

福島医発第1320号(地)

平成21年10月19日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 横 倉 義 武

(公 印 省 略)

財団法人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 第1回集計報告の公表について

標記の件につきまして、厚生労働省医薬食品局総務課長並びに安全対策課長より日本医師会を通じて別紙のとおり周知方依頼がありましたので、ご連絡申し上げます。

さて、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業は、財団法人日本医療機能評価機構が平成21年4月より薬局から報告されたヒヤリ・ハット事例等を収集、分析し提供することにより、広く薬局が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として実施しており、今般、同機構より第1回集計報告が公表されました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますとともに、貴会会員への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本報告書は下記の同機構のホームページに掲載されておりますことを申し添えます。

URL：<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

小郡三井医師会より

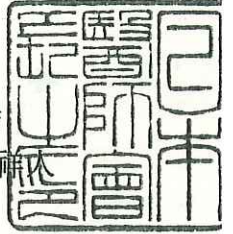
医事調停担当理事	福富稔明
医事調停副担当理事	松行眞門
医療安全管理担当理事	島田昇二郎
会長	丸山 泉

日医発第 636 (法安 41)

平成 21 年 10 月 13 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会
会長 唐澤 祥



財団法人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 第1回集計報告の公表について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

今般、(財)日本医療機能評価機構が平成 21 年 4 月より実施している、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業第 1 回集計報告が公表された旨、厚生労働省医政局総務課長並びに医薬食品局安全対策課長より本会宛連絡がありました。

本報告書における報告の現況等は、別添1のとおりです。また、別添2のとおり、共有すべき事例が報告されています。同様の事例の再発防止のために、貴会管下会員へのご周知方よろしくお願い致します。

なお、本報告書は下記の同機構ホームページからダウンロードしてご覧いただきますようお願い申し上げます。

記

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の URL

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

以上



薬食総発0929第3号

薬食安発0929第7号

平成21年9月29日

社団法人日本医師会会長 殿

厚生労働省医薬食品局総務課長

厚生労働省医薬食品局安全対策課長

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第1回集計報告の公表について

医薬行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業は、財団法人日本医療機能評価機構による厚生労働省補助事業であり、平成21年4月より、薬局から報告されたヒヤリ・ハット事例等を収集、分析し提供することにより、広く薬局が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として実施しており、今般、(財)日本医療機能評価機構より、第1回集計報告が公表されました。

本報告書における報告の現況等は、別添1のとおりです。また、別添2のとおり、共有すべき事例が報告されています。

貴職におかれましては、同様の事例の再発防止のために、本報告書の内容を確認の上、別添の内容について留意されるとともに、貴会会員に対して、周知方お願いいたします。

なお、本報告書につきましては、別途(財)日本医療機能評価機構から貴会宛に送付されており、同機構のホームページ(<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>)にも掲載されていますので申し添えます。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第1回集計報告 (概要)

1. 報告の現況 (対象：平成21年4月～6月に発生した事例)

(1) 事業参加薬局数：906 薬局

(2) 総報告件数：175 件 (報告があった薬局数：54 薬局)

2. 事例の概要 (報告書 p17)

事例の概要	件数
調 剤	166
疑 義 照 会	8
特定保険医療材料	1
医 薬 品 の 販 売	0
合 計	175

(1) 調剤に関する項目(報告書 p18)

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	9	管 理	充 填 間 違 い	1
	処方せん鑑査間違い	6		異 物 混 入	0
	秤 量 間 違 い	7		期 限 切 れ	0
	数 量 間 違 い	46		そ の 他 (管 理)	1
	分 包 間 違 い	10	交 付	患 者 間 違 い	3
	規格・剤形間違い	37		説 明 間 違 い	3
	薬 剤 取 違 え	17		交 付 忘 れ	3
	説明文書の取違え	2		そ の 他 (交 付)	1
	分包紙の情報間違い	1	合 計		166
	薬袋の記載間違い	8			
	そ の 他 (調 剤)	11			

(2) 疑義照会 (報告書 p19)

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	4
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	4
合 計	8

(3) 特定医療保険材料に関する項目 (報告書 p20)

「材料の取違え 1 件」が見受けられました。

3. 共有すべき事例 (報告書 p31～33)

平成21年4月1日から同年6月30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を選び掲載されています。今回の「共有すべき事項」は次の通りです。

