

	具体的内容	背景・要因	改善策
15	<p>持参薬の薬袋が見当たらなかったため医師に報告しプレドニン(合成副腎皮質ホルモン剤)4錠が処方された。配薬時、持参薬と当院処方薬の薬袋があり調べると、3日間他院で処方されたプレドニゾン(合成副腎皮質ホルモン剤)4錠と当院処方薬のプレドニン4錠が重複与薬していたことがわかった。医師の指示で持参薬は中止となった。</p>	<p>配薬時は処方箋と照合し行なっているが、同じ薬効で重複していることに気付かなかった。入院時持参薬がある場合は、薬効についてDI(医薬品情報)レポートで確認したり、医薬品集で調べたりするが、DIレポートは依頼しても返事が遅くなることが多くあまり利用されていない。入院時に関わった看護師だけわかって他の看護師にそれを共有していない。配薬時に毎回調べることはなく処方箋と照合するのみで薬効がわからないまま配薬していることがある。</p>	<p>・薬剤部と検討し、DIレポートはできるだけ早く返してもらうということでDIレポートを利用しそれを薬袋と一緒に置き配薬時に確認できるようにする。</p>
16	<p>配薬時、院外処方薬の持参薬アムロジン(血管拡張剤)と当院処方薬のアムロジンが重複処方されていて1日重複して内服したことに気付いた。患者は特に変わりなかった。医師に報告し当院のアムロジンが中止になったため、看護師が一包化の中から取り除く作業を行なったが、しおりに記載されているアムロジンの写真が採用変更前のものだったためにそれに似た外形の他の薬を取り除いていた事に気付いた。</p>	<p>当院処方薬については、変更があって薬を取り除いたり別包するときは薬剤部が処理をするようになっているが、看護師がその作業を行なったために間違いが生じた。アムロジンが採用変更になっており外形が変わっていたがしおりは古い外形のままだった。今まで院外処方薬の持参薬は薬剤部は取り扱わないことになっており、処理を看護師がすることがあった。</p>	<p>・薬剤部を取り除いたり別に分包する時は必ず薬剤部が関わる。 ・院外処方薬についても相談すればみてもらえるようにする。 ・採用変更があった場合はしおりを更新する。</p>

	具体的内容	背景・要因	改善策
17	<p>退院当日、看護師から薬剤師に患者家族へ薬を渡すよう依頼された。その際、持参薬と当院処方薬の残薬の日数合わせの依頼があり、看護師より受け取った薬を日数合わせして家族へ渡した。その後退院先の施設より、薬の重複があるとの問い合わせの電話が入り、間違いが発見された。日数合わせをしたのは寝る前の薬のみで、他の薬は患者が持っていた。(寝る前の薬のみ看護師が管理していた)。日数合わせをした際、渡された薬に朝・夕の薬が入っていたため朝の薬が重複した。</p>	<p>情報の伝達、連携と情報共有のあり方の問題点。内服薬が本人管理か看護師管理かが明確でなかった。業務、労働体制上の問題点。CAG(心臓カテーテル検査)を施行する患者の送り迎えで、スタッフ不在の時間が長かった。(CAG件数の多い日だった)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内服薬が本人管理であるのか、看護師管理であるのか、全部であるのか、一部なのか必ず確認する。</li> <li>・日数合わせ(定期薬合わせ)をする際には、すべての薬を受け取る。</li> <li>・他に薬がないか必ず確認する。</li> </ul>
【投薬忘れ・内服忘れ】			
18	<p>主治医は、入院時に持参薬続行との口頭指示を出したが、看護師には伝達できておらず、指示簿にも持参薬続行との記載がなかったため、投薬されてなかった。主治医は患者から内服していないとの報告を受け、持参薬を内服していないことを発見した。内服しないことよって、心不全増強の可能性、糖尿病薬は、血糖値コントロール不良の危険性があった。</p>	<p>口頭指示が本当にあったか、今となってはわからない。病態に対する知識がない。</p>	<p>口頭指示受け票の作成をした。</p>
