

ヒヤリ・ハット事例報告 平成23年8月実施

No	発生日時	気づいた時点	インシデント事例の内容	事例対象となった医薬品(正)
1	平成23年8月23日(火) 午前9時30分頃	監査時	3、同じ医薬品の規格の誤り	リボトリール1mg 1.5T 3回
	<p>【事例の原因・背景】 リボトリールの減量と勘違いした。いつもはリボトリール0.5mg3錠3回でしようされていたが、1mg1.5錠3回の処方監査時に規格変更気が付いた * 東日本大震災の医薬品不足対応の為に規格変更であり、以前のDO処方構わないとの返答であった。病院インシデントにつながった</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【再発防止策改善策】 処方変更時の十分な処方内容確認と二重チェックの声掛けや確認が必要であったと考えられる。特に広域処方における新規や処方変更にあたっては、細心の注意と他薬剤師による二重チェックを徹底する。</p>			
2	平成23年8月31日(水) 午後9時頃	監査時	3、同じ医薬品の規格の誤り 7、一包化の間違い	アリセプトD10mg
	<p>【事例の原因・背景】 アリセプトD錠はほとんどが5mgで10mgはめったに出ないので、一包化で薬を取る時間違って取っていた。監査</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【再発防止策改善策】 規格違いの薬はリストを作ったり、棚に色を付けて、日頃から何度も確認するようにしたい。</p>			
3	平成23年8月3日(水) 午前9時30分頃	薬剤交付後 処方箋チェック時	13、薬剤情報提供文章・薬袋の記載ミス	
	<p>【事例の原因・背景】 処方箋入力時に、任意コードにて管理しているがNo入力を間違っしまい、他の方の名前で薬袋と領収書を印刷した。たまたま来局時にお一人だった為、他の方と入れ替わる可能性がなく、ご本人のものだと思い込んで、印刷し</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【再発防止策改善策】 複数の患者様がいらっしゃる時は、薬袋・領収書や他の文章類が本人のものかどうか、必ず確認する手順を取って「間違っているはずがない」との思い込みをなくし、基本通りきちんと確認することを、再度確認した。</p>			

(社)久留米三井薬

事例対象となった医薬品(誤)
リボトリール0.5mg 1.5T 3回
となり減量処方と勘違いした。 側の配慮による規格変更が
アリセプトD5mg
査時に気付き一包化し直した。
劑。気づかずに投薬してしまっ 名の確認がおろそかになった
っているが、お一人だけの時も
剤師会 薬局サポート委員会