

【2】 交付時の患者間違いに関する事例

薬局は調剤や薬剤などの供給を通じて国民に対し良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならず、薬剤師は最適な薬物療法を提供する医療の担い手としての役割が期待されている。薬剤を交付する際に患者を間違えた場合、薬剤を処方された患者が必要な薬物治療を受けられないだけでなく、別の患者が不必要な薬剤を服用してしまう危険性がある。さらに、服用している薬剤の情報は個人情報に該当するため、患者間違いにより他人に知られることがないよう特段の配慮が求められる。以上のことから、薬剤師は交付時に患者間違いが起きないように対策を行うことが重要である。また、新型コロナウイルス感染症の流行などにより、薬局外で待機する患者への薬剤の交付や患者宅への配達など、投薬カウンター以外の場所で薬剤を交付する機会が増えており、患者間違いが起これないよう、より一層の注意が必要である。

本事業には、薬局での交付時や薬剤の配達・発送時に患者間違いが起きた事例が報告されている。そこで、本報告書では、これらの事例を交付時の患者間違いに関する事例として分析を行った。

(1) 報告状況

1) 対象とする事例

調剤に関するヒヤリ・ハット事例から、「事例の内容」で「患者間違い」を選択した事例、またはキーワードに「患者間違、患者誤認、患者取り違、患者取違、患者を間違、患者を誤、患者を取り違、患者を取違、異なる患者、別の患者」のいずれかを含む事例を抽出し、調製した薬剤を別の患者に交付しそうな事例または交付した事例を対象とした。そのうち、レセプトコンピュータへの患者氏名の入力間違いや分包紙の患者氏名記載間違いなど、処方箋応需時や調製時に誤りが発生した事例は除外した。

2) 報告件数

本報告書の集計期間は2023年7月～12月であるが、対象となる事例の件数が少なかったため、2022年1月～2023年6月に報告された事例についても併せて分析を行うこととした。2022年1月～2023年12月に報告された事例のうち、対象とする事例は93件であった。

(2) 事例の概要

1) 当事者の職種と職種経験年数

当事者の職種と職種経験年数を整理して示す。職種は薬剤師が多く、薬剤師の職種経験年数は様々であった。事務員が当事者として報告された事例は、服薬指導が済んだ患者の薬剤を患者宅などに配達する際に届け先を間違えた事例であった。

図表Ⅲ－２－１ 当事者の職種と職種経験年数

職種経験年数	職種	
	薬剤師	事務員
0～4年	17	1
5～9年	13	0
10～14年	17	3
15～19年	11	1
20～24年	13	0
25～29年	8	0
30年以上	12	2

注) 当事者は複数回答が可能である。

2) 患者間違いが起きた場面

患者間違いが起きた場面を整理して示す。

図表Ⅲ－２－２ 患者間違いが起きた場面

患者間違いが起きた場面	件数
薬局での交付時	87
患者宅などへの配達・発送時	6
合計	93

(3) 薬局での交付時に患者間違いが起きた事例

薬局での交付時に患者間違いが起きた事例87件を以下のように分類した。

図表Ⅲ－２－３ 事例の分類

事例の分類	件数
患者 X を呼んだ際に患者 Y が来た	52
患者 X の薬剤を患者 Y に持って行った	18
患者 X を呼ぶところ患者 Y を呼んだ	2
詳細不明	15
	87

1) 患者Xを呼んだ際に患者Yが来た事例

薬剤師が患者Xを呼んだ際に患者Yが来た事例52件について分析を行った。

①患者Yが来た背景・要因

薬剤師が患者Xを呼んだ際に患者Yが来た背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ－2－4 患者Yが来た背景・要因

患者Yが来た背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・患者XとYの氏名が似ており、患者Yは自分の氏名が呼ばれたと勘違いした。(複数報告あり) ・患者Yは難聴で、自分の氏名が呼ばれたと勘違いした。(複数報告あり) ・薬局内が混雑しており、患者Yは薬剤師の声が聞き取りにくかった。(複数報告あり) ・患者Yは認知機能が低下しており、自分の氏名が呼ばれたと勘違いした。 ・患者Yは急いでおり、自分が呼ばれたと勘違いした。 ・患者Yは外国人で、日本語が聞き取りにくかった。

