

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・取り扱 い・混合	計数調剤 (薬剤の取 り扱え)	調剤モレ	多忙、焦り、慌し さによる誤り	多忙、焦り、慌しさ	指示の中止・追加手順 (シスム)の不備	小	中	中			
薬剤部から の供給・調 剤・取り扱 い・混合	計数調剤 (薬剤の取 り扱え)	処方中止薬 の調剤	指示の中止・追加手順 (シスム)による誤り	指示の中止・追加手順 (シスム)による誤り	指示の中止・追加手順 (シスム)を理解し、指示の中止に閑 書などを整備し、自己監査、ダブル鑑 査を徹底すること。	大	大	2004- 00191880	不足。	注射器が指示が止まっているのに來 ていることがあります。指示の確認	
薬剤部から の供給・調 剤・取り扱 い・混合	計数調剤 (薬剤の取 り扱え)	処方中止薬 の調剤	指示の中止・追加手順 (シスム)による誤り	指示の中止の危険性を理解し、指示の 手順書などを理解し、その手順書を 遵守すること。指示の中止に閑書を 用意するなどは、定期的に見直しを行なうこ と。	指示の中止の危険性を理解し、指示の 手順書などを理解し、その手順書を 遵守すること。指示の中止に閑書を 用意するなどは、定期的に見直しを行なうこ と。	中	大	2004- 00190538	見れれば1日目だけでそれ以降が入ってい ない出しました。そのため印が入っていないか つた。指示がそれだけ担当者がそれによ り気付き投与を中止した。症状に投与す るだけ混同する日だけ混同と指示をしてく れば未然に防ぎえた。		
薬剤部から の供給・調 剤・取り扱 い・混合	計数調剤 (薬剤の取 り扱え)	処方中止薬 の調剤	指示の中止・追加手順 (シスム)による誤り	指示の中止の危険性を理解し、指示の 手順書などを理解し、その手順書を 遵守すること。指示の中止に閑書を 用意するなどは、定期的に見直しを行なうこ と。	指示の中止の危険性を理解し、指示の 手順書などを理解し、その手順書を 遵守すること。指示の中止に閑書を 用意するなどは、定期的に見直しを行なうこ と。	中	大	2004- 00190538	見れれば1日目だけ混同する日だけ混 同と指示をしてくれば未然に防ぎえた。		
薬剤部から の供給・調 剤・取り扱 い・混合	計数調剤 (薬剤の取 り扱え)	処方中止薬 の調剤	指示の中止・追加手順 (シスム)による誤り	指示の中止の危険性を理解し、指示の 手順書などを理解し、その手順書を 遵守すること。指示の中止に閑書を 用意するなどは、定期的に見直しを行なうこ と。	指示の中止の危険性を理解し、指示の 手順書などを理解し、その手順書を 遵守すること。指示の中止に閑書を 用意するなどは、定期的に見直しを行なうこ と。	中	大	2004- 00169269	第1・3木曜日のみの指示だったが、第2木曜日に薬局より薬剤が上 がってきてしまった。伝票での患者名、薬剤名は確認したが、施行日 の確認がされず、指示の中止に閑書などを理解してしまった。先づは 薬局での注射準備時に、スタッフ2人によるダブルチェックが行 われているが、施行日までの確認がされずに薬剤が準備されるのだと 思い込み、患者名と薬剤名のみ確認し、施行してしまう。		
薬剤部から の供給・調 剤・取り扱 い・混合	計数調剤 (薬剤の取 り扱え)	処方中止薬 の調剤	指示の中止による 誤り	自己監査の未実施、不 自己監査を徹底するこ と。	自己監査の未実施、不 自己監査を徹底するこ と。	小	大	2004- 00169269	薬局内のダブル鑑査システムを構築し、 ダブル鑑査を徹底させること。		
薬剤部から の供給・調 剤・取り扱 い・混合	計数調剤 (薬剤の取 り扱え)	処方中止薬 の調剤	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 施による誤り	ダブルチェックの未実 施による誤り	中	大	2004- 00169269	ダブルチェックの未実 施による誤り		
薬剤部から の供給・調 剤・取り扱 い・混合	計数調剤 (薬剤の取 り扱え)	処方中止薬 の調剤	多忙、焦り、集中力 の欠如による誤り	多忙、焦り、集中力 の欠如による誤り	自己監査の未実施・不 自己監査による誤り	小	大	2004- 00191831	多忙な時、焦つている時、慌しい時、疲労 感、集中力の欠如による誤り		
薬剤部から の供給・調 剤・取り扱 い・混合	計数調剤 (薬剤の取 り扱え)	ダブリ調剤	自己監査の未実 施による誤り	自己監査の未実 施による誤り	自己監査の未実 施による誤り	中	大	2004- 00191831	自己監査の重要性を理解し、計数調剤取り 扱い時の自己監査を徹底すること。・薬局 内のダブル鑑査システムを充実させること。 と。		
薬剤部から の供給・調 剤・取り扱 い・混合	計数調剤 (薬剤の取 り扱え)	投与日に開 するミス	指示の中止・追加手順 (シスム)による誤り	指示の中止・追加手順 (シスム)による誤り	指示の中止・追加手順 (シスム)による誤り	小	大	2004- 00191831	指示の中止手順の不備は、ミス発生の危険 性を高めることを理解し、指示の中止に閑 書などを理解すること。指示の中止に閑 書を遵守すること。指示の中止に閑書を 用意するなどは、定期的に見直しを行なうこ と。		

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 薬剤供給(調剤 の前、取扱い、 混合)	計数調剤 (医薬品の取 り扱い)	投与日に開 くするミス	作業マニュアルの不 備、作業マニュアルによ る誤り	作業マニュアルなどのを整 備し、そのマニュアルなどは、定期的に見直しを行 なうこと。	計数調剤に於ける作業マニュアルなどを整備し、記載はミス発生の危険を行 めること。	小	大	大		
薬剤部から 薬剤供給(調剤 の前、取扱い、 混合)	計数調剤 (医薬品の取 り扱い)	投与日に開 くするミス	不明瞭な指示・記 載による誤り	不明瞭な指示・記載はミス発生の危険を行 めること。	自己鑑査を理解し、指示・記載は明確に行 なうこと。	小	大	大		
薬剤部から 薬剤供給(調剤 の前、取扱い、 混合)	計数調剤 (医薬品の取 り扱い)	投与日に開 くするミス	自己鑑査の未実施、不 徹底	自己鑑査の未実施、不 徹底による誤り	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。	小	大	大	2004- 00235187	薬局でダブルチェックしているが、翌日分の点滴注射がセットされることはあります。深夜勤務看護師に日々付いていることに気づいた。
薬剤部から 薬剤供給(調剤 の前、取扱い、 混合)	計数調剤 (医薬品の取 り扱い)	投与日に開 くするミス	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、不徹底による誤り	薬局内のダブル鑑査のシステムを構築し、 ダブル鑑査を徹底すること。	中	大	大	2004- 00169264	薬局で調剤したボトルを患者の所に行つて交換しようとした。家族 から点臍内容をもたらすが、ボトルをみたら指示内容の 内容ではなかった。ミキシング内容の伝票とボトルに記載されている 内容ではなかったが、原本が本体がちがっていること。シールはボトル の裏面に貼付しており、ボトル名に気づかなかつた。類似薬品の取 り扱い確認不足。
薬剤部から 薬剤供給(調剤 の前、取扱い、 混合)	計量調剤 (混合)	医薬品に開 くするミス	医薬品名が類似して いる注射薬の混同	医薬品名が類似して いる注射薬の混同	医薬品名が類似して いる注射薬の混同	中	大	大	2004- 00162203	混注されて病棟に届いた注射薬が指示ど異なつていたことを看護師 が発見する。変更がオーダーされたり、製剤室に連絡がなかつた。オーダリングシス テムの連絡がないため知らずに調剤してしまつた。医師・看護師と薬剤師の間に連携が不足して いた。
薬剤部から 薬剤供給(調剤 の前、取扱い、 混合)	計量調剤 (混合)	医薬品に開 くするミス	医薬品名が類似して いる注射薬の混同	医薬品名が類似して いる注射薬の混同	医薬品名が類似して いる注射薬の混同	中	大	大	2004- 00168109	メイン点滴がミキシングされてきて更新のため確認した。オアミニ ュー200mlのどころ400mlと記載されていていた。指示と異なり確認した ら、内容はあつていたが記載が間違っていた。
薬剤部から 薬剤供給(調剤 の前、取扱い、 混合)	計量調剤 (混合)	医薬品に開 くするミス	医薬品に開 くするミス	医薬品に開 くするミス	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- 00168967	抗ガン剤の投与量が、事前に医師から提出されていたプロトコール と投与当日の注射せんとの値が異なつていたところ、注射せん通り に調剤し、投与量が少なくなつた。他の製剤業務の合間に抗 ガン剤を持っていますが、注射せんとの相違に気づかなかつた。カシナ剤の調剤をしていました。

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)	付替	対象患者 (名)に関するミス	現行システムの変更による不慣れによる誤り	現行システムの変更による不慣れによる誤り	現行のシステム(手順)を変更する場合には、不慣れによる過誤の発生に十分注意することは、新システムの移行に際しては十分に準備を行なうこと。新システムを4月から変更している。新規患者名、病棟名などを、薬袋などと、注射薬处方せん、ラベル、病棟などと確認する。	中	大	2004-00143678	他の病棟の点滴薬などが配布されてきた。見慣れない患者さん名だつたので判明した。薬剤支払システムを4月から変更している。新しい方法に慣れで起きているため薬剤科・病棟双方に確認を促している。	
薬剤部から の供給(調 剤:取り揃 え、混合)	付替	対象患者 (名)に関するミス	作業マニュアルの不備、作業マニュアルによる誤り	薬剤の交付に際しては、患者名、病棟名を車両確認すること。薬局内の注射薬調剤の業務マニュアルを明確にする。病棟へへの搬送の自己監査を徹底すること。薬局内のダブル監査システムを充実させること。	作業マニュアルの不備、作業マニュアルによる誤り	中	大	2004-00228284	23時から使用するIVHが病棟に上がっておらず、当直師長と看護師が探しに行つたが見当たらずストックから調整。その後、23時に他の病棟から連絡があり、病棟を誤って渡していたことが発覚した。業務手帳・ルール・確認の問題。	
薬剤部から の供給(調 剤:取り揃 え、混合)	付替	供給モレ	患者の転棟情報の伝達不備	患者の転棟情報などの伝達	患者の転棟情報を高めるにあがつていいないと。事務課(シフト)を明確に業手順手順書などを整備し、その手順書を送達する。情報伝達手順(シフト)に關わる作業手順書などを、定期的に見直しを行なうこと。	中	中	2005-00260045	病棟から深夜、薬剤師に連絡あり、注射が病棟にあがつていいないと。事務課(シフト)を明確に業手順手順書などを整備し、その手順書を送達する。情報伝達手順(シフト)に關わる作業手順書などを、定期的に見直しを行なうこと。	
薬剤部から の供給(調 剤:取り揃 え、混合)	その他	使用期限	使用期限チエックの不備、未実施による誤り	使用期限チエックの不備、未実施による誤り	病棟外診療科における在庫医薬品の使用期限を整備し、その手順書を遵守すること。病棟在庫薬品の棚卸し、使用期限などのチエックを定期的に実施すること。薬剤師、看護師で実施し、その記録は返却すること。不要な薬剤は早急に、薬局へ返却すること。	中	大	2005-00265395	ナースステーション冷蔵庫に保管されていた点滴薬の期限が切れていた。チェックの仕組みの問題。	
薬剤部から の供給(調 剤:取り揃 え、混合)	その他	投与時期の制限	投与時期制限チエックの不備、未実施による誤り	投与時期制限チエックの不備、未実施による誤り	病棟在庫薬品の棚卸し、品質などのチエックを定期的に実施する。・棚卸し、品質などのチエックは、薬剤師、看護師で実施し、その記録を記載すること。不要な薬剤は早急に、薬局へ返却すること。	中	大	2005-00300367	昨年度のインフルエンザワクチンを内科の処置室から回収しなかつたため、期限内のワクチンを患者に接種してしまった。昨シーズンのワクチンであるにも関わらず、期限内であった。バッケージに何年度のワクチンであるのかの表示がない。看護師と薬剤師の連携不足。薬剤師の薬品管理の不徹底。	

