

【5】共有すべき事例

平成22年1月1日から同年6月30日に報告されたヒヤリ・ハット事例の中から、特に、広く医療安全対策に有用な情報として共有することが必要であると思われる事例^(※)を選び掲載する。

事例1 疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000001517）

事例の内容
バルトレックス錠500mg3錠、毎食後で処方された。患者に話を聞いてみると「带状疱疹」とのことだった。バルトレックス錠は単純疱疹では1回500mgを1日3回服用、带状疱疹では1回1000mgを1日3回服用のため医師に疑義照会をした。疑義照会により、バルトレックス錠500mg6錠、毎食後へと変更になった。
背景・要因
適応症によって異なる分量設定がある薬であった。
薬局が考えた改善策
薬局側でのチェックを充実させる。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●患者からのインタビューが非常に大事である。適応疾患によって用法、用量が異なる薬剤のチェックが必要である。 ●添付文書では、バルトレックス錠500mgの用法・用量は、次の通りである。単純疱疹は通常、成人はバラシクロビルとして1回500mgを1日2回経口投与する。带状疱疹は通常、成人はバラシクロビルとして1回1000mgを1日3回経口投与する。 ●性器ヘルペスの再発抑制や水痘などもそれぞれ用法、用量が異なるため、注意する必要がある。

注：各事例の詳細については、事例番号を利用して、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業のホームページ（<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>）「公開データ検索」から閲覧することが出来る。

事例2 交付、その他に関する事例（事例番号：000000001536）

事例の内容 带状疱疹の患者にバルトレックス錠500が1日6錠/分3、7日分で処方され、交付した。その他、セルベックスカプセル50mg 1日3カプセル/分3、7日分、ボルタレン錠25mg 1回1錠頓服 6回分も併せて処方されていた。5日後の朝に本人が来局し、バルトレックス錠500は前日朝の分までしかなく、昼と夜の薬を飲めなかったとの申し出があった。その他の薬は処方箋どおり入っていた。主治医に交付間違いを連絡し、その後の対応を尋ねた。患者が薬局にいる間に主治医と話しをしてもらい、交付しなかった16錠を最後まで服用していただくこととなった。患者にその時点までは改善傾向が見られているが、带状疱疹ということもあり、その後の回復に影響が出るかは不明である。
背景・要因 調剤した薬剤師Aと交付した薬剤師Bの二人ともに気づかなかった。バルトレックス錠500を10錠シートと勘違いをして、6錠シート4枚と2錠(合計26錠)で交付したため、16錠不足していた(薬局の在庫、仕入れ、使用量を確認し、薬局側の交付間違いは明らかだった)。セルベックスカプセル50mgは、ウィークリーシートを採用しており、処方通りに21カプセル交付していた。当事者二人のうち調剤した薬剤師Aは、そのときの状況を覚えており、新規採用したオゼックス細粒小児用15%が処方されていた患者が来局していたため、そちらに意識が集中してしまったとのことであった。交付した薬剤師Bは、そのときの状況を全く思い出せないとのことであった。
薬局が考えた改善策 最近1シートの錠数が多様化しており、各シートの錠数を思い込みで調剤、交付しないようにすること。自分以外の薬剤師が調剤したからと考え、確認を怠らないようにすること。
その他の情報 特記事項なし
事例のポイント ●シート包装は1シート6錠、10錠、14錠、21錠など多様化している。自局の採用品について、再確認をする必要がある。手順書にもその旨を記載し、薬剤師、職員間で情報を共有しておく必要がある。

事例3 内服薬調剤、調剤忘れに関する事例（事例番号：000000001646）

事例の内容
アマリール1mg錠1.5錠/分2（1-0.5）処方、1錠分を調剤し忘れた。
背景・要因
1.5錠のうち、0.5錠分は予め調剤したものを別の薬剤師が出していた。それ以上、アマリールについては確認しなかった。
薬局が考えた改善策
別の人が予め調剤していた薬についても確認をする。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●業務の効率化のためには事前の準備は有効な手法ではある。そのために業務行程が人的、時間的、空間的に断片的かつ不連続になることは、しばしばあり得る。この全行程について、直接に一貫して携わることが出来ないというリスクへの自覚を持つことが必要であり、具体的な対処手順が不備な状況下での業務の断片化は非常に危険である。

