬局ヒヤリ・ハット事例3,457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。

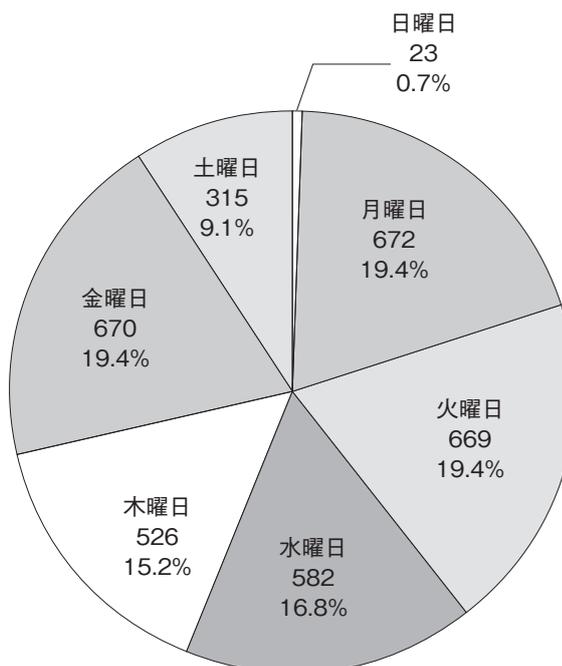
#### 1. 発生月

発生月	件数
1月	34
2月	40
3月	41
4月	63
5月	75
6月	217
7月	421
8月	426
9月	434
10月	581
11月	731
12月	394
合計	3,457



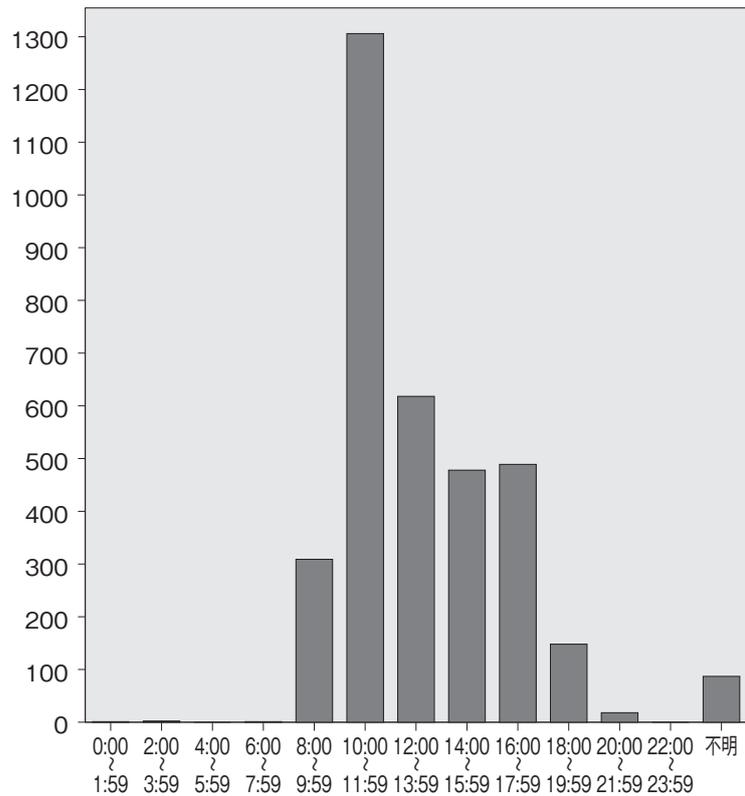
#### 2. 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	23
月曜日	672
火曜日	669
水曜日	582
木曜日	526
金曜日	670
土曜日	315
合計	3,457



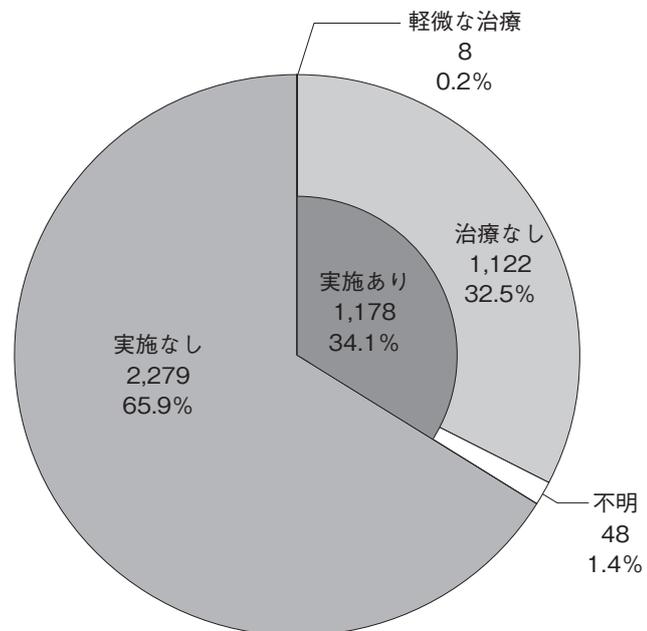
### 3. 発生時間帯

発生時間帯	件数
0 : 00～ 1 : 59	1
2 : 00～ 3 : 59	2
4 : 00～ 5 : 59	0
6 : 00～ 7 : 59	1
8 : 00～ 9 : 59	309
10 : 00～11 : 59	1,306
12 : 00～13 : 59	618
14 : 00～15 : 59	478
16 : 00～17 : 59	489
18 : 00～19 : 59	148
20 : 00～21 : 59	18
22 : 00～23 : 59	0
不 明	87
合 計	3,457



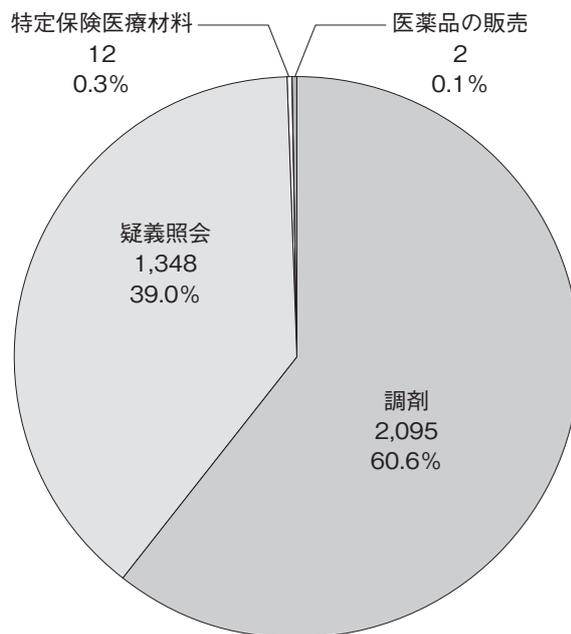
### 4. 実施の有無・治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	8
実施あり・治療なし	1,122
実施あり・不 明	48
実施なし	2,279
合 計	3,457



## 5. 事例の概要

事例の概要 <sup>(注1)</sup>	件数
調剤 <sup>(注2)</sup>	2,095
疑義照会 <sup>(注2)(注3)</sup>	1,348
特定保険医療材料	12
医薬品の販売	2
合計	3,457



