

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
4	<p>白内障の手術のため他科より転科された患者であった。詰所管理の内服薬がなく、処方外来を通して依頼したところ糖尿病薬を過剰に与薬していることがわかった。本来はアマリール1mg 4T/2×のみを内服するところ、さらにオイグルコンの同効薬ダオニール1.25mg 2T/2×を与薬していた。眼科主治医に報告、血糖は304mg/dLであり症状変わりなく、経過観察となった。前科で代行の医師が過剰に処方し、前科の看護師も与薬を行っていた。転科時の確認の時も気付かれず発見が遅れた。</p>	<p>前科主治医の「中止」指示がカルテ上になかった。転科時の内服の申し送りで使用されていた入院時持参薬一覧表と定期処方の用紙上はダオニール中止の記載がなかった。「中止」指示が確実に看護師に伝わっていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 主治医に報告、血糖チェックし経過観察とした。 指示に関しては、口答指示は、一時的に鉛筆書きなどで記録を残すなどし、後ほどカルテに確実に指示を記載してもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった 記録等の記載
5	<p>入院時看護師が持参薬(ワンアルファ0.5μg錠、アスパラC a200mg錠)を確認して、本人に自己管理して内服するように指導した。持参薬内容は看護記録にその他の薬剤とともに「ワンアルファ、アスパラK」だけ記入した。2日後、持参薬が少なくなり、主治医に処方を依頼した。主治医は看護記録を見て、ワンアルファ1μg錠とアスパラK300mgと処方してしまった。薬局より処方が届き、看護師は持参薬と処方薬は同じ物であると思い込み一緒の薬袋に入れてしまった。翌朝の勤務看護師が薬袋より薬を確認すると入り混じって入っていることを発見した。</p>	<p>当院では「ワンアルファでは1μg錠・アスパラではアスパラK300mg錠」しか採用されていなかった。研修医による処方であったが、上級医師の確認がされていなかった。看護師は薬品名の間違いや単位数まで記録していない。当院採用されている薬剤は「アスパラ」では「アスパラK」しかないため、思い込んでいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 研修医の処方に対しては、上級医師の確認が必要であることをもう一度注意喚起した。 他施設の薬剤は薬剤鑑定を依頼する。 記録の際、薬品名と単位も記入する。 転記する場合は間違いがないよう確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
6	他院から転院してきた小児患者で、他院ではエレンタール80gを2袋使用しており持参してきていた。当院にはエレンタールP40gのものを使用しており、4袋使用することになっていたが、経管栄養表にエレンタール80g 2袋と記載してあったため、半量しか入らなかった。	エレンタールの規格違いに気付かなかった。持参したもから当院処方分に切り替わる際に、経管栄養表の記載変更しなかった。毎回の栄養液準備時は表を見て行っているため、間違いに気付かなかった。	・ 処方箋で受領する栄養液は処方箋確認を行う。	・ 確認が不十分であった
7	レトラックとムコスタを重複して内服させてしまった。入院時持参薬でケンタンとムコスタとその他薬剤が多数処方されており入院後も続行と指示が出ていた。その薬以外に、主治医からレトラックとムコスタが処方されていた。ケンタンとレトラックが同じ薬品だとわかっていたが、持参薬の確認と、入院時処方の確認を別々のタイミングで行ってしまったため、どちらかを中止していなかった。また、持参薬は自己管理で、当院処方だけが看護師管理となっていたことや、配薬した看護師も持参薬を確認していなかったため、重複して内服させてしまっていた。	持参薬と入院時処方指示受けしたとき別々のタイミングで確認してしまい、重複したことに気が付かなかった。持参薬の続行という指示があったうえで、処方が出していた。	・ 入院時には必ず持参薬と入院時に処方された薬をまとめて、薬剤室で薬を確認してもらっていく。 ・ このことを徹底していく。	・ 確認が不十分であった
8	持参薬処方の準備をする際に、数を間違えて準備していた。受け持ち配薬に変更する際、残薬チェックをした時に間違えて準備していた事が発覚した。酸化マグネシウムを内服中であり、3g分3毎食後の指示であったが、1包0.33gで1回に1g内服する分を0.33g 1包が1回の内服分だと思いこみ分包していた。	0.33g 1包が1回の内服分だと思いこみ、分包していた。	・ 分包処理をする際には、薬剤のg数まで把握し、分包するようにする。	・ 確認が不十分であった

