

	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤量間違い】			
11	デパケン(抗てんかん、躁病・躁状態治療剤)が患者持参薬(水剤)と当院処方(細粒)とだぶって与薬され、内服するときに気付いた。	他の持参薬がなくなって処方になった際に、デパケンの残薬(水剤)を処分しなかった。確認が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・前医処方の水剤は処理し中止する。 ・薬の重要性を認識する。 ・処方内容を前後に確認する。
12	気道狭窄にて、気管ステント挿入後の患者。家では内服薬の自己管理をしていたが、術後は体調不良が続いたため、看護師管理としていた。持参薬の残量がバラバラで、無くなった物から主治医に処方してもらっていた。配薬カートの整理をしている時に、持参薬のメインハーツ(選択的β1アンタゴニスト)と当院処方のメインテート(メインハーツと同一の薬効)が重複して配薬カートに設置されていることに気付いた。実際に重複して内服したかどうかは不明である。	カート設置時に、カート内に残っている薬と新たに処方された薬が重複していないか確認していなかった。持参薬の一覧表と、当院の処方箋(黄色の処方箋)を比較して、重複している薬をチェックしていなかった。カートに整理した者は、メインハーツとメインテートが同一の薬剤であることが確認出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師管理の内服薬を患者に投与する時は、処方箋の内容と実際の薬がっているかをしっかり確認することを徹底する。 ・カート設置時には残薬も注意してみるように、薬剤師にも協力を依頼する。 ・持参薬の一覧表を修正する。
13	内服薬の自己管理患者に対し、持参薬のムコサールL(徐放性気道潤滑去たん剤)45mg 朝1錠の代わりにムコサール15mg 3錠毎食後に処方されていたが本人よりムコサールがないと言われた。患者は持参薬のムコサールLと当院が処方したムコサールを重複し服用した。	持参薬から院内処方の薬剤に変更になる場合は、患者の理解力を確認し、丁寧に説明する。また、内服薬を自己管理にする場合服薬の確認と渡し方についても統一する必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬自己管理基準を作成し、患者の査定を行う。 ・服薬の確認方法の統一する。 ・毎日1回確認する。 ・原則水曜日に残薬確認し1週間分を投与期間、服薬時間、服用方法を薬袋に記入し患者と確認して渡す。

	具体的内容	背景・要因	改善策
14	<p>深夜勤務で朝の内服薬セット時にほぼ同じ内容の薬を服用している事に気づき重複与薬されていた事を発見した。退院時薬を2週間ずつ2ヶ併せて4週間分持参した。翌日再入院し薬を持参した。持参した薬が一部変更となり、臨時薬で処方された。与薬車にあった残薬の持参薬は薬局へ返納した。残り2週間分の持参薬は記録室に置いてあり受け持ち看護師は服用するものと思い込み準備して定期薬の段ボール箱に入れた。そして薬係がその薬を与薬車へ準備し入れた。その為臨時薬と退院時持参した2週間分の薬が与薬車内にあり過量与薬となった。</p>	<p>薬剤の保管管理(持参した薬が4週間分与薬車に入らない、また保管管理の場所が徹底されていない)。患者の指示変更と状態観察がマッチングさせ観察していない。指示変更の伝達の不徹底。指示簿を見ていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指示変更の伝達。 処方箋、指示簿の確認。 持参薬について薬効の把握と何時まで薬があるのか誰が見ても解るようにするシステムを検討する。
15	<p>眼科手術の目的で入院も糖尿病のため入院時から高血糖であった。入院翌日代謝内科受診し、キネダック(アルドース還元酵素阻害剤)3T/分3(食前)で開始の指示が出た。入院時患者持参薬は看護師管理として与薬していた。キネダックが持参薬の中にあることに気が付かず、12日夕から15日昼までの間、重なって投与されていた。患者への影響は無く、食後のキネダックを中止した。</p>	<p>患者持参薬に関する情報が代謝内科の医師に伝わっていなかった。電子カルテシステムで他科受診を依頼、患者持参薬の情報は看護記録にのみ記載されていた。入院時持参薬について全て薬剤師がチェックするシステムになっていない。入院時持参薬は薬歴管理に反映されない。キネダックが食後薬として処方されていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入院時持参薬については入院当日でなくても薬剤師が一度チェックできるシステムにする。