【5】共有すべき事例

平成21年4月1日から同年6月30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1)を選び掲載する。

1) 事例の概要：調剤（事例番号：000000000005）

事例の内容
ノボリンR注の処方箋を、30Rを渡していた。すべて使い切ってしまったと患者より指摘あった。
背景・要因
配薬が間に合わず患者が、既に透析を終えて帰り支度も整っていたため、「薬を早く渡してほしい」と、言われて慌てて渡したためか？基本的なことを省いていた。
薬局が考えた改善策
基本に忠実、処方箋との照合、冷静さをうしなわない。

その他の情報

特記事項なし。

事例のポイント

- インスリンに関する間違いは重大事故につながるので、特に注意する必要がある。
- 他にも間違いやすい事例が報告されているので、注意する必要がある。
 - ・ノボラピッド注300フレックスペンとノボラピッド30ミックス注フレックスペン（事例番号：0000000000099、000000000107）
 - ・ヒューマログミックス25注ミリオペンとヒューマログ注ミリオペン（事例番号：000000000136）
 - ・ペンフィル30R注とペンフィルR注（事例番号：000000000141）
- 参考として、財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業のホームページ^(注2)に医療安全情報（No. 1、No. 6）として、インスリンに関する情報が掲載されている。

注1：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「公開データ検索」から閲覧することが出来る。

注2：財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業に関するホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）参照。

II 報告の現況

2) 事例の概要：疑義照会（事例番号：000000000147）

事例の内容

専門病院退院後初めての受診で（入院前 5 mg 0.5 錠→退院後）5 mg 1 錠 + 1 mg 2 錠が処方される。急な増量に当たるため照会するも、前の病院の処方を引き継いだのでそのまま良いと受付を通じて回答があった。一度は調剤しようとするも、他の薬剤師が 5 mg と 0.5 mg の読み違いでは無いか？と疑問に思い、今度は直接医師に問い合わせた所、入院先の都合で 5 mg 0.5 錠を 0.5 mg 1 錠と 1 mg 2 錠で対応していた事が判明した。

背景・要因

- 1) 問い合わせをしたので（疑問に思っても）納得してしまった。
- 2) 医師に直接問い合わせるルールを徹底しなかった。

薬局が考えた改善策

受付を通じた疑義照会は極力避ける。お薬手帳の記帳を徹底させる。※入院先、受入先双方に薬剤情報がきちんと伝達されていなかった。（入院中に処方された薬を持って退院したため情報提供書にその内容が記載されておらず、患者が持っている薬情だけが頼りとなってしまった）

その他の情報

処方された医薬品：ワーファリン錠 5 mg

事例のポイント

- ワーファリンに関する間違いは重大事故につながるので、特に注意する必要がある。
- ワーファリン錠は 0.5 mg、1 mg、5 mg のものがあり、規格の種類が多いため、処方時、調剤時に規格違いの間違いが生じる可能性がある。疑義照会時には「量が多いのではないか」というように疑義内容を明確に伝えた上で確認をすることが必要である。

3) 事例の概要：調剤（事例番号：000000000006）

事例の内容
リーゼ顆粒10%に賦形剤として乳糖を入れる際、酸化マグネシウムを入れて調剤した。
背景・要因
予製を作成した際、秤量した薬剤について鑑査が実施できていなかった。
薬局が考えた改善策
作成者以外（調剤）が監査を行う。2人以上で監査をする、作成したもの・作成が正しく行われたか確認する。
その他の情報
特記事項なし。
事例のポイント
●散剤は調剤後、薬剤が間違っていることを発見することが難しい。 ●散剤の鑑査システムを使うか、システムがない場合には、調剤時の確認の徹底が重要である。

4) 事例の概要：調剤（事例番号：000000000041）

事例の内容
「Aさん」とお呼びしたが、Bさんが投薬口に来られた。名前を再度確認することなく投薬する。薬の内容はAさんもBさんも同じものだった。その後、Aさんが待合室に残られたままだった為、患者取り違えに気付く。
背景・要因
GW前で、薬局内も混み合っており、早く投薬しなくては、というあせりもあり、患者氏名の確認を怠った為に起きた事例だと思う。
薬局が考えた改善策
投薬口での患者氏名の再度確認を徹底する。
その他の情報
特記事項なし。
事例のポイント
●薬局においては、患者本人ではなく家族等が薬をとりに来る場合も多いため、患者氏名の確認を徹底することに困難が伴うことがある。患者誤認の防止方法として、処方せん持参者に対して番号札を渡して確認をするのも一つの方法である。