②薬剤交付の有無

薬剤交付の有無を示す。患者間違いに気付かず薬剤を交付した事例が35件と多かった。

図表Ⅲ－2－5 薬剤交付の有無

薬剤交付の有無	件数
患者間違いに気付き薬剤を交付しなかった	17
患者間違いに気付かず薬剤を交付した	35
合計	52

i.患者間違いに気付き薬剤を交付しなかった事例

患者間違いに気付き薬剤を交付しなかった事例17件について、患者間違いに気付いた契機を整理して示す。

図表Ⅲ－2－6 患者間違いに気付いた契機

患者間違いに気付いた契機	件数
患者Xの薬剤を投薬カウンターに来た患者に交付している最中に待合室から患者Xが来た	6
別の薬局スタッフから、薬剤を交付している患者が違うと指摘された	4
投薬カウンターに来た患者と話がかみ合わなかったため、処方内容を再確認した	3
投薬カウンターに来た患者に薬剤を交付している最中に、別の投薬カウンターで患者Yの氏名が呼ばれ、目の前の患者が返事をした	1
処方箋に記載された患者Xの年齢と投薬カウンターに来た患者の外見に違和感があり患者に氏名を改めて確認した	1
詳細不明	2
合計	17

ii.患者間違いに気付かず薬剤を交付した事例

患者間違いに気付かず薬剤を交付した事例35件について、患者間違いに気付かなかった背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ－2－7 患者間違いに気付かなかった背景・要因

患者間違いに気付かなかった背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・投薬カウンターに来た患者の氏名を確認しなかった。(複数報告あり) ・投薬カウンターに来た患者に違和感があったが、家族が代理で薬剤を取りに来たと思いこんだ。(複数報告あり) ・投薬カウンターで患者に名乗ってもらう手順であったが、遵守しなかった。 ・薬局が混雑しており、交付時の患者確認がおろそかになった。

次に、薬剤を交付後に患者間違いに気付いた契機を整理して示す。

図表Ⅲ－2－8 交付後に患者間違いに気付いた契機

交付後に患者間違いに気付いた契機	件数
薬剤を交付すべきであった患者Xから薬剤がいつ交付されるか聞かれた	13
薬剤を誤って交付した患者Yまたはその家族から薬剤が違いと指摘された	6
薬剤を交付するために患者Yを呼んだ際、患者Yが投薬カウンターに来なかったため確認したところ、すでに患者Xの薬剤を受け取り帰宅していることに気付いた	2
未記載	14
合計	35

③事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－２－９ 事例の内容

No.	事例の内容
患者間違いに気づき薬剤を交付しなかった	
1	薬剤師が患者Xを呼んだ際、自分が呼ばれたと勘違いした患者Yが投薬カウンターに来た。患者Xと患者Yの処方内容が似ており、交付者は患者Yと会話がかみ合ったため、患者Xであると思い込んだ。患者Yを知っている別の薬局スタッフが、投薬カウンターで服薬指導を受けている患者Yの薬剤が調剤室に残っていることに気づき、交付者に指摘した。
2	薬剤師が患者Xの氏名を呼んだ際、高齢の患者が投薬カウンターに来た。薬剤師が改めて氏名を読みあげて確認したところ、患者が頷いた。処方箋に記載された年齢と投薬カウンターに来た患者の外見に違和感があったため、耳元でもう一度氏名を確認したところ患者Yであることがわかった。
患者間違いに気付かず薬剤を交付した	
3	薬剤師が患者Xを呼んだ際に患者Yが投薬カウンターに来たが、薬剤師は患者Xだと思い込み、本人確認を行わず薬剤を交付した。処方内容が似ていたため、患者Yは自分の薬剤だと思い込んだ。その後、患者Yに薬剤を交付するために呼んだ際、患者Yが投薬カウンターに来なかったため確認したところ、患者Yに患者Xの薬剤を誤って交付したことに気付いた。
4	薬剤師が男性患者Xの氏名を呼んだ際、女性が投薬カウンターに来た。薬剤師は、前立腺肥大症治療薬のシロドシンOD錠が処方されていたため、再度氏名を確認したが、女性が「はい」と返事をしたため、患者Xの家族が代理で薬剤を取りに来たのだらうと判断し交付した。その後、患者Xが投薬カウンターに来た際に氏名を確認したところ、患者Yに薬剤を交付したことに気付いた。

