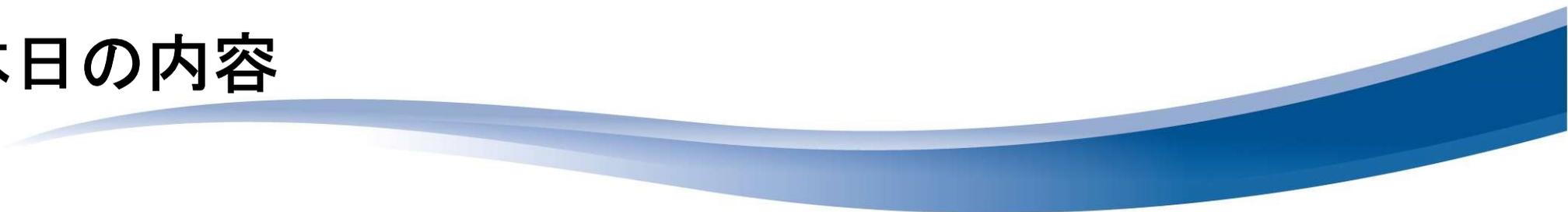


令和4年度 医療安全講習会
令和5年2月19日（日）

調剤事故事例と事故発生時の対応

本日の内容



1. 調剤事故の現状と事故事例
2. 事故発生後の対応
3. 事故報告書
4. 医薬品ヒヤリ・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)

調剤事故と調剤過誤の定義

【調剤事故】

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

【調剤過誤】

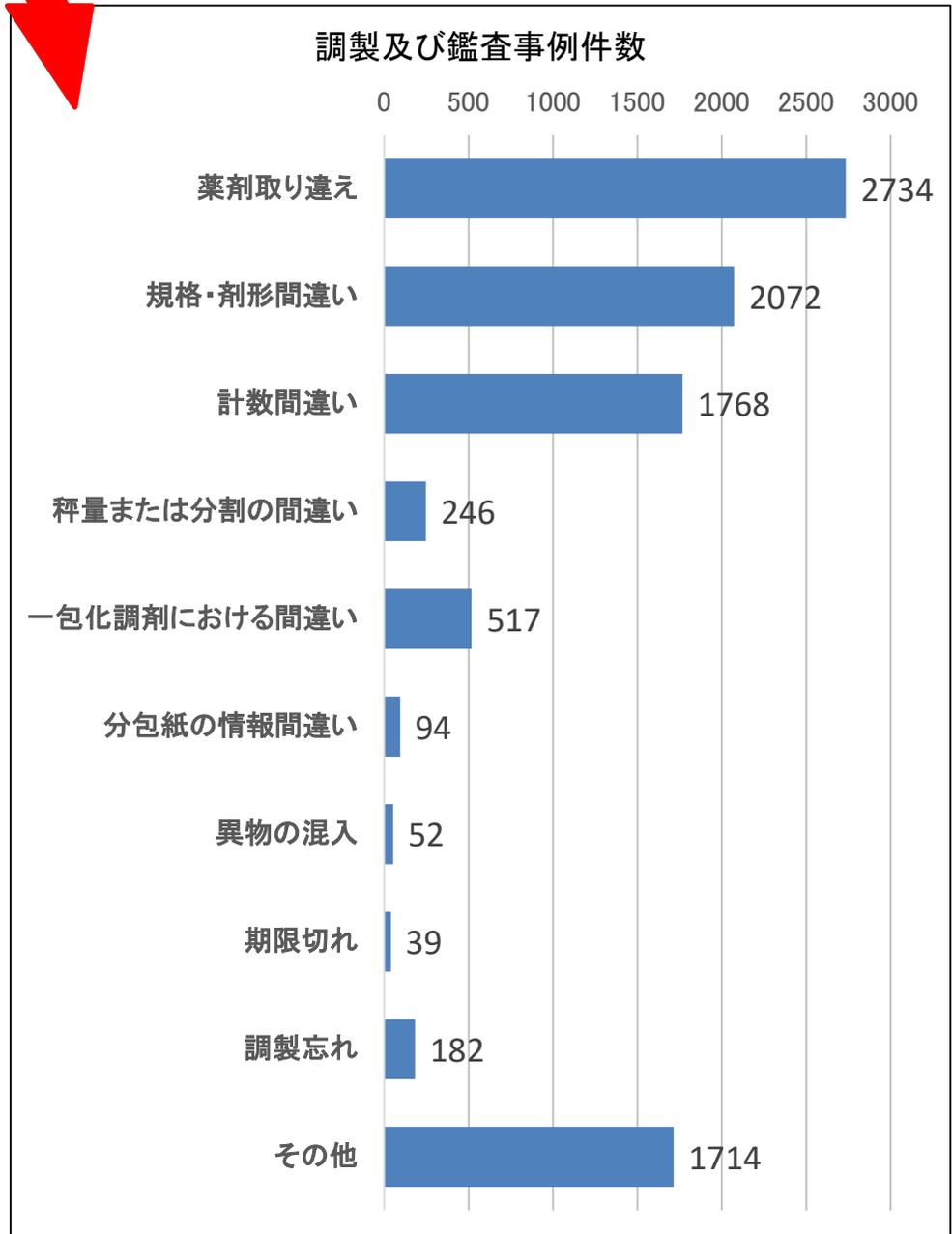
調剤事故の中で、薬剤師の過失により起こったもの。調剤の間違いだけでなく、薬剤師の説明不足や指導内容の違い等により健康被害が発生した場合も、「薬剤師に過失がある」と考えられ、「調剤過誤」となる。

