

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10月1日から平成19年12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35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10件であった。そのうち、小児患者への薬剤処方の際、誤って10倍量指示した事例が2件、「mg」と「mL」を間違えた事例が1件、アレルギー禁忌のある患者に対し、禁忌薬剤を投与した事例が2件、「分3」を勘違いし過量投与した事例が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は1件であり、口頭指示の際の薬剤量間違いであった。

③ 準備段階

準備段階における事例は3件であった。そのうち、外観が類似していることにより薬剤を取り違えた事例が1件、薬剤を取り違えて調剤した事例が1件、インスリンの1単位の含量を誤って10倍量投与した事例が1件あった。

④ 実施段階

実施段階における事例は14件であった。そのうち、内服薬の薬瓶の表示を見誤り過量投与した事例が1件、投与経路を間違えた事例が4件、別の患者の薬剤を投与した事例が5件、ヘパリンロックを行った際、ルート内に残っていた薬剤が急速に投与され副作用症状が出現した事例が1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は4件であった。そのうち、抗癌剤の点滴投与中における輸液の血管外漏出が1件、ワーファリン内服中の患者に対する生検の実施に関する事例が1件あった。

⑥ その他

その他の事例は3件であった。骨きり術施行後の抜釘を予定していた患者が抗凝固剤を内服していたため手術が延期された事例が1件、内服による抗癌剤治療の際、患者が抗癌剤の余剰内服薬を持っていたことによる過量投与が1件あった。

（２）薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第２５回ヒヤリ・ハット事例収集^{（注１）}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２５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」、「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３３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」、「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３３件の事例概要を図表Ⅲ－６に示す。

（注１）第１回～２４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	準備段階	障害の可能性 (なし)	「エフェドリン 1 A を生食 9 mL で希釈」の指示により、看護師 A は指示票を見ながら、シリンジに「エフェドリン 4 mg/mL」と記入し生食 9 mL を吸った。その後に薬剤カートから薬剤を取り出し準備した。看護師 A は看護師 B とアンプルとシリンジを並べ、指示票を見ながらダブルチェックを行った。手術中血圧が低下したため、予め準備したエフェドリンを使用したが高血圧に血圧が上昇したため、看護師 B がアンプルを確認したところ、エフェドリンの空アンプルではなくボスミンの空アンプルがあり、薬剤を取り違えていたことがわかった。エフェドリンとボスミンのアンプルの外観がよく似ていた。
2	準備段階	障害なし	フェノバルブ散を調剤すべきところ、フェニトイン散 10% を調剤した。フェニトインは患者にとって禁忌薬剤であり、発熱や発疹等の症状が出現した。2 日後、看護師が今まで内服していた散剤と色が違うことから薬剤科に疑義照会し、調剤の間違いに気付いた。
【薬剤量間違い】			
3	指示段階	障害の可能性 (なし)	小児患者はラシックス 8 mg、アルダクトン 8 mg、ジゴシン 0.03 mg (いずれも散剤) の内服が開始となった。その後、時折心拍数が 90 台となり、23 時には 47 まで低下し末梢体温も低下したため心室ペースングを開始した。2 日後に主治医が確認したところジゴシンが予定の 10 倍 (0.3 mg) を処方していたことに気付いた。
4	指示段階	障害の可能性 (なし)	泌尿器科医師の指示にてプログラフ 1 mg/ 日を持続で静脈注射で行う予定であったが、1 mL (5 mg) / 日を処方し、患者へ投与した。血中濃度が上昇し過量投与を発見した。
5	指示段階	障害の可能性 (なし)	医師が外来処方をする際、イソニアジド 0.3g と入力するところ 3g と入力した。翌日の昼過ぎ、患者はふらつきと下痢・嘔吐を出現し救急外来受診した。内服指示簿を見直すと同薬剤の過量投与がわかった。院外薬局での疑義照会はなかった。主治医は、イソニアジドは錠剤であれば通常 3 錠 (300mg) 投与するため、「3」という数字が優先し誤入力した。
6	指示段階	障害の可能性 (なし)	処方入力の際ノルバスク 5 mg 1 錠と画面入力したつもりが 5 錠と画面入力してしまった。
7	指示段階	障害の可能性 (なし)	結核性髄膜炎のためリファブチン 300 mg/ 日の内服を行っていた。その後、後天性免疫不全症候群に対してカトレラを処方した。カトレラとリファブチンを併用する際、相互作用のためリファブチンを減量する必要があったが、主治医は以前と同様に 300 mg/ 日の処方を行っていた。2 ヶ月半後より患者は右の視力低下を自覚し、眼科を受診し、リファブチンによるぶどう膜炎と診断され、リファブチンの中止とステロイド点眼投与を行った。主治医がカンファランスにてぶどう膜炎の発生を報告した際、他の医師よりリファブチンの過量投与を指摘された。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
8	指示段階	障害の可能性 (低い)	手術後、術前から内服していたアレビアチンを内服から点滴に変更した。その際、内服薬処方のアレビアチン250mg「分3」を「×3」と勘違いし、アレビアチン注250mg 3A/日として処方し投与した。せん妄症状が改善しないため、神経内科にコンサルトし、14日後にフェニトイン血中濃度を測定した結果、濃度上昇を認め、間違いに気付いた。
9	指示段階	障害の可能性 (低い)	小児の患者のDICに対し、フラグミン投与を開始した。主治医はフラグミン投与を指示する際に、75U/kg/日とすべきところを750U/kg/日と指示を入力し、予定していた10倍量を処方した。フラグミンを準備した薬剤師、実際に投与した看護師もミスに気付かず、フラグミンは5日間連日投与された。全身状態、他の凝固検査の改善にもかかわらずPT、APTTの高値が続いていたことから主治医が確認したところ、フラグミンの過量投与に気付いた。
10	準備段階	障害の可能性 (なし)	看護師Aは、点滴（フルカリック）にノボリンRを混入する際、14単位のつもりで1.4mL（140単位）を混入しようとしていた。不審に思った看護師Bに発見され、看護師Aはインスリン1単位0.01mLであるところを『インスリン1単位は0.1mL（実際の10倍量）』と勘違いしていた。マイジェクター0.1mLの目盛りに標記されている『10を1単位』だと思っていた。
11	実施段階	障害なし	テモダールの内服と放射線療法が開始となった。カードックスには「テモダール100mg 1C1×5日分 テモダール20mg 1C1×5日分朝食前」と記載され、テモダール100mgを1カプセルとテモダール20mgを1カプセル（テモダールとして120mg）を内服する予定であった。看護師は薬袋からテモダール100mgカプセル一瓶（5カプセル入り）とテモダール20mgカプセル一瓶（5カプセル入り）を取り出した。瓶のラベルには「テモダール100mg 5カプセル」と記載されており、看護師は、一瓶で100mgだと思い、20mgのテモダールについても同様に思った。看護師はテモダール100mgと20mgを5カプセルずつ合計10カプセル（テモダールとして600mg）を患者に内服させた。主治医が診察した際、「10カプセル飲んだ」という患者からの情報により過量投与を発見した。
12	その他	障害の可能性 (低い)	帝王切開で出生した患児にGI療法を行うこととなった。医師Aはプロトコールを見て調製し、シリンジポンプで投与を開始した。約2時間後の血糖値56mg/dL、約5時間後の血糖値5mg/dLと低値となっていたため、20%糖20mL静脈注射した。内容を確認したところヒューマリンR 1mL（100単位）+20%糖9mLを静脈注射し、予定した量の10倍量が投与されていた。
13	指示受け・ 申し送り段階	障害なし	麻酔中に血圧が低下したため研修医は、口頭（PHS）で指導医に指示を求めた。指導医はエフェドリンとして8mg使用を意図し、エフェドリンを希釈したもの（当該部署ではエフェドリン1mL（40mg）を生理食塩水9mLで希釈している）を2mL使用するつもりで、「2ミリ」静脈内に投与するように口頭指示をした。研修医は「2ミリ」を聞いて、未希釈のエフェドリンを2mL患者に投与した。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
