

【2】与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例

入院中の患者の内服薬の管理は、退院後継続して正しく薬剤を投与するために患者自身が管理する場合と、患者から薬剤を預かり、内服ごとに患者に与薬するなど、看護師が管理する場合に大別される。前者の患者自身による管理については、患者による薬剤間違いや薬剤量間違い、内服忘れなどの事例があり、第27回から第30回報告書において「自己管理薬に関連した医療事故」として事例の分析を行った。後者の看護師による内服薬の管理では、指示受け、交付された薬剤の受け取り・保管、患者へ配薬するための準備、患者への配薬・与薬、実施後の観察といった過程を経る。その過程において、薬剤間違い、薬剤量間違い、用法間違いなどの様々なエラーが発生する可能性がある。

今回、本報告書分析対象期間(2015年4月1日～6月30日)に、経口または経管による薬剤の投与の際、誤って別の患者の内服薬を内服させた事例が3件報告された。そこで、本報告書では、患者または内服薬の間違いにより、別の患者の薬剤を内服させた事例を取り上げ、分析を行った。

(1) 発生状況

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例は、2010年1月1日から本報告書分析対象期間(2015年4月1日～6月30日)までに42件の報告があった。各事例の報告年ごとの報告件数は、図表Ⅲ-2-19に示す通りである。

図表Ⅲ-2-19 報告件数

報告年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年 (1～6月)	合計
件数	8	7	4	9	9	5	42

①発生状況

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例について、事例の内容と発生段階で分類した(図表Ⅲ-2-20)。事例の内容は、薬剤取り違えが最も多く19件、次いで患者間違いが13件、薬剤の混入が8件であった。

発生段階では、配薬・与薬が32件と最も多く、配薬の準備は7件、薬剤の保管は3件であった。配薬のための準備までは正しく出来ていても、配薬または与薬を実施する段階でエラーが発生する可能性が高い。また、薬剤の混入は、薬剤の保管や準備の段階で発生している。

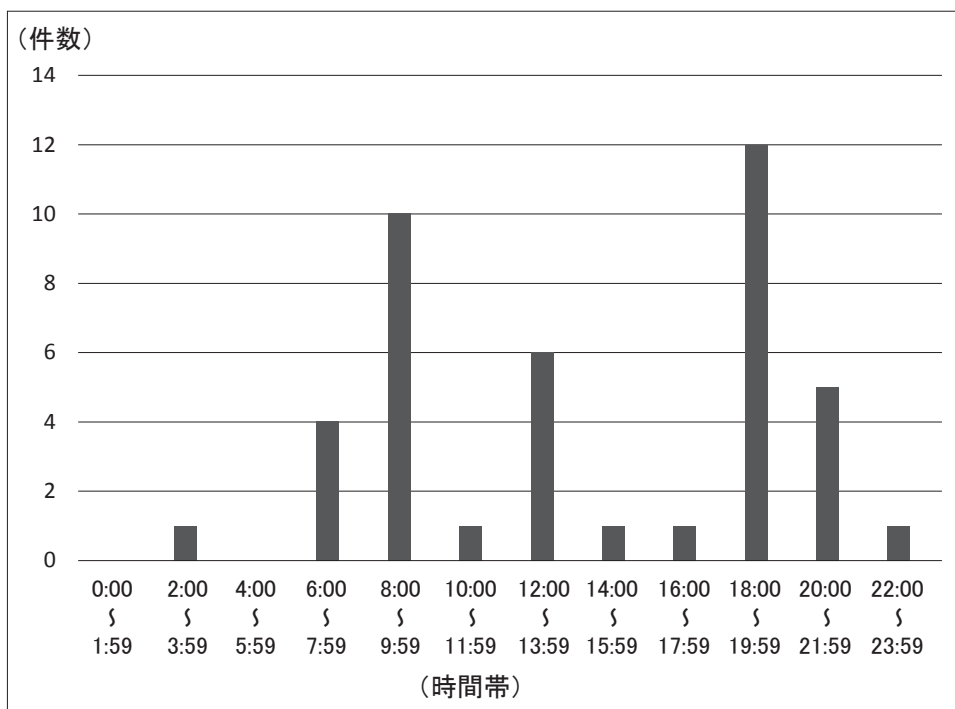
図表Ⅲ-2-20 発生状況

		事例の内容			合計	
		患者間違い	薬剤間違い			その他
			薬剤取り違え	薬剤の混入		
発生段階	薬剤の保管	0	0	3	0	3
	配薬の準備	0	2	5	0	7
	配薬・与薬	13	17	0	2	32
合計		13	19	8	2	42

②発生時間帯

発生時間帯として選択された項目を図表Ⅲ-2-21に示す。内服薬に関連した事例のため、薬剤を内服する朝、昼、夕の食後の時間帯に発生した事例が多い。時間帯別に見ると、18:00～19:59の12件が最も多く、次いで8:00～9:59の10件であった。夕食後～就寝前、起床後～朝食後の時間帯に発生している事例が多かった。

図表Ⅲ-2-21 発生時間帯



③患者に与えた影響

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例の事故の程度を図表Ⅲ-2-22に示す。「障害の可能性なし」13件、「障害なし」20件と患者への影響が小さい事例が多かった。しかし、医療の実施の有無で「実施あり」を選択した37件の報告における治療の程度には、「濃厚な治療」が6件あり、一時的に何らかの治療を要した事例が報告されている。

図表Ⅲ-2-22 事故の程度

事故の程度	件数
死亡	0
障害残存の可能性が高い	1
障害残存の可能性が低い	5
障害残存の可能性なし	13
障害なし	20
不明	3
合計	42

図表Ⅲ-2-23 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	6
軽微な治療	15
治療なし	15
不明	1
合計	37

※「医療の実施あり」を選択した37件の内訳

患者または内服薬の取り違えもしくは薬剤の混入により、別の患者の薬剤を内服させることは、本来であれば不要な薬剤を投与することになる。そこで、報告された事例の記述情報から、誤った内服薬の投与により患者に与えた影響や要した治療・処置などについて記載があった12件について、内容をまとめた(図表Ⅲ-2-24)。

経口または経管による内服薬の投与は、消化管内で崩壊(経管投与の場合は、崩壊済)し、溶解・放出を開始して消化管内で吸収され、門脈を経て肝臓に入り、代謝後に体循環するため、注射薬に比較し、作用が緩やかである。しかし、間違えて投与された薬剤には、日本病院薬剤師会がまとめた「ハイリスク薬に関する業務ガイドライン Ver.2.1」¹⁾において、B)2008年度の診療報酬改定により定められた、薬剤管理指導料の「2」に関わる診療報酬算定上のハイリスク薬12種類のうち、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、精神神経用剤、糖尿病用薬など6種類のハイリスク薬が含まれていた。また、前述のハイリスク薬以外にも麻薬や血圧降下剤などの薬剤も誤って投与されている。図表Ⅲ-2-24のNo.1、2、3などのように糖尿病治療剤による低血糖症状、No.4、5のように血圧降下剤による循環動態の変化、No.10、11のように精神神経用剤と睡眠導入剤による呼吸状態の悪化など、薬剤の作用によっては患者に与える影響が大きくなる可能性がある。

図表Ⅲ-2-24 患者に与えた影響(事例の記載内容から抜粋)

No.	間違えて内服した薬剤	薬効分類名	患者に与えた影響
1	オイグルコン錠1.25mg 1錠	経口血糖降下剤	嘔吐出現、血糖値77mg/dLとなり、ブドウ糖10gを内服
2	アマリールOD錠1mg 1錠 ジャヌビア錠50mg 1錠	スルホニルウレア系経口血糖降下剤 選択的DPP-4阻害剤(糖尿病用剤)	内服20時間後に低血糖性昏睡
3	アクトス錠30 オイグルコン錠2.5mg メトグルコ錠250mg エックスフォージ配合錠 ガスターD錠10mg メリスロン錠	インスリン抵抗性改善剤 経口血糖降下剤 ビグアナイド系経口血糖降下剤 選択的AT1受容体ブロッカー/ 持続性Ca拮抗薬合剤 H2受容体拮抗剤 めまい・平衡障害治療剤	血糖値低下に注意し、1時間後に再検
4	オルメテック錠 アダラートCR錠 アーチスト錠 カルデナリン錠 クレストール錠	高親和性AT1レセプターブロッカー(血圧降下剤) 持続性Ca拮抗剤(高血圧・狭心症治療剤) 持続性高血圧・狭心症治療剤、慢性心不全治療剤 血圧降下剤 HMG-CoA還元酵素阻害剤	心電図モニター・SpO ₂ モニター装着、生理食塩水500mLの持続輸液開始、退院延期
5	アーチスト錠 ラシックス錠 サムスカ錠	持続性高血圧・狭心症治療剤、慢性心不全治療剤 利尿降圧剤 V2-受容体拮抗剤(利尿剤)	血圧60台、胸部苦痛、圧迫感の訴えがあり、血管確保、昇圧剤投与、心電図モニター装着
6	オキシコンチン錠	持続性癌疼痛治療剤(麻薬)	嘔気が出現し、制吐剤を使用
7	ティーエスワン配合カプセル	代謝拮抗剤(抗腫瘍薬)	胃洗浄

