

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)
30 *	<p>指示はジゴシンエリキシル(強心剤)0.5ml(分2)を胃管から投与だった。看護師は薬剤準備のため処方箋を見て冷蔵庫から薬液瓶を取り出した。ラベル(1回量1/1ml)を見て、シリンジで1.1mlを吸い上げ胃管から注入した。患者の経過表にジゴシンエリキシル投与を記載した時、前回投与量が0.25ml だったので処方箋を確認した。指示は1回量0.25ml であり、薬液瓶を確認し他患のジゴシンエリキシルを投与したと気付いた。</p>	<p>薬剤準備時、薬液瓶の患者氏名を見ていない。処方箋と薬液瓶を照合して患者氏名・薬剤名・投与量を確認していない。当事者は準夜勤務で3名の患者を担当していた。担当していた患者が緊急手術となり手術室へ搬送した。ジゴシンエリキシル投与が遅れていたため焦った行動となり、与薬業務の確認行動を省略した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いかなる状況でも安全を意識した行動をとっているか自問自答する。 ・ 師長、主任は当事者が安全に業務遂行できているか評価する(約2週間)。 ・ 2回面接を行い、毎回確実に確認行動を取っていかせるか、安全に業務を実施していく上で自己に必要なことは何かを明確にする。 ・ ジゴシンエリキシル等重要薬剤の取扱いを誤ると致命的な結果を引き起こす危険性を指導した。 ・ 看護師として責任の取れない事態に陥ることにつき例を挙げ説明した。 	<p>ジゴシンエリキシル0.05mg・mL</p> <p>211 強心剤</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)
31 *	非持続性心室頻脈のため、アンカロン錠(不整脈治療剤)を内服開始より3日間は200mg、その後100mgで内服していた。主治医以外の医師が指示を出す際、内服していた量を200mgと誤認し過剰投与した。			アンカロン 212 不整脈用剤
32 * *	循環器科外来にて「アミサリン(不整脈治療剤)6錠 分1 動悸がする時」の処方指示が出た。患者は自宅で「動悸がするため」4錠まで内服したところで倒れた。その後、他院を受診して状態は回復した。患者は、診療をうけた他院から「薬の量が多すぎるのではないか」と言われたため当院薬局に問い合わせがあった。主治医に確認すると処方量が多いことがわかった。	主治医の確認不足、患者への説明が不十分であった。薬剤管理が悪かった。調剤した薬剤師も検薬した薬剤師も1回量を1日量のつもりで調剤した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処方入力の際に、パソコン画面では1日量が薬剤入力とともに表示されていないか確認をした(薬剤によって上記のようになっていることがあるが今回の薬剤はなっていないことを確認した)。 ・ 薬剤師は頓服薬の指示時には、注意をする。 	アミサリン錠 212 不整脈用剤
33 * *	20ml シリンジにダイアモックス(炭酸脱水素酵素抑制剤)500mgを溶解し、250mg(10ml)を静脈注射するところ、500mg 全量投与した。			ダイアモックス注射用 500mg 213 利尿剤

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)
34 * *	薬剤師が外来患者のルプラック錠8mg 1錠1×(朝食後)の処方を調剤するところを、ルプラック錠4mg を調剤し交付してしまった。患者が当該薬剤を服用する前に、家族から電話があり判明した。患者はまだ服用していなかったため影響はないが信用をなくしたおそれはある。正しく処方した薬が届くまで1回に4mg 錠を2錠服用してもらうように患者に伝えた。	規格が違う薬剤が、棚の上と下で保管してあるため取り換えやすい。調剤時の確認が不十分であった。忙しかった。監査システムは、二人で行っているが確実でなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 規格違いの薬剤の保管場所を上下取り違えにくい位置に変更を検討する。 忙しくても、調剤時と検薬時の確認を十分に行う。 監査を確実にを行う。 	ルプラック錠 8mg (ルプラック錠 4mg) 213 利尿剤
35 * *	入院前に外来でアルダクトンA1錠(朝)の処方があり、患者は内服をしていた。入院後に主治医がそれに気付かず、同薬を同量処方をした。薬局で調剤時には、薬歴をチェックするようになっているが、日数の確認不十分で処方され、重複投与を7日間してしまった。	入院後、入院前の服用薬をチェックリストで確認しているが、当院処方のは、薬歴にあるため薬名と個数のみの確認であった。調剤後に再度他の薬剤師が監査を実施しているが、処方箋との確認であり、薬歴を再度確認は出来ていない。今回は、新人薬剤師で多忙な時間帯であったため薬歴のチェックが不十分で、重複していることに気付かなかったためにヒヤリ・ハットが発生した。	<ul style="list-style-type: none"> 医師が処方時に入院前服用薬を再確認する。 薬局でも調剤時には、薬歴から日数も考えチェックする。 また、処方日と服薬開始日が違う場合の重複投薬防止として、処方箋に服薬開始日の記入欄を作った。 薬局では、その場合調剤後の薬袋に開始日がわかるようマジックでの記載をするようにした。 	アルダクトン A 錠 213 利尿剤