【方法間違い】			
14	実施段階	不明	胃カメラの前処置でホリゾン 10mg 3/4 A (1.5mL) を左肘関節内側部から静脈注射した。翌々日に、患者は、注射した当日から左の第1～3指のしびれ・痛み・運動障害と前腕部全体の皮疹を訴え来院した。診察の結果、動脈内への注射であることがわかった。
15	実施段階	障害なし	経腸注入する内服薬を静脈内に誤って注入した。新人看護師の経験及び知識不足により、本来使用するカテーテルチップ型のシリンジではなく、ルアー型のシリンジを使用した。
16	実施段階	障害の可能性 (なし)	I V Hルートにハイカリック1号を接続すべきところ、末梢ルートに接続した。
17	実施段階	不明	医師から「フェノバールを皮下持続注入で行きたい」という依頼を受け、皮下持続用ポンプが故障していたため、シリンジポンプで代用することになった。看護師Aは看護師Bにシリンジポンプを代用することを伝えた。看護師Bはカルテ指示と注射指示箋の確認をしたが、注射指示箋の皮下注射の記載を見落とし、また、注射器に準備する際に、アンプルの名前、単位、用法の確認も行わなかった。看護師Bはシリンジポンプを患者の部屋に持っていき、C Vカテーテルライン側管へ接続したため、皮下注射で投与する予定のフェノバールを静脈注射した。
【対象者間違い】			
18	実施段階	障害なし	看護師Aは化学療法について主治医と共に確認し、看護師Aは休憩に入るため看護師Bに抗癌剤接続を依頼した。看護師Bは抗癌剤（生食水500mL＋パクリタキセル300mg（商品名タキソール））を接続するところを、別の患者の抗癌剤（5%ブドウ糖液250mL＋イリノテカン106mg（商品名カンプト））を当該患者の薬剤と思いこみ「注射指示及び実施記録」と点滴の氏名を確認せず接続した。患者は抗癌剤投与の際、点滴ボトルに書かれた薬の名前とプロトコールに書かれた薬の名前の違うことを疑問に思い看護師Bに質問をしたが、看護師Bは商品名と一般名の違いだと思い確認をしなかった。看護師Aが休憩から戻り、確認すると別の患者の点滴が接続されていた。
19	実施段階	不明	看護師は患者Aの輸液（ネオフィリン1A+生食100mL）を50mL 2本のシリンジに準備した。準備したシリンジには患者氏名・病室番号・投与日・薬剤名を記入したシールを貼った。同様に、別の看護師は患者Bの輸液（ドルミカム5A+生食90mL）50mL 2本のシリンジに準備し、準備したシリンジには患者氏名・薬剤名・投与日を記載したシールを貼った。患者A、患者Bのシリンジに準備された輸液は薬品保冷庫に保管してあった。看護師は患者Aの輸液を交換する際、薬品保冷庫から誤って患者Bの50mLシリンジを取り出し施行した。看護師は、シリンジに表示してある患者氏名等を記載したラベルの確認をしなかった。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
20	実施段階	障害なし	昼食時、看護師は患者Aの薬を注入しようとする車から患者Aの名前を確認して取り出した。しかしその部屋に入室した時、患者Bの経管栄養が目にとまり、先に接続しようと思った。経管栄養を注入する前に内服を注入しようと思い、手に持っていた患者Aの薬を患者Bに注入した。別の看護師が患者Aの薬を注入しようとして内服が無かったため、患者間違いに気付いた。
21	実施段階	障害の可能性 (なし)	他の勤務者から患者Aへ眠前薬を与えるよう依頼された。病室へ行き「寝る前の薬3錠ですね」といい、その場で服用させた。同勤務者からの報告により、誤って患者Bに患者Aの内服薬を服用させたことに気付いた。
22	実施段階	障害なし	看護師Aと看護師Bが処方箋と照合し各患者のトレイに置かれている内服薬を確認した。その際、患者Cと患者Dの内服薬はそれぞれトレイ内に準備してあった。看護師Bは患者Cに内服薬を注入し、その後、看護師Aが患者Dのトレイを見て内服薬がないことに気づき、捜すと患者Dの空の薬袋がゴミ箱から発見された。看護師Bが患者Dの内服薬を患者Cに注入したと考えられた。
【その他】			
23	指示段階	死亡	患者は、化学療法においてトポテシンを投与していた。トポテシン1回目投与の投与前の白血球は5900、1週間後、トポテシン2回目投与の投与前の白血球は4000であった。更に1週間後、トポテシン3回目投与の投与前の白血球は2550であった。その後、患者の全身状態が悪化した。
24	指示段階	障害の可能性 (なし)	主治医より造影腹CTの指示があった。検査伝票にはアレルギーなしに丸印が付けられていた。その後、検査用の点滴のイオパミロンを施行し、造影腹部CT室に患者を搬送した。帰室後、呼吸苦、喘鳴、冷汗がみられ、SpO ₂ 80代に低下した。主治医に報告し、カルテのアナムネ用紙を見ると、イオパミロン禁止の記載があった。造影剤アレルギーを見逃し、検査施行したことが判明した。アレルギーがある患者には、カルテの背表紙に、アレルギーの印をすることに決まっていたが行っていなかった。主治医もアレルギーがあることを見逃していた。
25	指示段階	障害の可能性 (低い)	患者は、以前にバファリン内服時に軽い呼吸困難を出現した既往があり、耳鼻咽喉科への前医からの紹介状にはアスピリン喘息の疑いが指摘されていた。しかし、麻酔科医は術前診察時に、外来カルテに貼付されていた紹介状を読んでいなかったため、術後鎮痛の目的でロビオン注50mgを静脈内投与し、呼吸困難が出現した。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
26	実施段階	障害なし	維持液のトリフリードが接続された点滴ルートには、側管から抗菌剤がシリンジポンプで投与されていた。抗菌剤投与時はトリフリードの投与を中止し抗菌剤のみ投与する予定になっていた。点滴セットに三方活栓が接続してあったため、点滴セットのクレンメを開放のまま三方活栓で操作をし、抗菌剤を接続した。三方活栓のトリフリード側のラインが閉鎖されていると思い込み、他の処置を行なったが、実際は開放されており、投与を中止するはずのトリフリードが滴下されているのに気が付いた。
27	実施段階	障害の可能性 (なし)	静脈内投与する場合は、30秒以上かけて投与することになっているアルチバを、手術終了後に少量フラッシュ（量不明）をしてヘパリンロックをしたことにより、アルチバが少量、急速に投与された。帰室1時間後にヘパリンロックしたラインよりソルデム3A開始したところ、突然眼球上転、両上肢肘屈曲位で拘縮し呼吸停止となった。その後、バイタルサインは安定した。
28	実施段階	障害の可能性 (低い)	5ヶ月間にわたって肘部にインフルエンザ予防接種を実施した。約1ヶ月後から患者の訴えにより、予防接種後に肘の腫脹があり、診療科で様子観察をしていたが軽快しなかったため、整形外科を受診した結果、滑液包炎と診断された。患者から相談・苦情があり、予防接種者全員を調査した結果、20人に滑液包炎の発症があった。
29	実施段階	障害の可能性 (なし)	主治医が造影剤の副作用に関して説明を行った後に造影CTを行った。オムニパークを注入後、数分して喘鳴が出現、血圧低下、呼吸状態が悪化した。ボスミン、ステロイド剤投与にても呼吸状態は改善せず、挿管し人工呼吸器管理とした。呼吸状態および全身状態はその後速やかに改善し、5時間後には抜管でき、当日中にはほぼ検査前と同様の状態に改善した。
30	実施後の観察 及び管理段階	障害の可能性 (なし)	麻酔導入後、執刀前に、セフマゾンとプリドールの投与を開始した。その数分後、皮膚発赤著明、血圧感知不能の心停止に近いショック状態になった。
31	実施後の観察 及び管理段階	障害の可能性 (高い)	患者は外来化学療法を施行していた。右前腕部に留置針を挿入しカイトリルの点滴を静脈注射し、25分後、抗癌剤（アドリアシン）の投与を開始した。アドリアシンの点滴静注終了後、オンコビンの静注をゆっくり開始した。静注施行中に抗癌剤の血管外漏出に気付いた。
32	実施後の観察 及び管理段階	障害の可能性 (高い)	今までの既往から胆管炎が第一に疑われ、以前から使用歴がありアレルギー症状の出現も認めなかったスルペラゾン（スルペラゾン）を抗生剤として投与することとし、Veen F 500 mL + スルペラゾン 1g/生食100 mLの点滴静注を開始した。直後より嘔気の出現、意識状態の急激な低下を認め、意識状態はJCS 300、頸動脈触知は微弱、気道確保の上、アンビュランスバッグにて呼吸補助を開始した。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
33	実施後の観察 及び管理段階	障害の可能性 (なし)	骨腫瘍に対し、針生検術を骨盤から行った際、検査後に高度な貧血をきたし輸血を行った。生検直前に他医療機関にてワーファリンが増量され、易出血状態にあったことに気付かなかった。また、術前にワーファリンの内服は把握していたが、患者のワーファリンの内服量を十分把握していなかった。結果的にPT-INRが異常高値を示し、採血部位で著明な皮下出血を認めた。
