

2 分析テーマ

【1】職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例

本事業では、第37回報告書（2014年6月公表）～第40回報告書（2015年3月公表）の4回の報告書で、「職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故」を取り上げ、事例の概要に沿って「薬剤」「輸血」「治療・処置」「医療機器等」「ドレーン・チューブ」「検査」「療養上の世話」の事例について分析を行った。このうち、第38回報告書（2014年9月公表）では、事例の概要が「薬剤」の事例を分析した。対象事例80件のうち、「与薬」の場面が最も多く、そのうち「過剰投与」や「投与速度速すぎ」「患者間違い」「投与方法間違い」「無投薬」などの事例が多く報告されていた。

その後、2019年末より新型コロナウイルス感染症が拡大し始め、3年以上にわたって流行が続いたことにより、看護基礎教育の現場では感染対策に重点が置かれ、授業形態の変更、臨地実習の制限など大きな影響があった。この間に看護基礎教育を受けた学生が現在看護師として現場で医療に従事している。

本事業には、事例に関わった職種に職種経験年数が浅い看護師が含まれる事例が報告されている。本事業の総合評価部会において「今期のテーマ」を検討した際、職種経験1年未満の看護師が患者の低血糖に対し、ブドウ糖の静脈注射で対応するため、経口用のブドウ糖を水道水で溶かして静脈ラインから投与した事例（46頁 事例No.6）が報告されていたことを踏まえ、職種経験1年未満の看護師に関する事例の中から薬剤に関する事例について、改めて検討してはどうかという意見が出された。

そこで、2025年10月～2026年3月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例」を収集し、医療事故情報と併せて総合的に分析することとした。本テーマは2回の報告書にわたって取り上げることとしており、本報告書では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要を整理し、その中から「指示受け」と「調製・準備」の事例について分析を行った。

(1) 医療事故情報の概要

1) 報告状況

①対象事例

2023年1月～2026年3月に報告された医療事故情報の中から、事例の概要が「薬剤」の事例のうち以下の①または②に該当する事例を検索した。検索された事例のうち、事例に記載された内容から、薬剤の「指示受け」「調製・準備」「投与」「薬剤管理」のいずれかの段階において、職種経験1年未満の看護師（以下、新人看護師とする）が誤った事例を対象とした。医師が処方を行った事例や、薬剤師が調剤を行った事例は除外した。また、事例内に複数の看護師が関わっているが職種経験1年未満の看護師が誤ったかどうか判断がつかない事例や、新人看護師が他の看護師の誤りを発見した事例、薬剤を自己管理している患者の服用の誤りに気付いた事例などは対象に含めていない。

事例の検索条件
①事例に関連する職種の1人目が「看護師」で、職種経験年数が1年未満の事例
②事例に関連する職種の1人目は職種経験1年以上の看護師または他職種であるが、事例に関連する職種の2人目が職種経験1年未満の「看護師」で、事例の詳細や背景・要因に新人であったことが記載されている事例

②報告件数

2023年1月～2026年3月に報告された事例のうち、対象とする事例は173件であった。なお、2025年10月～2026年3月にヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして事例を収集するにあたり、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関に対しても、職種経験1年未満の看護師に関する医療事故情報の報告を呼びかけたため、2025年から報告件数が増加している。

図表Ⅲ－１－１ 報告件数

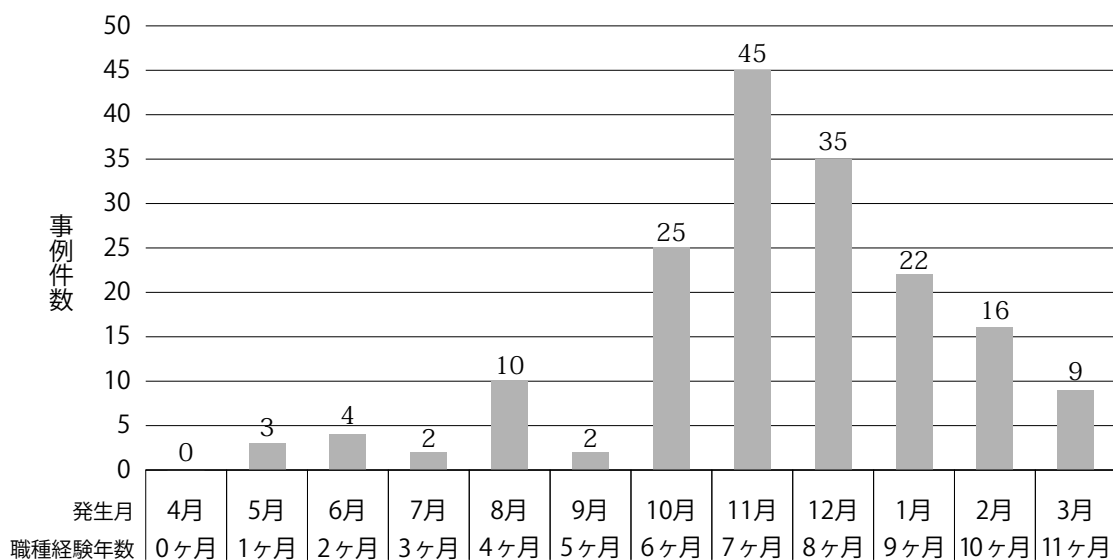
報告年	2023	2024	2025	2026 (1～3月)	合計
件数	13	15	60	85	173

2) 事例の概要

①職種経験年数（月数）

事例に関わった新人看護師の職種経験年数（月数）を集計した。11月に発生した0年7ヶ月の事例が最も多かった。

図表Ⅲ－１－２ 職種経験年数（月数）

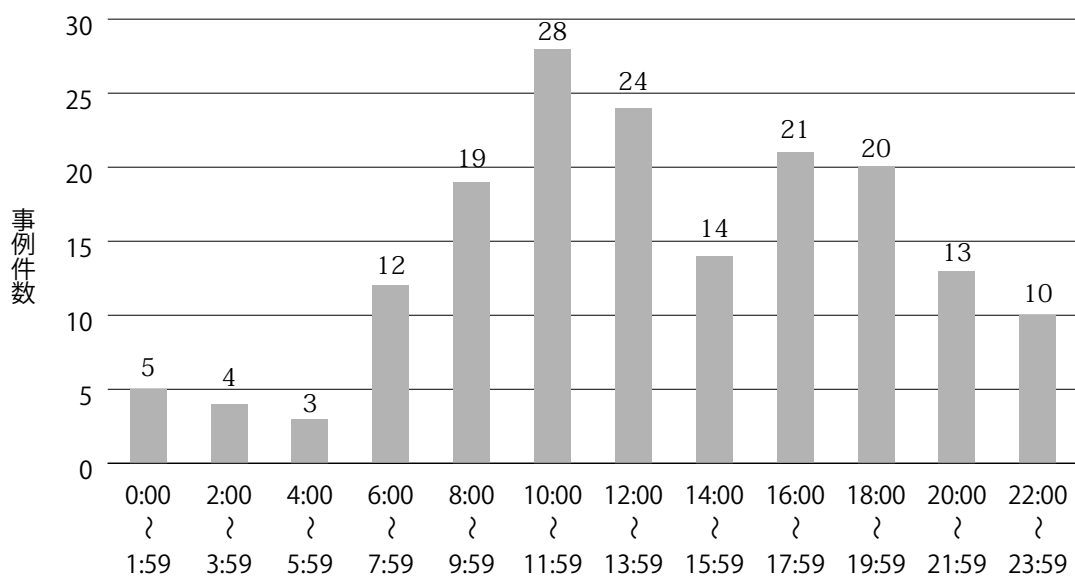


※事例の発生月を基準として、報告された職種経験年数（月数）を修正した結果である。

②発生した時間帯

発生した時間帯を示す。

図表Ⅲ－１－３ 発生した時間帯



③薬剤の種類

薬剤の種類を示す。注射薬の事例が最も多かった。

図表Ⅲ－１－４ 薬剤の種類

薬剤の種類		件数
注射薬		107
内服薬		53
外用薬	貼付薬	6
	吸入薬	3
	点眼薬	2
	軟膏剤	1
	浣腸薬	1
合計		173

④発生段階

発生段階を以下の通り分類した。投与の事例が多かった。

〈参考〉発生段階の分類

発生段階	対象
指示受け	指示受けの段階で誤った事例
調製・準備	指示受けは正しかったが、調製・準備時に誤った事例
投与	指示受け、調製・準備は正しかったが、投与時に誤った事例
薬剤管理	指示受け、調製・準備、投与の段階以外で、薬剤の管理を誤った事例

