

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

第7回集計報告

(平成24年1月～6月)

平成24年10月24日



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

本事業の内容（報告書類、事例）は、以下のホームページから閲覧・検索していただけます。
(公財)日本医療機能評価機構 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業トップページ：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqc.or.jp/>
○報告書類・年報：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqc.or.jp/contents/report/index.html>
○公開データ検索：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqc.or.jp/phsearch/SearchReport.action>
○薬局ヒヤリ・ハット分析表：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqc.or.jp/contents/analysis_table/index.html
○共有すべき事例：http://www.yakkyoku-hiyari.jcqc.or.jp/contents/sharing_case/index.html

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	25

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	6,767

2. 事業参加薬局における登録軒数の推移

	平成24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	155	125	124	121	104	106						
登録取下げ薬局数	2	1	1	0	1	0						
累計	6,190	6,314	6,437	6,558	6,661	6,767						

※ 5軒のうち、3軒は薬局廃止による登録取下げ、1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	479	東京都	376	滋賀県	62	香川県	91
青森県	129	神奈川県	455	京都府	120	愛媛県	86
岩手県	67	新潟県	213	大阪府	420	高知県	93
宮城県	194	山梨県	46	兵庫県	286	福岡県	443
秋田県	76	長野県	91	奈良県	63	佐賀県	128
山形県	57	富山県	36	和歌山県	32	長崎県	87
福島県	120	石川県	37	鳥取県	26	熊本県	178
茨城県	62	福井県	16	島根県	55	大分県	68
栃木県	182	岐阜県	126	岡山県	73	宮崎県	80
群馬県	130	静岡県	170	広島県	136	鹿児島県	71
埼玉県	134	愛知県	202	山口県	401	沖縄県	41
千葉県	126	三重県	136	徳島県	67	合計	6,767

注：平成24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^(注1)は以下の通りである。

1. 総報告件数

	第7回集計
報 告 月	1月～6月
事業参加薬局数	6,772
事業参加薬局のうち報告のあった薬局数	427
公 表 件 数	3,907

2. 月別報告件数

	平成24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 ^(注2)	6,190	6,314	6,437	6,558	6,661	6,767						
報 告 件 数	743	644	743	536	541	700						
公 表 件 数	743	644	743	536	541	700						

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24年1月～6月	平成24年1月～6月
1 人	1,351	218
2 人	2,446	614
3 人	1,357	849
4 人	711	645
5 人	374	457
6 人	198	250
7 人	115	364
8 人	83	429
9 人	38	44
10 人	26	6
11人以上	73	31
合 計	6,772	3,907

注1：薬局ヒヤリ・ハット事例として報告される情報は「医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例。」「誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例または軽微な処置・治療を要した事例。但し、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。」「誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例。」である。但し、本事業において「医療」とは医療行為と関連する全ての過程とする。このうち、本事業において収集対象とする事例は医薬品または特定保険医療材料が関連した事例であって、薬局で発生した、または発見された事例とする。

注2：月末の薬局数を示す。

4. 処方せんに応じた回数別事業参加薬局数及び報告件数

処方せんに応じた回数 (月間)	事業参加薬局数	報告件数
	平成24年1月～6月	平成24年1月～6月
0～500回	920	64
501～1000回	1,721	506
1001～1500回	1,582	707
1501～2000回	1,152	655
2001～2500回	533	479
2501～3000回	338	339
3001～3500回	167	140
3501～4000回	161	405
4001回以上	198	612
合 計	6,772	3,907

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24年1月～6月	平成24年1月～6月
0品目	4	0
1～100品目	29	0
101～500品目	556	67
501～1000品目	3,697	1,271
1001～1500品目	1,740	1,297
1501～2000品目	573	1,178
2001～2500品目	124	67
2501～3000品目	35	27
3001品目以上	14	0
合 計	6,772	3,907

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24年1月～6月	平成24年1月～6月
0品目	8	0
1～100品目	2,277	544
101～500品目	4,166	3,326
501～1000品目	313	37
1001～1500品目	1	0
1501～2000品目	2	0
2001～2500品目	1	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	4	0
合計	6,772	3,907

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24年1月～6月	平成24年1月～6月
0品目	682	207
1～10品目	1,317	1,232
11～50品目	2,108	1,371
51～100品目	850	519
101～150品目	297	269
151～200品目	256	69
201～250品目	113	34
251～300品目	207	15
301～500品目	402	129
500～1000品目	374	24
1001品目以上	166	38
合計	6,772	3,907

8. 処方せんに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

処方せんに応需している 医療機関数	事業参加薬局数	報告件数
	平成24年1月～6月	平成24年1月～6月
0	13	0
1～10	1,530	446
11～20	1,540	709
21～30	1,139	729
31～40	657	324
41～50	588	276
51～60	332	167
61～70	204	270
71～80	174	289
81～90	111	27
91～100	139	130
101以上	345	540
合計	6,772	3,907

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	事業参加薬局数	報告件数
	平成24年1月～6月	平成24年1月～6月
10%未満	278	89
10%以上20%未満	1,554	566
20%以上30%未満	2,169	2,059
30%以上40%未満	1,705	858
40%以上50%未満	583	207
50%以上60%未満	258	63
60%以上70%未満	130	62
70%以上80%未満	53	3
80%以上90%未満	35	0
90%以上	7	0
合計	6,772	3,907

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24年1月～6月	平成24年1月～6月
北海道	479	340
東北	644	88
関東甲信越	1,816	1,832
東海北陸	723	61
近畿	983	614
中国四国	1,028	764
九州沖縄	1,099	208
合計	6,772	3,907

11. 報告件数別事業参加薬局数

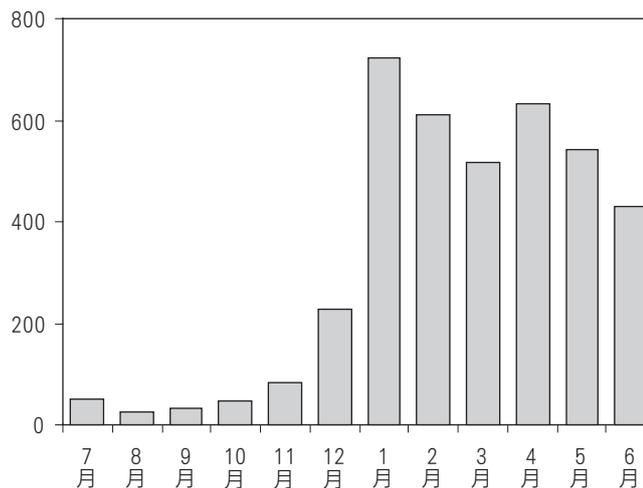
報告件数	事業参加薬局数
平成24年1月～6月	平成24年1月～6月
0	6,345
1～5	327
6～10	39
11～20	29
21～30	4
31～40	7
41～50	4
51以上	17
合計	6,772

【3】 報告内容

平成24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3,907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。

