

県内麻薬事故事例抜粋（薬局 令和6年1月～令和6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フェントステープ2mg2枚を含む麻薬処方箋を応需し、管理薬剤師が調剤、薬剤師が監査し患者宅に訪問して交付した。</p> <p>2日後、同診療所から同患者に対し、フェントステープ2mg2枚を含む麻薬処方箋を応需したため、管理薬剤師が調剤しようと麻薬品庫内に保管されているフェントステープ2mgの使用期限が約1か月前に切れていたことに気が付いた。</p> <p>また、薬局では新たに購入した記録もなく、使用期限が切れた当該麻薬しかなかったことから、誤って患者に期限切れ麻薬を交付していたことが判明した。</p>	<p>①使用期限の切れた麻薬が区別されることなく使用期限内の麻薬と一緒に保管されていたため。</p> <p>②定期的に麻薬廃棄届を提出し麻薬の廃棄を行っていなかったため。</p> <p>③調剤時に使用期限の確認を怠ってしまったため。</p>	<p>①使用期限の切れた麻薬はビニール袋に入れて金庫内で区別することとした。</p> <p>②保管してある使用期限切れ麻薬の廃棄手続きを速やかに行った。</p> <p>③手順書の改定を行った。</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>A薬局でオキシコンチンTR錠の不足があり、B薬局はA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、14錠譲渡した。</p> <p>3日後、B薬局の管理薬剤師はA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>2か月後、県保健所職員による立入検査がA薬局であり、麻薬帳簿の確認を受けている際に、以前の譲渡は要件違反であるとの指摘を受け、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業務手順書の改訂を行い、全店舗で本事例を共有し、周知徹底した。</p> <p>②麻薬の管理及び取扱いに関する研修を実施する。</p>

県内麻薬事故事例抜粋（病院・診療所 令和6年1月～令和6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）	調整時	日中	医師	手術室	手術室において、麻酔科医師がアルチバ静注用2mg1バイアルを生理食塩液で溶解していた。このとき、生理食塩液を注入したシリンジをバイアルに刺した状態で溶解するまで作業台に置いていた。 その後、他の作業中に手が当たってしまい、バイアルが床に落下し破損してしまった。 破損したバイアルから全量床に流出したためガーゼで拭き取った。	シリンジをバイアルに指したまま作業台に置いていたため。	パッドを用いて作業する等、事故が発生しても回収できる状態しておく。
2	減失（流失）	施用時	夜間	看護師（患者）	病棟	患者の疼痛コントロール目的で、モルヒネ塩酸塩注射液を持続投与していた。 患者はせん妄傾向にあったため、看護師が定期的に訪室し刺入部の確認を行っていた。 最初に確認したときは、刺入部に問題がないことを確認したが、1時間半後の確認時には点滴のルートが外され薬液が漏れているのを発見した。	患者の自己抜針のため。	可能な範囲で巡回頻度を増やす。
3	所在不明	返却処理時	日中	薬剤師	調剤室	ある日の朝、薬剤師Aが午後のオベに使用するアルチバ静注2mgを準備しようと麻薬金庫から取り出したところ、帳簿の残数と実在庫数が一致しないことが判明した。 薬局内や病院内を探したが発見できず、また、医師の指示で払出した記録もなかったため、調剤室に設置の防犯カメラの記録を確認したところ、4日前に払出しの返却処理をしている様子、処理後に空箱をゴミ箱に廃棄している様子が確認できた。 判明時には、ゴミは既に業者に回収されており確認することはできなかったが、盗難の可能性は低く、箱を廃棄するときに、誤って一緒に廃棄した可能性が高い。	①空箱の廃棄方法については決まっておらず、廃棄時の確認方法は対応する個人に任されていたため。 ②在庫確認も不定期に実施しており発見が遅れたため。	①麻薬管理マニュアルに空箱の廃棄方法を明記する。 ②必ず1日1回、在庫確認を実施する。
4	その他	処方時	日中	医師	院内	麻薬管理者が不在中に入院患者に医師よりフェントステープ2mg7枚が処方されたため、院長が調剤所の麻薬金庫から取り出し、看護師と調剤所事務員が品名及び数量を確認し、看護師が病棟の麻薬金庫に保管した。以降、麻薬管理者が出勤するまで毎日1枚ずつ施用した。 処方から5日後に麻薬管理者が出勤し、不在期間中に使用された麻薬の確認中に使用期限切れで区別していたフェントステープ2mgが減っていることに気が付き、期限切れ麻薬の施用が判明した。	①使用期限切れと使用期間内の麻薬の区別が不十分だったため。 ②麻薬を払出し時に使用期限の確認を行っていなかったため。	①麻薬管理マニュアルを作成し、期限切れ麻薬の処理、麻薬管理者不在時の対応等を明記する。 ②麻薬を取り扱う職員に対し周知する。

