

薬剤に関連した医療事故例の概要について

(「医療事故情報収集等事業報告書」からの抜粋)

図表Ⅲ-2 薬剤に関連した医療事故事例の概要

番号	発生段階	事例概要	備考
【薬剤間違い】			
1	指示段階	同系薬を取り違えて指示した事例	
2	指示段階	アレルギーのある患者に誤って禁忌薬剤を投与した事例	
3	準備段階	誤って他の患者の同系経口抗腫瘍用薬を服用させた事例	抗腫瘍剤
【薬剤量間違い】			
4	指示段階	同系薬と誤って、通常の倍量投与が複数の患者に行われた事例	
5	指示段階	対表面積で投与量を決定する薬剤を誤って身長、体重をそのまま投与量にした事例	抗腫瘍剤
6	準備段階	薬剤の単位 / mL を誤り過剰投与が発生した事例	インスリン
7	準備段階	薬剤の単位 / mL を誤り過剰投与が発生した事例	インスリン
8	準備段階	シリンジポンプ設定の際に薬剤量を誤った事例	
9	準備段階	薬剤の投与量を通常の10倍と思い込み、過剰投与が発生した事例	
【方法間違い】(経路・濃度・日数)			
10	指示受段階	口頭指示でシリンジポンプを使用して投与するところを静脈注射で投与した事例	麻薬
11	準備段階	ヘパリン・ロックの際にヘパリン生食液の濃度を誤り過剰投与が発生した事例	
12	準備段階	隔日処方 of 2種類の指示を同日処方と誤り、薬剤の過剰投与が発生した事例	
【速度間違い】 該当事例無し			
【対象者違い】			
13	実施段階	同一薬剤を投与する予定だった他の患者の薬剤を誤って投与した事例	
【その他】			
14	指示段階	頭部打撲による急性硬膜下血腫に気付かず、抗凝固剤を投与したために症状が悪化した事例	
15	指示受段階	4時間毎尿量によって利尿薬を調整する指示を2時間毎尿量と誤った事例	
16	観察管理段階	鎮静目的で薬剤投与を行った際に心肺停止が発生した事例	睡眠導入剤
17	観察管理段階	鎮静目的で薬剤投与を行った際に心肺停止が発生した事例	睡眠導入剤
18		造影剤使用后、意識障害が発生した事例	造影剤
19		薬剤の副作用による不可避な事故	
20		検査前処置薬により腸閉塞と腸管壊死が発生した事例	

図表Ⅲ-6 薬剤に関連した医療事件事例の概要

番号	発生段階	事例概要	備考
【薬剤間違い】			
1	準備段階	薬剤を取り違えて調剤した事例	
2	準備段階	同じ場所に置いてあった薬剤を取り違えた事例	手術部門
3	準備段階	薬品を取り出す際に薬剤を取り違えた事例	救急部門
【薬剤量間違い】			
4	指示段階	薬剤量の記入を誤った事例	
5	指示受段階	口頭指示で薬剤の単位 (ml と mg) を取り違えた事例	
6	指示受段階	口頭指示で薬剤の単位 (ml と mg) を取り違えた事例	
7	指示受段階	希釈した後に一部を投与するところを全量投与した事例	
8	準備段階	薬剤量の指示の確認を誤った事例	
9	準備段階	専用シリンジを用いずに準備した事例	インスリン (経静脈的投与)
10	準備段階	専用シリンジを用いずに準備した事例	インスリン (経静脈的投与)
11	準備段階	希釈した後の使用量を誤って準備した事例	
【方法間違い】(経路・濃度・日数) 該当事例無し			
【速度間違い】			
12	実施段階	ポンプの流量設定を他の薬剤の指示と取り違えた事例	昇圧剤
13	実施段階	投与速度の指示を誤認し、予定より早く注入した事例	昇圧剤
14	実施段階	機器の流量表示を見誤り、予定より早く注入した事例	
【対象者違い】 該当事例無し			
【その他】			
15	指示段階	アレルギー歴のある薬剤を投与した事例	
16	指示段階	アレルギー歴のある薬剤を投与した事例	
17	指示段階	指示入力の方法を誤り過剰投与が発生した事例	
18	観察管理段階	点滴薬剤の血管外漏出で治療を要した事例	腫瘍用薬
19	観察管理段階	点滴薬剤の血管外漏出で治療を要した事例	フェニトイン
20	観察管理段階	点滴薬剤の血管外漏出で治療を要した事例	フェニトイン
21	観察管理段階	点滴薬剤の血管外漏出で治療を要した事例	維持液 500 ml + KCL (注) 3 A
22	観察管理段階	異食のある患者が他患者の薬剤を多量に摂取した事例	