事例4 外用薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000001753）

事例の内容
アルメタ軟膏5g1本（顔、1日2回塗布）を、フルメタ軟膏5g1本（顔）でピッキングした。当薬局では軟膏本体に塗布する部位のシールを貼る事で、患者の使用部位間違い防止、処方箋鑑査の一助としているが、ピッキングをしてフルメタ軟膏（軟膏の強さがベリーストロングに相当）に顔のシールが貼られて鑑査まで運ばれた。
背景・要因
当該薬局では、両薬剤ともに昨年採用になったばかりの軟膏であった。繁忙時ではあるが、軟膏に強さがベリーストロングに相当する軟膏に顔のシールを貼付した事は問題であった。
薬局が考えた改善策
鑑査台に掲載している「ステロイド軟膏の強さ一覧」を、軟膏ゾーンにも貼付し、強さと使用部位の関係を職員全員で再確認を行った。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●シールを貼ることで間違い防止や鑑査作業の一助に、との目的は理解出来る。しかし方法論が一般化、標準化していないものは、かえって「分かっているであろう」との思い込みから危険な状況に陥りやすい教訓的な事例である。 ●「アルメタ」と「フルメタ」のように、一文字の違いであっても、ステロイドの強さに大きな差が生じる（「アルメタ」はミディアム、「フルメタ」はベリーストロングに相当）ため、注意する必要がある。

事例5 内服薬調剤、その他に関する事例（事例番号：000000001760）

事例の内容
当日より入院される当該患者のお薬手帳の確認の際、約1ヶ月前に処方されたテグレトール細粒50%が一日量0.12gであるはずのところ、1.2gと記載されていることを担当医が発見し、当該薬局に問い合わせがあった。処方箋及び、その他の記録を確認したところ、レセプト用コンピューターへの入力ミスによる、お薬手帳への記載間違いが発覚した。また、当該薬品を秤量した記録により、テグレトール細粒50%は一日量0.12gで調剤し、お渡ししていることを確認した。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
お薬手帳においては、「製剤量」と合わせて「含量」を書き加えることとした。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●複数の記録がある場合に、出来るだけ入力作業そのものの件数を少なくし、その情報を利用することにより、入力エラーを軽減出来る可能性がある。しかし一方で完全なコピー&ペーストだけであるとチェック機構が働きづらくなるという危険性も高まり、両者のバランスが難しいところである。 ●お薬手帳への記載間違いは、そのことが直接、患者へ悪影響を及ぼすことは少ないと考えられるが、その情報を基にヒヤリ・ハットや事故を引き起こす可能性があるため、「薬局から発信する情報」として、他人でも記載された内容が分かるように配慮する必要がある。 ●現在、内服薬処方せん記載方法の標準化に向けた取り組みが行われており、分量の記載方法については「1回量」と「1日量」の両方の記載が混在することがあるため、その際のお薬手帳の記載方法についても、留意する必要がある。 （参考：厚生労働省「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」 http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0129-4a.pdf）

事例6 内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000001795）

事例の内容
ユーエフティカプセル100mg 3カプセル×50日分（150カプセル）のところ、120カプセル+50カプセルで取ってしまった。
背景・要因
ユーエフティカプセル100mgの箱が120カプセル入りではなく、100カプセル入りだと思い込んでしまった。
薬局が考えた改善策
1箱の包装単位が「100（カプセル）」「140（カプセル）」などではない薬品をチェックする。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●錠剤、カプセル等は1シートの薬剤数が異なるのみならず、1箱に封入されている薬剤数も製薬会社、製品によって様々である。ユーエフティカプセルは抗がん剤であるため、このようなハイリスク薬における1シートの薬剤数や1箱の薬剤数の確認は特に徹底する必要がある。

事例7 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000001933）

事例の内容
アサシオン0.25mg錠のところ、エバミール錠1.0で調剤した。
背景・要因
当該薬局から3人も職員がいなくなることを知り、動揺していた。管理が必要な薬剤が4、5種類ある患者が続き、以前に調剤したものと間違えた。
薬局が考えた改善策
落ち着く事。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●精神的に動揺している状態での調剤は危険を伴う。また、アサシオンは向精神薬であるため、特に注意すべきであった。職場では自分の体調が悪いことを明らかにして、仕事上の補佐を求めることが必要である。

事例8 交付、患者間違いに関する事例（事例番号：000000002078）

事例の内容
患者Aと患者Bにおいて、それぞれ一包化した薬剤を逆の患者にして渡してしまった。患者Aが、朝の薬を服用する際に発見した。患者Bにすぐ連絡をしたところ、まだ服用していなかった。
背景・要因
調剤時、患者の来局が重なり、鑑査台には複数のトレイが並んでいる状態だった。鑑査を終えた後、それぞれ異なるトレイに間違えて入れた可能性がある。
薬局が考えた改善策
トレイにセットするときも、薬剤師が自ら確認して行う。投薬時、薬袋に薬を入れる際は、再度、確認を患者と一緒にを行うことを徹底する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●薬剤を一包化することは、複数の薬剤を服用する患者にとって利便性がある。しかし、その内容については、患者自身が確認することは困難であり、初めて処方された薬剤であった場合、処方された薬剤との正誤を見分けることは難しい。前回と同様の薬剤であれば、その違いを発見することも出来ることもあろう。 ●今回の場合、患者Aが違うことに気付き、患者Bはまだ服用していなかったが、患者Bが自分の薬ではないことに気がつくことが出来たかどうかは分からない。また、患者A、B双方が自分の薬ではないことに気づかずに服用し続ける可能性も考えられる。