第十四改訂調剤指針（日本薬剤師会）

1. 調剤事故の現状(ヒヤリ・ハット事例を含む)と事故事例

図表Ⅱ-3-14 事例の内容

事例の内容		件数	
薬剤の調製前	レセコンの入力間違い	1,095	
調製および鑑査	薬剤取り違え	異なる成分	1,403
		同成分	1,331
	規格・剤形間違い	2,072	
	計数間違い	1,768	
	秤量または分割の間違い	246	
	一包化調剤における間違い	517	
	分包紙の情報間違い	94	
	異物の混入	52	
	期限切れ	39	
	調製忘れ	182	
	その他	1,714	
	交付	患者間違い	93
説明間違い		61	
説明不足		127	
薬袋の記載間違い		337	
お薬手帳・薬情の記載不備・間違い		104	
交付忘れ		176	
その他		472	
その他		472	
交付後(在宅業務等)	カレンダー等のセット間違い	71	
	服薬後の患者状況の確認不足・漏れ	65	
	その他	163	
合計		12,182	



図表Ⅱ-3-15 発生要因

発生要因	件数	
当事者の行動に関する要因	判断誤り	5,942
	手順不遵守	2,142
	スタッフ間のコミュニケーション不足・齟齬	568
	患者とのコミュニケーション不足・齟齬	829
	その他	757
当事者の背景的な要因	知識不足	1,687
	技術・手技が未熟	655
	慣れ・慢心	5,265
	焦り・慌て	3,695
	疲労・体調不良・身体的不調	567
	心配ごと等心理的状态	355
	その他	579
	薬剤・機器・設備に関する要因	医薬品の名称類似
医薬品や包装の外観類似		957
医薬品包装表示・添付文書の要因		134
処方箋やその記載のされ方の要因		836
コンピューターシステムの使いにくさ・不具合		301
調剤設備・調剤機器の使いにくさ・不具合		152
薬剤服用歴などの記録の不備		183
調剤室の環境的な要因		251
調剤室以外の環境的な要因		113
その他		692
発生時の状況等に関する要因	繁忙であった	5,126
	標榜する営業時間外であった	137
	普段とは異なる業務状況だった	725
	その他	711

図表Ⅱ-3-12 発見者

発見者	件数	
当事者	7,526	
当事者以外	当該薬局の薬剤師	7,310
	当該薬局の事務員	1,406
	他施設の医療従事者	965
	患者本人	3,636
	家族・付き添い	996
	他患者	7
その他	185	
合計	22,031	

当該薬局 16,242

患者・家族 4,632

図表Ⅱ-3-13 発見場面と患者への影響

発見場面	患者への影響	件数
交付前に発見した	—	9,710
交付後に発見した	軽微な治療	248
	影響なし	11,448
	不明	625
合計		22,031

交付後 12,321

CASE 1: 規格間違い

① 事例の内容

70代の透析患者に対しフェキソフェナジン30mgが2錠分2で処方されたが、誤って60mg2錠分2(2倍量)で調剤し交付した。患者は4日間服用し、嘔吐、血圧低下で受診。検査の結果、血圧や血糖値の変動もみられた。病院が持参薬を確認し規格間違いが判明した。

② 背景・要因

調剤者は処方された同医薬品の規格確認を怠り調剤、さらに鑑査・投薬者も誤りに気付かずに交付された。患者は以前より30mgを調剤されており、過去の処方内容の確認漏れも要因であると考えられる。

③ 薬局が考えた改善策

- 1) 調剤時、鑑査時、投薬時は処方箋の内容と過去の薬歴を確認する。
- 2) バーコードリーダーを用いた錠剤鑑査システムの導入を検討する。

④ 事例のポイント (参考: 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例)