19	<p>持参薬のプロマック(亜鉛含有胃潰瘍治療剤)、タケプロン(プロトンポンプ・インヒビター)、ガスモチン(消化管運動促進剤)の継続内服と院内処方薬で他の薬剤が処方され、投与するよう指示がでていた。入院4日目、胃部不快感があり外科受診してタケプロンが処方された。指示を受けた看護師が不信に思い再度これまでの処方を確認すると、持参薬確認表が患者ファイルの中にしまわれていた。そこで、入院時より投与していなかったことが判明した。</p>	<p>入院後、院内処方薬も出されたため、持参薬分は返納とってしまった。入院時、指示を受けた看護師は、院内処方薬と持参薬の内容の確認をしていなかった。電子カルテ上は、持参薬に対しても実施入力がかされておられ、投与忘れに気が付かなかった(一括入力していた)。電子カルテのシステム上、紙ベースで確認していかなければならないものもあり、運用が煩雑になっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内処方薬が出た場合は、持参薬との重複がないか等、薬剤名の確認を怠らない。</li> <li>・実施入力は、内服を確認してから入力することを徹底する。</li> <li>・与薬に関する電子カルテシステムに対する問題点を出し、業者に改善要求していく。</li> </ul>

	具体的内容	背景・要因	改善策
20	面会に来ていた家族より、「糖尿病の薬(グリミクロン・メルビン・ベイスン)を入院してから本人が飲んでいないと言っているんですが、飲まなくて良いでしょうか」と申し出があった。15年前から糖尿病があり、入院前は飲んでいただけのこと。入院時の指示として持参薬の中止の指示は特になかった。本人に聞くと「入院時には内服するようにということは聞いていないから、内服しないでよいと思ったとのことであり糖尿病薬は内服されていなかった。	入院時に持参薬の継続か新規処方かを看護師が医師に確認した際に、後で継続か中止の指示を出すと言ったが、その後指示していなかった。看護師は医師が検討後に指示を出すことと確認を申し送ったが、次の勤務者が医師に再度確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時に持参薬を確認した際に継続か中止の指示をもらう。</li> <li>・内服確認のフローシートを設け、内服確認を行う(特に食前薬)。</li> <li>・入院時医師指示簿に入院時持参薬の項目を設けた。</li> </ul>
21	PDT(光線力学的療法)で入院している患者。持参の内服薬(降圧剤)を自己管理していた。退院日の朝、内服状況を確認すると、入院以来2日間内服をしていなかった事がわかった。	患者はPDTの治療を受けている入院中は、今まで飲んでいた薬を併用してはいけないうちで、入院時、看護師は説明をしたが、自己判断で中止してしまっていた。自己管理の患者だったため、各勤務帯の看護師の内服確認があいまいだった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎回、口頭確認をすることで内服を促す。</li> <li>・PDT入院で持参薬を飲んではいけないと思う人がいる事を周知し、入院時の内服に関するオリエンテーションを確実にこなう。</li> <li>・空き袋や残薬を確認する。</li> </ul>
22	手術目的にて入院した患者。入院時、看護師が持参薬の数量・種類を確認し、用紙に記入後、自己管理となっていた。内服薬が無くなる術後2日目、新しく処方された薬と入れ替えようとした際、持参薬は自宅に持ち帰り全く内服されていない事が判明した。患者の状態に異常は無かった。	患者の自己管理であるが内服薬の自己管理のアセスメント不足。患者に対する服薬指導と説明不足。内服されているかの確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に応じて、看護師管理にするか自己管理にするかを検討しているが、どちらか迷った時は、まず看護師管理として、自己管理に移行すべきかを検討していく。</li> </ul>

	具体的内容	背景・要因	改善策
23	持参薬が定時からセットされていないことを見過ごしていた。患者と朝の薬の錠数を確認して内服したがその時は看護師も患者も気付かず、患者自身から「皮膚科の薬飲んだかしら」と指摘を受け、持参薬がセットされていないことに気付いた。その時点で内服してもらった。	ワークシートと処方箋を照らし合わせて、その後、薬剤を与薬庫から取り出し処方箋と照らし合わせた。その時に薬包を先に確認したため、精神科薬だけなんだという思い込みが強く処方箋を一枚目しか見ていなかった。定時薬セット時の確認も不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もう一度基礎に戻って日々の業務を行なう。</li> <li>・自分が与薬カートに出した薬剤に関してはワークシートの印鑑の欄にチェックを入れることを徹底していく。</li> <li>・定時薬チェック時の持参薬がもれないように、対策を検討する。</li> </ul>
