

## 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7月1日から平成19年9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21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

薬剤に関連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6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9件であった。そのうち、処方記載内容の解釈の違いから過量投与となった事例が1件、化学療法の際の用法・用量の間違いが3件、指示の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、薬剤量を誤って10倍量処方した事例が2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1件であり、患者が入院時の持参薬を指示通り内服していなかった事例であった。

##### ③ 準備段階

準備段階における事例は4件であった。そのうち、インスリンの含量を間違えたことにより過量投与した事例が1件、注射薬を取り違えた事例が3件であった。

##### 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、輸液を輸液ポンプにセットするのを忘れ、指示量より早い速度で投与された事例が1件、薬剤が準備されていた注射器やカップを取り違えた事例が3件であった。

##### 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は1件であり、抗癌剤の点滴投与中における輸液の血管外漏出であった。

##### ⑥ その他

その他の事例は1件であり、禁忌薬の投与であった。

## (2) 薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第24回ヒヤリ・ハット事例収集<sup>(注1)</sup>において報告された警鐘的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24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 薬剤に関連した事例

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」、「その他」の6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42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した事例

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」、「その他」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30件の事例概要を図表Ⅲ-6に示す。

---

(注1) 第1回～23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	実施段階	障害の可能性 (なし)	患者に栄養チューブから夕方の内服薬を注入する際に、他の患者の内服薬を注入した。注入用の注射器が数名分同じトレイに入れてあった。
2	準備段階	障害の可能性 (なし)	看護師は準備してあった袋の中からアドナとトランサミンを取り出したつもりだったが、実際はアドナとオムニカインを取り出し、点滴に混合し、20 mL/h の速度で点滴を開始した。20 分後、外来の検査室で、別の看護師が肝生検を行う際に使用するオムニカインを準備しようとしたが、点滴に入れるはずのトランサミンが残っていることに気付いた。病棟に確認したところ、オムニカインの空のアンフルがあったことから、混合間違いが判明した。
3	準備段階	障害の可能性 (なし)	ビソルボンが処方されていたが、間違えてラシックス注が払い出されていた。準備した日勤の看護師が気づき、あとで交換しようと思ったがそのままにして置いた。そのことに気付かず準夜勤務の看護師が、ラシックス注をビソルボン注射液だと思い注射した。
4	実施段階	障害の可能性 (なし)	患者の主治医より当直明けの医師に電話でラシックス注 80 mg を静注するよう口頭指示があった。この患者のラシックス注 80 mg と持続用のヒューマリン R 30 単位を生理食塩水 20 mL に希釈したものが別々のトレイに用意されていた。医師は間違えてヒューマリン R が入ったトレイをとり、患者にワンショット静注した。
5	実施段階	障害の可能性 (なし)	主治医が夕方分の強力ミノファージェン C を静注するつもりで、当該患者用トレイにの次回接続分として 50 mL 注射器に準備してあったカコージン D 注 0.1% 50 mL を間違えて静注した。準備してあったカコージン D 注が入った 50 mL の注射器には患者名と薬剤名のシールが貼付されていたが主治医は注射器内の薬剤を強力ミノファージェン C と思いこみ、シールを確認しなかった。カコージン D 注を 45 mL 注入した時点で主治医が薬剤の間違いに気付いた。
6	準備段階	障害なし	看護師が三種混合と記載された注射伝票を医師の診察の机から手にとり準備した。「三種混合」と口頭で言い確認したつもりが、同じトレイに入っていた麻疹風疹ワクチン「ビゲン」を手にとり準備した。医師に「三種混合です」と言って渡した。医師は外箱の確認をせずに三種混合ワクチンだと思い患児の左上腕に皮下注射した。実施後、医師が外箱の薬液の製造番号シールをカルテに貼る際に、間違いに気付いた。
7	実施段階	障害の可能性 (高い)	白内障の患者の切開創が開き前房水が漏れているため手術室で縫合を行うことになった。白内障手術では、通常、生理食塩水、イソジン、ヒビテン・グルコネート液をそれぞれカラーシールで区別されたカップに準備している。「今回は 1 針縫合するだけだから消毒でいい」と看護師は聞いたため、生理食塩水は用意しなかった。医師は、準備されていた透明液のヒビテン・グルコネート液を生理食塩水だと思い、注射器に吸い角膜内に注入したが前房水がきれいにならないため看護師に確認したところ、生理食塩水ではなくヒビテン・グルコネート液であった。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
<b>【薬剤量間違い】</b>			
8	指示段階	障害の可能性 (なし)	入院中の患者は他科を受診した。他科の医師はカルテに「リン酸コデイン60mg、3×の処方をお願いします」と記載した。他科の医師はリン酸コデイン60mgを3回に分けて処方することを意図したが、主科の担当医はカルテを見て「3×」を1日3回と解釈したため、処方箋にリン酸コデイン180mg分3と記入した。このため1回の投与量60mg、1日3回で服用した。
9	準備段階	障害の可能性 (低い)	医師から「ノボリンR注100 50単位+生食50mL、1mL/h」と点滴指示を受けた。看護師は、ノボリンR 50単位=0.5mLを誤って5mLと判断し、投与した。薬剤を準備した看護師は1バイアルの「ノボリンR注100」の表示を見て1バイアルに100単位入っていると思い込み、50単位を5mLだと判断した。また、この病棟では、インスリンを持続的に投与することは珍しく、指示されるときは「mL」で行われていた。
10	指示段階	障害の可能性 (低い)	マイスタンを本来0.2mg/kg/日とすべきところを、医師が2mg/kg/日と指示した。指示を入力する際、医師は、専門医へ口頭で指示を受けていた。薬剤科の監査でも見逃され、患者に6日間投与された。
11	指示段階	障害なし	デカドロン錠の粉碎のオーダーリング入力ができず手書き処方する際に、2mgと処方すべきところ20mgと記載した。薬剤師は提示された内容を調剤した。薬剤科より量が多いとの指摘があり、発覚した。すでに患児は服用後であった。
12	指示段階	障害の可能性 (なし)	術後の化学療法施行(アドリアシン、プリプラチン使用)において、本来、プロトコールでは2週間休薬すべきところを、翌週にも同薬剤を投与する指示表を作成したためこの指示どおり投与された。通常の化学療法後の経過に比べて、骨髄抑制、粘膜障害が進んでいたため、プロトコールを確認したところ、過量投与が判明した。
<b>【方法間違い】</b>			
13	指示段階	障害の可能性 (なし)	化学療法により、カルボプラチン+パクリタキセルを毎週1回のみ投与していた。1日目のみカルボプラチンを投与するところ、8日目、15日目にも投与してしまった。担当の2年目研修医が交代し、初めて指示を出し、実施した。20日目に別の医師が抗がん剤経過表を見て間違いに気付いた。15日目の処方の際、薬剤科から疑義照会があったが事故を防ぐことができなかった。
14	指示段階	障害の可能性 (高い)	本来1日間のみ投与であるシスプラチンが3日間投与された。化学療法の開始が週末となり、薬剤部とのダブルチェック機能が働かない状況であった。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
<b>【速度間違い】</b>			
15	実施段階	障害の可能性 (低い)	患者に、輸液ポンプを使用して「ソリタ T1 500mL + KCL 10mL」の輸液を30mL/hで投与されていた。患者を搬送する際、受持ち看護師は一時的に輸液ポンプを中止し、少し輸液のクレンメを絞った。移動後、輸液ポンプにセットするのを忘れ、1時間後に他の看護師が気付いた。輸液は1時間で140mL注入された。
<b>【対象者間違い】</b>			
16	指示段階	障害なし	患者Aの次に患者Bを診察した。患者Bにバルトレックス6T3×2日分とベシカム軟膏をオーダーリング画面により処方入力を行った。その後、医事課より、患者Bに薬が処方されていないことを指摘され、再度、医師は入力した。翌日、患者Aからの問い合わせにより、患者Bの処方入力を患者Aの画面で行っていたことがわかった。
<b>【その他】</b>			
17	実施後の観察及び管理段階	障害の可能性 (低い)	医師は、化学療法を開始した。約1時間後から「5%ブドウ糖250mL+ タキソール90mg」の輸液を追加した。その約1時間後、輸液の滴下が緩慢なため、看護師が刺入部を確認したところ、刺入部周囲の腫脹に付き、輸液が漏れていたことがわかった。
18	指示段階	障害なし	外来診察で処方箋を出す際、前回と同様の処方を出すつもりで、端末で前回の処方を複写した。しかし、実際には約1年前の処方が表示されており、それを複写したため間違った処方箋を発行した。
19	指示受け・申し送り段階	障害なし	患者は他院より紹介状を持って入院した。医師は紹介状を確認し、持参薬が継続となり、看護師が薬を管理することになった。その後、患者からの問い合わせにより、継続指示が出た薬を一部飲んでいなかったことが判明した。持参薬の確認は患者本人との確認のみで、紹介状との情報の確認を行っていなかった。
20	指示段階	障害なし	術後、帰室時には、硬膜外チューブから麻薬が持続注入されて来る事が多いが、今回は、静脈注射によりフェンタニルが投与されていた。医師は指示変更を忘れ、病棟では術前から出されていた硬膜外用のアナペインは返納されずにいた。準夜勤で、看護師Aは指示書を見ながらアナペインを準備し静脈ラインに接続した。この時、指示書に書かれていた「硬膜外チューブから注入」というコメントには注意を払わなかった。翌朝の看護師Cが気付いた。
21	その他	障害なし	患者の紹介状と外来予診カードにペニシリンアレルギーについて記入されていたが、診療録には記載されず、ペニシリンの点滴を実施した。3日後に皮疹が出現し、医師は患者にペニシリンアレルギーがあることを知った。

