

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント		
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名						剤型	規格単位
1	(631)に分類されないワクチン	名称類似	麻疹生ワクチン	注射	0.7ml	麻疹生ワクチン	注射	0.7ml	医師 助産師	本来風疹の予防接種を施行予定であったが、薬剤を施行前に用意した助産師は誤って麻疹を準備した。医師は風疹の予防接種であることは認識していたが、接種児の周囲で起こっている水痘感染についての疑問に答えながら薬剤を準備した。薬剤はすでに開封されており、ラベルで確認することなく誤った薬剤を接種した。接種後母子手帳その他に薬剤ロット番号のシールを貼る際に気づきすぐに医師に報告、医師は保護者に誤りを知らせ、町の担当者に連絡し今後の方針と副作用情報の取巻を依頼し不眠を訴える入院患者さんにマイスリー錠指示のところアモバン錠を投与してしまった。	1. 声を出し、確認が不十分であったこと。2. 薬剤が色分けされているが、ピンクとオレンジで似た印象があるのでは。3. トリプルチェックが必要。	薬剤のメーカーを変え、色、パッケージ等なるべく差があるようにした。薬剤保管の冷蔵庫の中を整理し、薬剤数を減少させた。受付、看護士、薬剤と3段階で声を出してのチェックを行うこととした。	形状・外觀が類似している薬剤に関しては、配置場所、表示方法などについて特に留意すること。
2	112 催眠鎮静剤、抗不安剤	薬効類似	アモバン	錠剤	7.5mg	マイスリー	錠剤	10mg	看護師	カルテへの記載ミス	類似薬剤(類似薬効、類似名称)に関しては、配置場所、表示方法などについて特に留意すること。過誤を起した要因の一つとして医師の指示が不明瞭であったことがあげられる。不明瞭な指示は重大な過誤につながる可能性があるため、指示は明確に行うこと。	指示書との照合確認	類似薬剤(類似薬効、類似名称)に関しては、配置場所、表示方法などについて特に留意すること。過誤を起した要因の一つとして医師の指示が不明瞭であったことがあげられる。不明瞭な指示は重大な過誤につながる可能性があるため、指示は明確に行うこと。
3		薬効類似	サイレス	アンプル	2mg 1ml	セレネース	アンプル	5mg 1ml	看護師	サイレスとセレネースは、鎮静目的で使用する場合もよく似ている。消灯間際の時間で、看護師の気持ちはあせりがあり、確認が不十分になった。サイレスとセレネースは、本来複数回によって確認する薬剤であるが、そのルールが守られず、単独での確認、投与がなされた。その背景に、夜間帯はスタッフが2名しかおらず、うち1名が救急外来においていたという、勤務体制が上げられる。医師の字が、大変汚く読みにくかった。	医師に対して、読みやすい字で指示を記入するよう申し入れを行った。サイレスとセレネースの保管場所を変更し、混同しないようにした。看護師間の申し送りで、事故があったことを伝え、各自に注意を促した。薬品の確認は、指示書との照合を規定どおり3回行うことを、看護部で徹底することを申し合わせた。	手順で決められていることを実施せず薬袋から錠剤を取り出し待たされたため起こったことを深く認識し、誤薬を防ぐ手順を再認識するよう徹底した。	
4		動の違い	ソラナックス0.4mg錠	錠	1錠中0.4mg				看護師	同年代の同じような安静状態患者が2名おり、患者の思い込みで薬袋から内服薬を出し、患者の元へ行き内服させた。1時間30分後誤薬に気づき訪室。患者の状態を観察し師長に報告した。患者のバイタルチェック、特に呼吸状態のチェック、要観察とした。	薬袋の名前と患者の名前を確認しなかった点。		
5		動の違い	トラール	錠剤	20mg	ロキソニン	錠剤	60mg	看護師	疼痛時の指示にてロキソニンを投与すべきところトラールを投与した	形状が似ていて思い込みをしてしまった確認不足	ダブルチェックのルールを厳守する	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型					
6		認識不足	トリクロロシロップ	シロップ	50mg/ml	インクレミン	シロップ	10% 薬剤師	長期外泊時の定時薬の水薬を薬剤師が誤認した。病棟看護師が水薬の色が違おうに気づき、薬剤師に確認したところ、変色する場合もあると説明し確認を怠った。後に、薬剤師はやはり間違っていると感じ、病棟に連絡、すでに外泊中であった患児の家族に連絡を取り、飲む前に予防できた。	一人職種の確認作業のシステムの不備、他職種からの指摘に確認作業を怠った職務についての認識不足	薬剤師の調剤の際のチェック作業を行うこととした。他職種からの指摘の際の確認マニュアルの作成と遵守	他職種からの指摘について確認作業を怠らぬこと。調剤業務の重要性についての再認識すること。
7		数量違い	ドルミカム	アンプル	2ml			看護師	伝票には間違えないようにミリグラムとミリリットル両方の量が記載されていたが、実施者が思い込みで量を間違えてしまった。1アンプルが2ミリリットルの注射薬を0.3ミリリットルのみ使用するため、間違えやすかった。	注射時の確認動作の徹底。		
8		その他(管理の問題)	ドルミカム	バイアル	2ml			医師	大腸内視鏡を施行時に鎮静剤(ドルミカム)を使用した。傾眠傾向となり、アネキセートを使用しても覚醒が十分ではななく脳血管障害の発症も考慮して緊急MRを施行した問題なく、高齢であり薬物の影響が遅延したものと考えられた。	充分な患者の観察と、術前のチェックの徹底		
9		数量違い	ドルミカム	アンプル	2cc、10cc			看護師	準夜勤務で消灯時に患者さん家族より「安定期」希望あり。不寝時の指示のハルシオンの効果がなくドルミカムに変更になっていた。リーターNsからドルミカムを注射してくださいと指示があり1Aを注射した。その後カルテ記載時に1/2Aとなっているのに気付いた。	情報の伝達、確認方法の問題	指示するNsも実施するNsもカルテ確認を行う。	
10		その他(管理の問題)	ドルミカム、生食100ML	麻酔薬	10MG、100ML			看護師	肝床部切除胆管結紮、術後3日目、準夜より劇痛不定愁訴多く主治医指示により生食100ML+ドルミカム2A施行。EPIを自己抜きしていた。	観察不足、不可抗力	不寝がある患者様には訪室回数を増やすなどし、観察を十分にする	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名					
11		その他(管理の問題)	ハルシオン	錠剤	0.25mg		看護師	深夜のフリーの看護師がモーニングケアのために部屋廻りをしていると、患者がベッドとテレビの棚の間に仰向けになって寝ているのを発見。四人部屋でカーテンで仕切られていたため、同室者は、患者が仰向けになっていることに気づいていない。患者をすぐにベッドに戻し、ベッドで担当看護師を呼ぶ。一人はバイタル測定し、もう一人はピッチで当直医師に状態報告をする。血圧160台、SpO ₂ 29.7%。顔と左上肢に擦過傷あり。その患者は、24時にハルシオンを内服しており、発見時は半覚醒状態で、見当識障害がみられた。当直医師による診察後、消痰処置をし安静を促したが理解できず、洗面に行こうとして起き上がるため、当直医師に車椅子での監視の許可をもらい、患者と共にラウンドに廻っていた。その後、左上肢の拳上保持困難であることに気づく。主治医に状態報告し、頭部CTと脳神経外科受診の指示が施行。結果は右前頭葉に新鮮な脳梗塞が確認される。心疾患があることから、心原性塞栓症と考へ、抗凝固療法の適	・眠剤の種類と内服時間の問題・患者への眠剤投与が適用かどうかの判断の問題		
12		その他(管理の問題)	ハルシオン	錠剤	0.125mg		看護師	HCC、DMの患者は隣室して他患者の如置中ドスンという音がして訪室すると布団ごとベッドから床に転落しているのを発見。テレビのリモコンをとりょうとして手を伸ばしバランスを崩して落ちたこと。打撲痕なし。運動障害なし。日動帯で師長と主治医へ報告。経過観察の指示あり	不可抗力	ハルシオン2T常用しており、転落のおそれがある為以前からベッド柵をするよう指導していたが自分の思うようにならないうと気がすまない性格からこの日も柵を片方しかしていないかった。転落によるリスクは大まかいので患者に再度ベッド柵をするよう指導していく必要あり。	
13		その他(管理の問題)	ハルシオン	錠剤	0.25mg		看護師	ハタンという音がしたため訪室すると、病室の入り口付近につぶぶせに倒れている患者を発見する。トイレに行こうと思ったが、何かにつまづいて転んだとのことである。眉間、鼻を打撲し、鼻出血少量、鼻に浅い裂傷見られた。止血処置をする。眼前にハルシオン1Tを初めて内服した。	・薬剤による副作用で、ふらつきが強く、可能性がある。夜間病室内が暗く、足元の確認がしづらい。	・夜間移動時は、ベッドランをつけるように説明する。心配なときはナースコールするように説明する。・眠剤の種類を再検討してもらう。	
14		薬効類似	ハルシオン	錠剤	0.25mg	リスミー	看護師	術前の眠剤を与えるとき、指示とは違う剤種を与えた。	与薬の3回確認をしつかり行う。		
15		その他(管理の問題)	マイスリー	錠剤	5mg、10mg		看護師	MMKOP後ターミナルの患者は、痴呆による徘徊防止のためマイスリー1錠常用していた。夜間物音がして訪室すると、ポータブルトイレに移動しようとして、ベッドサイドに腰から沈み込むように転倒していた。バイタルサイン異常なく、打撲痕、腫痛もなし。当直師長、当直医師に報告。	不可抗力	ポータブルトイレを適度で手すりのしつかりしたものに変更。移動時自信ないときはナースコールを押しよう指導。	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント	
