

事例	ラベル
主治医は、朝の採血結果を確認し、高カリウム血症（K6.2mEq/L）のため、GI（グルコース・インスリン）療法を行うこととした。電子カルテ上で薬剤オーダー「ブドウ糖液注50%シリンジ『テルモ』6筒、大塚糖液5%250mL1瓶、ヒューマリンR注100単位/mL10mL」を入力し病棟に電話した。看護師は指示通り、12:55に点滴を開始し、16:10に終了した。16:10の血糖値は82mg/dL、18:20の血糖値は42mg/dLであった。患者に意識障害はなかったが、一時的に血圧が低下した。看護師、薬剤師ともにインスリンが10mL（1000単位）で100倍量投与されていることに気づいた。	10:投与量計算間違い
シリンジポンプでノボヘパリン原液0.3mL/h（7.2mL=7200単位/日）を投与していた。換算するとき5000単位/5mLのところを5000単位/mLと勘違いし、7.2mL×5000単位と計算し、36000単位を投与する指示をした。この計算は上級医師とも確認した。30000単位以上の処方をする警告が出るシステムになっているが、警告を無視して入力した。1日目の薬剤師は医師と同様の計算間違いをして医師に疑義照会しなかった。看護師も気付かず、患者に36000単位投与した。翌日、薬剤師の監査で制限量を上回っていることに気付く医師に照会したところ間違いがわかった。APTTが150以上でありプロタミンを投与し、1時間後にAPTTは正常値となりヘパリンを再開した。頭部CTを施行し出血はなかった。	10:投与量計算間違い
新生児に塩化ナトリウム0.3g/day処方するべきところ、計算間違いで3g/dayで入力された。処方監査で年齢や体重がチェックされず払い出され、投与に至った。	11:小児
新生児にダイアモックス（250mg）0.08T/day処方するべきところ、入力間違いで0.8T/day処方された。当直帯であったため処方監査されず払い出され、投与に至った。	11:小児
2ヶ月児にキシロカイン0.27mL/hのところ2.7mL/hで投与指示（10mg/1mLの製剤を1mg/mLと勘違いした）。キシロカイン中毒（意識障害）をきたした。	11:小児
3歳児にブレドニゾロン散1%4.5mg分3のつもりであったが4.5g分3で処方。	11:小児
アセリオ60mg投与のつもりが、60mL（600mg）投与してしまった。	11:小児
医師は、5歳の患者（体重18.22kg）に麻酔前投薬としてセルシンシロップ0.1%を処方する際、体重から12mL（1mL中ジアゼパム1mg）を処方した。薬剤部から量が多いのではと疑義照会があったが、シロップが入った量だと思い、他の剤形が内服できる年齢ではないので、そのまま調剤するよう指示した。その結果、添付文書に記載されたジアゼパム10mgを上回る量を処方し、内服させた。	11:小児
ザイボックス錠600mgの添付文書には、小児には1回量を10mg/kgと記載されていた。医師は1歳の患者に抗菌剤を処方する際、体重が9184gであったため、処方量としては1日270mgを1日3回（1回量が90mg）とすべきところ、1日90mgを1日3回（1回量30mg）で処方した。調剤時の鑑査で気付かれず病棟に払い出され、1/3量の30mgを2回投与した。翌日、IC担当薬剤師が抗菌剤の投与量が少ないことに気付いて、医師へ連絡した。	11:小児
医師は、バクタ配合顆粒を処方する際、D1室に確認した。1日量4~8mg/kgが成分量（トリメトプリム）での換算と気付かず、患児の体重が6kgであることから、1日量を成分量のまま25mg（0.025g）と計算し、バクタ配合顆粒として0.025gで処方した。本来の予定投与量は1日量0.4gであった。調剤者は用量が少ないと感じたが、添付文書で確認した際、製剤量と成分量を見間違えたため医師に疑義照会を行うことなく調剤を行った。調剤鑑査者も同じく用量が少ないと感じながらも間違いと思わずに疑義照会を行わず交付した。1ヶ月後、薬剤師の指摘にて過少投与に気付く、通常量に変更した。	11:小児
0歳0ヶ月の患者にアルダクトン0.01g/日（1回0.003g）の内服を開始した。3日後に0.04g/日へ増量し、この時点で1回0.003gと1回0.01gの薬袋に分かれていた。5日後に医師は7日後の昼からのアルダクトンを処方する際、1日量0.04gのところを誤って10倍の0.4gとオーダーした。薬剤師Aが処方監査を行い、現在は1回量0.013gであることを処方箋に記載した。薬剤師BとCが調剤・鑑査を行い払い出した。7日後の8時頃、処方指示画面で看護師Dはアルダクトンの増量に気付く、看護師Eへ確認したが「2袋になっていたものが1袋になったから。」と返答があった。15時頃、看護師DとFが配薬準備を行い、看護師EとFで投与した。17時頃、病棟薬剤師が同日昼より10倍量になっていることに気付く、過量投与に気付いた。	11:小児
0歳2ヶ月の患者にアセリオ静注液1000mgバッグ60mgの指示があった。看護師Aは60mgを60mLと勘違いした。ダブルチェックをした看護師Bも誤りに気付かなかつたため、結果的に10倍量の薬剤を誤投与した。バイタルサインの著変はないが、念のため、アセチルシステインを使用し2時間ごとの経過観察となった。	11:小児
