

【6】 「共有すべき事例」の再発・類似事例－充填間違いに関する事例－

はじめに

本事業では、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を、総合評価部会委員によって、「共有すべき事例」として選定し、委員からの意見「事例のポイント」を付してホームページに掲載している。しかし、一度の注意喚起によって同種の事例の発生がなくなることは容易ではないことから、基本的かつ重要と考えられる内容を繰り返し情報提供する必要があると思われる。そこで、平成23年年報～平成27年年報では、それまでに提供してきた「共有すべき事例」を整理し、それらの再発・類似事例を紹介して注意喚起を行った。

本年報でも、引き続き「共有すべき事例」の再発・類似事例について分析を行った。本年報では、充填間違いに関する「共有すべき事例」を取り上げ、2016年に報告された再発・類似事例の内容を紹介するとともに、関連する医薬品について整理して掲載した。

1. 「共有すべき事例」の選定状況

2009年～2016年に提供した「共有すべき事例」は376件であった。「共有すべき事例」に選定された事例の概要と発生場面等について集計し、図表6-1に示す。

2009年～2016年に取り上げられた「共有すべき事例」376件のうち、調剤の事例が229件（60.9%）と最も多く、その中では内服薬調剤の事例が152件と多かった。さらに、その内訳をみると、「薬剤取違い」の事例が41件と最も多く取り上げられた。疑義照会の事例は144件／376件（38.3%）であり、その中では「薬剤変更」の事例が59件と最も多かった。

図表6-1 「共有すべき事例」の内容と報告件数（2009年～2016年）

調剤			
発生場面	事例の内容	報告件数	
内服薬調剤	調剤忘れ	4	152
	処方せん監査間違い	37	
	秤量間違い	2	
	数量間違い	23	
	分包間違い	5	
	規格・剤形間違い	21	
	薬剤取換え	41	
	分包紙の情報間違い	2	
	薬袋の記載間違い	9	
	振とう忘れ	1	
	その他	7	
外用薬調剤	調剤忘れ	2	21
	処方せん監査間違い	7	
	数量間違い	1	
	規格・剤形間違い	7	
	薬剤取換え	3	
	その他	1	
注射薬調剤	処方せん監査間違い	1	8
	数量間違い	1	
	規格・剤形間違い	4	
	薬剤取換え	1	
	薬袋の記載間違い	1	
その他の調剤に関する場面	数量間違い	1	11
	規格・剤形間違い	5	
	薬剤取換え	2	
	その他	3	
内服薬管理	充填間違い	9	10
	異物混入	1	
外用薬管理	充填間違い	1	2
	期限切れ	1	
その他の管理に関する場面	セット間違い	1	2
	セット忘れ	1	
交付	患者間違い	15	23
	説明間違い	2	
	交付忘れ	2	
	薬袋への入れ間違い	1	
	説明文書渡し間違い	1	
	その他	2	

229 (60.9%)