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	指示段階	0	4	0	0	2	0	1	2	9
	指示受け・ 申し送り段階	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	準備段階	3	1	0	0	0	0	0	0	4
	実施段階	4	0	0	0	0	1	0	0	5
	実施後の観察 及び管理段階	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	その他	0	0	0	0	0	0	0	1	1
合計		7	5	0	0	2	1	1	5	21

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				
発生段階	指示段階	10	27	2	0	0	0	1	16	56
	指示受け・ 申し送り段階	3	12	1	0	0	1	0	6	23
	準備段階	93	52	0	0	3	2	8	54 <sup>(注)</sup>	212
	実施段階	21	42	2	1	0	70	8	78	222
	実施後の観察 及び管理段階	0	0	0	0	0	0	0	7	7
	その他	0	1	0	0	0	0	0	25	26
合計		127	134	5	1	3	73	17	186	546

(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事例6事例を含む

図表Ⅲ - 4 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 11件】 他類似事例 117件			
1	「ジゴキシンを吸って下さい」と医師より指示があり、準備しようとアンプルカットした。途中で「薬はいらない」と中止指示が出た。カットしたアンプルを見るとジギラノゲンCと表示されており間違いに気付いた。	ジゴキシんとジギラノゲンCと言う類似した名前の薬剤が存在する事を知らなかった。急いでいた為、アンプルカットの前に確認出来てなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急いでいる時でも確認を行い間違えない様にする。</li> <li>・薬剤の知識を得て応用出来る様になる。</li> </ul>
2	注射を準備する際、近くに看護師がいなかった為、ダブルチェックしなかった。500mL ソルデム3A 1本とホスミンS 2g 1バイアルを混合しなければならなかったものを、ホスミンS 2g 1バイアルと生食100mLを混合してしまった。	薬品違い、確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴作成前のダブルチェックを徹底する。</li> <li>・看護師がいない場合は、医師にもダブルチェックを依頼する。</li> <li>・指差し呼称を徹底する。</li> </ul>
3	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 3包 3×の処方であったが、誤ってツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 3包 3×を調剤してしまった。受領された薬は、患者に渡された。中身を確認した患者自身より、いつもの薬の包装と色が違うと看護師に報告があり、薬剤部へ確認の電話が入った。監査者は他の業務の待ち時間に監査を行い、当帰芍薬散であることを見落とした。	調剤ミス、確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・似た名称がある薬剤であることを再認識し、監査時には十分注意を払う。</li> </ul>
4	オメプラール10mg 処方のところ、20mgを調剤した。さらに数日後同様の継続処方が出されたが気付かず、別の薬剤師が、再び20mgを調剤した。病棟での与薬時も発見できなかった。当院では、オメプラールは20mgしか採用していないため、医事での入力の際に間違いを発見した。	医師が処方時、当院採用の有無を確認せず、持参薬の内容をそのまま記載した。薬剤師、看護師は、基本の確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師は持参薬の処方時「当院採用薬品一覧」又は薬局への問い合わせをし、確認する。</li> <li>・薬剤師、看護師は、5Rの確認を徹底する。</li> <li>・持参薬を記載した処方箋に注意が向けられるよう印をつける。</li> </ul>
5	ゾフランザイデイスのところナゼアOD錠が調剤されていたのを監査で気付かず病棟で気付き交換した。	監査途中に至急の電話対応で作業が一度中断し、継続して監査を行ったこと、午後の処方が多く焦ってしまったことが誤りの原因であると考えられる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・監査途中に至急の対応で作業が一度中断した後は、最初から鑑査を再開する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	1型糖尿病の患児は、自己注射の教育目的で入院していた。就寝前にナースセンターにインスリンの自己注射のため、看護師と一緒に単位数を確認し、本人用の注射セットを渡した。注射セットには、ノボラピットとノボリンNがはいっていた。患児は慣れてきた事もあり注射準備後に看護師と確認しないまま注射をした。注射後にノボリンNを注射するはずがノボラピットを注射してしまった事に気付いた。	糖尿病で就寝前の同じ時間帯に血糖測定やインスリンの自己注射の患児が他にも4人いた。ナースセンターのカウンター前に横に並んで座り確認していたが、一人ずつ集中して確認できなかった。また、様々な注射の種類と指示があり混乱した。本人用の注射セット（ノボリンNとノボラピット）を分かりやすく区別していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育目的で入院する場合、チェックリストを作成し患児の理解度を誰でもわかるようにする。</li> <li>・注射は必ず看護師と一緒に実施する。</li> <li>・患児に指導、教育する場合、注射の種類や違い、間違えとどういふ事が起こるのかなど、主治医、看護師、薬剤師と協力して指導して体制を整える。</li> <li>・ノボリンNとノボラピットを区別するシールを貼り、同じ時間帯に処置が重なる場合でも、1人ずつ呼んで対応していく。</li> </ul>
7	ビクシリンS 100mg 1Vとビクシリン1g 1Vを間違えた。ビクシリンS 400mg投与するため、ビクシリン1gを5mLで溶解後2mLをボトルに混合するところ、ビクシリンS 100mgを溶解し実施した。	病棟の定数に2規格あり、ビクシリンSはほとんど使用しないため、ビクシリンSとビクシリンの2規格があることを知らなかった。基本的な3回の確認が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟の定数管理からビクシリンSをはずした。</li> </ul>
8	患児に心エコー検査の指示が出された。患児がなかなか眠らないので医師はトリクロロールシロップ（10% 1mL）を処方するところ、インクレミンシロップ（1mL）と入力してしまった。処方届けられ看護師は、そのまま患児に投与した。検査は無事終了したが、他の看護師が検査のための処方なのに違う薬ではないのかと間違いに気付いた。	医師が他の患児にインクレミンシロップをオーダー入力している所で、検査の依頼があったので同じように入力してしまった。看護師は水薬が届いた時薬剤が間違っているとは思わず確認しないまま投与した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師はコンピューター画面の患児氏名・薬剤名・用法・用量を確認しながら処方入力をする。</li> <li>・看護師は薬剤投与を行う時には「患児氏名・薬剤名・用法・用量」を確認して行う。</li> </ul>
9	ラシックス20mg 1/4A 静脈注射する指示があった。ストック薬より薬剤を取り出し準備したところ、その取り出した薬剤がプリンペランであったことに気付いた。直ちに改めてラシックスを準備し、指示どおり投与する。	薬剤のアンプルの色が似ており、慌てて取り出したため間違いが起こった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・確実に薬剤の確認を行う。（薬剤を取り出すとき、薬剤を準備するとき、薬剤を投与するとき等の確認事項を徹底する）</li> <li>・落ち着いて行動する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	手術当日の夜、呼吸器管理を行っている患児が覚醒したため、鎮静目的にドルミカムを静注することになったが、誤ってラシックスを投与した。	開心術直後の複雑心疾患の患児に対しては、ラシックスとドルミカムの投与が必要なため、これらの薬剤は予め指示された濃度に調整して準備してあった。シリンジの入っていたビニール袋には薬剤名が書かれていたが、小さいシリンジを使用するため個々のシリンジには薬剤名は書かれていなかった。今回、突然の覚醒により極めて危険な状態となったため、鎮静を急ぐあまりシリンジの入った袋を取り違えてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>袋の薬剤名の確認とシリンジの確認を徹底する。</li> </ul>
<b>【薬剤量間違い 11件】 他類似事例 134件</b>			