	具体的内容	背景・要因	改善策
16	<p>夜間入院した患者に他院の精神科処方があったが、薬剤情報のまま内服させたところ、倍量を与薬してしまった。入院の翌日妻が持参した薬を、受け持ち看護師からセットするよう依頼を受けた看護師が、院外薬局の薬剤情報書を見てセットした。倍量処方に気付かなかった。妻は受け持ち看護師に薬剤情報書のとおり内服させていたと話していた。患者は日中まで入眠後、覚醒された。薬剤師が処方内容を確認し気付いた。</p>	<p>医師の指示書には持参薬続行の指示で、内服薬の記載がなかった。薬剤師の介入を依頼しないままセットした。持参薬を看護師のみでセットすることが習慣化していた。患者が持参薬を持ってきた際の手順が浸透していなかった。看護師は薬剤量が多いと思ったが、精神科の処方だからかと勝手に判断した。看護師の薬剤に関する教育が不十分であった。倍量処方が行われている実態がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に持参薬がある場合は、薬剤師の介入を依頼する。 ・薬剤鑑別後、医師に持参薬の内服指示内容をカルテに記載してもらう。 ・現実的にすべての場合を薬剤師に依頼することは困難であるので、更に検討を進めている段階である。
17	<p>患者持参薬のアルファロール錠剤(Ca・骨代謝改善, 1α-OHD3製剤)が少なくなり、主治医がアルファロール散剤を処方した。手渡された患者は形態が異なるため、違う薬と思い、錠剤・散剤の両方を服用していた。翌日、錠剤がなくなりかけた時点で看護師が散剤へ変更となることを患者へ説明した際に、重複内服が判明した。</p>	<p>持参薬の他に、院内処方薬を渡すため患者へ説明する際に、手持ちの持参薬の内容を確認せずに渡していた。持参薬がある場合の照合を行なう手順が不明確であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の確認と院内処方薬の照合を徹底する。 ・患者への説明方法を確認する。 ・持参薬の取扱いフローを作成する(薬剤師・看護師・医師間検討中)。
18	<p>持参薬があるにも関わらず、前回準備した内服薬が無くなった時点で処方してもらっていた。空になったタケプロン(プロトンポンプ・インヒビター)の内服薬が医師の処方を依頼するために寄せてあった。医師に処方依頼したところ「持参薬があるから処方しなくていい」と言われ、持参薬から1週間分を準備した。同時に、他のスタッフが持参薬の一包化を依頼していて、その中にもタケプロンが入っていた。一包化された薬袋を確認したが、タケプロンが入っていることに気付かず、2日間重複投与してしまった。</p>	<p>内服薬を確認した時点での見落としであり、不注意であった。また、以前処方されていた薬袋が別になっていたため、一包化されていないという思い込みがあった。また2日間、投薬準備するスタッフも気付かず投与していることから、重複されていることを疑うことなく思い込んで準備していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今回のケースでは一包化された薬を注意深く確認する。 ・また、前回処方してもらった薬袋は一包化を依頼した時点で廃棄する。

	具体的内容	背景・要因	改善策
	【投薬・内服忘れ】		
19	持参薬を自己管理していた患者に対し、持参薬の内服は手術前日まで使用し、一時病棟に保管した。術後医師の指示にて開始するか検討するルールとなっていた。手術前日に、手術日は薬を服用しないように患者に指導したが、「持参薬は明日服用するものがあるから」と、引き上げなかった。手術当日、持参薬の一部と前投薬の内服指示であったが、当日の看護師は指示を見落とし、前投薬のみ配薬したため、持参薬の一部が未投与となった。	手術当日の看護師の指示確認が不十分であった。看護師間の連携が不十分であった。役割分担が不適切であった。朝の忙しい時間帯であった。患者への説明が不足していた(手術当日服用しないと言う説明でなく、何をどの時間にどのように服用するのかなど患者にも説明しておく必要があった)。持参薬管理のルール違反があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・手術前後の持参薬に関するルールの再確認をした。 ・手術前日の看護師は、手術当日の予定に関し説明し、患者の理解度を把握することが役割と確認した。
20	夕方の内服薬より看護師管理となっている薬剤をセットした。他院での処方であったため、手書きで処方箋に薬剤を記入したが、その際にムコソルバン(気道潤滑去たん剤)の記入が漏れた。次勤務者が内服薬を確認したため発見された。	内服薬がワンドーズとなっており、確認しにくかった。他院からの内服薬であったため、処方箋がなく、薬剤の袋に書かれているものと、入院時の記載とで内服薬をセットした。内服薬を看護師管理とした際のセット後、作成した処方箋とカルテがあつていことを確認できていなかった。患者の内服薬が把握しきれいでなかった。処方箋がないため、あやふやになっている薬剤が他にもあつた。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤はワンドーズとなることで識別番号で確認するため、シート処方比べて確認しにくいことを考え、慎重に薬剤の確認を行う。 ・患者が何のために、何の薬剤をいつ飲んでいるのかしっかり把握しておくためにも、カルテ記載時十分に注意する。 ・内服薬セット後、再度カルテと作成した処方箋があつているかを確認することを徹底する。

