

平成 22 年 11 月 4 日

会員 各位

高知県病院薬剤師会
会長：宮村 充彦

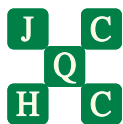
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第 3 回集計報告の公表について

今般、日本医療機能評価機構より、「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第 3 回集計報告」が公表されました。

会員各位におかれましては、同様の事例の再発防止のため、本報告書の内容をご確認いただきますようお願い申し上げます。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第3回集計報告

平成22年10月13日



財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部

目次

報告の現況	1
【1】 事業参加薬局	1
【2】 報告件数	2
【3】 報告内容	7
【4】 販売名に関する集計	19
【5】 共有すべき事例	23

報告の現況

【1】事業参加薬局

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の事業参加薬局は次の通りである。

1. 事業参加薬局数

	薬局数 ^(注)
事業参加薬局数	2,841

2. 事業参加薬局における登録件数の推移

	平成22年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
新規事業参加薬局数	73	197	201	340	88	171						
登録取下げ薬局数	0	0	1	2	0	0						
累計	1,844	2,041	2,242	2,582	2,670	2,841						

※ 3軒のうち、2軒は移転に伴う薬局廃止による登録取下げ、1軒は薬局の管理者交代による登録取下げである。

3. 都道府県別事業参加薬局数

都道府県	薬局数	都道府県	薬局数	都道府県	薬局数	都道府県	薬局数
北海道	388	東京都	212	滋賀県	32	香川県	26
青森県	64	神奈川県	175	京都府	85	愛媛県	63
岩手県	58	新潟県	163	大阪府	78	高知県	56
宮城県	42	山梨県	8	兵庫県	72	福岡県	124
秋田県	49	長野県	64	奈良県	42	佐賀県	26
山形県	53	富山県	7	和歌山県	25	長崎県	20
福島県	70	石川県	9	鳥取県	16	熊本県	19
茨城県	38	福井県	6	島根県	17	大分県	38
栃木県	96	岐阜県	11	岡山県	34	宮崎県	8
群馬県	71	静岡県	115	広島県	47	鹿児島県	53
埼玉県	51	愛知県	38	山口県	58	沖縄県	6
千葉県	59	三重県	24	徳島県	25	合計	2,841

注：平成22年6月30日現在の薬局数を示す。

【2】報告件数

薬局におけるヒヤリ・ハット事例は以下の通りである。

1. 総報告件数

	第3回集計
報 告 月	1月～6月
事業参加薬局数	2,841
事業参加薬局のうち 報告のあった薬局数	319
公 表 件 数	4,989

2. 月別報告件数

	平成22年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
事業参加薬局数	1,844	2,041	2,242	2,582	2,670	2,841						
報 告 件 数	140	186	475	1,023	1,519	1,646						
公 表 件 数	140	186	475	1,023	1,519	1,646						

3. 薬剤師数別事業参加薬局数及び報告件数

薬剤師数 (常勤換算)	事業参加薬局数	報告件数
	平成22年1月～6月	平成22年1月～6月
1 人	495	157
2 人	940	583
3 人	593	923
4 人	339	876
5 人	171	531
6 人	107	768
7 人	65	458
8 人	54	472
9 人	23	205
10 人	22	11
11人以上	35	5
合 計	2,844	4,989

4. 処方せんを応需した回数別事業参加薬局数及び報告件数

処方せんを応需した回数 (月間)	事業参加薬局数	報告件数
	平成22年1月～6月	平成22年1月～6月
0～500回	351	34
501～1000回	637	498
1001～1500回	624	559
1501～2000回	524	1,309
2001～2500回	251	648
2501～3000回	165	638
3001～3500回	86	233
3501～4000回	92	514
4001回以上	114	556
合計	2,844	4,989

5. 医療用医薬品の取扱品目数別事業参加薬局数及び報告件数

医療用医薬品の取扱品目数	事業参加薬局数	報告件数
	平成22年1月～6月	平成22年1月～6月
0品目	1	0
1～100品目	5	81
101～500品目	214	20
501～1000品目	1,449	1,298
1001～1500品目	808	2,716
1501～2000品目	280	847
2001～2500品目	60	13
2501～3000品目	20	8
3001品目以上	7	6
合計	2,844	4,989

6. 後発医薬品の取扱品目数別事業参加薬局数及び報告件数

後発医薬品の取扱品目数	事業参加薬局数	報告件数
	平成22年 1月～6月	平成22年 1月～6月
0品目	1	0
1～ 100品目	1,004	1,325
101～ 500品目	1,616	3,524
501～1000品目	218	60
1001～1500品目	2	80
1501～2000品目	1	0
2001～2500品目	0	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	2	0
合 計	2,844	4,989

7. 一般用医薬品の取扱品目数別事業参加薬局数及び報告件数

一般用医薬品の取扱品目数	事業参加薬局数	報告件数
	平成22年 1月～6月	平成22年 1月～6月
0品目	282	599
1～ 10品目	468	1,599
11～ 50品目	844	1,886
51～ 100品目	370	384
101～ 150品目	122	245
151～ 200品目	115	112
201～ 250品目	56	12
251～ 300品目	88	40
301～ 500品目	218	57
501～1000品目	195	25
1001品目以上	86	30
合 計	2,844	4,989

8. 処方せんを応需している医療機関数別事業参加薬局数及び報告件数

処方せんを応需している 医療機関数	事業参加薬局数		報告件数	
	平成22年1月～6月		平成22年1月～6月	
0	1		0	
1～10	634		1,161	
11～20	638		958	
21～30	469		405	
31～40	277		206	
41～50	263		610	
51～60	137		109	
61～70	102		349	
71～80	78		283	
81～90	39		55	
91～100	62		127	
101以上	144		726	
合計	2,844		4,989	

9. 後発医薬品調剤率別事業参加薬局数及び報告件数

後発医薬品調剤率 ^(注)	事業参加薬局数		報告件数	
	平成22年1月～6月		平成22年1月～6月	
10%未満	60		93	
10%以上20%未満	289		1,730	
20%以上30%未満	424		1,309	
30%以上40%未満	797		948	
40%以上50%未満	603		633	
50%以上60%未満	327		137	
60%以上70%未満	207		72	
70%以上80%未満	94		62	
80%以上90%未満	36		5	
90%以上	7		0	
合計	2,844		4,989	

注：平成21年4月より後発医薬品調剤体制加算の要件が処方せんベースでの後発医薬品の調剤率から数量ベースでの後発医薬品の使用割合に変更された。したがって「後発医薬品調剤率」は平成21年3月までは処方せんベースの後発医薬品の調剤率をいい、平成21年4月以降は数量ベースの後発医薬品の使用割合をいう。

10. 地域別事業参加薬局数及び報告件数

地域	事業参加薬局数	報告件数
	平成22年1月～6月	平成22年1月～6月
北海道	389	224
東北	336	144
関東甲信越	937	4,130
東海北陸	210	56
近畿	334	146
中国四国	343	212
九州沖縄	295	77
合計	2,844	4,989