No.	間違えて内服した薬剤	薬効分類名	患者に与えた影響
8	バイアスピリン錠100mg 1錠	抗血小板剤	放射線治療の中止
	フロモックス錠 1錠	経口用セフェム系抗生物質製剤	
9	ロドピン細粒50%	統合失調症治療剤	内服20分後にウトウトし始め、 内服30分後、昏睡状態
	リントン細粒1%	精神神経安定剤	
	セルシン散1%	マイナートランキライザー	
	アキネトン細粒1%	抗パーキンソン剤	
	アーテン散1%	パーキンソン症候群治療剤	
	リボトリール細粒0.5%	抗てんかん剤	
	デパケン細粒40%	抗てんかん剤、躁病・躁状態治療剤、 片頭痛治療剤	
10	ベンザリン細粒1% 30mg	睡眠誘導剤、抗痙攣剤	SpO ₂ 40%台、舌根沈下による 気道閉塞を認め、経鼻エア ウェイ挿入、リザーバーマスク による酸素吸入10L開始
	ヒルナミン細粒10% 10mg	精神神経用剤	
11	アモバン	睡眠障害改善剤	痰がらみのいびき、呼びかけ反 応なし、痛み刺激には手を払う が開眼なし、舌根沈下あり、側 臥位とした
	レンドルミン	睡眠導入剤	
	レボトミン	精神神経安定剤	
	ネルボン	睡眠導入剤	
12	ワーファリン錠1mg	経口抗凝固剤	吐気を訴え、プリンペランを処 方。その後、腹痛を訴え、プス コパンを投与
	アレグラ錠60mg	アレルギー性疾患治療剤	
	メルカゾール錠5mg	抗甲状腺剤	
	リリカカプセル25mg	疼痛治療剤	
	アイトロール錠20mg	狭心症治療用ISMN製剤	
	エクア錠50mg	選択的DPP-4阻害剤 (糖尿病用剤)	
	メトグルコ錠25mg	ビグアナイド系経口血糖降下剤	
グリミクロン錠40mg	スルホニルウレア系経口血糖降下剤		

※報告された事例内に記載があった場合のみ、投与量を記載した。

③当事者の職種

当事者職種は、看護師が45件であった(図表Ⅲ-2-25)。配薬・与薬の業務は看護師が行っていることが多く、与薬時の患者間違いまたは薬剤間違いに関連した事例の全てにおいて、看護師が当事者に含まれていた。

図表Ⅲ-2-25 当事者職種

当事者職種	報告数
看護師	45
助産師	1
看護助手	1

※当事者職種は、複数選択が可能である。

（2）事例の概要

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例のうち、主な事例の概要を図表Ⅲ - 2 - 2 6 に示す。

図表Ⅲ - 2 - 2 6 主な事例の概要

事例	発生段階	事故の内容	事故の背景要因	改善策
患者間違い				
1	配薬・与薬	午前中、患者Aは不穏がありベッドから降りようとしたため、他看護師が車椅子に乗せスタッフステーションで対応していた。昼食後、3名分の薬をフルネームが記載してある薬ケースに入れ、3名分を一緒に患者Aのもとに持参した。患者Bの薬ケースを患者Aに見せながら「患者Bさんですね」とフルネームで声をかけた。患者Aが「はい」と返答したため、持参した患者Bの薬ケースに入っていたフロセミド40mg 1錠を内服介助した。その直後に、患者のリストバンドの名前が目に入り、患者間違いに気づいた。患者へ謝罪し口渇、気分不良時には看護師へ伝えてもらうよう説明した。主治医へ報告し経過観察の指示を受け、バイタルサインの変動に留意し、訪室時に飲水を促し排尿状態、症状観察を行った。次の勤務者へバイタルサイン、排尿回数、口渇などの観察を引き継いだ。	「患者Bさんですね」と問いかけ、患者に名乗ってもらわなかった。初めて受け持った患者で、午前中の対応で理解力低下と認識しなかった。ナースステーションで与薬を行ったため、ベッドネームでの確認ができなかった。3個の薬ケースを1つのトレイに乗せていた。	<ul style="list-style-type: none"> 意識レベルが清明でなくフルネームを名乗ることが困難な患者については、病棟で共有できるように入院時アナムネ聴取した看護師や受け持ち看護師が看護計画に反映させ、スタッフが同様に認識できるようにする。 名前を確認する時は、自分で名前を名乗ってもらう。 自分で名乗れない患者はリストバンドまたはベッドネームで確認する。 ベッドを離れた患者の確認はリストバンドで行う。 与薬はベッドサイドで実施する。 朝のカンファレンスで手順を遵守するように働きかける。
2	配薬・与薬	ナースコールの対応や面会患者のナースコール対応に追われ、患者Aに投与すべき麻薬の投与時間が20分過ぎてしまい慌てていた。担当看護師とリーダー看護師は、オキシコンチンを金庫から出す際にダブルチェックをした。担当看護師はそのまま患者Aだと思い込み、誤って患者Bの病室へ入った。リーダー看護師は他の患者のナースコール対応のため病室へは付き添わず、ベッドサイドでのダブルチェックを行わなかった。担当看護師が指示書に書いてある患者Aの名前のフルネームを読み上げ確認したところ、患者Bは誤りに気付かず「はい」と返答し、「今までは痛み止めが2個だったから減ってよかった」と話した。担当看護師は患者間違いに気がつかずに薬を投与した。投与後、指示書・処方せんに記載してある氏名と投与した患者の氏名が違っていることに気が付いた。	担当看護師は准看護師として5年の経験はあるが、今年度看護師として入職し、夜勤にもまだ慣れておらず、またかなりの多重業務であった。担当看護師は病室番号や患者名表示の確認を行わず、また患者の名前をこちらから読み上げる一方的なものであった。ベッドサイドでのダブルチェックを行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者に名前を言うてもらうことを徹底する。 名前を言えない患者にはリストバンドで確認をする。

事例	発生段階	事故の内容	事故の背景要因	改善策
3	配薬・与薬	<p>19:30 患者Aに検温、点滴注射施行のため訪室する。検温後、床頭台に眠前薬を出し、患者Aのコップでミキシングする。ミキシングした後、NGチューブより注入し、部屋を退室した。他病室の患者Cの検温をしていると、廊下から痰がらみのいびきと咳払いが聞こえた。廊下に出ると、看護助手より「患者Aです」と報告があった。急いで患者Aのもとを訪室すると、痰がらみの咳があるため、吸引を施行した。しかし、吸引するが痰を取りきれず、ギャジアップして様子を見ていた。20:30、体位交換時に痰がらみのいびきがあった。1時間前と違う様子だったため、先輩看護師に報告しバイタルサインを測定した。BP:134/83mmHg、BT:36.8℃、P:69回/分、瞳孔不同なし、対光反射あり。麻痺悪化なし。呼びかけに反応なく、痛み刺激には手を払うが、開眼なし。舌根沈下があり、側臥位に体位交換した。この時、数十分前に眠前薬に抗不安薬・睡眠導入剤を内服する患者Bが寝付けず開眼し、ベッド上で臥床している状態だったことを思い出し、1時間前に患者Aに眠前薬がないのに、眠前薬をNGチューブから注入したことに気づく。そこで患者Aのゴミ箱を見ると、患者Bの氏名が記載された薬の空袋があった。空袋を確認すると、アモバン・レンドルミン・レボトミン・ネルボンを投与していた。急いで医師に状況を報告し、舌根沈下に対してネーザル7mmを挿入し、薬の効果がきれるのを待つように指示を受けた。</p>	<p>患者Aと患者Bの病室は、別室であったが、患者A、Bともに男性で、構音障害と意識障害があり、NGチューブが挿入されていて状況が似ていた。患者のネームバンドと1回配薬の袋の患者名を確認するのを怠った。看護師は1年目でひとり立ち準夜勤務の2回目だった。準夜帯で投与する薬剤は、各患者の「夕用」「眠前用」でまず袋にまとめ、その後、担当する全患者の内服薬を一まとめにし、「夕用」「眠前用」のトレイに準備する。そのため、担当している患者の全内服薬を持って各患者のベッドサイドに行っている。与薬時、ベッドサイドには処方箋や指示書などは持参しておらず、薬袋と患者を照合することになっている。患者の照合は、患者に名乗ってもらう、またはリストバンドまたはベッドネームで確認することになっているが、当該病棟の患者は臥床中で意識障害のある患者が多く、ベッドから離れることが少ないため、ベッドネームで確認することが多かった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指差し、声だし確認を怠らない。 患者氏名と薬の確認を怠らない。 正しい患者、正しい方法、正しい時間、正しい用量、正しい薬、正しい目的の6Rを遵守する。 内服薬の準備の際に、担当する患者全てをまとめてトレイに入れるのではなく、患者ごとの「朝」「昼」「夕」「眠前」のボックスに変更した。しかし、薬剤カートなどがいないため、置き場所の問題などがある。