(注) 塩化カリウム

平成18年3月8日
医療事故情報収集等事業
第4回報告書より抜粋

表4 薬剤に関連した医療事件事例の概要

番号	発生段階	事例概要	備考
【薬剤間違い】			
1	実施段階	内服用規格と静脈用規格を取り違えた事例	無菌製剤のため健康被害はない
2	実施段階	薬剤を取り違えて調剤した事例	
【薬剤量間違い】			
3	指示段階	薬剤の規格を誤った事例	血液・体液用薬 (血液凝固阻止剤)
4	指示段階	薬剤量の記入を誤った事例	
5	指示段階	薬剤量の入力を誤った事例	
6	指示段階	治療計画作成時に薬剤量を誤った事例	腫瘍用薬
7	指示段階	思い込みにより薬剤量を誤り投与した事例	腫瘍用薬
8	準備段階	薬剤供給時に規格を誤った事例	
【方法間違い】 (経路・濃度・日数)			
9	指示段階	薬剤濃度と点滴チューブのミスマッチにより接続部に亀裂が生じた事例	エトポシド
10	指示段階	薬剤の添付文書に記載されている濃度より高い濃度で薬剤を投与した事例	メシル酸ガベキサート
【速度間違い】			
11	指示段階	ポンプの流量設定に関する指示を誤った事例	
12	実施段階	投与速度の指示を誤認し、予定より早く注入した事例	腫瘍用薬
【対象者違い】			
13	実施段階	バーコードの利用手順を誤り、患者Aに投与すべき薬剤を患者Bに投与した事例	
【その他の間違い】			
14	マスター登録時	薬剤マスター登録時に薬剤の規格登録を誤った事例	
15	指示段階	薬剤投与中の検査が未実施だった事例	抗リウマチ薬
16	指示段階	変更指示の開始日時を誤った事例	インスリン
17	指示段階	服用回数の異なる薬剤を一包化した事例	抗腫瘍薬
18	実施段階	経口薬を包装部分(ヒートシール)から取り出さずにそのまま服用した事例	

平成17年10月31日
医療事故情報収集等事業
第3回報告書より抜粋

表7 薬剤に関連した医療事件事例の概要

No.	発生段階	事例概要	備考
【薬剤間違い】			
1		薬剤を間違えて量を記載した事例	腫瘍用薬
2	指示段階	患者にアレルギー歴のある薬剤を投与した事例	
3		類似名称薬間の薬剤間違いの事例	腫瘍用薬(一般名パクリタキセル・販売名タキソール:一般名ドセタキセル水和塩・販売名タキソール)
4	指示受段階	類似名称薬間の薬剤間違いの事例	腫瘍用薬(一般名パクリタキセル・販売名タキソール:一般名ドセタキセル水和塩・販売名タキソール)
5	実施段階	検査用の薬剤と注射薬を取り違えて投与した事例	
【薬剤量間違い】			
1		持参薬を継続する際に薬剤量を誤った事例	
2		薬剤変更の際に量を誤った事例	血液・体液用薬(血液凝固阻抑制剤)
3		薬剤量の入力を誤った事例	
4		プロトコルに誤りがあった事例	腫瘍用薬
5	指示段階	手書き指示で量を書き間違った事例	腫瘍用薬
6		オーダー・エントリー・システムで前回処方を書き写す際に誤った事例	
7		オーダー・エントリー・システムの入力ミス事例	
8		思い込みにより薬剤量を誤り投与した事例	血液・体液用薬(血液凝固阻抑制剤)
9		経静脈投与で投与量を誤った事例	インスリン
10		プロトコル作成の際に誤った事例	腫瘍用薬
11		薬剤の単位を誤った事例	
12		一回量を誤って調剤した事例	
13	準備段階	薬剤の単位を誤った事例	
14		薬剤の希釈の計算を誤った事例	
15		準備した薬剤の使用量を誤った事例	