県内麻薬事故事例抜粋（病院・診療所 令和6年1月～令和6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
5	その他	調製時	日中	医師	院内	A診療所で診察していた患者の容態悪化に伴い、患者家族とA診療所と同一法人が開設しているBクリニックの医師（麻薬施用者免許有）が相談のうえ、自宅での看取りとなった。 1か月後、患者が疼痛を訴え患者家族からの要望でモルヒネ塩酸塩注100mgシリンジ1本を施用することになった。 しかし、Bクリニックでは麻薬は院外処方しかしておらず院内で麻薬を所有していなかったため、A診療所に譲渡を依頼し、A診療所の麻薬管理者の医師から看護師が預かりBクリニックの医師に渡し、患者に施用した。 その後、期限切れ麻薬の廃棄立会時に帳簿と実在庫数の違いを指摘され、事故が判明した。	①両名は麻薬業務所間で麻薬は譲渡できると思い込みで確認することなく譲り渡したため。 ②医師等の法令不知のため。	麻薬管理マニュアルを用いて医師及び看護師に対し、院内研修を実施する。
6	その他	調製時	日中	看護師	検査室	看護師が、内視鏡検査を実施する医師からペチジン塩酸塩注射液35mg/1mL 1Aとミダゾラム注射液10mg/2mL 1Aの準備指示を受け、薬剤とシリンジをそれぞれ準備した。ミダゾラム用のシリンジでミダゾラムと生理食塩液を吸引し、ペチジン用のシリンジでペチジンを吸引する必要があるが、誤ってミダゾラムを吸引したシリンジでペチジンを吸引した。 看護師は薬剤師に連絡し誤吸引の事実を伝えず「ペチジンを廃棄したいがどうしたらいいか」とだけ確認したため、薬剤師は「空アンプルと破損伝票を提出してください」とだけ伝え、看護師が廃棄ボックスに廃棄した。 後日、破損伝票を確認した麻薬管理者が事実確認をしたところ誤調製した麻薬を看護師が廃棄していたことが判明した。	①薬剤師にペチジンが麻薬であるという認識がなかったため。 ②看護師に麻薬の調製を間違った場合の取扱いが特別であるという認識が不足していたため。	①薬剤師に対して麻薬の取扱いについて再度周知する。 ②麻薬の取扱いについて検査室の麻薬金庫に掲示し統一した対応ができるようにする。
7	その他	施用時	夜間	看護師	病棟	患者に対し、オキシコンチンTR錠5mgを1回1錠、1日2回（9時、21時）で処方されていた。ある日、夜勤帯の担当看護師が21時の内服薬を他の看護師とPCの処方カレンダーを見ながらダブルチェックを行い準備した。 しかし、このとき、1回量を見て確認しないといけないところ1日量を見て確認していたため、誤って2錠準備してしまった。 その後のベッドサイドでの確認でも1日量を見て行っていたため気づくことができず、患者に2錠服用させた。 翌朝、麻薬残数確認時に数量が合わないことに気が付き、過量投与が判明した。	事故病棟は介護度の高い患者が多い病棟であり、他の患者の対応に追われ余裕がない状態であったため、投与前の確認の徹底を怠ってしまったため。	①再度、患者投与前の確認の徹底を周知する。 ②病棟看護スタッフ全員で、麻薬管理マニュアルの再確認を行う。
8	その他	調剤時	日中	薬剤師	調剤室	薬剤師がモルヒネ塩酸塩水和物原末2.5mg 3回分の処方の調剤をする際、予製の10倍散を用いて行った。このとき、計算を間違い本来0.075g秤量すべきところ0.75g秤量してしまっていたが、監査者も気が付かず、そのまま病棟に払出した。 調剤から2時間後、PC管理の麻薬帳簿に入力する際、秤量間違いが判明し病棟に連絡したが、既に患者が1回分服用しており2回分しか回収できなかった。	①秤量計算を電卓ではなく暗算で行っていたため。 ②監査者の確認が不十分であったため。	①換算表を作成し散薬台に掲示する。 ②秤量時は1名で行わず、監査者とは別の薬剤師立会いの下行うこととする。

