

平成29年度 薬局ヒヤリ・ハット事例報告集計表

【報告件数】

	計数・計量	規格	他薬調剤	入力・薬情等	その他	小計
29年4月	4	11	11	54	9	89
5月	35	10	16	56	6	123
6月	47	3	9	60	1	120
7月	21	5	10	26	9	71
8月	36	11	10	58	11	126
9月	46	22	22	51	4	145
10月	32	17	16	6	7	78
11月	17	9	11	37	1	75
12月	39	12	18	12	10	91
30年1月	22	13	13	21	3	72
2月	25	7	6	16	3	57
3月	25	8	15	12	5	65
合計	349	128	157	409	69	1112
割合%	31.4%	11.5%	14.1%	36.8%	6.2%	

【主な事例と医療安全推進委員会からのコメント】

1. 規格間違い

(事例1) 向精神薬の規格を誤って調剤し、約2か月服用した事例

【正】ニトラゼパム錠10mg (一包化)

【誤】ニトラゼパム錠 5mg

(報告薬局より)

・規格違いに気づかず一包化調剤。家族が薬と薬袋の写真が違うことに気づき来局したため発覚。

10月20日に調剤し、12月13日に発覚した。10月末にパニック発作が一度起こったと患者の母より報告あり。持参した5日分を調剤しなおし、病院へ報告した。

【委員会からのコメント】

○用量の少ない薬剤を誤って交付した事例ではあるが、用量が少ないと十分な効果が得られない場合があり、不安や不眠等の症状が悪化する可能性がある。

○複数規格を在庫している場合は、取り間違いを防ぐための注意喚起が必要である。また在庫している規格が1種の場合は、複数規格の存在を知らずに、思い込みで調剤する恐れがある。

○調剤及び監査時には、指差し呼称で処方箋と薬品名・剤形・規格を最後まで確認することが重要である。

2. 薬剤間違い

(事例2) 異なる成分の医療用麻薬を交付し、患者が服用に至った事例

【正】 オプソ内用液5mg / 2.5mL 痛みがひどい時 10回分

【誤】 オキノーム散2.5mg 10回分

(報告薬局より)

- ・定期薬で「オキシコンチン錠5mg 2錠1日2回3日分」が処方されていたため、レスキューはオキノーム散と思い込んだこと、薬品名が「オ」で始まること、「2.5」という数字からも、誤認したと思われる。また、患者はすぐに服用を希望しており、確認不足があったと思われる。夕方5時頃に、処方箋と記録簿の照合で誤りが発覚し、患者に連絡を取ったが、すでに5回分服用済みだった(麻薬事故届提出)。

(事例3) 作用時間の異なるインスリン製剤を交付した事例

【正】 ヒューマログミックス50注

【誤】 ヒューマログ注

(報告薬局より)

- ・患者からいつものインスリンと違うと連絡があった。手持ちのヒューマログミックスが少し足りなかったのので、ヒューマログを数単位使用したということだが体調には問題はなかった。

(事例4) 一般名処方から作用時間の異なる薬剤を選択して交付。3か月間服用した事例。

【正】 【般】 ニフェジピン徐放錠20mg (12時間持続)

【誤】 ニフェジピンCR錠20mg 「サワイ」 24時間持続製剤

(報告薬局より)

- ・一般名処方による調剤。6/24ジェネリックに変更希望で、レセコン入力時に「12時間持続製剤」を「24時間持続製剤」で誤って選択。入力した薬剤で調剤した。10/1レセコン入力時に発覚するまで、同様に調剤、交付されていたことに気づかなかった。処方箋と調剤薬の確認ではなく、薬袋・薬歴で確認して交付してしまった。

(事例5) 薬効の異なる医薬品を交付、2回分服用をしたが原疾患が改善しなかった事例

【正】 カロナール錠200mg 発熱時2錠 4回分

【誤】 エチゾラム錠0.5mg 「EMEC」

(報告薬局より)

