

## 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業収集結果

本報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が、公益財団法人日本医療機能評価機構がホームページ等で公開している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の平成24年1月1日から平成24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) 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. 1
- 2) 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
- 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  
..... P. 2
- 4) 疑義照会の事例  
..... P. 43

平成 25 年 2 月 18 日

## 平成 24 年度 第 4 回医薬品・医療機器安全使用対策検討会結果報告 －薬局ヒヤリ・ハット事例－

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

### 1. 調査対象の範囲

公財) 日本医療機能評価機構 (以下、「評価機構」という。) のホームページ上の平成 24 年 1 月 1 日～6 月 30 日の間に報告された事例 (3,907 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 1,875 事例及び「疑義照会」に関する 300 事例。

### 2. 検討方法

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

また、「疑義照会」については、疑義照会の理由・根拠について分析した。

### 3. 調査結果

(1) 医薬品の製造販売業者等による安全使用対策の必要性の有無について、1,875 事例のうち処方箋からの保険者番号等の転記ミスや調剤報酬の算定誤り等を除いた 1,327 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	0	0.0%
製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例	3	0.2%
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	1,090	82.2%
情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例	234	17.6%
計	1,327	100%

(2) 300 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 <sup>注)</sup>	事例数(割合)
薬歴等	103(30.8%)
薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)	94(28.1%)
お薬手帳	35(10.5%)
患者の症状等	30( 9.0%)
年齢・体重換算の結果	27( 8.1%)
患者の申し出	12( 3.6%)
処方箋の書き方等(誤記を含む)	10( 3.0%)
その他	23( 6.9%)
計	334(100%)

注) 疑義照会の理由・根拠等については、延べ数で計上。

#### 4. 調査結果の内訳

- 1) 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 先発品とその後発品との販売名類似による誤入力の事例(1 番)
  - ② 睡眠薬と抗てんかん薬との販売名類似による誤入力の事例(2、3 番)
- 2) 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
- 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
- 4) 疑義照会の事例

以上

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「薬剤取違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
1	エクセミド散20%をエクセグラン散20%と入力した。	確認不足だった。	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 販売名エクセミド散20%  間違えた医薬品 販売名エクセグラン散20%	エクセミド、エクセグラン及びエクセラゼは、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検討しているところ。
2	マイルリー錠をマイスタン錠で入力した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイルリー錠  間違えた医薬品 販売名マイスタン錠	マイルリー及びマイスタンは、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。
3	マイルリーをマイスタンで入力			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイルリー錠  間違えた医薬品 販売名マイスタン錠	

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「規格・剤型間違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
1	カプセル剤と錠剤の入力を間違えた。	判断を間違えた。	再度確認し、入力間違いがないようにする。	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	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	5種混合で4.6g/2包あるべきところを2.7g/2包のものを交付した。	散薬の調剤が立て込んでおり他の患者のものを投薬したと思われる。		確認を怠った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった 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	規格が0.4から0.2に変わっていたのに気がつかなかった。		落ち着いてブランド名が同じ時もよく見る。	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	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	点眼0.1%を0.3%と入力した。			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。
5	薬名の規格を間違えて入力した		よく見て確認する	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。
6	錠剤とカプセルを誤って入力していた。			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「規格・剤型間違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
7	薬剤入力時、規格選択を間違える。(10mg→5mgで入力)			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	散剤に錠で入力			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。
9	錠をカプセルで入力			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。
10	錠剤をカプセルで入力			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。
11	入力時に前回の規格0.05から0.02に変わっているのに気が付かなかった		必ず確認をする	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。
12	錠剤をカプセルで入力してしまった。		確認作業をきちんとする。	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	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「規格・剤型間違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
13	500mgと入力すべきを250mgと入力してしまった。		確認作業をきちんと行う。	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。
14	規格入力間違い(25mg→50mgで入力)			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	新しいお薬の規格を入力間違えました。	いつもの病院でしたがお薬が新しく増えたので間違えないようにと意識したはずでしたが、規格の選択を間違えてしまいました。	新しいお薬が出た時は、剤形や規格を間違えないように確認を重ねるよう気を付けます。	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「薬剤取違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
1	前回の処方内容を引用して入力した際に、薬剤名が変更になっていたものを変更せず入力してしまった。			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	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	手書きの処方せんの薬剤名を読み間違えた。	手書きの処方せんを自分の思い込みで、薬剤名を判断してしまい、違った名称で入力してしまった。	「こう読むのだろう。」という思い込みで入力することを避ける。手書きの処方せんについては、特に一語一句を目で追うようにする。勝手な思い込みがミスを招くので、きちんと認識する。	確認を怠った 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 コンピュータシステム	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だったのに、先発医薬品を渡した。	前回の薬歴がそのままになっていたため見逃した。以前ハルシオンを取違えていたため、そちらに気を取られていた。	前回の薬歴だけではなく、以前からの薬歴もチェックする。ジェネリック医薬品であることを頭書きに目立つように入力する。	確認を怠った 記録などに不備があった その他朝早かった 医薬品 教育・訓練	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	点鼻を点眼と入力した。	新規入力だった。	同じ薬剤での点眼、点鼻をしっかり読み取り、選択を誤らない。	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	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	入力時に以前、ジェネリック医薬品だったのに気がつかず、先発医薬品のまま入力してしまった。		以前をよく見る。	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。
6	前回後発医薬品で出していた薬を先発医薬品で入力してしまった。		前の薬歴を見て入力する。	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「薬剤取違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
7	後発医薬品を先発医薬品で入力した。	すでに変更済みだったのを見逃した。	すでに変更済みや、他院で変更済みな薬など、調剤方法画面での確認とチェック印を忘れない。	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	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。
8	薬品名の入力を間違えた。		指さし確認する。	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。
9	以前ジェネリック医薬品で出ていて気が付かず、先発医薬品で入力した。		さかのぼって、よく見る。	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。
10	成分名で書かれた処方を受け付け、そのまま成分名で入力確定してしまった。	知識不足だった。	処方せんの書式に注意する。	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。
11	ジェネリック医薬品で入力しなかった。			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	薬剤の名前をGEと間違えてD Oのままにしまった		慌てずに確認する。GEは前にGEの文字がある	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名未記載  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「薬剤取違い」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
13	前回GEに変更していたのに先発で入力した	広域のHPでGE×だと思い込み確認せずに入力した	広域でもGEへ変更していること 多々ある為毎回必ず確認する	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	薬品名 入力間違い		声出し確認	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。
15	一般名から薬を選ぶ入力方法だったが、選択する薬を間違えた。			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	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。
16	先発品を処方されていたのに、前回とDO入力してしまい間違える。(変更不可のチェックを見落す)			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	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	関連する医薬品等の情報	調査結果
1	「分3毎食後」のところ、「その他」で入力した。	忙しい時間帯で、入力も溜まっていたため焦ってしまい、最後の確認を怠った。	どんなに忙しくても、最後の確認は怠らないようにする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
2	塗り薬の用法を誤って「毎日入浴後に塗る」で入力した。	前回の処方内容を引用して入力したため。		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		用法等を誤っ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。
3	部位が「頭」のところを「顔」で入力した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
4	朝夕食直後朝昼食直後で入力してしまった。	ちゃんと選んだつもりになって確認を怠った。	つもり入力にならないように確認を行う。間違いのないように注意しながら入力していると眼が乾いてしまうため、コンピュータの画面の文字を大きくして欲しい。	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		用法等を誤っ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。
5	点眼剤の使用回数の変更を見落とし、前回のまま入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
6	用法の入力ミスをした。		声出し確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
7	用法が「鼻2回」のところを「患部と*」で入力した。		よく見る。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
8	外用薬の用法を間違えた。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
9	毎食後に服用の薬に誤って「○日目～」と記載してしまった。	以前の入力内容を引用して入力した際、補足情報を外さなかったのが見落とし。	前回の処方内容を引用した入力ではなくても、補足情報は外して入力をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
10	前回「頓服」で処方されたものが、今回「内服」に変更していたが、「頓服」の用法を残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		用法等を誤っ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。
11	不均等入力の日付を更新するのを忘れてしまった。	前回と飲み方が変わっていないのでそのまま入力を終了してしまった。	不均等入力の時は、必ず日付の更新をチェックするように気を付ける。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
12	軟膏剤の用法の入力を間違えた。	眼科の軟膏剤だったのに、点眼剤と間違えた。	眼科の軟膏剤の場合、入力を間違えやすいので気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
13	「下腿」を「下腹」と入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
14	用法の入力を間違えた。	前回の処方内容を引用して入力した際、用法が変更になっていたのを見落としてしまった。	前回の処方内容を引用して入力した場合、変更になっている点がないかどうかを確実にチェックするように気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
15	親子で来られた際、1人の内容に2人分の内容を入力した。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
16	使用回数が「数回」のところを、「2回」と入力した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
17	外用薬で「痒い所に塗布」をからだで入力のところ、患部で入力した。		知識を確実にする。	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム		用法等を誤っ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。
18	頸のところを膝と入力した。	入力を間違えた。	入力時に再度確認をする。	判断を誤った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
19	漢方製剤が処方されており、手書きの「N」(食後)が見にくかったため食前で入力してしまった。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
20	内服薬の入力を間違えた。	確認を怠った。確認が漏れた。	しっかり確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
21	入浴後塗布を入力後塗布とした。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
22	用法入力で、「ひどいところ」を「ひろいところ」と誤って入力した。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
23	0. 1を0. 2のまま入力した。	忙しくて、前回と変わっていることを見落としていた。	落ち着いて見る。	確認を怠った 知識が不足していた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
24	分3昼夕食後・寝る前のところを、分3朝夕食後・寝る前で入力してしまった。		入力後の確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
25	昼食後を朝食後と入力してしまった。	忙しい状況下にあった。手書きの処方せんでよく確認をすれば、昼と書いてあった。朝食後で処方されることの多い薬剤だと思い込んでいて、手書きの一語一句の確認を怠ってしまった。	一語一句を確認するということを徹底するようにする。	確認を怠った 判断を誤った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 教育・訓練		用法等を誤っ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。
26	保湿クリーム1日1回の用法を、保湿クリームのみで入力した。			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		用法等を誤っ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。
27	「塗る」を「貼付」と入力してしまった。	回数、患部の確認だけで安心してしまった。	油断は禁物であるため、最後までしっかり確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
28	分3から分2に変更があったのを見逃し、分量、用法をコンピュータに誤入力した。	確認不足だった。	確認を徹底する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
29	分2朝夕食後分3毎食後で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
30	内服薬の用法を前回同様夕食後で入力したが、就寝前だった。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
31	貼り薬を「塗布」と入力ミスをした。		入力後、再度確認を行う。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
32	朝食後を朝夕食後と入力した。	前回は朝夕食後だった。夕方 で注意力が劣っていた。さっと 確認していた。	最後まで指さし声だしをする。	確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。
33	貼付剤なのに塗布と入力してしま った。	勘違いで入力し、確認を怠っ た。	登録前に全体の見直しを徹底 する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
34	患者と話しながら入力してい て、前回と同じ処方内容のま ま、部位の変更に気づかずに 入力してしまった。		部位はスルーしがちなので特 に注意し、入力だけに集中す る。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
35	外用の部位入力を忘れてしま 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 コンピュータシステム		用法等を誤っ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。
36	外用薬の用法3～4回のとこ ろ、3回で入力した。		確認を徹底する。	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		用法等を誤っ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。



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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
37	下腿を膝で入力した。	前回の処方内容からの部位変更があった。	関連するものは、一つ正すと安心して抜けてしまいがちなので、気づいた時点で一気に正す。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
38	分1を分2と入力した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
39	目薬を「左眼」のところ「両眼」と入力した。	前回と同じ処方だったが、1日4回の方に気をとられ、用法の方が変わっていたのに気がつかなかった。	しっかり指をさして声に出さなくてはいけない。	確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。
40	点眼の用法を右眼に点眼のところ、前回処方の両眼で入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
41	処方せん全体ではジェネリック医薬品に変更可能であったため、ジェネリック医薬品に変更したが、その薬剤のみ変更不可となっていたものを見逃してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
42	服用コードを間違えた。	トローチの入力なのに、うがい薬の服用コードを入力した。	混雑時でも集中して入力する。また、確認もれがないように気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
43	飲み方が「分2(朝夕)」を「分1(朝)」で入力してしまった。	前回と同じ処方内容の入力で、錠数が変わっていなかったのに、内容が変わっていないという思い込みで処方箋を見てしまい、飲み方が変更になっていたのに気づけなかった。	錠数を確認した時点で確認をしたつもりになっていた。一語一句の確認ということを必ずして、集中をして入力をしていくようにする。	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		用法等を誤っ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。
44	塗り薬にもかかわらず、貼り薬の用法で入力を行った。また、回数についても2回のところ1回と入力した。	確認不足だった。	確認を徹底する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
45	「身体に塗る」を「患部*からだ」で入力してしまった。		落ち着いて探す。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
46	「分2朝、昼」を「朝、夕」で入力した。	分2だったので「朝、夕」と思い込み、確認を怠った。	入力後の確認は必ずする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
47	食直前を食前で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
48	不均等の入力が漏れた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
49	夕食後を就寝前で入力してしまった。	前回と薬が変わっていて、薬の名前だけ入れ直し、用法を訂正するのを忘れてしまったため。	前回の処方を用いる時は、特に変化がないか注意し、確認してから入力する。入力後ももう一度確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
50	使用部位の入カミスで「腿」を「耳」とした。			確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
51	服用時点「4日目から服用」の記載が漏れた。		入力終了時、再度確認を行う。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
52	分2内服を分3毎食後で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
53	用法入力を間違えた。	よく見なかった。		確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。
54	起床時を朝食後で入力した。			確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
55	用法が「1日1回4吸入」のところに「1日4回吸入」と入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
56	「1回1枚」のコメントの入力が漏れた。	他にもコメントの入力があり、さらに気を取られ、「1回1枚」を見逃した。	処方せんのコメを良く見る。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
57	外用の入力で「手・股関節」と指示がきていたが、手の入力を忘れてしまった。		確認を徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		用法等を誤っ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。
58	隔日の入力を忘れた。		知識をつけるとともに、確認を徹底する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
59	うがい液の用法で、4回と指示があるのにも関わらず、数回と入力してしまった。		知識をつける。確認を徹底する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
60	細粒2種類あり混ぜるでフラグ入力を間違えた。	細粒2種類以上ある場合、自動で計量混合の入力になり、計量混合調剤加算は削除したが、フラグの入力の削除を忘れてしまった。	フラグの欄の確認を怠らないように注意する。	判断を誤った		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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
61	夕食後で処方されていたところ朝食後で入力した。			確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
62	朝夕食後で処方されていたが朝昼食後で入力してしまった。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
63	生食の用法を間違えて記入していた。1日4回のところ、1日3回で記入した。	1日3回処方が多い病院なので、思いこみで調剤してしまった。	調剤時に調剤メモに回数を記入する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
64	貼付剤を塗布剤で入力した。		確認を徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		用法等を誤っ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。
65	吸入剤1日1回の使用を1日2回で入力した。	他の業務に気を取られていて注意が散漫になっていた。	前回処方と同じ薬の場合は、特に基本の確認、指さし声だしを行う。	確認を怠った その他他の業務に気を取られて注意散漫だった		用法等を誤っ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。
66	「調剤日8日目より服用開始」のコメントの入力が漏れた。	服用方法が複雑な処方入力で、調剤室等で確認しながら入力した。コメントを見落とした。	処方せんをくまなく見る。慌てて入力しない。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
67	塗布剤の患部入力ができなかった。		確認を徹底する。	確認を怠った 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった		用法等を誤っ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。
68	パソコン入力時に間違えた。D Oで選んだら3mgが5mgに変わっていた。		処方せんをよく見る。	確認を怠った 知識が不足していた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
69	服用開始時点を11日目からの ところ2日目からにしてしまっ た。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
70	目薬の用法を前回左眼であっ たが今回両眼なのに前回の用 法で入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
71	頓服の用法を不眠時のところ 不安時にしてしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
72	外用の使用部位を手であるの に、肩で入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
73	入力を間違えた。	フラグを立て忘れた。他に気を取られていた。	補足情報を必ず開き、全体画面にて確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
74	部位顔を頭と入力した。	思いこみによるミスだった。	手書きの処方せんは特に注意しながら入力し、確認をおこたらない。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
75	隔日投与の薬剤に対し、「*一日おきの服用」のコメント入力を忘れてしまった。	知識不足だった。	確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
76	軟膏の用法を誤って点耳と入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
77	内服1日2回朝・夕食後を内服1日2回朝・夕食直後(シロップ)で入力した。			確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム		用法等を誤っ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。
78	DO処方を入力した。今回は1剤減っていたのに、見落としてしまい前回のDOのままにしまった。	画面上のカーソルを最後まで移動させなかったために、一剤多く入力されていることに気づかなかった。	最後余白が出るまでカーソルを移動し、内容をきちんと自己鑑査できるようにする。	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		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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
79	用法・用量の変更に気付かず前回DO入力し、間違えた。1日2回、1回1錠を1日3回、1回1錠で入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
80	毎食前を毎食後と入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
81	1日2回を1日3回と入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
82	塗布を坐剤と入力した。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
83	前回と変更がある処方をもそのままで入力した。	他の業務に追われていたため注意散漫になっていた。	忙しい時こそ基本の声だし、指さし確認を徹底する。	確認を怠った その他他の業務に気を取られ注意散漫になっていた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
84	外用薬指示の入力ミスをした。		声出し確認する。	確認を怠った		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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
85	両眼1日5回約3時間おきを左眼1日5回約3時間おきで入力した。			確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム		用法等を誤っ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。
86	眼軟膏1日2回を両眼1日2回点眼で入力した。			確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム		用法等を誤っ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。
87	眼軟膏1日2回を両眼1日2回点眼で入力した。			確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム		用法等を誤っ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。
88	「分2朝・夕食事中」の処方で、「分2医師の指示通り」を選んで「朝・夕食事中」のコメントを入力し忘れてしまった。		落ち着いて入力する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
89	貼付のところを塗布で入力確定してしまった。		Doだと安心せず、1つひとつ確認し確定する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
90	不均等の入力もれた。		入力後の確認をする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
91	貼り薬1日1回を貼り薬で入力した。			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		用法等を誤っ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。
92	外用薬の使用部位を入力し忘れてしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
93	目薬の回数を間違えた。	DO入力で回数を変更していた。	薬が変わっていても回数が変わっていることが多々ある。最後まできっちり確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
94	毎食後毎食前を入力した。	コードを入力する際、全てではなく途中まで入力し選択した為、間違いをそのまま流してしまった。	最後チェックするときに気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
95	粉薬の計算方法を間違えた。			判断を誤った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
96	処方せんには記載されていなかった薬が入力されたままだった。			判断を誤った 施設・設備		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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
97	前回と用法が変わっていたのに気付かずそのまま入力していた。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
98	前回の処方内容を引用し、削除し忘れた。		指さし確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
99	湿布の指示の入力を間違えた。		声出し確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
100	湿布薬1回1～2枚と入力のところ1回1～2回と入力した。	朝は空いていて急に混み始めた時、「1～2」という所だけ頭にあり「枚」という所がスルーしてしまった。普段あまり出ない1～2というところなので尚更よく確認しなくてはならないところだった。	確認を怠らずにしないといけない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
101	薬剤によって曜日の特殊指定入力をしなければいけなかったが怠った。		知識をつける。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
102	朝食後のところ朝夕食後で入力した。		確認を徹底する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
103	外用薬の用法の入力を間違えた。部位指定があるものに「からだ」で入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
104	用法の入力ミスをした。	坐剤-83のところ、注入軟膏-903で入力した。	坐剤用法は-83と入力する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
105	服用後の入力に不備があった。	「F服用後」の入力で、「○日目から服用」の入力がもれてしまった。	「F服用後」の入力時は、入力画面の補足事項のボタンをはずして「○日目から服用」の入力ができているかどうかを必ず確認するように気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
106	用法の入力の選択を間違えた。	初めての薬だったので、用法を選択する時、部位が入っていない用法コードを選択してしまったが、正しくは、部位が入った用法コードを選択するべきだった。	用法コードの一覧をよく見て確認してから、正しく選択するように気を付ける。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
107	正しくは漸減療法入力するところ、誤って漸減療法入力をしなかった。			判断を誤った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
108	正しくは2日に1回を誤って1日2回とした。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を誤っ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。
109	正しくは分2を誤って分1とした。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		用法等を誤っ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。
110	外用薬の用法を間違えた。1日1～2回を1日1回と入力した。	確認不足だった。	確認する。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
111	内服20日分を頓服20回分と入力した。		頓服薬は10回分までということも忘れずに、よく確認するように心がける。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
112	不均等の入力がもれた。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
113	漸増の入力がもれた。			確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
114	正しくは「2錠、分2、朝夕食後、7日分」を、前回処方「1錠、分1、朝食後、3日分」だったので、患者に飲み方、日数変更を確認しに行き、今回の処方内容通りで良い旨を確認後、薬剤師用に患者確認済みのメモ書きをしたが、「分1から分2」の修正をしていないことに気付かず、入力確定してしまった。		処方通り入力し、入力内容の確認をしてから、患者に確認しに行く。	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった		用法等を誤っ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。
115	3錠のところ6錠で入力した。			確認を怠った その他注意散漫		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
116	6回を8回で入力した。			確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。
117	右眼1日3回を両眼1日3回と入力した。			確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム		用法等を誤っ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	朝食後を就寝前で入力した。	新規で入力したにも関わらず思い込みで入力してしまい、最後の確認を怠った。	最後の確認は必ずする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
119	毎食後(-321)を朝昼食後就寝前(-322)で入力した。		入力後の確認を怠らない。焦らず入力する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
120	外用の用法入力で患部へのところ、からだへと入力してしまった。	Doで写し確認を怠ったため。	確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
121	点鼻薬のコメントを噴霧のところ吸入で入力してしまった。	確認を怠ったため。	確認する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
122	貼り薬を貼り薬1日1回と入力			確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム		用法等を誤っ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。
123	右眼を両眼で入力			確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム		用法等を誤っ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。
124	内服薬に、外用のコメントを入力した。	前回処方コピーして入力。貼付剤が削除となっていたため、処方せんに従い入力を削除したが、【1回1枚】のコメントを削除し忘れ、入力確定してしまった。	入力確定前に、再度一から入力チェックする。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
125	不均等(2/1)の入力もれ。	処方内容が重かったため、全ての薬剤の入力を優先し、最後に不均等の指示を入力しようとして、そのまま忘れて入力確定してしまった。	後回しにしない。	判断を誤った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
126	服用コメントを消し忘れてしまいました。	Doで写し服用時点の確認を怠ったため	服用時点の確認をします。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
127	朝食後から夕食後に処方変更していたが他に気を取られ見落としてしまった			確認を怠った		用法等を誤っ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。
128	コメント入力、夕食直前の所夕食直と入力してしまいました。	入力後の確認を怠ったため	コメント入力時確認します。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
129	夕食後服用を就寝後服用と入力間違いをした。	入力を急いでGEを聞きに行くことに気を取られ、注意散漫になり最初に入力した他の薬の用法が頭に残っていて入力し確認も怠ってしまった。	最後には指差し声出し確認を徹底する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。



