薬局ヒヤリ･ハット事例収集･分析事業
第２回集計報告

平成２２年３月２４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	1,774

２．事業参加薬局における登録件数の推移

	平成21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	—	—	—	211	200	495	324	82	103	142	142	75
登録取下げ薬局数	—	—	—	0	0	0	0	0	0	0	0	0
累　計	—	—	—	211	411	906	1,230	1,312	1,415	1,557	1,699	1,774

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	339	東京都	128	滋賀県	28	香川県	8
青森県	44	神奈川県	102	京都府	28	愛媛県	45
岩手県	39	新潟県	53	大阪府	51	高知県	40
宮城県	33	山梨県	3	兵庫県	30	福岡県	30
秋田県	49	長野県	14	奈良県	27	佐賀県	6
山形県	34	富山県	4	和歌山県	21	長崎県	4
福島県	55	石川県	5	鳥取県	15	熊本県	12
茨城県	15	福井県	2	島根県	14	大分県	33
栃木県	89	岐阜県	10	岡山県	32	宮崎県	3
群馬県	61	静岡県	21	広島県	45	鹿児島県	24
埼玉県	32	愛知県	35	山口県	34	沖縄県	5
千葉県	47	三重県	13	徳島県	12	合　計	1,774

注：平成２１年１２月３１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2回集計
報　告　月	7月～12月
事業参加薬局数	1,774
事業参加薬局のうち報告のあった薬局数	139
公　表　件　数	1,285

2．月別報告件数

	平成21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	—	—	—	211	411	906	1,230	1,312	1,415	1,557	1,699	1,774
報　告　件　数	—	—	—	18	66	91	155	206	204	181	245	294
公　表　件　数	—	—	—	18	66	91	155	206	204	181	245	294

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21年7月～12月	平成21年7月～12月
1　人	272	55
2　人	569	168
3　人	386	96
4　人	215	483
5　人	121	56
6　人	69	127
7　人	46	142
8　人	35	131
9　人	18	9
10　人	15	0
11人以上	28	18
合　計	1,774	1,285

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21年７月～12月	平成21年７月～12月
0～ 500回	212	11
501～1000回	362	83
1001～1500回	367	104
1501～2000回	339	106
2001～2500回	164	94
2501～3000回	116	476
3001～3500回	60	155
3501～4000回	66	126
4001回以上	88	130
合　　計	1,774	1,285

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21年７月～12月	平成21年７月～12月
0品目	1	0
1～ 100品目	3	0
101～ 500品目	125	17
501～1000品目	855	352
1001～1500品目	523	725
1501～2000品目	206	171
2001～2500品目	42	14
2501～3000品目	15	0
3001品目以上	4	6
合　　計	1,774	1,285

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21年７月～12月	平成21年７月～12月
0 品目	1	0
1～ 100品目	604	154
101～ 500品目	962	1,122
501～1000品目	205	9
1001～1500品目	1	0
1501～2000品目	0	0
2001～2500品目	0	0
2501～3000品目	0	0
3001品目以上	1	0
合　　計	1,774	1,285

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21年７月～12月	平成21年７月～12月
0 品目	170	583
1～ 10品目	246	44
11～ 50品目	488	213
51～ 100品目	239	110
101～ 150品目	77	192
151～ 200品目	74	19
201～ 250品目	44	21
251～ 300品目	61	39
301～ 500品目	178	41
500～1000品目	135	16
1001品目以上	62	7
合　　計	1,774	1,285

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21年７月～12月	平成21年７月～12月
0	1	0
1 ～ 10	377	134
11 ～ 20	415	507
21 ～ 30	286	203
31 ～ 40	185	72
41 ～ 50	179	164
51 ～ 60	84	15
61 ～ 70	64	42
71 ～ 80	53	116
81 ～ 90	23	0
91 ～ 100	32	0
101 以上	75	32
合　　計	1,774	1,285

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21年７月～12月	平成21年７月～12月
10%未満	19	1
10%以上20%未満	43	20
20%以上30%未満	153	144
30%以上40%未満	566	344
40%以上50%未満	464	521
50%以上60%未満	258	46
60%以上70%未満	171	179
70%以上80%未満	70	28
80%以上90%未満	25	2
90%以上	5	0
合　　計	1,774	1,285

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21年７月～12月	平成21年７月～12月
北　海　道	339	88
東　　北	254	103
関東甲信越	544	411
東海北陸	90	20
近　　畿	185	126
中国四国	245	506
九州沖縄	117	31
合　　計	1,774	1,285

１１．報告件数別事業参加薬局数

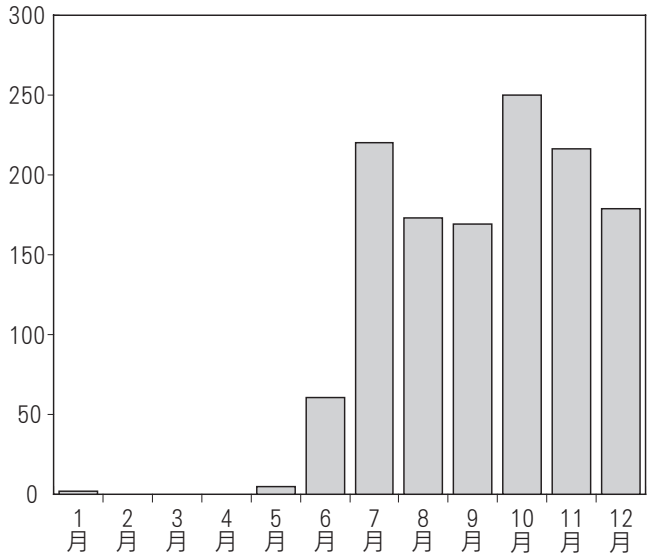
報告件数	事業参加薬局数
平成21年７月～12月	平成21年７月～12月
0	1,635
1 ～ 5	105
6 ～ 10	17
11 ～ 20	10
21 ～ 30	2
31 ～ 40	1
41 ～ 50	0
51 以上	4
合　　計	1,774

【３】報告内容

平成２１年７月１日から同年１２月３１日に報告された薬局におけるヒヤリ・ハット事例１，２８５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。

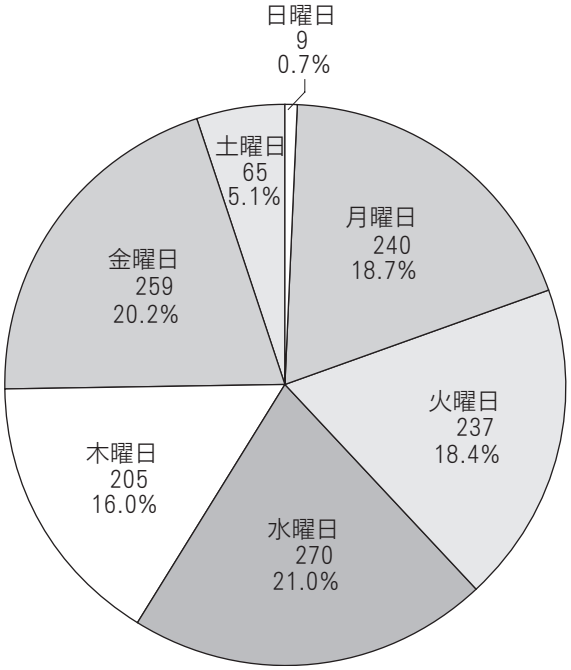
１．発生月

発　生　月	件数
1　月	2
2　月	0
3　月	0
4　月	0
5　月	5
6　月	61
7　月	220
8　月	173
9　月	169
10　月	252
11　月	221
12　月	182
合　計	1,285