図表Ⅲ－１－５ 発生段階

発生段階	件数
指示受け	52
調製・準備	41
投与	75
薬剤管理	5
合計	173

(2) ヒヤリ・ハット事例の概要

1) 報告状況

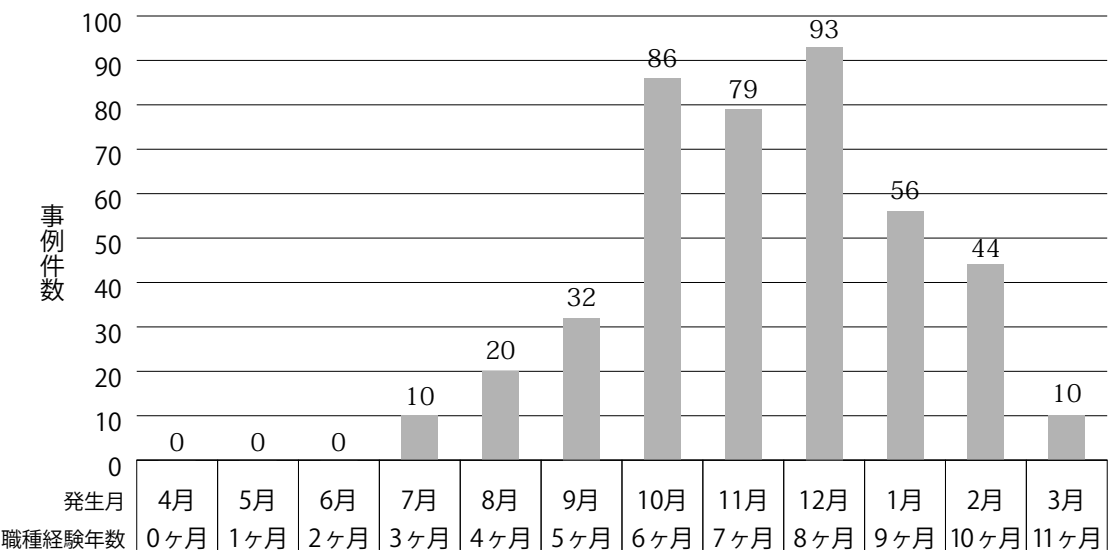
2025年10月～2026年3月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例」を収集した。収集した事例のうち、医療事故情報と同様に、職種経験1年未満の看護師が薬剤の「指示受け」「調製・準備」「投与」「薬剤管理」のいずれかの段階で誤った事例を対象としたところ、対象事例は430件であった。なお、ヒヤリ・ハット事例については、職種経験年数が「0年0ヶ月」の事例が報告されていたが、発生月が「4月」ではない場合は、対象外とした。

2) 事例の概要

①職種経験年数（月数）

ヒヤリ・ハット事例の職種経験年数（月数）を示す。ヒヤリ・ハット事例の収集期間が2025年10月～2026年3月であるため、10月以降の事例の報告が多かった。

図表Ⅲ－１－６ 職種経験年数（月数）

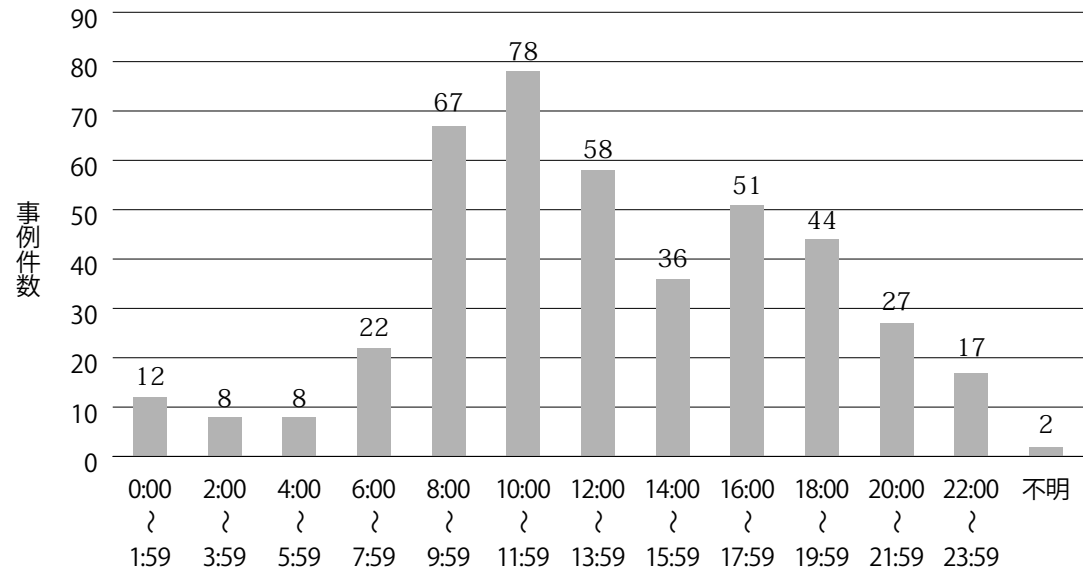


※事例の発生月を基準として、報告された職種経験年数（月数）を修正した結果である。

②発生した時間帯

発生した時間帯を示す。

図表Ⅲ－１－７ 発生した時間帯



③薬剤の種類

薬剤の種類を示す。ヒヤリ・ハット事例は、注射薬の事例と内服薬の事例の件数に大きな差はなかった。

図表Ⅲ－１－８ 薬剤の種類

薬剤の種類		件数
注射薬		211
内服薬		193
外用薬	貼付薬	17
	点眼薬	3
	吸入薬	2
	軟膏剤	2
	外用液剤	1
	浣腸薬	1
合計		430

④発生段階

発生段階を示す。ヒヤリ・ハット事例も医療事故情報と同様に投与の事例が多かった。

図表Ⅲ－１－９ 発生段階

発生段階	件数
指示受け	95
調製・準備	112
投与	197
薬剤管理	26
合計	430

(3) 発生段階「指示受け」の事例

医療事故情報の「指示受け」の事例52件と、ヒヤリ・ハット事例の「指示受け」の事例95件について分析した。

1) 指示の種類

指示の種類を示す。

図表Ⅲ－１－１０ 指示の種類

指示の種類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
電子カルテ などの指示	継続投与している薬剤の指示	16	37
	継続投与している薬剤の変更指示	11	17
	新たに開始になった薬剤の指示	7	16
	中止になっていた薬剤の再開指示	3	2
	スライディングスケール※1	4	7
	必要時指示※2	6	7
	検査・処置のための一時指示	3	7
口頭指示		2	2
合計		52	95

※1 スライディングスケールは、継続投与している薬剤の指示とは分けて集計した。

※2 必要時指示は、不眠や発熱、疼痛時など症状に応じてあらかじめ出している指示とした。

2) 指示受けの事例の種類

指示受けの事例の種類を示す。医療事故情報は、指示の誤認の事例が最も多かった。ヒヤリ・ハット事例は、指示の一部見落としの事例が最も多かった。

図表Ⅲ－１－１１ 指示受けの事例の種類

事例の種類	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
指示の未確認	8	30
指示の一部見落とし	17	37
指示の誤認	27	28
合計	52	95

①指示の未確認の事例

指示の未確認の医療事故情報8件とヒヤリ・ハット事例30件を分析した。

i 指示の種類

指示の種類を示す。

図表Ⅲ－１－１２ 指示の種類（指示の未確認）

指示の種類		医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
電子カルテなどの指示	継続投与している薬剤の指示	3	14
	継続投与している薬剤の変更指示	2	5
	新たに開始になった薬剤の指示	3	2
	中止になっていた薬剤の再開指示	0	1
	スライディングスケール※1	0	4
	必要時指示※2	0	1
	検査・処置のための一時指示	0	3
合計		8	30

※1 スライディングスケールは、継続投与している薬剤の指示とは分けて集計した。

※2 必要時指示は、不眠や発熱、疼痛時など症状に応じてあらかじめ出している指示とした。

ii 事例の分類

事例の分類を示す。指示を確認していない事例のため、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例のどちらも、「未実施」の事例が多かった。

図表Ⅲ－１－１３ 事例の分類（指示の未確認）

事例の分類	医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
未実施	6	27
中止になった薬剤の投与	1	1
速度間違い	1	0
量間違い	0	1
重複投与	0	1
合計	8	30

iii 指示の未確認となった主な背景

指示の未確認となった主な背景を示す。患者の状況や治療内容の理解が不足していた事例や、見るべき指示を見ていなかった事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－１４ 指示の未確認となった主な背景

指示の種類	事例の分類	未確認となった主な背景
継続投与している薬剤の指示	未実施	- 新人看護師（8ヶ月）は、患者が抗菌薬による治療中であることを認識していなかった。 - 当該病棟では輸液管理している患者が多く、情報収集能力は個人に任せている状況であった。
	未実施	新人看護師（9ヶ月）は、インスリンの持続時間や薬効を理解しておらず、スライディングスケール打ちの指示のみと思い、固定打ちの指示を見ていなかった。
継続投与している薬剤の変更指示	速度間違い	新人看護師（10ヶ月）は、持続投与している注射薬の流量を検温表で確認しており、速度変更の指示を見ていなかった。
	中止になった薬剤の投与	新人看護師（9ヶ月）は、夜勤業務が煩雑でオーダの確認ができず、夜勤中に出ていた内服薬の中止指示に気付いていなかった。
新たに開始になった薬剤の指示	未実施	- 病棟には新しく処方された薬剤が届いたら入れておく箱があったが、新人看護師（8ヶ月）は箱を確認する習慣がなく、担当患者の薬剤が届いていることに気付かなかった。 - 新人看護師は、医師指示を改めて確認していなかった。
スライディングスケール	未実施	新人看護師（6ヶ月）は血糖測定7検であることを把握しておらず、血糖値に合わせたインスリン指示があることを情報収集できていなかった。
必要時指示	未実施	- 手術当日起床時の収縮期血圧が140mmHg以上の場合、アムロジピン錠5mg 1錠内服の必要時指示があった。 - 新人看護師（8ヶ月）は、血圧に関する必要時指示があることを知らなかった。
検査・処置のための一時指示	未実施	- 泌尿器科の手術を受ける患者に、術前の浣腸の指示が出ていた。 - 新人看護師（5ヶ月）は、手術前に浣腸を行うことを認識していなかった。

