

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業収集結果

本報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が、公益財団法人日本医療機能評価機構がホームページ等で公開している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の平成25年1月1日から平成25年6月30日に報告された事例の概要について、安全管理対策に関する調査・検討を行い、結果を報告したものである。

- 1) ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 …… 省略
- 2) 情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例 …… 参考資料3

(注)本調査・検討は、医薬品・医療機器の使用方法及び名称・包装等の物的要因の観点から、安全管理対策に関して検討することを目的としているが、医療事故の再発防止を目的として実施されている医療事故情報収集等事業において収集した情報を活用して検討を行っているため、医薬品・医療機器に係るヒヤリ・ハット事例及び医療事故事例を分析するには限界がある。

- 3) 疑義照会に関する事例 ……P. 1～136

平成 26 年 3 月 10 日

平成 25 年度 第 4 回医薬品・医療機器安全使用対策検討会結果報告 －薬局ヒヤリ・ハット事例－

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

1. 調査対象の範囲

公財) 日本医療機能評価機構 (以下、「評価機構」という。) のホームページ上の平成 25 年 1 月 1 日～6 月 30 日の間に報告された薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業からの事例 (3,238 事例)のうち、事例内容「規格・剤形間違い」、「薬剤取違い」、「その他」に関する 1,379 事例、「疑義照会」に関する 369 事例。

2. 検討方法

薬局ヒヤリ・ハットの事例について、医薬品の使用方法及び名称・包装等の観点から安全管理対策に関する専門的な検討を行うため、各医療関係機能団体代表、学識経験者等の専門家及び製造販売業者の代表から構成される標記検討会を開催し、医薬品の物的要因に対する安全管理対策について検討した。

また、「疑義照会」については、疑義照会の理由・根拠について分析した。

3. 調査結果

(1) 医薬品の製造販売業者等による安全使用対策の必要性の有無について、1,379 事例のうち処方箋からの保険者番号等の転記ミスや調剤報酬の算定誤り等を除いた 1,156 事例を調査したところ、以下の結果となった。

調査結果	事例数	割合
医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例	0	0.0%
製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例	0	0.0%
ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	917	79.3%
販売名の不明など情報不足のため製造販売業者によるモノの対策が困難と考えられた事例	239	20.7%
計	1,156	100%

(2) 369 事例の疑義照会の照会理由等を調査したところ、下記表の結果となった。

調査結果 ^{注)}	事例数(割合)
薬歴等	147(33.9%)
薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)	114(26.3%)
患者の症状等	49(11.3%)
年齢・体重換算の結果	30(6.9%)
患者の申し出	29(6.7%)
処方箋の書き方等(誤記を含む)	29(6.7%)
お薬手帳	27(6.2%)
その他	8(1.8%)
計	433(100%)

注)疑義照会の理由・根拠等については、延べ数で計上。

4. 調査結果の内訳

- 1) ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
- 2) 販売名の不明など情報不足のため製造販売業者によるモノの対策が困難と考えられた事例
- 3) 疑義照会の事例

