

No.	具体的内容	背景・要因
	でも気付かず、そのまま病棟に搬送。病棟看護師が気付き薬局に連絡があり判明。	
37	緊急採用品「ヒューマカート3/7注キット」の処方に対し、「ヒューマカート3/7注カートリッジ」を調剤（「カートリッジ」とは専用のペン型注入器にセットして使用するもので、「キット」とは注射器にカートリッジがあらかじめ装填されたもの）。緊急採用品が払い出されないことから、同日夕に間違いに気付く。患者宅へ出向き交換する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院緊急処方で看護師が薬剤科まで取りに来たため、急いで調剤し、「キット」の文字を見落とした。また、「キット」の文字が小さかった。</li> </ul>
38	救急外来の常置薬である「ホスミンバック2g」の採用中止に伴う交換の際、「ホスミン2gバイアル」に交換しなければならないところ、「ホスミン500mgバイアル」を渡してしまった。その後看護師が気付き、交換した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>ホスミンバックの在庫をどこかに使用してもらおう事を考えていて間違えた。</li> </ul>
39	「トランサミン」（血液凝固関係製剤）をセットし払い出すところ、「ネオフィリン」（気管支拡張薬・喘息治療薬）をセットして払い出した。監査も通過した。病棟で看護師が発見し、交換をした。	<ul style="list-style-type: none"> <li>「トランサミン」と「ネオフィリン」の保管位置が近い。</li> <li>確認が不十分。</li> </ul>
40	「セフメタゾン」（抗菌薬）のところ、「セファメジン」（抗菌薬）を調剤。監査も通過して払い出され、病棟で発見された。	<ul style="list-style-type: none"> <li>名称が類似している。</li> </ul>
41	「アスペリン散」（鎮咳薬）と「ムコダイン散」（去痰薬）の処方で「アルダクトン散」（利尿薬）を間違えて秤量した。監査も通過した。看護師が誤りを発見。再調剤をして取り替えた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤名が似ていた。</li> <li>退院時の処方のため急いでいた。</li> </ul>
42	「アミノレバン」（肝不全用アミノ酸製剤）のところ「アミノフリード」（末梢用糖・アミノ酸・電解質液）を払い出した。病棟で発見し取り替えた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤名が似ていた。同時に10%NaCl 40ml×2との処方の記載もあったことから、10%NaCl 20mlを4本払い出さなければならず、そちらに気が取られていた。</li> </ul>
43	「アルロイドG」（消化性潰瘍治療薬）の処方に「マルファ液」（消化性潰瘍治療薬）を調剤した。監査も通過した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>昼の休憩時間で人が少なかった。剤形が同じで薬効も類似している。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因
44	「クラリシッド」(抗菌薬)を調剤しなければならないところを「クラビット」(抗菌薬)を調剤した。	・ 確認不足。
45	「オステラック200mg」(非ステロイド性抗炎症薬)を調剤するところを「オルメテック20mg」(高血圧症治療薬)を調剤し、監査者も見逃し病棟に払い出ってしまった。しかし病棟看護師が投与前に気づいた。	・ 「オルメテック」は普通薬(高血圧症治療薬)、「オステラック」は劇薬(非ステロイド性抗炎症薬)であり棚も全く違った場所にあつたが、名前が似ていることと、それぞれ20mgと200mgというように、数字の最初が「2」で始まっていたことが取り違えた原因であると考えられる。
46	「アロシトール」(痛風・高尿酸血症治療薬)の処方指示されたが、薬剤師が「アイトロール」(抗狭心症薬)を調剤した。処方箋を見ながら確認した看護師は薬剤が違うことに気付かず、その日の夕方に配薬された。記録室管理のため、深夜の看護師が気付いた。医師から患者に対し誤薬の説明を行い、経過観察となった。特にそのことによる症状は見られなかった。年末・年始で薬剤師は他の薬剤師とのダブルチェックができなかった。また、間違いないものと思い込んでいた。看護師も確認はしたが、「合っているもの」と思い込んで確認しているため、誤りに気付かなかった。	・ インシデント事例の周知・徹底、共有の難しさ。 ・ 以前にも、同様の事例が発生した。薬剤科では、薬剤の位置を変えるなどの対策を実施していた。 ・ チェックの仕組み。ダブルチェックは、何のためかを繰り返し説明しているが、「他の人もチェックするので大丈夫」とか「一度確認しているので間違いない」という意識下でチェックしがちなため気付かないことがある。
47	「ノボラピッド30ミックス」(混合型インスリン製剤)が処方された後、「ノボラピッド」(速効型インスリン)が処方され「ノボラピッド30ミックス」の処方が削除された。薬剤科で調剤をする時に「ノボラピッド30ミックス」の処方箋で調剤した。病棟に払い出す時の控えの処方箋は「ノボラピッド」となっていた。	・ 確認不足。