★フェキソフェナジンについては、透析患者への長期投与時に減量する場合もある。(Cmaxは健康成人に比し、1.5倍高く、平均消失半減期は1.4倍延長する:アレグラ添付文書)

★患者の待ち時間に気にして、薬歴の確認を後回しにして交付を行ってしまう例があるが、これでは薬剤服用歴の意義が薄れてしまう。処方せん、お薬手帳、薬歴、本人の申し出等全ての情報を総合して判断し、交付に何ら疑義がないことが確認されてから医薬品を交付するという原則を徹底しなくてはならない。

★医薬品によっては複数の規格や剤形の異なる医薬品が存在することがあるが、勤務先の薬局に全規格を常備していないこともある。処方された医薬品に他の規格があるかどうかを常に意識することが大切である。

CASE 2: 薬剤取り違え

①事例の内容

80代の重度心不全、喘息、甲状腺機能亢進症の既往をもつ患者にメルカゾール2.5mgが1錠分1（隔日投与）を処方された。調剤者は、誤って同じ引き出しに入っていたプレドニゾロン錠「NP」2.5mgを一包化し交付してしまった。患者がこれに気付かず28日間服用。本人より頻脈、発汗、口渇などの訴えがあり、受診、効果不十分としてメルカゾールのみ追加増量となった。家族が服用中の薬と増量分のお薬の色が異なることに気付き調剤ミスが発覚した。

②背景・要因

両剤は共に「は行・ま行」の同じ引き出しの中で保管しており、箱の色が類似しているため取り違え、また2剤とも、5mg他2.5mgの規格があり、2.5mgで一致していたためそのままヒートからはずし一包化してしまった。鑑査者は処方薬のジェネリックと思い空のPTP包装シートと錠剤が同一薬剤であることを確認したが、分包紙に隔日投与の印（ライン）をつけることに気を取られ、薬の取違いに気付かなかった。

③薬局が考えた改善策

薬剤棚の配置をメルカゾール錠5mg、2.5mgは引き出しに、プレドニゾロン錠5mg、2.5mg、1mgは全て棚入れへと変更した。

④事例のポイント（参考：薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例）

★名称や外観の類似により取り違えが起きる可能性がある薬剤を抽出し、離れた場所に配置する、注意喚起するためのラベルを薬剤棚に貼るなどの対策は有用である。

★薬剤の取り違えが起きても、実際に患者の手に渡る前にその間違いに気付くための仕組みが重要である。調剤者とは別の鑑査者が処方箋と薬剤を照合する、調剤鑑査支援システムなどの機器を導入する、交付時に患者と共に薬剤を確認するなどの対策が有用である。

CASE 3:レセコンの入力間違いによる交付

①事例の内容

50代の患者にセルセプトカプセル(250)1日2回 1回2カプセル 8時、20時で処方されたが、セルセプトカプセル(250) 1日1回 1回4カプセル 8時、20時と誤って入力し、薬袋に印字されたまま交付した。患者さんは1回4カプセル、8時、20時の1日2回服用に増量になったものだと思い、4日間服用。別の疾患で入院中に残薬不足が判明した。

②背景・要因

医療機関との事務手続き等により再入力となり入力者が焦りがあった。鑑査者、投薬者共に時間指定記載の確認に気を取られて、処方内容の入カミスに気付かなかった。

③薬局が考えた改善策

鑑査者は処方箋と鑑査システムから出てきた調剤指示書の内容に差異がないか照合する。投薬者は処方箋と薬袋の内容に差異がないか照合する(鉛筆でのチェック)。

処方入力による調剤過誤を防止するため、処方箋の読み取りのできる機器の導入を検討する。

④事例のポイント (参考:薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例)

★ハイリスク薬に関して分量や用法などの入力・説明を誤り、患者が服用した場合、重大な副作用が現れる可能性があるため、薬局において入力内容の確認の手順を規定し、遵守することが重要である。

★ヒヤリハット事例収集分析事業には、レセプトコンピュータ(レセコン)の入力間違いに起因する薬剤取り違えの事例が数多く報告されている。レセコンへの入力間違いは、連動して作成される薬袋や薬剤情報提供書等の間違いにもつながる。入力したデータではなく、処方せん原本に基づく調剤など、医薬品安全管理責任者を中心として各施設の実情に合った見直しと対策が必要である。

2. 事故発生後の対応(全体像)

