

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果	
1	正 20mg誤 10mg	メーカー名に注視し規格の確認を怠った。		両方注意してチェックします。	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。
2	DO入力し確認を怠った		規格の確認忘れない		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	規格・剤型間違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	剤形を間違えて入力してしまっていたゲル×ローション〇		処方どりの入力をするよう注意する事		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。
4	正:(般)錠誤:(般)腸溶錠	リストの一番上のもので選んでしまった。		気を付けて見ます。	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。
5	クリームと軟膏を間違えて入力した		確認を必ずする		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	規格の確認を怠った		細かく区切って確認する		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	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
7	正:テープ誤:パップ	チェック漏れです。	間違いやすいものなので印を付けて意識して注意します。	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。
8	規格20から40に変わっていたのに気が付 かずDO入力した。		必ず確認する。	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。
9	規格違いになっていたのに気が付かな かった。		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。
10	薬剤が同じなのに規格違いに気が付か ず入力してしまった。		終わったらよく見る。	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。
11	カプセルと錠剤を間違えて入力しまっ た。		入力後の確認の際にしっ かりと剤形もチェックす 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。
12	規格 10mgを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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
13	DO入力し規格は違ったが、用量は同じだったのでそのまま入力。		問診確認して判断する。	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。
14	剤形を間違えて入力してしまった。	○焦り	落ち着いて確認をしっかりと 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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
1	前回と同薬品が1日処方量変更となっていると勘違いしてしまいました			確認を怠った	処方された医薬品 販売名レボメプロ マジン細粒10% 「アメル」 間違えた医薬品 販売名レボトミン 散50%	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	GE希望の方なのに先発のまま入力した		確認を忘れずにする	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった	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	処方箋どおりのメーカー名でないDO入力した		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	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	GE不可の方にGEで入力してしまった		問診の確認を怠らないようにする	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
5	GE可の方の処方を変更しなかった		一番最初に問診を確認するようにする	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。
6	ジェネリックへの変更が今回から不可になっているのに気付かず今迄通りジェネリックで渡す			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	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。
7	先発医薬品と後発医薬品の取り違い。久しぶりの受診の患者。問診の際、後発品へ変更可能な薬剤の変更希望を確認していたが、レセコンへの入力段階では2剤とも先発品で入力されていた。鑑査した薬剤師も入力と調剤された薬剤、処方の確認はしていたが後発品への変更の確認はしていなかった。薬歴入力の際、問診票で後発品への希望あったこと確認。電話連絡をし、差額を伝え調剤ミスがあったことを説明し謝罪。薬効が同じであれば構わないとすることで薬品の交換は不要と言われた。	繁忙時であった。問診票では併用薬とアレルギー、副作用の内容に注視し患者の後発品への希望の確認を怠ったことが原因。	問診票に記入していただいた内容はすべてしっかりを目を通して、薬局側の記入入力だけでなく、患者自らが表明した意志は必ず確認するように努める。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名リンデロン錠0.5mg 販売名アレジオン錠20	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	一般名処方の検索ミス	名前の始まりが似た薬名で検索し選択したものが違った	一般名が長く、似た名前がある為チェックする時細かく切って確認する	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取違え」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
9	漢方のメーカー選択ミス	薬名で選択しメーカーを見落としました	まず、メーカーで絞り次に薬名で確認するようにする	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
10	一般名処方で、後発薬を調剤していた患者だったが、途中から先発薬に戻して欲しいと要望があった。気がつかず、後発薬で入力してた。			確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
11	似た名前の薬剤で入力した		細かく区切って確認する	確認を怠った その他注意散漫	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
12	メーカーの名前を選びまちがえた		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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
13	似た名前の薬と間違えて入力した		細かく区切って確認する	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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取違え」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
14	GE変更不可印あったのにGEIとして入力		GE変更時は常に不可印確認する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
15	GE希望の患者様に先発品で入力してしまった		問診をしっかりと確認する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
16	名称変更気づかずに入力		GEの人はGE確認ウィンドウを開き在庫数を確認して入力する	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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
17	DOで入力した際に名称変更されていた薬剤をそのまま入力してしまった。		手の空いた時に名称変更一覧に目を通しておくようにする。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取違え」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
18	一般名処方で、後発薬を選択するときに、メーカーを間違えて入力した。後発薬が複数あり、それぞれが医師、医院によりおおむね指定されて処方されているが、煩雑で間違いの原因になる。			確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名レバミピド 間違えた医薬品 販売名レバミピド	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
19	ジェネリックを希望しない患者だったがジェネリックを選択入力してしまいました。	ジェネリックを希望しないことを確認したにもかかわらず、間違えてしまいました。	ジェネリックのご希望に気を付けて入力するように気を付けます。	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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
20	変更不可のところ前回と同じでジェネリックを選択しました。	処方箋の変更不可を見逃しました。	チェックの流れを作って確認します。	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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
21	後発医薬品変更希望を見落とし先発医薬品のまま入力した。		確定する前に確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取違え」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
22	メーカー名が変更になったのに気が付かなかった。名称変更があった。		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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
23	GE変更希望なのに先発医薬品を入力した。		常にGE希望の有無を確認して入力を確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
24	GE変更間違い		前回の入力を必ず確認する	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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
25	非採用品を入力した。		患者アンケートを確認する。	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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取換え」)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
26	一般名処方を入力で患者の意向がジェネリック不可なのに ジェネリックで入力してしまいました。	患者アンケートの欄をよく確認すべきでした。	一般名処方への入力には、患者の意向に従って 先発品か後発品か どちらで入力するか 必ず確認するように気を付けます。	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	薬剤取換えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
27	一般名処方検索ミスがあった。	似た名前の為、検索し選択する時に見間違えた。	検索する際の文字数を増やす。	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	薬剤取換えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
28	GEの名称変更を見落とし前回と同じ薬で入力した。		確定前に必ずGE確認タグを押し、在庫があるか確認する。	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	薬剤取換えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
29	GE変更間違い。		処方入力したら必ず問診確認する。	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	薬剤取換えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
1	正 背中誤 肩	Do入力によるミス、チェック漏れです。	落ち着いて確認します。	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。
2	正 腰誤 膝	DOによる入力ミス、チェック漏れです。	落ち着いて確認します。	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。
3	DO入力し確認を怠った		ポステリザンなどはg×回数×日数を常に計算して確認する	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。
4	用法の入力を間違えた		似たような用法が多いので細かく区切って確認する	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。
5	用法の入力間違い		似たような用法多いので細かく確認する	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。
6	DOで3回そのまま入力 2回点眼だった		必ず確認する	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
7	からだを患部で入力した		確認する	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。
8	一般名処方な事に気付かずそのまま入力してしまった		メーカー名が付いているものしか無い時は一般名だと気づくようにする	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。
9	貼付剤の用法を部位を指定せず お貼りください としてしまった		部位は必ず入れるようにする	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。
10	食前の薬を食後で入力してしまった		処方箋の確認をしっかりとする	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。
11	服用時点を入力していなかった		服用時点やフラグなどもしっかり確認するようにする	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
12	正 一般名誤 商品名	Doで入力し、チェック漏れです。	落ち着いて確認します。	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。
13	プレドニンとプレドニゾロンを同枠にしました。	同枠と聞いたことがあったが、違う名称だったので別枠にしました。	目に付くところにメモしました。	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。
14	DO入力し確認を怠った		部位なども細かく確認する	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。
15	用法の入力に気をとられ確認を怠った		新規で入力した時は二度確認する	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。
16	待合室に気をとられ確認を怠った		処方薬の多い時は集中して入力する	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。
17	日時:7月〇日(金)9:51お客様:70歳代男性内容:(正)点眼剤 1日1回就寝前両目へ点眼してください→(誤)点眼剤 1日1回両目へ点眼してください	前回の処方と「就寝前」の部分以外が同じだったため、今回の処方せんの「就寝前」記載に気づかずDo処方をういて仮入力を行い、十分な確認を怠った事により今回の事例が発生したと考えた。	Do処方であってもマニュアル通りの確認を徹底する。入力画面と処方せんをよく照らし合わせ、見落とし、見間違いが無いよう一項目ごとにチェックをつける。	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		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
18	頓服薬で処方のところ内服薬で入力	思い込みの入力間違い 混雑時のため確認不足	入力時は常に平常心を保てるよ心掛ける 最終確認時の基本動作を再確認！声だし、指さし、画面上のカーソルを使用している確認作業を怠らない	判断を誤った 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。
19	DO入力し確認を怠った	室温が暑すぎて注意力が低下した	室温調節。薬の数を数えて確認する。	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
20	新規で入力し確認を怠った	室温が暑すぎて注意力低下	部位の入力注意する	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
21	貼付剤の用法を塗布にしまった		しっかりと確認する	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。
22	不均等投与の錠数を入力し忘れてしまっていた		用量と用法を確認して、不均等の場合はきちんと確認し、入力する事	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	痒い時を痛い時で入力した		確認をする	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	他の作業をしながら入力したので確認を怠った		入力したら最初から見直す	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。
25	DO入力し確認を怠った		細かく区切って確認する	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。
26	外用の塗布薬を点耳薬として入力してしまった	似た名前で塗布薬と点耳薬が存在するため間違えました	処方と薬名を確認し入力する	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。
27	DO入力で薬剤が1つ減っていた	処方の量が多く見落としました	処方量がある時は特にチェックを細かくするようにする	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。
28	服用コメント「調剤日15日目より服用開始」を「調剤日16日目より服用開始」と入力してしまった。	体調不良によるキー操作ミス。	体調が悪いときは、入力を代わってもらう。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
29	doで引っ張って来た時に用法が変わっていることに気付かずそのまま入力してしまった		確認をしっかりとするようにする	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
30	一般名の処方直接GEで入力してしまった		もともとGEで出していたとしてもちゃんと一般名からの変換で変える	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。
31	眼軟膏塗布の患部の入力を間違えました。	眼軟膏の用法の入力で『患部に塗布』で入力してしまいましたが、正しくは、『右眼に塗布』でした。	用法の定型で同一の登録が無い場合は、なるべく近いものを選択し、『*右眼』など詳細を追加して入力するように気を付けます。	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。
32	分2朝・夕食後の服用を分3毎食後で入力。	前回処方をコピーして入力、用法チェックがもれた。	処方全体を読み上げて確認する。	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。
33	朝食後を朝食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		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
34	服用時点のない処方を服用時点を入れて入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
35	漢方、朝夕食直前のところ毎食前と入力。	漢方は食後コメントを入れる事ばかりが頭にあり「前」というのが目に入り、コメントを入れなくていい！と考えてしまい反射的に毎食前と入れてしまった。その後、注意散漫で確認をスルー。	他の事に気を取られてしまっている事が一番のミスであるので思い込んでみると見てもスルーしてしまう。必ずカーソルを当てて声を出して確認すること！	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 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。
36	分3のところ分4で入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
37	内服で入力するところを1包化で入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
38	分2のところを分1で入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
39	分3のところ分2で入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
40	服用時点12日目～のところを11日目～で入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
41	用法【朝食】のところを【朝夕】で入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
42	分3と分1で分けて入力するところを分4で入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
43	内服薬の用法、分2の朝夕のところ 分1朝に間違えて入力した			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
44	用法の選択を間違えた		DO入力した時部位をよく確認する	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。
45	DO入力し確認を怠った		細かく区切って確認する	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。
46	服用時点の入力をしなかった。		入力後の確認をする。	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。
47	『医師の指示どおり』と入力するところを『医師の医師の指示どおり』と入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
48	コメント汗疹に入力忘れ	確認を怠ったため	よく確認します	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。
49	注射食前のところ食直前で入力	確認を怠ったため	よく確認をします	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。
50	DO入力し確認を怠った		細かく区切って確認する	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。
51	正：一包化誤：内服	前回と同じで入力してしまいました。	処方箋をよく見ます。	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
52	鼻出血時の時を点鼻で入力した		メモを見る	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。
53	貼付剤に塗布の用法を使ってしまった		落ち着いて入力し、入力後確認を怠らない	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。
54	目薬の回数を前回にならった入力で入れてしまったが、別に今回の処方にあった用法があった		処方箋に忠実に入力するようにする	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。
55	分1で入力するところを分2で入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
56	1回1個の入力をしなかった。		入力後の確認をする。	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。
57	分2不均等で入力しなければいけないところを別入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
58	調剤日39日目よりのところ9日目と入力	確認を怠ったため	よく確認をします	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。
59	不均等の入力を入れなかった		確認を怠らない	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。
60	一般名処方をそのまま入れてしまった		今までと同じ薬でも処方が変わっていたらしっかりと処方通りに入力する	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。
61	前回と同じだと思い確認を怠った		DOした時、細かく区切って確認する	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。
62	分4で入力するところを分1・分3で入力してしまった。		入力後の確認をする。	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。
63	一般名処方に気を取られ確認を怠った。		確定前にチェックしてあるか確認。	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
64	一般名入力で変換するべきところを商品名で入力してしまいました。	一般名で処方されていたので 本来は、一般名入力してから変換するべきところをそのまま入力してしまいました。	処方箋の上では、一般名どうかわかりにくい事もあるので 確認してから入力を進めるように気を付けます。	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。
65	点眼液の点眼回数を入力を間違えました。	前回と同じ点眼回数で入力していましたが、今回から回数が変更になっていました。	点眼液の用法は、回数を正確に確認するように気を付けます。	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。
66	点眼剤の用法で「夜」の指示を入力し忘れてしまった。		指示を見逃さないようにする。	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。
67	「からだ」と入力するところを「患部で赤い所」と入力した。		確認する。	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。
68	シップ薬の用法を1日1～2回貼付とするところを間違えて、塗布するよう説明文を作ってしまった。			確認を怠った 知識が不足していた 医薬品教育・訓練		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
69	処方元の医療機関名、処方日の入力を間違え、さらに用法を1日1回のところ1日17回と、たくさん間違えたまま調剤してお渡した。薬は問題なかったが、ミスが重なり、患者宅へ出向き、お詫びした。			確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 教育・訓練		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
70	正:2瓶、商品名誤:3瓶、一般名	チェック漏れです。	落ち着いてチェックします。	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。
71	正:5回誤:4回	見逃しです。	1つ直して安心せずに全部チェックし直します。	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。
72	朝・昼食後のところを朝・夕食後にしてしまった。		入力時に確認し、さらに最後に全てチェックするようにする。	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
73	塗り薬の用法、「体、腕、足」のところを「体」だけで入力していた。	確認ミス		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。
74	患者より一包化の中に知らない薬が混入したとの訴え。それは取り出し捨てたとのことで確認できず。			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。
75	外用薬の用法の入力コードの選択を間違えました。	外用薬で『貼付』で入力するべきところを『塗布』で入力してしまい、気が付きませんでした。	外用薬の用法コードは、似ているので 特に貼付・塗布は、間違えないように気を付けます。	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。
76	服用方法の入力を間違えました。	前回と同じ服用方法で入力してしまいましたが、今回は服用方法が変わっていたのに気が付きませんでした。	同じ薬でも服用方法が変わるので、入力時は集中してやるように気を付けます。	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。
77	用法の入力間違い		あわてず確認	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。
78	今回は、処方されていない薬を入力してしまった。	前回と同じ処方内容だと思ってしまい、入力を完成させてしまったが、今回は薬が一種類減っていたのに確認不足だった。前回と同じ入力をしてしまった。	眼科の患者は、前回と同じことが多いですが、変わっていないかどうかを必ず確認を重ね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。
79	doで引っ張って来た時に一か所だけ用法が変わっていたのを見逃してしまった。		しっかりと確認するようにする。	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。
80	最適な用法を使わなかった。別の似ている用法を使ってしまった。		用法を調べるときに一番合っているものを選ぶように勉強する。	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。
81	一般名でないのに一般名処方として入力してしまった。メーカー名日医工があった。		確認する。	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
82	朝夜服用なのに朝夕を選択した。		焦らず確認する。	確認を怠った 通常とは異なる心理 的条件下にあった		販売名等の情報が 不明であり、検討困 難と考える。
83	服用時点を確認しなかった結果、6日目からを2日目からと入力した。		焦らず確認する。	確認を怠った 通常とは異なる心理 的条件下にあった		販売名等の情報が 不明であり、検討困 難と考える。
84	一般名からの入力でないことに気が付かなかった		慌てずに確認する	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。
85	DO入力し確認を怠った		細かく区切って確認する	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。
86	1～2回から1回になっていたのに気が付かなかった		処方箋確認してしるしをつける	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。
87	用法の入力で0～2回の所を1～2回と入力してしまった		確認を怠らないようにする	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。
88	貼付剤の用法で「亀裂にお貼りください」と来た時に、患部へお貼りください*亀裂と入力してしまった。		亀裂は部位ではないので部位の入力が必要だと学んだ。	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。
89	コメント「痛くない時は服用しなくてもよい」と入力忘れ	確認を怠ったため	よく確認をします	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。
90	ラベプラゾールを入力するところ先発品からGEに変換し入力した。	確認を怠ったため。	よく確認をします。	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。
91	コメント11月〇日のところ10月〇日と入力	確認を怠ったため	よく確認をします	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
92	コメント「毎日朝貼り替え」と入力忘れ	確認を怠ったため	よく確認をします	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。
93	注射夕食直前のところねる前と入力	確認を怠った	よく確認をします	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。
94	貼付を塗布で入力			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。
95	分2を分3で入力			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		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
96	便秘時のコメント入力もれ			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		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
97	一般名処方からGEを出すところをDOで入っていた製品名からGEをそのまま引っ張ってきてしまった。		DO入力する時は同じものかしっかりとチェックするようにする。	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。
98	漸減入力に気をとられ、0.3と0.5を間違えた。		確認する時、鉛筆でしるしをつける。	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。
99	一般名から後発医薬品への処方だったものをDOにあった先発医薬品から後発医薬品への変更として入力してしまった。		変更前の薬剤もしっかりと確認する。	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(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	関連する医薬品の情報	調査結果
100	一包化の処方において、朝食後の薬を夕食後の薬袋に、夕食後の薬を朝食後の薬袋に誤って入れていた。患者からの指摘でミスに気付き、陳謝した。幸い、服用する前に気が付いたため、誤投薬にはならなかった。	2施設の処方箋を持ち込まれ、確認する内容が多く、注意力が足らなかった。	焦らず、手順に則ってきちんと確認する。	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。
