

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
1 *	インクレミンシロップ1.6mlの処方箋を調剤する際に、誤ってトリクロリールシロップを調剤した。監査者もこの間違いに気付かず病棟へ送付した。看護師が病棟で確認する際に間違いに気付いたため投与には至らなかった。	インクレミンシロップとトリクロリールシロップは、色が橙色で似ており、調剤者が秤量の際に取り違えた。監査者は思い込みから薬液の量のチェックにのみ注意が集中した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設置場所に類似注意の表示を行った。 ・ オーダリングシステムとリンクした薬剤の監査システムの設置が必要である。 	トリクロリールシロップ (インクレミンシロップ) 112 催眠鎮静剤, 抗不安剤 (322 無機質製剤)
2 *	内視鏡検査中、血中酸素濃度が低下し呼吸状態が悪化したため、サイレースの拮抗剤であるアネキセートを静脈注射後、アンビューによる人工呼吸を開始した。			サイレース 112 催眠鎮静剤, 抗不安剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
3 *	ソラナックス錠1日4錠30日分で、120錠出すべきところ30錠しか入っていないと患者本人から連絡があり、間違いが発覚した。不足分を本人に渡した。	当日、薬剤部のコンピューターの故障があり、落ち着いて調剤や監査ができる状況でなかった。	・ コンピューターダウン時のマニュアルの見直しをした。	ソラナックス錠 112 催眠鎮静剤, 抗不安剤
4 *	コンスタン2錠、ドグマチール1錠分2の処方朝2錠、夕2錠の不均等分割が指示され、調剤時に各朝2錠、夕2錠で機械により包装され、気付かず調剤し病棟に払い出された。翌日病棟より錠数が違うことが発見され交換する。システム管理に確認し、システム側のエラーであることが分かり、対応してもらった。	指示書の記載が誤っている場合は、監査者が誤りに気付くのは非常に困難である。機械にも誤りが生じることを再確認した。	・ 不均等入力が適正に出来るようなシステム対応。	コンスタン錠 ドグマチール錠 112 催眠鎮静剤, 抗不安剤 117 精神神経用剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
5 *	フェノバル散7gを秤量し、14包に分包すべきところ7包に分包し病棟へ搬送されてしまった。病棟担当看護師より薬剤が7包しか入っていないと電話連絡が入った。 * 与薬前に発見されたため患者は服用前だった。直ちに再調剤を行い、病棟で薬剤を確認後、謝罪して正しいものと交換した。	分包者は分包時に1日量の1gが目に入り、それを1日の回数と勘違いし7包に分包してしまった。分包前・分包後の用法の確認を怠った。分包監査者は処方箋で1g 7日分を7包と思いついてしまった。及び薬袋ラベルでの用法の再確認を怠った。	・ 分包者と監査者は、処方箋と薬袋ラベル両方での分包数の確認を行う事を徹底した。	フェノバル散 112 催眠鎮静剤, 抗不安剤
6 * *	小児科より処方されたフェノバル散に異物が混入されていたと患者より申し出があった。混入された異物の調査をしたところ散剤分包機に付着していた残りカスではないかと考えられた。異物が混入されていた2包を取替え謝罪した。	散剤分包機を使用していくうちに付着したカスである可能性が高い。日々の清掃・メンテナンスが不十分だったと思われる。	・ 散剤分包機を使用していくうちに付着したカスである可能性が高いので、散剤分包機の日々の清掃とメンテナンスを重点的に行う。	フェノバル散 112 催眠鎮静剤, 抗不安剤
7 *	定期処方の調剤で、セルシン散20mg/日処方を計算間違いし2mg/日で秤量した。検薬でも気付かず5日間、過少投与した。看護師が処方内容確認中、他の患者に比べ量が少ないことで発覚した。			セルシン散 1% 112 催眠鎮静剤, 抗不安剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