④ 薬局から報告された改善策

薬局から報告された改善策を示す。

図表Ⅲ－２－１０ 薬局から報告された改善策

○交付時
<ul style="list-style-type: none"> 投薬カウンターに来た患者に、薬袋や薬剤情報提供書に、記載された氏名を見せて確認する。(複数報告あり) 投薬カウンターに来た患者に氏名を名乗ってもらい、処方箋に記載された氏名と照合する。(複数報告あり) 患者を呼び出す際、フルネームで複数回呼びかける。(複数報告あり) 投薬カウンターに来た患者の性別を処方箋に記載された内容と照合する。 患者に薬剤を見せ、いつもの薬剤と同じであるか確認する。 患者の氏名を読み上げる際、ゆっくり、はっきり発音する。 氏名が類似している患者が同時に来局した際は、薬局スタッフ間で情報共有を行う。
○その他
<ul style="list-style-type: none"> 本人確認を行うことが難しい患者には、家族に付き添いを依頼する。 来局した患者に番号札を配布するなどの対応を検討する。

Ⅲ

(1)

(2)

交付時の患者間違いに関する事例

2) 患者Xの薬剤を患者Yに持って行った事例

薬剤師が患者Xの薬剤を患者Yに持って行った事例18件の分析を行った。

①発生場所

患者間違いが発生した場所を整理して示す。

図表Ⅲ－2－11 発生場所

発生場所	件数
駐車場や駐輪場	12
ドライブスルーの投薬カウンター	3
待合室	3
合計	18

②薬剤師が患者を間違えた背景・要因

薬剤師が患者を間違えた背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ－2－12 薬剤師が患者を間違えた背景・要因

○駐車場や駐輪場
<ul style="list-style-type: none"> ・色が似ている自動車が複数停車していた。 ・患者から提供された自動車のナンバーが間違っていた。 ・患者の氏名が類似していた。
○ドライブスルーの投薬カウンター
<ul style="list-style-type: none"> ・ドライブスルーに並んでいる自動車の順番が入れ変わっていたことに気付かなかった。 ・来局者が多く、患者がドライブスルーで待機しているか薬局内で待機しているか把握しにくい状況であった。
○待合室
<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師が患者Xの氏名を呼んだ際、患者Yが振り向き、席を空けたため、患者Xだと誤認した。

③薬剤交付の有無

薬剤交付の有無を示す。患者間違いに気付かず薬剤を交付した事例が13件と多かった。

図表Ⅲ－2－13 薬剤交付の有無

薬剤交付の有無	件数
患者間違いに気付き薬剤を交付しなかった	5
患者間違いに気付かず薬剤を交付した	13
合計	18

i.患者間違いに気付き薬剤を交付しなかった事例

患者間違いに気付き薬剤を交付しなかった事例5件について、患者間違いに気付いた契機を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１４ 患者間違いに気付いた契機

患者間違いに気付いた契機	件数
患者Xの薬剤を交付しようとした際に、患者Yから指摘された	1
薬剤を交付する際に、患者に氏名を確認した	1
未記載	3
合計	5

ii.患者間違いに気付かず薬剤を交付した事例

患者間違いに気付かず薬剤を交付した事例13件について、患者間違いに気付かなかった背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１５ 患者間違いに気付かなかった背景・要因

患者間違いに気付かなかった背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・ 駐車場や駐輪場で待機する患者に電話で服薬指導を済ませていたため、交付時の患者確認がおろそかになった。 ・ 交付時に患者の名字のみを確認し、フルネームでの確認を行わなかった。 ・ 交付時の手順を遵守しなかった。 ・ 薬剤師が患者Yに「Xさんですね？」と聞いた際に患者Yが頷いたため、患者Yを患者Xだと思いこんだ。

次に、薬剤を交付後に患者間違いに気付いた契機を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１６ 交付後に患者間違いに気付いた契機

交付後に患者間違いに気付いた契機	件数
薬剤を交付すべきであった患者Xから薬剤がいつ届くか問い合わせがあった	4
薬剤を誤って交付した患者Yまたはその家族から薬剤が違っていると指摘された	2
自動車で待機している患者Xに薬剤を交付する際に、患者Xの薬剤がなく、患者Yの薬剤が残っていることに気が付いた	1
未記載	6
合計	13

④事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－２－１７ 事例の内容

No.	事例の内容
駐車場や駐輪場	
1	自動車で待機している患者Xに薬剤を届ける際に、別の自動車で待機している患者Yに誤って薬剤を届けた。患者Xから薬剤が届かないと電話があり、患者間違いに気付いた。
ドライブスルーの投薬カウンター	
2	ドライブスルーに数台の自動車が並んでいた。1台目にいた患者Xは、時間がかかるだろうとドライブスルーの一番後ろへ並び直した。薬剤師はそのことを知らず、1台目にいた患者Yを患者Xだと思い込み、患者Xの薬剤を交付した。
待合室	
3	薬剤師が患者Xの氏名を呼んだところ、患者Yが振り向いて場所を空けた。薬剤師は患者Yを患者Xだと思い込んで席まで行き、薬剤を交付した。患者Yは難聴であった。