101	用法の入力間違いがあった。		細かく区切って確認する。	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。
102	よく処方される薬と思い込み入力し確認を怠った。		一部分だけで判断するのではなく処方箋のすみずみまで確認する。	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。
103	薬袋コメント【かさかさする所】を【病気のある所・かさかさする所】で入力。	前回処方をコピーして入力。コメントの上書き(削除)がもれた。	処方箋を隔々まで確認する。	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。
104	外用薬の用法の入力を間違えました。	貼付剤を塗布剤で入力してしまいました。新患だったので 保険登録など他のことに気を取られてしまい、確認不足でした。	外用薬は、用法入力のコードが似ているので入力後、必ず確認を重ねるように気を付けます。	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。
105	内服薬の用法の入力を間違えました。	錠数が変わっていなかったので前回と同じで入力してしまいましたが、分2→分4に変更になっていたのに気付かませんでした。	一見、前回と同じ処方のように見えても 用法が変わっていることもあるので 思い込みではなく、新たな目で確認するように気を付けます。	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。
106	外用薬の用法入力で部位を間違えました。	塗布剤の部位を『からだ』で入力しましたが、正しくは、ドクターの指示が手書きで『身体・足』と記載されていたのを見落とししました。	ドクターが手書きで処方されている場合は、不鮮明な事が多いので よく確認してから入力するように気を付けます。	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。

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
1	糖尿病薬を服用中の患者さんの処方内容に多少変更があり、その中に一般名処方ではチザニジン(テルネリン)が朝食後で処方されていた。テルネリンが朝1回だけというのはここではあまり見かけないし、患者さんにコリがあるか尋ねたら、「あるけれど先生には今回言っていない」と言われたので、ここで気が付き「テ」ではじまる糖尿病薬のテネリアの間違いではないかと病院に疑義照会し、変更となりました。	病院の事務の方の確認不足。	病院の事務の方に、処方箋を発行する前によく確認してもらうよう、お願いしました。	確認を怠った その他病院の事務の方は慎重さが足りない コンピュータシステム教育・訓練	処方された医薬品 販売名テルネリン錠1mg 変更になった医薬品 販売名テネリア錠20mg	患者の症状等 薬の特性等
2	ピロリ菌一次除菌にランサップを使用した方に、再びランサップが処方されていたため問い合わせ。ランピオンパックへ変更となる。	名称が似ているため入力ミス?		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400 変更になった医薬品 販売名ランピオンパック	薬歴等
3	新レシカルボン坐剤の用法が抜けていた。1回1個使用に変更			記録などに不備があった 連携ができていなかった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名新レシカルボン坐剤	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
4	処方是一般名でロキソプロフェンNa錠60mg 3T 分3毎食後の記載 患者の薬歴より以前ロキソニン錠で薬疹の経験がある事が判明した為、医療機関へ照会したところ、ソレトン錠へ変更となった。		お薬手帳には記載があるが当日お持ちではなかった。新規で受診されたところで初回問診票にも当該薬剤の事について記載しなかったようなので次回からは必ずお薬手帳を持参して医師に見せることをお伝えした。	患者側 仕組み	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 変更になった医薬品 販売名ソレトン錠80	薬歴等
5	婦人科の処方で1. セフゾンカプセル100mg 3C分3毎食後5日分 2. エンピナースP錠18000 3T分3毎食後3日分 通常抗生剤と炎症止めは同じ日数で処方されるため照会したところどちらも5日分であると確認された。		入力時のダブルチェック 薬局では患者様に対して、医師から服薬についてどのように指導されているかの確認を行う	その他入力ミス	処方された医薬品 販売名エンピナース・P錠18000	薬の特性等
6	退院直後の透析の患者様に、禁忌のS・M配合散が処方された。疑義照会したところ、入院中も服用していたことが判明。アルミニウム脳症・骨症、ナトリウム制限のある方には禁忌であることを伝えたところ、ガスロンNへ処方変更になった。	入院中であれば食事の塩分量や、患者様の状態を常時把握できる環境にあるが、退院後もS・M散を継続するリスクについて認識があまりなかったのかもしれない。	透析の方へ禁忌の薬剤について、リストを回覧・勉強会を実施し、レセコンに登録のある全ての薬剤の薬情に禁忌の旨を追記し更新した。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名S・M配合散 変更になった医薬品 販売名ガスロンN錠2mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
7	胃腸炎にてソランタール(100)が処方。ほかの病院でロキソニン錠を服用中。診察時に医師には話していなかった。疑義紹介にて処方医に連絡。ソランタール(100)が削除となる。	患者様は、症状は話す但服用薬については申し出ないケースもある。	患者様は「二度手間」と感じることもあるようだが、薬局でも細やかな問診が重要。	その他患者インタビューにより重複を発見	処方された医薬品 販売名ソランタール錠100mg	薬歴等
8	初診の患者。薬局の問診票に「クラリスリッド(200)で発疹」の記載があった。病院の問診にも記載した、と言われるため疑義照会。メイアクトMS錠に処方変更となった。	処方医も多忙なため、問診票の記載を見落とすケースが考えられる。	薬局でも、きめ細かいチェックが大切。	その他問診票の副作用欄に記載されているのに処方されていた為、疑問を持った。	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200「MEEK」 変更になった医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg	患者の症状等
9	半年前にエリキユース2.5mgが開始されていたがその後の受診をしてなかった。患者家族が少し不安になり今回受診。結果ドクターに怒られた上、再度エリキユースが処方されたのが5mg錠であった。毎回エリキユースでた時の当薬局でのチェックリストにてその処方をみて80歳以上であること。体重が60kg以下であること。もっておられた血液検査データでは血清クレアチニンが1.2と微妙であったため照会したところ2.5mg錠に変更となった。	繁忙時でありドクターもしくは補助の人間が入力ミスをしたらしいが、詳細はわからない。	エリキユース等ハイリスク薬は極力丁寧にチェックする事を欠かせないようにする	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 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名エリキユース錠5mg 変更になった医薬品 販売名エリキユース錠2.5mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
10	ミコンビ配合錠BPとミカルデイス80mgが両方処方となっていた。患者インタビューと薬歴から、ミコンビからミカルデイスへの切り替えであろうと判断できたため疑義照会をおこない、結果ミコンビが削除となった。			その他医師の処方ミスの原因は不明。	処方された医薬品 販売名ミコンビ配合錠BP	薬の特性等
11	ディオバン80 1T・バイアスピリン100 1Tが処方されている患者に今回はディオバン80だけ処方されていたので残薬があるか患者に確認したところ残薬は少ないとの話だったので問い合わせた。Drはディオバン80が余っていると聞いていたそうでディオバン80を中止、バイアスピリンを処方となった。	患者は残薬をDrにきちんと伝えていたが、勘違いなのか逆の薬が処方されていた。	定期薬で出ていない薬が出ている時は理由の確認を徹底する	判断を誤った	処方された医薬品 販売名ディオバン錠80mg 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg	患者の症状等
12	くも膜下出血の既往歴のある患者に、禁忌薬剤である「ゾーミッグRM錠2.5mg」の処方があり。疑義照会にて、処方削除となる。	・処方医療機関の脳外科の医師(担当医)が最近変わった(常勤医師:外来週5回⇒非常勤医師:外来週1回)事。・処方医療機関が最近オーダーリングシステムを導入したので、患者背景が分かりにくかった可能性がある。	薬局としてはなし。	記録などに不備があった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ゾーミッグRM錠2.5mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
13	セララ錠25mg服用の患者様にウラリット配合散が追加となった。セララ錠服用中はカリウム配合の医薬品は高カリウム血症を起こす可能性があるため禁忌となるので、疑義照会した結果、炭酸水素ナトリウムに変更となった。	セララの添付文書には、カリウム配合剤としてアスパラKなどは商品名が記載されているがウラリットの記載はない。監査システム等でもひっかかってこないものがあり、処方医も見落としたものと思われる。		判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ウラリット配合錠 変更になった医薬品 販売名炭酸水素ナトリウム	薬歴等 薬の特性等
14	他院で Crestol を服用中だった患者に、アトピーの悪化で併用禁忌のネオオーラルが処方された。疑義照会の結果、ネオオーラルは削除となった。	医師の併用確認不足。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ネオオーラル50mgカプセル	薬歴等 薬の特性等
15	80歳代女性に産婦人科より発行された処方せんにRp.エストリール錠1mg1錠分1×7日分夕食後服用と記載あり。薬剤服用歴簿の記録によると他医療機関にてワーファリン錠を服用中であることを確認した。患者情報を聞き取り時に、本日は腫瘍の症状があり受診したこと、ワーファリン錠は足の血栓治療の為服用中であることを聴取した。エストリール錠は服用により血栓形成傾向が増加する怖れがある為処方医師に併用薬を報告の上、調剤の可否について疑義照会を行う。処方医より「今回診察時に処置も行っているので、処方中止する。患者さんにはその旨説明の上、1週間後に再診するよう伝えて欲しい」との回答あり。今回エストリール錠1mgは処方中止となった。		薬局においても調剤時に併用薬を必ず確認し、処方・調剤の妥当性について専門性を持って判断することは、医薬品による健康被害を防ぐ為に重要な行為である。電子薬歴によるチェックや他の薬剤師にアドバイスを求める等、個人による確認だけでなく、薬局・施設全体で抜かりなく見定めるシステムの構築も大切である。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エストリール錠1mg* (持田)	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
16	クラビット500mgでお兄様がアナフィラキシーショックを起こされたことがあると伺っていて、薬歴にも記載していたが、調剤前に気づかず、投薬前にもう一度薬歴を見直して発覚。患者さまにも確認して医師に疑義照会し、フロモックスに変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬歴等
17	お薬手帳を確認したところ、ベシケアが処方されている患者に、頻尿の訴えだけで泌尿器の医師がトビエースを処方している。数日間はトビエースとベシケアを併用した模様。開放隅角緑内障があるが、眼圧上昇に伴う症状(目が痛い、頭痛など)は出ていない。患者に訊くと、ベシケアを中止とかの指示はなかったらしい。内科ではDo処方の指示でそのままベシケアが出ており、泌尿器科でトビエースが出ていることを伝え、ベシケアを削除してもらった。	医科でお薬手帳を確認する習慣がないか、新しい薬なのでピンと来なかったか。緑内障があることが伝わってなかったか。	お薬手帳に医者が見て何の薬か分かるくらいの一ロメモ程度の情報を記載するようにすることと、医科でもっとお薬手帳を確認する習慣を作ること。	その他病院でお薬手帳を見てない ルールの不備	処方された医薬品 販売名ベシケア錠2.5mg	お薬手帳
18	他病院にてネキシウムカプセル20mgが処方されており、初回処方時より重複として疑義照会にて削除し、その旨を書面にて報告しているにも関わらず処方箋が修正されず。計3回の疑義照会を行った。	疑義照会の記録がカルテなどに残されていないか、次回診察時に確認がされていないのではないかとと思われる。	初回より電話での疑義照会に加えて、既に書面での報告も行っているため、患者へ事情を説明し、診察時に医師に患者より話をするように依頼した。	確認を怠った 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 販売名ネキシウムカプセル20mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
19	4歳(体重17kg)の患者に、クラリスドライシロップが16mg/日で処方されていた。疑義照会にて160mg/日と確認	処方箋発行時の初歩的な入力ミスと思われる		確認を怠った その他処方入力ミス	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	年齢・体重換算の結果
20	クラリチン錠(10)2T2Xの処方のため、用量確認の疑義照会を行ったところ、クラリス錠(200)2T2Xが処方されるどころ、誤ってクラリチンが処方されていたことが判明	オーダーリング処方のため、薬品名類似の選択ミスではないかと思われる。		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	処方された医薬品 販売名クラリチン錠10 変更になった医薬品 販売名クラリス錠200	薬の特性等
21	処方箋にはアマリール錠の記載があったが、患者より本日は日数制限のため次回診察まで不足するマイスリーを処方してもらいに来たと申し出あり。疑義照会にて、マイスリーに処方変更となった。	診察時の意志の疎通不足か、オーダーリング処方箋の修正ミスと思われる。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アマリール3mg錠 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠10mg	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
22	<p>50歳代男性が泌尿器科より発行された処方せんを提出される。処方せんの記載に、Rp1.【般】セフジニルカプセル100mg 3カプセル分3×7日分毎食後服用, Rp2. フェロミア錠50mg4錠分2×28日分朝夕食後服用とあり。セフジニルカプセルと鉄剤の併用は、「セフジニルカプセルの吸収を約10分の1まで阻害するので、併用は避けることが望ましい。やむを得ず併用する場合には、本剤の投与後3時間以上間隔をあけて投与する」とされている。患者さんは夜勤もあり時間をずらして服用するのは困難であるのとことで、処方医に勤務状況を報告の上、他のセフェム系抗生物質に変更を検討していただくよう疑義照会を行った。Rp1.【般】セフジニルカプセル100mgを中止し、Rp.【般】セフボドキシムプロキシセチル錠100mg2錠分2×7日分朝夕食後服用に変更となった。</p>			知識が不足していた	<p>処方された医薬品 販売名【般】セフジニルカプセル100mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名【般】セフボドキシムプロキシセチル錠100mg</p>	薬の特性等
23	<p>リカルボン錠50mgは4週1回服用の薬剤であるが、2週間前にも処方されていた。疑義照会の上、削除となった。</p>	<p>リカルボン錠50mgが4週1回服用の薬と理解せず、2週間前に処方があったにもかかわらず確認せず処方した。</p>		確認を怠った 知識が不足していた	<p>処方された医薬品 販売名リカルボン錠50mg</p>	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
24	シングレアチュアブルは6才以上の適応だが、5歳児に処方されていた。調剤の時点で気づかず、監査者が気づき疑義照会をした。体幹がしっかりとしており体重も20kgと5～6歳児の平均と同じぐらいあるため、このまま変更なしで処方となった。	調剤者にシングレアチュアブルに「6歳以上」という認識がなく、気づけなかった。	シングレアすべての年齢制限を確認し、薬剤棚に「6歳以上の小児」との印をつけた。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名シングレアチュアブル錠5mg 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
25	外用薬メモリー錠10mg 1日1回1錠 という処方医の入カミスと思われる処方せんを応需。疑義照会したところ、メモリー錠10mg 1錠 分2朝・夕食後 14日分の処方へ変更と回答あり。メモリーが分2で不審に思い、再度疑義照会。分2ではなく、分1朝食後であることが判明。	この病院は疑義照会を直接処方医へつなげるのではなく、受付事務員を介して行っている。用法について対応した病院の事務員の伝達間違いであると思われる。	疑義照会は疑義が解消されるまで行う。事務員の伝達ミスによる回答があり得ることを薬局全スタッフに認識してもらう。	連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メモリー錠10mg	処方箋の書き方等 薬の特性等
26	ジェニナック錠200mg 2錠 分2朝夕食後 5日分の処方を応需(初めての処方)。入力・調剤は処方通りにおこなった。鑑査時に分1ではなく分2であることに気づき疑義照会。分1朝食後へ変更になった。	ジェニナックを調剤するにあたって、2T/日が常用量のため、誤って分2で処方されることが多い。調剤した薬剤師も思い込みで間違いに気づかず。	入力前の処方鑑査・調剤時に気づけなかった反省から、レセコン入力時に薬品名を入力すると『分2処方疑義照会』という定型コメントが薬品名の下に表示されるように設定し、事務員の入力でも不備に気づけるようにした。また、在庫場所のカセットに『分1です』という表示を追記した。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
27	ランソプラゾールOD(15)「DK」1T分1 夕食後を含む定時一包化処方服用中 の患者様に、同じ病院の違う医師からラン ピオンパックが処方された。処方せん受 付時の処方鑑査でPPI重複に気づき疑義 照会。ランピオンパックが中止になり、ラン ソプラゾールOD(15)3T(2:1)分2、 フラジール、サワシリン処方へ変更。定時 一包化処方と併用することで2次除菌を 実施することになった。	数か月前にこの患者様にランサップが 処方され、やはりPPI重複のため疑義 照会を行っていたが同じような重複が 発生。他科処方について医師が確認し ていない可能性が高い。定時のランソ プラゾール中止等の指示がなかったう えに、一包化であることも把握していな かったようだ。	薬剤部を通じて本件につ いて申し入れ。ランサッ プ、ランピオンパックなど が処方される時は、PPI・ H2ブロッカーなどの併用 がないか必ず確認する。 上記について薬剤名下に 印字されるようにレセコン のコメントを設定。	連携ができていな かった	処方された医薬品 販売名ランピオンパック 変更になった医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15 mg「DK」 販売名フラジール内服錠250mg 販売名サワシリンカプセル250	薬の特性等
28	50歳代男性が初めて当薬局に来局され る。神経内科より発行された処方せんを 提出。処方内容はRp.2mgセルシン錠2 錠分2×28日分朝夕食後服用であった。 初来局の間診を行ったところ、他科受診: 眼科、併用薬:緑内障治療薬と記載あり。 セルシン錠は急性狭隅角緑内障のある 患者には禁忌とされているが、外来では 「緑内障禁忌の薬を使っても、緑内障発 作をおこす心配はきわめて少ない」と言わ れているが、万が一のこともある為、緑内 障の種類や治療について患者に再度確 認した。「緑内障の詳しい種類などは良く 分からないので、直接眼科に確認して欲 しい」との申し出があり。患者の許しを得 て、現在治療を受けている眼科医に今回 の経過を報告の上、緑内障の種類を確認 した所、「急性ではないが、現在狭隅角緑 内障の治療中であるので、今回は投与量 を処方の半量で開始することが望ましい」 との助言があった。処方医にこのことを報 告の上、処方変更の提案を行ったところ、 Rp.2mgセルシン錠1錠分1×28日分夕 食後服用に処方を変更するとの回答が あった。		緑内障のほとんどの方が 開放隅角緑内障と言われ ている。また、狭隅角の 人でも、眼科で予防的に レーザー虹彩切開術を受 けていれば、緑内障急性 発作の危険はないとされ ているが、まれにこのよ うな処置を受けていない狭 隅角緑内障の方もいるこ とを念頭に処方鑑査を行 うことが必要である。ま た、処方医と眼科医の情 報の橋渡し的役割を 薬剤師が担うことで、患 者の健康被害を未然に防 ぐことも、地域における薬 剤師の重要な役割だと考 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2mgセルシン錠	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果	
29	元々門前の内科でオبرانゼ10mgがずっと処方されていたが、整形でNSAIDsとネキシウム20mgが処方されていることを手帳で確認した。薬をとりこられたのは息子さんだったが、整形には本人が行っていて、詳細は聞いていないが、いつもの薬はそのままよいと聞いていた。ネキシウムがよいと考え、医師にその旨を伝え、オبرانゼを削除してもらった。	整形外科の医師が手帳を見ていない。整形外科門前の薬局でも、おそらくチェックが抜けている。一応手帳には、ジェネリック医薬品の場合に先発名を併記して記載しているのだが、PPIのジェネリックだが昔の名前のままで、最近増えてきた一般名+屋号の形でなかったためにチェックが抜けた可能性もある。内科の医師も手帳で整形の薬をチェックしていなかった様子。		患者が手帳を医師に見せる習慣を形成すること。	その他重複処方 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名オبرانゼ錠20	薬歴等
30	アンテベート軟膏10g部位:手、首の処方あり。薬局にてアンテベート軟膏の残薬があることを申し出られた。処方医に疑義照会し処方医より継続して塗布するよう伝言を受け、その旨を服薬指導にて伝えた。	患者が処方医に伝えていなかった。		患者側	処方された医薬品 販売名アンテベート軟膏0.05%	患者の申し出	
31	フルメロン点眼液0.02% 5mL 4回 右目の処方。服薬指導時に患者より部位は左目であると聴取し疑義照会。使用部位が左目と処方医に確認した。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フルメロン点眼液0.02%	患者の症状等	
32	ムコソルバンLカプセル45mg 3C分3毎食後4日分の処方があり、疑義照会。ムコソルバン錠15mg3錠分3毎食後4日分に処方訂正指示を処方医より受けた。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ムコソルバンLカプセル45mg 変更になった医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	薬の特性等	

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
33	処方箋にて「(般)バルプロ酸錠100mg」が処方された。内容は定期処方であり、前回まで「バルプロ酸Na徐放B錠「トローワ」」にて薬をお渡ししていた為、処方箋の記載が普通錠の記載である事に気付かず調剤を行った。鑑査者が内容に気付き病院へ疑義照会を行った所、普通錠→徐放錠へ変更となった。	普段、デバケン錠やバルプロ酸錠は徐放錠で処方される事が多く、バルプロ酸の記載を確認しただけで徐放錠と思い込んでしまった可能性がある。	薬の名称に関しては口腔内崩壊錠の記載も含め、最初から最後まで確実に確認を行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名バルプロ酸ナトリウム錠100mg「アメル」 変更になった医薬品 販売名バルプロ酸Na徐放B錠100mg「トローワ」	薬歴等
34	本来はロラタジン分1朝食後を処方するところ、クラリスロマイシン錠200mg2錠分1朝食後処方されていた。	不明	不明	記録などに不備があった その他医師側によるのでわからない コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「タイヨー」 変更になった医薬品 販売名ロラタジン錠10mg「TCK」	その他
35	オラペネム小児用細粒1.2g、カロナール細粒20%1g 分2 3日分の処方体重22kg 用量を処方医に確認オラペネム小児用細粒2.4g、カロナール細粒20%2gに変更の指示あり	医師の思い違い	体重、用量を必ず確認	その他医師の思い違い	処方された医薬品 販売名オラペネム小児用細粒10% 販売名カロナール細粒20%	年齢・体重換算の結果
36	小児の処方でアモキシシリン細粒20%とビオフェルミン配合散が混合で処方された。アモキシシリン細粒でビオフェルミン配合散が失活するので、医師に疑義照会しビオフェルミンR散に変更。	処方箋は病院事務が入力しているの で、「ビオフェ」と検索し、一覧から選ぶ際に誤ってビオフェルミン配合散を選択したと思われる。	入力ミスによる薬剤の誤りがある可能性を常に示唆し、処方箋監査を徹底する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ビオフェルミン配合散 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミンR散	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
37	<p>60歳代男性が病院(内科)より発行された処方せんを提出される。処方内容Rp.サムスカ錠7.5mg1錠分1×14日分朝食後服用と記載あり。薬剤服用歴簿の記録よりサムスカ錠7.5mgは今回初めて処方されており、前回来局日・処方日数を確認したが入院による投薬は行われていない可能性があり。本人に確認したが、医師より「今回は強い薬を出しておく」としか聞いていないとの申し出あり。サムスカ錠7.5mgは警告として「本剤投与により、急激な水利尿から脱水症状や高ナトリウム血症を来し、意識障害に至った症例が報告されており、また、急激な血清ナトリウム濃度の上昇による橋中心髄鞘崩壊症を来すおそれがあることから、入院下で投与を開始又は再開すること。また、特に投与開始日又は再開日には血清ナトリウム濃度を頻回に測定すること」とされている為、処方医に入院下での投与開始でなければ、調剤をできない旨疑義照会を行う。今回サムスカ錠7.5mgは処方中止となった。</p>			<p>確認を怠った 知識が不足していた</p>	<p>処方された医薬品 販売名サムスカ錠7.5mg</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>
38	<p>ウブレチドの処方が来たが、1日3錠だったために、排尿障害時の処方の場合1日1錠と伝え確認していただいたところ、1日1錠に変更になりました。</p>			<p>記録などに不備があった</p>	<p>処方された医薬品 販売名ウブレチド錠5mg</p>	<p>患者の症状等 薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
39	他病院にて異なる抗生剤がでていることを、患者さんは医師に伝えていなかったため、抗生剤が処方されてしまい、疑義照会によりカットになった。		調剤前の聞き取りをしっかりやる。	確認を怠った患者側	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	患者の症状等
40	整形にてセルベックスが出ていたが、内科でテプレノンが処方されてしまったため、重複によるカット確認		他病院の薬もきちんと手帳に貼っているため、薬歴にも記載してあったため分かった。これからも、聞き取りもふくめ確認。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名テプレノンカプセル50mg 「日医工」	薬歴等 お薬手帳
41	ロペミンカプセル1mg 3cp 分3 毎食後の処方があり、添付文書上は通常1日2回のため疑義照会。処方ミスで正しくはロルカム錠4mgの間違いであった。	病院がカルテの医師の指示を確認せず、本来はロルカム錠4mgを処方するところ、頭文字の同じロペミンカプセル1mgを入力してしまったが、確認せずにそのまま患者に交付してしまった。		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロペミンカプセル1mg 変更になった医薬品 販売名ロルカム錠4mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
42	<p>60歳代男性が循環器科より発行された処方せんを当薬局に提出される。処方せんにRp.アーチスト錠2.5mg1錠, アーチスト錠10mg2錠分1×42日分朝食後服用と記載あり。薬剤服用歴簿の記録を見ると前回の処方内容はRp.アーチスト錠2.5mg1錠, アーチスト錠10mg1.5錠分1朝食後服用となっていた。以前からのアーチスト錠の用量は2年間で10mg→12.5mg→15mg→17.5mgと漸増されており、今回は22.5mgに増量となっていた。アーチスト錠の通常の用量は(1日1回投与である為高血圧症又は狭心症であると判断)「通常、成人1回10~20mgを1日1回経口投与する(年齢、症状により適宜増減)。｣とされており、また漸増量も、過去の記録より、2.5mgずつである為、アーチスト錠2.5mgを処方オーダー時に消去し忘れた可能性もあると考え、処方医師に疑義照会を行う。処方内容をRp.アーチスト錠10mg2錠分1×42日分朝食後服用に変更するとの回答あり。</p>		<p>処方オーダー後、再度医師が処方内容を確認する方策を取る。また薬局においても、処方せんに記載された医薬品の用量・用法についても、妥当性を再度確認の上、調剤を行う。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名アーチスト錠2.5mg</p>	<p>薬歴等</p>
43	<p>お盆休みの為に処方日数延長で30日分までしか処方出来ないグッドミンも35日分で処方されていた。</p>	<p>処方日数の上限がある薬品を医師が把握していなかった</p>	<p>レセコンに処方日数の上限を入力して処方ミスに気付けるようにしている</p>	<p>確認を怠った 知識が不足していた</p>	<p>処方された医薬品 販売名グッドミン錠0.25mg</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
44	お盆休みによる処方日数の延長で1回30日分までしか処方出来ないリーゼやレンドルミンも35日分で処方されていた。	処方日数の上限がある薬品を医師が把握していなかった。	レセコンに処方日数の上限を入力して、処方ミスに気付けるようにしている	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リーゼ錠5mg 販売名レンドルミン錠0.25mg	薬の特性等
45	緑内障患者であったが、耳鼻咽喉科からポララミン錠の処方あり。患者様は目薬だと思って医師に併用薬を伝えていなかった。薬局にて処方箋を受付。お薬手帳を確認したところキサラン点眼を使用中であり、患者様に確認したところ緑内障を治療中とのこと。緑内障治療中であり、ポララミン禁忌である旨を疑義照会にて医師に伝えたところポララミンは削除となった。	お薬手帳は持っていたにも関わらず、目薬だと思い医師にお薬手帳を見せていなかった。また緑内障治療中である旨を伝えていなかった。	患者様にお薬手帳の必要性を説明。どんな薬を使用中でも必ず医師と薬剤師にはお薬手帳を見せるように説明。緑内障には使用できない薬が多くある旨も説明。	患者側	処方された医薬品 販売名ポララミン錠2mg	お薬手帳 薬の特性等
46	臨時処方PL配合顆粒とポララミン散1%の処方がありましたが、患者さまは前立腺肥大症と緑内障を治療中であるため、両薬剤は禁忌となります。疑義照会の結果、処方変更となりました。	病院で合併症の把握が出来ていなかったか、あるいは見落としていたと考えられます。	合併症や併用薬の確認を継続し、患者さまには病院にも伝えるようにお話しする	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 販売名ポララミン散1% 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200 販売名シーサー錠15mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
47	退院後の初の外来受診で、臨時でクラリスロマイシン錠200mgが処方されました。「レボフロキサシンの後、服用」の指示がありました。お薬手帳に退院時処方記録があり、「レボフロキサシンの後服用」の指示も含め、上記と同処方がありましたので患者さまに確認したところ、クラリスロマイシンを継続して服用するような指示はなかったとのこと。疑義照会した結果、クラリスロマイシンは削除になりました。	退院時処方の内容を誤って処方せんに載せてしまったようです。	お薬手帳の確認と、疑問に思うような処方があった時の確認を徹底する	確認を怠った連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	患者の症状等
48	2月〇日以来の来局。4月△日に退院。今回は退院後初の外来受診。アマリール錠3mgの処方がありましたが、お薬手帳の退院時処方にはアマリール錠3mgの記載はありませんでした。(2月〇日までにはアマリールの処方がありました)患者さまに確認したところ、特にアマリールを再開するという話はなかったとのことでしたので疑義照会した結果、アマリール錠3mgは削除となりました。(入院中にアマリールを中止して、トレシーバを開始したとのこと)	入院前の処方を引用し、アマリールを削除し忘れたと考えられます。	お薬手帳の確認と、疑問に思う処方に対する確認の徹底	確認を怠った連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アマリール3mg錠	お薬手帳 患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
49	定期処方を受け付けたが、フランドルテープの処方が抜けていた。患者さまに残薬状況を確認した所、残はないとの事。疑義照会の結果、追加処方となった。	フランドルテープが、手持ちあまりが沢山あるとのことで、薬局で、3回前受付時に残薬調整を行っている。その時あまり枚数を記録しており、2回前及び前回もフランドルテープ処方が無かったが、記録残数より、残薬を使用と考えられた。当該日も処方がなかったが、記録残数より、手持ちはないはずなので、患者に確認した所、やはり手持ちがない状態で、使用中止の話もなかったとの事を聴取し、疑義照会した。処方せん発行時の処方漏れで、同薬剤が追加となった。	残薬が多いと、数回にわたり処方が中止となるが、処方せん発行先で、毎回残薬をチェックしているわけではなく、前回D ₀ 処方だと、残薬がもうないにもかかわらず、今回の様に処方されないケースが考えられる。薬局で残数記録から当該日に残が無いはずとの予想が付き、確認する事ができたが、同ケースを視点とした薬歴チェックが重要である。	仕組み	処方された医薬品 販売名フランドルテープ40mg 変更になった医薬品 販売名フランドルテープ40mg	薬歴等
50	疼痛時頓服処方において、「ロキソニン」と「ムコダイン」が処方されていた。痰などの症状はないと患者様からお聞きした。患者様からのお話から「ムコダイン」ではなく「ムコスタ」の間違いではないかと推定し、医療機関へ疑義照会を行った。疑義照会の結果、「ムコスタ」へ処方変更となった。	「ムコスタ」と「ムコダイン」の名称の「ムコ」部分が同じだったため、間違えたと思われる。	似たような名称の薬剤は、勘違いされることがあることをよく認識して、調剤・鑑査を行う。	その他勘違い 医薬品	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 変更になった医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