対応の経過を含め
随時薬歴に記録

<別紙3> 薬賠償における事故発生後の対処の流れ図

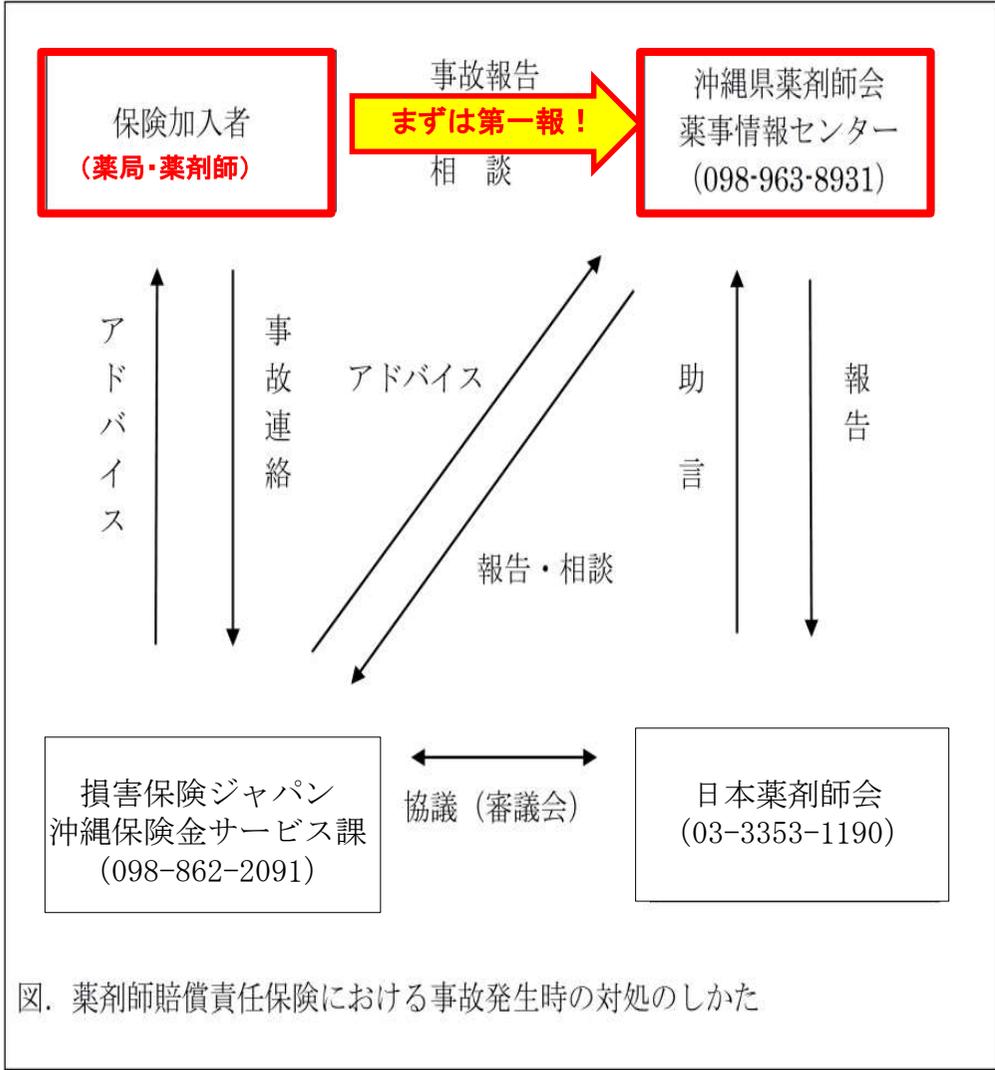
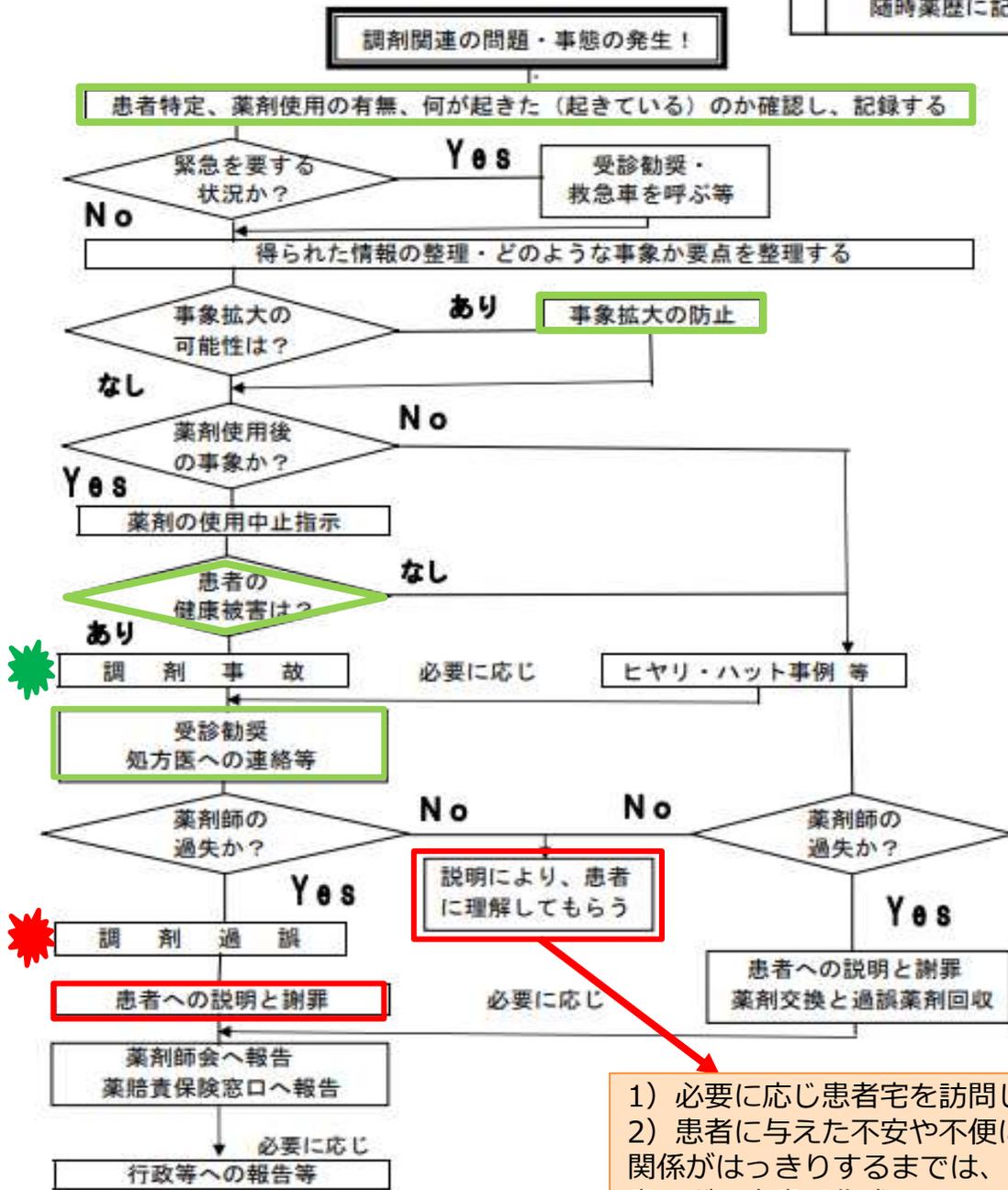


