

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9回 ヒヤリ・ハット事例「調剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
	【薬剂量間違い・計量・計数】		
17	ウロカルン(尿路結石治療剤)12錠を薬袋に入れるべきところ、3剤しか入ってなかったと患者から電話で指摘された。薬袋の記載は正しく、それぞれの薬袋の中に入っていた薬剤も正しかった。別件について、患者から救急外来へ問い合わせの電話があった際に指摘された。	当日は慎重に注意深く調剤をしたつもりだったが、計算間違いをしたという記憶が残っておらず、患者からの電話で気付いた。緊急の輸血オーダーの対応に追われていたせいかもしれない。	<ul style="list-style-type: none"> 患者へ服薬説明するだけでなく、実際に薬剤を薬袋から取り出して相互に確認し合うのがよい。完全な実施は難しいものの、できるだけそういう方法に改めたい。 救急薬局の事例である。1人で行っているため、自己監査はしっかり、いつもに増して行う。 患者に薬を渡す時、薬剤情報を見せながら説明をしているが、今後は薬自体を見せて本人とも確認しながら説明し、薬を渡す。
18	外来処方でワーファリン散(ワルファリンカリウム)21包のところ16包しか入っていなかったと患者家族から電話あった。患者は服用後だった。散剤分包時は分包者が包数入力後、助手が薬剤を薬袋に入れる際に包数確認し、更に包数をノートに記録するようになっていた。今回も記録が残っており包数21包、その後分包の検薬をし、合わせて3人が包数を確認している。患者にその旨説明し不足分5包のみ速達郵送した。	紛失・服用間違い・分包数間違いの可能性はある。	<ul style="list-style-type: none"> 散薬分包は分包者が処方箋・薬袋確認後に分包器の包数を入力し、分包後、助手が包数再確認しノートへ記録、更にその後分包監査しており、何重ものチェック機能を設けている。今後も前記の確認を徹底する。
19	抗がん剤の前投薬に用いるアイソボリン(活性型葉酸製剤)を2人分同時に用意していた。一方の患者は7バイアルであったのに対して今事例患者は6バイアルで指示が出ていた。調剤者はそれに気付かず2人とも7バイアルずつ調剤し監査者もそれに気付かず病棟へ払い出した。病棟にて看護師が発見し患者のは投与には至らなかった。	2人分を同時に用意するという設定、判断が間違いであった。調剤者、監査者の責務が実施されず病棟へ払い出されてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 調剤の方法を流れ作業的に行う習慣がその職場にある。一行為が完了してから次の行為に移るように周知、徹底指導した。 似た処方が続く時の思いこみ調剤の防止対策。 監査者は油断しない。監査者に限らず声だし、指さし確認を行っていく。

	具体的内容	背景・要因	改善策
20	<p>【薬剤量間違い・日数】</p> <p>入院患者に化学療法のCCR(放射線・化学同時併用療法)プロトコル(治療計画)が処方されたが、休薬期間4週間のところ主治医が思い違いで休薬期間3週間で入力し、薬剤部も気付かず調製し患者に投与された。病棟担当薬剤師が薬歴作成時に休薬期間が短い事に気づき病棟に連絡したが投与終了後だった。</p>	<p>処方医も鑑査薬剤師も3週間休薬後4週目には投与可能と勘違いした。本院の抗癌剤レジメン(プロトコルを簡潔に示したもの)は休薬期間の表現が3投1休、4週間、4週間1クール等様々で誤解を生じ易い。CCRプロトコルは同一処方を4週毎3回投与して1コースのため登録をday0-7・day28-35・day56-63(投薬日数毎)の3フォルダに分けてあるが、同一内容フォルダが複数あるプロトコルの場合、初回投与フォルダがその後も使われる例が多い。今回もday28-35フォルダを選択すれば医師も薬剤師も4週間休薬が必要と気付く事ができた。休薬期間より数日だけ短い場合、照会をためらう事がある。特に添付文書等に記載の一般的休薬期間を満たしている場合その傾向が強い。休薬期間のチェックは化学療法鑑査シートを用い前回投与日から計算しているが、処方箋出力時にチェックするのみで、その後の監査でチェックするシステムがない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本院の抗癌剤レジメンは表現方法を統一する必要がある。 ・同一内容でも該当投与日フォルダを使用した処方を徹底する。 ・プロトコルに決められた休薬期間を満たしていない場合、必ず照合する。 ・処方入力画面と処方箋上で休薬期間を確認できるようにし、各段階の監査で休薬期間を確認できるようにし、複数薬剤師でチェックする。