11	1日3回の抗生物質混合のために、必要事項をシリンジに記入した。その後、他の看護師とダブルチェックを行い、混合して患者に投与した。その後、同内容の抗生物質混合のために、再びシリンジを用意した。前回とは別の他の看護師とダブルチェックを行なったところ、0.2Vの指示を0.2gと間違えていることを指摘され、前回の投与も間違っていたことに気付いた。担当医師に単位を間違え、指示量よりも少なく抗生物質を投与したことを伝えた。	計算する前に、単位まできちんと確認して行なえなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>単位まで声だし指差し呼称し、注射薬調剤、ダブルチェック、患者投与を行なう。</li> <li>単位を統一して伝票を出してもらうように医師に伝える。</li> </ul>
12	疼痛時の指示でペンタジン注15mg 0.5Aを投与するところ、ペンタジン注30mg 0.5Aを投与してしまった。夜勤帯の看護師は台帳に記入してペンタジン注を使用した翌朝、師長が台帳確認と在庫を確認したところ間違いを発見した。	2つの規格の薬剤を、隣のケースに入れ保管していた。ケースに分かりやすく規格を明示していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>使用頻度の少ないペンタジン注30mgの病棟配置を中止する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	<p>循環器疾患で持続点滴中の患者に、ラシックスの注射を朝夕2回、オーダーリング上は1Aずつの入力で指示が出ていた。しかし2日前から1/2Aずつに減量との指示が手書きで出されていた。当日の朝、尿量が減少し、1回だけラシックス1Aに増量で、以後は1/2Aのままという指示が出されたが、オーダーリング上はその翌日から1Aのまま入力されていた。指示受けの際にそのことに気付かず、1Aのまま伝票処理も行い、翌日1日間、1Aずつ2回という指示の2倍量投与された。翌々日の受け持ちが、1/2Aという手書きの指示に気付き、伝票が訂正されないまま、その前日にはラシックスが倍量投与されたことが判明した。</p>	<p>新人看護師で重症患者の担当の経験がなかったため、緊張感が強かった。当患者以外にも2名の受け持ちがあり余裕がなく落ち着いて指示を受けることが出来なかった。朝から受けた指示が夕方には印象に残っておらず、指示の違いに気付かなかった。指示受けの際には、先輩看護師とダブルチェックを行っていたが、以前の手書きの指示との比較をしていないために変更箇所気付くことが出来なかった。医師も、ラシックスの変更を入力しないで、前回同様にオーダーを延長した。また、発覚前日の担当看護師も、1Aになっていることに気付かず指示だと思って確認しなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>指示受けの際には、基本的な患者名や薬剤名、量、回数、日数の確認と前回の指示との違いにも注目し、変更箇所の有無の確認を行う。</li> <li>ダブルチェックと呼称確認を徹底する。</li> <li>新人として、複雑な指示については指示受け後の処理まで行なったあと、先輩看護師に確認依頼するようにする。</li> <li>医師は、注射の量の変更時は手書きではなく、オーダーリングの入力の訂正を行なうようにする。</li> </ul>
14	<p>○月10日の入院時に持参薬続行で本人管理にしていた。○月11日の凝固の採血結果、ワーファリン「0錠」の指示があった。カルテに毎日「0錠」と指示が記載されていた。○月14日、2錠内服の指示があった。本人持参のワーファリンが見当たらなかったため、病棟ストックよりワーファリンを服用させた。翌日本人に確認したところ中止とは聞いていなかったため、知らずに入院後5日間ワーファリンを2.5錠ずつ内服しており、○月14日は合計4.5錠内服していた。</p>	<p>入院時にワーファリンも自己管理にしているが、その記載が無かった。ワーファリンは採血結果によって指示量が異なることがあり、看護師管理となっていることが多かったため、患者が持っているという意識がなかった。ワーファリン中止の指示後、患者への説明がされていなかった。14日の配薬時にワーファリンがないことを疑問に思ったが、患者への確認が不十分のまま、病棟ストック薬を使っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ワーファリンの用量が固定になるまでは、看護師管理にする。</li> <li>中止薬は、患者の手元に置かず回収する。</li> <li>ワーファリンが患者持ちか、看護師管理かを必ず分かるようにしておく。</li> <li>ワーファリン中止のときは、主治医から説明する。</li> <li>ワーファリン「0錠」の指示の場合、内服していない事を確認する。</li> <li>ワーファリンの常備薬を容易に使わない。</li> </ul>
15	<p>夜勤時、受け持ち患者の情報収集をし、翌朝から内服するワーファリンがオーダーされていることを確認して、指示を受けた。翌朝配薬する際、カルテから情報収集した薬品名と配薬車にセットされた薬包の数を見ただけで、錠数・内容は確認していなかった。またワーファリンの2.5錠も指示受けはしたが、セットしていなかった。翌日の夜勤の受け持ち看護師が、朝食後の配薬をしようとしたところ、配薬車にセットがされておらずセットをすると、1回分内服薬に余りが生じていることに気付き、前日の飲み忘れが発覚した。</p>	<p>内服薬の確認の仕方が正しく理解できていなかった。内服の指示受けの仕方も間違っており、理解していなかった。薬の種類が多く区別がつきにくかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>内服薬の確認の仕方を徹底する。(薬の種類、錠数、識別番号、内服時間を確認してからセットし、ダブルチェックをしてから配薬する。)</li> <li>指示受けの仕方をマニュアルどおりに行う。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
16	ソリタ T 1 200mL+ ネオフィリン 2mL 点滴の指示をソリタ T 1 200mL+ ネオフィリン 2A と誤って指示（電子カルテ打ち間違い）した。20mL 点滴後看護師が気づき中止する。	現在の電子カルテのシステムでは薬剤の注射の指示を出す際、アンプルでの指示と薬剤量（mg、mL）の2通りの指示があるため、今回の事例は発生が十分に予想されたものである。しかしながら、小児に薬剤を投与する性格上、アンプル、バイアルでの指示は計算ミス誘発する危険性もあるため、指示の入力方法を統一するのは困難である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>2アンプル投与という投与量なので過大投与の警告がでるのか再度確認する。</li> <li>アンプル、バイアルと mg、mL と文字の色を変えるなど指示を出すものに訴えるような画面に変更することを検討する。</li> <li>また、指示を印刷した場合にも指示を受けた看護師がわかるような工夫をする。</li> <li>白黒印刷のため文字のサイズを変える、下線をつける。</li> </ul>
17	主治医のカルテ記載は、ロイケリン 10mg を 1日8回分であったが処方箋打ち込み担当者が、0.1g を 1g と記入してしまう。医師のチェックもすり抜け、外来処方箋が患者に渡った。患者は調剤薬局で処方してもらい、8日間内服する。8日後に再来し同じ薬を処方されたが、今度は 0.1g と記載されたため、調剤薬局より前回の処方の 1/10 の量であると当院に問い合わせがあった。結果、前回のロイケリンの量が 10 倍量であった事が発覚する。	打ち込み担当の計算ミス。調剤薬局の監査が機能していなかった。また、当院薬剤師が院内製剤の周知報告を徹底していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>調剤薬局と当院の薬局とで連携を密にし、情報を共有できるようにする。</li> <li>当院と関わりの多い院外の調剤薬局に、当院で起きた薬剤に関するインシデント報告や情報をお知らせとして郵送する。</li> </ul>
18	院外処方を入力した内容を院内処方に切り替えた。その際、院内採用薬は院外処方の倍量の規格薬しかなく、その規格の薬と思いきみ調剤した。	院内採用薬が1つの規格しかないので思いこみで調剤してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>院外処方から院内処方に切り替えたときは、薬が院内採用されている規格かをチェックする。</li> </ul>
19	8歳4ヶ月の患者に処方されたデパケンシロップ 16mL、分2、14日分を調剤する際に、水薬ビン1本を7日分とし2本調剤した。その際、1本につき14分割のマジック線を引くところ、28分割のマジック線を誤って引いた。後日、病棟から水薬ビンの線が間違っている旨の連絡があった。2日と1回分が服用済みであり、処方量の半量しか服用できていなかった。	調剤者は2ヶ月の新人であり、水薬調剤に不慣れであった。監査者も秤量と薬剤の確認は行ったが分割の印であるマジック線の確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>水薬ビンに貼付されたラベル記載の服用回数とマジック線の数が一致しているか否かの確認を行うよう注意ポスターを水薬調剤棚に貼付した。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
