

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No	事故 の程 度	販売名	製造販 売業者 名	事故の 内容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
1	障害 なし	プリン ク	武田 デバ ファ ーマ	処方 薬剤 間違 い	腹痛、嘔吐患者の点滴指示において、「プリンペラン」を入力すべきを「プリンク」と入力したことによる誤薬。 プリンと3文字入力すると、プリンペラン注射液10mg(2mL)(消化器症状改善薬)、プリンク10Ug(2mL)(リプル)と電子画面に表示される。この時、「プリンク」をクリックし、オーダーを確定した。	指示に入力された薬品を薬剤部に払出請求をした。対応した薬剤師は同薬品を取りに来た救命士に渡した。薬液を詰める際、看護師が不審に思い医師に「プリンクですか」と2回確認したが、「ハイ」と2回答えた。看護師は薬液をミキシングし投与した。払出した薬剤師が電子カルテで調べたところ、症状と薬剤の用法が違うため、救急外来で看護師に違うのではないかと問い合わせし、看護師が再度確認したところ、医師より「プリンペラン」を入力したと返答があった。	使用薬品の変更の検討。目的と違うのではないかと思われるときは、どちらか選択できるような確認方法を行う。 薬剤を払出請求する、払出の際は薬剤と症状が合致しているか、互いに症状を確認し合う。	プリンペランとプリンクの販売名類似については、処方誤りの事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。また、プリンクの販売名を「アルプロスタジル注10μg「武田テバ」」に変更する対応がなされている。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No	事故 の程 度	販売名	製造販 売業者 名	事故の 内容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
2	障害 残存 の可 能性 なし	ゾラ デック ス LA10. 8mg デポ	アスト ラゼ ネカ	その 他の 与薬 に関 する 内容	皮下注射後腹腔内出血	ゾラデックス3クール目を左腹部(当初左腹部に打つ予定であったが皮下をつまみ上げた際に位置がずれたのか、結果として臍下2横指の所に穿刺することになった)に皮下注後、腹部の疼痛、過呼吸、右側臥位になった後意識レベル低下(300)、血圧62/40まで低下、P100まで上昇あり。酸素投与し生食500mL全開投与しP 80台まで戻るも、皮下血腫はないも腹痛や嘔気続き、以降血圧が変動することからゾラデックスによるアレルギーを疑いソルコーテフ 100mg投与。その後血圧100台まで上昇しCTを行ったところ肝表面～ダグラス、後腹膜に至る出血を疑う像あり、腹腔内出血を疑う。 (以下、次ページ)	一般的な改善策としては、ゾラデックス投与手技の再確認と考える。ゾラデックス投与時に看護師2名にて穿刺部位、穿刺角度の確認。穿刺困難と判断される場合(皮下脂肪がうすい、穿刺で皮膚を貫通し針刺しの危険が予想される等)は、医師に投与を依頼する。または皮下脂肪の少ない患者に対してはリユープリンなど他剤への変更を考慮するなどが考えられる。この事例の患者は痩せ型で皮下注射を実施するにあたり、皮下脂肪がほとんどなく穿刺する際に皮下を摘むことが困難な状態であった。 (以下、次ページ)	ゾラデックス皮下注射後の腹腔内出血事例である。本剤投与後に発生しうる出血のリスクおよび、痩せ型の患者における使用方法について、情報提供を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No	事故 の程 度	販売名	製造販 売業者 名	事故の 内容	事故の内容	事故の背景要因の概要	
2	障害 残存 の可 能性 なし	ゾラ デックス LA10. 8mg デポ	アスト ラゼネカ	その 他の 与薬 に関 する 内容	読影医は後腹膜まで至る出血のため卵巣出血も疑うとのことであったが、明らかに皮下注射後の出血であり、穿刺針が腹腔内の血管を損傷した可能性が高いと考えられたが、卵巣出血やそれ以外に腹腔内出血をきたす原因も考えられたため、婦人科の緊急手術が可能で、血管損傷があれば血管外科による処置やIVRなどが可能な施設への搬送が必要であること、穿刺時の徐放剤が血管内に投与された場合は過量となり薬剤性ショックになる可能性も考えられること、現時点で出血性ショックに陥っていることをふまえ、3次救急での対応が望ましいと判断し転院し、転院先で緊急手術となった。手術所見としては、腹壁、腹膜、小腸間膜、下大静脈の表面まで貫かれ下大静脈にも損傷があり、縫合修復したと報告があった。患者の状態については出血によるショックはあったが、手術と輸血により改善し無事退院された。	但し、そのような状況であったとしても、薬剤の添付文書には「本剤投与部位周囲から出血し、出血性ショックに至った例が報告されているので、以下の点に注意すること 1) 血管を損傷する可能性の少ない部位を選択すること。」とあるが、この記述からでは腹腔内出血の可能性を想定出来ない。実際、当院でも腹腔内出血の可能性を想定出来ておらず、CT撮影等が遅れた。	ゾラデックス皮下注射後の腹腔内出血事例である。本剤投与後に発生しうる出血のリスクおよび、痩せ型の患者における使用方法について、情報提供を実施しているところである。