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9回 ヒヤリ・ハット事例「調剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剂量間違い・分包】			
21	経管栄養用処方のリピートル(HMG-CoA還元酵素阻害剤)とバイアスピリン(抗血小板剤)を散剤で調剤するところ錠剤のまま一包化して調剤し、監査者の確認を通り病棟搬送された。病棟より連絡受け、直ちに入院調剤室で再調剤し病棟で確認、謝罪し交換した。	調剤者は希望剤形の確認を怠った。監査者は薬剤名・用法・用量・処方日数に気を取られ、希望剤形が経管栄養用と気付かなかった。散剤秤量者・散剤監査者は調剤すべき処方を見落とす。	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤者・監査者は処方箋上の薬剤名・用量・用法・処方日数の確認に加え、希望剤形の確認を徹底する。 ・散剤秤量者は調剤すべき薬剤を見落とさない。
【患者間違い】			
22	経験年数約5ヶ月の薬剤師が内服薬を一包化する際、分包器に他の患者の名前を入力した。薬袋に入れる際に監査者(経験年数6年の薬局事務)も誤りに気付かず病棟に払い出した。病棟看護師が、確認中に間違いに気付いた。	確認不足。責任不足。新人教育がきちんと行われていない。危機管理意識の低下。	<ul style="list-style-type: none"> ・新人教育の見直し。 ・新人が調剤を行なったときは、上司が監査をする。 ・入力時の名前確認の徹底を図る。 ・誤認ミスに対し、安全ニュースにて取り上げる。
【交付もれ】			
23	外来へタキソール(腫瘍用薬)の個別セットを払い出す際、冷所に保存してあるデカドロン(合成副腎皮質ホルモン剤)4mg 3Aを入れ忘れた。外来師長から連絡があり、すぐ外来に届けた。看護師が気付いたため、患者には通常通り投与されたので、患者に説明はしなかった。	やり慣れた業務であったため、少なくとも3回くらいは見直したと思うが気のゆるみがあったかもしれない。外来に払い出す際に通常は看護師とダブルチェックを行うが、たまたま担当の看護師がいなかった。報告者の薬剤師は退院する患者の指導に行かなければならなかったため、外来で担当の看護師を待っていられなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・担当の看護師がいない場合、他の外来看護師に見てもらっては(ダブルチェック)どうか、第三者と読み合わせをするだけでもミスに気付く確率が高くなると思われる。