0歳0ヶ月の患者に入院した日からバンコマイシン40mg+生理食塩液5mL/1時間1日3回（6時、14時、22時）の指示があった。22時、担当看護師は多忙で他の看護師3名が当該患者を含む10名分の注射薬の準備を行った。当該患者のバンコマイシンは1日目看護師Aと4日目看護師Bが、バンコマイシン0.5g1バイアルと生理食塩液5mL1アンプルと注射指示票を見てダブルチェックを行った。その後、看護師Bは暗算し「バンコマイシン0.5gを生理食塩液5mLで溶解して4mLでいいね」と言い、看護師Aは「はいそうです」と返事をした。看護師Bは、バンコマイシン調製液4mLに生理食塩液1mLと合わせて計5mLを作成し、看護師Aがシリンジポンプで投与した。翌日6時、6年目の担当看護師Cと3日目看護師Dは、バンコマイシン0.5g1バイアルと生理食塩液5mL1アンプルと注射指示票を見てダブルチェックを行った。その後、看護師Cは暗算し「バンコマイシン0.5gを生理食塩液5mLで溶解して4mLでいいね」と言い、看護師Dも「はいそうです」と確認した。その後、バンコマイシン調製液4mLに生理食塩液1mLと合わせて計5mLを作成し、シリンジポンプで投与した。11時前、主治医がバンコマイシンの血中濃度が66.1μg/dLと異常高値であることに気付いた。夜勤の担当看護師Cは血中濃度が高値であることを聞き、気になってバンコマイシン溶解時の計算を確認した。「バンコマイシン0.5gを生理食塩液5mLで溶解して0.4mLが40mgに相当する」に対して、実際は計算を間違えて「バンコマイシン0.5gを生理食塩液5mLで溶解して4mL（=400mg）」とし10倍量を投与したことに気付いた。6時に採血をした血中濃度は前日22時の投与を反映していることから、22時の投与量も多いことが考えられた。準備した看護師Aと看護師Bに確認したところ、2名とも『1g=100mg』と誤って認識していたことが分かり、主治医に10倍量を投与したことを報告した。	11:小児

事例	ラベル
1歳10ヶ月の患者は、気管支炎による喘息治療と呼吸管理目的で入院した。医師より「注射用ソル・メルコート1251バイアルを生理食塩液2.5mLで溶解(50mg/mL)し、そのうち0.2mLをビューレット内に入れ、1時間で投与(医師の指示では10mg)」を1日4回の指示があった。注射用ソル・メルコートには注射用水が添付されており、生理食塩液と一緒に薬剤部より病棟に上がってきた。看護師Aと看護師Bはダブルチェックを施行し投与量を確認した。医師の指示では生理食塩液の指示量で溶解して投与するよう記載があったが、注射用ソル・メルコートに添付された注射用水2mLで溶解し、さらに指示量の生理食塩液で希釈し、そのうち0.2mLを投与した。朝、看護師Cとダブルチェックをした際に、計算上濃度が薄まっていることを指摘され、過少投与が判明した。	11:小児
医師は、小児患者にバンコマイシンを本来10mg/kg処方すべきであったが、100mg/kgで処方し10倍量の0.8g×4でオーダーした。薬剤師は、点滴静注用バンコマイシン1回0.8gの処方で使用量が多すぎることに気付いたにもかかわらず、問い合わせをせず、小児使用量10mg/kg×4を遙かに超えているにもかかわらず調剤した。血中濃度を測定しているため、最近では数年前に比べて量が多くなっていること、AUCもかなり高い量で投与されていることで、担当者がシミュレーションをかけているだろうと勘違いした。看護師は、主治医に投与の有無を確認し、バンコマイシン0.8gを計3回投与した。翌日薬剤部から主治医にバンコマイシンの10倍量の過剰投与の指摘があり、間違いがわかった。	11:小児
別患者の体重を入力してしまった	12:体重間違い
入院時より体重減少していたが、現在の体重ではなく入院時体重が自動引用されたため過量となった。	12:体重間違い
当院では同月の電子カルテシステム更新時に、内服処方オーダー方法を1日量処方から1回量処方へ変更を行った。その後、院外処方オーダー時にセルセプトカプセル250mg1回2CP、1日2回(1日4CP)と入力するべきところ、誤って1回4CP、1日2回(1日8CP)と入力した。薬歴管理を行っていた保険薬局から処方医師へ投与量の確認があり、正しい投与量へ変更され調剤が行われたが、電子カルテの処方オーダー歴は変更されなかった。患者が当院へ休日に緊急入院した際に、院外処方オーダーを参考に処方オーダーを行ったため、間違った投与量(1回4CP、1日2回)を患者が内服した。平日勤帯にセルセプトの血中濃度測定結果が高いため過量内服が判明し、休薬を行った上で正しい内服用量へ変更した。患者は4回分服用した。	13:1日量と1回量の間違い
担当医(経験7年)は主治医に、骨吸収抑制剤ゾレドロン酸注を使用するか相談し、主治医は量の変更はなしでという意味で「ゾメタをフルドーズで投与するように」と指示した。担当医はD1情報で投与方法、投与量を確認したが、投与期間については確認しなかった。連日投与を行わない薬剤と気付かなかったため、研修医にオーダー入力するよう依頼した際、3日間連続投与するよう指示した。研修医はその通りに入力し、リーダー看護師に翌日よりゾレドロン酸注を投与するようワークシートを渡した。病棟薬剤師が出発日ではなかったため、研修医、看護師ともに薬剤師に確認を行わなかった。日勤看護師は指示通り、ゾレドロン酸を3日間投与した。	14:期間内過量