※（ ）内は職種経験月数である。

iv 事例の内容（指示の未確認）

主な事例と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－１５ 事例の内容（指示の未確認）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
継続投与している薬剤の指示の事例			
1	肺炎の患者に、タゾピペ配合静注用4.5を3回/日（6時、14時、22時）で投与中であった。日勤の新人看護師（8ヶ月）は、患者の治療内容を把握しておらず、情報収集時に抗菌薬の指示を見ていなかった。夜勤の看護師が出勤した際に、14時の抗菌薬が投与されていないことに気付いた。	・当院では、看護師が電子カルテより情報収集を行う際に、受け持ち患者に点滴治療があるかを確認している。 ・日勤帯で投与する薬剤は、準備から投与まで受け持ち看護師が行う。 ・当該病棟では輸液を投与している患者が多いため、個人の情報収集能力に任せていた。 ・投与した薬剤は、電子カルテ上○→●に変わるため、実施したかどうかの確認ができる仕組みである。 ・投与されなかった薬剤が残っていても、個人がメモなどのチェックで最終確認して気付かなければ、次勤務者が気付くまで無投薬に気付かないことがある。 ・当該病棟では、職種経験年数0年8ヶ月の看護師であれば、それぞれの到達度には差があるが、ほぼ独り立ちであった。当該事例の経験8ヶ月の看護師に対するフォロー体制については、先輩看護師の認識の差もあり、今回、リーダー看護師や他の看護師は情報収集の漏れを指摘できていなかった。	・情報収集時の確認ポイントについて、再度振り返る。 ・新人看護師に対する情報漏れの補足が行えるよう、チームで支援を行う。
専門分析班の議論			
・患者の状態や治療状況がチームでどのように共有されていたか、また、薬剤そのものがどう準備されていたかなどを検討できるとよい。 ・委員の医療機関では「実施済」になっていない薬剤があれば、画面上でわかるようになっている。当該事例でも「○→●」と表示が変わる仕組みがあるため、投与されていない薬剤があることに気付くことができる。 ・「新人看護師が治療内容を把握しておらず」とあるが、新人であっても看護師として、患者がどのような治療を受けるために入院しているかを理解したうえで看護実践をする必要がある。			
新たに開始になった薬剤の指示の事例			
2	起床時よりラジカット内用懸濁液を開始する指示が出ていた。新人看護師（10ヶ月）は、情報収集できておらず投与していなかった。10時に他の看護師から無投与であることを指摘された。	・情報収集が不足していた。 ・情報収集の漏れにつながらないための対策など、取り入れられるものを検討する。 ・今回は、他の看護師が無投与に気付いて新人看護師に確認したことにより、早期に発見できた事例である。新人看護師も同様に確認し合え、不安なことは聞ける雰囲気作りを行う。	・情報収集をどのように行っているか、具体的なチェックシートの活用方法も含め、新人看護師の状態を把握する。
専門分析班の議論			
・今回の事例の新人看護師は、職種経験年数が0年10ヶ月であり、ほぼ独り立ちしていたと思われるが、フォロー体制がどうであったか検討の余地がある。 ・新人看護師が情報収集できなかった背景を把握できると、新人看護師のフォロー体制の在り方や教育内容に反映できる。 ・通常、チームで業務を分担していると思われるため、同じ勤務帯の誰かが気付けるフォロー体制があるとよい。			

②指示の一部見落としの事例

指示の一部見落としの医療事故情報17件とヒヤリ・ハット事例37件を分析した。

i 指示の種類

指示の種類を示す。

図表Ⅲ－１－１６ 指示の種類（指示の一部見落とし）

指示の種類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
電子カルテ などの指示	継続投与している薬剤の指示	7	12
	継続投与している薬剤の変更指示	4	9
	新たに開始になった薬剤の指示	0	10
	中止になっていた薬剤の再開指示	1	1
	スライディングスケール※1	1	2
	必要時指示※2	3	1
	検査・処置のための一時指示	1	2
合計		17	37

※1 スライディングスケールは、継続投与している薬剤の指示とは分けて集計した。

※2 必要時指示は、不眠や発熱、疼痛時など症状に応じてあらかじめ出している指示とした。

ii 事例の分類

事例の分類を示す。

図表Ⅲ－１－１７ 事例の分類（指示の一部見落とし）

事例の分類	医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
未実施	8	20
量間違い	4	7
中止になった薬剤の投与	2	9
時間間違い	3	0
速度間違い	0	1
合計	17	37

iii 指示を見落とした主な背景

指示を見落とした主な背景を記載する。焦り、余裕のなさなどが背景となって指示を見落とした事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－１８ 指示を見落とした主な背景

指示の種類	事例の分類	指示を見落とした主な背景
継続投与している薬剤の指示	未実施	・夜勤帯で担当患者が多く、新人看護師（9ヶ月）は焦っていた。 ・内服薬を準備する際、処方箋との照合が不十分となり、メトホルミン錠の指示のみ見て、別の処方箋に気付かなかった。
		・持参薬を使用していたため、新人看護師（8ヶ月）は見慣れない薬剤が多数あり、指示の全てを読み取ることができていなかった。
		・新人看護師（10ヶ月）は、内服薬の処方箋は確認したが、最後のページにあった軟膏の処方箋の確認を忘れた。
	量間違い	・バイアル製剤の一部を使用する指示であったが、新人看護師（4ヶ月）は投与量を見落とし、全量投与すると思いついた。
継続投与している薬剤の変更指示	中止になった薬剤の投与	・新人看護師（7ヶ月）は夜勤経験が少なく、時間に追われて焦りがあった。 ・指示確認の途中でパソコンの電源が落ち、指示の確認が疎かになった。
	重複	・同じ薬効の注射薬と内服薬が処方されていたが、内服薬は中止指示が出ていた。新人看護師（11ヶ月）は、中止指示を見落とし、両薬剤が同じ薬効であることを知らずに投与した。
スライディングスケール	未実施	・勤務開始時、新人看護師（7ヶ月）は情報収集に時間がかかったことで余裕がなく、患者の疾患や血糖コントロールを行っていることに関する情報収集が不十分であった。 ・他患者のバイタルサイン測定や経管栄養投与などの業務があったため焦っており、スライディングスケールの全項目を指差し呼称せず、流し見してしまった。
必要時指示	量間違い	・新人看護師（7ヶ月）は、夜勤の独り立ち5回目であった。 ・先輩看護師とダブルチェックを実施したが、指示簿の「体温」「薬剤」「用量」は確認したが、「投与間隔」「回数」は確認しなかった。

※（ ）内は職種経験月数である。

iv 事例の内容（指示の一部見落とし）

主な事例と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－１９ 主な医療事故情報（指示の一部見落とし）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
継続投与している薬剤の指示の事例			
1	心原性脳塞栓症の治療を受けていた患者は、糖尿病を合併しており、血糖コントロールを行っていた。深夜勤務開始時に、新人看護師（7ヶ月）は、血糖値4検とスライディングスケールの指示を指示簿で確認した。6時の経管栄養投与前に血糖測定を行った。血糖値は161mg/dLで、インスリン基本投与＋標準化スケール指示書のスライディングスケールの欄を見て、該当しないことを確認した。深夜リーダー看護師へ血糖測定後のダブルチェックを依頼し、スライディングスケールに該当しなかったことを報告した。その後、経管栄養を投与した。11時30分に、日勤の総リーダー看護師が血糖値を確認していた際、基本投与のインスリンが未投与であることに気付いた。昼の血糖測定を行い、血糖値は396mg/dLであった。血糖値とともに、朝のインスリンが未投与になったことを主治医へ報告し、経過観察の指示を受けた。	- 新人看護師は、他患者のバイタルサイン測定や経管栄養投与などの業務があったため焦っており、指示書の全項目を指差し呼称せず、流し見してしまった。 - 時間的な焦りから、経過表で血糖値とインスリン投与量を確認しなかった。経過表には毎食前のインスリン量が入力されているため、丁寧に確認すれば基本投与があることに気付けた可能性があった。 - 勤務開始時、情報収集に時間がかかったことで余裕がなく、患者の疾患や血糖コントロールを行っていたことに関する情報収集が不十分であった。 - 継続指示に「血糖4検 スライディングスケール対応」と入力されており、基本投与指示の記載はなかったため、スライディングスケールのみと認識していた。 - インスリン指示書上部に貼付されていたメモに「インスリン基本投与＋スライディングスケール」と記載があったが、気付いていなかった。	- インスリン指示書は、番号順に全項目を指差し呼称し、確認を徹底する。 - 自分の記録に入力漏れや不備がないか、丁寧に確認を行う。 - 病状や治療方針など、必要な情報を限られた時間で収集できるよう努める。 - 指示内容と実際の患者の状況を結びつけながら実施する。 - インスリン指示書がある場合は、継続指示へ不用意に投与量などを入力しないよう医師にも依頼する（転記ミス、指示変更時に更新されない可能性があるため）。 - 経過表へのインスリン投与量の入力、基本投与量とスライディングの投与量がそれぞれわかるように区別して入力する。
専門分析班の議論			
- 指示内容が散在していたのであれば、指示の出し方に改善の余地がある。 - 新人看護師であったため慣れていなかった、というだけで済まず、新人でも正しく指示受けができることが重要である。また、このような事例の背景を検討することは再発防止策につながる。 - インスリン製剤の投与は、食事直前の限られた時間に複数の患者対応が重なることがあり、焦りが生じやすいため、事前に他の看護師に確認しておくといよい。			
必要時指示の事例			
2	手術当日の起床時に、新人看護師（8ヶ月）は、患者の血圧測定を行い、149/80mmHgと記録した。日勤の看護師からアムロジピン錠の内服をしたか確認があった。必要時指示には、「手術当日、起床時収縮期血圧が140mmHg以上の場合、アムロジピン5mg 1錠内服」とあり、与薬していないことが判明した。	- 新人看護師は、血圧に関する必要時指示があることを知らず、指示を見落としした。 - 医師記録にも指示内容の記載があった。 - 今回の必要時指示は外来で入力されており、病棟リーダー看護師が確認する指示受け画面に反映されないため、フォローできなかった。	情報収集を確実にする。
専門分析班の議論			
- 新人看護師は、血圧の必要時指示を知らなかったとあるが、看護師として全ての指示を把握して患者に対応する必要がある。 - 必要時指示がどのように記載されていたかわからないが、職種経験年数が浅い看護師が見てもわかりやすく記載されている必要がある。 - 看護師は、指示の有無に関わらず、血圧を測定したらその結果をアセスメントし、必要な対応を考える必要がある。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
必要時指示の事例			
3	医師の指示には「体温38.0℃以上の時：アセリオ静注液1000mg点滴 8時間あけて3回/日まで」と記載されていた。18時45分、体温40.3℃であり、看護師Aはアセリオ静注液を投与した。その後、次勤務者の新人看護師Bに申し送った。20時30分の体温が39.7℃であり、新人看護師Bは18時台に投与されたことを失念して、アセリオ静注液を投与した。22時台、カルテに入力していたところ、18時台にアセリオ静注液が投与されていたことに気付いた。医師の指示の時間間隔を空けずに投与したことが判明した。	- 新人看護師Bは、夜勤を独り立ちして5回目であった。 18時台の投与はメモに書いていたが、高熱であり早急に解熱しなくてはと思い、18時台に投与されていることを忘れてしまった。 - 先輩看護師とダブルチェックを実施した際、指示簿の「体温」「薬剤」「用量」を確認し、「投与間隔」「回数」は確認しなかった。	- 指示簿指示薬剤のダブルチェック時は指示簿内容の詳細も読み上げてダブルチェックをする。 - 臨時で薬剤を使用した患者がいる時には先輩看護師にも共有しておく。 - 使用薬剤はわかりやすくメモをする。
専門分析班の議論			
- 新人看護師とのダブルチェックであるため、先輩看護師は教育の場になることを認識し、新人のフォローができるとよい。このような指示の場合は、「投与間隔」と「回数」に加えて「前回投与時間」を一緒に確認できればよかった。 - ダブルチェックを行うことによって責任の所在が曖昧になることがある。当該事例のように先輩看護師にダブルチェックをしてもらえることから、自らの確認作業が疎かになってしまうことがあるが、職種経験年数に限らず、責任を持って投与する必要がある。 - ダブルチェックの場面は、「確認」ではなく、複数の情報を突き合わせて一致していることを確かめる「照合」であることを認識する必要がある。 - 定数配置薬を使用する際は、薬剤師の監査がないため、より慎重になるべきである。			