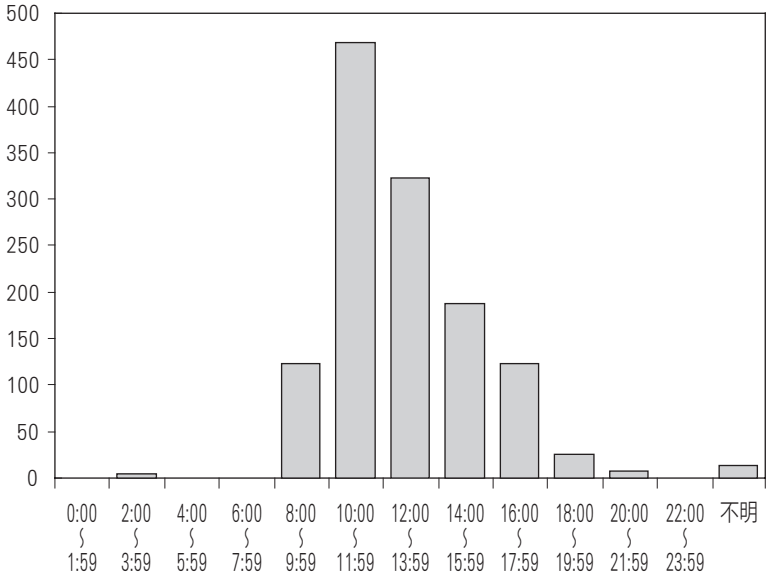
２．発生曜日

発生曜日	件数
日　曜　日	9
月　曜　日	240
火　曜　日	237
水　曜　日	270
木　曜　日	205
金　曜　日	259
土　曜　日	65
合　計	1,285



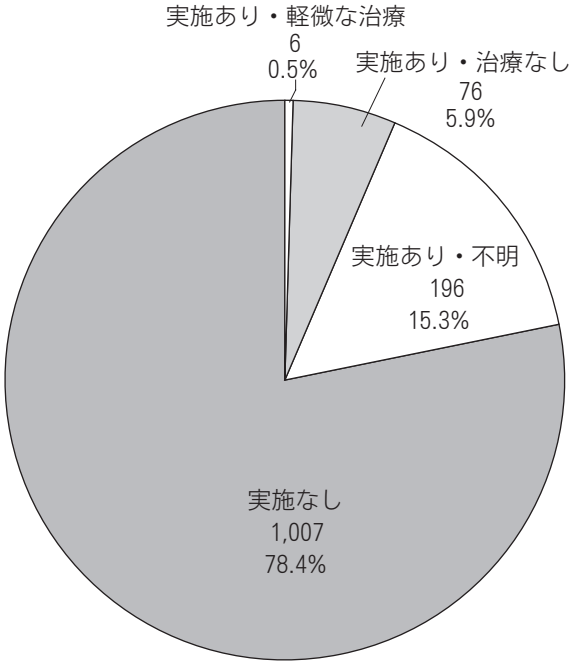
3．発生時間帯

発生時間帯	件数
0：00～ 1：59	0
2：00～ 3：59	4
4：00～ 5：59	0
6：00～ 7：59	0
8：00～ 9：59	123
10：00～11：59	469
12：00～13：59	328
14：00～15：59	188
16：00～17：59	127
18：00～19：59	25
20：00～21：59	8
22：00～23：59	0
不　　明	13
合　　計	1,285



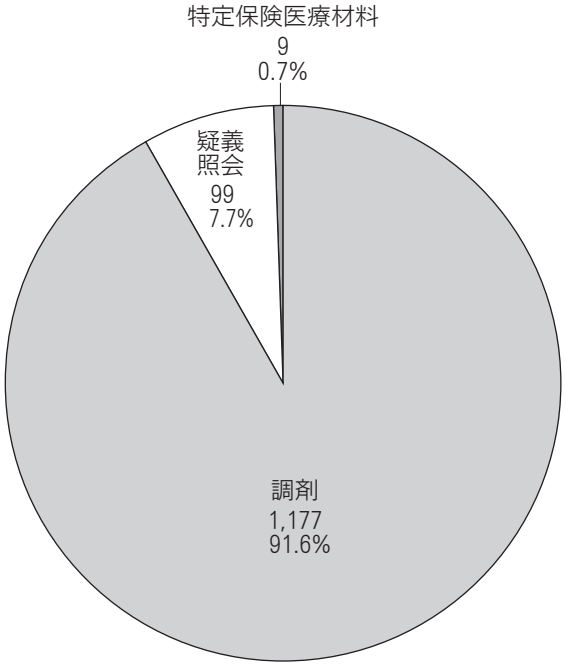
4．実施の有無、治療の程度

実施の有無 治療の程度	件数
実施あり・軽微な治療	6
実施あり・治 療 な し	76
実施あり・不　　明	196
実施なし	1,007
合　　計	1,285



5．事例の概要

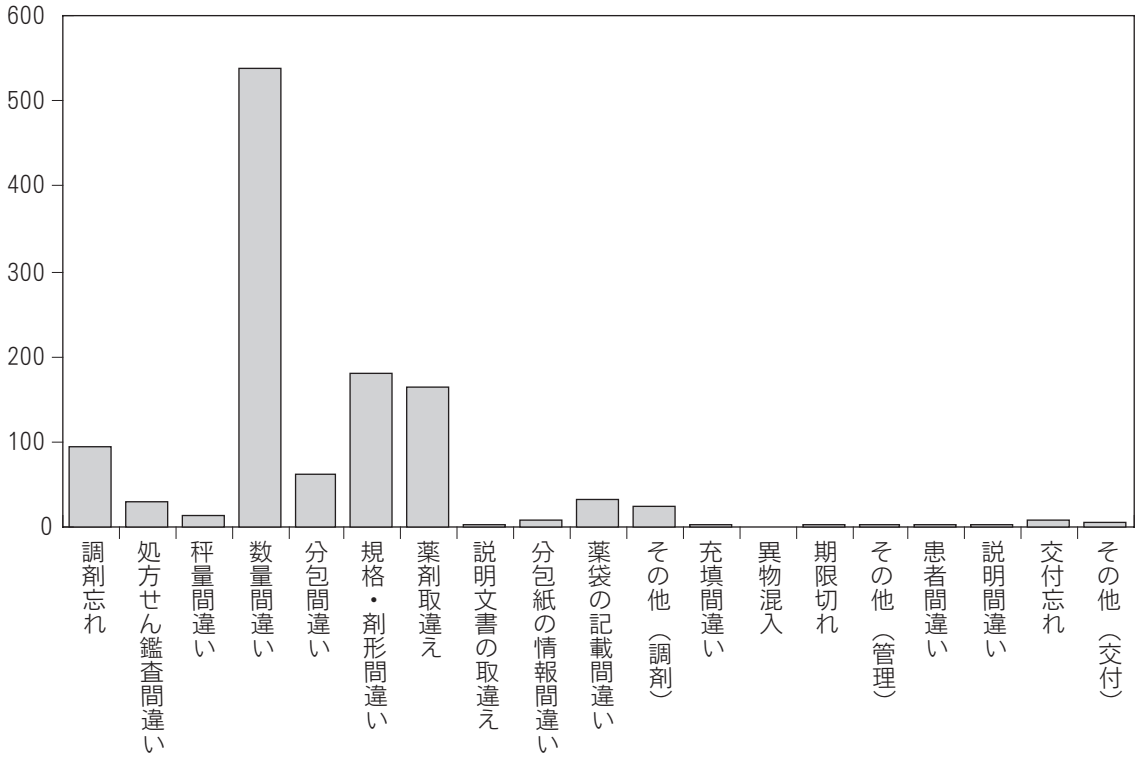
事例の概要	件数
調　　剤	1,177
疑　義　照　会	99
特定保険医療材料	9
医薬品の販売	0
合　　計	1,285



