

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、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23年1月1日から平成23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) 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
..... P. 1
 - ・その他 P. 1
 - ・疑義照会 P. 2
- 2) 製造販売業者等により既に対策がとられている、もしくは対策を既に検討中の事例
..... P. 3
- 3) 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
 - ・規格・剤形間違い 省略
 - ・薬剤取違え 省略
 - ・その他 省略
- 4) 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
..... P. 4
- 5) 疑義照会の事例
..... P. 38

平成 24 年 2 月 23 日

平成 23 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

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 23 年 1 月 1 日～6 月 30 日の間に報告された事例 (3,487 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 1,201 事例及び「疑義照会」に関する 252 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より、1,201 事例を調査したところ、下記表の結果となった。

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	1	0.1%
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	1	0.1%
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	940	78.3%
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	259	21.5%
計	1,201	100%

(2) 252 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)
薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)	79(31.3%)
処方箋の書き方等(誤記を含む)	51(20.2%)
薬歴等	44(17.5%)
患者の申し出	37(14.7%)
患者の症状等	18(7.1%)
年齢・体重換算の結果	10(4.0%)
その他	13(5.2%)
計	252(100%)

注)疑義照会の理由・根拠

4. 調査結果の内訳

- 1) 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
 - ① 抗てんかん薬と睡眠薬との販売名類似による誤入力、又は誤処方事例(1、2 番)
 - ② 糖尿病薬と高血圧薬との販売名類似による誤処方事例(3 番)
- 2) 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
 - ① 高尿酸血症改善薬と排尿障害改善薬との販売名類似による取り違え事例(1 番)
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 疑義照会事例

以上

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
 (薬局ヒヤリ・ハット事例「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・ 特定保健医療材料 等の情報	調査結果
1	処方薬はマイスリー錠10mgであったが、レセコン入力時にマイスタン錠10mgと入力した。急ぎの患者だったため、患者と共に確認していたところ、説明文書と薬が異なることが発覚した。	頭3文字と規格が同じ医薬品であった。	入力時にダブルチェックすることを心がける。投薬する前に確認し、投薬時に再度、患者と共に再確認する。	確認を怠った	関連医薬品 販売名マイスリー錠10mg 販売名マイスタン錠10mg	これら薬剤は販売名の先頭3文字が同じものである。また、マイスタンにおいては、特に安全管理が必要な医薬品として厚生労働大臣が定めたハイリスク薬であり、取り違え防止について両薬剤の製造販売業者から注意喚起を行う必要がある。

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
(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・ 特定保健医療材料 等の情報	調査結果
2	患者に初めて「マイスタン錠5mg、寝る前服用」が処方された。患者にはてんかんの既往歴がなかったため、医師の勘違いの可能性もあり、疑義照会したところ、マイスリー錠5mgの間違いであることが分かった。	当該医療機関では1ヶ月前に電子カルテになったので、ボタン操作の間違いがあったと思われる。	医療機関のシステムが変更となった時などは、注意して調剤する。	勤務状況が繁忙だったコンピュータシステム 医薬品	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	これら薬剤は販売名の先頭3文字が同じものである。また、マイスタンにおいては、特に安全管理が必要な医薬品として厚生労働大臣が定めたハイリスク薬であり、取り違え防止について両薬剤の製造販売業者から注意喚起を行う必要がある。
3	メンタルクリニックの患者に血糖降下剤であるアマリール1mg錠が処方されていたため、患者本人に確認をしたところ、「震えの薬である。」と回答があった。処方医に疑義照会したところ、処方薬はアマリール1mg錠ではなく、アルマール錠5の間違いであることが分かった。	メンタルクリニックにおいても血糖降下剤が処方されることはあるが、当該薬を間違えて服用した場合にその影響度が大きいため、必ず患者本人に確認を行っていた。		コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠 変更になった医薬品 販売名アルマール錠5	アマリールとアルマールの名称類似性については、平成15年11月27日付医政発第1127004号・薬食発第1127001号連名通知「医療機関における医療事故防止対策の強化について」及び平成20年12月4日付医政発第1204001号・薬食発第1204001号連名通知「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について(注意喚起)」により、医療機関に注意喚起しているところであり、製造販売業者においても誤用防止のために製品に関する情報提供及び表示の変更等を実施しているところである。 しかしながら、過去より死亡を含む同様事例が繰り返し報告されており、また、平成14年8月29日付医薬発第0829006号「医療安全推進総合対策への取り組みの推進について」においても企業は、患者の安全を最優先に考えた医療安全を確保するための積極的な取り組みが求められており、再発防止の観点から名称の変更が必要であると考えられる。 今般、アルマールの製造販売業者である大日本住友製薬においては一般名へ名称の変更申請がなされており、近々変更が行われる予定である。 アマリールについては、名称変更されておらず、今後も、アルマールの名称を記憶している医療従事者が取り違えを起こすことが考えられることから、引き続き注意が必要である。

製造販売業者により既に対策が取られているもの、もしくは対策が既に検討中の事例
 (薬局ヒヤリ・ハット事例「薬剤取違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
1	ユリーフ錠4mgが処方されているところをユリノーム錠50mgで調剤し、患者の前に薬を出して説明してしまった。患者から指摘されて、間違いに気づいた。	鑑査ミスであった。ダブルチェックを行っていたが、思い込みをしてしまった。	薬歴と照合する際に声に出して確認し、最後に処方箋をしっかりと読む。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ユリーフ錠4mg 間違えた医薬品 販売名ユリノーム錠50mg	ユリノーム及びユリーフは、名称が類似しており、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところ。

情報不足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
 (薬局ヒヤリ・ハット事例「規格・剤型間違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
1	薬の規格を間違えて入力した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	薬剤の規格が変更されていたことに気付かず、前回と同様に入力してしまった。	確認が不十分だった。	最後に規格を再度確認する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	販売名の規格を間違えて入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	規格を間違えて入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	薬の規格が変更となっていることを見落とし、誤って入力してしまった。	別の薬の変更に気を取られてしまった。	再度、入力内容の確認を徹底する。	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 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
6	規格が「20」から「10」へ変更になっていたが、そのことに気付かず入力してしまった。		定期処方である場合でも、確認を怠らない。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

情報不足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
 (薬局ヒヤリ・ハット事例「規格・剤型間違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
7	薬の規格が変更となっていたことに気づかず、誤った規格で入力してしまった。		薬剤名だけではなく、必ず規格の確認を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
8	薬の規格を間違えて入力してしまった。	疑義照会后、入力業務を交代する際に聞き間違いをしてしまった。	入力業務を交代する際は、疑義照会で変更となった内容を記載してから業務を交代する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
9	薬の規格を間違えて入力してしまった。	薬の規格を間違えて覚えていた。眼科の処方箋であった。	処方薬に規格が記載されていない場合は、メモを用いて確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
10	細粒で入力するところ、誤って錠剤で入力した。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
11	薬の規格が「2.5」に変更になっていたにもかかわらず、前回処方の規格である「5」で入力し、投薬した。		今まで入力後に行う調剤録の確認を薬剤師のみで行っていたが、今後は事務員も確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
12	薬の規格が前回から変更となっていたことを見落とし、規格を変更せずに入力した。			確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

