

例) 側管 セファメジン 1 g + 生食 100ml × 2 100ml/hr 8時, 20時

例) 不穏時
側管 セレネース (5mg) 1 A + 生食 100ml
50mlを15分かけて、それでも鎮静が得られない場合はさらに残量を15分かけて

例) 側管 ビクシリン 170mg × 3 3時, 11時, 19時
ビクシリン (250mg) 1 V + 生食 5ml → 170mg = 3.4ml
5%ブドウ糖50mlピギーで 50ml/h、メイン点滴はこの間休止。

製剤の一部を投与する場合、投与量を上記に従い、溶液量にして記載する。

イ) シリンジポンプ使用時

例) 側管 イノバン (100mg) 1 A + 生食 = 30ml 3ml/hr

側管 イノバン (100mg) 1 A + 生食 25ml 3ml/hr と同じ。

例) 側管 ビクシリン 170mg × 3 3時, 11時, 19時
ビクシリン (250mg) 1 V + 生食 5ml → 170mg = 3.4ml
ラインを満たして、3.4mlを1時間で。メイン点滴はこの間休止。

例) 側管 ゲンタシン 3 mg × 2 9時, 21時
ゲンタシン (10 mg) 1 A + 生食 9ml → 3mg = 3ml
ラインを満たして、3mlを1時間で。メイン点滴はこの間休止。

製剤の一部を投与する場合、投与量を上記に従い、溶液量にして記載する。

c) ミニボトル使用時

例) ビクシリン 170mg × 3 3時, 11時, 19時
ビクシリン (250mg) 1 V + 生食 5ml → 170mg = 3.4ml
ミニボトルで60分かけて。メイン点滴はこの間休止。

この場合、維持輸液での60分当たりの輸液量と混和する。
メインの輸液製剤以外を用いて希釈する場合には、その旨を明記。
特に指示のない場合は維持輸液のスピードと同じ輸液スピードで投与する。

平成14年4月23日
(REF#2002-QARM-004)

病棟医長各位
病棟婦長各位

臨床医療管理部長
板井 悠二

医師による採血実施記録について

本院医療事故防止マニュアルに記されている、「指示（入院患者 指示・注射処方）の基本事項」の解釈に関して、疑義がありましたので、以下のとおり回答を通知します。

疑義

医師が指示し、自ら実施する採血にあたっては、指示箋上に採血実施済みのサインを行う必要はあるか。

回答

不要である。

医師が自ら検査依頼をおこない、採血を行う場合は、現行の規則では他人に対する指示にはあたらない。したがって、指示に基づく処置ではなく、「施行者（看護婦、医師）は、指示せんの該当項目に施行時刻を記入しサインする」という記述には該当しない。

また、医事会計上も、検査部で実際に検査が受け付けられ、検査が実施されたことで、実施が確認されており、指示箋上で確認が行われる必要はない。さらに検査結果は検査報告書として、実施した事実が確認できる。

なお、採血とは異なり、注射の場合はダブルチェックとなっており、したがって自ら（単独で）実施するものではないので、「施行者（看護婦、医師）は、指示せんの該当項目に施行時刻を記入しサインする」との記述に該当するため、実施のサインは必要である。また、医師法施行規則上定められた記載事項に該当する。さらに、医事会計上も実施したことを指示箋上で確認する必要があり、実施のサインをおこなわなければならない。

その他の処置に関しては、自ら準備を行い、自ら実施する場合は、「指示」にはあたらない。しかし、医師法施行規則上定められた記載事項に該当する。医事会計上実施したことを指示箋上で確認する必要があり、実施のサインをおこなわなければならない。

入院患者注射処置箋

診療グループ AD

病棟用

6.

実施期間 6月26日 ~ 7月2日

病棟 801 医師 サイン PHS / サイン PHS

※ジュニアレジデントは、左上に記載

ID

記載日	手技	注 射 ・ 点 滴	DR. 名	施用時刻	6/26	27	28	29	30	31	7/1	2
					月	火	水	木	金	土	日	月
6/26	IVH	① フェジオ35 + エタキシム1A + ガスター1A 40ml/h ② フェジオ35 + ILX-ビック1A			○	○	○	○	○	○	○	○
	Side	77-ストリンキット 1g X 2 エタキシム 400mg + 生食 100ml 疼痛時 ヲセゴン(15)1A + アダP(25)1A + 生食 50ml 30分まで 1日2回まで 6回以上投与		90° 21° 10°	○	○	○	○	○	○	○	○
6/29	IVV	① ヴルラクト500ml + ガスター1A ② = ①							○	○	○	○
	Side	ミラズン 200mg + 生食 100ml X 2 カルバニニ 0.5g + 生食 100ml X 2 38.5°C以上 ユルコーチン 100mg + 生食 50ml 30分まで		9° 21° 10° 22°					○	○	○	○
6/31		IVV 21. ミラズン 終了後 振盪								○		

注：網かけの月曜日・火曜日枠は、新入院の場合のみ使用可
指示は○印、実施者はサインをすること。

入院患者注射処置箋

診療グループ AD

7.

実施期間 6月24日 ~ 6月30日

病棟用

病棟 801 医師 サイ PHS / サイ PHS

※ジュニアレジデントは、左上に記載

ID

記載日	手技	注 射 ・ 点 滴	DR.名	施用時刻	6/24 25 26 27 28 29 30												
					月	火	水	木	金	土	日	月	火				
6/23	DIV	X1N 20 ml/R 入水ナリ															
		① ST3 500 ml + パント-IV2A + ビタミン1A + 塩酸モルヒネ (10mg) 2A		0°													
	Side	シリンジポンプ															
		① アアテック 2A + 生食 = 50 ml 2 ml/R															
		② カゴジン P600 50 ml 3 ml/R															
	○	< in-out バランス 2検 4°、14° >															
		+ 200 → ティック 1/4A + 生食 50 ml		4°													
		+ 500 → , 1/2A + 生食 50 ml		14°													
		+ 1000 → , 1A + 生食 50 ml															
																	6/23 12:30 3:30
6/25	IVH	main 入水ナリ															
		① PN1号 + ソーベター式 + 塩酸モルヒネ (10mg) 3A		0°													
	○	嘔気時 アリンピラミン 1A + 生食 50 ml 30分 1日3回 4回あけて															
	○	夜間不眠時 アアP (25) 1A + 生食 50 ml 30分 1日2回 6回あけて															
																	6/25 13:20 2:00

日付の○印は書き
施す場合のみ
ナリナリ

アリンピラミンの使用量と
薬液サインを記入

注：網かけの月曜日・火曜日枠は、新入院の場合のみ使用可
指示は○印、実施者はサインをすること。

輸血療法の実施に関する指針

今回、注射・内服グループにおいて「輸血」に関する各事例を調査した。その結果、多数の事例が輸血の管理・実施体制に問題があると思われる事が判明した。ここに平成17年9月6日付で厚生労働省より通知された「輸血療法の実施に関する指針」（改訂版）及び「血液製剤の使用指針」（改訂版）から輸血療法の実施に関する指針の一部をまとめたので参考にして頂きたい。

I 輸血の管理体制の在り方

輸血療法を行う場合は、各医療機関の在り方に沿った管理体制を構築する必要があるが、医療機関内の複数の部署が関わるので、次のような一貫した業務体制をとることが推奨される。

1. 輸血療法委員会の設置

病院管理者及び輸血療法に携わる各職場から構成される、輸血療法についての委員会を医療機関内に設ける。この委員会を定期的開催し、輸血療法の適応、血液製剤（血漿分画製剤を含む）の選択、輸血用血液の検査項目・検査術式の選択と精度管理、輸血実施時の手続き、血液の使用状況調査、症例検討を含む適正使用推進の方法、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策、輸血関連情報の伝達方法や院内採血の基準や自己血輸血の実施方法についても検討するとともに、改善状況について定期的に検証する。また、上記に関する議事録を作成・保管し、院内に周知する。

2. 責任医師の任命

病院内における輸血業務全般について、実務上の監督及び責任を持つ医師を任命する。

3. 輸血部門の設置

輸血療法を日常的に行っている医療機関では、輸血部門を設置し、責任医師の監督の下に輸血療法委員会の検討事項を実施するとともに、輸血に関する検査のほか、血液製剤の請求・保管・払出し等の事務的業務も含めて一括管理を行い、集中的に輸血に関するすべての業務を行う。