術直後の患者。疼痛の訴えがあり、必要時指示からアセリオ1000mgを1日4回投与。翌日、内服指示を確認したところ、カロナール錠を1日4000mg内服していることが判明。両剤合計で8000mg投与してしまっただけが判明した。	14:期間内過量
癌性疼痛に対しフェントステープ1mgを処方。3日分と思い、「3枚」と入力した。処方指示画面上は3枚と表示されるため、指示を受けた新人看護師は、患者に3枚貼付した。	15:外用薬処方
TS-11回40mg1日2回2週間内服1週休薬の方針。処方入力時に投与量を1回50mg、投与日数を21日と誤って処方。調剤を行った院外の薬局では、添付文書上の通常用量範囲内であったため、疑義照会を行わず交付した。	20:計画と異なる投与
他院でTS-1を処方されていた患者が週末に緊急入院となった。他院での処方日数が不明のまま、専門外の医師がとりあえず継続で2週間分を処方した。実際には1週間内服し、1週間休薬すべき投薬スケジュールであったが、週末であり他院に処方履歴を紹介することができず、患者自身も投薬スケジュールを把握していなかった。	20:計画と異なる投与
「薬剤A(day1,day8)+薬剤B(day1のみ)」を3週間毎に投与するレジメンで、day8に薬剤AだけでなくBも投与した。Day1は外来にて実施、day8は緊急入院後の病棟で実施されたものであった。	20:計画と異なる投与
抗がん剤をロングプロトコルで投与中。5クール目より投与量減量されていたが、9クール目と10クール目は減量前の投与量で入力され実施された。	20:計画と異なる投与
骨折のため整形外科に入院。他院の脳神経外科で脳腫瘍の治療のため処方されていたテモダールカプセル(5日間内服し、その後23日間休薬)を5日分持参していた。入院主治医、薬剤師は休薬の必要性を認識しておらず6日目以降も継続処方し、計39日間連続投与。患者はテモダールの副作用(汎血球減少)と考えられる多臓器不全により死亡。	20:計画と異なる投与
脳腫瘍の治療のためテモダールカプセルが処方されていた。投与5日目にテモダールが切れたため、当直帯に看護師が代理医師に処方確認。医師は継続処方として7日分処方し、入院調剤室で調剤されたテモダールが病棟に届けられた。配薬時に処方間違いに気付いた。	20:計画と異なる投与
薬剤Aを1錠投与中の患者で、投与量を減量する意図で新たに0.5錠を処方したが、それまで処方されていた1錠と合わせて1.5錠で投与された。	20:計画と異なる投与
心疾患で通院中の患者が、心不全増悪で休日夜間に心臓血管センターで緊急入院となった。併存疾患が多数あり、糖尿病、慢性腎不全、乳がん、甲状腺機能低下症、脊柱管狭窄症などで多数の薬剤を服用していた。内分泌糖尿病科、乳腺外科、整形外科などは当院でフォローされていた。入院時、主治医はオーダー歴などから当院の外来で処方されている全ての薬剤を確認してカルテに記載をしていた。しかし、入院時に患者が持参した薬剤の中に乳腺外科から処方されていたアリミデックス®が入っておらず、入院を受けた医師と看護師が持参薬を確認して服用指示を出した際にも抜け落ちた。アリミデックスは当院で処方されていたが、電子カルテ内で複数診療科によって処方されている多数の処方オーダーの中の一つとして、埋もれているに近い状況であった。約4週間入院していたが、その間、アリミデックス®を服用していないことに患者を含め誰も気づかなかった。退院して自宅に帰った際に、退院処方の中にアリミデックス®がないことに家族が気付いた。そこで病院に問合せがあり、入院中に服用していなかったことが分かった。	20:計画と異なる投与

事例	ラベル
<p>大動脈弁閉鎖不全に対して大動脈基部置換術を施行した。術後よりワーファリンの内服が開始され、以降は外来で定期的にフォローされていた。手術1年後の外来で、PT-INRが目標範囲よりやや高値であったため、主治医はワーファリンを減量する方針とした。主治医は電子カルテで前回処方「ワーファリン錠1mg×2錠、ワーファリン錠0.5mg×1.5錠(合計2.75mg)」を引用して、「ワーファリン錠1mg×2錠、ワーファリン錠0.5mg×1錠(合計2.5mg)」に減量しようとした際に、誤ってRp全てを削除した。主治医はそれに気付かず処方箋を交付した。患者の家族が交付された処方箋を薬局(かかりつけ薬局)に持参した。薬局の薬剤師はワーファリン錠が処方されていないことに気づき、薬剤交付時に家族へその旨を確認したが、「そうなんです」との返事を受けて、そのまま交付した。約1ヶ月後、患者は眩暈、嘔気を主訴に当院の救急外来を受診した。MRI検査で左小脳梗塞を認め緊急入院となった。その際のPT-INRは0.98であった。入院加療により、症状が改善して14日後に退院となった。退院時に後遺症は認めなかった。</p>	20:計画と異なる投与
<p>乳がんのため、抗がん剤治療開始予定であった。医師は外来で投与するジラスタ皮下注3.6mgの処方を行った。ジラスタ皮下注3.6mgは、添付文書上「通常、成人にはがん化学療法剤投与終了後の翌日以降、(中略)化学療法1サイクルあたり1回皮下投与する。」との記載があるため、薬剤師は抗がん剤の投与歴の確認を行った。患者はジラスタ皮下注3.6mgの投与前に、抗がん剤投与歴はなく、処方日の7日後よりTC療法が開始予定となっていた。そのため、今回のジラスタの投与は不適切だと思われるため、医師に疑義照会を行った。ジラスタ皮下注3.6mgの処方が削除となった。</p>	20:計画と異なる投与