8 * *	<p>ホリゾン5mg、メチコバル、紫苓湯、ラシックス錠1.5錠3×他の外来処方オーダーがあり患者に交付した。1週間後患者が再受診した際、「ホリゾン5mgではなく2mgが入っていた。」と医師に報告し、医師から薬剤部へ連絡があったことからミスが発覚した。服用しなかった残りの5錠を患者が持参していたため受け取り、その際患者へ説明と謝罪を行い、患者は納得した。</p>	<p>シートに記載されている薬品名を十分確認しなかった。ラシックス錠が半錠ずつきちんと割れているか、数は合っているかなどの確認に気をとられていた。集薬係が7錠ではなく8錠集めていたため、監査係は数の訂正にのみ気をとられてしまった。ラシックス錠を半錠にするのに時間がかかり、患者から「急いでしてほしい」と要請があったため、焦ってしまい確認が不十分となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ シート記載の薬剤名を声に出して確認する。 ・ 調剤に時間がかかる場合は分担して作業を行う。 ・ 複数規格薬剤に関して、出庫票の色分けと規格を強調した表示に変更する。 	<p>ホリゾン錠 2mg (ホリゾン錠 5mg)</p> <p>112 催眠鎮静剤, 抗不安剤</p>
9 *	<p>抗てんかん薬の副作用が疑われる症状で、緊急入院。血中濃度が高値のためアレビアチンを中止。その後も血中濃度は高値であったため、院外薬局で処方された薬をチェックするとアキネトンの代わりにアレビアチンが入っていた。持参薬のチェックシステムがなかった。</p>			<p>アレビアチン (アキネトン)</p> <p>113 抗てんかん剤 (116 抗パーキンソン剤)</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
10 * *	前医の紹介状にてアレビアチン散10%(抗てんかん剤)1.8gと記載があり、そのままアレビアチン1800mgとして処方した。製剤量と成分量の違いを理解できず、薬剤師の問い合わせに対しても耳を貸さず1800mg 処方を指示した。			アレビアチン散 10% 113 抗てんかん剤
11 *	デパケン散剤を調剤瓶に充填する際、テレスミンと間違えた。嘔吐症状の出た患者のデパケン血中濃度が0であった。調査の結果、間違いに気づき院内で誤薬患者7名を特定した。本来バーコードリーダーで薬剤名を確認し記録を容器に貼付するが、容器が空になったため、手順が実施されていなかった。			テレスミン細粒 50% (デパケン細粒??%) 113 抗てんかん剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
12 *	外来院内処方において、デパケンR100mg 錠のところにデパケンR200mg を調剤した。	デパケンR100mg を一時購入薬として採用していることを忘れて、200mg と思い込んだ。新システムになってから、処方せん上で一時、臨時購入薬の区別が付かなくなり、複数規格採用している薬品の区別も付かなくなった。	・ 「お薬説明書」に印字される、錠剤の印字コードも自己監査の際に確認するようにし調剤した薬と照らし合わせる。	デパケンR錠 200 (デパケンR錠 100) 113 抗てんかん剤
13 * *	他院から紹介され来院した患者。他院の紹介状に内服薬セレニカR(抗てんかん剤)1. 25g 分2朝夕、の記載があった。医師は同内容、同量のつもりでオーダー画面より、セレニカR顆粒400mg/g 1250mg 分2朝夕と処方した。調剤薬局ではバルプロ酸1250mg(=セレニカR顆粒3. 125g)を調剤した。結果、診療情報提供書に記載された2. 5倍量(予定量はバルプロ酸(500mg)が投与された。			セレニカ R 顆粒 40% 113 抗てんかん剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
14 *	頓用として処方されたボルタレン25mg の錠剤を座薬と思い調剤した。監査者も座薬と思い込んで通してしまった。患者に渡してしまった。翌日、処方医から連絡がありミスが発覚した。患者は座薬を使用しておらず、すぐに錠剤と交換した。担当薬剤師が調剤ミスの説明をして謝罪した。	内服の痛み止めも別に処方されていたため、頓用のボルタレンは座薬と思い込んで調剤してしまった。処方箋をよく見るべきであった。思い込みで払い出された座薬をそのまま疑いもせず監査してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処方箋をよく読んで調剤する。 ・ 内服の痛み止めが出ていても、頓用として内服薬が処方される場合もある、と認識して調剤し、思い込みで決まった手順として仕事をこなさない様にする。 ・ 常に気を引き締めて、漫然と監査しないこと。 	ボルタレンサポ 25mg (ボルタレン錠 25mg) 114 解熱鎮痛消炎剤
