

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
1	正:0.02%誤:0.1%	良く出る0.1%を選択してしまいました。保険証を新規登録の場合、足し算計算を省略して行う方法をとってしまいました。	まずは処方箋を先に区切って確認します。新規保険登録であっても必ず足し算計算を行います。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名0.02% 間違えた医薬品 販売名0.1%	規格・剤型間違いと のことであるが、販 売名等の情報が不 明であり、検討困難 と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1	ジェネリック希望の患者の入力を先発品のままで入力してしまいました。	今回は、手書きの処方内容だったので前回までのD0入力ではないと思い込んでしまい、先発品のままで入力してしまいましたが、前回の入力でジェネリックに変更して入力してありました。確認不足です。	前回までの入力でジェネリック変更などよく確認してから 今回の入力を完了させるように気を付けます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	患者の希望により後発医薬品へ変更して調剤して、後発品への変更届を当該医院へ情報提供した。2日後、処方医から電話があり、その処方せんが後発医薬品への変更不可であると指摘を受けて確認したところ、後発医薬品への変更不可のチェックがされていた。医師に謝罪し、交換することでお詫し頂いた。すぐに、患者宅を訪問し、先発品と交換した。2日間、後発品を使用していたが、特に問題は無かった。	患者との後発品希望についてのヒアリングで、後発品を希望されたため、そちらに神経が集中してしまっていた。よって、変更不可のチェックを見逃してしまった。	レセコン入力時にこれまでは、変更不可の入力をしていなかったが、入力をする事とした。これによって、変更入力は不可能になり、医療事務と薬剤師のダブルチェックが理論的に可能になる。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ヒルドイド ローション0.3% 販売名ヒルドイド ソフト軟膏0.3% 間違えた医薬品 販売名未記載 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	処方箋の指示がジェネリック不可だったのに、ジェネリックで入力してしまいました。	前回と同じ処方内容だったので、入力を引っ張ってきました。前はドクターの指示がジェネリック変更可で、患者も変更希望だったのでジェネリックで入力していましたが、今回よりドクターの指示がひとつの薬剤だけジェネリック×がついていたのに気がつかず、前回と同様の入力をしてしまいました。	入力時、まずは、ドクターの指示、ジェネリックの不可を確認してから入力するように徹底します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
4	副作用歴があるため先発を希望している患者だが、GEで入力、GEで調剤鑑査されていた。投薬時に気づき先発にして渡した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名モーラス パップ30mg 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	一般名入力を間違えました。	前回の入力をそのまま引っ張ってしまいましたが、今回より一般名処方に変っていたことに気がつきませんでした。	前回までの薬剤名と変わっていても今回より一般名で処方されてくる場合も多いので確認の上、入力するように気を付けます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
6	「一般名」の外用剤を読み間違いそうになった。外用薬の採用包装単位による計数間違い	思い込み 処方せんの見間違い	外用薬の一般名処方の研修会を開いた。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アンテベート軟膏0.05% 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
7	後発品希望があったが先発品で調剤	単純なミス思い込み	入力時に、先発品で変更がなかった医薬品に丸印をつけて、調剤もミスしないように注意喚起する。カセッターに後発医薬品、先発医薬品の薬品名、マーカで線をひくなど目立つようにする。	確認を怠った連携ができていなかった その他思い込み ルールの不備	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名ポラミン錠2mg	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
8	12公費の生保の患者で ジェネリックご希望だったので 前回と同じようにジェネリックで入力してしまいましたが、今回よりドクターのジェネリック不可のチェックがついていたので 先発品で入力するべきでした。		処方箋のドクターのジェネリック不可の指示を毎回しっかり見て、前回の入力を引用する場合と今回より変更の場合とよく確認してから入力するように気を付けます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
9	処方入力で医薬品入力の間違いをしてしまった		入力でも一文字監査行うようにする	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
10	広域病院の処方せんをFAXで受け付けた。ジェネリック希望の方で、内服薬はジェネリックに変更している。今回新たに内服薬2種と以前に処方歴があったロキソニンテープ100mgが追加となった。以前もロキソニンテープはジェネリックへ変更していたため、ジェネリックへ変更するようにして処方せん監査を終える。その後調製された薬剤を鑑査するときに、薬歴の表書きを再確認すると「貼り薬は先発希望」と記載があったことに気が付く。調製をやり直した。	ジェネリック希望の方には表書きの右上に「GE」というマークをつけていた。今回の「貼り薬は先発希望」はその下に記載があったが処方せん監査の時には目に入らなかった。 注意力散漫		確認を怠った判断を誤った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