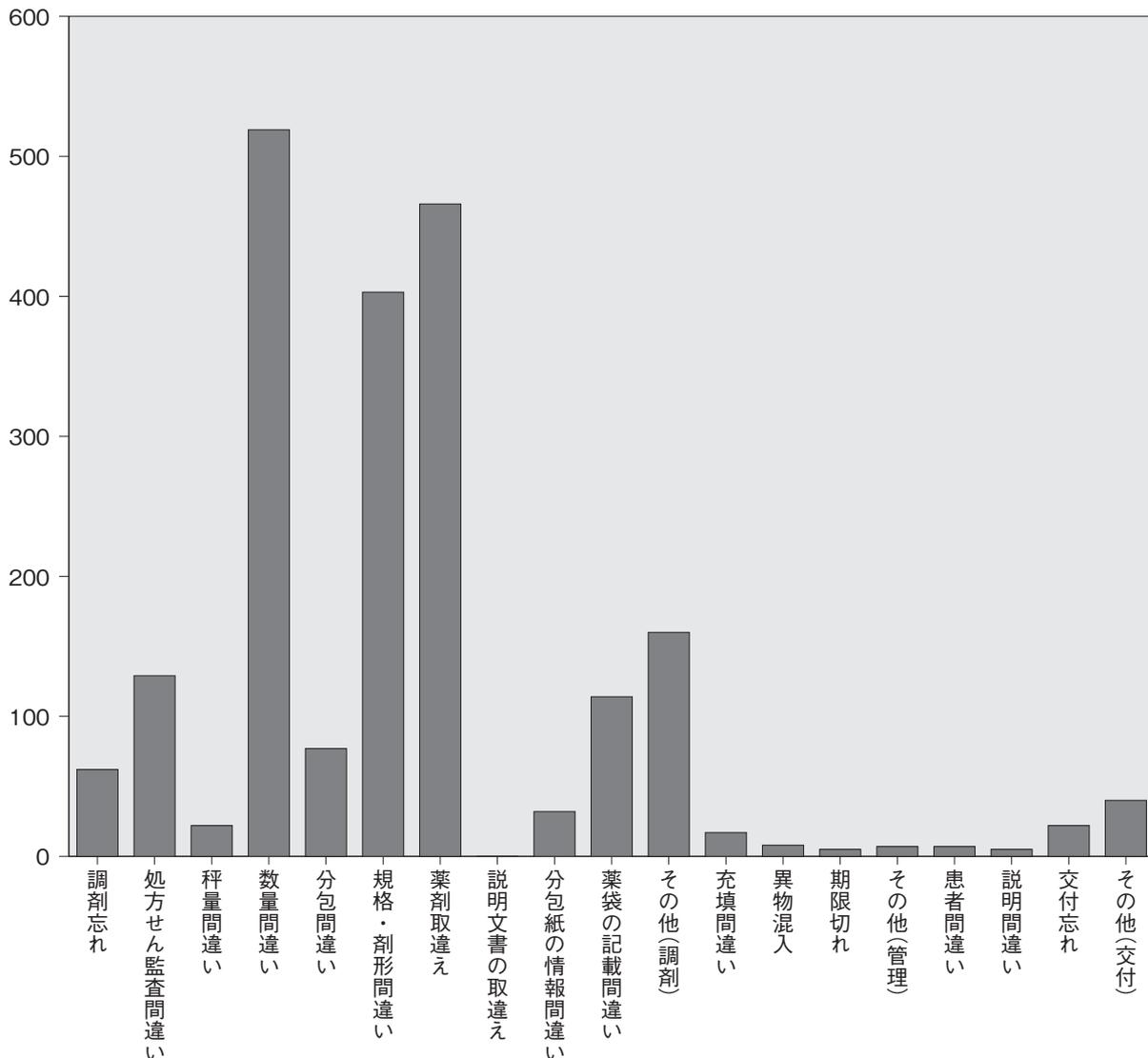
(注1) 薬局ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。2頁(注1)参照。

(注2) 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。

(注3) 「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。

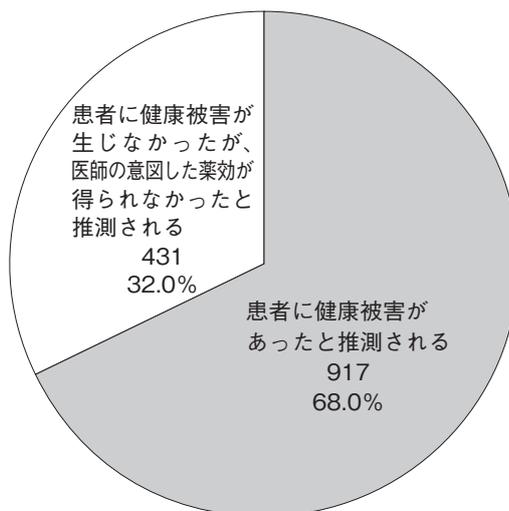
1) 調剤に関する項目

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	62	管 理	充 填 間 違 い	17
	処方せん監査間違い	129		異 物 混 入	8
	秤 量 間 違 い	22		期 限 切 れ	5
	数 量 間 違 い	519		そ の 他 ( 管 理 )	7
	分 包 間 違 い	77	交 付	患 者 間 違 い	7
	規格・剤形間違い	403		説 明 間 違 い	5
	薬 剤 取 違 え	466		交 付 忘 れ	22
	説明文書の取違え	0		そ の 他 ( 交 付 )	40
	分包紙の情報間違い	32	合 計		2,095
	薬袋の記載間違い	114			
	その他(調剤)	160			

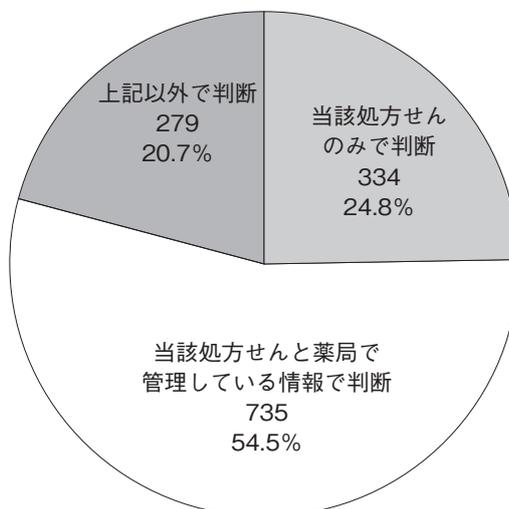


2) 疑義照会に関する項目

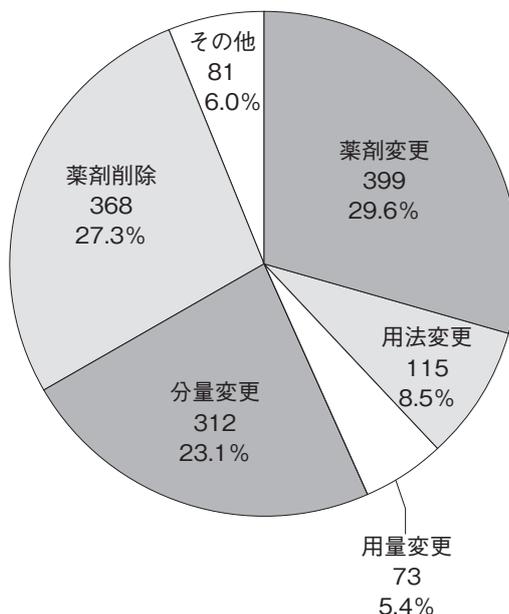
仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	917
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	431
合 計	1,348



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	334
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	735
上記以外で判断	279
合 計	1,348

