

III 医療事故情報等分析作業の現況

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	調剤監査を行っているとき、ガストロピロールが調剤されていないだったので、監査者が薬を追加出したが、ガストロームを出し間違いに気付かないまま外来患者に手渡した。患者より間違いと連絡があり発覚した。	薬剤名の最初の4文字が同じであった。保管位置が近かった。監査者が、調剤を行った。	<ul style="list-style-type: none"> ・保管位置を離れた。 ・頭4文字に強調線引き注意を促せるよう実施。 ・監査者が、異常を発見した際は、調剤者に戻し改善後、再度監査を行う。
14	ツムラ半夏瀉心湯の処方に対し、ツムラ半夏厚朴湯を調剤してしまい、監査でも気付かず病棟に払い出してしまった。病棟看護師も気付かず患者に渡してしまい、患者からいつもの薬ではないと指摘され、間違いに気付いた。	類似名薬品。多忙な時間で、調剤中に電話対応して作業が中断した。	<ul style="list-style-type: none"> ・漢方薬は似た名前が多いため、薬剤につけられている番号も必ず確認する。 ・調剤中の電話対応はできるだけ避ける。
15	院内処方で、ザジテン点鼻液2瓶のところを、ザジテン点眼液2瓶を調剤し監査者も気付かず払い出してしまった。本人より点眼ではなく点鼻であることを指摘され、間違いに気付いた。謝罪し、点鼻薬を渡した。本人は点眼薬を使用していたが、体調には変化はなかった。	ザジテンは点鼻液より点眼薬を払い出すことが多いため、自分の中で思い込みがあった。また、同じ処方の中にリボスチン点眼液2瓶の次の処方にザジテン点鼻液2瓶という処方だったため、どちらも点眼液であると思ってしまった。自分なりに処方上注意するところは印を入れるようにしているのだが、今回間違った部分には入っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・規格や剤形が多いものは印を入れるとともに用法を確認して点眼か点鼻かの違いを見分けるようにする。
16	医師はヒューマカート注のカートリッジを処方したが、受けた調剤薬局がヒューマカート注のキットを患者に渡した。医師と患者が話をしている間違いがあったことに気付く。	マスターの設定は薬価の記載通りであったが、単位を「本」としていたため、カートリッジともキットとも、とれた。	<ul style="list-style-type: none"> ・全てのヒューマカート注にカートリッジと名称を付けて単位を「筒」に変更した。
17	ラキソベロン1本のところをイソジンガーゲル1本で調剤し払い出してしまった。患者がそのまま持ち帰られ、自宅にて薬が違うことに気付く連絡があった。患者は使用する前であった。	ちょうど処方の多い時間帯であり、監査時に外来処方と緊急処方が溜まり、慌てて監査した。また、窓口での患者対応や調剤のやり直しなども重なったため、監査に集中できていなかった。薬品の取り違えに関しては、薬品の外観のイメージが似ていることや棚が近かったことから、取り違えしやすかったのではないかと思われる。本調剤時は、血液病棟の定期調剤と重なった時間帯であったため、「ラキソベロン」の引き出しから取り出したつもりが、その引き出しの上の位置にある、血液内科処方に汎用されている「イソジンガーゲル」に思わず手がいったと考える。	<ul style="list-style-type: none"> ・思い込みで調剤、監査せずに、処方せんと薬剤情報提供書と薬袋とを十分確認する。 ・ラキソベロンとイソジンガーゲルの棚を離す。 ・監査する処方の多い時間帯には監査の人数を増やして慌てないようにする。 ・今後はマニュアル通り一度テーブルに置き、処方と薬剤を確認後薬袋に入れることと、イソジンガーゲルは別位置において調剤したほうがよりベストと考える。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
18	インクレミンシロップ1.6mlの処方箋を調剤する際に、誤ってトリクロリールシロップを調剤した。監査者もこの間違いに気付かず病棟へ送付した。看護師が病棟で確認する際に間違いに気付いたため投与には至らなかった。	インクレミンシロップとトリクロリールシロップは、色が橙色で似ており、調剤者が秤量の際に取り違えた。監査者は思い込みから薬液の量のチェックにのみ注意が集中した。	<ul style="list-style-type: none"> ・設置場所に類似注意の表示を行った。 ・オーダリングシステムとリンクした薬剤の監査システムの設置が必要である。
【薬剤間違い・間違った薬剤の混入2件】		他類似事例 15件	
19	入院患者の1包化された薬の中に、本来はアダラートCR（降圧剤）1錠のみ分包されるところ、患者に処方されていないロキソニンが1錠含まれて分包されていたのを、病棟看護師が内服前確認の時に発見した。誤って分包されたのは1袋のみであった。この患者は認知症があり日常動作は全介助であるため、内服薬の間違いには気付くことはできなかった。内服による胃への負担の可能性とその発見が遅れる可能性があった。	1包化された薬の監査を行なう時に発見できなかった。自動分包機の不具合の可能性。また、当院は全て院内処方であり、処方数も多い上に、服薬指導の件数が増加しているため1名が病棟担当となった。そのため一人当たりの監査数が増えており集中力への影響が出た可能性がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・時間的切迫の状況把握調査の開始。 ・自動分包機の調査を業者へ依頼。