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名						剤型
16		その他(管理の問題)	マイスリー錠10mg	錠	1錠中5mg, 10mg		看護師	20:30定期睡眠誘導剤を与薬。しばらくして大きな音がしたのでため訪問すると、患者が床に倒れていた。頭部と右腕から出血があり、当直医、師長、主治医に報告。当直医により創処置を行い、家人に状況報告をした。頻回の訪室及び観察を行い、患者には尿器使用の説明とナースコールでの呼び出しを説明した。	睡眠誘導剤と薬後のため、転倒・転落の危険性が予測できたにもかかわらず、頻回の訪室を行わなかった点。			
17		その他(管理の問題)	メイラック錠	錠剤	1mg		看護師	同室患者より隣の患者さんがベッドから落ちたと連絡があり、訪室すると患者さんがベッドの横で倒れていた。左ひざを打撲したが、自室内とのことで本人持ちのシップ貼用して様子を見ることがした。	褥が片側にしかついておらず、褥が無い方から転落した。安定剤の服用もあり、注意が不足していた。	同職への褥の取り付け。		
18		その他(管理の問題)	リスミー錠	錠剤	1mg, 2mg		看護師	昨夜リスミー1/2服用し、ベッドサイドに座ろうとしたところベッド褥につかまり滑ってふらつき付ききついベッドで右側胸部を打撲した	不可抗力	眼剂、麻薬服用中であり手指の冷感のため知覚鈍麻あるため、歩行の時は介助、厳重な見守りを行う。薬も付き添い中ではあるが不在となる時は訪室頻度をさらに増やし安全に注意する。		
19		その他(管理の問題)	レンドルミン錠	錠剤	塩酸クロルプロマジン12.5mg, 塩酸プロメタジン12.5mg		看護師	不穩のためレンドルミンとベケガミンの処方が出て内服していた。23時30分頃訪室したときは入眠していたが、0時10分頃同室者よりナースコールあり、防室すると床に仰臥位で覆っていた。意識レベル確認し、ナースステーションへ移送。主治医、当直師長へ報告し様子観察となる。	不可抗力	頻回に訪室し観察を行う。		
20		その他(情報伝達の問題)	レンドルミン錠	錠剤	0.25mg		事務職員	MRIの検査予約を患者本人に渡したところ、コンピュータ入力した日付と検査依頼伝票との日付が違っていた。	依頼者の記載者の記載と確認ミス	記載したものは、再度確認すること		
21		その他(情報伝達の問題)	レンドルミン錠・ベンザリン錠	錠剤	0.25mg, 5mg		看護師	抜釘の手術予定。医師は入院で入力していたが、看護師は外来手術と思い込み説明してしまった。当日来院前に気づき電話して入院してもらった。	手術内容が外来で行われるかと思い込んでいたために、説明を間違えた。	予約伝票等の確認を徹底する		
22		その他(確認不足)	ワイパックス錠	錠剤	0.5ミリグラム1錠		看護師	整形外科外科入院中の71歳男性患者の一回渡しの薬品カート内に薬が入っており処方箋とダブルチェックをおこなったが、星の薬ケースの中にワイパックスが入っている処方切れと思いついて残っている薬のみふくくしてもらったが、次勤務の看護師が夜の薬を内服させるため確認を行ったところカート内の奥に残っているのを発見。未投与であったことが発覚した。	ダブルチェックが確実に出ていない。カート内の仕切りがつかかりしていないことも要因になったと考えられる。	・カート内仕切りの仕方を考え、変更の必要あり。		
113 23 抗てんかん剤		その他(確認不足)	アレビア錠	粉末	10%1g		看護師	他患者の内服を思い込みで同室者の薬と間違えてMTより注入する。薬疹、シヨック等の副作用みられず。V-S者変なし。	初歩的な確認ミス。院内事故防止教育について学習しておらず、責任行為が持っていない。	確認行為の徹底。配薬時声を出しての確認。		

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り運えた薬剤			本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型	規格単位					
24		名称類似	テグレトール錠 100mg	錠剤	100mg/錠	テオドール錠 100mg	錠剤	100mg/錠	外来患者様において、テオドール錠(100mg)処方のところ、テグレトール錠(100mg)を処方された。患者様は服用はせず。患者様がすぐ気づいて気が付きました。患者様は服用はせず。	類似名称、同規格であることやテグレトール錠の処方の多い日であり、テグレトール錠に意識がいきまされたものと思われる。調剤薬監査も実施しているが見過ごしてしまっていた。	前から間違いやすい薬剤名一覧を各自に配布し、注意を喚起していた。当事者も認識はしていたが、今回間違えを起してしまいました。さらに注意を促した。良策がなく苦慮している。	調剤に関しては、自己監査(必要により、声だし確認)、薬剤部内での監査システムを徹底すること。類似名称の薬剤の一覧などを作成し、周知徹底すること。	
25		その他(情報伝達の問題)	デバケン	錠剤	100mg	フェニトイン	錠剤	100mg	80歳の脳梗塞後遺症の患者様で、かんかん発作を起し入院し退院されたが、外来処方からフェニトインに処方変更されていた。外来カルテはデバケンのままになっており退院時にデバケンが処方されてしまっていた。かんかん発作は起きず、担当医が在宅訪問の時気がついたのですぐに処方を変えた。	入院中の情報伝達、連携の問題点	退院後は外来カルテをみて外来処方をしているのではなく、退院サマリーと入院しているときの処方を見て処方をする。	入院カルテ、外来カルテの区分を明確にし、その取扱い方法を徹底すること。	
26	114 解熱鎮痛 消炎剤	数量違い	アスピリン 150mg	顆粒	1g中アスピリン1g				川崎病で入院中の3ヶ月の乳児。アスピリンを0.21g毎食後内服していた。病状が安定し0.07g朝食後1日1回に減量になるはずだったが、医師がオーダー入力間違いをして0.7g朝の指示を出した。医師指示には減量することが記載されていた。母親から量が多くて3分の1しか飲めませんと言われて間違いに気付いた。看護師は医師の指示確認の後処方の確認をしながらした。薬を患者に渡す際に内容を確認して母親に説明した。	医師が指示を入力した後再確認をしながら看護師は減量の指示を受けたが、処方確認をしながら看護師は薬を手渡す際に母親と薬を見ながら説明をする薬剤師は3ヶ月の乳児の処方の監査を通してしまっていた	医師が指示を入力した後再確認をする。看護師は指示を減量の指示を受けた後、処方の確認をし担当に伝える看護師は薬を手渡す際に母親と薬を見ながら説明をする薬剤師は3ヶ月の乳児の処方をみて疑念照会を必ず行う	小児の場合の用量確認、特殊な疾患に対する薬物療法の用量確認等が必要である。	
27		規格違い	アンヒバ	錠剤	200mg	アンヒバ	錠剤	100mg	Drのアンヒバ100mg5個の指示に対して、無意識のうちに200mg5個を渡してしまっていた。翌日、母親が有熱時にいつもの座薬と違い200mgだったため半分使用し、その後確認のため病院内に電話をして間違っていたと報告された。見直された。	同時時間帯に交通外傷の重症患者と重なっており、その患者の対応に行くことに気を遣われていた。	ダブルチェックの遵守(時間外投薬に関する取り決めが遵守されていなかった)三度の確認		
28		名称類似	ペンタジン	注射	15mg	ペルジペン注	注射	10mg	ペルジペンを払い出すところを誤ってペンタジンを払い出したが看護師のチェックにより、患者には投薬されずに済んだ。	処方箋が原籍記載であった。払い出し前の確認不足・頭1文字が同じでどちらも劇薬で配量場所も近かった。	ペルジペンは薬名変更予定・ペンタジン欄に注意表示		
29		規格違い	ペンタジン	アンプル	30mg	ペンタジン	アンプル	15mg	患者様から右踵部の痛みと鎮静剤の希望があり、血圧を測定せずに、ナーセスタンター15mg、指示簿で、疼痛時ペンタジン15mgの指示を確認する。金庫にペンタジン15mgがなく、30mgがあったため、1/2Aを筋肉注射するのかわりに、ペンタジン30mgを1/2Aシリンジに用意し、Wチエックをお願いする。Wチエック時、15mgのアンプリルを使用するのだと指摘を受け、発覚。ペンタジン15mgを補充してもらい、改めてペンタジン15mgのアンプリルからシリンジに用意し、血圧測定をし、患者様に施行した。	30mgのアンプリルしかなく、先に入親を持って行動してしまっていた。初めての薬なのに、準備の段階で、Wチエックをせずに1人で行ってしまっていた。	自己学習で知識を深める。Wチエックの徹底、手順の再確認。		

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント	
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名						剤型
30		その他(確認不足)	ペンタジン注射液15	アンプル	1アンプル(1ml.)中15mg.		看護師 看護師	患者の検査準備OKの呼び出しにて、訪室すると既に数人の看護師が移動の用意をしていた為、そのまま患者を連れて検査に行ったが、注射伝票にサインがないことに準夜勤看護師が気づき、スタッフ間で確認したところだれも前投与をせずに出様していたことが判明。医師に連絡。検査は中止となった。	看護師間の連携が充分でなかった。	検査オーダーの指示をひろい、明記し伝達できるよう表示工直し、必ず申し送りの中にあるよう徹底指導した。		