以上

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
1	イナビル吸入粉末剤20mg 1キット 単回投与の処方。10歳以上には 1回に2キットの処方となるため 用量を確認したところ2キット 単回投与へ変更となった。			連携ができていなかった その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名イナビル吸入粉末剤20mg	薬の特性等
2	オパルモンが処方されたが、他院でドルナーが処方されており、併用の可否を疑義照会したところオパルモン削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名オパルモン錠5μg	薬歴等
3	体重15キログラムの小児に、オゼックス細粒小児用15%を1日2gの処方に疑義照会せず調剤してしまった。交付前に気づき疑義照会を行い、1日1.2gに変更となり調剤し直した。	以前からよく、病院側がオゼックスの投与量の間違が多いことを、新任の薬剤師に伝えていなかった。	起こりやすい間違いを予め伝えておく。	確認を怠った 知識が不足していた その他新任薬剤師への注意喚起不足	処方された医薬品 販売名オゼックス細粒小児用15%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
4	<p>ウイルス性結膜炎の可能性のある患者様に、クラビット点眼液1.5%とヒアレイン点眼液0.1%が処方されていた。そちらの医院では、通常はウイルス性結膜炎の可能性のある患者様には、抗菌剤とステロイド剤が処方されている。患者様に話を伺っても、ヒアレインが処方されるような症状もなく、Drに強めの目薬と2種類出しておくとのことで、医院に確認。ヒアレイン点眼液0.1%→フルメロン点眼液0.1%に処方変更となる。</p>			<p>その他医療機関側の要因</p>	<p>処方された医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.1%</p> <p>変更になった医薬品 販売名フルメロン点眼液0.1%</p>	<p>患者の症状等</p>
5	<p>久しぶりに来局の患者。併用薬を確認した時に「なし」と返答されたが、念のため前回来局時に聞いていた、胃腸科からのビオスリー配合錠・ガスポート10mg・レバミピド100mg「ZE」はもう服用していないか聞いたところ、まだガスポート10mg・レバミピド100mg「ZE」を服用中とのこと。一般名ファモチジン10mgとガスポート10mgは同成分。医師に伝えていなかった為問い合わせ、一般名ファモチジン10mgは削除になった。</p>	<p>なぜ医師に伝えなかったかは聞いたがよく分からなかった。医師も、聞いた時「なし」との返答を得ていたとのこと。</p>	<p>受診する際は、他に掛かっている病院や服用中のお薬などきちんと伝えるよう促した。お薬手帳は自宅にあるということだったため、活用を促した。</p>	<p>患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名【般】ファモチジン錠10mg</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
6	ナウゼリンドライシロップ1% 1.5g 1×吐き気時にて5回分処方されていた。15kgの患者1日3回分の量に相当するため、問い合わせ。0.5g/回に変更になった。	そのとき大変混雑しており、判断を誤ったとのこと。	薬局でも年齢・体重と併せて用量・用法をきちんと確認する。	判断を誤った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ナウゼリンドライシロップ1%	年齢・体重換算の結果
7	デパケン細粒40%が、頓服として1回0.5mgで処方されていた。デパケン細粒の用量としては異常に少なく、薬歴を確認したところ、以前にデパス細粒が0.5mgで処方されていたため、病院に問い合わせ。デパス細粒に変更となる。			その他病院側	処方された医薬品 販売名デパケン細粒40% 変更になった医薬品 販売名デパス細粒1%	薬歴等
8	耳鼻科の処方せんを母親が持参。双子で同じ薬が処方されていたのだが、片方の子のアスピリンの量が多いので、体重も確認したところ明らかに多いので、疑義照会した。正しい量に変更になった。			その他クリニックの確認ミス	処方された医薬品 販売名アスピリンドライシロップ2%	年齢・体重換算の結果
9	耳鼻科の処方せんを持って母親来局。お薬手帳に禁忌カードにアスピリンの記載あり。処方せんにアスピリンも含めて処方あり。疑義照会したところ、処方中止となった。他院でキプレスなどもらっているのので、咳に関してはそちらの薬で様子みることになった。			その他クリニックの確認ミス	処方された医薬品 販売名アスピリンドライシロップ2%	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
10	感冒のためPL顆粒が処方されたが、薬歴より前立腺肥大と緑内障の併発が確認され、PL顆粒は禁忌薬のため疑義照会した結果、葛根湯に処方変更された。			その他院内での合併症確認不十分	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	薬歴等 薬の特性等
11	プロプレス錠8mgと、レニベース錠5mgが同処方。ARBと、ACEの併用	処方医の間違い		連携ができていなかった その他処方医の思い違い 医薬品 その他処方医の思い違い	処方された医薬品 販売名レニベース錠5 変更になった医薬品 販売名ノルバスク錠5mg	薬の特性等
12	ムコダイン錠250mgとサワテン錠250mgが同処方されていた。	処方医がいつもムコダインの処方をしているのを忘れて、追加したため。		連携ができていなかった その他処方医の思い違い 医薬品 その他処方医の思い違い	処方された医薬品 販売名サワテン錠250mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
13	クラリス200mgと、サワシリン250mgが同処方されていた。	サワシリン250mgとサワテン250mgが似ているため、処方医が処方間違えた。		連携ができていなかった その他Drの思い違い 医薬品 その他Drの思い違い	処方された医薬品 販売名サワシリン錠250 変更になった医薬品 販売名サワテン錠250mg	薬の特性等
14	クラビット錠250mg2錠分2の処方。分1で服用する薬剤のため疑義照会。クラリシッド錠200mgの間違いで処方変更となる。	薬剤名類似	この医院は以前クラビット錠500mg1錠分2で(割って)処方してくれと返答したことがある。疑義照会で分1で服用する薬剤だからと言っても、「下痢するから」そのままでの回答だった。しかもかなり怒られた。このような経験が過去にあり疑義照会はかなりためらわれた。疑義照会がしにくい状況は出来るだけ少なくして欲しい。	その他薬剤名類似	処方された医薬品 販売名クラビット錠250mg 変更になった医薬品 販売名クラリシッド錠200mg	薬の特性等
15	テネリアを継続中の患者。今回よりスイニー錠への変更であったが、テネリア錠も処方されていたため、疑義照会。テネリア錠の削除。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名テネリア錠20mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
16	他科よりキプレス錠10mgを服用中の患者に対してオノンカプセルが処方されていたので、照会の上、重複のためオノンカプセルを削除された。	連絡先や併用薬等について答えがらない患者のため、医師が併用薬を確認しきれなかったのではないかと考えられる。	適切に疑義照会を行い、他科受診、併用薬を医師へ伝えた。	その他処方医側	処方された医薬品 販売名オノンカプセル112.5mg	薬歴等
17	定時でつきに1回受診している患者。今回、風邪でPL配合顆粒が追加になっていた。薬歴、お薬手帳の記載により他院でユリーフ錠4mgを服用中で前立腺肥大があると考えられたため疑義照会。葛根湯に処方変更となった。	患者が他院での併用薬、治療状況について、処方医に伝えていなかったことが要因と考えられる。		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	薬歴等 お薬手帳 薬の特性等
18	定時で受診している患者。前回からオルメテック錠10mgが処方され服用していた。今回、オルメテック錠20mgが処方された処方せんを持参したが、患者に確認したところ、用量の変更は聞いていないとのこと。医療機関に疑義照会し、前回と同様のオルメテック錠10mgに処方変更となった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名オルメテック錠20mg 変更になった医薬品 販売名オルメテック錠10mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
19	もともとワーファリン5mg錠を1錠服用しておられたました。今回の処方内容は、5mgを4錠でした。規格の間違いの可能性があったので、問い合わせを行いました。1mg錠を4錠に変更になりました。	処方した医師が規格の確認を怠ったものと思われます。	薬局では常に増減、処方変更の情報を患者さんからも得られるように努める。	確認を怠った勤務状況が繁忙だったコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠5mg 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	薬歴等
20	以前より別の医院でキサラン点眼を使用中。今回セスデンが処方された。キサラン使用中と連絡。ナウゼリン錠に変更となった。	この医院は以前にもこの患者さんにフスコデ錠を処方していて、疑義照会にて変更している。医院内でも患者の体質を把握しておくのは普通のことと考える。		その他医院内の患者情報の把握不足	処方された医薬品 販売名セスデンカプセル30mg 変更になった医薬品 販売名ナウゼリン錠10	薬歴等 薬の特性等
21	病院の処方箋への入力違い。(誤)プレドニン錠5mg 2錠 →(正)ペラプリン顆粒2% 0.5g	年齢からみて錠剤の服用は不可能であると思い、プレドニンは粉砕か問い合わせたところ、病院側の入力ミスであったことが分かった		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg 変更になった医薬品 販売名ペラプリン顆粒2%	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
22	バナシ錠100mg、トラベルミン配合錠、ゼスラン錠3mg、ムコダイン錠250mg、ツムラ葛根湯エキス顆粒 という内容の処方箋。患者様にめまいなどの症状があるのか確認をとったが、そのような症状はないとのことで、トラベルミンではなく類似名称のトランサミンではないのか医院に疑義照会を行った。結果、トラベルミンは削除。トランサミン錠250mgに処方変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名トラベルミン 配合錠 変更になった医薬品 販売名トランサミン 錠250mg	患者の症状等
23	患者が牛乳アレルギーであったためタンナルビンの処方について疑義照会し処方医よりタンナルビンの中止の指示あり。			患者側	処方された医薬品 販売名タンナルビン 「ホエイ」	薬の特性等
24	プルゼニド錠の用法未記載。処方医に確認し投薬した。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名プルゼニド 錠12mg 変更になった医薬品 販売名プルゼニド 錠12mg	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
25	他科にて喘息治療のため、クラリチンドライシロップ、キプレス細粒を継続服用中の患者に対して、ジルテックドライシロップ、オノンドライシロップが処方されていたため重複となるので照会の上、削除された。	医師が併用薬把握していなかったためと思われる。	適切に疑義照会を行った。併用薬を医師に報告した。	その他処方箋の内容	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25% 販売名オノンドライシロップ10%	薬歴等
26	乳糖にアレルギーをもつ患者に、添加物に乳糖を含むメジコン散10%が処方されていた。医師へ連絡し、薬剤の変更を指示された。	薬歴、レセコンに乳糖アレルギーであることを目立つように記入。医師は添加物まで把握することができずに処方したと思われる。	医院への情報提供を徹底する。	仕組み	処方された医薬品 販売名メジコン散10% 変更になった医薬品 販売名メプチンドライシロップ0.005%	薬歴等 薬の特性等
27	歯科からの処方箋において、レフトーゼ錠50mgの記載があった。歯科領域での適応(効能効果)が削除されているため、その旨確認の疑義照会を行う。レフトーゼ錠50mgについては、削除となった。	歯科医師がリゾチーム塩酸塩製剤の歯科領域の適応削除に関する知識が不足していた。		その他医師の薬剤の適応について知識不足	処方された医薬品 販売名レフトーゼ錠(50mg)	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
28	風邪の患者にトーワチームが処方。他院で緑内障治療中のため疑義照会→トーワチーム削除。ツムラ小青竜湯へ変更。			その他院内での患者の疾患の確認もれ	処方された医薬品 販売名トーワチーム配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	薬歴等 薬の特性等
29	ネキシウムカプセルが処方されたが、オメプラール10mg1錠服用中のため問い合わせ→ネキシウム削除。オメプラール10mg1錠処方になり、併用薬とあわせて20mg(10mg2錠)にして服用となった。			その他病院での併用薬確認が不十分のため	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	薬歴等
30	皮膚科からトロキシシン錠が処方された。投薬時に患者様からお薬手帳を指さされ、このムコスタ錠(他院からの処方)も今飲んでいると言われた。医師に問い合わせたところ、トロキシシン錠が削除となった。	医師にも手帳は提出していたが、手帳の記録では、処方内容が数年前の日付で表記されていた。そのため、現在は使用していないとこちらでも判断し兼ねない状況であった。薬局では患者様の話から、「この薬は今も続けて飲んでいるのですね。」と再確認したため、気づく事ができた。		確認を怠った患者側	処方された医薬品 販売名トロキシシン錠 100mg	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
31	<p>外科のA先生と脳外科のA先生と整形外科のB先生の処方だった。今回、ピロリ菌の除菌をするので、外科からネキシウムが7日分、それに続けてプロテカジンと21日分処方していた。それとは別に脳外科からもプロマックD錠とラベプラゾール錠が処方されていた。脳外科の分は、これまでの定期処方になかった薬で今回入院して増えていた。退院時に院内処方されて既に飲んでいますが、院外処方では今回が初めてになる。処方箋を精査して重複を見つけた。</p>	<p>最初、同じ先生が定期処方を忘れていて、ピロリ菌の除菌で間違えて胃薬を重複処方したと思い込んでいた。問い合わせした時ただの重複だから、削除してもらえばいいと考えていた。返答は、プロマックD錠とラベプラゾール錠の削除だったが、脳外科の分の削除と言われて、そこで外科と脳外科の2科からの処方と初めて気が付いた。</p>	<p>名前も科も似ているが、慌てずよく見て確認するしかない。</p>	<p>確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった</p>	<p>処方された医薬品 販売名プロマックD錠75 販売名ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」</p>	<p>薬の特性等</p>
32	<p>初回の患者。PL配合顆粒が処方されていた。初回問診表にて、3年前にナロンエースでじんましんがあったと記載があった。ナロンエース中のエテンザミドとPL中の類似の成分のサリチルアミドの事を処方元に連絡。PLは削除、カロナール錠に変更となった。</p>			<p>その他患者情報の確認不足</p>	<p>処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
33	患児の親に体重を確認したら8.3kgとの事。とてもその子が8kgあるように見えないので、病院に確認の電話をしたが、体重測定をした人が出て、8.3kgでしたと返答。申し訳ないが、もう一度量って下さいとお願いして測定してもらったら、6.3kgだった。針を見間違えていたとの事。	病院内の事なので、よく解からない。	複数の人が確認する。機械を信じないで自分の感覚も使うように。	その他病院側	処方された医薬品 販売名ホクナリンドライシロップ0.1% 小児用 販売名アンブロキシソール塩酸塩細粒1.5%「タイヨー」 販売名カルボシステインDS50%「タカタ」	年齢・体重換算の結果
34	今までメインロール2.5mg処方の患者。メインロールの供給が滞っていることから、今回より処方がメインテートになっていたが、規格が5mgとなっていた。患者投薬時に血圧は安定しており、用量の変更は聞いていないとのことで疑義照会。メインテート2.5mgに変更となった。			その他処方オーダーリング時のミス	処方された医薬品 販売名メインテート錠5mg 変更になった医薬品 販売名メインテート錠2.5mg	薬歴等
35	他院でアレロック錠5mgを使用している患者様に、アレロックOD錠5mgが処方された。薬局からクリニックに重複の疑義照会をおこなった結果、アレロックOD錠5mgが削除になった。	他院での併用薬の確認不足。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名アレロックOD錠5	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
36	他院にて緑内障の治療でタプロス点眼を使用している患者様に、緑内障に禁忌であるネオマレルミンTR6mgが処方された。薬局からクリニックへの疑義照会の結果、ネオマレルミンが削除になった。	他院での治療薬・病名の確認不足。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ネオマレルミンTR錠6mg	薬歴等 薬の特性等
37	前回は余っていたので処方無したが、今回は必要			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ウルデナシン錠100 変更になった医薬品 販売名ウルデナシン錠100	その他
38	アムロジン5で服用者に3を間違えて処方			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジン錠5mg 変更になった医薬品 販売名アムロジン錠5mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
39	手が不自由なので錠剤へ変更			患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名ラックビー微粒N 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤	患者の症状等
40	アダラートは余っているのに処方した			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アダラートカプセル5mg	患者の申し出
41	粒が服用できない患者に、粒を処方した			患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10% 変更になった医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg	患者の症状等
42	ロキソプロフェンは余っているのに処方した			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「タイヨー」	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
43	せきの患者に アスピリンではなくアスペノン処方			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アスペノンカプセル20 変更になった医薬品 販売名アスピリン錠20	患者の症状等
44	ユリーフ4mg 2錠×MA→1錠×Mへ			確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ユリーフ錠4mg	その他
45	パセトシンが処方となるが、ペニシリン系抗生剤にアレルギーがあるとのこと。疑義照会をしてセフェム系のメリアクト錠へ変更となる。			その他医院でのアレルギー歴の確認が不十分	処方された医薬品 販売名パセトシンカプセル250 変更になった医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg	患者の症状等
46	同病院の他科にてアレロック錠が処方あり。アレグラ錠が処方になり、同種同薬効のため疑義照会をしてアレグラ錠が処方削除となる。			その他医院での併用確認が不十分	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
47	他院でムコスタを服用していたが、処方となり、今回疑義照会により削除となりました。			その他院内での併用確認が不十分	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬歴等
48	処方日数が14日分であったが、ニトロダームのみ7枚処方であった。患者の手持の確認できていないために処方されており、本人に確認したところ変更となる	処方の入力間違い患者との連携がとれていない	薬局では残薬の管理をするとともに、病院で処方の際にも注意して入力してもらう	その他入力ミス	処方された医薬品 販売名ニトロダームTTS25mg	処方箋の書き方等
49	溶連菌感染症の患者にワイドシリン細粒が処方されたが、2年前に同薬服用後、薬疹の既往歴があったので疑義照会した。その結果、ケフラル細粒小児用に変更。	医師のカルテ記載漏れ		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ワイドシリン細粒200 変更になった医薬品 販売名ケフラル細粒小児用100mg	薬歴等
50	前立腺肥大症患者に対し、フスコデ配合錠が処方されており、禁忌のため疑義照会したところ、処方削除され、メジコン錠15mgへ変更された。	処方医の確認不足と思われる。	既往と禁忌薬を処方医へ適確に伝えた。	その他処方医側	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名メジコン錠15mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
51	整形外科からハイペン錠200mgとレバミピド錠100mg「EMEC」を処方された患者が来局。1年ぶりの来局だが、薬歴にて他院(内科)での常用薬を見たところレバミピド錠100mg「EMEC」が記してあった。持参したお薬手帳と患者本人からも、現在レバミピド錠100mg「EMEC」を服用中であることを確認したため、整形外科に疑義照会した。レバミピド錠が削除され、ハイペン錠のみの処方となった。	患者本人が、整形外科にてお薬手帳を提出しなかった。医院側も、新規の患者ではなかったため改めて常用薬を確認しなかったようである。	薬局側としては、投薬時まで薬の重複を見落とさず、患者から情報を得るようにする。患者側にも、病院受付時にお薬手帳を提出するようすすめる。	その他病院側の確認忘れ	処方された医薬品 販売名レバミピド錠 100mg「EMEC」	薬歴等 お薬手帳
52	糖尿病・緑内障なので、薬変更になり、単シロップは中止となる。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名プロチンシロップ3.3% 販売名フスコデ配合シロップ 販売名单シロップ「ケンエー」 変更になった医薬品 販売名濃厚プロチンコデイン配合シロップ 販売名 販売名	薬歴等 薬の特性等
53	他院処方のシングレアチュアブル錠5mgを定期的に服用しており、今回処方されたオノドライシロップ10%は同系統の薬。そのため、併用して良いかを確認し、削除となる。	薬歴を確認し、患者の母親にも現在の服用状況を確認したため、処方削除することができた。	お薬手帳をきちんと記録してもらうようにする。	仕組み	処方された医薬品 販売名オノドライシロップ10%	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
54	今回処方されたタリオン錠10mgと、定期的に服用しているヘルボッツ錠10が同系統の薬であり作用重複。	前回にも同様の照会歴あり。医院での確認不足と思われる。	併用薬の用法用量を正確に医師に伝える。	教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名タリオン錠10mg	薬歴等
55	タリオン錠10mg、オノンカプセルの処方に対し、患者持参薬手帳確認したところ、他科よりアレロオプ錠、セチリジン塩酸塩錠10mg処方され服用中と判明したため、重複のため照会し、タリオン錠、オノンカプセルともに削除された。	処方医が処方時に併用薬を把握してなかったためと思われる。	適切に疑義照会を行った。	その他重複処方	処方された医薬品 販売名タリオン錠10mg 販売名オノンカプセル112.5mg	お薬手帳
56	緑内障の患者さんにポラミン散が処方されていた。監査時に気づかず投薬。薬情をみた患者さんから指摘される。	注意不足だった。	患者体質の確認を怠らないようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ポラミン散1%	患者の申し出
57	処方箋上は右足に塗布するよう指示があったが、患者とのインタビューの中で左足であることが分かり疑義照会し訂正した。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名エンベシドクリーム1%	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
58	緑内障の患者にPL配合顆粒が処方されていた。問い合わせで、キョーリンAP2配合顆粒に変更となる。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名キョーリンAP2配合顆粒	薬歴等 薬の特性等
59	ワーファリン錠5mgが1.5錠処方されていた。新患であり、当薬局では初めてのワーファリン錠が5mg1.5錠処方されるのに、疑問を持った。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠5mg 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	薬の特性等
60	ロキソニン、ムコスタの処方があったが、投薬口で口頭で確認すると、他院でも貰って飲んでいたことが発覚、疑義照会し、こちらの病院のロキソニン、ムコスタを削除	病院で併用薬を確認していなかったか、忘れていた為と考えられる。	薬局でのチェックをしっかりとるお薬手帳を忘れていても、口頭で確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名ムコスタ錠100mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
61	薬歴より前立腺肥大症があり治療中。本人に尿の出方を問うたところ、多少出にくいとのこと。スピリーバを使うと更に尿の出方を悪化させる恐れあり、と処方医へ連絡。アドエアに処方変更となった。	患者自体からも前立腺肥大症の件は伝えていたが、尿の出具合までは具体的に説明しておらず。	今現在の症状も具体的に医師に伝えるよう指示した。	患者側	処方された医薬品 販売名スピリーバ 2.5μgレスピマツト60吸入 変更になった医薬品 販売名アドエア250ディスクス60吸入用	薬歴等 薬の特性等
62	他の医院でネキシウムカプセル20mgが処方されていた。			患者への説明が不十分であった(怠った) その他疑義照会	処方された医薬品 販売名オメプラゾール錠10「SW」	薬歴等
63	コディオEXが処方されていたが、本薬剤は2週間前の処方後、翌日に処方中止の支持がでていたため(薬歴にて確認)、病院に確認。処方中止となった。			ルールの不備	処方された医薬品 販売名コディオ配合錠EX	薬歴等
64	1才の乳児にグロスパール顆粒6, 3gで処方されていた。問い合わせで630mgに変更。	医師の単位間違い	薬剤師が用量の確認を徹底する	その他処方ミス	処方された医薬品 販売名グロスパール顆粒40%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
65	従来薬に加え、ディオバン錠80mg1T1Xが追加で処方されていたが、既に他院より同じARBであるミカルディス錠40mg1T1Xが投薬されており、処方医もそれを知らない可能性があったので疑義照会した。その結果、ディオバン錠は中止され、代わりにフルイトラン錠2mg0.5T1Xが処方された。			その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名ディオバン錠80mg 変更になった医薬品 販売名フルイトラン錠2mg	薬歴等
66	同一処方箋において、クラビット錠500mg1T1XMとフェロミア錠2T2XMAが処方されていた。同時服用にてクラビットの吸収阻害のおそれがあるため、処方医に疑義照会したところ、クラビット錠500mgの服用を昼食後に変更するよう指示が出た。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg	薬の特性等
67	ガナトンが毎食後、ナウゼリンが毎食前でそれぞれ1日3回処方されていたが、どちらも同じような薬効を持つ薬。疑義照会したところ、ガナトンではなく、ガスモチンと入力すべきところを間違えたとの事			技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ガナトン錠50mg 変更になった医薬品 販売名ガスモチン錠5mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
68	2歳女兒に「メリアクトMS小児用細粒 1日量0.6g 分3 2日分」が処方された。母親に確認した所、女兒の体重は約11kg。メリアクトMS小児用細粒の用法用量から処方量は少ないと判断し、処方医に疑義照会した。その結果、「メリアクトMS小児用細粒 1日量0.9g 分3 2日分」に変更された。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10%	年齢・体重換算の結果
69	患者はope.のため転院。本人は転院先の医師より「今までと同じ薬を処方します」といわれた。処方箋を確認した所、アロチム錠100mgの用法用量が異なっていた。「前医:アロチム錠100mg 1錠 1日1回夕食後服用」「転院先医師:アロチム錠100mg 2錠 1日2回朝夕食後服用」転院先医師に疑義照会したところ「アロチム錠100mg 1錠 1日1回夕食後服用」に変更となった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名アロチム錠100mg	薬歴等