1）調剤に関する項目

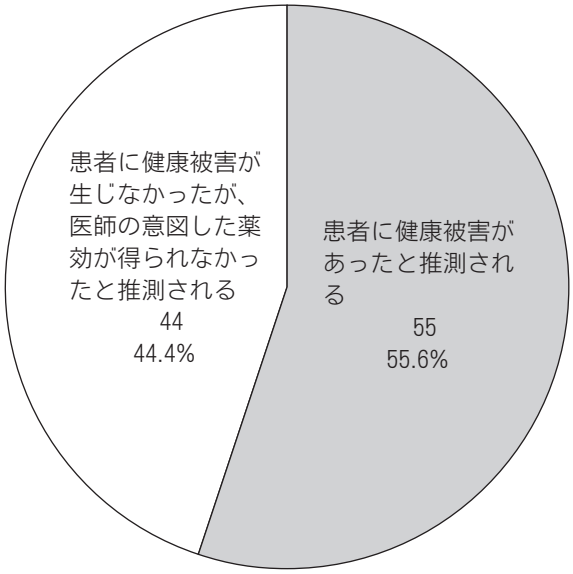
発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	93
	処方せん鑑査間違い	29
	秤量間違い	13
	数量間違い	544
	分包間違い	61
	規格・剤形間違い	179
	薬剤取違え	164
	説明文書の取違え	4
	分包紙の情報間違い	7
	薬袋の記載間違い	32
	その他（調剤）	24

発生場面	事例の内容	件数
管理	充填間違い	3
	異物混入	1
	期限切れ	2
	その他（管理）	2
交付	患者間違い	4
	説明間違い	3
	交付忘れ	7
	その他（交付）	5
合計		1,177

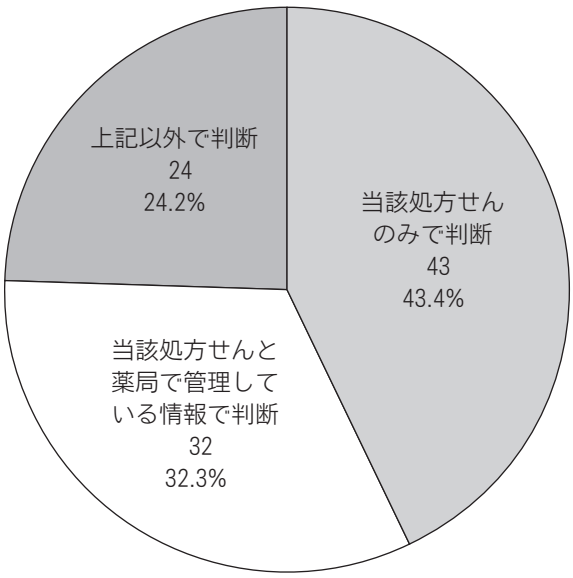


2）疑義照会に関する項目

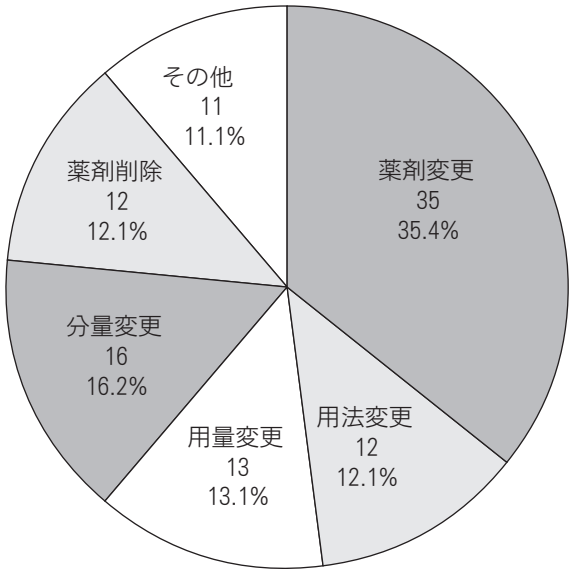
仮に変更前の処方の通りに服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測される	55
患者に健康被害が生じなかったが、医師の意図した薬効が得られなかったと推測される	44
合　　計	99



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	43
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	32
上記以外で判断	24
合　　計	99

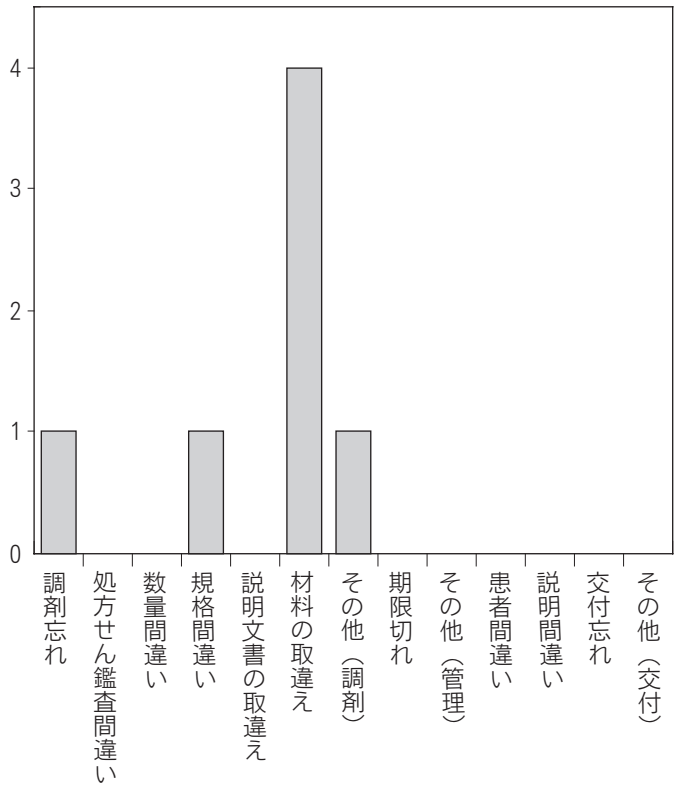


変更内容	件数
薬　剤　変　更	35
用　法　変　更	12
用　量　変　更	13
分　量　変　更	16
薬　剤　削　除	12
そ　の　他	11
合　　計	99



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	0
	規格間違い	3
	説明文書の取違え	0
	材料の取違え	4
	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	0
	その他（交付）	0
合計		9