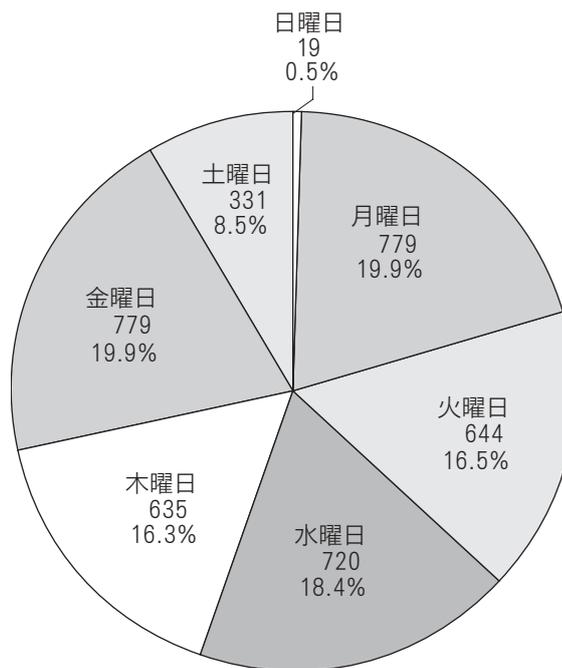
1. 発生月

発生月	件数
7月	49
8月	25
9月	31
10月	47
11月	83
12月	228
1月	721
2月	609
3月	515
4月	631
5月	539
6月	429
合計	3,907



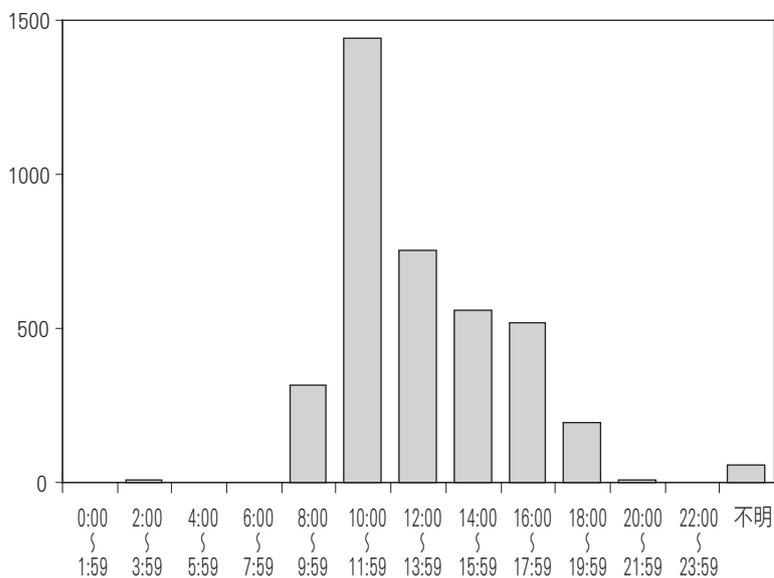
2. 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	19
月曜日	779
火曜日	644
水曜日	720
木曜日	635
金曜日	779
土曜日	331
合計	3,907



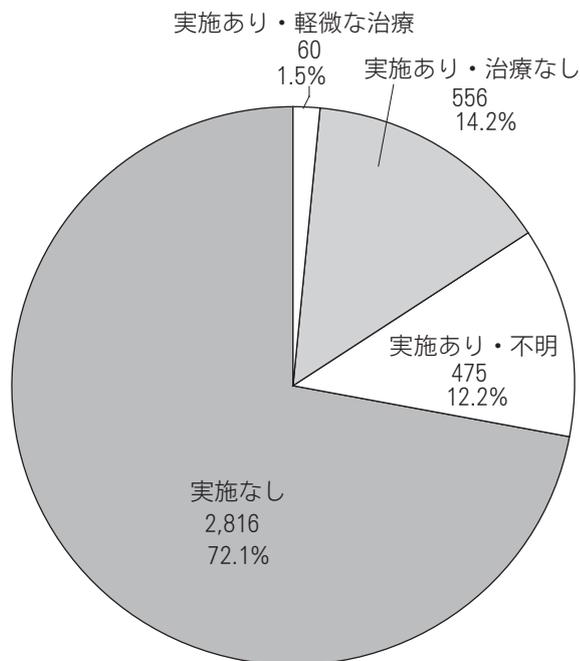
3. 発生時間帯

発生時間帯	件数
0:00～1:59	3
2:00～3:59	12
4:00～5:59	3
6:00～7:59	2
8:00～9:59	321
10:00～11:59	1,456
12:00～13:59	761
14:00～15:59	563
16:00～17:59	522
18:00～19:59	199
20:00～21:59	5
22:00～23:59	1
不明	59
合計	3,907



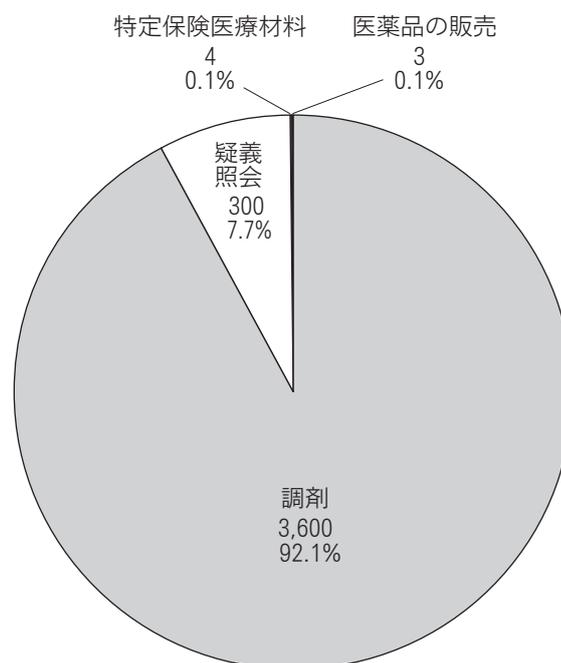
4. 実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	60
実施あり・治療なし	556
実施あり・不明	475
実施なし	2,816
合計	3,907



5. 事例の概要

事例の概要 ^(注1)	件数
調剤 ^(注2)	3,600
疑義照会 ^{(注2)(注3)}	300
特定保険医療材料	4
医薬品の販売	3
合計	3,907



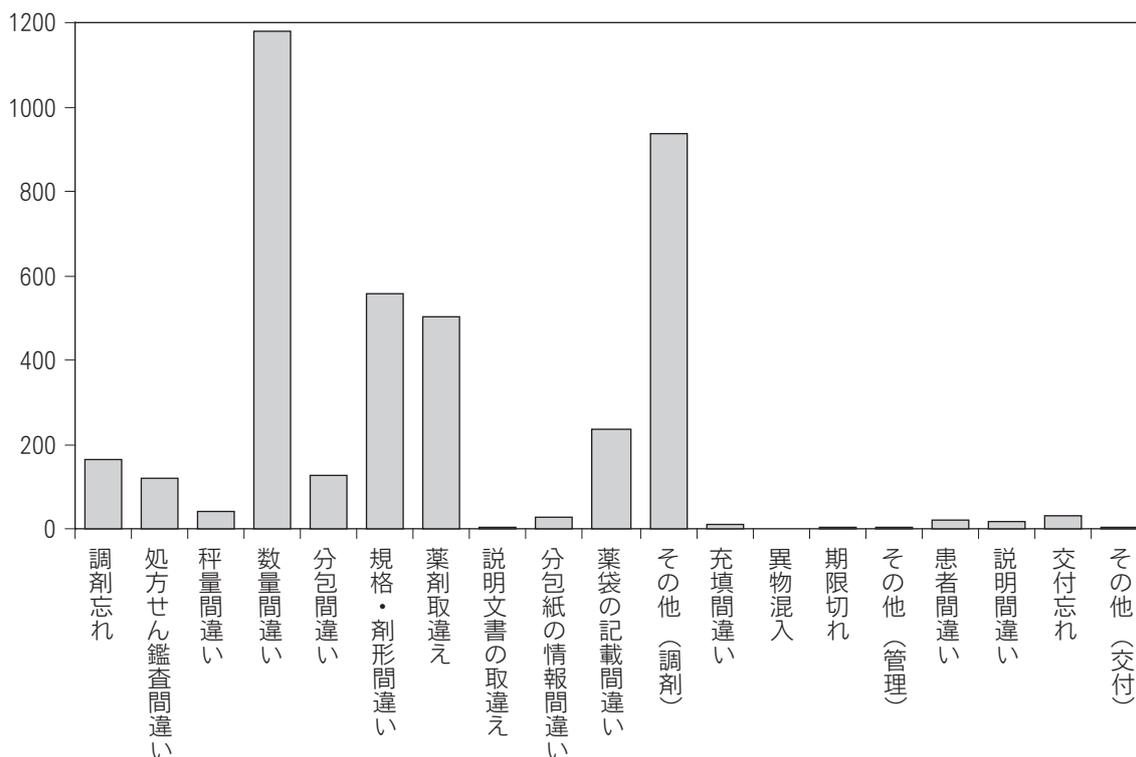
注1：ヒヤリ・ハット事例とは、薬局で発生した、または発見された事例である。P 2（注）参照。