Ⅲ

- 【1】
- 【2】
- 【3】
- 【4】
- 【5】
- 【6】
- 【7】

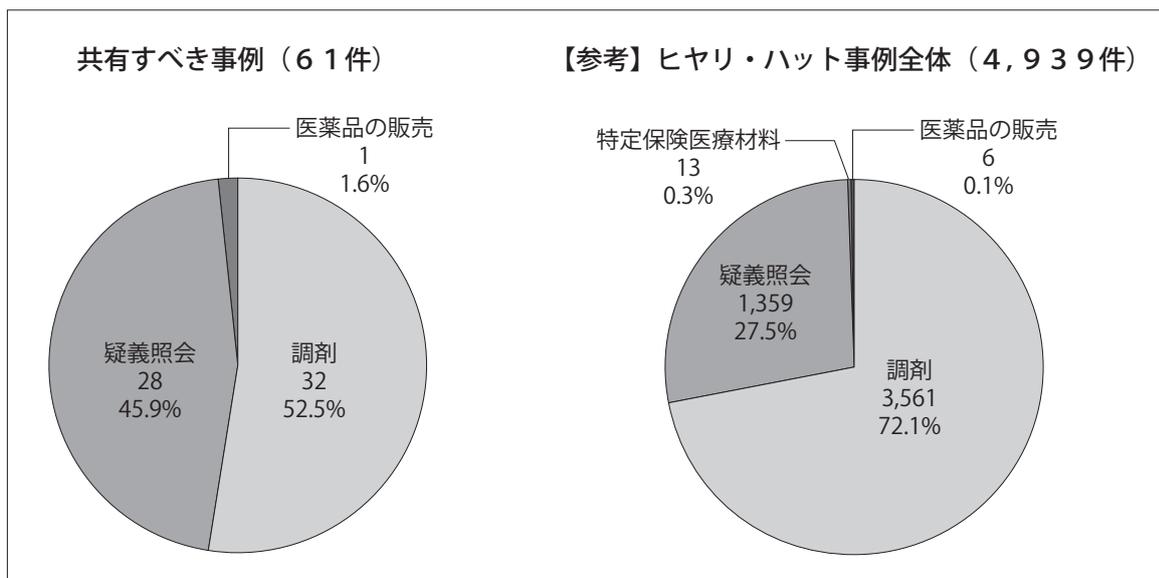
「共有すべき事例」の再発・類似事例・充填間違いに関する事例

疑義照会		
変更内容	報告件数	
薬剤変更	59	144 (38.3%)
用法変更	5	
用量変更	3	
分量変更	29	
薬剤削除	34	
薬剤追加	1	
当該処方以外を変更	1	
その他	12	
医薬品の販売		
事例の内容	報告件数	
説明間違い	1	3 (0.8%)
服用不可者への販売	1	
その他	1	
合計	376	376 (100.0%)

次に、2016年における「共有すべき事例」の選定状況を、2016年に報告されたヒヤリ・ハット事例全体と比較し、図表6-2に示す。

2016年に報告されたヒヤリ・ハット事例全体では、調剤の事例は3,561件/4,939件(72.1%)、疑義照会の事例は1,359件/4,939件(27.5%)であった。「共有すべき事例」として選定された事例では、調剤の事例は32件/61件(52.5%)、疑義照会の事例は28件/61件(45.9%)であり、ヒヤリ・ハット事例全体と比較すると、疑義照会の事例の割合が高かった。

図表6-2 2016年における「共有すべき事例」の選定状況



Ⅲ
【1】
【2】
【3】
【4】
【5】
【6】
【7】

「共有すべき事例」の再発・類似事例・充填間違いに関する事例

2. 「共有すべき事例」の再発・類似事例

1) 再発・類似事例の考え方

「共有すべき事例」のタイトルは、「〔調剤〕薬剤取違えの事例」または「〔疑義照会〕薬剤変更の事例」のように、事例収集項目の内容を示している。同じタイトルが付されている事例であっても、その具体的内容は様々である。例えば、「〔疑義照会〕薬剤変更の事例」には、「禁忌薬剤が処方されたため疑義照会し薬剤変更になった事例」や「前回処方と比較して処方内容の誤りを疑い疑義照会し薬剤変更になった事例」などが含まれている。本分析では、「共有すべき事例」を公表後に報告された事例の中で、事例の内容や背景・要因の中で記述されている内容のうち、特に注目する点が類似している事例を再発・類似事例として取り上げることとした。

2) 充填間違いに関する再発・類似事例

医薬品の取り違えは、名称や外観が類似している医薬品や複数の規格がある医薬品などを取り揃える際に発生しやすいが、医薬品の補充時や充填時の医薬品棚への入れ間違いが要因で引き起こされる場合がある。医薬品棚等に異なる医薬品が充填された場合、複数の患者に医薬品の取り違えが起きる可能性がある。医薬品の充填作業は、一つの間違いにより影響が拡大する恐れがあるため、細心の注意が必要な作業である。