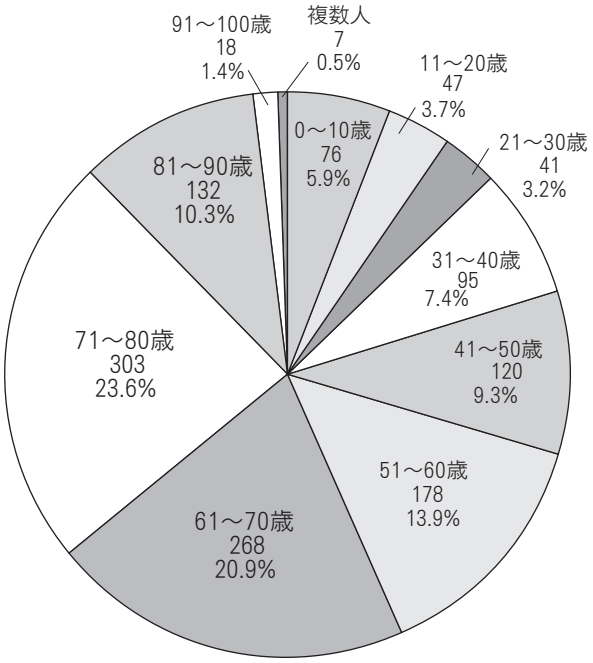


4）医薬品の販売に関する項目

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

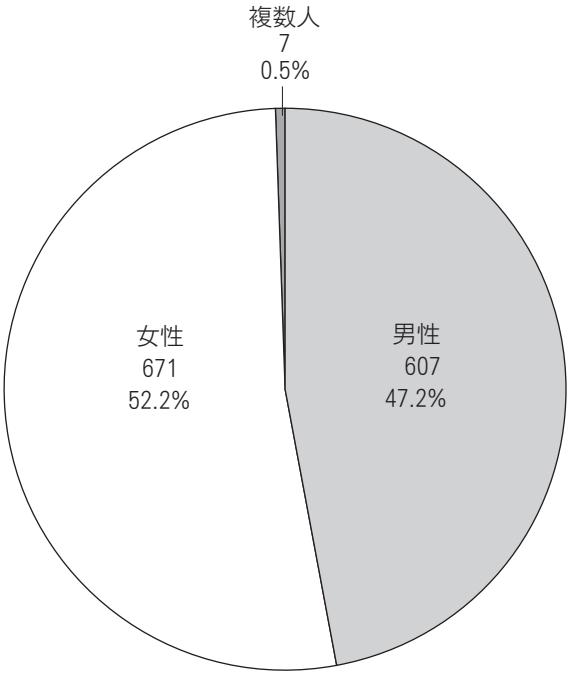
6．患者の年齢

患者の年齢	件数
0 ～ 10歳	76
11 ～ 20歳	47
21 ～ 30歳	41
31 ～ 40歳	95
41 ～ 50歳	120
51 ～ 60歳	178
61 ～ 70歳	268
71 ～ 80歳	303
81 ～ 90歳	132
91 ～ 100歳	18
101 ～ 110歳	0
111 ～ 120歳	0
121 ～ 130歳	0
131歳以上	0
複 数 人	7
合　　計	1,285



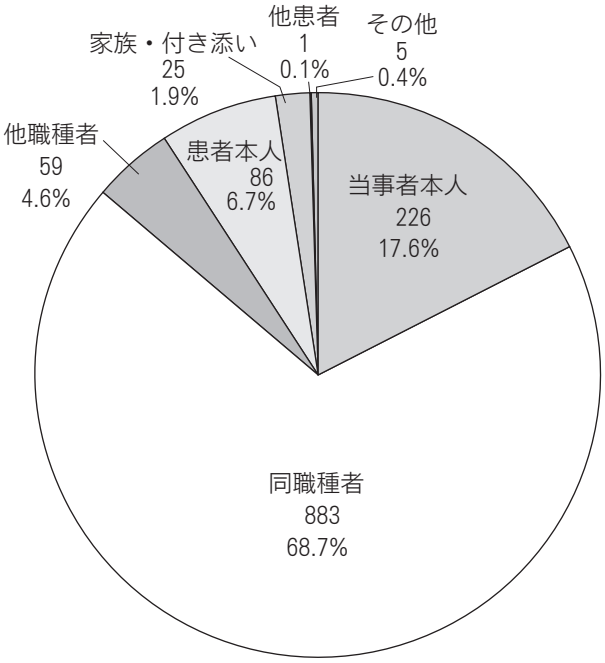
7．患者の性別

患者の性別	件数
男　　性	607
女　　性	671
複　数　人	7
合　　計	1,285



8．発見者

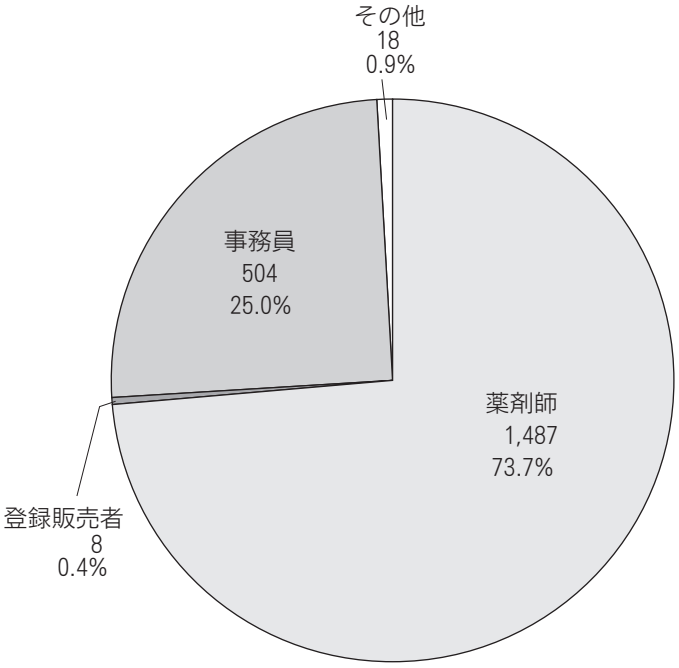
発見者	件数
当事者本人	226
同職種者	883
他職種者	59
患者本人	86
家族・付き添い	25
他患者	1
その他	5
合計	1,285



