

2 個別のテーマの検討状況

【1】薬剤に関連した医療事故

平成19年1月1日から平成19年3月31日の間に報告された医療事故のうち、薬剤に関連した事例15件について分析を行った。

（1）薬剤に関連した医療事故の現状

本報告書において分析対象とした医療事故事例の概要は図表Ⅲ-1の通りである。

薬物療法を行う際の業務の流れを「指示」、「指示受け・申し送り」、「準備」、「実施」、「実施後の観察及び管理」、「その他」に分類し、事故の内容と併せて薬剤に関連した医療事故の発生状況を整理した（図表Ⅲ-2）。

① 指示段階

指示段階における事例は3件であった。そのうち、薬剤名の類似による薬剤間違いが2件であった。

改善策の一例として、「オーダーリングの薬剤選択画面において、神経系、循環器系など系統別に薬剤の色分けをする」などの取り組みの検討をしている医療機関もある。

② 指示受け・申し送り段階

指示受け・申し送り段階における事例の報告はなかった。

③ 準備段階

準備段階における事例は6件であり、そのうち薬剤のアンプルや注射器を間違えて注射薬を準備した事例が4件あった。

④ 実施段階

実施段階における事例は5件であった。そのうち注射薬品の取り違えが1件、水薬の管理に関する事例が1件、内服薬の薬剤過剰投与が1件、注射薬の薬剤過剰投与が1件、注射薬の濃度間違いが1件であった。

⑤ 実施後の観察及び管理

実施後の観察及び管理における事例は1件であり、ガベキサートメシル酸塩を持続点滴管理中の点滴液漏出であった。

（２）薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第２１回ヒヤリ・ハット事例収集^(注)において、記述情報のテーマにあげられていた調剤の過程での事例および第２１回、及び第２２回重要事例の中から薬剤に関連する事例について、併せて分析を行った。また、第２２回から、入院時の持参薬に関する事例をテーマにあげた。

なお、第１８回ヒヤリ・ハット事例収集よりテーマにあげられている「調剤の過程でのヒヤリ・ハット事例」は主として薬剤師が関わる業務であり、本報告書では従来の「準備段階」の一部として整理されるものである。

① 調剤の過程での事例

調剤過程に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した。薬剤の種類によって「内用薬」、「外用薬」、「注射薬」、「その他」として縦軸とし、ヒヤリ・ハットの種類を「薬剤間違い」、「薬剤量間違い」、「患者間違い」、「交付もれ」、「薬袋・ラベル間違い」、「分包器の故障・不具合」、「その他」として整理した（図表Ⅲ - ３）。

本報告書では第１８回から第２１回ヒヤリ・ハット事例収集で報告された調剤に関する事例の中で、i. 製品名が似ていてAをBと間違えた、ii. 薬効が似ていてが似ていてAをBと間違えたiii. 外形（外装）が似ていてAをBと間違えた、という理由のうち、２つの要素が重なっていたと報告された主な薬剤を整理した（図表Ⅲ - ４）。なお、３つの要素が重なっていたと報告された事例は０件であった。

② 入院時の持参薬に関連する事例

本報告書では、入院時の持参薬を「患者が入院時にそれまで内服していた薬を持参した場合で、入院した医療機関から処方された薬、他の医療機関から処方された薬の場合がある」として整理した。

入院時の持参薬に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した。入院の際、持参薬を持込んだ際の流れを「入院時」、「入院後、改めて持参薬を処方した時」、「薬の管理時」、「退院時」、として縦軸にとり、事故の内容を横軸にとりマトリックス表として整理した（図表Ⅲ - ５）。

③ 薬剤に関連する事例

医療事故と同様に薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した。薬物療法を行う際の業務の流れを「指示」、「指示受け・申し送り」、「準備」、「実施」、「実施後の観察及び管理」の５段階として縦軸にとり、事故の内容を横軸にとりマトリックス表として整理した（図表Ⅲ - ６）。

第２１回ヒヤリ・ハット事例収集^(注)において報告された調剤の過程に関して主な記述情報３１件を図表Ⅲ - ７に示す。また、第２２回ヒヤリ・ハット事例収集^(注)において報告された入院時の持参薬の過程に関して主な記述情報３７件を図表Ⅲ - ８に示す。さらに、第２１回、第２２回ヒヤリ・ハット事例収集^(注)において重要事例として報告された中から薬剤に関連する事例４５件の概要を図表Ⅲ - ９に示す。

（注１）第１回～２０回ヒヤリ・ハット事例収集に関しては５～６頁参照。

図表Ⅲ - 1 薬剤に関連した医療事故事例の概要

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
【薬剤間違い】			
1	指示段階	障害残存 (低い)	ニューロタン（ロサルタンカリウム）25mgをニューレプチル（精神神経用剤）25mgと間違えてオーダーリング画面から入力し処方した。意識障害が発生し、経過観察を要した。
2	指示段階	不明	前医で処方されていた常用薬21種類のうち8剤がなくなったため、主治医（研修医）が処方を行った。この際、スロービッド（テオフィリン）を処方すべきところをスローケー（塩化カリウム）をオーダーリング画面から処方した。
3	準備段階	障害残存 (低い)	手術後、術前に行ったホルモン負荷検査の再検査を行った。生理食塩水20mL + TRH（プロラクチン分泌視床下部ホルモン）1mLを静脈注射したところ患者はプレショック状態となった。その夜、看護師がTRHが未使用であることに気付いた。患者へ投与したのはTRHではなく数日前に処方されたが使用されず薬局へ返品していなかったピトレシン注射液（脳下垂体後葉ホルモン剤）であった。
4	準備段階	障害残存 (低い)	救急外来で内科当直医師はプリンペラン1A（消化器機能異常治療剤）静脈注射の口頭指示を出した。当事者の医師は救急外来看護師に指示を伝達し、アンプルを受け取った後、薬剤名を確認せずそのまま静脈注射した。内科当直医師がプリンペランではなくラシックス（利尿降圧剤）20mgであったことに気付いた。
5	準備段階	障害残存 (低い)	中心静脈注射を組成する際に、50%ブドウ糖を加えるべきところを10%ブドウ糖を加えて作成した。定期検査で患児に低血糖が認められ糖濃度を増やし、対応した。
6	準備段階	障害の可能性 (低い)	看護師はヘパリンロックシリンジによるIVH（中心静脈栄養）ルートフラッシュを行う際、引き出しの中から手前に見えた薬剤のパッケージを確認せず、ヘパリンロックシリンジ（血液凝固阻止剤）だと思い込み、キシロカイン注シリンジ10mLを取り出した。薬剤名を確認せずキシロカイン注シリンジ（局所麻酔剤）10mLを注入した。プレフィルドシリンジ（薬剤があらかじめ充填されている注射器）の薬剤を同じ引き出しで保管していた。
7	実施段階	不明	尿流出がないためラシックス（利尿降圧剤）1A静脈注射の指示が出た。時間も遅れ焦っていたため、茶色のアンプルと思い、ホリゾン（マイナートランキライザー）1A（10mg）を手に取り、ラシックスと思い込み静脈注射した。さらに4時間後、再度尿流出がないため、ラシックスと思い込んでホリゾンを静脈注射した。2時間半後、薬剤科からラシックスを受領し、カートに戻そうとしたところラシックスでなくホリゾンを2回注射したことに気付いた。
【薬剤量間違い】			
8	指示段階	障害残存 (低い)	12歳の患児にウロミテキサン（解毒剤）165mg処方する予定を間違えてウロミテキサン1650mg + 生理食塩水50mLで開始したが、30分後、医師が量が多かったことに気付いた。医師はオーダーリングシステムに不慣れであった。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
9	準備段階	不明	糖尿病性網膜症で手術し、外来通院中の患者。腹膜透析カテーテルを留置し腹膜透析を行っていた。自宅でいつもどおりインスリンを6単位打ったところ意識障害が出現し、救急車で搬送された。低血糖（47 mg/dL）による意識障害であった。患者はノボラピッド300ミックスを継続して使用しているはずであるが、ノボラピッド30ミックスが渡されていたことに気付いた。
10	実施段階	障害残存（低い）	他病棟から移ってきた患者Aの内服薬ジゴシンエレキシル（ジキタリス酸糖体製剤）30mLの水薬瓶に表面に「1回2.5mL」、裏面には「17.5mL」と記載があった。リーダー看護師は病棟薬剤師に内服方法を確認すると「水に薄めずそのまま必要量を吸って普通に飲まず」といわれた。リーダー看護師はポストイットに「1回に2.5mLごとくと飲む」と書いて貼った。夜勤のB看護師は「ごとくと飲まず」を「一気（全量）に飲まず」と思った。水薬瓶に「ジゴシンエレキシル2.5mL」と記載されているのは確認したが、瓶に入っている量を確認せず、患者に7回分全部投与した。
11	実施段階	障害残存（低い）	ツベルクリン接種の際、通常0.1mL皮内注射のところ正確な量は不明であるが10人用の約半分（0.5mL以上）投与した。患者のツベルクリン反応の判定の際に前腕部全体の熱感と2cm×3cmの硬結、一部水泡したため、過剰投与がわかった。
12	実施段階	障害残存（低い）	妊娠高血圧症候群で帝王切開術後4日目、突然意識消失し転倒したため右鎖骨を骨折となった。発生原因としてアダラート（高血圧狭心症治療剤）の過剰内服（20mg内服指示のところ40mg内服）していたことに気が付いた。血圧低下が見られていたが医師への報告はされていなかった。
【方法間違い】（経路・濃度・日数）該当事例無し			
13	実施段階	不明	ルート交換の準備をし、中心となる輸液ルートの側管よりヒューマリンR（抗糖尿病剤）が持続で投与されていたため、濃度あわせは必要と思いこみ、10倍量にセットした。2時間後、次の勤務者から濃度調節の必要がないことを指摘され誤りに気付いた。
【対象者間違い】			
14	準備段階	不明	患者Aがシリンジポンプで注入しているフェンタネスト（麻酔用ピペリジン系鎮痛剤）0.4mg＋生理食塩水40mLと患者Bに施行予定のガスター（H ₂ 受容体拮抗剤）1A＋生理食塩水20mLを準備し、それぞれトレイに入れて同じワゴンに載せた。患者Bのガスター投与時間に他の処置で遅れたため、注射器に貼ったシール（患者名等が記載）をはがした。患者Bの部屋に入る時、誤って患者Aの注射器を手に取りそのまま実施した。
【その他】			
15	実施後の観察及び管理段階	障害残存（低い）	DIC（播種性血管内凝固）の治療としてレミナロン（ガベキサートメシル酸塩）を単独で末梢静脈ラインで行った。添付文書に基づき投与濃度は0.2%とし、投与速度も2.5mL/kg/h以下、総36mg/kg以下で行った。定期的に観察していたが左足の腫脹に気づき、固定ガーゼを外したところ点滴刺入部が白く変色していた。

図表Ⅲ - 2 薬剤に関連した医療事故の発生状況

		薬剤間違い	薬剤量間違い	方法間違い			速度間違い	対象者間違い	その他	合計
				経路	濃度	日数				
段階	指示	2	1	0	0	0	0	0	0	3
	指示受け・申し送り	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	準備	4	1	0	0	0	0	1	0	6
	実施	1	3	0	1	0	0	0	0	5
	実施後の観察及び管理	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計		7	5	0	1	0	0	1	1	15

図表Ⅲ - 3 薬剤の調剤過程に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

		薬剤間違い			薬剤量間違い				患者間違い	交付もれ	薬袋・ラベル間違い	分包器の故障・不具合	その他	合計
		薬剤取り違い	間違った薬剤の混入	規格	計量・計数	単位	日数	分包						
内服薬	錠剤・カプセル剤	124	6	67	65	0	11	7	2	12	17	8	15	334
	散剤・顆粒剤	21	1	12	26	0	7	14	1	6	11	6	8	113
	内用液剤	5	0	1	7	0	1	0	0	1	3	0	0	18
外用薬		30	0	15	12	1	0	0	2	2	1	0	2	65
注射薬		84	3	32	15	0	4	0	2	4	9	1	15	169
その他		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明		7	1	3	5	0	2	4	13	3	13	0	13	64
合計		271	11	130	130	1	25	25	20	28	54	15	53	763

図表Ⅲ - 4 2つの要素が原因と考えられる主な薬剤^(注)

錠剤		散剤		外用薬	
A	B	A	B	A	B
【製品名の類似】 & 【効能の類似】					
アシノンカプセル (H2受容体拮抗剤)	アルタットカプセル (H2受容体拮抗剤)				
ガナトン錠 (消化管運動賦活剤)	ガスモチン錠 (消化管運動促進剤)				
ニトロール (虚血性心疾患治療剤)	ニトロペン (狭心症用舌下錠)				
プロプレス (持続性アンジオテンシンII受容体拮抗剤)	ミニプレス (高血圧・排尿障害治療剤)				
フェロミア (可溶性非イオン型鉄剤)	フェロ・グラデュメット (徐放型鉄剤)				
リピトール錠 (HMG-C o A還元酵素阻害剤)	リボバス錠 (高脂血症治療剤)				
ロコルナール 100 mg (循環機能改善剤)	ローコール (HMG-C o A還元酵素阻害剤)				
ラキソベロン錠 (緩下剤)	ラキソベロン液 (滴剤型緩下・大腸検査前処置用下剤)				
【製品名の類似】 & 【外観の類似】					
ベイスンOD (糖尿病食後過血糖改善剤)	タケブロンOD (プロトンポンプ・インヒビター)			アンダーム軟膏 (非ステロイド性炎症外用剤)	アンテベート軟膏 (外用副腎皮質ホルモン剤)
ペルサンチン (冠循環改善剤)	ペンタサ (潰瘍性大腸炎・クローン病治療剤)			ヒアレインミニ0.3 (角結膜上皮障害治療剤)	ヒアレインミニ0.1 (角結膜上皮障害治療剤)
リスミー (睡眠誘導剤)	リーゼ (心身安定剤)				
【効能の類似】 & 【外観の類似】					
アーテン (パーキンソン症候群治療剤)	アキネトン (抗パーキンソン剤)	酸化マグネシウム (制酸・緩下剤)	マーズレン (胃炎・潰瘍治療剤)	ボステリザン軟膏 (痔疾治療剤)	ネリブロクト軟膏 (痔疾用剤)
バイミカード (持効性Ca拮抗剤)	アダラートL (高血圧・狭心症治療剤)				
リボバス (高脂血症治療剤)	リピトール (HMG-C o A還元酵素阻害剤)				
リンデロン (合成副腎皮質ホルモン剤)	プレドニン (合成副腎皮質ホルモン剤)				
ボンタールカプセル (鎮痛・消炎・解熱剤)	ボルタレンSRカプセル (徐放性鎮痛・抗炎症剤)				

(注) 第18～21回ヒヤリ・ハット事例収集より抽出した。

事例では薬剤Aを調剤すべきところを薬剤Bと間違えている。

表の()内は添付文書の標榜薬効である。

注射薬	
A	B
献血グロベニン・ニチヤク 2.5g (血漿分画製剤)	献血ベニロン 2.5g (血漿分画製剤)
ヴェノグロブリン IH (血漿分画製剤)	ベニロン I (血漿分画製剤)
モリヘパミン (肝不全用アミノ酸注射液)	モリブロン F (総合アミノ酸製剤)
ラクテック 500ml (体液用剤・手術用灌流洗浄液)	ラクテック G500ml (体液用剤)
ノボラピッド 30 ミックス注フレックスペン (膵臓ホルモン)	ノボラピッド注 300 フレックスペン (膵臓ホルモン)
ノボリン 30 R フレックスペン (膵臓ホルモン)	ノボラピット 30 ミックスフレックスペン (膵臓ホルモン)
ハイドロコトシ (副腎皮質ホルモン製剤)	ソルコーテフ (副腎皮質ホルモン剤)