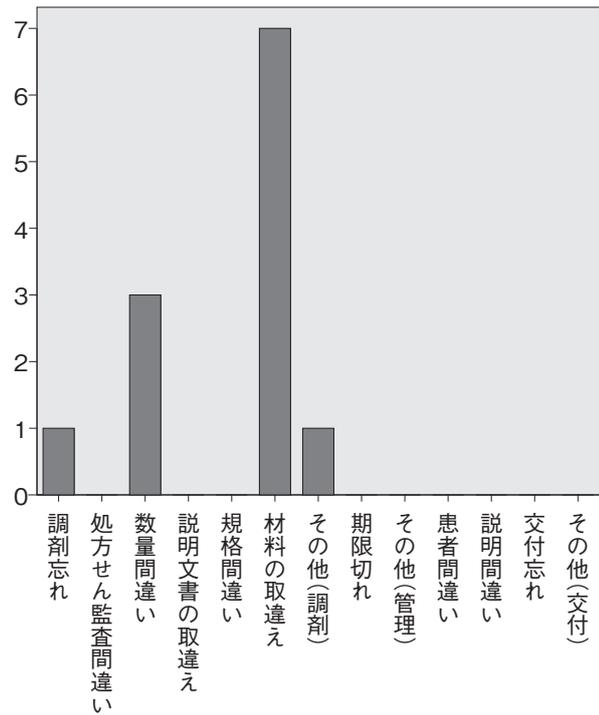


変更内容	件数
薬 剤 変 更	399
用 法 変 更	115
用 量 変 更	73
分 量 変 更	312
薬 剤 削 除	368
そ の 他	81
合 計	1,348



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	1
	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	0
	材 料 の 取 違 え	7
	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		12

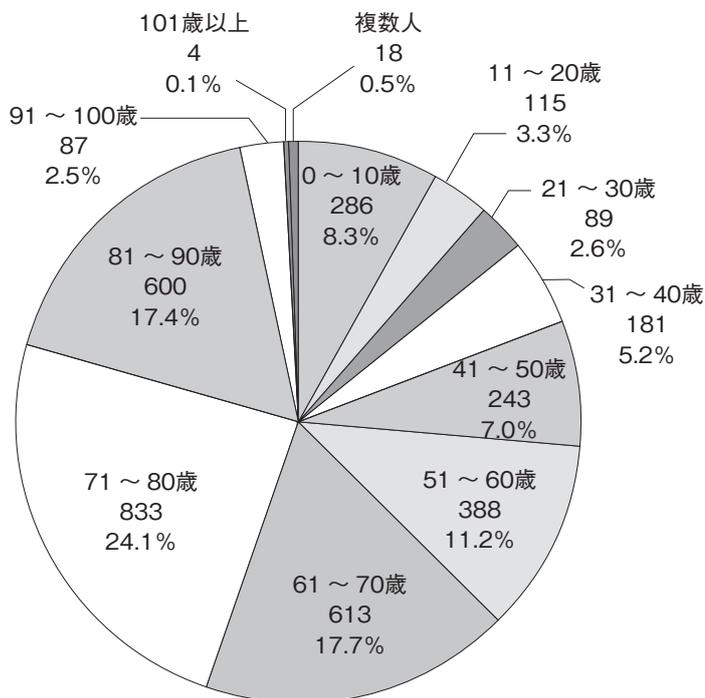


4) 医薬品の販売に関する項目

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	2
合 計	2

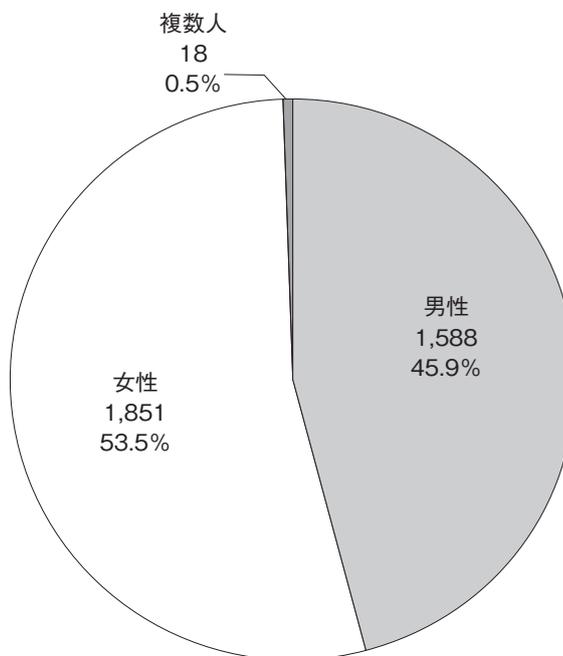
## 6. 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～ 10歳	286
11～ 20歳	115
21～ 30歳	89
31～ 40歳	181
41～ 50歳	243
51～ 60歳	388
61～ 70歳	613
71～ 80歳	833
81～ 90歳	600
91～100歳	87
101歳以上	4
複 数 人	18
合 計	3,457



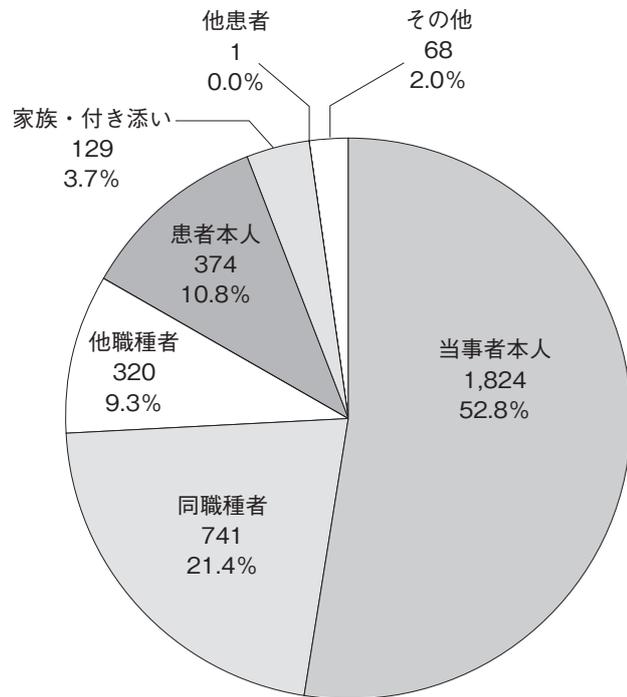
## 7. 患者の性別

患者の性別	件数
男 性	1,588
女 性	1,851
複 数 人	18
合 計	3,457



## 8. 発見者

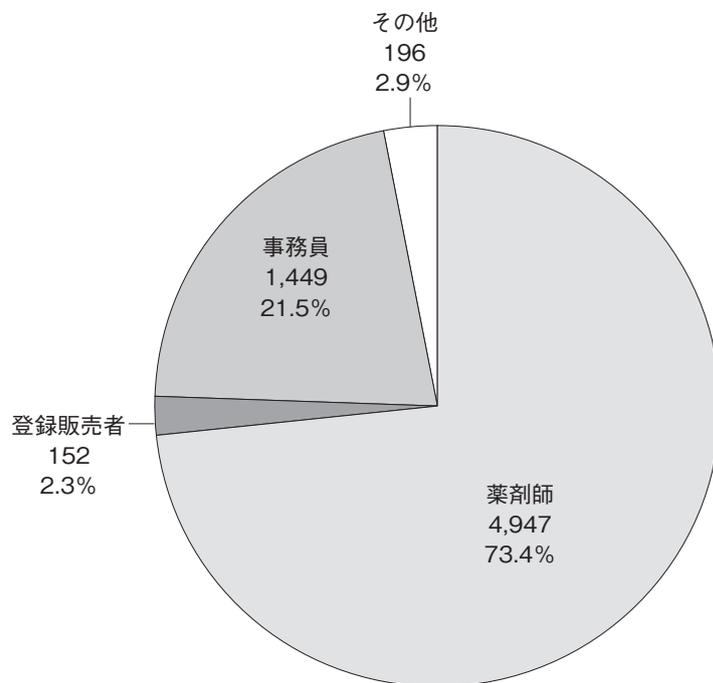
発見者	件数
当事者本人	1,824
同職種者	741
他職種者	320
患者本人	374
家族・付き添い	129
他患者	1
その他	68
合計	3,457