15 *	入院患者の1包化された薬の中に、本来はアダラートCR(降圧剤)1錠のみ分包される場所、患者に処方されていないロキソニンが1錠含まれて分包されていたのを、病棟看護師が内服前確認の時に発見した。誤って分包されたのは1袋のみであった。この患者は認知症があり日常動作は全介助であるため、内服薬の間違ひには気付くことはできなかった。内服による胃への負担の可能性とその発見が遅れる可能性があった。	1包化された薬の監査を行なう時に発見できなかった。自動分包機の不具合の可能性。また、当院は全て院内処方であり、処方数も多い上に、服薬指導の件数が増加しているため1名が病棟担当となった。そのため一人当たりの監査数が増えており集中力への影響が出た可能性がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 時間的切迫の状況把握調査の開始。 ・ 自動分包機の調査を業者へ依頼。 	ロキソニン錠 114 解熱鎮痛消炎剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
16 * *	痛みが強いため医師はレペタン(鎮痛剤)坐薬を処方した。患者が自宅で使用した30分後、頭痛嘔吐の症状が認められ来院した。患者は「レペタン注射禁」であったが、医師、看護師ともに気付かなかった。禁忌薬の記載されているカルテの表紙が新しくなり、禁忌薬の転記がなされていなかった。			レペタン坐剤 114 解熱鎮痛消炎剤
17 *	薬剤部から臨時注射の払い出しを行なう際に、A病棟の患者の注射BOXに、B病棟の患者の注射の一部(手術の前投薬のペンタジンとアタラックスP)を間違えて入れて払い出した。	複数の注射の払い出し準備中であった。アンプルは自動払い出しシステムだが、ペンタジンが金庫に保管してあるため、前投薬のみを後でBOXに入れた。その際、間違ったBOXに入れてしまった。確認が不足していた。作業の中断があった。	<ul style="list-style-type: none"> 5R Right Drug、Right Dose、Right Time、Right Route、Right Patientでの確認作業。 複数チェック体制。 指差し確認。 一つのボックスの払い出しを中断せず行なう。 払い出し時の3回確認。 	ペンタジン アタラックスP 114 解熱鎮痛消炎剤 117 精神神経用剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
18 *	入院患者の臨時処方箋でノリレン25mg錠を42錠調剤するところ、25mg錠を32錠、10mg錠を10錠と、規格を混在させてしまった。翌日、病棟看護師からの連絡で判明、電話を受けた薬剤師が病棟へ行き10mg錠の混入を確認。患者は未服用とのこと、深く謝罪し25mg錠と交換した。	調剤者は、ノリレン25mgの棚に誤ってノリレン10mgが1シート混ざっていたのを、よく確認せずに2つの規格のシート同士を重ね合わせて調剤してしまった。監査者は、重ね合わせてあったシートの外側の薬品名・規格のみ確認し、内側のシートの確認を怠った。ノリレン25mgと10mgのシートが類似している。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調剤者は、特に2規格あるものやシートが類似しているものは、調剤する際によく確認する。 ・ 監査者は、取り揃えられた薬剤が同じ薬品名・規格であるかの確認を徹底する。 ・ 薬品棚に規格違いの薬剤が混ざっていた為、外来調剤室では、薬剤棚への返却並びに充填する際は薬剤名と規格に十分注意を払って返却、充填するよう伝達徹底した。 ・ シートの包装変更をメーカーへ要請する予定である。 	ノリレン錠 10mg (ノリレン錠 25mg) 117 精神神経用剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