34	その他	障害なし	患者は術後抜釘のため入院した。入院後内服薬確認時、抗凝固剤のエパデールを内服していることが判明し、手術日が5日間延期となった。患者には抗凝固剤を内服するような疾病や既往がなかったため、内服していると思わなかった。
35	その他	障害なし	エンドキサン100mg＋ゼローダ2400mg/日内服、ハーセプチン120mgを点滴にて行っていた。翌日よりエンドキサン＋ゼローダの内服をTS-1 120mg/日に変更した。8日後外来化学療法室での問診で口内炎の悪化、下痢を認め当科外来を受診した。5日間、エンドキサン100mg＋ゼローダ2400mg/日とTS-1 120mg/日を同時に内服していたことがわかった。エンドキサン、ゼローダの内服は終了していたはずだが、患者は余剰内服薬を持っていた。

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				
発生段階	指示段階	0	7	0	0	0	0	0	3	10
	指示受け・ 申し送り段階	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	準備段階	2	1	0	0	0	0	0	0	3
	実施段階	0	1	4	0	0	0	5	4	14
	実施後の観察 及び管理段階	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	その他	0	1	0	0	0	0	0	2	3
合 計		2	11	4	0	0	0	5	13	35

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	7	36	0	0	1	1	1	20	66
	指示受け・ 申し送り段階	3	16	0	1	0	7	0	35	62
	準備段階	88	98	0	2	5	2	18	114 ^(注)	327
	実施段階	14	44	7	0	0	82	18	246	411
	実施後の観察 及び管理段階	0	1	0	0	0	50	0	12	63
	その他	1	4	0	0	0	0	0	55	60
合 計		113	199	7	3	6	142	37	482	989

(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 8 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 7件】 他類似事例 106件			
1	リボスチン点鼻液の指示のところリボスチン点眼液を調剤し、外来患者に渡した。患者自身が使用前に間違いに気付いた。	投与方法が異なる同名の薬剤であった。	・ダブルチェック、指差し呼称を徹底する。 ・薬品管理棚（ラック）に「鼻」「目」「耳」などカラーで明示する。
2	PC画面上と処方された4種類の内服薬の種類・数を確認し、薬剤師に服薬指導を依頼した。翌日、患者へ4種類の薬が渡された。リーダー看護師が内服薬をPC画面と照合した際、マグラックス250mgの指示が330mgの錠剤が病棟に払い出されていることに気づき、薬局へ連絡した。	PC画面上の処方量（mg・mLなど）を見落としていた。用法・容量・処方数・種類を1つずつ確認するのを怠った。薬剤師が服薬指導に入るため、しっかりと確認していなかった。	・基本の確認は必ず実施する。 ・薬剤師が指導するからと安心せず患者に服薬してもらう前に処方指示内服薬を確認する。
3	抗生剤の投与が終了したため、次に投与する点滴に交換した。伝票との照合を慌てて行い点滴を開始した。その後、患者のベッドサイドに訪室した医師が、指示をした「ヴェノグロブリン」ではなく、「ベニロンⅠ」が投与されていることに気付いた。	1人のスタッフが休憩中であった。ナースコールの対応をし、他患の点滴交換など多重業務を抱えていた。	・忙しい時間帯にどうしても投与しなくてはならないものかきちんと考えて行動に移す。 ・自分だけでは手が回らないと思ったら休憩中のスタッフに声をかけ手伝ってもらおう。
4	呼吸器管理中の患者に持続投与されていたドルミカムの輸注ポンプの残量アラームが鳴った。担当看護師が休憩中であったために、別の看護師が薬剤を用意していた。ワークシートには鎮静剤としてドルミカムの指示であったが、プロポフォルをシリンジに吸いかけ、それを見ていた日勤の看護師より指摘を受けて、薬剤が違うことに気付いた。	自分の勤務でプロポフォルでの鎮静が多かったことでの、思い込みがあった。日頃より、薬剤名に混乱している自覚はあったため注意していたが、今回はシリンジの中に「白い薬剤」が見えず、残量が少ないために急いで準備をしていた。思い込んでいた。他の作業を中断したため焦りもあり、ワークシートを手にとってはいたが、確認行為を怠っていた。	・薬剤とワークシートの指差し確認、特に微量投与の薬剤は声に出しての確認を徹底する。 ・使い慣れない薬剤であり、誤投与の怖さを再認識する。
5	小児患者に、ヴェノグロブリンⅢH投与の指示があり、シリンジポンプで注入開始となった。残量アラームが鳴り、注射器に用意してあったものを追加した。指示簿は確認したが注射器内の製剤までは確認しなかった。準夜勤者に交代し、製剤が25%アルブミンであったことがわかった。	請求伝票の時点から誤りがあった。指示簿と製剤、および注射指示箋と製剤を合わせて確認しなかった。ダブルチェックしなかった。違和感を持った時点で再確認をしなかった。思いこんでしまった。施行中の製剤の名前のラベルを、所定の部位に施行者が貼っていても誤りに気がつかなかった。当事者の看護師2名は、小児看護グループに入ってから共に2年目であった。	・血液製剤請求伝票はダブルチェックを必ず行う。 ・請求伝票は指示簿を見て記入する。 ・小児科、患者名、年齢を記入する。 ・注射器の内容がわかるようにする。 ・川崎病に関しての勉強会を開き、疾患について、治療、管理について、再度確認した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	患者に自己注射指導の手技確認を行うために、注射ワークシートと注射を持参しベットサイドへ行った。患者の手技を確認していたところ、注射ワークシートの指示はノボリンNフレックスペンであったが、持参したのはノボラピット30ミックスフレックスペンであることに気付いた。すぐに指示のものに交換し、自己注射を行ってもらい実際に患者が誤注射することはなかった。ノボラピット30ミックスフレックスペンは以前に夕方の注射で使用していたもので、当日は既にオーダーが中止になっており使用していなかった。	患者が複数の薬剤を持っていた。医師の指示の変更が患者に伝わっていなかった。患者が指示の変更を理解していなかった。	患者へ薬品の変更がわかるように伝える。
7	ハイポアルコールの綿球を作る際、新しい包交つばに綿球を入れハイポライト10を入れた。胃瘻造設患者の処置のためそのハイポ綿球が用いられ、使用後に皮膚が発赤した。内視鏡室にいた医師と看護師が異常に気付いた。すぐに病室に戻り生食で洗浄した。洗浄後は皮膚の状態が悪化することはなかった。包交つばは熱を帯びて異臭を放っていた。	ハイポアルコールの綿球を作ることが初めてでありハイポアルコールでなく、ハイポライト10を使うものと思い込んでいた。初めて行う作業であり何を用いるのか確認しなかった。	- ハイポアルコールの綿球を作成する前に何を使用するのか確認する。 - 初めて行う場合、事前に確認する。
【薬剤量間違い 8件】 他類似事例 191件			
8	9ヶ月の患者（体重3.7kg）に、モベンゾシン80mgの投与指示であったが、計算を間違え800mg投与した。モベンゾシン1gを5mLで溶解し、0.4mL使用したところを4mL使用し、10倍量の投与となった。看護師が注射指示書に記載されていた計算式の間違いに気付いた。	薬剤準備から投与の過程で複数の看護師が介入しており責任の所在が曖昧であった。ダブルチェックを実施しているが、ダブルチェック実施の方法が統一されていない。抗生剤の作成方法（希釈方法）が統一されていない。抗生剤投与時間が夜間の人手の少ない時間帯であった。抗生剤の規格が成人用の規格で小児用の規格がない。	1g = 10mL、0.5g = 5mL、0.75g = 7.5mL、0.25g = 2.5mL等、抗生剤のg数により希釈量を統一する。 - 夜間帯の投与時間は比較的人手が多い時間に変更する。 - 薬剤準備は受け持ち看護師と同じチームの看護師が行なう。 - 注射指示書に薬剤希釈量の計算式を記入し、2名でダブルチェックし実施のサインとチェックの印を残す。
9	急性上気道炎の患児にムコダインシロップを処方した。オーダーリング画面は全て力価であるため、体重10kg相当の300mgを処方するところ300mL処方してしまい、予定量の約50倍になってしまった。	オーダーリング画面を再設定した8月に表示が、mgからmLに変更されていた。事務は、薬の単位表記が何種類かあることを知らなかった。医師は、力価で表示されていると思い込んでいた。院内薬局、院外薬局からの間違いの指摘がなかった。	- オーダーリング画面を再設定した際、連絡を行う。 - 医師が、薬の単位を再確認する。 - 薬剤師による再チェックを行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	23時の血糖値の結果がスライディングにかかったため、皮下注射ヒューマリンRを2単位(0.02mL)行うことになった。準備をしたが、インシュリン用のシリンジではなく1mL規格のシリンジで0.2mLインシュリンを吸っていた。ダブルチェックの際にシリンジが違うことを指摘された。	専用シリンジでインシュリンを使用していなかった。	・おかしいと思った時点で、先に進まずにその作業をやめて確認する。
