

共有すべき事例

2010年3月 事例 1

〔内服薬調剤〕 数量間違いに関する事例

(事例番号：000000001795)

事例

【事例の内容】

ユーエフティカプセル100mg 3カプセル×50日分（150カプセル）のところ、120カプセル＋50カプセルで取ってしまった。

【背景・要因】

ユーエフティカプセル100mgの箱が120カプセル入りではなく、100カプセル入りだと思い込んでしまった。

【薬局が考えた改善策】

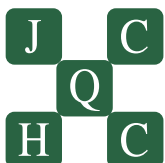
1箱の包装単位が「100（カプセル）」「140（カプセル）」などではない薬品をチェックする。

事例のポイント

- 錠剤、カプセル等は1シートの薬剤数が異なるのみならず、1箱に封入されている薬剤数も製薬会社、製品によって様々である。ユーエフティカプセルは抗がん剤であるため、このようなハイリスク薬における1シートの薬剤数や1箱の薬剤数の確認は特に徹底する必要がある。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0281(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2010年3月 事例3

〔交付〕 患者間違いに関する事例

(事例番号：000000002078)

事例

【事例の内容】

患者Aと患者Bにおいて、それぞれ一包化した薬剤を逆の患者にして渡してしまった。患者Aが、朝の薬を服用する際に発見した。患者Bにすぐ連絡をしたところ、まだ服用していなかった。

【背景・要因】

調剤時、患者の来局が重なり、鑑査台には複数のトレイが並んでいる状態だった。鑑査を終えた後、それぞれ異なるトレイに間違えて入れた可能性がある。

【薬局が考えた改善策】

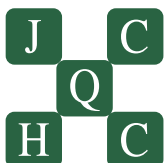
トレイにセットするときも、薬剤師が自ら確認して行う。投薬時、薬袋に薬を入れる際は、再度、確認を患者と一緒にすることを徹底する。

事例のポイント

- 薬剤を一包化することは、複数の薬剤を服用する患者にとって利便性がある。しかし、その内容については、患者自身が確認することは困難であり、初めて処方された薬剤であった場合、処方された薬剤との正誤を見分けることは難しい。前回と同様の薬剤であれば、その違いを発見することも出来ることもある。
- 今回の場合、患者Aが違うことに気付き、患者Bはまだ服用していなかったが、患者Bが自分の薬ではないことに気がつくことが出来たかどうかは分からない。また、患者A、B双方が自分の薬ではないことに気づかず服用し続ける可能性も考えられる。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0281(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/>