

薬局ヒヤリ・ハット事例報告 平成26年度2月締め報告分

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 <small>(事例に何らかの形で直接関わった者)</small>
1	27年	2月20日	金曜日	10:00	交付無	不明	調剤	一人	3歳	男性	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」、「薬剤取り換え」を選択した場合								
	薬剤取り換え			処方された医薬品(販売名/メーカー名):ゼスランシロップ(旭化成ファ)間違えた医薬品(販売名/メーカー名):ザイザルシロップ(GSK)								
				「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						
	確認を怠った			その他	医薬品							
	当該ヒヤリハットの内容に関する情報											
【事例の内容】 小児シロップ混合調剤において、「カルボシステインシロップ小児用とゼスランシロップ」の混合指示に対しゼスランシロップをザイザルシロップで調剤してしまった。												
【背景・原因】 普段門前小児科にてゼスランシロップがほとんど処方されず、いつもザイザルシロップが処方されるため、単なる思い込み。												
【改善策】												
2	27年	1月29日	木曜日	10:30	交付無	治療なし	調剤	一人	88歳	女性	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」、「薬剤取り換え」を選択した場合								
	薬剤取り換え			処方された医薬品(販売名/メーカー名) エナラプリル錠2.5mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名)イミダプリル2.5mg「TYK」								
				「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						
	確認を怠った				医薬品	仕組み						
	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、エナラプリル錠2.5mgでの処方、当薬局ではエナリン2.5mgを使用している。調剤時イミダプリル2.5mg「TYK」を間違えて集める。監査者が気づき、エナリン2.5mgを取り直して、問題なく患者へお渡しした。												
【背景・原因】 一般名処方が多くなる中、規格2.5mgが同じであったこと、またエナリンのエナリンの一般名であるエナラプリルとイミダプリルと名称が似ていたこと、エナリンはGEだがまだ商品名が一般名になっていない事、が背景として思い込みの間違いをしたと考えられる。												
【改善策】 ～プリルというのは他にもあるため、棚の薬品名の所に赤線を引き注意することとした。												
3	26年	11月14日			交付無	治療なし	調剤	一人			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」、「薬剤取り換え」を選択した場合								
	薬剤取り換え	充填間違い		処方された医薬品(販売名/メーカー名) リマルモン錠5mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名) オパルモン錠5mg								
				「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						
	確認を怠った			その他	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】 調剤監査時、リマルモン錠112錠のところ、21錠がオパルモン錠であることに気が付いた。												
【背景・原因】 処方中止となったオパルモン錠を棚に戻す際、薬品名と棚をよく確認せず戻したのが原因と推測される。												
【改善策】 棚へ戻す際は必ず2人組になって確認して行う。当薬局の原則を職員全員で確認し、再発防止を誓った。												

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	26年	11月20日	木曜日	11:30	交付有	軽微な治療	調剤	一人		女性	同職種者	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・剤型 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):テオフィリン徐放錠200mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):テオフィリン徐放錠100mg								
				「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		勤務状況が繁忙だった	医薬品	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】 テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」を調剤するところを、テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」を調剤し交付してしまっている。規格の確認を怠り思い込みで調剤し交付したと思われる。												
【背景・原因】												
【改善策】 薬剤、規格、剤型の確認を徹底し、忙しいときであっても慎重に調剤し交付するようにする。												
5	27年	2月26日	木曜日	18:15	交付無	治療なし	調剤	一人	49歳	女性	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								
	内服薬 調剤			処方された医薬品(販売名/メーカー名):ネキシウム(10)14P 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):ネキシウム(10)30P								
		「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		通常とは異なる心理的 条件下にあった										
当該ヒヤリハットの内容に関する情報												
【事例の内容】 ネキシウム(10)14Pの所を30Pでピックアップしてしまった。監査の薬剤師が発見した。												
【背景・原因】 通常ピックアップしたものを自己監査するが、別件で考えなくてはいけない状況下にあったため確認を怠った。30日分との思いこみ												
【改善策】 必ず自己監査をして、投薬の薬剤師に渡す。												
6	27年	1月13日	火曜日	10:00	交付無	不明	調剤	一人	74歳	女性	他職種者	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								
	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」、「薬剤取り違い」以外を選択した場合										
				関連医薬品(販売名/メーカー名):アーチスト10mg								
	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										
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(10)1錠2回の処方を半錠ではなく、ヒートのまま調剤する。												
【背景・原因】 アーチスト(10)の1日量と日数のみの確認だけで、用法を1回と思い込んで調剤してしまった。												
【改善策】 当該患者様の薬歴に「定期処方」の場合はアーチスト(10)1錠2X 0.5T/分包と記載し、注意喚起を行う。												

