

薬局ヒヤリ・ハット事例報告 平成27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 (事例に何らかの形で直接関わった者) |
|---|--------------------------------------|--|------------|--|----------|-------|-------|------|-------|----|------|---------------------------|
| 1 | H27 | 11月4日 | 水曜日 | 11:00 | 有 | 軽微な治療 | 調剤 | 1人 | 69歳 | 女性 | 患者本人 | 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」、「薬剤取り換え」を選択した場合 | | | | | | | | |
| | 規格・剤形違い | 内服薬管理 | 交付 | 処方された医薬品(販売名/メーカー名): クレストール5mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名): クレストール2.5mg | | | | | | | | |
| | 「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 | | | 勤務状況が繁忙だった | 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】 クレストール5mgを交付すべきであったが、クレストール2.5mgを渡してしまった。 | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 同じ時間帯に患者が集中したため、ピッキングと確認に十分な注意を払う事が出来なかつた。 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 忙しくても、別のの人に確認してもらうか、患者の目の前で再度一緒に確認しながら薬袋に入れる。 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | H28 | 2月16日 | 火曜日 | 15:04 | 無 | 不明 | 調剤 | 複数 | 72歳 | 男性 | 同職種者 | 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 | | | | | | | | |
| | 薬剤取り換え | 処方された医薬品(販売名/メーカー名): ウルソデオキシコール散1間違えた医薬品(販売名/メーカー名): アルダクトンA25mg | | | | | | | | | | |
| | 「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 | | | 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】 ODPにてウルソデオキシコール酸100mg[ZE]をつめるところアルダクトンA錠25mgをつめていた。 | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 PTPの裏面の見間違い。裏面が似ているため起こった。ウルソとアルダクトンが重なっていたのも要因と考えられる。 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 きちんと目視のチェック。空のPTPも確認する。薬剤を個々できちんと分けて準備する。 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | H28 | 2月24日 | 水曜日 | 12:00 | 無 | 不明 | 調剤 | 1人 | | | 他職種者 | 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」、「薬剤取り換え」を選択した場合 | | | | | | | | |
| | 内服薬調剤 | 内服薬管理 | | 処方された医薬品(販売名/メーカー名): アザルフィジンEN250mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名): アザルフィジンEN500mg | | | | | | | | |
| | 「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 | | | 勤務状況が繁忙だった | 教育・訓練 | | | | | | | | |
| 当該ヒヤリハットの内容に関する情報 | | | | | | | | | | | | |
| 【事例の内容】 規格間違いで処方入力、調剤を行った。 | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 アザルフィジンEN500mgは汎用されているが、250mgは稀にしか処方なかったため、アザルフィジンEN500mgだと思い込みがあった。 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 入力時、集薬時は処方箋と薬の指し呼称を行うよう徹底する。 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | H28 | 2月7日 | 日曜日 | 16:15 | 有 | 不明 | | 1人 | 45歳 | 男性 | 同職種者 | 薬剤師3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 | | | | | | | | |
| | 規格・剤形違い | 内服薬管理 | 交付 | 処方された医薬品(販売名/メーカー名): ترامールOD錠25mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名): ترامールカプセル25mg | | | | | | | | |
| | 「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 | | | | | | | |
| 連携が出来ていなかった | | | 知識が不足していた | | | | | | | | | |
| 当該ヒヤリハットの内容に関する情報 | | | | | | | | | | | | |
| 【事例の内容】 ترامールOD錠25mgの処方を疑義照会なしで、 ترامールカプセル25mgに変更してしまった。 | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 非常勤薬剤師に病院の採用品目の変更を伝えていなかったのと、薬剤師の剤形変更に対する知識不足 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 非採用になった薬は場所を移動することにした。 | | | | | | | | | | | | |

| 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) |
