

県内麻薬事故事例抜粋（薬局 令和5年1月～令和5年12月）

番号	事故の種類	事故の場面	時間帯	事故の主体	場所	事故の内容	事故の原因	対策
1	その他	調剤時	日中	薬剤師	調剤室	<p>近隣診療所の医師が発行した麻薬処方箋を応需し、麻薬施用者免許番号及び患者住所の記載があることを確認後、患者へ投薬した。</p> <p>翌日、管理薬剤師が麻薬処方箋の原本保管のため当該処方箋の内容を改めて確認していた時、処方箋に記載の麻薬施用者免許番号が「1234567」となっていた。そのため、処方医に照会したところ、麻薬施用者免許を所有しておらず、無免許施用による処方箋に基づき麻薬を調剤し、患者に投薬したことが判明した。</p>	<p>処方箋監査・調剤及び投薬を2名で行ったが、応需した麻薬処方箋に記載の麻薬施用者免許番号が有効なものであるかの確認ができていなかったため。</p>	<p>麻薬処方箋を発行した医師の麻薬施用者免許番号や期限を確認し記録する。</p>
2	その他	譲渡時	日中	薬剤師	薬局間	<p>A薬局とB薬局は麻薬小売業者間譲渡許可を取得しており、麻薬の譲受譲渡が可能であった。</p> <p>B薬局でモルヒネ注の不足があり、A薬局はB薬局へ麻向法施行規則第9条の2第1項第1号イに基づき、1A譲渡した。</p> <p>翌日、A薬局の管理薬剤師はモルヒネ注が不動在庫として6A残っていることに気付き、B薬局へ麻向法施行規則第9条の2第1項第1号ロに基づく譲渡が可能であると誤認し、すべて譲渡した。</p> <p>翌月、A薬局の管理薬剤師は社内で共有された情報に基づき、麻薬小売業者間譲渡の要件を再確認していた時、以前の譲渡は要件違反であることに気が付き、事故が発覚した。</p>	<p>麻薬小売業者間譲渡許可の要件内容を誤認していたため。</p>	<p>①麻薬帳簿の様式に、前回の譲渡譲受から90日以上経過していることが確認可能な項目を追加する。</p> <p>②全店舗で本事例を共有し、再発防止に努めるよう周知徹底する。</p>