	具体的内容	背景・要因	改善策
21	<p>夜勤で内服薬の準備をしていると、処方が出されているが薬剤自体がどこにも見当たらないものがいくつかあった。その旨を日勤者に伝え、まだ薬剤部より上がってきていないと考え、薬が届き次第、配薬、投与するように依頼した。夕方になり患者から、「薬が一つしかないけどいいのか？減ったのか？」と問われ確認すると、持参薬のロブ錠(プロピオン酸系消炎鎮痛剤)が朝、昼共に投与されていなかったことが判明した。ロブ錠は他の薬の保管庫になく探していると、返納BOXに入っていることに気が付いた。投与忘れによる患者の状態に変化はなかった。</p>	<p>ロブ錠以外にも持参薬があり、持参分がなくなった為院内処方に切り替えていた。ロブ錠は当院採用薬ロキソニンで処方されていたが、薬剤を処理した看護師は薬剤名が異なるため、同一薬剤と思わず、処方間違いと考えて返納手続きをした。手続き後、再処方等の依頼をしていなかった。持参薬と院内採用薬との品名が異なることがあり、混乱しやすい。通常持参薬確認時、院内採用薬と異なる場合は、薬剤師が代替薬品名を報告してくれているが、今回はされていない。薬剤師の人的制限上、全ての入院患者にタイムリーに持参薬確認ができていない現状である。</p>	<p>・処方が異なる場合は、自己判断で処理せず、必ず医師に確認することを徹底する。 ・持参薬確認に、薬剤師がさらに関われるような体制を検討していく。</p>
22	<p>血糖コントロール目的で入院中の患者で、内服薬続行の指示があったのに、グリミクロン(経口血糖降下剤)の内服が1週間できていなかった。主治医に電話報告し、血糖コントロールが食事のみで出来ていたため、そのままグリミクロン内服中止で様子を見ることとなった。</p>	<p>入院時、内服薬の種類と残薬を確認していたのに申し送り、処方依頼ができていなかった。週1回の残薬チェックが行えていなかった。本人が内服の必要性を感じていなかった。</p>	<p>・入院時、内服薬の残薬を確認し、入院中になくなる薬がある場合は申し送る。 ・週一回の残薬チェックをきちんと行う。 ・ワークシートに残薬チェック日を入力する。</p>

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
23	入院時、外来処方薬継続内服の指示が出された。しかし患者は入院時に薬を持参してこなかった。後でもってきてもらうこととしたが「患者が内服薬を持参した時は、内容確認して継続内服する」という指示を伝達することを忘れてしまい、3日後に患者が主治医に確認したため内服されていないことが発見された。	カーデックス欄には、外来処方薬継続内服と入力したが「入院時に持参薬が確認できていないことや患者に継続内服であること」が伝達できるようにしていなかった。自己管理薬だと思い内服確認がされていなかった。	・自己管理薬の内服確認を各勤務で実施できるように注意喚起した。
24	1週間分の内服薬を配薬箱にセットする際、「夕食後」の箱にセットすべきS・M散(調剤用胃腸薬)をセットし忘れ、患者に配薬箱を渡してしまった。患者本人がS・M散が入っていないことに気付き、看護師に報告したことでミスが発覚した。	「持参薬確認表」の確認が不十分であった。患者はS・M散を1日1回夕食後と、更に屯用でも服用しており、持参薬確認表には2行にわたって記載されていた。屯用の方だけを見てしまい、屯用は看護師管理のため、セットの必要はないと思い込んでしまった。	・「持参薬確認表」の確認は、セット前の処方内容確認と、セット後のセット内容の確認の2回実施する。 ・患者へ配薬時に、患者と一緒に薬の内容を確認し、間違いがないことを確認する。
【用法間違い】			
25	患者自己管理の入院時持参薬が切れるので医師に処方してもらったが、患者から「量が増えたので薬剤師の説明が聞きたい」と申し出があり、薬剤師が確認した所、持参薬の転記が1T/1×の所を3T/1×と書いてあり、医師は、3T/3×で処方していた事が発覚した。医師に事実を報告し、訂正されたため、間違った量は内服されなかった。	持参薬のチェック時は薬剤情報書お薬手帳など確認するものがなかった。転記ミスに気付かなかった。医師がそのまま処方してしまった。	・入院時持参薬を調べる時は、お薬手帳や薬剤情報提供書などがあれば見せていただき、コピーをして入院時持参薬一覧表に添付する。 ・リーダーとダブルチェックを行う事とする。

