

薬局ヒヤリ・ハット事例報告

NO	発生年	発生月日	発生曜日	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)	
1	H26	1月16日	木曜日	15:15	有	治療なし	調剤	1人	78歳	女性	当事者本人	薬剤師2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									
	規格・剤形違い	内服薬管理		処方された医薬品(販売名/メーカー名): マグラックス500mg ヨシダ製間違った医薬品(販売名/メーカー名): マグラックス330mg ヨシダ									
				「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									
	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							
	確認を怠った			勤務状況が繁忙だった									
	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(500)で処方されていたが、マグラックス(330)で調剤した。投薬後に気づき処方医へ確認し、次回処方より、マグラックス(500)調剤した。												
【背景・原因】 新患で在庫のない薬剤の処方が多く、マグラックスの規格の確認が出来なかった。													
【改善策】 規格の確認を徹底する。													
2	H26	2月18日	火曜日	13:30	有		調剤	1人	66歳	男性	当事者本人	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									
	規格・剤形違い			処方された医薬品(販売名/メーカー名) アーチスト錠2.5mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名) アーチスト錠10mg									
				「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									
	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							
	確認を怠った					教育・訓練							
	当該ヒヤリハットの内容に関する情報												
	【事例の内容】 アーチスト錠2.5mg 0.5錠/日で処方されていたが、アーチスト錠10mg 0.5錠/日で患者様に渡してしまった。翌日気が付き電話にて確認した所、以前の残薬がありまだ全く服用はしていなかった。												
【背景・原因】 アーチスト錠が10mgしか薬局にないと思い込み、処方せんの規格を確認することを怠った。													
【改善策】 規格までしっかり確認する。													
3	H25	5月10日	金曜日	11:00	有	軽微な治療	調剤	1人	76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」、「薬剤取り違い」を選択した場合									
	薬袋の記載間違い	内服薬管理	交付	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」、「薬剤取り違い」以外を選択した場合									
	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							
	確認を怠った			その他		その他							
	当該ヒヤリハットの内容に関する情報												
	【事例の内容】 朝食後に服用する薬を夕食後の薬袋に、夕食後に服用する薬を朝食後の薬袋に入れて患者様に渡してしまった。												
【背景・原因】 薬を薬袋に入れる際の不注意													
【改善策】 薬袋記載内容と薬を薬袋へ入れる際の確認の徹底													
4	H26	1月30日	木曜日	9:30	無	軽微な治療	調剤	1人			同職種者	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									
	内服薬調剤			処方された医薬品(販売名/メーカー名): オバルモン 間違えた医薬品(販売名/メーカー名): リマルモン									
				「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									
	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							
	確認を怠った			技術・手技が未熟だった		教育・訓練							
	当該ヒヤリハットの内容に関する情報												
	【事例の内容】 処方箋に、医師のジェネリック変更不可のサインがあるにもかかわらず、ジェネリックにて入力、調剤をした												
【背景・原因】 処方箋の確認漏れ													
【改善策】 入力時・監査時に処方欄以外の確認も徹底する。													

NO	発生年	発生月日	発生曜日	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	H26	2月24日	月曜日	10:00			調剤	1人	83歳	男性	同職種者	薬剤師2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									
	規格・剤形違い			処方された医薬品(販売名/メーカー名):アリセプトD エーザイ 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):アリセプト10mg エーザイ 「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						
	確認を怠った				技術・手技が未熟だった								
	当該ヒヤリハットの内容に関する情報												
	【事例の内容】 アリセプトD(10)処方のところD口腔崩壊錠ではなく普通錠で調剤 【背景・原因】 確認不足 【改善策】 D錠と普通錠の認識の徹底と、処方箋と錠剤の見直しについて、再度徹底させる。												
	6	H26	2月28日	金曜日	16:00	無	治療なし	調剤	1人	60歳	男性	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									
			レセコンの入力間違い	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」、「薬剤取り違い」以外を選択した場合 関連医薬品(販売名/メーカー名):モーラステープ50									
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							
判断を誤った				知識が不足していた	コンピューターシステム	教育・訓練							
当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 一般名処方で、ロキソプロフェンNaテープ50 非温感とあり、事務員がロキソプロフェンNaテープ「タイホウ」で入力してしまった。。正しくはロキソニンテープ50 【背景・原因】 ロキソプロフェンNaテープ「タイホウ」は温感であり、非の文字を見落としていた事と、一般名の商品変更で事務員が混乱していた。 【改善策】 薬剤の違いを教育し、非温感の非に○をすることで、意識づけをする。													