

令和6年4月13日  
「医療安全」研修会

# 薬局ヒヤリハット事例より 医療安全対策を考える

ファーマシー薬局病院前  
山田 真弘

# 自己紹介



趣味  
カープ観戦  
クレーンゲーム  
家庭菜園

ファーマシィ 薬局 病院前  
平成23年6月に開局（広島県尾道市）  
処方箋応需枚数約2,000枚/月

# 本日のラインナップ

- 調剤ミスとは？
- 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
- KYTでミスを考える
- 事例の分析
- 参考資料のご紹介



# 本日のラインナップ

- 調剤ミスとは？
- 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
- KYTでミスを考える
- 事例の分析
- 参考資料のご紹介



# 薬剤師法

## 第1条

薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによつて、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

## 第24条

薬剤師は、処方せんに疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによつて調剤してはならない。

## 第23条2項

処方箋の内容に疑義が生じない場合、薬剤師は、当該処方箋に従つて調剤をしなければならない

# 調剤ミスの定義

## ・調剤事故

医療事故の一類型。調剤に関するすべての事故関連して、患者に健康被害が発生したものの。薬剤師の過失の有無を問わない。

## ・調剤過誤

調剤事故の中で、薬剤師の過失により起こったもの。調剤の間違いだけでなく、薬剤師の説明不足や指導内容の間違い等により健康被害が発生した場合も、「薬剤師に過失がある」と考えられ、「調剤過誤」となる。

## ・ヒヤリ・ハット事例（インシデント事例）

患者に健康被害が発生することはなかったが、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした出来事。患者への薬剤交付前か交付後か、患者が服用に至る前か後かは問わない。

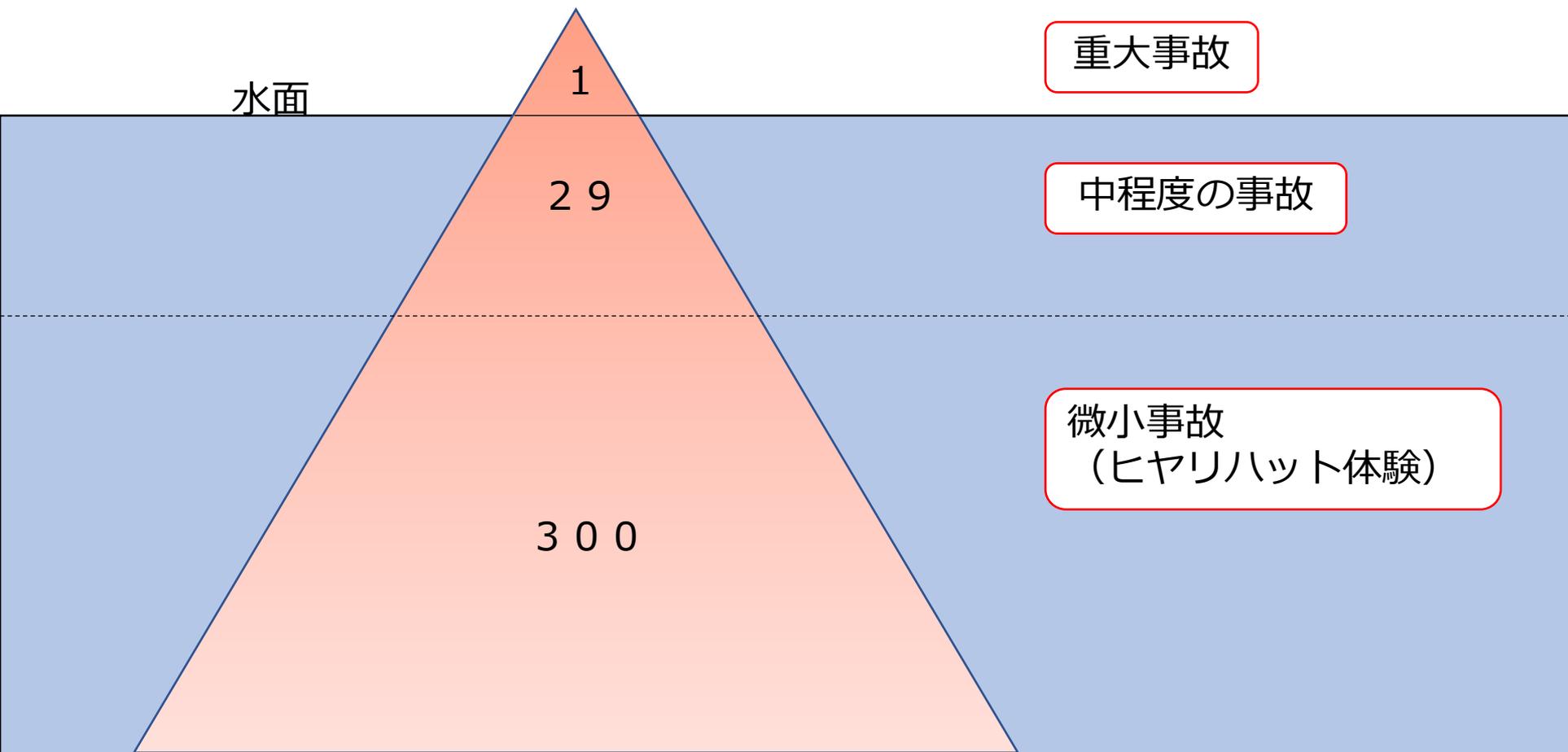
以上の用語の定義は

厚生労働省：患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書（1999.5.12.）

厚生労働省：リスクマネジメントマニュアル作成指針（2000.8.22.）

文部科学省：国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針（2005.3.3.）に準じたものである。