図表Ⅲ - 5 入院時の持参薬に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

		薬剤間違い	薬剤量間違い		投薬・ 内服忘れ	用法間違い	その他	合 計
			過少・過量	重複				
入院時		7	6	4	5	6	7	35
入院後、改めて持参薬を 処方した時		4	5	11	3	1	2	26
薬の 管理時	患者自身が管理	7	4	3	11	0	2	27
	病院側が管理	6	8	6	7	1	0	28
退院時		1	1	0	6	0	0	8
その他		0	0	2	1	0	1	4
合 計		25	24	26	33	8	12	128

図表Ⅲ - 6 薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

		薬剤 間違い	薬剤 量間違い	方法間違い			速度 間違い	対象者 間違い	その他	合 計
				経 路	濃 度	日 数				
段 階	指示	18	26	1	0	3	3	8	8	67
	指示受け・ 申し送り	33	14	2	2	8	2	0	11	72
	準 備	126	98	6	17	19	2	35	41 ^(注)	344
	実 施	59	42	28	4	18	10	42	9	212
	実施後の観察 及び管理	2	2	1	0	0	34	0	21	60
	その他	0	2	0	0	1	0	0	10	13
合 計		238	184	38	23	49	51	85	100	768

(注) 輸液栄養剤の準備にあたり、薬剤を混合するために開通させる隔壁が未開通の類似事例24事例を含む

図表Ⅲ - 7 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（調剤）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤間違い・取り違い 10件】 他類似事例 261件			
1	アマリール（スルホニルウレア系血糖降下剤）3mg 1錠 1×朝食前とアクトス（インスリン抵抗性改善剤）15mg 2錠 1×朝食後の薬袋を入れ間違えた。患者が自宅で気付いた。	業務手順・ルールの問題：色、形とも類似はない。手順1．処方箋が来ると同時に処方箋に応じた薬袋の準備（氏名、用法の表示）をし、処方箋と一緒に籠に入れ調剤係に回す。手順2．調剤係は、処方箋に応じた薬の種類を指示数通り薬袋と処方箋が入っている籠に入れ（この時薬袋にはいれずバラバラで）監査係に籠ごとまわす。手順3．監査係は、処方箋と薬を確認しながら、その薬に応じた薬袋を籠の中から選び出し薬を入れていく。薬剤師により3の段階は多少順番が変わることもある。※薬袋を並べてその上に薬を乗せておき、処方箋と確認して1袋（1種類）ずつ入れていく場合もある。薬袋は見やすいような表示であり、区別されている。	- 薬袋を並べてその上に薬を乗せておき、処方箋と確認して1袋（1種類）ずつ入れていく方法が袋の上に薬を置くとき、入れる時と2回の確認が出来るので安全。 - 患者に薬を渡す時に、中身を見せて患者にも確認してもらい薬剤師も確認する。
2	他院の院外処方で、保険薬局が誤って経口血糖降下剤を調剤したため、患者は服用し低血糖で救急外来を受診した。救急外来からの医薬品識別依頼があり、コンピューターで識別を行った。被疑薬グリベンクラミド（血糖降下剤）の識別コードがn648であったため、648で検索した。該当薬品が4種類表示され、その中からn0648（抗菌薬）を識別結果に記入した。医師から再度確認があり、他の薬剤師が識別を行ったところ記録が誤っていることに気付いた。	- 同時に表示されるアルファベットのマーク（n）が一致したためそれを被疑薬と思い込んでしまった。 - 休日であったため、何度も電話や外来の処方で中断したため注意が散漫になった。	- 検索キーを増やして検索するよう心がける。 - 識別結果と持参薬の外観を最終確認するようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
3	カルブロック（持続性Ca拮抗剤）8mgが処方されたがプロプレス（持続性アンジオテンシンⅠⅠ受容体拮抗剤）8mgを処方した。薬剤助手はカルブロック8mgが処方された処方箋を目で確認したが手にした薬はプロプレスで1包化のため分包器に充填した。その後、薬剤師は確認したが識別コードが確認できていず間違っただけで病棟へ届けられた。薬は退院処方で、今までの処方と変更されてなかった。看護師は患者へ手渡す時「いつもと変わらないか見て下さい」と言葉をそえた。患者から「いつもと数は一緒だが色が違うようだ」と申し出あり。薬剤科へ差し戻し間違いに気付いた。	薬剤名を目で確認しているが頭へは違う薬品名がインプットされている（思いこみ）。検薬時、薬剤師が識別コードのチェックができていない。	・処方箋と薬を確認するときの声だし確認の徹底。 ・検薬時、薬剤師が識別コードのチェックを実施。
4	アマリール（スルホニルウレア系血糖降下剤）1錠、分2、70日の処方、半錠分包された予製品（予め計量混合しておいた製剤）を140包（14包×10束）払いだすところを、ラスチノン（血糖降下剤）半錠を42包（14包×3）に混入し、鑑査も通り抜けた。別の薬剤師がラスチノン分包の棚を見てアマリール分包が入っているのに気付き、その時点で処方のあった患者に電話確認し、取替えた。	血糖降下剤は患者名と払出し数を用紙に控え、ダブルチェックしている。また半錠処方患者の希望により、分割分包するかそのまま錠剤で出すか、特記事項に示してあるので、それに従う。今回まず最初の薬剤師が特記事項に半錠分包とあるのを見逃し、錠剤で70錠出したところで確認を求めた。当事者が確認に行き、特記事項に気付き半錠で出し直した。その際、在庫のタッパーから7束と棚から3束取った。最初の薬剤師を呼び、出し直したのを見てもらったが、1束は束を開いて錠剤を見たものの、すべてを見なかった。おそらく棚から取る時誤ってラスチノンを取り、不足分を在庫のタッパーから出して、余分のアマリールをラスチノンの棚に戻したと思われる。以前にも取り違えたインシデントはあったが、外見は分包されているため似ているが、錠剤の色や大きさは全く違うため、鑑査で発見できると考えていた。	・分包紙に区別の為色付けをすることとした。 ・棚の場所を離れた所に移動した。
5	ヒルドイド軟膏（血行促進・皮膚保湿剤）処方のところ、調剤者がボルタレンゲル（消炎・鎮痛・解熱剤）を調剤した。鑑査でも見逃した。	一度退院処方が出たあと退院が取り消しになり、同じ処方を何度も鑑査したため、外用剤の数は確認したが、薬品そのものをしっかり確認しなかった。	・容器などのイメージが似ているが、思い込みをしないで処方箋をよく確認して調剤する必要がある。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	当直時に血液科医師より抗がん剤交付依頼があった。医師が抗がん剤指示確認票を持参し、抗がん剤指示確認票に沿ってプロトコール（治療計画）鑑査を行った。プロトコールに問題が無かったため、事前に調剤、鑑査が済んでいた薬を確認せずに交付した。日勤時に医師より処方内容と違ったものが交付されているとの連絡があり、誤りが判明した。投与準備中だったため患者への影響はなかった。	昼に医師が1度処方した後、薬剤部では調剤、鑑査が済み、抗がん剤指示確認票待ちの状態であった。その後夕方に処方の変更されていたが薬剤部では変更気付かず、変更前の処方調剤、鑑査を済ませた薬をそのまま交付した。変更後の処方箋は当直帯なので調剤せず別にしていった。抗がん剤指示確認票と注射箋が同じであることを確認せず、患者名と使用日しか確認しなかった。当直帯に翌日の抗がん剤を取りに来た。抗がん剤指示確認票の変更があったことに気付かなかった。処方変更の連絡が無かった。	- 抗がん剤指示確認票と注射箋が同じであることを確認する。 - 抗がん剤は日勤帯に調剤、鑑査、交付する事を徹底する。 - 一度処方した後に処方（プロトコール）の変更があったときは薬剤部に連絡してもらうよう医局に申し入れる。
7	医師がオーダーリングシステムにて「補正用NaCl（塩化ナトリウム）」を処方しようとして「補正用KCL（塩化カリウム）」を3A処方してしまった。処方を受けた薬剤師の疑義紹介にて発見、未然に防がれた。	オーダーリングにて処方は3文字入力になっている。医師が「補正用」と入力したときに「NaCl」と「KCL」両方とも表示されるため、誤って「KCL」の方を反転させてしまい、選択してしまった。KCL製剤は安全のため薬局管理になっており、薬剤師が発見し未然に防がれた。	オーダーリング上、「KCL」は「補正用」から入力できないようにマスターを設定しなおした。
8	注射処方箋にアルブミン「化血研」（血漿分画製剤）が処方されていたが、アルブミン-Wf（血漿分画製剤）をアルブミン「化血研」と思い込み、取りに来た主治医に払い出してしまった。病棟にて看護師が患者に投与後、特定生物製剤であるため、ロット番号を入力するために、製剤ラベルを認証しようとしたところ、エラーが発生した。特定生物製剤の認証ができなかったため、後日薬剤部に問い合わせがあり、インシデントが発覚した。	特定生物製剤のロット番号認証時、エラーが発生したにもかかわらず、薬剤の確認を怠り、そのまま患者に投与してしまった。	- 薬剤部において調剤する時に、薬品名を確認する。 - 処方箋に3規格以上あるものについては、赤で商品名又は規格に下線をつける。 - 薬剤の受払い時、商品名を確認する。 - 病棟において、製剤認証を行ってから患者に投与する。
9	処方「ヒューマカート3／7注キット」（抗糖尿病剤）であったが、「ヒューマカート3／7注」を取ってしまい、患者に薬が渡ってしまった。患者がいつもと異なる剤形に気付いた。	インスリン製剤にはカートリッジ、キット、フレックスペンなどの種類があり、規格も複数存在する。	- 今までインスリン製剤に関しては、処方箋の薬剤名の規格部分に赤マルでチェックしていたが、今後は剤形にも赤丸でチェックをする。 - 取る際には声を出して確認する。 - インスリンは種類・規格が多様であり、調剤時は煩雑ではあるが、間違いがあってはならない。調剤過誤をなくす取り決め事項の一つの「規格にチェックをして行う」という行為を徹底して行うことを指導。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	インスリン専用針付注射器ロードーズU-100、1/2mLが処方のところプラスチパック1mLを調剤し、監査を通り患者へ渡った。患者の家族が注射器が異なることに気づき、来院。交換となった。来院までは自宅に持っていたロードーズを使用していた。インスリン用注射器の製剤名が異なることを患者家族が気づき、来院した。	ロードーズU-100には1/2mLと1/3mLの2規格があり、規格を間違わないよう注意することに気をとられ、製剤名の確認を怠った。ロードーズとプラスチパックが隣接して配置してあった。	・処方箋と製剤名・規格の指差し、呼称確認を徹底する。 ・インスリン用注射器はまとめて1箇所に配置されているため、間隔をあける、もしくは製剤名を大きく記載するなど識別しやすい環境にする。 ・手にとった時の最終確認のチェックの徹底と、今回の事例は環境が整っていなかったことが大きな要因と考える。 ・名称の表示、配置場所の変更を行う。
【薬剤間違い・間違った薬剤の混入 2件】 他類似事例9件			
11	薬剤師が自動分包機でモービック（非ステロイド性消炎・鎮痛剤）を分包した、その中にタケプロン（プロトンポンプ・インヒビター）が入っていた。それに気付かず病棟に上げてしまった。コンベアで入れる薬（モービック）だったが、それ以前にばら撒かれていたらしい薬（タケプロンOD）が混入していた。業務に入ってからタケプロンを使用していないのでそれ以前に入っていたものと思われる。確認して袋に入れたつもりだったが見落としていた。準夜帯で腰痛のためモービックが上がってきたため配薬カートにセットしようと思ったら、一包目に別の薬が1錠入っているのに気づき薬剤部に問い合わせた。	調剤時の確認不足。監査時の確認不足。タケプロンを調剤した人が不明になった薬について追求しなかった。不明の事実をメンバーに情報提供しなかった。夜間の調剤で一人しかいなかったためダブルチェックできなかった。	・調剤・監査時の確認の徹底。 ・調剤時不明な薬があれば原因を追求する。 ・他のメンバーに情報提供し注意を促す。
12	漢方クリニック医師より、外来処方でカネボウN o. 34百虎加人参湯のところカネボウN o. 20防己黄耆湯が2包だけ混ざっており、患者は既に服用したらしいと連絡あり。患者が薬剤部窓口カネボウN o. 20防己黄耆湯の空包を持参、確認後謝罪した。	カネボウN o. 34百虎加人参湯とカネボウN o. 20防己黄耆湯は棚番が上下にあり、外観が類似しており2包だけ混入していた。今回は全ての包装を確認せず調剤したため過誤が起きた。	・各散剤担当者は充填時・返却時に薬品名・棚番を十分確認し、棚番変更を検討する。 ・調剤時に一部薬品の包装のみでなく全薬品名・番号を確認し調剤するよう徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤間違い・規格 5件】 他類似事例 125件			
13	カバサル（ドパミン作動薬）1.0 mg 1日1回、2錠、3日分の調剤に0.25mgが調剤しており、監査で見落とした。調剤時にも規格に印が無かった。与薬前に病棟看護師が気づき交換。患者には影響は無かった。	調剤薬剤師、監査薬剤師とも部署配属5ヶ月以内であり、複数規格に対する認識が低かった。	・複数規格品の薬剤リストに調剤従事者は定期的に目をとおす。 ・既に複数の「規格」がある薬剤リストは薬剤部全員に配布済みであったが、インシデントが発生した。 ・日当直業務中で不慣れがゆえに再発が起きないように、再度各フロアーの朝礼で複数の規格が存在する薬剤には注意の喚起を促した。
14	入院患者の持参薬パキシル（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）20 mg 錠を10 mg 錠と記載した。病棟担当薬剤師が間違いに気づき指摘を受けた。既に鑑別用紙をみて主治医が10 mg 錠で処方していたが、服用される前に入院前20 mg だったことを連絡する。	月曜日で持参薬鑑別件数が多く（週末入院患者分が含まれるため）病棟に送るのが遅れて急いでいた。持参薬鑑別業務は監査無しで送るため間違いのチェックが出来なかった。錠剤が粉碎されていて薬剤情報をもとに鑑別した。当院採用薬が10 mg だけのためパキシル＝10 mg という思い込みがあった。	・鑑別件数が増えつつあるので遅れないように勤務時間を組む必要がある。 ・時間的問題があるが監査を検討する必要がある。 ・粉碎薬、当院未採用ある規格のある薬剤は特に注意する必要がある。