31		その他(確認不足)	ペンタジン注射液15	アンプル	1アンプル中15mg.		看護師	深夜で、注射伝票を見て翌日のEVLの注射準備をしたが、前投薬ペンタジン1A・硫酸アトロピン1Aの指示であったが、生理食塩水100ml.の中にペンタジン1A・硫酸アトロピン1Aを入れて準備してしまい、それを他の看護師がそのまま施行してしまった。内視鏡の看護師が気付いて点滴を中止し、主治医・上司に報告し、ごんなきを待た。	カルテ・注射伝票の確認不備	基本的な知識・技術であり、不明瞭であれば他の先輩看護師に確認し、安全な業務を遂行するよう指導した。		
32		その他(管理の問題)	ボルタレン	坐薬	50mg		看護師	末梢静脈ラインを自己抜去しごみ箱に捨ててあった。ラインは途中で切断されていた。覆間着、寝具も血液汚染あり自分で交換してあった。	観察不足	鉄などの危険なものは患者様の傍に置いてないか点検する。家族に協力してもらい鉄などは持ってこないように協力依頼する。		
33		その他(確認不足)	ボルタレンサボ	坐薬	1個 50mg		看護師	発熱時の医師からの指示が血圧低下のためボルタレン坐薬中止の指示があったのに確認せず使用してしまっただ。以前の記憶で実施してしまっ。血圧低下が考えられる	情報の伝達、連携に問題確認方法に問題	実施前の確認方法検討		
34		剤型違い	レベタン	注射薬	0.2mg	0.2mg	看護師	疼痛指示が変更になりボルタレン坐薬からレベタン坐薬になり、レベタン注と思いきい込み準備、実施前に確認し間違えに気がついた	実施前に確認せず思いこみで準備したため	基本通り三回確認を行う		
35		その他(情報伝達の問題)	ロキソニン	錠剤	60mg		看護師	日勤において患者様から、疼痛自割不可能な訴えがあり日勤リーダーが指示を確認してロキソニン1/2錠投薬する。投薬後報告を受けて、部屋持ち看護師が記録する際、ロキソニン1/2錠投薬しました。」と報告を受けたのに記載には、ロキソニン1錠内服と記載しました。準夜にて回診中の主治医に指橋を受けて翌朝、記載が間違っており、ロキソニン投与量は指示どおりであったことを報告した。	確認不足	受け持ち患者の把握不足のため、指示間違いを記載している事に気づけなかった。報告受けの時の復唱、確認が不十分であった。今後は指示、報告など復唱と確認を実施し事故の防止に努めます。		
36		動揺い	ロキソニン	錠剤	60ミリグラム		薬剤師	臨時処方のロキソニン2錠分2朝夕のところを、3錠分3で調剤した。監査で気がついた。分包機の入力が3錠になっていたとそのまま調剤した。	内服調剤の問題	監査の強化		
37	116 抗バーキ ンノン系	その他(確認不足)	エフビー	錠剤	2.5ミリグラム		看護師	昼食後に内服予定の薬を忘れてしまい、夕方に与薬した。金庫管理薬なので取り出そうとおもい忘れた。	薬品管理の問題 電子カルテ上での内服 確認方法の問題	内服確認の徹底指導		

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名					
117	精神神経用剤	その他(管理の問題)	アタラックSP	注射用	2.5%1ml		看護師	慢性硬膜下血腫の患者は、3時に付き添われた娘さんよりナースコールあり、防室すると血腫腔ドレーン抜きされていた。出血は、小量のみであり、頭痛もなかった。SPO2=95-96%と良好であったが、BP=170台と高値。主治医に報告し、栄養にてステイプラーにて一箇所留めた。消毒後、ガーゼ保護しその後出血なく経過。朝元々オオターがアットC Tを施行。経過観察となる。	観察不足、患者や家族の要因不注意	意識レベルがクリアであってもその2時間前にアタラックSPを処方していることを頭に着き、注意深く観察をすべきであった。夜間の目が行き届かないときは、抑制するべきであった。	薬剤投与の際の注意事項の問題。
38		その他(管理の問題)	コンドミン、メパロチン	コンドミン糖衣錠(25)、メパロチン錠 10	コンドミン1T、メパロチン1T		看護師	患者は内服薬1週間を自己管理しており、5月13日の19時頃、本来服用すべきはずの夕薬を間違えて5月16日分の朝薬を服用してしまつたと患者本人から報告あり。患者は服薬を間違えたという思いから落ち込んでいる様子。	前日の5月12日に弟の面会があり、外出を行う。その際、車酔いにて体調不良をきたす。又、弟から小遣い金の使い過ぎを指摘され、不安そうにしていたと後になり、同室者から情報を得る。そのような状況下で、1週間分の内服薬を整理したため、今回のような事が起こつたと思われる。	1、外出中の車酔いの件は把握しているが、弟との会話のやりとりについては把握できず、患者の心理状態の変化を見落とす結果となり、外出中の様子、弟との会話など患者との関わりを通し、普段と異なる状況がないか察する力も必要である。2、薬の受け渡しは現物を看護師と患者で確認し渡している。その後、患者自身が管理しやすいようにセットする場もある。自己管理の備えがあつても看護師サイトでの再確認は必要であると思われ。	自己管理薬の問題。
39		その他(確認不足)	セシネース	注射剤	5ml、1ml		看護師	脳梗塞の患者で胃腸より注入しているハーマニックからF2に明朝より変更予定が他看護助手より聞いていたが当日転入してきた患者様も注入食の人でその患者様の変更であるとの間違いし5日夕食にF2を準備し持つて行った。看護師が注入時前気づき注入しなかった。	確認不足不注意	変更のあつた場合は患者様を把握する。注入食の準備は2人でを行い確認をする。	
40		その他(確認不足)	セシネース	アンプル	5mg/1ml		看護師	CVルートからハンブ(α型ヒト心房性ナトリウム利尿ポリペプチド製剤)開始の指示が出た。他にも多数の薬剤が投与されているため、最初にルートを整理をはじめた。その際、エアの混入や薬剤の急速投与を防止するために、ルート内の三方活栓をOFFにして行った。その途中、他のスタッフより別の患者の薬剤を準備するように依頼され、作業を中断して依頼された業務に移ってしまつた。夜勤勤務の看護師が患者のルートを確認したところ、三方活栓がOFFになつていることに気がついた。また、ハンブの投与もされたいないことも判明した。	優先度を考えて入ってしまった。優先度を考えて行動していなかった。現在行っていること、依頼された業務がすぐに行っていないことを察出できなかった。	優先度を考えて行動する。できないことはできないと表出する。依頼者も、何をやっているか確認してから依頼する。	
42		規格違い	セシネース	錠	0.75mg	錠	薬剤師	セシネース錠0.75mgを調剤するところに0.5mgを入れてしまつた	確認不足	表示の工夫	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名					
43		名称類似	セレネース	錠剤	1mg	サイレース	看護師	不眠時サイレース1/2錠の指示があり、患者個人の頓用薬として処方された。しかし、頓用薬があることに気がつかなかった。病棟常備薬から投与した。翌日常備薬のセレネースのところには「5/1サイレースをセレネースと間違えて投与したことが判明した。患者の状態に変化はなかった。	・サイレースをサイレースと見間違えた。 ⇒カタカナ表記では一見見間違えやすい。 ・サイレースは常備薬にしていなかったが、常備薬にあると思いきや、常備薬に何があるのか把握していなかった。 ・本人用の頓用薬があるかどうかの確認をできていなかった。	・最初に、指示の薬が本人用に処方されているかを確認する。 ・常備薬一覧を作る。 ・確認を慎重に行う。	自己監査(必要により、声だし確認)を徹底し、特に類似名称に薬剤に関しては、十分注意すること。本事例では、抗精神病薬であるセレネースを病棟常備薬として、病棟常備薬の種類と数量を再検討し、必要最小限にとどめること。
44		その他(情報伝達の問題)	デパス	錠剤	0.5		看護師	深夜の看護師が朝の朝食後の内服までさせることになっており、夜間2:00頃、朝の内服分を準備していた。デパスの薬袋には眠前に印がついていたが、安定剤・睡眠導入剤記載ノートには、2錠2xと記載があり、そのほうが目にとまり朝食後に内服させてしまった。(安定剤・睡眠導入剤を与薬時は患者別に記載ノートがあり、記載するようになっていたが、デパスを2錠2xで内服させていたが昼も傾眠傾向となり眠前のみへ変更になっており、記載ノートのほうを書き直していただいていた。(看護士管理の方が多い)看護士が眠前にデパスを与薬すると記載ノートに深夜配薬のサインがあることに気がつき間違いが発見された。	薬袋以外に与薬方法の記載をしない(変更時にあちこち書き直さなければならぬ)。記載ノートには日付け、時間、残薬を記入していくようにした。		
45		その他(管理の問題)	デパス	錠剤	0.5mg		准看護師	前夜より朝夕でデパス開始になっていたため、薬の副作用が原因であると思われるが、患者への説明が徹底できていたか不明である。	安定剤等の服用者、もしくは眠くなる恐れ薬の服用者へは注意を喚起する。観察を充分に行う。	薬剤投与の際の注意事項の問題。	
46		規格違い	ヒルナミン錠5mg	錠剤	5mg	ヒルナミン錠25mg	薬剤師	5月5日昼より服用開始の臨時処方方で、ヒルナミン錠(25mg)1日1回1回1回1回(他5種類)の処方に対し、誤ってヒルナミン錠5mgを7錠調剤し、監査も見逃して、精神科病棟へ払い出した。	規格が複数ある薬剤については、確認を十分行うように再度徹底する。		
121局所麻酔剤	47	規格違い	10%キシロカイン	アンプル	10%キシロカイン	2%キシロカイン	医師	救急室にある救急カートには、2%・10%キシロカインを混同させていたことが原因となつた。	病院内より10%キシロカインを削除した。救急カート内の2%キシロカインはドクワイックに変更した。		