事例9 交付、患者間違いに関する事例（事例番号：000000002568）

事例の内容
「Aさん」と呼んだところ、「Bさん」が投薬窓口に来られた。名前を再度確認しなかったが、薬の内容を確認したため、薬を渡した。その後、別の薬剤師が「Bさん」を呼んだら、「もう薬はもらった」と言われたため、患者間違いに気付いた。
背景・要因
患者氏名を再度確認しなかった事と、薬の内容を確認したつもりで済ませたために起きた。
薬局が考えた改善策
投薬窓口での患者氏名を再度確認する。薬の内容の確認を徹底する。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●患者が処方せんを提出してから調剤薬が交付されるまでは、患者は少しでも早く自分の名前が呼ばれることを期待して待っている。このような状況下では、他人の名前が呼ばれても、自分の名前が呼ばれたかのように聞こえてしまう「Wishful Hearing」が患者に発生する。「Wishful Hearing」は「自分に都合の良い、自分が期待している望み通りの言葉に聞き取る、または聞こえてしまう」ことを言い、患者が急いでいる時や焦っている場合などに発生しやすいと言われている。また高齢者の加齢に伴う聴力の低下はやむを得ない面があり、聴覚障害のある患者の来局などにも配慮し、患者の呼び出し方法には配慮と工夫が必要である。 ●薬の内容確認では患者の確認にはつながらず、処方せん受付時に引換券(番号)を発行し、引換券(番号)による患者の呼び出しと、患者自身から自分の名前を言ってもらうなど、2段階の患者確認方法も検討する必要がある。

事例10 疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000002793）

事例の内容
卵アレルギーの患者にアクディームカプセル90mgが処方となっていたため、疑義照会した結果、薬剤削除となった。
背景・要因
医師が繁忙のため。
薬局が考えた改善策
カルテの確認をしてもらう。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●薬歴やお薬手帳から得たアレルギー歴、副作用歴が有効に活かされた事例ある。卵アレルギー患者に対して禁忌であるリゾチーム塩酸塩製剤の投薬を未然に防いだのは、薬歴や患者情報等に基づいた調剤による成果と考えられる。 ●添付文書には、数多くの食品や日常行為の禁忌・注意事項が記載されているが、実際にはいまだ全ての注意事項が処方時には確認されておらず、調剤時に食品や日常行為などまでも含めた医薬品との相互作用を確認する薬剤師の処方せん鑑査は、患者の安全のために重要である。

事例11 外用薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000003207）

事例の内容
ドレニゾンテープ4 μ g/cm ² （7.5cm×200cm）1枚とドレニゾンテープ4 μ g/cm ² （7.5cm×10cm）1枚の調剤ミスをした。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
ドレニゾンテープ4 μ g/cm ² には、規格が2種類あるので注意する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●販売名であるドレニゾンテープ4μg/cm²（厚労省コード：2646711S2051）の添付文書には、成分・含量の項に「テープ1cm²あたりフルドロキシコルチド4μg」、包装の項に（7.5cm×200cm）×5と（7.5cm×10cm）×50の2種類が記載されている。また、この薬価単位は「（0.3mg）7.5cm×10cm」とされている。 ●ドレニゾンテープ4μg/cm²の（7.5cm×200cm）×5の包装は、切れ目の無い7.5cm×200cmがロール状で袋にバックされ、（7.5cm×10cm）×50の包装は、7.5cm×10cm毎に切れたものが1枚毎に袋にバックされている。 ●広い患部に貼付する場合は、（7.5cm×10cm）×50の包装品ではテープが10cm単位で切断されているために適さず、（7.5cm×200cm）×5の包装品ではテープが200cm単位のロール状のために扱いが不便なこともある。 ●現状では、処方をする際に販売名であるドレニゾンテープ4μg/cm²（厚労省コード：2646711S2051）を選択して、その単位に、「枚」、「袋」、「バック」、「cm」などを使用しても包装の区別はできない。 ●このような販売名や厚労省コードでは包装の判別できない製品の包装注意医薬品のリストの作成や調剤時の確認、処方医師への包装区別の記載依頼などが必要となるが、製品包装までも含めた製品の違いが区別できるような販売名の変更などの対策も望まれる。