11	タスモリン散1%0.6mg1×7日分で全量0.42gのところ10倍量の4.2gを秤量し調剤した。監査で発見されず病棟に払い出し2週間分服用した。	タスモリン散が0.6mgと少量で出ることは稀なことであり、常用量の0.6gと見間違えてしまった。	・散薬の単位がmgであったりgで表示されているもので、単位に気を付けて調剤を行ない監査を徹底する。
12	医師に電話で4時間尿量を報告し指示を確認したところ、医師は「ラシックス半筒」と指示したが、3筒と聞き間違え「3筒ですね」と復唱したところ、医師は半筒と聞き間違え「はい」といった。ラシックス3アンプルを静脈注射し1時間後尿量が約1000mL出たため補液負荷を行った。翌日、医師に尿量を報告した際、指示したラシックスと量が違うことが判明した。	注射薬品に対する知識が不足していた。自分ひとりで判断し指示を受け、実施した。	・安全管理委員会で院内で口頭指示を行うとき「半筒」という指示は禁止し「0.5筒」ということに決定しリスクマネージャー会議で周知した。 ・口頭指示は大きな声で復唱し複数で確認する。 ・新卒看護師は口頭指示を受けたときは指導者に指示を確認してから処置を実行する。
13	上級医より、9kgの小児患者に対して抗生剤を100mg/kgで処方するように指示され、投与量300mg×3回/日のところを900mg×3回/日と間違えて、1回のみ投与した。看護師より投与量が多いことを相談され、当事者と看護師はそれぞれ本日の治療薬を再確認したが、今回の間違いには気付かなかった。患者に投与後、別の上級医が抗生剤の投与量が多い事に気付いた。	看護師とも再確認したが、気付かなかった。	・慣れない処方については、上級医と共に処方する。
14	プレドニン8mgを1日に2回投与していた。注射箋ではプレドニン10mgとなっていたため、手書きで書き直すようにしていた。5日後の注射箋は書き直しておらず、日勤看護師がに投与する際に、注射箋にある10mgを投与してしまった。準夜看護師が注射箋と対症指示とを照らし合わせ、異なっているため過剰投与に気付いた。	次の日の注射箋を作成する際に、プレドニンの量を書き換えていなかった。また、対症指示と注射箋を日勤看護師が関連付けて把握できていなかった。	・日々の担当者が対症指示と照らし合わせて最終確認を行うようにする。 ・薬剤を投与する際に、対症指示と必ず照らし合わせるようにする。 ・指示が変わった場合は、対症指示にも入れてもらうようにする。 ・指示の数量が変わった場合は注射のオーダーも必ず出し直してもらう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
15	自己管理で開始となったベイスンの内服状況を確認すると、1日3錠、7日分処方されていたが、残3錠であった。確認すると1回3錠を1日3回内服（計9錠/日）していた。	他にも自己管理の薬があり、抗糖尿病薬も自己管理にしていた。薬袋に処方箋も一緒に付けて渡っていたため、「用量/日数」と見間違えていた。内服開始後より、内服の確認が出来ていなかった。	・特に低血糖の恐れが考えられる薬は、はじめは看護師が配薬する。 ・分かりづらい処方箋は患者には渡さない。 ・内服時には必ず看護師が確認をする。
【方法間違い 2件】 他類似事例 14件			
16	患児にオメガシン20mg点滴の指示があった。心房ルートのカVPラインの側管につなげるつもりがDOAとDOBラインの側管につなげてしまい輸液を開始した。BP、HRが上昇したためすぐに気付いた。	印が三方活栓から離れたところについていた。ルートをたどる基本動作を行っていなかった。	・ルートをたどり注射されている薬剤を確認する。 ・薬剤を明記した印を見やすい位置につける（離れた所につけない）。
17	患者家族から、いつもと違ってランドセン細粒の1包量が多いとの問い合わせあり。処方箋を調べた結果、10日分のところを30日分秤量していたことが判明した。	手書きの数字を投与日数と勘違いした。確認不足。抗てんかん薬は長期投与で処方されることが多いという思い込みがあった。	・投薬日数をよく確認する。 ・また、監査時も、マニュアル通り確実に確認する。
【速度間違い 6件】 他類似事例 136件			
18	点滴速度を40mL/hから20mL/hへ変更の指示が出ていた。輸液交換の時、流量変更を行うのを忘れてしまった。次の勤務者が気付く訂正した。	指示伝票で滴数の確認をしなかった。点滴交換の時、家族との話に気を取られていた。	・点滴開始の時には、指示箋と注射箋で薬剤、投与方法、流量などを声だし・指差し確認を徹底する。
19	ソルデム3AにKCL混注し、60/hにて投与していた。少し遅れていたために少し早めに調節したが、1時間後の点滴速度の観察を怠ってしまう。2時間後に2時間程過剰投与していたのを発見した。	点滴は加圧バックの裏になっていて、観察しにくい状況だった。	・毎時間の点滴確認を行えるよう、時間管理できるようにする。 ・ルート整理を行い、点滴速度がすぐに見れるようにする。 ・点滴が遅れた時点で、リーダーに報告し、自分で判断しない。
20	朝に抗生剤の点滴を行った。その後、抗生剤の点滴を維持液につなぎ変えたとき、維持液の流量を間違え、30mL/hを50mL/hと多量に投与した。他の看護師が間違いに気付いた。	確認不足、思い込んでいた。	・薬剤の流量は点滴ボトルだけでなく、指示簿とも照らし合せ、確実に流量を間違えないようにする。 ・訪室した時に必ず点滴の流量を確認する。 ・点滴ボトルに流量変更をわかりやすく書く。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
21	5 F U、ランダ投与の患者。13時に医師とともに5 F U作成確認したが「20 mL/h」とボトルに記載すべきところ「40 mL/h」と記載した。その後14時の更新時やバッテリー切れで輸液ポンプを交換する際は指示書をもとに「20 mL/h」でセットしたが、ボトルの「40 mL/h」の誤記には気付かなかった。16時過ぎにMRI検査を行い、帰宅後、別の看護師がボトルに記載されていた「40 mL/h」でセットしてしまった。1時の確認時に40 mL/hで投与されていることを発見した。	点滴作成時にボトルに流量を間違えて記載してしまった。点滴更新時や輸液ポンプ交換時にボトルの誤記を見過ごしてしまった。準夜と日勤看護師が確認をしなかった。	- 点滴ボトルに流量を記入する場合は指示箋に基づいて行う。 - 勤務交代時、患者の都合で確認できなかった場合はチェックしておき、後で必ず確認することを徹底する。
22	成人用の点滴ルートを用いて点滴を開始していた。患者はそのまま、病棟に来られ、入院となったため、入院後も成人用ルートで輸液が行われていた。準夜帯で、点滴の滴下数を確認した。80 mL/hの投与予定であり、本来ならば、成人用ルートで20滴/分で投与すべきところ、小児用ルートが接続されていると勘違いし80滴/分で滴下されていた。そのため、予定の時間よりも早く点滴が行われた。	成人用ルートでの滴下であるという認識が欠如していた。成人用ルートの使用は初めてであった。夜勤帯で忙しく焦っていた。点滴のボトルが滴下により変形していた。そのボトルの形を整えずに見ていた為、正確な残量の確認が出来ていなかった。	- 成人用ルートであると申し送りを受けた際には、ワークシートに目立つように記入し、確認が行えるようにする。 - ボトルの残量を確認する際にはボトルの形を整え、残量と終了時間の計算を行う。 - 小児用のルートに交換する。 - 成人用ルートである場合、滴下数を計算し、ワークシートに記入する。 - ルートを刺入部からボトルまでたどり、成人用ルートか小児用ルートかを確認する。 - 体動により滴下数が変動しやすい場合は、ポンプの使用を検討する。
23	薬剤量に変更されていることに気付かず、前日分のワークシートと同じ投与量をワークシートに転記し、薬剤を交換したが、DOA+DOB 0.7 mL/hのところ1.4 mL/h、パルクス0.7 mL/hのところ1.3 mL/hで投与していた。その後、主治医が発見した。約3時間半の間、2剤が倍量投与されていた。	15時からの点滴ワークシートを確認する際、前日分と投与速度等の指示が変更されていることに気付かず、前日分と同様であると思い込んだ。前日分と同様の滴下数を転記した。新しいワークシートと前日分のワークシートとの照合時の確認が不足していた。修正されたワークシートが多数出力されており、確認がしにくかった。医師へ確認・依頼をしなかった。	- 当日分のワークシートを組む際、前日分のワークシートの確認（薬剤名、規格量、投与量、投与方法、投与経路などの指示内容）を確実にし、内容が前日と異なる場合は、医師へ必ず確認を行う。 - 医師の指示部分の転記は絶対に行わない。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【対象者間違い 2件】 他類似事例 35件			
