県内麻薬事故事例抜粋（薬局　令和７年１月～令和７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	譲渡時	日中	薬剤師	薬局間	Ａ薬局とＢ薬局は同一の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。 Ａ薬局が患者よりフェントステープを含む麻薬処方箋を受け付けたため在庫確認をしたが、麻薬帳簿のフェントステープのページを見落とし、在庫なしと判断しＢ薬局に譲渡を依頼した。 その後、譲渡依頼でＢ薬局から譲受したフェントステープ９枚を患者に交付した。しかし、記録のため再度帳簿を確認したところ、フェントステープの在庫が21枚あることが判明し、麻薬小売業者間譲渡許可に基づく要件「麻薬の在庫不足のため麻薬処方箋により調剤できない場合」から外れており、事故となった。	①帳簿以外に実在庫やレセコン上での確認を行わず、思い込みで「在庫なし」と判断したため。 ②薬局の手順書に明確な譲渡譲受時の在庫確認方法の記載がなかったため。	①麻薬処方箋の受付時の確認事項を追記した手順書に改訂し、周知する。 ②社内メール等で本事例を系列薬局にも周知し、注意喚起を図る。
2	その他	調剤時	日中	薬剤師	調剤室	近隣診療所の医師が発行したオキノーム散１包を含む麻薬処方箋を応需したため、調剤し患者に交付した。 それから10か月後、別の患者からオキノーム散を含む麻薬処方箋を応需したため調剤しようと麻薬金庫から取り出し確認したところ、使用期限が切れていることに気が付いた。そのため、帳簿で過去の払い出し日を確認したところ、前回調剤時に使用期限切れのオキノーム散を患者に交付していたことが判明した。	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。 ②使用期限を確認後に調剤することになっているが、確認を怠ったため。	①使用期限切れ麻薬及び使用期限切迫麻薬は、札をつけて金庫内で区別して保管する。 ②毎月末、棚卸を実施し使用期限を確認する。 ③調剤時に使用期限の確認を徹底するよう運用を変更する。
3	その他	譲渡時	日中	薬剤師	調剤室	麻薬卸売業者からオキシコンチンTR錠の納品があり、薬局の事務員が事前作成済みの麻薬譲受証が見当たらなかったため管理薬剤師に確認した。報告を受けた管理薬剤師は麻薬の急配と思い込み、麻薬譲受証を作成し、麻薬譲渡証及び納品伝票をよく確認することなく麻薬を受け取り麻薬譲受証を渡した。 その後、麻薬の誤配送に気が付き、麻薬卸売業者のコールセンターに連絡し、戻ってきた営業担当者に麻薬を返品した。 翌日、麻薬卸売業者から、譲受後の麻薬を返品する場合は事前に譲渡許可を取得する必要がある旨連絡を受け、法令違反が判明した。	①麻薬の取り扱いに関する認識不足のため。 ②発注の有無を職員に確認することなく思い込みで急配と判断したため。 ③麻薬の譲受時、納品伝票及び麻薬譲渡証の記載内容の確認を怠ったため。	①麻薬の取り扱いについて研修会をする。 ②納品時に麻薬譲受証が見当たらない場合は、発注システム等で注文の事実を確認する。 ③納品確認後、納品伝票にチェック☑を入れる。

県内麻薬事故事例抜粋（病院・診療所　令和７年１月～令和７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	滅失（破損）	調製時	日中	医師	手術室	手術室において、麻酔科医師がフェンタニル注射液１アンプルを用いて薬液を調製していた。調製後、空アンプルを箱に戻すとき、手を滑らせてしまい箱内の未開封のアンプル上に落下、１アンプルを破損してしまった。 破損したアンプルから可能な限り薬液を回収した。	慣れによる不注意のため。	使用済みと未開封のアンプルを分けて保管する。
2	滅失（流失）	施用時	日中	看護師 （患者）	病棟	レミフェンタニル静注用の持続静注投与により鎮静管理をしていた患者の薬液更新を行うため、看護師がレミフェンタニル静注用を生理食塩液で溶解した。この時、ロック付きシリンジを使用するところ、スリップ式シリンジを使用していたことに気が付いた。そこで、ロック付きシリンジに移し替えようとロック付きシリンジに18G針を装着し内筒を抜いて外筒に溶解したレミフェンタニル溶液を入れたところ、針先から全量漏れてしまった。漏れた溶液は回収できずガーゼで拭き取った。	不適切な取り扱いのため。	作業時にはバッド等の上で作業する。