<p>○月7日、患者はがん化学療法の目的で入院した。13時、主治医は○月10日にジラスタ皮下注3.6mgを注射する予定でオーダー入力を行ったが、投与日の日付は○月7日となっていた。担当看護師は指示を受け、15時に患者へジラスタ皮下注3.6mgの皮下注射を実施した。8日9時、CRC(治験コーディネータ)は10日に投与するジラスタ皮下注3.6mgのオーダー入力がないことを病棟当番医へ報告した。病棟当番医は○月10日付けでジラスタ皮下注3.6mgのオーダー入力をした。10時から患者は抗がん剤治療を受け、翌日に退院した。9日、外来看護師は10日に外来で投与する注射薬を確認していたところ、患者へ7日にジラスタ皮下注3.6mg、8日に抗がん剤が投与されていることを発見した。○月14日に患者は発熱性好中球減少症を発症し、入院加療が必要となった。</p>	20:計画と異なる投与
<p>患者は、入院前からメトトレキサート(2mg)を週1回朝1錠夕1錠服用していた。内服が開始になるため医師より院内処方された。医師は、紹介先からの薬剤情報を参照し、メトトレキサート2mgを1日2回(朝・夕)で院内処方した。薬剤師が調剤する際、メトトレキサートは週1回服用する薬剤であることを医師へ疑義照会し、薬剤師が入力内容を変更した。2日後、院内処方を中止のうえ持参薬再開の指示があり、看護師は、メトトレキサートを含む他の内服薬を医薬品識別依頼書・指示書と一緒に薬剤科に提出した。薬剤師は、持参薬の処方箋を参照し、医薬品識別依頼書・指示書にメトトレキサート(2mg)1日2回朝夕食後と入力した。医師は、医薬品識別依頼書・指示書にメトトレキサート(2mg)1日2回朝夕食後のまま指示をした。看護師は、医薬品識別依頼書・指示書のとおり、患者に6日間メトトレキサート(2mg)を与薬していた。患者は、その後に肝機能悪化と白血球減少をきたし、集中治療を行った。</p>	21:非連日投与
<p>メトトレキサートの連日投与</p>	21:非連日処方
<p>ボナロン錠17.5mgを毎週水曜日に服用中の患者。入院時定期処方入力時、ボナロンは1日1回起床時1日分、コメントで毎週水曜日と入力した。他の薬剤と併せて月曜開始でオーダー入力したところ、ボナロンが処方指示画面上で月曜日内服と表示されてしまい、看護師が月曜日に内服させてしまった。</p>	21:非連日処方
<p>患者は呼吸器内科で気管支鏡検査の予定であった。通常、気管支鏡検査時には医師がミダゾラム(10mg)1Aと生理食塩液20mLをセットで注射オーダーし、検査呼び出し時に看護師は溶解せず検査室に持参し、検査開始前に医師が患者の呼吸状態などを考慮して量を決めて投与している。ミダゾラムの注射オーダーを入れる際に「気管支鏡検査室に持参」とコメントを入れるが、本事例では医師がコメントを入れ忘れていた。担当看護師は、当院での気管支鏡検査の準備は経験がなかった。午前中に電子カルテで13時にミダゾラムと生理食塩液の処方オーダーがあることを確認し、検査前投薬だと思っていた。14時50分頃、気管支鏡検査の呼び出しがあり、看護師は検査室持参と思わず注射指示に従いミダゾラム1A+生理食塩液20mLを全量投与した。ミダゾラム投与による呼吸抑制が生じ、一時的に自発呼吸が止まった。緊急コールで人を集めバグバルブマスク換気を行い、自発呼吸が少し戻りつつあるところでフルマゼニルを投与し、呼吸状態・意識レベルは速やかに改善した。</p>	22:検査薬処方
<p>患者は内服薬(イーケブラ、エクセgran、マイスタン、デバケン、トピナ)のDLSTの予定があった。当事者は薬剤誘発性リンパ球刺激試験(DLST: drug-induced lymphocyte stimulation test)の実施経験がなく、DLSTは薬剤投与後の反応の検査だと思い込んでいたため、薬剤を投与した。投与前に看護師Aは、ICUの部門システム上に内服指示がなかったため、他の内服薬のダブルチェック時に看護師Bにダブルチェックの方法を尋ねたところ、電子カルテ上で確認するようと言われて電子カルテ上の医師指示を見て薬剤を確認した。その際、看護師Aと看護師Bに、DLSTについての認識の違いがあった。看護師Aは薬剤を投与してから検査すると思い込んでいたが、看護師Bは薬剤は投与せずに薬剤と一緒に検査室に送るという正しいDLSTの認識があった。また、看護師Aはリーダー看護師に、DLSTについて方法を確認していなかった。看護師Aは薬剤投与直後にDLSTの採血を実施した。検体を検査室に送ろうとしたところ、リーダー看護師に薬剤の有無を聞かれ、DLSTのための薬剤を投与していたことが判明した。すぐに麻酔科当直医師に報告した。採血は内服直後だったため、薬剤吸収の影響は最小限であると考えられ、検査用の薬剤を再処方し検体を提出した。</p>	22:検査薬処方

事例	ラベル