24	同室患者の点滴と間違えて点滴を交換してしまった。その際、点滴の内容は確認はしたが、名前の確認はせず、患者認証も出来ていなかった。また、患者家人に名乗ってもらい点滴の確認をすることも、出来ていなかった。その後、家人が患者間違いに気付いた。点滴の内容は同一であることを家人に説明し、児への影響はなかった。	注射ワークシートで薬剤名、速度を確認したが、訪室時に点滴を交換する際、本人、家族に名前を名乗ってもらい確認することが出来ていなかった。PDA（携帯情報端末）による患者認証を行っていなかった。	・本人、家族に名乗ってもらい、点滴の内容、名前が合っているか一緒に行う。 ・急いでいる時でもPDAを必ず使用する。
25	夕薬を配薬時、薬の入ったボックスから患者Aの薬を取り出した。患者Aの薬袋からリビートル1錠を取り出し、同室患者の患者Bに与薬してしまった。薬袋をボックスに戻す時、再度薬袋の名前を確認したところ、患者の間違いに気付いた。	患者確認をベッドネーム、ネームバンドで行わず、顔を見ただけで確認したつもりになっていた。手にしている薬を患者Bの薬だと思い込んでいた。リビートルがどのような薬なのか理解していなかった。	・患者確認を行う際は、必ずベッドネーム、ネームバンドと処方箋、薬袋の氏名を照らし合わせる。 ・患者の氏名を患者にも聞こえる声で確認する。 ・薬剤の内容、患者の疾患を理解した上で与薬する。 ・指差し確認を怠らない。
【その他 8件】 他類似事例 474件			
26	TS-14C分2で内服を開始し、3週間で終了する予定であった。その日の与薬係が3週間で終了することに気付かず主治医ではない医師へ終了を伝えた。依頼された医師は再処方した。薬剤部で調剤され、処方整理した看護師も気付かず内服させてしまった。薬剤部から終了しているのに処方されていると指摘があったため誤りに気付いた。内服は1回分であったので患者への影響はなかった。治療開始前に患者へは主治医から内服期間についての説明があった。	与薬係の看護師が主治医ではない医師へ終了を報告し、投薬剤の処方を依頼した。依頼された医師は主治医に確認せず処方入力した。抗癌剤プロトコールが医師・看護師・薬剤師間で十分共有されていなかった。服薬指導を3回行っているが患者の理解も不十分だった。	・看護師は期間限定の処方に関しては開始時点で○/○～○/○までと与薬ボックスに明記する。 ・医師は入力の際にコメント欄に○/○～○/○までと入れる。 ・化学療法プロトコール一覧表でスタッフへ示す。
27	IVHから輸液を投与し、側管でインスリン持続注開始した。途中、イントラリボス側注を同じルートで行った。管内に満たされていたインスリン5単位分ワンショットで行った事になり、血糖値が53と低下した。	投与後のことを予測できていなかった。	・別ルートにする。
28	患者の体温が38.3℃であり、38℃以上でロキソニン使用の指示があった。クラビット内服中であつたが、そのことに気付かず内服させた。その後、併用注意の2薬剤であることに気づき、医師にて指示変更となった。	クラビット内服中であることに気付かなかった。	・指示受け時、ミーティングの際、併用注意の薬剤を使用していないか確認していく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	ブスコパン使用予定であり、問診表にそって話を聴いた。患者は大動脈炎症候群と甲状腺機能亢進症の治療中であった。その旨を記載した。医師は患者の所へ話をしに行き、指導医に確認（大動脈炎症候群のみ報告）後、ブスコパンの筋肉注射の指示を出した。「ブスコパン打っているんですね」と確認し準備をした。他看護師が筋肉注射を行い検査が行われたが、途中で動悸を訴え検査中断となった。	医師に指示出しまでの経過を聞くと、大動脈炎症候群についての確認はしたが、甲状腺機能亢進症の項目は確認しなかったとの事だった。	・禁忌疾患や慎重投与の疾患のある場合は、医師の問診だけに頼らず、出来る範囲で細かい情報を取り、アセスメントする。 ・現在治療中の方にブスコパンの指示が出たら、「○○と▲▲の治療中ですけど、ブスコパン1Aでいいですね。」と強調しながら確認をする。
30	麻酔終了後に、手術室に薬剤師が来て、未使用の毒薬および麻薬を回収した。全てのマスキュラックスを渡したつもりでいたが、調剤の袋に入ったまま、手術室の棚に置き忘れていた。このとき、本症例以外に複数の症例の薬剤を一括して返却したため、返却薬の不足分に気付かなかった。この日が金曜日で、次の月曜日に手術室に置き忘れられた薬剤に気付く、初めて返却忘れに気付いた。	麻薬は、手術室で返却薬剤と処方箋が照合され、不足についてはその場で確認される。それに対して、毒薬を含む他の薬剤は、処方箋が調剤部にあり、本件のように照合箋を含む調剤袋ごと返却を忘れてしまうと、手術室薬剤部では不足をチェックすることができない。	・返却する際に、薬剤の種類と数を確認する。 ・調剤部で前日の処方箋と返却薬剤を照合し、不足分については、手術室に確認する。 ・また、複数の症例の薬剤を持ち合わせていたことも、本件の一因と考えられるが、金曜日は症例数が多く、一人の麻酔科医が担当する症例も多い。その都度、薬局に薬剤を保管し、取りに行っていたのでは、手術の回転に差し障るため今後検討する。
31	小児患者に処方されたコランチル顆粒を家族が内服させようとしたところ、薬袋内に薄いオレンジ色のビニールが入っているのを発見した。前日、当日に色が付いた物の粉碎処方が無く何のものか特定できなかった。	・散剤分包機が不十分であった。監査時に確認が出来ていない。	・清掃を徹底する。 ・監査時散剤を動かしながら異物混入していないか確認の徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
32	○ / 27 処方箋の下方に、「リウマトレックス○ / 26 は内服欠→次は△ / 3、フォリアミン○ / 28 は内服欠→次は△ / 5」と記載されていた。○ / 27 朝7時内服薬を配薬する際、持参薬と院内処方薬を照合し、院内処方の中に、リウマトレックスとフォリアミンがセットされていないことに気付いた。同夜勤の看護師に報告し、パソコンで確認したが、どこにも中止と指示がなかったこと、医師より○ / 26 の時点ではリウマトレックスを○ / 27 に内服してくださいと言われていたことから、内服するものと判断し、内服させた。○ / 26 日勤看護師は○ / 26 に医師より「○ / 27 のリウマトレックスは内服中止で」と口頭指示を受けており、処方箋の下方に赤字で記入した。日勤看護師は準夜看護師に申し送るためのフリーシートを間違えて破棄しており、日勤リーダーと準夜看護師へはリウマトレックスについて申し送られていなかった。○ / 27 9時頃日勤看護師に指摘され、内服しないはずの薬を内服させたことに気付いた。	○ / 26 の日勤看護師が医師からの内服中止であることの口頭指示を申し送っていなかった。その指示を処方箋の下方に赤字で記入しただけで、申し送りをしていなかった。リウマトレックスが大切な薬剤であるという意識が低かった。セットされていた内服がおかしいと気付いた時、日勤看護師または医師に確認をとらなかった。○ / 26 の時点で医師から指示されていたことを信用していた。	・次の勤務帯の看護師へ変更になった点を申し送りをする。 ・持参薬から院内処方へ切り替えとなった場合は、配薬ボックスの中に持参薬がないか確認をし、持参薬を本人へ返却する。 ・中止となった薬には、中止と薬に記載するようにする。 ・医師からの口頭指示は紙面に記入し、記録を残すようにする。また、医師に指示をPC入力にしてもらうようにする。 ・セットされている薬がおかしいと感じた時は、前の勤務の看護師または医師に確認をとるようにする。
33	薬剤部から上がってきたフローランを点滴伝票と確認し、冷蔵庫に保存しなければならなかったが、冷蔵庫に保存するのを忘れた。	薬剤が薬剤部から上がってきているのを見たが、処置が終わってから確認しようと思い、忘れてしまった。後で確認しようと、先に点滴伝票に捺印してしまっていた。	・定時の点滴の指示受け時は、薬剤部から上がってきた薬剤と点滴伝票が合っているのか確認してから、捺印をする。 ・点滴のオーダーが出たときは、その薬剤の保存方法を確認し、室温に置けないものであった場合、保存方法に注意しなければならないため、処置板に記入する。

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	2	2	2	0	4	12
入院後、改めて持参薬 を処方した際		1	2	1	3	0	1	8
薬の 管理時	患者自身が管理	0	3	5	8	2	11	29
	病院側が管理	3	29	14	17	8	23	94
退院時		0	0	0	0	0	6	6
その他		0	1	3	5	1	14	24
合 計		6	37	25	35	11	59	173

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 2件】 他類似事例 4件			
