

話を保有しているケースも増えてきている。「高齢者だから携帯電話は使用しないだろう。」という先入観は持つべきではない。従って、可能であれば、どのような患者であっても、基本情報として、患者の携帯電話番号や携帯メールアドレスなども収集しておくことが望ましいであろう。

- 住所についても、電話番号と同様であり、場所が特定できるように、マンションやアパートでは部屋番号まで必ず記載してもらうように説明する。

注 意

- 本システムにおいて登録会員に公開されている事例は、投稿された事例や我々が独自に収集した事例が中心となっていますが、事例によっては教育・研修の見地から大幅に改変したものも含まれていますのでご留意下さい。
- また、事例の内容は、原則として配信された時点の情報に基づいています。最新の情報については、各薬剤の添付文書やインタビューフォーム等でご確認下さい。
- 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座(当講座)では、正確な情報を掲載するよう努力しますが、その正確性、完全性、適切性について、いかなる責任も負わず、いかなる保証もいたしません。特に、事例やその解説では、添付文書や過去に報告されたエビデンス等に照らして標準的な内容・解説を掲載していますが、実際の臨床現場では一律に適用できない場合もありますのでご留意下さい。
- 本サイトは、自己の責任および危険負担で閲覧・利用することとし、それらを利用した結果、直接または間接的に生じた一切の問題について、当講座ではいかなる責任も負わないものとします。

[ヒヤリハットのインデックスに戻る](#)
[事例集に戻る](#)

本サイトに掲載の記事・写真などの無断転載・配信を禁じます。
すべての内容は、日本国著作権法並びに国際条約により保護
されています。

Copyright(C) 2000-2006 by The University of Tokyo
All rights reserved. Reproduction Prohibited
Tous droit réservés. Reproduction interdite

▶ 東京大学 ▶ 東京大学大学院薬学系研究科

▲ [pagetop](#)

i-Phiss事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷3-14-15 英工本郷第二ビル5階 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座
事務局へのご要望・ご意見は[こちら](#)

ヒヤリハット事例その154

用法変更による患者負担金の違いを説明したことで患者・医師間にトラブルが発生

1. どのような医療機関ですか

開局薬局

2-2. 調剤をした薬剤師の経験年数

3 年 以上 5 年未満

2-3. 鑑査をした薬剤師の経験年数

2 年 以上 3 年未満

2-4. 投薬／服薬指導をした薬剤師の経験年数

3 年 以上 5 年未満

3-1. 処方箋の種類

オーダー／印字出力

3-2. 患者の年齢、性別

60 歳代の女性

3-3. 処方の内容

<処方 1> 病院の内科

ベタメノール錠 (5 mg)	1 錠	1 日 1 回	寝る前	28 日分
デパス錠 (0.5 mg)	1 錠	1 日 1 回	朝食後	28 日分

(* 投稿された処方に忠実に記載した。なお、ベタメノールは塩酸カルテオロールの後発医薬品である。)

<処方 2>

ベタメノール錠 (5 mg)	1 錠	1 日 1 回	寝る前	28 日分
デパス錠 (0.5 mg)	1 錠	1 日 1 回	寝る前	28 日分

(* 投稿された処方に忠実に記載した。)

3-4. 何が起きましたか?

- 薬剤師は、患者に対し、<処方 1> から <処方 2> への変更により薬代が安くなることを説明した。後日、<処方 2> から <処方 1> へ再変更時に、患者と医師の間に薬代にからむトラブルが発生した。

3-5. どのような過程で起きましたか?

- これまで、<処方 1> の用法(朝食後)で処方されていたが、今回 <処方 2> の用法(就寝前)に変更になった。以前より患者から「デパス<エチゾラム>はあまり朝には服用せず、寝る前に服用することが多い」と聞いていたため、そのような事情で処方変更になったと思いこんでしまい、疑義照会を怠った。処方オーダーにおける医師の用法選択ミスであったかもしれないが、患者にも変更理由を確認しなかったため <処方 2> への変更理由は全く不明である。
- <処方 2> に変更になって用法が二用法から一用法にまとまり患者負担金が安くなったため、患者に対して薬剤師はその理由を詳細に説明した(患者から質問があったわけではない)。
- ところが、その次の受診時に <処方 1> に再度変更された。(仮に前回、<処方 1> のような用法入力ミスであったとすれば、今回、<処方 1> に戻されるのは当然であるが、再度の処方変更の理由は不明)
- 患者は負担金の安くなる <処方 2> を医師に希望したが、患者の希望は医師に聞き入れられなかった(医師と患者の間でどのようなやりとりがあったかは不明)。

3-6. どのような状態(結果)になりましたか?

- 患者から「エチゾラムはあまり朝には服用せず、寝る前に服用することが多い」と聞いていたため、当然処方変更されたのだと思いこんだ。
- また、エチゾラムは睡眠障害治療に用いる以外は、特に用法を決められている薬剤ではないので、疑義照会をするほど用法に関して厳格に考えていなかった。

3-7. なぜ起こったのでしょうか

- 処方医から、「患者に対し、用法の変更により薬代が安くなることを安易に教えないようにして欲しい、患者から『同じ薬で同じ用量であっても、値段が違う場合には、安い方にするのが当然だろう、そのようにしてくれ!』と言われ……トラブルが発生してしまった!」と注意された。さらに、「用法にはそれなり理由があるので不明な点は必ず疑義照会するように」とクレームを受けた。その際にも、医師が「処方 2」に変更した理由を確認しなかったため、「処方 2」は医師がうっかり間違った用法を入力した可能性が考えられるが、詳細は不明である。
- 実際、本件において用法を変えると負担金が安くなるため「3-9. その他特記すべきこと」参照、患者にしてみればなぜ医師が負担金の高くなる処方をするのか理解できないように、患者と医師の関係が多少きまづくなってしまった。

3-8. 二度と起こさないために、今後どう対応しますか?

- 処方の変更はいかなる場合においても疑義照会が必要だと再認識した。その際、本件においてのように、用法によって薬代が変わることを患者に説明する点も申告しておくことがベターであろう。
- 患者からの情報だけで、変更の事実の確認もせず、状況判断してしまったことを反省している。
- また、処方を変更したことで同じ薬を服用するにもかかわらず金額に相違が生じること、さらに高い方の負担金を支払っていることを患者が知ってしまったため、今後の患者、医師、薬剤師間の信頼関係が失われるのでは無いかと危惧しており、その改善に努力したい。ただ、負担金の説明をすることは原則であるが、適宜、総合的に判断して、説明が行うことが必要な場合もある。
- 処方変更には細心の注意をはらって対処するべきであることはもちろんであるが、本事例の場合、実際には患者は処方における用法ではなくエチゾラムを眠前に服用している。この事実を医師が知らない可能性もある。経済的な観点からだけではなく治療上の問題としても、薬剤師からこの事情を説明し医師の処方意図も理解した上で話し合いを持つことも薬剤師としての仕事ではないだろうか。

