

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4月1日から平成19年6月30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27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」の5段階に分類し、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8件であった。そのうち、薬剤名の類似によりコンピュータ入力の際に間違えた事例が1件、インスリンの1mLを10単位と思い込んだ事例が1件、複数の指示経路があり指示を変更した際に伝達が不十分であったため、変更前の指示が実施された事例が1件あった。

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8件であり、そのうち院内で使用している薬瓶が類似していることにより薬剤を間違えた事例が2件、薬剤の外観が類似していることにより薬剤を間違えた事例が1件あった。

④ 実施段階

実施段階における事例は9件であった。そのうち、薬剤が準備されていた注射器を取り違えた事例が2件、内服薬を投与する際に他の患者の薬剤を誤って投与した事例が3件あった。

⑤ 実施後の観察及び管理段階

実施後の観察及び管理段階における事例の報告はなかった。

⑥ その他

その他の事例は2件であった。そのうち、1件は麻薬の紛失であり、1件はワーファリン内服中の患者の抜歯に関連した事例であった。

(2) 薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第23回ヒヤリ・ハット事例収集^(注1)において報告された重要事例の中から薬剤に関する事例について分析を行った。また、第23回ヒヤリ・ハット事例収集において、記述情報のテーマにあげられた入院時の持参薬に関する事例について分析を行った。

① 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-3)。また、報告された事例の中から51件の事例概要を図表Ⅲ-4に示す。

② 入院時の持参薬の管理に関連する事例

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、入院時の持参薬の管理に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した。

入院時に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)。また、報告された事例の中から36件の事例概要を図表Ⅲ-6に示す。

(注1) 第1回～22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	障害の可能性 (低い)	担当医が診療録に休日分の注射指示内容であるヒルトニン（遷延性意識障害・脊髄小脳変性症治療剤）2 A皮下注射の記載をしておいた。休日に、研修医が診療記載の薬剤を入力を上級医の確認の元でコンピューター入力する際、ヒルトニン2 Aを入力すべきところ、ヒルナミン（精神神経用剤）2 Aを入力した。注射指示を受けた看護師は、薬剤部に請求し指示通りに皮下注射をした。
2	準備段階	障害の可能性 (低い)	20代の患者にブロー耳浴を行うため、看護師がブロー点耳薬（8%酢酸アルミニウム溶液）と同様の薬瓶である80%トリクロロ酢酸溶液（試薬）を誤って準備し、医師が患者に点耳した。
3	準備段階	障害の可能性 (低い)	60代の患者にブロー耳浴を行うため、看護師がブロー点耳薬と同様の薬瓶である80%トリクロロ酢酸溶液を誤って準備し、医師が患者に点耳した。
4	準備段階	不明	点滴を準備する際、プログラフ（免疫抑制剤）とザンタック（H ₂ 受容体拮抗剤）を取り違えて患者に投与した。アンプルの外観が、透明で白いラベル、赤い文字、カタカナ5文字である点が類似していたため誤った可能性がある。
5	実施段階	障害の可能性 (高い)	陥入爪手術の際に行った伝達ブロックで、キシロカイン注射液1%（局所麻酔剤）を注射するところを無水エタノールを誤って注射した。準備台に用意していた無水エタノールが入った注射器をキシロカイン注射液1%の入った注射器だと思い込み注射した。注射器には薬品の名前が書いてあったが確認できていなかった。
6	実施段階	障害の可能性 (低い)	内視鏡の粘膜切除の際、ヨード染色を行って病変を確認し、生理食塩水を腫瘍近傍の粘膜下に投与して、腫瘍を挙上するところ、誤ってチオ硫酸ナトリウムを穿刺針に接続し、粘膜下に4mL投与してしまった。使用する生理食塩水と散布用のチオ硫酸ナトリウムは共に無色透明であり同色の注射器に用意されていた。注射器には薬剤名が記載されていたが確認が不十分であった。
7	実施段階	障害の可能性 (低い)	皮膚生検術の際に局所麻酔剤キシロカイン注射液1%を施行するところ、誤って0.05%マスキン水（殺菌消毒剤）を投与した。
【薬剤量間違い】			
8	指示段階	障害の可能性 (低い)	生後2ヶ月の患者に対し、フルマリリン（オキサセフェム系抗生物質製剤）を指示する際、1回量250mg使用と入力し、薬剤部ではフルマリリン0.5gのバイアルが払い出された。医師は、それを生食2mLで溶解し、1mL投与した。予定量25mg/kgを投与するところ10倍量の250mg/kgを投与した。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
9	指示段階	障害の可能性 (低い)	医師が退院処方としてインクレミンシロップ（鉄欠乏性貧血治療剤）1.5mL 7日分を処方した。本来ならば「1.5mL」とオーダーリング入力されるどころ、小数点が入力されなかった。患者の母親が退院時の内服薬の説明と違うことに気付き問い合わせをしたが、処方通りの説明がされ過量投与となった。オーダーリングシステムの適量処方のワーニング機能を使用していなかった。
10	指示段階	障害の可能性 (低い)	ワコビタール坐薬（催眠・鎮静・抗けいれん剤）30mg 半量挿入のところ誤って1個使用した。カルテには記載があったが処方箋コメント欄の記載が無く実施してしまった。オーダーリング導入とともに医師の異動が多く、処方箋記載ルールが徹底されていなかった。
11	指示段階	障害の可能性 (高い)	化学療法のレジメンにはAとBがあり、Aの場合は「シスプラチン（腫瘍用薬）1日70mg ワンショット投与で3週間休薬」、Bの場合は、「シスプラチン70mgを分割して5日間連続投与」する指示であった。しかし、誤って記載されたBの指示を見て、Aのワンショットだと思い込み、1日70mgで3日間投与された。
12	指示段階	不明	医師はテラルビシン注（腫瘍用薬）を「1日1回、2日投与」する処方をした。別の医師が「1日2回、2日投与」と解釈して、追加処方をオーダーし処方し、指示書に記載された「×2」は2日間の意味であったが、1日2回と解釈してしまった。
13	指示段階	障害の可能性 (低い)	医師が指示を出す際、ノボリンR注の単位を計算するときに、「1mL」を「10単位」と思い込み、オーダーリングに0.1Vと入力した。医師は、看護師に注射器を渡し注射を依頼した。看護師は希釈されているものと思い、注射を実施した。その後、再度指示を確認したところ、10倍量を投与した事に気づき、医師へ連絡した。
14	準備段階	障害の可能性 (低い)	内科で硫酸アトロピン末（抗コリン剤）1.5mg分3の処方をした。院外処方薬局では、硫酸アトロピン末（mg/g）のところ、硫酸アトロピン原末（g/g）を1.5gで調剤したため、患者は予定の1000倍量を内服した。
15	準備段階	不明	看護師Aが他院から転入した患者の本日昼分の薬を持参薬から準備し、引き継いだ看護師Bは患者に昼の薬を与薬した。看護師Aが休憩から戻り持参薬の残数を確認したところ、数が合わず、本日の昼分を重複投与していたことが判った。
16	準備段階	障害の可能性 (低い)	指示に【ソリタT ₁ 500mL ヒューマカートR注300単位3mL 2単位】とあった。看護師Aは「ヒューマカートR注」を「ヒューマリンR」に変更する指示を受け、患者に実施した。看護師Dが夕方食前血糖値を測定すると24mg/dLであった。看護師Aは朝の点滴準備中に、自分が使用した単位が間違っていたのではないかと思い、確認すると、ヒューマリンR注2単位使用するところ、2mL使用したことに気付いた。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
17	実施段階	障害の可能性 (低い)	担当看護師は、夕食前のペンフィル30R6単位を注射するため訪室し、注射指示用紙を確認し、指示の6単位に注射器をセットした。患者のベッドサイドまで行ったが業務中断が2回発生した。再度、患者の元で確認していると注射器は5単位と6単位の間に目盛りがあり、目盛りを「0」に戻した。指示用紙を見ると、朝食前12単位の指示に目がいき、12単位注射した。実施サインを行う際に、朝の指示量である12単位の部分を見て実施していたことに気付いた。
【速度間違い】			
18	実施段階	死亡	気泡アラームが鳴り、看護師が気泡を除去してアラーム解除の操作を行った。15分後に看護師が輸液ポンプのアラームに気付き、病室を訪れたところ、薬剤が空になっているのを発見した。
19	実施段階	障害の可能性 (低い)	持続静脈注射でゆっくり投与すべき薬剤であるアルチバ（全身麻酔用鎮痛剤）を、ワンショットで静脈注射した。
【対象者間違い】			
20	実施段階	不明	患者Aを患者Bだと思い込み、内服薬を誤薬させた。
21	実施段階	不明	朝の食事介助時、患者Aの食膳と内服を確認し、「Aさん」と言いながら隣の患者Bのベッドに行ってしまう誤薬させてしまった。
22	実施段階	不明	患者Aの与薬実施伝票と内服薬を病室廊下まで持参した。直前の確認をせず、同室の患者Bに患者Aの薬を内服させた。
【その他】			
23	指示段階	不明	外来で化学療法中の患者が、白血球が低下したため一時化学療法は中止し、グラン（G-C-S-F製剤）の皮下注射を行う予定であった。化学療法の指示用紙には監査サインをせず、コンピューター画面で当日の注射指示を削除し、看護師に皮下注射の指示を伝えた。看護師はグランの皮下注射を実施し、患者に「点滴はあるのか？」と質問をされたためカルテを見ると化学療法の注射指示箋がはいつており、「中止」の記載がないため治療センターへ案内した。治療センターでは注射指示箋に医師の監査サインがなかったが、これまでも注射実施医が代筆するなどの現状があったため実施した。患者の当日分の化学療法オーダーが削除されているのに偶然気づき、間違いがわかった。
24	準備段階	障害の可能性 (低い)	酸化マグネシウム（制酸・緩下剤）、ラックビー微粒（整腸剤）を調剤し、分包した。調剤した散薬の中に直前に分包した薬剤のハイベン（非ステロイド性鎮痛・抗炎症剤）とアモバン（睡眠障害改善剤）が混入していた。
25	準備段階	不明	角膜潰瘍で入院中の患者に対し、治療のため点眼薬が処方されていた。薬剤を準備する際に溶解せずに使用した。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
26	その他	障害の可能性 (低い)	患者は、MSコンチン（持続性癌疼痛治療剤）40mgを1日2回に分けて内服していた。内服するMSコンチンを準備しようと、夜勤者が2名で金庫を開けた所、MSコンチンの残薬数が1回分不足している事に気付いた。MSコンチンを使用する際は、チームの夜勤者がサインをしていた。残薬が何錠あるか確認することはしておらず、いつの時点で紛失したのか不明である。
27	その他	不明	患者はワーファリン（ワルファリンカリウム）を服用していた。歯科医師の診察により、抜歯の必要が生じた。歯科医師は患者の半年前のトロンボテストの結果が33%あるのを受け抜歯を行った。止血状態が悪いため縫合止血したが、その後も出血が止まらず、同日2回再縫合を実施した。その後、止血はしたが、翌日の採血結果で、MAP（血液製剤）やアルブミン（血漿分画製剤）投与を必要とした。

