

A-PO 内服調剤

| プロセス | 分類(1) | 誤りのパターン | 原因 | 対策(予防および対応) | 頻度 | 重大性 | リスク | 参考事例 | 事例要旨 |
|-----------|-----------|----------------|--|--|----|-----|-----|---------------|---|
| 調剤(内服・外用) | 処方せん受付 | 患者氏名の確認が不十分 | 複数の処方せんを同時に受け付けた際の注意点を理解していない。 | 特に複数処方せんを同時に受け付けた場合には患者の姓名の確認を慎重に行うこと。処方せんの患者氏名と患者IDカード、会計票などの帳票とあわせて、氏名を確認する。 | 小 | 中 | 小 | 2004-00180170 | 時間外に姉妹で受診し、処方箋を2枚薬剤部に提出すると一人分として処方された。患者からの電話で発見した。 |
| 調剤(内服・外用) | 処方鑑査・疑義照会 | 粉碎不可の見逃し | 粉碎の可否を確認することなしに調剤を行った。粉碎不可の代表的な薬剤をも理解していなかった。 | 粉碎不可の薬剤にはどのようなものがあるのかを学ぶ。粉碎の処方を受け付けた場合の粉碎の可否の確認の方法を習得させる。 | 小 | 中 | 小 | 2004-00171683 | 吸湿性である粉碎してはいけない薬品のデバケン錠を粉碎して調剤をした。当日夕食後看護師が与薬使用として薬剤の異常に気づいた。患者は当日夕食後と翌日の朝食後に服薬できなかつた。 |
| 調剤(内服・外用) | 処方鑑査・疑義照会 | 分量のチェック不十分 | 小児の服用量をチェックする習慣が欠けていた。正しく判断する知識が不足していた。 | 小児の服用量は常に確認しなければならぬ重要なポイントであることを理解させる。小児の服用量の確認の方法を習得させる | 小 | 大 | 大 | 2005-00268227 | ペリアクチン30mgは、用量オーバーである。気づかず、小児用量0.3gを秤量した。監査も気づかなかつた。 |
| 調剤(内服・外用) | 処方鑑査・疑義照会 | 用法のチェック不十分 | 処方の内容を正しく理解する薬剤の知識が不足していた。用法が指示が重要であることを認識が欠けていた。 | 服用時点が必要に適切な薬剤にはどのようなものがあるのかを学ぶ。薬剤の適正使用において用法が適正であるかのチェックが重要であることを理解させる。 | 小 | 中 | 中 | 2004-00221351 | 研修医が処方した処方、散薬の倍率が理解出来ておらず、3種類の薬を2倍から10倍で処方した。調剤した薬剤師はその間違いに気付かず調剤をした。間違った薬は合計で5日間投与された。患者の容態が悪化し、人工呼吸管理となつたが、原因を追及せずこいた。容態回復後、再度間違つた処方と同じ処方が出た際、調剤した薬剤師が疑義照会をして、間違いが発生した。患者は一時重篤な状態に陥つた。脳性麻痺があるため筋力低下がひどく、回復に時間を要する。事故発生後、東京都へ事故報告を行った。 |
| 調剤(内服・外用) | 処方鑑査・疑義照会 | 薬剤の規格の手チェック不十分 | 複数の規格が採用になっている薬剤についての知識が不足していた。古い調剤内期による調剤に疑問をもたなかつた。 | 院内で複数規格が採用になっている薬剤について学ぶ。院内には1規格であるが、他の規格が市販されている薬剤について学ぶ。 | 小 | 中 | 中 | 2005-00268168 | バイカロン錠3x1 7Lの処方、バイカロンは、利尿剤であり、用量オーバー用法は一日3回となつており、間違い合わせをするべきであった。そのまま調剤し、はらわされた。実際は、バイロテンシンの間違いであった。 |
| 調剤(内服・外用) | 処方鑑査・疑義照会 | 患者名の誤り | 患者名の記載の誤りが重篤な事故に繋がる可能性があることを認識していない。薬袋の記載内容を自己鑑査の手チェックポイントにしていない。転記の誤り。入力への誤り。 | 患者氏名の誤りは大きな医療過誤に繋がる恐れがあることを再度教育する。調剤監査時に処方せんと薬袋の氏名の付け合わせを必須の項目とする。 | 中 | 大 | 大 | 2004-00239239 | マイスリー10mgが朝食後で処方されており、そのまま調剤した。患者様が朝食後に服用しようとしたところ気づかれ、問い合わせがあり薬局から正しい用法について説明した。 |
| 調剤(内服・外用) | 薬袋・ラベル作成 | 患者名の誤り | 患者名の記載の誤りが重篤な事故に繋がる可能性があることを認識していない。転記の誤り。入力への誤り。 | 患者氏名の誤りは大きな医療過誤に繋がる恐れがあることを再度教育する。調剤監査時に処方せんと薬袋の氏名の付け合わせを必須の項目とする。 | 中 | 大 | 大 | 2004-00251171 | トフラニール錠2x14x10mgの規格のものをばらわされた。 |
