

薬局ヒヤリ・ハット事例報告 平成27年度前期8月締め報告分

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	H27	8月21日	金曜日	14:50	無	軽微な治療	調剤	1人				発見者	当事者 薬剤師2名	
	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):ウルソオキシコール酸錠50mg/東和 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):ウルソオキシコール酸100mg/全星										
	薬剤取り換え	「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													
当該ヒヤリハットの内容に関する情報														
【事例の内容】 処方箋の確認不足によって取り違える。監査で取り違いが発覚														
【背景・原因】 思い込み。ウルソの100mgの処方が多いため今回もそうだと思い込んでしまった。														
【改善策】 忙しい状況でも落ち着いて調剤を行う。														
2	H27	6月18日			あり	治療なし	調剤	1人				発見者	当事者 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 処方された医薬品(販売名/メーカー名):ロキソニンテープ100mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):モーラステープ40mg										
	薬剤取り換え	「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			コンピューターシステム	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】 モーラステープLがロキソニンテープへ変更されていたが、レセコン入力時に前回処方コピーし入力。薬剤管理支援システムへもモーラステープが飛んだ。処方箋準備より前に出力されている薬剤をみてモーラステープを集薬ATTERNO監査者も画面のみで監査を通した。投薬者が処方箋と実物が違うことに気づき交換した。														
【背景・原因】 処方箋入力・調剤・監査時の確認不足														
【改善策】 ○処方バーコード読み込で入力し、前回処方コピーではレセコン入力しない事 ○処方箋をみて集薬すること ○処方箋を見てATTERNOで監査する事														
3	H27	8月4日	火曜日	17:30	無	治療なし	調剤	一人	50歳	女性	当事者本人	発見者	当事者 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):ロキソニン細粒 間違えた医薬品(販売名/メーカー名)										
	薬剤取り換え	「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		通常とは異なる身体的条件下にあった。											
当該ヒヤリハットの内容に関する情報														
【事例の内容】 CMCPの秤量中、ロキソニン細粒10%0.6gで量り取るところ0.5gで量り取った。最終チェック時に気づき、秤量し直して調剤した。														
【背景・原因】 在庫が少ない事に気を取られていた。														
【改善策】 確認を集中して行う。														
4	H27	6月22日	月曜日	10:30	有	不明	調剤	一人	50歳	男性	他職種者	発見者	当事者 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):アジルバ錠20mg 武田 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):タケキャブ錠20mg 武田										
	薬剤取り換え	「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													
当該ヒヤリハットの内容に関する情報														
【事例の内容】 アジルバ錠20mgと他数種類の処方箋で、アジルバ錠をタケキャブ錠20mgで間違えて、ピックアップし薬剤師の監査で取り間違いの発覚が判明した。														
【背景・原因】 完全な思い込みでのミス、両方とも武田薬品販売で、錠剤の形、色とも似ている為間違ってしまった。														
【改善策】 ピックアップした薬剤と処方箋の照らし合わせと指さし確認を充分に行うようにする。														

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)
5	H27	8月28日	金曜日	10:57	有		調剤	一人	57歳	男性	薬剤師一人・事務員一人	患者本人	
	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):									
	その他		患者間違い	「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): ツムラ六君子湯・ビオスリー配合錠・マーズレンS配合顆粒									
	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】 患者様が集中し、調剤台の上に何人かの薬剤が置かれており、A様にお渡しするはずの薬をB様にお渡ししようとして、患者様の指摘により発覚した。 【背景・原因】 患者様毎に処方箋、薬などは籠に入れるようにしているが、急いでしまった為、調剤台の上に直接おいてしまい、別の方の薬と一緒にってしまった。 【改善策】 必ず患者様毎に籠に入れることを徹底し、確認を怠らないようにする。													
6	H27	9月7日	月曜日	11:42	有	不明	調剤	一人	55歳	女性	当事者本人	薬剤師一人・事務員一人	
	発生場面／事例の内容												
	調剤忘れ	管理	交付忘れ	「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):									
	その他			「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): ゾルピデム酒石酸錠5mg									
	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									
当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 一包化をしてお渡ししている患者様で、ゾルピデム酒石酸錠5mgのみヒート渡しだったため、入れ忘れが発生した。 【背景・原因】 患者様が集中し、急いでしまった為、確認を怠った。 【改善策】 必ず、処方箋・薬情とお渡しする薬剤との監査を怠らず、忙しい状況であっても、きちんと確認を行う。													
7	H27	7月21日	水曜日	11:00			調剤	複数	11歳	男性	同職種者	薬剤師一人	
	発生場面／事例の内容												
	規格・剤型間違い	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 処方された医薬品(販売名/メーカー名): リスベリドン「トーフ」 間違えた医薬品(販売名/メーカー名): リスハダール「ヤンセンファーマ」									
	その他			「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									
連携が出来ていなかった		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】 リスベリドンとリスパダールの出し間違いがあった。 【背景・原因】 あまり回転していない薬だった。 【改善策】 付箋に注意書きを貼りつけた。													
8	H27	8月29日	土曜日	9:30	無	治療なし	調剤	一人	60歳	女性	他職種者	薬剤師一人 事務員一人	
	発生場面／事例の内容												
	薬剤取り違い	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 処方された医薬品(販売名/メーカー名): ロキソニンテープ100mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名): モーラステープ40mg									
	その他			「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】 ロキソニンテープを調剤すべきところを、モーラステープLを調剤してしまった。 【背景・原因】 頭の中でNSAIDs貼付剤を交換してしまった。自己監査を怠った。 【改善策】 指差し、声だしを行う。自己監査を徹底する。													