1	患者より眩暈、頭痛などの訴えがあり、内服薬を確認したところ2日前より持参薬から当院の処方薬に変更になっていた。持参薬ではデパケンR錠100mg3錠分3を内服していたが、当院で処方する際、当院採用のデパケン錠200mg3錠分3で処方し、倍量処方となっていることが判明した。医師は、持参薬識別票の当院採用薬に記載されていたデパケン錠200mgにRがないが、用量についても同量に該当すると思い、そのまま処方し、看護師も気付かず与薬してしまった。	処方量などを間違いやすい持参薬識別票の表記であった。	- 持参薬識別票に当院採用薬がある場合、mgの相違などをカラーで表示、あるいはマーキングをするなど注意を促進できるようにする。 - 薬剤師からの問診を含めた持参薬識別の実施と処方チェックを行うようにする。
2	患者の持参薬確認で、チェック表にはリーゼ0.5Tと記入されており、リーゼと思い投与したが、後でリーゼのように外形が丸くなかったことに気付いた。翌朝持参薬を確認し、薬局に鑑別を依頼するとアモバンであった。	他院の薬で処方箋なかった。薬袋に薬剤名の記載がなかった。薬が半分に割られて新たに包装されており、わかりにくかった。	持参薬は薬剤部で点検確認してもらう。
【薬剤量間違い 過少・過量 10件】 他類似事例 52件			
3	持参の内服薬を管理投薬できるように新しい薬袋に振り分ける際、薬袋に内服量を間違えて、デパケン6包分3と入力すべきところ、3包分3と記入してしまったため、指示量の半分量しか投与されなかった。	持参された他院の各薬袋には複数の薬が一緒に入っており、錠剤の投与量が「1」と記入されていて、間違った薬剤は粉末剤で、投与量「2」と記入されていたが見落としてしまった。	- 他院の処方投与方法が複雑であるので、新しく転記し直す場合はダブルチェックを行う。 - もしくは当院で新しく処方してもらう。
4	白内障の手術のため他科より転科された患者であった。詰所管理の内服薬がなくなるため、処方を外来を通して依頼したところ糖尿病薬を過剰に与えていることがわかった。本来はアマリール1mg4T/2×のみを内服するところ、さらにオイグルコンの同効薬ダオニール1.25mg2T/2×を与えていた。眼科主治医に報告、血糖は304mg/dLであり症状変わりがなく、経過観察となった。前科で代行の医師が過剰に処方し、前科の看護師も与薬を行っていた。転科時の確認の時も気付かれず発見が遅れた。	前科主治医の「中止」指示がカルテ上になかった。転科時の内服の申し送りで使用されていた入院時持参薬一覧表と定期処方の用紙上はダオニール中止の記載がなかった。「中止」指示が確実に看護師に伝わっていなかった。	- 主治医に報告、血糖チェックし経過観察とした。 - 指示に関しては、口答指示は、一時的に鉛筆書きなどで記録を残すなどし、後ほどカルテに確実に指示を記載してもらう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	入院時看護師が持参薬（ワンアルファ 0.5 μ g 錠、アスパラ C a 200mg 錠）を確認して、本人に自己管理して内服するように指導した。持参薬内容は看護記録にその他の薬剤とともに「ワンアルファ、アスパラ K」だけ記入した。2日後、持参薬が少なくなり、主治医に処方依頼した。主治医は看護記録を見て、ワンアルファ 1 μ g 錠とアスパラ K 300mg と処方してしまった。薬局より処方が届き、看護師は持参薬と処方薬は同じ物であると思い込み一緒に薬袋に入れてしまった。翌朝の勤務看護師が薬袋より薬を確認すると入り混じって入っていることを発見した。	当院では「ワンアルファでは 1 μ g 錠・アスパラではアスパラ K 300mg 錠」しか採用されていなかった。研修医による処方であったが、上級医師の確認がされていなかった。看護師は薬品名の間違いや単位数まで記録していない。当院採用されている薬剤は「アスパラ」では「アスパラ K」しかないため、思い込んでいた。	・研修医の処方に対しては、上級医師の確認が必要であることをもう一度注意喚起した。 ・他施設の薬剤は薬剤鑑定を依頼する。 ・記録の際、薬品名と単位も記入する。 ・転記する場合は間違いがないよう確認する。
6	他院から転院してきた小児患者で、他院ではエレンタール 80g を 2 袋使用しており持参してきていた。当院にはエレンタール P 40g のものを使用しており、4 袋使用することになっていたが、経管栄養表にエレンタール 80g 2 袋と記載してあったため、半量しか入らなかった。	エレンタールの規格違いに気付かなかった。持参したもののから当院処方分に切り替わる際に、経管栄養表の記載変更をしなかった。毎回の栄養液準備時は表を見て行っているため、間違いに気付かなかった。	・処方箋で受領する栄養液は処方箋確認を行う。
7	レトラックとムコスタを重複して内服させてしまった。入院時持参薬でケンタンとムコスタとその他薬剤が多数処方されており入院後も続行と指示が出ていた。その薬以外に、主治医からレトラックとムコスタが処方されていた。ケンタンとレトラックが同じ薬品だとわかってはいたが、持参薬の確認と、入院時処方の確認を別々のタイミングで行ってしまったため、どちらかを中止していなかった。また、持参薬は自己管理で、当院処方だけが看護師管理となっていたことや、配薬した看護師も持参薬を確認していなかったため、重複して内服させてしまっていた。	持参薬と入院時処方指示受けしたとき別々のタイミングで確認してしまい、重複したことに気が付かなかった。持参薬の続行という指示があったうえで、処方が出ていた。	・入院時には必ず持参薬と入院時に処方された薬をまとめて、薬剤室で薬を確認してもらっていく。 ・このことを徹底していく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
8	持参薬処方準備をする際に、数を間違えて準備していた。受け持ち配薬に変更する際、残薬チェックをした時に間違えて準備していた事が発覚した。酸化マグネシウムを内服中であり、3g分3毎食後の指示であったが、1包0.33gで1回に1g内服する分を0.33g1包が1回の内服分だと思いこみ分包していた。	0.33g1包が1回の内服分だと思いこみ、分包していた。	・分包処理をする際には、薬剤のg数まで把握し、分包するようにする。
9	内服薬を時間配薬している患者に対して、入院時に持参された緩下剤、整腸剤が切れたため、追加処方してもらった。しかし、実は持参分に残薬があり、配薬カート内に同じ内容の薬袋が2つ（持参分の薬袋と追加処方分の薬袋）あった。同内容であることに気付かず、それぞれの薬袋から薬を取り出し、重複して配薬していた。昼食後の配薬時に気が付いて発覚した。	配薬時に確認したが、機械的に薬を取り出していたため、重複していることにすぐ気付かなかった。処方内容にもっと注意を払い、気を付けることが必要だと感じた。また、持参分が切れたため追加処方となったのだが、実際にはまだ残りがあり、処方を依頼した看護師がその時点で確認していなかった。	・配薬時の確認は、薬の名前、飲む時間、個数全てに注意する。 ・持参分が切れて追加処方となる際には、カルテの印鑑欄のみ見るのではなく、実際の残数を確認する。
10	深夜、朝の薬を準備しているときに、グルコン酸Kが二重投与されていることに気付いた。○月17日の朝・昼・夕に二重投与されてしまっていた。主治医へ報告し、経過観察となった。	持参薬を新しい薬袋に入れ替えて準備した。その時に粉碎された薬が2種類あり、ひとつはグルコン酸Kと印字され緑の線が入っていた。もうひとつの薬は、情報提供書の内容からカリウムであるとわかったが、グルコン酸Kとカリウムが同じ薬という認識がなく、別の処方として袋を準備してしまった。	・知識が不足していた。 ・印字のない粉碎薬の確認が不十分であった。
11	持参薬がなくなり次第当院処方分を与薬すべき所、既に薬剤部から配送されていた当院処方の薬剤を持参薬と一緒に与薬し2倍量の薬を与薬した。重複した薬剤はゾゴキン（0.125mg）とセロケン（20mg）であった。	持参薬は分包、当院処方分は未分包で配薬看護師は同じ薬剤と思わなかった。持参薬管理表の運用が不十分で持参薬取り決め事項を遵守しなかった。持参薬がなくなり次第当院処方分へ切り替わることの伝達が不十分であった。配薬時処方箋と照らし合わせ配薬するという当院のマニュアルを遵守しなかった。薬剤師の服薬指導が出来ていなかった。	・服薬指導を充実させる。 ・持参薬管理マニュアルを遵守する。 ・配薬看護師は配薬時の、当院マニュアル「患者確認・薬剤確認」を遵守する。 ・医師はオーダーリング「備考欄」に与薬開始月日を正確に入力する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
12	患者の自己管理の持参薬ガスター2錠/日(2回)は○/26から内服中止の指示が出ていた。○/30の朝、患者よりガスターが不足するとの訴えがあり、確認すると点滴内にガスター20mg 混中の指示があり、ガスター錠の内服は不要であった。○/26からガスターが4日間、内服と注射の重複与薬されていたことが判明した。患者に確認すると中止の説明は聞いていないと云われた。	内服薬の中止の指示が出た時点で、患者の理解の程度を把握した説明を十分行なっていなかった。患者の自己管理薬への理解を確認し、中止薬をそのまま患者の保管とするか、スタッフステーションに持ち帰るかの判断を行なっていなかった。	・中止薬の処理に付いての判断を行なう。 ・自己管理のまま薬剤を中止した場合は、次の勤務者が必ず再確認を行なう。