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
9	内服薬を時間配薬している患者に対して、入院時に持参された緩下剤、整腸剤が切れたため、追加処方してもらった。しかし、実は持参分に残薬があり、配薬カート内に同じ内容の薬袋が2つ（持参分の薬袋と追加処方分の薬袋）あった。同内容であることに気付かず、それぞれの薬袋から薬を取り出し、重複して配薬していた。昼食後の配薬時に気が付いて発覚した。	配薬時に確認したが、機械的に薬を取り出していたため、重複していることにすぐ気付かなかった。処方内容にもっと注意を払い、気を付けることが必要だと感じた。また、持参分が切れたため追加処方となったのだが、実際にはまだ残りがあり、処方を依頼した看護師がその時点で確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬時の確認は、薬の名前、飲む時間、個数全てに注意する。 ・持参分が切れて追加処方となる際には、カルテの印鑑欄のみ見るのではなく、実際の残数を確認する。 	・確認が不十分であった
10	深夜、朝の薬を準備しているときに、グルコン酸Kが二重投与されていることに気付いた。〇月17日の朝・昼・夕に二重投与されてしまっていた。主治医へ報告し、経過観察となった。	持参薬を新しい薬袋に入れ替えて準備した。その時に粉碎された薬が2種類あり、ひとつはグルコン酸Kと印字され緑の線が入っていた。もうひとつの薬は、情報提供書の内容からカリウムであるとわかったが、グルコン酸Kとカリウムが同じ薬という認識がなく、別の処方として袋を準備してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・知識が不足していた。 ・印字のない粉碎薬の確認が不十分であった。 	・確認が不十分であった
11	持参薬がなくなり次第当院処方分を与薬すべき所、既に薬剤部から配送されていた当院処方の薬剤を持参薬と一緒に与薬し2倍量の薬を与薬した。重複した薬剤はジゴキシン(0.125mg)とセロケン(20mg)であった。	持参薬は分包、当院処方分は未分包で配薬看護師は同じ薬剤と思わなかった。持参薬管理表の運用が不十分で持参薬取り決め事項を遵守しなかった。持参薬がなくなり次第当院処方分へ切り替わることの伝達が不十分であった。配薬時処方箋と照らし合わせ配薬するという当院のマニュアルを遵守しなかった。薬剤師の服薬指導が出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬指導を充実させる。 ・持参薬管理マニュアルを遵守する。 ・配薬看護師は配薬時の、当院マニュアル「患者確認・薬剤確認」を遵守する。 ・医師はオーダーリング「備考欄」に与薬開始月日を正確に入力する。 	・確認が不十分であった

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
12	患者の自己管理の持参薬ガスター2錠/日(2回)は○/26から内服中止の指示が出ていた。○/30の朝、患者よりガスターが不足するとの訴えがあり、確認すると点滴内にガスター20mg 混中の指示が有り、ガスター錠の内服は不要であった。○/26からガスターが4日間、内服と注射の重複与薬されていたことが判明した。患者に確認すると中止の説明は聞いていないと云われた。	内服薬の中止の指示が出た時点で、患者の理解の程度を把握した説明を十分行なっていなかった。患者の自己管理薬への理解を確認し、中止薬をそのまま患者の保管とするか、スタッフステーションに持ち帰るかの判断を行なっていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・中止薬の処理に付いての判断を行なう。 ・自己管理のまま薬剤を中止した場合は、次の勤務者が必ず再確認を行なう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった ・患者・家族への説明
【投薬・内服忘れ】				
13	入院時、持参薬において2種類内服中止となり薬袋に中止と記入し、家人へ指導し渡していたが、続行の薬の一種類も中止していた。尿量の減少、浮腫の増強にて確認したところ判明した。	家人への指導が不十分であった。家人管理後の内服確認が不十分であった。入院時の管理方法の徹底がされていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の内服続行・中止の有無を明確にする。 ・管理方法のチャートを使用し管理方法の決定を確実にしなう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった ・患者・家族への説明
