

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)
57 *	手術前処置のグリセリン浣腸をする際、歩行可能な患者はトイレで行うという病棟内の指導があったため、トイレでかがんだ姿勢(前屈)で施行。患者の緊張が強く3度試みカテーテルを5cm挿入し施行。その後出血が見られ、直腸の穿孔が確認された。			グリセリン浣腸  235 下痢, 浣腸剤
58 *	検査前処置のグリセリン浣腸をする際、便の漏れが起こる可能性があるためトイレにおいて立位で施行。立位状態で腸が下方方向に下がったため、浣腸チューブの先が直腸壁を裂傷及び穿孔を起こした。			グリセリン浣腸  235 下痢, 浣腸剤
59 *	排便困難でグリセリン浣腸をする際、患者の希望がありトイレで立位前屈位にて施行したが、排便がないため再度施行。その後、振戦と発熱があり、CTにより腸の浮腫が認められた。			グリセリン浣腸  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)
60 *	手術前処置のグリセリン浣腸をする際、患者は「痔核がある。すぐ便が出ると悪い」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で施行した後、直腸に穿孔が確認された。			グリセリン浣腸  235 下痢, 浣腸剤
61 *	手術前処置のグリセリン浣腸をする際、ベッド上左側臥位で施行した。その後直腸穿孔が確認された。患者の痔核の情報が確認されていなかった。			グリセリン浣腸  235 下痢, 浣腸剤
62 *	排便困難でグリセリン浣腸をする際、患者の希望によりトイレで立位前屈位で行ったところ、出血が続き止血を要した。			グリセリン浣腸  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)
63 * *	患者より浣腸はトイレでもらいたいとの希望があり、そのためトイレで立位前屈でグリセリン浣腸120mlを施行した。その後、硬便とともに出血があった。出血が続くため医師の診察後、内視鏡的止血術を実施した。院内安全情報として浣腸の事故は知っていたが、その情報を自分のこととして受け止めていなかった。			グリセリン浣腸  235 下剤, 浣腸剤
64 * *	排泄板に夜勤者が「テレミン」と記入されていたが、受け持ち看護師がカルテ温度表確認し、便秘(3日間排便がない)と思い込みGE(グリセリン浣腸)を準備し、他の看護師がGE施行した。受け持ち看護師がカルテ記載時に3日間排便ない時はテレミン坐薬で、GEではない事に気付いた。	便秘のときはGEと思い込んだ為、温度表の便の状態欄を見落とした。	<ul style="list-style-type: none"> <li>便秘時の処置内容を含めて確認する。</li> <li>温度表、排泄板での排泄状況を指さし確認する。</li> </ul>	グリセリン浣腸  235 下剤, 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)
65 * *	病棟からの臨時請求でコートロシン0.25mg のところコートロシンZ 0.5mg を払い出した。翌朝、病棟看護師から電話連絡あり判明した。正しい薬品コートロシンは新たに別に臨時請求され、間違った薬品コートロシンZはオーダー経由で返品された。	冷所保管薬であるコートロシンとコートロシンZが同じ棚の隣同士と気付かず、手前にあったコートロシンZを思わず払い出してしまった。コートロシンとコートロシンZは同会社で、外箱も同じ形状のよく似た製品で間違いやすい事も改めて気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ オーダリー経由でまとめて臨時薬品請求された時間帯には、より慌てず1枚ずつ正確にきちんと薬品名・規格・数量等を確認する。</li> <li>・ コートロシンとコートロシンZの棚に注意札をつけ注意喚起する事にした。</li> </ul>	コートロシン Z 注 (コートロシン注)  241 脳下垂体ホルモン剤
66 * *	病棟で持参薬(サイモチンS50)を検査し、医師に院内採用の同効薬(カリクレイン)で代替できないか疑義照会する際、薬効の違う薬(チラーヂンS50)を照会してしまった。そのため医師は照会された薬(チラーヂンS50)を処方し、患者は服用した。数日後、当事者が服薬指導時に、チラーヂンSの服用理由に不審をいただき間違いに気付いた。直ちに医師に報告し必要な検査を行なうと同時に患者に謝罪した。	通常は薬剤部の検査システムで持参薬は検査する。しかし、病棟で検査が簡単な持参薬または急ぐ場合は薬剤師が目視で検査し解答している。そのため薬剤師が勘違いし回答し、そのまま誤薬が投薬される結果となった。当事者は間違えた事に対する理由が思い当たらないとの事であるが、持参薬の末尾「S50」と紹介した薬の末尾「S50」が同じであり、確認ミスが起こった可能性がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出来るだけ持参薬の鑑別は薬剤部の検査システムを使用する。</li> <li>・ 病棟で検査する際は十分注意を払い患者病歴情報と照合し検査結果と照合する。</li> <li>・ 病棟に検査システムの導入が望まれる。</li> </ul>	チラーヂン S 錠 (サイモチン S50 錠)  243 甲状腺, 副甲状腺ホルモン剤 (249 その他のホルモン剤(抗ホルモン剤を含む。))