2009年～2015年に取り上げた「共有すべき事例」のうち、「充填間違いの事例」は5件選定され、充填間違いが要因となり薬剤の取り違えが生じた「薬剤取違えの事例」（以下、「充填間違いによる薬剤取違えの事例」）は2件選定されている。そこで、本年報では、「充填間違いの事例」および「充填間違いによる薬剤取違えの事例」について、2016年に報告された事例の中から再発・類似事例を集計・分析することとした。なお、自動錠剤分包機のカセットへの充填間違いに関する事例は、平成26年年報で取り上げたため、本年報の分析対象には含めないこととした。

(1) 共有すべき事例

2015年までに公表した「充填間違いの事例」および「充填間違いによる薬剤取違えの事例」に関する「共有すべき事例」を次に示す。

「充填間違いの事例」に関する「共有すべき事例」

2015年2月 事例3 (事例番号:00000041419)

事例の内容等
<p>(事例の内容) ロサルタンK錠25mg「ファイザー」の棚にロヒプノール錠1が入っていた。</p> <p>(背景・要因) シートデザインが似ており、誤って入れた。単純なミスであった。</p> <p>(薬局が考えた改善策) 棚の名前と医薬品の名前をきちんと確認してから医薬品を入れる。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●シートのデザイン、色調で、棚に入れ間違った事例である。 ●「背景・要因」に単純なミスと記載してあるが、1錠だけ戻し間違えた際にロサルタンK錠25mg「ファイザー」と間違いロヒプノール錠1を服用させてしまう場合も考えられる。 ●後発医薬品が増え、成分が全く違うものでも、名称の50音が近ければ、棚の位置が近くに配置されることもあり、色調類似は新たなヒヤリ・ハットを生んでしまう。 ●自薬局で起こったこのようなヒヤリ・ハット事例を報告する事で、他の薬局への注意勧告にもなるので、是非報告をお願いしたい。 ●また、改善策として、薬の配置換えをするなどの対策があると良い。

「充填間違いによる薬剤取違えの事例」に関する「共有すべき事例」

2013年3月 事例3 (事例番号:00000030956)

事例の内容等
<p>(事例の内容) ムコトロン250mgが30錠単位で処方されることが多いため、30錠ずつ輪ゴムで留めて予製していた。30錠のうち10錠がマグミット330mgであったものを、患者に交付しそうになった。</p> <p>(背景・要因) 包装が似ている。棚の位置が近く。錠剤を棚に戻す時に戻し間違えて、予製をする際に、よく確認せずに作業してしまった可能性あり。</p> <p>(薬局が考えた改善策) 2剤の棚の位置を離れた。棚に錠剤を戻す時は、2名で声出ししながらチェックする。</p>
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ●頻繁に処方される薬剤とその錠数を予め束ねておくなど、「予製」と呼ばれる調剤の準備行為が行われている。 ●予製は、手間や時間を要する調剤や処方回数の多い調剤に対して、迅速かつ効率的に行うための調剤準備であり、人的・時間的に余裕のある時に正確に行われなければならない。 ●今回の事例では調剤鑑査において、予製品への他の薬剤の混入が発見されている。 ●調剤者や鑑査者は予製品に対して、「予製だから、間違いは無いだろう」と言う安易な気持ちを抱き易く、注意・確認が薄れる傾向があり、本来の目的から離れた危険度を増した調剤準備品になってしまうことがある。 ●予製は安易に行うのではなく、①予製を行う作業台には、必要な薬剤を必要な数のみ用意する、②完成した予製品数量と用意した薬剤数量の一致の確認をする、③速やかに個々の予製品の鑑査を行う、④予製品の内容を明確化する、⑤予製品間の明確な区別ができる表示をする、⑥予製日、予製者、薬剤ロット等の予製に関わる記録を残す、などの実施手順を定めて行う必要がある。