48	「オイグルコン内服 朝、夕」(経口血糖降下薬)の処方であったが、実際に調剤されていたのは「アマリール」(経口血糖降下薬)であることが判明した。数日間内服したが患者への直接の影響はなかった。血糖コントロール不良のため注射に変更になった。	・ 薬剤部での監査不十分。看護師の整理の段階において、オーダー状況にある記載内容と現物の確認ができていない。
49	「デュロテップパッチ(2.5mg)5枚」(麻薬)の処方であったが、受け渡し時に間違えて「デュロテップパッチ(5mg)5枚」を払い出してしまった。後日、病棟で看護師が間違いに気づいたため2.5mg	・ 急いでいて確認を怠った。 ・ また、払い出し枚数が5枚であったため混乱した。

No.	具体的内容	背景・要因
	5枚と交換した。	
【薬剤受領以降】		
50	5/30の深夜帯で朝食後の「ティーエスワン」2錠のところ誤って1錠を患者に配薬した。その翌日の深夜帯で、朝食後に2錠内服の「ティーエスワン」が1錠しか内服されていないと指摘を受け気がついた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>1日の分量の確認が不十分であった。流れで配薬をしている部分があった。</li> <li>声出し確認・指差し確認を行っていないかった。</li> </ul>
51	手術前の患者に、10:00看護師Aが術前投与指示の「セファメジンアルファキット2g」を側管で点滴静注開始。3分後くしゃみ、嘔気が出たため、「セファメジン」のラインをクランプ（点滴を止めること）しリーダー看護師と医師Aに報告。「セファメジン」を中止し、生理食塩液のみ滴下。経過観察後、医師Bが診察し症状が改善した為14:50手術室入室。中止した「セファメジン」は接続したままだったが、医師に報告してあった為、手術室の看護師には、患者は「セファメジン」にアレルギーがあるとの申し送りはしなかった。手術開始時、患者が掻痒感訴え、体位の保持困難となったため、手術を中断しドレープを外した所、前胸部に薬疹の出現を発見。中止してあった「セファメジン」を手術室看護師Bが再度滴下した為の症状と分かり手術を中止。Bp（血圧）160/78mmHg、P（脈拍）78、SpO <sub>2</sub> （経皮的酸素飽和度）98%であった。酸素投与、ソルコーテフ100mg投与し、リカバールームで強力ミノファーゲンC、プリンペランを投与し、17:15分帰棟。再手術は経過を見ながら決定する予定。	<ul style="list-style-type: none"> <li>「セファメジン」のラインはクランプしたので、その後投与されることはないと思い、ラインは取り外さなかった事。</li> <li>看護師間の連絡不備（手術室看護師へセファメジンアレルギーについて申し送りをしなかった）により「セファメジン」が投与された事。</li> <li>アレルギーが重要な所見とは認識していたが、申し送りしなければならないという認識はなかった。</li> </ul>
52	手術開始直後であり、「カルボカイン」を硬膜外チューブから投与する時間を気にしていた。時間になったため医師に確認したが、硬膜外チューブから投与しなければならない薬を静脈注射してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>「深く考えなかった。無意識に手が動いた。」など業務遂行上患者の安全確保に対する認識が不足している。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因
53	乳がん化学療法5クール目の患者。13時より化学療法を開始した。ミキシング（化学療法の薬を調剤すること）は主治医と共に実施し、伝票記載通りに投与するよう指示を受けた。伝票記載順に時間の調整を行いながら投与し、17時に終了し主治医へ報告した。その際、主治医より抗がん剤を3種類同時に施行したか確認を受け、伝票を確認したところ、2本目からは3本同時に滴下する指示であったことに気づいたが実際はそのように施行していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点。</li> <li>・ 情報の伝達・連携と情報共有のあり方の問題点。</li> </ul>
54	病棟から手術室看護師へ、患者には検査の際に使用する造影剤（ヨード）アレルギーがあるとの申し送りがあった。検査のための造影剤ではないが、皮膚消毒の際、ヨウ素系消毒剤である「イソジン」を使用して消毒してしまった。患者の皮膚等に異常はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 連携不足。</li> </ul>
55	病棟看護師より申し送りの際、術中投与として「フルマリン1V（静脈注射）」と「生理食塩水100ml」とを渡された。指示伝票は声を掛けて渡されたが、お互いに内容の確認はしなかった。術中、伝票を確認しないまま「フルマリン1V+生食100ml」を投与開始した。サインするために伝票を見ると、「フルマリン2V+生食100ml」であったことに気づいた。直ぐに医師へ報告し、「フルマリン1Vを生食15ml」に溶解し、メインの点滴内に混注し不足分を追加投与した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報の伝達・連携と情報共有のあり方の問題点。</li> <li>・ 業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点。</li> </ul>