NO	発生年	発生日	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)	
9	H27	7月頃		12:00	有	治療なし		一人	35歳	女性	当事者本人	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									
	薬剤取り違い			処方された医薬品(販売名/メーカー名): ジルテック錠10mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名): セチリジン塩酸塩10mg「TOA」									
		「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	コンピューターシステム									
当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 他薬品数種類処方されており、ジルテック錠のみ先発希望の患者様。全てGEで調剤して投薬後、すぐに気づきその場で交換して渡した													
【背景・原因】 当薬局ではコンピュータ監査システムを導入しているが、事例発生時にしっかり照合させていなかった。													
【改善策】 思い込みで調剤せずに、しっかり患者情報を把握する。また投薬時も数量・薬剤名を確認することを怠らない													
10	H27	8月28日	金曜日		無	不明	調剤	一人			薬剤師3名		
	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): アムロジピンOD2.5mg(大日本住)間違えた医薬品(販売名/メーカー名): アムロジピン錠2.5mg(タカタ)									
		「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			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】 アムロジピンOD錠を含む処方の一化調剤を行った。監査の際にアムロジピンODではなくアムロジピンで薬剤を取り間違えて調剤していたことが判明した													
【背景・原因】 Ca拮抗剤と規格が同じであることから、薬剤名とメーカーの確認を怠り、思い込みで調剤を行ってしまった。													
【改善策】 調剤の際には思い込みをなくし、薬剤名・規格・メーカーをしっかりと確認する。													
11	H27	8月8日	土曜日	10:30	有		調剤	一人	51歳	男性	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									
	内服薬調剤			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								
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】 ファモチジンD錠20mgが21日分処方されていたが、実際にお渡ししたのは14日分だった。患者様より連絡を頂き判明した。													
【背景・原因】 患者様が集中していた時間帯だったため、急いでおり確認が不十分になってしまった。													
【改善策】 どのような状況でも調剤薬の確認は落ち着いてしっかりと行う。													
12	H27	8月20日	木曜日	9:56	有	治療なし	調剤	一人	67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									
	その他(二重ミス)			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): サインバルタ20mg												
	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 コンピューターシステム									
当該ヒヤリハットの内容に関する情報													
【事例の内容】 サインバルタ20mg1c1回28日分の処方、実際は2c1回の誤りだったのに気付かず28cしか投薬せず。医事入力も前回DOの2c1回で入力したままだった。													
【背景・原因】 事務方は前回DOと思いこんでいた。調剤者は処方箋通りに調剤し前回の処方確認をしていない。本来なら患者に確認後疑義照会をすべき事例であった。													
【改善策】 処方箋ばかりに気をとられず、薬情・薬袋などに入力ミスがないか十分に確認する。													

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)
13	H27	6月11日	木曜日	9:00	有	治療なし	調剤	一人			女性	患者本人	薬剤師二人
	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):デプロメール50mg												
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】 デプロメール50mg4T2回7日分 28錠を交付するところを14錠しか出していなかった。患者本人より電話あり発覚、自宅へ届けた													
【背景・原因】 監査時の確認を怠った													
【改善策】 落ち着いて確認を怠らない													
14	H27	6月9日	火曜日		有	治療なし	調剤	一人	59歳		女性	患者本人	薬剤師二人
	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):ロフラゼプエチル酸錠1mg												
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】 ロフラゼプ1mg2T1回28日分処方で56錠必要だったが、28錠しかお渡ししてなかったと電話連絡有。本人希望により郵送にてお届け													
【背景・原因】 確認不足													
【改善策】 患者様と共に錠剤の確認を行う。													
15	H27	6月15日	木曜日	9:17	有	治療なし	調剤	一人	60歳		女性	患者本人	薬剤師二人
	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	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):トラゾドン塩酸塩25mg												
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】 トラゾドン25mg2T2回14日分処方で28錠必要だったが、14錠しか交付してなかった。自宅へお届けする。													
【背景・原因】 確認不足													
【改善策】 確実に錠剤の数を合わせるように、再確認を怠らないようにする。													