(2) 2016年に報告された再発・類似事例

①報告件数

2016年に報告された「管理」の「充填間違いの事例」は10件であった。また、「調剤」の「薬剤取換え」の事例740件のうち、「事例の内容」、「背景・要因」、「薬局から報告された改善策」に充填間違いが要因となったことが記載されている事例を抽出したところ28件あり、これらを「充填間違いによる薬剤取換えの事例」とした。本分析では「充填間違いの事例」および「充填間違いによる薬剤取換えの事例」の計38件を対象とした(図表6-3)。

図表6-3 報告件数

	報告件数
ヒヤリ・ハット事例	4,939 (100.0%)
充填間違いの事例	10 (0.2%)
充填間違いによる薬剤取換えの事例	28 (0.6%)

②医薬品の剤形別報告件数

「充填間違いの事例」および「充填間違いによる薬剤取換えの事例」について「内服薬」「外用薬」「注射薬」の剤形別に集計し、図表6-4に示す。「内服薬」の事例が36件と大半を占めていた。

図表6-4 医薬品の剤形別の報告件数

(単位：件)

	内服薬	外用薬	注射薬	合計
充填間違いの事例	9	1	0	10
充填間違いによる薬剤取換えの事例	27	1	0	28
合計	36	2	0	38

③充填間違いが発生した場面

医薬品の充填間違いがどのような場面で発生したかを集計し、図表6-5に示す。充填時が14件、一度取り出した医薬品を戻す時が20件であり、一度取り出した医薬品を戻す時の充填間違いが多かった。

図表6-5 充填間違いが発生した場面

(単位：件)

	充填時	一度取り出した 医薬品を戻す時	不明	合計
充填間違いの事例	6	3	1	10
充填間違いによる薬剤取換えの事例	8	17	3	28
合計	14	20	4	38

④実施の有無

医薬品の交付の有無を示す「実施の有無」について集計を行った。「充填間違いの事例」は患者に医薬品を交付する前に誤りに気付いた事例に該当するため、全ての事例が「実施なし」に該当する。「充填間違いによる薬剤取違えの事例」について、「実施の有無」を図表6-6に示す。「実施あり」は全て内服薬の事例であった。

図表6-6 実施の有無

(単位：件)

	内服薬	外用薬	注射薬	合計
実施あり	10	0	0	10
実施なし	17	1	0	18
合計	27	1	0	28

⑤充填間違いが生じた要因

「充填間違いの事例」および「充填間違いによる薬剤取違えの事例」について、充填間違いが生じた要因について分類し、整理したものを図表6-7に示す。「充填間違いの事例」では「同一成分の医薬品（規格違い）」および「同一成分の先発医薬品と後発医薬品」がともに3件と多く、「充填間違いによる薬剤取違えの事例」では、「外観の類似」および「同一成分の先発医薬品と後発医薬品」がともに13件と最も多かった。

図表6-7 充填間違いが生じた要因

(単位：件)

要因	充填間違いの事例	充填間違いによる薬剤取違えの事例
外観の類似	0	13
同一成分の医薬品（規格違い）	3	2
同一成分の医薬品（剤形違い）	2	1
同一成分の医薬品（メーカー違い）	1	1
同一成分の先発医薬品と後発医薬品	3	13
異なる成分の医薬品名の類似	0	1
医薬品棚の配置	0	1
詳細不明	2	4

※ 複数の要因が含まれている事例がある。

⑥報告された医薬品の組み合わせ

「充填間違いの事例」および「充填間違いによる薬剤取違いの事例」のうち、「同一成分の医薬品（規格違い）」「同一成分の医薬品（剤形違い）」「同一成分の医薬品（メーカー違い）」「同一成分の先発医薬品と後発医薬品」「異なる成分の医薬品名の類似」に該当する医薬品の組み合わせを図表6-8に示す。