11. 報告件数別事業参加薬局数

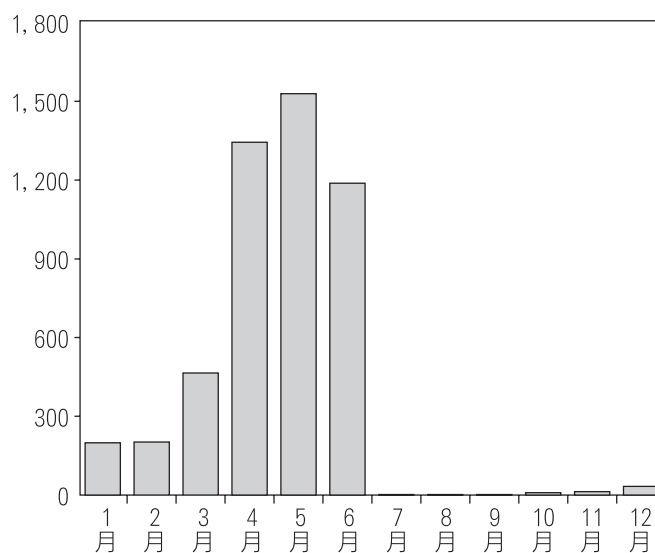
報告件数	事業参加薬局数
	平成22年1月～6月
0	2,525
1～5	215
6～10	33
11～20	14
21～30	12
31～40	8
41～50	9
51以上	28
合計	2,844

【3】 報告内容

平成22年1月1日から同年6月30日に報告された薬局におけるヒヤリ・ハット事例4,988件に対し、各項目の集計を行った結果は以下の通りである。

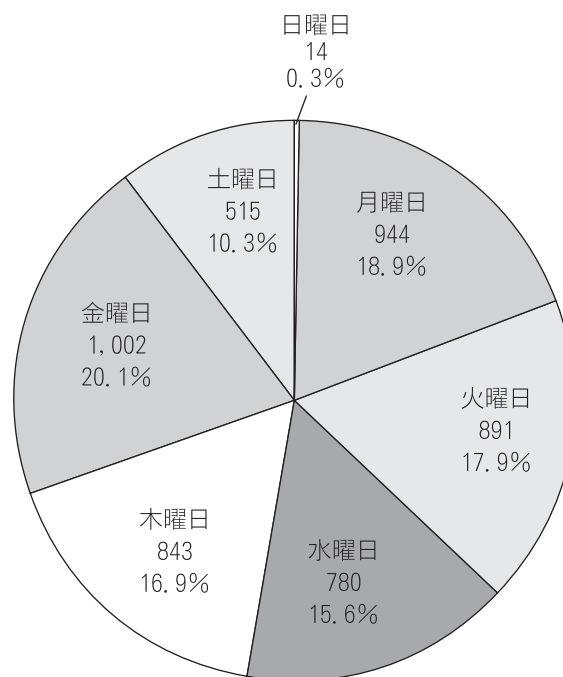
1. 発生月

発生月	件数
1月	199
2月	202
3月	465
4月	1,345
5月	1,529
6月	1,188
7月	2
8月	2
9月	2
10月	9
11月	13
12月	33
合計	4,989



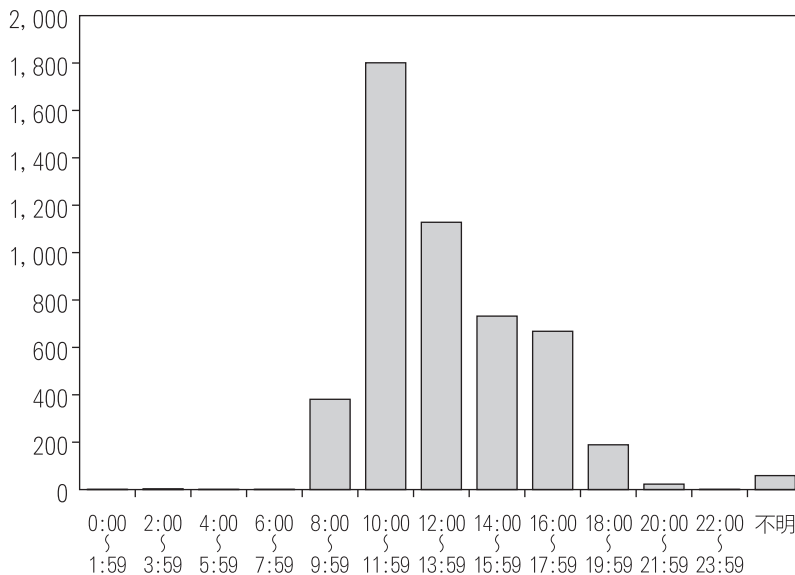
2. 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	14
月曜日	944
火曜日	891
水曜日	780
木曜日	843
金曜日	1,002
土曜日	515
合計	4,989



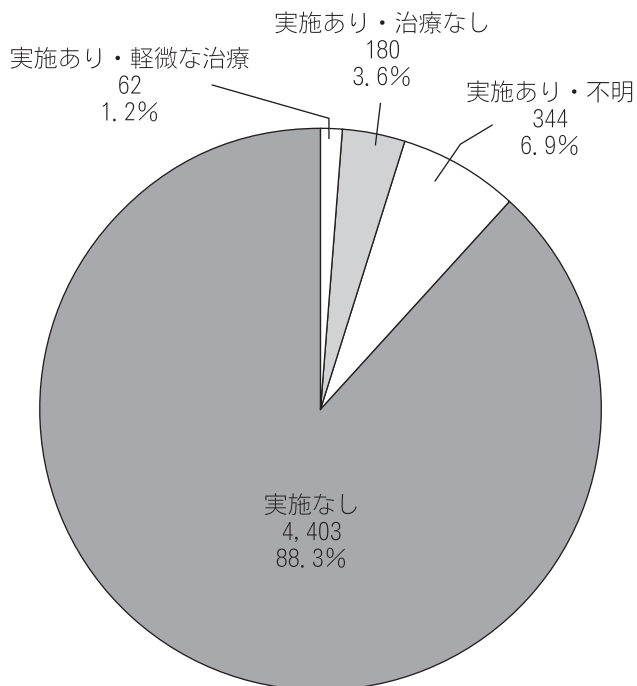
3. 発生時間

発生時間帯	件数
0:00~ 1:59	1
2:00~ 3:59	3
4:00~ 5:59	1
6:00~ 7:59	1
8:00~ 9:59	381
10:00~11:59	1,801
12:00~13:59	1,128
14:00~15:59	733
16:00~17:59	668
18:00~19:59	189
20:00~21:59	23
22:00~23:59	1
不 明	59
合 計	4,989



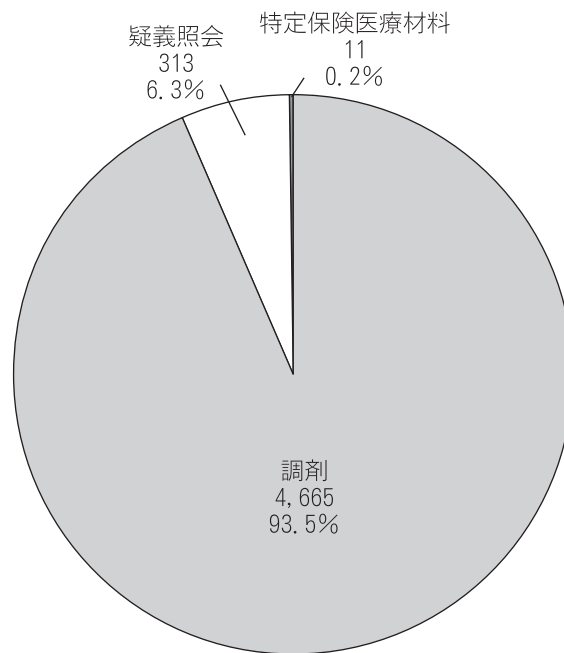
4. 実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	62
実施あり・治療なし	180
実施あり・不 明	344
実施なし	4,403
合 計	4,989