15	術後、抗生剤点滴指示が1日2回で薬剤は生理食塩水100 mLとセフメタゾン（セファマイシン系抗生物質）0.5 gの指示であった。薬剤から払い出され準備されていた薬剤は生食キット100 mLにセフメタゾン1 gであった。当事者は指示書、注射箋を確認して準備し実施した。翌日も実施した。一日2回の2回目の点滴を他の看護師が施行しようと準備し確認したところ指示点滴薬である生理食塩水でなく生食キット（抗生剤のバイアルを接続する針が付いている）であった。抗生剤セフメタゾン1 gを溶解して0.5 gを点滴内に注入することが出来ないために、どのように点滴したか当事者に確認して間違いに気付いた。患者への影響はなかった。	指示薬剤が間違っていることに気付かなかった。生理食塩水100 mLと生食キットの違いを確認していなかった。薬剤師は注射箋通り払い出さなかった。患者は小児であったが、1日2 gを使用することは可能と判断し医師への疑義照会をしないで生食キットに変更し払い出した。指示書にセフメタゾン0.5 g使用と記載してあった。注射箋は薬剤払出伝票であるので1回使用内容は記載してなかった。	・注射箋記載時には使用内容も記載することを再度依頼した。 ・注射箋記載手順（当院の手順）を配布した。 ・薬剤師は医師に疑義照会し確認をする。医師に疑義照会することで医師が注射箋記載不備を把握できる。 ・看護師は指示内容をしっかり確認する。指示書と薬剤確認、準備時の注射箋と確認、患児へ行うときの確認。施行後指示書記載確認をしっかりと行う。
16	イントラファット（脂肪乳剤）100 mLの指示が伝票に記載されていたが、250 mLの容器を病棟にあげてしまった。別の薬剤師が監査するが見落とされた。	規格が2種類あるが、250 mLは棚に並べられていたが、100 mLは段ボールの中に入っており、規格が1つしかないと思い棚に並べてあった250 mLを払い出した。指示伝票の量を確認しなかった。規格が追加されたものが、薬剤師全員に周知されていなかった。	・薬品棚の整理。 ・見やすく表示する。 ・規格が複数ある場合は棚に規格複数ありの表示をする。 ・新規採用になった薬剤は薬剤師に周知するよう、議事録を読む。 ・薬品棚へも表示する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	処方番号 A 1・A 2 の「ツインパル 1 0 0 0 mL 1 袋 点滴静注」をどちらも 5 0 0 mL で調剤し、鑑査も気付かず病棟搬送された。担当看護師が投与準備中に気づき、病棟在庫のツインパル 1 0 0 0 mL を用いて投与した。薬剤部では連絡を受けた者が事実確認し謝罪した。	ツインパルはアミノフリードの後発品で、アミノフリードは 5 0 0 mL のみの採用だったが、ツインパルは 5 0 0 mL・1 0 0 0 mL の 2 規格が採用されている。2 規格とも外観が余り変わらず、1 0 0 0 mL の処方頻度も少ないことから調剤時に非常に間違いを起し易い。	・処方鑑査はツインパル 1 0 0 0 mL は処方量が少ないため、処方箋の薬品名にマーカーでラインを入れる等して調剤者・鑑査者へ注意喚起する。 ・修正処方出力時のシステム改修は修正処方調剤時はピッキングシートを用いず調剤するため計数間違いが多く問題になっている。防止のため鑑査過程を 1 度増やしているが、更に送付票の表示形式変更を検討したい。現在、修正処方の送付票は調剤総量で記載されているが、これを仮締め時の送付票との差で表記する事で薬剤の抜き忘れ・加え忘れも防げると考える。
【薬剤量間違い・計量・計数 3 件】 他類似事例 1 2 7 件			
18	ウロカルン（尿路結石治療剤）1 2 錠を薬袋に入れるべきところ、3 剤しか入ってなかったと患者から電話で指摘された。薬袋の記載は正しく、それぞれの薬袋の中に入っていた薬剤も正しかった。別件について、患者から救急外来へ問い合わせの電話があった際に指摘された。	当日は慎重に注意深く調剤をしたつもりだった。計算間違いをしたという記憶が残っておらず、患者からの電話で気付いた。緊急の輸血オーダーの対応に追われていたせいかもしれない。	・患者へ服薬説明するだけでなく、実際に薬剤を薬袋から取り出して相互に確認し合うのがよい。完全な実施は難しいものの、できるだけそういう方法に改めたい。 ・救急薬局の事例である。1 人で行っているため、自己監査はしっかり、いつもに増して行う。 ・患者に薬を渡す時、薬剤情報を見せながら説明をしているが、今後は薬自体を見せて本人とも確認しながら説明し、薬を渡す。
19	外来処方でワーファリン散（ワルファリンカリウム）2 1 包のところ 1 6 包しか入っていなかったと患者家族から電話あった。患者は服用後だった。散剤分包時は分包者が包数入力後、助手が薬剤を薬袋に入れる際に包数確認し、更に包数をノートに記録するようになっていた。今回も記録が残っており包数 2 1 包、その後分包の検薬をし、合わせて 3 人が包数を確認している。患者にその旨説明し不足分 5 包のみ速達郵送した。	紛失・服用間違い・分包数間違いの可能性はある。	・散薬分包は分包者が処方箋・薬袋確認後に分包器の包数を入力し、分包後、助手が包数再確認しノートへ記録、更にその後分包監査しており、何重ものチェック機能を設けている。今後も前記の確認を徹底する。
20	抗がん剤の前投薬に用いるアイソボリン（活性型葉酸製剤）を 2 人分同時に用意していた。一方の患者は 7 バイアルであったのに対して今事例患者は 6 バイアルで指示が出ていた。調剤者はそれに気付かず 2 人とも 7 バイアルずつ調剤し監査者もそれに気付かずに病棟へ払い出した。病棟にて看護師が発見し患者のは投与には至らなかった。	2 人分を同時に用意するという設定、判断が間違いであった。調剤者、監査者の責務が実施されず病棟へ払い出されてしまった。	・調剤の方法を流れ作業的に行う習慣がその職場にある。一行為が完了してから次の行為に移るように周知、徹底指導した。 ・似た処方が続く時の思いこみ調剤の防止対策。 ・監査者は油断しない。監査者に限らず声だし、指差し確認を行っていく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤量間違い・日数 1件】 他類似事例 24件			
21	入院患者に化学療法のCCR（放射線・化学同時併用療法）プロトコル（治療計画）が処方されたが、休薬期間4週間のところ主治医が思い違いで休薬期間3週間で入力し、薬剤部も気付かず調製し患者に投与された。病棟担当薬剤師が薬歴作成時に休薬期間が短い事に気づき病棟に連絡したが投与終了後だった。	処方医も鑑査薬剤師も3週間休薬後4週目には投与可能と勘違いした。本院の抗癌剤レジメン（プロトコルを簡潔に示したもの）は休薬期間の表現が3投1休、4週間、4週間1クール等様々で誤解を生じ易い。CCRプロトコルは同一処方を4週毎3回投与して1コースのため登録をday 0-7・day 28-35・day 56-63（投薬日数毎）の3フォルダに分けてあるが、同一内容フォルダが複数あるプロトコルの場合、初回投与フォルダがその後も使われる例が多い。今回もday 28-35フォルダを選択すれば医師も薬剤師も4週間休薬が必要と気付く事ができた。休薬期間より数日だけ短い場合、照会をためらう事がある。特に添付文書等に記載の一般的休薬期間を満たしている場合その傾向が強い。休薬期間のチェックは化学療法鑑査シートを用い前回投与日から計算しているが、処方箋出力時にチェックするのみで、その後の監査でチェックするシステムがない。	・本院の抗癌剤レジメンは表現方法を統一する必要がある。 ・同一内容でも該当投与日フォルダを使用した処方を徹底する。 ・プロトコルに決められた休薬期間を満たしていない場合、必ず照合する。 ・処方入力画面と処方箋上で休薬期間を確認できるようにし、各段階の監査で休薬期間を確認できるようにし、複数薬剤師でチェックする。
【薬剤量間違い・分包 1件】 他類似事例 24件			
22	経管栄養用処方のリピトール（HMG-CoA還元酵素阻害剤）とバイアスピリン（抗血小板剤）を散剤で調剤するところ錠剤のまま一包化して調剤し、監査者の確認を通り病棟搬送された。病棟より連絡受け、直ちに入院調剤室で再調剤し病棟で確認、謝罪し交換した。	調剤者は希望剤形の確認を怠った。監査者は薬剤名・用法・用量・処方日数に気を取られ、希望剤形が経管栄養用と気付かなかった。散剤秤量者・散剤監査者は調剤すべき処方を見落とした。	・調剤者・監査者は処方箋上の薬剤名・用量・用法・処方日数の確認に加え、希望剤形の確認を徹底する。 ・散剤秤量者は調剤すべき薬剤を見落とさない。
【患者間違い 1件】 他類似事例 19件			
23	経験年数約5ヶ月の薬剤師が内服薬を一包化する際、分包器に他の患者の名前を入力した。薬袋に入れる際に監査者（経験年数6年の薬局事務）も誤りに気付かず病棟に払い出した。病棟看護師が、確認中に間違いに気付いた。	確認不足。責任不足。新人教育がきちんと行われていない。危機管理意識の低下。	・新人教育の見直し。 ・新人が調剤を行なったときは、上司が監査をする。 ・入力時の名前確認の徹底を図る。 ・誤認ミスに対し、安全ニュースにて取り上げる。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【交付もれ 1件】 他類似事例 27件			
24	外来ヘタキソール（腫瘍用薬）の個別セットを払い出す際、冷所に保存してあるデカドロン（合成副腎皮質ホルモン剤）4mg 3Aを入れ忘れた。外来師長から連絡があり、すぐ外来に届けた。看護師が気付いたため、患者には通常通り投与されたので、患者に説明はしなかった。	やり慣れた業務であったため、少なくとも3回くらいは見直したと思うが気のゆるみがあったかもしれない。外来に払い出す際に通常は看護師とダブルチェックを行うが、たまたま担当の看護師がいなかった。報告者の薬剤師は退院する患者の指導に行かなければならなかったため、外来で担当の看護師を待っていらなかった。	・担当の看護師がいない場合、他の外来看護師に見てもらっては（ダブルチェック）どうか、第三者と読み合わせをするだけでもミスに気付く確率が高くなると思われる。
【薬袋・ラベル間違い 3件】 他類似事例 51件			
25	レバトールカプセル（抗ウイルス剤）3カプセル、1日3回食後朝1昼0夕2、14日分の処方に対する薬袋が自動薬袋発行システムで作製された際、薬袋の用法指示が朝1カプセル、昼2カプセルと誤って記載された。用法指示が誤っていることに薬剤部で気付かず病棟へ送付した。本来指示のない昼食後に2カプセルが服薬された。	処方オーダー上の用法指示が当ケースのように「朝1昼0夕2」と入力されていると、薬剤部の自動薬袋発行システムでは「0」が認識されずデータが前方に詰まる現象が発生する。その結果、今回は「朝1昼2」と薬袋に記載されてしまった。また、誤って用法が記載されていることに調剤者、監査者共に気付かず病棟へ送付した。	・処方オーダー上で用法指示に「0」を含む特殊な処方においては、自動作製された薬袋の記載内容についても間違いが起こりえることを認識し、十分に確認するよう注意喚起を行った。 ・システムの改善を検討した。
26	一包調剤のある処方を調剤した。長期投薬で一包調剤以外の薬が先に取り揃えられ、錠剤分包機が一包調剤を完了するのを待っている状況であったため、次の処方を調剤した。一包調剤が出来たため薬袋に薬を入れた。その時、薬袋のサイズにあわせて2つに分けて束ねた中の1つしか入れなかった。患者は薬の一部を受け取っているため、服用に支障はなかった。	薬の一部が残っていることが見つかったため、薬渡し窓口で薬を患者に交付済みであるか調べた。その結果、既に患者に交付済みであることが判ったため、患者に薬が一部薬剤部に残ってしまったことを連絡し、謝罪の上患者の希望で薬剤を送付した。	・一包調剤は錠剤分包機で自動的に調剤されるため、包数の確認は薬袋に入れる時に行なうこととなっている。 ・手順を遵守し、監査時も包数の多いものは、手順に従い読み間違えに注意する。
27	注射薬の輸液セットを取り揃えるために非実装薬品集計表を発行する際、プリンタートラブルがあった。そのため、払出実績表を発行し、薬品を取り揃えた。しかし、払出実績表では正しく取り揃えできないことに気づき、非実装薬品集計表を再度発行した。しかし、払出実績表で既に誤って払い出されていたヴィーンF（酢酸リンゲル液）がそのまま病棟に上がってしまった。該当患者がなかったため患者の被害はなかった。	病棟から実施予定のない輸液が上がっていると連絡があり、非実装薬品表を調べた結果、薬品表にない薬品を注射セットで搬送していたことが判った。	・非実装薬品を確認する時は集計表で確認した後、表に載っていない薬品が混ざっていないか確認する手順として薬品の品目数を実際に取り揃えられた薬品をみて確認することで再発を防止する。 ・集計表の内容について理解し、トラブル時には必要な表をすぐに出せるようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【分包器の故障・不具合 1件】 他類似事例 14件			
28	リルテック（筋萎縮性側索硬化症用剤）を28錠粉碎し、内規に従い乳糖を加えて全自動分割粉包機に入れた。薬剤の落ちる速度が遅く、フィーダー（散薬を投入し少しずつ円盤に撒く部分）に薬剤が残っていたが、分包機は薬剤が落ちきったと判断してしまい、送り出されてしまった。調剤者がフィーダーに薬剤が残っていることに気づかず、監査者へ渡した。監査者が重量の少なさを指摘し、調剤者が分包機を確認したところ、フィーダーに薬剤が残っていた。	分包ミス（分包機誤差）の問題。観察不十分の問題。	・フィーダーに薬物が残っていないか必ず確認する。 ・全自動分割粉包機を過信しない。
【その他 3件】 他類似事例 50件			
29	病棟薬局から上がってきた点滴を処理する際、病棟の取り決めに準じて伝票の処理を行い、投与時間・投与方法・配合禁の有無・医師の個別の指示の有無を確認して伝票を処理したが、冷所での保存の確認を怠ったため24時間常温に置いたままとなり薬剤を破棄する結果となった。	処方箋が一括になっており、誰かがすでに確認していると思った。処方箋に処理者の捺印がなかったため、おかしいなと思ったが、処方箋と薬剤の照合をせずに（薬剤保管方法については重要視していなかった）自分で印鑑を押した。今まで、点滴伝票の処理を途中で交代しても自分の印鑑を押しており、安易に確認印を押していた。	・処方箋の薬剤確認時、保管方法についても確認をする。 ・薬剤処理は（処方箋と薬剤確認）最初から最期まで責任を持って行い、責任をもって捺印する。 ・処方箋に捺印することの意味づけを本人はもとより、朝礼で再指導を行った。 ・詰め所会で薬剤コストを提示し自覚を持たせる予定。
30	入院してすぐ5FU（腫瘍用薬）の指示がでた。薬歴確認するとTS-1（腫瘍用薬）を投与中（中止されていない）であった。医師に確認すると患者には飲まないように指示したとのことであったが、病棟担当薬剤師が直接患者に確認すると服用続行していた。また残りの薬も持参していた。入院日を決めてからTS-1の処方が14日分（多めに）処方されていた。	化学療法に入院決定したらTS-1の処方も日数計算して処方すべきところ、多めに処方された。また患者への指導もあいまいであった（医師のみの指導であった）。医師の禁忌薬剤の認識が甘かった。	・混注前に薬歴簿の確認。禁忌薬剤も確認し医師に疑義照会する。 ・禁忌薬剤については、外来も必要時薬剤師に指導を依頼する。 ・禁忌薬剤投与時は患者が理解されているかどうか確認して、次の治療を行なう。
31	薬剤部製剤係において調製されたリン酸水素2ナトリウム注（院内製剤）に浮遊物が混入していた。	リン酸水素2ナトリウム注は薬剤部製剤係において、クリーンルーム内にて調製した製剤だが、製造工程で何らかの繊維が混入してしまった可能性が高いと思われる。	・薬液の調製、アンプルの熔封を行う場所の変更 ・浮遊異物試験の実施者の制限 ・調製後アンプルの保管