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				
発生段階	指示	1	6	0	0	0	0	0	1	8
	指示受け・ 申し送り	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	準備	3	3	0	0	0	0	0	2	8
	実施	3	1	0	0	0	2	3	0	9
	実施後の観察 及び管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0	2	2
総計		7	10	0	0	0	2	3	5	27

図表Ⅲ - 3 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	3	7	0	0	4	0	3	8	25
	指示受け・ 申し送り	0	9	0	0	0	4	0	29	42
	準備	31	35	0	1	3	0	7	78 ^(注)	155
	実施	19	37	6	0	3	48	21	86	220
	実施後の観察 及び管理	0	2	0	0	0	0	0	23	25
	その他	0	2	0	0	0	0	0	105	107
合計		53	92	6	1	10	52	31	329	574

(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13事例を含む。

図表Ⅲ - 4 ヒヤリ・ハット事例（薬剤）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤間違い 10件】 他類似事例 43件			
1	心不全で血圧が低下した患者に、医師が塩酸ドブタミン（急性循環不全改善剤）を看護師に電話で指示しようとしたが、実際には塩酸ドパミン（急性循環不全改善剤）の指示を出した。看護師は電話口で薬剤名を復唱し「塩酸ドパミン」である事を確認したが、医師も同意したため塩酸ドパミンを点滴開始した。1時間後にやってきた医師が自分が指示を出したかった薬剤と違う事に気付いた。	1年目の看護師であり、心不全の患者の血圧低下時にドブタミン・ドパミンのどちらを選択するかの知識がなかった。先発薬品からジェネリック薬品への切り替えが行われて間もなくのことであり、医師がジェネリックの商品名を把握していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 一般名・商品名が似通っている薬剤の採用を中止する。 塩酸ドブタミンはドブトレックスへ、塩酸ドパミンは塩酸ドパミン注キットへ採用薬品を変えた。
2	プロトコールにしたがって化学療法を施行中であった。準夜1回目の巡回時、輸液ボトルを確認すると、生食480mL + イソビスト2.5g（非イオン性脳槽・脊髄・関節造影剤）と記載されていた。指示ではイフォマイド（腫瘍用薬）2.5g + 生食480mLの持続点滴であった。注射カート内の薬剤を確認すると、前日分のイフォマイドがなくなっていた為、輸液ボトルの記載間違いと判断したが調剤した主治医に確認しないまま輸液を続行した。	主治医の記載間違いであった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示と違う内容の薬剤が記載されている場合は、必ず調剤した者と前勤務者に確認を行なう。 内容が不明の薬剤は当直医にも確認し、作成し直し等を検討する。
3	生食20mLとフェリコン（鉄剤）注を処方する予定であった。11月より導入された電子カルテで生理食塩の検索をかけようと「セイ」と入力したところ列記された上下段に「生理食塩液20mL」「大塚食塩注10%20mL」が並んでおり、生理食塩水を選択するところ、誤って10%食塩液を選択し、オーダー発行した。薬局内でも監査をすり抜け、現場看護師も薬剤を収納する際に別段疑問に思わず通常使用している薬剤という気持ちで収納した。実施した看護師は、処方箋と薬剤を確認したが、処方箋に印字されているため間違っているという認識はなく、準備し実施した。継続指示だったので、翌日分を薬剤師が監査している時高濃度液での溶解が処方されていることに気づき病棟に連絡し、医師に確認し誤っていたことに気付いた。	電子カルテオーダーリングの設定誤り。10%食塩液と生理食塩液が「セイ」で検索できていた薬剤に対する知識が不足していた。同薬剤の薬名の明記は大きくされていたが、ポリアンプタイプでサイズも同じで間違いやすかった。	<ul style="list-style-type: none"> オーダーリング設定を変更した（「セイ」で10%食塩液が検索できない設定に修正した）。 高濃度食塩液での事故事例を紹介し、危険性を学習した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	胃切除の手術後口腔挿管を抜管し呼吸状態は安定していた。しかし、手術室前室まで患者搬送後呼吸状態不良となり麻酔科医師より「サクシゾン100（水溶性ヒドロコルチゾン製剤）」の口頭指示があった。指示を受けた看護師は手術室に戻り冷蔵庫の鍵つき保管庫から薬液を取り出し注射器に注入し、アンプルのシールを剥がして注射器に貼りつけ、医師に手渡した。医師は投与直前に注射器に貼っているシール確認し「サクシン100」（脱分極性筋弛緩剤）を準備していた事がわかった。	口頭指示受けの手順が遵守されいなかった（指示受け時の復唱確認・医師に手渡す際にも声に出して医師に確認していなかった）。サクシゾンとサクシンが間違えば生命に危険を及ぼす薬剤の薬剤名が類似したものが定数で保管されていた。副腎皮質ホルモンは当院では「サクシゾン」と「ソルコーテフ」の2種類を採用している。「ソルコーテフ」は溶解しにくい等取り扱いにくい事から「サクシゾン」を採用し使用していた。	<ul style="list-style-type: none"> 口頭指示受けの手順・指差し呼称確認を徹底する。 事故防止の観点から類似した薬剤の採用を極力避けるよう検討した。 副腎皮質ホルモンは「サクシゾン」を採用中止とし「ソルコーテフ」のみとした。
5	ロイケリン散（白血病治療剤）1回65mg 1回分処方のところを、10%ロイケリン散 1回65mg 1回分で調剤し払い出した。倍散調剤であったために、1/10量の調剤となった。	調剤者が、処方内容は力価処方であることを正しく確認することを怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 処方内容は力価処方であり、正しく処方内容を確認する。
6	気切後の止血術を施行している時に、主治医から最初レペタン（鎮痛剤）の指示が出たが、「ソセゴン（鎮痛剤）」に変更になった。ソセゴンを取ったつもりが「レペタン」を出し、主治医に手渡し、カクテルし投与された。翌日レペタンの数が合わず、間違いに気付いた。	最初レペタンの指示が出ており、思い込んでしまった。また、ダブルチェックをせずに投与してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 必ず、看護師と医師でダブルチェックをした上で投与する。 カクテルする時は指示された薬剤とアンプルが正しいか確認する。
7	弱ペチロルファン1mL（鎮痛・鎮痙剤）を静脈注射するところを誤ってナロキソン1mL（麻薬拮抗剤）を静脈注射してしまった。弱ペチロルファンとナロキソンは同じトレイに準備しており、誤ってナロキソンを静注した。	トレイに1mLのアンプルを準備するが、いろいろな薬品が並べられる。シリンジに吸い上げの際は物を確認しダブルチェックを実施する。今回はトレイの薬品はダブルチェックをしてありシリンジに吸い上げる時は、1人で実施している。	<ul style="list-style-type: none"> トレイの中は弱ペチロルファンのみ準備をし、他のアンプルは指示が出るごとに金庫から出すこととした。
8	アナペイン（長時間作用性局所麻酔剤）が入ったシリンジとノルアドレナリン（血圧上昇剤）が入ったシリンジを準備した。アナペインを患者の硬膜外に投与しようとしたところ、誤ってノルアドレナリンを投与してしまった。	同じ種類の容器に同じ色のマジックで薬剤名を記入していた。外見が似ており、投与前に薬剤名をきちんと確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 硬膜外投与薬と静注薬はシリンジにテープを巻くなどの区別をし、投与前に必ずよく確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
9	ヒューマログ（抗糖尿病剤）からヒューマログミックス50（抗糖尿病剤）朝20単位・夕12単位の皮下注の指示変更があった。しかし、ヒューマログミックス50ではなくヒューマログミックス25を使用していた。翌日の夕方単位数の変更指示を受けたときに気付いた。	ヒューマログミックス50を臨時注射箋（指示した医師が手書きで記入）で薬局より受領した。臨時注射箋では「ミックス」の「ス」の字が「2」に見え、「0」が「u」に見えたため薬局はヒューマログミックス25を手渡した。使用前に単位数は指示簿を確認しダブルチェックをし患者に伝えたが受領薬品と指示簿の薬品は確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示簿と薬品を看護師間でダブルチェックする。 読みにくい字があれば各部所で確認を怠らない。 ヒューマログミックスに複数の規格が異なる製剤があることを把握する。
10	検温時、緩下剤（マグミット）の内服状況確認したその際患者が示した緩下剤は、以前より内服していた降圧剤であった。降圧剤は朝・夕の内服であったが、外見が似ていたため間違えて内服してした。	内服方法の違う薬が同じ袋に入っていた。患者自身が薬の内容を十分に理解していなかった。外見が似ていた。	<ul style="list-style-type: none"> 内服方法や、外見の似ている薬は別々の袋に入れる。 入院時に内服自己管理可能かどうかについての判断を見直し、新しい薬が内服開始となった場合に、早期に判断基準を見直す。
【薬剤量間違い 9件】 他類似事例 83件			
11	数時間痙攣が続いていた患者で、発生時の前日準夜帯よりバイタルサインの変動があり、休日に主治医来棟診察依頼していた。ロヒプノール1A（不眠症治療剤）＋生食10mLを3mLずつ静脈注射の指示あり、施行すると痙攣が短時間消失したため、医師より口頭指示にてロヒプノールを持続で行くように指示があった。この時受け持ち看護師の他に看護師が一緒に指示を聞いていた。他の看護師が（受け持ち以外の）5%ブドウ糖250mL＋ロヒプノール48mgを用意し、医師に点滴を見せた後接続した。翌日深夜帯で更新するとき点滴指示票を確認した際、5%ブドウ糖500mL＋ロヒプノール48mg指示であった。	口頭指示であり不確実な指示であり確認、指示伝達があいまいになっていた。点滴を接続したのち再度点滴指示票を確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時以外の時口頭指示は避け点滴指示票と確認し点滴を用意する。 口頭指示の場合、必ず指示内容を復唱し医師より同意を得る。又記録に残す。 ダブルチェックを怠らない。 接続する前だけでなく、医師が点滴指示票に記載した後も内容が合っているかを確認する。