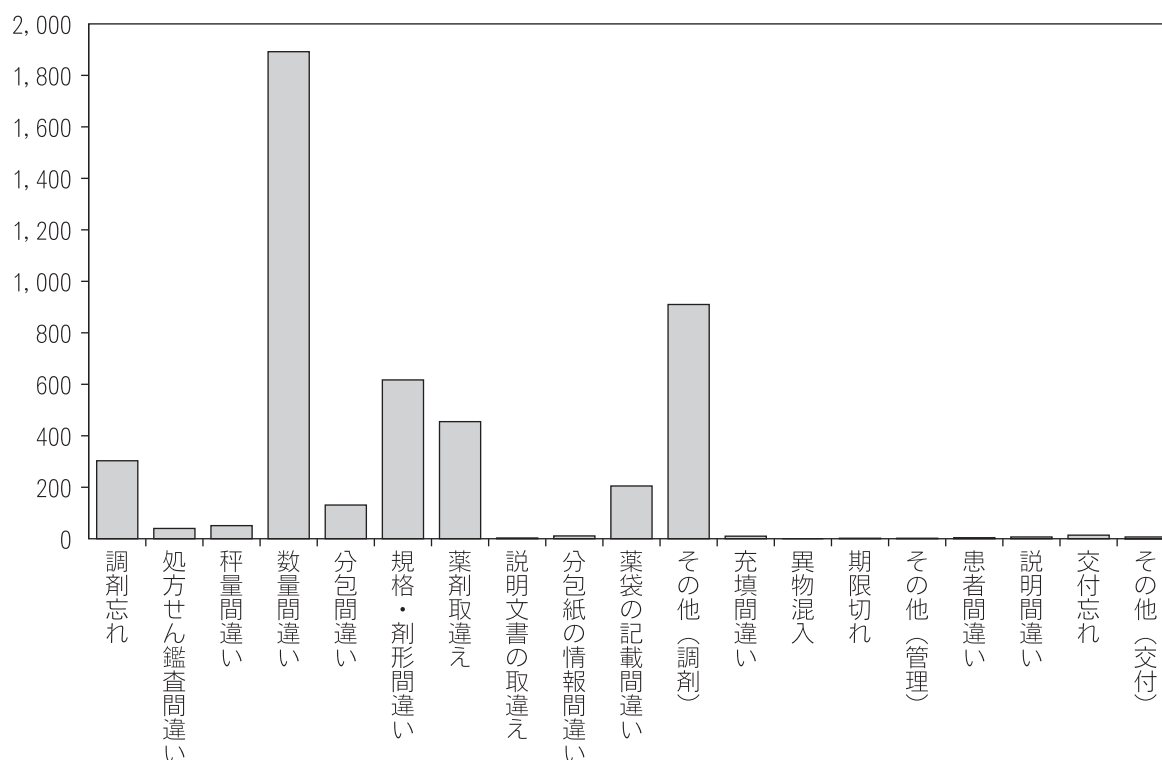
5. 事例の概要

事例の概要	件数
調 剤	4,665
疑 義 照 会	313
特定保険医療材料	11
医薬品の販売	0
合 計	4,989



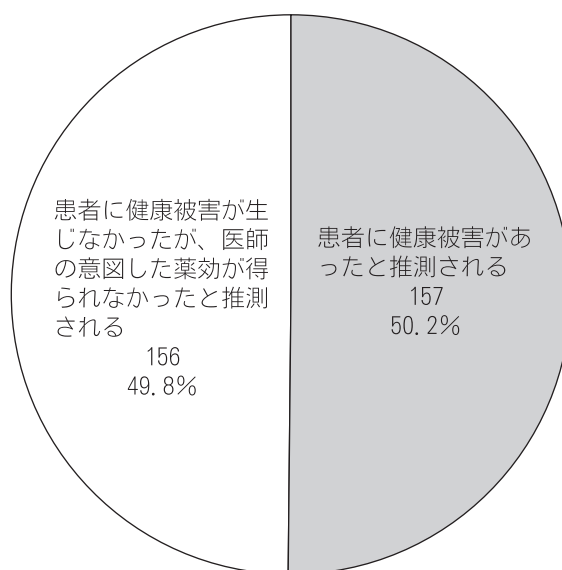
1) 調剤に関する項目

発生場面	事例の内容	件数	発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	303	管理	充填間違い	10
	処方せん鑑査間違い	40		異物混入	0
	秤量間違い	51		期限切れ	2
	数量間違い	1,892		その他（管理）	2
	分包間違い	131	交付	患者間違い	4
	規格・剤形間違い	617		説明間違い	7
	薬剤取違い	455		交付忘れ	14
	説明文書の取違い	3		その他（交付）	7
	分包紙の情報間違い	11	合計		4,665
	薬袋の記載間違い	205			
	その他（調剤）	911			

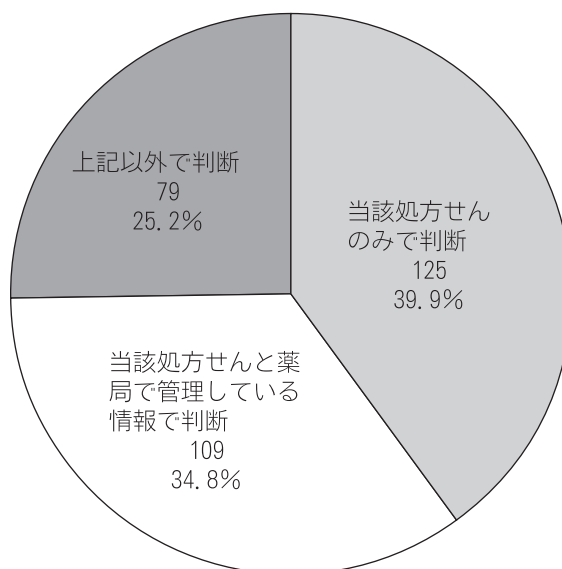


2) 疑義照会に関する項目

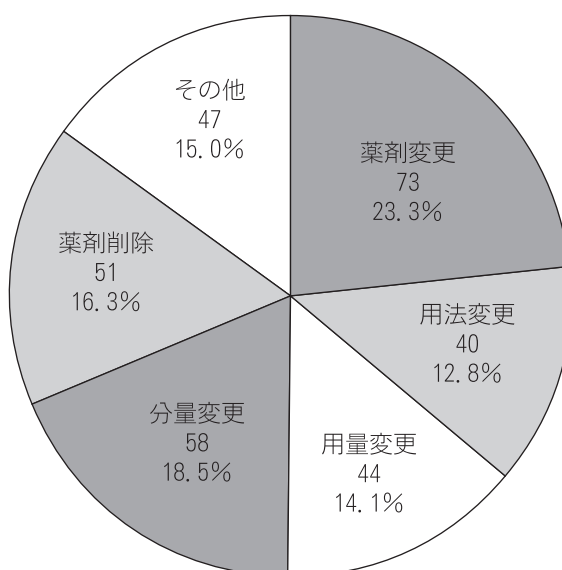
仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	157
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	156
合 計	313



疑義があると判断した理由	件数
当該処方せんのみで判断	125
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	109
上記以外で判断	79
合 計	313