県内麻薬事故事例抜粋（病院・診療所 令和5年1月～令和5年12月）

番号	事故の種類	事故の場面	時間帯	事故の主体	場所	事故の内容	事故の原因	対策
1	減失（破損）	施用時	日中（推定）	不明	カテーテル室	カテーテル室での手術中にフェンタニル注射液の投与指示があり、アンプルカットした際、アンプルを持っていた手に力が入りすぎてしまい、アンプルが粉々に割れ薬液が作業テーブル上に飛び散った。 シリンジで回収を試み一部回収し、回収できなかったものはペーパーで拭き取った。	アンプルが固く開封時に力を入れすぎたため。	職員に対する注意喚起を実施し、麻薬は慎重に取り扱う。
2	減失（流失）	保管時	日中	看護師	病棟	医師が術後患者に投与していたPCAポンプ（フェンタニル注10A+生食80mL）を取り外し、看護師Aと共に残量を確認（ポンプの電源及びクレンメの確認未実施）し、看護師Aが看護師Bと病棟麻薬金庫に保管した（ポンプの電源及びクレンメの確認未実施）。 その後、麻薬金庫を開けた看護師Cが、ポンプの布バッグが濡れ、ポンプの電源がオフになっていないこと及びクレンメが閉じられていないことを発見した。流出した薬液は、布バッグに吸収され回収できなかった。	ポンプの電源の切り忘れ及びクレンメの閉じ忘れのため。	職員に対する注意喚起を実施し、麻薬は慎重に取り扱う。
3	所在不明	運搬時	日中	看護師	ナースステーション	看護師Aはフェントステープ更新のため、病室で患者から剥がしナースステーションに持ち帰り、麻薬金庫から更新用が入っているトレイを取り出した。残数確認後、外装から取り出し右手に持ち、麻薬金庫へ行き、麻薬金庫上部に当該麻薬を置き、トレイを元に戻し鍵を閉めた。なお、この時の様子を麻薬金庫右側で作業をしていた看護師Bが目撃していた。 その後、看護師Aは、左手に麻薬金庫の鍵を持ち、右手で当該麻薬を取ろうとした際、手から滑らせ麻薬金庫の下方向に落とした。麻薬金庫内を含めナースステーション内を探したが見つからず、看護師Aの白衣等への付着も考え、念のため脱衣して確認したが、見つからなかった。	看護師がナースステーション内で貼付剤を外装から取り出し、手で持ち歩いてしまったため。	①麻薬運搬時は、運搬用ジッパー付きビニール袋を使用する。 ②職員に対し麻薬取り扱いに関する研修会を開催する。
4	その他	処方時	日中	医師	院内	麻薬施用者免許を所有していない医師が、患者に対し麻薬である「コデインリン酸塩錠」を含む処方箋を交付した。 翌日、薬局から昨日患者に発行した処方箋の記載で「麻薬施用者免許番号が1234567と記載されているが間違いないか」と問い合わせがあった。医師はこの時、コデインリン酸塩錠が麻薬であると認識し、麻薬施用者免許がない状態で麻薬を処方してしまったことが判明した。	①医師の麻薬に関する知識不足のため。 ②麻薬を処方することはないとの認識から、診療所に導入している電子カルテのシステムについて、十分に把握していなかったため。	①電子カルテに麻薬は赤字か（麻）などの表示がでるよう、また、免許番号が未設定の場合は空欄になるよう、メーカーに改修を依頼する。 ②麻薬の種類について、関係職員全員で確認する。
5	その他	調製時	日中	看護師	病棟	患者に、フェンタニル注12mL+生食36mLを混合したものをシリンジポンプで持続静注投与していた。 薬液更新時、看護師は生食50mLボトルから36mLをシリンジで抜き取らず生食50mLボトルにフェンタニル注12mLを全量混合したが、すぐに誤調製に気が付き医師に報告したところ、「そのまま使用してください」と口頭指示を受けたため、処方指示と異なった薬液に更新した。 その後、看護師が麻薬管理者へ報告し、県保健所から麻薬事故との回答を得て投与中止の指示があるまで異なる指示が実施された。	①誤調製をした場合、再処方が必要になることを医師、看護師とも理解していなかったため。 ②深夜帯であったため、薬剤調製を本来決まっているダブルチェックをしないまま看護師が1人で混合したため。	①誤調製を行った際はそのまま投与しないことを職員に周知する。 ②病棟でハイリスク薬研修を行い、職員への啓発を行う。