4. 担当技師の配置

輸血業務全般（輸血検査と製剤管理を含む）についての十分な知識と経験が豊富な臨床（又は衛生）検査技師が輸血検査業務の指導を行い、さらに輸血検査は検査技師が24時間体制で実施することが望ましい。

II 患者の血液型検査と不規則抗体スクリーニング検査

患者（受血者）については、不適合輸血を防ぐため、輸血を実施する医療機関で責任を持って以下の検査を行う。

1. ABO血液型の検査

1) オモテ検査とウラ検査

ABO血液型の検査には、抗A及び抗B試薬を用いて患者血球のA及びB抗原の有無を調べるオモテ検査を行うとともに、既知のA及びB血球を用いて患者血清中の抗A及び抗B抗原の有無を調べるウラ検査を行わなければならない。オモテ検査とウラ検査の一致している場合は血液型を確定することができるが、一致しない場合にはその原因を精査する。

2) 同一患者の二重チェック

同一患者から異なる時点での2検体で、二重チェックを行う必要がある。

3) 同一検体の二重チェック

同一検体について異なる2人の検査者がそれぞれ独立に検査し、二重チェックを行い、照合確認するように努める。

III 不適合輸血を防ぐための検査（適合試験）およびその他の留意点

適合試験：ABO血液型、Rho(D)抗原、不規則性抗体スクリーニング検査、交差適合試験（クロスマッチ）がある。

患者検体の採取（別検体によるダブルチェック）

原則として、交差適合試験を行う場合は、ABO血液型検査検体とは別の時点で採血した検体を用いて検査を行う。同時に血液型検査も実施する。

IV 不適合輸血を防ぐための検査以外の留意点

1) 血液型検査用検体の採取時の取り違いに注意すること。

- (1) 血液型の判定は異なる時期の新しい検体で2回実施する。
- (2) 「採血患者の誤り」を防ぐため、血液型検査用の採血の際の患者確認を確実に行う。
- (3) 他の患者名の採血管に間違っ採血する「検体取り違い」を防ぐため、1患者分のみの採血管を用意し採血する。

2) 検査結果の伝票への誤記や誤入力に注意すること。

血液型判定が正しくても、判定結果を伝票に記載する際や入力する際に間違える危険性があることから、二人の検査者による確認を行うことが望ましい。

V 実施体制の在り方

安全かつ効果的な輸血療法を過誤なく実施するために、次の各項目に注意する必要がある。また、輸血実施の手順について、確認すべき事項をまとめた「輸血実施手順書」を周知し、遵守することが有用である（輸血実施手順書：日本輸血学会、2001年3月作成を参照）

1. 輸血前

1) 輸血用血液の保存

各種の輸血用血液は、それぞれもつとも適した条件下で保存する。保存する保冷庫は自記温度記録計と警報装置が付いた輸血用血液専用とする。

赤血球、全血・・・・・・・・2～6℃

新鮮凍結血漿・・・・・・・・-20℃

血小板濃厚液・・・・・・・・室温（20～24℃）で水平振盪

2) 輸血用血液の保管法（血液製剤保管管理マニュアル；厚生省薬務局、平成5年9月16日参照）

- (1) 輸血用血液の保管・管理は、院内の輸血部門で一括して集中的に管理する。
- (2) 病棟や手術室などには実際に使用するまでは持ち出さないことを原則とする。
- (3) 手術室などに30分以上血液を手元に置く場合にも上記1)と同様の条件下で保存する。

3) 輸血用血液の外観検査

患者に輸血をする医師又は看護師は、輸血の実施前に外観検査として以下の事項について肉眼的に確認をする。

- (1) バック内の血液について色調の変化（バック内とセグメント内の血液色調の差に留意）。
- (2) 溶血や凝集塊の有無やバックの破損の有無など異常がないか確認する。

4) 一回一患者

輸血の準備及び実施は、原則として一回に一患者ごとに行う。

5) チェック項目

事務的な過誤による血液型不適合輸血を防ぐため、輸血用血液の受け渡し時、輸血準備時及び輸血実施時に、交差適合試験票の記載事項と輸血用血液バックの本体及び添付票とを照合する。照合項目は下記の項目について照合する。

- (1) 患者氏名（同姓同名に注意；患者ID、生年月日についても照合するとよい）
- (2) 血液型
- (3) 血液製造番号
- (4) 有効期限
- (5) 交差適合試験の検査結果
- (6) 放射線照射の有無
- (7) その他；診療科（病棟）、輸血使用日等も含むと良い

注）麻酔時など患者本人による確認ができない場合、当該患者に相違ないことを必ず複数の者により確認する。

6) 照合の重要性

確認する場合は、5)に記載された項目の各項目を2人で交互に声を出し合って読み合せをし、その旨を記録する。また、確認、照合を確実にするために、リストバンドと製剤を携帯端末（PDA）などの電子機器を用いるとよい。

7) 追加輸血時

引き続き輸血を追加する場合も、それぞれの輸血用血液について3)～6)の手順を踏む。

8) 輸血前の患者観察

輸血前に体温、血圧、脈拍、可能であれば経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）を測定後に、輸血を開始し、副作用発生時には、再度測定することが望ましい。

VI 輸血中

1) 輸血開始直後の患者の観察

意識のある患者への赤血球輸血の輸血速度は、開始時には緩やかに行う。ABO型不適合輸血では、輸血開始後から血管痛、不快感、胸痛、腹痛などの症状がみられるので、輸血開始後5分間はベットサイドで患者の状態を確認する。救命的な緊急輸血を要する患者では急速輸血を必要とし、意識が清明でないことも多いため、呼吸・循環動態の観察、導入などを行って尿の色調を見ることや術野からの出血状態を観察し総合的な他覚的所見により、不適合輸血の早期発見に努める。

2) 輸血開始後の観察

輸血開始後15分程度経過した時点で再度患者の状態を観察する。即時型溶血反応の無いことを確認した後にも、発熱・蕁麻疹などがしばしば見られるのでその後も適宜観察を続ける。