3-9. その他特記すべきこと

- 現場ではよく経験される事であると思われるが、調剤料の計算は数字のマジックのような側面をもつ。本事例の場合、＜処方 1＞から＜処方 2＞に用法を変更すると、230 円安くなる(当該患者は社保家族(3 割負担)、調剤基本料 42 点とし、薬剤服用歴管理料および服薬指導加算各 22 点、薬剤情報提供料 15 点としてレセコンで算定)。
- また同一処方内での用法変更だけではなく、症状が緩解し、薬が減量となった場合においても(＜処方例 A＞→＜処方例 B＞または＜処方例 A＞→＜処方例 C＞)、用法の変更を伴うと薬価によっては(薬価の安い薬剤の方が影響をうけやすい)、薬が減っても負担が高くなることもある。
以下に一例を記す。
当該患者は社保本人(3 割負担)、調剤基本料 42 点とし、薬剤服用歴管理料および服薬指導加算各 22 点、薬剤情報提供料 15 点を算定したとする。

<処方例 A>

トフラニール錠 (25 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	28 日分
コントロール錠 (5 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	28 日分

患者負担金: 1,060 円

<処方例 B>

トフラニール錠 (25 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	28 日分
コントロール錠 (5 mg)	2 錠	1 日 2 回	朝夕食後	28 日分

患者負担金: 1,210 円

<処方例 C>

トフラニール錠 (25 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	28 日分
コントロール錠 (5 mg)	1 錠	1 日 1 回	寝る前	28 日分

患者負担金: 1,210 円

このような場合、患者にとっては薬が減ったにもかかわらず負担金が高くなるという患者にとって納得のいかない結果となるため、この結果に関して詳細な説明が必要になるであろう。

- また負担金を安くするためレセコン上だけで安易に用法、用量を変更することは可能であるが、その際には帳票類特

に薬情や薬袋の表記も処方から変更されてしまい、患者における服薬ミスを招くおそれがある。したがって、医師、患者、薬剤師間で話し合いどうしても必要な場合以外はレセコン上だけで安易に用法、用量を変更することは避けた方がよいと考える。

注 意

- 本システムにおいて登録会員に公開されている事例は、投稿された事例や我々が独自に収集した事例が中心となっていますが、事例によっては教育・研修の見地から大幅に改変したものも含まれていますのでご注意ください。
- また、事例の内容は、原則として配信された時点の情報に基づいています。最新の情報については、各薬剤の添付文書やインタビューフォーム等でご確認下さい。
- 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座(当講座)では、正確な情報を掲載するよう努力しますが、その正確性、完全性、適切性について、いかなる責任も負わず、いかなる保証もいたしません。特に、事例やその解説では、添付文書や過去に報告されたエビデンス等に照らして標準的な内容・解説を掲載していますが、実際の臨床現場では一律に適用できない場合もありますのでご注意ください。
- 本サイトは、自己の責任および危険負担で閲覧・利用することとし、それらを利用した結果、直接または間接的に生じた一切の問題について、当講座ではいかなる責任も負わないものとします。

[ヒヤリハットのインデックスに戻る](#)
[事例集へ戻る](#)

本サイトに掲載の記事・写真などの無断転載・配信を禁じます。
すべての内容は、日本国著作権法並びに国際条約により保護
されています。

Copyright(C) 2000-2006 by The University of Tokyo
All rights reserved. Reproduction Prohibited
Tous droit réservé. Reproduction interdite

▶ 東京大学 ▶ 東京大学大学院薬学系研究科

▲ [pagetop](#)

i-Phise事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷3-14-15 美工本郷第二ビル5階 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座
事務局へのご要望・ご意見は[こちら](#)

ヒヤリハット事例その156

便の中に発見された錠剤、エブトール錠と思いこんだが実はセレニカ R 錠

1 どのような医療機関ですか

病院薬剤部

2-2. 調剤をした薬剤師の経験年数

不明

3-2. 患者の年齢、性別

77 歳の女性

3-3. 処方の内容

<処方1> 病院の精神科、定時処方(入院)、オーダー/印字出力

セレニカ R (200 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	7 日分
ソラナックス錠 (0.4 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	7 日分
セレネース錠 (0.75 mg)	1 錠	1 日 1 回	就寝前	7 日分
ベンザリン錠 (5 mg)	1 錠	1 日 1 回	就寝前	7 日分
ホリゾン錠 (5 mg)	1 錠	1 日 1 回	就寝前	7 日分

<処方2> 病院の内科(結核)、定時処方(入院)、オーダー/印字出力

ネオイスコンチン錠 (100 mg)	3 錠	1 日 1 回	朝食後	7 日分
リマクタンカプセル (150 mg)	3 Cap	1 日 1 回	朝食前	7 日分
エブトール錠 (250 mg)	3 錠	1 日 1 回	朝食後	7 日分
ピドキサル錠 (10 mg)	3 錠	1 日 1 回	夕食後	7 日分
セルベックスカプセル (50 mg)	3 Cap	1 日 3 回	毎食後	7 日分
アローゼン (0.5 g/包)	2 包	1 日 1 回	就寝前	7 日分

3-4. 何が起きましたか?

- 結核病棟で、看護師から、「患者が便秘なので排便をしたところエブトール錠がでてきた」と錠剤を見せられ、大変驚いた。
- 錠剤が黄色に見えたこと、結核治療経過が不良な患者であったことから、看護師、薬剤師ともに黄色の錠剤のエブトール錠であると思いこんだが、その後識別コードから確認したところ、セレニカ R と判明した。

3-5. どのような過程で起きましたか?

- 当該患者は、結核病棟でDOTS (Directly Observed Treatment, Short-course, 直接監視下短期化学療法)による結核治療を実施中であった。
患者が便秘なので、病棟の担当看護師が、排便をしたところ、患者の便中から錠剤を発見した(写真)。黄色の外観であったため、エブトール錠が出てきたと思い、薬剤師に報告した。
- 当該看護師以外にも看護師に聞いてみると、(薬名は不明であるが)入院患者の便から錠剤がでてくるのを経験したことがあるということであった。
- 担当薬剤師は、エブトール錠が便中に残渣として出てくる、というのは初めてのケースだったので、メーカーに問い合わせたり、他の薬剤師に相談したが、皆そのような経験はない、とのことであった。
- 当該患者は、DOTS による治療で結核菌の検出は減少傾向であるものの、喀痰中の結核菌の量を表す指標であるガフキー * が G0 になったり、G2 になったりと不安定な状態であり、その原因を検討中のところであった。このため、エブトール錠の吸収不良が治療効果の安定しない原因なのではないかと、薬剤師は大変心配した。
* ガフキー: G0, 0/30視野; G2, 2 ~ 20/10 視野(鏡検における検出菌数)。
- そこで、便中から出てきた錠剤の残渣中の残存薬剤量の測定を依頼することになり、錠剤の識別コードを確認したところ、実は、セレニカ R であったことが判明した。
- リファンピシンは便を橙赤色に着色させることが知られている。従って、便中からの残渣であったこと並びにリファンピ

