

令和6年7月11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様式変更等について

先日、日本薬剤師会より「薬剤師会における調剤事故報告制度の終了について（御礼と報告）」（令和6年5月28日付け日薬情発第39号）の通知がありました。これに伴い、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と運用を下記の通りに変更致します。

【変更点】

- ・調剤事故（過誤）報告書（日薬の様式）（愛媛県用）の廃止
- ・愛媛薬剤インシデントレポートの様式変更（別紙1参照）
- ・報告フローの変更（別紙2参照）
- ・簡易レポート（医療安全委員会報告用）の追加（別紙3参照）

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。

【添付資料】

別紙1：愛媛薬剤インシデントレポート ver.2.0

別紙2：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ver.2.0

別紙3：簡易レポート（医療安全委員会報告用）

【ファイル保管場所】

添付資料はサイボウズの下記場所からダウンロードしてご利用ください

- ・ファイル管理 → 「県薬 医療安全委員会」 → 「インシデント関連」のフォルダ

愛媛薬剤インシデントレポート

報告対象: 患者に実施した事例(患者への説明・指導・交付などを含)

※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) 第1報 第2報
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()	
患者影響レベル: <input type="checkbox"/> 実害なし <input type="checkbox"/> 観察、検査のみ必要 <input type="checkbox"/> 治療必要 <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"/> 薬剤の取り違え <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	

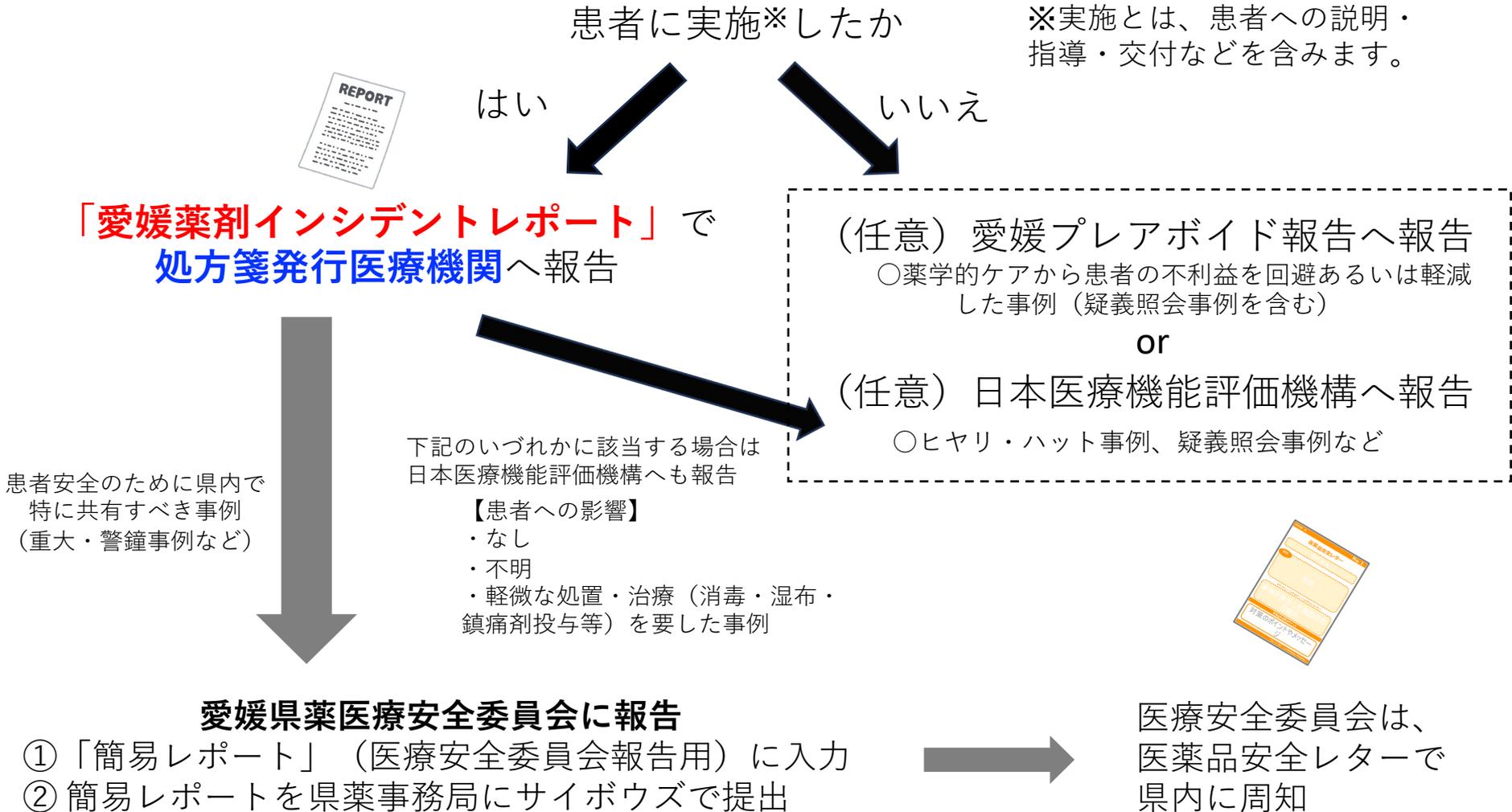
原則、第1報で記載。追加等がある場合、第2報で

※書ききれない場合は、別紙に記入し添付して下さい。

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	

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

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

患者に実施^{*}したか

^{*}実施とは、患者への説明・指導・交付などを含みます。



はい

いいえ

「**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

保険薬局の対応に任せる

(任意) 愛媛プレアボイド報告へ報告

○薬学的ケアから患者の不利益を回避あるいは軽減した事例 (疑義照会事例を含む)

or

(任意) 日本医療機能評価機構へ報告

○ヒヤリ・ハット事例、疑義照会事例など

報告を受けた病院は、レポートの内容を確認し、必要に応じて院内で対応する

患者安全のために県内で特に共有すべき事例 (重大・警鐘事例など)

愛媛県薬医療安全委員会に報告するように保険薬局に依頼する (窓口および報告方法は保険薬局用フローを参照)

簡易レポート（医療安全委員会報告用）

サイボウズで愛媛県薬剤師会事務局に送付してください
※個人情報(患者情報含む)は記載しないでください

事例番号【 ー 】(愛媛県薬記載)

報告日: 年 月 日

薬局名:	TEL:
患者影響レベル: <input type="checkbox"/> 実害なし <input type="checkbox"/> 観察、検査のみ必要 <input type="checkbox"/> 治療必要 <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"/> 薬剤の取り違え <input type="checkbox"/> 入力(薬情・薬袋) <input type="checkbox"/> その他	
インシデントの背景・要因	
改善策(再発防止策など)・薬局および病院での対応	