20	返品薬のデュプリバンの中にアルブミンが混入していたのに気付かず返品してしまった。デュプリバン3個払い出した際もアルブミンが混入しているのに気付かず病棟の看護師が気付いた。	デュプリバンとアルブミンの包装がよく似ていたため返品処理を誤ってしまった。また、払い出し時に個々の名称を確認しなかった。色調が似ている。大きさ（紙箱）はアルブミンが少し小さい。	<ul style="list-style-type: none"> ・返品薬は1個ずつ確認してから戻す。 ・手早く作業することばかりが先になっており、確実で丁寧な仕事をするのを心がける。
【薬剤間違い・規格 5件】		他類似事例 94件	
21	入院患者の臨時処方箋でノリトレン25mg錠を42錠調剤するところ、25mg錠を32錠、10mg錠を10錠と、規格を混在させてしまった。翌日、病棟看護師からの連絡で判明、電話を受けた薬剤師が病棟へ行き10mg錠の混入を確認。患者は未服用とのこと、深く謝罪し25mg錠と交換した。	調剤者は、ノリトレン25mgの棚に誤ってノリトレン10mgが1シート混ざっていたのを、よく確認せずに2つの規格のシート同士を重ね合わせて調剤してしまった。監査者は、重ね合わせてあったシートの外側の薬品名・規格のみ確認し、内側のシートの確認を怠った。ノリトレン25mgと10mgのシートが類似している。	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤者は、特に2規格あるものやシートが類似しているものは、調剤する際によく確認する。 ・監査者は、取り揃えられた薬剤が同じ薬品名・規格であるかの確認を徹底する。 ・薬品棚に規格違いの薬剤が混ざっていた為、外来調剤室では、薬剤棚への返却並びに充填する際は薬剤名と規格に十分注意を払って返却、充填するよう伝達徹底した。 ・シートの包装変更をメーカーへ要請する予定である。

III 医療事故情報等分析作業の現況

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	退院処方、ファスティック（30mg）3錠分3、28日分のところを、ファスティック（90mg）を調剤し患者に渡していたことを、患者の指摘の電話により発見された。	2規格ある薬剤の棚に注意のシールを貼っていたので2規格あることは認識していた。2規格（30mg、90mg）を近くに配置している。調剤者と監査者で時間差でダブルチェックしているが間違いを発見できなかった。監査中に問い合わせの電話が入り業務が中断した。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の監査者（監査中）は電話に出ない。 ・規格が複数ある薬剤の配置を検討する。 ・注意を促す表示を認識しやすいようにする。
23	外来院内処方において、デバケンR 100mg錠のところをデバケンR 200mgを調剤した。	デバケンR 100mgを一時購入薬として採用していることを忘れて、200mgと思い込んだ。新システムになってから、処方せんで一時、臨時購入薬の区別が付かなくなり、複数規格採用している薬品の区別も付かなくなった。	<ul style="list-style-type: none"> ・「お薬説明書」に印字される、錠剤の印字コードも自己監査の際に確認するようにし調剤した薬と照らし合わせる。
24	ゼリットカプセル（抗ウイルス化学療法剤）15mgの処方であったが、20mgのカプセルで調剤した。監査でも気が付かず、払い出した。受領した看護師も用量の違いに気が付かず、患者に渡して内服してもらった。（自己管理）患者は、2回目に内服する際にいつもと違うことに気が付き、用量の違いが判明した。	複数規格ある薬剤であった。注意ラベルをつけていたが、ラベルが奥まった所にあり、気が付かなかった。薬剤説明書に、この薬剤はまだ薬剤形状の写真が添付されていない。看護師は、見慣れない薬剤であり、自己管理をしてもらっていたこともあり、形状の違い、用量の違いに気が付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・注意ラベルに気付けるよう、ラベルの位置を変更した。 ・薬剤説明書に薬剤形状の写真を添付することを検討する。
25	抗がん剤は緊急以外は前日に薬剤を準備する。翌日使用する抗がん剤を準備する際、ドセタキセル40mg（20mg 2本）で準備するところを80mg 2本で準備をした。監査をする薬剤師もそのままOKを出しすり抜け、在庫確認のときに在庫の数と在庫の数が異なることで間違いが発見された。	抗がん剤は同じ戸棚の棚に入られている。そこから取り出し時に80mgのパッケージを2個取り出してしまう。パッケージ（大きさ・色）は、異なるため全くの思い込みと考える。	<ul style="list-style-type: none"> ・抗がん剤に関しては病棟、外来への払い出しまでに何度か確認がある。薬剤準備→監査→在庫確認→ミキシング前の確認（2名で）→ミキシング時→空アンプルの確認。 ・しばらくはこのままで様子を見て、今後抗がん剤の調剤に関するインシデントが提出された場合、改善策を考える。