VII 輸血後

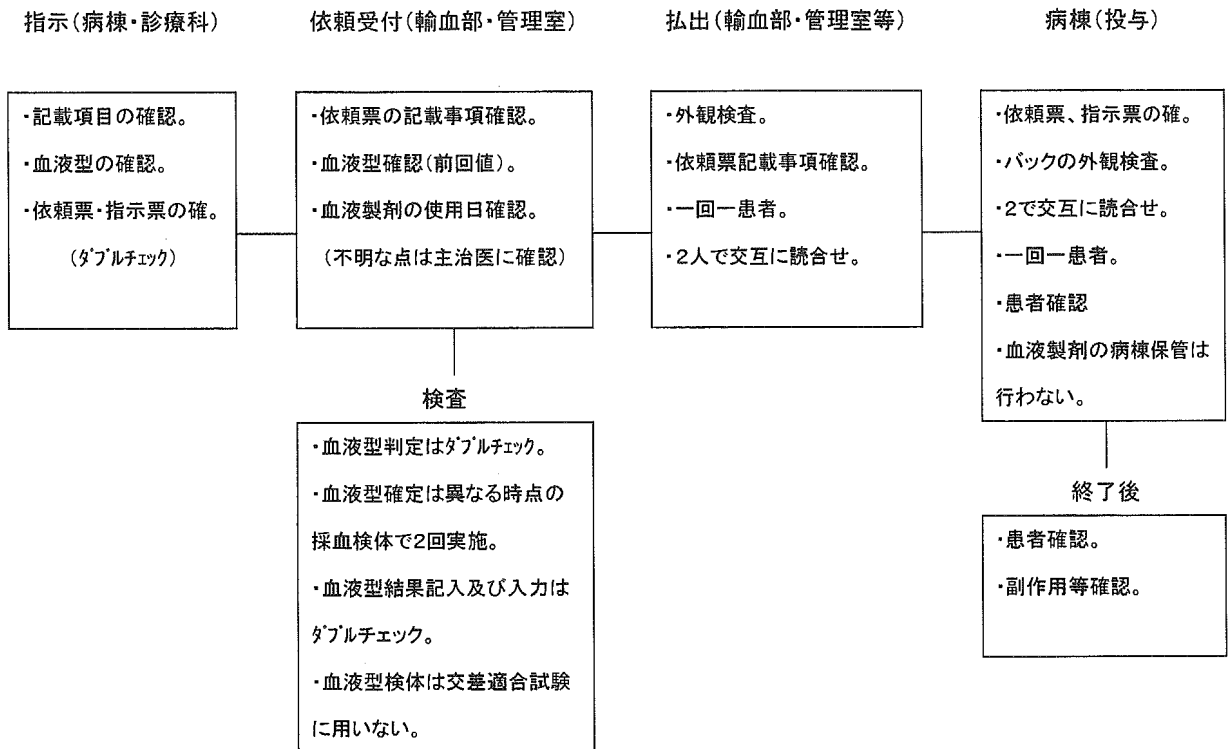
1) 確認事項

輸血終了後に再度患者氏名（患者ID、生年月日を含む）、血液型及び血液製剤番号を確認し、診療録にその製造番号を記録する。

2) 輸血後の観察

輸血関連急性肺障害（TRALI）、細菌感染症では輸血終了後に重篤な副作用を呈するため、輸血終了後も患者を継続的に観察することが可能な体制を整備する。

各部門におけるチェックポイント



A-O 指示だし指示受け

プロセス	分類(1)	分類(2)	分類(3)	誤りのパターン	原因	プロシユア	領域	重大性	リスク	参考事例	参考事例要旨
指示	判断の誤り			医学的適応の判断が誤っている(禁忌の判断の誤りを含む)	医学的判断に関する知識が不足している、誤っている、正しい	研究医は、指導医の指導の下に、指示を行う。日頃から、医学知識の更新に努める。	中	大	大	585	ミオカーム®が通常使用量の約10倍で処方されたが、方面と処方量が矛盾していたため薬剤師が誤りを指摘したにもかかわらず、指示に誤りが存在することを医師が理解できなかった。
指示	判断の誤り			用法・用量判断が誤っている	薬剤に関する知識が不足している、誤っている、正しい	十分に習熟していない医薬品をできるだけ使用しないようにする。	中	大	大	820	薬剤投与量の総量による指示と成分量による指示に差異が生じること、医師が理解していなかった。
指示	判断の誤り			用法・用量判断が誤っている	薬剤に関する知識が不足している、誤っている、正しい	十分に習熟していない医薬品をできるだけ使用しないようにする。	中	大	大	2004-00146519	禁忌薬剤の確認を行わず、ベニシリンアレルギーの患者にベニシリン系薬剤を処方した。
指示	判断の誤り			用法・用量判断が誤っている	薬剤に関する知識が不足している、誤っている、正しい	十分に習熟していない医薬品をできるだけ使用しないようにする。	中	大	大	2004-00164992	ジェネリック医薬品について成分を充分確認せず処方したため、他の診療科で処方された薬剤と重複処方となった。
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	曖昧な表現にはどのようなものがあるかを学び、曖昧さを発見し、Assess/Inquiryで明確化することで、誤りを発生させないようにする。	小	中	小	407	「トルカム®を1000として持つてきて」という表現の指示が、指示者の意図は「トルカム®(100)を生食薬水8mlに溶解し100ccにして持つてきて」とであったが、実施者は「トルカム®を注射器に原液で100ccにして持つてきて」と解釈した。
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	曖昧さを発見した場合は、復唱だけではなく、再読した内容を自分の言葉で表現し、なおかつどのAssess/Inquiryにより内容を再確認する。(自分の言葉で表現しなおす理由は、曖昧さを認識することが可能であっても、誤りを完全に防止することは困難であるためである。)	小	中	小	511	皮下注射用ボスミン®生食の希釈倍率に多様なものがあることに気づかず、指示者の意図と異なった希釈倍率のボスミン®生食を提供した。
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	指示を解釈するために必要な知識を身につけ、曖昧さを発見する能力(薬物なとに属する知識水準)を高める。	中	中	中	2004-00156871	週3回透析を受けている患者に、ある薬剤を週1回投与する意図を診療科には記載したが、処方箋を作成する際に1日1回と記入した結果、週3回の透析時に毎回その薬剤が投与された。
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	希釈・投与速度、注射薬の場合、場合/投与速度、服用の場合/例ト、トルカム1A=2mlに相当する原液ではなく、希釈して用いられることがある。	中	中	中	585	指示の単位が、原液が希釈液の量で指示の意図を誤解し、ミオカームを指示者の意図の10倍量投与した。
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	希釈・投与速度、注射薬の場合、場合/投与速度、服用の場合/例ト、トルカム1A=2mlに相当する原液ではなく、希釈して用いられることがある。	小	中	中	820	散粒投与量が総量により指示されているのか、成分量により指示されているのかを誤解した。
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	希釈・投与速度、注射薬の場合、場合/投与速度、服用の場合/例ト、トルカム1A=2mlに相当する原液ではなく、希釈して用いられることがある。				439	ラジックス投与量が、原液で指示されているのか希釈液で指示されているのか誤解した。
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	希釈・投与速度、注射薬の場合、場合/投与速度、服用の場合/例ト、トルカム1A=2mlに相当する原液ではなく、希釈して用いられることがある。				538	ヒューマリン®R 4単位を投与するにあたり、ヒューマリン®Rの濃度として誤った濃度を想定し、0.04mlが4単位に対応すると、0.4ml/40単位を投与する指示をした。(知識の誤りである場合)
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	表記方法のルール自体が不明瞭である	中	中	中	2728	「メキシール100mg×2」の記載は、「メキシール® 100mg 1カプセルを1回100mg使用し、2回分処方することを意図していたが、実際にはメキシール100mgカプセル2カプセルを1回で内服するものと誤解された。
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	同一の表現で、同一内容を誤解無く理解できるように、指示の表記方法を明確化し診療担当者が学習する。				6106	入院時に患者が特許した内服薬の用法を、薬袋の記載を元に連日投与と解釈したが、本来は隔日投与として処方されていた。
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	誤る可能性(曖昧さを認識することによって誤る場合が多いと考えられる。				2004-00157553	化学療法で注射処方薬に病名が記載されていないにもかかわらず、処方医所属診療科の病棟で注射を調剤したところ、その患者は外来患者で外未で化学療法を予定していることが判明した。
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	一旦、誤りが発生すると、当事者は自分で誤りを発見・訂正できない。					
指示	指示解釈の誤り			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	復唱では、聞き誤りは訂正できて、誤解は訂正できない。					
指示	記憶の誤り(筆記の誤り)			指示者の意図とは異なった意図として、実施者が指示された内容を解釈・理解する。	指示された内容の表現が、複数の解釈の可能性があることを含んでいた。	必ずしも正確に記憶できるとは限らない記憶のみ依存して指示をおこなった。	大	大	最大	414	注射処方箋と指示簿に独立して同内容の指示を記入しなればならぬ運用で診察を行った場合、一つの伝票(指示簿)などから別な伝票(注射処方箋)に転記をする場合は、一方の伝票内容を記憶して、他方に記入することとなるが、この際誤って転記して記入をした。