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)
36 *	入院患者に処方された臨時処方において、セパミットR 14包のところ18包調剤した。監査者も過誤に気付かず病棟に搬送された。与薬前に確認して過誤を発見した病棟看護師より電話連絡あり。当直者が処方箋で内容確認し、直ちに病棟へ向かい過剰の4包を回収し謝罪した。	セパミットRは15mg/ 包の分包品であり、4包が1枚綴りのシートとなっている。従って調剤者は14包調剤するために「3枚と2包」としたつもりだったが、薬袋の中に「4枚と2包」入れてしまった。監査者も「3枚と2包」として確認を行ったが、4枚綴りのシートが1枚多いことに気付かなかった。	・ 調剤者は細心の注意を払いながら調剤を行い、取り揃えた後にもう1度、処方箋・薬剤を確認することとし、また監査者も、調剤された薬剤につき丁寧に内容確認を行うことを徹底していく。	セパミットR 217 血管拡張剤

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)
37 * *	ワソラン(虚血性心疾患治療剤)錠の朝の内服分を確認していた。ワソラン錠40mg 3錠3×(分3)の袋と、前日、追加処方されたワソラン錠40mg 1.5錠3×の袋と一緒にされていた。追加処方されたワソラン錠の処方箋を1.5錠3×ではなく1.5錠×3(3日分)だと思い込んでしまい、過剰投与を避けるためにワソラン錠40mg 3錠3×の袋を外した。朝の内服分は0.5錠しか与薬していなかった。患者の心拍数は110~120台であった。	前日の日勤帯で同勤務者が確認した内服薬をそのままにし、違う勤務帯で確認したこと。処方箋には処方量が記されていたが、0.5錠にしては量が多いため、処方量が間違っているかと思いついてしまった(処方量の少ない散剤には乳糖などを混ぜて処方されることを知らない、処方箋の確認の仕方が曖昧であった)。	<ul style="list-style-type: none"> 指示を受ける際に処方箋と指示に間違いがないか確認することを再認識し励行する。 指示された薬物が病棟へ来た際に誰かが確認しただけで済まらず、必ず自分で確認する。 指示内容が「おかしい」と思った時には必ず同勤務者とのダブルチェックをする。 薬剤との内容の確認、医師との確認をする。 自分一人で判断しない。 	ワソラン錠 217 血管拡張剤
38 * *	自動分包機によりセフゾンカプセルとメテルギン錠が各1個分包されていた。その内の1包にメバロチン錠が混在していたが確認不十分で監査し払い出す。患者が気付き再分包する。	業務終了が近づき片付けようと焦っていた。自動分包機で分包された薬との過信があり、確認業務が不完全であった。該当処方の前に作動した薬が残っており、混入した可能性がある。	<ul style="list-style-type: none"> 1包ずつ確実に監査する。 分包漏れがあったときは、他の薬剤師に伝言する。 自動分包機のメーカーに調査依頼をする。 	メバロチン錠 218 高脂血症用剤

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)
39 *	病棟看護師から、タンデトロン注(降圧剤)を生理食塩液で溶解し、全量24ml にするところ19ml しかなかったと電話で報告あり。看護師の確認段階で発覚し患者投与前だった。薬剤は看護師が新たに調製し投与したとの事。連絡を受けた担当者は病棟へ出向き、事実関係の確認と謝罪を行った。	当処方は、タンデトロン注(粉末:1アンプル20 μ g)を生理食塩液で溶解、全量を24ml とし、シリンジで供給する調製を行う(同内容は処方箋上2件あり、当過誤はそのうちの1件である)。調剤者は薬剤溶解に気を取られ、シリンジの目盛“19”を“24”と思い込み、更に最終的な全量確認を怠った。又、監査者も最終の全量確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 最終的な全量確認の方法を再度見直す事とした。 まずシリンジの目盛を指差し確認する事、そして調製薬と処方箋、シリンジに添付するラベル(患者名、薬剤名、用量、全量を記載)と比較し最終確認を行う事とした。 	タンデトロン注射用 20 219 その他の循環器官用薬