③指示の誤認の事例

指示の誤認の医療事故情報27件とヒヤリ・ハット事例28件を分析した。

i 指示の種類

指示の種類を示す。指示の未確認や指示の一部見落としの事例では報告されていなかった口頭指示の事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－２０ 指示の種類（指示の誤認）

指示の種類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
電子カルテ などの指示	継続投与している薬剤の指示	6	10
	継続投与している薬剤の変更指示	5	4
	新たに開始になった薬剤の指示	4	4
	中止になっていた薬剤の再開指示	2	0
	スライディングスケール※1	3	1
	必要時指示※2	3	5
検査・処置のための一時指示		2	2
口頭指示		2	2
合計		27	28

※1 スライディングスケールは、継続投与している薬剤の指示とは分けて集計した。

※2 必要時指示は、不眠や発熱、疼痛時など症状に応じてあらかじめ出している指示とした。

ii 事例の分類

事例の分類を示す。指示を誤認した事例のため、様々な事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－２１ 事例の分類（指示の誤認）

事例の分類	医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
量間違い	7	8
未実施	2	9
時間間違い	3	1
投与する必要のなかった薬剤の投与	3	1
速度間違い	3	1
薬剤間違い	2	1
投与指示のある薬剤の誤った中止	0	3
用法間違い	2	0
医師が投与する薬剤の誤投与	2	0
重複投与	1	1
中止になった薬剤の投与	0	2
患者間違い	1	0
再開時期の誤り	1	0
投与日間違い	0	1
合計	27	28

iii 指示を誤認した主な背景

指示を誤認した主な背景を記載する。薬剤についての知識不足や思い込みなどから指示を誤認した事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－２２ 指示を誤認した主な背景

指示の種類	事例の分類	指示を誤認した主な背景
継続投与している薬剤の指示	重複投与	・てんかん発作で入院した患者は内服困難な時があり、タケキャブ錠の内服が困難な場合に備えて、ガスター注射液のオーダーもされていた。 ・新人看護師（7ヶ月）は、処方意図を理解しておらず、また、同効薬であるという知識が不足しており、両方投与すると思った。
	量間違い	・貼付薬1枚の指示が出ていた。新人看護師（6ヶ月）は5日前に患者を担当した際に0.5枚であったため、今回も同量だと思い込んだ。
継続投与している薬剤の変更指示	薬剤間違い	・患者は1週間前までアズノール軟膏を塗布していたが、ルリコナゾール軟膏に変更になっていた。 ・新人看護師（8ヶ月）は、ケア前に指示を見て情報収集していたが、前回担当した際と同じアズノール軟膏だと思い込んだ。
	投与指示のある薬剤の誤った中止	・患者は、持参薬と院内処方薬の両方を服用していたが、主治医より「持参薬は全て中止」と指示が出た。 ・指示受けをした新人看護師（10ヶ月）は、「全て中止」という文字を見て、内服薬全てが中止であると勘違いした。
新たに開始になった薬剤の指示	速度間違い	・高カロリー輸液500mLを12時間で投与する指示が出ていた。 ・新人看護師（6ヶ月）は容量が1000mLだと思い込んで流速を計算して投与した。
スライディングスケール	量間違い	・患者は胃管より経管栄養を注入していたが、朝のみ嚥下訓練食を摂取していた。 ・スライディングスケールは経管栄養時と嚥下訓練食摂取時で異なっていたが、新人看護師（10ヶ月）は、嚥下訓練食摂取時に経管栄養時の投与量を参照した。
必要時指示	投与する必要のなかった薬剤の投与	・必要時指示に、6時間の尿量が180mL以下の場合に尿比重を測定し、その結果によって輸液を負荷する指示があった。 ・新人看護師（6ヶ月）は、指示の尿量を確認せず、尿比重値だけを確認して輸液を負荷すると誤認した。
	用法間違い	・頓用のロキソプロフェン錠60mgをすでに3回服用していた患者より、鎮痛剤内服の希望があった。 ・新人看護師（8ヶ月）は1日の最大投与量を理解しておらず、前回の内服時間から6時間が経過していたため、患者にロキソプロフェン錠を渡したところ、4回目の投与となった。
検査・処置のための一時指示	医師が投与する薬剤の誤投与	・医師は検査時に投与する注射薬の鎮静剤を「15:00」の時間指定で処方していた。 ・新人看護師（4ヶ月）は薬効を知らなかったが調べることなく、15時に全量投与すると思い込んだ。

指示の種類	事例の分類	指示を誤認した主な背景
口頭指示	投与する必要のなかった薬剤の投与	・医師から口頭で輸液の変更指示があり、フォロー看護師は新人看護師（9ヶ月）に準備を依頼した。 ・新人看護師は指示内容をメモに取らなかった。 ・患者が興奮状態であったため鎮静を図ると思い込み、輸液ではなく、鎮静剤を調製して投与した。
	患者間違い	・ペア看護師が新人看護師（2ヶ月）に患児Xの浣腸の依頼をした際、愛称の「〇〇ちゃん」と伝えた。 ・新人看護師は同じ名前の患児Yだと誤認した。 ・新人看護師は、実施前に指示を確認したところ患児Yには浣腸の指示がなかったが、指示の未入力だと考えた。

※（ ）内は職種経験月数である。

iv 事例の内容（指示の誤認）

主な事例と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－２３ 事例の内容（指示の誤認）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
量間違いの事例			
1	心不全に対して、hANP5mL/hとニトログリセリン10mL/hを持続投与していたが、血圧160～190mmHgで経過していたため、薬剤を変更することとなった。医師は、「ニトログリセリン終了。ニカルジピン2A：sBP>160mmHg→2mLショットして2mL/hで開始」と指示した。リーダー看護師は担当の新人看護師（8ヶ月）に、指示のコピー画面を渡して伝達した。新人看護師は指示を確認した際、ニカルジピン2Aを急速静注すると誤認した。新人看護師はニカルジピンの投与は初めてであったため、フォロー看護師に報告し、準備方法を教わった。その際、シリンジポンプを使用することと2名でダブルチェックすることを説明したが、新人看護師は聞き逃した。その後、新人看護師はニカルジピン2Aを急速静注した。5分で血圧が120～140mmHgまで低下したため不安になり、フォロー看護師に相談して、誤投与が判明した。	- 新人看護師は新卒1年目でニカルジピンの効果はわかっていたが、投与方法について熟知していなかった。 - フォロー看護師はシリンジポンプを使用してニカルジピンを投与すること、投与開始する時に2名でダブルチェックすることを説明したが、口頭説明だけであった。 - リーダー看護師、フォロー看護師ともに新人看護師が理解できているか確認していなかった。また新人看護師も自分の解釈についてフォロー看護師に相談・確認していなかった。 - リーダー看護師、フォロー看護師は、当該病棟で日常的に行われている投与方法であり、いつも指示に「ニカルジピン2A」と記載されていたため、新人看護師も理解していると思っていた。	- 新人看護師から確認された看護師は、相手の理解内容を再確認する。また指示を受けた看護師は自分が解釈した指示内容を声に出して、再確認してもらう（チェックバック）。 - ハイリスク薬は声出し、指差して指示を確認する。 - フォロー看護師は、具体的な言葉で指導・説明し、指導を受けるスタッフの能力に応じて支援する。 - 医師は、具体的な指示を出す。
専門分析班の議論			
	「ニトログリセリン終了。ニカルジピン2A：sBP>160mmHg→2mLショットして2mL/hで開始」という指示は、とてもわかりにくい。ニカルジピン塩酸塩注射液には2mLの製剤と10mLの製剤があるが、指示には規格の記載もなく、原液で投与するのか希釈して投与するのかも不明である。当該病棟では日常的に行われるとしても、指示は、職種経験年数にかかわらず、誰が見ても理解できる記載をしなければならない。 - 病棟独自のローカルルールが常態化すると、「みんなが知っているだろう」との認識から暗黙知となり、教育の対象から漏れるおそれがあるため、注意が必要である。 - 新人看護師は職種経験年数0年8ヶ月であるが、初めての投与であるとフォロー看護師に申し出ているため、薬液の準備やシリンジポンプの設定も一緒に実施し、OJTの場になるとよかった。		