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)
67 *	化学療法中の患者。薬剤師面談時に、化学療法施行日の夕食後のみに内服するデカドロン(ステロイド剤)を8錠内服していることに気付いた。既に6日分内服済みであった。残薬を回収し医師に報告した。有害事象はなく、経過観察の指示を受けた。	化学療法の説明は前日に行っているが、その際に内服薬についても用法容量を説明し、配薬を行った。当時は面談せず内服確認のみを看護師に申し送った。薬剤師の説明不足、及び患者の思い込みだったと思われる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1回内服分を一包化して渡す。</li> <li>・ 内服時刻に看護師から与薬する。</li> <li>・ 配薬はなるべく当日に行う。</li> <li>・ 患者に説明をする際に、十分理解していただけたかを確認する意味で、患者本人に用法用量を言ってもらう。</li> </ul>	デカドロン錠  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)
68 * *	<p>入院臨時処方でプレドニゾロン(5mg)20T1日2回朝昼食後5日分という処方が出された。このオーダーでは1回10錠の服用となり、薬袋には当然このように印字されていた。しかしこの用法とは別にコメント欄に「朝12錠夕8錠」と医師が手入力していた。この入力方法は処方箋には反映されるが薬袋には反映されないため薬剤師は2つの違う用法に対し問い合わせを行うべきだったが、見落としたため1回10錠と記載された薬袋のまま病棟に払い出した。次の日、病棟担当薬剤師が病棟スタッフより問い合わせを受け問題に気付いた。病棟では医師の指示通りに投薬していたので、患者に影響は無かった。</p>	<p>処方箋を入力する際にいろいろな方法が存在する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「不均等投与」で入力すると薬袋に反映されるのでこの入力方法を使ってもらう。</li> <li>・ システムの入力方法上数種類の異なる用法が処方箋上に表示される可能性も考えられるので、処方箋と共に薬袋もよく確認する。</li> <li>・ 鑑査時も、用法やコメントが薬袋に反映されているか再度確認する。</li> </ul>	<p>プレドニゾロン錠  245 副腎ホルモン剤</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)
69 * *	<p>ノルアドレナリン3A・生食100ml を50ml のシリンジに移して8ml/h で施行中であつた。医師が「濃度倍量で、全量50ml、流量は半量でいって。」と口頭指示をした。看護師は、ノルアド6A(6ml)・生食44ml を4ml/h で施行した。指示簿に記載されていなかった為、看護師が指示簿に間違ったまま記載した。次の勤務者が以前の4倍量で施行されていることに気付いた。患者に障害は発生しなかった。</p>	<p>口頭指示は出さない・受けないルールであるが、やむを得ず、口頭指示を受ける場合のルール(メモをとり、メモを見せて復唱確認)が守られていない。倍量・全量・半量という曖昧な言葉での指示であつた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>指示出し・指示受けのルールを守る。</li> <li>曖昧な言葉ではなく正確な数値・単位で指示をだす。</li> </ul>	<p>ノルアドリナリン  245 副腎ホルモン剤</p>
70 *	<p>ヒューマログミックス50注、朝14単位、夕8単位のところ朝14単位、夕18単位で入力していた。 外来受診があり処方箋の再発行をした所単位の間違いに医師が気付き、薬局に指摘があり分かった。薬袋に間違った単位の印字がされており患者に投与量の確認を実施。家族投与にて間違いなく実施されており影響なかった。また、検査を実施、投与量の変化のなかったことを確認した。</p>	<p>2枚あつた外来処方箋を1枚に書き換えたとき入力ミスをした。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入力、処方箋監査の確認を徹底する。</li> </ul>	<p>ヒューマログミックス50注  249 その他のホルモン剤(抗ホルモン剤を含む。)</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)