56	8時にIVHルート（中心静脈ルート）から「セファメジン」投与の指示があった。本来リーダーが投与するのであるが、8時より申し送りがあるため、リーダーから投与を依頼された。IVHダブルルーメンにY字ルートがつながりルートが4股（投与口が4つある）と複雑な点滴ルートになっていた。ルート確認の際、「ソリタT <sub>1</sub> 」が投与されているルートが単独である（「ソリタT <sub>1</sub> 」のみが投与されている）と思い込み、「ソリタT <sub>1</sub> 」のボトルの中身をよく確認しないまま側管より静注を行った。途中でボトルの中身を確認したところ「FOY」（蛋白分解酵素阻害薬）が混ざっており、このルートは「ソリタT <sub>1</sub> 」単独ではなく「FOY」を	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点。</li> <li>・ 業務、労働体制上の問題点。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因
	<p>投与しているルートであったことに気づいた。その後、「FOY」ルートの閉塞アラームが鳴り、ルート内で薬剤が結晶化して詰まっていることに気づいた。ルート交換後も閉塞が改善せず、IVH（中心静脈に挿入するカテーテル）の入れ替えとなった。</p>	
57	<p>麻酔導入のために、筋弛緩薬を投与する過程で、溶解すべき薬剤を入れ忘れ、液体（溶媒）のみを静脈注射した。麻酔の効果が現れないことから誤りに気づいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新人等の院内事故防止教育の問題点。</li> <li>・ 業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点。</li> </ul>
58	<p>心臓カテーテル検査のため、患者の移送準備を開始していたが血圧が60mmHg台に低下したため、「ドブトレックス」（強心薬、カテコールアミン系薬剤）の投与量を「3γ」（μg/分/Kg）から「5γ」に増量するように指示が出た。カテコラミン表で流量をチェックしてポンプ流量を設定したが、検査が終了し帰宅した際、他の看護師が持続注射を点検したところ2倍量で投与されていることに気付いた。血圧は、70～90mmHg台で経過しており、重大な影響はなかった。カテコラミン表の「イノバン」（1/2Aで表示）（強心薬、カテコールアミン系薬剤）と「ドブトレックス」（1Aで表示）の段を間違えて見てしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受持ち看護師ではなく、一時的に交替したので、患者の情報を十分把握していなかった。</li> <li>・ 事故防止教育の問題。</li> <li>・ 業務の手順、ルール・チェックの仕組み。</li> <li>・ 情報の伝達と共有の問題。</li> </ul>
59	<p>「ゾフラン1A」に「デカドロン」を混入したところ白濁した。薬局に問い合わせたところ、濃度が濃いため、それぞれを生食に混入すれば、白濁することはないとのことで、薬剤を再請求し、それぞれを生食に混入したら、問題なかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 濃度が濃いものを混ぜ合わせたため。</li> <li>・ 「ゾフラン」と「デカドロン」の原液の濃度が濃いため混合には注意が必要、という認識がなかった。</li> </ul>
60	<p>患者は18:25と20:10に喘鳴を認めた。医師より喘鳴が生じた場合に実施する臨時指示として指示されていた吸入を実施するが、十分な呼吸状態の改善を図ることができなかった。20:30に、もうひとつの臨時指示であるステロイドの静脈点滴（生食100ml+ソル・メドロール40mg）を実施した。21時過ぎに点滴が終了し、点滴の針を抜針した。抜針後に、点滴に混ぜたのは「ソル・メドロール40mg」ではなく、「ソル・メドロール40mgを溶解する液のみであった事に気付いたが、患者の呼吸状態は安静で</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「ソル・メドロール」は粉末を封じたバイアルとそれを溶解する溶解液とに分かれている事を知らず、溶解液のみの表示を見て点滴内に混入してしまった。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因
	あり、また既に入眠していたため、十分観察を続けつつ様子を見た。翌日朝まで呼吸状態は悪化することはなかった。起床後、再度呼吸状態が悪化し、喘鳴が出現したが、この時は吸入により改善した。	