9．当事者

当事者	件数
薬剤師	1,487
登録販売者	8
事務員	504
その他	18
合計	2,017

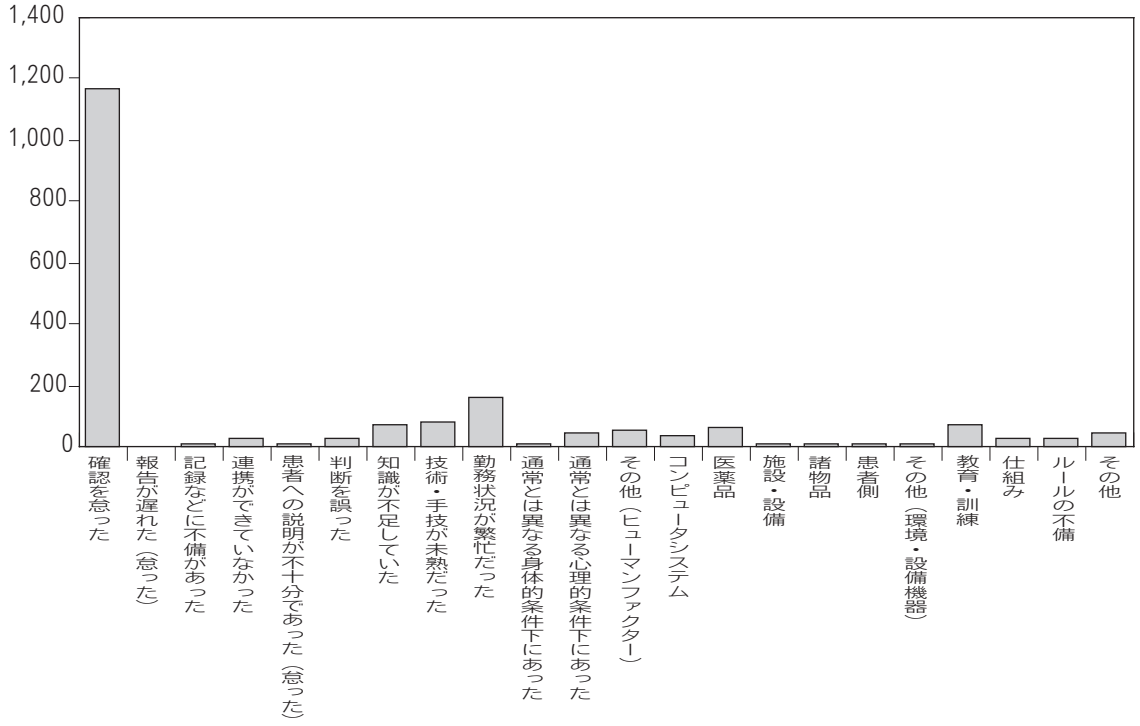
注：「当事者」は複数回答が可能である。



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	1,179
		報告が遅れた（怠った）	3
		記録などに不備があった	11
		連携ができていなかった	23
		患者への説明が不十分であった（怠った）	13
		判断を誤った	28
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	75
		技術・手技が未熟だった	84
		勤務状況が繁忙だった	165
		通常とは異なる身体的条件下にあった	7
		通常とは異なる心理的条件下にあった	45
		その他（ヒューマンファクター）	53
	環境・設備機器	コンピュータシステム	37
		医薬品	60
		施設・設備	10
		諸物品	5
		患者側	7
		その他（環境・設備機器）	12
	その他	教育・訓練	68
		仕組み	27
		ルールの不備	30
		その他	49
		合　計	1,991

注：「発生要因」は複数回答が可能である。



１１．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	1,141	29	9	0	1,179
報告が遅れた（怠った）	2	1	0	0	3
記録などに不備があった	5	6	0	0	11
連携ができていなかった	14	9	0	0	23
患者への説明が不十分であった（怠った）	13	0	0	0	13
判断を誤った	26	2	0	0	28
知識が不足していた	60	14	1	0	75
技術・手技が未熟だった	79	3	2	0	84
勤務状況が繁忙だった	158	5	2	0	165
通常とは異なる身体的条件下にあった	6	0	1	0	7
通常とは異なる心理的条件下にあった	44	1	0	0	45
その他（ヒューマンファクター）	37	15	1	0	53
コンピュータシステム	25	12	0	0	37
医　薬　品	45	14	1	0	60
施設・設備	8	2	0	0	10
諸　物　品	5	0	0	0	5
患　者　側	5	2	0	0	7
その他（環境・設備機器）	8	4	0	0	12
教育・訓練	52	13	3	0	68
仕　組　み	23	4	0	0	27
ルールの不備	28	2	0	0	30
そ　の　他	11	38	0	0	49
合　　計	1,795	176	20	0	1,991

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	1,357	8	475	12	1,852
報告が遅れた（怠った）	6	0	3	0	9
記録などに不備があった	19	0	15	2	36
連携ができていなかった	47	1	23	0	71
患者への説明が不十分であった（怠った）	18	0	3	0	21
判断を誤った	42	0	13	2	57
知識が不足していた	120	1	51	5	177
技術・手技が未熟だった	143	1	41	1	186
勤務状況が繁忙だった	238	1	55	1	295
通常とは異なる身体的条件下にあった	9	0	5	0	14
通常とは異なる心理的条件下にあった	58	2	14	3	77
その他（ヒューマンファクター）	82	1	31	9	123
コンピュータシステム	66	2	29	0	97
医　薬　品	86	1	16	2	105
施設・設備	10	0	0	2	12
諸　物　品	8	0	3	0	11
患　者　側	7	0	1	1	9
その他（環境・設備機器）	22	0	7	1	30
教育・訓練	116	1	40	4	161
仕　組　み	40	2	10	0	52
ルールの不備	43	1	17	3	64
そ　の　他	60	0	12	3	75
合　　計	2,597	22	864	51	3,534

注：「当事者」、「発生要因」は複数回答が可能である。

１３．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	6	76	192	903	1,177
疑義照会	0	0	0	99	99
特定保険医療材料	0	0	4	5	9
医薬品の販売	0	0	0	0	0
合　　計	6	76	196	1,007	1,285

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	0	0	0	0	0	0
2：00 ～ 3：59	0	0	2	1	0	1	0	4
4：00 ～ 5：59	0	0	0	0	0	0	0	0
6：00 ～ 7：59	0	0	0	0	0	0	0	0
8：00 ～ 9：59	1	28	18	23	24	19	10	123
10：00 ～ 11：59	2	91	90	88	67	97	34	469
12：00 ～ 13：59	3	70	57	78	46	62	12	328
14：00 ～ 15：59	1	35	35	37	32	42	6	188
16：00 ～ 17：59	0	12	23	32	25	33	2	127
18：00 ～ 19：59	2	1	7	7	6	2	0	25
20：00 ～ 21：59	0	1	3	1	3	0	0	8
22：00 ～ 23：59	0	0	0	0	0	0	0	0
不　　明	0	2	2	3	2	3	1	13
合　　計	9	240	237	270	205	259	65	1,285

【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１，７１５回）(注１)

（報告回数上位）

販　売　名	報告回数
ロキソニン錠	18
ワーファリン錠１ｍｇ	15
ムコスタ錠１００	14
ミカルディス錠４０ｍｇ モーラスパップ３０ｍｇ	13
アマリール１ｍｇ錠 ノルバスク錠５ｍｇ	12
ガスポート錠２０ｍｇ ケンタン錠６０ｍｇ モーラステープ２０ｍｇ	11

１）後発医薬品に該当するもの（報告回数２６９回）(注２)

（報告回数上位）

販　売　名	報告回数
ガスポート錠２０ｍｇ ケンタン錠６０ｍｇ	11
バイアスピリン錠１００ｍｇ メチコバール錠５００μｇ	10
カリーユニ点眼液０．００５％	8
マグミット錠３３０ｍｇ	7
マグミット錠５００ｍｇ	6
マグミット錠２５０ｍｇ	5
ＳＰトローチ明治、アズノールうがい液４％、ソレントミン錠０．２５ｍｇ、テルギンＧドライシロップ０．１％、ネルロレン錠「５」、ボグリボース錠０．３ｍｇ「ＳＷ」、ユーパン錠０．５ｍｇ	4

２）新規収載医薬品(注３)に該当するもの（報告回数１４回）

販　売　名	報告回数
コディオ配合錠ＭＤ	3
クラビット錠２５０ｍｇ コディオ配合錠ＥＸ タプロス点眼液０．００１５％	2
アピドラ注ソロスター クラビット錠５００ｍｇ	1
ミコンビ配合錠ＡＰ ミコンビ配合錠ＢＰ ルミガン点眼液０．０３％	1

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１６回）(注)

（報告回数上位）

販　　売　　名	報告回数
ナノパスニードル	4
ペンニードル ペンニードル３２Ｇテーパー	3
ペンニードル３０Ｇ８ｍｍ	2
マイクロファインプラス マイクロファインプラス３１Ｇ マイクロファインプラス３１Ｇ×５ｍｍ マイクロファインプラス３１Ｇ×８ｍｍ	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

（報告回数上位）

関連医薬品の分類	報告回数
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

〇処方された医薬品　（報告回数３５７回）(注１)