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
量間違いの事例			
2	患者は成人急性リンパ性白血病に対する移植後、消化管GVHDとサイトメガロウイルス腸炎があり加療中であった。6日前よりタクロリムスの内服から点滴による継続投与に指示変更となっていた。当日はプログラフ注射液0.25mg/0.05mL＋生理食塩液47.95mLを24時間で投与する指示が出ており、担当していた新人看護師（9ヶ月）が準備して更新した。翌日、採血結果でタクロリムスの血中濃度が上限以上（＞30ng/mL）となったため、調査した。前日の午後に投与開始したプログラフ注射液が0.25mgのところ、1.25mg（5倍量）で調製されていたことが判明した。直ちに、プログラフ注の投与を中止し、頭痛、痙攣、血圧上昇、腎障害などの副作用発現時の対応としてICUへ重症患者相談を行い、バックアップ体制を依頼した。また、通常では行えない週末のタクロリムス血中濃度測定ができるよう臨床検査科に依頼した。2日後、順調に血中濃度が低下したことが確認できた。	- 担当の新人看護師は、プログラフ注射液（2mg/0.4mL）0.25mg＋生理食塩液（50mL）47.95mLの指示であったが、0.25mgのところ0.25mLと単位を間違えて認識した。 - 新人看護師は、当該患者を受け持つのは2回目で、前回受け持った際はタクロリムスを内服しており、注射薬での準備をするのは初めてであった。 - 通りかかった看護師にダブルチェックを依頼したが、依頼された側はダブルチェックの依頼を受けたという認識がなかった。 - 新人看護師はダブルチェックを依頼してその場を離れ、戻ってきた時にはダブルチェックが済んでいると思い込んでいた。 - 新人看護師は、当該患者のフェンタニル注の持続投与の更新や、他患者の出棟など、多重課題となったため焦っており、正常な判断ができない状況であった。	- 初めて実施する場合は、そのことを先輩看護師に伝え、支援を受ける。 - ダブルチェックを依頼する際は、依頼内容を確実に伝える。また、ダブルチェックを依頼した後も依頼した看護師から結果を確認する。 - 多重課題となった場合は、先輩看護師に相談して課題を整理し、他の看護師に依頼できるものは依頼し、自分自身で処理できる課題を確実に行う。
専門分析班の議論			
- 新人看護師はダブルチェックのつもりで声をかけているが、依頼された看護師はそのような認識はなく、また、新人看護師もその場を離れるなど、本来のダブルチェックになっておらず、確認行為が曖昧になっている。 - 移植に携わる病棟であれば、プログラフ注射液は、血中濃度に合わせて微量を調製する薬剤であり、指示の単位まで確認することを含めて慎重な取り扱いが必要であることを教育しておく必要がある。当該病棟において、新人看護師に対して、そのような教育ができていたか振り返るとよい。 - 看護師は、薬剤を取り扱う際、投与目的や調製方法だけでなく、作用・副作用を理解しておくことは重要である。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
量間違いの事例			
3	内分泌科医師は、毎食前に血糖測定を行い、定期的インスリン単位は食事摂取量で変更＋スライディングスケールという変則的な指示を出した。当日、昼食前の血糖値が250mg/dLであった。本来であれば、定期ノボラピッド9単位から食事量4割摂取のため6単位を引いた3単位に、スライディングスケール分4単位を足して7単位を投与する。しかし、新人看護師（4ヶ月）は、定期ノボラピッド9単位＋食事量4割摂取で6単位＋スライディングスケール分の4単位＝合計19単位と誤認し、投与した。17時、新人看護師より申し送りを受けた夜勤看護師がインスリンの過剰投与に気付いた。すぐに血糖測定したところ46mg/dLで低血糖であり、医師の指示にて20%ブドウ糖20mLを静注し、改善した。	- 新人看護師は職種経験年数0年4ヶ月であり、今まではインスリン投与時にダブルチェックをしてもらっていたが、間違った経験がなかったので大丈夫と過信していた。 - 土曜日であったため病棟勤務者は5名であり、そのうち3名が昼休憩に入り、新人看護師を含めた2名で50名の患者の対応をしていた。 - もう1名のスタッフは、ナースコール対応しており、インスリンのダブルチェックを依頼できなかった。 - リーダー看護師は2年目であり、時間差で休憩する判断ができなかった。 - 新人看護師は複雑な指示に不安を持たず、報告・連絡・相談をしなかった。	- 主任を中心に病棟勉強会でインスリンがハイリスク薬であることを再度教育する。 - インスリン製剤の使用時は必ずダブルチェックを行うことを、師長が朝礼時と病棟カンファレンスで周知する。 - リーダー看護師は、インスリンなどの複雑な指示を実施する看護師に声掛けを行う。 - 師長・主任は、チームリーダーに休み時間の取り方も含めて再度リーダー教育を行う。
専門分析班の議論			
- インスリン投与指示が複雑だと誤認につながる恐れがある。インスリン製剤やカリウム製剤などのハイリスク薬については、基礎教育で知識として習得し、看護師として就職する時点で確実に知っておく必要がある。 - 新人看護師をフォローする体制上の課題があるため、リーダー看護師が、あらかじめ業務計画を立てられるとよかった。ただし、本事例のリーダー看護師は2年目であり、新人のフォローができるほどの余裕がなかった可能性もある。 - 背景・要因に「今まではダブルチェックしていた」とあるので、間違った経験がなくても、手順通りに実施することが重要である。なぜダブルチェックが必要な薬剤であるかを含め、新人看護師にダブルチェックの方法や照合する項目を再度教育しておくといふ。 - 昼食分のインスリンの誤投与から、夜勤看護師が過量投与に気付くまでタイムラグがある。日勤帯メンバーで、血糖値やインスリンの投与量を確認できる仕組みがあるとよい。 - 最近の新人看護師の年代の特徴として、タイムパフォーマンスを優先してしまうことがあることを認識しておくといふ。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
時間間違いの事例			
4	尿路感染症の患者に対し、メロペネム点滴静注用0.5gを3回/日と持続点滴で輸液500mLを2本/日で投与していた。病棟では、医師指示に注射薬の時間指定がない場合、2回/日は0時・12時、3回/日は6時・14時・22時、4回/日は0時・6時・12時・18時とルールを決めていた。また、その内容をビニルテープに記載して処置台に貼って示していた。新人看護師（7ヶ月）は、メロペネムは3回/日のため14時に投与するところ、4回/日の薬剤のテープの時間を見て準備を行い、12時に投与した。12時半、他の看護師より、メロペネムが予定より早く投与されていると指摘された。	- 新人看護師は、2回/日の抗菌薬の投与を行った経験はあったが、3回/日の投与は初めてであった。 - 注射薬の時間指示がないことが多く、病棟での管理のしやすさから、投与回数によって時間を決めていた。 - 上記について、新人看護師への説明が不足していた。 - 輸液投与の頻度が少ない病棟であり、新人看護師が経験不足であることは予測できたが、フォローが不足していた。	- 病棟の特殊性に応じた教育・フォロー体制を具体的に立案する。 - 情報交換時に具体的に不明点がないかなど、先輩看護師・新人看護師が互いに確認し合う。 - 実施経験があっても慣れない処置に関しては、必ず他の看護師に確認してもらう。
専門分析班の議論			
- 病棟ルールで薬剤投与時間を決めていたようだが、処置台に貼るだけでは不十分であり、患者ごとの掲示板などに入力して時間が把握できるようにするなど、経験年数を問わず、誰でもわかるようにしておくとうい。 - 輸液投与の頻度が少ないのであれば、病棟ルールを決めるよりも、投与時間についても指示入力してもらえれば防げたのではないかな。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
速度間違いの事例			