No.	発生段階	事例概要	備考
【方法間違い】(経路・濃度・日数)			
1	指示段階	薬剤の添付文書に記載されている濃度より高い濃度で薬剤を投与した事例	メシル酸ガベキサート
2		薬剤の添付文書に記載されている濃度より高い濃度で薬剤を投与した事例	メシル酸ガベキサート
3		薬剤の添付文書に記載されている濃度より高い濃度で薬剤を投与した事例	メシル酸ガベキサート
4		点滴で投与すべき薬剤を静脈注射した事例	腫瘍用薬
5		持参薬を継続する際に投与方法を誤った事例	
6	実施段階	持続硬膜外注入を誤って静脈注射した事例	
7		筋肉注射で投与する指示を静脈注射で投与した事例	
8		経口投与する薬剤を経静脈的に投与した事例	
【速度間違い】			
1	指示段階	点滴指示の時間速度と投与時間を取り違えた事例	
2	実施段階	投与速度の変更が遅れた事例	
3		2台の輸液ポンプのルートを取り違いにより速度間違いが発生した事例	麻薬
4	観察・管理段階	経静脈投与で投与速度指示のある薬剤を予定より早く注入した事例	インスリン
【対象者間違い】			
1	実施段階	患者Aに投与すべき薬剤を患者Bに投与した事例	
2		患者Aに投与すべき薬剤を患者Bに投与した事例	
3		患者Aに投与すべき薬剤を患者Bに投与した事例	
【その他の間違い】			
1	指示段階	術前休薬がなされなかった事例	
2		定期薬変更時に無投薬が発生した事例	
3		術前休薬がなされなかった事例	
4		糖尿病歴がある患者の禁忌薬投与に伴う高血糖発生の事例	
5		患者にアレルギー歴のある薬剤を投与した事例	

No.	発生段階	事例概要	備考
6	実施段階	シリンジポンプの使用を誤った事例	
7	観察・管理 段階	末梢静脈からの癌化学療法実施中の抗腫瘍薬の血管外漏出	腫瘍用薬
8		末梢静脈からの癌化学療法実施中の抗腫瘍薬の血管外漏出	腫瘍用薬
9		末梢静脈からの癌化学療法実施中の抗腫瘍薬の血管外漏出	腫瘍用薬
10		末梢静脈からの癌化学療法実施中の抗腫瘍薬の血管外漏出	腫瘍用薬
11		患者の呼吸状態に変化が生じた事例	
12		退院後に患者が薬剤の中毒症状で再入院した事例	

平成17年7月29日
医療事故情報収集等事業
第2回報告書より抜粋

図表Ⅲ-9 第15回・第16回 ヒヤリ・ハット事例 記述情報 (薬剤)