71 *	医師はヒューマカート注のカートリッジを処方したが、受けた調剤薬局がヒューマカート注のキットを患者に渡した。医師と患者が話をしている間違いがあったことに気付く。	マスターの設定は薬価の記載通りであったが、単位を「本」としていたため、カートリッジともキットとも、とれた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>全てのヒューマカート注にカートリッジと名称を付けて単位を「筒」に変更した。</li> </ul>	ヒューマカート?注キット (ヒューマカート?注)  249 その他のホルモン剤(抗ホルモン剤を含む。)
72 *	薬を整理していた時、冷蔵庫に退院時のインスリンが残っていたのに気付いた。同時に処方されていたペンニードルと内服薬は残っていなかったため、冷蔵庫保存のインスリンのみを渡していないことが分った。直ちに患者に連絡したところ、「病院からもらったインスリンを退院後も使っていた」と言われ、退院処方が出されたインスリンをもらっていないという認識がなかった。おそらく入院中に使っていたインスリンをそのまま使っていたと思われるため、事情を説明したところ「近々来院の予定があるので、そのときでかまわない」と言われ、次回渡すことにした。	渡し漏れ、確認不足、置き忘れの薬の取扱いの不徹底。今回のインシデントの要因として、冷所保存の薬を保管するときは、他に室温保存の薬がある場合、その旨を書いた所定の用紙を室温保存薬に貼付することになっているが、その用紙が保管している棚の引き出しに貼ってあったため冷所保存薬の存在に気付かなかったものと思われる。また、同一患者で退院処方が2日間にわたって出されていたことも要因の1つと考えられた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>置き忘れの薬の取扱いを再度スタッフに確認、徹底した。</li> </ul>	インスリン  249 その他のホルモン剤(抗ホルモン剤を含む。)



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)
73 *	夕食前インスリンの準備を3人分処置台の上でしていた。準備の際他患者の伝票を見ており、4単位施行のところ7単位施行してしまう。 伝票はベッドサイドまで持参しなかった。	3人分の投薬指示票を一度にもっていった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個々の患者用に1注射1トレイに用意する。</li> <li>・ 伝票はベッドサイドまでもって行き氏名、単位、薬品名の確認をする。</li> <li>・ 薬剤は詰所で準備してもって行く。</li> </ul>	インスリン  249 その他のホルモン剤(抗ホルモン剤を含む。)
74 * *	薬剤科で薬剤師が、外来患者にMS冷湿布を交付した。患者本人からの電話で期限切れの薬剤であったことが判明した。まだ使っていなかったため身体的な影響は無かったが、信用は失ったおそれがある。患者自宅へ新しい薬剤を送った。	調剤時、検薬時の確認が不確実であった。薬剤の期限の確認と明示をしていなかった。当該薬剤は、使用頻度が少なく、箱単位の購入であるため、期限が切れやすい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調剤時、検薬時の確認を確実に実施する。</li> <li>・ 棚卸時に使用期限の確認を確実にこなす。</li> <li>・ 使用頻度が少ない薬剤は、特に期限に注意する。</li> <li>・ 期限が近い薬剤には、期限を明示して注意を喚起する。</li> </ul>	MS 冷シップ  264 鎮痛, 鎮痒, 収斂, 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)
75 *	いつものミオナール錠に違う錠剤が入っていたと薬局窓口に来られた。処方された薬であったが、患者が自己調節して服用していたため、残薬が多くあり、発見が2ヶ月後になった。「メチコバル錠」が入っていたが、違うことに気づき、まだ服用されてなかった。	両方ともに同じメーカーで21錠シートの抱き合わせで棚に入れているため、裏面がよく似ている。監査でも裏面のみ確認し、表を見なかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>同じメーカーの薬はシートがよく似ていることを認識し、表裏を見ること。</li> </ul>	メチコバル錠 (ミオナール錠)  313 ビタミンB剤(ビタミンB1剤を除く。) (124 鎮けい剤)