|--|---|--|-------------------|------------------------------------|----------|-------|-------|------|-------|----|-------|---------------------------|
| 5 | H27 | 1月19日 | 火曜日 | 10:30 | 無 | 治療無 | 調剤 | 1人 | 80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 | | | | | | | | |
| | 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): エクア50mg60錠調剤するところを44錠で調剤。監査時に発見 | | | | | | | | | | | |
| 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】 エクア50mg60錠調剤するところを44錠で調剤 | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 エクアを14錠ヒートだと思い込み調剤した。 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 エクアの箱に「10Tヒート」との注意書きをした。 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | H28 | 2月3日 | 水曜日 | 10:35 | 無 | 治療無 | 調剤 | 1人 | 82歳 | 女性 | 当事者本人 | 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 | | | | | | | | |
| | 秤量間違い | 処方された医薬品(販売名/メーカー名): SM配合散・コランチル・間違えた医薬品(販売名/メーカー名): 同じ3剤の秤量ミス | | | | | | | | | | |
| | 「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 | | | | | | | | | |
| 当該ヒヤリハットの内容に関する情報 | | | | | | | | | | | | |
| 【事例の内容】 SM配合散+コランチル+カマガの混合処方「朝夕食後で分包するところを「毎食後」で分包してしまった。分包後に確認して気づいた | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 この患者の混合処方をもともと「分3」だったが、最近になって「分」に変更、このため「分3」と思い込んでしまったためだと考えられる。 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 電子薬歴に注意喚起の記入。処方箋の十分な確認 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | H28 | 2月9日 | 火曜日 | 10:00 | 無 | 治療無 | 調剤 | 1人 | | | 他職種者 | 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 | | | | | | | | |
| | 数量間違い | 処方された医薬品(販売名/メーカー名): ベザトールSR錠200 56錠間違えた医薬品(販売名/メーカー名): ベザトールSR錠200 28 | | | | | | | | | | |
| | 「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】 ベザトールSR(200)2錠2回28日分の処方で56錠調剤しないといけないところ、28錠で調剤してしまった。監査の時に錠数の誤り判明する。 | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 他の薬剤数種類が1錠1回28日分だったため、ベザトールSR(200)も1錠1回28日分と思い込み調剤してしまった。 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 思い込みをなくし、薬剤1剤づつしっかり確認を徹底する。 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | H28 | 3月1日 | 火曜日 | 10:30 | 有 | 不明 | 調剤 | 1人 | | | 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 | | | | | | | | |
| | 薬剤取り違い | 処方された医薬品(販売名/メーカー名): 武田薬品アシルバ10mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名): 武田薬品 タケキャブ | | | | | | | | | | |
| | 「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 | | | | | | | | | |
| 当該ヒヤリハットの内容に関する情報 | | | | | | | | | | | | |
| 【事例の内容】 処方箋のお薬はアシルバ10mgだったが、同じ武田薬品のタケキャブ10mgを取り違えてしまった。 | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 ミリ数の確認ばかりを気にしてしまい、同じ武田薬品の薬で形、大きさもおおむねなので思い込みで取ってしまった。 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 お薬の引き出しに「間違い多い！確認！」と色付箋を付け、必ず指さし、声だししながらとる事を心がけます。 | | | | | | | | | | | | |

| NO | 発生年 | 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) |
|---|-------------|-------|--------------|---|----------|-------|-------|------|-------|----|------|---------------------------|
| 9 | H28 | 1月26日 | 火曜日 | | 有 | 不明 | | 1人 | 69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 | | | | | | | | |
| | 外観変更説明忘れ | | 外観変更説明忘れ | 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 | | | | | | |
| 患者への説明が不十分であった。 | | | | | | | | | | | | |
| 当該ヒヤリハットの内容に関する情報 | | | | | | | | | | | | |