# ハインリッヒの法則



調剤事故が起こった時には、患者応対や医師への報告や指示に加えて、広島県薬剤師会への調剤事故報告書も必要です。

調剤事故報告書			
			薬局→県薬→日薬
			報告日: 令和 年 月 日
報告者名:		薬局名:	
TEL:		FAX:	
薬局所在地: 〒			
開設者名:		管理薬剤師名:	医薬品安全管理責任者名:
当該薬剤師名:		常勤・非常勤/男・女/ 歳/調剤経験 年	
患者年齢:	歳	患者性別: 男性 ・ 女性	
調剤日時: 年 月 日 時頃		判明日時: 年 月 日 時頃	
処方内容(処方せんコピー(個人情報に係る部分は削除)を添付)・事故の概要:			
薬局への事故報告者:			
<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者の家族(続柄: ) <input type="checkbox"/> 処方せん発行医療機関 <input type="checkbox"/> 処置した医療機関 <input type="checkbox"/> 他薬局薬剤師 <input type="checkbox"/> その他( )			
薬局への通報内容・事故発見の経緯:			
事故原因:			
被害状況:			
事故レベル:			
<input type="checkbox"/> 観察、検査のみ必要 <input type="checkbox"/> 治療必要 <input type="checkbox"/> 後遺症有り( ) <input type="checkbox"/> 死亡			
薬局の対応:			
関係機関への連絡状況(報告先):			
<input type="checkbox"/> 都道府県薬剤師会(担当者名: ) <input type="checkbox"/> 保健所等( ) <input type="checkbox"/> 警察( ) <input type="checkbox"/> 損保会社(会社名・担当者名: )			
薬局のとった再発防止策等:			

# 本日のラインナップ

- 調剤ミスとは？
- 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
- KYTでミスを考える
- 事例の分析
- 参考資料のご紹介



# 薬局ヒヤリ・ハット事例

ホーム | 共有すべき事例 | 分析テーマ | 事例から学ぶ | 事例検索 | English

Google 提供



事業のご案内

参加薬局一覧

参加の手引き

参加登録

事例報告

ログイン

お知らせ

▼履歴はこちらから

**2024.03.14** NEW

※日程変更しました。

【システム停止のお知らせ】  
システムメンテナンスのため、下記の  
日程でシステムを停止いたします。  
メンテナンス期間中はホームページお  
よび各種システムをご利用いただけま  
せん。

○メンテナンス日時：  
2024年3月22日（金）18:00～3月24  
日（日）23:59

○使用できない機能：  
「ホームページ」「参加登録システ  
ム」「事例報告システム」「各種検索  
システム」「お問合せシステム」

なお、作業が終了次第、順次アクセス  
が可能となります。  
ご不便おかけいたしますが、ご理解、  
ご協力をお願い申し上げます。

**2024.02.26** NEW

「共有すべき事例」2024年 No.2を公  
開致しました。 [PDF](#)

**2024.02.26** NEW

2024年1月1日～31日に報告された事  
例を「事例検索」に公開致しました。

**2024.01.25**

「共有すべき事例」2024年 No.1を公  
開致しました。 [PDF](#)

共有すべき事例

共有すべき事例  
検索



報告書

分析テーマ

事例から学ぶ

年報

分析表

本事業は、薬局から報告されたヒヤリ・ハ  
ット事例を分析し、提供することにより、  
医療安全対策の一層の推進を図ることを目  
的としています。

医療事故情報  
収集等事業  
(薬局関係)

# 実際に報告されている事例

## ●調剤に関するヒヤリ・ハット事例

### 〈薬剤取り違え〉

#### 事例の詳細

スピリーバ2.5 $\mu$ gレスピマット60吸入を継続して使用している患者が、処方箋を持って来局した。患者に薬剤を見せながら交付した際、患者から、前回もらった吸入薬と色が違うと言われた。確認すると、前は誤ってスピオルトレスピマット60吸入を交付していたことがわかった。患者に有害事象などの発現がないかを確認したうえで、処方医へ状況を報告した。

#### 背景・要因

スピリーバ2.5 $\mu$ gレスピマット60吸入とスピオルトレスピマット60吸入を離れた場所に保管することで取り違え防止の対策を行っていた。前は忙しい時間帯であったため、調製者に焦りがあり薬剤を取り違えた。また、スピリーバ2.5 $\mu$ gレスピマット60吸入とスピオルトレスピマット60吸入の名称が類似しており、使用するデバイスの形状も同一のため、鑑査者は取り違えに気付かなかった可能性がある。