【薬剤量間違い・計量、計数 9件】 他類似事例 136件			
26	抗痙攣剤100mg 1錠を1日3回服用の指示であったが、薬包の記載が200mg 1錠になっていることを看護師が発見。薬剤科に確認の結果、調剤ミス（1錠200mgで調剤）が判明。24日間間違いに気付かず、誤った量で与薬されていた。投与量として許容範囲内であった。	薬剤科のコンピューター入力ミス。通常は200mgで処方されることが多いため、思い込みがあった。2回処方箋が出されていたが、2回目も容量の違いに気付かなかった。最終監査でも間違いに気付かず、病棟に払い出した。病棟看護師も気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・コンピューター入力前後の確認の徹底。 ・特に2種類以上の規格が採用されている薬の調剤時には注意する。 ・病棟側では、薬剤科から薬を受領時に、確認を注意深く行っていく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
27	研修医がタケブロンを処方する際、本来は1日1カプセルの薬であるのに間違えて1日3カプセル毎食後で処方していた。この間違いに気付かず調剤し、監査もすり抜けて病棟に払い出してしまった。病棟でも気付かずに患者に与薬しており、3日後に他の医師が処方間違いに気付いて判明した。	電子カルテシステムに、投与量の上限定がないため、警告が出ず、間違いに気付かない。監査者によるダブルチェックが有効でない。	・電子カルテのマスターで投与量の上限定をする。
28	アーチスト錠10mg、5mg、1日2回28日分の処方があった。処方方はアーチスト錠10mgを1/4に分割し56包調剤するが、1/2を28包で調剤した。	5mgのみ目に入り、半錠と勘違いした。また、「至急病棟に送ってくれ」との電話があり、急いで自己監査を行なったが自己監査でも思い込んだ。	・至急病棟に送って欲しいとの電話が非常に多く焦って調剤する機会が非常に多いので、本当に至急以外は取りに来てもらう。 ・急いだ場合でも自己監査はできる限り行なわない。
29	ソラナックス錠1日4錠30日分で、120錠出すべきところ30錠しか入っていないと患者本人から連絡があり、間違いが発覚した。不足分を本人に渡した	当日、薬剤部のコンピューターの故障があり、落ち着いて調剤や監査ができる状況でなかった。	・コンピューターダウン時のマニュアルの見直しをした。
30	入院患者に処方された臨時処方において、セバミットR14包のところ18包調剤した。監査者も過誤に気付かず病棟に搬送された。与薬前に確認して過誤を発見した病棟看護師より電話連絡あり。当直者が処方箋で内容確認し、直ちに病棟へ向かい過剰の4包を回収し謝罪した。	セバミットRは15mg/包の分包品であり、4包が1枚綴りのシートとなっている。従って調剤者は14包調剤するために「3枚と2包」としたつもりだったが、薬袋の中に「4枚と2包」入れてしまった。監査者も「3枚と2包」として確認を行ったが、4枚綴りのシートが1枚多いことに気付かなかった。	・調剤者は細心の注意を払いながら調剤を行い、取り揃えた後にもう1度、処方箋・薬剤を確認することとし、また監査者も、調剤された薬剤につき丁寧に内容確認を行うことを徹底していく。
31	小児にサワシリン細粒390mg(1日量)とピリナジン末0.5g(1回量)が処方されたが、処方監査でピリナジン末0.5gが過剰と気付かず投与した。日勤者が調剤途中と見た該当処方が既に監査を終え交付されていたことに気付き、再度内容を確認した際に、過剰投与に気付いた。その後、患者に連絡し交換した。	日勤者が非常に忙しい状況で、1処方ずつ調剤していなかったため、サワシリン細粒を調剤後、他の患者の水薬調剤を行った。その後、散薬監査台を通過したときに予包(予め数種類の薬を混ぜておくこと)があるピリナジン末が表示されていたため、必要数を準備して薬袋作成機の横の机に置いた。その時点では、同一患者との認識はなかった。一方、出勤したばかりの遅出者はサワシリン細粒については年齢との監査を行ったものの、準備されていたピリナジン末が予包であったために思わず監査を怠った。	・特に散薬や水薬は、1剤単位でしか表示されないため、非常に忙しい時間帯であっても、処方箋を確認し処方の全体を確認する。 ・予薬剤は、散薬という認識をもって監査し、内容確認も散薬に準ずるようにする。

III 医療事故情報等分析作業の現況

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
32	ビソルボンシロップを原液のままメスアップ（溶媒添加）せずに払い出した。年末年始のため、調剤後保冷庫で保管し、交付時にメスアップし払い出す手順であった。病棟でも気付かず、患者が通常より2倍量を1回分服薬し2回目の看護師によって発見された。患者への影響はなかった。	検査者が、新人で長期休暇の手順を周知していなかった。新人への教育不足。検査不備。透明水薬だった為、半量に気付かなかった。看護師の日付入れ間違いと投薬時の確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・メスアップ手順の周知徹底。 ・水薬セット（目盛り入れ）は薬剤師 ・看護師2人で行う。投薬時の確認行為遵守。
