

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第13回ヒヤリ・ハット「薬剤」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
25	肺癌で、呼吸苦のある患者に塩酸モルヒネを持続皮下注射にて施行していた。死亡後、持続皮下注の針を抜いた。シリンジには、2.5mLの塩酸モルヒネが残っていた。死後の処置中には、麻薬であること理解し、使用量・残量をチェックしていたが、針を抜いた後は、麻薬であることが頭から消えていた。他のスタッフにシリンジの行方を訪ねられ、麻薬を破棄した事実を認識した。シリンジには、塩酸モルヒネのシールが貼られていたが気付かなかった。	麻薬に関して、管理できていたつもりになっていた。だが、抜針してシリンジ内に残った麻薬を返却しなくてはならないと考えられなかった事から、麻薬管理が出来ていなかった。業務が流れていることを分かっていることと誤解していた。業務の目的がよく理解できていないまま業務を行っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・慣れで動かず、今、何をどんな目的で行おうとしているかを絶えず意識して行動するように努める。 ・何故そうするのかという根本的な意味が理解できていないため、必要な知識を得る努力をする。 ・麻薬は、他の薬とは異なる管理が必要なものであるといつも心にとめ、確認を怠らない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった
26	生後10日の患者。指示簿に「25%GE」と書かれていた。通常使用しているGE(グリセリン浣腸)は濃度50%であるが、濃度を書くことはなかった。医師に確認すると、「50%を倍希釈」してとのことであった。しかし、通常は濃度を書かないため、50%GEを原液(100%)と思いこんでいるスタッフが多かった。そのため、25%の指示を4倍希釈と理解していた。指示より薄い濃度のGEを行っていた可能性がある。	通常のGEの濃度認識不足。指示のあいまいさ・わかりにくさ。指示の確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・通常のGEが50%であり、NICUでは25%濃度で使用していることを全スタッフで認識する。 ・GEの指示が出た場合に濃度を確認する。 ・GE指示の書き方(通常の濃度以外の時だけ濃度を記入する)を統一する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった ・知識が不足していた・知識に誤りがあった
27	9日まではマグミットは別包装されており、食後2時間に服用してもらっていた。30日から、他の薬と同一包装になっておりクラビットと同時に服用してもらった。次勤務(日勤)スタッフに確認され薬局にて確認すると、クラビットとマグミットを同時服用すると、クラビットの薬効が60パーセント減退する事を知った。	薬剤の採用や保管の問題がある。情報の伝達・連携と情報共有のあり方の問題がある。業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・別包装にして食後2時間服用を確実に行う。 ・情報の共有と連絡継続する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった ・知識が不足していた・知識に誤りがあった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第13回ヒヤリ・ハット「薬剤」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
28	内服でのラシックス20mg、アルダクトンA25mg が中止となり、点滴からラシックス20mg、アルダクトン100mg を投与していた。本日の朝食後に中止となったラシックス、アルダクトンAを内服をしていることに昼食後の内服薬の準備の際に気が付いた。看護師側で内服薬を管理し、食事毎に渡していた。すでに点滴から、ラシックス、アルダクトンを投与しており、過剰投与となってしまった。血圧の低下、脈拍の変動、気分不快などの出現はなかった。	16日より、内服薬が切り替わり、新しい薬袋となっていた。10日に16日からの定時処方が入力された際には、ラシックス、アルダクトンA を内服していた。14日より中止となり、カルテの医師指示書に中止の指示が記載されていたが、定時処方の内容は修正されていなかった。16日からの内服薬を整理した際に、入院処方指示書と薬剤を照らし合わせ確認したものと考えられる。与薬の際、入院処方指示書を確認し与薬しており、薬袋の中に薬剤が残っていたため、与薬してしまったものと考えられる。	<ul style="list-style-type: none"> 入院処方指示書に医師指示書をコピーし貼り、入院処方指示書に中止の指示を明記した。 中止となったラシックス、アルダクトンA は薬袋から取り出した。 主治医に定時処方の修正を依頼した。 	・確認が不十分であった