51	<p>当薬局を利用するのは初めての80歳代の女性が、外科より発行された処方せんを持って来局される。処方せんの内容はRp1.ユーエフティE配合顆粒T200(1.0g/包)2包分2×14日分朝食後服用, Rp2.ユーエフティE配合顆粒T100(0.5g/包)1包分1×14日分夕食後服用, Rp3.ユーゼル錠25mg3錠分3×14日分毎食後服用であった。今回これらの薬を服用するのははじめてとの申し出が患者よりあった。ホリナート・テガフル・ウラシル療法における保険適応上の用法は、「1日3回に分けて(約8時間ごとに)、同時に経口投与する。」とされており、用法が間違えている可能性があると判断した。当該医療機関は薬剤部を通して、FAXによる疑義照会を行うこととされている為、「保険適応上の用法と異なる為、Rp.ユーエフティE配合顆粒T200(1.0g/包)2包(不均等指示:朝1包-昼1包-タ0包), ユーエフティE配合顆粒T100(0.5g/包)1包(不均等指示:朝0包-昼0包-タ1包), ユーゼル錠25mg3錠分3×14日分約8時間ごとに服用(但し、食事の前後1時間は避ける)として調剤を行ってよろしいでしょうか。」と記載の上、疑義照会を行った。 →背景・要因欄へ</p>	<p>処方医は患者の服用状況(コンプライアンス)を考慮して毎食後服用として処方せんを発行したが、薬局で薬剤師が薬物動態から考えた時に問題があると判断し、疑義照会を行った事例である。薬局薬剤師と病院薬剤師が連携して、医薬品に関する情報や患者情報を共有し、適切な処方設計に関与することができたと考える。</p> <p>→続き 医療機関薬剤部より「処方通り、毎食後で調剤して下さい。」との回答あり。食事の前後1時間を避けるとの記載はない為、当該薬剤部に直接電話を行い、「食事の影響により代謝物であるフルオロウラシルのAUCが減少することが報告されており、食後服用は問題があると考えますが食後服用で間違いはないか」問い合わせを行った。処方医に再度問い合わせを行ってもらった結果、「患者さんが高齢で8時間ごとの服用は出来ないと考え、毎食後服用の用法で処方した。食事後すぐ服用で良いので、処方通り調剤するようにして下さい。」との回答あり。 →改善策欄へ</p>	<p>→続き 当薬局の薬剤師より医療機関薬剤師で協議した結果、「薬局で責任を持って患者さんに服用方法の説明を行い、患者さんが実際に服用できる時間を指定して服用してもらうので、用法を約8時間おきに服用(但し、食事の前で調剤させて欲しい」と再度処方医にも了解を取ってもらうこととなった。処方医より、提案どおりRp.ユーエフティE配合顆粒T200(1.0g/包)2包(不均等指示:朝1包-昼1包-タ0包), ユーエフティE配合顆粒T100(0.5g/包)1包(不均等指示:朝0包-昼0包-タ1包), ユーゼル錠25mg3錠分3×14日分約8時間ごとに服用(但し、食事の前後1時間は避ける)に処方を変更するとの回答あり。 →発生要因欄へ</p>	<p>判断を誤った</p> <p>その他 患者のコンプライアンスを優先してしまった</p> <p>→続き その後、服薬指導時に患者より朝食は7時に摂り、昼食は13時、夕食は19時に摂っているとの情報を収集し、服用時点を6時・14時・22時とし、患者もこの服用方法で理解が得られた。この情報を医療機関薬剤部を通して、処方医にもフィードバックを行った。</p>	<p>処方された医薬品 販売名ユーエフティE配合顆粒T100 販売名ユーエフティE配合顆粒T200 販売名ユーゼル錠25mg</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
52	<p>以前よりCKDの為、近くの総合病院にて腎臓内科に受診。ここ数日間、腕の腫れ、痛みがあり初めて近医外来受診。診察時に腎臓内科に受診中である事も伝えたとのことだがロキソニン(60)3T 分3×7日分の処方。痛み腫れの原因は検査でも不明。家族よりクレアチニン値3.0以上 残腎機能14~15%との情報を確認した上でロキソニンの処方が不適切と判断。疑義照会したがDrが手術中の為、照会できないとの病院側からの返答。疑義が解決しない為、患者にその旨を申し上げ処方箋を一時返却し、ロキソニンよりも安全に使用できるOTCのアセトアミノフェンを販売。患者帰宅後、処方医より処方削除となった。</p>		<p>今回の事例は患者さんから申告された検査値、お薬手帳などによる情報の共有の重要性を改めて実感し、門前薬局ではなくかかりつけ薬局に処方を持参して頂いたことが今回の事例を防げた要因と考える。</p>	<p>その他医師の知識不足 その他医師同士の連携不足</p>	<p>処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg</p>	<p>患者の症状等 薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
53	<p>以前よりCKDの為、近くの総合病院にて腎臓内科に受診中。ここ数日間、腕の腫れ、痛みがあり近医外来受診。前回ロキソニンを処方されたが患者さんの腎機能を考慮し、疑義照会を行い処方削除になった。しかし今回、同症状にて同医院よりセレコックス(100)2T 分2×7日間の処方。処方箋を患者さんが受け取る際、心配であれば腎臓内科の主治医か調剤薬局の薬剤師に相談してほしいと言われたとの事だった。患者さんが処方箋と一緒に検査値表を持参し薬局で調べたところ、CRE3.67mg/dlであった。セレコックスは重篤な腎障害患者に対して禁忌である為、腎臓内科の主治医に相談。痛み止めを使う場合、使うとしたらカロナールを頓用すべきとの回答を頂いた上で、処方医に対して疑義照会を行った。その後、腎臓内科の主治医と処方医が話し合った結果、処方削除となった。</p>		<p>最新のガイドラインを把握した上で、薬局にて患者さんの検査値を把握する事の出来る環境の整備が必要であると強く感じた。</p>	<p>連携ができていなかった その他処方医の知識不足</p>	<p>処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg</p>	<p>患者の申し出 薬の特性等</p>
54	<p>施設入居者の複数の処方箋を受付、他の処方箋に吐き気時でトラベルミンが処方されており、同じ用法で似た名前のトレドミンが処方されていた為疑問に思い確認の疑義照会をした所、トラベルミンの入力間違いと分かり処方変更となった。</p>	<p>医師の思い込みか処方入力時の間違いと思われる。</p>	<p>トレドミンも吐き気がする時で処方されてもおかしくない薬なので、複数の処方箋が無かったら発覚は難しかったと思える。少しでも疑いを感じた処方、遠慮せずに医師に確認する。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名トレドミン錠25mg 変更になった医薬品 販売名トラベルミン配合錠</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
55	8歳の子供の処方箋。処方内容はクラリス錠50mg小児用 3錠 1日3回毎食後3日分患者、体重約30kgとのことだったので、用量が少ないと考え疑義照会。クラリス錠50mg小児用 4錠 1日2回 朝夕食後 3日分に変更となった。		今後も小児用量には注意して処方箋監査をしていく。過去の処方とD○で出されてしまうこともあるので、毎回の体重確認が必要。	その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名クラリス錠50小児用	年齢・体重換算の結果
56	ニュートライド錠が夕食後で処方。疑義照会により朝食後へ変更	カルテは1×の記載で、事務さんが確認せず夕食後に入力したものと思われる。		その他院内での確認が不十分	処方された医薬品 販売名ニュートライド錠25mg	薬の特性等
57	体重13kgの患者にアンヒバ坐剤50mgの処方。疑義照会で100mgへ変更となった。			その他院内での確認不十分と思われる	処方された医薬品 販売名アンヒバ坐剤小児用50mg 変更になった医薬品 販売名アンヒバ坐剤小児用100mg	年齢・体重換算の結果
58	濃厚プロチンコデイン配合シロップ 12ml分3で処方のため疑義照会したところ6mlへ変更になった。			その他処方医の勘違い	処方された医薬品 販売名濃厚プロチンコデイン配合シロップ	薬の特性等
59	体重9.6kg、1歳の患者にノイチーム細粒20% 1日量0.01gの処方。疑義照会により0.1gへ変更。			その他院内での確認不足	処方された医薬品 販売名ノイチーム細粒20%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
60	耳鼻科の処方箋持参。併用薬をお薬手帳で確認したところ、呼吸器科で同じものの処方あり。疑義照会したところ、処方削除となる。			その他患者が併用薬をDrに言ってなかったため	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg	お薬手帳
61	患者のご家族のみ来局。以前より糖尿病治療を続けていたが、一時低血糖を起こしてグリメピリド3mg中止となった。後日の診察時かなりの高血糖となっていたため、グリメピリド1mgのみ処方となった。患者ご家族は中止したグリメピリド3mgと併用と理解されていたが、念のため疑義照会。処方薬グリメピリド1mgのみの服用である事を確認した。	患者家族も高齢であり、医師の指示の理解に疑問が浮かんだ。医師は以前中止したグリメピリド3mgがまだ手元にあると思っておらず、併用することを想定していなかった。	処方内容に不備がなくとも、他薬剤や残薬との併用チェックをおこたらないようにする。	連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名グリメピリド錠1mg「三和」 変更になった医薬品 販売名グリメピリド錠1mg「三和」	薬歴等
62	卵アレルギーがある患者にノイチーム細粒が処方された。疑義照会により削除になった。			その他病院の確認不十分	処方された医薬品 販売名ノイチーム細粒20%	薬歴等
63	前立腺肥大症治療中の患者にバップフォーが処方された。疑義照会によりブラダロン錠へ変更になった。			その他病院の確認不十分	処方された医薬品 販売名バップフォー錠10 変更になった医薬品 販売名ブラダロン錠200mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
64	他の病院でネキシウム処方だがタケプロンが処方になり同種・同効薬の薬が処方された。	患者様が処方医に他の病院で飲んで いるお薬を伝えなかったため。	他の病院でお薬が処方 あった時は、処方医にお 薬手帳を見せる。	連携ができていな かった 勤務状況が繁忙だっ た	処方された医薬品 販売名タケプロンカプセル15	薬歴等
65	緑内障で治療中の患者に禁忌であるPL 配合顆粒が処方されたため疑義照会。ツ ムラ小青竜湯エキス顆粒に処方変更と なった。	処方する際に患者の既往歴の確認を 怠っていた。		連携ができていな かった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)	薬歴等 薬の特性等
66	ベイスンOD錠毎食後の指示。疑義照会 により毎食直前へ変更。			その他病院での確認 不十分	処方された医薬品 販売名ベイスンOD錠0.2	薬の特性等
67	妊娠後期の患者にブルフェン錠200m g、ドンペリドン錠10mg「日医工」が処方 されていた。妊婦禁忌のため疑義照会。 両薬剤とも削除となった。	妊婦に禁忌となる薬剤であることを把 握せずに処方してしまった。		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	処方された医薬品 販売名ブルフェン錠200 販売名ドンペリドン錠10mg「日医 工」	薬歴等 薬の特性等
68	フロモックス錠で薬疹がでたことがある患 者にセファクロルカプセルが処方された。 疑義照会により処方削除になった。			その他院内での副作 用歴確認不十分	処方された医薬品 販売名セファクロルカプセル250m g「トーフ」	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
69	処方内容が、ツムラ芍薬甘草湯7.5g20回分だった。この記載だと一度に7.5g服用することになるため医師に問い合わせを行ったところ、1回1包20回分あればいいとの返答があった。1包2.5gであることをお伝えし、2.5g20回分に変更となった。	医師が一包あたりのg数を誤って記憶していた様子。	漢方は1包あたりのg数が薬剤によって違うことがあるが、レセコン入力時に1包あたりのg数を記載した文章が自動で出るように設定しておくことと薬局で気づきやすい。	教育・訓練	処方された医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	薬の特性等
70	ベネット錠(17.5)とフルイトラン錠(1)の用法が朝と記載されていた。(手書きではなく印字)通常、ベネット錠は起床時、フルイトラン錠は朝食後であるため確認を行ったところ、そのとおりであることが確認できた。	用法指示が朝(食前などの指示なし)などという記載は、さまざまな病院の処方箋で見かける指示である。多くの医師がこの記載方法で問題ないと考えているのだろうと思う。同時に、今回は起床時という用法の入力方法がわからなかった旨の話があり、医師のコンピュータシステムへの習熟度も問題であると考えられる。	薬局からの問い合わせでは、正確な用法の記載の必要性を理解していただけないことが多い。医師全体に対し、公的な機関からアナウンスをしてほしい。	技術・手技が未熟だった コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名フルイトラン錠1mg 販売名ベネット錠17.5mg	薬の特性等
71	ムコスタ錠52錠/1日2回の処方記載があった。問い合わせにより、2錠であることを確認した。	キーボードのテンキーで2の上にある5を同時に押ししてしまったと考えられる。	処方箋を発行した後に医師に確認してもらえれば気づけると思うが、通常、薬局が気づけないことはないと考えられる。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
72	<p>前はアーチスト錠2.5mg 2錠からアーチスト錠10mg 1錠に変更している。今回はアーチスト錠10mg 2錠が処方されている。10mgは2.5mgが消されて手書きで加えられていることから、用量は2から1に修正し忘れていた可能性があるため疑義照会にて確認を行った。結果、アーチスト錠10mg 1錠に変更となった</p>	<p>電子カルテからのオーダーリング処方のため、前回データの修正もれがあったと思われる</p>		<p>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</p>	<p>処方された医薬品 販売名アーチスト錠10mg</p>	<p>薬歴等</p>
73	<p>処方箋記載は「ニゾラールローション2% 10g 用法:顔に塗布 1日1~2回 調子がわるかったら」であった。そのように薬袋等に印字して渡薬説明したところ、患者から医師の指示は調子が悪かったら塗布するのではなく、調子が悪かったら中止することだった。患者に渡されている処方控えを確認すると「中止」まで印字されていた。医師に疑義照会を行い、調子が悪かったら中止でまちがいないことを確認して、薬袋等の印字を訂正した。</p>	<p>オーダーリング処方による印字不十分な事例。</p>	<p>処方箋発行する病院に改善の要望をする。調剤薬局ではこのように印字が途中で切れていることがあることもふまえて、患者と相互によく確認しながら渡薬説明し、必要時は疑義照会を行って医師指示を確認する。</p>	<p>その他病院の処方箋発行システムが変更したばかりであった。</p>	<p>処方された医薬品 販売名ニゾラールローション2% 変更になった医薬品 販売名ニゾラールローション2%</p>	<p>患者の申し出</p>
74	<p>調剤薬鑑査をしようとしたところ、糖尿病である患者にセロクエル錠25mgが追加になっていたため問い合わせ。リスパダール錠1mgに変更になった。</p>	<p>主治医はその患者が糖尿病である事・セロクエル錠が禁忌である事はわかっていたが処方してしまったとの事。調剤した薬剤師は糖尿病患者に禁忌である事を知らなかった。</p>	<p>追加や変更の際には、わかかっていても可能な限り添付文書で確認する。普段から知識をつけておく。</p>	<p>知識が不足していた勤務状況が繁忙だった</p>	<p>処方された医薬品 販売名セロクエル25mg錠 変更になった医薬品 販売名リスパダール錠1mg</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
75	80歳代の男性の家族が薬局。発熱で病院受診し、ユナシン錠、2×3日分、ビオフェルミンR散3g、3×3日分の処方有り。ユナシンの錠剤が大きく、以前も大きい錠剤が飲み込めないことあったので、家族に確認すると、最近飲み込みが以前に増して悪くなったとのことで、ドクターに連絡し、クラビット500mg1錠、1×A、3日分、ミヤBM散3g、3×3日分に変更となり、クラビットは粉碎してお渡した。	処方通りに薬をお渡ししたら、患者さんは薬を飲み込めず、家族の方が錠剤をつぶすと苦みが発生し結果的に服用できないことになっていたと思われる。	患者さんの服薬状況を前回来局時に記録しており、処方がでた時点でも前回の記録を確認したことで、今回薬剤変更して薬を服薬してもらえるようにできたと思う。情報収集とそれを生かすよう活用することの大切さを再確認できたと思う。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ユナシン錠375mg 販売名ビオフェルミンR散 変更になった医薬品 販売名クラビット錠500mg 販売名ミヤBM細粒	薬歴等 患者の症状等
76	過活動膀胱に対する治療薬が処方されたことがない方へ、ベタニス錠50mg 0.5T 分1夕食後の処方が初めて処方された。処方通り入力・調剤し鑑査にまわした。鑑査者がベタニス錠の添付文書で半錠にできないこと(徐放製剤のため)と、腎・肝機能に異常はないと思われるが常用量50mg/日開始でないことに対して疑義照会。1T(50mg)/日へ処方変更になった。	処方医は泌尿器科処方について専門外で、普段から使い慣れていない薬。処方医・薬剤師ともベタニス錠が徐放製剤であるという認識がなかった。ベタニスの半錠は当薬局では初めて受付たが、添付文書等で半錠可能かどうか確認がもれた。	レセコンに薬品名を入力すると半錠不可のコメントが表示されるように設定。また、薬情にも『半錠・つぶし不可』のコメントができるように設定。また、初めて半錠・粉碎する場合は、必ず添付文書等で可能かどうか確認してから調剤を開始することを設定。他の薬剤で半錠・粉碎・一包化不可等のものについても同様の対応を順次実施していく。	知識が不足していた 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ベタニス錠50mg	薬の特性等
77	耳鼻科の処方箋を母が持参。カロナル200 1T/回で処方あり。体重を確認したところ43kgで、処方量が少ないと思われた。疑義照会したところ、2T/回に変更になった。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名カロナル錠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	関連する医薬品の情報	調査結果
78	歯科の処方箋を持参。歯科でお薬手帳を見せた、といわれるが、他院より同じセフカペンピボキシルが処方されて服用中であることが判明。疑義照会したところ、処方中止となった。			その他クリニックがお薬手帳を確認してなかった	処方された医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	お薬手帳
79	耳鼻科の処方箋持参。処方が減る話とのことだが、前回と同じ処方のままだった。疑義照会したところ、3回/日→2回/日に減量となった。カルテから処方箋への入力ミスのような感じだった。			その他クリニックの入カミス	処方された医薬品 販売名グランダキシン錠50 販売名メリスロン錠6mg	患者の申し出
80	当該患者に風邪と一緒に胸やけがすることによってファモチジン(10)「サワイ」が処方。お薬手帳を確認したところ、タケブロンOD(15)を服用していた。PPIとH2ブロッカーで効果が重複するので、疑義照会したところ、ファモチジン(10)「サワイ」は削除になった。	患者が医師にお薬手帳を見せていなかったと思われる。	お薬手帳は受診時には必ず持って行き、特に他科の薬があるときは必ず医師に診せるよう説明。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠10「サワイ」	お薬手帳
81	カルテでは、エクセラゼカプセル指示のところ、医院の事務さんがエクセグラン錠と入力して処方箋を発行。薬局には、義理の妹さんが来局。診察時、少しお薬を変更すると説明を受けておられたが詳細は不明。お薬手帳で、前医院からエクセラゼカプセルが処方されていたため、疑義照会をし、入力間違いが判明。	混雑時、新患入力に気を取られ、確認不足。	入力時、4文字入力。入力後の確認をする。	確認を怠った 記録などに不備があった 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名エクセグラン錠100mg 変更になった医薬品 販売名エクセラゼカプセル	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
82	転院時の紹介状にワーファリン(1)3錠と記載があったが、2錠の間違いであった。転院後の検査で、同じ量の薬を出すと医師から説明されたが、分量が変更になっていたため疑義照会を行い判明。	不明		確認を怠った その他不明	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	患者の症状等
83	2歳の患者の母親が処方せんを持って来局。ザジテンDSを含む4種類の散剤が処方。以前、ザジテンが処方された時はてんかんの既往歴がなかったが、5月に熱性けいれんで入院した旨を、前回来局時、聞き取っていた。ザジテンはてんかん既往歴には禁忌で、熱性けいれんの既往歴には慎重投与。けいれんを誘発しやすいため、処方医に疑義照会したところ、ザジテンDSからセルテクトDSに変更になった。	前回、ザジテンが処方された時は、熱性けいれんの既往歴がなかったが、5月に熱性けいれんで入院していた。今回の処方医に伝えていたかは不明である。	ひきつづき、ザジテンが処方された時はてんかん既往歴に注意しながら調剤・監査・投薬を行う。	患者側 その他医療機関側の要因	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 販売名セルテクトドライシロップ2%	薬歴等 薬の特性等
84	緑内障の患者さまで、プレドニゾロン5mg「タケダ」1錠分2朝夕食後 14日分処方。緑内障は患者情報として薬局で把握していたので医師に疑義照会⇒処方削除に。	処方医が患者情報として緑内障を記録していなかった、もしくは見落としていたこと。		確認を怠った その他処方医の状況は不明	処方された医薬品 販売名プレドニゾロン錠「タケダ」5mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
85	投薬時に患者の家族より外用薬の残薬があると申し出があり疑義照会。ロキソニンパップが中止になった。	処方箋を受け入れた時には気づかなかったようだが、投薬時に話をしているときに残薬に気付いた様子。		患者側	処方された医薬品 販売名ロキソニンパップ100mg	患者の申し出
86	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」2錠分2朝食後・就寝前5日分の処方。変更不可の印があったため、この医療機関の近隣の薬局に小分けをお願いしたが採用されておらず、疑義照会。当薬局で採用しているフェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「EE」に変更指示を処方医より受けた。	処方医は特に考えもなく処方箋を出した様子。変更不可の意味を成していなかった。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」 変更になった医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「EE」	その他
87	今回、プレドニン錠5mg4錠分2朝食後、セレスタミン配合錠1錠分1夕食後4日分の処方、以前同じ処方で胃の不快感が出た事を服薬指導時に聴取し疑義照会。処方医よりマーズレンS配合散1.5g分3毎食後の追加処方指示を受けた。	薬歴などを元に聴取したところ分かった事例。		患者側	処方された医薬品 販売名マーズレンS配合顆粒 変更になった医薬品 販売名マーズレンS配合顆粒	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
88	グラマリール錠25mg3錠分2夕食後・就寝前14日分の処方。1回の錠数の記載がなかったため疑義照会。処方医より夕食後2錠、就寝前1錠の処方指示を受けた。			仕組み	処方された医薬品 販売名グラマリール錠25mg 変更になった医薬品 販売名グラマリール錠25mg	処方箋の書き方等
89	レルベア200エリプタとシムビコート60と一緒に処方されていた。成分は異なるが同効薬で併用するものではないことから問い合わせたが、同時に使えないのなら先にレルベアを使用し、その後シムビコートを使用するのではどうかと言われたが、通常使用する吸入薬は1種類で、診察もなく途中で吸入が変更される理由が不明なので、やはり1種類が望ましいと返答すると処方が中止となった。	レルベアは新薬で2週間分までしか処方出来ず、今まで1カ月処方だったのでそのままでは吸入が足りなくなるため、現在使用中のシムビコートと両方出すことで1カ月分足りるようにしようとしたらしい。	これからも疑義照会をしていく	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レルベア200エリプタ14吸入用 販売名シムビコートタービューヘイラー60吸入	薬の特性等
90	すでに投薬済みの薬を分包の中からアムロジピン2.5「ケミファ」・アダラートCR20・ミカルデイス20を抜くようにとクリニックから薬の持ち込みがあり、調剤しなおしてお渡ししていた患者に前回と同じ内容でアムロジピン2.5「ケミファ」・アダラートCR20・ミカルデイス20が処方された。中止になった薬剤が再開されたのか問い合わせた3剤とも処方が中止となった。	前回処方がそのまま出されていて、途中で中止になった記載がなかったのかもしれない。	クリニックの問題なので、薬局では改善出来ないが、薬歴の記載をこまめに行い、処方ミスを見逃さないようする。	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 販売名アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」 販売名アダラートCR錠20mg 販売名ミカルデイス錠20mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
91	カデュエット3番が処方されている方に、ベザトールSRが追加された。カデュエットの中のアトルバスタチンとベザトールSRは原則禁忌なので疑義照会した結果、ベザトールSRからゼチーアへと変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベザトールSR錠100mg 変更になった医薬品 販売名ゼチーア錠10mg	薬歴等
92	在宅の患者で、前回までアムロジピン2.5mgが処方されていたが今回5mgに変更されていた。患者は認知症で変更理由を聞いても分からない状態。患者宅にある介護記録を確認したが、血圧に大きな変動なし。処方医に問い合わせ、前回どおり2.5mgへ変更。	処方医療機関の事務員が新人で、医師の指示を間違えてレセコンに入力。その後のチェックも見逃されてしまった。	患者の理解力に不安ある場合は、介護・医療機関との連携を強めて、情報共有を徹底する。	勤務状況が繁忙だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「トーフ」	薬歴等
93	PL配合顆粒が処方されたが、H25年1月に同薬剤の服用で蕁麻疹が出たとの聴取あり。疑義照会しPL配合顆粒の処方が削除になった。	副作用歴を見落としと考えられます。	薬局側としては、特に改善点はありません。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
94	【般】ジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mg3カプセル 3×毎食後 3日分の処方。25mg錠 3Tもしくは2カプセル分2との選択ミスと考えられたため疑義照会。25mg錠へ変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ボルタレンSRカプセル37.5mg 変更になった医薬品 販売名ボルタレン錠25mg	薬の特性等
95	内科より臨時処方。その中に一般名レバミピド錠100mg 3T毎食後。同院整形外科より、定期処方にてムコスタ錠100mg 2T朝夕食後あるため疑義照会。1T 昼食後(整形外科処方と合わせて 3T毎食後)へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬歴等
96	クラビット点眼液0.5%の処分量が1mLであった。疑義照会し5mLに変更	医療機関の入力・確認ミス		その他医療機関の処方ミス	処方された医薬品 販売名クラビット点眼液0.5%	処方箋の書き方等
97	一般名で「ロキソプロフェンNa貼付剤100mg」と処方箋に記載されていた。貼付剤＝テープと思い込んだまま入力、処方箋にも「テープ」と鉛筆でメモを残した。調剤者もそれを見てテープ剤を取った。鑑査者が剤型記載の不備に気づき疑義照会をしたところ、Drの意図は「パップ剤」であった事が判明した。	病院のパソコン画面上ではパップ剤・テープ剤の区別がつくそうだが、処方箋上にはそれが反映されない。	病院側でコメントにパップかテープかの記載を入れてもらうよう依頼した。コメントが無かった場合にはその都度疑義照会を行うことを、スタッフ間でも周知徹底した。	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 販売名ロキソプロフェンNaパップ100mg「三和」 変更になった医薬品 販売名ロキソプロフェンNaパップ100mg「三和」	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
98	<p>脳神経外科より発行された処方せんを80歳代(女性)が提出される。処方せんにはRp.【般】ロキソプロフェンNa錠60mg1錠頓服×10回分痛い時服用(1日3回まで)と記載あり。処方通り薬の取り揃えを行い、鑑査を行う際に薬剤服用歴簿を確認した所、平成26年3月に同じ医療機関(整形外科)でロキソプロフェン錠60mg「EMEC」を服用した際に「足の浮腫み」の副作用により処方が中止された記録があった。今回の処方でも同じ副作用が発生する可能性も否定できない為処方医に疑義照会を行う。今回は【般】ロキソプロフェンNa錠60mgを中止するとの回答あり(代替薬もなしで様子を見ることとなる)。</p>	<p>薬を取り揃える際に薬剤服用歴簿の副作用の項目を確認するのが抜かっていた。</p>	<p>薬剤服用歴簿の記録を参考に、処方の妥当性を判断し、調剤を行うことを徹底する。また、副作用の既往歴など重要な情報は赤字で書く等一目で分かる工夫をする。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名【般】ロキソプロフェンNa錠60mg</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
99	<p>80歳代女性が整形外科より発行された処方せんを提出される。処方内容は「Rp. ノルspanテープ5mg4枚毎週金曜日(7日ごと)に2枚貼り替える」であった。1)ノルspanテープ10mgを7日ごとに1枚貼り替える処方にする薬剤料が安くなる2)前回内服薬42日分とノルspanテープ5mg2枚(7日ごとに1枚貼り替える)で処方されており、実際には1回1枚の使用で合わせて6週間分とする処方である可能性も考えられることから処方医に疑義照会を行う。処方医より「患者の希望で4週間分欲しいとのことで、ノルspanテープ5mgを4枚で処方しているの、処方通り調剤して欲しい」との回答あり。ノルspanテープ5mgは麻薬・向精神薬取締法上の第2種向精神薬として指定された医薬品であり、依存や乱用の危険を避けるためにも1回14日分の処方制限を守る必要があることの説明を処方医に対して行うと共に、患者さんへの日数変更の説明も薬剤師が責任を持って行う旨提案した。処方内容は、「Rp.ノルspanテープ5mg2枚毎週金曜日(7日ごと)に1枚貼り替える」に変更となった。</p>	<p>患者さんからの申し出により処方日数を増やす為に、用量を増やしたケースである。向精神薬は規制区分により、処方日数の制限が取られている医薬品もある。この処方日数の制限が、患者さんの健康や地域の公衆衛生を維持する為に決められていることを説明・徹底することも薬剤師に求められることだと考える。</p>		判断を誤った	処方された医薬品 販売名ノルspanテープ5mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
100	<p>循環器科から発行された処方せんを60歳代男性が提出される。処方内容にRp.【般】ボグリボース口腔内崩壊錠0.3mg 1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用63日分とあり。【般】ボグリボース口腔内崩壊錠0.3mgの保険適応上の用法・用量は「通常、成人にはボグリボースとして1回0.2mgを1日3回毎食直前に経口投与する。なお、効果不十分な場合には、経過を十分に観察しながら1回量を0.3mgまで増量することができる。」とされており、これとは異なる為疑義照会を行う。処方医より、「今回はこのまま様子が見たいので処方通り調剤して欲しい」との回答あり。しかしながら、【般】ボグリボース口腔内崩壊錠0.3mgには薬物性肝障害(特異体質性)の報告もあり、添付文書に記載された(薬事法上の)用法と異なる使用方法では副作用被害救済制度の対象外となる可能性もあるので、再度用法・用量について検討を処方医に依頼した(患者への用法の説明は薬剤師が責任を持って行うことも提案した)。処方内容を「【般】ボグリボース口腔内崩壊錠0.3mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食直前服用63日分とする」との回答あり。</p>			判断を誤った	処方された医薬品 販売名【般】ボグリボース口腔内崩壊錠0.3mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
101	50歳代女性が内科より発行された処方せんを提出される。処方内容は、「Rp.メイアクトMS錠100mg3錠分3×4日分毎食後服用」であった。患者情報収集時に患者さんより「以前歯科でメイアクトのような薬を出されたときに薬疹が出て中止になったことがあるように思う」との申し出があり。患者さんに了解を得て、当該歯科に連絡を取り、メイアクトMS錠の処方歴について問い合わせを行った。歯科医より、「平成18年にメイアクトとケンタンを処方して全身蕁麻疹の記録がある。その後はクラビットを使用した問題なかった」との情報提供あり。処方医にもこの旨を連絡の上、処方内容の変更を依頼した。処方内容を「Rp.クラビット錠500mg1錠分1×4日分夕食後服用」に変更するとの回答あり。投薬後、薬剤服用歴簿を確認してみた。以前使用していた「紙」の薬剤服用歴簿には、メイアクトでの副作用歴の情報が記載されていたが、現在使用している電子薬歴簿には記載が抜かっていた。	「紙」媒体から「電子」媒体への移行に伴い、記載事項の転記に抜けがあった。今回患者さんからの申し出により、最悪の事態は回避できたが、薬剤服用歴簿の記載抜けは非常に危険だと感じた。	電子媒体への移行の際には、再度患者さんに問診を行う等、転記漏れがないか十分に確認を行う必要がある。	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 販売名メイアクトMS錠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
102	外科より消化器系の薬剤と神経内科領域の薬剤(プレタールOD錠(100)、マドパー配合錠)が処方されており前回と同じ様に一包化指示があった。お薬手帳より他病院の神経内科よりプレタールOD錠(100)、マドパー配合錠が処方されている事に気づき、患者様本人と家族に確認したところ、症状が悪化したので他病院の神経内科を受診した様子。神経内科の薬は前回より増量されており外科DRには申し出ている様子。外科DRに処方内容を確認したところ、プレタールOD錠(100)、マドパー配合錠は処方削除、消化器領域の薬剤のみの処方となった。	患者が受診時、お薬手帳を持参し処方してもらう事が原則であり、今回の事例は患者がお薬手帳を忘れずに持って来ていたので確認できた。今回の患者は高齢家族と来局していた。薬剤は一包化してお渡ししている為高齢な患者が1人で来局し、お薬手帳で確認出来ていなかったら重複して服用していた可能性が高い。	お薬手帳の重要性を患者に伝える。投薬時、毎回お薬手帳を確認し、他科受診や併用薬を口頭でも確認する事を徹底したい。	連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名プレタールOD錠100mg 販売名マドパー配合錠	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	関連する医薬品の情報	調査結果
103	歯科よりポピロンガールが処方されたが、内科でチラーヂンS錠処方されていた。甲状腺機能に異常がある方には、慎重投与のため、疑義照会して、含嗽用ハチアズレ顆粒に変更された。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ポピロンガール7% 変更になった医薬品 販売名含嗽用ハチアズレ顆粒	薬歴等 薬の特性等
104	内科の処方せん。定時薬に追加でエディロールカプセル0.75μgが追加になる。お薬手帳により併用薬を確認した所、他科で同じビタミンDのアルファロールカプセルを服用中であった。処方医に疑義照会した所、エディロールカプセルが削除になった。	以前は内科からも骨粗鬆の治療薬のボナロンが処方されていたが、現在は他の病院で骨粗鬆や痛みの治療を行っている。お薬手帳の記録はしていたが、内科の医師に見せていたかは不明である。	他の病院で新しく薬が追加になった場合や治療を始めた場合は、必ず医師に伝えるようにする。お薬手帳を活用して、主治医にも確認してもらうようにする。	連携ができていなかった 患者側 その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	お薬手帳