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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
130	不眠時のところ誤って疼痛時で入力	混雑による焦りがあった	自己監査の徹底	確認を怠った		用法等を誤っ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。
131	分2朝昼前で入力のところ、朝夕前で入力。監査により発覚。	確認ミス。	自己監査の再徹底	確認を怠った		用法等を誤っ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。
132	コメント入力忘れ	確認を怠ったため	処方せんを確認します。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
133	服用コメント無しの所有りにしてしまいました。	D <sub>o</sub> で写し削除忘れ、確認を怠ったため	確認します。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
134	服用時点4日目からのところ、3日目からで入力。		確認を徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		用法等を誤っ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。
135	服用時点8日目～と入力もれ		再度確認する	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
136	朝夕食前の用法を、朝寝る前で入力した。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
137	DO入力で回数が変更していた	少し焦って入力してしまった	以後気を付けます	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
138	DO入力で目薬の用法が変更していた	少し焦って入力していた為見落としていた	焦らずゆっくり入力する	確認を怠った		用法等を誤っ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。
139	服用時点の入力をしなかった			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
140	1日1回を1日2回で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
141	朝にを朝夕にて入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
142	1回を数回で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
143	分2の朝夕の処方分を分3毎食後で入力してしまった。	D <sub>o</sub> で前回の処方呼び出して、各薬の錠数を3錠から2錠にそれぞれ変更をしたが、処方日数が7日と同じだったため、その確認をして安心してしまい、うっかり用法の変更をするのを忘れてしまった。さらに用法の確認を怠ってしまった。	一語一句を確認をする事の徹底をするようにする。確認をすることは常に心がけているつもりではあったが、今回見過ごしてしまったので、さらに気を付けるようにしたい。	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 教育・訓練		用法等を誤っ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。
144	かゆいところ、赤いところを入力しなかった			確認を怠った		用法等を誤っ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。
145	軟膏の処方の為、患部にお塗り下さいと入力するところ、患部にお貼り下さいと入力を行った。	確認の怠り	確認の徹底	確認を怠った		用法等を誤っ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。
146	用法 朝夕食直前の所朝夕前と入力してしまいました。	確認を怠ったため	直前の入力を確認し入力します。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
147	疼痛時と入力すべきところ、1日数回と誤入力	最終確認もれ	確認を徹底する	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
148	薬の使用回数を入力を間違えた。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
149	服用時点が変わっていたのにそのまま入力してしまった。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
150	服用時点が就寝前から夕食後に変わっていたのを見逃した。			判断を誤った		用法等を誤っ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。
151	用法 朝昼食後就寝前のところ 毎食後で入力		入力後の確認を徹底する	確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。
152	用法 吸入1日2回のところ1 日1回で入力した		入力後の確認を徹底する	確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。
153	用法 分2朝夕食後のところ 分1朝食後で入力した		入力後の確認を徹底する	確認を怠った その他注意散漫		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
154	点眼4回両眼→4回右眼と入力	doで入力し確認もれ	doにとられず確認を徹底する	判断を誤った		用法等を誤っ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。
155	コメント入力1回一枚と入力しました。	処方せんの確認を怠ったため	一つ一つ確認します。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
156	コメント入力を忘れてしまいました。	確認を怠ったため	処方せんを良く見て確認をします。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
157	左眼1日3回約5時間おきを両眼1日3回約5時間おきと入力			確認を怠った コンピュータシステム		用法等を誤っ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。
158	食前を食後で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
159	朝食後を入力しなかった			確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
160	食間を食後で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
161	用法入力もれ			確認を怠った		用法等を誤っ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。
162	1日1回入力もれ			確認を怠った		用法等を誤っ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。
163	両鼻を右鼻と入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
164	1日8回授乳時に服用を1日9回授乳時に服用と入力間違えをした。	繁忙時に焦りが出てDo処方に新たに処方された物に気を取られて、確認を怠ってしまった。	最後まで気を抜かず指さし声出し確認を怠らない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
165	食前を食後で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
166	貼り薬を点眼で入力			確認を怠った コンピュータシステム		用法等を誤っ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。
167	服用開始に指定のあるお薬で、指定より1日早い日付で入力してしまった			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
168	内服の用法で朝食後のところ、夕食後で入力してしまった			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
169	外用薬の用法間違え。「張る」を「塗る」で入力。	確認不足。	要確認。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。
170	前回のコメントを消し忘れてしまった。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
171	塗布1日2回を1回で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
172	3吸入を3回で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
173	塗布を貼付で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
174	必要事項記入もれ			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
175	5回を3回で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
176	塗布を貼付で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
177	片側20噴霧と入力すべきを忘れてしまった。		確認作業をきちんと行う。	確認を怠った		用法等を誤っ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。



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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
178	mlと入力すべきを間違えて入力してしまった。		確認作業をきちんと行う。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
179	1日1回と入力すべきを1日2回と入力してしまった。		確認作業をきちんと行う。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
180	頭にと入力すべきを顔にと部位を間違えて入力してしまった。		確認作業をきちんと行う。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
181	毎食後と入力すべきを夕食後と入力してしまった。		確認作業をきちんと行う。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
182	服用時点の消し忘れ		コピー機能を使用した場合は確認作業をきちんと行う。	連携ができていなかった		用法等を誤っ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。
183	塗布剤、処方日14日と入力すべきを坐剤、処方日16日と入力してしまった。		確認作業をきちんと行う。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
184	服用時点27日おきと入力すべきを忘れてしまった。		確認作業をきちんと行う。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
185	1日2回左耳点耳で入力するところ、1日2回塗布で入力。			確認を怠った		用法等を誤っ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。
186	1日4回点鼻で入力するところ 1日4回両目点眼で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
187	分2を分1で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
188	前回の薬が1種類入ったままで入力した。		確認を徹底する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
189	服用時点(6日おきに服用)が抜けていた。		確認を徹底する。	確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
190	DOで回数が3から2回に変わっていたのに気がつかなかった		必ず確認する	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
191	用法の入力間違え(毎食後→毎食前で前回DO入力)			確認を怠った		用法等を誤っ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。
192	28日分のところを21日分と入力。	前回は21日分の処方をして呼び出した。不均等投与の入力に気を取られ、日数が28日分に変更になっていることに気付かず、最後にすべてを確認するのを怠ってしまった。	いつもやっている最終確認を忘れてしまった為、きちんとチェック出来ずに確定してしまった。DO処方ならなおさら確定前に確実にチェックしようと思いません。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
193	1回1枚とコメントの入力を忘れてしまいました。	確認を怠ったため	確認します。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
194	朝昼食後の所朝夕食後と入力してしまいました。	確認を怠ったため	確認します。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
195	塗り薬を点眼で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
196	貼付剤の用法について、「塗ってください」と入力してしまった。	貼付の用法コード【-82111】を、塗布の用法コード【-81111】で入力してしまい、目で見て確認せず確定してしまった。	入力後、必ず目で確認し、読み上げて再度確認する。	確認を怠った 判断を誤った		用法等を誤っ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。
197	コメント入力1日おきに内服と入力を忘れてしまいました。	確認を怠ったため	確認します。	確認を怠った		用法等を誤っ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。
198	処方入力の際、吸入剤1回2吸入のところ、1日2回吸入と入力してしまいました。		吸入剤の用法を理解し、入力後の確認を怠らないようにします。	確認を怠った 知識が不足していた		用法等を誤っ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。
199	開始日を書いてあったのに気がつかなかったので、前回のままだった		慌てずよく見る	確認を怠った 知識が不足していた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
200	薬が変更になり、変更すべきでないものを削除して追加で入力してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
201	塗り薬1日1回を塗り薬、貼り薬を貼り薬1日1回で入力			判断を誤った		用法等を誤っ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。

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「その他」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
202	貼り薬を貼り薬1日1回で入力			確認を怠った		用法等を誤っ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。
203	眼軟膏について、1日回数についての指示がなかったが、【1日1回】と入力してしまった。	前回処方のコピーして入力、前回【1日1回】の指示だったのを修正せず、そのまま入力確定してしまった。	ひと通り、全ての項目についてのチェックを確実にこなす。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		用法等を誤っ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。

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	関連する医薬品等の情報	調査結果
1	前回の薬歴に、「バクトラミンで薬疹の可能性」と記載があり、医師の服薬中止指示もお薬手帳にて確認していた。しかし今回、バクトラミン配合錠が処方されていたため疑義照会したところ、薬剤削除となった。	電子薬歴を使用しているが、コメント欄に目立つように「バクトラミンで薬疹」と記載してあったので気付けた。	今後も大事な情報はコメント欄に入力をするよう、スタッフで徹底する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名バクトラミン配合錠	薬歴等
2	メデット錠250mg服用患者にエクア錠50mgが追加処方されていた。適応外処方であるため、疑義照会を行ったところ、エクア錠50mgからグラクティブ錠50mgに変更となった。	エクア錠50mgの適応症を医師が把握していなかった。DPP-4阻害薬が全て、同様の適応症と医師は考えていた。MR(医薬情報担当者)から適正使用の情報活動がされていなかった。	MR(医薬情報担当者)の宣伝活動を規制する。医師への薬剤の適正使用の説明等は病院薬剤師が行う。	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 販売名エクア錠50mg  変更になった医薬品 販売名グラクティブ錠50mg	薬の特性等
3	前回処方の「リスペリドン錠2「MEEK」2錠、リスペリドン錠1「MEEK」1錠」から、今回、「リスペリドン錠3「MEEK」2錠、リスペリドン錠2「MEEK」2錠、リスペリドン錠1「ME EK」1錠」へ増量となっていた。リスペリドンの量としては11mgと問題ではなかったが、増量幅が5mgから11mgと大きく、処方ミスの可能性があったため疑義照会したところ、リスペリドン錠3「MEEK」2錠へ変更となった。	処方変更時の入力ミスが原因だった。		その他処方ミス	処方された医薬品 販売名リスペリドン錠1「MEEK」 販売名リスペリドン錠2「MEEK」	薬歴等
4	「ムコスタ錠100、3錠/分3」で処方された処方箋を患者が持参した。投薬の際にお薬手帳を確認したところ、「レバミピドOD錠100mg3錠/分3」が処方されていることが分かった。重複投与になるため処方医へ確認したところ、薬剤削除になった。	医師はお薬手帳を確認したとのことであったが、レバミピドOD錠100mgが後発医薬品だったため、ムコスタ錠100と別成分の薬剤と判断したものと思われる。	薬剤師によるお薬手帳の確認を改めて徹底する。当薬局と近隣薬局で後発医薬品が処方された際は、先発医薬品名を合わせてお薬手帳へ記載することとした。	確認を怠った 連携ができていなかった 知識が不足していた コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
5	糖尿病治療中の患者に処方されていたノボラピッドが中止になった。患者に理由を聞くと、「注射を中止する代わりに、内服を強い薬に代える。」とのことだった。注射剤以外に変更がなかったため疑義照会を行ったところ、服用中のジャヌビア錠25mgがジャヌビア錠50mgに増量となった。	注射剤の削除は行われたが、内服薬の変更の操作が忘れられていた。	処方変更時は理由を聴取する。	その他服薬指導で疑義が生じたため	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠25mg  変更になった医薬品 販売名ジャヌビア錠50mg	患者の症状等
6	ランタス注ソロスターの用法が「昼2単位、夕1単位」と処方箋に記載されていた。前回と用法用量が異なるため、疑義照会したところ、「寝る前2単位」へ変更になった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ランタス注ソロスター	薬歴等
7	ピロリ菌除菌のためランサップ400が処方された。服薬指導の際に、同年1月に服用したタケプロンで喉の痛みを感じたことが分かった。ランサップ400にタケプロンが含まれているため疑義照会を行ったところ、「パリエット錠10mg、クラリス錠200、サワシリンカプセル250」に変更となった。	患者はランサップ400にタケプロンが含まれていることを知らなかった。	キットになっている医薬品であっても、成分を1つずつ確認する必要がある。	その他服薬指導で疑義が生じたため	処方された医薬品 販売名ランサップ400  変更になった医薬品 販売名パリエット錠10mg 販売名クラリス錠200 販売名サワシリンカプセル250	患者の症状等
8	院内でティーエスワン配合顆粒T20を服用していた患者が院外処方になり、当薬局に処方せんを持参した。投与スケジュールを聞いたところ、不明とのことだったので疑義照会を行った。その結果、1週間前から服用中であることが分かり、処方された7日分を継続して服用することとなった。	2投1休(2週間投与、1週間休薬)だった。院内で処方された際に投与スケジュールを聞いているはずだが、忘れていた。	抗がん剤など投与スケジュールが不規則なものは、注意して服薬指導を行う。	その他服薬指導で疑義が生じたため	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合顆粒T20  変更になった医薬品 販売名ティーエスワン配合顆粒T20	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
9	普段病院から複数の薬をもらっている患者が、風邪のため近くの開業医に受診した。もともとムコサール-Lカプセル45mgを服用していたが、近医を受診した際に併用薬を伝えなかったため、ムコソルバン錠15mgが処方された。疑義照会を行ったところ、ビソルボン錠4mgに変更となった。	お薬手帳を持っている患者だったが、近医を受診した際に持参し忘れた。口頭で併用薬はないと伝えてしまった。	お薬手帳の活用を訴える。複数の薬を服用中の患者は重複投与に注意する。	患者側	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg  変更になった医薬品 販売名ビソルボン錠4mg	その他
10	外科を受診した際にガスター-D錠10mgが処方された。服薬指導の際に、「胃酸を抑える薬ならすでに飲んでいる。」との申し出があった。お薬手帳を確認したところ、パリエット錠10mgを服用中であることが判明した。疑義照会を行ったところガスター-D錠10mgが削除となった。	外科を受診した際に併用薬を伝えていなかった。	お薬手帳を持参している場合は、重複などしていないか注意する。	その他服薬指導で疑義が生じたため	処方された医薬品 販売名ガスター-D錠10mg	お薬手帳
11	定期処方にて、「ニコランマート錠5mg(シグマート錠5mgのジェネリック医薬品)3錠/分3、28日分」を服用中に追加処方として、「シグマート錠5mg3錠/分3、バイアスピリン錠100mg1錠、7日分」が処方された。	以前から服用中のシグマート錠5mgを9か月前よりジェネリック医薬品のニコランマート錠5mgに変更し、処方医に変更の報告をした。以降、処方医はジェネリック医薬品名で処方箋を発行していた。処方医にニコランマート錠5mgとシグマート錠5mgが同じ成分の薬という認識がなかった。カルテにどのように記載されていたかは不明だった。	後発医薬品変更報告を受けた処方医には2通りおり、以後もそのまま先発医薬品名で処方する医師と、変更したジェネリック医薬品名で処方する医師がいた。薬局での対策ではないが、自分の使っている薬剤名で処方を持続できれば防げた事例と思われる。薬局としては、併用薬のチェック時に数あるジェネリック医薬品を曖昧にせず、知らない名前のは成分名、先発医薬品名を確認する習慣をつける。	医薬品	処方された医薬品 販売名シグマート錠5mg	薬歴等



疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
12	トラムセット配合錠「8錠／分4」で継続服用中の患者へカロナール錠200「9錠／分3」が処方された。同一医師による処方だったが、違う部位の痛みも訴えたため、アセトアミノフェンが追加となっていた。しかし、アセトアミノフェンの1日量が4400mgとなり、4000mgを超えたことを疑義照会で伝え、カロナール錠200「6錠／分3」に減量となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	薬歴等 薬の特性等
13	ストロメクトール錠3mg4錠、1日1回朝食後」で処方箋を受けた。ストロメクトール錠3mgは脂溶性物質であり、高脂肪食により血中薬物濃度が上昇するおそれがあるため、朝食後から空腹時に変更となった。			その他処方不備	処方された医薬品 販売名ストロメクトール錠3mg	薬の特性等
14	「メルカゾール錠5mg1日用量1錠、分1×84日分、朝食後服用」で処方箋に記載があった。薬剤服用歴管理簿の記録によると、メルカゾール錠5mgの投薬は今回が初回であることが確認された。メルカゾール錠5mgは、【警告】「重篤な無顆粒球症の報告がある為、少なくとも投与開始後2か月間は、原則として2週に1回、それ以降も定期的に血液検査の実施」の記載があり、初回で84日分の投薬は問題があると判断し、処方医に疑義照会を行った。処方医より、処方通り84日分で投薬するよう回答があった。理由を伺うも、「診療が忙しいため答えられない。」とのことだった。患者本人に処方の背景を確認したが、「主治医からも新しい薬が処方される話は聞いていない。血液検査もここ3か月ほど行ってない。」との申し出があった。やはり、メルカゾール錠5mgが開始されるのは問題があると判断し、再度、処方医に患者からの申し出を報告の上、疑義照会を行った。メルカゾール錠5mgの処方を中止するよう回答があった。		メルカゾール錠5mgのように、処方開始から数か月間は定期的な血液検査が求められる医薬品が処方開始時点でその期間を越える処方日数で処方せんに記載があった場合には注意が必要である。医師からの疑義照会の回答に疑問が残ったままで調剤を行わず、必ず納得出来るまで照会を行うことが大切であるとする。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名メルカゾール錠5mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
15	皮膚科の処方箋を持参した患者に投薬時、患者より、「糖尿病の薬を服用しているが、一緒に飲んでも大丈夫か。」と質問された。お薬手帳を持参していたので確認したところ、レバミピド錠100mg「NP」分3が皮膚科と重複していることが判明した。皮膚科の医師に疑義照会し、削除となった。	糖尿病以外にも高血圧症、便秘症、不整脈などがあり、14種類の薬を服用していた。	これからもお薬手帳の重要性をすべての患者に指導していく必要がある。	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「NP」	お薬手帳
16	リーゼ錠5mgが投与日数制限を超えて、42日分で処方されていた。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名リーゼ錠5mg	薬の特性等
17	メタヒスロン錠6mgのところ、メタヒスロン錠12mgで処方されていた。			確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名メタヒスロン錠12mg  変更になった医薬品 販売名メタヒスロン錠6mg	その他
18	乳腺炎のためセフゾンカプセル100mgが処方された。来局時の患者インタビューでセフェム系薬剤(トミロン)による蕁麻疹の副作用歴があることが分かった。同系統の薬剤が処方されているため、念のため医師へ確認したところ、クラビット錠500mgへ変更となった。		患者インタビューを徹底し、アレルギー歴のある患者は表紙に一目でわかるよう記載する。患者のお薬手帳のアレルギー歴にも記入して、他院/他薬局にかかる際は、副作用歴を伝えるよう促す。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg  変更になった医薬品 販売名クラビット錠500mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
19	今まで他院でアロチーム錠を服用しており、本日から紹介先の病院より処方となった。アロチームと同成分のザイロリック100mg/日等が処方されていた患者だった。処方内容より腎機能障害が疑われた。患者に確認したところ、血清クレアチニンが3.5mg/dLとのことであった。腎機能より過量となる可能性を考え医師へ問い合わせを行ったところ、ザイロリック50mg/日の間違いであることが分かった。	患者はお薬手帳を持参しておらず、紹介前の薬の内容と照会する手段がなかった。紹介状の記載に規格が書かれていなかったこと、紹介先の病院にザイロリック錠は100mgの1規格しかなかったことが今回のような事態を招いた可能性があると考えられる。	特に紹介先から新規で処方を受ける場合はお薬手帳を確認するなどして、今までの服用薬との相違点がないか確認する。もし相違点があった場合、患者に確認してもはっきりとした返答が得られない場合は医師へ確認する。また、このようなメリットもあるため、患者へお薬手帳を携帯することの必要性をアピールしていく。	確認を怠った 患者側 その他紹介状	処方された医薬品 販売名ザイロリック錠100  変更になった医薬品 販売名ザイロリック錠50	患者の症状等
20	患者はアレルギー症状があり、他科からザジテンドライシロップ0.1%が処方されていたが、痙攣の既往歴がある患者には禁忌の薬剤だった。薬歴より患者は痙攣の既往歴があり、最近も痙攣発作を起こしたことがあった。また、現在でもそのために通院中であることが分かった。医師へ上記を問い合わせたところ、薬剤変更となった。		患者にはアレルギー薬が処方、または購入する際は痙攣発作の既往歴があることを医師、薬剤師へ伝えるよう話す。当薬局ではザジテンドライシロップ0.1%は比較的処方され、また、近隣に脳神経外科があり、痙攣の既往歴がある患者も多く来局するため、薬剤師の中でもチェックを怠らないよう注意喚起のシールを貼るなどを検討している。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ザジテンドライシロップ0.1%  変更になった医薬品 販売名アレジオンドライシロップ1%	薬歴等 薬の特性等
21	パナルジン、サアミオン錠5mgが脳梗塞後から処方されている患者だった。今回の処方でパナルジンのみ14日分少なく処方されていたため患者に確認すると、全身麻酔で開腹手術を予定しているため、術前14日前から中止することが分かった。サアミオン錠5mgも弱いながら出血傾向を増強するため処方医師へ確認したところ、術前3日前から中止となった。		薬局内でも術前中止薬の意識が統一されていないため、表を配布して知識の統一を図る。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名サアミオン錠5mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
22	今迄、チウラジール錠50mgの処方だったのに、チラーヂンS錠50の処方箋が来た。おかしいと思い、病院に電話をして医師に確認し、チウラジール錠50mgを出した。			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  変更になった医薬品 販売名チウラジール錠50mg	薬歴等
23	アクトス、グルコバイ、アマリール、メデット錠250mg、グラクティブ錠服用患者のグラクティブ錠がエクア錠50mgに変更となった。エクア錠50mgは、単剤又はSU剤との併用しか認められていない。疑義照会にてジャヌビア錠100mgに変更となった。医師から「コメント記載すれば、エクアを使用出来るか。」と問い合わせがあったが、「エクア使用は困難である。」と回答した。	当薬局としては、薬剤の適正使用に向けて、疑義照会を徹底していた。	処方元の薬剤部長に相談した。	報告が遅れた(怠った) その他エクア錠50mgの処方箋の注意喚起 その他エクア錠50mgの処方箋の注意喚起 教育・訓練	処方された医薬品 販売名エクア錠50mg  変更になった医薬品 販売名ジャヌビア錠100mg	薬の特性等
24	3歳の子供にマイザー軟膏が処方されており、幼児には強すぎると判断して疑義照会した。リンデロン-VG軟膏0.12%に変更となった。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名マイザー軟膏  変更になった医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12%	年齢・体重換算の結果
25	シングレア錠10mgが処方されていた。お薬手帳でオンカプセル112.5mgを服用中であることが判明した。類似薬のため疑義照会して、シングレア錠10mgは中止となった。		お薬手帳を医師にも提示するように患者に指導する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名シングレア錠10mg	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果	
26	喉の痛みでニフラン錠が処方された。整形外科にてインテバンSP25の服用がお薬手帳から判明した。類似薬処方のため疑義照会してニフラン錠が中止となった。			受診時に医師にもお薬手帳を提示するように患者に指導する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ニフラン錠	お薬手帳
27	他科にてオメプラール錠20を服用中と薬歴より判明した。患者本人に今も服用しているか確認した。ランソプラゾールOD錠15mg「DK」が処方されたので疑義照会した。オメプラール錠服用中でも症状があるので、医師も薬の追加をしたいとのことだった。コランチル配合顆粒の処方を提案し、ランソプラゾールOD錠15mg「DK」から変更になった。			受診時にも常にお薬手帳を持参して、服用中の薬を医師に報告するように患者に指導する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「DK」  変更になった医薬品 販売名コランチル配合顆粒	薬歴等
28	ピーエイ配合錠が処方された。以前、PL顆粒にて副作用の可能性ありと薬歴から判明した。PL顆粒と同じ成分のため疑義照会したところ、ピーエイ配合錠の処方は中止になった。				確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠	薬歴等
29	C-チステン錠250mgが処方された。他科にてムコダイン錠を服用中と薬歴から判明した。同成分のため疑義照会したところ、ムコソルバン錠15mgに変更された。			受診時にお薬手帳を提示して、服用中の薬を医師に報告するように、患者を指導する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名C-チステン錠250mg  変更になった医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
30	他科にてアレグラ服用中とお薬手帳から判明した。アレロック錠5が処方されたが、同効薬のため疑義照会して、アレロック錠5が中止となった。			受診時にもお薬手帳を提示して、医師に飲んでいる薬を報告するよう患者を指導する。	連携ができていなかった 処方された医薬品 販売名アレロック錠5	お薬手帳
31	「メプチンエア－10μg吸入(1日2回吸入)」と記載された処方箋を受付けた。鑑査時に気づき、処方医師に疑義照会したところ、「喘息発作時使用」に用法が変更された。	医師がメプチンエア－10μg吸入100回の吸入の用法、副作用について理解していなかった。勘違いしていた。	喘息吸入薬の種類、分類等についての資料を医師に持参する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メプチンエア－10μg吸入100回	薬の特性等
32	抗生剤が処方されていないのに、ピオフェルミンRが出ていた。患者に症状を確認したところ、「下痢はなく、鼻水が悪化した」とのことだった。確認のために医院に問い合わせたところ、オゼックス細粒小児用15%を出すところを入カミスによりオノンドライシロップ10%が出ていたことが判明した。事前に分かっていたため、事なきを得た。	処方せん入力時に「オ」で検索した際、「オ」がつく薬の選択ミスのようなだった。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名オノンドライシロップ10%  変更になった医薬品 販売名オゼックス細粒小児用15%	薬の特性等
33	レボフロキサシン錠100mg「TYK」が処方された。お薬手帳にて他科でフロモックス服用中と判明した。疑義照会したところ、レボフロキサシン錠100mg「TYK」は中止となった。			受診時、お薬手帳を医師に見せるように患者に指導した。	連携ができていなかった 処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠100mg「TYK」	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
34	生後7ヶ月、8kgの乳児に、「クレ・ママレットドライシロップ0.1%0.5g、1×寝る前」の処方があった。分量が多過ぎるため疑義照会したところ、「0.2g、2×朝夕食後」に変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クレ・ママレットドライシロップ0.1%	年齢・体重換算の結果
35	しもやけでユベラNソフトカプセル200mgが処方された。他科にて同薬を服用中であることが、薬歴より判明した。疑義照会して中止となった。		受診時は常にお薬手帳を持参し、医師に見せるように患者に指導した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユベラNソフトカプセル200mg	薬歴等
36	PL顆粒とカロナール錠が、どちらも内服で5日間処方されていた。			その他併用禁止の医薬品の処方	処方された医薬品 販売名PL顆粒	薬の特性等
37	タミフルカプセル75が「1日4カプセル、分2」で処方されていたので疑義照会し、「2カプセル、分2」に変更となった。			その他分量ミスの処方	処方された医薬品 販売名タミフルカプセル75	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
38	透析患者に「クラリス錠200、1日量1錠、1×夕食後、4日間服用」が処方された。薬剤服用歴の記録から「レグパラ錠25mg1錠、1×夕食後」が継続処方されており、クラリス錠200との相互作用が疑われた。処方医にクラリス錠200との併用でレグパラ錠25mgの代謝が阻害され、血中濃度が上昇する可能性、それにより血清カルシウムが減少するリスクがあることを報告し、他の抗菌薬に変更できないか疑義照会を行った。「クラビット錠250mgを初日2錠、3日目1錠」に変更となった。			医薬品	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 販売名クラビット錠250mg	薬歴等 薬の特性等
39	ベイスン錠0.2が食後で処方されていた。疑義照会して食直前に変更となった。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ベイスン錠0.2	薬の特性等
40	4歳男児、体重12Kgの患者にジスロマック細粒小児用10%が1日量2.4gで処方されていた。疑義照会したところ、1日量が1.4gに変更となった。			その他医師の入カミス	処方された医薬品 販売名ジスロマック細粒小児用10%	年齢・体重換算の結果
41	風邪にてクラビット錠500mgが処方された。半年程前に服用した際、かゆみが出て同日の夜に別の抗生剤が処方されていた。同医院から再度クラビット錠500mgが処方された。疑義照会したところ、別の抗生剤に変更となった。	当該患者はかかりつけ薬局を決めていたもので事なきを得たが、今回、別の薬局で調剤を受けた場合、患者本人が副作用の事を記憶していない限り、副作用歴のある薬を服用してしまう確率が高かった。	別の医院からの処方ならともかく、同じ医院から副作用が出た薬の処方があるというのは残念であるため、何らかの対策を講じて頂きたい。	その他医院側の問題	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 販売名パナン錠100mg	薬歴等



疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
42	クラリスドライシロップ10%小児用で薬疹の副作用歴のある患者に、クラリスドライシロップ10%小児用が処方された。疑義照会の結果、ジスロマック細粒小児用10%に変更となった。			その他医師の入カミス	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 販売名ジスロマック細粒小児用10%	薬歴等
43	体重32Kgの10歳女児にミノマイシン顆粒2%が0.6g/日で処方された。疑義照会したところ、6g/日に変更となった。			その他医師の入カミス	処方された医薬品 販売名ミノマイシン顆粒2%	年齢・体重換算の結果
44	リウマトレックスカプセル2mg4カプセル、朝1夕1翌朝1の指示であったため疑義照会したところ、朝2夕1翌朝1に変更となった。	確認不足だった。		記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リウマトレックスカプセル2mg	処方せんの書き方等
45	「ピーエイ錠1日6錠」と「カロナール錠6錠」が一緒に分3にて処方されており、アセトアミノフェン量が多いため疑義照会した。カロナール錠200は高熱時頓服で服用となった。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
46	患者が蕁麻疹、皮膚炎で受診し、アレグラ錠60mgと塗り薬2種類を処方された。薬局で投薬時に併用薬を確認したところ、3日ほど前からアレルギー性鼻炎でジルテック錠10を服用中だった。医師にその旨を伝えなかったことが分かった。医師に確認したところ、蕁麻疹が出て、ジルテック錠10を飲んで治まらないようなので、ジルテック錠10を中止してもらって、アレグラ錠60mgに変更し、アレグラ錠60mgはアレルギー性鼻炎にも効くことを伝えるよう医師から返事があった。	患者は積極的に医師に併用薬を伝えなかった。	薬局では必ず患者に併用薬を確認する。患者に受診の際、必ず医師に併用薬を伝えるように指導する。	その他患者が医師に併用薬を伝えなかった	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60mg	薬歴等
47	前回、セロクエル25mg錠が2錠、眼前で処方されていた。今回、セロクエル細粒50%が60mg、眼前で処方されていたが、患者との話しの中で、「先生は薬を減らすと言っていた。」とコメントがあった。病院に問い合わせたところ、「60mgの50%だから30mgではないのか？」と医師から質問があった。製剤の%に関わらず、服用量を力価で記載していただいたらよい旨を伝え、処方量が30mgの処方であることを確認した。			その他処方箋への記載量の勘違い	処方された医薬品 販売名セロクエル細粒50%	薬歴等 患者の症状等 処方せんの書き方等
48	ファルラックス錠400が1日10錠/分5で1日処方となっていた。他にカサールクリーム3%10gも処方されていた。患者からのインタビューから帯状疱疹と考えらるので、処方医に帯状疱疹なら7日処方となる事を疑義照会した結果、7日処方に変更となった。	単純疱疹と帯状疱疹では、1回量や使用日数が異なるので、用法、用量、処方日数には通常から気を付けている。	処方せんからだけでなく、患者からのインタビューを含めて処方の妥当性を判断する必要があると思われる。	確認を怠った 知識が不足していた 施設・設備 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ファルラックス錠400	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
49	<p>内科よりワーファリンを服用していた患者が、別の整形外科に受診しグラケール15mgを処方された。院内薬局から投薬された様子だった。お薬手帳を持参してもらっていたのでワーファリンの服用を知った上での処方と考えた。その後もグラケール15mgが継続処方されたのでPT-INRを検査したところ、「1.05」となっていた。薬局から直接、整形外科に問い合わせをしたところ、ワーファリンの服用を知らなかったとのことだった。すぐにグラケール15mgは中止となった。</p>	<p>グループホームに入居中の患者だった。定期的(1回/2週)に内科の往診を受け、ワーファリンを含む薬を処方され、薬局にて居宅療養管理指導を受けていた。9ヶ月前に腰痛を訴え、家族が付き添い、整形外科を受診し、グラケール15mgを含む薬が院内より出された。家族にお薬手帳を持参してもらい、併用薬の情報を医師に伝えてもらったが、グラケール15mgをやめられない状態と説明を受けたとのことだった。その後も整形外科の薬を調剤した薬局にお薬手帳を見せて確認してもらおうように家族に頼んだが、特に何も言われなかったとの返事だった。その後もグラケール15mgが続いた。PT-INRを検査したところ、「1.05」だったため、薬局から直接、整形外科に問い合わせをしたところ、ワーファリンの服用を知らなかったとのことだった。グラケール15mgがすぐに中止となった。家族は院内の薬の窓口を普通の薬局と勘違いしていた。</p>	<p>患者の家族がお薬手帳を持参し、医師に確認したとしても、気になる場合は直接薬局から確認する。</p>	<p>連携ができていなかった その他医師と薬局との連携方法が不十分だった 患者側</p>	<p>処方された医薬品 販売名グラケール 15mg</p>	<p>薬の特性等</p>
50	<p>アデホスコール顆粒10%が処方されていたが、他医療機関でアデホスコール顆粒10%が処方されていたため、医師に疑義照会を行い、アデホスコール顆粒10%が削除となった。</p>			<p>連携ができていなかった 医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名アデホスコール 顆粒10%</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
51	ムコトロン錠250mg、カロナール錠200が処方されていたが、大きい錠剤が服用出来ないと患者の母親より申し出があり、医師に疑義照会を行い、同成分のムコダイン細粒50%、カロナール細粒20%に変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名ムコトロン錠250mg 販売名カロナール錠200  変更になった医薬品 販売名ムコダイン細粒50% 販売名カロナール細粒20%	患者の申し出
52	クレストール錠2.5mgが処方されていたが、薬歴に「クレストールで腹部違和感の副作用」と記録されていたため、医師に疑義照会を行い、メルブラール粒状カプセル600mgに変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名クレストール錠2.5mg  変更になった医薬品 販売名メルブラール粒状カプセル600mg	薬歴等
53	クラリス錠50小児用が4錠/日で処方されていたが、患者の体重が40kgを超えていることから、医師に疑義照会を行い、クラリス錠200、2錠/日に変更になった。			医薬品	処方された医薬品 販売名クラリス錠50小児用  変更になった医薬品 販売名クラリス錠200	年齢・体重換算の結果
54	アルマール錠10の処方が正しいが、アルファロールカプセル0.5μgが入力されていた。	医療機関側と患者との意思疎通のないところが要因と思われる。医療機関側の確認ミスだった。	医療機関側の努力が必要と思われる。	その他処方発行医療機関側の確認ミス	処方された医薬品 販売名アルファロールカプセル0.5μg  変更になった医薬品 販売名アルマール錠10	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	関連する医薬品等の情報	調査結果
55	9歳にネオマレルミンTR錠6mgではおかしいので、病院に疑義照会した。			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 販売名ネオマレルミンTR 錠6mg  変更になった医薬品 販売名ポララミン錠2mg	年齢・体重換算の結果 薬の特性等
56	ジスロマック錠250mg1回2錠を1回1錠で入力されていた。	医療機関側の入力ミスだった。	医療機関に任せることとした。	その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	薬の特性等
57	他院よりラベプラゾールナトリウム錠10mg1錠、1×タで服用中だった。パリエット錠10mgが処方されたが、疑義照会し、パリエット錠10mgの処方が中止となった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名パリエット錠10mg	薬歴等
58	他院よりガスポートD錠20mg1錠、1×タを服用中だった。パリエット錠10mgが処方され、疑義照会した。他院処方のガスポートD錠20mgの内服を中止し、パリエット錠10mgの内服開始指示があった。			その他疑義照会	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	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
59	他院よりファモチジンの内服中だった。アシノン錠75mgが処方され、疑義照会し、アシノン錠75mgの処方が中止となった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名アシノン錠75mg	薬歴等
60	他院よりタケブロンOD錠15を内服中だった。出張中に風邪で受診した。発熱があり、ロキソニンと共にアシノン錠75mgの処方となった。疑義照会し、アシノン錠75mgの処方が中止となった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名アシノン錠75mg	その他
61	かかりつけの外科の処方せんを持参した。患者は女性であり、適応外処方の可能性があったが、患者に確認したところ、医師より特に説明がなかったということだったので、念のため疑義照会した。ハルナールD錠0.1mgの女性患者に対する処方は、適応外であり返戻の可能性のある旨を伝えたところ、ベシケアOD錠5mgに変更になった。	昨今、適応外処方が審査上認められるケースが多く出ているが、認められていないケースもあった。	専門外の適応外処方についてもしっかり疑義照会する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ハルナールD錠0.1mg  変更になった医薬品 販売名ベシケアOD錠5mg	薬の特性等
62	耳鼻咽喉科で、セフゾン細粒小児用10%など4種類の内服薬が風邪のため処方されていた。本日、皮膚科を受診して、ホスミシンドライシロップ400とバルトレックス顆粒50%が処方された。抗生剤が重複しているため、皮膚科の医師に疑義照会した結果、ホスミシンドライシロップ400が削除になった。	皮膚科では、鼻水の薬を飲んでいると医師に伝え、医師は大丈夫と返答していた。病院では、お薬手帳を見せておらず、薬局では提示していた。	病院でも、口頭ではなく、お薬手帳を提示するよう指導する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ホスミシンドライシロップ400	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
63	パリエット錠服用中、医師にお薬手帳を見せておらず、疑義照会したところ、処方されたムコスタ錠100mgが中止となった。			患者側	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬歴等
64	定期でモービック錠10mgを服用中、ロキソニンの処方があった。医師は痛み止めは飲んでいないと思い、処方が重複した。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名モービック錠10mg	薬歴等
65	整形外科で痛み止め、胃薬を服用中だった。歯科受診で痛み止め、胃薬、抗生剤が処方された。疑義照会して抗生剤のみ処方となった。			患者側	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名ウルグートカプセル200mg	薬歴等
66	患者が皮膚科の処方箋を持って来局した。フロモックス錠100mg、トロキシシン錠100mg、ユーバスタコーワ軟膏が処方された。患者に併用薬を確認したところ、医師にも見せたとされたが、薬剤情報提供文書を持参していたため念のため確認させてもらった。メイアクトMS錠100mg、レバミピド錠100mgその他を服用中であった。持って来られた処方薬と併用薬に重複するものがあるため処方医に問い合わせた結果、フロモックス錠100mg、トロキシシン錠100mgが処方削除になった。			確認を怠った 判断を誤った その他医師と患者の連携不足	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 販売名トロキシシン錠100mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
67	レセコンに0.5錠の打ち込みが出来ないために、1錠で投与の半分の量の日数を表示し、患者に口頭で半錠ずつの投与を指示されているが、今回は、投与の日数で指示されていたために医師に確認し、訂正して投与した。	医師の勘違いだった。	レセコンに半錠の「z指示」が出来れば改善される。	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 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠0.5mg	薬歴等
68	オラスポア小児用ドライシロップ10%が出ていたが、粉は飲めないと言われ、トミロン錠50に疑義照会にて変更になった。			判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名オラスポア小児用 ドライシロップ10%  変更になった医薬品 販売名トミロン錠50	患者の申し出
69	普段はフルタイド100 $\mu$ gエアゾール60吸入用が出ている人にフルタイド50 $\mu$ gエアゾール120吸入用が出ていたため、疑義照会にて変更確認した。			記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フルタイド50 $\mu$ g エアゾール120吸入用  変更になった医薬品 販売名フルタイド100 $\mu$ g エアゾール60吸入用	薬歴等
70	ピーエイ配合錠のところをレトラック錠60mgで入力していた。	処方箋発行医療機関側の確認ミスだった。	医療機関側の教育を提案する。	その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名レトラック錠60mg  変更になった医薬品 販売名ピーエイ配合錠	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	関連する医薬品等の情報	調査結果
71	新薬なのに4週間分調剤し、鑑査が漏れ、投薬時まで気付かなかった。その後、疑義照会して2週間処方に変更になった。	知識不足だった。	棚にいつから長期処方可能か記載した。	判断を誤った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	薬の特性等
72	マイスリー錠5mg就寝前が正しいのだが、メマリー錠5mg就寝前と入力されていた。そして前回の処方からレミニールOD錠が処方され、また今回からメマリー錠5mgが処方されたのでおかしいと思い疑義照会すると、マイスリー錠5mgの間違いだったことがわかった。	こちらから院長に伝えても改善されなかった。	薬局側で患者との話、情報から処方チェックをより慎重に行う。	その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名メマリー錠5mg  変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5mg	薬歴等
73	トクレスパンスールカプセル30mgが6カプセル、3×毎食後にて処方されていたので、問い合わせた。1日3カプセルに変更となった。	処方箋鑑査をしていて発見した。		その他不明	処方された医薬品 販売名トクレスパンスールカプセル30mg	薬の特性等
74	カロナール細粒20%が4g、1×発熱時にて処方されていたため問い合わせた。1回2gに変更になった。	処方箋鑑査の際に発見した。		その他不明	処方された医薬品 販売名カロナール細粒20%	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果	
75	パリエット錠10mgを服用中だった。今回、オプランゼ錠10が処方された。パリエット錠10mgを中止するのか疑義照会したところ、オプランゼ錠10は入力ミスであることが分かり、処方がキャンセルになった。	医療機関側の確認ミスだった。		医療機関側の改善が期待出来ないのでは、薬局側で注意する。	その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名オプランゼ錠10	薬歴等
76	ワーファリンの用量が変更されていたため、患者側に変更の説明の有無を確認した。医師からの説明が無かったことを受け、ワーファリン手帳を確認したところ、指示用量と処方箋用量が異なることが判明した。医師に疑義照会したところ、指示用量へ変更となり調剤した。	処方元側の単純な人為的ミスだった。薬局側では、処方量の変更の際は可能な限り、患者からの聞き取りとワーファリン手帳の記載内容の確認を実行していたため、ミスが発見出来た。	処方元での改善策は困難と思われる。薬局側でのワーファリン手帳による記載内容の確認は、誤処方の発見に有効であり、今後も徹底して実行したいと考える。	その他処方元側の人為的ミス	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	薬歴等	
77	ノルspanテープ5mg7枚、1日1回の処方だった。当該薬は7日毎に貼り替える薬剤であり、長期投与が認められていないことより疑義照会したところ、1枚に変更となった。患者にも毎日貼り替えるよう指導されていた。	ノルspanテープ5mgが7日毎に貼り替える薬剤であることが十分に認知されていないと考える。また、デュロテップパッチやワンデュロパッチなど貼り替える間隔が異なる製剤が増えてきたことも原因の一つと考える。	製品情報を周知徹底する。例えば「ノルspanテープ5mg7日間用」のように、製剤名に投与間隔を入れるのも有効と考える。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ノルspanテープ5mg	薬の特性等	
78	ラックビー微粒Nが定期的に処方されているが、今回ビオフェルミン錠剤に変更になっていたため疑義照会をかけたところ、処方入力ミスであり、いつも通りのラックビー微粒Nで処方だった。	医療機関側の確認ミスだった。	薬局側で慎重に確認する。	その他処方入力間違い	処方された医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤  変更になった医薬品 販売名ラックビー微粒N	薬歴等	