20	<p>患児に対しフランドルテープを使用していた。指示により、フランドルテープの量が1/12を1枚から2枚に増量になっていた。処方を入力では、「フランドルテープ、1回1/6」と入力されていた。ベッドサイドに置いてあった、1/6にカットされたフランドルテープを使用した。血圧高値が続いていたため、口頭によりフランドルテープをもう1枚追加する指示がでた。ベッドサイドにあった1/6にカットされたものを、スタッフと確認して貼用した。その後、指示書には「フランドルテープ1/12分を1枚追加」と記載されており、過剰投与した。</p>	<p>口頭指示で受け、指示を見る前に目の前にある1/6のものを使用するものだと思い込んでしまっていた。その思い込みで、カルテをみているため、正しい数値に気付けなかった。また、ダブルチェックをする際は指示書をみて指差し呼称をすべきところやっていた。マニュアル通りに実施していなかった。テープはただ切って袋に入っているだけで、量、サイズの記載はされていなかった。指示書の記載の仕方と処方の入力の仕方が違っていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドサイドにあるテープに量を記載、間違えないように注意するように記載した。</li> </ul>
21	<p>手術後の患者の内服薬を看護師管理していた。他院からの薬の説明書には「ロヒプノール錠1mg 1日1回就寝前2錠」と書いてあり、患者へ2錠手渡した。患者は内服したが、その後に実際は1錠/回であると言われた。処方箋には2錠/回と書かれており事情を聞くと、原則処方2週間分までであるため、実際の薬が、1ヵ月分の錠数分を患者が受け取れるように2錠/回と開業医に処方してもらっていた。</p>	<p>日常の内服量を確認していなかった。入院時基礎情報用紙は処方箋のまま記載されていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内服薬を預かる時には用法・用量と処方箋が合っているか確認する。</li> </ul>
【方法間違い 2件】 他類似事例 7件			
22	<p>手術前に坐薬を挿入する時、肛門と間違えて膣に入れてしまった。手術後、溶け出してきているのを他の看護師が発見した。</p>	<p>挿入しにくい体位であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・確認を十分に行い、挿入しやすい体位を工夫する。</li> </ul>
23	<p>ピソルボンの静脈注射の指示があったが、「ピソルボンきたら、お願いね」と言われ、筋肉注射だと思い込み、実施した。その直後に他の看護師から静脈注射の指示であることを指摘された。</p>	<p>バイタル測定し医師に報告した。筋肉注射でも問題ないと返答あった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・忙しい時ほどしっかり確認し、あわてている時は必ずダブルチェックする。</li> <li>・薬剤チェックだけでなく投与方法もしっかり確認する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【速度間違い 4件】 他類似事例 69件</b>			
24	22時交換予定のキロサイド入りの点滴が、約2時間前に落ちきっていた。1時間半で80～90mLの点滴が落ちてしまった。医師の指示は時間20mLであった。	キロサイド入りの点滴であるため、本来なら輸液ポンプを使用することが望ましいが、患児にとって輸液ポンプは、動かしにくい事やコンセントを外さなければいけない事などで動きが制限されるためつけないという希望があった。輸液ポンプをつけないと、体動により滴下の変動も考えられる。輸血後や側管点滴終了時は滴下が変わりやすいため、終了予定時間には必ず訪室する。タイマー等も活用する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>患児の承諾が得られれば輸液ポンプを取り付ける。</li> <li>輸血後や側管点滴終了時は滴下が変わりやすいため、終了予定時間には必ず訪室する。</li> <li>ポンプの装着は患者が嫌がるので、付き添いの家族の協力を得るとともに側管の点滴施行のタイミングなどによって訪室を考えていく事を検討する。</li> </ul>
25	点滴を制吐剤からアドリアシンにつなが変える際、200mL/hの滴下のところ、制吐剤と同じ300mL/hの滴下と思い込み投与開始した。10分チェックの際に他のスタッフが投与速度が違うことに気付いた。	バイタルサインを測定し、異常がなかったことを医師に報告した。合計30分で投与できるように投与速度を調整して再開した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者氏名・ID・投与月日・薬剤名・薬剤量・投与速度・投与方法の確認を点滴準備時、点滴をつなげる時、滴下を開始するとき、声だし確認を確実にこなす。</li> <li>患者に投与時間を告げることでもう一度投与速度を確認する。</li> </ul>
26	ラクテックを40mL/hで落としていたが、ラウンド時に120mL/hで滴下してしまったところを発見した。	バイタル測定、胸部症状の有無の確認をし、問題なかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>滴下を合わせる時には、患者の最も滴下しやすい腕の回旋や屈伸状態を観察した上で実施する。</li> <li>滴下にむらがあったり、体動・移動を多くする患者は特に注意し、滴下速度を観察するようにする。</li> </ul>
27	点滴交換をするとき、点滴ボトルに記載されている流量と、オーダー上の指示が違うことに気付いた。口頭指示で変更となったと思いそのまま、ボトルに記載された滴数で落としたが、オーダー上の指示が正しかった。	ボトルに記載されている滴下数を信用した。カルテでの確認を怠った。指示が変更になった時点でラベルの記載内容の変更を行わなかった。指示が変更になった時点で看護師同士での伝達がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>カルテでの確認を怠らない。</li> <li>指示を受けた時点で確実にラベルの変更を行う。</li> <li>変更の時点で伝達する。</li> </ul>
<b>【対象者間違い 2件】 他類似事例 15件</b>			
28	他患者の内服薬を与薬してしまった。同じトレイに5人分のシリンジを準備していた。	準備した看護師と投与した看護師が違った。同じトレイに5名分の経管栄養のシリンジと内服薬のシリンジがあった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>内服投与時の5W1Hの徹底。</li> <li>同じトレイに複数の内服薬を準備しない。</li> <li>多忙なときはほかのメンバーに依頼する。</li> </ul>
29	患者Aの抗生剤点滴を確認せずに、患者Bに点滴を接続してしまい、患者Aに点滴しようとしたところ、いつもと色が違うと言われ、点滴を取り違えたことに気付いた。	点滴を患者に持っていき前に、名前と点滴を確認せずに、患者の元へ持っていき、確認をしなかった。また、時間に追われ、確認を後回しにしようとした。	<ul style="list-style-type: none"> <li>部屋に入る前に、点滴とネームプレートの確認をする。</li> <li>部屋に入ってから、患者に名前を言ってもらい、ベットネームでも確認する。</li> <li>患者に点滴を接続する前に確認をする。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【その他 13件】 他類似事例 173件</b>			
30	胃ろう造設予定の患者がエパデルとバイアスピリン内服中であった。朝、6時に内服薬を注入した。内視鏡センターへの申し送りの時点で、中止しなければならない血小板凝集抑制剤が中止となっていないことに気付いた。	患者の内服薬をチェックしていない。抗凝固剤を内服している場合は医師に確認する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内視鏡的胃ろう造設術クリニカルパス治療・処置欄に抗凝固剤のチェック項目を追加し、医師と看護師で確認する事にした。</li> </ul>
31	医師からの口頭指示で、内服開始日を薬剤師が受けたが、点滴でも同一成分の指示（気管支拡張剤）が出ていたことに気付かなかった。薬剤師は看護師に口頭で、内服開始日の連絡をしていた。患者に、その内服開始日で服薬指導をした。主治医が訪室した際に、内服と点滴にて同一成分が投与されているのに気づき、点滴を中止した。点滴は約1時間施行された。	情報の伝達・連携と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。点滴伝票を確認しないで、医師からの口頭指示を自分で解釈し患者に薬を渡して説明してしまった。注射薬との照合ができなかった。病棟業務に薬剤師が新規に参加する際、薬のチェック方法のルールが作られていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬のチェック方法のルールを決める。</li> <li>・服薬指導の際、病棟にて必ず薬剤師と看護師で検薬をしてから、患者に渡すこととする。</li> </ul>