情報不足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
 (薬局ヒヤリ・ハット事例「規格・剤型間違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
13	薬の規格を間違えて入力した。	うっかりした。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
14	薬の規格を間違えて入力した。	うっかりした。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
15	薬の規格を間違えて入力した。	落ち着いて入力しなかった。		確認を怠った その他注意散漫	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
16	薬の規格を「75mg」で入力すべきところ、誤って「100mg」で入力した。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
17	規格を間違えて入力した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
18	薬の規格を間違えて入力した。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
 (薬局ヒヤリ・ハット事例「薬剤取違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
1	間違えてアンダーム軟膏5%で入力してしまった。	定時処方であると考えていたが、軟膏が1つ異なっていた。	入力した後、きちんと声だし確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名アンダーム軟膏5%	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	薬品名を間違えて入力した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	ジェネリック医薬品に変更不可の箇所にも医師の印があつたにもかかわらず、ジェネリック医薬品で入力してしまった。			通常とは異なる身体的条件下にあった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	後発医薬品を希望する患者であったため、後発医薬品で調剤すべきところ、先発医薬品で調剤してしまった。鑑査者が調剤ミスを発見した。		薬局内で備蓄している後発医薬品を把握する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名セフジニル小児用細粒10%「CH」 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	後発医薬品で入力すべきところ、先発医薬品で入力してしまった。	前回、先発医薬品を後発医薬品に変更していたことに気付かず、そのまま先発医薬品で入力してしまった。	必ず問診内容や前回の入力内容などを確認した後、入力を開始する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット事例「薬剤取違え」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
6	今回から後発医薬品で入力すべきであったが、誤って先発医薬品で入力した。	販売名が類似していた。どちらが先発医薬品であるかを覚えていなかった。急いでいたため、しっかり確認していなかった。	「後発医薬品変更一覧表」でしっかり確認してから入力する。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
7	入力者は後発医薬品に変更不可の欄の記名、捺印があったことを見落とし、前回処方と同様に後発医薬品に変更して入力した。その後、調剤者も同様に見落とし、後発医薬品を調剤した。鑑査時に誤りを発見した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ボナロン錠5mg 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
8	販売名の入力を間違えた。	当該薬は先発医薬品で処方されていたが、前回と同じと思い込んでしまい、後発医薬品に変更して入力したが、当該薬は規格が変わっていたので、変更可能な後発医薬品が存在しなかった。そのため処方せんに記載された通りに先発医薬品で入力すべきところ、気づかずに前回と同じ後発医薬品で入力した。	処方された薬が多い場合は、必ず販売名と規格が変わっていないか慎重に確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
9	前回は先発医薬品が処方されていたがジェネリック医薬品に変更した。今回も先発医薬品が処方されていたため、ジェネリック医薬品で入力すべきところ、前回入力したジェネリック医薬品を先発医薬品に戻して入力した。		焦らず入力する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
 (薬局ヒヤリ・ハット事例「薬剤取違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
10	メチコパール錠500 μ gを異なる後発医薬品で投薬した。			確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500 μ g 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
11	前回、後発医薬品に変更した患者が今回は後発医薬品に変更不可だったのに、前回と同様に後発医薬品で入力してしまった。		必ず、後発医薬品に変更可能かどうか見る。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
12	販売名を間違えて入力した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
13	患者の母親から、「下痢止めが入っているべきところに、フロモックスが入っている。」と電話があった。すぐに、処方通りに再度調剤し、患者宅に訪問した。その後、間違えてフロモックスを交付していたことを確認した。	常勤でない職員による不十分な鑑査だった。投薬時の患者との確認が不十分だった。	処方せん、調剤した薬、薬歴の3点を用いた鑑査の徹底と鑑査した薬については、数量を薬歴等に記録する。投薬時は、薬剤情報提供文書またはお薬手帳と薬を照らし合せながら、患者に服薬指導を実施する。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) ルールの不備	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名フロモックス	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
1	内服薬の用法入力時、服用時点を間違えて入力した。			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		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	処方箋に記載されていた内容をレセプトコメントに入力する際、「手術前」と「手術後」を誤って入力してしまった。			判断を誤った 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	用法を間違えて入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	部位の入力を忘れてしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	用法入力時、「就寝前」のところを「夕食後」で入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
6	用法入力時「腕」と入力するところを「足」と入力してしまった。	「上肢」を「足」のことであると勘違いしてしまった。		確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
7	用法を間違えて入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
8	用法入力時「朝夕食後」を「毎食後」と入力を間違えた。	前回の用法が「毎食後」だったため、確認を怠ってしまった。	声出し、指さし確認する。	確認を怠った その他確認ミス		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
9	用法入力時「朝食後」と入力するところ、誤って「夕食後」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
10	薬剤名および処方日数を間違えて入力した。			確認を怠った		薬剤名等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
11	用法入力時、「両眼」と入力するところを「右眼」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
12	用法入力時、「貼る」と入力するところを「塗る」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
13	用法入力時、「2日おき」と入力するところを「3日おき」で入力してしまった。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
14	用法の入力を別の類似したものと間違えてしまった。			判断を誤った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
15	用法入力時、「食直前」と入力するところを「食前」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
16	貼付剤のところを塗布剤の用法で入力してしまった。	用法の選択を間違えた。	入力コードをきちんと確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
17	前回の処方内容を引用しアレジオンを追加入力した際、服用時点までをしっかりと確認せず、間違えて入力してしまった。		前回の処方内容を引用し、その内容に追加入力する際は、特に注意して入力する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
18	用法入力時、「1回1吸入」と入力するところを「1回2吸入」で入力確定してしまった。	入力後の確認を怠った。	入力確定前にしっかりと確認する。	確認を怠った その他用法ミス		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
19	用法の入力を間違えて「分3食前」のところを「分1朝食前」で入力してしまった。	前回の処方内容と同じだと勘違いした。	確認を怠らない。	確認を怠った その他囚カミス		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
20	貼り薬を塗り薬として入力してしまった。	入力確定前の確認を怠った。	入力確定前にしっかり確認する。	確認を怠った その他確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
21	貼付剤を塗布剤で入力してしまった。		入力後に確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
22	用法は「毎食直後」の指示だったが、「毎食後」で入力してしまった。		用法である「食直後、食後、食前、食直前」を確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
23	用法入力時、「1日1回」と入力するところを「1日2回」と入力してしまった。	前回と同じ処方内容だと勘違いし、前回と同じ処方内容を引用して入力してしまった。	確認を忘れない。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
24	用法入力時、「就寝前」のところを「夕食後」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
25	用法入力時、「食前」と入力するところを「食後」で入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
26	「塗布」と入力するところを「貼」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
27	処方せん入力時、用法を「4回」と入力すべきところを思い込みで「数回」と入力してしまった。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
28	外用薬の用法入力時、「貼る」と入力すべきところを「塗る」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
29	点眼薬を1日5回と入力するところ、誤って1日1回と入力した。	忙しかったため、チェックし忘れてしまった。	前回の処方内容を引用して入力する場合は、必ず用法までチェックする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
30	前回の処方内容を引用した際、前回の用法は「3日目から」となっていた。今回は「1日目から」であったが、「3日目から」となっていたものをそのまま引用して入力してしまった。			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		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
31	用法入力時、「1日2回かゆいところ」と入力するところを「1日1回かゆいところ」と入力してしまった。	集中力に欠けていた。	最後までを指さし、声出し確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
32	入力の際、正しくは分1のところ、分2と入力してしまった。	前回の処方内容と変更になっていたが、変更せずに入力確定してしまった。	よく確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
33	用法を入力する際、「1日3回朝食後夕食後」と入力するところを「1日1回就寝前」と入力してしまった。		前回の処方内容を引用して入力した場合、必ず今回の処方内容と確認することを徹底する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
34	用法の入力間違い、「朝食後就寝前」と入力するところを「朝食前」と入力してしまった。		用法を検索した中から選択した後、必ず入力した内容を確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
35	用法入力時、「貼る」と入力するところを「塗る」で入力してしまった。	当事者は体調が悪かったため間違えないように気を付けていたが、「もう少しで今日はおしまい。」と思ってしまい、気が抜けたことでミスをしてしまった。	どのような状況でも、最後まで気を抜かずに業務を行う。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
36	用法入力時、「左眼に点眼」と入力するところ、誤って「両眼に点眼」と入力してしまった。		処方箋と入力画面のつき合わせをしっかりと行う。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
37	用法入力時、「朝夕食後」と入力するところを「毎食後」と入力してしまった。	身体的に不調であったため、確認を怠ってしまった。休み明けであった。いつも声出し指さし確認すべきであったが、油断してしまった。	きちんと声出し指さし確認する。	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
38	用法入力時、「吐き気時」と入力するところ「発熱時」と入力してしまった。		落ち着いて入力する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
39	用法入力時、「朝夕食前」と入力するところを「朝夕直前」と入力してしまった。		あまり入力しない用法を入力する際は、一文字ずつ確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
40	湿布薬の用法入力時、使用部位を間違えて「膝」のところを「腰」と入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
41	「点耳」と入力するところ、誤って「点鼻」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
42	「点鼻」と入力するところ、誤って「吸入」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
43	用法入力時、「隔日投与」のコメントを入力し忘れた。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
44	軟膏の塗布回数を入力する際、「1～2回」と入力するところを「1回」と入力してしまった。		軟膏が複数処方されている場合は、塗布回数が薬によって異なるため、注意して入力する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
45	用法を入力する際、回数を間違えて入力してしまった。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
46	処方箋を入力する際、前回と処方された薬は同じであったが用法が変更となっていたことを見落とし、前回と同じ用法で入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
47	用法を入力する際、「1日1～2回足へ」と入力するところを、「1日1回」で入力してしまった。	急いでしまったため、確認したつもりであったが、間違えてしまった。	落ち着いて確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
48	用法入力時、「夕食後」と入力するところを「朝食後」で入力してしまった。	前回と同じ処方内容と勘違いし、飲み方を確認せずに入力確定したため。	最後まで集中して指さし、声出し確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
49	用法の部位を入力する際、「患部」と入力するところ、誤って「からだ」と入力してしまった。	入力時に間違えて選択していたことを見落としてしまった。	メモなどを利用して再度確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
50	前回の処方内容を引用して入力した際、今回から用法が変更となっていたが、前回と同じ用法で入力してしまった。	用法が変更となっていたことを見落としてしまった。	混雑時であっても、落ち着いてゆっくり確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
51	処方せんを入力する際、用法に曜日記載されていたが、誤って「何日目から」と入力してしまった。	間違えてしまった。	当薬局では用法に曜日が記載されている処方せんを応需することは少ないため、入力方法を忘れないように注意する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
52	軟膏の用法を入力する際、「塗る」と入力するところを「貼る」と入力してしまった。	忙しかったため、慌ててしまった。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
53	服用方法を入力する際、「食前」と入力するところを「食直前」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
54	服用方法を入力する際、「夕食後」と入力するところを「寝る前」で入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
55	用法入力時、「分1」で入力するところを「分2」で入力してしまった。		前回と同様の処方内容の場合は、特に確認を怠らない。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
56	用法の入力時、「お貼り下さい。」と入力するところ、誤って「お塗り下さい。」と入力してしまった。	用法を検索した際、「お貼り下さい。」と「お塗り下さい。」の用法が上下に並んでいた。	入力後の確認を怠らない。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
57	用法入力時、今回は「両眼」に変更となっていたが、誤って前回と同じ「左眼」と入力してしまった。	前回と処方薬が同じであったため、用法が変更となっていたことを見落としてしまった。	前回と処方薬が同じであっても、処方内容をしっかり確認する。	確認を怠った その他見落とし		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
58	用法を入力する際、「1日1回」と入力するところ、「1日2回」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
59	用法を間違えて入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
60	用法を間違えて入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
61	用法を間違えて入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
62	用法入力時、「毎食前」と入力するところを「毎食直前」と入力してしまった。	読み間違えて入力してしまった。	入力することが少ない用法を入力する際は、しっかり確認して入力する。	確認を怠った 判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
63	用法入力時、「夕食後」で入力するところを「朝食後」で入力してしまった。	用法コードの入力を間違え、「夕食後」と思いながら、入力操作では「朝食後」の用法コードを入力してしまった。目視での確認を怠ってしまった。	全ての内容を入力した後、指さし確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
64	用法入力時、「毎日服用、28日分」で入力するところを「1日おきに服用、28日分」で入力してしまった。	前回の処方内容では当該薬の用法が「1日おき」の服用であったため、誤って前回と同じ用法で入力してしまった。「1日おき」の表示欄が入力画面で表示されていなかったため、誤って入力していたことに気がつかなかった。	入力毎に指示欄の画面を開き、内容を確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
65	用法入力時、「貼付」と「塗布」を間違えて入力してしまった。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
66	処方せん入力時、服用回数を間違えて入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
67	服用コードを入力する際、別の服用コードを入力してしまった。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
68	用法入力時、「夕食後就寝前」で入力するところ、誤って「夕食前就寝前」と入力してしまった。	前回と同じ販売名であったため、しっかり確認していなかった。	前回と同じ販売名であっても、指さし確認、声出し確認を徹底する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
69	用法入力時、「分3」で処方のところを「分2」で入力してしまった。	繁忙であったため、誤って「分3」と認識してしまった。	忙しい場合でも、慌てずにしっかり入力する。	判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
70	頓服の用法を入力する際、「疼痛時」と入力するところを「発熱時」と入力してしまった。			通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
71	用法入力時、外用薬の回数を間違えて選択してしまった。	入力する際、「1~2回」と「2回」を見間違えた。	入力確定する前にゆっくり確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
72	用法を間違えて入力してしまった。	用法入力時、使用部位のみ確認し、使用方法をしっかりと確認していなかった。	最後までしっかり声出し確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
73	用法を間違えて入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
74	用法を入力する際、「朝、夕」と入力するところを誤って「朝、寝る前」と入力してしまった。	前回の処方内容を引用して入力した際、用法が変更となっていたことに気付かなかった。確認を怠ってしまった。	入力後は必ず確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
75	用法を入力する際、「朝夕食直後」と入力するところを「朝夕食後」と入力してしまった。		集中力が途切れる前に入力業務を交代する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
76	用法を入力する際、服用指示である「1日目より6日おきに服用」のコメントを入力し忘れてしまった。	知識不足だった。		確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
77	用法入力時、「貼付」と入力するところを「塗布」で入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
78	用法入力時、「舌下に噴霧」と入力するところ、「吸入してください」と入力してしまった。	用法コメントに「舌下に噴霧」があることを知らなかった。		確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
79	用法を入力する際、正しくは1日2回のところ、誤って1日3回で入力してしまった。			勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
80	用法を入力する際、朝夕食後のところ毎食後と入力してしまった。	今回より用法が毎食後から朝夕食後に変更となっていた。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
81	前回の処方と服用方法が変わっていたことに気付かず、「分1朝食後」と入力するところを「分2朝食後」と入力してしまった。		入力業務以外のことに気を取られると間違えてしまうことが多いため、確認を怠らないように気をつける。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
82	用法を入力する際、服用開始日を間違えて入力してしまった。	普段はあまり行わない入力方法であった。	処方せんのコピーを取り、色による分類や服用予定の日付を記載する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
83	前回の処方内容を引用して入力した際、今回からは用法が「一日おき」ではなくなっていたが、誤って前回と同じ用法で入力してしまった。	服用時点の記入欄のコメントを消すことを忘れてしまった。	入力する際は補足情報についている「レ点」を消し、服用時点の記入欄を確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
84	用法入力時、「夕食後服用」と入力するところを「就寝前服用」と入力してしまった。	繁忙時であった。当該処方せん の処方薬が多かったため、注 意散漫となってしまった。	最後まで丁寧に指さし、声 出し確認を行う。	確認を怠った		用法等を取違えとのことである が、販売名等の情報が不明であ り、検討困難と考える。
85	服用時点を入力する際、「3日目 から」と入力するところを「4日 目から」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことである が、販売名等の情報が不明であ り、検討困難と考える。
86	用法入力時、「1日1～4回」を入 力し忘れてしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことである が、販売名等の情報が不明であ り、検討困難と考える。
87	用法の入力を誤り、「点鼻」と入 力するところを「点眼」と入力し てしまった。	集中力が途切れてしまい、 確認を怠ってしまった。	油断せず、最後まで確認 する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことである が、販売名等の情報が不明であ り、検討困難と考える。
88	用法入力時、「1日2回」で入力 するところを「1日1回」で入力 してしまった。	考え事をしていて、前回の 処方内容を引用して入力 した際、よく確認しないで入 力確定してしまった。	集中する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことである が、販売名等の情報が不明であ り、検討困難と考える。
89	貼付剤の用法を入力する際、「1 回1枚」のコメントを入力し忘れ た。	体調不良であった。		その他体調不良		用法等を取違えとのことである が、販売名等の情報が不明であ り、検討困難と考える。
90	用法入力時、「6時間あける」の コメントを入力し忘れてしまった。	混雑しており、入力すべき 処方せんが滞っていたた め、焦ってしまった。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことである が、販売名等の情報が不明であ り、検討困難と考える。
91	点眼液と点鼻液の用法を入力 する際、処方箋に「数回」と記載 されていた。今回、正しくは「 4回」と入力するところ、誤っ て「6回」と入力してしまった。		焦らず、よく見て入力 する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことである が、販売名等の情報が不明であ り、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
92	用法入力時、「朝食後」と入力するところを「夕食後」で入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
93	用法入力時、「食前」で入力するところを「食後」で入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
94	用法を入力する際、「朝昼就寝前」で入力するところを「毎食後就寝前」で入力してしまった。	前回と同じ処方薬であったため、用法が変更となっていたことを見落としてしまった。	入力を完了する前に、入力した内容をしっかり確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
95	用法入力時、「一日おき」の用法を入力し忘れてしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
96	用法を入力する際、「疼痛、発熱時」と入力するところを「鼻汁、鼻閉時」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
97	用法を間違えて、「頸部」と入力するところを「肩」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
98	コンピュータ入力時、「点入」と入力するところを「塗布」と入力してしまった。	急いでいたため、確認し忘れてしまった。	急いでいる場合であっても、確認を行う。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
99	コンピュータ入力時、用法を「就寝前」で入力するところを前回の処方と同じ「夕」で入力してしまった。	手書きの処方箋であり、処方薬が多かったため、文字が分かりづらかった。	処方箋が読みづらい場合は、別のスタッフに確認してもらう。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
100	用法を入力する際、使用する部位の入力を間違えてしまった。		しっかり確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
101	レセコンに入力する際、当該薬を2錠と入力するところ、誤って前回と同じ1錠で入力してしまった。	焦っていた。	内容の確認をしっかりと行う。	判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
102	内服薬を入力する際、用法の入力を間違えてしまった。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
103	用法を入力時、外用薬の使用回数を間違えて入力してしまった。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
104	内服薬の用法を間違えて入力してしまった。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
105	漸減処方を入力を行う際、服用時点を「6日目から服用」と入力すべきところを、「5日目から服用」と入力してしまった。		入力後に確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
106	用法入力時、「両眼」で入力すべきところを「左眼」で入力してしまった。	慌ててしまった。	落ち着いて確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
107	用法入力時、当該薬は塗布薬であったが、誤って点眼薬で入力してしまった。			通常とは異なる身体的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
108	漸減処方の用法を入力する際、服用開始日を誤って入力してしまった。			通常とは異なる身体的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
109	用法を入力する際、「分2朝食後、就寝前」と入力するところを「分2朝食前、就寝前」で入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
110	用法を入力する際、「塗布」と入力するところを「貼布」と入力してしまった。	繁忙であったため、確認を怠ってしまった。	しっかり指さし確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
111	用法を入力する際、「貼付」と入力するところを「塗布」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
112	「点眼」と入力するところを、「点鼻」と入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
113	用法を入力する際、「分3」で入力するところを「分2」で入力してしまった。	前回と同じ処方薬であったため、用法が「分2」から「分3」に変更となっていたことを見落としてしまった。	前回と同じ処方薬であっても、用法の確認を怠らない。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
114	用法を間違えて入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
115	点眼薬の用法を入力する際、「1日1回」と入力するところを「1日2回」と入力してしまった。	用法を確認することを忘れてしまった。混雑時であったため、慌ててしまった。	焦らず、落ち着いて入力する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
116	用法を入力する際、「1日おき」と入力することを忘れてしまった。	混雑していたため慌ててしまい、見落としてしまった。	落ち着いてしっかり確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
117	処方されていない薬を入力してしまった。	前回と類似した処方内容であったため、前回の処方内容を引用して入力した際、今回は処方されていなかった薬を見落としてしまい、そのまま入力を確定してしまった。	前回の処方内容を引用して入力した場合は見落としなどの間違いが起こりやすいため、しっかり確認して入力する。自ら確認することを徹底し、声出し確認を行う。	確認を怠った		処方されていない薬剤を入力したとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
118	処方内容を入力する際、「3錠／分2」を不均等の錠数で服用するように入力するところ、入力を忘れてしまった。	不均等の錠数で服用する指示があることに気付かなかった。		確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
119	用法を入力する際、「1~2回」と入力するところを「1回」で入力してしまった。	集中力が欠けてしまった。確認を怠ってしまった。	忘れずに確認を行う。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
120	用法入力時、類似した用法と間違えて入力してしまった。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
121	用法入力時、「昼食後」で入力するところ、誤って「昼食前」で入力してしまった。	正しいと思い込んでしまった。	再度確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
122	正しくは用法を「分2」と入力するところを、間違えて前回と同じ用法の「分1」と入力してしまった。	処方された薬の錠数が増えていた。	用法に変更がないか、気をつけて入力する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
123	用法を間違えて入力してしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
124	用法入力の際、貼付薬の用法を「塗布」と入力してしまった。	用法コードの入力を間違えてしまった。	見落とさず、しっかり確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
125	点眼薬の用法を入力する際、「右眼」と入力するところを「両眼」と入力してしまった。	処方せんの文字が小さく見づらかったため、しっかりと確認したつもりだったが間違えてしまった。	指さし確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
126	用法を「分2」と入力するところ、「分3」と入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
127	服用時点を入力する際、「5日目から服用」と入力するところを「6日目から服用」と入力してしまった。		最終確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
128	「半錠」とレセプトコメントを入力すべきところ、入力を忘れてしまった。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
129	服用数が不均等である薬剤を入力する際、不均等に入力することを忘れてしまった。	特殊な入力方法を行う薬剤だった。		確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
130	用法を入力する際、「胸痛時」と入力するところ、誤って「腰痛時」と入力してしまった。	用法を入力する際、用法を間違えて選択し、入力を確定してしまった。入力内容を確認する際も間違いに気付かなかつた。体調が悪く、集中できていなかった。	類似した用法がある場合は、より慎重に入力し、入力した内容を確認する。	判断を誤った 通常とは異なる身体的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
131	漸減処方を入力を間違えてしまった。	漸減処方の処方せんを応需することが少なかったため、漸減処方を入力方法を忘れてしまった。	応需することが少ない処方内容を入力する場合は、声出し、指さし確認を行う。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
132	前回と同じ処方内容で入力を確定してしまったため、今回処方されていない薬を入力した。	確認を怠った。	処方された薬の数を確認し、処方せんと入力画面の突き合わせを行う。	確認を怠った		処方されていない薬剤を入力したとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
133	処方内容を入力する際、入力すべきではないコメントを入力した。		前回の処方内容を引用して入力する際は、コメント欄が前回と同じかどうか、確認を怠らない。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
134	用法を入力する際、正しくは「就寝前」のところ、誤って「毎食後」で入力した。		前回の処方内容を用いた時は、確認作業を徹底する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
135	「夕食後」と入力するところ、「朝食後」と入力した。また「起床時」と入力するところ、「朝食直後」と入力した。	繁忙時であり処方内容が多かったため、焦りが生じ、注意力が散漫になった。	集中力を切らさずに最後まで落ち着いて指さし、声出し確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特定保健医療材料等の情報	調査結果
136	「点鼻」で入力するところ、「点眼」で入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
137	入力することを忘れてしまった。	前回の処方内容を引用して処方せんが発行されていたが、今回追加になったことが手書きで書き加えられていた。一包化調剤、一包化調剤以外、レセプトコメントなど、注意すべき箇所が多い処方せんであった。	集中し過ぎることで、他のことを見落とすことがないよう、一つひとつのことに目を留め、手を止めて確認する。	確認を怠った		入力することを忘れてとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
138	漸減処方の入力を行う際、服用時点の「〇日目から」の入力をし忘れた。	薬袋に反映される「〇日目から」の入力は行っていたが、レセプトに反映される入力を忘れた。	漸減処方の入力方法を今一度よく確認する。入力を間違えないよう気を付ける。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
139	用法を入力する際、類似した異なる用法と間違えて入力してしまった。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
140	錠剤を半分に分割して調剤する処方内容を入力する際、入力すべきレセプトコメントを入力し忘れた。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
141	用法を入力する際、「1～2回」のところ、前回と同じ「2回」で入力した。	内容が複雑だったため、回数(用法)を見落とした。	全ての項目について指さし、声出し確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
142	使用部位を「腕」と入力するところ、「肘」と入力した。	入力操作を間違えたことに全く気がつかなかった。	類似した漢字に注意し、声出し指さし確認を怠らない。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
143	正しくは「貼布」と入力するところを、間違えて「塗布」で入力してしまった。		使用回数その他、「塗布」や「貼布」の用法にも丸印をつけてしっかり確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
144	用法を入力する際、正しくは「毎日」のところ、誤って「1日おき」で入力した。		処方箋と入力画面の突き合わせを徹底する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
145	用法を入力する際、正しくは「6日おきにお飲み下さい」のところを、誤って「毎日お飲み下さい」で入力した。		前回の処方内容を引用して入力する際は、処方内容と違う場合があることに注意し、詳細までチェックすることを怠らない。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
146	使用部位を間違えて入力した。	他の処方箋の不備に気を取られてしまったため、確認を怠った。	処方箋全体に目を留め、落ち着いて入力する。確認を怠らないように努める。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
147	用法を入力する際、「塗布」と入力するところを「貼布」と入力した。	前回の処方内容を引用して入力する際、用法を変更し忘れた。	前回の処方内容を引用して入力する場合は、前回は処方されていると軽視せず、用法を確認して入力する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
148	前回の処方内容を引用して入力した際に、今回処方されていない湿布薬を削除し忘れた。	前回の処方内容を引用して入力した際に、前回処方された湿布薬がモニター画面の枠内に表示されていないため、湿布薬が入力されていたことを見落とした。		確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
149	用法を「貼る」と入力するところを、「塗る」と入力した。	当該薬は貼り薬であることを理解していたが、誤って塗ると入力した。	再度の確認を忘れない。	判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
150	用法入力時、「鼻水がひどい時」と「鼻閉がひどい時」を間違えた。	前回の処方内容を引用した際、用法が変更となっていることに気づけなかった。	細かい箇所まで確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
151	用法入力の際、使用部位の入力を間違えた。	処方箋の端に手書きで使用部位が書いてあったため、見落としした。前回の処方内容を引用した際、使用部位が変更となっていたことに気づけなかった。	見落とさないようにする。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
152	外用薬の用法を入力する際、使用部位のみ入力し、「1日1回」の指示を入力し忘れた。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
153	注射薬の用法を入力する際、「朝」と「夕」を間違えて入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
154	「貼付」と入力すべきところ、「塗布」と入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
155	用法を入力する際、当該薬は服用開始日が指定されていたが、入力し忘れた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
156	「夜に点眼」と入力するところを、間違えて「寝る前に点眼」と入力した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
157	漸減処方の入力が正しく出来ていなかった。			確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
158	当該薬は1週間おきに服用する薬だったが、誤って「毎日服用」と入力した。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
159	目薬を点眼する部位を間違えて入力した。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
160	当該薬は貼付剤であったが、用法を塗布剤の用法と間違えて選択した。		まず用法のコードから確実に確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
161	用法を入力する際、「夕食前」を「夕食後」と入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
162	注射薬の用法が1日3回から2回に変更となっていたが、入力の際に単位のみ変更し、回数の変更を忘れた。			確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
163	用法を間違えて入力した。	用法変更があることに気づかなかった。		判断を誤った その他注意力の不足		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
164	正しくは、用法を「朝夕」と入力すべきところ、誤って「朝昼」と入力した。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
165	用法を入力する際、正しくは「分3毎食後」と入力するところ、誤って「分1朝食後」と入力した。		前回の処方内容を引用した場合は、1項目ずつ確認作業を念入りに行う。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
166	用法を入力する際、「分2」で入力するところを、前回の処方内容であった「分3」で入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
167	用法を入力する際、「6日おき」で処方のところ、誤って「6日目」と入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
168	用法を入力する際、「夕食後」と入力するところを前回と同じ「朝食後」で入力した。	前回と同じ薬だったため、用法を見落としてしまい、前回と同じ処方内容で入力した。	入力後、もう一度確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
169	夕食後で処方のところ、誤って前回と同じ用法である朝食後で入力した。	前回と同じ薬だったため、用法変更があることを見落としてしまった。	前回と同じ薬であっても、よく見る。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
170	貼り薬の用法を入力する際、誤って「塗る」と入力した。	単純な間違いだった。	忘れずに入力内容を確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
171	用法入力時、「1回」と入力すべきところを誤って「1～2回」と入力した。	記憶が間違えていた。	記憶があやふやな場合は、メモを見て確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
172	用法入力時、「毎食直後」を「毎食後」で入力した。	確認を間違えた。	確認を徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
173	用法入力時、「痛い時」を「かゆい時」と入力した。	確認を怠った。	確認を徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
174	使用部位を入力する際、正しくは「膝」で入力するところ、誤って「腰」で入力した。	前回の処方内容を引用して入力した際、処方せんの記載の間違えに気を取られ、確認を怠った。	いつもと状況が異なる時は特に注意し確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
175	用法を「腰に貼る」と入力すべきところ、前回と同じ「頸部に貼る」で入力した。	前回と同じ薬が処方されていた。使用部位は前回から変更となっていたが、使用部位を変更せずに入力を確定してしまった。	前回と同じ薬が処方された場合は、使用回数、使用部位に注意する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
176	用法の入力を間違えた。	注意散漫だった。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
177	用法を入力する際、内滴で入力するところ、頓服で入力した。	誤りに気付かなかった。	注意して入力する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
178	「1日3回」で入力するところ、「1日2回」で入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
179	「右眼」で入力するところ、「両眼」で入力した。	見間違えた。	前回処方と同じ時もよく確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
180	用法を入力する際、「6日おきに」と入力するところ、「6日目から」と入力した。	正しい用法で入力したと勘違いした。	よく確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
181	用法を入力する際、軟膏が処方されていたが、間違えて「貼る」で入力した。	用法が「塗る」の入力コードは「-811」であったが、「貼る」(貼付剤)の入力コード「-821」で入力してしまい、入力内容の確認を怠った。	確認を怠らない。	確認を怠った 判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
182	薬袋コメント(*)で入力するところを、レセプトコメント(/)で入力した。		入力後、入力内容を確認する。	確認を怠った		異なる入力方法を実施したとのことであるが、詳細情報が不明であり、検討困難と考える。
183	「朝食後、寝る前」と用法をまとめて入力するところ、「朝食後」と「寝る前」を別々の用法で入力した。	処方せんに同じ薬が「朝食後」と「寝る前」で別々に記載されていたことに気付かなかった。	入力後、入力内容の確認をする。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
184	用法を「毎食後」で入力するところ、「毎食前」で入力した。	回覧で用法が「毎食前」から「毎食後」に変わると聞いていたのにそのまま入力した。	入力業務中、確定する前に細かく確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
185	用法が変更となっていたことに気付かず、そのまま入力確定した。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
186	「毎食前」で入力するところ、間違えて「毎食後」で入力した。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
187	「塗布」と「点入」の入力コードを間違えて入力した。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
188	「疼痛・発熱時」で入力するところ、「疼痛時」で入力した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
189	処方せん入力の際に「患部に塗布」と入力すべきところを「顔に塗布」と入力した。	バーコードで読み取った情報を確認せずにそのまま確定した。	バーコードで読み取った情報でもきちんと処方箋の記載内容と合っているか確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
190	用法入力時、「1～2回」と入力すべきところを「2～3回」と入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
191	「1日1回」と入力すべきところを「1日数回」と入力した。	うがい薬と勘違いしたため、「1日数回」と入力した。	よく見る。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
192	テープ剤の用法入力時、貼付部位が「腰」であるところを誤って「肘」で入力した。	貼付部位を入力選択する際に誤った。	しっかり確認する。	判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
193	用法入力時、「食前」と入力すべきところ、誤って「食後」で入力した。	混雑していて、焦っていた。	焦らずに、内容を確認する。	判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
194	用法が「1日1回」に変更になっていたのに、誤って前回と同じ用法である「1日2回」で入力してしまった。	気を抜いていた。	業務中は気を抜かない。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
195	入力の際、正しくは「腹痛時」と入力するところを、誤って「頭痛時」と入力した。	処方せんの内容を「頭痛時」と読み間違えていた。入力後の確認でも、「頭痛時」と思い込んでいたため、間違いに気付かなかった。	思い込んだまま確認しない。薬の効能を覚える。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
196	コメントがあった薬を別包で入力するのを忘れた。		最終確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
197	用法入力時、「1日1回」と入力すべきところ、誤って「1日2回」と入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
198	用法を誤って入力した。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
199	用法入力時、「朝夕食後」と入力すべきところ、誤って「毎食後」と入力した。	前回と同じ薬であったが、用量、用法がともに変更となっていた。入力時、用量は変更したが、用法の方は見落とした。他にジェネリック医薬品に変更できる薬があったため患者に聞きに行き、その後、ジェネリック医薬品に変更することに気を取られてしまったことも一因と思われる。	用量が変更になったら、必ず用法も確認する。指さし声出し確認を徹底する。	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
200	用法入力時、「分3、医師の指示どおり」と入力すべきところを、「分1、医師の指示どおり」と入力した。	用法の選択を間違えた。入力画面における確認が出来ていなかった。	指さし確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
201	用法入力時、「朝夕食後」のところを誤って「夕食後」と入力した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
202	用法入力時、「口腔噴霧」を「点鼻噴霧」と間違えて入力した。		メモを正しく修正した。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
203	分2で処方のところを誤って分3で入力した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
204	「1日2回」と入力すべきところを「1日1～2回」と入力した。	「1日1～2回」と思い込み、入力した。	注意して入力するように心がける。	判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
205	「毎食前」を「食後2時間」と入力した。	前回と同じ漢方薬の処方だったため、用法の「毎食前」と「食後2時間」は表現の違いのみで、そのまま構わないと勘違いした。	確認を怠らないで、最後まで集中する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
206	朝夕食後から毎食後への変更を忘れた。	数量の変更はしたが、用法の変更を忘れた。	確認をきちんとする。	確認を怠った その他訂正忘れ		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
207	服用開始日が指定されていたにもかかわらず、服用開始日の入力を忘れた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
208	用法を入力する際、貼付剤で入力するところ、誤って塗布剤で入力した。	入力コード、処方内容を見落としました。	用法の間違が多いので、間違えないように心がける。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
209	外用薬の用法を間違えて入力した。	以前の用法で入力した。用法の選択をミスした。	メモなどを見て確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
210	貼付剤で入力するところ、塗布剤で入力した。	入力コード、処方せんに記載された内容を見落としました。	用法の間違が多いので、間違えないように細かく確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
211	「就寝前」で入力するところを間違えて「夜」で入力した。	間違えて夜の入力コードを選択した。		判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
212	内服薬が不均等で処方されていたが、間違えて均等で入力した。			判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
213	使用部位の入力を間違えた。	入力方法を誤った。		判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
214	内服薬の入力を間違えた。	入力方法が特殊だった。		判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
215	塗布で入力するところ、誤って点眼で入力した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
216	前回の処方内容を引用して用法を入力する際、使用部位を見落とし、「体、1～2回」と入力した。		処方された薬が前回と同じであっても、よく見る。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
217	用法を入力する際、食前で入力するところ、誤って食後で入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
218	レセプトコメントを入力する際、投与開始日は入力したが、販売名を入力し忘れた。		落ち着いて入力する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
219	用法を入力する際、分3で入力するところ、前回と同じ分2で入力した。		最終確認する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
220	起床時の入力コードと朝食後の入力コードの入力をミスした。	起床時の入力コードと朝食後の入力コードを間違え、さらに確認を怠った。処方せん枚数が多く、受付が混雑していたため、焦っていた。	焦らず確実に入力する。	確認を怠った 判断を誤った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
221	前回は「分2朝昼」服用だったが、今回は「朝夕」指示に変更していたが、気付かなかった。	処方せんが手書きだった。ジェネリック医薬品への変更が多く、そちらに気が取られた。		確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
222	「食後」で入力するところ、「食前」で入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
223	一包化調剤している患者から、「普段分3だが、昼の薬が余っているの、日数を調整したい。」と申し出があった。処方せんには、分2を30日分、分1を15日分と記載されていた。入力時、レセプトの関係から、「分3を15日分、分2を16日目から15日分」と入力しなければならなかったが、分2のものを分1で入力した。	前回との変更箇所が多かった。時間をかけて入力したが、解釈を間違えて入力した。処方せんの記載と異なる入力方法だったため、最終的に処方せんと入力内容の確認が出来ていなかった。	確定前に他の人に入力内容の確認を依頼する。	判断を誤った 知識が不足していた		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
224	注射薬の夕の単位数を間違えた。	前回と同じ単位数で入力してしまい、確認を怠った。	単位数が毎回変わる方もいるので注意する。声出し確認を最低2回以上する。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
225	内服で入力するところ、誤って頓服で入力した。	勘違いした。確認を怠った。	必ず声出し確認を行う。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
226	毎食後で入力するところ、朝昼就寝前で入力した。	入力コードを正しく入力しただけだった。	入力後の確認をしっかりと行う。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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
 (薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品・特 定保健医療材料等 の情報	調査結果
227	食後で入力するところ、食前で入力した。	新規で入力したため。漢方薬のレセプトコメントの入力を忘れないようにと、漢方薬の用法である食前に気を取られて入力した。	作業の流れを1つひとつ止めて、思い込みを防ぐ。	確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
228	朝食後で入力するところ、朝食前で入力した。			確認を怠った		用法等を取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
1	患者が風邪で消化器科に受診した際、解熱作用を目的としてロキソニン錠60mgが処方された。当該患者は別の医療機関からセレコックス錠100mgが定期処方されていることをお薬手帳で確認したため疑義照会したところ、ロキソニン錠60mgが処方削除となった。		病院でも、お薬手帳を確認する。	その他病院での問診の不徹底	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	薬歴等から
2	アルファロールカプセル1μgを継続服用している患者にフォルテオ皮下注キット600μgが新たに処方された。併用すると高カルシウム血症のおそれがあるため疑義照会したところ、アルファロールカプセル1μgの処方が削除となった。		同様の処方に対しても見落としがないよう薬歴に「フォルテオ管理カレンダー」を記載し、注意喚起することにした。	その他医師の認識不足	処方された医薬品 販売名アルファロールカプセル1μg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
3	緑内障患者に禁忌であるPL配合顆粒が処方されていた。疑義照会したところPL配合顆粒が削除となり、フロモックス錠100mgに変更となった。			その他病院側の情報不足	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 販売名フロモックス錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
4	耳鼻科に受診した患者に「クラリス錠200、2錠/分2朝夕食後、5日分」が処方された。患者はいつも内科から「ワーファリン錠1mg4錠/分1朝食後、ワーファリン錠0.5mg0.5錠/分1朝食後」が処方され内服していた。クラリスロマイシンとワルファリンカリウムは相互作用があり、リスクが高いために併用を避けるべきだと考えた。そこで医師に疑義照会したところ、処方が「メイアクトMS錠100mg3錠/分3毎食後、5日分」に変更となった。	相互作用が考えられた。	相互作用のうち、「併用注意」の組み合わせであっても、リスクが高いものは疑義照会する。	その他相互作用があるため	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 販売名メイアクトMS錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
5	いつも内科から処方され「一包化」を希望している患者が今回、同じ医療機関の耳鼻科に受診し、処方箋を持って来局した。処方鑑査時に「一包化」の指示がないことに気づいた。患者のコンプライアンスが低下するおそれがあったため、医師に疑義照会したところ、医師より「一包化」でお願いしますと回答があり調剤した。	一包化調剤が必要な患者であったため。	処方鑑査を徹底し、患者のコンプライアンスの維持、向上に努める。	その他日包化指示の記載忘れ	処方された医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg 販売名アレジオテック錠20 販売名ムコダイン錠500mg 販売名ムコソルバン錠15mg 販売名リン酸コデイン錠5mg「マイラン」 変更になった医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg 販売名アレジオテック錠20 販売名ムコダイン錠500mg 販売名ムコソルバン錠15mg 販売名リン酸コデイン錠5mg「マイラン」	薬歴等から
6	高尿酸血症の患者に「ザイロリック錠、1錠／分1朝、28日分」が処方された。ザイロリック錠にはザイロリック錠50とザイロリック錠100の2つの規格が存在するため、調剤することが出来なかった。薬歴の記録では前回、ザイロリック錠100で処方されていた。医師に疑義照会したところ、「ザイロリック錠100、1錠／分1朝、28日分」でお願いしますと回答があった。	処方薬の規格が記載されていなかった。	処方鑑査を徹底する。	その他処方薬の規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名ザイロリック錠 変更になった医薬品 販売名ザイロリック錠100	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果	
7	耳鼻科に受診した患者が処方箋を持って来局した。服薬指導中に患者より「寒気がする。熱っぽい。医師には言ったが、熱さましが出ていないのか。」と申し出があった。熱さましの処方が出ていなかったため、医師に疑義照会したところ、「カロナール錠200mg1錠/回、5回分、発熱時、1日1~2回まで」を追加して下さいと回答があったため、調剤して投薬した。	患者の要望が医師に伝わっていなかった。		患者の要望をよく聞き、疑義照会として患者の要望等を医師に伝え、より良い医療を提供する。	その他患者の要望が医師に伝わっていなかった。	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 販売名カロナール錠200	患者の申し出から
8	ジルチアゼム塩酸塩錠30mg「サワイ」で処方すべきところ、処方箋入力を誤ってジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」と入力されている疑いが薬歴から推測された。疑義照会したところ、入力ミスであることが分かった。	販売名がクラルート錠30mgからジルチアゼム塩酸塩錠30mg「サワイ」へ変更となっていた。	薬歴の確認を徹底する。特に新患の場合は、継続して服用している薬の確認をしっかりと行う。	その他処方箋入力ミス	処方された医薬品 販売名ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名ジルチアゼム塩酸塩錠30mg「サワイ」	薬歴等から	
9	コルヒチン錠0.5mg「タカタ」、ムコダイン、ダーゼンが同じ処方箋内に記載されていたため、不自然に思い疑義照会したところ、コルヒチン錠0.5mg「タカタ」は削除となり、コルドリン錠12.5mgが処方に追加された。	年末の休日当番で調剤を行っていた時のことであった。病院も救急患者しか受け入れていなかったため、医師も普段とは異なる診療室、コンピューターを使用していた。販売名の最初の2文字が同じであったため、操作ミスをしたと考えられる。		確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名コルヒチン錠0.5mg「タカタ」 変更になった医薬品 販売名コルドリン錠12.5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)	
10	処方せんに記載されている別の薬の処方日数が14日分のところ、ユベラNソフトカプセル200mgのみ14日分で処方されていた。疑義照会したところ、14日分処方に変更となった。	医師が繁忙であったため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ユベラNソフトカプセル200mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)	