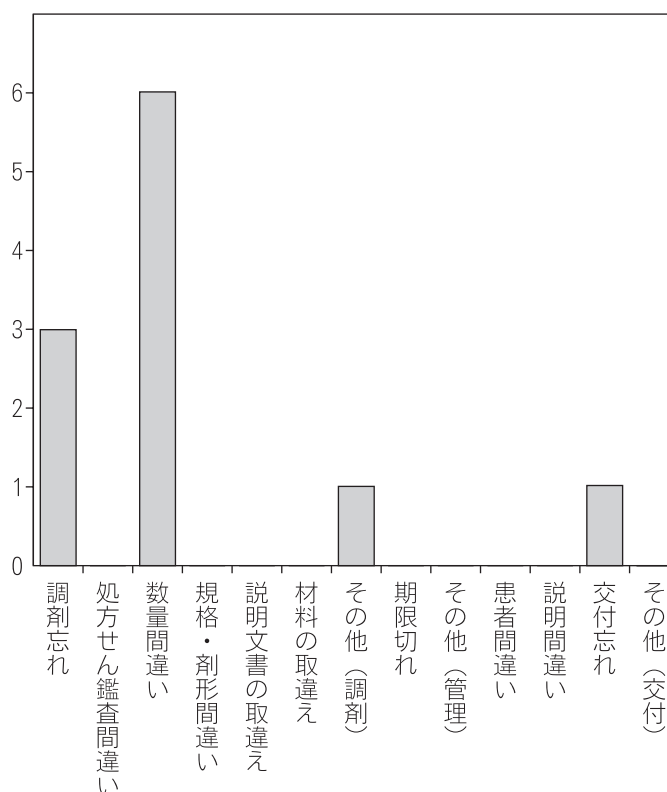


変更内容	件数
薬 剤 変 更	73
用 法 変 更	40
用 量 変 更	44
分 量 変 更	58
薬 剤 削 除	51
そ の 他	47
合 計	313



3) 特定保険医療材料に関する項目

発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	3
	処方せん鑑査間違い	0
	数量間違い	6
	規格間違い	0
	説明文書の取違え	0
	材料の取違え	0
	その他（調剤）	1
管理	期限切れ	0
	その他（管理）	0
交付	患者間違い	0
	説明間違い	0
	交付忘れ	1
	その他（交付）	0
合計		11

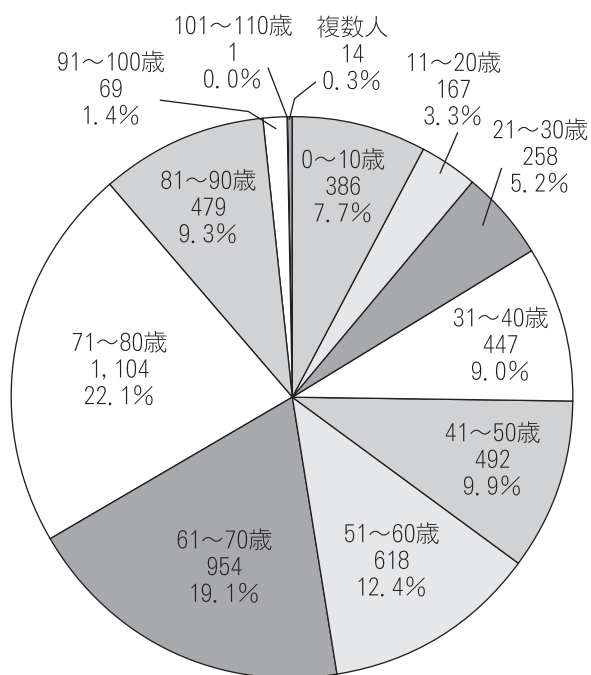


4) 医薬品の販売に関する項目

事例の内容	件数
商品間違い	0
説明間違い	0
期限切れ	0
その他	0
合計	0

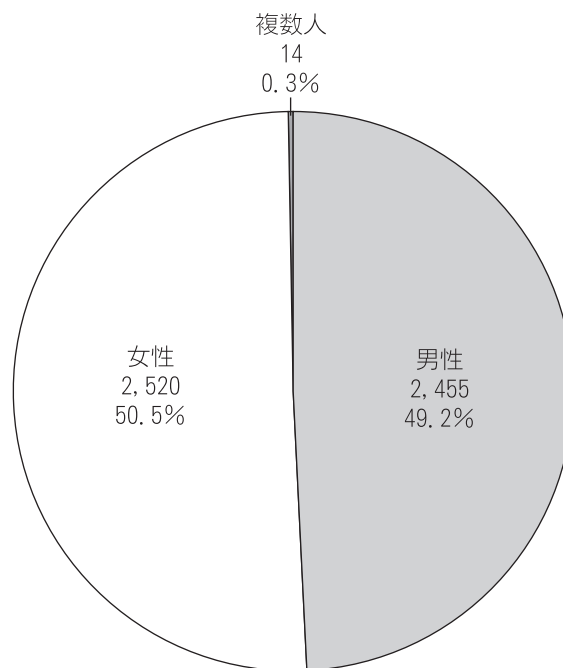
6. 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～10歳	386
11～20歳	167
21～30歳	258
31～40歳	447
41～50歳	492
51～60歳	618
61～70歳	954
71～80歳	1,104
81～90歳	479
91～100歳	69
101～110歳	1
111～120歳	0
121～130歳	0
131歳以上	0
複数人	14
合計	4,989



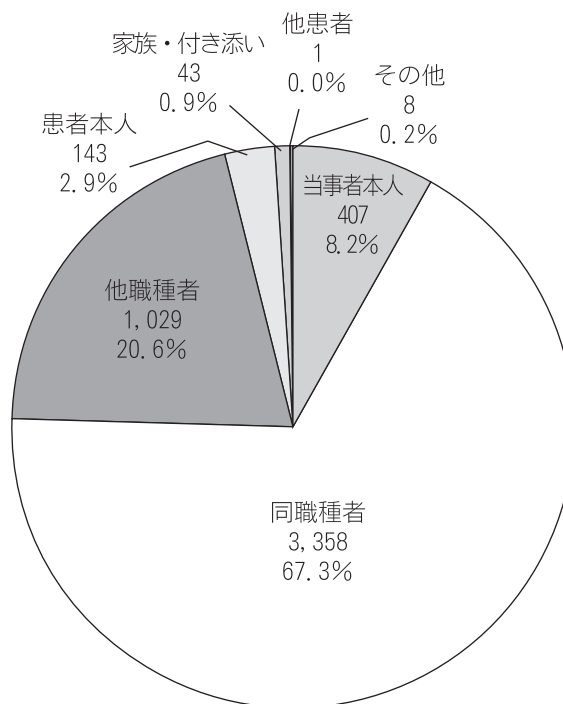
7. 患者の性別

患者の性別	件数
男性	2,455
女性	2,520
複数人	14
合計	4,989



8. 発見者

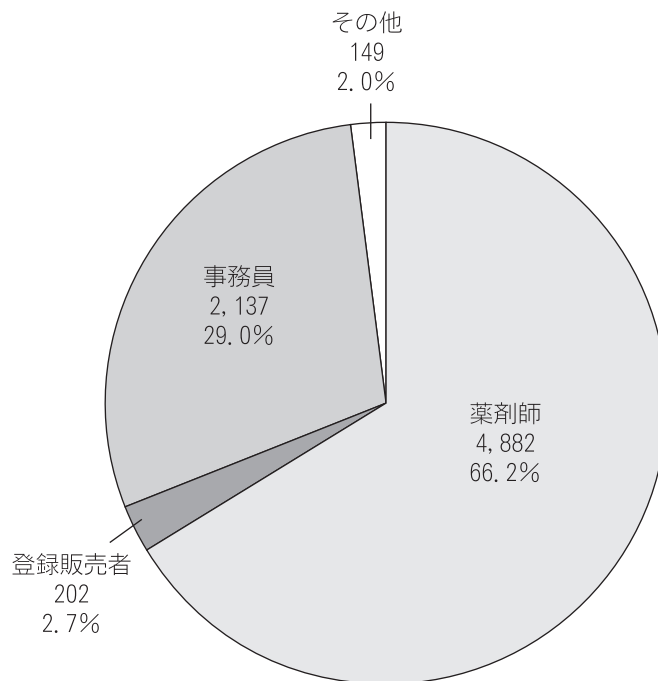
発見者	件数
当事者本人	407
同職種者	3,358
他職種者	1,029
患者本人	143
家族・付き添い	43
他患者	1
その他	8
合計	4,989



