

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					
130		その他(情報伝達の問題)	水溶性ブシドニン20mg	アンプル	1アンプル中ブシドニン10mg、20mg、50mg、g.相当		看護師	準夜勤務でナースコールが多い時間帯に、透析室より入院患者を迎えに来るよう連絡があった。透析室にて申し送りを受けた際、1時間毎のVSチェックを伝えられなかった。多くの伝票を外来カルテに挟んで渡された。病棟に戻った際、入院患者のナースコール対応に追われ、カルテを見たのが4時間程度経過した後になってしまった。また注射伝票の施行サインが見づらく、未施行のものを施行してあると動運いした。透析室へ状況確認し、医師へ指示の注射(プレドニン)が実施できていなかったことを報告。指示をもらった。	VS指示等、看護師の口頭伝達だけでなく、必ずカルテで確認する必要がある。	病棟間の申し送りのチェック、注射のサインの書き方、読み取り方について厳重に注意し、指導した。	
131	247 卵胞ホルモン及び黄体ホルモン	規格違い	ヒスロンH	錠剤	1錠200ミリグラム	ヒスロン錠	薬剤師	処方箋との確認が徹底して行われなかった。自己監査が不十分であった。	ヒスロンHの表示色を変更した。		
132		名称類似	プロスタール	錠剤	25mg	プレタール	薬剤師	プレタール錠(錠剤)の処方箋を調剤する際、プロスタール錠4錠を粉砕した。最終検閲者が使用薬剤のPTPシートを見て、間違いに気付いた。	プレタール錠とプロスタール錠は、類似した品名ではあるが、これまで問題にならなかったため、注意喚起するような方策はとられていなかった。粉砕の処方では、多くの場合、監査不能であったため、調剤者が最終監査を行っていた。そのため、今回のようなエラーが見逃された可能性がある。	錠剤粉砕の処方では調剤に使用した錠剤のPTPシートを最終監査まで添付し、監査可能とした。	
133		認識不足	ホンバン	注射	500ミリグラム		医師、看護師	薬液調剤時に結晶が析出		院内で伝達	
134		認識不足	ホンバン	点滴注射	250mg		医師、看護師	前立腺癌で入院中の75歳の男性。ラクテックGS500ml+ホノンバン(合成エストロゲン剤)の指示あり。注意書きにMg、Caとの適合は避けるようこと記載があることに気づき、投与前に薬剤師に確認することができた。	医師は注意書きの混合注意の記載は知っており、長時間混合されていないければ良いとされていたので指示を出していたが、看護師が混合注意の記載を見て薬剤師に問い合わせた。医師は看護師の行為が良い事と考え、これに従った。	看護師も投与される薬剤の知識を持つこと。この例のように避けることができるものならば、できるだけ避けるように医師は反省した。	
135	249 その他の抗ホルモン剤を含む)	記号違い	イノレットN	注射剤	300U	イノレットR	薬剤師	イノレットRを調剤するところにイノレットNを出してしまった	薬品名の類似	薬品名の表示の工夫	
136		規格違い	イノレットR	注射剤	300単位	イノレットSOR	薬剤師	イノレットSORのところに入ってしまった	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						剤型
137		規格違い	ノボリン300 ミックスフレックス ペン	ペン型注射器	300単位	ノボリン300 フレックスペン	薬剤師	外来にてノボリン300フレックスペンが処方されたが、誤ってノボリン300フレックスペンを処方した。再発時患者本人よりインシュリンが漏れていると医師に訴え有り、確認され、間違っていると医師に訴え有り、確認され、間違っていると医師に訴え有った。300単位中約40単位ほど投薬していたことが明らかとなった。		システム改善策(特にインシュリン製剤について)立案し実施。		
138		規格違い	ノボリン300 ミックスフレックス ペン	ペン型注射器	300単位	ノボリン300 フレックスペン	薬剤師	外来にてノボリン300フレックスペンが処方されたが、誤ってノボリン300ミックスフレックスペンを処方した。再来時に患者から医師にインシュリンが漏れていると訴えがあり、間違っていると医師に訴え有った。300単位中40単位使用していたことが明らかとなった。主治医より投薬による患者の容態変化は特に認められていないとのことだった。		インシュリンにおける払い出しシステムの強化(前回処方方とも確認を行う。)		
139		規格違い	ノボリン300 OR	バイアル	100単位 10ml	ノボリンR バイアル	看護師 准看護師	午後より血圧低下にて容態が急変。血糖値400台、体温38℃台、頻脈、脱水症あり。主治医より頻脈に指示が出た。病室にて主治医より口頭で「ノボリンR」の指示が出る。指示を受けたNsが「リリーダーNs(その日の業務リリーダー)によって代わる)にその指示を伝えたら、リリーダーNsが「ノボリン300Rです」と誤って確認してしまいました。指示を受けたNsは「ハイ」と答え、リリーダーNsは間違っただけを処置Nsに伝えました。指示を受けたNsは「ノボリン300R」の種類の判別できていたが、「ノボリン300R」ももらい準備して患者に施行してしまいました。夜勤Nsにも間違っただけを申し送りし、思い込みもあり医師記録を確認しましたが、間違いないに気が付かず点滴輸液してしまいました。翌日、午前中に転機となり、転機先のNsが点滴ポットに書いてあった「ノボリン300R」を医師記録に書いてある「ノボリンR」と違ふことに気が付きました。	(教育上の問題点)1主治医から指示を受けたNsに「ノボリンR」と「ノボリン300R」の種類を判別できている知識がなかった。同じものと思っていた。そのためリリーダーから間違っただけを言われた時、指摘できなかつた。2処置Nsも知識不足から「ノボリン300R」は点滴不可であることを気にせず、そのまま施行してしまつた。(情報の伝達の問題点)1リリーダーNsが指示を受けたNsの報告をしつかりと聞かなかった。そのため、誤った薬剤名で念を申し送ってしまった。2主治医からは口頭の指示であったことと、Ns単独で指示を受けた点。3夜勤NsもリリーダーNsから受けた申し送りを信じ、医師記録を確認したにもかかわらず間違いに気が付かなかった。		インシュリンの種類、効能、使用方法の勉強会を行い、インシュリン一覧表を書いて見やすいところへ貼り、注意喚起した。2口頭指示時は復唱するか、複数のNsで受けるようにした。3医師にはなるべく口頭指示を避け記述するようにした。4リリーダーNsは医師記録を確認する。5「ノボリンR」と「ノボリン300R」の名称、バイアル瓶の形、大きさ、ラベル、印刷や色、バイアル瓶が入っている箱の大きさ、印刷や色など非常によく似ていることがわかり、保管方法についても一緒に保管せず、分けて保管することとした。	
140		同一記号	ノボリン300フレックスペン	注射液	3ml	ペンフィ ル30R 注射液	看護師	インスリン自己注射の患者で、本人もちらちらと「ノボリン300R」が漏つてしまった。朝の申し送りも誤っていた。Drに報告。指示のとおりBsチェックを行ったが、特に異常なし。	病棟でのインスリンの管理をわかりやすく、かつ安全に行う。確認の徹底。	インスリン製剤は類似した製剤が多いことから、同製剤によるミスは重大な健康被害を生じる可能性があるため、採用インスリン製剤の種類、効能、使用方法、形状などについて周知徹底すること。		