29	1歳2ヶ月の患者にベニロン投与中、次の勤務者が2本目更新時間のアラームが鳴った為、訪室すると1本目の残量が多く輸液ポンプ(OT-701)の設定が15滴/mL の設定で滴下していた。時間速度の設定は指示通りであった。	ベニロン投与時はJY に設定することを知っていたが、開始時、設定を確認し忘れた。ポンプ本体にベニロンはJYと書いたシールが貼られているにもかかわらず、施行時、確認し忘れた。	<ul style="list-style-type: none"> 点滴ポンプ設定時は時間流量だけでなく、JY 等の設定も必ず確認する習慣をつける。 	・確認が不十分であった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第11回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
【薬剤間違い】				
1	○月21日入院時の持参薬登録時、サンリズムCap25mg 4Cap・朝夕食後のところを50mg 4Cap・朝夕食後と、ラシックス錠20mg 0.5錠のところを1錠で登録していた。	不明	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤管理指導を実施している患者については担当病棟薬剤師によるチェックを行う。 ・再分包などの依頼があった場合も、調剤室にて他の薬剤師に監査を行ってもらう。 	・確認が不十分であった
2	患者はインシュリン注射を看護師介助で施行していた。昼食前にヒューマリンRを使用する指示であったが、持参薬で中止となっていたノボラピットを施行してしまった。	昼食前で慌てていた。ノボラピットを使用する患者だと思い込んでダブルチェックを行ったが気付かなかった。ダブルチェックの方法に不備があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ダブルチェックの確実な方法を再確認する。 ・病棟内で共通認識を持つ。 ・使用中止している薬剤は、別の位置に置くなどして使用しているものとしっかり区別する。 ・分かりやすい名前の表示を行なう。 	・確認が不十分であった
【薬剤量間違い 過少・過量】				
3	緊急入院した患者に外来で処方されていた「パキシル20mg 1T × 1」があったため、医師が院内処方で「パキシル10mg 2T × 1」と1日分のみ処方した。それを見て、持参薬を調べる際に、「パキシル10mg 2T × 1」と与薬チェックリストに記入した。患者が自宅より持ってきた薬が20mgであったが規格を確認せず20mgを2Tづつ与薬してしまった。	・院外と院内の規格が違う。カルテ上の履歴のみ確認しただけで、実際の持参薬を確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の取り扱いについて注意する。 	・確認が不十分であった
4	入院時、他院処方の持参薬を確認した。このなかにジゴシン錠0.25mgを0.5錠の処方であったが、看護記録には1錠と記入してしまった。入院して12日目に持参薬が無くなり、医師は看護記録を参考にして当院採用のジゴシン散0.1%を0.25mg分1朝7日とオーダー入力した。薬局より薬袋が届き看護師は前回の薬袋と確認を行った。他院の薬袋には薬品名だけで用量までは記入がなかったので薬品名だけを確認して投与した。当院処方に切り替えた5日目頃より嘔気が出現し、8日後に主治医他院の紹介状を確認したところ間違いに気付いた。	医師が持参薬を紹介状と確認しないで処方を行った。看護師は、紹介状の薬剤名や用量の確認を行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・看護師は紹介状による薬剤名・用法・用量を確認する。 	・確認が不十分であった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第11回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