プロセス	分類(1)	分類(2)	分類(3)	誤りのパターン	原因	対策(予防および対応)	重大	リスク	参考事例	参考事例要旨
指示	記憶の誤り(転記の誤り)				指示する際に、記憶している内容に基づき指示を行った場合、もとも正しい情報は正しい情報で記憶しているが、想起された記憶内容が通りであったり、失念することにより誤りが発生する。	失念や転記の誤りを防止するため、常に診療では、「記録」を参照しながら指示を作成する。		592		IDカードを、他の患者の物と取り違えたため、処方箋にエンボスによりインプリントされたIDが他の患者のものとなってしまい、その結果、他の患者の名前で薬剤が行われた。
指示	記憶の誤り(転記の誤り)				例)注射処方箋と指示箋に併立して同内容の指示を記入しななければならぬ。適宜で診療を行っていきながら、一つの処方箋(指示箋)から別な処方箋(注射処方箋)に転記する場合は、一方の記載内容を記憶して、他方に記入することとなる。この作業は記憶に依存するため、誤りが発生する。	例えば、患者の氏名を取り違えて指示するのを防止するために、コンピュータ画面上の患者名、カルテ上の患者名、カルテIDカードとを参照して指示を作成することなどは、この例となる。		2004-00149617		点眼薬を点眼する眼の左右を誤った。
指示	記憶の誤り(転記の誤り)							2004-00149740		オーダーエントリーシステムで薬図とは異なる患者を選択し薬を処方した。
指示	記憶の誤り(転記の誤り)							2004-00149746		オーダーエントリーシステムで、抗がん剤の投与単位を選択する際に、mgとμgを取り違えて選択し、過量処方となった。
指示	記憶の誤り(転記の誤り)							2004-00154766		同姓同名の患者を取り違えて処方した。
指示	記憶の誤り(転記の誤り)							2004-00156888		看護師より使用中の薬品名を聞き処方箋を作成したところ、本来「ムコスタ」が処方されていたにもかかわらず「ムコダイン」を処方することとなった。
指示	記憶の誤り(転記の誤り)							2004-00161942		ワーファリンの休薬を失念して、処方した。
指示	記憶の誤り(転記の誤り)							734		「ヒューマリンR10」と「ヒューマカーTR10」を混同して指示した。
指示	記憶の誤り(転記の誤り)				誤った薬品名などの重要な使用と、習熟していない場合の資料参照	指示する医師は使用する薬品の種類を過度に増やせず、自分の能力の範囲に及びて選択した薬品名を中心に診療に用いるようにして、誤りの発生確率を下げる。あまり使用しない医薬品は、記憶に頼らず、添付文書などの資料を参照して処方する。(薬品の語格、名称などは、誤って想起した場合、自ら訂正することには困難であるので、誤りを発生させないように資料を参照することが重要である。)		538		「ヒューマリンR10」4単位を投与するにあたり「ヒューマリンR10」の濃度として誤った濃度を想起し、0.04mlが4単位に対応すること、0.4mlが4単位を投与する指示をした。
指示	記憶の誤り(転記の誤り)							5908		「アルマール10」と「アマール10」を混同して指示した(と推定される事例)
指示	記憶の誤り(転記の誤り)							2004-00156846		「ノボリンフレックスベン(300)」@を処方するべきところ「ノボリン300フレックスベン」@を処方した
指示	記憶の誤り(転記の誤り)							2004-00156856		「ノボリンフレックスベン」@ 1本、「ノボリン(300)フレックスベン」@ 1本を処方すべきたと、ノボリンフレックスベン」@ 1本、「ノボリン(300)フレックスベン」@ 1本が処方された。
指示	情報の不達				情報の情報が伝達されたことがわかりにくい業務手順になっている。	指示の情報が、実施者につたわらなかつたために、指示者の意図とことなる医療行為が結果として行われた	小	9/66		電子カルテで中止指示がされていたものの、実施者はその中止指示に気づかなかつた。
指示	情報の不達									処方中止されたが、その中止の指示が伝達されず、患者が内服した。
指示	情報の不達				情報が伝達されたことを確認しない業務手順になっている。	指示が実施者に到達したことが確認されない限り、指示が実施されない業務手順とする。たとえば、指示の薬量は各患者の処方箋上に行い、実施者による場合には薬剤師にその指示薬の記述と矛盾無い指示の吟行を行う。	中	2004-00142973		オーダーエントリーシステムに入力した処方箋を印刷し、薬剤師はシステム上のデータにより薬剤を処方する業務手順の病院で、医師が印刷された処方箋のみで処方を行うを行ったため、医師の意図とはことなる薬剤が行われ患者に悪影響を及ぼされた。
指示	情報の不達							2004-00156903		「アダラート」が禁忌薬となっていたが診療録に記載されていなかったため、禁忌であることに気づかず「アダラートGR」を処方した。
指示	情報の不達				情報を修正したか否かが、指示者自身にわかりにくい。	指示を修正した場合、修正したことを明確に認識できる業務手順とする。	小	2004-00143082		注射が延期され、延期された後の日経の指示が作成されたが、延期される前の日経の指示が残されていたため、重複投与となった。
指示	情報の不達							2004-00156884		プロセドが内服と注射薬で重複投与された。
指示	情報の不達				情報の精度の認識が違う。	新しい指示の根拠とすることができている程医療従事者間で共有する。	大	2004-00157174		薬剤師が、患者の入院前に入院前の処方内容を、「持参薬(入院当日持参した薬)として登録していたところ、その情報を元に医師が入院処方箋を発行し、結果として入院直前とは異なる処方内容となった(と考えられる事例)

プロセス	分類(1)	分類(2)	分類(3)	誤りのパターン	原因	頻度	重大性	リスク	参考事例	参考事例要旨
指示	情報の不達			現在有効な指示(処方を含む)が、他の指示と重複あるいは矛盾している。	他の指示の存在を、指示の作成者がわからなない業務手順となっている。	大	大	最大	Z004-00157769	異なる診療科の医師が、個別に処方した薬剤が、重複していた。
指示	情報の不達								Z004-00161286	口頭で抗生剤の投与が指示されていたが、処方箋の作成ができていなかったところ、抗生剤の投与がされないうまま3日が経過した。
指示	知覚の誤り			文字や音が似ているため、注意を払っても誤って知覚してしまう。	他人(あるいは自分も)誤り易いと思われる文字や音の医薬品や文字が何であるかを意識しないために、他人の知覚の誤りを誘発する。	中	大	大	115	数字が見落とされやすい書き方で記入されていた。
指示	知覚の誤り								821	重複処方を判断し、一部薬品の薬量を見落としした。
指示	知覚の誤り								Z004-00143268	処方箋に内服薬の服用時刻が「夕食後」と書かれるべきところ、「夕食前」と書かれた。
指示	知覚の誤り								Z004-00161325	「アスバラK」と「アスバラCA」とを混同して処方した。

頻度: 大の定義

頻度: 中の定義

頻度: 小の定義

重大性: 大の定義

重大性: 中の定義

重大性: 小の定義

頻度: 重大性: リスクの関係

大: 大、最大
 頻度、重大性のいずれかが大で、他の場合: 大
 頻度、重大性のいずれかが小で、他の場合: 小
 頻度、重大性の両方が中、あるいは小と大の組み合わせのとき: 中
 小: 小、最小

該当するエラーが組織的に存在する場合、発生頻度が高くなると考えられるので大とする。
 該当するエラーが個別の場合、発生確率が高いと著まされるものを大とする。
 該当するエラーが継続的に存在しない場合、発生頻度が中程度と考えられるので中とする。
 該当するエラーが個別の場合、発生確率が中程度と考えられるものを中とする。
 該当するエラーが個別の場合、発生確率が低い場合、小とする。

該当するエラーが、桁違いの投与量など、生命を直ちに脅かす誤りを誘発すると考えられる場合
 該当するエラーが、生命を脅かす可能性は低いが、他のいくつかの条件が重なった場合と考えられる場合
 該当するエラーが生じても、通常は生命にかかわることではないと考えられる場合