<p>抗結核薬内服加療中、下肢・陰囊の浮腫と肝機能の悪化を認め、緊急入院となった。翌日、ALT/AST 2081/918、T-Bil 1.6と更に悪化し、内服中の抗結核薬による肝障害を疑い全身管理目的でICU入室となった。ステロイドパルス3日間、血漿交換を実施した。入院6日目、ALT/AST 177/261となり肝機能が改善してきているため、病棟に帰室した。入院から約2週間後の午前中、受け持ち看護師Aが、現在内服している薬剤（ガスター、ポリミキシン、モニラック）がなくなるため、追加処方依頼し、担当医が処方した。17:00担当医はDLSTを予定し、DLST用の薬剤（イスコチン、エプトール、アブテシカプセル、ピラマイド原末）を処方した。19:00看護師Aは前記薬剤が病棟に届いていることに気づき、処方箋控えを確認すると、「〇日朝食前、朝食後に内服」と記載してあった。担当医に電話で「今日の夕食後から内服ですか」と確認したところ、担当医は「処方を出しました」と返答した。その後、担当医は看護師Aとの会話が成立していないと感じたため病棟に行き、「さっきのはDLST用です」と伝えた。看護師AはDLSTの意味をとっさに思い出せなかったが、後で確認しようと思い、「わかりました」と答えた。19:302年目看護師Bが看護師Aを見て、忙しそうなので「何か手伝います」と申し出たところ、看護師Aが「これをお願いします」と言って、患者の内服処方箋控えと、DLST用に処方された4剤を渡した。看護師Bは、受け取った処方箋控えと薬袋に「DLST用」と記載してあるのを見て、「DLST用と書いてありますが、本当に内服させてよいのですか?」と確認した。看護師Aは「医師にも確認したので、内服させてよい」と伝えた。20:00内服後、患者より「この薬飲んでよかったの?」と聞かれた看護師Bは、看護師Aに「DLST用は飲ませないのではないですか?」と確認した。そこで、看護師AはDLST用は内服しないことを思い出し、すぐに担当医に報告した。20:30患者に説明を行い、胃チューブを挿入し微温湯1000mLで胃洗浄後、ニフレック500mLを注入した。翌日午前中DLSTを実施し、採血の結果ALT/AST 225/145、LDH 353であったが、夕方にはALT/AST 427/228、LDH 384になった。その2日後にはALT/AST 817/395、LDH 472であり、肝機能悪化を認めステロイドパルス（プレドニン1000mg）、凍結血漿投与を行った。その後、ALT/AST 29/80、LDH 231となり、肝機能の改善を認めた。DLSTの検査結果は4剤全て陰性であった。</p>	22:検査薬処方
<p>検査のため朝食は延食であったが、血糖測定後にインスリンを投与してしまっていた。それに気づかず、別のNsが本来の指示通り、検査終了後に血糖測定しインスリン投与した。</p>	23:インスリン
<p>気切チューブ交換のため経管栄養の一時中止指示あり。インスリン中止指示はなし。経管栄養中止4時間後に低血糖が発覚した。</p>	23:インスリン
<p>経管栄養持続投与から間欠的投与に変更されたがインスリンは持続投与のままであった。</p>	23:インスリン
<p>患者は冠動脈造影検査、血管内治療目的に入院した。同日医師は日勤帯の受け持ち看護師Aにメトホルミン塩酸塩錠の中止指示を口頭で伝え、クリティカルパス指示書に「〇/15夕～〇/17朝メトグルコ休薬」と記載したが、処方指示画面上の中止指示入力を失念した。夜勤帯の受け持ち看護師Bは申し送り時パスで休薬指示を確認した。検査の前日、17:00に看護師Aは処方指示画面に沿って配薬準備、配薬を行った。19:10に看護師Bは患者がメトホルミン塩酸塩錠を服用したことを確認した。21:20に看護師Bに医師よりメトホルミン塩酸塩錠について問い合わせがあり、中止すべきメトホルミン塩酸塩錠を服用していたことが判明した。</p>	24:検査に伴う休薬
<p>医師は、入院日に〇/14朝食後～〇/17夕食後のメトホルミン塩酸塩錠の中止指示を行っていた。入院日の担当看護師は、内服自己管理であったため持参薬を全て患者へ返却した。〇/13の日勤看護師は処方指示画面の確認を行わなかった。〇/14の日勤看護師はメトホルミン塩酸塩錠が中止であることを確認したが、中止薬について患者に説明されているか、中止薬が回収されているか確認しなかった。〇/14と〇/15は検査のため内服中止が説明されており、患者はメトホルミン塩酸塩錠を服用しなかった。〇/16の造影CT検査後に患者は朝食後薬を服用しており、中止指示のあったメトホルミン塩酸塩錠が服用されていたことに看護師が気付いた。</p>	24:検査に伴う休薬
<p>患者はメトホルミン塩酸塩錠を服用しており、かかりつけ医からの紹介状に記載はあった。患者自身が記載した造影CT検査の間診表の「糖尿病薬はありますか」には「はい」に丸を付けていたが、「服用している糖尿病薬名」の項目は記載がなかった。外来担当医、画像診断医師、診療放射線技師も確認を怠り、コード造影剤を投与して検査を実施した。誰も休薬の指導を行わず帰宅した。検査4日後、無尿・嘔吐等の症状が出現し、検査の結果、乳酸アシドーシス、急性腎不全にて緊急入院となり、緊急透析を施行した。</p>	24:検査に伴う休薬
<p>患者は顔面神経麻痺にて緊急入院となった。同日よりステロイド点滴治療の他、バルトレックス錠（3000mg/日）を処方し内服開始とした。患者は慢性腎不全があり維持透析を行っており、バルトレックスは添付文書上の「用法・用量に関連する使用上の注意」として、精神神経系の副作用があらわれやすいため、「血液透析を受けている患者に対しては減量（250mg/24時間ごと）」することを考慮するとされているが、主治医、薬剤師、看護師のチェックをすり抜け、2日間、通常量が投与された。手足のしびれなどが出現し、透析担当医師（腎臓内科）により過量投与が発見され、透析を追加で実施した。症状は軽快し、顔面神経麻痺は経過観察することとなり退院となった。</p>	30:対状態禁