NO	発生年	発生日	発曜日	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)
7	27年	2月8日	水曜日	16:00	交付有	治療なし	調剤	一人	6歳	女性	家族・付き添い	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								
	処方監査間違い	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								
				関連医薬品(販売名/メーカー名) ムコダインシロップ5%、アスベリンシロップ0.5%、メブチンシロップ5ug								
	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	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】 水薬の目盛を取り間違え、1日2回服用のところを1日3回服用でお渡ししてしまった。												
【背景・原因】 1日3回と思い込み監査が不十分でした。												
【改善策】 薬歴、処方箋を確認し、監査に注意します。												
8	26年	11月17日	月曜日	9:40	交付有	治療無	調剤	一人	40歳	女性	他職種者	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								
	数量間違い		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								
				関連医薬品(販売名/メーカー名) バレリン錠200mg(第一三共)6錠3回のところを3錠3回で一包化								
	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】 一包化指示でバレリン200mg6錠3回分包しないといけないところを3錠3回で分包してしまい、監査段階でも見落としたまま投薬してしまった。次の日施設職員より電話で問い合わせがありミスが発覚、直ぐに交換に伺い謝罪した。1回分のみの服用だったためそのまま様子を見てもらう事にした。医療機関への報告済												
【背景・原因】 月曜日の早い時間でたまたま一包化が重なったこともあり、事前に取り揃えている医薬品のチェックを行わないまま一包化調剤を行ってしまった。												
【改善策】 思い込みをなくし、確実に処方箋と分包機内のPC内容とのチェック、手巻き医薬品もスタートボタンを押す前に再度確認することを徹底したい。監査者も流れ作業にならないようにチェック項目を明確にしていきたい。												
9	27年	1月28日	水曜日	17:25	交付有	治療無	調剤	一人	35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」、「薬剤取り違い」を選択した場合								
	薬剤取り違い		交付	処方された医薬品(販売名/メーカー名) ツムラ加味逍遙散			間違えた医薬品(販売名/メーカー名): ツムラ抑肝散					
				「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												
当該ヒヤリハットの内容に関する情報												
【事例の内容】 加味逍遙散の処方に抑肝散を調剤、監査投薬時でも気づかず、後日2月3日に患者自身より異なる旨の連絡あり、交換に伺い謝罪												
【背景・原因】 形状類似番号表示24、54 当薬局で非常に出ている2種類である事も思い込みの原因の一つ												
【改善策】 形状類似であることを念頭に置き、確認を十分に行う。												

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)
	27年	2月19日	木曜日	9:00					一人	70歳	女性	患者本人	薬剤師1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」、「薬剤取り違い」を選択した場合									
	処方箋監 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)									
	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							
10	確認を怠った			知識が不足していた					ルールの不備				
当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 ピロリ菌除菌の処方にフラジール錠があった為、それだけを見て2次除菌と思い込み、予製済みの2次除菌を取り出し監査でも気づかず、患者帰宅後電話連絡があり、薬品の写真と実物が違うと指摘され間違いが発覚した。													
【背景・原因】 1次除菌と2次除菌を間違いないようにという頭しかなく、フラジールのみ確認し予製袋より取り出した。患者がペニシリン系禁忌の方でサワシリンをフラジールに変更での処方だった。知識不足と思い込みで起きた事例。													
【改善策】 フラジールでも今回のケースのように1次除菌でも使う事を知った。予製は1次のみにし、2次は作らないようにした。処方箋の確認を徹底することにした。													