事例12 疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000003343）

事例の内容
セレスタミン錠2錠、1日3回4日分の処方だった。通常、1日量2錠の処方が多いため、1日2回の記載のミスと判断して8錠を準備した。疑義照会が必要なため、医師に問い合わせたところ、1回量2錠、1日6錠で1日3回の服用で処方しているとの返答を得た。
背景・要因
内服薬処方せんの記載方法に関する変更が決まったが、1回量、1日量のどちらで記載したかを判断出来るようにしてもらわないと調剤ミスにつながる事例だった。 今回は1日3回の用法であったため疑義照会を行ったが、1日2回であれば1回1錠で1日量2錠として調剤を行っている事例だった。今後は1日量の処方せんと1回量の処方せんが薬局に来ることが予測される。
薬局が考えた改善策
医師に処方せん記載方法の決まりごとを徹底もらう。 医師は1回量であれば、必ず1回量の指示を記載しておくことが望まれる。 1回量の記載なく、2錠と記載されていて1日量と判断する薬剤師は多いと思われるので、医師は処方せんの記載方法を徹底していただくことが必要と考える。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●医師、薬剤師のコミュニケーションの齟齬が、重大な事故を招くことがある。中でも、処方せんの記載方法のうち、分量の記載方法などは、平成22年1月に厚生労働省がまとめた「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」の報告書に記載されている「内服薬処方せん記載の在るべき姿」で基本としている1回量の記載に則していない現状もあり、特に手書き処方せんでは注意を要する。わかり易い処方せんの記載方法を、医師に強く求めていくことは重要である。また処方せん記載様式の変更に伴う別の種類のヒヤリ・ハットが生じないか、他の薬局も注意していく必要がある。

事例 13 その他の調剤に関する場面、その他に関する事例（事例番号：000000003364）

事例の内容
「胸痛時」コメントの入力を忘れた。
背景・要因
落ち着いて入力出来なかったため、確認を忘れてしまった。
薬局が考えた改善策
入力時は集中する。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●「見落とし」や「し忘れ」は、周辺的な部分で生じがちである。本事例においても、処方せん入力において薬品名等の主要な部分の入力を終え、注意が次の業務へと向いてしまったため、「但し書き」を入力し忘れたものと思われる。とりわけ繁忙時に多発すると考えられる。調剤や入力などの業務を始める前に、但し書きなどの周辺事項がないか、処方せん全体をざっと確認し、意識付けをしておくことも有効である。

事例 14 内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000003400）

事例の内容
ウルソ錠100mgを84錠調剤するところを168錠で調剤し、鑑査時に発覚した。
背景・要因
ウルソ錠100mg 1日3錠28日分を6錠28日分と思い込み、確認作業の時も全く気が付かなかった。
薬局が考えた改善策
調剤する時は必ず声出しをする。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●ウルソ錠は1回200mg（2錠）で処方される例も多く、よくある処方引きずられてしまったものと思われる。このようなエラーは新人よりも、むしろ知識や経験のあるベテランが起こす事例と考えられる。処方せんに記載されている一つ一つの情報を声出しして調剤することが重要であるが、漠然と読み上げるのではなく、意識に刻む態度が必要である。鑑査では、処方せんを指差しながら一項目ずつ確実に注視することが重要である。

事例15 内服薬調剤、調剤忘れに関する事例（事例番号：000000003574）

事例の内容
ムコダイン錠250mgを調剤し忘れた。
背景・要因
再確認をし忘れた。
薬局が考えた改善策
確認を怠らない。

その他の情報
【発生時間帯】 18:00～19:59 【発生要因】 確認を怠った、勤務状況が繁忙だった、通常とは異なる身体的条件下にあった、医薬品

事例のポイント
●発生要因が「通常とは異なる身体的条件下にあった」ことから薬剤師自身が体調不良であり、発生時間帯が「18:00～19:59」であるため、疲労もたまり、閉店間際の焦りもあったのではないと思われる。体調不良や疲労時には、普段出来ることも出来なくなる。薬剤師自身の体調管理も事故防止には重要である。不調時には調剤にのみ意識を集中し、時間がかかっても、一つ一つを着実に行う態度が望まれる。

事例16 内服薬調剤、薬袋の記載間違いに関する事例（事例番号：000000005613）

事例の内容
برانلカストカプセル112.5mg「日医工」朝食後1カプセル、夕食後2カプセルのところ、朝1.5カプセル、夕1.5カプセルと薬袋に記載した。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
未記載