5	入院時よりカルタレチンを持参し、6錠を2錠ずつ食後3回で内服していた。入院時から同じ効果の炭酸カルシウム1日3gを1g1包ずつ食後3回の内服の指示が出ていた。患者は持参薬がなくなってから、1回3gと思いこみ、1日3回、計9gを内服していた。	患者は内服薬自己管理の際、薬袋に記載された処方を見方を理解していなかった。看護師は、説明後の確認を行っていなかった。	・患者へ処方箋の見方を再度説明した ・薬剤内服後は、空の袋を食事表の上に残すこととした。 ・看護師は、服薬確認を徹底する。	・確認が不十分であった ・オーダーリング時等の誤入力
6	他院からの持参薬の続行の指示があった。紹介状に内服内容が記載されていたため、鑑別に出さずに医師がカルテに転記し、そのカルテのコピーで運用することにした。その中に「バップフォー1錠」と記載があったが、実際薬袋には「バップフォー10mg 2錠」と書かれていた。確認をカルテのコピーで行った為1錠与薬し過少投与となった。	医師がカルテへ転記したがmgまでの記載を行っていなかった。看護師が準備時に薬袋をきちんと見ていなかった。	・薬袋で出した後、処方内容と照合する。 ・転記する場合、mgの記載まできちんと行う。	・確認が不十分であった
【薬剤量間違い 重複】				
7	他院より転院されてきた患者が、当日夕の薬（一包化）と退院処方を持参したため、これをそのまま投薬させ、2重配薬となった。翌日、受け持ち看護師が一包化された薬の内容を確認して、夕の薬が2重に配薬されたことに気付いた。	持参薬の確認を看護師が行っている。多くの薬があり、確認に時間、手間がかかる。夕の薬は一包化され、退院処方は一包化されていなかったため、内容が確認しなかった。	・持参薬は基本的には使用せず、改めて処方する。 ・薬の管理は薬剤師管理とする。 ・配薬時には業務集中し、中断しない。	・確認が不十分であった
8	持参薬確認時に、ロヒプノール（粉砕）、リスパダール細粒、酸化マグネシウムが同一の分包であったが、酸化マグネシウムのみと判断して報告した為ロヒプノールが追加処方され重複して内服させた。	粉薬が同一の分包であった。お薬手帳がなかった。	・粉薬の同一分包時の確認を注意深く行う。 ・お薬手帳、他院からの紹介状、処方箋など多くの情報を基に確認をする。	・確認が不十分であった
9	前医からの持参薬を託所管理で内服中であつた。○月9日朝配薬中、ノルバスク錠の薬袋が当院と持参分の2袋あることに看護師が気づきカルテを確認したところ、○月5日に定期処方ノルバスクが処方になり、○月6日から○月8日まで過剰投内服していたことが発覚した。	カルテで持参薬の内服状況が一目で確認できなかった。薬の入れ替え時、配薬時の5Rが不十分だった。持参薬の薬袋には薬品名がなく、手書きで記載してあったが、小さく見づらかった。	・5Rを徹底する。 ・持参薬は薬袋を当院のものに書き換える。	・確認が不十分であった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第11回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
10	持参薬の1つがなくなるため、医師が処方をした。看護師が薬を確認し、残薬が入っている与薬車の引き出しに入れた。残薬と新たに処方した同じ薬が配薬され、患者は倍量の薬剤を内服した。	持参薬であり、処方箋があるのは新たに処方された1種類だけであった。与薬準備者は単純に袋から出していき、同じ薬があることに気付かなかった。なんの指示もなく、追加処方とも間違えやすい。	<ul style="list-style-type: none"> ・処方時に、「持参薬がなくなってから与薬すること」とのコメントを入力する。 ・定型コメントとして登録し、薬袋に印字されるようにする予定である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった
11	夕食分の内服薬を本人へ確認したところ、アロプリノール(持参薬)・サロベール(院内処方)を同時内服しているのに気付いた。アロプリノールとサロベールは薬効は同じであるが、本人は知らず、異なる物と思ひ込み誤薬に至った。	院内処方されたサロベールの内服袋にアロプリノールとサロベールが一緒に入っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・内服患者の自己管理とする場合は、内服についての理解度(薬名、薬効、時間、量等)を確認し、理解に合わせた内服管理方法(看護師管理・box管理・袋管理等)を検討、評価していく。 ・内服自己管理の患者については基本的に持参薬と院内処方薬を同時に使用しない、または看護師管理とし確実に管理する。 ・採用薬品の関係で入院に伴い内服が変更となる場合は、患者に確実にオリエンテーションしていく。 ・同時に、オリエンテーション後も看護師の目で内服が確実に行えているのか、直ぐに確認していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった
12	患者は持参薬でガスポートを服用中であった。腰痛に対してロキソニン・ガスターが臨時処方された際、ガスポートとガスターが同じ薬効の薬であることに気付かず、重複投与してしまった。持参薬は全て薬剤科で管理していた。	内服薬確認の際の確認不足。院外処方(持参薬)であり、把握しにくく気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の管理方法を徹底させる。 ・持参薬あずかり札を活用し、中止薬を返却する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第11回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
13	持参薬の入院継続指示であり、ワーファリン朝食後3mgを他剤とともに一包化のため再調剤した。その後ワーファリン中止の指示があったが、薬剤師は認識していなかった。配薬セットは薬剤師が定期日にあわせ実施した。定期日以降の薬は次回セット薬入れの中へ保管した。看護師は中止の指示を受け、定期セット分は一包化より引き上げたが、次回セット分には気付かなかった。医師は一包化の中にワーファリンが入っていることを知らず、夕食後に3mgを臨時処方し、看護師が夕食後セット配薬したため重複投与となった。薬剤師はカルテ裏表紙のワーファリン指示を確認し3mgであったため、朝食後のワーファリン量と間違いないと確認した。臨時処方が出ていることには気付かなかった。	心臓外科は入院中は夕食後、退院後は朝食後にワーファリンの服用指示がでる。心臓外科は4月よりA病棟をメイ病棟としたが、現在、薬剤部ではB病棟で適用していたようなワーファリン別包ルールはA病棟には適用していなかった。ワーファリン指示はカルテ裏表紙にあるワーファリン指示書と処方箋ラベル指示の2箇所に記載される。服用時間に関しては処方箋ラベル指示にしか記載されていない。	<ul style="list-style-type: none"> 入院中の心臓外科のワーファリンは一包化より除外する。 ワーファリン指示は必ず2箇所確認する。 看護師とのを図るため、薬剤師不在時の配薬セットの変更は連絡用紙に記載する。 	・確認が不十分であった
14	看護師が持参薬を確認した。A医院からはアスピリン製剤であるバッサミン、B医院からは抗血小板剤であるパナルジンが処方されていた。2日後に病棟薬剤師が確認し、併用注意の薬剤であることに気付いた。	看護師が持参薬を確認した。ジェネリック薬で判りづらかった。複数医院から処方があった。継続内服指示を出した医師も重複に気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師が持参薬確認をすることにしたので徹底する。 薬剤師に依頼するときには、注意喚起の意味で「多院受診中」メモや、お薬手帳などを同封する。 	・確認が不十分であった
【投薬・内服忘れ】				
15	持参薬の中に糖尿病の薬がないことに気付かず、入院中内服されなかった。退院処方が出され、確認作業で、退院処方のなかの糖尿病薬が内服されていなかったこと発覚した。	持参薬の確認は労力を要する作業であるが、看護師の手作業に責任がゆだねられている。外来処方の変更記録が、確認しにくい記録法で問題があった。看護師間の情報伝達が不十分であった。家族が持参薬をすべて持参しておらず、薬の到着が遅れ確認が不十分となった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬を指示と照らし合わせる確認作業を徹底する。 外来カルテの処方変更記録を見やすい方法に変更する。 持参薬は保留とし、入院時に再処方として出す。 	・確認が不十分であった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第11回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
16	入院時持参薬を配薬するために整理、用法用量を記載する際に1錠と書くところを2錠と間違えた。1日分投与され、薬袋の印刷のほうに1錠と記載されていたため、気付いた。入院時はWチェックを行い、入院時医師指示録をみながら作成したが、13種類の薬を仕分けしたため煩雑で見間違えた。	指示量の確認が足りなかった。	・持参薬の配薬作りのマニュアル見直す。	・確認が不十分であった