<p>リウマチ悪化に対し、透析患者で禁忌とされるメソトレキセートを処方した。</p>	30:対状態禁
<p>パーキンソン病患者にセレネース（錐体外路症状）</p>	30:対状態禁
<p>緑内障のある患者にアタラックスP投与指示あり、実施された。</p>	30:対状態禁
<p>帯状疱疹に対して加療し改善したが、神経痛が残り、強い疼痛を訴えていたため、リリカ150mg/日の投与を開始した。患者は歩行障害、意識障害を訴え、3日後入院した。患者の推定GFRは18～20mL/分程度、推奨される投与量は50mg/日であり、リリカの過剰投与による症状と診断した。リリカを中止し経過観察をしたところ症状は消失した。念のため、入院時の血清でメーカーにリリカの血中濃度測定を依頼した。</p>	30:対状態禁
<p>S状結腸癌術後、敗血症及び副腎不全等を認めたが、加療により腎機能障害（CRE 1.2mg/dL、eGFR 40台後半）、心房細動はあるものの徐々に全身状態は安定してきていた。リハビリ後に脈ありVT（心室頻拍）と意識低下を認め、DCを実施した。洞調律に復帰したが、その後も脈ありVTを繰り返し、DCや薬剤投与を行ったが、再度VTが出現し酸化も不良となったため、気管挿管後、集中治療管理を行うことになった。虚血鑑別目的でCAGを行い、狭窄の所見はあったが、VTの原因とは考えにくく、心電図の波形からビルシカイニド塩酸塩中毒が疑われた。VT発生日の血中濃度検査で、3.26mg/Lと通常の治療濃度（0.2～0.9mg/L）に比べ中毒域に達していたことが判明した。</p>	30:対状態禁

事例	ラベル
<p>腎機能障害（SCr1.74）、糖尿病の患者が転倒し、右大腿骨転子部骨折と診断され、A病院へ入院となった。手術目的のため当院に転院したが、合併症などから手術が困難であるため、再度転院をすることになり、転院調整を開始した。入院から10日後、持参したリスモダンR300mgがなくなると連絡を受けた医師は、看護師に対し薬剤師へ持参薬と同等の採用薬の確認をするよう指示した。その2日後、医師は薬剤師からシベノール300mgが持参薬と同等の薬剤であるとの報告を受け処方し、内服の開始を指示した。バイタルサイン等に著変はなかった。翌日、患者は転院した。転院後は当院からの持参薬を全て継続した。転院7日後、朝から体調不良の訴えがあった。23:00、患者から再度体調不良の訴えがあり、BP60~70mmHgに低下した。23:50、医師の診察があった。心電図異常を認め、SpO2が88%に低下した。転院8日後、2:00に心拍停止を発見した。除細動を実施し、気管挿管、PCPSを開始した。肺塞栓、虚血性心疾患を疑い、循環器内科に転科しGICUに入室した。抗不整脈薬の血中濃度を測定したところ、コハク酸シベンゾリン：2892μg/mL（参考血中濃度治療域：0.2~0.8μg/mL）、ジゴキシン：1.6μg/mL（参考血中濃度治療域：0.5~2.0μg/mL）であった。腎機能はBUN39mg/dL、Cre2.83mg/dLであった。</p>	30:対状態禁
<p>イムランとフェブリク、リスモダンとアベロックス、バルプロ酸とメロペネム、ワーファリンとフロリドゲル等</p>	31:併用禁
<p>ワーファリン内服中の患者。口腔内カンジダに対しフロリドゲルを処方。後日、併用禁忌薬であることが判明した。フロリドゲル処方時に併用禁忌薬のアラートは出現しなかった。</p>	31:併用禁
<p>てんかんに対しバルプロ酸内服中。重症感染症に対し複数の注射薬をオーダ入力。抗菌薬はメロペネムを入力したが、併用禁忌のアラートに気が付かず処方してしまっていた。</p>	31:併用禁
<p>大動脈弁置換術後、他院でワーファリンを処方され内服中であったが、関節リウマチによる関節炎が再燃したため、外来でケアラム25mg（イグラチモド）を処方した。保険薬局で処方薬が渡された患者は、併用禁忌であるワーファリン1.5mgとケアラム25mgを内服した。約1ヶ月後に発語障害、見当識障害（JCS：I-3）、貧血を認め、本院に救急搬送され、急性硬膜下血腫と診断され緊急入院となった。PT-INRの延長を認め、ケアラムによるワーファリン過剰作用によるものと考えられ、ケアラム・ワーファリン投与を中止として、ビタミンKの投与、FFP、MAPの輸血にて対応し、PT-INR値をモニタリングしながら頭部CT・MRIで保存的に経過観察を行った。</p>	31:併用禁
<p>気管支喘息の発作で入院した患者に、注射用ソル・メルコート4015mgをゆっくり静脈注射した。8分後、咳嗽、全身の膨疹が出現し、皮膚色不良となり、意識レベルが低下した。医師が診察を行い、アナフィラキシーショックと判断し、治療を行った。</p>	32:食物アレルギーとの交叉