61	化学療法（「タキソール」点滴）を実施中1時間経過後、点滴針の刺入部から20cmほどにわたり腫脹を認め、この腫脹は血管内から「タキソール」が皮下組織に漏れたために生じた状態と考えられた。そこで直ちに抜針を行い、化学療法を中止した。主治医に報告し、皮膚科の医師の診察を受けた。腫脹部を冷却し、ステロイドの外用薬を塗布したところ、腫脹はそれ以上悪化することはなく軽減した。	化学療法実施中に点滴が漏れたが、観察が不十分であり気づけなかった。
【薬剤受領以降】（インスリン）		
62	「ヒューマリンR」（インスリン）30単位の入った点滴500mlを、9時～翌朝9時までキープ（持続的に点滴すること）であったが、23時の時点で終了してしまっていた。点滴の速度を確認するため通常訪室時に観察する時間当たりの滴下数を確認していなかった。発見時、インスリンの作用が過剰となり血糖が低くなることが懸念されたので測定したところ、血糖値140mg/dlであり低血糖ではなかった。当直医師にそのことを報告したところ、「（これ以上の点滴は行わず）ヘパリンロック（点滴は行わないが、点滴の再開に備えルートを確保しておくために血液がルート内で固まらないようにヘパリンを通しておくこと）で様子を見る。」との指示で経過観察した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 点滴の速度を確認するという基本的なことができていなかった。特にこの患者の点滴滴下数には変動があるという情報をもっていながらできていなかった。</li> <li>・ 他の業務のサポートを行わねばならなかったりして、業務が多忙であり余裕もなかった。</li> <li>・ 自分では安易に考えていたこともあった。</li> </ul>
63	患者にインスリン自己注射を指導していた。「ランタス注」（持効型溶解インスリンアナログ製剤）を使用していたが、これを投与する際に使用するペン型注入器である「オプチペンプロ」（手動式インスリン自己注射用注入器）を最後まで押し切れず、カチッと鳴らなかったため本人がもう一度押してしまった。横で指導していたが、制止できなかった。（注入量が指示量より少な	医療用具の問題点。

No.	具体的内容	背景・要因
	い可能性がある。)	
64	膵臓癌術後の患者で、血糖値を管理するために「ヒューマリンR注U-100」（インスリン）を24単位と生理食塩水24mlを混ぜたものをCV（中心静脈）ラインからシリンジポンプ（注射器をセットし少量の注射液を持続投与するポンプ）で持続注入していた。しかし、そのヒューマリンをシリンジに吸い上げる際、専用注射器（微量の液体の吸引が可能なシリンジ）ではなく普通のシリンジを使用し、24単位のところ24ml吸引してしまった。また、ワークシートの注射指示には生理食塩水20ml 2A使用と書いてあったため、計64mlとなった。液量が多すぎるので何かおかしい、と思い先輩に確認して、間違いが判明した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当院で使われている「ヒューマリンR」の規格は1mlが100単位であることや、インスリンは少量の薬液を使用することが多いため、微量の液を吸引できる専用注射器で吸引することは分かっていたのだが、他のことを考えており注意力が散漫であった。</li> <li>・ また、「ヒューマリン」は血糖を降下させる作用があり使用量を誤れば重大な悪影響を及ぼすという危機意識が低かった。</li> </ul>
65	CABG2枝（冠状動脈主要な3本の枝のうち2本の枝に病変を有するため、冠状動脈バイパス術を行った症例）の手術後3日目の患者。血糖測定を4時間毎に施行。その値によって血糖値を維持するため持続投与中のヒューマリンを増減していた。16:00に血糖測定したところ「245mg/dl」であったが「254mg/dl」と見間違えた。それまでの血糖値では、ヒューマリンは投与を中止していたが、250mg/dl以上でヒューマリン開始の指示だった。見間違えたためヒューマリンを0.5mg/hで開始した。16:30に準夜に申し送り中に間違いに気付いた。主治医に報告しヒューマリン中止。20:00の血糖値が高くヒューマリン再開することとなった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ICUへの入室・転室が重なり、緊急手術になる患者がおり忙しかった。</li> <li>・ 16時に時間で行う処置も多く確認不足となってしまう。</li> <li>・ 血糖値を見て指示簿にて確認したにもかかわらず、ミスしてしまった。</li> </ul>
66	調剤業務の時間外に内服薬とインシュリンの指示がなされた。処方箋においてインシュリンの種類は「ノボリン30R」（混合型インスリン）と記載されていた。払い出された内服薬は看護師2人で確認したが、「ノボリン30R」については処方箋と確認せずそのまま患者の名前を貼布してケースにセットした。実際に払い出されたものは「ノボリンR」（速効型インスリン）だ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 追加の処方箋は医師から薬局に電話連絡があり、医師は「ノボリン30Rを追加してください」と伝え、薬局は処方箋に「30R」と記入したが、実際は「ノボリンR」を準備して病棟に払い出してしまった。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因