14	パーキンソン病の薬剤量調整目的で入院した患者は、外来処方済の残りの薬を持参して来たため看護師が預かり整理した。指示はペルマックス250μg(1.5-1.5-1.5-1)の指示だった。看護師は夜寝る前の薬の袋にセンノサイド、ペルマックスと書いてあったが「ゲザイ」と書かれた散薬だけでペルマックスが入っていないことに気付いた。4日間寝る前のペルマックスが投与されていなかった。	入院時の製剤確認、整理を行った看護師2名はどちらも間違いに気付かず整理した。処方袋、薬剤手帳などで確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師に持参薬の確認、整理を依頼する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
15	<p>2泊3日の化学療法目的で入院した患者の持参薬にオキシコンチン3錠/分3、オプソ3包(頓用)、リタリンがあった。入院時担当の看護師Aは、患者のアナムネを聴取し持参薬確認を行ったが、薬の内容までは確認しておらず薬剤師に任せていた。薬剤師は患者面接にて持参薬を確認し、オキシコンチンとオプソは金庫管理とし、リタリンは師長と相談し患者管理とした。薬剤師は用法も把握しており、患者の受け持ち看護師Bにはオプソの頓用時間(深夜服用)を強調して説明した。看護師Bは入院診療計画書を持って患者の所へ行った際、「麻薬については、好きな時に好きなだけ飲むようにと言われている」と患者から聞き、オキシコンチン、オプソ共に頓用と思い麻薬施用票を作成した。各勤務間の申し送りも頓用でなされ、オプソは退院前日に服薬されたが、オキシコンチンの服用なく経過した。退院時に薬剤師がオキシコンチンがそのまま残っているのに気づき、無投薬が発覚した。</p>	<p>麻薬処方箋には用法・容量共に記載されていたが、薬剤師からオプソ頓用の説明があり、また患者からも「麻薬は好きな時に好きなだけ…」の発言が聞かれ、オキシコンチンも頓用と思った。現行の麻薬施用票には用法記載欄があるが、当該病棟では旧式の施用票を使用しており、今回の施用票にも「オキシコンチン3ヶ」のみ記入されていた。麻薬管理は師長が行うが、施用票の記載を見て頓用と思っていた。薬剤師が毎日定期的に麻薬の残数を確認する体制にしていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施用票作成時は、処方箋または処方画面、お薬手帳を照らし合わせて確認し、用法も記入する。 ・薬剤師は1日1回、必ず麻薬の残数を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった
16	<p>リウマチが既往にあり、不明熱で入院した患者は入院時に持参薬があり、自己管理としていた。看護師は「薬飲んでくださいね」と声掛けはしていたが、内服確認までしていなかった。入院から6日後に患者が内服していなかったことが判明した。患者は予防的に飲んでいたので入院したら飲まなくてよいと思っていた。</p>	<p>医師・薬剤師・看護師から自己管理薬についての説明が十分でなかった。患者の同意を得ていなかった。内服確認をしていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に、医師・薬剤師・看護師から持参薬の内服についてもしっかり説明をする。 ・患者の内服についての意志確認をし、同意を得たことを記録する。 ・看護師は声掛けだけでなく内服も確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった ・観察が不十分であった

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
17	入院時より持参薬を薬剤師が小袋に入れセットし継続していた。しかし、タケブロンのみが持参薬の残数と合わず臨時で処方されていた。看護師管理で配薬をしていたが、小袋にまとめて入っていたため確認を怠り、きちんと処方通り入っていると思い込んでいた。8日の夜勤看護師が配薬時に確認をしたところ、タケブロンのみセットされておらず、4日より内服していなかった。朝の内服を配薬中に薬が足りない事に気づきカルテを確認したところ、4日より処方が切れており、4日間内服していないことを発見した。	毎食後の内服薬がそれぞれ小袋に入っていた。朝の内服は全部で10錠あった。処方箋は修正が多く、見にくかった。きちんと入っているものだと思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処方が切れる日付を処方箋に記入する。 ・ 一つ一つ錠剤を処方箋と確認をする。 ・ 配薬時処方箋を必ず確認してから配薬する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認が不十分であった