- ・85歳女性。2錠服用後も解熱せずに救急受診。帰宅後再度2錠服用させた後に薬を確認したところ、「エチゾラム」と書いてあったと、家族から薬局へ連絡があって誤りが発覚。両剤は同じくらいの大きさの白色錠剤であり、混雑した時間帯で単純な処方であること、早く交付してあげたいという気持ちがあったため確認が疎かになったと思われる。 ※熱が下がらなかったことと、意識が少しもうろうとなる状態があった

(事例6) 薬効の異なる医薬品を交付、2日間服用した事例

【正】 ピドキサール錠10mg 6錠 毎食後

【誤】 メルカゾール錠5mg 6錠 毎食後

(報告薬局より)

- ・いつも飲んでいる薬と味が違うと連絡があって誤りが発覚。2日間(12錠)服用したが、体調の変化はなかったことを確認した。

(事例7) 薬効の異なる医薬品を交付、53日間服用した事例

【正】スピロラク톤錠25mg 1錠 朝食後 63日分

【誤】スルピリド錠50mg 1錠 朝食後 63日分

(報告薬局より)

- ・入院時の持参薬確認で発覚。 ※誤った薬剤を服用したことでの症状はなかった

(事例8) 薬効の異なる医薬品を交付、2回分服用した事例

【正】タリオン錠10mg 2錠 朝夕食後

【誤】ザイロリック錠100mg

(報告薬局より)

- ・調剤翌日の朝、在庫確認時に発覚。患者宅に連絡したところ、前日夜と当日朝の2回は服用していた。処方医に連絡するとともに、正しい薬を調剤し患者宅へ届けた。外観が類似した薬品だが、薬品棚の配置が隣接していた。同一処方箋内に他剤の禁忌事例があり、そちらに気を取られてしまい、確認が疎かになった。

【委員会からのコメント】

- 麻薬処方の場合は、患者本人が具合が悪い場合や、患者家族等が薬を取りに来ている場合があり、交付時の確認が疎かになることがあるため、調剤後の監査を十分に行う必要がある。
- 処方された麻薬在庫が不足した場合など、調剤業務自体が慌ててしまうことも考えられるが、業務手順に従い、慎重に調剤すべきである。
- 麻薬帳簿への記載は、調剤後早急に行うべきであり、複数の目で処方箋と照合しながら行うことで、誤りに気付く場合がある。(事例2)
- インスリン製剤は作用時間の違いが、血糖値の変動につながり、命に関わる場合がある。
- ペンの色など、交付時に患者と確認するとともに、薬局での頻回の在庫確認を行うことで、誤調剤を防止することができるので、各薬局で継続して取り組んでいただきたい。(事例3)
- 一般名処方による調剤や後発医薬品への変更調剤の場合、処方箋の監査や調剤する医薬品の確定を先に行った上で、入力作業に入れるように、業務の流れの見直しが必要と思われる。
- 処方箋入力により、薬袋や薬情、手帳のシールなどが印刷されるが、それらを見て調剤するのではなく、「処方箋」をみて調剤しなければならない。そうすることで入力ミス等を発見することができる。(事例4)
- 薬効が異なる薬品の誤調剤では、主症状の改善が図られないばかりではなく、不要な薬品を服用することによる副作用などの健康被害が発生する場合がある。
- 薬品名称が類似しておらず、薬品棚の配置も隣接していない場合は、単なる取り間違いではなく、前後の調剤内容などから、何らかの思い込みが発生したと考えられる。業務が煩雑な場合や何らかの理由で業務が中断されたときは、十分な間を空けるなど、頭を切り替えて対応することが必要である。
- 複数での確認(監査)は多くの施設で行われているが、正しく調剤されていると思いこんでいると、間違いに気づかないことがある。自己監査、最終監査とも指差し呼称を徹底して行うことが求められる。
- 薬品棚が五十音順になっている場合は、隣接して配置された「同一薬品の規格違い品」や「名称類似品」を誤って調剤する可能性があるため、薬品棚への掲示等注意喚起を徹底する必要がある。
- 次回受診時まで誤りに気づかない場合があるが、長期処方では誤って服用する期間が長くなる。翌朝の在庫確認でミスに気づき、素早い対応を行った場合もあることから、在庫確認(棚卸等)を行う薬品の選定や頻度について検討していただき、万が一誤って調剤された場合に、早い段階で気づける仕組みを検討いただきたい。(事例5~8)

