

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

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	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
1	テオドール(100)が処方されていたが、テグレート(100)を誤って交付してしまった。継続的に飲んでいる方で、幸い服用前に本人が気づき電話が入る。交換に伺う。	単純なミス。処方医薬品の多さ。	ヒヤリハットの情報共有を行う。薬棚に注意喚起の表示を行った。	確認を怠った 知識が不足していた ルールの不備	処方された医薬品 販売名テオドール錠100mg 間違えた医薬品 販売名テグレート錠100mg	テグレート錠とテオドール錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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。
2	基礎疾患に症候性てんかんと喘息がありプラナルカストが処方されていたので流れで勘違いをしてテオドールをピッキングしてしまった。	基礎疾患に対する先入観	処方箋の薬名をきちんと読み上げ、自己監査をきちんとする。また錠剤棚に再確認のシールを貼付してスタッフの意識付けを持たせた。	判断を誤った その他先入観 医薬品	処方された医薬品 販売名テグレート錠 間違えた医薬品 販売名テオドール錠100mg	
3	セレスタミン配合錠、フラベリック錠20mg、エクセグラン錠100mgが各2錠 分2朝夕食後 7日分の処方せんを受け付け調剤・鑑査後投薬に臨んだが、振るえやけいれんといった症状の聞き取りが取れず、良く話を聞いてみると食欲を出す薬が出ると家族は説明を聞いていたとのことで、疑義照会したところエクセラゼ配合錠のオーダーリングミスが判明	病院でのオーダーリングの際に頭文字2文字での検索をかけたためのミスと思われる処方せん鑑査をした薬剤師は今回からの症状急変だろうと家族への確認をしなかったが、エクセグランが初回で且つ内科処方であったことから、この時点で家族への聞き取りおよび疑義照会を出来ていたら、より完璧な対応だったと思われる		確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名エクセグラン錠100mg 変更になった医薬品 販売名エクセラゼ配合錠	エクセラゼ錠とエクセグラン錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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。

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

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	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
4	マイスタン錠10mg 1錠 不眠時 30回分で処方がありました。マイスタン錠は抗てんかん剤なので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、マイスリー錠10mgへ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイスタン錠10mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠10mg	マイスタン錠とマイスリー錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。
5	一般名処方でロラゼパム錠1mgの処方があり、調剤者は普段から当薬局で処方の多いロフラゼブ錠1mgを誤って調剤した。鑑査者が取り間違えに気が付き調剤をやりなおした。	一般名が似ている薬剤であり、調剤者は普段から処方のある薬剤と思い込みきちんと確認するのを怠った。正しい薬剤のロラゼパム錠は薬局に在庫がなく薬剤の存在自体を知らなかった。	一般名の調剤は今回のようなミスが起こりやすい。特にベンゾジアゼピン系の名称は紛らわしいものが多く注意が必要。また薬局にある在庫が処方されていると思いきまない事。これらの事をスタッフ全員で再確認する。記憶調剤をせずに処方せんのコピーを手元におき1剤ごと薬剤名規格剤形数量を確認し調剤する。ロラゼパム1mg処方今回の方のみの為、箱ごとユニパックにいれ注意喚起の札をつけて保管する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロラゼパム錠1mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。

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

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	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
6	一般名処方で ロフラゼブ酸エチル錠1mgのところ ロラゼパム錠1mgが 集薬されており ロフラゼブ酸エチル錠1mgと思ひ込み患者に渡してしまった。患者の帰宅後に「今まで頂いていた薬剤と外見が違う」という 患者側からの通報により 間違いが判明しました。	処方箋内容は 4種類の薬剤で 本人のジェネリック希望もあり 他の患者も4~5人待ちの状態 で 焦り 注意力散漫になり 薬品の監査を 間違えるという 単純なミスで 患者本人に 迷惑をかけた。	よく似た薬剤名には、さらに 間違えないように 薬品名を 大文字で 棚、箱に記入するようにしました	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロフラゼブ 酸エチル錠1mg 「トーフ」 間違えた医薬品 販売名ロラゼパム 錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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。
7	一包化の処方で、コンペアーに並べる際、薬品を勘違いしてピッキングしてきて並べてしまった。	薬品名が類似していたこととメーカーも同じだったため勘違いした。鑑査においてもSWの確認までで慎重な監査ではなかった。	コンペアーに並べる間合い、使用したPTPヒートをトレイに入れて鑑査まで回すように改善した。	確認を怠った 知識が不足していた ルールの不備	処方された医薬品 販売名ロフラゼブ 酸エチル錠1mg 「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ロラゼパム 錠1mg「サワイ」	
8	一般名処方で、ロフラゼブ酸エチル錠1mg処方、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」で調剤するところを、ロラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤をしていた。投薬時に薬剤師が気づいて、変更した。	○焦り ○注意力散漫	しっかり確認をする。薬剤情報の文書で画像と商品名なども照らし合わせて確認をする	確認を怠った 通常とは異なる心理的 条件下にあった	処方された医薬品 販売名ロフラゼブ 酸エチル錠1mg 「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ロラゼパム 錠1mg「サワイ」	

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

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	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
9	一般名処方:【般】硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgのところ、一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」を調剤し、監査でも気づかずそのまま患者へ渡してしまった。当日、患者本人が帰宅後、シートの違いに気づき再来局しニトロールRカプセル20mgと交換	○単純なミス	ニトロールR20mg、一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」の棚に注意喚起の札をつけるとともに鑑査の徹底を図った。	確認を怠った判断を誤った勤務状況が繁忙だった医薬品	処方された医薬品 販売名ニトロールRカプセル20mg 間違えた医薬品 販売名一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」	硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。
10	プレアボイド事例県外からの長期出張の患者で、普段は地元のAクリニックで定期薬を処方されているが、手持ちの薬が少なくなり出張先近隣のB病院に受診し、定期薬を処方になった。その処方箋を当薬局で応需した。当薬局でも新患であり、備蓄していない薬剤が含まれていたため翌日来局していただくことになった。翌日来局し、服薬指導時に、処方されている硝酸イソソルビド徐放錠20mgについて「錠剤が大きくなったんだね」と申し出があった。さらによく話を聞き、再度お薬手帳を確認したところ、地元Aクリニックでは一硝酸イソソルビド錠20mgが記載されていた。診察時にそれについて変更の話はなく、A病院処方医に疑義照会したところ、現在服用中の一硝酸イソソルビド錠20mgに処方変更された。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」	
11	一般名処方で、「ラフチジン口腔内崩壊錠10mg」が処方されていたが、ラフチジン錠10mg「日医工」を調剤するところ、誤ってラニチジン錠150mg「トーワ」を調剤した。	一般名を正確に把握していなかったことと、処方箋の見間違いによる	先発名、一般名、規格と結び付けて、自薬局の在庫を把握する。処方箋をよく確認する。	確認を怠った知識が不足していた医薬品	処方された医薬品 販売名ラフチジン錠10mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ラニチジン錠150mg「トーワ」	ラニチジン錠とラフチジン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1	ファモチジンOD20mgの処方箋に対し10mgをピッキングしてしまった。監査者(薬剤師)により発見。	あせり ピッキング後の確認不足。	棚に注意喚起の記載 調剤者がピッキングした後再度確認する。	確認を怠った知識が不足していた技術・手技が未熟だったコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ファモチジンOD錠20mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名ファモチジンOD錠10mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2	【般】フロセミド40mgトーフをピックの際、【般】フロセミド20mgテバをピックし間違いに気がつかなかった。		声出し確認、指さし確認で調剤に集中する。	確認を怠った知識が不足していた技術・手技が未熟だった医薬品施設・設備	処方された医薬品 販売名フロセミド錠40mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名フロセミド錠20mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3	一般名処方、ニフェジピン錠10mg「三和」のところニフェジピンCR錠10mg「日医工」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピン錠10mg「三和」 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンCR錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4	リビディルの規格間違いに気づかず、服薬指導を実施していたところ、患者より指摘があり、取り間違いが判明した。	調剤者が薬局の在庫を把握しきれておらず、規格は1種との思い込みがあったこと、調剤者・監査者ともにチェックを怠っていた。	調剤手順の確認及び在庫している規格の把握	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リビディル錠53.3mg 間違えた医薬品 販売名リビディル錠80mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
5	患者が「ミカルデイス錠80mg 1錠1×朝食後」という内容の処方箋を持参して来局した。薬剤師Aが処方箋を確認し計数調剤を行ったが誤ってミカルデイス40mg錠で調剤を行い、監査を担当した薬剤師Bは間違いに気づくことができずそのまま交付してしまった。その日の内にミカルデイス錠80mgの在庫を調べていたところ、コンピュータ上の数量と実際の棚の数量が合わなかったためまちがいが判明した。その後患者本人と連絡を取り、正しい薬を再交付した。			確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ミカルデイス錠80mg 間違えた医薬品 販売名ミカルデイス錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
6	アモバン錠10mgで処方されていたが、7.5mgをピッキングし、監査時に気付いて調剤しなおした。	○単純なミス ○焦り向精神薬となり、以前は棚と引出しと場所を分けていたが、同じ引出しに移動してしまい規格がよく確認せずにピッキングしてしまった。薬剤師1人であわてていたのかも。	以前、規格間違いをしたことがあったので、引き出し内の場所を分けていたが、もっと位置をずらした。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アモバン錠10 間違えた医薬品 販売名アモバン錠7.5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
7	サンピロ点眼液1%5mL2本処方に対し、2%規格品を調剤交付した	19時受付、終業間際であった。＜入力者＞医療機関登録に気を取られて薬の入力ミスをした。＜調剤者＞入力に時間がかかったため、本来処方箋を見てから調剤し、調剤録で入力内容をチェックする手順を守らず、先に出力されたお薬手帳シールで調剤した。監査レンジシステムを導入しているが、誤った入力内容と一致してしまったので機能しなかった。＜投薬者＞お薬手帳から初めての処方であることがわかり、処方意図の考察、聞き取り内容の組み立てに気を取られた。処方箋を確実に読む前に調剤された薬を見てしまった。	業務手順書に則って調剤する。「例外を作らない」意識を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名サンピロ点眼液1% 間違えた医薬品 販売名サンピロ点眼液2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
8	デバス1mg錠・30錠のところ、1mg錠・10錠・0.5mg錠・20錠で東ねて調剤・監査・投薬を行った。患者Drだったため、すぐに間違いに気づき、服用することなく、薬剤を回収できた。	東ねた時に、抱き合わせではない部分が1mg錠だったため気付かなかった。おそらく、0.5mg錠を1mg錠の所に戻してしまい、そのままピッキングしたことも原因と思われる	向精神薬の同じ薬品名で規格違いのものは混入リスクを減らすため、同じ引き出しにいけないよう配置を変えることとした。	確認を怠った施設・設備	処方された医薬品 販売名デバス錠1mg 間違えた医薬品 販売名デバス錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
9	ケトプロフェンテープ20mg「東光」のところケトプロフェンテープ40mg「東光」でピッキング	40mgのほうと思い込んでいた。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ケトプロフェンテープ20mg「東光」 間違えた医薬品 販売名ケトプロフェンテープ40mg「東光」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
10	一般名:フェキソフェナジン30mg フェキソフェナジン30mg「サワイ」のところフェキソフェナジン60mg「サワイ」でピッキング	規格をよく見ていなかった。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
11	ラコール配合経腸溶液 コーヒー味でお渡しするところミルク味でお渡した。	確認事項よく確認していなかった。○単純なミス	確認事項よく見ます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラコールN F配合経腸用液 間違えた医薬品 販売名ラコールN F配合経腸用液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
12	一包化調剤でニフェジピンCR40mgの処方であったが、ニフェジピンCR20mgを調剤。監査でも気付かずお渡し。当初該当患者でのミスに気付かず、次の患者でニフェジピンCR40mgの一包化調剤の際にニフェジピンCR20mgが調剤されていたことにより判明。カセット充填の際にニフェジピンCR40mgのカセットにニフェジピンCR20mgが充填されていた。該当患者は1名ですぐにTELにて連絡。自宅に訪問し、交換。服用はしておらず健康被害はなかった。	この月よりニフェジピンCR40mgのカセットを増設し、充填用のバラ錠を作成したが、その際にミスがあり20mgでバラ錠を作成。「40mg」と表記されたボトルに20mg錠が入っている状態となっていた。バラ錠作成時のダブルチェックが徹底できていなかった。	バラ錠作成の際のダブルチェックの徹底・ニフェジピンCR40mgのバラ錠は薬局で作らず既製品を購入する。	勤務状況が繁忙だった 施設・設備	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠40mg「NP」 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
13	ベシキア錠2.5mgの処方に対し、誤ってベシキア錠5mgを調剤し、患者家族に交付。後日患者家族よりデザインが変わっているとの指摘を受け、間違いが判明。正しい薬品と交換した。	ベシキア錠5mgのデザインが変わっていた。旧デザインと新デザインの確認に気が取られ、処方箋と調剤した薬の規格を照らし合わせていなかった。	処方箋と調剤した薬の規格も照らし合わせる。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ベシキア錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名ベシキア錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
14	患者からの電話により規格ちがいの薬を投薬したことが判明した。医院に謝罪し、患者には薬を交換し、謝罪した。副作用はなかったこと、体調の不具合のないことを確認した。	ユリーフ錠4mgの投薬が続き、確認を怠ったこと、思いこみが原因。	思いこみをなくす。確認の強化。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ユリーフ錠2mg 間違えた医薬品 販売名ユリーフ錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
15	リビディル錠80mgのところ53.3mgで、ノルバスクOD錠5mgのところノルバスク錠で調剤してしまった。一包化調剤で、どちらもバラしている途中に間違いに気づいて修正した。	一包化のためピッキングシステムを使用していなかった。門前ではない医療機関であり、リビディル錠53.3mgは棚にあったが80mgは引き出しにあったため思い込み調剤。ノルバスクについて、門前では一般名処方の場合、ジェネリックを調剤することが多く、先発は普通錠しか採用していなかったためOD錠を意識しなかった。	門前以外の処方の場合、薬歴を確認して1つ1つにを調剤すればよいか確認して処方箋コピーに記載してから一包化を始める。	確認を怠った 知識が不足していた 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名リビディル錠80mg 販売名ノルバスクOD錠5mg 間違えた医薬品 販売名リビディル錠53.3mg 販売名ノルバスク錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
16	今まで、アジルバ20mgを服用していた患者が今回から10mgに減量になっていた。20mgで調剤が行われ、監査時に間違いが判明	他の患者の一包化もあり、忙しさと焦りがあった ○焦り	いかなる環境でも冷静に調剤を行うよう心がける	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アジルバ錠10mg 間違えた医薬品 販売名アジルバ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
17	処方箋では一般名処方グリメピド0.5mg1錠となっていたが入力が間違っググリメピド1mg1錠となっていた。監査で気づかずそのまま患者ご家族にお渡ししてしまった。当日の事務員の入力チェックで間違いが判明、患者宅に電話、FAXにて連絡をしたが通じず、直接ご自宅に伺ったが不在だった。ポストに正しい薬とメモをつけて入れ、連絡が取れないため隣家の方に見かけたら声をかけていただくようお願いした。その後病院から家族の連絡先をきいて電話をしたがつながらず。翌日隣家の方が声をかけてくれたようで家族より連絡があり事情説明、おわびした。とくに体調変化はなかった。別の日に詳しく説明、おわびにうかがった。処方医にその翌日に経緯を報告した。	病院の採用薬はグリメピド1mg錠だが数人0.5mg錠での処方がある。	規格違いの薬剤に打ちかえる際に錠数を変更し忘れる事例がほかにもあったためグリメピド0.5mg錠を採用薬とした。患者に連絡がつかない場合も先に処方医に報告し指示を仰ぐ。(今回順番が逆になってしまった。)	確認を怠った	処方された医薬品 販売名グリメピド錠0.5mg「科研」 間違えた医薬品 販売名グリメピド錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
18	カプセルと錠剤、間違えて渡した			確認を怠った	処方された医薬品 販売名コスバノン錠40mg 間違えた医薬品 販売名コスバノンカプセル40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
19	患者本人よりリリカ25mgでなく75mgが入っていたとの申し出があり間違いが判明。服用前に気づかれたため服用はされていなかった。その場で正しいものと交換しおわびした。	棚が近く取り違えた可能性。	慎重な監査を徹底する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リリカカプセル25mg 間違えた医薬品 販売名リリカカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
20	タケキャブ錠20mgのところ、10mgを調剤。自己監査の時に間違いに気づいた。	処方箋コピーを見ながら調剤していたが、規格を勘違いしてしまっていた。先発品希望の患者であり、普段取り扱ったことが少ないセルベックスを調剤することで頭がいっぱいになっていた。	薬品名と規格を声に出して調剤する。	判断を誤った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠20mg 間違えた医薬品 販売名タケキャブ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
21	トランサミン錠500mgのところトランサミンカプセル250mgで調剤し、ポリムスで照合し、最終鑑査へ回した。最終鑑査時に処方せんと異なることに気付いた。入力も間違えていたため、ポリムスで照合した際にエラーにならず、最終鑑査まで回ってしまった。	調剤頻度の高いトランサミンカプセル250mgを取ってしまった。入力も頻度の高いトランサミンカプセル250mgで間違えていたため、ポリムスで照合した際に間違いに気付かなかった。	広域処方せんでないが、剤形や規格が異なることを想定して、より念入りに薬の名前を最後まで読む。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名トランサミン錠500mg 間違えた医薬品 販売名トランサミンカプセル250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
22	酸化マグネシウム錠ケンエー250mgのところ、330mgで交付していた。	薬を飲もうと思って、薬袋から出したら330mgだったが、薬が変わると説明がなかったため、確認のためご家族が来局されて過誤が判明した。酸化マグネシウム錠は当薬局では330mgが多く調剤されるため、思い込みがあった。	鑑査時に、投薬時に重ねて、薬と薬袋が処方箋の指示通りと合致しているか確認することを徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名酸化マグネシウム錠250mg「ケンエー」 間違えた医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
23	20mg錠をお渡しするところを10mg錠をお渡ししてしまった。	単純なミス。処方変更の内容に気が取られて、確認が疎かになっていた。	今一度、お渡しの際には一剤ごとに確認しながら行うことを徹底する。	確認を怠った その他処方変更の内容に気が取られていた	処方された医薬品 販売名フェブリク錠20mg 間違えた医薬品 販売名フェブリク錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
24	患者来局。広域の患者であり、一包化の指示があったため、調剤を行い一包化を行った。その際、アスピリン錠10mgを一包化するとアスピリン錠20mgを誤って一包化してしまった。鑑査の際発見したため、一包化のやり直しを行い、患者に誤った薬剤が渡ることはなかった。	今回はいつものD ₀ 処方ではなく、薬局に在庫のない薬剤も処方されていたため、焦りが生じてしまった。また、普段はアスピリン錠20mgを処方することが多く、思い込みで調剤を行ってしまった。○処方せんの見間違い○焦り	一包化を行う前に第三者に監査を行ってもらう。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名アスピリン錠10 間違えた医薬品 販売名アスピリン錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	サインバルタ(30)28錠の処方の監査をして投薬したが、28錠のうち10錠がサインバルタ(20)であった。別の薬剤師がサインバルタ(30)の保管のカセットにサインバルタ(20)があることを発見し、調剤過誤の可能性があるため調べたところ、今回の患者に誤って渡していることが判明した。患者に連絡と謝罪し、正しい薬をお渡しした。	納品時にサインバルタ(30)の保管場所にサインバルタ(20)を入れたと思われる。調剤者も新しい箱を開ける時に、そのまま見過ごしてしまっていた。鑑査時にミズゼロコ(監査システム)では30mgのシートで正解と出て安心してしまった。20mgのカプセル面が表に出ていなかったため、容易な色での識別ができなかった。通常ミズゼロコで正解が出ても数については慎重に監査を行うように心がけていたが、規格違いについては監査システムに頼りすぎてしまった感がある。	今後はミズゼロコに頼りすぎず、抱き合わせの錠剤について、錠数、規格について基本の目視での確認を徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル30mg 間違えた医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
26	チモロールXE0.5%「ニトー」をチモロールXE0.25%「ニトー」に間違えた。	準備すべき薬剤を、誤って規格の違うもので準備していた。・新規取扱商品であったため、規格が異なっていることに気が付かなかった。・作業手順の不履行	新規取扱商品の規格が複数ある可能性を考えて商品の注文をする。新規取扱商品の監査は処方箋と照らし合わせて確認する。	確認を怠った 記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名チモロールXE点眼液0.5%「ニトー」 間違えた医薬品 販売名チモロールXE点眼液0.25%「ニトー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
27	マグミット500mg錠で処方されていたが330mg錠をピッキングした。	○処方せんの見間違い330mg錠で処方されることが多い為、マグミットまで読んだときに規格まで確認せずに調剤行為に移ってしまった。	業務手順書には規格まで読み上げてから調剤に切りかると決めてある。手順どおりに調剤する	判断を誤った	処方された医薬品 販売名マグミット錠500mg 間違えた医薬品 販売名マグミット錠330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
28	ソルビデム酒石酸塩OD錠5mg「サワイ」(後発品変更可)のところソルビデム酒石酸塩錠5mg「AA」で調剤した。	前回までは一般名処方でもソルビデム酒石酸塩錠5mgで記入されていたのでソルビデム酒石酸塩錠5mg「AA」で調剤していた。患者から前回と変更はないと処方医に言われたと事前に確認していたのでソルビデム酒石酸塩OD錠5mg「サワイ」で処方変更になっていたことに気づくのが遅れた。	患者から聞き取ったあとでも処方せんの調剤前監査を徹底する。	確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名ソルビデム酒石酸塩OD錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ソルビデム酒石酸塩錠5mg「AA」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
29	ティーエスワン配合OD錠25mgを間違えてティーエスワン配合カプセル25mgで交付、次の来局時に患者家族から、「いつもは錠剤なのに、今回からカプセルに変わったんですね」と申し出があったため判明した。	OD錠での処方が増えてきているため、確認が疎かになった。事前にFAXで処方を入れてくれた場合の鑑査法と、処方せん原本での鑑査法が変わってしまうことが原因と考えられる。	薬局内にて調剤過誤の勉強会を実施。鑑査方法の見直し。OD錠とカプセルの配置の変更を行った。	確認を怠った その他OD錠の処方が増えていたため、思い込んでいた医薬品	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合OD錠T25 間違えた医薬品 販売名ティーエスワン配合カプセルT25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
30	昼時に患者本人が来局。定時内服薬と錠ケトプロフェンテープ20mg56枚の処方内容。前回までは内服薬はシートで調剤だったが医師の指示で1包化になった。1包化するにあたり患者が理解していなかったため説明が必要だった。後で在庫のチェックでケトプロフェンテープ「日医工」の20mgと40mgで差異があり患者宅に電話連絡し取り換えに自宅に向った。	昼の休憩交代で薬剤師が1名であった時間帯。1包化にするしないで患者とやりとりがあったり注意がそちらのほうにいきついで、湿布の規格の確認を怠ってしまった。	外用剤の規格、数量の確認をしっかりと行う。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ケトプロフェンテープ20mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ケトプロフェンテープ40mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
31	一酸化調剤の処方。40日分処方のところ10日分の欠品があり、後日調剤。その際に先の30日分の規格を間違えて調剤していたことに気が付いた。事実判明までの3日分5mgのものを服用していた事を確認。処方医にその旨報告した。	アリセプトOD10mgは5mgに比べて圧倒的に頻度が少ない薬であった。土曜日の閉局間際、一酸化調剤で時間がかかり、また在庫が不足という事が重なり、調剤、鑑査とも過誤を見落とした。○焦り○注意力散漫	当然のことながら調剤時、鑑査時に規格に注意を払う。鑑査時に空ヒートのチェックも徹底する。当該患者への薬歴に規格"10mg"である旨強調する策を講じた。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった その他使用頻度の低い薬剤であった	処方された医薬品 販売名アリセプトD錠10mg 間違えた医薬品 販売名アリセプトD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
32	以前から来局されていた患者だったが、バルプロ酸の処方はその時が初めてであった。処方は「一般名」、後発希望の患者であり当局の後発品は徐放錠しか存在しなかった。全く疑問を持たずに徐放剤で調剤した。医療機関の報告も不要のケースだった。一般名の過誤の事例の中にバルプロ酸の普通錠と徐放錠の例があった事がきっかけで、過誤に気が付いた。前年7月から本年1月まで気が付かず調剤していた。処方医に連絡、長くて体調の変化もなかったため、あえて普通錠に戻さず徐放B錠のままでもいく事になった。患者も承知していただいた。	一般名処方の徐放剤に関して、アダラートCRとLの認識はあったが、デバケンに関しては意識がなかった。初めての処方が一般名だったこと、在庫に普通錠がなかったことも思いこむ要因だった。事務の処方入力も薬剤師の指示にのみま入力したため、入力、調剤、鑑査、突合すべてスルーした。○注意力散漫	一般名処方の場合、薬品名はもちろんの事、規格だけでなく剤形にも十分注意を払う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】バルプロ酸Na錠100mg 間違えた医薬品 販売名バルプロ酸Na徐放B錠100mg「トワフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
33	エビリファイ内用液の初めての処方1ml/包のところ、当局に在庫のあった3ml/包を調剤した。後日処方箋突合の際に判明、連絡をしてお取替をする。1回分服用済み。処方医連絡済み。○内用薬の採用包装単位による計数間違い	エビリファイ内用液に規格が複数種あることを知らなかった。閉局間際だった。○処方せんの見間違い	分包品の場合、力価濃度は同じでも1包量をしっかり確認する。	確認を怠った 知識が不足していた その他閉局間際だった	処方された医薬品 販売名エビリファイ内用液0.1% 間違えた医薬品 販売名エビリファイ内用液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
34	カロナール300の処方に対して誤ってカロナール200を調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カロナール錠300 間違えた医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
35	モーラステープ20mgが処方されていたが、調剤者はモーラステープL40mgを調剤。事務員も誤って薬袋をモーラステープL40mgで作成しており、監査者も誤っていることに気がつかずに交付。後日、処方箋確認を行っていたところ、誤りに気がつき、患者と医師に連絡。医師の下に報告に行き確認したところ、カルテ上ではモーラステープL40mgの記載になっており、クリニック側の事務員の入力間違いが判明。患者はいつもモーラステープL40mgが処方されており、今回も医師にモーラステープL40mgを頼んだようだった。患者にはその後すぐに連絡し継続して使用するよう連絡。	前回と変わらないとの話を患者と交付前にしており、思い違いが発生していた。また、事務員も処方複写を行ったため、変更を忘れていた。○処方せんの見間違い ○注意力散漫	処方箋の規格まで要確認。前回と同様であっても確認を怠らない。	確認を怠った 連携ができていなかった 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg 間違えた医薬品 販売名モーラステープL40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
36	オロバタジン5mgが多く処方されることが多いので、2.5mgを見逃してしまった。	入社して間もない薬剤師であった。	間違えないように配置している意味をしっかりと伝え、ピッキングでの留意点を伝える。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名オロバタジン塩酸塩錠2.5mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名オロバタジン塩酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
37	フェブリク20mg処方であったが、10mgをピッキング。	混雑時であり、処方の読み取りは20mgで認識していたが、となりの棚の10mgをピッキング。その後の自己鑑査が不十分であった。	ピッキング後の再確認徹底。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フェブリク錠20mg 間違えた医薬品 販売名フェブリク錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
38	クレストール2.5mg錠が処方されている患者に、クレストールOD2.5mg錠で調剤し渡してしまっていた。患者本人が気づき、薬剤が違うという事で来局した。服用はしていなかった為、健康被害は起こらなかった。	クレストール錠とクレストールOD錠の処方箋を受ける率が同程度で、確認を怠ってしまったため。一人薬剤師の為、思い込みもあったと思われる。	OD錠の棚に目立つように、「OD」と書いた紙を貼って確認行動を取らせる。	確認を怠った 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名クレストール錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名クレストールOD錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
39	クラシエ補中益気湯エキス顆粒 7.5g 1日2回 朝・夕食前の処方、1包2.5gのもので調剤してしまった。	クラシエの1包3.75gの薬の方の調剤に慣れていないため、1包2.5gだと思ひ込みがあり、薬品の発注者、調剤者、鑑査者ともに確認不足であった。	普段、扱い慣れていない薬品には特に注意して調剤・鑑査・投薬を行う。複数規格が存在する薬品には注意を払うことを徹底する。	確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名クラシエ補中益気湯エキス細粒 間違えた医薬品 販売名クラシエ補中益気湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
40	規格間違いが交付時に判明。	一人薬剤師、交付時に再確認を行う事から鑑査が甘かった	鑑査の徹底	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル10mg 間違えた医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
41	おむつかぶれに対して処方された「亜鉛軟膏」100gを誤って「亜鉛華(10%)単軟膏」を調剤し、別の薬剤師が確認のため鑑査を実施したが誤りに気付かなかった。鑑査者が退社の時間となったため、調剤者が投薬にあたり、誤ったまま投薬となった。2週後に同処方され、処方通りの亜鉛華軟膏を投薬した。7日後、患者の家族より使用感が異なるためお電話にて問い合わせをいただき、調剤過誤の発見となった。	当薬局で近隣の皮膚科医院より亜鉛華(10%)単軟膏の処方を頻回に受けしており、今回の処方薬の規格を誤り認識し調剤となった。内規に従い、調剤者と異なるものが鑑査を実施するも誤りに気付かなかった。鑑査者の退社時間の17:00を15分超過していたために、鑑査が十分に実施されず、調剤者が誤ったまま投薬となった。ダブルチェックを実施するための鑑査が形骸化されたこと、規格違いを十分注意する仕組みを講じていなかったことが原因の一つと思われる。	1.形式的な鑑査にならないように鑑査について今一度薬剤師全員に周知徹底する。2.軟膏壺に他規格の在庫があることを明示し、調剤時の注意を促す。3.鑑査時の軟膏壺の目視確認を徹底する。	確認を怠った 連携ができていなかった 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名亜鉛華軟膏「ニココー」 間違えた医薬品 販売名亜鉛華(10%)単軟膏シオエ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
42	ピーソフテンクリームが処方されていたが、在庫していたヘパリン類似物質油性クリーム(旧名称品)であると勘違いし、業務。処方箋入力がかまうまいかため、事務員から指摘を受け、他の薬剤師が名称確認。2剤を混合する前に違いに気づき投薬までには至らなかった。	ピーソフテン油性クリームがヘパリン類似物質油性クリームへ名称変更になっていたのは理解していたが、処方が旧名称の同一品であると勘違いしてしまっていた。在庫にピーソフテンローションと、ヘパリン類似物質油性クリームの2品目しかなかったので「クリーム」という名称にとらわれてしまい、後発品の名称確認を怠ったのが要因。普段、受け付けたことが少ない病院の処方せんであったことも一因と思われる。	必ず、後発品の名称を確認すること。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ピーソフテンクリーム0.3% 間違えた医薬品 販売名ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
43	〇10錠シート5mgで調剤すべきところを10mgで調剤した単純なミス	〇作業手順の不履行手順書を確認したところ業務手順書には問題なく調剤後の確認を怠った。	作業手順書の遵守	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名マイスリー錠5mg 間違えた医薬品 販売名マイスリー錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
44	ユリーフOD錠の処方に対してユリーフ錠を調剤する			判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ユリーフOD錠4mg 間違えた医薬品 販売名ユリーフ錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
45	クリームの処方に対して軟膏を調剤する。			判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名デルモゾールGクリーム 間違えた医薬品 販売名デルモゾールG軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
46	2.5mgの処方に対して5mgを調剤する。			判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ベシケアOD錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名ベシケアOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
47	リドメックスクリームで投薬するところ、誤って軟膏で投薬した。	在宅で薬剤師数が減り、また、時間的に繁盛期に入り、うっかり間違えた。	クリームの場合、処方箋に〇をつけることはしっかりとできていた。忙しくてもダブル鑑査を実施していく。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リドメックスコーワクリーム0.3% 間違えた医薬品 販売名リドメックスコーワ軟膏0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
48	○10カプセルシート「一般名」アルファカルシドールカプセル1μgの処方であったため、アルファカルシドール1μg「サワイ」を出すべきところ、アルシオドール0.5μgを出してしまった。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アルファカルシドールカプセル1μg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アルシオドールカプセル0.5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
49	実習生による1包化調剤監査時にセルシン5mgのところ2mg錠が分包されていることを発見し、5mgに作り直して投薬した	実習生による1包化調剤 7週間ほどたし調剤にも慣れてきたところ当患者は1包化とは別にセルシン2mgをヒートで投薬して調節している。手巻きのセルシンとシートで渡すセルシンの取り違えと思われる○注意力散漫	1包化調剤はカセットからと手巻きの組み合わせだった。からのシートを確認して監査時に間違いに気づいた。セルシンの置き場を5mgと2mgを離して配置しているが取り間違えてしまったので、注意書きを掲示した。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名5mgセルシン錠 間違えた医薬品 販売名2mgセルシン錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
50	一般名 ニフェジピン徐放錠20mg ニフェジピンCR20mg のところニフェジピンL20mgでピッキング	規格をとり間違えた。○単純なミス	ピッキングしたものをよく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
51	一般名:アムロジピン2.5mg アムロジピン2.5mg「サワイ」のところアムロジピン5mg「サワイ」でピッキング	規格を見間違った。○処方せんの見間違い	規格よく確認します。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
52	リスベリド内用液分包1mlが処方されたが、レセコン入力段階で分包でないリスベリド内用液が入力された。医薬品の発注を行った際に在庫していないはずの、分包でないリスベリド内用液が発注が上がっていたため、本入力ミス事例が判明した。	分包でないものは在庫していないが、当薬局には分包のリスベリド内用液が複数規格在庫されている。リスベリド内用液は、レセコン入力時に表示される各規格が区別しにくく、入力者の知識が不足していたこともあって十分な確認が行われず入力されたことが考えられる。○処方せんの見間違い ○注意力散漫		確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名リスベリド内用液分包1mg「アメル」 間違えた医薬品 販売名リスベリド内用液1mg/mL「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
53	「一般名処方」フルニトラゼパム錠 2mg 処方を フルニトラゼパム錠 1mgで調剤。電子薬歴に1mgで入力された。調剤者も1mg錠で調剤。そのまま鑑査をとり、交付された。薬歴記載時、間違いに気づき 患者に連絡し正しい規格に変更した。○単位の換算間違い	意力散漫	処方箋を注意して確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フルニトラゼパム錠2mg「JG」 間違えた医薬品 販売名フルニトラゼパム錠1mg「TCK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
54	バルサルタン錠40mg「サンド」で調剤するところバルサルタン錠80mg「サンド」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名バルサルタン錠40mg「サンド」 間違えた医薬品 販売名バルサルタン錠80mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」で調剤するところ一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
56	テラムロ配合錠BP「DSEP」で調剤するところテラムロ配合錠AP「DSEP」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名テラムロ配合錠BP「DSEP」 間違えた医薬品 販売名テラムロ配合錠AP「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
57	規格の取り間違い	PDAを使用していれば防げたミス。	PDAを使用し、監査者に渡す前に確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラミクター 錠100mg 間違えた医薬品 販売名ラミクター 錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
58	セレコックスの処方初回の患者。用法が1日2回朝食後であったので、セレコックス錠100mgだと思い込んで調剤。ポリムスチェックで実際の処方ではセレコックス錠200mgであることが判明。	セレコックス錠の1日2回処方100mgとの思い込みがあった。添付文書を確認すると、通常は100mgであるが関節リウマチ、手術後の外傷には200mgを1日2回で使用することがあることを学んだ。	思い込みで調剤せず、しっかり規格を確認していく。セレコックスは100mgと200mgとで適応症の違いがあることを薬剤師間で共有。100mgの適応症で200mgが処方するとき疑義照会できる体制とした。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セレコックス錠200mg 間違えた医薬品 販売名セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
59	タナトリン錠5mg 錠1錠 朝食後服用 50日分の処方に対して、ジェネリック変更でイミダプリル塩酸塩錠5mg「TYK」を調剤しなければならぬところ、クレストール錠2.5mgを調剤してしまった。監査でも気が付かず薬を交付してしまった。判明後、全量を正しい薬と交換した。	勤務状況が繁忙であったため、確認を怠り、見逃してしまった。	勤務状況が繁忙であったとしても、処方箋と薬剤の確認を確実にし、正確な鑑査を心掛ける。そのために、処方箋と薬歴が正しいか確認後、薬歴と調剤された薬剤が正しいか確認する作業を確実に行うようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名イミダプリル塩酸塩錠5mg「TYK」 間違えた医薬品 販売名クレストール錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
60	タケキャブ錠10mg、1回2錠の処方であったが、前回の処方が20mg1錠での処方だったため、Do処方としてそのまま20mg1錠で入力した。その後、調剤・鑑査共に別の者が行ったがミスに気が付かないまま最終鑑査まで終えてしまった。残置薬だったため、患者が再度来局時に別の薬剤師が投薬。その際に入力の間違いに気が付き訂正した。	処方せんの内容の確認不足・先発品は規格を変更しない事という知識不足	声出し確認を行う・処方箋をしっかりと見ながらピッキングを行う。ポリムスシートの数と照らし合わせて確認を行う。	確認を怠った コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠10mg 間違えた医薬品 販売名タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
61	一般名:グリメピリド1mg グリメピリド1mg「日医工」のところグリメピリド0.5「日医工」でピッキングした。	処方箋を見間違えた。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名グリメピリド錠1mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名グリメピリド錠0.5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
62	ワークミンC0.25の処方で、ワークミンC1を調剤。他薬剤師が検薬時発見。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ワークミンカプセル0.25 間違えた医薬品 販売名ワークミンカプセル1.0	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
63	ニフェジピンCR10mg112錠交付するところを20mg112錠を交付してしまい、患者から指摘をうけ、交換する。	調剤、鑑査共に確認を怠る。薬局が混雑しているときであり、20mgが汎用される薬剤だったので思い込みで用意してしまった。	忙しい時間帯もあせらず、落ち着いて行い、処方せん、薬袋の記載をしっかりと確認し、思い込みをなくす	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠10mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
64	処方変更になったと再度FAXがあった患者でナトリックス錠1mgが中止になっただけだと思っていたら、患者より他の薬も半分になったと言われた。20が10になったとかとの申し出があり、オルメテックOD錠が20mgから10mgに変更になっていたのを見逃していたことに気付いた。お詫びしてオルメテックを変更し投薬した。	mg数の変更だけだったので、数字の変化に気が付かなかった。	数字の変化だけだと見落としがあるので、処方変更時には1から調剤しなおして、ミスを防ぐ。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オルメテックOD錠10mg 間違えた医薬品 販売名オルメテックOD錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
65	一般名:トリクロロメチアジド1mg トリクロロメチアジド1mg「NP」のところトリクロロメチアジド2mg「NP」でピッキング	2mgと思い込んでいた。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認してからピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名トリクロロメチアジド錠1mg「NP」 間違えた医薬品 販売名トリクロロメチアジド錠2mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	処方せんFAXがルリコンクリームだったがルリコン軟膏に変更。処方箋確認して投薬したが気が付かずそのまま渡す。	多忙でバタバタして確認したつもりが確認できていなかった。	再度確認を徹底する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ルリコン軟膏1% 間違えた医薬品 販売名ルリコンクリーム1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