48		その他(確認不足)	アナベイン	注射薬	0.2% 10ml		看護師	看護不足、技術不足、不適切な判断、観察不足、不注意、思い込み	知識不足、技術不足、不適切な判断、観察不足、不注意、思い込み	再確認が必要、機械器具の操作方法を確実にを行う事が出来るようにする。	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名					
49	123 自律神経 剤	その他(確 認不足)	オピソ ト	アンプル	100mg		看護師	6/4、オピソト100mg筋注の指示 があり筋注に丸かきしてあったが、特注 欄には筋注に丸かきしてあったが、特注 だと思いついて、IVHの側管より施 行してしまふ。注射施行時間は9:50で あったが、この時点でまぢがいに気付 いておらず、11:50他の看護師が訪登 し、患者と話をしている際に患者より点 滴の積から注射してもらったと言われ、 おかしいことに気付く。確認、投与方法 がらがらことが分かる。	注射を施行する際、伝票での注射方法 の確認がきちんできていなかった。今 までに聞いたことのない薬剤があり、施 行前に本で薬の作用は調べたが、特注 だと思いついておらず、	注射施行前、注射伝票での5Rの確認 を徹底する。伝票確認時の自己のバ ターン(氏名)薬剤一日付け一投与方 法)を認識し、意識して確認する。今まで に使用したことのない薬剤は、本で薬 効、投与方法をきちんと調べ把握してお く。	
50	124 鎮けい剤	その他(情 報伝達の 問題)	アロフト	錠剤	アロフロ 20mg		看護師	当病棟では、夕薬のダブルチェックは日 勤の与薬係りが最終チェックする。 チェック表での確認が正しくされず、乗 見が翌朝になったことも問題である。そ の日の夜勤者の確認で指示の受け忘れ に気付く。患者の状況に変化は見られ なかった。	1、不足した1日分の指示受けをし、患 者に与えた。2、当日の受け忘れにも 問題はあったが、偶と薬防止のダブル チェックが形だけの物になっている事 の方が大きな問題である。個々のスタッ プの指導はもとより、チーム全体の中で、 偶と薬防止のダブルチェックの意識を 徹底する必要がある。スタッフミーティ ングでも喚起をはかる。	1、不足した1日分の指示受けをし、患 者に与えた。2、当日の受け忘れにも 問題はあったが、偶と薬防止のダブル チェックが形だけの物になっている事 の方が大きな問題である。個々のスタッ プの指導はもとより、チーム全体の中で、 偶と薬防止のダブルチェックの意識を 徹底する必要がある。スタッフミーティ ングでも喚起をはかる。	
51	131 眼科用剤	その他(確 認不足)	ミドリンP	B	トロピカミ ド0.5% 酸フェニ レフリン		看護師	右白内障OPのため、OP前の散瞳点眼 を実施した。OP室へ移送したが、医師 より左目も散瞳しているとの連絡があっ た。	ただ点眼すれば良いとの考えがあった ため、患者の点眼時の注意を怠ったた め。	両眼を散瞳することで、どのような影響 が生じるか考え、基本を忠実に実行して いくこと、手技を取得していくことが大事 であると指導。	
52	211 強心剤	その他(確 認不足)	ジゴキシ ン	内服薬	0.125 mg	0mg	看護師	内服薬の投与日のまちがえ	指示の投与日の確認をするために赤枠 をつけるなどの対策をした。	特殊薬剤に関しては、準備時、空容器と 共に他者によるダブルチェックを行う。	
53		薬効類似	ドフトレツ クス	液体	100mg	100mg	看護師	指示された薬剤をポンプにセット時、 誤って違う薬剤をセット、新しく更新する 際に発見	指示の注射薬品を注射薬と照合し、取 り出すとき、吸うとき、アンプルを持て る際の3回、声だし確認するというルー ルをすべて怠っていた。		
54		数量違い	ネオフィ リン	アンプル	250mg		看護師	百日咳で入院中の5ヶ月の乳児。ネオ フィリン0.5ml点滴内にミキシングの指 示。看護師が2人で確認し実施したが本 オフィリン5ml点滴内にミキシングした。 15分後にリーダー看護師が量の確認を した際に間違いに気づいた。患者の体 内にはまだ入っていない。	ネオフィリンは250mg10mlである。小 児には使用しにくい。看護師は配属され て3ヶ月であり、小児科の治療には不慣 れである点滴の確認を1人が読み上げ 1人が指示を確認しており2人確認の ルールが認識されていない	ネオフィリンは小児用に1mlを作る。2 歳以下の小児には1ml以外の処方 が出来ないようにする。2人確認の方法に ついて再度ルールを徹底する	
55		動違い	ラニラ ビッド	錠剤	(0.1)1 /4T	50μg	薬剤師	指示のあった薬と違う薬を調剤し、5 日間その薬を内服されていた。心電図 等の変化みられず。	初歩的なミス。思い込みによるもので確 認不足。	確認行為の徹底。	
56		その他(確 認不足)	ハーブジ ゴキシン KY錠	錠剤			看護師	日勤者が清拭介助のため訪室すると、 非定型抗酸菌症で時々頻脈のみられる 患者様のベッドサイドの床にいつも朝に 服用するはずのハーブジゴキシン錠が 落ちていた。患者様は他の朝の薬をま だ服用していた。	チームのナース間で、薬の飲み忘れが あるので、Nursingで確認するよう申し 送っていたが、当日、食後に薬を手渡し た後、しばらくして訪室し、服用したとき き、患者さまのところをみましたが、確認不 足であった。前日夜にDrから、患者様 が両目がみみにいくと訴えたので当日に 眼科受診をと、指示があったことを、そ の時に忘れていた。	内服薬は、毎回患者様の口腔内へ直接 入れる。落とさないか十分確認す る。	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント	
			薬剤名	剤型	規格単 位	薬剤名						剤型
57	212 不整脈用 剤	その他(確 認不足)	アルマー ル錠10	錠	1錠中5 mg、10 mg.	グリミクロ ン錠	錠	1錠中40 mg.	医師、看 護師	本来抗糖尿病剤が与えられるはずであつたが、医師から抗血圧剤のオーダー処方があり、それをそのまま内服開始となつた。看護師の申し送りも血糖値の低下がみられず、確認のためカルチ参照すると血糖降下剤だと思つていた薬は、抗血圧剤であった。当直医師へ連絡し、再オーダーをしてもらい投与開始。血圧管理を観察し続け状態安定を確認した。メキシチール50mgのところ100mgを調剤した。ワーファリン1.25錠で粉砕の指示コメントがあり錠剤すべてを粉砕したところ、実際は0.25錠分を粉砕し、1mg分は錠剤のままの指示であった。	薬に關する知識の再確認と、処方の内容について投与された理由を考へて実施するよう指導した。	糖尿病薬については、十分に注意すること。
58		規格違い	メキシ チール	カプセル 剤	100mg	メキシ チール	カプセル 剤	50mg	薬剤師	声だし確認。思い込みをせず、処方箋をしっかりと読んで調剤する。		
59	213 利尿剤	数量違い	ランジッ クス	錠	40mg				看護師、 薬剤師	病棟確認を徹底する		
60		数量違い	ランジッ クス	内服薬	80mg	ランジッ クス	内服薬	40mg	事務職 員	処方についての転記の確認をする。		
61		その他(確 認不足)	ランジッ クス	内服薬	40mg	ランジッ クス	内服薬	0mg	薬剤師	指示の表示に問題	医師にその場での確認する。	
62		勘違い	ランジッ クス	液体	20mg	ピルボ ン	液体	4mg	薬剤師	業務手順 ルール、チェックの仕組みの 問題	外観が類似している薬剤の調剤、及び返却処理は特に慎重に行うよう教育すること。返却処理については手順を決め、周知徹底することが大切である。外観が類似している薬剤に關しては、保管場所を明確に区分することにも、その表示に關しても明確にすること	
63		勘違い	ランジッ クス細粒	散剤	4%	ランジッ クス細粒	散剤	4%	薬剤師	本剤の処方前に錠剤の分1の処方があり、用法を見間違えたものと思われる。また、用法確認が不十分。	処方を読む時指差しを行うよう指導、分 包後の用法と包数を確認するよう注意喚起。	
64		その他(情 報伝達の 問題)	ランジッ クス注20 mg	アンプル	1アンプ ル(2ml 10ml)1 ml中10 mg				看護師	人を介すると情報は誤って伝達されるこ とが多いので、カルテへの記載とカルテ と照合しながら申し送りを実施するよう 徹底した。		

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤			本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型	規格単位					
65		その他(情報伝達の問題)	ルブラック	白/片面割線入り錠	4mg1錠			看護師	前院からの退院時処方の内容を主治医に確認して処方してもらったが、転記ミスに気付かず、用量が多く患者様に予薬されたしまった。四日目に症状がみられたときに、用量が間違っていることに気付いた。	・転院サマリや薬の記録などが別紙数枚に記入されているものであった。・高齢の痴呆の患者様で、訴えが曖昧で症状が把握しにくく、薬調に気付くのに遅れた。	・他院から当院の処方へ変更するときには、当該にない薬であったり、単位が違っていたりすることがあるので注意する。・転院サマリや医師の情報提供書などを十分確認したうえで、処方してもなおよう注意する。・高齢者、特に地方の患者様は訴えが曖昧で、症状が把握しにくく薬調に気付くのが遅れることがあるので注意深く観察していく。・薬に対する知識を深め、間違いに気付く。	持参薬の問題。	