その他の情報
【発生要因】 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

事例のポイント
●多くの薬局では、処方せん入力により薬袋が印字される仕組みになっている。コンピュータシステムによっては、患者が不均等に服用する場合の薬袋、薬剤情報提供書及びお薬手帳への印字に誤りが生じることがある。 ●正しい薬を交付し、正しい説明をしたとしても患者は薬袋や薬剤情報提供書を見て服用することがあるため、鑑査を行う際は薬だけではなく、薬袋、薬剤情報提供書及びお薬手帳にも注意する必要がある。

事例17 疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000006246）

事例の内容
当該患者は以前から当薬局で調剤しており、薬歴が存在していた。今回病院を転院され、別の医院の処方箋を持ってこられたところ、アムロジピンの用量が変更されていた。前医の処方では「アムロジピンOD錠5mg「トーワ」0.5錠/分1」であったが、今回は「アムロジピンOD錠5mg「トーワ」1錠/分1」だった。転院により分量が変更になったのか、患者本人からの聴取が出来なかったため疑義照会をしたところ、前医と同じ分量に変更となった。
背景・要因
病院を転院の際に紹介状を持って来られたのか、持って来られたとしても内容に不備があったのか、薬局では知ることが出来ない。薬情やお薬手帳を持参して転院される方もいるが、特に院内処方の場合、薬情やお薬手帳に半錠などの一回量が記載されていないものも多い。
薬局が考えた改善策
今回は薬歴があったため事前に気づくことが出来たが、新患の場合は薬歴もないのでさらに注意が必要である。転院後の初回の薬に関しては、まず患者または家族に以前と変更がないかを確認し、不明な点があれば、必ず疑義照会をする。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●病院を転院する場合、紹介状等により治療が引き継がれることになるが、紹介状に不備がある場合や処方せんの記載に不備がある場合、患者の症状の変化等のため紹介状の内容とは異なる処方をする場合など、様々な理由で薬が以前と異なることがある。 ●薬局では紹介状の内容を知ることは困難であるため、薬剤交付時にお薬手帳等で転院前の治療を確認する、今回処方された薬剤を患者に見せて確認する、などを行うことで患者は継続して安全な医療を受けることが出来る。

事例18 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000006266）

事例の内容
処方箋上にはインデラル錠10mgで書かれている処方において、インデラル錠10mgを取った。この患者は、以前にジェネリック医薬品を希望されていた方であり、いつも薬局側でインデラル錠10mgをヘルツベース錠10mgに変更して渡していたが、薬歴の申し送り事項を見落としたため、間違えてしまった。鑑査者が誤りに気づき発覚した。
背景・要因
現在、紙薬歴を使用中である。薬歴の表にジェネリック医薬品へ変更している患者には印をつけているが、見落とした。当該患者以外にヘルツベース錠10mgに変更している患者はいないため、頭の中で「この薬の組み合わせでジェネリック医薬品が出ている人はいない」という思い込みがあったため、薬歴の表の印を見落とした可能性があった。
薬局が考えた改善策
どの患者でも確認しているつもりだったが、今後は常に意識出来るようにする。混雑している時はあえて、時間を取って確認するなどを行い、はっきりとした意識付けを自分自身で行う。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●通常は処方せんに記載されている通りに調剤、鑑査業務を行うが、後発医薬品に変更調剤をする場合は、処方せんに記載されている医薬品とは異なる医薬品を調剤することになる。その際、薬歴で前回の変更調剤の内容を確認する、今回の変更調剤の可否について患者に確認するなど、調剤時の作業が増えるため注意が散漫になりやすい。 ●後発医薬品に変更調剤をする場合は、変更する医薬品だけではなく、他の医薬品に関してもミスを起こしやすい状況であることを意識して調剤する必要がある。

事例19 外用薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000006313）

事例の内容
ロキソニンパップ100mgをロキソニンテープ100mgで調剤した。処方せんにおいて、同じ処方箋内にロキソニンテープ50mgとロキソニンパップ100mgが処方されていたため、テープの大きさのみの違いと誤認した。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
処方せんを確認する。特に剤形間違いに注意する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●ロキソニンの貼付剤は、ロキソニンパップ100mg、ロキソニンテープ100mg、ロキソニンテープ50mgがあり、短期間に同様のヒヤリ・ハット事例が10件以上報告されている。 ●貼付剤には、同じ銘柄でも複数の剤形や規格（サイズ）が存在し、患部や使用感により剤形が変更される場合がある。患者に交付する際は、実物を見せながら患部の状況や使用感を確認することが重要である。