事例	発生段階	事故の内容	事故の背景要因	改善策
4	配薬・与薬	夜勤看護師は、担当の患者の夕食後薬の配薬を行うため、与薬カート、PCを持参した。患者Aのベッドサイドで家族を患者Bの家族と思い込んだ。そのため、与薬車の患者Bのボックスの引き出しから薬を取り出し、PCで患者Bのカルテを開き薬剤(ワーファリン錠1mg、アレグラ錠60mg、メルカゾール錠5mg、リリカカプセル25mg、アイトロール錠20mg、エクア錠50mg、メトグルコ錠250mg、グリミクロン錠40mg)を確認した。その後、患者の家族に薬を渡した。家族から「内服薬の数が多い」「量が増えたのですか」と2回確認があった。その都度、患者Bのカルテを開き確認し、間違いないと返答した。患者Aの家族は、看護師から薬を受け取り患者に渡し内服させた。その後、看護師は隣室の患者Bの元に行き、患者Aの内服薬を渡した。患者Bから質問はなかった。患者Aは20時過ぎに吐気を訴え、当直医が診察後プリンペランの内服が処方された。21時すぎには腹痛を訴え診察後ブスコパンが処方された。翌日14時すぎに患者Aの家族から昨日の夕方の薬を調べてほしいと日勤看護師は依頼された。患者のカルテや状況から患者Aと患者Bの薬剤が間違っていることが判明した。	思い込みや過信から、患者本人との最終確認が実施されなかった。薬剤に患者氏名が記載されていない。「患者確認」のマニュアルが遵守されていなかった。職員への安全教育が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 全ての行為の最終確認の段階で、患者本人に名乗ってもらう。 患者が名乗れないなどの場合は、リストバンドによる確認を徹底する。 疑問を感じた場合や疑義があった場合は、複数で確認する。 配薬の方法等(患者氏名入り容器の使用など)について、看護部で調査・検討を行い、決定したものを委員会で報告する。 患者確認のマニュアルを一部改定する(疑問を感じた場合や疑義があった場合は、複数で確認する)。 患者誤認防止に関する啓発活動を定期的に行う。
薬剤間違いー薬剤取り違え				
5	配薬の準備	薬剤に関する出来事	朝食後、ティーエスワン内服開始予定の患者Aより「まだ内服薬が来ていない」と報告があった。確認すると患者Bのカップに患者Aの内服薬が入っていたことが分かった。夜間、カーデックス管理の内服薬は確認後に1人でカップに入れて準備したため、患者Bのカップに誤って入れていたことに気づいた。すでに別の看護師にて与薬されており、内服した後であった。当時、受け持ち看護師は他患者の見送りのため病棟を空けていた。与薬した看護師はダブルチェック済みであると思い、確認しないまま与薬した。ただちに主治医から抗癌剤の誤薬があったことを説明され、胃洗浄を施行した。	<ul style="list-style-type: none"> 与薬は必ず受け持ちが行う。 やむを得ず与薬できない場合等は確実に申し送りを行う。 自己管理できる患者は『看護手順』の自己管理基準に沿って、自己管理してもらう(服薬後の確認をする)。 自己管理できない患者は薬袋を持っていき、呼称、リストバンドで確認し与薬する。

事例	発生段階	事故の内容	事故の背景要因	改善策
6	配薬・与薬	<p>患者 A の定期内服の眠剤 (ハルシオン 0.25 2 錠、ロゼレム 8mg 1 錠、グランダキシン 50 1 錠) を指示簿と薬袋を確認して準備した。準備する際、内服薬を薬杯に入れたが患者 A の氏名を記載しなかった。就寝前のラウンドの際、患者 B から「眠剤がほしい」と訴えがあったため、準備していた患者 A の眠剤を患者 B の内服薬であると勘違いして、内服させた。その後、患者 A より内服薬の希望があり、患者 B に誤って内服させたことに気づいた。主治医に報告し、呼吸状態に注意し、経過観察となる。</p>	<p>患者に内服薬を渡す際に患者に名前を名乗ってもらい確認しなかった。内服薬と薬袋の氏名を照合し確認を怠った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬を渡す際は、患者に名乗ってもらい、氏名の確認を徹底する。 内服薬を渡す際は、薬袋を患者のベッドサイドまで持参し、6Rを確認後、患者に与薬することを徹底する。
7	配薬・与薬	<p>看護師は患者 A が内服する血糖降下剤 (アマリール OD 1mg 1 錠、ジャヌビア 50mg 1 錠) を、患者名が記載された配薬カップに入れて準備すべきであったが、配薬カップではなくトレイ内に準備した。その後、他の患者の下膳を終了した。病室 (4 人床) を訪室し、トレイに準備した患者 A の内服薬を同室患者 B の内服薬と思い込み、患者 B に与薬した。勤務終了後、与薬患者間違いに気づき当直医に報告した。経時的に血糖測定を実施していたが、患者 B は血糖降下剤内服 20 時間後に低血糖性昏睡に陥った。与薬から 55 時間不安定な状態が持続したが、処置により昏睡は改善した。</p>	<p>与薬時、患者名の確認を行わなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 誤薬防止のための 6R を徹底する。 患者確認の手順を遵守する。

事例	発生段階	事故の内容	事故の背景要因	改善策
8	配薬・与薬	<p>患者 A は内服の飲み忘れがあるため、内服薬は、その都度看護師が配薬し、内服していた。名前が似ている患者 B が別室に入院中であったが、配薬した看護師 X は名前が似ている患者がいることに気が付かなかった。患者 B から夕食後の内服薬がまだだとナースコールがあり、看護師 Y が患者 B の配薬ケースを確認するが、夕食後の内服薬が無かった。また、患者 A の配薬ケースを確認すると夕の薬が残っていた。その際に、看護師 Y は患者 B と患者 A の名前が似ていることに気が付いた。患者 A のベッドサイドのゴミ箱より、患者 B の一包化内服袋が捨てられているのを発見し、患者 B の内服薬を患者 A に内服させたことがわかった。それぞれの患者の内服内容を確認し、当直医へ報告した。患者 A が内服した患者 B の薬剤（オルメテック、アダラート C R、アーチスト、カルデナリン、クレストール）に降圧薬が含まれていたため、速やかにベッド上安静を伝え、30分ごとにバイタルサイン測定を実施した。内服1時間半後に血圧 84 / 42 mmHg と低下したため、下肢拳上行い、ナースステーションに一番近い病室へ移動した。心電図モニタ・SpO₂ モニタ装着を行い観察した。当直医の指示で生理食塩水 500 mL を 60 mL / h で持続輸液開始した。退院予定であったが、血圧変動の可能性があったため、翌日へ退院延期となった。</p>	<p>配薬ケースの名前をフルネームで確認していなかった。配薬時に本人と名前を確認していなかった。似ている名前の患者がいないと思い込んでいた。ナースコールと配薬に追われて急いでいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・与薬時には配薬する前に配薬ケース、フルネーム、ベッドネーム、患者のリストバンド、本人に名乗ってもらおうなどの患者確認を確実に行う。 ・患者を確認する時は声に出して確認する。 ・名前が似たような患者がいる場合、間違えやすいことを念頭に置き、勤務申し送り時にスタッフ全員で同姓・同名など、注意喚起の札をルームネームや配薬ケースに表示する。