3. 入力（薬袋・薬情）間違い

（事例 9）休薬する日を誤って薬袋に記載したため、記載通りに約 8 週間服用した事例

【正】レボレード錠 12.5mg 1錠 寝る前 ※月～金曜日に服用、土・日曜日は休薬

【誤】※月～土曜日に服用、日曜日は休薬 : 今回から休薬日が変更

（報告薬局より）

- ・89歳女性、施設入所者の処方。交付から約2か月経って、次回受診予定日までに薬が不足すると施設から連絡があり。確認したところ、薬袋への記載誤りが発覚。※体調の変化、検査値の異常はなし

（事例 10）1回1錠1日3回の処方に対し、入力の誤りにより1回3錠1日1回で交付した事例

【正】トラネキサム酸錠 500mg 3錠（1日3回 毎食後） 5日分

【誤】トラネキサム酸錠 500mg 3錠（1日1回 夕食後） 5日分

（報告薬局より）

- ・処方せん入力の誤りで、薬袋や薬情、お薬手帳に1日1回1回3錠で表記されていた。口頭の説明では、1回1錠1日3回と伝えていた。交付の4日後に処方せん調剤録の確認時に判明して患者に連絡したところ、1回1錠で2回服用したが、便秘になったため、その後服用していなかった。

（事例 11）入力誤りにより、約3週間誤った用量の糖尿病用薬を服用した事例

【正】メトホルミン錠 500mg MT 3錠 毎食後

【誤】メトホルミン錠 500mg MT 2錠 朝夕食後（入力誤りにより、薬袋・薬情へ誤記載）

（報告薬局より）

- ・受診時に検査データの改善がないことから、医師がお薬手帳を確認した結果、服用方法が異なることが発覚。調剤時に監査機器で監査エラーが検出されたが、薬袋への記載（入力）エラーに気づかなかつた。調剤は処方どおりに行われたが、薬袋および薬剤情報提供書に誤った記載がされたため、患者は記載通りに服用した。

【委員会からのコメント】

- 休薬を必要とする薬品では、誤った服用することで重大な副作用が起きる可能性がある。
- 特殊な服用方法や休薬期間が設定されている薬品については、一般的な服用期間や休薬期間等を薬品棚などに明記することで注意喚起につなげることができる。 （事例 9）
- 調剤や説明が正しく行われたとしても、患者またはその介護にあたっている者は、薬袋等に記載されている内容に従って服用する。調剤薬の監査と同様に、薬袋や薬剤情報提供書、お薬手帳への記載を必ず複数の眼で確認を行うよう、業務手順に明記することが望ましい。 （事例 10）
- 1日の処方量に処方日数を掛けた総量だけでなく、1回服用量について十分に処方箋を確認すること。
- 糖尿病用薬は投与量の誤りにより、命に関わる場合があることを念頭に置く必要がある。
- 計数調剤監査機器でエラーが表示された場合、エラーが起きた原因をきちんと究明せずに調剤業務を進めるのではなく、なぜエラーが起きたのかを確認する必要がある。
- 機器を使用するのは人間であることから、機器を過信するのではなく、機器を有効に使用することで調剤過誤防止につながるものである。機器の使用手順を定め、遵守する必要がある。 （事例 11）

4. 用法用量間違い

(事例12) 半割せずに交付したことで、毒薬であるウブレチド錠を倍量服用した事例

【正】ウブレチド錠 5mg 1錠 朝夕食後 (1回0.5錠)

【誤】ウブレチド錠 5mg 半割せずに調剤

(報告薬局より)

- ・1回0.5錠に半割してお渡しするところを、誤ってPTPシートのまま交付したため、患者は1回1錠で服用した。薬が不足したために医療機関を受診し、受診間隔が短いことで医療機関から薬局に連絡があった。

(事例13) 3か月間、ワーファリンの用量を誤って調剤した事例

【正】ワーファリン錠 6mg (1月31日5.5mgから6mgに増量)