<p>患者は初めての喘息発作のため入院した。12:20頃、主治医は注射用ソル・メルコート4010mgの指示をオーダした。12:40、看護師は指示箋を印刷し、薬剤を調製した。患者は外来で定期的に食物アレルギーに対しての食物負荷試験を受けており、経口的に乳糖を摂取しても反応はなかったが、卵・乳アレルギーがあったため、主治医は12:41に念のためプレドニン7mgに指示を変更した。しかし、主治医は看護師がまだ薬剤を調製していないと思い込み、指示を変更したことについて声を掛けなかった。12:50、看護師は注射用ソル・メルコート10mgを開始した。13:25、付き添っていた母親が眼瞼浮腫、蕁麻疹に気づいた。血圧60mmHg台のためアナフィラキシーショックの疑いで酸素投与を開始、アドレナリン注、ボララミン注を投与した。その後、血圧、脈拍、SpO2は安定した。</p>	32:食物アレルギーとの交叉
<p>経腸栄養剤（エンシュア）を投与したところ、開始15分ほどでSpO2が63%、血圧50mmHg台に低下した。ジャクソンリリースで換気し、胃内容物を吸引、昇圧剤を投与して、速やかに血圧、SpO2は回復した。母親に問診を行ったところ、牛乳アレルギーがあることがわかった。エンシュアにはゼイン蛋白が多く含まれることから牛乳アレルギーによるアナフィラキシーショックが疑われた。電子カルテには前回入院時に記載した卵アレルギー・牛乳アレルギーの登録があった。</p>	32:食物アレルギーとの交叉
<p>患者は肺炎、高血圧症で、意識障害があり経鼻胃管を挿入していた。患者の全身状態が改善したため、これまで内服していたニフェジピンCR錠20mgを再開する方針となった。研修医は、患者が経鼻胃管を挿入しているとは知らず、ニフェジピンCR錠20mgを処方した。看護師は錠剤が届いたニフェジピンCR錠20mgを粉砕し、経鼻胃管から投与した。30分後、血圧を測定したところ収縮期血圧が90mmHg台であり、1時間後には80mmHg台まで低下した。生理食塩液の投与により血圧が100mmHg台まで改善した。病棟薬剤師は、当日は薬剤部で業務をしていた。翌日、病棟薬剤師は患者の急激な血圧低下についてのカルテ記載を発見した。経口投与であれば急激に血圧が低下することはないため原因検索をしたところ、経鼻胃管を挿入している患者であり、ニフェジピンCR錠を粉砕して投与していたことに気付いた。</p>	33:粉碎禁
<p>患者は術前より降圧剤3剤（ニフェジピンCR錠、オルメテック錠、フロセミド錠）を含む内服薬を服用していたが、下咽頭腫瘍摘出術のため全ての内服薬が中止になった。術後4日目より血圧の上昇を認め、ジルチアゼムの持続投与を開始したが、血圧のコントロールは不良であった。そこで、医師は術前に内服していた降圧剤3剤の再開の指示を出し、看護師は3剤すべてを粉砕して胃管より投与した。薬剤の投与から20分後、収縮期血圧60mmHgと血圧低下を認め、酸素化が不良となりICUへ入室した。その後、人工呼吸器を装着し、カテコラミンの投与が必要となった。</p>	33:粉碎禁
<p>患者が嚥下困難となったため、医師は、内服薬を腸瘻から投与する方針とした。患者は疼痛管理のためオキシコンチン錠10mg1日2回で服用しており、医師はオキシコンチン錠についても他の薬剤と同様に、粉砕・溶解し、腸瘻より投与するよう指示した。看護師は医師の指示通り、オキシコンチン錠を粉砕し腸瘻より投与した。投与後、看護師は病棟薬剤師に腸瘻からの薬剤投与について確認したところ、オキシコンチン錠を粉砕することで急激な血中濃度上昇により呼吸抑制のリスクが高くなることが分かった。その後、患者は急激な血中濃度上昇により、一時的に意識レベルと呼吸状態の悪化を認めた。</p>	33:粉碎禁
<p>B型肝炎ウイルス既感染者に対して免疫抑制作用のある薬剤を投与した際、肝炎が再燃することがあることの注意喚起があり、ガイドラインも作成されているが、当該薬剤の投与前に、B型肝炎ウイルス抗体、抗原検査が適切に実施されていない事例がある。</p>	34:HBV再活性
<p>クラビット錠でアナフィラキシーショックの既往がある患者。電子カルテ上の薬剤禁忌情報にはフリーコメントで「クラビット」と入力していた。後日、院内採用薬のレボフロキサシン錠を処方、薬剤部で発行された処方箋には禁忌薬剤「抗菌薬」と印字されていたが、カルテ等で詳細は確認されず、病棟へ支給。患者はクラビットとレボフロキサシンが同一成分薬であること認識しておらず、内服してしまっていた。</p>	35:成分認識

事例	ラベル
<p>急性骨髄性白血病に対して、地固め療法1コース目を予定していた。感染予防として当日朝内服分のレボフロキサシン、イトリゾール内服液、バクタを前日夕方に処方した。患者は2年前にクラビットでアナフィラキシーショックを起こした既往があり、担当医は薬剤禁忌情報のフリーコメント欄に「クラビットでアナフィラキシーショック」と入力していた。しかし、「薬剤入力」の項へは入力していなかったため、処方時にアラートが出なかった。薬剤部では夜勤の薬剤師が調剤を行い、処方箋の禁忌薬剤に「抗菌薬」と記載があったが、気付かないまま調剤鑑査して薬剤を払い出した。当日朝、2日後からの定期処方の処方監査を行った薬剤師がレボフロキサシン錠500mgの処方についてカルテを確認したところ、薬剤禁忌情報のフリーコメント欄に「クラビットでアナフィラキシーショック」と入力されていることに気が付き、8時35分に処方医へ疑義照会した。疑義照会に対応した上級医が患者に確認したところ、5分ほど前にレボフロキサシン錠を内服していた。この時点ではアレルギー症状はなく、医師は患者に状況を説明し、嚴重なモニター管理下の観察とした。9時頃、患者は咳嗽と呼吸苦を訴え、SpO<sub>2</sub>が94%まで低下したため酸素を5L投与し、生理食塩液でルートを確認してソル・コート100mgを投与した。皮疹や喘鳴は認めず、ショックには至らなかったが、同日に予定していた化学療法は延期となった。</p>	35:成分認識