注2：疑義照会についても薬局で発生した、または発見された事例であるが、医療機関で発生した処方の誤りを薬局で発見した事例が大半を占めている。

注3：調剤の過程において処方せん鑑査を誤ったために疑義照会を行わなかった事例は、「調剤」に集計されている。

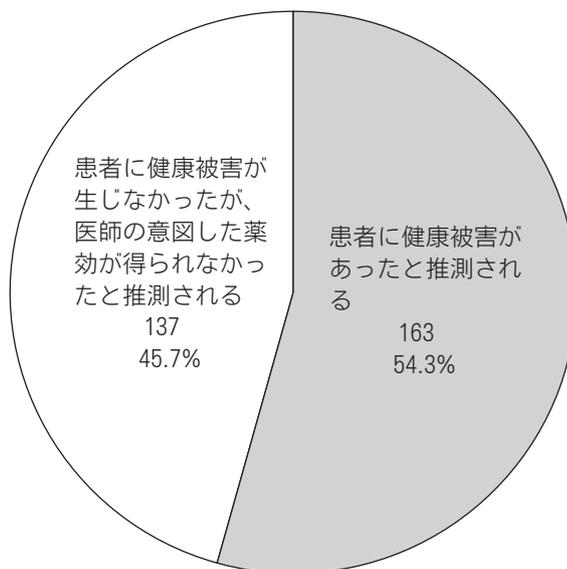
1) 調剤に関する項目

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	155	管理	充填間違い	14
	処方せん鑑査間違い	112		異物混入	1
	秤量間違い	34		期限切れ	7
	数量間違い	1,066		その他（管理）	1
	分包間違い	88	交付	患者間違い	19
	規格・剤形間違い	494		説明間違い	14
	薬剤取違え	515		交付忘れ	30
	説明文書の取違え	6		その他（交付）	5
	分包紙の情報間違い	18	合計		3,600
	薬袋の記載間違い	155			
	その他（調剤）	866			

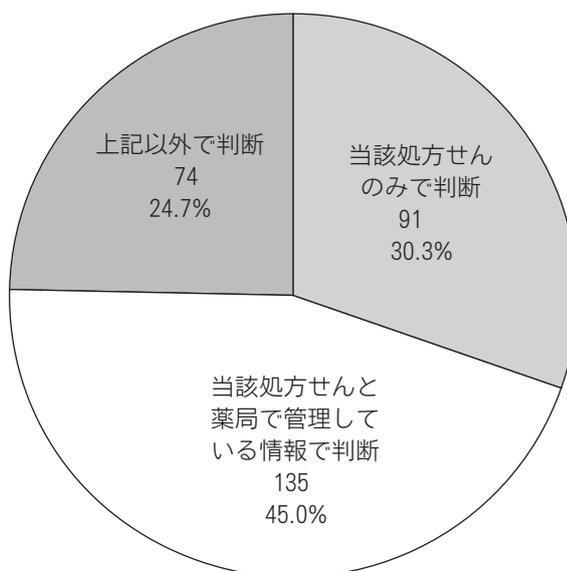


2) 疑義照会に関する項目

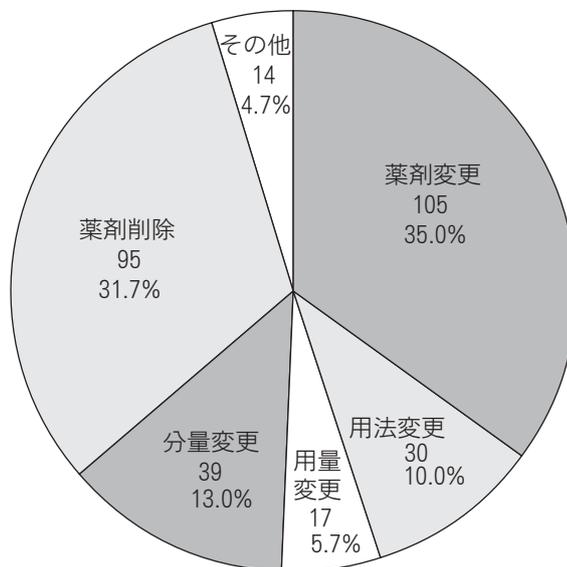
仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	163
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	137
合 計	300



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	91
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	135
上記以外で判断	74
合 計	300

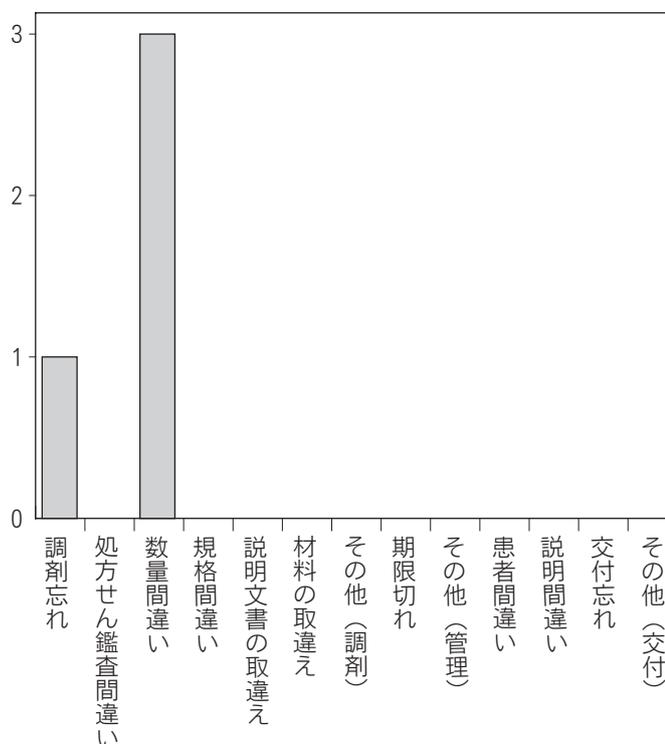


変更内容	件数
薬 剤 変 更	105
用 法 変 更	30
用 量 変 更	17
分 量 変 更	39
薬 剤 削 除	95
そ の 他	14
合 計	300



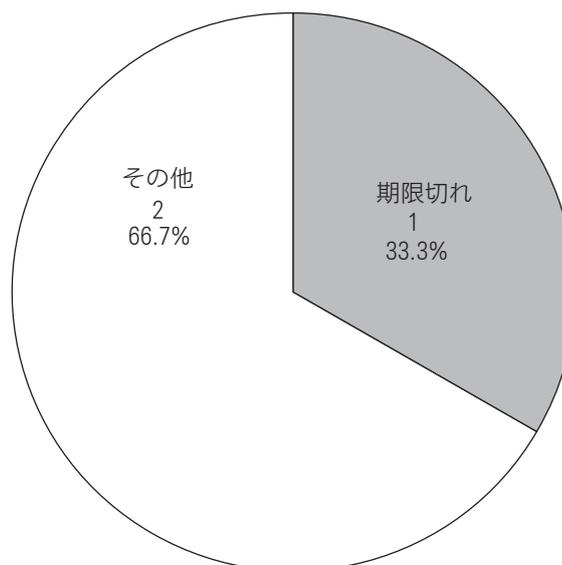
3) 特定保険医療材料に関する項目

発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	1
	処方せん鑑査間違い	0
	数量間違い	3
	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)	0
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	0
	その他(交付)	0
合計		4