シンを併用していたことにより、着色していた可能性が考えられる。

- セレニカ R 錠の添付文書には、「適用上の注意」の項に以下の記載があり、便中に残渣が認められる製剤である。

本剤投与後に白色の残渣が糞便中に排泄されるが、これは賦形剤の一部である。

3-6. どのような状態（結果）になりましたか？

- セレニカ R 錠であることは分かったが、あまりに錠剤の形状そのままですでにできていることもあり、測定依頼したところ、便中の錠剤の残渣 2 個に関して、以下のような測定結果がでた。

試料：便中に排泄された残渣：2 個
 方法：試料をエタノールで抽出し、EIA 法により測定。
 結果：残渣中に残存していたバルプロ酸量：9.16 mg と 11.52 mg
 （平均 10.34 mg）
 この値は、セレニカ R 錠（200）1 錠中の 5.17% に相当する。

- 結果として、錠剤の残渣中には、5% 程度のバルプロ酸が残存していたが、約 95% は錠剤中からは放出されていることが判明した。ただし、この残存量が便中にでてくるセレニカ R 錠残渣内のバルプロ酸量の平均値と同様であるか否かは現時点では、不明である。
- 便中に出てきた錠剤がセレニカ R 錠だったこと、並びに残渣中のバルプロ酸量は 5% 程度であったことを担当医、看護師に報告した。

3-7. なぜ起こったのでしょうか

- エブトール錠の残渣が便中にでてきたと思いこんでしまった理由には以下が考えられる。

- * 写真にあるように錠剤の黄色に見えたこと
- * 両薬剤のサイズ、形状が類似していること(表 1)
- * 患者の喀痰中の結核菌検査結果が思うように陰性にならない状況であったこと

- 患者、あるいは患者の看護をしている人(看護師、家族)に対してセレニカ R 錠は、錠剤の残渣が便中にでてくることがあることを情報提供していなかった可能性がある。事前に情報提供していれば、最初にセレニカ R 錠を疑うことができたかもしれない。

3-8. 二度と起こさないために、今後どう対応しますか？

- 患者によっては、本事例のように、セレニカ R 錠が、糞便中に錠剤の形状を保って排泄される場合がある。このような場合、患者が薬が吸収されていないと不安になると考えられるので、事前に説明しておく。
- 糞便中のセレニカ R 錠の残渣におけるバルプロ酸残存量に関する情報は現時点では少なく、個人差やどのような状況、病態において、変動しうるかも不明である。したがって、糞便中に残渣が出る場合やセレニカ R から他の剤形に変更する場合には、念のため、バルプロ酸の綿密な血中濃度モニタリングが必要であろう。
- 看護師や家族など看護者がいる場合には、患者だけでなく、看護者へも同様の説明が必要であろう。看護師や医師に対しては、便中に残渣として出てくる場合がある製剤をリストとして情報提供しておくことが有用であろう。添付文書上で、残渣に関する注意書きがある薬剤の一覧を表 2 に示す。
 なお、アイフィスのヒヤリハット事例(その 22)「糞便中にそのまま薬が排泄されて不安がる患者」(01.9.27 配信)でデパケン R 錠の残渣による類似事例を取り上げているので参照されたい。
- 糞便中に残渣が認められても効果には時に問題がないことを説明しても、患者が気にするようであれば、他の剤形に変更すると行った対処も必要であろう。

3-9. その他特記すべきこと

- セレニカ R の徐放製剤加工
 本剤は核錠に水不溶性高分子を二重コーティングした膜制御型の徐放性製剤である。

表 2 糞便中の残渣に関する注意書きがある主な薬剤の一覧

製品名	一般名	添付文書に記載してある 注意内容

エピレナート徐放顆粒 40%	バルプロ酸ナトリウム 徐放性顆粒剤	本剤投与後に白色の粒子が糞便中に排泄されるがこれは賦形剤の一部である。
・セレニカ R 錠 200 mg/ セレニカ R 顆粒 ・デパケン R 錠 100/ デパケン R 錠 200 ・バルブラム R 顆粒	バルプロ酸ナトリウム 徐放性顆粒剤	本剤投与後に白色の残渣が糞便中に排泄されるが、これは賦形剤の一部である。
オキシコンチン錠 5 mg/ オキシコンチン錠 10 mg/ オキシコンチン錠 20 mg/ オキシコンチン錠 40 mg	塩酸オキシコドン徐放錠	本剤のマトリックス基剤(抜け殻)が人工肛門あるいは糞便中に排泄される場合があること、その場合本剤の成分は既に吸収されているため、臨床的に問題はないことを患者に説明すること。
ピーガード錠 20 mg/ ピーガード錠 30 mg/ ピーガード錠 60 mg/ ピーガード錠 120 mg	硫酸モルヒネ	本剤の外層を形成する水不溶性高分子膜(抜け殻)は、体内で吸収されることはないため、人工肛門又は糞便中に排泄されるが、本剤の有効成分は既に吸収されているため、臨床的に問題はないことを患者に説明すること。
スロービッド 100/ スロービッド 200/ スロービッド顆粒	テオフィリン徐放剤	本剤由来のエチルセルロースの透過性膜は、テオフィリン溶出後、未消化のまま排泄されるため、白色粒子が糞便中に見られることがある。
・セキロイド錠 ・テオスロー L 錠 200/ テオスロー L 錠 400 ・テオフルマート L 錠 200/ テオフルマート L 錠 400 ・テルダン L 錠 200 ・ユニコン錠 100/ ユニコン錠 200/ ユニコン錠 400 ・ユニフィル錠 100/ ユニフィル錠 200/ ユニフィル錠 400	テオフィリン徐放剤	糞便中に、まれに本剤由来の白色物質がみられることがある。
テオロング錠 50 mg/ テオロング錠 100 mg/ テオロング錠 200 mg	テオフィリン徐放剤	糞便中に、まれに本剤由来の白色顆粒がみられることがある。
リスピンR錠	リン酸ジソピラミド徐放錠	本剤のマトリックス基剤は成分放出後も体内で崩壊せずに排泄されるため、錠剤の形をした白い塊として糞便中に認められることがある。
フェロ・グラデュメット	硫酸鉄	鉄放出後のプラスチック格子は、そのまま糞便中に排泄される。
ベンタサ錠250	メサラジン錠	本剤のコーティング剤のエチルセルロースは水に不溶のため、糞便中に白いものがみられることがある。
スローケー	塩化カリウム錠	本剤のゴーストタブレット(有効成分放出後の殻錠)が糞中に排泄されることがある。

注 意

- 本システムにおいて登録会員に公開されている事例は、投稿された事例や我々が独自に収集した事例が中心となっていますが、事例によっては教育・研修の見地から大幅に改変したものも含まれていますのでご留意下さい。
- また、事例の内容は、原則として配信された時点の情報に基づいています。最新の情報については、各薬剤の添付文書やインタビューフォーム等でご確認下さい。
- 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座(当講座)では、正確な情報を掲載するよう努力しますが、その正確性、完全性、適切性に

ついて、いかなる責任も負わず、いかなる保証もいたしません。特に、事例やその解説では、添付文書や過去に報告されたエビデンス等に照らして標準的な内容・解説を掲載していますが、実際の臨床現場では一律に適用できない場合がありますのでご留意下さい。