【投薬・内服忘れ 7件】 他類似事例 28件			
13	入院時、持参薬において2種類内服中止となり薬袋に中止と記入し、家人へ指導し渡していたが、続行の薬の1種類も中止していた。尿量の減少、浮腫の増強にて確認したところ判明した。	家人への指導が不十分であった。家人管理後の内服確認が不十分であった。入院時の管理方法の徹底がされていなかった。	・持参薬の内服続行・中止の有無を明確にする。 ・管理方法のチャートを使用し管理方法の決定を確実に実行する。
14	パーキンソン病の薬剤量調整目的で入院した患者は、外来処方残りの薬を持参して来ため看護師が預かり整理した。指示はベルマックス250μg(1.5-1.5-1.5-1)の指示だった。看護師は夜寝る前の薬の袋にセンノサイド、ベルマックスと書いてあったが「ゲザイ」と書かれた散薬だけでベルマックスが入っていないことに気付いた。4日間寝る前のベルマックスが投与されていなかった。	入院時の製剤確認、整理を行った看護師2名はどちらも間違いに気付かず整理した。処方袋、薬剤手帳などで確認しなかった。	・薬剤師に持参薬の確認、整理を依頼する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
15	2泊3日の化学療法目的で入院した患者の持参薬にオキシコンチン3錠/分3、オプソ3包（頓用）、リタリンがあった。入院時担当の看護師Aは、患者のアナムネを聴取し持参薬確認を行ったが、薬の内容までは確認しておらず薬剤師に任せていた。薬剤師は患者面接にて持参薬を確認し、オキシコンチンとオプソは金庫管理とし、リタリンは師長と相談し患者管理とした。薬剤師は用法も把握しており、患者の受け持ち看護師Bにはオプソの頓用時間（深夜服用）を強調して説明した。看護師Bは入院診療計画書を持って患者の所へ行行った際、「麻薬については、好きな時に好きなだけ飲むようにと言われている」と患者から聞き、オキシコンチン、オプソ共に頓用と思い麻薬施用票を作成した。各勤務間の申し送りも頓用でなされ、オプソは退院前日に服薬されたが、オキシコンチンの服用なく経過した。退院時に薬剤師がオキシコンチンがそのまま残っているのに気づき、無投薬が発覚した。	麻薬処方箋には用法・容量共に記載されていたが、薬剤師からオプソ頓用の説明があり、また患者からも「麻薬は好きな時に好きなだけ・・・」の発言が聞かれ、オキシコンチンも頓用と思った。現行の麻薬施用票には用法記載欄があるが、当該病棟では旧式の施用票を使用しており、今回の施用票にも「オキシコンチン3ヶ」のみ記入されていた。麻薬管理は師長が行うが、施用票の記載を見て頓用と思っていた。薬剤師が毎日定期的に麻薬の残数を確認する体制にしていなかった。	・施用票作成時は、処方箋または処方画面、お薬手帳を照らし合わせて確認し、用法も記入する。 ・薬剤師は1日1回、必ず麻薬の残数を確認する。
16	リウマチが既往にあり、不明熱で入院した患者は入院時に持参薬があり、自己管理としていた。看護師は「薬飲んでくださいね」と声掛けはしていたが、内服確認までしていなかった。入院から6日後に患者が内服していなかったことが判明した。患者は予防的に飲んでいるので入院したら飲まなくてよいと思っていた。	医師・薬剤師・看護師から自己管理薬についての説明が十分でなかった。患者の同意を得ていなかった。内服確認をしていなかった。	・入院時に、医師・薬剤師・看護師から持参薬の内服についてもしっかり説明をする。 ・患者の内服についての意志確認をし、同意を得たことを記録する。 ・看護師は声掛けだけでなく内服も確認する。
17	入院時より持参薬を薬剤師が小袋に入れセットし継続していた。しかし、タケプロンのみが持参薬の残数と合わず臨時で処方されていた。看護師管理で配薬をしていたが、小袋にまとめて入っていたため確認を怠り、きちんと処方通り入っていると思い込んでいた。8日の夜勤看護師が配薬時に確認をしたところ、タケプロンのみセットされておらず、4日より内服していなかった。朝の内服を配薬中に薬が足りない事に気づきカルテを確認したところ、4日より処方が切れており、4日間内服していないことを発見した。	毎食後の内服薬がそれぞれ小袋に入っていた。朝の内服は全部で10錠あった。処方箋は修正が多く、見にくかった。きちんと入っているものだと思い込んでいた。	・処方が切れる日付を処方箋に記入する。 ・一つ一つ錠剤を処方箋と確認をする。 ・配薬時処方箋を必ず確認してから配薬する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
18	手術のため、持参薬であるエパデールSを中止していた。主治医の指示で、明日から再開となり、看護師は指示を受け、受け持ち看護師に伝えた。受け持ち看護師は患者に再開することを伝えた。患者は入院時から持参薬を自己管理していた。約1週間後、薬剤師が服薬指導をしたときに、エパデールSが再開されていないことがわかった。患者は医師からは再開の説明を聞いていないとのことだった。	医師の患者への説明不足と、看護師の自己管理患者へのチェック体制の不備があった。また、薬剤師も関与が遅くなったことから、医師・看護師、薬剤師の連携にも問題があった。	・医師はまず説明責任を果たすこととした。 ・看護師は自己管理の患者へのチェックを必ず行う。 ・医師から薬剤師へ、中止薬や変更等の服薬指導の指示を出す。
19	左白内障術後1病日の患者が「胸が苦しい。」と訴えた。12誘導心電図を施行した。自己管理中の持参薬ニトロダームTTSを前日の朝入院前に更新し当日は更新していなかったことに本人が気づき更新した。その後主治医診察時には症状軽快していたため様子観察となった。	クリニカルパスには外来からニトロダームと記載されていたが、入院時の受け持ち看護師が実際の薬と照らし合わせて確認していなかった。本人にニトロダームTTSの最終更新時間を確認していなかった。当日の受け持ち看護師も更新時間を確認していなかった。	・入院時は必ずクリニカルパスと薬とを照らし合わせて確認する。 ・貼り薬は最終更新時間を確認する。
【用法間違い 4件】 他類似事例 7件			
20	他院からの持込薬でフェロミア1C1×Aと薬袋に記されているのを見て朝服用するのだと思い、朝食後配薬し内服された。後で他のスタッフにAが夕の意味であることを聞いて間違いに気付いた。	当院では処方箋に朝食後、毎食後、就眠前など日本語で内服をいつするか記載されており、いつもはそれを見て配薬しているが、Aの意味を正しく理解していないにもかかわらず朝食後と思い込み配薬した。院内約束処方録にはAの意味も記載されており、新人の教育プログラムの中で聞いてはいたが覚えていなかった。	・教育内容を見直す。
21	持参薬確認を薬局に依頼した。その記録を基に看護師が内服薬のセットをした。検査のために一部の薬を内服させ、終了後に残りを内服させようと確認し、フェノバルビタール3回/日のところ1回/日と薬局の記録が誤っていたことに気付いた。	薬剤師1人で持参薬確認をしている。半透明の袋に入っていたので内容を認しにくかった。お薬手帳など薬の情報が薬局に届いていなかった。	・複数の薬剤師により確認する。 ・お薬手帳等の情報が薬局に届くように、入院案内にお薬手帳持参のお願いを記載した。 ・持参薬依頼用袋の中に入れる用紙にお薬手帳等の欄を設け、情報が薬局に届くようにした。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	ショートステイ入所時にハイセレンとムコダインの薬を持参してきた。朝夕2回服用する薬であったが、与薬車にセットする際、朝昼夕の3回服用するようにセットしてしまい、2日間与薬していた。3日目に病棟が変わることになり、残薬を確認している際数が不足しており、服用回数が違っていたことに気付いた。	入所時処方箋など与薬方法の分かるものを持ってこなかった。服用方法の確認が不十分だった。与薬時確認する物がなく、セットのまま与薬していた。	・ショートステイ入所時には必ず処方箋控えなどを持参してもらう。 ・家族に服用方法など確認する。 ・与薬時確認できる処方箋控え又はそれに変わるメモなどを入れ確認する。
23	自宅では、妻が内服管理されていたため、入院後は看護師管理としていた。当院脳外科の処方であったが、入院時持参薬報告書に転記しカルテにはさんだ。持参薬報告書にはシンメトレルの内服は朝と記載していた。しかし、次回処方より朝夕の指示であり、主治医に増量なのか確認すると、以前からのオーダー内容に変更はなく分2の処方であり、転記違いが発覚した。	持参薬がある場合、転記していた。	・薬剤説明用紙を持参している場合は、入院時持参薬報告書に転記せず、コピーしカルテにはさむようにする。 ・薬剤説明用紙がない場合は、オーダーシールを出してもらい入院時持参薬報告書に貼っていくようにする。
【その他 10件】 他類似事例 49件】			