105	子供にフェキシフェナジン60mgが処方されていた。投薬時、親に説明していたが、本人を見ると体重が40Kgなさそうだし、年齢も12歳で小学校6年生であった。処方元に連絡したところ、フェキシフェナジン30mgで出してとの事。	年頃の子供は、体重を聞かれるのを嫌がるので、親にこっそり聞いておくか、自分の感覚で判断するしかない。今回、渡す直前に生年月日を見て、まだ小学生だと気付いた。それから本人を目視したところ、太ってはいないし、体重は40kg無いようなので疑義照会をした。	日頃から生年月日に気を付けておくのと、体重の情報収集に努める。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェキシフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
106	7月〇日 15:00頃処方せんを受付、調剤。15:15頃、鑑査時にお薬手帳より、テネリア服用中であることを確認。セロクエルが糖尿病で禁忌の薬のため、疑義照会。セロクエルは削除となった。	お薬手帳で併用薬の確認は出来ていたが、サマリーの病歴に、糖尿病の記載がなかった。	サマリーの病歴の欄に(現)糖尿病と記載した。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セロクエル100mg錠	お薬手帳 薬の特性等
107	カデュエット4番が処方されていた患者に、ベザフィブラートが処方された。TG242と高く、すでにEPAは処方されていた。フィブラートとスタチンは原則禁忌とDrに説明し、処方削除された。患者の腎機能は、血清クレアチニン値が0.88でそう悪くなく、肝機能も正常であった。聞き取りによると、採血の前日に天ぷらをこたま食べたとのことで、一時的にTGが上昇していた可能性もある。	スタチンとフィブラートの併用は、悪くはないが、副作用の可能性が高まるため原則禁忌となっている。今回、TGが242と高かったため、乗せられた模様。また、カデュエットが合剤であることも漏れた原因かもしれない。	これはもう、薬剤師が処方監査をきっちりやって、漏れの可能性も踏まえて、あるいは原則禁忌の説明と、処方するには腎機能、肝機能の検査を頻繁に行う必要がある等の説明を、医師に簡潔に行えるようになるしかないと思う。	知識が不足していた 仕組み	処方された医薬品 販売名ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
108	14歳男児に小児科より発行された処方せんに、Rp.コンサータ錠27mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用と記載あり。当薬局で調剤を行うのは初回の方であった為、初来局の間診を行う等服薬に関する情報収集を行った。男児の母親の話によると、コンサータ錠を服用するのは初回であるとのことであった。コンサータ錠の用法・用量は「通常、18歳未満の患者にはメチルフェニデート塩酸塩として18mgを初回用量、18～45mgを維持用量として、1日1回朝経口投与する。増量が必要な場合は、1週間以上の間隔をあけて1日用量として9mg又は18mgの増量を行う。なお、症状により適宜増減する。ただし、1日用量は54mgを超えないこと。」とされており、初回投与量としてコンサータ錠1日1回27mgの投与は問題がある可能性があるかと判断し、処方医に疑義照会を行う。処方内容をコンサータ錠18mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用に変更するとの処方医から回答があった。			初回投与量が決められている薬剤の一覧を作成の上、薬局内に掲示し、情報の共有を行う。	確認を怠った	患者の症状等 年齢・体重換算の結果
109	新患だったので問診票を書いてもらい、それを元に処方せん監査を行ったところ、以前副作用で湿疹がでたことがあるフロモックスが処方されていた。すぐに疑義し、クラリスに変更となった。			その他門前医が把握してなかった?	処方された医薬品 販売名フロモックス錠75mg 変更になった医薬品 販売名クラリス錠50小児用	患者の症状等
110	センノサイド錠60日分処方になっていたが、患者さん服用してはず、残薬あるとのことで問い合わせ削除になった。	聴き取りができた	今後も聴き取りを丁寧にする	連携ができていなかった その他聴き取りできた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名センノサイド錠12mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
111	緑内障治療中の患者さんにプレドニゾロン錠5mg処方。問い合わせで削除になった	併用薬チェックしていて、再度お薬手帳で確認。問い合わせることができた	併用薬・病歴のチェック漏れないようにする。	報告が遅れた(怠った) コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名プレドニゾロン錠「タケダ」5mg	お薬手帳 薬の特性等
112	セルベックス細粒処方になったが、他病院よりランソプラゾール・グロリアミン顆粒・タフマックE顆粒・ガスモチン服用中。問い合わせで削除になった	併用薬確認できていた。	このままチェック続ける	報告が遅れた(怠った) コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名セルベックス細粒10%	薬歴等
113	ゼスラン錠3mg 2t かゆみによって調整可で前回から処方になっていたが、残薬あって最近服用しなくて大丈夫と聞き取り。問い合わせで削除	患者さん外来で、残薬の話しなかった。薬局で聞き取れできて削除になった。	聞き取り丁寧に！を続ける	報告が遅れた(怠った) 患者側	処方された医薬品 販売名ゼスラン錠3mg	患者の症状等
114	以前脳外科にてドネペジルOD(5)「テバ」を処方されている。認知症についても、内科の主治医と一緒に診てほしいと家族から相談があり、内科の主治医が了承。その後も脳外科の受診が続いており、薬の重複が判明。疑義照会したが、「脳外科の薬は飲まない事」と指示が出てその旨説明。その後薬局が無いので、経過は不明。	認知症があるため、習慣的に受診している傾向がある。家族と一緒に来れないので薬局での対応にも限界がある。(薬局から「脳外科を受診しないように」とは、言えない)		その他お薬手帳確認と薬歴による疑義照会	処方された医薬品 販売名ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「テバ」 変更になった医薬品 販売名ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「テバ」	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
115	ワーファリン1mg処方削除になっていたが、1.25tから減ると外来で指示受けたとのことで、問い合わせtで処方追加	患者さんご家族からの聞き取りがうまくできなかった。病院さんで、変更の予定が削除で入力してしまった。	処方変更時には、説明・聴き取りすること徹底する。	判断を誤った教育・訓練	処方された医薬品 販売名ワーファリン顆粒0.2% 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	薬歴等 患者の症状等
116	今回よりオルメテック20が2T2×朝夕食後から1T2×朝夕食後へ減量となっていた。患者さまに確認したところ、朝の血圧が低いので、アダラートCR40を2T1×夕食後から、1T1×夕食後に減らして服用していることが分かった。医師は勘違いをしてアダラートCR40ではなく、オルメテック20の減量をしているため疑義照会をしてオルメテックは20 2T2×、アダラートCR40 1T1×夕食後に処方変更となった。	患者さまが正しく薬品名を伝えていなかったため医師がアダラートCR40ではなく、オルメテック20と勘違いしたのかもしれない。		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 販売名オルメテック錠20mg 販売名アダラートCR錠40mg	薬歴等 患者の症状等
117	クラシエ防風通聖散エキス錠 3錠 分3 毎食間 30日分の処方せんを応需。レセコン入力は処方通り、薬を取りそろえる時点で用量がおかしいことに気づく。(3T/包のヒート包装のため)患者さまにお伺いしたところ、今回初めての薬とのことだった。常用量1日27錠のため、明らかに少ない用量であるため疑義照会。1日量が27錠へ訂正された。	クラシエ防風通聖散エキス錠は、採用薬ではあったが処方頻度は低かった。処方医は常用量を確認しないまま処方したと予想される。処方せん受け取り時の薬剤師の確認も不十分であった。常用量を超えた処方量であれば、レセコン入力時にチェックがかかるよう設定してあるが、常用量範囲内の異常値についてチェックをかけることができない。	処方頻度が低いため、同様の事例が発生する可能性が高い。薬品名を入力すると、「注」1日常用量27錠」とレセコン画面表示と薬歴印字されるように設定した。処方せん受け取り時に見逃したとしても、入力時にエラーに気づける体制を整備する。	知識が不足していた医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名クラシエ防風通聖散エキス錠	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
118	一般名処方にて、同一病院の整形外科・内科よりレバミピド錠 3錠/日 1日3回 毎食後が重複して処方になりました。疑義照会後に整形外科のレバミピド錠が削除となりました。			その他院内での併用確認が不十分	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」	薬の特性等
119	定期薬でムコソルバン錠 3T 分3で出ている方に臨時処方でアンブロキソール錠「タイヨー」が3T 分3で処方されていた為問い合わせた。アンブロキソールは中止となり、カルボシステイン250「トーフ」が3T 分3で追加された。	同じ医療機関で同成分の先発品と後発品が採用となっていて、以前から処方されている方は先発品、あとで処方された方は後発品が出されているので名前が異なるので同成分だと思わなかったのかもしれない。同成分で採用を2種類にしていると処方日はずれると同成分の薬が処方されるリスクがあると思う。	医療機関の問題なので薬局ではどうも出来ないが、併用薬のチェックをして防いでいくしかないと思う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アンブロキソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」 変更になった医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「トーフ」	薬歴等
120	耳鼻科の処方箋を母が持参。体重を確認したところ、ムコダインDSの量が多かった。適宜増減の範囲かと思ったが、念のため疑義照会したところ、体重に合う量に変更になった。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
121	8月〇日にセフジニルが処方された。分包して説明を始めた時、手帳を見て、18日前の前回はインクレミンシロップを28日分処方されていることに気付いた。親にセフジニルを服用する間、インクレミンは中止しておくように言われたか確認したが、そうは言われていなかった。そこで、処方元に確認したところセフジニルを他の抗生剤に変更してとの指示あり。	インクレミンもセフジニルも同じ処方元からだったので、飲み方について説明されているだろうと思っていたが、念のために説明されたか確認したら、説明されていなかった。それでもインクレミンを中止してセフジニルを飲ませるだろうと思いつつ、確認の電話をしたところ、抗生剤の変更となった。	無理に処方通りに出そうとせずに、一度確認してみることにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セフジニル細粒小児用10%「タイヨー」 変更になった医薬品 販売名未記載	お薬手帳 薬の特性等
122	処方せんの記載が、ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒(医療用)(1包=2.5g) 7.5包分3毎食後 28日分 の処方を応需。処方監査が不十分なまま二次元バーコードでレセコン入力(1日量18.75g)されてしまった。薬剤師が薬袋の確認時に間違いに気づき疑義照会。1日7.5gへ訂正された。	処方医が電子カルテの入力に慣れていないため、処方単位を確認せずに入力したものと予想される。ツムラのエキス顆粒の薬価単位は「g」であるため、「g」単位での処方を以前から申し入れしてきた経緯がある。電子カルテ端末毎又設定が異なるようで、同一薬剤であっても「g」「包」が混在している。また、レセコンに常用量を登録済のため、入力時に過量の注意喚起が出たはずだが入力者(事務員)がスルーしてしまった。	処方せん記載について、薬価単位の記載にするなど統一していただくよう今後も申し入れを続ける。また、入力時に注意喚起表示が出た場合は、必ず薬剤師に確認(又は伝達)することを再確認した。	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教育・訓練	処方された医薬品 販売名ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒(医療用)	処方箋の書き方等
123	ロイコボリン5錠必要のところ3錠しか処方されておらず、疑義照会したところ5錠へ変更になった。	処方日数からすると8錠必要だったが患者が3錠残薬があるとdr. に伝えたと話していた為、残薬調整する際に処方日数を間違ったと思われる。	残薬調整時には残薬数と処方日数を再確認する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロイコボリン錠5mg	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
124	医師が処方箋に規格を間違えて記載した。交付時のインタビューで間違いを発見した。疑義照会済。取り替えた		なし	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名ピソプロロールフマル酸塩錠 変更になった医薬品 販売名ピソプロロールフマル酸塩錠	患者の症状等
125	糖尿病薬グリメピリド錠1mg、トラゼンタ錠5mg、グルベス配合錠服用中の患者。当日、グリメピリド1mgがリオベル配合錠LDに変更となっていた。DPP4阻害薬が2剤となる為、処方医に疑義照会した結果、アクトス錠15単剤の処方に変更された。	合剤の場合、元の薬剤が分かりにくく、今回の様に、処方医側が勘違いし、分類的に重複すると見受けられる薬剤の処方も出やすい環境となっていると考える。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リオベル配合錠LD 変更になった医薬品 販売名アクトス錠15	薬の特性等
126	今回の処方せんにセレスタミン配合錠が追加で処方されていたが、患者の話よりセレスタミンに該当する疾患はなく、「腰が痛い」ということだったため処方医に疑義照会したところ、セレスタミン配合錠ではなくセレコックス錠100mgを処方することになった。	処方医のカルテには「セレスタミン」の記載があったとのこと。おそらく処方医はセレスタミンとセレコックスを勘違いした可能性があると考えられる。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 変更になった医薬品 販売名セレコックス錠100mg	患者の症状等
127	トビエース錠4mg 18錠 7日分の入力で処方せんが交付されていた。疑義照会し、1錠 朝食後 7日分に変更になった。	午前中、最後の患者であったが、医療機関が入カミスをし、確認不足のまま処方せんを交付した		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 販売名トビエース錠4mg	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
128	患者は半年ぶりの来局。整形外科の処方箋をもって来局。処方内容 一般名でロキソプロフェンNa錠60mg 3T 分3、オメプラゾール錠20mg 1T分1 30日分ずつ、モーラステープL40mg 35枚 以上。今日の薬は初めての服用と確認。処方入力直前、お薬手帳持参確認し、お預かりする。この際手帳内容確認がもれてしまった。最終鑑査時手帳内容確認。手帳最終記録は7月〇日 他院内科処方(11種)14日分となっていた。投薬にて併用薬の確認をしたところ、手帳記載の7月〇日の薬を継続中とのこと。トラムセット配合錠、ファモチジン錠20の記載あり、実際毎日服用されていること、併用薬について整形処方医には話していないことがわかり、疑義照会。処方は一テープ剤のみとなった。	処方せん受付時のお薬手帳の内容確認が不十分であった。	処方せん受付時に手帳の持参有無だけでなく記載内容をきちんと確認する。	確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「トーフ」 販売名オメプラゾール錠20mg「日医工」	お薬手帳
129	他院にてオメプラゾール服用中であったが、タケブロンが処方になりました。同種同薬効のため、疑義照会の後にタケブロンが処方削除となりました。			その他院内での併用薬確認が不十分	処方された医薬品 販売名タケブロンOD錠15	薬歴等
130	ビオフェルミン錠を内科にて服用中、外科よりビオフェルミン錠が処方になりました。疑義照会后、外科より処方のビオフェルミン錠が削除になりました。			その他院内での併用薬確認が不十分	処方された医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
131	前立腺肥大症治療中、トーフチーム配合顆粒が処方になりました。前立腺肥大症に禁忌となるため、疑義照会を行いました。トーフチーム配合顆粒が処方削除になりました。			その他院内での既往歴・併用薬確認が不十分	処方された医薬品 販売名トーフチーム配合顆粒	薬歴等 薬の特性等
132	トレシーバ注フレックスタッチの単位未記入のため問い合わせ、前回8単位から6単位に減量された。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名トレシーバ注フレックスタッチ 変更になった医薬品 販売名トレシーバ注フレックスタッチ	処方箋の書き方等
133	緑内障の患者にフスコデ配合錠が処方されたので、疑義照会して中止となる。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠	薬歴等 薬の特性等
134	クラビット錠500mgが処方されていたが、当該クリニックでは通常クラビット錠250mgが使われているので在庫がなく問い合わせるとクラビット点眼液0.5%の入カミスだったことが判明した。	クリニックの事務職員が処方箋入力する際に選択を間違った。クラビットという部分までは同じで複数の薬品があるので選択ミスをしたよう。	通常使用していない薬品の処方や、投薬時の本人の話と話と処方薬が一致しない場合は疑義照会をしていく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg 変更になった医薬品 販売名クラビット点眼液0.5%	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
135	リピトール10mgで蕁麻疹がでたが、またリピトール10mg処方されてしまった。	病院側が処方薬の入力を前回の薬をそのまま入力してしまい、リピトール10mgを削除しなかった。		記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった 施設・設備 仕組み	処方された医薬品 販売名リピトール錠10mg	薬歴等
136	フラベリック20mgとメジコン15mgが同種同効薬だが処方されたため疑義照会を行った。	病院が混雑していたためと考えられる。		判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 施設・設備	処方された医薬品 販売名フラベリック錠20mg 変更になった医薬品 販売名カルボステイン錠250mg 「サワイ」	薬の特性等
137	ボグリボース0.2「MEEK」以外の処方薬は、21TDで処方あったがボグリボース0.2「MEEK」のみ14TDで処方された。	病院側が忙しかったため。		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 販売名ボグリボース錠0.2mg「MEEK」	処方箋の書き方等
138	オゼックス150mgとビオフェルミンR散が処方されたが、ビオフェルミンR散がニューキノロンの適応がないため疑義照会したところビオスリー散に変更になった。	病院が忙しかったため。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ビオフェルミンR散 変更になった医薬品 販売名ビオスリー配合散	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
139	クリノリルとともにムコスタの処方有。お急ぎの様子で、薬歴をきちんと確認する前に調剤をしてしまい、投薬前に薬歴確認したところ、他科でムコスタが処方されていることが発覚。疑義照会して削除となった。	患者さまがお急ぎのご様子だったのと、足りないお薬を手配などして、薬歴の確認を怠っていた。	お急ぎの場合でも、必ず、処方監査、薬歴監査をしてから調剤を開始する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬歴等
140	3日前にアムロジピン5 2T 分2 14日分処方されていたのに、アムロジピン2.5「ケミファ」1T 分1 朝食後、ミカルデイス20 1T 分1 夕食後 7日分が処方されていた。アムロジピンは1日10mgまでなので追加であればアムロジピン2.5は出せないで問い合わせると、患者にアムロジピン5を現在朝しか飲んでいないと確認したので、そのまま本日分は追加処方であると返答があった。	アムロジピンに上限があると医師が把握していなかった。薬局より問い合わせがあったのでアムロジピンの服用状況を確認したようだが、3日前に処方した薬をきちんと服用していないのに、血圧上昇で追加するのは問題があると思われたが医師の判断なので、夕食後のアムロジピンは飲まないように指導して投薬した。	薬品の上限量を気にしないDrがいるので、同日の処方だけでなく上限量をチェックするよう注意喚起した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」 販売名ミカルデイス錠20mg 変更になった医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」 販売名ミカルデイス錠20mg	薬歴等
141	リリカカプセルとノイロトロピン錠が21日分で処方された。投薬時、次回の予約日を確認したところ、21日分では足りないことが判明。問い合わせた結果処方日数が28日分に変更となった。	前回は28日分で処方されており、なぜ今回21日分で処方されたのか不明。当該医療機関では予約日と投薬日数が合わないことが過去にも何度かあったため何らかの問題があると考えられるが、詳細は不明。	薬局としては当該医療機関の処方箋は特に注意し、投薬時に次回の予約日を確認することで薬剤不足を確実に防いでいく。	確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg 販売名ノイロトロピン錠4単位	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
142	処方箋受付時、今回の薬はいままで他病院でもらっていた薬を今回の処方医に出してもらったものだという話があった。お持ちになった薬情を確認したところ、今までユリノーム錠25mgを1錠使用していたが、今回の処方箋ではユリノーム錠50mg1錠で処方されていることが判明した。ご本人は何も聞いていなかったため処方医に確認したところ、ユリノーム錠は25mg1錠に変更となった。	処方医がコンピュータに入力する際、薬剤の規格を見間違えたのだと考えられる。	当該医院では他院から転院した際の処方箋入力が多い。薬局としては以前の薬との照らし合わせを確実にやっていく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠50mg 変更になった医薬品 販売名ユリノーム錠25mg	薬歴等
143	継続してアムロジンOD10mg処方の患者に、同じ系統(カルシウム拮抗薬)のアダラートCR40mgが追加されていた。薬剤師が気づき、疑義照会を行い、アムロジンOD10mgが処方削除となった。	薬品名消し忘れ、または同じ系統の薬という認識が無かったと、推測される。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アムロジンOD錠10mg 販売名アダラートCR錠40mg	薬歴等
144	転院で、新患の方であった。ユーロジン2mgが処方されていたが、お薬手帳を確認すると、転院前の処方が1mgと記載されていた。疑義照会し、2mg0.5Tに変更となった。	転院後の病院の採用薬が2mgであったため、誤って処方してしまったと考えられる。	転院の場合は、必ず処方内容を注意深く確認する。お薬手帳を必ず確認する。	連携ができていなかった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ユーロジン2mg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	関連する医薬品の情報	調査結果
145	糖尿病治療薬としてベイスンOD錠0.2、ネシーナ錠25mgの処方されたが、他院にてジャスビア錠50mgを服用中であることが、投薬時のお薬手帳の確認で判明。今回、処方をした医師には併用薬について伝えていないとの事から、疑義照会にて薬剤の変更となった。	調剤時にお薬手帳の提出が無かったため、併用の判明が投薬時となった。	処方箋受付時にお薬手帳を提出していただく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベイスンOD錠0.2 販売名ネシーナ錠25mg 変更になった医薬品 販売名アマリール1mg錠	お薬手帳
146	シムビコート60とセレベントディスクスが一緒に処方されていた。成分は異なるがβ2刺激剤が重複となるので問い合わせ、シムビコートがパルミコート200に変更となった。	シムビコートとセレベントはβ2刺激剤が重複していることを知らなかった可能性がある。患者家族の白い筒という記憶だけでシムビコートが処方された。	吸入の処方時には重複がないかチェックして調剤することとした。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名シムビコートタービューヘイラー60吸入 変更になった医薬品 販売名パルミコート200μgタービューヘイラー56吸入	薬の特性等
147	バルトレックス500 6T 分3 毎食後 21日分が出ていたので、7日分までしか処方出来ない問い合わせた。それなら7日分出した後に再度処方出来るのかと聞かれたので、7日分で終了となると返答すると前回処方済みだそうで、処方中止となった。	外科のDrだったのでバルトレックスに処方日数が決められていることを知らなかった。前は他の薬局で調剤されていたが、21日分出したそうだが、なんで7日分に減っていたのか分からなかったそう。今回の問い合わせで7日分に変更された理由が分かり、継続出来ないと知ったそう。	医師の問題なので処方制限のある薬は問い合わせするしかない。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
148	一般名イトラコナゾールカプセル50mgが処方追加となっていたが、他院よりブラザキサカプセル・ハルシオン錠の処方があったため疑義照会。一般名イトラコナゾールカプセルの処方が削除となりました。			確認を怠った連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名イトリゾールカプセル50	薬歴等 薬の特性等
149	臨時処方にてアベロックス錠400mg処方。同年4月にアベロックスでのSE(食欲低下)発現の訴えあったため疑義照会。クラビット錠500mgに変更となりました。			確認を怠った連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アベロックス錠400mg 変更になった医薬品 販売名クラビット錠500mg	薬歴等
150	定期処方にてワーファリン服用中。ワイパックス錠0.5mgが処方追加となっていたが、患者さま(ご家族)は「検査値が高かったので薬を変える」と聞いていたとのことだったため処方医に確認。ワーファリン錠0.5mgの誤りであったことが判明しました。			確認を怠ったコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ワイパックス錠0.5 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠0.5mg	薬歴等 患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
151	併用禁忌であるマクサルトとジヒデルゴットが同時に処方されていた。処方医に併用禁忌であることを疑義照会ののちジヒデルゴットからワソランに処方変更となる。			勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ジヒデルゴット錠1mg 変更になった医薬品 販売名ワソラン錠40mg	薬の特性等
152	中性脂肪の薬の数が減ると聞いていたのに血圧の薬レニベース5が追加となっていたのでクリニックでの説明と違うとの患者の申し出により問い合わせ。ベザトールSR200 1T 分1 朝食後に変更となったがレニベースはそのままと返答があったので再度出ていていいのか問い合わせるとレニベースは中止となった。	説明は間違っていなかったようだが、カルテの医師の記載が間違っていた。	患者の話と処方内容が違う場合には疑義照会をするしかない。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レニベース錠5 変更になった医薬品 販売名ベザトールSR錠200mg	患者の申し出
153	服薬に問題のある患者に一包化して分包紙に日付を印字しているが、処方日数と服用日の指示が異なっていたので問い合わせた。日付の指示が正しく、処方日数が14日分→7日分へ変更となった。	服用日と処方日数の確認が出来ていなかった。	処方箋横に書いてあるメモでもチェックしていく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プレタールOD錠50mg	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
154	2年ぶりに来局された患者に、泌尿器科からウリス錠0.1mgの処方があった。薬歴の記録から、以前緑内障の目薬を使用中だった為、お薬手帳を確認し、現在もキサラン点眼液を使用中で治療中との事。「緑内障の種類については医師より聞いていない」とので、処方医療機関に確認した所、ウリス錠禁忌の『閉塞隅角緑内障』であった為、処方医へ疑義照会し、最終的にベタニス錠50mgへ変更となった。	お薬手帳を持参されており、病院・外来受付でも提出されたと考えるが、キサラン点眼液の記載が、数ページ前になっているため、確認できなかったのではないかと考えられる。	薬局については、罹患している疾患を把握しておき、たまにしか利用されない患者でも見落としが無い様にしたい。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ウリス錠0.1mg 変更になった医薬品 販売名ベタニス錠50mg	薬歴等 薬の特性等 お薬手帳
155	処方箋の入力に誤りがあった。ロキソプロフェンナトリウム 30錠 1回分と記載されていた。疑義照会により、1錠30回分へ訂正された			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 仕組み	処方された医薬品 販売名ロキソマリン錠60mg	処方箋の書き方等
156	FAXにて処方箋受付。内科の処方せん、臨時で一般名プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤が処方される。薬歴を確認したところ、緑内障治療中であった。以前来局時、家族から、目の調子が悪く、来月視野検査を受けるとの話を伺っていた。プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤は緑内障には禁忌のため、処方医に疑義照会を行った。本人がPLを服用したことがあることは知っているが、最近の目の調子はわからないため、葛根湯に変更になった。	処方医は本人がPLを服用したことがあ ることは把握していたが、緑内障の治 療経過は詳しく知らなかった。	今後も緑内障の患者には 注意する。注意する薬が あるかどうかを眼科医に 聞くように本人に伝える。 注意する薬があった場合 は他にかかっている医師 に伝えるようにする。	連携ができていな かった その他医療機関側 の要因	処方された医薬品 販売名【般】プロメタジン1.35%等 配合非ピリン系感冒剤 変更になった医薬品 販売名ツムラ葛根湯エキス顆粒 (医療用)	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
157	前立腺肥大の患者様にセレスタミン配合錠が処方された。当薬局の薬剤師が、患者様が前立腺肥大の治療中である事に気づき、疑義照会を経てプレドニゾロン錠に変更になった。	普段はその患者を診る事のない休日当番の医師による処方だった為に起きたと思われる。	今後も患者情報の収集と、情報の更新を積極的に行っていく。	確認を怠った その他通常とは異なる勤務体制だった	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 変更になった医薬品 販売名プレドニゾロン錠「タケダ」5mg	薬歴等 薬の特性等
158	幼少期にセフゾン細粒で薬疹のアレルギー歴のある患者にセフジニルカプセル「日医工」が処方されていた。患者家族に確認し、おくすり手帳にもアレルギー歴の記載があり、医師にも見せたと確認後、疑義照会しアモキシシリン「日医工」に処方変更になった。	おくすり手帳を医療機関において見せていたにも関わらず、患者のアレルギー歴に関して確認不足であった。		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 販売名セフジニルカプセル100mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名アモキシシリンカプセル250mg「日医工」	薬歴等 お薬手帳
159	アストリックDS80%4.5g分4で処方。過量のため病院確認。医師より4gに変更指示。	小児1日最高用量を把握していなかった。	小児薬用量の確認。監査の徹底。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アストリックドライシロップ80%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
160	風邪の症状でかかりつけの内科を受診。PL配合顆粒、クラリス錠、ロルカム錠、アストミン錠の処方があり、定時薬のアムロジンOD錠2.5mgも処方されていた。つい2週間前に28日分の処方を受けていたため、患者に確認したところアムロジンOD錠の処方主治医から聞いていないとのことで疑義照会。アムロジンOD錠中止の処方指示を受けた。			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OD錠2.5mg	薬歴等
161	ガスロンN・OD錠4mgの処方が1日1回となっていたため疑義照会し服用時を確認。主治医より1日1回朝食後の服用指示を確認した。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ガスロンN・OD錠4mg 変更になった医薬品 販売名ガスロンN・OD錠4mg	処方箋の書き方等
162	アダラートCR10mgが0.5錠1日1回朝食後で処方されていたため、疑義照会。主治医より1錠1日1回朝食後の訂正指示を受けた。	アダラートCRの製剤的特性を認識されていなかったことが原因。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アダラートCR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	関連する医薬品の情報	調査結果
163	9歳女兒にサワシリン細粒10%1回7.5g1日3回朝昼夕食後3日分の処方指示。用量について疑義照会。1回量2.5gに処方変更指示を主治医より受けた。	1日量と1回量の入力を勘違いしたことが原因と考えられる。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名サワシリン細粒10%	処方箋の書き方等
164	風邪症状の処方ではホクナリンテープ2mgの処方もあり。患者よりホクナリンテープは初めての処方であることを確認。他院で心臓の薬や不整脈薬を服用しているため、服薬指導時に患者にホクナリンテープによる動悸について説明したところ。本人も動悸については心配とのことで疑義照会。処方医よりホクナリンテープの処方中止指示を受けた。	患者が処方医に併用薬を伝えていなかったことが原因と考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	患者の症状等