- 本サイトは、自己の責任および危険負担で閲覧・利用することとし、それらを利用した結果、直接または間接的に生じた一切の問題について、当講座ではいかなる責任も負わないものとします。

[ヒヤリハットのインデックスに戻る](#)
[事例集に戻る](#)

本サイトに掲載の記事・写真などの無断転載・配信を禁じます。
すべての内容は、日本国著作権法並びに国際条約により保護
されています。

Copyright(C) 2000-2006 by The University of Tokyo
All rights reserved. Reproduction Prohibited
Tous droit réservés. Reproduction interdite

▶ [東京大学](#) ▶ [東京大学大学院薬学系研究科](#)

▲ [pagetop](#)

i-Phiss事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷3-14-15 美工本郷第二ビル5階 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座
事務局へのご要望・ご意見は[こちら](#)

ヒヤリハット事例その157

「以下余白」部分に手書きで薬名が追加されていた処方せんをめぐって処方医院とトラブル

1 どのような医療機関ですか

開局薬局

2-3. 鑑査をした薬剤師の経験年数

10 年

2-4. 投薬／服薬指導をした薬剤師の経験年数

5 年

3-1. 処方箋の種類

オーダー／印字出力に手書きで追加

3-2. 患者の年齢、性別

66 歳、女性

3-3. 処方の内容

<処方1>

ディオバン (80 mg)	1 錠	1 日 1 回	朝食後	28 日分
アマリール錠 (1 mg)	1 錠	1 日 1 回	朝食後	28 日分
グルコバイ錠 (100 mg)	2 錠	1 日 1 回	夕食直前	28 日分
(以下手書き)				
アスタットクリーム 1%	1 本	塗布		
フルメタローション 0.1%	3 本	塗布		

* 以下余白は手書きの二重線で消されていた。さらに、その下にも手書きで医薬品が追加されていた。

* 以下余白の二重線に訂正印は押されていなかった。

3-4. 何が起こりましたか？

- 薬局に、手書きで薬名が追加され、取り消し線には訂正印が押されていない印字処方せんをもって患者が来局した。処方追加と訂正印の確認のため、処方先の医院を訪れたところ、医院の看護師に「こんなことでわざわざ来るなんて！」、と散々クレームを言われ、追い返された。

3-5. どのような過程で起こりましたか？

- 処方せんチェックのとき、処方薬の下部に印字されている「以下余白」が手書きの二重線で消され、新たに薬名が追加されていることに気がついた。印字部分が印刷だったので、手書き部分との筆跡の一致を確認できなかった。
- さらに、二重取消線には、訂正印は押されておらず、手書きで追加された処方の後にも、処方を締めるような記載がなかった。
- 訂正印と「以下余白」またはそれを意味する記載をしてもらうために、処方先の医院を訪れたところ、医院の看護師に「処方には問題ない！こんなことでわざわざ来るなんて！」、と散々クレームを言われ、追い返された。

3-6. どのような状態（結果）になりましたか？

- 再び、診療時間後に処方先の医院を訪れ、処方医と看護師に対して、以下の点を丁寧に説明し、納得してもらった。
 - 処方せんは有印私文書であり、誰が処方内容を加筆、訂正したのかという事実を明確にしておく必要があること。
 - 最近、向精神薬に限らず、普通薬でも偽造処方せんが増えており、この点からも正しく処方せんを記載してもらうことが重要であること。
- 今回は、医師がすっかり訂正印を押し忘れたとのことであり、改めて、訂正印の押印と、手書きの処方のあとに<以下余白>の記載をもらった。

3-7. なぜ起こったのでしょうか

- 最初に應對した看護師は、誰が処方内容を加筆、訂正したのかという事実を明確にしておくことや、偽造処方せんを防止するためにも正しい処方せんの記載が重要であることを認識していなかったと考えられる。「訂正印のない訂正」による処方せんの偽造は過去にも実際にも報告されている(<その他特記すべきこと>参照)。
- 薬剤師も、今回のような処方せん不備事項の確認業務は、決してささいなことではなく、偽造処方せんが問題となっている昨今においては、とりわけ重要であるということの説得力ある説明が日頃からできなかったと考えられる。

3-8. 二度と起こさないために、今後どう対応しますか？

- 本事例のように、処方せんの訂正(取消線)に訂正印がない、「以下余白」や処方せんをしていない場合には、必ず、処方医へ確認する。処方内容の変更には必ず処方医の訂正印が必要であることを医療機関に十分に理解してもらう必要がある。その際には、処方せんは有印私文書であり、誰がどのように修正をしたかを明確にしておくことが重要であること、患者による故意の記載変更(偽造処方せんに関して後述する)を防止するためにも重要な確認事項であることを丁寧に説明する。
- 処方せんの書き方に不備や疑わしい点があるのを発見したときに、処方先医療機関に確認をすることは不可欠である。処方せんの疑義を照会することは、法令(薬剤師法第24条)で定められている薬剤師の責務である。したがって、処方医や医療機関のスタッフにどなられても、あきらめずに繰り返し説明し、理解を求める。

<薬剤師法より抜粋>

第23条2項 薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

第24条 薬剤師は、処方せん中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て、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない。

- 今回のようなトラブルを未然に防ぐために、日頃から、処方せんの正しい書き方(処方先の医療機関に対して、処方内容の変更には処方医の訂正印が必要であること等)やその重要性について、可能な限り啓発しておくことが重要である。必要に応じて、地域(薬剤師会等)での啓発活動に関して連携も必要であろう。

例) 滋賀県薬剤師会が発行している「院外処方せんの正しい書き方」

(<http://www.shigayaku.or.jp/kakikata.pdf>)

以下に、訂正印に関する記載を抜粋した。

<訂正印について>

- 訂正がある場合は、その事項を二重線で抹消し、その上に処方医の訂正印を押印し、訂正した内容を記入してください。
- 追加した場合は、「以下余白」や斜線を二重線で消し処方医の訂正印を押印し、追加処方を記入し、その下に改めて「以下余白」を記入してください。

処方せんは、療養担当規則、通達に定められた公文書と同様に扱うべき有印私文書になります。従って、誰がどのように訂正、変更したか責任の所在を明確にするためにも、処方せんの再発行は行わず、処方医が訂正したという事実の明確化と、患者による故意の記載変更を防止するために、上記のようにお願いします。

同時に、薬剤師からの疑義照会に適切に対応してもらうための啓発活動と信頼関係の構築(医師だけでなく、看護師やその他の医療スタッフ)も重要であろう。

<参考>

医師に対しても、以下のような規則が定められている。

<保険医療機関及び保険医療養担当規則より抜粋>

第23条2項 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

- 医師や医療従事者に対して、薬局に院外処方せんが偽造して持ち込まれる例があることを知ってもらう。偽造処方せんは、向精神薬に限らず、患者側があまり犯罪を認識しておらず、普段もらっている薬を処方せん書き足したり、医療機関を受診せずコピーして使用するといった例も見られている(<その他特記すべきこと>参照)。