67	50歳代女性に対してタリオンOD5mgの処方があった。年齢に対して用量が低用量であることに気付かず、疑義紹介を行わなかった。また、タリオンOD5mgを調剤すべきところを、タリオンOD10mgで調剤を行い、患者へ交付した。	日常的にタリオンOD10mgが汎用されており、タリオンOD10mgの処方と思い込んだ点。また、年齢に対して低用量であることに気付かず、疑義紹介を行わなかった点。	前鑑査の際に、年齢と用量に注意して鑑査を行い、低用量もしくは高用量である際には適宜増減の可能性があっても確認の疑義紹介を行う。また、薬剤を薬袋へ入れる際に薬袋の表記だけでなく処方箋との照合も行う。	確認を怠った判断を誤った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名タリオンOD錠5mg 間違えた医薬品 販売名タリオンOD錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
68	多剤の一化包の際、アムロジピン錠5mg「EMEC」を調剤したところ、レセコン入力のアムロジピンOD錠5mgとなってしまった。	患者の認知度、嚥下状態に合わせて、散剤、口腔内崩壊錠、普通錠半割など、毎回変更して最適な剤形を検討していたが、多数の医薬品を変更するうちに、事務に伝えきれなかった。 ○処方医薬品の多さ ○焦り	一化包の際、交付時に印刷物を確認し、事務との連携に気をつける。	報告が遅れた(怠った)勤務状況が繁忙だったコンピュータシステム仕組み	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「EMEC」 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
69	トルシトリンカプセル0.5mgのところ、トルシトリンカプセル0.25mgを交付した。	作業手順の不履行規格に鉛筆で○をつけて確認する。	作業手順書を厳守する	確認を怠った仕組み	処方された医薬品 販売名トルシトリンカプセル0.5 間違えた医薬品 販売名トルシトリンカプセル0.25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
70	タケキャブ錠10mg、1回2錠の処方であったが、前回の処方として20mg1錠での処方だった為、Do処方としてそのまま20mg1錠で入力した。その後、調剤・鑑査共に別の者が行ったがミスに気付かないまま最終鑑査まで終えてしまった。残置薬だった為、患者が再度薬局時に別の薬剤師が投薬。その際に入力の間違いに気付かず訂正した。	処方せんの内容の確認不足・先発品は規格を変更しない事という知識不足	声出し確認を行う・処方箋をしっかりと見ながらピッキングを行う。ポリムスレシートの数と照らし合わせて確認を行う。	確認を怠ったコンピュータシステム医薬品	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠10mg 間違えた医薬品 販売名タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
71	アスピンドライシロップ2%が処方されていたがアスピリン散10%で調剤していた。管理薬剤師が調剤した薬剤師に確認をしたところアスピリン散10%で調剤していたことに気付かず家族に連絡。服用していたのでアスピンドライシロップ2%で作り直し交換した。	注意力散漫していたことによる処方せんの見間違い。アスピリンの散剤ならば10%散で処方されているであろうという思い込みからでた単純なミスであった。		確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名アスピンドライシロップ2% 間違えた医薬品 販売名アスピリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
72	マイアロン軟膏10gを亜鉛華単軟膏(10%)10gと連合する調剤において、他の薬剤師が見誤ったマイアロンクリームが既に軟膏台にチューブから出されており、調剤者は一方の亜鉛華単軟膏(10%)を計量し練合。特に調剤中の違和感もなくそのまま軟膏台に置いて投薬。翌営業日、在庫数が不足することを他の薬剤師により指摘され、破棄したチューブを確認して軟膏ではなくクリームを練合したことに気付いた。	単純なミス	複数の薬剤師による共同作業は処方せん原本と練合する薬剤の本体を突き合わせ確認を怠らないようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイアロン軟膏0.05% 間違えた医薬品 販売名マイアロンクリーム0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
73	サイレース錠2mgのところサイレース錠1mgで調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名サイレース錠2mg 間違えた医薬品 販売名サイレース錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
74	グリメビリド錠0.5mg「サワイ」で調剤するところグリメビリド錠1mg「サワイ」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名グリメビリド錠0.5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名グリメビリド錠1mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
75	処方医薬品が多く一化包なので、予製をしていた。今回からホスレノール250→500に変わったことに気づかず、前回通りで調剤してしまった。	単純なミス処方医薬品の多さ	薬の規格をきちんと確認する。基本を守る事	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ホスレノールチュアブル錠500mg 間違えた医薬品 販売名ホスレノールチュアブル錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
76	ラコール配合経腸用液の味がコーヒー、バナナ味を調剤しなければならぬところ、思い込みでコーンとミルク味でお渡ししてしまった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラコールNF配合経腸用液 間違えた医薬品 販売名ラコールNF配合経腸用液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
77	○単位の換算間違いツロブテロール0.5mgのところ、ツロブテロール1mgを出した。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	確認1歳であれば、当然0.5mgであったが、失念。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツロブテロールテープ0.5mg「HMT」 間違えた医薬品 販売名ツロブテロールテープ1mg「HMT」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
78	規格の見落とし	処方箋との照らし合わせが不十分	処方箋との照らし合わせの徹底	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名レザルタス配合錠LD 間違えた医薬品 販売名レザルタス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
79	「一般名」アムロジピン錠2.5mgのところ、前回処方同様、アムロジピン錠5mg「EMEC」と思い込み、入力、調剤。投薬前監査にて薬剤師が気づき、正しいアムロジピン錠2.5mg「EMEC」にて入力、調剤し交付した。	繁忙時間帯における焦り。入力の際の思い込みと、調剤時の確認不足。	作業手順を守り、受付時の処方監査を慎重に行う。繁忙時でも焦らず、チェックを慎重に行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「EMEC」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
80	サイレース錠2mgのところサイレース錠1mgで調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名サイレース錠2mg 間違えた医薬品 販売名サイレース錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
81	グリメピリド錠0.5mg「サワイ」で調剤するところグリメピリド錠1mg「サワイ」で調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名グリメピリド錠0.5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名グリメピリド錠1mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
82	ノボラピッドフレックスタッチを調剤するところ、同フレックスペンで調剤、最終鑑査時に判明。	ピッキングに不慣れな者が調剤、処方せんの見間違い、焦り。	注意喚起の掲示をする、棚の位置を離して管理する。調剤後自己鑑査の徹底。	確認を怠った 連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ノボラピッド注フレックスタッチ 間違えた医薬品 販売名ノボラピッド注フレックスペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
83	フルイトラン錠(1)処方で、ジェネリック希望の患者。トリクロルメチアジド(1)「トローフ」で調剤するところ、トリクロルメチアジド(2)「トローフ」で調剤した。	フルイトランのジェネリックをフルトリアで採用していたが、名称変更でトリクロルメチアジドになっている事に気付かず、在庫を探すのに時間がかかってしまった。焦って調剤し、良く出る2mg錠で調剤してしまっ。鑑査者が調剤待ちの状態だったので、ダブルチェックをせず鑑査にあげてしまった。	名称変更品について、元の薬剤名からの変更がわかるように、引出に付箋を貼って知らせる。どのような状況でも声だし、鉛筆チェックを必ず行う。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名トリクロルメチアジド錠1mg「トローフ」 間違えた医薬品 販売名トリクロルメチアジド錠2mg「トローフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
84	門前ではない処方箋内のホクナリンテープ2mgの調剤。ツロブテロールテープ2mg「HMT」で調剤するところ、ツロブテロールテープ1mg「HMT」で調剤してしまっ。	鉛筆チェックできるように、処方箋原本をスキャンしたもので入力、調剤を行っている。この病院の処方箋は印字が薄く、原本スキャンしたものは、はっきり見えないくらいの薄さ。見えない所は、個人の判断で原本を確認して書き写すか、コピー機(はっきり印刷できる)で印刷してから調剤用に入っていた。今回は、見えにくいまま調剤。原本を確認することを怠った。	この病院の調剤、入力用の印刷はスキャンを使わずコピー機で印刷することに統一。また、読みにくい手書きの処方内容も、疑問を感じたら原本確認と疑義照会することを徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツロブテロールテープ2mg「HMT」 間違えた医薬品 販売名ツロブテロールテープ1mg「HMT」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
85	トミロン100mgのところトミロン50mgでピッキングした。	100mgを取ったと思い込み。○単純なミス	ピッキングしたものの規格、用量よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名トミロン錠100 間違えた医薬品 販売名トミロン錠50	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
86	フェブリク20mgのところフェブリク10mgでピッキング	ピッキングしたもののよく確認できていなかった。○処方せんの見間違い ○単純なミス	ピッキングしたもののよく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェブリク錠20mg 間違えた医薬品 販売名フェブリク錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
87	先発品フルメトロン点眼液0.1%の処方だったため、後発品のフルオロメトロン0.1%点眼液TIに変更しようとしたが、誤ってフルオロメトロン0.02%点眼液TIにて調剤・入カ・お渡した。	処方医薬品の規格の見間違いという単純なミス。薬局が混んだタイミングだったため、混乱・焦りがあった。	間違えやすい目薬であるので、十分注意して監査する。当該目薬の棚に、規格間違いに注意するようメモを貼っておく。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名フルオロメトロン0.1%点眼液T 間違えた医薬品 販売名フルオロメトロン0.02%点眼液T	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
88	一般名:ケトプロフェンローション3% エパテックローション3%のところエパテッククリーム3%でピッキング	「エパテック」だけ確認してピッキングしていた。○処方せんの見間違い○単純なミス	処方箋よく見てピッキングします。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名エパテックローション3% 間違えた医薬品 販売名エパテッククリーム3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
89	一般名:ピタバスタチンカルシウム2mg ピタバスタチンカルシウム2mg「サワイ」のところピタバスタチンカルシウム1mg「サワイ」でピッキングした。	意識が不足していた。○注意力散漫	規格までしっかり確認してからピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピタバスタチンCa錠2mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ピタバスタチンCa錠1mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
90	ワーファリン1mgのところワーファリン0.5mgでピッキングした。	0.5mgを1mgと思い込んでピッキングした。○単純なミス	規格・用量はよく確認してからピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg 間違えた医薬品 販売名ワーファリン錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
91	メブチンキッドエア5μgのところメブチンエア10μgでピッキング	混雑していたため見間違えてピッキングした。○処方せんの見間違い○焦り	処方箋よく確認します。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メブチンキッドエア5μg吸入100回 間違えた医薬品 販売名メブチンエア10μg吸入100回	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
92	レザルタス配合錠HD1錠1日1回朝食後30日分の処方のところ、レザルタス配合錠LDを交付。患者本人が帰宅後、間違いに気づき、薬局に連絡。自宅まで交換に伺った。	注意力散漫による間違い。HDとLDの2種類あるとの認識は二人ともあった。	ピッキング時、監査時の確認を徹底する。また、投薬時患者にもみせ、再度確認を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レザルタス配合錠HD 間違えた医薬品 販売名レザルタス配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
93	アダラートL10mgをアダラートL20mgで調剤してしまった。	似ているシート、錠剤で手書きで分包する際、違う規格を取り分包してしまった。監査でも気づけなかった。	アダラートL20mgの在庫位置を変更。外観の注意喚起の表示。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アダラートL錠10mg 間違えた医薬品 販売名アダラートL錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
94	カロナール錠200mg粉砕指示の処方のため、カロナール細粒50%に代替え調剤を行った。事務入力でカロナール細粒50%のところ20%に間違えて入力。間違えた内容のまま調剤し投薬。発注業務で気が付き、再調剤しすぐに交換した。	処方せんの薬剤と調剤する薬剤が異なることが要因。	調剤コメントを見てから調剤する	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名カロナール細粒50% 間違えた医薬品 販売名カロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
95	一般名:ヘパリン類似物質クリームで処方されていたが、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」(一般名:ヘパリン類似物質軟膏)で調剤を行なった。投薬直後、薬歴簿の記録中に担当薬剤師が気づき、直ぐに患者に連絡、ピーソフテッククリーム(一般名:ヘパリン類似物質クリーム)と交換を行なった。	一般名:ヘパリン類似物質の関係の薬剤は剤型や薬品の名称設定が紛らわしく、間違いやすいという認識は常日頃持っていたはずであったが、対象患者が投薬した薬剤師の親戚で油断が有り、確認がおろそかになった。○注意力散漫	関係する薬剤の収納棚に一般名、剤型注意を喚起するラベルを貼布するとともに、レセコン入力の際も注意するようスタッフに周知徹底した。	確認を怠った 判断を誤った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ピーソフテッククリーム0.3% 間違えた医薬品 販売名ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
96	施設患者の調剤で、服用困難の為粉砕患者。朝食後だけで7種類の薬の粉砕が必要なので、予めヒート品を予製し、実際の処方が出たら粉砕していた。予製の調剤でアムロジピンOD錠5mg「トワ」を取るところ誤ってアムロジピン錠5mg「科研」が取られていたが、間違っていることに気がかずにそのまま粉砕した。監査で鑑査者が気づき判明。	粉砕数が多かったために焦っていた。ヒート品のバーコードで入力と内容チェックできる機械があるが、エラー表示が出たがJANコードが未登録名だけだろうと思い込みそのままエラーをスルーしてしまった。	ヒート品のバーコードで入力と内容チェックできる機械でのエラー時は必ず2人以上で確認する。未登録、あるいは機械のエラーと思い込まない。	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「トワ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「科研」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
97	同製剤の規格間違い。リピトール5mg処方のところ、10mgで誤って調剤し投薬してしまった。残薬なくなり当薬品を服用開始しようとした患者本人より、いつものものとヒートの色が違うと指摘があり判明。	薬局患者が多い時間帯であり、焦りから処方箋を見誤り、監査も怠ったと考えられる。導入している監査システムも使用してなかった模様。	患者が多く忙しい状況であっても、確認・監査は時間をかけて行う。監査システムを必ず使用する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リピトール錠5mg 間違えた医薬品 販売名リピトール錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
98	該当患者に対し「一般名フェルビナクテープ70mg(10x14非温感)」が続けて処方されてきた。今回も処方箋に記載がありフェルビナクテープ70をいつも処方していたが製造中止となり数量の不足が出た。当薬局のレセコンではフェルビナクの貼付剤はテープ・シップ・温感・非温感問わず「一般名フェルビナク貼付剤」でまとめて表示されており、患者家族から「温感が良いのでページ(温感タイプの生地の色)をくれと何時も言ってきたが変えてくれない」と申し出があり不足分をフェルビナクオンパップ70で渡した。病院には改めて希望を伝えるよう指導。次回診察日に医師から強い苦情があった。事情を説明したが当薬局のレセコンで表示される一般名表記がおかしく、非温感が出されていない、温感の希望があれば疑義照会をするべきであるとのこと。謝罪し、次回以降改善した対応を取ると伝えた。	当薬局の一般名表記をスタンダードと思っていたが、あとで調べたところ誤りでありテープ/シップ、温感/非温感の区別があるとわかった。処方箋の一般名を院内のみでの書き方と思い込んでいた。また薬局の一般名を根拠に医師の判断を仰ぐこと無く変更を加えてしまった。	処方上の情報の食い違いがあれば調べる。また患者からの薬剤変更希望は病院で直接伝えるよう指導しているが、伝えた上での相談ならば必ず疑義照会をする。	確認を怠った報告が遅れた(怠った)患者への説明が不十分であった(怠った)判断を誤った知識が不足していたコンピュータシステム 医薬品患者側	処方された医薬品 販売名フェルビナクオンテープ70 間違えた医薬品 販売名フェルビナクオンパップ70	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
99	一包化をして患者家族に薬を渡して数日後、患者が入所している福祉施設の職員から、いつもムコプリン錠15mgが入っているが今回は粒が大きいので変更があったのかと問い合わせがあった。確認したところ一般名アンプロキソール塩酸塩錠15mgと処方箋に記載されているが間違えてアンプロキソール塩酸塩徐放OD錠45mg「ZE」を処方していたことがわかった。回収して一包化し直し、正しい製剤をお渡しした。	処方日に医師から同じ患者の前回処方について薬局の不手際に対する抗議があり萎縮していた。一般名の力価を見直し、過去の記録と照らし合わせるのを怠った。	処方内容を力価まで確認する。過去の記録に目を通し同じか、変更点はないかを確認する。	確認を怠った通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ムコプリン錠15mg 間違えた医薬品 販売名アンプロキソール塩酸塩徐放OD錠45mg「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
100	ホクナリンテープ1mgで処方されているところ2mgで調剤してしまった。	1mgを取ったつもりで2mgを取ってしまっていた。成人が2mgが一般的なので思い込んでしまった。	規格をよく注意する。	確認を怠ったその他思い込み	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg 間違えた医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	ニフェジピンCR錠40mg「日医工」で調剤するところニフェジピンCR錠10mg「日医工」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠40mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンCR錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
102	メグルコ錠500mgで調剤するところメグルコ錠250mgで調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メグルコ錠500mg 間違えた医薬品 販売名メグルコ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
103	グリメピリド錠1mg「サワイ」を調剤するところグリメピリド錠0.5mg「サワイ」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名グリメピリド錠1mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名グリメピリド錠0.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
104	ファモチジンOD錠10mg「オーハラ」で調剤するところファモチジンOD錠20mg「オーハラ」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ファモチジンOD錠10mg「オーハラ」 間違えた医薬品 販売名ファモチジンOD錠20mg「オーハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
105	処方されたエディロールカプセル0.5μgをエディロールカプセル0.75μgで患者に渡してしまった。	1名の薬剤師が、0.75μgを間違えて出して、もう1名が、監査、投薬する時に確認を怠ったため	薬を出す時も投薬する時も指差し確認にしました。	確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)知識が不足していた 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.5μg 間違えた医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
106	ハイゼット25mg処方のところ50mgを調剤。後日、処方箋チェック中に間違いに気付く、本人へ連絡。2日ほど服用していたため医師へ連絡。体調変化なし確認。薬を交換する。	50mgしか在庫しておらず、25mg処方にもかかわらず思い込みで調剤してしまっただけ。	規格を再確認する	確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名ハイゼット錠25mg 間違えた医薬品 販売名ハイゼット錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
107	アドナ錠30mgの処方をアドナ錠10mgで交付	当薬局では二次元バーコードを読み取り、処方データと処方箋に基づき調剤している。二次元バーコードが利用できない処方箋は手動入力となる。今回は手動入力に時点でエラーデータを入力してしまい、気付かず交付してしまっただけ。また、混雑時で処方箋に基づく調剤が徹底されていないことが要因と考えられる。	二次元バーコードを使用せずに手入力した処方箋に関して特に注意喚起をアナウンスするカードを作成した。また、調剤は送信データではなく必ず処方箋を確認することの再周知と徹底をした。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アドナ錠30mg 間違えた医薬品 販売名アドナ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
108	マイスリー錠10mg1T 眠前 14日分の処方5mgで入力、調剤、監査して患者に渡してしまっただけ。	監査システムが通っている安心感と通常5mg錠の処方が多いこともあり、ちゃんと確認せずに監査してしまっただけ。監査システムに一度通した際、エラーが出たが取り間違えだと思い込んで5mg錠で取り直してしまっただけ。よく処方箋を見直さなかった。作業手順の不履行、単純なミス、注意力散漫、作業手順の不履行	処方箋と照らし合わせて監査してから、機械でも照らされていることを確認する。思い込みで監査しない。監査システムでエラーが出た際はもう一度、しっかりと処方箋を見直すことを徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名マイスリー錠10mg 間違えた医薬品 販売名マイスリー錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
109	広域の3機関の処方箋を持って薬局。耳鼻科よりオラドールストローチ0.5mgの処方があり、通常通り入力。薬局の在庫がオラドールストローチしかなく、調剤者は規格を誤って調剤した。薬剤監査システムのポリムスを導入していたが、オラドールストローチのマスダに不備があったため、警告音が鳴ったものの、規格誤りに気付かなかった。薬袋チェック時に薬剤の写真がピンクであったので、処方せんを再度確認したところオラドールストローチであることに気が付いた。	在庫のあるオラドールストローチしかないという思い込みがあった。ポリムスのマスダに不備があったため、これでは気付かなかった。	処方せんに記載内容を細部まで確認することを徹底する。ポリムスのマスダを整備して規格誤りを減らす。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オラドールストローチ0.5mg 間違えた医薬品 販売名オラドールストローチ0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
110	一包装している患者だったため、あらかじめ予製調剤(調剤、鑑査済み)であった。薬局時に調剤者が当日の処方内容と予製調剤の内容を確認した後、最終鑑査を行うことになっていた。予製調剤時、鑑査システム(ポリムス)で調剤した薬剤を読み込んでいたため、その内容と当日の内容を合わせたところ、「ミス」であることが表示された。そのため、内容を確認するとユリーフ錠4mgのところユリーフOD錠4mgが調剤してあることが判明した。	調剤時の詳しい状況は不明であるが、誤ってピッキングされた薬だったが、名前だけで正しいと思い込んでしまい、確認不足のまま調剤してしまっただけ。予備鑑査時も薬剤名を見て間違っていないだろうと同じような思い込みがあったのかもかもしれない。	鑑査システムにて誤りが発見できたため、鑑査システムをしっかりと使い漏れのないようにする。調剤前にピッキングされた薬を再度確認してから、調剤を始める。刻印が印字された薬袋を利用し、予備鑑査時を行うこととした。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユリーフ錠4mg 間違えた医薬品 販売名ユリーフOD錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
111	一般名:ニフェジピン徐放錠10mg(1)ニフェジピンL10mg「サワイ」のところニフェジピンL20mg「サワイ」でピッキング	規格をよく確認せずピッキングした。○処方せんの見間違い ○注意力散漫	規格をよく確認してからピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピンL錠10mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
112	ラックビー錠が処方されたが、ラックビー錠N1%で調剤。鑑査者が気付かず交付には至らなかった。	ラックビーの剤形は微粒しかないと思っただけ(ラックビー錠は今回の患者に出していない)ラックビー錠N1%の方が処方頻度が高い。	ラックビーに複数剤形があることがわかるように、回避タグを付けた。ピッキングは薬名のみで判断せず、規格・剤形までしっかりと読むことを再確認した。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ラックビー錠 間違えた医薬品 販売名ラックビー錠N	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	アレグラ錠30mgが2錠2×で処方されたが、誤ってアレグラ錠60mg2錠2×でレセコン入力および調剤され、途中で気づかれることなく鑑査へと回されてしまっただけ。鑑査に当たった薬剤師が誤りに気付かず入力と調剤を訂正したため、患者への投薬はなかった。	・アレグラは60mg規格の処方ほとんどであり、30mg規格での処方はほぼない。その為、レセコン入力を担当した事務スタッフと調剤を担当したスタッフは処方せんを十分に確認することなく、自身の思い込みにより60mgでレセコン入力と調剤を行ってしまった。・錠剤監査システム(ポリムス)は薬局に導入されているが、これはレセコン入力内容と取り揃えた薬剤を照合する監査システムであるため、レセコン入力と調剤で同様の誤りを起こすとその誤りをチェック出来なくなる。鑑査システムへの過信があったことも考えられる。・レセコン入力段階でも調剤段階でも処方せんの確認が十分でなかったこと。最終鑑査へ回す前の確認を行わなかったこと。以上ことから誤りに気付かなかったものと思われる。○作業手順の不履行 ○注意力散漫	業務手順書確認したところ業務手順には問題なかった。業務手順書の不履行が原因と考えられる。手順書を遵守する。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アレグラ錠30mg 間違えた医薬品 販売名アレグラ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
114	パップ60で調剤すべきところをXRで調剤した。他の規格があることを知らなかった。	○作業手順の不履行 ○単純なミス他の規格があることを認識していなかった知識不足の点と手順書を遵守できていないという単純なミス。	業務手順書確認したところ業務手順には問題なかった。業務手順書の不履行が原因と考えられる。手順書を遵守する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名モースパップ60mg 間違えた医薬品 販売名モースパップXR120mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
115	ムコダイン錠500mg処方、ジェネリック変更希望の方。カルボシステイン錠500mgを取り揃えなければいけないところを250mgで取り揃え。ピッキングサポートシステムで確認すると警告音が発したため取り揃えミスが判明、500mgで取り揃え直し監査、投薬を行う。	250mgと500mgを採用されている医療機関からの処方受付。250mgが汎用されているため今回も250mgと思い込み取り揃え。開局して間もない時間帯で準備などと並行してであったため注意力散漫となっていた。また患者がこのあと仕事がある方のため早くしなくては、と焦りも生じていた。	思い込まずにしっかり処方せんを確認して行う。またピッキングサポートシステムの確実な運用。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「テバ」 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
116	クロビドグレル錠25mg「SANIK」2錠夕食後の処方でクロビドグレル錠75mg「SANIK」を調剤した。患者はカウンターで気づいていたがそのまま持ち帰り電話で連絡された。後日薬局され謝罪、交換した。	クロビドグレル錠25mg「SANIK」は薬局においてほとんど出ない薬で、処方せんでもクロビドグレルと見ただけで75mg錠と早合点してしまった。	薬剤名は最後まで確認する。	確認を怠った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名クロビドグレル錠25mg「SANIK」 間違えた医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
117	処方せんを読み違い間違えて調剤してしまった。自動監査システムの警告音で交付前に判明した。	混雑時焦りもあり。処方せんを読み間違えたまま調剤してしまった。	GPの入力者は複数規格があるものに決まった印をつけて調剤者が確認しやすくなる。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リリカOD錠75mg 間違えた医薬品 販売名リリカOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
118	「一般名」にてニフェジピン徐放錠10mg(24時間持続)が処方されていたが、前回より処方されていたニフェジピンCR20mgと思い込んで調剤、投薬。投薬後のチェックにて別の薬剤師が処方入力にミスに気づき調剤した薬剤師に調剤内容を確認。20mgにて調剤していることがわかった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠10mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
119	イルベタン50mgがいつも処方されている患者であったが、100mgの処方頻度が高く思い込みで100mgを調剤をしてしまい投薬。患者からの連絡で服用前に間違えに気づいた。			確認を怠った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名イルベタン錠50mg 間違えた医薬品 販売名イルベタン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
120	一般名処方ではアムロジピン口腔内崩壊錠5mgが出ていてGE希望の患者に、アムロジピン錠5mg「サワイ」を調剤した。内科のDRはOD錠を指定して出すので、監査者が間違いに気づきアムロジピンOD錠5mg「サワイ」に直した。	内科のDRはOD錠を優先して出すという認識が開業して間もないためまだ薄かった。○処方せんの見間違い	処方せんをよく確認して調剤する事の徹底。OD錠の在庫に内科用とわかるようにラベルを付けた。	確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
121	規格ミス	確認を怠った ○単純なミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名アジルバ錠20mg 間違えた医薬品 販売名アジルバ錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	(般)エチゾラム錠1mgの処方。本人希望でいつもデバス錠1mgを服用している。調剤を受け数日間薬が残っていた為確認が遅くなった。今日の夕方の薬を確かめたら「エチゾラム0.5mg「EMEC」が入っていた、と現物を持って来局。	投薬した薬剤師は非常勤の薬剤師だった為、調剤された薬が間違いのないものかと思いきや、と考えられる。確認不足・認識不足が否めない事例。	慣れない勤務場所で投薬監査する時は、細心の注意が必要。薬は常に間違えて出てくると心得る。	確認を怠った その他間違っていないという思い込みが強すぎた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名デバス錠1mg 間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠0.5mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	新患の薬は患者が希望しない限GEで用意するルールがあり、一般名でマプロチリン25mgが処方されていた。病院の採用はマプロチリンの25mgと10mgが採用で、薬局では10mgのみGEを在庫していた。入力の際に先発のルジオミール25mgを選ばなければならぬところ、規格変更で10mgのGEであるクロモンリンを選択し、調剤・監査・投薬してしまった。後に入力者が間違いに気づき患者に連絡し、服用前にルジオミール25mgと交換できた	GEで用意するということに意識が行き、本来ならば使用しない規格変更で強制的に変換してしまい、監査者もまさか規格が変えられているとは思わず、きちんと規格を確認しなかったことが背景にある	入力時に剤形・規格変更を行う場合は他の入力担当者にも確認してもらおう。基本的なことだが、監査時に処方箋の品名・規格を注意・チェックするルールを作る。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ルジオミール錠25mg 間違えた医薬品 販売名クロモンリン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
124	新患でラコールNF配合経腸用液400mLパックで処方されていたが、薬局では200mLパックしか処方できなかったため、1回2袋で調剤した。しかし400mLは200mLと違って直接管を刺すことができ、薬を渡した後に400mLと200mLの違いがあることが分かった。すぐに患者に連絡したところやはり経管投与を行っており、200mLパックでは投与ができないとのこと、すぐに患者宅に向かい400mLパックのものとの交換した。	ラコールの400mLと200mLの違いがあることを知らなかった。処方箋には400とだけ記載されその先の名称が途中で切れていた。	違いについて薬局で共有し同じ間違いが起こらないようにする	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ラコールNF配合経腸用液 間違えた医薬品 販売名ラコールNF配合経腸用液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
125	ユベラン100をユベラン200と間違えて患者に交付した患者からいつもの色が違うと連絡があった	作業手順の不履行、他の購入品があったためそれに気を取られて確認ダブルチェックを怠った	業務煩雑時もダブルチェックを行う	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ユベランカプセル100mg 間違えた医薬品 販売名ユベランソフトカプセル200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
126	アムロジピン錠2.5mg「杏林」1T 1×朝n 30日分の処方をアムロジピン錠5mg「杏林」1T 1×朝n 30日分で誤投薬した。次回、来局時に患者に指摘され気づいた。患者は間違いに気づき、起点をきかせてアムロジピン錠5mg「杏林」0.5T 1×朝n 16日分で服用していた。	一人薬剤師であり、注意はしていたが監査でも気づけなかった。○処方せんの見間違い○注意力散漫	ピッキング時、監査時ともに処方せんの規格を指でなぞって確認すること口に出して確認する。特に処方頻度の多い薬には徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「杏林」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
127	ロキソニンテープ100mgのところ50mgで調剤した	鑑査時に規格までしっかり確認ができていなかった。○単純なミス	処方薬と湿布薬の名前を平衡に並べ、1文字鑑査を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg 間違えた医薬品 販売名ロキソニンテープ50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
128	予製をしている患者で、63日分予製が作られた。処方70日分が来たため、残りの一週間分のピッキングをした際に、1mgと2mgの取り間違いがあった。	棚番が、1mgと2mgで同じ列に並んでおり、他の薬剤を一つ換えているが、取り間違いしやすいような状況になっている。	2mgの方に大きく「2mg」と記載した紙を貼って注意を促すようにした。	確認を怠った その他棚番の並びが近く見落とししやすい	処方された医薬品 販売名ピタバスタチンCa錠2mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ピタバスタチンCa錠1mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
129	薬をピッキングしたのを監査する際、薬品名のみをチェックした。1包装する薬剤師も薬剤名のみを確認してしまう。鑑査時にシートを調剤するも名称のみをチェックした。	初めて調剤した。お薬手帳もない。全ての薬が揃わず手配に神経がいった。また、他にも患者がおられたのにOTC購入のため人手がとられた。	薬剤師に落ち着きなかった。薬剤の名称の前に薬剤量を呼称すること。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ベタニス錠25mg 間違えた医薬品 販売名ベタニス錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
130	フェブリク錠20mgを調剤するところフェブリク錠10mgで調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェブリク錠20mg 間違えた医薬品 販売名フェブリク錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
131	内科より定期薬のフルバスタチン錠20mg28日分が処方された。しかしフルバスタチン錠10mgでピッキングされており、鑑査者、投薬者ともに間違いに気付かず10mgのまま患者にお渡ししてしまった。次に患者が再度内科を受診した際に、「いつもと違う薬が入っていてそのまま飲んだ」とDrに相談。内科より薬局に連絡がありミスが判明した。12日間10mgを服用されていたが、体調変化は特に見られなかった。	繁忙時だったこともあって確認を疎かにしてしまった。投薬前チェックを行ったが、10mgで正しいと思い込みで確認してしまっただけ。○単純なミス○注意力散漫	フルバスタチンの10mgと20mgではシートの色も異なるので、本来であればすぐ気付くべきであった。思い込みで確認しないよう徹底する。調剤録に調剤した規格の記載もする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フルバスタチン錠20mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名フルバスタチン錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
132	フェキソフェナジン錠30が処方記載されていたが、フェキソフェナジン錠60「SANIK」を渡した。20日間服用後、受診。前回同様の処方。店頭で、薬剤を見て家族が前回と錠剤の形が違うといわれ、判明。謝罪し、残薬分(8錠)を正しいものに交換。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「SANIK」 間違えた医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
133	セルシン5mgのところ、2mg錠で交付していたことが、月末の棚卸業務で判明、お電話で謝罪して確認したところ、4週間位前の交付であったが、まだ服用していないことがわかり、自宅へ伺い交換で対処した。	向精神薬で、月末に棚卸を行う品目であり、調剤過誤も多いことから、鑑査時にも交付時にも重ねて確認したと思込んでいた。	患者と一緒に確認させてもらう際には、規格と数をしっかり確認して薬歴に残す。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名5mgセルシン錠 間違えた医薬品 販売名2mgセルシン錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
134	アマリール1mgを調剤しべきところ、0.5mgを調剤して交付してしまい、閉店後の在庫調べで判明し、患者宅に電話し、差し替えに来て頂いた。	忙しい最中だった。	シートの違いがわかりやすいジェネリックへの変更。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠 間違えた医薬品 販売名アマリール0.5mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
135	一般名処方で、イルソグラジンマレイン酸塩錠2mgが処方されていたところへ、誤って4mgを調剤してしまった。患者が帰ってあとすぐに気がつき、電話してお詫びし、正しい薬を郵送した。○10錠シート	薬品のバーコードを利用した調剤過誤防止システムを導入しているが、繁忙であったためにこのシステムが遅れてしまい、気づくのが投薬した後になってしまった。○作業手順の不履行 ○処方せんの見間違い ○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	調剤過誤防止システムをきちんと運用する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名イルソグラジンマレイン酸塩錠2mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名イルソグラジンマレイン酸塩錠4mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
136	医薬品の規格の間違い、処方された量より多いものを調剤	○作業手順の不履行: 薬歴の確認が不十分 ○処方せんの見間違い: 用量・力価の確認が不十分 ○焦り: 棚配置を覚えていない	投薬前に薬歴を十分よむ時間を設ける。ピッキングに時間がかかり焦りがちだったため、ピッキングは慣れた薬剤師に任せて、薬歴等の確認に時間をかけるようにする。	確認を怠った 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった 施設・設備 教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名シロスタゾール錠50mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名シロスタゾール錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
137	ユベランカプセル100mg3C分3 28TDの処方箋 後発薬品調剤希望の患者に付き、パナールNカプセル100mg84T渡すべく所、NEソフトカプセル200mg84Tお渡ししてしまいました。	レセコン他の患者の入力で使用中。患者、待たせてはいけないと思い、おくり手帳参考にして、薬を用意しました。以前調剤したNEソフトカプセル200mgから、パナールNカプセル100mgに変更になっていることに、調剤、鑑査の薬剤師が見落とし、NEソフトカプセル200mg84T渡ししてしまいました。	おくり手帳ではなく、処方箋をよく見て調剤する。忙しい時でも、二人薬剤師の時は、鑑査をしっかりと行う。調剤薬を、導入したアイパッドでチェックする。	確認を怠った 連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名パナールNカプセル100mg 間違えた医薬品 販売名NEソフトカプセル200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
138	フルティフォーム125エアゾール56吸入用のところ120吸入用で調剤。	120吸入用の箱を56吸入用だと思込んでいた。いつもは調剤、鑑査は別々だが、急いでしまい、一人で行った。	調剤と鑑査は別の人にする。	確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名フルティフォーム125エアゾール56吸入用 間違えた医薬品 販売名フルティフォーム125エアゾール120吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
139	一般名処方「ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0.3%」を0.1%と読み間違えティアラバンス点眼液0.1%を交付してしまった。患者より連絡が入り「Drから今回より濃度の濃い方へ変更すると聞いていたがいつもの薬が入っている」と指摘を受け、気付く。使用はされていない。	直近3年間半年毎の来局で定期処方としてティアラバンス点眼液0.1%が処方されていたため、思い込みで調剤してしまった。また代理の方が取りに来られたため説明時に「いつも通り」と交付するも気付かれず、ご本人より3時間後に電話で指摘を受ける。	規格違いのあるものは再度チェックする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヒアラバンス点眼液0.3% 間違えた医薬品 販売名ティアラバンス0.1%点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
140	一般名で処方されていた湿布の規格を間違えた。50mgのところ100mgを渡してしまった。	単純な確認ミス。強いて言えば、その日最後の患者だったため、集力が切れていたような気もする。	気を抜かず、最後までしっかり確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ50mg「NP」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ100mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
141	タリビッド眼科用液の処方。タリビッド点眼液を調剤してしまった。患者からの問い合わせで判明。薬を使用する前だったので、交換して健康被害なし。	眼科用液を調剤する機会が少なく、タリビッドとみると点眼液であると思込んでいた。	薬の名前だけでなく、規格、用途、用法まで確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名タリビッド眼科用液0.3% 間違えた医薬品 販売名タリビッド点眼液0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
142	アローゼンかりゅう1.0g処方に対して、アローゼンかりゅう0.5gを調剤し、患者本人に見せながら投薬。患者が薬局を出た後、薬歴記載時にミスに気付いた。直ちに患者宅にTELLし、間違いについて説明し、正しい薬剤と交換した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アローゼン顆粒 間違えた医薬品 販売名アローゼン顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
143	一般名トラネキサム酸250mgの処方で、入力したトラネキサム酸250mg「トローフ」でしたが、トラネキサム酸錠500mg「YD」を調剤し交付してしまいました。在庫チェック時に発見し、患者に電話し事情を説明したところ、服用前でしたので、ご自宅に伺い正しい薬と交換いたしました。	処方箋調剤中に、他の支店から電話が入り、焦って調剤してしまい、規格剤型ともに間違えたまま患者に交付してしまいました。○焦り○注意力散漫○作業手順の不履行	他の電話の用件を先に完了させて、落ち着いて調剤すること。iPadを活用すること。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名トラネキサム酸カプセル250mg「トローフ」 間違えた医薬品 販売名トラネキサム酸錠500mg「YD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
144	継続してレグバラ25を服用していた患者に対しレグバラ12.5へ変更処方となる。その際は正しい薬を調剤してお渡し。レグバラ12.5処方2回目の際に誤ってレグバラ25をお渡し。お渡しして2日後にレグバラ12.5の患者がいたことを思い出し、調査。結果、間違った規格を渡していたことが判明。患者にすぐ連絡して中止。正しい薬をお渡しして誤った薬は回収。担当医師へも伝達。	レグバラの規格が今までは在庫として1規格しかなかったが、最近2規格になった。慣れと確認ミスにより誤調剤発生。○処方せんの見間違い	規格をきちんと指し確認。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名レグバラ錠12.5mg 間違えた医薬品 販売名レグバラ錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
145	一包化の患者であり、自動分包機に入力してピッキングアップした。この際、前回プロロン150mgが処方されていたが、100mgに減量となっていたことに気がつかず、分包を開始しようとした。数錠開封したところで、処方せんのmg数が違うことに気がついて、調剤を中断。正しく分包してお渡しした。	当局に150mg錠のみ在庫あり、100mg錠があることを失念していた。処方せん受け取り時に残薬無いと薬剤師の変更無いと確認していたので、規格の変更が無いと思い込んでいた。	患者の「変更が無い」の発言は量の変更にまで認識しない場合があるので、注意する。処方せんの確認はきちんと規格も確認すること。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プロロン錠100mg 間違えた医薬品 販売名プロロン錠150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