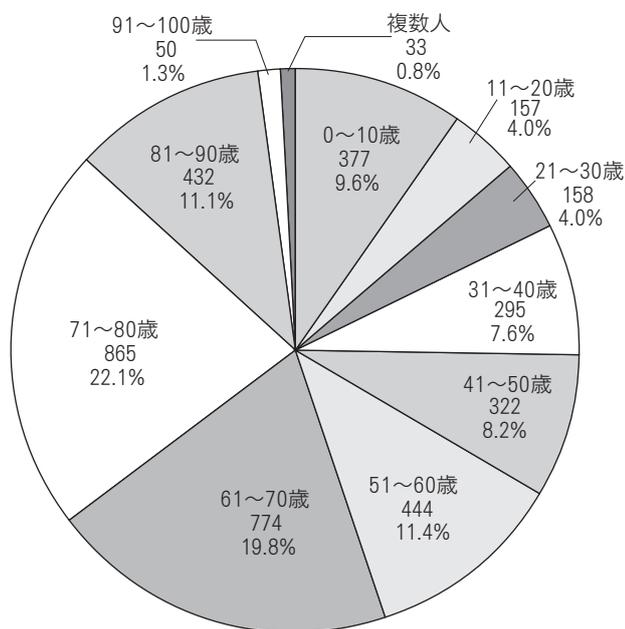
4) 医薬品の販売に関する項目

事例の内容	件数
商品間違い	0
説明間違い	0
期限切れ	1
その他	2
合計	3



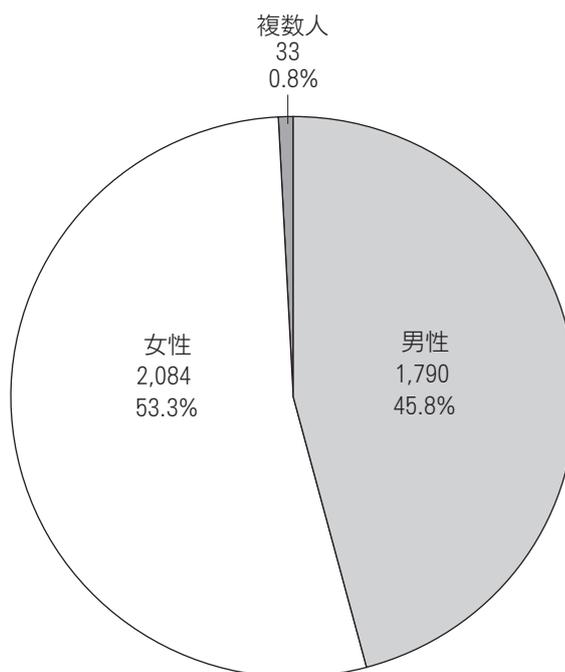
6. 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～10歳	377
11～20歳	157
21～30歳	158
31～40歳	295
41～50歳	322
51～60歳	444
61～70歳	774
71～80歳	865
81～90歳	432
91～100歳	50
101～110歳	0
111～120歳	0
121～130歳	0
131歳以上	0
複数人	33
合計	3,907



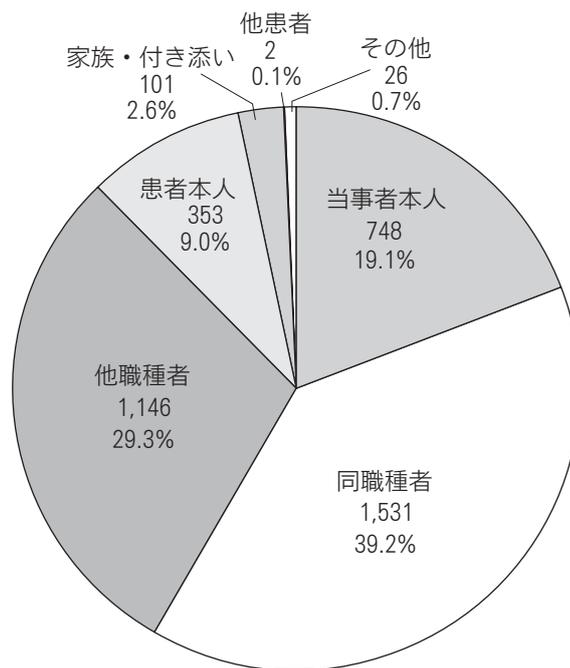
7. 患者の性別

患者の性別	件数
男性	1,790
女性	2,084
複数人	33
合計	3,907



8. 発見者

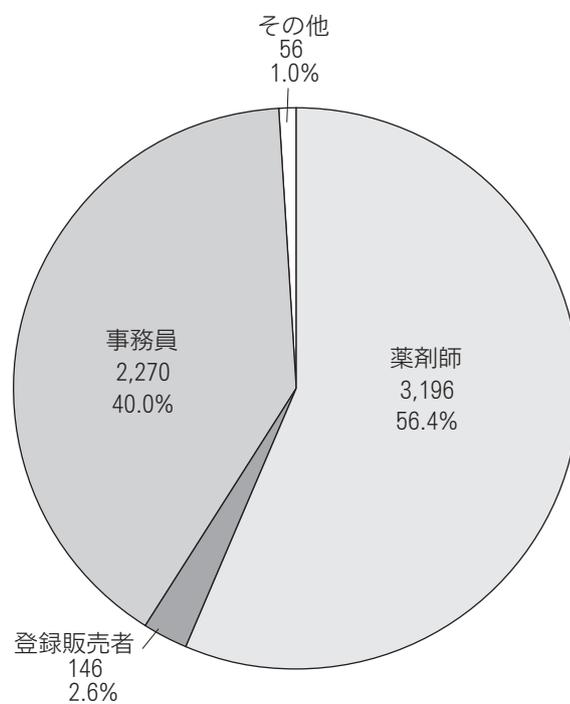
発見者	件数
当事者本人	748
同職種者	1,531
他職種者	1,146
患者本人	353
家族・付き添い	101
他患者	2
その他	26
合計	3,907