図表Ⅲ - 8 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（持参薬）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤間違い 7件】 類似事例 18件			
1	入院時、持参薬の薬剤名、用法、残量を本人に確認した。薬剤名「アストス」（カルシウム剤）を「アクトス」（血糖降下剤）と見間違え、カルテに記入した。入院翌日に手術で禁食となるため主治医に内服薬の継続について指示を仰ぎ、見間違えた「アクトス」のみ中止の指示を受け、「アストス」を中止薬として処理した。入院翌日の日勤者が、手術のために内服薬を中止しているか夜勤者に確認した際、カルテの記載を見て気付いた。	外来カルテの既往歴に「糖尿病」と記載があり、持参薬の実物を見ながらカルテに薬品名を記載したが、アストスを見てアクトスと見間違え、血糖降下剤アクトスであると思いこんでしまった。入院を受けた看護師が持参薬の薬品名、用法、残数を確認してカルテに記載しており、内服続行についても主治医に確認・指示受けをした。確認した内容を病棟薬剤師や他のスタッフにダブルチェックしてもらっていなかった。患者が入院した当日、病棟薬剤師が必ず病棟に来て内服薬について確認できているというわけではない。	- 患者の持参薬を確認する際、薬剤名を声に出して読みながら記載する。 - 入院を受けた患者の持参薬を確認・記載した場合は、すぐに用法や薬剤名を持参薬の実物と照らし合わせて、病棟薬剤師か先輩に必ずダブルチェックしてもらう。 - カルテ記載の際はできるだけ転記はせず、極力薬剤の説明書を見せてもらう。 - 臨床薬剤師が必ず二重でチェックできるよう、新入院があったことを必ず伝えるように他のスタッフにも伝達した。
2	持参薬の残りがなくなり、当院同効薬に処方してもらう際、薬剤師が作成した持参薬表をもとに、同効薬の薬品名を別紙に記載（転記）し、医師に処方を依頼した（転記したため、他の看護師にも確認してもらった）。降圧剤（アルマール10mg）の処方ではなく、糖尿病薬（アマリール1mg）の処方がされ、そのまま配薬されていた。深夜勤務の際、配薬表を見て気が付き中止した。	薬品名を転記せず、医師に、持参薬表を確認してもらい、処方してもらうべきだった。	- 転記はしない。 - 医師に処方も依頼をする際には、メモ的なものでなく、きちんとした持参薬表や紹介状をもとに処方してもらうようにする。
3	産後精神障害が悪化し、救急入院となった。当直医は紹介元の医院に断乳剤を依頼し、家族が紹介状とともに持参した。引き継いだ当直医は、一旦休薬とした。月曜日に主治医が決定し、パーロデル（持続性ドパミン作動剤）開始と指示をしたが、精神状態が不安定であるため、翌日中止の指示を出したが、続行して与薬されていた。主治医は断乳剤をパーロデルと指示していたが、実際は後発品のテルロンであったため、中止の指示を受けた看護師は与薬内容にパーロデルがないため、処方切れで中止になったと判断した。主治医は、紹介状も薬剤も確認しないまま指示を出していた。断乳剤はパーロデルしかないと思い込んでいた。発見した看護師は、紹介状と薬剤を見ており、間違いに気付いた。	深夜帯の入院であり、薬剤科が当直していないため断乳剤を紹介元に依頼した。医師が紹介状と持参薬を見ていなかった。現在は後発品を採用しているため、思い込みは厳禁であり確認する必要があった。	- 医師、看護師、薬剤師それぞれが入院持参薬の取り決めの遵守を徹底する。 - 入院した場合は、当院で処方する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	抗がん剤TC439を他院より処方され内服されていた。内服の内容がTS-1に変更となり、TC439は内服中止となった。本人へ説明し、持参していた薬を預かり、新しく変更となった内服薬のみ看護師管理とし、ほかの血圧の薬などは本人管理としていた。本日朝内服状況を確認したところ、TC439も内服していた。本人に確認すると、「新しく持ってきてもらって飲んでた」とのことであった。	患者の内服に対する理解の程度を十分に把握出来ていなかった。また、患者自身の管理であったため、配薬した薬以外の確認を十分に行えていなかった。	・現在内服されている薬について再度説明を行っていく。 ・1日の薬を配薬できる箱があるので、必ず確認をおこなっていく。
5	入院時に持参したイトリゾール（抗真菌剤）を、入院後も継続して本人管理で内服していた。その後、イトリゾールを中止し、クラリス（マクロライド系抗生物質）へ処方変更することとなった為、本人に説明し、残っていたイトリゾールを預かった。数日後、薬剤師が服薬指導をしていると、本人が準備した薬の中に、イトリゾールがあることに気が付いた。確認すると、中止の指示後も内服していたことが判明した。	処方変更があった時点で持参薬を預かったが、全部ではなかった。持参薬の残数確認をしていなかった。患者に説明をしていたが、理解されていなかった。	・持参薬を中止する場合は、残数を確認し、本人に説明して全て引き上げる。 ・早めに服薬指導してもらうよう、薬剤師に連絡する。
6	入院時、整形外科からの申し送りで9日前からバイアスピリン（抗血小板剤）の内服中止であった。薬剤師に持参薬の鑑別入力依頼し確認してもらおうとバイアスピリンを内服していた事が判明した。主治医報告し医師、薬剤師とともに確認した。本人は外来での内服中止の説明時、別の抗凝固剤（ビーチロン錠）の方と思い中止していた。	入院時担当看護師が口頭で本人に確認したが自己管理であったため実際の薬を確認しなかった。	・外来で内服薬確認や中止をする際は、文書にする等実際の薬を示すなどの方法をとるべきであった。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
7	他の病院で、禁忌薬剤であるカルバマゼピン（向精神作用性てんかん・躁状態治療剤）が誤って処方された患者が、薬疹と意識レベル低下で当院へ救急搬入された。当院にてステロイドによる治療を行い、退院に至った。退院当日、退院処方がないため看護師が医師へ問い合わせをした際、口頭指示にて「持参薬を持たせるように」と指示があった。看護師は、禁忌薬剤が入っているため薬剤師に持参薬から「テグレート（向精神作用性てんかん・躁状態治療剤）を除いてほしい」というべきところ「ドグマチール（精神・情動安定剤）を除いて欲しい」と伝えた（本人はテグレートと言ったつもり）。薬剤師は持参薬に「ドグマチール」が入っていないため、処方した調剤薬局へ問い合わせ、入っていないことを確認し看護師へ「ドグマチールは入っていない」と持参薬を渡した。看護師は患者家族へ他の病院からの持参薬を渡した。退院後、自宅で2回テグレートを内服し、翌日入院時と同様の症状が発症し再入院となった。	持参薬は全て薬剤師の管理になっている病棟もあるが、一般病棟である当該病棟では基本的には持参薬を使用しないことになっている。しかし、他の病院にて30日分など処方されるので家族としてはその薬を利用して欲しいというニーズがある。このケースは、持参薬に関して入院中薬剤師の関与がなかったこと、担当の薬剤師が病棟のカンファレンスに多忙にて参加できなかったこと、カルテ上に退院に処方に関しての医師の記録がなかったこと、看護師の思い込み、など複数の要因が重なった。持参薬は会計に反映されないように内容を薬剤師がコメントとして処方内容に入力している。しかし、口頭指示であり、看護師がカルテ画面を確認しなかったこと（カルテには禁忌薬剤名が記入されていた）、薬剤師もカルテを確認していなかったこと、医師がカルテに退院時処方に関する指示を出していなかったことが問題である。看護師は「口頭指示受けメモ」にも記載をしていなかった。持参薬に関してのマニュアルは包括病棟での運用のみであった。一般病棟では患者の希望に応じて使用したり、使用しなかったりと様々であった。	・薬剤師のところで持参薬に関する一般病棟のマニュアルの作成をしている。
【薬剤量間違い 過少・過量 8件】 類似事例 16件			
8	他院にて処方された薬を「持ち込み薬処方」で入力する際、メデット（血糖降下剤）2錠分1朝食後服用を誤って1錠で入力した。その後継続処方時に、持ち込み薬を入力した錠数のとおり処方され、患者より「朝の薬が1錠少ない」との言われたため、照合し誤った入力に気付いた。	日勤帯で入力する予定の持ち込み薬が、日勤帯を過ぎても入力できていなかったため焦りがあった。薬包の錠数を数えた際に、入力したものと行を間違えた。最終確認が不十分であった。	・入力時は落ち着いて、確実に入力するよう心がける。 ・薬情・薬袋・薬包間に間違いがないか確認し、疑義があれば照会する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
9	持参の麻薬を患者に確認した時は、オキシコンチン10mg分2で内服していた。入院後、指示簿に「10mg分2」と指示が入力されていたため、そのまま投与した。翌日、医師の記録を確認していると、「20mg分2」と入力されていたため確認すると、増量の指示を出したかったことが判明した。持参麻薬確認指示書には、看護師が確認した時のまま「5mg（1錠）1日2回」と記載されていた。	医師は指示変更した旨を、看護師に伝えなかった。電子カルテシステム上の機能がないため、持参麻薬は紙運用にしており、指示はその紙の指示書に医師が手書きすることになっているが、行われていなかった。医師は、指示簿の入力量を間違えた。	・医師は、指示を変更する際、必ず看護師にその旨を伝えることを遵守する。 ・持参麻薬の運用について、再度周知、徹底する。
10	持参薬の鑑別時に医療情報提供用紙がなく薬袋の情報でデパケンシロップ（抗てんかん、躁病・躁状態治療剤）40mL分2で報告した。持参薬が切れた時点で医師が薬剤課の報告のまま40mL分2で処方した。薬剤課も1年目薬剤師と非常勤薬剤師で監査したが用量が多いことに気付かなかった。3回服用したところで意識レベル低下、歩行困難となった。朝から傾眠、覚醒状態不良、食事が入らない状態で徐々に意識レベル低下、CT所見異常なくデパケン血中濃度上昇でデパケンシロップ用量が多かったことが判明した。看護師は医療情報用紙で12mL分2の記載を見ていたので混乱していたが医師に報告・相談しないまま服用させていた。	デパケンシロップなど用量チェックがかかる仕組みがなかった。看護師、新人薬剤師に要注意薬の理解・教育。医師と薬剤課、看護師間のコミュニケーション・情報伝達不足。持参薬の鑑別時に医療情報提供用紙を持参するルールの逸脱。病院間の情報伝達不足（希釈して使用の情報なし）。	・デパケンシロップに常用量をmLで表示。 ・リスク高い薬剤はパソコン入力時、上限値チェックがかかるシステムに改善。 ・持参薬鑑別時には医療情報提供用紙を必ず持参することを再徹底。 ・他病院へ地域連携室から情報提供について申し入れをする。
11	服薬中毒にて入院の患者。レンドルミン（睡眠導入剤）、ルボックス（精神神経用剤）内服確認後、付き添いの人がいたため、床頭台に薬を入れてしまった。付き添いの母親がいないうちに、残っていた薬を全部（レンドルミン7錠、ルボックス16錠）飲んでしまった。	精神状態が悪く、多量内服してしまった患者の近くに薬を置いてしまった。本人は何もかもいやになり死にたいと思っていた。薬の残量を確認した後、母親がいるので大丈夫と思い、床頭台に残薬をしまってしまった（付き添いの人に残薬をしまった事は伝えた）。	・薬は看護師管理とする。 ・家人に渡して管理してもらう。 ・患者の状態に応じた対応が必要。
12	ラシックス（利尿降圧剤）20mgの1/2錠服用の指示がでた。持参薬の入った薬袋の中に薬包紙に包まれた薬があった。その中には1/2錠になった錠剤があり、表にラシックス20mgと書かれていた。錠剤を見た看護師は、20mgの1/2錠か40mgの1/2錠かは、わからなかった。しかし、患者が「ラシックス20mgの半分です」と言ったので、内服してもらった。他看護師の指摘で、錠剤は、40mgの1/2錠だったことが分った。	薬包紙の表にラシックス20mgと書かれた1/2錠になった錠剤が入っていた。1/2錠になった錠剤が40mgを1/2錠にしたので20mgと表示したのか、20mgを1/2錠にしたのか判らなかった。看護師は、錠剤を見ても20mgか40mgかの判断が付かなかったが、それ以上の追求はしなかった。長期間内服している患者の言葉を信じて、内服してもらった。持参薬の確認を薬剤師が行うシステムを活用していない。	・持参薬の確認は、薬剤師が行うことの再確認。 ・疑問は、紹介状や処方箋で確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	持参薬を患者が持って来なかった ので医師に処方してもらった。ダイ アート 60mg（持続型ループ利尿 剤）1錠1日1回内服していた。処 方はダイアート 30mg 2錠1日1 回内服であった（当院はダイア ート 60mg は採用されていないた めに 30mg を 2錠とする指示を出 した）。看護師は患者にダイア ート 30mg 2錠渡そうとすると患者に 「いつも 1錠である」と言われて患 者の言葉に従い 30mg 1錠のみ内 服してもらった。夕方医師から指摘 されて間違いに気付いた。	内服確認する時点できちんと確認 しているが、患者の言葉に対して医 師指示書・処方指示を確認せずに患 者の言葉をそのまま鵜呑みにした こと。内服した後の指示確認を実施 していない。	- 患者に渡すときには必ず処方箋を 持参し、確認して渡す。 - 患者の言葉で確認するときは必ず カルテに戻り、確認をする。 - 持参薬は事前に入院時に持ってき て頂くように説明をしておく。
14	入院時当院の他科外来受診時の薬 を続行するように指示が出た。看護 師がその都度配薬をしていた。昼に 配薬しようとしたら他の薬と一緒に ホッチキスで留めて「○日昼」と 記載していた薬があった。全部が昼 の分と思い、数を数えずに全部渡し た。夕方の看護師が薬がない事で、 昼に患者に渡した中に夕の分も含 まれていた事に気付いた。	与薬時には持参薬の内容を印刷し たものと確認し、与薬するようにな っている。数が多いものについて は個数を確認するようにしている が、確認せずに渡している。院内外 来での持参薬については、入院時薬 剤師の関与はない。	- 薬の内容を確認してから服薬する 必要性を再度教育する。 - 入院時の持参薬確認時、わかりや すく整理を行う。
15	入院時、前立腺肥大のため持参薬に セルニルトン（前立腺疾患治療剤） 6錠×3があったが、入院後中止に なっていた。再開となり、看護師管 理で与薬していた。指示内容はセル ニルトン 6錠×3と記載していた。 しかし、薬品名のみ確認したために 2錠与薬のところを 1錠与薬した。 夜勤の看護師が夕方の与薬準備時 に 1錠残薬が多い事を指摘されて、 過少投与に気が付いた。	通常の入院時の与薬システムでは、 与薬の実施入力に薬品名と 1回用 量まで出るが、持参薬の場合は看護 師が「持参薬」の予定を入力しない と持参薬があることを表示されな い。入院途中から開始になっている ので予定入力ができいていない。ま た、用量までは表示されない。	- 指示受けしたリーダー看護師は指 示受け時に作業が終了してから、 指示受けサインをする。 - 与薬業務は持参薬であっても薬袋 には、用量・服用方法・服用時間 が明示されているので、与薬の原 則の添って確認後に与薬すること を個人指導する。
【薬剤量間違い・重複 4件】 類似事例 22件			
16	入院時、患者が自分で持ち込んだ薬 剤と当院で処方された薬は同じも のであり、同じ薬を 2回内服してい たことがわかった。内服薬は今後看 護師管理とすることを、患者に説明 し謝罪した。	患者が理解できるよう説明してな かった。指示簿にも記載はなく確認 出来ていなかった。	- 患者が納得されるまできちんと説 明し、理解されたかどうか確認す る。 - 指示簿にも、薬について看護師管 理か患者管理かをはっきり記載す る