146	1つの処方箋を2人で調剤し、そのうちの一人(外用薬を集めた薬剤師)が監査をした。モーラステープ40mgが処方されているがモーラステープ20mgを誤ってお渡ししてしまった。	調剤者と監査者が同一になってしまった。	監査者が調剤した場合は他者の目視確認をしてもらう。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名モーラステープL40mg 間違えた医薬品 販売名モーラステープ20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
147	ネシーナ錠25mgで調剤するところネシーナ錠6.25mgで調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ネシーナ錠25mg 間違えた医薬品 販売名ネシーナ錠6.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
148	一般名処方「ロキソプロフェンNa錠(60)3T分3、メコバミン錠(0.25)3T分3、パシクロビル錠(500)2T分2」、QRコードがない処方せん。受付者は、誤ってメコバミンの横に「トローフ」と記載した。入力者は、Do処方がない為、手入力を行った。メコバミンの規格を0.5mgだと思い込んで入力した。その後、調剤録のチェックを行った。調剤者は、ジェネリックは0.25mgの在庫は無く0.5mgと思い込み、調剤した。パシクロビルの用量が単純ヘルペスの用量になっていた。内容から帯状疱疹の可能性があり用量確認に気をとられたことで、規格の確認が疎かになった。監査者は、ポリムスを使用し、監査を行った。合わせて処方されていたパシクロビル錠の用量について疑義照会を行った。次に、薬剤師・入力の確認をしたが、メコバミンの規格については確認を怠った。投薬時、パシクロビルは低用量で服用し、月曜日に再度受診するようにと服薬指導を行った。後日、事務による裏打ちチェックで判明。判明時、服用終了間近だった。病院に疑義照会し、メコバミン錠0.25→0.5mgに変更になった。	入力者は、処方頻度の高い0.5mgと思い込んだ。立て続けに患者が来局し、調剤録のチェックが疎かになった。調剤者はパシクロビルの用量が単純ヘルペスの用量になっていたが帯状疱疹の可能性があると考察し、監査者に伝えた。用量確認に気をとられ、メコバミンの規格確認が出来ていなかった。またメコバミンの横に「トローフ」と指示書きがあった為、0.5mgと思い込んだ。監査者は、パシクロビルが帯状疱疹で処方されている場合、用量が少ないと考察し、疑義照会した。症状がはっきりしない為、少量で様子見ると回答を得た。次にポリムスで照会を行った。エラーが上がらなかった事に安心してしまい、スキャンに記載されている薬剤名・用量用法・GEメーカーにチェックを入れたが、規格のチェックを失念した。また、QRコード利用の有無でミスの起きやすさが異なるという事への意識が欠けていた。○処方せんの見間違い	間違いやすい規格がある薬剤については、レセコンに「規格注意」と表示されるように設定した。入力者は、QRコードのない処方せんについては、処方せんの薬剤名、規格それぞれに鉛筆チェックを入れる。調剤者は、QRコードのない処方せんについては、直接入力になるためミスの可能性が高まることを意識し、目視だけでなくスキャナーにチェックを入れて確実に確認する。監査者は、QRコードのない処方せんについては、必ずスキャナーの規格にチェックを入れる。また、ポリムスは監査の最後に照会を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メコバミン錠250μg 間違えた医薬品 販売名メコバミン錠500「トローフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
149	ネキシウム10mgのところ20mgで投薬	昼交代時で薬剤師の人数が少なくなったときに混雑した。新人だったため焦りが出たのかも知れない。監査時使用しているポリムスを通さず、目視での規格確認が漏れた。○作業手順の不履行	必ず処方箋と薬剤で監査。ポリムスを確実に通す。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル10mg 間違えた医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
150	マイアロン軟膏と亜鉛華単軟膏を練合の指示であったが、取り違えてマイアロンクリームと亜鉛華単軟膏を練合し、監査不十分のまま瓶に詰めて投薬。	単純なミス。名前が同一で剤形が異なる医薬品が多数在庫している場合、処方せんの確認を充分に行わなかったことと、練合する事前の確認が不十分だったことによる。	練合後は監査が困難なので練合前に他の薬剤師による確認を行う事とする。	確認を怠った 連携ができていなかった その他調剤者と監査者の連携不足	処方された医薬品 販売名マイアロン軟膏0.05% 間違えた医薬品 販売名マイアロンクリーム0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
151	フロセミドを他薬と粉砕して一包化する際、10mg錠のところ20mg錠を使用し、お渡し後すぐ気が付き、回収して、分包をやり直した。	一包化の中に粉砕不可の品目があり、疑義照会などしているうちに用量確認が不十分になった。	棚の中にも用量を目立たせ、確認漏れがないようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名フロセミド錠10mg「NP」 間違えた医薬品 販売名フロセミド錠20mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
152	一般名:アムロジピン5mg アムロジピン5mg「サワイ」のところ、アムロジピン2.5mg「サワイ」でピッキングした。	規格をよく見ていなかった。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
153	一般名:ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「ケミファ」のところロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」でピッキングした。	100mgと勘違いした。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認します。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「ケミファ」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
154	ジブレキサ錠とジブレキササイデス錠の取り間違いをしてしまった。	在宅患者の処方箋に伴い調剤しており、普通錠をサイデス錠で調剤してしまった。監査もそのまま気づかない状態であったが薬をお届けする前に違うことに気づき、正しいものに変更した。	剤形がいくつかあるものはわかるようにチェックをしたり、スタッフ間でも注意していく。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品仕組み	処方された医薬品 販売名ジブレキサ錠5mg 間違えた医薬品 販売名ジブレキササイデス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
155	徐放顆粒の処方を細粒で14日分調剤した7日後処方変更になって、変更差し替えるときに間違いに気がついた	調剤、監査、両薬剤師ともに徐放顆粒、細粒の2種類があるのを知らなかった 注意力散漫、徐放顆粒を、『確認を怠った』	間違いやすい薬剤に注意を促すシールをつける	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名バルプロ酸ナトリウム徐放U顆粒40%「アメル」 間違えた医薬品 販売名バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
156	アドエア60吸入のところ28吸入を調剤して交付その後その患者は調剤された薬を持参して入院した入院先の薬剤部から連絡があって規格違いが判明した	他の薬剤師が用意したものを確認するとき250ディスクスの規格の確認に気が取られて吸入回数、『確認を怠った』	規格の規格を確認したときその数字にチェックを入れることを徹底する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名アドエア250ディスクス60吸入用 間違えた医薬品 販売名アドエア250ディスクス28吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
157	カルシトリオール0.25μgから0.5μgに増量していることに気づかずお渡し。翌日気づいて患者に電話して説明。連絡時には既に1cp服用済み、0.5μg6cpをお渡しした。10カプセルシート	ずっと0.25μg処方であったため、確認を怠った。単純なミス	確認の徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カルシトリオールカプセル0.5μg「テバ」 間違えた医薬品 販売名カルシトリオールカプセル0.25μg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
158	チアトン10mg処方のところ5mgでわたしてしまった。	その日の在庫表で数がちがっていたが報告がなかったため判明が遅れた。	薬のピッキング時にmg数の確認を徹底する、在庫数の確認時に数がずれている場合は周りの人に追及・報告することを忘れないようにする。	確認を怠った 報告が遅れた(怠った)	処方された医薬品 販売名チアトンカプセル10mg 間違えた医薬品 販売名チアトンカプセル5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
159	定期処方に、新規でベルソムラ錠10mg(1錠1×vds)が追加となった。薬局には、ベルソムラ錠15mgの在庫があり、規格の確認を怠ってしまい15mgを1錠1×vdsで投薬。次の処方の際に、10mgの規格を使用した形跡がなく、規格違いで投薬していたことが判明した。	一番の要因は、処方内容の確認不足。薬局内も混雑しており、焦りと注意不足が引き起こした結果だと思われる。また、入力者と調剤者、監査者の連携不足も関連していると思われる。	今後は、入力・調剤・監査の連携をとり、規格違いの薬剤や類似の名称のある薬剤など特に注意を要するものには、入力時のチェック、調剤時の声かけ、監査時の見直しなどを徹底しなければならないと思う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠10mg 間違えた医薬品 販売名ベルソムラ錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
160	処方)デバス錠0.25mg 3T 3×毎食後調剤)デバス錠0.5mg 3T 3×毎食後	他剤も調剤ミスがあり、デバスの確認を怠った。焦り、注意力散漫		確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった	処方された医薬品 販売名デバス錠0.25mg 間違えた医薬品 販売名デバス錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
161	薬剤師Aがアルダクトン錠25mg 120錠の処方箋をピックアップし、機械による監査を行った。問題なしと判断し、投薬を行う薬剤師Bに渡した。薬剤師Bは機械での監査が行われているので、問題ないと判断し、投薬台に向かった。患者へ服薬指導を行っている際に、錠剤のヒートの違いに気づき、訂正して投薬した。	朝の繁忙な時間帯に薬剤の入庫あり、事務員が調剤台などに補充を行った。その際にアルダクトン25mg錠の引き出しに、50mg錠を補充した。薬剤師Aはピックアップの際に25mgの引き出しに50mgが入っていることを見落として調剤した。その後、機械監査の際に25mg錠を20錠、50mg錠を100錠準備したため、20錠のバーコードを読み込み、100錠は重量監査の機械に乗らず監査を終えてしまった。	薬剤の入庫の際は薬剤師のチェックを入れる。機械での監査の際も補助的な役割と考え、薬剤師の目での監査をきちんと行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった仕組み	処方された医薬品 販売名アルダクトンA錠25mg 間違えた医薬品 販売名アルダクトンA錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
162	トレシーバ注ベンフィルのところにトレシーバ注フレックスタッチで調剤し、ポリムスで照合する再エラーになり間違いに気付いた。	処方せん記載は『トレシーバ注フレックスタッチ』、薬品名の下に用法の記載があり、その下に『※ベンフィル』の記載があった。この方以外はトレシーバ注ベンフィルで処方せん記載されているため、トレシーバ注フレックスタッチだけを見て取り揃えてしまった。	処方せん表記にこのようなパターンがあることを薬局内で共有した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名トレシーバ注ベンフィル 間違えた医薬品 販売名トレシーバ注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
163	【一般名】アルファロールカプセル0.25μgの処方に対しトヨファロールカプセル0.5μgで入力、調剤してしまっ	トヨファロールカプセルが0.25μgより0.5μgの方が多く出たため、入力、調剤者が0.5μgと思い込み調剤。監査システムを導入しているがどちらも間違えていたため通過。投薬者は監査システムを通過しているため確認がおろそかになった。また、薬の受け取りが代理人だったため、いつもと違う外観にも気付かなかったと思われる。	処方箋に鉛筆でチェックしながら監査する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名トヨファロールカプセル0.25 間違えた医薬品 販売名トヨファロールカプセル0.5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
164	調製時にラミクターという薬品名のみ見てピッキング。25mgを手にしたが、処方せんを確認した所100mgの間違いであることに気付いた。	普段あまり触らない薬品であること。複数規格が存在することを失念していた。	規格まで必ず確認する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ラミクター錠100mg 間違えた医薬品 販売名ラミクター錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
165	テルモベート軟膏・オキサロール軟膏混合の処方箋の患者来局。オキサロール不足の為、半分のみ混合してお渡ししたが、この時誤ってテルモベート軟膏のところにクリームで混合する。(軟膏の箱にクリームが輪ゴムでくくられており、ポリムス(ピッキング監査システム)で箱を読み照合されるが、くくられていたクリームを使用した)後日、2日後不足を調剤しようとした時に、前回同様クリームで調剤しようとするが、間違いに気づき、前回使用したごみを確認した所クリームだったと判明。すぐに患者に連絡を入れ、回収するついでに不足薬を届けお詫びした。先に渡していたクリームの塗り薬は使用していなかった。	作業手順の不履行・混合前に薬品名の確認が不十分だった。・ピッキング監査システム(ポリムス)を使用し照合したことで、安心してしまった。・棚の整理を行った時にクリームがくくりつけられた恐れがある。	混合前に薬品名・処方箋の内容の確認を必ず行う	確認を怠った勤務状況が繁忙だった施設・設備仕組み	処方された医薬品 販売名テルモベート軟膏0.05% 間違えた医薬品 販売名テルモベートクリーム0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
166	モーステープ20mgのところ40mgをお渡した。	繁忙時セットしてある薬をそのままお渡しした。確認不足焦り		確認を怠った通常とは異なる心理的条件下にあったルールの不備	処方された医薬品 販売名モーステープ20mg 間違えた医薬品 販売名モーステープL40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
167	今回からカムシアLD錠に処方変更されていたが、入力、ピッキング、監査のいずれの段階でも気づかなかった。投薬時の患者との会話で減量されていることに気づき、正しいものを交付した。一般名処方のため、配合錠の含有量の変更がわかりづらい	一般名処方のため、配合錠の含有量の変更がわかりづらい		確認を怠った知識が不足していた医薬品教育・訓練仕組みルールの不備その他一般名処方のため、配合錠の含有量の変更がわかりづらい	処方された医薬品 販売名カムシア配合錠LD「あすか」 間違えた医薬品 販売名カムシア配合錠HD「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
168	エンシュアHが処方されていたがエンシュアを渡していた。不足分を準備する時に気づいて交換した。			確認を怠った知識が不足していた医薬品ルールの不備	処方された医薬品 販売名エンシュア・H 間違えた医薬品 販売名エンシュア・リキッド	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
169	トリアゾラム0.25mg錠処方のところ0.125mg錠をお渡し。気づいた患者の家族が交換しに来てくださった。	処方せんの見間違い		確認を怠った技術・手技が未熟だった医薬品ルールの不備	処方された医薬品 販売名トリアゾラム錠0.25mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名トリアゾラム錠0.125mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
170	一般名のヘパリン類似物質軟膏を商品名に変換する際に間違えてローション剤にしてしまった。薬はローションを渡していた。電話連絡してお詫びした。			確認を怠った 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ヘパリン類 似物質油性クリー ム0.3%「ニプロ」 間違えた医薬品 販売名ビーソフテ ンローション0. 3%	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
171	ランタスXRソロスターが処方されていたが、ランタスソロスターを調剤。監査時に判明。	処方せんの見間違い	ランタスの製品が、ソロスターとXRソロスターの2種類在庫している情報共有を行う。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名ランタスX R注ソロスター 間違えた医薬品 販売名ランタス注 ソロスター	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
172	一人で調剤、投薬を行っていたときに間違えた。どうしても一人になる時間が生じる時に、いっそうの注意が必要だった。			確認を怠った その他不良在庫があつたので気になつて いた 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ケトプロ フェンパップ60m g「ラクール」 間違えた医薬品 販売名ケトプロ フェンパップ30m g「ラクール」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
173	ゾルピデム10mgを調剤しないといけな いところを5mgで調剤してしまつた。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫調 剤がたまっており、焦って確認がおろそ かになつた。	状況にかかわらず、鑑査 を徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だつ た	処方された医薬品 販売名ゾルピデム 酒石酸塩錠10m g「ファイザー」 間違えた医薬品 販売名ゾルピデム 酒石酸塩錠5mg 「ファイザー」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
174	通常30mg規格を多いので、今回10mg とは思わず調剤。	処方せんの見間違い	毎回規格にチェックをい れ、指差し呼称。また、薬 情写真との照らし合わせ する。患者と共に確認して 投薬。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だつ た コンピュータシステム 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名カルバゾク ロムスルホン酸ナ トリウム錠10mg 「日医工」 間違えた医薬品 販売名カルバゾク ロムスルホン酸ナ トリウム錠30mg 「日医工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
175	アムロジピン「NS」をいつも使用されて るが、処方箋がアムロジピンOD「明治」だ つたため間違えて調剤。気づかずにそのま まお渡ししてしまつた。在庫確認で気づき 電話、交換することができた。	処方医薬品の多さから間違えたと考え られる。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だつ た	処方された医薬品 販売名アムロジピ ン錠5mg「NS」 間違えた医薬品 販売名アムロジピ ンOD錠5mg「明 治」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
176	カムシアHDが処方されていたが、誤って LDをお渡し	前回までLDであつたため変更なしとの 思い込み	特に合剤の場合は用量 が2種類あるため注意が 必要一覧表を調剤台で見 られるように設置するなど	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だつ た	処方された医薬品 販売名カムシア配 合錠HD「あすか」 間違えた医薬品 販売名カムシア配 合錠LD「あすか」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
177	ヒアレイン点眼液 0.3%のところ、0. 1%液を間違えてお渡しした。患者から指 摘された			確認を怠った 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ヒアレイン 点眼液0.3% 間違えた医薬品 販売名ヒアレイン 点眼液0.1%	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
178	一般名処方の剤形が、カプセルから、錠 剤に変更されていたが、3ヶ月間気がつ かず、ずっとカプセルのまま調剤。同じ 薬なので、間違いではないが、医師はカ プセルを錠剤に変えてほしいと意図して いたと考える。錠剤が飲みやすいため。			確認を怠った 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ワンアル ファ錠0.5μg 間違えた医薬品 販売名アルファ ロールカプセル 0.5μg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
179	ルセフィ錠5mg処方だつたところを誤って 2.5mgを投薬	いつも2.5mg錠スタートなのと、在庫が 5mg錠がなかつたのと、いつものスタッ フが不在だつたのが重なつた結果と思 われる。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だつ た 通常とは異なる心理 的条件下にあつた	処方された医薬品 販売名ルセフィ錠 5mg 間違えた医薬品 販売名ルセフィ錠 2.5mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
180	処方箋に、2%ミケラン点眼 2.5mlと記載があり、採用薬の2%ミケランLA点眼液を調剤して渡した。その後2%ミケラン点眼液が販売されているの思い出し、眼科へ疑義照会を行ったところ、2%ミケランLA点眼液に訂正された。結果的に薬の間違いはなかったが、早く疑義照会すべきだった			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ミケラン点 眼液2% 間違えた医薬品 販売名ミケランLA 点眼液2%	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
181	ホスレノール顆粒が500mgから250mgに減量になったが、気づかずに500mgのまま調剤。バーコード照会時に間違いに気づく。	ずっと500mgで処方が出ていたため 思い込みがあった。○処方せんの見 間違い	処方変更があった場合は 入力する事務員から薬剤 師に声掛けするようにす る。バーコード監査の徹 底。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ホスレノ ール顆粒分包250 mg 間違えた医薬品 販売名ホスレノ ール顆粒分包500 mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
182	処方箋記載 一般名処方 バルプロ酸Na錠200mg 2錠分2 21日分 普通錠の記載にもかかわらず、徐放錠の バルプロ酸SRアメルにて調剤し患者に交付した。	初めての病院、初めての処方であった が、患者より数週間前に当薬局で用意 して欲しいと相談を受けていた薬。依頼 を受けていた段階で徐放錠で服用して いると思い込み徐放錠を準備していた が、実際の処方は【般】バルプロ酸Na 錠200mg と普通錠の記載されてい た。混雑していたことと、徐放錠で出る はずとの思い込みにより、処方箋の記 載の確認を十分に行わないまま患者に 投薬してしまった。○処方せんの見 間違い ○焦り ○注意力散漫	薬歴への注意喚起受診 予定日を毎回確認し、来 局前に集めて置き複数の 薬剤師で確認しておく。職 員への回覧などによる注 意喚起	確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった その他思い込み 医薬品	処方された医薬品 販売名バルプロ 酸ナトリウム錠20 0mg「アメル」 間違えた医薬品 販売名バルプロ 酸ナトリウムSR 錠200mg「ア メル」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
183	マグミット錠500mgの処方に対して、マグミット錠330mgを投与。三カ月間の間事例が発生していた。	予製の患者だったので気を抜いてい た。	予製を止める方向で考え る。	確認を怠った その他気を抜いてい た その他予製 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名マグミッ ト錠500mg 間違えた医薬品 販売名マグミッ ト錠330mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
184	処方せんで、先発品クレストール5MGだった。患者の了解のもとロスバスタチン5MGを出すところ、ロスバスタチン2.5MGを出してしまった。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロスバスタ チン錠5mg「DSE P」 間違えた医薬品 販売名ロスバスタ チン錠2.5mg「D SEP」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
185	門前医院からの定期処方箋で患者来局前に医院より定期薬が処方される旨の連絡があり、予製作成患者のためサイレース以外を調剤者が準備。入力時に処方箋の規格に○印をつけ、調剤者がサイレースを調剤し監査へまわしたがサイレースの規格違いに調剤者・監査者ともに気づかず。投薬説明時に規格が違うことが判明。	昼休み休憩直前の調剤・監査だったた め注意力の低下により発生。	最後まで注意を怠らな い。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名サイレー ス錠1mg 間違えた医薬品 販売名サイレー ス錠2mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
186	ラコールNF配合経腸用半固形剤の処方 のところをラコールNF配合経腸液で気付 かずに調剤して渡す。後日処方医が気付 き確認の電話があつて渡し間違いに気づ く。ラコールNF配合経腸液を回収して、あ らためてラコールNF配合経腸用固形剤を 渡す。(病院には連絡済み。)	処方せんの見間違い、思い込み。	今後は監査システムを使 用し、処方薬の写真の記 録を撮るようにする。	確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名ラコールN F配合経腸用半固 形剤 間違えた医薬品 販売名ラコールN F配合経腸液	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
187	ホクナリンテープ1mgが処方されていた患 者に、誤ってホクナリンテープ0.5mgを調 剤してしまった。次週の火曜日に、患者の 家族から「いつももらっている薬とちがう し、薬袋にかいてある名前とちがう」と電 話があり、判明。自宅まで、交換に伺っ た。	3連休前の土曜日であったため、少し 混んでいた。枚数は確認したが、規格 を確認しないで出してしまった。今回処 方せんを持ってきていたわけではないの だが、1才の妹がいて、その子には ホクナリンテープ0.5mgが処方されてい るため、あまり違和感を感じずに薬を患 者に出してしまった。	年齢が6才の子どもには ホクナリンテープ0.5mgは 出ないため、薬を出す とき、そこに気付けばよ かった。薬歴や処方せん に年齢をメモし、薬を患 者に出すとき、いつでも目 に入るようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だっ た	処方された医薬品 販売名ホクナリ ンテープ1mg 間違えた医薬品 販売名ホクナリ ンテープ0.5mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
188	ルネスタ錠1mgの処方、ルネスタ錠2 mgを調剤。他薬剤師が検薬時発見。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ルネスタ錠 1mg 間違えた医薬品 販売名ルネスタ錠 2mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
189	患者が処方せんを持って来局した。処方 せんには「オレンシア皮下注125mgシリン ジ 5筒」と記載されていた。薬剤師Aは、 「オレンシア皮下注125mgオートインジェク ター 5筒」を調剤。監査にあつた薬剤師 Bは、「オレンシア皮下注125mgシリンジ」 で調剤されていないことに気づき、薬剤師 Aに誤りを伝えた。薬剤師Aは「オレンシア 皮下注125mgシリンジ」を正しく調剤し、再 度、薬剤師Bに監査してもらった		規格違いで薬があること が一目でわかるように注 意喚起の札を作成し、貼 付。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名オレンシア 皮下注125mgシ リンジ1mL 間違えた医薬品 販売名オレンシア 皮下注125mg オートインジェク ター1mL	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

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	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
190	ヘパリン類似物質油性クリーム50gを渡さないといけないところをピーソフテンローション50gを渡した。	処方せんが一般名記載にて。今回(ヘパリン類似物質軟膏50g)前回は(ヘパリン類似物質液50g)で記載あり薬剤の変更があったが処方せんの確認が漏れ、薬剤情報提供書の内容も間違っており前回と同じピーソフテンローションをお渡しした。	軟膏とローション剤があることを調剤者、レセコンの入力者ともに全職員が把握して、準備した薬剤を監査・レセコンの入力も徹底させる。	確認を怠った判断を誤った勤務状況が繁忙だったコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日工」 間違えた医薬品 販売名ピーソフテンローション0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
191	亜鉛華(10%)軟膏「ヨシダ」とキンダベート軟膏混合の処方箋を受付、在庫していた亜鉛華軟膏と勘違いして混合し交付。午後の業務中在庫確認したところ間違いに気づき、患者に連絡し事情説明した。未使用であり、後日正しいものと交換した。	人が少ない時間帯に処方箋複数受付、心理的に焦っていたため思い込みで調剤してしまった。単純なミス。在庫の無いものもあるものと処方箋の見間違いしていた。	処方箋と調剤する薬品をしっかりと確認する。忙しい時はまず深呼吸し、落ち着いた指差し確認する。	確認を怠った知識が不足していた勤務状況が繁忙だった医薬品	処方された医薬品 販売名亜鉛華(10%)軟膏「ヨシダ」 間違えた医薬品 販売名亜鉛華軟膏「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
192	処方されたのはセルタッチパップ140であったが、在庫があるにも関わらず、調剤者・監査者ともに複数規格の存在を知らず、普段良く処方されるセルタッチパップ70を調剤・交付してしまっ。患者に連絡したところ、交付日から日数が経ってしまったためすでに4包使用開始。残薬を引き取り正しいものをお渡した。	セルタッチの規格が1種類しかないとの思い込みによる単純なミス。	規格の細部まで注意して調剤する。セルタッチ70の箱に別規格ありと表示し注意喚起する。	確認を怠った知識が不足していた医薬品	処方された医薬品 販売名セルタッチパップ140 間違えた医薬品 販売名セルタッチパップ70	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
193	一般名メチルジゴキシン0.1mg処方のところ、規格違いの0.05mgを調剤、別の薬剤師が監査投薬した。患者が帰った後すぐ、別の処方箋調剤時に規格を違えて出したことに調剤した薬剤師が気づく。	処方箋を見たときには、0.1mgと確認したのにピッキング時に取り間違いをした。「単純ミス」調剤時処方箋に出した数量を書くときの手順が違った。「作業手順の不履行」監査時に確認の手順が違った。「作業手順の不履行」	作業手順の遵守	確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名メチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」 間違えた医薬品 販売名メチルジゴキシン錠0.05mg「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
194	前回3ヶ月前 18:14に処方せんを受付。入力者は、見慣れない処方せんだったので、QRコードが読み取れないであろうと思い、ペタ打ちで入力した。「ルナ」で検索するとルナベルLDのみが表示された為、規格を確認せず選択した。次にジェネリック名の変更でフリウェルLDを選択した。その際、手順の鉛筆チェックを省いてしまった。調剤者は、フリウェルLDが全欠だった為、その日に発注した。翌日の入荷後に調剤を行った。ルナベルが2規格である知識がなかった為、規格のチェックを怠った。監査者は、翌日に監査を行った。ジェネリック名と入力が入っているか確認したが、処方せんに印字されている薬剤名との照らし合わせを怠ってしまった。投薬時、翌日に患者が来局。投薬時に、ルナベルは継続で服用していることを知ったが、お薬手帳もなく、投薬時も規格が違う事に気付けなかった。今回、同じ病院からの処方せんを受付。ルナベル配合錠ULDの在庫がなく、取り寄せになる旨を患者にお伝えしたところ、前回と同じ薬と伺った。規格が変更になったのか疑義照会したら、前回の間違いが判明した。	入力者は、処方せんの受付や公費の患者の印鑑をもらう等、入力と並行して他の作業を行っていた。その為、あせりから鉛筆チェックをする手順を省いた。また、QRコードがあったにも関わらず、読めないだろうという思い込みで、活用しなかった。調剤者・監査者ともに、ルナベル配合錠の規格が2種類あるという知識が不足していた。調剤者は、処方頻度が低い薬であったが、調べる事を怠った。その為、処方箋の薬剤名横ジェネリック名のみを見て調剤してしまっ。監査者は、「フリウェル」の文字のみを確認し、規格まで注視出来なかった。また、ジェネリックに変更したため、投薬時患者への確認の際に判明出来なかった。○焦り	入力者は、QRコードのある処方せんは必ず読み込む。「鉛筆チェック」と書いてメモ帳の画面を開いておき、入力中、画面切り替え時ごとにその画面が出てくるようにしておく。調剤者は、どの薬剤にも2規格以上ある可能性を念頭におき調剤を行う。また、調剤の頻度が少ない薬に関しては添付文書や薬価サーチなどを用いての確認を徹底する。監査者は、ジェネリックに変更した場合も処方元の規格と合っているか確認し、処方せんのコピーにチェックを入れる。特に配合錠にLDなどの規格があるときは、2種類以上規格があることを念頭におく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ルナベル配合錠ULD 間違えた医薬品 販売名フリウェル配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
195	ノボラビッドフレックスタッチで処方されていたが、ノボラビッドフレックスペンを調剤した。	確認不足、在庫場所がやや近い位置にあった。	在庫場所を離すことにした。処方箋にチェックを入れるようにした。	確認を怠った教育・訓練 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ノボラビッド注フレックスタッチ 間違えた医薬品 販売名ノボラビッド注フレックスペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
196	ファモチジンOD20mgのところをファモチジンOD10mgを渡した。当日の在庫確認で気づきTEL連絡、交換することができた。			確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ファモチジンOD錠20mg「日新」 間違えた医薬品 販売名ファモチジンOD錠10mg「日新」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
197	在庫確認でジクロフェナクテープ30mgのところをジクロフェナクテープ15mgでお渡しした。本人へTEL確認した。			確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジクロフェナクナトリウムテープ30mg「NP」 間違えた医薬品 販売名ジクロフェナクナトリウムテープ15mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
198	手術入院先の病院の持参薬の検査で誤調剤が判明。ネキシウムの10mgを服用中の患者に、ネキシウムの20mgを投薬していた。	通常エンシュアは本人の体力が不足のため、後日家族等が受け取りに来ていた。今回は入院という事で、当薬局の薬剤師が患者宅まですぐにエンシュア28缶を運ぶ手筈となった。そのため、薬剤師の手が足りず、薬の確認がおろそかになった。	繁忙時でも、投薬時の確認を正確に行うよう薬剤師間で伝達した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル10mg 間違えた医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
199	アーチスト2.5mgの処方のところカルベジロール10mgを投薬	一人薬剤師の時間帯で、確認が十分にできていなかった。ピッキングシステムをとうさず投薬してしまった	ピッキングシステムを必ず通すようにする。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アーチスト錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名カルベジロール錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
200	一般名処方【般】イトラコナゾール錠200mg 2錠分2朝・夕食後 7日分で処方されたが、レセコンでの入力も調剤もイトラコナゾールカプセル50mg「SW」2Cap分2朝・夕食後 7日分で調剤した。	レセコンでの入力ミス、調剤時・監査時・投薬時にも気付かず投薬。パルス療法の用量認識・確認不足。	レセコンでの入力時も、薬品の規格までしっかりと確認して入力する。調剤・監査・投薬時も処方箋を入念に確認し調剤し、入力も再確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名イトラコナゾール錠200「MEEK」 間違えた医薬品 販売名イトラコナゾールカプセル50mg「SW」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
201	クレストール2.5MGが同時に出ていたので、アムロジピンOD5MGだったが、アムロジピンOD2.5MGを出してしまった。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「トローワ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
202	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「(般)ビタバスタチンCa錠2mg」と記載されていた。薬剤師Aは「ビタバスタチンCa(1)「EE」」を調剤してしまったが、誤りに気付かずそのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bは、誤って調剤されていることに気付かず、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aは正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。	一般名処方の為、先発がGE希望かに注視してしまい、規格に注意が不足していた	調剤時、規格までよく確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ビタバスタチンCa錠2mg「EE」 間違えた医薬品 販売名ビタバスタチンCa錠1mg「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
203	【般】ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mgを処方されたが、誤って25mgを調剤し、別の薬剤師が監査したにもかかわらず間違いを見落として、患者に渡ってしまった。	入社したばかりの薬剤師で、不慣れだった	規格に注意して調剤、監査、投薬するよう、確認。指導の徹底	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ビルシカイニド塩酸塩カプセル25mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
204	フェブリク錠20mgで調剤するところフェブリク錠10mgで調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェブリク錠20mg 間違えた医薬品 販売名フェブリク錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
205	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」で調剤するところカルベジロール錠10mg「サワイ」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カルベジロール錠2.5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名カルベジロール錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
206	プラバスタチンNa錠10mg「ケミファ」を調剤するところプラバスタチンNa錠5mg「ケミファ」を調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名プラバスタチンNa錠10mg「ケミファ」 間違えた医薬品 販売名プラバスタチンNa錠5mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
207	規格違いで30mgを15mgで調剤。	思い込み。注意力欠如。	声だし指差し確認。忙しくても監査を欠かさない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ビオグリタゾンOD錠30mg「ファイザー」 間違えた医薬品 販売名ビオグリタゾンOD錠15mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
208	一般名アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mgを5mgで調剤	見誤りと思い込み	処方箋を良く確認する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
209	一包化の中にエリキユース5mgのところ2.5mgが入っていると病院の方から連絡あり。規格間違いであることが判明。5mgを病院へ届けて差し替えてもらった。残薬を何らかの理由で病院に持参された様子。	エリキユースに2.5mgと5mgの規格があることの認識が不明瞭であった。2.5mgのイメージが強かった。分包後、開封済みのPTPシートのチェックをおこなうが、規格までしっかり確認できていなかった。患者が待合室に複数いた中に、FAXなしの持ち込みで来局。一包化に時間がかかるため焦りもあった。	規格までの確認を怠らない。前もって待ち時間をお伝えして、余裕をもって調剤・監査に臨む。再度FAXコーナーの利用を提案する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名エリキユース錠5mg 間違えた医薬品 販売名エリキユース錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
210	7ヶ月前にもらったイブプロフェンを1錠飲んで確認したら、薬袋は100mgなのに200mg錠が入っていたと家族より電話あり。間違いが判明した。7歳体重28kgの子供。健康被害はなし。おわびして100mg錠を郵送。誤ってお渡しした200mg錠を郵送にて返却いただいた。	取り違えに気づかず確認を怠った	患者の年齢の意識を常に持ち、処方せんと取り揃えた薬のチェックを怠らない。焦らず鑑査する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名イブプロフェン錠100mg「タツミ」 間違えた医薬品 販売名イブプロフェン錠200mg「タツミ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
211	繁忙時間帯だったが、規格違いの薬剤の取り間違い。	注意力散漫。焦り。	規格違いのある薬剤については、確認、監査をしっかりする。薬品棚の配置を工夫する。	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
212	フィラスタスプレー500が処方され入力も正しくされていたが在庫の規格が250しかなく規格違いがあることを認識しておらず250を調剤して投薬してしまった。2回目に処方があったときに規格違いに気づいた。すでに250を使用した後だった。健康被害はなし	規格が2種類あると認識しておらず確認しなかった	薬品名+規格まで確認しなければならぬ。特に薬局に在庫がない規格もあることをいつも認識する必要がある。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フィラスタスプレー500 間違えた医薬品 販売名フィラスタスプレー250	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
213	マグミット500mgのところ、330mgにてお渡し			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マグミット錠500mg 間違えた医薬品 販売名マグミット錠330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	前日分の処方箋を調剤録と照合した時に、入力、調剤が間違っており、そのまま気付かずお渡ししていたことが判明。今回、減量であることを病院に確認してから患者宅に電話、また服用前で、減量と医師に伝えられていた患者も不安に思っていたことが判明。お詫びをして、会計を修正して薬を交換させていただいた。	注意不足が原因 ○注意力散漫	処方せんの薬品名、規格をきちんと確認し、さらに注意深く業務にあたる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.5μg 間違えた医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
215	全自動分包機での調剤において、カセットに入れる薬剤の規格を誤ってしまい、本来エナラプリルマレイン酸5mgを補充するところ、エナラプリルマレイン酸2.5を補充してしまった。そのまま一包化をし、監査の際も規格違いに気が付かなかった。	○注意力散漫	カセットに薬剤を補充する際に、監査時に補充したPTPシートも添付し、一緒に確認を行うこととする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
216	9:30 FAXにて定時の処方箋が送られてきたため、処方入力して調剤・監査しておいた11:00 訂正の処方箋が再度FAXされてきた。確認したところキックリンカプセル6C分3が追加となっていたため新しいお薬に気を取られてリリカの規格が変更になっていることに気が付かなかった。翌日に処方箋を持参した患者に25mgのままお渡ししてしまった。翌日本人がリリカは多くなったはずと別の病院の処方箋とともに来局されたので、再度確認をしてお詫びして交換した。	○作業手順の不履行 ○注意力散漫	FAXの処方線は必ず本物と一つ一つ確認するように徹底する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg 間違えた医薬品 販売名リリカカプセル25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
217	ビタメジン配合カプセル50を28個ビックアップしようとして、最初の箱に26個しかなく新しい箱を開ける際に隣にあったビタメジン配合カプセル25を開け2カプセル取り、調剤した。監査者が発見し正しく調剤し投薬した。	25と50を同じ引き出しに入れたあったこと。忙しい土曜日で注意力散漫だったこと。箱の外観が類似していること。	同じ引き出しでも規格が異なるものは離して置く。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ビタメジン配合カプセルB50 間違えた医薬品 販売名ビタメジン配合カプセルB25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
218	アドエア100ディスカス60吸入用の処方であったが、28吸入用を調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アドエア100ディスカス60吸入用 間違えた医薬品 販売名アドエア100ディスカス28吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
219	カムシアLDとHDの取り間違えに気づかずそのまま交付	チェックミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名カムシア配合錠LD「あすか」 間違えた医薬品 販売名カムシア配合錠HD「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
220	後発医薬品希望の患者が処方せんを持ってきた。一般名でヘパリン類似物質クリーム0.3% 100gが処方されていた。薬剤師Aがヘパリン類似物質油性クリーム0.3%を調剤し、薬剤師Bが監査したが、薬剤の取り違えに気付かず、薬剤師Cがそのまま交付した。レセコンへの入力も正しく行われていた。薬剤師Cが薬歴記載時に、ビソフテンクリーム0.3%との取り違えに気付いた。患者に取り違えを連絡して自宅を訪問し、ビソフテンクリーム0.3%と交換した。まだ使用してはいなかった。	処方せんの見間違い: ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%は日常的に調剤するが、ビソフテンクリーム0.3%はほとんど調剤することがなく、一般名に「油性」が入っているものと思い込んでしまったことが原因と考えられる。	特に一般名処方の場合、薬剤名を間違える可能性があるため、一般名を一文一字一字確認するように徹底した。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名ビソフテンクリーム0.3% 間違えた医薬品 販売名ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
221	一般名処方ではアムロジピン口腔内崩壊錠5mgと記載されていてアムロジピンOD錠5mg「あすか」を調剤しないといけないのに、アムロジピン錠5mg「EMEC」を調剤してしまった。	単純なミス入調剤	ビッキングした人とは別の人が監査する事を怠らないようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「あすか」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
222	規格違い	単純なミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名シルニジピン錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名シルニジピン錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
223	軟膏とクリームの間違い。	忙しい時間帯であった。血液凝固阻剤の説明に気を取られ、DPであることを確認し、そのまま投薬してしまった。	しっかり確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リンデロン-DP軟膏 間違えた医薬品 販売名リンデロン-DPクリーム	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
224	規格を間違えた。	200mgカプセルのほうが多く処方されるため。	しっかり確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名トコフェ ロールニコチン酸 エステルカプセル 100mg「NP」 間違えた医薬品 販売名トコフェ ロールニコチン酸 エステルカプセル 200mg「サワイ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
225	ユリーフOD錠4mg処方になっていたが普通錠で交付。帰宅後、患者から錠剤の形がちがうと電話あり、判明した。	見落とした	しっかり剤形規格まで確認する	確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名ユリーフO D錠4mg 間違えた医薬品 販売名ユリーフ錠 4mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