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
79	エディロールカプセル0.75μgが起床時で処方されており、同時にアクトネル錠17.5mgが起床時に処方されていた。同時に服用するとアクトネルの吸収が低下する事が考えられる。よって疑義照会し、エディロールカプセル0.75μgを分1朝食後に変更してもらった。			知識が不足していた	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
80	門前病院からの処方箋で、「アマリール0.5mg錠、1錠、不眠時」となっていたので、疑義照会したところ、「マイスリー錠10mg、0.5錠、不眠時、10回分」に変更となった。			その他門前病院の記入ミス	処方された医薬品 販売名アマリール0.5mg錠  変更になった医薬品 販売名マイスリー錠10mg	薬の特性等
81	トランサミン錠500mgが処方された。前回も同じ薬が処方され服用したが、吐き気、胸やけがして途中で薬を中止したと患者より報告があった。そこで処方医に疑義照会したところ、トランサミン錠500mgは中止になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名トランサミン錠500mg	患者の申し出
82	帯状疱疹にてバルトレックス錠500、6錠、3×食後で処方された。他科にてクレメジン服用していた。腎不全治療中だと推測された。バルトレックスが腎排泄の薬剤であることを医師に伝え、減量を提案した。3錠、3×食後に変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
83	C-チステン錠250mgが処方された。以前、ムコダインを服用して手が腫れたことありと薬歴から判明した。同じ成分の薬での副作用歴を医師に疑義照会した結果、処方が中止となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名C-チステン錠250mg	薬歴等
84	てんかん患者へのザジテンドライシロップ0.1%の処方だった。定期薬として、マイスタン細粒1%、エクセگران散20%、セレニカR顆粒40%、ダイアアップ坐剤10を使用しているてんかんを患っている患者だった。同病院にて風邪薬として、ザジテンドライシロップ0.1%が処方された。てんかん患者にザジテンは禁忌であるため、疑義照会により、薬の変更を求めた。結果、ザジテンドライシロップ0.1%からゼスラン小児用細粒0.6%に変更となった。			確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名ザジテンドライシロップ0.1%  変更になった医薬品 販売名ゼスラン小児用細粒0.6%	薬の特性等
85	患者が風邪で耳鼻咽喉科に受診した際、発熱と咽喉頭痛のためロキソニン錠60mgが1錠6回分(頓服)で処方された。当該患者は別の医療機関の内科よりロキソニン錠60mg3錠14日分(分3)で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。		患者にお薬手帳を医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院にはお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	お薬手帳
86	患者が歯の治療のため歯科受診した際、セルベックスカプセル50mgが処方された。当該患者は別の医療機関の整形外科から、セルベックス細粒10%が処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、セルベックスカプセル50mgが処方削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。また、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者にお薬手帳を医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院にはお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名セルベックスカプセル50mg	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
87	疑義照会を行ったところ、薬剤削除となった。		患者にお薬手帳を医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院にはお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名セルベックスカプセル50mg	その他
88	患者がアレルギー性鼻炎のため耳鼻咽喉科を受診した際、ザイザル錠5mgが処方された。当該患者は別の医療機関の内科から、タリオン錠10mgが処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、ザイザル錠5mgが処方削除となった。		患者にお薬手帳を医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	お薬手帳
89	患者がインフルエンザのため、内科受診した際、タミフルカプセル75が処方された。しかし、当該患者は10代であり、原則本剤の使用を差し控える必要がある為、疑義照会したところ、イナビル吸入粉末剤20mgに変更となった。		今後も患者にとってより適切な処方になるよう、処方鑑査を慎重に行っていく。	知識が不足していた	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 販売名イナビル吸入粉末剤20mg	年齢・体重換算の結果 薬の特性等
90	チモプートル点眼液0.25%5mLが処方されていたが、前回と規格が異なるため、眼科医師に疑義照会した。その結果、前回と同じチモプートル点眼液0.5%5mLに訂正となった。	前回は「チモプートル点眼液5mL」と記載しており、規格が書かれておらず、疑義照会していた。以前より処方箋に不備が多い病院であった。		施設・設備	処方された医薬品 販売名チモプートル点眼液0.25%  変更になった医薬品 販売名チモプートル点眼液0.5%	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
91	タケブロンOD錠30服用中の患者で、新たにオメプラール錠20が処方されたため、門前病院に疑義照会したところ、オメプラール錠20ではなく、オルメテック錠20mgの間違いであった。用法用量は同じで朝食後1錠のままだった。	名前が似ているのと規格が同じ20mgであるため、処方箋入力を間違ったと推測される。		医薬品	処方された医薬品 販売名オメプラール錠20  変更になった医薬品 販売名オルメテック錠20mg	薬歴等
92	緑内障患者に禁忌のチワンカプセル10が処方された。薬歴の確認により疑義照会を行い、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)に変更された。	処方医のカルテ確認が不十分だったと推測される。		その他処方医の確認ミス	処方された医薬品 販売名チワンカプセル10  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)	薬歴等 薬の特性等
93	ノルバスク錠5mg分1朝食後だが 夕食後になっていた。入力間違いだった。	処方発行側の入力ミスだった。	薬局側で処方確認を徹底する。	その他処方箋発行の入力ミス	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠5mg	薬歴等
94	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)の入力を間違ってツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(医療用)にしていた。	処方入力したスタッフの知識不足と注意力不足だった。	医院側に言っても無駄なので、薬局側で確認をしっかりと行う。	その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(医療用)  変更になった医薬品 販売名ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	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	関連する医薬品等の情報	調査結果	
95	6歳女児にアスペリンドライシロップ2%60mgの処方だった。分量が過量ではないかと疑義を感じたため、処方医に照会したところ、分量変更がされた。			小児用量に疑義を感じた際は照会を徹底する。	その他疑義照会事例	処方された医薬品 販売名アスペリンドライシロップ2%	年齢・体重換算の結果
96	服用履歴があるエクセラゼ配合カプセルを処方するところ、入力ミスでエクセグラン錠100mgが処方された。	処方入力のコードがエクセラゼ、エクセグランと頭三文字が似ているので間違ったのではないかと考える。医療機関側の体制の不備と指導力、勉強不足、薬品を間違えたら大変なことになることの危機管理不足だった。			その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名エクセグラン錠100mg  変更になった医薬品 販売名エクセラゼ配合カプセル	薬歴等
97	定期薬「ムコダイン錠500mg3錠毎食後」で継続服用している方に、別日同医療機関より臨時(風邪)薬で「C-チステン錠250mg6錠毎食後」が処方された。疑義照会后、C-チステン錠250mgの処方が削除された。				その他該当項目無し	処方された医薬品 販売名C-チステン錠250mg	薬歴等
98	クレストール錠5mg1回2錠でいつも処方されているが、今回は1回1錠で処方されていた。疑義照会后、1回2錠に訂正された。	医療機関側の入力ミスだった。医療機関側の意識の問題だった。	薬局が確認をしっかりと行う。		その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名クレストール錠5mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
99	患者が処方箋を持って来局した。フロモックス錠100mg、ナイキサン錠100mg、トロキシン錠100mg、ユーパスタコーワ軟膏が処方されていた。服薬指導の際、トラムセットとリリカを服用中であることを確認した。患者は医師に服用中の薬を伝えていたが、念のため処方医に問い合わせをしたところ、ナイキサン錠100mgが削除になった。			確認を怠った その他医師との連携不足	処方された医薬品 販売名ナイキサン錠100mg	患者の症状等
100	ジェニナック錠200mgとフロモックス錠100mgと抗菌剤が2種類同時に処方されていた。疑義照会をかけると処方入力ミスでフロモックス錠100mgは削除になった。	前回の処方をそのまま引っ張ってきて同じ処方を入力したようだ。その中にフロモックス錠100mgが入っていた。	入力する人、確認など、医療機関側の問題であるが改善されないため、事務長や院長に問題ありと考える。	その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬の特性等
101	フスコデ配合錠が処方されていたが、前立腺肥大症による排尿困難のため、他医療機関よりユリーフ錠の投与をうけ服用中だった。このことを医師に話さなかった。薬局には以前からそのことが分かっていたので医師に疑義照会をして、フスコデ配合錠を削除、メジコン錠15mgの投与に変わった。		受診時に医師に服用中の薬があれば必ず話すよう、患者に説明する。	その他効能書きを参考	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠  変更になった医薬品 販売名メジコン錠15mg	薬歴等 薬の特性等
102	2歳児にロペミン小児用細粒0.05%が他の整腸剤とともに処方されていたが、この薬は3歳未満には原則禁忌であるので医師に疑義照会したところ削除になった。	日頃から気をつけていたため、チェックが出来た。		その他添付文書に気をつけている	処方された医薬品 販売名ロペミン小児用細粒0.05%	年齢・体重換算の結果 薬の特性等



疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
103	前立腺肥大症による排尿困難のため、ハルナールを服用の方に抗生物質とともにメキタジン錠3mg「ツルハラ」が処方されたが併用禁忌薬であるので医師に疑義照会したところ、メキタジン錠3mg「ツルハラ」が削除され、抗生物質のみになった。		さらに注意する。	その他禁忌薬であると分かっていた	処方された医薬品 販売名メキタジン錠3mg 「ツルハラ」	薬歴等 薬の特性等
104	9歳20kgの女兒に頓服でカロナール細粒20%1回2gで処方された。分量が多いと判断して疑義照会した。1回量1g(力価200mg)に変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カロナール細粒20%	年齢・体重換算の結果
105	前回までは、セララ錠50mgを含む7種類が処方されていた。今回より、アスパラカリウム錠300mgが処方追加となっていた。セララ錠50mgとアスパラカリウム錠300mgは併用禁忌であるため、医師に疑義照会した。セララ錠50mgが処方削除となった。			施設・設備	処方された医薬品 販売名セララ錠50mg	薬の特性等
106	ピーエイ配合錠は他の同じくらいの大きさの薬と違い、なかなか飲み込めないとのことで、疑義照会によりPL顆粒に変更した。	他の薬は飲みにくいと聞いていなかったため、飲めていると思い込みがあった。	飲みにくい確認する。	記録などに不備があった その他聞き取り不足	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠  変更になった医薬品 販売名PL顆粒	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
107	ジスロマック錠250mgの服用方法が1日2回になっていたため、疑義照会にて1日1回に変更確認した。			記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	薬の特性等
108	粉が服用しにくいとのことのため、錠剤に疑義照会にて変更した。	粉末が苦手との聞き取りをしていなかった。		記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名コデインリン酸塩散10%  変更になった医薬品 販売名フスタゾール糖衣錠10mg	患者の申し出
109	粉末が飲めず、ラックビー微粒Nからラックビー錠に変更になった。	アレルギーとかに気を取られ、苦手な剤形確認をしていなかった。		記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ラックビー微粒N  変更になった医薬品 販売名ラックビー錠	患者の申し出
110	リレンザが処方されていたが、うまく吸入出来ないと判断しタミフルドライシロップ3%に変更をお願いした。			判断を誤った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名リレンザ  変更になった医薬品 販売名タミフルドライシロップ3%	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
111	カデュエット配合錠1番が処方されていた患者がカデュエット配合錠3番に変更になったので、血圧の上昇があったのか確認したところ、「血液検査の結果、コレステロールが高くて薬を変更すると主治医から言われた。」とのことであった。血圧はコントロールされているとの話であったため、主治医に疑義照会した。血圧ではなく、コレステロール治療成分を変更との確認の上、カデュエット配合錠2番であることが分かり、カデュエット配合錠3番からカデュエット配合錠2番への変更となった。	配合薬が増えてきて特にカデュエット配合錠は1番から4番までであるので、医師の勘違いがあったと思われる。	医師にメーカーからの配合成分を分かり易く表示したものを渡すと共に、配合錠変更の場合は患者とのコミュニケーションを十分にとって医師からの説明と合っているかを確認していく必要があると思われる。	判断を誤った その他勘違い 医薬品 その他情報不足	処方された医薬品 販売名カデュエット配合錠3番  変更になった医薬品 販売名カデュエット配合錠2番	薬歴等 患者の症状等
112	13歳の女性患者にアスペリンドライシロップ2%6g分3(成人量最高量)で処方されていた。処方医に疑義照会したところ4gへ減量となり、調剤して交付した。	適宜増減の記載があるところなので判断に迷うところではあったが、確認したために医師に再考を促し、処方量変更になった事例だった。薬剤の適応量を把握していたために行えた疑義照会であった。		その他適応量を把握していたため、事前に疑義照会で対応出来た	処方された医薬品 販売名アスペリンドライシロップ2%	年齢・体重換算の結果
113	4歳の男児にタミフルドライシロップ3%1.1g/分2の処方がされた。体重換算量で少ないため疑義照会したところ、2.4gへ処方変更になった。	常に処方量と体重換算量を確認する習慣により、疑義照会で適正量に変更出来た。	特に小児薬は処方量と体重換算量が適正かどうかを確認することが大切である。	その他処方量が少ない為、疑義照会で対応	処方された医薬品 販売名タミフルドライシロップ3%	年齢・体重換算の結果