214	214 血圧降下剤	勘違い	アースト	錠剤	2.5mg			薬剤師	6月18日午前11時頃、サンズム・ワソラン・アムロジウムにもアースト1錠分2の処方オーダーあり。アースト2.5ミリグラム分2の錠剤分包監査の際に、夕食後の分を薬袋に入れ忘れ、朝食後の分のみ渡してしまい、30分後夕食後の分が残っているを発見する。	処方箋・薬袋・薬の照合がしつかり出来ていない。	処方件数の薬袋を1から順に並べ確認する。		
66		名称類似	アテック錠	錠剤	5mg	アレック錠	錠剤	5mg	薬剤師	薬剤師が、処方アレック(5)2T、2x2日分のところアテックで調剤してしまった。監査者、配薬者も気づかず、病棟に払い出した。病棟からの連絡で患者への服用前に気づいた。	アレックとアレックという名前の類似によるミスである。	類似名称薬一覧を作成し、注意を呼びかける。	
67		勘違い	ブレラン錠	錠剤	1mg	ルブラック錠	錠剤	8mg	薬剤師	利尿剤ルブラック錠(8mg)1/2錠の処方を降圧剤ブレラン錠(1mg)1/2錠で調剤した。患者様が転院した先の病院より問い合わせがあり、調剤ミスに気づいた。服薬前に問い合わせがあり、電話にて正しい薬に交換してもらおうよう依頼し、間違った薬の服用には至らなかった。	調剤から交付まで一人で行わなければならなかった。	一人で調剤し、渡す場合でも声に出して再度チェックを行う。	
68		その他(管理の問題)	プロブレ	円型	2mg			看護師	自覚症状があったが、何時に再検するかと伝えず看護師は測るはなされた。又血圧が180以上の拘束指示(ミリステープ貼与)があったが再検後の血圧で判断しようと思いつくことなく実行していき、患者様に内服薬について自己判断で飲まないよう説明が不十分であった。	血圧の再検時は30分以上あけない。又患者様に症状がある場合速やかに医師の指示を行う。患者様に内服薬については自己にて調整できるものと出来ないものがある事を再度説明し薬剤師からも薬の作用及び内服指導してもらった			

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤			本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型	規格単位					
70		規格違い	ベルジペン注10mg	アンブール注射液	10mg/10ml	ベルジペン注2mg	アンブール注射液	2mg/2ml	医師・看護師	当該病棟にはベルジペンは10mgのみ保管しており(循環器科Drは10mgのみは置いていない。今回は内科医師による指示であったために動員が起こり、薬剤でmg数が異なることを認識し、慎重に確認するよう指示した。	主治医が口頭で指示を出す場合は、必ず2mgであるか10mgであるかなどmgを指定してもらおうよう看護師長より医師に依頼した。アンブール数のみでの指示ではミスが起こり易い。看護師側も同名の薬剤でmg数が異なることを認識し、慎重に確認するよう指示した。	医師の口頭指示の問題。	
71		その他(情報伝達の問題)	ミカルデイス	カプセル	40mg	ミグリステイン	錠剤	20mg	医師・看護師	口頭での指示であった。よく似た薬があるのに、確認しなかった。	口頭指示は、3度の確認を行う。	本事例の問題点は、医師の口頭指示により看護師が処方せんを代筆した行為にあると考えられる。改善策として口頭指示は3度の確認を行うと誓われ、処方せんが、そうでなく、処方せんが代筆は行わないことにより重要。	
72		規格違い	ミカルデイスカプセル(20mg)	カプセル	20mg	ミカルデイスカプセル(40mg)	カプセル	40mg	薬剤師	耳下腺ガン術後患者。当直時PM7時過ぎ、処方オーダー出された。ミカルデイス20mg1C1x2TDのところ、ミカルデイス40mg2Cを調剤。病棟看護師が患者に与薬しようとしたところ誤りを発見。(患者服用には至らず)	・薬剤の種数規格採用には、注意を払うため、目印がアンブールケースや引き出しに付いているにもかかわらず、別規格のものを調剤。・当院薬剤採用品を充分理解・把握していなかった。	・当直時は、1人調剤であることを十分把握する。	
73		動違い	ロブール	錠	20mg	ローコー	錠	20mg	薬剤師	採用になって1月で、まだ慣れていなかった。	確認の徹底		
74	216 血管収縮剤	数量違い	メトリン	錠剤	1錠2ミリグラム				看護師	内容が合っていたため数は確認できていたが処方箋内容が十分に確認できていなかった。	看護師一人一人がもう一度マニュアルを熟読し理解する。		
75	217 血管拡張剤	同一規格	アムロジ	錠剤/フィルムコート錠	5mg	ブレドニ	錠剤/薬錠	5mg	看護師	薬に対して誤って認識をしてしまった。	処方箋を再度確認する。与薬の際、ダブルチェックをする。	処方箋を再度確認する。与薬の際、ダブルチェックをする。	
76		同一規格	シグマー	錠剤	5mg	サアミオン	錠剤	5mg	薬剤師	サアミオンとシグマーが似ていて、また、サアミオンとシグマーの間違えてしまった。6/24に患者が神経内科を訪問。患者は1錠服用していたが患者への影響はなかった。	サアミオンとシグマーの間違えてしまった。6/24に患者が神経内科を訪問。患者は1錠服用していたが患者への影響はなかった。	調剤に当たっては処方せんを「見る」のではなく「読む」ことを教育すること。調剤時の自己監査を徹底するとともに、薬剤部内の監査システムを構築すること。	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬物分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名					
77		同一規格	シグマート錠5mg	錠剤	5mg	サミアオン錠	薬剤師	当日はシグマート錠(5mg)の処方が多かつ、規格が15mgと同一であったため、シグマート錠に意識がいってしまつたようである。時間的にもピーク時であり、迅速に調剤しなければならぬため、確認が不足していた。監査者も電話の応対等しながらであり注意力が行き届かなかつたようである。	現在、注意を喚起した程度であり、良策が思いつかない。		
78		規格違い	ノルバスク	錠剤	2.5mg	ノルバスク	医師	電子カルテを使用しており、過去処方をごピーアンドペーストして処方したのだが、その過程で何回か過去のカルテからコピーするといふ誤りが生じた。	コピー時の日付のチェックを確実にする。患者さんに手渡す際に薬情を含めて説明する(これは以前から行っていたが、薬の遣いは2.5mg錠と5mg錠の遣いだけだったので、患者さんもその場では気づかなかつたものと思われる)		
79		同一規格	ノルバスク錠2.5mg	錠剤	2.5mg	レニベース錠2.5mg	薬剤師	外来患者において、レニベース錠(2.5mg)処方のところ、ノルバスク錠(2.5mg)を調剤。調剤薬監査でも見過ごしてしまつた。患者様が気づき服用はしなかつた。	本事例のように誘導されてしまつてケースは他剤でもみられるので注意しているところであるが、良策がなく苦慮している。		
80		その他(確認不足)	ハンブ	バイアル	1000μg		医師・看護師・薬剤師	生食500mlとハンブ4Vの処方箋が発行された。投与量、速度、溶解液を確認していたが、溶解液は注射用水と書かれたので、注射用水を添えず、生食とハンブのみ添え、生食の直接溶解では塩析が確認されているので、直接溶解しないと書いてあった。投与前であったため、主治医と看護師に連絡、調剤をしないおす。	添付文書の確認を十分おこなっていなかった。多忙であった。		
81		規格違い	ヘルベッサー錠	錠剤	30mg	ヘルベッサー錠60	薬剤師	外来患者において、ヘルベッサー錠(60mg)処方のところ、規格を間違えて同錠(30mg)を調剤。調剤薬監査でも見過ごしてしまつた。患者様が気づいて服用はしなかつた。	ヘルベッサーは30mg錠の方が使用頻度が高く、60mg錠は非常に少ない。そのため30mg錠に気がいってしまつたものと思われる。	60mg錠使用の患者様の処方せんの備考欄に「60mg使用患者」というコメントが毎回でるようにして注意を促すこととした。(オーダーリング、調剤支援システム導入済)	
82		その他(情報伝達の問題)	ヘルベッサー注射用50	アンプル	50mg		看護師	日勤者がワークシートにて中止を確認していたが、準夜勤者に伝わっていないため、ワークシートの指示どおりに滴下してしまつた。ポトルにヘルベッサーの記載がなかつた。中止したものの削除ワークシートとともに別の場所へ置くことになっていたが、実行されていなかった。	非常に重大な事柄としてとらえ、再発防止策を考えていくが、基本行動の正確な実行を周知した。		
83		数量違い	ワソラン	錠剤	120mg3錠	ワソラン	看護師	朝内服の薬で、O様に配薬するワソランを1回1錠内服を3錠と同量で配薬して内服してもらつていた。自宅に戻りその日の日勤勤務者から電話をもらい配薬間違いに気づいた。日勤者が主治医に連絡し診察していただき、その日1日は病棟内安静とし、何か症状あればすぐ伝えるよう声をかけた。	控え用紙をきちんと見て準備する。ただ控えているだけでなく、ひとつひとつ確実に声を出して準備するなどの工夫をする。		

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り直した薬剤			本来使用する薬剤			当業者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型	規格単位					
