

日 薬 情 発 第 111 号  
令 和 6 年 10 月 8 日

都道府県薬剤師会担当役員殿

日 本 薬 剤 師 会  
副 会 長 川 上 純 一

### 薬局における調剤事故の発生について（注意喚起）

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、先般、保険薬局において、誤ったハイリスクの薬剤が含まれている状態で一包化、交付され、服用した患者が死亡する調剤事故が発生したことが報道されました。

近年、薬剤師業務はいわゆる対人業務の推進を求められていますが、より適切で安全な薬物療法の提供が基本であることは何ら変わりません。さらに、ハイリスクの薬剤については、よりレベルの高い、厳格な安全体制が求められます。

平成19年4月1日より、薬局における安全管理体制の整備が開設者に義務付けられ、医薬品安全管理責任者の設置や業務手順書の作成等が、薬局開設者の遵守事項として規定されました。

また、公益財団法人日本医療機能評価機構が実施している「薬局ヒヤリ・ハット事例収集分析事業」については、薬局から多くの事例が報告され、それぞれの薬局では経験したことのないようなヒヤリ・ハット事例を知ること、同様の事例が発生することがないようにあらかじめ防止対策を講じることや、他の薬局ではどのような改善策を立てているか参考にすることを目的としています。また、疑義照会や処方医への情報提供に関する事例として、医療安全に資する取り組みに関する事例が報告されており、それらの情報の共有によって、より適切で安全な薬物療法の提供に役立つものになっています。今回一包化に関して報告されている事項について、まとめましたのでご参考ください。

貴会におかれましては、会員薬局に対して、今一度業務手順書の見直しを行う、事故防止のための仕組みについて薬局内で話し合いを行うなど、改めて医療安全への対策を徹底する事について周知いただくよう、よろしく願い申し上げます。

対象年	分類	概要	背景・要因	薬局が考えた改善策	事例のポイント
2022	調剤に関する事例	患者にカルベジロール錠10mg「サワイ」を含む11種類の薬剤が42日分処方され、自動錠剤分包機で一酸化調剤を行った。分包された薬剤を鑑査した際、42包中5包にカルベジロール錠10mg「サワイ」ではなくデュタステリド錠0.5mgAV「DSEP」が混入していることに気付いた。	以前に、別の患者の一酸化調剤を行った際、分包紙の印字間違いがあり、分包し直した。デュタステリド錠0.5mgAV「DSEP」を分包紙から取り出し自動錠剤分包機に再充填する際、誤って、錠剤の色が類似しているカルベジロール錠10mg「サワイ」の錠剤カセットに充填した。GS1コードがない状態の薬剤を錠剤カセットに充填する際は、薬剤師2名で目視にて薬剤名と錠剤カセットの表示が一致するか確認する手順であったが、この時は1名で行った。	自動錠剤分包機へ薬剤を充填する時は、錠剤カセットの表示と充填する薬剤が一致しているか確認する。今回の事例を薬局内で共有し、錠剤カセットへ薬剤を充填する際は取り決めた手順を遵守することを改めて周知する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●本事例は、一酸化調剤をやり直す際、分包紙から取り出した薬剤を別の薬剤の錠剤カセットへ充填したことにより、誤った薬剤が分包された事例である。一度分包した薬剤を分包紙から取り出し自動錠剤分包機へ再充填する場合は、薬剤の刻印・印字から薬剤名を特定したうえで、錠剤カセットの表示と充填する薬剤名が一致するか複数人で確認することが重要である。また、目視による確認だけでなく、指差し声出し確認を行うことも検討するよ。</li> <li>●自動錠剤分包機への充填間違いは、複数の患者に重大な影響を及ぼす可能性がある。自動錠剤分包機へ薬剤を充填する際は、錠剤のPTPシートやバラ錠包装に表示された薬剤名と錠剤カセットの表示を複数人で確認することが重要である。また、PTPシートやバラ錠包装と錠剤カセットのGS1コードを照合する機器を活用することも有用である。</li> <li>●一酸化調剤における薬剤間違いは、全ての包装ではなく一部の包装で起きることがある。薬剤間違いを発見するためには、分包された薬剤と数量が処方内容と一致するか一貫づつ確認することが重要である。</li> <li>●本事例では、自動錠剤分包機に薬剤を充填する際、薬局で取り決めた手順で行っていなかった。業務手順を取り決めるだけでなく、遵守することをスタッフに周知することが重要である。また、手順を遵守しなかった場合はその背景・要因を分析し、手順や体制の見直しを検討を行うとよい。</li> </ul>
2021	疑義照会・処方医への情報提供に関する事例	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg 1回1錠1日1回朝食後を服用している患者に、今回、エンレスト錠50mg 1回1錠1日2回朝食後が追加された。エンレスト錠は、エナラプリルマレイン酸塩錠などのアンジオテンシン変換酵素阻害薬とは併用禁忌であり、アンジオテンシン変換酵素阻害薬を服用中の患者にエンレスト錠を投与する場合は、少なくとも投与開始36時間前にアンジオテンシン変換酵素阻害薬を中止しなければならない。そこで、処方医に疑義照会を行ったところ、エナラプリルマレイン酸塩錠5mgが削除され、残薬も服用中止となり、エンレスト錠50mgは翌々日から服用開始する指示を受けた。薬剤を一酸化調剤して交付している患者であったため、今回は分包紙に服薬日を記載し、明日服用する分にはエンレスト錠50mgを入れずに分包した。患者に、明日からは分包紙に服薬日が記載された薬剤を服用し、家にある残薬は服用しないよう説明した。	処方医は、エンレスト錠の投与に関する注意事項を把握していなかったと思われる。	今回の事例を薬局スタッフと共有した。エンレスト錠50mgの薬品棚に注意事項を記載した札を貼り、注意喚起した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●エンレスト錠（サクビトリアルサルタンナトリウム水和物錠）50mg/100mg/200mgは2020年8月に販売開始されたアンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬（ARNI）で、経口投与後にサクビトリアル及びバルサルタンに解離し、ネプリライシン阻害作用とアンジオテンシンIIタイプ1受容体拮抗作用を発揮する、新たな心不全治療薬である。