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					
141		規格違い	ノボリン 30Rフレック クスベン	プレフィ ルド製剤	100単位 (3ml)	ノボリンR フレック スベン (300)	医師	インスリン処方において種類を誤って処方したノボリンRフレックスベン(300)をノボリン30Rフレックスベンで処方したカルテの処方確認時に気付いた。患者さんの家族が接種前に気付いた。もし接種していたら低血糖等の可能性あり	情報の伝達、業務、労働体制上の問題あり	インスリン処方経過を閲覧できるように表示した	
142		記号違い	ノボリン フレック スベン ノボリンR フレック スベン	注射	300単位	ノボリンR フレック スベン	看護師	医師がインスリンを間違えて処方をしていただいたのに確認時に前回処方との確認が不十分であった。ノボリンRを処方する所をノボリンRが処方されていた。患者さんが自宅で使用する前に気がついた。インスリンの効果時間に違いがあるため低血糖などの可能性あり	業務手順・ルール、チェックの方法に問題あり	現在使用中のインスリンが時系列で見られるようにカルテファイルにまとめて添付した。また、患者さんの手に渡るときに患者さんに見せて確認を行い「患者参加型確認法」の推奨を行った	
143		規格違い	ノボリンR	注射	40単位1 ml/バイアル	ノボリン3 OR	医師、看護師、看護師	インシュリンの翌日からの指示変更を、A職員は単位数と思いこみ申し送った。申し送りを受けたB職員がカルテ確認をせずそのまま注射伝票に誤った内容を記載し、翌朝施行した。伝票を見た主治医が間違いを指摘し、患者には影響がないので良いと主治医の許可が出、その後(昼から)変更された内容で施行した。	スタッフ間の連携不備	スタッフ間の連携強化。必ずカルテの確認。	
144		記号違い	ノボリンR フレック スベン	プレフィ ルド製剤	100単位 (3ml)	ノボリンR フレック スベン	医師	本来処方予定は、ノボリンRフレックスベン1本・ノボリン(30R)フレックスベン1本しかし、今回は、ノボリンRフレックスベン1本・ノボリン(30R)フレックスベン1本が処方された。患者さんが接種前に気付いた。低血糖等の変動が起こる可能性あり	情報の伝達、連携、チェックの問題	インスリン処方薬剤が通覧出来るよう表示した看護師から「〇〇薬希望」と書かれていてもカルテを確認する	
145		薬効類似	ノボリンR 注100	カート リッジ(3 ml.)中3 00単位	1カート (3ml.) 中300単 位	ヒューマ ログ注 カート	看護師	インスリン注射のある患者に、毎食前、ヒューマログ6uの指示があったが、ノボリン6uを投与してしまっ。指導者が、食前にヒューマログを打ちに行く説明があった時に間違えて投与したことに気付く。患者の状態を観察しながら、当直医に連絡。朝食を直に食べていただくよう指示を受け実施。低血糖症状は無く経過した。	薬剤の確認を怠った点。	前回の確認と違う目での確認の実施。薬剤の用法・用量を再度学習し不明な点は判断を仰ぐよう指導した。	
146		薬効類似	ヒューマ カートN 注	注射剤	100単位 /ml	ペンフィ ルN注	薬剤師	外来患者において、ペンフィルN処方のところヒューマカートN注を誤り、患者様が気付いて使用はしなかった。調剤薬監査も実行しているが通ってしまった。両剤は同成分の薬剤(100単位/ml)で、ペンフィルNは1.5ml/筒、ヒューマカートN注は3ml/筒であり、ペン型注入器は合わないので使用できない。	インスリン製剤は種類が多く、また、容器及び包装等が異なるため間違いや間違い。冷蔵庫保存のための配置的にも近い。	間違いないものとして常に注意はしている。取り扱いインスリン製剤の一覧表(カラーで病形も印刷)を表示し注意を喚起している。	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り直えた薬剤		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					
147		その他(管理の問題)	ヒューマリン	注射剤	5ml		看護師	呼吸管理で高血糖の患者は、点滴にて側管よりヒューマリン施行中も、ヒューマリン(シリンジ5ml/h)のルートが緩んでおり、そこから400ml/hで滴下していた点滴が少量ずつ漏れ、同時にヒューマリンも漏れていた可能性が高く、ヒューマリンが十分に与えられていない事に気付くのに2時間を要した。	観察不足、	ルートをつなげた後は漏れていないか確認する。定期的にチエックリスト使ってルートのチエックをする。	
148		薬効類似	ヒューマリンN	注射	100単位/ml	ヒューマログ	看護師	就寝前に血糖測定を行いインシュリン注射を行う時、ヒューマリンNの指示であったがヒューマログを準備し、Wチエックをうけ間違いを指摘された。	知識が不足していた。就寝前にヒューマリンをうつす事の意味を考えていなかった。	指示をしつかり確認する。	
149		その他(確認不足)	ヒューマリンR	U7100注射剤	(100単位/ml) 10ml/バイアル		看護師	肺炎で人工呼吸管理中の屋前の血糖値323mg/dlでインスリンスライディングスケールにてヒューマリンR8単位を皮下注する指示であったがインスリンを施注せずに経管栄養(F2P1)を注入した。注入直後に気が付き8単位施注する。	不注意、うっかりミス、物忘れ、急いでいた	急いでいても、確認を怠らない患者の状況の把握に努める。	
150		判定不能	ヒューマリンR				看護師	過剰なインシュリン投与による低血糖。	初めて患者様を受け持った十分情報をとらずに行動してしまった。知識のなさ。	正しい情報をつかむ。注射伝票の指示をもらった時にみながわかるように使用方法、量を確認し記入してもらい、初めてのことは一人でほしない、させない。	
151		その他(管理の問題)	ヒューマリンR100U、生食500ML	注射薬	100U 0.5ML、500ML		看護師	高血糖にて点滴ヒューマリン施行中、ヒューマリンのルートが緩んでおりそこから滴下していた点滴が少量ずつ漏れ、同時にヒューマリンも漏れていた可能性が高くヒューマリンが十分に与えられていない事に気づくのに2時間を要した。	技術不足観察不足	ルートをつなげた後は漏れていないか確認する定期的にルートのチエックをする	
152		その他(管理の問題)	ヒューマログ	インスリンキット	300単位	ヒューマカート3/7	看護師	【内容】自己にてインスリン注射を行うている患者であった。もともとヒューマログ3回打ちであった。6/11から朝、昼は、ヒューマログ、夕方はヒューマカート3/7へ変更となっていた。しかし6/11にヒューマカート3/7は患者へは渡しておらず、そのままヒューマログの投与を続けた。血糖値に大きな変動はなかったものの、血糖コントロールを目的で入院中の患者であり、すぐに注射の変更ができなかったのはいけないことであった。(発見経緯)自己でインスリンを打っている患者から、インスリンだけしかないと臭せられたものの、夕方に打つ予定のインスリンではない物で	カルテ確認時、受け印、手施印の欄に捺印がなかった。患者へインスリンが変更となった時、インスリンが超選効性から中間型のヒューマカート3/7へ変わりましたね。と確認したが、そうなんですとの患者の返事で、実際に物の確認をしなかった。ヒューマログの残が少なくあり、どれぐらいインスリンを打てるのか確認され、その時にインスリン薬が選んでいることに気づいた。	【改善策】カルテの実施印・受け印の確認と、保管場所を確認する。また、患者本人への確認を徹底する。(所属リスクマネージャのコメント)指示の受け印がないのはその時点で確認するのが原則、やはり基本や原則は始めにすることが大事。	患者管理の薬剤の問題。

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					
153		その他(確認不足)	ヒューマログ注カート	バイアル	1カート(3ml)中300単位		看護師	夕食前、固定のインスリン投与がありヒューマログ6U(9C)予定だったが、投与を忘れていた。21時にカルテ記録中、夕方の血糖測定が記載されていないのに気付く、夕食前のインスリンを打ってこない事を思い出した。血糖測定したところB2344であり、ヒューマログを投与すると低血糖になる恐れがあったため当直医師に連絡し、中止の指示を受けた。患者に打ち忘れたことを謝罪	申し送りを受けていたにもかかわらず、失念していた点。	「うっかり忘れ」が重大事故に繋がるので、すべてにおいて注意を怠らずケアにあたるよう指導する。	
154		その他(確認不足)	ペンフル	30R	30単位		事務職員	カルテから処方箋をCPIに入力する際、ペンフルの単位数が30単位→32単位に変更になっていることに気付かず、前回と同じ30単位で処方箋を出力してしまっ。1ヵ月後来院時、前回は照会した際変更されていないことが発覚した。患者様はDrの指示通り32単位で打っていたため問題にはなかつた。	変更になっていたにもかかわらず、前回と同じだと思い込み前回は引張ってき入力をし、処方箋を出力する際は再度の確認をというこも怠って処方箋を出してしまっ。	・カルテの記載をしっかりと確認し、特に処方箋に関しては再度のチェックを怠らない。 ・インスリンに関しては特に患者様の状態に深く関わることを認識する。 ・処方内容が多様な場合はたとえ前回doであつても他の者のチェックを受ける。	
155		規格違い	ペンフル30R	注射液	150単位	ペンフル30R	薬剤師	6月4日午後1時44分頃、糖尿病にて自己注射施行中の患者(67歳女性)。処方箋にてペンフルR150単位TVより5VIに変更あり。一日150単位を調剤したが変更があった時点で入れ替え時に300単位を調剤してしまっが、患者本人の申し出により判明する。	製品のパッケージが似ているため十分な注意が必要である。	置き場所の変更を実施。	
156		その他(確認不足)	ペンフル30R注	カートリッジ	1カートリッジ(1.5ml)中150単位		看護師	朝の血糖値は61ug/dlであつた。本日8:30の採血であつたため、9:00にペンフル皮下注射実施。朝はペンフル固定量12uだったが、本日は低血糖のため6uの指示となつていた。しかし注射伝票の確認をせず行つたため、固定量12uを実施して観察するよう指示を受けた。11:30の血糖値は168ug/dlで、14:00に再検し184ug/dlであつた。低血糖症状をおこすことはなかつた。	注射施行前に、カルテ・注射伝票を照会し確認しなかつた点。	点滴・注射施行の際は別の看護師にも確認してもらい、実施するよう指導した。	
157		その他(確認不足)	ペンフルN注	注射	150単位		看護師	インシュリンの定時投与を行っている患者様。朝、ヒューマリンR注を行う。その後、ノボペンの朝食前薬を持ち、患者様の部屋に行き、血糖測定を行う。血糖測定の結果を確認せずにインスリンを投与する。投与後、血糖測定の値を確認すると、45。再度、反対側の耳からチェックするも41の結果。すぐに報告をし、医師へ連絡をする。ブドウ糖注射液50%20mlの指示と食前薬の中止を指示され施行。30分後再検するも血糖38。再度、医師に報告し、ブドウ糖注射液50%20mlを行う。その後、1時間ごとに血糖測定を行う。	注射施行前に、カルテ・注射伝票を照会し確認しなかつた点。 血糖の測定値を確認せずにインスリンを投与してしまつたこと。血糖測定前に、ノボペンをセツトしてしまつたこと。落ち遅いて業務を行えなかつたこと。	血糖測定後に、値をしっかりと確認してから、ノボペンのセツトを行う。一つ一つの確認をしっかりと行う。時間配分をしっかりとし、余裕を持って業務を行えるようにする。	

