

製造販売業者等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「薬剤取違え」)

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	ジェネリック不可患者が今回からジェネリックに変更となった。ジェネリックに変更して入力するはずが、アルファロールカプセルのみ先発品のまま入力を終えてしまった。調剤時のピッキングシステムにエラーが出たため間違いに気づき、入力を修正した。	今回からジェネリックに変更となる薬剤が3つあり、確認したつもりが1つ抜けてしまっていた。	ジェネリックへの変更入力が済んだものから、処方箋コピーにチェックを入れて漏れないようにする。	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名アルファロールカプセル1μg	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	一般名入力からジェネリックを選択するべきところを 先発品からジェネリックへ変更の入力をしてしまいました。	前回までジェネリック不可だった患者が入力の途中で 今回よりジェネリックご希望に変更されたため、一度、一般名入力から先発品で入力を完成させたところで そのままジェネリックへ変更入力してしまいました。	入力中に変更になる場合は、もう一度、一般名入力からジェネリックへ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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	一般名処方でOD錠なのにジェネリックを選択してしまいました。	一般名処方でOD錠を選択するべきところを ジェネリックご希望の患者だったので 先発品のジェネリックを選択入力してしまいました。	OD錠の一般名処方、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	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	ムコダイン250mgが処方されている患者。先発品希望であることの確認が不十分により、後発医薬品で調剤。鑑査時に判明し訂正して調剤。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	後発医薬品が増えてきているが、思い込みによる調剤の廃止、調剤内規の周知徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠250mg 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	後発品希望の患者に先発品を渡してしまった。患者帰宅後に投業者が気づき、お電話で謝罪した。330円の差額が生じることから、薬の交換に伺うことを患者に提案したが、患者からは、以前は先発品を服用していたのでそのまま良いと言われた。	患者は以前は先発品を服用していた。当該品については、味や匂いの点から先発品を希望する人もいるため、投業者に思い込みがあり、薬歴の確認が不十分だったことよって生じた単純なミスである。	一般名表記の処方箋が増えている中で、先発品か後発品かの選択は今後ますます重要になってくると思われる。基本的に忠実に、患者一人ひとりの状況に応じて適切に対応していくことが大切である。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名エパデルS900	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者等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	立て続けに患者が来局して混雑していた時間帯。70歳代女性(手帳なし)の処方せんと40歳代男性(手帳あり)の処方せん受付。内容は両方継続処方。受付者は続けて2名の処方せんを受付た為、2名の処方せんと手帳が混ざってしまった。受付者は誤って、女性の処方せんと共に男性の手帳を回し、男性の処方せんに「手帳なし」のシールを貼った。【70歳代 女性の方】鑑査時、手帳を確認したところ、最後に確認印つきの当薬局のシールが最後貼ってあったため、併用薬の追加や変更はないだろうと判断した。投薬時、男性の手帳をお渡ししたが、患者より特に申し出はなかった。【40歳代 男性の方】投薬時、「手帳が返されていないなど申し出はなかった。後日、女性の方から「他の人の手帳がある」と連絡が入り、ミスが判明した。	受付時、手帳の名前を確認せず、記憶で処方せんと手帳をセットした。鑑査時、手帳の名前を確認しなかった。また、手帳の内容をちゃんと見ていなかった。	処方せん受け取り時、その場で処方せんと手帳を洗濯ばさみでとめる。鑑査時、手帳の名前・7内容を確認して、更新内容がないかも確認する。	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。
2	正→不均等投与誤→不均等し忘れ	入力が立て続けで、確認をしたつもりだったが注意が足りなかった。	入力前に、処方せんの薬すべてをよく確認する。確認するタイミングを癖づけるよう、入力前にメモでチェックする。	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。
3	正→●● ■ 誤→●● △	入力時、正しく入力したつもりだったが下の行を選んでしまい、確認でも見落としてしまった。	入力中の選択は、選択後の画面もよく見て行うよう心がける。	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。
4	正:処方日■日誤:処方日△日	最後の確認漏れです。1枚目は確認し直しましたが、2枚目は確認しませんでした。	2枚目以降は氏名、生年月日、保険ナンバーの確認は飛ばして良いが、交付日、病院名以降は確認します。	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。
5	患者の名前を、正:●●のところが、誤:△●とした。	思い込による見逃しです。	一文字ずつ確認します。	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。
6	正:不均等あり誤:不均等なし	QRで読み込み、過去処方の確認や入力初めの頭文字の確認を怠りました。	入力初めの頭文字の確認を必ず行います。	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	他の方の薬情混入	不足薬と処方日数変更がありその変更に伴い帳票の差し替えがあった	落ち着いて確認する	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。