165	メチクール処方の患者。お薬手帳を持参されておらず、併用薬の確認ができないが過去の薬歴の併用薬の欄にメチコバルの記載あり。患者本人にメチコバルを見せて確認したところ「服用している」と返答あり。疑義照会ののちメチクールは削除となった。	患者にお薬手帳を持ち歩く習慣がなかったため併用薬の確認が不十分だった。	お薬手帳を持ち歩き、医療機関ではかならずみせてもらうよう、患者に徹底させる。	記録などに不備があった 患者側	処方された医薬品 販売名メチクール錠500μg	薬歴等 患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
166	PL配合顆粒がコンピューターの入カミスにより36包 分3、5日分で処方されていたが疑義照会により3包分3、5日分へ変更になった。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	処方箋の書き方等
167	シュアポストが食直後で処方されていたが疑義照会により食直前に変更になった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名シュアポスト錠0.25mg	薬の特性等
168	前回まで神経痛に対してリリカプセル75mg 4C 分2朝夕食後処方であったが、今回からサインバルタ(20)2C 分2朝夕食後へ変更になっていた。(糖尿病の治療あり)鑑査時に通常20mg/日開始であることと、用法が分1でないことに気づき疑義照会。サインバルタ(20)1C 分1朝食後へ処方変更となった。	医師・薬剤師ともサインバルタが分1の用法であることの認識が低かったと思われる。また、電子カルテ上で薬剤名・用量のみ入力訂正し、用法はそのままになってしまった可能性がある。	処方変更時の薬剤について、用量・用法について、処方せん受付時の処方監査をきちんと行う。レセコンでサインバルタを入力すると画面上に「分1でなければ疑義照会！」と表示されるように設定し早めの疑義照会を実施できる体制を整備する。	知識が不足していた 仕組み	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	関連する医薬品の情報	調査結果
169	患者が2枚処方せんを持参した。1枚はカソデックスOD錠80mgのみ28日分の処方 で、もう1枚はカソデックスOD錠80mgとユ リーフ錠4mgが28日分処方されていた。処 方せんの交付年月日は同じだった。患者 に聞いたところ、処方箋が修正になって新た に処方せんを出しなおしたようだった。処 方された病院に問い合わせをしたところ、 カソデックスOD錠とユリーフ錠が処方さ れたものが正しい処方せんとのこと。	処方せんを発行した医院の確認不足 だったようだ。		連携ができていな かった	処方された医薬品 販売名カソデックスOD錠80mg	薬の特性等
170	耳鼻科の処方箋を母親が持参。体重を確 認したところ、ワイドシリンの量が多いた め、疑義照会した。体重に合う量に変更。			その他クリニックのミ ス	処方された医薬品 販売名ワイドシリン細粒200	年齢・体重換算の結 果
171	キプレスチュアブル錠5mgは、添付文書で は6歳以上の小児が対象となっております。 この患者さんは4歳です。どのように すればよいか処方医に疑義照会したと ころ、キプレス細粒4mgにすることに決ま りました。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名キプレスチュアブル錠5mg 変更になった医薬品 販売名キプレス細粒4mg	年齢・体重換算の結 果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
172	ストロメクトールが夕食後で処方。ストロメクトールは高脂肪食により血中濃度が上昇。空腹時服用が望ましいことを疑義照会した。	ストロメクトールが空腹時投与であることを知らない、そのまま出していた可能性あり。	スタッフ全員とストロメクトールは空腹時投与であることを確認。食後で処方が来た場合は疑義すること。	施設・設備 教育・訓練	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
173	生後4か月の乳児にザイザルシロップが処方される。メーカーに問い合わせたところ6か月未満の乳児に対する使用歴がないので、安全性が確保できないと回答された。代替品としてザジテンドライシロップを上申。変更になる。	体重が大きめだったので、年齢を見誤った。	各アレルギー薬の適用となる年齢の一覧表を作成してDrに情報提供する。	判断を誤った その他体重から年齢を見誤った。	処方された医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05% 変更になった医薬品 販売名ザジテンドライシロップ0.1%	薬の特性等
174	耳鼻科の処方箋を母が持参。ケチフェンが処方されていたが、これまで聴取している体重からの換算量より多いので、再度確認したところ、量が多いので疑義照会した。体重の合う量に変更になった。			その他クリニックの確認ミス	処方された医薬品 販売名ケチフェンDS小児用0.1%「サワイ」	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
175	耳鼻科の処方せんを母が持参。セフトレンの処方量が、聴取した体重の量より少ないため、疑義照会した。体重の合う量に変更となる。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名セフトレンピボキシル小児用細粒10%「EMEC」	年齢・体重換算の結果
176	処方箋には・ソラナックス0.4mg 1錠 1日1回就寝前 14日分の処方記載があったが、薬歴を確認したところ前回は「リフレックス15mg 1錠 1日1回就寝前」が処方されていた。投薬前の聞き取りで、患者に「リフレックスで、効果がなかったか？ 副作用が起きたか？ 薬を変更すると医師から話があったか？」と質問したが、「効果はあったし、副作用もない。薬を変える話はなかった」との回答だったため、医師に疑義照会を行ったところ、・リフレックス錠15mg 1錠 1日1回就寝前 14日分に変更となった。	該当患者は睡眠障害を訴えており、医師が語感が似ており、どちらも睡眠障害改善効果を持つ「リフレックス」と「ソラナックス」を処方ミスしたものと思われる。薬局側でも、睡眠障害を訴える患者に対して「ソラナックス 就寝前」であれば、大きな疑問を持たずに投薬してしまうところであった。	服用薬が変更になった場合には、患者や医師に対して積極的に確認を行うようにする。	その他勘違い 医薬品	処方された医薬品 販売名ソラナックス0.4mg錠 変更になった医薬品 販売名リフレックス錠15mg	薬歴等 患者の症状等
177	タケブロンカプセル15mgを定時で服用中ラベプラゾール(10)「トーフ」が処方と同種・同薬が処方された。	処方医の確認不足が考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名タケブロンカプセル15	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
178	60歳代男性の方に血液内科より Rp.1 アスパラカリウム散 500mg/g 1回0.4g(1日1.2g)《製剤量》1日3回朝昼夕食後 3日分と記載された処方が発行され、当事者に提出される。前回まで処方されていた医療機関からの紹介で今回血液内科を受診し、処方せんが発行されたとの申し出があった。前回までの医療機関ではアスパラCA錠200mgを調剤していたところ、今回アスパラカリウム散500mg/g に変更となっていたため、処方医に問い合わせをした。アスパラ散カリウムではなく、乳酸CA水和物(1回1g)1日3回 毎食後 3日分に変更との回答があった。	元の医療機関の紹介状に、アスパラCA錠200mg 1日用量3錠(600mg)と記載されたものを、処方オーダーする際に当該血液内科ではアスパラCA錠200mgが採用医薬品ではなかったため、アスパラカリウム散500mg/gと誤って選択し、今回の処方内容となってしまったことが原因と考えられる。	薬歴から前回までの処方と今回の処方内容を確認し処方内容が変更されていた場合、名前の似ている医薬品の存在を考慮しながら調剤前に確認する必要がある。また、薬歴がない場合、お薬手帳による薬歴の確認、患者への問診、聞き取りから処方の妥当性を検討しつつ調剤を行う必要がある。さらに、患者本人にかかりつけ薬局を決めてもらい、日頃の体調、服薬歴を薬剤師に管理してもらう必要があるのではないかと考える。	確認を怠った判断を誤った知識が不足していた施設・設備	処方された医薬品 販売名アスパラカリウム散50% 変更になった医薬品 販売名乳酸カルシウム水和物「ヨシダ」	薬歴等
179	70歳代女性の方に、アミティーザカプセル 24 μ g 2 cap 分2 朝・夕食後 3日分が処方されていた。併用薬にクレメジン細粒があり、患者は重度の腎機能低下者であると判断した。アミティーザカプセル添付文書上使用上の注意欄に「重度の腎機能障害のある患者に対しては1回24 μ g1日1回から開始するなど慎重に投与すること(本剤または活性代謝物の血中濃度上昇のおそれがあるため)」と記載されていたため用量が過剰であると考え、処方医に問い合わせた。アミティーザカプセル24 μ g 1日1cap 分1 夕食後へ変更となった。	薬歴簿の他病院欄よりクレメジン細粒を服用していたことがわかり、腎機能低下者であると考えた。また今回アミティーザカプセルが初めて処方されていたため見落としたのではないかと考え、疑義照会を行った。医療機関においては、患者が腎機能低下者であることや併用薬があったといということが認識されていなかったことも要因の一つであったと考える。	患者さんの話をよく聞き、医師の処方意図を確認することで処方の妥当性を判断すべきである。新しく処方される薬の場合は特に、薬歴簿やお薬手帳から併用薬や他科受診欄を細かく見て、用法用量や併用可能かどうか等見極めていく必要がある。医療機関においては、患者さんからお薬手帳を借り併用薬などを確認する必要がある。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アミティーザカプセル24 μ 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	関連する医薬品の情報	調査結果
180	70歳代男性に皮膚科より発行されたRp. アレロックOD錠5mg1回2錠(1日4錠)1日2回朝夕食後服用21日分と記載のある処方せんを受付けた(当薬局での調剤は初回)。アレロックOD錠5mgの保険適応上の用法・用量は「通常、成人には1回オロパタジン塩酸塩として5mgを朝及び就寝前の1日2回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する」とされている。患者さんからの情報収集(主観的情報)では、皮膚症状や掻痒感もそれほどひどくはないとのことであった。用量が過剰に投与されている可能性がある為、処方医に問い合わせを行う。Rp.アレロックOD錠5mg1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後服用21日分に変更するとの回答あり。	この医療機関(皮膚科)では、処方オーダー時の用量入力が入力量処方に変更となっており、誤って1日用量で入力してしまったことが、今回のケースが発生した要因の一つと考えられる。適宜増減の用量設定となっている医薬品については、処方オーダー時に用量確認のメッセージが出ないシステムになっているとのことであった。	用量・用法を薬局で確認することが重要である。特に1日用量記載から1回用量記載に変更となった際には、より慎重な確認が求められる。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アレロックOD錠5	薬の特性等 患者の症状等
181	1歳9ヶ月の患者へ幼児用PL配合顆粒処方あり。薬剤師が2歳未満禁忌であることに気づき主治医へ問い合わせ。パセトシン細粒へ変更となった。			知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名幼児用PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名パセトシン細粒10%	薬の特性等
182	処方箋にアルファロール、エディロールの2剤の記載あり。薬剤師が通常どちらか一方のみのはず、とのことで主治医へ問い合わせ。エディロール→エビスタへ変更となった。主治医はカルテへエビスタと記載していたが、処方箋入力した際に、医院の事務員が入力を誤っていた。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75 μg 変更になった医薬品 販売名エビスタ錠60mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
183	ハイペン錠200mg 22錠 5日分 で処方。 1日22錠は多いので疑義照会。2錠の入カミスとのこと。			連携ができていなかった その他処方ミス	処方された医薬品 販売名ハイペン錠200mg	処方箋の書き方等
184	他院継続分としてジャヌビア(50mg)1T1×にて処方あり。薬剤師が、薬手帳より(50mg)0.5T1×記載あること確認した。患者は用量変更についてはきいていないとのことで、薬剤師より医師へ問い合わせ。薬手帳記載とおり(50mg)0.5T1×へ変更となった。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠50mg	お薬手帳
185	他院継続分の処方としてジルテックDS2g 2×にて処方あり。患者6歳であり、用量が多いことに薬剤師が気づき医師へ問い合わせた。0.4g2×へ変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
186	手術予定あり。バイアスピリン処方日より11日目～中止の指示。バイアスピリン9日分処方あり。患者は処方日分から服用するとのこと。10日分はバイアスピリン必要と薬剤師が気づき医師へ問い合わせた。バイアスピリン10日分へ変更となった。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg	処方箋の書き方等
187	ウブレチド(5mg)2T2×にて処方あり。上限1錠こえ。薬手帳より退院時処方では1T2×であることを薬剤師が確認した。処方医へ問い合わせ1T2×へ変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ウブレチド錠5mg	お薬手帳
188	バルトレックス(500mg)3T3×にて処方あり。患者は30代、腎機能異常なしとのこと。带状疱疹とのこと。用量が少ないことに薬剤師が気づき処方医へ問い合わせた。6T3×へ変更となった。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
189	ジルテックDS0.4g2×にて処方あり。患者7歳超えたため増量ではないか、と薬剤師が気づき処方医へ問い合わせた。0.8g2×へ変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25%	年齢・体重換算の結果
190	骨粗しょう症の患者にワンアルファ錠1.0μg 2錠が処方されていた。用量が上限を超えていた為、医師に問い合わせたところ、カルフィーナ錠0.25μg 2錠に変更となる。			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 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ワンアルファ錠1.0μg 変更になった医薬品 販売名カルフィーナ錠0.25μg	薬の特性等
191	ディレグラ配合錠が新規で処方された。用法が「朝・夕食後」となっていたが、薬袋にあらかじめ設定していた「空腹時に嚙まずに服用してください」という定型コメントを見て用法の間違いに気づき、疑義照会。「朝・夕食間」に変更となった。	病院が新しく採用した医薬品であり、用法について知識が不足していたと思われる。	ディレグラは空腹時服用であることを再確認するとともに、今後もレセコンのシステムを有効活用し、気付けるようにする。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ディレグラ配合錠	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
192	<p>前回処方時、他剤に比べて、ペプリコールの処方日数が少なかったが、患者様が余っているためとおっしゃられ、残薬調整と判断した。今回投薬時、ペプリコールを休薬して、本日ホルター心電図の検査予定であったが、残薬がたくさんあり患者様は薬を飲み続けて検査ができなかったと話された。医師からは、残薬を飲んで次回検査と説明を受けておられたが、次回の検査予定日以上に残薬があることが判明。疑義照会で医師が思っておられる以上に残薬が多い事をお伝えし、ペプリコールの最終服薬日の指示をいただき、患者様とご主人にお伝えした。</p>	<p>薬局で休薬・検査の予定の聞き取り・ペプリコールの残薬数の未確認。受診時に患者様もペプリコールの残薬数を伝えていなかった。患者様自身の認知力の低下休薬日の指示が明確でなかった。</p>	<p>投薬時、残薬数・検査内容の事実確認</p>	<p>確認を怠った連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った) その他患者様からの聞き取りが不十分</p>	<p>処方された医薬品 販売名ペプリコール錠50mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名ペプリコール錠50mg</p>	<p>患者の症状等</p>
193	<p>定期受診の患者さま。処方前回はdoで5日分。投薬時の会話の中で、次回受診日が20日後であることが判明。事前に残薬はないことを確認していた為、処方医に疑義照会。結果、処方日数が20日分に変更となった。</p>	<p>病院内の事は不明だが、do処方ということで日数の確認を怠ったもの、または、処方医と事務スタッフ等との連携の不備によるものとする。</p>		<p>確認を怠った コンピュータシステム その他処方医の状況は不明</p>	<p>処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg 販売名オパルモン錠5μg 販売名プロモチンS錠25</p>	<p>患者の症状等</p>
194	<p>一般名ケトチフェンシロップ0.02%が15ml/日で処方あり、用量再確認するため疑義照会したところ、デカドロンエリキシル0.01%15ml/日の間違いであった。</p>	<p>クリニック事務が一般名にするときに間違っていた様子。ドクターに確認して間違いがわかった。</p>	<p>重大事故になりかねないので用法用量を再確認してから処方せん発行をお願いした。</p>	<p>知識が不足していた</p>	<p>処方された医薬品 販売名ザジテンシロップ0.02%</p> <p>変更になった医薬品 販売名デカドロンエリキシル0.01%</p>	<p>年齢・体重換算の結果</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
195	かかりつけ医からの処方にも通り、グラケ-が処方されていた。交付時に患者から、「不整脈で入院していた。入院中は薬を服用していたが薬名は不明。その間、医師の指示でグラケ-は中止していた。退院後は何も言われなかったの、自己判断でグラケ-を再開していた。入院先からは、薬は処方されていない。」と聞いた。また、「入院先からの紹介状は、医師に渡した。」と聞き取ったため、処方医にグラケ-の再開について疑義照会した。「紹介状に、入院中は、ワーファリンとメインテ-トを服用したが継続は不要と記載がある。骨の薬を注射しているので、グラケ-は削除する」と回答をいただいた。	患者は、グラケ-の再開の有無について、入院先の医師から指示を受けていなかった。入院中の薬を薬局では確認できなかった。	入退院時の薬薬連携。	連携ができていなかった 知識が不足していた 患者側	処方された医薬品 販売名グラケ-カプセル15mg	患者の症状等
196	顆粒服用が難しい患者にPL配合顆粒が処方されたため、疑義照会しピーエイ配合錠に変更。	顆粒服用が難しいとのことを事前に確認していなかった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ピーエイ配合錠	患者の症状等
197	アリセプトD錠5mgを服用中の患者に同効薬のレミニールOD錠4mgが追加処方された。薬局ではレミニールの在庫が無かった上、アリセプトと併用できる薬剤についての知識が十分でなかったが、疑義照会し、メモリー錠5mgに変更になった。	アリセプトとレミニールが同効薬である認識が薄かった。		勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名レミニールOD錠4mg 変更になった医薬品 販売名メモリー錠5mg	その他

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
198	アイミクス配合錠LD処方 of 患者に一般名アムロジピン錠5mgが一緒に処方された。Ca拮抗薬の重複になるため、疑義照会。処方医のアイミクス配合錠LDの削除し忘れだったと確認。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「トローワ」 販売名アイミクス配合錠LD	薬の特性等
199	定時薬でニフェジピンL錠10mg「トローワ」服用中の患者が血圧が高いとのことで、アムロジピン錠5mg「トローワ」が追加処方された。Ca拮抗薬同士のため重複するので疑義照会し、セララ錠25mgに変更になった。	定時薬に追加服用する際、薬の分類に関する確認が不足していたと思われる。		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「トローワ」 変更になった医薬品 販売名セララ錠25mg	薬歴等
200	ハイパジール点眼の処方せんを受け付けた。今まで院内処方、10年くらいずっと使っていた薬との事だった。今回から院外処方に変更された。鑑査で薬歴をチェックした際に、気管支喘息のアドエアとテオドールを服用している患者だった。ハイパジール点眼は気管支喘息には使用禁忌のため、疑義照会をした結果、処方削除となり、受診するように指示された。			確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 知識が不足していた コンピュータシステム教育・訓練	処方された医薬品 販売名ハイパジールコーワ点眼液 0.25%	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
201	アコファイド錠(100)分2朝夕食後の処方箋を応需した。アコファイド錠は食前服用が原則であるため疑義照会したところ、「今回は患者から話があって出した。用法が食前であることは知らなかった。」とのことで、朝夕食前服用に変更となった。	患者希望により医師が急に処方したため、用法について熟知していなかったと思われる。	医療機関において処方箋入力時、用法がおかしい場合に警告が出るシステムがあると、こういったミスは少なくなると思う。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アコファイド錠100mg	薬の特性等
202	コタロー五苓散細粒3g/分1昼食前という処方箋を応需した。コタロー五苓散は1包2gだが、今回は分1のため多めというケースや他メーカー品との入力間違いなど様々なケースが考えられた。問い合わせの結果、1回2gへと変更になった。	使用量を間違えた詳しい原因は不明。しかし、漢方はメーカーによって用法用量が異なるため、間違いやすいと思われる。	薬局としては漢方の用法用量には常に気を配っていく。レセコンで薬品名を入力した際に1包何gであるかを表示するメッセージが出るように設定しておく気づきやすい。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名コタロー五苓散料エキス細粒	薬の特性等
203	以前アレグラ錠(60)が処方された患者にアレロック錠(5)が処方された。ご本人に確認したところ、「前と同じ薬を頼んだつもり。」とお話だったため、疑義照会を行った。処方医は「前と同じ薬を出したつもりだった。」とのことで、アレグラ錠に変更となった。	病院内の処方の出し方は詳細不明だが、処方入力時、2文字で薬剤名を呼び出し、アレロックを選んでしまったと考えられる。薬剤名が似ているものが多いことが入力ミスの原因と思われる。	薬局において薬歴管理と患者への確認をしっかりと行うことで解決できる。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アレロック錠5 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠60mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
204	新規の患者にカロナール錠200mg2T、セルベックスカプセル50mg2Cが2×朝夕食後で処方された。お薬手帳はお忘れで、服用中の薬剤名もわからないとのことであった。どのような効果の薬を飲んでるか伺ったところ、痛み止めと胃薬を朝夕食後に飲んでいることが判明。疑義照会により病院に確認。病院も痛み止めと胃薬を服用中であることは把握していたが、頓服との認識であった為、上記内容を処方したとのことであった。再度、患者に確認したところ、間違いなく朝夕食後に飲んでいるとのことであったので、その旨を処方元に伝えたとこ、処方削除になった。	伝え間違いや聞き違いによる認識の相違があったと考える。	お薬手帳の活用。	患者への説明が不十分であった(怠った) その他不明 その他不明 その他不明	処方された医薬品 販売名カロナール錠200 販売名セルベックスカプセル50mg	患者の症状等
205	患者はこれまで、セルベックスカプセル50mg3c3×毎食後で服用していた。胃痛がするので医師に相談した結果、胃薬を変更する旨の話があった。処方せんにはタケプロンOD錠15mg3T3×毎食後と記載。添付文書上の用法用量と異なるので、疑義照会。結果、タケプロンOD錠1T1×朝食後に変更となる。	発行元の病院において、処方を前回のものから変更する際に、薬剤名だけ変更し、用法用量はそのまま処方箋を発行したのと考え。		確認を怠った その他不明 その他不明 その他不明	処方された医薬品 販売名タケプロンOD錠15	薬の特性等
206	リカルボン錠50mgの処方あり。併用薬を確認したところ、別の病院から併売品であるボノテオ錠50mgの処方があり、現在も服用中であることが判明。医師に疑義照会し、処方削除に。	処方医が患者の併用薬の確認を怠ったこと。		確認を怠った その他不明 その他不明 その他不明	処方された医薬品 販売名リカルボン錠50mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
207	以前から内科にてベタヒスチンメシル酸錠6mg、アデホスコーワ腸溶錠60、メチクール錠500が出ている患者に、前日耳鼻科でセファドール錠、アデホスコーワ顆粒10%、メコバラミン錠500が14日分処方されていた。成分や効能が重複するので問い合わせたところベタヒスチンメシル酸6mg、アデホスコーワ腸溶錠60、メチクール錠500が中止となった。	手帳を毎回持参している患者なので、手帳には内科の最新処方記載があり、前日の耳鼻科の処方内容も手帳に記載されているので、耳鼻科受診時も手帳は持って行ったと思われる。しかし、成分重複・効能重複の薬が処方された。耳鼻科では手帳を見せなかったのかもしれないが、耳鼻科処方の調剤を行った薬局は手帳を出されたのに併用薬の確認を行わなかったと思われる。	患者に手帳を医師にも見せるよう指導していく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」 販売名アデホスコーワ腸溶錠60 販売名メチクール錠500μg	薬歴等
208	初来局の患者にメインテート錠2.5mg1錠が処方された。お薬手帳を確認すると先月までは別の病院でメインテート錠2.5mg0.5錠が処方されていたことが確認できた。患者に確認したところ以前と同じ薬が処方される予定だった事、0.5錠で服用していた事が確認できたため、処方医に疑義照会した。処方医は、「前の病院からの紹介状には1錠と書いてあった。」とのことだったが、状況を説明し、0.5錠に変更になった。	紹介状の記載ミス、もしくは処方医が読み取り時に誤って読んだと考えられる。	紹介状を薬局で見ることにはできないので、お薬手帳と窓口での確認をしっかり行っていく。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名メインテート錠2.5mg	お薬手帳
209	新規の患者。ロキソニンテープが処方されていたが、患者アンケートに『アレルギー:アスピリン系』、『病歴:喘息』と記載されていたため、アスピリン喘息を疑い、鑑査前に患者に確認。主治医からアスピリン喘息と言われていることを確認し、処方医に疑義照会。MS冷シップに変更となった。	患者は診察時にアスピリン喘息であることを医師に伝えたそうだが、薬局の患者アンケートの書き方から考えて、アスピリン喘息という表現で伝えられなかった可能性がある。診察時には「一般的なシップを出します。」と言われていたとのこと。ロキソニンテープがアスピリン喘息に禁忌であることを医師が知らなかったか、患者の説明からアスピリン喘息を予測できなかったと考えられる。	NSAIDs入力時にエラーが出るようにするために、レセコンの患者体質フラグと電子薬歴の現病歴に意図的に『消化性潰瘍』を登録した。新規の患者については、患者アンケートをよく確認する必要がある。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg 変更になった医薬品 販売名MS冷シップ「タカミツ」	患者の症状等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
210	耳鼻科と小児科の処方箋を両方持参。両方から抗アレルギー薬の処方あり。耳鼻科を後から受診したとのことなので、耳鼻科に疑義照会したところ、処方中止となった。			その他クリニックでの確認ミス	処方された医薬品 販売名ケトチフェンDS小児用0.1%「サワイ」	薬の特性等
211	耳鼻科の処方箋を持参。ケトチフェンの処方あり。他院よりアレジオンDSの処方あり、とお薬手帳で確認。同効薬なので、疑義照会したところ、ケトチフェンの処方は中止となった。			その他クリニックでの併用薬のチェック不足	処方された医薬品 販売名ケトチフェンDS小児用0.1%「サワイ」	お薬手帳
212	イトリゾールカプセル50のパルス療法を10月で3回目終了した患者にクレナフィン爪外用液が出された。メーカーに現在ではクレナフィン爪外用液とイトリゾールなどの内服の爪白癬の薬との併用は不可と聞いていて、今月パルス療法終了したばかりなので、薬の効果の判定が出来ていないと思ったので問い合わせるとクレナフィンは中止になった。	Drはクレナフィンとイトリゾールは同時に処方しなければ問題ないと思っていたようで、イトリゾールの服薬期間が終了しているので、処方したらしい。	パルス療法など服薬が特殊な薬は処方監査に注意することとした。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クレナフィン爪外用液10%	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
213	耳鼻科の処方せんを持参。耳鼻科受診する前に、泌尿器科も受診したということで、両方の処方箋を持参された。両方からセフカペンピボキシルの処方あり。後から耳鼻科を受診したとのことなので、耳鼻科にセフカペンピボキシル重複の旨を疑義照会したところ、中止となった。			その他クリニックで申し出てなかったため	処方された医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	薬の特性等
214	ワーファリン(5)1.5錠、ワーファリン(1)2錠処方されていたが前回はワーファリン(1)3錠だった。いつもは0.5mg前後の増減が多い。急にふえているため問い合わせ。疑義照会の結果ワーファリン(0.5)1.5錠、ワーファリン(1)2錠へ変更。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠5mg 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠0.5mg	薬歴等
215	リリカ(25)2c一日二回朝夕食後で前回通り処方されていたが、患者より「痛みが増えたため75mgのカプセルを追加すると聞いた。」とのこと。疑義照会の結果リリカ(75)2c追加になる。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg 変更になった医薬品 販売名リリカカプセル75mg	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
216	ランサップ400の用法は通常1日2回であるが、1日1回夕食後で処方された為、疑義照会したところ、1日2回朝・夕食後へ処方変更となった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ランサップ400	薬の特性等
217	風邪で受診した患者。グレースビット錠50mg、ロキソニン錠60mgが処方されていた。薬歴より「てんかん」の患者であることがわかった。ニューキノロン剤とNSAIDsの併用によりけいれんが起こることがあるため疑義照会し、ニューキノロン剤から別の抗生物質への変更を提案。結果、ロキソニン錠の方が削除となり、グレースビット錠は処方通りとの指示を受けた。患者にはけいれんについての注意喚起を交付。	医療機関側の相互作用の認識不足があった可能性がある。		その他医療機関側	処方された医薬品 販売名グレースビット錠50mg 販売名ロキソニン錠60mg	薬歴等 薬の特性等
218	メルカゾールの初回処方のため、受付時に状態などを聴取したところ、処方内容と合致しないため疑義照会。メチコバルと間違えて処方が入力されていたことが判明。	名前が似ていたため処方せん発行時にミスしてしまったものと思われる。		その他医療機関側	処方された医薬品 販売名メルカゾール錠5mg 変更になった医薬品 販売名メチコバル錠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	関連する医薬品の情報	調査結果
219	サンリズム50mgが初回の方。用法用量は1日3回毎食後。高齢者のため25mgからの投与が望ましいため疑義照会。25mgに変更になる。	医療機関側の高齢者の投与に対する用量の認識不足があった可能性がある。		その他医療機関側	処方された医薬品 販売名サンリズムカプセル50mg 変更になった医薬品 販売名サンリズムカプセル25mg	薬の特性等
220	メインテート錠2.5mgが定期処方で0.5T分1で処方されていて、途中で追加処方でもメインテート錠2.5mg 0.5T分13日分が出されていたが、次の定期処方時にメインテート錠2.5mg 0.5Tのままだったので問い合わせた。メインテート錠2.5mg 0.5T→1Tに変更された。	臨時処方時の変更が定期処方に反映されていなかった。	臨時処方は定期処方に反映されるか確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メインテート錠2.5mg	薬歴等
221	ジクアス点眼液しか処方されていないが、患者は以前からチモプートル0.5を使用しており、薬局の記録では最終処方が7月だったので、残薬があるのか患者に確認すると、「残薬はなく使っていない。」ということだったので、問い合わせ。チモプートル0.5が追加となった。	患者が高齢で、目薬がなくなったら受診するという意識がなかったようだ。元々目薬だけの処方で2カ月に1回くらいしか通院されておらず、本人の申し出がないので今回の症状に対する目薬だけが処方されたようだ。	定期薬の使用状況は毎回確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名チモプートル点眼液0.5% 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	関連する医薬品の情報	調査結果
222	60歳代女性が泌尿器科(診療所)より発行された処方せんを提出される。処方内容はRp.ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒(医療用)1回3g(1日9g)1日3回毎食前服用50日分であった。ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒(医療用)の1包当たりの分量は2.5gであり、用量の記載間違いである可能性がある為処方医に疑義照会を行う。処方医より、「ツムラ108番で処方せんを発行する所、見間違えでツムラ103番を選択の上処方せんを発行してしまっていた。Rp.ツムラ人参養栄湯エキス顆粒(医療用)1回3g(1日9g)1日3回毎食前服用50日分で調剤を行って欲しい」との回答あり。処方医の回答で問題ないと判断し、回答通り調剤を行った。	漢方薬の用量間違いの可能性があるとして判断し、疑義照会を行ったが、実際には漢方薬の選択ミスが原因であった。	漢方薬をPC入力する際には、番号の見間違いや入力間違いが発生する可能性がある。番号等の数字だけを確認するのではなく、番号と医薬品名称(漢字)の両方で確認する等十分にチェックすることが重要である。また薬局においても、用量や用法の確認を行い、必要であれば、積極的に疑義照会を行うことが求められる。	確認を怠った その他読み間違い コンピュータシステム ルールの不備	処方された医薬品 販売名ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ人参養栄湯エキス顆粒(医療用)	薬の特性等
223	降圧剤を含む定期処方(8週間分)を服用中の患者。血圧値が下がらない為、定期処方16日後(前々回)、アジルバ錠10mgを2週間追加処方。その2週間後(前回)効果が見られない為、アジルバ錠20mgを2週間追加処方。さらに2週間後(今回)10mgに減量となった。患者に尋ねた所、血圧は落ち着いており、良好と医師も話していたとの事。疑義照会し、コンピュータへの入力間違いで、本日の処方、アジルバ錠20mgである事がわかった。	本日は特に受診患者数が多かったらしく、病院も忙しかったと推察され、そのために入力をミスしたのかもしれない。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アジルバ錠10mg 変更になった医薬品 販売名アジルバ錠20mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