					併せて当院以外の事例としてPMDAへの報告で3例腹腔内出血事例が報告されていることから、腹腔内出血の可能性については「使用上の注意」の「重要な基本的注意」でなく「慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)」の項目、もしくは「重大な副作用」の項目へ警鐘事例として「本剤の投与により腹腔内出血から出血性ショックに至った例が報告されているので注意すること」と記載し、注意喚起する必要があると考える。		
					併せてMRによる薬剤情報提供に際し、「この注射の構造として、薬剤が飛び出すようなことは無く、針が引っ込み薬剤を患部に置いてくるような構造である」と説明しているようであるが、実際は「薬剤はプランジャー(押し子)に押される形で、直径1.5mm、長さ16mmの円柱状の固形物(形状はシャープペンシル様、硬度はロウソク様)が薬剤として押し出され患部に挿入される。この際、薬剤は飛び出したりはせず、あくまでもプランジャーを押すスピードで挿入される形式となっているが、薬剤の先端は針先より最大16mm飛び出る可能性はある」とのメーカーDIセンターよりの回答であることから、MRによる情報提供の仕方を見直すとともに、現在メーカーに調査を依頼中であるが円柱状の固形物が血管を損傷する可能性を早急に確認し、もしその可能性があるのであれば、早急な添付文書の改訂、もしくは改訂が難かければ、患者説明用冊子、医療従事者教育用のビデオやパンフレット内容の見直しを早急に行うべきと考え		

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No	事故 の程 度	販売名	製造販 売業者 名	事故の 内容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
3	障害 残存 の可 能性 があ る (低 い)	シグ マート	日医 工	その 他の 与薬 に関 する 内容	胃吻合部狭窄のため内視鏡センターにてバルン拡張術実施した。7日後に2回目のバルン拡張術を9:30頃開始されたが、食道にPTP包装シートに入ったままのシグマート1錠が食道に引っかかっているのを発見する。内服薬は把持鉗子で除去することができた。食道内は裂傷もなく出血も極少量でPTPシートを取り出すことができた。予定していたバルン拡張術は中止となった。	既往歴：腹部大動脈瘤の術後、脳梗塞、心房細動、胃癌術後。要介護2で訪問看護導入し自宅療養されていた。内服薬はシグマート3錠/朝昼夕、フェログラデュメット1錠/朝、モサプリド2錠/朝夕、マグミット2錠/朝を服用しており自宅では自己管理されていた。胸部狭窄感あり緊急入院され、2回のバルン拡張を予定した。1回目のバルン拡張を実施、この時は食道内に異物はなかった。入院後、禁飲食で内服も中止であったが、2日後の屋よりシグマート錠のみ開始、長谷川式22点の評価であり内服薬は看護師が管理し、毎食後PTPシートから内服を取り出し患者に渡して内服されるところを確認していた。	・患者への配薬はPTP包装から薬を取り出し患者に配薬することを再度周知する。 ・看護師管理であってもPTP包装を1錠ずつ切り離さず薬剤だけを取り出し患者に配薬することを通達する。 ・薬剤が複数ある場合は一包化を行うよう薬剤部へも再度連絡を行う。	平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について(医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼)」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。 また、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。
					5日後より5分粥開始、毎食全量摂取されていたが、6日後の昼食は2割程の摂取で朝食後より咳き込む様子と発熱があり、胸部X-P撮影を15時頃実施した。X-Pの画像では異物は写っていない。夕からは食事と内服が中止となった。2回目のバルン拡張実施中にPTP包装のままのシグマートが発見された。			

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No	事故 の程 度	販売名	製造販 売業者 名	事故の 内容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