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10回 ヒヤリ・ハット「持参薬」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他】			
26	持参薬の降圧剤(ミカルディス40mg 1錠朝1回)を朝から服用するべきところ、調剤する事を忘れた。午後に気付いた時点で服用させた。血圧の上昇など、バイタルサインの変化は無かった。	朝からなくなる薬を前々日に、医師に処方依頼をした。1剤だけ持参薬が残っていたため、処方薬と一緒に調剤しなくては行けないが、前回分のチェック表を病棟から回収できなかったため、処方になった薬剤のみを調剤してしまった。担当薬剤師が忘れてたら服用がもれてしまう確率が高い。チェック表を作成し、毎日漏れが無いが2名の薬剤師でダブルチェックしているが、チェック表が紛失していて処方漏れになってしまったケースも過去にある。	・病棟看護師の人員不足などの問題もあるが、理想的には看護師と薬剤師のダブルチェックを実施するよう検討する。
27	胃カメラがあるため深夜勤務で循環器の薬、高血圧の薬の確認をした。看護プロファイルには持参薬は「なし」になっており、入院後の処方薬にもなかったため、検査前の内服薬はないと判断した。しかし問診表には高血圧の記載があり、胃カメラの際、血圧上昇にて持参薬としてカルブブロック(持続性Ca拮抗剤)があったことが判明した。	持参薬があるのに、アナムネ聴取の際に持参薬はなしになっていた。既往歴の把握とその内服薬の確認ができていなかった。	・入院時、既往歴の確認と経過、内服薬の確認を行い、持参薬を持ってきてもらう。 ・紹介状があれば、内服薬のチェックと持参の確認を行う。

	具体的内容	背景・要因	改善策
28	<p>持参薬の錠数を内容確認し、処方シートに記載する。後日他スタッフより持参薬が見当たらないと連絡があり、薬局にも確認したが発見できなかった。その翌日、薬局に再度確認したところ、薬局の返品棚に持参薬があり、内服薬が2回分服用ができなかった。</p>	<p>病棟から薬局へいく薬は、一包化の薬と返却の薬であるが、一日にどの患者の薬が一包化や返却されているかは正確に把握されていない。持参薬などは配薬車の引き出しに入れることになっているが、薬が多かったり引き出しに入りきらない場合、薬を保管する場所が統一されていない。誰かは不明であるが持参薬をメッセージャーの棚に置いてしまい返品されてしまった。返品する薬には返品することは記入されておらず、棚に置かれていることが多い状況である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後は一つずつ確認や振り返りをしたの行動を心がける。 ・薬局へ返品する薬は、返品することを記載する。 ・メッセージャーと連絡を取り、返品と記載されていない薬は返品しないか看護師に確認するよう方法を定める。
29	<p>以前外来処方「デパス(精神安定剤)1mg 1錠眠前」の処方あり、その後他院にてデパスの処方(規格不明)がされていた。前回入院時は、「デパス0.5mg」を持参されており、入院中は、0.5mg 錠が処方されていた。今回入院時持参薬確認をしていると、デパス0.5mg 錠と1mg 錠が混在して同一の薬袋に入っていることに気が付いた。</p>	<p>複数の医療機関から処方を受けており、それぞれの処方規格が異なっていた。規格の違いについて、患者は理解していなかった。規格まで、十分に説明されていなかった可能性がある。一見ただけでは、規格の違いに気づきにくい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に規格違いが混在していることを説明し、医師に相談して1mg 錠を中止にした。 ・持参薬確認における薬剤師の介入を今後も継続する。 ・処方内容については、患者に十分説明するようにする。 ・複数の医療機関にかかっている場合は、患者自身他院でどのような薬が処方されているか伝えられるよう、薬剤情報提供書等を活用するよう説明する。