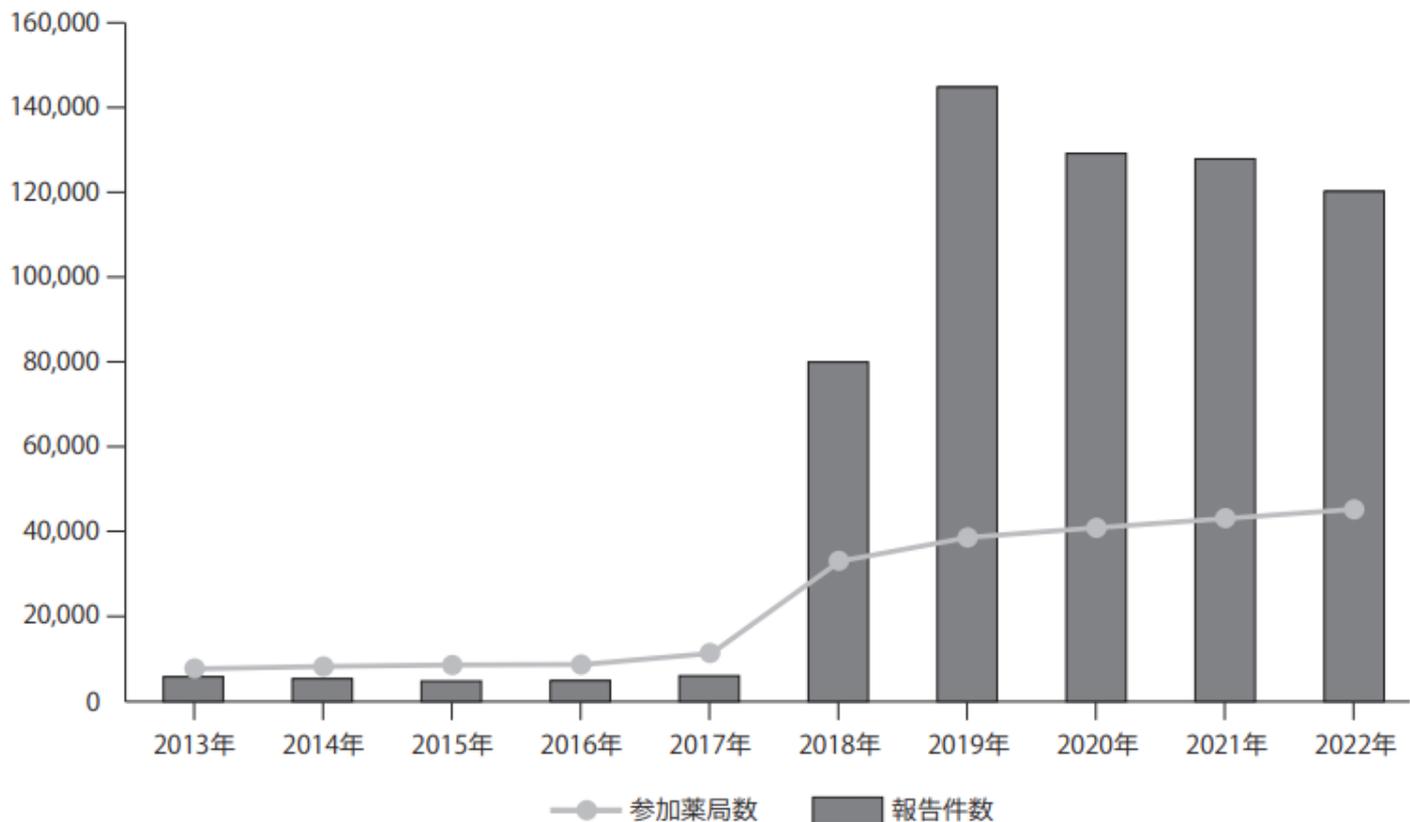
#### 薬局から報告された改善策

保管場所を離すだけでなく、それぞれの棚に「取り違え注意」の札を設置し、対策の強化を行った。

# 事例件数

図表 I - 1 参加薬局数と報告件数の推移

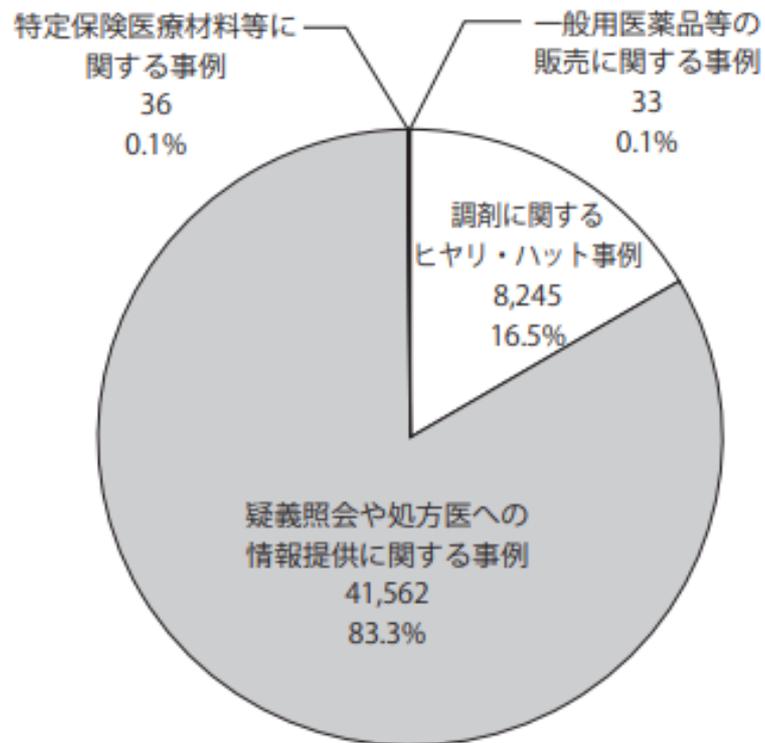
年	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
参加薬局数	7,747	8,244	8,577	8,700	11,400	33,083	38,677	40,957	43,166	45,290
報告件数	5,820	5,399	4,779	4,939	6,084	79,973	144,848	129,163	127,937	120,247



図表Ⅱ－3－5 事例の区分

事例の区分	件数
調剤に関するヒヤリ・ハット事例	8,245
疑義照会や処方医への情報提供に関する事例	41,562
特定保険医療材料等に関する事例	36
一般用医薬品等の販売に関する事例	33
合 計	49,876