県内麻薬事故事例抜粋（病院・診療所 令和5年1月～令和5年12月）

番号	事故の種類	事故の場面	時間帯	事故の主体	場所	事故の内容	事故の原因	対策
6	その他	施用時	日中	看護師	病棟	<p>オキファスト注1A＋生理食塩液45mLの混合液を0.5mL/hrで持続静注、疼痛時0.5mLフラッシュで疼痛管理していた患者が疼痛を訴えたため、担当看護師がシリンジポンプの早送りボタンを押しフラッシュを実施した。</p> <p>この時、担当看護師は、シリンジポンプのフラッシュ量が表示される画面ではなく持続量が表示される画面を見ていたため、フラッシュ量の0.5mLが表示された時点で早送りボタンの長押しを止めなかった。</p> <p>その後、ベア看護師にフラッシュ量が0.7mLと表示されたところまでボタンを押していたと指摘され、0.2mL過剰投与していたことが判明した。</p>	<p>①勤務経験が浅くシリンジポンプの操作に不慣れであるにもかかわらず、事前にベア看護師に操作方法を確認せず操作したため。</p> <p>②操作パネルの表示部を見誤りフラッシュ操作をしていたため。</p>	<p>①不慣れな操作は事前に確認を行ってから実施する。</p> <p>②ナーシングスキル（看護技術のeラーニングツール）を利用し、手順を確認する。</p>
7	その他	施用時	夜間	看護師	病棟	<p>オキファスト注10Aを0.8mL/hrで持続静注していた患者に対し、21時よりナルサス錠内服開始及びオキファスト注0.4mL/hrに減量の指示があった。</p> <p>準夜帯看護師から深夜帯看護師にその旨の申し送りをを行い、0時50分にオキファスト注の残量、末梢ラインのダブルチェック及び投与指示を確認したところ、0.4mL/hrに減量していないことに気が付き、過量投与が判明した。</p>	<p>自身のメモだけではなく指示簿等にも21時からの投与量変更の指示が入力されていたが、多忙により、オキファスト注の投与量のダブルチェックを行わなかったため。</p>	<p>勤務開始時のカンファレンスでその時間帯勤務スタッフ全員で情報共有を行い、麻薬投与量変更時は必ず看護師とダブルチェックを行う。</p>
8	その他	配薬時	日中	看護師	病棟	<p>看護師が患者Aに、患者BのオキシコンチンTR錠1錠を誤投与したため、報告を受けた医師は、患者Aに投与指示していたナルサス錠をスキップするよう指示した。</p> <p>その後、当該看護師が口頭指示票への記載及び情報共有を怠ったことで、医師の指示を知らなかった別の看護師が、ナルサル錠を患者Aに誤投与した。</p>	<p>①麻薬は慎重に取扱う必要があるという認識が欠けていたため。</p> <p>②与薬準備時のダブルチェックが形骸化していたため。</p>	<p>①全職員へ麻薬の取扱いについて注意喚起及び研修を行う。</p> <p>②病棟における麻薬の取扱いに関する手順を徹底する。</p>
9	その他	配薬時	日中	看護師	病棟	<p>癌性疼痛の緩和目的で持参薬のオキシコンチンTR錠1回1錠1日2回服用していた患者に対し、担当医師Bより追加処方①及びオキシコドンの増量指示があった。</p> <p>その後、処方①と重複して医師Cから処方②が発行されたため、薬剤師が病棟看護師に確認した。</p> <p>処方①：オキシコドン徐放錠NX1回1錠1日2回9時、21時5日分 処方②：オキシコドン徐放錠NX1回2錠1日2回9時、21時5日分</p> <p>その結果、看護師は、持参薬のオキシコンチンTR錠1錠と入院処方オキシコドン徐放錠NX1錠を合わせたオキシコドン量の内服であったにもかかわらず、入院処方オキシコドン徐放錠NXを1回2錠服用させたことで不足し、医師Cが処方②を発行した。</p> <p>これにより、オキシコドンの投与量は変わらないが、5回にわたり持参薬のオキシコンチンTR錠1回1錠を服用させず、入院処方オキシコドン徐放錠NXを1回2錠で服用させていたことが判</p>	<p>①指示簿を確認せず麻薬施用票に記載し、その後のダブルチェック時にも指示簿と照合をしなかったため。</p> <p>②麻薬の処方変更時、持参薬と併用するという概念がなく、処方変更となった時点で、以前服用していた麻薬は中止になると思い込んでいたため。</p>	<p>①必ず指示簿を確認した上で、麻薬施用票に用量を記入する。</p> <p>②麻薬の与薬時は指示簿で用法用量を確認し、看護師2名でダブルチェックを行う。</p>