12	心不全で入院の患者。入院時は内服自己管理であった。ラシックス20mg（利尿降圧剤）から40mgに増量になったが自己管理が上手く行かず2日後より詰所管理となった。追加で処方した頓用の20mgを深夜の配薬で40mgに合わせると思い込み60mgを内服させた。	薬袋が3つ有り、元々処方されている内服の内容を確認せずに配薬した。	<ul style="list-style-type: none"> 配薬の際、薬袋の患者名、薬剤名、量、与薬日、時間を声を出しながら行なう。 薬袋が重複している場合は誰が見ても分かるよう1つにまとめる。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	ジプレキサ（抗精神病剤）10mg 1錠1×寝る前の処方に対して入力者はシステム表示上で、10mgも選択できるようになっていたため、10mgを選択して入力した。処方鑑査者は当院非採用薬ジプレキサ10mg 1錠1×鑑査した。調剤者は採用薬ジプレキサ5mg 1錠1×で調剤を行った。最終鑑査者は採用薬ジプレキサ5mg 1錠1×で鑑査した。患者は1回分服用した。翌日薬局内において同様の処方箋により発覚した。	当院非採用薬がシステム上で表示されることを認知していなかった。調剤者は採用品のジプレキサの規格が1つしかないのに、規格を確認しないで調剤してしまった。最終鑑査者はジプレキサが2規格あることを知らなかった。当院での採用が1規格だったため、1規格しか存在しないと思い込んでしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 入力前に採用薬、非採用薬のどちらで表示されているかを確認してから入力作業に入るようにする。 調剤する前に規格や処方箋をよく確認する。 規格を確認することを怠らない。
14	疼痛コントロールのためにオキシコンチン（持続性癌疼痛治療剤）10mg/2×で内服中であったが20mg/2×で処方されていた。指示を受け、内服薬のダブルチェックでは、間違いを発見できなかった。準夜勤務者がそのまま与薬していた。深夜帯で内服薬を確認している時に、量が違うことに気付き、指示を確認したところ増量の記載はなく、与薬時間前に医師に確認した。医師来棟後に再処方し、与薬時間より遅れて与薬してもらうこととなった。患者にはその旨を説明し了承を得た。患者の疼痛はコントロール良好であり、疼痛の増強はなかった。	医師の処方箋の記載間違い。また、指示受け時、内服薬のダブルチェック時、配薬準備時の確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示受け時に量を確認してから処方箋を薬剤部へ送る。 ダブルチェック時も今までのものと一緒に量、内服時間に間違いや変更事項がないか確認をする。 情報収集時に1回量を把握し配薬準備時に確認する。
15	カルベニン0.25g（カルバペネム系抗生物質）投与すべきところ0.5g投与した。0.5gのバイアルが薬剤部からピックアップして病棟に届けられ、看護師はダブルチェックしたが規格違いに気付かなかった。同僚が注射指示シートと薬剤を点検中に気付いた。	薬剤部は薬液をトリプルチェックして病棟に払いだすが、今回は規格違いに気付かなかった。当事者の看護師は、複数規格あることは知っていたが、1バイアルという思い込みがあった。スタッフが1人欠員であり、従来よりも業務が多かった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤部は、複数の規格が採用されている薬剤を見直していく。 注射指示シートと薬剤の確認時は、薬剤名、規格、投与量を声に出し確認する。
16	インスリン5単位注射するべきところを、4単位しか施行しなかった。	4単位であったインスリンが5単位に変更になっていたが、確認を怠り4単位しかしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 血糖測定、インスリン施注時はインスリン簿を持って行き、患者氏名、日時、薬品名、量を確認しながら実施する。 点滴や注射実施時は自己チェックカードを必ず見ながら行う様にする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	ノイロトロピン（下行性疼痛抑制系賦活型疼痛治療剤）4T 2×朝夕の指示をノイロトロピン2T 2×朝夕で準備して配薬時にも気が付かず少なく投与した。発見されるまで2回過少投与された。	手術日まで自己管理している患者に対して、A看護師は持参薬分と当院処方分を与薬ファイルに1週間分準備した。持参薬は薬剤師や他の看護師に閲覧してもらった。当院処方方はわかると思い1人で準備した。このとき、1回2Tを2T 2×と思い込み、準備した。B看護師とC看護師は配薬時指示箋が同じファイルにおいて確認するマニュアルであったが確認せず、準備された薬をそのまま投与した。	<ul style="list-style-type: none"> 指差し呼称をする。 マニュアルを厳守する。 持参薬と院内処方が混在するときは薬剤師に介入を依頼する。
18	朝7時にアーチスト7.5mg（慢性心不全治療剤）3包を投与するところ2.5mg 1包のみしか投与されていないことに、次の日薬剤を準備する際、気付いた。	深夜と準夜で薬を確認する際、内服薬には指示量に変更されたことは記載されていたが、処方箋には変更されたことは記載されていなかった。両方をみて確認したが、指示量の変更に気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示量が変わった際は、新しい処方箋をだしてもらおう事を徹底する。 指示量が変わった際は、指示箋と内服薬の袋に記載する。
19	パキシル（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）2T/回分1夕食後の指示で内服開始になっていた。本人管理とし、声掛けで内服確認は行っていた。しかし2日間、朝、昼、夕2Tずつ内服していた事が会話より判明した。	自己管理能力のある患者で「誤薬は無い」と思い込み、配薬時に服用方法の説明が不十分であった。薬剤部から薬を持ってきた人、整理した者の捺印が無く、詰所で決めたルールが守られていない。	<ul style="list-style-type: none"> 自己管理能力のある患者であっても、詰所で決めた誤薬防止策のルールを守り、患者が確実に服用できるように、詰所全体で誤薬防止の意識を向上させる。
【方法間違い 4件】 他類似事例 13件			
20	深夜でファンギゾン含嗽水（ポリエンマクロライド系抗真菌性抗生物質）を作成した。吸入薬複写指示簿に、「ファンギゾン含嗽1日分作成、シリンジにすって、1日3回食前1回2mL」と看護師の手書きで記載されていた。ファンギゾン2mL＋水200mL（通常のファンギゾン含嗽水濃度）の中から1日量の6mLを準備した。翌日の深夜で、他の看護師がファンギゾン原液を6mL準備しているのに気づき、濃度が間違っていた事がわかった。	不明。	<ul style="list-style-type: none"> ファンギゾンの作成方法（原液なのか水溶液なのか）を詳しく記載する。
21	病棟で鑑別入力書を見ながら分包したが、ラシックス（利尿降圧剤）40mg 0.5錠（火・木・土・日）与薬するところを、毎朝食後で1週間分に分包したため、3日間余分に服用してしまった。	分包時、ダブルチェックで確認していたが、2人とも用法まできちんと確認できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ダブルチェック時は、処方箋・コメントの確認をきちんと確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	リウマトレックス（抗リウマチ剤） 2mg 2 C a p 1日2回 朝夕食後 毎週水曜日 内服中であった。1 年目の研修医が定期処方時に連日 投与不可の薬剤であることは知っ ていたが、1日分と入力するところ 7日分と入力した。指導医のチェッ クはなかった。薬剤部での監査でも 発見されなかった。服薬指導の薬剤 師によって発見され、患者に投薬す ることはなかった。	研修医が処方を行った場合、指導 医か上席医のチェックを受けるこ とになっているが、受けていなかった。 研修医は、水曜日1日/週=1 週間分=7日分と考えた。	<ul style="list-style-type: none"> 指導医か上席医のチェックを必ず 受ける。 毎日服用しない医薬品の処方例を 再学習、日には投与実日数であ ることを周知する。 薬剤部での監査を確実にを行う。
23	入院臨時処方で（ラシックス散（利 尿降圧剤）・アルダクトンA散（抗 アルドステロン性利尿・降圧剤）） 「隔日7日分」の「隔日」を見逃し 7日分で調剤、病棟看護師が投薬前 に発見した。	処方箋の日数（7日分）に目が行き 「隔日」を見過ごした。	<ul style="list-style-type: none"> 調剤中は処方箋をよく確認し、処 方箋上に表示される秤量の数値と 実際の秤量を確認する事、薬袋の 日数（4日分）も確認する事で、「隔 日」を意識して調剤するよう徹底 した。
【速度間違い 8件】 他類似事例 44件			
24	患者は、末梢からソルラクト（乳酸 リンゲル液）100mL/hで投与され ていた。ドブックス（心筋収縮力 増強カテコールアミン）開始の指 示が出て、スワンガンツカテー テルのルートより投与する指示が出 た。医師にメインルートの指示を確 認し、「メインは末梢のソルラクト を100mL/hのままがいいんです か？」と聞いたところ「100mL/ hでいいよ。」と返答あった。ドブッ クス開始直後より心拍数急上昇あり 、医師よりメインの流量が100 mL/hではなく10mL/hであると 指摘を受けた。すぐにメインの流量 を10mL/hに変更した。	口頭指示でのみ確認しており、忙し くてカルテ上での確認をしていな かった。カルテ上ではメインの流量 は10mL/hとなっていた。カテコ ラミンの後押しが100mL/hとな ることで、どのような副作用が出現 するか理解出来ておらず、医師に再 確認できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 忙しい場合でも口頭指示のみでは なく、カルテ上の確認をした上で 実施する。 カテコラミンについての正しい知 識を持ち、医師の指示に疑問を感 じたら、医師に再度確認する。