	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬袋・ラベル違い】			
24	レボトールカプセル(抗ウイルス剤) 3カプセル、1日3回食後朝1昼0夕2、14日分の処方に対する薬袋が自動薬袋発行システムで作製された際、薬袋の用法指示が朝1カプセル、昼2カプセルと誤って記載された。用法指示が誤っていることに薬剤部で気付かず病棟へ送付した。本来指示のない昼食後に2カプセルが服薬された。	処方オーダー上の用法指示が当ケースのように「朝1昼0夕2」と入力されていると、薬剤部の自動薬袋発行システムでは「0」が認識されずデータが前方に詰まる現象が発生する。その結果、今回は「朝1昼2」と薬袋に記載されてしまった。また、誤って用法が記載されていることに調剤者、監査者共に気付かず病棟へ送付した。	<ul style="list-style-type: none"> 処方オーダー上で用法指示に「0」を含む特殊な処方においては、自動作製された薬袋の記載内容についても間違いが起こりえることを認識し、十分に確認するよう注意喚起を行った。 システムの改善を検討した。
25	一包調剤のある処方を調剤した。長期投薬で一包調剤以外の薬が先に取り揃えられ、錠剤分包機が一包調剤を完了するのを待っている状況であったため、次の処方を調剤した。一包調剤が出来たため薬袋に薬を入れた。その時、薬袋のサイズにあわせて2つに分けて束ねた中の1つしか入れなかった。患者は薬の一部を受け取っているため、服用に支障はなかった。	薬の一部が残っていることが見つかったため、薬渡し窓口で薬を患者に交付済みであるか調べた。その結果、既に患者に交付済みであることが判ったため、患者に薬が一部薬剤部に残ってしまったことを連絡し、謝罪の上患者の希望で薬剤を送付した。	<ul style="list-style-type: none"> 一包調剤は錠剤分包機で自動的に調剤されるため、包数の確認は薬袋に入れる時に行なうこととなっている。 手順を遵守し、監査時も包数の多いものは、手順に従い読み間違いに注意する。
26	注射薬の輸液セットを取り揃えるために非実装薬品集計表を発行する際、プリンタートラブルがあった。そのため、払出実績表を発行し、薬品を取り揃えた。しかし、払出実績表では正しく取り揃えできないことに気が付き、非実装薬品集計表を再度発行した。しかし、払出実績表で既に誤って払い出されていたヴィーンF(酢酸リンゲル液)がそのまま病棟に上がってしまった。該当患者がなかったため患者の実害はなかった。	病棟から実施予定のない輸液が上がっていると連絡があり、非実装薬品表を調べた結果、薬品表にない薬品を注射セットで搬送していたことが判った。	<ul style="list-style-type: none"> 非実装薬品を確認する時は集計表で確認した後、表に載っていない薬品が混ざっていないか確認する手順として薬品の品目数を実際に取り揃えられた薬品をみて確認することで再発を防止する。 集計表の内容について理解し、トラブル時には必要な表をすぐに出せるようにする。

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9回 ヒヤリ・ハット事例「調剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
【分包器の故障・不具合】			
27	<p>リルテック(筋萎縮性側索硬化症用剤)を28錠粉碎し、内規に従い乳糖を加えて全自動分割粉包機に入れた。薬剤の落ちる速度が遅く、フィーダー(散薬を投入し少しずつ円盤に撒く部分)に薬剤が残っていたが、分包機は薬剤が落ちきったと判断してしまい、送り出されてしまった。調剤者がフィーダーに薬剤が残っていることに気づかず、監査者へ渡した。監査者が重量の少なさを指摘し、調剤者が分包機を確認したところ、フィーダーに薬剤が残っていた。</p>	<p>分包ミス(分包機誤差)の問題。観察不十分の問題。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・フィーダーに薬物が残っていないか必ず確認する。 ・全自動分割粉包機を過信しない。
【その他】			
28	<p>病棟薬局から上がってきた点滴を処理する際、病棟の取り決めに準じて伝票の処理を行い、投与時間・投与方法・配合禁の有無・医師の個別の指示の有無を確認して伝票を処理したが、冷所での保存の確認を怠ったため24時間常温に置いたままとなり薬剤を破棄する結果となった。</p>	<p>処方箋が一括になっており、誰かがすでに確認していると思った。処方箋に処理者の捺印がなかったため、おかしいなと思ったが、処方箋と薬剤の照合をせずに(薬剤保管方法については重要視していなかった)自分で印鑑を押した。今まで、点滴伝票の処理を途中で交代しても自分の印鑑を押しており、安易に確認印を押していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・処方箋の薬剤確認時、保管方法についても確認をする。 ・薬剤処理は(処方箋と薬剤確認)最初から最期まで責任を持って行き、責任をもって捺印する。 ・処方箋に捺印することの意味づけを本人はもとより、朝礼で再指導を行った。 ・詰め所会で薬剤コストを提示し自覚を持たせる予定。