</li> <li>●新たな作用機序を有する薬剤を取り扱う際は、添付文書やインタビューフォーム、医薬品リスク管理計画書（RMP）などを収集し、薬局内で教育・研修を行って情報共有しておくことが望ましい。</li> <li>&lt;参考&gt;エンレスト®錠を適正にご使用いただくために <a href="https://www.pmda.go.jp/RMP/www/300242/a7f3f316-151d-4022-b40c-74f937e11c1a/300242_2190041f1027_01_001RMPm.pdf">https://www.pmda.go.jp/RMP/www/300242/a7f3f316-151d-4022-b40c-74f937e11c1a/300242_2190041f1027_01_001RMPm.pdf</a></li> <li>●薬剤を変更する際に休業期間が必要な場合は、患者が正しく服薬できるよう、薬剤師が残薬数を確認したうえで薬袋やお薬手帳などを活用した服薬支援を行う必要がある。さらに、交付後にも服薬状況や体調の変化などを確認することが望ましい。</li> </ul>
2019	疑義照会に関する事例	患者に薬剤を交付する際、検査のため他の医療機関に入院する予定があり、必要に応じて手術を行うかもしれないことを聴取した。服用している薬剤の中にタケルダ配合錠があった。出血を伴う検査であれば、入院前からタケルダ配合錠の服薬を中止する必要があると考えた。疑義照会した結果、休業する期間を設けることとなり、処方日数に変更になった。日頃、患者には一酸化調剤した薬剤を渡していたため、飲み間違いがないように分包紙に日付を印字した。	処方した医療機関に、入院の情報が伝わっていなかったと思われる。	丁寧な聞き取りが大切である。情報を収集するには、日頃から患者と信頼関係を構築しておくことが重要となる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●タケルダ配合錠はアスピリンを含有する薬剤であるため、手術や出血を伴う検査、抜歯を行う際は、休業するか考慮すべきである。</li> <li>●本事業部が運営している医療事故情報収集等事業が提供している医療安全情報No.149（2019年4月）では、医療機関内で観光的医療行為前に中止する取り決めがある薬剤を把握していなかったことや中止指示を 出さなかったことにより、予定した手術や検査が延期になった事例を紹介している。 <a href="http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_149.pdf">http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_149.pdf</a></li> <li>●休業期間を設ける場合、患者にとっては薬剤の管理が複雑になる。分包紙に服薬日を入れるなどの対応は、飲み間違いを防止し、患者が安全に治療を受けるための支援となる。</li> </ul>
2019	調剤に関する事例	脳出血の既往歴がある70歳代の患者に、臨時薬としてアンプロキソール塩酸塩錠15mg「サワイ」とデキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「NP」が5日分処方された。患者は薬剤の飲み忘れや飲み間違いがあったため、定期薬の処方箋には一酸化の指示があり、薬剤服用歴の表紙にもそのことが記載されていた。しかし、今回の処方箋に一酸化の指示はなかったため、PTPシートのまま調剤し交付した。薬剤を受け取った家族は一酸化されていないことに気付いたが、急いでいたため、そのまま受け取った。帰宅後、家族がPTPシートを1錠ずつ切り離して患者に渡したところ、患者はPTPシートのまま飲み込んだ。当薬局に連絡があり、薬局から主治医に連絡した。患者は救急車で受診し、飲み込んだPTPシートを取り出すため外来で胃内視鏡による処置を受け、帰宅となった。薬局では残薬を回収し、一酸化調剤して患者の家族に渡	ゴールデンウィーク前の忙しい時であった。調製時に薬剤服用歴の表紙に記載された患者メモを見落とし、交付時にも確認を怠った。家族は、薬剤を受け取った際に一酸化されていないことに気付いたが、一時的に服用する薬剤のため、1錠ずつ渡せば患者が間違えずに服用できると思った。	薬剤服用歴の患者メモの内容を赤字で表示する。処方箋の入力時、調製時、鑑査時に一酸化の指示を見落とさないよう注意する。交付時に、患者または家族と薬剤を確認してから薬袋に入れるよう徹底する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●本事例は、薬剤を一酸化調剤せずにPTPシートそのまま交付したことにより、患者がPTPシートから出さず に薬剤を服用した事例である。</li> <li>●本事業部が運営している医療事故情報収集等事業が提供している医療安全情報No.57（2011年8月）では、患者が薬剤を内服する際にPTPシートから出すことなく服用した事例を紹介している。 <a href="http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_57.pdf">http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_57.pdf</a></li> <li>●この他にも、薬剤を一酸化調剤すべきであったがしなかったために、患者のコンプライアンスが不良になった 事例や患者が服薬を誤った事例が本事業に報告されている。</li> <li>●服薬支援のために一酸化調剤を行う必要がある患者には、毎回同じ方法で確実に調剤することが欠かせない。</li> <li>そのためには、薬剤服用歴などを利用して患者情報を管理し、調剤を行う際は、患者情報を必ず確認してから 実施することが重要である。</li> </ul>