誤認しやすい文字の例

U V H
 μ m
 7 0
 ml/h ml/m

A-U-1 注射剤

プロセス	分類(1)	分類(2)	誤りのパターン	原因	対策(予防および対処)	頻度	重大性	リスク	事例	事例要旨
薬剤部からの供給(調剤・取り揃え、混合)	処方点検・確認・疑義照会	医薬品名に関するミス	疑義照会の未実施による誤り	疑義照会の未実施、思ひ込み	注射薬請求伝票、注射薬処方せん等の点検・確認において疑義が生じた場合には、疑義照会を行い、疑義が解消した後でなければ、払い出し、調剤は行わないこと。指示内容に疑義が生じた場合には、指示を出した医師に直接、疑義照会を行うこと。疑義照会を行わないやむを得ない環境づくりに努めること	大	大	最大	2004-00172839	中心静脈薬点滴にインシュリンの指示があり、点滴内に入れるがインシュリンの効率が得られない種類のものを指示されていた。看護師と薬剤師はおかしいとおもったが、お互いに確認するだろうと思ひ込み指示確認しないうまま実施した。数日後に糖尿の専門医の指摘があり薬剤を変更された。
薬剤部からの供給(調剤・取り揃え、混合)	処方点検・確認・疑義照会	規格単位に関するミス	疑義照会結果の記載不備による誤り	疑義照会結果の記載不備	疑義照会を行なった場合には、その旨、注射薬処方せん、請求伝票などに記載すること。疑義照会により、処方変更になった場合には、その内容を明確に記載すること。	中	大	大	2004-00197408	医師が注射伝票に当院では採用されていない規格の薬剤(デカドロン8mg)を記入した。指示を受けた看護師から、その規格がないことに気付かず伝票を薬剤科に提出。薬剤科から病棟に規格がない旨の電話を入れ、当院の採用規格の2mgで必要本数が払い出されたが、払い出しの伝票は8mgのままでも本数も修正はされていない。実施した看護師は規格が違ふことに気付かず、伝票に書かれた本数を注射したため、本来の指示量よりも少ない量になってしまった。翌日残数を確認した別の看護師が量の間違ひに気付き、医師に報告した。患者には特に変化は認めなかった。
薬剤部からの供給(調剤・取り揃え、混合)	処方点検・確認・疑義照会	数量(本数)に関するミス	疑義照会の未実施による誤り	疑義照会の未実施、思ひ込み	注射薬請求伝票、注射薬処方せん等の点検・確認において疑義が生じた場合には、疑義照会を行い、疑義が解消した後でなければ、払い出し、調剤は行わないこと。疑義照会を行ないやむを得ない環境づくりに努めること	中	大	大	2004-00150639	注射薬に5日間で5本のところ、1本と記載してあったので、合計通り払い出す。その後不足分払い出す。変と気付きなながら、確認を怠った
薬剤部からの供給(調剤・取り揃え、混合)	処方点検・確認・疑義照会	用量に関するミス	疑義照会の未実施による誤り	疑義照会の未実施、思ひ込み	注射薬請求伝票、注射薬処方せん等の点検・確認において疑義が生じた場合には、疑義照会を行い、疑義が解消した後でなければ、払い出し、調剤は行わないこと。疑義照会を行ないやむを得ない環境づくりに努めること	中	大	大	2004-00157376	入院時注射剤抽出時に、投薬量が多いのには気がついていたものの、適宜増減内と思ひ込み、医師に確認することなく抽出した。翌日分の払い出し時に他の薬剤師が気付き医師に確認したところ、オーダーミスであった。患者様には1回投与されたが、異常なし。
薬剤部からの供給(調剤・取り揃え、混合)	薬袋・ラベルの作成	対象患者(名)に関するミス	同姓患者に関する誤り	同姓患者、類似名患者の作成に関する誤り、過度に発生する可能性が高いにも関わらず、その対策が十分に実施されていない。	処方オーダーシステムを導入して、ラベルを作成することが望ましい。同一病棟内、同一病室内に同姓患者、類似名患者がいる場合、薬袋・ラベルの作成は慎重に行い、自己鑑査を徹底すること	中	大	大	2005-00285496	薬剤部からIVHのミキシングした点滴が上がってきたので、ラベルと伝票確認したところ同姓患者と名前の間違ひに気づいた。
薬剤部からの供給(調剤・取り揃え、混合)	薬袋・ラベルの作成	対象患者(名)に関するミス	自己鑑査の未実施・不徹底による誤り	自己鑑査の未実施・不徹底	自己鑑査の重要性を理解し、薬袋・ラベルの作成時の自己鑑査を徹底すること。薬局内のダブル鑑査システムを充実させること。多忙な場合にはミスを生じる可能性が高いので、鑑査を徹底すること。	大	大	最大	2004-00220486	注射調剤において、患者様の名前を間違えて記載。話所にて発覚。書き直してもらった。
薬剤部からの供給(調剤・取り揃え、混合)	薬袋・ラベルの作成	対象患者(名)に関するミス	他作業との同時進行による誤り	他作業との同時進行	複数作業の同時進行はミス発生の危険を高めることを理解し、同時に複数作業を実施することには避けられること。薬剤師による自己鑑査を徹底すること。薬局内のダブル鑑査システムを充実させること。	大	大	最大	2004-00168988	点滴ポトルへ記載する氏名を間違えて記入してしまいました。病棟の看護師より確認の電話があり発見される。2名分のとりぞろえを同時に実施していた。新人の指導を並行して行っており、注意力が散漫であった。

プロセス	分類(1)	分類(2)	原因	対策(予防および対応)	頻度	重大性	リスク	事例	事例要旨
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	薬袋・ラベールの作成	対象患者(名)に関するミス	業務の一時中断による誤り	業務の一時中断	大	大	最大	2004-00162255	外科外来の看護師から違う患者様の抗がん剤がきていると報告あり。点滴ボトルに違う患者様のラベルが貼ってあるのを看護師が発見する。湿注の最中に他の患者様で同じ点滴ボトルのラベルが入った。そのまま間違った患者様と思いついた。間違った点滴を返納し、新しいラベルを作成し実施した。患者様の名前を確認せず、点滴ボトルだけで判断してしまっただけで、湿注の作業中に他の予約が入り作業が中断してしまっただけで、うっかり忘れられた。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	薬袋・ラベールの作成	薬品名に関するミス	ダブルチェックの不徹底	ダブルチェックの不徹底	小	中	中	2004-00146050	TPN混注前後に薬剤師に2名で、薬剤名、用量を確認し、内容が正しかったが、バッグに薬剤名の記入がないことを配薬先の病棟から指摘された。記載漏れのため、当該薬剤の確認ができなかった。患者には施行されなかったため、影響はなかった。チェックの仕組みはあったが、うっかり忘れられた。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	薬袋・ラベールの作成	投与時間に関するミス	自己鑑査の未実施・不徹底による誤り	自己鑑査の未実施・不徹底による誤り	小	中	中	2005-00303309	1回の無菌調剤を薬剤師にて実施し、ラベルを貼るときに、本来24時間で実施すべき輸液に12時間と書いてしまい、看護師も気がつかず12時間で実施した。薬剤部における確認不足。看護師の確認不足。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	薬袋・ラベールの作成	ラベルの添付に関するミス	他作業との同時進行による誤り	他作業との同時進行	中	中	中	2005-00301168	薬剤科調製のIVHのラベルを12/11分と12/12分を間違えて貼付した。12/11分と12/12分は同時に調製をしていた
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	薬袋・ラベールの作成	ラベルの添付に関するミス	返却薬の使用による誤り	返却薬の使用	中	中	中	2004-00180772	当日実施する注射を指示簿と確認していたら、病棟に入院していない患者氏名が付いていることに気づく。裏には実施するべき入院患者の氏名ラベルを取り外して返却されたいない。薬剤科でも氏名ラベルの添付を確認せずに返却をうけとり、薬品欄に保管と再度そのまま病棟へ払い出されている。病棟でも薬剤を準備するとき、氏名ラベルが貼られていない危険は認識していない。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	対象患者に関するミス	ダブルチェックの不徹底	ダブルチェックの不徹底	中	大	大	2004-00192011	パルクスが患者の名前と違う人の名前が上がってきた。今回透析の患者の名前が上がってきたためおかしかったが、もし普通の人の名前が上がってきたら指示が出たと思いついて指示を出した。たかとも知らない。薬剤科での調剤ミスの体制はあ
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名が類似している注射薬の混同	薬品名が類似している注射薬の取り換えによる誤り	薬品名が類似している注射薬の取り換えによる誤り	大	大	最大	2004-00198803	「メチロン」をオーダーしていたのに、「メイロン」が薬局からナーサステーションに届いた。薬剤名が似ていたのでも間違えていた。