	具体的内容	背景・要因	改善策
30	頭痛の訴えがあり、PL顆粒(総合感冒剤)内服の希望があった。本人分の処方になかったため、病棟ストックより与薬した。その後、家人が入院時にPLを預けたことが判明、探したところ、酸化マグネシウム(制酸・緩下剤) 3包3× で配薬されていた散剤がPL顆粒(0.25g/包の分包)であった。	処方箋と共に持参された薬剤を照合したところ、処方箋に酸化マグネシウムの記載があった。しかし、実際の薬は酸化マグネシウムではなくPL顆粒であった。処方箋があったため、薬剤部には鑑別を依頼しなかった。院外処方のため、分包に薬剤名の記載はなかった。本院では、酸化マグネシウムではなくほとんどマグミットを使用しており、酸化マグネシウムの細粒とPLの顆粒の大きさの差をスタッフが認識できていない。医師は「処方箋通りで」という指示で、実際の薬剤は確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤名の記載のない散剤・分包は、必ず薬剤部で鑑別してもらう。 ・医師は薬剤を確認して指示をだす。 ・薬剤を病棟にストックしない。
31	持参薬中止の指示にもかかわらず病室に持参薬が置いてあり、患者家族が服用させていた。	患者家族への説明不足。また自己管理できない患者の近くに持参薬を置いていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・自己管理できる患者かどうかを把握する。 ・患者家族への説明をしっかりとる。
32	入院時持参薬を持って入院された患者で、退院時に持参薬の返却を忘れてしまった。	退院時の確認が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時の確認を徹底する。
33	配薬ケースに患者持参薬の薬袋(薬剤名の記載無し)と当院の処方薬があった。配薬時に持参薬はフローベン(フェニルアルカン酸系消炎鎮痛剤)だと思い、当院のアスピリン細粒(抗リウマチ・鎮痛・解熱剤)とともに患者へ渡した。主治医と患者が薬剤について会話をしている最中に、持参薬にもアスピリンが入っていたことが判明した。患者は日曜日入院したが、看護師のダブルチェックが実施されず、翌日に薬剤師への確認依頼されていなかった。	病棟で持参薬の確認・照合ルールを決めていたが、ダブルチェックが看護師間・看護師・薬剤師間でされていなかった。医師も持参薬と院内処方内容の確認をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジャーよりカンファレンスでルール遵守の徹底を注意喚起した。 ・院内で持参薬取扱いフローを検討中である。

	具体的内容	背景・要因	改善策
34	精神科医師が来棟し、前回予約日に受診していないため内服はできているのか指摘される。その時に初めて統合失調症の診断が発覚し、統合失調症の内服薬を入院時に持参していなかったため、入院中内服していなかったことがわかった。	入院時に患者の持参した内服薬だけで全てと思い込み、薬歴や病歴を確認しなかった。精神科の既往を診断名を確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時、当院処方薬は薬歴で確認する。 ・その他は処方箋を確認する。
35	入院時に持参薬を預かり、薬剤鑑別に出した。返却後、その中に点眼薬と含嗽液も含まれていたが、確認不足のため患者に返却をしておらず、入院後2日後に患者から薬が返却されていないことの報告を受け返却した。	入院時、鑑別から返却された薬を他の看護師に確認してもらい自分で詳細まで確認できていなかった。	入院時の持参薬を確認する際に必ず自分で内容を確認し、患者に確認したうえで開始するようにする。