| 調剤(内服・外用) | 薬袋・ラベル作成 | 1回服用量の誤り | きちんと確認のための計算を行わなかつた。記入の誤り。 | 服用量の記載の誤りが大きな医療過誤に繋がる恐れがあることを再度教育する。必ず確認のための計算を行い確認してから記入する習慣を身に付ける。 | 小 | 中 | 中 | 2004-00143951 | 入院中の臨時処方を調剤して処方箋に合わせ薬袋を作成(手書き)した。そのときに名前を書き間違えた。 |
| 調剤(内服・外用) | 薬袋・ラベル作成 | 1回服用量の誤り | きちんと確認のための計算を行わなかつた。記入の誤り。 | 服用量の記載の誤りが大きな医療過誤に繋がる恐れがあることを再度教育する。必ず確認のための計算を行い確認してから記入する習慣を身に付ける。 | 小 | 中 | 中 | 2004-00171285 | 薬袋の患者氏名を記入する際、処方せんの患者氏名が「A」の文字が「B」に見えたため、そのように記入した。患者が氏名の記入ミスに気づき発見した。 |
| 調剤(内服・外用) | 薬袋・ラベル作成 | 1回服用量の誤り | きちんと確認のための計算を行わなかつた。記入の誤り。 | 服用量の記載の誤りが大きな医療過誤に繋がる恐れがあることを再度教育する。必ず確認のための計算を行い確認してから記入する習慣を身に付ける。 | 小 | 中 | 中 | 2005-00285497 | 患者Aを患者Bと入力して薬袋発行し、病棟へあがり看護師より指滴を受け |
| 調剤(内服・外用) | 薬袋・ラベル作成 | 1回服用量の誤り | きちんと確認のための計算を行わなかつた。記入の誤り。 | 服用量の記載の誤りが大きな医療過誤に繋がる恐れがあることを再度教育する。必ず確認のための計算を行い確認してから記入する習慣を身に付ける。 | 小 | 中 | 中 | 2004-00216329 | 患者番号17185を7185と入力し薬袋に印字配薬時に発見 |
| 調剤(内服・外用) | 薬袋・ラベル作成 | 1回服用量の誤り | きちんと確認のための計算を行わなかつた。記入の誤り。 | 服用量の記載の誤りが大きな医療過誤に繋がる恐れがあることを再度教育する。必ず確認のための計算を行い確認してから記入する習慣を身に付ける。 | 小 | 中 | 中 | 2004-00142915 | シロップの1回量を薬剤師が間違えて1回3mlのところを1mlとシロップのラベルに記載していたため2日間過少与薬になった。 |

| プロセス | 分類(1) | 誤りのパターン | 原因 | 対策(予防および対応) | 頻度 | 重大性 | リスク | 参考事例 | 事例要旨 |
|-----------|-------|-------------|---|--|----|-----|-----|---------------|---|
| 調剤(内服・外用) | 計数調剤 | 調剤もれ | 分担調剤の原則の理解不足。自己点検の重要性が理解されていない。 | 分担調剤において、自分の担当工程にもれがないか自己点検を必ず行なう。自分の担当の工程以前の工程に漏れがないかの点検も行う。自己点検の習慣を身に付けさせる。 | 小 | 大 | 大 | 2004-00156141 | 複数の薬剤が記載された処方箋の中で1種類の薬剤(ワーファリン)を調剤し忘れてしまった。検査においても見過ごされてしまった。以上のようにならぬことを指摘され、後で調剤を行った。患者には時間通り飲みませることが出来たので、影響はなかった。 |
| 調剤(内服・外用) | 計数調剤 | ODPでの印字の誤り | 患者名、薬品名の入力の誤り | 患者氏名の誤りは大きな医療過誤に繋がる恐れがあることを再度教育する。調剤終了時に処方せん、薬袋と照らし合わせ、氏名、薬品名を確認することを身に付ける。 | 小 | 中 | 中 | 2004-00167066 | 入居患者様を対象に、錠剤自動分包装器を運用その時、新規で入力された患者様は錠剤分包装器の操作用P.C.Iに薬剤師が入力する。その時にO.A.M様の名前をA.A.Oと入力ミス。患者様より「O.A.M」ですと促され気がつく |