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	剤型	規格単位					
158		その他(確認不足)	ペンフィルR	注射	6単位 50R			看護師	定期的に行う予定のインシュリンを忘れ検査時に気付く。採血上は問題なし。	業務手順で施行する人がはつきりしておらず責任者を決めて行う。(各自の責任不足)	処方箋の活用。施行者の明確化。		
159		その他(確認不足)	ランタス	キット	3ml、 300単位			看護師	夕前に処方する予定のランタスを間違えて朝前に処方していた。他のNsにより誤準備されていたのを時間確認せずに実施してしまった。間違いに気付いたのは翌日の深夜の申し送り時であった。患者さんは低血糖等の危険性がある。	情報の伝達、連携と情報共有のあり方	実施前に必ず自分でカルテ、カーテックスを確認する表示の方法を検討		
160		認識不足	リユー布林	注射用	1.88mg、 3.75mg			看護師	注射再診にて11時29分チエックインがあった。12時前に受付があることを知り、急いでリユー布林1.88の皮下注射を行った。患者様と話をしている時に粉末の薬剤を混ぜ忘れていた事に気づき、謝罪した。すぐに薬剤を混合し、再度注射をさせて頂いた。	確認不足、業務中断不注意、思い込み	注射を行う前後にバイアル瓶の中をチエックし、粉末が残っていない事を確認する。他のスタッフにも確認してもらう。マニュアルに沿って注射を行う		
161		その他(管理の問題)	リユー布林	注射用	11.25	リユー布林	注射用	3.75 看護師 薬剤師	病棟の運営上で薬の使用数を1週間まとめ購入している。当日は施行者数がある程度なので、前日に泌尿器外来に伝票に転記していた。当日もう一人の看護師が伝票を持ち薬局から薬を受けたが、事前に予約購入された単位と伝票の単位が違うことに気づいたが、予約の単位の法で払い出された。看護師が後で確認しようとおもいきなり忘れたまま、そのまま置いてあったのを、診察を終えたあとに指示とちがう、間違った単位で施行された。	外来泌尿器科の注射業務の問題転記業務の問題薬局の払い出しの問題	外来泌尿器科では注射を施行せず、外来処置室で施行する。業務分業した。薬の払い出しも、指示箋が出されたあとに処置室看護師が薬局で払い出しを受け取る。様に変更された。		
162	255 痔疾用剤	剤型違い	ネリプロクト	軟膏	ネリプロクト軟膏	ネリプロクト坐薬	ネリプロクト坐薬	薬剤師	ネリプロクト坐薬の処方に対しネリプロクト軟膏を誤用し患者が1ヶ月使用した。	土曜日の当直中であったが、通常の定期の切り忘れと思われる処方・注射が非常に多数処方され、当直者一人の状態で十分な確認を行う余裕がなかった。	当直時間帯の定期的処方の禁止		
163	259 その他(泌尿生殖器及び肛門用薬)	その他(情報伝達の問題)	ルテオニン	バイアル	2A28/h	ルテオニン	バイアル	看護師	ルテオニンA入りの点滴を、28/hで待機点滴をしていた患者様に、午前3時45分に交換するときに、2A入りにかわって2A28/hに交換していた。午前8時頃、主治医が気付き、2A20/hに下げたが、患者様自身には、動悸等の変化はみられなかった。	医師の指示では、2Aに変わることを書いてあったが、詳しい記載はなく、指示を受けて看護師が、見落としとして申し送られていなかった。深夜でも、2Aにかわったことに気がつかず、そのままの流量で交換した。	指示を、受けた人が、確実に見落とさないうように指示をひろうようにする。疑問があれば、医師に尋ねる。実施者は、よく確認して交換する。		
164	261 外用殺菌剤	その他(管理の問題)	ネグミン	溶液	10%ポビドンヨード液			医師、看護師	1看護師が準備した消毒液が多すぎた2医師が過剰の消毒液を使用した3背部に流れ落ちた液を医師も看護師も拭き取らなかつた4温水マットで温められたポビドンヨード液が短時間で接触皮膚炎を生じしめることを知らなかつた5オオ酸ナトリウム液で洗剤を還元させれば皮膚炎の予防になることも知らなかつた	手術室の手順書に消毒液に関する注意として追加記載して周知徹底した1消毒液の塗布(適量使用とはき取り)2、温水マット使用上の注意など			

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					
165		その他(管理の問題)	ヒビスコール	液体	0.2%原液			付き添っていた母親が病室の洗面台で洗顔をしていたとき、患児が病室から廊下に出てしまった。洗顔を終了した母が患児を見ると、「目、目」と言っており、顔が濡れていることに気がついた。病室で入り口の手すりに設置してあるヒビスコールで遊んでしまったことが考えられ、ヒビスコールが患児の目に入ったと考えられた。流涙や眼充血は見られなかった。生理食塩液で洗眼し、その後患児の状態に変化はなかった。	・患児の手の届く高さにはヒビスコールが設置されていた。・噴霧口が丁度患児の目の高さだった。・ポンプ式で、ポンプを押すと薬液が容易に出てくる。	・設置場所の検討する・業者と相談し、ポンプ式以外の容器について検討する		
264 166	264 鎮痛、鎮 静、収 縮、消炎 剤	勘違い	リンデロンVGクリーム	クリーム	10g	ラムシールクリーム	10g	薬剤師	夕食時に調乳室内の冷蔵庫にシンラック液を取りに行ったところ、患者個々のシンラック液を入れているケースの中にリンデロンVGローションが入っているのを見つけた。キャップの色が異なるため気がついた。	調乳機の配置の問題	調乳機の表示の工夫	
167		その他(管理の問題)	シンラック液	外用液剤	0.12%、10ml	シンラック液	10ml	不明	シンラックは1日1回夕のみの与薬で、普段は開封したものを調乳室内の冷蔵庫で保管している。夕食時にケースごと取り出し、各患者の牀にのせている。ケースは真器などを置くワゴンの上に置いておく。与薬後ケースにもどすようになっている。前日の夕食後に病室のカウンターの上にあったリンデロンVGローションをよく確認せずにシンラック液の近くでシンラック液と間違えて置いてあった。シンラック液の色が白とオレンジで異なるが、本体が白で形状や大きさは似ている。	誤ってリンデロンVGローションを内服させたことはないと思うが、日頃から病室内の整理整頓、環境整備を心がけている。		薬剤の保管に際しては、内服用剤(口からはいれるもの)と外用剤(口にはいらないもの)を明確に区分するとともに、常に整理整頓を心がけること。
269 168	269 その他の 外用薬	規格違い	プロトビック軟膏 0.03% 小児用	軟膏剤	0.03%	プロトビック軟膏 0.1%	0.10%	薬剤師	オーダリング処方でありプロトビック軟膏0.03%小児用(5g/本)と表示されるため、「小児用の見直し」として再度規格確認を怠ったものと思われる。また、小児用は使用頻度が少ないため、薬機部が他の規格の方についてしまったものと思われる。	表示名称を「小児用プロトビック軟膏0.03%」と改善することを検討することとした。		
271 169	271 歯科用局 所麻酔剤	その他	オーラ注	アンプル	1.8ml			歯科医師	歯科治療のために表面麻酔の際に浸潤麻酔(局所麻酔)を行ったが、浸潤麻酔状態が発現。30秒ほどで消失した。その後しばらく安静に待たせて帰宅させた。	ショック症状が起きたときの対応マニュアルの周知徹底化。		ショック症状が起きたときの対応マニュアルの周知徹底化。

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬物分類	検討要因	取り違えた薬精			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					
170	313 ビタミンB 群(ビタミン B1剤を 除く)	動運い	メチコ パール	錠剤	0.5mg	カチーフ N	錠剤	5mg	看護師, 薬剤師	朝7時に主治医が入院患者にカチーフNの処方をした。薬剤師が調剤する際にメチコパールを調剤した。シートの色が似ており取り違えた。病棟で患者に渡す際に看護師は患者と共に薬の確認をしながら患者は2回分内服した後シートの裏に薬剤名があるのを見て違うことに気付いた。	メチコパールとカチーフNはシートの色が同じで、薬剤もビタミン類であるため保管の場所も近くにある。夜間の薬剤師は1人だが、緊急以外の処方を受け付けており薬剤師が来ていることから、病棟で薬剤の確認をすることがないこと、朝の業務が繁多でしていなかつた。遮光の薬剤は赤のシートで印象が強烈で先入観を持ちやすい薬剤の指示切れは看護師も毎日確認し夜間帯常に指示が出ないように早めに報告する	薬剤の保管場所を認識が起きないように変更する。夜間の調剤で緊急以外のものがどの程度あるか、夜間調剤が必要かどうかの調査をする。	
171	314 ビタミンC 剤	その他(管 理の問題)				ビタミンC 「フソー」 500mg	注射	500mg/1 A	看護師	アスコルビン酸冷所保存にて5月27日付けで1A余っていたため、ボトルに入っていないのかと思い込んでしまった。日勤者が5月28日付けの方より取り出しで更新していたため。	夜勤帯で更新するところ、早めに点滴が終わってしまいい(18時更新)日勤帯で交換して、22時頃にいつってしまったので、翌日報告し、その時は待たずに済まなかった。	冷蔵庫より取り出し出した際にチェックなどを行っていく。施行者を明確にしていく。日付けの確認を行っていく。	
172	317 混合ビタ ミン剤(ビ タミンA・ D混合型 剤を除く)	動運い	ネオラミ ンスリー ビー	アンプル	10ミリ リットル	アドナ	アンプル	10ミリ リットル	薬剤師	薬剤アドナとネオラミンスリービーを取りまちがえて払い出した。病棟看護師も気づかず調剤した。調整された点滴の色がちがうと担当医師が指摘して、間違いに気づいた。	薬剤の配置を変えた		
173	321 カルシウ ム剤	動運い	カルチ コール	ポリアン プル	10ml	アスバラ K	ポリアン プル	10ml	看護師	点滴にアスバラKを混注すべきところ、カルチコールを混注してしまつた。点滴を始めて2時間後に気付いた。注射薬定数確認にて発見。患者さんへの影響はほとんどないと考えられた。	利形が類似している。確認不足	それまでは近かつた保管場所を、このこととあつてから距離を置いて保管することとした。	
174	322 無機質製 剤	剤型運い	グルコン サンK細 粒 4Meq/g(1 g/包)	細粒	4Meq/g(1 g/包)	グルコン サンK錠 5Meq	錠剤	5Meq	薬剤師	グルコンサンK錠5Meqを調剤するところ、グルコンサンK細粒4Meq(g/包)を調剤した。	調剤者および監査者の確認の徹底		
175		認識不足	フェジン	アンプル	40				医師、看護師	造血剤の溶解に生食塩水が処方されていた医師に変更してもらつた。	調剤者および監査者の確認の徹底	オーダーリングでの禁忌情報を出す	
176		薬効類似	フェロミア	錠剤	100mg	フェロ・グ ラフェュメッ ト	錠剤	100mg	薬剤師	フェロ・グラフェュメット処方のところ、フェロミアで調剤し、病棟へ払出された。監査者も処方箋の名称を読み間違え、間違いに気付かず払出された。病棟から連絡があり判明、再調剤した。	業務手順・ルール、チェックの仕組み薬剤の採用の問題	処方箋をよく確認し調剤する。	