3	所在不明	納品処理時	日中	薬剤師	調剤室	コデインリン酸塩錠納品後に帳簿に記載されている在庫数よりも実在庫数が２錠少ないことが判明した。翌日にかけ、麻薬金庫をはじめ調剤室、事務室及び配達に使用した車両等を探したが見つからなかった。 また、防犯カメラの映像等から誤廃棄した可能性は低く、納品まで１名の患者に交付した以外実績はなかった。おそらく、納品前の患者交付時に本来より２錠多く交付してしまった可能性が高い。	調剤監査時に麻薬金庫に戻す麻薬と帳簿も一緒に監査者が確認することになっているが、確認を怠ってしまったため。	①在庫数の確認方法を変更した。 ②社内マニュアルを見直し、取り扱いについて再度周知徹底した。
4	その他	施用後	日中	看護師	院内	病棟管理していた未使用のフェントステープ１枚が処方変更となり、報告を受けた日勤看護師が麻薬金庫から①麻薬処方箋（控え）②麻薬施用票（返納１枚と記載あり）③麻薬チェック表④当該麻薬が入った薬袋⑤使用済み麻薬を貼付したシートを入れた５点を取り出し、担当看護師へ手渡した。 その後、担当看護師は薬剤部から受け取った変更後の麻薬貼付剤を他の看護師とダブルチェックして患者に貼付した。しかし、この時、日勤看護師から受け取った薬袋の中身が０枚であると誤認していたため、貼付後、担当看護師が院内の共同シュレッダーで裁断した。 廃棄から１時間後に、返品担当の看護師が「返納１枚」と記載された麻薬施用票に気が付き担当看護師へ確認したところ、事故が判明した。	①業務への慣れや油断などから本来の手順から外れた行動をとっていたため。 ②薬袋をシュレッダーで裁断する前に中身の確認を怠ったため。	①院内の手順書を改訂し共有した後、病棟での取り扱いが手順書通りであるか確認する。 ②全職員が閲覧できる電子掲示板に麻薬関連情報を定期的に掲示する。
5	その他	施用時	夜間	看護師	病棟	夕食配膳で訪室した看護師に対し、患者が疼痛を訴えレスキュー薬であるオキノーム散を希望したため、詰所に戻り金庫からオプソ内服液を１包取り出し、准看護師と一緒に薬と指示箋を確認し与薬した。しかし、確認に用いた指示箋が他の患者のものであることを見落としてしまっていた。 ４時間後に患者からナースコールがあり、准看護師が訪室したところ、再度疼痛を訴え、「今までは粉薬だった。液体は初めて飲んだ。」という申し出があり詰所で確認したところ、他の患者の麻薬を誤って与薬していたことが判明した。	①両名は患者名、処方内容の確認を怠っていたため。 ②麻薬の取り扱いについて、明確なルールが定められていなかったため。 ③看護師の麻薬取り扱いに関する知識・経験が不足していたため。	①病棟の麻薬取り扱いマニュアルを改訂する。 ②病棟で勉強会を開催する。 ③与薬前の確認事項を周知徹底する。

県内麻薬事故事例抜粋（病院・診療所　令和７年１月～令和７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	看護師Ａがナルサス錠６㎎が入った薬袋を麻薬金庫から取り出し、看護師Ｂが薬袋を確認し、薬剤名、用量及び用法を看護師Ａに口頭で伝え、看護師Ａが配薬用ケースに準備し看護師Ｃに渡した。本来、準備は与薬する看護師を含む２名ですることになっていたが、当日は多忙により逸脱していた。 その後、看護師Ｃは前日の看護師記録の「ナルサス錠２㎎２錠」の記載を見て「ナルサス錠６㎎２錠」の誤記であると認識し、患者へ与薬した。 夕方、患者が翌日退院であったため病棟担当薬剤師が退院準備中に看護師記録の「ナルサス錠６㎎２錠」の記載に気が付き、誤投与が判明した。	①看護師の確認不足のため。 ②薬袋の記載事項の確認手順が遵守されず、そのうえ、シングルチェックとなっていたため。	①準備時及び与薬時の確認を徹底する。 ②麻薬に関する研修会を実施する。 ③看護師記録を記入後速やかにリーダー看護師が確認する。