84	219 その他の 循環器 用薬	その他(確 認不足)	アコムミック	錠剤	10mg			看護師	本来、朝薬と夕薬に与薬しなければいけない内服薬を昼薬と夕薬に与薬してしまっただけでなく、当日の夜勤者が夜勤薬に入り気がついた。患者は心身ともに変調見られず。	1、内服薬の整理については、2名でチェック、整理する事になっているが、今更その手順が守られず、1名の者がチェックからセツテイングまで実施してしまっただけでなく、当日の担当者が気づかなかった。又、マニュアルを遵守しなかつた要因として、一人でも大丈夫という当事者の判断ミスがあった。2、日々の与薬、ダブルチェックが確実に実行されておらず発見が遅れた。	1、翌日分より残りの内服薬のセツテイングを直す。2、ルールやマニュアルは安全な医療の提供にある。安全は受け手側だけでなく自身にも結びついている。その事を理解し、マニュアルの遵守を説明、理解させる。3、日々のチェックによるダブルチェックが機能していない。4、今回は用法まで正しく確認しなかった。正確なチェックが実施されるようスタッフに対し、指導し注意を促す。		
85		その他(確 認不足)	グリセ オール	点滴製剤	200ml			看護師	(内容)透析開始後に使用する薬剤を、開始前に準備しベッドサイドへ配る際、二人の点滴を逆に配った。一人はグリセオールのみ、もう一人はグリセオールの中にエホチールを混注していた。他のスタッフが始まり、点滴を開始した直後、チェックから他の患者様の薬剤でエホチールが入っていたため、すぐに混注し、もうひとりの患者様はまだ、透析開始していなかったためグリセオールのみの点滴に交換した。(発見経緯)点滴投与後、チェック、薬剤の確認を行っていないことに気が付いたため。	薬剤をベッドサイドへ配る際は、ベッドネームとチェックの確認を行うこととなっているが、確認を怠り、思い込みで行った。	(改善策)注射薬の確認の際は、確実にベッドネームとチェックを確認する。(所属)リスキマエネージャのコメント準備の段階で思い込みがあるとその確認は確認にならない、初めに返って慎重におこなってほしい。		
86		その他(確 認不足)	グリセ オール	点滴	200ml			看護師	(内容)透析を開始した後、患者様が自動的に自分の名前と、点滴があり、時間60mlであることを告げた。私は透析カードとカートリッジスにてグリセオールとエホチールの点滴があることと投与速度が時間60mlであることを確認した。点滴はリーダーが輸液ポンプにセットして、ベッドサイドに置かれていた。その点滴を透析回路に接続した。次に輸液ポンプの電源を入れ、輸液量をセットし、点滴を接続した。注射チェックに書かれた患者様の名前と注射薬名が違い、60mlとも明記してなかった。またグリセオールのポットにエホチールと記載されていることがあった。そこで患者を間違っていることに気が付いた。すぐにリーダーに報告し、回路に接続したグリセオールにエホチールを追加して、点滴を開始した。(発見経緯)輸液ポンプのセットをしようとして、注射チェックと点滴本体の確認をして患者間違いを発見した。	ベッドサイドに配布された注射はその患者様のものであるという思い込みがあり、注射薬本体の確認が不十分であった。	(改善策)患者様に名前を言っていたかどうかは必ず、注射チェックを見ながら、薬本体を確認する。また自分もチェックを見ながら、患者様の名前と薬の名前を唱える。(所属)リスキマエネージャのコメント)患者様の誤認防止のために名前を言っていたのに薬の本体の名前が違っていたのに気が付かなかったのは思い込み以外にない。薬剤が入ってしまった前に気が付いて対処したことは良かったと思う。しかし、薬剤を回路に接続して、点滴を接続して、他の患者様の薬の薬剤は不要だったために結局追加された薬剤は破損になってしまった。思っていたのは誤認及び薬剤の破損等を招き経済的にもマイナスになる。確認の重大さを認識してもらいたい。		
87	名称類似		セロク ラール	錠剤	20mg	セロクエ ール	錠剤	100mg	医師	Dが「セロクエール」を「セロクラール」と誤認する文字で担当医がカルテに記入したため、Nsが「セロクラール」で処方依頼。情報伝達 連携のあり方の問題点。	Drが「セロクエール」を「セロクラール」と誤認する文字で担当医がカルテに記入したため、Nsが「セロクラール」で処方依頼。情報伝達 連携のあり方の問題点。	カルテ記載文字の明確化、不明確な情報について再確認の徹底。	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤			本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景、要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型	規格単位					
88		勘違い	リスミツク	錠剤	1錠10ミ リグラム	アダラ ト	錠剤	1錠10ミ リグラム	看護師	経緯3年目の看護師。6月16日午前7時頃、胃ろうより内服薬を注入する際アダラトを注入するところ間違えてリスミツクを注入した。本来リスミツクは透析日に注入予定であったが当日透析日と思い込み注入してしまった。	透析申し送り用紙の確認漏れ。	透析申し送り用紙の十分な確認を行う。	
89		数量違い	注射用プロスタン デイン	液体	20mg/ A				看護師	対象者に方々の指示の点滴ボトルを用意した。指示内容はソリタ31本にプロスタンデイン20mg3A、メイロン1A、ノイロトピン1Aを混注し、静脈内点滴注射で投与することであった。ソリタ31に混注する時、薬品名、単位を口にして指をさしながら確認したが、1回の使用量を確認せず、プロスタンデインを3A混注するところを、1Aのみの混注となってしまう。そのまま患者に投与した。(静脈内点滴注射)患者の状態の変化は全く経過されず。	注射薬の指示の呼称確認が不十分だった。	薬剤を準備するとき、薬品名、単位、1回の使用量、患者名を指を示しながら大きな声で確認する。患者のところでも同じように確認する。	
90	222 鎮咳薬	名称類似	アストミン	錠	10mg	アストフ リン	錠	配合剤	薬剤師	アストフイリン錠を調剤するところ、アストミン錠を調剤した。	当直時間帯で慌てていた。	確認の徹底	
91	223 去たん剤	名称類似	ムコサール	ドライン ロップ	1.50g	ムコダイ ン	ドライン ロップ	33.30%	医師	ムコダインとムコサールを間違えて処方した。薬剤師から指摘されて気がついた。	商品名が類似していたため。	カルテおよび処方箋を、最後にもう一度点検する。	
92		名称類似	ムコダイ ン	錠剤	1錠	ムコスタ	錠剤	1錠	准看護 師	本来鎮痛剤とともにムコスタを処方されるべき所を医師が間違えてムコダインを処方していた。カルテの前回処方等の確認が不十分であった。また、他の看護師に患者さんから「前の胃薬と違う」という事を聞かれたが「変わったりますか」と答えている鎮痛剤内服に伴って胃への影響が出たかも知れない。	情報の伝達、業務手順の問題	患者さん参加型の確認方法	
93		名称類似	ムコダイ ン	錠剤	250mg	ムコスタ	錠剤	100mg	医師	ロキソニン、ムコスタの処方をするべきであったが実際はロキソニン、ムコダインを処方してしまつた前回の処方確認を総り看護師からの伝達で処方してしまつた。次の処方時に気付いた消化器への影響が出る可能性あり	情報の伝達、ルール、チェックの仕組みの問題	処方時の確認、看護師のチェック、患者参加型の確認方法	
94		剤型違い	静注用ピ ソルボン	アンブル	4?2ml	吸入用ピ ソルボン	ビン	0.2%4 5ml	看護師	吸入(アロテック)0.2CC、アレペール1CC、ピソルボン1CC)施行するとき、静注用のピソルボンを使用した。	ピソルボンの静注用と吸入用の薬効は同じかと思っていた。知識不足。	薬効の表示をきちんと確認する。始めての処置をするときは、先輩NSに相談する。	注射薬を吸入に用いているといった適用外使用を安易に行わない様に教育すること。
95	224 鎮咳去た ん剤	数量違い	フスタギ ン末5%	散剤	5%				薬剤師	フスタギン100mg/3×の処方を書いたときに5%散である事に気が付かず5%散に調剤してしまつた。	・5%散であることを知らなかった。・量り取った量が少なかった事に疑念を持った。・一度調べたが用量75mgから150mgであつていいると思つた。	・瓶に5%散である事を記載する。・他の散剤についても倍数が必要なものが無いか再防止に努める。	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント	
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名						剤型
96	225 気管支拡張剤	名称類似	テオドール	錠剤	200mg	テグレート	錠剤	200mg	医師	クモ膜下出血後遺症、慢性気管支炎の患者さん89歳が入院した際に入院時の処方方を指示した。その時外来カルテにテグレート200mg1錠1回/1日とあったのを入院指示簿にテオドール200mg1錠1回/1日と勘違いして記載した。その結果患者様にてオドールが2週間処方され、幸いその間発作なく気がついたあとはテグレート処方にて切り替えた。看護師、薬剤部のチェックも通過し誤処方されたケースなので報告します。	問違えやすい薬剤処方の例を一覧表にして再度各部署に配布し注意喚起入院の際に外来カルテの処方内容をコピーして入院カルテに貼っておく。当院は電子カルテはまだ導入準備段階でまだ導入はされていません	
97		その他(管理の問題)	テオドール	顆粒	20%				看護師	小児用内服自己管理のアセスメントシートを作成する必要あり。		