⑤薬局から報告された改善策

薬局から報告された改善策を示す。

図表Ⅲ－２－１８ 薬局から報告された改善策

○交付時
<ul style="list-style-type: none"> ・自動車等で待機している患者に薬剤を持って行く際は、自動車の車種、色、ナンバーを事前に聴取した内容と照合する。(複数報告あり) ・交付時に患者のフルネームと年齢を確認する。 ・患者本人に氏名を名乗ってもらう。 ・患者に薬袋や服薬情報提供書に記載された氏名を見せ、間違いがないか確認を行ったうえで交付する。
○その他
<ul style="list-style-type: none"> ・駐車場や駐輪場で待機する患者の処方箋を応需する際は、自動車の色やナンバー及び患者の特徴などについて、医療機関から伝えてもらうように取り決めた。

3) 患者Xを呼ぶところ患者Yを呼んだ事例

薬剤師が患者Xを呼ぶところ患者Yを呼んだ事例2件は、複数の患者の調剤を同時に行っていたことが背景・要因に挙げられていた。主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－２－１９ 事例の内容

事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策
薬局内で患者XとYが待っていた。患者Xの薬剤の準備が完了し、交付者が氏名を呼ぶ際に誤って患者Yの氏名で呼び出した。患者Yより「私はYという氏名だが薬剤は私のものではない。」と指摘された。	薬局が混雑しており、交付者に焦りがあった。患者Xを呼び出す前に患者Yの薬剤の調製もっており、氏名を呼び間違えた。	患者を呼ぶ前に帳票類で氏名を再度確認するようにした。

(4) 患者宅などへの配達・発送時に患者間違いが起きた事例

患者宅などへの配達・発送時に患者間違いが起きた事例6件を以下のように分類した。

図表Ⅲ-2-20 事例の分類

事例の分類	件数
配達先を間違えた	4
発送先を間違えた	2
合計	6

1) 配達先を間違えた事例

① 配達先を間違えた背景・要因

配達先を間違えた背景・要因を示す。

図表Ⅲ-2-21 配達先を間違えた背景・要因

配達先を間違えた背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・配達先の玄関に表札がなく、郵便受けにも氏名が書かれていなかった。 ・配達先が集合住宅で、類似した複数の棟があった。 ・薬局で把握していた患者の自宅住所に誤りがあった。

② 配達先を間違えたことに気付いた契機

配達先を間違えたことに気付いた契機を示す。

図表Ⅲ-2-22 配達先を間違えたことに気付いた契機

配達先を間違えたことに気付いた契機	件数
誤って配達した届け先から指摘された	2
薬剤を交付すべきであった患者から薬剤が届かないと連絡があった	1
詳細不明	1
合計	4

③ 事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ-2-23 事例の内容

No.	事例の内容
1	欠品していた薬剤をマンションAの患者へ届ける予定であったが、マンションBの同じ部屋番号に届けた。患者より薬剤が届いていないと連絡があり、配達先を間違えたことに気付いた。
2	調剤時にリスパダール内用液1mg/mL (2mL包装) が13包不足したため、後日、配達することになった。配達時、患者が不在であったため郵便受けに入れた。配達後、患者宅の隣人から身に覚えのない薬剤が届けられたと連絡があり、配達先を間違えたことがわかった。

④薬局から報告された改善策

薬局から報告された改善策を示す。

図表Ⅲ－２－２４ 薬局から報告された改善策

薬局から報告された改善策
<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤を配達する際は、建物の名称や表札を確認する。 ・薬剤を配達した際に患者が不在の場合は、配達後に患者へ電話して薬剤が届いたか確認を行う。

2) 発送先を間違えた事例

発送先を間違えた事例2件は、患者Xに薬剤を発送する際に同姓同名の患者Yの住所を記載した事例であった。主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－２－２５ 発送先を間違えた事例

事例の詳細	背景・要因	薬局から報告された改善策
患者Xにトラネキサム酸錠250mg「YD」が処方されたが、在庫が不足していたため、不足分を後日発送することにした。不足分の薬剤を発送する際、誤って同姓同名の患者Yに発送した。	患者Xの自宅の住所をレセプトコンピュータで検索した際、同姓同名の患者Yも表示され、誤って患者Yの住所を送付先として選択した。	薬剤の発送先を調べる際は、患者の氏名だけではなく生年月日も確認するように取り決めた。