図表6-8 報告された医薬品の組み合わせ

充填間違いが生じた要因	充填すべき医薬品	間違えて充填した医薬品
同一成分の医薬品 (規格違い)	アスピリン錠10	アスピリン錠20
	アテノロール錠50mg「サワイ」	アテノロール錠25mg「N i k P」
	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg 「トーワ」	エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mg 「トーワ」
	ビタメジン配合カプセルB25	ビタメジン配合カプセルB50
	ミノマイシンカプセル50mg	ミノマイシンカプセル100mg
同一成分の医薬品 (剤形違い)	メマリー錠20mg	メマリーOD錠20mg
	レンドルミン錠0.25mg	レンドルミンD錠0.25mg
	リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-Vクリーム0.12%
同一成分の医薬品 (メーカー違い)	クラリスロマイシン錠200mg「タイヨー」	クラリスロマイシン錠200mg「日医工」
	メチコパール錠500μg	メコバラミン錠500μg「SW」
同一成分の 先発医薬品と 後発医薬品	アーチスト錠2.5mg	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」
	アマリール3mg錠	グリメピリド錠3mg「三和」
	ウリンメット配合錠	ウラリット配合錠
	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	アスパラ-C A錠200
	グラケールカプセル15mg	メナテレノンカプセル15mg「F」
	クラリスロマイシン錠200mg「タイヨー」	クラリス錠200
	ニフェジピンCR錠40mg「トーワ」	アダラートCR錠40mg
	ピソプロロールフル酸塩錠0.625mg 「日医工」	メインテート錠0.625mg
	ピタバスタチンCa錠1mg「トーワ」	リバロ錠1mg
	ファモチジンOD錠20mg「トーワ」	ガスターD錠20mg
	プロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」	インデラル錠10mg
	ムコダイン錠500mg	カルボシステイン錠500mg「トーワ」
	メトグルコ錠500mg	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT 「D S E P」
	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT 「日医工」	メトグルコ錠250mg
	ユベランNカプセル100mg	パナールNカプセル100mg
	ロキソニンテープ50mg	ロキソプロフェンNaテープ50mg 「三和」
異なる成分の 医薬品名の類似	セレスタミン配合錠	セレキノン錠100mg

⑦主な事例の内容

「充填間違いの事例」および「充填間違いによる薬剤取違えの事例」の主な事例の内容を図表6-9に示す。

図表6-9 主な事例の内容

関連医薬品名（主な薬効）	事例の内容等
【事例1】	
<p>○充填すべき医薬品 リンデロン-V軟膏0.12% (鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤)</p> <p>○間違えて充填した医薬品 リンデロン-Vクリーム0.12% (鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤)</p>	<p>(事例の内容) リンデロン-V軟膏0.12%の医薬品棚に、リンデロン-Vクリーム0.12%を間違えて入れた。</p> <p>(背景・要因) 納品の際、リンデロンの剤形の確認を怠った。また、リンデロン-V軟膏0.12%とリンデロン-Vクリーム0.12%は外観が類似しており、間違えて入れたことに気付かなかった。</p> <p>(改善策) 軟膏は軟膏、クリームはクリームなど同剤形同士を近くに配置する。医薬品棚に記載している医薬品名の剤形部分を色分けするなど目立つようにする。複数の剤形がある医薬品を把握しておく。</p>
【事例2】	
<p>○充填すべき医薬品 プロプラノロール塩酸塩錠10mg 「日医工」 (不整脈用剤)</p> <p>○間違えて充填した医薬品 インデラル錠10mg (不整脈用剤)</p>	<p>(事例の内容) プロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」を調剤する際に、棚にインデラル錠10mgが入っていることに気付いた。</p> <p>(背景・要因) 納品されたインデラル錠10mgを棚にしまう際、プロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」の棚に入れ間違えた。インデラル錠10mgのパッケージは、一般名と販売名の文字の大きさが同じで、さらに「インデラル錠10mg」は変わった字体で表示されている。そのため、一般名である「プロプラノロール塩酸塩錠10mg」の文字のほうに目が行き、インデラル錠10mgを後発医薬品のプロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」と思い込んだことが原因と考える。</p> <p>(改善策) 商品名の文字は大きくして箱の上部に、一般名は小さくして箱の下部に表示するなど、パッケージの表示方法を統一することを望む。パッケージの表示に注意を要する医薬品については、薬局全員が把握しておく。</p>