17	○月17日に定期処方の内容を確認をした際、外来処方から引き続きの内服薬ペルサンチン約1週間内服していないことに気付いた。入院日(20日前)にはペルサンチンは処方されていなかった。看護師は、処方変更と思いついていたので、入院から最初の定期処方日の○月10日に、ペルサンチンのみ処方がなかったが、医師への確認を行わなかった。	確認・観察不足。判断ミス。勤務多忙。他職・同職種者間の連携不適切。患者等への説明不足。慌てていた。無意識だった。思い込んでいた。医師が指示簿に内服している処方薬をパソコン入力した際にその他の薬を内服すること、などを看護師に伝えていなかったため、看護師も薬の変更と思いついていたので、医師への確認を行わなかった。	・医師は(定期・臨時処方とも)指示表に必ず記入する。 ・外来処方の続行などの必要事項は看護師に伝える。 ・看護師は、処方に変更になった際、指示表への医師の記入がなければ確認する。	・確認が不十分であった ・連携
18	入院時は持参薬の管理を自己で行っており、家人が後で薬の一覧表を持って来られたがその中にプレドニゾンが入っている事に誰も気付かず3日間内服していない事が判明した。	内服しているか確認すると足りていなかった。患者も無い薬がある事に気付いてなかった。内服を自己管理出来ていたのですがそのスタイルを崩したくなかった。	・薬一覧表を再度確認する。 ・診療情報提供書にも目を通し内服の重要性を再認識する。 ・当日に持って来なくても翌日にもう一度確認する。	・確認が不十分であった
19	継続して内服する持参薬を自己管理していたが、内服されていなかった。入院前から内服されていたので、入院後は自己管理とした。カルテには内服指示表に小さく「自己管理」と記載した。入院に伴い新たに内服処方が追加されたが、患者は頸部痛が強くて体動も困難であったため看護師管理とした。夜勤にカルテに自己管理と書かれていたので、患者に確認すると「看護師が薬を持ってくるので、持参薬は飲まなくていいと思った。」	緊急入院で患者が自己管理ができるかどうかの評価が十分できないまま自己管理にした。自己管理とナース管理の2通りになっていることを把握していなかった。カルテの「自己管理」の字が手書きで小さく分かりにくかった。患者への説明が不足していた。内服薬の把握が不十分で確認にせず実施印をしていた。	・自己管理の判断基準が不明確であるため、判断基準を明確にしたいが現在のところ困難である。 ・「自己管理」とカルテに書く場合は、ゴム印を用いることを徹底する。	・確認が不十分であった ・患者・家族への説明

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第11回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
20	入院時より持参薬のオルメテックを患者が管理し内服中であったが、患者より6日前より持参薬がなくなったため、その後は内服していなかったと言われた。	持参薬の内服確認が確実に実施されていなかった。自己管理薬の残数チェックが不十分であった。患者の服薬指導が不十分であった。	・服薬確認の確実な実施。 ・患者へは、患者自己管理薬のオリエンテーション用紙を用いて、再度指導を行った。	・確認が不十分であった ・患者・家族への説明
【用法間違い】				
21	フェロミア、セルベックスの内服をしている患者に、夕食後の内服を確認した。ワークシート上、フェロミアが2錠2×、セルベックスが4カプセル2×で持参薬登録されていたが、患者はフェロミアを4錠2×、セルベックスを3カプセル3×で内服していた。患者が持っていた処方箋は、患者が飲んでいった通りのものだった。	医師にオーダーを依頼、正しい用法、用量で入力をしなおしてもらった。	・持参薬がある場合には、用法、用量、内服方法を患者に確認したうえで、医師に入力を依頼する。 ・患者が処方箋を持っている場合には、それを見て確認する。 ・医師入力をしてもらったあと、指示を受ける際、必ずワークシートを用いて、正しいものであるか確認する。 ・日々の内服確認をする際にも、患者と用法、用量、内服方法を確認する。	・確認が不十分であった
22	持参薬の続行薬を整理・セットする際に本人の申告どおりに朝夕の内服にしたところ、実際は朝のみの処方であった。	薬剤が通常一回のみの服用という知識の不足。持参薬を管理する際に看護師一人で判断し、施行(セット)した。	・持参薬は薬剤部で調べてもらう。 ・管理する際はダブルチェックを行う。 ・内服管理シートを使用し管理方法の判断を行なう。	・確認が不十分であった