Ⅲ

【1】

【2】

交付時の患者間違いに関する事例

(5) 交付する薬剤を取り違えた事例

本テーマでは、薬剤交付時に患者を間違えた事例を対象として分析を行ったが、本事業には交付する薬剤を取り違えた事例も報告されている。参考として事例の内容を紹介する。

<参考> 交付する薬剤を取り違えた事例

No.	事例の詳細	背景・要因	薬局から報告された改善策
薬局での交付時に薬剤を取り違えた事例			
1	患者Xが調製済みの薬剤を受け取りに来局した。患者Xから薬剤の引換券を受け取った際、別の日に来局した患者Yの薬剤に引換券と同じ番号が付いていたため誤って交付した。患者Xは急いでおり、患者Yの薬剤を交付されたことに気付かなかった。その後、患者Xは受け取った薬剤を見て、自分の薬剤ではないことに気付いた。	年末で忙しい状況だった。交付者は氏名を確認したが、患者は急いでいて氏名を聞き取れていなかった可能性がある。	引換券受け取り時に、引換券の番号、処方箋を受け取った日付、氏名を必ず確認する。残置薬を保管する場合は、当日と当日以外の薬剤を区別し保管場所を色分けする。
患者宅への配達時に薬剤を取り違えた事例			
2	新型コロナウイルス感染症に罹患した患者Xの自宅に薬剤の配達を行った。その際、患者Xの自宅の郵便受けに患者Yの薬剤を入れ、電話で服薬指導を行った。説明時、薬袋から薬剤を出して確認するように患者に伝えたが、患者Xは確認しなかった。患者Xが薬剤を服用する際に、患者Yの薬剤であることに気付いた。	複数の薬剤を同時に配達しており、急いで届けなければならないと思い、焦りがあった。患者の自宅に表札が出ておらず、職員が郵便受けに薬剤を入れる際に、患者氏名が配達先と一致しているか確認できなかった。	電話での服薬指導時に、薬袋に記載されている氏名が正しいか患者に確認してもらう。

(6) まとめ

本テーマでは、交付時の患者間違いに関する事例について分析を行った。患者間違いが起きた場面ごとに、背景・要因、薬剤交付の有無、患者間違いに気付いた契機などを整理した。また、主な事例の内容や薬局から報告された改善策を紹介した。

薬局での交付時に患者間違いが起きた事例では、患者Xを呼んだ際に患者Yが来た事例の報告が多かった。患者に薬剤を交付する際は、投薬カウンターに来た患者の氏名と処方箋に記載された氏名が一致しているか確認することに加え、薬袋及び薬剤情報提供書に記載されている氏名を患者に見せて確認してもらうなどの視覚的な確認も併せて行うことが有用である。また、患者を確認する方法については、薬局の規模や来局する患者のプライバシー保護の観点から、患者に配慮した確認方法を薬局内で検討しておく必要がある。

薬剤師が患者Xの薬剤を患者Yに持って行った事例では、駐車場や駐輪場で待機する患者に薬剤を交付する際に患者間違いが起きた事例が多かった。感染症流行などの影響により、駐車場や駐輪場などで患者に薬剤を交付する際は、患者から入手した自動車のナンバーなどの情報をもとに患者の待機場所に向かい、患者氏名の確認を行ったうえで、薬袋や薬剤情報提供書に記載されている氏名を患者に

見せて確認してもらうなど、投薬カウンターでの交付時と同じ手順で確認する必要がある。

患者宅などへ薬剤を配達する際は、配達先の住所、患者氏名に誤りがないか確認してから配達を行うことが必須であり、患者に直接薬剤を渡し、患者と共に薬剤の内容が正しいか確認を行うことが望ましい。患者に直接薬剤を渡せない場合は、郵便受けに薬剤を入れた後に患者に連絡を取り、薬袋の氏名及び入っている薬剤に誤りがないか確認してもらうことが重要である。また、患者に薬剤を発送する場合は、薬局で把握している患者の住所に間違いがないか患者と確認することや、レセプトコンピュータなどで送付先の住所を検索する際に、同姓同名の患者がいる可能性を考慮し、氏名だけでなく生年月日も用いて確認を行うなどのルールを定めておくことが重要である。

患者間違いを防ぐためには、医療従事者が患者の氏名を確認することが基本であるが、氏名や生年月日などの情報を医療従事者に正しく伝えることの重要性を患者や家族に理解してもらい、協力を得ることも必要である。