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	持参薬の薬袋が見当たらなかったため医師に報告しプレドニン（合成副腎皮質ホルモン剤）4錠が処方された。配薬時、持参薬と当院処方の薬袋があり調べると、3日間他院で処方されたプレドニゾロン（合成副腎皮質ホルモン剤）4錠と当院処方のプレドニン4錠が重複与薬していたことがわかった。医師の指示で持参薬は中止となった。	配薬時は処方箋と照合し行なっているが、同じ薬効で重複していることに気付かなかった。入院時持参薬がある場合は、薬効についてD I（医薬品情報）レポートで確認したり、医薬品集で調べたりするが、D Iレポートは依頼しても返事が遅くなることが多くあまり利用されていない。入院時に関わった看護師だけわかって他の看護師にそれを共有していない。配薬時に毎回調べることはなく処方箋と照合するのみで薬効がわからないまま配薬していることがある。	・薬剤部と検討し、D Iレポートはできるだけ早く返してもらおうということでD Iレポートを利用しそれを薬袋と一緒に置き配薬時に確認できるようにする。
18	配薬時、院外処方の持参薬アムロジン（血管拡張剤）と当院処方のアムロジンが重複処方されていて1日重複して内服したことに気付いた。患者は特に変わらなかった。医師に報告し当院のアムロジンが中止になったため、看護師が一包化の中から取り除く作業を行なったが、しおりに記載されているアムロジンの写真が採用変更前のものだったためにそれに似た外形の他の薬を取り除いていた事に気付いた。	当院処方薬については、変更があった薬を取り除いたり別包するときには薬剤部が処理をするようになっているが、看護師がその作業を行なったために間違いが生じた。アムロジンが採用変更になっており外形が変わっていたがしおりは古い外形のままだった。今まで院外処方の持参薬は薬剤部は取り扱わないことになっており、処理を看護師がすることがあった。	・薬剤を取り除いたり別に分包する時は必ず薬剤部が関わる。 ・院外処方薬についても相談すればみてもらえるようにする。 ・採用変更があった場合はしおりを更新する。
19	退院当日、看護師から薬剤師に患者家族へ薬を渡すよう依頼された。その際、持参薬と当院処方の残薬の日数合わせの依頼があり、看護師より受け取った薬を日数合わせして家族へ渡した。その後退院先の施設より、薬の重複があるとの問い合わせの電話が入り、間違いが発見された。日数合わせをしたのは寝る前の薬のみで、他の薬は患者が持っていた。（寝る前の薬のみ看護師が管理していた）。日数合わせをした際、渡された薬に朝・夕の薬が入っていたため朝の薬が重複した。	情報の伝達、連携と情報共有のあり方の問題点。内服薬が本人管理か看護師管理かが明確でなかった。業務、労働体制上の問題点。C A G（心臓カテーテル検査）を施行する患者の送り迎いで、スタッフ不在の時間が長かった。（C A G件数の多い日だった）	・内服薬が本人管理であるのか、看護師管理であるのか、全部であるのか、一部なのか必ず確認する。 ・日数合わせ（定期薬合わせ）をする際には、すべての薬を受け取る。 ・他に薬がないか必ず確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【投薬忘れ・内服忘れ 9件】 類似事例 24件			
20	主治医は、入院時に持参薬続行との口頭指示を出したが、看護師には伝達できておらず、指示簿にも持参薬続行との記載がなかったため、投薬されてなかった。主治医は患者から内服していないとの報告を受け、持参薬を内服していないことを発見した。内服しないことによって、心不全増強の可能性、糖尿病薬は、血糖値コントロール不良の危険性があった。	口頭指示が本当にあったか、今となってはわからない。病態に対する知識がない。	口頭指示受け票の作成をした。
21	持参薬のプロマック（亜鉛含有胃潰瘍治療剤）、タケロン（プロトンポンプ・インヒビター）、ガスモチン（消化管運動促進剤）の継続内服と院内処方での他の薬剤が処方され、投与するよう指示がでていた。入院4日目、胃部不快があり外科受診してタケロンが処方された。指示を受けた看護師が不信に思い再度これまでの処方を確認すると、持参薬確認表が患者ファイルの中にしまわれていた。そこで、入院時より投与していなかったことが判明した。	入院後、院内処方でも出されたため、持参薬分は返納と思ってしまった。入院時、指示を受けた看護師は、院内処方と持参薬の内容の確認をしていなかった。電子カルテ上は、持参薬に対しても実施入力が行われており、投与忘れに気が付かなかった（一括入力していた）。電子カルテのシステム上、紙ベースで確認していかなければならないものもあり、運用が煩雑になっている。	・院内処方が出た場合は、持参薬との重複がないか等、薬剤名の確認を怠らない。 ・実施入力は、内服を確認してから入力することを徹底する。 ・与薬に関する電子カルテシステムに対する問題点をだし、業者に改善要求していく。
22	面会に来ていた家族より、「糖尿病の薬（グリミクロン・メルビン・ベイスン）を入院してきてから本人が飲んでないと言っているんですが、飲まなくて良いのでしょうか」と申し出があった。15年前から糖尿病があり、入院前は飲んでいたので。入院時の指示として持参薬の中止の指示は特になかった。本人に聞くと「入院時には内服するようにということは聞いていないから、内服しないでよいと思ったとのことであり糖尿病薬は内服されていなかった。	入院時に持参薬の継続か新規処方かを看護師が医師に確認した際に、後で継続か中止の指示を出すと言ったが、その後指示していなかった。看護師は医師が検討後に指示を出すことと確認を申し送ったが、次の勤務者が医師に再度確認していなかった。	・入院時に持参薬を確認した際に継続か中止の指示をもらう。 ・内服確認のフローシートを設け、内服確認を行う（特に食前薬）。 ・入院時医師指示簿に入院時持参薬の項目を設けた。
23	PDT（光線力学的療法）で入院している患者。持参の内服薬（降圧剤）を自己管理していた。退院日の朝、内服状況を確認すると、入院以来2日間内服をしていなかった事がわかった。	患者はPDTの治療を受けている入院中は、今まで飲んでた薬を併用してはいけないと思い込んでいた。入院時、看護師は説明をしたが、自己判断で中止してしまっていた。自己管理の患者だったため、各勤務帯の看護師の内服確認があいまいだった。	・毎回、口頭確認をすることで内服を促す。 ・PDT入院で持参薬を飲んではいけないと思う人がいる事を周知し、入院時の内服に関するオリエンテーションを確実にこなす。 ・空き袋や残薬を確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
24	手術目的にて入院した患者。入院時、看護師が持参薬の数量・種類を確認し、用紙に記入後、自己管理となっていた。内服薬が無くなる術後2日目、新しく処方された薬と入れ替えようとした際、持参薬は自宅に持ち帰り全く内服されていない事が判明した。患者の状態に異常はなかった。	患者の自己管理であるが内服薬の自己管理のアセスメント不足。患者に対する服薬指導と説明不足。内服されているかの確認不足。	患者に応じて、看護師管理にするか自己管理にするかを検討しているが、どちらか迷った時は、先ず看護師管理として、自己管理に移行すべきかを検討していく。
25	持参薬が定時からセットされていないことを見過ごしていた。患者と朝の薬の錠数を確認して内服したがその時は看護師も患者も気付かず、患者自身から「皮膚科の薬飲んだかしら」と指摘を受け、持参薬がセットされていないことに気付いた。その時点で内服してもらった。	ワークシートと処方箋を照らし合わせて、その後、薬剤を与薬庫から取り出し処方箋と照らし合わせた。その時に薬包を先に確認したため、精神科薬だけなんだという思い込みが強く処方箋を一枚目しか見ていなかった。定時薬セット時の確認も不足していた。	- もう一度基礎に戻って日々の業務を行なう。 - 自分が与薬カートに出した薬剤に関してはワークシートの印鑑の欄にチェックを入れることを徹底していく。 - 定時薬チェック時の持参薬がもれないように、対策を検討する。
26	継続で服用していた他院からの持参薬が内容変更になったため患者の家族が新たに持参した。その処方内容で服用開始するよう、主治医より指示が出たため、看護師より薬剤師に新たな薬のセットを依頼された。セットをするにあたり、日数調整を考慮して、それまで服用していた持参薬を全て廃棄し入れ替えてセットすることとなった。病棟で既にセットされたもの（それまで服用していた持参薬と当院処方の定期薬をホチキス止めたもの）は看護師が病棟にて廃棄となった。廃棄する際にその定期処方も同時に廃棄となることを見落として廃棄し、当院処方の利尿剤が2日間、投与されなかった。次回定期処方の配薬の準備をしている時に配薬漏れに気が付き、病棟看護師・主治医に報告。発見当日は時間がずれたものの夕方に服用してもらうこととなった。	薬剤の廃棄を看護師にまかせてしまった。廃棄される持参の薬剤に当院の定期処方も一緒になっており、そのことに対する説明が足りなかったことと、持参の薬剤だけが廃棄されるだろうという思い込みがあった。	- 薬剤に関することはすべて薬剤師が行なう。 - 薬剤の変更、中止、廃棄など、電話確認で済ませず、病棟または調剤室で薬剤師自身が行なう。
27	入院時、屯用内服のオプソ内服液（癌疼痛治療剤）を持参され、入院期間中使えないまま、病棟金庫にて保管していた。退院時、オプソ内服液を本人に返却し忘れた。後日、他のスタッフが気付く本人へ連絡した。	入院期間中に使用歴がなかったため、麻薬使用患者という認識がなかった。また、指示簿の持参薬に記載されていたが、確認を忘れた。	退院の準備時は、薬剤が保管されているところは全て確認する必要がある。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
28	退院時、持参薬が2袋に分かれて保管してあることに気付かず1袋だけ返却して退院させてしまった（持参薬預かりチェックシートには2つありと記載されていた）。	退院指導内容を考えながら退院の準備をしていたため、作業に集中していなかった。持参薬置き場から1袋見つけ出し、2袋になっているとは思っていなかったために持参薬置き場のほかの袋は軽く目を通してただだった。持参薬チェックシートにサインをすることを忘れていた（チェックシートには2袋ありと記載されていた）。持参薬を渡す際、薬の内容など患者と確認したが預かったものが全てかは話をしなかった。	・マニュアルどおりに持参薬を返却するときにはチェックシートにサインをする。 ・持参薬を別々に預かり複数の袋になるときは、なるべく一袋にしておく。 ・ひとつの作業をするときは集中して行う。 ・患者に持参薬を返却する際は預かったもの全てであるか確認する。
【用法間違い 5件】 類似事例 3件			
29	週1回の服薬日にリウマトレックス（抗リウマチ剤）を与薬するのを忘れてしまった。リウマトレックスは持参薬であった。医師の指示表には「1回/週」とのみ記載されていたが、投与日の指示はなかった。患者からの情報で月曜日内服とわかった。	与薬時は処方箋控えと薬品を照合して与薬しているが、持参薬は処方箋控えがない。医師が、処方指示表に続行する処方内容を記載することになっている。投与日まで記載がない。診療科が異なると薬品の知識が不足している。指示表を確認が不十分であった。	・持参薬の処方指示を正しく記載し、処方控えに変わりに指示表のコピーと照合し与薬する。
30	持参薬をセットする際、食後薬を医師が画面上「食前」と間違えて入力していた。しかし、それに気付かず医師への確認を怠り他の看護師がセットした薬のダブルチェックを行った。実際には食後に内服する薬であったため患者への影響はなかった。	薬をセットする際、隔日投与ということに気をとられハードコピーした処方箋の「食前」という部分を確認せずにダブルチェックを行った。医師がワークシートに記載した指示には「メルカゾール（抗甲状腺剤）（5）1錠・1×朝 隔日内服」と記載されており、食後薬か食前薬かの記載がなかった。	・薬のダブルチェックする際は（セットの際も同様に）マニュアルに従い、投与する時間についても確認を行う。 ・医師の指示を受ける際は食前・食後についての確認を行い記載してもらう。
31	持参したチラーヂン（甲状腺ホルモン剤）は朝1回、隔日投与の指示であったが、入院翌日より2日間連日投与してしまった。患者の状態に変化はなかった。	電子カルテシステムのオーダーは、隔日投与の指示ができず、コメント対応となる。経過表のタイトルでは、コメントが見れず、実施画面でも見落としてしまった。入院当日の朝、内服してきていたかどうかの確認もしていなかった。患者は高齢であり、自己管理能力が乏しかったため、看護師管理にしていた。よって、患者自身も用法の違いに気付かなかった。	・入院当日には、その日の朝（午後入院の場合は朝昼等）に、内服済みかどうか確認する。 ・特殊用法は、電子カルテ上、付箋で注意喚起する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
32	患者は十二指腸潰瘍の出血で緊急入院してきたが、リウマチの既往があり紹介状の薬品情報欄に「メソトレキセート（葉酸代謝拮抗剤）3錠2×」と記載があった。投薬期間などの記載はなかった。担当医はこの持参薬を緊急入院時の夜より指示し、実際より3回分多く内服させていた。	入院翌日に薬剤師による病室訪問があり患者からは前医より内服方法についての1週間のうち2日間だけ服用する事、（1日目の夕に1錠2日目の朝、夕に各1錠）の情報を得ていた。病棟の看護師や担当医に情報提供を怠ってしまった。	- 患者より得られた情報を医療チームに的確に伝達する事。 - 持参薬を継続させる際には、些細な疑問も医師らと話し合って解決する。 - 患者または家族から説明していた。
33	救急で入院する患者を当直医から引き継いだ。検査に出す際、患者の持参薬について、服用するものを聞かれ、前医（かかりつけ医）からの処方時の患者への説明書のみ見てプレドニゾロン（合成副腎皮質ホルモン剤）とリウマトレックス（抗リウマチ剤）の内服を指示した。入院翌日にリウマトレックスの処方のみが切れると報告を受けた。この時点でリウマトレックスのみが4日分処方、他は28日分不思議に思い、家族に問い合わせたところリウマトレックスは週1回（金）に朝・夕で1Tずつ服用であったことが判明した。患者用の説明書、前医の処方箋にも1日2回朝・夕4日分の処方記載してあった。リウマトレックスの薬剤についている用紙には何も記入してなかった。患者は白血球が減少し治療をした。患者と家族には説明し謝罪をした。	入院時、主治医看護師とも服薬状況の確認をしなかった。専門外の薬について十分な知識を持たなかった。休日に持参薬剤の鑑別ができる体制がない。外部の処方、説明書の記入方法の問題。薬剤に書くべきことが記入してなかった。	- 服用状況の確認。 - 休日の持参薬鑑別体制について検討。 - 外部の調剤薬局に記入についての情報発信。 - 院内の職員に対して情報発信。
【その他 4件】 類似事例 8件			
34	服毒自殺による薬物中毒疑いでの入院時に患者家族が定期服用薬を持参した。当該薬剤師は持参薬（精神科薬）の内容を確認し薬剤師記録に記録した。持参薬確認済みの旨を病棟看護師に伝えたが、担当医に伝えなかった。担当医が服用薬を知ったのは翌週の火曜日であった。担当医から患者家族への説明時に、定期服用薬は既に届けられていることを知った。	医師は、薬剤師が持参薬を確認した際に、「薬剤師記録」にその内容を記載していることを知らなかった。持参薬を確認後に、入院後の持参薬をどうするか（継続または中止）確認しているが、マニュアルには記載されていない。	その日のうちに、持参薬情報を直接医師に伝える。
35	入院時に持参する薬剤の確認をした。当院で処方された重症筋無力症の治療剤であるメスチノン（重症筋無力症治療剤）とデパス（精神安定剤）を持参していた。重症筋無力症の患者にデパスは禁忌であることを見落とし、看護師から禁忌ではないかと問い合わせがあり、発覚した。	知識不足。	- 持参薬の調査を行う際に、添付文書で禁忌の情報を確認する。 - コンピュータ上に持参薬を入力することでシステム上で警告が出せるシステムを構築する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
36	患者が他院から持参した内服薬フルジサル（抗精神病薬）25mgを継続しようと、研修医がフルジと入力するとエリスパン（精神安定剤）0.25と変換された。規格が違うためおかしいと思って薬品集を調べたが、フルジサールの項目にエリスパンは載っておらず薬剤師に確認した。そこでフルジサルは当院ではグラマリールであることが分かった。	持参薬はマニュアルで薬剤科で確認することになっており、知っていたが手間を省こうとしてそのマニュアルを守らなかった。事前に違う薬を入力したところ旧薬剤が新規採用薬剤として変換されたため、違う名前が出たときに新規採用薬かなと思ったが単位が違うので確認した。	・持参薬の確認を薬剤科に依頼するマニュアルを守る。
37	持参薬でポリフル（過敏性腸症候群治療剤）3.6g×3（3.6gは1日量）で内服していた患者。当院採用がなくコロネル顆粒が代替薬であることがわかった。そのため医師にコロネル顆粒（0.6g／包）3包×3で処方してもらい内服してもらった。その後他看護師より、ポリフル（1.2g／包）とコロネルの用量が違うがそれが正しいのかと指摘があった。薬剤師に確認したところ処方されているコロネルは6包3×で内服すべきであったことが発覚した。	代替薬と言われた時点で、コロネルを処方してもらえばいいと思い、用量を確認しなかった。医師にはポリフルが3.6g 3×と書いた持参薬情報用紙を渡し処方依頼したが、医師がコロネル0.6g 3包3×で処方した。医師に早く処方してもらわなければならない、と焦ってしまった。	・薬の量の確認を確実にする。