2018	疑義照会に関する事例	<p>血圧が高い（150/90mmHg）ため、イルベサルタン錠100mg「DSPB」が1錠分1朝食後から2錠分2朝食後に増量され、アゼルニジピン錠8mg「BMD」は2錠分2朝食後のまま継続された。一包化調剤して交付した際、患者が血圧計を購入した。その2日後、患者から、血圧を測ると自動再加圧となり、血圧も190～230mmHgと不安定であると相談を受けたため、血圧計の不具合として購入した血圧計を薬局で預かった。念のため、薬局スタッフがその血圧計で測定してみたところ全員が問題なく測定でき、薬局の血圧計と大きな差異もなかった。相談を受けた3日後、販売メーカーに自動再加圧の原因を問い合わせたところ、「不整脈や徐脈がある場合に自動再加圧となることがあり得る」と返答があった。患者に連絡し、血圧計の不具合ではなく、高血圧や不整脈の可能性があると説明した。患者は、薬剤を増量してから5日間服薬を継続していた。主治医にも連絡し、この状況について伝えたと、すぐに受診するよう指示が出た。その後、ドキザゾン錠2mg「トーフ」1錠分1夕食後が処方追加となった。不整脈の可能性については、1ヶ月様子を見てから判断するとのこと。ワーファリン錠1mgの半錠を一包化調剤する際、当薬局では、あらかじめ半錠に分割してボトルに保管している予製剤を使用することになっていた。一包化調剤した薬剤を鑑査した際に、ワーファリン錠1mg半錠のところメチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」が混入していることに気付いたため、予製ボトルの中身を確認したところ、メチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」が混入していた。そこで、ワーファリン錠1mgの半錠を使用している患者を抽出し、該当する7名の患者に連絡を取り薬剤を確認したところ、4名の患者にメチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」の混入があること、1名の患者に混入の可能性があるとわかった。</p>	<p>イルベサルタン錠100mg「DSPB」が1錠から2錠に増量になったにも関わらず、2日後に測定された血圧が230mmHgまで上がったため、購入した血圧計の異常だと思い込んだ。しかし、販売メーカーに問い合わせた結果、血圧計の異常ではなく、患者の体調悪化の可能性があるとわかった。イルベサルタン錠の増量による治療効果が得られていないと判断し処方医へ連絡した。</p>	<p>血圧計のトラブルに関する知識を習得する。薬剤が増量されたら効果が出るものだという思い込みをなくす。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●販売した血圧計に関する患者の疑問をそのままにすることなく、血圧計を預かりスタッフがテストする、販売メーカーに問合せをする、主治医に連絡をするなど、患者本位の行動ができている点が称賛される。</li> <li>●薬剤に関する知識だけではなく、患者が使用する医療機器に関する知識についても習得する必要が高まっている。</li> </ul>
2018	調剤に関する事例	<p>ワーファリン錠1mgの予製ボトルに、払い出されなかった薬剤を戻す際の確認が不十分であった可能性が考えられる。また、一包化調剤の鑑査が十分でなかったと考えられる。</p>	<p>ワーファリン錠1mgの予製ボトルに、払い出されなかった薬剤を戻す際の確認が不十分であった可能性が考えられる。また、一包化調剤の鑑査が十分でなかったと考えられる。</p>	<p>薬剤を戻す作業に関しては、ルールを厳密に設定することで戻し間違いを確実に防ぐ。鑑査に関する社内ルールをもう一度確認し、共有する。また、鑑査の際の手順に漏れがないように徹底する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●この事例は、錠剤を半錠に分割した予製剤の容器に他薬が混入したことにより、複数の患者に影響が及んだ事例である。バラ錠や半錠に分割した薬剤は、PTPシートの薬剤に比べ鑑別しにくいいため、取り扱いには細心の注意が必要である。</li> <li>●事例に報告された薬剤は、いずれもハイリスク薬であり、メチルジゴキシン錠0.1mgは劇薬でもある。ハイリスク薬の取り違えは、患者へ大きな影響を与える可能性があることから、予製剤の必要性を十分に考慮したうえで予製するか否かを判断する必要がある。</li> <li>●ハイリスク薬を半錠に分割するような予製を行う必要がある場合は、充填時や薬剤を戻す時の間違いに起因する薬剤取り違えの危険性を十分に認識し、作業を行う際は複数人による確認を行うことが望ましい。</li> </ul>
2018	調剤に関する事例	<p>一包化調剤を行った際、ディオバン錠40mgの代わりにコニール錠4が1錠混入した。錠剤の形状や色が違うため、鑑査した薬剤師が気付き作り直すことができた。</p>	<p>ディオバン錠40mgはユニバーサルカセットを使用して分包した。カセットを調べたところディオバン錠40mgが1錠残っていたことから、正しく充填されたディオバン錠40mg以外にコニール錠4も1錠カセットに充填されたと考えられた。薬剤のカセットへの充填は、PTPシートのバーコードを照合した後にを行うため、薬剤の取り違えはシステム上あり得ないことであった。錠剤をPTPシートから外す際はPTP除包機を使用しているが、ディオバン錠40mgを除包する前にコニール錠4を除包していたことがわかった。空気の乾燥により生じた静電気が原因で、コニール錠4がPTP除包機のトレイに残ったため、ディオバン錠40mgに混入したと考えた。その後、様々な薬剤を試してみたところ、トレイを逆さまにしても落ちてこない場合があることがわかった。</p>	<p>手順に問題があると考え、PTP除包機を使用する際は必ず事前にトレイを開けて残薬が無いか確認してから作業することを申し合わせた。同様の現象が他店でも発生していることから、静電気以外に糖衣錠などの糖分によるベタつきも原因となり得ると考え、トレイを清掃することも合わせて申し合わせた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●調剤機器は年々進歩しているが、最新の機器であってもビットフォール（落とし穴）が生じることを念頭におき作業することが必要である。</li> <li>●一包化調剤で誤りが生じた際に、原因を丁寧に追究したうえでその再発防止策を講じ、さらに他店とも情報共有するなど、調剤における安全対策として参考となる事例である。</li> <li>●業務手順書にも反映し、確認作業を継続して行うことが望ましい。</li> </ul>
2017	（調剤）分 包間違いの事例	<p>患者は2つの病院から処方される医薬品を服用しているが、本人による管理が困難であるため、それぞれの処方薬をまとめて一包化していた。1つの病院の処方薬を預かり、他方の病院の処方が出た時にまとめて一包化していたが、預かっていた処方薬に気付かず1つの病院の処方薬のみを一包化した。</p>	<p>薬局内で申し送りができていなかった。</p>	<p>注意すべき患者の名前を覚えておく。薬剤服用歴の画面を開いた時に、注意事項が出るようにする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の服薬管理の一環として、複数の医療機関から処方される医薬品をまとめて一包化する薬局も増えている。</li> <li>●医薬品の一包化は、手間がかかる作業であるうえに、その作業に誤りがあれば、患者は誤りに気付かずに、そのまま誤服用となり、かえって患者にデメリットが生じることになる。安全に作業を行うために、薬局スタッフの間で情報の共有とチェック機能が必要である。</li> </ul>
2017	（調剤）規 格・剤形間 違いの事例	<p>1一包化調剤をしていたところ、処方箋にはウルソ錠50mgと記載されていたのに、ウルソ錠100mgで調剤したことに気付いた。薬を自宅に届ける患者であったため時間をいただき、ウルソ錠50mgで調剤し直して後日届けることにした。</p>	<p>薬を自宅に届ける患者であったため、外来の患者が一段落してから調剤した。この日は処方箋枚数も多く、判断力や確認が不足していた。</p>	<p>忙しい時こそ、処方箋をよく確認しなければいけないことを再確認した。特に日数や錠数の多い処方の一包化を行う場合は、何度も確認するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●規格の誤りは、複数ある規格の存在を知らなかったことが原因となる場合が多いため、自薬局で採用した規格以外にも規格が複数存在するかどうかを知っておく必要がある。</li> </ul>