プロセス	分類(1)	分類(2)	誤りのパターン	原因	対策(予防および対応)	頻度	重大性	リスク	事例	事例要旨
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	外観が類似している注射薬の混同	外観が類似している注射薬の取り換えでは、過誤が発生する可能性が高いにもかかわらず、そのための教育が不足し、知識が十分でないため、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	外観が類似している注射薬の取り換えでは、過誤が発生する可能性が高いことと理解することは、外観が類似している注射薬に関する限り統一すること。一覧表などを作成し、注意を喚起すること。必要により、後発医薬品などへの切りの切り替えを考慮すること。	大	大	最大	2004-00166205	オーダーはニドラン注であったが、トポテン注を調剤し、病室に送ったが、看護師が間違いを発見し、正しいものに変更した。ちらも同じ配置欄にあったこと、またバイアルの形状が似通っていたため、誤認してしまった。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	ラベルの類似している注射薬の混同	ラベルが類似している注射薬の取り換えでは、過誤が発生する可能性が高いにもかかわらず、そのための教育が不足し、知識が十分でないため、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	ラベルが類似している注射薬の取り換えでは、過誤が発生する可能性が高いことと理解することは、ラベルが類似している注射薬に関する限り統一すること。一覧表などを作成し、注意を喚起すること。必要により、後発医薬品などへの切りの切り替えを考慮すること。	大	大	最大	2004-00142830	ソリタT3200mlと生理食塩水1000mlの払い出し間違ひ。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	同効の注射薬の混同	同効の注射薬の取り換えでは、過誤が発生する可能性が高いにもかかわらず、そのための教育が不足し、知識が十分でないため、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	同効の注射薬の取り換えでは、過誤が発生する可能性が高いことと理解することは、規格が同一の注射薬に関する限り統一すること。一覧表などを作成し、注意を喚起すること。	大	大	最大	2004-00208079	インスリンの指示について、ペンフィルMの指示であったのを、薬局から届いたものがヒューマカーボンNで、看護師は緑のラインでポリンNであることの確認のみ実施していた。入院時のオーダーで、1本目を使い切り、次の指示が出たときに、ノボペンのカートリッジがあがってきて気がついた。どちらも効力は同じものなので患者様には影響はなかった。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	規格が同一の注射薬の混同	規格が同一の注射薬の取り換えでは、過誤が発生する可能性が高いにもかかわらず、そのための教育が不足し、知識が十分でないため、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	規格が同一の注射薬の取り換えでは、過誤が発生する可能性が高いことと理解することは、規格が同一の注射薬に関する限り統一すること。一覧表などを作成し、注意を喚起すること。	大	大	最大	2004-00159442	注射セットで、生食200mlの指示のところ、ソルトニン200mlをいれて払い出した
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	キット製剤との混同	キット製剤の取り換えでは、過誤が発生する可能性が高いにもかかわらず、そのための教育が不足し、知識が十分でないため、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	同一成分で、キット製剤と一般製剤が採用されている場合には、過誤が発生する可能性が高いことと理解することは、キット製剤に関する限り統一すること。キット製剤については、表示、配置場所について工夫すること。一覧表などを作成し、注意を喚起すること。	中	大	大	2004-00187292	ディブリバン注のところ、ディブリバンキット(OP E持参品)を払い出した。ディブリバンに、キットとアンプルがあることを意識していなかつた。アンプルがあることは知っていたが、キットのイメージが強くて、キットを取ってしまつた。処方箋にA(アンプル)の指示があつたのを注意して見ていなかった。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	略名による指示、請求による誤り	略名による指示、請求による誤り	略名による指示、請求による誤り		大	大	2004-00215152	翌日の点滴を準備していたら、Dr指示にはB620mgと書いてあるのに、薬局から上がったのは、B220mgであつた。(薬局できちんと、指示をダブルチェック確認して欲しい)

プロセス	分類(1)	分類(2)	誤りのパターン	原因	対策(予防および対応)	頻度	重大性	リスク	事例	事例要旨
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	不明瞭な指示、記載による誤り	不明瞭な指示、記載	不明瞭な指示、記載はミスを発生させる危険を高めることを理解し、指示、記載は明確に行なうこと。	中	大	大	2004-00255901	アミノプロリドの点滴指示に対し、薬剤がまちがってトリプリードを補給した。病棟の看護師は準備・実施の際、間違いに気がつかずそのまま実施してしまっ。次の切り替えの際看護師が気がつき、間違いが発覚した。薬剤部からの補給の際、ダブルチェックがなされておらず、病棟で看護師が確認する際の確認不足。注射伝票の筆圧が弱く読み難い。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	指示の変更、中止手順の不備による誤り	指示の変更、中止手順の不備	指示の変更、中止の手順を明確にし、その手順を遵守すること。	中	大	大	2004-00206091	抗生物質がフルマリリンからスルペラゾンに変更になっていたのに薬剤部からは、フルマリリンがデリバリバーとされていた。薬剤部のオーダー情報管理の問題。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	転記ミスによる誤り	転記のミス	指示などの転記はミスを発生させる危険を高めることを理解し、転記を行なわないようシステムを構築すること。	小	大	大		
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	入力ミスによる誤り	入力ミス	請求伝票などを再入力したデータに基づく注射薬の供給はミスを発生させる危険を高めることを理解し、適切な供給システムを構築すること。入力後の自己鑑査を徹底すること。	中	大	大	2004-00177058	当直業務中にope伝票が提出され、パソコン入力中に誤って入力された。それにより発生した伝票で払い出したため、塩化カルシウムを所を塩化カリウムを払い出してしまった。ope伝票のパソコンへの単純な入力ミス
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	薬品の配置方法(配置場所)、表示の不備による誤り	薬品の配置方法(配置場所)、表示の不備	不適切な薬品の配置方法(配置場所)、不明瞭な表示がミスを発生させる危険を高めることを理解し、適切な薬品の配置を行い、表示は明確にすること。	中	大	大	2004-00226536	生理食塩水20ml+ジゴコン0.5Aのオーダーだったが、薬局から準備されたものはジゴコンNa20ml+ジゴコンだった。薬局で薬剤師と看護師が確認し、看護師がオーダーと確認中に気づき未然に防がれた。薬局で保管の場所、チェックの方法に問題があり。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	返却薬の使用による誤り	返却薬の使用	注射薬の返却を受けた場合には、商品名、規格単位、数量などを十分に確認してから、所定の場所に保管すること。返却薬に関する帳簿を作成すること。	中	大	大	2004-00149607	サクシジンの溶解液の代わりにカイトリル注射液が払い出された。返却処理の際に戻す場所を誤ったのであろう。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	後発品への切り替え、後発品対応表の確認不備	後発品への切り替え、後発品対応表の確認不備	後発品への切り替え時にはミスを発生させる危険が高まることを理解し、先発品後発品対応表を作成すること。処方調剤請求供給時には先発品後発品対応表を確認すること。	中	大	大	2004-00142799	リブルが処方されていたが、バルクスと勘違いして後発品のアリーブロストを払い出した。後発薬品対応表による確認不足、後発薬品への変更切り替え増加。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	自己鑑査の未実施、不徹底	自己鑑査の未実施、不徹底	自己鑑査の重要性を理解し、計数調剤時の自己鑑査を徹底すること。	中	大	大	2005-00303323	薬剤師がセフメタゾンキネット1gの請求に対し、セフメタゾンキネット1gを補給した。看護師も気がつかずそのまま実施した。次の日に看護師が準備する時、注射伝票と薬剤とが違う事に気がつき間違いが発覚した。薬剤師の確認不足。看護師の確認不足。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	ダブルチェックの未実施、不徹底	ダブルチェックの未実施、不徹底	薬局内のダブル鑑査のシステムを構築し、ダブル鑑査を徹底させること	中	大	大	2004-00206482	医師のオーダーはバンコマイシンであったが、薬剤部からはミノマイシンがデリバリバーとされていた。病棟の看護師が点滴確認の際に気がついた。薬剤師の確認チェック体制の問題。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	作業マニュアルの不備、作業マニュアルの不遵守	作業マニュアルの不備、作業マニュアルの不遵守	計数調剤における作業マニュアルなどを整備し、そのマニュアルを遵守すること。作業マニュアルなどは定期的に見直しを行なうこと	中	大	大	2005-00265099	薬局で調剤されてきた患者のトレイに、違う抗生剤が準備されてきた。実施前の確認で発見。未然に防いだ。調剤マニュアルを作成し、実施していたが、徹底できていなかった。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	薬品名に関するミス(別薬剤の調剤)	口頭による薬品の請求	口頭による薬品の請求	薬品の請求は、口頭ではなく、請求伝票、注射薬処方せんに基づき行なうこと。	小	大	大		