No.	具体的内容	背景・要因
【指示段階】		
1	<p>本来「アルマル（5mg）」（β遮断薬、本態性高血圧症等を適応とする薬剤）を処方するはずが、処方箋に「アマリアル（5mg）」（経口血糖降下薬、インスリン非依存型糖尿病を適応とする薬剤）と記載されていた。薬局ではそのまま処方した。アマリアルは「1錠が1mg」であることを認識していながら、「5mg」と書かれていることの不自然さや間違いに気付かず、記載ミスを見逃しなかった。患者が従来通院していた病院を受診し、持参薬を薬剤師に見せたことから、当院に確認の連絡が入り、処方の誤りが発覚した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「アマリアル」と「アルマル」という類似名称の薬品を採用しているという認識がなかった。 ・ 全国で「アマリアル」と「アルマル」の取り違え事故があることは薬局では承知しており、括弧書きされた錠剤の含量については注意を払っていたつもりであるが見逃した。 ・ 薬剤師の欠員により監査業務に慎重さが欠如していた。
2	<p>動注・静注化学療法を行うにあたり、本来一日のみの投与の予定であったが、通常の投与方法（連日5日間、3剤併用）で実施してしまった。そのため、投与されるはずではなかった5-FUが約半日投与されてしまった。第2日目に誤投与に気づき、即座に中止した。その後、血液検査等で患者の経過を観察した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 治療法が明確にされていなかった。その原因として、確認不足、医師同士（上司）のコミュニケーション不足、カルテ記載不足が考えられる。
3	<p>外来で処方されていた「メレックス」（抗不安薬、ベンゾジアゼピン系、長期作用型）を処方する予定が、「メイラックス」（抗不安薬、ベンゾジアゼピン系、超長期作用型）の処方を指示した。さらに、実際処方されたのは「ソラナックス」（抗不安薬、ベンゾジアゼピン系、中期作用型）であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いずれも名称が類似している。
4	<p>中心静脈栄養中の患者へ、N（窒素）負荷軽減のため、医師がアミノ酸製剤を使用しない輸液指示を出した。薬局からは指示通りに輸液がセットされてきた。看護師が疑問に思い、使用上に問題がないか薬剤師へ問い合わせをした。薬剤師はカルテ上にN（窒素）負荷軽減の記載があることから、指示通りで間違いないと判断し看護師へ報告し、看護師は疑問に思いながらも実施した。翌日、薬剤師より連絡あり、医師へ報告、指示が変更になった。患者の容態に変化はなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師はN（窒素）負荷を考慮するのであれば、他のアミノ酸製剤を選択すべきであった。薬剤師は医師に対し、使用方法として高カロリー輸液のみでの使用は避けるべきであるとして疑義照会すべきであった。 ・ 看護師は薬剤師の見解に疑問を感じた場合は医師へ確認するべきであった。 ・ 輸液オーダーをコンピューター入力する際に警告メッセージが出ていれば未然に防げたかもしれない。
5	<p>透析患者の注射箋を書く時、「エスポー注」（エリスロポイエチン製剤）を「エボジン注」（エリスロポイエチン製剤）を「エボジン注」（エリスロポイエチン製剤）を「エボジン注」（エリスロポイエチン製剤）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 忙しかった。 ・ 「エボジン注」でも「エスポー注」でも一