226	トリアゾラム0.25mg処方のところ0.125mgで調剤・投薬した。	忙しい時間帯であった。規格チェックを怠った。	しっかり確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名トリアゾラ ム錠0.25mg「日 医工」 間違えた医薬品 販売名トリアゾラ ム錠0.125mg 「EMEC」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
227	一般名「ヘパリン類似物質外用液0.3%」で処方され、ヒルドイドローション0.3%で調剤するところ、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」で調剤。入力もヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」でされていたため、ポリムスで照合する時にエラーにならず最終鑑査へ。鑑査者も気付かず残置へ、患者がお戻りになり投薬時に患者の申し出で間違いに気付いた。	処方せんの一般名「ヘパリン類似物質外用液0.3%」1本を見て、名前の似ているヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」と思い込んでしまった。門前医療機関の処方せんは、一般名の外用剤でしばしば本数だけ書かれ、gやmlの記載がないことがある。1本の用量が書かれていたらヒルドイドローション0.3% 25gとヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」100gで違いに気付けたかもしれない。	一般名で処方されている処方せんはGEの名前に似ていることが多いため、間違えないよう、処方せんをしっかりと最後まで読む。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヒルドイド ローション0.3% 間違えた医薬品 販売名ヘパリン類 似物質外用スプ レー0.3%「日医 工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
228	一般名で処方されており、先発品と採用薬に10mgの規格があることを、入力、調剤、投薬者も知らずに思い込みによる調剤をしてしまったことによるミス			確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名テルベラン 錠10 間違えた医薬品 販売名エリレーテ ン錠5mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
229	マイスリー10の所をマイスリー5で調剤した。	処方医薬品は9種類と多いので、1DOSEの予製を作っており、眠り薬だけをヒートで調剤する方だった。混んでる時で、処方内容が同じであったため、ピッキングした調剤の鑑査が甘くなった。本来、薬の力価まできちんと確認する手順になっていた。	薬の力価まできちんと確認する手順を怠ってしまった。忙しくても、きちんとルールを守る事	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名マイスリー 錠10mg 間違えた医薬品 販売名マイスリー 錠5mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
230	セリース錠2.5mg 1錠 1×朝食後 35日分 のところをセリース錠5mg 1錠 1×朝食後 35日分で調剤し鑑査も個数のみ確認し、規格が違うことを見落として投薬した。	患者が多く煩雑していたので、鑑査が不十分だった。数量のみをみて規格の確認を怠った単純なミスであった。	薬歴に注意喚起のシールをはり目立つようにした。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セリース錠 2.5mg 間違えた医薬品 販売名セリース錠 5mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
231	軟膏とクリームの取り換え	○単純なミス		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アンテベ ートクリーム0.0 5% 間違えた医薬品 販売名アンテベ ート軟膏0.05%	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
232	処方せんにはヒューマログ注カート 300単位6筒と書かれていたが、ヒューマログ注100単位/mLを計数した	処方医薬品が多かったために、処方内容の確認を怠り、急いで計数を行ったため薬剤の取り違いを起した。○焦り○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○注意力散漫	処方せんが手元に来てから計数を行うこと。名称の似ている薬剤が存在する際には、確認を複数回行うこと。	確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた 技術・手技が未熟 だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ヒューマロ グ注カート 間違えた医薬品 販売名ヒューマロ グ注100単位/ mL	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
233	患者が処方箋をもって来局した。処方箋には「バキシル錠20mg、1T/分1環る前」と記載されていたが、バキシル錠10mgを調剤し、鑑査でも気付かなかつた。そのまま、交付した。後日、在庫を調べていてまちがいに気づいた。患者に連絡したが、飲んでしまっていた。	○処方医薬品の多さ○単純なミス処方医薬品の多さに確認をきちんとできていなかった。規格を間違えるという単純なミス。	鑑査の時に規格を確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名バキシル 錠20mg 間違えた医薬品 販売名バキシル 錠10mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

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	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
234	処方:フルオメソロン0.05%点眼液 調剤:フルメトロン0.1%点眼液、調剤後、監査の段階で発見。○複数規格による薬剤の取り間違い	○単純なミス ○規格確認の怠り ○前回処方フルメトロン0.1%点眼液	規格まできちんと確認する。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フルオメソロン0.05%点眼液 間違えた医薬品 販売名フルメトロン点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
235	ネキシウムカプセル10mg 60日分処方のところ、患者から連絡があり、1枚だけ20mgが入っているとのこと。	ネキシウムカプセルの場所が近く、また色の違いもはっきりしていないため、返却を間違えた状態の物を、調剤で使用してしまった可能性が高い。	ネキシウムカプセルの場所を移動し、少し離れた棚に変更した。	確認を怠った仕組み	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル10mg 間違えた医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
236	普段受けていない医院からの処方せんで、カルボステインDS(50%)とアスピリンDS(%表記なし)の散剤混合で、アスピリンDS2%のところ、アスピリン散10%で調剤してしまった。	常時受けている医院ではアスピリン散10%が使われている為、思い込みと確認不足、また小児量の換算を怠ったためと思われる。また他の調剤のことも気になり、気が散漫していたと思われる。○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫	調剤前に処方箋を書き写す際に、小児量を確認する。	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名アスピリン ドラインロップ2% 間違えた医薬品 販売名アスピリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
237	外用剤の規格の間違い	処方せんの見間違い	2人以上で必ず確認するよう徹底	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名モーラス テープL40mg 間違えた医薬品 販売名モーラス テープ20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
238	ホクナリンテープ1mgのところを間違えて2mgを交付してしまっていた。翌日再診された際、2mgテープを貼付されているのを処方医が発見。患者には副作用等起きなかった。	処方せんの見間違い	複数規格あるものは調剤時に鉛筆でチェックをつける	確認を怠った報告が遅れた(怠った)連携ができていなかった ルールの不備	処方された医薬品 販売名ホクナリン テープ1mg 間違えた医薬品 販売名ホクナリン テープ2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
239	規格違い	処方元の通常の規格だと勝手に思い込んだ	薬歴に規格違いの処方ありと記載	医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名ベザトール SR錠100mg 間違えた医薬品 販売名ベザトール SR錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
240	リクシアナ60mgのところをリクシアナ30mgで集薬。監査で気がついた。	○単純なミス	規格の確認を徹底する	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リクシアナ 錠60mg 間違えた医薬品 販売名リクシアナ 錠30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
241	ユリーフOD錠2mgで処方のところ、ユリーフOD錠4mgで調剤した。投薬時に薬情を確認し、気付いて調剤しなおして交付した。	ユリーフOD錠2mgの処方が1人だけで、他の患者には4mgが出ているので、よく確認せずに調剤してしまった。○処方せんの見間違い○注意力散漫	特記事項に注意喚起を記入。薬歴に注意喚起の付箋と写真を添付した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユリーフOD錠2mg 間違えた医薬品 販売名ユリーフOD錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
242	処方箋をもとに調剤し、自宅に届ける直前に電話連絡した。その際訪問看護師より薬が変更になった旨を伝えられたとこのことを聞き、確認。当初Do処方と思って準備していたが訪問看護師との電話連絡でネキシウム10mgに変更になったことを確認。一包化しなおしてご自宅に届けた。	今回は第三者による確認を飛ばした、作業手順の不履行によるものと単純なミスが重なったものと考えられる		確認を怠った勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる身体的条件下にあった 通常とは異なる心理的条件下にあった コンピュータシステム 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ネキシウム カプセル10mg 間違えた医薬品 販売名ネキシウム カプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
243	アドナ錠10mgのところ、アドナ錠30mgで調剤、投薬。交付後、別の薬剤師が気がつき、患者 服薬前に交換。		監査、確認を徹底させる。	確認を怠った その他チェックミス	処方された医薬品 販売名アドナ錠10mg 間違えた医薬品 販売名アドナ錠30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
244	アイミクスHDとLDのとり間違い。監査時に気がついた。	思い込み。○単純なミス ○注意力散漫	配合錠の規格について再度確認した	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アイミクス 配合錠HD 間違えた医薬品 販売名アイミクス 配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

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	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
245	パファリン330が処方されていたがパファリン81を集薬。パファリン81の処方の方が圧倒的に多いため、確認を怠った。	○単純なミス ○注意力散漫	全ての薬剤で規格を確認することを確認した。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名パファリン 配合錠A330 間違えた医薬品 販売名パファリン 配合錠A81	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
246	一包装処方処方箋は2次元バーコードの無い処方箋(普段は2次元バーコード入力が大半を占める)今回よりクレストール5mg→2.5mgに変更したが、事務員、薬剤師ともに気づかず調剤・交付。翌日レセコン入力の間違いが事務員により判明し、調剤ミスが判明。服用前に交換できた。	しばらく同じ処方が続いており、繁忙時間での一包装、在庫不足もあり、さらにレセコン入力を基とした調剤監査システムも通過。患者からの薬剤変更の話もなかったことも遠因と思われる。○作業手順の不履行	レセコン手入力は再度確認方法の徹底、薬剤師は力価の確認の徹底	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名クレストール錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名クレストール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
247	ボグリボースOD錠0.2mg「MEEK」処方すべき処、ボグリブースOD錠0.3mg日工で調剤	患者と確認するも思い込みがあり、間違いに気づかず交付。		判断を誤った 通常とは異なる身体的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ボグリボースOD錠0.2mg「MEEK」 間違えた医薬品 販売名ボグリボースOD錠0.3mg「日工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
248	一般名処方でアルファカルシドール錠0.25μg1錠処方のところ、0.5μg1錠と誤って入力。調剤、監査時にも気付かずお渡し後に窓口で気づき、0.5μg0.5錠で調剤しなおしてお渡した。	カルフィーナ0.25μg錠は在庫しておらず、0.5μgが汎用されていた。	監査を徹底する。薬品棚へ0.25μg規格あることを明記。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名カルフィーナ錠0.25μg 間違えた医薬品 販売名カルフィーナ錠0.5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
249	顆粒と細粒の判断をしていなかった。ほとんどが顆粒の記載の処方が多く、細粒を扱うことが少ないために、顆粒を取りそろえてしまっていた。最終的に薬歴の前回処方から細粒であることを確認して取りそろえなおし、投薬には至らずに済んだ。	顆粒の処方ばかりで細粒の一般名処方をあまり取り扱ってなかったことが背景にあると思われる。	規格の確認を徹底することとし、在庫パッケージに顆粒と細粒の規格があることを記載したシールを貼付した。	確認を怠った その他単純ミス	処方された医薬品 販売名アズレン・グルタミン配合細粒「EMEC」 間違えた医薬品 販売名ルフレン配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
250	複数の薬を一包装の患者。ジゴキシン0.25mgをハーフジゴキシン0.125mgで手巻き・発行した。	直前の調剤で「ジゴキシン0.125mg」でハーフジゴキシン0.125mgを調剤したため、同じものだと思い込んでしまった。一包装の患者だったため、ポリムスは実施していない。	手巻き用のジャーナルと薬剤の付け合せでも鉛筆チェックでダブルチェックを行う。薬名だけでなく規格まで確認する。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名ジゴキシン0.25mg 間違えた医薬品 販売名ハーフジゴキシンKY錠0.125	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
251	1包装作製する為のピッキング時に、テラムロ配合錠AP(日工)をピッキングする所を、誤ってテラムロ配合錠BP(日工)をピッキングした。その後の1包装作製時に処方箋とヒートの確認を怠ったため、そのまま1包装を作製し、1次監査時に問題が判明した。	背景としては以下の4点が考えられる。処方薬がRp.10まであり、ピッキング数が多かった点。処方せんが集中した時間であり、焦りが生じた点。実習が始まって1ヶ月しか経過していなかった点もあり、薬品棚を十分に把握していなかった点。1包装をピッキング後に行う必要があったため、注意散漫になっていた点。	Rp数が多いときは特にRp順に薬を薬品棚からとる。処方せんと薬品棚の札とで相互確認を行ってからピッキングする。処方せんとヒートで相互確認を行う。1包装作製時に処方箋とヒートの薬品名を確認してから1包装を行う。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名テラムロ配合錠AP「日工」 間違えた医薬品 販売名テラムロ配合錠BP「日工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
252	錠剤の規格違い	処方元の採用品目の思い込み	2規格存在することが判るように錠剤の配置換え	確認を怠った 施設・設備	処方された医薬品 販売名カロナール錠300 間違えた医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
253	患者がいつもとは違う病院にかかったが、いつもと同じ点眼液という思い込みで調剤0.3%と記載の処方箋を0.1%で入力、調剤した。投薬時、当該薬剤師により本人に確認していつもの0.1%希望を先生には伝えたとの回答をえた。医師に疑義照会し0.1%の処方に変更し投薬した。	思い込みによる処方箋の確認を怠った	二重監査の徹底、レセコン画面の確認の徹底	確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名ヒアルロン酸Na点眼液0.3%「ファイザー」 間違えた医薬品 販売名ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
254	調剤者の出された医薬品「炭酸リチウム200mg」を「炭酸リチウム100mg」と思い込みそのまま患者に手渡してしまいました。	患者が「少しつかえ」○焦り○注意力散漫になり「炭酸リチウム200mg」を「炭酸リチウム100mg」と思い込み○単純なミス を犯してしまいました。	患者と一緒に 薬品を見せ 確認して 薬を 手渡します。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名炭酸リチウム錠100mg「アメル」 間違えた医薬品 販売名炭酸リチウム錠200mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
255	レルベア100の14吸入が処方されていたが、30吸入で調剤。監査者が気がつき、調剤しない投薬を行った。	薬局に30吸入しか扱いが無かったため、思い込みで調剤。週1回しか勤務してないものが調剤したため、注意が足りなかった。○注意力散漫	最後の規格までよく確認し調剤するよう、当該者も含め全員に周知徹底を行った。	確認を怠った 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった 医薬品	処方された医薬品 販売名レルベア100エリブタ14吸入用 間違えた医薬品 販売名レルベア100エリブタ30吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
256	9月までは一般名ファミチジン(20)1Tだったが、10月の往診処方から一般名ファミチジン(10)1Tに減量になっていた。気付かずファミチジン(20)「サワイ」1Tを他の薬と一緒に14日分一包装調剤し、その5日後に居宅療養管理指導で訪問した。訪問から9日後の往診処方を受け付けた時に前回から減量になっていたことに気付いた。	訪問日の前日が祝日だったため普段より忙しく焦りがあり注意力散漫だった。医療機関から、体調かわりないと患者情報をもらっていたので、処方変更がないと思いついてしまった。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ファミチジン錠10「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ファミチジン錠20「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
257	酸化マグネシウム錠(330)「ヨシダ」をお渡しするところ、酸化マグネシウム錠(250)「ヨシダ」でお渡ししてしまった。日内棚卸し時、在庫が合わず判明。該当患者へ連絡し、謝罪。正しいものと交換した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」 間違えた医薬品 販売名酸化マグネシウム錠250mg「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
258	一般名ヒアルロン酸Na点眼液0.3%をヒアレイン点眼液0.1%で調剤してしまった	処方箋の規格をよく確認せず思い込んで調剤した	処方箋の規格をしっかりと確認する	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.3% 間違えた医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
259	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」で処方されたが、薬局の在庫がなく、他のGEメーカーに変更。入力の際に、システム上に他のものに変換しようとしたがタイホウ以外のメーカーが出てこず、不審に思ったが患者から急ぐようクレームがあり、そのまま手入力してお渡し。その後、再度確認するとタイホウは温感だと判明。薬局在庫の三和のものは冷感のため、すぐに患者に連絡を取り回収。正しいものをお渡しした。	システム上で出てこなかったにも関わらず、確認を怠った。早くするようクレームがあった為、あわてていた。		確認を怠った 判断を誤った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ50mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
260	「ヒルドイドクリーム」の処方後後発品調剤を行う際に在庫薬剤を確認していた薬剤師が「ヘパリン類似物質油性クリーム」を「ヘパリン類似物質」と呼称、薬価本で確認していた薬剤師は在庫している薬剤が「ヘパリン類似物質クリーム」と思い込み後発品として使用できると判断。監査薬剤師は処方箋記載が「ヒルドイドクリーム」、調剤された薬剤が「ヘパリン類似物質油性クリーム」と何れも製品名に「クリーム」が付いている事、また同効薬のW/O型製剤の先発品名には「ヒルドイドソフト軟膏」と「軟膏」の文字が付いている事から「ヒルドイドクリーム」の後発品は「ヘパリン類似物質油性クリーム」と勘違いする。薬剤師は一時患者の手に渡るがレセコンの入力に違和感を感じた事務職員が再度確認し、「ピーソフテンクリーム」で再度調剤を行い薬剤を交換する。	普段使用しない薬剤の後発品を選択する際に複数の薬剤師が関わり且つその名称を正確に呼称していない事から各々の薬剤師が勝手に思い込み且つその確認を行わずに作業を進めた事が原因。また先発品にはその基剤により「軟膏」、「クリーム」の記載があるにも関わらず後発品には「クリーム」のみの記載となっている事を知らない事から判断を誤っている。	薬剤の名称を呼称する場合は必ず最後まで呼称する。普段取り扱いはない事などから判断しかねる。事案は他の職員に引き継ぐ。1つの作業を複数のスタッフで行わない。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ピーソフテンクリーム0.3% 間違えた医薬品 販売名ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
261	一般名処方。先発希望の患者。アトルバスタチン錠5mgが処方されていたが、リビートル錠10mgを交付していた。患者本人が服用前に気付く連絡してきた。	薬袋1枚でいいと言われていた患者。朝食後3品目と夕食後1品目の薬をいつも一つの薬袋に入れている。その為薬袋には患者名しか記されており、薬袋の印字と付け合わせる最終確認できなかった。作業手順の不履行があった。	忙しい時、作業手順を守る。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リビートル錠5mg 間違えた医薬品 販売名リビートル錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
262	患者は長年、本薬局で調剤をうけている。約7年、「一般名ラベプラゾールNa10mg(調剤はバリエット10mg)」の処方を受けており今月初旬から20mgへ増量になっていたが気づかずにバリエット10mgで誤投薬した。今回の処方分で20mgへ増量になっていることに気づき、まさかと思い前回処方分を確認したところ20mgへ増量になっていることが判明した。患者へ確認したところ前回から20mgへ増量すると医師から説明をうけていたし、そのことには気づいていたのでバリエット10mg×2錠で服用していたとのこと。ちなみに今回処方分の、「一般名ラベプラゾールNa20mg」はバリエット20mgの在庫がなく患者の了解の上ラベプラゾールNa20mg「ケミファ」で投薬した。	開局時間は8時30分からであり、患者の受付時刻は8時33分だった。勤務形態的に8時30分～9時までは薬剤師が完全に一人で受付、調剤、レセコン入力、監査、投薬をすべて一人で行う状態だった。薬剤は14種類と多く、約3年くらいはほぼ処方の変更はなかった。開局時間とほぼ同時の来局、一人での業務だったこと、薬剤の種類が多かったことからあせりがあった。長年Do処方だったことから確認を怠った。○処方せんの見間違い、○焦り、○注意力散漫	忙しい時にあせってしまうことは今後も変わらないと思うので多数規格あるものは必ず処方箋の規格の指差しと声出しを行い、癖をつける。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールナトリウム錠20mg「ケミファ」 間違えた医薬品 販売名バリエット錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
263	一般名処方でロキソプロフェンNaテープの温感タイプが処方されていたが、冷感タイプのロキソニンテープをお渡ししてしまった。その後 在庫が合わないため間違いが判明、取り換えさせていた。	同じ成分のため 最後まで処方箋を確認することなく思い込みで調剤してしまった、単純なミス。	注意喚起	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」 間違えた医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
264	前回までのシュアポスト錠0.25mgで今回より0.5mgへ増量になっていたが気付かずお渡ししてしまう。	シュアポスト錠がこの患者にしか使用されていなかったため、処方入力、処方監査、投薬した関わらずすべての人が前回と同じ薬と思い込んでしまった。○注意力散漫	専用の薬の場合も名前だけではなく、規格の増減がないかしっかりと確認する。また普段取り扱わない薬も規格の知識取得が必要。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名シュアポスト錠0.5mg 間違えた医薬品 販売名シュアポスト錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
265	タケキャブ20mgを調剤するところ10mgで処方入力、気づかずそのまま調剤し交付	入力者の確認ミス。一文字鑑査を怠ったことによるミス	入力の際も一文字ずつ確認。調剤者も一文字鑑査を徹底	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠20mg 間違えた医薬品 販売名タケキャブ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
266	ブラザキサ110を調剤する予定が、ブラザキサ75を調剤。患者が服用する前に気づき、ご自宅に行き、交換しました。	確認不足	指さし確認と薬袋の印字と再確認	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ブラザキサカプセル110mg 間違えた医薬品 販売名ブラザキサカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
267	エチゾラム錠1mgの処方なのだが、0.5mgで調剤。その後、気付いたためご本人宅に交換	確認不足	指さし確認と薬袋の印字と再確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エチゾラム錠1mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠0.5mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
268	イーケブラ(500)、(250)の2規格が処方されていたがどちらも500mg錠で調剤・投薬してしまっていた。後日患者本人より申し出があり、交換しに患者を訪問した。	計数に気をとられてしまった。イーケブラの錠剤は規格違いで外觀が異なるが、PTPの裏面は外観に大きな違いがなくピッキングミスが起きたまま調剤、監査を行ってしまい、投薬してしまっていた。投薬時にも発見することができなかった。○単純なミス ○注意力散漫	PTPデザインが似ているものについては表面＝錠剤が見えるように薬袋に調剤する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名イーケブラ錠250mg 間違えた医薬品 販売名イーケブラ錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
269	処方箋は「セレコックス200mg」であったが、入力者・調剤者ともに処方頻度の多い「セレコックス100mg」と間違え、患者に交付してしまった。	初めて、セレコックス錠が処方される方。当薬局では、一般的な疼痛も含めて、セレコックス錠は100mgのものが処方されることが多く、200mgの規格のもの、まれにリウマチの患者様に処方される程度で、頻度が大変少ない。薬局内は混雑しており、2人薬剤師がいる中で1人投薬中であった。処方箋はセレコックス200mgの処方であったが、処方頻度が高いセレコックス100mgと間違えて入力してしまった。入力後Wチェックをしていたが規格の間違いには気付かなかった。調剤者もセレコックス100mgを調整してしまう。アテルノ導入済みだが、入力者・調剤者がお互いに100mgと間違えている為、アテルノ鑑査もすり抜けてしまい、最終鑑査の時点でも気付かなかった。よく話す方で、「リウマチかもしれないけれど、検査値が低いので、確定診断が出せない状況である」ことを服薬指導時に聴取。初めは100mgに疑問を持っていたが、詳細を確認する中で、リウマチ以外の疾患も疑っている状況であると判断し、100mg(リウマチの適応は100~200mg/回)の処方の疑いがなくなり、お渡ししてしまった。	アテルノをすり抜けてしまうケースとして、「処方頻度が少ないが、他規格あるもの」が考えられるため、処方薬のピックアップを行い、まとめてスタッフ間で注意喚起を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セレコックス錠200mg 間違えた医薬品 販売名セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
270	一般名でロキソプロフェンナトリウムテープ100mg(10×14cm温感)で記載されていたが、ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg(10×14cm非温)と勘違いして温感のロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」ではなく非温のロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」の取り間違い	処方箋の見間違い	思い込みをなくし2度以上確認の徹底する	確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
271	規格違いの薬剤を調剤	確認不足	規格の確認を、処方箋とチェック、薬袋に入れる時に再チェックと複数回、確認する	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アダラートL錠10mg 間違えた医薬品 販売名アダラートL錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
272	250mg錠を出すべきなのに330mg錠を出してしまった。	処方箋をよく見なかった。	250mg錠はまるで鉛筆でかこむ。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名酸化マグネシウム錠250mg「ヨシダ」 間違えた医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
273	オルメテック錠40mgからオルメテックOD錠40mgに切り替えることになり、オルメテック錠40mgとオルメテックOD錠40mgが同時に棚に存在していた。常勤薬剤師は既知であったが非常勤薬剤師には伝え忘れていたため、オルメテック錠40mgの処方箋を調剤した時に、オルメテック錠40mgとオルメテックOD錠40mgを混合して患者にお渡ししてしまった。事務員がレセコンのデータでは数が足りないことに気づき、判明した。その後すぐ患者に連絡を取り、取り替えさせてもらった。	オルメテック錠40mgが在庫がなくなり次第、オルメテックOD錠40mgに切り替えることを週2回勤務の非常勤薬剤師に伝えていなかった。またオルメテック錠40mgとオルメテックOD錠40mgの包装デザインが酷似しているため付きにくかった。	非常勤薬剤師は複数いて週2回半日勤務と少ないので、伝える機会が少ない。従来からある回覧に変更等の情報も記載。また薬の箱にも付箋紙でメモをはるなど対策を行った。	連携ができていなかった知識が不足していた医薬品ルールの不備	処方された医薬品 販売名オルメテック錠40mg 間違えた医薬品 販売名オルメテックOD錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
274	リスベリドン内用液1mg/ml「MEEK」1mlが処方された。1.0mlの分包品と0.5mlの分包品があるが、間違つて0.5mlの分包品を調剤した。GS1コードをバーコードで鑑査する調剤過誤防止システムを使っていたが、このシステムは分包品の違いまでは鑑査できない為、エラー反応が出なかったため、そのまま過信して確認を怠った。投薬する薬剤師が気づいて判明した。	調剤鑑査システムの盲点を、知らなかった。また鑑査システムを過信するあまり確認を怠った。	調剤過誤防止鑑査システムの欠点を勤務薬剤師に周知し、リスベリドン内用液1mg/ml「MEEK」の箱の表に付箋で規格注意のメモを付けた。	確認を怠った勤務状況が繁忙だったコンピュータシステム仕組み	処方された医薬品 販売名リスベリドン内用液1mg/ml「MEEK」 間違えた医薬品 販売名リスベリドン内用液1mg/ml「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
275	(一般名)ロキソプロフェンテープ100mg70枚 温感なのに 冷感のロキソプロフェンテープ70枚患者に交付しようとしたところ、寒いから温湿布試してみようと言われ、患者に交付前に発覚。	初めて温シップ交付され温の字が小さくて確認を怠った。単純なミス	しっかり処方箋の確認	確認を怠ったコンピュータシステム教育・訓練	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
276	「一般名」ボグリボースOD錠0.3mgが処方されたが、誤ってボグリボースOD錠0.2mgを調剤してしまった。患者が、帰宅後すぐ気づき、取り替えに来てくださったので、違う薬を飲むことはなかった。	この患者は、次回、胃の内視鏡検査をする予定で、抗血栓薬などが、一時休薬になり、その確認に気が取られすぎず、調剤ミスを鑑査が気づかなかった。	平常心を保って仕事に当たるように、心がける。	確認を怠った通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ボグリボースOD錠0.3mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ボグリボースOD錠0.2mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
277	カロナール200mgが処方されたが、レセコン入力時にカロナール300mgと入力し、さらに調剤した薬剤師も同時にカロナール300mgを調剤してしまったため、鑑査の薬剤師が、間違いを見落としてしまった。ただし、投薬時に間違いに気づき、患者には正しい薬が渡った。	2人の人間が、同時に同じ間違いをしたので、鑑査でのチェックで気づくことができなかった。	処方箋に基づいて、しっかり鑑査する、基本の徹底	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カロナール錠200 間違えた医薬品 販売名カロナール錠300	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
278	「一般名」ソルビデム酒石酸塩錠5mgと処方。ソルビデム酒石酸塩OD錠5mg「サワイ」で調剤するところ、ソルビデム酒石酸塩錠5mg「日新」で調剤していた。患者さんに渡す前に気付いた。	この方のみ患者希望でソルビデム酒石酸塩OD錠5mg「サワイ」で調剤していたが、通常多数調剤しているソルビデム酒石酸塩錠5mg「日新」で調剤していた。○単純なミス	思い込みで調剤しない。	確認を怠った判断を誤ったその他思い込み	処方された医薬品 販売名ソルビデム酒石酸塩OD錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ソルビデム酒石酸塩錠5mg「日新」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
279	(一般名)オルメサルタン口腔内崩壊錠10mg錠1xの処方。ジェネリックが発売になり今回からジェネリックに変更調剤して患者に説明。2日後患者本人より「20mgの薬が入っているが、飲んでいいですよ？」と問い合わせのTELが入り発覚。服用せず「すぐに正しい薬をお届けします」と患者宅に急いで向かい、正しい薬を飲んでもらった。	二人薬剤師でダブルチェックをしているつもりが、思い込みですり抜けてしまった。	薬は間違つて揃えられるという認識を持って鑑査することが大切。薬が変わった時は特に注意が必要だと認識する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
280	嚥下困難のため、できるだけOD錠を希望していただける患者で、同時に後発希望されていた。在庫している普通錠の後発品を一包化し、お渡し後気がつき、ご家族に連絡した。	繁忙時に薬歴の確認を怠った。	薬歴のコメント欄に記入し、目立つ色にした。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
281	メパロチン錠5mgを後発品に変更時ブラバスタチンNa錠10mgを投薬しそうになった。患者さんにお薬の確認をする時に気づいて、ブラバスタチンNa錠5mg「サワイ」と交換しお渡しした。	薬剤師が1人になった時だった。〇処方せんの見間違い〇焦り	ダブル監査の徹底 規格も含めて再確認	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ブラバスタチンNa錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ブラバスタチンNa錠10mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
282	一包化の調剤で、ワーファリン0.5mg錠のところ、ワーファリン5mgで作った。監査時に気付いた。			確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠0.5mg 間違えた医薬品 販売名ワーファリン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
283	一般名処方で、アムロジピン口腔内崩壊錠が処方されていたが、普通錠でピッキング。	〇単純なミス同じあすか製薬の製品で、普通錠と口腔内崩壊錠が採用されており、確認を誤った。	処方箋の確認。薬歴、印字後の薬情、薬袋写真と照らし合わせ、確認する。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「あすか」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
284	ミカムロBPが処方されたのに、ミカムロAPを調剤した。	ミカムロBPの患者さんは1人しかおらず、ミカムロAPがよくでると一般名処方患者が多い焦りから処方の内容の確認を怠った。	一般名処方は特に気を付けて、ダブルチェックできればトリプルチェックを徹底することを確認した。今回はダブルチェック時に気付いたため、このまま気を引き締めてしっかり処方せんを確認するようにする。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ミカムロ配合錠BP 間違えた医薬品 販売名ミカムロ配合錠AP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
285	ランタスXRソロスターの処方、ランタスソロスターで調剤	普段から処方量が多いのはソロスターのため、注意力がおろしている状況で確認を怠った	「XR」であることを、レセコン入力時や調剤時、監査時に確認できるようにコメントを印刷できるようにした	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ランタスXR注ソロスター 間違えた医薬品 販売名ランタス注ソロスター	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
286	ワイバックス錠0.5mgで調剤すべきところ、1mgで調剤し交付した。幸い患者本人への有害事象などはなかった。	監査の不備	規格までしっかりと監査する	確認を怠った技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ワイバックス錠0.5 間違えた医薬品 販売名ワイバックス錠1.0	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
287	ピソプロロール5mgを処方のところを、ピソプロロール2.5mgでピッキングしてしまった	確認不足	見間違いのないよう、ゆっくりと処方箋の文字を読む	確認を怠った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ピソプロロール fumarate 錠5mg「トーワ」 間違えた医薬品 販売名ピソプロロール fumarate 錠2.5mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
288	規格間違い	〇処方せんの見間違い	規格を注意する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ティアパランス点眼液0.3% 間違えた医薬品 販売名ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「わかもと」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
289	転院で来られた患者様。処方箋が【般】バルプロ酸Na徐放錠100mgのところ、【般】バルプロ酸Na錠100mgと入力を読み、調剤は徐放錠ではないバリリン100でされた。鑑査・投薬者ともに気付かず交付した。後日、入力間違いが発覚。医師に報告したところ、今回は普通錠とし、次回から徐放錠で処方することとなった。	処方入力鑑査がしっかりできていなかった。注意不足だった。投薬時でも入力のバリリン錠で調剤すると思い込んだ為、処方箋をしっかりと確認できていなかった。○注意力散漫	処方入力鑑査時、剤型や規格について処方箋との照らし合わせを徹底する。目で見ただけでなく、指差し確認、チェック入れなどを徹底する。転院時の処方入力にはミスが起こりやすいことを念頭に、処方箋をしっかりと確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名バルプロ酸Na徐放錠100mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名バリリン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
290	11月20日に一般名で、テオフィリン徐放錠200mg(24hr)と処方されていた。その際、テオドール錠200mgで調剤してしまっ。11月27日に再来局され、その際、処方にてテオフィリン徐放錠200mg(24hr)→ユニフィルのGEをお願いしますと指示有。調剤は前回と同じテオドールをピックアップしていたが、鑑査にてこのコメントに気づき、24hr製剤であることが分かった。そのため、今回からGEの在庫がないため、ユニフィル(患者も先発希望)を調剤した。	この病院では、テオフィリン徐放錠200mg(24hr)とテオフィリン徐放錠200mg(12~24hr)の一般名で処方があるところをきちんと確認せずに入力、調剤、鑑査とスルーしてしまっ。	同成分で、作用時間が違う薬剤の、一般名についての注意を再確認し、再発防止を図る	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ユニフィルA錠200mg 間違えた医薬品 販売名テオドール錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
291	メモリーOD10mg(1錠 夕食後)を含む一包化 30日分処方。処方せんを見ながら作成し交付した。後日、別の方にメモリーOD20mgの処方が出た際に、在庫が合わなかった。調査した結果、メモリーOD10mgのところを誤ってOD20mgで調剤してお渡しした可能性が高いと思われた。正しく作成したものを患者様自宅へ持参し確認したところ、誤って調剤していることが判明した。謝罪し、正しいものと交換した。誤って調剤した薬は服用前であった。	メモリーOD10mgは自動分包ではなく直接セットして分包する薬だったが、よく確認せず20mg規格をピックアップして分包調剤を行ってしまった。鑑査時、商品名の「メモリー」は確認したが、使用した錠剤シート及び裸錠の刻印の規格チェックが疎かになってしまった。投薬から鑑査へシフトしたばかりで落ち着き不足だった。○焦り○注意力散漫	分包調剤する場合は処方箋内容をしっかりと確認した上で調剤を始める。直接セットする薬をピックアップする際は、よく確認し、一包化調剤を行う。一包化錠剤の鑑査では、使用した錠剤シート及び裸錠の識別記号・刻印でしっかりと当該薬品・規格であることを確認する。投薬前にも、1包の中身があっているか、確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メモリーOD錠10mg 間違えた医薬品 販売名メモリーOD錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
292	テルミサルタンを20mgのところを40mgの規格をピックアップした	確認不足	指さして確認して調剤する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テルミサルタン錠20mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名テルミサルタン錠40mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	発注時にマスター選択を誤り採用していない50mgを注文し納品されていた。納品の時外観が25mgと酷似しているため薬学実習生がそのまま採用品の25mgの棚に入れてしまった。その後薬学実習生が調剤時にヒート調剤した裏面のシートもそっくりであったため鑑査の時に気が付かず交付してしまっ。後で空き箱を確認したところ50mgとなっていたことに気づき患者に連絡し服用前に交換した。	発注時のマスター選択ミスという単純なミスから納品、薬品棚への収納、調剤、鑑査とすべてにおいて採用規格外であるという点の確認が出来ていなかった。また、医療安全のため導入している監査システムポリムスを使っていなかった。	納品時の規格の確認、薬品収納時の確認、調剤、鑑査時の確認といった単純作業をしっかりと確認するとともに監査システムをきちんと運用することを徹底する	確認を怠った その他思い込みにより確認が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名25mgアリナミンF糖衣錠 間違えた医薬品 販売名50mgアリナミンF糖衣錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
294	一般名である【般】へパリン類似物質軟膏0.3%を処方されたが、誤って【般】へパリン類似物質クリーム0.3%である「ヒルドイドクリーム0.3%」を調剤しそうになった。	勉強不足だった。思い込みだった。		判断を誤った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった コンピューターシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3% 間違えた医薬品 販売名ヒルドイドクリーム0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
295	OD錠で交付するところ、普通錠を調剤した			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ユリーフOD錠4mg 間違えた医薬品 販売名ユリーフ錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
296	アローゼン顆粒2g(0.5g×4)希望のところ、アローゼン顆粒2g(1g×2)で調剤し、気が付かず鑑査に回してしまっ。	処方箋には1包0.5g希望の記載が無かったため。		判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アローゼン顆粒 間違えた医薬品 販売名アローゼン顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
297	普通錠のジェネリック希望のところ、OD錠のジェネリックで調剤、鑑査をしてしまい、投薬時患者さんに説明をしている途中で気づき、再調剤、再鑑査を行った。	ロケーションが近い為、誤って調剤してしまっ。		判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
298	クロビドグレルの規格を間違えて、高用量で分包してし、交付してしまった。翌日になって規格の違いに気が付き、患者に連絡し、取り換えた。幸い残薬があり、間違った薬は服用されていなかった			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名クロビドグレル錠25mg「SANNIK」 間違えた医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg「SANNIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
299	ルフレン顆粒 1.5g 分3 毎食後の処方があり、1回0.5gを調剤するところ、0.67gのシートを1日3包で交付してしまった。0.67gはシート包装を在庫しており、服用されるため、思い込みにより調剤してしまった。ところが患者と全く連絡が取れず、処方元医院へ連絡した際に、主治医が、0.67gを1日3回の服用でよいと、処方変更を行ってくれた。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ルフレン配合顆粒 間違えた医薬品 販売名ルフレン配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
300	処方箋を見て調剤したが、普通錠とOD錠のロケーションが近いため誤って調剤し、確認不足のまま鑑査へ回してしまった。	ロケーションが近いため。		確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名クレステール錠5mg 間違えた医薬品 販売名クレステールOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
301	一般名処方。OD 錠で調剤すべきところ、見間違えて普通錠で調剤してしまった。患者の指摘で気が付いた。取り換えた			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「ケミアファ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「ケミアファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
302	混雑時に確認を怠ったため、鑑査でも気づくことが出来なかった。交付時、患者からの指摘により発見することが出来た。	混雑していた為、注意力散漫になっていた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名リビートル錠10mg 間違えた医薬品 販売名リビートル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
303	規格を間違えてピッキングされており、監査もそのまま行って、間違った薬を渡してしまった。患者からの連絡で気が付いた。取り換えた。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名エチゾラム錠1mg「アメル」 間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠0.5mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
304	ザクラスHD錠28錠をお渡しするところ、間違えてザクラスLD錠26錠と、HD錠2錠をお渡ししてしまった。規格を間違えた上に、規格違いを混在させてしまい、気が付かず交付する2重のミスが重なった。交換に伺った			勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ザクラス配合錠HD 間違えた医薬品 販売名ザクラス配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