III

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例

事例	発生段階	事故の内容	事故の背景要因	改善策
9	配薬・与薬	<p>16時、担当看護師は受け持ち患者5名分の内服薬を取り出し、個々の患者氏名を記入した25mLの注入用のカテーテルチップに、薬剤を溶解し準備した。1人の患者に対し、溶解した薬剤と微温湯を入れた2本のカテーテルチップを用意し輪ゴムで止めた。カテーテルチップの側面と押し子には患者氏名を記載していた。経管栄養終了まで時間があるため、5名分の薬剤を入れたカテーテルチップを1つのトレイにいれ処置室に置いた。19時45分、経管栄養が終了し夕食後の内服注入のために、5名分の薬剤を入れたカテーテルチップのトレイを患者のベッドサイドに持参した。病室でトレイの中に患者用のカテーテルチップがあることを確認したが、その後カテーテルチップから目を離した。トレイからカテーテルチップの1組を取り出し、ベッドネームを見て患者の胃チューブより薬液を注入した。注入後のカテーテルチップを確認した際、別の患者氏名が記載されていることに気づき、誤注入がわかった。他の患者の薬剤には、当該患者には処方されていないグルコンサンK細粒8mEq(4mEq/g 2g)が含まれていた。</p>	<p>食事時間に関係なく、実際に注入する3時間前に薬液を準備した。受け持ち患者全ての薬剤を1つのトレイに入れて管理した。ベッドサイドへ他の患者の薬剤全てを持参した。薬液注入前に、患者氏名・薬剤名・量・時間・方法・目的を確認しなかった。薬剤を全て溶解しているため、5名分が同一色であり、外観からの薬物の判別が出来なかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事象と対応策についての情報共有と、確認行為の徹底をする。 ・1患者1トレイの原則を守る。 ・ベッドサイドに行く時は、他の患者のものは持参しない。 ・電子カルテで与薬直前に、患者氏名・薬剤名・量・時間・方法・目的を声だし指差し確認する。 ・注入薬は必ずダブルチェックして実施する。 ・経管栄養を行っている患者が多く、内服薬が多数ある時は、内服用のワゴンを使用し、確認行動が出来るスペースを確保する。 ・可能な限り溶解置きをせず、実施する時に確認し溶解する。
10	配薬・与薬	<p>担当看護師Xが患者Aの内服薬(ダントリウム25mg、マグラックス330mg、ワーファリン4mg、クラビット500mg)を胃管注入用に水に溶きシリンジに吸い上げ、誤って患者Bのベッドサイドに置いた。看護師Yは患者Bの経管栄養が終わっているのを見て、ベッドサイドにあるシリンジに入った薬剤(患者Aのもの)を投与した。その後、患者Aの経管栄養が終わったため薬剤を投与しようとした際、患者Bのベッドサイドに置いた患者Aの薬剤が誤って投与されたことがわかった。</p>	<p>看護師Xが事前に薬剤を準備し誤って他の患者のベッドサイドに置いた。シリンジには患者名を記載していなかった。看護師Yが薬剤名、患者名等確認せず、投与した。当該病棟では、経管栄養が終わった時に他の看護師が準備した内容が確認できない薬剤でも投与する慣習があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤は投与する看護師が投与する直前に準備する。

事例	発生段階	事故の内容	事故の背景要因	改善策
薬剤間違いー薬剤の混入				
11	薬剤の保管	患者Aは、1回配薬を行っており、朝食後、薬を配薬し内服介助を行った。患者AはガスターD錠、ワソラン錠、アルダクトンA錠、ラシックス錠、マグミット錠のみを内服していた。その後、朝食後薬の内容を他看護師に確認してもらった際に、患者Bの内服薬（ワイパックス、アザニン、プレドニン）も投薬したことに気がついた。患者が内服している薬の内容はケアスケジュールシートに記入して確認していたが、朝の内服薬の確認時に処方箋と薬袋を照らしあわせて確認していなかった。また、薬袋の名前を確認せず、薬箱に入っていた内容と薬袋の中身が合っているかのみ見ていた。転院予定であったが延期になった。	まとめていた患者Aの薬袋に患者Bの薬袋が挟まっていた。挟まれているはずはないと思い込み、その患者の薬であるかの確認を怠った。また、患者への配薬時に、何のために薬が使用されているか確認を怠ってしまった。	・内服薬の確認時、処方箋と薬袋を照らし合わせ、6Rの確認を手順通りに行うことを徹底する。
12	薬剤の保管	看護師が投薬庫から患者Aの薬袋をまとめて取り出した。その際、患者Bの薬袋が混ざっていたが、薬袋の氏名確認をせずに薬袋から朝食後薬を取り出した。患者Aに渡す際、薬包の氏名、内容を確認したが、薬包のないPTPシート（レナデックス4mg5錠）は氏名確認がなされず、患者BのPTPシートを配薬した。その後、同室者の患者Bからレナデックスを飲んでいないと言うナースコールがあり、看護師が確認したところ誤投与に気付いた。	与薬のマニュアルの手順を怠り、薬袋の氏名確認が出来ておらず薬包の氏名だけ確認をしていた。そのため薬包のないPTPシートの氏名確認がなされずに配薬された。	・マニュアルに沿って配薬する。 ・6Rを確認して配薬する。

III

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例

事例	発生段階	事故の内容	事故の背景要因	改善策
13	準備	<p>看護師Xは、受持ち患者4名に対し、数時間後に投薬する予定の散剤を順次溶解してシリンジに吸い上げ、それぞれ個別の配薬ボックスに入れて用意していた。水薬は看護師Yが複数の患者分をまとめて用意し、散剤の配薬ボックスとは別のトレイに並べられた状態で用意されていた。看護師Xは与薬時間に訪室する際、患者Aの散剤のシリンジ2本（患者氏名が記名されていた）が入った配薬ボックスと水薬のシリンジ2本を持ち出すべきところ、誤って、患者Bの散剤のシリンジ（無記名であった）1本が入った配薬ボックスと患者Aの水薬のシリンジ2本（記名されていた）を持ち出した。患者Aの病室（個室）前でPC端末上の服薬指示内容と水薬シリンジに記載された患者Aの氏名を確認したが、散剤のシリンジ（無記名であった）及び配薬ボックスに記載されている患者氏名の確認は行わず、患者Aに全て投与した。投与後、配薬ボックスに記載されている患者Bの氏名に気付き誤投薬が判明した。</p>	<p>看護師Yは与薬時間に患者Aの投薬を行おうとして、患者Aの配薬ボックスを一度手にしたが、他の患者の処置を先に行おうと考え直し、配薬ボックスを処置台に戻した。その際、患者Bの配薬ボックスと近接する位置に置いてしまった（元々は離れた位置に置かれていた）。その直後に、その日の日勤の看護師からの電話があり、電話対応を行った。また、看護師Xは夜勤帯のリーダーナースであったため、日勤帯の勤務調整に気を廻さなければならない状況も生じていた。その後、他の患者の処置を終え、患者Aの配薬ボックスを手にするはずが、患者Bの配薬ボックスと取違えてしまった。配薬ボックスの患者氏名は記載が小さく、また、患者Bの散剤のシリンジ自体には患者氏名が記載されておらず、どの患者の物か確認し辛い状況であった。投与直前の確認手順としては、PCの服薬指示画面と投与しようとしている薬剤の種類及び全てのシリンジの氏名を確認し、次いで全てのシリンジの氏名と患者のリストバンドを確認する原則になっていた。しかし、患者AからはMRSAが検出されており感染対策（個室管理）を行っていたため、移動式のPC端末は病室の中には持ち込めず、病室の前で服薬指示と薬剤パック、シリンジの患者氏名を確認し入室する状況となっていた。入室前にすべての確認が終了しているという錯覚に陥りやすく、ベッドサイドではリストバンドとシリンジの確認は行われなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 配薬ボックスを氏名確認のしやすいものに変更する。 随時、処方オーダーを見直すこととし、複数薬剤の場合は一包化することを検討していく。以下の院内ルールを、再度、周知徹底した。 投与直前に手に持っている物に記載されている患者名とリストバンドを照合する。 薬剤を準備するときは、1患者1トレイにまとめる。 シリンジに薬剤を準備する際は、吸う前にシリンジに患者氏名を記入する。 無記名のシリンジに準備された薬剤は使用しない。 薬剤の準備は、可能な限り患者への投与直前に行く。

(3) 事例の内容

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例42件について、照合作業の状況と、選択項目で選択された発生要因について、まとめた。

①照合作業の状況

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例に報告された内容から、患者と投与する薬剤の照合の状況を図表Ⅲ-2-27にまとめた。

患者間違いの事例13件のうち9件は、照合作業を行っていなかった事例であった。また、照合したが方法が誤っていた事例もあり、その事例では、看護師側から「〇〇さんですね？」と患者名を尋ねた、または姓のみを確認したなど、本来の照合作業の手順を行えていなかったことが推測される。

同様に薬剤取り違えの事例19件のうち17件は、照合を行っていなかった事例であった。また、照合したが方法が誤っていた事例もあり、その事例では、最初に照合は行ったが、他の患者に呼ばれたなどの理由で与薬を中断し、再開した際に照合作業は終了していると判断して再照合は行わなかったため、一緒に持参していた別の患者の薬を内服させた事例が2件あった。