4	障害 残存 の可 能性 があ る (低 い)	ギボ ンズ 錠 1mg	杏林 製薬	その 他の 与薬 に関 する 内容	<p>下肢の浮腫を主訴に他院からの紹介受診。CHFと診断され、同日緊急入院となった。夕食後、本人より薬の催促があり配薬のために訪室し、水を準備した。内服動作は可能であったため、薬を渡そうとしたが受け取る様子は無く、直接薬を口に入れようとする拒否された。「自分の手から飲みたい」との訴えがあり、患者へ薬を渡すと背中の方へ手をまわして隠す動作が見られたため、返すように説明するが聞き入れられず、その後も薬を隠す、身体の上に落とす、返却を促すなどのやり取りを繰り返した。その間、看護師の腕を引っ張る、つねるなどの攻撃的な動作が見られていた。「うるさいわね。じゃあ、もっと水を入れてきて。隠したりしないから。」と訴えがあり、コップに水を注いでベッドサイドに戻ると水を口に含み、お盆の上に置いてあった空のPTPシートを口に運んだ。逆の手も口元へ運び何かを飲み込んだ仕草をし、口を開けた。</p> <p>手を見るとPTPシートがなくなっていたため、口腔内を確認したが何もなかった。飲み込む際もむせるような様子は見られなかった。リーダー看護師にPTPシート誤飲の疑いがあることを報告し、捜索したが見つからなかった。主治医に報告し、胸腹部のX-P撮影実施。X-P上では異物の確認されず、CT施行。CT上でも異物は確認されなかったため、上部消化管内視鏡を実施することとなった。内視鏡の結果、「口腔から十二指腸まで観察したが明らかなPTPシートによる粘膜障害なし。明らかな出血所見なし。」であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診断はついていないが患者は認知機能の低下がみられており、入院時からライン類を触るような危険行為や辻褃の合わない発言を繰り返していたが、アセスメント不足であった。 ・認知機能の低下がみられているにもかかわらず、薬の殻をすぐに捨てずに目の届くところに置いてしまった。 ・患者が拒薬し、薬を隠そうとする動作も見られていたが、患者の希望通りに薬を手渡してしまった。 ・緊急入院であり急激な環境変化に適応できず、さらに看護師の対応などから無理やり薬を飲まされるといった恐怖感を生じるなどBPSD症状が出現しているというアセスメントが来ていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・不要なPTPシートはすぐに捨てる。 ・拒薬などが見られた場合には、無理に与薬しようとせず支持的な関わりで内服を促す。 ・内服自体を医師に相談し、検討してもらう。 	<p>平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について(医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼)」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。</p> <p>また、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。</p>

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No	事故 の程 度	販売名	製造販 売業者 名	事故の 内容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
5	障害 残存 の可 能性 なし	不明	不明	その 他 の 薬 に 関 する 内 容	処置室で20時の内服薬を準備し、患者のオーパーテーブルに20時に内服するよう説明した。20時10分頃に訪室すると、他薬剤(スタレボ、ネオドパストン)の空き容器は薬剤ケースに入っていたが、ルネスタのみ見当たらなかった。本人より後で内服しようと別にしておいたとのことであり、ベッドサイドを探すが見当たらなかった。20時30分頃、ナースコールがあり携帯のメモで「何を思ったかケースごと薬剤を飲んだかもしれない」とのことであった。胸部に違和感があり、当直医に報告し胸部CTを施行した。CT上で異物が見られ、緊急内視鏡を施行した。食道上部にPTPシートを認め、回収した。食道部に微小出血があるも違和感は消失した。夜間は禁飲食とし、翌日より食事開始の指示を得た。	・意識レベル清明と判断したがパーキンソン症候群に対し薬剤調整中であり、認知の変動の可能性が高かった。 ・以前より、内服薬をテーブルに置いていたため当日の意識状況や、指先の動きを確認しなかった。	・パーキンソン症候群は意識レベルや体動の変化が多いため、内服薬は看護師の目の前で飲むようにする。 ・内服が看護師管理である場合は、内服時間に持参するようにする。	平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について(医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼)」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。 また、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No	事故 の程 度	販売名	製造販 売業者 名	事故の 内容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