305	バルサルタン錠40mgを他の薬と一包装するに当たり、ピッキング者、分包者の時点で規格違いに気付けないままバルサルタン錠80mgで調剤してしまった。鑑査の時点で気付くことができた。	普段80mgの方がよく処方されており、思い込みで調剤してしまった。分包者も確認が足りなかった。単純なミス	思い込みでなく、単位をしっかりと確認し、慎重に調剤していく。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名バルサルタン錠40mg「サンド」 間違えた医薬品 販売名バルサルタン錠80mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
306	OD錠と普通錠を間違えて分包機のカセットに入れてしまった。機械が動かず、気が付いて取り換えた			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった ルールの不備	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「ケミアファ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「ケミアファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
307	規格を間違えて投薬。監査の時点で気が付かなかった			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名マグミット錠330mg 間違えた医薬品 販売名マグミット錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
308	OD錠でお渡しするところを間違えて普通錠でお渡しした。OD錠と記載されているのを見落とした			確認を怠った 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「あすか」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
309	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ビルシカイニドカプセル(50)」と記載されていた。薬剤師Aは「ビルシカイニドカプセル(25)」を調剤して一包化してしまいが、誤りに気付かずそのまま監査に回した。監査にあつた薬剤師Bは、誤って調剤されていることに気付き、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aは正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。	前回の処方、「ビルシカイニドカプセル(25)」であった。今回から、50mgに変更になっているのを見落としてしまった	入力とイーターを使用する前に、立ち止まって再確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名ビルシカイニド塩酸塩カプセル25mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
310	同じ医薬品の規格誤り	確認を怠った処方せんの見間違い	分包スタート前には、医薬品名、規格を再度確認する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レボプロマジン錠25mg「アメル」 間違えた医薬品 販売名レボプロマジン錠50mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
311	一般名でアムロジピン錠になっていたし、普通錠の患者さんだという認識もあったのだが、引き出しを1個間違えて、OD錠を調剤していた。監査の段階で気がつき、交換。投薬にいたらなかった。	思い込みで調剤し、トレイに入れてあるお薬の確認を怠った。	処方箋との確認をしっかりと行う。	確認を怠った その他思い込みで調剤した	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠5mg 間違えた医薬品 販売名ノルバスクOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
312	ノルバスク錠2.5mgのところノルバスク錠5mgをピックアップ	ノルバスク5mgと思い込み○処方せんの見間違い○単純なミス	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名ノルバスク錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
313	デバス錠1mgのところ、デバス錠0.5mgでピックアップした。○10錠シート	処方箋よく見ていなかった。○処方せんの見間違い	処方箋よく見てピックアップします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名デバス錠1mg 間違えた医薬品 販売名デバス錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
314	一般名:アムロジピン2.5mg ノルバスク2.5mgのところノルバスク5mgでピックアップした。	先発品に変更することで頭がいつばいで規格まで見れていなかった。○処方せんの見間違い○焦り	処方箋の規格よく見てからピックアップします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名ノルバスク錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
315	プラバスタチン錠10mgから5mgに減量に前回から処方変更になっていたが、一包化のため、自動分包機のパソコンのデータ入力更新されていなかったため、前回の10mgのまま調剤してしまっただけ。監査でもそのまま見落としてしまった。薬歴記載時に気づき、電話連絡して調剤しなおす。残薬あったので、服用はされてなかった。	処方箋の名前だけを見て、思い込み調剤してしまっただけ。	処方箋と、分包機のパソコンと入力間違いが無いことを確認して調剤する。レセコンと連動していないので、処方変更の際は必ず調剤時に変更することとし、後回しにしない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プラバスタチンNa錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
316	血圧が下がっているため、アジルバ錠40mgから20mgに変更された処方箋だったが、以前の40mgの錠剤と思い込み、調剤する。在庫調べで、調剤間違いが分かったので、患者さんに連絡し、血圧も確認し、処方医にも連絡をする。持参して頂き20mgに変更する。	注意力散漫だった。	患者さんと血圧を確認し、処方を確認しながら再度監査して渡す。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アジルバ錠20mg 間違えた医薬品 販売名アジルバ錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
317	アムロジピン錠「サワイ」5mgから2.5mg錠に処方変更になっていたが、残薬を持参されていたので、前回と同じ5mgで調剤してしまっただけ。薬歴記載時に処方内容が減量になっているのに気づき調剤しなおして自宅にお届けする。	思い込みによる確認不足	あわてない、残薬は次回調整するようにする。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
318	「一般名」カルボシステイン錠500mgで処方だったが、250mgで監査をいってしまう。薬歴記載時に規格違いに気づき、連絡服用前に交換しに行く	月末で、気ぜわしくしていた。怠慢	処方箋、薬袋もキチンと確認して薬をお渡しする。集中する	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「JG」 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
319	ナゾネックス112噴霧処方のところ56噴霧で調剤	通常ナゾネックス56噴霧しか処方がない在庫のみ置いていた。普段応需していない病院から112噴霧が処方されたため規格の確認がおろそかになった。	規格の確認	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ナゾネックス点鼻液50μg/12噴霧用 間違えた医薬品 販売名ナゾネックス点鼻液50μg/56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
320	規格違いの容量での処方。ベンタサ顆粒、1包につき1000mg・2000mgの2種類があるが、当該処方日以前の処方では2000mg/包、当該処方日分は1000mg/包規格違いに気づかず2000mg/包で調剤、患者に渡す前に規格違いであることに気づく。患者に確認したところ変更は聞いていない。処方元へ確認したところ、処方箋の記載ミスだった。	顆粒の分包品は規格違いがあることを見落としやすい。変更がないと思いついて調剤してしまう。	ベンタサ顆粒については規格違いの注意喚起。その他、分包品についても注意喚起を行う。既存品については規格違いがないかを事前に確認しておく。	確認を怠った 知識が不足していた 仕組み	処方された医薬品 販売名ベンタサ顆粒94% 間違えた医薬品 販売名ベンタサ顆粒94%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
321	セルタッチテープ70処方の所、セルタッチパップ70を調剤。調剤監査で発覚。	セルタッチテープは減多に処方が出ないので確認を怠った。	テープ	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セルタッチテープ70 間違えた医薬品 販売名セルタッチパップ70	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
322	他科処方箋受付。受付時は薬局内混雑かつ薬剤師1名、事務員1名であった。Do処方だと思い込んで入力したが、実際はハイゼット(25)からハイゼット(50)へ変更になっていた。監査システムのポリムスを導入しているが、入力者と調剤者が同一人物であった為、誤りに気が付かなかった。最終監査時もミスに気付かず交付。後日、別の薬剤師が処方箋をチェックしている時に誤りに気が付き患者様へ連絡した。幸い服用前だった為、正しい薬剤との交換対応に応じて下さった。	他科処方箋のためQRコード読み取りが出来ず不慣れな手入力だった事、入力者と調剤者が同一であったため監査システムを通り抜けてしまった事、混雑時の焦りと入力への信頼から最終監査が疎かになっていた事が相まって起こったと考えられる。	特に他科処方箋(手入力)の時は入力者と調剤者を別の人物にする。最終監査時、混雑時であっても処方箋と入力の照らし合せを徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ハイゼット錠25mg 間違えた医薬品 販売名ハイゼット錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
323	規格まちがい	薬棚が新しく入り、薬を移動したばかりで、また、紙薬歴から電子薬歴に変更したばかりで、取り違えてしまった。1包化の患者様で、1包化した後、監査時に間違いに気づいた。	処方箋を規格単位まで指さし確認する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ビソプロロール fumarate 錠 2.5mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ビソプロロール fumarate 錠 0.625mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
324	メキシチール(50)3C 分3をジェネリック希望している患者様の調剤。メキシチレン(50)「日医工」を調剤するところを、メキシチレン(100)「日医工」で調剤。	調剤終了時に自動監査システムでバーコードを読み取った際、エラー音が鳴った。システム導入後、マスター不備が原因で、薬は合っているのにエラーになるケースが多々あり、今回もその現象が生じたと思い再確認しなかった。再度読み取りを行ったが、エラー音が鳴るため、原因は何か監査者に相談したところ、規格違いを指摘された。前歴チェック時からあまり調剤100mgの在庫を探さないとはいけなと思い込んで調剤に入った。	自動監査システムのエラー音につながるマスター不備を解消する。エラー音=取り違えの認識を捨てない。エラー音が鳴ったら処方箋コピーでWチェックを行う。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名メキシチレン塩酸塩カプセル50mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名メキシチレン塩酸塩カプセル100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
325	メグルコ500mg錠処方をメグルコ250mgで調剤。患者の指摘により間違え発見。正しいもので再調剤。	患者の来局が集中し忙しい時間帯だった。調剤を急ぐあまり処方せんの規格を見誤った。	忙しくても、焦らず丁寧に調剤を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メグルコ錠500mg 間違えた医薬品 販売名メグルコ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
326	9月12日に院外処方箋を応需、調剤。次回来院時11月15日に規格が前回と変更になっていると気づき、前回の処方箋内容を確認したところ、もともと50mg規格で処方されていたものを25mgで調剤していたことに気づく。	当薬局にはカリジノゲナーゼ錠は25単位のみ在庫しており、50単位規格があることを知らずに調剤した。また当薬局では入力したデータと用意した薬を照らし合わせるカメラ付き監査システムを導入しているが、入力データそのものが間違いであったためカメラを通して間違いに気づけなかった。漢方薬の処方があったが、在庫しておらず手配に気がとられてしまったことが普段通りのチェックをできなかった要因と考える。 ○作業手順の不履行	在庫のないものの手配をするスタッフと、調剤を監査するスタッフを別にする ことで心理的切迫感のない状態で監査する環境にする。	確認を怠った 知識が不足していた 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名カリジノゲナーゼ錠50単位 「トロー」 間違えた医薬品 販売名カリジノゲナーゼ錠25単位 「日工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
327	処方箋は酸化マグネシウム250mgケンエー採用はマグミット250mg間違えて調剤は酸化マグネシウム330mgケンエー	最後にチェックシートで入力と調剤薬を合わせているが見落とし○単純ミス	入力と合わせる時名称と規格両方を必ずチェックする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名マグミット錠250mg 間違えた医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg 「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
328	ブランドルカスト112.5mg 4錠分2の一般名処方、ブランドルカスト225mg「EK」4錠分2の内容で調剤を行い、服薬指導時に気が付いた	先発品のオノンには112.5mgの規格しかないため、調剤頻度の少ないブランドルカスト「EK」に225mgの規格があること自体、認識が漏れていた	職員への事例通達及びシステムによる用量チェックがかかる設定へ変更	知識が不足していた 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名ブランドルカスト錠112.5「EK」 間違えた医薬品 販売名ブランドルカスト錠225「EK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
329	マグラックス300の処方間違えてマグラックス330を渡していた。次の来院時に気づき、謝罪、体調は問題なくその後の処方はマグラックス330となる。	確認を怠った。当薬局に採用のない規格だった。	規格をよく確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名マグラックス錠300mg 間違えた医薬品 販売名マグラックス錠330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
330	ユニシアLDの処方間違えてユニシアHDを渡した。患者より連絡ありおわびして交換した。	確認不足。チェッカーはクリアしていた。	チェッカーの誤取を箱でなくシートです。ピッキングと鑑査を慎重にする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユニシア配合錠LD 間違えた医薬品 販売名ユニシア配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
331	デバス1mgで渡すところをデバス0.5mgを渡した。後で処方箋と調剤録の突合せ時に事務員が気づき連絡して交換した。	デバス0.5mgの処方が多いので間違えた	規格を再確認する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名デバス錠1mg 間違えた医薬品 販売名デバス錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
332	グラクティブ錠100mgと25mgを間違えて投薬した。			判断を誤った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名グラクティブ錠100mg 間違えた医薬品 販売名グラクティブ錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
333	ティアバランス点眼液0.3%処方のところ、0.1%の規格違いでお渡ししてしまった。	確認不足により、通常処方量の多い0.1%をお渡ししてしまった。	スタッフ全員に事例報告し、今月インシデントが3件目になる為、処方箋を十分確認するよう特に注意する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ティアバランス点眼液0.3% 間違えた医薬品 販売名ティアバランス点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
334	一般名 プラバスタチンNa錠 10mgが処方されていたが、プラバスタチン5mg「サワイ」を調剤、監査してお渡ししてしまった。患者さんが気づいて、薬局に来てくださり、すぐ10mg錠に交換。間違った薬を服用することはなかった。	調剤ミスを監査の人間がチェックできなかった。お昼休み前後の一番忙しい時間帯で、集中力がなかったと思われる	忙しくても、落ち着いて仕事をできるように気をつける	確認を怠った	処方された医薬品 販売名(般)プラバスタチンNa錠10mg 間違えた医薬品 販売名プラバスタチンNa錠5mg 「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
335	【般】ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg 1錠/14日分 * 2.5mg錠でお渡し	単純なミス(ほとんどの患者様が2.5mgのため、「ピソプロロールフマル酸塩錠」という名称を見たときに2.5mgしか頭に浮かばなかった。)	規格違いが存在することを目立つよう貼付。また、該当患者様の薬歴を開いた時に、注意事項としてポップアップされるよう設定。	確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
336	処方箋はフルニトラゼバム2mgできていたが、1mgで渡してしまっ。1錠分服用されたが、問題なし		コピー処方箋に規格にチェックを付けて確認薬歴を確認し、増量や減量になった背景を確認する	確認を怠った 記録などに不備があった 技術・手技が未熟だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名フルニトラゼバム錠2mg「アメル」 間違えた医薬品 販売名フルニトラゼバム錠1mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
337	プレタールOD100mgのところ50mgで調剤、投薬	薬品名のみ確認、規格確認を怠った 奥様とりにみえたので、薬袋に入れてお渡した	確認の徹底	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プレタールOD錠100mg 間違えた医薬品 販売名プレタールOD錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
338	グリメピリド0.5mgNPのところ日医工で投薬	日医工を日常的に使用していた	薬歴の確認の徹底	確認を怠った 連携ができていなかった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名グリメピリド錠0.5mg「NP」 間違えた医薬品 販売名グリメピリドOD錠0.5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
339	H29/11/24: 処方内容はロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」だったが入力はロキソニンテープ50mgだった。この薬剤ではタイホウ製品が温感ということを知ってはいしたが屋号を認識できずに鑑査終了し非温感タイプのまま投薬した。 H29/12/11に同じ内容の処方を受け同様にロキソニンテープで入力がされていた。 H29/11/24の時と別の薬剤師が鑑査時に、「タイホウ」なので温感では?と気づき、前回の処方を確認したところ前回間違えて投薬していたことが分かった。幸い患者の症状(五十肩)は改善していてもう受診しなくてもよいと処方医にも言われていた。	患者は先発希望で事務員も温感と非温感で別物という事を知らなかったため入力のミスが発生した。鑑査・投薬者も屋号がタイホウだったことに意識が向いていなかったとのこと。	薬局全体として温感タイプ、非温感タイプは別物という事を周知して、鑑査者も屋号をよく見るよう指導した。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」 間違えた医薬品 販売名ロキソニンテープ50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
340	内科を受診した患者が来局した。グラクティブ100mg分1朝食後とあったのをグラクティブ50mgで調剤した。他薬剤師が処方箋を見て間違いに気づき、正しく処方した。	御主人と二人で処方せんをもってこられた。二人とも新患、多剤処方。ご主人にはグラクティブ50mgが処方されていたのもあり、確認の怠り。○処方箋の見間違い ○処方医薬品の多さ ○単純なミス調剤ミスをした。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名グラクティブ錠100mg 間違えた医薬品 販売名グラクティブ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
341	患者は以前より継続的に来局。今回も従前どおりの処方。一般名ケトプロフェンテープ40mgで記載されていたが、はん忙であったため薬剤師Aが処方元医療機関にて多用されているケトプロフェンテープ20mg「BMD」と思い込み調剤。鑑査にて薬剤師Bが処方薬と異なる規格の薬剤であることに気づき、薬歴を確認。従前より調剤されている薬剤はパテルテープ40mgであり、同薬剤で問題ない旨を患者に確認。薬剤師Aが改めてパテルテープ40mgを調剤、薬剤師Bが鑑査・確認し患者に交付した。			確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名パテルテープ40 間違えた医薬品 販売名ケトプロフェンテープ20mg「BMD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
342	コカールDS0.5g分包のところ1g分包でお渡し	違和感があったが確認を怠った。確認不足。	コカールの箱に0.5g、1gと目立つように注意喚起	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 通常とは異なる身体条件下にあった	処方された医薬品 販売名コカール小児用ドライシロップ20% 間違えた医薬品 販売名コカール小児用ドライシロップ20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

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	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の 情報	
343	アマルエツ2番のところ1番で調剤	Doだったので確認を怠った。	交付時再確認する	確認を怠った 技術・手技が未熟 だった	処方された医薬品 販売名アマルエツ ト配合錠2番「DS EP」 間違えた医薬品 販売名アマルエツ ト配合錠1番「DS EP」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
344	10錠シート	単純なミス		確認を怠った 勤務状況が繁忙だっ た	処方された医薬品 販売名メハロチン 錠5 間違えた医薬品 販売名メハロチン 錠10	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
345	一般名：ヘパリンクリームに対する調剤を 行った。油性クリーム的一般名が軟膏で あることを認識していなかった。	一般名と商品名のつながりができていな かった。	類似した一般名リストを作 成しており、追記を行っ た。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だっ た 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ビーソフテ ンクリーム0.3% 間違えた医薬品 販売名ヘパリン類 似物質油性クリー ム0.3%「日医 工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
346	5mgと10mgを間違えて調剤、2日後に 患者本人より電話あり。	疲労による注意力低下。	薬剤師会から任されている 仕事を減らす。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジビ ンOD錠10mg 「日医工」 間違えた医薬品 販売名アムロジビ ンOD錠5mg「日 医工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
347	ガスロンN・2mgが126錠処方されてお り、100錠の束(アルミ入り)と26錠をピッ キングした。その際、ガスロンN・2mgの 棚にガスロンN・OD2mgが1箱混入して いる事に気付かず、100錠をODの方で ピッキングしてしまった。その後、鑑査の 際に違う薬剤師が100Tの束がOD錠であ る事に気が付き、正しいものに訂正した。	ガスロンN2mgとOD2mgは、混在を防ぐ ために棚を別にしてあるが、検品後に 棚にしまう際に間違ってしまったと考え られる。ガスロンN2mgとOD2mgは外装 がかなり似ており、判別しづらい為、 ピッキングの際も気付けなかった。また、 ポリムスを導入しているが、ポリム スでは半端の26Tの方のシートのバー コードを読ませており、ポリムスでも間 違いに気付かなかった。	棚を遠くするだけでは不 十分なため、OD錠の棚に 注意喚起の札を付けた。	医薬品 施設・設備 仕組み	処方された医薬品 販売名ガスロンN 錠2mg 間違えた医薬品 販売名ガスロン N・OD錠2mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
348	一般名ピタバスタチンCa錠4mg処方のと ころ、誤って1mg錠で調剤。鑑査時に気が付 かず患者に交付し、患者からの指摘で発 覚。	鑑査時、名称・規格・メーカー名(後発品 の場合)を確認するが、複数の処方薬 のうち1剤の規格の確認が抜けていた。	調剤・鑑査時ともに、1剤 ずつ名称・規格・メーカ ー名(後発品の場合)の確認 を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピタバスタ チンCa錠4mg 「ファイザー」 間違えた医薬品 販売名ピタバスタ チンCa錠1mg 「ファイザー」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
349	錠剤の規格間違い	単純なミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピソプロ ロールフマル酸塩 錠5mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ピソプロ ロールフマル酸塩 錠2.5mg「日医 工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
350	キプレスチュアブル錠5mgを調剤すべ きところ、規格剤形違いがある事を考慮せ ずに、AGのモンテルカスト錠10mgを調 剤した。投薬後の確認で発覚。	○処方医薬品の多さ ○単純なミス ○ 焦り	それぞれシートデザイ ンが似ており、表面からは 分かりにくい。裏面が全く 違うので、裏面も良く見 て、カタカナ表記の薬剤 名もしっかりと確認する事 をルール化した。	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名キプレス チュアブル錠5mg 間違えた医薬品 販売名モンテルカ スト錠10mg「K M」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
351	処方変更が続いた後の内容。14吸入が メインで出ていた為、30吸入が処方され たことに気付かなかった。思い込み。	○処方せんの見間違い ○処方医薬品 の多さ	処方箋の規格まで読みあ げて確認する事。	確認を怠った その他処方変更が 続いた コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名レルベア1 00エリプタ30吸 入用 間違えた医薬品 販売名レルベア1 00エリプタ14吸 入用	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
352	エリキュース2.5mgの処方のところ、誤って5mgを調剤。鑑査時に気づき、すぐに正しい薬剤に交換した。	調剤者が、まだ経験が浅く、エリキュースの規格違いがあることを十分に認識していなかったことが、主な原因。また、ハイリスク薬であり、調剤時には十分に注意が必要であるということも、認識が足りなかった。	抗凝固剤などのように副作用のリスクが高く、その扱いにおいて十分注意が必要な薬剤は、研修等を通して理解を深めさせる必要がある。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名エリキュース錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名エリキュース錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
353	一般名処方されていたヘパリン類似物質油性クリームを、ローションで調剤し、交付時患者本人から指摘を受けた。	短時間に多くの患者が訪れ、ヘパリン類似物質ローションが立て続けに処方されていたため、当該患者もローションであるという思い込みから処方せんの一般名を最後までよく確認せず調剤してしまった。患者に指摘を受け間違いに気づき、正しい油性クリームに訂正して交付した。処方せんの見間違い。	一般名が長い場合でも、最後の一文字まで指差し確認する。	確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」 間違えた医薬品 販売名ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
354	カロナール300mg処方所の、200mgでピッキング	300mg処方生まれで、普段よく処方される200mgを思い込みによるピッキングした。	ピッキング前・後の監査の徹底。声出し確認の徹底。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カロナール錠300 間違えた医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
355	カ価違いの商品を手にとった	本日発売でどちらも変更していただいた	5と2.5の数字に丸をつけて確認を怠らないようにする	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
356	スミルテプ35mg70枚の所、70mg70枚で交付してしまった	煩雑な時間帯で確認が充分に出来なかった	しっかり処方せんを読み取る様に心掛ける	確認を怠った	処方された医薬品 販売名スミルテプ35mg 間違えた医薬品 販売名スミルテプ70mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
357	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」を調剤するところニフェジピンCR錠40mg「日医工」で調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンCR錠40mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
358	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」を調剤するところ250mgで調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」 間違えた医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
359	患者が糖尿病内科の処方せんを持って来局した。処方せんには「エクメット配合錠LD、2錠/1日2回朝夕食後、56日分」と記載されていたが前回と同じエクメット配合錠HDであると思い込みHDのままで入力した。調剤時にも誤ってピッキングしエクメット配合錠LDで調剤するところHDで一包化調剤してしまった。鑑査でも誤りに気付かずそのまま交付した。	残薬調整希望の申し送りがあり内容確認に気を取られHD→LDの変更を見落としてしまった。薬袋作成時と一包化調剤時においても入力間違いを見落とし、ピッキングも間違えてしまった。	残薬調整時において、数量の確認だけでなく処方変更があることを留意して行う。HD、LD等見誤りやすい記載の確認は十分に行うようにする。処方せん入力時、薬袋作成時、一包化調剤時、鑑査時等すべての段階で注意を怠らない。処方鑑査時の見落としの可能性のあることにも注意を払って検薬にあたる。	確認を怠った 連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名エクメット配合錠LD 間違えた医薬品 販売名エクメット配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
360	1.0g/包で渡すところを0.5g/包で渡していた		患者さんに渡すとき実物を見せて間違いがないか確認してもらう。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム仕組み	処方された医薬品 販売名酸化マグネシウム「NP」原末 間違えた医薬品 販売名酸化マグネシウム「NP」原末	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
361	今まで長くシップの規格が100mgだったものが今回50mgに変更になっていたのを、レセコン入力の事務員、薬を用意した事務員、監査した薬剤師の3名ともが見逃してしまい、患者さんに投薬してしまった。患者さんも何も言われなかった。午後からの事務員が処方箋の確認作業の中で間違いに気づき、患者さんに電話連絡後、自宅訪問し正しい薬と交換した。先入観による○単純なミス	○単純なミス	先入観にとらわれず確認作業を怠らない。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェナトリウム テープ50mg「タイホウ」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェナトリウム テープ100mg「タイホウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
362	アデホス腸溶錠60mgを調剤すべきところ、アデホス顆粒10%で調剤した。	本来は業務手順書通りに、調剤する医薬品の名称を確認(医薬品名に○をつける)すべきであったが、剤形に○を付けるのを怠ったために違う剤形の薬を交付してしまった。○作業手順の不履行○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫	医薬品名だけでなく、剤形にも丸を付けるように徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アデホスコア腸溶錠60 間違えた医薬品 販売名アデホスコア顆粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
363	Rp. ラベプラゾールナトリウム錠20mg「日医工」のところ、ラベプラゾールナトリウム錠10mg「日医工」をとり、監査時に発見された。	・ラベプラゾールナトリウムは、複数規格、複数銘柄の在庫があるが、10mg錠の処方箋の方が圧倒的に多く、思い込みがあった。・金曜日の午前中で、混雑していた。・処方薬多数、同処方内に分包薬もあり、あせっていた。・ピッキング後の再確認を怠った。	・薬品名、規格、銘柄まできちんと確認することを徹底する。・混雑状況、処方薬多数であるなどの状況においても、あせらずピッキング後の再確認を怠らない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他思い込み 医薬品	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールナトリウム錠20mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ラベプラゾールナトリウム錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
364	調剤トレイへの充填時に誤って剤形違い(普通錠、OD錠)を充填していた。両剤共に○10錠シート、錠剤のサイズ及びシートのサイズも共にOD錠の方が大きく、並べるとその違いは一目瞭然であったが、シート背部は同色で見分けはつきにくい状態であった。調剤者が84錠を集める際に、10錠シート8枚(普通錠)と端数の4錠(OD錠)を集約。前者は錠剤側同士が抱き合わせとなり、シート背部しか見えない状態であり、そこに端数4錠を添える形で調剤完了。監査者は端数の形を確認し、全て正しいOD錠であると誤認。偶然、窓口対応者が両剤の混在を発見し、事なきを得る。	調剤トレイへの充填を行った者がダブルチェック、またはピッキング補助機器での第三者チェックを怠った。OD錠と普通錠の背面が類似(錠剤サイズとシートサイズは異なっていたが、抱き合わせになっていた事で気づかず)監査者が全てのシートを確認しなかった。	充填時のダブルチェック、またはピッキング補助機器使用の徹底。OD錠と普通錠の配置見直し(使用頻度の低いものは棚を変え)監査時のシート確認徹底し、混在の無いことを確認。製薬メーカーによるシートデザインの変更。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 施設・設備 仕組み	処方された医薬品 販売名バルサルタンOD錠80mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名バルサルタン錠80mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
365	一般名でテオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)で処方されたものを、誤ってテオフィリン徐放錠200mg「サワイ」で調剤してしまった。	知識不足レセコンの性能不足	日本薬剤師会が発行している「一般名処方マスタ掲載品のうち、特に注意を要するもの」を全員に配布し注意喚起した。レセコンを変更した。	確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ユニフィルLA錠200mg 間違えた医薬品 販売名テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
366	処方箋がベザトールSR100mg錠で来ているにも関わらず、調剤者がベザトールSR200mg錠で誤って調剤した。また監査者も確認を怠り、間違いに気づく事もなく、そのまま投薬者が服薬指導してしまった。服薬指導中に患者様より、いつもと飲んでる薬が違うと指摘があり、間違いが発覚。謝罪して、ベザトールSR100mgをお渡ししました。	ミスした要因としては、調剤者の単純なミスに寄る所が大きい。また処方箋の量が多かったため、調剤者の焦りもあつたかと思われる。ポリムスという監視機を使って調剤、監査を行うのだが、調剤者がそれをしなかったため過誤が起こった。監査者も監査の際にしっかりと確認せず、またポリムスを使って調剤したから薬に間違いはないだろうと思いき、監査がいかげんになってしまった。	薬は間違っていないという慢心や単純な監視ミスが今回のヒヤリハット事例を引き起こしたので、調剤、監査時にしっかりと確認するようにする。またポリムスという監視の機械もあるので、必ずポリムスを通すようこころがける。	確認を怠った 連携ができていなかった 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ベザトールSR錠100mg 間違えた医薬品 販売名ベザトールSR錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
367	リズモンTG点眼液0.25%のところ、リズモンTG点眼液0.5%を調剤してしまった。薬局には0.5%の規格のものしか在庫してなかったこともあり、思い込みで取り違えたと思われる。		薬局に在庫の有る無し関係なく複数規格がある製剤は注意する処方せんコピーの単位、規格の箇所に赤丸をつけてから調剤を始める	確認を怠った その他思い込み 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名リズモンTG点眼液0.25% 間違えた医薬品 販売名リズモンTG点眼液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
368	メトグルコ錠250mgを調剤しないといけないところ、500mgを間違えて調剤			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メトグルコ錠250mg 間違えた医薬品 販売名メトグルコ錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
369	ヒルドイドローションを調剤すべき所を、ヒルドイドソフト軟膏をピッキング、服薬指導時に誤りに気づき、ヒルドイドローションを交付した。	ローションの調剤件数と比較して、軟膏の調剤件数が圧倒的に多い事が要因となった。	複数名の監査の徹底。処方箋記載の厳重な確認。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ヒルドイドローション0.3% 間違えた医薬品 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
370	ボラザG坐剤の処方のところボラザG軟膏で調剤・投薬してしまった。後日、ボラザG軟膏の在庫が合わず、処方患者の洗い出しを行ったところボラザG坐剤の在庫も合わないことが発覚。差数より該当患者を特定し連絡、薬剤の交換をした。以前の処方分の手持ちがあり、未使用の段階での交換ができたが「形が変わったな」と思っていたとのこと、投薬時によく確認・説明していれば事前に防ぐことができた。	ボラザG坐剤の在庫が薬局になく、「ボラザ」と見て在庫のある軟膏だと思い込んでしまった。	薬品名の確認は剤形までしっかりと行う。投薬時に患者が「あれ?」と思ったようなサインを見逃さないため薬品の確認はもろろんだが患者にも目を向ける。	確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名ボラザG坐剤 間違えた医薬品 販売名ボラザG軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
371	ペンタサ250mg9錠 毎食後42日分の処方ペンタサ500mgで調剤した。	FAXが届き、集薬して入力が終わるのを待っていたが、入力後そのままミゼロ子(調剤機器)を通さず「投薬台」に行ってしまった。ペンタサは500mgの在庫はあったが250mgは本店に在庫がなかった。投薬者が500mg以外の規格をちゃんと把握しておらず、規格に対する確認が軽薄になった。また、ミゼロ子を使用しているため規格は合っていると思い込みもあり、数の確認だけ行っていたことが原因と考えられる。	調剤者は処方箋にハンコを押すようにしているが、FAXの場合も調剤者はハンコをおして、ゼロ子を通しているか投薬者が分かるようにします。ペンタサの250mgも在庫するようにしたので、250mg、500mg両方の箱に「規格注意」と、それぞれ1人ずつしか出ていないので誰に出ているかの名前を記載し、取り違え防止をします。毎日業務終了後にゼロ子の未調剤をチェックし当日中には何か通し漏れが無いかどうか確認するようにします。ペンタサ250mg、500mgそれぞれに規格注意のポップが上がるように設定します。ゼロ子を使用しても規格の間違いは無いと思ひ込みない。薬情の写真等と照らし合わせると違いが分かりやすいので薬情の写真からも確認をする。普段あまり出ない薬は特に規格も注意して確認をしようと思います。	確認を怠った判断を誤った知識が不足していた技術・手技が未熟だった コンピュータシステム 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ペンタサ錠250mg 間違えた医薬品 販売名ペンタサ錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
372	規格違い。	思い込み	確認の徹底。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名タムスロン 塩酸塩OD錠 0.1mg「サファイ」 間違えた医薬品 販売名タムスロン 塩酸塩OD錠 0.2mg「サファイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
373	ブラザキサ110mg2カプセル70日分が処方されていた。28カプセルがアルミパックになっており、5パックをピックアップした。半端分がなかったため、規格を間違っていることに気が付かなかった。投薬の際、薬剤師が規格が間違っていることに気付いた。			医薬品	処方された医薬品 販売名ブラザキサ カプセル110mg 間違えた医薬品 販売名ブラザキサ カプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
374	(般)セチリジン5mgを2錠/日で処方されていたところを、セチリジン10mg2錠/日でお渡しした。薬局には5mgの在庫がなく、前回は疑義照会して10mg1錠/日に変更していたが、入力・調剤・監査すべてにおいて前回処方確認もれ、薬局在庫している薬の規格だと思い込んでしまった。	入力事務員のパソコン入力時の過去処方確認もれ。調剤者の思い込み調剤。監査投薬者は、クレームのある患者対応直後で精神状態が冷静ではなかった。	入力時に過去処方参照しながら入力する。思い込み調剤注意。冷静な精神状態になってから監査を行う。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった教育・訓練	処方された医薬品 販売名ジルテック錠5 間違えた医薬品 販売名セチリジン 塩酸塩錠10mg 「イワキ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
375	11歳男性 眼科からの処方。母親が処方箋を持参する。クラビット点眼液0.5%を調剤すべきところをクラビット点眼液1.5%を調剤し母親へ薬剤を交付。その後、処方箋入力時に0.5%と入力・選択すべきところを1.5%点眼液を選択していたことが判明。薬剤師も処方箋ではなく調剤録や医薬品情報を確認して調剤したため調剤ミスが生じたものとする。使用前に母親に連絡をとり薬剤の交換を行った。単位の換算間違い	土曜日だけ眼科の診察医師が異なるため、通常使用する医薬品(点眼液)と異なることがある。今回も先入観から1.5%製剤であると思い込み処方箋の入力、調剤を行ってしまったためのミスと考える処方せんの見間違い	調剤録による調剤・監査を実施してしまうことがありしっかりと処方箋と調剤録の整合性を確認しなければならぬ。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名クラビット 点眼液0.5% 間違えた医薬品 販売名クラビット 点眼液1.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
376	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ブラザキサカプセル110mg」と記載されていた。薬剤師Aは、調剤時に薬局の在庫が足りない事に気づき、不足分を問屋に発注した。しかし、少し前に他の薬剤師がブラザキサカプセル75mgも発注しており納品時に自分が発注したブラザキサカプセル110mgと思い込み確認を怠ったため誤って調剤し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bがブラザキサカプセル110mgとブラザキサカプセル75mgが混在している事に気づき、誤りを薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはその後納品されたブラザキサカプセル110mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ブラザキサ カプセル110mg 間違えた医薬品 販売名ブラザキサ カプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
377	コンビ配合錠BPの処方箋をコンビ配合錠APで入力し、そのままAP錠を調剤	FAX処方箋でQRコードの読み込みができず、手入力したために起きたと考えられる(処方せんの見間違い)	コンビ配合錠はAPとBPがあることを周知、徹底する	確認を怠った技術・手技が未熟だったコンピュータシステム仕組み	処方された医薬品 販売名コンビ配合錠BP 間違えた医薬品 販売名コンビ配合錠AP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
378	ヤクバンテープ60mgの中にヤクバンテープ40mgが混入していた。外用薬の採用包装単位(40mg、60mg)の混在。	ヤクバンテープ60mgとヤクバンテープ40mgを重ねて保管していた為、ヤクバンテープ60mgが無くなった時点で、40mgを重ねて取った。	在庫をする時、重ね合わせるのではなく別の場所に保管した。	確認を怠った知識が不足していた施設・設備教育・訓練	処方された医薬品 販売名ヤクバンテープ60mg 間違えた医薬品 販売名ヤクバンテープ40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
379	カルボシステインの規格間違い			確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
380	クレストール錠2.5mgが処方されていた。ジェネリック医薬品を希望されたため後発医薬品に変更。薬剤師AがロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」に変更すべきところ、ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」で調剤、交付した。その後すぐに在庫が合わないことに気づき患者に連絡、正しい内容に交換した。	処方箋のコピーに後発医薬品などの変更時には変更後の薬品名を記載しチェックを行うが、その作業を怠ったこと。ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」が発売されたため、クレストール錠の変更後の薬品をロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」からOD錠に変更しているところだったが、ロスバスタチン錠の在庫がOD錠の近くに少しだけまだ残っており、また箱の外観も類似しているため取り間違えたと思われる。	鑑査時の確認の徹底。・薬剤師の保管場所を類似薬は近くに保管しない。・できるだけ後発医薬品の採用は最低限(できれば1種類)に留める。	確認を怠った知識が不足していた医薬品施設・設備	処方された医薬品 販売名ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
381	バルサルタン錠80mg「サンド」0.5錠の処方箋で、患者の強い希望で毎回先発品に変更、ディオバン錠40mg1錠を渡している。処方されてから1ヶ月経って、患者が残薬を薬局へ持ち込んだ。今までの薬とシートの色がちがうというので見るとディオバン錠80mgであり、間違ってお渡ししたのが判明した。血圧や体調に変わりはなく、お詫びして正しい薬剤をお渡しした。	ジェネリックから先発医薬品への変更に気を取られ、規格も変わったことを見逃していた。	規格を含めた名称と1回量に留意し、確認を確実にを行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ディオバン錠40mg 間違えた医薬品 販売名ディオバン錠80mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
382	患者の母が処方せんを持って来局した。処方せんには「ナウゼリンOD5mg、3錠/分3食前、3日分」と記載されていた。薬剤師Aは、ナウゼリンは成人に対して10mgの処方が大半であったため10mgと思い込み調剤し、誤りに気付かずそのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bは、ナウゼリンOD錠5mgが正しく調剤されていないことに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師AはナウゼリンOD錠5mg9錠を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。	よく調剤する薬であったためナウゼリンという文字しか認識しなかった。○単純なミス	複数規格がある薬品はより注意を払って調剤するよう気を付ける、こういう事例を薬局内で共有した。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった医薬品	処方された医薬品 販売名ナウゼリンOD錠5 間違えた医薬品 販売名ナウゼリンOD錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
383	一般名アムロジピン口腔崩壊錠10mgの処方箋でレセコン入力にはアムロジピンOD10mg「日工」のところ、普段から処方が多いアムロジピンOD5mg「ケミファ」で調剤および鑑査もおこなっていた。当日の在庫発注時の在庫量確認でアムロジピンOD10mg「日工」の量が多いことより判明。該当処方箋が残置薬(後から取りに来ることになり預かっている状況)であったため、交付前に気付かず正しいものに入れ替えることができた。	思い込みによるもの。普段から断然処方量の多いアムロジピンOD5mgを調剤記録に記載されている置き場所も確認せずピッキング。また、鑑査時にも気付かず素通りしてしまった。○作業手順の不履行 ○注意力散漫	ピッキング時に調剤録の薬数量欄にチェックをしているが、再度規格まで確認することを徹底。鑑査時には、薬名を口頭復唱する際に規格より読みあがらせる(10mgアムロジピンODのように)よう全員に周知。	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠10mg「日工」 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