薬剤の混入の事例8件のうち7件は、照合を行っていなかった。照合したが方法が誤っていた事例1件は、複数の患者の薬剤を準備する際、散剤を溶解したシリンジと水薬のシリンジなど複数のシリンジが存在したため、別の患者の散剤のシリンジが混入し、水薬のシリンジは当該患者のものであることを確認したが、散剤のシリンジは照合しなかったため誤って投与した事例であった。

いずれの事例も、投与すべき患者と投与すべき薬剤の照合を行わなかった、または決められた手順で行っていなかった事例であり、照合作業を行う、または省略しないことが重要であることが示唆された。

図表Ⅲ - 2- 27 患者と薬剤の照合の状況

事例の内容		患者と薬剤の照合の状況		件数
患者間違い		実施しなかった		9
		実施した方法が正しくなかった	別の患者に「〇〇さんですね?」と尋ね、「はい」と返事があった	3
			同姓患者の姓のみ照合した	1
薬剤間違い	薬剤取り違え	実施しなかった		17
		実施したが与薬前に中断し、与薬の再開後に照合しなかった		2
	薬剤の混入	実施しなかった		7
		実施した方法が正しくなかった	複数ある薬剤の一部のみ照合した	1
詳細不明	実施しなかった		2	
合 計				42

②発生要因

前述した①において、報告された事例は、いずれも投与すべき患者と投与すべき薬剤の照合を行わなかった、または決められた手順で行われていなかった事例であった。そこで、報告された事例について、発生要因で選択された項目を図表Ⅲ - 2- 28にまとめた。

発生要因では、当事者の行動に関わる要因の「確認を怠った」が39件/42件(92.9%)と最も多く、ここでも患者と薬剤が正しいかどうかの確認が出来ていないことが示唆される。次いで、ヒューマンファクターの「勤務状況が繁忙だった」が17件/42件(40.5%)であり、前述したⅢ - 2- 21(発生時間帯)においても、朝または夕以降に発生した事例が多く、夜勤帯の勤務者の減少及び患者の起床後または就寝前の業務の煩雑さなどが影響している可能性がある。また、「教育・訓練」が10件/42件(23.8%)、「ルールの不備」が7件/42件(16.7%)と、配薬・与薬に関する教育やその手順が整理されていない現状が推測された。

Ⅲ

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例

図表Ⅲ - 2 - 28 発生要因

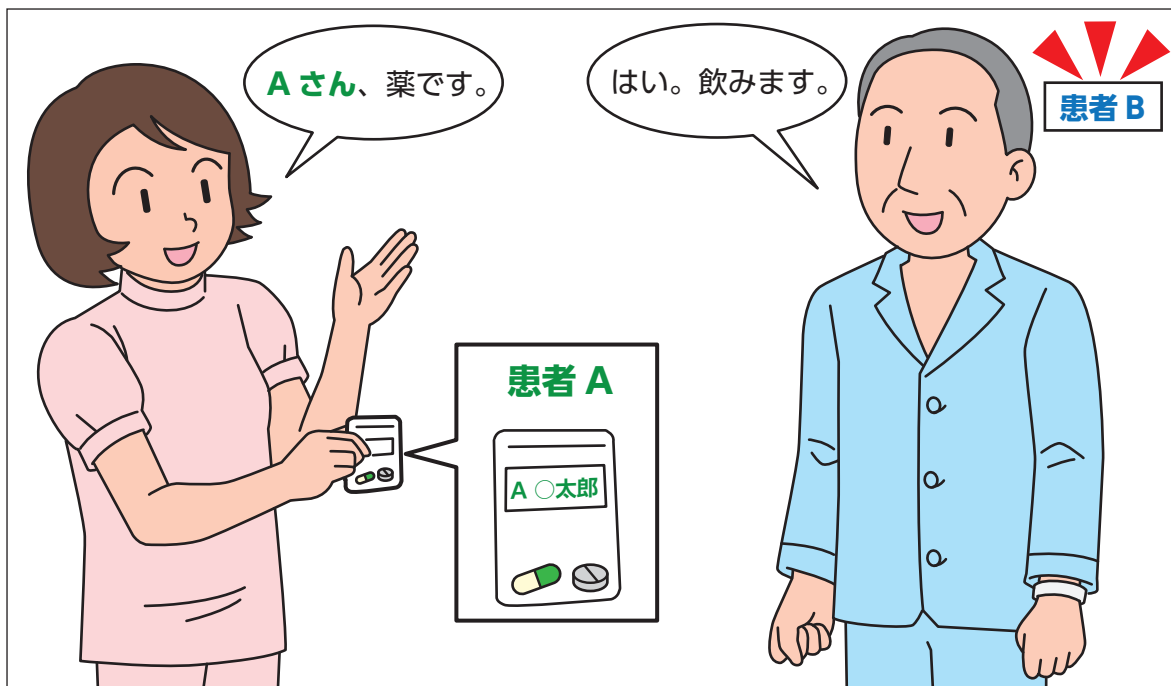
		発生要因	件数
当事者の行動に関わる要因		確認を怠った	39
		観察を怠った	3
		記録などに不備があった	1
		連携ができていなかった	5
		患者への説明が不十分であった(怠った)	4
		判断を誤った	5
背景・システム・環境要因	ヒューマンファクター	知識が不足していた	7
		技術・手技が未熟だった	9
		勤務状況が繁忙だった	17
		通常とは異なる身体的条件下にあった	1
		通常とは異なる心理的条件下にあった	6
		その他	5
	環境・設備機器	医薬品	3
		諸物品	2
		患者側	2
		その他	1
	その他	教育・訓練	10
		仕組み	3
		ルールの不備	7
		その他	3
			合計

※発生要因は複数選択可能である。
 ※報告があった発生要因のみを掲載した。

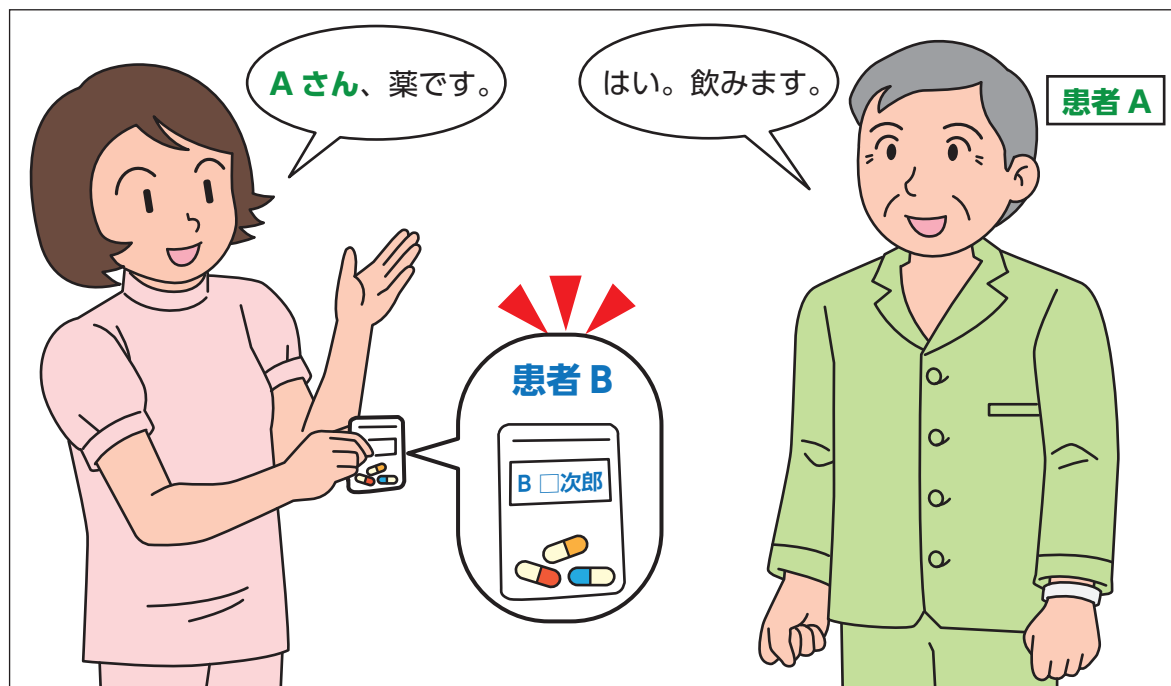
(4) 事例のイメージについて

与薬時の患者または薬剤間違いに関連した事例の中から、「患者間違い」と「薬剤間違いー薬剤取り違い」の事例について、事例の状況と取り違えを生じないための照合作業の一例をイラストで示す。