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
11	ザイザル錠の1日量は5~10mgのところ、25mgで処方されていた。疑義照会したところ、ザイザル錠5mg 1錠に変更となった。	医師が繁忙であったため。	用法、用量、制限量が ^g 入ったシステム作りを行う。問題がある場合はアラートが出るようにして、処方の段階で間違いに気付くようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
12	風邪と頭痛の患者にクラリス錠200とクリアミン配合錠A1.0が処方されていた。両剤は併用禁忌のため疑義照会したところ、クラリス錠200服用中はクリアミン配合錠A1.0を服用しない旨の指示が追加された。	医師は併用禁忌についての知識はあったが、業務繁忙のためにそのことを忘れていた。	処方入力端末で同日処方内に併用禁忌薬が含まれている場合はアラートが出るようなシステム作りを行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 販売名クリアミン配合錠A1.0 変更になった医薬品 販売名クラリス錠200 販売名クリアミン配合錠A1.0	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
13	風邪で耳鼻科に受診した患者に「クラリス錠200、2錠/分2朝夕食後、5日分」が処方された。いつも同病院の循環器科より「ワーファリン錠1mg2錠/分1夕食後」が処方されており、その薬を服用していた。クラリスロマイシンとワルファリンカリウムには相互作用があり、この2剤を併用することはリスクが高いため回避すべきであると考えた。そこで耳鼻科の医師に疑義照会したところ、医師より「ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)7.5g/分3毎食前、5日分」に変更するとの回答があった。	相互作用があったため。	処方鑑査を徹底する。	その他相互作用があるため	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 販売名ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
14	耳鼻科に受診した患者に「ホクナリンテープ、1日1回、1回1枚、3日分、背中に」が処方された。ホクナリンテープにはホクナリンテープ0.5mg、ホクナリンテープ1mg、ホクナリンテープ2mgの3規格があり、どれであるか記載されていないため調剤することが出来なかった。そこで医師に疑義照会したところ、「ホクナリンテープ0.5mg、1日1回、1回1枚、3日分、背中に」でお願いしますと回答があった。	処方薬の規格の記載がなかった。	処方鑑査を徹底する。	その他処方薬の規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ 0.5mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
15	脳外科から患者に「ロキソニン錠60mg3錠/分3毎食後、5日分、ムコスタ錠100mg3錠/分3毎食後、5日分」が処方された。薬歴から昨日、同病院の耳鼻科より「レバミピド錠100mg「NP」3錠/分3毎食後、21日分」が処方されていることが分かった。レバミピド錠100mg「NP」はムコスタ錠100mgのジェネリック医薬品であった。重複処方のため、脳外科の医師に疑義照会したところ、「ムコスタ錠100mg3錠/分3毎食後、5日分」が削除になった。	重複処方があったため。	処方鑑査を徹底し、誤った処方が減るように努める。	その他重複処方があったため	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬歴等から
16	いつも一包化調剤している患者の処方せんを応需したが、今回の処方せんには「一包化」の指示がなかった。当該患者は一包化調剤をしないとコンプライアンスの低下が懸念されるため、医師に疑義照会したところ、「一包化でお願いします。」と回答があり、一包化調剤した。	一包化調剤の指示が記載されていないかった。	処方鑑査を徹底する。	その他日包化指示の記載忘れ	処方された医薬品 販売名グッドミン錠0.25mg 変更になった医薬品 販売名グッドミン錠0.25mg	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
17	皮膚科に受診した患者に「フロジン外用液5%、頭、1日2日」が処方された。フロジン外用液5%の数量が書かれていなかったため、調剤することが出来なかった。そこで医師に疑義照会したところ、「フロジン外用液5%、30mL、頭、1日2日」と回答があり調剤した。	処方薬の用量が記載されていなかった。	処方鑑査を徹底する。	その他用量記載忘れ	処方された医薬品 販売名フロジン外用液5% 変更になった医薬品 販売名フロジン外用液5%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
18	患者情報の併用薬にデパス錠0.5mgと記載があるにもかかわらず、鑑査時に気付かずにエチセダン錠0.5mgを投薬してしまった。翌月の来局時に同じ薬が処方された。投薬時に重複していることに気付き、疑義照会したところ、エチセダン錠0.5mgが薬剤削除になった。前回は疑義照会を忘れてしまった。		患者情報の併用薬は特に注意する。患者情報が見づらくなならないように随時、情報を整理して書き直す。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エチセダン錠0.5mg	薬歴等から
19	外科に受診した患者に「セルベックス細粒10%、3g/分3毎食後、14日分」が処方された。セルベックス細粒10%は、「通常成人、細粒1.5g(テプレノンとして150mg)を1日3回に分けて食後に経口投与する。なお年齢、症状により適宜増減する。」と添付文書に記載があり、過量投与の疑いがあった。よって医師に疑義照会したところ、「セルベックス細粒10%、1.5g/分3毎食後、14日分」に変更となった。	医師が常用量を上回る分量で処方した。	処方鑑査を徹底する。	その他医師が常用量を上回る分量で処方した	処方された医薬品 販売名セルベックス細粒10%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
20	「アコレート錠40mg2錠／分2」が処方された。アコレート錠40mgは製造が中止され、経過措置品であった。そこで疑義照会したところ、アコレート錠20mg4錠／分2に変更となった。	医師が繁忙であったため。	医薬品のマスターに使用期限を入力し、処方することが出来ないようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名アコレート錠40mg 変更になった医薬品 販売名アコレート錠20mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
21	アルメタ軟膏の用法が「1日2回顔貼付」の指示で処方されていた。疑義照会したところ、「塗布」に変更となった。	医師が繁忙であったため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アルメタ軟膏	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
22	アコレート錠40mg1錠夕食後で処方されていた。アコレート錠40mgは製造が中止されており、経過措置品となっているため在庫がなかった。そこで疑義照会したところ、アコレート錠20mg2錠夕食後に変更となった。	医師が繁忙であったため。	システムを改善する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名アコレート錠40mg 変更になった医薬品 販売名アコレート錠20mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
23	耳鼻科にめまいで受診した患者に「メリスロン錠、3錠／分3毎食後、28日分」が処方された。メリスロン錠にはメリスロン錠6mgとメリスロン錠12mgの規格が存在し、規格が書かれていないため、調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、「メリスロン錠6mg3錠／分3毎食後、28日分」でお願いしますと回答があった。	医師が処方薬の規格を処方箋に記載していなかった。	処方鑑査を徹底する。	その他処方薬の規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名メリスロン錠 変更になった医薬品 販売名メリスロン錠6mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
24	内科に受診した患者がいつもの薬をもらいに処方箋を持って来局した。患者インタビュー中に患者より「便秘の薬が出てないのか。」と質問があった。便秘薬は処方箋に記載されていなかったため、医師に疑義照会したところ、「マグミット錠330mg3錠/分3毎食後、21日分、フォルセニッド錠12mg2錠/回、10回分、寝る前、便秘時」が追加になった。医師からはさらに、「患者にはマグミット錠330mgを服用し、便が出なければ、フォルセニッド錠12mgを頓服し、それでも改善しなければ病院に連絡してください」と説明するよう回答があった。	医師が必要な処方薬を処方し忘れた。	患者の要望をよく聞き、医師に疑義照会することで患者のための医療に貢献する。	その他医師が処方薬を処方し忘れていた。	処方された医薬品 販売名マグミット錠330mg 販売名フォルセニッド錠12mg 変更になった医薬品 販売名マグミット錠330mg 販売名フォルセニッド錠12mg	患者の申し出から
25	いつもの薬をもらいにきた患者について、薬歴を参照して処方鑑査をしていた際、「一包化」の指示がないことに気付いた。この患者は薬の服用に際して、「一包化」が必要である患者であったため、医師に疑義照会したところ、「一包化」でお願いしますと回答があり調剤した。	医師が処方箋に一包化の指示を書き忘れた。	処方鑑査を徹底し、患者のコンプライアンスの維持、向上に努める。	その他医師が一包化の指示を記載していなかった	処方された医薬品 販売名ガスター錠20mg 販売名プレドニン錠5mg 販売名ムコスタ錠100mg 販売名25mgアリナミンF糖衣錠 販売名マグラックス錠250mg 変更になった医薬品 販売名ガスター錠20mg 販売名プレドニン錠5mg 販売名ムコスタ錠100mg 販売名25mgアリナミンF糖衣錠 販売名マグラックス錠250mg	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
26	処方箋には、「アスピリン錠10、1×寝る前」と記載されていたが、処方に疑義があったため、疑義照会したところ、アレジオン錠10に変更となった。	医師がパソコン入力を間違えた。事務員も「このような処方珍しい。」と思いつつも、そのまま処方箋を渡してしまった。		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 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名アスピリン錠10 変更になった医薬品 販売名アレジオン錠10	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
27	耳鼻科に受診した患者が処方箋を持って来局した。インタビュー中に患者より、「鼻づまりの薬はないのか。」と質問があった。処方箋に記載がなかったため、医師に疑義照会したところ、「トーク点鼻液0.118%12mL、1日2回」が追加になった。	医師が処方薬を処方し忘れた。	患者の話をよく聞き、疑義照会を通じて、患者のための医療を行う。	その他医師による必要な処方薬の処方し忘れ	処方された医薬品 販売名トーク点鼻液0.118% 変更になった医薬品 販売名トーク点鼻液0.118%	患者の申し出から
28	耳鼻科に風邪で受診した患者に「ムコスタ錠100mg3錠/分3毎食後、5日分」が処方された。薬歴には他の医療機関で「セルベックス細粒10%1.5g/分3毎食後」を常に服用している患者であるとの記録があり、お薬手帳や患者本人にも確認したところ、薬効が重複するため必要としない処方薬であると考えられた。そこで医師に疑義照会したところ、「ムコスタ錠100mg3錠/分3毎食後、5日分」が削除になった。	重複投与が考えられた。	処方鑑査を徹底し、無駄な処方薬をなくす。	その他重複投与があったため	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
29	高血圧と高尿酸血症で病院に受診している患者がいつもの薬と「PL配合顆粒3g、毎食後、5日分」が処方された処方箋を持って来局した。患者インタビュー中に他の医療機関で前立腺肥大症を治療しており、薬を内服していることが分かった。PL配合顆粒は前立腺肥大症の患者に禁忌であるため、医師に疑義照会したところ、「カロナール錠300、3錠/分3毎食後、5日分」に変更となった。	患者は前立腺肥大症であり、他の医療機関で治療中であつた。前立腺肥大症患者に投与禁忌の薬剤が処方されていた。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた その他患者が投与禁忌の疾患だった	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 販売名カロナール錠300	患者の症状等から
30	いつも処方されている薬をもらいに来局した患者の処方箋に「リピトール錠5mg1錠/分1夕食後、28日分」と記載されていた。患者のインタビュー中に患者の申し出により、リピトール錠5mgのコンプライアンスが悪いことが判明した。10日分を処方すれば残薬と合わせて、次回診察時まで足りるとのことであった。よって医師に疑義照会したところ、「リピトール錠5mg1錠/分1夕食後、10日分」に変更となった。	ノンコンプライアンスのため。	患者の残薬チェックも積極的に行う。同時に患者のコンプライアンスの向上に努める。	患者側 その他服薬におけるノンコンプライアンス	処方された医薬品 販売名リピトール錠5mg	患者の申し出から
31	耳鼻科を受診した小児患者に「ホクナリンテープ0.5mg5枚、1枚/日、背中に」が処方された。処方せん内の他の内服薬は4日分の処方であり、ホクナリンテープ0.5mgのみ5日分の処方であった。小児患者の母親に確認したところ、医師からはそのようなことは何も聞いていないとのことであった。よって医師に疑義照会したところ、「ホクナリンテープ0.5mg4枚、1枚/日、背中に」の間違いだったことが判明し、用量を変更して調剤した。	医師が処方日数の記載を誤った。	処方鑑査を徹底する。	その他処方日数記載間違い	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ 0.5mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
32	<p>中耳炎で耳鼻科に受診した患者に「タリビット耳科用液0.3%5mL、1日2回朝夕、1回3滴」が処方された。患者インタビューを行ったところ、いつも処方されている耳鳴りの治療薬も併せてもらいに来たことが患者の申し出により判明した。薬歴を確認すると「ストミンA配合錠6錠／分3毎食後、アデホスコーワ腸溶錠20、3錠／分3毎食後、カルニアチンS錠25、3錠／分3毎食後」が処方されていた。よって耳鼻科医師に疑義照会したところ、「ストミンA配合錠6錠／分3毎食後、28日分、アデホスコーワ腸溶錠20、3錠／分3毎食後、28日分、カルニアチンS錠25、3錠／分3毎食後、28日分」が追加になった。</p>	<p>医師が必要な処方薬を処方し忘れていた。</p>	<p>処方鑑査を徹底し、患者の申し出を医師に疑義照会の形で伝え、患者のための医療を行う。</p>	<p>その他医師が処方薬を処方し忘れた</p>	<p>処方された医薬品 販売名ストミンA配合錠 販売名アデホスコーワ腸溶錠20 販売名カルニアチンS錠25</p> <p>変更になった医薬品 販売名ストミンA配合錠 販売名アデホスコーワ腸溶錠20 販売名カルニアチンS錠25</p>	<p>患者の申し出から</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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
33	<p>「頭がふわっとする。」とのことで、耳鼻科を受診した患者から「メリスロン錠6mg3錠／分3毎食後、14日分、ムコダイン錠500mg3錠／分3毎食後、14日分」の処方箋を応需した。患者はインタビュー中に別の医療機関で「メリスロン錠6mg3錠／分3毎食後」を服用していることが分かった。また、当該患者は別の医療機関でメリスロン錠6mgを服用しているにもかかわらず、眩暈が出ていることも考慮し、薬剤変更も視野に入れて、医師に疑義照会したところ、今回処方された「メリスロン錠6mg3錠／分3毎食後、14日分」を削除するよう回答があった。当該患者は1週間前にも同医師を眩暈で受診しており、その際は「アデホスコーワ顆粒10%3g／分3毎食後、14日分」を処方されていた。医師によれば当日の診察中、患者がアデホスコーワ顆粒10%を飲んでいないと言っていたため、当日処方されたムコダイン錠500mg、先週のアデホスコーワ顆粒10%の残薬、別の医療機関から処方されたメリスロン錠6mgをしっかりと服用するよう患者に伝えてくださいと指示があったため、そのことを患者に伝えた。</p>	<p>重複投与があった。</p>	<p>処方鑑査を徹底し、併用薬の有無もしっかり確認する。</p>	<p>その他重複投与のため</p>	<p>処方された医薬品 販売名メリスロン錠6mg</p>	<p>患者の症状等から</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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
34	定期服用でマイスリー錠10mg1錠／分1寝る前、7日分があり、さらに不眠時としてマイスリー錠10mg1錠、不眠時、7回分が追加処方されていた。その他の定期薬も7日分処方であった。マイスリー錠10mgの用量が多かったため疑義照会したところ、デパス錠0.5mgに変更となった。	患者は精神科に受診しているため、医師はほとんど患者から言われた通りの処方を行っていた。マイスリー錠10mgは投与量の上限が設定されている薬であることを医師が把握していなかったため、当該事例が発生したと考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名マイスリー錠10mg 変更になった医薬品 販売名デパス錠0.5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
35	薬歴の記録から以前に人工大腿骨頭置換術を行い、異所性骨化抑制の目的でダイドロネル錠200を服用していた。添付文書では当該疾患の適応は服用期間が3か月と限定されているにもかかわらず、今回、その期間を超える処方となってしまうために疑義照会したところ、薬剤削除となった。	処方医が異なるために服用期間が分からなくなったと思われる。	投与期間の設定があるものについては薬歴に投与開始日を記載しておく必要がある。また投与開始日の記載があるものについては服用期間を確認することが必要である。	その他医師間の連絡不足	処方された医薬品 販売名ダイドロネル錠200	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
36	薬歴の記録から前回処方よりオイグルコン錠1.25mgからアマリール1mg錠に変更となっていることが分かった。今回の処方がオイグルコン錠1.25mgに戻っていたため、患者にオイグルコン錠1.25mgに戻った理由を確認をしたところ、医師から薬が変更になることを聞いていないと返答があった。そこで医師に疑義照会したところ、医師の入力ミスであったことが分かった。	電子カルテに入力する際、前回の処方内容を間違えて引用し入力したと思われる。	処方内容が変更になった時は変更理由を患者に聞く。	その他医師の入力ミス	処方された医薬品 販売名オイグルコン錠1.25mg 変更になった医薬品 販売名アマリール1mg錠	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
37	糖尿病患者に対して整形外科から神経性疼痛の治療目的でガバペン錠200mg3錠/分3毎食後が処方されていた。薬歴の記録から整形外科と同じ医療機関の内科に受診した際に行った採血結果でeGFRが15.1(mL/min/1.73m ²)であり、高度に腎機能が低下していることが分かった。ガバペン錠200mgは腎機能によって服用量を調節する必要があるため疑義照会をしたところ、ガバペン錠200mg0.5錠/分1寝る前に変更となった。	電子カルテが導入されている医療機関では検査値のデータを容易に確認することが出来るが、当該事例では新たに処方する際に検査値のデータ等を確認していないことが要因であったと思われる。ガバペン錠200mgの適応外処方医師確認済である。	内科の処方箋を応需した時に検査値を確認し、薬歴に記載していたことで副作用を防止することが出来たと思われるため、可能な限り検査値のデータを確認することが出来る環境作りを行う。また、そのことを活用することが出来る薬歴を作成する。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名ガバペン錠200mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
38	耳鼻科に受診した患者に「クラバモックス小児用配合ドライシロップ2.02g/分3毎食前、5日分」が処方された。クラバモックス小児用配合ドライシロップは添付文書に「2回に分けて、12時間ごとに食直前に経口投与」と記載されているため、医師に疑義照会したところ、「クラバモックス小児用配合シロップ2.02g/分2朝夕食前、5日分」に変更となった。	医師が誤った用法で処方した。	処方鑑査を徹底する。	その他用法記載間違い	処方された医薬品 販売名クラバモックス小児用配合ドライシロップ	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
39	発熱で病院に受診した患者から「クラリス錠200、2錠/分2朝夕食後、4日分、ロキソニン錠3錠/分3毎食後、日分」の処方箋を応需した。インタビュー中に患者より「吐き気がひどいのを医師に伝えるのを忘れていた。この薬だけで治りますか？」と質問があった。吐き気止めが処方されていなかったため、医師に疑義照会したところ、「ナウゼリン錠10、3錠/分3毎食前、4日分」が追加になった。	患者が医師に症状を伝えていなかった。	患者へのインタビューを徹底し、患者に必要な医療を行う。	患者側	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10 変更になった医薬品 販売名ナウゼリン錠10	患者の症状等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果	
40	カルブロック錠16mg、オルメテック錠10mgを服用していた患者がレザルタス配合錠HDに処方変更となった。患者は同じ薬であると説明を受けていた。よって疑義照会を行ったところ、レザルタス配合錠HDから以前服用していたカルブロック錠16mg、オルメテック錠10mgに変更となった。			配合剤に処方変更が行われた時は、規格に間違いがないか確認する。	判断を誤った	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 販売名カルブロック錠16mg 販売名オルメテック錠10mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
41	「ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g2瓶、3日分」で処方されていた。疑義照会したところ、「ジスロマック錠250mg2錠、3日分」に変更となった。			受付時、鑑査時は処方箋の確認を徹底する。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g 変更になった医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
42	10歳代のインフルエンザ患者にタミフルカプセル75が処方されていたため疑義照会したところ、リレンザに変更となった。				判断を誤った	処方された医薬品 販売名タミフルカプセル75 変更になった医薬品 販売名リレンザ	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
43	内科に発熱のために受診した患者に「カロナール錠200、2錠/回、3回分」が処方された。用法が記載されていないため、調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、「カロナール錠200、2錠/回、発熱時、3回分」との回答があり調剤した。	用法の記載がなかったため。	処方鑑査を徹底する。	その他用法の記載忘れ	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 販売名カロナール錠200	処方箋の書き方等から(誤記を含む)	