2017	【調剤】薬 剤取違えの 事例	テオドール錠100mg 2錠朝夕食後の処方を受け、一包化調剤した後、患者に交付した。1週間後、患者は体調不良となり医療機関を受診したところ入院となった。患者は入院後も持参した薬剤を継続して服用した。入院して3日後に、医療機関の薬剤部の薬剤師がテオドール錠100mgではなくテグレート錠100mgが調剤されていることに気付く、薬局に連絡した。その時点でテグレート錠100mgを10錠服用していた。その後、服用は中止されたが、ふらつきや意識の低下があるため主治医の管理のもと経過観察中である。	鑑査時に、名称が類似する薬剤の取り違いに気付かなかったこと、薬品棚から薬剤を取出す際に注意喚起できる対策が不十分であったことが原因と考える。	テグレート錠100mgの薬品棚に蓋を設置し、取り出す際は2人で処方箋と薬剤を照らし合わせて行うこととした。ミーティングを実施し、取扱いに注意を要する薬剤としてスタッフ間で情報を共有した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●名称が類似した医薬品の取り違えのうち薬効が異なる医薬品を調剤し患者が服用した場合、患者の健康に影響を及ぼす可能性が大きいと考えられるため、特に注意が必要となる。</li> <li>●3月に報告された名称が類似する医薬品の事例のうち、調剤時の取り違えや医師による処方入力間違いなどの事例で薬効が異なる医薬品の組み合わせは、プロタノールとプロスターール、ノルバスクとノルパデックス、マイスリーとマイスタン、カルデナリンとカルデミンも報告されている。</li> <li>●医薬品名の頭2文字が3文字が同じか、中間や末尾のイメージ(韻)が似ている場合に取り違えが多く、特に頭文字が同じ場合は、薬品棚の配置が近くなることもリスクとなる。</li> <li>●特に医薬品を一包化した場合は、患者や家族は間違いに気付きにくいいため、調剤にはより細心の注意が必要であり、一包化調剤並びにその鑑査方法の手順を明確にし、決めた手順を遵守することが求められる。</li> <li>●過去の事例を確認し、名称が類似する医薬品の組み合わせをリストアップし、その上で、医薬品棚等に注意喚起する掲示を行うことが望ましい。</li> </ul>
2017	【調剤】分 包間違いの 事例	一包化調剤を行い交付した後に、手撒きで分包したニコランジル錠5mg「日医工」が分包機に1錠残っていた。患者の自宅に電話した後、持参してもらった薬を確認すると、朝食後の薬袋の中にニコランジル錠5mg「日医工」が入っていないものが1包あった。分包機に残っていた1錠を入れて調剤し直した。	分包機が古いせいか、手撒き部分に錠剤が残ることが度々起こっていた。錠剤が小さく軽いため、落下しなかった。1人の薬剤師が調剤と鑑査を行っており、忙しかったこともあって、薬が入っていないことを見逃してしまった。	忙しくても、手撒き部分に残っている薬がないか確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医薬品が分包機の中で引っかかるなどの原因で正しく一包化されない、当該患者に正しく交付されないだけでなく、場合によっては次の患者の分包紙に混ざってしまう危険も生じる。</li> <li>●まずは分包機の調子を整え、その上で、一包の中に所定の医薬品が正しく入っていることを鑑査時に確認する必要がある。</li> <li>●また、一包化の作業を始める前には、その前に分包した患者の医薬品が分包機に残っていないかを確認することも重要である。</li> </ul>
2016	【その他の 管理】セッ ト間違いに 関する事例	施設に入所中の患者に居宅療養管理指導を行うため、初めて当該施設へ赴いた。処方では、リウマトレックスカプセル2mgを火曜日朝夕食後に服用することになっているが、金曜日の朝夕分の薬と一緒にホチキスで留めてあった。翌週分は火曜日に留めてあった。	週一回服用する薬を、一包化している薬にホチキス留めする作業を介護員が行って管理していた。 ・当事者の行動に関わる要因：単純なミス	担当医から、本人と介護員双方に不安があるため、薬剤師が居宅療養管理指導するように指示を受け、初回訪問した際に判明した。それ以降は、患者が受診している2箇所の病院の薬を1つにまとめるため、薬剤師が週1回服用の3種類の薬と一包化した薬をホチキスで留め、2週間分ずつ渡して残薬等を確認することにしている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●施設に限らず居宅療養の場合、患者と介護者(介護員)には薬剤の管理が困難な場合がある。</li> <li>●薬剤師が訪問し、薬剤を服薬しやすいようにまとめ、薬剤に関する情報を伝えるなど継続的な管理が求められる。</li> </ul>
2015	【内服薬調 剤】数量間 違ひに関す る事例	処方せんをFAXで受信した翌日に患者の家族が薬を取りに来た。この日は、薬を調剤した薬剤師、鑑査した薬剤師ともに出動していなかった。処方方はロキソプロフェンNa錠60mg「トワワ」3錠分30日分であったが、30錠しか準備されていなかったのが調剤間違いであると思ひ、60錠を足して交付した。その後、薬歴を確認したところ、朝と夕の分は一包化されていたので、シートで誤分は昼の30錠だけでよかったことがわかった。患者宅に電話し、間違いを伝えた。患者は理解しており、正しく服薬していた。患者の家族から60錠返却された。	交付者が調剤、鑑査者とは別の薬剤師であり、調剤時の取り決めを把握していなかったため、確認をしなかった。	交付者も交付前に一度必ず内容を確認する。薬袋とその中の医薬品に違いがある場合は、交付者にも伝わるようにメモを添える等する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●FAXによる処方せんの受け取りに限らず、調剤に時間がかかる等は、薬を後で取りに来る患者は少なくないと思われる。複数の薬剤師が勤務している場合は、患者と話したり、調剤や鑑査をした薬剤師とは別の薬剤師が交付することがある。また、薬の受け取りが患者の家族等の場合も考えられる。</li> <li>●調剤方法が特殊な場合や連絡事項がある場合は、薬歴だけではなく調剤した医薬品にメモを付ける等して、交付時に確実に確認できるような対応が必要である。</li> </ul>
2015	【疑義照 会】分量変 更に関する 事例	70代男性の内科の処方せんを受け付けた。処方せんには【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 2錠分291日分朝夕食後服用(一包化)と記載があった。患者情報収集時に、患者から「今日は血液検査を受けたが結果は捨てた。腎機能が悪くなっており、小冊子の『慢性腎臓病と生活習慣病の密接な関係』をよく読むよう言われた。」と話があった。【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mgは腎機能低下者に対して処方量の調節の必要があることを患者に伝えた後、処方医に処方量の確認のため疑義照会した。現在のクリアチンクリアランスは45.1mL/分であることから、【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 1錠分191日分夕食後服用(一包化:飲み忘れを防ぐため夕食後服用とする)に変更すると回答があった。	患者が手にしていた小冊子から、腎機能の悪化を推測した事例である。腎機能検査の結果が処方内容に反映されていなかった。	患者から直接得た情報だけでなく、態度や持ち物等からも体調変化が推測される場合にはそのことを考慮した上で処方内容を確認し、調剤を行うことが大切である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者への聞き取り等から、腎機能低下を推測し、過量投与を防いだ事例である。</li> <li>●最近では処方せんに検査値が記載される場合も増えてきているが、たとえ明記されていなくても聞き取りの中から患者の状態を把握し、薬学的に判断することは重要である。</li> <li>●検査値等を考慮した上で医薬品の処方量を提案することは、薬剤師の重要な業務の一つだとと思われる。</li> </ul>