①患者間違いの事例のイメージ



②薬剤間違いー薬剤取り違いの事例のイメージ

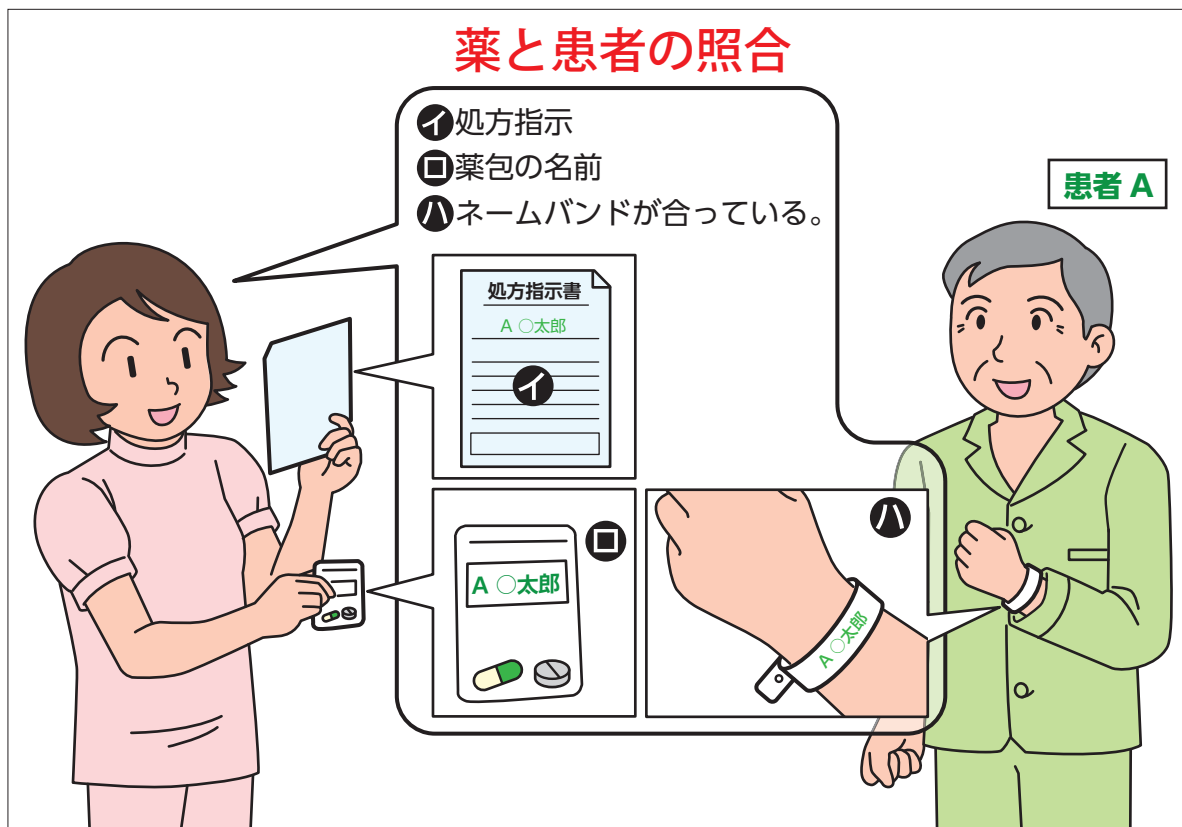
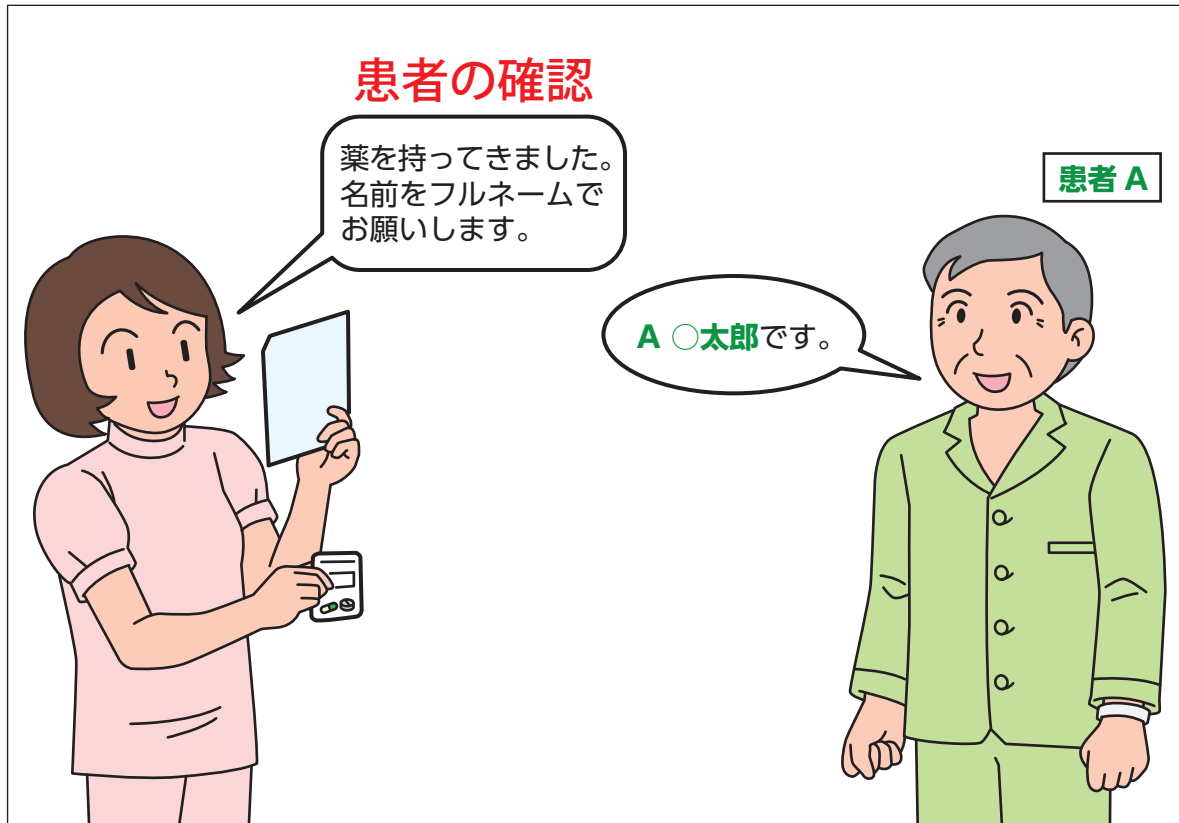


III

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例

【患者の確認及び薬と患者の照合の一例】



(5) 事例が発生した医療機関から報告された主な背景・要因

報告された事例から、主な背景・要因を、1) 患者間違い、2) 薬剤間違い—薬剤取り違い、3) 薬剤間違い—薬剤の混入に分けて整理した(図表Ⅲ-2-29)。

1) 患者間違い、2) 薬剤間違い—薬剤取り違い、3) 薬剤間違い—薬剤の混入の事例において共通しているのは、準備の段階、または配薬・与薬の段階において、内服薬と患者の照合が曖昧であったことや、照合していないことであった。

患者間違いの事例では、状況がよく似た患者との間違いや、与薬予定ではない患者を与薬する患者と思い込むなど、看護師が患者を一旦誤認すると、与薬が終わるまでその誤りに気づけなかったことが挙げられた。また、内服薬を誤って別の患者へ投与することに対する危機意識の薄さも推測された。

薬剤間違い—薬剤取り違いの事例では、準備の際に複数の患者の薬剤を1つの容器に入れる、配薬の際に複数の患者の薬剤をまとめて持参する、一時的に別の患者のオーバーテーブルに薬剤を置くなど、薬剤取り違いの可能性がある準備や配薬を行っていたことが挙げられた。事例の中には、患者Aの薬を患者Bに、患者Bの薬を患者Aに渡すという二重取り違いの事例が生じ、患者Aは間違った薬を内服したが、患者Bは、渡された配薬カップの名前と中身の薬剤が自分の物ではないことに服用前に気づいたことから内服しなかった事例があった。

薬剤間違い—薬剤の混入では、2名分の患者の薬剤を1つの容器に入れる、片付いていないテーブルの上で準備・確認作業をするなど、別の患者の薬剤が混入する状況で準備を行っていることが分かる。

それらの背景・要因から、準備する薬剤や、与薬する患者が正しいことの確認をどの情報に基づいて行うのか、また、何と何を照合することで「照合した」とするのかというルールの設定と実践が重要であると示唆された。