	<p>った。患者本人のところへインスリンを持って行き、そのまま自己注射していただいた。準夜勤務帯に患者の出張用に「ノボリン30R」を用意したところ、指示簿（ノボリン30R）と実際に渡されたインシュリン（ノボリンR）とが違うことに気付き、事実が判明した。</p>	
67	<p>点滴ボトルへインスリン混注の指示があった。インスリンを混注しているときは、点滴ラベルにインスリンが混注されているという意味で、「(+)」と記入、インスリンが混注されていないことを示す場合は「(-)」と記載しているが、ボトルを追加した看護師はラベルへの記載を忘れていたため、ラベルには(+)も(-)も記載されていなかった。100ml程度点滴が終わったところで当事者が気づき、血糖値を測定したところ、300mg/dl以上の高血糖であったため医師に報告したところ、インスリン注射の指示がなされた。患者の状態には変化がなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 3点確認がなかなか徹底されない。</li> <li>・ また、注射係りの看護師と、患者担当看護師の連携が不十分。注射係りの看護師は早番で、患者担当の看護師とは違う動きをしている。</li> </ul>
68	<p>患者がペンフィルのインスリンを16単位に合わせたのを確認したが、カートリッジの残量が16単位分あるかどうかを確認しなかった。患者が自己注射したところ注射器が14単位で止まったまま放置しており、16単位の注射はなされず投与量が不足していたのではないかと考えられた。(一方、患者は若干の知能低下を認めており、注射後注射器を触ったためさらに注射量が不明になった可能性も否定できない。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「ノボペン」の使い方を熟知し、インスリンの単位を患者が設定する前に、「空打ち(試し打ち)」量と患者が自己注射する必要量が何単位で、しかも注射器にはあと何単位残っているかを確認しなかった。</li> </ul>
69	<p>「ノボリン30R」を「1日2回」施行していた患者が「ノボリンR、1日3回」に変更となった。回数が増え変わった(1日2回→1日3回)ことばかり気を取られ、2人で確認したものの、「ノボリンR」ではなく、「ノボリン30R」を施注してしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 類似薬品等何種類かある薬剤は特に注意する。</li> <li>・ 表示の仕方、保管の仕方に問題はないか。</li> </ul>
70	<p>朝のインスリン固定の指示(毎日一定のインスリン、ここでは「ヒューマリンR4単位とヒューマリンN12単位」を投与すること)を、「ヒューマリンR」のみと誤って認識した。血糖値が278mg/dlと高血糖であったため、固定のヒューマリンR4単位に追加してスライディングスケールに従って「ヒューマリン</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 深夜勤務で時間に追われ、焦っていた。</li> </ul>



No.	具体的内容	背景・要因
	R 4 単位」を注射したが、「ヒューマリンN」を投与しなかった。	
71	主治医から、「イノレット（インスリン製剤）30Rを朝8単位、夕4単位固定投与する」という指示があった。物品伝票を書いて薬局に請求する際、誤って「イノレットR」と書いてしまった。そのことに気付かず、その後3回にわたり、「イノレットR」を「イノレット30R」と思い込み、看護師各自が8単位、4単位のみを確認だけで注射していたことをその後気づいた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>確認する側とされる側が思い込みで行ってしまった。</li> </ul>
【薬剤受領以降】（麻薬）		
72	「デュロテップパッチ」（麻薬）を8時に交換する予定であったが、貼用の確認のみで交換を忘れた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点。</li> </ul>
73	17:45の訪室時、患者が「デュロテップパッチ」の17.5mg分を手にぶらぶらさせながら振り回していた。日勤帯の看護師から、当該患者については、身体に貼付中のテープを剥がそうとする行為があるとの情報提供があったため、新しい「デュロテップパッチ」を背部へ貼り、サージットで補強・保護した。その後、剥がす行動はなく経過観察とした。「デュロテップパッチ」を剥がしていたため、麻薬の効果が不足することが懸念されたが、痛み、息苦しさ等の出現はなく経過した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報の伝達・連携と情報共有のあり方の問題点。</li> </ul>
74	「デュロテップパッチ」を交換するはずだったが、交換し忘れた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>「デュロテップパッチ」が剥がれてないか、日付の確認がおろそかになっていた。</li> <li>交換スケジュールが入ってなく見落とした。</li> </ul>