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					
323	糖漿剤	動揺い	20%ブドウ糖	アンプル	20%20ml	メイロン	アンプル	7%20ml	看護師	常備薬点検中、メイロン(20)のところに20%TZ(20)が間違っ入っていた。	薬剤管理。どちらも透明アンプルで青色の文字である。	充填ミスはその後の重大な事故につながることを認識し、注射剤の充填時あるいは返納時にも表示ラベルをよく確認する必要がある。方ラアンプル製剤は形状表示が酷似することから、必要により、プラスティックアンプルや形状やラベル表示の異なる他社製品への切り替えも考慮すること。
177		規格違い	5%ブドウ糖注射液	アンプル	5%	5%ブドウ糖注射液	アンプル	50%	看護師	指示記載は「TZ」だったが、「TZ」略語が分からず、このことに注意が向いてしまった。不明点を聞きつけたが聞きにくかった。ワシントンに50%ブドウ糖を用いることが不思議に思わなかった	外来部門に注射オーダーを採用する。現在はその書きざであり、薬品名と指示薬剤品名の不一致がある。	
178		規格違い	50%ブドウ糖	アンプル	20ml	5%ブドウ糖	アンプル	20ml	看護師	特許点滴されている患者様の点滴内容間違えた。5%ブドウ糖20mlを50%ブドウ糖20ml加注した。	必ず処方箋は3回チェックすること。	
179		規格違い	アミノトリバ	上下隔壁タイプのツインバック	1700ml				看護師	アミノトリバの上下隔壁未開通のまま投与した。	注意の喚起メーカーにも改善策を要望	
180	たんぱく質	その他(未開通)	アミノトリバ	キット	850ml	アミノトリバ2号	キット	900ml	医師	アミノトリバ2号1700mlと記載された処方箋に対し、アミノトリバ1号1700mlを準備していた。直前の薬剤師とのチェックで間違いが判明した。本来は医師がアミノトリバ2号1800mlをしたかったようである。	医師、看護師に対し薬剤師の知識を深める努力。薬剤師のチェック強化。	
181		記号違い	アミノトリバ1号	キット	500ml	アミノトリバ2号	キット	900ml	看護師	2層に分かれている電解質・栄養輸液を投与する際、層を開放して混合してしまうことを知らず、下側の電解質のみ滴下してしまった。残液が少なくなったところで抜針しようとしたときに同職種者より指摘され気付いた。とくに影響はなかった。	取り扱ったことのないものは、注意書きをよく読んで実行するようにする。本人が注意するように教育をし直す必要がある。	
182		その他(未開通)	アミノトリバ	ツインバック	500ml				看護師	DIVキープ中、13時から21時まで滴下予定分(アミノトリバ500ml+ビタミンセット)が14時の時点で、残り250mlとなっていた。患者様吐き気ありと訴えられたるが嘔吐なし。	1. DIV交換時の滴下調節及び滴下確認を確実に行うことを徹底する。2. 受け持ち看護師が実施(交換)できない場合には、他の看護師にもしっかり分かるように、注射伝票と点滴セットを一緒に置いておき、実施者は必ず伝票に捺印及び薬剤師のボトルに確認チェック印をいれる。3. 他者によって実施された場合には、受け持ち看護師が、あらかじめ確認を行う。	
183		その他(確認不足)	アミノトリバ	点滴バッグ	500ml				看護師	1. 受け持ち看護師が休憩中のため、他のスタッフでDIV交換をした。2. 1本目の点滴、5時から13時分が運れていたので、滴下速度調整中で、滴下を早めてあった。その調整がうまくいかなかった。3. 滴下調整中であることの明記等は、特にしていなかった。		

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					
184		その他(未開通)	アミノフリード	バッグ製剤	1000ml			看護師	CVルートからアミノフリード1000mlの指示が出されていた。準備する際に隔壁の開通を行わずに他の薬剤をミキシングし、開通をしたものと思いきや「開通確認」のシールを外して患者に投与開始した。翌日に勤務者が気付いた。	アミノフリードは外袋から出したときに開通するルールであるがしななかった。開通確認のシールを外す際の確認をしなければならなかった。点滴中の確認の際に点滴中の確認をしていない12時は休憩の時間と重なりスタッフが減り忙しい。	外袋から出したときに開通をする。開通確認のシールを外す際に確認する。巡回時には点滴の残量も必ず確認する。		
185		その他(未開通)	アミノフリード	隔壁がある点滴バッグ	500ミリリットル			看護師	点滴交換時に、アミノフリードの隔壁を開通させることを忘れて接続した。翌日の勤務者が点滴バッグの上部の液が残っていることを発見した。	・薬剤についている注意喚起の赤テープを隔壁開通後ははがすという手順を守る。・日常行う業務を、一つ一つ慎重に行う。	・薬剤についている注意喚起の赤テープは、隔壁開通後ははがすという手順を守る。・日常行う業務を、一つ一つ慎重に行う。		
186		その他(確認不足)	アミノフリード	輸液剤	500ml			看護師	急性疼痛コントロールのため、塩酸モルヒネ2A+セレネース1/2A+生食3.5mlの組成で持続皮下注射を行っていた。(0.2ml/h)なかなか疼痛コントロールがつかず、フラジユやベース量の増量を繰り返していた。最終的に0.35ml/hまでベース量を増量したが、指示を確認すると上限が0.25ml/hであることに気がついた。その時点でベースを指示量に下げ経過を見るが、患者の疼痛の程度は変わらなかった。	・指示の確認が不十分であった。・疼痛コントロールがまだ十分に図れず、試行錯誤の状態であった。	・疼痛コントロールについて、再検討していく。・指示の確認を確案に行う。指示に制限があるときは、カーデックスに赤ラインを引くなどして注意を促す。		
187		薬効類似	エレンタール	散	1袋80G・300カロリー	未	1袋100G・400カロリー	薬剤師	6月3日午後4時頃、外来処方にてエレンタールの処方あり。エレンタールの方より「いつもと薬がちがうとの事で薬局にこれら判明する。」	当事者の思い込みがあり、渡薬口にセットされ、その後の確認も無く患者さんに渡ってしまった。	渡薬口セット後のダブルチェックの体制を確立		
188		その他(確認不足)	エンジュアリック	1缶	1缶250カロリー			薬剤師	調剤時処方オーダーと確実に照合する。改善策が提唱されていたが、効果が反映されていない。	・調剤時処方オーダーと確実に照合する。改善策が提唱されていたが、効果が反映されていない。	・決め事の遵守をしっかりと。		
189		規格違い	ピーエヌツイン1号	注射薬	1000ml	注射薬	ピーエヌツイン1号 2000ml	薬剤師	規格が2種類あり注意しなければならぬ		十分に注意をする。あるいは可能なであれば規格の統一。		
190		その他(未開通)	フルカリック	バッグ	1000ml			看護師	フルカリックのチャンバーを圧迫、してアミノ酸と輸液を混合する方法、理由を理解していない。	フルカリックのチャンバーを圧迫、してアミノ酸と輸液を混合する方法、理由を理解していない。	フルカリックの使用方法について再確認した。		
191		薬効類似	フルカリック2号	輸液	700ml	輸液	850ml	薬剤師	アミノトリパ2号をフルカリック2号で間違えて調剤し、病棟へ払い出ししてしまった。与薬前の点検で看護師が気づいて薬局へ連絡、正しい輸液と交換した。	兼中方の欠如(日勤帯の通常勤務後の当直帯であり疲労も考えられる)に加え、結果として自己監査が行えていなかった。	当直帯は一人になるため自己監査を徹底する(調剤後しばらく時間をあけること)で思い込みによる固定概念とさまざまな工夫も必要かと思われる。		