## 9. 当事者

当事者	件数
薬剤師	4,947
登録販売者	152
事務員	1,449
その他	196
合計	6,744

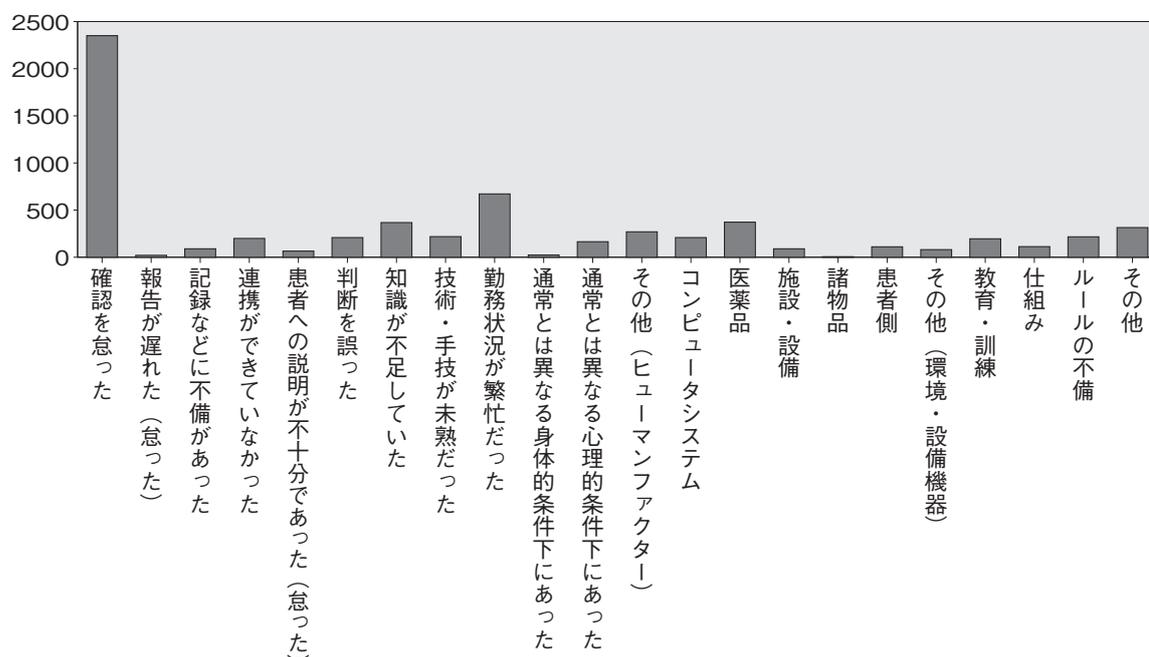
※「当事者」は複数回答が可能である。



### 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	2,350	
	報告が遅れた (怠った)	21	
	記録などに不備があった	90	
	連携ができていなかった	200	
	患者への説明が不十分であった (怠った)	65	
	判断を誤った	209	
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	368
		技術・手技が未熟だった	219
		勤務状況が繁忙だった	672
		通常とは異なる身体的条件下にあった	24
		通常とは異なる心理的条件下にあった	165
		その他 (ヒューマンファクター)	270
	環境・設備機器	コンピュータシステム	209
		医薬品	372
		施設・設備	90
		諸物品	6
		患者側	111
		その他 (環境・設備機器)	81
	その他	教育・訓練	196
		仕組み	113
		ルールの不備	217
		その他	315
		合計	6,363

※「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 <sup>(注)</sup>	特定保険 医療材料	医薬品の 販売	
確認を怠った	1,919	419	11	1	2,350
報告が遅れた (怠った)	14	7	0	0	21
記録などに不備があった	25	65	0	0	90
連携ができていなかった	67	133	0	0	200
患者への説明が不十分であった (怠った)	40	25	0	0	65
判断を誤った	149	59	0	1	209
知識が不足していた	212	155	1	0	368
技術・手技が未熟だった	201	17	1	0	219
勤務状況が繁忙だった	578	92	2	0	672
通常とは異なる身体的条件下にあった	22	2	0	0	24
通常とは異なる心理的条件下にあった	157	5	3	0	165
その他 (ヒューマンファクター)	112	153	3	2	270
コンピュータシステム	100	108	1	0	209
医薬品	269	103	0	0	372
施設・設備	48	42	0	0	90
諸物品	6	0	0	0	6
患者側	18	92	0	1	111
その他 (環境・設備機器)	18	63	0	0	81
教育・訓練	124	70	1	1	196
仕組み	84	29	0	0	113
ルールの不備	192	24	0	1	217
その他	16	299	0	0	315
合計	4,371	1,962	23	7	6,363

※「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	3,447	91	1,037	141	4,716
報告が遅れた (怠った)	33	0	10	4	47
記録などに不備があった	134	1	43	23	201
連携ができていなかった	295	5	97	26	423
患者への説明が不十分であった (怠った)	93	0	27	9	129
判断を誤った	313	8	72	36	429
知識が不足していた	539	10	150	47	746
技術・手技が未熟だった	316	17	80	13	426
勤務状況が繁忙だった	1,080	29	292	18	1,419
通常とは異なる身体的条件下にあった	34	0	4	2	40
通常とは異なる心理的条件下にあった	255	11	98	4	368
その他 (ヒューマンファクター)	366	6	82	21	475
コンピュータシステム	305	12	143	15	475
医薬品	570	7	132	22	731
施設・設備	126	2	23	2	153
諸物品	10	1	4	0	15
患者側	164	8	78	8	258
その他 (環境・設備機器)	138	23	77	6	244
教育・訓練	312	12	93	9	426
仕組み	179	4	64	6	253
ルールの不備	312	11	78	11	412
その他	408	11	113	8	540
合 計	9,429	269	2,797	431	12,926

※「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	8	1,117	48	922	2,095
疑義照会	0	0	0	1,348	1,348
特定保険医療材料	0	4	0	8	12
医薬品の販売	0	1	0	1	2
合 計	8	1,122	48	2,279	3,457

## 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	0	0	0	1	0	0	1
2:00～3:59	0	0	0	0	1	0	1	2
4:00～5:59	0	0	0	0	0	0	0	0
6:00～7:59	1	0	0	0	0	0	0	1
8:00～9:59	3	65	54	52	46	56	33	309
10:00～11:59	7	254	246	216	183	218	182	1,306
12:00～13:59	7	108	112	99	101	131	60	618
14:00～15:59	0	107	108	80	75	83	25	478
16:00～17:59	4	82	95	96	78	125	9	489
18:00～19:59	0	37	32	27	22	28	2	148
20:00～21:59	0	6	3	1	3	5	0	18
22:00～23:59	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	1	13	19	11	16	24	3	87
合 計	23	672	669	582	526	670	315	3,457