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
44	内科に受診した患者に「クラリス錠200、2錠/分2朝夕食後、4日分」が処方された。患者は同病院の他の診療科にも受診しており、気管支喘息のために「テオドール錠100mg2錠/分2朝夕食後」を服用していた。クラリスロマイシンとテオフィリンは相互作用があり、併用することで痙攣、横紋筋融解症等のテオフィリンの中毒症状が報告されており、またクラリスロマイシンのCYP3A4に対する阻害作用により、テオフィリンの代謝が阻害され、その血中濃度が上昇するため、内科医師に疑義照会したところ、「フロモックス錠100mg3錠/分3毎食後、4日分」に変更となった。	相互作用があったため。	処方鑑査を徹底し、患者が医薬品を安全に服用することが出来るよう努める。	その他相互作用があったため	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 販売名フロモックス錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
45	いつもの薬をもらいに内科に受診した患者が処方箋を持って来局した。インタビュー中に患者より、いつも出ているはずの前立腺の薬がないとの申し出があった。薬歴を確認するといつも「タムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「TYK」2カプセル/分2朝夕食後」が処方されていたため、医師に疑義照会したところ、「他の薬と同じ処方日数で出しておいてください。」と回答があった。よって「タムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「TYK」2カプセル/分2朝夕食後、28日分」が薬剤追加になった。	医師が薬を処方し忘れた。	患者の話をよく聞き、必要であれば医師に疑義照会を行う。	その他医師が薬を処方し忘れた	処方された医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「TYK」 変更になった医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「TYK」	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
46	内科を受診した患者が処方箋を持って来局した。いつも一包化調剤している患者であったが、今回は一包化調剤の指示がなかった。薬歴にはいつも一包化調剤をしている旨の情報が記載されていたため、医師に疑義照会したところ、医師から「一包化調剤をお願いします。」と回答があった。	一包化調剤の指示がなかった。	処方鑑査を徹底し、患者のコンプライアンスの維持、向上を促す。	その他日包化の指示忘れ	処方された医薬品 販売名アマリール3mg錠 販売名アクトス錠15 販売名ダイアート錠30mg 販売名スターシス錠90mg 変更になった医薬品 販売名アマリール3mg錠 販売名アクトス錠15 販売名ダイアート錠30mg 販売名スターシス錠90mg	薬歴等から
47	耳鼻科を受診した小児患者に「ムコダインDS50%1.6g/分2朝夕食後、5日分」が処方された。患者インタビュー中に患者の母親に体重を確認したところ、22kgと返答があった。用法、用量は通常、「小児にカルボシステインとして体重(kg)当たり1日30mg(本剤0.06g)」のため、処方量であった1.6g/日では患者の体重が26kgの場合であった。よって医師に疑義照会したところ、「ムコダインDS50%1.4g/分2朝夕食後、5日分」に変更となった。	患者の体重を医師が誤って把握していた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師が患者の体重を誤って把握していた。	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50%	年齢・体重換算の結果から
48	ランソプラゾールOD錠30mg「DK」が2錠/分2で処方されていた。当該薬の処方量の上限は1日30mgであり、用法に分2の適応はなかったため疑義照会を行ったところ、「2錠/分2」から「1錠/分1」に変更となった。			その他病院側の処方ミス	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠30mg「DK」 変更になった医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠30mg「DK」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
49	10歳の患者にアレグラ錠60mgが処方されていた。10歳の場合ではアレグラ錠30mgが適量であると推測されたため、医師に疑義照会したところ、アレグラ錠30mgに変更となった。			その他病院の処方ミス	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠30mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
50	体重が20kgの患者に「ムコソルバンDS3%1.2g/分3」で処方されていた。過量であると推測したため、医師に疑義照会したところ、小児用ムコソルバンDS1.5%の入力間違いであることが分かり、正しく調剤した。			その他病院の入力ミス	処方された医薬品 販売名ムコソルバンDS3% 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・体重換算の結果から
51	来局した患者の処方箋に「タイプロトンカプセル15mg2カプセル/分2朝夕寝る前」と記載されていた。薬歴を確認すると患者はいつもの服用時点が「朝寝る前」であった。よって医師に疑義照会したところ、「タイプロトンカプセル15mg2カプセル/分2朝寝る前」に変更になった。	医師が用法の記載を間違えた。	処方鑑査を徹底する。	その他医師の用法記載ミス	処方された医薬品 販売名タイプロトンカプセル15mg	薬歴等から
52	咳がひどいため、内科に受診した患者に「アドエア100ディスカス1個、1日2回、1回1吸入」の処方箋が発行された。アドエア100ディスカスにはアドエア100ディスカス28吸入用とアドエア100ディスカス60吸入用の2つの規格が存在するため、調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、「アドエア100ディスカス28吸入用、1個、1日2回、1回1吸入」でお願いしますと回答があり調剤した。	医師が規格を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	その他規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名アドエア100ディスカス 変更になった医薬品 販売名アドエア100ディスカス28吸入用	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
53	内科に不眠症で受診している患者に「グッドミン錠0.25mg2錠/分1寝る前、20日分」の処方箋が発行された。添付文書のグッドミン錠0.25mgの用法用量は、不眠症ではプロチゾラムとして0.25mgを寝る前に経口投与すると記載されている。添付文書から1日1回寝る前に2錠を服用することは過量投与であるため、医師に疑義照会したところ、「グッドミン錠0.25mg1錠/分1寝る前、40日分」で服用させる意図で処方したとのことであった。医師に正しい用法用量と投与日数の制限が30日分までである旨を説明したところ、「グッドミン錠0.25mg1錠/分1寝る前、30日分」に変更となった。	医師が誤った用法用量で処方した。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた医薬品	処方された医薬品 販売名グッドミン錠0.25mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
54	セレスタミン錠で処方するところをセレコックス錠100mgで処方されていた。疑義照会を行ったところ、セレスタミン錠に変更となった。	処方箋を発行した医療機関で入力を間違えた。確認が出来ていなかった。	医療機関側の対策に任せる。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名セレスタミン錠	その他
55	気管支喘息で内科に受診している患者に「アドエア100ディスカス1個、1日2回朝夕、1回1吸入」の処方箋が発行された。当該薬は初めての処方であった。アドエア100ディスカスにはアドエア100ディスカス60吸入用とアドエア100ディスカス28吸入用があり、どちらの薬を調剤したのか分からなかった。よって医師に疑義照会したところ、「アドエア100ディスカス60吸入用1個、1日2回朝夕、1回1吸入」と回答があり調剤した。	医師が規格の記載を忘れていた。	処方鑑査を徹底する。	その他規格の記載忘れ医薬品	処方された医薬品 販売名アドエア100ディスカス 変更になった医薬品 販売名アドエア100ディスカス60吸入用	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
56	<p>手の爪が化膿したために内科に受診した患者に「フロモックス錠3錠／分3毎食後、7日分」の処方箋が発行された。フロモックス錠にはフロモックス錠75mgとフロモックス錠100mgの2つの規格があり、規格の記載がないために調剤することが出来なかった。患者は成人男性であったためフロモックス錠100mgと考えられた。そこで医師に疑義照会したところ、「フロモックス錠100mg3錠／分3毎食後、7日分」と回答があり調剤した。</p>	<p>医師が処方薬の規格を記載し忘れた。</p>	<p>処方鑑査を徹底する。</p>	<p>その他規格の記載忘れ 医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名フロモックス錠</p> <p>変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg</p>	<p>処方箋の書き方等から(誤記を含む)</p>
57	<p>耳鼻科に受診した小児患者に「ダーゼン錠10mg2錠／分2朝夕食後、5日分」が処方された。患者へのインタビュー中、患者の母親から「このダーゼンと言う薬は効果がないと新聞に書いてあったが、出来たら代わりになる薬はないか。」と質問があった。インタビューを行っていたスタッフもダーゼン錠に効果がないと記載された記事のことは知っており、患者の母親がダーゼン錠の薬効に疑問を抱いていたため、医師に疑義照会したところ、「ムコダイン錠250mg2錠／分2朝夕食後、5日分」に変更になった。</p>	<p>患者がダーゼン錠の薬効に疑問を持っていた。</p>	<p>患者の処方薬への疑問を取り除き、薬物治療がスムーズに行えるよう支援する。</p>	<p>患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名ダーゼン10mg錠</p> <p>変更になった医薬品 販売名ムコダイン錠250mg</p>	<p>患者の申し出から</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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
58	耳鼻科を受診した小児患者に「ヒンターゼ錠10mg2錠／分2朝夕食後、5日分」が処方された。当該患者は姉妹で薬が処方されていた。患者へのインタビュー中に患者の姉の方にダーゼン錠が出ており、姉の方の説明をした際、患者の母親の申し出で「このダーゼンと言う薬は効果がないと新聞に書いてあったが、出来たら代わりになる薬はないか。」と質問があった。インタビューを行っていたスタッフもダーゼン錠に効果がないと記載された記事のことは知っており、またヒンターゼ錠はダーゼン錠のジェネリック医薬品であった。患者の母親がダーゼン錠の薬効に疑問を持っていたため、医師に疑義照会したところ、「シスダイン錠250mg2錠／分2朝夕食後、5日分」に変更になった。	患者が処方薬に疑問を持っていた。	患者の処方薬への疑問を取り除き、薬物治療を支援する。	医薬品	処方された医薬品 販売名ヒンターゼ錠10mg 変更になった医薬品 販売名シスダイン錠250mg	患者の申し出から
59	皮膚科を受診した患者が処方箋を持って来局した。患者へのインタビュー中に患者から「爪に塗る薬を医師に伝えることを忘れた。」と申し出があった。薬歴を確認したところ、以前にアスタット外用液1%が処方されていたため、患者に確認した後に医師に疑義照会したところ、「アスタット外用液1%20mL、1日1回爪」が追加になった。	医師がアスタット外用液1%を処方し忘れた。	必要な薬を患者に提供出来るよう疑義照会を行う。	勤務状況が繁忙だった その他医師が処方し忘れた	処方された医薬品 販売名アスタット外用液1% 変更になった医薬品 販売名アスタット外用液1%	患者の申し出から
60	皮膚科を受診した患者が処方箋を持って来局した。患者へのインタビュー中に患者から「背中のかゆみ止めを出すと言っていた。」と申し出があった。そこで医師に疑義照会したところ、「エキザルベ10g、1日2回、背部」が追加になった。	医師が処方し忘れた。	患者の申し出を聞いて疑義照会を行うことで、患者のための医療を提供する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が処方し忘れた	処方された医薬品 販売名エキザルベ 変更になった医薬品 販売名エキザルベ	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
61	いつもの薬を取りに来た患者の調剤を行う際、患者は高齢であり、また薬が多くあるため服用し忘れるとの申し出があった。患者に一包化調剤することを説明すると、強く希望されたため、医師に疑義照会したところ、一包化の指示が追加された。	服用する薬が多かった。患者が高齢であった。	患者のコンプライアンスが向上するように支援する。	その他高齢のため	<p>処方された医薬品 販売名プロプレス錠4 販売名コニール錠4 販売名ハルナールD錠 0.2mg 販売名タケプロンカプセル 15 販売名バファリン配合錠A 81 販売名ニトロールRカプセル 20mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名プロプレス錠4 販売名コニール錠4 販売名ハルナールD錠 0.2mg 販売名タケプロンカプセル 15 販売名バファリン配合錠A 81 販売名ニトロールRカプセル 20mg</p>	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
62	皮膚科に顔面腫脹で受診した小児患者に「エキザルベ60g、1日2回顔」が処方された。量が多すぎると考えたが、そのまま患者へのインタビューを始めた。患者の母親にエキザルベの説明をしている時に、母親から「1週間後に受診するし、顔だけに塗布するはずなのに多いですね。」と言われたため、「医師からどのような指示がありましたか。」と質問したところ、「何も聞いてない。」と回答があった。医師に薬剤の量は適正か、どのような塗り方をするのかを疑義照会したところ、処方量を間違えていたとの回答があり、「エキザルベ10g、1日2回顔」に変更となった。	医師が処方量を誤った。	処方鑑査、患者へのインタビューを徹底する。	勤務状況が繁忙だった 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 販売名エキザルベ	患者の症状等から
63	耳鼻科からの処方箋に「アデホスコーフ顆粒10%3g/分3毎食後」と記載されていた。処方日数の記載がなかったため、調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、「アデホスコーフ顆粒10%3g/分3毎食後、28日分」と回答があった。	医師が処方日数を書き忘れた。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他処方日数の記載 忘れ	処方された医薬品 販売名アデホスコーフ顆 粒10% 変更になった医薬品 販売名アデホスコーフ顆 粒10%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
64	いつもの薬をもらいに来た患者の処方箋に「ガスマチン錠3錠/分3毎食後、30日分」と記載されていた。ガスマチン錠にはガスマチン錠2.5mgとガスマチン錠5mgの規格があり、薬歴を確認すると、前はガスマチン錠5mgで処方されていた。そのことを踏まえ、医師に疑義照会したところ、「ガスマチン錠5mg3錠/分3毎食後、30日分」でお願いしますと回答があった。	医師が処方箋に処方薬の規格を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名ガスマチン錠 変更になった医薬品 販売名ガスマチン錠5mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
65	当該患者は通常、ワーファリン錠1mg3錠/日で処方されていたが、今回は1錠/日で処方されていた。患者に確認したところ、医師から何も聞いていないとのことであった。そこで疑義照会したところ、ワーファリン錠1mg3錠/日に変更となった。	医療機関側の入力間違いであった。入力業務を行ったスタッフが新人のスタッフであったため、経験不足だった。入力後の確認不足であった。	医療機関側に改善を求める。	その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	薬歴等から
66	耳鼻科に受診した小児の患者に「クラバモックス小児用配合ドライシロップ2.02g/分2朝夕食直後、5日分」が処方された。添付文書ではクラバモックス小児用配合ドライシロップは、「2回に分けて12時間ごとに食直前に経口投与」と記載があり、製造販売業者の情報によると、「食後服用では吸収率が75%まで低下する」とのことであった。そこで医師に疑義照会したところ、「クラバモックス小児用配合ドライシロップ2.02g/分2朝夕食直前、5日分」に変更になった。	医師が通常の用法と異なる用法で処方箋を記載した。	処方鑑査を徹底し、医薬品の適正使用に努める。	知識が不足していた その他用法記載間違い	処方された医薬品 販売名クラバモックス小児用配合ドライシロップ	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
67	処方箋に「Berotec」とアルファベットで記載されていた。患者はこれまでに喘息の既往歴がなく、ベロテック錠の在庫もなかった。処方箋を持参した家族に状況を説明したところ、「血圧の薬を出すと言っていた。」と回答があった。そこで医師に確認したところ、アロテック錠の間違いであることが発覚した。	商品名が類似していることが大きな原因であると考えられる。アロテック、アテック、アレロックの3剤が類似していることは周知のことであるが、ベロテック錠はアロテック錠と同じ製造販売業者であり、パッケージや流通経路も似ているため間違いやすかった。	調剤時に注意する。	その他処方箋発行ミス	処方された医薬品 販売名ベロテック錠 変更になった医薬品 販売名アロテック錠	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
68	当該患者に「ナトリックス錠1、1日1錠」が処方されていた。患者との会話の中で、当該患者は別の医療機関からナトリックス錠1mgを処方され服用していることが分かったため、医師に疑義照会したところ、ナトリックス錠1は薬剤削除となった。	患者は医師に併用薬について伝えておらず、薬局に来てそのことを思い出した。	お薬手帳を持参することを患者に勧める。	患者側	処方された医薬品 販売名ナトリックス錠1	患者の症状等から
69	別の医療機関から処方されたネオドパストン錠を服用中の患者にメネシット配合錠100が処方された。患者は医師から特に服用について説明を聞いていないとのことであったため、医師に疑義照会したところ、ネオドパストン錠の服用期間終了後からメネシット配合錠100を服用開始するよう回答があった。	医療機関側の問題である。	お薬手帳の活用を徹底する。他に服用している薬の確認を徹底する。	仕組み その他医療機関側の説明不足	処方された医薬品 販売名メネシット配合錠100	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
70	脳外科に受診した患者がいつもの薬をもらいに処方箋を持って来局した。インタビュー中に患者から「医師が眠剤を出しておくと言っていた。」と申し出があった。薬歴を確認すると、いつもはレンドルミン錠0.25mgが処方されていた。そこで医師に疑義照会したところ、「レンドルミン錠0.25mg1錠/分1寝る前、28日分」が追加になった。	医師が処方し忘れたため。	処方鑑査の徹底し、患者のための医療を実践する。	勤務状況が繁忙だった その他医師の処方忘れ 患者側	処方された医薬品 販売名レンドルミン錠0.25mg 変更になった医薬品 販売名レンドルミン錠0.25mg	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
71	高齢の患者に内科からいつもの薬が処方されていた。薬歴を見ると前回は「一包化」の指示があったが、今回は処方箋に「一包化」の記載がなかった。以前からコンプライアンスが悪い患者であったため、「一包化」を行う必要があると考え、医師に疑義照会したところ、今回も「一包化」するよう回答があった。	医師が処方箋に一包化の指示を記載するのを忘れていた。コンプライアンスが悪い患者であった。	患者のコンプライアンスの向上に努める。	勤務状況が繁忙だった その他医師が一包化指示を書き忘れていた	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名グリメピリド錠1mg 「興和テバ」 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名グリメピリド錠1mg 「興和テバ」	薬歴等から
72	整形外科に受診した患者が処方箋を持って来局した。患者へのインタビュー中、患者が処方して欲しかった湿布薬が処方箋に記載されていないことが患者の申し出により分かった。また、医師には処方して欲しい旨を伝えていたとのことであった。そこで医師に疑義照会したところ、「モーラステープ20mg70枚、肩」が薬剤追加になった。	医師が処方するはずの薬を処方し忘れていたため。	処方鑑査、患者へのインタビューを徹底し、満足度の高い医療を実践する。	勤務状況が繁忙だった その他医師が処方し忘れた	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20mg	患者の申し出から
73	当該患者に「リン酸コデイン散1%「ホエイ」0.25g/分1寝る前」が処方されていた。患者の年齢から考えて、処方量が少ないと判断したため疑義照会したところ、「リン酸コデイン散1%「ホエイ」2g/分1寝る前」に変更となった。			確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リン酸コデイン散1%「ホエイ」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
74	耳鼻科に風邪で受診した小児患者が処方箋を持って来局した。インタビュー中に患者の家族から「吐き気止めがほしい。」と申し出があった。そこで医師に疑義照会したところ、「ナウゼリン坐剤10、1個/回、2回分、嘔気時」が追加となった。	処方薬に患者の要望が反映されていない。	患者へのインタビューを徹底して行う。	患者側	処方された医薬品 販売名ナウゼリン坐剤10 変更になった医薬品 販売名ナウゼリン坐剤10	患者の申し出から
75	頭痛で内科に受診した患者の処方箋に「サイトテック錠、1錠/回、20回分、疼痛時、1日3回まで」と記載されていた。サイトテック錠にはサイトテック錠100とサイトテック錠200の2つの規格があり、どちらが処方されているのか分からなかったため調剤することが出来なかった。そこで医師に疑義照会したところ、サイトテック錠100でお願いしますと回答があった。	医師が処方薬の規格を記載し忘れたため。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名サイトテック錠 変更になった医薬品 販売名サイトテック錠100	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
76	内科に高血圧で受診した患者から「オルメテック錠20mg、分2朝夕食後、42日分」と記載された処方箋を応需した。処方箋に1日量が記載されていないため、調剤することが出来なかった。薬歴を確認したところ、前回は「オルメテック錠20mg、2錠/分2朝夕食後」で処方されていた。そのことをふまえて医師に疑義照会したところ、前回と同じでお願いしますと回答があり、「オルメテック錠20mg、2錠/分2朝夕食後、42日分」に変更となった。	医師が1日量を書き忘れていたため。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他□日量の記載忘れ	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20mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
77	インター吸入液を14本で処方するところ、7本で処方されていた。疑義照会を行ったところ、用量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名インター吸入液	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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
78	ムコダインDS33. 3%で処方するところ、誤ってムコダイン細粒50%で処方されていた。疑義照会を行ったところ、ムコダインDS33. 3%に変更となった。	医療機関で入力を間違えたため。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコダイン細粒50% 変更になった医薬品 販売名ムコダインDS33. 3%	その他
79	ムコサールドライシロップ1. 5%1. 2gで処方のところ、誤ってムコサール錠1. 2錠で処方されていた。疑義照会をしたところ、ムコサールドライシロップ1. 5%に変更となった。	医療機関で入力を間違えたため。		確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ムコサール錠 変更になった医薬品 販売名ムコサールドライシロップ1. 5%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
80	「(1)プレドニン錠5mg1. 5錠/分1、14日分、(2)プレドニゾロン錠1mg(旭化成)1錠/分1、14日分、(1)と(2)を隔日服用」と処方箋に記載されていた。当該患者の薬歴簿には前回、「プレドニン錠5mg1. 25錠/分1、21日分」で調剤した記録があった。今回プレドニン錠5mg1. 5錠(7. 5mg)とプレドニゾロン錠1mg(旭化成)1錠の隔日服用では、漸減療法としての減量が適当ではないと判断したため、処方医師に疑義照会したところ、プレドニゾロン錠1mg(旭化成)がプレドニン錠5mgへと変更となった。	医師が電子カルテに入力後、印刷した処方内容の確認を怠ったことが原因の一つと考えられる。プレドニゾロン錠とプレドニン錠は規格が異なるため、十分な量が処方されていないと患者の症状が悪化したと考えられた。	医師が処方した処方箋に入力ミスがないか注意し、疑義が生じた場合は必ず、疑義照会を行うことを徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プレドニゾロン錠1mg(旭化成) 変更になった医薬品 販売名プレドニン錠5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
81	耳鼻科に花粉症で受診した患者から「フルメロン点眼液2本、両眼に各1滴、3回/日」と記載された処方箋を応需した。フルメロン点眼液にはフルメロン点眼液0.1%とフルメロン点眼液0.02%の2つの規格があり、規格の記載がなかったために調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、「フルメロン点眼液0.1%2本、両眼に各1滴、3回/日」と回答があった。	医師が規格の記載を忘れたため。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名フルメロン点眼液 変更になった医薬品 販売名フルメロン点眼液0.1%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
82	耳鼻科に風邪で受診した患者から「メジコン錠15mg3錠/分2朝食後寝る前(朝食後1錠・寝る前2錠)」と記載された処方箋を応需した。処方箋に処方日数の記載がされていなかったため、調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、「メジコン錠15mg3錠/分2朝食後寝る前(朝食後1錠・寝る前2錠)5日分」と回答があった。	医師が処方日数を記載し忘れたため。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他処方日数記載忘れ	処方された医薬品 販売名メジコン錠15mg 変更になった医薬品 販売名メジコン錠15mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
83	内科に受診した患者が便秘のため「マグミット錠330mg3錠/分3毎食後」が処方されていた。処方日数の記載がなかったため、調剤することが出来なかった。そこで医師に疑義照会したところ、「マグミット錠330mg3錠/分3毎食後、7日分」と回答があった。	医師が処方日数の記載を忘れていた。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が処方日数を書き忘れた	処方された医薬品 販売名マグミット錠330mg 変更になった医薬品 販売名マグミット錠330mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果	
84	鼻の症状で耳鼻科に受診した小児患者が来局した。インタビュー中に患者の母親から「医師がうがい薬を出しておくと言っていた。」と申し出があった。処方箋にうがい薬の記載がなかったため医師に疑義照会したところ、「イソジンガーグル液7%30mL、1日2～3回」が追加になった。	医師が処方薬を処方箋に記載し忘れた。		患者の申し出をしっかりと聞き取り、医師に疑義照会を行う。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他医師による処方薬の記載忘れ	処方された医薬品 販売名イソジンガーグル液7% 変更になった医薬品 販売名イソジンガーグル液7%	患者の申し出から
85	気管支喘息でいつも内科に受診している患者に「アスベリンシロップ0.5%、7mL/回、咳時、1日3回まで」が処方されていた。全量(服用回数)の記載がなかったため、調剤することが出来なかった。医師に疑義照会したところ、「アスベリンシロップ0.5%7mL/回、12回分、咳時、1日3回まで」と回答があり調剤した。	医師が処方箋の記載項目を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他用量記載忘れ	処方された医薬品 販売名アスベリンシロップ0.5% 変更になった医薬品 販売名アスベリンシロップ0.5%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)	
86	逆流性食道炎で医師に受診した患者から「オメラップ錠20、1錠/分1朝食後、3日分」の処方箋を応需した。インタビュー中に患者から、「医師は30日分で処方すると言っていた。」と申し出があった。処方箋には3日分で記載されていたため、医師に疑義照会したところ、「オメラップ錠20、1錠/分1朝食後、30日分」に変更となった。	医師が処方箋に誤った処方日数を書いていたため。	疑義照会を行うことで、患者のための医療を実践する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他医師が処方日数を書き間違えた。	処方された医薬品 販売名オメラップ錠20	患者の申し出から	