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					
192		記号違い	フルカリリック3号	輸液剤	1003ml	フルカリリック1号	輸液剤	903ml	看護師	準備されているのに安心して再確認しないで実施する。	再確認の怠り
193		記号違い	フルカリリック3号	B	大室(糖電解質水溶性ビタミン)700ml、中ブドウ糖250g	フルカリリック2号	B	大室(糖電解質水溶性ビタミン)700ml、中ブドウ糖175g	看護師	運夜勤務で、点滴の準備をした。注射伝票と照らし合わせ同勤務の別の看護師に確認してもらったが、日勤室にてラウンド中、残量・滴下確認時に、フルカリック2号が3号になっていることが判明。師長に報告し、医師よりカリオリーだけの問題であるため、そのまま練習の指示であった。	慣れも含め、確認を怠った点。
194		その他(未開通)	フルカリリック2号	袋	1.4L				看護師	IVH挿入高カリオリー一滴下時、小室部分を折らず混入液を混入させず実施してしまっ	施行者の薬剤に対する知識がかけいでいた。
195		その他(未開通)	フルカリリック点滴	上下隔壁タイプのソフトバッグ	1000ml				看護師	フルカリック点滴の上下隔壁未開通	確認不足
326 196	臓器製剤	勘違い	アテラピン9号	アンプル	1ml	プリンペラン注	アンプル	2ml	薬剤師	点滴処方内、プリンペランをアテラピン9号で誤刺して払い出してしまった。病棟にて看護師が誤りに気づき交換した。	両薬剤とも薬用される薬品であり、ラベルやアンプルの色調も類似点があったため、思い込みによる取り違えが生じたと考えられる。
331 197	血液代用剤	その他(確認不足)	KNMG3号500ml	点滴バッグ	500ml	5%ブドウ糖500ml	点滴バッグ	500ml	看護師	21時A患者のDIVを3本目へ交換しようとしたところ、もう1人21時交換であるB患者のDIVをつなげてしまった。その10分後21時交換のB患者のDIVをつなぐところ、A患者のDIVが繋がっていたところを、他の看護師が発見し発覚した。	1. 同時刻に点滴が集中していて慌ただしくなった。2. ボトルが同重量であったためA患者のボトルであると思いこみ、名前を確認しないで施行した。3. ベッドサイドでの名前の確認を怠った。
198		規格違い	アクチネット	点滴	500ml	アクチネット	点滴	200ml	看護師	注射指示箋の記載ミスによりアクチネット500mlを施行しようとした。	カルテとのチェックミス
199		その他(確認不足)	ヴィーンF注	バイアル	pH:6.5 ~7.5 透圧比: 約1	ラクテック注	バイアル	pH:6.0 ~7.5 透圧比: 0.8~ 1.0	看護師	手術前の点滴を、医師がルーチン確保し固定。1時間程度経過後、点滴の名前が違ふことに他の看護師が気づき交換した。医師に報告。患者に謝罪した。	外科の患者の点滴であり、同じ部屋番号で名前をしっかり確認しなかった。施行後も点滴の名前を再確認しなかったこと。
200		記号違い	ソリタT1	輸液	500ml	ソリタT3	輸液	500ml	医師	本来、「ソリタT3」の処方のところ間違っ	輸液払い出し時の監査を確実に行う(保管には大きく表示もしていたが処方箋を見た時から見間違っていたので別の薬剤師に確認してもらう)

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
201		記号違い	ソリタT3	点滴	500ml、NaCl 0.090 カロリー 172	ソリタT1	点滴	500ml NaCl 0.141 カロリー 104	看護師	本来ソリタT3が行く予定の患者さん(ソリタT1)が行ってしまった。薬剤が変更になった時に注射薬(Ns用)を変更する事を忘れていた。また、薬剤部も医師からの処方箋が変更になっている事を確認しておらずソリタT3を処方していた。	業務手順、ルール、チェックの問題	カルナからNsチェック用の注射薬へ転記する際に向違っているため転記をせずコピーをして使用することにした	
202		記号違い	ソリタT3	点滴薬	500	ソリタT3 G	点滴薬	500	看護師	薬品名を間違えて点滴した。	緊急入院患者のため指示薬を見て常備薬より誤認したが、指示薬の見誤りにより別の薬品を入れてしまった。そのときには気がつかなかった。	管理者からの指導教育等の看護業務の徹底	
203		記号違い	ソリタT3号	輸液	500ml	ソリタT3 G号	輸液	500ml	看護師	外来処置室において点滴準備をしていた際、ソリタT3GとソリタT3とを間違え中身を溶解し準備をしていたところ、指示書と違うことを他の看護師に指摘されず作り直した。	類似した品名の薬剤があり、時々間違いが発生する。薬剤部へ薬品購入時検討願えないか申し出るも無理だとのこと。	薬剤部でセットされていない点滴があるため、看護師がセットする際には指示書をよく見て呼称確認をし、ダブルチェックを必ず行うようにする。	
204		勘違い	ソルデム 3A	袋	200ML	アミレバン	袋	200ML	看護師	点滴処方箋にアミノレバン200mgを誤ってソルデム200mgを処方してしまった。抜針時に患者さんより指摘され気づく。医師に報告。患者さんに説明しアミノレバン200mgを追加で処方する。	薬からのゆっくりにした時間帯で、心理状態としてホットして油断があった。処方箋の確認不足であった。	確認不足の改善、意識と深い込み、患者さんの疾患者がもつと明確に意識づけられる。	
205		その他(確認不足)	ソルデム 3A	注射用	500ml / 20ml / h				看護師	深夜勤務者が0時28分にソルデム3A 500ml / 20ml / h更新しており、深夜勤務の2時訪問時には気づかなかつたが4時40分に訪問すると点滴終了していることに気づく。本人は睡眠しており状態変わらず、主治医報告後様子観察となる。	観察不足、確認不足	夜間訪室時は点滴速度の確認と残量をよく確認する。点滴更新時は更新時間を輸液ポータルに記入する。	
206		記号違い	ソルデム 3A	袋	200ml	ソルデム 1	袋	200ml	看護師	リーダー業務で指示受け中、伝票に転記するとき、注射内容を確認しながら記入しているつもりだったが、ソルデム？を3Aと転記ミスしていた。伝票をフリー業務に渡し、その通り施行された。(15時15分)17時前、翌日の伝票を書くときに転記ミスに気づき、指示通りの注射と交換した。主治医に報告。患者に影響は見られなかった。	電話対応が多く、指示受けの途中にもあった。	転記ミスがないか、フリー業務とのダブルチェック(指示簿と)	
207		規格違い	ソルデム 3A	袋	500ml	ソルデム 3A	袋	200ml	看護師	前日に準備した注射ポータルを取り出し、注射薬と患者名の書かれたポータルと薬品名、量を確認。薬剤を混入し、患者のもとへ準備する。施行前、主治医の訪問あり。200mlの指示に対し500ml準備されているのに気づき指摘された。	注射薬と確認照合するとき、目視のみで行っていた。	声を出して確認。指差し3回の確認	
208		記号違い	ソルデム 3AG	ソフトバッグ	500ml	ソルデム 3A	ソフトバッグ	500ml	看護師	ソルデム3AIにピタメジンを混注する指示をソルデム3AGにピタメジンIVを混注した。患者に実施する直前の確認で間違いに気づき、破棄して作成し直した。	輸液バッグの表示(薬品名・デザイン)が酷似している。看護師が輸液の表示と注射処方箋の薬剤名を照合しないうで作成した。	間違えやすい薬品なので何回も確認して認める。作成時の確認で声だし、指差し確認ができていればコストのリワークも回避できた。	

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
209		動の違い	ソルトニ ン	管	10%20 ml	蒸留水(注 射用)	管	20ml	薬剤師	深夜、ICUより薬剤部に注射点滴のオーダーがある。当直薬剤師はオーダー内容の「ホスミンSバック1g+蒸留水200ml」を準備し出し出すべきところ、誤って「ホスミンSバック1g+ソルトニ」を払い出してしまった。	蒸留水とソルトニンのラベルが白色、プラスチック容器で似ていたことから、薬剤取り違えが生じた。	院内で確認必須薬剤として、周知徹底する	一覧表作成や薬品棚や救急カーポート内の表示、配置場所などの改善が必要と考えられる。必要により、同一成分の他社製剤への変更も考慮すること。
210		記号の違い	ソルトラクトD	ソフトボトル	500ml	ソルトラクト	ソフトボトル	500ml	看護師	注射指示書ではソルトラクト500mlだった。常備薬からソルトラクトD500mlを開始したが、薬剤料より無菌調整された薬剤が届き照合したものを確認している時に気がついた。	同じソフトボトルであるソルトラクト500mlとソルトラクトD500mlと間違えて実施した。	カルテ、注射指示書、薬品を3度確認する。	
211		名称類似	ソルトラクトTMR	輸液	500ml	フルクトラクト	輸液	500ml	准看護師	医師からフルクトラクト500mlの点滴指示が出たが、ソルトラクトTMRを点滴してしまっていた。	薬剤名が似ているために、思いこんでしまった。	多忙時においても3度のチェックを必ずするように徹底する。	
212		その他(確認不足)	フィジオ35	バイアル	電解質輸液	フィジオD注	バイアル	体液用剤	看護師	患者に点滴を接続する際、ワゴンにあった患者の点滴ワイヤーと別の患者の点滴ワイヤーを誤って接続。患者本人に指摘され、直に点滴し直した。患者には謝罪した。	確認を怠り、思い込みのみで実施したことが原因。	思い込みの実施は危険であり、必ずカルテで確認。声を出して患者様の名前を呼び、照合してから実施することを指導した。	
213		動の違い	フィザルツPL生理食塩水	注射	100ml	大塚薬液5%100	注射	100ml	薬剤師	調剤時、監査時の注意不足。金曜日の16時の業務多忙も原因。	すぐに生食100mlを病棟に払出し、ブドウ糖液を回収。	調剤、監査の集中。途中中断しないように周りの人のフォローも大切。また、処方箋の早い時間の提出を病棟に促す。	
214		記号の違い	ラクテック	注射薬	500ml	ラクテックD	注射薬	500ml	看護師	緊急入院患者の輸液準備の際、急遽、検査が入り、ルートが必要になったため、備品よりラクテックDを準備したつもりだったが、実際に準備したのはラクテックDであった。	薬剤名が酷似していた確認が不十分であった業務上の問題	確認を十分にこなす。急ぐときは必ず医師に確認する。	
215		その他(確認不足)	ラクテックG・ネオラミン・ソルコ・シナコリン	点滴輸液	500ml(混合)	アミノリド	点滴輸液	500ml	看護師	24時間同時輸液中の患者様に輸液交換をいたしました。この時、2名分の輸液をもっており、患者様の名前を確認し、輸液交換を行いました。実際には別の患者の輸液と取り間違えて与薬してしまいました。発見は患者様のご家族です。幸いにも患者様へ影響はなかったのですが、主治医よりご家族に状況の説明をいたしました。謝罪をいたしました。点滴を作成していたが、ルートをつけておらず誤って点滴量を減らしてしまっていた。	(緊急の場合はその限りではないですが、)どんなに多忙であっても確認に関する要因である手順は省かないようにする。最終確認を徹底することを、全ナースに通達。	点滴を作った場合は、必ずルートをつける。確認を行う。	
216		その他(確認不足)	生理食塩水、ノイトロジン	注射	100				看護師	業務手順・ルート、チェックの仕組みの問題。	点滴を作った場合は、必ずルートをつける。確認を行う。		
217		認識不足	生理食塩水200cc	アンプル	20cc	5%TZ20cc	アンプル	20cc	看護師	6月15日10時30分手術後患者さんのHDのためブライミング施行、持続注入のためフサン(手術後)使用となっていた。準備していたところフサンの20ccの注射器に溶解するところ生食で溶解したのに気づく。再度正しく溶解HDとなる。患者は入室前であった。	いつもは輸液は台車に乗せて患者様の所へ持って行くのですが、この日の朝は2本とも手に持ち交換していたものを、さつとも手順が違(う)台車に乗せることにより、輸液に記載している名前をみる時間か長くなり、確認できたかも知れませんが、勤務が多忙であるが故にいつもと違う手順で行動してしまいました。	声を出して他の相手に正しい液で溶解したことを確認する。注射準備時の複数確認の実施を検討してもらい、慣れによりうっかりミス防止のため基本的な手順、確認の基本を守って実施すること。	
218		名称類似	大塚食塩水10%	ブラスチックアンプル	420ml	大塚生食注	ブラスチックアンプル	0.9%強化ナトリウム420ml	薬剤師	当直時間帯に生食20mlのところ食塩水200mlで払い出してしまい、病棟の看護師が間違いに気づき交換し未然に防ぐことができた。命にかかわるかもしれないミスだった。	調剤時にはその処方内容をよく把握すること。当直帯での自己監査を徹底させる。		