33	病棟看護師から、タンデトロン注（降圧剤）を生理食塩液で溶解し、全量2.4mlにするところ1.9mlしかなかったと電話で報告あり。看護師の確認段階で発見し患者投与前だった。薬剤は看護師が新たに調製し投与したとの事。連絡を受けた担当者は病棟へ出向き、事実関係の確認と謝罪を行った。	当処方箋は、タンデトロン注（粉末：1アンプル20μg）を生理食塩液で溶解、全量を2.4mlとし、シリンジで供給する調製を行う（同内容は処方箋上2件あり、当過誤はそのうちの1件である）。調剤者は薬剤溶解に気を取られ、シリンジの目盛り“1.9”を“2.4”と思い込み、更に最終的な全量確認を怠った。又、監査者も最終的な全量確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> ・最終的な全量確認の方法を再度見直す事とした。 ・まずシリンジの目盛りを指差し確認する事、そして調製薬と処方箋、シリンジに添付するラベル（患者名、薬剤名、用量、全量を記載）と比較し最終確認を行う事とした。
34	点滴静注用ゾビラックス250mgを4バイアル供給すべきところ、2バイアルしか供給しなかった。病棟で看護師が確認中に発見。	該当薬品のカセットの調子が悪く、トレー内の薬剤が不足していたため、不足分を補充したときに3バイアルセットすべきところ、誤って1バイアルしかセットしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・一度、イレギュラーな処理を行った後は、再開時に注意する。
薬剂量間違い・単位1件（その他4）			
35	ヒューマログミックス50注、朝1.4単位、夕8単位のところ朝1.4単位、夕1.8単位で入力していた。外来受診があり処方箋の再発行をした所単位の間違いに医師が気づき、薬局に指摘があり分かった。薬袋に間違った単位の印字がされており患者に投与量の確認を実施。家族投与にて間違いなく実施されており影響なかった。また、検査を実施、投与量の変化のなかったことを確認した。	2枚あった外来処方箋を1枚に書き換えたとき入力ミスをした。	<ul style="list-style-type: none"> ・入力、処方箋監査の確認を徹底する。
【薬剂量間違い・日数 2件】 他類似事例 24件			
36	オメプラールが全50日の処方のところに、20日分しか調剤せず、患者に渡してしまった。	他の薬剤が投与日数にばらつきがあり、混同した。	<ul style="list-style-type: none"> ・処方監査する際、注意すべきところにチェックを入れ、最後に確認できるようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
37	調剤者は酸化マグネシウムを3日分調剤するところ7日分調剤してしまい、監査者もミスに気付かなかったため、間違った日数分が病棟に搬送されてしまった。薬剤を受け取った病棟担当看護師が投薬前に数量を確認したため、調剤日数の間違いに気付き連絡してきた。直ちに薬剤師が病棟に出向き謝罪し、看護師より4日分を回収した。	調剤者は臨時処方のため、処方日数の確認を怠り、7日分と思い込んで調剤した。監査者は薬剤名に気を取られてしまい、調剤日数が間違っていることに気付くことができなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤者と監査者は処方箋上の薬剤名、用法用量を確認することに加え、処方日数の確認を徹底する。 ・また、調剤者と監査者は、薬袋に薬剤を入れる前に薬袋のラベルに記載されている薬剤名、用法用量と、手にしている薬剤名、用法、数量が一致しているかどうか、もう一度確認することを徹底する。
【薬剤量間違い・分包 3件】 他類似事例 31件			
38	コンスタン2錠、ドグマチール1錠分2の処方で朝2錠、夕2錠の不均等分割が指示され、調剤時に各朝2錠、夕2錠で機械により包装され、気付かず調剤し病棟に払い出された。翌日病棟より錠数が違うことが発見され交換する。システム管理に確認し、システム側のエラーであることが分かり、対応してもらった。	指示書の記載が誤っている場合は、監査者が誤りに気付くのは非常に困難である。機械にも誤りが生じることを再確認した。	<ul style="list-style-type: none"> ・不均等入力が適正に出来るようなシステム対応。
39	ジプレキサ錠の粉碎で7包に分包すべきところ21包に分包し、監査も通過し病棟へ搬送されてしまった。服用前に病棟担当看護師が気付き入院調剤室に連絡したため患者は未服用だった。直ちに再調剤を行い、病棟へ出向き薬剤を確認後、正しいものと交換し謝罪した。	分包者・分包監査者ともに、ジプレキサが通常1日1回服用の薬剤であることに気付かず1日3回で分包してしまった。薬袋のラベルでの用法の確認を怠ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・分包と分包監査をする際、薬剤の特徴を把握した上で処方箋記載の薬剤の用法に十分気を付けて分包を行う。 ・分包後、薬袋ラベルの用法から包数を必ず確認する。
40	フェノバル散7gを秤量し、14包に分包すべきところ7包に分包し病棟へ搬送されてしまった。病棟担当看護師より薬剤が7包しか入っていないと電話連絡が入った。与薬前に発見されたため患者は服用前だった。直ちに再調剤を行い、病棟で薬剤を確認後、謝罪して正しいものと交換した。	分包者は分包時に1日量の1gが目に入り、それを1日の回数と勘違いし7包に分包してしまった。分包前・分包後の用法の確認を怠った。分包監査者は処方箋で1g7日分を7包と思い込んでしまった。及び薬袋ラベルでの用法の再確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> ・分包者と監査者は、処方箋と薬袋ラベル両方での分包数の確認を行う事を徹底した。