25	前日の日勤帯で栄養が増量となり、 点滴が30mLから25mLへと 減量となった患者を深夜帯で受け 持った。日勤帯で点滴減量がなされ ておらず、ワークシートも減量前 のものが経過板に挟まっていた。深夜 帯の6時頃に点滴更新し、新しい ワークシートを出したが、25mL になっていることに気付かず、思い 込みのまま30mLで施行した。感 染区域を2人のスタッフが担当し ており、清潔区域が1人のため、更 新後ダブルチェックをしてもら うことを怠り、次勤務で設定確認の 際に間違いを指摘された。	新しいワークシートを出したが、流 量の部分の確認不足と、今までの ワークシートが30mL/hとなっ ていたことから、変わっているわけが 無いという思い込みがあった。ま た、同勤務帯のスタッフにダブル チェックを依頼しなかったことも 早期発見につながらなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 原則に従って、更新時にはオー ダー画面で薬剤名から流量まで しっかり確認していくことを怠ら ない。 ベビー室ではなくても、病棟のベ ビー室経験者などに依頼して、点 滴更新時にはダブルチェックを確 実にしていく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
26	患者はKN補液1A（維持液）500mLを1本/日で持続点滴していた。10時更新で滴下数を調節したが、6時間で120mL投与するところを400mL投与してしまった。	滴下数を調節する時、患者の腕の向きや体位を観察しなかった。残量と時間を見ずに滴下数だけ見ていた。滴下調整を実施する際、1分間測ではなく10秒間で測定したため誤差が出た。	<ul style="list-style-type: none"> 必ず1分間で測定し、刺入部、体位、腕の向き等を観察する。 滴下が不安定な時は30分～1時間おきに観察する。 残量、時間の計算をきちんと行なう。
27	患者には、12:00～14:00 KN補液3B（維持液）500mL投与、14:00～18:00までKN3B+アドナ100mL投与の予定であった。12:00～からの点滴にアドナ（対血管薬剤）を混注施注した。4時間で行なう点滴を2時間でなくなってしまった。	12時からの点滴と、14時からの分が重ねて置いてあった。アドナを点滴台に吊るしていた為、12時に混注すると思いついた。準備中にラベルを確認しなかった。施行直前にも確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 輸液パックとアンプル等の袋がある場合、氏名、時間、薬品名を確認しセットして置いておく。 輸液パックを同じ場所に吊るさず場所を変える。 準備中のラベルの確認、施注直前にもう一度確認を行う。 患者の状態、検査、処置の内容などを関連付けて考え投与する。
28	ソルデム1（開始液）200mLを100mL/hで追加する予定が、200mL/hで実施した。	ソルデムを200mL/hで投与し、終了後、ソルデム200mLを100mL/hで追加の指示であった。17時に終了し、日勤看護師が追加した。18時医師の診察時点滴の残が少なく流量の違いに気付いた。追加時にダブルチェックを行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 点滴追加時には指示書を持参し確認して行う。
29	点滴3本キープで実施していた。更新の際、ルート類を確認した。滴下合わせた。2時間後にナースコールあり、訪室すると点滴全て滴下していた。動悸、気分不快なし。	点滴更新時、左前腕に留置針あったが、左肘若干屈曲していたまま滴下速度を合わせていた。患者就寝中であり、肘を伸ばすと起きてしまい迷惑をかけると思った。	<ul style="list-style-type: none"> 滴下合わせる際は基本通りに肘を伸展させた状態で合わせる。 また滴下速度は体位によっても変動するので、こまめに訪室し点滴ルートや滴下に異常がないか確認していく。
30	21時半に、点滴の滴下を合わそうとしたところ、16～4時までのフルリック2号（高カロリー輸液用総合ビタミン・糖・アミノ酸・電解質液）の残量が後20mL程になっていた。	夕方に患者の部屋に入り、人工呼吸器の確認・バイタルサインの確認をし、内服薬注入、口腔ケア、吸引、オムツ交換、体位変換などを順番に行い、点滴も滴下していることは確認した。最後に滴下を合わせて退室しようと思っていたが、他患者の食事介助が気になり、そのまま慌てて退室してしまった。患者の処置が多く、他の患者の食事介助のことに気を取られていた。いつもは滴下を最初に確認し調節するが、この日に限り、後回しにしてしまい、退室してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 基本を忠実に守る。 訪室時には、まず、患者の点滴をボトルから刺入部まで確実に確認する。 12時間や24時間で投与する指示がある場合は、輸液ポンプを必ず付ける。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
31	外来化学療法施行中の患者に対し、前投薬の制吐剤、ステロイドを30分の指示のところ、急速（500 mL/h）で滴下し、10分程度で終了してしまった。	確認不足であった。前投薬は急速との思い込みがあった。	<ul style="list-style-type: none"> ・注射箋の確認をする。 ・前投薬の時間指示には赤丸で目立たせる（現在施行中）。 ・レジメンどおりの注射箋にしてもらう（今回の注射箋はルート確保の生食の入力がなく、外来化学療法との入力もなく、赤ペンで多数記入があり、赤丸が目立ちにくくなっていた）。
【対象者間違い 3件】 他類似事例 28件			
32	A氏の14時更新用点滴を、注射簿で確認して準備した。他の患者に呼ばれ、作業が一時中断した。その後、点滴を1パックに詰める際、隣に置いてあったB氏の点滴を、A氏の点滴と思いこみ混注してしまった。調剤直後に注射簿を再度確認して、間違いに気付いた。詰めた後の点滴の外包装には、B氏の名前が記入されていた。	途中で作業が中断し、注意が散漫になっていた。混注する時に確認を怠っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・作業が中断した後に注射簿で再確認。 ・外包装を外した後も、途中で作業が中断する事がある為ボトルに患者名を記入する。 ・時間帯が重なるので、必要に応じて他メンバーに応援を依頼する。
33	同姓者の点滴を中身を確認せず混注し、姓と時間だけ見て間違えて患者に繋いだ。もう一人の同姓患者の点滴が無い事で間違いに気付いた。	同姓者が居るので注意しようと言う意識が無かった。更新した点滴であったが、施行者は30分前まで病棟を不在にしていた。病棟に戻り点滴を確認すると残り少なく、ボトル交換時に血糖測定があり慌てていた。ミキシング台に点滴があり、誰かが準備してくれたと思い込み名前と中身の確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務前に同姓患者の確認を行い注意をする。 ・病棟を離れる時は、他のスタッフに申し送りをする。 ・同姓患者が居る時はフルネームで確認を行う。点滴の実物と注射簿を他のスタッフとダブルチェックを行なう。
34	患者に別の患者の内服薬を与薬した。準夜で、夕食後薬を処方箋と照合しながら患者用の小さい与薬ケースに準備した。夕食後に配薬する患者のケースをワゴンに並べて病室に持っていった。与薬時に患者に「Aさんですね」と声をかけたが、そのとき違う患者のケースを取り上げてしまい与薬した。手順ではベッドサイドでもう一度処方箋と薬を照合して与薬することになっているが、ベッドサイドで照合しなかった。	ベッドサイドで氏名の確認はしていたが、処方箋と薬を照合する手順を省いていた（自分で準備したので、再確認しなくても大丈夫だと思った）。新採用で、初めての2人夜勤だった。業務の優先順位や、効率を考えて行動できず、次のこと（点滴の実施や検査）をしなければという焦りがあった。前日入院した患者でその日に初めて顔を見た。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者確認は氏名を名乗ってもらう。 ・患者にも依頼し、他のスタッフにも再度徹底して、毎回の与薬時に氏名を名乗ってもらう。 ・新採用者の与薬準備、配薬の手順の練習を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他 17件】 他類似事例 312件			
35	2人の看護師が同じ場所で医師からの指示を聞き、点滴を名前を口に出さず準備した。患者から点滴終了のコールがあり、氏名と通し番号の書いた点滴を持って訪室した。注射簿は無く口頭指示なので施注する様言われ繋いだ。詰所で会話中違う患者である事が判明し直ぐに中止した。	医師から指示を聞く時に二人の看護師は異なる患者の事を思い浮かべており、名前を確認せずに点滴準備をしてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 互いに声に出して患者の名前を確認する。 注射簿を必ず確認する。 口頭指示であっても医師が注射簿に記入するまで待ち、それから施注する。
36	頭痛があり毎日眼前に市販のバファリン（解熱鎮痛消炎剤・抗血小板剤）2錠を内服している患者であった。検査の為に内服を中断した方がよいか主治医に確認しなければならなかったが、市販薬であった為しなくてもよいのではないかと思ひ、確認しなかった。前日もいつも通りバファリンを内服し、検査施行となった。検査後カルテの内服薬の欄を先輩看護師が見て気付き、主治医に確認したところ検査当日は念の為、バファリン内服は中止となった。	バファリンは手術や検査をする患者に内服を中止してもらうことは知っていたが、市販のバファリンも同様に内服を中止するとは思わず、主治医や先輩看護師に確認・相談をしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 市販薬でも同様の作用を示すことが考えられる為、主治医や先輩看護師に確認・相談していく。 また、相談しなくてもよいものかどうかはつきりわからない場合は、先輩に相談し自分一人で判断しない。
37	24時間点滴を行っている患者の点滴を接続した。伝票にはハイカリック（高カロリー輸液用基本液）2パックとなっていたので、その量で流量計算したが深夜帯で終了しているのを発見する。点滴は実は1パックのみで伝票に記載されている量とは違っていた。受け持ち看護師が点滴を確認した際に伝票記載とは違うことに気付いたが伝票を修正していなかった。	点滴が上がってきた時点で2パックきていることに気付かなかった。受け持ち看護師が混注する際気付いたが、伝票を修正しなかった。受け持ち以外が点滴を接続したが、自分の目で指示を確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 受け持ち、点滴確認者が接続することを基本とする。 やむを得ず受け持ち以外が接続する場合は、再度指示を確認する。