32	患者に小脳梗塞を起こしていることが判明し、検査は延期となり治療内容も変更された。そのとき、心臓カテーテル検査用に一旦出された点滴オーダーをオーダーリングで削除し、新たにオーダーが出された。しかし、すでに最初のオーダーの点滴が病棟に届いており、変更後の点滴が届いた状況であった。その時に、伝票は変更分に差し替えを行なったが、薬剤は一部最初の点滴をそのまま準備してしまった。元々オーダーはその患者のものであるため、プリントされたラベルが貼られていた。翌日、持続点滴の接続の際、その点滴の名称と伝票の確認が不十分で、間違えて準備した点滴がそのまま施行された。12時間後、次の接続を行なった看護師が、それまで施行されていた点滴が指示と違っていることに気付いた。	点滴の内容変更の指示が出されたのが夕方以降で煩雑な時間帯であり、指示を受けた看護師と遅出看護師の両方が関わっているため伝達が不十分であった。伝票と点滴の照合が不十分であった。接続準備を行なったのは夜勤リーダーであるが、接続した看護師はフリーで、そのときの伝票と点滴自体との呼称確認を怠って、点滴に貼られたラベルのみをみた。接続時刻が22時で、消灯時刻と重なり、眠前の援助で多忙になる時間帯であったため、焦りがあった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴準備の際、伝票とボトルの確認を徹底する。</li> <li>・ダブルチェックを徹底する。</li> <li>・持続点滴の接続時間の設定は、消灯などの多忙な時間は避ける。</li> <li>・接続時の指差し呼称確認を習慣づけるよう、お互いに声を掛け合う。</li> <li>・点滴施行時のマニュアルを徹底する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
33	デュロテップパッチ（2.5mg）が前日から開始された患者に、半分量に減量という指示が出された。指示を受けた当事者は、その方法を医師に確認したところ、はさみで切ると聞き、貼用中のデュロテップパッチをはさみで切り、半分残して貼用した。他のスタッフが気づき、すぐに剥がして皮膚の清拭を行なった。デュロテップパッチは切断して使用すると、皮膚に直接薬が触れ、通常よりも早く吸収されるために血中濃度の急激な上昇と作用の増強、強い副作用の出現の危険がある。	当事者の薬剤の用法についての知識不足と経験不足。主治医の指示に疑問を持ったが、再度確認しても同様の答えであったため、従わなければならないと思込み、他の看護師に尋ねなかった。休日で看護師数が少ないので、それぞれの看護師が各自の担当患者の援助を行なっているため、簡単に尋ねられる環境ではなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・与薬において、経験が少ないものについては、その投与方法の確認を必ず行なう。</li> <li>・新しい薬や使用頻度の少ない薬については、その注意書きに目を通すよう習慣づける。</li> <li>・日頃から新しい薬の情報や、与薬の方法についての知識を得られるように興味を持ち敏感になっておく。</li> <li>・主治医の指示であっても疑問がある場合は、専門部署に確認する。</li> </ul>
34	シプロキサシ 300mg を生食 100mL で希釈して投与する指示が出ていた。シプロキサシの準備・投与が初めてだったので準備の仕方を先輩看護師に教わったが、以前アルブミンを連結管を使って投与したことがあり、そのように投与するものと解釈してしまい、ベッドサイドの点滴棒に生食とシプロキサシを連結管でつなげ投与した。包交時にリーダー看護師が発見した。	シプロキサシ投与前より全身に皮疹あり。薬疹疑いにてシプロキサシは投与後10分ほどで中止となる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初めて使用する薬剤は投与方法などの知識を持つ。</li> <li>・分らないことや初めて行うことは先輩看護師に伝え、準備・準備後・投与の段階で自分から声をかけてみてもらうようにする。</li> </ul>
35	透析後にエスポー 1500 単位の静脈注射の指示があり、担当看護師が注射薬と指示実施記録をオーバーテーブルに準備していた。臨床工学技士が透析終了時に回路内に注射せずに返血を終了し、看護師もそのまま抜針した。本人に注射をせずに透析を終了したことを伝えた。再度、針を刺して注射するのは嫌だとの返答のため、透析当番医にその旨を報告し、週2回の注射だったため、次回の透析時の注射に指示変更となった。	返血についての看護師も注射が実施されていないことに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・返血に入る臨床工学技士、看護師ともに注射が終了していることを確認してから、抜針することを再度徹底する。</li> </ul>
36	日中の頭部CTにて慢性硬膜下血腫を認め、緊急手術のためパナルジンを中止する指示を日勤リーダーが受けた。医師は当日の夕方分の1回のみ中止のつもりで口頭指示（ワークシート、口頭指示票を使用していない）を出したが、看護師は指示があるまで中止の指示と受け取った。結果的に、術後、転棟先の病棟で朝1回分のパナルジンの内服がされなかった。	口頭指示を出さない医師であったが、緊急時でありワークシートを運用しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時や急いでいるときもワークシートでの運用を徹底していく。</li> <li>・また勤務の変わり目は、責任の所在を明らかにし医師との対応をしていく。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
37	1回10mL服用の水剤を、自己管理中であった患者が1回20mL服用していた。薬杯には20mLのところにマジックで線が引いてあり、患者はこれに従って自分で水剤をついでいた。患者は、これ以外に、他の2種類の水剤を服用していたが、これらは1回20mLであり、薬杯は同様に印がされていた。看護師が、水剤の減りが早いことや、服薬確認の際に薬杯の印を見て、患者に確認したところ過量投与を発見した。	・薬杯の使用については、薬杯を渡して使う場合、キャップで飲める場合などがある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3つの薬杯を2つにして、量と薬品名、薬品の色を薬杯に書いた。</li> <li>・薬杯には、メモリに線を引いたとしても、薬の名前や色などは表示しないため、複数薬杯が存在する場合の統一したルールを調整する。</li> </ul>
38	アムビゾームの溶解後はフィルターを装着してボトルに入れる必要があったが、5%ブドウ糖で溶解しフィルターを通さずボトルに混入し投与した。アムビゾームと一緒にフィルターが入っていたが、添付してある説明書も読まずに、溶解する為のキットと思い込み、焦ってそれを使用せず準備した。翌日になって溶解方法や混入時に特殊な製剤である事を他の看護師より聞き間違いに気付いた。	アムビゾームは特殊な溶解方法が必要であり、その知識が十分でなかったことが要因であると考えられる。ただし、この溶解方法については、新薬導入時に病棟での説明会を実施し、処置台の所に説明書を置いているが、新人や異動されたスタッフに対する説明・伝達が不十分であったことも要因である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今まで使用したことのない薬剤を使用するにあたっては（特にフィルターなどが一緒に入っている場合など）、添付文書、説明書を確認する。</li> <li>・アムビゾームは当科で使用することが多い薬剤であり、新しく来たスタッフへも注意喚起ができる方法、システムを考える。</li> </ul>
39	持続点滴の更新の際、ソルデム3A 500mLにマンニトール50mLを混注すべきところ、薬剤師がすでに混注しているものと思いき、ダブルチェックせずに更新した。2時間後先輩看護師と点滴の内容を確認したとき、マンニトールを混注していないことが判明した。	当院では病棟薬剤師が配置されており、薬剤は薬剤師が病棟で調製するが、薬剤によっては看護師が調製するものがあり、今回の場合看護師がすべきものであったが、当該看護師の認識が不十分であった。準備する時間も更新時間の直前で慌てており、本来他の看護師とダブルチェックすべきところしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ダブルチェックは必ず行う。</li> <li>・薬剤師が調剤するもの看護師が調剤するものを明示する。</li> </ul>
40	タミフルを処方し、処方箋を印刷したが、タミフルの内服が不要になったので、パソコン上、処方を削除した。しかし、処方箋がカルテに、はさまれたままであった。事務職員は、医事の会計のパソコン画面に、処方がされていないにもかかわらず、処方箋を渡した。それをもった家族が、薬局でタミフルをもらってから、おかしいと気づき来院した。	医師が、処方箋を破棄していなかった。事務職員が、パソコン上で処方がないのに、紙の処方箋がカルテに入っていたため処方箋を渡した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師は、変更した処方箋を破棄する。</li> <li>・事務職員は、パソコン上、処方がされていないのなら、処方箋を渡さず医師に確認をする。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
41	日勤看護師よりゼンタックの投与方法について確認するよう申し送りを受けた。その後、これまでどのように投与されていたかカルテにて調べると希釈せずに静注であった。疑問に思い「今日の治療薬」で調べたところ要希釈で使用と記載されていた。さらに薬剤師に問い合わせると「要希釈です」と返答された。医師も希釈せずに使用できると思っていた。	薬剤の用量・用法についてわからずにいた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤を投与するときは用量・用法を調べる。</li> <li>・本に載っている用法と医師の指示に違いがあった場合には薬剤師に問い合わせをする。</li> </ul>
42	シプロキサンを末梢から投与することになったが、生食100mLで希釈する指示が出なかったため、希釈せずに投与した。	薬剤に「要希釈」と書かれているが、液体であるため希釈するという意識が持ちづらかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤の性質上、希釈の必要があることを周知する。</li> </ul>