24	継続で服用していた他院からの持参薬が内容変更になったため患者の家族が新たに持参した。その処方内容で服用開始するよう、主治医より指示が出たため、看護師より薬剤師に新たな薬のセットを依頼された。セットをするにあたり、日数調整を考慮して、それまで服用していた持参薬を全て廃棄し入れ替えてセットすることとなった。病棟で既にセットされたもの(それまで服用していた持参薬と当院処方の定期薬をホチキス止めしたものは)看護師が病棟にて廃棄となった。廃棄する際にその定期処方も同時に廃棄となることを見落として廃棄し、当院処方の利尿剤が2日間、投与されなかった。次回定期処方の配薬の準備をしている時に配薬漏れに気づき、病棟看護師・主治医に報告。発見当日は時間がずれたものの夕方に服用してもらったこととなった	薬剤の廃棄を看護師にまかせてしまった。廃棄される持参の薬剤に当院の定期処方も一緒になっており、そのことに対する説明が足りなかったことと、持参の薬剤だけが廃棄されるだろうという思い込みがあった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤に関することはすべて薬剤師が行なう。</li> <li>・薬剤の変更、中止、廃棄など、電話確認で済ませず、病棟または調剤室で薬剤師自身が行なう。</li> </ul>

	具体的内容	背景・要因	改善策
25	入院時、屯用内服のオプソ内服液(癌疼痛治療剤)を持参され、入院期間中使用されないまま、病棟金庫にて保管していた。退院時、オプソ内服液を本人に返却し忘れた。後日、他のスタッフが気づき本人へ連絡した。	入院期間中に使用歴がなかったため、麻薬使用患者という認識がなかった。また、指示簿の持参薬に記載されていたが、確認を忘れた。	・退院の準備時は、薬剤が保管されているところは全て確認する必要がある。
26	退院時、持参薬が2袋に分かれて保管してあることに気付かず1袋だけ返却して退院させてしまった(持参薬預かりチェックシートには2つありと記載されていた)。	退院指導内容を考えながら退院の準備をしていたため、作業に集中していなかった。持参薬置き場から1袋見つけ出し、2袋になっているとは思っていなかったために持参薬置き場のほかの袋は軽く目を通しただけだった。持参薬チェックシートにサインすることを忘れていた(チェックシートには2袋ありと記載されていた)。持参薬を渡す際、薬の内容など患者と確認したが預かったものが全てかは話をしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアルどおりに持参薬を返却するときにはチェックシートにサインをする。</li> <li>・持参薬を別々に預かり複数の袋になるときは、なるべく一袋にしておく。</li> <li>・ひとつの作業をするときは集中して行う。</li> <li>・患者に持参薬を返却する際は預かったもの全てであるか確認する。</li> </ul>
<b>【用法間違い】</b>			
27	週1回の服薬日にリウマトレックス(抗リウマチ剤)を与薬するのを忘れてしまった。リウマトレックスは持参薬であった。医師の指示表には「1回/週」とのみ記載されていたが、投与日の指示はなかった。患者からの情報で月曜日内服とわかった。	与薬時は処方箋控えと薬品を照合して与薬しているが、持参薬は処方箋控えがない。医師が、処方指示表に続行する処方内容を記載することになっている。投与日まで記載がない。診療科が異なると薬品の知識が不足している。指示表を確認が不十分であった。	・持参薬の処方指示を正しく記載し、処方控えに変わりに指示表のコピーと照合し与薬する。

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「持参薬」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