5	医師は、①ソルデム3A 1000mL＋ヒューマリンR注6単位、②ソルアセトD500mL＋ヒューマリンR注3単位、③ソルアセトD500mL＋ヒューマリンR注3単位を翌朝10時まで、流量83mL/h（合計2000mLを24時間で投与）を指示した。新人看護師（4ヶ月）は、10時30分頃に①ソルデム3A1000mL＋ヒューマリンR注6単位を8時間で投与すると思い込み、流量を計算して125mL/hと輸液ポンプに設定し、投与を開始した。日勤中、低血糖症状はなかった。新人看護師は16時に訪室した際、残量が370mLで滴下が遅れていると判断し、185mL/hに流量を変更した。17時30分に夜勤看護師が定時の血糖測定を行い、54mg/dLと低血糖であったため、医師指示の20%ブドウ糖40mLを静注した。同時に点滴①の流量が速いことに気付いた。当直医師に報告し、②③の輸液にはインスリンの混注をしないことになった。21時45分に55mg/dLと低血糖であり、再度20%ブドウ糖40mLを静注した。その後、低血糖は改善した。	- 新人看護師は、24時間で①～③の3本の輸液が処方されていたため、①～③をそれぞれ8時間で投与すると思い込んだ。 - 輸液ポンプを設定する際は、計算内容と設定内容をダブルチェック確認することになっていたが、新人看護師は、インスリンがハイリスク薬であるという認識がなく、一人で大丈夫だと思った。そのため勤務中に、誰にも報告・連絡・相談しなかった。 - 新人看護師は、職種経験4ヶ月を過ぎ、独り立ちしたばかりであったが、誰もサポートについていなかった。 16時の訪室時、新人看護師は、残量が多く滴下が遅れていると判断して流量を185mL/hに変更した際に、誰にも相談しなかった。 - リーダー看護師は、部屋持ちを兼務していたため、自分のチーム内の状況を把握できていなかった。そのため、新人看護師がインスリンを混注した輸液を投与していることを認識していなかった。	- 日勤チームリーダーは新人看護師とともに申し送りを聞き、重要な注意点、特殊検査、処置などの情報を共有する。 - 主任が、新人看護師にインスリンについての再教育を行う。 - 師長・主任・リーダーから看護師に声掛けを行い、ダブルチェックを確実にできる環境を作る。 - 師長・主任はダブルチェックの実施状況を定期的にモニタし、注意、指導を行う。
専門分析班の議論			
- 指示の誤認に加えて、自己判断で流量を変更し、さらにダブルチェックをするというルールを怠ったなどの複数の問題が重なった事例である。 - ヒューマリンR注を混注している輸液であったが、インスリンがハイリスク薬であるという認識がない。新人看護師がインスリン製剤のことを理解していなかったのであれば、独り立ちするには早かった可能性がある。 - 独り立ちしたばかりで、サポートにつく看護師がいない状況下には、新人看護師が適切に報告・連絡・相談ができるよう特に配慮が必要である。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
薬剤間違いの事例			
	当該患者は全粥食を介助にて摂取していた。数日前に輸液の投与は終了していたが、血糖値が不安定であったことから静脈ラインが留置されており、看護師間で申し送られていた。新人看護師（11ヶ月）は、他の受け持ち患者が新型コロナウイルス陽性となり、対応に追われる中、朝食の時間になり、慌てて当該患者の血糖値測定を行った。患者の血糖値は68mg/dLであった。新人看護師は、低血糖時の医師指示を見て、食事を摂取している患者であったが、静脈注射を選択した。新人看護師は、50%ブドウ糖液20mLの存在を知らず、ブドウ糖10gを20mLの水道水で溶解して静脈注射するものと思い込み、準備した。その後、先輩看護師（職種経験10年以上、部署配属年数5年以上）に、ダブルチェックのつもりで、「ブドウ糖いきます」と声をかけ、静脈ラインから投与した。	- 低血糖時は、以下の手順となっていた。 - 血糖測定値をカルテ画面に入力する。 - カルテ画面で血糖スケール表と照合する。 - 低血糖の場合は、カルテ画面を切り替え、条件付き指示画面を確認する。 - 条件付き指示画面には、経口可能な場合と経口不可能な場合の指示があり、患者の状況によって選択する。 【医師入院指示】の「●医師指示（コメント）その他2」にある「低血糖時はブドウ糖50% 20mL 1A 静脈注射してください（条件付きに2つ指示あり）」は、経口不可能な場合には、【低血糖時の指示】の「50%ブドウ糖液20mL 1A」の方を選択させたい意図があったと思われる。 - 患者は経口摂取が可能であったが、新人看護師は、「●医師指示（コメント）その他2」を見て、あえて静脈注射を選択したと考える。 - 新人看護師は、経口可能な場合の低血糖指示しか経験がなく、その際は、ブドウ糖10g 1包を水で溶かし、経口投与した。 - 本来のダブルチェックは、看護師Aがブドウ糖10g1包を見て、看護師Bは、電子カルテの医師指示画面で、低血糖時の指示を読み上げる方法であった。 - 新人看護師がダブルチェックのつもりで声をかけた際、準備した薬剤を見せず「ブドウ糖いきます」と声をかけられた先輩看護師はダブルチェックとは思わなかったため「お願いします」と返答した。決められた方法でダブルチェックを実施していなかった。	- 薬剤ケースに「内服」「静脈注射」と書いたテプラを貼る。 - 経口投与するブドウ糖と、静脈注射用の50%ブドウ糖の置き場所を分けた。
6	【低血糖時の指示】 1. 血糖：～70mg/dLの場合 経口 ブドウ糖 10g。 2. 血糖：～70mg/dLの場合 静注 ブドウ糖50%20mL 1A。 〈フリーコメント〉 ■低血糖時 - ブドウ糖10g内服。 50%ブドウ糖液20mL 静脈注射（内服できない時）。 ※15分後再検し血糖70mg/dL未満の時は上記を繰り返す。 ※2回繰り返しても低血糖が続くときはドクターコールする。 【医師入院指示】 ●医師指示（コメント）その他2 低血糖時はブドウ糖50% 20mL 1A 静脈注射してください（条件付きに2つ指示あり）。 ●医師指示（コメント）その他3 低血糖時 インスリンスケール内の指示で15分後再検指示を優先してください。		
専門分析班の議論			
- 本事例は、本テーマを検討するきっかけとなった事例である。 - 基礎教育では「静脈注射で使用する薬剤は滅菌されたもの」という原理原則を教えている。それを踏まえて、就職した後に現場で必要な対応ができるようにするためには、基礎教育をどのように行っていくか考えさせられる事例である。 - ダブルチェックが照合行為になっていないため、基本のルールを守って、現物を見ながら確認する必要がある。当該事例は、ダブルチェック時に経口用のブドウ糖を見せられていたとしても、新人看護師が静脈注射するつもりであることに気付くことができなかった可能性もある。 - 再発防止策に記載されていることが本事例の再発防止策になるかは不明であり、事例の根本的な要因を把握して対応する必要がある。 【低血糖時の指示】と【医師入院指示】があり、低血糖時の指示が複雑に見えるため、指示の出し方についても検討の余地がある。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
医師が投与する薬剤の誤投与の事例			
7	心不全でCCUに入室している患者に、9時から経食道エコーの予定があった。鎮静下で実施の予定であったため、医師は、9時にミダゾラム注射液10mg/2mL＋生理食塩液20mLとフルマゼニル注射液0.5mg/5mLと定時指示をした。本薬剤は、使用時に医師が投与量を決定して投与するが、新人看護師（7ヶ月）は、定時指示であるため9時に全量投与した。その後、患者の意識レベルが低下し、血圧・SpO₂も低下した。循環器科医師に報告し、拮抗薬のフルマゼニルを追加投与し、ノルアドレナリン注を開始し、経鼻酸素投与を行った。その後、時間経過とともに意識レベルが改善、血圧・SpO₂が上昇し、経過観察となった。	- 処置時に使用するミダゾラム注射液とフルマゼニル注射液が、定時指示としてCCUの医師指示に入力されていた。 - 検査時使用の薬剤で医師が投与する薬剤であったが、「検査時使用」などのコメントが入力されておらず、検査時に使用する一時指示か定時投与の指示か不明瞭であった。 - 新人看護師は、鎮静剤は医師が投与することは知っていたが、すでに9時を過ぎていたため焦り、投与方法、投与目的の確認が不十分なまま投与した。	- 薬剤を投与する際、看護師は、どんな状況下でも6Rの確認を徹底し、患者に与える影響を理解したうえで責任をもって行う。 - 不安や疑問がある際には必ず確認し、解決してから投与する。 - 医師は検査のための鎮静剤の指示を出す際は、患者の状態によって事前に投与量が確定しない場合は定時指示にはせず、適宜指示として出す。 - 投与後速やかに使用量をリーダー看護師に伝えるように運用ルールを変更する。 - 処置時の鎮静に使う薬剤のオーダーフローの画一化を図る。
専門分析班の議論			
- 再発防止策に「6Rの確認を徹底」とあるが、本事例は6Rのうち「目的」の確認ができていない。医師が処方時のコメントに「検査時に使用」などを記載しておらず、指示通りに遂行した事例である。 「鎮静剤は医師が投与する」という原則を改めて教育する必要がある。また、ミダゾラム注射液と、その拮抗薬であるフルマゼニル注射液を一緒に投与しており、薬効を理解していないと推測される。知らない薬剤についてDI情報などで情報収集したり、先輩看護師に確認したりする必要がある。 - CCUに入室している患者であり、そこに朝から経食道エコーというイベントが入ると、新人看護師の状況としては精一杯であったかもしれない。先輩看護師がミーティングなどでフォローできるとよい。			