県内麻薬事故事例抜粋（病院・診療所 令和5年1月～令和5年12月）

番号	事故の種類	事故の場面	時間帯	事故の主体	場所	事故の内容	事故の原因	対策
10	その他	配薬時	夜間	看護師	病棟	ナルサス錠1日1回の定期内服で疼痛コントロール中の患者から痛みの訴えがあり、疼痛時レスキュー薬のナルラピド錠1錠を配薬した。その後、患者から再度疼痛の訴えがあったため、ナルラピド錠1錠を配薬した。 翌日、定期内服のナルサス錠の配薬準備をしていた看護師が、残数が少ないことに気が付き残薬チェック表を確認したところ、準夜帯看護師のサインがあったため当該看護師に確認し、誤って内服させていたことが判明した。	①準夜帯看護師は、麻薬に対する知識が不足していたため。 ②定期内服薬の薬袋にレスキュー薬用の残薬チェック表が貼付してあったため、レスキュー薬と思い込み、用量等を確認しなかったため。	①麻薬取り扱いマニュアルを作成し、スタッフ全員に麻薬の取り扱いの講習を行い、麻薬取り扱いマニュアルを麻薬金庫傍に設置する。 ②定期内服薬とレスキュー薬の区別が付きやすいように麻薬チェック表を変更する。
11	その他	配薬時	夜間	看護師	病棟	夜勤帯に、看護師は患者Aを担当していた。患者AにオキシコンチンTR錠3錠の定期内服を投与するため、他看護師と電子カルテの指示オーダーと処方箋で患者氏名等を確認し、麻薬金庫から取り出し、患者Aの氏名が記載された運搬ケースに入れ訪室した。しかし、不在であったため、PCカートにオキシコンチンTR錠を載せたまま、患者Bを訪室し検温と状態観察を行った。 再度、患者Aの病室へ向かったが、この時、間違えて患者Aの隣の病室である患者Cを訪室した。4人部屋かつ消灯後であったため、小声で患者Cに対し「Aさんですね」と声掛けし、認知症の患者Cが「はい」と返事をしたため、運搬ケースの氏名と患者のリストバンドを照合せず内服させた。 その後、患者Aから薬を飲みたいとナースコールがあったことで患者間違いが判明した。	①麻薬を持った状態で他の患者対応をする等、麻薬を取り扱っているという意識が希薄になっていたため。 ②「麻薬投与手順」に記載された投与管理を手順のとおりに行っていなかったため。	①麻薬を投薬できなかった際は、一度麻薬金庫に戻し、患者の在室を確認後に持ち出す。 ②『運搬ケース』に記載された氏名とリストバンド等と照合し、患者間違いがないか確認する。
12	その他	廃棄時	日中	看護師	ナースステーション	無痛分娩予定の患者に対し、麻酔セット（生食90mL+フェンタニル注4mL+マーカイン4mL）をダブルチェックで混注したものを準備したが、医師から準備した麻酔セットが違っていると指摘を受け、再度麻酔セット（生食90mL+フェンタニル注4mL+アナペイン10mL）をダブルチェックで準備した。 その後、誤調製した麻薬を手術室からナースステーションに移動させ、麻薬金庫に入れず机に置いていた。 そして、他の看護師から誤調製した麻薬がそのままになっていると指摘された看護師は、麻薬管理者立会なしにそのままナースステーションの流しに捨てた。	①看護師等の麻薬取り扱いに関する認識が不足していたため。 ②準備、調製時にダブルチェックを実施していなかったため。	①指示箋を新たに作成し、ダブルチェックした者が押印するよう徹底する。 ②麻薬取り扱い評価シートを作成し、麻薬の取り扱いが正しくできたか自己評価、他者評価し麻薬の正しい取り扱いを徹底する。