注) 割合については小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。



# 調剤に関するヒヤリ・ハット事例 事例の内容

事例の内容		件数	事例の内容		件数	
薬剤の調整前	レセコンの入力間違い	731	交付	患者間違い	62	
調製および 監査	薬剤取り違え	異なる成分		1042	説明間違い	49
		同成分		854	説明不足	113
	規格・剤型間違い	1225		薬袋の記載間違い	147	
	計数間違い	1205		お薬手帳・薬情の記載不備・間違い	73	
	秤量または分割間違い	185		交付忘れ	114	
	一包化調剤における間違い	355		その他	382	
	分包紙の情報間違い	62		交付後 (在宅業務等)	カレンダー等のセット間違い	43
	異物の混入	31			服薬後の患者状況の確認不足・漏れ	53
	期限切れ	27			その他	108
	調製忘れ	106	合計			8245
その他	1278					

図表Ⅱ-3-14 事例の内容

# 調剤に関するヒヤリ・ハット事例 発生要因①

発生要因		件数	発生要因		件数
当事者の行動に関する要因	判断誤り	4090	薬剤・機器・設備に関する要因	医薬品の名称類似	1483
	手順不遵守	1234		医薬品や包装の外観類似	665
	スタッフ間のコミュニケーション不足・齟齬	368		医薬品包装表示・添付文書の要因	88
	患者とのコミュニケーション不足・齟齬	590		処方箋やその記載のされ方の要因	549
	その他	542		コンピューターシステムの使いにくさ・不具合	198
当事者の背景的な要因	知識不足	1112		調剤設備・調剤機器の使いにくさ・不具合	109
	技術・手技が未熟	347		薬剤服用歴などの記録の不備	136
	慣れ・慢心	3575		調剤室の環境的な要因	215
	焦り・慌て	2468		調剤室以外の環境的な要因	98
	疲労・体調不良・身体的不調	423		その他	568
	心配ごと等心理的状态	103			
	その他	408			

# 調剤に関するヒヤリ・ハット事例 発生要因②

発生要因		件数
発生時の状況等に関する要因	繁忙であった	3621
	標榜する営業時間外であった	93
	普段とは異なる業務状況であった	464
	その他	496
薬局内の管理的な問題	教育訓練のなされ方	603
	設備機器等の管理	161
	薬局内のルールや管理の体制・仕方	1428
	薬局内の風土・雰囲気	236
	その他	444
患者や家族の要因	患者や家族の不注意	219
	患者や家族の理解力・誤解	442
	患者や家族のコンプライアンス・協力態度	150
	その他	707
合計		28433

# 疑義照会や処方医への情報提供に関する事例 事例内容

事例の内容	件数	事例の内容	件数
投与量	10,583	副作用の発現	804
投与日数	869	患者の体調変化	395
薬剤名	1843	患者の服薬状況（服薬能力）	486
用法	3483	患者の生活状況	229
同成分の重複	3866	処方漏れ	1003
同効薬の重複	5970	残薬の調整	259
相互作用	2366	ポリファーマシー	57
配合変化	143	漫然とした長期投与	94
アレルギー・患者の体質	962	記載事項の不備	159
病態禁忌	3061	その他	1994
副作用歴	2769	合計	55038

# 本日のラインナップ

- 調剤ミスとは？
- 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
- KYTでミスを考える**
- 事例の分析
- 参考資料のご紹介



# 症例①計数間違い

Rp1)

フォシーガ®錠5mg 1錠

1日1回 朝食後 30日分

## 事例内容

フォシーガ®錠5mgを30錠お渡しするところ、28錠のみお渡ししてしまい、患者から日数の確認のTELがあり発覚。当日中に薬の不足分を届けた。

## 要因

焦っていた。

## 対策

焦らず落ち着いて監査する。

# KYTとは??



一般企業でも実施されています。

- 「K」：キケン 危険
- 「Y」：ヨチ 予知
- 「T」：トレーニング

## KYTの定義

危険予知訓練の略。

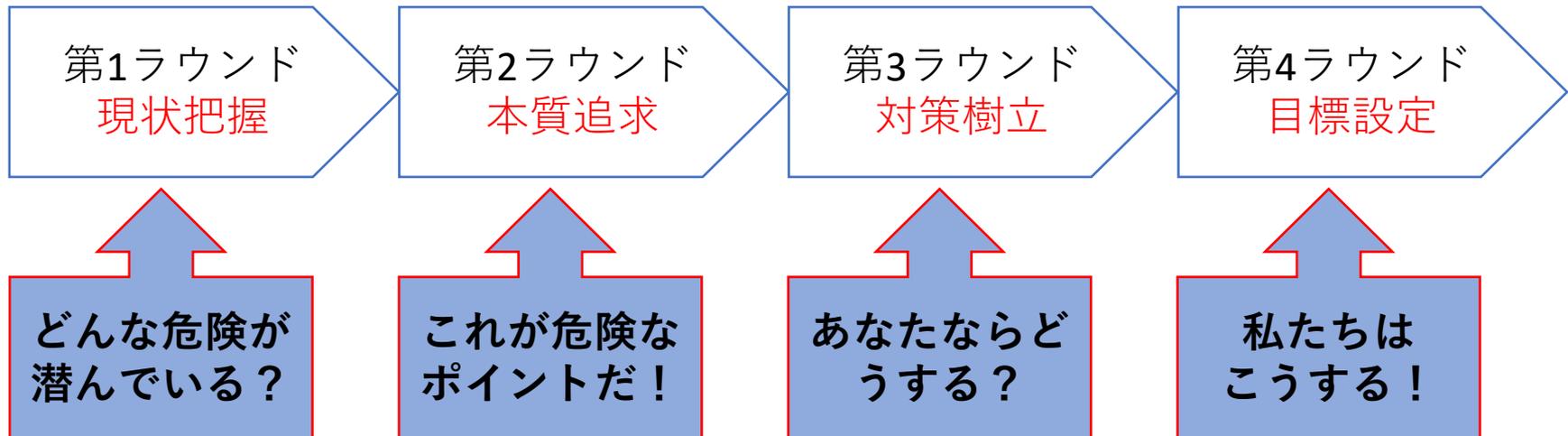
危険（キケン）のK、予知（ヨチ）のY、訓練（トレーニング）のTをとって、KYTという。作業を行う前、ミーティングなどで、その作業に潜む危険を短時間で話し合い、「これは危ないなあ」という危険に気づき、これに対する対策を決め、行動目標を立て、一人ひとりが実践する訓練。