384	タグリソ(40)で調剤すべきところタグリソ(80)で調剤した。鑑査時に発見。	混雑時であったため、処方内容の確認不足による調剤を行い、処方される頻度の高い(80)で調剤してしまった。(40)での処方頻度は低く、(40)錠の在庫は無かった。○焦り	混在時であったも規格、錠数は思い込みせず十分に確認し調剤する	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名タグリソ錠40mg 間違えた医薬品 販売名タグリソ錠80mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
385	患者が処方せんを持って来局した。一般名ベタメタゾン吉酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩軟膏5g処方されていたが、誤ってリンデロンVGクリームを調剤。鑑査、投薬でも見落としてしまい交付。後から薬歴を見ていて間違いに気付かず、すぐ患者宅に電話で連絡。交付された薬がリンデロンVGクリームだったことを確認、処方軟膏だったことを説明、謝罪し、リンデロンVGクリームを引き取り、正しい軟膏をお渡しした。	薬局がちょうど混んでいたことと、一包装もありかなりお待たせしてしまっていたため焦っていた。調剤棚のリンデロンVG軟膏の棚にクリームが箱が誤って入られており、棚のれだけ見て調剤してしまった。	薬品の充填間違いをしないために、棚の札をみながら補充する方の薬品名をフルネームで口にして確認する。規格違い、剤形違いの薬が存在する場合は規格などまで指差し確認をする	確認を怠った施設・設備	処方された医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12% 間違えた医薬品 販売名リンデロン-VGクリーム0.12%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
386	患者が処方せんを持って来局した。一般名でテオフィリン徐放錠200mg(12時間～24時間持続)と記載があり、誤ってユニフィルA200mgを調剤した。監査薬剤師Aは入力が入力がテオドール錠200mgになっていることに気付いたが、どちらが正しいかを判断できず、他の薬剤師Bに確認した。薬剤師Bはユニフィルが正しいとし、そのまま投薬を始めたが横に居た薬剤師Cが間違いに気付き交付前に訂正、正しいテオドール錠200mgをお渡しした。	薬剤師の知識不足が原因ユニフィルA200mgとテオドール錠200mgが併売だと勘違いをしていた。	規格によって効果の持続時間に違いがあることを認識し、不明な点があれば薬剤師同士で相談して解決する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名テオドール錠200mg 間違えた医薬品 販売名ユニフィルA錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
387	ハルナック0.25mg処方なのに0.125mgを患者さんに出してしまい 後から患者さんからクレームがあった。	規格が2つあるのを忘れて確認せずに出してしまっ	今後は処方箋と薬剤を何度も確認した患者さんの前で薬剤を見せながら渡す。	確認を怠った勤務状況が繁忙だったコンピュータシステムルールの不備	処方された医薬品 販売名ハルラック錠0.25mg 間違えた医薬品 販売名ハルラック錠0.125mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
388	配合剤の処方で記載が一般名カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠となっており、前回は5mgだったのでカムシアHDを投薬したが、今回は上記の2.5mgに変更になっておりレセコン側の入力も一般名が長い画面では規格のところまでは見えない状態で、すりぬけてしまった。そのため前回と同じカムシアHDを投薬しようになったが、ヒートの裏面に規格表示があったため気づいて、投薬はカムシアLDで投薬することができた。当薬局ではカムシアHDの処方では数例あったがLDは初めてだったこともヒヤリハットにつながったと思われる		レセコンメーカーに依頼し長い薬品名でも表示できるように対応してもらいました	確認を怠ったコンピュータシステム仕組み	処方された医薬品 販売名カムシア配合錠LD「あすか」 間違えた医薬品 販売名カムシア配合錠HD「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
389	規格違いの薬を交付した。	業務手順書にあるように、調剤後の品目の確認時に調剤録の規格に○を付けていけば気づいたのだが、記載をしなかったために間違いに気づけなかった。また監査時もこの確認を行ったために間違いに気づけなかった。○作業手順の不履行○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫	業務手順書にのっとり、調剤後の品目の確認時に調剤録の規格に○を付けるように徹底する。	確認を怠った通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ミノマイシン錠100mg 間違えた医薬品 販売名ミノマイシン錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
390	一般名処方「ドキサゾン錠2mg」を「ドキサゾン錠1mg」で調剤し交付。閉局後、在庫確認で合わず患者本人に連絡して確認してところ、いつも色と違うと思いつつ飲んだとのこと。通常は2mg錠服用のため、1mgを追加で1錠(合計で2mg)服用するよう伝え、その日のうちに交換しに訪問。	年末年始で忙しく確認を行った。	忙しくてもしっかり処方箋と薬品を照らし合わせてみるようにする。ダブルチェック。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ドキサゾン錠2mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ドキサゾン錠1mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
391	セチリジン(5)「アメル」をお渡ししないといけない所をセチリジン(10)「アメル」をお渡ししてしまった			確認を怠った	処方された医薬品 販売名セチリジン塩酸塩錠5mg「アメル」 間違えた医薬品 販売名セチリジン塩酸塩錠10mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
392	一包装指示の処方のためバラ錠を使用。ジャスピア錠25mgのところをジャスピア錠50mgで調剤。監査時に別の薬剤師が発見。	処方箋の見間違い。	調剤時に監査支援票へのチェックや声出し確認、二重チェック等	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジャスピア錠25mg 間違えた医薬品 販売名ジャスピア錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
393	病院の処方はアムロジピン錠5mg「オーハラ」にて処方されているが、患者様希望によりアムロジピンOD錠5mg「サワイ」に照会変更して調剤している方である。しかし、誤って処方通りのアムロジピン錠5mg「オーハラ」にて調剤し、お渡し。患者様が3日間服用された後、薬を持参し来局され発覚。	門前病院からの処方だった為、当たり前のように優先的に使用しているアムロジピン錠5mg「オーハラ」で調剤と思い込み、薬歴確認不足によりお渡し。入力上はアムロジピンOD錠5mg「サワイ」で入力されており、薬歴共有記載画面でも注意喚起はされていたが見落とされた。	監査後は一旦手を止めて、再確認を薬歴画面上で行う。調剤時に使用している入力内容確認書にも、注意喚起のコメントを入れるようにする。	確認を怠ったその他確認不足	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「オーハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
394	モンテルカストチュアブル錠5mgを調剤するところをモンテルカスト錠10mgを調剤し、監査ミスで患者にお渡しする。翌日患者様の母親が来局されいつものお薬と違うと申し出があった。残薬があったため、まだ服用していなかったため有害事象にはならなかった。監査をミスした結果のインシデントであった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名モンテルカストチュアブル錠5mg「明治」 間違えた医薬品 販売名モンテルカスト錠10mg「KM」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
395	スピオ尔特レスビマツ28吸入を調剤したつもりがスピオ尔特レスビマツ60吸入を調剤していた。	いつもスピオ尔特レスビマツ28吸入が入っている場所に60吸入が入っていた。	納品時に吸入回数を確認してしまふ、調剤時に念のため規格(吸入回数)を確認する	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名スピオ尔特レスビマツ28吸入 間違えた医薬品 販売名スピオ尔特レスビマツ60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
396	一般名:ニフェジピンL20mg ニフェジピンL20mg「サワイ」のところニフェジピンL10mg「サワイ」でピッキング	ピッキング時に規格をよく見ていなかった。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピンL錠20mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンL錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
397	一般名:ロキソプロフェンNAパップ100mg ロキソプロフェンNAパップ100mg「三笠」のところロキソプロフェンテープ100mg「ケミファ」でピッキング	パップとテープの規格を勘違いしていた。○処方せんの見間違い ○単純なミス	規格はよく見てピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNaパップ100mg「三笠」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
398	プラバスタチンナトリウム5mg「日医工」のところプラバスタチンナトリウム10mg「NikP」をピッキングした。	規格10mgだと思い込んでいた ○処方せんの見間違い	処方箋よく確認してピッキングします。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プラバスタチンナトリウム錠5mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名プラバスタチンナトリウム錠10mg「NikP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
399	14時半ごろ薬局、クラシエ茶湯27g包3包分3のところ4.05g包2包分3で調剤しお渡しした。17時ごろ再来局、「自分で分けて飲むのは手間、ツムラなら1回1包のがあるから変えて欲しい」と話される。持参した薬を確認したところ、27g包84包で渡すところ4.05g包56包で渡していた事が発覚。患者の希望もあり、疑義照会を行いツムラに変更してお渡した。	薬剤師一人で発注しながらの作業で焦っており、他にも返品などの作業のことについて考えながらの作業だった。○焦りマスターも1種類しか登録が無く、局内名称にOg/pなど登録されていなかった。調剤監査ともに、何日分で何gという計算はしたが、1包何gというところまで確認できていなかった。	局内名称にOg/pと登録する。総量の計算だけでなく1包何gというところまで確実にチェックを行う。Og/pと登録されているものは丸印をつけるなどして確認した事が分かるようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名クラシエ茶湯エキス細粒 間違えた医薬品 販売名クラシエ茶湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
400	プロトビツク軟膏0.03%小児用5gの処方方でプロトビツク軟膏0.1%5gを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	年齢が20歳代であったので思い込みで0.03%小児用ではなく0.1%を調剤したと考えられる。		確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名プロトビツク軟膏0.03%小児用 間違えた医薬品 販売名プロトビツク軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
401	酸化マグネシウム330mg錠のところ酸化マグネシウム250mgで調剤	酸化マグネシウムはほぼ330mg錠で処方患者が多く、250mg錠を服用しているのは当該患者1名のみであったため、思い込みによる可能性があり。また処方箋の確認不足と考えられる。	新たに対策は設けず、基本的な確認事項である、薬剤名・剤形・規格・単位等の確認を確実に行う。また処方される該当患者の少ない薬に関しては、注意喚起を促す注意書きを薬歴頭書きへ記す。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」 間違えた医薬品 販売名酸化マグネシウム錠250mg「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
402	ムコダイン錠250mgが処方されていたところ、500mgを調剤。患者の指摘で間違いに気が付いた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠250mg 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
403	ヒアレイン点眼液0.3%3瓶の処方方でヒアレイン点眼液0.1%を調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	ヒアレイン点眼液0.1%の処方頻度が高いため思い込みの調剤と考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.3% 間違えた医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1	アロプリノール錠100mg「サワイ」のどこ、誤って隣にあるウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」をピッキング。鑑査の時に、取り間違いに気付いた。	錠剤の色、大きさ、割線が入っている、規格が同じなどによる要因で取り間違いがあったと思われる。○注意力散漫	取り間違いが起きるということを念頭におき、取り間違いがないように注意する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アロプリノール錠100mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2	一般名:ナフトビジル口腔内崩壊錠50mg、1日1回、56日分処方先発希望のため、フリバスのOD錠50mgを56錠用意するところ、フリバスのOD錠50mg:50錠、ナフトビジルOD錠50mg:6錠で用意。鑑査時に気が付いた。	フリバスのOD錠50mgとナフトビジルOD錠50mgは取り間違い防止のため、間隔をあけて棚に入れているが、今回先発と後発を混在してピッキングしてしまった。ピッキング時に端数の6錠を間違えて先発品ではなく後発品の棚から用意したものと思われる。	フリバスのOD錠50mgとナフトビジルOD錠50mgは外見が似ているため、間違いに気付けないが、ピッキング時に間違いがないように十分注意しながら業務を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フリバスのOD錠50mg 間違えた医薬品 販売名ナフトビジルOD錠50mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3	メトグルコ錠250mgをメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」に代替して調剤するところ、メトグルコ錠250mgのまま調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」 間違えた医薬品 販売名メトグルコ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4	患者が「クエン酸第一鉄Na錠「サワイ」1錠1×朝食後 49日分」という記載のある処方箋を持って来局した。薬剤師Aは処方監査後に計数調剤をしたが、誤ってカルボシステイン錠250mg「テバ」を調剤してしまった。その際に処方監査役の薬剤師Bが他の患者宅へ訪問していたため、ダブルチェックをせずに交付してしまった。その3日後患者から薬剤師Aに薬が間違っているのではないかと連絡があり、交付間違いが判明した。患者本人に正しい薬を再交付した。	簡単な計数調剤であった、また他の薬剤師が在宅業務で薬局から出払っていたため薬剤師1人で薬を調剤・服薬指導・交付してしまった。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
5	一般名処方にて処方箋記載あり、メイアクト小児用細粒のところセフゾン小児用細粒にて調剤	一般名処方にて処方箋記載あり。一般名が類似していることによる思い込み、確認が不十分であったと思われる。	セフェム系抗生剤など類似一般名薬剤については、一般名と商品名を一覧にして調剤室内へ掲示、確認してから調剤へ取りかかるようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メイアクトMS小児用細粒10% 間違えた医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
6	定期薬としてメトホルミン錠500mg「ニプロ」を服用している患者に、メトグルコ錠500mgを調剤し、そのまま投薬してしまった。後で気づいて患者に連絡・説明し、今回は先発品で調剤すると了解を得た。	メトグルコ錠500mgとメトホルミン錠500mg「ニプロ」は外観が非常に似ており、また棚の配置も隣同士だったので調剤ミスが発生したと思われる。	薬品棚にそれぞれ、『先発品』『ジェネリック』と大きく書いたプレートを貼り付けた。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」 間違えた医薬品 販売名メトグルコ錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
7	家族との2枚組の処方せんを受付。該当患者は新患で先発希望。処方フロモックス錠とバラマイシン軟膏。ご家族は来局履歴があり、ジェネリック希望。処方フロモックス錠。受付者は、先発希望と確認したが、誤って処方箋の横にジェネリック名を書いてスキャナーを流した。入力者は、支援で不慣れだったため、先発希望の確認は行わなかった。スキャナーの印刷機が詰まっており、入力が調剤より先に完了。調剤者は、それに気が付いた別のスタッフに声掛けされ、急いで調剤を行った。その為、先発希望を確認せず、ジェネリックで調剤を行ってしまった。鑑査者は、先にご家族の方を鑑査し、続けて該当患者の鑑査をした。乳幼児加算が抜けていた為、入力者に頼んだ。初回アンケートは、空欄だったため、投薬時に確認が必要だった。さらに、ご家族は保険証あり、該当患者保険証忘れの自費だったため、気を取られて先発希望の確認を怠った。該当患者の家族へ投薬した。投薬直後、薬歴を記載している際にミスが判明した。	ご家族のジェネリック希望につられた。スキャナーのトラブルにより焦りが生じた。また、他の確認事項に気を取られ、確認を怠った。○作業手順の不履行○焦り	調剤前に先発/ジェネリック希望を確認してから、調剤を始めるよう手順を変更した。また、手順の遵守を徹底する。	確認を怠った 教育・訓練	処方された医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg 間違えた医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
8	セロケン錠120の処方でセリプロロール錠200を調剤。他薬剤師が検薬時発見。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名セロケン錠120mg 間違えた医薬品 販売名セリプロロール塩酸塩錠200mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
9	ベタキソール5mg「サワイ」 ベタヒステン「日医工」6mgでピッキング	薬の借りの電話をしながらピッキングをしていたら上下で取り間違い○注意力散漫	ピッキング時は他の事をしながら行わない	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベタキソール塩酸塩錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ベタヒステンメシル酸塩錠6mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
10	ケトプロフェンテープ40mg「東光」のところモーステープL40mgでピッキング	処方箋、確認事項よく確認していなかった。○処方せんの見間違い	処方箋、確認事項よく確認します。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ケトプロフェンテープ40mg「東光」 間違えた医薬品 販売名モーステープL40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
11	ベタヒステンメシル酸塩6mg「日医工」のところベタキソール5mg「サワイ」でピッキング	上下の棚を取り間違った。○単純なミス	ピッキング後処方箋と見比べます。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ベタヒステンメシル酸塩錠6mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ベタキソール塩酸塩錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
12	アムロジピンOD錠5mg35錠調剤しなければいけないところ、アムロジピンOD錠5mg「サンド」35錠を調剤、投薬してしまった。患者が薬の名前は同じだけれど色が違うのはデザインの変更かと申し出られ、調剤過誤が判明した。服用はしていなかった。	当薬局ではアムロジピンOD錠5mg「サンド」の使用量が多く、アムロジピンOD錠5mgは2名のみ使用しているため、間違えて出してしまったと思われる。当日、朝早く患者が集中していた。処方内容が薬品8種類、内1種類は半錠にしなければならず、そちらに気をとられ、確認がおろそかになった。	薬歴簿の表紙にアムロジピンOD錠5mg注意と大きく記入し、注意を促した。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
13	GEと先発入力間違い	確認を怠った○単純なミス		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カルベジロール錠10mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アーチスト錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
14	処方)ジブレキサ錠2.5mg、他8剤調剤)オランザピンOD錠2.5mg「明治」ジブレキサはGEを希望していなかったが、誤って調剤した。鑑査時も見逃して、患者に交付した。患者から電話があり判明した。今回はGEのままでよいとなり、次回以降は相談することになった。	GEに変更したときの鑑査ルールを守らなかった。	GEに変更したときの鑑査ルールを順守する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ジブレキサ錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名オランザピンOD錠2.5mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
15	ポノビオンバック渡薬後、他薬発注のために次回薬局を確認しようと薬歴を見ていたところ、1か月前と3か月前の2回ポノバック400が調剤されていた。疑問に思い処方せんを確認したところ1か月前の処方箋はポノビオンバックのところポノバックで調剤していたことが分かった。医師には報告・謝罪。患者本人にも謝罪、返金を行った。	入力者は前回はポノバック400になっていたのでもって後発品変更で修正した。同じ薬だと思って入力してしまった。システム上、後発品変更で同効薬だが違う成分の薬が選択できてしまう状態も問題だった。入力鑑査以降は後発品切り替えの入力が入ってきたため、ポノビオンがポノバックと同じものだと思い込んでしまった。知識不足だった。	ポノビオンバックも在庫を置き、違う薬剤であることを周知する。マザーマスタを登録する時は薬剤師に確認する。	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ポノビオンバック 間違えた医薬品 販売名ポノバック400	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
16	一般名処方でメサラジン錠500mgからメサラジン腸溶錠400mgに変更となっていたが、前回Doで入力、調剤した。鑑査の時に、別の薬剤師が気付いて、訂正した。	処方せん「メサラジン」という文字から、前回と同じであると思い込み、入力した。調剤時も、メサラジン錠という入力をみて、間違えて調剤した。	メサラジン錠とメサラジン腸溶錠は主成分は同じであるが、用量や、溶解する部位が違うため、別の薬と考えなければいけない。薬局内の引き出しに「普通錠と腸溶錠の違い注意」と先発品名も記載し、注意喚起の表示をした。入力の際、規格、用量まで確認するよう周知。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メサラジン腸溶錠400mg「ファイザー」 間違えた医薬品 販売名メサラジン錠500mg「AKP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
17	一般名処方にてメリアクト細粒(セフジロレンピボキシル)が処方されていた。調製した薬剤師はセフゾン細粒(セフカペン)と取り違えて分包した。鑑査者が間違いに気付いたため患者へは渡らなかった。状況としては土曜日で混雑している状況だった	一般名処方の良く似た名称による取り違い ○処方せんの見間違い○単純なミス	一般名が類似している(主に抗生剤)医薬品はピッキング時に包装に記載してある成分名と処方箋の一般名と突き合わせから調製に入る	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10% 間違えた医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
18	一般名が、フルスルチアミン錠25mgとなっていたが、一般名フルボキサミンマレイン酸塩錠25mgと取り違えた。すぐに監査の薬剤師が気付き事なきを得た。	単純なミス。夕方、多少は疲労感が出てきた時間帯だった。	一般名処方が増えてきたので、単純ミスを防ぐように、薬剤を取り出すときもよく確認するように、情報を共有した。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名25mgアリナミン糖衣錠 間違えた医薬品 販売名ルボックス錠25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
19	アレロック錠5mgが処方箋に記載されていたが、アテレック錠5mgと勘違いした。その後、ジェネリック変更希望の患者だったためシルニジピン錠5mg「サワイ」を調剤・入力した。別のものの監査で誤りが発見された。	処方せんの見間違いという単純なミス 思い込みが強く、調剤後の処方入力時にも気づかなかった。	全員に周知し、同様の間違いを起こさないよう注意喚起する	判断を誤った	処方された医薬品 販売名アレロック錠5 間違えた医薬品 販売名シルニジピン錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
20	トラゼンタ錠の棚に隣のデザレックス錠が混ざっており、錠剤の色を確認すればよかったが裏のシートが酷似していたので気が付かず、もう一人の薬剤師が患者に説明しているときに錠剤の色が違う錠が混ざっていることに気が付いて解った。	前回のピッキングの調剤において商品をきちんと確認しないで隣の棚へ戻したのが原因と考えられる。	ハイリスクの糖尿病薬に關しては十分注意することは当然であるが効能別に棚分けをした方がいいとその後ミーティングをして決める。	確認を怠った施設・設備	処方された医薬品 販売名トラゼンタ錠5mg 間違えた医薬品 販売名デザレックス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
21	タリオン錠10mgで処方されていたが、思い込みによりタナトリル錠5mgを調剤し、監査、投薬時も間違いに気づかず、患者に渡してしまった。患者はタナトリル5錠を服用したところで、気づいたが、同じ作用の薬かと思いきや5錠服用したが、念のため中止して、次回薬局時に持参されて発見した。血圧の過度の降下はみられなかったが、タリオンはずっと服用していなかったためか、少し浸出液が多いということだった。	調剤時、監査時確認したつもりだったが、注意力散漫により見過ごしてしまった。	当該事例を薬局内で周知し、再発防止に努めた。調剤、監査時に規格のところに○印を付け、規格の間違いのないようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名タリオン錠10mg 間違えた医薬品 販売名タナトリル錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
22	タンダナカプセル150mgのところタルセバ錠150mgで調剤し、ポリムスを通す前に気付いた。	1つ前の患者がタルセバ錠150mgだったため、思い込みで近くにあるタルセバ錠150mgを取ってしまった。	薬の名前が似ていて規格も同じ薬がいくつもあるため、薬の名前は最後までしっかり読む。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名タンダナカプセル150mg 間違えた医薬品 販売名タルセバ錠150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
23	一般名処方にてセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgが処方されており、後発品を希望されていたのでセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」をピックしようとしてセフゾンカプセルをとってしまった。	○作業手順書とお読み上げしてから調剤に取り掛かったが棚の前で取り間違えた。	セフの文字が目に入らないところに薬品のカセット棚を移動した。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」 間違えた医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
24	ガスター-D10mg錠が分2×5日分で処方されていたが(後発品変更不可)ロベミンカプセル1mgで調剤。	腸炎で下痢止めとしてロベミンカプセルが処方されることが多い。最初の処方ミヤBM錠であったので汎用処方だと思いこみロベミンをピックしてしまった。 ○作業手順の不履行が原因である。	すべて読み上げてから調剤にとりかかる手順を徹底する。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名ガスター-D錠10mg 間違えた医薬品 販売名ロベミンカプセル1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	セフゾンカプセル100mg分3×7日分の記載をセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」で入力	○作業手順の不履行 3文字で検索し、呼び出すようになっているが2文字で検索し入力してしまった。	○作業手順を再確認し、徹底する	確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg 間違えた医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
26	3年前 前回まで患者に対しエセプロンカプセルが処方されていたが、薬剤名称変更。それに伴い記載方法が一般名処方となっていた。処方箋の記載は【般】トコフェロール「ニコチン酸」エステル100mg 2G2×朝・夕食後30日分となっていたが、エセプロンカプセルの新名称であるトコフェロール「酢酸」エステルカプセル100mg「ファイザー」を入力。調剤者はトコフェロール「酢酸」エステルカプセルをピッキング。鑑査者はエセプロンカプセルの名称が変更となった旨を確認し、処方も新名称品が一般名で来ていると判断し鑑査。患者に対しては薬剤の名称が変わった旨をお伝え、今までどおりに服用するよう指導。今回 入力をしていった事務員が入力内容と処方箋との違いに気付く、薬剤取り換えが判明。当該患者に対し、今までお渡ししていた薬剤と処方内容に違いがあったことを説明し、謝罪。トコフェロール「ニコチン酸」エステル製剤への変更を申し出た。しかし、患者はこれまでの飲み慣れた薬のほうがよいとのことで、変更しないといけな医療機関に確認してほしいとのことだった。そこで、患者に対して病歴を再度確認。トコフェロール「酢酸」エステルについては、末梢血液循環の改善のために服用していることが確認できた。当該医療機関に電話で経緯について説明。トコフェロール「酢酸」エステルの適応症として末梢血液循環改善作用があること、患者がトコフェロール「酢酸」エステルの服用を強く望んでいることをお伝えしたところ、先方からそのまま服薬を継続してほしいとの回答を得た。処方箋をトコフェロール「酢酸」エステルに変更してもらい、前回までと同様にお薬をお渡しした。※なお、基本情報の当事者に関しては、3年間の長期にわたる事例であるため正確な人数は把握できていない。	・処方開始当初から旧名称のエセプロンカプセルが処方箋に記載されていたが、H26に名称変更すると同時に一般名で処方されるようになった。その際に誤ってトコフェロール「酢酸」エステルでなく、トコフェロール「ニコチン酸」エステルが処方されてしまったと考えられる。当時の医療機関、薬局、患者それぞれに薬が変更となったという意識はなかったと思われる。・薬剤名称変更後の最初の入力時、入力システムは現在と異なるメーカーのものを使用していたが、一般名をトコフェロール「ニコチン酸」エステルで入力していたにも関わらず、実際の薬剤はトコフェロール「酢酸」エステルが選択できてしまっていた。このため、入力者がトコフェロール「ニコチン酸」エステルと「酢酸」エステルを同一のものであると思い込んでしまった可能性が考えられる。さらに次の薬局時にも入力内容をdo処方取り込みしているため、入力がそのまま引き継がれてしまった。入力に際し、当薬局では処方QRコード読込機が設置されているが、特殊なコメントを入れたり、薬袋の出し方が特殊な患者も多く、新患等を除きあまり活用していなかった。・鑑査者は入力内容の確認に際し、「トコフェロール」、「カプセル100mg「ファイザー」」の部分は確認できていたと思われるが、「酢酸エステル」の部分のしっかり確認せず、見落としてしまった。あるいは「ニコチン酸」エステルと「酢酸」エステルの2種類が存在していることを認識していなかった可能性もある。トコフェロール「酢酸」エステルは他に服用している患者もおらず、当該患者のためだけに在庫をしている状態だった。そのため長きにわたってスタッフ間に、当該患者に対してはトコフェロール「酢酸」エステルが処方されているという思い込みを生じさせ、処方内容との相違に気付くことができなくなってしまったものと思われる。	長期にわたり入力時にDの処方取り込みを行っていたことが発見の遅れにつながったと判断し、処方箋二次元バーコード読み取りによる入力を全面的に行うよう改めた。	確認を怠った記録などに不備があった連携ができていなかった判断を誤った知識が不足していたコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名トコフェロール「ニコチン酸」エステルカプセル100mg「NP」 間違えた医薬品 販売名トコフェロール「酢酸」エステルカプセル100mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
27	一般名で処方されケトプロフェンテープ40mg「日医工」を出していた患者に間違えてロキソプロフェンナリウムテープ100mg「ケミファ」を渡してしまった	常勤ではない薬剤師が入っていて確認不足だったよう ジェネリックということだけに集中してしまったか	後発品か先発品かももちろん重要だが、処方箋をしっかりと確認して正しい薬を出すこと 監査時に忙しくても集中して確認すること 非常勤のスタッフが入っているときはさらに注意すること	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ケトプロフェンテープ40mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンナリウムテープ100mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
28	服用開始3回目に患者より最初にもらった薬と次にもらった薬で中身の色が違ったとの指摘があり判明。シートに記載されていた薬品名は同じだったので同じだろうと思って飲んでおられたそう。メーカーが異なる薬剤をおわたしてしまっていたこととおわび、成分は同じもので薬価も変わらないことを説明。患者は同じものならべつにいい、メーカーはどちらでもかまわないとのことでした。	メコバラミン500「トロー」は不動在庫になっており在庫数が少なかった。薬局で汎用されている「TCK」のほうを初回間違えて調剤していたようです。二回目の薬局時は日数が処方日数が短かったため足りたが初回処方日数が長かったが不足しなかったのだからと気にはなっていたが確認しなかった。	常時申し送り、監査時の注意点にメコバラミン「トロー」といれ、注意を促すようにした。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メコバラミン錠500「トロー」 間違えた医薬品 販売名メコバラミン錠500 μg「TCK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
29	処方せん記載は一般名キネダック錠であったが、後発品希望の患者であったため、一般名エバルレスタット錠(50mg)を交付すべきところ、誤って先発品である一般名キネダック錠を調剤し、監査時も交付時も気づかず、患者に交付した。直ちに患者自宅へ電話連絡して間違いを伝えたと、残薬があるのでキネダック錠は服薬しないで保管する旨の回答を得た。その後、薬局管理者が患者宅へ出向いて本人に面会して説明、理解を得て一般名キネダック錠(50mg)を全部回収して、同数の一般名エバルレスタット錠(50mg)を交付した。	注意力の散漫	思い込みを排除し、注意深く調剤録の記載事項を確認する。監査時にも同様に思い込みを排除し、注意深く調剤録の記載事項を確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エバルレスタット錠50mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名キネダック錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
30	ノイロトピン錠4単位をお渡しするところをノイロピタン配合錠をお渡ししてしまった。	名称の似ている薬剤であり十分な確認ができておらず間違いつながった。 ○処方せんの見間違い ○単純なミス	処方せん内容について薬剤と照らし合わせ完全に一致していることへの確認を徹底する。また患者への説明の際、薬剤を見て頂き確認して頂くようにする。	確認を怠った その他注意不足	処方された医薬品 販売名ノイロトピン錠4単位 間違えた医薬品 販売名ノイロピタン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
31	リンデロンVグローション10ml1本の処方であった。リンデロンVグローションをピックアップしたが確認時間違いに気がついてリンデロンVグローションを交付した。	事務員が処方箋を入力しているとき横から見てリンデロンVグローションをピックアップした。入力後処方箋を手を持って間違いに気付かず正しい薬を交付した。 ○処方せんの見間違い	処方箋を手を持って一字一字確認して調剤を行う。	確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名リンデロンVグローション 間違えた医薬品 販売名リンデロンVグローション	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
32	フルタイド50μgエアゾール120吸入用処方のところ、アドエア50エアゾール120吸入用で調剤、投薬してしまっ。投薬後、いつももらっているものと違うと投薬した家族よりお電話あり。	「エアゾール120吸入」に気をとられていた。土曜日の混雑時による疲労もあり。10:00~10:45に患者が集中していた。○焦り ○注意力散漫		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フルタイド50μgエアゾール120吸入用 間違えた医薬品 販売名アドエア50エアゾール120吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
33	薬の取り間違い	処方医薬品の多さによりきちんと読んでいなかった。混雑でもあり、焦りもあった。最初の文字とメーカー名しか見ていなく、監査時に発見。調剤しなおした。	棚と引き出しに分けて間違いないようにして、調剤の際も取り出した際に確認し、置くときも確認することにした。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる身体的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ジブリダモール錠25mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ジフェンドール塩酸塩錠25mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
34	フェマラをジェネリックで調剤しようとしたところ、レトロゾールとアナストゾールを間違えて調剤した	薬効が同じ薬であるアリミデックスとフェマラと混同してしまっ	先発薬がわかるようジェネリック医薬品に先発名を書いた紙を巻き付けた	確認を怠った知識が不足していたコンピュータシステム教育・訓練	処方された医薬品 販売名レトロゾール錠2.5mg「ヤクルト」 間違えた医薬品 販売名アナストゾール錠1mg「NKK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
35	クレステールOD錠5mgの処方であったが、調剤はビタバスタチンCaOD錠2mg「トローワ」をされていた。監査時に気が付いてすぐに変更して、患者に渡ることなく済んだ。	クレステールOD錠5mgとビタバスタチンCaOD錠2mg「トローワ」は、共に青いヒートで似ている上にクレステールOD錠5mgの棚にビタバスタチンCaOD錠2mg「トローワ」が一部混ざって入っていたために誤って調剤してしまっものと考えられる。	同種同効薬で外観類似のものは調剤時に注意が必要だが、棚に充填するときや調剤間違えて戻すときなどにも気を付ける必要がある。このことを踏まえて改めて薬局内で注意喚起する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名クレステールOD錠5mg 間違えた医薬品 販売名ビタバスタチンCa・OD錠2mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
36	薬局としてニセルゴリンの採用を変更していた。今までは「サワイ」の処方をそのまま調剤していたが、今回から「NP」へ代替する予定であった。調剤者は先に「サワイ」の箱を見つけず、ニセルゴリン＝「サワイ」と思い込んで集めた。自動錠剤分包機へ手動でセットするとき、機械の表示がメーカー名が違うため誤りに気がつく。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名ニセルゴリン錠5mg「NP」 間違えた医薬品 販売名ニセルゴリン錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
37	同処方内に、患者による先発医薬品希望の医薬品と、後発医薬品への変更可の医薬品が処方された。ナフトビジルに関しては後発調剤で問題なかったが、処方内の他の薬剤に関しては先発希望であったため誤って先発医薬品を調剤した事例。○10錠シート	手順書を確認したところ業務手順書には問題なく調剤後の確認を怠った。○作業手順の不履行	患者のニーズにあわせた調剤を行う。作業手順書の遂行。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ナフトビジルOD錠25mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名フリバス錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
38	ツムラ38の処方に対してツムラ68を調剤する			判断を誤った勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
39	同メーカー散剤の取り換え	2つの医薬品が近くに置いてあるという配置の問題注意力散漫	配置の変更、散剤補充瓶の表示の変更	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名フロセミド細粒4%「EMEC」 間違えた医薬品 販売名バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
40	ロキソプロフェンNAパップ100mg のところ、ロキソニンパップ100mgでピッキング	先発品と勘違いしてピッキング ○単純なミス	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNaパップ100mg「三笠」 間違えた医薬品 販売名ロキソニンパップ100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
41	一般名:ブチルスコボラミン10mg ブチルスコボラミン10mg「YD」のところプラバスタチンナトリウム10mg「NikP」でピッキング	棚が隣にあり、企画のmgも同じなので取り間違った。○単純なミス	ピッキング後数を確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ブチルスコボラミン臭化物錠10mg「YD」 間違えた医薬品 販売名プラバスタチンナトリウム錠10mg「NikP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
42	ヒアレイン点眼液0.1%のところヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ファイザー」でピッキング	GE希望と勘違い ○単純なミス	確認事項よく確認します。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.1% 間違えた医薬品 販売名ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
43	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒が処方されていたところ、ツムラ小柴胡湯エキス顆粒で調剤してしまいました。	処方せんの「小柴胡湯」の文字だけを見て誤って調剤してしまいました。処方せんの見間違い。注意力散漫。		確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ小柴胡湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
44	「コタロー半夏厚朴湯エキス細粒」が処方されていたところ、「ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒」で調剤してしまいました。	他の漢方薬も処方されており、それらが「ツムラ」だったため思い込みで監査をしてしまい、見過ごしてしまいました。処方せんの見間違い。注意力散漫		確認を怠った 判断を誤った 医薬品	処方された医薬品 販売名コタロー半夏厚朴湯エキス細粒 間違えた医薬品 販売名ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
45	リビトール錠5mgをアトルバスタチン5mg「サワイ」に変更して調剤するところ、リビトール錠5mgのまま調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名リビトール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
46	エディロールカプセル0.5μgを調剤するところアルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」を調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.5μg 間違えた医薬品 販売名アルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
47	一般名処方、先発品のアルファロールカプセル0.5μgを調剤するところ、後発品のアルファカルシドールカプセル0.5μg「フソー」で調剤。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名アルファロールカプセル0.5μg 間違えた医薬品 販売名アルファカルシドールカプセル0.5μg「フソー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
48	アジャストAコーワ錠40mgを調剤するところ、センシド錠12mg「サワイ」を調剤。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名アジャストAコーワ錠40mg 間違えた医薬品 販売名センシド錠12mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
49	先発品と後発品の取り間違い	PDAを使用していれば、間違いがなかったかもしれないが、今回使用しなかったため調剤時に間違いに気が付かず、監査者に渡してしまった。○単純なミス	PDAを毎回使用する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リザベン点 眼液0.5% 間違えた医薬品 販売名トラニラスト 点眼液0.5%「S NJ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
50	一般名処方、ジェネリック希望だったが入力の際あやまって先発品を選択ピックアップはジェネリック選択しており、薬剤監査レンジを通して×判定出ていたにもかかわらず確認をおこたり入力と異なる薬剤を交付	薬剤監査レンジの判定結果を学習不備からNGになることも多いため未登録の不備とスルーしてしまった。	薬剤監査レンジで判定がひとつでもNGあった際は確認作業を2名以上で行う	確認を怠った コンピュータシステム 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名オメブラ ゾール錠「トーフ 」10mg 間違えた医薬品 販売名オメブラ ール錠10	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
51	辛夷清肺湯の処方に対し、柴苓湯が調剤されていたが、ミスゼロ子(監査システム)の照合で問題がなかったため、そのまま誤薬調剤を見落とし、患者にお渡ししてしまった。	調剤時に辛夷清肺湯の場所に柴苓湯の箱が置いてあることに気づき、正しいところに戻そうと思ったら、箱の中に辛夷清肺湯と柴苓湯の両方が混ざっていた。○単純なミス 受払い記録で各々の残薬を確認したところ84包ずつのずれが生じていたため対象の患者に連絡し、お渡し違いが判明。監査時にミスゼロ子(監査システム)の照合で問題がなかったため調剤された薬があてはまるものと思ひ込み、○焦り 114番と104番の違いに気づかず投薬してしまったことが原因と思われる。	ミスゼロ子(監査システム)の照合で問題なくも必ず処方内容と薬が合致しているかを確認する。集薬時(調剤時に監査システムのバーコード読み取り)は外箱ではなく、薬本体でゼロ子のバーコードを読む。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 医薬品 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ツムラ辛夷 清肺湯エキス顆 粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ柴苓 湯エキス顆粒(医 療用)	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
52	先発と後発入力間違い	確認を怠った ○単純なミス		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アダラート CR錠20mg 間違えた医薬品 販売名ニフェジ ンCR錠20mg 「日医工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
53	リリカカプセル75mgのところトラムセット配合錠でピックアップ	トラムセットと思い込んでいた。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リリカカプ セル75mg 間違えた医薬品 販売名トラムセ ット 配合錠	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
54	ネキシウムカプセル(20)を含む定時薬の処方箋を受付。初回鑑査後にピックアップを実施し、ネキシウムカプセル(20)のところ誤ってリリカカプセル(25)を調剤。最終鑑査時に誤りに気が付き、調剤し直して交付に至った。	調剤者の最終鑑査漏れかつ体調不良が重なり、ミスに至ったと考えられる。	ピックアップ後、最終鑑査実施の徹底をする。	確認を怠った その他体調不良	処方された医薬品 販売名ネキシウム カプセル20mg 間違えた医薬品 販売名リリカカ セル25mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
55	一般名:エバルレスタット50mg エバルレスタット50mg「日医工」のところエベリゾン50mg「日医工」でピックアップ	エベリゾンと見間違い ○処方せんの見間違い	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エバルレス タット錠50mg「サ ワイ」 間違えた医薬品 販売名エベリゾ ン 塩酸塩錠50mg 「日医工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