224	前立腺肥大の治療中の患者にトラベルミン配合錠が処方された。疑義照会し、セルシン2mgへ変更された			確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 教育・訓練 ルールの不備	処方された医薬品 販売名トラベルミン配合錠 変更になった医薬品 販売名2mgセルシン錠	薬歴等 薬の特性等
225	今までオルメテックを服用していた糖尿病患者に、処方変更でセララが新規処方された。尿タンパクを伴う糖尿病患者にはセララは禁忌のため疑義照会を行ったところ、尿タンパク++であったため、セララは削除となりこれまで通りのオルメテックの処方に戻った。			医薬品	処方された医薬品 販売名セララ錠50mg 変更になった医薬品 販売名オルメテック錠20mg	薬歴等 薬の特性等
226	緑内障ではないが眼圧が高めの患者にPL配合顆粒が処方された。疑義照会によりPL顆粒は削除となった。	数年前にお渡ししたことがあったので現在の状況も確認したく患者に話を伺うと、数年前に渡された時に緑内障との組み合わせがよくないと聞いて怖くて飲まなかったとのこと。そのため今回も飲むつもりはないとのことだった。		医薬品	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
227	<p>臨時処方として、鎮痛剤とともにレバミピド錠が処方されていた。服用歴を確認したところ定時薬でムコスタ錠を服用中であつたため疑義照会。当該処方のレバミピドは削除となった。</p>	<p>お薬手帳の未活用</p>	<p>お薬手帳の推進</p>	<p>その他医療機関側</p>	<p>処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「サワイ」</p>	<p>薬歴等</p>
228	<p>ウリアデック錠20mgが定時薬に追加となったが、用法用量が「1錠分1朝食後」と添付文書に記載されている用量より少ないものであつたため疑義照会。結果、「2錠分2朝夕食後」という処方に変更になった。</p>	<p>比較的新しい薬であつたため、処方医が用法を把握していなかった可能性も考えられる。</p>		<p>その他医療機関側</p>	<p>処方された医薬品 販売名ウリアデック錠20mg</p>	<p>薬の特性等</p>
229	<p>処方受付時の患者へのお伺いで定時処方の他、風邪のため臨時薬が処方されている旨確認。処方監査した薬剤師は確認が不足していたが、調剤した薬剤師及び薬袋出力のため処方入力した事務員は、定時薬で処方されているアスピリンと臨時で処方されたアスピリンとが重複して処方されていることに気付いた。疑義照会をした結果、臨時で処方されていたアスピリンは削除となった。</p>		<p>処方薬確認の徹底。</p>	<p>確認を怠つた その他医療機関側</p>	<p>処方された医薬品 販売名アスピリン錠20</p>	<p>薬歴等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
230	患者より、前回から処方されたカロナール錠300について「私に合わないようなのでいりません。」との事。ドクターに疑義照会を行い、削除してもらった。	ドクターには、伝えなかったと思われる。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名カロナール錠300	患者の申し出
231	クラビット500mgが処方されたが、薬歴に「クラビットで下痢」という記載があったため疑義照会。当該医薬品は中止となり、ジスロマック250mgへ変更になった。	処方時の確認不足。お薬手帳の未活用。	お薬手帳の活用推進。	その他医療機関側	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
232	エパデールS900とコレバインミニ83%が共に食前で処方されていた。エパデールSは食直後の服用であることと、コレバインとの同時服用により、エパデールSがコレバインに吸着され吸収不良となる可能性があるため疑義照会。結果、エパデールSは食直後服用となった。	処方時に、服用回数と同じだったため、用法も同じにしてしまったものと考えられる。		その他医療機関側	処方された医薬品 販売名エパデールS900	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
233	ムコスタ錠100mgが2錠1日1回朝食後で処方されていたため、疑義照会。2錠1日2回朝夕食後の間違いであったことが判明。	医療機関の処方ミス。		その他医療機関の処方不備	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	薬の特性等
234	クラリシッドドライシロップが処方されていたが、前日に同一医師よりファロムドライシロップが処方されていたため、患児の母親に確認したところ、「服用方法について指導されていないので一緒にいいのではないか。」という話だったが、抗生剤の重複となるため疑義照会。結果、ファロムを処方分飲みきったあとに、クラリシッドを服用するという指示になった。	ファロムを処方していたことを忘れていたのか、服用方法の指示を忘れていたのかは不明。薬歴やお薬手帳による服用歴をきちんと確認できていたため、きちんとした服用方法を指導することができた。		その他服薬方法の指示不足	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 変更になった医薬品 販売名クラリシッド・ドライシロップ10%小児用	薬歴等
235	処方箋にて、メプチンシロップが1ml、分2、4日分で処方されていた。患者の薬用量より明らかに少なかつたため、疑義照会を行った。病院側はメプチンドライシロップを処方したつもりが、確認できていなかった模様。メプチンドライシロップを1g、分2、4日分へ変更となった。			確認を怠った勤務状況が繁忙だったコンピュータシステム仕組み	処方された医薬品 販売名メプチンシロップ5 μ g/mL 変更になった医薬品 販売名メプチンドライシロップ0.005%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
236	処方箋にクラリシッド錠200mgの処方があった。薬歴を確認すると、本患者は以前クラリシッドによるものと思われる蕁麻疹が出たことがあるとわかった。病院に問い合わせたところ、クラビット錠500mgに変更となった。			その他病院での未確認	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500mg	薬歴等
237	ワーファリン錠5mgが5.25錠と処方されていたが、疑義照会して、ワーファリン錠5mg1錠とワーファリン錠1mg0.25錠に変更された。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠5mg	薬の特性等
238	前立腺肥大症患者にセレスタミンの処方があり禁忌であるため医師に問い合わせたところ、アレロックに処方変更となった。	前立腺肥大症の薬は他院から処方されている為、処方医に認識不足があった可能性がある。		確認を怠った記録などに不備があった判断を誤った医薬品	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 変更になった医薬品 販売名アレロック錠2.5	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
239	妊娠27週の女性にルナベルLD、ロキソニン錠が処方されました。妊娠中の女性に処方されるような薬ではないので処方医に疑義照会の電話をしたところ、「違う患者に処方するはずの薬が手違いで処方されてしまった。」とのことでした。この処方は削除となりました。	病院も忙しい時間帯だったらしく確認が行き届いていなかったとのことでした。薬歴、薬手帳をもとに患者の様子を考慮しながら調剤したので間違いに気がつき過誤にならずに済んだと思います。	これからも薬歴、薬手帳をもとに患者の様子を考慮しながら調剤していきたいと思います。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった医薬品	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名ルナベル配合錠LD	薬歴等 薬の特性等
240	エブランチルカプセルが重複処方された。お薬手帳、医薬品情報説明書にて確認し、医師に疑義照会后、削除となる。	退院薬の服用が終了し、かかりつけ医から処方されたが、患者は泌尿器科を受診していたためエブランチルが重複となった。	かかりつけ医に受診されるときにお薬手帳を携帯するように改めて指導する。	報告が遅れた(怠った) 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名エブランチルカプセル15mg	薬歴等 お薬手帳
241	タケルダ配合錠の処方が開始されたが、以前のオメプラールも処方されていた。同類薬であるため疑義照会を行ったところ削除となった。	医薬品の削除し忘れが要因と推察。		確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名オメプラール錠10 販売名タケルダ配合錠	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	関連する医薬品の情報	調査結果	
242	持参された整形外科の処方箋には痛み止めのほか、アクトネルが記載されていた。患者のお薬手帳を確認したところ、他院にてエビスタ錠60mgがずっと処方されていた。処方医に電話にて疑義照会したところ、処方医側では併用薬を確認していなかった。エビスタ錠について伝えたところ、アクトネルは処方削除となった。	処方医側ではお薬手帳を確認していなかった。		調剤の段階でも併用薬を見逃さないよう、注意する。	その他処方医院での確認漏れ	処方された医薬品 販売名アクトネル錠2.5mg	お薬手帳
243	ミコンビAP,1tab,1xMとミカルディス40mg,1tab,1xAが出ていた患者で、今回ミコンビがAP→BPに変更されていた。共通する成分のテルミサルタンの日量がもともと80mgで最高用量だったが、今回120mgとなったため疑義照会したところ、ミコンビがAPに戻って、フルイトランが0.5mg追加された。ミコンビAPとフルイトランで成分の異なる利尿剤が重複するため、ミコンビをやめて単剤に戻すよう提案を行おうと思ったが、低用量の利尿剤の重複が患者の健康に及ぼす影響などを考慮してそのままにした。また、ミカルディス40mg1xAをなくしてミコンビBPのみにするようにも提案を行ったが、採用はされなかった。	配合剤が多すぎて、医師が混乱していると思う。また、ARBが2xで処方されることがあるが、バルサルタンのような半減期の短い薬ならまだしも、ミカルディス(テルミサルタン)のような半減期の長い薬を2xで処方する意図や、12.5mgのヒドロクロロチアジドを含む利尿剤配合型ARBに対してそれ以上の利尿剤を追加する意図には疑問が残る。	配合剤の名称を、ミコンビAPはミコンビ40/12.5、エックスフォージはエックスフォージ80/5、カデュエット1番は5/2.5のような表記にしたら分かりやすいと思う。	その他配合剤は紛らわしい 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ミコンビ配合錠BP 変更になった医薬品 販売名ミコンビ配合錠AP	薬歴等	
244	病院の眼科より血管閉塞と診断されプラビックス錠が処方された。患者より、同病院の内科よりコンブラビン配合錠が処方されていることを聞いた。患者は先生より「一緒に飲むように言われた。」と仰るが、担当薬剤師は納得がいかず処方医へ疑義照会。処方医がコンブラビン配合錠にプラビックス成分が配合されていることを知らずに処方していたことが分かった。眼科処方削除となった。			患者にお薬手帳を常に携帯するようお伝え。他診療科や他医院に受診の際には必ず提示し、併用薬をしっかりと伝達するようご提案。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名プラビックス錠75mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
245	セロクエル錠200mg 4錠にて処方あり。セロクエル錠の上限は750mgであるため、医師に確認。セロクエル錠200mg 4錠→セロクエル錠100mg 4錠に変更となる。			その他勘違い	処方された医薬品 販売名セロクエル200mg錠 変更になった医薬品 販売名セロクエル100mg錠	薬の特性等
246	セロクエル錠が処方されていたが、他院にて糖尿の治療中のため、医師に問い合わせ。セロクエル錠→リスペリドン錠に変更となる。			その他情報収集不足	処方された医薬品 販売名セロクエル100mg錠 変更になった医薬品 販売名リスペリドン錠3mg「アメル」	薬歴等 薬の特性等
247	患者家族より、「錠剤がのみにくいので家でつぶしていた」と申し出あり。デパケンR錠は粉碎不可のため、医師に確認。酸化マグネシウム錠→酸化マグネシウム細粒、デパケンR錠→セレニカ顆粒に変更となる。			患者側	処方された医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「モチダ」 販売名デパケンR錠200mg 変更になった医薬品 販売名重質酸化マグネシウム「NikP」 販売名セレニカR顆粒40%	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
248	セロクエル錠200mg 3錠、セロクエル錠100mg 3錠 分3にて処方。1日量が900mgになるため、医師に問い合わせ。セロクエル錠100mg 3錠は中止となる。			その他勘違い	処方された医薬品 販売名セロクエル100mg錠	薬の特性等
249	オロパタジンが処方されていたが、他院にてオロパタジンをもらっているため、医師に確認。オロパタジン削除となる。			その他併用薬の確認を怠った	処方された医薬品 販売名オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「アメル」	薬歴等
250	ラミクタール錠25mgが処方されたが、バレリン錠も服薬されているため、医師に確認。毎日服用から隔日服用に変更となる。			その他勘違い	処方された医薬品 販売名ラミクタール錠25mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
251	グラケールカプセルが寝る前で処方されていたため、医師に問い合わせ。夕食後に変更となる。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名グラケールカプセル15mg	薬の特性等
252	新患の患者。初回アンケートを記載してもらったところ、以前ペニシリン系薬剤で口唇の腫れの発現があったことが確認できた。処方でラベキアが出たが、そのうちペニシリン系であるサワシリン錠が含まれるため、医療機関に問い合わせを行い薬剤が変更となった。	医療機関でもペニシリン系の副作用歴を記載したそうだが、ラベキアという商品名からはペニシリン系薬剤が含まれることを見落としてしまったのかもしれない。	今後も初回アンケートを行い、定期的にアンケートの更新を行う。そうすることで個々の患者の安全を守りたい。	その他医療機関の副作用歴確認もれ	処方された医薬品 販売名ラベキアパック800 変更になった医薬品 販売名フラジール内服錠250mg 販売名クラリスロマイシン錠200mg「タナベ」 販売名ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」	患者の症状等
253	定期処方ではバミピド錠100mg「サワイ」を服用していたが、他病院より臨時でムコスタ錠100mgが処方となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg 販売名レバミピド錠100mg「サワイ」	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
254	泌尿器科の処方箋を持参。バルトレックス500 1T 分2の処方だったので、疑義照会したところ、2T 分2に変更になった。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	薬の特性等
255	本薬局2回目受付の患者。前回、皮膚科、今回は整形外科を受診。主訴は腰痛でモーラステープ20mg、オパルモン錠、セレコックス錠100mg、レバミピド錠の処方。初回受付時に、他医療機関にかかっており、お薬手帳にて14種類の薬剤服用中を確認していた。その定期服用薬にノイロトロピン錠、モービック錠、及びムコスタ錠があるため、患者に本日処方薬について、モービック錠等の服用を中止して本日薬を服用する等の指示があったか尋ねるも、特に指示はなかったとの事。疑義照会により、セレコックス錠及びレバミピド錠が処方取消しとなった。	●患者は、病院外来で、お薬手帳を提出していなかった。●病院でも、初診時に他医療機関にかかっていないか、服用薬はないか確認していると考えますが、十分でなかったと考える。	●患者に、お薬手帳の意義を説明。病院の外来や薬局で必ず見せるようにと説明した。	知識が不足していた 施設・設備 患者側 仕組み	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名レバミピド錠100mg「NP」	薬歴等
256	前回フェブリク10mg1錠分1朝食後 今回フェブリク20mg2錠分1朝食後で処方。(1日量10mg→40mgへの増量)添付文書より、医師に20mg1錠分1朝食後ではないかと疑義照会。→20mg1錠分1朝食後に変更になった。	前回、医院のカルテはフェブリク20mg1錠分1朝食後になっていて、処方せんは10mg1錠分1朝食後になっていた。→医師は前回20mgなので今回40mgに増量しようとしたが、前回処方どおりにお渡ししているため実際は10mgで服用している。医師の判断で今回は20mg1錠分1朝食後に変更になった。	疑義がある場合は今回のように処方医に確認する。	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 販売名フェブリク錠20mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
257	てんかんもなにもない患者にマイスタン(10)が出ていた。患者に聞き取りしたが思い当たる節はなく、眠剤を出して欲しいと医師に告げたことを聞き取った。単純にマイスリーの入カミスと考え疑義照会し、それを確認し、マイスリー(10)で調剤した。	頭3文字が同じで規格が10mgだった。	病院で何とかしてもらえないと思うが、気になった処方方は積極的に疑義照会を実施する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名マイスタン錠10mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠10mg	患者の症状等
258	前回、新患で来局し、今回が2回目の来局。内科の処方せんで、今回は膀胱炎でオフロキサシンが処方されているが、今回は漢方の温経湯が3日分処方された。交付時、患者との話で前回の治療の続きとの話を伺った。温経湯は通常、膀胱炎では処方されないため、処方医に疑義照会を行ったところ、猪苓湯に処方変更になった。	医療機関側の要因なので詳細は不明だが、同じ漢方なので間違えて処方されたと推測される。	漢方薬でも、処方と症状が合っているかはこれからもしっかり確認する。処方日数や前回の内容も考慮し、確実に疑義照会を行う。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ツムラ温経湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)	薬歴等 患者の症状等
259	メジコン錠15mgが処方されていたが、薬歴で確認したところ、以前メジコンを含む複数の薬剤を服用した際顔が腫れたという経緯あり。メジコンでの副作用かは不明だが、疑義照会したところフラベリック錠に変更となった。			その他病院での未確認	処方された医薬品 販売名メジコン錠15mg 変更になった医薬品 販売名フラベリック錠20mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
260	総合病院腎内科よりポララミンが処方されたが、同病院他科にて緑内障と前立腺肥大症の治療を行っていることが薬歴にて確認できたため、疑義照会を行いアレグラへと処方変更になった。	同一病院で治療を行っているが、処方医師は他科の治療状況を把握していない様子だった。	診察時の他科の治療状況・併用薬の診察時の確認。今回の様にかかりつけ薬局による薬歴管理による処方監査。	連携ができていなかった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ポララミン錠2mg 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠60mg	薬歴等 薬の特性等
261	処方監査を行ったところ、フェロミア顆粒が200g2Xで処方されていた。疑義照会を行い200mg2Xの単位ミスと判明した。	処方医師のオーダーリング操作ミスと思われる。	処方箋発行後の処方内容再確認。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フェロミア顆粒8.3%	処方箋の書き方等
262	処方監査を行っていたところ、レボトミン錠25mgが20T2Xで処方されていた。疑義照会を行ったところ、2T2Xの処方ミスと判明した。	医師の処方時のオーダーリングミスと思われる。	処方せん発行後の再確認。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名レボトミン錠25mg	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
263	整形外科より1日3回7日分で牛車腎気丸の処方がでた。この患者は3ヶ月に一度来店されるくらいの頻度であり、漢方薬の処方自体には疑問を持たなかったが持参されたお薬手帳を薬局にて確認したところ、この一ヶ月の間にメインの内科より同じ牛車腎気丸が1日3回30日分で続いて処方されていた。処方医に疑義照会し、処方取り消しとなった。	処方元でも、受診時にお薬手帳をコピーしていたが、見逃されていた。	処方元で薬の重複を見逃されても、薬局にて必ず気づくよう、お薬手帳の確認と患者からの聞き取りを徹底したい。	その他お薬手帳未確認	処方された医薬品 販売名ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)	お薬手帳
264	臨時処方にてマイザークリーム0.05%。患者に確認した所、「目の周りに塗る」とのこと。マイザークリーム(very strong)は顔などの皮膚の薄いところに塗るには強い為、疑義照会。ルリクールVG軟膏0.12%(strong)に変更となった。(少し強めではあるが、許容範囲内と考えられる。)			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイザークリーム0.05% 変更になった医薬品 販売名ルリクールVG軟膏0.12%	患者の症状等
265	以前よりグリベンクラミド錠2.5mgを2T分2で服用されている患者。今回ジャヌビア錠50mgが追加となったが、ジャヌビア錠の追加時にはグリベンクラミドを減量することが推奨されているため疑義照会した。グリベンクラミド錠2.5mgが1T分1に減量となった。			連携ができていなかった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名グリベンクラミド錠2.5mg「EMEC」 販売名ジャヌビア錠50mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
266	セレコックス錠100mg臨時処方。他院にて肝臓がんの治療中であり、セレコックス錠は肝障害に禁忌のため疑義照会したところ、処方削除となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg	薬歴等 薬の特性等
267	ナゾネックス点鼻液処方時の処方せんに、全量1瓶、1日1回1回各鼻腔2噴霧の記載があり、その下に2回と書かれていたが、印刷ミスで印刷されてしまったものだと思います、そのまま調剤しようとしたが、念のため疑義照会したところ、2瓶処方したつもりであったことが判明した。	処方せん発行病院側のコンピュータ入力ミスと思われる。	少しでも疑問に感じたことは、必ず疑義照会を行うようにする。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ナゾネックス点鼻液50 μ g56噴霧用	処方箋の書き方等
268	プロプレス錠4 1T 分1 朝食後 42日分、ミオナール錠50mg・リボトリール錠0.5mg 各3T 分3 毎食後 36日分一包化とされていた。日数が異なるのでヒートとなる薬品が出るので患者に説明を受けているか確認したが何も知らないと言うので、処方元に問い合わせた。結局 昼・夕の薬が20包くらい残っていると本人が話したので調節して分3の薬の日数を減らして処方したとのことだった。いつもは当薬局に来ない方で、いつもの薬局では朝食後の分包だけ赤い線を引き別にして、昼・夕は印字もなく1つの袋にまとめられているそうで、昼と夕が合わせて20包残っているということだった。	患者がいつも行く薬局であればDrと一包化の薬の調節に申し合わせがあったのかもしれないが、患者がどの薬局に行くかはわからないので特殊な処方コメントを入れるか、本人にメモなど持たせないと処方意図が伝わらないと思う。	意図が不明な処方箋は疑義照会していく。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名プロプレス錠4 販売名ミオナール錠50mg 販売名リボトリール錠0.5mg	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
269	ゾルピデム錠5mg「NP」が入院時に出ていた患者が退院後ゾルピデムが合わないということで、入院前に飲んでいたマイスリー10に変更されていた。中止になったはずのゾルピデム5mg「NP」とマイスリー10と一緒に処方されていたので問い合わせるとマイスリーを中止と返答があったので、経緯を説明して再度確認するとゾルピデムが中止となった。	ゾルピデムを中止してマイスリー10を処方した経緯をカルテに記載していなかったのかもしれない。	中止になった薬が再度処方された時は疑義照会していく。	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 販売名ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「NP」	薬歴等
270	メチクール500が以前から出ている患者のお薬手帳に台紙の違うページが付け足されており、そこに眼科から同じメチクール500が出されている記載があった。問い合わせでメチクール500を中止してもらった。	手帳を2冊持っていたのか、手帳を忘れて眼科の処方を受けた薬局で新たに作成されたのか、今までの記録が眼科で伝わっていなかったと思われる。	手帳は1冊にまとめるように注意喚起していく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メチクール錠500 μ g	お薬手帳
271	フルナーゼ点鼻液50 μ g28噴霧用が初めて処方されたが、用法が1日1回になっており、添付文書の用法と違っていた。また、患者及び家族に伺ったところ、医師からは1日2回の指示があったことを確認のうえ、疑義照会した。用法が1日2回へ訂正された。	医療機関での電子カルテの外用入力の際、自動で「1日1回」と出てしまう設定のようで、医師が修正し忘れたようだ。	外用の回数等について患者に聞き取りを行い、医師からの説明と違う場合は疑義照会することを徹底する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フルナーゼ点鼻液50 μ g28噴霧用	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	関連する医薬品の情報	調査結果
272	カタリン点眼用のところ、カタリンKで調剤した。鑑査者が疑義照会し、今まで通りカタリンKと確認して、渡した。	いつもカタリンKが処方されており、在庫の有る薬のカタリンKを思い込みで調剤した。	処方箋の発行元の医師の処方薬をしっかりと覚え、内容に疑問が有れば即、疑義照会をして確認後、入力調剤をするようにと教育した。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名カタリン点眼用0.005% 変更になった医薬品 販売名カタリンK点眼用0.005%	薬歴等
273	クラリスドライシロップ10%小児用1.7g 1日3回毎食後3日分で処方があった。薬歴から体重が31kgのため、用量が少ないと判断し疑義照会を行ったところ、アスベリンドライシロップ2% 1.7g1日3回毎食後3日分へ変更になった。			勤務状況が繁忙だった	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 販売名アスベリンドライシロップ2%	年齢・体重換算の結果
274	一次除菌に関わらず、ラベファインの処方があった。理由を確認したところ、患者がペニシリン系にアレルギーがあると処方医に伝えたところ、これなら大丈夫とラベキュアからラベファインへ変更されたい。ラベファインに変更しても、ペニシリン系のアモキシシリンが入っているため処方医に疑義照会し確認したところ、処方中止となった。	処方医がラベキュアとラベファインの内容を勘違いされたものとする。パック製剤であるため便利な反面、認識が薄くなってしまっているのではないか。	医師も勘違いされる場合もあるので、これまで通り、薬局にて患者のアレルギー歴、処方の妥当性をきちんと確認する。	確認を怠った 患者側	処方された医薬品 販売名ラベファインパック	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
275	3歳5ヶ月の患者へホクナリンテープ(0.5mg)が処方となった。0.5mgは通常3歳未満までの用量のため処方医へ薬剤師が問い合わせした。1mgへ変更となった。	3歳になってからの受診が初回であったが処方医が継続で処方していた。	年齢、体重などで用量が変更となる薬品については、前回継続であっても用量について毎回確認を行う。	教育・訓練	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ0.5mg 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg	年齢・体重換算の結果
276	他院よりラベプラゾール(10)日医工 服用中の患者へ、タケプロンOD(15)が処方となった。患者はお薬手帳を病院で見せておらず、薬局でお薬手帳を確認した薬剤師が重複に気付いた。処方医へ問い合わせ、タケプロンOD(15)が削除となった。	患者がお薬手帳を医師に見せていなかった。	薬局でも、病院でもお薬手帳を見せるように、患者に指導する。	患者側 教育・訓練	処方された医薬品 販売名タケプロンOD錠15	お薬手帳
277	薬の長期処方に対して、いわゆる倍量処方が保険の認める範囲で行われており、サイレース1mgを1回1錠30日分処方されるべきところ、前回は60日分が必要で1回2錠30日分となっていたが、今回も同じく1回2錠となっていた。			確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名サイレース錠1mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
278	<p>70歳代男性が泌尿器科より発行された処方せんを提出した。処方内容はRp. ザイティガ錠250mg 1回4錠(1日4錠) 1日1回朝食後服用14日分であった。ザイティガ錠250mgの用量・用法は「プレドニゾンとの併用において、通常、成人にはアピラテロン酢酸エステルとして1日1回1000mgを空腹時に経口投与する。」とされている。処方せんにはザイティガ錠250mgが単独で記載されており、用法も食後服用となっており、最高血中濃度の上昇及び血中濃度時間曲線下面積の上昇による副作用発現の可能性が高くなることから、処方医師に疑義照会を行う。「プレドニゾンではないが、前回リンデロン錠0.5mgを処方していて、それを継続するようにしているので、今回は単独処方とし、用法は朝食後2時間に変更する」との回答があった。</p>			<p>確認を怠った 知識が不足していた</p>	<p>処方された医薬品 販売名 ザイティガ錠250mg</p>	<p>薬の特性等</p>
279	<p>ピロリ菌除菌のためにアモキシシリンカプセルが処方された。お薬手帳に若い頃ペニシリンで副作用が出たと記載があった。病院に疑義照会をしたところ、ピロリ菌の除菌が中止となった。</p>			<p>連携ができていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名アモキシシリンカプセル250mg「タツミ」</p>	<p>お薬手帳</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
280	アモバン7.5mg錠1x寝る前で処方されていた。お薬手帳でアモバンが他の病院からも処方されていることを確認した。アモバンの1日量が10mgを超えるため、疑義照会した。その結果、今回処方のアモバンが削除となった。			連携ができていなかった 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名アモバン錠7.5	お薬手帳
281	テルギンGドライシロップ0.1%が1.4g 2x朝夕食後で処方された。患者年齢6歳では通常0.7g/日のため疑義照会を行った。テルギンG1.4g/日から0.7g/日に減量になった。			医薬品	処方された医薬品 販売名テルギンGドライシロップ0.1%	年齢・体重換算の結果
282	患者は風邪で来局した。ソラナックス(0.4)3T、アンプロキシール(15)3T 3x毎食後の処方であった。ソラナックスとソラントールの処方間違いが疑われるため疑義照会を行った。ソラナックスからソラントールに薬剤変更になった。			コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ソラナックス0.4mg錠 変更になった医薬品 販売名ソラントール錠100mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
283	歯科治療の予定のある患者が来局した。ポノテオ(50)が1T 1x起床直後で処方されていたため疑義照会を行った。ポノテオが削除となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ポノテオ錠50mg	薬の特性等
284	トリプタノール10mg 1錠 1X夕食後が処方されていた。薬歴より他院からもトリプタノール10mg 2錠 2Xで処方されていたため疑義照会をした。トリプタノールからジェイゾロフト25mg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 販売名トリプタノール錠10 変更になった医薬品 販売名ジェイゾロフト錠25mg	薬歴等
285	ジャヌビア50mg 2錠 2X朝夕食後で処方されていた。ジャヌビアは1日1回服用のため疑義照会をした。ジャヌビア錠100mg 1錠 1X朝食後に変更になった。			知識が不足していた コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠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

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
286	処方せんを預り、リンデロン-VGクリーム+プロペトの処方を確認した。薬歴には併用の記載はなく、そのまま入力、調剤しようとしたところで、お薬手帳を確認して、以前、病院内でリンデロン-VG軟膏+プロペトの処方があるので確認した。患者に確認したところ、「いつもの先生ではなかったが、手帳を見せていつもの混合外用をお願いした」とのことだったので、疑義照会をした。処方入力間違いだったとのことで、軟膏となった。	処方監査の際に、お薬手帳を確認することを怠った。また、前日にも風邪薬で手帳持参で来局されていたにも関わらず、数ページ前の混合外用の処方気づかず、薬歴にも併用薬の記載はなかった。	処方監査の際に、しっかりお薬手帳を確認する。また2-3ページ前までの確認ではなく、特に病院処方の場合、数か月のスパンで処方されるお薬もあるため、そのお薬すべてを確認するようにする。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名リンデロン-VGクリーム0.12% 変更になった医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12%	お薬手帳
287	今までデパケンR400mg/日で服用していたが、デパケン細粒200mg/日に減量していた。デパケンR400mg/日になる前はデパケン細粒250mg/日で服用していた。安定しているので減量することを患者は聞いていたが、剤形変更と減量の割合に違和感を感じて疑義照会をした。デパケン細粒200mg/日からデパケンR錠300mg/日に処方変更になった。	処方医が転勤してきたばかりで電子カルテの確認が不十分だった(数回前の履歴をみて処方していた)。		確認を怠った その他転勤してきて間もない コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名デパケン細粒 変更になった医薬品 販売名デパケンR錠100mg	薬歴等