# K Y T の進め方

- 第1ラウンド～第4ラウンドがある

## K Y T のポイント

- ① 本音で話し合い、考えあい、分かり合う
- ② その現場が目には浮かぶように危険を把握
- ③ 最も重大で緊急を要するものから解決
- ④ チーム行動目標が100%達成できるように具体的な目標を設定



# 医療現場でのKYTの目的

- ① 感受性を高める
- ② 問題解決能力を向上
- ③ 集中力を高める
- ④ 実践への意欲を高揚させる
- ⑤ 風土づくり

第1ラウンド現状把握 イラストを見て、その場に潜む危険要因を記入。  
(ヒヤリハットが起きた場合は、) どんな問題があるか、その状況を思い浮かべて出し合いましょう。

第2ラウンド本質追究 第1ラウンドの項目から、重要と思われる事項を選択。

第3ラウンド対策樹立 あなたならどうするか、具体的な対策を記入。

第4ラウンド目標設定 チームで話し合い、行動目標を設定。

# 症例 1 で考えられる要因

- 入力ミスあり（Do処方など）。
  - 全量チェックがおろそかになっていた。
  - 忙しい時に、監査ルールが抜けた、簡略化された。
  - 用法が次の処方箋にまたがっており、見間違えた。
  - 他の薬は28日であり、勘違いした。
  - 多業務を行っており、注意力が散漫となった。
  - 思い込み（よく処方される日数でピッキング）
  - 繁忙による焦り
  - 患者とのコミュニケーション不足
  - 監査者の体調不良
  - ウィークリーシートでの間違い
  - 10錠PTPの間に8錠のPTPが混入していた。
  - PTPの向き、端数による間違い
- 手順不遵守
- 慣れ・慢心
- 焦り・慌て
- 患者とのコミュニケーション不足・齟齬
- 疲労・体調不良・身体的不調
- その他

# 本日のラインナップ

- 調剤ミスとは？
- 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
- KYTでミスを考える
- 事例の分析**
- 参考資料のご紹介



# 検索

## 薬局事例検索

事例の区分：調剤に関するヒヤリ・ハット事例

報告年月：2023年1月～2024年2月

キーワード：計数間違い

2781件（R6.3.31時点）

# 計数間違い事例 1

他業務と並行して行っていたことで起きたミス

発生要因	判断誤り 慣れ・慢心 処方箋やその記載のされ方の要因 普段とは異なる業務状況だった
事例の詳細	
ビソプロロール 2.5mg 1錠 一日2回朝夕食後 42日分 の処方箋で半錠を84包渡さないといけないところ、 ビソプロロール 2.5mg 半錠 42包しか渡していなかった。	
背景・要因	
昼休憩の交代のタイミングの調整であったことや、 その他の処方箋で疑義照会を行うための確認作業を行っていた事など、 鑑査に集中する事が出来ていなかったため、「42」という数字だけに気を取られていた。	
薬局における改善策	
当然の事だが、一つの作業が完了してから、次の作業を行うようにする。 少々時間を掛けてでも確認作業に集中する。	

# 計数間違い事例 2

漢方の束から必要数を抜いてピックアップしていた事例

発生要因	焦り・慌て 疲労・体調不良・身体的不調
事例の詳細	
ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）42包のところ39包で集薬：1束を7シートと誤認・思い込み	
背景・要因	
疲労・繁忙による漏れ&漢方集薬の際、束から1シート抜き取る	
薬局における改善策	
7シートから集薬する際は束を外す、指さし呼称	

# 計数間違い事例 3

## 入力ミスによる数量間違い

### 発生要因

スタッフ間のコミュニケーション不足・齟齬  
焦り・慌て  
処方箋やその記載のされ方の要因  
コンピューターシステムの使いにくさ・不具合  
教育訓練のなされ方

### 事例の詳細

ワイパックス錠 1日1回朝食後 1回0.5錠 14日分  
ワイパックス錠 1日1回寝る前 1回0.5錠 28日分としなければならないところを、  
ワイパックス錠 1日1回朝食後 1回1錠 14日分  
ワイパックス錠 1日1回寝る前 1回1錠 28日分と入力してしまい、  
ピッキングサポートシステムで処方入力通りにピッキングしたためワイパックス錠のピッキング  
数量が誤ってしまった。鑑査者が発見し投薬前に正した。

### 背景・要因

いつもの処方せんでは、  
ワイパックス錠 1日1回朝食後 1回0.5錠 28日分  
ワイパックス錠 1日1回寝る前 1回0.5錠 28日分となっているのを  
ワイパックス錠 1日2回朝食後寝る前 1日1錠 28日分で入力しているが、今回は朝食後と寝る  
前の処方日数が違うため分けて入力しないといけなかったため入力ミスが発生してしまった。  
その入力ミスに対し、入力チェックを行う前にピッキングを行ったためピッキング数量間違いが  
発生してしまった