98		その他(管理の問題)	テオドール	顆粒	20%				看護師	本人、家族とともに外国人であり、十分な理解が得られていなかった。・内服管理を家人管理としていた。		
99		規格違い	テオドール(200)	錠剤	100?	テオドール(100)	錠剤	200?	薬剤師	薬剤の採用や保管の問題点業務手順、チェックの問題点(監査方法)業務、労働体制の問題	本人、家族と通訳の方の連絡を密にする。	
100		名称類似	テオドール100	錠剤	100mg	テオロンク錠100mg	錠剤	100mg	薬剤師	外来患者において、テオロンク錠(100mg)処方ところ、テオドール錠(100mg)を誤り。患者様が気付いて服用はしなかった。両剤は同一成分薬で銘柄違いである。	以前より、間違いやずい薬剤の一覧表を作成し注意を喚起しているところである。どちらかの製品に絞ることも検討したい。	
101	231 止しや 剤、整腸 剤	数量違い	ガスコンドロップ	液剤	20mg/mL	ガスコンドロップ	液剤	20mg/mL	薬剤師	取直当直時、頓用でガスコンドロップ20mL、10回分が処方されそのまま服用。翌朝、入院調剤担当薬剤師が処方チェックの際、1回量が多いので医師に確認したところ、4mLに変更となった。1回分は服用してしまっただが患者への影響は見られなかった。	当直時の処方については、要諦他のベテラン薬剤師が再チェックをしている。危険性の少ない薬剤だからという甘い考えを持たないよう意識づけたい。当直は日動からの継続になり注意も低下してくるので、当直体制も検討したいが、人員の関係もありままならないのが現状。ただ、2人体制であるので適宜休憩はとれる。	薬剤に際しては薬用量の確認は重要な処方監査のポイントであることを薬剤師に再度教育するとともに、不明であれば調べるとし。

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント		
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名						剤型	規格単位
102		その他(情報伝達の問題)	ピオフェルミンR	錠剤	1錠1グラム		看護師	眼科病棟勤務の看護師。6月13日1日勤務より半日勤務に変更になり、他看護師に午後からの受け持ちの申し送り後配薬に行き76歳女性患者の昼の薬を内服確認、午後担当の看護師に服薬報告を行うと午後担当の看護師も服薬させたといわれ重複服薬を発見。患者に異常なく経過観察となる。	看護師間の連絡不足	業務計画実施表を確認し申し送りを確実に行う。終了したものはチェックを入れていく。			
103		薬効類似	ラックビー微粒	微粒	1g中ピフィズス菌10mg	1g中6mg g. 18mg	薬剤師	定期処方方を前日に調剤し、当日病棟にお渡しした。病棟看護師が「レベニン」のところが「ラックビー」が調剤されているのに気付かず、薬局に連絡。判明した。服用前に発見されたため、正しい「レベニン」を調剤し直し、お渡しした。	薬効の似た薬品を思い込みで調剤し、監査もすり抜けてしまった点。	監査について、充分時間を置き、ダブルチェックをするよう指導。			
104	232 消化性潰瘍用剤	数量違い	ガスター散	粉末	2%		薬剤師	《内容》散薬を凍る前に1包で2日分のところ「朝・夕1包ずつ2日分」で分包装してしまっただけで患者様はその散薬を1包服用された。《発見経緯》病棟看護師が患者様と与薬後、薬剤を確認中に調剤の間違いに気付かず薬局に連絡したことによる。	1. 誤調剤をしてしまった時間帯は、複数の病棟から至急の請求があったこともあり慌てていた。2. 分包装の基本的なミス(併置した薬剤と分包装時に誤ませるバーコードの不一致)1,2の要因は確認作業をしっかり行っていれば防げることができたと考えられる。	《改善策》今回は調剤から監査まで自分で行って過ちを犯した。1. 秤量した薬剤とバーコードを一つにかためて上記の2のミスをしないようにする。2. 散薬の監査時には、分包装の印字が患者様と一致しているか、用法が処方箋と一致しているか、分包装は正しいか、散薬にゴミ等の混入がないか、以上を確認し調剤にあたるようにする。《所属リスクマネージャのコメント》基本的な確認事項がおろそかになっている。注意喚起し自己勉強にて知識を深める事。			
105		数量違い	ガストローム	顆粒	66.7% 1G・1包 1.5G		薬剤師	入院中の44歳男性患者の処方箋にて調剤。消化性潰瘍用剤である。ガストローム顆粒3グラム数を思い違い分3に間違い3包で払い出しをおこなったが、病棟看護師が間違いを発見。服薬前であり投与にはいかなかった。	指示箋が十分確認できていず、本人の思い込みもあった。				
106		その他(確認不足)	ドグマチール錠	錠剤	50mg/錠	50mg/錠	薬剤師	ドグマチール錠(50mg)6錠と他剤3錠の処方において、自動錠剤包装機で1包化調剤をした際、本剤1錠が本来入るべきところから1包ずれて入ってしまった。そのため、本剤が1錠少ない包と1錠多い包が生じてしまった。1包づつ監査も行っているが気付かず通ってしまった。患者が気付かず服用はしなかった。	本剤は静電気等で機械にひっかかり易く、ずれて分包装されてしまったものと思われる。	本剤は静電気等で分包装機にひっかかり易いことは十分認識していたが、物の間違いに重点がおかれ、かつ、外来患者の処方迅速に調剤しなければならぬため確認が不十分だったものと思われる。さらに注意喚起するとともに、業者にも点検を依頼した。			
107		薬効類似	ナイエル細粒	細粒	40%	10%	薬剤師	《内容》セルベックス細粒を調剤するべきところをナイエル細粒を調剤してしまっただけで患者様からの電話にて発見。	尿管器の処方ではカソテックス錠とナイエル細粒または、カソテックス錠とセルベックス細粒がほぼパターンで処方される。今回の場合、カソテックス錠とナイエル細粒の処方が数回続いた後、今回誤調剤したカソテックス錠とセルベックス細粒の処方を行った。ここでセルベックス細粒をナイエル細粒と思い込み調剤してしまっただけで患者様からの電話にて発見。	《改善策》泌尿器における上記の組み合わせで処方されたとき、処方箋のセルベックス細粒あるいはナイエル細粒のところに○印をつけて調剤者自身で注意喚起する方法が考えられた。これを案行したい。《所属リスクマネージャのコメント》思い込み。処方確認を努力がなされていない。基本の再確認をしたい。			
108		名称類似	プロテカジン	錠	10mg	25mg	薬剤師	プロスターと間違えてプロテカジンを調剤した	プロスターと間違えてプロテカジンを調剤した	調剤欄の表示を工夫する			

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名					
109		その他(管理の問題)	ムコスタ錠100mg	錠剤	100mg	メチコパール錠	看護師	十二指腸潰瘍、腹痛を以て朝食中の患者様。4/20、タケブロンとムコスタが処方される。タケブロンは、4/21より開始の内服管理用の箱の中。ムコスタは食事開始より内服で、カルデに採んであったが、ムコスタも朝食中の4/21朝に飲ませてしまった。	内服開始にならない薬が処方してあった。内服させる薬の確認が甘かった。袋に書いてあったコメントを見逃してしまっ	「食事開始より内服」の薬は、食事開始日にオナーダーしてもらおう。	
110		勘違い	ムコスタ錠100mg	錠剤	100mg	メチコパール錠	薬剤師	【内容】エペランソフトカプセル200mg3Cap、ムコスタ錠100mg3錠分330日分の処方オナーダーに対してエペランソフトカプセル90カプセルとメチコパール錠90錠を調剤した。患者様が気づかれ服用前に交換に至った。《発見経緯》患者様がムコスタのかわりにメチコパールが入っているのを不審に思われ、電話にて連絡があり服用前に交換に至った。	同日午前中の数時間の間に、エペランソフトカプセル90錠を調剤する頻度が高かった。	(改善策)頻度が高い処方については自己監査しているつもりでも思い込みによる調剤を行っている可能性が高いため、よくある処方について調剤するときは、通常どおりの自己監査を行ったあと、呼唱確認をし、品名・規格・錠数・服用方法を確認します。《所属リスクマネージャーコメント》チェックの省略部分が問題となる。チェックポイントを再度確認させた。また、「薬情」の錠剤写真も項目として生かしたい。	
111		その他(確認不足)				ゲファニール	薬剤師	後薬時に大きさ、色調が似ているカプセルの混入を見落としてしまった。患者さんは3日分服用していたが、間違った薬を服用したかは判明できない。	後薬時の注意不足	一包化した時点での検薬	
112	233 健胃消化剤	その他(確認不足)	つくしLAM散	散	1.3		薬剤師	定期内服処方の薬を調剤し忘れた。	内服処方の問題	監査の強化	
113	234 制酸剤	勘違い	アルミゲル	細粒	1g	炭酸カルシウム	薬剤師	本来、薬包に「炭酸カルシウム」と印字すべき所を「アルミゲル」と印字してしまっ。患者さんが自宅で確認時に「いつも違う」と感じ問い合わせがあり発見確認後、中身(薬自体)は炭酸カルシウムであることが分かった薬に対する不信任感である可能性あり	業務手順、チェックの仕組みに問題	処方薬との監査時に集中できる体制見直し	
114	234 制酸剤	勘違い	マグラックス錠30mg	錠剤	330mg	カルタン錠500mg	薬剤師	カルタン錠の処方にマグラックス錠を調剤し払い出した。3~4日服用後、服薬指導担当者がエラーに気づき、医師に報告、マグラックス錠の服用を中止し、経過観察するも変化なし。	外観の類似した薬剤を採用していた	両剤とも10錠シートで外観が類似していたので、マグラックス錠を21錠シートに型変更した。	