7	その他	施用後	日中	医師	院内	県内の診療所に勤務予定の医師が勤務開始に伴い麻薬施用者免許が必要となったため、事前に診療所の事務職員に依頼し麻薬施用者免許申請を保健所の窓口で行った。しかし、既に麻薬施用者が１名勤務していたため麻薬管理者免許申請も必要となり、再度申請をやり直すこととなった。途中経過は聞いていたが、最後に話を聞いて以降何も報告がなかったため、既に申請が受理され麻薬施用者免許が発行されているものだと思い込み、ペチジン塩酸塩注射液を検査で患者に施用した。 その後、県から「申請書に不備がある」旨の連絡を受け、麻薬施用者免許が発行されていなかったことが判明した。 また、診療所に勤務していた麻薬施用者が退職し麻薬業務所でなくなったにもかかわらず、退職した医師の麻薬施用者免許でペチジン塩酸塩注射液１箱（10アンプル入）を麻薬卸売業者から購入していたことも違法であることが判明した。	①麻薬施用者免許の申請手続きを事務職員に一任し、進捗確認を怠ったため。 ②麻薬施用者免許証の原本を確認しなかったため。 ③麻薬の取り扱いに対する認識の甘さのため。	①麻薬施用者免許の原本を確認後に麻薬の施用を開始する。 ②麻薬の取り扱いマニュアルを作成する。
8	その他	施用後	日中	薬剤師	調剤室	麻薬管理者である薬剤師が、麻薬注射薬の在庫の使用期限確認を行っていた時、オキファスト注の在庫97アンプルのうち20アンプルが使用期限切れであることに気が付いた。 その後、帳簿を確認したところ、入院患者に対し２アンプル施用していたことが判明した。	①当該麻薬のみ使用状況を把握しておらず期限確認を怠っていたため。 ②調剤時及び監査時の確認が不十分であったため。	①手順書に使用期限の確認を明記する。 ②調剤時及び監査時に使用期限の確認を行う。
9	その他	処方時	日中	薬剤師	調剤室	フェントステープで疼痛コントロールを行っていた患者に対し、オキシコドン注射液+生理食塩液の持続皮下注射への変更指示があり、看護師長が薬剤科に麻薬処方箋を持参し、薬剤師Ａが調剤、薬剤師Ｂが監査したものを払い出した。その後、病棟で看護師Ａが看護師Ｂと確認後調製し、シリンジに注射ラベルを貼付したものを患者へ投与した。 ３日後、患者が死亡退院となったため、麻薬の返納手続きを行っていた看護師Ｃが注射ラベルに「モルヒネ塩酸塩注射液」のシールが貼付されているのを不審に思い確認したところ、誤ってモルヒネ塩酸塩注射液が薬剤科から払出されていたことが判明した。	①薬剤師が処方箋をよく確認しないまま調剤及び監査を行ったため。 ②看護師は薬剤師が準備したから問題ないと思い込み確認を怠ったため。 ③シリンジへ貼付された注射ラベルが見えにくい位置であり確認時に見落としてしまったため。	①バーコードによる処方オーダーと薬品の確認を実施する。 ②指差し呼称を徹底し、病室ラウンド時のチェックリストを作成する。 ③シリンジへの注射ラベルの貼付位置を変更する。

県内麻薬事故事例抜粋（病院・診療所　令和７年１月～令和７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	施用中	夜間	看護師	病棟	疼痛コントロール目的で患者に対し、ナルベイン注+生理食塩液を持続皮下注で投与開始となった。その後、点滴カテーテル交換日を迎えたため看護師Ａが交換を行ったが、この時、誤って静脈にカテーテルを留置し、投与を再開した。 ３時間後、看護師Ａと看護師Ｂがダブルチェックを行ったが、投与方法の間違いに気が付かなかった。その後、看護師Ｂと看護師Ｃが実施したダブルチェックにより投与方法の間違いが判明した。	①看護師Ａは勤務経験が浅く、持続皮下注のカテーテル交換業務に対する知識と経験が不足していたため。 ②指示簿と注射処方箋での塘路経路の確認を怠り、思い込みで作業したため。	①事前に捜査確認を行ってから実施する。 ②カラーテープに投与方法を記載し、点滴のラインとシリンジポンプに貼付する。
11	その他	処方時	日中	医師	院内	診療所の医師が１年以上にわたり、外来患者から返納された調剤済み麻薬４種類を、廃棄後、調剤済麻薬廃棄届により届出する必要があるにもかかわらず、廃棄せず別の外来患者に再利用していた。 保健所職員による立入検査時、麻薬帳簿、診療録及び年間届の記載内容から上記事実が判明し、事故である旨指摘された。	①患者から返納された麻薬は麻薬帳簿に記載していれば、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今後、麻薬については院外処方とする。 ②調剤済麻薬廃棄について業務手順書に追記し、院内で共有する。