### 薬局における改善策

医療事務の入力教育の改善、起こりやすい入力ミスの共有  
ピッキング前の入力チェック実施の徹底

事例番号 10000404434

# 検索

## 薬局事例検索

事例の区分：調剤に関するヒヤリ・ハット事例

報告年月：2023年1月～2024年2月

キーワード：レセコンの入力間違い

1876件（R6.3.31時点）

# レセコンの入力間違い事例 1

リンデロンVGローションをリンデロンVローションで入力していた事例

発生要因	手順不遵守 知識不足 焦り・慌て 医薬品の名称類似 繁忙であった 薬局内のルールや管理の体制・仕方
事例の詳細	
処方箋記載の処方薬はリンデロンVGローションであったが、リンデロンVローションが入力されており、ピックアップもリンデロンVローションでされていた。最終鑑査時、他の薬剤師が気づくことができた。	
背景・要因	
環境要因としては混雑している時間であった。 また、1年目の薬剤師が調剤をしたため、入力チェック時に気づくことができなかった。 原因として知識不足や焦りなどが考えられ、またマニュアルなどの徹底が行えていなかったと思われる。	
薬局における改善策	
決められたルールに沿って調剤を行う（マニュアルの徹底） 自店にある類似薬（名称・規格など含めて）を把握する。 混雑時には患者様に少し余裕を持てるような時間をお伝えする。	

事例番号 100000356149

# レセコンの入力間違い事例 2

テオフィリン徐放U錠200mgを、テオフィリン徐放錠200mgで入力していた事例

発生要因	判断誤り 知識不足 医薬品の名称類似 その他 知識不足 教育訓練のなされ方 その他 特になし
事例の詳細	
一般名テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）をテオフィリン徐放錠200mg「サワイ」で入力してしまい、監査者や投薬者の監査をすり抜けて患者様に交付してしまった。	
背景・要因	
テオフィリン製剤には12～24時間持続の先発品テオドル（後発品テオフィリン徐放錠）の他、24時間持続の先発品ユニフィルLA錠（後発品テオフィリン徐放U錠）が存在し、ハイリスク医薬品であることも踏まえ、より注意が必要な医薬品であることを薬剤師ならびに調剤事務への教育が不足していた。	
薬局における改善策	
事例の共有。 テオフィリン製剤を収納している医薬品棚に注意喚起の札を作成し貼り付けた。	

事例番号 10000414181

# 検索

## 薬局事例検索

事例の区分：調剤に関するヒヤリ・ハット事例

報告年月：2023年1月～2024年2月

キーワード：薬剤取り違え

5067件（R6.3.31時点）

# 薬剤取り間違い事例 1

噴霧回数異なる製剤の取り間違い

発生要因	判断誤り 知識不足 医薬品の名称類似 医薬品や包装の外観類似 普段とは異なる業務状況だった 薬局内のルールや管理の体制・仕方
事例の詳細	
フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻的50 $\mu$ g112噴霧用とフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻的50 $\mu$ g28噴霧用を在庫。 処方は112噴霧用だったが、28噴霧用で調剤及び投薬。	
背景・要因	
噴霧回数を確認せず調剤してしまった。 商品名が成分名表記となり点鼻薬の袋の色も似ているため、監査者も気付かず投薬してしまった。	
薬局における改善策	
点鼻薬は調剤時に袋に入れず調剤し、監査者が袋に入れる。 棚にわかりやすく表記する。	

事例番号 10000353933

# 薬剤取り間違い事例 2

医薬品名が類似している取り間違い

発生要因	手順不遵守 慣れ・慢心 焦り・慌て 医薬品の名称類似 繁忙であった 教育訓練のなされ方
事例の詳細	
エリキューズ錠2.5mgを調剤する所をエフィエント錠2.5mgを一包化で調剤していた。	
背景・要因	
同じ工から始まる医薬品、同薬効成分、同じ分量の2.5mgである事から思い込みで抗血栓薬でエリキューズ錠2.5mgの所、エフィエント錠2.5mgで調剤してしまったと思われる。	
薬局における改善策	
GSコードでピッキング監査を毎回行うようにしている。監査時は刻印と処方箋記載の医薬品をチェックするようにする。	

事例番号 10000389739

# 検索

## 薬局事例検索

事例の区分：調剤に関するヒヤリ・ハット事例

報告年月：2023年1月～2024年2月

キーワード：判断誤り

10811件（R6.3.31時点）

# 判断誤り事例 1

## 粉碎不可の薬を粉碎した事例

発生要因	知識不足 教育訓練のなされ方
事例の詳細	
定期的に来ている患者に7剤が処方となり、アダラートCRが新規処方となった。粉碎指示があり、そのまま粉碎をしてしまった。別の薬剤師の監査で気づき投薬前に発覚した。その後調剤し直し、アダラートCRのみ分包して渡した。	
背景・要因	
経験が浅い薬剤師だったこともあり、アダラートCR錠が粉碎できないことを知らなかった為、起こってしまった。	
薬局における改善策	
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 粉碎不可のものをリストアップし、薬局全体として徹底して確認する。</li><li>・ 前回処方があれば個別に分包、粉碎不可などの注意書きをする。</li></ul>	

# 判断誤り事例 2

併用禁忌：クラリスロマイシンとスボレキサントの重複見逃し

発生要因	判断誤り
事例の詳細	
クラリスロマイシンが処方された患者にベルソムラの併用ありとお薬手帳に記載あり。禁忌相互作用に気が付かずそのまま交付してしまった。交付後薬歴記入時に気が付き、すぐに患者へ連絡したため服用前に防ぐ事が出来た。	
背景・要因	
相互作用を見逃してしまった。交付時に併用薬の確認を口頭で行わなかった。	
薬局における改善策	
新規併用薬は必ず監査システムに入力し確認するようにする。また交付時にも口頭で併用薬の確認を行う。	