18	手術のため、持参薬であるエパデールSを中止していた。主治医の指示で、明日から再開となり、看護師は指示を受け、受け持ち看護師に伝えた。受け持ち看護師は患者に再開することを伝えた。患者は入院時から持参薬を自己管理していた。約1週間後、薬剤師が服薬指導をしたときに、エパデールSが再開されていないことがわかった。患者は医師からは再開の説明を聞いていないとのことだった。	医師の患者への説明不足と、看護師の自己管理患者へのチェック体制の不備があった。また、薬剤師も関与が遅くなったことから、医師・看護師、薬剤師の連携にも問題があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師はまず説明責任を果たすこととした。 ・ 看護師は自己管理の患者へのチェックを必ず行う。 ・ 医師から薬剤師へ、中止薬や変更等の服薬指導の指示を出す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認が不十分であった ・ 患者・家族への説明
19	左白内障術後1病日の患者が「胸が苦しい。」と訴えた。12誘導心電図を施行した。自己管理中の持参薬ニトロダームTTSを前日の朝入院前に更新し当日は更新していなかったことに本人が気づき更新した。その後主治医診察時には症状軽快していたため様子観察となった。	クリニカルパスには外来からニトロダームと記載されていたが、入院時の受け持ち看護師が実際の薬と照らし合わせて確認していなかった。本人にニトロダームTTSの最終更新時間を確認していなかった。当日の受け持ち看護師も更新時間を確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時は必ずクリニカルパスと薬とを照らし合わせて確認する。 ・ 貼り薬は最終更新時間を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認が不十分であった

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
	【用法間違い】			
20	他院からの持参薬でフェロミア1C1×Aと薬袋に記されているのを見て朝服用するのだと思い、朝食後配薬し内服された。後で他のスタッフにAがタの意味であることを聞いて間違いに気付いた。	当院では処方箋に朝食後、毎食後、就眠前など日本語で内服をいつするか記載されており、いつもはそれを見て配薬しているが、Aの意味を正しく理解していないにもかかわらず朝食後と思い込み配薬した。院内約束処方録にはAの意味も記載されており、新人の教育プログラムの中で聞いてはいたが覚えていなかった。	・教育内容を見直す。	・確認が不十分であった
21	持参薬確認を薬局に依頼した。その記録を基に看護師が内服薬のセットをした。検査のために一部の薬を内服させ、終了後に残りを内服させようとして確認し、フェノバルビタール3回/日のところ1回/日と薬局の記録が誤っていたことに気付いた。	薬剤師1人で持参薬確認をしている。半透明の袋に入っていたので内容を認しくかった。お薬手帳など薬の情報が薬局に届いていなかった。	・複数の薬剤師により確認する。 ・お薬手帳等の情報が薬局に届くように、入院案内にお薬手帳持参のお願いを記載した。 ・持参薬依頼用袋の中に入れる用紙にお薬手帳等の欄を設け、情報が薬局に届くようにした。	・確認が不十分であった
22	ショートステイ入所時にハイセレニンとムコダインの薬を持参してきた。朝夕2回服用する薬であったが、与薬車にセットする際、朝昼夕の3回服用するようにセットしてしまい、2日間与薬していた。3日目に病棟を変わることになり、残薬を確認している際数が不足しており、服用回数が違っていたことに気付いた。	入所時処方箋など薬方法の分かるものを持ってこなかった。服用方法の確認が不十分だった。与薬時確認する物がなく、セットのまま与薬していた。	・ショートステイ入所時には必ず処方箋控えなどを持参してもらう。 ・家族に服用方法など確認する。 ・与薬時確認できる処方箋控え又はそれに変わるメモなどを入れ確認する。	・確認が不十分であった

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
23	自宅では、妻が内服管理されていたため、入院後は看護師管理としていた。当院脳外科の処方であったが、入院時持参薬報告書に転記しカルテにはさんだ。持参薬報告書にはシメトレルの内服は朝と記載していた。しかし、次回処方より朝夕の指示であり、主治医に増量なのか確認すると、以前からのオーダー内容に変更はなく分2の処方であり、転記違いが発覚した。	持参薬がある場合、転記していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤説明用紙を持参している場合は、入院時持参薬報告書に転記せず、コピーしカルテにはさむようにする。 ・ 薬剤説明用紙がない場合は、オーダーシールを出してもらい入院時持参薬報告書に貼っていくようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認が不十分であった ・ 記録等の記載