県内麻薬事故事例抜粋（病院・診療所 令和5年1月～令和5年12月）

番号	事故の種類	事故の場面	時間帯	事故の主体	場所	事故の内容	事故の原因	対策
13	その他	廃棄時	日中	薬剤師	調剤室	手術室担当の薬剤師が薬剤部麻薬金庫横の作業台にトレイを置き、手術室の定数保管補充分のフェンタニル注を取り揃えていたところ、手が滑って1アンプルをトレイ上で落下破損させた。 報告を受けた麻薬管理者が状況を確認したところ、全量トレイ内に留まっていたためシリンジを用いて全量回収し、回収した麻薬は調剤済麻薬に該当すると誤認していた麻薬管理者が、薬剤部職員立会いの下で廃棄し調剤済麻薬廃棄届を提出した。 後日、麻薬管理者に県保健所職員から「提出した調剤済麻薬廃棄届の記載内容（「廃棄の理由」欄に「破損するも全量回収できた」と記載。）について問い合わせがあり、無届廃棄が判明した。	麻薬管理者が、麻薬廃棄時、麻薬廃棄届提出後県職員立会いの下で廃棄しなければならぬ場合と、調剤済麻薬廃棄届で対応できる場合の区分について、正しく認識できていなかったため。	①麻薬廃棄前に、「麻薬廃棄・事故フロー」等による確認を行い、不明な点があれば、その都度県保健所へ確認する。 ②麻薬事故発生をメール等により周知し、麻薬の適正な取扱いについて注意喚起を行う。
14	その他	廃棄時	日中	看護師	透析室	看護師Aは薬局よりケタラールを受領し病棟へ持ち帰り、看護師Bとダブルチェックしたが、金庫内麻薬在庫数確認票に受領したケタラールを記入しなかった。そして、医師がケタラールをシリンジに全量吸い上げ、空箱に空バイアルを入れ、薬液の入ったシリンジとラベルを一緒に注射トレイに入れ準備した。 その後、病棟から透析室への患者出棟時、看護師Cがケタラールの入った注射トレイを他の医薬品、物品等と共に持参した。医師がケタラールで鎮静を開始したので看護師Cは透析室の看護師Dに持参した医薬品、物品等について申し送りを行ったが、ケタラールについては返却用控伝票を持参しておらず伝達も行わなかった。 医師の処置中に、透析室の看護師が看護師Dから看護師Eに交代し、処置終了後、片付けをしていた看護師Eは、他の医薬品や物品と共にケタラールを廃棄した。	①透析室の看護師Eは普段麻薬を取り扱うことがないため、ケタラールが麻薬であるとの認識がなかったため。 ②本来、病棟看護師Cは申し送り時に麻薬の返却用控伝票を提示し伝達する必要があったが、持参及び伝達を行わなかったため。	①他部署へ依頼する際は、必ず麻薬と対で返却用控伝票を運用し、施用量と残量を記載し返却を要することを確実に申し送り、自部署で返却確認を必ず行う。 ②麻薬管理マニュアルに定められている手順方法を遵守し、病棟での施用、管理等の確認を徹底する。
15	その他	廃棄時	日中	薬剤師	調剤室	在庫のフェンタニルクエン酸塩1日用テープ7枚（未調剤分1枚、処方変更により病棟管理していたものを受入れ再利用分として帳簿に記載し在庫計上分6枚）が期限切れとなったが調剤済麻薬であると麻薬管理者が誤認していたため、麻薬廃棄届を提出せず県保健所職員の立会なしで、薬剤師2名でハサミで細断し廃棄した。 その後、麻薬管理者年間届を確認した県保健所からの照会で、使用期限切れ麻薬を無届廃棄していたことが判明した。	①当該麻薬は最終払出し日から2年経過していたことから在庫7枚を調剤済麻薬と思い込み、廃棄前の麻薬帳簿の確認が不十分であったため。 ②麻薬に関する法令の認識が不足していたため。	①麻薬管理マニュアルで、麻薬帳簿の記載方法及び麻薬廃棄時の手続きについて再確認する。 ②薬剤師全員に対し、陳旧麻薬等を廃棄する場合は事前に「麻薬廃棄届」の提出が必要であること及び麻薬帳簿の記載方法について再度周知徹底する。

県内麻薬事故事例抜粋（病院・診療所 令和5年1月～令和5年12月）

番号	事故の種類	事故の場面	時間帯	事故の主体	場所	事故の内容	事故の原因	対策
16	その他	廃棄時	日中	医師	手術室	<p>レミフェンタニル1Vと生食50mLの調製麻薬を患者の手術中に11mL投与した。麻酔科担当医師は、手術終了後に残量が39mLであることを麻酔記録と照合し相違ないことを確認した後、誤って感染性廃棄物容器に廃棄した（本来であれば、麻酔科責任医師が残液を確認後、薬剤師2名の確認及び麻薬管理者立会いの下廃棄しなければならないと院内で決まっていた）。</p> <p>その後、麻酔科責任医師がレミフェンタニルの残液がないことに気が付き、手術室内の録画映像を確認したところ、麻酔科担当医師がレミフェンタニルの残量を確認後に感染性廃棄物容器へ廃棄する様子、手術室外へその感染性廃棄物容器が搬出される様子が記録されていた（発覚時には感染性廃棄物容器は病院外へ搬出されており、回収できなかった）。</p>	<p>①麻酔科担当医師が麻酔終了時に、感染性廃棄物容器へ廃棄する他薬剤のシリンジも同時に手に取り使用量確認を実施したため。</p> <p>②麻薬は既に残量確認が終了し麻薬セット袋に入れたと思い込んでいたため。</p>	<p>①麻酔終了後、麻酔科担当医師は麻酔記録をもとに使用量と残量の確認し手術室から退室する際に、麻酔科責任医師とその内容のダブルチェックを行う。</p> <p>②手術室で麻薬を使用した際は、必ず手術室で2名確認を行う。</p> <p>③関係者間で情報を共有する。</p>

