

令和6年2月20日

医療機関
保険薬局 各位

(一社)愛媛県薬剤師会 医療安全委員会

保険薬局のインシデントレポートの統一について

この度、愛媛県における保険薬局のインシデントレポートの様式を統一し、運用方法を定めました。

保険薬局において薬剤に関連するインシデントが発生した場合は、

「**愛媛薬剤インシデントレポート（別紙1）**」あるいは「**調剤事故（過誤）報告書（別紙2）**」

を用いて、処方箋発行医療機関等へ報告をお願い致します。

なお、運用については、別紙3をご確認いただき対応をお願い致します。

各医療機関および各保険薬局において、上記についてご周知の程よろしくお願い致します。従来の「調剤トラブル報告書」は撤廃致しますので、お手数ですが、各ご施設のHP等に関連ページがある場合は内容の見直しをご検討いただければ幸いに存じます。

薬剤師による愛媛県の医療安全の質向上に向けて、ご理解とご協力の程よろしくお願い致します。

【添付資料】

別紙1：愛媛薬剤インシデントレポート

別紙2：調剤事故（過誤）報告書（日薬の様式）（愛媛県用）

別紙3：愛媛県における薬剤関連インシデント発生時の報告フロー

【ファイル保管場所】

添付資料の excel ファイル等は下記場所からダウンロードしてご利用ください

・サイボウズ：ファイル管理 → 「県薬 医療安全委員会」のフォルダ

愛媛薬剤インシデントレポート

別紙1

報告対象: 患者に実施したが、健康被害が発生しなかった事例
(何らかの影響を与えた可能性が否定できないものを含む)

健康被害なし

 第1報 第2報

※入力後、処方箋発行医療機関へFAX等で報告
(第2報は、第1報報告日から2週間以内を目処に報告)

報告日: 年 月 日

報告者名:	薬局名:
TEL:	FAX:
薬局所在地: 〒	
処方箋発行日: 年 月 日	調剤日: 年 月 日
発生日時: 年 月 日 曜日 時頃	
当事者職種: <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> その他()	
当事者職種経験年数: 年	当事者配属年数: 年
発生場面: <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 製剤管理(薬情・薬袋・ボトル等の記載間違い、異物混入、細菌汚染、期限切れ製剤、 薬剤の紛失・破損、保管方法間違いなど) <input type="checkbox"/> その他()	
インシデントの概要 <input type="checkbox"/> 計数・計量 <input type="checkbox"/> 規格 <input type="checkbox"/> 薬剤の取り違い <input type="checkbox"/> 入力(薬情・薬袋) <input type="checkbox"/> その他	
発生(発見)時の経過	
初期対応(患者・家族への説明含む)	
薬局での処方医に対して連絡した内容	
インシデントの背景・要因	
改善策(再発防止策など)・経過及び今後の薬局での対応	