70	アレロック錠2.5mg1錠 1日1回 ねる前は以前から皮膚科で処方されていた所今回、消化器内科からも同じ様にアレロック錠2.5mg1錠 ねる前と処方された。	ダブリ処方と考えられたので病院に問い合わせた結果、今度新たに処方が出て来た消化器内科を削除された。	処方箋が出て来た時点で早く気が付き大事に至らなくて良かった。	その他医師同士の連携不足	処方された医薬品 販売名アレロック錠2.5	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
71	<p>Rp1.テラビック錠250mg1日用量6錠分2×7日分朝夕食後服用 Rp2.レベトールカプセル200mg1日用量2カプセル分2×7日分朝夕食後服用と処方せんに記載あり。前回(7日前)にはRp1.レベトールカプセル200mg1日用量2カプセル分2×7日分朝夕食後服用の処方のみで患者さんから「テラビック錠250mgは服用開始から12週間飲んだので、今回で終了となった」との申し出あり。本日、テラビック錠250mgが再開となっていた為、処方医師に疑義照会を行う。Rp1.テラビック錠250mg1日用量6錠分2×7日分朝夕食後服用は中止となった。</p>	<p>医師が処方オーダーの際に、過去の処方内容をそのまま引用して処方箋の発行を行い、印字された処方箋の内容を確認することが抜けてしまったことが要因の一つと考えられる。テラビック錠250mgは、「適正使用に関する重要なお知らせ」や「医薬品・医療機器等安全性情報」でも何度か情報提供が行われている医薬品である為、その使用には注意を要する医薬品として、薬局内で掲示・情報の共有を行っていたので、今回の処方内容についても投薬を行わずに済んだ。</p>	<p>医師が処方をオーダーする際に、投薬期間が定められている医薬品については、処方開始日及び終了予定日などがポップアップするシステムの構築などにより、このような処方の誤りを未然に防ぐことが出来る。また、保険薬局においては、「投与期間が定められている医薬品をリストアップし、薬剤師間の情報の共有を行う。」、「投与期間が定められている医薬品については、患者さんから投与開始日に関する情報を聞き出し、薬剤服用歴簿に開始日と終了予定日等を明記し、予定期間を越えて調剤を行う場合には、必ず処方医師に疑義照会を行う」等の対策を取ることが重要となる。</p>	<p>確認を怠った勤務状況が繁忙だった 仕組み ルールの不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名テラビック錠 250mg</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
72	<p>該当医薬品の内分泌科の処方せんを持参。薬歴より、一昨年〇月より、糖尿の薬はアレルギー科で処方となり、アレルギー科では該当医薬品からエクア単剤となって処方継続中の記録あり。患者様に確認したところ、内分泌科にコンサルしたが、薬が変わったり追加になるとの話はなかったとのこと。該当医薬品を再開しエクアと併用していくのか疑義照会したところ、以前のカルテだけを見てそのままD₀。処方としてしまったので今回処方せんは破棄してもらうように、との返答となる。</p>	<p>院内のカルテの確認不足と思われる。</p>		<p>その他医師のカルテ確認不足</p>	<p>処方された医薬品 販売名メトグルコ錠 250mg 販売名ベイスンOD錠 0.3 販売名アマリール1mg錠 販売名アクトス錠15</p>	<p>薬歴等</p>
73	<p>同一処方せん上に、タケプロンとガスターの処方があった。併用について疑義照会したところ、入院中に交互に処方ができるなどして混乱してしまった、ガスターは削除して欲しいとの返答あり。</p>	<p>入院時の記録が複数人の関与によって分かり難いものになっていた様子。</p>		<p>その他医師の確認もれ</p>	<p>処方された医薬品 販売名ガスターD錠 20mg</p>	<p>薬の特性等</p>
74	<p>抜歯後の女性に対してフロモックス小児用細粒が処方されており、その処方量が3mgであった。処方医に対し疑義照会を行った結果、フロモックス錠100mg3錠に変更となった。</p>	<p>電子カルテの処方入力ミスと考えられる。</p>	<p>特になし。</p>	<p>コンピュータシステム 医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
75	薬歴において過去にクラリス錠200mgで副作用歴がある患者に今回同成分でメーカー違いのクラリス錠200mgが処方された。処方鑑査時に発覚し処方医に疑義照会となる。患者は医院の間診表にも副作用歴は記載したとのことだった。疑義照会の結果、セフェム系抗生物質であるセフカペンピボキシル錠100mg「サワイ」に処方変更となった。	医院で患者の副作用歴を見落としていた可能性が高い。風邪などの患者が増加し医院も混雑していたことが予想される。	患者へは副作用歴は医院でもきちんと伝える。またお薬手帳の副作用歴にも記載し受診の都度提示する。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	薬歴等
76	カルボシステイン錠(500)「タイヨー」が処方されていたが、患者は以前別メーカーの同一成分の薬「サワテン」で副作用の既往があることが、薬歴に記載。本人にも確認して、疑義照会で処方削除となり、同様の副作用の発現が防止できた事例。	入念な薬歴のチェックと、患者への聞き取りの大切さを再認識できた事例でした。		教育・訓練	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg 「タイヨー」	薬歴等
77	患者は、Dr.に夜間トイレに度々行く旨の相談をした。以前より別の総合病院の泌尿器科を受診しており、お薬手帳にユリーフ錠(4)服用の記載があった。処方医に連絡して、ハルナールD錠0.2mgは処方削除となり、「泌尿器の主治医によく診てもらってください。」とコメントを頂いた。同系統の薬剤の重複を防止できた事例	泌尿器科にかかっているにもかかわらず、内科の診療所で夜間頻尿を訴えた為に発生した事例だが、お薬手帳の確認で重複投薬の防止が出来た。お薬手帳の確認の大切さを身をもって学んだ事例。		教育・訓練	処方された医薬品 販売名ハルナールD錠0.2mg	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
78	<p>Rp.アイファガン点眼液0.1%(5ml/瓶) 全量2瓶1日2回両目に点眼するとの記載の処方箋を受け取る。アイファガン点眼液0.1%は平成24年4月に薬価収載された新薬であり、副作用の発現などのチェックも必要とされるため、原則1回14日分を限度として処方される医薬品であるにも関わらず、用量2瓶で記載ある為処方医師に疑義照会を行う。この際、この医療機関(地域支援病院)の疑義照会の方法が、当該薬剤部へFAXによる問い合わせを行うこととされている為、上記内容の疑義照会をFAXにて行った。当該薬剤部より「照会の内容の通り調剤を行ってください」との印が押された返信のFAXを受け取った。回答の内容が、用量1瓶に変更であると判断できるが、問い合わせの内容と回答の内容が必ずしも一致しない為念のため当該薬剤部に電話で問い合わせを行ったところ、「印の押し間違えである為、処方通り調剤を行うようにして下さい」との回答があった。</p> <p>→ 備考欄へ</p>	<p>医療機関によっては、直接医師に疑義照会を行わず、当該医療機関の薬剤部を通して、FAXによる疑義照会を行う場合もある。この場合、薬剤部で回答の内容をよく確認して返信のFAXを送る必要がある。印を使った回答の場合には、一人の薬剤師だけで担当するのではなく、別の薬剤師が確認を行う等ルール作りが重要である。また保険薬局においても、回答の内容がはっきりしない場合には、思い込みで調剤を行わず、必ず確認してから調剤を行うよう注意する必要がある。</p>	<p>保険薬局と病院薬剤部との連携を取り、疑義照会を行う上でのルール作りを徹底する。疑義照会の回答もできるだけ、理由が分かる内容のものにする等にする事で、このような間違いは避けることが出来る。保険薬局でも疑義照会の回答に納得が出来なければ、何度でも確認を取り、納得してから調剤に取り掛かる必要がある。</p>	<p>連携ができていなかった仕組み</p>	<p>処方された医薬品 販売名アイファガン点眼液0.1%</p> <p>変更になった医薬品 販売名アイファガン点眼液0.1%</p>	<p>薬の特性等</p>
79	<p>患者の母親が子供の処方せんを持って来局した。8歳の男児に カロナール細粒20% 1回4g(800mg)4回分 の処方だった。用量が多かったため疑義照会し、1回1.2g(240mg)に変更となった。</p>	<p>医療機関側での処方せん入力時に間違えて入力したことによるものだった。</p>		<p>その他医療機関側の要因</p>	<p>処方された医薬品 販売名カロナール細粒20%</p>	<p>年齢・体重換算の結果</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
80	<p>複数の医療機関を受診している患者で高齢であった。薬歴より内科系他院からハルシオン錠が処方されていることが確認できたが、当日受診整形系医療機関からもハルシオンが処方されていた。当日受診整形系医療機関に疑義照会。処方医に内科系他院からもハルシオンが定期的に処方されている旨を説明し、処方削除となる。</p>	<p>患者が高齢なために各医療機関での服用中の薬の説明が不十分であったことが原因。また医療機関側も服用中の薬の確認が不十分であった可能性がある。高齢なため本人の説明能力も低下していることが考えられるためお薬手帳などの媒体を活用し服用中の薬を常に確認する体制をとる必要がある。</p>	<p>お薬手帳を受診の都度Drに確認してもらうように説明。また複数医療機関を受診する際には内科系、整形系など一診療科で一医療機関の受診を勧め、同効薬が複数の診療科から処方されることを防ぐことも提案。</p>	<p>患者側 その他医療機関側の要因</p>	<p>処方された医薬品 販売名ハルシオン 0.25mg錠</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
81	<p>Rp.ダイアート錠60mg1日用量1錠, ニュートライド錠25mg1日用量1錠, サムスカ錠15mg1日用量0.5錠 分1×28日分朝食後服用と処方せんに記載あり。【警告】サムスカ錠15mgは入院下で投与を開始又は再開すること』とされている為処方医に疑義照会を行う。入院時より投与しており、継続処方であるので処方箋記載通り調剤するよう回答あり。サムスカ錠15mgは「国内臨床試験において2週間を超える使用経験はなく、体液貯留状態が改善しない場合には、漫然と投与を継続しないこと」とされている為28日分の長期処方は問題があるのではないかと処方医に疑義照会を行う。他の利尿剤と異なり、V2受容体拮抗剤であるサムスカ錠は血清ナトリウム濃度の測定や口渴や体重・血圧・脈拍の確認が必要であることを説明の上協議を行い、全ての処方日数が14日分に変更された。</p>	<p>処方医師によるとサムスカ錠を服用開始することで、今のところ血清ナトリウム、カリウム濃度ともに上昇なく、体液貯留状態も改善しているため、長期処方様子を見たいとのことであった。しかしながら、現在の状況が1カ月変化なく続くという保証はないことや患者さんから口渴の自覚症状があるとの申し出もあった為処方日数を14日分として、適宜確認・判断を行い、処方の継続を検討してもらうことにした。 → 備考欄へ</p>	<p>医師の判断により長期処方が行われた場合でも、薬剤師として患者さんの健康維持に問題があると判断した場合には、調剤を一旦停止し、医師とよく協議する必要がある。</p>	<p>判断を誤った知識が不足していた医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名サムスカ錠 15mg</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
82	<p>患者の母親がくすりの手帳を出され、3日前に小児科受診されていた。今日は外科受診された。右手の甲をストーブで火傷されたので、ゲンタシン軟膏の後発品エルタシン軟膏処方された。小児科の薬剤情報にリンデロンVG軟膏が処方されていたので、母親に聞いたところ、同じ火傷で処方されたとのこと。まだ、軟膏が残っている等から、外科の主治医に「リンデロンVG軟膏が小児科から処方されて、まだ残っているのに、エルタシン軟膏はどうしたらよいか」問い合わせたところ、エルタシン軟膏中止となる。</p>			その他疑義照会	<p>処方された医薬品 販売名エルタシン 軟膏0.1%</p>	<p>患者の申し出 お薬手帳</p>
83	<p>診療科:皮膚科 Rp.マイスタン錠10mg1 日用量1錠分1×28日分眠前服用と処方 せんに記載あり。初来局の患者さんで あったので、問診を行うと「帯状疱疹の治 療で受診したが、本日は眠剤を処方する と医師より説明を受けた」との申し出が あった。マイスタン錠はベンゾジアゼピン 系の抗てんかん薬であり、不眠症に対す る適応はないので、処方医師に疑義照会 を行う。処方内容がRp.マイスリー錠10m g1日用量1錠分1×28日分眠前服用に 変更となる。</p>	<p>処方せんを発行した医療機関において、平成25年〇月よりマイスリー錠10mgの処方せんへの表記が【般】ゾルピデム酒石酸塩錠10mgに変更となったことも要因の一つと考えられる。医師が処方オーダーする際に、「マイス」と入力すると、「マイスタン錠10mg」と【般】ゾルピデム酒石酸塩錠10mgが選択肢として表示され、誤って「マイスタン錠10mg」の入力となってしまったとのことだった。</p>	<p>2011年6月事例3で報告された薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の共有すべき事例と同じ内容と判断できる。やはり他の施設での情報を共有することで、未然に防ぐことのできる事例は少なくないと考える。一般名処方への変更時点においても、医薬品名称の間違いが起こることに留意する必要がある。</p>	<p>確認を怠った コンピュータシステム 仕組み</p>	<p>処方された医薬品 販売名マイスタン錠 10mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名マイスリー 錠10mg</p>	<p>患者の症状等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
84	耳鼻科の処方せんを母親が持って来局。ワイドシリンの量が体重から計算して、とても少ないため、疑義照会したところ。正しい量に変更になった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ワイドシリン 細粒200	年齢・体重換算の結果
85	前回処方ofレンドルミンDからマイスタンへの変更で疑問に思いながら投薬。患者との会話の中でレンドルミンDが合わなかったので以前服用したことのあるマイスリーへお願いしたとのこと、医師への疑義照会によりマイスリーの間違いであることが判明し処方変更となった。	医師の処方入力の際「マイス」で呼び出した時の医薬品選択ミス。またマイスタンの効能・効果を認識していない様子の医師の知識不足が疑われる。	処方内容から疑義が疑われる場合は患者や医師に確認後調剤・投薬を心がける。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名マイスタン錠 5mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠 5mg	薬歴等 患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
86	持参した処方せんが9才の処方せんで当該患者は高校の制服を着ていたため、本人および病院に確認したところ同姓同名の他人の処方せんであった。病院に戻ってもらい診察を受けなおしてもらった。	病院の受付においてのカルテ出し間違い。	処方せん受付時、薬剤交付時の氏名、年齢、性別の確認。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった患者側仕組み	処方された医薬品 販売名アレロックD錠5 販売名 販売名 販売名 変更になった医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg 「日医工」 販売名アレロックD錠5 販売名ムコサル錠15mg 販売名ゼペリン点眼液0.1%	その他
87	受け付けた整形外科クリニック処方箋にイサロン(100)3錠1日3回3日分の記載あり。薬歴の併用薬欄に、他院でセルベックスカプセル(50)が定期処方されている旨が書いてあったため、クリニックへ問い合わせ。イサロンの処方が削除になる。		以降も併用薬チェックは引き続きおこない、クリニックへも情報提供していく。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名イサロン錠100mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
88	小児でサワシリンカプセル250mg 6CAP 1日3回で処方されていた。体重に対しての用量が多いので問い合わせの結果サワシリン細粒10% 6g 一日3回の間違いであったことが分かった。	7歳(体重18Kg)の小児でカプセルの処方はおかしくはないが、250mg×6CAP=1500mgだと用量が多いので病院に疑義照会をし容量を確認したところサワシリン細粒10% 6gであった。用量の確認をしっかりとっていたことで今回のミスに気づくことが出来た。	なし	医薬品	処方された医薬品 販売名サワシリン錠250 変更になった医薬品 販売名サワシリン細粒10%	年齢・体重換算の結果
89	通常、2錠/日・分2で処方されるアレグラOD錠60mgが、2錠/日・分1(夕食後)で処方されていた。疑義照会したところ、2錠/日・分1(夕食後)から2錠/日・分2(朝・夕食後)に変更になった。	医師の入力の誤りと思われる。	特になし	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名アレグラOD錠60mg	薬の特性等
90	整形外科で痛み止めにロキソプロフェンナトリウムが一般名処方されていたが、患者に確認したところ、クラスメートでインフルエンザにかかっている友人が居るとのことで疑義照会し、処方せん自体が削除になった。	インフルエンザ脳症のリスクがあるため疑義照会を実施した。		その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
91	ハルラック0.25mg処方された患者様に投薬時に、前回喉の痛みを訴えられていたため、その経過を確認したところ、口腔内真菌だった。併用薬を確認したところ、お薬手帳を出されフロリドゲル経口用2%処方されていた。ハルラック0.25処方医に疑義照会し、ハルラック0.25は中止となった。	複数医療機関受診時にお薬手帳を見せないことがある。	お薬手帳の持参・提出を今まで以上に促す。お薬手帳に記載しない医療機関もあるので、聞き取りを徹底する。医療機関を受診する時は、お薬手帳を必ず見せるように指導する。	仕組み	処方された医薬品 販売名ハルラック錠0.25mg	お薬手帳 薬の特性等
92	患者が処方箋を持って来局した。この患者には前々回の処方まで、むくみがあるということでルブラック4mgが含まれていたが、むくみもなくなり、おしっこが近くなるということで、前回より削除されていた。今回、また、ルブラック4mgが出ていたため、患者に確認したところ、様子も変わっていないし、何も聞いていないということであった。医療機関に問い合わせたところ、ルブラック4mgは、削除となった。	忙しい診察、事務処理の中で、入力ミスがあったものと思われる。	今後も、患者からの聞き取りや薬歴等を活用し、ていねいに調剤していきたい。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ルブラック錠4mg	薬歴等
93	アレルギン散1%0.4g 1日2回 朝夕食後が処方されるところを処方元が4mgを処方するつもりが間違えて製剤4gを処方	ケアレスミス	処方の確実なダブルチェック	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アレルギン散1%	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
95	<p>Rp.PL配合顆粒1日用量3g, カロナール錠200mg1日用量6錠分3×7日分毎食後服用で処方箋記載あり。PL配合顆粒はアセトアミノフェン(150mg/g)を含有する配合剤であり、カロナール錠200mgと重複し、アセトアミノフェンとして急性上気道炎の解熱・鎮痛に用いられる1日最大用量1500mgを超える投与量(処方量は1650mg)となっている為処方医師に疑義照会を行う。医師との話し合いにより、カロナール錠200mgの処方は削除となる。尚、この際アセトアミノフェンを含む薬剤の重複は、アセトアミノフェンの過剰投与による重篤な肝障害を発現する恐れがあることも説明した。</p>	<p>配合剤に含まれる成分と成分量に関する知識不足も要因の一つと考えられる。</p>	<p>配合剤に含まれる成分と成分量の一覧を作成し、薬局内で成分の重複や過剰投与に留意の上、調剤を行う。</p>	<p>確認を怠った知識が不足していた医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名カロナール錠200</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
96	<p>Rp.フェブリク錠20mg1日用量1錠分1×35日分朝食後服用と処方箋には記載あり。当薬局の薬剤服用歴簿より、フェブリク錠は初めての投与であり、1週間前に痛風発作に対する非ステロイド性消炎鎮痛剤の投薬が行われていることが分かる。フェブリク錠は、血中尿酸値の急激な低下により痛風関節炎が誘発されることがあるので、10mg1日1回から投与開始とされる可能性がある為処方医師に疑義照会を行う。Rp.フェブリク錠20mg1日用量0.5錠分1×35日分朝食後服用に処方変更となる。</p>			<p>確認を怠った知識が不足していた医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名フェブリク錠 20mg</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>
97	<p>尿が出にくいという患者からの訴えにより、タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」が追加となった。お薬手帳より、他院にてユリーフ錠4mgをもらわれている事を確認した。患者への聞き取りから、医師には併用薬を伝えていないことがわかり、医師に問い合わせたところ、タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」が削除となった。</p>			<p>その他患者が医師に併用薬を伝えていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名タムスロシン 塩酸塩OD錠0.2 mg「サワイ」</p>	<p>お薬手帳</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
98	循環器内科からファモチジン20mgを2錠、分2で処方されている患者から血液検査情報を見せていただいた。血液検査情報のCCrの結果から、腎機能が低下していると判断した。添付文書から腎機能低下例では過量投与となっているため、医師に問い合わせた結果、Ccr値が21.5mL/minのため、ファモチジンD錠10mgを1錠、分1に減量となった。	一般的に処方箋を受け付けたときには、患者さんの検査値のデータを知ることができない。今回、患者さんのほうから、検査値データ一覧の提示があつて、処方薬を見てみると腎機能がおちているにもかかわらず、ガスターD20mg錠が2錠/日処方されていた。	保険調剤をする薬局にも、添付文書に注意の記載のある腎機能他のデータを確認することが必要と思われる。	連携ができていなかった その他検査値データ入手	処方された医薬品 販売名ガスターD錠 20mg 変更になった医薬品 販売名ファモチジン D錠10mg	患者の症状等
99	トーフチーム配合顆粒が処方されたが、他院にて緑内障を治療中。疑義照会にてトーフチーム配合顆粒が削除になった。			その他院内で他病院への受診確認が不十分	処方された医薬品 販売名トーフチーム配合顆粒	薬歴等 薬の特性等
100	ノイチーム錠が処方されたが、卵を食べるとかゆくなるとのことで、問い合わせにより処方削除になった。			その他病院でのアレルギーの確認が不十分	処方された医薬品 販売名ノイチーム錠90mg	薬の特性等 患者の症状等
101	ロトリガ粒状カプセル2g 2包分1朝食後の処方。問い合わせにより 1包分1朝食直後へ変更。	カルテの1日量 2gを間違えて2包と処方箋入力したと思われる。(1包2g製剤)。新薬のため食直後の用法に気付かなかった可能性あり。		その他病院の処方入力ミスと新薬のため	処方された医薬品 販売名ロトリガ粒状カプセル2g	処方箋の書き方等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
102	コルドリン錠とノイトロピン錠の処方だったが、患者より咳で受診とのこと。ノイトロピン錠でよいか問い合わせしたところ、ノイチーム錠へ変更。	処方医のノイチームとノイトロピンの勘違いと思われる。		その他病院の処方ミス	処方された医薬品 販売名ノイトロピン錠4単位 変更になった医薬品 販売名ノイチーム錠90mg	患者の症状等
103	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgとジェニナック錠200mgの2種類の抗生剤が処方されていたので、同時に調剤するのか問い合わせました。そして、セフカペンピボキシル塩酸塩錠が削除になりました。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	薬の特性等
104	アンテベート軟膏とアズノール軟膏の混合指示の処方箋を受付。薬歴では以前からキンダベート軟膏とアズノール軟膏の混合外用薬が処方されている記録があった。処方医から薬剤変更指示が出されているか患者のお母様に確認したところ、特に変更の指示はなかったとのこと。処方医に疑義照会したところ医師の処方間違いであることが判明。以前と同じキンダベート軟膏とアズノール軟膏の混合に処方内容が変更になる。	土曜日ということで医療機関も混雑していた可能性がある。	処方箋受付時の過去の薬歴との突合は必ず行う。薬剤交付時には薬剤の説明と内容の確認、使用歴の有無などを患者もしくはその家族と確認することで初めて来局した患者に関しても処方間違いを発見することが出来る。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名アンテベート軟膏0.05% 変更になった医薬品 販売名キンダベート軟膏0.05%	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
105	カロナール錠300mgが2錠分2の4日分 で出たが、他院でソレトン3錠分3で服用 中、疑義照会したところ、カロナールは1 錠頓服疼痛時8回分に変更	併用薬の確認が漏れていた		その他併用薬確認 不足	処方された医薬品 販売名カロナール 錠300	薬歴等
106	1か所の病院でアリセプト5mgを継続服 用している患者様で、お薬手帳を確認した ところ、他院でドネペジル3mg1週間分の 記載があり、患者様に確認したところ、2 日間服用しているとのこと。健康被害は特 に無いとの事。両方の病院に確認したとこ ろ、他院のドネペジル3mgを中止との事。	併用薬を確認していなかった		その他併用薬確認 不足	処方された医薬品 販売名アリセプト錠 5mg 変更になった医薬 品 販売名アリセプト錠 5mg	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
107	Rp.アイファガン点眼液0.1%(5ml/瓶)全量2瓶1日2回右目に点眼すると処方せんに記載あり。アイファガン点眼液0.1%は新薬(薬価収載平成24年4月)であり、「原則として1回14日分を限度として投与すること」とされる医薬品であるが処方医師に疑義照会を行う。いままでも2瓶で処方して、疑義照会を受けたことがないので処方通り2瓶で調剤するよう回答あり。処方医師に「新薬は予期できない副作用の発現の可能性がある、1回14日分を限度として処方すべき医薬品とされており、副作用が万が一発現した際にも、救済制度の対象とならない可能性がある」と再度説明を行った結果、用量1瓶に変更となる。	医師が処方オーダーする際に、医療機関のオーダーリングシステムで、アイファガン点眼液0.1%は新薬にもかかわらず、1回2瓶まで入力が可能だったことも、今回の事例が発生する要因の一つと考えられる。また、保険薬局でも、新薬の内服薬のみならず、外用薬に対しても、1回14日を超える処方となっていないか確認を取る必要があると考える。	保険薬局では、薬価収載後1年を経過していない新薬の一覧を作成し、薬局全体で処方日数の確認を行うようにする。疑義照会の返事に対して納得できないものであれば、一旦調剤を中止の上、処方医師とよく協議を行うことも重要である。	確認を怠ったコンピュータシステム仕組み	処方された医薬品 販売名アイファガン点眼液0.1%	薬の特性等
108	一般名ベザフィブラート徐放錠100mgとトライコア錠80mgが同一処方せん内に処方されていたため疑義照会した結果、一般名ベザフィブラート徐放錠100mgは削除となった。	医師は以前より処方していたベザフィブラート徐放錠100mgを、今回トライコア錠80mgに変更との意図であったが、以前からの処方そのままにトライコア錠80mgだけが追加された処方箋が発行されてしまった。		その他医師の確認不十分	処方された医薬品 販売名ベザテートSR錠100	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
109	鼻炎のためアレロック錠5 2T2x5日分の処方箋持ってこられたが、他院皮膚科よりアレロックOD5 2T2x処方歴あることを照会し、ニポラジン3mg 1T 夕食後 5日分へ変更となった			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アレロック錠5 変更になった医薬品 販売名ニポラジン錠3mg	薬歴等
110	ピーエイ配合錠が含まれた処方箋持ってこられた。薬歴により以前ピーエイ錠で排尿障害、むくみがあった記録があり照会しピーエイ配合錠は削除となった			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠	薬歴等
111	グラマリール錠が処方されていたが、30歳代で脳梗塞後遺症等罹患されていない。また、ラベプラゾールNA錠10mgとテプレノンカプセル50mgが処方されている。他の薬から判断すると違うのではないかと思い、疑義照会したところ、ドグマチール錠50mgに変更された。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名グラマリール錠25mg 変更になった医薬品 販売名ドグマチール錠50mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
112	グロリアミン顆粒・チーカプト細粒40%・テプレノン細粒10%が混合された胃薬が処方されたが、本人が他クリニックでオメラップ錠10mgを服用していると実物を見せられた。そこで、疑義照会して、胃薬削除となる。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名グロリアミン顆粒 販売名チーカプト細粒40% 販売名テプレノン細粒10%「トーフ」	薬歴等