56	一般名:ファモチジン口腔内崩壊錠10mg ファモチジンD10mg「サワイ」のところガスターD10mgでピックアップ	先発品と勘違い ○単純なミス	確認事項よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ファモチジ ンD錠10mg「サ ワイ」 間違えた医薬品 販売名ガスターD 錠10mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
57	デバス0.5mgのところエチゾラム0.5mg「SW」でピックアップ	取り間違えた。○単純なミス	ピックアップしたものを確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名デバス錠 0.5mg 間違えた医薬品 販売名エチゾラ ム錠0.5mg「SW」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
58	プレタールOD錠100mgを分包する際に、プレタールに交じってヘルベッサー錠30mgが混入していた。	錠剤のシートの色が似ているため、プレタールOD錠100mgの棚にヘルベッサー錠30mgを入れたと考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名プレタール OD錠100mg 間違えた医薬品 販売名ヘルベッ サー錠30	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
59	一般名処方によりランソプラゾールOD錠15mgが処方のところラベプラゾール錠10mgで調剤	一般名の薬剤名が類似していたこと、また確認不足があった。新人ということもあり知識・業務において未熟な部分もあったと思われる。	新たな対策は設けず、今まで同様基本的な確認事項のチェックを怠らず行うこと。鑑査前のチェック段階で気づいたことなので、しっかり監査システムの運用を行うこと。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「DK」 間違えた医薬品 販売名ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
60	1包化調剤の方。(内服薬10種類)タリオン錠5mgを調剤すべきところ、タナトリン錠5mgで1包化調剤を行った。	名称が似ていた。同じ引き出し内に薬があった。規格が同じであった。いずれも製薬メーカーが同じで、箱の雰囲気、錠剤の雰囲気、刻印も似ていた。(刻印タリオン(5):TA 132:5 タナトリン(5):TA 135:5)調剤時、処方せんと薬剤の照らし合わせ、確認不足。	薬局内職員に事例の周知。引き出し内に、類似名称あり、効能効果、を記載した、注意喚起の表示を行った。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名タリオン錠5mg 間違えた医薬品 販売名タナトリン錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
61	処方)ロビノール錠1mg、ジェネリック希望調剤)ロビノール錠1mg在庫が合わなかったため、該当する患者に電話で確認した。全員が問題ないとの返答だった。電話確認した夜に、1名より、ロビノールが入っていたと連絡があった。翌日、自宅訪問し、ロビノール錠1mgをフルニトラゼパム錠1mg「TCK」と交換し、謝罪した。	担当した薬剤師2名の焦り、注意力散漫だった。	ジェネリック希望の患者に対する調剤内規を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フルニトラゼパム錠1mg「TCK」 間違えた医薬品 販売名ロビノール錠1	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
62	一般名処方のところ、いつも先発品の希望で調剤していたが、混雑にかまけ確認を怠り、一般名のGEを調剤してしまった。そして、そのまま自己鑑査で、確認をスルーしてしまった。	新人が調剤に時間がかかっていたため、間を縫うように処方箋を見ており、正視を怠っていた。新人と言えども、2人体制であったので、ルール通り鑑査を委ねるべきであった。	2人以上の薬剤師がいれば、必ず鑑査を委ねる。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 施設・設備 仕組み	処方された医薬品 販売名セロクエル25mg錠 間違えた医薬品 販売名クエチアピン錠25mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
63	ジェネリック希望の患者へ一般名アトルバスタチン処方時に、当薬局ではジェネリックをサワイ製薬と東和薬品の2メーカー採用しており、以前からのサワイ製薬で調剤すべきところを、トワで調剤お渡ししてしまった。投薬後にすぐ気づき帰宅中の患者に間に合い正しいお薬へ変更することができた。	採用しているジェネリックが複数あることとの確認・認識不足が原因と思われる。	可能なかぎり採用ジェネリックは1メーカーにしておき間違いを防止する。複数メーカー採用していることを確認し該当薬剤調剤時には毎回注意を徹底すること。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠10mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アトルバスタチン錠10mg「トワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
64	ブラザキサカセル75をピッキングするところをプラビックス錠75を間違えてピッキングしてしまった。	店舗の状況としては、忙しい状態が落ち着いてホッとしている状態でした。処方内容的に薬剤の数が多く、なおかつ一般名処方も含まれていて、調剤者は少し注意力散漫状態に加え、品目数も多いため焦りが生じたようでした。〇焦り 〇注意力散漫		確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名ブラザキサカセル75mg 間違えた医薬品 販売名プラビックス錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
65	プロチゾラム錠とレンドルミンD錠はシート包装の色・デザイン極めて酷似しており、調剤した当事者も監査者も注意が足りなかった。	注意力散漫、プロチゾラム錠0.25mg、プロチゾラムOD錠0.25mg、レンドルミン錠0.25mg、レンドルミンD錠0.25mg、この4製品はシート状況・色・デザイン極めて酷似しており、調剤ミスを起こしやすいと思われるが、監査不十分のまま投薬してしまった。	包装シートが酷似していることが起因の調剤ミスを回避するため、自薬局における採用薬を今後、レンドルミン錠0.25mgはレンドルミンD錠0.25mg、プロチゾラム錠0.25mg(サワイ)はプロチゾラムOD錠0.25mgに統一変更。レンドルミンD錠とプロチゾラムOD錠は先発後発と箱に明記することにした。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名レンドルミンD錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	ピオフェルミンR散で調剤するところ、ピオフェルミン配合散で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピオフェルミンR散 間違えた医薬品 販売名ピオフェルミン配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
67	テルネリン錠を調剤しなければならぬところ、後発品のチザニジン錠1mg「日医工」をお渡ししてしまった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名テルネリン錠1mg 間違えた医薬品 販売名チザニジン錠1mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
68	薬をお渡し後の処方箋チェックでプロベットのところ白色ワセリンで入力されていることが判明。患者に連絡をおこない謝罪	以前病院では白色ワセリンを採用医薬品としていた。プロベトへと切り替えをおこなったが久びりに薬局の患者だったため、以前のまま処方を更新して入力してしまった。	監査の徹底	確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名プロベト 間違えた医薬品 販売名白色ワセリン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
69	○10錠シート先発薬品名で処方されていたが、すでにジェネリック医薬品に変わっていたが、連携が悪く、先発薬が出てしまった。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名モンテルカ スト錠10mg「K M」 間違えた医薬品 販売名キプレス錠 10mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
70	ゾルピデム酒石酸塩OD錠5mg「サワイ」を調剤するところプロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ゾルピデム 酒石酸塩OD錠5 mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名プロチゾラ ムOD錠0.25m g「サワイ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
71	一般名処方、先発品のミカルディス錠20mgを調剤するところテルミサルタン錠20mg「DSEP」で調剤。			確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ミカルディ ス錠20mg 間違えた医薬品 販売名テルミサル タン錠20mg「DS EP」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
72	メインテート(5)をピソプロロール fumarate 5mg「日医工」に変更して調剤するところピソプロロール fumarate 5mg「トーフ」で調剤。			確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ピソプロ ロール fumarate 錠5mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ピソプロ ロール fumarate 錠5mg「トーフ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
73	メリアクトMS小児用細粒を調剤すべきところ、誤ってクラリスDSを調剤した。患者にお渡しした後、間違いに気づき交換した。	繁忙な時間帯、教々所疑義のある処方せんで、注意が散漫となり、同時に持ち込まれた、家族の処方箋と混同した。	秤量値の記録紙にチャックを入れ、鑑査を徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メリアクト MS小児用細粒1 0% 間違えた医薬品 販売名クラリスド ライシロップ10% 小児用	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
74	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「プロゲストン5mg1錠/分1朝食後、12日分」と記載されていた。薬剤師Aは、通常、よく頻りに処方されている「ヒスロン5mg」であると思い込んで調剤、誤りに気付かずそのまま投薬口で患者に指摘され気付く、正しく調剤した。	単純なミス		確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名プロゲスト ン錠5mg 間違えた医薬品 販売名ヒスロン錠 5	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
75	薬剤の交付は正しかったのだが、パソコンに一般名を入力する際「腸溶錠」を選び間違えて変換してしまっていた。患者には経緯を説明、謝罪、返金した。	忙しさに追われ、入力後の確認で見落としてしまっていた。○焦り	改めてしっかりと確認するよう気をつける	確認を怠った	処方された医薬品 販売名サラゾスル ファピリジン錠50 0mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名サラゾスル ファピリジン腸溶 錠500mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
76	メトトレキサートのところリウマトレックスと入力	確認を怠った為	よく確認をします	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メトトレキ サート 間違えた医薬品 販売名リウマト レックスカプセル2 mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
77	メグルコ250mg のところメホルミン250mg「日医工」でピッキング	GEIに変更すると思い込み ○単純なミス	確認事項をしっかりと確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メグルコ 錠250mg 間違えた医薬品 販売名メホルミン 塩酸塩錠250 mgMT「日医工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
78	トニール錠の処方であったが、誤ってトフラニール錠で調剤、再確認せず鑑査へ回した。鑑査時に過誤発見し、患者に渡すことは無かった。	処方頻度の低い薬剤で、調剤時なかなか薬が見つけれず、目に入った名前前の似たトフラニール錠をとっさに手に取った。調剤時、来局した他の一包装患者について意識が集中した。再確認を怠った。	トニール錠とトフラニール錠を他の薬と区別し、隣合わせた。再確認を徹底する。翌日よりポリムス導入予定。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名トニール錠 10μg 間違えた医薬品 販売名トフラニ ール錠10mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
79	ケルロング5mg 変更不可で処方があったが、ベタキソロール5mg「サワイ」でピッキングした。	変更不可を見落とし。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ケルロング錠5mg 間違えた医薬品 販売名ベタキソロール塩酸塩錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
80	ベザトールSR200mg 変更不可の処方箋でベザフィブラートSR200mg「日医工」をピッキング	GEに変更すると勘違い。処方箋よく見ていなかった。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベザトールSR錠200mg 間違えた医薬品 販売名ベザフィブラートSR錠200mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
81	リマプロストアルファデクス5μg「サワイ」のところオバルモン5μgでピッキング	処方箋、確認事項をよく確認していなかった。○処方せんの見間違い○単純なミス	処方箋、確認事項よく確認してからピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名オバルモン錠5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
82	一般名:フェルピナクパップ70mg セルスポットパップ70mgのところゼボラスパップ40mgをピッキングした。	ゼボラスと思い込み ○処方せんの見間違い	よく処方箋確認してからピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セルスポットパップ70mg 間違えた医薬品 販売名ゼボラスパップ40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
83	一般名:アンプロキシソール塩酸塩15mg ムコソルバン錠15mgのところアンプロキシソール塩酸塩錠15mg「サワイ」でピッキングした。	GEに変更すると思い込み ○単純なミス	確認事項よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg 間違えた医薬品 販売名アンプロキシソール塩酸塩錠15mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
84	カムシアHD「あすか」のところカデチアHD「あすか」でピッキングした。	処方内容をカデチアと見間違えてピッキングした。○処方せんの見間違い	処方箋よく確認してからピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名カムシア配合錠HD「あすか」 間違えた医薬品 販売名カデチア配合錠HD「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
85	一般名:ベタキソロール塩酸塩5mg ベタキソロール塩酸塩5mg「サワイ」のところベタヒستنメシル酸塩6mg「日医工」でピッキング	棚が近く取り間違えた。○単純なミス	ピッキング後取ったものをよく見ます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベタキソロール塩酸塩錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ベタヒستنメシル酸塩錠6mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
86	一般名:センナ・センナ実配合顆粒 アローゼンのところセンノシド錠12mg「ファイザー」でピッキングした。	センナだけで判断してピッキングした。○処方せんの見間違い○単純なミス	処方箋よくみてピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アローゼン顆粒 間違えた医薬品 販売名センノシド錠12mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
87	ブラビックス75mg 変更不可の処方でクロビドレル75mg「SANIK」でピッキングした。	GEで処方するものと思い込んでいた。○単純なミス	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ブラビックス錠75mg 間違えた医薬品 販売名クロビドレル錠75mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
88	ムコスタ錠100mg レバミビド100mg「サワイ」のところムコスタ錠100mgでピッキング	処方箋だけみて確認事項確認していなかった。○単純なミス	確認事項もよく見て調剤します。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名レバミビド錠100mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
89	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒のところツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒で入力しているところを鑑査で見逃した。	薬自体はあってはいたが間違いには気づかなかった。○単純なミス	声だして鑑査を行い見逃がさないようにします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
90	一般名:ベタヒスチンメシル酸塩6mg メリスロン6mgのところ ベタヒスチンメシル酸塩6mg「日医工」でピッキングした。	確認事項に変更しない記載があったが見逃した。○単純なミス	確認事項しつかり確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メリスロン錠6mg 間違えた医薬品 販売名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
91	アレグラ30mgのところフェキソフェナジン30mg「サワイ」でピッキングした。	GEに変更すると思い込んでいた。○単純なミス	確認事項よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アレグラ錠30mg 間違えた医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
92	一般名:ロサルタンカリウム・ヒドロクロロチアジド配合錠(1) ロサルチド配合錠LD「日医工」のところバルヒディオ配合錠EX「サンド」でピッキングした。	配合錠だけで思い込んでピッキングした。○単純なミス	処方箋しつかり見て調剤します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロサルチド配合錠LD「日医工」 間違えた医薬品 販売名バルヒディオ配合錠EX「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
93	一般名:アンプロキソール塩酸塩錠15mg ムコソルバン錠15mgのところアンプロキソール塩酸塩錠15mg「サワイ」をピッキング	確認事項に変更しない旨があったが見逃した。○単純なミス	確認事項よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg 間違えた医薬品 販売名アンプロキソール塩酸塩錠15mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
94	カルブロック錠16mg 変更不可のところアゼルニジピン錠16mg「日医工」でピッキングした。	変更不可を見逃した。○処方せんの見間違い	処方箋よく見ます。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カルブロック錠16mg 間違えた医薬品 販売名アゼルニジピン錠16mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
95	ゾラナックス0.4mgのところアモバン10mgをピッキングした。	隣にあったため取り間違えた。○注意力散漫	ピッキングしたものの名前を確認してから箱に入れます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ゾラナックス0.4mg錠 間違えた医薬品 販売名アモバン錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
96	ジェネリック希望の患者で、セルシン錠2mgだけは先発品を希望しているのだが、ジェネリックのジアゼパム錠2mg「サワイ」で調剤し、鑑査時にも気付かず交付してしまった。患者家族が気がつき、服用前に全量をセルシン錠2mgと交換した。	他の薬はジェネリック変更調剤だったため、メモを見落としセルシン錠2mgについても変更調剤をしてしまった。	薬歴簿の備考欄に情報を集約し記載するように改める。鑑査、ダブルチェック時にも備考欄の確認を怠らなく行う。	確認を怠った 仕組み	処方された医薬品 販売名2mgセルシン錠 間違えた医薬品 販売名ジアゼパム錠2「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
97	セレキノン錠を調剤すべきところ、ガスコン錠と取り違えてしまった。後日患者より連絡が入りいつもの薬と違う旨指摘を受ける。定期処方ではセレキノン錠をずっと服用されていたため、余りの薬が無くなった2週間後に気付かれた。幸い服用はされていない。	セレキノン錠とガスコン錠は外観が似ており、同一棚の段違いで在庫していたため、思い込みで調剤してしまった。外観のみで判断し商品名の確認を怠ったために起こってしまった。	外観の似ている商品は特に気を付ける。棚の配置の見直し。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名セレキノン錠100mg 間違えた医薬品 販売名ガスコン錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
98	ジルテックドライシロップ予製を作成する際、誤ってフロモックス細粒を取ってしまった。粉の色が異なっていたため取り換えに気が付き、予製を作成しなおしたため、患者の手に渡ることはなかった。	○作業手順の不履行フロモックス細粒はPSサイクルで他店舗から送られてきたため、本来の薬瓶ではなく、バラで遮光袋に入れられていた状態になっていた。また、フロモックスの棚の位置ではなく、ジルテックの棚の位置に並べられていたため、思い込みで取ってしまった。	調剤、予製作成、棚に並べる際は医薬品の名前、棚の位置を再度確認しなおす。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジルテックドライシロップ1.25% 間違えた医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
99	アゾルガ配合懸濁性点眼液 とあるのをアイファガン点眼液を誤って調剤した。	薬剤の名前の始めが同じ「ア」で、同じ引き出しにあって、取り間違えた単純なミス。確認者も患者が多数待ってため、焦りがあって見過ごしてしまっただけで、患者に薬を渡す際も、前回と同じ薬だったため、中を確認せずにそのまま渡してしまっただけ。	薬剤の名前を最後まで確認して、ビックアップと確認を徹底する。患者に薬をお渡しするときも前回と同じでも、見せて説明する。この情報をスタッフ全員が共有して、同じようなミスを犯さないよう呼びかけた。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アゾルガ配合懸濁性点眼液 間違えた医薬品 販売名アイファガン点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
100	GE不可レ点があるにもかかわらず、処方オバルモンをGEリマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」で入力していた。薬剤調製時に誤りに気づき、正しく入力、調剤を行った。	GE変更希望の患者。GE変更不可レ点がある他の薬剤にはついていなかったため、思い込みでGE変更してしまっただけ。	GE変更時には不可印のレ点を確認する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名オバルモン錠5μg 間違えた医薬品 販売名リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	ヒューマログミックス50注ミリオペンとヒューマログ注ミリオペンをひと箱間違えてお渡し。	単純なミス	名前類似は特に気を付ける。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ヒューマログミックス50注ミリオペン 間違えた医薬品 販売名ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
102	一般名処方時、ピッキングで取り間違え、調剤監査システムを利用しているため、照合で取り違いが判明。すぐにつくりなおした。	名称が似ていて、メーカー名も同じため、思い込みで取り間違えた。		勤務状況が繁忙だった その他思い込み	処方された医薬品 販売名セフゾレンピボキシル錠100mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
103	ベリチーム顆粒 3g/毎食後 35日分のところ、シナール顆粒を交付。	105Pだったので銀の外包装のまま交付。ベリチームとシナールの外包装は似ていた。補充の際に箱が似ていたため、間違えて補充してしまっただけ。薬が再開になったものを注意してもらったことに気が取られた。○注意力散漫○単純なミス	外包装が似ていることを意識して、調剤の際注意する。ベリチームとシナールの在庫を並べて置いているが、それぞれの引出の上に移動させて間違えないようにした。	施設・設備	処方された医薬品 販売名ベリチーム配合顆粒 間違えた医薬品 販売名シナール配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
104	グッドミンで処方されているところ、レンドルミンを調剤していた。監査者に指摘されて、訂正した。	処方箋通りの調剤希望で、ほかの薬が先発品だったので、グッドミンを先発品のレンドルミンに置き換えてしまっただけ。後発品変更可の処方箋が多いので、処方上の薬品を別メーカーの薬品に置き換えるケースがしばしばあった。	ピッキングした後に処方箋の薬品名と実物をチェックすることを徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名グッドミン錠0.25mg 間違えた医薬品 販売名レンドルミン錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
105	ロキソニンテープ100処方の所、モーラステープL40で調剤し交付。患者から連絡があり、間違いが判明。開封し2回使用していたが、以前使用歴があり、効果が不十分なのでロキソニンテープに変更になった歴があり。かぶれ等のSEはなし。	監査での確認不足。○注意力散漫	貼付剤に確認の看板をつける。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg 間違えた医薬品 販売名モーラステープL40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
106	タリビット点眼薬に対してクラビット点眼薬で調剤	処方せんの見間違い 単純なミス見間違い	処方箋の照らし合わせの徹底	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名タリビット点眼液0.3% 間違えた医薬品 販売名クラビット点眼液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
107	ツムラ牛車腎気丸107番を集薬するところツムラ八味地黄丸7番を集薬し、事務員が監査、投薬時に数量だけ監査し、投薬。患者が帰宅後、くすりの番号が違うと連絡、直ちに回収し、交換した。	混雑する時間だったこともあり、事務員も慌てて監査、番号が似ていることと色で判断し監査記録もツムラ7と記載。薬剤師が投薬前に監査するときも、数だけ確認し、同じ色なので、そのまま投薬。焦りと注意力散漫だった。	混雑する時間もきちんと確認し、慌てず調剤し、監査。投薬前も、処方箋の裏に印字された内容をチェックし、漢方は品名も監査する。患者に渡す際は、定期薬であっても必ず一緒に確認する。	確認を怠った通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ八味地黄丸エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
108	先発と後発の違い	繁忙	確認徹底	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名セルベックス細粒10% 間違えた医薬品 販売名テプレノン細粒10%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
109	薬品棚上下の取り違い。番号も71と91で青色の漢方薬であり見間違えた。	確認不足によるミス、注意力散漫、調剤された薬が正しいという思い込みによる監査で気づけなかった。	棚に取り違えないよう注意書きを張って注意喚起。投薬時に薬品の確認を患者の目の前で実施を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ竹じよ温胆湯エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ四物湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
110	処方ではアザルフィジンEN錠500mgの記載。定期薬処方患者であり、従来よりGEの調剤を希望。薬局動線上、GE希望の場合は入力者が取り揃え者にその旨を伝達し、GEの誤調剤を回避することとしているが、伝達がモロてしまい先発にて取り揃え。最終監査時に監査者が気づき、取り揃え者に修正依頼。患者への誤渡はなし。	繁忙における伝達ルールのモレが生じた。	繁忙時だからこそ事故防止のための取組みは間違いなく実施する必要があることを改めて意識付け。	連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」 間違えた医薬品 販売名アザルフィジンEN錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
111	ブラバスタチン10mg「NikP」のところアトルバスタチン10mg「サワイ」でピッキング	処方入力中にピッキングしたが見間違えてピッキングした。○処方せんの見間違い ○焦り	処方箋をしっかりと確認してからピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ブラバスタチンナトリウム錠10mg「NikP」 間違えた医薬品 販売名アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
112	一包化調剤時にクロルマジノン酢酸エステル徐放錠50mgのカセットにクロビドレル50mgを充填しそのまま分包装にて一包化し投薬。	疑義紹介などで患者を待たせており急いで調剤したため確認を怠った。○作業手順の不履行○処方せんの見間違い ○処方医薬品の多さ○単純なミス○焦り○注意力散漫	作業手順書どおりの行動を徹底しケアレスミスなど人為的ミスをなくす。ダブルチェックを必ず行う。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 通常とは異なる心理的条件下にあった 施設・設備	処方された医薬品 販売名クロルマジノン酢酸エステル徐放錠50mg「KN」 間違えた医薬品 販売名クロビドレル錠50mg「TC K」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	ノルバスクOD5mgのところアムロジピンOD5mgで調剤	一般名処方にて処方箋記載あり、患者が先発品希望であること再度確認せずアムロジピンという名称のままジェネリックを調剤	薬歴にて、ジェネリック希望なのか希望なしなのか再度調剤前に確認することを徹底	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ノルバスクOD錠5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
114	処方)ロヒプノール錠1mg → フルニトラゼパム錠1mg「JTK(ジェネリック希望)調剤)ロヒプノール錠1mg ジェネリックへの変更を忘れて、ロヒプノール錠1mgを調剤・交付した。在庫が合わないため、患者に確認して判明した。患者宅を訪問し、残薬を交換して謝罪した。	焦りや注意力散漫があったと思います。	今まで、ジェネリックへを変更した場合は薬歴等に記録を残している。その記録の確認を徹底する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名フルニトラゼパム錠1mg「JTK」 間違えた医薬品 販売名ロヒプノール錠1	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	処方箋には「(般)クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠」と記載されていたがウラリット配合錠と入力するところ「クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」で入力してしまっ。薬剤師Aはパソコン入力中に処方箋を見てピッキングしていたが一番上に記載されていた一般名の商品名が、すぐにわからなかったのでもう一度他の薬をそろえた。最後にその薬を出そうとした時、一般名のクエン酸に鉛筆で丸が付けられていたのを見て、クエン酸第一鉄Na錠と勘違いし間違えて調剤し監査に回した。監査にあたった薬剤師Bは、ウラリット配合錠と入力されていない事と調剤されていない事に気づき、事務員と薬剤師Aに伝え直し入力、調剤してもらい監査した。	クエン酸と見ただけでクエン酸第一鉄Na50mgと思い込んでしまった。薬剤師Aは早く調剤のピッキングを終わらせて、他の仕事をしたいと思っていた為であった。よく見ていれば鉄剤ではないことが分かったはずであった。○処方せんの見間違い	先入観を持たずに処方箋の薬品名を最後まで良く見て入力する。似ている薬品名がある事を意識する。入力後の画面やプリントアウトした手帳のシール・袋袋が処方箋に記載されている薬品名と同じか確認する。分からない一般名の記載があった時はよく調べて調剤する。じっくり処方箋をよく見る。	確認を怠った その他勘違い	処方された医薬品 販売名ウラリット配合錠 間違えた医薬品 販売名クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
116	一般名処方にてエナラプリル錠5mgでできていた。レニベース錠5mgを調剤するところ、エナラプリル錠5mg「サワイ」で調剤。投薬してしまっ。	ジェネリックへ変更と思い込んで調剤してしまっ。レニベース希望の患者と気づかず投薬してしまっ。投薬時に患者との確認を怠った。	調剤時にジェネリック希望が先発品希望か確認できるようにする。監査の徹底。患者との確認。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レニベース錠5 間違えた医薬品 販売名エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
117	処方箋には「一般名」でインダカテロールマレイン酸塩・グリコピロニウム臭化吸入用と書かれていた。ウルティプロを調剤するところ、間違えてオンプレス(インダカテロールマレイン酸)で調剤した。	処方箋を交付されたクリニックでは処方名がすべて一般名となっている。ウルティプロとオンプレスで、一般名では成分が重なっていたため間違ってしまった。新薬でまだジェネリックが発売されていないものまで一般名で書かれてくるのも要因のひとつと思われる。〇処方せんの見間違い	処方箋の薬品名と実際の薬の名前と照らしあわせてよく確認する。成分が重なっているものはふせんなどをつけて注意を促す。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ウルティプロ吸入用カプセル 間違えた医薬品 販売名オンプレス吸入用カプセル150μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
118	クランエ人参養湯のところクランシ桃核承気湯を誤って交付した。棚卸の際に同じ引き出しの数が揃ってすれており、その数を出した患者が一人しかいなかったため、判明した。すぐに電話で連絡したところ、いつもと違う薬だということも分かっており、服用しなかったとのこと。すぐに自宅に伺い薬を交換しに行った。	入力と処方内容は合っており、調剤監査システムを通してのことからものは正しいはずと思い込んだことが背景にある	明らかに包装の色が異なるため薬品の写真などと照らし合わせて鑑査することが改善につながると思われる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クランシ人参養湯エキス細粒 間違えた医薬品 販売名クランシ桃核承気湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
119	前回までノボラピッド30ミックスだったのが、今回からノボラピッド注に変わっていた。入力者はそのことに気付かずデータ飛ばし、監査システムに取り込まれる。調剤者の薬剤師は処方箋を受け取る前に時間削減のため先に監査システムの情報を見て調剤した。集めた後に再度確認せず、他の人間に数や内容が正しいか見ておくよう伝え、確認者も気付かず鑑査者に渡した。鑑査者も入力ミスには気付かず誤ったインスリンが患者の元に渡ってしまった。入力チェックの際に間違いに気付く、患者に連絡。自宅まで正しいものと交換しに行った。患者はインスリンを使用する前だったため、体調変化はなかった。	処方箋を見ないで調剤したことが最大の理由。確認者も本数が合っていれば間違いはないと思い込んでいたものと思われる。	基本的なことだが処方箋を見て調剤を行う。インスリンに関しては薬剤師同士で鑑査時にダブルチェックを行い、確認したものが、印鑑を押すこととした。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ノボラピッド注フレックスタッチ 間違えた医薬品 販売名ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
120	ニルジピン10mgの処方せんだったが、薬剤師Aがピックアップしたのはニルジピンだった。薬剤師Bが鑑査を行う際に発見。	両方の薬剤とも新規入庫してから2ヶ月ほどであり、薬剤の認識が低かった	新しく在庫するようになった薬剤については朝礼の際などに周知を行っているが、さらに一覧を貼付し周知する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ニルジピン錠10mg「トローワ」 間違えた医薬品 販売名ニルジピン錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
121	先発品希望のマーズレンS配合顆粒が処方されて、グリマック顆粒を調剤。他薬剤師が検薬時発見。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マーズレンS配合顆粒 間違えた医薬品 販売名グリマック配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	リンデロンVG軟膏処方のところ、事務員がリンデロン軟膏で入力した。薬剤師が、調剤時に間違いに気づいた。	薬局ではリンデロンV軟膏の方が処方回数が多い〇単純なミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12% 間違えた医薬品 販売名リンデロン-V軟膏0.12%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)のところ、ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)を調剤した。交付してから数日後患者本人が気づいた。	番号が24、54であり、色が同じである。ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)の棚にツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)が置いてあったため間違った。		確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
124	アミオダロン塩酸塩錠「トローワ」の処方に対し先発品のアンカロン錠で調剤し投薬した。(今回までの約半年で、計10回)医師に連絡の際「薬局の裁量でやっかまわらない」とおっしゃられたが、今後は規則通りアミオダロン塩酸塩錠で調剤する予定。	もともと他薬局でもらっていた薬を当薬局でもらいたいと相談に来局された際、一般名処方や後発医薬品は当薬局の在庫に合わせて調剤する点を了承いただき、アミオダロン塩酸塩錠についてはアンカロン錠しか在庫がなかったためそれで問題ないと言われた。その後実際に来た処方箋はアミオダロン塩酸塩錠「トローワ」だったが前回の話し合いの時の思い込みでアンカロン錠で調剤投薬してしまっ。以降計10回も間違っまままで調剤してしまっ。	思い込みを排除して、処方箋通りの調剤をあらためて心がけるよう全職員で再確認した。調剤報酬上のは後発医薬品への変更、一般名処方扱いなどをあらためて全職員で共有した。	確認を怠った 報告が遅れた(怠った)	処方された医薬品 販売名アミオダロン塩酸塩錠100mg「トローワ」 間違えた医薬品 販売名アンカロン錠100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
125	メトホルミン塩酸塩錠500mgを調剤しなければならぬところ、メトグルコ錠500mgを調剤してお渡ししてしまっ。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」 間違えた医薬品 販売名メトグルコ錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
126	一般名処方レバミピド錠100mgについて。「ケミファ」で調剤するはずのものを「トーフ」で調剤	焦り、注意力散漫		確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「ケミファ」 間違えた医薬品 販売名レバミピド錠100mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
127	アトルバスタチン(10)NSが処方に出ているのだがプラバスタチン(10)KNを出していた。入院されることになり、患者が薬を持って行って看護師により指摘される。飲まれていなかったのでお詫びし取り換える。	処方せんの見間違い 単純なミス、よくプラバスタチンが出るので思い込みによる単純な間違い。監査の二人も気づかなかった。	監査の徹底。	確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠10mg「NS」 間違えた医薬品 販売名プラバスタチンNa錠10「KN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
128	忙しい時に医師への疑義照会が重なった。28包の追加分をとるとき、同じ色の薬を取ってしまった。	漢方薬や色で見えてしまうことがある。追加分であったため数を数えるのにコンタミされ発見できなかった。	落ち着いて、ピッキングする 名称を確認する	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
129	カルシトリオールカプセル0.25μgの一般名処方に対してカルシトリオールカプセル0.25μg「サワイ」を調剤するところ、アルファカルシドールカプセル0.25μg「フソー」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カルシトリオールカプセル0.25μg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アルファカルシドールカプセル0.25μg「フソー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
130	ブラビックス錠75mgで調剤するところ、クロビドグレル錠75mg「SANIK」で調剤。	ブラビックス以外の薬はすべて後発品希望だった。	ブラビックスのみ先発品希望の旨が薬歴のコメントに記載あったが、見づらい場所に記載されていたため見やすい場所へ転記した。	確認を怠った 記録などに不備があった 仕組みルールの不備	処方された医薬品 販売名ブラビックス錠75mg 間違えた医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
131	トリクロルメチアジド1mgの保管棚にグリメピリド0.5mgが混在していた。トリクロルメチアジド1mgをピッキング時、混在していたグリメピリド0.5mgをピッキングして半錠に分割してグラシン紙にて包装し、監査時にもこの誤りに気づかないまま患者へ交付するに至った。交付直後に調剤した薬剤師がトリクロルメチアジド1mgの保管棚にグリメピリド0.5mgが混在していた事実を発見して、直ちに患者本人に連絡をとり、未服用の時点で回収、交換した。	注意力散漫、監査時の注意力の不足	ピッキング時における混在がないように細心の注意を払って収納棚を管理することとし、監査時においても分包した状態で確認しづらい面は否めないが細心の注意力を持って思い込み排除をし、正確に確認する。この事業を全薬剤師で認識して再発防止に努めることを確認した。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名トリクロルメチアジド錠1mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名グリメピリド錠0.5mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
132	ピオスリー配合錠ではなく、ミヤBMを誤って出してしまった。それを監査でも気付かず、そのまま投薬してしまった。	似たような善玉菌の医薬品であり、ミヤBMの方がよく処方されるため、思い込みで出してしまった。監査でも「ホスホマイシンとミヤBMの組み合わせだ」という思い込みがあったため、スルーしてしまった。	監査時、声に出して確認。薬情の写真を、キッチンとみるようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ピオスリー配合錠 間違えた医薬品 販売名ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
133	アムロジピンOD錠5mg「トーフ」を調剤すべきところを誤ってアムロジピンOD錠5mg「QQ」を調剤してしまった。翌日、薬を口に含んだが、違う薬だと気づき、服用しなかった。	アムロジピンOD錠5mg「QQ」と思い込みで鑑査し、確認を怠った。	薬情を指差し確認する等、十分注意して鑑査する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「QQ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
134	ジェネリック医薬品希望ありの患者に「ジクロフェナック点眼液0.1%」が処方された。「ジクロフェナック点眼液」はジェネリック医薬品の商品名なので、本来はジェネリック医薬品で調剤しないといけないところ、一般名の「ジクロフェナクNa点眼液」と勘違いし入力され、薬局の在庫が先発医薬品の「ジクロード点眼液」しかなかったため、「ジクロード点眼液」で入力、調剤され、鑑査と投薬でも気付かず薬を渡してしまっ。後日、間違いが判明。手術前点眼薬としての使用のためまだ使用していなかったことから、別のジェネリック医薬品の1つである「ジクロスター点眼液」と交換した。	「ジクロフェナック」の最初の文字を見て、よく出る「ジクロード」の一般名処方だと思い込んでしまった。「ジクロフェナック」という名前のジェネリック医薬品があると認識してなかった。○処方せんの見間違い	ジェネリック医薬品で処方が出されている可能性を考えて、頭文字だけで思い込みず文字ずつ確認し、処方されているものと入力されているものがあっているかきちんと確認をする。医薬品は一般名に似た名前の薬があるため、普段出ないような薬は特に注意深く確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジクロスター点眼液0.1% 間違えた医薬品 販売名ジクロード点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
135	一般名、特殊なシニアクトネル錠17.5mgが処方されたところ、ジェネリックのアレンドロン酸35mgを調剤した	エディロールとアレンドロン酸の組み合わせ処方が続いた中での思い込み、単純なミス。	思い込み調剤をしない、先発名とジェネリック名の確認を徹底する事	確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名アクトネル錠17.5mg 間違えた医薬品 販売名アレンドロン酸錠35mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
136	調剤者がGEのテラムロBPと先発品のミカムロBPを誤って調剤。鑑査者がミゼロ子での鑑査の際に調剤ミスを発見、正しい薬剤を調剤しなおした。	・患者履歴、GE希望であるという確認の見落とし	調剤前に患者記録の確認の徹底。GEに変更した患者は次回調剤に備え薬歴に変更の申し送りを残す。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テラムロ配合錠BP「DSEP」 間違えた医薬品 販売名ミカムロ配合錠BP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
137	ヒューマログ注ミリオペン処方のところヒューマログミックス50注ミリオペンを誤投薬した。月一度の棚卸により判明した。	調剤の他在宅などの仕事が集中し、忙しい状況であったことで注意力が低下した。	インスリンの一覧表を作成ピックアップ時に日付、数量の記載を行う。その日の出庫と在庫を確認。月1度の棚卸と投薬窓口による患者との確認は今まで通り継続。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ヒューマログ注ミリオペン 間違えた医薬品 販売名ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
138	ミコンビBP配合錠が処方されていたが、ミカムロBP配合錠で調剤されたことに気づかず、鑑査し、患者に交付していた。薬歴記入時に気づき、患者へ連絡して、服用前であったことから、間違えについて謝罪し、交換にご自宅へ伺い対処した。	カルベジロール(10)サワイ0.5錠の分包が同処方内にあり、分包待ちであったことから、それ以外を鑑査して、月曜日の朝で薬剤師の人数が運番が勤務するまで少ない人数であり、待ち時間が気になっていて、後から受付した患者の鑑査をしてしまったことで、注意力散漫だったことが影響した。	配合剤は特に、三文字鑑査を行い、間違えないよう重ねて確認することを徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ミコンビ配合錠BP 間違えた医薬品 販売名ミカムロ配合錠BP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
139	手書き処方せんで十味排膿散及湯であったが、前回処方の方の十味散毒湯で調剤していた。翌日、家族より漢方薬が6番から100何番に変わると説明を受けていたのに、このまま服用してよいか電話で問い合わせがあり、疑義照会漏れの調剤過誤が判明した。疑義照会をして、自宅へ伺い謝罪して、ツムラ十味排膿湯を回収してツムラ排膿散及湯に交換して対処した。	薬剤師の人数が少ない時間帯でバタバタしていて、手書き処方せんで、他にも疑義照会事項があり、注意力が散漫であった。薬品名をしっかりと確認していなかったことと前回と同じだろうと思い込み、患者からの情報を十分聴取できていなかったことによるエラーであった。	前回と同じだろうという思い込みまいよう、交付時に患者の病状をよく聞き取りをすることに務める。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名十味排膿散及湯 間違えた医薬品 販売名ツムラ十味散毒湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
140	○10錠シート処方せんで、キプレスチュアブルであったが、患者同意のもと、モンテルカストチュアブルにすべきであったが、キプレスチュアブルを渡してしまった。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名モンテルカストチュアブル錠5mg「日工」 間違えた医薬品 販売名キプレスチュアブル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
141	ノルバスク錠2.5mgのところアムロジピン2.5mg「サワイ」でピックアップした。	先発品と確認していたがGEをピックアップしてしまっ。○単純なミス	ピックアップしたのもよく見ます。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
142	アトルバスタチン(10)の処方なのにプラバスタチンNa(10)を渡す。患者が電話をされてきて初めて気づく。お詫びし取り換える。	プラバスタチンがたくさん出る薬局なので思い込みで出した。1か月前に同じ間違いを同一人物がしていた。処方医薬品の多さ ○単純なミス ○注意力散漫	緊急に安全対策を開き、気を引き締めるように注意を促した。	確認を怠った その他慣れ	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠10mg「NS」 間違えた医薬品 販売名プラバスタチンNa錠10「KN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