9. 当事者

当事者	件数
薬剤師	4,882
登録販売者	202
事務員	2,137
その他	149
合計	7,370

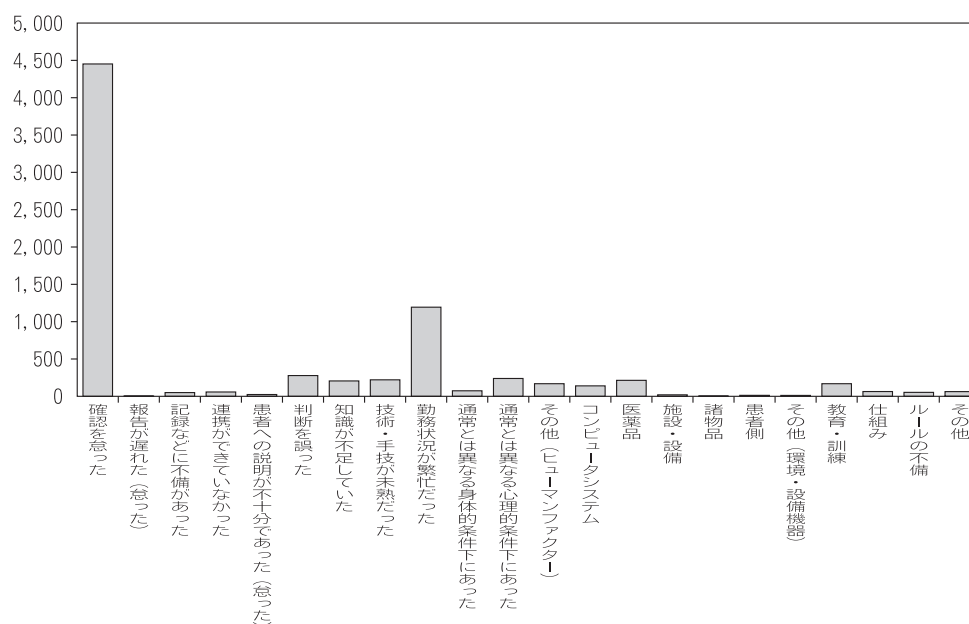
注：「当事者」は複数回答が可能である。



10. 発生要因

項目		件数	
当事者の行動に関わる要因	確認を怠った	4,453	
	報告が遅れた（怠った）	4	
	記録などに不備があった	50	
	連携ができていなかった	58	
	患者への説明が不十分であった（怠った）	24	
	判断を誤った	278	
背景・システム・ 環境要因	ヒューマンファクター	知識が不足していた	206
		技術・手技が未熟だった	221
		勤務状況が繁忙だった	1,194
		通常とは異なる身体的条件下にあった	74
		通常とは異なる心理的条件下にあった	239
		その他（ヒューマンファクター）	169
	環境・設備機器	コンピュータシステム	140
		医薬品	214
		施設・設備	20
		諸物品	4
		患者側	13
		その他（環境・設備機器）	12
	その他	教育・訓練	169
		仕組み	64
		ルールの不備	53
		その他	63
	合 計		7,722

注：「発生要因」は複数回答が可能である。



1 1. 事例の概要×発生要因

事例の概要×発生要因	調 剤	疑義照会	特定保険 医療材料	医薬品の 販 売	合 計
確認を怠った	4,281	161	11	0	4,453
報告が遅れた（怠った）	2	2	0	0	4
記録などに不備があった	26	24	0	0	50
連携ができていなかった	33	25	0	0	58
患者への説明が不十分であった（怠った）	14	10	0	0	24
判断を誤った	269	9	0	0	278
知識が不足していた	172	33	1	0	206
技術・手技が未熟だった	213	7	1	0	221
勤務状況が繁忙だった	1,135	56	3	0	1,194
通常とは異なる身体的条件下にあった	74	0	0	0	74
通常とは異なる心理的条件下にあった	236	2	1	0	239
その他（ヒューマンファクター）	145	24	0	0	169
コンピュータシステム	96	44	0	0	140
医 薬 品	171	43	0	0	214
施設・設備	17	3	0	0	20
諸 物 品	4	0	0	0	4
患 者 側	3	10	0	0	13
その他（環境・設備機器）	9	3	0	0	12
教育・訓練	148	20	1	0	169
仕 組 み	29	35	0	0	64
ルールの不備	49	4	0	0	53
そ の 他	13	50	0	0	63
合 計	7,139	565	18	0	7,722

注：「発生要因」は複数回答が可能である。

12. 当事者×発生要因

当事者×発生要因	薬剤師	登録販売者	事務員	その他	合計
確認を怠った	4,332	179	1,867	120	6,498
報告が遅れた（怠った）	8	0	7	0	15
記録などに不備があった	56	4	19	8	87
連携ができていなかった	79	4	29	12	124
患者への説明が不十分であった（怠った）	46	7	21	6	80
判断を誤った	218	8	185	3	414
知識が不足していた	210	5	105	13	333
技術・手技が未熟だった	278	2	78	11	369
勤務状況が繁忙だった	1,499	106	572	9	2,186
通常とは異なる身体的条件下にあった	81	0	22	0	103
通常とは異なる心理的条件下にあった	254	4	60	1	319
その他（ヒューマンファクター）	146	3	116	4	269
コンピュータシステム	126	28	132	14	300
医薬品	418	70	111	10	609
施設・設備	45	6	13	0	64
諸物品	12	2	4	0	18
患者側	18	0	3	2	23
その他（環境・設備機器）	16	2	7	1	26
教育・訓練	312	23	76	13	424
仕組み	171	70	87	3	331
ルールの不備	96	4	37	2	139
その他	69	2	17	1	89
合計	8,490	529	3,568	233	12,820

注：「当事者」、「発生要因」は複数回答が可能である。

13. 事業の概要×実施の有無、治療の程度

発生要因×実施の有無、治療の程度	実施あり			実施なし	合 計
	軽微な治療	治療なし	不明		
調 剤	62	180	342	4,081	4,665
疑義照会	0	0	0	313	313
特定保険医療材料	0	0	2	9	11
医薬品の販売	0	0	0	0	0
合 計	62	180	344	4,403	4,989

14. 発生曜日×発生時間帯

発生曜日×発生時間帯	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	合 計
0 : 00～ 1 : 59	0	0	1	0	0	0	0	1
2 : 00～ 3 : 59	0	1	1	0	0	0	1	3
4 : 00～ 5 : 59	0	0	0	0	0	1	0	1
6 : 00～ 7 : 59	0	0	1	0	0	0	0	1
8 : 00～ 9 : 59	0	71	75	59	60	77	39	381
10 : 00～11 : 59	7	319	320	287	313	333	222	1,801
12 : 00～13 : 59	4	202	184	178	198	237	125	1,128
14 : 00～15 : 59	1	146	131	123	121	149	62	733
16 : 00～17 : 59	1	146	126	93	104	145	53	668
18 : 00～19 : 59	1	43	37	29	35	37	7	189
20 : 00～21 : 59	0	6	1	4	4	8	0	23
22 : 00～23 : 59	0	0	1	0	0	0	0	1
不 明	0	10	13	7	8	15	6	59
合 計	14	944	891	780	843	1,002	515	4,989