【患者間違い 1件】 他類似事例 22件			
41	薬剤部から臨時注射の払い出しを行なう際に、A病棟の患者の注射BOXに、B病棟の患者の注射の一部(手術の前投薬のベンタジンとアタラックスP)を間違えて入れて払い出した。	複数の注射の払い出し準備中であつた。アンプルは自動払い出しシステムだが、ベンタジンが金庫に保管してあるため、前投薬のみを後でBOXに入れた。その際、間違ったBOXに入れてしまった。確認が不足していた。作業の中断があつた。	<ul style="list-style-type: none"> ・5 R Right Drug、Right Dose、Right Time、Right Route、Right Patientでの確認作業。 ・複数チェック体制。 ・指差し確認。 ・一つのボックスの払い出しを中断せず行なう。 ・払い出し時の3回確認。

III 医療事故情報等分析作業の現況

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【交付もれ 1件】 他類似事例 30件			
42	夕食後の薬（プルゼニド1錠）の払い出しを忘れてしまった。食事介助をしていた看護師が夕食後の薬の無いことに気づき、処方内容をチェックして準備と投薬を行った。患者には直接問題が生じなかったため、説明はしなかった。	現在、当日無くなる予定の薬剤を処方箋の3枚目に付いているチェック表にて判断し、“処方依頼→調剤→カートと詰め”を行っている。今回は退院予定の患者であったため、チェック表である3枚目で処方依頼をした後にファイルよりチェック表を取り外してしまった。その後退院が延期となり、チェック表も取り外したまま放置してしまったので、当日に薬剤が無くなることを把握できなかった。実際に当日無くなる薬剤の把握をチェック表に頼っていたため、今回チェック表が取り外されている事にも気付かず経過し、薬剤の補充ができなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・チェック表だけに頼らず、カートの中身を見て薬包が入っているか、実物を見て判断していく方法を取り入れる。 ・チェック表とカートを必ずチェックするようにする。
【薬袋・ラベル間違い 2件】 他類似事例 37件			
43	バクタ顆粒4g分2の成人処方において、薬袋の記載が「1回2包」となっていた。これを見逃してしまい、病棟から「包数が足りない」との指摘で発覚した。本来は「1回1包」であり、調剤もそのように行われた。	処方オーダーから薬袋印字機への情報に必要な「薬品マスター」の設定が違っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・「薬品マスター」の設定変更、「1回1g」から「1回1包」へ変更した。 ・薬袋の記載の確認。
44	病棟で薬局より払い出された定期薬整理時、朝1回処方指示の患者の薬が朝・夕と2包になって薬袋に入って払い出されているのを発見。	数回に渡り、服用変更指示があった際のコンピューター入力間違い。調剤時の処方箋確認不十分。調剤後の処方箋と薬の照合確認不十分。監査不十分。	<ul style="list-style-type: none"> ・コンピューター入力後の処方箋指示との確認実施。 ・処方箋確認後調剤する。 ・調剤後の処方箋と薬の照合確認実施。 ・確実な監査実施。
【分包器の故障・不具合 1件】 他類似事例 13件			
45	外来通院にて「ジゴシン散（強心薬）0.1%、0.2mg分1夕にて毎日内服」の指示が出されていた。受診後28日分が処方され、患者は処方薬を持って帰宅した。再診のときに、患者からジゴシン散0.1%の散剤の量にバラツキがあると指摘を受けた。薬袋を確認すると目視でも量が多い・少ないが認められた。	自動分包器で自動センサーをONにしていると、バラツキが激しくなることがあるため、ジゴシン散0.1%はセンサーをオフにしている。分包された後は、薬剤師が目視による確認をしている。この2点は、薬剤師間では情報交換しルールとしていたが今回は行われなかった。分包を担当する薬剤師が専任するようにしていたが、この日は他の業務を兼務していた。担当する薬剤師が分包業務以外を兼務することによりルールを忘れることがある。	<ul style="list-style-type: none"> ・自動分包器に「ジゴシンはセンサーをオフにする事」と明記した。 ・また分包担当薬剤師は「ジゴシン散0.1%は分包後目視確認をする」と注意を促した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他 3件】 他類似事例 34件			
46	「ワーファリンを『粉末』で入力したのに『錠剤』で調剤されていた」と医師から指摘があった。この患者は、以前に飲み間違いがあったので、全て粉末にしてほしいと希望があった。	院内約束で「錠剤の端数は粉末とし錠剤はそのまま調剤すること」となっていたので院内約束調剤をしてしまった。ワーファリンは状態変更時に服用用量が変わるので、出来るだけ錠剤のまま調剤していた。ワーファリンは、粉末では苦味があり患者からの苦情が多かったので固形で調剤していた。	・院内約束製剤を基本として調剤することが前提であるが、こうした場合、処方医の意向を確認して調剤する。