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9回 ヒヤリ・ハット事例「調剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
29	入院してすぐ5FU(腫瘍用薬)の指示がでた。薬歴確認するとTS-1(腫瘍用薬)を投与中(中止されていない)であった。医師に確認すると患者には飲まないように指示したとのことであったが、病棟担当薬剤師が直接患者に確認すると服用続行していた。また残りの薬も持参していた。入院日を決めてからTS-1の処方が14日分(多めに)処方されていた。	化学療法に入院決定したらTS-1の処方も日数計算して処方すべきところ、多めに処方された。また患者への指導もあいまいであった(医師のみの指導であった)。医師の禁忌薬剤の認識が甘かった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 混注前に薬歴簿の確認。禁忌薬剤も確認し医師に疑義照会する。 ・ 禁忌薬剤については、外来も必要時薬剤師に指導を依頼する。 ・ 禁忌薬剤投与時は患者が理解されて守られているかどうか確認して、次の治療を行なう。
30	薬剤部製剤係において調製されたリン酸水素2ナトリウム注(院内製剤)に浮遊物が混入していた。	リン酸水素2ナトリウム注は薬剤部製剤係において、クリーンルーム内にて調製した製剤だが、製造工程で何らかの繊維が混入してしまった可能性が高いと思われる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬液の調製、アンプルの熔封を行う場所の変更 ・ 浮遊異物試験の実施者の制限 ・ 調製後アンプルの保管

	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤間違い】			
1	<p>産後精神障害が悪化し、救急入院となった。当直医は紹介元の医院に断乳剤を依頼し、家族が紹介状とともに持参した。引き継いだ当直医は、一旦休薬とした。月曜日に主治医が決定し、パーロデル(持続性ドパミン作動剤)開始と指示をしたが、精神状態が不安定であるため、翌日中止の指示を出したが、続行して与薬されていた。主治医は断乳剤をパーロデルと指示していたが、実際は後発品のテルロンであったため、中止の指示を受けた看護師は与薬内容にパーロデルがないため、処方切れで中止になったと判断した。主治医は、紹介状も薬剤も確認しないまま指示を出していた。断乳剤はパーロデルしかないと思い込んでいた。発見した看護師は、紹介状と薬剤を見ており、間違いに気付いた。</p>	<p>深夜帯の入院であり、薬剤科が当直していないため断乳剤を紹介元に依頼した。医師が紹介状と持参薬を見ていなかった。現在は後発品を採用しているため、思い込みは厳禁であり確認する必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師、看護師、薬剤師それぞれが入院持参薬の取り決めの遵守を徹底する。 ・ 入院した場合は、当院で処方する。
2	<p>抗がん剤TC439を他院より処方され内服されていた。内服の内容がTS-1に変更となり、TC439は内服中止となった。本人へ説明し、持参していた薬を預かり、新しく変更となった内服薬のみ看護師管理とし、ほかの血圧の薬などは本人管理としていた。本日朝内服状況を確認したところ、TC439も内服していた。本人に確認すると、「新しく持ってきてもらって飲んで」とのことであった。</p>	<p>患者の内服に対する理解の程度を十分に把握出来ていなかった。また、患者自身の管理であったため、配薬した薬以外の確認を十分に行えていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在内服されている薬について再度説明を行っていく。 ・ 1日の薬を配薬できる箱があるので、必ず確認をおこなっていく。