38	8時間でアミノフリード（糖・電解質・アミノ酸液）500mLを点滴していたが、アミノフリードの隔壁を開通せずに点滴を開始してしまった。3時の巡視時に滴下速度を確認したときにも、その開通忘れを見落とした。	薬剤の性質上、隔壁を開通させて使用する製剤になっていること。夜勤帯もあるが開通確認を怠ってしまったこと。	<ul style="list-style-type: none"> アミノフリード[®]の開通確認シールの意味の周知する。 開通から点滴までの手順を安全ニュースで知らせた。
39	処方箋・薬袋発行機の一台が故障し、電源を切った際、すでにデータが送られていた処方のうち実際に発行が完了した処方の確認が不十分だったため、一人の患者の処方箋が2度発行され、別々の薬剤師がこれを調剤し薬が両方とも病棟へ送られてしまった。病棟看護師が重複に気付き、誤りが発見された。	業務手順・ルール、チェックの仕組みの題点。処方箋・薬袋発行機の老朽化（8年使用・度々故障する）。	<ul style="list-style-type: none"> 処方箋の再発行を行なう場合は未発行の確認を充分行う。 処方箋・薬袋発行機の修理を行なう。 発行完了した処方箋の確認を十分に行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
40	錠剤を4種1包化の21包のうち、1包のみに1種類入っていなかった。患者が服用の際、不足に気づき看護師に報告にて薬剤部に連絡が入った。	第一、第二鑑査しているにも関わらず、不足に気付かなかった。確認不足。錠剤一包化の分包機の一台が、錠剤の移動や欠損時のエラー機能が故障していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・鑑査時の確認を徹底する。
41	シュアプラグ（静脈ライン用コネクタ）で施行していた点滴が終了したため、ヘパリンロックした。その際、バイアルの中の抗生剤が十分溶解できずに残っているのに気付いた。	生食溶解液キットを使用していたが、抗生剤の差込が不十分であり、溶解できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴キットにバイアルを接続する時は、まっすぐ差し込む。 ・薬液がきちんと溶解されているのを確認してから点滴セットをつなぐ。 ・患者のベッドサイドで施行時にも薬液の溶解を確認する。
42	歯科からセフェム系の抗生物質の指示がでた。主治医が過去にも数回処方されているフロモックス（セフェム系抗生物質）を処方し昼食後に看護師が与薬した。その際、患者から「フロモックスは体に合わない」という発言あり、カルテを確認するとカルテ表紙のアレルギー欄に赤ボールペンで「フロモックスで薬疹？」と記載があった。患者はその後「苦しい、暑い」と訴え、全身に発疹出現した。サクシゾン点滴し、酸素開始してその後症状改善した。	カルテの表紙のアレルギー表示を見落としていた。昨年カルテ表紙のアレルギー表示を見やすくしたが、新入院のカルテのみ新しく長期入院の患者のカルテは変更していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・処方する時にはアレルギー禁忌がないかを確認して処方するように情報提供した。表示をわかりやすくする。 ・アレルギー禁忌の表示を赤で大きく「+」の記載をするよう統一した。
43	本来、6～18時の12時間の尿量が300mL以下であればラシックス注（利尿降圧剤）1A静注の指示であった。準夜看護師が18時に採尿バッグ内の尿が130mLであったので、130mLは6時からの量であると思い込み、ラシックス注を施行した。21時にラウンドをし蓄尿瓶に開ける際、すでに350mLの尿が瓶に移されているのに気付いた。必要のないラシックス注を投与してしまった。	尿量を記載してあるワークシートを確認せず、今あるバッグ内の尿だけでそれが朝からの尿量だと思い込んでしまった。尿量確認を、バッグ内だけの確認でなく蓄尿瓶に移して確認することができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・蓄尿量の確認は、バッグでの確認ではなく蓄尿瓶に移した量で確認する。 ・薬剤投与の場合は尿量記録を確認した上で投与の必要性を判断する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
44	横行結腸切除術を受ける予定の患者で、入院前より高血圧症、糖尿病の既往があり、内服加療中であった。認知症もあり、内服薬の自己管理が行えないため入院時に同伴していた家族の同意のもと、看護師サイドで管理し、夕食後の薬を内服してもらった。この時室内に家族は居なかった。30分後に訪室すると、面会に来ていた長女が「食後の薬をついさっき飲ませた」と言い、重複投与している事に気付いた。	認知症のため、患者は自分では内服したことを覚えていなかった。自宅でも家族が内服させた後、自分で再度内服する事が度々あったと言いため、入院時から看護師管理にしたが、内服薬を看護師管理していることが入院時付き添っていた家族以外に伝わっていなかった。長女は入院時にはいなかった。入院時に持参薬をすべて預かっていたが、他の家族が別の鞆の中に薬を持っていた。看護師のみが内服確認をし、患者本人や家族が分かるような記録をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に内服薬の管理について再度説明する。 ・残薬は必要分預かって、部屋に置かないように持ち帰ってもらう。 ・看護師と患者・家族の双方が内服の有無を把握できるようにケア計画表やタイムスケジュール表やチェックシートなどを患者のベッドサイドに設置する。
45	インスリンを2mL/h実施していた。口頭指示で血糖値が100µg/dL以下の場合、流量を1mL/hに減量、の指示があった。口頭指示であった為、その旨ポストイットでコメントが書いてあった。血糖値が90µg/dLと低値であったがそのまま2mL/hで継続した。次の血糖測定時に69µg/dLと低下があり、口頭指示があったことを思い出し気付いた。	深夜看護師からの申し送りでポストイットを見ていたにも関わらず血糖測定時にそれを見忘れ、送りを受けたことも忘れていた。医師の指示簿に血糖低下時の指示記載がなかった。輸液・シリンジポンプのチェックリストがなかった。病棟の決まりとしてチェックリストを作成し、各勤務で受け持ちの看護師に交代時に申し送りの際に一緒に渡すという事を決めたが施行されていなかった。医師に確認し、指示簿に記入してもらう必要があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプ・シリンジポンプのチェックリストを使用する事の必要性を理解して各勤務帯使用するようにする。 ・準夜などでの医師からの口頭指示は翌日回診時に医師に記載してもらう事を徹底する。
46	仙骨に褥瘡があり「ヨード禁忌」である患者にユーパスタが塗布された。その時点では、ユーパスタがヨード剤と気付かず、処方依頼した際ユーパスタがヨード剤であることがわかった。	ユーパスタがヨード剤であることを理解していなかった。知識不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が理解していない薬剤が処方されたときには、すぐに調べる。 ・急遽処方されたときは、禁忌薬剤を伝える。
47	朝食後薬と夕食後薬のアレグラ（アレルギー性疾患治療剤）60mg1錠の入った配薬カップを朝食中に渡した。食後内服する様に伝えたが、本人は「はい、はい」と言いながら携帯をいじり、話を聞いている様に思えなかったが、これまでは実施出来ていた為、配薬カップを食事トレイに置いた。その後、患者は朝と夕の分を一緒に内服してしまった。	今まで内服はきちんと出来ていた為、今回も飲めるだろうと思っただ。患者に内服の説明が足りなかった。患者は、朝食のトレイの上に置いたので朝の分だと思った。	<ul style="list-style-type: none"> ・確実に理解するまで説明を行なう。 ・確実に内服出来る様に1回配薬とし、手の届き易い所に置く。
48	右前腕よりソルデム（開始液）3A10mL/hで持続点滴を行っていた。7時に付添い家族より「手が腫れているみたい」とナースコールあり。滴下は良好であるが、右手首から前腕2/3程度が腫脹していた。	抗生剤開始前に自然滴下と刺入部を確認し問題なかった為、点滴続行しその後は確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・持続点滴中の観察の基本を守る。 ・腫脹を確認する時は、刺入部の周りだけでなく、腕全体も確認する。また、左右差も確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
49	抗てんかん薬の水薬を準備しようとしたら、残量が多くあった。前担当者に確認すると水薬の与薬を忘れていた。粉薬を準備の後に水薬を冷蔵庫から取り出し、準備するつもりであったが忘れてしまった。	処方箋を確認しながら準備をしていたが薬の保管が冷蔵庫であったため、後にしようとして忘れた。薬注入時の最終確認を忘れていた。	<ul style="list-style-type: none"> 薬注入の注射器に「水薬あり」のラベルを貼付する。 薬の準備の時に全ての薬を準備してから溶解する。
50	造影MRI施行後、一過性意識消失および血圧低下を認め、ソル・コートフ（副腎皮質ホルモン剤）経静脈投与を行ったが、患者が以前にステロイド薬に対してアレルギーの疑ありと報告していた。	薬剤アレルギー確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤アレルギーの確認を徹底する。
51	喘鳴咳嗽を主訴に受診、処方とした。抗アレルギー剤に関して説明した上で処方したが、処方入力の際、誤って解熱剤も処方してしまった。すぐ取り消し、抗アレルギー剤を処方したが、薬剤部に連絡せず、次の患者の診察にあたった。オーダー画面上は削除されているが、一旦指示が通ってしまった状態で調剤が済んでしまった。患者は受付で、解熱剤、抗アレルギー剤両方を渡した。帰宅途中で母親が説明をうけたものと違うものがあると再来院した。	オーダーリングシステムの指示変更時オーダーエントリーのため、電話連絡ミス。	<ul style="list-style-type: none"> 次期システムバージョンアップ時は、指示出し・指示受け等の改変をする。