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
87	風邪で発熱している患者に風邪処方他に「カロナール錠、2錠/回、3回分、38℃以上の時」が処方されていた。カロナール錠にはカロナール錠200とカロナール錠300の規格が存在するため、調剤することが出来なかった。そこで医師に疑義照会したところ、「カロナール錠200、2錠/回、3回分、38℃以上の時」と回答があった。	医師が処方薬の規格を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が処方薬の規格を記載し忘れた。	処方された医薬品 販売名カロナール錠 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
88	耳鼻科に受診した患者に「クラリス錠200、2錠/分2朝夕食後、7日分」が処方されていた。患者へのインタビュー中、前回の処方副作用がなかったかどうかを確認したところ、下痢になっていたと返答があった。前回処方は本日と同じくクラリス錠200が処方されており、その副作用が疑われた。そこで処方変更を含めて整腸剤の追加を医師に疑義照会の形で提案したところ、「ビオフェルミンR錠3錠/分3毎食後、7日分」が追加になった。	患者に副作用が見られたため。	患者の体調変化や副作用の確認を行う。	患者側	処方された医薬品 販売名ビオフェルミンR錠 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミンR錠	患者の症状等から
89	「アスピリン「ヨシダ」100mg(0.1g)、30日分」で処方するところ、処方せんに「アスピリン「ヨシダ」100g、30日分」と記載されていた。疑義照会を行ったところ、分量変更となった。	入力時に単位を誤ったため。	しっかり確認を行う。	その他医師によるエラー	処方された医薬品 販売名アスピリン「ヨシダ」	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
90	当該患者にいつもユリノーム錠50mgが処方されていたが、今回はユリーフ錠4mgが処方されていた。疑義照会を行ったところ、ユリノーム錠50mgに薬剤変更となった。その後、当該患者は以前にユリノーム錠50mgが30日分で処方されており、まだその薬が残っていることに気づいた。そのためユリノーム錠50mgが重複してしまったが、用法が分1から分2に変更となっていたため、増量であるとも考えられた。そこで再度、疑義照会したところ、ユリノーム錠50mgが薬剤削除となった。	医療機関において、処方箋の確認が不十分であった。		その他医療機関側 その他医療機関側	処方された医薬品 販売名ユリーフ錠4mg	薬歴等から
91	10歳の患者にイナビル吸入粉末剤20mgが4キットで処方されていた。疑義照会したところ、2キットに変更となった。			その他医療機関 その他医療機関	処方された医薬品 販売名イナビル吸入粉末剤20mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
92	前回、手書きの処方せんに「ノイロトロピン」が処方されていた。今回は印字された処方せんに「ノイロビタン」と記載されていたため、疑義照会したところ、「ノイロトロピン」の間違いであることが判明した。	手書き処方せんの内容をカルテに入力する際、誤って名称が類似した医薬品を入力してしまったと考えられる。		コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ノイロビタン配合錠 変更になった医薬品 販売名ノイロトロピン錠4単位	薬歴等から
93	前立腺肥大患者に禁忌薬であるブスコパン錠が処方されていた。疑義照会をしたところ処方削除となった。			知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ブスコパン錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
94	症状が咳と痰の患者にツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)が処方されていた。吐き気や頭痛などの症状がなかったため、医師に疑義照会したところ、ツムラ五虎湯エキス顆粒(医療用)の間違いであることが分かった。			その他病院の入カミス	処方された医薬品 販売名ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ五虎湯エキス顆粒(医療用)	患者の症状等から
95	メンタルクリニックの患者に血糖降下剤であるアマリール1mg錠が処方されていたため、患者本人に確認をしたところ、「震えの薬である。」と回答があった。処方医に疑義照会したところ、処方薬はアマリール1mg錠ではなく、アルマール錠5の間違いであることが分かった。	メンタルクリニックにおいても血糖降下剤が処方されることはあるが、当該薬を間違えて服用した場合にその影響度が大きいと、必ず患者本人に確認を行っていた。		コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠 変更になった医薬品 販売名アルマール錠5	患者の症状等から
96	細菌性心内膜炎の予防のために、「サワシリン細粒10%、2g」が処方されていた。はじめに処方せん通りにサワシリン細粒10%を2g/包(製剂量)で分包した。当該患者は障害のある患者であり、散剤のみ服用可であったため、サワシリン細粒10%が処方になっていたが、体重は成人標準体重くらいであり、特に分量の調節は必要なく、成分量2000mg(サワシリン細粒10%として20g)が正しい量であると考えられたため疑義照会したところ、成分量2000mg(サワシリン細粒10%として20g)と回答があった。		医師がオーダーリングの入力をする際、散剤の換算ミスが発生することがあるため、分量に疑問がある場合は必ず確認する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名サワシリン細粒10%	年齢・体重換算の結果から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
97	耳鼻科に風邪で受診した小児患者に、「クラバモックス小児用配合ドライシロップ 3.03g/分2朝夕食前、5日分、ビオフェルミン配合散2g/分2朝夕食前、5日分」が処方された。クラバモックス小児用配合ドライシロップはペニシリン系抗生剤であり、ビオフェルミン配合散には適応がなく、ビオフェルミンR散が適していると考えられたため、医師に疑義照会をしたところ、ビオフェルミン配合散がビオフェルミンR散に変更となった。	ビオフェルミン配合散には、ペニシリン系抗生剤投与時の腸内菌叢の異常による諸症状の改善という適応がなかったため。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ビオフェルミン配合散 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミンR散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
98	内科に受診した患者が、いつもの薬が処方された処方箋を持って来局した。通常は一包化調剤が必要な患者であったが、今回は処方箋に一包化調剤の指示がなかった。そこで医師に疑義照会したところ、一包化調剤する旨の回答があったため、一包化調剤した。	処方箋に一包化の指示が記載されていないかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が一包化指示を記載し忘れていた	処方された医薬品 販売名アマリール3mg錠 販売名アクトス錠15 販売名スターシス錠90mg 販売名ダイアート錠30mg 変更になった医薬品 販売名アマリール3mg錠 販売名アクトス錠15 販売名スターシス錠90mg 販売名ダイアート錠30mg	薬歴等から
99	内科に受診した患者に「エキザルベ5g」が処方されていたが、用法の記載がなかったため調剤することが出来なかった。そこで医師に疑義照会をしたところ、「エキザルベ5g、背中」と回答があった。	医師が用法の記載を忘れたため。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他用法記載忘れ	処方された医薬品 販売名エキザルベ 変更になった医薬品 販売名エキザルベ	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
100	耳鼻科に慢性副鼻腔炎で受診した患者に「アレジオテック錠20、1錠/分1寝る前」が処方された。処方日数の記載がなかったため調剤することが出来なかった。そこで疑義照会をしたところ、7日分をお願いしますと回答があり調剤した。	処方日数の記載がなかったため。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他処方日数の記載忘れ	処方された医薬品 販売名アレジオテック錠20 変更になった医薬品 販売名アレジオテック錠20	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
101	耳鼻科に受診した患者に「アスタット外用液1%10mL、1日2回朝夕、1回3滴点耳」が処方された。アスタット外用液1%は添付文書の効能・効果に、「下記の皮膚真菌症の治療、白癬:足白癬、体部白癬、股部白癬、カンジダ症:間擦疹、指間びらん症、爪囲炎」、用法用量に「1日1回患部に塗布する。」と記載されていた。製造販売業者に問い合わせたところ、外耳道真菌症で使われる場合があると回答があった。そのことを踏まえて医師に疑義照会したところ、「適応症は外耳道真菌症である。」と回答があり、薬の変更はなかった。疑義照会を行った内容をレセプトコンピュータにコメント入力して調剤を行った。	医師が適応外処方を行った。	処方鑑査を徹底する。	その他適応外処方	処方された医薬品 販売名アスタット外用液1% 変更になった医薬品 販売名アスタット外用液1%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
102	内科に受診し、いつもの薬を取りに処方箋を持ってきた患者から、「喉が痛いためうがい薬が欲しかったが、薬は出ていないのか。医師は出さずと言っていた。」と申し出があった。医師に疑義照会をしたところ、「ポピロンガーグル7%30mL、1日3回」が追加になった。	医師が処方薬を処方箋に記載し忘れた。	患者の申し出についても疑義照会する。	患者側	処方された医薬品 販売名ポピロンガーグル7% 変更になった医薬品 販売名ポピロンガーグル7%	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
103	耳鼻科を受診した小児患者に「クラリスドライシロップ10%小児用」が処方されていた。当該患者は以前にクラリスドライシロップ10%小児用を服用した際に嘔吐したことがあることが薬歴に記載されていた。患者の母親に確認した後、医師に疑義照会をしたところ「ゼフゾン細粒小児用10%1g/分3毎食後、5日分」に変更となった。	患者は以前、クラリスドライシロップ10%小児用で嘔吐したことがあった。	処方鑑査を徹底する。	患者側	処方された医薬品 販売名クラリスドライシロップ10%小児用 変更になった医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%	薬歴等から
104	脳外科を受診した患者が、いつもの薬が処方された処方箋を持って来局した。通常は一包化調剤を行っている患者であったが、今回の処方箋には一包化指示の記載がなかった。患者のコンプライアンス維持のため一包化調剤することが必要であると考え、医師に疑義照会をしたところ、一包化する旨の指示があり、一包化調剤した。	処方箋に一包化調剤の指示が記載されていなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他曰包化指示忘れ	処方された医薬品 販売名バファリン配合錠A81 販売名ニフェジピンCR錠20mg「NT」 販売名ホルダゾール錠50 販売名ガスイサン錠20 販売名ニューロタン錠50mg 変更になった医薬品 販売名バファリン配合錠A81 販売名ニフェジピンCR錠20mg「NT」 販売名ホルダゾール錠50 販売名ガスイサン錠20 販売名ニューロタン錠50mg	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
105	耳鼻科に受診した患者からインタビュー中、「いつもの点鼻薬が出ていない。」と申し出があった。薬歴を確認したところ、コルタイジン点鼻液の処方履歴があった。そこで医師に疑義照会をしたところ、「コルタイジン点鼻液45mL、1日3回」が追加になった。	医師が処方すべき薬を処方していなかった。	患者の申し出をしっかりと聞き、必要な医薬品を適正に供給する。	患者側	処方された医薬品 販売名コルタイジン点鼻液 変更になった医薬品 販売名コルタイジン点鼻液	患者の申し出から
106	「クラビット錠500mg1錠朝食後、5日分」で処方されていた。腎機能の状態によってクラビット錠500mgを減量する必要があると考え、疑義照会したところ、クレアチニンクリアランスの数値を確認し、「クラビット錠500mg2錠(1日目1錠、3日目0.5錠、5日目0.5錠)、5日間」に変更となった。	当該処方箋は内科からであったが、患者は同病院の泌尿器科にも受診していた。		その他病院側の患者の状態の把握不足	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg 変更になった医薬品 販売名クラビット錠500mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
107	エバステルOD錠10mg2錠/分2で処方されていた。当該薬は通常1錠/分1で処方されることが多いため医師に疑義照会したところ、タリオンOD錠10mgの間違いであると回答があった。			その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名エバステルOD錠10mg 変更になった医薬品 販売名タリオンOD錠10mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
108	A医院からB医院に転院した患者であった。A医院では「アーチスト錠2.5mg4錠/分2」で処方されていたが、今回B医院から「アーチスト錠2.5mg1錠/分1」で処方されていた。患者に確認したところ「何も聞いていない。」とのことだったため医師に疑義照会したところ、「アーチスト錠2.5mg4錠/分2」の間違いであると回答があり調剤した。			その他病院側の確認ミス	処方された医薬品 販売名アーチスト錠2.5mg	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
109	女性患者が処方せんを持参し来局した。久しぶりの来局だったため、保険証を確認するため、医療事務員が保険者番号と患者氏名を照合した。その際、保険証の生年月日と処方せんの生年月日が異なっていたため、そのことを薬剤師に報告した。同姓同名であったが漢字が異なっている別の患者の処方せんであった。そこで薬剤師が医療機関に疑義照会したところ、カルテを間違えていたことが判明した。正しい処方せんを受け取った後、調剤を行った。			判断を誤った 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 販売名セフジニル錠100mg「サワイ」 販売名シーサール錠15mg 販売名メチスタ錠250mg 販売名ブルフェン錠200mg 変更になった医薬品 販売名セフジニル錠100mg「サワイ」 販売名シーサール錠15mg 販売名メチスタ錠250mg 販売名ブルフェン錠200mg	その他
110	いつも一包化調剤をしている患者が、処方箋を持って来局した。いつもの薬だったが、医師による一包化調剤の指示が処方箋に記載されていなかった。当該患者は薬を服用する際に一包化することが必要な患者であったため、医師に疑義照会したところ、一包化調剤をする旨の回答があり、調剤を行った。	医師が処方箋に一包化調剤の指示を記載していなかったため。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他曰包化指示忘れ	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名セロクラール錠20mg 販売名ラシックス錠20mg 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名セロクラール錠20mg 販売名ラシックス錠20mg	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
111	風邪で受診した患者に、「クラリス錠200、2錠／分2朝夕食後、3日分、 Bioフェルミン錠剤3錠／分3毎食後、3日分」が処方された。マクロライド系抗生剤であるクラリス錠200にはBioフェルミンR錠が適していると考えられるため、医師に疑義照会したところ、Bioフェルミン錠剤からBioフェルミンR錠に変更になった。	マクロライド系抗生剤投与時の腸内菌叢の異常による諸症状の改善に対して、BioフェルミンR錠が適応薬であった。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 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Bioフェルミン錠剤 変更になった医薬品 販売名BioフェルミンR錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
112	筋肉の強張りがあるために整形外科に受診した患者に「ボルタレンテープ15mg、28枚」が処方された。用法が記載されていなかったため、調剤することが出来なかった。そこで医師に疑義照会したところ、「ボルタレンテープ15mg、腰、28枚」と回答があり調剤した。	用法の記載がなかったため。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他用法記載忘れ	処方された医薬品 販売名ボルタレンテープ15mg 変更になった医薬品 販売名ボルタレンテープ15mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
113	内科に気管支喘息で受診した患者に「アドエア250ディスカス60吸入用、1日2回、1回1吸入」が処方されていた。アドエア250ディスカス60吸入用の個数の記載がないため、調剤することが出来なかった。よって医師に疑義照会したところ、1キットでお願いしますと回答があり調剤した。	医師が処方薬の数量を記載していなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他数量記載忘れ	処方された医薬品 販売名アドエア250ディスカス60吸入用 変更になった医薬品 販売名アドエア250ディスカス60吸入用	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
114	いつもの薬を取りに来た患者からインタビュー中、「処方して欲しかった安定剤が出ていない。」と申し出があった。話を聞くと前回受診時、安定剤のコンプライアンスが悪かったために残薬があり、前回の処方では安定剤を断っていた。今回は手持ちの安定剤がなくなったために処方して欲しかったが、医師に言うことを忘れてしまったとのことであった。薬歴を確認したところ、イソクリン糖衣錠5が処方履歴にあったため、患者に確認した後、医師に疑義照会したところ、「イソクリン糖衣錠5、3錠/分3毎食後、14日分」が追加になった。	患者が必要な処方薬を医師に申し出ていなかった。	患者インタビューを徹底し、疑義照会を行う。	勤務状況が繁忙だ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 販売名イソクリン糖衣錠5 変更になった医薬品 販売名イソクリン糖衣錠5	患者の申し出から
115	アンカロン錠100を服用中の患者が呼吸器感染の症状があったため、臨時で処方医に受診した。その際にアンカロン錠100の禁忌薬であるアベロックス錠400mgが処方されていたため疑義照会したところ、アベロックス錠400mgがフロモックス錠100mgに変更となった。	医師の知識不足であった。		知識が不足していた	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 販売名フロモックス錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
116	体重20kgの小児患者にセフゾン細粒小児用10%が3.6g/日(力価として360mg/日)で処方された。セフゾン細粒小児用10%の用法、用量は9~18mg/kg/日であるため、18mg/kg×20kg=360mg(力価)となるが、成人量は300mg(力価)/日であった。そこで医師に成人量を超えていることを説明し、3.6g/日で良いか疑義照会したところ、3g(力価として300mg/日)に変更となった。	小児用の薬剤は添付文書に上限の量が記載されていない場合があった。そのため単純に体重換算の計算を行うと成人量を超えてしまう場合があった。	処方医に対して小児用の薬剤は単純に体重換算の計算を行うと成人量を超える場合があることを説明する。小児用量だけでなく、成人量も理解した上で調剤することを再度確認する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%	年齢・体重換算の結果から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
117	体重32kgの小児患者にセフゾン細粒小児用10%が320mg(力価)で処方されていた。体重換算としては処方量は正しかったが、成人量を超えた分量となっていたため医師に疑義照会したところ、セフゾン細粒小児用10%は300mg(力価)に変更となった。	症状によっては適宜増減が認められているので問題ないと思われたが、処方医が泌尿器科の医師であり、小児用量に精通していない可能性があったため。	処方医の診療科を確認する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%	年齢・体重換算の結果から
118	同じ医療機関の別の診療科からクラリチン錠10mgが28日分で処方されていたにもかかわらず、今回、ジルテック錠10が処方されていた。薬歴で同効薬の重複を確認したため疑義照会を行ったところ、ジルテック錠10は薬剤削除となった。	医師は当該患者にクラリチン錠10mgが処方されていたことを把握していなかった。当該医療機関は電子カルテになっていたが、同効薬の重複を見過ごしていたことが要因であった。	お薬手帳や電子薬歴を用いて同効薬の重複投与を確認する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ジルテック錠10	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
119	<p>風邪で受診した患者に「カロナール錠300、2錠／分2朝夕食後、4日分、クラリス錠200、2錠／分2朝夕食後、4日分」が処方されていた。患者は同病院の循環器科で「ワーファリン錠1mg2.75錠／分1夕食後」が処方され、服用中であった。ワーファリンはクラリス錠200と併用することでPT-INR値の変動リスクが大きいため、併用を避けるべきと考えた。また患者は別の医療機関にリウマチで受診しており、「インフリーSカプセル200mg2カプセル／分2朝夕食後」を常時服用していたため、カロナール錠300と薬効が重複していた。そこで医師に疑義照会したところ、「クラリス錠200、2錠／分2朝夕食後、4日分」は「フロモックス錠100mg3錠／分3毎食後、4日分」に変更、カロナール錠300は薬剤削除になり、「ムコダイン錠250mg3錠／分3毎食後、4日分」が薬剤追加になった。</p>	<p>相互作用と薬効重複があった。</p>	<p>処方鑑査を徹底する。</p>	<p>知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった その他相互作用、薬効重複</p>	<p>処方された医薬品 販売名クラリス錠200</p> <p>販売名カロナール錠300</p> <p>変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg</p> <p>販売名ムコダイン錠250mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</p>
120	<p>風邪で受診した患者から、「カロナール錠300、2錠／分2朝夕食後、3日分、ムコスタ錠100、2錠／分2朝夕食後、3日分」の処方箋を応募した。インタビュー中、患者から「今日は下痢であるため、下痢止めがほしかった。」との申し出があった。処方箋には下痢止めの薬はなかった。OTC薬を勧めたが医師が処方する薬を希望したため、医師に疑義照会した。医師から「ビオフェルミン錠剤3錠／分3毎食後、3日分」を追加すると回答があり調剤した。</p>	<p>患者に下痢の症状があった。処方箋に下痢に関する薬が記載されていない。患者がOTC薬を好まなかった。</p>	<p>患者の症状を聞き取り、適切な薬物療法が行われているかチェックする。</p>	<p>勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が必要な薬を処方していなかった。</p>	<p>処方された医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤</p> <p>変更になった医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤</p>	<p>患者の申し出から</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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
121	メサデルム軟膏0.1%を10gで処方すると思われるところ、メサデルム軟膏0.1%1gで処方されていた。医師に疑義照会したところ、メサデルム軟膏0.1%10gに変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メサデルム軟膏 0.1%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
122	アドナ錠30mgを処方するところ、アドナ散10%が処方されていた。医師に疑義照会したところ、アドナ錠30mgに変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名アドナ散10% 変更になった医薬品 販売名アドナ錠30mg	その他
123	ワルファリンカリウム錠1mg「HD」が処方されていなかったため疑義照会したところ、薬剤追加となった。	医療機関のスタッフがワルファリンカリウム錠1mg「HD」を入力することを忘れていた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ワルファリンカリウム錠1mg「HD」 変更になった医薬品 販売名ワルファリンカリウム錠1mg「HD」	その他
124	チラーヂンS錠50、4錠のところ、チラーヂンS錠50、3錠で処方されていた。疑義照会を行ったところ、チラーヂンS錠50、4錠に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名チラーヂンS錠50	その他
125	インフルエンザの患者にボルタレンサポ12.5mgが処方されていたため疑義照会したところ、カロナールシロップ2%に変更となった。			判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ボルタレンサポ12.5mg 変更になった医薬品 販売名カロナールシロップ2%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果	
126	いつもの処方を取りに来た患者に「ペオン錠80、1回1錠、3回分、疼痛時」が処方されていた。患者はペオン錠80の残薬があるとことであつたため、医師に疑義照会したところ、薬剤削除となった。	残薬があつたため。		患者の申し出をよく聞き、無駄な薬が処方されなくなるよう疑義照会する。	その他不コンプライアンス 患者側	処方された医薬品 販売名ペオン錠80	患者の申し出から
127	耳鼻科に受診した患者に「メチスタ錠500mg3錠/分2朝夕食後、7日分、塩化リゾチーム錠30「タケシマ」6錠/分2朝夕食後、7日分」が処方された。当該薬は1日3回分服の薬剤であるため、医師に疑義照会したところ、「メチスタ錠500mg3錠/分3毎食後、7日分、塩化リゾチーム錠30mg「タケシマ」6錠/分3毎食後、7日分」に変更となった。	医師が誤った用法で処方したため。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあつた その他医師による用法間違い	処方された医薬品 販売名メチスタ錠500mg 販売名塩化リゾチーム錠30「タケシマ」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)	
128	耳鼻科にアレルギー性鼻炎で受診した患者に「アレジオテック錠20、寝る前、28日分」が処方された。1日量の記載がなかつたため、調剤することが出来なかつた。そこで医師に疑義照会したところ、「アレジオテック錠20、1錠、寝る前、28日分」と回答があり調剤した。	1日量の記載がなかつた。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあつた その他日量記載忘れ	処方された医薬品 販売名アレジオテック錠20 変更になった医薬品 販売名アレジオテック錠20	処方箋の書き方等から(誤記を含む)	
129	当該患者にユニシア配合錠HD、1錠が処方されていた。前回の処方では、プロプレス錠8、1錠、アムロジピン錠2.5mg「サワイ」1錠だったため、ユニシア配合錠LDの間違いではないかと考えた。そこで医師に疑義照会したところ、ユニシア配合錠HDではなく、ユニシア配合錠LDであるとの回答があつた。	医療機関のスタッフは、ユニシア配合錠LDとユニシア配合錠HDの使用経験が少なかつた。		教育・訓練	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	薬歴等から	