	具体的内容	背景・要因	改善策
3	入院時に持参したイトリゾール(抗真菌剤)を、入院後も継続して本人管理で内服していた。その後、イトリゾールを中止し、クラリス(マクロライド系抗生物質)へ処方変更することとなった為、本人に説明し、残っていたイトリゾールを預かった。数日後、薬剤師が服薬指導をしていると、本人が準備した薬の中に、イトリゾールがあることに気が付いた。確認すると、中止の指示後も内服していたことが判明した。	処方変更があった時点で持参薬を預かったが、全部ではなかった。持参薬の残数確認をしていなかった。患者に説明をしていたが、理解されていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 持参薬を中止する場合は、残数を確認し、本人に説明して全て引き上げる。 ・ 早めに服薬指導してもらうよう、薬剤師に連絡する。
4	入院時、整形外来からの申し送りで9日前からバイアスピリン(抗血小板剤)の内服中止であった。薬剤師に持参薬の鑑別入力依頼し確認してもらおうとバイアスピリンを内服していた事が判明した。主治医報告し医師、薬剤師とともに確認した。本人は外来での内服中止の説明時、別の抗凝固剤(ビーチロン錠)の方と思い中止していた。	入院時担当看護師が口頭で本人に確認したが自己管理であったため実際の薬を確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来で内服薬確認や中止をする際は、文書にする等実際の薬を示すなどの方法をとるべきであった。

	具体的内容	背景・要因	改善策
5	<p>他の病院で、禁忌薬剤であるカルバマゼピン(向精神作用性てんかん・躁状態治療剤)が誤って処方された患者が、薬疹と意識レベル低下で当院へ救急搬入された。当院にてステロイドによる治療を行い、退院に至った。退院当日、退院処方がないため看護師が医師へ問い合わせをした際、口頭指示にて「持参薬を持たせるように」と指示があった。看護師は、禁忌薬剤が入っているため薬剤師に持参薬から「テグレトール(向精神作用性てんかん・躁状態治療剤)を除いてほしい」というべきところ「ドグマチール(精神・情動安定剤)を除いて欲しい」と伝えた(本人はテグレトールと言ったつもり)。薬剤師は持参薬に「ドグマチール」が入っていないため、処方した調剤薬局へ問い合わせ、入っていないことを確認し看護師へ「ドグマチールは入っていない」と持参薬を渡した。看護師は患者家族へ他の病院からの持参薬を渡した。退院後、自宅で2回テグレトールを内服し、翌日入院時と同様の症状が発症し再入院となった。</p>	<p>持参薬は全て薬剤師の管理になっている病棟もあるが、一般病棟である当該病棟では基本的には持参薬を使用しないことになっている。しかし、他の病院にて30日分など処方されるので家族としてはその薬を利用して欲しいというニーズがある。このケースは、持参薬に関して入院中薬剤師の関与がなかったこと、担当の薬剤師が病棟のカンファレンスに多忙にて参加できなかったこと、カルテ上に退院に処方に関しての医師の記録がなかったこと、看護師の思い込み、など複数の要因が重なった。持参薬は会計に反映されないように内容を薬剤師がコメントとして処方内容に入力している。しかし、口頭指示であり、看護師がカルテ画面を確認しなかったこと(カルテには禁忌薬剤名が記入されていた)、薬剤師もカルテを確認していなかったこと、医師がカルテに退院時処方に関する指示を出していなかったことが問題である。看護師は「口頭指示受けメモ」にも記載をしていなかった。持参薬に関してのマニュアルは包括病棟での運用のみであった。一般病棟では患者の希望に応じて使用したり、使用しなかったりと様々であった。</p>	<p>・ 薬剤師のところで持参薬に関する一般病棟のマニュアルの作成をしている。</p>