図表Ⅲ - 9 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（薬剤）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤間違い 10件】 類似事例 228件			
1	患者は抗がん剤治療を受けており、制吐剤が処方された。医師の指示では制吐剤が届き次第内服、とのことであった。朝、医師指示欄に制吐剤の処方が出ている事は知っていたが制吐剤の指示が出ている事をその日のリーダー看護師に報告していなかった。その為、いつ制吐剤が病棟に届いたのか分からず、新人看護師も制吐剤のことを忘れてしまっていたので、気が付いた時には午後になってしまっていた。主治医に報告し、すぐに内服してもらうよう指示を受けた。	抗がん剤治療後で制吐剤の内服処方ができたが、緊急と判断できず内服が遅れた。患者は嘔気がなかった為、患者の状態から制吐剤へ考えが結びつかなかった事、リーダー看護師へ報告しなかった事が要因と考える。	新人看護師は患者のアセスメントから、至急のものとそうでないものの判断が難しい。事例を通しての教育や、現場でリーダー看護師に報告するという職場のルールを守ることが必要である。
2	主治医よりアルブミン25%（血漿分画製剤）50ml 2本の指示であったが25%献血アルブミン（血漿分画製剤）50ml 2本が薬局から払い出された。クリティカルパス用紙には「アルブミン50mL×2」と記入されていたがアルブミンという血液製剤を今まで使用したことがなくパス用紙の文字もアルブミンと読める記載であったためアルブミンであると思い込んだ。伝票には「アルブミン25% 50mL 2V D I V」と記入されていたがアルブミンと思い込んでいたため間違いに気付かず投与してしまった。払い出しミスに気付いた薬局からICU（集中治療室）に連絡が入り初めて違う薬剤を投与したことに気付いた。その日患者は病棟に転出され間違いに気付いた時には既にアルブミンは終了しており主治医へ報告した。	注射薬品名の確認不足とアルブミンの指示簿の医師の字がアルブミンとも見える書き方だった事が要因である。	- 似たような薬品名でも、自分で判断せずに他の看護師に相談したり医師に確認すること。 - 指示簿の記載は、出す方は解りやすく、受ける方は確認し双方のコミュニケーションが必要である。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
3	準夜勤務で出勤した看護師 A は情報を得ないまま、A・B 両チームの夕の注射の準備にかかった。患者 A のカートに翌日分の注射薬も入っていたため、翌日の分はまたカートに戻した。ミキシングをした時、薬剤の内容は確認したが日時の確認はあいまいだった。確認はダブルチェックとなっているが 1 人で行った。看護師 B 出勤後、注射準備は済んでいたため内服の準備を行い、その後情報収集を行った。患者 A の注射があったので、夕の点滴があると思い込み、注射控え伝票で確認して施行した。しかし、日時は確認しなかった。3 時間後注射実施入力で患者スケジュールを開くが項目なく、確認したところ翌日分の注射を実施した事に気付いた。	情報収集前に注射の準備をした。他のチームを手伝う等馴れ合いで業務をする風土がある。注射実施直前に最新の情報をチェックしていない。実施入力に 2 時間後になっている。薬剤師は、2 台のオーダーリングカートを活用しないで 1 台でまわしている。(狭いところの操作がしにくい)。土曜日でカートに翌日(日・月)の混在して準備をした。ダブルチェックをしなかった。思い込みがあった。薬剤内容ばかりに気をとられていた。	・オーダーリングカートは 2 台を使用、1 カートには当日分のみ準備する。 ・業務開始は情報収集から行う。 ・馴れ合い関係、お手伝いの感覚は持たない(風土の改善)。 ・電子カルテの利点(最新の情報をいち早く、どこでも)を活用 ・旧態を引っ張らない。 ・ノートパソコンは業務に持参する。
4	後日、P B S C H (末梢血幹細胞採取) 予定の患者。夕よりグラン(G-C S F 製剤) 300µg 開始予定(翌日からは朝・夕で×2の指示)であった。処方箋で確認したが、「グラン 300µg s.c」と指示記入されており、朝に施行すると思い込み、処方箋へサインした。本人より、「夕方じゃないの?」と問われたが、再度処方箋を用いて確認はしなかった。巡視を終え、詰め所に戻り、再度処方箋で確認すると、翌日からは「グラン 300µg s.c × 2」となっており、P B S C H のためのグランであったことを思い出した。すぐに医師へ報告し、朝・夕で開始することとなった。	P B S C H 予定の患者であることを忘れ、1 回/1 日ずつの投与であると思い込んでいた。患者から指摘された時、再び処方箋で確認する作業を怠った。当日、他チームの受け持ちだったが、本人より指摘された時点で、患者チームのリーダー、または主治医に確認しなかった。処方箋の当日の欄しか見なかった。「グラン 300µg s.c 夕」等と時間指定されていなかった。	・施行直前に薬品と処方箋を照らし合わせる。 ・当日だけでなく、前後の指示内容もチェックする。 ・患者から間違いを指摘されたら一旦詰め所へ戻り、主治医またはリーダーへ確認する。 ・処方指示を受けた看護師が時間指定を主治医へ聞き(主治医自らでもよいが)、指示の横に「グラン 300µg s.c 夕」と記入する。 ・治療についての学習を深める。
5	手術中から使用していたシグマート(狭心症治療剤)について、医師に転記を依頼したとき、医師はニトロール(虚血性心疾患治療剤)が使用されていると思い「ニトロール」とワークシートに記載した。その事を確認しないままにした。その後、血圧の低下があり報告したところ、(術前から使用し、術中も継続して使用していた)フランドルテープ(経皮吸収型・虚血性心疾患治療剤)を除去するよう指示を受けた。その後の確認で、医師は、ニトロールが継続されていると思っていたために、フランドルテープを除去するように指示した事が発覚した。	医師に転記を依頼する時に、麻酔科指示の書かれたワークシートを元に依頼をせず、「術中からの継続のものもワークシートに転記してください。」とのみ伝えた。医師が転記した後にも、麻酔科指示との照らし合わせなどの確認を行わなかった。	・医師の指示を受けたときには、すぐにワークシートを元に医師とダブルチェックでの確認を行うようにする。 ・転記の指示については、その指示との照合を行い、薬剤名や流量などがあっているかをすぐに確認するようにする。 ・患者の病態を考え、使用されている薬剤が何であり、その作用・効果を考えて指示を受ける。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	点滴を準備する際、ソルデム3A（維持液）1000mL＋強力ネオミノファーゲンシー（肝臓疾患・アレルギー用剤）10mL＋10%NaCl（塩化ナトリウム）40mLの指示のところ、強力ネオミノファーゲンシー20mLを注入してしまった。患者に投与された後、受け持ちの看護師が、強力ネオミノファーゲンシーが指示より多く注入されていたことに気付いた。	注射薬を注入したのが、受け持ち看護師が部屋を回りはじめる頃であり、また、その後も抗がん剤をつめなければならなかったこと、検査伝票を出さなければならなかったことなどがあり、気持ちに焦りがあった。注射薬を準備する際に、指示薬と量を確認し、必要量をシリンジに吸ったつもりでいたが、その後指示の確認をしなかったため、患者に投与する前に気付くことができなかった。	- 午後から時間通りに実施しなければならないことや、抗がん剤など実施直前に薬剤をつめなければならないものがあること、緊急で用意しなければならない注射薬の指示が出る可能性などを考慮し、自分の力量に合った時間配分をした上で、時間と気持ちに余裕を持って準備する。 - どうしても自分で行えない場合は、受け持ち看護師に声をかけ、注射を詰めてもらえるよう依頼する。 - 注射の基本どおり、注射薬を準備するとき、注射薬を吸い上げるとき、吸い上げた直後、混注前、混注中、混注後、空アンプルを破棄する時の確認を怠らないようにすることを徹底し、また、指示を声に出して確認する。
7	カバサル（ドパミン作動薬）は溶けにくいため、従来より他の薬とは別の注射器に詰めることになっていた。夕食後の内服薬注入時にカバサルのみを注入するのを忘れてしまい、深夜帯で内服忘れを発見した。	初回巡視時に全ての内服薬を注射器に詰め、1つのトレーの中に準備した。ワークシートは確認したが、カバサルが別の注射器に詰めたことを忘れ、カバサル以外の内服を注入してしまった。	- 配合変化や溶解しにくいという理由で、別の注射器で投与しなければならない場合が多いので、与薬時には十分確認をする。 - ワークシートを確認しながら与薬する。
8	医師処方箋はノボラピッド30ミックスフレックスペン（インスリン製剤）1筒、朝6単位の処方箋で、薬剤師がノボラピッド注300フレックスペン（インスリン製剤）と思い込み調剤した。調剤監査の薬剤師もチェックできず、看護師にわたり看護師も気付かず患者に実施した。1年目の看護師が処方箋とペン型インスリンを照合していて発見した。	ノボラピッド30ミックスフレックスペンとノボラピッド注300フレックスペンの名前と外見が似ている。ノボラピッド30ミックスフレックスペンの当院採用間もない時期で糖尿病病棟以外の病棟看護師の認識が不足していた。新採用薬品情報は、周知されるが外観が似ているもの、名前が似ているものがあるなどのリスクを予測したインフォメーションはしていない。	- 当院採用のペン型インスリン製剤をカラー写真で作用時間・注意点とともに一覧表にして掲示した。 - 製薬会社にも改善希望を提出した。 - 新採用薬品の周知：抗糖尿病製剤の周知を別にする。
9	臨時処方箋でオクソラレンローション（尋常性白斑治療剤）0.3%60mLが処方された。1%オクソラレンローションを希釈して0.3%を調剤しなければならないところを、調剤者が0.3%に気付かず1%オクソラレンローション（30mL）を2本薬袋に入れた。監査者も気付かずそのまま病棟へ上がった。患者への投与はされていなかった。	オクソラレンローションを希釈する処方箋の頻度が少ないこともあり、調剤者が0.3%オクソラレンローションの調剤経験がなかったこと、規格のチェックを怠った事があげられる。	- これまでの処方箋及び薬袋に1%オクソラレンローション、オクソラレンローション0.3%と、それぞれ表記されていたが、処方箋及び薬袋に希釈しなければならないことが分かるようにオクソラレンローション0.3%の後に「（病院製剤）」と表記するように変更した。 - オクソラレンローションの棚に濃度を確認するように注意を喚起するラベルを貼った。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	採血結果にてカルシウムが高値であり、生食100mL＋アレディア（骨吸収抑制剤）1／2を4時間で投与の指示が出たが、アレビアチン（抗てんかん剤）とアレディアを同一薬剤と勘違いし、生食100mL＋アレビアチン1／2を投与してしまった。指示がでた際謝ってアレビアチンを準備し、他の看護師2人にも臨時薬剤伝票と準備した使用薬剤と照らし合わせ確認してもらったが、薬剤が違うことは発見されず、ルート確保し4時間でアレビアチンを投与した。その間3回程病室訪室するも患者に異常はなかった。深夜がカルテ整理を行っている際に指示伝票と2号用紙の薬剤名が異なることを発見し、誤薬が発覚した。	アレビアチンとアレディアの薬剤名が似ていることから同じ薬剤と勘違いしてしまった。知識不足、確認を十分行わなかったことからのミスが起きてしまった。カルシウム高値の場合にもアレビアチンを使用するんだと疑問に思いながらもそういう効果もあるんだと思いこんでしまった。アレディアはアレビアチンの略語だと勘違いしてしまった。	・薬剤を投与する際は薬剤の作用をきちんと辞書を調べてから投与する。 ・投与薬剤を確認する際は慎重に指示伝票と、薬剤を確認する。 ・指示伝票の薬剤名と準備した使用薬剤をそれぞれ別の人が声を出して言うことで確認する。 ・使用薬剤の溶解量・使用時間がいつもと異なる指示と疑問に感じたときは医師に確認する。
【薬剤量間違い 10件】 類似事例 174件			
11	持参薬を中止し、同等の薬を当院から処方となった。この時、持参薬ではシンメトレル（精神活動改善・パーキンソン症候群治療・抗A型インフルエンザウイルス剤）50mg 3錠×3を服用していたが、処方となったのは100mg 3錠3×だった。（当院では100mgのみあり。）服薬指導を行ない、カルテ（看護記録入院時服薬状況）より持参薬をチェックしたが用法のみで用量の確認を行なわなかった。看護師より夜間不穏状態、振戦出現したという情報から副作用ではないかと疑われた。カルテを再確認しシンメトレル倍量投与である事が分かった。	薬剤師が薬を見て鑑別でき、その情報を医師・看護師に伝達できていない。持参薬の鑑別システムの機能が不十分。医師は当院処方に切り替える際に、用量の確認をしていない。看護師は処方を整理する段階で、規格違いまで発見できなかった。	・持参薬の流れを明確化し、持参薬はすべて薬品鑑別依頼とする。 ・薬品鑑別書を発行し、服薬指導を早期に行なう。 ・医師は、当院処方に切り替え時に他院の処方内容を紹介状で確認してから処方する。
12	口頭指示でソセゴン15mgの指示を受け電子カルテで確認をしたがはっきり覚えていないため量を見落としあやふやなまま15mgを実施後でカルテを見ると0.5A（7.5mg）の指示であり投与量の間違いに気付いた。	口頭指示の内容をメモにする事や復唱することをせず、あやふやなまま実施してしまった。口頭指示遵守違反の問題。情報伝達連携、情報共有のあり方の問題。業務手順ルールチェックの仕組みの問題。	・口頭指示マニュアルに従って行う。 ・口頭指示を受けたら必ず復唱復命し指示が聞き間違っていないか確認しメモにとる。 ・医師は、出した指示が正しく伝わっているか確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	タキソール（腫瘍用薬）による化学療法当日、夕からクリニカルパスではデカドロン（合成副腎皮質ホルモン剤）錠16錠2×朝・夕で開始であったが、処方では8錠2×であった。クリニカルパスと処方のチェックができておらず処方された用法・用量のまま患者の自己管理とした。与薬後の内服確認をオーダーリング上のみで行っていたため用量の間違いに気付かなかった。内服が開始になって3日目の夕方に他のスタッフが間違いに気付く主治医に報告した。本来なら3日目の朝で内服終了であったが、8錠2×のまま4日目の朝まで内服との指示があった。患者には副作用等の出現はみられていない。	クリニカルパスの指示と、実際のオーダーリング処方では、量が明らかに違っていたが、指示受け時に気付いていない事。また、各勤務帯の看護師もオーダーリング処方のみでチェックを行いパスを見ていないことが要因の一つである。また、タキソールによる治療について知識が不足したことも要因と考える。	・新人であり、タキソールなどの化学療法の知識を習得することが大切である。 ・クリニカルパスと処方内容の違いに医師はもちろん、指示受けした看護師も気が付くべきであり、両者で確認が必要である。
14	患者は尿崩症があり、1日1回のデスモプレッシン（中枢性尿崩症用剤）を点鼻していた。原液0.2mLと生食0.1mL混合のうち0.05mL投与予定であったが実際は目盛りを間違え0.025mL準備した。当日患者の父親が面会に来ており、看護師は点鼻薬を父親に依頼した。翌日尿量が多く脱水状態になり点滴を行った。その経過を聞いた両親が当日の点鼻薬の量が少なかったことに気付く発見した。	看護師は点鼻チューブの0.025mLの目盛りを0.05mLの目盛りだと思い込んでいた。患者は小児であり、生食で希釈して投与していた。在宅療養に向けて、点鼻量を調節中であり、指示変更が度々あった。父親は点鼻薬の量が少ないことに気付いていたが、主治医との話で今後原液での投与予定であることを聞いていたため、看護師に確認しなかった。ダブルチェックをせずに投与していた。	・点鼻薬も時間・量などを点滴と同じようにダブルチェックを行う。 ・薬袋にサイン欄をもうけ、点鼻したかどうかを確認する。 ・看護記録には点鼻した量も記入する。