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
130	耳鼻科に花粉症で受診した小児患者に「セチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」1錠／分1寝る前、4日分」が処方された。インタビュー中、患者の母親から、「4日分なのですか。先生は2、3週間出しておきますと言っていた。」との申し出があった。そこで医師に疑義照会したところ、「セチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」1錠／分1寝る前、14日分」に用量変更となった。	医師が処方日数の記載を誤った。	患者の申し出を聞き取って疑義照会を行うことで、患者のための医療を行う。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が処方日数を誤って記載	処方された医薬品 販売名セチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」	患者の申し出から
131	高血圧で病院に受診した患者の処方箋を患者家族が持って来局した。いつもは一包化調剤していた患者であった。処方鑑査をしていた際、一包化調剤の指示がないことに気づいた。患者家族に確認したところ、「一包化してくれたほうが助かる。」と回答があった。そこで処方医に疑義照会したところ、一包化調剤する旨の回答があり調剤した。	医師が処方箋に一包化の指示を書き忘れた。	処方鑑査を徹底し、患者のコンプライアンス向上につながるよう努める。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が一包化指示を書き忘れた	処方された医薬品 販売名アーチスト錠10mg 販売名エースコール錠2mg 販売名アムロジピン錠5mg「TYK」 販売名アムロジピン錠2.5mg「TYK」 変更になった医薬品 販売名アーチスト錠10mg 販売名エースコール錠2mg 販売名アムロジピン錠5mg「TYK」 販売名アムロジピン錠2.5mg「TYK」	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
132	爪白癬である患者に「イトリゾールカプセル50、8カプセル、7日分」が処方されていた。患者に併用薬を確認したところ、お薬手帳の持参もなく、はっきりとしたことが分からなかった。そこで併用薬を処方している医療機関に電話して確認したところ、併用薬にプラザキサカプセル75mg 4カプセルがあることが判明した。プラザキサカプセル75mgとイトリゾールカプセル50は併用禁忌であるため、処方医へ疑義照会したところ、ラミシール錠125mgへ変更となった。	医療機関において他科受診、併用薬の確認に不備があった。お薬手帳を使用していなかった。	患者へお薬手帳の利用をすすめた。お薬手帳を作成し、プラザキサカプセル75mg服用中はイトリゾールカプセル50は併用禁忌である旨を赤字で大きく記載して渡した。別の診療科に受診する際は、必ずお薬手帳を医師や薬剤師に見せるよう指導した。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名イトリゾールカプセル50 変更になった医薬品 販売名ラミシール錠125mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
133	患者にアレビアチン散10%が処方されていた。患者の家族に症状を聞いたところ、下痢との回答があった。そこで医師に疑義照会したところ、アレビアチン散10%がアドソルビン原末に変更となった。	医師が処方を間違えた。	少しでも処方内容に疑義が生じた場合は、疑義照会を行う。	勤務状況が繁忙だった その他思い込み	処方された医薬品 販売名アレビアチン散10% 変更になった医薬品 販売名アドソルビン原末	患者の症状等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
134	患者は39日前にかかりつけ医からビタミンB12製剤が処方された。その際患者は「専門医を紹介され、脳のMRI検査を受けたが異常はなかった。一応、様子を見ていくと医師に言われた。」と言っていた。28日前に患者から「物が二重に見える(複視)から脳検査を行った。」と申し出があった。14日前に患者から「回復しているように感じるがまだ悪い。」と申し出があった。今回、患者がいまだ複視を訴えていたため併用薬を確認した。その際に当該患者が服用しているラニラピッド錠の副作用に「複視」があることに気づいたため医師に疑義照会したところ、「ジゴキシンの血中濃度が僅かに高いため減量する」と回答があり、ラニラピッド錠0.1mgからラニラピッド錠0.05mgに変更となった。14日後、複視はなくなったと本人から報告があった。	ラニラピッド錠は長期服用中であったため、副作用が出ると考えていなかった。ラニラピッド錠の副作用に「複視」があることを知らなかった。患者から脳のMRI検査と聞いたことで器質的な障害による症状と思い込んでしまった。	長期服用中の薬であっても、副作用を1つずつ患者に確認することにした。別の診療科の専門医へ紹介などが行われた際は、可能な限り詳細を患者から聴き取る、場合によっては医師に確認を行い、薬歴に記載することにした。	報告が遅れた(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 販売名ラニラピッド錠0.1mg 変更になった医薬品 販売名ラニラピッド錠0.05mg	患者の症状等から
135	内科に受診した患者に「アクトス錠15、1錠/分1夕食後、28日分、プロプレス錠4、1錠/分1夕食後、28日分」が処方された。インタビュー中、患者はコンプライアンスが悪いことが判明し、7日分の薬が余っていると申し出があった。次回の受診日は28日後であったため、処方薬は21日分で足りると判断したため医師に疑義照会したところ、医師から21日分に変更する旨の回答があった。	患者のコンプライアンスが悪かったため。	残薬のチェックを積極的に行う。	患者側	処方された医薬品 販売名アクトス錠15 販売名プロプレス錠4	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
136	整形外科を受診した患者に「ボルタレンゲル1%、25g×2本」が処方されていた。用法が記載されていなかったため、調剤すること出来なかった。そこで医師に疑義照会したところ、「ボルタレンゲル1%、25g×2本、痛いところ、膝など」と回答があり調剤した。	医師が外用薬の用法を処方箋に記載していなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が用法を記載していなかった。	処方された医薬品 販売名ボルタレンゲル 1% 変更になった医薬品 販売名ボルタレンゲル 1%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
137	皮膚科を受診した小児患者に「ジルテックドライシロップ1.25%0.4g、分1夕食後、7日分」が処方された。当該患者は5歳7ヶ月であり、2歳～6歳の場合はジルテックドライシロップ1.25%の用法用量が「1回0.2g、1日2回」であった。患者の年齢から考えると、用法が分2朝夕食後と書くところが分1夕食後で書き間違えたのではないのかと考え、医師に疑義照会したところ、変更ないと回答があり、そのまま調剤した。	添付文書と異なる用法、用量であった。処方意図は分からなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師による用法記載間違い	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% 変更になった医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果	
138	患者から「車を運転して出かけた時に、帰る頃になって自宅がどこか思い出せなくなった。」と申し出があった。医師にはその話をしなかったとのことであったため、調剤を中断して今まで服用していた薬の確認を行った。その際、リリカカプセル75mgの添付文書の副作用に「記憶障害」の記載があることが分かった。そこで医師に疑義照会したところ、リリカカプセル75mgは処方削除となった。	コンプライアンス不良な患者であったため、一包化調剤を行っていた。リリカカプセル75mgが処方された際に「突然睡眠の副作用があるので、車の運転を避けるように」と指導していたが、患者本人は「服用してしばらくの間だけ運転に注意すれば良い。」と自己判断し、一包化調剤している中からリリカカプセル75mgを取り出して、服用せずに運転していたことが判明した。さまざまな副作用があるため注意するように説明していたが、具体的な副作用を説明していなかったため、患者が医師に話をせず、同じ処方内容となってしまった。さまざまな副作用があることを、もっと丁寧に説明すべきだった。		副作用がある薬については、最低でも5、6例の副作用を挙げて説明する。	患者への説明が不十分であった(怠った) 技術・手技が未熟だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg	患者の症状等から
139	外科に受診した患者に「ロキソニンテープ7枚、腰部、1日1枚」が処方された。ロキソニンテープにはロキソニンテープ50mg、ロキソニンテープ100mgの規格が存在し、どちらか不明であったため調剤することが出来なかった。そこで医師に疑義照会をしたところ、「ロキソニンテープ50mg7枚、腰部、1日1枚」と回答があり、ロキソニンテープ50mgで調剤した。	処方薬の規格を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ 変更になった医薬品 販売名ロキソニンテープ50mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)	