【誤】ワーファリン錠 5.5mg (1月31日、4月4日に調剤)

(報告薬局より)

- ・5月1日に4月4日の処方箋の入力見直し作業で発覚。さらに1月31日の処方でも同様に入力を誤って調剤していた。いずれも処方箋入力により、自動分包機が連動して調剤が行われ、監査でも発見できなかった。入力した処方数量と調剤数量が合っているために、棚卸での在庫数は差異が発生せずに発見が遅れた。

(事例14) 処方箋記載の読み誤りにより、交付する総量を誤った事例

【正】ロコイド軟膏0.1% (5g/本) 10本

【誤】ロコイド軟膏0.1% (5g/本) 10g (5g×2本)

(報告薬局より)

- ・他に処方されていた薬が「g」の記載であったことによる思いこみと、同一処方せん内で疑義照会すべき例が発生したことで急いでしまったこともあり、軟膏の数量確認がおろそかになった状態で交付した。

(事例15) 頓服薬の1回服用量と分包品の包装量が異なることに気づかずに交付した事例

【正】キョーリンAP2配合顆粒 頭痛時 1回0.5g 10回分

【誤】キョーリンAP2配合顆粒 1g分包品を10包交付

(報告薬局より)

- ・69歳女性。14時ごろに調剤交付。同日閉店後の棚卸で在庫量が合わないことから誤りが発覚。翌朝に電話確認したがすでに1回分服用していた。 ※体調変化、副作用はなし

【委員会からのコメント】

- ウブレチド錠は、過量服用時に重篤な副作用（コリン作動性クリーゼ）を発現することから、2010年に用法・用量が変更となり、排尿障害に用いる場合は『1日1錠まで』となっている。
- 過去には他の薬と取り間違えて調剤したことで、服用した患者が死亡した事例も報告されている。
- 毒薬であり入出庫管理を行うが、調剤した総量は合っているために間違いに気付かないことがある。
- 1日1錠を2回に分服する場合は、1日量の「1錠」に目をひかれるが、用法もしっかりと確認する必要がある。 (事例12)
- ワーファリン錠は、服用量の誤りにより、死亡事故につながる危険性のある薬品である。
- とくに安全管理が必要な薬品（いわゆるハイリスク薬）については、より一層慎重な調剤、監査、投薬が求められる。
- 入力した内容と分包機等が連動している場合は、入力後に行う調剤録の確認作業を複数の人で行うなど、業務手順の見直しとその遵守が必要である。 (事例13)
- 外用剤については、医療機関ごとに採用されている包装（g数）が異なる場合がある。
- 正しい処方記載方法は、外用剤の場合は「総量記載」だが、各医療機関での採用規格等から、採用されている製品の規格に対する「本数」で表記される場合もある。
- 処方箋内で疑義が発生した場合、そのことに注意が向けられてしまい、同一処方箋内のそのほかの薬品についての監査が疎かになることがある。疑義照会後の処理が終わった後に、処方箋全体に対して再度監査を行い不備が無いかを確認する必要がある。 (事例14)
- 薬品によっては、分包品の内容量が複数存在する場合がある。処方医は全ての包装単位を知っているわけではなく、分包されている量とは別の量で処方する場合がある。
- それぞれの薬局において複数の包装形態がある場合は、それぞれの容器や箱などに異なる包装形態があることを明記し、注意喚起することで調剤過誤を防ぐことが可能となる。 (事例15)

5. その他

（事例16）降圧剤を一包化に入れ忘れて交付した事例

【正】アムロジピン錠5mg ほか全4種 朝食後 一包化

【誤】アムロジピン錠5mg 調剤漏れ 「3種類」一包化 交付

（報告薬局より）

- ・78歳男性。交付の10日後、患者から「いつもより薬が少ない」と連絡があった。当該薬品はPTPシートではなく、バラ錠ボトル品を使用して一包化調剤。一包化前の監査時点では準備されていたが、別の患者の一包化に使用されるために別な場所に移動。その後当該患者の一包化を行う際に、最終的な確認が漏れて、一包化に入らなかった。最終監査も行ったが、調剤前に監査されていることで安心してしまい気付かなかった。