113	定時薬でオメプラゾン錠20mg服用中、プロテカジン錠10mgを追加処方	PPI服用中を処方医が忘れた?	プロテカジン錠10mg削除	確認を怠った その他処方医の勘違い 医薬品 その他処方医の勘違い	処方された医薬品 販売名プロテカジン錠10	薬歴等
114	以前に副作用の出たレザルタス配合錠HDを再度処方	SE情報の確認等システムの不備?		確認を怠った その他処方医の勘違い 施設・設備 仕組み	処方された医薬品 販売名レザルタス配合錠HD 変更になった医薬品 販売名ユニシア配合錠HD	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
115	他科でアシノン錠150mgを服用中にPPIを追加処方	併用薬の確認を怠った	「お薬手帳」や本人に併用薬を毎回確認する	確認を怠った その他処方医の確認不足 その他処方医の確認不足 仕組み	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa錠10mg 「トーフ」 変更になった医薬品 販売名ソロン細粒20%	薬歴等
116	1日1回朝食後の記載の下に週1回という余計な文言が入っていた。そこで疑義照会のうえ文言の削除の返答を受けた。			その他処方もとの入力ミス	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	処方箋の書き方等
117	定時薬として処方が続いていた薬剤で患者に問い合わせたところ記載漏れとのことで疑義照会を行った。			その他薬剤の記載漏れ	処方された医薬品 販売名フオイパン錠100mg 変更になった医薬品 販売名フオイパン錠100mg	薬歴等
118	整腸剤の処方では散剤の服用できない患者に散剤の処方があったため疑義照会のうえ錠剤に変更された。			その他患者特性の確認の有無	処方された医薬品 販売名ビオスリー配合散 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミンR錠	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
119	本来食後の服用の抗生物質が食前の指示になっていたため疑義照会した。食後の変更指示をうけた。			その他処方箋の入カミス	処方された医薬品 販売名オゼックス錠150	薬の特性等
120	リリフター分2の処方を普段処方されている人にリーゼが追加された。同じ薬と伝えて、リーゼを削除していただいた。	医院の方で、同じ成分の薬ということがわからなかった。	本人からの聞き取りや、手帳の確認をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リーゼ錠5mg	薬歴等
121	用法、1日量漏れ			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ル・エストロジェル0.06% 変更になった医薬品 販売名ル・エストロジェル0.06%	処方箋の書き方等
122	ヤーズ配合錠の用法もれ			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ヤーズ配合錠 変更になった医薬品 販売名ヤーズ配合錠	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
123	規格漏れ			確認を怠った 通常とは異なる心理 的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ロカルシトール カプセル0.25 「YD」 変更になった医薬品 販売名ロカルシトール カプセル0.25 「YD」	処方箋の書き方等
124	1包3gのところ2.5gで処方			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ツムラ小青 竜湯エキス顆粒(医 療用)	処方箋の書き方等
125	残薬あるため削除			患者への説明が不 十分であった(怠っ た)	処方された医薬品 販売名ペンニード ル	患者の申し出
126	1日3g→3.9g			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名S・M配合散	処方箋の書き方等
127	規格間違い			確認を怠った	処方された医薬品 販売名モーラス テープ20mg 変更になった医薬品 販売名モーラス テープL40mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
128	処方枚数が割り切れないため、調整した			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン パップ100mg	処方箋の書き方等
129	残薬調整			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ルブラック錠 4mg	患者の申し出
130	残薬あるため削除			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名レンドルミン 錠0.25mg	患者の申し出
131	いつもの量と違ってた			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名エストラーナ テープ0.72mg	薬歴等
132	記入ミス			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジュリナ錠 0.5mg	その他
133	記入ミス			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン パップ100mg 変更になった医薬品 販売名ロキソニン テープ50mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
134	1日量7.5→9g			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)	処方箋の書き方等
135	他院でバイアスピリン100服用中であった。重複投薬であることを薬剤科へ報告し、処方医に確認して頂いたところ、他院のバイアスピリン100を中止し、今回処方バファリンA81を服用するように処方医より指示があった。	6年前にバファリンA81の処方が出たとき、他院のバイアスピリン100中止、を確認していたが、それからは患者さんがDr.にも話してるから、と手帳の持参がなく、確認がもれていた。この6年間にDr.も変わられており、患者さんが何冊もお薬手帳をもたれており、お薬手帳に載っていた他院の薬の歴が2年前のものであったため、最近の薬を見せてほしい、としつこくお願いしていたところ、薬情の持参があり発覚。	お薬手帳を1冊にまとめてお渡ししたので、継続してその手帳を使用してもらうように指導し、他院・他薬局でも同じ手帳を使うように指導。常に新しい情報を載せてもらい、病院・薬局で提示するように指導。こちらも、併用薬についてはしっかり確認をするように徹底します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名バファリン配合錠A81 変更になった医薬品 販売名バファリン配合錠A81	薬歴等
136	耳鼻咽喉科からの処方箋において、前回は服用したジェニナック錠200mgで副作用(フラツとして、意識が遠のく)発症の旨患者よりの訴えがあったため、医院に疑義照会したところフロモックス錠100mgに変更となった。		今後は処方がないように、服薬情報提供を行う。	その他患者が医院においては、副作用について、話していなかった	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
137	耳鼻咽喉科の新規患者において、コールタイジン点鼻液の処方があったが、投薬時に説明時、患者から脳梗塞の既往歴があり、脳外科の医師より、血管収縮薬の使用は禁じられていると訴えがあったため、処方医に疑義照会したところ、薬剤削除となった。			その他医院では、既往歴等について、話していなかった	処方された医薬品 販売名コールタイジン点鼻液	患者の申し出
138	前立腺肥大で、尿が出にくくなっている患者にリン酸コデイン散1%の処方があった。疑義照会したところ、薬剤は削除となった。			その他患者は医院では疾病、併用薬について話していなかった	処方された医薬品 販売名リン酸コデイン散1%〈ハチ〉	薬歴等 薬の特性等
139	他院にて緑内障点眼液を処方になっている患者にPL配合顆粒が処方、患者に再確認後疑義照会しPLが処方削除となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
140	<p>処方せんにRp.ニフェジピンCR錠40mg「トワ」1日用量1錠, ユニシア配合錠HD1日用量1錠, デイオバン錠80mg1日用量1錠分1×56日分朝食後服用と記載あり。ユニシア配合錠HDはカンデサルタン8mg/アムロジピン8mgの合剤であり、この処方内容ではアンジオテンシン2受容体拮抗薬2種類, カルシウム拮抗剤2種類が重複していることとなる為処方医師に当該医療機関薬剤部を通してFAXで疑義照会を行った。薬剤部より「処方医師に確認しましたので、処方通り調剤して下さい」との回答のFAXがあった。患者にこの経緯を説明したところ、「今日は診察時に血圧が88/56mmHgと低く、医師より血圧が下がり過ぎては余りよくないので、薬を変更すると説明を受けた」との申し出があった。薬剤服用歴簿の記録によると前回の処方内容はRp.アダラートCR錠40mg1日用量1錠, ユニシア配合錠HD1日用量1錠分1×朝食後服用であり、 → 備考欄へ</p>	<p>医療機関の薬剤部を通してFAXで疑義照会を行う場合には、理由が明らかにされずに、照会内容の回答のみが記載されている場合も多く、今回のように、回答の内容と患者からの申し出が食い違っている場合がある。保険薬局・薬剤師としては患者から得られて情報により、疑義照会の回答に新たな疑義が生じた場合には、臆することなく、処方医に問い合わせを行い、回答に納得してから調剤を行うことが求められる。また、医療機関内で薬剤部(薬剤師)と医師との間でどのようなやり取りがなされたかは不明であるが、医師と薬剤師との連携が上手く取れていなかったことも、このような事例が生じた原因の一つと考えられる。</p>	<p>FAXで疑義照会を行う場合、回答の内容に納得が出来なければ、その処方となる理由を再度確認するなどの手段をとる必要がある。また、医療機関よりFAXにて回答を行う際には、回答の内容だけでなく、その理由などを明示することが望ましい。保険薬局薬剤師と医療機関薬剤師がお互いに顔の見える連携を行い、問題点があれば、しっかり話合える環境を作っておく(必要なら医師と連絡を取れるようにしておく等)ことも重要であると考えられる。</p>	<p>確認を怠った 連携ができていなかった 施設・設備</p>	<p>処方された医薬品 販売名ユニシア配合錠HD 販売名デイオバン錠80mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名プロプレス錠8 販売名</p>	<p>薬の特性等 患者の症状等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
141	ジェニナック錠200mg、アクディームCP90mg、ロブ錠60mgが処方されていたが、当該患者が授乳中だった為、医師に疑義照会。ジェニナック錠200mgがメリアクト錠100mg、ロブ錠60mgがカロナル錠200mgに変更となった。			その他薬学的知識による	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg 販売名ロブ錠60mg 変更になった医薬品 販売名メリアクトM錠100mg 販売名カロナル錠200	患者の症状等
142	ワイドシリン細粒200とオキロットDS2%が処方されていたが、他科薬を確認したところ、他医院でジルテックDSを服用中と判明。医師に疑義照会后、オキロットDS2%がムコソルバンDS1.5%に変更となった。			その他他科薬重複	処方された医薬品 販売名オキロットDS小児用2% 変更になった医薬品 販売名小児用ムコソルバンDS1.5%	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
143	Rp.ティーエスワン 配合カプセルT25mg1 日用量4カプセル分2×7日分朝夕食後 服用と処方箋に記載あり。調剤を行う前に 患者より「先月は入院しており調剤は院内 で受けた」との情報提供あり。調剤の後、 患者に服薬指導を行っている、「ティー エスワン配合カプセルは入院中より変更 となり、青色の線が入った粉薬を1回3包 を1日2回服用していた」との申し出あり。 薬剤服用歴簿の記録によると、入院前の 医薬品名・規格・用量と同じであり、入院 中より変更となっている可能性がある為 処方医師に疑義照会を行う。入院前は腎 機能が低下していたが、入院中より回復 したためRp.ティーエスワン配合顆粒T20 mg1日用量6包分2×7日分朝夕食後服 用に処方を変更するよう処方医師より回 答があった。	入院中の処方内容が外来の処方オー ダー時に反映されておらず、入院前の 処方がそのまま処方箋に印字されたこ と、今回の事例の要因の一つと考え られる。	処方内容が同じでも、患 者の体調の変化や入院 時の薬の内容を確認の 上、調剤を行うことが重 要である。抗がん剤など の所謂ハイリスク薬の場 合、特に処方箋の記載 内容が必ずしも全て正し いと考えないように注意 することも必要である。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ティーエスワ ン配合カプセルT2 5 変更になった医薬 品 販売名ティーエスワ ン配合顆粒T20	患者の申し出
144	エビプロスタットSG 2錠/×2処方。処方 鑑査を通してしまったが、調剤鑑査でお薬 手帳を確認したところ、前回他院でエビプ ロスタットDB2錠/×2ででていた。疑義照 会したところ、エビプロスタットSG 4錠/× 2に変更になった。(エビプロスタットはDB2 錠とSG4錠が同じ分量になるため)	処方鑑査でお薬手帳見忘れ。	お薬手帳は必ず確認し、 処方内容に不備、不明な 点があれば、患者、病院 に聞くようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エビプロス タット配合錠SG	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
145	以前、カルボシステイン錠(500) エバステチンOD錠(10)服用で薬疹の疑いの指摘を受けていた。薬歴の確認と患者インタビューで、疑義照会を行い処方削除。未然に副作用の再発を防ぐことができた。	薬歴をきちんと確認する習慣と、患者さんとのコミュニケーションの大切さを痛感した事例。		その他薬歴の確認と患者インタビュー その他疑義照会	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「タイヨー」 販売名エバステチンOD錠10mg「タイヨー」	薬歴等
146	前回、初めて処方されたパキシル錠(10)の処方があったが、体調を尋ねると「1回飲んだらフラツキが出たため、その後服用できなかった。」旨訴えがあった。疑義照会で処方医に連絡したところ、診察時には、その話はなくきちんと飲んでいものとして処方した。再診察したいので病院に戻ってもらおう、指示が出た。再診察の結果、ルボックス錠(25)に変更して様子を見ることになった。(医師より、精神的なものがあるので、薬は飲む方が良い、と説明を受けている。)	患者インタビューにより、副作用を発見し不要な投薬を防ぐことができた。また再診により、よりの確な薬剤処方に貢献できた事例。	1回	その他患者聞き取りによる副作用の発見。 その他疑義照会により再診察になる。	処方された医薬品 販売名パキシル錠10mg 変更になった医薬品 販売名ルボックス錠25	患者の症状等
147	抗生剤の処方量が、他の薬剤の処方量に比べ、明らかに分量が多かった為(薬歴記載の体重からも計算した上で)疑義照会。処方量が減量された。	最大処方量の範囲内だったが、通常処方される量では無かった為、疑義照会して通常量に処方が減量された事例。		その他調剤者より、投与量に対して、管理薬剤師に相談。 その他薬歴の体重記録、他の薬剤の分量から判断して疑義照会。	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10%	薬歴等 年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
148	<p>プレドニン5mg2.5錠朝食後で処方。家族が来局。前回まではプレドニン5mg1錠朝食後だったので不審に思い、患者家族に聞くがわからない。そのままいいのでは？と。前回から症状は落ち着いていると患者本人は話されていたので、急な増量もおかしいと思い疑義照会。Drより2.5mgと処方した間違いと判明。プレドニン5mg0.5錠へ変更。</p>	<p>パソコン入力時の確認ミスと思われる。</p>	<p>入力後も確認を行う。薬局でも患者聞き取りを行い、用量を確認する必要があると思いました</p>	<p>確認を怠った コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名プレドニン錠 5mg</p>	<p>薬歴等</p>
149	<p>以前ガバペンを服用後、原因不明の湿疹がでたことがあった。その後、リリカの投薬になっていたのが、再びガバペンの処方になっていた。</p>	<p>病院のカルテ病名を確認したところ(病診薬連携システムにおいて)「風疹の疑い」「中毒疹」「溶連菌感染症」と記載があり、その後ガバペンが中止になってリリカが投薬されているという経過があった。疑義照会をして、リリカ→ガバペン→リリカとなっていた経緯を確認したところ、リボトリールへ変更になった。</p>	<p>カルテ記載、薬歴記載の確認を怠らないこと</p>	<p>記録などに不備があった 判断を誤った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ガバペン錠 200mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名リボトリール錠 0.5mg</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
150	耳鼻科の処方せんを持って来局。フルナーゼ点鼻液とザジテン点鼻液が一緒に処方されていたが、薬効が違うために監査ではOKとして患者さんに投薬したところ、ザジテンは点眼薬の処方間違いだったことが判明。疑義照会により、正しく調剤。			その他クリニックでの確認ミス	処方された医薬品 販売名ザジテン点鼻液0.05% 変更になった医薬品 販売名ザジテン点眼液0.05%	患者の申し出
151	トレドミン錠25mg 2Tで服用の患者。60歳代の高齢者。状態不良のため、25mg 3T に増量の処方であったが、高齢者には60mgまでとなっているため疑義照会を行った。トレドミン錠25mg 2Tに変更となり、テシプール錠 1Tの追加となった。			その他年齢確認を怠った	処方された医薬品 販売名トレドミン錠25mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
152	<p>エクア錠50mg2錠/日から手書きでエクア錠100mg2錠/日に増量。存在しない規格のため、疑義照会。間に入ったクラークからエクア錠50mg4錠/日の指示。用量を超えているため、再度確認。エクア錠50mgを中止し、アマリール錠0.5mg追加の指示。明らかにおかしいため、エクア錠50mg2錠/日にアマリール0.5mg錠追加でないかと確認したが、エクア錠50mgは中止の指示。納得がいかないため、処方医に直接電話に出てもらい、エクア錠50mgは中止にせず、エクア錠50mg2錠/日に追加でアマリール錠0.5mgであることを確認。</p>			<p>確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 教育・訓練</p>	<p>処方された医薬品 販売名エクア錠50mg</p>	<p>処方箋の書き方等 薬の特性等</p>
153	<p>湿布剤の用法が塗擦とあったのに、貼付として入力していたが、病院に問い合わせしたところ、入力ミスとのことで、頻度と部位ともに間違った入力をしてしまっていた</p>			<p>確認を怠った 通常とは異なる心理 的条件下にあった</p>	<p>処方された医薬品 販売名未記載</p>	<p>処方箋の書き方等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
154	卵アレルギーの患者に禁忌のアクディームが出ていたので疑義照会し、削除された。通常は門前の薬局が処理するような処方箋だが、たまたまうちに舞い込んできたものがそういうケースだった。どうも門前の薬局では、そういうことが多くあるらしいが、そのまま出ている様子。	卵アレルギーがあっても、アクディームでアレルギーがでないことが多く、医師が細かくチェックせずに出していた様子。患者の保護者は「問診票に書いていたのに」と仰っていた。医師の立場もあるので、「あまり厳密に気にしなくてもいいんですが、まあ、アレルギーが出たときに厄介なので、一応外してもらいました」と説明しておいた。	小児科や歯科、耳鼻科では、独特の処方があり、約束処方になっているケースを散見する。EBMが浸透していないようなところは常々感じる。実際のところ、この手の薬は効いている感じがしないので、アレルギーの健康被害で裁判になるリスクを考えると、最初から処方しない方がいいような気はしている。小児科なんかは、飲む本人の健康の問題というよりは、保護者が薬を飲ませると安心するようなケースも散見され、それを暗に汲み取って、医師が約束処方を出しているような感じはする。保護者側の知識も必要である。	その他確認不足 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名アクディーム 細粒10%	薬の特性等
155	2歳の患者、ナウゼリン坐剤30mg処方、処方医に確認後ナウゼリン坐剤10mgに変更			その他添付文書の 容量確認	処方された医薬品 販売名ナウゼリン 坐剤30 変更になった医薬品 販売名ナウゼリン 坐剤10	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
156	処方せんにRp.ビ・シフロール錠0.5mg 1日用量1錠分2×28日分朝夕食後服用 と記載あり。ビ・シフロール錠は光に不安 定であり、適応上の注意として「本剤は光 に対して不安定なため、服用直前にPTP 包装から取り出すよう指導すること」とされ ている為処方医師に疑義照会を行う。ま た、その際にビ・シフロール錠0.125mg 1日用量4錠とすると1日用量も同じとなる ことを提案した。医師より処方内容をRp. ビ・シフロール錠0.125mg1日用量4錠 分2×28日分朝夕食後服用に変更する との回答あり。	ビ・シフロール錠の製剤的特性を処方 医師が理解していなかったことが要因 の一つと考えられる。しかしながら、医 師が全ての薬剤の特性を理解しておく ことは難しいため、薬剤師が製剤的特 性を確認のうえ、必要ならば医師に疑 義照会や提案を行い、処方設計に関 与することも、医薬品の適正使用や患 者さんへの安全な投薬には不可欠で ある。	吸湿性のある医薬品や 光により不安定な医薬品 など製剤的特性のあるも のについては、薬局内で 一覧を作るなど周知徹底 を図る。	判断を誤った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名ビ・シフロ ール錠0.5mg 変更になった医薬 品 販売名ビ・シフロ ール錠0.125mg	薬の特性等
157	ロキソニン3錠3×N定期で服用中、他院 整形外科よりセレコックス100mg1錠1×タ の処方あり。議事照会のうえ、セレコッ クス中止となった。			連携ができていな かった	処方された医薬品 販売名セレコックス 錠100mg	薬歴等
158	前立腺肥大の治療中の患者にシークナロ ンが処方されたため、処方医師に疑義照 会を行う。シークナロン中止となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名シークナロ ン錠3mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
159	ニフラン3錠分3の処方、交付時に薬局されていた家族の方から整形外科で痛み止め(クリノリルと思われる)服用中との申し出。疑義照会のうえ、ニフラン中止となる。			確認を怠った患者側	処方された医薬品 販売名ニフラン錠75mg	患者の申し出
160	クラリチン錠10mg 1錠クラリチンレディタブ 1日1回朝食後 91日分	当初上段のクラリチン普通錠と思い調剤、服薬指導の中で、今まで服用していた薬と見た目が違うとの指摘により、今回はレディタブ錠が他の薬局にて調剤していると判明、疑義照会によりレディタブ錠を調剤を希望と医師より	処方元に紛らわしい処方箋の記入をしないよう依頼	その他処方箋の不備	処方された医薬品 販売名クラリチン錠10mg 変更になった医薬品 販売名クラリチンレディタブ錠10mg	患者の申し出
161	腹部の痛みでコリオパンが処方されたが、薬歴より緑内障の合併が確認され、コリオパンは禁忌薬のため疑義照会した結果、カロナールに薬剤が処方変更された。			その他院内での合併症確認不十分	処方された医薬品 販売名コリオパンカプセル5mg 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	薬歴等薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
162	ネオステリングリーンうがい液の処方について、処方箋上に40mL or 56mLとの記載で処方が確定されていなかった。どちらの在庫もあったので疑義照会の上、56mLの処方指示を医師に確認した。			記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ネオステリン グリーンうがい液 0.2%	処方箋の書き方等
163	処方せんにセララ錠25mgとアスパラカリウム錠300mgがあり疑義照会。アスパラカリウム錠300mg削除。	セララ錠25mgとアスパラカリウム錠300mgは禁忌。		その他併用禁忌	処方された医薬品 販売名アスパラカリウム錠300mg	薬の特性等
164	Rp.メマリー錠5mg1日用量1錠分1×49日分朝食後服用で処方箋記載あり。前回は同じ処方内容で調剤(処方日数について疑義照会を行い、処方通りと確認)しており、今回メマリー錠の1日用量が5mgとなっており、維持用量まで増量されないままの用量の為処方医師に疑義照会を行う(その際1週間毎に5mg増量し、維持量1日20mgとする必要性も再度説明を行う)。処方内容Rp.メマリー錠10mg1日用量1錠分1×49日分朝食後服用に処方変更となる。	前回疑義照会を行い1日投与量が漸増とならずに長期投与となったが、今回も同量で継続となっていた為疑義照会を行った結果、メマリー錠の1日用量が増量となった。一度疑義照会していても、再度問い合わせを行うことにより、医師の投与量の間違いを修正できたケースです。	認知症治療薬の用量設定は副作用防止のため少量から漸増し、維持量とする場合が多いので、増量とするまでの期間と用量(規格)を薬局内で周知徹底しておく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メマリー錠5mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
165	セルベックスカプセルの用量が1.5P分3の処方になっていたため疑義照会。3P分3に訂正指示を医師に確認した。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セルベックスカプセル50mg	処方箋の書き方等
166	リリカカプセル75mg 200mg 分2朝食後、寝る前 粉砕 の指示あり。嚥下に問題のある患者ではないので病院の採用の問題と判断し疑義照会。リリカカプセル75mg 2C分2朝食後、寝る前、リリカカプセル25mg 2C分2朝食後、寝る前に変更指示を医師に確認した。			ルールの不備	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg 変更になった医薬品 販売名リリカカプセル25mg	処方箋の書き方等
167	咳症状で定時薬とシングレア、メプチンエア、ホクナリンテープの追加処方されていた。薬局カウンターにてH17年〇月に受診した病院でホクナリンテープとテオフィリン系薬剤は心房細動を悪化させるので服用しないように指示を受けていて、それを記した紙を出された。医師にその件を伝えたとこシングレア継続でメプチンエア、ホクナリンテープを中止するよう指示が出た。	患者の伝え忘れが原因。		患者側	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg 販売名メプチンエアー10μg吸入100回	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
168	前回までアマリール(3) 2T 分2朝夕食後の処方今回、アマリール(1)2T 分1朝食後 アマリール(3) 2T 分1夕食後で処方減量の予定であったが、アマリール(3)の用法のみを入力変更し、用量の変更が抜けたまま、処方箋発行されていた。最大用量も超えているため、疑義照会し、アマリール(1)2T 分1朝食後 アマリール(3) 1T 分1夕食後 となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アマリール3mg錠	薬歴等 薬の特性等
169	サトウザルベでかぶれたことがあったが、サトウザルベ軟膏10%が処方になった。疑義照会后、サトウザルベからプロペトに処方変更になった。	サトウザルベでのかぶれた経験を医師に伝えていなかった。	患者に副作用歴を、医師に伝えるよう指導した。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名サトウザルベ軟膏10% 変更になった医薬品 販売名プロペト	薬歴等
170	1歳の女儿。胃腸炎症状で練り肉を受診後薬局。処方はラックビー微粒N1g 毎食後 3日分、ナウゼリン坐剤10 3個。処方せんを受け取った医事が用量が成人量であることに疑問を持ち、薬剤師へ相談。その後疑義照会をし、0.8g/日へ変更となった。	おそらく、クリニック側で入力の際に誤って入力したものと思われた。		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ラックビー微粒N	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
171	他院でネキシウムを服用し、SEが発生している患者様に、ネキシウムの処方			連携ができていなかった その他病院の確認漏れ	処方された医薬品 販売名ネキシウム カプセル10mg 変更になった医薬品 販売名パリエット錠 10mg	薬歴等
172	80代歳男性(体重60kg)Rp.プラザキサカプセル110mg1日用量2カプセル分2×28日分朝夕食後服用と処方箋には記載あり。前回よりプラザキサカプセルを服用開始しており、本日血液検査でCRN(クレアチニン):1.67mg/dl, eGFR:30.5ml/分/1.73平方mと悪化していると医師に説明を受けたとの申し出あり。この方のクレアチンクリアランスを計算すると $[(140-年齢) \times 体重] \div [72 \times CRN] = [(140-89) \times 60] \div [72 \times 1.67] = 25.4 \text{ ml/分}$ と計算された。プラザキサカプセルはクレアチンクリアランス30ml/分未満の患者には禁忌とされている為処方医師に疑義照会を行う。処方内容をRp.プラザキサカプセル110mg1日用量1カプセル分1×28日分朝食後服用に変更するよう回答あり。 → 備考欄へ	処方医師が腎機能の評価として、eGFRのみで判断していたことが今回のケースの発生の要因の一つと考えられる。	プラザキサカプセルを処方されている患者に対して腎機能の検査を行っているだけで、投薬に関する適切な評価がなされていないケースがあることが分かった。このようなケースにおいては、保険薬局においても薬剤師が患者から検査値を聞き出す(又は検査値を印字したものを確認する)ことで、改めて投薬に関する腎機能の評価を行うことも必要となってくる。薬剤師が計算した結果が、投薬に適さないものであるならば、医師に疑義照会を行うことが大切である。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名プラザキサ カプセル110mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