プロセス	分類(1)	分類(2)	誤りのパターン	原因	対策(予防および対応)	頻度	重大性	リスク	事例	事例要旨
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	薬品名に関するミス(別剤の調剤)	業務の一時中断による誤り	業務の一時中断	作業の中断はミス発生の危険を高めることを理解し、電話などで業務を中断した場合には、最初からやり直すこと。	小	大	大		
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	薬品名に関するミス(別剤の調剤)	他作業との同時進行による誤り	他作業との同時進行	複数作業の同時進行はミス発生の危険を高めることを理解し、同時に複数の作業を実施することはさけること。	小	大	大		
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	薬品名に関するミス(別剤の調剤)	多忙、焦り、慌しさによる誤り	多忙、焦り、慌しさ	多忙な時、焦っている時、慌しい時、疲労が高まること、ミスを発生させる危険を高めることを理解し、自己鑑査、ダブル鑑査を徹底すること。	中	大	大	2004-00149597	済み注射のイノバンのところでキシロカイン静注用を払い出した。当直明けの朝で、他部門からの電話で慌てていた。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	薬品名に関するミス(別剤の調剤)	先入観、思い込みによる誤り	先入観、思い込み	先入観にとらわれることなく、正しく注射薬処方せんをよむこと。	中	大	大	2004-00229038	A氏より歩行時ふらつきがあると訴えあり、医師診察後点滴の指示あり、注射薬を薬局へバスハンダー300X2搬出するも、ヒンゼオール300X2が処方された。バスハンダーとヒンゼオールの色が違うので、注射薬の見間違いか思い込み。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	規格単位のミス	複数規格のある注射薬の混同	複数規格のある注射薬の取り揃えでは、過誤が発生する可能性があること、過誤の発生する可能性が高いこと、過誤の発生する可能性が低いにもかかわらず、そのために十分な教育が不足していること、知識が十分でないこと、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	複数規格のある注射薬の取り揃えでは、過誤が発生する可能性が高いこと、過誤の発生する可能性が低いにもかかわらず、そのために十分な教育が不足していること、知識が十分でないこと、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	大	大	最大	2004-00157429	喘息発作患者の注射指示があつていて、忘れて1時間遅れで薬剤を請求した。サクシン200mgを請求したが間違えて400mgが払出された。確認不足でアンブルをカットした後で分かった。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	規格単位のミス	外觀の類似している注射薬の混同	外觀が類似している注射薬の取り揃えでは、過誤が発生する可能性があること、過誤の発生する可能性が高いにもかかわらず、そのための教育が不足していること、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	外觀が類似している注射薬の取り揃えでは、過誤が発生する可能性があること、過誤の発生する可能性が高いにもかかわらず、そのための教育が不足していること、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	大	大	最大	2004-00155150	抗過剰トボナシン 40mg 2本に対して100 mg 2本を払い出された。看護師も準備の際にそのことに気づかず、医師がシリンジに注入中にその間違いに気づいた。薬剤払い出しの際の確認不足と準備の際の確認不足が原因である。同一薬の規格の違いに際し、薬品外箱の識別しやすい表示を養える等の対応も必要。(規格以外には箱の色調が似ている。)
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	規格単位のミス	不明瞭な指示、記載による誤り	不明瞭な指示、記載	不明瞭な指示、記載はミス発生の危険を高めることを理解し、指示、記載は明確に行なうこと。	中	大	大	2004-00218801	本来はデノシン125mg+5%G50mlを施行する指示であった。しかし伝票の複写が薄く、その日は5%G50mlではなく、5%G500mlが薬局より配送されてきてしまった。病棟看護師がダブルチェックを行った際に、そのことに気づかず、施行時5%G500mlがセットされていた。混注時に変だなどと思いつつも「500」と記載されているようにしか覚えなかったため、混注を行ったが、もともと腎不全もあり、水分管理が必要な患者であること、デノシンを500mlで混注する例はなく、必要性もわからなかったため、施行前に再度カルテを確認したところ、50mlであることがわかり、施行直前に気づき、患者に投与されることはなかった。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	規格単位のミス	転記ミスによる誤り	転記のミス	指示などの転記はミス発生の危険を高めることを理解し、転記を行わないようシステムを構築すること。	中	大	大	2004-00143018	指示の内容をメモで140を60と写し間違え、作成。GCUナースから連絡があった。確認不足。手書きで、写す作業を行っている為。

プロセス	分類(1)	分類(2)	誤りのパターン	原因	対策(予防および対処)	頻度	重大性	リスク	事例	事例要旨
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	規格単位のミス	薬品の配置方法(配置場所、表示の不備)による誤り	薬品の配置方法(配置場所)、表示の不備	不適切な薬品の配置方法(配置場所)、不明瞭な表示がミス発生の危険を高めることを理解し、適切な薬品の配置を行い、表示は明確にすること。	中	大	大	2004-00170032	薬品庫にソナゴコン15を2A補充するところを間違えてソナゴコン30を2A補充してしまった。後日看護師により指摘を受け発覚。訂正した。分量違いの同一薬品の為隣接して保管していた。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	規格単位のミス	返却薬の使用による誤り	返却薬の使用	複数規格のある注射薬の返却を受けた場合には、特にその規格に注意し、所定の場所に保管すること。返却薬に関する帳簿を作成すること。	中	大	大	2004-00239729	ユナシンS1.5gのところ0.75gを払い出した。1.5gをとったかと思いつ込んで、確認が不十分であった。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	規格単位のミス	自己鑑査の未実施、不徹底による誤り	自己鑑査の未実施、不徹底	自己鑑査の重要性を理解し、計数調剤時の自己鑑査を徹底すること。	中	大	大	2004-00155327	内科外来より至急で、アミノフリード(1L)7袋を請求されたところ誤って、アミノフリード(500mL)7袋を払い出した。誤りに気がつき翌朝内科外来へ連絡するも、その日の内に在宅患者分として患者室へ配達されていた。1)至急の請求で、十分な自己確認・第2監査が行えなかった。2)内科外来においても自身の確認が出来ていなかった。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	規格単位のミス	ダブルチェックの未実施、不徹底による誤り	ダブルチェックの未実施、不徹底	薬局内のダブル鑑査のシステムを構築し、ダブル鑑査を徹底させること	中	大	大	2004-00187386	1日2本ベースの2本目のアミノノバレン500mlにアミノノバレン200mlを払い出し、病棟で点滴合わせ時に看護師が発見した。注射箋をよく確認したつもりでしたが、他の仕事と掛け持ちしていた為、見落とししてしまったと思われる。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	規格単位のミス	作業マニュアルの不備、作業マニュアルの不遵守による誤り	作業マニュアルの不備、作業マニュアルの不遵守	計数調剤における作業マニュアルなどを整備し、そのマニュアルを遵守すること。作業マニュアルなどは、定期的に見直しを行なうこと	小	大	大	2004-00161187	休日の定期注射の払い出しを2人の薬剤師で全橋種分を行っていた。当日の15時開始のため手際よく終わらせないと間に合わないため少し慌ただしく注射の払い出しを行っていた。実施前に看護士より不足の連絡があり判断した。規格違い、あるいは1回分の使用量の違う薬剤を見落としした。祝日などの勤務体制の見直し。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	規格単位のミス	口頭による薬品の請求による誤り	口頭による薬品の請求	薬品の請求は、口頭ではなく、請求伝票、注射薬処方せんに基づき行なうこと。	小	大	大	2004-00163143	病棟1本渡しの薬剤の数量(単位)を間違えて払い出した。再検査時に気づき病棟から、回収した。思い込み。
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	規格単位のミス	業務の一時中断による誤り	業務の一時中断	作業の中断はミス発生の危険を高めることを理解し、電話などで業務を中断した場合には、最初からやり直すこと。	小	大	大		
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	規格単位のミス	他作業との同時進行による誤り	他作業との同時進行	複数作業の同時進行はミス発生の危険を高めることを理解し、同時に複数の作業を実施することとはさけること。	中	大	大		
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	規格単位のミス	多忙、焦り、慌しさによる誤り	多忙、焦り、慌しさ	多忙な時、焦っている時、慌しい時、疲労時、集中力の欠如時は、ミス発生の危険が高まることを理解し、自己鑑査、ダブル鑑査を徹底すること。	中	大	大		
薬剤部からの供給(調剤、取り換え、混合)	計数調剤(薬剤の取り換え)	規格単位のミス	先入観、思い込みによる誤り	先入観、思い込み	先入観にとらわれないこと、正しく注射薬処方せんをよむこと。	中	大	大		