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	3	3	7	5	2	8	28
入院後、改めて持参薬 を処方した際	0	3	12	1	0	0	16
薬の 管理時	患者自身が管理	0	6	10	2	5	25
	病院側が管理	0	4	10	5	0	22
退院時	0	0	0	0	0	4	4
その他	1	3	5	3	2	25	39
合 計	4	14	34	29	11	42	134

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
<b>【薬剤間違い 2件】 他類似事例 2件</b>			
1	○月21日入院時の持参薬登録時、サンリズムCap 25mg 4Cap・朝夕食後のところを50mg 4Cap・朝夕食後と、ラシックス錠20mg 0.5錠のところを1錠で登録していた。	不明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤管理指導を実施している患者については担当病棟薬剤師によるチェックを行う。</li> <li>・再分包などの依頼があった場合も、調剤室にて他の薬剤師に監査を行ってもらおう。</li> </ul>
2	患者はインシュリン注射を看護師介助で施行していた。昼食前にヒューマリンRを使用する指示であったが、持参薬で中止となっていたノボラピットを施行してしまった。	昼食前で慌てていた。ノボラピットを使用する患者だと思い込んでダブルチェックを行なった為気付かなかった。ダブルチェックの方法に不備があった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ダブルチェックの確実な方法を再確認する。</li> <li>・病棟内で共通認識を持つ。</li> <li>・使用中止している薬剤は、別の位置に置くなどして使用しているものとしっかり区別する。</li> <li>・分かりやすい名前の表示を行なう。</li> </ul>
<b>【薬剤量間違い 過少・過量 4件】 他類似事例 10件</b>			
3	緊急入院した患者に外来で処方されていた「バキシル20mg 1T×1」があったため、医師が院内処方「バキシル10mg 2T×1」と1日分のみ処方した。それを見て、持参薬を調べる際に、「バキシル10mg 2T×1」と与薬チェックリストに記入した。患者が自宅より持ってきた薬が20mgであったが規格を確認せず20mgを2Tずつ与薬してしまった。	・院外と院内の規格が違う。カルテ上の履歴のみ確認しただけで、実際の持参薬を確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持参薬の取り扱いについて注意する。</li> </ul>
4	入院時、他院処方の持参薬を確認した。このなかにジゴシン錠0.25mgを0.5錠の処方であったが、看護記録には1錠と記入してしまった。入院して12日目に持参薬が無くなり、医師は看護記録を参考にして当院採用のジゴシン散0.1%を0.25mg分1朝7日とオーダー入力した。薬局より薬袋が届き看護師は前回の薬袋と確認を行った。他院の薬袋には薬品名だけで用量までは記入がなかったので薬品名だけを確認して投与した。当院処方に切り替えた5日目頃より嘔気が出現し、8日後に主治医が他院の紹介状を確認したところ間違いに気付いた。	医師が持参薬を紹介状と確認しないで処方を行った。看護師は、紹介状の薬剤名や用量の確認を行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・看護師は紹介状による薬剤名・用法・用量を確認する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	入院時よりカルタレチンを持参し、6錠を2錠ずつ食後3回で内服していた。入院時から同じ効果の炭酸カルシウム1日3gを1g1包ずつ食後3回の内服の指示が出ていた。患者は持参薬がなくなってから、1回3gと思いきみ、1日3回、計9gを内服していた。	患者は内服薬自己管理の際、薬袋に記載された処方を見方を理解していなかった。看護師は、説明後の確認を行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者へ処方箋の見方を再度説明した。</li> <li>薬剤内服後は、空の袋を食事表の上に残すこととした。</li> <li>看護師は、服薬確認を徹底する。</li> </ul>
6	他院からの持参薬の続行の指示があった。紹介状に内服内容が記載されていたため、鑑別に出さずに医師がカルテに転記し、そのカルテのコピーで運用することにした。その中に「バップフォー1錠」と記載があったが、実際薬袋には「バップフォー10mg2錠」と書かれていた。確認をカルテのコピーで行った為1錠と薬し過少投与となった。	医師がカルテへ転記したがmgまでの記載を行っていなかった。看護師が準備時に薬袋をきちんと見ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬袋で出した後、処方内容と照合する。</li> <li>転記する場合、mgの記載まできちんと行う。</li> </ul>
<b>【薬剤量間違い 重複 8件】 他類似事例 26件</b>			
7	他院より転院されてきた患者が、当日夕の薬（一包化）と退院処方を持参したため、これをそのまま投薬させ、2重配薬となった。翌日、受け持ち看護師が一包化された薬の内容を確認して、夕の薬が2重に配薬されたことに気付いた。	持参薬の確認を看護師が行っている。多くの薬があり、確認に時間、手間がかかる。夕の薬は一包化され、退院処方は一包化されていなかったため、内容が確認しにくかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>持参薬は基本的には使用せず、改めて処方する。</li> <li>薬の管理は薬剤師管理とする。</li> <li>配薬時には業務集中し、中断しない。</li> </ul>
8	持参薬確認時に、ロヒプノール（粉砕）、リスパダール細粒、酸化マグネシウムが同一の分包であったが、酸化マグネシウムのみと判断して報告した為ロヒプノールが追加処方され重複して内服させた。	粉薬が同一の分包であった。お薬手帳がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>粉薬の同一分包時の確認を注意深く行う。</li> <li>お薬手帳、他院からの紹介状、処方箋など多くの情報を基に確認をする。</li> </ul>
9	前医からの持参薬を詰所管理で内服中であった。○月9日朝配薬中、ノルバスク錠の薬袋が当院と持参分の2袋あることに看護師が気づきカルテを確認したところ、○月5日に定期処方でノルバスクが処方になり、○月6日から○月8日まで過剰投内服していたことが発覚した。	カルテで持参薬の内服状況が一目で確認できなかった。薬の入れ替え時、配薬時の5Rが不十分だった。持参薬の薬袋には薬品名がなく、手書きで記載してあったが、小さく見づらかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>5Rを徹底する。</li> <li>持参薬は薬袋を当院のものに書き換える。</li> </ul>
10	持参薬の1つがなくなるため、医師が処方をした。看護師が薬を確認し、残薬が入っている与薬車の引き出しに入れた。残薬と新たに処方した同じ薬が配薬され、患者は倍量の薬剤を内服した。	持参薬であり、処方箋があるのは新たに処方された1種類だけであった。与薬準備者は単純に袋から出していき、同じ薬があることに気付かなかった。なんの指示もなく、追加処方とも間違えやすい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>処方時に、「持参薬がなくなってから与薬すること」とのコメントを入力する。</li> <li>定型コメントとして登録し、薬袋に印字されるようにする予定である。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