2015	〔内服薬調剤〕薬袋の記載間違いに関する事例	バラシクロピル粒錠500mg「モチダ」を1回2包ずつ服用のところ、患者は1回1包ずつ服用していた。残薬が多いので、ヘルパーが確認のために来局した。ヘルパーが持参した薬袋には1包ずつと印字されていた。レセプトコンピュータの入力は1日6包であったが、薬袋と薬剤情報提供書は1日3包となっていた。	印刷された薬袋と薬剤情報提供書の確認不足であった。交付時には、薬袋・薬剤情報提供書に記載されている用法・用量を患者に説明した。患者が帯状疱疹であることはわかっていたが、1回1包ずつ服用と説明した。処方量が多く、他の薬剤は一包装調剤だったため、確認が疎かになった。	レセプトコンピュータの設定を変更する。鑑査時に薬袋・薬剤情報提供書の内容を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者は薬袋や薬剤情報提供書を見て服用することが多いため、仮に説明が正しくても誤って服用する可能性がある。</li> <li>●レセプトコンピュータは設定を行わないとすべて1包と表記される場合があるので、確認しておく必要がある。</li> <li>●医薬品だけではなく、薬袋や薬剤情報提供書も正しく記載されているか処方せんと照らし合わせて確認する必要がある。</li> </ul>
2015	〔内服薬管理〕充填間違いに関する事例	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「ファイザー」のカセットに、誤ってゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」を充填した。ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「ファイザー」とゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」が混ざった状態であることに気付かないまま、その後、自動錠剤分包機で一包装調剤を行った。翌日、別の患者の一包装調剤を行った際に、ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」が自動錠剤分包機から流れてきたので、実在庫を調べたところ、2剤が混ざっていることを確認した。当該患者に電話で確認し、ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」が1錠紛れていることが、服用前にわかった。	2人で確認をしてカセット内に錠剤を戻していた。2人揃って規格を見落としか、或いは確認後、袋を開ける作業のためにカセットを調剤台に置く時に誤って近くにあった別のカセットを手にとった可能性が考えられる。	手元に別のカセットを置かない。充填する時は、カセット内に残っている錠剤の刻印・形を確認し、充填する医薬品と同じであるか再度確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●カセット内に、間違った錠剤を充填した事例である。</li> <li>●カセットは、形状やサイズがまったく異なれば正常に作動しないことが多く、充填間違いが発見される可能性もあるが、サイズがわずかに小さい場合などでは、作動してしまうこともある。</li> <li>●カセットで一包装した場合、錠剤の形状や色、サイズが似ていると、先入観のために目視による鑑査での発見が難しくなることから、カセットへの充填間違いは極めて危険である。</li> <li>●カセットへの充填は手順を決め、遵守することが重要である。</li> <li>●この薬局ではすでに二重確認を行っているが、充填を行なう時はそれとともに、             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 1テーブル、1薬剤、1カセットの環境で充填する。</li> <li>② カセット内の薬剤がすべて無くなってから充填し、追加充填を禁止する。</li> <li>③ 充填日時や充填者、ロットなどの記録を残す。</li> <li>④ バーコードの利用。</li> </ol> </li> </ul>
2015	〔内服薬調剤〕規格・剤形間違いに関する事例	交付時に、患者に医薬品を見せながら確認したところ、デパス錠1mgのところ、デパス錠0.5mgが入っていた。すぐにデパス錠1mgに交換して交付した。	この調剤は、一包装する医薬品と一包装しない医薬品があった。調剤者は一包装する医薬品をピッキングする際に、ついでに一包装しない医薬品の調剤をしたが、当薬局でピッキング鑑査用を使用しているハンディターミナルを使用しなかった。作業手順の不履行により、間違いに気付かなかった。また、当薬局ではデパスは0.5mg錠を調剤することが多いため、誤って0.5mg錠で調剤した。さらに、FAXによる処方せんであったため、鑑査を後回しにした。患者が来局してから焦って鑑査を行ったため、間違いに気付かなか	原則として、調剤者は、鑑査に回す前にピッキング鑑査用ハンディターミナルを使用して自己鑑査を行う。鑑査者は、デパス錠1mgが処方される可能性があることを踏まえて鑑査する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●薬剤のピッキング間違い防止目的として、医療安全のために付けられたバーコードを活用し、ハンディターミナルで確認するシステムを導入している薬局での事例である。</li> <li>●この事例は、バーコードで確認を行うべきところ、その手順を省くことの危険性を教えてくれている。</li> <li>●定められた調剤手順を遵守することが重要である。</li> </ul>
2015	〔疑義照会〕薬剤変更に関する事例	以前から、本人ではなく家族が薬を取りに来る患者であった。残薬があれば薬局に持ってくるように指導していたところ、残薬を持参した。残薬の中には錠剤が不規則に取り出されているPTPシートが混在していたので、家族に正しく飲んでいるかを確認すると「飲んでいると思いますよ」という回答だったが、実際には正しく服薬できていない状況が見受けられた。特にベネット錠はほとんど飲めていなかった。そこで、処方医にベネット錠17.5mgからエピスタ錠60mgへの変更を提案し、同時に一包装の提案も行った。持参した残薬も利用して一包装調剤を行った。	この患者は元々服薬コンプライアンスが良好であったため、医師、家族、薬剤師もきちんと服薬していると思っていた。これまでは、家族からの聞き取りのみの確認だったが、残薬を持参してもらって初めて服薬状況が確認でき、急激に患者の服薬コンプライアンスが低下したことがわかった。	残薬の状況を確認することは、服薬コンプライアンスを把握するためのよい手段になることから、積極的に残薬の持参を促し、飲めていない患者には一包装、あるいはそれに準ずる方法で服薬コンプライアンスの改善を図る。ベネット錠のように服薬改善が見込めない薬については、処方医に薬剤変更を提案する。患者もしくは患者の家族が、残薬を薬局へ持参しやすい環境の整備が必要である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●服用されずに家庭に残存する薬剤（残薬）は大きな問題となっている。</li> <li>●薬剤師として患者と積極的に関わりを持つことの重要性が示されている。</li> </ul>
2014	〔内服薬調剤〕分包間違いに関する事例	自動分包機を操作してマグミット錠330mgを1回2錠で分包した。その1包の中に分包機のどこから落下したと思われるファモチジンOD錠20mg「オーハラ」が入っていた。鑑査時、交付時、全て見逃していた。簡単な薬という気の緩みがあった。	未記載	未記載	<ul style="list-style-type: none"> <li>●マグミット2錠の分包の中に、不必要な薬剤（ファモチジン）が混入した事例である。</li> <li>●不必要な薬剤を服薬することは、重大な結果を招く危険性がある。</li> <li>●以前の一包装調剤時にファモチジンが分包されずに今回混入したのか、分包機や錠剤ケースなどの不具合によるものかなど、その原因を調査し、その再発防止に努めることが重要である。</li> <li>●一包装調剤は、分包の形式で包装されていることから外観が類似し、さらに識別コードなどによる薬剤の確認も容易ではなく、注意が払われている。</li> <li>●しかし一包装調剤した薬剤の中に、不必要な薬剤やネジ、髪の毛、昆虫などが混入する可能性は否定できず、薬剤の薬効に左右されることなく、薬剤の確認とともに異物混入確認も丁寧に行わなければならない。</li> <li>●機械の不具合などによるエラーは、最終的には人が確認して発見することが必要であり、一包装の錠数の過不足などが生じた場合は、他の調剤者らにも伝達するなど、注意喚起を図る必</li> </ul>