## 【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5,206回）<sup>(注1)</sup>

(報告回数上位)

販 売 名	報告回数
ロキソニン錠60mg	34
カロナール錠200	33
PL配合顆粒	25
セレコックス錠100mg	25
ネキシウムカプセル20mg	22
フスコデ配合錠	22
サインバルタカプセル20mg	19
クラリス錠200	18
ワーファリン錠1mg	18
エディロールカプセル0.75μg	17
ムコスタ錠100mg	17

#### 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 904回)<sup>(注2)</sup>
- 間違えた医薬品 (報告回数 903回)<sup>(注2)</sup>
- 関連医薬品 (報告回数 1,301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	
オルメテックOD錠20mg	2	5	6	13
クレストール錠2.5mg	2	3	8	13
ネキシウムカプセル20mg	1	5	7	13
デパス錠0.5mg	2	5	5	12
カロナール細粒20%	2	3	5	10
カロナール錠200	1	4	5	10
ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	0	3	7	10
ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	1	5	4	10
マグミット錠330mg	1	4	5	10
モーラステープL40mg	2	4	4	10
ロキソニンテープ100mg	5	3	2	10
ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	4	2	4	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 1,544回) (注1)  
 ○変更になった医薬品 (報告回数 554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	25	3	28
カロナール錠200	15	8	23
フスコデ配合錠	19	2	21
PL配合顆粒	16	4	20
クラリス錠200	15	2	17
セレコックス錠100mg	13	4	17

## 2) 後発医薬品 (報告回数1,999回) (注2)

(報告回数上位)

販売名	報告回数
カロナール錠200	33
ピーエイ配合錠	15
カロナール錠300	14
マグミット錠330mg	14
カロナール細粒20%	13
クロピドグレル錠75mg「SANIK」	13
セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	13
カルボシステインDS50%「タカタ」	12
カルボシステイン錠500mg「トーワ」	12
ビオフェルミンR散	12
ファモチジンD錠10mg「サワイ」	12
ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	12

(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<sup>(注1)</sup>(報告回数27回)<sup>(注2)</sup>

販 売 名	報告回数
デザレックス錠5mg	12
リンゼス錠0.25mg	7
ピラノア錠20mg	5
アメナリーフ錠200mg	1
ミカトリオ配合錠	1
ルパフィン錠10mg	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19回）<sup>(注1)</sup>

- 処方された特定保険医療材料（報告回数 7回）
- 間違えた特定保険医療材料（報告回数 7回）
- 関連する特定保険医療材料（報告回数 5回）

販 売 名 <sup>(注2)</sup>	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	3	4	2	9
ペンニードル	4	2	2	8
ナノパスニードル	0	1	1	2

(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2回）<sup>（注）</sup>

販 売 名	報告回数
ロキソニンS錠	1
パブロン鼻炎カプセルS $\alpha$	1

医薬品の分類	報告回数
医療用医薬品	0
第一類医薬品	1
指定第二類医薬品	1
第二類医薬品	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<sup>(注)</sup>。

本集計報告対象期間に掲載した「共有すべき事例」は17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	10
疑義照会	7
特定保険医療材料	0
医薬品の販売	0
合 計	17

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
処方せん監査間違い	3	25～27
秤量間違い	1	28
数量間違い	2	29～30
分包間違い	2	31～32
薬剤取違い	1	33
交付時の説明不足	1	34
疑義照会		
変更内容	掲載件数	掲載ページ
薬剤変更	3	35～37
分量変更	1	38
薬剤削除	2	39～40
変更なし	1	41

(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】処方せん監査間違いの事例<8月-事例3> (事例番号：000000053764)

<b>事例の内容</b>
<p>80歳代女性に内科から発行された処方箋には、ボノサップパック400 1回0.5シート（1日1シート）1日2回朝夕食後服用7日分と記載されていた。その処方箋には検査値の記載もあり、血清クレアチニン0.76mg/dL、eGFR54.6mL/分、体重49kgとあった。腎機能の低下が認められるが年齢相応と判断し、処方通り調剤し交付した。3週間後、患者より、ボノサップパック400服用後3日目から体調が悪くなり、5日目に血圧が低下したため医療機関の救急外来を受診したと申し出があった。薬剤服用歴の記録から併用薬を確認したところ、内科よりアダラートCR錠40mgが処方されていた。患者は高齢であり腎機能の低下もみられるため、クラリスロマイシンとニフェジピンの相互作用により血圧降下作用が増強された可能性があると考え、患者に血圧低下の原因が医薬品の相互作用の可能性であることを説明した。患者から、薬の飲み合わせで血圧が下がる可能性があるなら、事前に教えてもらいたかったと指摘された。</p>
<b>背景・要因</b>
<p>腎機能の低下を年齢相応と判断し、ボノサップパック400とアダラートCR錠40mgの相互作用について確認を怠ったことが、今回の事例の発生要因と考える。</p>
<b>薬局が考えた改善策</b>
<p>高齢者に、ピロリ菌の除菌のためボノサップパック400などが処方された場合は、腎機能の低下を考慮して処方の妥当性を判断する。その際には併用薬に注意し、禁忌ではなくても起こりうる相互作用を想定して患者に説明を行う。また、必要であれば医師に情報提供し、抗菌薬の減量など処方提案を行うようにする。</p>
<b>その他の情報</b>
<p>ボノサップパック400の添付文書（一部抜粋）  <b>【使用上の注意】</b>                  3. 相互作用（2）併用注意（併用に注意すること）                  クラリスとカルシウム拮抗剤（CYP3A4で代謝される薬剤：ニフェジピン、ベラパミル塩酸塩等）カルシウム拮抗剤の血中濃度上昇に伴う作用の増強等の可能性があるため、異常が認められた場合には、投与量の調節や中止等の適切な処置を行うこと。</p>
<b>事例のポイント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●年齢による腎機能の低下を考慮して処方の妥当性を確認することは、薬剤師の使命である。</li> <li>●副作用を早期発見するために、患者が相互作用も含めた医薬品情報を理解しておくことは有効な手段となる。</li> <li>●数種類がセットになった医薬品が処方された場合、構成する医薬品の確認を一つずつ行うことは煩雑な作業となるが、注意深く確認することが欠かせない。</li> </ul>

## 2.〔調剤〕処方せん監査間違いの事例&lt;10月-事例3&gt; (事例番号：000000054403)

事例の内容
<p>他薬とともに、週1回服用のボナロン経口ゼリー35mgが35日分処方されていたが、そのまま患者に交付した。その後、ボナロン経口ゼリー35mgの薬局在庫が通常より少ないことがわかり、処方日数について疑義照会せず35包渡したことに気付いた。患者は薬剤の数量が多いことに気付いたが、以前から服用している薬剤であったため、毎日服用することはなかった。</p>
背景・要因
<p>処方医が処方日数を変更する際に、全ての薬剤をまとめて変更したため、ボナロン経口ゼリー35mgも35日分と記載された。薬剤師は、今までと同じ薬剤が処方されていることは確認したが、週1回服用する薬剤であることを見落とした。</p>
薬局が考えた改善策
<p>週1回や月1回服用する薬剤、休薬が必要な薬剤などを再認識し、分量だけでなく、処方日数が適切であるか確認することが必要である。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●服薬パターンが特殊な医薬品は、医薬品棚にその旨を表示するなどの工夫により、調剤者の注意を喚起する取り組みが求められる。</li> <li>●医薬品を交付する前に行う鑑査には、大きく分けて三つの確認事項がある。一つは、処方と調製された医薬品の確認であり、処方箋と医薬品とを確実に照合する必要がある。もう一つは、処方された医薬品の適切な使用に関する確認であり、医薬品の服用方法や相互作用等の知識が必要となる。また、薬剤棚への注意喚起の表示や、電子薬歴などのシステムの導入なども有効な手段となる。残る一つは、患者の状態や病歴との照合であり、お薬手帳の確認や患者から聴取するスキルが重要である。</li> </ul>