プロセス	分類（1）	分類（2）	誤りのパターン	原因	対策（予防および対応）	頻度	重大性	リスク	事例	事例要旨
薬剤部から 薬供給・調 理の不備 （混合）	その他	薬品容器の汚 染による誤り	返却薬確認の不備	返却薬確認の不備	返却薬を使用する際には、外観にに関して十分エツクすること。前使用には、完全に消すなどが記載される可能性があるので、常に消すこと	中	大	大	2004-001159305	患者様の点滴の準備をしているとき、ボトルにヒューマリン4Uの文字が中途半端に消されてあつた。他の病棟で使用する予定の点滴が薬局に返品され、文字が完全に消された。
薬剤部から 薬供給・調 理の不備 （混合）	その他	薬品の変質	返却薬確認の不備	返却薬確認の不備	返却薬を使用する際には、外観にに関して十分チェックすること。返却薬を使用する場合には、その品質に関する可能があるのに、常に消すこと。	中	大	大	2004-001177574	無菌調製剤と一緒に病棟へ渡した生食50mlの色調が無色でないところとが確認された。返却薬を確認してあることを気に気がつかなかった。病棟も返品しないことの原則を守つてよい出します時点でも開封してあることと又、混入して色調に変化があることに気づかなかつた。
薬剤部から 薬供給・調 理の不備 （混合）	その他	薬品の保管場 所	外觀が類似してい る注射薬の混同	外觀が類似している注射薬の取り扱いで は、過誤が発生する可能性が高いこと理解 することは、外觀が類似している注射薬に關 しては、その必要性を判断し、できる限り 統一すること。表示について工夫をできる限 り、一覧表などにより、後発医薬品などへの切 り替えを考慮すること。	外觀が類似している注射薬の取り扱いで は、過誤が発生する可能性が高いこと理解 することは、外觀が類似している注射薬に關 しては、その必要性を判断し、できる限り 統一すること。表示について工夫をできる限 り、一覧表などにより、後発医薬品などへの切 り替えを考慮すること。	中	大	大	2004-001168441	救急カートの救急薬品の20%ドクター書き出しの中に、炭酸水素ナトリウム注射薬が入っていた。大きさ、表示色等外観がとてもよく似ている。
薬剤部から 薬供給・調 理の不備 （混合）	その他	キット製剤の未開 封による誤り	自己鑑査の未実施・不 徹底	自己鑑査の重要性を理解し、自己鑑査を徹 底を充実させること。	自己鑑査の重要性を理解し、自己鑑査システム を充実させること。	中	大	大	2004-001190428	高力口リ一輸液ポンピティミン剤注入隔壁を開通したつもりでいたが、看護師に誤り有り。看護師により再確認により未然に防げた。不注意と確認不足でした。
薬剤部から 薬供給・調 理の不備 （混合）	その他	キット未開封 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、自己鑑査を徹 底を充実させること。	自己鑑査の重要性を理解し、自己鑑査システム を充実させること。	中	大	大	2004-001191859	9時頃現在ではタキシテールはない。「9時にならないと「発注ミス」という返事だった。
薬剤部から 薬供給・調 理の不備 （混合）	その他	薬品の発注ミ ス	作業マニュアルの不 備、作業マニュアルによ る誤り	医薬品の発注に自己鑑査を徹底すること。 医薬品による自己鑑査を徹底すること。	医薬品の発注に自己鑑査を徹底すること。 医薬品による自己鑑査を徹底すること。	中	大	大	2004-001188398	院内製剤2.0%高張食塩水を医師がオーダー。目的を確認せずに払 医師、薬剤師の特殊製剤に対する認識不足。
薬剤部から 薬供給・調 理の不備 （混合）	その他	書類の未提出	特殊製剤の取り扱い不 備	使用に際して特別な申請が必要な薬剤に關 して、取り扱い手順を明確にして、一覧表などを作成して徹底すること。	使用に際して特別な申請が必要な薬剤に關 して、取り扱い手順を明確にして、一覧表などを作成して徹底すること。	中	大	大	2004-001179557	6月24日、68歳入院患者に対する抗糖尿病剤の際、プロトコールが薬剤部に提出された。プロトコールに予定表をあげていたが、薬剤部の連絡不十分で、医師も変更があったことと提出来されなかつたため、調剤が受けられなかった。翌日、病棟から変更前のオーダーを書いていたが、それを尋ねると「発注ミス」という返事だった。
薬剤部から 薬供給・調 理の不備 （混合）	その他	プロトコール管 理の不備	プロトコール管理に關 わる不備による誤り	化学療法プロトコールの登録、変更、中止 などの適切な方法を明確にすること。登録ブ ロトコールと処方鑑査の手順を明確にすること。	化学療法プロトコールの登録、変更、中止 などの適切な方法を明確にすること。登録ブ ロトコールと処方鑑査の手順を明確にすること。	中	大	大	2004-001191991	大動脈瘤破裂患者へミリスロールの指示が出た。薬局へ薬を探しに行き、電話帳があり、引き出しの中にもミリスロールの欄がついていたが、引き出しの中には入っていないかった。15日9時に薬局に問い合わせた際にミリスロールが採用中止になつたことが判明し、医師にも伝えた。薬を探す時間が患者さんにどうしてばりスクが増えることになるので、何とかしてほしい。採用中止の情報連携不足。
薬剤部から 薬供給・調 理の不備 （混合）	その他	情報伝達の不備 （伴う誤り）	情報伝達の不備 （伴う誤り）	医薬品の採用、採用取り消しなどに關して は、情報提供を徹底すること。提供した情報 の整理事務を適切に行うこと。薬品棚の表示を 変更すること。	医薬品の採用、採用取り消しなどに關して は、情報提供を徹底すること。提供した情報 の整理事務を適切に行うこと。薬品棚の表示を 変更すること。	中	大	大	2004-001191991	大動脈瘤破裂患者へミリスロールの指示が出た。薬局へ薬を探しに行き、電話帳があり、引き出しの中にもミリスロールの欄がついていたが、引き出しの中には入っていないかった。15日9時に薬局に問い合わせた際にミリスロールが採用中止になつたことが判明し、医師にも伝えた。薬を探す時間が患者さんにどうしてばりスクが増えることになるので、何とかしてほしい。採用中止の情報連携不足。

この段階で発生した誤りは、混合調製直後のチェックで判明しない限り、注射器の外観などが変化しないことから実地経験まで誤りを検出し訂正することは困難な場合が多い。

プロセス 注付(瓶詰) 外見)	分類(1) 誤りのパターン 1-1. 指示受け・申し けられ	分類(2)	対策	頻度	重症性	リスク	事例報告 003001-9	事例報告 00251381 002515981	事例報告 2004-00194534 2004-0016744 2004-00143373 2004-00179397 2004-00190440 2004-00226710 2004-00157643 2004-00252605 2004-0019171 2004-00207501 2003-00040279 2004-00252467 2004-00139563
注付の際の医師の確認を待つ表現の指示で、通常は、過誤や発生する可能性が高いことを示す表現が発生するにかかわらず、そのための教育やシステムが整備されていない。	「1-1. 指示受け・申しけられ」	「1-1. 医師から看護師への不完全な指示	指示受け・受け付ける医師がTVにて正確に、心臓蘇生開始となり、口腔指標も「時間100秒で開始しますよ？」と数回確認すると、医師にて開始する。医師がTVにて、「時間100秒で開始しますよ？」と確認する際に思ふべきは、「時間100秒ですね？」と確認する。また、医師にて「時間100秒で開始しますよ？」と確認する際に思ふべきは、「時間100秒です」という事が発生。そこで、医師が気付き、「時間100秒で開始しますよ？」と確認する。	中	大	2004-00194534 2004-0016744	16日の均均指示シードはNANOCLINAと0mlとなっていたが、17日のNANOCLINAと20mlとなっていた。上司が再度確認した所、気付かず確認していった所、20mlの間違であった。	16日の均均指示シードはNANOCLINAと0mlとなっていたが、17日のNANOCLINAと20mlとなっていた。上司が再度確認した所、気付かず確認していった所、20mlの間違であった。	
医師が手帳にて指示を付加したうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	「1-1. 指示受け・申しけられ」	「1-1. 医師から看護師への不完全な指示	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	中	大	2004-00179397 2004-00190440	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	
医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	「1-1. 指示受け・申しけられ」	「1-1. 医師から看護師への不完全な指示	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	中	大	2004-00226710	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	
医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	「1-1. 指示受け・申しけられ」	「1-1. 医師から看護師への不完全な指示	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	低	大	2004-00157643	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	
医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	「1-1. 指示受け・申しけられ」	「1-1. 医師から看護師への不完全な指示	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	中	大	2004-00252605	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	
医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	「1-1. 指示受け・申しけられ」	「1-1. 医師から看護師への不完全な指示	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	低	大	2004-0019171	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	
医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	「1-1. 指示受け・申しけられ」	「1-1. 医師から看護師への不完全な指示	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	低	大	2004-00207501	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	
医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	「1-1. 指示受け・申しけられ」	「1-1. 医師から看護師への不完全な指示	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	中	大	2003-00040279	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	
医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	「1-1. 指示受け・申しけられ」	「1-1. 医師から看護師への不完全な指示	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	中	大	2004-00252467	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	
医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	「1-1. 指示受け・申しけられ」	「1-1. 医師から看護師への不完全な指示	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	中	大	2004-00139563	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	医師が手帳にて指示を受けたうえで、指示を受けた。そのための教育やシステムが整備されていない。	