9. 当事者

当事者	件数
薬剤師	3,196
登録販売者	146
事務員	2,270
その他	56
合計	5,668

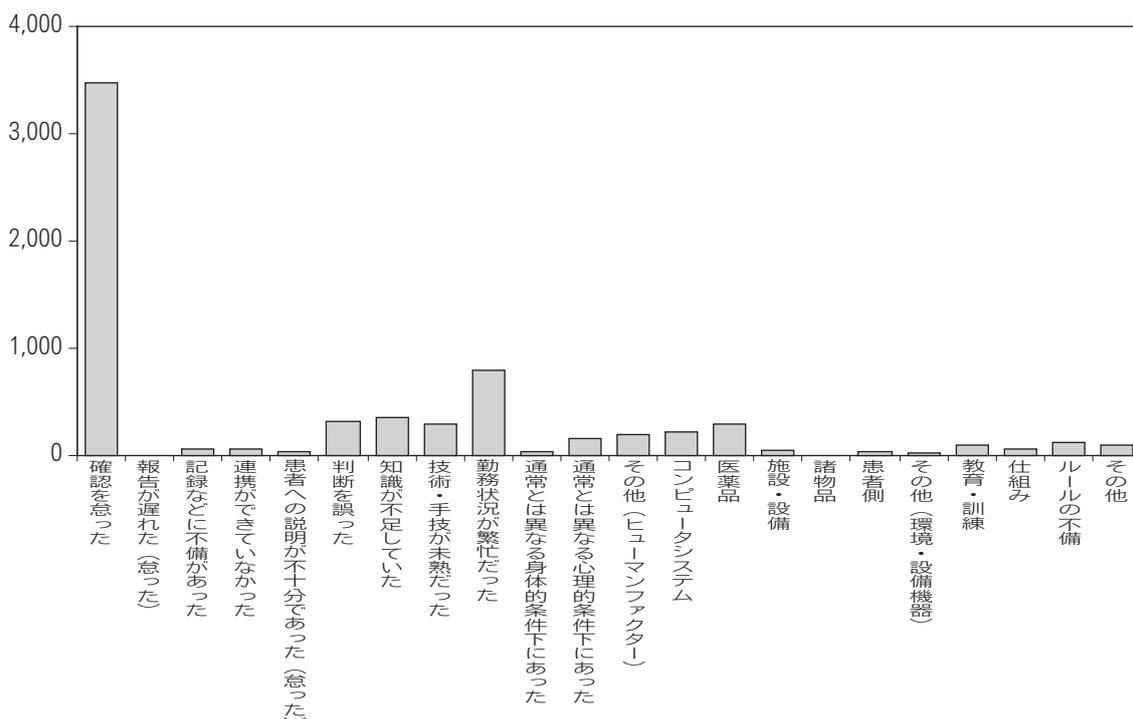
注：「当事者」は複数回答が可能である。



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	3,416	
	報告が遅れた（怠った）	5	
	記録などに不備があった	62	
	連携ができていなかった	66	
	患者への説明が不十分であった（怠った）	38	
	判断を誤った	311	
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	349
		技術・手技が未熟だった	295
		勤務状況が繁忙だった	781
		通常とは異なる身体的条件下にあった	40
		通常とは異なる心理的条件下にあった	155
		その他（ヒューマンファクター）	191
	環境・設備機器	コンピュータシステム	218
		医薬品	295
		施設・設備	49
		諸物品	5
		患者側	34
		その他（環境・設備機器）	23
	その他	教育・訓練	97
		仕組み	59
		ルールの不備	126
		その他	94
		合計	6,709

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 ^(注1)	特定保険 医療材料	医薬品の 販 売	合 計
確認を怠った	3,348	62	4	2	3,416
報告が遅れた（怠った）	4	1	0	0	5
記録などに不備があった	31	31	0	0	62
連携ができていなかった	42	24	0	0	66
患者への説明が不十分であった（怠った）	29	9	0	0	38
判断を誤った	295	16	0	0	311
知識が不足していた	304	44	0	1	349
技術・手技が未熟だった	287	6	1	1	295
勤務状況が繁忙だった	754	27	0	0	781
通常とは異なる身体的条件下にあった	39	1	0	0	40
通常とは異なる心理的条件下にあった	155	0	0	0	155
その他（ヒューマンファクター）	140	51	0	0	191
コンピュータシステム	189	29	0	0	218
医 薬 品	260	34	1	0	295
施設・設備	44	4	0	1	49
諸 物 品	4	1	0	0	5
患 者 側	11	22	0	1	34
その他（環境・設備機器）	14	9	0	0	23
教育・訓練	87	9	1	0	97
仕 組 み	53	5	0	1	59
ルールの不備	121	4	1	0	126
そ の 他	18	76	0	0	94
合 計	6,229	465	8	7	6,709

注：「発生要因」は複数回答が可能である。

注1：疑義照会は薬局で発生した、または発見された事例であるが、医療機関で発生した処方士の誤りを薬局で発見した事例が大半を占めている。そのため、「発生要因」は、処方士の誤りが発生した医療機関の発生要因の内容が選択されている事例が大半を占めている。

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	2,754	138	1,984	41	4,917
報告が遅れた（怠った）	3	0	2	0	5
記録などに不備があった	73	1	20	10	104
連携ができていなかった	80	1	32	4	117
患者への説明が不十分であった（怠った）	56	1	20	0	77
判断を誤った	224	6	208	8	446
知識が不足していた	283	12	218	15	528
技術・手技が未熟だった	229	10	185	5	429
勤務状況が繁忙だった	838	21	407	15	1,281
通常とは異なる身体的条件下にあった	37	1	21	0	59
通常とは異なる心理的条件下にあった	172	4	78	1	255
その他（ヒューマンファクター）	217	8	94	5	324
コンピュータシステム	135	3	181	11	330
医薬品	342	10	98	10	460
施設・設備	64	1	18	4	87
諸物品	6	0	5	0	11
患者側	40	3	6	4	53
その他（環境・設備機器）	35	3	8	0	46
教育・訓練	122	4	38	2	166
仕組み	83	0	16	4	103
ルールの不備	173	4	39	8	224
その他	130	3	66	4	203
合計	6,096	234	3,744	151	10,225

注：「当事者」、「発生要因」は複数回答が可能である。

1 3. 事例の概要×実施の有無、治療の程度

事例の概要×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	60	555	475	2,510	3,600
疑義照会	0	0	0	300	300
特定保険医療材料	0	0	0	4	4
医薬品の販売	0	1	0	2	3
合 計	60	556	475	2,816	3,907

1 4. 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	1	1	3
2：00～3：59	0	2	3	0	3	3	1	12
4：00～5：59	0	0	0	0	1	2	0	3
6：00～7：59	0	1	1	0	0	0	0	2
8：00～9：59	2	53	49	67	58	48	44	321
10：00～11：59	8	275	229	252	256	273	163	1,456
12：00～13：59	7	136	113	144	131	155	75	761
14：00～15：59	1	129	93	119	97	109	15	563
16：00～17：59	1	117	92	94	70	129	19	522
18：00～19：59	0	50	52	33	14	45	5	199
20：00～21：59	0	1	2	2	0	0	0	5
22：00～23：59	0	1	0	0	0	0	0	1
不 明	0	14	9	9	5	14	8	59
合 計	19	779	644	720	635	779	331	3,907

【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 4, 2 4 3 回）^(注1)

（報告回数上位）

販 売 名	報告回数
モーラステープ 2 0 m g	29
ムコダイン錠 5 0 0 m g	27
モーラステープ L 4 0 m g	25
ワーファリン錠 1 m g	24
ロキソニン錠 6 0 m g	22
ムコスタ錠 1 0 0 m g	20
リンデロン-V G 軟膏 0. 1 2 %	20
タケブロン O D 錠 1 5	18
バイアスピリン錠 1 0 0 m g	18
マグミット錠 3 3 0 m g	17
ムコダイン錠 2 5 0 m g	17
メチコパール錠 5 0 0 μ g	17
リピトール錠 1 0 m g	17
ロキソニンテープ 1 0 0 m g	17

1) 後発医薬品に該当するもの（報告回数 8 9 7 回）^(注2)