| 調剤(内服・外用) | 計数調剤 | 充てんミス | 充てんの誤りは複数の患者に被害が及ぶ可能性がある高いことの認識が不十分。 | 患者の充てんの誤りは大きな医療過誤に繋がる恐れがあることを繰り返し教育する。充てんは慎重に行い、特にハラ錠は二人で確認することを習慣付ける。 | 小 | 大 | 大 | 2004-00207211 | アマリール錠1mg調剤時に、その保管棚にアマリール錠3mgが混在していた。直ちにアマリール錠1mg並びにアマリール錠3mgの補充状況を確認した結果、アマリール錠3mg100錠補充時に誤ってアマリール錠1mgの床管棚に補充したことが発覚された。混在していた錠数が99錠であったことから、アマリール錠1mgを調剤した患者に連絡し、説明のうえ、確認した。その結果、当該患者様に調剤した21錠中11錠アマリール錠3mgが混在していた。 |
| 調剤(内服・外用) | 計数調剤 | 半錠にせず | 処方せんの分量、用法をきちんと読んでもいない。半錠にして調剤する場合は正確に理解していない。 | 半錠に分割して調剤を行う機会が多い薬剤にはどのようなものがあるかを学ぶ。調剤の院内の規定を正しく理解する。処方せんのきちんと読み調剤を行う習慣を身に付ける。 | 小 | 大 | 大 | 2004-00165910 | 錠剤自動分包装機のランチェイルのカセットに間違えてプリハスを入れる。 |
| 調剤(内服・外用) | 計数調剤 | 他の錠剤が混じっていた | 機械(錠剤自動分包装機)の誤作動 | 半錠に分割して調剤を行う機会が多い薬剤にはどのようなものがあるかを学ぶ。調剤の院内の規定を正しく理解する。処方せんのきちんと読み調剤を行う習慣を身に付ける。 | 小 | 大 | 大 | 2004-00161947 | 夕食後から内服予定の処方あり。処方にはムコソルバン2錠・セルテクト1錠・2xと記載されていた。薬局からムコソルバン10錠・セルテクト5錠が調剤されてきた。看護師は、そのまま、各一錠ずつつわつた。その次の配薬時に気づいた。 |
| 調剤(内服・外用) | 計数調剤 | 他の錠剤が混じっていた | 機械(錠剤自動分包装機)の誤作動 | 通常の点検、清掃をきちんと行う。不具合が見つかった場合には早急に対処する。機械を丁寧に扱う。 | 小 | 中 | 中 | 2004-00202978 | セレス錠6Tアーテナー錠3T1日3回朝昼ター包北の処方中、厚の分にハルシオン1Tが混入していた。監督時気づかず1日に払い出し、患者が服用時に気づき看護師に確認、薬剤科へ連絡された。自動錠剤分包装機は、現在の段階では誤作動はさせられない。 |
| 調剤(内服・外用) | 計量調剤 | 別商標薬剤の取り違い | 配置(調剤台)の近接 | 特にオーブンの調剤台では複数の長し違いに注意が必要であることを認識し、確認を十分に行う習慣を身に付ける。 | 小 | 大 | 大 | 2004-00204492 | 定時処方で、ハルシオン錠0.25mg1錠1x療る前7日分の処方に対して、ハルシオン錠0.25mg7錠を調剤するところを、ハルシオン錠0.25mgを5錠と、リボトリール錠0.5mgを2錠混ざった状態で調剤し、監査者も見過し、O病棟に払い出した。ハルシオン錠0.25mgとリボトリール錠0.5mgは裏面から見ると類似していた。高薬の棚を向隣に置いていた。 |
| 調剤(内服・外用) | 計量調剤 | 別商標薬剤の取り違い | 病棟からの返却薬の再利用 | 病棟からの返却薬を再利用する場合にはダブルチェックで返却を行う。 | 小 | 大 | 大 | 2004-00154230 | 病棟処方の確認鏡筒痛利ロヒブノールを調剤し病棟に払出した。病棟で看護師が確認時にロヒブノールの中に利原利ルプラックが混入していた。病棟からの返却品薬を利用している。ロヒブノールとルプラックが類似している。 |
| 調剤(内服・外用) | 計量調剤 | 別商標薬剤の取り違い | 薬品の類似。処方せんをきちんと読んでいない。 | 思い込みにより調剤を行わない、処方せんを良く読むことを繰り返し教育する。勤務している病棟の採用薬の品揃えを確認する。採用薬一覧表を作成し活用する。 | 小 | 大 | 大 | 2004-0015430 | ケララール細錠の処方に対して、サワシリンを秤量し渡した。その後、患者の母親より医師に電話で確認があり、誤りに気づいた。医師は患者宅が遠方なこともあり、そのままサワシリンを服用するように指示した。当時3枚の外売処方箋があり、他の処方箋のサワシリンを、思い込みで秤量した。 |
| 調剤(内服・外用) | 計量調剤 | 別商標薬剤の取り違い | 薬品名(商標、利形、規格含量)を正しく確認していない。剤形の異なる薬剤があることを認識していない。 | 薬品の3要素、商標、利形、規格含量を必ず確認する。思い込みにより調剤を行わない、処方せんを良く読むことを繰り返し教育する。勤務している病棟の採用薬の品揃えを確認する。採用薬一覧表を作成し活用する。 | 小 | 中 | 中 | 2004-00150456 | ムコダインロソップ5%をムコダインDSと思い込み調剤した。監査を通り抜け、病棟でも気が付かず内服していた。 |