## 3.〔調剤〕処方せん監査間違いの事例&lt;10月-事例4&gt;（事例番号：000000054771）

事例の内容
定時薬のデパス錠0.5mgが処方された。お薬手帳を確認したところ、他の医療機関からもデパス錠0.5mgが同じ用法・用量にて処方されていたため、疑義照会した結果、削除となった。数ヶ月前から重複処方されていたが、家族に患者が重複して服用することはなかったことを確認し、残薬がたくさんあることもわかった。
背景・要因
患者は90歳代で、複数の医療機関を受診している。患者はデパス錠0.5mgの手持ちが足りなくなっただけで、他の医療機関で臨時に処方してもらったが、その医療機関で定時処方に組み込まれたことから処方が継続された。今までお薬手帳の持参がなかったため、重複処方の発見が遅れた。
薬局が考えた改善策
患者の家族に対して、他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝え、薬局ではお薬手帳を毎回提出するよう説明した。
事例のポイント
●高齢の患者は、多数の医療機関を受診していることも多く、自己管理が難しい場合も想定されるため、患者だけではなく家族にもお薬手帳を利用することの重要性を根気よく伝え、理解してもらうことが不可欠である。

## 4.〔調剤〕秤量間違いの事例&lt;10月-事例2&gt; (事例番号：000000054878)

事例の内容
<p>薬剤師Aが、調剤用パンピタン末とベサコリン散5%の処方調剤していた。先にベサコリン散5%を秤量して撒き、次に調剤用パンピタン末を秤量する際に、患者に呼ばれ、その場を離れた。その間に、別の薬剤師Bが天秤を使用した。そのことを知らない薬剤師Aは、戻った際に0点を合わせずに秤量を行った。秤量後、薬剤をのせた秤量皿を移動させた時に、0点調節されていないことに気付いたため秤量し直した。</p>
背景・要因
<p>調剤を中断している間に、他者が天秤を使用することはないだろうという思い込みがあった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>秤量する際は、その都度0点に合わせる習慣をつける。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●この事例のように、作業を中断すると、その間に機器の設定などの状態が変化し、それに気付かないまま不適切な作業を行う恐れがあるため、作業を中断しないことが事故防止の大原則である。</li> <li>●止むを得ず作業を中断した時には、自分の記憶をたどる以外に、使用機器の初期値、設定状態など作業開始時に行うべきポイントを改めて確認し直してから、作業を再開する必要がある。</li> </ul>

## 5. 【調剤】数量間違いの事例&lt;9月-事例1&gt;（事例番号：000000054056）

事例の内容
<p>テモダールカプセル100mg 2カプセル5日分、テモダールカプセル20mg 4カプセル5日分が処方された。テモダールカプセル100mgを10カプセル調剤するところ20カプセル、テモダールカプセル20mgを20カプセル調剤するところ10カプセル調剤した。</p>
背景・要因
<p>テモダールカプセル100mgと20mgのそれぞれの数量をしっかりと確認しなかった。両剤は毒薬であるため、同じ引き出しに隣り合って置かれていた。</p>
薬局が考えた改善策
<p>毒薬はカギのかかる場所で保管しなければならず、保管場所を移すのは難しいため、「異規格あり」「100mg」「20mg」など、注意を促す表示をした。また、抗悪性腫瘍剤でもあることから、誤って処方量より多い量を服用することにより重大な健康被害を引き起こす可能性があるため、薬局内で事例を共有する。</p>
その他の情報
<p>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（薬機法）（一部抜粋） （表示） 第四十四条 毒性が強いものとして厚生労働大臣が薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて指定する医薬品（以下「毒薬」という。）は、その直接の容器又は直接の被包に、黒地に白枠、白字をもつて、その品名及び「毒」の文字が記載されていなければならない。 （貯蔵及び陳列） 第四十八条 業務上毒薬又は劇薬を取り扱う者は、これを他の物と区別して、貯蔵し、又は陳列しなければならない。 2 前項の場合において、毒薬を貯蔵し、又は陳列する場所には、かぎを施さなければならない。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●テモダールカプセルは抗悪性腫瘍剤であり、毒薬に指定されている。</li> <li>●毒薬を取り扱う薬局の薬剤師は、毒薬の危険性と薬機法が定める内容を再確認し、自施設の実情にあった事故防止対策を検討し実施することが重要である。</li> </ul>

## 6.〔調剤〕数量間違いの事例&lt;10月-事例1&gt; (事例番号:000000054353)

事例の内容
トレシーバ注フレックスタッチを含む14種類の薬剤が記載された処方箋を受け付けた。トレシーバ注フレックスタッチ2本のところ1本のみ調製し、交付した。翌日の注射剤棚卸の際、在庫数が合わないことから間違いに気づき、注射剤調製時の写真撮影の記録により該当患者が判明した。
背景・要因
処方薬が多いことと、残薬調整に気を取られたことにより、計数間違いに気付かなかった。鑑査者は研修後の勤務で、体調不良もあり、通常とは異なる身体状況だった。
薬局が考えた改善策
調剤者は、調剤鑑査システムで照合する際、表示される薬剤の計数確認を行ってから鑑査へ回す。無理のないシフト調整を行い、体調不良の職員に配慮する。注射剤の棚卸と注射剤調製時の写真撮影(独自の取り組み)は、引続き毎日行っていく。

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●航空業界には、I'M SAFEという言葉がある。ヒューマンエラーが多発する心身状態を示したもので、順に、illness 病気、medication 服薬、stress ストレス、alcohol 二日酔い含む、fatigue 疲労、eating 空腹・満腹を表わしている。こうした状況にある時は、エラーを起こさないように自覚する必要がある。そもそも、そうした状況で業務にあたらないう自己管理するとともに、シフト作成における管理側の配慮も求められる。</li> <li>●今回の事例では、「注射剤調製時の写真撮影」が誤調剤の検証に大いに役立っている。</li> <li>●誤調剤を起こさないことはもちろん重要だが、ミスを100%無くすことは難しいため、誤調剤を早期に発見し、患者を特定するための事後対応の仕組みの構築が重要である。調剤の写真撮影やビデオ撮影など、手間のかからない仕組みが望ましく、この薬局の取り組みは参考になる。</li> </ul>

## 7.〔調剤〕分包間違いの事例&lt;8月-事例2&gt;（事例番号：000000053901）

事例の内容
患者は2つの病院から処方される医薬品を服用しているが、本人による管理が困難であるため、それぞれの処方薬をまとめて一包化していた。1つの病院の処方薬を預かり、他方の病院の処方が出た時にまとめて一包化していたが、預かっていた処方薬に気付かずに1つの病院の処方薬のみを一包化した。
背景・要因
薬局内で申し送りができていなかった。
薬局が考えた改善策
注意すべき患者の名前を覚えておく。薬剤服用歴の画面を開いた時に、注意事項が出るようにする。