Ⅲ
【1】
【2】
【3】
【4】
【5】
【6】
【7】
「共有すべき事例」の再発・類似事例「充填間違いに関する事例」

関連医薬品名（主な薬効）	事例の内容等
【事例3】	
<p>○充填すべき医薬品 ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用） （漢方製剤）</p> <p>○間違えて充填した医薬品 ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用） （漢方製剤）</p>	<p>（事例の内容） ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）を調剤しようと思 い、棚から42包入りの箱を3箱取り出し開封しようとし たところ、1箱がツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）で あった。正しく調剤し直した。</p> <p>（背景・要因） ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）とツムラ六君子湯 エキス顆粒（医療用）は同じ黄緑色の箱のため、卸から納 品された品を棚に保管する際、色だけを見て、誤った棚に 置いたと考えられる。</p> <p>（改善策） 漢方製剤は色で判断しないこと、番号、医薬品名をよく確 認することをスタッフに伝達した。</p>
【事例4】	
<p>○充填すべき医薬品 メトホルミン塩酸塩錠250mgMT 「日医工」 （糖尿病用剤）</p> <p>○間違えて充填した医薬品 メトグルコ錠250mg （糖尿病用剤）</p>	<p>（事例の内容） メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「日医工」を84錠 を調剤した。鑑査後、交付中にメトグルコ錠250mg が1シートだけ混在していることに気づき、正しいものと 差し替えた。交付後、調剤棚を確認したところ、メトホル ミン塩酸塩錠250mgMT「日医工」の棚にはメトグル コ錠250mgは混入していなかったが、メトグルコ錠 250mgの棚にメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「日 医工」が1シート混入していた。</p> <p>（背景・要因） 調剤棚にあるメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「日医 工」とメトグルコ錠250mgが1シートずつ入れ替わっ ていた。2つの薬は同じ劇薬の棚に配置されていた。銀色 のシートに青字でデザインが似ており、何かの拍子に棚に 入れ間違えられたものと考えられる。</p> <p>（改善策） 調剤時及び鑑査時は、シートを1枚1枚確認し、穴が開い てないかも合わせて確認する。またメトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「日医工」とメトグルコ錠250mgは外 観が酷似しているため、メトグルコ錠250mgは保管場 所を引き出しに移動した。</p>

⑧ 充填間違いが発生した主な背景・要因

報告された「充填間違いの事例」および「充填間違いによる薬剤取違えの事例」の記載内容から充填間違いが発生した主な背景・要因を整理して、図表6-10に示す。

図表6-10 充填間違いが発生した主な背景・要因

○外観
<ul style="list-style-type: none"> ・箱の外観が似ていた。 ・シートの色が銀シートに青字という似たデザインであった。 ・同じ白いヒート、同じような包装形態であった。 ・漢方薬の包装の色が同じであった。 ・医薬品の色が似ていた。
○医薬品名
<ul style="list-style-type: none"> ・アスベリンという字だけを見て規格の確認が不十分であった。 ・納品時にODの部分を見落とし、「メモリー」の部分で判断した。 ・リンデロンの剤形の確認を怠った。 ・ともに「セ」から始まる名称の医薬品であった。
○その他
<ul style="list-style-type: none"> ・忙しい時間帯であった。 ・大量に納品されたときに、1人で充填した。 ・医薬品を棚へ戻す際に1人で行った。 ・思い込みがあり確認が不十分であった。