※書ききれない場合は、別紙に記入し添付して下さい。

原則、第1報で記載。追加等がある場合、第2報で報告

患者氏名	(フリガナ)	生年月日 年齢・性別	年 月 日生
			歳 (男・女)
ID番号		医療機関名	
受診科		処方医氏名	

調剤事故（過誤）報告書

別紙2

報告対象：患者に実施し、健康被害が発生した事例

報告手順：①処方箋発行医療機関へFAX等で報告

健康被害あり

②切り取り線以上を支部及び愛媛県薬剤師会にFAX等で報告

報告日：令和 年 月 日

報告者名：	薬局名：		
TEL：	FAX：		
薬局所在地： 〒			
開設者名：	管理薬剤師名：	医薬品安全管理責任者名：	
当該薬剤師名：	常勤・非常勤／男・女／ 歳／調剤経験 年		
患者年齢： 歳	患者性別：	男性	女性
調剤日時： 年 月 日 時頃	判明日時：	年 月 日 時頃	
処方内容(処方箋コピー(個人情報に係る部分は削除)を添付)・事故(過誤)の概要(疑わしい場合も含めて)：			
薬局への事故(過誤)報告者： <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者の家族(続柄：) <input type="checkbox"/> 処方箋発行医療機関 <input type="checkbox"/> 処置した医療機関 <input type="checkbox"/> 他薬局薬剤師 <input type="checkbox"/> その他()			
薬局への通報内容・事故(過誤)発見の経緯：			
事故(過誤)原因：			
被害者の状況(健康被害・要望・要求等)：			
事故(過誤)レベル： <input type="checkbox"/> 観察、検査のみ必要 <input type="checkbox"/> 治療必要 <input type="checkbox"/> 後遺症有り() <input type="checkbox"/> 死亡			
薬局の対応：			
関係機関への連絡状況(報告先)： <input type="checkbox"/> 都道府県薬剤師会(担当者名：) <input type="checkbox"/> 保健所等() <input type="checkbox"/> 警察() <input type="checkbox"/> 損保会社(会社名・担当者名：)			
薬局のとした再発防止策等：			