# 検索

## 薬局事例検索

事例の区分：調剤に関するヒヤリ・ハット事例

報告年月：2023年1月～2024年2月

キーワード：手順不遵守

3430件（R6.3.31時点）

# 手順不遵守事例 1

処方箋の“次ページへ続く”のチェックミスによる渡し忘れ

発生要因	手順不遵守 処方箋やその記載のされ方の要因
事例の詳細	
処方箋の2枚目に記載されていたメチコバル錠500 $\mu$ gの調剤が漏れてしまい未交付となりました。 患者様が帰宅後に薬が無い事に気が付き薬局に戻って来られました。	
背景・要因	
調剤者が処方箋の2枚目のメチコバル錠500 $\mu$ gを調剤しないまま監査者に回してしまいました。 また監査者は監査時に処方箋の2枚目があることに気が付かず、調剤漏れを発見できなかったことが原因とされます。	
薬局における改善策	
処方箋の下部に記載されている“次ページへ続く”や“以下余白”をしっかりと確認する様に心がけます。	

# 手順不遵守事例 2

在宅患者のカレンダーへの配薬ミス

発生要因	手順不遵守 焦り・慌て 疲労・体調不良・身体的不調 繁忙であった 薬局内のルールや管理の体制・仕方
事例の詳細	
<p>平素より居宅管理している施設より、お薬カレンダーにより管理している薬が、足りないのではないかと電話がかかってきた。直ぐに配薬をした薬剤師が施設に行き確認したところ、寝る前の薬だけが他の薬と比べ4日分少なかった。処方せんにはクレブテロール錠 10<math>\mu</math> 1日1錠 寝る前 14日分と記載されていて、他の薬も14日分までいた。誤りに気付いたため薬局に持って帰り、他の薬剤師と再度調剤・監査し、正しく配薬を行った。昼の段階で施設の方が気付いたため、患者には正しいお薬を交付出来た。</p>	
背景・要因	
<p>お薬カレンダーに薬をセットする時には、セットした薬剤師ともう一人の薬剤師でダブルチェックをする決まりになっていたが、当日は忙しく、また焦りがあり誤りを見逃してしまった。</p>	
薬局における改善策	
<p>お薬カレンダーにセットするときのダブルチェックの順守、さらに施設にお渡しする前に再度確認をすることにした。</p>	

# 検索

## 薬局事例検索

事例の区分：疑義照会や処方医への情報提供に関する事例

報告年月：2023年1月～2024年2月

キーワード：重複

26274 件（R6.3.31時点）

# 重複事例 1

## 胃薬

発生要因	連携不足 その他 併用薬の確認漏れ
事例の詳細	<p>消化器内科でネキシウムカプセル10mgを胃痛で処方され、症状改善し継続服用していた。</p> <p>同病院の循環器内科ではバイアスピリンを継続服用していたが、2022年10月からキャブピリンに処方変更となり、循環器内科の医師からネキシウムは飲まないようにと説明を受けていた。</p> <p>12月に消化器内科でネキシウムが継続で処方されていたため疑義照会したところ削除となった。</p>
背景・要因	カルテの他科処方薬の確認を怠ったか、配合錠の知識が不足していたと推測 病院内での連携不足と推測
薬局における改善策	PPIやH2ブロッカーは多くの診療科で処方され、重複しやすい薬剤であることを常に念頭に置き、処方された際は重複がないか薬歴、お薬手帳、口頭での併用薬の確認を徹底する。

# 重複事例 2

去痰薬

発生要因	判断誤り
事例の詳細	
11/21風邪のみの処方での来院。ムコソルバン錠 15mg 3錠毎食後5日分で処方されていた。11/11に定時薬でムコソルバンL45mg 1錠 30日分で同種同効薬が出ていたため疑義照会を行った。ムコソルバンからムコダイン500mgに変更になった。	
背景・要因	
定時薬が色々出ているため見落としの可能性はある。	
薬局における改善策	
併用薬の確認をしっかりと行うこと。レセコンのエラー情報を確認を怠らない。（当薬局では同種同効や禁忌などエラーが出る）	

# 本日のラインナップ

- 調剤ミスとは？
- 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
- KYTでミスを考える
- 事例の分析
- 参考資料のご紹介**



# 参考になる資料

- 「薬局・薬剤師のための医療安全にかかる法的知識の基礎」
- 「薬局・薬剤師のための調剤行為に起因する問題・事態が発生した際の対応マニュアル」
- 新任薬剤師のための調剤事故防止テキスト（第二版）
- 薬剤師における調剤事故報告制度について

**広島県薬剤師会HP内にもあります！**

# 県薬会誌掲載の 薬局ヒヤリ・ハット情報のご紹介

【事例】

## 異なる医療機関受診による薬の重複処方が判明した

### ■処方内容は

80歳代 女性

診療科：訪問医（総合内科）、心療内科

既往歴：なし

現病歴：高血圧症、認知症、てんかん、慢性便秘症

### <処方1> 訪問医（総合内科）の処方

1) 【般】 アルファカルシドール錠 1.0 $\mu$ g	1錠	1日1回	朝食後	14日分
2) 【般】 ピタバスタチンカルシウム OD錠 2mg	1錠	1日1回	夕食後	14日分
3) マグミット錠 330mg	1錠	1日1回	夕食後	14日分
4) 【般】 ウルソデオキシコール酸錠 100mg	3錠	1日3回	毎食後	14日分
<u>5) 【般】 ドネペジル塩酸塩 OD錠 5mg</u>	1錠	1日1回	朝食後	14日分
<u>6) 【般】 ドネペジル塩酸塩 OD錠 3mg</u>	1錠	1日1回	朝食後	14日分
<u>7) フォリアミン錠 5mg</u>	2錠	1日2回	朝夕食後	14日分

