

平成25年3月から8月末までの薬局ヒヤリ・ハット事例報告(平成25年9月集計)

NO	発生年	発生日	発生日	発生日	発生日	医薬品交付の有無	治療の程度	事例の概要	患者の数	患者の年齢	性別	発見者	当事者 (事例に何らかの形で直接関わった者)	
1	2013年	6月28日	金曜日	10:12				調剤	1人	64歳	男性	患者本人	薬剤師1人 事務員1人	
	発生場面／事例の内容													
	調剤	管理	交付	「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り換え」を選択した場合										
	内服薬調剤・薬剤取り換え	処方された医薬品(販売名/メーカー名):ノルバスクO <sub>1</sub> 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):ゼチーア錠10mg												
		「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り換え」以外を選択した場合												
	関連医薬品(販売名/メーカー名)													
	発生要因				背景・システム・環境要因									
	当事者の行動に係る要因				ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他							報告日
	確認を怠った				技術・手技が未熟だった	ルールの不備							2013/6/28	
	当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 処方ノルバスク錠2.5mgだったものを、シートの色が似ていた為、勘違いをしてしまい、取り間違えてしまった。その後薬剤師に監査してもらったが同じように思い込みをしてしまい患者さんに渡してしまった。														
【背景・原因】														
【改善策】 声に出し、薬と処方箋の内容確認を薬情の写真、錠数の照らし合わせを徹底して行うようにする。														
2	2013年	8月6日	火曜日	11:00	交付有				1人	85歳	女性	患者本人	薬剤師1人	
	発生場面／事例の内容													
	調剤	管理	交付	「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り換え」を選択した場合										
		処方された医薬品(販売名/メーカー名) 間違えた医薬品(販売名/メーカー名)												
		「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り換え」以外を選択した場合												
	関連医薬品(販売名/メーカー名)													
	発生要因				背景・システム・環境要因									
	当事者の行動に係る要因				ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他							報告日
	確認を怠った				通常とは異なる心理条件下にあった							2013/8/6		
	当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 血圧の薬をすぐ飲みたいと言われ、28T(14x2)を薬袋から取り出し1Tだけ切り取り、飲んでいただいた。その後1T切ったヒートだけを薬袋に入れて患者様に渡し、1ヒートを入れ忘れてしまった。														
【背景・原因】 監査が終わった薬袋から取り出したので、戻した後に監査しなかったため、入れたと思い込んでしまった。														
【改善策】 監査が終わった薬袋から薬を取り出したときはもう一度、他の者が監査するというルールを作らなければならないと思う。														
3	2013年	8月29日	木曜日	9:35				調剤	1人	84歳	男性	その他	事務員1人	
	発生場面／事例の内容													
	調剤	管理	交付	「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り換え」を選択した場合										
	数量間違い	処方された医薬品(販売名/メーカー名) 間違えた医薬品(販売名/メーカー名)												
		「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り換え」以外を選択した場合												
	関連医薬品(販売名/メーカー名)													
	発生要因				背景・システム・環境要因									
	当事者の行動に係る要因				ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他							報告日
	確認を怠った											2013/8/29		
	当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 マグラックス錠250mg1日6錠28日分で168Tのところを、1日3錠勘違いし、半分の84錠をピッキングしてしまった。その後の薬剤師の監査にて、錠数間違いが発覚した。														
【背景・原因】 マグラックス錠の上下に記載されている薬剤の一日量が3gであった為、マグラックス錠も1日3回と見間違えてしまった														
【改善策】 処方箋の薬剤名、錠数、日数を指差して確認しピッキングをするようにする。														

NO	発生年	発生日	発生日	発生日	発生時間	医薬品交付の有無	治療の程度	事例の概要	患者の数	患者の年齢	性別	発見者	当事者 (事例に何らかの形で直接関わった者)	
4	2013年	8月27日	火曜日	10:00	交付有	治療なし	調剤	1人	40歳	女性	当事者本人	薬剤師1人 事務員1人		
	発生場面／事例の内容													
	調剤	管理	交付	「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り違い」を選択した場合										
		充填間違い		処方された医薬品(販売名/メーカー名):ノルバスクOD(5) 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):アムロジピンOD(5)										
	「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り違い」以外を選択した場合													
	関連医薬品(販売名/メーカー名)													
	発生要因			背景・システム・環境要因										
	当事者の行動に係る要因			ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他								報告日
	確認を怠った			勤務状況が繁忙だった										2013/8/30
	当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 ノルバスクOD(5)を集めようと、棚を開けると、アムロジピンOD(5)が混ざっていた。														
【背景・原因】 アムロジピンOD(5)を頭の中でノルバスクOD(5)に変換して、棚に戻してしまった。														
【改善策】 薬の名前を口にしながら戻す														
NO	発生年	発生日	発生日	発生日	発生時間	医薬品交付の有無	治療の程度	事例の概要	患者の数	患者の年齢	性別	発見者	当事者 (事例に何らかの形で直接関わった者)	
5	2013年	6月25日	火曜日	14:30	交付有		調剤	1人				患者本人	薬剤師1人	
	発生場面／事例の内容													
	調剤	管理	交付	「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り違い」を選択した場合										
	他薬を調剤	処方された医薬品(販売名/メーカー名):セルタッチパップ 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):ヤクバンテープ60mg												
		「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り違い」以外を選択した場合												
	関連医薬品(販売名/メーカー名)													
	発生要因			背景・システム・環境要因										
	当事者の行動に係る要因			ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他								報告日
														2013/
	当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 処方箋とは違う湿布薬を調剤した。調剤→自己監査→投薬が調剤ミスの原因だと考えられる。														
【背景・原因】 剤後、必ず他の方にチェックしてもらい、再び自己監査の後、投薬を行うことで調剤ミスを防止できると考えられる														
【改善策】														