平成18年3月8日
医療事故情報収集等事業
第4回報告書より抜粋

No.	具体的内容	背景・要因
	ン製剤）と記載した。	緒という安易な考えがあった。
6	主治医は「メイラックス」（抗不安薬、ベンゾジアゼピン系、超長期作用型）を処方していたが、コンピューター入力時に誤って「ソラナックス」（抗不安薬、ベンゾジアゼピン系、中期作用型）を処方した。	・ 思い込み。
7	人工呼吸器で呼吸管理中の患者に、臨時の指示で「プロスタグランディンF _{2α} 」の静脈注射の指示が出た。指示した医師は、ワンショット（一度に急速に静脈注射すること）で注射することは危険な薬剤であることを知らなかった。指示された看護師も知らず、「プロスタグランディンF _{2α} 」を生食20mlに希釈し、ワンショットで注入。患者は一時的に2段脈（不整脈の一種）が発生、動脈血酸素飽和度の低下を認めた。幸いこれらの症状は一過性のものであり、酸素濃度を挙げ経過観察したところ数分で症状は改善した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師は外来の診療があるので急いでいた。 ・ また、薬剤の効能等について理解はしていたが、使用方法について知識が不足していた。 ・ 指示を受けた看護師も卒後2年目であり、薬剤に関する知識が不足していた。 ・ 看護師は、今回の「プロスタグランディンF_{2α}」は緊急使用のケースではないので、薬局からの配薬を依頼するべきであった。 ・ 当薬剤に関しては、使用頻度は少なく、経験年数のある看護師であれば未然に防げた事例かもしれない。
8	胃瘻（いろいろ）造設予定の患者の内服薬確認がされておらず、術前日まで「ワーファリン」（抗凝固剤、手術の前には中止されることが多い。）が処方され、患者は内服していた。医師は「ワーファリン」を中止する指示を出し忘れていた。看護師も薬剤をチェックし忘れ、「ワーファリン」に気づけなかった。当日凝固系検査し、TT（トロンボテスト）は、胃瘻造設のための処置を行うことが可能な範囲内の値であったため、胃瘻を造設することができた。	・ 胃瘻造設予定後に処置を行う病棟への転棟となるので、内服薬のチェックが漏れ易い。
9	ペニシリンアレルギーの既往あり、との情報が入院時に得られており、コンピューターに禁忌薬剤として入力してあったが、耳鼻科への紹介状に「ペニシリンアレルギーあり」とのコメントを書き忘れた為、耳鼻科で口唇生検後の抗生剤としてペニシリン系の抗生物質である「ピクシリン」が処方された。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 禁忌薬剤についての記載が、紹介状に記入漏れであった。 ・ 投薬のチェック体制の不足。 ・ コンピューターのシステムの不備。

No.	具体的内容	背景・要因
10	持参薬（他の医療機関などで処方され入院時に患者が持参する薬剤）を継続投与するために入院時に処方された薬剤（「グラケール」）は、本院における今回の治療のために処方した薬剤（「ワーファリン」）に対し、その作用を減弱させるため併用禁忌とされているが、約1週間併用して服用していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の処方時の確認不足。 ・ 薬剤科における併用禁忌薬剤のチェックシステムの不備。
11	抗がん剤治療施行時に「タキソテール90mg」を投与する予定の患者に指示を出す際に、カルテには「タキソテール90mg」と指示を書いたが、注射処方箋に誤って「タキソール90mg」と書いてしまった。調剤する時に薬剤師が誤りに気付いたため訂正することができた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「タキソール」と「タキソテール」は名称が類似している。 ・ 注射処方箋を書いた後で確認しなかった。
12	「タキソール」と「タキソテール」の指示を誤ったが、あらかじめプロトコールが薬局に届けてあったので、薬剤師が誤りを発見した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ うっかり間違い。
【指示受け・申し送り】		
13	抗がん剤（「プリプラチン」）投与前の輸液の速度を1500ml/3時間30分で行うところ、500ml/3時間30分で行った。「プリプラチン」投与開始40分の時点で気付いた。そのことへの対応として、「プリプラチン」の投与終了後、さらに2000ml/hrの輸液を行う予定が3000ml/hrと増量するように指示が変更となった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指示受けが不十分であった。点滴は1本500mlであり、3本投与して1500ml投与する予定であったが、それらの点滴3本にそれぞれ「3時間30分で滴下」と書いてあったため、1本（500ml）に「プリプラチン」を溶解し投与してしまった。
14	5/3の朝食前の血糖が低く医師に報告。「患者に行っている持続点滴のうちソリタT3（電解質製剤）に混ぜていた「ヒューマリンR」（インスリン注射液）を5/3の夕方の分から今後中止する」ように指示が出た。5/6までの注射実施予定オーダーからソリタT3内の「ヒューマリンR」のみ返納した。5/4分の点滴はすでに病棟にあったため注射せんに返納と書き、申し送りにも中止指示があったことを書いたため、指示どおり「ヒューマリンR」は投与されなかった。5/5分はワークシートでは「ヒューマリンR」が消去されていたため、注射箋も既に変更された状態で点滴が病棟にくると思い込み、口頭で申し送らなかった。そ	<ul style="list-style-type: none"> ・ システムに関する理解が不足していた（実施予定の場合でも、変更すれば依頼された状態で注射箋と点滴が病棟にくると思い込んでいたこと）。その思い込みのために申し送りが不十分になった。