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)
40 * *	リズムック1日1錠分2、朝夕食後処方で粉碎する指示があった。リズムック4錠を8包に分割調剤しなければならないところ、4包に分割調剤した。監査でも発見することができず病棟に払い出された。病棟では、前日夕方2日分しか病棟に上がってきていないことに気が付いていたが、薬局へ連絡が来たのは翌日午後であった。	情報の伝達、連携と情報共有のあり方の問題点。業務手順、ルール、チェックの仕組みの問題点。今回調剤分包した分包機(首振り分包式)が分包数の情報が読み込めず、分包数を手入力しなければならないこと。病棟で早期に発見されていたにもかかわらず、薬剤部への連絡が遅れたこと。	<ul style="list-style-type: none"> 首振り分包式分包機にて調剤分包を行う際、処方箋に分包数を記入するようにする。 現在当直中は分包数を処方箋に記入するようにしている。 調剤監査時のマニュアルを徹底する。 病棟からの調剤過誤発見時の迅速な連絡、報告体制を確立する。 	リズムック錠 219 その他の循環器官用薬
41 *	ビソルボンシロップを原液のままメスアップ(溶媒添加)せずに払い出した。年末年始のため、調剤後保冷庫で保管し、交付時にメスアップし払い出す手順であった。病棟でも気付かず、患者が通常より2倍量を1回分服薬し2回目の看護師によって発見された。患者への影響はなかった。	検薬者が、新人で長期休暇の手順を周知していなかった。新人への教育不足。検薬不備。透明水薬だった為、半量に気付かなかった。看護師の日付入れ間違いと投薬時の確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> メスアップ手順の周知徹底。 水薬セット(目盛り入れ)は薬剤師 看護師2人で行う。投薬時の確認行為遵守。 	ビソルボンシロップ 223 去たん剤

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)
42 * *	至急処方の際、スピリーバ(長時間作用型吸入気管支拡張剤)と吸入器を払い出すところ吸入器具とスピリーバ28カプセルを払い出した。病棟看護師が気付いたため投与前に正しく払い出しなおした。	確認が不十分であった。箱の形状が類似している。思い込みがあった。薬剤の配置が悪かった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 箱の形状に惑わされずに必ず内容確認する。 ・ 表示の工夫をした。 	スピリーバ吸入用カプセル 18 Mg 225 気管支拡張剤
43 * *	ホクナリンテープ2mg を調剤すべきところ1mg を調剤した。病棟看護師より指摘を受けて気付いた。貼付前に交換した。	1mg と2mg が上下に保管してあった。監査をしているが、確実に出来ていない。安全管理に対する教育が十分浸透していない。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 規格違いの薬剤は離して保管する。 ・ 保管ケースの表示欄に黄色いテープで規格を大きく表示した。 ・ 薬剤に関しては毎週教育研修を行う。 ・ インシデントが発生したら朝礼で情報共有する。 	ホクナリンテープ 1mg 225 気管支拡張剤

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)
44 *	ラキソベロン1本のところをイソジンガーグル1本で調剤し払い出してしまった。患者がそのまま持ち帰られ、自宅にて薬が違うことに気付き連絡があった。患者は使用する前であった。	ちょうど処方の多い時間帯であり、監査時に外来処方と緊急処方が溜まり、慌てて監査した。また、窓口での患者対応や調剤のやり直しなども重なったため、監査に集中できていなかった。薬品の取り違えに関しては、薬品の外観のイメージが似ていることや棚が近かったことから、取り違えしやすかったのではないかと思われる。本調剤時は、血液病棟の定期調剤と重なった時間帯であったため、「ラキソベロン」の引き出しから取り出したつもりが、その引き出しの上の位置にある、血液内科処方に汎用されてる「イソジンガーグル」に思わず手がいったと考える。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 思い込みで調剤、監査せずに、処方せんと薬剤情報提供書と薬袋とを十分確認する。 ・ ラキソベロンとイソジンガーグルの棚を離す。 ・ 監査する処方の多い時間帯には監査の人数を増やして慌てないようにする。 ・ 今後はマニュアル通り一度テーブルに置き、処方と薬剤を確認後薬袋に入れることと、イソジンガーグルは別位置において調剤したほうがよりベストと考える。 	イソジンガーグル (ラキソベロン液) 226 含嗽剤 (235 下痢, 浣腸剤)