〇間違えた医薬品　（報告回数３５７回）

〇関連医薬品　（報告回数８４３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
ワーファリン錠１ｍｇ	0	2	12
ミカルディス錠４０ｍｇ	4	5	4
モーラスパップ３０ｍｇ	3	6	4
ロキソニン錠	3	1	9
ガスポート錠２０ｍｇ	0	1	10
モーラステープ２０ｍｇ	0	2	9

２）疑義照会

〇処方された医薬品　（報告回数１０９回）(注２)

〇変更になった医薬品　（報告回数４９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１００	4	1
ロキソニン錠	4	1
アマリール１ｍｇ錠	2	1
カソデックス錠８０ｍｇ	1	2
ブロプレス錠４	2	1

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」が個々で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

〇処方された特定保険医療材料　（報告回数７回）

〇間違えた特定保険医療材料　（報告回数７回）

〇関連する特定保険医療材料　（報告回数２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
ナノパスニードル	1	2	1
ペンニードル	0	2	1
ペンニードル３２Ｇテーパー	2	1	0
ペンニードル３０Ｇ８ｍｍ	1	1	0
マイクロファインプラス	1	0	0
マイクロファインプラス３１Ｇ	1	0	0
マイクロファインプラス３１Ｇ×５ｍｍ	1	0	0
マイクロファインプラス３１Ｇ×８ｍｍ	0	1	0

【５】共有すべき事例

平成２１年７月１日から同年１２月３１日まで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、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000000175）

事例の内容
血圧降下薬を投薬するところ、間違えて副腎皮質ホルモン剤を投薬するところだった。
背景・要因
薬品棚に一緒に並べていたのがよくなかった。
薬局が考えた改善策
離れた場所に医薬品を置くようにした。

その他の情報
処方された医薬品：プレラン１ｍｇ錠 間違えた医薬品　：プレロン錠１ｍｇ

事例のポイント
●ＡＣＥ阻害剤であるプレラン１ｍｇ錠と、合成副腎皮質ホルモン剤であるプレロン錠１ｍｇの調剤時の取り違い事例で、その名称は「プレ■ン１ｍｇ■」と「プレ■ン■１ｍｇ」と類似している。 ●一般用医薬品とハイリスク薬の区別、薬効別の配列、類似名称が存在する旨の警告表示などの対策が望まれる。

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.jcqhc.or.jp/）「公開データ検索」から閲覧することが出来る。

事例２　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000000293）

事例の内容
処方箋にユリーフ（４）処方あり。患者さんが女性のため、適応外なので念のためにＤｒに確認すると処方はユリノーム（５０）だった。Ｄｒはカルテにユリノーム（５０）と記載をしていたが、処方入力時に間違ったものと思われる。
背景・要因
処方医院側が混雑していたのか？ハッキリわかりません。
薬局が考えた改善策
薬局側にも言えることだが、処方箋入力、鑑査はダブルチェックなどを含む確認を徹底していくようにする。

その他の情報
特記事項なし

事例のポイント
●処方医の処方間違いを薬局で発見した事例で、名称が「ユリー■錠■ｍｇ」と「ユリ■ー■錠■ｍｇ」と類似しているための書き間違い、または処方用医薬品マスターからの選択間違いが考えられ、院外処方箋発行時の院内処方チェック体制や、薬効別の処方用医薬品マスターからの処方システム、類似名称に対する警告表示などの対策が望まれる。

事例３　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000000308）

事例の内容
ユリノームを調剤しなければならなかったところをユリーフを調剤してしまった。
背景・要因
思いこみにより調剤してしまったと思われる。
薬局が考えた改善策
薬剤名を最後まできちんと読む。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●調剤時に薬剤師が取り違えた事例で、ユリノーム錠５０ｍｇとユリーフ錠４ｍｇは共に劇薬であり、劇薬においても薬効別での配置、類似名称に対する警告表示などが望まれる。また現在、ユリーフの２ｍｇと４ｍｇは、ユリーフカプセルからユリーフ錠に切り替えが行われている最中であり、カプセルと錠剤が混在している状況のため、切り替えが行われている旨の周知徹底が求められる。

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：000000000330）

事例の内容
メバロチン５ｍｇのところ１０ｍｇで調剤し、さらに鑑査ミスのため気づかず、１０ｍｇを交付した。患者様の電話の指摘により発見、交換すると共に、謝罪を行った。
背景・要因
当薬局ではほとんど１０ｍｇしか回転しない為、調剤・鑑査漏れとなる。また棚も上下に並んで配置していた。
薬局が考えた改善策
レセプトコンピュータ及び薬歴に注意するようコメントを入れた。薬品棚の配置をずらした。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●一般的なこと、例数の多いことに、人間は引きずられる。「思い込み」であり、全ての情報を確認しないためである。急いでいるほど発生し、ベテランでも経験する。鑑査もこのことを踏まえて行うことが大切である。

事例５　外用薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000000342）

事例の内容
デルモベートクリームを調剤するところ、デルモベート軟膏で調剤した。
背景・要因
未記載
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
●取違えは、異なる薬剤の外観類似、名称類似のほか、同一薬剤の規格取違え、剤形取違えがある。外観類似は、薬剤棚配置を離すことで防ぐことが出来る。他については、処方箋を意識して読む癖をつけることで減らすことが出来る。

事例６　注射薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000000377）

事例の内容
患者さんはずっとヒューマログミックス２５注キットを使用していたのだが、今回からミリオペンに変更。その変更に気付かずキットを渡してしまった。翌日、投薬した者とは別の薬剤師が在庫チェック中に発見。患者さんにすぐに連絡したところ、交換に来ていただけたので、謝罪とともにミリオペンの用法を説明させていただいた。
背景・要因
ずっとキットを使っていたための思い込みと、病院側でキットからミリオペンに採用変更したことの情報が入っていなかった。
薬局が考えた改善策
思い込まずに、しっかり処方箋をチェックする。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●人間は「今までのこと」に、引きずられる。処方変更時は、そのことを明確に（強調して）記載するよう医師に依頼することも必要である。それにより、処方ミスなのか処方変更なのか分からずに疑義照会することも減らすことが出来る。

事例７　内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例（事例番号：000000000569）

事例の内容
緑内障の既往歴がある患者に以前、処方変更をされた経緯があるのに、スタッフ間の情報共有が周知徹底していなかった。
背景・要因
薬歴に「緑内障」と付箋をしていたのにも関わらず、見過ごしていた。処方変更の経緯をきちんと記録しておらず、薬剤師間の周知ができていなかった。
薬局が考えた改善策
薬歴記入。注意喚起。

その他の情報
関連医薬品：マイスリー錠１０ｍｇ

事例のポイント
●緑内障や前立腺肥大症に対して「禁忌」となっている医薬品は多くある。特に緑内障については疾患のタイプまでは知らない患者も多く、薬局での聞き取りにより管理することが大切である。場合によっては医師に状態を確認する等の対応も必要になる。併用薬を確認する際には「内服薬」だけではなく、「使用しているすべての医薬品」や「健康食品」についても聞き取ることが大事である。

事例８　内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000000645）

事例の内容

既に投薬した患者が来店し、「いつもの薬と違うがどうか？」と質問した。

背景・要因

２次元バーコードの対象品であったため、読み取ると処方通りに入力できるが、配合錠と錠剤の変更をした覚えがない。手入力によるチェックをする時もマーカーをつけるようにしていたが、それらもスルーしていた。服薬指導も患者が来られたのは、３日後であった。来られた時に湿布薬が患者希望の品と違うものであったことから、医師に連絡する必要があり、そちらに気を取られていた。