県内麻薬事件事例抜粋（病院・診療所 令和6年1月～令和6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
9	その他	施用後	日中	看護師	病棟	意識障害のある患者に対し、フェンタニル注射液0.5mg10mL+生理食塩液40mLを混合したものをシリンジポンプで投与していた。4日後の朝、鎮静・鎮痛解除のため主治医より投与の一時中断の指示、昼に使用中の指示があった。中止後、指示を受けた看護師が残液の入ったシリンジポンプを片付けようと洗面台に流し廃棄してしまった。その後、廃棄した報告を麻薬管理者が受け、事故が判明した。	①麻薬中止後、速やかに残薬処理を行うルールであったが、新人看護師で麻薬に対する認識が不足しており、中止後、速やかに残薬処理を行っていなかったため。 ②日常的に行っている麻薬以外のシリンジ薬剤の処理と同様の方法で廃棄したため。	①麻薬以外のシリンジ薬剤の廃棄方法を変更する。 ②新人看護師に対して麻薬の取扱いの研修を実施する。
10	その他	保管時	日中	薬剤師	薬剤部	ある日の夕方、麻薬管理者である薬剤部長が自室の片付けの最中、机の引き出しを開けたところ、引き出しの奥に気泡緩衝材が被せられ、その上に予備鍵が置かれていたため、不審に思い気泡緩衝材を捲って確認したところ、複数の麻薬等が保管されているのを発見した。 麻薬が保管された経緯や麻薬の情報等不明な点が多々あったが、院内調査の結果、院内の在庫麻薬ではなく患者から返納された調剤済麻薬である可能性が高いことが判明した。	①調剤済麻薬の処理を長期間怠るなど適切な麻薬管理ができていなかったため。 ②調剤済麻薬の廃棄処理を麻薬管理者1名のみで行っていたため。	①麻薬管理補助者を設置する。 ②麻薬の取扱いについて研修会を実施する。
11	その他	処方時	日中	医師	院内	保健所が実施した医療法に基づく立入検査において、平成26年以降の麻薬帳簿を確認したところ、複数の訪問診療患者の遺族から返納された麻薬5種類を調剤済麻薬であるにもかかわらず、帳簿に括弧書きで記載せずに医院の麻薬残高に加え、更に患者に再利用している疑いが認められた。 後日、改めて立入検査を実施し詳細を確認したところ、平成28年10月下旬から令和3年2月中旬にかけて、訪問診療患者遺族から返納され医院の麻薬残高に加えられた麻薬5種類のうち2種類を外来患者に交付していたことが判明した。	①訪問診療の患者から返納された麻薬についても入院患者と同様、再利用可能と誤認していたため。 ②麻薬の取扱いに対する認識不足のため。	①入院患者からの返納と訪問診療患者からの返納の対応をそれぞれ手順書に明記する。 ②毎月末に麻薬管理者が帳簿と在庫を確認する。

県内向精神薬事事故事例抜粋（令和6年1月～令和6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
卸	1	その他	納品時	日中	卸の従業員	店舗販売業	<p>薬局の開設許可を取得していた開設者が、薬局の許可を廃止し新たに医薬品の店舗販売業の許可を取得した。その後、薬局開設時から医薬品を納品していた医薬品卸売販売業者に、本来、店舗販売業で販売できない向精神薬であるマイスリーの注文が入ったが、システム上販売を停められることなく注文が可能であったため、許可書を確認することなく、2回販売をした。</p> <p>その後、医薬品卸売販売業者の管理薬剤師より上記事実の申告があり判明した。</p>	<p>①速やかに取引先の情報を更新するなど営業所の業務につき必要な注意を行っていなかったため。</p> <p>②医薬品卸売販売業者の営業担当者の法令不知のため。</p>	<p>①営業所に登録済みの全てのデータを総点検した。</p> <p>②社内で事例を共有し全職員に対しWEB研修を実施した。</p>

県内覚醒剤原料事故事例抜粋（令和6年1月～令和6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	その他	廃棄時	日中	薬剤師	調剤室	<p>期限切れのエフピー0D錠40錠について、覚醒剤原料廃棄届を提出していた。しかし、その後、交付又は調剤済みの医薬品である覚醒剤原料廃棄と同様の処理をするものだと思い込み、薬剤部職員立会いの下、廃棄した。</p> <p>その後、県職員から廃棄日程の調整連絡があり、既に廃棄した旨伝えたと、期限切れの覚醒剤原料は、県職員立会いの下でなければ廃棄してはならないことを説明され事故が判明した。</p>	覚醒剤原料の取り扱いに関する知識不足のため。	<p>①覚醒剤原料の譲受、返却、廃棄等の手順マニュアルを作成する。</p> <p>②処方頻度が低く、取扱いの思い違いがこりやすいため、業務対応時には、必ずマニュアルを事前確認する。</p>
病院	2	その他	調剤時	日中	薬剤師	調剤室	<p>老人保健施設からA病院で調剤して患者に払出したエフピー0D錠が、患者が服用できなかったとして9錠返却された。本来であれば、受け取った時点で、「交付又は調剤済みの医薬品である覚醒剤原料譲受届出書」を保健所に提出し廃棄すべきであったが、返却から2週間後に、同患者の調剤で再利用してしまった。</p>	<p>①覚醒剤原料の取り扱いに関する知識不足のため。</p> <p>②管理を施設の看護師が行っていたため、入院患者に処方されたものと同様に返却されたものは再利用できると思い込んでいた。</p>	<p>①ミーティングにおいて事故の発生について周知報告し、再発防止策を検討した。</p> <p>②院内の覚醒剤原料マニュアルを改訂した。</p>