28	持参薬をセットする際、食後薬を医師が画面上「食前」と間違えて入力していた。しかし、それに気付かず医師への確認を怠り他の看護師がセットした薬のダブルチェックを行った。実際には食後に内服する薬であったため患者への影響はなかった。	薬をセットする際、隔日投与ということに気をとられハードコピーした処方箋の「食前」という部分を確認せずにダブルチェックを行った。医師がワークシートに記載した指示には「メルカゾール(抗甲状腺剤)(5)1錠・1×朝 隔日内服」と記載されており、食後薬か食前薬かの記載がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬のダブルチェックする際は(セットの際も同様に)マニュアルに従い、投与する時間についても確認を行う。</li> <li>医師の指示を受ける際は食前・食後についての確認を行い記載してもらおう。</li> </ul>
29	持参したチラージン(甲状腺ホルモン剤)は朝1回、隔日投与の指示であったが、入院翌日より2日間連日投与してしまった。患者の状態に変化はなかった。	電子カルテシステムのオーダーは、隔日投与の指示ができず、コメント対応となる。経過表のタイトルでは、コメントが見れず、実施画面でも見落としてしまった。入院当日の朝、内服してきていたかどうかの確認もしていなかった。患者は高齢であり、自己管理能力が乏しかったため、看護師管理にしていた。よって、患者自身も用法の違いに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院当日には、その日の朝(午後入院の場合は朝昼等)に、内服済みかどうか確認する。</li> <li>特殊用法は、電子カルテ上、付箋で注意喚起する。</li> </ul>
【その他】			
30	服毒自殺による薬物中毒疑いで入院時に患者家族が定期服用薬を持参した。当該薬剤師は持参薬(精神科薬)の内容を確認し薬剤師記録に記録した。持参薬確認済みの旨を病棟看護師に伝えたが、担当医に伝えなかった。担当医が服用薬を知ったのは翌週の火曜日であった。担当医から患者家族への説明時に、定期服用薬は既に届けられていることを知った。	医師は、薬剤師が持参薬を確認した際に、「薬剤師記録」にその内容を記載していることを知らなかった。持参薬を確認後に、入院後の持参薬をどうするか(継続または中止)確認しているが、マニュアルには記載されていない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>その日のうちに、持参薬情報を直接医師に伝える。</li> </ul>

	具体的内容	背景・要因	改善策
31	入院時に持参する薬剤の確認をした。当院で処方された重症筋無力症の治療剤であるメスチノン(重症筋無力症治療剤)とデパス(精神安定剤)を持参していた。重症筋無力症の患者にデパスは禁忌であることを見落とし、看護師から禁忌ではないかと問い合わせがあり、発覚した。	知識不足。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 持参薬の調査を行う際に、添付文書で禁忌の情報を確認する。</li> <li>・ コンピュータ上に持参薬を入力することでシステム上で警告が出せるシステムを構築する。</li> </ul>
32	患者が他院から持参した内服薬フルジサル(抗精神病薬)25mgを継続しようと、研修医がフルジと入力するとエリスパン(精神安定剤)0.25と変換された。規格が違うためおかしいと思って薬品集を調べたが、フルジサールの項目にエリスパンは載っておらず薬剤師に確認した。そこでフルジサルは当院ではグラマリールであることが分かった。	持参薬はマニュアルで薬剤科で確認することになっており、知っていたが手間を省こうとしてそのマニュアルを守らなかった。事前に違う薬を入力したところ旧薬剤が新規採用薬剤として変換されたため、違う名前が出たときに新規採用薬かなと思ったが単位が違うので確認した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 持参薬の確認を薬剤科に依頼するマニュアルを守る。</li> </ul>