⑨ 薬局から報告された主な改善策

報告された「充填間違いの事例」および「充填間違いによる薬剤取違えの事例」の記載内容から充填間違いに関する主な改善策を整理して、図表6-11に示す。

図表6-11 薬局から報告された主な改善策

○充填時
<ul style="list-style-type: none"> ・医薬品名や用量をよく確認した上で充填する。 ・充填の際は、医薬品名、規格、剤形などを最後までしっかり読んで行う。 ・1人で充填する際は、2度3度と確認して行う。 ・充填時は複数の目で確認しながら行う。
○一度取り出した医薬品を医薬品棚へ戻す時
<ul style="list-style-type: none"> ・棚から一度でも出した医薬品を戻す作業は2人以上で行い、棚・医薬品名・規格の間違いがないかを確認する。 ・医薬品を棚や箱に戻すときは目視、声出しを行う。 ・戻し間違いを防ぐため、漢方薬の外箱に番号を赤字で大きく記入する。 ・輪ゴムで止めてある医薬品は1枚ずつばらしてから棚に戻す。
○医薬品棚の整備
<ul style="list-style-type: none"> ・シートの色が似ている医薬品の棚の位置が近かったため、棚を離すことにした。 ・表示をわかりやすくするため規格が異なる医薬品の棚には「mg」の表示を大きくつける。 ・軟膏は軟膏、クリームはクリームなど同じ剤形の医薬品は近くに配置する。 ・医薬品棚に記載している医薬品名の剤形部分を色分けして目立つようにする。 ・切り替えを予定している医薬品の場合は、切り替える旨をわかりやすく棚に表示する。

Ⅲ
【1】
【2】
【3】
【4】
【5】
【6】
【7】

「共有すべき事例」の再発・類似事例・充填間違いに関する事例

3. まとめ

2016年に報告された事例の中から、「充填間違いの事例」および「充填間違いによる薬剤取違えの事例」について、報告件数、充填間違いが生じた要因、報告された医薬品の組み合わせなどについて集計し、分析した。また、事例の具体的な内容を紹介し、事例の背景・要因、薬局から報告された改善策を整理して示した。

医薬品棚等に異なる医薬品が充填された場合、複数の患者に対し医薬品の取り違えが起きる可能性があり、一つの間違いによる影響が拡大する恐れがある。その上、取り揃えた医薬品の中に異なる医薬品が一部混入した場合は、その間違いに気付きにくくなることも考えられる。医薬品の充填作業は、重要な作業であり、細心の注意が必要である。

本年報で紹介した「共有すべき事例」やその再発・類似事例を活用するとともに、過去に提供した「共有すべき事例」や、その中の「事例のポイント」を今一度ご確認いただき、エラーを防ぐために役立てていただきたい。

Ⅲ

【1】

【2】

【3】

【4】

【5】

【6】

【7】

「共有すべき事例」の再発・類似事例―充填間違いに関する事例―

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成28年年報

事例から学ぶ

⑥ 「共有すべき事例」の再発・類似事例 －充填間違いに関する事例－

■事例の内容

プロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」を調剤した際に、棚にインデラル錠10mgが入っていることに気付いた。

■背景・要因

納品されたインデラル錠10mgを棚にしまう際、プロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」の棚に入れ間違えた。インデラル錠10mgのパッケージは、一般名と販売名の文字の大きさが同じで、さらに「インデラル錠10mg」は変わった字体で表示されている。そのため、一般名である「プロプラノロール塩酸塩錠10mg」の文字のほうに目が行き、インデラル錠10mgを後発医薬品のプロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」と思い込んだことが原因と考える。

■薬局が考えた改善策

商品名の文字は大きくして箱の上部に、一般名は小さくして箱の下部に表示するなど、パッケージの表示方法を統一することを望む。パッケージの表示に注意を要する医薬品については、薬局全員が把握しておく。

→この他にも事例が報告されています。

- ◆ メマリー錠20mgの棚に、メマリーOD錠20mgが入っていた。納品されたメマリーOD錠20mgを棚にしまう際、メマリー錠20mgの棚に入れた。OD錠の記載部分を見落とし、「メマリー」の部分で判断したことや箱の外観が似ていたことが原因と考える。
- ◆ 患者にイミダプリル塩酸塩錠2.5mg 1錠分1朝46日分が処方された。1ヵ月後、患者から電話があり、渡したイミダプリル塩酸塩錠2.5mg「サワイ」46錠の中に2錠だけイルソグラジンマレイン酸塩錠4mg「サワイ」が混ざっていたことがわかった。他の患者に使用したイルソグラジンマレイン酸塩錠4mg「サワイ」2錠をイミダプリル塩酸塩錠2.5mg「サワイ」の箱に誤って戻したことが原因と考える。