288	マイスリーが整形外科と循環器科の2つの科から処方されていた。疑義照会の際に整形外科の処方が削除された。	患者が整形外科の医師と循環器科の医師へ不眠について相談したと思われる。科が異なると病院では処方された薬の管理ができないことがある。	同じ病院でも重複されて薬が処方されることがあることを認識し、電子薬歴などの重複チェックも利用して重複投与を防止する。	患者側 その他処方医師側	処方された医薬品 販売名マイスリー錠5mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
289	昼食後のビビアントの残薬があるため今回処方中止になった。飲み忘れが多いためであった。朝食後であれば他院処方薬があるため飲み忘れが減らせることを患者に確認した。医師に相談して、手持ち分のビビアントを朝食後に服用することになった。次回も朝食後で処方される予定である。			確認を怠った 知識が不足していた その他服薬状況の の聞き取り不足 医薬品	処方された医薬品 販売名ビビアント錠20mg	患者の症状等
290	インスリンの処方ではノボラピッドペンフィルの処方であった。患者に入院時使用していたインスリンがペン型であったことを確認し、処方医に問い合わせしノボラピッドフレックスタッチに変更になった。	病院からの退院時の処方では医師の入力ミスと考えられる。		ルールの不備	処方された医薬品 販売名ノボラピッド注ペンフィル 変更になった医薬品 販売名ノボラピッド注フレックスタッチ	患者の症状等
291	泌尿器科で膀胱炎でセフゾンカプセル100mg3カプセル分3毎食後3日分で処方があった。薬歴にて内科でクラビット錠250mg1錠分1朝食後4日分で処方があり明日まで服用することを確認し、疑義照会を行った。処方医よりクラビット錠を飲み終えてからセフゾンカプセルを開始するように指示を受け、患者に指導した。	患者が薬の服用を処方医に伝えていなかったことが要因と考えられる。		患者側	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 販売名セフゾンカプセル100mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
292	アレジオン20mg2錠分2朝夕食後5日分の処方に対して疑義照会を行った。アレロック錠5mg2錠分2朝夕食後5日分に処方訂正指示を処方医より受けた。	処方医の入カミスと考えられる。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アレジオン錠20 変更になった医薬品 販売名アレロック錠5	薬の特性等
293	フスタゾール錠10mgの処方が1錠分3毎食後7日分になっていたため、過去の服用を薬歴で確認し患者に減量を処方医から指示されたか確認し、疑義照会を行った。フスタゾール錠10mg6錠分3毎食後7日分に処方訂正指示を処方医より受けた。	処方医の入カミスと考えられる。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フスタゾール糖衣錠10mg	薬歴等 薬の特性等
294	持参された整形外科の処方箋には、ロキソニン錠とテルネリン錠、鎮痛消炎テープ剤が記載されていた。内容自体に問題はなかったが、テープ剤の使用部位に「足指」と記されていたため、受診理由を聞く「足に物を落とした」ということだった。この段階でテルネリン錠の処方が気になったので処方元に疑義照会したところ、テルネリンではなくレバミピド錠が正しいことがわかり、再度処方内容を確認し、調剤した。	処方元のレセコン入カミスがあった。	受診理由を正しく聞き出さなければ、そのまま調剤してもおかしくない内容であった。患者からの情報も最低限は聞き出さねばならないと痛感した。	その他処方入カミス	処方された医薬品 販売名テルネリン錠1mg 変更になった医薬品 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
295	他の処方が49日分処方されているのに、メマリー錠20mgだけが56日分を処方されていた。処方医に確認を取ったところ、49日分の間違いということで変更になった。	以前の処方をdo処方されたようだ。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名メマリー錠20mg	処方箋の書き方等
296	睡眠が2時間程度しかとれず、過去にハルシオンの服用歴があったため今回処方になった。患者は重症筋無力症のため、ハルシオンは服用禁忌となっている。過去の服用はかなり以前のため疑義照会を行い、ロゼレムへ変更となった。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ハルシオン0.25mg錠 変更になった医薬品 販売名ロゼレム錠8mg	薬歴等 薬の特性等
297	脳神経外科よりネシーナ、メバロチン、ノルバスクが処方されていたが、ネシーナ、メバロチンは腎内科より継続処方されている為、疑義照会にて確認し削除となった。	同一病院の他診療科の受診・処方状況の確認不足が原因と考えられる。	今回のようにかかりつけ薬局として利用していると薬歴より判断できる。また、お薬手帳の活用も有効であるとする。	確認を怠った コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ネシーナ錠12.5mg 販売名メバロチン錠10	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
298	<p>前回までは酸化マグネシウム錠(330)「マイラン」を3T分3で服用していたが、今回より酸化マグネシウム原末「マルイシ」3g分3へと処方変更となっていた。交付時に確認したところ、増量の話はなく前回までの処方にて体調は安定していたとの患者の話をもとに、疑義照会を行った。</p>	<p>病院の採用が酸化マグネシウム錠(330)「マイラン」から、マグラックス錠(330)へと切り替わったが処方医師は認識しておらず、名称類似の酸化マグネシウム原末「マルイシ」を選択してしまったことが原因と考えられる。</p>		<p>確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名酸化マグネシウム原末「マルイシ」</p> <p>変更になった医薬品 販売名マグラックス錠330mg</p>	<p>薬歴等</p>
299	<p>狭心症の患者に禁忌であるクリアミン配合錠A1.0が処方されたため、処方医に疑義照会し、中止になった。</p>			<p>連携ができていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名クリアミン配合錠A1.0</p>	<p>薬歴等 薬の特性等</p>
300	<p>患者に小柴胡湯が処方されていた。肝疾患があることは初回アンケート、処方内容で確認できた。小柴胡湯は、疾患禁忌・併用禁忌のある薬である。念のため処方医に該当疾患・併用が無いか確認し、肝疾患があることがわかり、禁忌である旨を話して、小柴胡湯が削除となった。</p>	<p>処方医が、小柴胡湯が肝癌に禁忌であることを認識していなかった。</p>	<p>患者から禁忌の該当があるか聞き取れない場合は、処方元に確認する。</p>	<p>確認を怠った 知識が不足していた</p>	<p>処方された医薬品 販売名ツムラ小柴胡湯エキス顆粒(医療用)</p>	<p>患者の症状等 薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
301	<p>門前の医院に通院していた患者が入院した。それまではプラビックス(75)、バイアスピリン(100)、ランソプラゾールOD(15)、フルイトラン(2)が処方されていた。退院する際にコンプラミン配合錠を90日分処方されていた。(当薬局で調剤)退院してまもなく門前医院を受診し、入院前と同様の処方がされる。コンプラミン配合錠はプラビックス(75)とバイアスピリン(100)の合剤であるため、成分が重複する。門前医師に確認したところ、退院処方の確認をしておらず、プラビックス(75)、バイアスピリン(100)を削除することになる。</p>	<p>患者が退院処方を医師にきちんと伝えていなかった。また当日はお薬手帳を忘れており、病院、薬局にきちんと薬の内容を伝える意識が欠けていた。</p>	<p>お薬手帳の意義をしっかりと説明し、どの病院、薬局に行く際にも持参して、かならず服薬状況を伝えるよう説明する。</p>	<p>確認を怠った 連携ができていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名プラビックス錠75mg 販売名バイアスピリン錠100mg</p>	<p>薬歴等</p>
302	<p>プラザキサカプセル75 10・リピトール錠10mg 1T 分1 朝食後で処方されていたが、プラザキサ75は通常40 分2なので数量も回数も少ないので問い合わせた。クリニックからは、患者は船員でまだ船を降りられないので、他院で処方され現在服用している薬をその続きで出しており、本人が話した通りに処方したと返答があった。本人にプラザキサ75を見せて現在どのように飲んでいいのか聞くと、飲んでないと返答あり。実際に飲んでる薬を持っていたので見せてもらおうとプラビックス錠75mgだった。再度問い合わせると、プラビックスと聞いていたが処方箋入力時に薬剤選択を間違えただけだった。</p>	<p>名前が似ており、どちらも採用品なのでマスターにあった為選択間違いしたよう。当クリニックでは手書きのカルテを事務職員がレセコンに入力して処方箋を発行するので、数量や用法がおかしいことに気付かなかったと思われる。</p>	<p>用法など通常と異なる場合は疑義照会していく。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>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</p>	<p>薬の特性等 患者の症状等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
303	薬歴情報から、セファロスポリン系の抗生剤で薬疹ありとの記載があるにも関わらず、一般名セファクローラップセル3C(1日、3×)、4日分が処方された。患者にも念のため情報を再確認して、疑義照会して、一般名クラリスロマイシン200mg、2錠(2×)4日分へ変更になった。	医師が電子カルテで副作用を確認漏れをした可能性もあるが、薬局で入手した副作用を医師にしっかりと情報提供する必要がある。	交付時の患者情報収集と医師への情報提供を行う。	確認を怠った連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ケフラルカプセル250mg 変更になった医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200「MEEK」	薬歴等
304	ミカムロAPが処方されている患者に、カルブブロックが追加された。CCBが2種被るため疑義照会し、アムロジピンに処方変更された。	患者のHRが上がったので医師がカルブブロックを追加したかったようだが、ミカムロに入っている成分はミカルディスとアムロジピンなので、CCBが2種類入ることになるため疑義照会した。		知識が不足していた勤務状況が繁忙だった医薬品	処方された医薬品 販売名カルブブロック錠8mg 変更になった医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」	薬の特性等
305	新規の患者にセロクエルとレミニールが処方された。新規患者アンケートにて糖尿病治療中である旨を聴取した。セロクエルは糖尿病患者に禁忌であるため疑義照会し、処方削除となりレミニールのみ処方となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名セロクエル25mg錠	患者の症状等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
306	内科よりカリジノゲナーゼ錠50単位 2錠分2朝夕食後が定期処方中であった。お薬手帳に10月〇日の他院眼科処方について記載があり、カリジノゲナーゼ25単位が3錠分3で処方されていた。内科処方医に連絡をし服用方法について確認したところ、朝・夕は50単位を各1錠、昼は25単位を1錠服用するようとのことであった。	お薬手帳には10月〇日以前の眼科処方については記載はなかったが、患者本人が仰るには3ヶ月ほど前から眼科処方があり、これまではどちらも服用されていたようであった。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名カリジノゲナーゼ錠50単位 「日医工」 変更になった医薬品 販売名カリジノゲナーゼ錠50単位 「日医工」	お薬手帳
307	ジェニナック錠200mgが2錠、1日2回朝夕食後で処方が出ていた。調剤者は疑義照会をせず、そのまま分2で調剤をしたが、鑑査者が疑義照会をしたところ、2錠、1日1回夕食後に処方に変更となった。		薬剤の用法用量を知らないものに関しては、添付文書等で確認をしてから調剤をする。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	薬の特性等
308	クリアナール錠(200)が、朝・夕食後で処方されていたが、前回まで毎食後で服用していた事を確認した。また、通常1日3回服用する薬の為疑義照会を行った。結果、1日3回毎食後へ変更となった。	処方記載時に、用法の確認が不十分だった事が考えられる。	今後も、前回処方内容の確認を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クリアナール錠200mg	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
309	主治医からの処方であるオメプラール錠10を定期的に服用していた。胃の痛みで同病院の別の医師の診療を受け、ガスターD錠20mgが処方された。同類の処方であるため医師に問い合わせたところガスターが削除されてプロマックDに変更となった。	定期薬の確認不足があったと思われる。		確認を怠った記録などに不備があった知識が不足していた医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ガスターD錠20mg 変更になった医薬品 販売名プロマックD錠75	薬歴等
310	患者が来局、処方箋を受け付け、調剤鑑査した。交付の際、メリスロンが処方されていたためめまいがあるかどうかを確認したところ、めまいはないとのこと。症状をうかがったところ、風邪で咳が出るとのことだった。疑義照会したところ、メリスロン錠(6mg)からメジコン錠(15mg)に変更となった。			その他薬剤入力間違い	処方された医薬品 販売名メリスロン錠6mg 変更になった医薬品 販売名メジコン錠15mg	患者の症状等
311	内科の処方せん。新規でツムラ当帰芍薬散が追加で処方される。当帰芍薬散は女性に処方される事が多い薬剤であったため、本人に症状を確認した。筋肉の症状があるので、芍薬甘草湯を処方医にお願いしたとの話を聞き取った。処方医に疑義照会した所、ツムラ当帰芍薬散からツムラ芍薬甘草湯に変更になった。	両薬剤とも漢方の名前が似ていることから、間違っ て処方されてしまったと推測される。	今後も漢方薬でも症状や性別などからも処方監査を徹底する。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
312	3歳5ヵ月体重13kgの女の子に「メリアクトMS小児用細粒10% 分3 毎食後 1日量420mg」と処方されていた。13kgの小児では、通常量1日量126mgであるため、用量の確認をおこなったところ、「1日量 126mg」に変更となった。	他の薬剤と勘違いした可能性あり。		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
313	メニタジンの処方に変更不可のチェックがあったが、すでに名称変更になっていたため、当店取扱いメーカーのベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」への変更を疑義照会にてお願いしました。患者にも、同じ成分、効果であることを説明し安心して服用してくださいと伝えました。	以前患者が服用していた薬の名前でそのまま処方された。		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名メニタジン錠6mg 変更になった医薬品 販売名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」	処方箋の書き方等
314	ジスロマックが処方された患者に聞き取りしたところ、他の病院からクラビットが処方されていた。医師に伝えなかったそうで疑義照会し、カットになった。		次回からは、他の服用薬は医師にも伝えてくださいと話しました。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
315	ブルスマリンADS小児用1.5%600mgの処方あり。用量がおかしいため疑義照会したところ、Drより「ムコダインDS50%600mgのジェネリックを出したつもりだった。」との回答があった。	Drがジェネリック名を間違えて、原薬量mgで記載されていたため。	新しくできた病院であり、このような間違いはコンピュータ画面上でも分かりやすく後発品名を対比させるなど、ミスを防止するシステムが必要だと思う。	知識が不足していた仕組み	処方された医薬品 販売名ブルスマリンAドライシロップ 小児用1.5% 変更になった医薬品 販売名ムコダインDS50%	年齢・体重換算の結果
316	4歳の患児にフロモックス細粒が1日6g処方されていて、量が多いため疑義照会にて問い合わせしたところ、薬品名の入力間違いと解かり変更になりました。		体重換算は必ずして確認する。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg 変更になった医薬品 販売名オラスポア小児用ドライシロップ10%	年齢・体重換算の結果
317	朝食後のインスリンの単位の記載が間違っていた。前回23単位で今回26単位に増量変更されるどころ、処方箋は2単位と記載されていた。明らかな間違い。			記録などに不備があった その他詳細は不明 医薬品 ルールの不備	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	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
318	<p>医師はアモバン10mgを処方すると、あらかじめ患者に伝えていたが、実際は前回どおり7.5mgが処方されていた。電話で確認し10mgへ変更された。</p>			<p>確認を怠った その他医師の処方 間違い 医薬品 ルールの不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名アモバン錠7.5</p> <p>変更になった医薬品 販売名アモバン錠10</p>	<p>患者の申し出</p>
319	<p>メチクール500 6T 分3、ノイロロピン錠 3T 分3 その他の薬剤が出ている患者にメチクール500 6Tでは用量が多いのでメチクール250の間違いではと思い問い合わせると他院を退院後初めての処方だったので1つ1つ確認していくと、メチクール500は3Tの入カミスだったが、ノイロロピン錠がノイロピタン配合錠の間違いだったことが判明した。ノイロピタン配合錠にはVB12が含まれているので成分が重複すると問い合わせ、メチクールが中止となり、在庫のないノイロピタン配合錠はビタメジン配合カプセル25に変更となった。</p>	<p>退院後初めてで入力ミスが起こり、他院の処方がすでにVB12の重複が起こっていたが内容を確認せずにそのまま継続されていた。</p>	<p>継続処方であっても、処方に間違いがある可能性があるため、そのまま調剤しないようにする。</p>	<p>確認を怠った 判断を誤った</p>	<p>処方された医薬品 販売名メチクール錠500μg</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
320	ワーファリン錠1mgを1日1回2.25Tで処方されている患者から、「今は1.75Tで飲んでいる。調節するように電話があつて、先生にもそうして飲んでいることを話している。」との申し出があつたが、処方箋は2.25Tで前回と変更なかつたので問い合わせた。病院の事務員からは「カルテの記載は2.25Tだ。」と返答があつたが、医師に確認してほしいと申し出ると、「1.75Tに変更。」と返答があつた。	血液検査の結果が当日に出ないので、結果が出てから量の調節を直接指示されることもあり、今回も途中で量の変更を指示されていたがカルテに記載がなかつたので、処方に反映されていなかつた。	ワーファリンなど変更が多い薬の処方量は患者に毎回確認する	確認を怠つた記録などに不備があつた	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
321	他の病院に入院中に、同じ薬が出ていたが今回医師にそのことを伝えていなかつたため、重なつた薬を一部中止していただいた。	患者さんは、薬局で減らしてもらえるかと思ひ、医師には伝えていなかつた。	医師にかかるときにも、これからは話してくださいと伝えました。	患者への説明が不十分であつた(怠つた)	処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠	薬歴等
322	他院にて逆流性食道炎の薬を服用中というのを、医師に伝えていなかつたためファモチジンが処方されていた。手帳にて、他院の薬に気づき疑義照会しカットしていただいた。		手帳を、他院から薬が処方されたらその都度、医師にも見せてくださいと伝えました。	患者への説明が不十分であつた(怠つた)	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠20「サワイ」	お薬手帳

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
323	タミフルが、5歳の子に75g処方されていたため疑義照会したところ、75mgの処方を間違えて打ち込んだことが分かりました。	事務の人が計算間違いをしていた。	今回は大きく数値が異なり分かりやすかったが、体重換算を必ずする。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名タミフルドライシロップ3%	処方箋の書き方等
324	ジスロマックは1日1回飲む薬だが、2錠分2で処方されていたため、疑義照会にて1日1回2錠に変更していただきました。	2錠ということで、間違えたらしい。		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	薬の特性等
325	血圧の薬の残りがあると、薬局にて申し出があり疑義照会しカットになった。		医師にかかるときに残薬も伝えると、その分処方されないので申し出てください。	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 販売名アムロジピン錠2.5mg「サワイ」	患者の申し出

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果	
326	9歳の子どもにカロナール錠が処方されたが、大きくて飲めないとのこと。疑義照会にてカロナール細粒に変更をお願いした。	体が大きいので錠剤を飲めるとしてしまった。		初めに、聞き取りにて確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名カロナール錠200 変更になった医薬品 販売名カロナール細粒20%	患者の申し出
327	他の病院から過活動膀胱に効くステープラが処方されているが、同じように過活動膀胱に効くデトルシロールが処方されたため、疑義照会したところ、フラボキサートに変更になった。	医師に、他の薬を服用中と伝えていなかった。	医師にも伝えていただくのと、手帳は、どちらにかかるときも見せてくださいと伝えました。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名デトルシロールカプセル4mg 変更になった医薬品 販売名フラボキサート塩酸塩錠200mg「日医工」	薬歴等	
328	ノボリン30Rフレックスペン処方。今までの用量は1日1回朝4単位だったが、今回の処方せんは1日1回朝6単位に変更していた。患者に単位変更は聞いているか確認したが、「いつもと変わらないはず。変更は聞いていない。」との返答だった。医療機関に疑義照会すると今までどおり4単位でお渡しするよう処方変更の指示があった。	処方医の入カミス。		インスリンの単位の変更などは、医療機関から患者に伝えていないこともあり、疑義照会しても処方どおりで間違いなかったケースもあるが、今回のように変更になることもあるので疑わしい場合は必ず疑義照会することを続ける。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ノボリン30R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	関連する医薬品の情報	調査結果
329	<p>患者家族が薬を受け取りやすい薬局として当薬局を指名され、クリニックよりFAXにて処方箋が送付されてきた。デパス細粒1%、0.7g、分1夕食後の記載があった。調剤した薬剤師より7mgは過量であるとの報告を受け、添付文書等の資料を調べたところ、通常用量としては多すぎるので1回目の電話にて疑義照会を行った。添付文書上、0.07gの誤りである可能性を指摘したところ、「医師が患者家族より退院時処方方を聞き、処方したため間違いない。患者はALS(筋萎縮性側索硬化症)で大学病院から退院し、このクリニックで在宅で診るので処方としては初めて。」との回答であった。適応外使用の可能性もあり、電話を一度終了した。インターネット等でALSの病態・治療法を調べたところベンゾジアゼピン系の大量投与の記載がなかった。当地区で在宅を行っている薬局にALSの患者の在宅の有無を確認したところ、在宅を行っているとのことで、ベンゾジアゼピン大量投与の経験があるか否かを聞いたところ皆無であった。</p> <p>→背景・要因欄へ</p>	<p>処方箋等の記載は一般の方が見ても分かり難いところがあるため、専門知識を有する人がきちんと確認することが重要である。当該大学病院の退院時の薬袋には総量が書いてあるのは周囲の薬局は知っているようだが、こちらこそまでは認識していなかった。また、在宅に移るような場合の退院時処方の内容は早めに情報が伝わるようなシステムを構築する必要がある。</p> <p>→続き むしろ呼吸抑制を心配され再度、疑義照会をおこなった。処方箋の成分だと7mg、1回で投与すること、他に大量投与の例がなかったことなどからもう一回検討を医師に依頼した。その後クリニックより連絡があり、「大学病院の薬袋を家族が見て連絡してきたものを処方したが、FAXで送信してもらい再確認をしたところ14日処方の総量の記載を家族が伝えていたことが判明した。」とのことであり、訂正のFAXが送付されデパス細粒1%、0.05g、分1、14日分処方となって、後刻患者家族に渡した。</p>	<p>病診連携を地域できちんと構築する。</p>	<p>その他退院時処方 の連携不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名デパス細粒1%</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
330	今まではB病院の院外処方せんを応需していたが、B病院からA医院に転院し、A医院から処方(5種類)が出されることになったが、今までの内容と異なっている(プレタールODの用量・用法とダイアートの用法)ことが判明。A医院に疑義照会したところ、B病院からの紹介状の記載が間違っている可能性が判明。A医院からB病院に問い合わせしてもらうことになった。紹介状の記載ミスであることが分かり、処方内容は今まで通りであることを確認できた。プレタールOD錠100mg 1錠分1朝食後(誤)→2錠 分2朝夕食後(正)ダイアード錠60mg 1錠 分1朝食後(誤)→分1昼食後(正)	紹介状の記載ミスのため、A医院のDrは何の疑いもなくそのまま処方したようだ。お薬手帳を利用していない患者であったため、A医院でも併用薬が正確に確認できていなかったと思われる。	転院時の処方については、本件のようなことも起こりうるため、いつも以上に1つずつ薬の内容を患者にご確認いただくようにする。お薬手帳の活用を促していく。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名プレタールOD錠100mg 販売名ダイアード錠60mg	薬歴等
331	ラキソベロン内用液1本用法医師指示11:00内服と記載。検査前日の服用であると推察された。交付時に医師から具体的指示があったか確認。「滴数については特に聞いていない。」とのこと。一般的な滴数(10滴~15滴)を伝えたが、検査前に服用という事が引っかかり、疑義照会する事に。用法はラキソベロン液丸ごと1本内服という指示だった。	ラキソベロンの保険適用用量にこだわって、疑義照会をする判断が遅くなった。	特になし。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ラキソベロン内用液0.75%	薬の特性等
332	喘息の患者にアーチスト錠10mgが処方になったが、疑義照会の結果、カルバン錠50mg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 販売名アーチスト錠10mg 変更になった医薬品 販売名カルバン錠50	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
333	今回からガスモチン錠5mgが処方されていたが、他院にてモサブリド錠5mgをもらわれていることが分かった。病院に問い合わせし、ガスモチン錠削除となる。			その他併用薬確認不足	処方された医薬品 販売名ガスモチン錠5mg	薬歴等
334	メマリー錠20mg1錠を継続服用されている患者に対し、メマリー錠5mgが追加になった。メマリー錠の維持量は20mgであるため、病院に問い合わせ。メマリー錠5mg削除となる。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メマリー錠5mg	薬の特性等
335	薬歴より、同医療機関の他科にてパリエット錠10mgを服用中であった。作用が重複であることを処方医に情報提供したところファモチジンD錠20mg「サワイ」の処方が削除となった。	患者が服薬中の薬を伝えていなかった。	同医療機関内でも薬手帳の提示をすすめる。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠20mg「サワイ」	薬歴等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
336	体重10kgの患者でリンデロン散1% 5mg/日の高用量で処方されていた。持参された薬手帳から、前医療機関での用量も合わせて処方医に情報提供したところ1mg/日に変更となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名リンデロン散O. 1%	お薬手帳
337	もともと内科よりワーファリンが1日1回朝食後で処方されていたが、足の腫れがあり同医療機関の外科を紹介された。それによりワーファリンの用量変更とともに用法も1日1回夕食後へ変更となった。その後は元の内科にて処方を継続することとなったが、用法が変更されていなかった。処方医に外科Drからの指示を情報提供したところ用法が夕食後へ変更となった。	内科受診の際、外科での出来事は患者から内科医師へは伝えられていなかった。	他科での出来事も含めて診察時に話すことをすすめた。	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
338	降圧剤服用の患者。血圧がまだ高い為、オルメテック錠40mg1錠から1.5錠へ、及びアムロジピン錠10mg「トーフ」1錠から1.5錠へ増量になっていた。それぞれの上限が1錠ずつである為、疑義照会し、それぞれ1錠と、フロセミド錠20mg1錠の追加処方となった。	降圧剤の上限量を把握していなかったと考える。	システム上、エラーを示させる設定とすることも方法としてある。	知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名オルメテック錠40mg 販売名アムロジピン錠10mg「トーフ」	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
339	前立腺肥大だが、フスコデ配合錠が処方されたので、疑義照会して中止となる。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠	薬歴等 薬の特性等
340	アドエアが昨日処方されているのに、今日はホクナリンテープが処方された。アドエアが合わなかったかどうか、また、気管支拡張剤が2種類になるので疑義照会した。アドエアは吸入できている。ホクナリンテープ中止となる。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	薬歴等
341	内服薬が7日分である方だったが、デュロテップMTパッチは1枚のみ処方されていた。デュロテップMTパッチは1枚で3日分のため、2枚あれば6日分の計算になる。薬歴より、デュロテップを貼りかえる日にちを記載していたため、途中で足りなくなることが分かり、疑義照会して2枚へ変更してもらった。途中で足りなくなってしまう場合は、痛みが出てしまい、受診もできないという状況に陥っていた可能性もある。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名デュロテップMTパッチ2.1mg	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	関連する医薬品の情報	調査結果
342	(一般名)イトラコナゾール50が朝食前で処方されていた。食前で効果が低下するため添付文書では食直後と記載されていることを医師に伝えたと、朝食直後に変更となった。			確認を怠った判断を誤った知識が不足していた医薬品	処方された医薬品 販売名イトリゾールカプセル50	薬の特性等
343	以前より、ユニシア配合錠HD 1錠朝食後を服用している60歳代の女性に、アムロジピンOD錠5mg 1錠 夕食後の追加処方有り。ユニシア配合錠HDは、アムロジピン5mgと、プロプレス8mgの合剤なので、追加すると、アムロジピン10mg 2×となり、1日1回の用法と異なるのでドクターに問い合わせしたら、処方削除となった。	ドクターが配合剤について、思い違いをしていたようだった。	配合剤については、流さないで毎回何の合剤かを、確認することが大切。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「NS」	薬歴等
344	ジプレキサ錠2.5mgとリボトリール錠0.5mgが初回の処方。同じ処方医から糖尿病の治療のため定期的に薬が出ている患者であった。ジプレキサは糖尿病に禁忌のため疑義照会。処方医より「慎重投与ではなかったか？だから処方したのだが。」との返答。禁忌である旨を再確認し伝えたと、リスパダール錠1mgに変更となった。	処方医の勘違い。	特になし。	その他処方医の思い違い	処方された医薬品 販売名ジプレキサ錠2.5mg 変更になった医薬品 販売名リスパダール錠1mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
345	他の病院でデパケンR200mg処方のためてんかん患者の疑いがあり、てんかん患者がレボフロキサシン100mg服用するとてんかん発作誘発の恐れがあるため疑義照会をしたところ、レボフロキサシン100mg処方削除、フロモックス錠100mgに処方変更となった。	処方医が患者が他で服用している薬の名前を把握していなかったため起こったと推測。	お薬の飲み合わせを把握するためお薬手帳を持ち歩く。	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 「科研」 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	薬歴等 薬の特性等
346	風邪でフスコデ、カロナール、PL顆粒が処方。サマリーの記録に、フスコデで便秘と記録あり。また、アスピリン喘息の疑いとの記録もあった。そこで、この処方をそのまま出していいかを疑義照会した。フスコデはアストミン3T 分3 5日分に変更になり、PL、カロナールは処方歴があるため、様子を見ながら服用する指示が出た。	サマリーに、薬による副作用の記録と、アスピリン喘息の可能性であることが記録にあったため。		仕組み	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 販売名アストミン錠10mg	薬歴等 薬の特性等
347	プリンペラン錠5mg 1錠 頓服10回(吐き気時)処方。患者は現在授乳中。プリンペランは「授乳中の婦人への投与は避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合は授乳を避けさせること。[母乳中に移行することが報告されている。]」となっている。しかし、「授乳時の服用について医師から説明をうけていない。」とのことだったため、授乳の有無を確認のうえでの処方であるかを疑義照会。→医師は「患者が授乳中であること及びプリンペランの乳汁移行性も把握し、患者にも授乳時の服用の説明をした上での処方であるため、授乳時の服用について再度よく確認し、そのまま調剤するように。」との回答であった。	医師は授乳時の服用について説明をしたうえででの処方であったが、患者は服用の注意点について理解していなかった。その日の患者は体調が悪く、説明をきちんと聞ける余力があまりなく、受診した時間もクリニックの一番忙しい時間であったため、医師も患者が服用について理解しているかを確認する余裕がなかったと考えられる。	疑義がある場合は処方医に確認する。医師の説明が患者に伝わっていないこともあるため、交付時は注意事項がある内容について再度患者の理解を確認する。	連携ができていなかった 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 販売名プリンペラン錠5 変更になった医薬品 販売名プリンペラン錠5	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