33	持参薬でポリフル(過敏性腸症候群治療剤)3.6g×3(3.6gは1日量)で内服していた患者。当院採用がなくコロネル顆粒が代替薬であることがわかった。そのため医師にコロネル顆粒(0.6g/包)3包×3で処方してもらい内服してもらった。その後他看護師より、ポリフル(1.2g/包)とコロネルの用量が違うがそれが正しいのかと指摘があった。薬剤師に確認したところ処方されているコロネルは6包3×で内服すべきであったことが発覚した。	代替薬と言われた時点で、コロネルを処方してもらえばいいと思い、用量を確認しなかった。医師にはポリフルが3.6g×3と書いた持参薬情報用紙を渡し処方依頼したが、医師がコロネル0.6g 3包3×で処方した。医師に早く処方してもらわなければならない、と焦ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬の量の確認を確実にする。</li> </ul>

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10回 ヒヤリ・ハット「持参薬」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【薬剤間違い】</b>			
1	持参薬の薬剤サイレース(睡眠導入剤)がなくなり、医師が当院から処方する際、間違っサイレイトウ(漢方製剤)を処方した。本来サイレースを服用しなければならなかったが、看護師も疑問を持たず紫令湯を準備し、4日間与薬した。患者はそのまま疑うことなく服用した。患者に不眠などの影響はなかった。	処方時の医師の薬剤に対する認識が不足していた。患者の病態と薬剤の関係について十分理解していなかった。看護師は、紫令湯は漢方であり、就寝時に服用するものではないことを疑ったが、名前も似ているため確認を怠った。薬剤師として薬効を十分理解していながら、就寝時に漢方が処方されたことについて疑義照会を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の病態と薬効を関連させて考えることを徹底した。</li> <li>疑問に思ったことはそのままにせず、必ず確認することを話し合った。</li> </ul>
2	入院時の持参薬ニューレプチル(精神神経用剤)が当院採用のセロクエル(抗精神病剤)に変更になる筈が医師の処方間違いによりセロクラール(鎮暈剤)が処方されており薬剤師も気付かず調剤した。退院になる際も気付かず残薬を渡した。その後、再入院になった際に別の病棟の薬剤師により指摘され発覚した。薬剤師は退院30分前に指示があり焦って処理を行いニューレプチル=セロクラールだと思い込んでいた。	本来投与すべきニューレプチル統合失調治療薬はセロクエルであるが、3文字類似の脳梗塞治療薬セロクラールを処方間違いした。新人医師の薬剤採用の問題。薬剤師は退院30分前に指示があり焦って処理を行いニューレプチル=セロクラールだと思い込んでいた。業務、労働体制、連携の問題。知識不足や3文字類似薬の監査ミス、チェックの仕組みの問題。	<ul style="list-style-type: none"> <li>セロクエルやセロクラールのような、間違い易い頭3文字類似薬は監査方法を徹底する。</li> <li>医師は退院指示を前日に行うルールを作る。</li> </ul>
3	入院時、院内処方の持ち込み薬を看護師がセットした時に、ムコスタ(胃炎・胃潰瘍治療剤)を間違えてムコソルバン(気道潤滑去たん剤)をセットした。	ダブルチェックで確認したが確認が不十分であった。薬剤師に相談をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟薬剤師との連絡をとりあう。</li> <li>当院処方の持ち込み薬のセット化を薬剤部で対応する。</li> </ul>



	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【薬剤量間違い 過少・過量】</b>			