8	コメント体重→入力忘れ	確認を怠った為	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	施設入居している患者の一斉診療があり、本来処方されるべき患者1名の処方せんが発行されなかった。当該患者分の定期薬が無くなる前日まで気付かず、施設職員が翌朝の薬をセットする段階(前夜21時頃)で不足に気づき、薬局に電話があった。	通常、施設入居者の一斉診療による調剤は、服用を終了する日等が記載された予定リストを確認しながらレセコン入力、調製調剤、配送を行っており、処方せんが無い場合は入院したか等の確認を施設担当者が行っている。本例では入力から配送までの各段階で不足患者が発生している事が周知されず、入力者(入社6か月)、調製調剤者(入社4か月)も処方せんが無いことと追及の認識が無かった。また施設担当者は配送時に急いでおり、予定者の確認の漏れがあった。	入力者、調剤調剤者は過去薬局での勤務経験があり、処方せんありきの業務の認識であったため、対物業務から対人業務へ認識をシフトすること、担当者へ入院等の確認を行うよう周知させる現場研修を行った。また、施設担当者は配送前に時間が取れるよう行動し、リストの確認手順を省かないよう認識させ、訪問時には配送先で担当している全患者の残薬状況を確認するよう手順指導した。	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 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。
10	家族のお薬手帳にシールを貼ってしまった。	単純なミス	名前を確かめる。	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。
11	家族のお薬手帳に間違えてシールを貼ってしまった。	単純なミス	名前確認。	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	正:服用時点あり誤:服用時点なし	QR読み込みをして用法に週1回の文言なしのものと紐付けされていた為、手入力し直しました。その際、入力していた服用時点が消えてしまいました。そのまま気付かずに戻してしまいました。	横浜鶴ヶ峰病院の用法週1回のもはQRしないで手入力します。	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。
13	正:腹痛:腰	支払証明書のお渡しがある事、住所の確認が必要な事を同時に考えていました。腹痛である事を分かっていたが、全部で検索し、1つ上の腰を選んでしまいました。	全部で検索するのではなく絞り込みをします。選んだものが正しいか確認します。	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。
14	正→Rp別誤→Rp一緒	QRで読み込んだ後、Rp別々にせず、そのまま入力を終えてしまった。	外用薬はそれぞれ入力一つずつ用法を入れて調剤料をとるということを理解する。外用薬が処方箋上では一緒であっても、入力はそれぞれすることを覚える。	判断を誤った 知識が不足していた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
15	正→不均等入れる誤→不均等入れ忘れ	同じ薬品名のをまとめたのは良かったが、焦っていたのもあり、不均等の欄に数を入力し忘れた。	不均等投与の入力の仕方を整理し、覚え直す。次回入力する際すぐわかるように、メモを書いておく。	確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者等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	定期的に来局されている患者お薬手帳を持参されていて最終鑑査時に貼ろうとしたら過去の薬歴と薬が異なっていることに気づき名前を確認兄弟のお薬手帳を誤って持参との事でお薬手帳に貼って頂くシールのみお渡ししました。	きちんと受付時に確認できていなかった渡されたお薬手帳が本人のものだと思い込んでいた	受付時に名前が別の人で確認をする調製者も最終鑑査に回る前に再度確認する	確認を怠った コンピュータシステム		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
17	処方箋上では下肢へ塗布であったが、軟膏つばにまたに塗布するよう指示するシールを貼り付けた。	急いで調剤したため、確認を怠った。	貼付したシールが処方箋で指示されている部位と一致しているかを確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
18	点眼液の使用部位を間違えて入力。右目が正しいが、両目と誤って入力した。処方医院も間違えて近医の内科医院で入力。実際は眼科医院だった。2箇所のおやまりだった。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 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。
19	3科受付の薬情の内、皮膚科の複数枚ある中の1枚を渡し忘れた	忙しく慌ただしい状態が続いていて、精神的なゆとりがなくなり冷静な確認ができていなかった。	薬情やお渡しするものチェックを忘れない。薬情に関しては全枚数の内何ページ目目しっかり確認する。	確認を怠った 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。
20	当該患者に別の患者の薬剤情報提供書を渡してしまった。当該患者が来局し、内容を確認してほしいと申し出があったため判明。正しいものと交換し、丁寧に詫言した。	立て込んでいたため、2枚組のうち、1枚を取り違えた様子。	交付前に内容をよく確認する	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。
21	用量・用法、処方内容変更の入力ミス	処方せんの見間違い	処方箋をしっかりと見て、医薬品の規格・用量、用法を確認して調剤する	その他確認不足		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
22	湿布薬のコメントの入力を間違えました。	新システムになったのに前回と同じ入力をしてしまいましたが、湿布薬のコメントと後発品になかった理由の入力方法を間違えました。	新システムの入力方法に慣れるよう気を付けます。	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。
23	正：左膝誤：右膝	doで入力しました。どちら側なのか確認ができていませんでした。	区切ってどちら側なのか確認していきます。	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。