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)
45 * *	呼吸器科外来にて「フルタイド100ディスカス 100 μ g/ 個」の処方指示が出された。患者が処方薬を受け取り帰宅した。自宅にて確認すると前回の処方薬と違っていたために薬局に連絡をいれた。患者に薬持参の上、来院してもらい薬を確認すると規格違いの「フルタイド200ディスカス 200 μ g/ 個」が渡されているのがわかった。	フルタイドディスカスには2種類の規格があった。100 μ g 規格の処方はまれであった。調剤した薬剤師は、100 μ g であるとは、思いつかなかった。検薬した薬剤師は、大人の処方であったため、200 μ g と思い込んでいた。通常は小児を対象としていた。2人の実施者は、昼の休憩時間と重なり他を担当していたがこの時間は、手伝いに来ていた。	<ul style="list-style-type: none"> 小児を対象に採用した薬剤であったので薬剤師に注意喚起した。 規格が2種類あることを処方箋に識別表示を2箇所つけてわかりやすくした。 	フルタイド 200 ディスカス 229 その他の呼吸器官用薬
46 *	入院臨時処方箋において、アンブラーグ(血液・体液用薬)を21錠調剤するところ、誤ってアプレース(胃炎・胃潰瘍治療薬)を21錠調剤してしまった。投薬前に病棟看護師が発見し患者は未服用だった。入院担当薬剤師が病棟に確認に出向き、薬剤を交換し丁寧に謝罪した。	薬品名や薬剤シートが類似していたため、調剤者・監査者はアンブラーグをアプレースと思い込んでしまった。調剤者は処方箋の横に記載される棚番を確認せずに調剤してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> アンブラーグとアプレースは過誤を起こしやすい薬剤である事を再認識する。 薬品の棚番を処方箋で確認して調剤する。 	アプレース錠 (アンブラーグ錠) 232 消化性潰瘍用剤 (339 その他の血液・体液用剤)

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)
47 *	調剤監査を行っているとき、ガストロピロールが調剤されていなかったため、監査者が薬を追加し出したが、ガストロームを出し間違いに気付かないまま外来患者に手渡した。 患者より間違いと連絡があり発覚した。	薬剤名の最初の4文字が同じであった。保管位置が近かった。監査者が、調剤を行った。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保管位置を離れた。 ・ 頭4文字に強調線引き注意を促せるよう実施。 ・ 監査者が、異常を発見した際は、調剤者に戻し改善後、再度監査を行う。 	ガストローム顆粒 (ガストロピロール) 232 消化性潰瘍用剤 (233 健胃消化剤)
48 *	研修医がタケブロンを処方する際、本来は1日1カプセルの薬であるのに間違えて1日3カプセル毎食後で処方していた。この間違いに気付かず調剤し、監査もすり抜けて病棟に払い出してしまった。病棟でも気付かずに患者に与薬しており、3日後に他の医師が処方間違いに気付いて判明した。	電子カルテシステムに、投与量の上限設定がないため、警告が出ず、間違いに気付かない。監査者によるダブルチェックが有効でない。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 電子カルテのマスターで投与量の上限設定をする。 	タケブロンカプセル 232 消化性潰瘍用剤
49 *	オメプラールが全50日の処方なのに、20日分しか調剤せず、患者に渡してしまった。	他の薬剤が投与日数にばらつきがあり、混同した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処方監査する際、注意すべきところにチェックを入れ、最後に確認できるようにする。 	オメプラール 232 消化性潰瘍用剤

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)
50 * *	酸化マグネシウム(制酸・緩下剤)1.5g 7日分のところに、マーズレン(胃炎・潰瘍治療剤)1.5g7日分を調剤した。監査でもそれに気付かずに病棟へ薬を出した。患者へ投薬する準備の段階で看護師が酸化マグネシウムではなくマーズレンであることに気付いた。	酸化マグネシウムとマーズレンは両者とも胃薬として処方され、同一処方内に他の制酸剤であるタガメットも処方されていた。また、両者ともシート包装で同一規格が存在し、印字も緑色と同一である。両者とも普段からよく処方される薬剤であり、マーズレンと思い込んだために発生したと考えられる。また、規格にのみ気を取られていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤名類似、薬効類似の薬剤について注意する。 ・ 必ず処方箋上の薬剤名と調剤された薬剤名を照らし合わせる。 ・ 調剤時にも薬剤名および格納場所をよく確認する。 ・ 薬剤格納場所の名称を変更する。 	マーズレン-S 顆粒 (酸化マグネシウム) 232 消化性潰瘍用剤 (234 制酸剤)