4	<p>外来からの持ち込み薬である抗癌剤ペラゾリンとラステットを、10日毎に1錠・1包ずつ内服するところを、倍量内服させてしまった。入院時の看護師の情報によると、2種類2つずつ内服との情報があった。毎日家人にて薬のセットがされていたため、就寝前に看護師で確認したところ、明日内服予定の抗癌剤が1つずつしかセットされておらず、看護師は2つずつセットし直した。翌日内服時、患者より薬が多くないかと質問があり、看護師は外来カルテで処方を確認するが、カルテはそれぞれ2つずつ投与の記載であった。「長期旅行のため」「実際は今まで通り」との記載もあったが、薬袋にも2つずつとの記載があったため、看護師は患者に説明し、2つずつ内服してもらった。その後患者が家人に薬を多く飲んだ旨を伝え、家人より主治医に報告があり、主治医からの看護師への確認で倍量内服させたことが発覚した。患者は白血球が低下したため、ノイトロジンを投与することとなった。</p>	<p>抗癌剤の治療に関する知識がなかった。外来持ち込み薬の、点検・薬のセットに関するチェックの仕組みがなかった。看護師が入院時に一人で全て行っていた。主治医に持ち込み処方の確認をとっていなかった。外来では受診日調整のために倍量で処方されていたが、病棟看護師にはカルテ記載からは分からなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持ち込み薬を、薬剤科でチェック出来る機能を作れるか検討する。</li> <li>・わかりにくい処方については、必ず主治医に確認するよう指導する。</li> <li>・注意の必要な処方箋は、マーキングする等病棟内の手順を見直す。</li> <li>・倍量処方のシステムを見直す。</li> </ul>
5	<p>術後の疼痛指示でボルタレン座薬25mg(鎮痛・解熱・抗炎症剤)が処方されていたが、持参の50mgを使用したと後で報告があった。患者は入院直前にぎっくり腰を発症し、他の病院で50mgを処方され持参していた。患者には25mgが別に処方されていることを説明していなかった。また看護師は持参の坐薬があることは把握していたが、容量の確認をしていなかった。</p>	<p>持参薬があることは把握していたが、実物で容量の確認をしていない。患者に持参薬とは別に違う容量の坐薬が処方されていることを説明していない。鎮痛剤は持参薬であっても病棟管理にするよう決めているが、患者の元に置いたままにしていた。疼痛の観察不足であった。座薬の冷所管理ができていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時の担当者が必ず持参薬を確認し、記録に残す。</li> <li>・鎮痛剤は、病棟管理とする。</li> <li>・持参薬であっても原則として預かる。</li> <li>・薬が変更になった場合の患者への十分な説明を行う。</li> </ul>

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10回 ヒヤリ・ハット「持参薬」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
6	<p>持参薬調査を行い、薬の内容をディオバン80mg(選択的AT1受容体ブロッカー)のところ40mgと記入した。医師は、その調査票を見て処方オーダーした。持参薬の内容は薬剤部のシステムに登録されており、処方を監査した薬剤師が登録内容と違うため処方した医師に問い合わせた。医師は調査票の内容を信じ、ディオバン40mgでよいと返答した。後日、病棟担当薬剤師が間違いに気付いた。</p>	<p>月曜日は1日に10人以上の患者を回らなければならない、また、その日は、遅出で17時には薬剤部に戻らなければならないため急いで仕事を行っていた。</p>	<p>・持参薬調査票の記載は落ち着いて正確にする。</p>

	具体的内容	背景・要因	改善策
7	<p>持参薬ルーラン(抗精神病剤)、アキネトン(抗パーキンソン剤)を「3錠/分3、毎食後」内服する指示がカルテに記載してあった。1回3錠ずつだと思い込み、夕食後に各3錠ずつ内服させてしまった。また患者は入室時から失見当識があり、ルート類を気にしたり、安静が守れない状態であった。そのため患者にルートトラブル、転落がないよう見守りながら、薬の確認を行っており何度も確認行為が中断していた状況であった。深夜看護師が内服薬の確認をしていた際に、間違った錠数がセットされていることに気づき、残薬の錠数を確認したところ、前日夕方分の内服薬を間違った錠数で内服させていることに気付いた。</p>	<p>CCU(心疾患集中治療室)では持参薬の取り扱いがほとんど無く、「〇錠/分〇」という指示の見方に慣れていなかったが、他のスタッフに投与方法を確認しなかった。