15	プレドニン（合成副腎皮質ホルモン剤）の内服が朝から減量する予定だったが、以前嘔吐したため、プレドニンの残数がずれていた。足りない分だけを処方してもらうと量が微量となるため、必要以上の数が処方されていた。前回の処方でも昼分から始まっており、必要以上に処方されている事に気付かず、すべてをセットしてしまい昼分からの減量とし与薬してしまった。主治医がリーダーに朝から減量になっているかを確認した際、昼からでセットされている事に気づき、間違いが発覚した。指示簿には、減量の記載があったが、朝からとは書かれていなかった。	プレドニンは与薬した際、サインするチェック表があるが、嘔吐して再与薬した分の欄を消していたため、再処方されたが、本来内服する数がずれてしまっていた。前回の処方でも昼分から始まっており、何も疑問に思わず、そのままセットしてしまった。	・主治医にいつから減量になるのかを日付だけでなく、時間帯（朝からなど）も指示簿に記載してもらう。 ・再与薬した時は欄を消さずに、再処方してもらい、早めに数を合わせる。 ・減量になるときは、いつから始まっていたのかを、必ず確認し、セットする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
16	抗癌剤イレッサ内服が隔日投与であった。深夜でダブルチェックの際に残薬を数えると1錠不足していることに気付き、前日の深夜勤が間違えて内服させたと考え、この日の深夜は、内服させなかった。翌日の深夜勤務者が、薬ワゴン内にイレッサ1錠が落ちているのを発見し、無投薬であったことが判明する。	間違いのあった2日前の準夜勤が、翌朝の内服薬を準備する際に、間違えて29日分のイレッサ1錠を薬箱に入れてしまった。前日の深夜勤務者がダブルチェックで間違いに気付き、薬袋に戻すが、薬袋に入らず外側に落ちてしまい、1錠不足となり、29日深夜勤は前日の深夜勤務者で与薬したと思い込み、内服しなかった。前日の勤務者に与薬したかどうかの確認を怠った。	・前勤務者が薬を出し、内服させる勤務者が2回目の確認をするという詰所管理の内服のダブルチェックを再度徹底する。 ・前勤務者がセットする際も抗癌剤・副腎皮質ホルモン剤は、残薬数をチェックする。
17	癌性リンパ管炎による胸水のある患者に対しラシックス（利尿降圧剤）5mg 静脈注射の指示が出ていた。準備時にワークシートと処方箋を照らし合わせ5mg であることは確認し、ラシックスを1A吸って準備をしてしまった。投与時に医師がおかしいと気付いたが投与後であり、アンプルは1A=20mg（2mL）であり指示量の4倍入っていた。	ワークシートと処方箋、アンプルの薬剤名を照らし合わせ、確認したつもりになっており薬剤の容量まで確認できていなかった。処置用ワゴンの上に置く前の確認をしていなかった。ラシックス1Aの1/4の投与量であることがしっかりと意識付けられていなかった。	・1Vや1Aでない量の指示を出されている薬剤はワークシートに再度自分で分かるように印をつけて、あとで確認する際にしっかりと印を見る。 ・薬剤を準備後はもう一度最初から患者氏名、番号、日付、時間、薬剤名、投与量をワークシート、処方箋、薬剤を照らし合わせて確認しなおす。 ・静脈注射準備後は処置用ワゴンに置く際に再度確認する。
18	経口血糖降下剤アマリール1錠分1、30日分で30錠を調剤するべきところ、調剤者が薬袋に誤って90錠を調剤した。これを監査する際に間違いに気付かず90錠を数えてそのまま払い出した。	処方監査の多い日で漫然と監査をしたと思われる。調剤した薬剤師は処方箋の30日分と30錠の数字に惑わされて、90という数字が生まれたと思われる。それに同調するように監査も疑問を持たずに同様にして間違いに気付かなかった。	・経口糖尿降下剤は、間違えて服用した場合大変危険な薬剤である。 ・処方内容にこの種類の薬剤が見られたときは特に注意をして調剤、または監査を行うように日ごろから心がけるべきである。（薬剤の名称の前には‘経口糖尿降下剤’と印字されている）
19	手術後2日後の患者。腹部の動きが悪かったため、パントール（パントール製剤）が主管のボトルに追加になった。医師から、ソルデム3Aにパントール2A100mgを追加するよう指示を受けた。注射ワークシートでmgまで確認しなかったため、病棟の定数のパントール500mgを2A混注してしまった。日勤者が定数チェックの際に気付き、判明した。	基本的な確認の欠除。指示書を確認する時の冷静さ。経験からパントールは、500mgの指示が多いという印象が強かったため、病棟の定数のアンプルでいだろうという、思い込みがあった。	・確認を必ず行う（患者氏名、薬品名、用量、方法、単位）。 ・指示書の薬剤のmgまで、きちんと確認をする。 ・薬液の確認（取り出す時、つめる時、詰め終わった時、つなぐ時）をする。 ・思い込みをやめるよう意識をする。 ・薬剤の間違いが、命に直結することを再認識する。 ・冷静に感情を保つよう努力する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
20	5歳10ヶ月の児に対し、プログラフ（免疫抑制剤）0.15mgを24時間持続投与する予定であった。平日は薬剤師が調製したものを日勤帯で交換していたが、この日は前日が日曜日であったため、当該病棟の看護師が夜勤帯で調製したものを日勤帯で投与した。毎日血中濃度を測定していたが、この日の血中濃度が前日の3倍に跳ね上がり、再検査でも同様の結果であったため、投与されていた薬液中の濃度を測定したところ、予定の10倍量が投与されたことが発見された。	平日は薬剤師によって調製されているが、土日祭日のみ病棟の看護師によって調製されていた。これまでは、2段階で希釈し調製されていたが、1段階スキップされ、10倍濃度で投与された。調製の際、ダブルチェックも行われていたが、計算の誤りに気付くことができなかった。	・2段階希釈が必要となるような微量の指示ではなく、調製の際に薬剤原液の使用量が0.05mL以上となるような希釈法の指示とする。 ・薬剤量の指示をmgの単位で行う場合は、その量が原液何mLに相当するかを記載する。 ・指示は、薬剤調製の作業工程を考慮し、分かりやすい記載とする。 ・体重あたりの使用量や使用の時期など、指示内容が正しいことを指導医も確認する。 ・指示されている「単位」を常に意識する。 ・わかりにくい指示の場合は、受持ち医に連絡し、わかりやすい記載にするよう依頼する。 ・抗癌剤、昇圧剤、麻薬、免疫抑制剤など重要薬剤の調製は必ず2人以上で確認する。特に、数字の桁や、小数点の位置を再確認する。これらの対策について、院内職員全員に向けてメールにて通知した。
【方法間違い 5件】 類似事例 105件			
21	タキソール（腫瘍用薬）に使用するPVCフリー（塩化ビニル樹脂を使用していない）ルートを使用せず、DEHP（フタル酸ジ-2-エチルヘキシル）フリー（可塑剤DEHPを使用しない）のテルモフュージョン輸液セットルートを使用した。タキソール終了後、先輩看護師がルートの種類の間違いに気付いた。業者より「DEHPフリーのルート成分が溶け出すことは無いため体内への影響はないが、タキソールはエアが発生するため、フィルターがついているPVCフリーのルートを使用しないといけない」と説明があった。	以前に、PVCフリーのルートを使用しなければならないと指導を受けたが、タキソール施行時そのことを忘れていた。また、初回の経験項目であるが、看護経験があり間違いないと思ひ込み他の看護師に確認しなかった。	・初回経験のものは、自分から初回経験であることを伝え、他の看護師に指導してもらう。 ・思い込みによる行動をしないように確認して行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	手術麻酔を導入し、術中管理を研修医と行った。C V（中心静脈栄養）ルート挿入し、C Vルートよりイノバン（急性循環不全改善剤）を術中から投与した。抜管退室は別の指導医及びその研修医が行った。その2人により退室時にC Vルートからイノバンが投与されている事が確認されていた。I C U（集中治療室）に帰室後、10分程経過したところで看護師が動脈ラインよりイノバンが投与されているのを発見した。動脈にカテコラミンが投与されれば末梢の壊死が危惧されるが1.2 mL/hという流量と死腔の体積（約140 cm）を考えると動脈から投与された確立は低い。	ベット間（術台→ベット）の移動があること、手術室からI C Uの移動があること。C Vルート、末梢ルート、動脈ラインと、挿入されているラインが多いため、整理に難渋すること、移動に複数の人間がたずさわっていること、またこれらの作業に皆が一勢にとりかかると、上記要因が互いに影響して今回の事例が発生したと考えられる。	- 各ラインに色テープで確実に識別すること。 - 自分が声を出し、今何をしているかをお互いに認識すること。 - 明瞭にラインを整理する。
23	敗血症、循環動態不安定の為、C C U（冠動脈疾患集中治療室）管理している患者。C V（中心静脈栄養）ダブルルーメンの青ラインからカテコラミン（血管拡張薬）を点滴していた。腹痛があり指示にてペンタジン（鎮痛剤）+生食100 mLの点滴を施行した。10分後、確認のため訪室するが状態に変化はなかった。30分経過し他のスタッフがモニター上脈拍120台、P A C（心房期外収縮）、P V C（心室期外収縮）散発、血圧60 mmHg台まで低下しているのを発見し訪室（意識レベルはクリア）したところ、ペンタジンがカテコラミンルートに接続されているのを発見した。	ルートの確認が不十分であった。カテコラミン製剤の使用上の注意点、何故別のルートを使用するのか熟知していなかった。カテコラミン製剤のルート側に使用薬品名を貼っていなかった（貼り忘れた）。	- カテコラミン製剤使用時の注意点について勉強し熟知する。 - 確認を細部に渡り確実にこなす（ルートの確認・接続・使用薬品名の貼布など）。 - 全員で取り扱いを徹底する。
24	m E P O C H（化学療法）の治療中の患者。オンコビン+アドリアシンと、ペプシドの点滴を同時作成していた。本来ペプシドは非吸着ルートを使用しなければならないところを、もう一方のオンコビンの方に非吸着ルートを接続してしまった。しかしそれに気付かず、翌日の日勤看護師が制吐剤の点滴を行う際に、逆に接続していたところを発見した。	オンコビン+アドリアシンと、ペプシドの点滴ルートを同時作成していた。本来ペプシドは非吸着ルートを使用しなければならないところを、もう一方のオンコビンの方に非吸着ルートを接続してしまった。同時に2種類の点滴を準備していたことが要因と考える。	- 準備作業は、ひとつの作業が終わってから次の作業を始めるよう、注意が必要である。 - 実施後もルートを観察していないことについて、今後教育が必要。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
25	シプロキササン（広範囲抗菌剤）の指示があり、当日の指示欄には「指示番号 a × 2」と記入されていたので、朝・夕実施と思い込み、指示簿で薬品名を確認したあと伝票を確認せずに 18 時 15 分の実施した。しかしシプロキササンは 9 時と 21 時に実施するよう指示簿の書き出し日（日曜欄）と注射伝票には記入されていたが、何度も受け持ちをしていたので夕方に実施するものと思い込み、確認していなかった。夜勤看護師への申し送りの時に指摘されて気が付き、主治医に報告した。	注射伝票に時間が記入されていたが、何度も受け持ちをしていたので × 2（1 日 2 回）で朝・夕実施するものと思い込み、確認していなかった。指示簿の週が変わって新しいページになって書き出し日（日曜欄）に時間が書かれていなかった。	・注射フローチャートに沿って基本通りの確認を行うこと。 ・通常と時間指示がある場合は医師も、看護師も注意して情報伝達する必要がある。
【速度間違い 2 件】 類似事例 4 9 件			
26	絶食となった患者に対し持続点滴開始の指示が出た際、臨時処方箋と点滴内容をリーダー以外の看護師とダブルチェックした。しかし、処方箋に流量が印字されていなかったため、リーダーに口頭で確認し、持続点滴を開始した。その際、指示書に書かれていた流量は 60 mL/h であったが、伝達ミスにより 80 mL/h で開始した。準夜勤務の際、点滴の流量を確認した時も、点滴に記載してある目盛りと流量が 80 mL/h で合っていたため、そのままの流量で投与した。点滴交換の際にも、伝票に 80 mL/h と流量が記載してあったため、流量の間違いに気付かなかった。深夜の勤務の際、指示を受けたリーダーが医師の指示が 60 mL/h であることに気付き、過剰投与を発見した。	流量の確認をする際に、流量を口頭で確認しただけで、指示書の確認を行わなかった。カードックスには 60 mL/h と記載されていたが、この日に開始したばかりであるため流量の変更等はないと思い込み、カードックスから流量をひろい記載しておくなどの照合を行わなかった。持続点滴にもかかわらず医師が伝票入力する際に流量を入力していなかった。	・緊急時以外は、口頭での指示伝達はしない。また、やむを得ず口頭で指示を受けた際は、必ず事後に指示書で確認を行う。 ・カードックスは転記したものではあるが、リーダーが指示を受け申し送りに使用する最新の情報や指示が記載されているため、伝票、患者に実際投与している流量とカードックスの記入内容が違わないかを照合確認する。 ・今回のように点滴開始直後であっても、上記の照合方法を遵守する。 ・診療科に、緊急時でない限り点滴入力時には流量も入力するよう申し入れる。
27	前日よりパルス療法（ステロイドを経静脈的に短期間に多量に投与する治療）開始となった。ソルコーテフ（副腎皮質ホルモン剤）1g 生食 100 mL を 36 mL/h で 3 時間で施行する指示がでており、注射箋と指示簿には 3 時間かけて施行するよう指示の記載はされていた。3 時間かけて施行しなければならない所を 100 mL/h 開始し 50 mL 注入した所で間違いに気付いた。	点滴作成時と点滴実施時に話しかけられ、確認作業が中断された事により確認したと思い込んだ事例である。また、開始後注射伝票との最終確認ができていないことも発生要因だと考えられる。	・確認作業時には待ってもらい、確認作業を完結させる事が重要である。特に声だし、指差し確認をする事で、周りの人にも確認作業中であることを知らせる事になり協力が得られると思われる。 ・開始後伝票との最終確認を実施する事も必要である。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【対象者間違い 4件】 類似事例 81件			
28	経管栄養注入中の患者。眼前の薬でデパス（精神安定剤）、コントミン（精神神経安定剤）、ダントリウム（痙性麻痺緩解・悪性症候群治療剤）、アローゼン（緩下剤）を注入後、白湯を入れようとして同室患者のセレネース（抗精神病剤）1gを注入した。注入後にシリンジに別の患者の名前が書かれていることに気付いた。	1患者1トレイで薬を準備する手順となっているが、実際には4名分を1トレイに入れて持ち運んでいた。注入用シリンジが薬用、白湯用とも同じ色（黄色）サイズのものであった。薬用には患者氏名がシールされており、白湯用は何も記載されていなかった。	・手順通りに実施されているか、作業を観察し、1患者1トレイを守るように指導する。 ・注入用シリンジのサイズを変えて持って分かりやすくした。