11	一般名処方を入力を間違えました。	前回の入力をそのまま引っ張ってしまいましたが、今回より一般名処方に変っていました。	前回の処方入力で引っ張れるものがあったても一般名処方に変っている場合があるのでよく確認するように気を付けます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1	繁忙時、該当患者の次の患者の分の薬剤情報文書が混入。本人の分は漏れなく交付。投薬時患者が見慣れない薬の写真があり判明しその場で抜いて正しくお渡し。	単純なミス薬情が次の人の分と重なっていることに気づかず。当該患者も複数枚の薬情があり枚数に疑いを持たなかった。	薬情は一度1枚ずつすべて確認しての交付ルールの徹底。籠の入れ替えも起こさないよう処方箋を一番上に置くルールも今後徹底する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だったルールの不備		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	ある患者のお薬を別の患者の薬袋に間違えて入れてしまった。	多忙中であり、投薬時の確認を怠った。 焦り 注意力散漫	多忙中でも、お薬ごと、名称、規格、剤形、メーカー名の確認して手渡しするよう心がける。	確認を怠った連携ができていなかった勤務状況が繁忙だった教育・訓練		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	用法“お貼り下さい”を“お塗り下さい”で入力。	入力コードの入力誤り。“82124(患部にお貼り下さい)”を“81124(患部にお塗り下さい)”と入力してしまった。	入力後、画面を必ずチェックする。	確認を怠った判断を誤った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	手帳が別の患者のものに入れ違いになっていることに気付いたが、すでにお渡ししてしまった後だった。自宅まで伺い正しい手帳をお渡しして謝罪した。	調剤室にまわってきた時点で手帳が入れ違いになっていた。一人目の監査の時には気づかずそのまま投薬。2人目の時に判明。忙しい時間帯で併用薬のチェックでおかしいなと思いつつ入力してしまっていた。	入力、監査のときに患者の名前の再確認	確認を怠った連携ができていなかった通常とは異なる心理的条件下にあった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	おくすり手帳の記載シールが患者本人のものではなかった。	単純なミス 焦り	投薬時は手帳、シールも確認して押印する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
6	コメント食後30分と入力忘れ	確認を怠ったため	よく確認をします	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
7	コメント入浴後のところ入用後と入力	確認を怠ったため	よく確認をします	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
8	日付コメント入力忘れ	確認を怠ったため	よく確認をします	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
9	コメント1回に20ml.程度使用の入力忘れ	確認を怠ったため	よく確認をします	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
10	服用時点処方なしのところありと入力	確認を怠ったため	よく確認をします	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
11	コメント1回10滴入力忘れ	確認を怠ったため	よく確認をします	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
12	吸入剤の用法の入力を間違えました。	前回の吸入剤の用法入力間違えていたのに、そのまま引っ張ってしまい、見直す必要があったのに怠ってしまいました。	前回と同じ入力でも、思い込みではなく、新たな目で一つ、一つ確認するように気を付けます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
13	受付番号が前後の患者のお薬手帳シールを反対の患者の手帳に貼って交付してしまった。監査も投薬者も気付かず、そのまま投薬印を押してお渡し。翌日気付いた片方の患者から電話連絡をもらって判明した。	注意力散漫	準備の際、事務方は後から印字されるシールを調剤室内の薬剤師に渡す際に確実に名前を伝える。監査・投薬者は処方箋・薬情・薬隊・手帳の名前をしっかりと確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 仕組み		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
14	お薬手帳のシールを違う患者の手帳に貼付し、間違った相手に交付した(手帳を渡した患者はその日手帳を忘れていた)	薬は患者毎にトレイで区別しているが、お薬手帳がトレイから出されており誤って手に取り、貼付したと思われる。他の薬局から薬をもらっておらず、自分の薬局のシールしかないことを確認し満足してしまったことも要因	手帳は自分の薬局でしかもらっていない場合も前2～3ページは確認すること	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った)		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