薬局が考えた改善策

入力時に手入力したところ、バーコードで読み取って少しでも手を加えたところには、注意喚起のマーカーを入れることを徹底する。入力鑑査時にも、規格違いを注意喚起できるように青ボールペンで規格に丸をつける。前回の来店時と違っているときは、入力者は、新規 "S" 同 "D" と、印をつける。コメントも入力する。

その他の情報

処方された医薬品：エビプロスタット配合錠ＤＢ
間違えた医薬品　：エビプロスタット錠

事例のポイント

●エビプロスタットにおいては、２００８年７月に『エビプロスタット配合錠ＤＢ』が発売され、その後、今まで販売されていた『エビプロスタット錠』が『エビプロスタット配合錠ＳＧ』と名称変更になった。最近では、医療安全のための名称変更が多くあるが、その情報を知らないことで逆に調剤過誤に至る可能性がある。常に最新の情報を入手し、薬局内で情報を共有することが大切である。

事例９　内服薬調剤、規格・剤形間違いに関する事例（事例番号：000000000646）

事例の内容
ワーファリン１ｍｇ０．５錠からワーファリン０．５ｍｇ１．５錠へ処方変更があったが、ワーファリン１ｍｇ１．５錠で調剤した。
背景・要因
患者さんとの会話で、ワーファリンが増えたことの確認が不十分だったための思い込み。
薬局が考えた改善策
ワーファリンの引き出しに、再確認を促す表示。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●ワーファリンは服用量の誤りにより死亡に至ることもあり、特に注意が必要な医薬品の一つである。また、投与量の変更が多く、それに伴う規格や剤形の変更が行われやすい医薬品でもある。ワーファリンの一般名であるワルファリンカリウムは「０．５ｍｇ錠」、「１ｍｇ錠」、「２ｍｇ錠」、「５ｍｇ錠」、「細粒０．２％」と多くの規格があり、医療機関によって採用する規格も異なるので、処方箋をよく読んで調剤することが大事である。取り間違えについては棚の配置や張り紙などを行うことで取違えを防止することが可能である。在庫チェックを頻繁に行うなど、間違いが起きた場合に早期に発見する対応も必要である。

事例１０　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000000689）

事例の内容
本人が来局した。処方箋はアスパラＣＡで記載してあった。（初処方）投薬時、追加となる薬についてどのように聞いているか患者確認したところ「カルシウム剤が追加になるとは聞いていない」とのことで疑義照会をした。疑義照会にてアスパラＣＡでなく、アスパラカリウムであったことが判明した。
背景・要因
患者は以前よりスローケーを服用していた。今回は本来、アスパラカリウムの追加処方であった。アスパラＣＡの鑑査時にアスパラカリウムかもしれないと気づき、患者確認すべきであった。以前の薬歴からはアスパラＣＡが追加になる様子はなかったが、新たな病態から処方追加になったのだと安易に考えてしまった。
薬局が考えた改善策
今回の事例に限らず、薬の変更時には鑑査時など不明に思った時点で患者確認し、受けている説明と処方内容の一致を確認する。一致しない場合には疑義照会を行う。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●医薬品名類似や薬効類似により、医師が処方する際に医薬品名を勘違いすることがある。処方箋からだけでは読み取れないことも、患者から話を聞くことで、処方意図を読み取れる場合がある。患者との話や薬歴情報等から生じた疑問を疑義照会することで、患者の健康被害を未然に防ぐことが出来る。

事例１１　交付、その他に関する事例（事例番号：000000000788）

事例の内容
事務員がレセコンへ入力する際にビオフェルミンＲ（散剤）とビオフェルミンＲ錠の入力ミスを起こした。投薬薬剤師は処方箋通りにビオフェルミンＲ錠を渡した。しかし、薬剤師は事務員の入力ミスに気づかずに間違ったままの薬袋、薬情を患者に渡してしまった。
背景・要因
事務員が入社１ヶ月未満の新人だった。投薬薬剤師が調剤録、薬情、薬袋を確認しないで投薬してしまった。事務員はビオフェルミンＲには２種類あることや子供と大人の剤形の違いも知らなかった。ビオフェルミンＲだけではわからないので、Ｒ散とかＲ細粒とか粉薬とわかるように名称を変えてほしい。
薬局が考えた改善策
投薬する前に必ず調剤録を確認するのを徹底することにした。ビオフェルミンの規格について事務員に説明した。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●剤形の入力ミスに関する事例である。財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価(注)においては、医師以外の者が入力した場合には、医師がその内容を確実に確認するシステムがあるか否かがチェックされるようになっている。薬局においても事務員が入力した場合には、その内容が処方内容と一致しているかを薬剤師が確認するプロセスを規定し、遵守すべきと思われる。 ●他にも規格、患者の入力ミスに関する事例が報告されているので、注意する必要がある。 ・患者Ａの処方箋を姓が同じ患者Ｂでレセコンに入力していた。（事例番号：000000000766） ・原薬量５ｍｇ（製剤量として１ｇ）を製剤量５ｇとしてコンピューターに入力し、説明文書を交付した。（事例番号：000000000770）

注：財団法人日本医療機能評価機構（http://www.jcqhc.or.jp/）参照。

事例１２　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000000820）

事例の内容
１０月にファックスにて処方せんを受け取り、事務員がコンピューター入力をしようとした所、前回までグルコバイ錠を後発品であるアカルボース錠に変更していたが、今回処方せんが後発品不可となっており、入力は処方せんどおりでよいのかどうかを薬剤師に確認した。この患者さんは後発品を強く希望されている方であり、処方せんの記載間違いかと考えたが、今までの処方せんも確認した方がよいと考え、過去の処方せんも確認した。すると７月までは後発品可の処方せんだったものが、７月以降は後発品不可となっていた。７月と９月に同処方の処方せんが出ており、２回とも不可に気づかず処方せん記載のグルコバイ錠ではなく、後発品のアカルボース錠を調剤し交付していた。発行した医療機関に後発品不可は間違いなのでは（本人が希望されていた経緯があるので）と照会したが、体調不良があり７月より意図的に後発品不可に変更しているとの回答であった。
背景・要因
これまで何ヶ月も後発品で調剤しており、本人が後発品を強く希望していたこともあって、処方せんが後発品可となっているかをあまり確認せず、計算・調剤・鑑査を行っていた。
薬局が考えた改善策
一度後発品に変更してしまうと、以降は後発品可の処方せんで発行されると思い込んでしまう傾向があり、確認を怠りがちなので、後発品を調剤する際は必ず後発品可の処方せんかどうかを事務員も薬剤師も確認する。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●後発品可から不可に変更されていることに気がつかず後発品で調剤をしてしまった事例。多くの場合は先発品から後発品への変更であるが、患者さんの状況等から、先発品に戻す（後発品への変更不可とする）ことは全体的には少ないかもしれないが、存在することを認識することが必要である。後発品への変更不可とする欄に医師名が印刷（記名）してあるが、押印がない例も見受けられる。署名欄は処方せん下方に位置しているが、処方せんを点検する際の重要項目として認識をする必要がある。