19 *	錠剤2種の1包化処方において、アナフラニール(10mg)を調剤すべきところトフラニール(10mg)を調剤した。患者がいつもの薬と色が違うことを担当看護師に指摘し、それを病棟担当薬剤師に質問し、薬剤コードを調べたところトフラニール(10mg)だった。薬剤師が入院調剤室に戻り処方箋を確認後、直ちに再調剤し病棟へ出向き、正しい薬剤を渡し謝罪した。患者は未服用だった。	前回処方でトフラニールを含む過去歴が、自動錠剤分包機に記録されており、調剤者は処方箋と過去歴の照合の際に含有量や用量に気を取られ、今回類似した薬剤名のナフラニールに変更されていることに気付かず、前回処方をそのまま使用してしまった。分包後の確認時、調剤者と監査者は処方箋と分包機の監査用紙との照合を怠り、監査用紙のみで錠剤の監査を行ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 過去歴を使用する際は、処方箋と分包機の過去歴を照合し、薬品名、規格、用法、用量が正しいことを確認する。 分包後の確認では、調剤者・監査者は処方箋と監査用紙が相違ないことを確実に確認し、その後1包中の個々の錠剤の監査を行うことを徹底する。 	トフラニール錠 (アナフラニール錠) 117 精神神経用剤
20 *	使用済み注射薬の請求注射箋に硫酸アトロピン注の記載があったが、アタラックスP注を調剤し、病棟に払い出してしまった。病棟看護師が発見して薬剤科への報告となった	使用済みの注射薬請求には、両薬品とも頻繁に処方される医薬品のため完全に思い込んでしまい、確認も不十分であったため、誤って調剤し、払い出してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 忙しい時間での調剤であり、調剤後すぐに監査した状況でもあるため、急ぎの処方でなければ使用済み注射薬の調剤は時間をおいて、ゆとりが出来た時間に行うことにする。 	アタラックスP注 (硫酸アトロピン注) 117 精神神経用剤 (124 鎮けい剤)

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
21 *	ジプレキサ錠の粉碎で7包に分包すべきところ21包に分包し、監査も通過し病棟へ搬送されてしまった。服用前に病棟担当看護師が気づき入院調剤室に連絡したため患者は未服用だった。直ちに再調剤を行い、病棟へ出向き薬剤を確認後、正しいものと交換し謝罪した。	分包者・分包監査者ともに、ジプレキサが通常1日1回服用の薬剤であることに気付かず1日3回で分包してしまった。薬袋のラベルでの用法の確認を怠ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 分包と分包監査をする際、薬剤の特徴を把握した上で処方箋記載の薬剤の用法に十分気を付けて分包を行う。 ・ 分包後、薬袋ラベルの用法から包数を必ず確認する。 	ジプレキサ錠 117 精神神経用剤
22 *	カプロシン(血液凝固阻止剤)皮内注射用2500単位0.1mlを20000単位0.8mlで実施した。			カプロシン皮下注用 333 血液凝固阻止剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
23 *	不整脈の治療に対しキシロカインの点滴指示があった。指示簿に「1%キシロカイン100ml、2バイアル」と記載してあった。この薬剤は局所麻酔用のキシロカインであったが、看護師は気が付かず薬剤を請求してしまった。患者投与前のチェック時に局所麻酔用のキシロカインを請求していたことに気付いた。	オリベスK(抗不整脈薬剤)を採用する前は、不整脈治療に対し10%キシロカインを使用していた。透析センターではオリベスKを使用している患者がいなかったため薬品が変更されていたことを忘れていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ オーダ時に画面に警告文の表示を検討するよう薬剤部に依頼した。 	1%キシロカイン (オリベスK) 121 局所麻酔剤
24 * *	ウブレチド5mg 1錠分1、5日分の処方を出すつもりであったが、5錠分1、5日分を入力していたことに気が付かず、そのままオーダーした。薬剤分でも調剤、監査では過剰用量であることに気が付かずにそのまま調剤して払い出した。看護師も用量が多いことには気が付かず、そのまま投与した。投与後3日目、患者よりめまい、下肢のふらつきを訴えられて確認した所、過剰投与していたことが判明した。すぐに投与を中止し、患者の状態も悪化することはなかった。	処方時、5日分と5錠が混同した可能性がある。オーダー発行時の確認が不十分であった。調剤、監査時の用量の確認が不十分であった。看護師は、最大用量に関する知識がなかった。オーダー時、ワーニング(警告)がかかる薬剤の対象ではなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ オーダー発行時には、内容を見直す習慣をつける。 ・ 薬剤部での、用量確認を遵守する。 ・ ワーニングの対象について検討する。 	ウブレチド錠 5mg 123 自律神経剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