2014	(内服薬管理) 異物混入に関する事例	病院からホクナリンドライシロップ0.1%小児用、アレジオンドライシロップ1%、オノンドライシロップ10%56日分の処方があった。上から順に各々分包し、患者に交付した。6日後に患者の家族が来局し、「アレジオンドライシロップ1%の1包に黒い小さい点が入っているが何か?」と指摘された。この日は調剤した管理薬剤師が休みのため、代理の薬剤師が確認した。何かは判別不能であったが、異物である事は間違いない、異物混入である事を伝え謝罪した。異物混入している分は新しく作り直して渡し、患者は帰宅した。	分包数がかかり多く、鑑査が甘かったと思われる。当該患者はアレルギーがあるため、毎回調剤前に一通り機械の清掃をしているため、異物が何であるか、また、混入経路は不明である。	グラシン紙を使用しており、鑑査時に見にくい点があり、セロガリ紙へ変更する。鑑査は一人で行っていた分をダブルチェックとする。異物の原因特定のため、薬剤師会に分析を依頼する。	●一包化にした場合、特に散薬の異物は確認が困難になる。 ●鑑査時のチェックはもちろんであるが、調剤の手順を確認して異物の混入を防ぐことが重要である。
2014	(疑義照会) 分量変更に関する事例	過活動膀胱の治療薬が処方されたことがない患者に、ベタニス錠50mgが0.5錠 分1夕食後で初めて処方された。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(徐放性製剤のため)と、腎機能や肝機能に異常はないと思われるが常用量の50mg/日でないことに対して疑義照会し、1錠(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は専門外であった可能性がある。処方医、調剤した薬剤師ともベタニス錠が徐放性製剤であるという認識がなかった。ベタニス錠の半錠の指示は当薬局では初めて受け付けたが、調剤する前に添付文書等で半錠への分割が可能かどうか確認しなかった。	レセプトコンピュータにベタニス錠を入力すると『半錠不可』のコメントが表示されるように設定し、薬剤情報提供文書にも『半錠・つぶし不可』のコメントが表示されるように設定した。また、初めて半錠、粉碎、一包化の指示が出た場合は、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し、半錠、粉碎、一包化が不可等の医薬品については上記と同様の対応を実施する。	●調剤に際して、半錠、粉碎、一包化といった剤形などについては、処方医が製剤的特性を十分理解していない場合があるので、薬剤師・処方医の連携が大切であることを示唆している事例である。
2014	(内服薬調剤) 調剤忘れに関する事例	夕食後の一包化の薬がいつも4種類だが7日分だけ3種類しか入っていないと患者が来局した。患者が準備する時に気が付いた。	56日分のうちの49日分は先に作成しており、追加で7日分作成したときに漏れたと思われる。該当薬剤はコンペアで落とすものだった。急がない調剤だったので、途中で中断し他の患者の交付の合間に鑑査していた。	鑑査するときは中断することが無いよう、無理に合間に鑑査をしないで、あとで落ち着いてからする。また、他の薬剤師も鑑査している薬剤師が中断することのないよう気を配る。	●一包化や半割調剤等、予製を行う場合はしっかりと内規に基づいて行うべきである。 ●予製を作成する基となった処方内容と、受け付けた処方内容との照合は重要である。 ●処方内容あるいは日数等が異なった場合は、慌てて対応することでミスが発生する危険性が高くなるため、どのような手順で行うかを内規によって定め、遵守することが重要である。
2013	(内服薬調剤) 規格・剤形間違いに関する事例	休日明け、月曜日の混雑する時間帯に患者本人が1人で来局。一般名処方でアロチノロール塩酸塩錠5mg1錠を含む朝5錠、昼1錠、夕3錠の一包化の指示あり。5mgの規格をいれなくてはいけないところ10mg1錠を間違えて入れてしまった。数日後、在庫量のチェック時に数が違う事が判明。5mgの該当患者はこの方だけなのですぐに電話したが本人不在でご主人が対応。謝罪し、作り直して持参する旨を伝えたがまもなく本人が帰宅したらしく、こちらから伺う前に薬を持参し来局された。改めて、本人に謝罪・状況説明をした上で正しく調剤した薬をお渡しした。	やや混雑している状況で、当時待合室に数人の方がいた。早く、という気持ちと焦りで、またアロチノロール塩酸塩錠5mg「日医工」は他の患者に使用することがなく普段使っているアロチノロール塩酸塩錠10mg「日医工」をピックしてしまった。その後も間違いに気づかず、薬剤師が2人で係わっていたが処方せん調剤薬の確認を怠ってしまった。	一般名称だと調剤薬名にばかり気をとられがちでmg数の確認がおろそかになることがあるので落ち着いて処方せんを正しく読む。鑑査時も再度、一包化での空のシートの規格などを目視確認すること。	●混雑時には確認がおろそかになりがちであるが、必ず声を出して確認し、ダブルチェックを徹底する。 ●患者本人も薬剤師の間違いに気が付かない場合、異なる薬を服用する危険がある。 ●一包化調剤のように薬をシート包装から取り出すと薬を判別しにくくなることから、より一層注意して調剤、鑑査する必要がある。
2012	(内服薬調剤) その他に関する事例	前日の夕方、アドヒアランス不良の患者から一包化調剤済の医薬品が大量に返却になり、再度分包をやり直していた。この際、分包紙に、分包不可の医薬品および漢方薬をホチキス止めていたため、すべてをはずして分包しなおした。この時、きちんとホチキスの針を回収したつもりであったが、分包機内に1つ入ってしまったことに気がつかなかった。翌日、最初の調剤時にこのホチキス針が混入したが、鑑査した薬剤師が急いでいたためスルーしてしまった。患者から指摘を受け、すぐに謝罪、交換にあげた。事情は説明し、今後のクレームには至らないと考える。	分包機周辺で再分包するための分解作業を行ったこと。鑑査をあわてたこと。	分包機の清掃の徹底。業務開始前に乳糖などを分包し、夜間に混入した異物が医薬品に混入しないよう配慮した。また、鑑査の徹底を再度認識した。	●分包などの調整にホチキスなどは使用しないか、あるいは使用する場合は特に注意が必要がある。 ●薬局で分包する際は異物混入がないか分包後の確認が重要である。
2012	(内服薬調剤) 処方せん監査間違いに関する事例	事前にFAXで処方内容がきていたが、実際の処方せんには寝る前の処方削除されていた。それに気づかずFAXの内容で一包化調剤して投薬。精神科の病院に入院中に、他の広域病院の専門科受診であったため、請求の仕方などの事務的に作業に追われ、基本の処方せん確認に気づかなかった。入院中の精神科病院より、薬局に電話があり、削除になった精神科領域の薬が調剤されていると連絡あり。そのときに気づき、病院まで回収にいった。	事務的な手続きに追われ、監査を怠った。	FAXも大事だが、やはり基本の処方せんが大事であることを認識して、他の薬剤師にも徹底させた。	●処方せんの内容の変更について医療機関から連絡があったため、気づいた事例である。 ●処方内容の変更のみならず処方せん改ざん防止の観点からも、処方せんは必ず原本で確認し、必要に応じて追加、削除された医薬品名について疑義照会することが望ましい。
2012	(内服薬調剤) 薬剤取違えに関する事例	ミコンビ配合錠APが処方されていた患者さまにミカムロ配合錠APを渡してしまった。	2人態勢だったが片方が一包化にとりかかっていたので本来鑑査、投薬の役割の人間がピックアップし、そのまま出してしまった。	ピックアップした後、調剤担当者に確認してもらうことを実施する	●ミコンビ配合錠APもミカムロ配合錠APも、同じ薬効成分であるテルミサルタンを含有し、同一メーカーが発売する製剤であるだけに、間違いを起こしやすい。こうした「間違いやすい」薬剤は、薬局内で情報共有し、調剤時の確認、鑑査体制には特段の注意が必要である。