6	障害 なし	メチコ パール錠 500 μg	エー ザイ	その 他の 与薬 に関 する 内容	8時40分頃、夜勤看護師へ患者から「メチコパールをシートから出さずに内服してしまった。痛みはないが違和感がある」と訴えあり。すぐに主治医、日勤看護師に報告され、医師よりX線撮影指示あり。その後緊急で内視鏡を行い、食道入口部にPTPシートを認め、鉗子にて除去した。軽度の出血を認めたため、止血を確認し内視鏡終了した。当日は禁食とし、退院予定であったが経過観察のため入院継続になった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者は検査のための入院(6日間)であり、発生日は退院当日の朝であった。内服薬は9種類と多かったが、入院前から同様の薬剤を内服している。患者は前日から薬剤が追加になり(実際は追加されていない)わからなくなったと言っていた。 メチコパールのPTPシートが赤く薬がわからなかったと言っている。 患者は70歳代と高齢ではあるが、理解力はあるADLも自立されており、手指の機能障害もない為、受け持ち看護師は内服の介助はしていない。 退院日の朝ということで患者自身帰り支度などのことであわててしまっていたことが考えられた。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の心理的、身体的な要因を考え適切な介助を行う。 PTPシートの誤飲について、医療機能評価機構からも安全情報が出されていることを鑑み、再度院内周知を行う。 高齢者が増加し、内服錠数や種類も増え、内服方法も複雑となっていることから、適切なアセスメントを行い、患者にあった配薬(内服薬の一包装等)の方法を病棟薬剤師も含め検討していく。 身体的、精神的側面から通常と違う状況の際は特に一つ一つの行為を患者と確認しながら行っていく。 	平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について(医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼)」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。 また、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No	事故 の程 度	販売名	製造販 売業者 名	事故の 内容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
7	障害 なし	不明	不明	投与 方法 間違 い	PTPシートの誤飲があった。意識レベルはJCS I-1。看護師サイドで薬の準備を行い、看護師見守りの元で服薬をしていた。前日、夕方の処方患者に渡し、内服を見守った。その際、薬剤シートを空けることができ、内服の手法に問題はなかった。そのため、自立した内服が可能であると判断し、朝の内服薬はPTPシートごとベッドサイドへ配薬し、病室を離れた。配薬した薬は、PTPシートに入った錠剤が3種類、一包化された内服薬が1袋だった。本人よりナースコールがあり、ニフェジピンをPTPシートごと内服してしまったという訴えがあった。嘔吐・気分不快感はないが、咽頭部に違和感あり。当直医に報告しX-P検査施行し、画像上鑑別困難であったため、CT施行。食道内にPTPシートが発見され、緊急上部消化管検査施行。PTPシート除去となった。	服薬の見守りを解除した。服薬の見守りの必要性の判断を当事者が一人で実施した。曖昧な判断で、本人に薬の管理を任せてしまった。患者の服薬能力のアセスメントが不足していた。入院前より、内服薬は妻がシートから取り出した状態で患者に渡しており、患者は服薬動作に不慣れであった。患者の内服管理に対する情報が不十分な状態で、服薬管理の方法を判断した。薬の見守りとする管理方法を理解していなかった。	曖昧な判断で内服薬の管理を患者管理にしない。看護師管理で薬剤管理をしている根拠を理解して行動する。	平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について(医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼)」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。 また、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。