プロセス	分類 (1)	図	分類 (2)	対象	頻度	五天性	リスク	事例No	事例要旨 事例番号
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-1 医師から届けられた指示を受け、申し送り	1-1-1 医師の不完全な指示	指示の指標	中	大	2005-00270735	手術前の患者側の指示書とカルテの指示が違っていた。指示書はカルテと同じ。（カルテ・指示書はセフアメジン）	
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-2 不完全な指示を受け、申し送り	1-2-1 不適切な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	大	2005-003032	前日にチエムでアミカシン開始の指示がカルテ指示でていた。しかし、チエナムもアミカシンを両方指示してしまった。	
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-3 不完全な指示を受け、申し送り	1-3-1 不完全な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	大	2003-00089792	指示の指標が全くない。医師より「カタボンレロウ 1.2ml／hr」の指示が出され、それをカルテで指示を受けた。その後指示者が医師と連絡し、「2ml／hr」です。そして向薬路管とともに房内に反応がなかった。指示の指標が何を意味するか教える際にどのよう指示が生じるか指示伝達する。	指示の指標が医師の指示が含まれていていたため指示が誤認になってしまった。
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-3-2 不完全な指示を受け、申し送り	1-3-2 不完全な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	大	2004-00169171	指示の指標が全くない。指示が医師から出されていたため指示が誤認になってしまった。6日後、医師の指示を止めつづけた。	指示の指標が医師の指示が含まれていていたため指示が誤認になってしまった。
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-3-3 不完全な指示を受け、申し送り	1-3-3 不完全な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	中	2003-00108845	医師前日の血清が高濃度であり、リマジンRと指示をもらう。ヒューマリソルと指示器には、ヒューマリンRと並記された。その後指示を受けた。この2回は必ずして指示を受けた。指示を受けた後、カルテの指示を確認し、カルテの指示を複数回も確認すると、指示の文字は2ml／hrと書いてあること、1.2ml／hrと書いてあること、2ml／hrと書いてあることを相間淆ざつた。	指示の指標が医師の指標と異なることを間違えていた。
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-3-4 不完全な指示を受け、申し送り	1-3-4 不完全な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	中	2004-00169396	入院翌日午後6時から毎時受け取ったが、医師から指示があることが教習する。指示を受けた後、カルテから他の指示も正確に理解する。	指示を受け取ったが、医師から指示があることが教習する。
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-3-5 不完全な指示を受け、申し送り	1-3-5 不完全な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	中	2004-00218351	指示を受け取ったが、医師から指示があることが教習する。指示を受けた後、カルテへの記載やスタッフへの申し送り、返納処理を止めつづけた。	指示を受け取ったが、医師から指示があることが教習する。
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-3-6 不完全な指示を受け、申し送り	1-3-6 不完全な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	中	2005-0029057	医師前日の血清が高濃度であり、リマジンRと指示を受けた。指示を受けた後、カルテへの記載やスタッフへの申し送り、返納処理を止めつづけた。	指示を受け取ったが、医師から指示があることが教習する。
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-3-7 不完全な指示を受け、申し送り	1-3-7 不完全な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	大	2004-00149650	医師前日の血清が高濃度であり、リマジンRと指示を受けた。指示を受けた後、カルテへの記載やスタッフへの申し送り、返納処理を止めつづけた。	指示を受け取ったが、医師から指示があることが教習する。
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-3-8 不完全な指示を受け、申し送り	1-3-8 不完全な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	大	2004-00149672	医師前日の血清が高濃度であり、リマジンRと指示を受けた。指示を受けた後、カルテへの記載やスタッフへの申し送り、返納処理を止めつづけた。	指示を受け取ったが、医師から指示があることが教習する。
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-3-9 不完全な指示を受け、申し送り	1-3-9 不完全な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	大	2005-00266000	インスリバ登録要項の指示があり医師よりオーダー表への監視記録欄にN.4単位を2回記入した。その後、患者さんはN.4単位を低血圧症状が多く、低血圧も安定してきている。	指示を受け取ったが、医師から指示があることが教習する。
法則・規律・外規	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-3-10 不完全な指示を受け、申し送り	1-3-10 不完全な指示を受け、申し送り	指示の指標	中	大	2004-00156732	医師前日にインシクリンを実施したところ、昨日指示更替り令第2回のインシクリンが誤植され、医師より多く指示を受けた。医師より多く指示を受けた。	指示を受け取ったが、医師から指示があることが教習する。

プロセス	分類 (1)	課りの(バ)ン	対応	原因	頻度	至り性	リスク	事実旨
注付・解説・外来	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-4-1. 推示受け 内容の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。	1-4-1. 推示受け 内容の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。	1-4-1. 推示受け・申し送り	大	大	大	2月9日を過ぎた際は「セルシング1ノ2アンドブルーへいくだいさ」と指示した。(生活医療区分に於いては、医師が来院して、指示の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。)
			1-4-2. 示唆を受け・申し送り	1-4-2. 示唆を受け・申し送り	大	大	大	2月9日を過ぎた際は「セルシング1ノ2アンドブルーへいくだいさ」と指示した。(生活医療区分に於いては、医師が来院して、指示の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。)
注付・解説・外来	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-4-3. 不完全な指 示	1-4-3. 不完全な指 示	1-4-3. 不完全な指 示	大	大	大	2月9日を過ぎた際は「セルシング1ノ2アンドブルーへいくだいさ」と指示した。(生活医療区分に於いては、医師が来院して、指示の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。)
			1-5. 不完全な申 し送り	1-5. 不完全な申 し送り	大	大	大	2月9日を過ぎた際は「セルシング1ノ2アンドブルーへいくだいさ」と指示した。(生活医療区分に於いては、医師が来院して、指示の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。)
注付・解説・外来	1. 指示出し・指示受け・申し送り	1-6. 地医医師会 告示	1-6. 地医医師会 告示	1-6. 地医医師会 告示	大	大	大	2月9日を過ぎた際は「セルシング1ノ2アンドブルーへいくだいさ」と指示した。(生活医療区分に於いては、医師が来院して、指示の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。)
			1-7. 管理の指 示	1-7. 管理の指 示	大	大	大	2月9日を過ぎた際は「セルシング1ノ2アンドブルーへいくだいさ」と指示した。(生活医療区分に於いては、医師が来院して、指示の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。)
注付・解説・外来	2. 取りそろえ	2-1. 黒いごみに 質の存在を指す ように取り消す	2-1. 黒いごみに 質の存在を指す ように取り消す	2-1. 黒いごみに 質の存在を指す ように取り消す	大	中	中	2月9日を過ぎた際は「セルシング1ノ2アンドブルーへいくだいさ」と指示した。(生活医療区分に於いては、医師が来院して、指示の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。)
			2-2. 類似した名 称の製品による不完全な指示	2-2. 類似した名 称の製品による不完全な指示	大	大	大	2月9日を過ぎた際は「セルシング1ノ2アンドブルーへいくだいさ」と指示した。(生活医療区分に於いては、医師が来院して、指示の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。)
注付・解説・外来	2. 取りそろえ	2-3. 外見によ る製品による不完全な指示	2-3. 外見によ る製品による不完全な指示	2-3. 外見によ る製品による不完全な指示	大	大	大	2月9日を過ぎた際は「セルシング1ノ2アンドブルーへいくだいさ」と指示した。(生活医療区分に於いては、医師が来院して、指示の用語や表現が、複数の認知表示内容で指示するための知識不足は、指示の可聴性を保つためにもかからず、その他の認知表示内容で指示する可能性がある場合、複数の認知表示内容で指示するための知識が不足し、指示の可聴性を保つ。)

プロセス	分類(1) 注射(外来)	分類(2) 脳りのパターン	対策		頻度	最大性	リスク	事例要旨 事例No.
			内容	対応				
注射(外来)	2. 取りそろえ	2-4. 被害相談医薬品による誤飲時の取り扱い	指徴性が発生する可能性が高い。実施のため、その環境やシステムが意識されていない。	脳梗塞が発生しないようにする。	大	中	中	2004-00204692
注射(外来)	2. 取りそろえ	2-5. 先発医薬品を他の医薬品との混同で誤飲させない。	指示における薬品名の表現が、他の薬品名による誤飲が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	指示における薬品名の表現が、他の薬品名による誤飲が発生しないようにする。	大	中	中	2004-00165631
注射(外来)	2-6. 緊急時など の混同時に による注射器の 取り扱い	緊急時などの混同時には、過誤が発生する可能性が高い。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	緊急時など混同時には、過誤が発生する可能性が高い。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	中	大	2004-00146116	緊急対応作成により解説の「トマーチから薬剤を取り出す時にキヤオフリインピーバスコバツを取り戻して挿入し患者に実施した。	
注射(外来)	3. 調製	3-1. 類似性に起 因する誤った思 いこみ注射薬 製	類似した名称による診療科ごとに異なる組成の経済的効率方に基づく判断は、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	類似した名称による診療科ごとに異なる組成の経済的効率方に基づく判断は、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	中	大	2004-00177233	手術には手術者は、器械出し看護師へ「ボスマシン生食」を伝達した。器械出し看護師は、そのため外回り看護師は、生理食水 $0.01\text{m}\ell \times 1\text{本} + 1\text{袋} \times 5\text{袋}$ を準備し、器械出し看護師とその物品を確認して「ボスマシン生食」を渡すときには再び「ボスマシン生食ですが」と言い、「一本目の注射器を保管へ渡す」と告げ、「10万倍ではない」と指摘され、「50万倍」と間違えたことがわかった。
注射(外来)	3. 調製	3-1-1. 類似性に起 因する誤った思 いこみ注射薬 製	3-1-1. 類似性に起因する誤った思いこみ注射薬の評価では、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	3-1-1. 類似性に起因する誤った思いこみ注射薬の評価では、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	中	中	2004-00243230	手術には手術者は、器械出し看護師へ「ボスマシン生食」を伝達した。器械出し看護師は、生理食水 $0.01\text{m}\ell \times 1\text{本} + 1\text{袋} \times 5\text{袋}$ を準備し、器械出し看護師とその物品を確認して「ボスマシン生食」を渡すときには再び「ボスマシン生食ですが」と言い、「一本目の注射器を保管へ渡す」と告げ、「10万倍ではない」と指摘され、「50万倍」と間違えたことがわかった。
注射(外来)	3. 調製	3-1-2. 類似性に起 因する誤った思 いこみ注射薬 製	類似した各薬の注射薬の評価では、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	類似した各薬の注射薬の評価では、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	大	中	2004-00045925	手術には手術者は、器械出し看護師へ「ボスマシン生食」を伝達した。器械出し看護師は、生理食水 $0.01\text{m}\ell \times 1\text{本} + 1\text{袋} \times 5\text{袋}$ を準備し、器械出し看護師とその物品を確認して「ボスマシン生食」を渡すときには再び「ボスマシン生食ですが」と言い、「一本目の注射器を保管へ渡す」と告げ、「10万倍ではない」と指摘され、「50万倍」と間違えたことがわかった。
注射(外来)	3. 調製	3-1-3. 類似性に起 因する誤った思 いこみ注射薬 製	類似した各薬の注射薬の評価では、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	類似した各薬の注射薬の評価では、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	中	中	2004-00110072	手術には手術者は、器械出し看護師へ「ボスマシン生食」を伝達した。器械出し看護師は、生理食水 $0.01\text{m}\ell \times 1\text{本} + 1\text{袋} \times 5\text{袋}$ を準備し、器械出し看護師とその物品を確認して「ボスマシン生食」を渡すときには再び「ボスマシン生食ですが」と言い、「一本目の注射器を保管へ渡す」と告げ、「10万倍ではない」と指摘され、「50万倍」と間違えたことがわかった。
注射(外来)	3. 調製	3-1-4. 接触薬	接觸が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	接觸が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	大	中	2004-00257733	手術には手術者は、器械出し看護師へ「ボスマシン生食」を伝達した。器械出し看護師は、生理食水 $0.01\text{m}\ell \times 1\text{本} + 1\text{袋} \times 5\text{袋}$ を準備し、器械出し看護師とその物品を確認して「ボスマシン生食」を渡すときには再び「ボスマシン生食ですが」と言い、「一本目の注射器を保管へ渡す」と告げ、「10万倍ではない」と指摘され、「50万倍」と間違えたことがわかった。
注射(外来)	3. 調製	3-1-5. 頭痛	頭痛が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	頭痛が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	中	中	2004-00042879	手術には手術者は、器械出し看護師へ「ボスマシン生食」を伝達した。器械出し看護師は、生理食水 $0.01\text{m}\ell \times 1\text{本} + 1\text{袋} \times 5\text{袋}$ を準備し、器械出し看護師とその物品を確認して「ボスマシン生食」を渡すときには再び「ボスマシン生食ですが」と言い、「一本目の注射器を保管へ渡す」と告げ、「10万倍ではない」と指摘され、「50万倍」と間違えたことがわかった。
注射(外来)	3. 調製	3-2. 不足的な薬 品保管に起 因する誤った思 い薬	問題を誘発しやすい薬品の範囲では、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	問題を誘発しやすい薬品の範囲では、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	中	大	2004-00267979	手術にはケタラール $6\text{mg} + 0.0\text{mg}$ とロトオーダーを受け、静脈用でなく筋注用を 6mg 用意し医師に渡すとした。
注射(外来)	3. 調製	3-2-1. 粉砕化 薬	問題を誘発しやすい薬品の範囲では、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	問題を誘発しやすい薬品の範囲では、過誤が発生する可能性がある。そのため、その環境やシステムが意識されていない。	中	大	2004-00154048	リントロン $1.6\text{mg} (4\text{mg} \times 4\text{アンプル})$ 指示のところ 4.0mg ($4\text{mg} \times 1\text{アンプル}$) 準備しようとした。