図表Ⅲ - 5 入院時の持参薬の管理に関連したヒヤリ・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	2	5	4	2	1	1	15	
入院後、改めて持参薬 を処方した際	3	3	10	0	1	2	19	
薬の 管理時	患者自身が 管理	2	7	2	2	1	3	17
	病院側が 管理	1	4	0	8	2	3	18
退院時	0	0	0	0	0	2	2	
その他	0	2	2	4	1	20	29	
合 計	8	21	18	16	6	31	100	

図表Ⅲ - 6 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 3件】 他類似事例 5件			
1	持参薬の薬剤サイレース（睡眠導入剤）がなくなり、医師が当院から処方する際、間違えてサイレイトウ（漢方製剤）を処方した。本来サイレースを服用しなければならなかったが、看護師も疑問を持たず紫令湯を準備し、4日間与薬した。患者はそのまま疑うことなく服用した。患者に不眠などの影響はなかった。	処方時の医師の薬剤に対する認識が不足していた。患者の病態と薬剤の関係について十分理解していなかった。看護師は、紫令湯は漢方であり、就寝時に服用するものではないことを疑ったが、名前も似ているため確認を怠った。薬剤師として薬効を十分理解していながら、就寝時に漢方が処方されたことについて疑義照会を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の病態と薬効を関連させて考えることを徹底した。 疑問に思ったことはそのままにせず、必ず確認することを話し合った。
2	入院時の持参薬ニューレプチル（精神神経用剤）が当院採用のセロクエル（抗精神病剤）に変更になる筈が医師の処方間違いによりセロクラール（鎮暈剤）が処方されており薬剤師も気付かず調剤した。退院になる際も気付かず残薬を渡した。その後、再入院になった際に別の病棟の薬剤師により指摘され発覚した。薬剤師は退院30分前に指示があり焦って処理を行いニューレプチル＝セロクラール＝セロクラールだと思い込んでいた。	本来投与すべきニューレプチル統合失調治療薬はセロクエルであるが、3文字類似の脳梗塞治療薬セロクラールを処方間違いした。新人医師の薬剤採用の問題。薬剤師は退院30分前に指示があり焦って処理を行いニューレプチル＝セロクラールだと思い込んでいた。業務、労働体制、連携の問題。知識不足や3文字類似薬の監査ミス、チェックの仕組みの問題。	<ul style="list-style-type: none"> セロクエルやセロクラールのような、間違い易い頭3文字類似薬は監査方法を徹底する。 医師は退院指示を前日に行うルールを作る。
3	入院時、院内処方の持ち込み薬を看護師がセットした時に、ムコスタ（胃炎・胃潰瘍治療剤）を間違えてムコソルバン（気道潤滑去たん剤）をセットした。	ダブルチェックで確認したが確認が不十分であった。薬剤師に相談をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 病棟薬剤師との連絡をとりあう。 当院処方の持ち込み薬のセット化を薬剤部で対応する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤量間違い 過少・過量 7件】 他類似事例 14件			
4	<p>外来からの持ち込み薬である抗癌剤ペラゾリンとラステットを、10日毎に1錠・1包ずつ内服するところを、倍量内服させてしまった。入院時の看護師の情報によると、2種類2つずつ内服との情報があった。毎日家人にて薬のセットがされていたため、就寝前に看護師で確認したところ、明日内服予定の抗癌剤が1つずつしかセットされておらず、看護師は2つずつセットし直した。翌日内服時、患者より薬が多くないかと質問があり、看護師は外来カルテで処方を確認するが、カルテはそれぞれ2つずつ投与の記載であった。「長期旅行のため」「実際は今まで通り」との記載もあったが、薬袋にも2つずつとの記載があったため、看護師は患者に説明し、2つずつ内服してもらった。その後患者が家人に薬を多く飲んだ旨を伝え、家人より主治医に報告があり、主治医からの看護師への確認で倍量内服させたことが発覚した。患者は白血球が低下したため、ノイトロジンを投与することとなった。</p>	<p>抗癌剤の治療に関する知識がなかった。外来持ち込み薬の、点検・薬のセットに関するチェックの仕組みがなかった。看護師が入院時に一人で全て行っていた。主治医に持ち込み処方の確認をとっていなかった。外来では受診日調整のために倍量で処方されていたが、病棟看護師にはカルテ記載からは分からなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・持ち込み薬を、薬剤科でチェック出来る機能を作れるか検討する。 ・わかりにくい処方については、必ず主治医に確認するよう指導する。 ・注意の必要な処方箋は、マーキングする等病棟内の手順を見直す。 ・倍量処方のシステムを見直す。
5	<p>術後の疼痛指示でボルタレン座薬25mg（鎮痛・解熱・抗炎症剤）が処方されていたが、持参の50mgを使用したと後で報告があった。患者は入院直前にぎっくり腰を発症し、他の病院で50mgを処方され持参していた。患者には25mgが別に処方されていることを説明していなかった。また看護師は持参の坐薬があることは把握していたが、容量の確認をしていなかった。</p>	<p>持参薬があることは把握していたが、実物で容量の確認をしていない。患者に持参薬とは別に違う容量の坐薬が処方されていることを説明していない。鎮痛剤は持参薬であっても病棟管理にしよう決めているが、患者の元に置いたままにしていた。疼痛の観察不足であった。座薬の冷所管理ができていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の担当者が必ず持参薬を確認し、記録に残す。 ・鎮痛剤は、病棟管理とする。 ・持参薬であっても原則として預かる。 ・薬が変更になった場合の患者への十分な説明を行う。
6	<p>持参薬調査を行い、薬の内容をディオバン80mg（選択的AT1受容体ブロッカー）のところ40mgと記入した。医師は、その調査票を見て処方をオーダーした。持参薬の内容は薬剤部のシステムに登録されており、処方を監査した薬剤師が登録内容と違うため処方した医師に問い合わせた。医師は調査票の内容を信じ、ディオバン40mgでよいと返答した。後日、病棟担当薬剤師が間違いに気付いた。</p>	<p>月曜日は1日に10人以上の患者を回らなければならない、また、その日は、遅出で17時には薬剤部に戻らなければならないため急いで仕事を行っていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬調査票の記載は落ち着いて正確にする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
7	<p>持参薬ルーラン（抗精神病剤）、アキネトン（抗パーキンソン剤）を「3錠／分3、毎食後」内服する指示がカルテに記載してあった。1回3錠ずつだと思い込み、夕食後に各3錠ずつ内服させてしまった。また患者は入室時から失見当識があり、ルート類を気にしたり、安静が守れない状態であった。そのため患者にルートトラブル、転落がないよう見守りながら、薬の確認を行っており何度も確認行為が中断していた状況であった。深夜看護師が内服薬の確認をしていた際に、間違った錠数がセットされていることに気付き、残薬の錠数を確認したところ、前日夕方分の内服薬を間違った錠数で内服させていることに気付いた。</p>	<p>CCU（心疾患集中治療室）では持参薬の取り扱いがほとんど無く、「〇錠／分〇」という指示の見方に慣れていなかったが、他のスタッフに投与方法を確認しなかった。ルーラン、アキネトンを内服させるのは慣れていなかったため、添付文書の確認を行ったが、副作用の確認しなかった。患者は入室時から失見当があり、ルート類を気にされたり、安静が守れない状況であった。患者を見守りながら薬の確認をしており、集中して薬の確認ができる環境でなかった。CCUでは内服薬をセットする人、内服させる人は違う人が行い、ダブルチェックできるようなシステムにしているが、今回は入室直後であり、自分でセットをし内服もさせたため、ダブルチェックができなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自分は「〇錠／分〇」という指示の見方に慣れていないことを認識し、最低2回は指示簿と薬を確認し、自分の投与方法が添付文書に記載してある投与方法と合っているかの確認を行う。その上、他のスタッフに投与方法を確認する。 ・薬の確認中のみ他の看護師に見守りを依頼する。 ・入室直後でも内服をセットする人、内服させる人を別の人にダブルチェックできるようにする。 ・患者にルートトラブル、転落の危険が高いと判断した場合、薬の確認中だけ一時的に抑制具を使用させてもらう方法を考え、患者と相談の上、自分が集中して薬の確認ができる環境を整える。
8	<p>他科の入院患者であった。持参薬確認の際、大腿に貼られていたデュロテップパッチ（経皮吸収型持続性癌疼痛治療剤）12.5mgを15mgと見間違えてしまった。交換日は翌日であったが、交換分の持参はなく、主治医へ15mgで報告し処方を受けた。翌日交換の際、実際に貼られているのは12.5mgであり、交換分の処方内容と違うことに気付き、処方し直しとなった。</p>	<p>実際に貼用されているパッチの確認方法に誤りがあった。外来カルテからの処方内容の確認が不足していた。入院時持参薬一覧チェック表の確認・指示を主治医よりもらっていなかった（サインをもらっていない）。患者自身デュロテップパッチについての認識が薄く、情報が得られにくい。カンファレンスより「麻薬である」という認識が薄い。入院後、夜勤帯でも確認している場面があるが、規格・用量を見落としており、3重のインシデントとなっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・パッチの確認を確実にこなす（用量・規格・枚数）。 ・シールを貼る際には、規格が見えるように貼る位置を工夫する。 ・外来カルテより確実に処方状況の確認を行なう。 ・入院当日、必ず入院時持参薬チェック表を主治医へ確認しサインをもらう。
9	<p>他院で処方されていた入院時持参薬剤を病棟担当薬剤師が鑑別する際に、0.25錠の錠剤が混ざっており、鑑別不能であった。ワンアルファ（1μg）（活性型ビタミンD3製剤）0.25錠内服するところ、実際には1.25錠が1包化されていた。患者は18日間5倍量を内服していた。</p>	<p>他院からの持参薬は院外薬局の処方箋を参考に治療が継続されることもある。薬局からの情報の間違いは患者に大きな影響をきたす。業務手順、チェックの仕組みに問題点があると思われる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・鑑別、判別を徹底する。 ・情報提供を他院、薬局に積極的に行う。 ・病棟薬剤師による入院時持参薬鑑別を全患者に継続し実施する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	疼痛コントロールの為、オキシコンチン（持続性癌疼痛治療剤）を服用している患者で、「オキシコンチン40mg/日分2』内服の処方では10mgを持ち込みしており、1回に10mg×2錠ずつ服用していた。入院当日で、医師の指示箋には、20mg分2と書かれていたため1回量10mgを1錠持って行ったところ患者本人より、1回量20mgで10mgを2錠服用しているとの指摘を受けた。	入院時の情報不足と、オキシコンチン10mg錠を患者が持参していたこと。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬の内服方法をきっちり確認する。 容量、用法の確認を確実にこなう。