（報告回数上位）

販 売 名	報告回数
バイアスピリン錠 1 0 0 m g	18
マグミット錠 3 3 0 m g	17
メチコパール錠 5 0 0 μ g	17
ピーエイ配合錠	13
カロナール錠 2 0 0	11
マグラックス錠 3 3 0 m g	11
レバミピド錠 1 0 0 m g 「EMEC」	11
C-チステン錠 2 5 0 m g	10
アムロジピン O D 錠 5 m g 「トーフ」	9
カロナール細粒 2 0 %	9
メデット錠 2 5 0 m g	9

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報告回数をいう。

注 2：「後発医薬品」に関する報告回数は「医療用医薬品」の報告回数のうち、「後発医薬品」に該当する報告回数を示す。

2) 新規収載医薬品^(注1)に該当するもの(報告回数28回)^(注2)

販 売 名	報告回数
エディロールカプセル0.75 μ g	4
ネキシウムカプセル20mg	3
プラザキサカプセル110mg	3
ノルスパンテープ5mg	2
プラザキサカプセル75mg	2
メマリー錠5mg	2
レクサブロ錠10mg	2
イムセラカプセル0.5mg	1
オンブレス吸入用カプセル150 μ g	1
グルベス配合錠	1
トラムセット配合錠	1
ネキシウムカプセル10mg	1
フォルテオ皮下注キット600 μ g	1
ベタニス錠25mg	1
ベタニス錠50mg	1
メマリー錠10mg	1
リパクレオンカプセル150mg	1

注1：本事業において新規収載医薬品とは、薬価収載1年未満の新医薬品であって、「剤形の追加」「規格の追加」は含まない。

注2：「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、「新規収載医薬品」に該当する報告回数を示す。

2. 特定保険医療材料に関するもの（報告回数 4 回）^(注)

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

3. 医薬品の販売に関するもの（報告回数 3 回）^(注)

販 売 名	報告回数
ヘルペシア軟膏	1
新キャベジンコーワ S	1
未記載	1

関連医薬品の分類	回 数
医療用医薬品	1
第一類医薬品	1
指定第二類医薬品	0
第二類医薬品	1
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報告回数をいう。

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 1,056回)^(注1)
- 間違えた医薬品 (報告回数 1,060回)
- 関連医薬品 (報告回数 1,668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	6	9	14
モーラステープL40mg	7	4	14
ムコダイン錠500mg	9	9	6
ワーファリン錠1mg	1	0	20
リンデロン-VG軟膏0.12%	9	5	5

2) 疑義照会

- 処方された医薬品 (報告回数 331回)^(注2)
- 変更になった医薬品 (報告回数 128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
ピーエイ配合錠	7	2
C-チステン錠250mg	7	1
クラリス錠200	3	3
タミフルドライシロップ3%	3	3
ジスロマック錠250mg	4	1
フロモックス錠100mg	3	2
ロキソニン錠60mg	5	0

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 2回)
- 間違えた特定保険医療材料 (報告回数 1回)
- 関連する特定保険医療材料 (報告回数 1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	2
ナノバスニードル	0	0	1
マイクロファインプラス3 1 G 5 mm	0	0	1

【5】共有すべき事例

平成24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 内服薬調剤、秤量間違いに関する事例（事例番号：000000022462）

事例の内容
「フェノパール散10%1g、90日分」で秤量すべきところ、「0.5g、90日分」で秤量した。
背景・要因
処方箋を発行した病院が当日より処方箋の書き方を変更した。1回分と1日分は括弧書きで両方の併用表記になった。これまでは1日分表記だったので、1回分を1日分と勘違いしてしまった。
薬局が考えた改善策
未記載

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"> ●処方箋の記載方法が変更された時は、より一層の注意が必要である。 ●平成23年9月に日本薬剤師会、及び日本病院薬剤師会が取りまとめた「標準用法用語集（第一版）」が公開され、1回量による処方を前提とした標準用法マスタが発表された。 ●今後、そのマスタを利用することにより、1回量処方処方箋が登場し始めるため、初めて対応する時など慎重に処方箋を読まなければ、ヒヤリ・ハットが増加する可能性がある。 （参考：日本薬剤師会、日本病院薬剤師会「標準用法用語集（第一版）」 http://www.nichiyaku.or.jp/press/wp-content/uploads/2011/09/pr_110929.pdf）

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 内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000022707）

事例の内容
<p>ペプリコール錠100mgの処方に対して、併用薬のイトリゾールカプセル50を患者から確認した。その後、ペプリコール錠100mgの添付文書を確認し、問題なしと判断して投薬した。患者が帰った後、念のためイトリゾールカプセル50の添付文書を確認したところ、併用禁忌の記載があった。医師に連絡したところ、医師より患者に連絡するとの返答があった。その後、患者より感謝の電話があった。</p>
背景・要因
<p>未記載</p>
薬局が考えた改善策
<p>併用薬について一方に禁忌の記載があり、もう一方に記載がないということに驚いたため、すぐに改善すべきと考える。</p>
その他の情報
<p>特記事項なし</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●一方の薬剤の添付文書のみ、当該薬への併用禁忌の記載があった事例である。 ●両剤ともに併用薬に留意する必要がある薬剤である。 ●薬剤師として十分な知識を必要とする部分もあるが、必要であれば製薬企業においても添付文書の記載内容等について検討していただく必要がある。

事例3 内服薬調剤、薬袋の記載間違いに関する事例（事例番号：000000023153）

事例の内容
オキシコンチン錠5mg 3錠/分3 毎食後（すなわち1回1錠）で処方されたが、食後、食前の指示がなく、時間で服用する際は、通常の用法とは違う入力方法を行い、後で薬袋の修正をかけて行う方法をとっていた。事務員の入力ミス、薬剤師の確認不足で、薬袋の表記方法が1回3錠（1日量の表記）になってしまい、患者がその通り服用してしまうこととなった。
背景・要因
レセコン上、薬袋と薬剤情報提供文書の表記が違ってくるようになった。事務員は入力する時に、マニュアル通りの入力をせず、薬袋表記のミスにつながった。薬剤師も薬剤情報提供文書と薬袋の表記が違ってくることを把握しておらず、さらに薬袋表記の確認を十分に出来ておらずミスにつながった。説明時も薬剤情報提供文書を中心に行ったため再度確認出来なかった。
薬局が考えた改善策
レセコンの用法入力方法について薬袋と薬剤情報提供文書が必ず一致するように入力する。事務員、薬剤師共に再度薬袋、薬剤情報提供文書の表記についてチェックを行う。
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">●おそらく処方箋の記載は1日3回の決められた時間による処方だったが、対応するコードが無い場合、既存の用法を入力し、後で手直しをする方法などをしていただと思われる。●マニュアルがあってもそれに従わない時は、このような大きな問題につながるケースがある。

事例 4 内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000023372）

事例の内容
<p>新人AがユベラNソフトカプセル200mgの処方のところユベラNカプセル100mgを調剤してしまった。投薬はもう一人の薬剤師Bだったが間違いに気づかなかった。後で薬歴を記入するときに気がついて患者に連絡、交換した。</p>
背景・要因
<p>Aがまだ勤務開始から4日目でユベラNカプセル100mgがあることを知らなかった。Bの鑑査が不十分だった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>鑑査を徹底する。規格違いが多いことを再認識する。</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"> ● 新人薬剤師が調剤業務に不慣れであるうちは、ベテラン薬剤師に比べてミスが多くなりがちである。 ● 新人薬剤師が作業したことが識別出来るような工夫をすることは有効であると思われる。 ● 例えば、新人薬剤師が調剤する時のトレイは、通常時のトレイと色や形等が異なるものを使用して識別し易いようにすることも1つの方法である。