図. 薬剤師賠償責任保険における事故発生時の対処のしかた

- 1) 必要に応じ患者宅を訪問し、間違えた薬剤を回収し正しい薬剤と交換する。
- 2) 患者に与えた不安や不便に対して十分な謝罪をする。ただし、調剤過誤との因果関係がはっきりするまでは、調剤過誤に対する安易な謝罪を慎み、この段階では念書などの文書は作成しない。

患者等から電話で薬局に連絡があった場合の対応

1. 具体的な情報収集

1) 電話を受けた時点で、まず下記事項を確認しつつ、記録する。

- ①患者の氏名、生年月日
- ②電話をかけてきた人の名前(患者との続柄)
- ③電話番号(連絡先)
- ④どこの医療機関の処方薬か
- ⑤どのような間違いか
- ⑥服用(使用)前か後か
- ※服用(使用)後であれば
- ⑦服用(使用)回数及び直近の服用(使用)からの時間等
- ⑧患者がどのような状態か

2)こちらで処方内容や交付薬剤等を確認の上、折り返し電話する旨を伝える。
(相手の電話番号を確認し、一度電話を切る)

3)折り返し電話をする前に、処方箋と薬歴等を手元に揃え、間違えた薬剤に関する情報もあらかじめ収集の上、速やかに対応を行う(薬剤服用歴等の確認、処方箋、実際の医薬品の確認)。

4)電話での回答

電話をかけてきた本人であるかを確認する。本人以外には説明しない。
本人不在の場合は再度連絡をする。

患者等への対応のポイント

- ① 重要な事実を省かない
- ② 因果関係を省かない
- ③ 明快に説明できないことがあれば率直にそのことを伝える。多少とも不明な点があることについては断定的な言い方はしない。
- ④ 事態についての異なる見解があればそれについてもきちんと伝える。
- ⑤ 当初の説明と異なることが起こった場合はきちんと伝える。
- ⑥ 薬局等が何らかのミスを行っていた場合、結果に影響を与えてないと考えられるものでも包み隠さず伝える。
- ⑦ 心情に対し適切に配慮する。

