

平成26年3月から8月末日までの薬局ヒヤリ・ハット事例報告(平成26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	2014年	5月26日	月曜日	18:00	有	治療なし	調剤	一人	66歳	女性	患者本人	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」、「薬剤取り違え」以外を選択した場合													
	関連医薬品(販売名/メーカー名) クレストール2.5mg/アストラゼネカ													
	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		知識が不足していた・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】														
クレストール2.5mg 2錠の30日分(計60錠)で渡すところを1錠の30日分(計30錠)で渡してしまった。														
【背景・原因】														
調剤者・監査者どちらも思い込み(当薬局にて1日1錠が多いため)														
【改善策】														
・本人と確認しながら渡す。・処方箋(コピー)の錠数の箇所の確認・印をつける														
2	2014年	7月1日	火曜日	12:20	有	治療なし	調剤	一人	46歳	男性	当事者本人・同職種者	薬剤師2人 事務員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」、「薬剤取り違え」を選択した場合										
	規格・剤型の違い	処方された医薬品(販売名/メーカー名):リチオマール100mg/第一三共												
		間違えた医薬品(販売名/メーカー名):リチオマール200mg/第一三共												
	「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り違え」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									
確認を怠った		勤務状態が繁忙だった												
当該ヒヤリハットの内容に関する情報														
【事例の内容】														
処方ガリチオマール100mg2T2xのところ、リチオマール200mg2T2xでお渡し、翌日在庫チェック時に発見、連絡する。本人不在の為家族対応のもと交換に訪問。3錠服用済み。														
【背景・原因】														
・当薬局ではリチオマールは200mgの処方が多く、100mgの処方が少ないためうっかり200mgを調剤してしまった。														
・当時のスタッフ(その後退職)がミス多発しており、そのチェックやフォローが負担となっていた中での見落としとなった。まさにハイリットの法則の事例となった。														
【改善策】														
・それまでも規格によってよく使うものとなりに処方されるものは、色を付れたり、注意を記載したりと鶏間違い防止策を取っていた。また在庫確認によりチェックしており今回もそこで発見することが出来た。今後はたまに出る規格のリスタップをしてより注意を促す。														
・人面での対応、スタッフの教育を行い、軽微なミスが大きなミスにつながることを全員で認識し、改善していくよう教育する。														
3	2014年	8月29日	金曜日	12:00		治療なし	調剤	一人	70歳	男性	当事者本人	薬剤師一人		
	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」、「薬剤取り違え」を選択した場合										
	規格・剤型の違い	処方された医薬品(販売名/メーカー名):イグザレルト15mg・ハイエル												
		間違えた医薬品(販売名/メーカー名):イグザレルト10mg・ハイエル												
	「秤量間違い」、「規格・剤型間違い」、「薬剤取り違え」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									
確認を怠った		勤務状態が繁忙だった												
当該ヒヤリハットの内容に関する情報														
【事例の内容】														
イグザレルト15mgをピッキングしなければならないところを、イグザレルト10mgをピッキングした。														
【背景・原因】														
イグザレルトの15mgと10mgのヒートや錠剤が似ている。														
【改善策】														
ピッキングの箱に注10と注15とそれぞれ付箋紙を付けた。														

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)	
4	2014年	9月1日	月曜日	11:30	有	治療なし	調剤	一人	68歳	女性	患者本人	薬剤師一人 事務員一人	
	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・剤型の違い	内服薬管理	交付	処方された医薬品(販売名/メーカー名):アムロジピンOD2.5mg「サワイ」									
				間違えた医薬品(販売名/メーカー名):アムロジピンOD5mg「サワイ」									
	「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			勤務状態が繁忙だった									
当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 午前中に患者様にお薬をお渡しした、渡したお薬はアムロジピンOD錠5mg28錠であった。その日の夕方いつもの薬とは異なる規格が入っていますとの電話があった。正しい処方箋はアムロジピンOD錠2.5mg28錠であったため、患者宅へ伺い交換した。													
【背景・原因】 集薬時に処方箋と規格を確認していて、それが合っていると思い込んでいたため。													
【改善策】 投薬時にしっかり医薬品の規格に間違いがないか処方箋と確認しながらお渡しする。													
5	2014年	9月3日	火曜日	15:51	有		調剤	一人	68歳	男性	患者本人	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・剤型の違い		交付	処方された医薬品(販売名/メーカー名):プラザキサ75mg「セル75mg」									
				間違えた医薬品(販売名/メーカー名):プラザキサ75mg「セル75mg」									
	「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・ 連携が出来ていなかった			勤務状態が繁忙だった									
			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】 プラザキサ110mgを間違えてプラザキサ75mgで調剤していたが、患者様が服用前に気づき来局頂きました。処方箋を確認し、プラザキサ110mgに変更してお渡しした。													
【背景・原因】 常勤していた薬剤師が不在だったため、不慣れな薬剤師が調剤し、気づかずに投薬してしまった。													
【改善策】 フォローに入った薬剤師でも、規格違いがすぐに分かるように目印をつけるようにした。													