プロセス	分類（1）	分類（2）	分類（3）	図示	
				対策	頻度
3-1. 調製	3-2. 不適切な薬品 品種別に差異化する可能性が高いことによる誤認を防ぐため、医師が選択する可能性が高いことによる誤認を防ぐ	3-2-1. 不適切な薬品 品種別に差異化する可能性が高いことによる誤認を防ぐ	3-2-2. 不適切な薬品 品種別に差異化する可能性が高いことによる誤認を防ぐ	3-2-2. 不適切な薬品 品種別に差異化する可能性が高いことによる誤認を防ぐ	中
3. 調製	3-2-2. 不適切な薬品 品種別に差異化する可能性が高いことによる誤認を防ぐ	3-3-1. 不明確な記述に対する不適切な判断	3-3-2. 不明確な記述に対する不適切な判断	3-3-1. 不明確な記述に対する不適切な判断	中
3. 調製	3-3-2. 不明確な記述に対する不適切な判断	3-3-2-1. 不明確な記述に対する不適切な判断	3-3-2-2. 不明確な記述に対する不適切な判断	3-3-2-1. 不明確な記述に対する不適切な判断	中
3. 調製	3-3-2-2. 不明確な記述に対する不適切な判断	3-3-3. 不適切な調製手順による誤認の説明	3-3-3. 不適切な調製手順による誤認の説明	3-3-3. 不適切な調製手順による誤認の説明	中
3. 調製	3-3-3. 不適切な調製手順による誤認の説明	3-4. 他の部門の業務手順による誤認の説明	3-4. 他の部門の業務手順による誤認の説明	3-4. 他の部門の業務手順による誤認の説明	大
3. 調製	3-4. 他の部門の業務手順による誤認の説明	3-5. 不適切な指示書による注釈による誤認の説明	3-5-1. 不適切な指示書による注釈による誤認の説明	3-5-1. 不適切な指示書による注釈による誤認の説明	大

プロセス	分類(1)	分類(2)	分類(3)	対策												
				頻度	重大性	リスク	事例No.	事例要旨	頻度	重大性	リスク	事例No.	事例要旨			
注射・凍結 外来	3. 調製	3-5. 不適切な押 出量による注射器 調節量の誤り	3-5-2. 指示単位 の不適切な判断	指⽰単位の不適切な判断に基づき調製作業が実行にあたる場合に、調製者が発生する可能性が高いために誤りを認めた。教育が不足して、過誤防止のための対策やシステムが整備されていない。	中	大	2004-0019405	ドルミカム1.5ml (3ml) の指示を間違えて1.5mlに注射	中	大	2004-0018038	利尿剤の指示で0・5Aのところを、1Aと実施した。				
注射・凍結 外来	3. 調製	3-5. 不適切な押 出量による注射器 調節量の誤り	3-5-3. 指示投与 日時の不適切な判 定	指⽰投与日時の不適切な判断による調製作業が実行にあたる場合に、調製者が発生する可能性が高いために誤りを認めた。教育が不足して、過誤防止のための対策やシステムが整備されていない。	中	大	2004-0024322	輸液に混入するビタジクトの量が5.5mlであったが、0.5mlと認識した。	中	大	2004-0014656	イノバン-5ccに生食30cc混ぜたものを投与すべきところを、イノバン-5Aに生食30cc混ぜてしまった。				
注射・凍結 外来	3. 調製	3-5. 不適切な押 出量による注射器 調節量の誤り	3-5-4. 指示用意 の不適切な判断	指⽰用意の不適切な判断による調製作業が実行にあたる場合に、調製者が発生する可能性が高いために誤りを認めた。教育が不足して、過誤防止のための対策やシステムが整備されていない。	中	大	2004-0020857	降圧剤の群点点滴の指示量ミリグラムを、アンプル量で思い込み作成、投与した。	中	大	2004-00177319	デノシン0.4mgを溶解しようとし、0.4mgが100mgであると思いつみ、400mgで準備し投与してしまう。				
注射・凍結 外来	3. 調製	3-5. 不適切な押 出量による注射器 調節量の誤り	3-5-5. 指示投与 回数による誤り	指⽰投与回数について知識がない患者には過誤がある。また調製作業を行つて投与する回数と記載する回数とが異なる可能性がある。見落りやすい薬品で配号の対比表および、3.4mg/dlだったасスケールに従い次回の点滴内のインシュリン量を増やす際につまむごとに5単位ごとに5単位を5回溶してしまった。	中	大	2004-00177652	フルマリンハイヤー=0・5Gを1Gと誤認して注射器から残量について算出され、注射器を差換したことに気づいた。翌朝、日勤の看護師から残量について質問され、残量を差換した。	中	大	2003-00110230	3食前の血糖値が、3.04mg/dlだったасスケールにて、1・生食100mlにフルマリン20mgを20mlに注射量が少なかったことに気が付いた。				
注射・凍結 外来	3. 調製	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	投与部位が変更にする可能性のある薬品には過誤がある。また調製作業を行う場合には過誤がある。見落りやすい薬品で配号の対比表および、3.4mg/dlだったасスケールにて、1・生食100mlにフルマリン20mgを20mlに注射して投与してもちまったが、その時は発見されず、別の看護師に指前を受けて投与が行われた。	中	大	2004-00243299	1・生食100mlにフルマリンを30mlも溶解して投与しなければいけない所を、生食100mlにフルマリン20mgしか溶解せずに投与してしまった。看護師に確認をしてもらつたが、その時は発見されず、別の看護師に指前を受けて投与が行われた。								
注射・凍結 外来	3. 調製	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	投与部位が変更にする可能性のある薬品には過誤がある。また調製作業を行う場合には過誤がある。見落りやすい薬品で配号の対比表および、3.4mg/dlだったасスケールにて、1・生食100mlにフルマリン20mgを20mlに注射して投与してもちまったが、その時は発見されず、別の看護師に指前を受けて投与が行われた。	中	大	2004-00157306	看護師の名前は記入され、2回分の準備をした。次の日、ミキシングをするときに、薬品名と同じ表示が付いた。ミキシングをするときに、薬品名と看護師の名前は記入され、2回分をミキシングしてしまった。そのためが次の分を確認しながら、その後の分をミキシングしてしまった。								
注射・凍結 外来	3. 調製	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	投与部位が変更にする可能性のある薬品には過誤がある。また調製作業を行う場合には過誤がある。見落りやすい薬品で配号の対比表および、3.4mg/dlだったасスケールにて、1・生食100mlにフルマリン20mgを20mlに注射して投与してもちまったが、その時は発見されず、別の看護師に指前を受けて投与が行われた。	中	中	2004-00165767	牛乳分と牛乳を含むわざで準備してしまい、午後の分の点滴を準備する際に薬品が足りなくなつた。								
注射・凍結 外来	3. 調製	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	投与部位が変更にする可能性のある薬品には過誤がある。また調製作業を行う場合には過誤がある。見落りやすい薬品で配号の対比表および、3.4mg/dlだったасスケールにて、1・生食100mlにフルマリン20mgを20mlに注射して投与してもちまったが、その時は発見されず、別の看護師に指前を受けて投与が行われた。	中	中	2003-00045010	アルブミン20分を1回で施行								
注射・凍結 外来	3. 調製	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	指示投与日時の不適切な判断による調製作業が実行にあたる場合に、調製者が発生する可能性が高いことからわざと、教育が不足して、過誤防止のための環境やシステムが整備されていない。	中	大	2004-00186328	注射が休日のためか2日間分を準備した。次の日、ミキシングをする際に、2回分をミキシングしてしまった。	中	大	2004-00165768	看護師の名前は記入され、2回分の準備をした。そのためが次の分を確認しながら、その後の分をミキシングしてしまった。				
注射・凍結 外来	3. 調製	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	指示投与日時の不適切な判断による調製作業が実行にあたる場合に、調製者が発生する可能性が高いことからわざと、教育が不足して、過誤防止のための環境やシステムが整備されていない。	中	大	2004-00201159	入院中の患者さんの注射観察方で、ソルラクト2×6月26日→30日の延長が出来た。6月26日は朝・夕2回注射するが、その間授業でできない。								
注射・凍結 外来	3. 調製	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	投与目的を要望しない調製作業は過誤が発生する可能性があることを理解する。薬品の投与目的について教育する。	中	中	2003-00273494	化学療法を実施している患者への調査用の点滴を間違つて2日早く実施してしまった。ダブルチェックした結果も気が付かなかった。								
注射・凍結 外来	3. 調製	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	投与部位の不適切な判断による調製作業は過誤が発生する可能性があることを理解する。薬品の投与目的について教育する。	中	大	2003-00045004	0より病棟へ移った際、抗生素(ロナシフロ)およびヒ素剤(ビンルボン)、肝機能改善剤(塩カルボミノファーテン)を、それぞれ予定量の3倍、4倍、2倍を処方し施行した。								
注射・凍結 外来	3. 調製	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	3-6. 中止された 調製済み注射器 の再利用	指⽰用意の不適切な判断による調製作業は過誤が発生する可能性があることを理解する。薬品の投与目的について教育する。	中	大	2005-00294097	他の患者様のルームでフルガリツク2号オルビックストア入りの輸液が不要になつた。まだ使用していないかれた中のをオルビックストアで入れてしまつた。								