75	「塩酸モルヒネ」10mg 2Aを生食48mlに混入して投与するところ、生食98mlに混入して準備、実施した。時間の経過に比べ残量が合わなかったことから、誤って調剤した事に気づき、医師の指示で正しく準備し直し再度施行した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>思い込み。通常は生食100mlのボトルから塩酸モルヒネの量をひいた量で指示が出るため、そのように調剤してしまった。</li> <li>注射箋を見て今回は通常の調剤方法とは異なる指示を見ていながらも、確認してい</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因
		<p>ない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疼痛コントロールの目的で、臨時で指示が出された為、ダブルチェックをしていない。</li> <li>・ 疼痛時の使用基準は統一されていない。</li> </ul>
76	<p>22時に病室を訪室すると、オーバーテーブルに「MSコンチン1錠」(麻薬)があった。患者に確認すると、「今日の昼間、飲んでない。」とのこと。医師に報告した。「痛みの増強がなければ、そのままいい。22時の与薬は指示通り、与薬していい。」との指示があった。患者に確認すると、痛みの増強はなかった。その後、当直師長に報告した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内服の確認不足である。</li> </ul>
77	<p>3日前に「デュロテップパッチ」を貼付した患者が死亡。死後の処置をし、お見送りした後で麻薬の確認をしていた時にパッチがないことに気付いた。死後の処置中には体表に貼付は確認されなかった。体外に剥がれ落ちたことを考え、シーツ、ゴミ、ベッド周囲を確認するが見つからなかった。患者家族に連絡して確認したが、結局発見できなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「デュロテップパッチ」を貼付した後、各勤務帯で貼付されていること確認をしていなかった。</li> <li>・ 死後の処置の際に「デュロテップパッチ」を貼付していることを失念していた。</li> </ul>
78	<p>「オキシコンチン」(麻薬)を定期的(8時、20時)に内服している患者に配薬するのを忘れた。同時間帯勤務の看護師が麻薬を保管している金庫の確認の際に、8時用の「オキシコンチン」が残っていることに気づき、指摘を受けたことで配薬していないことに気付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「オキシコンチン」についての理解の不足(投与の基本、使用目的、患者への適用など)。</li> <li>・ 患者自身も「オキシコンチン」の内服時間が曖昧で、頓用の「ロキソニン」(非ステロイド性抗炎症薬)によって疼痛がおさまっていたため「オキシコンチン」は飲まなくて良いものだと思っていたため気付くのが遅れてしまった。</li> </ul>
79	<p>「デュロテップパッチ」交換のために貼付部位(胸部は患者が希望せず下肢に貼っていた)を確認すると前回貼付した分が見あたらなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 貼付部位が観察しにくい。</li> <li>・ 排泄時の着脱時、剥がれる可能性が高いので下肢に貼っている。</li> </ul>
80	<p>痛みのコントロールの為、「塩酸モルヒネ」1Aと生食15mlを0.2ml/時間の速度で微量注入器で持続皮下注していたところ、8時間後にそれまでに注入する量が正確に注入されていない事実気付いた。微量注入器の作動のランプは点滅していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 0.2ml/時間の速度からすると、巡回時、2時間毎にチェックしていたが、目盛りで判断するには極めて微量なため、なかなか確認することができない量であったと思う。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因
		<ul style="list-style-type: none"> <li>濃度を考え、量を増やしても良い症例であれば、濃度を薄く、時間量を増やして実行しても良いのではないかと考える。</li> </ul>
81	<p>16:00より「デュロテップパッチ」(2.5mg)開始となる。患者は翌日9:30から外泊の予定だった。そのため、開始時に患者本人へ外泊中の「デュロテップパッチ」使用時の効果・持続時間、使用中の注意事項、剥がれたときの対応、病院の連絡先、連絡方法について説明した。翌々日20:00の帰院時に外泊中の疼痛状態、食事摂取状況等を患者本人また妻より情報収集したが、その時点で「デュロテップパッチ」が貼付されているかどうかを確認しなかった。帰院翌日、「デュロテップパッチ」交換の際に、貼付されていないことに担当看護師が気付いた。本人に確認すると、外泊中の入浴の際に剥がれたために除去し、自宅で廃棄したことが分かった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「デュロテップパッチ」についての説明が不足していたため、剥がれたときや破れたときになどの対処を患者・家族が知らなかった。</li> <li>また、帰院時に「デュロテップパッチ」貼付を確認していなかった。</li> </ul>