No.	具体的内容	背景・要因
	のために準夜の看護師は気付かず、変更前の指示通り、5/5の0時と12時の更新時に「ヒューマリンR」が混入された点滴が患者に投与された。	
15	医師より電話で、「ノボリン30Rフレックスペン」（混合型インスリン：速効型と中間型を混合したもの）を追加、という指示を受けたが聴き違い、「ノボリンRフレックスペン」（速効型インスリン）を病棟に払い出した。病棟看護師から間違いを指摘された。	<ul style="list-style-type: none"> 電話での口頭指示。
16	耳鼻科より処方された薬「ムコダイン（500）3×」が終了したため、臨時に主治医が処方した。その際に主治医は日頃より処方しない薬剤のために単位を記載せずに「ムコダイン 3×」と記載して処方した。院内採用薬は「ムコダイン（250）」のみであったために、薬剤部では確認せずに「ムコダイン（250）3×」で調剤し患者に渡してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 全ての医師に対して、処方箋の記載方法の徹底がなされていない点（業務手順・ルール）。 院内の採用薬についての周知徹底（情報の共有）。 薬剤師による調剤チェックミス（業務、労働体制）。
17	前日に患者のインスリン変更指示が出ていたが、変更が処置板に記載されていない（「ノボリンR」→「ノボリン30R」）。患者本人が「インシュリン朝28単位でいいよね」と聞きに来たため、処置板で確認し28単位でいいと伝えた。本人がそのまま「ノボリンR」を28単位注射した。当日退院時薬の説明に行った際に、処方されたものが「ノボリン30R」だったため指示簿を確認したところ、誤りに気がついた。	<ul style="list-style-type: none"> インスリンの変更指示を受けたときに処置板に変更が記載されなかった。 翌朝より「ノボリン30R」の予定だったが新しい薬品が本人へ渡っておらず、本人がそのままノボリンRを使用してしまった。
18	持続点滴でTPN（Total Parenteral Nutrition、中心静脈栄養）を投与する患者の、輸液内に混合するアミノ製剤が、「アミパレン」から「アミノレバン」に指示変更になっていることに気付かず、「アミパレン」と注射簿に転記ミスをしていた。そのため注射伝票も「アミパレン」と書いて請求されていた。輸液を混合し終わった後、リーダーが転記間違いに気付いたため、薬品破損として処理することとなった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示受け後にダブルチェックを行う際、リーダーが指示簿を読み上げて他の看護師がチェックするが、リーダーが思い込みをしている場合は、間違いに気付きにくい手順であると思う。 業務手順、ダブルチェックの方法、ルールの問題。
19	病棟薬剤師より「プレドニン」（副腎皮質ホルモン製剤）と「プレドニゾン」（副腎皮質ホルモン製剤）の両薬を同時に服用させているのか問合せがあった。看護師は増量の指示であり、同時服用するものと思っていた。カルテの医師指示欄を再度確認したが「プレドニゾロ	<ul style="list-style-type: none"> 処方に変更がある場合は、必ず医師に追加または中止後の与薬かを確認すると共に、カルテの記載と指示内容が間違いないか確認すべきであった。 医師も指示は口頭でなく、カルテ記載が基