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
140	患者は前回、「ワーファリン錠1mg2錠」で処方されていたが、今回、当該患者から「ワーファリン錠1mg2錠、ワーファリン錠5mg0.5錠」に増量となった処方箋を応需した。ワーファリンの量が「2mg」から「4.5mg」に増量となっていたが、ワーファリンの増量が多いと考えたため医師に疑義照会したところ、「ワーファリン錠1mg2錠、ワーファリン錠5mg0.5錠」から「ワーファリン錠1mg2錠、ワーファリン錠0.5mg0.5錠」に処方変更となった。	ワーファリン錠0.5mg、ワーファリン錠1mg、ワーファリン錠5mgを採用していたため、入力を間違える可能性があった。	ワーファリンを投薬する際は、前回の処方量との比較を義務づけ、増減となった量や1日量を確認して投薬する。	コンピュータシステム 医薬品	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0.5mg	薬歴等から
141	耳鼻科に受診した患者に「エバスタチンOD錠10mg「サワイ」1錠／分1寝る前、14日分」が処方された。当該患者は鼻炎と耳鳴りの2つの疾患があった。インタビュー中、患者から「今日は耳鳴りの薬をもらいに来た。」と申し出があった。そのため処方薬に疑義が生じたため、処方医に疑義照会したところ、医師は処方間違いであったと認め、処方箋を「ストミンA配合錠6錠／分3毎食後、14日分」に変更となった。	患者が鼻炎の薬と耳鳴りの薬を交互にもらいに来ていたため、医師は処方間違いであったと認め、処方箋を「ストミンA配合錠6錠／分3毎食後、14日分」に変更となった。	患者インタビュー時に、聞き取りをしっかりと行い、適切な薬が使用されているかモニタリングする。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他処方ミス	処方された医薬品 販売名エバスタチンOD錠10mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名ストミンA配合錠	患者の申し出から
142	耳鼻科に受診した患者に「ロキソニン錠60mg、3錠／分3毎食後、5日分」を含む処方箋が発行された。当該患者は以前、ロキソニン錠60mgでアレルギーを起こしたことがあったため、医師に疑義照会したところ、「カロナール錠200、2錠／回 5回分、痛い時」に薬剤変更になった。	患者は以前、ロキソニン錠60mgでアレルギーを起こしたことがあった。	患者からアレルギー等の情報を積極的に収集する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他患者にアレルギー歴があった	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 販売名カロナール錠200	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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
143	アレグラ錠60mgが処方されていた。当該患者はアレロック錠5を服用中であったため、薬効が重複していた。そこで、医師に疑義照会したところ、ゼスラン錠3mgに薬剤変更となった。			連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 患者側 仕組み	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg 変更になった医薬品 販売名ゼスラン錠3mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
144	定期処方でガスターD錠20mg2錠が処方されている患者に、同一医療機関の別の診療科からロキソニン錠60mgが処方された。聞き取りを行ったところ、患者は十二指腸潰瘍であったが、医師はコンピュータ画面で情報を確認した上で、ロキソニン錠60mgを処方したとのことであった。ロキソニン錠60mgは消化性潰瘍である患者には禁忌であるため、医師に疑義照会したところ、「患者が飲めると言ったので処方したが、十二指腸潰瘍であるならロキソニン錠60mgは中止する。」との回答があり、ロキソニン錠60mgは薬剤削除となった。	患者は痛み止めであるロキソニン錠60mgが十二指腸潰瘍を悪化させることを知らなかった。医師は鎮痛剤が飲めるなら、ロキソニン錠60mgは大丈夫であると考えてしまった。医師の患者情報の聞き取り不足、説明不足により発生した。	十二指腸潰瘍を悪化させる薬があることを普段から患者に説明する。処方せんの内容に疑義がある時は、疑義照会を行う。	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 販売名ロキソニン錠60mg	患者の症状等から
145	整形外科に足の痛みで受診している患者にモーラステープL40mgが処方されていたが、用法が記載されていなかったため、調剤することが出来なかった。薬歴には、前回処方として「足に貼付」とあったため、そのことを踏まえて医師に疑義照会したところ、「足に貼付」でお願いしますと回答があり、調剤した。	医師が用法の記載を怠っていたため。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった その他医師による用法記載忘れ	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 販売名モーラステープL40mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
146	内科に徐脈で受診している患者に「ツロブテロールテープ1mg「HMT」10枚、1日1回1枚貼る」が処方された。ツロブテロールテープ1mg「HMT」はβ2作動薬で、通常、気管支喘息などの気道閉塞性障害に基づく呼吸困難などの諸症状の緩解に用いられる。インタビュー時、患者は「咳など一切していないし、医師に心臓の薬を出しておくと言われた。」と言っていた。徐脈で受診している患者であるため、β2作動薬の頻脈の副作用を利用した処方の可能性が高いと考えられたが、処方の間違いである可能性も考えられたため、医師に処方意図も含め疑義照会したところ、頻脈の副作用を期待し、ツロブテロールテープ1mg「HMT」を処方したと回答があった。レセプトにも適応外処方である旨を入力し、患者に説明、投薬した。	医師による適応外処方であった。医師が患者に適応外処方の詳しい説明を行っていなかった。	処方鑑査、疑義照会を徹底する。	その他適応外処方	処方された医薬品 販売名ツロブテロールテープ1mg「HMT」 変更になった医薬品 販売名ツロブテロールテープ1mg「HMT」	患者の症状等から
147	耳鼻科に風邪で受診した患者の処方に「ジルテックドライシロップ1.25%、0.4g/分2朝夕食後、5日分」が含まれていた。9日前に同病院の皮膚科から「ジルテックドライシロップ1.25%、0.4g/分2朝夕食後、14日分」が処方されており、まだ5日分残っていた。ジルテックドライシロップ1.25%が重複していたため、医師に疑義照会したところ、耳鼻科から処方された「ジルテックドライシロップ1.25%、0.4g/分2朝夕食後、5日分」が薬剤削除になった。	ジルテックドライシロップ1.25%が重複して処方されていた。	処方鑑査を徹底し、積極的に疑義照会を行う。	その他重複投与があった。 患者側	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%	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
148	耳鼻科に風邪で受診した小児患者に「ホクナリンテープ4枚、背中に1日1枚」が処方された。ホクナリンテープの規格が記載されていなかったため、調剤することが出来なかった。ホクナリンテープには0.5mg、1mg、2mgの規格があり、この患者は3歳未満のため、ホクナリンテープ0.5mgが適当であると考えられた。そこで医師に疑義照会したところ、「ホクナリンテープ0.5mg4枚、背中に1日1枚」と回答があった	医師が処方箋に処方薬の規格を記載してなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった その他規格の記載忘れ	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ 0.5mg 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ 0.5mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
149	ジェニナック錠200mgは通常、「1日1回、1回2錠」で処方のところ、「1日2回」で処方されていた。疑義照会を行ったところ、用法変更となった。	1日2錠であったため、1日2回と思い込んだ可能性がある。	疑義照会を必ず行う。	確認を怠った その他思い違いなどの可能性、背景は不明	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
150	当該患者には、テルネリン錠1mgが別の医療機関で処方されていたが、今回、同じ薬が処方されていた。疑義照会したところ、薬剤削除となった。	患者が別の医療機関に受診していること、服用中の薬があることをその都度、医師に伝えていなかった。また医師も問診で確認していなかった。	お薬手帳をしっかりと活用し、チェック機能を高める。	確認を怠った 患者側	処方された医薬品 販売名テルネリン錠1mg	薬歴等から
151	セルベックス細粒10%が3g/日で処方されていた。疑義照会したところ、分量変更となった。			確認を怠った その他処方ミスの可能性	処方された医薬品 販売名セルベックス細粒10%	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
152	同一処方せん内にノボラピッド注ペンフィルとノボラピッド注フレックスペンの処方があったために疑義照会したところ、ノボラピッド注フレックスペンはノボラピッド30ミックス注フレックスペンの間違いであることが分かり、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンに薬剤変更となった。			確認を怠った その他値しかったと思われるが背景は不明	処方された医薬品 販売名ノボラピッド注ペンフィル 変更になった医薬品 販売名ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
153	プロペトを30gで処方するところ、処方せんに3gと入力されていた。疑義照会を行ったところ、用量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名プロペト	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
154	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)を9gで処方するところ、処方せんに7.5gと記載されていた。疑義照会を行ったところ、分量変更となった。			確認を怠った	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)	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
155	レスタミンコーワクリーム1%を20gで処方するところ、処方せんに2gと記載されていた。疑義照会をしたところ、用量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名レスタミンコーワクリーム1%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
156	はじめて慢性疼痛で薬を使うとのことだったため、患者からオピオイド鎮痛剤の使用状況の聞き取りを行った。その際、患者は今まで全く使用したことがなかったため、医師に疑義照会したところ、主治医はデュロテップMTパッチ2.1mgを慢性疼痛に使う場合、オピオイド鎮痛剤から切り替えることや医師は製造販売業者の提供する講習を受講すること、患者から確認書を取ることを知らずに処方していることが分かった。その後、デュロテップMTパッチ2.1mgがオキシコンチン錠5mgに変更となった。		MRによる説明を依頼した。	連携ができていなかった 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名デュロテップMTパッチ2.1mg 変更になった医薬品 販売名オキシコンチン錠5mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
157	患者の家族が小児科で処方された処方せんを持って来局した際、「ナウゼリン坐剤60、1回1/2本」が処方されていた。添付文書には、通常3歳未満は10mg/回と記載されていた。また「ナウゼリン坐剤」にはナウゼリン坐剤60、ナウゼリン坐剤30とナウゼリン坐剤10と複数の規格が存在していた。そこで、小児科の医師に疑義照会したところ、「ナウゼリン坐剤30、1回1/2本」に変更となった。	当該医療機関では今まで「ナウゼリン坐剤60」が処方されたことがなかったため、間違いに気づき、疑義照会をするにつなげた。ナウゼリン坐剤の用法用量や規格が複数存在することを知らなかった場合、疑義照会をせずに処方されていた通りに調剤していた可能性があった。	薬局内にある「規格が複数存在する薬剤のリスト」に、ナウゼリン坐剤を追加する。	医薬品	処方された医薬品 販売名ナウゼリン坐剤60 変更になった医薬品 販売名ナウゼリン坐剤30	年齢・体重換算の結果から
158	患者は卵白アレルギーがあったが、今回、卵白アレルギーのある患者に禁忌であるエンリゾシロップ0.5%「タツミ」が処方されていたため、医師に疑義照会したところ、エンリゾシロップ0.5%「タツミ」が薬剤削除となった。		処方元の医療機関に事例を報告する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名エンリゾシロップ0.5%「タツミ」	その他
159	投薬時に、当該患者に併用薬の聞き取りをしたところ、当該患者はお薬手帳のほかに薬剤情報提供文書を提示した。そこで、薬剤情報提供文書に記載されている併用薬を確認したところ、別の医療機関から「クラリス錠200、2錠/分2朝夕食後」が処方され服用していることが分かった。よって医師に疑義照会したところ、「フロモックス錠100mg」が薬剤削除となった。	当該患者は、お薬手帳などの併用薬の情報を医師に提示していなかった。調剤時に併用薬の確認を怠ってしまった。	処方せんを応需する際は、患者にお薬手帳に記載されているもの以外にも薬を服用しているか確認する。服用している薬がある場合は、医師に併用薬があることを伝え、お薬手帳に服用している薬を記入するよう患者に指導する。	確認を怠った 連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
160	耳鼻科に受診した患者に、「ザジテン点鼻液0.05%、2本、目のかゆい時」が処方された。用法からザジテン点眼液0.05%の間違いではないかと考えた。また薬歴から当該患者は以前、ザジテン点鼻液0.05%とザジテン点眼液0.05%の両方を使用していた。そこで医師に疑義照会したところ、処方せんを「ザジテン点鼻液0.05%、2本、1日2回」で記載するところ、用法を誤って「ザジテン点鼻液0.05%、2本、目のかゆい時」で記載してしまったと回答があった。	医師が用法の記載を誤った。	処方せん鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他用法記載間違い	処方された医薬品 販売名ザジテン点鼻液 0.05%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
161	耳鼻科に受診した患者に抗アレルギー剤が処方された。インタビュー中、患者から「鼻づまりがあるため、鼻づまりの薬がほしい。」と申し出があったため、医師に疑義照会したところ、「コルタイジン点鼻液、15mL、1日2回、鼻づまり時」が追加となった。	患者が医師に鼻づまりの症状があることを話していなかった。	患者からの聞き取りをしっかりと行い、患者に最適な薬物治療が行えるように支援する。	患者側	処方された医薬品 販売名コルタイジン点鼻液 変更になった医薬品 販売名コルタイジン点鼻液	患者の申し出から
162	循環器科に受診した患者に、内服薬が35日分と、「モーラステープ20mg、21枚、足」が処方された。患者インタビュー中、「モーラステープ20mgは足に1日1枚使うため、35枚必要であり、21枚では足りない。」と申し出があったため、医師に疑義照会したところ、「モーラステープ20mg、35枚、足」に変更となった。	医師が処方量を誤ったため。	患者からの聞き取りを強化する。処方内容が適当であるか、十分に処方せん鑑査を行う。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が処方量を書き間違えた	処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
163	<p>内科から「ミカルディス錠、ノルバスク錠、プラビックス錠、オメプラール錠、メデット錠250mg、フルイトラン錠、クレストール錠、ラジレス錠150mg」が処方された。それと同時に、循環器科から「セロケンL錠120mg、メバロチン錠5、アテレック錠10、ダオニール錠2.5mg、フルイトラン錠2mg、バイアスピリン錠100mg」が処方された。内科と循環器科の処方において、フルイトラン錠、カルシウム拮抗剤、糖尿病治療薬、HMG—COA還元酵素阻害剤の重複があった。循環器科の医師に疑義照会したところ、「アテレック錠10、フルイトラン錠2mg」の処方は中止と回答があった。また、今回の循環器科からの処方内容は約3年前の処方内容に「バイアスピリン錠100mg」が追加となっているものであった。薬歴の記録では、循環器科からの処方では約3年前以降は処方されていないことが判明した。循環器科の処方医師は当病院に赴任して間もなく、本日電子カルテ(処方オーダー)に入力する際に、前回の処方内容が約3年前のもの気付かずに「バイアスピリン錠100mg」を追加して処方している可能性があった。そのため、「アテレック錠10、フルイトラン錠2mg」の中止のみでは問題の解決にはつながらないと判断し、再度循環器科の医師に、「今回の処方内容は、約3年前の処方内容であり、その処方内容にバイアスピリン錠100mgが追加処方となっている。循環器科からの処方では約3年前以降は処方されていない。」と疑義照会したところ、循環器科からの処方が「バイアスピリン錠100mg」のみに変更になった。内科からの処方は変更がなかった。</p>		<p>疑義照会の回答が薬剤師として納得のいかない場合は、その疑義が解消するまで丁寧に医師に疑義の内容を説明し、疑義照会する。薬歴の活用も患者の薬物療法を適正に行うために不可欠であるとする。医師の電子カルテ(処方オーダー)の入力方法によっては、患者にとって健康被害が生じる処方が発行される場合もあるので注意が必要である。</p>	<p>確認を怠った 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名セロケンL錠120mg 販売名メバロチン錠5 販売名アテレック錠10 販売名ダオニール錠2.5mg 販売名フルイトラン錠2mg</p>	<p>薬歴等から</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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
164	<p>腹部が張る症状の患者に、「ガスコンドロップ内用液2%、2mL/回、15回分、腹満時」が処方された。当該患者の家族が代理で来局していた。患者の家族にインタビューしたところ、「患者は液剤を服用できないため、散剤にしてほしい。」と申し出があったため、処方医に疑義照会した。疑義照会した際に、薬局側から「同成分の散剤か、あるいは錠剤を粉砕するのはどうか。」と医師に提案したところ、医師より「ガスコン錠40mg、1錠/回、15回分、腹満時、粉砕指示をお願いします。」と回答があった。ガスコンドロップ内用液2%の含量は20mg/mLであるため、ガスコンドロップ内用液2%、2mL/回(=40mg)と、ガスコン錠40mg、1錠/回(=40mg)の力価が同じであることを確認し、患者へ投薬した。</p>	<p>患者が液剤を服用することが出来なかったため。</p>	<p>患者のコンプライアンスを向上させるため、服用することが苦手な剤形を聞きとり、疑義照会を行う。</p>	<p>その他患者が液剤を飲めない患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名ガスコンドロップ内用液2%</p> <p>変更になった医薬品 販売名ガスコン錠40mg</p>	<p>患者の申し出から</p>
165	<p>同病院の循環器科と外科を、同日に受診した患者が処方せんを持って来局した。循環器科からの処方せんは35日分で処方されており、外科からの処方せんは28日分で処方されていた。患者インタビュー中、患者は外科医師に次回の受診日を「35日後にしてほしい。」と伝えていたため、外科医師に疑義照会したところ、処方日数が28日分から35日分に延長となった。</p>	<p>次回受診日がそれぞれの診療科で異なっていたため。</p>	<p>患者インタビュー時、患者の声を親身になって聞き取る。</p>	<p>その他複数の診療科の受診日が異なっていた</p>	<p>処方された医薬品 販売名ザイロリック錠100</p> <p>販売名アシノン錠75mg</p>	<p>患者の申し出から</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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
166	循環器科に受診した患者に、内服薬が複数処方され、1回1錠や1回2錠など、1回に服用する数の異なるものが処方されていた。患者は高齢であるため、飲み間違いが起こる可能性があると考え、一包化調剤の提案をしたところ、「是非、一包化調剤にしてほしい。」と回答があった。そこで、医師に疑義照会したところ、一包化調剤することとなった。	当該患者は高齢であった。内服薬が複数処方され、1回に服用する数の異なるものが複数処方されていた。	患者の服薬コンプライアンスの向上を支援する。	その他高齢のため、コンプライアンスの低下が危惧された。 患者側	処方された医薬品 販売名コニール錠4 販売名プロプレス錠4 販売名フロセミド錠20mg「NP」 販売名アルダクトンA錠25mg 変更になった医薬品 販売名コニール錠4 販売名プロプレス錠4 販売名フロセミド錠20mg「NP」 販売名アルダクトンA錠25mg	患者の症状等から
167	腹痛の症状がある患者が、「ブルフェン錠100、3錠、分3毎食後」の処方せんを持って来局した。成人男性に対して、ブルフェン錠100の用量が通常半分の以下であったため、医師に疑義照会したところ、「ブスコパン錠を処方しようとしたが、レセコンの入力を間違えてブルフェン錠100を選択してしまった。」と回答があり、ブスコパン錠に変更となった。	当該医療機関では通常、痛みの症状に「ブルフェン錠100」を処方することが多かった。今回は「ブスコパン錠」を選択するところ、誤ってレセコンの頭文字の「ブ」が同じである「ブルフェン錠100」を選択してしまったと考えられる。	医療機関側に善処してもらう。	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 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ブルフェン錠100 変更になった医薬品 販売名ブスコパン錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
168	近隣耳鼻科よりニポラジン小児用細粒0.6%が処方された。患者のお薬手帳から、皮膚科よりセルテクトドライシロップ2%、テルギンGドライシロップ0.1%が投薬され、服用期間中であることが分かった。患者に確認した後、耳鼻科医に疑義照会したところ、ニポラジン小児用細粒0.6%が薬剤削除となった。処方内容はニポラジン小児用細粒0.6%のみだったため、処方箋は破棄となった。			患者側	処方された医薬品 販売名ニポラジン小児用細粒0.6%	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
169	処方箋を受け付けた際、患者から「ユベラNソフトカプセル200mgは出ているか？」と申し出があった。薬剤師が処方箋と薬歴を確認したところ、処方箋にユベラNソフトカプセル200mgは記載されていないことが分かったため疑義照会したところ、薬剤追加となった。	患者のコンプライアンスが不良であったため、今回はユベラNソフトカプセル200mgが処方されていない。医師は前回の処方内容を引用して処方箋を発行したため、今回ユベラNソフトカプセル200mgを処方し忘れた。	医療機関側に繁忙であつても2~3回くらい前の処方内容の確認を依頼する。薬局側は患者の服薬状況を確認し、4~5回くらい前までの薬歴を確認する。	その他他治医の処方忘れ	処方された医薬品 販売名ユベラNソフトカプセル200mg 変更になった医薬品 販売名ユベラNソフトカプセル200mg	患者の申し出から
170	皮膚科に腰部の痒みで受診した患者に、「ジルテック錠10mg1錠、分1夕食後、7日分」が処方された。以前、患者はアレルギー性鼻炎で同病院の耳鼻科を受診した際、ジルテック錠10mgのジェネリック医薬品である「セチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」1錠、分1寝る前」が処方されていたが、今回、服用期間が重複していたため、皮膚科医に疑義照会したところ、「ジルテック錠10mg1錠、分1夕食後、7日分」が薬剤削除になった。	重複投与があつたため。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあつた その他重複投与のため	処方された医薬品 販売名ジルテック錠10	薬歴等から
171	耳鼻科に風邪で受診した患者に「ムコサール錠15mg6錠、分3毎食後、7日分」の処方が含まれていた。ムコサール錠15mgは、「通常、成人には1日1錠を1日3回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。」と添付文書にあり、過量投与の疑いがあつたため医師に疑義照会したところ、「ムコサール錠15mg3錠、分3毎食後、7日分」に減量となった。	過量投与の疑いがあつた。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあつた その他過量投与の疑い	処方された医薬品 販売名ムコサール錠15mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
172	耳鼻科に鼻炎、鼻づまりの症状で受診した患者に、「コルタイジン点鼻液15mL、1日2回朝夕」が処方された。インタビュー中に患者から「以前処方された未使用のコルタイジン点鼻液が家に何本か残っているため、コルタイジン点鼻液は必要ない。」と申し出があった。そのため、医師に疑義照会したところ「コルタイジン点鼻液15mL、1日2回朝夕」は薬剤削除になった。	患者は当該薬を持っていた。患者はコンプライアンスが低かった。	残薬の確認も積極的に行う。	その他残薬があった患者側	処方された医薬品 販売名コルタイジン点鼻液	患者の申し出から
173	点耳薬を使用している患者に、点眼・点鼻用リンデロンA液が処方されていた。医師に疑義照会したところリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%の誤りであると回答があり、点眼・点鼻用リンデロンA液はリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%に変更となった。	医師が薬の選択を間違えた。	医師も処方した薬に点耳使用の適応があるか確認する。	判断を誤った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名点眼・点鼻用リンデロンA液 変更になった医薬品 販売名リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	その他
174	耳鼻科に風邪で受診した患者に、「クラリス錠200、2錠/分2朝夕食後、5日分」が処方された。患者は他院の消化器内科から「ワルファリンカリウム錠「HD」、3.5錠/日」が処方されていた。クラリスロマイシンとワルファリンカリウムは相互作用があり、この2剤はリスクの大きい組み合わせであるため、併用は避けるべきであると考えた。そこで耳鼻科医師に疑義照会したところ、「フロモックス錠100mg、3錠/分3毎食後、5日分」に変更となった。	相互作用により出血のリスクが高まるため。	処方鑑査を徹底する。	その他相互作用があったため	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 販売名フロモックス錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
175	皮膚科を受診した患者に「リリカカプセル75mg2カプセル、分2朝夕食後、28日分」の処方せんが発行された。リリカカプセル75mgは新薬であったため、14日間の処方日数の制限があった。患者の都合で受診することが出来ないために28日分を処方したのかを含め疑義照会したところ、医師から「リリカカプセル75mgに処方日数の制限があることを知らなかった。14日分に変更してください。」と回答があり、「リリカカプセル75mg2カプセル、分2朝夕食後、14日分」に変更となった。	新薬を処方した際、医師はリリカカプセル75mgに処方日数の制限があることを知らなかった。	処方せん鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他処方日数制限のある薬であった。	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
176	内科にインフルエンザで受診した患者に「イナビル吸入粉末剤20mg2キット、1日1回、1回4吸入」が処方された。その後、患者とその家族が来局した。患者インタビュー中に患者家族より、「小児麻痺のため、吸入が出来ない。飲み薬であればなんとか服用出来る。」との申し出があった。当該患者は39℃の発熱があり、10代のためにタミフルはハイリスクの患者以外は差し控えるよう警告があり、かつ吸入剤は使えないことを踏まえ、医師に疑義照会した。医師に「当該患者はすでに39℃の発熱があるため、ハイリスク患者と考えられ、10代であるがタミフルの使用を考えていただいてはどうか。もしくは漢方薬ではツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)に適応がある。」と提案したところ、医師から「ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)7.5g/分3毎食前、5日分」と回答があり、薬剤変更になった。	吸入剤が使用できない患者であった。タミフルはハイリスク患者以外は使用を控える旨の警告があった。	患者により良い医療が提供出来るよう、疑義照会では医師に対して積極的な処方提案を行う。	その他医師が患者のADLを把握できていなかった。吸入ができない患者であった。 患者側	処方された医薬品 販売名イナビル吸入粉末剤20mg 変更になった医薬品 販売名ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
177	耳鼻科を受診した患者に「サワシリンカプセル250、3カプセル／分3毎食後、5日分」が処方された。患者は以前、ペニシリン系抗生物質でアレルギーを起こしたと薬歴の記録に記載されていたため、患者に再度確認した。患者がアレルギーをおこす危険性があったため、処方医に疑義照会したところ、セフェム系抗生物質である「メリアクトMS錠100mg3錠／分3毎食後、5日分」に変更になった。	患者は以前、ペニシリン系抗生物質でアレルギーを起こしていた。医師が患者のアレルギー歴を把握していなかった。	患者のアレルギー歴のチェックをしっかり行う。	その他患者はペニシリンアレルギーだった。患者側	処方された医薬品 販売名サワシリンカプセル250 変更になった医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg	薬歴等から
178	耳鼻科に花粉症で受診した小児患者に内服薬のみ処方されていた。患者インタビュー中、小児患者の母親から「先生から目薬を出しておきますと言われた。」と申し出があった。点眼液は処方されていなかった。症状を確認すると、目がかゆいとのことであったため、処方医に疑義照会したところ、「ザジテン点眼液0.05%1本、両眼、1日2～3回」が薬剤追加となった。	医師が治療に必要な点眼液を処方し忘れた。患者は花粉症であり、目のかゆみがあった。	患者インタビューを徹底し、患者に必要な薬物治療がされるように努める。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が処方し忘れた薬があった。	処方された医薬品 販売名ザジテン点眼液0.05% 変更になった医薬品 販売名ザジテン点眼液0.05%	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
179	整形外科に「坐骨神経痛による足のしびれ」で受診した患者に「オパルモン錠5 μ g3錠/分3毎食後、28日分」が処方された。薬歴やお薬手帳に別の医療機関の内科から「プロレナール錠5 μ g3錠/分3毎食後」が処方され、常時服用していると記載があったため、患者に確認した。医薬品名は異なるが、オパルモン錠5 μ gとプロレナール錠5 μ gは全く同じ成分の薬であった。重複投与となるため、処方医に疑義照会したところ「オパルモン錠5 μ g3錠/分3毎食後、28日分」は薬剤削除になった。処方医から別の医療機関で処方されているプロレナール錠5 μ gをしっかりと服用するように患者に伝えてくださいと説明があった。	薬の重複投与があった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他重複投与があった。 患者側	処方された医薬品 販売名オパルモン錠5 μ g	薬歴等から
180	耳鼻科を受診した患者に「クラリス錠200、2錠/分2朝夕食後、7日分」が処方された。患者は別の医療機関でワーファリン錠1mgを服用中であると薬歴に記載があったため、患者に服用を続けているかを確認した。クラリス錠200はワーファリン錠1mgを服用している患者のPT-INR値を上昇させるリスクが高いため、併用はできるだけ回避するほうがよいと考え、医師に疑義照会したところ、処方医より「メリアクトMS錠100mg3錠/分3毎食後、5日分」に変更となった。比較的変動リスクの少ないセフェム系抗生物質に変更になったが、リスクはあることを患者に伝え、体調変化がある場合は、医師に受診するように説明した。	相互作用があったため。出血のリスクが高まる可能性があった。	処方鑑査を徹底する。	その他相互作用があった。 患者側	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 販売名メリアクトMS錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
181	整形外科に受診した患者から「オパルモン錠5 μ g3錠/分3毎食後、14日分、一包化指示」の処方箋を受けた。オパルモン錠5 μ gは吸湿性があり、シート包装から取り出さないほうが好ましい。よって処方医に疑義照会したところ、一包化せずにシート包装のまま渡してくださいと回答があった。患者にオパルモン錠5 μ gの吸湿性について説明し、シート包装でも大丈夫か確認して投薬した。	吸湿性のある薬に対して、一包化指示が出ていた。薬効低下のリスクがあった。	処方鑑査を徹底する。	その他吸湿性のある医薬品に一包化指示が出ていた。 医薬品	処方された医薬品 販売名オパルモン錠5 μ g 変更になった医薬品 販売名オパルモン錠5 μ g	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
182	内科に糖尿病で受診した患者に「ノボリンR注フレックスペン1キット」の処方箋が発行された。処方箋に用法が記載されていなかったため、調剤することが出来なかった。よって処方医に疑義照会したところ、処方医よりノボリンR注フレックスペン1キット、朝4単位、昼3単位、夕3単位」でお願いしますと回答があり調剤した。	処方箋に用法の記載がなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他医師が用法を記載し忘れていた。	処方された医薬品 販売名ノボリンR注フレックスペン 変更になった医薬品 販売名ノボリンR注フレックスペン	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
183	内科に骨粗鬆症で受診している患者に「オステン錠200mg3錠/分3毎食後、28日分」が処方された。患者インタビュー中、「医師から56日分出しておくと言われた。」と申し出があった。オステン錠200mg以外の薬は56日分で処方されており、処方日数の書き間違いの可能性が考えられた。そこで処方医に疑義照会したところ、処方日数が56日分に変更となった。	処方日数に間違いがあった。	患者インタビューを大切にし、患者からの情報を積極的に聞き取る。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他処方日数の間違い	処方された医薬品 販売名オステン錠200mg	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
184	1歳の幼児患者に対し、「ムコダイン細粒50%8g/分3、4日分」が処方されていた。分量が10倍量ではないかと判断し、医師に疑義照会したところ、0.8gに変更となった。			その他医師側の問題	処方された医薬品 販売名ムコダイン細粒50%	年齢・体重換算の結果から
185	70歳代女性、体重32kg、当薬局に初めて来局した患者であった。咳と痰がからむが、咽頭痛、頭痛などの疼痛はなく、熱もないとのことであった。風邪でブルフェン600mg/分3の処方だったが、併用薬を聞くと、血液サラサラの薬(名称不明)があり、併用薬を医師に伝えていないとのことであった。添付文書からブルフェンの用量に対し、体重及び上気道炎では多すぎると判断し、さらに血液サラサラの薬との併用により、出血のリスクが高く、胃腸障害を起こしやすいと考えたため、医師に疑義照会したところ、ブルフェン錠100は処方中止となった。			その他医師側の問題	処方された医薬品 販売名ブルフェン錠100	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
186	外科に発熱と鼻水で受診した患者に「フロモックス錠3錠/分3毎食後、4日分」が処方された。フロモックス錠には75mgと100mgの規格があり、今回どちらの規格が処方されているのか分からないため、調剤することが出来なかった。よって処方医に疑義照会したところ、「フロモックス錠100mg3錠/分3毎食後、4日分」と回答があり調剤した。	処方箋に処方薬の規格が記載されていなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他処方薬に規格の記載がなかった	処方された医薬品 販売名フロモックス錠 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
187	内科に喉の痛みで受診した患者に「セフカペンピボキシル塩酸塩錠「サワイ」3錠／分3毎食後」が処方された。セフカペンピボキシル塩酸塩錠「サワイ」には75mgと100mgの規格が存在し、今回の処方がどちらの規格であるのか分からないため、調剤出来なかった。よって処方医に疑義照会したところ、「セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」3錠／分3毎食後でお願いします。」と回答があり調剤した。	処方薬の規格が記載されていなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他処方薬の規格記載忘れ	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「サワイ」 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錠100mg「サワイ」	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
188	風邪と頭痛で内科を受診した患者に「カロナール錠200、2錠／回、痛いとき、5回分」が処方された。患者の薬歴には、別の整形外科で「ロキソニン錠60mg3錠／分3毎食後」を常時服用している記録があった。患者にも確認したところ、やはり服用を続けているとの回答があった。薬効が重複するため、処方医に疑義照会したところ、「カロナール錠200、2錠／回、痛いとき、5回分」は薬剤削除になった。処方医より、「整形外科から処方されているロキソニン60mgはしっかり服用を続けるように伝えて下さい。」との指示があった。	薬効が重複していた。併用薬があった。	処方鑑査を徹底し、併用薬の有無をしっかりと確認する。	その他薬効重複	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	薬歴等から
189	40歳代の患者に「フロモックス錠100mg6錠／分3」が処方されていた。薬の量が多すぎるので医師に疑義照会したところ、「3錠／分3」の間違いであった。	併せて処方されていた薬が「6錠／分3」であったため、間違えてフロモックス錠100mgの分量も6錠とした。		記録などに不備があった 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
190	咳がひどく内科を受診した患者に「キョウニン水「ケンエー」2mL／回、10回分、咳がひどい時」が処方された。キョウニン水の添付文書には「1日3mLを3～4回に分服、1回2mL、1日6mLが上限」の内容が記載されていた。患者が70代と高齢であることもあって、過量投与の疑いがあると考え、医師に疑義照会したところ、「キョウニン水「ケンエー」1.5mL／回、10回分、1日2回まで、咳がひどい時に減量となった。併せて「1日量が3mLを超えないようにお願いします。」と指示があった。	過量投与の疑いがあった。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた その他過量投与の疑い	処方された医薬品 販売名キョウニン水「ケンエー」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
191	内科に貧血で受診している患者に前回と同様の処方である「フェロミア錠50mg、2錠／分2朝夕食後、28日分」が処方された。患者へのインタビュー中、患者に鉄剤に多い悪心、食欲不振を確認したところ、フェロミア錠50mgを飲み始めてから、食欲がないことが多いとの回答があった。フェロミア錠50mgの副作用の疑いが考えられたため、処方医に疑義照会したところ、「フェロミア錠50mg、1錠／分1寝る前、28日分」に変更となった。処方医から、「治りが悪ければまた受診してください。」と伝えるように指示があった。	副作用の疑いがあった。	副作用のチェックを徹底する。	その他副作用の疑いが あった 患者側	処方された医薬品 販売名フェロミア錠50mg 変更になった医薬品 販売名フェロミア錠50mg	患者の症状等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
192	耳鼻科に中耳炎で受診した患者の処方の中に「アレジオテック錠20、1錠／分1寝る前、28日分」が処方されていた。患者のお薬手帳を確認したところ、他の医療機関の内科から「アレグラ錠60mg2錠／分2朝夕食後」が処方され、常時内服していることが分かった。患者本人にもそのことを確認した後、薬効の重複が考えられたため、処方医に疑義照会したところ、「アレジオテック錠20、1錠／分1寝る前、28日分」が薬剤削除になった。	薬効が重複する処方があった。併用薬があった。	併用薬のチェックを徹底する。	その他薬効重複があった	処方された医薬品 販売名アレジオテック錠20	薬歴等から
193	声がかれた症状があったために受診した患者にクラリス錠200とフロモックス錠100mgが処方されていた。医師に問い合わせ、フロモックス錠100mgが薬剤削除となった。		処方薬の内容をきちんと確認してから調剤を始める。	勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
194	ピーエイ配合錠が処方されていた。併用薬を確認したところ、お薬手帳には書かれていなかったが、皮膚科から処方されたクラリチン錠10mgを服用していることが分かったため、医師に問い合わせたところ、「クラリチン錠10mgにも今回の症状を抑える効果があると患者に伝えるように。」と指示があり、薬剤削除となった。		薬を受け取るすべての薬局で同じお薬手帳に記入してもらうことと、お薬手帳を医師、薬剤師に見せるように促した。お薬手帳に記載されている内容以外にも併用薬があるかもしれないので、きちんと併用薬を確認する。	患者側	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
195	定期的にA病院に通院する患者が、交通事故のために異なる整形外科であるB病院に受診した。そこで骨粗鬆症と診断され、エディロールカプセル0.75μgが処方された。患者はA病院からディーアルファカプセルが処方され、服用していることをB病院で告げなかったため、同じ薬効であるエディロールカプセル0.75μgが処方された。B病院の医師に疑義照会したところ、エディロールカプセル0.75μgは薬剤削除となった。	交通事故である非日常の状態であり、常時服用している医薬品のチェックが漏れた。患者からの告知情報のみで、治療がされていた。十分な情報がB病院では得られていなかった。	お薬手帳の携帯を励行する。お薬手帳の重要性を説明する。	医薬品	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
196	内科に糖尿病で受診している患者に「ノボラピッド注フレックスペン、1筒」が処方された。用法が記載されていないため、調剤出来なかった。よって処方医に疑義照会したところ、「ノボラピッド注フレックスペン、1筒、朝2単位、昼2単位でお願いします。」と回答があり調剤した。	用法の記載がなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他用法記載忘れ	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 変更になった医薬品 販売名ノボラピッド注フレックスペン	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
197	コレステロールが高いため、内科に受診している患者に「ベザテートSR錠、2錠/分2朝夕食後、21日分」が処方された。ベザテートSR錠は100mgと200mgの規格が存在するが、規格の記載がなかった。薬歴の記録では、前回はベザテートSR錠200が処方されていた。処方医に疑義照会したところ、書き忘れていたとのことで、前回と同じ「ベザテートSR錠200mg、2錠/分2朝夕食後、21日分」となった。	規格が記載されていないかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名ベザテートSR錠 変更になった医薬品 販売名ベザテートSR錠200	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
198	皮膚科を受診した患者に「メチコパール錠3錠/分3毎食後、28日分」が処方された。規格の記載がなく、調剤が出来なかった。メチコパール錠には250μgと500μgの規格があるため、処方医に疑義照会したところ、「メチコパール錠500μgでお願いします。」と回答があり調剤した。	規格の記載がなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名メチコパール錠 変更になった医薬品 販売名メチコパール錠500μg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
199	内科を受診した患者に内服薬が数種類処方されていた。当該患者の処方別は別の医療機関から当該医療機関に引き継ぎがあった処方だった。インタビュー中、患者の代理人から、「前の病院では一包化してくれていたの、ここでも一包化してほしい。」と申し出があった。コンプライアンスの低下が考えられるため、処方医に疑義照会したところ、一包化調剤となった。	コンプライアンスの維持のために、一包化調剤することが必要だった。患者は高齢者だった。	患者のコンプライアンスの維持、向上に努める。	その他曰包化が必要な患者であった。 患者側	処方された医薬品 販売名アダラートCR錠20mg 販売名ハルナールD錠0.2mg 販売名フォルセニッド錠12mg 変更になった医薬品 販売名アダラートCR錠20mg 販売名ハルナールD錠0.2mg 販売名フォルセニッド錠12mg	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
200	耳鼻科に受診した患者が処方箋を持って来局した。当該患者はレントゲンを撮り、眉間あたりの位置に膿が溜まっていたため、慢性副鼻腔炎とのことであった。処方箋には「リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%15mL、別紙指示あり、フルナーゼ点鼻液50μg28吸入用、1瓶、別紙指示あり」と記載されていた。レセプト請求上、用法がはっきりしないため、調剤することが出来なかった。そこで、「別紙指示」の内容が何であるか疑義照会したところ、医師より「用法は1日2回朝夕で、詳しくは、患者にプリントを渡してあるので、それにそって指導してもらいたい。」と回答があった。「1日2回朝夕」で用法をレセプトコンピュータに入力し、患者インタビュー中にプリントを見せてもらい、指導した。	用法の記載がなかった。	用法を記載することの徹底を医師に働きかけ、患者への指導を円滑に行う。	その他用法記載忘れ	処方された医薬品 販売名フルナーゼ点鼻液 50μg28噴霧用 販売名リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1% 変更になった医薬品 販売名フルナーゼ点鼻液 50μg28噴霧用 販売名リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
201	内科に糖尿病で受診している患者に「グリメピリド錠「興和テバ」1錠/分1朝食後、28日分」が処方された。処方箋に規格の記載がなく、グリメピリド錠「興和テバ」には複数規格があるため、調剤することが出来なかった。そこで処方医に疑義照会したところ、「グリメピリド錠1mg「興和テバ」1錠/分1朝食後、28日分」でお願いしますと回答があり調剤した。	規格の記載がなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名グリメピリド錠「興和テバ」 変更になった医薬品 販売名グリメピリド錠1mg 「興和テバ」	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
202	患者には前回、グリミクロン錠40mg0.5錠/日が処方されていた。今回、処方医は後発医薬品へ処方変更しようとベネラクサー錠40mg1錠/日と処方箋に記載した。ベネラクサー錠はすでに製造販売が中止され、薬価収載されていない。また患者は量が増量になる話を医師から聞いていないとのことであったため、医師に疑義照会したところ、ダイアグリコ錠40mgに変更、また分量も1錠から前回と同じ0.5錠へ変更となった。	処方医が後発医薬品に変更する際、分量を確認していなかった。また以前に薬価収載されており、現在は薬価収載されていない薬を処方した。	処方医が後発医薬品に変更する場合、薬局では名称、用法、分量などを十分確認する。特に患者インタビューで分量や規格等に変更がないか確認する。	確認を怠った 記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム その他思い込み	処方された医薬品 販売名ベネラクサー錠40mg 変更になった医薬品 販売名ダイアグリコ錠40mg	患者の症状等から
203	ティーエスワン配合顆粒T25をすでに4週間服用しており、さらに2週間分が処方されていた。患者に確認したところ、4週間服用し、2週間休薬と回答があった。よって医師へ疑義照会したところ、ティーエスワン配合顆粒T25は処方削除となった。	薬歴の確認と患者との会話で判明した。	抗がん剤の服薬スケジュールをしっかりと確認する。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合顆粒T25	薬歴等から
204	外科医師は小児患者にクラビット錠250mgを処方し、調剤者はその処方箋に従ってクラビット錠250mgを調剤した。鑑査時にクラビット錠250mgは小児患者に禁忌であることに気づいたため疑義照会したところ、ケフラルカプセル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 販売名クラビット錠250mg 変更になった医薬品 販売名ケフラルカプセル250mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
205	鼻血で耳鼻科を受診した患者に、「トランサミンカプセル250mg、3カプセル、分3毎食後、7日分」を含む薬が処方された。患者からインタビューで、他院の内科で狭心症治療、脳梗塞予防のためにバイアスピリン錠100mgを服用している情報を得て、得た情報を薬歴に記載していた。トランサミンカプセル250mgの添付文書に、「血栓のある患者及び血栓症があらわれるおそれのある患者には慎重投与」と記載されているため、処方医に疑義照会したところ、「トランサミンカプセル250mg、3カプセル、分3毎食後、7日分」は削除になった。	患者が他院の内科で狭心症治療、脳梗塞予防のためにバイアスピリン錠100mgを服用していた。	患者の現在の病歴を把握し、処方薬が適切かどうか確認する。	その他患者が脳梗塞予防、狭心症治療をしている。 患者側	処方された医薬品 販売名トランサミンカプセル250mg	薬歴等から
206	内科に糖尿病で受診した患者に、「ノボリンR注フレックスペン、1本」が処方されたが、用法の記載がなかったため調剤出来なかった。そこで処方医に疑義照会したところ、「ノボリンR注フレックスペン、1本、朝4単位、昼3単位、夕3単位」と回答があり調剤した。	用法の記載を忘れた。	処方せん鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他用法の記載忘れ	処方された医薬品 販売名ノボリンR注フレックスペン 変更になった医薬品 販売名ノボリンR注フレックスペン	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
207	緑内障で眼科を受診した患者に、「ラタプロスト点眼液0.005%「TOA」3本(2.5mL/本)、1日1回両眼」が処方された。患者インタビュー中、患者から「ラタプロスト点眼液0.005%「TOA」がいっぱいあまっているのでいらない。」と申し出があった。残薬数を確認し、処方医に疑義照会したところ、ラタプロスト点眼液0.005%「TOA」は削除になった。	残薬が多かった。	残薬の確認を積極的に行う。	その他残薬があった。 患者側	処方された医薬品 販売名ラタプロスト点眼液0.005%「TOA」	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
208	ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用)が処方されるべきところ、誤ってツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)が処方されていた。医師に疑義照会したところ、薬剤変更となった。	医療機関側の間違いだった。		確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった その他医療機関側の鑑査チェックミス	処方された医薬品 販売名ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	その他
209	患者の代理が来局した。患者にはユリノーム錠50mgの残薬があり、数を調節するため、今回ユリノーム錠50mgは1錠、分1で処方されること、いつもと同じ2錠、分2で処方されていた。また、いつも処方されていたザイロリック錠100が処方されていない。そこで、医師に疑義照会したところ、「ユリノーム錠50mg2錠/分2」から、「ユリノーム錠50mg1錠/分1」に変更、ザイロリック錠100が薬剤追加となった。	医療機関側の判断が曖昧だった。		確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 判断を誤った 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠50mg 販売名ザイロリック錠100 変更になった医薬品 販売名ユリノーム錠50mg 販売名ザイロリック錠100	その他
210	眼科に疲れ目で受診した患者に、「メチコパール錠500μg、3錠、1日3回、30日分」が処方された。明確な用法の記載がなかったため調剤することが出来なかった。そこで処方医に疑義照会したところ、「メチコパール錠500μg、3錠/分3毎食後、30日分」と回答があり調剤した。	用法の記載忘れ。	処方せん鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他用法記載忘れ	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg 変更になった医薬品 販売名メチコパール錠500μg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
211	先週、風邪と思われる症状で受診した患者に「クラリシッド・ドライシロップ10%小児用、ホクナリンテープ、カロナール細粒」が処方された。「ホクナリンテープ」でかぶれたため、今回は「ホクナリンテープ」から「ホクナリンドライシロップ0.1%小児用」に薬が変更となっていたと思ったが、念のため「ホクナリンドライシロップ0.1%小児用」の処方量を確認したところ、3倍量で処方されていた。患者の家族に確認したところ、「抗生物質製剤を出すと言われた。」と回答があった。そこで医師に疑義照会したところ、「ホクナリンドライシロップ0.1%小児用」から「ホスミシンドライシロップ400」に薬が変更となった。	医師による単純な入力間違いだった。以前より間違いが多い医師だったため、特に小児の場合、薬局では慎重に処方せん鑑査を行っていた。	医師のパソコン入力の研修等を検討してもらいたい。	その他処方医のミス 医薬品 その他Eスの多い医師	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 変更になった医薬品 販売名ホスミシンドライシロップ400	年齢・体重換算の結果から
212	ルボックス錠を服用中の患者に新たにチザニン錠1mgが処方された。ルボックス錠とチザニン錠1mgは併用禁忌のため、疑義照会したところ、チザニン錠1mgからリンラキサー錠125mgに変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名チザニン錠1mg 変更になった医薬品 販売名リンラキサー錠125mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
213	緑内障の患者に禁忌であるPL顆粒が処方されたため、疑義照会したところ、PL顆粒が削除になった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名PL顆粒	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
214	2型糖尿病で内科に受診している患者に「グリメピリド錠「興和テバ」1錠／分1夕食後、7日分」が処方された。グリメピリド錠「興和テバ」の規格の記載がなく、グリメピリド錠「興和テバ」は複数の規格が存在するため、調剤することが出来なかった。薬歴には前回、グリメピリド錠1mg「興和テバ」で調剤した記録があった。よって処方医に疑義照会したところ、処方医より、「グリメピリド錠1mg「興和テバ」でお願いします。」と回答があり調剤した。	処方医が処方薬の規格を記載し忘れた。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名グリメピリド錠「興和テバ」 変更になった医薬品 販売名グリメピリド錠1mg 「興和テバ」	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
215	整形外科の処方せんにセレコックス錠とレバミピド錠100mg「EMEC」が記載されていた。患者は他院でセルベックス細粒とオメプラール錠が処方されていたため疑義照会したところ、レバミピド錠100mg「EMEC」が薬剤削除となった。	当該医療機関ではいつも受診される患者のお薬手帳の確認は行っていない様子だった。当薬局では毎回お薬手帳を確認していたため、胃薬の重複に気がついた。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
216	整形外科の処方せんにナポールSRカプセル37.5とタガメット錠が処方されていた。患者のお薬手帳を確認したところ、他院の処方薬の中にアシノン錠があった。よって疑義照会したところ、ナポールSRカプセル37.5とタガメット錠がハイペン錠とガスロンN・OD錠に変更となった。	整形外科では初診であった。受診時に患者はお薬手帳を提示し病院でも記録をとっていたようだが、H2ブロッカーであるタガメット錠が処方されていた。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ナポールSRカプセル37.5 販売名タガメット錠 変更になった医薬品 販売名ハイペン錠 販売名ガスロンN・OD錠	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
217	皮膚科に受診した患者に「メチコバル錠3錠/分3毎食後、28日分」が処方された。メチコバル錠にはメチコバル錠250μgとメチコバル錠500μgの2つの規格が存在した。薬歴を見ると、今回はメチコバル錠500μgだった。それも含めて処方医に疑義照会したところ、処方医から「メチコバル錠500μgでお願いします。」と回答があった。	処方薬の規格の記載がなかった。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他規格記載忘れ	処方された医薬品 販売名メチコバル錠 変更になった医薬品 販売名メチコバル錠500μg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
218	内科に下痢で受診した患者に「ホスミン錠500、3錠/分3毎食後、4日分、ビオフェルミンR散1.5g/分3毎食後、4日分」が処方された。ビオフェルミンR散はホスホマイシン系抗生剤に適応がないため、処方医に疑義照会したところ、「ビオフェルミンR散1.5g/分3毎食後、4日分」が「ビオフェルミン配合散1.5g/分3毎食後、4日分」に変更になった。	ビオフェルミンR散には、ホスホマイシン系抗生剤に適応がなかった。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他適応がなかった。	処方された医薬品 販売名ビオフェルミンR散 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミン配合散	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
219	内科に受診した患者に「インテナーズパップ70mg、25枚」が処方された。用法の記載がないため、調剤出来なかった。薬歴には前回、腰痛のためにインテナーズパップ70mgを腰に貼付することが記載されていたため、それを含めて処方医に疑義照会したところ、処方医より「インテナーズパップ70mg、25枚、腰でお願いします。」と回答があった。	用法の記載が漏れていた。	処方鑑査を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他用法記載忘れ	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 販売名インテナーズパップ70mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
220	整形に腰痛症で受診した患者に「リリカカプセル75mg2カプセル、朝夕食後、28日分」が処方された。リリカカプセル75mgは新薬のため、14日分の処方日数の制限があった。よって処方医に疑義照会したところ、「リリカカプセル75mg、2カプセル、朝夕食後、14日分」に変更になった。	当該薬は新薬であり、処方日数に制限があった。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた その他新薬のため、処方日数に制限があった。	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
221	内科に受診した患者に「デパス錠0.5mg1錠/分2昼寝る前、28日分」が処方された。患者インタビュー中、「昼間も頭が痛くて、先生に言ったら、量を増やすと言っていた。」と申し出があった。薬歴の記録から、患者には前回、「デパス錠0.5mg1錠/分1寝る前、28日分」が処方されていた。1日量では変更がないため、医師に疑義照会したところ、「デパス錠0.5mg2錠/分2昼寝る前、28日分」の間違いであったことが判明した。	1日量に間違いがあった。	患者からの聞き取りに力を入れる。	その他□日量の書き間違い 患者側	処方された医薬品 販売名デパス錠0.5mg	患者の申し出から
222	皮膚科に湿疹で受診した患者に「ジルテック錠10、1錠/分1夕食後、7日分」が処方された。患者は同病院耳鼻科でアレルギー性鼻炎により「セチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」1錠/分1寝る前」を服用しており、残薬が7日分以上あった。ジルテック錠10とセチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」は同成分であり、重複投与が考えられたため、皮膚科医に疑義照会したところ、「ジルテック錠10、1錠/分1夕食後、7日分」が「ニポラジン錠3mg2錠/分2朝夕食後、7日分」に変更になった。	重複投与があった。	処方鑑査を徹底する。	その他重複投与があった。	処方された医薬品 販売名ジルテック錠10 変更になった医薬品 販売名ニポラジン錠3mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
223	外科に受診した患者に「グッドミン錠0.25mg1錠/分1寝る前、7日分」が処方された。患者はいつも一包化調剤をしていたが、今回の処方箋には一包化調剤の指示がなかった。患者は一包化調剤をしないと服薬が出来ないため、処方医に疑義照会したところ、処方医より「一包化をお願いします」と回答があった。	一包化調剤が必要な患者であった。処方箋に一包化調剤の指示がなかった。	患者の服薬コンプライアンスの維持、向上に努める。	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった その他曰包化指示忘れ	処方された医薬品 販売名グッドミン錠0.25mg 変更になった医薬品 販売名グッドミン錠0.25mg	薬歴等から
224	腎障害の患者に、下痢症状のためにレボフロキサシン錠100mg「科研」が処方されていた。疑義照会し薬剤削除となった。			判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠100mg「科研」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
225	5歳の患者にフロモックス錠100mgが処方されていた。疑義照会したところ、フロモックス錠75mgに薬剤変更となった。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠75mg	年齢・体重換算の結果から
226	ダイアコート軟膏0.05%が10本(50g)で処方されていた。疑義照会をしたところ、10gに変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ダイアコート軟膏0.05%	その他
227	水痘症の患者に単純疱疹の分量であるアシロベック錠200が処方されていた。疑義照会をしたところ、アシロベック錠400に薬剤変更となった。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名アシロベック錠200 変更になった医薬品 販売名アシロベック錠400	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
228	コデインリン酸塩散10%「タケダ」が1回1gで処方されていた。過量処方のため疑義照会したところ、コデインリン酸塩散1%「タケダ」1回1gに薬剤変更となった。			確認を怠った	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 販売名コデインリン酸塩散1%「タケダ」	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
229	バファリン配合錠A81が疼痛時の指示で処方されていたため疑義照会したところ、バファリン配合錠A330に薬剤変更となった。			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A330	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
230	アローゼン顆粒が1回10gで処方されていた。過量処方であったため疑義照会したところ、1回1gに処方変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アローゼン顆粒	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
231	耳鼻科に受診した小児患者に「ジルテック錠5、2錠/分2朝夕食後、14日分」が処方された。患者には2週間前にも同じ処方が行われていた。患者インタビュー中、患者の母親から「眠気がよく出るから、寝る前に1錠しか飲んでいない。余っているからいらぬ。」と申し出があった。医師にジルテック錠5を眠気の少ない薬に変更するか、または寝る前1錠の服用でも効果を期待して服用を継続し、今回の処方薬を削除して残薬を服用してもらうか疑義照会したところ、「寝る前1錠でもよいので続けてもらい、今回のジルテック錠5は削除してください。」と回答があり、薬剤削除になった。	患者に眠気の副作用が出たため、コンプライアンスが低下した。	患者のコンプライアンスのチェックを強化する。副作用が出ていないかチェックする。	その他患者のノンコンプライアンス。 患者側	処方された医薬品 販売名ジルテック錠5	患者の症状等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
232	呼吸器外科を受診した患者に「ビオフェルミンR錠、3錠/分3毎食後、30日分」が処方された。処方箋には抗生剤の記載がなかった。ビオフェルミンR錠は抗生剤投与中以外の患者への投与は薬学的に問題があるため、外来にて注射剤や点滴等での抗生剤の投与がなかったかも含めて疑義照会した。医師より「患者が整腸剤の錠剤を希望し、病院の処方箋発行のコンピューターにビオフェルミンR錠しかなかった。そのためビオフェルミンR錠を処方した。」と回答があった。薬局ではビオフェルミン錠剤を在庫していることを伝え、ビオフェルミン錠剤に変更を促したところ、「ビオフェルミン錠剤、3錠/分3毎食後、30日分」に変更になった。	病院のコンピューターでは、整腸剤の錠剤はビオフェルミンR錠しか登録されていなかった。	処方鑑査を徹底する。	知識が不足していた その他適応がない。 コンピューターシステム	処方された医薬品 販売名ビオフェルミンR錠 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
233	循環器科に狭心症でかかっている患者に内服薬が28日分処方されていた。薬歴には前回、フランドルテープ40mgが余っているためいらぬということで処方がなかった、という記録があった。今回も処方されていなかったため、患者にフランドルテープ40mgが余っているかを確認したところ、1枚もないとのことであった。未使用の場合は狭心症の発作が起こりかねないため、医師に疑義照会したところ、「フランドルテープ40mg、1日1回、1回1枚、28日分」が薬剤追加になった。	必要な薬剤が処方されていなかった。	患者インタビューを徹底する。残薬やコンプライアンスのチェックを強化する。	その他必要な薬剤が処方されていなかった。	処方された医薬品 販売名フランドルテープ40mg 変更になった医薬品 販売名フランドルテープ40mg	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
234	患者に初めて「マイスタン錠5mg、寝る前服用」が処方された。患者にはてんかんの既往歴がなかったため、医師の勘違いの可能性もあり、疑義照会したところ、マイスリー錠5mgの間違いであることが分かった。	当該医療機関では1ヶ月前に電子カルテになったので、ボタン操作の間違いがあったと思われる。	医療機関のシステムが変更となった時などは、注意して調剤する。	勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 医薬品	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	薬歴等から
235	患者に「ラミクタール錠小児用5mg、朝」が追加処方されていた。患者の体重は10kgくらいであった。また患者はバルプロ酸ナトリウムを併用していたため、分量は3mgまでであったが、今回の処方では5mgと分量が超過していた。よって医師に疑義照会したところ、医師よりラミクタール錠小児用2mgを追加したかったそうだが、誤ってラミクタール錠小児用5mgで入力したとのことだった。		特に注意を要する薬については、患者、または患者家族から、「主治医から増量の説明があった。」と話を聞いても、安易に処方通りに投薬せず、再度添付文書を確認し、少しでも疑われる点があった場合は疑義照会する。	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 販売名ラミクタール錠小児用5mg 変更になった医薬品 販売名ラミクタール錠小児用2mg	年齢・体重換算の結果から
236	緑内障、前立腺疾患のある患者に、トラベルミン配合錠が処方された。トラベルミン配合錠は、緑内障、前立腺疾患のある患者に禁忌であるため、医師に疑義照会したところ、メリスロン錠6mgに変更となった。	主治医が交替となっており、新たな医師には患者が緑内障であることが伝わっていなかったと思われる。	患者情報に漏れないように、薬歴で患者情報を確認し、必要時は医療機関へ患者情報をフィードバックする。	連携ができていなかった	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 販売名メリスロン錠6mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
237	「ネクサバル錠200mg、4錠／分2夕食後、14日分」で処方されたため、処方医に疑義照会したところ、医師から今回は副作用発現により1日量を4錠から2錠に変更するとの回答があった。	抗がん剤は保険適応上の使用方法とは異なる用法、用量で処方されることがあるため、処方内容が保険適応上の用法、用量と異なる場合には、必ず疑義照会を行うことで、医師の処方オーダーミス等による医療事故を未然に防ぐことができる。疑義照会を行わずに処方通りに調剤した場合、患者の副作用の悪化に繋がった可能性が高い。	抗がん剤の用法、用量を掲示し、すぐに確認することが出来るようにする。抗がん剤は生命に係わる副作用が発現する可能性が高いため、特に注意が必要であることを薬局のスタッフ全員で認識する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ネクサバル錠200mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
238	アシノン錠75mgが処方されていた患者に、パリエット錠10mgが追加で処方された。そこで医師に疑義照会したところ、以前に処方されていたアシノン錠75mgは削除となった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名パリエット錠10mg 変更になった医薬品 販売名パリエット錠10mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
239	以前は「バイアスピリン錠100mg、2錠／分2」で処方されていたが、今回、「バイアスピリン錠100mg、2錠／分1」で処方されていた。患者本人も変更の話を聞いていないので医師に疑義照会したところ、「バイアスピリン錠100mg、2錠／分2」に変更となった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg	薬歴等から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
240	<p>前回、投薬時に患者から「以前、テオドールかホクナリンテープにより激しい手足のふるえがあった。」と相談された。医師に話していないとのことだったため、疑義照会したところ、テオドール錠200mgはシングレア錠10mgに変更となり、ホクナリンテープは処方するが、ふるえがあれば中止するよう指示があった。今回、別の医師が再びテオドール錠200mg、ホクナリンテープを処方した。患者に前回の薬の服薬状況を確認したところ、ホクナリンテープによる副作用はないとのことなので、テオドール錠200mgに関して疑義照会したところ、再びシングレア錠10mgに変更となった。</p>	<p>医師によるテオドールの副作用の確認漏れと思われる。</p>		<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名テオドール錠200mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名シングレア錠10mg</p>	<p>患者の症状等から</p>
241	<p>患者に「クラビット錠500mg、3錠／分1」が処方されており、常用量を超えていたため病院に問い合わせたところ、看護師は医師に確認し、看護師から「処方通りでよい。」と回答があった。しかし高用量のため、病名などを再度確認するために病院に問い合わせたところ、看護師から医師に代わり、医師は「クラビット錠は100mgの規格のつもりで3錠、1日1回服用の指示をした。」とのことであった。最終的に「クラビット錠500mg、1錠／分1」に変更となった。</p>			<p>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</p>	<p>処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
242	患者は、以前から循環器内科でプロサイリン錠20が処方され、服用していた。今回、手の血行障害で皮膚科に受診したところ、プロレナール錠5 μ gが処方された。プロサイリン錠20はプロスタグランジンI2誘導体制剤、またプロレナール錠5 μ gはプロスタグランジンE1誘導体制剤であり、ともに「血管拡張、循環障害改善、血小板凝集抑制」があるので、処方した皮膚科医に疑義照会したところ、プロレナール錠5 μ gから、ビタミンE剤であるパナールに変更された。	2つの診療科に受診していた。併用薬が医師に知らされていないかった。	お薬手帳の活用を勧めた。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名プロレナール錠5 μ g 変更になった医薬品 販売名パナール	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
243	整形外科にかかった患者に、「モーラステープ20mg、35枚、腰」が処方された。患者インタビュー中、患者から「前にモーラステープ20mgを使ったらかぶれた。他の湿布に替えてもらいたい。」と申し出があった。そこで、医師に疑義照会したところ、「ボルタレンテープ15mg、35枚、腰」に薬剤変更となった。	モーラステープ20mgでかぶれてしまった。	患者インタビューをしっかり行い、患者に安全な医療を提供する。	その他湿布でかぶれる。 患者側	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 販売名ボルタレンテープ15mg	患者の申し出から