8	障害 残存 の可 能性 があ る (低 い)	アイノ フロ ー DS	エア・ ウォ ー ター 株式 会社		14:00頃、人工呼吸器回路周辺より空気漏れの音がしていた。14:35頃にNOシステムのアラームが鳴り、ポンベを確認するとメモリが0になっていた。SpO2 49%、血圧48/33まで低下した。臨床工学技士と医師に連絡し、14:40頃、臨床工学技士によりNOポンベの交換が行われた。再開後にバイタルは安定した。ポンベのメモリが0になりガスの供給が止まったが、実際にはかなりの量が残っていた。企業よりPMDA(医薬品医療機器総合機構)に報告された。	メーカーに連絡をとり、検証を行ってもらったところ、アイノフローのバルブ(元栓)開度が不十分であるとガスの供給失調が起こる可能性が確認された。	メーカー側より示された、「一度バルブを最大の10まで開けてから9まで少し閉める」という使い方をする。	当該事例は、アイノフロー吸入用800ppmのバルブの開度が不十分により生じた事例ある。本事例を受け、製造販売業者は、バルブの開度に関する情報提供等を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(医療事故)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No	事故の程度	販売名	製造販売業者名	事故の内容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
9	障害なし	インフルエンザワクチン	大阪微生物研究会	その他の薬に関する内容	<p>9時頃、耳鼻科外来の看護師Aは、受付からインフルエンザワクチン接種希望患者がいると連絡を受けた。患者の外来担当医師Bは患者X(70歳代女性)を診察してワクチン接種可能と判断し、予診票(同意書)にサインをした。患者Xも接種に同意した。予診票を受け取った看護師Aは、インフルエンザワクチン1瓶に2人分入っているため、呼吸器内科に連絡して余剰分のワクチンを使ってもらうことにした。看護師Aは、看護師Cに残ったワクチンを呼吸器内科に渡すことを伝えた。看護師Cは、耳鼻科外来薬品保冷庫の1段目の最前列にあったインフルエンザワクチンの箱を取り出した。箱にはワクチン1瓶が入っていた。</p> <p>2段目には、冷所用の青い袋に入った今年度製造のインフルエンザワクチンの箱があったが、看護師Cは、1段目のワクチンがすぐ目に入り取り出した。看護師Cは、ワクチンの使用期限を確認しないままワクチンのバイアルから0.5mLを注射器に吸い上げた。看護師Cは看護助手に依頼して、残りのワクチンが入った瓶を外箱に入れて呼吸器内科外来に届けた。9時10分頃、看護師Aはワクチンを患者Xに接種し、予診票にワクチンのロットNo.シールを貼ったが、使用期限の記入が必要であることに気づかなかった。患者Xは30分間経過観察後に帰宅した。呼吸器内科外来の看護師Dは、耳鼻科外来から届いたインフルエンザワクチンを受け取り、保冷庫に保管した。インフルエンザワクチン接種希望の呼吸器内科外来の患者Y(70歳代男性)は、外来担当医Eに診察を受けワクチン接種可能と判断された。医師Eは予診票(同意書)にサインし患者も同意した。看護師Dは予診票を外来受付からもらい、保冷庫から耳鼻科外来から受け取ったワクチンを取り出した。呼吸器内科外来で請求したワクチンもあったが、1人分が残っているワクチンを先に使用した方がよいと思い、使用期限を確認せず注射器に吸い上げた。10時20分頃、看護師Dはワクチンを患者に接種した。看護師Dは予診票に使用期限を記載しようとしてワクチンの箱に記載された使用期限を確認したところ、2ヶ月前の日付が記載されていたため、使用期限切れのワクチンを接種したことに気づいた。看護師Dは普段のワクチン接種時は使用期限を確認していたが、今回はすでに耳鼻科外来で投与済であったため、使用可能だと思い確認しなかった。昨シーズンのワクチンが存在するとは思っていなかった。看護師Dは患者Yの外来担当医Eと外来看護師長に報告し、耳鼻科外来にも連絡した。耳鼻科外来の患者Xはすでに帰宅していた。</p>	<p>1、耳鼻科外来・呼吸器内科外来の双方でインフルエンザワクチンの使用期限の確認がされなかった。</p> <p>2、他の外来で使用したインフルエンザワクチンの残りを他の外来患者に回す慣例があった。</p> <p>3、インフルエンザワクチンのシーズンが過ぎても残ったワクチンは薬剤部に返却しなかった。</p> <p>4、すでに他の外来で使用済なので、安心して確認がおろそかになった。</p> <p>5、定期的な薬品チェックは定数薬品のみだった。</p>	<p>1、固定薬品以外の薬品も定期チェック時に確認する。</p> <p>2、インフルエンザワクチン接種のシーズンが過ぎたら、ワクチンを薬剤部へ返却する。</p> <p>3、薬剤の投与前に、薬剤の使用期限を必ずダブルチェックで確認する。</p> <p>4、インフルエンザワクチンの予診票に使用期限を記入してから、患者に接種する。</p>	<p>期限切れワクチンを接種した事例である。期限切れワクチンの誤使用を防ぐために、最終有効年月日の識別性を高める目的で、包装の変更が行われているところである。</p>