

共有すべき事例

2012年2月 事例 1

〔内服薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000023372)

事 例

【事例の内容】

新人AがユベラNソフトカプセル200mgの処方のところユベラNカプセル100mgを調剤してしまった。投薬はもう一人の薬剤師Bだったが間違いに気づけなかった。後で薬歴を記入するときに気がついて患者に連絡、交換した。

【背景・要因】

Aがまだ勤務開始から4日目でユベラNカプセル100mgがあることを知らなかった。Bの鑑査が不十分だった。

【薬局が考えた改善策】

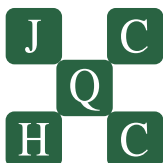
鑑査を徹底する。規格違いが多いことを再認識する。

事例のポイント

- 新人薬剤師が調剤業務に不慣れであるうちは、ベテラン薬剤師に比べてミスが多くなりがちである。
- 新人薬剤師が作業したことが識別出来るような工夫をすることは有効であると思われる。
- 例えば、新人薬剤師が調剤する時のトレイは、通常時のトレイと色や形等が異なるものを使用して識別し易いようにすることも1つの方法である。

※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。



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

〒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/>

共有すべき事例

2012年2月 事例2

〔交付〕 患者間違いに関する事例

(事例番号：000000023833)

事例

【事例の内容】

患者Aの名前をお呼びした時、患者Bが投薬口に来られた。耳のやや遠い方であったが、クラビット錠500mgとハルナールD錠0.2mgの説明をすると、うなずいておられたので薬を渡した。この時、当事者の薬剤師は患者Bを患者Aと思い込んでいた。その後、患者Aより「薬はまだか。」と言われ、クラビット錠500mgとハルナールD錠0.2mgを渡した。患者Bはその直前に一旦外出されていた。当事者の薬剤師は患者A、患者Bともに初めての対面であった。その後、患者Bの家族より「他人の薬が袋に入っている。」と電話があった。患者Bに患者Aの薬を渡したことが発覚した。同日、患者B自宅に行き、謝罪し、薬を回収した。服用はされていない。

【背景・要因】

所属店舗ではない店舗の勤務、また繁忙であったせいか、集中力に欠けていた。普段の精神状態で出来ていなかった。

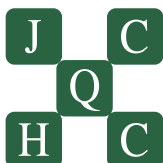
【薬局が考えた改善策】

患者をお呼びして投薬口に来られたら再度、名前の確認を行う。耳が遠い方であれば、薬袋や薬剤情報提供文書など、名前が入っているものを見せて本人であることを確認する。思い込みをせず、疑わしいと思った時は、念を押して確認をする。

事例のポイント

- 医療機関での手術時などの場面における患者取違えの類似事例が、薬局において発生した事例である。
- 改善策で示されているように、聴力が低下している方には名前の入った薬袋を確認してもらうことは有効な手段である。
- それ以外にも、保険証など名前が入ったものを再度提示していただく、あるいは引換券（番号札等）を窓口で回収する等の確認手段も有効であると思われる。
- 薬局の仕組みに合わせて患者の取違え防止策を工夫するか、薬局において業務の仕組みを変えることが重要である。

※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。



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

〒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/>