29	1つのトレイに1名の患者の経管栄養注入用のシリンジを入れ、複数名分をワゴンに乗せて病室に行った。患者の氏名と薬剤を確認していた際、同室の患者が動いて危険な状態となったため対応した。その際、確認したトレイをワゴンに乗せた。薬を注入しに戻ったときにその患者の薬はワゴンのその位置に置いたトレイだと思い、再度氏名を確認せずに注入した。注入後、別の患者の薬がなく、注入したはずの患者の薬が残っていて、患者誤認し、謝って別の患者の薬を注入したことに気付いた。	注入する時に患者の氏名を確認していない。注入中にも患者氏名を確認しておらず、注入後に他の患者との関連で誤薬に気付いている。作業中断した場合は必ず最初から確認するという手順になっているが、手順通りに実施されていない。ナースステーションで処方箋と照合した後、薬を溶解して病室で注入している。	・経管栄養チューブから薬を注入するときの確認の手順をデモンストレーションしてもらい、確認方法ができているかを観察する。 ・作業中断後の再確認の徹底を周知するよう速報で知らせる。
30	手術当日、違う患者の外来カルテの入った搬送用袋を持参してしまった。手術室へ申し送り時、自分が準備した抗生剤より1袋多く搬送用の袋に入っている事に気付いた。一度病棟へ戻ったが、おかしいと思い再度手術室へ戻り確認をした。カルテと抗生剤が別の患者のものであることが判明した。	手術室搬送用袋が病棟内に複数あり、持参前に確認をしないで思い込みで持参をした。手術室で病棟カルテ以外の持参品をダブルチェックしなかった。以前所属していた部署であり気の緩みがでた。	・搬送用の袋には患者の氏名シールを貼り、識別できるようにする。 ・出棟前には中身をもう一度確認をする。 ・手術室入室時の申し送りでは持参物品すべてを手術室看護師と確認をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
31	経管栄養中の患者に薬を注入しようと同室者3名分のトレイ（1患者1トレイに準備）を取った。その時氏名を見て取ったが、それぞれの患者のテーブルに置くときに名前を確認しなかった。違う患者のトレイを置いたことに気付かず薬（塩化ナトリウムと整腸剤）を注入した。注入後、チューブからシリンジを外すときに氏名を見て間違いに気付いた。	1患者1トレイの原則は守っていた。トレイに入れるとき患者の氏名が見えるようにおくことは決まっていなかった。トレイを患者のテーブルに置いた時にその患者のものと思っていて、患者に注入する直前に患者氏名と薬の氏名を照合していない。ワゴンは病室の外に置いておき、そこからシリンジの入ったトレイだけを取ってベッドサイドに持って行っている。経管栄養患者35名（神経難病50床）で、経管栄養のセットと与薬は機能別となっており1人の看護師が全て行っている。集中力が欠如する原因ともなりうる。ワゴンは経管栄養つり下げタイプで、両面で20名分しかかからないが、経管栄養患者25名分の薬がワゴンに重ねて乗せられている。ワゴンに乗り切らない薬の数である。	・トレイにシリンジを入れる際、氏名が見えるように置く。ワゴンを工夫（購入）し、トレイが重ならないように準備できるようにする。 ・最後に氏名確認の原則を教育する。 ・現在は看護室で薬を溶解して患者の所に持って行っているが、ベッドサイドで溶解するような業務改善を病棟で検討している。
【その他 14件】 類似事例 86件			
32	患者に38.8℃の発熱があると担当看護師（1年目）から報告を受け、カルテで発熱時の指示を確認したが術後数日限定の指示であった。当直医に電話連絡したところ、口頭でメチロン（解熱剤）1A筋肉注射の指示を受け担当看護師に指示し、実施された。2時間後にアレルギー記載表を見てピリン系薬剤にアレルギーがあったことがわかった。	当事者である看護師は指示受け時にアレルギー記載表の確認をしなかった。口頭指示になった状況は不明だが、医師はアレルギーの有無を確認することなくメチロンの指示を出した。	・指示医は、指示時にアレルギーの有無を確認する。 ・看護師は、実施時に使用薬剤のアレルギーの有無を確認する。
33	30%ブドウ糖にビタミン類（10%NaCl・リン酸水素二ナトリウム・パントール・ピタジェクト・ミネラル）が入ったCV（中心静脈栄養）ルートで、フィルターが黄色く結晶化した。	薬剤部に確認したところ「リン酸水素二ナトリウムとミネラルはハイパーパック以外のもので混合注入すると配合変化を起こす事があると他病棟からも報告がある（文献上は記載なし）」とコメントがあり。当日から追加されていたミネラルに原因があると考えられた。	・混合注入する薬が多数あるものは、必ず薬剤部に問い合わせをする。 ・データがない場合は早期発見が出来るよう、ルートをこまめに確認する。 ・他病棟でも同様のことがあった例は、薬剤部でも注意してもらい、病棟に事前連絡をもらう等申し入れる。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
34	両側の腕の採血しており、右前腕に点滴確保した。ドセタキセル（タキソイド系抗悪性腫瘍剤）開始後、刺入部と右肘関節の採血部は15分ごとに確認していたが問題なく経過していた。65分後パププラチン（腫瘍用薬）に更新しようと刺入部と逆血を確認し、採血部分を確認すると採血穿刺部分を中心に直径3cmの腫脹、発赤がみられた。患者からは腫脹部分の疼痛や違和感、熱感の訴えはなかった。	点滴を中止し、当番医に報告し点滴チューブ内に逆血させた。疼痛、右手指先の痺れなし、橈骨動脈の触知良好、点滴チューブを留置し、冷却しながら皮膚科受診する。受診後抜針し、軟膏塗布し2日後再診となる。	- 採血の部分に、上着がかかって観察が行いにくい部分であったため、点滴の刺入部より上流で採血をしている場合は、肘関節まで観察できるように、患者に説明し袖を上げさせてもらう。 - 化学療法のある日の採血は、点滴を行う予定の上肢では点滴を行わないように、患者に説明し、中央検査部にも説明し協力を求める。
35	ポート（薬剤を頻回に注入するための経路として、あらかじめ皮下に埋め込んでおく医療材料。ポートに続くカテーテルは血管内に留置されている「リザーバー」ともいう。）穿刺後、穿刺部より抗癌剤投与開始した。約1時間後本人よりコールがあり、訪室するとポートより薬液の漏れ出しと、ポート周囲の痛み出現したと報告があった。皮下の腫脹と衣服が濡れる位の漏れ出しがあった。	昼の休憩時間中であり、他患の処置で訪室間隔が空いてしまった。3回目の投与であり、また、今回の投与前にも異常の際のナースコール指導を行っていたため、患者からすぐにコールをしてくれると思っていた。	- 抗癌剤を投与していることを再認識し、観察を強化する（訪室時間を短くする）。 - 患者にも副作用や異常な症状について繰り返し説明し、理解度を把握する。
36	結核患者で入院時抗結核薬の内服治療を開始した。約5ヵ月後、担当医師は深部静脈血栓症の治療のためにワーファリン（ワルファリンカリウム）の内服治療を開始した。血液の凝固能の検査で投薬量を調整したが、有効な凝固能の値が得られず、徐々に投薬量は増量され、ワーファリンは7錠となった。ワーファリン内服開始から38日後、グラケ（骨粗鬆症治療用ビタミンK2剤）も処方されていることに気づき、病棟担当薬剤師が担当医師へ問い合わせた。グラケとワーファリンは拮抗作用があり、同時には投与しない薬のため担当医師の指示でグラケが中止となった。血液の凝固能は急激に低下して有効な数値となり、ワーファリンは2錠となった。	医師・看護師はワーファリンとグラケが併用禁忌であることを知らなかった。病棟担当薬剤師は、病棟の薬剤管理に関わっていたが、まったく気付かなかった。結核患者は一般病棟の患者よりも入院期間が長い。抗結核薬の開始時と退院に向けた服薬指導は行っていたが、それ以外には服薬指導をしておらず、一般病棟とは異なっていた。グラケが処方された後に、担当医師が交替となっていた。	- 学習会を行った。 - 結核患者の内服薬管理と服薬指導についての体制を見直した。薬剤師による服薬指導の回数を増やし、漏れをなくすことにした。 - 新規に薬が処方されたときには、薬剤師に積極的に確認してもらう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
37	塩酸モルヒネ（麻薬系鎮静剤）1 A + 生食4.6 mLを更新するため、ダブルチェックにて薬剤混入を行った後に空アンプルをハザードボックス（バイオハザードマーク付きの感染症廃棄物専用容器）に破棄し、麻薬処方箋への記載を忘れていた。翌日、同職種者より昨日使用した塩酸モルヒネの空アンプルをどうしたか聞かれ、麻薬の取り扱いができていなかったことに気付いた。	当該病棟が塩酸モルヒネ注の使用が殆どなく、経験がないことも原因し空アンプルを廃棄した。要因としては知識不足である。	・経験の浅い看護師であり、麻薬の取り扱いについて知識を持つこと、 ・院内ルールを把握することが必要である。
38	化学療法（FOLFOX）開始予定の患者のクリニカルパスを作成したが、入力ミスで最新でない体重で薬剤が準備されてしまった。薬剤師が気づき、患者への投与には至らなかった。	最新の体重が反映されていないことを把握しておらず、その時の担当ではなかったがパスを作成してしまった。担当のスタッフと先生とのやりとり（体重が最新でないこと）を確認していなかった。（勤務メンバー間でのコミュニケーション不足。）	・画面に入力してある体重がいつのものなのか確認し、温度板を利用する等最新のデータが反映されるよう確実に確認していく。 ・担当以外の物を準備した時は、担当に最終的に確認を入れる。
39	リスパダール水液（抗精神病剤）を定時内服中であり、他の定時薬の薬袋とホチキスで留めてあったが、薬液の入っている部分をホチキスの針が貫通しており薬液が漏れていた。他の日の内服も同様であり、中にはホチキスが外れており、定時薬の薬袋が留まっていないものもあった。	水液の薬袋を見れば、薬液の入っている部位の判断はつくため、ホチキスでとめる時の確認不足。また、他の薬袋もきちんと留まっていなかった事も、ホチキスで留める部位と留めた後の確認不足。	・薬袋を留める際は、薬液の入っている部分を確認し、薬液が漏れ出さないよう考慮してホチキスで留める。 ・薬袋が重なりホチキスで留まらない場合は、そのまま無理に留めるのではなく、改善策を相談する。 ・補佐へも協力を依頼し、注意事項を詳細に伝える。
40	リルテック錠（筋萎縮性側索硬化症用剤）を処方せん上の医師の指示に従い粉碎したが、安定性に問題があるため、粉碎してよい薬剤ではなかった。	リルテック錠の粉碎に関する情報の認識が誤っていた（粉碎および錠剤を溶かす方法の両方が可能と思っていたが、粉碎は直前のみで調剤時には不可であった。）。「錠剤を溶かして使用」という指示に変更する医師への確認および錠剤での調剤が必要であった。	・「錠剤を溶かす」という調剤の対象となる薬剤のリストを調剤に配置しており、そのことを薬剤部内で再度伝達し、今後の再発防止を徹底する。
41	患者自己管理の朝のみ内服の利尿剤が前の日の朝でなくなっていたが、続きの処方本人に渡されておらず、そのことに当日の日勤者が気付いた。そのため、患者は当日の朝は内服していなかった。患者自身もう内服しなくて良いと理解していた為、そのことを看護師に報告しなかった。	受持ちが内服したか声掛けて確認することになっていたが、朝、夕の内服のみであったこともあり、日勤で薬袋を確認できていなかったため、薬が終了していることに気付かなかった。マニュアルでは内服薬の続きは開始日の前日の日勤者が渡すことになっている。	・情報収集時、内服薬処方箋の内服開始日の確認することを徹底する。 ・各勤務帯で内服薬日付確認箱に内服開始の薬袋が残っていないか確認する。 ・患者に対し、内服薬の残りがなくなったら、看護師に報告することを説明する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
42	不眠の訴えのある患者に、ロヒプノール（不眠症治療剤）2 mg＋生食100 mLを使用した際、ロヒプノールの空アンプルを保存せず、誤って感染ゴミ箱に廃棄してしまった。空アンプルは他の勤務帯で発見された。	サイレースの空アンプルを保存しておくことは知っていたが、ロヒプノールの空アンプルを保存しておくという認識がなかった。サイレースがロヒプノールに変わったということは詰所内の連絡ノートで知っていたが、認識が薄かった。アンプル使用時に保存するのか廃棄するのか、他メンバーに確認することを怠った。ロヒプノールが保管してある金庫の表示が、「サイレース・ソセゴンは空アンプル必要」となっており、表示が薬剤変更に伴い修正されていなかった。	・サイレースがロヒプノールに変更になったこと、ロヒプノールの空アンプルの保存が必要という認識を徹底する。 ・サイレースに関する表示をロヒプノールに改める。 ・金庫内の薬剤使用時には、他メンバーへ取り扱いを確認することを徹底する。
43	点滴刺入部の軽度腫脹、発赤を初回の巡視時に発見した。刺入部からの点滴漏れ、刺入部痛の有無を確認、滴下不良も生じていなかったため、テープ再固定のみ行いそのまま経過をみていくよう判断した。しかし最終ラウンドまでその後の経過観察を怠り、リーダーにより末梢の腫脹とテープ固定部の発赤が発見された。	日勤帯で当患者を含め、2人の患者を担当。しかし他患者のケアに集中してしまい、その後、最終のラウンドまで観察を怠ってしまった。C V（中心静脈栄養）はシングルラインで、外液の側管からボルトロール、C V P（中心静脈圧）用ルートが繋がっており、やむなく末梢ルートからアミノフリード（糖・電解質・アミノ酸液）とカコージン（急性循環不全改善剤）が行っていたが、両者の点滴とも、末梢ルートから行くことのリスクを考えられていなかった。	・初回の巡視時に観察を必要と判断した部分は、必ず巡視時に観察・確認をしていくことを自分の中できめる。 ・他の患者の対応に追われている場合でも、一つ一つの観察、それに対する対応・処置を怠らず患者に与えるリスク・苦痛を考えて処置を確実にやっていく。また、それが不可能と判断した場合は、他スタッフにも協力を得られるよう自分から働きかける。
44	末梢ルートにて今朝から抗がん剤投与を行っていた。タキソテール・アクプラ（腫瘍用薬）を投与し、終了時に患者よりナースコールがあったため訪室する。更衣を希望されたため寝衣を脱いだ際、点滴刺入部周囲に腫脹・疼痛を認めた。	滴下時間のずれがあったため、滴下状況の確認は行っていたが、刺入部の状態までは同時に観察できていなかった。末梢ルートからの抗がん剤投与であったので、患者本人には刺入側の腕はあまり動かさないよう説明していたし異常を感じる時は申し出て欲しいことを説明していたが、看護師側の確認不足が原因であった。	・抗がん剤投与の際には滴下状況だけでなく、刺入部の観察も行うことが基本原則であり、再度基本に戻った観察を行うよう当事者本人も自覚するとともに、スタッフ全員にも注意喚起を行う。 ・点滴開始から時間を決めて観察するよう徹底する。 ・患者自身にも異常を感じた場合には早めに報告してもらうよう、開始前よりオリエンテーションを行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
45	入院中、造影剤投与により発赤・掻痒感出現があった。当日もCT造影剤使用の検査が予定されていたが、検査前にソル・コーテフ（副腎皮質ホルモン剤）点滴施行指示があった。本人にも点滴があることを説明し、前回は発赤あったことを覚えており、理解してもらった。骨シンチ後にCT検査を施行したところ顔面紅潮、発疹出現した。気分不快・呼吸苦なし。帰室後、医師診察し、ソル・コーテフ点滴開始となった。	朝の申し送り時も、ソル・コーテフの点滴があることが伝えられ、検査予定表と電話に点滴があることのメモを貼っていた。自分以外のスタッフがわかるようにしていたが、CT時間の早まりと自分が病棟に不在であったこと、スタッフが点滴の有無に気付かなかったことが考えられる。	・必ず、検査予定表をチェックし、検査内容を確認すること徹底する。 ・CT伝票に、アレルギー出現の可能性ある患者は、備考欄に前処置があることを記載する。（CT室にも前処置があることを知ってもらうため。）