173	<p>消化器治療で内科に通院の患者様。ピロリの2回目の除菌治療とのことであった。ピロリの除菌でアモキシシリンが処方されるべきところ、アモキシサンカプセル25mg(成分:アモキサピン)が処方されていた。フラジール内服錠250mgの在庫が無く、卸に急配を頼み、添付文書を確認したのち疑義照会。アモキシサンカプセル25mgを削除し、サワシリンカプセル250mg6cap分2朝夕食後7日分に変更となった。</p>	<p>成分名が類似している為に病院でミスが起きたものと考えられる。</p>	<p>病院へ疑義照会連絡票を送った。</p>	<p>その他医療機関側の要因</p>	<p>処方された医薬品 販売名アモキシサンカプセル25mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名サワシリンカプセル250</p>	<p>患者の症状等</p>
174	<p>卵白アレルギーの患者にアクディームカプセルが処方されていた。薬歴からアレルギーがあることが判明し、医師に疑義照会。</p>			<p>通常とは異なる心理的条件下にあった</p>	<p>処方された医薬品 販売名アクディームカプセル90mg</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>
175	<p>○月に56日分を一包化にて投薬後、患者は翌月●月に幻覚・幻視があらわれ、セレギリンとレキップが中止になっていた。その翌月受診時に患者家族が処方せんを持参。処方せんにセレギリンとレキップが記載されていたが、調剤した薬剤師は薬歴を確認せずに一包化調剤し、途中で別の薬剤師が気づき疑義照会したところ、セレギリンとレキップは削除になる。</p>	<p>●月は訪問看護ステーションの方が一包化薬を持ってこられ、一包化薬よりセレギリンとレキップをぬいた。その時全員で情報共有したが、調剤した薬剤師は忘れていた。</p>	<p>調剤する前の薬歴確認の徹底。忘れないための情報共有の仕組みを考える。</p>	<p>確認を怠った記録などに不備があった ルールの不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名セレギリン塩酸塩錠2.5mg 「タイヨー」 販売名レキップ錠2mg</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
176	メリスロン処方されたが、聞き取りにて他科で、メリスロン服用中であることが分かり、医師に連絡。メリスロン中止、アデホスに変更となった。			患者側	処方された医薬品 販売名メリスロン錠 6mg 変更になった医薬品 販売名アデホス コーワ顆粒10%	患者の症状等
177	デュロテップMTパッチ2, 1mgが初めて処方で、総量が1枚で1回3枚貼付と記載あった。疑義照会で、総量3枚・1回1枚貼付へ変更となった。	Drのオーダーリング入力ミス	医師、薬剤師の確認徹底	連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名デュロテップ MTパッチ2, 1mg	処方箋の書き方等
178	Rp.ニフラン錠あり。患者様へのインタビューから以前に当該薬のSEにより顔面に蕁麻疹が出た。疑義照会により削除になった。	以前に院内処方の時だったとのこと。	患者様は起こったSEの症状と痛み止めの薬は覚えていたが、薬品名は思い出せずインタビューによりニフランと特定できた。お薬手帳に記載	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ニフラン錠7 5mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
179	今回、患者が頭重感、肩の痛みなどを訴え、病院からロキソニン、ミオナール、セルベックス等7日分処方となる。処方せんを持って来局された際、ミオナールはいつも飲んでいる薬だと思ふと患者より訴えあり。お薬手帳を持参していたため確認したところ、他院である整形外科より定時薬で服用中。病院に疑義照会し、ミオナールのみ削除となった。	患者が、定時薬があることを処方医に伝えなかったことによる。	お薬手帳は持参していたため、併用薬がある場合、お薬手帳を処方医に見せるよう患者教育を行っていく。	その他患者が併用薬を処方医に伝えなかった	処方された医薬品 販売名ミオナール錠50mg	お薬手帳
180	サラザック配合顆粒の処方があったが、お薬手帳より、他院で前立腺肥大による排尿困難の治療中であることが判明。処方医に確認したところ、風邪の症状が軽微であったため、処方削除となった。			連携ができていなかった 医薬品	処方された医薬品 販売名サラザック配合顆粒	お薬手帳 薬の特性等
181	タイプロトンカプセル30mgの処方があったが、お薬手帳より、他院でタケプロンOD錠15mgを服用中dあることが判明。処方医へ問い合わせたところ、処方削除となった。			連携ができていなかった 医薬品	処方された医薬品 販売名タイプロトンカプセル30mg	お薬手帳
182	フォサマック35mgが他剤と同日数の35日分で処方あり。処方医へ確認後、5日分へ変更となった。			連携ができていなかった 医薬品	処方された医薬品 販売名フォサマック錠35mg	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
183	サラザック配合顆粒処方となったが、前立腺肥大による排尿障害の治療中である旨を処方医へ確認したところ、処方削除となった。			連携ができていなかった 医薬品	処方された医薬品 販売名サラザック 配合顆粒	薬の特性等
184	他の病院で処方されているのに重複して処方			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ベラススLA錠60μg	薬歴等
185	ムコダインDS33.3%と記載があったが、気付かずに50%で調剤。33.3%は経過措置切れの薬なので疑義照会したところ、50%に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコダインDS33.3% 変更になった医薬品 販売名ムコダインDS50%	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
186	<p>処方せんにはRp.プレドニン錠5mg1日用量2錠,【般】ファモチジン口腔内崩壊錠10mg1日用量1錠分1×56日分朝食後の記載あり。一人の薬剤師が医薬品の調整を行い、プレドニン錠5mg全量112錠, ファモスタジンOD錠10mg全量56錠で準備を行っていた。鑑査を行った別の薬剤師より「【般】ファモチジン口腔内崩壊錠10mgの保険適応上の用法は1日1回服用の場合には就寝前とされている点、また薬剤服用歴簿の記録によると、他科よりネキシウムカプセル10mgが投薬されている点の2点確認の上調剤を行う必要がある」との指摘があり。処方医師に前述の2点について疑義照会を行ったところ、【般】ファモチジン口腔内崩壊錠10mgの処方が中止となった。</p>	<p>調整された医薬品を鑑査する場合に、処方内容だけを確認していたことと医薬品に関する知識が不足していたことが発生の要因と考えられる。また処方医師が併用薬の確認をしていない場合も想定して調剤を行っていたことも今回の事例の発生要因と考える。</p>		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ファモスタジンD錠10mg	薬歴等
187	<p>処方せんにはRp.ワーファリン錠1mg1日用量1錠分1×56日分夕食後服用「*ワーファリン0.5mgと」記載あり。処方内容を確認してもワーファリン錠0.5mgの記載はなく、何か別のコメントの入力間違いも考えられる為処方医師に疑義照会を行う。「コメントは【ワーファリンのみ別に一包化する】の入力間違いであり、用量も1日用量1錠から1日用量2錠に変更するようにして下さい」との回答あり。</p>	<p>処方せんに記載されたコメントの不備をそのままにせず処方医に確認を行うことで、ワーファリン錠の投与量の間違いも修正することができた事例である。処方内容そのものではなくコメントであっても、薬剤師としておかしいと判断した場合は、内容を確認の上調剤を行うことが重要である。</p>		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
188	処方せんにはRp.クラビット錠500mg1日用量1錠分1×5日分夕食後服用と記載あり。薬剤服用歴簿の記録によると、他院よりクレメジン細粒が処方されており、腎機能が低下している可能性があることが分かった。クラビット錠500mgは腎機能低下者では、高い血中濃度が持続するので投与量を減じ、投与感覚をあけて投与することが望ましいとされる為処方医師に疑義照会を行う。Rp.クラビット錠500mg1日用量1錠分1×3日分夕食後【1日おきに】服用に処方内容を変更するよう回答あり。	腎機能低下のある方には用量た投与間隔をを減じ、投与間隔を長くする必要がある医薬品も多いので注意が必要である。	腎機能低下の可能性が ある患者さんの薬剤服用 歴簿に一目でそれと分かる「シルシ」を付けておく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラビット錠 500mg	薬歴等 薬の特性等
189	エクアが新規で処方され、ネシーナからの変更だったが、ネシーナもそのまま処方されていた。			その他院内での併 用薬確認が不十分	処方された医薬品 販売名ネシーナ錠 25mg	薬の特性等
190	前回までステロイド1日換算で30mgの処方、それに対してノボラピッドフレックスペンの単位が14-18-12患者インタビューにより低血糖の発現頻度が多いと前回までのインタビュー、今回ステロイド1日換算25mgへ減量だがインスリンの単位の変更なしのため医師に疑義照会	医師の電子カルテの値がそのままになっていた、医師よりインスリン単位の減量へ訂正になった	患者インタビューを薬歴 の患者インタビューの履 歴により患者への被害が 避けられた	記録などに不備が あった その他電子カルテの 変更不備 医薬品 その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ノボラピッド 注フレックスペン	薬歴等 患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
191	ユリーフ錠2mgが処方されるべき所、ユリノーム錠25mgが処方された。患者よりの聞き取りで、尿漏れ、残尿感があるとのこと、疑義照会した。ユリーフ錠に変更。医院の事務員の入力間違い。	月初月曜日で普段より忙しかった。	患者より注深く聞き取るようにする。	記録などに不備があった その他医療機関の多忙 医薬品 その他患者よりの聞き取り	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠25mg 変更になった医薬品 販売名ユリーフ錠2mg	患者の症状等
192	今回、アイミクスLDが追加になったが、一般名で処方されていたアムロジピン5mgがそのまま処方されていた。アムロジピンの総量としては10mgなので問題はなかったが疑義照会でアムロジピン5mgは中止となった。	アムロジピン5mgを中止し、合剤に切り替えるはずであったが、医師がアムロジピン5mgを削除するのを忘れていた。合剤や一般名処方による複雑化が原因と思われる。	総量が規定の範囲であっても合剤などへの変更時は複数の薬剤師による判断をする。	医薬品	処方された医薬品 販売名【般】アムロジピン錠5mg	薬の特性等
193	花粉症でザイザルを耳鼻科で処方されている患者様に、皮膚科でアレグラ錠が処方されていた、患者様は皮膚科診察時、医師に耳鼻科でザイザルを服用していることを伝えていなかった。患者様との会話の中でザイザルを服用中であることを聞き出し皮膚科医師に連絡、アレグラ錠が削除となった。			その他医師と患者様 の間の情報伝達不足	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
194	タミフルDS1g処方。体重16kgに対し量が少ない為2gに変更になった。	医師の確認不足。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名タミフルドライシロップ3%	年齢・体重換算の結果
195	風邪による鼻炎症状に、タリオンOD錠(10)が5日分処方。患者は花粉症で他医院にて「エピナスチン塩酸塩錠(20)「タイヨー」」を服用中。(お薬手帳の記載より情報入手)疑義照会によりタリオンOD錠(10)が、処方削除となった事例。	お薬手帳の経時的な記載の大切さと、確認する習慣の大切さを学んだ事例だと思います。		その他お薬手帳の有効活用	処方された医薬品 販売名タリオンOD錠10mg	お薬手帳
196	メリアクトMS小児用細粒が処方されたが、発疹の既往歴があるため、フロモックス小児用細粒に変更になった。	医師の確認不足		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10% 変更になった医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg	薬歴等
197	ジルテックDS1.25% 1日量0.4gが処方されたが、年齢7歳では、用量が少ない。疑義照会后、1日量0.8gに変更になった。	医師の確認不足		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
198	レザルタスHDとイトナコナゾール錠50が同時に処方されていた。併用禁忌のため疑義照会。レザルタスが中止となり、アテレック10に変更となった。			その他添付文書で確認	処方された医薬品 販売名レザルタス 配合錠HD 変更になった医薬品 販売名アテレック錠 10	薬の特性等
199	「ランタス注ソロスター1キット／寝る前12単位」処方にて、処方通り交付しようとしたところ、患者から医療機関で「2キットお願いした」との訴えにより疑義照会。患者の訴え通り2キット処方のはずだったが処方箋に1キットで入力してしまっていた。さらに用量は12単位ではなく13単位となっている。と処方元の医療事務から訂正の連絡を受けた。	ランタス以外の内服薬は前回D ₀ 処方 で、今回ランタスだけが1→2キット／12単位→13単位と用量変更となっていた。患者からキット数違いの訴えによる疑義照会にて処方箋の入カミスが発覚。		その他処方箋	処方された医薬品 販売名ランタス注ソ ロスター	患者の申し出
200	体重19kgの患児に、ナウゼリンDSが0.5g/回頓服(1日2回まで)で処方。疑義照会の結果、0.9g/回に変更。			その他Dr側	処方された医薬品 販売名ナウゼリンD ライシロップ1%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
201	午前中処方箋FAX送信され、午後、本人が薬を受け取りに来られた。FAX受け取り時その処方をよくしている薬剤師はすぐにドグマチール細粒の量が前回と違うのに気づき疑義照会し、前回と同様と確認した。薬をとりに来られ、事務員が処方入力する際他2種の薬の量も違うことが分かり本人に確認すると薬だけなので変はずがないといわれ再度処方医院に疑義照会をし同じことを確認に調剤し直し渡した。	精神科の薬で散剤を含めたくさん処方されているし、隣人で親しいこともあり、すぐに取りにこないことから、いつでも対応できるとの安易な気持ちですぐにコンピューターで内容を確認できなかった。電子薬歴システム導入により薬歴だけすぐに見るのが面倒なこともあったので処方入力するまで気づかなかった	面倒でも 前回の電薬を呼び出し確認する。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ドグマチール細粒10% 販売名パキシル錠10mg 販売名エチゾラム錠1mg「EMEC」	薬歴等
202	プレタールOD錠50mg処方あり、7日後に頭痛あり中止。今回再びあり。疑義照会でバイアスピリン錠100mgに変更。	なぜ、副作用のあった薬を処方したのかわからず。		その他ドクターの見落とし	処方された医薬品 販売名プレタールOD錠50mg 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg	薬歴等
203	いつもノルバデックス錠20mgが処方されているのに、なぜかアリミデックス錠1mgで処方あり。患者も変更きいていないとのこと。疑義照会により、いつも通りのノルバデックス錠20mgに変更。	なぜ、アリミデックス錠1mgが処方されたのかわからず。		その他病院の手違い	処方された医薬品 販売名アリミデックス錠1mg 変更になった医薬品 販売名ノルバデックス錠20mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
204	クラリシッド50mg処方処方が処方された患者様について、併用薬を確認したところ(お薬手帳確認)オーラップ錠1mg服用中。クラリシッドとオーラップは併用禁忌である旨を医療機関に疑義照会したところ、フロモックス錠75mgに変更となった。	医療機関では、併用薬の確認が不十分であったと考えられる。		その他医療機関での確認不足	処方された医薬品 販売名クラリシッド錠50mg小児用 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠75mg	お薬手帳 薬の特性等
205	内科受診の患者様がロトリガ粒状カプセル 2g 夕食後 30日分の処方箋を持参された。本薬は新薬であるため、14日分の規制があり、又、食直後に服用の薬剤である旨疑義照会したところ、用法・用量ともに変更となった。	医療機関での知識・確認不足と考えられる。		その他医療機関の知識・確認不足	処方された医薬品 販売名ロトリガ粒状カプセル2g	薬の特性等
206	患者さんが内科の処方箋を持参し来局。今回ハルナールが追加処方されていた。通常調剤、監査後、窓口にて服薬指導をしている際、前回薬歴に「症状が思わしくないため、泌尿器科を受診する」との記載あり、患者さんに確認。そこで最近泌尿器科を受診しており、お薬手帳よりフリバスOD、ベシケアを服用中である事確認。疑義照会により、追加ハルナールは取り消しとなった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ハルナールD錠0.2mg	薬歴等 お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
207	オメプラゾール錠10mg「トローワ」が病院採用中止。代わりにネシーナ錠25mgが新たに処方されていた。鑑査時に何となく違和感を覚え、患者本人、付き添いの方に血液検査データを聞いたが、糖尿病所見がなく、胃薬のネキシウムカプセル20mgの間違えではないかと思い疑義照会。結果医師の処方入力間違えで、オメプラゾール錠10mg「トローワ」→ネキシウムカプセル20mgへの変更だった。危うく糖尿病薬のネシーナ錠25mgを渡してしまうところだった。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ネシーナ錠 25mg 変更になった医薬品 販売名ネキシウム カプセル20mg	薬歴等 患者の症状等
208	耳鼻科の処方せんを持って母来局。クラリスロマイシン200が4T/日で処方されていたため、疑義照会して、2T/日に訂正となった。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名クラリスロ マイシン錠200mg 「サワイ」	薬の特性等
209	姉妹の耳鼻科の処方せんを受付。薬の量と体重を比べておかしいことに気づき、疑義照会したところ、クリニックの事務が、入力の際にカルテが入れ替わって入力して、処方せん発行したと判明。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名ジスロマック 細粒小児用10% 変更になった医薬品 販売名アスベリンド ライシロップ2%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
210	併用禁忌のクラリスとジヒデルゴットが処方されており、さらに、患者さんへの聞き取りにより、妊娠している可能性もあることがわかった。(ジヒデルゴットは、妊婦している可能性のある婦人への投与は禁忌である)。この2点に関して疑義照会を行ったところ、本日血液検査を行ったので2日後に再度受診予定のため、今回の処方はいったんすべて取り消しとなった。			その他該当なし	処方された医薬品 販売名ジヒデルゴット錠1mg 販売名クラリス錠200	薬の特性 患者の症状等
211	PL配合顆粒とカロナール錠200mgの処方せんがきたが、鑑査するまでこの組み合わせが警告であることに気づけなかった。	処方医は他施設での勤務時は疑義照会されたことがなかった。また調剤した薬剤師も病院から転職した者で、それでも日常的に院内処方されていた。	薬局では警告や併用禁忌リストを作成するようにした。	判断を誤った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名カロナール錠200 変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	薬の特性等
212	A医院からユリーフ錠4mgが2錠1日2回処方されていた。ハルナール錠D錠0.2mgは今日、初めてB泌尿器科から処方されたので、問い合わせ、ハルナールD錠0.2mgが中止となる。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ハルナールD錠0.2mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
213	処方せんにRp.トラムセット配合錠1日用量4錠分4×28日分毎食間と眠前服用と記載あり。トラムセット配合錠の保険適応上の用法は「通常、成人には、1回1錠、1日4回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、1回2錠、1日8錠を超えて投与しない。また、空腹時の投与は避けることが望ましい。」とされており、食間の服用指示は問題があると判断し、処方医師に疑義照会を行う。その結果、用法が分4毎食後と眠前に変更となる。		トラムセット配合錠など空腹時の投与を避けるべき医薬品の一覧を薬局内で作成・掲示することで、情報の共有を行う。また、空腹時にそれらの医薬品が投与された場合の危険性についても、薬局内で勉強会を行う等の学習も重要と考える。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名トラムセット配合錠	薬の特性等
214	処方せんにRp1.リスパダール錠1mg1日用量1錠、ビタミン配合カプセルB25mg1日用量2C分2×28日分朝夕食後服用、Rp2.リスパダール錠1mg1日用量1.5錠、アモキシサンカプセル10mg1日用量3C分3×28日分毎食後服用と記載あり。薬剤服用歴簿の前回処方内容とも異なり、Rp1とRp2とでリスパダール錠1mgが重複しており、医薬品名称の処方オーダー時の入力間違いの可能性もある為、処方医師に疑義照会を行う。Rp2.リボトリール錠0.5mg1日用量3錠、アモキシサンカプセル10mg1日用量3C分3×28日分毎食後服用に変更となる。	最初の処方内容と薬剤服用歴簿の記録からは、この処方よりリスパダール錠1mgの増量が行われたと判断することもできたが、処方の入力間違いの可能性もあることから、処方医に対して疑義照会を行った。一つの処方箋に同じ医薬品が別の処方番号として記載されている場合もあるが、念の為処方内容を確認の上、調剤を行うことが重要であると痛感した。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名リスパダール錠1mg 変更になった医薬品 販売名リボトリール錠0.5mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
215	処方せんにはRp1.ビ・シフロール錠0.5mg1日用量1錠分1×7日分朝食後、ビ・シフロール錠0.125mg1日用量2錠分2×7日分夕食後*Rp1, Rp2を一包化で調剤との記載あり。ビ・シフロール錠は光に対して不安定であり、服用直前にヒートより取り出して服用することが求められる薬剤である為、当該患者に服用状況・身体的負担など確認を行った。患者より服用はヒートでも問題なくできており、アドヒアランスも良好であることが確認でき、処方医にその旨報告を行い、一包化ではなくヒート調剤の提案を行った。今回一包化のコメントは削除となった。	医薬品の製剤的特徴により、一包化に不適な薬もある。患者の心身的特徴と医薬品の特性により、必ずしも一包化が必要でない場合には、医師に情報提供を行ったうえで、より良い調剤方法を提案することも重要である。その際、必要であるなら代替の医薬品の提案なども行っていくことも求められる。		確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ビ・シフロール錠0.5mg 販売名ビ・シフロール錠0.125mg 変更になった医薬品 販売名ビ・シフロール錠0.5mg 販売名ビ・シフロール錠0.125mg	薬の特性等
216	処方せんにはRp.ユニシア配合錠HD1日用量1錠分1×35日分朝食後服用で記載あり。薬剤服用歴簿の記録によると前回まではユニシア配合錠LDが同じ用量・用法で処方されていたことを確認の上、患者に処方変更の理由等の問診を行ったところ「主治医よりは薬を変えろと言う話は聞いていない」との申し出があった。処方医師にユニシア配合錠HDへの増量で間違いはないか疑義照会を行った。ユニシア配合錠LD1日用量1錠分1×35日分朝食後服用に変更するとの回答あり。	前回までは手書きの処方箋でRp.ユニシア配合錠HD1日用量1錠分1×35日分朝食後服用と記載されていたが、今回からコンピューターで印字されたものであった。手書きの処方箋をコンピューター入力した際に間違えた可能性が高いと考えられる。配合錠の規格は英字2文字で表現されている場合も多く、数字ではない分より注意を払う必要がある。		確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ユニシア配合錠HD 変更になった医薬品 販売名ユニシア配合錠LD	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
217	皮膚科からアレロック顆粒が処方。投薬時に患者から他院の薬でアレロック錠を飲んでいると言われた。医師には申し出ていなかった。その後、皮膚科の医師に電話し確認した所、アレロック顆粒が削除になり、現在使用中のアレロック錠を継続することになった。	併用薬が医師に伝えられていなかった。お薬手帳の提出もなく、家に置いてきていたことが原因の一つとなった。	お薬手帳は毎回持参し、医療機関への提出を忘れないようにしてもらうようこちらからも指導が必要。	その他医師と患者のコミュニケーション不足	処方された医薬品 販売名アレロック顆粒0.5%	患者の申し出
218	リスミー2mg 2tab1x寝る前で処方されていた	基幹病院で処方日数が長く、日数制限のある強い薬が出しにくい(99日処方)患者が眠れなくて気が狂いそうだと訴えていた Dr.がリスミーを高齢者には2mg以上出せないことを知らなかった	疑義照会して1錠に戻し、患者にこの薬は1日1錠しか飲めないと説明した。今まで時々2錠飲んでいたし、Dr.もよいと言ったといわれたが、Dr.がよくても法律でダメと説明した。	知識が不足していた その他患者の訴え	処方された医薬品 販売名リスミー錠2mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
219	<p>気が狂いそうなほど眠れないと訴える患者にキョーリンAP2配合顆粒(カフェイン含む)が頭痛頓用で出ていた</p>	<p>AP2を処方したDr.は頭痛のみを訴えられており不眠を聞いておらず、リスミー2mgを2錠出そうとしていたDr.はAP2を飲んでいることを知らなかった</p>	<p>AP2を処方したDr.に、患者がAP2を処方された頃から不眠を訴えており、カフェインが不眠の原因である可能性があることを伝えたと、AP2を削除、ソラントールが代わりに処方された。患者には「頭痛の薬を変えて様子を見ましょう」と伝えた。以降しばらくは不眠を訴えていたが、AP2を飲んでいる頃ほどの深刻な訴えはなくなった。約1年間観察したが、ソラントールを頭痛頓用で使い始めてからはリスミーは2mg1錠で済んでいるし、不眠の強い訴えはなくなった。薬剤服用歴簿の副作用欄及び患者のお薬手帳にキョーリンAP2の不眠を記載した。</p>	<p>その他患者の状況把握が不十分だった</p>	<p>処方された医薬品 販売名キョーリンAP2配合顆粒</p> <p>変更になった医薬品 販売名ソラントール錠100mg</p>	<p>患者の症状等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
220	<p>70歳代男性に対してRP.プラザキサカプセル75mg1日用量4カプセル分2×21日分朝夕食後服用で処方箋記載あり。薬剤服用歴簿の記録より、この患者にプラザキサカプセルが処方されるのは初めてであることが判明(前回までは、イグザレルト錠1日15mgが投与)。プラザキサカプセルは【用法・用量に関する使用上の注意】として「以下のような出血の危険性が高いと判断される患者では、本剤1回110mg1日2回投与を考慮し、慎重に投与すること。・70歳以上の患者・消化管出血の既往を有する患者」とされており、当該患者は70歳代である為処方医師に疑義照会を行う。処方内容RP.プラザキサカプセル110mg1日用量2カプセル分2×21日分朝夕食後服用に変更となる。</p>	<p>今回、イグザレルト錠が新薬であり、連休があるが、14日分を超えての投薬が出来ない為プラザキサカプセルが処方された。患者背景(副作用の発現や検査結果等)を要因とする処方変更ではないこともこの様な事例が起こった要因の一つと考えられる。</p>	<p>新薬など処方日数の制限のある医薬品を長期に処方したいと考える場合にも、安易に処方医薬品の変更を行わずに(特にハイリスク薬の場合)、患者の状態や年齢等を考慮して、処方日数や処方医薬品の選択を熟考する。</p>	<p>確認を怠った 知識が不足していた</p>	<p>処方された医薬品 販売名プラザキサカプセル75mg</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>
221	<p>他院にてペオン錠を服用中の患者にプラノプロフェンが処方になったため疑義照会して処方削除になった。</p>	<p>医師が併用薬の確認が漏れたものと思われる。</p>		<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名プラノプロフェン錠75mg 「トーワ」</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