No.	具体的内容	背景・要因
	ン」中止の記載がなかった。薬剤師に再度確認を促され、医師に確認したところ「プレドニゾン」は中止し「プレドニン」のみに変更する、ということが医師が意図した指示であった。カルテの記載が無い旨を伝えると「口頭で説明した。」と言われた。上司に連絡。直ぐ服用変更とし、経過観察となった。	本であるため、まず変更を記載した後に注意を促すために口頭指示をすればよかった。
20	デュロテップパッチ（麻薬）を張り替える直前（10：00）に「デュロテップパッチを2.5mgから5mgに増量」という指示が出た。その時処方されていたのは、前日に処方が入力がなされていたデュロテップパッチ2.5mg1枚と5mg1枚であった。「5mgへ増量」の指示を「さらに5mgを増量」と勘違いし2.5mg+5mg=7.5mg貼付してしまった。15時に医師に確認したところ間違いに気づき2.5mgのパッチを剥がした。	指示の確認不足。増量が急であり不自然ではないかと思ったが、患者がかなり痛がっていたので、「さらに7.5mg」が正しい指示なのではないかと思い込み確認しなかった。
【調剤・薬剤払い出し等】		
21	入院投薬にて「アビシヨット50mg」（前立腺肥大治療薬）を調剤しないといけないところ、「アビリットカプセル50mg」（抗精神病薬）を調剤してしまった。監査時に発覚する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤名が類似していた。 ・ 院内では「アビリットカプセル」の方が処方されることが多かった。
22	「ボルタレン（25）2T 分2」という処方が出たが、「ボルタレン坐剤 25mg」と思い込み、本来内服の「ボルタレン錠剤」であるにもかかわらず、坐剤を出してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 整形外科における「ボルタレン」の処方は、処方されるとしても坐剤の「ボルタレン」であろうという思い込みがあったため、確認を怠ってしまった。
23	「タケプロン」15mgと30mgを取り違えて調剤。病棟で発見され作り直す。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 普段から注意していることであったが忙しさのため確認がおろそかになった。
24	外来で「インテバン坐剤50mg」が処方されていたが、「インテバン坐剤25mg」を調剤してしまった。監査時に発覚する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 規格が2種類（25mgと50mg）あった。 ・ 「インテバン坐剤25mg」のほうの方が処方される頻度が多かった。
25	外来にて「アロートール0.5μg」（骨粗鬆症・骨代謝改善薬）を調剤しないといけないところ、「アルファロール0.25μg」（骨粗鬆症・骨代謝改善薬）を調剤し、投薬してしまった。患者が帰宅後に気づき、病院に電話で連絡があり発覚する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「アロートール」と「アルファロール」とは、名称は違うが、同成分の薬剤だった。 ・ 「アルファロール」の方が処方される頻度が多かった。

No.	具体的内容	背景・要因
26	薬局から指示と規格の違う利尿剤がセットされてきた。看護師のチェックで気がつき未然に防いだ。	<ul style="list-style-type: none"> 「ラシックス」(利尿剤)について従来は20mg/2mlという規格の製剤のみ院内で採用していたが、100mg/10mlという別の規格の製剤も最近採用した。 採用後、薬局払い出しでのミスが多い。
27	病棟ストック使用分の「アダラートL(20)1錠」(カルシウム拮抗薬)を「バイミカード(5)1錠」(カルシウム拮抗薬)と取り違えて調剤。そのまま薬剤監査でも見逃し、病棟へ払い出した。準夜の看護師が間違いに気付き、翌日正しいものと交換した。	<ul style="list-style-type: none"> 薬品名を確認せず、錠剤の色が茶褐色で同程度の大きさであったため、「アダラートL(20)」と判断したことが原因と思われる。 「アダラートL(20)」の場所に「バイミカード(5)」の返品が入っていたのを確認せずにそのまま出した。 当日午前中、調剤は普段より忙しかった。
28	「ナボバン」(5-HT ₃ 受容体拮抗型制吐薬)の処方箋で「ボナロン」(骨粗鬆症・骨代謝改善薬)を出してしまった。病棟で看護師が気付いて発見。患者に投与されることはなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤監査のミス。 金曜日の午後5時頃、監査に当たったの集中力の低下が背景にあると思われる。 処方箋確認をきちんとしていなかった。 思い込みで調剤してしまった。
29	注射箋調剤時、「エポジン注12000シリンジ1筒」(エリスロポイエチン製剤)を出すところを、誤って「エスポー12000」(エリスロポイエチン製剤)を出してしまい気付かなかった。病棟看護師より「エポジン12000を使用したいがエスポーが出ており、これでよいか」と連絡があり、すぐ「エスポー」を「エポジン」に交換。	<ul style="list-style-type: none"> 「エスポー」と「エポジン」は名前の感じが似ており、取り違えやすいので、自分でも気をつけていたが、「エポジン」と思いながら「エスポー」を出してしまった。 丁度、学生実習と管理者が休みのための人員交代で、薬剤部に人が多く混雑しており、通常一呼吸置いて確認できるところも、なかなかできないような状態であった。
30	就寝時に内服する「マイスリー」が、薬剤部門から10mgの規格のところ5mgで調剤されて払いだされたことに気付かず、10mg1錠投与のところ、5mg1錠を投与した。	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤をセットする際、他のことに気を取られていた。また、処方箋・薬袋・薬剤の規格を確認せず、正しくセットされていると思い込んでいた。 業務の手順・ルールやチェックの仕組みに関する問題として、ダブルチェックは、「他の人が確認しているから」と思い、再確認の際は大丈夫という思いで実施しがちで