※書ききれない場合は、別紙に記入し添付して下さい。

日薬版201312

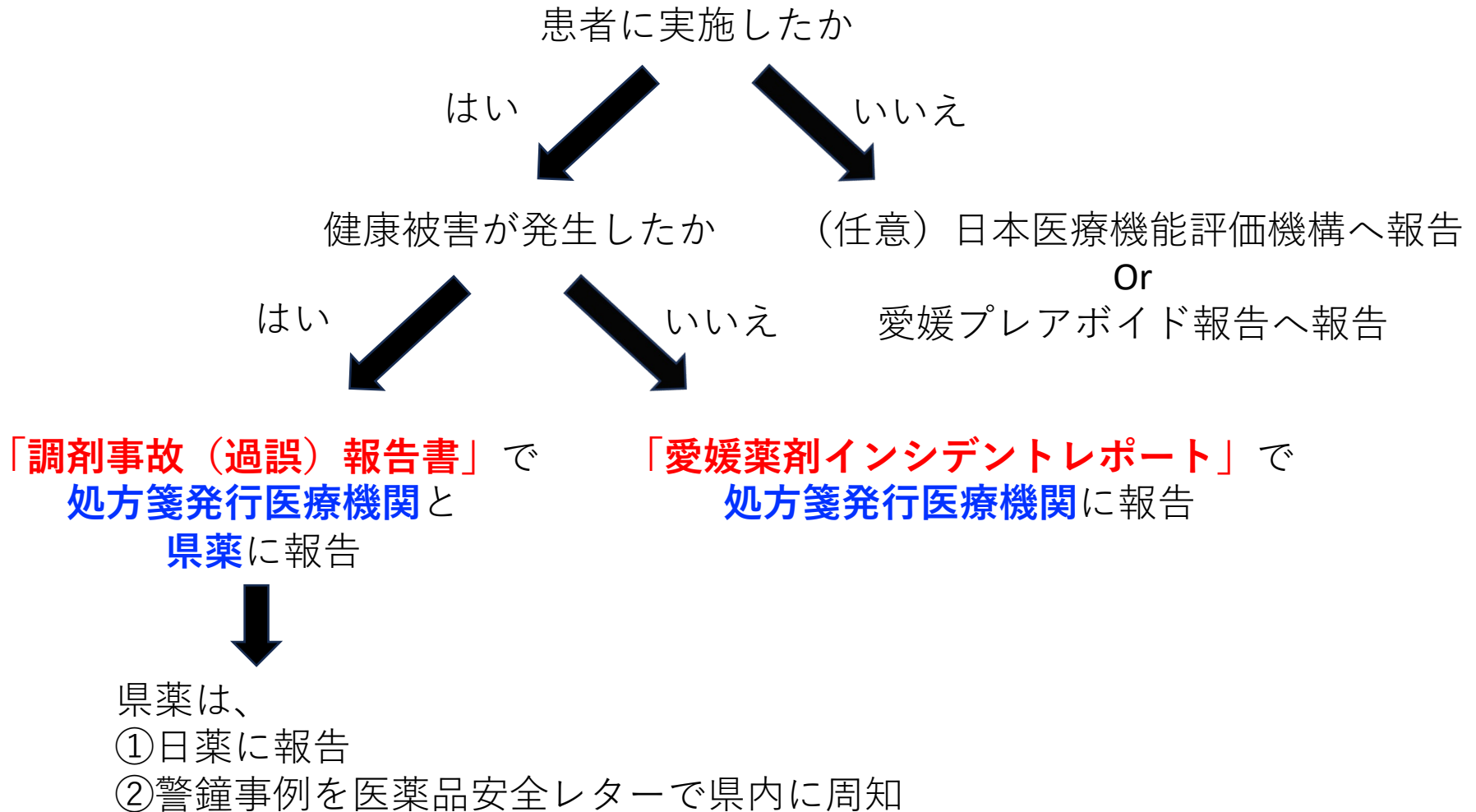
----- 切り取り線 -----

患者氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日生
ID番号		医療機関名	
受診科		処方医氏名	

愛媛県における薬剤関連インシデント発生時の報告フロー

別紙3

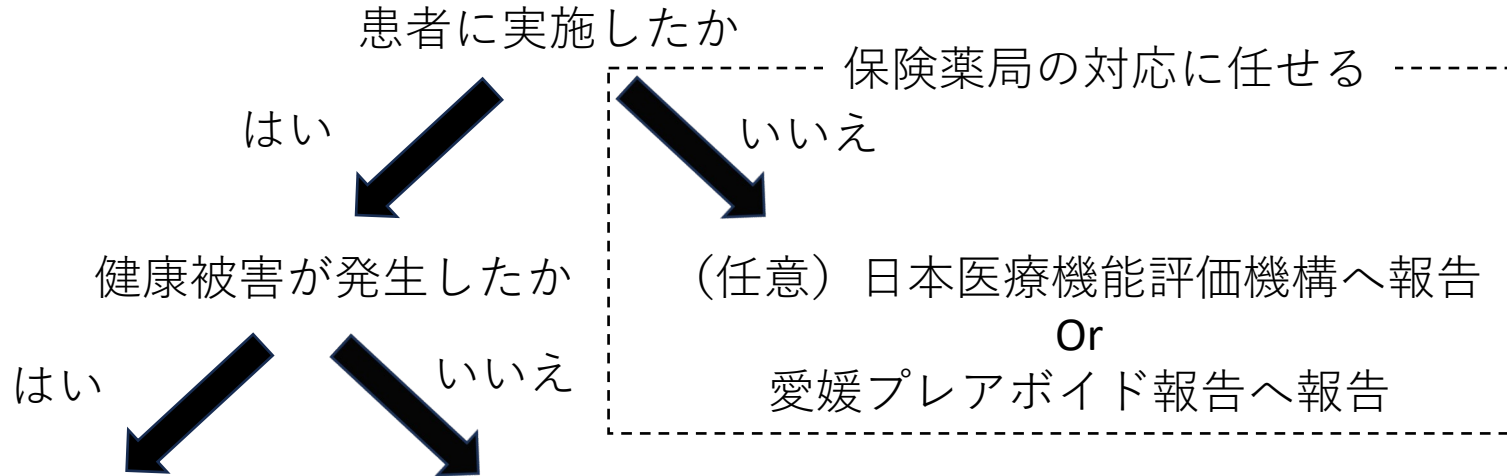
保険薬局用



愛媛県における薬剤関連インシデント発生時の報告フロー

病院用

保険薬局に以下を確認する



「調剤事故（過誤）報告書」で
処方箋発行医療機関と
県薬に報告するように
保険薬局に依頼する

「愛媛薬剤インシデントレポート」で
処方箋発行医療機関に報告するように
保険薬局に依頼する

いずれかで報告を受けた病院は、報告書（レポート）の内容を確認し、
必要に応じて院内で対応する