222	インフルエンザでタミフルと、アスピリン酸・ムコダイン(混合)が処方されたが、他院でムコダイン・ジルテック(混合)が処方されていた。ムコダインが重複しており、かつインフルエンザ時抗ヒスタミン薬は避けた方が良いとの医師の考え。	患者さんがお薬手帳を医師に見せていなかった。	患者さんが服薬を医師に報告またはお薬手帳を提示する。	確認を怠った その他患者が医師へ報告していなかった	処方された医薬品 販売名タミフルド ライシロップ3% 販売名アスピ リン散10% 販売名ムコ ダイン 変更になった医薬 品 販売名タミフルド ライシロップ3% 販売名アスピ リン散10% 販売名ムコ ダイン	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
223	<p>Rp.ソランタール錠100mg1日用量3錠, PL配合顆粒1日用量3g分3×5日分毎食後服用と記載された処方箋を受け付ける。薬剤服用歴簿の記録より他院(眼科)よりキサラン点眼液が処方されており、現在緑内障の治療を受けられていることが判明する。PL配合顆粒は緑内障のある患者には禁忌とされている為、処方医師に疑義照会を行う。処方医師より眼科での治療の経過が分からないので、回答できないとの返事あり。他院(眼科)に当薬局より問い合わせを行ったところ、眼科医より「眼圧が安定しておらず、閉塞隅角緑内障ではないが、症状の悪化も危惧される為、できればPL配合顆粒は投薬しないで欲しい」との回答あり。改めて処方医師に眼科医の見解を報告の上、PL配合顆粒の処方中止を提案した。処方医師より「PL配合顆粒は処方中止とする」との回答を得た。</p>	<p>処方医師が他院での治療の有無や既往歴の確認を行ってから処方の検討をすべきところ、確認を怠ってしまったことが、今回の事例の一因と考えられる。また処方医師と患者・他院の医師との間に保険薬局・薬剤師が入り、情報交換を行うことで、医薬品による健康被害の可能性を押さえることが出来た事例でもある。通常、薬剤師は、開放隅角緑内障の患者に対しては、抗コリン作用を持つ医薬品の使用は可能との理解を持って調剤を行っている場合も多いと考えられるが、患者の状況によっては使用を控えることが望ましい場合もあることを、今回の事例を通して学習した。</p>	<p>保険医師は患者の併用薬・他科受診の有無等を確認の上、処方を行うことが求められる。薬剤師は医師が前述の内容を確認できずに、処方を出す可能性があることを考慮して、処方内容の妥当性の判断を行う必要がある。また、必要があれば、医師と医師との連絡を行うことも重要である。</p>	<p>確認を怠った知識が不足していた</p>	<p>処方された医薬品 販売名PL配合顆粒</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>
224	<p>アムロジピン5mg(PH) 処方されていたが、薬歴に以前ノルバスク服用で歯ぐきの腫れが生じたとの記録があったため、処方医に確認。カルブロック8mgへ処方変更となった。</p>	<p>副作用歴について、患者が医師に伝えなかった。記憶もあいまいだった可能性あり。</p>	<p>副作用の有無確認</p>	<p>患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「PH」</p> <p>変更になった医薬品 販売名カルブロック錠8mg</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
225	イリナトロンが処方されていたが、交付時に、患者より、ボルタレン服用時に薬疹がおこったと申し出あり、処方医に確認したところ、イリナトロン中止となった	患者が医師に副作用歴について報告していなかった	副作用歴の確認	患者側	処方された医薬品 販売名イリナトロン錠25mg	患者の申し出
226	ザイザル、シークナロンが処方されたが、交付時に併用薬確認したところ、他の病院の薬があることが分かった。本人は薬品名を記憶していなかったため、調剤を行った薬局に電話で確認、アレロックを1日2回服用中であることが分かった。処方医に報告し、ザイザルのみ中止となった。	患者が、服用している薬について、医師に伝えていなかった。	服用中の薬確認する。	患者側	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	患者の症状等
227	プロトピック軟膏0.1%が処方。プロトピック軟膏は薬歴より当該患者への処方初めであった。投薬時、患者への薬剤確認、症状確認、使用部位使用方法の確認等を行ったところ、唇の乾燥症状にて受診とのことであった。処方医に疑義照会したところ処方プロトピック軟膏ではなく、プロペトであったことが判明。処方医の処方間違いが発覚した。処方医の指示にてプロペトに処方変更し、プロペトを調剤投薬した。	医療機関の処方過誤。	初めて処方された薬剤に関しては、他の薬剤より念入りな確認が必要だと思われる。薬歴での確認、調剤時の薬剤鑑査、投薬時の症状等の確認をしっかりと行うことで患者へ間違った薬剤が交付されることを防ぐことが出来る。	その他医療機関の不備	処方された医薬品 販売名プロトピック軟膏0.1% 変更になった医薬品 販売名プロペト	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
228	耳鼻科でオゼックスが出ているのに、内科でレボフロキサシンが出た	患者が医師に説明しなければいけないと思っていない	医師に伝え削除された	その他患者が伝えていない 仕組み	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠100mg 「タイヨー」	薬歴等
229	ウルソ(50) 6T 分3毎食後での処方。患者より肝機能障害で処方されたとの確認が取れ、適応量も該当しないため疑義照会をおこなった。ウルソ(50) 3T 分3毎食後に変更となった。	処方医の単純な確認ミスと考えられる。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ウルソ錠50mg	患者の症状等
230	耳鼻科の処方せんを母親が持参。投薬の際に症状をききとり、抗菌薬に整腸剤と一緒に出されていないことも不審に思い、疑義照会したところ、クリニックで、ビオフェルミンR散を処方するところをアスピリンDSと入力していたことが判明。正しい薬で調剤しなおし、投薬した。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名アスピリンD ライシロップ2% 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミンR散	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
231	<p>整形外科クリニックより、股関節痛のため、一般名メロキシカム錠(10mg)が処方される。薬歴によると、同クリニックよりメロキシカム(10)は前回2011年〇月に投薬されており、その次の来局時に「2回飲んだだけで喘息が悪化した」と聞き取りしている。患者は内科で喘息治療を受けている。アスピリン喘息の確定を受けているかどうかは不明。代替薬も探したが、本人が唯一「飲んだことがある。飲んで大丈夫だ」と言っており処方歴のあるロキソニン錠も、最近になって「飲んだら気持ち悪くなる」と話されるようになったため、疑義照会。『メロキシカムの代わりにハイペン錠(200mg)の投薬を』と返答を受けたが、アスピリン喘息の可能性があるため、内服NSAIDsはすべて使用出来ないだろうことを説明。NSAIDsの処方中止になる。</p>	<p>クリニックでも、この患者さんが喘息治療を受けていることまでは把握していたが、アスピリン喘息の確定を受けているかどうかまでは抑えておらず。以前のメロキシカム内服で喘息が悪化したこともクリニックには伝えていなかった様子。</p>	<p>クリニックに随時、患者情報の提供もおこなっていく。</p>	<p>連携ができていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名メロキシカム錠10mg「ユートク」</p>	<p>薬歴等</p>
232	<p>整形外科クリニックから、腰痛のため、ロキソニン錠が処方された。同クリニックから前回2年9ヶ月前にロキソニン錠が処方された後、下肢浮腫のため投薬中止に。その経緯を疑義照会時に伝え、ロキソニン錠処方中止、ボルタレンSRへ処方変更になる。</p>	<p>クリニックで前回2年9ヶ月前のロキソニン錠による下肢浮腫を把握していたのかどうかまでは不明。</p>	<p>クリニックにも随時 患者情報を連絡する。</p>	<p>連携ができていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 変更になった医薬品 販売名ボルタレンSRカプセル37.5mg</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
233	他医療機関より服用しているセレキノン錠100mgを重複して今回処方。			確認を怠った その他処方医の確認不足	処方された医薬品 販売名セレキノン錠 100mg	薬歴等
234	カロナール錠200mg2錠発熱時25回分の処方があり、疑義照会を行った。5回分の訂正指示を医師より受けた。	入力ミスと考えられる。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名カロナール錠 200	処方箋の書き方等
235	耳鼻科よりザイザル錠の処方を受け服用中の患者で今回皮膚科よりアレグラ錠とセレスタミン配合錠の処方があり。重複を皮膚科医に伝えアレグラが中止になった。	患者の服用薬の伝え忘れが原因と考えられる。	お薬手帳を活用していた だ。	その他患者の医師 への伝え忘れ	処方された医薬品 販売名アレグラ錠6 0mg	薬歴等
236	手書きの追加処方がありアベロックス錠の用法が判読できず、疑義照会し医師に朝食後の確認をした。		判読不能な場合は必ず 疑義照会を行う。	その他判読不能な 文字	処方された医薬品 販売名アベロックス 錠400mg 変更になった医薬 品 販売名アベロックス 錠400mg	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
237	ディレグラ錠の用法について、食後の処方となっていたため疑義照会。食前の訂正指示を医師に確認した。	医師の思い込みと考えられる。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ディレグラ配合錠	薬の特性等
238	ジェニナック錠の処方が2錠分2朝夕食後となっていたため、疑義照会し2錠分1夕食後に訂正指示を確認した。			その他医師の勘違い	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	薬の特性等
239	ワイドシリン細粒 2gの処方あり。患者の体重が14kgと確認し少なめと判断して疑義照会を行った。医師より3g分3毎食後に訂正指示を受けた。			その他医療機関の記載間違い	処方された医薬品 販売名ワイドシリン細粒200	年齢・体重換算の結果
240	皮膚科よりタリビッド錠の処方あり。耳鼻科でオゼックス錠の処方を受け服用中であつたため皮膚科に疑義照会。医師よりタリビッド錠の中止の指示を受けた。	服用中の薬を患者が医師に伝え忘れていた。	お薬手帳の活用	患者側	処方された医薬品 販売名タリビッド錠100mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
241	アズレングルタミン細粒「EMEC」の用量について2g分2となっており、患者から特に胃に強い不快感や痛みなどの訴えがなかったので疑義照会。医師より1g分2朝夕食後の訂正指示を確認した。			その他処方もとの勘違い	処方された医薬品 販売名アズレン・グルタミン配合細粒「EMEC」	患者の症状等
242	リウマトレックスカプセル2mg2P分1夕食後で28日分となっていたため疑義照会。処方のコメントには火曜日服用の指示あり。医師より4日分の処方訂正の指示あり。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名リウマトレックスカプセル2mg	処方箋の書き方等 薬の特性等
243	整形外科より一般名処方のトコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mgの処方由来局。内科よりユベランソフトカプセル200mgの定時の処方があり整形外科に疑義照会。整形外科医師より中止の指示あり。	患者の伝え忘れ。	お薬手帳の活用	患者側	処方された医薬品 販売名ユベランソフトカプセル200mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
244	<p>継続服用中の薬について通院中の病院とは異なる病院を受診して来局した。チラーヂンS錠25μgが1回1錠1日1回朝食後と処方箋に記載されていた。投薬時に患者と実物を確認したところ、服用中のチラーヂンS錠と規格が異なる事が判明し、聞き取りにより継続服用中の薬がチラーヂンS錠50μgであると確認した。病院に疑義照会を行い、チラーヂンS錠50μg1回1錠1日1回朝食後に処方変更となり調剤を行った。ところが、その後、服薬状況について再確認したところチラーヂンS錠50μgは1回1錠ではなく1回2.5錠を服用している事が判明した。そのため再度、用量について病院に疑義照会を行い、最終的に患者が普段服用している規格・用量であるチラーヂンS錠50μg1回2.5錠1日1回朝食後に変更になった。</p>	<p>患者はお薬手帳を持参していなかった。初回の情報収集が不足していた。規格の確認に意識が集中してしまい、用量の確認がおろそかになった。</p>	<p>処方内の薬剤名・規格・用量・用法・日数などについて、どれかひとつだけ患者本人と確認が必要でも、すべて揃ってワンセットであることを意識し、漏れのないように確認する。今後このような事がないように、患者にお薬手帳の使い方・有用性について説明し、普及に努める。</p>	<p>確認を怠った 技術・手技が未熟 だった</p>	<p>処方された医薬品 販売名チラーヂンS 錠25μg</p> <p>変更になった医薬品 販売名チラーヂンS 錠50μg</p>	<p>患者の症状等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
245	先月より緑内障の治療を開始された患者に対してRp.タブロス点眼液0.0015%全量5瓶1日1回両目に寝る前点眼と記載された処方箋が発行される。タブロス点眼液0.0015%5瓶=2.5ml×5瓶=12.5mlとなり、1ml:20滴の換算で約120日分の投与となる。定期的な検査もなく、漫然とタブロス点眼液0.0015%を使用することは、副作用の発現の確認もできないため問題があると判断し、処方医師に疑義照会を行う。タブロス点眼液0.0015%の用量(全量)2瓶:5.0mlへ変更となる。	タブロス点眼液0.0015%の薬価基準上の規格・単位は0.0015%1mlとなっていたが、当該医療機関の電子カルテの入力方法が1瓶単位での入力となっており、医師がml単位での入力と瓶単位での入力を間違えたことが、今回の事例が発生した要因の一つと考えられる。	点眼液等外用薬についても、薬剤師が1回分量や患者の治療状況より、用量が妥当であるか確認を行ったうえで、調剤を行うことは医療安全上も重要であることを意識しておく。特に点眼剤の場合、薬価基準の規格単位がml、瓶と異なる単位であることもあり注意が必要となる。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名タブロス点眼液0.0015%	処方箋の書き方等
246	整形外科よりRp.ジスロマック錠250mg1日用量2錠分2×3日分朝夕食後服用の処方箋発行される。ジスロマック錠250mgの保険適応上の用法は「通常、成人には1回2錠〔アジスロマイシンとして500mg(力価)〕を1日1回、3日間〔合計1,500mg(力価)〕服用」とされており、記載の内容での投薬では、PK/PD理論では効果が不十分となる可能性もある為、処方医師に疑義照会を行う。処方内容がRp.ジスロマック錠250mg1日用量2錠分1×3日分朝食後服用に変更となった。	普段、この整形外科医からジスロマック錠が処方されることは稀であり、医薬品に対する知識の不足も今回の事例の発生要因の一つと考えられる。		確認を怠った 知識が不足していた 技術・手技が未熟 だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
247	緑内障の患者に、禁忌のピーエイ配合錠が処方されていた。処方医は患者が緑内障であることを知っていたはずだが、なぜか他の患者と同じようにピーエイ配合錠を処方してきた。投薬前に薬剤師が薬歴を見て気づき、処方医に疑義照会した。ピーエイ配合錠が削除になり、代わりに一般名エバスチン錠10mgが処方された。患者がジェネリックを希望していた為、エバスチン錠10mg「サワイ」で調剤し、お渡しした。	病院側が、患者の病気のチェックを怠った為、このような処方になったと考えられる。	薬局側でも、病院側でも、患者の病気を把握しておくことは大切である。また、薬局で把握した情報を、病院側に知らせることも大切だ。	判断を誤った知識が不足していた医薬品	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠 変更になった医薬品 販売名エバスチン錠10mg「サワイ」	薬歴等 薬の特性等
248	頭痛があり精密検査の結果カロナール錠200mgが処方される。患者は以前同成分薬のアンヒバ坐剤で湿疹がでたため疑義照会する。ブルフェン錠100mgに変更になる。	主治医が変わったため確認不足があったと思われる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名カロナール錠200 変更になった医薬品 販売名ブルフェン錠100	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
249	<p>同一の医療機関より2科で処方箋が発行された。【整形外科】Rp.トラムセット配合錠 1日用量3錠分3×14日分毎食後服用 【内科】Rp.ネキシウムカプセル20mg 1日用量1カプセル分1×14日分朝食後服用, Rp.アルサルミン細粒90% 1日用量3g分3×14日分毎食間服用と処方箋には記載あり。内科の処方内容より、当該患者が消化性潰瘍の治療中である可能性が高いと判断された。トラムセット配合錠は消化性潰瘍のある患者には禁忌とされる為、患者より情報収集を行った所、「本日、胃内視鏡検査を実施し、炎症があるので整形外科の薬は服用しないよう内科医師から説明を聞いている」との申し出があり。整形外科の医師に対して、この件を報告の上、処方通りトラムセット配合錠の調剤で問題ないか疑義照会を行う。今回、Rp.トラムセット配合錠 1日用量3錠分3×14日分毎食後服用は処方中止することとなった。</p>	<p>今回の事例における診察・検査・処方せん発行の流れは「1.整形外科を受診し、トラムセット配合錠の処方せんが発行された2.内科を受診し、胃内視鏡検査を実施。3.内視鏡検査の結果によりネキシウムカプセル20mg, アルサルミン細粒90%の処方せんが発行された」というものであった。処方せんの発行が患者のすべての診察・検査終了後、総合的に判断された上での処方せんの発行でなかったことも、このような事例が発生した要因の一つと考えられる。</p>	<p>保険薬局において、併用薬、検査内容を確認することで、禁忌薬の投与を未然に防ぐことは、重要な役割であることを強く認識したうえで、調剤を行う。</p>	<p>報告が遅れた(怠った)</p>	<p>処方された医薬品 販売名トラムセット配合錠</p>	<p>患者の症状等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
250	処方せんにRp.ミカルデイス錠40mg1日用量2錠分2×56日分朝夕食後服用と記載あり。ミカルデイス錠40mgの血中濃度半減期は20.3±12.1時間と長く、保険適応上の用法も「1日1回経口投与」とされている為、処方医師に疑義照会を行う。処方内容がRp.ミカルデイス錠40mg1日用量2錠分1×56日分朝食後服用に変更となる。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ミカルデイス錠40mg	薬の特性等
251	処方せんにRp.ネバナック懸濁性点眼液0.1%(1本:5ml)総投与量1本(点眼)1日3回両目にと記載あり。患者情報を収集した際に「治療は右目に行ったが、点眼は左目でいいか？」との問い合わせあり。用法(使用部位)の記載誤りの可能性が高いため、処方医師に疑義照会を行う。用法(点眼)1日3回左目にへと変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ネバナック懸濁性点眼液0.1%	患者の申し出
252	腎臓内科受診中。本日よりダイアート30mg 0.5T/日が処方追加。医師より『1日おきに服用』のコメントがあるが、他の薬剤同様28日分で処方。隔日なのか毎日なのか疑義照会。隔日投与 28→14日分へ変更。	隔日で服用とコメントを入れたが日数を14日分に訂正し忘れたと思われる。		その他医師の過誤	処方された医薬品 販売名ダイアート錠30mg	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
253	耳鼻科の処方せんを母親が持って来局。薬歴で、前回ワイドシリンのんでひどい下痢になった記録あり。クリニックに疑義照会したところ、メイアクトに処方変更となった。			その他クリニックでの確認ミス	処方された医薬品 販売名ワイドシリン 細粒200 変更になった医薬品 販売名メイアクトM S小児用細粒10%	薬歴等
254	リン酸コデイン散1% 6g(1日3回毎食後)処方されるべきところ、リン酸コデイン散10% 6g(1日3回毎食後)で処方され、薬施用者番号と患者住所の記載がなかった。	○月より処方元が移転しリニューアルした。レセコンも新しく入れ替わったと聞いていたが、処方内容のデータの移行が整備されておらず、入力をしなおしたためエラーが続発している。リン酸コデインは家庭麻薬の1%で処方されるべきところが、10%製剤で入力されていることを確認せず処方箋が発行されていた。	レセコンの前回データと薬歴を確認し、麻薬が処方されているのであれば必要事項の記載が漏れていることから、処方箋の受付ができないため、疑義照会を行いそのまま調剤となった。処方元のレセコンのシステムの整備が必須であること、処方鑑査の体制がどうなのか？入力者のエラーへの危機意識が希薄であることが問題である。この処方箋については翌月の次の受診時も同様の疑義照会を行ったことから、疑義照会を行った内容についての処理について処方元の医療機関の対応に問題がある。処方元へクレームとして上げて、処方不備の改善をお願いする。	その他処方元の入力エラー コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名コデインリン 酸塩散10%「タケダ」 変更になった医薬品 販売名リン酸コデイン散1%〈ハチ〉	薬の特性等 処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
255	肝不全の治療でアミノレバンEN配合散やリーバクト配合顆粒が投薬されている患者さんに対して、本日よりRp.ユリノーム錠50mg1日用量0.5錠分1×60日分朝食後服用が追加となった処方せんを受け付けた。医薬品の調整時には気が付かなかったが、鑑査時に「ユリノーム錠50mgは肝障害のある患者には禁忌とされているので、疑義照会の必要がある」と監査担当薬剤師が気づき、疑義照会を行った結果、Rp.ユリノーム錠50mg1日用量0.5錠分1×60日分朝食後服用は処方中止となった。	処方された医薬品数が13種類と多く、医薬品の禁忌まで考えずに、調整・準備をしてしまったことが、今回の事例を見逃すこととなった一因と考えられる。	処方変更・追加時には必ず投薬される医薬品が禁忌でないか確認の上、調剤を行う。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠50mg	薬歴等 薬の特性等
256	ピーエイが処方されていたが、以前バファリンで薬疹が出たことがあるため、医師に確認、ポラミンに変更になりました。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠 変更になった医薬品 販売名ポラミン錠2mg	薬歴等
257	ジスロマックが処方されたが、以前、立えないほどの下痢をしたことがあり。フロモックスに変更になりました。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
258	フロモックス小児用細粒が9gで処方されていた。1日量としてはかなり多いので病院に問い合わせ。「一般的には300mg、最大450mgである」と伝えた。医師より、「体重換算で900mgにしたが、多いようなら450mgに減らす。」と回答あり。	成人に対して、小児と同じように体重換算で用量を計算されていた。		その他用量換算間違い	処方された医薬品 販売名フロモックス 小児用細粒100mg	薬の特性等
259	患者さんは、以前よりジェネリック医薬品の希望があったが、医師は、変更不可の指示あり。今回、変更不可の指示が無かったが、念のため、疑義照会した所、変更不可の指示の記入漏れとの返答あり。従来通り、先発品で、分包調剤した。	以前より、患者さんに強いジェネリック医薬品への変更希望があり、今回、医師が変更を受け入れられたのかとの、思いもありましたが、疑義照会し、確認して良かったです。	疑問に思った事は、まめに、疑義照会する事が、必要である。	確認を怠った その他医師側 その他医師側 その他医師側	処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠 販売名ベイスンOD錠0.3 販売名アクトス錠30 変更になった医薬品 販売名アマリール1mg錠 販売名ベイスンOD錠0.3 販売名アクトス錠30	薬歴等
260	他科よりムコスタ錠が継続処方あるのに新規でレバミピドOD錠「明治」の処方があったため疑義照会して削除			確認を怠った	処方された医薬品 販売名レバミピドOD錠100mg「明治」	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
261	<p>他科よりカソデックス錠が継続処方されているにも関わらずピカルタミドの処方があったため削除、マイスリーは前回2錠に増量され、継続予定だったが1錠で処方されていたので2錠に増量。</p>			<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ピカルタミド錠80mg「NK」 販売名マイスリー錠5mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5mg 販売名</p>	<p>薬歴等</p>
262	<p>整形外科よりロキソプロフェン(60)EMEC、レバミピド(100)EMECにて処方あり。Pt胃腸科で胃潰瘍してきあったばかり。再度カメラ予定もあるとのこと。胃腸科より胃薬処方ありとのこと。薬手帳おわずれ、整形外科では胃腸科受診の件話していなかったとのこと。薬局にて薬剤師が投薬時に胃腸科受診、治療中とのこと患者より伺い判明。整形外科Drへ問い合わせし、ロキソプロフェン、レバミピド処方削除となった。</p>	<p>患者の胃腸科治療中であること認識の低さ、薬手帳お忘れにてDrへその旨伝えていなかったこと。</p>	<p>患者へ薬手帳持参するよう指導。他院受診のことDr、薬剤師へつたえるように。</p>	<p>その他患者教育</p>	<p>処方された医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」</p>	<p>患者の症状等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
263	メプチンキッドエアの処方だったが成人だったため疑義照会后メプチンエアに変更			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メプチンキッドエア5 μ g吸入100回 変更になった医薬品 販売名メプチンエア10 μ g吸入100回	薬の特性等
264	来局時持参のお薬手帳にて併用薬を確認したところ、心疾患既往症のためアーチスト(α 、 β 遮断)服用中であった。当日処方にメプチンDS(β 刺激)があったため、処方医に疑義照会を行った。	作用の相反する2剤を併用することになるため、処方内容の再検討をお願いした。	患者の心臓の状態はおちついているとの判断あり、副作用(動悸等)に対して適切に対応できるように同じ β 刺激薬でも貼付タイプのホクナリンテープに変更となった。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名メプチンドライシロップ0.005% 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg	お薬手帳 薬の特性等
265	妊娠8カ月でプラノバル配合錠は通常妊婦には処方されない薬のため、患者様に確認したところ、DRから貧血の薬を処方すると聞かれていた。DRIに疑義照会したところ、メチコバル錠と間違って処方されていることがわかりました。		新しい薬が処方されていた場合、患者様の状況を確認し処方内容を照らしながら調剤、投薬することが大切と思いました。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった コンピュータシステム教育・訓練	処方された医薬品 販売名プラノバル配合錠 変更になった医薬品 販売名メチコバル錠500 μ g	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
266	<p>歯科医院からの処方箋において、ロキソニン60mg 3錠 毎食後処方。患者は、喘息治療中、以前NSAIDsでアスピリン喘息の症状を発症。その時の薬剤名は明確ではないが、医師に疑義照会したところ、ソランタール錠100mg 3錠 毎食後に変更となった。</p>	<p>患者は、喘息治療中である事、又、アスピリン喘息発症歴について、医院では、全く話されていなかった。</p>		<p>その他患者が医院では伝えていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名ソランタール錠100mg</p>	<p>薬歴等</p>
267	<p>患者が歯科医院の処方せんを持って来局。ジスロマック250mg2錠、3日分の処方だったが、患者の話をきいてみると、3日前にも同じ処方があり、服用していた。ドクターへの問い合わせにより、ジスロマックは中止、メイアクトMS100mg3錠3日分へ変更となった。</p>			<p>その他医療機関側の要因</p>	<p>処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg</p>	<p>患者の症状等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
268	前回処方より、体重が増えるいるにも関わらず、容量が減少していた為、医師へ容量の疑義照会をしたところ、容量増加となる。			報告が遅れた(急った)	処方された医薬品 販売名オノンドライシロップ10% 販売名ムコダインDS50% 販売名ムコサールドライシロップ1.5% 販売名ホクナリンテープ0.5mg 販売名クラリスドライシロップ10%小児用	薬歴等 年齢・体重換算の結果
269	処方が追加になり、長期服用中の薬が処方箋に記載されていなかった疑義照会により、判明	カルテの書き換えにより、抜け落ちていたと考えられる	前回、処方内容を確認し、変更内容について、検討する	その他処方内容の変更 コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名リーマス錠100 変更になった医薬品 販売名リーマス錠100	薬歴等