本報告書の分析内容や紹介事例を、薬局の業務や研修などにご活用いただきたい。

Ⅲ

【1】

【2】

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第30回報告書

事例から学ぶ

交付時の患者間違いに関する事例

【患者Xを呼んだ際に患者Yが来た事例】

■事例の詳細

薬剤師が男性患者Xの氏名を呼んだ際、女性が投薬カウンターに来た。薬剤師は、前立腺肥大症治療薬のシロドシンOD錠が処方されていたため、再度氏名を確認したが、女性が「はい」と返事をしたため、患者Xの家族が代理で薬剤を取りに来たのだらうと判断し交付した。その後、患者Xが投薬カウンターに来た際に氏名を確認したところ、患者Yに薬剤を交付したことに気付いた。

■背景・要因

薬局が混雑しており、患者Yが難聴であったため自分が呼ばれたと勘違いした可能性がある。

■薬局における改善策

交付時には薬袋に記載されている氏名を患者に見せて確認してもらう。

→この他にも事例が報告されています。

【患者Xを呼んだ際に患者Yが来た事例】

- ◆ 薬剤師が患者Xの氏名を呼び、投薬カウンターに来た患者に服薬指導を行った。処方された薬剤と患者から聴取した症状が合わないため、医療機関に処方内容を確認することを患者に伝え、調剤室に戻った。その際、他の薬剤師から薬剤を交付する患者が違うことを指摘された。

【患者Xの薬剤を患者Yに持って行った事例】

- ◆ 駐車場で患者Xと患者Yが薬剤の交付を待っており、患者Xと患者Yの自動車は車種が異なるが同じ黒色であった。薬剤師による電話での服薬指導が終わった後、事務員が患者Xに薬剤を渡しに行った。薬局の近くに止まっていた患者Yの自動車を見て、事務員は患者Xの自動車であると思い込み、薬剤を交付した。その後、帰宅した患者Yの家族から患者Xの薬剤を受け取ったと連絡があった。

【配達先を間違えた事例】

- ◆ 薬局に在庫のない薬剤が処方されていたため、調達後に配達すると患者に説明した。患者より、自宅のアパートは似ている棟が2つあり間違えやすいので、自宅の近くに来た際に連絡をくれれば直接薬剤を受け取りに行くこと申し出があった。患者の自宅に向かい、患者に電話したが繋がらなかったため、郵便受けに薬剤を入れた。その後、患者から薬剤が届かないと連絡があったため確認したところ、異なる棟の同号室に配達していたことがわかった。

【発送先を間違えた事例】

- ◆ 患者Xに処方された薬剤が不足していたため、不足分は発送することになった。後日、不足分の薬剤を発送する際、レセプトコンピュータで患者を検索した際に表示された同姓同名の患者Yに誤って発送した。患者Yから連絡を受け、患者間違いが判明した。

ポイント

- 患者に薬剤を交付する際は、投薬カウンターに来た患者の氏名と処方箋に記載された氏名が一致しているか確認することに加え、薬袋及び薬剤情報提供書に記載されている氏名を患者に見せて確認してもらうなどの視覚的な確認も併せて行うことが有用である。
- 患者を確認する方法については、薬局の規模や来局する患者のプライバシー保護の観点から、患者に配慮した確認方法を薬局内で検討しておく必要がある。
- 感染症流行などの影響により、駐車場や駐輪場などで患者に薬剤を交付する際は、患者から入手した自動車のナンバーなどの情報をもとに患者の待機場所に向かい、患者氏名の確認を行ったうえで、薬袋や薬剤情報提供書に記載されている氏名を患者に見せて確認してもらうなど、投薬カウンターでの交付時と同じ手順で確認する必要がある。
- 患者宅などへ薬剤を配達する際は、配達先の住所、患者氏名に誤りがないか確認してから配達を行うことが必須であり、患者に直接薬剤を渡し、患者と共に薬剤の内容が正しいか確認を行うことが望ましい。
- 患者に薬剤を発送する場合は、薬局で把握している患者の住所に間違いがないか患者と確認することや、レセプトコンピュータなどで送付先の住所を検索する際に、同姓同名の患者がいる可能性を考慮し、氏名だけでなく生年月日も用いて確認を行うなどのルールを定めておくことが重要である。

Ⅲ

【1】

【2】

交付時の患者間違いに関する事例



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル 電話：03-5217-0281（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
<https://www.yakkyoku-hiyari-jcqh.c.or.jp/>