47	フラビタン点眼液を処方した際、期限切れのものであった。	棚卸しの際、新品の箱（10本入り）の有効期限はチェックしたが、残っていた2本の点眼液の有効期限を見逃した。	・棚卸しの際、箱から出したバラの薬品の有効期限もチェックし、期限の短いものは薬品棚に表示し、投薬時にも確認するよう徹底する。
48	特定生物由来製品「ベタフェロン」はロット番号を記入する報告書を添付して調剤しなければならないが、添付するのを忘れてしまい、病棟で使用の際もロット番号を確認せず、患者に使用してしまい、使用ロットが不明になってしまった。薬局で使用ロットの入力の際、報告書が出ていないので病棟に確認して発覚した。	特定生物由来製品の払い出しはルールは認識していたが、確認者当人の記憶に頼る不確かなもので、体系的なチェックがとられていない。特定生物由来製品の報告書がプリントされているプリンターが2部屋とも離れていたところにあり、意識することが困難である。薬局が添付し忘れたときに病棟でカバーできるシステムがない。	・調剤者の前に薬品を取り揃える助手の使用する用紙に、特定生物由来成分薬品が払い出し対象になった場合、該当報告書とその時点で添付する。 ・特定生物由来製品の棚には「特定生物由来製品」の短冊をつけ、払い出しの際の注意を喚起する。

図表Ⅲ-9 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 3件】 他類似事例 3件			
1	薬を整理していた時、冷蔵庫に退院時のインスリンが残っていたのに気付いた。同時に処方されていたペンニードルと内服薬は残っていなかったため、冷蔵庫保存のインスリンのみを渡ししていないことが分かった。直ちに患者に連絡したところ、「病院からもらったインスリンを退院後も使っていた」と言われ、退院処方でもらったインスリンをもらっていないという認識がなかった。おそらく入院中に使っていたインスリンをそのまま使っていたと思われたため、事情を説明したところ「近々来院の予定があるので、そのときでかまわない」と言われ、次回渡すことにした。	渡し漏れ、確認不足、置き忘れの薬の取扱いの不徹底。今回のインシデントの要因として、冷所保存の薬を保管するときは、他に室温保存の薬がある場合、その旨を書いた所定の用紙を室温保存薬に貼付することになっているが、その用紙が保管している棚の引き出しに貼ってあったため冷所保存薬の存在に気付かなかったものと思われる。また、同一患者で退院処方が2日間にわたって出されていたことも要因の1つと考えられた。	・置き忘れの薬の取扱いを再度スタッフに確認、徹底した。
2	不整脈の治療に対しキシロカインの点滴指示があった。指示簿に「1%キシロカイン100ml、2バイアル」と記載してあった。この薬剤は局所麻酔用のキシロカインであったが、看護師は気が付かず薬剤を請求してしまった。患者投与前のチェック時に局所麻酔用のキシロカインを請求していたことに気付いた。	オリベスK（抗不整脈薬剤）を採用する前は、不整脈治療に対し10%キシロカインを使用していた。透析センターではオリベスKを使用している患者がいなかったため薬品が変更されていたことを忘れていた。	・オーダ時に画面に警告文の表示を検討するよう薬剤部に依頼した。
3	患者に生食500ml負荷の指示があり、注射薬液棚から生食500mlのボトルを取り出し、チェック表の記入のため、棚の中へ一旦おき、記入後再度ボトルを取り出した。そのまま患者の点滴につなげた。他の勤務者が生食ボトルでなく蒸留水のボトルであることを発見した。150ml注入した。すぐ主治医に報告、様子観察、患者には異常みられなかった。	確認不足、思い込み、マニュアルを実施しなかった。確認を薬剤でなく、患者の名前ばかり確認していた。	・マニュアルの実施、患者の名前だけでなく薬剤のチェックを必ず行う。
【薬剤量間違い 4件】 他類似事例 5件			
4	脳梗塞患者にヘパリン2000単位指示するところ、1mlを100単位と勘違いして10倍の2万単位を指示してしまう。1mlが1000単位と気付き、上級医師より中止指示あるもすでに投与していた。	研修医の薬剤指示事故防止教育の問題。電子カルテ指示画面企画上の問題。	・リスク勉強会で薬剤指示入力単位間違いについて情報を共有して事故防止の意識を高めた。 ・電子カルテにヘパリンを入力時、41単位以上で「多いです」とワーニングが出るようにした。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	大腸癌術後再発の患者に化学療法を施行する際、医師は抗癌剤（アイソボリン）の投与量を病院薬剤師に確認したところ、海外での投与量を報告されたため、予定の倍の量を投与してしまった。	医師は自分で文献等を確認せずに、薬剤師に聞いて誤った量を指示してしまった。薬剤師は文献で確認して報告したが、海外での投与量が記載された文献を見て報告してしまい間違いが生じてしまった。	・医師は抗癌剤の投与量を確認する際に、薬剤師とともに文献を確認して、しっかりと正確な投与量を決定、指示するようにした。