270	耳鼻科の処方せんを母親が持参。ムコダインの処方量がこれまでから倍以上増量されて1.4gになっていた。体重・これまでの歴をみて多すぎると判断し、疑義照会したところ、0.6gに訂正になった。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50%	年齢・体重換算の結果 薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
271	<p>いつも受診されている医院から患者様が処方箋を持ってこられたが、新規の薬が3種類処方されており、日数も30日分処方されていた為、他院にていつももらわれていた薬かお薬手帳にて確認すると、1種類効果の全く異なる薬が処方されていた。患者様に他院にてもらわれていた薬と同じものを処方してもらったのか確認すると、同じものをお願いしたとおっしゃられた為、医院に問い合わせしたところ、ルボックス錠(75)からルポック錠(75)に変更された。</p>			<p>その他医療機関側の要因</p>	<p>処方された医薬品 販売名ルボックス錠75</p> <p>変更になった医薬品 販売名ルポック錠75mg</p>	<p>お薬手帳</p>
272	<p>もともと20mg1Cを朝夕食後に服用と少量での投与であり、最初の処方の際にこの量で良いと確認はしていた。その際に投与方法として隔日投与数日間の休薬期間を設定しない場合や、少量の投与方法があることはメーカーから聞いてはいた。4週間継続投与されたあと、休薬期間がなくさらに2週間投与の処方があった。少量投与の際には休薬期間がない服用法があるのかもしれないと思ったが念のため疑義照会したところ薬は削除となった。</p>			<p>判断を誤った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合カプセルT20</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
273	クラリスロマイシン錠200mgとロキシシロマイシン150mgの併用処方。患者の家族は抗生物質と痛み止めと聞いてきていたため医師に照会。処方入力ミスと判明。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキシシロマイシン錠150mg「マイラン」 変更になった医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウム細粒10%「日医工」	患者の申し出
274	シロスタゾール錠50mg4錠で動悸があり眠れない副作用あり。先月にプラビックス錠75mgに変更。再びシロスタゾール処方あり、疑義照会。			その他病院の手違い	処方された医薬品 販売名シロスタゾール錠50mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名プラビックス錠75mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
275	<p>一般名処方せニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)1日2錠 分2朝夕食後 で処方されていたが、分2であることと前回処方が12時間持続のコリネールL錠20mgが処方されていたことから疑義照会を行った。コリネールL錠20mgが商品名変更でニフェジピンL錠20mg日医工に変更していることも伝え処方変更となった。</p>	<p>4月に処方元が移転し、併せてレセコンシステムの入れ替えがあった。データの移行ができず、新たに処方内容を入れ直していることは処方元より情報を確認していた。以前より、一般名処方のニフェジピンについては24時間持続のCR錠、12時間持続のL錠の他にカプセルの採用もあることから、一般名処方開始後H24.4月から同様の入力エラーが頻発している。処方元は電子カルテでないため、医療事務が処方入力を行っているが、処方箋を発行される際に正しく処方されているのかの確認が十分なのか？ → 備考欄へ</p>	<p>ニフェジピンの一般名処方については、剤形を十分確認の上、処方箋を発行していただけるよう、処方元の薬剤科へお願いをするとともに、処方元の採用薬品の中で一般名処方での入力エラーを起しやすい薬剤についてリストを作成してお渡ししている。しかしながら、未だに剤形の誤りがある処方箋が発行されている。エラーに対する処方元の認識の改善が必要であると感じている。一般名処方導入1年経過を契機として再度処方元に状況の確認を行う。</p>	<p>その他処方元の処方入力者のエラーへの意識の欠如 コンピュータシステム その他処方元の移転によるレセコンシステムの入れ替え後の処方入力エラー</p>	<p>処方された医薬品 販売名アダラートCR錠20mg 変更になった医薬品 販売名ニフェジピンL錠20mg「日医工」</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>
276	<p>ツロブテロールテープ(2)が処方されたが、以前動悸出現の既往が薬歴に記載。聞き取りにより確認して医師に疑義照会。ツロブテロールテープ(1)に変更になった事例。咳の状態から、気管支拡張剤は必要だったようです。</p>		<p>今後も、薬歴への重要事項の記載と確認、丁寧な服薬指導による聞き取りに取り組む。</p>	<p>その他服薬指導による聞き取り その他薬歴への正確な記載と確認</p>	<p>処方された医薬品 販売名ツロブテロールテープ2mg「SN」 変更になった医薬品 販売名ツロブテロールテープ1mg「SN」</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
277	5歳男児に、ペレックス配合顆粒3g 3x毎食後で処方。明らかに分量が多いため疑義照会。小児用ペレックス配合顆粒3g 3x毎食後に変更になった事例。処方のまま気付かずに投薬していると、分量過多により副作用発現のリスクが懸念されました。			その他年齢と投薬量を確認する習慣	処方された医薬品 販売名ペレックス配合顆粒 変更になった医薬品 販売名小児用ペレックス配合顆粒	年齢・体重換算の結果
278	ヒューマログミックス25注ミリオペン300単位 10キット(6-4-8-0)で処方されていたが、薬歴を確認したところ、前回処方ヒューマログ注ミリオペン(6-4-8-0)で処方されており、患者様へ変わりないこと確認の上、疑義照会を行いヒューマログ注ミリオペンへ変更して交付した。	ヒューマログミックス25注ミリオペン300単位とヒューマログ注ミリオペン300単位を誤って、処方箋の印字がされていることに処方元は気が付いていないことに問題がある。インレットRの発売中止による処方元の薬剤の変更が1年前にあり、その後の処方せんは毎回速効型のインスリン製剤について疑義照会を行っている。処方元のレセコンでの採用薬と販売薬の薬品の管理と疑義照会内容の記録が残されているのかという2点が原因していると思われる。インスリンは作用時間により種類が多数あり入力の際にまちがいが起こりやすいと感じる。	診療科へは疑義照会の記録について処方元に確認を行い、同じ内容の照会が続かないよう要望した。処方箋入力業務の部署にも入力する際にインスリンの入力エラーは重大な健康被害につながる可能性があること、入力終了後にエラーについて再度確認していただくようお願いした。	その他処方元の疑義照会の記録の不備 コンピュータシステム 施設・設備 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ヒューマログミックス25注ミリオペン 変更になった医薬品 販売名ヒューマログ注ミリオペン	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
279	<p>リオハード錠5mg 2錠 分2朝・夕食後28日分が処方されていた。前回の薬歴ではニルジラート錠2mgで処方されており、疑義照会で処方変更になっていたことから疑義照会を行った。</p>	<p>前回、処方調剤を行っており、その14日前に処方元が移転しレセコンが新しくなったために一般名処方でニルバジピン錠2mgで処方されていたところ、リオハードの一般名がニソルジピンであり、1文字ちがいであることから疑義照会を行っている。データ移行時の入力エラーと推測された。しかしながら、前回疑義照会していたにもかかわらず、同様の処方で再度処方箋が発行されることに問題がある。疑義照会の内容の記録や処方の入力エラーの訂正がなされないことも問題である。</p>	<p>処方箋の入力について正しく修正されるよう、処方入力部署へ連絡を取り疑義照会を行ったこと連絡した。一般名の絡む処方入力にエラーが頻発していることから、入力の方法について確認を行った。</p>	<p>その他処方入力のエラー コンピュータシステム教育・訓練</p>	<p>処方された医薬品 販売名リオハード錠5mg 変更になった医薬品 販売名ニルジラート錠2</p>	<p>薬歴等</p>
280	<p>てんかんの既往あり、デパケン服用中の患者に、ザジテンシロップが処方された。新患だったので、問診票を書いている間に調剤してしまった。その後、問診票を確認したところ、デパケン服用中であることが判明し、聞き取りによりてんかんがあることわかった。疑義照会により、アレロック顆粒に変更になった。</p>			<p>確認を怠った 仕組み</p>	<p>処方された医薬品 販売名ザジテンシロップ0.02% 変更になった医薬品 販売名アレロック顆粒0.5%</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
281	糖尿病治療中の患者に対し、禁忌であるセロクエルが処方されていた。疑義照会をして、セロクエルからリスパダールに変更となった。			その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名セロクエル25mg錠 変更になった医薬品 販売名リスパダール錠1mg	薬歴等 薬の特性等
282	40歳代女性の患者に対して整形外科から【般】セフジニルカプセル100mg1日用量3カプセル分3×5日分毎食後服用と記載がある処方せんが発行されていた。薬剤服用歴簿の記録からこの方は現在人工透析を受けられていることが分かる。【般】セフジニルカプセル100mgは添付文書の記載〈用量・用法に関連する使用上の注意〉として、「高度の腎障害のある患者では血中濃度が持続するので、腎窓外の程度に応じて投与量を減量し、投与間隔をあげて使用すること。血液透析患者では1日100mg1回投与が望ましい」とある為処方医師に疑義照会を行う。処方内容が【般】セフジニルカプセル100mg1日用量1カプセル分1×5日分朝食後服用に返答となる。当該患者にも経過を報告の上、ジェネリック医薬品での調剤での了解が得られたので、セフニールカプセル100mg1日用量1カプセル分1×5日分朝食後服用で調剤を行った。	当該医療機関内科にて人工透析を行っていたが、本日は右手の怪我の症状で整形外科を受診し、処方箋が発行されていた。内科での治療の情報が整形外科受診時に反映されていなかったか、【般】セフジニルカプセル100mgに対する医師の認識不足も今回の発生要因の一つと考えられる。	人工透析を受けられている患者さんの薬剤服用歴簿等に目印を付け、処方された医薬品の用量・用法などが妥当であるかどうか、保険薬局においても必ず確認の上、調剤を行う。	確認を怠った連携ができていなかった知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セフニールカプセル100mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
283	空腹時投与の薬だが、処方箋では朝夕食前の指示疑義照会にて空腹時投与に変更となった	処方医の勘違いかと思われる		その他処方箋ミス	処方された医薬品 販売名 ディレグラ配合錠	薬の特性等
284	初来局の患者。皮膚科からアレグラ錠が処方。患者から手帳の提出があったため、調剤室で確認し、処方日数から判断して現在も飲んでいる薬だけ薬歴に記載した。この時、アレグラは既に服用終了の日数であり、記載しなかった。投薬時に患者の付き添いの方から「アレグラはいつも飲んでいる」とのご指摘があった。残薬があるためそれを服用していたと言われた。皮膚科の医師に連絡し、お話しした所、処方からアレグラを削除する事となった。	医院・薬局、共に薬手帳は確認したが、もう飲み終わった薬であると判断したため今回の事例が起こったと思われる。	お薬手帳以外の薬も飲んでいないかの確認をする。同時に、投薬時は患者と改めて処方された薬の確認も行う。	確認を怠った患者側	処方された医薬品 販売名 アレグラ錠60mg	お薬手帳 患者の申し出
285	ジェニナック錠200mgとクラリシッド錠200mgが同時に処方されている。	処方箋発行側の確認ミス。	どうしてこのようなミスが発生したのか？再度チェックして頂く。	その他処方箋発行医側の確認ミス。	処方された医薬品 販売名 クラリシッド錠200mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
286	以前、他医療機関でモーラステープ処方 で、発赤が出て、セルタッチパップに変更 になったことのある患者様に、モーラステープ の処方。	患者からDrへの情報がなかった。Dr が患者へ確認を怠った。	以前問診歴確認。薬局よ り疑義照会でモーラステープ →モーラスパップ に変更	連携ができてい なかった その他処方医の確 認不足 患者側 その他処方医の確 認不足	処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg 変更になった医薬 品 販売名モーラスパップ30mg	薬歴等
287	オメプラゾール錠20「SW」を処方された が、他の医療機関で既に同様の薬剤(タ ケブロンOD 15/一般名:ランソプラ ゾール)が処方されていた為、疑義照会を 行い、オメプラゾール錠20「SW」の処方 を中止した。	お薬手帳により本事例は照会内容が 発覚した為、処方時にお薬手帳の確認 を行っていなかった可能性がある。	処方箋発行時にお薬手 帳による、他の医療機関 での医薬品の交付状況 を確認する事で、本事例 は未然に防ぐ事が可能 であったと推察される 為、患者のお薬手帳の 確認を各医療機関で必 ず行う。	連携ができてい なかった その他疑義照会	処方された医薬品 販売名オメプラゾール錠20「SW」	お薬手帳
288	患者は緑内障に罹患しているが、緑内障 患者に禁忌であるアトロピン製剤(ブチル スコポラミン臭化物錠10mg)が処方され た。緑内障に禁忌である事を主治医に確 認し、処方中止とした。	薬歴及び患者の既往歴の確認が不 十分だった可能性がある。	本事例の場合、患者背 景(既往歴)を確認する 事で処方内容を精査す る事は可能であると推察 される為、特に特定の疾 患に対し、使用禁忌とな る医薬品については、処 方箋交付前に患者背景 の確認を行う事で未然に 防ぐ事が可能である。	連携ができてい なかった その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ブチルスコ ポラミン臭化物錠1 0mg「YD」	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
289	前立腺肥大の方に禁忌であるPL配合顆粒の処方あり。病院に問い合わせたところ、PL配合顆粒削除、ツムラ小青竜湯追加	前立腺肥大の既往症を見落としていたためと考えられる	既往症と処方薬剤の照らし合わせをきちんとする	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	薬歴等 薬の特性等
290	他院(脳外科)にてマグミット錠を服用している患者に対して、内科よりマグラックス錠が処方。重複しており、併用した場合高マグネシウム血症の発現のリスクがあった。疑義照会をしマグラックス削除。	患者が医療機関受診時にお薬手帳を提示しなかった。患者自身が脳梗塞の既往歴があり、医師などに対して十分に症状を伝えることができなかったため。	患者に対して医療機関受診時にお薬手帳の提示を徹底するように指示。薬局においても薬歴、お薬手帳の確認を徹底する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名マグラックス錠330mg	薬歴等
291	インフルエンザでタミフルカプセル75とが処方されていた。インフルエンザとNSAIDsの使用について、医師に確認したところ、ロブ60mg錠からカロナール錠200に変更となった。			その他医師の判断変更	処方された医薬品 販売名ロブ錠60mg 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	薬の特性等
292	通常、喘息、前立腺肥大のため、治療を受けておられる患者に、ペリアクチン散1%が、追加処方されていた。抗コリン作用による喀痰の粘ちよう化、去痰困難等による喘息の悪化や尿閉の悪化の可能性について、疑義照会したところ、削除となった。			その他処方医の知識不足	処方された医薬品 販売名ペリアクチン散1%	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
293	クラリスロマイシン錠50小児用「MEEK」が処方された患者の薬歴に以前、クラリス錠で発疹の副作用歴の記載があったため、医師に疑義照会する。フロモックス錠75mgに処方変更となった。	患者が、医院では、副作用歴を報告していなかった。もしくは、医院での確認漏れがあったかと思われる。		その他患者が医院では副作用について知らせていなかった	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠50小児用「MEEK」 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠75mg	薬歴等
294	咳がひどく、耳鼻咽喉科受診の患者、数種類の咳止め処方のなか、ホクナリンテープ2mgの処方有り。投薬中、患者より、「ホクナリンテープ使用で、夜に動悸が激しくなり、眠れず、外した後もしばらく、動悸がつづいた。」との報告を受け、医師に疑義照会。ホクナリンテープ2mgは削除となる。			その他患者が医院では副作用について、報告していなかった	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	患者の申し出
295	整形に入院されており退院後に以前より通院していた病院から内科の薬をDo処方薬をもらいにいかれる。お薬手帳を確認すると整形より血圧の薬飲み重複して処方されていることがわかった疑義照会し中止してもらう	患者本人も病院して薬手帳を提示していない医療側も確認を怠る	患者には提示するように話す	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名プロブレス錠8	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
296	今までベザフィブラートSR200mg処方あり、今回メバトルテ5mg処方せんで追加。両薬剤は併用基本禁忌であるため、処方元に確認。ベザフィブラートとベンザリンの入力間違いであることが判明	処方せん入力の際に、頭文字で変換間違いした可能性あり	薬剤名を再度確認する	記録などに不備があった 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名ベンザリン錠5	薬の特性等
297	いつもはデバケン細粒を力価で記載される病院からの処方箋。今回は0.4gで処方されており、製剤量で0.4gと解釈すると力価160mg。患者が高齢のこともあり、調節している可能性もあったが、念のため病院に問い合わせ。400mgに変更となる。	処方箋記載の際、製剤量と力価の確認が不十分であったと思われる。		その他製剤量と力価の確認が不十分だった。	処方された医薬品 販売名デバケン細粒40%	薬の特性等 処方箋の書き方等
298	以前よりプロチアデン錠を服用されていた患者様。今回ジェイゾロフト錠が処方追加になった。お薬手帳を確認したところ、前回受診後、他院にてエフピー錠が処方されている事がわかった。今回受診した先生にはお薬手帳を見せてないと言われたため、病院に問い合わせ。プロチアデン錠、ジェイゾロフト錠が中止となった。	患者様がお薬手帳を医師に見せていなかった。		患者側	処方された医薬品 販売名プロチアデン錠25 販売名ジェイゾロフト錠25mg	お薬手帳 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
299	投薬時、患者の健康状態と処方内容が異なると感じ、疑義照会を行った結果、似た薬剤名による処方箋記載誤りと判明し、薬剤変更となった。	投薬時に患者より、「喉の痛みがある。おなかの調子は通常通り。」と聞き取り。トランコロン7.5mgが処方されており、処方意図が不明であった為、処方医に疑義照会。その結果、処方箋への記載ミスであることが判明し、トランコロン錠7.5mg→トランサミン錠500mgへ変更となった。	似た薬剤名があることを日頃から意識して、調剤・監査・聞き取りなどの業務に努めていく。また、不明な点がある場合は疑義照会を行う。	確認を怠った コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名トランコロン錠7.5mg 変更になった医薬品 販売名トランサミン錠500mg	患者の症状等
300	耳鳴りでメチコパールとストミンAが処方投薬中、話がかみ合わず確認したところ同姓同名の別人であることが判明	同姓同名患者医院ではカルテから間違っており、まったく気がつかなかった様子	誕生日での確認保険証チェック	その他医院の確認不足	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg 販売名ストミンA配合錠 変更になった医薬品 販売名メチコパール錠500μg 販売名ストミンA配合錠	患者の症状等
301	リンデロンV軟膏とメサデルム軟膏の混合という処方があった。疑義照会の結果、リンデロンV軟膏がサトウザルベ軟膏10%に変更になった。	処方医が、前回処方のリンデロンV軟膏・サトウザルベ軟膏10%で、リンデロンVをメサデルム軟膏に変更すべきところ、選択ミスでサトウザルベをメサデルム軟膏に変更してしまった。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リンデロンV軟膏0.12% 変更になった医薬品 販売名サトウザルベ軟膏10%	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
302	定期薬に追加でムコソルバンが分1で処方されており、定期薬で処方されているレンドルミンが削除されていた。患者本人に確認すると、レンドルミンは残薬があるため今回はいらぬがなぜ痰切りの薬が処方されているのかわからないとのこと。病院に確認すると医師がムコソルバンとレンドルミンを書き間違えたので、レンドルミンを処方してくださいとの返答があったが、残薬があるため削除となった。	過去にこの患者にムコソルバンが処方されたことはないためなぜ間違えたかは不明	患者への聞き取りをきちりしてこのような事例を予防する	その他病院処方箋の不備	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	患者の症状等 薬歴等
303	セレニカRを服用中の患者さんにファロムドライシロップが処方された。セレニカRとファロムドライシロップは併用注意にあたる。確認するため疑義照会をしたとこと。メイアクト小児用DSに変更となった。	手帳に記載のない併用薬も投薬前に確認していたので発見できた。		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ファロムドライシロップ小児用10% 変更になった医薬品 販売名メイアクトMS小児用細粒10%	薬歴等 薬の特性等
304	以前エディロールで薬疹が出た患者に、またエディロールが出た。	骨密度が下がっていたので骨粗鬆症薬を処方されたが、過去に薬疹が出たことのチェックがされずにすり抜けて処方された様子	薬局の機能としてWチェックがあるが、漏れがないように日常業務をこなすだけの事	その他凡ミス	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg 変更になった医薬品 販売名ベネット錠17.5mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
305	ガナトンが処方されていたが、食後だった。患者に聞くと、食前ではいけない理由はなかった。医師に伝え、食前に修正された。	単純なミスだと思われる。	そういうこともあるので、薬局で見逃さないように注意するくらい。	その他凡ミス 仕組み	処方された医薬品 販売名ガナトン錠50mg	薬の特性等
306	2歳の男児が咳がひどくクリニックを受診し、母親が処方せんを持って来局。処方内容は、アスペリンシロップとムコダインシロップ、そしてホクナリンテープ1mgだった。3歳未満の小児にはホクナリンテープ0.5mgが適応となるため、疑義照会し、0.5mgのものに変更となった。	調剤をした薬剤師が気づき、その場で疑義照会した。処方医のカルテの記載ミスだったようだ。	今回はすぐに気づき患者へ交付することはなかったが、ホクナリンの過量投与は動悸やふるえの発現おこりうる。ホクナリンテープはよく処方される薬剤でもあるので、小児用量について薬剤師全員が認識しておく必要がある。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ0.5mg	年齢・体重換算の結果
307	小児用ムコソルバンシロップ0.3%が1.1mL、7日分処方されていたが3才にたいして明らかに少なかつたため疑義照会。小児用ムコソルバンDS1.5%、1.1gへ変更。	医師のオーダーリングによる入力ミス。忙しい時間帯で、用量がおかしいことに気づくのに時間がかかった。	薬剤、用量、用法が適切かどうかをしっかりと確認する。	判断を誤った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名小児用ムコソルバンシロップ0.3% 変更になった医薬品 販売名小児用ムコソルバンDS1.5%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
308	<p>患者の祖母が処方せんを持って来局した。3ヶ月前に体重確認をした際に14kgと伺っていたため、処方医に対して疑義照会をすべきだったが、そのことに気付かずに調剤をしてしまった。別の薬剤師が薬歴情報と処方内容を基に監査をし用量が多いため疑義照会をした。病院に問い合わせをしたところ、13.8kgと入力すべきところ18kgと誤って入力していたとことでジスロマック細粒 1.8g→1.3g、コカールドライシロップ0.5g→0.3gに変更になった</p>			<p>その他病院で体重入力を誤った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ジスロマック 細粒小児用10% 販売名コカールドライシロップ40%</p>	<p>薬歴等 年齢・体重換算の結果</p>
309	<p>整形外科より発行された処方せん。処方せんにはRp.オゼックス錠150mg1日用量3錠分3×3日分毎食後服用と記載あり。医薬品調整時には処方せんの記載通りに準備を行っていた。鑑査の時点で、調整を行った薬剤師とは別の薬剤師より、薬剤服用歴簿の記録より当該患者は血液透析を受けているとの指摘あり。高度の腎機能障害のある患者には投与量・投与間隔の適切な調節が求められる為、処方医師に疑義照会を行う。日本腎臓学会によるCKD診療ガイドに基づく用量・用法の提案を行い、処方内容はRp.オゼックス錠150mg1日用量1錠分1×3日分朝食後服用に変更となる。</p>	<p>医薬品調整時に薬剤服用歴簿の確認が抜かっており、当該患者の治療状況について把握できていなかったことが今回の事例発生の要因の一つと考えられる。</p>	<p>薬剤服用歴簿の記録として「透析中」等大きく記載して注意喚起を行う。</p>	<p>確認を怠った 知識が不足していた</p>	<p>処方された医薬品 販売名オゼックス錠150</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
310	1歳10ヶ月の男児の処方せんを母親が当薬局に持参。メイアクトMS小児用細粒300mg/日 1日3回 毎食後 5日分の処方。300mg/日は成人量のため、医療機関へ疑義照会。100mg/日へ用量変更となった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名メイアクトMS小児用細粒10%	年齢・体重換算の結果
311	1歳半の小児(体重9.5kg)に対し、ホクナリンテープ1mgが処方。調剤・監査時、薬歴確認時に気づかず服薬指導を行った。ホクナリンテープの使用方を説明しようとした際に、過量投与に気づき疑義照会を行い、0.5mgへ変更となった	同時に処方されていた、ドライシロップ製剤の用量確認に気をとられ、テープの用量を十分確認していなかった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ0.5mg	年齢・体重換算の結果
312	リピディル錠80mg 1回1錠 1日2回昼夕食後と処方されていた。	リピディルは通常1日1回で服用するようにと添付文書に記載してある。	医師に電話で確認後リピディル錠80mg 1回1錠 1日1回朝食後に変更した。	その他疑義照会	処方された医薬品 販売名リピディル錠80mg	薬の特性等
313	モーラステープLの処方であったが、以前患者は何かの湿布薬で水膨れが起きた事があり、湿布薬は出来れば避けたいとの事。患者様と相談の上、ジクロフェナクナトリウムローション「日本臓器」に変更	湿布薬で水膨れという副作用があったことを確認してなかったためと考えられる		その他副作用情報を確認していなかった	処方された医薬品 販売名モーラステープL40mg 変更になった医薬品 販売名ジクロフェナクNaローション1% 「日本臓器」	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
314	ファミビルの用法が毎食前となっていたため疑義照会を行った。毎食後の訂正指示を医師より確認した。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ファミビル錠250mg	薬の特性等
315	セレスタミン1錠分2朝夕食後の処方皮膚症状を確認して用法、用量を医師に確認した。医師より1錠夕食後の訂正指示を確認した。症状より1錠分2では効果不十分と判断した。就寝時の痒みを抑えるために1錠夕食後の処方であった様子。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠	患者の症状等
316	テオドール錠200mg2錠分2朝食後、就寝前の処方。小児に対する処方であったため医師に疑義照会。中止の処方指示を医師より確認した。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名テオドール錠200mg	年齢・体重換算の結果
317	プレドニン錠5mg2錠とセレスタミン配合錠1錠ともに夕食後の処方になっていたため疑義照会。プレドニン錠5mg2錠朝食後の服用指示を医師に確認した。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