24	TAE施行患者に対し、治療後内服する酸分泌抑制薬を2日間投与していなかった。患者は、持参薬にガスポートがあり治療後再開予定であったが、クリニカルパスにガスターD中止と指示があった。持参薬を使用するため、放射線科医が治療後に処方したガスターDを中止する意味であったが、誤解して持参薬のガスポートの内服を中止した。2日目に他の看護師が気付いた。主治医・放射線科医に報告し経過観察となった。3日目から内服再開となった。	治療後に内服する目的について十分な理解ができていなかった。持参薬と放射線科医が処方した薬が2重になっていることを理解していなかった。内服中止の指示記載欄が違っていた。指示受けをした看護師、ガスターDを返納した看護師がそれぞれ違っていた。	・検査・治療後に内服する目的などについての知識を習得し、分からないこと、疑問に思うことはその都度確認していく。 ・内服薬の指示確認、内服欄の確認を確実にやっていく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
25	糖尿病・蜂窩織炎のため緊急入院した患者は内科外来処方薬を持参しており、皮膚科主治医の確認を得て続行していた。残薬が少なくなったため、追加処方を主治医に依頼したところ、内科外来記録上2年前に処方されたものと判明し、中止となった。内服薬は患者の妻が管理しており、袋を入れ替えて使用していた為、発見が遅れた。	今回の場合、説明書がなく、妻が袋を入れ替えていた為、薬の直接照合をしないまま投薬した。視力障害のある患者のため、薬剤の確認を患者本人に出来なかった。入院診療科以外の診療科処方薬の確認を、カルテを取り寄せて確認しなかった。	- 持参薬は、説明書または、処方カルテによる照合を行う。 - 他科処方の場合は、オーダーリング画面にて確認する。持参薬が、服薬説明書や、処方時の袋のままであれば、薬剤と直接照合する。
26	アルツハイマー型認知症の患者の内服を看護師管理で行っていた。他院で処方されていたアリセプトを医師の指示により、入院中も続行して内服していた。退院時、退院処方を薬剤師によって手渡された。その際に残薬も渡したと思い込んで確認をしなかった。そのため残薬を渡し忘れた。2日後他の看護師が薬剤整理の際、持参薬渡し忘れを発見した。	退院時チェックリストの確認不足であった。薬剤師への確認不足であった。アリセプトが持参薬から内服をしているという情報がとれていなかった。時間に追われて焦っていたので確認が不足した。薬剤師が薬をすべて渡していると思い込んでいた。	- 退院時のチェックリストを余裕を持って確認する。 - 退院時のチェックリストを退院前日、夜勤、渡す人それぞれで確認する。 - 持参薬を内服しているか、中止しているかの情報を配薬箱とカルテから、初回受け持ち時、退院時に確認をする。 - 薬剤師が渡したという言葉に頼りきらず、持参薬の棚と家族あるいは本人に確認する。
27	オーダー状況照会には「持参薬継続」になっていたが、医師カルテには「リーマス以外持参薬継続」と記載されているのを発見して、誤薬させていたのに気付いた。	オーダー入力が間違っていた。医師カルテとオーダー入力内容の確認がされなかった。	医師はオーダー内容がカルテ記載事項と合致しているか確認をする。
28	入院受付の際に持参薬があった。個別包装のものと一包化されたものがあり、一包化されたものを薬剤科にて持参薬チェックをしてもらった。朝食後、内服薬の包みに入院前から休止しているばすのバイアスピリンが含まれていたが、取り除かずに本人に返却した。入院後もバイアスピリンを内服していた。	バイアスピリンを休止していると入院指示書に記載しており、また本人の家族にも口頭で確認したところ休止しているとのことだった為、内服していないと思い、持参薬の確認が出来ていなかった。持参薬チェックを行った際に休止しているはずの薬剤が入っていたが、薬剤チェック表を確認せず休止薬が入っていることに気付かなかった。手術前に内服薬を回収し、抗凝固剤の有無を再度チェックしたが気付かなかった。	- 持参薬チェックを行った際、必ず薬剤チェック表を確認し、休止薬がないことを確認する。 - 休止すべき内服薬が含まれていると判明した際には即回収する。 - 手術前に内服薬を回収した際には再度抗凝固剤の内服の有無を確認するよう徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	深夜勤務で朝食後の内服をカルテで指示を確認する際、院内処方指示はあったが、持参薬が記載してある表が入っていなかったため持参薬がないと思ったため朝食後の薬は院内処方しか与薬せず、持参薬フェーマラ朝1錠が与薬されなかった。日勤看護師が昼食後準備時、持参薬の朝食後が与薬されていないことに気付いた。	持参薬がある場合、持参薬表に記載し、カルテに入れる手順が徹底されていなかった。そのため持参薬表が無かった事で院内処方のみとまいこんで準備していた。内服準備時、薬袋の中に持参薬表が入っていたが、見落としていた。内服準備時、何度か作業中断をした。	- 持参薬がある場合は必ず持参薬表をカルテに綴じ込む手順を遵守する。 - 内服準備時、薬袋1つ1つ確認しながら準備する。 - 作業中断をした場合は、必ず最初に戻り確認行動をする。
30	医師から外来薬続行の指示があり、入院時に母親に現在内服している薬を確認すると「デパケン、エクセグラン、リボトリール」の3種類と言われた。以前より内服している薬であったため、家人管理で内服してもらうことになった。内服確認は行っていたが、胃ろう造設となり内服管理が看護師へと変更となったため、母親より内服薬を預かると3種類以外に「ムコダイン」が出てきた。母親に確認すると入院前より処方あり、内服していたと言われた。実際は4種類飲んでいただけがわかり、看護師が外来薬をきちんと把握できていないことがわかった。	入院時に主治医から「外来薬続行」と指示が出たときに、外来処方の内容と現物との照合が出来ていなかった。母親に口頭で確認しただけで3種類であると思い込んでいた。外来薬確認後、主治医にその薬で良いか再確認していなかった。口頭での内服確認は行っていたが、残薬確認を行なっておらず家人に全て任せてしまっていた。	- 外来薬続行の指示が出たときは、カルテにて確認を行う。 - 主治医にも内容の再確認を行う。 - 内服確認は「薬飲みましたか？」だけでなく「〇と〇とちゃんと飲んでますか？〇種類で良かったですね。」などのように薬名、種類、数も確認する。 - 長期の入院になる場合は、マニュアルどおり週1回残薬確認を行う。
31	患者が入院し、内服薬の指示は、主治医から受けることとなっていたが、主治医は夕方まで外来診察であった。外来カルテに『バイアスピリン休薬』との記載があり、患者の持参薬からバイアスピリンのみを引き上げた。残りの内服薬は、内服管理表に記入のうえ、本人管理のため薬を返した。夕方、主治医より内服の指示があり、指示簿に『抗血小板薬：止』と記載されていたことから、そのままバイアスピリンのみを休薬した。その後、リーダー同士の引き継ぎで、チャートと指示簿の見直しを行なったところ、他の抗血小板薬（オパルモン、アンプラーグ）が休薬されていないことが発覚した。また、その後、手術前日にエパデールも休薬していないことが発覚し、腰椎麻酔で行なう予定であった手術を全身麻酔で実施した。	「バイアスピリン、ワーファリンは休薬」という意識が強く、思い込みで、持参していたバイアスピリンのみしか休薬しなかった。指示が出た時に、内服管理票の再確認ができていなかった。指示簿への記載が「抗血小板薬：止」だけで、それぞれの薬が明記されていなかった。	薬剤師が、入院時の持参薬管理を実施することとした。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
32	持参薬にペルジピン・サイモチンの降圧剤があった。ペルジピンがなくなったため、医師に処方依頼したところ、ペルジピンの処方と、持参薬のサイモチンの代わりにカルナクリンの処方があった。カルナクリンは降圧剤であることを確認した。降圧剤が2種類に増えたのだと安易に考えてしまい、持参薬のサイモチンの残薬と一緒に、新たに出た処方分（ペルジピン・カルナクリン）の降圧剤を被せて服薬させてしまった。	医師からの新しい処方が出た際に薬の作用を調べたが、持参薬の薬の作用を十分に把握していなかった。薬袋にガスモチンと記載してあったため消化器系の薬と勘違いしていた。サイモチンとカルナクリンが同一の薬効の薬であるという認識がなかった。持参薬の袋と薬自体を照合させて確認していなかった。医師から新しい処方が出た際に、処方の理由を医師に聞くこと、考えることに欠けていた。	・医師からの新たな処方が出た際には、なぜその薬が処方されたかを医師に確認する。 ・また薬効などを調べ、確認し患者に与薬していく。 ・また、薬・薬袋・処方箋を3つを照合して確認していく。
33	当日朝よりウルソ6錠分3毎食後で内服が開始となった。持参薬より薬剤を準備し、他看護師と薬剤を確認し、患者に薬袋を渡した。翌日の日勤で薬袋の残薬を確認すると、ミオナールが混ざっており、「混ざってるのには気付いたけど飲んだよ」と話す。	持参薬が、薬剤シートが同色で類似しており、確認が不十分であった。	・持参薬を使用する際は、薬剤ごとに整理し、わかりやすく明示しておく。 ・薬剤名まで十分に確認する。