本サイトでは、これまでにどちらのパターンの偽造処方せんについても取り上げている。

(ヒヤリハット事例<その34>、2002. 3. 22 配信)「患者による処方せんへの薬剤書き込みを発見」

(ヒヤリハット事例<その94>、2004. 4. 30 配信)「患者が作成した偽造処方せんに気づかずリタリンを交付してしまった！」

このような状況を理解してもらうことで、適正な処方せんの記載の重要性について、より一層の理解が得られるだろう。

3-9. その他特記すべきこと

- 処方せんの記載事項について
医師法施行規則第 21 条、および歯科医師法施行規則第 20 条

〔処方せんの記載事項〕

医師法施行規則第21条 医師は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

保険医療機関及び保険医療養担当規則第 23 条では、上記に加えて、保険者番号、被保険者証・被保険者手帳の記号・番号。さらに公費負担の場合は公費負担者番号および公費負担医療の受給者番号麻薬処方箋の場合は上記に加え、麻薬使用者の免許証番号と患者の住所を記載しなければならないことが定められている。

- 偽造処方せん防止のための向精神薬処方せん応需の際の留意事項
＜東京都福祉保健局ホームページより抜粋＞
次のような場合には、処方せんを持参した者だけでなく、処方医に疑義紹介するなど慎重に対応する必要があります。

留意事項(例)

- (1) 初めての患者や医療機関もなじみがないなど不自然な点はないか。
(不自然に遠くの医療機関からの処方せんが持ち込まれた。)
- (2) 処方せんの記載事項は不自然に欠けていないか。
(向精神薬の規格の記載がない。「毎食後」等、用法の記載がない。)
- (3) 用法、用量、処方せん交付日に改ざんの形跡はないか。
(規格、一日量、処方日数等の数字や処方せん交付日を改ざんした形跡がある。訂正印のない訂正がある。)
- (4) カラーコピーされた処方せんではないか。
(なじみの処方医発行の処方せんとインクの色合いが異なる。朱肉の色などが微妙に違う。インクに独特の光沢がある。)
- (5) 異なる文字で書き足している部分はないか。
(手書きの処方せんに筆跡を似せて処方を追加している。印字された処方せんの交付日だけが手書きである)

* 偽造(変造)処方せんを持ち込む者は、電話で調剤可否を確認してくる場合がありますので、電話による問い合わせについても慎重な対応が必要です。
* 偽造又は変造処方せんにより向精神薬が不正入手(詐取)された場合、管轄の保健所に向精神薬事故届(麻薬及び向精神薬取締法第55条22)を提出してください。なお、詐取量が少量であっても届け出てください。
* 偽造又は変造処方せんを発見した場合、処方せんを持参した者の住所、氏名を確認のうえ、可能な限り処方せんを預かり、下記担当まで通報してください。

- さらに、病院や診療所内でオリジナルの「処方せん用紙」が手に入る医療関係者による偽造処方の作成と持ち込みには、特に注意する必要があります。用紙自体が本物であり、薬剤に関わる関係者である場合には、上記(1)～(5)では判定できない場合があるからである。

注 意

- 本システムにおいて登録会員に公開されている事例は、投稿された事例や我々が独自に収集した事例が中心となっていますが、事例によっては教育・研修の見地から大幅に改変したものも含まれていますのでご注意ください。
- また、事例の内容は、原則として配信された時点の情報に基づいています。最新の情報については、各薬剤の添付文書やインタビューフォーム等でご確認下さい。
- 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座(当講座)では、正確な情報を掲載するよう努力しますが、その正確性、完全性、適切性について、いかなる責任も負わず、いかなる保証もいたしません。特に、事例やその解説では、添付文書や過去に報告されたエビデンス等に照らして標準的な内容・解説を掲載していますが、実際の臨床現場では一律に適用できない場合もありますのでご注意ください。
- 本サイトは、自己の責任および危険負担で閲覧・利用することとし、それらを利用した結果、直接または間接的に生じた一切の問題について、当講座ではいかなる責任も負わないものとします。

[ヒヤリハットのインデックスに戻る](#)
[事例集へ戻る](#)

本サイトに掲載の記事・写真などの無断転載・配信を禁じます。
すべての内容は、日本国著作権法並びに国際条約により保護
されています。

Copyright(C) 2000-2006 by The University of Tokyo
All rights reserved. Reproduction Prohibited
Tous droit réservé. Reproduction interdite

▶ 東京大学 ▶ 東京大学大学院薬学系研究科

▲ [pagetop](#)

i-Phiss事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷3-14-15 興工本郷第二ビル5階 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座
事務局へのご要望・ご意見は[こちら](#)

ヒヤリハット事例その162

先発品と後発品で薬剤情報提供書の文章が違ったために患者に不信感を与えてしまった

1 どのような医療機関ですか

開局薬局

2-2. 調剤をした薬剤師の経験年数

5 年未満

2-3. 鑑査をした薬剤師の経験年数

15 年

2-4. 投薬／服薬指導をした薬剤師の経験年数

15 年

3-2. 患者の年齢、性別

60 歳代の女性

3-3. 処方の内容

<院内処方時>

内科クリニック

<処方1>

ニバジール錠 (2 mg)	1 錠	1 日 1 回	朝食後	14 日分
バイアスピリン (100 mg)	1 錠	1 日 1 回	朝食後	14 日分
プラバチン錠 (10 mg)	1 錠	1 日 1 回	夕食後	14 日分
ブルゼニド錠 (12 mg)	2 錠	1 日 1 回	就寝前	14 日分
メディピース錠 (0.5 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	14 日分

* プラバチン錠はメバロチン錠<プラバスタチンナトリウム>の後発品、メディピース錠はデパス錠<エチゾラム>の後発品である。

<院外処方に変更>

内科クリニック(オーダー／印字出力)

<処方2>

ニバジール錠 (2 mg)	1 錠	1 日 1 回	朝食後	14 日分
バイアスピリン (100 mg)	1 錠	1 日 1 回	朝食後	14 日分
メバロチン錠 (10 mg)	1 錠	1 日 1 回	夕食後	14 日分
ブルゼニド錠 (12 mg)	2 錠	1 日 1 回	就寝前	14 日分
デパス錠 (0.5 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	14 日分

後発医薬品変更可

3-4. 何が起こりましたか？

- 患者は後発品のプラバチン錠<プラバスタチンナトリウム>を服用していたが(<処方1>)、ある時先発品のメバロチン錠<プラバスタチンナトリウム>に変更(<処方2>)となり、軽い脱力感を覚えた。メバロチン錠の薬剤情報提供書を見たところ、副作用の項に「筋肉痛や脱力感」という記載があった(図)。そこで当該患者は自分の症状が副作用だと確信し、この事を医師に伝えてプラバチン錠に戻してもらった。