【その他】				
24	TAE施行患者に対し、治療後内服する酸分泌抑制薬を2日間投与していなかった。患者は、持参薬にガスポートがあり治療後再開予定であったが、クリニカルパスにガスターD中止と指示があった。持参薬を使用するため、放射線科医が治療後に処方したガスターDを中止する意味であったが、誤解して持参薬のガスポートの内服を中止した。2日目に他の看護師が気付いた。主治医・放射線科医に報告し経過観察となった。3日目から内服再開となった。	治療後に内服する目的について十分な理解ができていなかった。持参薬と放射線科医が処方した薬が2重になっていることの意味を理解していなかった。内服中止の指示記載欄が違っていた。指示受けをした看護師、ガスターDを返納した看護師がそれぞれ違っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査・治療後に内服する目的などについての知識を習得し、分からないこと、疑問に思うことはその都度確認していく。 ・ 内服薬の指示確認、内服欄の確認を確実にやっていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認が不十分であった ・ 連携
25	糖尿病・蜂窩織炎のため緊急入院した患者は内科外来処方薬を持参しており、皮膚科主治医の確認を得て続行していた。残薬が少なくなったため、追加処方を主治医に依頼したところ、内科外来記録上2年前に処方されたものと判明し、中止となった。内服薬は患者の妻が管理しており、袋を入れ替えて使用していた為、発見が遅れた。	今回の場合、説明書がなく、妻が袋を入れ替えていた為、薬の直接照合をしないまま投薬した。視力障害のある患者のため、薬剤の確認を患者本人に出来なかった。入院診療科以外の診療科処方薬の確認を、カルテを取り寄せて確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 持参薬は、説明書または、処方カルテによる照合を行う。 ・ 他科処方の場合は、オーダーリング画面にて確認する。持参薬が、服薬説明書や、処方時の袋のままであれば、薬剤と直接照合する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認が不十分であった ・ 患者・家族への説明

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
26	アルツハイマー型認知症の患者の内服を看護師管理で行っていた。他院で処方されていたアリセプトを医師の指示により、入院中も続行して内服していた。退院時、退院処方を薬剤師によって手渡された。その際に残薬も渡したと思い込んで確認をしなかった。そのため残薬を渡し忘れた。2日後他の看護師が薬剤整理の際、持参薬渡し忘れを発見した。	退院時チェックリストの確認不足であった。薬剤師への確認不足であった。アリセプトが持参薬から内服をしているという情報がとれていなかった。時間に追われて焦っていたので確認が不足した。薬剤師が薬をすべて渡していると思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> 退院時のチェックリストを余裕を持って確認する。 退院時のチェックリストを退院前日、夜勤、渡す人それぞれで確認する。 持参薬を内服しているか、中止しているかの情報を配薬箱とカルテから、初回受け持ち時、退院時に確認をする。 薬剤師が渡したという言葉に頼りきらず、持参薬の棚と家族あるいは本人に確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった
27	オーダー状況照会には「持参薬継続」になっていたが、医師カルテには「リーマス以外持参薬継続」と記載されているのを発見して、誤薬させていたのに気付いた。	オーダー入力間違っていた。医師カルテとオーダー入力内容の確認がされなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 医師はオーダー内容がカルテ記載事項と合致しているか確認をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった オーダーリング時等の誤入力