県内向精神薬事故事例抜粋（令和７年１月～令和７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
診療所	1	盗難	不明	夜間	看護師	薬品保管庫	マイスリー錠の服用が必要な患者の入院に伴い、医薬品卸売業者から１箱（100錠入）を購入した。その後、毎週木曜日の定期処方（１日１錠７日分）で患者に払い出し、在庫確認は毎週日曜日に勤務する看護師が実施していた。３回目の定期処方後の日曜日、在庫数量が２錠になっていたため、月曜日に在庫確認をした看護師が１箱発注した。火曜日に看護主任が発注記録を確認中に、十分な在庫量があったマイスリー錠が１箱発注されていることに気が付き確認したところ、在庫が２錠しかなかったため不審に思い、盗難の可能性に気が付き警察へ通報した。	①薬品保管庫自体に鍵がかからず、誰でも出入りできる状態であったため（夜間は夜勤者しかいない状態）。 ②マイスリー錠は引出しに保管されていたが、記録もなく誰でも容易に取り出すことができる状態であった。	①記録を徹底する。 ②防犯カメラを設置する。 ③薬品棚の引き出しにに金庫を固定し、その金庫で保管する。

県内覚醒剤原料事故事例抜粋（令和７年１月～令和７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	紛失	調剤時	日中	薬剤師	調剤室	薬局で在庫している医薬品の在庫点検時にセレギリン塩酸塩錠の在庫確認をしたところ、帳簿記載の在庫数119錠、実在庫数100錠と19錠少ないことが判明した。このセレギリン塩酸塩については平成24年２月までは処方箋を応需した記録があったが、使用期限が平成24年11月であったことから届出及び帳簿への記載をせず廃棄したと推測される。ただ、当時在籍していた管理薬剤師及び従業員は既に退職しており、明確な原因の特定ができなかった。	覚醒剤原料の取り扱いに関する知識不足のため。	①在庫点検の頻度を増やし、二者で実施する。 ②法令遵守・管理等に関する研修を年１回以上実施する。
病院	2	その他	調剤時	日中	看護師	病棟	エフピーOD錠とその他の薬を胃婁から経管注入している患者に投与するため、看護師が準備をしていた。この患者には、単独投与しなければならない薬が処方されていたため、単独投与する薬以外とエフピーOD錠を白湯で簡易懸濁した。その後、単独投与薬を専用シリンジで簡易懸濁しようとしたところ、誤って先にエフピーOD錠等を懸濁したシリンジに入れてしまった。 間違いに気が付いた看護師が、再度準備をするため、エフピーOD錠を含む懸濁液をナースステーションの流しに１人で廃棄してしまった。 その後、廃棄の補充分を申請するために廃棄伝票を薬局に提出し、対応した薬剤師が確認したことで事故が判明した。	覚醒剤原料の取り扱いに関する知識不足のため。	①単独投与する薬はシリンジと共に専用のバットに入れ、他の薬と区別するなど簡易懸濁調製の運用を変更。 ②誤調製時は現場保全後、薬剤師に連絡し指示を仰ぐ。
診療所	3	その他	廃棄時	日中	看護師	院内	院内に在庫する医薬品の期限切れの選別の最中、エフピーOD錠70錠が期限切れであることに気が付いた。この時、本来であればエフピーOD錠は一度保管庫に戻すべきであったが、期限切れの医薬品と一緒に別の場所に一時保管し、医療廃棄物コンテナに廃棄してしまった。 廃棄から４年以上経過した頃、県保健所職員による立入検査があり帳簿と実在庫数が一致しないことを指摘され、既に廃棄した旨伝えたところ、期限切れの覚醒剤原料は事前に覚醒剤原料廃棄届を提出し、県職員立会いの下でなければ廃棄してはならない旨説明を受け事故が判明した。	①覚醒剤原料の取り扱いに関する知識不足のため。 ②管理を施設の看護師等のスタッフが行っており、院長による管理及び適切な指示がなかったため。	①原則、院外処方で対応する。 ②①の内容を院内業務手順書に追記し、関係者に周知した。