- ◆ 調剤者は、ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）28日分（2箱）を引き出しから取り出し、薬剤を箱から出して鑑査に回した。鑑査をした別の薬剤師が、ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）の中にツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）が14日分混ざっていることに気付いた。納品時に補充する引出しを間違えたため、ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）（114番、黄色）とツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）（24番、黄色）が同じ引出しに混在していた。調剤者はそのことに気付かなかった。

充填間違いに関する事例のポイント

- 医薬品を棚に収納する際には、棚に表示されている医薬品名と規格を指差して読み上げ、自分が手にしている医薬品を正しい位置に収納しようとしているかを意識して作業を行うことが重要である。
- ITシステムを利用し、バーコードリーダーにより棚と包装箱のバーコード照合を行うことも充填間違いを防ぐ対策の1つである。
- 戻し間違いが生じやすい医薬品については、棚に注意喚起の表示をするとよい。また、ミーティングなどの機会を通じて、収納誤りが生じやすい旨の注意喚起・情報共有を行うことも重要である。
- 特に、ハイリスク薬の管理については、棚の配置が原因で入れ間違いや戻し間違いが生じる懸念があれば、棚の位置を変える。また、医薬品の名称をより大きく表示することや、薬効を併記するなどの工夫も効果的である。
- 時間に余裕がある時に棚の中の医薬品に異なる医薬品が混入していないか確認することや、こまめに棚卸しを行い在庫数を確認することは、充填間違いの早期発見に繋がる。
- 棚の中に異なる医薬品が混在している可能性を念頭に置き、医薬品を棚から取る時、数を数えて束ねる時、薬袋に入れる時など、その都度正しい医薬品であるか何度も確認することが望ましい。



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
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル 電話：03-5217-0281（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
<http://www.yakkyoku-hiyari.joqhc.or.jp/>

薬局ヒヤリ・ハット分析表 2016年

⑥ 「共有すべき事例」の再発・類似事例

充填すべき医薬品と間違えて充填した医薬品の組み合わせ

ヒヤリ・ハット事例のうち、「充填間違いの事例」が10件、「充填間違いによる薬剤取違えの事例」が28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、充填すべき医薬品と間違えて充填した医薬品の主な組み合わせについて、充填間違いが生じた要因とともに以下に示します。

充填すべき医薬品	間違えて充填した医薬品
同一成分の医薬品(規格違い)	
アスピリン錠10	アスピリン錠20
ミノマイシンカプセル50mg	ミノマイシンカプセル100mg
同一成分の医薬品(剤形違い)	
メマリー錠20mg	メマリーOD錠20mg
リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-Vクリーム0.12%
同一成分の医薬品(メーカー違い)	
クラリスロマイシン錠200mg「タイヨー」	クラリスロマイシン錠200mg「日医工」
同一成分の先発医薬品と後発医薬品	
アーチスト錠2.5mg	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」
ビソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「日医工」	メインテート錠0.625mg
異なる成分の医薬品名の類似	
セレストミン配合錠	セレキノン錠100mg

※ この他の要因には、外観の類似や医薬品棚の配置などがある。
 ※ 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成28年年報 209頁 図表6-8をもとに作成した。

Ⅲ
 【1】
 【2】
 【3】
 【4】
 【5】
 【6】
 【7】
 「共有すべき事例」の再発・類似事例ー充填間違いに関する事例ー



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
 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル 電話:03-5217-0281(直通) FAX:03-5217-0253(直通)
<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

Ⅲ

【1】

【2】

【3】

【4】

【5】

【6】

【7】

「共有すべき事例」の再発・類似事例・充填間違いに関する事例