【4】販売名に関する集計

1. 医療用医薬品に関するもの（報告回数5,669回）^(注1)

(報告回数上位)

販売名	報告回数	販売名	報告回数
ムコスタ錠100mg	59	ノルバスク錠5mg	30
モーラステープ20mg	55	タケプロンOD錠15	29
メチコパール錠500μg	42	アローゼン顆粒 フルメトロン点眼液0.1%	28
デパス錠0.5mg	34		
アマリール1mg錠 ムコダイン錠250mg	32		

1) 後発医薬品に該当するもの（報告回数970回）^(注2)

(報告回数上位)

販売名	報告回数	販売名	報告回数
メチコパール錠500μg	42	アズノールうがい液4% アムロジピン錠5mg「サンド」	11
バイアスピリン錠100mg	26	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」 マグラックス錠250mg	10
マグミット錠330mg	19		
マグラックス錠330mg	18		
マグミット錠250mg	13		
カロナール錠200	12		

2) 新規収載医薬品^(注3)に該当するもの（報告回数43回）

販売名	報告回数	販売名	報告回数
クラビット錠250mg	14	グラクティブ錠50mg	2
クラビット錠500mg	6	アサコール錠400mg、アズマネ ックスツイストヘラー100μg6 0吸入、アボルブカプセル0.5m g、グラクティブ錠100mg、シ ムビコートタービュヘイラー30吸 入、シムビコートタービュヘイラー 60吸入、ミコンビ配合錠B P、ル ミガン点眼液0.03%	1
リフレックス錠15mg	4		
アラミスト点鼻液27.5μg56 噴霧用 ジャヌビア錠25mg ジャヌビア錠50mg	3		

注1：報告回数とは、「調剤」、「疑義照会」の各項目において、「処方された医薬品」、「間違えた医薬品」、「変更になった医薬品」、「関連医薬品」に報告された販売名ごとの入力回数をいう。

注2：「後発医薬品」及び「新規収載医薬品」に関する報告回数は「医療用医薬品」の報告回数のうち、それぞれに該当する報告回数を示す。

注3：本事業において新規収載医薬品とは、薬価収載1年未満の新医薬品とする。

2. 特定保険医療材料に関するもの（報告回数 8 回）^(注)

(報告回数上位)

販 売 名	報告回数
ペンニードル 3 2 G テーパー	5
ペンニードル	2
マイクロファインプラス 3 1 G	1

3. 医薬品の販売に関するもの（報告回数 0 回）

(報告回数上位)

販 売 名	報告回数
該当なし	0

関連医療品の分類	回数
医療用医薬品	0
第一類医薬品	0
指定第二類医薬品	0
第二類医薬品	0
第三類医薬品	0

注：報告回数とは、「特定保険医療材料」、「医薬品の販売」の各項目において、「処方された特定保険医療材料」、「間違えた特定保険医療材料」、「関連する特定保険医療材料」、「関連医薬品」に報告された販売名ごとの入力回数をいう。

4. 事例の概要別販売名

1) 調剤

- 処方された医薬品 (報告回数1,131回)^(注1)
- 間違えた医薬品 (報告回数1,131回)
- 関連医薬品 (報告回数2,896回)

(報告回数上位)

販売名	報告回数		
	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
モーラステープ20mg	5	8	40
ムコスタ錠100mg	2	10	36
メチコバル錠500μg	4	6	28
デパス錠0.5mg	2	11	21
ムコダイン錠250mg	3	9	20

2) 疑義照会

- 処方された医薬品 (報告回数370回)^(注2)
- 変更になった医薬品 (報告回数141回)

(報告回数上位)

販売名	報告回数	
	処方された医薬品	変更になった医薬品
ムコスタ錠100mg	9	2
ロキソニン錠60mg	7	1
PL配合顆粒	5	1
ジルテックドライシロップ1.25%	3	3
パリエット錠10mg	3	3

注1：調剤において、「処方された医薬品」と「間違えた医薬品」の報告回数は、「処方された医薬品」と「間違えた医薬品」が個々に対応していないため、必ずしも一致しない。

注2：疑義照会において、「処方された医薬品」と「変更になった医薬品」の報告回数は、選択項目のうち、「用法変更」、「用量変更」、「分量変更」、「薬剤削除」を選択した場合、「処方された医薬品」のみ報告するため、必ずしも一致しない。

3) 特定保険医療材料

- 処方された特定保険医療材料 (報告回数 0 回)
- 間違えた特定保険医療材料 (報告回数 0 回)
- 関連する特定保険医療材料 (報告回数 8 回)

(報告回数上位)

販 売 名	報 告 回 数		
	処 方 さ れ た 特定保険医療材料	間 違 え た 特定保険医療材料	関 連 する 特定保険医療材料
ペンニードル3 2 Gテーパー	0	0	5
ペンニードル	0	0	2
マイクロファインプラス3 1 G	0	0	1

【5】共有すべき事例

平成22年1月1日から同年6月30日に報告されたヒヤリ・ハット事例の中から、特に、広く医療安全対策に有用な情報として共有することが必要であると思われる事例^(注)を選び掲載する。

事例1 疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000001517）

事例の内容
バルトレックス錠500mg3錠、毎食後で処方された。患者に話を聞いてみると「带状疱疹」とのことだった。バルトレックス錠は単純疱疹では1回500mgを1日3回服用、带状疱疹では1回1000mgを1日3回服用のため医師に疑義照会をした。疑義照会により、バルトレックス錠500mg6錠、毎食後へと変更になった。
背景・要因
適応症によって異なる分量設定がある薬であった。
薬局が考えた改善策
薬局側でのチェックを充実させる。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●患者からのインタビューが非常に大事である。適応疾患によって用法、用量が異なる薬剤のチェックが必要である。 ●添付文書では、バルトレックス錠500mgの用法・用量は、次の通りである。単純疱疹は通常、成人はバラシクロビルとして1回500mgを1日2回経口投与する。带状疱疹は通常、成人はバラシクロビルとして1回1000mgを1日3回経口投与する。 ●性器ヘルペスの再発抑制や水痘などもそれぞれ用法、用量が異なるため、注意する必要がある。

注：各事例の詳細については、事例番号を利用して、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業のホームページ（<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>）「公開データ検索」から閲覧することが出来る。