Ⅲ

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

図表Ⅲ - 2 - 29 主な背景・要因

1) 患者間違いの背景・要因	
i 患者の状況に関すること	患者の理解力が低下していることを把握しておらず、名前を呼んで確認した。
	患者Aと患者Bの病室は、一部屋挟んだ別室(6床部屋)であったが、両者ともに男性で、構音障害と意識障害があり、NGチューブが挿入されていて状況が似ていた。 とろみを付けたお茶で与薬する患者が2人いた。
ii 業務の状況に関すること	夜勤帯で業務(夕食後の与薬、トイレ誘導など)が繁忙であった。(複数報告あり)
	初めて(または2回目)の夜勤であったため、心理的に緊張し余裕がなく焦っていた。(複数報告あり)
	夜勤であったが、入退院や急変などはなく病棟が落ち着いていたため、かえって気持ちに余裕ができすぎてしまい、油断が生じた。
	当事者は、他のスタッフと看護に必要とする情報のコミュニケーション、連携が図れていなかった。
iii 内服薬の準備に関すること	複数の患者の薬ケースを1つのトレイに乗せていた。
	通常は患者の指示簿と配薬トレイをカートに乗せるが、カートの準備ができていなかったため、同室患者全員分の薬と指示簿を手で抱えて患者のもとへ向かった。
	麻薬のダブルチェック後、残薬整理(袋へ分ける作業)をしてしまい、すぐに患者へ投与しなかった。
iv 確認のルールからの逸脱に関すること	患者に内服薬を渡す際に患者に名前を名乗ってもらい確認しなかった。(複数報告あり)
	処方箋、薬袋、薬包、患者名(名乗り、ネームバンド)など、複数の情報による照合を怠った。(複数回答あり)
	与薬前の確認中に他の看護師に声をかけられ作業が中断した。作業再開時、確認をせずに次の作業をした。
	手に持っていた薬包の患者名と声に出した名前が違っていたが、服薬してもらった。
	勤務当初、患者の顔と氏名が一致しない時には他の看護師に確認していたが、最近では確認がなくなっていた。そのため、周囲は当事者が入院患者の顔と氏名が一致していないことを把握できなかった。
v 先入観・思い込みに関すること	処方箋、薬の照合確認をしたことで「患者を確認した」という思い込みとなり、無意識に与薬を行った。
	前日まで麻薬内服者は患者Aのみであったため、当日も麻薬の内服は患者Aと思い込みをしてしまった。
	患者は長期入院しており、患者確認を実施しなくても間違いないと思いついた。
	与薬、経管栄養の接続を流れ作業で行い、一度も患者の顔を見ていなかった。
vi ルールが曖昧またはルールがなかった	職員への安全教育が不十分であったため、「患者確認」のマニュアルが遵守されていなかった。
	昼、夕食後薬は、薬を処方箋と確認して、患者の目の前で看護助手が準備したお茶に薬を入れるが、朝食後薬のみ、お茶の準備から看護師がするため、ワゴン車の上で準備をしてから患者のところに持って行く、と準備方法に違いがあった。
	当該病棟では、配薬時の内服薬と指示簿との確認はナースステーションで行われ、ベッドサイドに指示簿を持参しないことが常態化していた。そのため、ベッドサイドでの内服薬と指示簿の照合は不要と考えていた。
	自ら氏名を発することができない患者や、リストバンドの使用が難しい患者の認証方法が院内でシステム化(手順)されていなかった。
	当該病棟の入院患者の90%以上は、自ら氏名を発することが困難であり、病棟のケア全般の患者認証は個々の看護師の認識度合によるソフトな側面を頼りとしていた。

vii 危険性に対する意識に関すること	<p>看護師はこれまでの誤薬関連の事象に対し、患者の身体に直接異常が発生しなければ「事故を起こした」という危険性への認識が持たず、手順を遵守する意味の理解に乏しかった。</p> <p>不慣れな患者に与薬する行為に潜むリスクの認識が低かった。</p> <p>患者確認を行わないことから生じる危機に対する意識が希薄化している職場風土があった。</p>
2) 薬剤間違い—薬剤取り違えの背景・要因	
i 患者の状況に関すること	<p>患者Aと患者Bは、6人部屋の同室でベッドが隣同士だった。</p> <p>患者はいつもと薬剤が違うことに気づいたが、新しい薬が始まったと思った。</p> <p>通常、薬は看護師が配薬し患者自身で内服していたが、患者が発熱しており、看護師が内服させた。</p>
ii 業務の状況に関すること	<p>夜勤はスタッフが少なく、業務(食事介助、採血、麻薬の配薬など)が多忙であった。(複数報告あり)</p> <p>深夜リーダーが全ての患者の配薬をすることになっており、焦っていた。</p> <p>食事介助の患者の内服薬が床頭台に置いてあることを、他チームの看護師に伝えていなかった。</p>
iii 内服薬の準備に関すること	<p>○準備段階</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別の患者のカップに内服薬が入っていた。ダブルチェックを行ったが、確認後に1人でカップに入れた。 ・配薬カップは担当看護師毎に色分けされており、患者Aと患者Bは担当看護師が同じで、同じ黄色のテープのカップに入っていた。 ・薬剤を全て溶解しているため、5名分が同一色であり、外観から薬物の判断はできなかった。 ・受け持ち患者全ての薬剤を1つのトレイに入れて準備した。(複数報告あり) ・持参薬であったため、薬袋には名前の印字がされておらず、患者名の記載もしなかった。 ・患者Aに昼食後薬の処方はなかったが、患者Bの内服薬を患者Aのものと思い込んで準備した。 <p>○ベッドサイドへの持参</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ベッドサイドへ他の患者の薬剤全てを持参した。 ・配薬時、複数人数分の薬をトレイ等の容器に入れずそのまま手に持ち服薬介助に行った。 ・内服薬を、一時的なつもりで他の患者のオーバーテーブルに置いた。(複数報告あり)
iv 確認のルールからの逸脱に関すること	<p>内服薬を渡す際に、患者に名前を名乗ってもらい確認しなかった。(複数報告あり)</p> <p>処方箋、薬袋、薬包、患者名(名乗り、ネームバンド)など、複数の情報による照合を怠った。(複数回答あり)</p> <p>受け持ち看護師が他の患者の見送りのため病棟を空けており、与薬した看護師はダブルチェック済みであったため疑問に思わず与薬した。</p> <p>配薬した看護師は、日頃から配薬時に患者確認を行わず、看護師の記憶で配薬していた。</p>
v 先入観・思い込みに関すること	<p>配薬した患者の薬剤だという先入観があった。</p> <p>似ている名前の患者がいらないと思い込んでいた。</p> <p>家族が面会に来た際に、オーバーテーブルに置いた他の患者の薬剤を内服させるとは思わなかった。</p> <p>術前内服薬を確認し、チェックリストにはさんで棚に置いた。その際、棚にはこの患者のチェックリストしかなかったため、棚には1人分しか置いていないと思い込んでしまった。</p>

	<p>vi ルールが曖昧またはルールがなかったこと</p> <p>処方箋は薬を懸濁する際には使用しているが、その後は薬杯の患者名で確認しており、処方箋での最終確認を行うルールが病棟になかった。</p> <p>当該病棟では、経管栄養が終わった時に他の看護師が準備した内容が確認できない薬剤でも投与する慣習があった。</p>
	<p>3) 薬剤間違い—薬剤の混入の背景・要因</p> <p>i 業務の状況に関すること</p> <p>当事者は夜勤帯のリーダーであったため、日勤帯の勤務調整にも気を廻さなければならない状況であった。</p> <p>業務が多忙のため集中力が低下していて、普段は確認していることが今回はできていなかった。</p> <p>ii 内服薬の準備に関すること</p> <p>配薬ケース（またはトレイ）に2名の患者の薬を一緒に入れたため、1名分と思い込んでしまった。（複数報告あり）</p> <p>当該患者の薬袋に他の患者の薬袋が1つのクリップでまとめられていた。</p> <p>ダブルチェックを依頼された看護師は、作業スペースを確保せず、乱雑なテーブルの上で投薬ポケットの内服薬を広げて確認していた。そのため、薬剤の取り残しがあり、次に内服確認した患者の薬剤に混在した可能性が高かった。</p> <p>当事者は与薬時間に患者Aの投薬を行おうとして、患者Aの配薬ボックスを一度手にしたが、感染対策が必要な患者であるため他の患者の処置を先に行おうと考え直し、配薬ボックスを処置台に戻した。その際、患者Bの配薬ボックスと近接する位置に置いてしまった。</p> <p>iii 確認のルールの逸脱に関すること</p> <p>配薬の際、患者の付き添い者と1つ目の薬袋の名前・薬品名・薬包を確認したが、2つ目の薬袋は薬品名のみ確認し、患者名の確認はしなかった。</p> <p>配薬時に、投与されている薬剤の目的を確認しなかった。</p> <p>薬の確認作業中にナースコールが鳴り、内服薬をひろげたままナースコールの対応をした。その後、確認作業を最初からやり直さず、テーブル上にあった内服薬を確認しないまま投薬ポケットに入れた。</p> <p>配薬時、袋を1つ1つ確認せずに配ってしまった。</p> <p>幼児患者にフルネームを名乗ってもらうことは可能であったが、しなかった。</p> <p>投与直前の確認手順は、患者の前で、パソコンの服薬指示画面と投与予定の薬剤の種類及び溶解した全てのシリンジの氏名を確認し、次いで全てのシリンジの氏名と患者のリストバンドを確認する原則になっていた。しかし、当該患者からはMRSAが検出されており個室管理を行っていたため、移動式の端末は病室の中には持ち込めず、病室の前で指示画面と確認して入室する状況となっていた。そのため、入室前にすべての確認が終了しているという錯覚に陥りやすく、ベッドサイドでのリストバンドとの確認は行わなかった。</p> <p>与薬のマニュアルの手順を怠り、薬袋の氏名確認が出来ておらず薬包の氏名だけ確認をしていた。そのため薬包のないPTPシートの氏名確認がなされずに配薬された。</p> <p>iv 先入観・思い込みに関すること</p> <p>まとめている薬袋に他の患者の薬袋が挟まれているはずはないと思い込んだ。</p> <p>2名の患者の名前が似ていたため、思い込みでセッティングしてしまった。</p> <p>患者誤認をしないという思い込みがあった。</p>