318	<p>整形外科より発行された処方せんを受けて受けた。処方内容はRp1.「般」ロキソプロフェンNa錠60mg1日用量3錠分3×30日分毎食後服用Rp2.モーラステープL40mg全量140枚1日1回背中に貼るとの記載あり、処方通り医薬品の調整を行った。鑑査をする別の薬剤師より、「前回5月24日にはロキソプロフェンNa錠60mg「EMEC」14日分とモーラステープL40mgを140枚投薬しているの、モーラステープL40mgは過剰投薬にならないか」との指摘があった。1日当たり10枚の使用との計算となる為、処方医師に疑義照会を行う。処方医師よりモーラステープL40mgの用量(全量)を70枚に変更するとの回答あり。</p>	<p>調剤の流れの中で処方せんと薬剤服用歴簿の突合を行わずに、医薬品の調整を行ったことが、今回のような確認抜けかりとなった原因の一つと考えられる。</p>	<p>医薬品の過剰な投薬は、例えば貼り薬であっても、副作用の発現や他者への譲渡等の不適切な使用に繋がる恐れがあることを再度認識の上、調剤を行う。処方された用量と使用方法を確認の上、薬剤服用歴簿の投与間隔等と突合を行い、適切な内容であるか薬剤師が判断して調剤を行うことが重要である。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名モーラステープL40mg</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
319	<p>70歳代女性に対して神経内科より発行された処方せんを受け付けた。処方せんには、Rp1.サイレース錠1mg1日用量1錠分1×28日分、Rp2.サイレース錠1mg1回服用量1錠頓用×7回分不眠時服用との記載あり。これ以外の医薬品は全て35日分で記載ある為、サイレース錠1mgもこれに合わせて、28錠+7錠=35錠とする為の記載内容の可能性があるので疑義照会を行う。医師にサイレース錠1mgは1回30日分を限度として処方されるべき医薬品であり、過剰投与は向精神薬の乱用につながる恐れもあることの説明を行った結果、Rp2.サイレース錠1mg頓服は処方中止となった。</p>	<p>処方日数の制限のある医薬品についての危険性に対する認識不足が、今回のような事例の発生要因の一つと考えられる。</p>	<p>処方日数の制限のある医薬品の処方内容が不自然なものであれば、必ず疑義照会を行った上で調剤する。医薬品の乱用につながるような不適切な処方調剤しないことも場合によっては必要である。</p>	<p>患者への説明が不十分であった(怠った)</p>	<p>処方された医薬品 販売名サイレース錠1mg</p>	<p>薬の特性等</p>
320	<p>ロコイドクリームとマイザー軟膏、1日2回頸部に塗布の処方箋投薬時患者に確認したところ、顔と首で受診したとの申し出あり。疑義照会したところ、ロコイドクリームは顔に塗布だったと確認。</p>	<p>医院の事務さんの処方箋入力ミスと思われる。</p>	<p>薬局としてはこれまで通りきちんと患者からの聞き取りで確認を取ることが必要と思われる。</p>	<p>その他処方箋入力ミス</p>	<p>処方された医薬品 販売名ロコイドクリーム0.1% 販売名マイザー軟膏0.05%</p>	<p>患者の症状等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
321	トスキサシンが処方されていたため、他薬との飲み合わせは大丈夫であったが、牛乳は、1時間以上ずらして服用した方がよいと伝え、食間服用でもよいと伝えたが、どうしても牛乳は止められず、牛乳も薬も食後以外の服用も出来ないと、本人ではなく家族が納得できず、医師に薬の変更をお願いしてほしいとのことでフロモックスに変えていただきました。	家族が、日常生活の決めた時間や行動を変えることを、極端にいやがった。		患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名トスキサシン錠150mg 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	患者の申し出
322	尿道の痛みでみえた患者にロブがでたが、十二指腸潰瘍の既往があり、医師に確認し、トスキサシンとコバルノンの処方に変更になった。	患者が、医師に十二指腸潰瘍のことを伝えていなかった。	自分で関係ないと思っても、持病について必ず医師に伝えるように話した。	患者側	処方された医薬品 販売名ロブ錠60mg 販売名 変更になった医薬品 販売名トスキサシン錠150mg 販売名コバルノン	患者の症状等
323	アンブラーグ錠100mg3錠/日で継続服用だった患者に今回アンブラーグ中止、新規でプラザキサカプセル75mg2カプセル/日処方された。3ヶ月前に血清クレアチニン値7.98 1ヶ月前にBUN89 の情報収集有。プラザキサの禁忌症例と思われるので医師に確認したところアンブラーグに戻ることにした。			患者側	処方された医薬品 販売名プラザキサカプセル75mg 変更になった医薬品 販売名アンブラーグ錠100mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
324	リン酸コデインが粉のため飲めないとのことで、錠剤に変更してもらった。		薬歴の表紙に粉薬が飲めないことを書いた。	その他粉が飲めない	処方された医薬品 販売名リン酸ジヒドロコデイン散1%「ヒシヤマ」 変更になった医薬品 販売名フスタゾール糖衣錠10mg	患者の申し出
325	同じ病院で、内科でジェニナック200mg2tab1xMで出ていて、泌尿器でクラビット500mg1tab1xMで出ていたので、泌尿器に電話してDr.に確認し、クラビットが削除された。	同じ病院でも、同じ日に他の科で処方された薬が分からないらしい	病院の仕組みの改善が根本的な解決だが、とりあえず薬局でもこれまで通り重複をチェックしていく。	コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg	薬歴等
326	ザイザル、シークナロンが処方されたが、お薬手帳確認時、他科より、アレジオン処方され、服用中であることが分かった。医師に報告、ザイザルのみ中止となった。			患者側	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	お薬手帳
327	ポラキス3錠分3の処方、朝の薬は1包化の中に入っているが、昼・夕の薬はヒートで調剤。患者より、昼・夕は飲み忘れが多いと申し出あり。医師に相談した結果ポラキスは朝のみの処方に変更された。			患者側	処方された医薬品 販売名ポラキス錠3	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
328	シークナロン処方されていたが、お薬手帳確認時に前立腺肥大症の治療中であることが分かった。医師に報告、シークナロン中止、アタラックス処方			患者側	処方された医薬品 販売名シークナロン錠3mg 変更になった医薬品 販売名アタラックス錠10mg	お薬手帳薬の特性等
329	セレスタミン処方、交付時、患者が、緑内障の治療中であることが分かったため医師に報告、セレスタミン中止、ザイザル処方された			患者側	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 変更になった医薬品 販売名ザイザル錠5mg	患者の症状等
330	歯科より、ファロム200mg3錠分3の処方、交付時に患者が血液透析中であることが分かった。ファロムは腎排泄型の薬剤であるため、処方医に報告した結果、ファロム200mg1.5錠、分3に減量された			患者側	処方された医薬品 販売名ファロム錠200mg	患者の症状等
331	ロキソニン処方され、交付時に、患者より、同じ薬が家にあるので不要との申し出があったため処方医に報告、処方中止となった			患者側	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
332	商品名は異なるが、同成分の薬が処方されていた。規格は異なり、メーカーに確認したところ微妙な調節をする場合は一緒に処方することもあり得るとのことだったが、薬歴から疑問を感じ医療機関へ問い合わせ、一方が中止となった。			その他病院側のミス	処方された医薬品 販売名ピ・シフロール錠0.125mg 販売名ミラペックスLA錠0.375mg	薬歴等
333	時間外に9歳男児が発熱で受診した。出た処方が、カロナール300mg 5錠 1回分 発熱時 だった。体重27kgの9才男児で、用量が多いので、疑義照会をしたら、カロナール300mg 1錠 5回分 発熱時 に変更になった。	今月から病院が新しくなり、処方も手書きからコンピューター入力になった。コンピューター入力に慣れていないドクターの入力ミスだった。	新規入力の処方せんは、入力間違いが多いので、用法・用量などのチェックはしっかりと行うようにしている。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名カロナール錠300	年齢・体重換算の結果
334	投薬時の服薬説明時、患者との会話の中で当該薬剤は他院からの処方現在服用中であることが判明した。処方医師にその旨伝えたと、当該処方箋は取り消しとなった。	新患から患者情報を収集する際に得た情報によって重複投与を未然に防止することができた。処方医師も重複処方になることは認識していなかった事例である。薬局におけるきめ細かな患者情報の収集の重要性を認識した。		その他重複投与を防止した	処方された医薬品 販売名ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
335	1歳2カ月11kgの子どもに、トランサミン散50%1回0.5g、1日2回の処方せん通りに投薬するところだった。年齢、体重からして常用量の2倍量くらいと思われることに気が付く。	煩雑な時間帯。調剤頻度の少ない薬。	年齢別、体重別の早見表の作成。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 施設・設備 教育・訓練	処方された医薬品 販売名トランサミン散50%	年齢・体重換算の結果
336	○月○日にメモリー(5)2tab1xMで処方されていたが、14日後Do処方されていた。本人に副作用の確認をしたら特になかった。本来なら1wごとに増量する薬だが2w経っているので増量すべきだろうとDr.に具申したらメモリー(5)3tab1xMIに修正された	元々メモリー自体が今のDr.が出した薬ではなく、他科で出た薬らしく、書簡での連絡にも増量等のコメントがなかった様子で、医師間の連携に問題がある。	結局は薬局で薬剤師がチェックして疑義照会をしていくしかないと思う。コンビニで処方箋薬を貰えばいいという人がいるらしいが、こういう処方ミスが少なくないことを考えると、医師に準ずる立場で処方監査がされる現行の仕組み無しに処方箋薬を授与できると考えている時点で無知と言える。	知識が不足していた 仕組み	処方された医薬品 販売名メモリー錠5mg	薬歴等 薬の特性等
337	風邪でクリニックを受診し、母親が処方せんを持参。患者は15歳(男)で、ジスロマックカプセル小児用100mg 2C 3日分の処方。用量が少ないと判断し、疑義照会。ジスロマック錠250mg 2錠 3日分に変更となった。		ジスロマックの間違いは過去にもあった。年齢と製剤(用量)が合っているか、今後も注意して調剤、監査していく。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ジスロマックカプセル小児用100mg 変更になった医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
338	<p>久しぶりに健診で来た患者が、血圧が高いのでコニールが処方されていたが、別の医療機関Aでもともとアムロジンを処方されていることを去年来たときに確認していたので、「今もAの薬は毎日飲んでるの?」と聞くと「飲んでるよ」とのこと。「変わってない?」と訊くと「ずっと一緒」とのこと。「それは先生に言うた?」と訊くと「言っていない」とのこと。手帳を確認したが、院内処方であることもあり、1年間、手帳の記録がされていなかった。その旨Dr.に連絡すると「今飲んでる薬を今度もってきてもらうように伝えてもらって、処方箋は取り消してください」とのこと。患者にそれを伝え「他の薬を飲んでいる人は、健診のときにも飲んでる薬をちゃんと説明しなきゃダメですよ」と伝えた。</p>	<p>高齢者福祉施設の入居者に院内処方投薬される場合、お薬手帳の記録が為されないこと。また、健診を院外に出しているが、その際の注意も為されておらず、患者も要領を知らず、今回の状態に至った。</p>	<p>患者には、院内の薬の記録を手帳にきちんとしてもらおうこと、健診のときでも飲んでる薬についてちゃんと説明することを伝えた。でも今一ピンと来ていない様子。医師も飲んでる薬があるかどうかを処方前にチェックする必要があると思う。特に入所者が外部に健診に来ている場合、院内で出ている薬は院外処方と異なり手帳に記録がないことが多い。こういうことを考えると、結局、電子カードタイプの保険証キーによるクラウド管理の情報で履歴をチェックする方法しかないと思われる。</p>	<p>その他患者が伝えていない ルールの不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名コニール錠 4</p>	<p>薬歴等</p>
339	<p>テルネリンの処方があったが、他病院で同系統のミオナールが処方されていたので、今回のテルネリンの処方が削除になった。</p>			<p>その他処方医の併用薬確認不足</p>	<p>処方された医薬品 販売名テルネリン錠 1mg</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
340	歯科の処方箋を応需。同一処方内でロキソニン錠が内服/3錠/分3/3日分と頓服/1錠/2回分の処方あり。患者本人よりDrより痛み止めは頓服で服用するように指示を受けていると確認できたため、病院に処方内容について問合せした。問合せの結果、内服分のロキソニンが削除となった。	処方医は普段、ロキソニン錠を症状に合わせて内服と頓服の用法を使い分けている。そのため、今回の事例では処方箋作成時に2つの用法でロキソニン錠について記載してしまったと考えられる。	患者背景や処方意図を考慮した処方箋の監査を徹底する。今回の事例では投薬前の疑義照会がより望ましかったと思う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	患者の申し出
341	1歳児にアズノールうがい液4%が処方されていたため医師に疑義照会したところ、アズノールうがい液が中止となりタリビッド耳科用液0.3%5mlが処方された。	外用薬同士での入力ミスが原因と考えられる。	薬局としては、処方だけでなく患者からの聞き取り情報も重視して今後も監査を徹底していく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アズノールうがい液4% 変更になった医薬品 販売名タリビッド耳科用液0.3%	薬の特性等
342	患者本人が処方箋を持って来局した。フスコデ配合錠は緑内障患者に禁忌の薬剤であり、薬歴を確認すると患者は緑内障を患っていることに気が付いた。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
343	緑内障治療で右眼にコソプト点眼を使用している患者に、両眼点眼の指示でリズモンTG点眼が処方された。リズモンTG点眼は左眼への点眼ではないかと考え疑義照会。医師の処方ミスでリズモンTGは左眼への点眼だったことが判明。患者は医師からの説明は受けていなかった。	医師のオーダーリングミス。患者への説明不足。	コソプト点眼のような合剤が増えてきているが、含有されている成分を理解して調剤するように心がける。	医薬品	処方された医薬品 販売名リズモンTG 点眼液0.5% 販売名コソプト配合 点眼液	薬の特性等
344	【麻】10%リン酸コデイン散 6g 分3 7日分の処方を受け付けたが、成分量が600mgとなるため、(劇)1%リン酸コデイン散または用量が0.6gとの相違と思い疑義照会したところ、【麻】10%リン酸コデイン散 0.6gに用量変更となった。	当該病院のコンピューター上、麻薬を選択した場合、麻薬施用量番号は自動的に印字されるため、麻薬の処方箋であることの認識が薄い可能性がある。従って、1%と10%の見落としが発生したと思われる。		判断を誤った 知識が不足していた コンピューターシステム	処方された医薬品 販売名リン酸コデイン 散10%「タナベ」	薬の特性等
345	以前にインテナーズパップを使用してかぶれた経験ある患者に、インテナーズパップが処方された。薬歴で副作用歴確認し、医師へ連絡してセルタッチテープへ変更となった。	3年ぶりに当該患者へ湿布を処方する為、医師が副作用歴を見落とし。お手帳の副作用歴には記入してあったが、医療機関で提示していなかった。	副作用歴の確認徹底。 お手帳に副作用歴を記入し医療機関への提示の徹底。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名インテナーズ パップ70mg 変更になった医薬品 販売名セルタッチ テープ70	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
346	低血圧状態であり、めまい等の訴えがあり前回処方、アテレック(5) 1T → 0.5Tに減量されていた。今回、前々回の処方を引き継いでしまい、アテレック(5)が1Tでの処方となっていたため、疑義照会を行ったところ、0.5Tに減量となった。	前回の処方が、低血圧の訴えがありアテレック(5)0.5Tのみの処方であり、他薬の処方が無かった。今回は、他薬を含め定時薬すべての処方の為、前々回の処方をデータで引き継いだことによるミスと考えられる。		確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アテレック錠 5	薬歴等
347	今までワーファリン錠1mg3T/日で管理。今回ワーファリン錠5mg1Tが追加。1日8mgにアップ。患者様に確認後、ありえない増量に疑義照会。→ワーファリン5mg1T→ワルファリンカリウム0.5mg 1T追加に変更。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ワーファリン 錠5mg 変更になった医薬品 販売名ワルファリン カリウム錠0.5mg 「HD」	薬歴等 薬の特性等
348	レスブレン錠20mg3錠1日2回朝食後、寝る前の処方にて疑義照会を行い、毎食後の訂正指示を医師に確認した。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名レスブレン 錠20mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
349	レニベース錠2.5mg1錠1日1回朝1錠ずつ90日分の処方で疑義照会を行い医師より朝食後の服用指示を確認した。		何度も申し入れをしているが改善されず、毎回疑義照会を行いその都度改善を申し入れる。	知識が不足していたコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名レニベース錠2.5	処方箋の書き方等
350	クラビット錠250mg2錠夕食後5日分で処方されていた。患者への服薬指導時に患者より医師より朝食後の服用指示があったとのことで疑義照会し、医師より朝食後の用法変更を確認した。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名クラビット錠250mg	患者の申し出
351	クラリシッド200mg2錠1日分のみの処方記載で疑義照会した。医師よりクラリシッド200mg2錠分2朝夕食後5日分の訂正指示を確認した。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名クラリシッド錠200mg 変更になった医薬品 販売名クラリシッド錠200mg	薬の特性等
352	ジェニナック錠200mg2錠分2朝夕食後4日分の処方。用法について疑義照会を行った。ジェニナック錠200mg2錠分1朝食後4日分の訂正指示を医師より確認した。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
353	持参薬を考慮すると処方量が過量なので医師に分量確認の照会をし、患者にも増量の指示があったかの確認をしたが、変更指示は出なかった11日服用後、医師が指示を間違えていたことに気が付き、変更となった。	医師の勘違い	今回は薬局側ですべきことはしていたので、以後も継続して添付確認をし過量投薬防止に努める。	その他医師の勘違い	処方された医薬品 販売名アリセプトD錠10mg	薬歴等
354	逆流性食道炎の患者に対してネキシウム(20)が処方。お薬手帳から他病院にてタガメット(200)を服用していることから、疑義照会。ネキシウム(20)が処方削除となった。			その他処方医の併用薬確認不足	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	お薬手帳
355	処方箋と本人持参のお薬手帳を確認したところ、他院でランソプラゾールOD(15)が処方されており処方期間も重なっているためDr. に連絡。ガスターDが中止になった。	患者がお薬手帳を病院で見せていない。	患者に再度お薬手帳の活用方法を指導。特にたくさん薬を飲んでいる場合は、同じような薬が処方されることもあるので必ずお薬手帳を持参し、病院で見せるよう伝えた。	患者側	処方された医薬品 販売名ガスターD錠10mg	お薬手帳
356	1枚の処方箋にファモチジンDとタケブロンODが処方されていた。処方意図がわからないので病院に問い合わせたところ、ファモチジンが削除になった。	おそらく前回まではファモチジンが出ていたため、病院の事務がD〇処方を持ってきてファモチジンを削除し忘れて、変更になったタケブロンが追加され上記のような処方箋になってしまったと思われる。	病院事務に同効薬のリストを配り注意を喚起する	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠10mg「日医工」 販売名タケブロンOD錠15	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
357	Rp. ・オロパタジン塩酸塩錠5mg「ファイザー」2T2×朝食後・寝る前 ・セレコックス200mg 1T1×寝る前 ・デルモベートクリーム 10g 処方内容から、セレコックスではなくセレスタミンではないかと判断し疑義照会をおこなった。→セレコックスは削除。セレスタミン配合錠に処方変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名セレコックス錠200mg 変更になった医薬品 販売名セレスタミン配合錠	薬の特性等
358	一般名ロキソプロフェンが3錠分3毎食後7日分で処方が出ていたが、以前ロキソニンで蕁麻疹が出た事があるとの事。疑義照会し、ロルカム錠4mg3錠分3毎食後7日分に変更	ロキソニンで蕁麻疹が出たことを把握していなかったと考えられる。	副作用歴はこちらでもしっかり確認する	その他副作用を確認していなかった	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 変更になった医薬品 販売名ロルカム錠4mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
359	<p>患者さんのご主人が基幹病院の〇月〇日交付の処方箋と、その翌日交付の診療所の処方箋を同時に持って来られ、その両方にアンカロン(100)があった。基幹病院の処方箋は2tab2x、診療所の処方箋は4tab2xになっていた。当初、頻脈で診療所から基幹病院へ紹介があり、基幹病院でアンカロンが4tab2xの導入量で6T処方された。その後検査異常や副作用もなかったということで基幹病院の処方箋では維持量の2tab2xに減量され28T処方されていた。同時に今後はかかりつけの診療所で続きを貰い、異常があればまた来るようにとの指示があった様子。それを患者がかかりつけ医に伝えずに、最初に貰ったものを手帳で示したため、かかりつけ医はそのまま4tab2x14Tで処方された模様。うちがかかりつけ薬局になっていたので重複するということはないが、もし重複していたら、アンカロンは毒薬なので、命に関わる重篤な副作用が出た可能性がある。</p> <p>→ 備考欄へ</p>	<p>お医者さんは忙しいので、なかなかこういう部分の密なやり取りは難しいと思われる。患者にも説明されていたようだが、患者が完全に理解するというのも難しい。</p>	<p>この患者さんご家族がかかりつけ薬局を持ってもらっていたことで、偶々事故が防げたと考える。基幹病院とかかりつけ医で別の薬局に行っていて、かつ手帳の持参がなく併用薬チェックができていなかったらどうなったか考えるとぞっとする。重篤な事故が起きていた可能性もある。</p>	<p>その他Dr.間の連絡</p>	<p>処方された医薬品 販売名アンカロン錠 100</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
360	<p>A在住で、連休で帰省中。フスコデ配合錠が1日3錠しか処方してなかったので、通常成人は1日9錠なのにどうして3錠なのかご本人に伺ったところ、緑内障なのでAでも1日3錠処方されたことがあり、今回もそのことを医師に話して3錠になっているのだが、本当は緑内障なのであまり飲みたくない、とのこと。当薬局でも緑内障の点眼液を調剤したことがあった。今回の処方医に疑義照会して、眼圧に影響のないフスタゾール糖衣錠10mgに変更してもらった。投与量は少なめにしましょうと医師がおっしゃって、フスタゾール糖衣錠10mgが1日3錠処方された。</p>			<p>その他患者が処方医に緑内障であることを話してなかったもよう。</p>	<p>処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠</p> <p>変更になった医薬品 販売名フスタゾール糖衣錠10mg</p>	<p>患者の申し出</p>
361	<p>甲状腺疾患の患者にイソジンガーゲル液7%が処方してあったが、過去にもアズノールうがい液4%に変更した覚えがあったのでご本人に伺ったところ、今回も変更を希望されたので病院に疑義照会し、アズノールうがい液4%に変更してもらった。</p>			<p>その他病院にも過去に変更した記録があったのに、見落としがたい。</p>	<p>処方された医薬品 販売名イソジンガーゲル液7%</p> <p>変更になった医薬品 販売名アズノールうがい液4%</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
362	クラリス錠200による薬疹の副作用歴のある患者にクラリス錠200が処方されたので病院に疑義照会したところ、パナン錠100mgに変更になった。			その他医師が副作用歴を見落としていたもよう。	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名パナン錠100mg	薬歴等
363	普段から当薬局にて、循環器科の薬を渡している患者さん。今回、いつも処方されている、ワーファリン(1)とダイアート(30)が中止になっていた。患者に理由を尋ねても、少し内出血はあったが、中止になるとの説明は受けていないとのことだった。血液検査の結果を確認しても、大きな変動はなかったため、本当に中止でよいのか問い合わせを行った。結果、処方中止は誤りで、いつも通り両薬剤を処方。用量も変更なしとの返答だった。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg 販売名ダイアート錠30mg 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠1mg 販売名ダイアート錠30mg	薬歴等
364	セフゾン小児用細粒が処方されていて投薬も終わろうかとしていた時に、ふとアレルギーの欄を見ると11ヶ月前にセフゾンとアスピリンを飲んで目の周りが赤くなったり、じんましんが出たかもと小さく書いてあった。母親に確認するとその後セフゾン飲んでいないとの事。大事をとって処方医に伝えて、セフカペンピボキシルに変更になった。	薬歴の記載が小さかったので最初は気づかなかったのとセフゾンでそんな悪いことがあるとは思っていなかった。	薬歴に付箋をつけて目立つようにした。	確認を怠った連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10% 変更になった医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩水和物	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
365	2ヶ月前に体重確認をした際に17.5kgと伺っていたため、処方医に対して疑義照会をした。病院に問い合わせをしたところ、18.2kgと入力すべきところ12kgと誤って入力していたとのことでアスピリン散 0.4g→0.5g、ムコダインDS 0.8g→1.1g、ペリアクチン散 0.3g→0.4gに変更になった			その他病院で体重入力を誤ったため	処方された医薬品 販売名アスピリン散10% 販売名ムコダインDS50% 販売名ペリアクチン散1%	年齢・体重換算の結果
366	初回投与の患者にサムスカ錠15mgが処方された。添付文書の禁忌事項に初回患者は入院管理下で開始との記載あり、疑義照会し、薬剤変更となる。			判断を誤った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名サムスカ錠15mg 変更になった医薬品 販売名アルダクトンA錠25mg	薬の特性等
367	2才で体重10kgの患者にセルテクトDSの用量が1.0gで処方されていたが、体重計算では0.5gになるため(最高用量0.75g)になるため疑義照会→0.5gに変更になりました			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名セルテクトドライシロップ2%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
368	<p>一般名処方の一部含まれた整形外科の処方箋を受け付けた。ロキソニン錠60mg 2錠【般】チクロピジン塩酸塩錠100mg 2錠【般】レバミピド錠100mg 2錠 リリカカプセル75mg 2カプセル /分2朝・夕食後 28日 で処方されていた。整形外科でチクロピジンの処方が出ていたことから、前回薬歴を確認したところ、処方印字まちがいの可能性が考えられたため、疑義照会を行い、チクロピジン塩酸塩錠100mgを前回処方されていた【般】チザニジン錠1mgの処方であることを確認して、調剤を行い交付とした。</p>	<p>前回の処方箋を確認したところ、ロキソニン錠60mg【般】チザニジン錠1mg【般】レバミピド錠100mgの1日用量が2錠のところ、3錠で印字されたものを処方医が2錠に訂正して処方発行されていた。次回への申し送りとして印字の訂正指示が出ていた。処方箋の定時入力訂正がされたことにより、処方された薬品の入力エラーが起きたと思われる。一般名処方チクロピジンとチザニジンは頭文字が“チ”末尾文字が“ン”であり、入力者の確認が不十分であったのだろうと思われる。以前から入力ミスが多い医療機関であり、電子カルテでなく、医療事務が処方入力をしていることを確認している。一文字入力での医薬品入力が可能との情報がある。</p>	<p>チクロピジンはハイリスク薬であり、調剤過誤が起きた場合には健康被害が出るのが想定されることから、処方箋の入力エラーが起らないよう連携を取る。一文字入力では間違いが起りやすいことを認識していただくよう要望を出す。</p>	<p>その他処方元の入力エラー コンピュータシステム教育・訓練</p>	<p>処方された医薬品 販売名ニチステート錠100mg 変更になった医薬品 販売名ギボンズ錠1mg</p>	<p>薬歴等</p>
369	<p>皮膚科からナイキサン錠とトロキシン錠を含む処方せんを持って来局。患者へのアンケートにより整形でロキソプロフェン錠とレバミピド錠を処方されている事が発覚。電話し医師にお伝えした所、今回処方されたナイキサン錠とトロキシン錠は削除となった。</p>	<p>患者が皮膚科の医師に対して、現在服用中の薬を伝えていなかったため、処方されてしまった。</p>	<p>お薬手帳を持ち歩き、医療機関に毎回提出するよう伝えた。</p>	<p>患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名ナイキサン錠100mg 販売名トロキシン錠100mg</p>	<p>患者の症状等</p>