ルーラン、アキネトンを内服させるのは慣れていなかったため、添付文書の確認を行ったが、副作用の確認しなかった。患者は入室時から失見当があり、ルート類を気にされたり、安静が守れない状況であった。患者を見守りながら薬の確認をしており、集中して薬の確認ができる環境でなかった。CCUでは内服薬をセットする人、内服させる人は違う人が行い、ダブルチェックできるようなシステムにしているが、今回は入室直後であり、自分でセットをし内服もさせたため、ダブルチェックができなかった。</p>	<p>・自分は「〇錠/分〇」という指示の見方に慣れていないことを認識し、最低2回は指示簿と薬を確認し、自分の投与方法が添付文書に記載してある投与方法と合っているかの確認を行う。その上、他のスタッフに投与方法を確認する。                  ・薬の確認中のみ他の看護師に見守りを依頼する。                  ・入室直後でも内服をセットする人、内服させる人を別の人にしダブルチェックできるようにする。                  ・患者にルートトラブル、転落の危険が高いと判断した場合、薬の確認中だけ一時的に抑制具を使用させてもらう方法を考え、患者と相談の上、自分が集中して薬の確認ができる環境を整える。</p>
8	<p>他科の入院患者であった。持参薬確認の際、大腿に貼られていたデュロテップパッチ(経皮吸収型持続性癌疼痛治療剤)12.5mgを15mgと見間違えてしまった。交換日は翌日であったが、交換分の持参はなく、主治医へ15mgで報告し処方を受けた。翌日交換の際、実際に貼られているのは12.5mgであり、交換分の処方内容と違うことに気づき、処方し直しとなった。</p>	<p>実際に貼用されているパッチの確認方法に誤りがあった。外来カルテからの処方内容の確認が不足していた。入院時持参薬一覧チェック表の確認・指示を主治医よりもらっていなかった(サインをもらっていない)。患者自身デュロテップパッチについての認識が薄く、情報が得られにくい。カンファレンスより「麻薬である」という認識が薄い。入院後、夜勤帯でも確認している場面があるが、規格・用量を見落としており、3重のインシデントとなっている。</p>	<p>・パッチの確認を確実にこなす(用量・規格・枚数)。                  ・シールを貼る際には、規格が見えるように貼る位置を工夫する。                  ・外来カルテより確実に処方状況の確認を行なう。                  ・入院当日、必ず入院時持参薬チェック表を主治医へ確認しサインをもらう。</p>

	具体的内容	背景・要因	改善策
9	<p>他院で処方されていた入院時持参薬剤を病棟担当薬剤師が鑑別する際に、0.25錠の錠剤が混ざっており、鑑別不能であった。ワンアルファ(1<math>\mu</math>g)(活性型ビタミンD3製剤)0.25錠内服するところ、実際には1.25錠が1包化されていた。患者は18日間5倍量を内服していた。</p>	<p>他院からの持参薬は院外薬局の処方箋を参考に治療が継続されることもある。薬局からの情報の間違いは患者に大きな影響をきたす。業務手順、チェックの仕組みに問題点があると思われる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・鑑別、判別を徹底する。</li> <li>・情報提供を他院、薬局に積極的に行う。</li> <li>・病棟薬剤師による入院時持参薬鑑別を全患者に継続し実施する。</li> </ul>
10	<p>疼痛コントロールの為、オキシコンチン(持続性癌疼痛治療剤)を服用している患者で、「オキシコンチン40mg /日分2』内服の処方箋で10mgを持ち込みしており、1回に10mg × 2錠ずつ服用していた。入院当日で、医師の指示箋には、20mg 分2と書かれていたため1回量10mgを1錠持って行ったところ患者本人より、1回量20mgで10mgを2錠服用しているとの指摘を受けた。</p>	<p>入院時の情報不足と、オキシコンチン10mg錠を患者が持参していたこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持参薬の内服方法をきっちり確認する。</li> <li>・容量、用法の確認を確実にこなう。</li> </ul>