<p>患者はCCUへ入院した。主治医は、DICに対しパナベート1500mgを末梢から投与する指示を出した。この時点でCVCの挿入の予定はなかった。薬剤師は、パナベートの投与量に対し希釈量が少ないと思ったが、医師に疑義照会せず、病棟へ薬剤を払い出した。19:00、看護師が左下肢に血管確保しパナベート1500mg+生食250mLを10mL/hで開始した。翌日8:30パナベートのラインの点滴漏れがあり、再度左下肢足部へ末梢ラインを確保した。点滴漏れした左下肢に血管の走行に沿った発赤と白色のびらんを認めた。それに対し、研修医は、ワセリン塗布の処置を指示し、施行した。2日後の16:00にCVCを挿入し、パナベートはCVCから投与に指示変更になった。経過観察の後、WOCより情報提供があり、医療安全係長とCCU副看護師長で皮膚の確認をし、主治医へ報告した。同日、形成外科へコンサルトし、パナベートによる壊死性血管炎と診断された。</p>	36:末梢投与と注意薬
<p>患者に腰痛が出現したため、ロキソプロフェンNaパップ、アセトアミノフェンを投与した。その後、患者から腰痛が増強していると訴えがあり当直医が訪室した。患者に坐薬の使用歴を確認したところ、問題ないとのことでジクロフェナクNa坐剤を挿肛した。しばらくして、患者から全身熱感の訴えがあり、当直医が診察しアナフィラキシーショックと診断した。すぐに、アドレナリン筋注、ラクテックを全開で投与して改善した。その後、カルテを確認すると、ボルタレンサポ（ジクロフェナクナトリウム）が慎重投与として登録されていた。</p>	37:アラートファティグ
<p>18時、患者B（0歳）は発熱のため救急外来を受診した。19時42分に医師が診察し、20時40分に小児科病棟に入院した。患者A（2歳）は同日20時6分に痙攣重積にて救急搬送された。同じ医師が診察し、22時45分に救命病棟に入院した。医師は患者Aのホストイン静注を入力する際、誤って患者Bの電子カルテに入力した。しばらくして救命病棟の看護師からホストイン静注のオーダーが入力されていないと再入力の依頼があったため、医師は1回目の入力が登録されなかったと考え、今度は正しく患者Aの電子カルテでホストイン静注をオーダーした。しかし、1回目のオーダーで患者Bにホストイン静注が処方されていたため、薬剤部より小児科病棟へホストイン静注が払い出された。薬剤師は、ホストイン静注は開始量と維持量が違うため先に早見表にて速度の確認をした。体重、年齢は確認したが投与量の監査が疎かになってしまった。小児科病棟の看護師は疑問を感じたため、リーダー看護師に相談した。2人で電子カルテや薬剤情報を確認したが、医師には確認しなかった。患者Bは2日前にも発熱にて入院していたため痙攣の予防目的の投与と判断し投与した。小児科病棟の看護師2人は患者Aが救命病棟に入院していることは知らなかった。薬剤師はホストイン静注が続けて2人の患者にオーダーされたことが気になっていたが、忙しくて医師に確認できなかった。0時50分、薬剤師が医師に確認したところ、オーダーが間違っていたことが分かった。薬剤師は小児科病棟に連絡し、患者Bに投与したホストイン静注は患者Aのオーダーであったことを伝えた。</p>	40:オーダー時患者間違い
<p>患者A：80歳代女性（心臓血管外科）患者B：80歳代女性（循環器内科）。医師Xは、心臓外科手術後の患者AがICUに入室する前に、術後のオーダーを入力しバーコードラベルを出し、ICUのベッドサイドの台の上に置いた。17時、手術が終了し患者AがICUに入室した。研修医は動脈ラインから血ガス用シリンジと生化学用シリンジに採血を行い、生化学用シリンジを看護師に渡し血ガスを測定しに行った。看護師は血液を容器に入れ、準備されていたラベルを貼付して検体を提出した。20時30分、医師Yは患者Aの検査結果が出ていないことに気が付き、再度血液検査をオーダーし、採血を行い提出した。翌日、医師Zが、患者Bに覚えのない時間に採血がされていること、結果がこれまでと全く違っていただけから、患者を間違えてオーダーし検査していたことに気付いた。</p>	40:オーダー時患者間違い
<p>手術室で患者Aに輸血をオーダーする際、一件前に手術をした患者Bのカルテ画面が開いていた。気付かずそのまま血液製剤をオーダーし、異型の血液製剤が手術室に運ばれた。</p>	40:オーダー時患者間違い
<p>前立腺肥大で外来フォロー中の患者の症状が改善見られず、医師は薬剤を追加することにした。その際、ザルティアを処方するつもりで、ザイディアを処方してしまった。保険調剤薬局でも気付かれずに調剤され、患者に渡り服用していた。2週間ほどのちに医師が間違えに気が付き、患者に連絡を取り服用を中止した。採血等の検査を行った。</p>	50:薬選択間違い
<p>病棟に配置されていたワンラン静注を緊急で使用。その後、空アンプルを見直すで使用期限が切れていたことが判明。薬剤師が目視で定期的に確認しているが、見逃していた。</p>	60:使用期限切れ