プロセス	分類（1）	割りのパターン	分類（2）	原因	事例要旨			
					事例No	リスク	重大性	事例要旨
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-1. 飼製前ににおける薬品と注射せんの不十分性	医療判断における薬品と注射せんの不十分性が高いために誤認する。注射漏れが発生する可能性があるために誤認する。	2005-00301112	持続で高カリモー輸液を行っていたが、当日より組成変更となり1500mlから250mlに変更しておらず、メイクの組成が異なることが判明した。	大	医療判断における薬品と注射せんの不十分性が高いために誤認する。注射漏れが発生する可能性があるために誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-2. 薬品と注射せんの不十分性	医療判断における薬品と注射せんの不十分性が高いために誤認する。薬品と注射せんの不十分性が高いために誤認する。	2005-00310468	「H」の「3」に気を取られてしまい、注射針の先端が漏れてしまう。Hが追加されないとその日の点滴に影響した。	大	医療判断における薬品と注射せんの不十分性が高いために誤認する。薬品と注射せんの不十分性が高いために誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-3. 薬品と薬品名を誤認する	医療判断における薬品と薬品名を誤認する。薬品と薬品名を誤認する。	2005-00045361	点添表示で生食100mlに溶解すべきアメジストを原液においてあった561で点算した。	中	医療判断における薬品と薬品名を誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-4. 副作用	医療判断における副作用の説明が際離されてない。	2005-00296027	「アーストシン1gを5%ブドウ糖液50mlにて溶解する」という医療判断においてもうつた。生食100mlにて溶解させていたのに気つかず飼製開始した。記録用窓に気づいたため主治医に報告した。	中	医療判断における副作用の説明が際離されていない。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-5. 薬品と薬品名を誤認する	医療判断における薬品と薬品名を誤認する。薬品と薬品名を誤認する。	2005-00221166	「[0.5]」に「2500ml」、「[2A]」を点内するばのものを「(30ml)」、「H」の「3」に気を取られてしまい、確認不十分まま、ウチでアントンブル数が違うことに気がつき、判断した。	大	医療判断における薬品と薬品名を誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-6. 水溶性	医療判断における水溶性の薬品と水溶性の薬品を誤認する。	2005-00191204	本日より点滴指示が変更になり院内ではパンコマイシン(0.5)2.4gの指示が出た。注射ワーカーはカルテを確認したり抜けていてあることをかねてかねつけてしまった。その後担当師に報告し明日ハシコマイシン(0.5)1g施行することになった。	大	医療判断における水溶性の薬品と水溶性の薬品を誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-7. 液性	医療判断における液性の薬品と液性の薬品を誤認する。	2005-00220275	医療判断における液性の薬品と液性の薬品を誤認する。医療判断には7.200mlにキサンボン44の点検指示を、キサンボン7.1mlが點算せずに施行してしまった。	中	医療判断における液性の薬品と液性の薬品を誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-8. ラックス	医療判断においてAを運営してしまった。医療判断はT40と記載があったが医療としてしまった。医療判断はT40?と記載してしまった。	2005-00171190	ラックス1/2Aを運営へ増量とした。医療判断はT40?と記載してしまったが医療としたが医療を減らしてしまった。	大	医療判断においてAを運営してしまった。医療判断はT40?と記載してしまった。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-9. 液性	医療判断における液性の薬品と液性の薬品を誤認する。	2004-00141186	日剤で使用する柔軟剤をミシングするときも冷所薬品であつて冷所薬品が発生した。	大	医療判断における液性の薬品と液性の薬品を誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-10. ハピリン	前日の分の抗結核薬終了時、生食100ml-Hカイトリル1Aナデカドロシ4MGルートの指示が出ていた。医療判断が承認を済み、輸入・輸送スミと書き申し送りを受けた。深夜看護師が2時奉公をルーチン化した。9時日勤看護師がH氏の分のチドロンが承認していることを発見した。主治医へ報告。本日の化療法は予定通り再開された。	2004-00177349	H氏に1時20分、前日の分の抗結核薬終了時、生食100ml-Hカイトリル1Aナデカドロシ4MGルートの指示が出ていた。医療判断が承認を済み、輸入・輸送スミと書き申し送り受けた。深夜看護師が2時奉公をルーチン化した。9時日勤看護師がH氏の分のチドロンが承認を済み、輸入・輸送スミと書き申し送り受けた。	大	前日の分の抗結核薬終了時、生食100ml-Hカイトリル1Aナデカドロシ4MGルートの指示が出ていた。医療判断が承認を済み、輸入・輸送スミと書き申し送り受けた。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-11. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00273729	ハピリン1000単位+生食=下50mlを追加する所、20000単位で追加してしまった。Wチェックしたにも関わらず、倍量実施。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-12. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00273735	ハピリン1000単位を追加します。20000単位を追加してしまった。入院後、ペリソの量の指示要変更があったが、気付かず、古い指示の方がハピリンを追加してしまった。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-13. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00168933	ハピリン1Gパックをハッギーにインスリンを混注せずに投与した。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-14. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00189038	注射中に基材のほかに混注用の薬剤が入っていることに気がつかず、管を抜いて注入したと誤認して接続した。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-15. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00168954	注射中の点滴を外すと点滴を溶解する。点滴を外すと点滴を溶解する。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-16. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00189043	点滴の途中に基材のほかに混注用の薬剤が入っていたことだと思いつかず、管を抜いて注入したと誤認して接続した。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-17. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00189044	点滴の途中に基材のほかに混注用の薬剤が入っていたことだと思いつかず、管を抜いて注入したと誤認して接続した。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-18. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00223465	点滴の途中に基材のほかに混注用の薬剤が入っていたことだと思いつかず、管を抜いて注入したと誤認して接続した。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-19. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00165634	点滴の途中に基材のほかに混注用の薬剤が入っていたことだと思いつかず、管を抜いて注入したと誤認して接続した。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-20. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00161995	バスガリン1Gパック1日2回の指示がおりタの分の抗生剤をダブルチエックを行い断念したが生食と併用するのを確認して注射器を始めて他社製の抗製造業の中止は注射漏れの問題である。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-21. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00206479	バスガリン1Gパック1日2回の指示がおり各医療機関にて行なった点検を終了する。他の看護師が処置台に手洗いをしてから手洗いをして、発生させないようす。手洗いをして、発生させないようす。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。
注射（外来）	3. 飼製	3-1. 指示の見落とし	3-1-22. ハピリン	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。	2004-00161996	バスガリン1Gパック1日2回の指示がおり各医療機関にて行なった点検を終了する。他の看護師が処置台に手洗いをしてから手洗いをして、発生させないようす。手洗いをして、発生させないようす。	大	新日の指示の不十分な整理が医師が誤認する。

プロセス	分類(1)	隠りのパターン	分類(2)	原因	対策	頻度	重大性	リスク	事例No.	事例要旨
注射・外来	3. 調製	3-10. 知識不足による注射器の失敗	3-10-1. 配合変化に対する知識不足は過誤発生の危険性が常にあります。配合変化に対する知識不足は過誤発生の危険性が高いことを理解する。	配合変化に対する知識不足は過誤発生の危険性が常にあります。配合変化に対する知識不足は過誤発生の危険性が常にあります。配合変化に対する知識不足は過誤発生の危険性が常にあります。	対象患者が健常を保っていたため、処方せられていたアレピアチンの投与を実施しなければいけないのに、メインで滴下している薬剤と一緒に滴下した。	大	大	大	2004-00177046	対象患者が健常を保っていたため、処方せられていたアレピアチンの投与を実施しなければいけないのに、メインで滴下している薬剤と一緒に滴下した。

プロセス	分類（1） 病棟・ 外来)	問題のバーコード	原因	事例要旨				
				事例No.	リスク	事例No.	重症性	
注射（点滴・ 外来）	3. 製薬 3-15 不完全な ダブルチェック	ダブルチェック手順の不履行は、過誤のダブルチェック率が低い。教育が不足、ダブルチェックの点検シートが準備されていない。	過誤の大	大	2004- 0023455	アミカシン5mlを3時と15時と23時の3回与薬してしまった	大	
	4. 施用 外見)	4-1-1. 患者違い 患者確認	不適切な患者確認は、過誤が発生する可 能性が高いため患者確認が実施されず、そのための教育が不足である。経路手順や システムが不完全でない。	過誤の大	大	2004- 0017074	抗血栓クロブリン5g【3日分】を1日に一度に5mlを投与してしまった	大
	4. 施用 外見)	4-1-2. 患者違い 患者確認	不適切な患者確認は、過誤が発生する可 能性が高いため患者確認が実施されず、そのための教育が不足である。経路手順や システムが不完全でない。	過誤の大	大	2004- 0016611	点滴当番ダブルチェックを行ない、氏名・薬剤名・確認して点滴を完成したが、途中で日付の遅い方に気づいた。	大
	4. 施用 外見)	4-2-1. 指示の不履行 行	指示の不履行による問題の中でもっとも大きな問題は、過誤が発生する可 能性が高いことを利用することによって問題が発生する。そのための教育が不 足、過誤防止のための環境やシステムが整備されていない。	過誤の大	大	2004- 0016564	点滴當番指示書を読み込みでセファメジンを詰め、患者に施行した。	大
	注射（点滴・ 外来）	4-2-2. プロトコールの不十分 手順	プロトコールの不十分な問題の中でもっとも大きな問題は、過誤が発生する可 能性が高いことを利用して問題が発生する。そのための教育が不 足、過誤防止のための環境やシステムが整備されていない。	過誤の大	大	2004- 0021130	点滴當番ダブルチェックを行なったが、後部看護師であり誤認してしまった。数分後指示書にサインをしようとして気づいた。	大
	4-2-3. 装置間に あるカルテから の注射指示の 不完全性	装置間にあるカルテからの注射指示の注 射を止めることは、過誤が発生する可能性が高いことを利用して問題が発生する。そのための教育がなく、そのための教育が不足、過誤防止のための環境やシ ステムが整備されていない。	過誤の大	大	2004- 0023471	点滴當番によるカルテからの注射指示を怠つて点滴を投与出来なかつた。	大	
	4-2-4. 追加指示 に対する不十分 な認識	追加指示に対する不十分な認識は、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、過誤防止のための教育が不足、そのための環境やシステムが整備されていない。	過誤の大	大	2004- 0021176	0時更新の1VHにインシュリーンを入れるよう注射せんに記入されていたが、午夜まで未付かずそのまま更新した。	大	