15	朝・夕食後のところ朝食後就寝前と入力	確認を怠ったため	よく確認をします	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
16	用法の入力を間違えました。	整形外科で貼付剤が処方されていたのに塗布剤の用法で入力してしまいました。	貼付剤と塗布剤の用法入力は、コードが似ているので間違えないように気を付けます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
17	一般名処方の入力を間違えました。	前回と同じ処方だったので前回通り、そのままジェネリックで入力してしまいましたが、処方箋には今回より一般名で記載されていたので一般名処方の入力からジェネリックに変更入力するべきところを気が付きませんでした。	前回と同じ処方に見えても、ドクターが今回より一般名で処方してきている場合があるので入力時、処方箋をよく見て気を付けます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
18	2名分の処方を1枚にまとめて入力	名前の確認を一枚ずつ行う事を怠ったため	一枚ずつよく確認をします	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
19	漢方薬の服用方法の入力を間違えました。	漢方薬なので「分3 毎食前」で入力してしまいましたが、今回より「分3 朝昼食前・就寝前」に変わっていました。	漢方薬の場合、食前だと思いがちですが、同じ分3でも服用法が変わっている場合があるので確認を重ねて入力するように気を付けます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
20	用法で部位の入力を間違えました。	前回と同じ湿布薬だったので入力をそのまま引っぱりましたが、今回は部位が変わっていました。	一見、前回と同じ入力に見えても部位など詳細をよく確認してから入力するように気を付けます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
21	正 不均等投与誤 不均等し忘れ	入力がたて続けであったことと、混んでいて焦りがあった。同じ薬が2つあることに気付かず、QRで読み込んだまま、最後の確認でも見落としてしまった。	入力する前に処方箋全体に目を通し、同じ名前の薬があるか先に確認してから入力を始める。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
22	患者から処方箋とお薬手帳を預かり調剤した。内容が多く、FAXなしの持ち込みで揃うまで待たれる。他の患者の調剤も平行して行ううち、お薬手帳を他の患者の処方と一緒に渡してしまった。患者本人からの指摘で紛失に気付いたが、間違えて渡したと思われる他の患者の電話連絡先が失効しており確認が取れなかった。個人情報に厳しい方で、手帳が見つかったら破棄するよう了承を取った。翌日400km離れた土地から件の他の患者より違う手帳が入っていたと連絡があり、破棄していただくようお願いした。	間違えて渡した他の患者の家族は事前に手帳を持参していないことを伝えていた。渡した後もそのことは覚えていたが間違えて渡した時は失念していた。最初の患者が待つ間、他の処方が溜まってしまい急いでいて確認を怠った。	ゆとりを持って確認をするよう心がける。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
23	2名の処方箋を1名で入力し、調剤、監査し、施設に届けた。配達後、処方箋のチェックを行って調剤過誤を発見し同日、2名分の薬を作り直した。	屯用の処方薬が同じであったため、患者名の確認を怠った。監査時確認が十分でなかった。	印字された患者名も調剤者と鑑査者でダブルチェックを徹底する。コンピュータ入力時、複数枚処方せんがあった場合、患者名を必ず確認する。処方薬から疑義が生じたら再度確認する。薬歴と処方せんの患者名が間違っていないか確認する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった その他確認不足。思いこみ。		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
24	お薬手帳を持参した患者と同時刻に来局されたお薬手帳を持参しなかった患者へ、別人のお薬手帳に記録シールを貼付し、交付してしまった。	監査、投薬時の確認不足。	事務担当が手帳シールを名前を確認して仮止めしたのち、薬剤監査者が押印時に手帳の名前を再確認するダブルチェック体制とする。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 教育・訓練		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
25	正:腹誤:腰	見間違いと確認漏れです。	漢字を部首で区切るを定着させます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
26	双子の男の子。初めて来られた人なのに、もともとあった別の兄弟で入力し、調剤した。			確認を怠った患者側		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
27	処方薬 6剤のうち、3剤について薬が不足していたと1ヵ月後に来局し、苦情をおっしゃった。在庫管理上は全く問題なく、在庫数量が一致していたため、交付の間違いはなかったと判断した。今回不足の薬をお渡しし、次回から1包化してお渡しすることを提案し、それで良いと承諾された			記録などに不備があった その他痴呆症の患者への対応 教育・訓練		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
28	朝食後・夕食後の薬袋を間違えて入れてしまった。	分包している薬などもあり、確認を怠った。	作成前の処方監査。患者家族と一緒に確認してから入れる。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。