事例5 交付、患者間違いに関する事例（事例番号：000000023833）

事例の内容
<p>患者Aの名前をお呼びした時、患者Bが投薬口に来られた。耳のやや遠い方であったが、クラビット錠500mgとハルナールD錠0.2mgの説明をすると、うなずいておられたので薬を渡した。この時、当事者の薬剤師は患者Bを患者Aと思い込んでいた。その後、患者Aより「薬はまだか。」と言われ、クラビット錠500mgとハルナールD錠0.2mgを渡した。患者Bはその直前に一旦外出されていた。当事者の薬剤師は患者A、患者Bともに初めての対面であった。その後、患者Bの家族より「他人の薬が袋に入っている。」と電話があった。患者Bに患者Aの薬を渡したことが発覚した。同日、患者B自宅に行き、謝罪し、薬を回収した。服用はされていなかった。</p>
背景・要因
<p>所属店舗ではない店舗の勤務、また繁忙であったせい、集中力に欠けていた。普段の精神状態で出来ていなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>患者をお呼びして投薬口に来られたら再度、名前の確認を行う。耳が遠い方であれば、薬袋や薬剤情報提供文書など、名前が入っているものを見せて本人であることを確認する。思い込みをせず、疑わしいと思った時は、念を押して確認をする。</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"> ●医療機関での手術時などの場面における患者取違えの類似事例が、薬局において発生した事例である。 ●改善策で示されているように、聴力が低下している方には名前の入った薬袋を確認してもらうことは有効な手段である。 ●それ以外にも、保険証など名前が入ったものを再度提示していただく、あるいは引換券（番号札等）を窓口で回収する等の確認手段も有効であると思われる。 ●薬局の仕組みに合わせて患者の取違え防止策を工夫するか、薬局において業務の仕組みを変えることが重要である。

事例 6 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000023923）

事例の内容
処方せんはカロナール錠200記載を取り違い、ザイロリック錠100を患者に交付した。自宅に持ち帰り、家族の方が気づき連絡があった。
背景・要因
カロナール錠200とザイロリック錠100のシート包装が似ており、錠剤棚の配置が隣合わせで取り間違いやすい場所にあった。
薬局が考えた改善策
カロナール錠200とザイロリック錠100の錠剤棚の配置を変更した。
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"> ●シート包装が類似している医薬品をピックアップし、業務手順書に記載することもひとつの方法である。さらに、その旨を薬剤師に周知し、医薬品棚の配置に関して取り間違えないように対策をすることは、有効であると思われる。

事例7 内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000023958）

事例の内容
<p>普通錠であるところを調剤者が誤ってOD錠（口腔内崩壊錠）を調剤していることに鑑査時に気づいたため、調剤者に再度調剤を依頼したところ、一緒に処方されていた医薬品は定期の日数であったが、当該医薬品は余薬があるため日数が変更されていたが、ほかの定期薬と同じ日数で渡してしまった。</p>
背景・要因
<p>一つの事例に対し、複数の誤りがありその片方だけが先に正常化されたため、そこに気を取られて起こってしまったことと思われる。</p>
薬局が考えた改善策
<p>調剤時、鑑査時、再調剤時、再鑑査時、それぞれの機会において思い込みを防ぎ、確認を行うよう努める。</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"> ●普通錠とOD錠（口腔内崩壊錠）が存在する医薬品をピックアップして、業務手順書に記載し、薬局内で、取り間違い防止の周知をすることもひとつの方法である。 ●数量間違い防止のためには、①鑑査時、調剤をやり直した際は、さらに、②再調剤時や③再鑑査時の確認を徹底することが重要である。

事例 8 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000024020）

事例の内容
似た薬品名の取り違いによる事例だった。
背景・要因
未記載
薬局が考えた改善策
処方せんと医薬品名をきちんと確認して調剤をする。調剤した者以外のものが再度確認する。薬剤情報提供文書の情報との確認を必ず行う。
その他の情報
処方された医薬品：ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用） 間違えた医薬品：ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●類似名称一覧を業務手順書に整理して記載し、職員に周知することもひとつの方法である。 ●漢方製剤のように類似した名称が存在する医薬品は、可能であれば、調剤した職員以外の職員が鑑査を行うことが望まれる。

事例9 その他の調剤に関する場面、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000024579）

事例の内容
FAXできた処方せんをレセコンで入力した。カタリンK点眼用0.005%を入力するところを、間違えてカタリン点眼用0.005%を入力した。薬剤師より指摘され、間違いに気がついた。
背景・要因
複数の規格があることを知らなかった。レセコンの薬剤検索に使用する略称名称「カナ検索」を3文字（カタリ）で登録していたのが、カタリン点眼用0.005%だけであったため、こちらの商品しかないと思いこんだ。
薬局が考えた改善策
カタリンK点眼用0.005%、カタリン点眼用0.005%、どちらも4文字以上の略称で登録しなおす。
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">● 3文字登録の落とし穴事例である。● 3文字登録で確定出来ない薬剤については、表示色を別のものにするなどの注意喚起システムを付加するなどひとつの方法である。

事例 10 内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000024657）

事例の内容
126錠を100錠の箱と26錠取ったつもりが、箱が空いていた。
背景・要因
箱が未開封かみたが、びっちりしまっていて未開封だと思ってしまった。他にも開封の箱があったため、未開封と思った。
薬局が考えた改善策
箱が未開封かどうか確認する。箱が何錠入りかも確認する。開けた箱は、すぐわかるようにわざとしめない。
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"> ●未開封かどうかを見かけで判断したためエラーが発生した事例である。 ●開封した薬剤については、蓋を切り落とすなどして、明らかに未開封でないことが分かるようにすることもひとつの方法である。

事例 1 1 注射薬調剤、薬袋の記載間違いに関する事例（事例番号：000000024697）

事例の内容
インスリン注射の単位変更気づかず、前回同様に入力した。薬袋の単位標記に変更の無いまま渡した。対応後すぐに事務員に指摘され発覚した。すぐに患者に確認した。患者は変更について医師よりお話があったため理解があった。
背景・要因
処方せん、調剤録鑑査の不備だった。
薬局が考えた改善策
処方せん、調剤録鑑査を徹底する。
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">●インスリンの注射量の調整は、実際は患者本人が行うため、医師から患者自身にはその量の変更は伝わっていたが、そのインスリンを一括して渡す薬局から患者への情報伝達にエラーがあった事例である。●処方せんのみならず、実施当事者である患者にも確認をすべきであった。

事例 1 2 外用薬管理、充填間違いに関する事例（事例番号：000000024784）

事例の内容
<p>インタール点鼻液 2 % をインタールエアロゾル 1 m g の置き場所に充填した。ポリムス（ピッキングサポートシステム）を使用した調剤でインタールエアロゾル 1 m g を調剤したつもりがインタール点鼻液 2 % を調剤し、鑑査者が発見した。充填者と調剤者は別人だった。</p>
背景・要因
<p>充填の際、点鼻とエアロゾルがあることを知らず「インタール」と思い充填した。薬剤本体にはバーコードがなく、棚につけられたバーコードでポリムス読み取りしたため誤充填に気付かなかった。調剤時、ポリムスが問題なく反応したため頼って薬剤の目視確認を怠った。</p>
薬局が考えた改善策
<p>ポリムスに頼らず、充填時は薬剤名を確認してから充填する。</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"> ●モノと名前が分離したことによる事例である。 ●バーコードを読み取ることにより確認するシステムであったが、薬剤本体にバーコードがなかったために置き場所で代行した。 ●モノから認識情報が分離することは出来るだけ避けるべきであり、バーコードシールを貼るなどして対応することもひとつの方法である。

事例 1 3 その他の調剤に関する場面、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000024862）