プロセス	分類(1)	誤りのパターン	分類(2)	原因	頻度	重大性	リスク	事例要旨
注射(外来)	4. 施用	4-3. 不適切な実施	4-3-1. 不十分な患者情報の把握は、過誤が発生しないことと推測する。	患者情報を把握する可能性が低いことから漏れ落ち、その他の教育が不足し、そのため患者情報を把握する環境やシステムが整備されていない。	大	大	大	「1時半現症者が850人であり冷蔵庫はブドウ漬け10kgを貯めし今後低体温症はブドウ漬けによる体温不調である」と指示された。12時頃より当回事者はハンバーサーブを指す医師が1人で接客した。ナースコール対応など患者情報を把握するが多いためチームごとに接客した。しかし、他のナースは、指示に従ってはいたが、指示に従うべき医師が不在だったため、指示に従うべき医師が不在だった。
注射(外来)	4. 施用	4-3. 不適切な実施	4-3-2. 実施手順の漏れがある。	漏れがある。	大	大	大	（血清コントロール閥閉塞での治療手順への理解不足によるインスリンの過剰投与）漏れがある。
注射(外来)	4. 施用	4-3. 不適切な実施	4-3-3. 誤認投与による誤認	誤認投与による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-3. 不適切な実施	4-3-4. 備品不足による誤認	備品不足による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	中	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-3. 不適切な実施	4-3-5. 計算錯誤による誤認	計算錯誤による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	中	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-3. 不適切な実施	4-3-6. 症状の見落としによる誤認	症状の見落としによる誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	中	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-3. 不適切な実施	4-3-7. 指示不全による誤認	指示不全による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	中	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-3. 不適切な実施	4-3-8. 指示不全による誤認	指示不全による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	中	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-3. 不適切な実施	4-3-9. 指示不全による誤認	指示不全による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	中	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-4. 中止薬品の実施	4-4-1. 中止指示の実施	中止指示の見落としは、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-4. 中止薬品の実施	4-4-2. 中止指示の実施	中止指示の見落としは、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-4. 中止薬品の実施	4-4-3. 中止指示の実施	中止指示の見落としは、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-4. 中止薬品の実施	4-4-4. 中止指示の実施	中止指示の見落としは、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-4. 中止薬品の実施	4-4-5. 実施変更指示の見落とし	実施変更指示の見落としは、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-5. 実施変更指示の見落とし	4-5-1. 実施変更指示の見落とし	実施変更指示の見落としは、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-5. 実施変更指示の見落とし	4-5-2. 実施変更指示の見落とし	実施変更指示の見落としは、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-6. 指示内容の記載不備による誤認	4-6-1. 実施	指示内容の記載不備による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-6. 指示内容の記載不備による誤認	4-6-2. 中止	指示内容の記載不備による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-6. 指示内容の記載不備による誤認	4-6-3. 中止	指示内容の記載不備による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-6. 指示内容の記載不備による誤認	4-6-4. 中止	指示内容の記載不備による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。
注射(外来)	4. 施用	4-6. 指示内容の記載不備による誤認	4-6-5. 実施	指示内容の記載不備による誤認は、過誤が発生する原因による誤認は、過誤が発生する。	大	大	大	（不完全な説明で生じた患者誤認による誤認）多くの患者で自己注射器を用いて自己注射を行っているが、注射器は自らのものと見受けられ、注射器を用いて指示を受けることが多い。

プロセス	分類(1)	課題のパターン	分類(2)	原因	対策	頻度	重大性	リスク	事例No.	事例要旨
注射(病棟・外来)	4. 施用	4-7. 不十分な知識による注射薬実施順序の誤りは、過誤が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	4-7. 不十分な知識による注射薬実施順序の誤りは、過誤が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	ダブルハック認証の隔壁実施忘れは、過誤が発生する可能性が高いことを理解する。ダブルハック認証の実施、隔壁実施忘れは、そのための教育が不足し、過誤防止する。ダブルハック認証手順を教育し、ダブルハック認証の小差はダブルチェック時に隔壁実施の準備をし、隔壁実施を通じ、隔壁実施を確認する。	ダブルハック認証の隔壁実施忘れは、過誤が発生する可能性が高いことを理解する。ダブルハック認証の実施、隔壁実施忘れは、そのための教育が不足し、過誤防止する。ダブルハック認証手順を教育し、ダブルハック認証の小差はダブルチェック時に隔壁実施の準備をし、隔壁実施を確認する。	大	大	大	2004-00159104	アインボーリンの点滴の後時間後に5°Fを施行すると判定されたがアインボーリン終了後に施行すると動作しないと指摘された時間がつながらなかった。
注射(病棟・外来)	4. 施用	4-8. ダブルハック認証の隔壁通忘れ	4-8. ダブルハック認証の隔壁通忘れ	ダブルハック認証の隔壁実施忘れは、過誤が発生する可能性が高いことを理解する。ダブルハック認証の実施、隔壁実施忘れは、そのための教育が不足し、過誤防止する。ダブルハック認証手順を教育し、ダブルハック認証の小差はダブルチェック時に隔壁実施の準備をし、隔壁実施を確認する。	ダブルハック認証の隔壁実施忘れは、過誤が発生する可能性が高いことを理解する。ダブルハック認証の実施、隔壁実施忘れは、そのための教育が不足し、過誤防止する。ダブルハック認証手順を教育し、ダブルハック認証の小差はダブルチェック時に隔壁実施の準備をし、隔壁実施を確認する。	大	大	大	2004-0021174	CHOP療法(バス適応)、薬剤(抗がん剤)の順番を間違えた。特に患者への認識はなかった。
注射(病棟・外来)	4. 施用	4-9. 液體混淆の添付説明書による添付説明書の添付漏れ	4-9. 液體混淆の添付漏れ	液體混淆が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	液體混淆が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	大	大	大	2003-00104617	点滴の隔壁、隔壁をせざる点滴を実施した。2.2時更迭所定の点検を日間実施して作業したが、バックの隔壁はしなかつた。半夜更迭では隔壁の流量は混迷で、隔壁を指揮手で點検が開通していないかは正確に確認しなかつた。半夜更迭では隔壁の流量は混迷で、隔壁を指揮手で點検が開通していないかは正確に確認しなかつた。
注射(病棟・外来)	4. 施用	4-10. 不十分な説明による自己注射の誤り	4-10. 不十分な説明による自己注射の誤り	不十分な説明状態での患者による自己注射の誤りは、過誤が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	不十分な説明状態での患者による自己注射の誤りは、過誤が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	大	大	大	2003-00040525	患者さんの点滴薬液の準備をしていたところ、ビーエヌシイント導管を間違しないままつなげてしまった。2時にラウンドした看護師が気付き手洗剤の最後のラウンド時(0時)に更新する、ビーエヌシイント導管を間違してしまった。
注射(病棟・外来)	5. 機器操作	5-1. 不適切な機器・ルート接続	5-1-1. 機器・ルート接続	機器・ルート接続に対する知識不足は、過誤が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	機器・ルート接続に対する知識不足は、過誤が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	大	大	大	2003-00044986	ヒューマンカードによる自己注射実施中の患者。10：30 Nスコールがあった。低血圧症兆候(瞳孔散大、気分不良)を訴え、血圧6.6mHgとなりました。患者の脇によくはナフチドリがしましたが、実際8単位でした。そこでナフチドリ自身操作してみて異常がなかったので、問題ないことを伝えてその品を離れた。」しかし、インフルエンザウイルス対策にて注射を行っており、注射より母親に説明され、本邦注射用ベニソルエウイルスワクチンで注射しました。
注射(病棟・外来)	5. 機器操作	5-1. 不適切な機器・ルート接続	5-1-2. 不明確な機器・ルート接続	機器・ルート接続に対する知識不足は、過誤が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	機器・ルート接続に対する知識不足は、過誤が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	大	大	大	2003-00044987	シグマート4.8ml×2V+生食96ccを4.00/Hで輸液ポンプにて投与のところ、点滴内に薬剤を注入した50分後に全量漏下されてしまつた。
注射(病棟・外来)	5. 機器操作	5-2. ルートの操作	5-2-1. 不適切な機器・ルート接続	不適切な機器操作による自己注射の誤りは、過誤が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	不適切な機器操作による自己注射の誤りは、過誤が発生する可能性が高いことから、そのための教育が不足し、そのための環境やシステムが整備されていない。	大	大	大	2003-00044988	ウドメリン6ml×30ml×H、マクネシール10A2.5ml×H、解剖からウーンD500mlを施行していた患者さんの点滴の際、薬剤交換手、ウテメリントマグネシールカレットを反対にボンブリにつけてしまつた。

プロセス	分類(1)	分類(2)	対象	事例要旨		
				事例No	事例類	事例頻度
注射・点滴 外来	5. 機器および ルートの操作	5-2.1 不適切な 操作	不適切な操作または、過誤を引き起こす可能性があることを理解する。 起因する原因として、機器操作手順、操作方法、操作方 法および不適切な操作が不足し、過誤防止のための教育が不 足し、過誤が発生する。 そのための教育やシステムが整備されていない。	大	大	大
注射・点滴 外来	5. 機器および ルートの操作	5-2.1 不適切な 操作	不適切な操作または、過誤を引き起こす可能性があることを理解する。 起因する原因として、機器操作手順、操作方法、操作方 法および不適切な操作が不足し、過誤防止のための教育が不 足し、過誤が発生する。	大	大	大
注射・点滴 外来	5. 機器および ルートの操作	5-2-1. 液体ポンプ の速度設定ミス	液体ポンプで液体を注入する際、液体を引き起こす可能性があることを理解する。 起因する原因として、機器操作手順、操作方法、操作方 法および不適切な操作が不足し、過誤防止のための教育が不 足し、過誤が発生する。	大	大	大
注射・点滴 外来	5. 機器および ルートの操作	5-2-2. 液体ポンプ の速度設定ミス	液体ポンプで液体を注入する際、液体を引き起こす可能性があることを理解する。 起因する原因として、機器操作手順、操作方法、操作方 法および不適切な操作が不足し、過誤防止のための教育が不 足し、過誤が発生する。	大	大	大
注射・点滴 外来	5. 機器および ルートの操作	5-3-1. 液体ポンプ の速度設定ミス	液体ポンプに対する知能不足と液体下指⽰の不適 切な判断は、過誤を引き起こす可能性があることを理解する。 起因する原因として、機器操作手順、操作方法、操作方 法および不適切な操作が不足し、過誤防止のための教育が不 足し、過誤が発生する。	大	大	2003- 00011008
注射・点滴 外来	5. 機器および ルートの操作	5-3-2. 液体ポンプ の速度設定ミス	液体ポンプに対する知能不足と液体下指⽰の不適 切な判断は、過誤を引き起こす可能性があることを理解する。 起因する原因として、機器操作手順、操作方法、操作方 法および不適切な操作が不足し、過誤防止のための教育が不 足し、過誤が発生する。	大	大	2003- 00040499
注射・点滴 外来	5. 機器および ルートの操作	5-4 不適切な 操作	機器表示の不適切な判断は、過誤を引き起 こす可能性があることを理解する。 起因する原因として、機器操作手順および機 器表示内容の目次による機器表示方針に従 う。機器表示方針について教育を受けた う。機器表示方針外的な機器表示による機 器表示方針外的な機器表示による機器表示を 受けたう。	大	大	2003- 00040620
注射・点滴 外来	5. 機器および ルートの操作	5-4-1 不適切な 操作	不適切なルート操作手順、過誤を引き起 こす可能性があることを理解する。 起因する原因として、機器操作手順、操作方法、操作方 法および不適切な操作が不足し、過誤防止のため の教育が不足し、過誤が発生する。	大	大	2002- 0003856
注射・点滴 外来	5. 機器および ルートの操作	5-4-2 不適切な ルート操作	機器に対する知能の欠如は、過誤を引き起 こす可能性があることを理解する。 起因する原因として、機器操作手順、操作方法、操作方 法および不適切な操作が不足し、過誤防止のための教育 が不足し、過誤が発生する。	大	大	
注射・点滴 外来	5. 機器および ルートの操作	5-5 不適切な 操作	不適切な機器点検は、過誤を引き起 こす可能性があることを理解する。 起因する原因として、機器操作手順、操作方法、操作方 法および不適切な操作が不足し、過誤防止のための教育 が不足し、過誤が発生する。	大	大	