【薬剤量間違い 重複 8件】 他類似事例 10件			
11	デパケン（抗てんかん、躁病・躁状態治療剤）が患者持参薬（水剤）と当院処方（細粒）とだぶって与薬され、内服するときに気付いた。	他の持参薬がなくなって処方になった際に、デパケンの残薬（水剤）を処分しなかった。確認が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> 前医処方の水剤は処理し中止する。 薬の重要性を認識する。 処方内容を前後に確認する。
12	気道狭窄にて、気管ステント挿入後の患者。家では内服薬の自己管理をしていたが、術後は体調不良が続いたため、看護師管理としていた。持参薬の残量がバラバラで、無くなった物から主治医に処方してもらっていた。配薬カートの整理をしている時に、持参薬のメインハーツ（選択的β1アンタゴニスト）と当院処方のメインテート（メインハーツと同一の薬効）が重複して配薬カートに設置されていることに気付いた。実際に重複して内服したかどうかは不明である。	カート設置時に、カート内に残っている薬と新たに処方された薬が重複していないか確認していなかった。持参薬の一覧表と、当院の処方箋（黄色の処方箋）を比較して、重複している薬をチェックしていなかった。カートに整理した者は、メインハーツとメインテートが同一の薬剤であることが確認出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 看護師管理の内服薬を患者に投与する時は、処方箋の内容と実際の薬があっているかをしっかり確認することを徹底する。 カート設置時には残薬も注意してみるように、薬剤師にも協力を依頼する。 持参薬の一覧表を修正する。
13	内服薬の自己管理患者に対し、持参薬のムコサルL（徐放性気道潤滑去たん剤）45mg朝1錠の代わりにムコサル15mg3錠毎食後に処方されていたが本人よりムコサルがないと言われた。患者は持参薬のムコサルLと当院が処方したムコサルを重複し服用した。	持参薬から院内処方の薬剤に変更になる場合は、患者の理解力を確認し、丁寧に説明する。また、内服薬を自己管理にする場合服薬の確認と渡し方についても統一する必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬自己管理基準を作成し、患者の査定を行う。 服薬の確認方法の統一する。 毎日1回確認する。 原則水曜日に残薬確認し1週間分を投与期間、服薬時間、服用方法を薬袋に記入し患者と確認して渡す。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
14	深夜勤務で朝の内服薬セット時にほぼ同じ内容の薬を服用している事に気づき重複と薬されていた事を発見した。退院時薬を2週間ずつ2ヶ併せて4週間分持参した。翌日再入院し薬を持参した。持参した薬が一部変更となり、臨時薬で処方された。与薬車にあった残薬の持参薬は薬局へ返納した。残り2週間分の持参薬は記録室に置いてあり受け持ち看護師は服用するものと思い込み準備して定期薬の段ボール箱に入れた。そして薬係がその薬を与薬車へ準備し入れた。その為臨時薬と退院時持参した2週間分の薬が与薬車内にあり過量と薬となった。	薬剤の保管管理（持参した薬が4週間分与薬車に入らない、また保管管理の場所が徹底されていない）。患者の指示変更と状態観察がマッチングさせ観察していない。指示変更の伝達の不徹底。指示簿を見ていない。	<ul style="list-style-type: none"> 指示変更の伝達。 処方箋、指示簿の確認。 持参薬について薬効の把握と何時まで薬があるのか誰が見ても解るようにするシステムを検討する。
15	眼科手術の目的で入院も糖尿病のため入院時から高血糖であった。入院翌日代謝内科受診し、キネダック（アルドース還元酵素阻害剤）3T/分3（食前）で開始の指示が出た。入院時患者持参薬は看護師管理として与薬していた。キネダックが持参薬の中にあることに気が付かず、12日時から15日昼までの間、重なって投与されていた。患者への影響は無く、食後のキネダックを中止した。	患者持参薬に関する情報が代謝内科の医師に伝わっていなかった。電子カルテシステムで他科受診を依頼、患者持参薬の情報は看護記録にのみ記載されていた。入院時持参薬について全て薬剤師がチェックするシステムになっていない。入院時持参薬は薬歴管理に反映されない。キネダックが食後薬として処方されていた。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時持参薬については入院当日でなくても薬剤師が一度チェックできるシステムにする。
16	夜間入院した患者に他院の精神科処方があったが、薬剤情報のまま内服させたところ、倍量を与薬してしまった。入院の翌日妻が持参した薬を、受け持ち看護師からセットするよう依頼を受けた看護師が、院外薬局の薬剤情報書を見てセットした。倍量処方に気付かなかった。妻は受け持ち看護師に薬剤情報書のとおり内服させていたと話していた。患者は日中まで入眠後、覚醒された。薬剤師が処方内容を確認し気付いた。	医師の指示書には持参薬続行の指示で、内服薬の記載がなかった。薬剤師の介入を依頼しないままセットした。持参薬を看護師のみでセットすることが習慣化していた。患者が持参薬を持ってきた際の手順が浸透していなかった。看護師は薬剤量が多いと思ったが、精神科の処方だからかと勝手に判断した。看護師の薬剤に関する教育が不十分であった。倍量処方が行われている実態がある。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に持参薬がある場合は、薬剤師の介入を依頼する。 薬剤鑑別後、医師に持参薬の内服指示内容をカルテに記載してもらう。 現実的にすべての場合を薬剤師に依頼することは困難であるので、更に検討を進めている段階である。
17	患者持参薬のアルファロール錠剤（Ca・骨代謝改善，1 α -OH-D3製剤）が少なくなり、主治医がアルファロール散剤を処方した。手渡された患者は形態が異なるため、違う薬と思い、錠剤・散剤の両方を服用していた。翌日、錠剤がなくなりかけた時点で看護師が散剤へ変更となることを患者へ説明した際に、重複内服が判明した。	持参薬の他に、院内処方薬を渡すため患者へ説明する際に、手持ちの持参薬の内容を確認せずに渡していた。持参薬がある場合の照合を行なう手順が不明確であった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬の確認と院内処方薬の照合を徹底する。 患者への説明方法を確認する。 持参薬の取扱いフローを作成する（薬剤師・看護師・医師間検討中）。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
18	<p>持参薬があるにも関わらず、前回準備した内服薬が無くなった時点で処方してもらっていた。空になったタケプロン（プロトンポンプ・インヒビター）の内服薬が医師の処方を依頼するために寄せてあった。医師に処方を依頼したところ「持参薬があるから処方しなくていい」と言われ、持参薬から1週間分を準備した。同時に、他のスタッフが持参薬の一包化を依頼していて、その中にもタケプロンが入っていた。一包化された薬袋を確認したが、タケプロンが入っていることに気付かず、2日間重複投与してしまった。</p>	<p>内服薬を確認した時点での見落としであり、不注意であった。また、以前処方されていた薬袋が別になっていたため、一包化されていないという思い込みがあった。また2日間、投薬準備するスタッフも気付かず投与していることから、重複されていることを疑うことなく思い込んで準備していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今回のケースでは一包化された薬を注意深く確認する。 ・また、前回処方してもらった薬袋は一包化を依頼した時点で廃棄する。
【投薬・内服忘れ 6件】 他類似事例 10件			
19	<p>持参薬を自己管理していた患者に対し、持参薬の内服は手術前日まで使用し、一時病棟に保管した。術後医師の指示にて開始するか検討するルールとなっていた。手術前日に、手術日は薬を服用しないように患者に指導したが、「持参薬は明日服用するものがあるから」と、引き上げなかった。手術当日、持参薬の一部と前投薬の内服指示であったが、当日の看護師は指示を見落とし、前投薬のみ配薬したため、持参薬の一部が未投与となった。</p>	<p>手術当日の看護師の指示確認が不十分であった。看護師間の連携が不十分であった。役割分担が不適切であった。朝の忙しい時間帯であった。患者への説明が不足していた（手術当日服用しないと言う説明でなく、何をどの時間にどのように服用するのかなど患者にも説明しておく必要があった）。持参薬管理のルール違反があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・手術前後の持参薬に関するルールの再確認をした。 ・手術前日の看護師は、手術当日の予定に関し説明し、患者の理解度を把握することが役割と確認した。
20	<p>夕方の内服薬より看護師管理となっている薬剤をセットした。他院での処方であったため、手書きで処方箋に薬剤を記入したが、その際にムコソルバン（気道潤滑去たん剤）の記入が漏れた。次勤務者が内服薬を確認したため発見された。</p>	<p>内服薬がワンドーズとなっており、確認しにくかった。他院からの内服薬であったため、処方箋がなく、薬剤の袋に書かれているものと、入院時の記載とで内服薬をセットした。内服薬を看護師管理とした際のセット後、作成した処方箋とカルテがあっていることを確認できていなかった。患者の内服薬が把握しきれていなかった。処方箋がないため、あやふやになっている薬剤が他にもあった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤はワンドーズとなることで識別番号で確認するため、シート処方に比べて確認しにくいことを考え、慎重に薬剤の確認を行う。 ・患者が何のために、何の薬剤をいつ飲んでいいのかしっかり把握しておくためにも、カルテ記載時十分に注意する。 ・内服薬セット後、再度カルテと作成した処方箋があっているかを確認することを徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
21	夜勤で内服薬の準備をしていると、処方が出されているが薬剤自体がどこにも見当たらないものがいくつかあった。その旨を日勤者に伝え、まだ薬剤部より上がってきていないと考え、薬が届き次第、配薬、投与するように依頼した。夕方になり患者から、「薬が一つしかないけどいいの？減ったの？」と問われ確認すると、持参薬のロブ錠（プロピオン酸系消炎鎮痛剤）が朝、昼共に投与されていなかったことが判明した。ロブ錠は他の薬の保管庫に無く探していると、返納BOXに入っていることに気が付いた。投与忘れによる患者の状態に変化はなかった。	ロブ錠以外にも持参薬があり、持参分がなくなった為院内処方に切り替えていた。ロブ錠は当院採用薬ロキソニンで処方されていたが、薬剤を処理した看護師は薬剤名が異なるため、同一薬剤と思わず、処方間違いと考えて返納手続きをした。手続き後、再処方等の依頼をしていなかった。持参薬と院内採用薬との品名が異なることがあり、混乱しやすい。通常持参薬確認時、院内採用薬と異なる場合は、薬剤師が代替薬品名を報告してくれているが、今回はされていない。薬剤師の人的制限上、全ての入院患者にタイムリーに持参薬確認ができていない現状である。	<ul style="list-style-type: none"> ・処方異なる場合は、自己判断で処理せず、必ず医師に確認することを徹底する。 ・持参薬確認に、薬剤師がさらに関わられるような体制を検討していく。