23	胃ろう設置患者で、転院時、持参薬があった。デパケンシロップ18mL/3×1と有ったが、3×1を見落とし1回量を18mLで準備し注入してしまった。	2人で確認せず、1人で準備してしまった。3×1を見落とし、1日量しか見ていなかった。又、容器に18mLのところ毎にラインが引いてあり、1回量と思い込んでしまった。	・ダブルチェックを実施する。	・確認が不十分であった
【用法間違い】				
24	入院時、持参薬を鑑別していた。薬剤鑑別報告書に記入時、コードナンバー269の薬剤名(ピナトス)を記載すべきところ、コードナンバー262の薬剤名(セルテブノン)を書いていた。後日、患者家族が他院での薬剤情報を持参し合わせてみると異なっていた。1日分ピナトスが内服されていた。	当事者はコードは正しく把握していたが、書き写す時に、同じページのピナトスのすぐ近くにあるセルテブノンに目が行ってしまった。また鑑別時には薬剤情報が来ておらず、薬のみをみながらの鑑別となった。	・鑑別時の作業時の業務の中断は避ける。 ・指差し呼称を必ず行う。	・確認が不十分であった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第11回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
25	入院時、他院からの持参薬を指示簿に転記した。降圧剤は、透析日と非透析日で内服薬の種類が異なっていたためそのように記入したつもりであった。しかし、実際には、両方とも「透析日」と記入した。そのため、シャント再建術前に内服する薬が内服できなかった（再建術は非透析日）。手術中に血圧が高かった旨を手術室看護師から申し送りを受け、指示簿を確認したところ転記ミスが判明した。	確認不足、記録・記載不備、思い込んでいた。	・転記をしなくてはならないときは、転記後再確認する。 ・他の看護師に確認してもらう。	・確認が不十分であった ・記録等の記載
26	持参薬で医師のオーダーの散剤1日量が、他院の薬表の総量（7日分）で入力されていた。	1日量があまりにも多かったため、病棟から薬表を送ってもらい確認した。医師が1日量と総量を間違えて入力していることが判明し、医師に連絡し修正してもらった。	・持参薬の内容は薬表によって記載方法がことなるため、特に散薬に関しては倍散によって粉体量と成分量が異なるので、処方監査でおかしいと感じたら、薬手帳や情報用紙を確認する。	・確認が不十分であった ・オーダーリング時等の誤入力
27	持参薬にラシックス錠があり、当院の他の処方とともにカート管理で継続服用中であった。途中自己管理に変更となり、薬剤管理指導担当薬剤師がカルテを確認したところ、医師記載欄に「ラシックス（持参薬）→ルブラック・アルダクトン（入院後から処方）」という記載があった。薬剤師はその記載から、ラシックスは中止になると思い看護師に確認したところ、担当看護師もラシックスは中止と判断した。そのため、薬剤師はラシックス以外の薬剤を自己管理で交付した。ところがラシックスは中止ではなかった（服用していない期間は1日）。	診療録の医師の記載の内容が矛盾がなかったため思い込んでしまった。持参薬と入院処方との併用のため、指示がわかりにくい。	・診療録の医師記載欄だけで判断せず、指示が明確に出されているか確認する。 ・指示が出ていない場合は医師に直接確認する。	・確認が不十分であった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第11回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
28	患者は糖尿病のため、外来で朝・夕の2回ノボリン30Rを自己注射をしていた。入院中は1日4回、毎食後のヒューマリンRと眠前のヒューマリンNを看護師が皮下注射を行っていた。外泊となり、内科医師にインスリンの内容を電話で確認したところ「もともと家で使っていたインスリンで、量は入院中の単位で」とのことであった。指示を受けた時点でノボリン30Rと単位の指示の復唱確認はしたが、ノボリン30Rが速効型であると疑問をもたずに指示を受けた。（外泊中は朝ノボリン30R14E・昼ノボリン30R4E・夕ノボリン30R4E・眠前ノボリンN3E皮下注射されていた）。再度外泊のため内科の医師に他看護師がインスリン指示を確認したところ、前回と同様の指示を受けた。しかし看護師がノボリン30Rの指示に疑問をもち医師に確認したところ、1回目の外泊時から指示はノボリンRであったとのことであった。	インスリンについての知識不足から中間型のインスリンが毎食後投与されることに疑問をもつことができなかった。また、医師の指示をインスリン名と単位を復唱したがノボリンとノボリン30Rの違いについて強調しなかったために確認も曖昧であったと思われる。	・知識不足については再度個人で学習をした。 ・電話での指示受けの際ははっきりと復唱して確認するようにする。	・確認が不十分であった ・知識が不足していた・知識に誤りがあった