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"><li>●患者の服薬管理の一環として、複数の医療機関から処方される医薬品をまとめて一包化する薬局も増えている。</li><li>●医薬品の一包化は、手間がかかる作業であるうえに、その作業に誤りがあれば、患者は誤りに気付きにくく、そのまま誤服用となり、かえって患者にデメリットが生じることになる。安全に作業を行うために、薬局スタッフの間で情報の共有とチェック機能が必要である。</li></ul>

## 8.〔調剤〕分包間違いの事例&lt;9月-事例2&gt;（事例番号：000000054061）

事例の内容
<p>プレドニン錠5mg 1.5錠が処方された。通常の調剤では、PTPシートの1錠と予製剤として分包した0.5錠をそれぞれ日数分調剤しているが、当該患者には、本人の希望により、1.5錠を分包して渡していた。そのことが患者情報欄に記載されていたが、調剤者と鑑査者のいずれも気付かず、通常の方法で調剤し患者に交付した。翌日、どのように飲んだらよいかわからないと患者が薬を持って来局したため、調剤方法が間違っていたことがわかった。</p>
背景・要因
<p>調剤時と鑑査時に、患者情報欄の調剤指示を見逃したことが原因と思われる。交付時に患者に薬を見せて確認したが、患者は高齢であり、いつもの薬と思い込んだ可能性がある。</p>
薬局が考えた改善策
<p>必ず、調剤指示に目を通す。服薬指導する時に、薬を患者と一緒に確認する。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●いつもと違う分包方法で調剤したために、服薬時に患者が混乱した事例である。</li> <li>●正しい医薬品を交付することは当然であるが、患者が望む調剤方法、または患者が理解できる調剤方法でなければ、患者は医薬品を正しく服用することが難しくなる。</li> <li>●調剤にあたっては、医薬品を服用する患者の希望をできるだけ反映させた調剤方法を心がけ、医薬品を正しく服用するための情報を添えて患者に交付することが、医薬品の飲み間違いなどの防止につながる。</li> </ul>

## 9. 【調剤】薬剤取違えの事例&lt;8月-事例1&gt;（事例番号：000000053852）

事例の内容
ジルテックドライシロップ1.25%の予製剤を調整する際、フロモックス小児用細粒100mgを手に取り秤量した。粉の色が異なっていることに気付き、取り違えたことがわかった。患者へ交付することはなかった。
背景・要因
取り違えたフロモックス小児用細粒100mgは他店舗から移動してきたもので、包装が製品本来の薬品瓶ではなく、遮光袋に入れられた状態であった。そのフロモックス小児用細粒100mgがジルテックドライシロップ1.25%の棚に並べられていたため、思い込みが生じた。
薬局が考えた改善策
調剤する時や予製する時は、医薬品名をしっかりと確認する。また、医薬品を補充する際、補充する医薬品名と棚に表示された医薬品名を確認して配置する。
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"><li>●散剤の予製剤を調製する時や補充・充填する時の医薬品の取り違えは、複数の患者へ影響が及ぶ可能性があるため、慎重に行う必要がある。</li><li>●医薬品の補充・充填間違いを防止するためには、複数の薬剤師で確認するなどの対策が有効である。</li></ul>

## 10.〔調剤〕 交付時の説明不足の事例&lt;9月-事例3&gt; (事例番号:000000054235)

事例の内容
<p>マグミット錠330mg 1回1錠1日3回毎食後が処方された。服薬指導の際、「便通に合わせて用量を自己調節するように」と口頭で患者に説明したが、患者は軟便になっても1回1錠1日3回毎食後の服用を続け、常に下痢症状が続く状態になった。交付から10日後に患者が再受診した際に、下痢症状による膀胱炎と診断された。</p>
背景・要因
<p>「便通に合わせて用量を自己調節するように」と口頭で患者に説明したが、薬剤情報提供文書には記載しなかった。患者が80歳代であることを考慮すると、薬剤情報提供文書にも記載しておくべきであった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>特別な指示がある場合は、口頭説明だけでなく、薬剤情報提供文書や薬袋にも情報を記載する。自己調節が難しそうな患者には、服用後の体調変化を電話にて確認する等、交付後もフォローアップする。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●症状に合わせて服薬する量を調整する医薬品については、医薬品の効果と服用方法を十分に説明する必要がある。</li> <li>●患者自らが、自分の症状に合わせて適切に医薬品を調整するためには、医薬品の効果が予想以上に強く出現した時の減量方法や、服薬しても症状の改善が見られない時の増量方法などについて、患者が理解できるように具体的に説明することが重要である。</li> <li>●患者が薬局で聞いた説明を理解できたとしても、実際服用する際に記憶があいまいになることもあり得る。服薬量の調整方法等を薬袋やお薬手帳、薬剤情報提供文書に記載することは有効な手段である。</li> </ul>

## 11. 【疑義照会】薬剤変更の事例&lt;7月-事例1&gt; (事例番号: 000000053221)

事例の内容
<p>ベタニス錠50mg 0.5錠分1朝食後56日分が処方された。前回まではベタニス錠50mg 1錠分1朝食後であった。患者から「最近は調子がよいため、錠剤を割って1回半錠を飲んでた。それを処方医に伝えたところ、実際の飲み方に合わせて処方が変わった。」と聞き取った。ベタニス錠は徐放性製剤のため、分割することで徐放性が失われ薬物動態が変わる恐れがあり、急激に血中濃度が上昇することで副作用発現の可能性も高くなると考え、処方医に疑義照会した。ベタニス錠25mg 1錠分1朝食後56日分に処方変更となった。</p>
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
採用医薬品の分割および粉碎の可否について定期的に確認し、職員に周知徹底を図る。徐放性製剤を服用している患者には、分割して服用しないように指導を行う。
その他の情報
<p>ベタニス錠25mg、ベタニス錠50mgの添付文書（一部抜粋）</p> <p>【使用上の注意】</p> <p>8. 適用上の注意</p> <p>(2) 服用時：本剤は徐放性製剤であるため、割ったり、砕いたり、すりつぶしたりしないで、そのままかまずに服用するよう指導すること。[割ったり、砕いたり、すりつぶしたりして服用すると、本剤の徐放性が失われ、薬物動態が変わるおそれがある。]</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●口腔内崩壊錠など製剤上の特性がある医薬品が増えている。中でも徐放性製剤は、噛み砕いたり粉碎したりすることによって血中薬物濃度が上昇し有害事象の発生につながる可能性がある。医薬品のそれぞれの特性を理解しておくことが重要である。</li> <li>●患者によっては医薬品を自己調整して服用する場合があるため、患者自身も製剤の特性を理解しておくことや、用法や用量の説明をする以外に医薬品の製剤上の特性についても説明しておくことが有効な対策となる。</li> </ul>

## 12. 【疑義照会】薬剤変更の事例&lt;7月-事例2&gt; (事例番号: 000000053229)

事例の内容
アラセナーA軟膏3%等が処方された患者に、バラクルード錠0.5mgが処方された。患者はバラクルード錠0.5mgを服用したことがなく、今回は単純疱疹で受診した。疑義照会の結果、バラクルード錠0.5mgからパラシクロビル錠500mg「日医工」に変更となった。
背景・要因
処方医が処方箋の入力の際、頭2文字が同じであるバラクルード錠0.5mgを選択したと考えられる。
薬局が考えた改善策
新規に医薬品が処方された時は、受診した目的を聞き取り、処方薬の効能・効果と確認を行う。