76 * *	ドルミカム2mg +5%ブドウ糖1 0ml の指示が出た際(指示は注射指示箋に書かれた)、5%を50%ブドウ糖と思い込み、救急カートよりドルミカムと50%ブドウ糖20ml を取り出し、準備し医師に渡し、医師が実施した。薬剤科より薬品を受領した際に5%ブドウ糖ではなく50%ブドウ糖だったことに気付いた。	思い込んでいた。薬液(50%ブドウ糖液)に対する知識不足。注射箋との照合確認の際声は出したが小さな声であったため周囲の人には聞こえなかった。医師に渡す際「ドルミカム」のみ薬品名を伝えた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤確認の声だし確認ははっきりと行う。</li> <li>救急カートの50%ブドウ糖は医師と相談のうえ5%ブドウ糖に変更(当該病棟では50%ブドウ糖は使用頻度がない)。</li> <li>準備者と実施者が異なる場合(医師に渡す場合)準備した薬剤をトレイに入れ持参し、薬剤名・量をはっきり伝える。</li> </ul>	日局ブドウ糖注射液 50% (日局ブドウ糖注射液 5%)  323 糖類剤

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)
77 *	ラクテックDを使用する予定であったが、ラクテックを使用した。本来リストバンドと薬剤バーコードによる患者認証を徹底しているが、その作業が行われていなかった。			ラクテック (ラクテックD)  331 血液代用剤
78 *	注射薬の払い出し業務で、プラスアミノ500ml を払い出すところソルデム3A500ml を払い出していた。看護師が点滴実施前の薬剤確認で間違いに気付いたので、患者には実施されず影響はなかった。	15時30分以降に各病棟から内服処方箋と注射処方箋が集中し、払い出し業務が中断した。薬剤師が、1名休暇であること、金曜日は、土・日曜日の薬剤の払い出し等が重なり気持ちに焦りがあった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>注射薬の監査を行って払い出しすることを検討する。</li> <li>業務を中断したときは、最初から実施する。</li> <li>病棟では、実施前の薬剤のチェックを継続する。</li> </ul>	ソルデム3A (プラスアミノ)  331 血液代用剤 (325 たん白アミノ酸製剤)
79 * *	炭酸水素ナトリウムの指示を塩化ナトリウムで調剤した。監査の段階でも発見されず病棟へ払い出され、患者が服用時にいつもと味が違うと気付いた。	2剤とも白色の散剤であった。同列の棚に1剤あけて保管されていた。当日勤務者1名が休みで、多忙で処方箋がたまってしまった為、体調不良で休憩していた職員が調剤を行った。無意識だった。秤量記録には塩化ナトリウムと薬品名がプリントされていたが監査の段階で確認不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬品の棚の位置を変更した。</li> <li>監査を徹底する。</li> <li>散剤秤量記録用紙と処方箋との確認を徹底する</li> </ul>	塩化ナトリウム (炭酸水素ナトリウム)  331 血液代用剤 (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)
80 * *	薬剤科で薬剤師が注射薬処方 of 生理食塩水20ml を交付するところを、生理食塩水ではなくて10%塩化ナトリウム液を交付した。病棟の看護師が気付いた。患者には実施していないので影響はなかった。	生理食塩水20ml と10%塩化ナトリウム液が棚の隣の引き出しにあった。取り出したときにラベルを見ないでプラスチックアンプルの口の形状で判断した。当該薬剤師は当院に転動してきたばかりであった。当院の10%塩化ナトリウム液は生理食塩水とはラベルとアンプルの形状が異なっているが、前勤務病院と同じメーカー(大塚製薬)であったので思いこんで取り違えた。注射薬を取り出すとき手に持ったものの確認をしていない。注射薬の監査は二人では行っていない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>生理食塩水と10%塩化ナトリウム液の保管場所を離す。</li> <li>注射薬を取り出したときに手に取った薬剤の名前を確認する。</li> <li>注射薬を交付用の箱に入れるとき薬剤の確認をする。1人監査なので、確実な確認が出来る手順を検討し実践する。</li> </ul>	大塚食塩注 10% (生理食塩液)  331 血液代用剤

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)