2012	〔内服薬調剤〕薬剤取違えに関する事例	処方せんを基に他の人が集めた薬剤を一包装する際に、事前の確認がおろそかであったため、処方せんではマグラックス錠330mgと記載されていたが、実際にはマグミット錠500mgが用意されていることに気づけなかった。一包装の最中に、処方せんの記載がマグラックスであり、マグミットではないことに気がつき、最初から一包装をやりなおした。	マグラックスとマグミットの商品名と包装と錠剤の形が似ていることに起因すると考えられる。	調剤をする際に、似た名前の商品名、包装、錠剤の形があるものに関しては、特に注意する。	●後発医薬品は名称が類似しており、成分が同じとはいえ、注意が必要である。今回は薬剤名と単位を間違えてしまった事例である。薬剤名の確認は、頭の文字だけではなく、単位も含めて最後まできちんと確認するという基本行動を、常に励行することが重要となる。
2012	〔内服薬調剤〕分包間違えに関する事例	小児のタミフルドライシロップ3%、ブランドカストドライシロップに別患者のウブレチド錠5mgが混入していた。	分包機の錠剤のマスにウブレチド錠5mgを16錠入れたところに、小児のドライシロップの処方箋が4種類（ひとり分）きたため錠剤を回収し、同分包機でドライシロップの分包を行った。4日後、錠剤を一包装する際に2錠不足していることに気づき、心当たりのある患者さんにTELして探したところ、服用せずに保管してくださっていた。慌てていたため、16錠のところを14錠しか回収していなかったことが後からわかった。錠剤回収時にマスのシャッター下に2錠落ちていたことに気付かなかった。	錠剤の一包装は他に何も処方箋がない時間帯に行くか、分包機を分ける。錠剤の数は常に確認する。	●本事例は、分包のための分割作業を開始し、その後分割作業を中断し、次に分割した薬を回収するという作業を行っているが、このような作業の中断行為が、極めて危険な行為になることを示唆している。 ●特に散剤や水剤、注射剤などでは調製後の確認が難しく、一度作業を開始した時は最後まで行い、「作業の中断」を禁止することも安全対策のひとつである。
2011	〔内服薬調剤〕規格・剤形間違えに関する事例	一包装している薬の中に薬剤情報提供文書の写真と異なるカプセルが入っていると患者本人が薬を持って来局した。ユベランカプセル100mgで処方したところ、ユベランソフトカプセル200mgで調剤していたことが判明した。調剤ミスであることを認め、謝罪した。患者は前回の残りを服用していたため、今回の誤調剤した薬は服用せず、健康被害はなかった。	多忙であったため、通常は一包装調剤する前に確認すべきところを後回しにしてしまった。一包装調剤後、シート包装の外殻だけで確認を行ったため、間違いに気づけなかった。	一包装調剤する前に確認することを徹底する。	●ユベランカプセル100mgは赤色と白色のカプセル、ユベランソフトカプセルはオレンジ色のソフトカプセルであり、一包でも分包品の鑑査を行えば、誤りを見つけることが出来たと思われる。 ●一包装調剤の鑑査に関しては、薬剤の外殻だけで確認を行うのであれば、一層徹底した鑑査が必要である。一包装調剤は、誤投薬があった時に誤りを発見しにくく重大な医療事故を生じうるため、業務手順書の変更などの改善を検討することが望ましい。 ●患者とともに、薬剤と薬剤情報提供文書を照合しながら服薬指導を行うことは、薬剤や薬剤情報提供文書の内容の確認にもつながるため、そのような服薬指導を行うことも一つの方法である。
2011	〔内服薬管理〕充填間違えに関する事例	自動分包機のユリーフ錠4mgのカセッターにエビスタ錠60mgが1錠入っていたことに気づいた。前日、一包装調剤をやり直した際、カセッターに戻した薬があったため、その処方を確認したところ、エビスタ錠60mgが含まれていた。そこで、それ以降の一包装調剤でユリーフ錠4mgが含まれている患者を検索したところ、該当患者が1名いたため、すぐ電話連絡した後、患者宅に向かった。ユリーフ錠4mgで調剤するところ、所々にエビスタ錠60mgが含まれていることを確認した。その後分包し直し、患者の体調に変化がないことを確認した。残っていた錠数から、患者は誤って2回、エビスタ錠60mgを服用していたことが分かった。	未記載	未記載	●一度、分包調剤したエビスタ錠60mgを自動分包機のカセッターに戻す際、誤ってユリーフ錠4mgのカセッターに入れてしまい、その後、ユリーフ錠4mgが処方されていた患者に、誤ってエビスタ錠60mgを交付してしまった事例である。 ●一包装調剤後に誤って調剤した薬を同定することは容易ではないと言われているため、事例のように誤った薬を交付してしまい、患者がそのまま薬を服用してしまったり、複数の患者に誤って投薬してしまったりする可能性がある。 ●鑑査時に気づいた場合は、再度、一包装調剤をやり直す必要があることから、そのことによる業務の煩雑さが新たなミスを引き起こすことも考えられる。 ●自動分包機に薬を充填する場合は、1) 充填する薬、および充填するカセッターを指さし、声だし確認する、2) 充填時に複数のスタッフが確認する、3) 薬を充填した記録を残しておき、再度、別のスタッフが確認するなど、しっかりとした確認手順を決めておく必要がある。
2010	〔内服薬調剤〕分包間違えに関する事例	ワーファリンを6.25mgで分包するところ、誤って6.5mgで分包した。	未記載	未記載	●ハイスルカ薬などでは投与量の半減を繰り返して、投与量を厳密に調節する場合がある。たとえば1mgから減量する場合は、1mg→0.5mg→0.25mg→0.125mgと減量されるが、この時、小数点以下の数字が類似するため注意を要する。 ●特に「0.5mg」と「0.25mg」、「0.25mg」と「0.125mg」などは、見間違いや読み間違いが起きやすく、注意して読み取る必要がある。 ●現在、ワーファリンは、ワーファリン錠5mg、ワーファリン錠1mg、ワーファリン錠0.5mgが販売されているが、今回の事例のように「6.5mg/包」と誤った調剤では「ワーファリン錠5mg1錠、ワーファリン錠1mg1錠、ワーファリン錠0.5mg1錠」の組み合わせや、「ワーファリン錠5mg1錠、ワーファリン錠1mg1錠、ワーファリン錠1mg0.5錠」、「ワーファリン錠1mg6錠、ワーファリン錠0.5mg1錠」、「ワーファリン錠1mg6錠、ワーファリン錠1mg0.5錠」などの組み合わせが考えられる。 ●このようにいくつかの規格を組み合わせで一包装調剤する場合、調剤した薬の規格と総錠数、または1包中の規格と錠数と総包数などを明記することで、調剤鑑査時に誤りを発見しやすくなる。