調剤事故発生時の開設者・管理薬剤師としての役割

1. 調剤事故当事者への配慮

調剤事故は当事者である薬剤師が故意に発生させたものではないため、当事者は当然自責の念にかられている。そのため、感情的な叱責は事例の事実を正直に申告しにくい雰囲気職場に形成することにつながりかねず、調剤事故の再発防止という観点から望ましいものではない。また、極めて重大な結果となった場合、当事者は精神的に追いつめられた状態であると想定されるため、休暇等の適切な配慮を講ずることは極めて重要である。また、管理薬剤師等は、当事者の精神的な拠り所となるよう特段の配慮を心がける必要がある。

2. 関係者等への説明

開設者および管理薬剤師は、薬局職員に調剤事故の経過や今後の見通し等を説明し、職員全体で「医薬品の安全使用のための業務手順書」の見直しと意思の統一を図ることも重要である

3. 長期的対応

調剤事故発生時の対応のみならず、その後の長期的な対応も必要となる。例えば、①患者のその後の状態の確認、②処方医への連絡・報告、③再発防止策を立案し薬局で作成した医療安全管理指針に基づく「医薬品の安全使用のための業務手順書」に反映させる等が考えられる。

「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」

カテゴリ



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

目次:

1. 期対応 I
2. 初期対応 II
3. 患者・家族への対応
4. 事後対応
5. 調剤行為に起因する問題・事態が発生した時の開設者・管理薬剤師としての役割
6. 平時に求められる体制整備
7. 薬剤師賠償責任保険制度について

平成26年10月

沖縄県薬剤師会

3.事故報告書(損保ジャパン)



薬剤賠償責任保険事故報告書

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 御中

被 (住所) 〒 -

保 (薬局名) _____

(会員番号) _____

(電話番号) _____

(FAX番号) _____

保 (被保険者名) _____ 印

保 (被保険者属性) _____

(加保者(法人代表者)・管理薬剤師・製薬薬剤師)

次のとおりご報告します。

事故発生日	(西暦) 年 月 日 午前・午後 時 分
発 生 場 所	
賠償請求者住所	〒 -
賠償請求者氏名	
被害者氏名	
被害者性別	男・女 被害者年齢
被害者職業	
<1>顧客など第三者の身体に関する事故 一対人賠償の場合-	
1. 事故の発生状況 (いずれかにV印を付けてください。)	
<input type="checkbox"/> 医薬品・商品に起因する事故 <input type="checkbox"/> その他の事故	
①医薬品の調剤または販売による事故 (当該事故の場合、必ず処方・処方箋・投薬記録等の写-を添付ください。)	
◆医薬品の名称	
◆メーカー名	
◆事故発生の原因	医薬品の取り違い・分量誤り・説明不備・その他()
◆事故の内容 (処方箋の指示に対して、どのような誤りを犯したか)	◆薬局または薬剤師の過失

②その他による事故

2. 被害者の状況

◆事故発生後の症状経過 (後遺症の可能性等も)

◆事故発生前に既往症や病気の罹患・傷害・障害があった場合ご記入ください。

3. 被害者の請求内容

顧客など第三者の財物に関する事故 一対物賠償の場合-

1. 事故の発生状況および原因

2. 損壊物の名称 (損壊した物の写真を添付ください)

3. 損壊の程度	4. 損壊額の見込み(見積書を添付ください)
	円

5. 修理業者	6. 損害物の購入時期および当時の価格
業者名	購入時期 年 月 日
担当者名	購入店
TEL / FAX	購入価格 円

7. 被害者の請求内容

4. 医薬品ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

県内参加薬局数 **214/550** (前年比19軒増)
(参加薬局/全保険薬局)
県内の報告件数 **493件** (前年比45件増)
(薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 2021年年報)

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** | おしらせ | ログイン

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。

事例検索 | 関連文書 | 事業要綱

公益財団法人 日本医療機能評価機構 Japan Council for Quality Health Care **薬局ヒヤリ・ハット事例収集システム**

トップメニュー | **事例報告** | 事例管理 | 登録情報 | 評価機構薬局様 | ログアウト

トップメニュー

事例報告 → 「事例報告」をクリックする。
事例管理 →
登録情報 →

お知らせ

登録状況

本登録

公益財団法人日本医療機能評価機構
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17東洋ビル
TEL.03-5217-0281(直通) E-mail: ph-info@yakyokuhiyari.jcqh.or.jp

Copyright (C) 2023 Japan Council for Quality Health Care. All Rights Reserved.