事例2 交付、その他に関する事例（事例番号：000000001536）

事例の内容
<p>帯状疱疹の患者にバルトレックス錠500が1日6錠/分3、7日分で処方され、交付した。その他、セルベックスカプセル50mg 1日3カプセル/分3、7日分、ボルタレン錠25mg 1回1錠頓服 6回分も併せて処方されていた。5日後の朝に本人が来局し、バルトレックス錠500は前日朝の分までしかなく、昼と夜の薬を飲めなかったとの申し出があった。その他の薬は処方箋どおり入っていた。主治医に交付間違いを連絡し、その後の対応を尋ねた。患者が薬局にいる間に主治医と話しをしてもらい、交付しなかった16錠を最後まで服用していただくこととなった。患者にその時点までは改善傾向が見られているが、帯状疱疹ということもあり、その後の回復に影響が出るかは不明である。</p>
背景・要因
<p>調剤した薬剤師Aと交付した薬剤師Bの二人ともに気づかなかった。バルトレックス錠500を10錠シートと勘違いをして、6錠シート4枚と2錠(合計26錠)で交付したため、16錠不足していた(薬局の在庫、仕入れ、使用量を確認し、薬局側の交付間違いは明らかだった)。セルベックスカプセル50mgは、ウィークリーシートを採用しており、処方通りに21カプセル交付していた。当事者二人のうち調剤した薬剤師Aは、そのとき状況を覚えており、新規採用したオゼックス細粒小児用15%が処方されていた患者が来局していたため、そちらに意識が集中してしまったとのことであった。交付した薬剤師Bは、そのとき状況を全く思い出せないとのことであった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>最近では1シートの錠数が多様化しており、各シートの錠数を思い込みで調剤、交付しないようにすること。自分以外の薬剤師が調剤したからと考え、確認を怠らないようにすること。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●シート包装は1シート6錠、10錠、14錠、21錠など多様化している。自局の採用品について、再確認をする必要がある。手順書にもその旨を記載し、薬剤師、職員間で情報を共有しておく必要がある。

事例3 内服薬調剤、調剤忘れに関する事例（事例番号：000000001646）

事例の内容
アマリール1mg錠1.5錠/分2（1-0.5）処方、1錠分を調剤し忘れた。
背景・要因
1.5錠のうち、0.5錠分は予め調剤したものを別の薬剤師が出していた。それ以上、アマリールについては確認しなかった。
薬局が考えた改善策
別の人が予め調剤していた薬についても確認をする。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
●業務の効率化のためには事前の準備は有効な手法ではある。そのために業務行程が人的、時間的、空間的に断片的かつ不連続になることは、しばしばあり得る。この全行程について、直接に一貫して携わることが出来ないというリスクへの自覚を持つことが必要であり、具体的な対処手順が不備な状況下での業務の断片化は非常に危険である。

事例 4 外用薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000001753）

事例の内容
<p>アルメタ軟膏5 g 1本（顔、1日2回塗布）を、フルメタ軟膏5 g 1本（顔）でピックアップした。当薬局では軟膏本体に塗布する部位のシールを貼る事で、患者の使用部位間違い防止、処方箋鑑査の一助としているが、ピックアップをしてフルメタ軟膏（軟膏の強さがベリーストロングに相当）に顔のシールが貼られて鑑査まで運ばれた。</p>
背景・要因
<p>当該薬局では、両薬剤ともに昨年採用になったばかりの軟膏であった。繁忙時ではあるが、軟膏に強さがベリーストロングに相当する軟膏に顔のシールを貼付した事は問題であった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>鑑査台に掲載している「ステロイド軟膏の強さ一覧」を、軟膏ゾーンにも貼付し、強さと使用部位の関係を職員全員で再確認を行った。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●シールを貼ることで間違い防止や鑑査作業の一助に、との目的は理解出来る。しかし方法論が一般化、標準化していないものは、かえって「分かっているであろう」との思い込みから危険な状況に陥りやすい教訓的な事例である。 ●「アルメタ」と「フルメタ」のように、一文字の違いであっても、ステロイドの強さに大きな差が生じる（「アルメタ」はミディアム、「フルメタ」はベリーストロングに相当）ため、注意する必要がある。

事例5 内服薬調剤、その他に関する事例（事例番号：000000001760）

事例の内容
<p>当日より入院される当該患者のお薬手帳の確認の際、約1ヶ月前に処方されたテグレトール細粒50%が一日量0.12gであるはずのところ、1.2gと記載されていることを担当医が発見し、当該薬局に問い合わせがあった。処方箋及び、その他の記録を確認したところ、レセプト用コンピューターへの入力ミスによる、お薬手帳への記載間違いが発覚した。また、当該薬品を秤量した記録により、テグレトール細粒50%は一日量0.12gで調剤し、お渡ししていることを確認した。</p>
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
お薬手帳においては、「製剤量」と合わせて「含量」を書き加えることとした。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●複数の記録がある場合に、出来るだけ入力作業そのものの件数を少なくし、その情報を利用することにより、入力エラーを軽減出来る可能性がある。しかし一方で完全なコピー&ペーストだけであるとチェック機構が働きづらくなるという危険性も高まり、両者のバランスが難しいところである。 ●お薬手帳への記載間違いは、そのことが直接、患者へ悪影響を及ぼすことは少ないと考えられるが、その情報を基にヒヤリ・ハットや事故を引き起こす可能性があるため、「薬局から発信する情報」として、他人でも記載された内容が分かるように配慮する必要がある。 ●現在、内服薬処方せん記載方法の標準化に向けた取り組みが行われており、分量の記載方法については「1回量」と「1日量」の両方の記載が混在することがあるため、その際のお薬手帳の記載方法についても、留意する必要がある。 （参考：厚生労働省「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」 http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0129-4a.pdf）

事例 6 内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000001795）

事例の内容
ユーエフティカプセル100mg 3カプセル×50日分（150カプセル）のところ、120カプセル+50カプセルで取ってしまった。
背景・要因
ユーエフティカプセル100mgの箱が120カプセル入りではなく、100カプセル入りだと思い込んでしまった。
薬局が考えた改善策
1箱の包装単位が「100（カプセル）」「140（カプセル）」などではない薬品をチェックする。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●錠剤、カプセル等は1シートの薬剤数が異なるのみならず、1箱に封入されている薬剤数も製薬会社、製品によって様々である。ユーエフティカプセルは抗がん剤であるため、このようなハイリスク薬における1シートの薬剤数や1箱の薬剤数の確認は特に徹底する必要がある。

事例 7 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000001933）

事例の内容
アサシオン0.25mg錠のところ、エバミール錠1.0で調剤した。
背景・要因
当該薬局から3人も職員がいなくなることを知り、動揺していた。管理が必要な薬剤が4、5種類ある患者が続き、以前に調剤したものと間違えた。
薬局が考えた改善策
落ち着く事。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●精神的に動揺している状態での調剤は危険を伴う。また、アサシオンは向精神薬であるため、特に注意すべきであった。職場では自分の体調が悪いことを明らかにして、仕事上の補佐を求める必要がある。

事例8 交付、患者間違いに関する事例（事例番号：000000002078）

事例の内容
<p>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して渡してしまった。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。</p>
背景・要因
<p>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。</p>
薬局が考えた改善策
<p>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を行うことを徹底する。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ● 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に服用し続ける可能性も考えられる。

事例9 交付、患者間違いに関する事例（事例番号：000000002568）

事例の内容
「Aさん」と呼んだところ、「Bさん」が投薬窓口に来られた。名前を再度確認しなかったが、薬の内容を確認したため、薬を渡した。その後、別の薬剤師が「Bさん」を呼んだら、「もう薬はもらった」と言われたため、患者間違いに気付いた。
背景・要因
患者氏名を再度確認しなかった事と、薬の内容を確認したつもりで済ませたために起きた。
薬局が考えた改善策
投薬窓口での患者氏名を再度確認する。薬の内容の確認を徹底する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●患者が処方せんを提出してから調剤薬が交付されるまでは、患者は少しでも早く自分の名前が呼ばれることを期待して待っている。このような状況下では、他人の名前が呼ばれても、自分の名前が呼ばれたかのように聞こえてしまう「Wishful Hearing」が患者に発生する。「Wishful Hearing」は「自分に都合の良い、自分が期待している望み通りの言葉に聞き取る、または聞こえてしまう」ことを言い、患者が急いでいる時や焦っている場合などに発生しやすいと言われている。また高齢者の加齢に伴う聴力の低下はやむを得ない面があり、聴覚障害のある患者の来局などにも配慮し、患者の呼び出し方法には配慮と工夫が必要である。 ●薬の内容確認では患者の確認にはつながらず、処方せん受付時に引換券(番号)を発行し、引換券(番号)による患者の呼び出しと、患者自身から自分の名前を言ってもらうなど、2段構えの患者確認方法も検討する必要がある。