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
244	<p>患者は同病院の耳鼻科と脳外科を受診していた。今回、患者はいつもの耳鼻科の薬をもらいに来局した。患者インタビュー中、薬歴を見て話をしていたところ、先週に脳外科の薬がなくなっていることに気づいた。1週間の空白期間があり、患者に確認したところ、「忙しくて、脳外科を受診できなかった。」とのことだった。脳外科からは、パキシル錠10mg、メバトルテ錠10等が処方されていた。残薬を確認すると、パキシル錠10mgは数錠の残薬があり、メバトルテ錠10は全くなく、数日間飲んでいないとのことだった。パキシル錠10mgはSSRIであり、1日でも服薬を止めると離脱症状をおこすリスクがあり、またメバトルテ錠10は脂質代謝異常症のコントロールに非常に重要な薬だった。来週脳外科にかかると患者は言っていたが、薬を飲まないわけにはいかないと判断した。病院に本日、脳外科の医師の診察があるかを聞いたが、休診とのことだった。そこで、処方せんを発行した耳鼻科医に事情を説明し、脳外科の処方を1週間分処方してもらえないか相談したところ、1週間後に脳外科の診察をしっかりと受けることを条件に、耳鼻科の処方に追加という形で脳外科の処方が1週間分追加となった。患者に、薬を切らさないこと、服薬の意義、薬を切らしたときのリスクを説明し、1週間後、必ず脳外科にかかるように指導した。</p>	<p>患者は決められた日に病院を受診していなかった。次回受診日までの薬がなかった。急に服用を中止すべきではない薬があった。</p>	<p>受診日までの間、服薬に空白期間がないかをしっかり確認する。</p>	<p>その他患者が決まった受診日に受診しなかった患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名メバトルテ錠10</p> <p>販売名パキシル錠10mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名メバトルテ錠10</p> <p>販売名パキシル錠10mg</p>	<p>薬歴等から</p>
245	<p>クラビット錠とユナシン錠375mgが重複して処方されていた。</p>			<p>コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名ユナシン錠375mg</p>	<p>薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)</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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
246	患者に「ボルタレンサポ25mg、ムコスタ錠100mg、各1錠ずつ、6回分、頓服」が処方された。患者に坐剤でよいか確認したところ、「医師より内服処方と聞いている。」とのことだった。そこで、処方医に疑義照会したところ、入力間違いであったことがわかり、ボルタレン錠25mgに薬剤変更となった。			その他不明	処方された医薬品 販売名ボルタレンサポ25mg 変更になった医薬品 販売名ボルタレン錠25mg	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
247	「セイブル錠50mg、3錠/分1昼食後、5日分」が処方されていた。用法を処方医に疑義照会した。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セイブル錠50mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
248	ボルタレン錠25mg、1錠、起床時、週1回、4日分が処方された。当該薬の規格に訂正印があり、訂正前の規格は35mgであった。処方せんに記載された別の薬は骨粗鬆症の薬であり、また当該薬の用法からボナロン錠35mgの記載間違いでないかと考え、処方医に疑義照会したところ、ボナロン錠35mgに変更となった。	患者は今回、医療機関を変更して受診したが、処方内容は以前の処方医と同じであった。患者は整形外科を受診していたため、処方医の単純な記載間違いであった。初診時のみ手書きで処方せんを発行する医療機関であった。		医薬品	処方された医薬品 販売名ボルタレン錠25mg 変更になった医薬品 販売名ボナロン錠35mg	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
249	ヒューマログ注ミリオペンの用法が、朝、昼、夜、寝る前の4回で処方された。入力業務や薬袋作成を間違えたまま調剤したが、鑑査時に疑義照会したところ、寝る前の用法は削除となった。	ヒューマログ注ミリオペンとランタス注が処方されていた患者だった。今回は患者にランタス注の残薬があったため、処方されなかったが、ランタス注の用法のみが処方せんに残っていた。ヒューマログ注ミリオペンの性質を理解していれば、鑑査前(調剤前)に疑義照会すべき事例だった。	インスリン製剤について、一覧を作成して復習する。漫然と数だけ揃えず、用法にも注意を払う。	確認を怠った その他閉店間際	処方された医薬品 販売名ヒューマログ注ミリオペン	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

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・特定保健医療材料等の情報	調査結果
250	メインテート錠5、2錠／分1が処方された。鑑査者は過量投与であることと前回の疑義照会の経緯に気づかなかった。その後、薬を交付する際に疑義照会で1錠／分1となったことを確認し疑義照会したところ、前回と同様にメインテート錠5、1錠／分1に分量変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メインテート錠5	薬の特性等から(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
251	セルタッチパップ70、症状に合わせて使用と記載された処方せんを受けた。用法と回数の記載がなかったため、医師に疑義照会したところ、用法は両膝、回数は1日2回と確認した。			その他用法不備	処方された医薬品 販売名セルタッチパップ70	処方箋の書き方等から(誤記を含む)
252	右腕のしびれが長く続く症状で整形外科を受診した患者に、メチコパール錠500 μ gが処方された。患者は他院の内科も受診しており、内科ではメチコパール錠500 μ gを含む十数種の内服が処方され、服用していた。メチコパール錠500 μ gが重複するため、整形外科医に疑義照会したところ、メチコパール錠500 μ gが削除となった。	当薬局では、当該患者の調剤を何度も行っており、お薬手帳から併用薬を知っていた。整形外科では、他院の処方内容を記録していなかった、または見落としてしまったと思われる。患者は何度も受診している整形外科ではお薬手帳を毎回提示しないか、あるいは他科受診や併用薬について聞かれないとお薬手帳を提示しないと思われる。	処方医に患者の併用薬を連絡する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500 μ g	薬歴等から