プロセス	分類(1)	原図	分類(2)		頻度	重大性	リスク	事例ID	事例要旨
			発見	ルートの操作					
注射(病棟・外来)	5. 機器およびルートの操作	5-1. 医薬品と医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	中	大	2005-00297233	大	大	ペプシードの原液を投与する際にテルモの延長チューブで接続してしまい、ラインに血液が入り乱れなど漏れた。	
注射(病棟・外来)	5. 機器およびルートの操作	5-2-1. 医薬品と医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	中	大	2004-00295156	大	大	ペプシードの原液を引く際、小さい点滴セットを使用した。ペプシードの原液が終了した時、終了した点滴セットを回収に行つた他の看護師が、ペプシードの原液を引く際にもかわらず、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	
注射(病棟・外来)	5. 機器およびルートの操作	5-2-2. フィルターと薬品との相互通作用による知能不足は、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	大	大	2004-00194519	大	大	サンラビンを1VHルートよりフィルターポートを通して輸入が、フィルターを通して実施してしまった。	
注射(病棟・外来)	5. 機器およびルートの操作	5-2-3. フィルターと薬品との相互通作用による知能不足は、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	大	大	2004-0026287	大	大	F07と抗凝剤を同一ルートから同時に点滴(ダブル)でした。F07の点滴は単独が原則。	
注射(病棟・外来)	5. 機器およびルートの操作	5-2-4. フィルターと薬品との相互通作用による知能不足は、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	大	大	2004-00038555	大	大	主射薬の配合変化に対する知能不足は、主射薬の配合変化に対する知能不足は、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。フィルターと薬品との相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	
注射(病棟・外来)	5. 機器およびルートの操作	5-2-5. フィルターと薬品との相互通作用による知能不足は、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	大	大	2002-00038595	大	大	主射薬(アムカブタミン)がガバランサムとの併用で点滴開始のところ12単位しか打たなかかった。翌日の夜勤が午前前に回り八ヶ所を施注しようとしましたが、点滴準備、施行手順を同じで行なうと、点滴袋が残りましたが、点滴袋をそのまま注入されてしまった。	
注射(病棟・外来)	5. 機器およびルートの操作	5-2-6. フィルターと薬品との相互通作用による知能不足は、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	大	大	2004-00380567	大	大	点滴袋(アムカブタミン)が残りましたが、点滴袋をそのまま注入されてしまいました。点滴袋を残してしまった。	
注射(病棟・外来)	5. 機器およびルートの操作	5-2-7. フィルターと薬品との相互通作用による知能不足は、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	大	大	2004-00194516	大	大	ペプシードの原液を引く際、小さい点滴セットを使用してしまった。ペプシードの原液が終了した際、終了した点滴セットを回収に行つた他の看護師が、ペプシードの原液を引く際にもかわらず、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	
注射(病棟・外来)	6. その他	6-1-1. 不備による医薬品管理の正確性不足	正	大	2004-00170032	大	大	患者様の点滴の点字が溶けていた。	
注射(病棟・外来)	6. その他	6-1-2. 不適切な医薬品管理の正確性不足	正	大	2004-00190606	大	大	医薬品アドバイスA、ワゴステミジンズムのつもりが、胰アト2A、ワゴトAを静注した。外科の手術室で、胰地盤脂が1.2mg使用されているのでアノーストムをカットし、注射器を抜いてアンドアトをもつ。3本目アンドアトももう一本カットし、その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	
注射(病棟・外来)	6. その他	6-1-3. 不適切な医薬品管理の正確性不足	正	大	2004-00380567	大	大	フェリソーンのアンドアトも間違えて挿管し点滴へ。点滴でも、特にバイタル変化なし。点滴でも、特にバイタル変化なし。	
注射(病棟・外来)	6. その他	6-1-4. 不適切な医薬品管理の正確性不足	正	中	2004-00195905	大	大	不適切な医薬品管理の管理は、過誤を引き起こす可能性がある。その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	
注射(病棟・外来)	6. その他	6-1-5. 不適切な医薬品管理の正確性不足	正	中	2004-00195905	大	大	不適切な医薬品管理の管理は、過誤を引き起こす可能性がある。その他の医療材料に対する相互通作用による知能不足は、過誤を引き起こす可能性がある。	

プロセス	分類（1）	誤りのパターン	原因	対策（予防および対処）	重大性	リスク	参考事例	事例要旨
調剤（内服・外用）	処方せん受付	患者氏名の確認が不十分	複数の処方せんを同時に受け付けた場合には複数枚の処方名の確認を怠ること。処方せんの際の注意点を理解していない。	対策は複数枚の処方せんを同時に受け付けた際の注意点を理解していない。	小	中	2004-00180170	時間外に病棟で受診し、処方箋を2枚薬剤部に提出すると一人分として処方された。患者からの電話で発覚した。
調剤（内服・外用）	処方鑑査・疑義照会	粉末不可の見逃し	粉末の可否を確認すること。粉末不可の薬剤にはどのようなものがあるのかを学ぶ。粉末不可の薬剤の処方を受け付けた場合の粉末不可の薬剤の処方をも理解していない。	粉末不可の薬剤にはどのようなものがあるのかを学ぶ。粉末不可の薬剤の処方を受け付けた場合の粉末不可の薬剤の処方をも理解していない。	小	中	2004-00171683	吸湿性である粉碎してはいけない薬品のデガゼン錠を粉碎して調剤をした。患者は当日夕食後と翌日の朝食後に服薬できなかった。
調剤（内服・外用）	処方鑑査・疑義照会	分量のチェック不十分	小児の薬用量をチェックする習慣が欠けていた。正確に判断する知識が不足していた。	小児の薬用量は常に確認しなければならない。小児重要なボイントを理解させる。小児の薬用量の確認の方法を習得させる。	大	大	2005-00268227	ペリアクチン30mgは、用量オーバーである。気づかず、小児用量0.3gを秤量した。監査も気づかなかった。
調剤（内服・外用）	処方鑑査・疑義照会	用法のチェック不十分	用法の内容を正しく理解する薬の知識が不足していた。用法指示が重要であることとの認識が欠けていた。	用法点が特に大切な薬剤にはどのように手を取る。薬剤の適正使用においてあるかのチェックが重要であることを理解させること。	中	中	2004-00221351	研修医が処方した感、薬の苦味が理解出来ておらず、3種類の薬を2倍から10倍で処方した。調剤した薬剤は合計で5日間投与された。患者の容態が悪化し、人工呼吸器を吸管管理となつたが、原因を追及せずにいた。念慮回復後、再度間違つた。患者は一時重篤な状態に陥った。臨床医療があるため筋力低下がひどく、回復に時間を要す。事故発覚後、東京都へ事故報告を行った。
調剤（内服・外用）	処方鑑査・疑義照会	用法のチェック不十分	用法が一日3回となつており、間違わせをするべきであった。そのまま調剤し、はらいたされた。実際は、バイオレチンの間違いであつた。	バイカルン31×17mlの処方 バイカルロンは、利尿剤であり、用量オーバー。用法は一日3回となつており、間違わせをするべきであつた。そのまま調剤し、はらいたされた。	中	中	2005-00268168	マイスリー10mgが朝食後で処方されてしまつた。そのまま調剤した。患者様が朝食後に服用しようとこころが気つかれ、問い合わせがあり薬局から正しい用法について説明した。
調剤（内服・外用）	処方鑑査・疑義照会	薬剤の規格のチェック不十分	院内で複数規格が採用になつている薬剤について学ぶ。院内では規格であるが、他の規格が市販されている薬剤について学ぶ。	院内の規格が規格になつていての知識による調剤規格をもたなかつた。	小	中	2004-00239239	トフラニール2錠/2×14/10mgの規格のものをはらいました。
調剤（内服・外用）	薬袋・ラベル作成	患者名の誤り	患者名の記載誤りが重複なる事態に繋がる恐れがあることを再度教習する。調剤鑑査時に記載する際は、必ず同じ薬袋の氏名の付け合わせを必須の項目とすること。古い調剤内規による調剤入力の誤り。	患者氏名の記載誤りは大きな医療事故に繋がる恐れがあることを再度教習する。調剤鑑査時に記載する際は、必ず同じ薬袋の氏名の付け合わせを必須の項目とすること。古い調剤内規による調剤入力の誤り。	中	大	2004-00143951	入院中の臨時処方を調剤していくて処方箋に合わせ薬袋を作成（手書き）した。そのときに名前を書き間違えた。
調剤（内服・外用）	薬袋・ラベル作成	1回服用量の誤り	きちんと確認のための計算を行つた。記入の誤り。	薬袋の患者氏名を記入する際、処方せんの患者氏名が「A」の文字が「B」に見えたため、そのように記入した。患者が氏名の記入ミスに気付き発覚した。	小	中	2004-00215329	患者Aを患者Bと入力して薬袋発行し、病棟へあがり看護師より指摘を受けた。