348	何度も来局している患者に処方されていたデパス1mg3Tにつき、そのままいつも通り調剤をしようとしたが、高齢者の年齢であると判断し、添付文書による用法「高齢者には、エチゾラムとして1日1.5mgまでとする。」に反するので、疑義照会して0.5mg3Tとなった。	成人であっても、高齢者では用量が異なる薬があることを念頭に置かず、デパスが相当する薬である認識も希薄であったので調剤者は調剤したが、鑑査時に気付いて照会ができた。	高齢者の用量に限らず、調剤時に配慮すべき事項(併用、年齢により用法用量の異なるものなど)をしっかりと記憶するのが理想だが、忘れる場合を想定して、調剤棚にメモ書きをするなどの工夫をするとうい。	確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名デパス錠1mg 変更になった医薬品 販売名デパス錠0.5mg	薬の特性等
349	処方箋にはサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」(アザルフィジン後発)1T 1日1回朝食後30分 上記をアザルフィジン 250mg 2カプセル1×に変更と記載されていた。後発品への変更が可能な処方箋でアザルフィジンにはカプセルの剤形が存在しないので、処方意図が不明な為問い合わせた。アザルフィジンEN錠250mgが正しく、アザルフィジンEN錠250mgで調剤するようにとの指示だった。	処方元のレセコンでアザルフィジンが選択出来ないようになったが、アザルフィジンを処方したかったようだ。処方箋の記載方法やルールが分かっていないようでおかしな処方となっていた。	処方元の問題なので、疑問がある場合は確認するしかない。	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 販売名サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名アザルフィジンEN錠250mg	処方箋の書き方等
350	同一処方せん内にアーチスト錠10mg 0.5錠 分1朝食後28日分と、アーチスト錠10mg 1錠 分1朝食後21日分が処方されていた。過去の薬歴の内容と患者から話を伺い、処方ミスの可能性が高いと判断し疑義照会をした。疑義照会の回答は、アーチスト錠10mg 1T 分1朝食後 28日分 であった。	過去の薬歴を確認したところ、定時処方方でアーチスト錠10mg 0.5T/日で服用していたが、直近の臨時処方方で0.5T/日が追加され、アーチスト10mg/日で服用することになっていた。医師の単純な処方せん入力ミスによるものと思われる。	処方変更時に医師の処方入力間違い可能性があることを認識して調剤・鑑査・交付にあたる。患者からの聞き取りで不審な点があれば疑義照会する。	その他処方せん入力ミス	処方された医薬品 販売名アーチスト錠10mg	薬歴等 患者の症状等 処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
351	定期処方にてエリスロシンDSWが処方されていた。今回、定期処方の他に臨時処方にてクラリスッドが処方された。同系統のため疑義照会し、クラリスッドからクラビットへ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラリスッド錠200mg 変更になった医薬品 販売名クラビット錠250mg	薬歴等
352	飲み誤り防止のため一包化している患者。定期処方にてマグミット330mg 3T毎食後の処方があった。今回、臨時処方にてレボフロキサシン100mgが4T朝夕食後で処方された。同時服用でレボフロキサシンの薬効低下があるものの、コンプライアンスを考慮して服用時間をずらすことも難しいと判断した。疑義照会し、レボフロキサシンからセフカペンへ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠100mg 「日医工」 変更になった医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	薬の特性等
353	マイスタン(5)の新規処方があった。前回まではマイスリー(5)の処方であった。交付時に代理人に体調変化あったか確認したところ、特にないと回答があった。医師からは、前回と同じ薬処方になると聞いたとの話であったため疑義照会をした。結果、前回処方同様マイスリー(5)が処方になりマイスタン(5)は中止となる。			判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名マイスタン錠5mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5mg	薬歴等 患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
354	耳鼻科の処方箋を患者の家族が持参した。体重を確認したところ、抗菌薬の体重換算量としては少なかったため、疑義照会した。体重に合う量に変更となった。			その他クリニックでの入カミス	処方された医薬品 販売名ワイドシリン細粒200	年齢・体重換算の結果
355	タケルダの処方日数が他の物より7日少ない為疑義照会をした。1週間休薬しその後再開するよう返答あり一包化の為その指示通りに作るが、交付時に患者本人に確認すると1週間後は手術日とのことであつた。再開日と手術日が同じになるため再度疑義照会をした。7日休薬して再開は手術を受ける病院の指示に従って下さいとのことであつた。一包化を作り直し患者本人にも説明した。薬の手帳・薬袋にもその旨を記入して渡した。		何故最初の疑義照会の返答がそうだったのかわからないが、休薬理由まで教えてもらうべきだったように思う。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名タケルダ配合錠 変更になった医薬品 販売名タケルダ配合錠	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
356	<p>50歳代男性から循環器科より発行された処方せんを2枚受け取った。処方内容はRp1.【般】カルベジロール錠10mg1回2錠頓服×14回分動悸時服用-以下余白-Rp1.【般】カルベシロール錠10mg1日2錠分1×63日分夕食後Rp2.ワソラン錠40mg1回1錠頓服×14回分動悸時服用-以下余白-であった。一度処方通り医薬品を調整し、別の薬剤師に鑑査をしてもらっている際に「【般】カルベジロール錠10mgが頓服で処方されるケースは稀であり、以下余白と記載された処方せんが2枚発行されている場合には、どちらかが間違っていて発行されている可能性も否定できないので、疑義照会して医師に確認すべきだ」との指摘があった。処方医に「以下余白と記載されているにもかかわらず、処方せんが2枚発行されているが、どちらの処方せんも有効で間違いはないか」と問い合わせた結果、処方方はRp1.【般】カルベシロール錠10mg1日2錠分1×63日分夕食後Rp2.ワソラン錠40mg1回1錠頓服×14回分動悸時服用-以下余白-のみ有効であるとの回答があった。</p>	<p>一度、医療機関より発行された処方せんが間違っており、医師が回収すべきところ、そのまま患者の手に渡ってしまったケースと考えられる。処方内容から一枚は中止の可能性がある判断すべきであったが、「医師の処方間違いがないだろう」との気持ちが先走ってしまい、処方通り調剤を行ってしまった。</p>	<p>以下余白との記載がある処方せんが同一日、同一医師より処方せんが複数発行されている場合には、必ず内容を処方医に確認の上、調剤を行う。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名【般】カルベジロール錠10mg</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
357	<p>80歳代女性が内科より発行された処方せんを当薬局に提出される。処方内容はRp1.【般】プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤1日3g分3×3日分毎食後服用Rp3.カロナール錠200mg1日6錠分3×3日分毎食後服用であった。【般】プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤にはアセトアミノフェンが含有されており、この処方では1日量としてアセトアミノフェン1650mgとなり、感冒に対する1日最高量1500mgを超えており、また「特定使用成績調査において、添付文書の「警告」等により、アセトアミノフェンを含む他の製剤との併用を避けるべきである旨を注意喚起しているにもかかわらず、他のアセトアミノフェン含有医薬品との併用及び併用による過量投与が認められていることから、他のアセトアミノフェン含有医薬品との避けることを徹底させるため、アセトアミノフェンについて「使用上の注意」を改訂し、適正使用に関する更なる注意喚起を行う必要がある」との通知が平成26年10月21日付で出されていることから、処方医に対して疑義照会を行った。Rp1.【般】プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤1日3g分3×3日分毎食後服用を中止とする回答があった。</p>		<p>添付文書に記載されている内容とその理由を良く理解したうえで調剤を行い、添付文書の改訂内容についても最新の情報をPDMAメディナビ等を活用して収集しておく必要がある。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名【般】プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
358	50歳代男性が泌尿器科から発行された処方せんを当薬局に提出される。処方内容はRp1.カソデックスOD錠80mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用28日分 Rp2.ウルソ錠50mg1回1錠(1日3錠)1日3回毎食後服用28日分であった。薬剤服用歴簿の記録には、医療機関でランマーク皮下注の治療中であるとの記載あり。ランマーク皮下注の用法・用量に関する注意事項として、「本剤による重篤な低カルシウム血症の発現を軽減するため、血清補正カルシウム値が高値でない限り、毎日少なくともカルシウムとして500mg及び天然型ビタミンDとして400IUの投与を行うこと」とされており、患者からもカルシウム値が高いとの説明を医師から聞いていないとのことで処方医に疑義照会を行った。上記処方に加えてRp.デノタスチュアブル配合錠1回2錠(1日2錠)1日1回朝食後服用28日分を追加で処方するとの回答があった。		医療機関で投与されている医薬品によっては、副作用を未然に防ぐために必要な投薬が行われることにも留意の上、処方内容を確認し、必要であれば医師に疑義照会を行った後に、調剤を行う必要がある。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名デノタスチュアブル配合錠 変更になった医薬品 販売名デノタスチュアブル配合錠	薬歴等 薬の特性等
359	前回受診時が妊婦だったので交付時に授乳の確認をしたところ授乳中とのことだったので疑義照会をして、薬剤変更となった。		3か月以上来局されていない方には副作用も含め変更点がないのか確認する。	連携ができていなかった その他交付時に確認して判明 患者側 仕組み	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg 変更になった医薬品 販売名オーグメンチン錠125	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
360	緑内障(閉塞)であることをドクターに伝えていなかった。点眼薬だけだったので併用薬はないと伝えていた。		手帳を病院でも見せるよう伝えた。	連携ができていなかった その他ドクター未確認のため その他なし 仕組み	処方された医薬品 販売名テルギンGドライシロップ0.1% 変更になった医薬品 販売名ザイザル錠5mg	薬歴等 薬の特性等
361	緑内障(閉塞)をドクターに伝えていなかった。		疑義照会を徹底する。	連携ができていなかった その他患者がドクターに伝えていなかった。 患者側 ルールの不備	処方された医薬品 販売名テルギンGドライシロップ0.1% 変更になった医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	薬歴等 薬の特性等
362	病院事務が単位を間違えて入力した。21単位から12単位に変更になった。		前回の単位を必ずチェックする。	連携ができていなかった その他病院事務 コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	薬歴等
363	授乳中であることを薬局で確認した。疑義照会の結果薬剤変更となった。		授乳中を病院にも伝えてあるのかを確認のうえ疑義照会をする。	連携ができていなかった その他患者が授乳中であることを伝えていなかった。 患者側 ルールの不備	処方された医薬品 販売名アルピード錠20 変更になった医薬品 販売名ツムラ消風散エキス顆粒(医療用)	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
364	体重確認せずに処方された。薬局で確認し、疑義照会后体重に合った薬の用量に変更となった。		とくに幼児小児の体重は確認してから調剤をする。	連携ができていなかった その他病院が未確認 その他病院 ルールの不備	処方された医薬品 販売名メイアクトMS小児用細粒10%	年齢・体重換算の結果
365	併用薬にテグレトールがあり、併用注意のため疑義照会をした。薬剤に変更はなかった。		併用時に起こりうる副作用情報を分かりやすく患者に伝える。	連携ができていなかった その他病院が併用薬の確認をしていない その他病院 ルールの不備	処方された医薬品 販売名カロナル錠200	薬の特性等
366	1週間前に別の点鼻薬が2週間分出ていた。今回の点鼻と併用なのか変更なのかの説明をドクターからされていない。		不明な点は疑義照会をする。	連携ができていなかった その他医師の説明不足 その他病院側 ルールの不備	処方された医薬品 販売名リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	薬歴等
367	併用薬にフェキソフェナジンがあり、アルピードが削除となった。		併用薬の確認を怠らない。	連携ができていなかった その他病院の併用薬の見落とし その他病院側 ルールの不備	処方された医薬品 販売名アルピード錠20	薬歴等
368	体重にあった薬の用量ではなかった。		体重確認を怠らない。	連携ができていなかった その他病院が体重を間違っていた。 その他病院側 ルールの不備	処方された医薬品 販売名オノンドライシロップ10%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
369	アラミストは2歳未満の国内における使用経験はなしのため安全性未確立(添付文書より)であることをドクターに伝えた。片鼻1噴霧ずつ点鼻となった。		メーカーにも問い合わせをした。後日メーカーよりドクターに説明するとのことであった。	連携ができていなかった その他医師 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アラミスト点鼻液27.5 μ g 56噴霧用	薬の特性等
370	同効薬服用中のため薬剤削除となった。		手帳は病院でも見せていただくよう伝えた。	連携ができていなかった その他ドクターに手帳をみせていない 患者側 ルールの不備	処方された医薬品 販売名C-チステン錠250mg	薬歴等
371	応需した処方箋にニトロールRカプセル20mg頓服服用の記載があった。過去にニトロペン舌下錠の処方歴のある患者だったため患者本人に確認したところ、前の分が期限が切れたので医師にお願いして出してもらう予定だったとのことであった。疑義照会にてその旨を話し、ニトロペン舌下錠に変更となった。	病院での処方入力時、ニトロペンを選ぼうとして、おそらく隣に表示されていたニトロールRカプセルを選択したと考えられる。処方箋発行時に医師が確認すればよいが、確認していない様子であった。また、一般名で処方されているので気づきにくいかもしれない。また、インフルエンザ予防接種で混雑しているようなので、医師の疲労も影響しているかもしれない。	通常、院外処方では薬局が応需していれば気づけるミスといえる。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ニトロールRカプセル20mg 変更になった医薬品 販売名ニトロペン舌下錠0.3mg	薬の特性等
372	ナウゼリン錠10mg 2錠 用法なし 1日分という処方箋を応需した。1日分だけナウゼリン錠を出す可能性もあるが、用法もなく不審に思い疑義照会したところ、ナウゼリン坐剤を出すつもりだったということが判明した。	コンピュータ入力時の操作ミスと考えられる。	用法が適切に入っていないときなど、コンピュータが警告を発したり、入力できないようになればこのようなことは起きなくなると思われる。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10 変更になった医薬品 販売名ナウゼリン坐剤10	処方箋の書き方等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
373	ジゴキシン錠(0.25)5錠1日1回朝食後4日分という処方があった。初回の処方であり、ありえない量ではないものの今まで当該医師がそのような処方を行ったことはなかったため、疑義照会を行うと、5錠ではなく0.5錠のつもりであったことが判明した。	処方箋入力時の入力間違いがあった。	使用量の幅が大きい薬剤であり、機械的に警告を出すことは難しい。患者や処方背景、処方元の特徴などから総合的に判断し、疑念がある場合はしっかり疑義照会を行うしかないと考え。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ジゴキシン錠0.25mg「AFP」	薬の特性等
374	ワーファリン錠1mg 1T 分1が定期薬で出ている患者にワーファリン1mg 0.5T追加されていた。追加薬が次回の定期処方まで足りないため、その継続薬が処方されたがワーファリン1mg 1.5T 分1で出されていた。増量か受取の方に確認したが何も聞いていないということで問い合わせた。ワーファリン1mg 1.5Tで飲んでいてと返答があり、定期薬の残りがあるので1.5Tで処方されると2.5T飲むことになるかと再度問い合わせると1.5T→0.5Tに変更となった。	定期処方の間に追加の臨時薬が2回処方されており、1回目は定期処方と近かったこともあって定期で出ている量を考慮しようだが、今回は定期薬のことを忘れていたのか実際に飲んでる量を処方してしまっていた。	ワーファリンは特に服薬量を本人と確認して間違いないか確認していく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	薬歴等
375	定期薬に追加でPL配合顆粒が処方される患者に、現病歴で緑内障をもっていることが薬歴に記載されていることを確認した。緑内障の患者へのPL配合顆粒の服用は禁忌となるため、処方医に問い合わせを行ったところ、PL配合顆粒が削除となった。(薬局薬剤師が気付いたため、患者へ薬を交付する前に疑義照会にて確認がとれた)	現病歴の確認がしっかりできていたので防ぐことができた。		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PL配合顆粒	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
376	処方:ワイドリシン細粒200 700mg 小児用ムコソルバンDS1.5% 10mg オキロットDS2% 12mg患者の体重を確認したところ、17kgであった。体重に対して用量が少ないと思った為、処方医に疑義照会を行った。処方:ワイドリシン細粒200 1000mg 小児用ムコソルバンDS1.5% 12mg オキロットDS2% 17mgに変更となった。			その他特になし その他特になし	処方された医薬品 販売名ワイドリシン細粒200 販売名小児用ムコソルバンDS1.5% 販売名オキロットDS小児用2%	年齢・体重換算の結果
377	ムコスタ錠100mg 3T 分3 毎食後と一緒にロブ錠・レバミピド錠100mg「EMEC」各1T 疼痛時 10回分が処方されていた。ムコスタとレバミピドが同成分なので問い合わせ、レバミピドがマックターゼ配合錠に変更となった。	定期薬でムコスタが出ている患者に臨時処方のロブ・レバミピドが追加されていたので、定期薬をチェックせずに追加したのかもしれない。	ジェネリックで名前が違うが成分が同じ薬がないかも含めてチェックしていく。	確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」 変更になった医薬品 販売名マックターゼ配合錠	薬歴等
378	チモプートル0.5%が出ている患者にレルベアエリプタ200 14吸入が処方された。チモプートル0.5%は喘息の患者に禁忌となっているので問い合わせたが、チモプートルを変更するので吸入はそのままと返答があった。	チモプートル0.5は長く処方されている薬だったので、新しい病状に対して禁忌になると思わなかったようである。病気に対して禁忌の薬を気にしていないようであった。	電子薬歴の病気登録で禁忌薬をチェックしていく。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レルベア200エリプタ14吸入用 変更になった医薬品 販売名レルベア200エリプタ14吸入用	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
379	(一般名)トリアゾラム錠0.25mg 1T 医師の指示通り 5日分という処方箋が来たので、医師の指示通りという用法が認められていないと問い合わせた。医師の指示通り 5日分→不眠時 5回分へ変更となった。	年末年始の処方日数延長で他の薬は35日分だったが、向精神薬で1回に30日分までしか出せないで、別にして計35日分となるようにしたかったようだが、医師の指示通りが認められていないことを医師が知らずに処方したのかもしれない。	医療機関に医師の指示通りは使わないように申し入れはしているが改善されない。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ハルシオン0.25mg錠	処方箋の書き方等
380	2歳6ヶ月の患者、散剤4種、エリキシル剤1種、貼付剤1種の処方受付。年齢より体重13kg位と考えると、薬剤がどれも150%量なので、疑義照会した所「体重19.6kgなので、処方した量で良い」と返事を頂く。待合室で母親に当該患者の体重を尋ねると14.5kgとの事。再度疑義照会して聴取した体重を伝えた所、全ての薬剤で処方量がおよそ体重量まで減量になった。	当該患者の体重を、他の患者のものと同違えていたと考えられた。	薬局では、体重を確認し適量か判断する手順を省かない。今回は処方医が、間違った体重を元に処方していたが、幸い患者が薬局内に待っていたので直接体重を確認できたので、間違いが判明したが、直接お会いできない場合等は、より慎重に考える必要がある。	確認を怠った コンピュータシステム 施設・設備 仕組み	処方された医薬品 販売名エリスロシンドライシロップ W20% 販売名ツロブテロールテープ1mg 「HMT」	年齢・体重換算の結果
381	耳鼻科の処方箋を母親が持参。5歳なのでホクナリンテープは1mg処方されていた。交付時に確認したところ、他院の小児科で、鼓動音が早いので0.5mgをすすめられていると聴取し、疑義照会した。0.5mgに変更となった。			その他クリニックでの 確認ミス	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg 変更になった医薬品 販売名ホクナリンテープ0.5mg	患者の症状等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
382	<p>アムロジン2.5mg 分1朝食後を服用し血圧140を維持していたが、診察時に170あったためアテレック5mg56日分が追加された。患者本人によると普段は140前後で推移しているという事と、Ca拮抗剤の上乗せ処方のため疑義照会を行った。回答は変更なし。血圧が高いときに頓服で服用せよとの指示。内服56日分だと誤服用の可能性があるので、頓服で処方してほしいと依頼したが患者にその旨説明せよとの事で処方どおり調剤した。後日、患者本人が来局した際、服用状況を確認したら血圧は安定しているためアテレックは服用していないとの事だった。</p>	<p>本来、処方しなくてもいい薬剤だと推測され、またCa拮抗剤の上乗せ処方に疑問を感じた。処方医の意図は緊急時の頓服であったが、処方変更されず指示通り患者にその旨説明し交付した。患者は十分理解したため結果的に健康被害は生じていないが薬剤費は無駄になった。</p>	<p>疑義照会は薬剤師の義務で疑義が解消しなければ調剤できないのは重々承知しているが、回答権は処方医にあり、納得のいく回答を得られなくても、時間との兼ね合いと患者の意向で口頭または文書で説明し調剤することも多い。健康被害は回避できても、その分の調剤費、薬剤費は無駄になるので勿体ないと思う。</p>	<p>ルールの不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名アムロジン錠2.5mg 販売名アテレック錠5</p> <p>変更になった医薬品 販売名アムロジン錠2.5mg 販売名アテレック錠5</p>	<p>薬歴等</p>
383	<p>青魚を食べると下痢するので、イコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「日医工」中止となる。</p>			<p>その他疑義照会</p>	<p>処方された医薬品 販売名イコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「日医工」</p>	<p>患者の症状等</p>
384	<p>サムスカ錠7.5mgが入院を経ずに院外処方でききなり処方されていた。気が付いた薬剤師が、ルールに従い、病院側(薬剤部)へ問い合わせたが、処方医が問題ないと判断で「処方通り調剤をお願いします」との指示があり、調剤して患者に渡した。</p>	<p>入院下で投与を開始する薬剤であるはずだが、医師の判断ということで調剤せざるを得ず、そのまま患者へも渡してしまっている。薬の性質から考えて、医師及び病院の薬剤部の判断ミスと思われる。とりあえず、患者には事情を説明し、異常があればすぐに薬局に連絡するようには伝えた。</p>		<p>判断を誤った その他医師の判断ミス</p>	<p>処方された医薬品 販売名サムスカ錠7.5mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名サムスカ錠7.5mg</p>	<p>薬の特性等</p>

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
385	整形外科より ترامセトの吐き気対策としてプリンペランが処方されていたが、薬歴より原疾患にパーキンソン病があるため疑義照会を行い、影響のあまり無いナウゼリンODへと処方変更となった	総合病院の整形外科の処方であり、同一病院の神経内科においてパーキンソン病の治療を行っている。疑義照会時の反応より、処方医師にはプリンペランとパーキンソン病に関する知識はあった。処方時(診察時)に他診療科の受診歴が活用されなかった様子。	処方時(診察時)に他診療科・他病院等の受診歴の確認	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名プリンペラン錠5 変更になった医薬品 販売名ナウゼリンOD錠10	薬歴等 薬の特性等
386	婦人科よりリリカカプセルが300mg/日で処方されていた。患者からの聞き取りで服用は初めてであることが確認された。腎機能等には問題はないが、医師から初回高用量での処方となる旨は処方箋や患者への説明には無かった。疑義照会を行い、150mg/日へと変更になった	詳細は不明だが、婦人科の医師による処方であり、添付文章には「通常、成人には初期用量としてプレガバリン1日150mgを1日2回に分けて経口投与し、」とあるため、1日量を1回量と間違えた可能性あり。	添付文章の用量確認は慎重に行う。記載方法統一も過誤対策となると考える。	判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リリカカプセル150mg	薬の特性等
387	トランサミン散50%の1日量が6mgと極少量であったため、疑義照会を行った。6mg/日から600mg/日と用量変更となった。	オーダーリングミスと判断。	通常用量より逸脱する用量が処方された場合には、システムによるチェック機能が働くが良い。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名トランサミン散50%	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
388	処方元の入力ミス。			その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名ユベラ錠50mg	その他
389	ダイアート錠30mg 0.5T 分1が定期薬で出ている患者に臨時処方ダイアート錠30mg 1.5T 分1が処方されていた。追加か変更か患者に確認したが何も説明受けていないということで問い合わせると実際に服用する量が1.5Tで、臨時処方は1.5T→1Tへ変更となった。	定期処方を確認せずに、当日の状態だけで処方していたよう。	定期薬と同じ薬が出た場合は追加か変更か確認していく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ダイアート錠30mg	薬歴等
390	レミニール錠4mgとドネペジル錠3mg(一般名)の初回処方。通常、併用はあり得ないと思い、疑義照会。ドネペジルは中止となり、メモリー錠5mgに変更となった。	処方医の勘違いであった。	特になし	その他医師側	処方された医薬品 販売名アリセプト錠3mg 変更になった医薬品 販売名メモリー錠5mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
391	症状が鼻水でシプロヘプタジンシロップが処方されたが、患者が高熱でけいれんを誘発するおそれがあるため疑義照会、その結果カルボシステインシロップに処方変更。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名シプロヘプタジン塩酸塩シロップ0.04%「タイヨー」 変更になった医薬品 販売名カルボシステインシロップ小児用5%「テバ」	薬歴等 薬の特性等
392	ツムラ半夏瀉心湯2.5g分2朝食前、就寝前7日分の処方にて年齢、基礎疾患の有無を考慮して1回量が少ないと判断し疑義照会。処方医より5g分2朝食前、就寝前の処方訂正指示を受けた。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)	薬の特性等
393	ジェニナック錠200mg1錠分1食後4日分の処方にて患者の年齢、基礎疾患を考慮し1回量が少ないと判断し疑義照会。処方医より2錠分1食後4日分の処方訂正指示を受けた。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
394	定期でベルソムラが処方されている患者に、クラリスが処方された。クラリスはベルソムラと禁忌なので疑義照会した。メイアクトへ変更へ。	ベルソムラが新薬でDrも禁忌薬を把握していなかった。	採用医薬品の禁忌は把握しておく。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg	薬歴等 薬の特性等
395	メイアクトMS小児用細粒10%が3歳の方に1日420mgで処方されていたが、この年齢でこの量は多いと判断し、処方元へ疑義照会を行ったところ1日126mgへ処方変更の指示があった。	処方医の入カミス		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メイアクトMS小児用細粒10%	年齢・体重換算の結果
396	ペリアクチン散が1日量0.3g分1夕食後で処方。添付文書では、1回量を分1~3回投与と記載されているので疑義照会。分3毎食後に変更。	小児科の場合、体重あたりの1日量を計算してから分割して処方するようなので注意が必要。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ペリアクチン散1%	年齢・体重換算の結果

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
397	他院で糖尿病薬を服用している患者が頓服でクエチアピンの追加処方が出た。クエチアピンは糖尿病患者に禁忌のため問い合わせを行い処方削除となった。			その他医療機関の併用薬確認もれか	処方された医薬品 販売名クエチアピン錠12.5mg「アメル」	薬歴等 薬の特性等
398	ワカデニンの処方があり、規格が記載されていない。レセコン入力で10mgが選ばれていたため、そのまま調剤した。他規格あったため、別の薬剤師が医師に照会したところ、5mgの処方であったことが判明した。	手書き処方せんで、ワカデニンとだけ記載されていた。当該薬局に在庫している規格が10mgだけであったため、在庫している10mgの処方と思い込み、規格の確認の照会を怠った。	手書き処方せんであったため、規格が入っていないことに関し、注意する。	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	処方された医薬品 販売名ワカデニン腸溶錠5mg 変更になった医薬品 販売名ワカデニン腸溶錠5mg	処方箋の書き方等
399	ビオフェルミンR錠が処方されたが、抗生剤も一緒に処方されていないので、疑義照会して、ビオフェルミン錠剤に変更された。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ビオフェルミンR錠 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤	薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
400	7歳の小児にリレンザが1日2回、1回1吸入で処方された。リレンザは大人も小児も1回2吸入する薬なので疑義照会をして、1回2吸入へと変更になった。もし1回1吸入のまま交付していたら、期待する薬効が得られなかった可能性がある。	処方医の思い込みと想定される。		確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 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 販売名リレンザ	年齢・体重換算の結果
401	緑内障治療中で眼圧が安定しない患者に、セファドールが処方された。8月より点眼剤が変更になり、直近の眼科受診時では眼圧が下がっていると説明されている。患者本人は、眼圧の数値や病態については、よくわかっていない。内科医師へはお薬手帳を見せているため、緑内障については何も伝えていない。また、お薬手帳が複数になっていたため、見落とされていた可能性もある。疑義照会し、セファドールの処方について再検討を提案した。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名セファドール錠25mg 変更になった医薬品 販売名メリスロン錠6mg	薬歴等 薬の特性等
402	セレコックス初回処方。脳梗塞の既往あり。セレコックスの添付文書の警告欄に外国における血栓塞栓性事象のリスク増大の記載あり。医師に処方可能か疑義照会。結果、ロキソニンに薬剤変更になった。			確認を怠った 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 販売名セレコックス錠200mg 変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	薬歴等 薬の特性等

疑義照会に関する事例(薬局ヒヤリ・ハット事例)

No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	調査結果
403	マイスタン錠5mg処方薬剤師が調剤。前歴がマイスリー錠5mgであること及び、マイスタンはてんかんの第一選択ではないことから、別の薬剤師が疑義照会にて変更。	処方元のレセコンが3文字入力と思われる。調剤者が適応症を十分把握していなかった。	今回の事例を共有し、マイスタン初回時は、前歴・併用薬・現病等の確認を行う。	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 販売名マイスタン錠5mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5mg	薬歴等
404	一般名エピナスチン塩酸塩錠20mg2T分2で処方されていたので問い合わせたところ一般名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mgに変更になった。	処方医の一般名エピナスチン塩酸塩錠20mgが1T分1という意識が低かった可能性がある。	処方入力中、一般名エピナスチン塩酸塩錠20mgが1T分1でなければ問い合わせという定型コメントが表示するように設定している。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ピナジオン錠20mg 変更になった医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」	薬の特性等
405	閉塞性緑内障患者へ禁忌の薬剤のベシケア錠5mgが調剤され、処方医に疑義照会したところベシケア錠5mgが削除となった。	患者が処方医に他の病院で緑内障の治療をしていることを伝えなかった。	患者が処方医にお薬手帳を見せることにより他病院での処方薬を把握してもらう。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ベシケア錠5mg	薬歴等 薬の特性等