プロセス	分類(1)	分類(2)	誤りのパターン	原因	対策(予防および対応)	頻度	重大性	リスク	事例	事例要旨
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	常用量と異なる用量の指示によるミス	常用量と異なる用量の指示	常用量と異なる処方の場合には、医師に疑義照会を行い、その旨、処方せんに記載すること。常用量と異なる場合は、処方せんに印などを付記して明瞭にすること。薬局薬剤師による自己監査を徹底すること。薬局内のダブルチェックシステムを構築し、ダブル監査を徹底させること	中	大	大	2004-00169950	抗生剤のユナシンスを一回2バイアル使用する処方箋が出ているが、1バイアルしか入っていない。看護師のチェックで判明、補充し直し投与した。常用量と異なる投与のときは医師もなにか表示を必要とする必要がある。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	自己監査の未実施、不徹底による誤り	自己監査の未実施、不徹底	自己監査の重要性を理解し、計数調剤時の自己監査を徹底すること。	大	大	最大	2004-00149681	ピソルボン2A×4のところ4本で払い出した。確認不足。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	ダブルチェックの未実施、不徹底	ダブルチェックの未実施、不徹底	薬局内のダブル監査システムを構築し、ダブル監査を徹底させること	大	大	最大	2005-00273958	注射処方箋には、ボスミン3管と記載されているも、払い出された物は、ボスミン1管だった。外来の処方者が沢山あり、気持ちが悪かった。又ダブル確認する余裕もなかった。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	作業マニュアルの不備、作業マニュアルの不遵守による誤り	作業マニュアルの不備、作業マニュアルの不遵守	計数調剤における作業マニュアルなどを整備し、そのマニュアルを遵守すること。作業マニュアルなどは、定期的に見直しを行うこと	大	大	最大	2004-00169650	薬局から払いだされた利尿剤の時間注を、病棟で看護師が指示と確認していたところ一日2Aづつ3回の指示なのに、1A3回で払い出されていた。実施されていたら、患者様の水分出納がバランスへの影響があり処置が必要になったと考えられる。薬局における作業マニュアルの不備。体制が変化しているのも関わらず見直されおらず、現状にはそぐわないものとなっていた。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	口頭による薬品の請求による誤り	口頭による薬品の請求	薬品の請求は、口頭ではなく、請求伝票、注射薬処方せんに基づき行なうこと。	小	大	大		
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	業務の一時中断による誤り	業務の一時中断	作業の中断はミス発生の危険を高めることを理解し、電話などで業務を中断した場合には、最初からやり直すこと。	大	大	最大	2004-00149543	プロポブオール50ml1瓶3回のところに、1本のみで払い出した。当直中で、調剤中に他の業務(電話対応)が入り、失念してしまった。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	他作業との同時進行による誤り	他作業との同時進行	複数作業の同時進行はミス発生の危険を高めることを理解し、同時に複数の作業を実施することはさけること。	大	大	最大		
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	多忙、焦り、慌しさによる誤り	多忙、焦り、慌しさ	多忙な時、焦っている時、慌しい時、疲労時、集中力の欠如時は、ミス発生の危険が高まることを理解し、自己監査、ダブル監査を徹底すること。	大	大	最大		
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	先入観、思い込みによる誤り	先入観、思い込み	先入観にとらわれないこと、正しく注射薬処方せんをよむこと。	大	大	最大	2004-00243244	アデホスの規格間違い合わせあり、確認、汎用処方1アンブルのところに2アンブル払い出した。問い合わせがあったので、安心していった。思いこんでいた。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	自動注射薬払い出し機の誤作動による誤り	自動注射薬払い出し機の誤作動	自動注射薬払い出し機の保守・点検を徹底すること。機械が万全でないことを理解し、監査を徹底すること。	中	大	大	2004-00178325	注射の処方オーダー(生食100ml1瓶・ブレドニン10mg2管)があり、自動注射薬払い出し機にて調剤した。払い出し機が、2管のところを3管誤って払い出した。薬剤師による監査で気付かず、病棟看護師が注射準備時に間違いに気付いた。機械による払い出しを信用していた。監査の不徹底。

プロセス	分類(1)	分類(2)	誤りのパターン	原因	対策(予防および対処)	頻度	重大性	リスク	事例	事例要旨
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	数量に関するミス	1本と1箱の混同によるミス	1本と1箱の混同	注射液を箱のまま供給する際には、内容数量の確認を必ず行なうこと。注射液の供給に関しては、自己鑑査を徹底すること。				2004-00199433	トミールキット250mgを1本払い出すところ、1箱(6本)が1箱として扱われ、5本が返品されて戻された。調剤者は、薬剤名がラベルに記されていることと、トミールキットの包装を取らね、本数の確認を怠った。監査者は、キットという名称にとらわれ、1箱と誤って鑑査した。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	調剤ミス	希釈液のモレ	希釈液を添付する注射液の取り揃えでは、希釈液を調剤ミスし、希釈液の取り揃えにもかわりがない。希釈液の取り揃えに十分な知識が不足しているため、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	希釈液を添付する注射液の取り揃えでは、希釈液を調剤ミスし、希釈液の取り揃えにもかわりがない。希釈液の取り揃えに十分な知識が不足しているため、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	中	中	中	2004-00202907	ロヒプノール注の希釈液の調剤忘れ。確認不十分。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	調剤ミス	専用の添付品のモレ	専用の添付品を添付する注射液の取り揃えでは、希釈液を調剤ミスし、希釈液の取り揃えにもかわりがない。希釈液の取り揃えに十分な知識が不足しているため、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	専用の添付品を添付する注射液の取り揃えでは、希釈液を調剤ミスし、希釈液の取り揃えにもかわりがない。希釈液の取り揃えに十分な知識が不足しているため、過誤防止のための環境、システムが整備されていない。	中	中	中		
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	調剤ミス	指示の中止・追加手順(タスク)の不備による誤り	指示の中止・追加手順(タスク)の不備	指示の中止・追加手順の不備は、ミスを発生させる危険性を高めること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。	中	中	中	2004-00201159	入院中の患者さんの注射処方で、ソラグト2x6月26日~30日の処方が出た。6月26日は朝・タスキと書かれてあったものを、26日~30日までタスキと勘違いして、調剤を行ななかった。28日に気づき、調剤するが、その間投薬できていない。患者さんの状態は変化はなかった。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	調剤ミス	注射液処方せんの記載レイアウトの不備	注射液処方せんの記載レイアウトの不備	注射液処方せんの記載レイアウトの不備は、ミスを発生させる危険性を高めること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。	小	中	中		
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	調剤ミス	不明瞭な指示・記載による誤り	不明瞭な指示・記載	不明瞭な指示・記載は、ミスを発生させる危険性を高めること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。	小	中	中		
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	調剤ミス	自己鑑査の未実施、不徹底による誤り	自己鑑査の未実施、不徹底	自己鑑査の未実施、不徹底は、ミスを発生させる危険性を高めること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。	中	中	中	2004-00150527	生食100ml、9本同一処方2名だったのに、1名分の9本のみに払い出し、1名分払い出しを忘れた。同処方のため間違ってしまった。呼称確認にて処方箋と照らし合わせを怠った。
薬剤部からの供給(調剤、取り揃え、混合)	計数調剤(薬剤の取り揃え)	調剤ミス	ダブルチェックの未実施による誤り	ダブルチェックの未実施	ダブルチェックの未実施は、ミスを発生させる危険性を高めること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。指示の中止・追加手順(タスク)を明確にすること。	中	中	中	2004-00167246	外来で施行する点滴の薬剤の払い出し忘れ。監査機構も働いていなかった。朝の調剤に追われ払い出しを忘れていた。