22	血糖コントロール目的で入院中の患者で、内服薬続行の指示があったのに、グリミクロン（経口血糖降下剤）の内服が1週間できていなかった。主治医に電話報告し、血糖コントロールが食事のみで出来ていたため、そのままグリミクロン内服中止で様子を見ることとなった。	入院時、内服薬の種類と残薬を確認していたのに申し送り、処方依頼ができていなかった。週1回の残薬チェックが行えていなかった。本人が内服の必要性を感じていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時、内服薬の残薬を確認し、入院中になくなる薬がある場合は申し送る。 ・週一回の残薬チェックをきちんと行う。 ・ワークシートに残薬チェック日を入力する。
23	入院時、外来処方薬継続内服の指示が出された。しかし患者は入院時に薬を持参してこなかった。後でもってきてもらうこととしたが「患者が内服薬を持参した時は、内容確認して継続内服する」という指示を伝達することを忘れてしまい、3日後に患者が主治医に確認したため内服されていないことが発見された。	カーデックス欄には、外来処方薬継続内服と入力したが「入院時に持参薬が確認できていないことや患者に継続内服であること」が伝達できるようにしていなかった。自己管理薬だと思い内服確認がされていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・自己管理薬の内服確認を各勤務で実施できるように注意喚起した。
24	1週間分の内服薬を配薬箱にセットする際、「夕食後」の箱にセットすべきS・M散（調剤用胃腸薬）をセットし忘れ、患者に配薬箱を渡してしまった。患者本人がS・M散が入っていないことに気づき、看護師に報告したことでミスが発覚した。	「持参薬確認表」の確認が不十分であった。患者はS・M散を1日1回夕食後と、更に屯用でも服用しており、持参薬確認表には2行にわたって記載されていた。屯用の方だけを見てしまい、屯用は看護師管理のため、セットの必要はないと思い込んでしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・「持参薬確認表」の確認は、セット前の処方内容確認と、セット後のセット内容の確認の2回実施する。 ・患者へ配薬時に、患者と一緒に薬の内容をチェックし、間違いがないことを確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【用法間違い 2件】 他類似事例 4件			
25	患者自己管理の入院時持参薬が切れるので医師に処方してもらったが、患者から「量が増えたので薬剤師の説明が聞きたい」と申し出があり、薬剤師が確認した所、持参薬の転記が1 T / 1 ×の所を3 T / 1 ×と書いてあり、医師は、3 T / 3 ×で処方していた事が発覚した。医師に事実を報告し、訂正されたため、間違った量は内服されなかった。	持参薬のチェック時は薬剤情報書お薬手帳など確認するものがなかった。転記ミスに気付かなかった。医師がそのまま処方してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時持参薬を調べる時は、お薬手帳や薬剤情報提供書などがあれば見せていただき、コピーをして入院時持参薬一覧表に添付する。 リーダーとダブルチェックを行う事とする。
26	持ち込み薬のリウマトレックス（抗リウマチ剤）を準備する際に誤って毎日セットし、当日与薬翌日が処方箋の指示に書かれていた曜日であったため与薬された。3日目の看護師が間違いに気付いた。連日投与により過剰投与の副作用による健康被害が予測される。	処方箋指示の確認不足で、毎日投与することもあるのだと思い込んだ。持ち込み薬は薬剤科へ出すことの手順不履行があった。	<ul style="list-style-type: none"> 手順を遵守する。
【その他 10件】 他類似事例 21件			
27	持参薬の降圧剤（ミカルディス40mg 1錠朝1回）を朝から服用するべきところ、調剤する事を忘れた。午後に気付いた時点で服用させた。血圧の上昇など、バイタルサインの変化は無かった。	朝からなくなる薬を前々日に、医師に処方依頼をした。1剤だけ持参薬が残っていたため、処方薬と一緒に調剤しなくては行けないが、前回分のチェック表を病棟から回収できなかったため、処方になった薬剤のみを調剤してしまった。担当薬剤師が忘れたら服用がもれてしまう確率が高い。チェック表を作成し、毎日漏れが無いが2名の薬剤師でダブルチェックしているが、チェック表が紛失していて処方漏れになってしまったケースも過去にある。	<ul style="list-style-type: none"> 病棟看護師の人員不足などの問題もあるが、理想的には看護師と薬剤師のダブルチェックを実施するよう検討する。
28	胃カメラがあるため深夜勤務で循環器の薬、高血圧の薬の確認をした。看護プロファイルには持参薬は「なし」になっており、入院後の処方薬にもなかったため、検査前の内服薬はないと判断した。しかし問診表には高血圧の記載があり、胃カメラの際、血圧上昇にて持参薬としてカルブロック（持続性Ca拮抗剤）があったことが判明した。	持参薬があるのに、アナムネ聴取の際に持参薬はなしになっていた。既往歴の把握とその内服薬の確認ができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時、既往歴の確認と経過、内服薬の確認を行い、持参薬を持ってきてもらう。 紹介状があれば、内服薬のチェックと持参の確認を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	持参薬の錠数を内容確認し、処方シートに記載する。後日他スタッフより持参薬が見当たらないと連絡があり、薬局にも確認したが発見できなかった。その翌日、薬局に再度確認したところ、薬局の返品棚に持参薬があり、内服薬が2回分服用ができなかった。	病棟から薬局へいく薬は、一包化の薬と返却の薬であるが、一日にどの患者の薬が一包化や返却されているかは正確に把握されていない。持参薬などは配薬車の引き出しに入れることになっているが、薬が多かったり引き出しに入りきらない場合、薬を保管する場所が統一されていない。誰かは不明であるが持参薬をメッセージャーの棚に置いてしまい返品されてしまった。返品する薬には返品することは記入しておらず、棚に置かれていることが多い状況である。	<ul style="list-style-type: none"> ・今後は一つずつ確認や振り返りをしての行動を心がける。 ・薬局へ返品する薬は、返品することを記載する。 ・メッセージャーと連絡を取り、返品と記載されていない薬は返品しないか看護師に確認するよう方法を決める。
30	以前外来処方で「デパス（精神安定剤）1mg 1錠眠前」の処方あり、その後他院にてデパスの処方（規格不明）がされていた。前回入院時は、「デパス0.5mg」を持参されており、入院中は、0.5mg錠が処方されていた。今回入院時持参薬確認をしていると、デパス0.5mg錠と1mg錠が混在して同一の薬袋に入っていることに気が付いた。	複数の医療機関から処方を受けており、それぞれの処方規格が異なっていた。規格の違いについて、患者は理解していなかった。規格まで、十分に説明されていなかった可能性がある。一見しただけでは、規格の違いに気付きにくい。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に規格違いが混在していることを説明し、医師に相談して1mg錠を中止にした。 ・持参薬確認における薬剤師の介入を今後も継続する。 ・処方内容については、患者に十分説明するようにする。 ・複数の医療機関にかかっている場合は、患者自身他院でどのような薬が処方されているか伝えられるよう、薬剤情報提供書等を活用するように説明する。
31	頭痛の訴えがあり、PL顆粒（総合感冒剤）内服の希望があった。本人分の処方がなかったため、病棟ストックより与薬した。その後、家人が入院時にPLを預けたことが判明、探したところ、酸化マグネシウム（制酸・緩下剤）3包3×で配薬されていた散剤がPL顆粒（0.25g/包の分包）であった。	処方箋と共に持参された薬剤を照合したところ、処方箋に酸化マグネシウムの記載があった。しかし、実際の薬は酸化マグネシウムではなくPL顆粒であった。処方箋があったため、薬剤部には鑑別を依頼しなかった。院外処方のため、分包に薬剤名の記載はなかった。本院では、酸化マグネシウムではなくほとんどマグミットを使用しており、酸化マグネシウムの細粒とPLの顆粒の大きさの差をスタッフが認識できていない。医師は「処方箋通りで」という指示で、実際の薬剤は確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤名の記載のない散剤・分包は、必ず薬剤部で鑑別してもらおう。 ・医師は薬剤を確認して指示をだす。 ・薬剤を病棟にストックしない。
32	持参薬中止の指示にもかかわらず病室に持参薬が置いてあり、患者家族が服用させていた。	患者家族への説明不足。また自己管理できない患者の近くに持参薬を置いていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・自己管理できる患者かどうかを把握する。 ・患者家族への説明をしっかりとる。
33	入院時持参薬を持って入院された患者で、退院時に持参薬の返却を忘れてしまった。	退院時の確認が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時の確認を徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
34	<p>配薬ケースに患者持参薬の薬袋（薬剤名の記載無し）と当院の処方薬があった。配薬時に持参薬はフローベン（フェニルアルカン酸系消炎鎮痛剤）だと思い、当院のアスピリン細粒（抗リウマチ・鎮痛・解熱剤）とともに患者へ渡した。主治医と患者が薬剤について会話をしている最中に、持参薬にもアスピリンが入っていたことが判明した。患者は日曜日に入院したが、看護師のダブルチェックが実施されず、翌日に薬剤師への確認依頼されていなかった。</p>	<p>病棟で持参薬の確認・照合ルールを決めていたが、ダブルチェックが看護師間・看護師・薬剤師間でできていなかった。医師も持参薬と院内処方内容の確認をしていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネージャーよりカンファレンスでルール遵守の徹底を注意喚起した。 ・院内で持参薬取扱いフローを検討中である。
35	<p>精神科医師が来棟し、前回予約日に受診していないため内服はできているのか指摘される。その時に初めて統合失調症の診断が発覚し、統合失調症の内服薬を入院時に持参していなかったため、入院中内服していなかったことがわかった。</p>	<p>入院時に患者の持参した内服薬だけで全てと思い込み、薬歴や病歴を確認しなかった。精神科の既往を診断名を確認していなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時、当院処方薬は薬歴で確認する。 ・その他は処方箋を確認する。
36	<p>入院時に持参薬を預かり、薬剤鑑別に出した。返却後、その中に点眼薬と含嗽液も含まれていたが、確認不足のため患者に返却をしておらず、入院後2日後に患者から薬が返却されていないことの報告を受け返却した。</p>	<p>入院時、鑑別から返却された薬を他の看護師に確認してもらい自分で詳細まで確認できていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の持参薬を確認する際に必ず自分で内容を確認し、患者に確認したうえで開始するようにする。