(4) 発生段階「調製・準備」の事例

「調製・準備」の医療事故情報41件、ヒヤリ・ハット事例112件の薬剤の種類を示す。医療事故情報は、注射薬の事例が多かった。ヒヤリ・ハット事例も注射薬が多かったが、内服薬の事例も多く報告されていた。ここでは、注射薬と内服薬の事例について分析した。

図表Ⅲ－１－２４ 薬剤の種類

種類		医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
注射薬		28	59
内服薬		13	51
外用薬	吸入薬	0	1
	貼付薬	0	1
合計		41	112

1) 注射薬の事例

①事例の分類

事例の分類を示す。量間違いの事例が最も多かった。

図表Ⅲ－１－２５ 事例の分類（注射薬）

事例の分類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例	合計	
量間違い	過量調製	9	9	18	24
	過少調製	1	4	5	
	不明	1	0	1	
調製・混注・溶解忘れ		4	11	15	
薬剤間違い		4	10	14	
隔壁開通忘れ		3	7	10	
中止になった薬剤の調製		1	4	5	
ラベル	記載間違い	1	1	2	4
	別の薬剤のラベルを貼付	0	1	1	
	貼付忘れ	0	1	1	
輸液への遮光カバー忘れ		0	3	3	
抗がん剤の曝露		1	0	1	
他患者のインスリン注入器の借用		1	0	1	
その他		2	8	10	
合計		28	59	87	

②注射薬の事例の主な背景

注射薬の事例の主な背景を示す。量間違いの事例には、インスリン製剤やカリウム製剤の事例も報告されていた。知識不足、経験不足が注射薬の調製の誤りにつながった事例が報告されている。

図表Ⅲ－１－２６ 注射薬の事例の主な背景

事例の分類	主な背景
量間違い (過量調製)	・新人看護師（5ヶ月）はインスリン専用注射器があることは知っていたが、1mL注射器をインスリン専用注射器と思い込んでいた。 ・輸液にヒューマリンR注を3単位混注するところ、1mL注射器を使用して0.3mL（30単位）を混注した。
	・①インスリンは単位とmLが異なること、②インスリン専用注射器があること、③調製時にダブルチェックが必要な薬剤であることについて新人研修で指導を行っていたが、新人看護師（4ヶ月）はいずれも忘れていた。 ・ヒューマリンR注8単位の指示のところ、10mL注射器に8mLを準備し、他の看護師に確認してもらわずに輸液内に混注した。
	・高カロリー輸液にアスパラギン酸カリウム2バイアルを混注して持続投与していたが、3バイアルに指示変更があった。 ・別の看護師が、薬剤部で調製済の高カロリー輸液にアスパラギン酸カリウム1バイアルを混注していた。 ・新人看護師（9ヶ月）は、カリウム製剤が病院で定めた準備・投与時にダブルチェックが必要な薬剤に該当することを知らなかった。 ・新人看護師は、アスパラギン酸カリウムは混注されていないと思い込み、さらに1バイアル追加した。
薬剤間違い	・生理食塩液250mLを投与する指示があったが、薬剤部から届いていなかった。 ・新人看護師（7ヶ月）は、生理食塩液250mLを見たことがなく、定数配置薬から生理食塩液50mLを取り出した。
	・似た名称のフィルグラスチムBS注とペグフィルグラスチムBS皮下注が同じ冷蔵庫に入っていた。 ・新人看護師（11ヶ月）は、フィルグラスチムBS注を投与するところ、ペグフィルグラスチムBS皮下注を誤って準備した。
調製・混注・溶解忘れ	・指示に「【冷】アロカリス点滴静注10mL」と表記されていたが、新人看護師（7ヶ月）は【冷】を見落とした。 ・新人看護師は、化学療法中の輸液に混注する薬剤に冷所保存の薬剤があることを知らず、混注し忘れた。
隔壁開通忘れ	・新人看護師（8ヶ月）は、ビーフリード輸液の上下の隔壁開通の経験はあった。 ・今回は小室のあるエルネオパNF2号輸液で、新人看護師は抜ったことがなく、小室の隔壁を開通していなかった。
中止になった薬剤の調製	・注射薬の抗菌薬が変更になる指示が出たが、新人看護師（7ヶ月）は、中止になった抗菌薬を中止ボックスに入れず、患者個人の薬ボックスに入れたままにした。 ・調製する際、薬ボックス内には変更後の抗菌薬が入っていると思い込み、指示と照合せず調製した。

事例の分類	主な背景
ラベル記載間違い	・新人看護師（4ヶ月）は、抗菌薬は1時間程度で投与することは知っていたが、準備しようとしている薬剤が抗菌薬と知らなかった。 ・準備時に点滴ラベルに「10-18」と投与時間を間違えて記載したため、抗菌薬を8時間かけて投与した。
その他	・大塚生食注2ポート100mLは、プラボトル下部のゴム栓部分にポートキャップが装着されているため、キャップを外して輸液セットの針を差し込んで投与する。 ・新人看護師（7ヶ月）は、ローテーション研修の前部署で本剤の取り扱い経験があったが、先輩看護師から直接教育を受けていなかったため、これまでポートキャップを外さずに輸液セットの針を刺して準備していた。

※（ ）内は職種経験月数である。

③事例の内容（注射薬の事例）

主な事例と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－２７ 事例の内容（注射薬の事例）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
量間違いの事例			
1	患者に、ビーフリード輸液500mLにヒューマリンR注3単位を混注して60mL/hで持続投与していた。入院後、低血糖のエピソードはなかった。13時、日勤の担当看護師が患者のもとを訪室すると、患者は低血糖症状があり、反応が鈍かったため、血糖値を測定した。血糖値は20mg/dL以下であり、医師の指示で輸液を変更し、20%ブドウ糖液の投与を繰り返した。その後、意識レベルが改善し、正常血糖に回復した。前日の22時と当日の6時に輸液を更新した夜勤の新人看護師（5ヶ月）に確認したところ、2回ともインスリン専用注射器ではなく1mL注射器を使用して、0.3mL（30単位）を輸液内に混注していたことが判明した。	- 新人看護師はインスリン専用注射器があることは知っていたが触ったことがなく、1mL注射器をインスリン専用注射器と思い込んでいた。 - 当院では、「ロードーズ」と「インシュレット」の2種類のインスリン専用注射器を採用しており、「インシュレット」は1mL注射器と似ていた。 - 当院では、インスリン製剤は2人でダブルチェックを行うルールとなっている。 - 新人看護師は、ヒューマリンR注がインスリンと認識していたが、他の夜勤看護師は、休憩や患者対応で近くにいなかったため、ダブルチェックを依頼しなかった。 - 新人看護師は、入職から約半年経過し、自分でできることはしなくてはという気持ちがあった。	- インスリン専用注射器を1規格のみとし、「インシュレット」を廃止する。 - 薬剤部から病棟・部署にインスリンバイアル製剤を払い出す際は、「専用注射器を使用」と書かれた紙を添付することにした。 - インスリンバイアル製剤とインスリン専用注射器を専用トレイに一緒に入れて配置する。 - インスリン製剤を保管している医薬品保冷庫に「インスリン準備時は、必ずインスリン専用注射器を使用しましょう」と表示する。 - 新採用者の研修時には、実物を使ってシミュレーションを行う。 - 夜勤者間で新人看護師の業務の把握や指導について共有する。
専門分析班の議論			
- 委員が所属する医療機関でも、インスリン製剤はダブルチェックして準備することになっている。 - 職種経験年数0年5ヶ月であり、「自分でしなくては」と思う前に、聞くことが大事であることを伝えておく必要がある。本事例は、教育や管理上の問題があると思われる。 1mL注射器とよく似たインスリン専用注射器が配置されていると混乱のもとになる。再発防止策に「1規格のみとする」とあり、迅速な対応がされている。 - 委員が所属する医療機関では、新入職員に対して最初にインスリンについて研修を行っているが、各病院での研修では限界がある。インスリンについては看護師として絶対に知っておくべき内容であり、基礎教育で学んだうえで、入職できるとよい。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
量間違いの事例			
2	アシクロビル点滴静注用250mgを375mgと、大塚生食注250mLの指示があった。新人看護師（8ヶ月）は、まず生食注250mLから5mL吸い、1つ目のアシクロビルのバイアルに入れて溶解したものを、生食注250mLの本体に全量混注した。混注した生食注250mLから再度5mL吸い、2つ目のバイアルに入れて溶解し、半量を生食注に混注した。そのまま投与を開始した。その後、ペア看護師にどのように調製したか確認され、実施した内容を伝えたところ、溶解方法が間違っていると指摘された。輸液を直ちに中止し、医師に報告した。	・ペア看護師は、新人看護師が一人で調製できと思っていた。 ・新人看護師は、今回のような用量の溶解に慣れていなかった。	・新人看護師が複雑な用量の調製を行う際は、ペア看護師に確認してもらいながら実施する。 ・今回の事例は当院が導入しているPNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）により、ペア看護師が早期に確認・発見することができた。今後は投与前に確認し、ペア看護師と協同して看護業務を遂行する。
専門分析班の議論			
・注射薬の溶解方法などは、各病棟に配属されてから教育されることが多い。 ・ペア看護師がいるのであれば、調製後に確認するのではなく、調製前に一緒に確認できるとよかった。 ・委員が所属する医療機関においても、ミーティングで新人看護師にxを用いた計算方法を教えることもある。また、「1g=1000mg」であることを理解していない新人看護師もあり、注射薬の一部を混注する際は苦慮している。臨床現場で補完するのではなく、基礎教育の段階で必要な知識・技能を習得することが望まれる。			
ラベル記載間違いの事例			
3	10時にビクシリン注射用と生理食塩液100mLを1時間で投与する指示であった。新人看護師（4ヶ月）は、前日の準備確認時に点滴ラベルに投与時間を「10-18」と間違えて記載した。当日、輸液本体のペースと同じく8時間で抗菌薬を投与した。18時前に夜勤の看護師が訪室した際に、誤りに気付いた。それまでペア看護師も誤りに気付いていなかった。	・新人看護師は、抗菌薬は1時間程度で投与することは知っていたが、投与しようとしているビクシリン注射用が抗菌薬であることを知らなかった。 ・投与中、新人看護師以外の日勤看護師が訪室する機会はあったが、輸液の確認はしていなかった。 ・新人看護師のフォローのため、ペア看護師がいたが、質問されなかったため、確認していなかった。	・抗菌薬の勉強会を行う。 ・実施前に「これで正しいか」と確認する。 ・新人教育委員会と協力し、事例を通して、新人看護師だけでなく、プリセプターや教育する側の看護師など部署内でもフォローの在り方を教育指導する。
専門分析班の議論			
・看護師として、患者に投与する薬剤の目的について把握しておく必要がある。患者の状況に合わせた看護を行う必要があり、患者に深い関心を持ち、想像の範囲を広げることは重要である。 ・再発防止策に「実施前にこれで正しいか確認する」とあるが、本事例の場合は正しいと思っているので、気付くのが難しい。ペア看護師がいたのであれば、準備段階で間違いを指摘できる体制になっているとよい。			