6	肺炎にて入院された2歳の児に対して、抗生剤ダラシン550mg（体重あたりの量の約4倍の量、重症感染症としての最大投与量を超える量）静注した。同日、誤りに気付いた。この間、児には特に症状はなかったが、モニター装着管理を開始した。その後小児医師と呼吸器医師へ報告した。その後医師たちと共に、今回の件につき、母へ説明した。	通常であれば、オーダー指示（手書きのもの）とコンピューターでの転記の両方を小児科医が行うが、今回はコンピューターでの転記を研修医が行い、ダブルチェックの機能が働かなかった。	・オーダー指示（手書きのもの）とコンピューターでの転記をすることの両方を小児科医が行い、ダブルチェックの機能が働くようにする。
7	夕食前インスリンの準備を3人分処置台の上でしていた。準備の際他患者の伝票を見ており、4単位施行のところ7単位施行してしまう。伝票はベッドサイドまで持参しなかった。	3人分の投薬指示票を一度にもっていった。	・個々の患者用に1注射1トレイに用意する。 ・伝票はベッドサイドまでもって行き氏名、単位、薬品名の確認をする。 ・薬剤は詰所で準備してもって行く。
【方法間違い 1件】 他類似事例 1件			
8	化学療法中の患者。薬剤師面談時に、化学療法施行日の夕食後のみに内服するデカドロン（ステロイド剤）を8錠内服していることに気付いた。既に6日分内服済みであった。残薬を回収し医師に報告した。有害事象はなく、経過観察の指示を受けた。	化学療法の説明は前日に行っているが、その際に内服薬についても用法容量を説明し、配薬を行った。当時は面談せず内服確認のみを看護師に申し送った。薬剤師の説明不足、及び患者の思い込みだったと思われる。	・1回内服分を一包化して渡す。 ・内服時刻に看護師から与薬する。 ・配薬はなるべく当日に行う。 ・患者に説明をする際に、十分理解していただけたかを確認する意味で、患者本人に用法用量を言ってもらおう。
【速度間違い 1件】 他類似事例 1件			
9	2A病棟からB病棟へ移動後、生食250mlサンディミュン（免疫抑制剤）250mgを10ml/hで開始の指示があった。次の日、骨髄移植施行、その間もサンディミュンの投与を続けていたが、深夜で投与量と比較し残量が多いことに気が付き正確に投与されていないことがわかった。	点滴投与を輸液ポンプに頼り、設定量やトラブルの確認は行うが、残量をチェックし予定通り点滴が減っているかを確認できていなかった。残量が予定より多いことに対する疑問や気付きをもっていなかった。輸液ポンプから滴下はされていたが、薬剤に粘度があるためカウントがきちんと行われず、正確に設定量が注入されていなかった。	・各シフトで残量チェックを行う。 ・マニュアルに沿って接続部のチェック、設定量、流量、予定量をチェックする。 ・輸液ポンプを滴落下検知器が付いているものから付いていないものに換えた。 ・再度免疫抑制を投与する意味、目的を認識する。

III 医療事故情報等分析作業の現況

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 1件			
10	医師より抗がん剤の投与中止の連絡を受けたが、患者IDと患者氏名をメモに記載するところ、医師氏名を記載してしまった。当日、メモに該当する患者氏名は見当たらず、製剤室の担当者は抗がん剤を無菌調製し、病棟へ搬送した。その後病棟看護師より電話があり、中止の連絡をしたものが搬送されてきたとのクレームあり。メモを確認し、患者IDよりオーダーを参照したところ、氏名の間違いが判明した。	端末画面上で患者氏名を写したつもりが、医師氏名を記載していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡を受けた際、連絡してきた医師氏名、患者氏名、中止した薬剤名をきちんと確認し、専用の中止連絡表に記載する。 ・注射臨時処方が自由に削除でき、削除後は参照できない。 ・必要に応じて削除したものを確認できるシステムが望ましい。
11	指示はジゴシンエリキシル（強心剤）0.5ml（分2）を胃管から投与だった。看護師は薬剤準備のため処方箋を見て冷蔵庫から薬液瓶を取り出した。ラベル（1回量1/1ml）を見て、シリンジで1.1mlを吸い上げ胃管から注入した。患者の経過表にジゴシンエリキシル投与を記載した時、前回投与量が0.25mlだったので処方箋を確認した。指示は1回量0.25mlであり、薬液瓶を確認し他患のジゴシンエリキシルを投与したと気付いた。	薬剤準備時、薬液瓶の患者氏名を見していない。処方箋と薬液瓶を照合して患者氏名・薬剤名・投与量を確認していない。当事者は準夜勤務で3名の患者を担当していた。担当していた患者が緊急手術となり手術室へ搬送した。ジゴシンエリキシル投与が遅れていたため焦った行動となり、与薬業務の確認行動を省略した。	<ul style="list-style-type: none"> ・いかなる状況でも安全を意識した行動をとっているか自問自答する。 ・師長、主任は当事者が安全に業務遂行できているか評価する（約2週間）。 ・2回面接を行い、毎回確実に確認行動を取っていけるか、安全に業務を実施していく上で自己に必要なことは何かを明確にする。 ・ジゴシンエリキシル等重要薬剤の取扱いを誤ると致命的な結果を引き起こす危険性を指導した。 ・看護師として責任の取れない事態に陥ることにつき例を挙げ説明した。
【その他 5件】 他類似事例 6件			