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「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
	【薬剤間違い】		
1	<p>患者は抗がん剤治療を受けており、制吐剤が処方された。医師の指示では制吐剤が届き次第内服、とのことであった。朝、医師指示欄に制吐剤の処方が出ている事は知っていたが制吐剤の指示が出ている事をその日のリーダー看護師に報告していなかった。その為、いつ制吐剤が病棟に届いたのか分からず、新人看護師も制吐剤のことを忘れてしまっていたので、気が付いた時には午後になってしまっていた。主治医に報告し、すぐに内服してもらうよう指示を受けた。</p>	<p>抗がん剤治療後で制吐剤の内服処方ができたが、緊急と判断できず内服が遅れた。患者は嘔気がなかった為、患者の状態から制吐剤へ考えが結びつかなかった事、リーダー看護師へ報告しなかった事が要因と考える。</p>	<p>・新人看護師は患者のアセスメントから、至急のものとならないものの判断が難しい。事例を通しての教育や、現場でリーダー看護師に報告するという職場のルールを守ることが必要である。</p>
2	<p>主治医よりアルブミン25% (血漿分画製剤) 50ml 2本の指示であったが25%献血アルブミン (血漿分画製剤) 50ml 2本が薬局から払い出された。クリティカルパス用紙には「アルブミン50mL × 2」と記入されていたがアルブミンという血液製剤を今まで使用したことがなくパス用紙の文字もアルブミンと読める記載であったためアルブミンであると思い込んだ。伝票には「アルブミン25% 50mL 2V DIV」と記入されていたがアルブミンと思い込んでいたため間違いに気付かずに投与してしまった。払い出しミスに気付いた薬局からICU (集中治療室) に連絡が入り初めて違う薬剤を投与したことに気付いた。その日患者は病棟に転出され間違いに気付いた時には既にアルブミンは終了しており主治医へ報告した。</p>	<p>注射薬品名の確認不足とアルブミンの指示簿の医師の字がアルブミンとも見える書き方だった事が要因である。</p>	<p>・似たような薬品名でも、自分で判断せずに他の看護師に相談したり医師に確認すること。 ・指示簿の記載は、出す方は解りやすく、受ける方は確認し双方のコミュニケーションが必要である。</p>

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「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
3	<p>準夜勤務で出勤した看護師Aは情報を得ないまま、A・B両チームの夕の注射の準備にかかった。患者Aのカートに翌日分の注射薬も入っていたため、翌日分はまたカートに戻した。ミキシングをした時、薬剤の内容は確認したが日時の確認はあいまいだった。確認はダブルチェックとなっているが1人で行った。看護師B出勤後、注射準備は済んでいたので内服の準備を行い、その後情報収集を行った。患者Aの注射があったので、夕の点滴があると思い込み、注射控え伝票で確認して施行した。しかし、日時は確認しなかった。3時間後注射実施入力で患者スケジュールを開くが項目なく、確認したところ翌日分の注射を実施した事に気付いた。</p>	<p>情報収集前に注射の準備をした。他のチームを手伝う等馴れ合いで業務をする風土がある。注射実施直前に最新の情報をチェックしていない。実施入力が2時間後になっている。薬剤師は、2台のオーダーリングカートを活用しないで1台でまわしている。(狭いところの操作がしにくい)。土曜日でカートに翌日(日・月)のも混在して準備をした。ダブルチェックをしなかった。思い込みがあった。薬剤内容ばかりに気をとられていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ オーダリングカートは2台を使用、1カートには当日分のみ準備する。 ・ 業務開始は情報収集から行う。 ・ 馴れ合い関係、お手伝いの感覚は持たない(風土の改善)。 ・ 電子カルテの利点(最新の情報をいち早く、どこでも)を活用 ・ 旧態を引っ張らない。 ・ ノートパソコンは業務に持参する。
4	<p>後日、PBSCH(末梢血幹細胞採取)予定の患者。夕よりグラン(G-CSF製剤)300μg 開始予定(翌日からは朝・夕で$\times 2$の指示)であった。処方箋で確認したが、「グラン300μg s.c」と指示記入されており、朝に施行すると思い込み、処方箋へサインした。本人より、「夕方じゃないの?」と問われたが、再度処方箋を用いて確認はしなかった。巡視を終え、詰め所に戻り、再度処方箋で確認すると、翌日からは「グラン300μg s.c $\times 2$」となっており、PBSCHのためのグランであったことを思い出した。すぐに医師へ報告し、朝・夕で開始することとなった。</p>	<p>PBSCH予定の患者であることを忘れ、1回/1日ずつの投与であると思い込んでいた。患者から指摘された時、再び処方箋で確認する作業を怠った。当日、他チームの受け持ちだったが、本人より指摘された時点で、患者チームのリーダー、または主治医に確認しなかった。処方箋の当日の欄しか見なかった。「グラン300μg s.c 夕」等と時間指定されていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施行直前に薬品と処方箋を照らし合わせる。 ・ 当日だけでなく、前後の指示内容もチェックする。 ・ 患者から間違いを指摘されたら一旦詰め所へ戻り、主治医またはリーダーへ確認する。 ・ 処方指示を受けた看護師が時間指定を主治医へ聞き(主治医自らでもよいが)、指示の横に「グラン300μg s.c 夕」と記入する。 ・ 治療についての学習を深める。