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	規格単位					
219	332 止血剤	規格違い	アドナ	錠剤	30mg	アドナ	錠剤	10mg	薬剤師	院内採用薬は、アドナ30mgのみであるので、アドナ30mgであると思ひ込んでしまった。処方医に確認したところ、問題ないとの事であった。	院内にとらわれずに、mg数のチェック・監査を慎重に行うようにする。	院内で1規格しか採用していない場合においても、十分注意が必要である。	
220		その他(確認不足)	トロンビ	細粒	10.00 0単位				看護師	温度版および与薬カードに記入があつたにもかかわらず1回分あつていなかった。与薬カードのトロンビの記載が少し小さかった。	温度版へ記入し服用しなかったか、チェック欄を作りチェックしていく、見やすく、大きな字で記入する。		
221	333 血液凝固 阻止剤	その他(確認不足)	ノボ・ヘ パリン	注射	KN3B5 00・ヘパ リン500				看護師	点滴を誤って、他患者へ接種(特に変化なし)	患者の名前を確認せず思い込みで点滴を接種した。(初歩的なミス)	最低の度の確認を確実にを行う。	
222		その他(確認不足)	ワーファ リン	錠剤	1mg				看護師	ワーファリン錠を1mg、夕食後に経口するのを実施しなかった。	夕食後の備内薬が5種類あり、与薬ケースから本人に渡した。その後、与薬ケースを残さないか確認したが、残っていることには気づかなかった。	本人に渡した時と、与薬後に残がないかをしっかりと確認すること。	
223		その他(確認不足)	ワーファ リン	錠剤	1				看護師	夕食後の投薬が配薬されていなかった。	薬剤の採用や保管の問題。	配薬があることを周知徹底する。	
224		その他(確認不足)	ワーファ リン	錠剤	1錠1ミリ グラム				看護師	入院中の女性患者(78歳)の内服薬に閉じ、連夜より深夜の看護師の申し送り時内服薬ワーファリンの再開を6月5日朝より口頭申し送りをうけ、そのまま思い込み処方箋の開始日、医師の指示薄は6月6日からとなっているのを確認せず5日朝に与薬してしまつた。患者状態変化なくそのまま様子観察となる。	口頭申し送りだけで判断してしまつた。カートに入れる時にダブルチェックを行つたが、二人とも開始日を確認して行なかつた。カートを持って行き本人確認を行うが処方開始日の確認ができていなかった。	ダブルチェックの基本、与薬の基本を必ず守るよう徹底する。	
225		勘違い	ワーファ リン錠	錠剤	5mg	レニベ ス錠	錠剤	2.5mg	薬剤師	レニベス錠の粉末調剤をすところ、ワーファリン錠の粉末調剤をした。	人車異動に伴い少ない人員であつていた。	確認の徹底	
226	339 その他の 血液・体 液用剤	その他(確認不足)	ノイトロ ン	注射	100				看護師	点滴を4時間掛けるところを3時間で終わらせた。	業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題	確認を十分行う	
227		その他(確認不足)	ハイア ス ピリン	錠	100ミリ グラム				医師 看護師	1歳の患者入院後後室にて川崎病と診断。担当医が夕方に内服を指示入力し、看護師は、画面上で指示受けサインをした。薬を1度見に詰め所に戻したが、詰め所内に無く、そのときに小児なので誰かが母親に渡したんだと、思い込んで確認しなかった。2日間薬は放置され、退院まで気づか無かつた。患者の状態に変化はなかつた。	医師に指示だし時、看護師に声掛けしてもらつたように依頼した。ワークシートでの薬の確認方法		

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			当尊者	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
228	その他(管理の問題)	パイアスピリン錠	錠剤	100mg	パイアスピリン錠	錠剤	錠剤	医師、看護師	体外循環を使用する心臓手術では、手術7日前よりパイアスピリン製剤を中止し、術後出血増加に対処しているが、脳梗塞の既往のある患者に、神経内科よりパイアスピリンが投与されていたことを把握しておらず、手術前日看護師からの指摘により気付いた。	入院中の患者が他科(多くは産科)より投与されていた薬剤情報に十分気がつかなかったことが問題だが、コンピュータシステム上に、現在内服している薬剤の一覧が出るので、このような事故はもつと減らせる。	入院患者の持参薬の項目に必ず目を通す。看護師も術前体薬すべき薬(パイアスピリン、パナジリン、ワーファリン等)にこれまでに以上注意する。新システム上に、現在内服している薬の一覧が出るようにしてもらう。	システムの問題。	
229	その他(管理の問題)	パイアスピリン錠	錠剤	100mg	パイアスピリン錠	錠剤	錠剤	看護師	入院の翌日にOP予定の患者様の内服薬を確認すると、パイアスピリンが体薬されていたことがわかった。	本人が服用している薬の情報不足。OP前に体薬すべき薬の確認不足。OP前チェックリストを外発から使用し、入院の迎え時に薬の確認を取る。	入院時に気がついても、選いで、外来でOP決定した時点で薬のチェックをして、体薬すべき薬を確認する。OP前チェックリストを外発から使用し、入院の迎え時に薬の確認を取る。		
230	その他(管理の問題)	パイアスピリン錠	錠剤	100mg	パイアスピリン錠	錠剤	錠剤	看護師	脳梗塞の既往あり、パイアスピリン内服していた患者さんが大腿骨頭骨折に手術するため手術1週間前よりパイアスピリン内服中止になっていた。手術数日後再開の指示があったが3週間気がつかずパイアスピリン内服していなかった。患者さんの家族からの指摘にて内服再開していない事に気がついた。体薬中脳梗塞などは幸いにも起きなかった。	手術のため体薬しなければならぬ薬の知識について理解を深める。教育、勉強会の機会を作る。	術のため体薬しなければならぬ薬の一覧をカルテに貼りに貼り中止日、再開日を記入するようにする。		
231	その他(管理の問題)	パイアスピリン錠	錠剤	100mg	パイアスピリン錠	錠剤	錠剤	医師、看護師	91歳高齢者のデブリード手術予定患者。パイアスピリン内服中であり5月20日手術予定であったが、パイアスピリン手術1週間前中止するのを忘れ手術延期となる。	抗凝固剤内服患者が手術予定された場合の対応ができていない。教育、申し送りの不備	手術の体薬すべき薬剤一覧表を作成し中止日、再開日の欄を設け記入をする		
232	数量違い	パイアスピリン錠	腸溶錠	100ミリグラム	パイアスピリン錠	錠剤	錠剤	薬剤師	パイアルピリン2錠朝後のところ、1錠朝後で調剤した。監査も通過した。患者さんが気がついた。	薬剤調剤に関する問題	薬剤調剤に関する件数を調査し、乗数把握する		
233	勘違い	パナジリン錠	錠剤	100mg	セーブテンス錠	錠剤	50mg	薬剤師	調剤室の錠剤棚の、パナジリン錠のスペースにセーブテンス錠が4錠混入していた。(棚の位置は疑ってある)調剤時は気が付かず調剤され、調剤監査でパナジリン錠が7錠あるべきところ、4錠がセーブテンス錠であることを発見。棚に長つて確認したが、他の混入はなかった。	名前が似ており、両者とも、神経内科領域や循環器領域で処方が多い。棚の位置は疑っておいてあり、まとめて補充するときなど注意しているが、今回の場合は、調剤時あるいは患者さまの残薬の端数を戻すときに、確認を怠り間違った棚に戻したものと推測される。錠剤の棚周辺が全体として雑然としており作業環境が悪いことも原因として考えらる。	棚周辺の整理整頓、戻すときにも薬中しで業務を。他の薬も含めて、類似のことがおきるようであれば、業務手順を変えて、いったん棚から出した薬は単独で戻さずにまとめておき、あとでダブルチェックで戻すなどの対策を立てる。	注射剤及び散剤を含む薬の棚への充填時には、充填者以外の薬剤師がダブルチェックするかそれに相当するチェック体制を構築すること。	
234	その他(確認不足)	フロレナル錠	錠剤	5μg				看護師	他患者の内服薬を与薬してしまった	内服前に患者氏名の確認を怠った	確認を徹底させる		
391 肝臓疾患 用剤	名称類似	グリチロニン錠	糖衣錠	錠	グリミクロニン錠	錠	錠	医師	近似名称薬剤の処方誤り。本来、グリチロンを処方すべきところ、誤ってグリミクロンと処方箋に記入した。薬高の処方監査で発見し、患者に渡す前に訂正した。直前の診察でグリミクロンを処方しており、グリチロンのつもりでグリミクロンと処方箋に記入した。	近似名称薬剤の情報提供及び、使用に對する注意喚起。	重篤な健康被害を起こす可能性のある薬剤(糖尿薬用剤)の調剤時には薬剤師に患者とともに調剤された薬剤を確認すること。		