事例 10 疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000002793）

事例の内容
卵アレルギーの患者にアクディームカプセル90mgが処方となっていたため、疑義照会した結果、薬剤削除となった。
背景・要因
医師が繁忙のため。
薬局が考えた改善策
カルテの確認をしてもらう。
その他の情報
特記事項なし
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none">●薬歴やお薬手帳から得たアレルギー歴、副作用歴が有効に活かされた事例ある。卵アレルギー患者に対して禁忌であるリゾチーム塩酸塩製剤の投薬を未然に防いだのは、薬歴や患者情報等に基づいた調剤による成果と考えられる。●添付文書には、数多くの食品や日常行為の禁忌・注意事項が記載されているが、実際にはいまだ全ての注意事項が処方時には確認されておらず、調剤時に食品や日常行為などまでも含めた医薬品との相互作用を確認する薬剤師の処方せん鑑査は、患者の安全のために重要である。

事例 1 1 外用薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000003207）

事例の内容
ドレニゾンテープ4 μ g/cm ² （7.5cm×200cm）1枚とドレニゾンテープ4 μ g/cm ² （7.5cm×10cm）1枚の調剤ミスをした。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
ドレニゾンテープ4 μ g/cm ² には、規格が2種類あるので注意する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●販売名であるドレニゾンテープ4μg/cm²（厚労省コード：2646711S2051）の添付文書には、成分・含量の項に「テープ1cm²あたりフルドロキシコルチド4μg」、包装の項に（7.5cm×200cm）×5と（7.5cm×10cm）×50の2種類が記載されている。また、この薬価単位は「（0.3mg）7.5cm×10cm」とされている。 ●ドレニゾンテープ4μg/cm²の（7.5cm×200cm）×5の包装は、切れ目の無い7.5cm×200cmがロール状で袋にパックされ、（7.5cm×10cm）×50の包装は、7.5cm×10cm毎に切れたものが1枚毎に袋にパックされている。 ●広い患部に貼付する場合は、（7.5cm×10cm）×50の包装品ではテープが10cm単位で切断されているために適さず、（7.5cm×200cm）×5の包装品ではテープが200cm単位のロール状のために扱いが不便なこともある。 ●現状では、処方をする際に販売名であるドレニゾンテープ4μg/cm²（厚労省コード：2646711S2051）を選択して、その単位に、「枚」、「袋」、「パック」、「cm」などを使用しても包装の区別はできない。 ●このような販売名や厚労省コードでは包装の判別できない製品の包装注意医薬品のリストの作成や調剤時の確認、処方医師への包装区別の記載依頼などが必要となるが、製品包装までも含めた製品の違いが区別できるような販売名の変更などの対策も望まれる。

事例 1 2 疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000003343）

事例の内容
<p>セレスタミン錠 2 錠、1 日 3 回 4 日分の処方だった。通常、1 日量 2 錠の処方が多いため、1 日 2 回の記載のミスと判断して 8 錠を準備した。疑義照会が必要なため、医師に問い合わせたところ、1 回量 2 錠、1 日 6 錠で 1 日 3 回の服用で処方しているとの返答を得た。</p>
背景・要因
<p>内服薬処方せんの記載方法に関する変更が決まったが、1 回量、1 日量のどちらで記載したかを判断出来るようにしてもらわないと調剤ミスにつながる事例だった。</p> <p>今回は 1 日 3 回の用法であったため疑義照会を行ったが、1 日 2 回であれば 1 回 1 錠で 1 日量 2 錠として調剤を行っている事例だった。今後は 1 日量の処方せんと 1 回量の処方せんが薬局に来ることが予測される。</p>
薬局が考えた改善策
<p>医師に処方せん記載方法の決まりごとを徹底もらう。</p> <p>医師は 1 回量であれば、必ず 1 回量の指示を記載しておくことが望まれる。</p> <p>1 回量の記載なく、2 錠と記載されていて 1 日量と判断する薬剤師は多いと思われるので、医師は処方せんの記載方法を徹底していただくことが必要と考える。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<p>●医師、薬剤師のコミュニケーションの齟齬が、重大な事故を招くことがある。中でも、処方せんの記載方法のうち、分量の記載方法などは、平成 22 年 1 月に厚生労働省がまとめた「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」の報告書に記載されている「内服薬処方せん記載の在るべき姿」で基本としている 1 回量の記載に則していない現状もあり、特に手書き処方せんでは注意を要する。わかり易い処方せんの記載方法を、医師に強く求めていくことは重要である。また処方せん記載様式の変更に伴う別の種類のヒヤリ・ハットが生じないか、他の薬局も注意していく必要がある。</p>

事例 1 3 その他の調剤に関する場面、その他に関する事例（事例番号：000000003364）

事例の内容
「胸痛時」コメントの入力を忘れた。
背景・要因
落ち着いて入力出来なかったため、確認を忘れてしまった。
薬局が考えた改善策
入力時は集中する。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●「見落とし」や「し忘れ」は、周辺的な部分で生じがちである。本事例においても、処方せん入力において薬品名等の主要な部分の入力を終え、注意が次の業務へと向いてしまったため、「但し書き」を入力し忘れたものと思われる。とりわけ繁忙時に多発すると考えられる。調剤や入力などの業務を始める前に、但し書きなどの周辺事項がないか、処方せん全体をざっと確認し、意識付けをしておくことも有効である。

事例 1 4 内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000003400）

事例の内容
ウルソ錠100mgを84錠調剤するところを168錠で調剤し、鑑査時に発覚した。
背景・要因
ウルソ錠100mg 1日3錠28日分を6錠28日分と思い込み、確認作業の時も全く気が付かなかった。
薬局が考えた改善策
調剤する時は必ず声出しをする。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●ウルソ錠は1回200mg（2錠）で処方される例も多く、よくある処方せんに引きずられてしまったものと思われる。このようなエラーは新人よりも、むしろ知識や経験のあるベテランが起こす事例と考えられる。処方せんに記載されている一つ一つの情報を声出しして調剤することが重要であるが、漠然と読み上げるのではなく、意識に刻む態度が必要である。鑑査では、処方せんを指差しながら一項目ずつ確実に注視することが重要である。

事例 15 内服薬調剤、調剤忘れに関する事例（事例番号：000000003574）

事例の内容
ムコダイン錠250mgを調剤し忘れた。
背景・要因
再確認をし忘れた。
薬局が考えた改善策
確認を怠らない。

その他の情報
【発生時間帯】 18:00～19:59
【発生要因】 確認を怠った、勤務状況が繁忙だった、通常とは異なる身体的条件下にあった、医薬品

事例のポイント
●発生要因が「通常とは異なる身体的条件下にあった」ことから薬剤師自身が体調不良であり、発生時間帯が「18:00～19:59」であるため、疲労もたまり、閉店間際の焦りもあったのではないかとと思われる。体調不良や疲労時には、普段出来ることも出来なくなる。薬剤師自身の体調管理も事故防止には重要である。不調時には調剤にのみ意識を集中し、時間がかかっても、一つ一つを着実に行う態度が望まれる。