県内麻薬事件事例抜粋（飼育動物診療施設 令和5年1月～令和5年12月）

番号	事故の種類	事故の場面	時間帯	事故の主体	場所	事故の内容	事故の原因	対策
1	所在不明	施用時	不明	獣医師	院内	<p>県職員による立入検査実施時に、麻薬帳簿と実在庫数を突合し確認したところ、フェントステープ1枚が足りないことが判明した。</p> <p>その後、帳簿記載内容について、麻薬譲渡証及び診療録と突合し不備がないことを確認し、施設内を探したが見つからなかった。</p>	<p>年間届記載時に、帳簿と実在庫を突合し記載していなかったため。</p>	<p>①麻薬施用後、片付ける時に帳簿記載の残数と実在庫数を必ず確認する。</p> <p>②年間届記入時は、帳簿記載の残数と実在庫数を確認し記載する。</p>

県内向精神薬事故事例抜粋（令和5年1月～令和5年12月）

業務所種別	番号	事故の種類	事故の場面	時間帯	事故の主体	場所	事故の内容	事故の原因	対策
病院	1	所在不明	保管時	不明	看護師	病棟	<p>頓服でイライラ時に服用指示のエチゾラム錠を患者入院時に持参薬として病棟詰所で預かっていた。</p> <p>患者Aのイライラ症状が強くなったため、看護師は病棟詰所の保管庫からエチゾラムを取り出そうとしたところ、98錠無くなっていることに気が付いた。看護師が、直近で患者に服用させた際は、PTPシートの状態で残薬が沢山あった。この報告を受けた看護部長は、病棟すべての入院患者の頓服薬と指示簿を照合し残薬確認を行うよう指示した結果、患者Bの持参薬プロチゾラムOD錠も20錠不明になっていることが判明した。病棟内を探したが両薬剤は発見できなかった。</p>	<p>病棟詰所保管患者薬について、定期的に残薬数を確認していなかったため。</p>	<p>①患者の服用毎に残数を薬袋の表に記載する。</p> <p>②週に1回、日勤終わりに残数を確認する。</p> <p>③事故の抑止目的で管理場所がみえるよう防犯カメラを設置する。</p>

県内覚醒剤原料事故事例抜粋（令和5年1月～令和5年12月）

業務所種別	番号	事故の種類	事故の場面	時間帯	事故の主体	場所	事故の内容	事故の原因	対策
薬局	1	所在不明	保管時	日中（推定）	薬剤師	調剤室	麻薬事故の立入検査時に、覚醒剤原料の残数に不明確な点があることが判明した。そこで、改めて譲渡証及びレセコンの履歴等を確認し遡って帳簿を作成し整理したところ、セレギリン塩酸塩錠を56錠紛失していることが判明した。	①管理薬剤師の覚醒剤原料の取り扱いに関する知識不足のため。 ②保管、帳簿の作成及び譲受・譲渡の記録等を適切に行っていないため。	①保管についての手順書を再整理する。 ②毎月初めに帳簿と在庫の確認を行う。
薬局	2	その他	廃棄時	日中	薬剤師	調剤室	卸からエフピー00錠100錠を譲受し在庫数量が126錠、その後、患者へ32錠払い出し在庫数量が94錠となった。 譲受から3年後、使用期限が切れたため、管理薬剤師とその他の薬剤師の2名で94錠を廃棄した。 廃棄から5年後の立入検査で、使用期限切れ覚醒剤原料を事前の廃棄届の提出及び県職員の立会いなしに廃棄していたことが判明した。	①覚醒剤原料の廃棄について、事前の届出及び県職員の立会いが必要であることを知らなかったため。 ②設置の覚醒剤原料手引きで内容確認を怠ったため。	①手引きを確認し業務手順書に追記する。 ②社内で事故の情報共有及び勉強会を開催する。