12	癌にてオプソシロップ（モルヒネ薬）内服中の患者が療養型病棟へ入院。疼痛時オプソシロップの指示あり。介護福祉士が臨時薬のオプソシロップを薬杯に入れようとしたところ、専用の薬杯は洗浄中で使用できなかったため、普通のコップに入れた。そのまま患者の所に行かず、仕事が中断。看護師にもオプソシロップであることを伝えなかった。そのため、看護師はコップの中身を破棄してしまった。薬局へ報告、所定の手続きで処理。患者への影響なし。	療養型病棟で麻薬を管理する時に、麻薬に関しては看護師が管理するが、内服介助は介護福祉士が実施する。今回の臨時薬の使用に関しては看護師に1本化するとしても、在宅では家族が実施しているので、定期的な内服の介助に関しては介護福祉士も実践してよいかについてマニュアルになっていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬に関して、内服に関するマニュアル必要、現在検討中。 ・当面の対策は、オプソシロップ専用の薬杯を多めにストックし、その薬杯はオプソシロップが入っているものとし、作業の中断はせず患者へ持って行く。 ・また、介護福祉士への指導を指導要綱に追加した。
13	抗悪性腫瘍剤を末梢血管より施行していた。この際点滴針と延長チューブの接続より少量液漏れあり、皮膚汚染したため、即点滴中止をし抜針した。主治医報告を行い反対側にルートを取り直し点滴終了となった。翌日も皮膚に発赤を認め軟膏処方された。	針と延長チューブ間の接続確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が点滴施行時針と延長間との接続が確実に行われているか確認する。 ・テープ固定を確実に行う。 ・延長チューブのねじ部分をはずしておき固定後ロックをかける。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
14	患者は肺炎が悪化しているため多数の抗生剤の投与がなされており、白血球をあげるノイトロジンも点滴には含まれていた。抗生剤投与終了後、ノイトロジンへと更新したが、その際ルートをフィルターの前へとつけかえることなく開始した。終了の点滴アラームによって他の看護師が訪室し、ノイトロジンがフィルターを通して投与されたことが発見された。	重症の患者であり、肺炎が悪化し多数の抗生剤がIVH（中心静脈栄養）ルートより実施されていた。白血球減少のためノイトロジンを実施したが、フィルターを通してはいけないことは知っていても、慌てていたためフィルターを通してしまった。経験1年目の看護師であり、患者の状態が良くないことで緊張していた。朝から点滴の多さと吸引や褥瘡処置、清潔ケアの多さからあせりと緊張があった。メンバーに力を借りる際はできるだけ最小限で迷惑をかけないようにと考え気持ちも落ち着いていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟のみIVHフィルターを使用しているため、病棟内で確認のルールを決めていた。 ・慌てている時こそ、基本ルールを厳守することが重要である。
15	サンドスタチンLAR（抗ホルモン剤）20mgを注意書き通りに溶解すべきところ、バイアルに溶解液を注入後すぐに振ってしまい、溶解せず分離した。薬剤部・主治医に報告、新しい薬剤の準備と投与方法の確認を行い、投与は翌日に変更された。翌日、製薬会社担当者立会いの下、看護師が「サンドスタチンLAR筋注用の調製と注射方法」を参考に、担当者の追加助言を得て手順に従い病棟処置室で溶解。薬液入りバイアル・注射器を持参し病室訪室、患者側臥位保持後、看護師が薬液を注射器に吸引し速やかに筋注実施した。	使用手順の注意書きが付いていたが読まずに溶解した。皮下注用のサンドスタチンは使用したことがあり、筋注用も使用方法に大差ないと思い深く考えなかった。別途に業者が作成した「サンドスタチンLAR筋注用の調製と注射方法」パンフレットが病棟になかった。高価薬剤であること、溶解に熟練を要すること、特殊な注射方法であることの情報なかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤に同封された説明書は必ず読むことを徹底する。 ・サンドスタチン20mgを作成、投与時は、製薬会社医薬情報担当者に立会いを依頼し、手技、手順を確実にできるようにする。
16	塩酸モルヒネ（麻薬系鎮痛剤）の投与方法がシリンジポンプからPCA（自己調節鎮痛）ポンプに変更となり、新たな指示量の塩酸モルヒネをPCAポンプに設置した。その際、シリンジポンプから外した塩酸モルヒネ17.636mg（塩酸モルヒネ30mg＋生食水30mlのうち残19.4ml）の入ったシリンジを、処置室の医療廃棄物入れに破棄してしまった。返却すべき麻薬を破棄したことを思い出し、休日だったため、翌々日に、病棟師長に報告し発覚した。看護部セーフティマネージャー、薬剤部麻薬担当窓口で口頭報告し、麻薬破損届、使用変更届を薬剤部に提出した。	麻薬の管理方法、返却の必要性は理解していたが、PCA（自己調節鎮痛）ポンプの設置が初めてであったため、接続ができたことで安心し、一連の作業が終了したと思ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬管理は法律で定められていることと、その必要性につき当事者に指導・教育する。 ・麻薬管理方法につき当事者が言語化できることを確認する。 ・当事者が麻薬の取り扱いを習得できるまで、当事者が麻薬の返却に関わる際は、管理者若しくはリーダーがダブルチェックし、確実な実践ができることを確認する。