24	正：規格違いまとめて入力誤：規格違い別々で入力	気付いていませんでした。	どこの病院であろうと関係なく全て頭文字の確認をします。	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。
25	正：6日おきあり誤：6日おきなし	服用時点ウィンドウの服用間隔は「〇日おき」か「曜日」のどちらかしか入力できないことを知りませんでした。	曜日の記載がある時は、フリーコメントで曜日を入力し、6日おきで設定します。	知識が不足していた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
26	正：10/16 誤：10/18	粉碎の加算の有無について考えていました。半錠のリストに記入など。見ていなかったと思います。	確認の流れを身に付けました。半錠のリストに記入など。見ていなかったと思います。	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。
27	正：10/● 毎食直前誤：10/▲ 毎食前	交付日：チェックが不十分でした。服用時点：チェックが不十分でした。前回までは商品名で処方されていた。今回から一般名で入力しました。	確認の流れを身に付けます。入力前に流れを確認します。	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。
28	処方箋交付日の入力を間違えました。	3日前の処方日でしたが、気がつかず調剤日と同日で入力してしまいました。	入力完成後のチェックをしっかりとや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。
29	一般名入力から変換するべきところをそのまま入力してしまいました。	病院より前回までは、薬品名そのままでも処方されていましたが、今回から一般名で処方されていたのに気がつかず、前回の入力をそのまま引張ってきてしまいました。	病院の処方内容の記載が急に一般名に変わってくる事があるのでよくチェックし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。
30	お薬手帳を別の患者さまにお渡ししてしまった。	患者さまから「違う人のお薬手帳を渡された」と電話があり発覚。		確認を怠った 判断を誤った 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。
31	別の患者さんの薬歴を取り間違えていた。確認作業で、内容が全く違うので判明。	単純なミスと思われます。	確認を複数回行う。	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		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者等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
32	お薬手帳を渡し忘れていた。	処方内容に変更があり、その説明に集中していたのでお薬手帳を渡し忘れていた。	お薬を交付する際に、必ずお薬手帳とセットでお渡しすること。	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。
33	正一塗布誤→点眼	Dの入力したが、用法の回数違ったため手入力で入れ直したところ、点眼で入力してしまった。塗布を見逃してしまった。	入力の手順の確認と、最後の確認の仕方、流れを見直す。1つ1つの薬に意識を持って入力する。	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。
34	以前お薬手帳をお忘れの時に、簡易のお薬手帳を作ってお渡した。今回その簡易の手帳と通常使っている元の手帳を一緒にお持ちいただいたので、2冊をまとめてお渡ししなければいけなかったが、簡易手帳があることに気が付かず元のお手帳のみお返ししてしまった。患者様が帰宅後、調剤者・投薬者とは別の薬剤師が返し忘れたお薬手帳を発見。電話で患者様に事情を説明して謝罪。後日患者様にお返し、そのまた後日薬局した時に今度はきちんと1冊にまとめてお返しした。	基本、お薬手帳は調剤者がシール貼付を確認して監査・投薬者にお渡しし、投薬者は薬歴と照らし合わせて患者様にお返ししている。今回調剤者は当日の手帳シールの貼付は確認したが、簡易手帳には気が付かず監査・投薬者に渡してしまった。投薬者は臨時でシフトに入った者であったため、前回簡易の手帳を作成してお渡ししている旨が薬歴に記載があったのにもかかわらず、それを見逃してしまった。	お薬手帳への記録のルールを再度確認。簡易手帳を作成してお渡しした時や手帳シールの貼付をお渡しして患者様に貼付してもらった時はその旨薬歴にきちんと記録を残して、次回投薬時に必ず確認をする。お薬手帳は大事な患者様の個人情報なので、取扱いに気を付ける。	確認を怠った その他臨時職員の勤務		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
35	血糖降下剤を含む1日3回食前または食後に服用すべき薬を、1日4回食事をした日にそれに合わせて4回服用した。	薬剤師は用法・用量について説明はしたが、患者本人は服用のとき食事にとられていた。薬剤師がそれを想定していなかった。	患者の思い込みも想定した説明が必要。	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。
36	手帳の渡し間違い	確認を怠った		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。
37	1週間に1回服用の薬剤のコメント入力を忘れました。	1週間に1回服用のお薬が2種類処方されていたのでそれぞれ薬袋に反映されるコメント「〇曜日に服用」を入力するべきでしたが、忘れてしまいました。	「6日おきに服用」の薬剤の入力は、患者様が薬袋を見てわかりやすいようにコメントを忘れずに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。
38	用法の入力を間違えました。	一包化の患者様でいつもと同じ入力をしてしまいましたが、今回より就寝前→夕食前が変わっていた事に気が付かず、チェックが洩れました。	いつもと同じ薬剤でも用法が変わっている事があるので 前回の入力を引っ張った時は、用法の変更がないかどうか確実にチェック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。
39	他薬局で家族のお薬手帳のシールが、間違っただけで貼られていた。	確認不足	お薬手帳をしっかりと、確認し患者にも確認する。	記録などに不備があった その他他薬局の為に不明 患者側 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。