	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤量間違い 過少・過量】			
6	他院にて処方された薬を「持ち込み薬処方」で入力する際、メドット(血糖降下剤)2錠分1朝食後服用を誤って1錠で入力した。その後継続処方時に、持ち込み薬を入力した錠数のおり処方され、患者より「朝の薬が1錠少ない」との言われたため、照合し誤った入力に気付いた。	日勤帯で入力する予定の持ち込み薬が、日勤帯を過ぎても入力できていなかったため焦りがあった。薬包の錠数を数えた際に、入力したものと行を間違えた。最終確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・入力時は落ち着いて、確実に入力するよう心がける。 ・薬情・薬袋・薬包間に間違いがないか確認し、疑義があれば照会する。
7	持参の麻薬を患者に確認した時は、オキシコンチン10mg分2で内服していた。入院後、指示簿に「10mg分2」と指示が入力されていたため、そのまま投与した。翌日、医師の記録を確認していると、「20mg分2」と入力されていたため確認すると、増量の指示を出したかったことが判明した。持参薬麻薬確認指示書には、看護師が確認した時のまま「5mg(1錠)1日2回」と記載されていた。	医師は指示変更した旨を、看護師に伝えなかった。電子カルテシステム上の機能がなかったため、持参麻薬は紙運用にしておき、指示はその紙の指示書に医師が手書きすることになっているが、行われていなかった。医師は、指示簿の入力量を間違えた。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、指示を変更する際、必ず看護師にその旨を伝えることを遵守する。 ・持参麻薬の運用について、再度周知、徹底する。

	具体的内容	背景・要因	改善策
8	<p>持参薬の鑑別時に医療情報提供用紙がなく薬袋の情報でデパケンシロップ(抗てんかん、躁病・躁状態治療剤)40mL分2で報告した。持参薬が切れた時点で医師が薬剤課の報告のまま40mL分2で処方した。薬剤課も1年目薬剤師と非常勤薬剤師で監査したが用量が多いことに気付かなかつた。3回服用したところで意識レベル低下、歩行困難となった。朝から傾眠、覚醒状態不良、食事が入らない状態で徐々に意識レベル低下、CT所見異常なくデパケン血中濃度上昇でデパケンシロップ用量が多かったことが判明した。看護師は医療情報用紙で12mL分2の記載を見ていたので混乱していたが医師に報告・相談しないまま服用させていた。</p>	<p>デパケンシロップなど用量チェックがかかる仕組みがなかった。看護師、新人薬剤師に要注意薬の理解・教育。医師と薬剤課、看護師間のコミュニケーション・情報伝達不足。持参薬の鑑別時に医療情報提供用紙を持参するルールの逸脱。病院間の情報伝達不足(希釈して使用の情報なし)。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・デパケンシロップに常用量をmLで表示。 ・リスク高い薬剤はパソコン入力時、上限値チェックがかかるシステムに改善。 ・持参薬鑑別時には医療情報提供用紙を必ず持参することを再徹底。 ・他病院へ地域連携室から情報提供について申し入れをする。
9	<p>服薬中毒にて入院の患者。レンドルミン(睡眠導入剤)、ルボックス(精神神経用剤)内服確認後、付き添いの人がいなかったため、床頭台に薬を入れてしまった。付き添いの母親がいないうちに、残っていた薬を全部(レンドルミン7錠、ルボックス16錠)飲んでしまった。</p>	<p>精神状態が悪く、多量内服してしまった患者の近くに薬を置いてしまった。本人は何もかもいやになり死にたいと思っていた。薬の残量を確認した後、母親がいるので大丈夫と思い、床頭台に残薬をしまったしまった(付き添いの人に残薬をしまった事は伝えた)。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬は看護師管理とする。 ・家人に渡して管理してもらう。 ・患者の状態に応じた対応が必要。