11	<p>夕食分の内服薬を本人へ確認したところ、アロプリノール（持参薬）・サロベール（院内処方）を同時内服しているのに気付いた。アロプリノールとサロベールは薬効は同じであるが、本人は知らず、異なる物と思い込み誤薬に至った。</p>	<p>院内処方されたサロベールの内服袋にアロプリノールとサロベールが一緒に入っていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内服患者の自己管理とする場合は、内服についての理解度（薬名、薬効、時間、量等）を確認し、理解に合わせた内服管理方法（看護師管理・box管理・袋管理等）を検討、評価していく。</li> <li>・内服自己管理の患者については基本的に持参薬と院内処方薬を同時に使用しない、または看護師管理とし確実に管理する</li> <li>・採用薬品の関係で入院に伴い内服が変更となる場合は、患者に確実にオリエンテーションしていく。</li> <li>・同時に、オリエンテーション後も看護師の目で内服が確実に行えているのか、直ぐに確認していく。</li> </ul>
12	<p>患者は持参薬でガスポートを服用中であった。腰痛に対してロキソニン・ガスターが臨時処方された際、ガスポートとガスターが同じ薬効の薬であることに気付かず、重複投与してしまった。持参薬は全て薬剤科で管理していた。</p>	<p>内服薬確認の際の確認不足。院外処方（持参薬）であり、把握しにくく気付けなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持参薬の管理方法を徹底させる。</li> <li>・持参薬あずかり札を活用し、中止薬を返却する。</li> </ul>
13	<p>持参薬の入院継続指示であり、ワーファリン朝食後3mgを他剤とともに一包化のため再調剤した。その後ワーファリン中止の指示があったが、薬剤師は認識していなかった。配薬セットは薬剤師が定期日にあわせ実施した。定期日以降の薬は次回セット薬入れの中へ保管した。看護師は中止の指示を受け、定期セット分は一包化より引き上げたが、次回セット分には気付かなかった。医師は一包化の中にワーファリンが入っていることを知らず、夕食後に3mgを臨時処方し、看護師が夕食後セット配薬したため、重複投与となった。薬剤師はカルテ裏表紙のワーファリン指示を確認し3mgであったため、朝食後のワーファリン量と間違いないと確認した。臨時処方が出ていることには気付かなかった。</p>	<p>心臓外科は入院中は夕食後、退院後は朝食後にワーファリンの服用指示ができる。心臓外科は4月よりA病棟をメイン病棟としたが、現在、薬剤部ではB病棟で適用していたようなワーファリン別包ルールはA病棟には適用していなかった。ワーファリン指示はカルテ裏表紙にあるワーファリン指示書と処方箋ラベル指示の2箇所に記載される。服用時間に関しては処方箋ラベル指示にしか記載されていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中の心臓外科のワーファリンは一包化より除外する。</li> <li>・ワーファリン指示は必ず2箇所確認する。</li> <li>・看護師との連携を図るため、薬剤師不在時の配薬セットの変更は連絡用紙に記載する。</li> </ul>
14	<p>看護師が持参薬を確認した。A医院からはアスピリン製剤であるバツサミン、B医院からは抗血小板剤であるパナルジンが処方されていた。2日後に病棟薬剤師が確認し、併用注意の薬剤であることに気付いた。</p>	<p>看護師が持参薬を確認した。ジェネリック薬で判りづらかった。複数医院から処方があった。継続内服指示を出した医師も重複に気付かなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤師が持参薬確認をすることにしたので徹底する。</li> <li>・薬剤師に依頼するときには、注意喚起の意味で「多院受診中」メモや、お薬手帳などを同封する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【投薬・内服忘れ 6件】 他類似事例 23件</b>			
15	持参薬の中に糖尿病の薬がないことに気付かず、入院中内服されなかった。退院処方が出され、確認作業で、退院処方のなかの糖尿病薬が内服されていなかったことが発覚した。	持参薬の確認は労力を要する作業であるが、看護師の手作業に責任がゆだねられている。外来処方の変更記録が、確認しにくい記録法で問題があった。看護師間の情報伝達が不十分であった。家族が持参薬をすべて持参しておらず、薬の到着が遅れ確認が不十分となった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>持参薬を指示と照らし合わせる確認作業を徹底する。</li> <li>外来カルテの処方変更記録を見やすい方法に変更する。</li> <li>持参薬は保留とし、入院時に再処方として出す。</li> </ul>
16	入院時持参薬を配薬するために整理、用法用量を記載する際に1錠と書くところを2錠と間違えた。1日分投与され、薬袋の印刷のほうに1錠と記載されていたため、気付いた。入院時はWチェックを行い、入院時医師指示録をみながら作成したが、13種類の薬を仕分けしたため煩雑で見間違えた。	指示量の確認が足りなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>持参薬の配薬作りのマニュアル見直す。</li> </ul>
17	○月17日に定期処方の内容を確認をした際、外来処方から引き続きの内服薬ベルサンチン約1週間内服していないことに気付いた。入院日(20日前)にはベルサンチンは処方されていた。看護師は、処方変更と思い込んでいたので、入院から最初の定期処方日の○月10日に、ベルサンチンのみ処方できなかったが、医師への確認を行わなかった。	確認・観察不足。判断ミス。勤務多忙。他職・同職種者間の連携不適切。患者等への説明不足。慌てていた。無意識だった。思い込んでいた。医師が指示簿に内服している処方薬をパソコン入力した際にその他の薬を内服すること、などを看護師に伝えていなかったため、看護師も薬の変更と思い込んでいた。医師は、外来の余りがあると思ったので処方しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師は(定期・臨時処方とも)指示表に必ず記入する。</li> <li>外来処方の続行などの必要事項は看護師に伝える。</li> <li>看護師は、処方に変更になった際、指示表への医師の記入がなければ確認する。</li> </ul>
18	入院時は持参薬の管理を自己で行っており、家人が後で薬の一覧表を持って来られたがその中にプレドニゾロンが入っている事に誰も気付かず3日間内服していない事が判明した。	内服しているか確認すると足りていなかった。患者も無い薬がある事に気付いてなかった。内服を自己管理出来ていたのでそのスタイルを崩したくなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬一覧表を再度確認する。</li> <li>診療情報提供書にも目を通し内服の重要性を再認識する。</li> <li>当日に持って来なくても翌日にもう一度確認する。</li> </ul>
19	継続して内服する持参薬を自己管理していたが、内服されていなかった。入院前から内服されていたので、入院後は自己管理とした。カルテには内服指示表に小さく「自己管理」と記載した。入院に伴い新たに内服処方が追加されたが、患者は頸部痛が強く体動も困難であったため看護師管理とした。夜勤にカルテに自己管理と書かれていたので、患者に確認すると「看護師が薬を持ってくるので、持参薬は飲まなくていいと思った」と言った。	緊急入院で患者が自己管理ができるかどうかの評価が十分できないまま自己管理にした。自己管理とナース管理の2通りになっていることを把握していなかった。カルテの「自己管理」の字が手書きで小さく分かりにくかった。患者への説明が不足していた。内服薬の把握が不十分で確認にせず実施印をしていた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己管理の判断基準が不明確であるため、判断基準を明確にしたいが現在のところ困難である。</li> <li>「自己管理」とカルテに書く場合は、ゴム印を用いることを徹底する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
20	入院時より持参薬のオルメテックを患者が管理し内服中であったが、患者より6日前より持参薬がなくなったため、その後は内服していなかったと言われた。	持参薬の内服確認が確実に実施されていなかった。自己管理薬の残数チェックが不十分であった。患者の服薬指導が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬確認の確実な実施。</li> <li>患者へは、患者自己管理薬のオリエンテーション用紙を用いて、再度指導を行なった。</li> </ul>
<b>【用法間違い 3件】 他類似事例 8件</b>			