25 * *	上部内視鏡前処置で緑内障を指摘されている患者に禁忌のブスコパンを筋肉注射した。指示欄にはブスコパンからその代替りのグルカゴンに指示が変更されていたが見落とした。看護師は患者へ緑内障の有無を確認したにもかかわらず、医師があえてブスコパンを指示していると解釈し施行した。			ブスコパン注射液 (注射用グルカゴン) 124 鎮けい剤 (722 機能検査用試薬)
26 * *	ラジオ波を行なう患者への前投薬に使用するペンタジン、アタラックスP、硫酸アトロピンを準備する際、混合してはいけない硫酸アトロピンを混合してしまった。先輩看護師から指摘され、再度準備し直して施行した。	硫酸アトロピンと一緒に混合してはいけない事を知らず、先輩看護師に確認せずに自分で判断した。	<ul style="list-style-type: none"> 薬液混合時は自分で行なった事のない分については先輩に聞く。 自分で調べ確認してから混合し、混合後も再度確認する。自分だけで決定、判断しない。 	硫酸アトロピン注 0.5mg 124 鎮けい剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
27 *	院内処方で、ザジテン点鼻液2瓶のところを、ザジテン点眼液2瓶を調剤し鑑査者も気付かず払い出してしまった。本人より点眼ではなく点鼻であることを指摘され、間違いに気付いた。謝罪し、点鼻薬を渡した。本人は点眼薬を使用していたが、体調には変化はなかった。	ザジテンは点鼻液より点眼薬を払い出すことが多いため、自分の中で思い込みがあった。また、同じ処方の中にリボスチン点眼液2瓶の次の処方にザジテン点鼻液2瓶という処方だったため、どちらも点眼液であると思ってしまった。自分なりに処方上注意するところは印を入れるようにしているのだが、今回間違った部分には入っていなかった	<ul style="list-style-type: none"> 規格や剤形が多いものは印を入れるとともに用法を確認して点眼か点鼻かの違いを見分けるようにする。 	ザジテン点眼液 (ザジテン点鼻液) 131 眼科用剤 (132 耳鼻科用剤)
28 *	フラビタン点眼液を処方した際、期限切れのものであった。	棚卸しの際、新品の箱(10本入り)の有効期限はチェックしたが、残っていた2本の点眼液の有効期限を見逃した。	<ul style="list-style-type: none"> 棚卸しの際、箱から出したバラの薬品の有効期限もチェックし、期限の短いものは薬品棚に表示し、投薬時にも確認するよう徹底する。 	フラビタン点眼液 131 眼科用剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
29 *	<p>外来通院にて「ジゴシン散(強心薬) 0.1%、0.2mg 分1夕にて毎日内服」の指示が出されていた。受診後28日分が処方され、患者は処方薬を持って帰宅した。再診のときに、患者からジゴシン散0.1%の散剤の量にバラツキがあると指摘を受けた。薬袋を確認すると目視でも量が多い・少ないが認められた。</p>	<p>自動分包器で自動センサーをONにしていると、バラツキが激しくなることがあるため、ジゴシン散0.1%はセンサーをオフにしている。分包された後は、薬剤師が目視による確認をしている。この2点は、薬剤師間では情報交換しルールとしていたが今回は行われなかった。分包を担当する薬剤師が専任するようしていたが、この日は他の業務を兼務していた。担当する薬剤師が分包業務以外を兼務することによりルールを忘れることがある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自動分包器に「ジゴシンはセンサーをオフにする事」と明記した。 ・ また分包担当薬剤師は「ジゴシン散0.1%は分包後目視確認をする」と注意を促した。 	<p>ジゴシン散 0.1% 211 強心剤</p>