28	入院受付の際に持参薬があった。個別包装のものと一緒に化されたものがあり、一包化されたものを薬剤科にて持参薬チェックをもらった。朝食後、内服薬の包みに入院前から休止しているはずのバイアスピリンが含まれていたが、取り除かず本人に返却した。入院後もバイアスピリンを内服していた。	バイアスピリンを休止していると入院指示書に記載してあり、また本人の家族にも口頭で確認したところ休止しているとのことだった為、内服していないと思い、持参薬の確認が出来ていなかった。持参薬チェックを行った際に休止しているはずの薬剤が入っていたが、薬剤チェック表を確認せず休止薬が入っていることに気付かなかった。手術前に内服薬を回収し、抗凝固剤の有無を再度チェックしたが気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬チェックを行った際、必ず薬剤チェック表を確認し、休止薬がないことを確認する。 休止すべき内服薬が含まれていると判明した際には即回収する。 手術前に内服薬を回収した際には再度抗凝固剤の内服の有無を確認するよう徹底する。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった 判断に誤りがあった
29	深夜勤務で朝食後の内服をカルテで指示を確認する際、院内処方指示はあったが、持参薬が記載してある表が入っていなかったため持参薬がないと思ったため朝食後の薬は院内処方しか与薬せず、持参薬フェーマーラ朝1錠が与薬されなかった。日勤看護師が昼食後準備時、持参薬の朝食後が与薬されていないことに気付いた。	持参薬がある場合、持参薬表に記載し、カルテに入れる手順が徹底されていなかった。そのため持参薬表が無かった事で院内処方のみと思いこんで準備していた。内服準備時、薬袋の中に持参薬表が入っていたが、見落としていた。内服準備時、何度か作業中断をした。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬がある場合は必ず持参薬表をカルテに綴じ込む手順を遵守する。 内服準備時、薬袋1つ1つ確認しながら準備する。 作業中断をした場合は、必ず最初に戻り確認行動をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
30	<p>医師から外来薬続行の指示があり、入院時に母親に現在内服している薬を確認すると「デバケン、エクセگران、リポトリール」の3種類と言われた。以前より内服している薬であったため、家人管理で内服してもらうことになった。内服確認は行っていたが、胃ろう造設となり内服管理が看護師へと変更となったため、母親より内服薬を預かると3種類以外に「ムコダイン」が出てきた。母親に確認すると入院前より処方あり、内服していたと言われた。実際は4種類飲んでいただけがわかり、看護師が外来薬をきちんと把握できていないことがわかった。</p>	<p>入院時に主治医から「外来薬続行」と指示が出たときに、外来処方の内容と現物との照合が出来ていなかった。母親に口頭で確認しただけで3種類であると思いつ込んでいた。外来薬確認後、主治医にその薬で良いか再確認していなかった。口頭での内服確認は行っていたが、残薬確認を行なっておらず家人に全て任せてしまっていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来薬続行の指示が出たときは、カルテにて確認を行う。 ・ 主治医にも内容の再確認を行う。 ・ 内服確認は「薬飲みましたか？」だけでなく「〇と〇とちゃんと飲んでますか？〇種類で良かったですね。」などのように薬名、種類、数も確認する。 ・ 長期の入院になる場合は、マニュアルどおり週1回残薬確認を行う。 	<p>・ 確認が不十分であった</p>
31	<p>患者が入院し、内服薬の指示は、主治医から受けることとなっていたが、主治医は夕方まで外来診察であった。外来カルテに『バイアスピリン休薬』との記載があり、患者の持参薬からバイアスピリンのみを引き上げた。残りの内服薬は、内服管理表に記入のうえ、本人管理のため薬を返した。夕方、主治医より内服の指示があり、指示簿に『抗血小板薬：止』と記載されていたことから、そのままバイアスピリンのみを休薬した。その後、リーダー同士の引き継ぎで、チャートと指示簿の見直しを行なったところ、他の抗血小板薬（オパルモン、アンプラーグ）が休薬されていないことが発覚した。また、その後、手術前日にエパデールも休薬していないことが発覚し、腰椎麻酔で行なう予定であった手術を全身麻酔で実施した。</p>	<p>「バイアスピリン、ワーファリンは休薬」という意識が強く、思い込みで、持参していたバイアスピリンのみしか休薬しなかった。指示が出た時に、内服管理票の再確認ができていなかった。指示簿への記載が「抗血小板薬：止」だけで、それぞれの薬が明記されていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師が、入院時の持参薬管理を実施することとした。 	<p>・ 確認が不十分であった</p>