（事例17）一包化調剤された薬品の中に、1つの薬品が入っておらず、14日間服用していた事例

【正】ニフェジピンCR錠20mg、リバロOD錠1mg、ユリノーム錠50mg

カンデサルタン錠2mg、フロセミド錠20mg（0.5錠） 以上 5種類を一包化

【誤】フロセミド錠20mg 0.5錠 が一包化に含まれていなかった 【14日間服用】

（報告薬局より）

- ・検査入院した時の持参薬の確認時に発覚した。病院薬剤部から連絡があったが、15日分の処方に対して、すでに14日分は服用していたため、残りの1包について正しく調剤して交換した。

(事例18) 減量に気付かず一包化調剤し、入院時の持参薬確認で発覚した事例

【正】ルプラック錠4mg 1回1錠(今回処方から2錠⇒1錠に変更) ほか、一包化調剤

【誤】ルプラック錠4mg 1回2錠

(報告薬局より)

- ・肺炎で入院となった際に持参薬の確認で発覚して病院薬剤科から連絡があった。処方変更に気付かずに入力していたため、自動分包機のジャーナルが1回2錠になっていた。一包化前には処方箋通りに、1回1錠で取り揃えていたが、一包化する際にはジャーナルと照合して数を直してしまった。一包化の監査時もジャーナルと照合したため間違いに気付かなかった

(事例19) 転院して変更になった薬品とともに、転院前の薬品も服用した事例

【正】ボナロン経口ゼリー 週1回服用 (整形外科)

【誤】リカルボン錠50mg 4週間に1回服用 (呼吸器内科) 残を服用していた

(報告薬局より)

- ・整形外科の調剤時に、いままでの残薬がないものと思い込んでいた。切り替えて服用するように説明はしたが、服用時期も異なり実際はリカルボン錠も服用していた。

(事例20) 糖尿病用薬の重複に気づかずに調剤した事例

【A病院】グラクティブ錠50mg 追加処方 (8月24日)

【B病院】マリゼプ錠25mg 定期継続 (9月20日)

(報告薬局より)

- ・83歳女性。9月20日のB病院定期処方の監査時に、A病院で同じDPP-4阻害剤が追加処方されていたことに気づき、A病院処方医に確認したところ、グラクティブ錠服薬中止の指示があり患者へ連絡した。

【委員会からのコメント】

- 一包化調剤された薬品は、患者や介護者が内容を確認せずにそのまま服用する人が多いことを意識し、調剤後の監査とともに、交付時の確認など慎重な監査体制が必要となる。
- 何らかの理由により一包化をしない薬品が含まれる場合には、処方箋のコピー等を準備し、どの薬品を一包化したのかを明記することが望ましい。
- 一包化調剤では全自動分包機を使用する場合は、分包機のカセットにセットされていない薬品は手撒きで分包することになる。一包化調剤前には、取りそろえた薬品の確認を行うが、その際は全自動分包機の画面と照合するのではなく、『処方箋と照合』することが重要である。
- 処方せん入力と全自動分包機が連動している場合は、入力ミスにより一包化指示が誤ることになるため、調剤開始前に「一包化指示内容」を『処方箋と照合』することが重要である。
- 一包化調剤後の監査では、全自動分包機から印字されたジャーナルをもとに監査することが多いが、手撒き分包した「薬品の包装シート」と、分包された「薬品の名称」「一包ごとの薬品の数」を、必ず『処方箋と照合』して行うことが重要である。(事例16~18)
- 処方変更時、他医療機関や他診療科へ紹介時には、今までの薬について「いつ服用し、何回分残っているか」を確認し、継続服用する際の服用タイミングを明確に伝えることが必要である。(事例19)
- 医療機関ではお薬手帳の確認が行われているかどうか不明であり、複数医療機関を受診している患者の場合は、薬局でお薬手帳などから常に現在の服用薬をすべて確認する必要がある。
- 患者に使用される医薬品の管理は薬剤師の仕事であることを肝に銘じ、個々の薬品に対する理解を深め、患者に対して安全で有効な薬物療法が実施されるように努めなければならない。(事例20)