82	<p>「デュロテップパッチ」が剥がれかけていたため交換した。背部を清拭して新しいものを背部に貼ったが、胸部に貼っていた古い分を剥がし忘れた（胸部は患者自身で拭いてもらったので気づかなかった）。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>パッチが剥がれないようなテープの固定方法を考えながら清拭していたため、集中力に欠けていた。</li> </ul>
83	<p>「デュロテップパッチ」を貼付して疼痛緩和を図っていたが、交換日に交換するのを忘れた。そのため麻薬の効果が減弱し、看護師から指摘を受け、鎮痛剤（坐薬）を投与し疼痛を緩和させた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者治療計画の把握不足。</li> </ul>
84	<p>「塩酸モルヒネ」を持続点滴していた患者が病状の悪化のため死亡した。死後患者に投与している薬剤を廃棄した後で、破棄した薬剤の中に、破棄量等の管理を厳重に管理しなければならない「塩酸モルヒネ」が入っていたことに気がついた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>業務手順確認。</li> </ul>
85	<p>肺癌で死亡した患者の「デュロテップパッチ」が行方不明になった。死亡する3日前に右胸に貼布したが、死後処置時には「デュロテップパッチ」は見あたらなかった。麻薬の残数確認の際に、「デュロテップパッチ」を外したシートが不明になっていることに気付いた。貼付した「デュロテップパッチ」の確認を病棟スタッフに行ったが、外したことの確認はできなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が死亡し、死後の処置を行う前に、「デュロテップパッチ」の取り外しの確認ができていなかった。</li> <li>「デュロテップパッチ」の取り外しについて周知されていなかった。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因
【薬剤受領以降（隔壁未開通） 他類似事例15件		
86	<p>「アミノフリード」（輸液・栄養製剤）を準備、施行した。準備の際に上下の薬液を混合するために、それらの間に設けられている隔壁を十分破壊していなかったため隔壁が開通しておらず、上部の薬液が残ってしまった。14時の点滴更新時他の看護師が発見した。主治医と師長に報告。そのまま経過観察となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日勤の点滴準備の時、深夜勤務の看護師が点滴ミキシング（混合）を手伝ってくれた。その時「アミノフリード」を開通していないのに「開通シール」貼っており、開通していると思っていた。</li> <li>・ 施行中の点滴終了後に接続できるように点滴台にかけたが、その際、開通を確認しなかった。</li> <li>・ また点滴更新時に確認しなかった。</li> </ul>
87	<p>点滴パックの開封をせずに施行してしまった。その後主治医に報告し再度「チエナム」（抗菌薬）を施行するようにと指示があり施行する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「チエナム」と「アミノフリード」を同じ処置台に載せていた。その後、「アミノフリード」は隔壁を開通させたが、同じ構造になっている「チエナム」は開通させていなかった。</li> <li>・ しかしチエナムも開通したと思い込んで施行してしまった。点滴終了の際開封されていない事に気付いた。</li> </ul>
88	<p>「フルカリック」（輸液・栄養製剤）薬液が1つのバッグの中で大・中・小の3つの室に区分けされて保管されており、使用時にはこれらの室の隔壁を開通させて混合する仕組みとなっている。最上部の突起状の小室には、あらかじめキャップが被せてあり、使用時にはまずキャップを外し、さらに突起状の小室を折ることにより混合する仕組みとなっている。ところが使用時に、このキャップだけを外し折ることを忘れてしまったため小室内の薬液が混合できなかった。結局、そのまま点滴交換を実施してしまい、日勤の受持ち看護師が点滴交換を実施したときに発見した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 点滴の本体と指示表との確認と時間の線引きにばかり気を取られてしまっていた。</li> <li>・ いつもやっていることであるため、点滴交換時の「慣れ」から生じたものだと考えられる。</li> <li>・ そして、点滴交換時に再度折れているか確認しなかった事が大きい要因だと考えられる。</li> </ul>
【薬剤受領以降】（医療機器・物品関連）		