（6）事例が発生した医療機関から報告された改善策

事例が発生した医療機関の改善策を整理して以下に示す（図表Ⅲ - 2 - 30）。

図表Ⅲ - 2 - 30 主な改善策

1) 患者間違いの改善策	
i 業務状況の改善	
	夜勤業務の内容や手順などを、しっかり覚え、慣れる。
	作業が中断しないよう、スタッフ間で配慮する。相手の行動をよく見て、作業中は声をかけないようにする。声をかける時は、相手の作業状況を見てタイミングを計って行う。
	日々の業務の効率化を図る。
ii 与薬手順の見直し	
	配薬の方法等（患者氏名入り容器の使用など）について、看護部で調査・検討を行い、決定したものを委員会で報告する。
	薬包に薬剤名、投与日時、氏名を記載する。
	複数の患者に配薬する場合は、患者毎に氏名を記入した容器を準備する。
	内服薬の準備の際に、担当する患者全てのものをまとめてトレイに入れるのではなく、患者ごとに「朝」「昼」「夕」「眠前」のボックスに変更する。
	薬袋のID番号と与薬直前に患者のベッドネーム、車椅子ネームにあるID番号を照合する手順を医療安全マニュアル「与薬」に追加する。
	作業を中断し、再開する時は、再度確認してから再開する。
iii 確認手順の遵守	
	配薬時は、必ずベッドサイドで患者に名前を名乗ってもらい、指示簿（処方箋）と内服薬を指差し呼称して照らし合わせる。名前を言えない患者にはリストバンドで確認する。（複数報告あり）
	意思疎通が難しく、リストバンド装着も困難な患者に関する認証手順を明文化する。
	患者確認の徹底と習慣化し、配薬手順を遵守する。
	麻薬はダブルチェック後すぐに患者の所へ行き、患者名・時間・薬剤名・量を看護師も再度確認し、患者にも確認してもらい内服してもらう。
	患者氏名と薬の確認を怠らない。正しい患者、正しい方法、正しい時間、正しい用量、正しい薬、正しい目的の6Rを遵守する。
iv 教育に関すること	
	薬効について知識を持ち、与薬を行う。
	医療者として患者の身体に直接薬を投与する責任の重大さを再認識できる研修会の実施と継続した啓発活動を行う。
	今回の事例を通じ、薬剤の作用、副作用の知識の獲得および与薬手順、ルールを遵守する必要性を各病棟で周知徹底するよう管理者は指導をする。
	与薬時の指差呼称強化月間として、ポスターを掲示する。指差呼称を実施していない職員に対して、直接注意喚起を行う。
v その他	
	心理的には良い意味での緊張感を常に持ち、繁忙時こそ、基本動作、手順を確実にやっていく。

2) 薬剤間違いー薬剤取り違えの改善策	
i 業務状況の改善	
	深夜業務を早番看護師と協力できるよう検討する。
	与薬時は慌てず、時間に余裕を持って業務を確実に行う。
	食事介助など、他チームの看護師に依頼する時は、注意することを伝えると共に内服薬を手渡す。
	多重課題の場合、業務の優先順位を考え、お互い声かけしながら協力できる職場風土についてカンファレンスで検討する。
ii 与薬手順の見直し	
	名前が同じ患者がいる場合、薬立ての位置を遠ざける。
	名前が似た患者がいる場合、間違いやすいことを念頭に置き、同姓・同名などの注意喚起の札をルームネームや配薬ケースに表示する。
	1 患者 1 トレイの原則を守る。
	持参薬などで薬包に患者名がない場合、名前シールを貼る。
	可能な限り内服薬の溶解置きをせず、実施する時に確認し溶解する。
	薬のみを手を持ち与薬に行く際、患者 1 名分のみとする。
	患者の元まで内服カートやワゴンを持って行き、配薬する。
	他の患者の薬をオーバーテーブルや床頭台等、ベッド周囲の物の上に置かない。
	与薬は必ず受け持ちが行い、やむを得ず与薬できない場合は確実に申し送りを行う。
iii 確認手順の遵守	
	内服薬を渡す際は、患者に名乗ってもらい、氏名の確認を徹底する。(複数報告あり)
	配薬する前に配薬ケース・フルネーム・ベッドネーム・患者のリストバンド・本人に名乗ってもらうなどの患者確認を確実にを行う。(複数報告あり)
	内服薬を渡す際は、薬袋を患者のベッドサイドまで持参し、6 R を確認後与薬することを徹底する。(複数報告あり)
	ベッドサイドでの与薬時、処方箋を持参して確認する。
	患者への投与直前に、処方箋と薬剤及び患者の確認を、必ず 2 名で行う。
	内服薬投与直前の患者確認を徹底させるために、薬を準備するトレイの目のつく場所に「投与前の患者確認」のカードを貼り、注意喚起をする。
	実施直前の患者確認の徹底を、自己評価及び他者評価によるフィードバックで意識付ける。
iv その他	
	記憶に頼った仕事をしない。
	複数の職員で確認することが形骸化しないようマニュアル読み合わせ等を行う。

3) 薬剤間違いー薬剤の混入の改善策	
i	与薬手順の見直し
	配薬ボックスを氏名確認のしやすいものに変更する。
	作業スペースを確保し、1患者ごとトレイに準備する。(複数報告あり)
	薬剤の準備は、可能な限り患者への投与直前に行う。
	作業中断をした際は、最初からやり直すという原則を病棟内で再度周知する。
	シリンジに薬剤を準備する際は、吸う前にシリンジに患者氏名を記入する。
	無記名の薬剤は投与しない。
ii	確認手順の遵守
	内服薬の確認時、処方箋と薬袋を照らし合わせ、6Rの確認を手順通りに行うことを徹底する。
	入室する時、溶解する時、投与する時にはベッドネームやネームバンドでの患者確認を厳守する。
	投与直前に手に持っている物に記載されている患者名とリストバンドを照合する。
iii	その他
	随時、処方オーダーを見直すこととし、複数薬剤の場合は一包化することを検討していく。

(7) まとめ

与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例について、発生状況を紹介し、主な事例を概観した。報告された事例42件を「患者間違い」「薬剤間違いー薬剤取り違い」「薬剤間違いー薬剤の混入」に分類し、それぞれの事例の主な背景・要因や改善策を示した。さらに、「患者間違い」「薬剤間違いー薬剤取り違い」の事例のイメージと、取り違いを生じないための照合作業の一例をイラストで示した。

内服薬は注射薬に比べると作用は緩やかであるが、患者間違いや薬剤間違いにより、患者にとって不要な薬剤を投与することになる。繁忙な看護業務の中で、どのように患者や薬剤が正しいと確認するのか、その手順を明確にすることの重要性が示唆された。

(8) 参考資料

1. 一般社団法人 日本病院薬剤師会. ハイリスク薬に関する業務ガイドライン(Ver.2.1). (online), available from < <http://www.jsph.or.jp/cont/13/0327-1.pdf> > (last accessed 2015 - 07 - 07)