事例１３　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000000911）

事例の内容
処方箋を受け付けた段階で、風邪の処方内容の中に高脂血症用薬が書かれていたので、医薬品名がメバンであり、力価の記載もなく、ひょっとしたらバナン錠ではないかと思い、疑義照会してみたところ、抗生物質であるバナン錠の間違いであった。
背景・要因
医師の手書き処方で、医師の思い込みのミス。思い違いし易い薬品名、規格もれもあり、処方箋発行時点でのチェックもされないとのこと。
薬局が考えた改善策
コンピューターシステムの導入。チェックが働く院内手順の見直し。医師はコンピューター導入が無理なら、規格までを薬品名として覚えるべき。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●類似名称による選択エラーを発見した事例。併用薬の薬効及び規格の記載がないことがきっかけとなっている。オーダリングシステム等では処方選択エラー防止策（例えば３文字入力等）を備えていることが多いが、レセコン等においては、必ずしもそのような機能が備わっていないのが現状である。病院ではクラークが入力をしている場合もあり、従来の医師を想定した警告システムのままでよいとの議論も起きている。コンピューターで印字された処方せんの場合には、処方選択エラーが存在することも視野に入れて、必要な場合には疑義照会を行うことが重要である。

事例１４　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000001012）

事例の内容
膀胱炎再発で診察、処方箋が発行された。以前に診察の際、メイアクトが処方され、薬疹がありクラビットへ変更した経緯があった。薬疹歴を見落としてメイアクトが再度、処方された為、疑義照会を行い、クラビットに変更となった。
背景・要因
メイアクトを処方した医師とクラビットに変更した医師が異なる為、記載法などの違いで見落としたと思われる。
薬局が考えた改善策
共通の記載事項を設けるなど、情報をきちんと共有し、活用できる環境を再設定する。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●医薬分業のメリットの一つである、薬歴からの患者情報により、健康被害を未然に防ぐ事が出来た事例である。かかりつけ薬局、いつも相談する薬剤師を決めておく事が大切である事を、このような事例の集積によって発信出来る。

事例１５　疑義照会、薬剤変更に関する事例（事例番号：000000001044）

事例の内容
下〇さん（男性）がもってこられた処方せんが、下△さん（女性）の処方せんだった。一緒に提出されたお薬手帳は下〇さんのものだったため、確認したところ、違う方の処方せんを持ってきていることが判明した。病院にて、患者間違いをして処方せんを交付したものらしい。
背景・要因
名字が同じ「下」から始まり類似していた。また年齢も近かったためではないか。診察そのものは本人がされるが、受付や処方せん交付、薬局への来局は本人とは限らず、ご家族であることも多いため性別だけでは判断できない。
薬局が考えた改善策
薬局においては、今回のようにお薬手帳や保険証などで、必ず処方せんと確認する。病院における改善策は不明だが、このような事例があったことは、病院側へ連絡した。

その他の情報
【発生要因】 確認を怠った、勤務状況が繁忙だった、患者側、教育・訓練、ルールの不備

事例のポイント
●「昨年、保険薬局において、調剤した薬剤を別の患者へ交付し、その薬剤を服用した患者が意識障害で入院した事例」に類似した事例である。発生要因等で病院の職員等の教育訓練不足を記載しているが、薬局で防止しなくてはいけない事例である。

事例１６　内服薬管理、充填間違いに関する事例（事例番号：000000001047）

事例の内容
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。４２日分中６日分に間違ってアマリール錠１ｍｇを分包した。
背景・要因
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。
薬局が考えた改善策
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、間違いなく充填されているかを確認する。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●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行わないと、新たなヒヤリ・ハット事例が発生する。

事例１７　内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例（事例番号：000000001178）

事例の内容
タリオン錠１０ｍｇ２錠／分２、１５日分のところ、クラリチン錠１０ｍｇ２錠１５日分で調剤した。
背景・要因
電話をしながらピッキングをした。タリオンと言いながらクラリチンを取っていた。元々自分でも間違えやすいと思っていたのに間違ってしまったのは、確認がしっかり出来ていなかったかと思われる。
薬局が考えた改善策
自己鑑査を、どんな時でも行う。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●調剤時に「電話をしながら・・・」と、ながら仕事は注意が散漫になりミスを犯しやすい事を表す事例である。調剤業務の途中に別の業務があった場合には、最初に戻り再度調剤業務を一からやり直すことが重要である。 ●タリオン錠１０ｍｇとクラリチン錠１０ｍｇはシートが類似しており、薬効や規格も同等であるため、ピッキング時だけでなく、薬剤充填の際も注意する必要がある。 ●その他、薬剤取違えに関する事例が報告されているが、「処方せん記載の薬剤名を声だし確認すると共にシートの薬剤名も声だし確認する」、「カセッターや薬品棚を出来る限り引き離して置く」、「他の規格・剤形がある旨表示して置く」等々が、取違え防止に有効である。

事例１８　内服薬調剤、数量間違いに関する事例（事例番号：000000001200）

事例の内容
アルタットカプセル７５の数量間違いをした。
背景・要因
体調不良による調剤ミス。
薬局が考えた改善策
体調の悪い時ほど慎重に調剤すること。調剤をしなくても良い時は調剤しないようにすること。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●本事例は体調が悪くてカプセル剤を調剤する際に、計算間違いをした事例である。 本件の他、錠・カプセル剤や分包品、液剤等の調剤時に、「取ったつもり」、「そう思った」、「他の仕事をしながら」、「他の薬剤と勘違いした」等々による要因で数量間違えをした事例が報告されている。体調が悪い時は、自覚して、より慎重に調剤を行うか業務を交代してもらうことも必要である。 ●「処方せん記載数量の計算メモを作ると共にピッキング時に数量を声だし確認する」、「調剤した者が鑑査を行う際は一呼吸おいて鑑査を行う」、「シートの計数の際は一枚ずつ全数確認を行う」ことで間違い防止が出来るので、これらの事を日頃から意識して実践活用すると間違い防止に有効である。

事例１９　疑義照会、分量変更に関する事例（事例番号：000000001280）

事例の内容
ワーファリン錠１ｍｇの投与量について、１日目のみ８ｍｇ、２日目以降は２ｍｇ投与との医師の意図であったことが、疑義照会後に判明した。疑義照会前の処方では、２日目以降も８ｍｇ投与で継続することとなっていた。
背景・要因
電子カルテの入力ミス。
薬局が考えた改善策
疑義照会により訂正。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●電子カルテの入力ミスが原因であるが、分量を疑義照会した結果、過量投与を未然に防いだ事例である。ワーファリンは、「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアルで、「特に安全管理が必要な医薬品」に挙げられている医薬品であり、過量投与にならないよう、処方せんの内容に疑問を感じた場合には、即座に処方医に確認することが、同様な事例の事故防止に繋がる事を銘記すべきである。

事例２０　疑義照会、薬剤削除に関する事例（事例番号：000000001399）

事例の内容
緑内障治療中の患者にＰＬ配合顆粒が処方された。疑義照会により、当該処方薬が削除となった。
背景・要因
投薬時まで当該処方の確認がされないまま調剤、鑑査を行ったことで、危うく患者にそのままの薬を渡すところであった。禁忌の薬剤に対する確認が不十分であった。薬歴や患者プロフィールの確認を怠っていた。
薬局が考えた改善策
追加の薬などがあった場合は薬歴の確認、患者プロフィールの確認をしっかり行い、服用に対して問題のない薬であるとしっかり確認した上で薬剤交付にあたる。

その他の情報
特記事項なし。

事例のポイント
●患者の薬歴や禁忌薬情報で健康被害を未然に防止出来た事例の一つで、医薬分業のメリットを表す事例である。「お薬手帳」の確認や患者からヒアリングを行う事により、処方せん内容の確認や患者の薬歴のみならず、他の医療機関を受診したことによる服薬状況等を把握できる可能性があり、事例のような健康被害を防ぐ補助手段となる。