3-5. どのような過程で起こりましたか？

- 当該患者はクリニック院内処方時にはプラバチン錠を服用していた(<処方1>)。当該クリニックが新たに院外処方せんを発行することになったため、処方せんは先発品名で記載することになった。したがって、当該患者の処方せんもプラバチン錠ではなくメバロチン錠と記載することになった。しかし、これまで通り後発品(プラバチン錠)を服用できるように処方せんに「後発医薬品変更可」の指示がされていた。
- 薬局では、患者に対し後発医薬品の説明(具体的な説明内容は不明)をして、先発品か後発品かどちらを選択するかを聞いたところ、先発品を希望したためメバロチンで調剤した。
- 同じ薬剤であるので、これまで医師から横紋融解症などの副作用に関する説明を受けていると思ったが、念のため横紋筋融解症について説明して渡した。

- その後メバロチン錠服用中に、どことなくだるい感じがしたためメバロチン錠の薬剤情報提供書を見たところ、副作用の項に「筋肉痛や脱力感」という記載があった。そこで当該患者は自分の症状が副作用だと確信し、この事を医師に伝えてプラバチン錠に戻してもらった(医師と患者間でどういうやりとりがあったかは不明)。
- プラバチン錠に戻った処方せん(＜処方1＞)を持ってきた患者にプラバチン錠の薬剤情報提供書を渡すと、患者は早速「注意事項・相互作用・副作用」の項を見て「やっぱりそうなんだー。こっちには副作用がないよね。同じって聞いたのに、メバロチンには副作用があるじゃないの。メバロチン錠はプラバチン錠と同じ薬だと説明を受けたのに！」と薬剤師に抗議した。

3-6. どのような状態(結果)になりましたか?

- 患者が経験した「軽い脱力感」は実際には副作用というほどの症状ではなかったようだったが、メバロチン錠からプラバチン錠に戻り、その後特に問題は生じていない。
- 薬剤情報提供書の整備に問題があったことを謝罪し、「筋肉痛や脱力感」という副作用は両剤に共通であることを詳細に説明し患者の了解を得た。

3-7. なぜ起こったのでしょうか

- 医院では薬剤情報提供書は発行しておらず、医師からも説明を受けていなかったのも、スタチン系薬剤における「筋肉痛や脱力感」という副作用を当該患者は全く認識していなかった。
- 当該患者に指摘されて後発品であるプラバチン錠の薬剤情報提供書の「注意事項・相互作用・副作用」の項を見ると、「他の医療機関で診療を受ける場合は、この薬を飲んでいることを伝えてください。」としか記載されていなかった(図)。「薬のはたらき」の項の記載は同じであった。
- 一方、先発品であるメバロチン錠の薬剤情報提供書の「注意事項・相互作用・副作用」の項には、「筋肉痛や脱力感などが現れた場合にはご連絡ください。」との記載がある。そこで、当該患者は「筋肉痛や脱力感」という副作用はプラバチン錠では生じないが、メバロチン錠では生じる副作用だと認識、その違いを説明せず同じ成分の薬だと説明した薬剤師に不信感を持ったようだった。
- 当薬局ではレセコンを導入した際にレセコンにあらかじめ登録されていた薬剤情報提供書の内容を当該薬局で採用している薬剤に関して自分たちで作成した提供書と入れ替えた(変更した提供書内の項目は薬剤ごとに異なる)。そのため、現在採用している薬品(即ち提供書の内容を自分たちで変更した薬品)に関してはレセコンのメーカーが行う薬剤情報提供書のバージョンアップは適用されない(このことはメーカーからは言われていた)。また、相当する後発品も、メーカーが行う薬剤情報提供書のバージョンアップの対象からは外れていた。したがって、後発品を新規採用したときには、薬局で独自に薬剤情報提供書を新規作成、変更を行わなくてはならなかった(新規作成、変更を行わない場合には、副作用欄は、具体的な副作用内容は記載されておらず、ただ「他の医療機関で診療を受ける場合は、この薬を飲んでいることを伝えてください。」とだけ記載されている)。この事を怠っていたため今回のような混乱を招いた。

3-8. 二度と起こさないために、今後どう対応しますか?

- 後発品を新規採用の際には薬局で独自に薬剤情報提供書を新規作成、変更を行わなくてはならなかった事を怠っていたので、今後は後発医薬品を新た採用するときには、薬剤情報提供書の文章も先発品にそろえることを薬局内で再確認した。
- 後発品に限らず、薬剤情報提供書のチェックは定期的におこない不備がないかをチェックすることにした(効能追加、効能削除、新規副作用の追加などに対応して修正が必要となる場合がある)。
- また、他の薬局に聞いたところ当該薬局と同じように薬剤情報提供書を独自に作成していてもレセコンによっては、先発品の内容が後発品にも自動的に反映されるメーカーのものがあるとの事だった。したがって、他社の機能を例にあげて現状を改善する方法がないのかをメーカーと相談することにした。

注 意

- 本システムにおいて登録会員に公開されている事例は、投稿された事例や我々が独自に収集した事例が中心となっていますが、事例によっては教育・研修の見地から大幅に改変したものも含まれていますのでご留意下さい。
- また、事例の内容は、原則として配信された時点の情報に基づいています。最新の情報については、各薬剤の添付文書やインタビューフォーム等でご確認下さい。
- 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座(当講座)では、正確な情報を掲載するよう努力しますが、その正確性、完全性、適切性について、いかなる責任も負わず、いかなる保証もいたしません。特に、事例やその解説では、添付文書や過去に報告されたエビデンス等に照らして標準的な内容・解説を掲載していますが、実際の臨床現場では一律に適用できない場合もありますのでご留意下さい。

- 本サイトは、自己の責任および危険負担で閲覧・利用することとし、それらを利用した結果、直接または間接的に生じた一切の問題について、当講座ではいかなる責任も負わないものとします。

[ヒヤリハットのインデックスに戻る](#)

[事例集へ戻る](#)

本サイトに掲載の記事・写真などの無断転載・配信を禁じます。
すべての内容は、日本国著作権法並びに国際条約により保護
されています。

Copyright(C) 2000-2006 by The University of Tokyo
All rights reserved. Reproduction Prohibited
Tous droit réservé. Reproduction interdite

▶ 東京大学 ▶ 東京大学大学院薬学系研究科

▲ [pagetop](#)

i-Phiss事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷3-14-15 美工本郷第二ビル5階 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座
事務局へのご要望・ご意見は[こちら](#)

ヒヤリハット事例その163

後発医薬品への切り替えに関して、病院の事情と医師の勘違いから薬剤変更となり不安になった患者

1 どのような医療機関ですか

開局薬局

2-2. 調剤をした薬剤師の経験年数

3 年 以上 5 年未満

2-3. 鑑査をした薬剤師の経験年数

2 年 以上 3 年未満

2-4. 投薬／服薬指導をした薬剤師の経験年数

3 年 以上 5 年未満

3-1. 処方箋の種類

オーダー／印字出力

3-2. 患者の年齢、性別

30 歳代の女性

3-3. 処方の内容

<処方1> 病院の皮膚科

デパス錠 (0.5 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	14 日分
セフトアックカプセル (50 mg)	3 カプセル	1 日 3 回	毎食後	14 日分
ジルテック錠 (10 mg)	1 錠	1 日 1 回	夕食後	14 日分
デルモベート軟膏	75g	塗布		