81 * *	蒸留水20ml 2本の処方で、蒸留水2本のうち1本を10%塩化ナトリウム注射液と間違えて調剤してしまった。蒸留水の入っている箱から2本を取り、ラベルの色や表示を見なかったため、1本が塩化ナトリウムであることに気付かず、そのまま払い出してしまった。	確認不足思い込み。箱に入っているものが蒸留水であると思ひ込みきちんと確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 返品された薬剤を元の置き場所に戻すときに間違えないようにすること。</li> <li>・ 調剤時にもそこに置かれているからと安心せず、本体の表示を見て確認するように気を付ける。</li> <li>・ 情報を共有する。</li> </ul>	10%塩化ナトリウム注  331 血液代用剤
82 * *	病棟看護師からの電話連絡で、患者の処方につき貼付ラベルはヴィーン3Gだが薬剤はヴィーンDとの指摘があった。(ヴィーン3G 1本・メイロン7% 1本DIV)。担当者は病棟へ出向き、指摘通り、輸液がヴィーンDと確認し、謝罪し薬剤交換した。病棟に残っていた投与前輸液から、その輸液は投与前であった。	調製前の準備段階(取り揃え者)でラベルの貼付間違いをした。調製者は処方箋と貼付ラベルと薬剤の照合を正確に行わなかった。監査者は最終的な薬剤の確認を怠った。通常この組合せの処方では、ヴィーン3Gの間にヴィーンD処方がある事から、注意喚起を促すためヴィーンDの「D」にチェックを付ける等工夫している。今回は注意喚起がやや不十分だった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調製前準備・調製・監査段階とも、処方箋と薬剤、貼付ラベルを用い確認する事を徹底した。</li> <li>・ 又、注意喚起のチェックは誰もが明確にわかるよう行う事を調製担当者全員に徹底する事とした。</li> </ul>	ヴィーン D (ヴィーン 3G)  331 血液代用剤

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)
83 * *	<p>前日A病棟から返品されたソルデム3AG 500ml を、別のB病棟に払いだした。ボトルにはA病棟の患者の名前が書いてあり、B病棟で点滴を施行した患者の家族が発見した。薬剤には間違いがないことを主治医より患者家族に説明された。</p>	<p>A病棟は返品薬が多く、患者名は消したつもりであった。薬剤部は細部に至るまでボトルを確認していなかった。B病棟では点滴施行前にダブルチェックをしたが、他の患者の名前が書いてあることに気付かなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 返品薬剤は細部まで確認して返すことを全病棟に徹底した。薬剤部には、返品薬の管理を見直すよう提言した。</li> <li>・ 一部の病棟では点滴ボトルに直接名前を書かず、シールを貼るようになっている。</li> <li>・ 急性期病棟であり比較的指示変更の多いA病棟もシールを貼るよう業務改善した。</li> </ul>	<p>ソルデム 3AG  331 血液代用剤</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)
84 *	「ワーファリンを『粉末』で入力したのに『錠剤』で調剤されていた」と医師から指摘があった。この患者は、以前に飲み間違いがあったので、全て粉末にしてほしいと希望があった。	院内約束で「錠剤の端数は粉末とし錠剤はそのまま調剤すること」となっていたので院内約束調剤をしてしまった。ワーファリンは状態変更時に服用用量が変わるので、出来るだけ錠剤のまま調剤していた。ワーファリンは、粉末では苦味があり患者からの苦情が多かったので固形で調剤していた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内約束製剤を基本として調剤することが前提であるが、こうした場合、処方医の意向を確認して調剤する。</li> </ul>	ワーファリン錠  333 血液凝固阻止剤
85 * *	ワーファリン錠1mg を2.5錠分包するところ、4.5錠分包してしまった。病棟から連絡があり作り直した。	ワーファリンは半錠分は手でセットし2錠分は自動で機械が入れてくれるところ、勘違いし2.5錠を手で入れたため合わせて4.5錠分包してしまった。監査をする時点で薬剤が正しいかばかりに気がいき、数の確認を怠ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤が正しいか、数が正しいか、確認することは基本的なことであり、どんな時も慌てないで基本に基づき監査をする。</li> <li>機械の使い方をもう一度確認する。</li> </ul>	ワーファリン錠  333 血液凝固阻止剤