ヒューマ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12回ヒヤリ・ハット「持参薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
32	持参薬にペルジピン・サイモチンの降圧剤があった。ペルジピンがなくなったため、医師に処方依頼したところ、ペルジピンの処方と、持参薬のサイモチンの代わりにカルナクリンの処方があった。カルナクリンは降圧剤であることを確認した。降圧剤が2種類に増えたのだと安易に考えてしまい、持参薬のサイモチンの残薬と一緒に、新たに出た処方分（ペルジピン・カルナクリン）の降圧剤を被せて服薬させてしまった。	医師からの新しい処方が出た際に薬の作用を調べたが、持参薬の薬の作用を十分に把握していなかった。薬袋にガスモチンと記載してあったため消化器系の薬と勘違いしていた。サイモチンとカルナクリンが同一の薬効の薬であるという認識がなかった。持参薬の袋と薬自体を照合させて確認していなかった。医師から新しい処方が出た際に、処方の理由を医師に聞くこと、考えることに欠けていた。	<ul style="list-style-type: none"> 医師からの新たな処方が出た際には、なぜその薬が処方されたかを医師に確認する。 また薬効などを調べ、確認し患者に与薬していく。 また、薬・薬袋・処方箋を3つを照合して確認していく。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった 知識が不足していた・知識に誤りがあった
33	当日朝よりウルソ6錠分3毎食後で内服が開始となった。持参薬より薬剤を準備し、他看護師と薬剤を確認し、患者に薬袋を渡した。翌日の日勤で薬袋の残薬を確認すると、ミオナールが混ざっており、「混ざってるのには気付いたけど飲んだよ」と話す。	持参薬が、薬剤シートが同色で類似しており、確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬を使用する際は、薬剤ごとに整理し、わかりやすく明示しておく。 薬剤名まで十分に確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった

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13回ヒヤリ・ハット「禁忌薬」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
	【薬物過敏】			
1	患者がアスピリン喘息であることを確認せず、ロキソニンを投薬した(内服は1回のみ)。看護師が記録をしていて、アレルギーに気づき、医師に報告をした。患者には状況を説明したが、喘息発作は起きなかった。	外来カルテにはアスピリン喘息であることが、明記されていた。電子カルテのアレルギー欄には、ピリン禁と入力されていたが、その確認を怠った。ピリン禁と入力されていても、該当薬剤の処方可能な状態だった。警告が出ることもなかった。入院の契機になった疾患が喘息ではなかったため、重要視していなかった。	・ピリン禁と入力すると、入力不可能になればよい。 ・システムの変更は現状では不可能であり、個々人の注意に任されている。	・確認が不十分であった
2	注射室より患者が抗生剤点滴中に発疹が出たと報告があった。医師からは「点滴抜針」の口頭指示があり、採血結果の説明のため再度整形外科外来で診察を受け帰宅した。翌日、患者はガーゼ交換と点滴のために来院し、処置後注射室を持って注射室に行った。注射室看護師が昨日と同じ抗生剤であることに気づき、整形外科外来へ連絡し中止となった。	口頭指示を受けたがカルテに記載をしなかった。また、医師にカルテ記載を促さなかった。医師はアレルギー反応が出たと報告を受けたが、カルテへの記載、患者診察をしなかった。カルテへの記載、注射薬の変更がなされていなかったのので昨日の情報が共有されなかった。	・原則口頭指示は受けない。 ・カルテへの記載を促す。 ・医師は患者診察を実施し、記録に残す。	・記録等の記載
3	「昨日整形からの指示で抗生剤の点滴をして発疹が出て点滴が中止になった患者が今日も同じ指示の注射室を持ってみえていますか」と注射室看護師より、外来に問い合わせがあった。外来カルテには発疹の記載はなく、医師に電話で確認をとり、指示は中止となった。カルテには看護師が発疹がでたことを記載した。	医師の記録に1日目の点滴中止の記載がカルテになかった。抗菌剤使用時の観察記録がなかった。	・注射室からアレルギー反応(+)の連絡があったら、医師は診察に向く。 ・「抗菌剤使用時の観察記録」を記載する。	・記録等の記載