<処方2>

デパス錠 (0.5 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	14 日分
ノイエルカプセル (50 mg)	3 カプセル	1 日 3 回	毎食後	14 日分
ジルテック錠 (10 mg)	1 錠	1 日 1 回	夕食後	14 日分
デルモベート軟膏	75g	塗布		

<処方3>

デパス錠 (0.5 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	14 日分
セルベックスカプセル (50 mg)	3 カプセル	1 日 3 回	毎食後	14 日分
ジルテック錠 (10 mg)	1 錠	1 日 1 回	夕食後	14 日分
デルモベート軟膏	75g	塗布		

3-4. 何が起こりましたか？

- セルベックスカプセル<テブレノン>からセフトアックカプセル<同>へ、さらにノイエルカプセル<塩酸セトラキサート>へと処方変更になり患者は不安になった。原因は、後発品採用に関する病院の方針とそれに対する医師の勘違いによるものであった。

3-5. どのような過程で起こりましたか？

- 患者はこれまでセルベックスカプセルを服用していたが、退院も間近になった頃、当該病院におけるテブレノンの採用薬が後発品のセフトアックカプセルに変更された。当該病院では、可能な限り先発品から後発品へ採用医薬品を変更する方針となっていた。従って、退院後に外来診療に移ってから処方薬はセルベックスカプセルからセフトアックカプセルとなってしまった<処方1>。
- 2 週間後に当該患者は前回まで服用していたセフトアックカプセルではなく、なぜか、ノイエルカプセルが記載された<処方2>の処方せんを持って来局した。
- 処方鑑査時に処方に変更になっていたため、当該患者に尋ねると、「どうして変更になったのか先生の説明がよくわからなかったのですが、もとに戻してもらえますでしょうか。薬で発疹が出やすいため薬の種類を変えたくないのです」と

訴えられた。

- そこで処方医に疑義照会し、患者の希望・事情などを伝え、処方をセルベックスカプセルに戻すことは可能かどうか問い合わせた。
- しかし医師からは、「病院の事情でセルベックスカプセルが処方できなくなったのです。セルベックスカプセルの後発品であるセフタックカプセルに変えたのですが、最近、セフタックカプセルには適応症が胃潰瘍しかないことを知り、どうしようもなくなった。そこで、胃炎に適応がある別の薬であるノイエルカプセルに変更したのです。ノイエルカプセルを服用し様子をみるように患者に伝えて下さい。」と言われた。医師も病院の事情だけでノイエルカプセルに変更しなければならないことに関して患者に対し申し訳なく思っているようだった。

3-6. どのような状態（結果）になりましたか？

- 患者は薬を変更しなくてはならない理由を医師から説明を受けたようだが、理解できていなかった。そこで薬局でも適応症の違いによって変更せざるをえないことを再度説明したが、あまり納得がいていないようであった。
- その後、院外処方では先発品でも処方可能であることを医師が知るところとなり、再度セルベックスに変更となった＜処方3＞。

3-7. なぜ起こったのでしょうか

- 当該病院の院内処方では後発品のみの採用であるため後発品しか処方できないが、院外処方は先発品・後発品両方処方可能であるシステムに変更となっていた。しかし、処方医は、システムの変更直後であったことから、院内処方と違って、院外処方は先発品・後発品のどちらも処方可能であることを認識していなかった。
- また、病院としても、後発品と先発品で適応症が異なることがあるという事実を知らずに、病院採用薬の先発品を全て後発品に変更してしまった。
- さらに、病院薬剤師は、当初、院外処方を出す際にセルベックスカプセルとセフタックカプセルは適応症が異なること、患者の疾患名などをチェックできていなかった。

3-8. 二度と起こさないために、今後どう対応しますか？

- 後発品を採用する際には、後発品は先発品と異なることが往々にしてあることを十分に認識しておくべきである。また、後発品間でも適応症が異なる場合があるので注意が必要である。
- 薬局では、患者の疾患名が不明な場合が多いので、後発品が処方された場合、その薬剤が適正であるか否かの判断は難しい。したがって、先発品と適応が異なる後発品で処方された場合や患者がそのような後発品を選んだ場合において疾患名が不明であれば、調剤後に必ず医師にフィードバックをし、その際先発品と適応症が異なることを明記し、医師の注意を喚起するべきであろう。
- 本事例においては、医師は、院外処方は先発品・後発品のどちらも処方可能であることを認識していなかったことから、病院内の医師に対して、「後発医薬品使用に関する病院としての方針」を周知徹底することが必要であろう。
- 「後発医薬品への変更」については患者が理解できない場合が往々にしてあることから、患者にわかりやすい言葉で事情を説明する必要がある。

3-9. その他特記すべきこと

- 先発品と後発品で適応症がことなる頻用医薬品の例を表に示す(表 [pdf, 76KB])。
- 2007.3.26 の時点で、セフタックカプセルには胃炎の適応症が追加になっている。
- アイフィスの「ジェネリック医薬品に関するトラブル」事例(その1)「セルベックス後発品の適応症は胃潰瘍だけ」(06.9.22配信)で類似事例を取り上げているので参照されたい。

注 意

- 本システムにおいて登録会員に公開されている事例は、投稿された事例や我々が独自に収集した事例が中心となっていますが、事例によっては教育・研修の見地から大幅に改変したものも含まれていますのでご留意下さい。
- また、事例の内容は、原則として配信された時点の情報に基づいています。最新の情報については、各薬剤の添付文書やインタビューフォーム等でご確認下さい。
- 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座(当講座)では、正確な情報を掲載するよう努力しますが、その正確性、完全性、適切性に

ついて、いかなる責任も負わず、いかなる保証もいたしません。特に、事例やその解説では、添付文書や過去に報告されたエビデンス等に照らして標準的な内容・解説を掲載していますが、実際の臨床現場では一律に適用できない場合がありますのでご留意下さい。

- 本サイトは、自己の責任および危険負担で閲覧・利用することとし、それらを利用した結果、直接または間接的に生じた一切の問題について、当講座ではいかなる責任も負わないものとします。

[ヒヤリハットのインデックスに戻る](#)
[事例集へ戻る](#)

本サイトに掲載の記事・写真などの無断転載・配信を禁じます。
すべての内容は、日本国著作権法並びに国際条約により保護
されています。

Copyright(C) 2000-2006 by The University of Tokyo
All rights reserved. Reproduction Prohibited
Tous droit réservés. Reproduction interdite

▶ [東京大学](#) ▶ [東京大学大学院薬学系研究科](#)

▲ [pagetop](#)

i-Phiss事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷3-14-15 美工本郷第二ビル5階 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座
事務局へのご要望・ご意見は[こちら](#)