	具体的内容	背景・要因	改善策
10	<p>ラシックス(利尿降圧剤)20mgの1/2錠服用の指示がでた。持参薬の入った薬袋の中に薬包紙に包まれた薬があった。その中には1/2錠になった錠剤があり、表にラシックス20mgと書かれていた。錠剤を見た看護師は、20mgの1/2錠か40mgの1/2錠かは、わからなかった。しかし、患者が「ラシックス20mgの半分です」と言ったので、内服してもらった。他看護師の指摘で、錠剤は、40mgの1/2錠だったことが分った。</p>	<p>薬包紙の表にラシックス20mgと書かれた1/2錠になった錠剤が入っていた。1/2錠になった錠剤が40mgを1/2錠にしたので20mgと表示したのか、20mgを1/2錠にしたのか判らなかった。看護師は、錠剤を見ても20mgか40mgかの判断が付かなかったが、それ以上の追求はしなかった。長期間内服している患者の言葉を信じて、内服してもらった。持参薬の確認を薬剤師が行うシステムを活用していない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の確認は、薬剤師が行うことの再確認。 ・疑問は、紹介状や処方箋で確認する。
11	<p>持参薬を患者が持って来なかったので医師に処方してもらった。ダイアート60mg(持続型ループ利尿剤)1錠1日1回内服していた。処方はダイアート30mg 2錠1日1回内服であった(当院はダイアート60mgは採用されていないために30mgを2錠とする指示を出した)。看護師は患者にダイアート30mg 2錠渡そうとすると患者に「いつも1錠である」と言われて患者の言葉に従い30mg 1錠のみ内服してもらった。夕方医師から指摘されて間違いに気付いた。</p>	<p>内服確認する時点できちんと確認しているが、患者の言葉に対して医師指示書・処方指示を確認せずに患者の言葉をそのまま鵜呑みにしたこと。内服した後の指示確認を実施していない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に渡すときには必ず処方箋を持参し、確認して渡す。 ・患者の言葉で確認するときは必ずカルテに戻り、確認をする。 ・持参薬は事前に入院時に持ってきて頂くように説明しておく。

	具体的内容	背景・要因	改善策
12	入院時当院の他科外来受診時の薬を続行するように指示が出た。看護師がその都度配薬をしていた。昼に配薬しようとしたら他の薬と一緒にホッチキスで留めて「○日昼」と記載していた薬があった。全部が昼の分と思い、数を数えずに全部渡した。夕方の看護師が薬がない事で、昼に患者に渡した中に夕の分も含まれていた事に気付いた。	与薬時には持参薬の内容を印刷したものと確認し、与薬するようになっている。数が多いものについては個数を確認しているが、確認せずに渡している。院内外来での持参薬については、入院時薬剤師の関与はない。	<ul style="list-style-type: none"> 薬の内容を確認してから服薬する必要性を再度教育する。 入院時の持参薬確認時、わかりやすく整理を行う。
13	入院時、前立腺肥大のため持参薬にセルニルトン(前立腺疾患治療剤)6錠×3があったが、入院後中止になっていた。再開となり、看護師管理で与薬していた。指示内容はセルニルトン6錠×3と記載していた。しかし、薬品名のみ確認したために2錠与薬のところを1錠与薬した。夜勤の看護師が夕方の与薬準備時に1錠残薬が多い事を指摘されて、過少投与に気が付いた。	通常の入院時の与薬システムでは、与薬の実施入力に薬品名と1回用量まで出るが、持参薬の場合は看護師が「持参薬」の予定を入力しないと持参薬があることを表示されない。入院途中から開始になっているので予定入力できていない。また、用量までは表示されない。	<ul style="list-style-type: none"> 指示受けしたリーダー看護師は指示受け時に作業が終了してから、指示受けサインをする。 与薬業務は持参薬であっても薬袋には、用量・服用方法・服用時間が明示されているので、与薬の原則の添って確認後に与薬することを個人指導する。
【薬剂量間違い・重複】			
14	入院時、患者が自分で持ち込んだ薬剤と当院で処方された薬は同じものであり、同じ薬を2回内服していたことがわかった。内服薬は今後看護師管理とすることを、患者に説明し謝罪した。	患者が理解できるよう説明してなかった。指示簿にも記載はなく確認出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者が納得されるまできちんと説明し、理解されたかどうか確認する。 指示簿にも、薬について看護師管理か患者管理かをはっきり記載する