プロセス	分類（1）	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	参考事例	事例要旨
調剤(内服、外用)	薬袋・ラベル作成	用法指示の誤り	十分に処方せんを読みていないかだった。転記の誤り。	用法の記載の誤りは入院では配薬の誤りを誘発し、外来では直接誤服藥に繋がる。処方せんと薬袋の服用指示を照らし合わせて点検を行なう。	小	中	中	2004-00211011	脂剤の薬袋前に就寝前30分と記入するところ、朝食後と記入してしまった。
調剤(内服、外用)	計数調剤	別商標薬剤の取り違い	薬剤の類似。処方せんをきちんと読んでない。	別商標の薬剤のとり違いは大きくな医療過誤になる。処方せんを見ることは繰り返し教習する。うことどこの薬品名とを照らし合せて確認することを習慣付ける。	大	大	大	2004-00176967	外來救急患者様にロキソaproフェンとムコスタが処方されていたのにムコステの持よりにサイロテックを患者に調剤してしまった。家に帰られた患者様が間違っているといふ電話があつたので、明瞭一番に迷ったが、送つてもらえればよいとしました。担当医師にも連絡しましたが服用していいないとの薬剤師を配置していませんでした。現在の薬剤科の体制では直ちに代わりの薬剤師を配置していませんでした。現在の薬剤科の体制では直ちになっています。
調剤(内服、外用)	合数調剤	別商標調剤の取り違い	包装の類似、形態の類似	包装、形態が類似しており注意を要する。別商標の薬剤のどちらも見るのは大きな医療過誤になる恐れがあることとを繰り返し教習する。うことどこの薬品名とを照らし合せて確認することを習慣付ける。	大	大	大	2004-00149515	当帰芍藥散の処方に対し、芍藥甘草湯を調剤し、調剤監査および看護の監査もなし、患者が2回服用した。
調剤(内服、外用)	計数調剤	別商標調剤の取り違い	名前の類似	名前が類似しているといわれていて注意を要する。別商標にはどのようなものがあるのかを学ぶ。別商標の薬剤のとり違いは大きな医療過誤になる恐れがあることを繰り返し教習する。うことどこの薬品名とを照らし合せて確認することを習慣付ける。	大	大	大	2004-00143385	アテレックの袋にアレロック錠が入っていた事に23時本人から申告された。
調剤(内服、外用)	計数調剤	別商標調剤の取り違い	名前の類似	名前が類似しているといわれていて注意を要する。別商標にはどのようなものがあるのかを学ぶ。別商標の薬剤のとり違いは大きな医療過誤になる恐れがあることを繰り返し教習する。うことどこの薬品名とを照らし合せて確認することを習慣付ける。	大	大	大	2004-00139809	ザンタック錠2錠分2、7日分の処方ににおいて、ザイロリック錠を調剤。監査も行なつてないが通つてしまつた。病棟で看護師が気付き服用はしなかつた。
調剤(内服、外用)	計数調剤	指格違い薬剤の取り違い	薬品名(商標、剤形、規格外量)を最後まで確認していない。別商標の薬剤があることを認識していない。	薬品名(商標、剤形、規格外量)を最後まで確認していない。別商せんをよく読みこよとを繰り返す。勤務している病院の採用薬の品揃えを作成するよう指導する。採用薬一覧等を作成し活用する。	大	中	中	2004-00222736	テグレトール(100) 2錠の指示がテグレトール(200)であることに気づかず、調剤してしまつた。結果的に倍量投与となってしまった。最終投与日に病棟担当者が気づいた。
調剤(内服、外用)	計数調剤	指格違い薬剤の取り違い	薬品名(商標、剤形、規格外量)	薬品名の3要素、商標、剤形、規格外量を必ず確認する。思い込みによる誤剤を行なわない。処方せんをよく読みこよとを繰り返す。勤務している病院の採用薬の品揃えを作成するよう指導する。採用薬一覧等を作成し活用する。	大	中	中	2004-00222731	本来、アダルトしを調剤するところを誤ってアダルートで調剤してしまつた。誤りに気づかずに2日間投与したところで、病棟担当の薬剤師が発見した。
調剤(内服、外用)	計数調剤	剤形違い	薬品名(商標、剤形)を正しく確認していない。	薬品名の3要素、商標、剤形、規格外量を必ず確認する。思い込みによる誤剤を行なわない。処方せんをよく読みこよとを繰り返す。勤務している病院の採用薬の品揃えを作成するよう指導する。採用薬一覧等を作成し活用する。	小	中	中	2004-00149156	薬剤科でデバケンR200mgで調剤した。病棟看護師が上がってきた薬剤を確認したが、間違いいに気付かず患者が自分で管理で内服していた。次の処方でデバケンRは特に見られなかつた。最終投与日の錠剤は特に見られなかつた。誤りに気付かなかつた。
調剤(内服、外用)	計数調剤	計算の間違いによる	処方せんの分量、用量をきちんと読んでいない。計算間違え。	分量、投与日数を確認し投与総量(全量)を正確に計算する。計算間違えでは済まされないことを認識する。思い込みをしないよう处方せんを読む。	大	中	中	2004-00191262	アマリール1gIB12×朝夕後21分の処方で、半錠を54包出すところ、処方箇数には27となつたが、合計数には27となつた。
調剤(内服、外用)	計数調剤	計算の間違いによる	处方せんによる数量	自己監査の重要性を理解し、実行できるように習得する。	大	中	中	2004-00175253	リウマトレックス3Cap*4シートのところ3シートで調剤し、検査・監査をパスし、交付してしまつた。
調剤(内服、外用)	計数調剤	数え間違いによる	十分な点検を行っていない。	2004-00191190	クレスチン126錠のところ、189包出した。				

プロセス	分類(1)	誤りのパターン	原因	対策(予防および処理)	頻度	重大性	リスク	参考事例	事例要旨	
調剤(内服・外用)	計数調剤	調剤もれ	自分担当工程において、自分の担当工程にものれが少ないか自己点検を必ず行なう。自分の担当の工程以前の工程に漏れがないかの点検も行なう。自己点検の習慣を身に付けさせること。	小	大	2004-00156141	複数の薬剤が記載された処方箋の中で1種類の薬剤(ワーフアリン)を調剤し忘れてしまった。検査においても見過ごされてしまった。以上のようにダブルミスが重なつた。病棟の看護師に薬剤が無いことを指摘され、その後で調剤を行つた。患者には時間通り医療させることが出来たので、影響はないかった。			
調剤(内服・外用)	計数調剤	ODPでの印字の誤り	患者名、薬品名の誤り	患者氏名の誤りは大きな医療過誤に繋がる恐れがあることと再度教育する。調剤終時に薬剤名を確認することを身に付ける。	小	中	2004-00167066	入院患者様を対象に、錠剤自動分包器を運用その時、新規で入力された患者名は錠剤分包器の裏面に記載する。患者様より『〇△』ですと促され気がつく前をA△Oと入力ミス。患者様より『〇△』ですと促され気がつく		
調剤(内服・外用)	計数調剤	充てんミス	主てんの誤りは複数の患者に被る可能性があることと照らし合わせ、氏名、薬品名が不十分。	患者の誤りは大きな医療過誤に繋がる恐れがあることと再度教育する。先に薬剤名を確認することを身に付ける。	小	大	2004-00207211	アマリール錠3mg並びにアマリール錠3mgが混在していた。直ちにアマリール錠3mg並びにアマリール錠1mgの保管状況を確認した結果、アマリール錠3mg100錠とアマリール錠1mgの保管庫に補充したことが推察された。混在していた錠数が99錠であったことから、アマリール錠1mgを調剤した患者に連絡し、説明のうえ、確認した。その結果、当該患者様に錠剤3mgが混在していた。	錠剤自動分包機のランタイムのカセットに間違ってフリーバスを入れる。	
調剤(内服・外用)	計数調剤	半錠にせず	処方せんの分量、用法をきっちんと讀んでない。	半錠に分割して調剤を行う機会の多い薬剤は院内に正しく理解するかを学ぶ。調剤の規定に従う場合を正確に理解しない。	小	中	2004-00161947	タ食後から内服予定の処方あり。処方はムコソル・パン2錠・セルテクト1錠2×と記載されていた。薬局からムコソル・パン10錠、セルテクト5錠が調剤されてきた。看護師は、そのまま、各一錠づつわざいた。その次の詰薬時に気付いた。	錠剤自動分包機のランタイムのカセットに間違ってフリーバスを入れる。	
調剤(内服・外用)	計数調剤	他の錠剤が混じつていった	機械(錠剤自動分包機)の誤作動	通常の点検、清掃をきちんと行う。不真面目が見つかつた場合は早急に対処する。機械を丁寧に扱う。	小	大	2004-00202978	セレネース錠6Tアーテン錠3T1日3回朝夕1錠の処方中、量の分にハルシオン錠1Tが混入していた。監査時気づかずにしていました。患者が服用時間では誤作動はさけられない。	セレネース錠6Tアーテン錠3T1日3回朝夕1錠が混入してしまった。監査時気付いた。看護師に確認、薬剤科へ連絡された。自動錠剤分包機は、現在の段階では誤作動はさけられない。	
調剤(内服・外用)	計数調剤	配置(調剤台)の近接	病棟からの返却薬の再利用	特にオーブンの調剤合では端数の戻し違いに注意が必要であることを認識し、確認を十分に行う習慣を身に付ける。	小	中	2004-00204492	定期処方で、ハルシオン錠0.25mgを1錠1×とこころを、ハルシオン錠0.25mgを5錠とリボトリール錠0.5mgを2錠混ざった状態で調剤し、監査者も見過ごし、O病棟に払い出した。ハルシオン錠0.25mgとリボトリール錠0.5mgは裏面から見るほど似ていた。	定期処方で、ハルシオン錠0.25mgを1錠1×とこころを、ハルシオン錠0.25mgを5錠とリボトリール錠0.5mgを2錠混ざった状態で調剤し、監査者も見過ごし、O病棟に払い出した。ハルシオン錠0.25mgとリボトリール錠0.5mgは裏面から見るほど似ていた。	
調剤(内服・外用)	計量調剤	別商標薬剤の取り違い	薬品の類似。処方せんをきちんと読んでいない。	思い込みにより調剤をめざめざし教育する。勤務している病院の採用薬の品揃えを作成する。採用薬一覧等を指導する。	小	大	2004-00154230	病棟処方の催乳鎮痛剤ロビノールを調剤し病棟に払出した。病棟で看護師が催乳時にロビノールとルブラックが類似している。病棟から他の錠剤時にロビノールとルブラックを利用している。ロビノールとルブラックが類似している。	病棟処方の催乳鎮痛剤ロビノールの中に利尿剤ルブラックが混入してしまった。ロビノールとルブラックが類似している。	
調剤(内服・外用)	計量調剤	割形違い薬剤の取り違い	薬品名(商標、剤形、規格)を正しく確認している薬剤があることを認識していない。	薬品名の3要素、商標、剤形、規格を必ず確認する。思い込みに心地よい読み心地よいことを繰り返し教育を繰り返す。勤務している病院の採用薬の品揃えを作成する。採用薬一覧等を確認する。	小	中	2004-00150456	ケフレール錠剤の処方に電話で確認し済み。その後、患者の母親より医師に電話で誤りに気づいた。医師は患者モードが遠方なこともあり、そのままサワシリーンを服用するように指示した。当時、3枚の外来処方箋があり、他の処方箋のサワシリーンを、思い込みで秤量した。	ケフレール錠剤の処方に電話で確認し済み。その後、患者の母親より医師に電話で誤りに気づいた。医師は患者モードが遠方なこともあり、そのままサワシリーンを服用するように指示した。当時、3枚の外來処方箋があり、他の処方箋のサワシリーンを、思い込みで秤量した。	