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					
236	392 解毒剤	その他(確認不足)	アインボリン	アンブル	25mg		看護師	外来で抗悪露点滴を2時間で滴下指示された。しかし滴下の計算を間違え早く滴下した。30分でほとんど滴下された。患者状態は変化無かった。	抗悪露点滴管理の問題	薬局に依頼。抗悪露対策委員会を作った	
237		名称類似	メイロン	注射液	20ml	メイロン	看護師 薬剤師	「メチロンをオーダーしていたのに、「メイロン」が薬局からナースステーションに届いた。	薬剤名が似ていたので間違えた。	3度の確認を怠らない。	
238		規格違い	メイロン	注射	7%20ml	メイロン	看護師	注射指示があり、Wチェックが行ったが、点滴を静注と勘違いし静注を行った。実施終了後、患者様より、「今日は点滴はないのですか」といわれ確認し、誤りがわかり報告した。医師より点滴指示を受け実施する。	Wチェックがきちんと出来ていなかった。確認を隅々まで確認していなかった。確認したつもりになっていた。	「指差し・声出し確認」の徹底。Wチェックのとき隅々まで確認する。見慣れない薬品は、何度もチェックし、相手に人にも確認を良くしてもらおう。	
239	396 糖尿病用剤	名称類似	アクトス	錠	15mg	アクトネ ル	薬剤師	アクトネル処方されたが薬剤師コンピュータにアクトスと入力ミス、薬袋及び薬剤情報に「アクトス」と記載された。患者はアクトネルが処方どおり交付され服用、後に薬剤情報にアクトスと記載されていたためミスが発覚。	薬剤師コンピュータの薬剤コードは、アクトスが「アクト100」アクトネルが「アクト101」であり頭三文字が同一であった。そのため入力時にミスが発生し薬袋と薬剤情報に反映されてしまった。	医師と協議の上アクトネルを当院採用品目から削除した。名称が類似する薬剤については薬剤コードが重複しないように変更する又は、必要があれば採用中止等も検討すべきである。	薬剤部内での薬剤コードの管理の問題。
240		規格違い	オイグルコン	錠	1.25mg	オイグルコン	薬剤師	2004年4月20日11時00分、薬剤師Aが「オイグルコン(2.5mg) 4T/2 x M.T. ITD」の処方箋を「オイグルコン12.5mg 4T/2 x M.T.」と誤読。在庫不足のためオイグルコン(1.25mg)を2日分のみ調剤した。薬剤師Bが検査し、病棟に払い出し、5日分不足の旨メモを掲示しておいた。4月21日15時00分、オイグルコン(1.25mg)錠が入荷し、薬剤師Cが不足分の調剤をしようとし、間違いに気付く。未服用の分を処方箋どおりの内容で払い出した。患者様に謝罪。処方医に報告(前回処方「オイグルコン(2.5mg) 2T/1 x M」であり、投与量は同じであったため問題ないであろうとのこと)。	・「(=カッコ開く)が数字の「1」に見えた。・オイグルコン(1.25mg)をいつも「12.5mg」と記載する医師がおり、同様の書き間違いと判断してしまい、疑義照会しなかった。・前回処方と比較しての処方監査が不十分だった。	必ず薬歴で前回処方と比較した処方監査を行う。少しでもおかしい点は勝手に判断せず疑義照会する。処方医に読みやすい記述をお願いする。	重要な健康被害を起こす可能性のある薬剤(糖尿病用剤)の調剤時には薬歴を確認すること。
241		その他(確認不足)	オイグルコン	錠	1.25mg		看護師	朝食前に血糖薬を服用してもらったことを忘れ、昼食前の血糖チェックが高値で気づく。	早出看護師が血糖測定を行うが、内服に気がつかず、夜勤看護師も内服の確認が出来なかった。	血糖測定時に内服も判るような子エックカードにする。受け持ち変更時に申し送りきちんとする。	
242		その他(確認不足)	オイグルコン ベイスン	錠剤	2.5		看護師	糖尿病の既往歴があり、内服投与を行っているが、師生検査施日の朝の投薬を中止した。医師指示は、投薬続行の指示があった。	情報の伝達・連携と情報共有のあり方の問題。看護師の申し送りのみの確認になり、指示簿の確認が取れなかった。	カルテの指示簿の確認を行う。	

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					
243		その他(管理の問題)	オイグルコン、アクトス	錠剤	1.25mg		看護師	《内容》食前のグルコバイを夕方1日分の3錠内服しようとしており、内服前に発見できた。食後は食事前に、机の上に出してもらったが、訪室した時には朝分のオイグルコン、アクトス、グラビットを内服した後であった。その後低血糖症状の出現なく経過したものの、血糖日内変動採血検査を行っていたため、正しい検査結果が出ない場合がある。《発見経緯》病室のある患者で、退院後独居となるため、1日分の薬を配薬ケースに入れた。誤薬の可能性は容易に考えられた患者であった。そのため、注意はしていたが結局は誤薬してしまったが、すぐに発見につながった。	瓶入のある患者であり、病室患者の特徴をもっと考慮すべきであった。	《改善策》退院後独居となるため、退院後の状態を考えた対応としては良かったが、1日分の薬を配るの患者には難しく、状態を考慮するべきであった。1回分の薬を前もって配薬することにした。《所属リスクマネージャのコメント》上記のように指導しました。及び患者の注意を引くように字も大きく書いて表示した。それ以後このことに関しては患者さんは理解したようである。	
244		その他(確認不足)	オペアミン	錠剤	2.5		薬剤師	臨時処方の内服を調剤したあと、袋に朝食後の所を、毎食後の記載をされている袋に入れた。監査で発見された。	内服調剤の問題	監査の強化	
245		その他(管理の問題)	グリミクロン	錠剤	40mg		看護師	DM、高血糖、高性胆のう炎で絶食中の患者様。食事開始の許可が出たと同様に、内服薬を処方されたため、NS配薬で管理していた。(グリミクロン1錠朝前、リバンチル1錠朝後、ワルソ3錠分3後)食事開始から、3日目の朝、食前の薬を配薬したところ、同じものがすでにオーバードーズの上においていた。尋ねると「家から持ってきていたものを、食事開始のときから飲んでいたので、薬が二重になっていたことが分かった。2日間グリミクロンを一回2錠飲まされていたが、低血糖はなかった。	入院時、家からの持参薬はないか、チェック不足。	絶食食時は、持参の薬を必ずかき、処方された薬の薬効を説明する。	待参薬の問題。
246		その他(管理の問題)	グリミクロン	錠剤	40mg		看護師	《内容》配薬ケースにて内服管理している患者の食前薬オイグルコンが夕食時より中止となる。それに代わり夕食後にグリミクロンが開始となる。配薬ケースには、薬剤師にてそのようにセットされていた。夕食前血糖測定の際、患者へ薬の変更になった旨を告げる。その後、夕食の配薬を終え、食事を始めていたが、グルコバイの空のヒートシールとともに食後に服用の空のグリミクロンの空を発見。患者に確認すると、オイグルコンだと思いきや内服してしまっただのこと。医師へ報告し経過観察となる。《発見経緯》食前薬の内服確認のため訪室した際、発見	軽度病室の疑われる患者であり、入院以前より薬の管理はできていた。念のため配薬ケースにセットしておく方法をとっていた。薬の管理に置いておく方法を間違えていた。可能性は予測できたはずであったが、声かけのみにとどまっていた。十分な予防策がとれていなかった。	《改善策》食前薬のケースと食後薬のケースを分別し管理できるようにした。《所属リスクマネージャのコメント》家に帰ってから誰かが管理してくれるなら入院中だけこちらで管理していればよいが帰宅後も一人暮らしの患者は自己管理をどのようにするか試行錯誤している。尿検査は副作用が多い。実際どうしたらよいのかいい薬があれば教えて頂きたい。配薬ケースを分けてみるように提案しさらにその表示も大きくすることにより患者は間違いないように服用した。	

