

# インシデント報告書

平成23年1月実施

報告日	報告者	A事例発生日時	B気づいた時点	Cインシデント事例の内容	D対象となった医薬品		E原因・背景	F再発防止策・改善案
2011/1/27	S・S	2011/1/21 PM6:00頃	薬剤交付後	その他	アマリール1mg	ベイスン0.3mg	ジャビア50+ベイスン0.3で投薬後、禁忌ではないが、現時点で組み合わせとして適していないものであることに気づき、担当医に確認、ベイスン0.3ではなくアマリール1mgを投与する予定であったことが判明し患者様に連絡差し替えをおこなう	DOP-4阻害剤と組み合わせてもよい経口血糖降下剤のメモし保管棚に貼る 申し送りとミーティングで職員に周知させた
2011/1/31	N・H	2010/12/7	ヘルパーさんより連絡を受けて	3. 同じ医薬品の規格の誤り	ホラビット注フレックスペン	ホラビット30ミクス注フレックスペン	処方時の確認において、規格の頭文字で薬剤をピックアップし、後尾の文字も「フレックスペン」だったため、同一剤と誤認し処方してしまった。	チェックシートの再度の確認、薬剤名は全て見ながらピックアップをおこなう
2011/1/31	K・A	2011/1/27 AM	薬剤交付時	14. 服薬指導の誤り	30代男性にリレンザ処方と思った	10代男性にリレンザ処方	リレンザが出たので、患者の妻をを母親と思い込み説明、「何故リレンザが出たのでしょうか？」との質問に「10代にはタミフルが出せないから」と答えた。直ぐにスタッフより30代の男性であることを知らされ	剤形を見て、対象者が子供であると勘違いすることがある。処方箋の年齢も確認して、服薬指導するように心がけるようにする。
2011/2/1	S・Y	2011/1/6 AM9:30頃		1. 錠剤・カプセル剤の計数の誤り	プロテカジン 10mg2T2回	プロテカジン 10mg1T1回	通常プロテカジンは1日1回で出る事が多いので、思い込みで1回と考えて薬袋に入れた。実際は1日2回で処方されていたので量が半分となり錠数が不足した。 原因は思い込みと確認を怠ったことにあると	一人薬剤師なので、時間がある時は事務の人にも数を数えてもらうなど、ダブルチェックをする。薬袋に総量を印刷し、薬袋に入れる時に再度確認する。
2011/2/1	Y・I	2011/1/22 AM11:30頃	監査時	4. 他薬を調剤	ビーマス 配合剤	セチロ配合剤	土曜日の午前中で処方箋が集中して窓口が混雑し	調剤時に声を出し薬剤名と数を確認する。
2011/2/1	T・F	2011/1/31 PM4:00頃	監査時	15. その他	ヒアレイン 0.3%点眼	ジクアス点眼液	参天製薬の乾燥症に用いる2種類が同時期に発売され同症状に処方されるので思い込みでのピックアップミス	別の成分であるがキャップの色が同系統でボトルも同じなので処方箋に直接鉛筆で注意を促す㊦をつけるようにした(PC入力時に)
2011/1/24	R・N	2011/1/24 AM10:00頃	薬剤交付時	13. 薬剤情報提供文書・薬袋の記載ミス	大建中湯 15g分3、1回2包	大建中湯15g 分3、1回1包	パソコンが1回何包服用するか認識できない為、2包以上はその都度書き直しが必要である事の見落とし	パソコンをあてにせず、前回の入力が間違っているのではと毎回チェックするくらいの気持ちが薄れていると教訓になった。
2011/2/2	Y・T	2011/2/2 PM4:00頃	次回来局時	13. 薬剤情報提供文書・薬袋の記載ミス	ガスポート20mg	ガスター20mg	ジェネリック希望の患者で1/19よりガスター20mg処方されていて集薬はガスポートで集めて、薬情はガスター20mgのまま説明投薬、今回DO処方薬情がガスター20mgであることに気づき本人に確認、前回ガスポート投薬で薬情ガスターで出してしまった。	落ち着いて、薬品だけでなく薬情に間違いはないか見直す。また、前回からガスポート開始になったので、投薬の際に患者にも薬剤と薬情を見ていただきながら説明を聞いて頂く事を徹底したい。