29	骨髄炎で入院した患者の持参薬で、「翌朝よりバイアスピリン中止」の指示をうけた。一包化調剤になっている持参から取り除く作業を忘れてしまい、翌朝与薬されてしまった。持参薬チェックシート、毎回投薬表の申し送りがされ、翌々朝の看護師が、バイアスピリンが取り除かれていないことに気付いた。	休日の持参薬を調べる際、作業が後回しになってしまった。忘れてはいけない事項などをメモにしていたが、それが数枚あったため見落とした。	・作業を後回しにせず、一つ一つ確実にしていく。	・確認が不十分であった
30	緊急入院してきた患者に、脳梗塞や前立腺がんの既往歴を聞き、持参薬を確認した後、看護記録に内容を記載した癒着剥離術を行ない、○月24日から食事開始したが、術後は食欲不振がみられた。○月27日、泌尿器科医が定時射のゾラデックス1Aを皮下注射の指示を出し施行した。約1ヶ月後退院時に前立腺がんの内服薬がないことを家族に指摘され、入院時から内服していなかったことに気付いた。	外科病棟から回復期病棟へ移動している。入院時の処方記載に内服薬がなかった。家族は持参薬を渡したというが不明である。医師の既往歴の記載欄に「前立腺がん」はなかった。薬剤師は服薬指導を行っている。	・当院の複数科に受診し、処方されている場合は、入院時に転記ではなくその処方シールを出しカルテに添付する。 ・退院時期に併診科の医師に処方について確認する。	・確認が不十分であった

ヒューマエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例（第12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
【薬剤間違い】				
1	患者より眩暈、頭痛などの訴えがあり、内服薬を確認したところ2日前より持参薬から当院の処方薬に変更になっていた。持参薬ではデパケンR錠100mg 3錠分3を内服していたが、当院で処方する際、当院採用のデパケン錠200mg 3錠分3で処方し、倍量処方となっていることが判明した。医師は、持参薬識別票の当院採用薬に記載されていたデパケン錠200mgにRがないが、用量についても同量に該当すると思い、そのまま処方し、看護師も気付かず与薬してしまった。	処方量などを間違いやすい持参薬識別票の表記であった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬識別票に当院採用薬がある場合、mgの相違などをカラーで表示、あるいはマーキングをするなど注意を促進できるようにする。 薬剤師からの問診を含めた持参薬識別の実施と処方チェックを行うようにする。 	・確認が不十分であった
2	患者の持参薬確認で、チェック表にはリーゼ0.5Tと記入されており、リーゼと思い投与したが、後でリーゼのように外形が丸くなかったことに気付いた。翌朝持参薬を確認し、薬局に鑑別を依頼するとアモバンであった。	他院の薬で処方箋なかった。薬袋に薬剤名の記載がなかった。薬が半分に割られて新たに包装されており、わかりにくかった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬は薬剤部で点検確認してもらう。 	・確認が不十分であった
【薬剤量間違い 過少・過量】				
3	持参の内服薬を管理投薬できるように新しい薬袋に振り分けの際、薬袋に内服量を間違えて、デパケン6包分3と入力すべきところ、3包分3と記入してしまったため、指示量の半分しか投与されなかった。	持参された他院の各薬袋には複数の薬が一緒に入り、錠剤の投与量が「1」と記入されていて、間違った薬剤は粉末剤で、投与量「2」と記入されていたが見落としてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 他院の処方投与方法が複雑であるので、新しく転記し直す場合はダブルチェックを行う。 もしくは当院で新しく処方してもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった ・オーダーリング時等の誤入力