2) 内服薬の事例

内服薬の医療事故情報13件とヒヤリ・ハット事例51件を分析した。

①事例の分類

事例の分類を示す。内服薬も注射薬と同様に量間違いの事例が多く、次いで、薬剤のセット漏れの事例が多かった。

図表Ⅲ－１－２８ 事例の分類（内服薬）

事例の分類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例	合計	
量間違い	過量準備	4	8	12	20
	過少準備	1	6	7	
	不明	0	1	1	
薬剤のセット漏れ		2	10	12	
投与日間違い		0	10	10	
中止薬のセット		0	4	4	
一包化からの抜薬忘れ		0	3	3	
他患者の配薬ケースへのセット		2	2	4	
用法間違い		0	2	2	
注射用シリンジで準備		1	0	1	
その他		3	5	8	
合計		13	51	64	

②内服薬の事例の主な背景

内服薬の事例の主な背景を示す。

図表Ⅲ－１－２９ 内服薬の事例の主な背景

事例の分類	主な背景
量間違い	・新人看護師（6ヶ月）は、薬袋を指差呼称しながら薬剤を取り出して準備した。 ・胃管から注入する患者の場合、病棟の基準で起床時投与薬剤は5時に注入することとなっており、薬袋に赤いペンで「5：00」と手書きで記載されていた。 ・その情報に引っ張られ、チラーゼンS錠50μg 1錠のところ5錠準備した。
	・アメナリーフ錠200mgは1回2錠の指示であった。 ・新人看護師（7ヶ月）は、薬剤をセットする際に同時に処方されている他の内服薬が全て1錠ずつであったため、アメナリーフ錠200mgも1錠だと思い込んだ。
投与日間違い	・当日昼から開始するビオスリー配合錠の臨時指示があった。 ・新人看護師（8ヶ月）は、配薬カートにセットする際に投与日を間違え、翌日の昼にセットした。 ・臨時処方の場合は、配薬カートにセット後、必ずリーダー看護師または同チームメンバーにチェックを受けることになっていた。 ・新人看護師はそのことを知らなかったため、誤りが修正されず、翌日からの投与となった。
他患者の配薬ケースへのセット	・新人看護師（8ヶ月）は、麻薬を金庫から取り出し、患者の配薬ケースへセットしようとした。 ・その際、患者3名分の配薬ケースを並べており、患者名を確認せずに他の患者の配薬ケースへ入れた。
内服薬を注射用シリンジで準備	・新人看護師（11ヶ月）は、イレウス管から投与する内服薬を準備する際、本来であれば緑色のカテーテルチップに準備するところ、注射器の認識が曖昧で、注射用シリンジに準備した。

※（ ）内は職種経験月数である。

③事例の内容（内服薬の事例）

主な事例と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－３０ 事例の内容（内服薬の事例）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
薬剤のセット漏れの事例			
1	手術のため、バイアスピリン錠を休薬する指示が出ていた。新人看護師（7ヶ月）は、バイアスピリン錠を抜錠するため、一包化された薬包内の薬剤名を確認し、名前が表記されていないものは処方カレンダーの薬剤名をDI検索して、画像から内服薬を特定していた。一包化された薬剤のうち1錠だけ、鑑別記号で検索しても特定できないものがあった。特定できなかった薬剤の画像はバイアスピリン錠の画像と一致していないことを認識していたが、消去法でバイアスピリン錠だと判断した。他の看護師とダブルチェックを行う際、 薬剤を調べたうえで特定できないものがあり、消去法でバイアスピリン錠と判断したことを伝えて抜錠した。翌日、深夜帯の看護師が朝の内服薬にメチコパール錠が入っていないことに気付いた。その後、前日に新人看護師が抜錠した錠剤が、バイアスピリン錠ではなくメチコパール錠であったことがわかった。処方カレンダー、内服薬の入った袋に表記された処方内容を確認すると、一包化された薬包にバイアスピリン錠は含まれていなかった。	・処方カレンダーの薬剤名と日付をたどって確認しなかったことにより、バイアスピリン錠が処方されていないことに気付かなかった。 ・抜錠しなくてはいけないという考えが先行し、特定できなかった薬剤をバイアスピリン錠だと思い込んでしまった。 ・ダブルチェックした看護師は、新人看護師が調べたことを聞いたのみで、薬剤を調べる、処方カレンダーを確認するなどの正確なチェックができていなかった。	未記載
専門分析班の議論			
・特定できない薬剤を、消去法で「バイアスピリンであろう」とすることは大変危険である。万が一、バイアスピリン錠が入ったままになっていた場合、手術が延期になる可能性もあり、患者への影響が大きい。 ・ダブルチェックを依頼された看護師は、曖昧な情報を共有された場合は、自身でも確認する必要がある。特に新人看護師とのダブルチェックは教育の場となる。 ・緊急時などを除き、一包化されている薬剤から抜薬することを禁止している医療機関もある。安全な薬物療法を行うためには、可能な限り処方しなおしてもらった方が安全である。 ・本事例のように一包化された薬剤をセットする度に抜薬作業を行うのは相当な負担がある。事前に薬剤師の協力を得られるとよい。 ・本事例では、結果的に一包化された薬剤にバイアスピリン錠は入っていなかったが、一包化されている薬剤に何が含まれているのが簡易に確認できる仕組みがあるとよい。 ・一包化された薬剤の取り扱いについて院内の状況を把握し、ルールを整備してもよいのではないか。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
内服薬を注射用シリンジで準備した事例			
2	患者は腸閉塞と診断されて緊急入院し、イレウス管を挿入されていた。絶食中であったため、内服薬はイレウス管から注入する指示であった。11時30分頃、新人看護師（11ヶ月）は、大建中湯を白湯で溶かし、本来であれば緑色のカテーテルチップ50mLに準備するところ、注射用シリンジ20mLに準備した。新人看護師は、イレウス管の三方活栓より内服薬を注入しようとしたところ、注射用シリンジと径が合わなかった。そのため、注射用シリンジとサイズが合ったイレウス管のバルーン用チューブに薬液を注入した。その後、X線撮影があり、医師が画像を確認したところ、イレウス管のバルーンが膨らんでいることに気づき、バルーンに薬液が入っていることがわかった。確認したところ、新人看護師が指示通りの投与経路で注入していなかったことがわかった。	- 新人看護師は、イレウス管から内服薬を注入する際の必要物品の知識が曖昧であり、緑色のカテーテルチップ50mLを使用せず、透明の注射用シリンジ20mLを使用した。 - イレウス管の三方活栓と注射用シリンジ20mLのサイズが合わず、接続できたバルーン用チューブに注入した。	- 手順や必要物品の知識が曖昧な場合は、ナーシングスキルを見直したり先輩に相談したりする。 - 当院で使用している注射用シリンジやカテーテルチップなどの種類と用途を理解し、正しいシリンジを選択する。
専門分析班の議論			
- 職種経験年数11ヶ月であるため、内服薬にはカテーテルチップを使用することを知っていたと思われる。なぜ注射用シリンジに準備してしまったかという背景・要因を深く洞察することにより、具体的な再発防止策につなげられるであろう。 - 指示されたことを漫然と実施するのではなく、何の目的で挿入され、扱うチューブがどのような構造であるかということを理解したうえで、看護を実践する必要がある。 - 注射用シリンジがイレウス管に接続できない時点で、先輩看護師に「つながらない」ということを相談できるとよい。自主性も大事であるが、患者の安全を確保するため、新人看護師が一人で頑張らなくてもよい雰囲気があるとよい。 - 新人看護師に、シリンジの違いをどう教育するかが重要となる。サイズや形の違いだけでなく、接続するもの（今回であればイレウス管）の構造や、与薬の手順を含めた教育を行う必要がある。			

(5) まとめ

職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例について、2023年1月～2026年3月に報告された医療事故情報173件と、2025年10月～2026年3月に報告されたヒヤリ・ハット事例430件の概要を整理した。さらに、発生段階のうち、「指示受け」と「調製・準備」の事例について分析を行った。

「指示受け」の事例は、「指示の未確認」「指示の一部見落とし」「指示の誤認」に分けて事例を概観し、各事例について専門分析班で議論した内容を掲載した。また、「調製・準備」の事例では、報告の多かった注射薬と内服薬の事例を概観し、同じく専門分析班で議論した内容を掲載した。報告された事例は、ハイリスク薬をはじめとする薬剤の作用・副作用や用法・用量、注射薬の調製方法など、新人看護師であっても、患者に投与する際には当然知っておくべき知識の不足が背景となっていた。さらに、新人看護師の知識不足だけでなく、教育の不足や周囲のフォロー不足も背景になっていることがうかがわれた。本テーマで紹介した新人看護師の薬剤に関する事例について、新人看護師に限らず、あらゆる職種経験年数の看護師で共有し、現場での教育につなげていただきたい。

本テーマは、第87回報告書で引き続き取り上げ、「投与」の事例などを検討することとしている。