| 【事例の内容】 ロヒプノール錠2mgが白色→淡い青色へ外観変更になっていたのに説明をし忘れて、患者が不安になりうつ状態が悪化したとの訴えがあり。 | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 2mg錠がデザイン変更になっていることを忘れてしまっていた。 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 慎重に確認し患者への説明を徹底する。 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | H27 | 12月9日 | 水曜日 | 14:30 | 有 | 不明 | 調剤 | 1人 | 74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 | | | 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): マリーOD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 | | | 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】 マリーOD錠5mg2T1回朝食後のところ、1T1回で調剤。監査でも気づかず交付、施設入所者で介護者も気づかず1週間経過後に発覚 | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 ・施設の定期処方、毎回DO処方での慣れによる確認不足 ・一般の来局者の調剤と並行して複数人分の処方を短時間で調剤するため焦りがあった。 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 再度、確認を怠らない | | | | | | | | | | | | |
| 11 | H28 | 1月6日 | 水曜日 | 10:10 | 有 | 不明 | 調剤 | 1人 | 37歳 | 女性 | 同職種者 | 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) 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): ジェネリック希望の患者様にセルベックス細粒のままお渡した。 | | | | | | | | |
| | 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】 ジェネリック希望の患者にテプレノン細粒を出すべきところ、先発のセルベックス細粒でお渡した。混雑していた時間で、薬情拒否の患者様でもあり、他の薬はジェネリックへ変更していたがこの薬は先発だと思いそのまま出してしまった。 | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 混雑時でバタバタしており、薬情がない分、薬袋、PCの確認不足 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 投薬時確認を怠らず、PCの注意事項も忘れずに、また混雑時も焦らないようにする。 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | H28 | 1月18日 | 月曜日 | | 有 | 治療無 | 調剤 | 1人 | 26歳 | 男性 | 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 | | | | | | | | |
| | 説明文取り違い | | その他(薬袋・薬情間違) | 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): ワイパックス0.5mg昼食後 | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | |
| 当該ヒヤリハットの内容に関する情報 | | | | | | | | | | | | |
| 【事例の内容】 ワイパックス0.5mg1T昼食後の処方を間違えて朝食後と入力し薬袋、薬情も朝食後のまま渡してしまっ。翌日発覚し本人へTell | | | | | | | | | | | | |
| 【背景・原因】 薬袋、薬情の確認をしそこなかった。 | | | | | | | | | | | | |
| 【改善策】 入力内容をしっかり確認する。薬袋、薬情の確認を怠らない | | | | | | | | | | | | |

| 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) | |
|----|---|--------|------|--|----------|-------|-------|------|-------|----|---------|---------------------------|--|
| 13 | H27 | 12月17日 | 木曜日 | 10:17 | 有 | 治療無 | 調剤 | 1人 | 33歳 | 女性 | 家族・付き添い | 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):ルボックス錠25mg 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):フルボキサミン錠25mg | | | | | | | | | |
| | | | | 「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】 先発希望の患者様にジェネリックでお渡ししてしまっていた。投薬時には気づかず、翌日ご家族が持参され発覚 【背景・原因】 ご家族への投薬でお待たせしていたのもあり、監査を怠った。 【改善策】 焦らず確認を十分に「行う。監査時、錠数だけでなく薬名も処方箋に記載しつつ確認を行う。 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | H27 | 9月25日 | 金曜日 | 9:30 | 有 | 治療無 | 調剤 | 1人 | 25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):リスペリドン2mg錠 間違えた医薬品(販売名/メーカー名):リスペリドン内用液2ml | | | | | | | | | |
| | | | | 「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 | | | | | | | | | |
| | 当該ヒヤリハットの内容に関する情報 | | | | | | | | | | | | |
| | 【事例の内容】 ジェネリック希望の患者様、リスパダールOD2mg錠1錠(6回分不穏時)について、リスペリドン2mg錠を出すべきところをリスペリドン内用液2mlを交付した。 【背景・原因】 一包化の処方、頓服薬のため単独ヒートのまま調剤するものだった。一包化を担当した薬剤師の最終チェックを待たずに、監査担当薬剤師が独自に出してしまった。屯用では液剤を処方されることが多い為、思い込みによるもの 【改善策】 多忙でもダブルチェックを怠らない。 | | | | | | | | | | | | |