### <処方2> 心療内科の処方

<u>1) 【般】 ドネペジル塩酸塩 OD錠 5mg</u>	1錠	1日1回	朝食後	14日分
<u>2) フォリアミン錠 5mg</u>	2錠	1日2回	朝夕食後	14日分
3) メマリー OD錠 10mg	1錠	1日1回	朝食後	14日分

## 1. 何が起こったか？

訪問医（総合内科）の処方薬と外来受診した心療内科の処方薬で薬剤の重複が見つかった。

## 2. どのような経緯で起こったか？

- 患者はサービス付き高齢者向け住宅を利用しており、訪問医が処方した薬を内服中であった（処方1）。処方1は、当該薬局において調剤を行っており、ドネペジル塩酸塩 OD錠は後発医薬品を交付していた。
- 家族の意向により、心療内科を外来受診することとなった。心療内科ではドネペジル塩酸塩 OD錠 5 mg、フォリアミン錠 5 mg、メマリーOD錠10mgが処方された（処方2）。処方2は、当該薬局とは異なる別の薬局Aで調剤され、ドネペジル塩酸塩 OD錠は先発品が交付された。
- 施設の看護師より、患者が心療内科を受診した旨の報告があったため、当該薬局薬剤師が処方を確認し、ドネペジル塩酸塩 OD錠 5 mgとフォリアミン錠 5 mgの重複処方が判明した

### 【事例】

異なる医療機関受診による薬の重複処方が判明した

### 3. どうなったか？

- 直ちに訪問医に連絡を行った後、心療内科の医師と情報共有を行い、**心療内科で処方された薬は全て削除となった。**
- 今後、認知症の治療も訪問医が継続して行うこととなり、当該薬局薬剤師は家族に対してその旨を説明した。
- 患者の意向により当該薬局が患者の処方薬を一元管理することとなった。

### 4. なぜ起こったか？何が問題か？

- 心療内科で処方された薬（処方2）は当該薬局とは別の薬局Aで調剤された。**患者はお薬手帳を持参したにもかかわらず、心療内科および薬局Aは薬の重複に気がつかなかった。**なお、患者家族よりお薬手帳を持参したとの証言はあるが、お薬手帳を心療内科、薬局Aにおいて提示したかどうかの詳細は不明である。

### 5. 今後二度と起こさないためにどうするか？確認ポイントは？

- 患者の処方薬は一元管理を行い、1つの薬局が継続的に確認することで、薬の重複などを見逃さないようにすることが重要である。
- 患者に対して、薬局のみならず、すべての医療機関受診時には、**必ずお薬手帳を提示するよう指導を徹底**することが必要である。また、薬局・医療機関側は、**お薬手帳を有効に活用し、薬の重複投与を見逃さないよう再度徹底する必要がある**と考える。

## 6. 特記事項は？

薬剤の重複を防ぐためには、お薬手帳の活用が必要不可欠である。お薬手帳は、医療従事者が薬剤服用歴を把握するためのツールとして大変重要である。お薬手帳の重要性について患者に理解してもらい、すべての医療機関受診時には、必ずお薬手帳を提示するよう指導を徹底することが求められる。

本事例は、異なる医療機関から同成分の医薬品が処方された事例であった。同成分の医薬品の重複は、先発医薬品同士に限らず、後発医薬品同士、先発医薬品と後発医薬品の組み合わせがあることにも注意しなければならない。薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業（公益財団法人 日本医療機能評価機構）における「共有すべき事例」においても、異なる医療機関からの重複処方の事例が複数報告されている。その中から、先発医薬品と後発医薬品の組み合わせによる重複処方事例を紹介する。デュロキセチン塩酸塩のように複数の効能・効果をもつ薬剤もあり、特に重複処方となりやすく注意が必要である。

# 薬局ヒヤリハットの登録方法

ホーム | 共有すべき事例 | 分析テーマ | 事例から学ぶ | 事例検索 | English

Google 提供



事業のご案内

参加薬局一覧

参加の手引き

参加登録

事例報告

ログイン

お知らせ

▼履歴はこちらから

**2024.03.26NEW**

本事業のパンフレットをリニューアル致しました。PDF

**2024.03.25NEW**

「報告書」に第30回報告書を公開しました。  
また、「分析テーマ」「事例から学ぶ」のページも更新しました。

**2024.02.26NEW**

「共有すべき事例」2024年 No.2を公開致しました。PDF

**2024.02.26NEW**

2024年1月1日～31日に報告された事例を「事例検索」に公開致しました。

**2024.01.25**

「共有すべき事例」2024年 No.1を公開致しました。PDF

**2024.01.16**

2023年12月1日～31日に報告された事例を「事例検索」に公開致しました。

**2023.12.25**

「共有すべき事例」2023年 No.12を公開致しました。PDF

**2023.12.25**

2023年11月1日～30日に報告された事例を「事例検索」に公開致しました。

**2023.11.27**

「共有すべき事例」2023年 No.11を公開

共有すべき事例

共有すべき事例  
検索



報告書

分析テーマ

事例から学ぶ

年報

分析表

本事業は、薬局から報告されたヒヤリ・ハット事例を分析し、提供することにより、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的としています。

医療事故情報  
収集等事業  
(薬局関係)

# まとめ

- 薬局ヒヤリハット事例には、ミスの変因や対策の情報があつる。必要時、活用しましょう。
- ヒヤリハットが起きた場合には、KYTなどの手法でミスを分析して対策を行いましょつう。
- 薬局ヒヤリハット事例に、自薬局の事例を掲載しましょう。

困った時は、薬剤師仲間に聞く！