21	フェロミア、セルベックスの内服をしている患者に、夕食後の内服を確認した。ワークシート上、フェロミアが2錠2×、セルベックスが4カプセル2×で持参薬登録されていたが、患者はフェロミアを4錠2×、セルベックスを3カプセル3×で内服していた。患者が持っていた処方箋は、患者が飲んでいった通りのものだった。	医師にオーダーを依頼、正しい用法、用量で入力をしなおしてもらった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>持参薬がある場合には、用法、用量、内服方法を患者に確認したうえで、医師に入力を依頼する。</li> <li>患者が処方箋を持っている場合には、それを見て確認する。</li> <li>医師に入力をしてもらったあと、指示を受ける際、必ずワークシートを用いて、正しいものであるか確認する。</li> <li>日々の内服確認をする際にも、患者と用法、用量、内服方法を確認する。</li> </ul>
22	持参薬の続行薬を整理・セットする際に本人の申告どおりに朝夕の内服にしたところ、実際は朝のみの処方であった。	薬剤が通常一回のみの服用という知識の不足。持参薬を管理する際に看護師一人で判断し、施行（セット）した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>持参薬は薬剤部で調べてもらう。</li> <li>管理する際はダブルチェックを行う。</li> <li>内服管理シートを使用し管理方法の判断を行なう。</li> </ul>
23	胃ろう設置患者で、転院時、持参薬があった。デパケンシロップ18mL/3×1と有ったが、3×1を見落とし1回量を18mLで準備し注入してしまった。	2人で確認せず、1人で準備してしまった。3×1を見落とし、1日量しか見ていなかった。又、容器に18mLのところ毎にラインが引いてあり、1回量と思い込んでしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>ダブルチェックを実施する。</li> </ul>
<b>【その他 7件】 他類似事例 35件</b>			
24	入院時、持参薬を鑑別していた。薬剤鑑別報告書に記入時、コードナンバー269の薬剤名（ピナトス）を記載すべきところ、コードナンバー262の薬剤名（セルテプノン）を書いてしまった。後日、患者家族が他院での薬剤情報を持参し合わせてみると異なっていた。1日分ピナトスが内服されていた。	当事者はコードは正しく把握していたが、書き出す時に、同じページのピナトスのすぐ近くにあるセルテプノンに目が行ってしまった。また鑑別時には薬剤情報が来ておらず、薬のみをみながらの鑑別となった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>鑑別時の作業時の業務の中断は避ける。</li> <li>指差し呼称を必ず行う。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
25	入院時、他院からの持参薬を指示簿に転記した。降圧剤は、透析日と非透析日で内服薬の種類が異なっていたため、そのように記入したつもりであった。しかし、実際には、両方とも「透析日」と記入した。そのため、シャント再建術前に内服する薬が内服できなかった（再建術は非透析日）。手術中に血圧が高かった旨を手術室看護師から申し送りを受け、指示簿を確認したところ転記ミスが判明した。	確認不足、記録・記載不備、思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転記をしなくてはならないときは、転記後再確認する。</li> <li>・他の看護師に確認してもらう。</li> </ul>
26	持参薬で医師のオーダーの散剤1日量が、他院の薬表の総量（7日分）で入力されていた。	1日量があまりにも多かったため、病棟から薬表を送ってもらい確認した。医師が1日量と総量を間違っで入力していることが判明し、医師に連絡し修正してもらった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持参薬の内容は薬表によって記載方法がことなるため、特に散剤に関しては倍散によって粉体量と成分量が異なるので、処方監査でおかしいと感じたら、薬手帳や情報用紙を確認する。</li> </ul>
27	持参薬にラシックス錠があり、当院の他の処方とともにカート管理で継続服用中であった。途中自己管理に変更となり、薬剤管理指導担当薬剤師がカルテを確認したところ、医師記載欄に「ラシックス（持参薬）→ルブラック・アルダクトン（入院後から処方）」という記載があった。薬剤師はその記載から、ラシックスは中止になると思い看護師に確認したところ、担当看護師もラシックスは中止と判断した。そのため、薬剤師はラシックス以外の薬剤を自己管理で交付した。ところがラシックスは中止ではなかった（服用していない期間は1日）。	診療録の医師の記載の内容が矛盾がなかったため思い込んでしまった。持参薬と入院処方との併用のため、指示がわかりにくい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療録の医師記載欄だけで判断せず、指示が明確に出されているか確認する。</li> <li>・指示が出ていない場合は医師に直接確認する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
28	<p>患者は糖尿病のため、外来で朝・夕の2回ノボリン30Rを自己注射をしていた。入院中は1日4回、毎食後のヒューマリンRと眠前のヒューマリンNを看護師が皮下注射を行っていた。外泊となり、内科医師にインスリンの内容を電話で確認したところ「もともと家で使っていたインスリンで、量は入院中の単位で」とのことであった。指示を受けた時点でノボリン30Rと単位の指示の復唱確認はしたが、ノボリン30Rが速効型であると疑問をもたずに指示を受けた。(外泊中は朝ノボリン30R14E・昼ノボリン30R4E・夕ノボリン30R4E・眠前ノボリンN3E皮下注射されていた)。再度外泊のため内科の医師に他看護師がインスリン指示を確認したところ、前回と同様の指示を受けた。しかし看護師がノボリン30Rの指示に疑問をもち医師に確認したところ、1回目の外泊時から指示はノボリンRであったとのことであった。</p>	<p>インスリンについての知識不足から中間型のインスリンが毎食後投与されることに疑問をもつことができなかった。また、医師の指示をインスリン名と単位を復唱したがノボリンとノボリン30Rの違いについて強調しなかったために確認も曖昧であったと思われる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・知識不足については再度個人で学習をした。</li> <li>・電話での指示受けの際ははっきりと復唱して確認するようにする。</li> </ul>
29	<p>骨髄炎で入院した患者の持参薬で、「翌朝よりバイアスピリン中止」の指示をうけた。一包化調剤になっている持参薬から取り除く作業を忘れてしまい、翌朝与薬されてしまった。持参薬チェックシート、毎回投薬表の申し送りがされ、翌々朝の看護師が、バイアスピリンが取り除かれていないことに気付いた。</p>	<p>休日の持参薬を調べる際、作業が後回しになってしまった。忘れてはいけない事項などをメモにしていたが、それが数枚あったため見落とした。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業を後回しにせず、一つ一つ確実にしていく。</li> </ul>
30	<p>緊急入院してきた患者に、脳梗塞や前立腺がんの既往歴を聞き、持参薬を確認した後、看護記録に内容を記載した。癒着剥離術を行ない、○月24日から食事開始したが、術後は食欲不振がみられた。○月27日、泌尿器科医が定時注射のゾラデックス1Aを皮下注射の指示を出し施行した。約1ヶ月後退院時に前立腺がんの内服薬がないことを家族に指摘され、入院時から内服していなかったことに気付いた。</p>	<p>外科病棟から回復期病棟へ移動している。入院時の処方記載に内服薬がなかった。家族は持参薬を渡したというが不明である。医師の既往歴の記載欄に「前立腺がん」はなかった。薬剤師は服薬指導を行なっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当院の複数科に受診し、処方されている場合は、入院時に転記ではなくその処方シールを出しカルテに添付する。</li> <li>・退院時期に併診科の医師に処方について確認する。</li> </ul>