No.	具体的内容	背景・要因
		あり、ダブルチェックが有効に働かない状況となりつつある。
31	当院の約束処方で、TPNC（「トリパレン1号1200ml+アミパレン400ml」）を調剤して出すところ、「C」と「G」とを読み間違え、「トリパレン2号1200ml+アミパレン400ml」を調剤し払い出した。病棟で間違いに気付き、調剤し直した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「C」と「G」とは見間違いやすい。また、当院のTPN伝票の見方にも不慣れで、見落としてしまった。 ・ チェックの仕組み、分かりづらい伝票の内容。エックの仕組み、分かりづらい伝票の内容
32	「アロシトール」（痛風・高尿酸血症治療薬）の処方のところ「アイトロール」（抗狭心症薬）を調剤し払い出した。病棟看護師も気付かず、夕食後に1錠服用した。深夜の看護師が薬剤の準備中に間違いに気付き判明した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 業務の手順・チェックの仕組み。 ・ 薬剤名の類似。 ・ 労働体制上の問題：休日でも薬剤の変更が頻発している現状で一人では難しい状況もある。年始の休日で、薬剤科ではダブルチェックができなかった。また、病棟の調剤に対応するのに作業が中断された。
33	時間外処方で「エイゾプト1%点眼液1本（1日2回朝夕）」（緑内障治療薬）の処方に対し、誤って「トルソプト点眼液1%1本」（緑内障治療薬）を調剤し、払い出した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「エイゾプト」と「トルソプト」とはどちらも緑内障治療薬であり、かつ名前が類似していた。薬剤名の類似による薬品の混同。 ・ 確認が不十分であった。思い込んでいた。 ・ 夜勤だった。多忙であった。
34	内服薬の単位を間違えて患者に渡した（「クラリシッド200mg」のところを「クラリシッド50mg」を渡した）。薬剤師と確認し薬剤を交換。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内に「クラリシッド」の規格が2種類（「50mg」と「200mg」）あることを知らなかった。 ・ 処方箋の指示にmgの単位がない。
35	インスリンの専用注射針の種類を本来「BDマイクロファインプラス」を渡すべきところ、別のインスリン注射器製品の専用注射針である「ペンニードル」を処方してしまった（ペンニードルは装着できない）。患者家族より連絡があり交換した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 業務手順確認。
36	処方オーダーにて、「アリミデックス」（抗がん剤、適応：閉経後乳がん）のところを「カゾデックス」（抗がん剤、適応：前立腺がん）を誤って袋に入れた。監査	<ul style="list-style-type: none"> ・ 思い込みによる、確認不十分。