115		数量違い	酸化マグネシウム	散剤	原末	酸化マグネシウム	薬剤師	酸化マグネシウム1.5g分2の処方において、用法を間違えて分3で調剤、1包量が0.75gのところ0.5gとなつてしまった。薬袋の指示は分2で正しかった。病棟で気付き服用はしなかった。	本剤1.5gの場合分3の処方が多いため、分3に意識がいつてしまったようだ。用法の確認を怠ってしまった。	用量や処方方の傾向で思い込みをしないよう注意を喚起した。	
116		勘違い	ピオフェルミン	粉末	1g	ピオフェルミン	薬剤師	本来「ピオフェルミン」が投薬されるはずであったが「炭酸カルシウム」を投薬してしまつた。後日、患者さんから訴えあり分かつた数回内服していた。期待する効果薬理作用がない為症状が改善しない可能性あり透析患者であるため高カルシウム値に関する副作用が出る可能性あり	業務手順、ルール、チェックの問題あり薬剤師の保管の問題点	監査の充実(保管場所が1段違いであることが原因になっていないか調査)	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検封要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント	
			薬剤名	規格単位	薬剤名	規格単位						
235 117	下剤、洗腸剤	その他(種別不足)	ブルゼニド 錠剤	12ミリグラム	ブルゼニド 錠剤	ブルゼニド錠	薬剤師	臨時処方ではブルゼニド錠朝後のところを夜間の処方として処方して監査も見落とした。病棟看護師が気づいた。当日夕からの開始であったので内服していなかった。	内服調剤の問題	監査の強化		
118		その他(種別不足)	ブルゼニド 錠	1錠中ゼニド錠 A・Bとして7.2mg、12mg			薬剤師	薬剤が3種類処方されていたが、そのうちのブルゼニド錠を付け忘れてしまった。看護師からの連絡により判明した。直ちに病棟へ付け忘れた薬品を搬送し、検罪した。	処方監査の不備。	処方監査の運用を再検討した。		
119		外観類似	ラキソベロン	水刺(空量滴下型遮光気密容器入り)	10ml		看護師	水刺の下剤を与えた後、ベッドサイドに置いたままにしてしまったところ、患者が点眼薬と間違え、両手に来た家族も気づかず点眼してしまった。点眼した後で家族がナーズセンターに確認し、間違った点眼薬に気づいた。眼科受診したが特に問題はなかった。	薬の容器が点眼薬と似ていた。間違いないようにして置いたままにしていた。	せん妄状態にある患者の環境調整に気を配る。看護師管理の薬の取り扱いについて、再確認する。	ラキソベロン液については、十分に気を付けること。	
120		外観類似	ラキソベロン	内服薬	10ML	アイケア外用薬	看護師	患者さんより点眼の希望があった。廊下に出たままに置いてあった患者さんのケースから点眼薬を出したと気づいた。医師に報告後、注射用蒸留水にて両眼を洗浄した。左眼がやや充血していたが痛みはなかった。	深夜勤務に入ってからすぐの時間であり夕食までに病室ラウンドを終了させようとした。与薬準備の段階で確認することを怠った点眼薬とラキソベロンの容器形状が似ていた	点眼薬はワゴンに載せて他の薬と一緒に運ぶことはせず、先に持っていく点眼薬を済ませて冷蔵庫にしまおうとした		ラキソベロン液については、十分に気を付けること。
121		名称類似	硫酸マグネシウム	末	末	硫酸マグネシウム	医師	硫酸マグネシウムと同量で、硫酸マグネシウムをオーダーした	名称の類似	硫酸マグネシウムを薬頭に置かないと検査できない。本人の勘違いであるとするとどうしようもない。		
236 122	利尿剤	その他(種別不足)	ウルソ100	1錠中50mg、100mg、0mg	錠	ラジック入錠40mg	薬剤師	錠剤自動分包装機より包装された中身が、ラジックスとワーファリンであったこと、ウルソとワーファリンであったことに気づかずそのまま調剤した。患者様の転床の際、看護師が気付いてミスが発覚。正しい薬剤を調剤し、患者様に渡した。	薬剤自動分包装機より調剤された薬剤に対し、刻印コード等確認し、監査するよう徹底指導した。	錠剤自動分包装機より調剤された薬剤に、刻印コード等確認し、監査するよう徹底指導した。	錠剤自動分包装機による調剤では、人為的、機械的ミスなどが起こる可能性を想定し、必ず監査を実施すること。	
239 123	その他の消化器用	勘違い	ガナトン	錠剤	錠剤	カルデナリン	薬剤師	カルデナリンの定期処方準備中に容器内にガナトンが混入していた。実際に患者の処方薬を確認したところガナトンが処方されていた。服用されたと考えられるが薬効的に患者への影響はなかった。	薬剤の細包が似ていることと、保管容器にも問題があった。	容器の変更を行った。		
124		勘違い	プリンペラン	0.5% 2ml/A	注	ラジックス	看護師	AMLで事故当日、嚥下移行症を受けた患者に20時のチェックの時に尿量と体重で指示量に当てはまり、ラジックス1Aを投与することとなった。しかし、本人の尿量の薬物ケースの中からラジックスではなく、プリンペランを取り出し与えてしまった。夜勤帯で、尿用の物の不足と、プリンペランの空アンブルがあり、誤りに気づいた。Prのメインボトルにもプリンペランが入っており、本人への影響は	・勤務時間が中勤帯で、Nsの人数も少なく、周囲に薬物を確認する者がいなかった。ナースコールが多く、多忙であった。ラジックスとプリンペランのアンブルの構式(色・大きさなど)が似ていた。	特にNsの人数が少ない時は、投与する薬物について、しっかり確認していく。		

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	後討要因	取り運えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名					
125	241 脳下垂体 ホルモン 剤	その他(情報伝達の 問題)	デスモプレリン点 鼻液協 和	液	酢酸デス モプレシ ン 250 マイクロ グラム 2.5ミリ		看護師	当患者に対し当日の係が点鼻後、他の スタッフが重複して点鼻してしまう。	・点鼻後のチェック表に当日の係が、 チェックをし忘れた。他のスタッフが が、当日の係に点鼻をしたかしないか確 認せずに与薬した。	・点鼻後はすみやかにチェック表に チェックする。・点鼻は原則として、当日 の係のみが点鼻すること。点鼻時間に 係が悪く、与薬できない状況であれ ば、係のものが他のスタッフにお願いす る。	
126	245 副腎ホル モン剤	その他(確 認不足)	サクシン 300	薬剤の 入ったバ イアルと 溶解液の 入ったア ンプル	サクシン 300mg		看護師	本日朝点滴のある患者様がいたので、 処方薬を確認後点滴の準備を行った。 来ず、薬剤を処方箋を見て取り出し、本 来なら、サクシン3001Bと溶解液1A、 サクシン1002Bと溶解液2Aを取り出 す必要があった。しかし、サクシン300 溶解液1Aとサクシン1002Bを取り出 してしまい、それらを溶解し指示どおり の新しい点滴に混注してしまつた。患者 様は軽微されるため点滴を転機先の病 棟で行つてもらうこととなり、点滴は施行 しなかつた。同病棟の看護師が転機 準備をし、薬剤の確認をしていたところ、 サクシン3001Bとサクシン1002Aが 残っていることを同病棟の看護師が発 見した。	確認不足。先輩看護師に点 滴の準備を見てもらいたいことを依頼し なかつた点。残りの薬剤はなぜ残ってい たのか確認しなかつた点。またそれをお かしいと思わなかつた点。添付文書を読 まなかつた点。	初めて薬を扱うときは先輩看護師に 見せながら、残りの薬はなぜ残っている のか考え、残っているときはおか しいと念頭におくこと。添付文書を読み、 前日に分かっている薬剤は調べ、作用 や副作用を覚えておく。またその薬が正し い量で投与されなかつたら、患者様にと ラベルの文字の確認。	
127		その他(情 報伝達の 問題)	デカド ン	ハイアル	8mg		看護師 薬剤師	・種知規格のある薬と当院採用薬に對 する知識不足・薬剤科で払い出しの際、 実際に払い出す規格や本数が指示と異 なる場合に、伝票修正されしていないこ と・薬局から規格が違う旨の電話を受け た看護師が、他の看護師に伝えていな かつた・受領した看護師が、規格や本数 の違いを伝票に書き込んでいなかった・ 実施した看護師が、実際の注射薬の規 格を確認していなかつた	・薬剤科から払い出しの際、伝票の規格 や本数が異なる場合は、必ず伝票にそ の旨を記載する。薬剤科の知識を深める。 注射薬実施時には伝票とカルテを確認し、 規格や数量を間違えないようにする		
128		数量違い	ブレド ン	錠剤	5mg 1 4錠	錠剤	薬剤師	本来、ブレドニン5mg1錠1日2回朝・夕 14日分の投与だが、誤ってブレドニン5 mgを14錠投与してしまつた	監査での再チェックの徹底を行う	直ちに病棟へ連絡し、病棟へ正しい薬 を届け、交換した	
129		その他(情 報伝達の 問題)	ブレド ン10MG +生食1 00ML	注射薬	10MG +100ML		医師	点滴をしよう、と医師が診察しながら 言つたので、看護師はするものと思ひ込 んでしまつた。実は救急外来ですで行し ていた。外来では処方オーダーを印刷し てから施行するという基本ルールを守ら なかつた。コミュニケーション不足、ス タッフ間の連絡	・点鼻後はすみやかにチェック表に チェックする。・点鼻は原則として、当日 の係のみが点鼻すること。点鼻時間に 係が悪く、与薬できない状況であれ ば、係のものが他のスタッフにお願いす る。	ルールを守る。コミュニケーション不足 (スタッフ間の連絡)を密にする。	