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					
247		その他(情報伝達の問題)	グルコバ イ	錠剤	50mg			医師、看護師、薬剤師	4/16看護師がBSチェックに行ったところ、患者様が4/8に中止になっていた毎食前のグルコバイを飲むつもりといた。患者様に確認すると、4/8にアマリールのみ朝、夕1錠から朝1錠に変更になる説明はあったが、それ以外の説明は受けておらず、その後も説明はなかったもので、そのまま飲んでいただくと、医師に報告をすると、アマリール朝1錠内服で説明していただければいいです。今後、外来でフォローします。どのグルコバイ中止の指示あり、看護師は、残量2錠を患者様のところに行き引き上げを行う。内科医師は処方内容へグルコバイ中止を記入。看護師に伝達。薬剤科への連絡が行き届いていなかった。	医師→薬局、看護師→薬局間の確認不十分。	時間外に医師が内服変更を行う場合は、薬局・看護師に変更の報告をしてもらう。看護師は、処方箋、指示箋で処方薬の確認をする。		
248		その他(確認不足)	グルコバ イ錠	錠剤	50mg			看護師、薬剤師	4/8アマリール212xのオーダー処方があるので、調剤して患者様に配薬。その後、血糖下降傾向有。4/12アマリール111xへ減量。4/13グルコバイを継続服用していることに看護師が気がつき回収。医師に報告。原薬に4/8よりアマリール内服開始、グルコバイ服用中止の記載があった。また、温度板にもグルコバイ内服中止の記載有。オーダーには特に指示なし。	原薬、温度板のチェックをせずに患者様に配薬してしまっった。	患者様への配薬の際は、原薬・温度板、カルテを参照し、不明な点は医師に確認をする。オーダーのフリーコメントに一言注意書きを入れてもらう。		
249		その他(確認不足)	ベイスン 錠0.2	錠	1錠中0.2mg、0.3mg			看護師	14:00からDSAの検査がある患者で、星は絶食であったがベイスン1錠を飲んでしまった。飲ませてしまったあとに、絶食であったことに気付いた。主治医に連絡し、ベイスンを服用されたこととBS値を報告。検査後にもう一度BS測定を実施し問題なかった。	受け持ち以外の患者のケアに入る場合に、受け持ち看護師への確認を怠ったため。	受け持ち以外であったにもかかわらず、患者ケアを行う場合は伝達システムを確認しておくことが大事であり、内服薬の確認について伝達方法を見直した。		
250	399 他に分類されない 代謝性医薬品	その他(確認不足)	FOY	バイアル	100mg			看護師	《内容》5/29朝(6時頃)施行すべき、側管点滴(FOY)を、詰所内処置台の上に出すのを忘れたため施行するのを忘れてしまった(昼に他のスタッフにより発見され、本来施行予定時刻より約6時間遅れで施行された)《発見経緯》運搬業務のFOYが施行されず棚に残っているのを発見したため	・朝の側管点滴のチームごとの分類を、別チームの看護師に施行してもらったため、FOYがあることが認識されず、また処置台の上で詰まっていた。(点滴の棚に置かれたままになってしまった)・処置台での注射指示票と注射薬確認時、抗生剤の注射のみを、FOYがあることを確認をしなかった。・側管点滴せず混入作業を施行してしまった。・抗生剤施行後、注射指示票と注射処方箋を照合・施行印を押す時、戻ってFOYの欄にも施行印を押してしまっった。(思い込み)	《改善策》物と注射処方箋の確認は必ず受け持ち看護師が行う。・注射を処置台の上で詰める作業時、必ず注射指示票を持参し、指示票を見ながら混入作業を行う。・注射の施行印はマニュアルに従い必ず施行後に行う。また、確実に施行したのか自己チェックしながら施行印を押す。《所属リスキママネージャのコメント》夜勤帯では特に注注意力が低下するので発生しやすいことと思う。しかし、それを防止するために印を押すよう作業しているのに、過信して印を押すという作業をしている。この機会に自分分の確認の状況を反省した。		

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					
251		その他(確 認不足)	FOY	点滴	100mg	FOY	点滴	看護師	7:20、NS500ml+FOY300の輸液を開始。8:20、輸液ポンプの終了アラームがなり、1時間が終了してしまっ たことに気づく。身体的変化はなく、刺入部の異常なし。	それまでの点滴が500ml/日で落ちて いたため、思い込みで設定してしまっ た。名前確認だけで、点滴の内容を確 認していなかった。副薬を取り扱ってい ることの認識が浅かった。	忙しい中でも副薬を取り扱っていること の認識を持って落ち着いて作業を行う。 名前だけの確認ではなく、点滴ボトルに 書かれている内容をきちんと確認する。		
252		その他(管 理の問題)	FOY	注射	100mg x 2瓶	FOY	注射	看護師	総胆管結石の患者にFOY入りの点滴施 行時は、刺入部の発赤・腫脹見られず、 スムーズに点滴開始するも、しばらく して患者よりFOY入りの点滴挿入部の極 痒感訴えあり、点滴洩れしていることに 気づく。発赤・腫脹のみ。痺れなし。リバ ン布対応。休日であるが、主治医在院 の為報告し医師所見後、リバン布対応 にて様子観察となる。	観察不足	点滴挿入部を頻回に観察する。本人の 訴えに注意する。(経過により後日皮膚 症状出現することもあるため本人にも説 明し、納得を得る。)		
253		その他(確 認不足)	エスポー 6000	シリンジ	6000			臨床工 学技師	今まで経験した透析患者のエスポ注入 は全て回路内注入だったので、その思 い込みから皮下注入指示の薬剤を回路 内に注入した。	静注の薬剤と皮下注の薬剤の区別が はつきりとされていなかった。	透析記録を確認する。注入指示の違 う薬剤はラベルを付け、置き場所を覚え る。		
254		薬効類似	エスポー	注射	1500IU	エボジン	注射	看護師	注射を配ろうとしたら本来「エボジン」の はずが「エスポー」が間違っって数名に配 られていたのを発見。すぐに回収した。 同じ薬効なので患者さんに大きな影響 は出ないが不信感を与える可能性あり	業務手順、ルール、チェックの問題	注射を準備する時の確認方法を見直す 事になった(エボジに関しては同一薬品に 揃える事が1番よいが問題あり難しい)し かし本来「薬品間違いない」は確認不足であ るため注意を促した		
255		その他(確 認不足)	エボジン S	注射	3000単 位			看護師	6月18日午後10時5分頃、透析終了時 エボジンS3000の回路からの注入を確 認、本人にも伝えサインをおこなった。 その後患者と話をししまい注入を忘れ 終了してしまった。	患者と話し込んでしまい注射器の確認 ができていなかった。	注入注射器は目の前におき再度確認を する。		
256		その他(確 認不足)	エルト ニン	注射薬	40エルカ トニン1ml			看護 師	毎週一回実施するべき注射を水曜日と 金曜日に実施してしまっ。毎週金曜日 に実施していたが、その週は金曜日に 来院出来ないかも知れないからの理 由で水曜日に来院し注射、その後やは り金曜日にも来院したために他の准 看護師がまた注射を実施してしまっ。水 曜日に実施した看護師の指摘によっ て発覚	確認不足。カルテ確認ないまま患者の ことを良く知っていた為に実施してしま った。慣れ、患者の顔と処置を知っていた ことがむしろあたどなっ。	十分わかっていいることでも確認をする。		
257		名称類似	プロビ トール	瓶	500mg	プリド ール	瓶	看護師	プリドールの点滴指示であったが点滴を つめる際に、プロビトールが薬局から 届って払い出されていることに気づく。	名称が似通った薬剤が採用されている 。薬局においても以前よりダブル チェックを行っているが、そのチェック方 法は適正なものか。	薬局でのチェック方法について再検討を 行う。		

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					
258		その他(確認不足)	ラクトロースシロップ	シロップ	60%		エスポー皮下用6000単位	看護師	肝臓癌ターミナルの患者に屋の内服ラクトロースシロップ10mlを配薬し忘れていたが気がつかず、夕内服配薬の際付き添いの妻より、屋はもらわなかったとコメントがあり配薬忘れが発覚。主治医へ報告。夕からは指示どおりの内服続行指示あり。患者様、家族へ謝罪した。	確認不足、不注意、うっかりミス、物忘れ	名前入りの配薬ケースに「水薬あり」と明示してあったが、洗浄中であった為別の容器を使用して配薬した。配薬ミス防止用に決められた容器を使用したサインをする時にもう一度すべての薬を与薬できただか再確認する。	
259		その他(管理の問題)					エスポー皮下用6000単位	看護師	翌日の注射薬のセットをすときにエスポー一度下用6000単位を他の注射薬と一緒に常温で保存した。翌日他のスタッフが発見し指摘され、保存法が間違っていたことに気がついた。薬剤部に確認したところ、約17時間経過しているのが原因で破損処理をした。	他の薬剤と一緒に置いてあった。セット時に保存法の確認不足があった。薬剤部について知識不足であった。	保存法の表記の有無・内容の確認。初めて扱う薬品は添付事項をよく読んで理解した上で取り扱う。添付事項のない場合は他のスタッフに聞くか、直接薬剤部に問い合わせる。薬局から病棟に薬品を上げる時は、保存法の異なる薬品と一緒に置かない。小さい保冷庫を用いたり、自立つ色の箱(冷所保存と明記しているもの)に入れる。	冷所保存薬の取扱いの問題
260	422 代謝拮抗剤	その他(管理の問題)	5FU	注射用	5~15mg/Kg			看護師	食道Caにて放射線療法、抗癌剤投与中に右手末梢ラインより生食500ML+5FU600mg持続投与中であつた。12時40分頃5FU終了したが薬局での混注が出来ていなかったため一旦終了し側管よりリルデム3A+プリンペラン1Aのみ滴下していたがこの時点での穿刺部の異常はなかった。その後数分して本人より穿刺部のだるさがあるため刺しかえして欲しいとナースコールあり、準備の後訪室し留置針抜針の際穿刺部の腫脹に気づいた。その後左手にルーテ再確保し滴下確認の後5FU再開した。本人自覚症状は滴出時の痛みのみで外見上皮膚に異常はなかった。主治医報告し様子観察のみの指示あり。	観察不足	穿刺部の観察を度々行う。血管痛等の聴取を十分に行う。	
261	424 抗腫瘍性植物成分製剤	規格違い	トボテンン注	液剤	100mg・g・5ml		トボテンン注 40mg・2ml	薬剤師	抗腫瘍剤トボテンン 40mg 2本に対して100mg 2本を払い出された。看護師も準備の際にそのことに気づかず、医師がシリンジに注入中にその間違いに気づいた。薬剤部払い出しの際の確認不足と準備の際の確認不足が原因である。	同一薬の規格の違いに応じ、薬品外箱の識別しやすい表示を変える等の対応も必要。(規格以外は箱の色調が似ている。)	予定注射薬の払い出しについては、薬剤部内で患者毎にセットし、薬品名・規格・数量の三重監査実施。また、製薬会社に規格の違いに成し、薬品外箱の色を変える等の対応も依頼する。	