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)
51 * *	<p>消化器科外来よりアルロイドG30ml 3×、タケプロン(30)1錠1×28日分の処方オーダーがあり、調剤交付した。約1ヶ月後、主治医が残薬確認をした際、薬袋にタケプロン(15)が入っているのを見つけ、別規格が与薬されていたことが発覚した。この時点で、患者は20日分ほど服用していた。患者へは主治医より事情を説明した上で謝罪し、前回処方分についてはタケプロン(15)への変更となり、カルテ等の変更が行われた。継続分については、タケプロン(30)が処方となった。患者の症状の変化は見られなかった。薬剤窓口で交付の際、再度患者へは説明と謝罪をし、患者は納得して帰宅した。</p>	<p>集薬の際、水剤(アルロイドG)の調剤に気をとられ、タケプロンの規格に注意を払わなかった。「規格注意」のシールが見落とされた。監査を行った薬剤師は、思い込みで監査した。交付した薬剤師も規格の確認を行わなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「規格注意」のシールが目立つような工夫をする。 ・ 調剤監査の際は、必ず指差し声出し確認を徹底する。 ・ 窓口で交付する際は、患者と共に薬剤情報と薬剤を照合し、同意を得た上で交付する。 	<p>タケプロン OD 錠 15mg 232 消化性潰瘍用剤</p>
52 *	<p>ビオフェルミンを処方するところを誤って酸化マグネシウムを処方。調剤者は3度調剤を間違い、監査者の指摘を受けていた。また、当該患者の催促が2度あり焦っていた。</p>			<p>酸化マグネシウム (ビオフェルミン) 234 制酸剤 (231 止しゃ剤, 整腸剤)</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)
53 *	調剤者は酸化マグネシウムを3日分調剤するところ7日分調剤してしまい、監査者もミスに気付かなかったため、間違った日数分が病棟に搬送されてしまった。薬剤を受け取った病棟担当看護師が投薬前に数量を確認したため、調剤日数の間違いに気づき連絡してきた。直ちに薬剤師が病棟に出向き謝罪し、看護師より4日分を回収した。	調剤者は臨時処方のため、処方日数の確認を怠り、7日分と思い込んで調剤した。監査者は薬剤名に気を取られてしまい、調剤日数が間違っていることに気付くことができなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 調剤者と監査者は処方箋上の薬剤名、用法用量を確認することに加え、処方日数の確認を徹底する。 また、調剤者と監査者は、薬袋に薬剤を入れる前に薬袋のラベルに記載されている薬剤名、用法用量と、手にしている薬剤名、用法、数量が一致しているかどうか、もう一度確認することを徹底する。 	酸化マグネシウム 234 制酸剤
54 *	プレドニゾン錠を入れるところにプルゼニド錠が入っているのを監査で発見した。	薬品名が似ていること、棚が上下に配置してあること、両方ともよく使用する薬品であること	<ul style="list-style-type: none"> 2つの薬品の棚の間にあまり使わない、色が黄色の「フラビタン錠」を配置した。 	プルゼニド錠 (プレドニゾン錠) 234 (下痢, 浣腸剤) 245 副腎ホルモン剤)

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)
55 *	夕食後の薬(プルゼニド1錠)の払い出しを忘れてしまった。食事介助をしていた看護師が夕食後の薬の無いことに気づき、処方内容をチェックして準備と投薬を行った。 患者には直接問題が生じなかったため、説明はしなかった。	現在、当日無くなる予定の薬剤を処方箋の3枚目に付いているチェック表にて判断し、“処方依頼→調剤→カートと詰め”を行っている。今回は退院予定の患者であったため、チェック表である3枚目で処方依頼をした後にファイルよりチェック表を取り外してしまった。その後退院が延期となり、チェック表も取り外したまま放置してしまったので、当日に薬剤が無くなることを把握できなかった。実際に当日無くなる薬剤の把握をチェック表に頼っていたため、今回チェック表が取り外されている事にも気づかず経過し、薬剤の補充ができなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ チェック表だけに頼らず、カートの中身を見て薬包が入っているか、実物を見て判断していく方法を取り入れる。 ・ チェック表とカートを必ずチェックするようにする。 	プルゼニド 235 下痢, 浣腸剤
56 *	手術前処置のグリセリン浣腸をする際、患者は「間に合わないと困る」という理由でトイレでの施行を希望。トイレで立位前屈位にて施行した後、直腸に穿孔が確認された。			グリセリン浣腸 235 下痢, 浣腸剤