89	<p>卵巣がんに対して、「パクリタキセル」（抗がん剤）と「カルボプラチン」（抗がん剤）との併用投与を行っていた。患者は「パクリタキセル」に対して以前パニック発作を示した事があり、今回は同時に側管より補液を行っていたところ、指示を受けた看護師が「パクリ</p>	<p>以前、抗癌剤投与に対する過敏なパニック症状があったため不安症状の発作を避ける対応として、「パクリタキセル」と同時に側管より補液を行うことで不安症状を和らげる意図があった。</p>

No.	具体的内容	背景・要因
	タキセル」の入った溶液を専用のルートを使わず、側管用のラインで投与した。殆ど全量投与された段階で、投与した看護師がラインの違いを発見した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>しかし投与ルートが複数となり、投与した看護師が間違える原因となった。</li> </ul>
90	24時間持続点滴の患者の輸液ポンプが2時間止まっていることが、時間チェック時に発見された。準夜勤務中0時に最終輸液量を確認し、計算し時間設定を変更したが、電源をONにするのを忘れていた。深夜勤務帯の看護師が2時の時間チェック時に輸液量が減っていないことに気付き発見した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>業務手順・ルール・チェックの問題</li> <li>チェックリストには、「電源OK」とチェックがあったが、果たして輸液量変更後にチェックしたかどうか確認中。</li> <li>変更前にチェックしていればチェックリストの信用性が欠ける。</li> </ul>
91	シリンジポンプを用いて（ビソルボン1A+生食20mL）を投与したが、三方活栓を開放し忘れたため投与されていなかった。5分後にシリンジポンプの過負荷アラームが鳴り、三方活栓の誤操作に気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>注射接続時の確認不足。</li> </ul>
92	申し送り後、ラウンド（回診）すると、輸液ポンプのコントローラーが点滅し輸液がストップしていた。積算量をチェックすると3mLであったが、輸液追加日時と時刻記載がなかった。準夜勤務帯の看護師に確認したところ検温（体温検査）の時は作動していたとのことであった。点滅の原因を調べたところ、使用している輸液セットと、ポンプの輸液セットの設定が違っていた。患者の状態に変化はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>当院で使用している輸液ポンプの種類が5種類以上あり紛らわしい。</li> <li>輸液セットを設定するポンプと、設定しなくてもいいポンプが混在している。</li> <li>また、輸液セットを「閉鎖型」に変更して間もなかったため設定を誤った。</li> </ul>
93	10時30分より、血圧を見ながらカテコールアミン系薬剤（強心剤）の滴下量を調整していた。減り方が遅いように思いカルテを確認すると、6時より新しいカテコールアミン系薬剤に更新してあった。シリンジポンプを点検すると、押し子にシリンジが入っていなかったため直した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>業務手順の確認。</li> </ul>
94	点滴ルートの主管は生理食塩水を点滴し、側管はシリンジポンプを用いて「ベプシド原液（抗がん剤）2.8mL/時間」で投与する指示がなされた。投与開始後30分たってもシリンジ残量が変わらなかった。閉塞アラームも鳴らず、器械をかえても注入されないため医師へ報告する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ベプシド」が高濃度で粘稠性が高いため、2.8mL/時間ではシリンジポンプで押せなかったのが原因。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因
95	CVライン（中心静脈ライン）から主管は生理食塩水、側管はペプシド原液の注入を行った。投与開始1時間後にシリンジの残量が減っておらずルート接続部に亀裂が入り漏れているのに気づいた。患者へは殆ど投与されていなかった。医師へ報告した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 塩化ビニル製・ポリウレタン製の点滴ルートでは、粘稠性が高いペプシド原液を注入すると亀裂が入ることに気がつかなかった。</li> </ul>
96	ヘルベッサ（降圧剤）250mg＋生食100mlの輸液ポンプが4ml/hで設定（24時間予定）されており、24時間かけて100ml注入する予定が12時間ですべて注入されてしまった。流量は勤務前に確認し4ml/hで注入されていたが、12時に残量が空である事に気づき、積算量をみると50mlとなっていた。予定量は100mlであった。患者本人のバイタルサイン（血圧、脈、呼吸）に特に変動はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ポンプの流量を確認していたが、残量は勤務始めのときに確認しただけだった。</li> <li>・ ポンプがついていると安心していているところがあった。</li> <li>・ ポンプの誤作動も含め原因不明。ME（臨床工学技士）に原因究明を依頼した。</li> </ul>