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	関連する医薬品等の情報	調査結果
114	広域病院の精神科より「Rp. レンドルミンD錠0.25mg1日用量1錠分1×14日分眠前服用」で処方箋記載あり。14日前に同じ医療機関の循環器科より「マイスリー錠10mg1日用量1錠分1×30日分、リスミー錠2mg1日用量1錠分1×30日分眠前」で処方あり。当日、疑義照会によりマイスリー錠とリスミー錠の併用で間違いないことを確認の上、投薬していた。レンドルミンD錠0.25mg、マイスリー錠10mg、リスミー錠2mgの3種類の不眠症治療薬の重複となるため、精神科の処方医に疑義照会を行った。循環器科のマイスリー錠10mg、リスミー錠2mgは中止するよう回答があった。	高齢者の不眠症の治療に対して、患者本人が医師への報告、相談なしに複数の科を受診して、治療薬がそれぞれ処方されていた。不眠症治療薬を3種類服用することにより、副作用の問題のみならず、依存の可能性も出てくるため、高齢者では特に注意が必要であった。処方医師への患者の服用状況の確認と共に生活指導の提案等を行うことにより、より患者の生活に密着した服薬支援も可能であると考えた。	高齢者に対する不眠薬の使用法が適切かどうか薬剤師の視点から判断し、必要ならば処方医師に疑義照会を行うとともに、医師やその他の医療従事者と情報を共有することで、より患者の生活の視点に立った支援を行うよう努める。	確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)医薬品	処方された医薬品 販売名レンドルミンD錠 0.25mg  変更になった医薬品 販売名レンドルミンD錠 0.25mg	薬歴等
115	体重21kgの幼児に、タミフルドライシロップ3%1.6g/日が処方された。疑義照会の結果、2.6g/日に変更となった。			その他医師の勘違い	処方された医薬品 販売名タミフルドライシロップ3%	年齢・体重換算の結果
116	他科受診で抗生剤服用中(お薬手帳で確認)なのに、承知の上でレベニンS散を処方していた。疑義照会の結果、レベニン散に変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レベニンS散  変更になった医薬品 販売名レベニン散	お薬手帳 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
117	患者と話をしている時に、本人は夜服用だと話していたが、処方箋の用法では、ノルバスク錠2.5mgとイルベタン錠100mgが朝食後となっていた。疑義照会により、朝食後となった。		処方からピックアップをする際、処方内容を検討しながら行う。薬の数だけを気にしながらだと、どうしても処方内容が見抜かりがちになる。薬の数もそうだが、疑義照会すべき内容をしっかり見落とさないようしなければ、患者に対して重大な健康被害が起こりうる。皆の自己意識の向上が必要である。	患者への説明が不十分であった(怠った) 通常とは異なる身体的条件下にあった 患者側 教育・訓練	処方された医薬品 販売名イルベタン錠100mg 販売名ノルバスク錠2.5mg	患者の申し出
118	当薬局に処方箋を持参した。ノルバスク錠5mgの記載があった。お薬手帳にて他病院との飲み合わせを確認した。他病院にてカルブブロック錠8mgの処方があり、医師に確認したところ、ノルバスク錠5mgが中止となった。	お薬手帳にて飲み合わせの確認を行った。	お薬手帳、口頭にて他科受診、併用薬の確認を毎回行うようにする。お薬手帳を病院にて使い分け複数冊持っている患者もいるため、正しい使い方の周知徹底を行う。	その他お薬手帳	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠5mg	お薬手帳
119	「ビソルボン(25)」と処方箋に記載されていた。他に処方されていたのも風邪の薬だった。咳が出て、痰がからむとの患者の訴えのため処方された薬なので、医師がビソルボン錠の規格を勘違いしていると考えられ、疑義照会した。	医師の勘違いだった。	疑義照会するしかないと思われる。	その他医師の規格間違い	処方された医薬品 販売名ビソルボン錠  変更になった医薬品 販売名ビソルボン錠	処方せんの書き方等
120	インフルエンザのためリレンザが処方された。吸入出来ると母親は話していたが、試しに吸入をしてもらったところ、うまく吸うことが出来ず、タミフルドライシロップ3%に変更してもらった。	親は出来ると思っていたが実際は違っていた。大人は簡単と思っても子供には難しい事もあった。		判断を誤った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名リレンザ  変更になった医薬品 販売名タミフルドライシロップ3%	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
121	初めて血圧の薬が14日分出て、お薬手帳を確認したところ、初めに医師と薬剤師に伝えた薬は1年以上前の薬で、現在は他病院にて血圧の薬が出ていた。しかし、家には無いとのことだった。次回他病院にかかる予定までの5日処方に変更をお願いした。	本人への聞き取りに対して反応がほとんど無く、家族も薬が出ていることを知らなかった。	本人だけでなく、家族にも服用している薬が分かるように、お薬手帳は持っていたくようにする。	記録などに不備があった勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「サワイ」	お薬手帳
122	吐き気を治すために出たペリゼリン錠10mgが食後服用になっていたため、食前に疑義照会にて変更した。			確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ペリゼリン錠10mg	薬の特性等
123	ピーエイ配合錠6錠とカロナール錠200が6錠、分3で処方されていたため、アセトアミノフェンとしての1日量が過量投与となるため疑義照会したところ、ピーエイ配合錠がC-チステン錠250mgに変更になった。	両方にアセトアミノフェンが入っている事を医師が知らなかった。		記録などに不備があった勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠  変更になった医薬品 販売名C-チステン錠250mg	薬の特性等
124	グルファスト錠10mg3錠食後服用になっていたため、疑義照会をして食直前服用に変更してもらった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名グルファスト錠10mg	薬の特性等



疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
128	他の患者が「他院から出ているユーエフティE顆粒を出してほしい。」と電話で依頼し処方されたが、依頼した患者とは関係のない別の患者に処方されていた。今まで抗がん剤が処方されたことのない患者で臨時の風邪薬の中に5日分処方されている処方箋の不自然な感じから、本人に風邪薬以外が出ると聞いているのか確認したところ、聞いていないとの返答を受けた。処方元に疑義照会したが返答には時間がかかり、他の患者と間違っていると連絡はなく中止とだけ連絡があった。そのすぐ後に同じ内容で他の患者に同じ薬が処方され患者間違いであることが分かった。	電話依頼で処方を行うことがあり、患者がいない状態でカルテへの記載のみなので患者の取違いや処方薬のミスなどが以前から起きており、そういった環境で今回もミスが起こったものと思われる。	処方元の問題なので薬局での改善は出来ないが、患者が聞いている薬の処方については処方に不自然な点がなくても疑義照会をして確認していくことで防いでいくこととした。	確認を怠った 仕組み	処方された医薬品 販売名ユーエフティE配合顆粒T100	薬歴等 患者の症状等
129	クラビット点眼液1.5%とガチフロ点眼液0.3%が同時処方されていたので疑義照会をした結果、ガチフロ点眼液0.3%はヒアレイン点眼液0.1%の誤りだと回答があった。	処方せんの入力ミス、事務職員もクラビットとガチフロが同種同効品であることに気づかなかった。	処方側も処方せんの内容を確認してから発行する。	確認を怠った 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ガチフロ点眼液0.3%  変更になった医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.1%	薬の特性等
130	患者本人は高齢で近所の代理の人が来局した。服用薬を聞いたが不明だった。公費がついていたので「障害か何か？」と尋ねると、透析を受けているとのことだった。重度腎障害にアセトアミノフェンは禁忌になっているが、他のNSAIDsよりはましという情報があるため、処方医に疑義照会し、服用回数、空ける間隔などを確認した。処方箋に記載はなかった。代理人には「透析主治医にも骨折で他病院でコカール2錠が頓服で出ているが、服用についてのアドバイスをもらうように息子に言ってもらおうよう」お願いした。	来たのが代理人であって「服用薬情報が必要とか、透析患者であることを申告する必要がある」ことを知らなかった。こちらも透析患者の薬物療法の知識が乏しく、とっさのことで自信がなかった。	透析患者の薬物療法を勉強する必要がある。	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 医薬品 患者側 教育・訓練	処方された医薬品 販売名コカール錠200mg	患者の症状等



疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
131	他科でガスモチン錠服用中、今回ポドニンS配合顆粒、ガスモチン散1%各1.5g処方となり、疑義照会したら中止になった。			連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名ポドニンS配合顆粒 販売名ガスモチン散1%	薬歴等
132	ジクロフェナクNaテープ30mg「日本臓器」を使ってかぶれがあり、医師に言わず、薬局で変えてほしいと申し出たため医師に疑義照会してセルタッチパップに変更となった。			患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名ジクロフェナクNaテープ30mg「日本臓器」  変更になった医薬品 販売名セルタッチパップ	患者の申し出
133	ファモスタジンD錠20mg服用中、入院していた病院から退院してきたため、その病院からタケブロンOD錠15の処方があった。H2ブロッカーとPPI併用のため疑義照会した。はじめから飲んでいたファモスタジンD錠20mgのみ服用となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名タケブロンOD錠15	薬歴等
134	トラムセット配合錠服用中、ロキソニン錠60mgが処方となった。医師にお薬手帳を見せていた。トラムセット配合錠はアセトアミノフェンの合剤のため疑義照会したところ中止になった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
135	他科でアシノン錠とキャベジンUコーワ錠25mgを服用中だった。お薬手帳を医師に見せておらず、連絡してガスモチン散1%が中止になった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ガスモチン散1%	薬歴等
136	メリアクトMS小児用細粒10%0.12g処方だった。体重計算したところ1.2gとなり疑義照会した。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10%	年齢・体重換算の結果
137	カデュエット配合錠4番とアムロジピン錠5mg「PH」処方あり。カデュエット配合錠4番はリビートルとアムロジピンの合剤のため疑義照会した。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「PH」	薬の特性等
138	エリーテン錠5mgは食前の薬だが、食後で処方ありのため疑義照会した。食前の服用になった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エリーテン錠5mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
139	クラリチン錠10mgを処方すべきところクラリス錠200、1錠60日分と処方されていた。花粉飛散時期を考え、薬歴を確認したら、昨年も同時期に処方されていた。患者に確認したところ、花粉症の予防に服用したいとのことだったため、疑義照会してクラリチン錠10mgに変更となった。	初心者の医療事務員のコンピュータ入力間違いだった。		先輩が指導するよう要望した。	勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 医薬品  変更になった医薬品 販売名クラリス錠200  販売名クラリチン錠10mg	患者の症状等
140	風邪と腸炎が併発しているような処方でしたが、ホクナリン錠1mgが4錠、4X毎食後と寝る前まで出ており、ホクナリン錠1mgが今まで出たことない薬であり、1日量(14歳なら1~2錠)でみても多いので疑義照会した。ただし処方医は、普段使わない薬を急に出すことがあり、これもそうだろうと思い、「1日量でみて多いと思われる事と出来ればホクナリンテープでお願いできませんか。」と伝えたら、病院事務員の入力ミスで、ホスミン錠500が本当は処方されていたとのことだった。	普段から、今まで使ったことがない薬をよくだす先生なので、「またか」とホクナリン錠(風邪もひかれてたので)と決めつけてしまった。最近、病院事務員が変わり、処方箋の入カミスが増えていた。	事務員の方に、「大きな間違いをしてしまう前に、もう少し気をつけたほうがいいですよ。」というような内容をさりげなく伝えた。	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 販売名ホクナリン錠1mg  変更になった医薬品 販売名ホスミン錠500	年齢・体重換算の結果
141	体重20.8kgの子にタミフルドライシロップ3%が1.6g/日で処方されていた。疑義照会の結果、2.6g/日に変更になった。	医師が繁忙であったと推測される。			勤務状況が繁忙だった  処方された医薬品 販売名タミフルドライシロップ3%	年齢・体重換算の結果
142	エプピーOD錠2.5を含む7種類の薬剤の服用患者にサインバルタカプセル20mgが追加になった。調剤時に併用禁忌であることを発見し、疑義照会の結果、サインバルタカプセル20mgが削除になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
143	セファロsporin系薬剤で副作用が出た事があったが、フロモックス錠100mgが出ていた。薬歴に記載があり、患者に確認し、病院に疑義照会したところ、ユナシン錠375mgに変更となった。	病院にて副作用歴を確認、もしくは把握していなかった可能性がある。	疑義照会にてセファロsporin系が合わない事を伝えたので、次回からは大丈夫だと思われるが、薬局でも確認を怠らないようにする。	知識が不足していた	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 販売名ユナシン錠375mg	薬歴等
144	転院して初めての処方だった。フェロミア錠50mgが処方されていたが、以前から服用されていた薬の情報にはスローケー錠600mgとあった。特に体調が変わったわけではないとの事だったので、医師がスローフィー錠50mgと見間違えられているのではと思ひ疑義照会をした。しかし、そのままよいとの返答だった。聞き方が良くなかったと思ひ、「カリウム製剤を中止して鉄剤を開始でよいか」と再度確認した。そこで、スローフィー錠50mgと見間違っていたことが判明した。スローケー錠600mgに変更となった。	商品名が似ていた。	投薬する際にきちんと併用薬の聞き取りをし、どうして飲んでいるかなども可能な限り確認することが必要と再確認した。同成分の薬の商品名や間違えやすい薬の事もきちんと知っておかないといけないと思った。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	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 販売名スローケー錠600mg	薬歴等
145	フラベリック錠20mgを処方しようとしたところ、誤ってフラビタン錠10mgを処方していた。薬局で患者に症状を伺い、疑義照会にて上記誤りを確認し、処方変更となった。			確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フラビタン錠10mg  変更になった医薬品 販売名フラベリック錠20mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
146	患者の両親が皮膚科の処方箋を持って来局した。小児科で風邪薬などもあと4日、薬が残っているとのことで、内容を教えていただいたところ、アリメジンシロップ0.05%他が含まれている水薬(他粉薬4種類)を飲まれていた。患者の両親は医師にも小児科の薬が出ていることを伝えたが、医師は何の薬かわからないとおっしゃっていたとのことだった。疑義照会にて、アリメジンシロップ0.05%が抗ヒスタミン剤であることをお伝えし、セレスタミンシロップと効果が一部重複すること、医師はステロイド剤だけが使いたいことを確認し、セレスタミンシロップからリンデロンシロップ0.01%へ変更となった。			その他医師への情報不足	処方された医薬品 販売名セレスタミンシロップ  変更になった医薬品 販売名リンデロンシロップ 0.01%	患者の症状等
147	ルナベル配合錠が分1朝食後28日分で処方されていた。一般的には3週飲んで1週休むケースが多いため疑義照会を行った結果、処方日数が21日分に変更となった。		休薬が必要な医薬品については念のため確認を行う。	その他鑑査時に疑義が生じたため	処方された医薬品 販売名ルナベル配合錠	薬の特性等
148	風邪のため初めて受診した病院からクラリシッド・ドライシロップ10%小児用が処方された。薬歴より、以前に服用したクラリスで下痢を起こしたため疑義照会を行った。症状が軽度であることから、クラリシッド・ドライシロップ10%小児用は処方削除になった。	初めて受診した医療機関だったため、副作用の確認が出来なかった。家族も副作用歴について話していなかった。	○副作用歴のある薬について薬歴を用いて投薬前に必ず確認する。○副作用の出た薬は、処方受付時に確認できるように処方入力画面などに伝言を残しておく。	その他薬歴参照中に疑義が生じた	処方された医薬品 販売名クラリシッド・ドライシロップ10%小児用	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
149	他医院で、セレコックス錠100mgを継続服用中だった。風邪でソランタール錠100mgが処方された。薬歴で重複が判明した。処方医に連絡にて、ソランタール錠100mgが処方削除となった。	薬局の記録に基づき、疑義照会で重複投薬が回避された事例だった。	記録を確認して、積極的に疑義照会をしていくことが大切である。	その他薬歴活用で、疑義照会により重複投薬回避	処方された医薬品 販売名ソランタール錠100mg	薬歴等
150	感染性胃腸炎の為、ファモチジン錠10「サワイ」の処方があった。整形で鎮痛剤とガスターD錠20mgを服用中であり、処方医には、痛み止め服用のみ申告していた。薬局の問診で、服用が判明したので、疑義照会でファモチジン錠10「サワイ」が処方中止となった。	薬局の聞き取りにより、他の服用薬が判明し、疑義照会により重複投薬が回避した事例だった。		その他患者の処方医への申告漏れ	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠10「サワイ」	患者の症状等
151	前回分よりウリトスOD錠0.1mgに変更になっていたが、再び普通錠で処方された。			記録などに不備があった 知識が不足していた 医薬品 その他医院スタッフの不注意	処方された医薬品 販売名ウリトス錠0.1mg  変更になった医薬品 販売名ウリトスOD錠0.1mg	薬歴等
152	ミカルディス錠40mgのところコンビ配合錠APで入力されていた。			確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 その他医院の事務員が交代し経験不足	処方された医薬品 販売名コンビ配合錠AP  変更になった医薬品 販売名ミカルディス錠40mg	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	関連する医薬品等の情報	調査結果
153	アリセプトD錠10mgの残薬があるのに、再び処方されていたため、削除していただいた。	本人家族ともに、薬の管理が困難だった。	他病院の薬とまとめて一包として届けた時に、次回の予定も確認する。	記録などに不備があった勤務状況が繁忙だった患者側	処方された医薬品 販売名アリセプトD錠10mg	その他
154	ピーエイ配合錠、フスタゾール糖衣錠10mg、C-チステン錠250mgが各6錠、分2で処方されてきたが、電話にて問い合わせ分3に変更となった。			記録などに不備があった勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠 販売名C-チステン錠250mg 販売名フスタゾール糖衣錠10mg	薬の特性等
155	ポララミン錠2mgが1日6錠、分3で処方されていたため問い合わせ、1日3錠、分3に変更になった。			記録などに不備があった勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ポララミン錠2mg	薬の特性等
156	前々回ワーファリン錠1mg2錠、前回ワーファリン錠1mg1錠追加でトータル3錠(2mgから3mgへ増量)だった。今回ワーファリン錠1mg1錠で処方されていた。前回の薬歴で2mgから3mgへ増量になっていることを確認した。患者も現在3錠服用しており、減量については説明を受けていないと言われたので疑義照会をし、ワーファリン錠1mg1錠から3錠へ変更となった。ワーファリン錠1mg1錠のまま投薬してしまう恐れもあったので、疑義照会をし未然に防ぐことが出来た。	医師が前回の処方内容でそのまま処方したと考えられる。	投薬する前に必ず薬歴を確認するように徹底する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
157	キプレス細粒4mgの適用が1歳以上6歳未満のところ、6歳以上の患者に処方された。疑義照会によりシングレアチュアブル錠5mgに変更となった。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名キプレス細粒4mg  変更になった医薬品 販売名シングレアチュアブル錠5mg	年齢・体重換算の結果 薬の特性等
158	ピーエイ配合錠が、1日21錠1日3回と処方されてきたため問い合わせ1日6錠に変更になった。			記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠	処方せんの書き方等
159	クレストールとベザテートが処方されていたが、併用原則禁忌のため確認の問い合わせをしたところ、両方カットとなり、メパロチン1種類になった。			記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クレストール錠5mg 販売名ベザテートSR錠200  変更になった医薬品 販売名メパロチン錠10	薬の特性等
160	軟便等の症状により内科を受診し処方箋を持って来局した。処方内容はピオフェルミン錠剤6錠分3毎食後7日分であった。処方箋受付時にお預かりしたお薬手帳を確認したところ他院よりピオフェルミン錠剤3錠分3毎食後が処方中であった。患者に確認したところ他院のピオフェルミン錠剤は現在も継続服用中であるとのことだった。ピオフェルミン錠剤が重複処方されているため処方医に疑義照会した。その結果、今回処方をピオフェルミン錠剤3錠分3毎食後7日分に1日量を減量し、他院処方分と併せて6錠分3で服用する内容に変更となった。	当該患者が内科を受診した際にお薬手帳を提示したにも関わらず、処方医が他院からピオフェルミン錠剤が処方されていることを見落とした。	お薬手帳の配布を積極的に行う。患者に対して受診時はお薬手帳による飲み合わせの確認を医師に必ずしてもらうようお願いすることを説明する。医師に対してもお薬手帳の有用性や記載事項などの説明を行い、確認漏れのないように注視してもらう。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン錠剤	お薬手帳



疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
161	メデット錠250mgが処方されていた患者に、腎機能の低下が確認された。処方に慢性腎不全(進行性)の患者に処方されるクレメジン細粒の記載もあった。メデット錠250mgは腎機能障害の患者には禁忌の為、疑義照会したところ削除となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メデット錠250mg	薬の特性等
162	内科の処方箋にタケプロンOD15mgとシメチジン錠200mgが記載されていた。PPIとH2ブロッカーで胃酸分泌抑制薬が重複している事について疑義照会したところ、シメチジン錠200mg「JG」からムコスタ錠100mgに変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名シメチジン錠200mg「JG」  変更になった医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬の特性等
163	患者が耳鳴りのため耳鼻咽喉科を受診した際、マイスリー錠10mgが処方された。当該患者は別の医療機関の内科から、同薬が処方されている事を薬歴(当薬局で調剤)、お薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、マイスリー錠10mgが処方削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名マイスリー錠10mg	お薬手帳 薬歴等
164	患者がアレルギー性鼻炎のため耳鼻咽喉科を受診した際、パタノール点眼液0.1%が処方された。当該患者は別の医療機関の内科から、リザベン点眼液0.5%が処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、パタノール点眼液0.1%が処方削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名パタノール点眼液0.1%	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
165	患者が歯の治療のため歯科受診した際、セルベックスカプセル50mgが処方された。当該患者は別の医療機関から、セルベックス細粒10%が処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、セルベックスカプセル50mgが処方削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名セルベックスカプセル50mg	お薬手帳
166	患者が耳鼻咽喉科を受診した際、ロキソニン錠60mgが処方された。当該患者は別の医療機関の内科から、同薬が処方されている事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。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	お薬手帳
167	患者が耳鼻咽喉科を受診した際、クラリシッド錠200mg、レフトーゼ錠(50mg)が処方された。当該患者は別の医療機関の歯科から、セフジニルカプセル100mg、レフトーゼ錠(50mg)が処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、クラリシッド錠200mg、レフトーゼ錠(50mg)が処方削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名クラリシッド錠200mg 販売名レフトーゼ錠(50mg)	お薬手帳
168	患者が耳鳴りのため耳鼻咽喉科を受診した際、メチコパール錠500μgが処方された。当該患者は別の医療機関の内科から、同薬が処方されている事を患者との会話で確認したため、疑義照会したところ、メチコパール錠500μgが処方削除となった。	患者は医院で併用薬を伝えていなかった。お薬手帳を作成されていなかった。	患者にお薬手帳の作成と有効活用を勧める。	その他患者は医院では併用薬を伝えていなかった	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
169	処方せんの交付年月日と同日に眼科処方せんを応需した。患者には白内障の病歴があった。患者は白内障の手術を予定しており、前処置(角膜の無菌化療法)薬として、ベストロン点眼用0.5%が処方されたと推測された。処方せんには、ベストロン点眼用0.5%を溶解、調製して投薬し、9日後から使用を開始するよう、記載されていた。当事者は調剤時に、ベストロン点眼用0.5%の溶解、調製後の使用期限(溶解後1週間)をはるかに超過して使用開始日時が指定されていることを不審に思った。そこで疑義照会を行った結果、当該患者は8日後に白内障の手術を予定しており、9日後から使用開始という処方せんの記載が間違っている事(正しくは2日後から使用開始だった)が判明した。2日後から使用した場合、調製後の使用期限を2日間超過するが、手術には影響しないと患者へ説明するよう指示された。	当該患者は前回使用時にベストロン点眼用0.5%を自ら調製しようとして、失敗していた。このため、処方医へ、薬剤師にベストロン点眼用0.5%を調製してから投薬するよう指示して欲しいと、強く働きかけていた。ベストロン点眼用0.5%の使用期限が手術日以前に切れてしまうことについても処方医へ確認した。そして、クラビット点眼液1.5%等への変更を提案した。しかし、上記のように手術には影響しないよう患者へ説明するという指示が変わることはなかった。その際、処方医が理由としてあげたことは、保存剤の入っていない点眼薬が望ましい、クラビット点眼液1.5%には保存剤が添加されているので不可、現在、角膜の無菌化療法が手術の結果を大きく左右することはまずないので、今回の用途でベストロン点眼用0.5%を処方する場合、(処方医は)気休めで処方しているから、使用期限にはこだわらない、とのことだった。	医師の処方せん作成上の問題については、医師に委ねる以外に方法はない。処方せんの記載に矛盾がある場合には、必ず処方医へ疑義照会をかける必要がある事を痛感した。	その他医師が処方せんを書き間違えた	処方された医薬品 販売名ベストロン点眼用0.5%	薬の特性等
170	17日前にセレコックス錠が処方されていたが、お薬手帳を持参していなかったために他院に受診した際重複して処方された。疑義照会して処方削除してもらった。	患者にお薬手帳を持参するように促していたが、本人が持参していなかった。	再度、患者にお薬手帳の大切さを話した。病院へ受診する際には持参しきちんと医師に見せるように話した。	その他お薬手帳を患者が持参してなかった	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg	薬歴等
171	他の病院でトリアラム錠服用中、イトリゾールカプセル50が処方された。併用禁忌のため疑義照会し、テルビナフィン錠125「MEEK」に変更になった。			確認を怠った	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 販売名テルビナフィン錠125「MEEK」	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
172	透析中の患者にクラビット錠500mg1錠1×夕食後で処方があった。疑義照会してクラビット錠250mg1錠1×夕食後に変更となった。服用は今日のみ2錠、明日は服用しない、明後日から1日おきに1錠服用することになった。			記録などに不備があった 連携ができていなかった	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250mg	薬歴等 薬の特性等
173	ザンタック錠75が処方された。他病院でタケブロンOD錠15服用中のため疑義照会してザンタック錠75は中止となった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ザンタック錠75	薬歴等
174	処方箋にミタヤク点鼻液と記載されていたが、病院事務員の入力間違いで、本当はミタヤク点眼液だった。患者と病状について話していたとき、話が処方内容と食い違っているので、疑義照会をしたところ処方内容の誤りだったことが発覚した。		病状などについて、よく患者の話を聞く。	その他病院の入力ミス	処方された医薬品 販売名ミタヤク点鼻液2%  変更になった医薬品 販売名ミタヤク点眼液2%	患者の症状等
175	ロゼレム錠8mgを服用中の患者に、フルボキサミンマレイン酸塩錠50mg「杏林」が処方された。併用禁忌であるため、疑義照会した。フルボキサミンマレイン酸塩錠50mg「杏林」が処方削除となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フルボキサミンマレイン酸塩錠50mg「杏林」	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
176	患者が耳鼻咽喉科を受診した際、プロマックD錠75が処方された。当該患者は別の医療機関の歯科から、プロマック細粒15%が処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、プロマックD錠75は削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名プロマックD錠75	お薬手帳
177	患者が皮膚科の処方箋を持って来局した。処方内容のジェニナック錠200mgの用法が1日2回朝夕食後となっていた。通常1日1回の用法のため、すぐに処方医に疑義照会をし、1日1回朝食後に変更となった。			その他処方ミス	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	薬の特性等
178	患者本人が来局した。ノボラピッド注フレックスペン、朝4、昼4、夕4単位が処方された。ノボラピッド注フレックスペンは以前使用していたが、薬の組み合わせを変え、現在注射はレベミル注フレックスペン、寝る前4単位のみ使用していた。患者本人に確認すると「今回より寝る前6単位に増える」としか聞いていなかった。医師に確認の結果、レベミル注フレックスペン寝る前6単位に変更となった。セイブル錠50mg3錠1日3回毎食直前が処方された。前回はセイブル錠50mgからセイブル錠75mgに増量となった処方だった。患者本人は、今回セイブル錠50mgに戻すとは聞いていなかった。医師に確認の結果、セイブル錠75mg継続に変更となった。	処方入力時、以前の処方からひっばってきたのだと思われるが、詳細は不明だった。		コンピュータシステム	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 販売名セイブル錠50mg  変更になった医薬品 販売名レベミル注フレックスペン 販売名セイブル錠75mg	薬歴等 患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
179	以前から Crestol錠 2.5mg を服用されていた患者に、3週間前よりネオール25mgカプセルの処方開始され、初回7日分が投薬されていた。パソコンの画面上では Crestol錠とネオールカプセルの併用禁忌の表示がされていたが、投薬時に気付かず、2回目となる14日分を投薬した。3回目の投薬時に併用禁忌の表示に気づき、主治医に疑義照会し、Crestol錠 2.5mg からリピトル錠 10mg に変更となった。ご本人に謝罪し、体調変化がなかったかお聞きしたところ、たまに手を強く握れなかったり、しゃがんだ後にすぐに立ち上がれないことがあると言われた。	薬剤相互作用の確認という基本的な処方鑑査に見落としがあった。併用禁忌の表示がされる画面には、通常の鑑査時に考慮に入られなくてもよい情報が表示されることもあり、その画面に対する注意力が低下していた。	処方鑑査の方法を考えなおし、基本的な鑑査項目、手順を決めて実行することで、鑑査の漏れを防ぐ。パソコン画面上の注意事項等表示画面を必ずチェックする。	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 Crestol錠 2.5mg  変更になった医薬品 販売名 リピトル錠 10mg	薬歴等 薬の特性等
180	アズレン・グルタミン細粒「EMEC」が3g分3となっていたのに疑義照会せず調剤し、鑑査が漏れた。その後、投薬者が気づいて疑義照会し、2g分3に訂正になった。			確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名 アズレン・グルタミン細粒「EMEC」	その他
181	サワテン錠 500mg が処方された。副作用歴に「ムコダインにて発疹の疑い」の記載があり、処方医に連絡した。サワテン錠 500mg は処方削除になり、副作用発現の防止につながったと考えられた。			その他薬歴確認により、 副作用防止が出来た	処方された医薬品 販売名 サワテン錠 500mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
182	胃腸炎で、ファモチジン錠10「サワイ」が処方された。薬歴に、他医院でガスター錠20mg継続服用中の記載があった。本人に服用中の確認の上、処方医に連絡した。ファモチジン錠10「サワイ」は、処方削除になった。	薬歴の他科受診の正確な記載と本人インタビューで、重複投薬の防止が出来た事例だった。		その他薬歴管理に基づく疑義照会で、重複投薬の防止	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠10「サワイ」	薬歴等
183	アクトス錠30、1.5錠とインスリン製剤が処方された。インスリン使用の場合、アクトス錠の上限が30mgのため、疑義照会を行った。その結果、アクトス錠30、1.5錠から1錠に分量変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アクトス錠30	薬の特性等
184	耳鼻科の処方せんを持って来局した。薬歴に、先日から他院からのクラビット錠をのんでいた記載があり、確認をとったところ2日前に飲み終わったところだった。耳鼻科の医師に疑義照会したところ、違う系統のジスロマック錠250mgに変更になった。	患者が、他院でのんでいた薬を耳鼻科で話してなかったため。		確認を怠った	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 販売名ジスロマック錠250mg	薬歴等
185	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンが処方されたが薬歴ではノボラピッド50ミックス注フレックスペンを使用中の患者だった。医院へ疑義照会したところレセコンの操作ミスにより古い情報を参照していたことが判明した。ノボラピッド50ミックス注フレックスペンへ変更となった。	風邪などが流行している季節で医院も混雑していたと考えられる。医院で診察時に電子カルテやレセコンの情報を呼び出す際に古いデータを呼び出してしまった操作ミスが原因の一つと考えられる。	過去の診察データを呼び出す際には最新の情報を呼び出すようにする。	知識が不足していたコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ノボラピッド30ミックス注フレックスペン  変更になった医薬品 販売名ノボラピッド50ミックス注フレックスペン	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
186	同姓同名で生年月日が異なる患者の処方せんを患者が持参した。薬歴より、前回同様の処方であるにも関わらず、前回と薬が異なると患者本人と母親より申し出があり、前回処方せんの確認や調剤過誤の可能性について検討したがハッキリせず、本人と母親に氏名、生年月日を確認すると、処方せん記載の生年月日と来局患者本人の生年月日が異なることが分かった。直ちに処方医に連絡を行い、正しい処方せんを発行してもらった。その際、処方せんだけでなく、病院カルテの記載も別人のものだったことが判明した。	該当医療機関では、たびたび、このような事例が発生している。レセコンで患者データを呼び出す際に、生年月日ではなく患者かな名で呼び出しをしているため、このような事例が頻発していると考えられる。	該当医療機関に改善を申し入れる。該当医療機関の処方せん受付時には、このような案件が発生する可能性について、常に頭に入れておく。	患者側	処方された医薬品 販売名未記載  変更になった医薬品 販売名未記載	その他
187	5歳の患児にタミフルカプセル75、1カプセル分1夕食後が処方された。母親からの聞き取りで、B型インフルエンザ陽性のための治療であること、粉薬を飲みたがらないことが判明し、疑義照会した。タミフルの分1処方は予防投与には効果あるが、治療には不適で、レセプト審査上も予防投与の査定を受ける可能性を説明した。結果、タミフルドライシロップ3%分2に変更となった。少量の水(白湯)にといいて、苦味をかきないよう速やかに嚥下させるとともに、飲めたあとはチョコやチョコアイスなどを食べさせ苦味を感じにくくするよう、飲めたらほめるよう指導した。			知識が不足していた	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 販売名タミフルドライシロップ3%	薬の特性等
188	「スローケー錠600mg2錠14日分」の処方が粉碎指示であった。スローケー錠は粉碎すると徐放性が損なわれる、消化管刺激が強くなるなどで粉碎不可であった。疑義照会したところ「グルコンサンK細粒4mEq/g4g14日分」に変更になった。	錠剤カプセル粉碎ハンドブックが役に立った。		諸物品 その他粉碎ハンドブックが役に立った	処方された医薬品 販売名スローケー錠600mg  変更になった医薬品 販売名グルコンサンK細粒4mEq/g	薬の特性等



疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
189	マグミット錠250mg分3で処方されていたが、下痢が続いていたことが判明し、同薬1錠頓用に変更を提案した。			患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名マグミット錠250mg	患者の症状等
190	分3で処方されていたが、幼稚園に行っている間はくすりを飲ませてもらえないとの申し出があり、分2に変更を提案した。			その他患者背景の情報収集不足	処方された医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg 販売名ミヤBM細粒 販売名アスベリンシロップ0.5% 販売名ムコダインシロップ5% 販売名ペリアクチンシロップ0.04%	患者の申し出
191	トラムセット配合錠を2錠/日から4錠/日に増量後、嘔吐があったため患者自己判断により中止していたが、その旨を処方医に伝えられておらず、今回も4錠/日での処方となっており、吐き気止めなどの追加も無かった。嘔吐があった旨を薬局から直接処方医に電話にて伝えたところ、2錠/日の処方に変更となった。			その他患者情報の収集不足	処方された医薬品 販売名トラムセット配合錠	患者の症状等
192	錠剤、散剤の服用が出来ないことが判明し、水剤で備蓄のある代替品目とその用量の提案を処方医に電話で行い、変更となった。			その他患者の情報収集不足	処方された医薬品 販売名フスタゾール錠小児用2.5mg 販売名メチスタ錠250mg  変更になった医薬品 販売名アスベリンシロップ0.5% 販売名ムコダインシロップ5%	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
193	ジフルカンカプセル100mgとカルブロック錠16mgが併用された処方箋を受け付けた。薬局レセコンで禁忌の表示が出て疑義照会した。現在体調が良いのでジフルカンカプセル100mgが削除となった。医師の話では「(院外)薬局からその事は聞いたことが無かった」とのことなので、少なくとも一回は他局で調剤を受けていた可能性があった(お薬手帳を持っていない患者なので推測)。			その他レセコンのシステム	処方された医薬品 販売名ジフルカンカプセル100mg 販売名カルブロック錠16mg	薬の特性等
194	ムコスタ錠100mgが頓服で処方された。お薬手帳とレセコンに入力されたそのデータで、他の調剤薬局で定期的にレバミピド錠100mg「YD」を服用中であることが判明、ムコスタ錠100mgは削除された。			その他お薬手帳の確認	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	お薬手帳 薬歴等
195	患者家族が泌尿器科の処方箋を持って来局し、前回処方とかなり異なっていたため患者家族へ確認したところ、変更については聞いていないとのことだった。また内服の抗癌剤2種が併用されており以前の薬歴で疑義照会して削除になっていた。ユーエフティ配合カプセルT100からエストラサイトカプセル156.7mgへ変更、一緒に処方されていたカソデックス錠80mgが削除となった。	以前の薬歴でカソデックス錠80mgとユーエフティ配合カプセルT100を服用したことがあり、その履歴をコピーして処方した可能性もあると思われる。	注意を要する薬のため当該患者の処方内容には注意するようにする。	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 その他過去のデータ使用	処方された医薬品 販売名ユーエフティ配合カプセルT100 販売名カソデックス錠80mg  変更になった医薬品 販売名エストラサイトカプセル156.7mg	薬歴等
196	一般名での処方箋で、フルルビプロフェンテープ40mgとなっていたが、薬歴ではずっとアドフィードパップ40mgが処方されていた。一般名からはヤクバンテープ40mgを指すことになり、患者に聞いたところ、いつもと同じ薬との報告を受け疑義照会した。アドフィードパップ40mgで調剤することとなった。		処方元へ、至急表示の改善をお願いした。	連携ができていなかった その他確認不足 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ヤクバンテープ40mg  変更になった医薬品 販売名アドフィードパップ40mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果	
197	緑内障治療中であることが、本人の申告にて判明した。シークナロン錠3mgの処方があったが、疑義照会后中止になった。			診察時にも医師に他科受診を伝えるように患者を指導する。	患者側	処方された医薬品 販売名シークナロン錠3mg	患者の症状等 薬の特性等
198	3日前から前日までジスロマック錠250mgを服用されていた。受診時、クラリス錠200が処方された。ジスロマックの効果がまだあると思われるのでマクロライド系のクラリス錠200に変えてニューキノロン系のレボフロキサシン錠100mg「TYK」に変更になった。				確認を怠った	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 販売名レボフロキサシン錠100mg「TYK」	薬歴等 薬の特性等
199	前回処方分のフルバスタチン錠20mg「サワイ」の残薬が多数あると本人から訴えがあった。今回も処方されていたため、疑義照会后処方中止となった。			診察時に医師にも残薬の情報を申告するように患者を指導する。	患者側	処方された医薬品 販売名フルバスタチン錠20mg「サワイ」	患者の申し出
200	お薬手帳にて他科でプロテカジン錠が処方されていた。以前はオメプラール錠を服用していた。ランソプラゾールOD錠15mg「DK」が処方されたので疑義照会し、オメプラール錠から変更になった旨も医師に報告した。ランソプラゾールOD錠15mg「DK」の処方は中止となった。			診察時に医師にもお薬手帳を提示するように、患者を指導した。	患者側	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「DK」	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
201	当薬局のメイン受け入れ先の処方箋に、未採用(備蓄無)薬品であるメチスタ錠500mgが処方されたこと、指導中に両腕から手先にかけての痺れを感じたこと、追加されたもう一方の薬が末梢性弛緩剤であるミオナール錠50mgだったことからメチコパール錠500μgと混同した可能性を察知し、照会した結果、その通りであることが判明した。	医療機関レセコンが全医薬品検索可能な構成のため、通常取り扱わない品目も選択可能となっていることが挙げられる。	医療機関側のシステム変更(バージョンアップ、買い替え等)を提案する。備蓄医薬品と異なる品目が処方された時は服薬指導時の聞き取りを慎重に行う、医療機関側に問い合わせ、処方内容とカルテ内容に相違がないか等でチェックをかける。	コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名メチスタ錠500mg  変更になった医薬品 販売名メチコパール錠500μg	患者の症状等
202	2か月前よりアムロジン錠5mgが、1日1回朝食後に0.5錠×30日分で処方された。今回は連休の為、40日処方になっていた。当事者(薬剤師)は投薬中であり、別の薬剤師が調剤しようとしたところ、アムロジンの添付文書に「分割後、遮光の上30日以内に使用すること。」とあることを思い出した。そこで疑義照会をし、在庫があったアムロジンOD錠2.5mgを提案した。処方変更となった。当事者の方は、「自分だったら、そのまま調剤するところだった。」との事だった。			連携ができていなかった 判断を誤った 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 販売名アムロジン錠5mg  変更になった医薬品 販売名アムロジンOD錠2.5mg	薬の特性等
203	今回より1日1回朝食後にレザルタス配合錠HD1錠、1日1回夕食後にレザルタス配合錠LD1錠が処方されていた。添付文書を確認すると、レザルタス配合錠は「用法は1日1回、アゼルニジピンは1日最大16mgまで。」とあった。その旨を処方医に伝えたところ、「2、3ヶ月以上、高血圧の状態が続いており、薬剤は1日2回で処方したい。だが、アゼルニジピンが上限量を超えるのは知らなかったの、夕食後の方はオルメテック錠10mg1錠とアムロジンOD錠2.5mg1錠に変更を。」という事で、処方変更となった。			その他処方医の薬識不足。	処方された医薬品 販売名レザルタス配合錠LD  変更になった医薬品 販売名オルメテック錠10mg 販売名アムロジンOD錠2.5mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
204	ツムラ釣藤散エキス顆粒(医療用)60日分処方された。残薬確認にて、まだ2週間以上あることが判明した。日数32日分に減量になった。			患者側	処方された医薬品 販売名ツムラ釣藤散エキス顆粒(医療用)	その他
205	喘息患者だった。動悸がするということで、医師からインデラル錠10mg、1錠分1、14日分が追加された。インデラルは非選択性β遮断薬のため、喘息患者に禁忌だった。疑義照会したところ、インデラル錠10mgからテノーミン錠25(β1選択性)に変更となった。	医師は呼吸器の専門であり、一緒の処方に「キュバル」があった。キュバルの適応症は「気管支喘息」のみであるため、安全上はもちろん、保険請求上もチェックがかかる可能性があるため、疑義照会を行った。	喘息患者の利用が多い薬局のため、β遮断薬の種類を備蓄し、その分類をきちんとスタッフで把握しておく。	医薬品 患者側	処方された医薬品 販売名インデラル錠10mg  変更になった医薬品 販売名テノーミン錠25	薬の特性等
206	患者の希望で、他病院にて処方されていたバップフォー錠が追加で処方されたのだが、医師が規格を未記入であったために、疑義照会をすることになった。バップフォー錠には、10mgと20mgの規格があった。規格がいくつか存在する場合、薬剤師が規格を把握していないと、その薬局で頻繁に出されている規格の方を無意識に出してしまいかねなかった。今回は、薬剤師側で規格が複数あることを認識していたので、即座に疑義照会できたが、そうでない場合、患者の年齢等考えると、健康被害が起きていたかもしれない。			その他医師の規格未記入	処方された医薬品 販売名バップフォー錠  変更になった医薬品 販売名バップフォー錠10	処方せんの書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
207	耳鼻科の処方箋だった。キプレス錠10mgと咳止め薬数種処方あり。鑑査者Aが鑑査後、患者不在のため残置薬置き場へ置いた。30分後患者は戻り、薬剤師Bが投薬した。投薬中に前回薬歴より8日前にبرانلカストカプセル112.5mg「日医工」20日処方服用中であると気づき、患者へ医師から変更指示等受けているか確認した。指示がなかったため疑義照会した。キプレス錠10mgは削除となった。患者にもその旨をお伝えした。	薬剤師Aは残置薬にする際、「新規薬」と申し送りをしていた。キプレス錠とبرانلカストが同効薬であることは理解していたが、前回の処方せん交付日、残薬有無の確認が不十分だった。	前回薬歴の確認(変更点、残薬確認等)を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名キプレス錠10mg	薬歴等
208	ロプレソール錠20mgの処方だったが、初めての処方であり、患者は医師から聞いていなかった。疑義照会したところ、ロヒプノール錠2の間違いであった。			その他医師の入カミス 医薬品	処方された医薬品 販売名ロプレソール錠20mg  変更になった医薬品 販売名ロヒプノール錠2	薬歴等
209	10歳の患者に「フスタゾール錠小児用2.5mg、咳が出る時、1回1錠」の処方あり。1回量が少ないと思い、疑義照会したところ、「フスコデ配合錠、咳が出る時、1回1錠」へ、変更となった。			その他医師の入カミス 医薬品	処方された医薬品 販売名フスタゾール錠小児用2.5mg  変更になった医薬品 販売名フスコデ配合錠	年齢・体重換算の結果
210	患者の母親が皮膚科の処方箋を持ってこられ、服薬指導時、併用薬を確認した際、同効薬であるジルテックを服薬中であることを確認した。医師に疑義照会し、アレロック顆粒0.5%は削除となった。			その他患者が医師に併用薬を伝えていなかった	処方された医薬品 販売名アレロック顆粒0.5%	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
211	門前の病院からの処方箋で、当該患者の処方前回は前日までプレドハン錠2.5mg2錠分2だったが、今回プレドハン錠2.5mg4錠分2に増量されていた。当薬局にはプレドニン錠5mgも在庫しており、門前病院の医師もプレドニンはよく使われているので、プレドハン錠2.5mgを4錠よりもプレドニン錠5mg2錠の方がいいのではと思い病院に連絡したところ、実際はプレドニゾン錠1.4錠が正しかったそうで、処方箋の記載ミスだったことが分かった。	門前の病院ではプレドニン錠5mg、プレドハン錠2.5mg、プレドニゾン錠1の3種を採用しており、病院事務員が忙しかったため前回DOのプレドハン錠2.5mgをそのまま分量変更し処方箋を発行したと思われる。	今回は幸いプレドハン錠2.5mgが4錠でプレドニンに変更可能ではというところから疑義照会し間違いが判明したが、今後同じような間違いが起こる可能性があるため、薬の変更の際は注意深く患者の話を聞く、分量に問題が無いかわ、また症状と薬効がきちんと合っているかわチェックし、疑わしい時は必ず疑義照会するようにする。	医薬品	処方された医薬品 販売名プレドハン錠2.5mg  変更になった医薬品 販売名プレドニゾン錠1	薬歴等
212	テノーミン錠25半錠を飲んでいた患者の処方が一般名処方になり、医師の入カミスで1錠になっていた。本人は薬の増量を聞かされておらず、投薬時に判明、疑義照会でミスが判明した。	一般名処方入力の手間に追われ、あまり半錠は使わないので思いこみで1錠と処方してしまったと思われる。お薬手帳も持たずに他薬局に行った場合は大事故が起こったかもしれない。	一般名処方の推進の仕方に疑問を持つため、事故が起こらないうちに一般名処方の一時凍結を望む。	確認を怠った 仕組み	処方された医薬品 販売名テノーミン錠25	薬歴等
213	リスパダールOD錠2mg初回で2錠／×2処方だった。買い資料は1mg2錠／×2なので疑義照会した。リスパダールOD錠2mg1錠／×1に変更となった。	分量の処方のミスだった。	特に初回は添付文書で用法用量を確認することが必要だと認識する。	その他不明	処方された医薬品 販売名リスパダールOD錠2mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
214	初来局の患者(80歳代女性)に対して、整形外科よりセフゾンカプセル100mg1日用量3カプセル、ピオフェルミンR散1日用量3g分3×3日分毎食後服用で処方箋記載あり。初来局の問診を記入していただいたところ、他科受診(併用薬)記入欄に「現在血液透析中で他科受診(併用薬)あり」との本人の申し出があった。セフゾンカプセル100mgは「血液透析患者では、1日100mg1回投与が望ましい」とされている為(添付文書に記載あり)、処方医師に疑義照会を行った。処方内容をセフゾンカプセル100mg1日用量1カプセル、ピオフェルミンR散1日用量1g分1×3日分朝食後服用に変更するよう回答があった。	患者が血液透析中であることを処方医師に伝えていなかった、同じ医療機関の内科で血液透析を受けている為伝える必要はないと思っていたので、通常の分量・用法で処方箋が発行されていた。薬局において初来局の問診を行うことで、患者から医師に伝えるべき内容が伝えられていないことが発覚し、医療過誤を防ぐことができた一例であった。患者にとっては、薬局での問診は煩わしく感じられる場合も多いが、医療安全の視点から見ると非常に重要であると考えられる。	初来局の患者から得られる情報は問診によるものも多い。得られた情報と処方内容より、薬剤師として納得できないことがあれば必ず疑義照会の上、調剤を行う必要がある。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg 販売名ピオフェルミンR散	患者の症状等 薬の特性等
215	レボレード錠25mgが処方された。レボレード錠は2週間は同一量を維持することあるが12.5mgで2週間以上経っていなかった。増量でいいのか疑義照会した。レボレード錠12.5mgに変更になった。		処方をもそのまま信じて、薬局で処方チェックするということの認識をする。2週間同一量の服用方法、休薬など調べておく必要がある。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レボレード錠25mg  変更になった医薬品 販売名レボレード錠12.5mg	薬歴等 薬の特性等
216	患者が耳鼻咽喉科を受診した際、ムコダイン錠500mgが処方された。当該患者は別の医療機関の内科から、同薬が処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、ムコダイン錠500mgが処方削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg	お薬手帳



疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
217	患者が歯の治療のため歯科受診した際、セルベックスカプセル50mg3カプセル分3毎食後で処方された。当該患者は別の医療機関から、セルベックス細粒が分2朝夕食後で処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、セルベックスカプセル50mgが分1昼食後処方に変更となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名セルベックスカプセル50mg	お薬手帳
218	患者が持参された内科の処方箋にはクラリシッド錠200mg2錠分1昼食後7日分の記載があった。通常の使用とは異なるため、医師に疑義照会したところクラビット錠250mg2錠分1昼食後7日分の入カミスである事が判明した。			その他医療機関の入カミス コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名クラリシッド錠200mg  変更になった医薬品 販売名クラビット錠250mg	薬の特性等
219	6歳と7歳の姉妹に眼科より15歳未満に適応のないフルナーゼ点鼻液50μg28噴霧用が処方されていた。疑義照会により小児用フルナーゼ点鼻液25μg56噴霧用に変更になった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フルナーゼ点鼻液50μg28噴霧用  変更になった医薬品 販売名小児用フルナーゼ点鼻液25μg56噴霧用	年齢・体重換算の結果 薬の特性等
220	6歳と7歳の姉妹に15歳未満に適応のないフルナーゼ点鼻液50μg28噴霧用が処方されていた。疑義照会により小児用フルナーゼ点鼻液25μg56噴霧用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 販売名フルナーゼ点鼻液50μg28噴霧用  変更になった医薬品 販売名小児用フルナーゼ点鼻液25μg56噴霧用	年齢・体重換算の結果 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
221	他のニューキノロン系の抗生剤で、めまいがでた事のある患者にトスキサシン錠150mgが処方されたため、電話にて確認、フロモックス錠100mgに変更になった。			記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名トスキサシン錠150mg  変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	その他
222	いつもアルマールを飲んでいる患者様の処方箋に一般名処方で、グリメピリドが記載。変更点はないと患者に確認したため、疑義紹介したところ、いつも通りのアルマール(一般名:アロチノロール)の処方に変更になった。	医師の知識不足と起こりやすい勘違いでアマリールとアルマールの一般名処方を間違えた。	一般名処方に関して、医師の知識向上と、制度やシステム整備が必要	その他処方ミス	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	薬歴等
223	不整脈のある患者さん。検査値で電解質は不明。今回、ラシックス20mgが中止となり、アルダクトンA細粒10%1日1g分1での処方あり。医師へ疑義照会の結果アルダクトン錠25mg1日1錠の間違えであった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アルダクトンA細粒10%  変更になった医薬品 販売名アルダクトンA錠25mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
224	処方せんにRp.リピトール錠10mg1日用量0.5錠分1×77日分夕食後服用の記載あり。前回に「体のだるさ、手指の関節痛、下肢の力の入りにくい感じの症状があり、血液検査の結果CPK531, LDH383だった為リピトール錠10mgは中止して様子を見ることになった」と薬剤服用歴簿に記載あり。本日もリピトール錠10mgを再開する話は聞いていないとの本人の申し出があり。リピトール錠10mg再開で間違いないか処方医師に疑義照会を行ったところ、リピトール錠10mg処方中止となる。	薬剤服用歴簿の記録により、副作用発現の原因となっていた可能性が高い医薬品の再処方未防止に防ぐことができた事例である。処方による情報だけでなく、薬剤服用歴簿の情報を確認することで、問題を起す前に患者さんに確認の上医師にその情報を伝えることで、医薬品による副作用の発現を防ぐことができる。医師の処方通り調剤を行うのではなく、問題がある場合には疑義照会により医師に確認をとることが重要であるが、その際にも薬剤服用歴簿の情報は有用である。特に医師による処方がコンピュータを活用したオーダーリングシステムにより行われている場合には、必ずしも処方内容が医師の意志と同じでない場合もあるので、注意が必要である。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名リピトール錠10mg	薬歴等
225	前回までセレナール錠5を服用されていた。今回セレナミン錠5mgが処方されていた。患者さんに確認すると減量になるだけで種類の変更は無いとのこと。疑義照会で薬の種類は前回と同じと確認。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セレナミン錠5mg  変更になった医薬品 販売名セレナール錠5	薬歴等
226	他院にて、タケプロンが処方され服用中。医師にお薬手帳を見せたのだが、医師がそれを見落とし、ガスターを処方したとのこと。(医師の話)作用の似た薬が重複してしまうところだった。			その他医師の確認ミス	処方された医薬品 販売名ガスターD錠10mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
227	ズファジラン錠が処方されている。薬歴に流産経験ありと記載されていたため、患者より妊娠何週目かを確認したところ7週と4日目とのこと。ズファジラン錠は妊娠12週未満の妊婦には投与しないことと記載があるため、疑義照会した。	医師の勘違いと思われる。また患者が閉院数分前に来院した。閉院間際で混雑し、医師が会議があり焦っていたと考えられる。	ダクチル錠50mgに変更して欲しいとのこと。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ズファジラン錠10mg  変更になった医薬品 販売名ダクチル錠50mg	薬歴等 患者の症状等
228	いつも、来局の患者が前回と同様の内容の処方箋を持参した。その中にバイアスピリン錠100mgの処方があった。服薬指導の中で、患者が近日に手術を受けられる事を聞き、処方医に疑義照会したところ、バイアスピリン錠100mgは削除となった。	患者が医師に情報を伝えていなかった。もしくは、医師の注意不足から、前回処方のまま処方箋を記載されたと思われる。		その他患者が医師に情報を伝えていなかった。もしくは、医師の注意不足	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg	患者の症状等
229	患者が歯の治療のため歯科受診し持参された処方箋の薬剤の中にロブ錠60mgとセループカプセル50mgの記載があった。当該患者は、整形外科にてロキソニン錠60mgとアランタSF錠100mgが処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、両薬剤は削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。		その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名ロブ錠60mg 販売名セループカプセル50mg	お薬手帳
230	患者が耳鼻咽喉科を受診した際、ストミンA配合錠が7日間処方された。当該患者は前日、別の医療機関の耳鼻咽喉科から、同薬が5日間処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、ストミンA配合錠の日数が7日から2日に変更となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。		その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名ストミンA配合錠	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
231	患者が耳鼻咽喉科を受診した際、アレロック顆粒0.5%が処方された。当該患者は別の医療機関の皮膚科から、ケトテンDS0.1%が処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、アレロック顆粒0.5%が処方削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名アレロック顆粒0.5%	お薬手帳
232	患者が耳鼻咽喉科を受診した際、メチコパール錠500μgが処方された。当該患者は別の医療機関の眼科から、同薬が処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、メチコパール錠500μgが処方削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg	お薬手帳
233	長期の定期処方での薬、ドグマチールいつもは100mg、ガスターDはいつも10mgの所が、それぞれ50mg、20mgになっていた。患者様は特に聞いていないとの事	DO処方を病院で入力する際、間違えたものと思われる	患者様とよく話し、病院に確認をする	技術・手技が未熟だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ドグマチール錠50mg 販売名ガスターD錠20mg  変更になった医薬品 販売名ドグマチール錠100mg 販売名ガスターD錠10mg	薬歴等
234	同一処方せんに、ロキソプロフェン、ロルカム。ミオナール、テルネリンが処方されていた。通常は同時に服用しない薬の組み合わせです。	前回ロキソプロフェン、ミオナールの処方があるので、薬変更なのに前回の処方を消していなかったものと考えられる		技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」 販売名ミオナール錠50mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
235	服用方法がなかったので問い合わせ			記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「サワイ」  変更になった医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「サワイ」	処方せんの書き方等
236	以前トスキサシン服用にて吐き気がでたが、今回も処方されていたため問い合わせをして、フロモックスに変更になった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名トスキサシン錠150mg  変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬歴等
237	ピーエイ配合錠6錠分1朝食後、3日分の処方せん。二次元バーコードで取り込み、入力後、ピッキングを実習生に任せた。ピッキング後の薬情との確認をもらったが、主に総数を確認するため、そのまま投薬口へ。薬剤師が患者さんに渡す際に用法の間違いに気がついた。疑義照会し、分1朝食後→分3毎食後に変更になった。	入力する側もピッキングする側も薬学的知識が低いため、処方せんをみでの違和感がつかない。	実習生に対しても処方せんの用法も含めて確認し、ピッキングするなどの工夫をするように指導する。	コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠	薬の特性等
238	二次元バーコードで入力。ムコダイン錠500mg、ピーエイ配合錠の用法が抜けていたにも関わらず、入力終了。実習生にピッキングしてもらい、薬情で確認をもらったが、そのままスルーして鑑査へ。薬剤師の指摘により、用法記載不備に気がついた。	二次元バーコードで機械的に処理しているため、用法の記載漏れに気がつかない。	用法、用量の記載がキチンと記載されているか？処方せんのチェックをまず行うことを心がける。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 販売名ピーエイ配合錠  変更になった医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 販売名ピーエイ配合錠	処方せんの書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
239	以前抗生物質でアナフィラキシーを起こしたことがあるのを、ドクターに伝えていなかった。薬局で問診を取る際にメイアクトでの副作用と発覚。疑義照会をした。お薬手帳は持っていたので、副作用などを記載し、ドクターには服用履歴より服用可能な抗生物質の薬品名を伝え薬剤が変更となった。		問診への記入事項について患者さんへ、ドクターにも伝えてあるかを確認する。	その他患者さんが副作用歴を伝えていなかった。	処方された医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg  変更になった医薬品 販売名クラリス錠200	患者の症状等
240	薬局で体重を確認、薬用量がすくなかったので疑義照会。薬用量変更となった。		特に小学生までの子供は体重チェックを徹底する。	その他病院の体重確認がされていなかった	処方された医薬品 販売名ファロムドライシロップ小児用10%	年齢・体重換算の結果
241	体重あたりの薬用量が多いので疑義照会。薬用量変更となった。		小学生以下の子供は特に体重の確認を徹底する。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名カロナル細粒20%	年齢・体重換算の結果
242	タリオンOD10mg 1×朝食後、レミカトカプセル1mg 1×朝食後で処方。疑義照会後用法が変更となった。		処方箋監査の徹底。	その他医師の入カミス	処方された医薬品 販売名タリオンOD錠10mg	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	関連する医薬品等の情報	調査結果
243	ランサップの用法漏れ			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ランサップ800  変更になった医薬品 販売名ランサップ800	処方せんの書き方等
244	前回ブラビックス25mgが処方されていた患者に病院からFAXでの処方予約が送られてきた。ブラビックスが75mgに増量され90日分1包化指示があった。診察の結果増量されたのだと思いそのまま調剤した。しかし、患者の付き添いの方が来局されたので確認すると、前回と同じ薬だと説明されたため、処方医に確認したところ、病院側の交付間違いだった。	病院側の事務員の技能不足と監査の体制の不備のため。	薬歴と、お薬手帳をよく確認して不自然な薬の変更は処方間違いを疑う。	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 教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名ブラビックス錠75mg  変更になった医薬品 販売名ブラビックス錠25mg	薬歴等
245	C-チステン250mgの処方あり。薬歴より以前の病院にてムコダインの処方があった。ムコダインを調剤されていた薬局に現在の処方を確認した。ムコダインは継続服用中であることが判明、疑義照会してC-チステン中止となりムコソルバン3錠3×毎食後に変更となった。			患者側	処方された医薬品 販売名C-チステン錠250mg  変更になった医薬品 販売名ムコソルバン錠	薬歴等
246	整形外科でロキソニン服用中であることが薬歴から判明した。内科からニフラン3錠3×食後、ロブ頓服の処方されたが、疑義照会后中止となった。			患者側	処方された医薬品 販売名ロブ錠 販売名ニフラン錠	薬歴等



疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
247	レボフロキサシン処方、薬歴より以前クラビットで薬疹の疑いあり。疑義照会后、メイアクトに変更になった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠100mg「TYK」  変更になった医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg	薬歴等
248	歯科よりファロム錠処方された。薬情よりクラビット250mg服用中であることが判明した。疑義照会后ファロム中止となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ファロム錠200mg	薬歴等
249	ランサップ800の用法の記載漏れ	用法記載がなく、疑義を行い患者に説明		確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ランサップ800  変更になった医薬品 販売名ランサップ800	処方せんの書き方等
250	ロキソニンテープの処方があったが、規格が未記入であった。	前回の処方されていたために100mgと考えるが、疑義を行って前回同様で調剤	薬歴の確認をしたうえで患者本人への確認と医師への確認	記録などに不備があった 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100mg	処方せんの書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
251	ボナロン35mgの用法が朝食前で記載されていたが、起床時で週に1回であるために疑義			記録などに不備があった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ボナロン錠35mg	薬の特性等
252	漢方の用法が食後になっていた。保険適用上食前又は食間の為に、医師に疑義をして食前に変更した			判断を誤った 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	薬の特性等
253	男性患者にビビアント錠20mgが処方された。閉経後骨粗鬆症とは考えられないため疑義照会。薬剤は削除となった。			その他適応	処方された医薬品 販売名ビビアント錠20mg	薬の特性等
254	ローコールの用法間違い(正しいのは朝食後だが、夕食後に変わっていた)	コレステロールの薬は夕食後服用も多い	前回データの確認	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ローコール錠30mg	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	関連する医薬品等の情報	調査結果
255	ジスロマック成人用ドライシロップを昼食後で処方されていたが、空腹時服用なので疑義照会して昼食間に変更			確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム	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	薬の特性等
256	アイコザールクリームが1日2-4回で処方されていた。1日1回の適応のため医師に疑義照会して1日1回に変更になった。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アイコザールクリーム1%	薬の特性等
257	他医院でデュオトラバ配合点眼を使用中の患者にフスコデ配合錠が処方された。疑義照会の結果メジコン錠に変更となった。			その他併用薬確認不足	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠  変更になった医薬品 販売名メジコン錠15mg	薬歴等 薬の特性等
258	以前より院内調剤でユリーフ錠4mgを服用中の患者に、別の医院から院外処方でタムスロシン口腔内崩壊錠0.2mg(実際は一般名処方。一般名での入力はできなかったのが先発で入力している)が処方された。疑義照会の結果アボルブカプセル0.5mgに変更となった。			その他併用薬確認不足	処方された医薬品 販売名ハルナールD錠 0.2mg  変更になった医薬品 販売名アボルブカプセル 0.5mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
259	SM配合散 1g 頭痛時の処方であったが、SM配合散の頭痛に対する効果不明のため疑義照会したところ、SG配合顆粒の間違いであった	処方ミス		その他処方ミス	処方された医薬品 販売名S・M配合散  変更になった医薬品 販売名SG配合顆粒	薬の特性等
260	ベタセレミンが処方されたが、他院にてすでに処方済みだったため削除していただいた。		医師にも手帳をみせてもらう。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ベタセレミン配合錠	薬歴等
261	本来一日一回服用だが、2錠分2で処方されてきた。一回服用に変更そていただいた。			記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	薬の特性等
262	体重33kgの子に4.4g処方されていたため、電話にて確認3.3gに変更になった。	他の医薬品の体重換算をしてしまったそうです。		記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジスロマック細粒小児用10%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
263	普段から痰がからみやすくC-チステンが処方されていたが、風邪をひいて再びC-チステンが処方されてしまった。そのため削除を依頼し、カットになった。			記録などに不備があった勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名C-チステン錠250mg	薬歴等
264	以前よりアレロック錠5mg 1錠 分1夕食後に服用されていた患者様から症状が改善しないという訴えがあり、薬歴には次回より用量を増量するという記載があった。しかし今回の処方でも前回と同じ用量であったため薬剤師が不審に思い、医師に疑義照会した結果2錠 分2朝・就寝前に変更となった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名アレロック錠5	薬歴等
265	持参されたお薬手帳で、以下の薬を服用中の旨を確認・セレコックス錠100mg2T朝夕食後・ムコスタ錠100mg2T朝夕食後診療所に確認をしたところ当初の処方薬を削除し、下記の内容に変更となりました・ポルタレン錠25mg 1T痛い時 5回分			その他マニュアル遵守	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg 販売名ロキソニン錠  変更になった医薬品 販売名ポルタレン錠25mg	お薬手帳
266	11歳児にナゾネックス点鼻液 1日1回 2噴霧の処方されていた。添付文書を確認したところ12歳未満には1噴霧との記載があったため、疑義照会した結果、1日1噴霧に変更となった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用	年齢・体重換算の結果 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
267	アムロジン錠5mgとミカルディス錠20mgが28日分で処方されていたが、病院側の入力ミスが投薬時に判明。疑義照会したところ14日分に変更となる。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった ルールの不備	処方された医薬品 販売名アムロジン錠5mg 販売名ミカルディス錠20mg	その他
268	エクセラージェが処方されていない	不明	投薬前に前回処方をよく確認する	記録などに不備があった 仕組み	処方された医薬品 販売名エクセラージェ配合 カプセル  変更になった医薬品 販売名エクセラージェ配合 カプセル	その他
269	メジコン錠の処方が出たが、お薬手帳により他科でメジコン錠を服用中であることが分かり処方医に連絡中止となる。	患者さんが、診察時にお薬手帳をみせなかったか、他科で服用中の薬を知らせなかったと思う。	患者さんに、他医療機関に行かれた場合も必ずお薬手帳を提示するか服用中の薬があること伝えるように指導した。	その他医師・患者の確認 不足	処方された医薬品 販売名メジコン錠15mg	お薬手帳
270	患者さんがアンブロキシール塩酸塩錠が欲しいと医師にお願いしたところムコトロン錠の処方が出た。手帳確認により他院よりムコダインが処方されていたため処方医に連絡。中止になった。			その他医師と患者の確認 不足	処方された医薬品 販売名ムコトロン錠250mg	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
271	ペラプリルの用法が食後になっていた。前回処方についても疑義照会をして食前に変更してもらった。前回通りの印字になっていたために再度食後食前を食前に用法変更の疑義紹介を行った。			記録などに不備があった 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ペラプリン錠5mg	薬の特性等
272	35日処方されていたが、次回予約までには不足していたために疑義照会して42日分へ変更した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メルカゾール錠5mg 販売名チラーヂンS錠25	その他
273	4年ぶりの患者来局。4年前にミノペンで薬疹が出たので、翌日セフゾンに変更した患者であった。今回の処方でもミノペンがまた処方されており、医師に照会。4年前の処方医師が違ったので、カルテの副作用の為の変更を見落としてしまったとのこと。セフゾンに変更になる。	4年前に作成したお薬手帳を患者さんは持参していなかった。副作用欄に薬剤師が記載したものを持参していれば、良かったかもしれない。	今回の件で患者さんもお薬手帳の重要性を再認識。再び副作用欄に記入し、今回の照会内容も記載。今後も持ち歩くよう強く指導。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ミノペン錠100  変更になった医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg	薬歴等
274	6歳の子供にジルテックドライシロップが0.8g/dayで処方、疑義照会后0.4g/dayに変更となった。			判断を誤った その他医師の誤り	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
275	Cチステン4錠 アレロックOD52錠 朝夕食後の処方を打つ際、用量を逆に処方箋へ記載していた。			判断を誤った その他医師の誤り	処方された医薬品 販売名アレロックOD錠5 販売名C-チステン錠250mg	薬の特性等
276	ボノテオ50以前飲んだ事があるが、体調がかなり悪くなったとの事、病院にもその事は伝えてあるとの事患者様の申し出により発覚、疑義紹介し、ボノテオ削除		薬歴に記入しておき、ボノテオ50が出た時はこちらからも問い合わせるようにする。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ボノテオ錠50mg	患者の申し出
277	ユニシア配合錠が高血圧初診患者に第一選択薬として処方疑義照会してアムロジピン(5)とプロプレス(8)へ処方変更になった		高血圧の第一選択薬は覚えていなければならない	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ユニシア配合錠  変更になった医薬品 販売名アムロジピン 販売名プロプレス錠8	薬の特性等
278	ネキシウムCP(20)が25日分処方されたが、投与制限があるため疑義紹介→ガスター(20)に変更になりました		新薬かどうか把握する必要がある	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg  変更になった医薬品 販売名ガスター	薬の特性等



疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
279	クレメジン細粒6g分3毎食間 28日分を定期でもらわれている患者。投薬時、自分は毎日3回忘れないようにきちんと服用しているのに、7週間分も残がある。おかしいのではないか？薬局で余計に渡しているのではないか？人間だれにでも間違いはあるからといわれる。当薬局では投薬時にデジカメで調剤した薬を記録している。先月、先々月、3か月前まで確認したが、毎回4週間しか渡していないことを確認できた。本人が自分の飲み忘れを認識しておらず、残薬があるのは薬局の間違いだとクレームをつけられた。	患者本人の問題。きちんと服用しているつもりが、飲み忘れがある。それを自分で認識できていない。	デジカメできちんと記録していたので、多くお渡ししたりはしていないことを、はっきりと患者に伝えることができた。薬が入っていない、足りなかったなどのクレームもよくあるが、デジカメによる記録によって、証拠として提示することができる。自分が服用忘れがあることを認識してもらうことで、コンプライアンスも改善にもつなげることができる。	患者側	処方された医薬品 販売名クレメジン細粒分 包2g	その他
280	処方医が患者の訴えを勘違いした。	問診の際に患者の訴えを処方医が誤って解釈したと思われる。	残薬がある場合、患者が手帳にメモして処方医に渡すか、薬局で残薬の日数調整を依頼するとよい。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名25mgアリナミンF 糖衣錠	その他
281	ドンペリン錠が処方されたが、薬歴よりプリンペラン錠を服用中を確認Drに問い合わせる		診察時にもお薬手帳提出を促す	その他医師と患者の確認不測	処方された医薬品 販売名ドンペリン錠10	薬歴等
282	ジスロマック錠250mg 1錠1×朝N/3日分処方常用量2錠のため疑義照会した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
283	整形外科からの一般名処方にて「フルルビプロフェンテープ40mg」と記載されていたが、以前からアドフィードパップ40mgがでている方だった。問い合わせにて「フルルビプロフェンパップ40mg」であることを確認して、アドフィードパップ40mgを調剤した。	処方医院側の処方入力をする方々の入力ミス。一般名を覚えていない段階だったため、入力した一般名が合っているのか間違っているのかわからなかった、とのこと。	医科のレセコンがうまく対応してくれるのが理想だが、調剤時に、患者へのヒヤリングをよく行うよう努める。	その他入力ミス	処方された医薬品 販売名ヤクバンテープ40mg  変更になった医薬品 販売名アドフィードパップ40mg	薬歴等
284	患者が持参された内科の処方箋には、いつも処方のガスロンNOD錠2mgとともに、今回鎮痛剤とともにセループカプセルが処方されていた。同類の薬剤が重複しているため、医師に疑義照会したところ、セループカプセルが削除となった。			その他医療機関の確認ミス	処方された医薬品 販売名ガスロンN・OD錠2mg 販売名セループカプセル50mg	薬の特性等
285	患者が持参された内科の処方箋には、シムビコートタービュヘイラー60吸入とオンプレス吸入用カプセル150μgが記載されていた。どちらの薬剤も長時間型β2刺激剤含有のため、医師に疑義照会したところオンプレス吸入用カプセル150μgが処方削除となった。	処方医の勘違い。		その他医師の勘違い	処方された医薬品 販売名シムビコートタービュヘイラー60吸入 販売名オンプレス吸入用カプセル150μg	薬の特性等
286	患者が耳鼻咽喉科を受診した際、カルボシステイン錠500mgが処方された。当該患者は別の医療機関から、ムコダイン錠500mgが処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、カルボシステイン錠500mgが削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えられていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「タイヨー」	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
287	患者が花粉症で耳鼻咽喉科を受診した際、フルオメソロン0.02%点眼液が処方された。当該患者からの申し出で、緑内障治療のため、眼科受診した際、目のかゆみを訴えたところ、点眼剤が処方されたとのこと、重複の可能性があるため、医師に疑義照会したところフルオメソロン0.02%点眼液は削除となった。			その他患者が医療機関では併用薬について伝えていなかった	処方された医薬品 販売名フルオメソロン0.02%点眼液	その他
288	患者が耳鼻咽喉科を受診した際、ロキソニ錠60mgが処方された。当該患者は別の医療機関の眼科から、同薬が処方されている事をお薬手帳で確認したため、疑義照会したところ、ロキソニ錠60mgが処方削除となった。	患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった事により、医師は重複に気付かなかった。又、その他の方法でも併用薬を伝えていなかったのではないかと考えられる。	患者に、お薬手帳は医院でも提出して頂き、有効活用していくために、声かけを行っていく。	その他患者は医院ではお薬手帳を提出していなかった	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	お薬手帳
289	フルイトラン2mg処方されていたが、患者は変更の説明を受けていなかった為に医師に確認をして変更していないと連絡を受ける。			確認を怠った記録などに不備があったコンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名フルイトラン錠2mg  変更になった医薬品 販売名フルイトラン錠1mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
290	ユーエフティ配合カプセルT100mgが1日3カプセル、ユーゼル錠25mgが1日3錠で、1日3回毎食後の35日分の処方が出された。本来であれば、ユーエフティ配合カプセルT100mgとユーゼル錠25mgは28日投与した後に7日間休薬しなければならないが休薬期間も服用することになっていた。さらに食事の影響を受けることから、食事の前後1時間を避けて経口投与とされているが処方では毎食後となっていた。上記内容について処方医に疑義照会を行ったところ、処方日数が35日→28日へ変更になった。用法に関しては、患者へは、食後1時間を避けて服用するように伝えているので処方どおり毎食後の服用で調剤するよう回答があった。	35日分で調剤を行い、患者さんへの投薬が行われた場合、患者さんへの健康被害が起こる可能性が高いと考えられる。抗がん剤等、休薬期間が定められている医薬品の処方日数については、次回受診日と投与日数や他剤の投与日数との妥当性を判断の上、調剤を行う必要がある。	休薬が必要な医薬品のリストを薬局の目につく場所に掲示しておく。また処方医が処方箋入力する際にも休薬期間の設定などを行わないと処方入力が完了しないというシステムを構築することなども有効と考える。	確認を怠った コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ユーエフティ配合カプセルT100 販売名ユーゼル錠25mg	薬の特性等
291	当該処方箋に新規医薬品としてユニフィルLA錠200mgの記載あり。もともと前立腺がん後の転移がある患者様のため肺への関与も疑われたが本人は特に異状ないとのことで、病院薬剤部経由で医師に照会する。照会后変更。以前服用していたユニシア配合錠HDだったことが判明。変更となる。病院の処方箋発行は電子カルテを用いているよう。			医薬品	処方された医薬品 販売名ユニフィルLA錠200mg  変更になった医薬品 販売名ユニシア配合錠HD	薬歴等
292	プラザキサ75mg1Capが処方されていたが、用量と、今まで入院していた医療機関の退院時処方薬の医薬品情報書からプラビックス75mg1錠の間違いと推察されたので、疑義照会した。プラビックス75mg1錠の間違いだった。	医師の処方薬を選択するときの確認不足、レセコンの頭2文字入力をして、誤ってプラザキサを選択したと推測される。	調剤レセコンでも言えることだが頭3文字入力をすればミスは防げた。	その他疑義を発見できた	処方された医薬品 販売名プラザキサカプセル75mg  変更になった医薬品 販売名プラビックス錠75mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
293	リボトリール錠位日2回毎食後服用が1日2回朝夕食後になっていた。患者からは変更はない旨の確認を取り、医師へ疑義照会をした。今まで通りと野の回答を得た。			確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名リボトリール錠0.5mg	薬歴等
294	マイスリー錠10mg2錠分1寝る前28日分の処方があり、そのまま2×28で56錠を集薬。監査時に気がつき添付文書を再確認。上限が10mgであるため疑義照会し、10mg1錠に減量となった。	向精神薬の場合、投与日数制限は注意するが、投与量の上限確認がおろそかになっていた。	保管場所への投与量上限の表記し、集薬時に確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイスリー錠10mg	薬の特性等
295	ロキソニンパップ100を30枚処方されたが、7枚1袋のため疑義照会をして35枚に変更した。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロキソニンパップ100mg	その他
296	クラリシッド錠50mg小児用が処方されたが、他の医療機関処方でのデグレール細粒50%を服用中、併用注意薬であるため、疑義照会した。クラリシッド錠50mg小児用は、処方取り消しになった。	病院が併用薬の確認をできていなかった。(患者の家族が医師に伝えるのをわすれていた。)	各医療機関でのお薬手帳の提示を患者へ推進する。	患者側	処方された医薬品 販売名クラリシッド錠50mg小児用	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品等の情報	調査結果
297	ワーファリン1mg2.5Tのところ3Tで調剤、患者へお渡しするときに誤りに気付く。	2週間毎訪問の在宅患者の処方。往診の翌日薬剤訪問をするにあたり、往診後に処方せんのFAXをされる。ワーファリン1mg2.5Tの処方へ薬局より疑義照会をし3Tだったと訂正されることが3回あった。そのため、この日も2.5Tと処方印字があったため念のため疑義照会をすると3Tの誤りであると看護師より回答あり。ワーファリン3Tで調剤し薬剤訪問をすると家族より「薬減ったわね」とお話があったので、再度在宅部門へ電話で確認すると1週間前より2.5Tへ減量であったことが解る。1日分のみ2.5Tへ作り替え、翌日再度訪問した。	診療所の在宅部門の中の連絡が不十分、処方変更時に薬局への連絡もなかったため起こった事例。他の施設なので薬剤師としては、在宅用のカルテで処方を毎回確かめることを対策としてあげた。	確認を怠った記録などに不備があった連携ができていなかった勤務状況が繁忙だった施設・設備 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	患者の申し出
298	発売1年未満かつ第2種向精神薬のため、長期処方不可の薬剤であるが、4週間分(1枚7日間貼付、4枚処方)で処方されていた。疑義照会し、2週間分(2枚)に処方変更となった。	長期処方不可の薬剤であることはインタビューフォームには記載されているが、添付文書には「第2種向精神薬」「長期処方不可」の記載は見られなかった。そのまま4週間分投薬してしまう可能性があった。	添付文書に長期処方不可薬剤である旨(とその理由)の記載は必要であると思われる。	その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ノルスバンテープ5mg	薬の特性等
299	年齢4歳でホクナリンテープ2mg処方。量が多いので疑義照会しホクナリンテープ1mgに処方変更。	医師の確認不足。	医師との連携を怠らない。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg  変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg	年齢・体重換算の結果
300	ジルテックドライシロップは年齢が7歳を過ぎているので1日量は0.4gでは少ないため処方医師に疑義照会をかけて1日量0.8gに変更になった。		医療機関、医師との連携をとる。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	年齢・体重換算の結果