2010	(疑義照会) 薬剤削除に関する事例	2週間前に処方変更があり、グラクティブ錠50mg1錠とアマリール1mg錠1錠が処方追加された。投薬した翌々日に患者は低血糖にて救急車で搬送された。その際、主治医から薬局へアマリール1mg錠の服用中止、および一包化の作り直しの指示があった。今回、定期薬として患者が処方せんを持って来た際、アマリール1mg錠が処方されていたため、主治医に疑義照会したところ、薬剤削除となった。	当該医療機関の処方せんは前回処方を印字して、それを医師が手書きで訂正していた。途中で再度受診した際に処方変更がされたはずであったが、そのことが処方箋に反映されていなかった。また、医師がそのことに気付かず、処方してしまった。	途中で処方せんを発行せずに服用方法が変更がされた場合は、特に注意して確認する。	● 前回処方後から今回の処方までの間に体調変化等により処方変更の指示があった場合、その変更内容が今回の処方せんに反映されているかどうか、注意して確認すべきである。
2010	(内服薬調剤) 処方せん監査間違いに関する事例	緑内障の患者にP.L顆粒が処方されていたが、薬歴を確認せずに調剤してしまった。監査時にそのことに気づいた。	P.L顆粒の他にマーズレン、ロキプロナール錠60mgを一包化調剤する処方であったが、調剤とりかかった薬剤師が薬歴を確認せず、途中で別の薬剤師に交代したため、後から散剤の計量を行った薬剤師も薬歴の記載に目を通さず調剤してしまった。	処方箋毎の調剤は各1名で行う。途中で交代する場合は引き継ぎをしっかりと行う。前任者が薬歴の確認を怠っている可能性もあるため、後任者は再度薬歴をチェックすることを徹底する。	● 患者の病歴、副作用などの患者情報を薬歴で確認することは、調剤の基本である。また調剤の途中で担当薬剤師が交代する場合は、引き継ぎを確実に行うべきである。その際は口頭のみによる引き継ぎだけでなく、付箋やメモを活用して伝達することが望ましい。
2010	(内服薬調剤) 規格・剤形間違いに関する事例	処方せんにはブレドニン錠5mg0.5錠と記載されていた。ジェネリック医薬品を希望する患者であったため、プレロン錠5mg0.5錠で調剤しなければいけないところ、プレロン錠2.5mg0.5錠で調剤してしまった。監査の際、別の薬剤師がシート包装の外殻で間違いに気付いた。	処方せんには10種類の処方薬があり、ジェネリック医薬品へ変更可能なものはすべて変更して欲しいとの希望があった。そのうち7つの医薬品が変更可能であったため、先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更することに手取ってしまった。その際、ブレドニン錠5mg0.5錠は2.5mgであると考えてしまい、プレロン錠2.5mgを調剤してしまった。先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更する際は頭の中で変換しなければならず、さらに規格変更も可能となったため、規格(mg数)を変更することもあった。これらは通常ではきちんと出来ていても、繁忙時に心理的、身体的要因などが重なってしまうとそのことがミスの原因となることも	当薬局では一包化調剤や分包した場合は、かならずシートの外殻などを残しておき、監査時に使用していた。今回はこの監査で気付くことが出来たため、このことは今後も継続する。	● 先発医薬品を後発医薬品に変更する場合、処方せんに記載されている先発医薬品の情報を調剤対象の後発医薬品の情報に置き換える必要があり、調剤時の作業工程が増えたことによりエラーが発生し易くなった事例である。当該薬局ではシートの外殻を残すことで、監査時に処方箋の情報と調剤後の情報のギャップを埋める工夫をしており、このことはエラー軽減に有効である。
2010	(内服薬調剤) 調剤忘れに関する事例	投薬後患者本人よりいつも入っている黄色い半分が入っていないと連絡があった。ハーフジゴキシンK.Y錠0.125、0.5錠、ワルファリンカリウム1mg1錠、0.5mg1.5錠、アルダクトンA0.5錠で一包化するところ、ハーフジゴキシンK.Y錠0.125を0.5錠を入れずに一包化し、そのまま患者へ投薬	調剤時は昼休みであり、薬剤師が2名であった。偶然一包化、多剤処方患者が重なり、他の患者も途絶えずに来局していた。集中力の低下と業務をかけ持ちして調剤したことが原因であった。鑑査者は同日に他の患者で同様の処方内容を調剤していたため、そのことと混同してしまった。	混雑時においても業務をかけ持ちした状態では調剤は行わない。処方箋の細部まで確認し、調剤、鑑査を行う。	● 一包化調剤は患者のコンプライアンスの向上に寄与するが、一包化調剤の誤調剤は患者に重大な影響を及ぼす事が多い。今回の事例では、一包中の錠剤の数が少なかったため、誤りに気づいた患者からの申し出で大事には至らなかったが、ワルファリンカリウムなどのハイリスク薬を含む一包化であるため、鑑査には一手間掛けて、外殻のPTPシートとともに鑑査するなど、一包化調剤の鑑査には細心の注意を払うべきである。
2010	(内服薬調剤) 薬剤取間違いに関する事例	一包化の調剤で分包品に6剤入っており、その中の一包のガスターが破損していたため、新しいものと取りかえようとした。ガスターだけを出そうとしたが他の薬剤も出てしまった為、入れ直した際に、近くにあったバラのアマリール1mg錠が間違えて混入した。この際、バイアスピリン錠100mgが出ていたことに気づかず、6剤あることだけを確認し鑑査者へ渡した。	一包化調剤の作り直しの際に処方箋と照らし合わせなかった。アマリールのバラが散らばった缶のすぐ横で作り直しをした。	入れ替えたものは処方箋と照らし合わせ、薬剤が合っているかを確認する。バラのものは蓋をする、またはプラスチックケースに入れる	● 一包化した薬を確認した際に薬の破損が見つかったため調剤をやり直したが、その際に薬が誤った薬と入れ替わってしまった事例である。 ● 今回の事例では調剤をやり直す際に分包した袋から誤った薬のみを取り出し、正しい薬と入れ替えている。 ● このように誤った薬のみを入れ替えた場合、その後の確認作業ではその薬にのみ注意が向いてしまい、その他の薬の確認が不十分となりやすい可能性がある。 ● 一包化調剤をやり直す際は一度分包した袋を封じ、新たに分包することが必要である。また異なる薬が混入することを防ぐためにも、調剤に必要なとしない薬は、あらかじめ調剤を開始する前に片付けておくことが重要である。
2010	(交付) 患者間違いにに関する事例	患者Aと患者Bにおいて、それぞれ一包化した薬剤を逆の患者に渡してしまった。患者Aが、朝の薬を服用する際に発見した。患者Bにすぐ連絡をしたところ、まだ服用していなかった。	調剤時、患者の来局が重なり、鑑査台には複数のトレイが並んでいる状態だった。鑑査を終えた後、それぞれ異なるトレイに間違えて入れた可能性がある。	トレイにセットするときも、薬剤師が自ら確認して行う。投薬時、薬袋に薬を入れる際は、再度、確認を患者と一緒に行うことを徹底する。	● 薬剤を一包化することは、複数の薬剤を服用する患者にとって利便性がある。しかし、その内容については、患者自身が確認することは困難であり、初めて処方された薬剤であった場合、処方された薬剤との正誤を見分けることは難しい。前回と同様の薬剤であれば、その違いを発見することも出来ることもあろう。 ● 今回の場合、患者Aが違うことに気づき、患者Bはまだ服用していなかったが、患者Bが自分の薬ではないことに気がつくことが出来たかどうかは分からない。また、患者A、B双方が自分の薬ではないことに気づかず服用し続ける可能性も考えられる。
2009	(内服薬管理) 充填間違いに関する事例	錠剤自動分包機にて一包化。アマリール錠3mgを分包していたが、途中で錠剤自動分包機カセット内のアマリール錠3mgの在庫が不足したために補充した。そのときに、誤ってアマリール錠3mgのカセットにアマリール錠1mgを補充し、そのまま分包してしまった。きちんと分包されているか確認をしたのだが、数を確認したのみで、途中で入れ変わったことに気付かなかった。翌日、医薬品をカセット内に補充する際、アマリール錠3mgのカセットにアマリール錠1mgが入っていたため、間違いに気付いた。4日分中6日分間違えてアマリール錠1mgを分包した。	繁忙な時間だったため、誤って補充してしまった。通常は補充した場合は、補充した医薬品名、数量、補充した薬剤師氏名、医薬品名などを記録し、確認をしているが、忙しかったため、確認記録を怠った。分包後の鑑査も、違う薬が入っていないか確認しているつもりだったが、見落としてしまった。	途中で錠剤自動分包機に補充した場合は、そのシートの殻を調剤トレイに入れておき、間違いないか充填されているかを確認する。	● 錠剤自動分包機の充填の事例である。アマリールの1mg錠と3mg錠では錠剤の大きさや、色が大きく異なる。重点管理医薬品にも係わらず、最終鑑査が不足していた部分は問題である。「充填時」の問題と、「最終鑑査」の問題の両方が改善策には必要と考える。錠剤自動分包機は、調剤時間の短縮に寄与するが、充填時、カセットの不備などの問題点もあり、最終鑑査をしっかりと行わないと、新たなヒヤリ・ハット事例が発生する。