事例の内容
一般名処方「アムロジピン口腔内崩壊錠 2.5 mg」記載の処方せんを、二次元バーコードで読み取る際、払出の多い「ノルバスク OD 錠 2.5 mg」ではなく、「アムロジン OD 錠 2.5 mg」に以前から置き換えられていた。それに気付かず取り込み、前回処方と確認している際に、ノルバスク OD 錠であることに気づき、すぐ様、手入力でノルバスク OD 錠に変更する際、規格を 2.5 mg でなく、5 mg で入力してしまった。薬剤師より指摘され、間違いに気がついた。
背景・要因
一般名処方をバーコードで取り込む際の取り決めを当初からきちんとしていなかった。
薬局が考えた改善策
一般名処方を取りあえず払出の多い併売品に置き換えておくように内規を見直す。
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">●バーコードシステムを用いているが、その運用手順に不備があった事例である。●システム化が進む中で、定例的に進める作業手順よりも、むしろ例外事項についての手順こそ真っ先に整備することが望ましい。●システムが全てをカバーしているという安易な前提に立つことがないようにすべきである。

事例 1 4 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000025152）

事例の内容
<p>帯状疱疹のファムビル錠 250mg が 6 錠 3 日分処方だったが、抗生剤ファロム錠をファムビル錠 250mg と思い込み調剤した。 鑑査の段階で発見され、事なきを得た。</p>
背景・要因
<p>他の業務を行っていて、注意が散漫になっていた。</p>
薬局が考えた改善策
<p>ファロム錠とファムビル錠 250mg の棚が同じ所にあるため、離れた所に変更する。</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"> ● 薬局によっては、医薬品を「あいうえお」順に配置していることも少なくない。 ● 間違いやすい名前の医薬品は、棚の配置を変えるなど、何らかの注意喚起が必要である。

事例15 交付、交付忘れに関する事例（事例番号：000000025433）

事例の内容
精神科の処方せんを持参。不足している薬剤があることを伝えると、他の薬局での調剤を希望される。当薬局で、処方せんのコピーをとったが、返却時、間違えてコピーを渡してしまった。
背景・要因
処方せんの確認を怠った。患者さん情報で、自宅の電話しか聞いておらず、直ぐに連絡が取れなかった。
薬局が考えた改善策
処方せんを確認する。可能なら携帯電話の番号を確認する。
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">●処方せんをコピーして、調剤時にチェックなどの書き込みをするという方法を行っている薬局がある。●処方せんの原本はもちろんであるが、コピーの取り扱いにあたっては原本と間違えることがないように、十分な注意が必要である。

事例 16 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000025527）

事例の内容
一般名処方のアムロジピン錠 5 mg を調剤する際、患者希望のアムロジン錠 5 mg を調剤しなければならないが、アムロジピン錠 5 mg を調剤し、監査でも間違いを見つけることができず、患者さんに渡してしまい、患者本人からの連絡でミスに気付いた。
背景・要因
処方せんのコピーには、調剤する「アムロジン」を記載していたが、確認せず、調剤・監査した。
薬局が考えた改善策
一般名処方の薬について、先発品・後発品希望の確認、調剤する薬を記載するなどして、見落とさないようにする。
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"> ●本年度から一般名処方を採用する医療機関が増えている。 ●一般名で表示された医薬品の取り間違いを防止する方策が求められる。

事例 17 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000025674）

事例の内容
薬をピックアップする人が、薬を間違えて集めていた。 投薬する者が、急いでいたのでよく確認せずに、そのまま患者に手渡してしまった。
背景・要因
患者が立て込んできて、バタバタしていた。 急いで投薬していたので、薬をじっくり鑑査しなかった。 いつも、投薬する時に患者と薬を確認しながら説明するが、定期薬だったのでしなかった。
薬局が考えた改善策
どんなに慌てていても、薬の確認を怠らない。
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">●薬局の業務で忙しい時間帯が発生するのは常であり、繁忙時こそ意識して落ち着いて作業することが重要である。●繁忙時に、処方せんの記載内容や医薬品名、規格等を「指さし確認」することは意義がある。「指さし確認」は、多忙な中でも指でさした一点に神経を集中させることが出来る点で有効である。●誤りの無い正しい調剤をすることが、結果的には最も速い調剤となることを理解し、多忙であっても慌てないことが大切である。

事例 18 外用薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000025682）

事例の内容
クラビット点眼液に、1.5%のものがあると知らず、0.5%の方を投薬してしまった。
背景・要因
3人の薬剤師の内、投薬した薬剤師は、1.5%の存在を知らず、薬局にそれが在庫されているということもよく把握していなかった。調剤した薬剤師も、両方の規格があることを把握してなかった。ただ、今回関わらなかった薬剤師だけは、十分把握し、間違ふ可能性があるかとも思っていた。しかし、その対策は何もなされておらず、もし作業に関わっていれば防げたかもしれないが、そうでは無かったため過誤を食い止めることが出来なかった。
薬局が考えた改善策
クラビット点眼液0.5%の箱には、別規格があるとの張り紙をした。 そして、今回の反省すべき点、過誤が起きるかとも思っていたのに何もしていなかったことについて、今後は即対応すること、そして情報を共有すること、これを基本に過誤対策を講じていきたいと思う。

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"> ● 薬局業務に関わる人員が複数人の場合、業務に関わる情報の共有は極めて重要である。取り扱い医薬品、配置場所、表示方法、保管方法、容器、添付文書、名称、規格、包装等の変更等が行われた場合は、即座にその情報が全員に伝わる仕組みを薬局内で構築することが重要である。 ● 薬局では、最新の医薬品情報の入手に努めるとともに、朝夕の伝達会等で、医薬品に関わる変更点やその日に発生したヒヤリ・ハット事例、危険を予知した点などの情報を共有し、全員で事故防止に取り組むことは有効である。

事例19 内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000025730）

事例の内容
卵アレルギーのある患者に、処方通りリチーム錠90mgを調剤し交付してしまった。
背景・要因
薬歴にも卵アレルギーの記載があるにもかかわらず、処方箋通りに調剤し交付してしまった。 久しぶりの受診であり確認が不十分であった。
薬局が考えた改善策
薬歴に記載している内容について、処方箋受付時より常に意識をすること。
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">●薬歴簿の中で、患者の副作用歴やアレルギー歴などの大切な情報は目に付く位置に記載し、副作用歴やアレルギー歴等の確認をしてから調剤を開始する必要がある。●医薬品と医薬品の相互作用や重複投与の確認のみならず、疾病に対する禁忌の医薬品、医療行為や医療処置に対する禁忌の医薬品、患者の個人的な体質に対する禁忌の医薬品、飲食物と医薬品の相互作用の確認など、医薬品関連の安全確認は、チーム医療の中で薬剤師が担っていることを再認識することが重要である。

事例 2 0 内服薬調剤、分包間違いに関する事例（事例番号：000000026211）

事例の内容
<p>小児のタミフルドライシロップ 3 %、プラシルカストドライシロップに別患者のウブレチド錠 5 m g が混入していた。</p>
背景・要因
<p>分包機の錠剤のマスにウブレチド錠 5 m g を 1 6 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。</p> <p>4 日後、錠剤を一包化する際に 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 T E L して探しだしたところ、服用せずに保管してくださっていた。慌てていたため、1 6 錠のところを 1 4 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 錠落ちていることに気付かなかった。</p>
薬局が考えた改善策
<p>錠剤の一包化は他に何も処方箋がこない時間帯に行うか、分包機を分ける。</p> <p>錠剤の数は常に確認する。</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"> ●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。