入力例①:調剤に関するヒヤリ・ハット事例

①発生年 ②発生月 ③発生曜日 ④発生時間帯 ⑤事例の区分 を入力する。

- 2020年1月某日(木) 11時頃、患者が処方箋を持って来局。
- ユリノーム錠50mgを調製するところ誤ってユリーフ錠4mgを調製し、鑑査に回した。
⇒【事例の区分】は「調剤に関するヒヤリ・ハット事例」を選択。

■基本情報

発生年	①	2020年
発生月	②	<input checked="" type="radio"/> 1月 <input type="radio"/> 2月 <input type="radio"/> 3月 <input type="radio"/> 4月 <input type="radio"/> 5月 <input type="radio"/> 6月 <input type="radio"/> 7月 <input type="radio"/> 8月 <input type="radio"/> 9月 <input type="radio"/> 10月 <input type="radio"/> 11月 <input type="radio"/> 12月
発生曜日	③	<input type="radio"/> 日曜日 <input type="radio"/> 月曜日 <input type="radio"/> 火曜日 <input type="radio"/> 水曜日 <input checked="" type="radio"/> 木曜日 <input type="radio"/> 金曜日 <input type="radio"/> 土曜日
発生時間帯	④	<input type="radio"/> 0:00~1:59 <input type="radio"/> 2:00~3:59 <input type="radio"/> 4:00~5:59 <input type="radio"/> 6:00~7:59 <input type="radio"/> 8:00~9:59 <input checked="" type="radio"/> 10:00~11:59 <input type="radio"/> 12:00~13:59 <input type="radio"/> 14:00~15:59 <input type="radio"/> 16:00~17:59 <input type="radio"/> 18:00~19:59 <input type="radio"/> 20:00~21:59 <input type="radio"/> 22:00~23:59 <input type="radio"/> 不明
事例の区分	⑤	<input checked="" type="radio"/> 調剤に関するヒヤリ・ハット事例 <input type="radio"/> 疑義照会や処方医への情報提供に関する事例 <input type="radio"/> 特定保険医療材料等に関する事例 <input type="radio"/> 一般用医薬品等の販売に関する事例

※1時間以上操作(画面遷移または、一時保存)がない場合、入力情報が失われます。
入力に時間が掛かる場合は定期的に画面遷移または、一時保存をして下さい。

一時保存

確認画面へ

⑥まで入力が終わったら、「次へ」をクリックする。

次へ

ホームページで公表されている情報

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
2021年 年報

 公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care
医療事故防止事業部

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/>



**薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
共有すべき事例**

監査委員会・処方医への情報提供

漫然とした投与

2022年
No.12
事例2



事例

【事例の詳細】
トラスセット配合錠 1日4錠1日4錠とドンペリドン錠10mg「日医工」1日4錠1日4錠が継続して処方された。患者は吐き気がなかったため、ドンペリドン錠10mg「日医工」を服用してはなかった。一部の時点で吐き気がないことを確認したうえで、処方医に情報提供し処方中止を提案した結果、ドンペリドン錠10mg「日医工」が廃断になった。

【推定される原因】
処方医は、トラスセット配合錠の副作用を想定してドンペリドン錠10mg「日医工」を処方していた。患者は、吐き気はなく、ドンペリドン錠10mg「日医工」を服用していないことを処方医に伝えていなかった。

【薬局での取り組み】
患者から服薬状況を聞き取り、漫然とした投与になっていないか確認する。



その他の情報

トラスセット配合錠の添付文書* 2020年4月改訂（第3版）（一部抜粋）

B.重要な基本的注意
B.3 悪心、嘔吐、便秘等の症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、悪心、嘔吐に対する対症薬として制吐剤の使用を、便秘に対する対症薬として緩下剤の使用を考慮するなど、適切な処置を行うこと。
※ 報告された事例にはトラスセット配合錠の錠剤が配製されていなかったため、先発医薬品のトラスセット配合錠の情報を参照した。

非がん性慢性疼痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン改訂第2版*（一部抜粋）

II.慢性疼痛のオピオイド鎮痛薬による治療
3.オピオイド鎮痛薬による治療の副作用
CQ1日オピオイド鎮痛薬による悪心・嘔吐をどのように管理するのか？
副作用としての悪心・嘔吐は、オピオイド鎮痛薬の投与開始時に起こりやすく、予防的な制吐剤の使用が推奨される。悪性が形成されるため、1～2週間程度で改善することが多いが、オピオイド鎮痛薬の増量時には改めて対策が必要である。
解説：オピオイド鎮痛薬による悪心・嘔吐は、非がん性慢性疼痛患者においては14～34%の頻度でみられるため、対応する必要がある。しかし、この悪心・嘔吐は、剤性の形によって改善することが多く、一般的には、制吐剤の長期投与は不要である。

* 日本ペインクリニック学会 非がん性慢性疼痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン
https://www.jpcc.jp/Contents/public/kain_guideline08.html