ヒヤリハット事例その165

お薬手帳にたたみ込まれてしまった処方せんが消えてしまい、調剤不可能となってしまった

1 どのような医療機関ですか

開局薬局

2-2. 調剤をした薬剤師の経験年数

5 年以上 10 年未満

2-3. 鑑査をした薬剤師の経験年数

5 年以上 10 年未満

2-4. 投薬／服薬指導をした薬剤師の経験年数

5 年以上 10 年未満

3-1. 処方箋の種類

オーダー／印字出力

3-2. 患者の年齢、性別

71 歳の女性

3-3. 処方の内容

<処方1> A さん、71 歳の女性、オーダー／印字出力、病院の心療内科

Rp 1)

ドグマチールカプセル (50 mg)	2 C	1 日 2 回	朝夕食後	30 日分
レキソタン錠 (5 mg)	2 錠	1 日 2 回	朝夕食後	30 日分

Rp 2)

ベザトール SR 錠 (100 mg)	2 錠	1 日 2 回	朝夕食後	30 日分
---------------------	-----	---------	------	-------

<処方2> B さん、38 歳の女性、オーダー／印字出力、病院の精神科

Rp 1)

エミレース錠 (10 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	28 日分
アキネトン錠 (1 mg)	6 錠	1 日 3 回	毎食後	28 日分
リスパダール錠 (1 mg)	3 錠	1 日 3 回	毎食後	28 日分

Rp 2)

エミレース錠 (10 mg)	1 錠	1 日 1 回	寝る前	28 日分
リスパダール錠 (1 mg)	3 錠	1 日 1 回	寝る前	28 日分

* 処方 は 実例 に 忠実 に 記載

3-4. 何が起こりましたか？

- A さんが、少し怒った様子で投薬カウンターにやってきて「まだかしら。さっきその受付に出したのに……。急いでいるから、早くして頂戴。」と訴えた。
- A さんの処方せんはお薬手帳とともにどこかへ消え去っており、調剤不可能となっていた。

3-5. どのような過程で起こりましたか？

- いつもは、事務員や手の空いている薬剤師が処方せんを患者から直接受けとっているが、本事例が起きた時は混雑している時間帯であった上に病欠のものが数名おり、処方せんを手渡しで受け取ることができず、処方せんは投薬カウンター上においたトレー内に患者自身に重ねておいてもらうようにしていた。
- A さんは自分の処方せんを 1/4 に折リたたみ、お薬手帳の中に挟みこんでいた。そしてお薬手帳を投薬カウンター上においたトレー内に入れた(どうして処方せんをそのように扱っていたかは不明だが、お薬手帳と処方せんがバラバラにならないように配慮したものと思われる)。
- レセコン操作者(薬剤師)はお薬手帳の中に挟み込まれていた処方せんに気づかず、A さんのお薬手帳を A さんの直前にトレーに処方せんを入れていた B さんのお薬手帳だと勘違いし、B さんの処方せん内容を入力した後、B さんの処方せんとお薬手帳(実際は A さんのお薬手帳)を調剤にまわした(お薬手帳の表紙には名前は書いていなかった)。この時点で、A さんの処方薬は調剤されず、処方情報は消滅したことになる。
- 調剤者は調剤後、お薬手帳用のシールをお薬手帳の名前を確認せず A さんの手帳に B さんのシールを貼って鑑査

へまわした。その際、丁度新しいページになったのでこれまで処方されている薬と自分が今から貼ろうとしているシールに書かれた処方内容が異なっていることに気づけなかった。

- 鑑査者兼投薬者は、お薬手帳を開けなかったために間違いに気づかないまま、それをBさんへ渡してしまった。本事例の発生した日にBさんは手帳を持参していなかったにもかかわらず、なぜかお薬手帳(Aさんの処方せんが挟まったまま)を受け取って帰ってしまった。この時点でAさんのお薬手帳は薬局から無くなってしまったことになる。
- その後、Aさんの「まだかしら。さっきその受付に出したのに……。急いでいるから、早くして頂戴。」との訴えで、初めてAさんの処方せん、お薬手帳が薬局内にないことが判明した。

3-6. どのような状態(結果)になりましたか?

- 薬剤師は、Aさんが処方せんを1/4に折りたたんでお薬手帳に入れたことを知った。
- Aさんは処方せんをトレーに入れた時の時間を覚えていた。そこでその時間あたりに入力した処方せんを探すと、Aさんの処方せん(更にお薬手帳も)はBさんのところに行っている可能性が高いと考えられた(入力記録を見ると入力時間がわかる)。
- Aさんは急いでおり、残薬がまだ1週間あるということだった。そこで、謝罪しなんとかして処方せんを捜しだし調剤してお届けすることにした。
- Bさんとはすぐには連絡がとれなかったが、電話をかけ続けて約1時間半後にBさんがAさんの処方せんを持っていることを確認したためBさん宅へ出向き、Aさんの処方せんとお薬手帳を回収した。
- その後調剤したAさんの処方薬とお薬手帳をAさん宅へ届け、再度謝罪した。

3-7. なぜ起こったのでしょうか

- 患者から直接手渡しで処方せんを受け取らなかった。
- レセコン入力者、調剤者、鑑査者、投薬者ともお薬手帳の名前と処方せんの名前が一致しているかどうかを確認しなかった。すなわち、調剤者は機械的にお薬手帳にシールを貼り付け、鑑査者兼投薬者はお薬手帳があることだけを確認しただけでお薬手帳を開くこともせず患者に渡ししてしまった。
- 薬剤師に、お薬手帳を患者情報源として活用するという意識が欠落しており、単に「患者自身のための薬歴メモ」程度にしか認識していなかったと考えられる。このため、調剤にあたって必ず患者のお薬手帳を開き、他医療機関からの薬やOTC薬などの情報を確認するという作業を怠った。

3-8. 二度と起こさないために、今後どう対応しますか?

- トレーに入れてもらうことは廃止し、どんなに忙しくても処方せんは患者から手渡しで受け取ることにした。
- 基本的なことだが、お薬手帳の名前や処方内容は必ず確認することを院内で再認識した。
- 患者がお薬手帳や薬情を持つ意味をよく考え、薬局内でお薬手帳の意味、取扱いやその内容の確認手順について、再度徹底した。

注 意

- 本システムにおいて登録会員に公開されている事例は、投稿された事例や我々が独自に収集した事例が中心となっていますが、事例によっては教育・研修の見地から大幅に改変したものも含まれていますのでご留意下さい。
- また、事例の内容は、原則として配信された時点の情報に基づいています。最新の情報については、各薬剤の添付文書やインタビューフォーム等でご確認ください。
- 東京大学大学院薬学系研究科医薬品情報学講座(当講座)では、正確な情報を掲載するよう努力しますが、その正確性、完全性、適切性について、いかなる責任も負わず、いかなる保証もいたしません。特に、事例やその解説では、添付文書や過去に報告されたエビデンス等に照らして標準的な内容・解説を掲載していますが、実際の臨床現場では一律に適用できない場合もありますのでご留意下さい。
- 本サイトは、自己の責任および危険負担で閲覧・利用することとし、それらを利用した結果、直接または間接的に生じた一切の問題について、当講座ではいかなる責任も負わないものとします。

[ヒヤリハットのインデックスに戻る](#)
[事例集に戻る](#)