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"><li>●処方箋を発行する際に起きがちな、頭2文字が一致している名称類似の医薬品の入力間違いの事例である。</li><li>●処方箋を受付けた際には、どのような場合でも症状や診察の内容などを患者から聞き取り、処方内容が患者から聴取した内容と矛盾がないか確認してから調剤することが重要である。</li></ul>

## 13. 【疑義照会】薬剤変更の事例&lt;9月-事例4&gt;（事例番号：000000054065）

事例の内容
レボフロキサシン錠250mg「DSEP」が処方された。交付時に、以前クラビットを飲んで息苦しさや動悸があったと、患者から聞き取った。病院のアンケートにも記載したとのことであったが、念のため疑義照会を行った。その結果、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」に変更となった。
背景・要因
患者のアレルギー歴等をきちんと把握せずに処方したと考えられる。
薬局が考えた改善策
特に初めて処方された医薬品については、患者から聞き取りを行ったり、過去のアンケートを見返したりして、服用に関して問題がないか確認することが重要と考える。
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医薬品を交付する前に患者のアレルギー歴や副作用歴を確認することは、医薬品による有害事象を未然に回避するために、医療従事者が必ず行わなければならない事項であり、可能であれば毎回患者に確認することが望ましい。</li> <li>● 患者は、病院のアンケートに、クラビットによって息苦しさや動悸が出現したと記載していたが、今回の処方に反映されなかった。トレーシングレポート（服薬情報提供書）などを利用し、医療機関と情報を共有することも医療連携の一つである。</li> </ul>

## 14. 【疑義照会】分量変更の事例&lt;8月-事例4&gt; (事例番号：000000053843)

事例の内容
<p>退院後、患者が久しぶりに来局した。退院時処方がお薬手帳に記載されていたため、今回の処方内容と照らし合わせたところ、エチゾラム錠1mg「トーワ」が減量となっていた。患者は、診察時に処方医から分量の変更を聞いていなかったため疑義照会したところ、分量の記載に誤りがあることがわかり変更となった。確認しなければ、処方医が期待した効果が得られなかった可能性がある。</p>
背景・要因
<p>病院で退院時処方の内容をお薬手帳に記載し、患者がお薬手帳を忘れずに薬局に持参したため、今回の誤りに気付くことができた。お薬手帳が入・退院時の薬学的管理に非常に役に立つと実感できた事例である。</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"> <li>●お薬手帳を患者が持参しても、シールを貼るだけの薬局も散見されるが、今回のように薬剤師がきちんと確認し活用してこそ、患者も持参し薬剤師に見せる気持ちになる。</li> <li>●お薬手帳に退院時処方が記載されていたことが、処方の誤りに気付く契機となった事例である。服薬情報を一元的・継続的に把握するために、また、安全な医療を提供するために、薬局以外の医療機関においてもお薬手帳の積極的な活用を期待したい。</li> </ul>

## 15. (疑義照会) 薬剤削除の事例&lt;7月-事例3&gt; (事例番号: 000000053462)

事例の内容
<p>咳や鼻水の治療のため、70歳代の患者に臨時の処方箋が発行された。お薬手帳に記載されている併用薬や診療科(腎臓内科)により、腎機能の低下が疑われた。患者が持参した血液検査の結果を確認したところ、血清クレアチニン値が4.46mg/dL、eGFRが10.8mL/min/1.73m<sup>2</sup>であった。また、クレアチンクリアランスを計算すると、9mL/minであった。末期腎不全で高度の腎機能障害があると判断したため、疑義照会を行った。その結果、ロキソニン錠60mgおよびザイザル錠5mgの処方が削除となった。</p>
背景・要因
<p>処方医は、他科からの処方薬や合併症を把握していなかったと考えられる。以前から来局していた患者であったが、薬局でも腎機能については確認できていなかった。お薬手帳の情報から患者の状態を把握する努力が不十分だったと考えられる。</p>
薬局が考えた改善策
<p>腎機能等に影響がある薬が処方されていない時でも、患者の合併症などを把握するように努め、必要に応じてすぐに疑義照会できるようにしておく。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●お薬手帳の情報から併用薬や診療科を把握し、さらに患者が持参した検査値を活用して、処方医に対し薬学的知見に基づいた適切な情報提供を行った良き事例と言える。</li> <li>●高齢者や腎機能・肝機能が低下している患者への薬物治療においては、薬物代謝や排泄などの薬物動態に注目して処方箋を監査することが重要である。</li> </ul>

## 16. 【疑義照会】薬剤削除の事例&lt;10月-事例5&gt; (事例番号: 000000054865)

事例の内容
<p>患者は、定期薬としてイムラン錠50mgを服用していた。今回、尿酸値が上昇したためフェブリク錠10mgが処方されたが、処方監査時にイムラン錠50mgとの併用禁忌に気付かず、処方通りに調剤した。交付前に確認した電子薬歴システムのチェック機能により併用禁忌に気付き、疑義照会を行ったところ、フェブリク錠10mgが中止となった。</p>
背景・要因
<p>忙しい時間帯であった。新たに医薬品が追加となった際の確認が足りなかった。取り扱いの少ない医薬品であったため、知識が不足していた。</p>
薬局が考えた改善策
<p>新たに追加された医薬品については、添付文書や電子薬歴システムなどを利用し、しっかり確認してから調剤を行う。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●本事業部が運営している医療事故情報収集等事業には、イムランとフェブリクの併用禁忌について疑義照会が行われず、患者に骨髄抑制が出現した事例が報告されている。 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.129 「併用禁忌の薬剤の投与 (第2報)」 <a href="http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_129.pdf">http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_129.pdf</a></li> <li>●併用禁忌の医薬品により引き起こされる副作用を回避するためには、服薬情報を一元的・継続的に把握するとともに、併用禁忌薬の一覧表や電子薬歴のシステムなどを活用した確認体制を構築することが有効な手段となる。</li> </ul>

## 17. (疑義照会) 変更なしの事例&lt;9月-事例5&gt; (事例番号: 000000054077)

事例の内容
ノベルジン錠50mg 3錠毎食後の処方箋を受け付けた。ノベルジン錠50mgは初めて調剤する薬剤であったため、薬局にある2017年度版医薬品添付文書集で調べたところ、ノベルジン錠50mgの効能・効果はウィルソン病のみであり、用法は空腹時と記載されていた。念のため製薬メーカーに確認したところ、2017年3月に低垂鉛血症の効能・効果が追加され、副作用低減のため、用法が食後になっていた。そのことを踏まえて医療機関に疑義照会を行い、低垂鉛血症の治療のための処方であることを確認した。
背景・要因
調剤したことのない薬剤であった。最近、効能・効果が追加になっていた。
薬局が考えた改善策
最新の情報をもとに判断する。

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●薬剤師は、処方箋中に疑わしい点がある時は、処方した医師にその疑わしい点を確認した後でなければ調剤してはならない。また、疑義照会するうえで根拠とする情報は、最新の医薬品情報に基づくものでなければならない。</li> <li>●今回の事例では、調剤の際に生じた疑問に対して、医薬品添付文書集で効能・効果、用法・用量を調べただけではなく、製薬メーカーから最新の医薬品情報を入手したうえで疑義照会を行っている。このように情報収集の手間を省かず、最新の医薬品情報に基づいて疑義照会を行う姿勢が、医師と薬剤師の信頼関係の構築には必須である。</li> <li>●医薬品情報は常に更新されるため、最新の添付文書を確認するには、(独) 医薬品医療機器総合機構 (PMDA) の医療用医薬品情報検索の活用や、製薬メーカーへの問合せが有用である。</li> </ul>