事例のポイント

- トラスセット配合錠および後発医薬品のトラスセット配合錠は、1錠中にオピオイド塩酸塩37.5mgと解熱鎮痛剤のアセトアミノフェン325mgを配合した薬剤である。便秘等の症状があらわれることがあるため、患者によっては制吐剤や緩下剤などがある。
- 本事例は、薬剤師がトラスセット配合錠服用後の副作用の発現状況やドンペリドン錠10mgに処方されたこと、処方医へ情報提供したことでドンペリドン錠10mgの漫然とした投与である。
- 副作用発現に対して予防あるいは軽減目的で処方された薬剤が継続されている場合、患者の服薬状況や副作用発現の有無を確認し、処方医にそれらの要否を確認することが重要である。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東京ビル
電話：03-5217-0281（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

報告書・年報

薬局ヒヤリ・ハット分析表 2016年

① 名称類似に関する事例

注意を要する名称類似医薬品の組み合わせ

ヒヤリ・ハット事例のうち、名称類似に関する「薬剤取違い」の事例が166件報告されています（集計期間：2016年1月1日～12月31日）。このうち、主な薬効の異なる組み合わせ及び成分の異なるハイリスク薬を含む組み合わせは特に注意が必要です。2015年に引き続き2016年にも報告された注意を要する「名称類似医薬品」の組み合わせを以下に示します。

医薬品名 (主な薬効)	医薬品名 (主な薬効)
アスパラカリウム <small>骨格質製剤</small>	アスパー-CA <small>カルシウム剤</small>
アテレック <small>血栓溶解剤</small>	アレロック <small>その他のアレルギー用薬</small>
タケキャブ <small>消化性薬服用剤</small>	タケルダ <small>その他の血液・体液用薬 (ハイリスク薬)</small>
ニコランジル <small>血管拡張剤</small>	ニセルゴリン <small>その他の腸管弛緩用薬</small>

分析表

薬局事例検索

事例の公表は、医療安全の推進を目的としています。

▶操作マニュアル (PDF)

※各項目間はAND検索となります。未選択の場合は全件検索が可能です。

<input checked="" type="radio"/> 新様式 <input type="radio"/> 旧様式	事例の区分 <input type="checkbox"/> 調剤に関するヒヤリ・ハット事例 <input type="checkbox"/> 監査委員会や処方医への情報提供に関する事例 <input type="checkbox"/> 特定保険医療材料等に関する事例 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品等の販売に関する事例
	報告年月 年 月 日 ~ 年 月 日
事例の概要 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 監査委員会 <input type="checkbox"/> 特定保険医療材料 <input type="checkbox"/> 医薬品の販売	発生年月 年 月 日 ~ 年 月 日

全文検索

キーワード入力 選択

▼

▼

▼

事例検索

★薬剤取り違え：漢方薬製剤によるヒヤリ・ハット事例が増えています。

図表Ⅲ-1-4 包装の色が同じ薬剤の組み合わせ

包装の色	処方された漢方製剤		取り違えた漢方製剤	
	製品番号	薬剤名	製品番号	薬剤名
茶色	7	八味地黄丸	37	半夏白朮天麻湯
			107	牛車腎気丸
	27	麻黄湯	17	五苓散
			47	釣藤散
	107	牛車腎気丸	7	八味地黄丸
			17	五苓散
黄色	54	抑肝散	24	加味逍遙散
	84	大黄甘草湯	54	抑肝散
	114	柴苓湯	14	半夏瀉心湯
54			抑肝散	
赤色	18	桂枝加朮附湯	28	越婢加朮湯
	38	当帰四逆加呉茱萸生姜湯	68	芍薬甘草湯

<参考> 包装の色が同じ漢方製剤の例



包装の色が同じであることが要因になった事例：報告された薬剤は全て（株）ツムラの漢方製剤であり、包装の色が同じで、製品番号の末尾1桁が同じ番号の薬剤の組み合わせであった。

図表Ⅲ-1-8 その他の事例

【事例1】 計数間違い

クラシエ四物湯エキス錠とクラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠がそれぞれ1日6錠処方された。1包に3錠が入っているため、1日量としてそれぞれ2包ずつ調製するところ、どちらも1日6包で調製し、1日18錠を交付した。処方箋によっては、錠数ではなく包数で記載されることがあり、錠数を包数と誤った。

【事例2】 規格・剤形間違い

患者にクラシエ十味敗毒湯エキス細粒が1日6g 1日3回で処方された。1包が2gと3gの分包品があることを知らず、1包3gの分包品を取り揃えた。

クラシエ製薬（株）の漢方製剤には、同じ名称の薬剤で複数の剤形が存在する製品がある。細粒剤は、1日2回と1日3回の2種類の製品があり、1包の容量が異なるため、調剤の際は注意する必要がある。