143	一般名処方ジェフェニドールが出ているのだが、この患者は前からセファドールを希望されて今まではずっとセファドールを出していた。先発か、後発かの確認をせずに、ジェフェニドールが出ているのをそのまま出してしまう。渡した後でこの方はセファドールでないといけないうのだと気付く。すぐに電話し、お詫びして取り換える。	思い込み。過去薬歴をきちんと見ていなかった。確認が機械的でちゃんと見ていなかった。○単純なミス ○焦り	先発と後発は間違えないように注意を促す。過去薬歴はきちんと見る。	記録などに不備があった 連携ができていなかった その他急がれたので急いで出した。	処方された医薬品 販売名セファドール錠25mg 間違えた医薬品 販売名ジェフェニドール塩酸塩錠25mg「CH」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
144	メチコパール錠を70T交付すべきところ、そのうちの10Tをメコパラミン錠500「トワ」で交付してしまっ。在庫チェック時に気が付き、患者に連絡し、ご自宅に伺い交換いたしました。	定期的に来局されている患者で、他薬(外用薬も含めて)も合わせると15種類になるため、30日分を予製してありました。今回は35日分処方でしたので、5日分を取りそろえる必要がありました。その際に、外観も薬名も似ていたため、メチコパール錠を10Tのところメコパラミン錠500「トワ」を10T取りそろえてしまい、輪ゴムでくくりました。監査者も、意識が数量にいてしまし、輪ゴムでくられたまま70Tの確認をして交付してしまいました。○作業手順の不履行○処方医薬品の多さ	一般名処方薬では、外観と薬名が似ていることがある。その場合、引き出しが近いこともあり間違えやすい。普段から間違えやすい薬剤があることを意識して調剤する。輪ゴムでくつてある時は、輪ゴムをいったん外して、確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg 間違えた医薬品 販売名メコパラミン錠500「トワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
145	リンデロンV軟膏を渡さず、VG軟膏を投薬した。	リンデロンに関しては当薬局はVG軟膏のみしか出ていなかった。そのため今回もVG軟膏という思い込みがあったと思われる。	リンデロンはVやほかの規格もあるのを再度認識する。薬袋についての写真と実物を照らし合わせる。	確認を怠った その他思い込みがあった	処方された医薬品 販売名リンデロン-V軟膏0.12% 間違えた医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
146	「フレックスベン」や数字を確認して冷所へ取りに行ったつもりだったが、規格など様々な種類があり、確認が不十分なまま調剤してしまっ。	調剤を待っている患者が他にもいて、調剤を急がないと焦ったため。インスリン注射の規格などが似通っていて取り違えた。○焦り	処方内容を正確に確認して調剤を行う。冷所内のラベルの実間違えやすいところを色を変えて注意を促す。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ノボラビッド注フレックスベン 間違えた医薬品 販売名ノボラビッド30ミックス注フレックスベン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
147	一般名である【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル外用液0.05%を処方されたが、誤って【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル外用液0.005%である「アンテベートローション」を調剤した。	一般名処方になる以前からアンテベートローション継続のための思い込み投薬時、患者の強いのにしてみようという言葉で判明	一般名称を声に出して読み上げる事とする	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名デルモベートスカルプローション0.05% 間違えた医薬品 販売名アンテベートローション0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
148	薬剤名を入力を間違えました。	『リンデロンVG軟膏』を選択すべきところを『リンデロンV軟膏』を選択してしまいました。	入力時、薬剤名の選択を間違えないように気を付けます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12% 間違えた医薬品 販売名リンデロン-V軟膏0.12%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
149	処方せん記載【般】カルシトリオールカプセル0.5μgにおいて、トルシトリンカプセル0.5μgを投薬すべきところトヨファロールカプセル0.5μgを投薬した。患者が、調剤された薬がいつもと異なることに帰宅後気づき、薬局に確認の電話をしたことから誤りが判明した。	バーコードピッキングシステムを導入しているが、使用されていなかった。薬剤師は、両薬剤が同種同効薬であることから、トルシトリンカプセルの一般名【般】カルシトリオールカプセル0.5μgとトヨファロールカプセルの一般名【般】アルファカルシドールカプセル0.5μgを錯覚し、調剤された薬剤が、正しいものであると思い込んでしまっ。	決められた業務手順を遵守すること、その意図、事例の内容をミーティングで情報共有する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名トルシトリンカプセル0.5 間違えた医薬品 販売名トヨファロールカプセル0.5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
150	セレスタミン配合錠を28錠交付するところ、ゼチア錠が5錠混ざってたと患者本人より届出があった。処方上になし10錠シートを縦に半分にしたサイズのゼチア錠が、患者に渡っていた。服用前に本人が気付いたため、服用していなかった。	セレスタミン配合錠とゼチア錠の10錠のPTPシートが類似しており、大きさも全く同じだったため、調剤者も監査者も見落としてしまっ。調剤欄で両剤は隣りの列の、1段上下の斜めの位置に入れられており、取り間違えたか、あるいは5錠を調剤して残りの5錠を棚に戻す際にゼチアを入れてしまっのか、どちらかが考えられる。	PTPシートを棚に戻す際にも、棚に表示された薬品名をよく確認する。監査時には組まれた表面のPTPシートのみでなく、1枚ずつPTPシートを確認することを怠らない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 間違えた医薬品 販売名ゼチア錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
151	一般処方名 耐性乳酸菌1.8%の記載でレセコン入力の変換をしたところピオフェルミンRに変換してしましそのままお渡し後から入力の見直しで判明 患者に連絡した所まだ服用しておらず正しいレベニン散と交換	耐性乳酸菌という所まで汎用しているピオフェルミンRと思い込み、あまりレセコンの入力変換に対してもチェックを怠ってしまっ	一般名耐性乳酸菌=ピオフェルミンRという思い込みに気を付け必ず%までチェック 特にレベニン散を処方するクリニックに対してはチェックを怠らない様に周知する	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名レベニンS配合散 間違えた医薬品 販売名ピオフェルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
152	アマリール1mgのところグリメピリド1mg三和で調剤投薬した。患者が気づき薬局 ○10錠シート	事前に予製を作っている患者の薬だった。○処方医薬品の多さ ○単純なミス	予製を作っている患者でも、調剤投薬時しっかり確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠 間違えた医薬品 販売名グリメピリド錠1mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
153	処方箋はAZ含嗽用配合細粒「NP」であったが、当薬局には在庫がなかった。含嗽用ハチアズレは在庫があったので変更したが、本来は疑義照会が必要であった。	調剤者は含嗽用ハチアズレとAZ含嗽用配合細粒「NP」は両方ジェネリックであると思い込んでおり、ジェネリック変更可の処方箋であるので、患者に確認すれば疑義照会しなくても変更可能だと思い込んでいた。実際は含嗽用ハチアズレは保険上先発品扱いになるので、値段が同じでも疑義照会が必要である。	薬価収載本に「先」も「後」もないものは、古い薬でその区分が無いものであるが保険上は先発品と同じ扱いになるため疑義照会が必要である。従業員に周知し、また同様の事が起こらないように、普段変更しない薬などは変更する際には、先発・後発の記載を確認してから変更するようにすることとした。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名AZ含嗽用配合細粒「NP」 間違えた医薬品 販売名含嗽用ハチアズレ顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
154	一般名処方「サラゾスルファピリジン腸溶錠500」の処方来たが、入力者は「サラゾスルファピリジン錠500mg」と入力し、「サラゾピリン500」を選んだ。調剤者が途中で処方「サラゾスルファピリジン『腸溶錠』」であり、腸溶錠と普通錠では適応の違う別物であることに気付いた。	当薬局では潰瘍性大腸炎の患者が良く来るためにサラゾピリン錠500は在庫していたが、リウマチなどの患者はあまり来ない為アザルフィジン錠などの取り扱いは無かった。そのため、腸溶錠の存在をスタッフはしらず、サラゾスルファピリジン錠とサラゾスルファピリジン腸溶錠では適応などの違う別の薬剤になる事を知らなかった。	ヒヤリ・ハット事例として薬局内で共有。一般名入力の際も一字一句間違えないように注意するよう注意喚起した。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アザルフィジン錠500mg 間違えた医薬品 販売名サラゾピリン錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
155	一般名での処方箋でありニトラゼハム錠5mg「トローフ」を調剤したが患者希望はベンザリン錠5mgであった。	一般名での処方箋であり患者がジェネリック医薬品希望のため【般】オランザピン錠10mg・【般】ニトラゼハム錠5mgを共にジェネリック医薬品で調剤したが、【般】ニトラゼハムは錠5mgは以前よりベンザリン錠5mgを患者が希望しており監査時に気づきベンザリンで調剤しなおしお渡した。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベンザリン錠5 間違えた医薬品 販売名ニトラゼハム錠5mg「トローフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
156	先発品アクトネル錠希望の患者にGE薬をわたしてしまっ。処方一般名処方であった。	勤務人数が減り忙しい時間帯で焦りながら監査をしてしまった。	勤務人数が少ない時は予製を作るなど事前の準備をする。どんな時もおちついて監査をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アクトネル錠17.5mg 間違えた医薬品 販売名リセドロン酸Na錠17.5mg「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
157	エスエーワンの処方をティーエスワンでお渡ししてしまっ。	昼食交代で少人数で焦っていた。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名エスエーワン配合OD錠T25 間違えた医薬品 販売名ティーエスワン配合OD錠T25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
158	ニトロール錠5mgのところニトロベン舌下錠0.3mgで調剤。	処方何度目直してあり読みづらかった。	疑義照会すべき	確認を怠った 判断を誤った 技術・手技が未熟だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ニトロール錠5mg 間違えた医薬品 販売名ニトロベン舌下錠0.3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
159	ブラビックス錠75mgで調剤するところ、後発品のクロビドグレル錠75mg「SANIK」で調剤。	他の薬はすべて後発品希望だったが、ブラビックスだけは先発品希望だった。	しっかり薬歴などを確認する	確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ブラビックス錠75mg 間違えた医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
160	メコパミン錠500「トローフ」を調剤するところメコパバル錠500μgを調剤。	メコパバル自体が後発品だが、より安価な後発品への変更希望でメコパミン錠500「トローフ」を調剤していた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名メコパミン錠500「トローフ」 間違えた医薬品 販売名メコパバル錠500μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
161	アルドメット錠250を調剤するところメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」で調剤。	アルドメット(250)をメトグルコ(250)と思い込み、後発品にして調剤した。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名アルドメット錠250 間違えた医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
162	トリアゾラム錠0.125mg「日医工」で調剤するところハルシオン0.125mg錠で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名トリアゾラム錠0.125mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ハルシオン0.125mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
163	ムコダイン錠500mgのところ後発品のカルボシステイン錠500mg「サワイ」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
164	一般名処方で、ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」を調剤するところバリエット錠10mgで調剤。			確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名バリエット錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
165	[般]ロベラミド細粒0.05%が処方されたが在庫がなく病院から薬の分譲を行った。その際に薬をロベミン細粒1%と思い込み入力、監査をおこなった。実際にはロベラミド細粒0.05%「タイヨー」だった。	[般]ロベラミド細粒0.05%とロベミン細粒1%の力価違いには気づかず、先発品と後発品の違いのみと思っていた。	薬の分譲を行った際にはもらってきた薬の薬品名、力価まで再度確認をおこなう	連携ができていなかった 判断を誤った 仕組み	処方された医薬品 販売名ロベラミド塩酸塩細粒小児用0.05%「タイヨー」 間違えた医薬品 販売名ロベミン細粒0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
166	処方せんでは、バラクルードだったが、患者の希望でジェネリックに変更になった。それでもバラクルードを出してしまった。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エンテカビル錠0.5mg「武田テバ」 間違えた医薬品 販売名バラクルード錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
167	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「トーフ」を調剤するところ間違えて隣に保管して一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」を取出し、そのまま調剤、交付した。その後広域病院へ入院予定だったため、ご本人も薬袋から取り出すことなく未服用のまま持参。広域病院の薬剤部のチェックにて判明する。当日中に入院先へ持参し交換した。	処方医薬品の多さや、もう一つの医療機関の在庫の確認などもあり、焦りから監査時の見落としにつながってしまった。	保管場所の変更。今までなかった薬袋への薬品名記載を行い、交付時にも再度監査することにした。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
168	12時ごろ患者来局。一包装の処方箋。継続で来局されている為、予製が作成してある。監査機器で予製内容確認時、先発希望の患者にGEにて予製を作成していること判明。訂正し正しく一包装し投薬した。処方箋は一般名の記載。	一般名の処方箋を利用し予製を作成。注意書きで先発希望とあったが、1剤のみ一般名記載のGEで準備し予製を作成してしまった。	先発医薬品の名称も予製作成用紙に記載しておく	確認を怠った	処方された医薬品 販売名コバシル錠2mg 間違えた医薬品 販売名ベリンドプリルエルブミン錠2mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
169	○10錠シート処方箋は先発品ミカムロAP錠であった。患者希望あり、ジェネリックに変更する際、テラムロAP錠のところ、テルチアAP錠を渡してしまった。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テラムロ配合錠AP 間違えた医薬品 販売名テルチア配合錠AP「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
170	プロチゾラム錠0.25mgの処方を見ればレンドルミンD錠0.25mgに取り替えて投薬。	単純なミス	包装シートが酷似した先発品と後発品が多数在庫している場合の事例なので、後発品はプロチゾラムOD錠のみ規格とした。また、開封後のOD錠は箱にDと赤マジックで記し、注意喚起した。	確認を怠った その他単純なミス	処方された医薬品 販売名プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名レンドルミンD錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
171	一般名:シロスタゾール100mg シロスタゾール100mg「サワイ」のところ トリクロルメチアジド2mg「NP」でピッキングした。	棚が近く、色合いが同じなので勘違いした。○単純なミス	ピッキング後よく見ます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名シロスタゾール錠100mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名トリクロルメチアジド錠2mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
172	アドソルビン原末のところタンナルピン「ホエイ」で調剤した。	同じ内容の処方が続いていたためタンナルピンと勘違いした。○処方せんの見間違い ○単純なミス	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アドソルビン原末 間違えた医薬品 販売名タンナルピン「ホエイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
173	ミカルディス40mgで処方、テルミサルタン40mg「日医工」のところミカルディス40mgでピッキングした。	先発品と勘違いした。○単純なミス	確認事項よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テルミサルタン錠40mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ミカルディス錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
174	先発医薬品と後発医薬品の入力ミス	確認を怠った ○単純なミス		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フラビックス錠75mg 間違えた医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
175	一般名処方。テルミサルタン(20)のところバルサルタン(20)で調剤。	薬効群が同じこともあり思い込みがあったと思われる。調剤者による確認不足。	新たな対策は設けず、基本的な確認事項である薬剤名・剤形・規格・単位などの確認をしっかりと行うこととする。監査システムの運用は必ず行うこと。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テルミサルタン錠20mg「DSE」 間違えた医薬品 販売名バルサルタン錠20mg「DSE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
176	ロサルヒド配合錠LD「日医工」と別の薬剤Aをあわせて処方した。Aの在庫がなく、出直していただき薬をお渡した。後日患者からロサルヒドではなくレザルタス配合錠LDが入っていたと連絡があった。	Aが前日夕方から立て続けに処方され在庫切れし、該当患者と前後して来局された他の患者数名の処方にもAが出たこと、問屋も必要分の在庫を持っていなかったなど混乱があった。急いで渡そうという焦りと、Aの方にばかり注意が行き、すでに用意していたレザルタスの確認を怠った。	患者とカウンターで薬剤の確認を必ず行う。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ロサルヒド配合錠LD「日医工」 間違えた医薬品 販売名レザルタス配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
177	一般名処方、先発品のメトグルコ錠500mgを調剤するところ、後発品のメトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」を調剤。			確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名メトグルコ錠500mg 間違えた医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
178	「一般名処方」アムロジピンベシル酸塩口腔内崩壊錠の処方に、先発薬剤とジェネリック薬剤を間違えて調剤した。	注意力散漫。忙しい時間帯で焦りがあった。	処方箋の確認	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ノルバスクOD錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
179	137ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒と24ツムラ加味逍遙散エキス顆粒を間違えて患者にお渡した。	処方箋の見間違い。注意力散漫	処方箋をよく確認する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
180	【般】カンデサルタン錠4mgとの記載でプロブレス錠4mgを調剤するべきところカルデナリン錠4mgを調剤した。鑑査前に当事者が気づきプロブレス錠4mgを調剤し直し鑑査後お渡した。	一般名処方先発医薬品名とジェネリック医薬品名が類似しており読み間違い、取り違えてしまった。○単純なミス	一般名処方時、先発医薬品名・ジェネリック医薬品名の似た名前の薬に注意する。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名プロブレス錠4 間違えた医薬品 販売名カルデナリン錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
181	ソラナックス錠0.4mgが処方されており、ジェネリック希望のため普段よりアルプラゾラム錠0.4mg「トーフ」で調剤してお渡ししていたが、処方箋通りソラナックスで調剤し患者へお渡ししてしまった。患者が気づきソラナックスを回収しアルプラゾラムをお渡した。	○注意力散漫		確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名アルプラゾラム錠0.4mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名ソラナックス0.4mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
182	立て続けに患者が来局していた時間帯。通常通り受付、入力した。ツムラ107の箱の中に、ツムラ7が1包混入した状態だった。調剤者は、3包1列を9列1包にて28包ピッキングした。ツムラ107をポリムスで読み込んだ。1包だけツムラが混入していることに気がつかず鑑査にまわった。鑑査者は、ポリムスで薬剤の照合をし、分包品の計数を確認した。ツムラ107の中にツムラ7が1包混ざっている事に気付かず鑑査を終了した。投薬時、薬剤を薬袋・ユニバックに入れた状態で、患者に見せながら投薬したが、1包の間違ったに気づくことがなかった。今月患者がツムラ7が1包混ざっていたと来局された為、判明。	調剤者は、両剤の包装が似ておりツムラ107の包装の中にツムラ7が入っている認識はなかった。外箱と処方せんが合っているか、ピッキングした束と処方せんがあっているか、計数は合っているかについて確認したが、1包がツムラ107であるかは確認しなかった。鑑査者は、他薬が混ざっている可能性を考えていなかった。色が同じで、番号が似ている為、全てツムラ107であると見誤った。バラになっているものを1つつ確認しなかった。ツムラ7の混入は、薬を戻す際に生じた可能性が高い。薬を戻す際は、基本的にダブルチェックで戻すルールになっていたが、運番で最後薬剤師1人になった場合、シングルチェックで戻す事もあった。	調剤時、プール箱からの返し間違いが発生することを意識し1包ずつ確認する。色だけでなく、薬剤名までしっかり確認する。鑑査時、他薬が混ざっている可能性を考え、束になっている物は1束ずつ、またバラになっているのは1包ずつ、薬剤名を確認することを徹底する。薬剤を戻す際は、必ずダブルチェックにする事を昼れでスタッフに周知させる。運番で薬剤師1人になってしまった場合は、事務と一緒に確認して貰う。誰もいない場合は、後日他人がいる時にする。	確認を怠った ルールの不備	処方された医薬品 販売名ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ八味地黄丸エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
183	ロキソニンテープ処方のところ、ジェネリックであるロキソプロフェンNaテープをお渡ししてしまった。	少々忙しく、またパッケージが類似していたため見過ごしてしまった。	ロキソニンだけ先発の患者等気をつけないといけないうち注意喚起を促すラミネートの紙を作った。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ50mg 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
184	薬剤交付後、患者本人より電話がありラシックスと書いてある薬袋にフロセミドが入っているとの連絡があった。確認したところ、ラシックス20希望の方にフロセミドを調剤してしまっていたことがわかったため、ラシックス錠と交換させていただきます。以前の薬がまだ残っており服用はされていませんでした。	一般名処方で処方箋を見て調剤した際、当該病院の採用薬がフロセミド20mg「テバ」だったためそれで調剤。電子カルテにはラシックス20mg希望とのコメントがあったが見落とした。	他にもアレグラ希望などの銘柄希望のある患者のため電子カルテの記載を整理して見やすくしました。また、調剤後に患者情報を確認し、確認したら印をつけることを徹底するようにします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラシックス錠20mg 間違えた医薬品 販売名フロセミド錠20mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
185	定期で来局される患者で、いつもと同じ一般名:フェルビナクパップ70mgの処方箋だったが入力の際、セルタッチテープ70mgで入力し調剤者へ。調剤者も調剤録で薬品名を確認しセルタッチテープ70mgで調剤し鑑査へ。鑑査者も処方せんを軽く見て調剤録で薬品名を確認し、変更になったのだらうと思ひ患者へ配薬。変更の旨を説明すると、いつもと同じでお願いしたと言われ間違い判明。入力をし直し正しい薬剤を配薬した。	一般名処方の場合、調剤・鑑査の際薬品名を調剤録で確認するようにしているが、入力の間違えておは思はず、処方せんでの剤形確認を怠った。	入力に間違いはないと思ひ込まず、各自が処方せん鑑査をするようにする。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名フェルビナクパップ70mg「ユートク」 間違えた医薬品 販売名セルタッチテープ70	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
186	患者に臨時薬としてオノン、ムコソルバン、ゼスランの散剤のMIXが処方された。ムコソルバンがムコダインと誤って入力されていた。誤りに気づかずそのまま調剤、鑑査し投薬した。レセプトチェックにてそのことが判明。病院に経緯を話し相談したところ、処方ムコダインに変更でよいとのことであり、交付したものは交換不要となった。	ムコダインとムコソルバンは同効薬で名前も似ており、散剤の体重量当たりの用量も同じであるため、入力の誤りに気づかず散剤鑑査に表示されているムコダインで調剤・鑑査してしまっ。○単純なミス○処方せんの見間違い	調剤する時は、散剤鑑査システムの表示と処方箋を見比べながら調剤することを徹底する。鑑査時は、計量記録の薬名を処方箋を元に「文字」ずつ鑑査を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名小児用ムコソルバンDS1.5% 間違えた医薬品 販売名ムコダインDS50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
187	ニュープロパッチ継続使用の方。前回、「18mg+4.5mg」を使用していたが、かぶれのため「13.5mg」に減量。代わりにネオドバトンが2.5錠(毎食後)から4錠(分4)に変更になっていた(処方日数3日)。今回も同処方日数長めとなっていた。本来、「ニュープロパッチ13.5mg」をお渡しするところ、「リバスタッチ13.5mg」を誤って調剤・交付した。薬歴記載時に気づき、患者宅に連絡し、お詫ひの上、交換した。未使用であった。	鑑査:前回処方時に多くの変更があり、ネオドバトンの量やニュープロパッチの規格が前回と同じであるかを確認することに気が取られていた。一旦外に出られて戻ってこられた際にまだ鑑査が出来ていない状態だった。お待たせしていたため鑑査してしまっ。投薬:調剤・鑑査に時間がかかっており「急ぎ」で投薬に回ってきた。前回の変更内容の把握、薬袋・薬情の不備の修正、その後の患者の容態の聴取に気が取られていた。投薬前確認時の前回の変更された規格「13.5mg」に気が取られ「薬名」の確認がおろそかになっていた。窓口に来られたご家族には薬をお示ししたもののその時にも気付かなかった。	「リバスタッチ」「イクセロンパッチ」と「ニュープロパッチ」は効能が異なるものの同じ「貼付剤」であり、同じ「規格」がある。これらが要注意薬品であることを再認識して、「薬名」及び「規格」の確認を確実にする。投薬口では、間違いが健康被害に繋がりにくい薬品から先に確認することを心がける。上記薬品は同じ引き出しに配置しており、調剤の間違いに繋がりにくい。引き出しの薬名表示・注意喚起表示について目立つように改善した。	判断を誤った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ニュープロパッチ13.5mg 間違えた医薬品 販売名リバスタッチパッチ13.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
188	処方せんで、先発品ホクナリンテープ1MGだった。患者希望あり、ジェネリックプロテロール1MGとすべきをホクナリンテープ1MGを渡した。	○単純なミス ○無り ○注意力散漫	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツロプロロールテープ1mg「GQ」 間違えた医薬品 販売名ホクナリンテープ1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
189	名称が良く似た薬を取り違えて入力していた。点検して気がついたので調剤にはいたらなかった			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ロキソロマイシン錠150mg「サンド」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
190	一般名処方、プラバスタチン錠10mgのメーカーを間違えて調剤。患者からの連絡で、取り替えた			勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名プラバスタチンナトリウム塩錠10mg「ファイザー」 間違えた医薬品 販売名プラバスタチンナトリウム錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
191	処方箋に、プラビックス錠75mgなど6種類と処方されていた。初めての患者で、後発医薬品希望でGEで出そうとしたが、処方箋の備考欄に「プラビックス錠75mg」は「変更不可」と記載されており、見落としかけた。	後発希望を優先した確認ミス単純なミス	処方箋の確認などを怠らない	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プラビックス錠75mg 間違えた医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
192	一般名処方レベニン散の所、ピオフェルミンR散で入力、調剤。薬剤師の監査ミス。	知識不足。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レベニン散 間違えた医薬品 販売名ピオフェルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
193	処方PL配合顆粒であったが、GE希望者であった。調剤者である薬剤師AがGE希望であることを確認を怠り、処方箋どおりに調剤し、監査を行った。投薬者である薬剤師Bが気づき、指摘した。	GE希望であることの確認を怠った単純なミス	薬歴などでGE希望有無の確認を調剤前に行う。監査時にも入力内容の確認を行う。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セラピナ配合顆粒 間違えた医薬品 販売名PL配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
194	一般名処方、先発薬希望の患者に、入力や、負担金は先発薬のムコダイン錠で登録したのに、実際は後発薬のカルボシステインを投与していた。2回分を服用したところで患者がきずき、連絡があった。お詫びして全量を取り替えた			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
195	サラゾスルファピリジン腸溶錠と、サラゾリン錠は成分は同じであるが適用は異なる。腸溶錠を調剤すべきところに、間違えて普通錠を調剤した。患者が気がつき申し出があった。取り替えた			知識が不足していた 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「SN」 間違えた医薬品 販売名サラゾリン錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
196	抗コリン剤の「塩酸プロピペリン10mg」を調剤するところ、同じ引き出しにあった「塩酸リルマザホン」を調剤してしまった。患者から連絡があり、1回も服用していなかった。	なぜピッキングミスをしたのか 不明		確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名塩酸プロピペリン錠10mg「SW」 間違えた医薬品 販売名塩酸リルマザホン錠2「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
197	アデホスコーフ顆粒10%と、トリノシン顆粒10%は、値段はトリノシンが安い、どちらも先発薬である。後発薬希望の患者に、トリノシンで調剤したが、先発薬だった。後発薬は発売されていなかった			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名アデホスコーフ顆粒10% 間違えた医薬品 販売名トリノシン顆粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
198	一般名処方。先発薬希望の患者に後発薬を調剤。入力や領収は先発薬で行っていた。患者家族に指摘され、お詫びし、取り替えた			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg 間違えた医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
199	一般名処方、患者は原則、先発薬を希望なので、カルナクリンで調剤した。ところが、カリジノゲナーゼをこれまで服用していて、入力も会計もカリジノゲナーゼだったことに気がつかなかった。お詫びして取り替えた。			確認を怠った 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名カリジノゲナーゼ錠50単位「サワイ」 間違えた医薬品 販売名カルナクリン錠50	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
200	一般名処方、患者は先発薬を希望。間違っ後発薬を渡した。患者から連絡があったため、お詫びして取り替えた。会計は先発薬で行っていた			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名アムロジン OD錠5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジ ンOD錠5mg「あ すか」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
201	ふだん柴胡加竜骨牡蛎湯を調剤する機会が多かった為、思い込みで薬品の取り換えをしてしまった。	夕方混んでいる時間帯で焦りしっかりと処方箋を見なかったため薬品を間違えてしまった○処方せんの見間違い	複数の薬剤師での監査の徹底	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ桂枝 加竜骨牡蛎湯工 キス顆粒(医療 用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ柴胡 加竜骨牡蛎湯工 キス顆粒(医療 用)	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
202	一包化希望患者で、28日分包した後、ポリムスで確認の際に間違いに気づく。薬品の箱もシートもにているため、取り間違いをした。		取り揃え時、分包まえの両方で処方せんととの照らし合わせを行う。声だし確認。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名オルメテッ クOD錠20mg 間違えた医薬品 販売名オルメサル タンOD錠20mg 「DSEP」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
203	一般名処方、この方のみ病院の採用品と別のメーカーを希望。バス時間が迫り、早くして欲しいと催促され、確認不足のままお渡ししてしまった。投薬時、薬袋から出して見せているが、ご本人も気がつかず。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理 的条件下にあった	処方された医薬品 販売名タモキシ フェン錠20mg 「サワイ」 間違えた医薬品 販売名タモキシ フェン錠20mg「M YL」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
204	ミコンビ配合錠APが処方されていたのにミカムロ配合錠APをピックアップして、一包化の患者だったのでヒートから出そうとした際に間違いに気付いてピックアップしなおした。	○単純なミス当薬局ではミコンビ配合錠APはこの患者1人だけだったので、ミ ○○○配合錠APという似た名前でピッ キングミスしてしまった。	ピックアップ後に処方箋と実物の薬品名をチェックしてから分包作業をするようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ミコンビ配 合錠AP 間違えた医薬品 販売名ミカムロ配 合錠AP	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
205	一般名処方のメコバラミン錠0.5mgをメコバラミン錠500μg「SW」希望の患者にメチコパール錠500μgで調剤。鑑査時に気が付かず、そのまま交付した。	処方内容に変更があり、そちらに気を取られていたところ、棚が近く、取り違えた。	棚の位置をずらした。	確認を怠った 施設・設備	処方された医薬品 販売名メコバラミ ン錠500μg「S W」 間違えた医薬品 販売名メチコパ ール錠500μg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
206	焦っていたためメキシという文字からメキシレチンを手に取り、不足分(メキシチール)は近隣薬局から調達して、二種類の薬剤をお渡ししてしまった。	当時薬局内は混んでおり、もう一人の薬剤師は一包化を行っていて事務員も入力業務を外せなかったためスタッフ相互での確認が疎かになってしまった。	混雑時であれ冷静に調剤業務を行う。同じ薬剤師の在庫は輪ゴムでまとめて置いておくなど取り間違いのないようにする。鑑査をする際も在庫があったものと近隣薬局で借りてきたものが一致しているか再度確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名メキシチ ールカプセル100m g 間違えた医薬品 販売名メキシレチ ン塩酸塩カプセル 100mg「日工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
207	ミカルティスのみ先発薬希望の患者に誤ったジェネリック医薬品のテルミサルタンをお渡し	他の薬剤はジェネリック希望だったので、当医薬品もジェネリックと思い込んでいたため	薬歴の患者情報の再確認、ポッポアップなどで目立つようにするなどの工夫	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ミカルティ ス錠20mg 間違えた医薬品 販売名テルミサル タン錠20mg「DS EP」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
208	一般名処方。先発希望の患者に後発薬を調剤した。入力先発薬で行っていた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ムコダイ ン錠500mg 間違えた医薬品 販売名カルボシ ティン錠500mg 「サワイ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
209	アンブロキソール錠15mgが在庫があるのは「クニヒロ」だったが、以前採用していた「アメル」のままで入力してしまっていた。	処方箋調剤録チェック時に判明。薬はすでに飲み終わっていたためご本人には連絡せず主治医に報告。	監査時のチェックにてメーカー名まで確認	確認を怠った 連携ができてい なかった	処方された医薬品 販売名アンブロキ ソール塩酸塩錠1 5mg「クニヒロ」 間違えた医薬品 販売名アンブロキ ソール塩酸塩錠1 5mg「アメル」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
210	一般名でエチゾラム錠gが処方されていて、いつもは後発のエチゾラム錠0.5mg「SW」調剤していた(患者本人希望)が、今回、先発品のデバスで調剤して、交付してしまっ	単純なミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名エチゾラム錠0.5mg「SW」 間違えた医薬品 販売名デバス錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
211	患者より電話があり、いつもの薬と違うとの訴え。処方箋を確認したところ、麦門冬湯はFC29であるが、FC17と記載あり。五苓散をお渡ししていたことが判明。	包装が似ているため、間違えてしまったと思われる。	当薬局には、このメーカーの薬は2種類しかなく、在庫薬に区別がつくよう印をつけた。また、最終監査時、処方箋と照らし合わせ、処方箋の薬剤名が記載されたところに印をつけるようにした。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名ジュンコウ麦門冬湯FCエキス細粒医療用 間違えた医薬品 販売名ジュンコウ五苓散料FCエキス細粒医療用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
212	一般名処方でセフジニルカプセル100mgと記載されている所、セフジレンピボキシル錠100mgを調剤	一般名が類似している事とセフジレンピボキシル錠100mgが多く調剤していた為思い込みもあったと思われる。	セフェム系薬剤は一般名も商品名も類似名称が多い為特に注意が必要である。棚に注意の印を付けて注意を促していきたい。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名セフジニルカプセル100mg「JG」 間違えた医薬品 販売名セフジレンピボキシル錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
213	アレルギン散2.4mgをニチコデ配合散2.4gと間違えて秤量し、カルボシステイン細粒やカロナール細粒と混合しようとした。処方内にフスタゾール散があったためニチコデ配合散との混合はおかしいと気が付き混合ミスを寸で免れた。	通常、カルボシステイン細粒+ニチコデ配合散+カロナール細粒の混合パターンがほとんどであり、今回家族で3枚の処方箋があり1枚が3歳児の処方箋でニチコデ散ではなくアレルギン散であった。土曜で多忙であったのと3枚処方箋が全て混合散薬であり焦りからか、いつものパターンと安易に考え、混合直前で気が付いたものの、確認を怠り秤量まで行ってしまった。	とにかく多忙であろうが処方内容の確認の周知徹底。連続処方時などは声を掛け合う等の余裕を持つ。	確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名アレルギン散1% 間違えた医薬品 販売名ニチコデ配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	包装デザインの類似により、思い込みによる取り間違いがあった		思い込みをなくす。取り間違えの注意喚起を促すように付箋等を付けておく	判断を誤った その他思い込みによる その他包装デザインの類似	処方された医薬品 販売名セチアア錠10mg 間違えた医薬品 販売名セレスタミン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
215	先発品と後発品の取り違え	何度か先発品と後発品を試していた患者で、その日の入力と調剤された薬をきちんと確認せず交付してしまっ。前回は後発品で出していたので違和感を感じることなかった。	監査の徹底、患者本人と薬を確認しながらの投薬を徹底。現在は監査システムも導入しているので稼働を徹底させる。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった 仕組み	処方された医薬品 販売名ガスター-D錠10mg 間違えた医薬品 販売名ファモチジンD錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
216	一般名アトルバスタチン錠10mgがビタバスタチン錠2mgで調剤され、監査でも気付かず「カゴ」に用意されていた。長年アトルバスタチンだけを服用されている患者だったので、たまたま横を通った別の薬剤師が「〇〇さんの薬変更になったんだね」と何気なく声を掛けたところ、投薬に行こうとしていた薬剤師が間違っていることに気付いた。投薬寸前に止めることができた。	同じスタチンとはいえミ数も違う。特に混雑していたわけでもなく注意力散漫。	軽い処方でも慎重に。また声を掛け合うことも大切。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠10mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名ビタバスタチンCa錠2mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
217	Rp.一般名 アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg 1錠 分1 朝食後 35日分 いつも先発品希望で ノルバスコOD錠2.5mgを調剤しなければいけないところ アムロジピンOD錠2.5mg「サンド」35錠調剤 投薬してしまっ。患者が服用前に いつもと薬が違うことに気づき 判明した。	処方医薬品の多さ 薬歴の確認が不十分だった	薬歴の最初に大きくノルバスコOD錠2.5mgと記載した	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ノルバスコOD錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
218	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」が処方されたいたが、レセコンの入力と調剤した医薬品共に酸化マグネシウム錠330mg「モチダ」と勘違いしてしまっ。	発生日の少し前にマグラックス錠330mgから酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」に販売名が変更されていたことで、酸化マグネシウムといえ以前から存在する酸化マグネシウム錠330mg「モチダ」という認識があったこと、「ヨシダ」と「モチダ」の字面が非常に紛らわしいことが原因と考えられる。〇処方せんの見間違い 〇注意力散漫 〇単純なミス	職員全てに今回の内容を伝達し、注意喚起を行った。また、レセコンの名称を「モチダ」に★マークをつけた。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」 間違えた医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「モチダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
219	処方(般)耐性乳酸菌散1%をピオフィルミンR散で調剤。お渡しする際に気付かずラックビーR散での調剤のやり直しを申し出たが、家族が「再調剤を待つことはできないので薬は飲ませない」と仰って帰られた。その後、ご自宅に何度かお電話を差し上げたがつながらず、やむを得ず再調剤した薬をお詫びの手紙とともにご自宅に配達した。ご家族にお目にかかることはできなかった。	近医では(般)耐性乳酸菌散0.6%の処方ピオフィルミンR散で調剤しており、%部分の確認が不十分だった。当日は混雑時で待ち時間が長かった上、患者ご本人と兄の二人に発達障害があり、薬局内でも落ち着かず、待つ頂くことは困難だった。〇処方せんの見間違い	一般名処方の確認をきちんと行う。患者の個別の事情をくみとる。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ラックビーR散 間違えた医薬品 販売名ピオフィルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
220	先発品希望の患者に一般名である【般】カルボシステインシロップ用50%を処方されたがカルボシステインDS50%「タカタ」と【般】アンブロキシール塩酸シロップ1.5%を処方されたがブルスマリンADS小児用1.5%を調剤した。	ジェネリック希望の方が多いので無意識に調剤していた。単純なミス・注意力散漫		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50% 販売名小児用ムコソルバンDS1.5% 間違えた医薬品 販売名カルボシステインDS50%「タカタ」 販売名ブルスマリンADドライシロップ小児用1.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
221	調剤すべき正しい薬はSM配合散(入力ができなかったため、代替で登録)と同じ引き出しにあった、効能と、見かけが似ている、つくしAM散を調剤してしまった。監査も通してしまった。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名S・M配合散 間違えた医薬品 販売名つくしA・M配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
222	16:30頃の処方箋で一般名ピソプロロールフルマル酸塩錠2.5mg+オルメテックOD錠20mg+ノルバスク錠5mg各1錠ずつまとめて56日分一包化する指示であった。在庫がなかったためと見え20日分だけ調剤しあとから36日分を届ける約束とした。その後17:30頃患者より「しばらく出かけてしまうので本日の18:30まで薬が欲しい」と電話が入った。薬が17:45にそろったため36日分調剤し患者宅まで届けた。その後7日たってから患者家族からいつも違う薬が入っているとの連絡があり、メインテート2.5mgで調剤するところを誤ってレニベース2.5mgで調剤してしまったことが判明した。患者は予備薬があるため、患者帰宅後に正しいものと交換してもらった。	・薬剤師は2人いたが、一人は別の患者に在宅で呼ばれており不在であったため残った薬剤師が一人で対応していた。 ・在庫がなかったためと患者の外出時間に合わせた調剤と薬の配達をしなければならぬという焦りがかなりあった。 ・急配でレニベース2.5mg100錠とメインテート2.5mg100錠が入庫され、焦っていた薬剤師がレニベース2.5mgの箱を手に取り 一般名で書かれた処方箋がこれに当たると思いこんでしまった。	一般名で書かれた処方箋に付箋などで調剤した薬品名などをはっきりと書いておく。(裏打ちや薬袋ラベルなど見ればすぐわかることだが焦っているときは見落としかち)・短時間で作業する時も処方内容確認・薬品確認等の作業はしっかりとやるようふだんから教育・訓練をする。(当然できているものと思えない)・不足の在庫が出ないよう在庫管理を徹底する。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練 ルールの不備	処方された医薬品 販売名メインテート錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名レニベース錠2.5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
223	ツムラ抑肝散加陳皮半夏を調剤するとろ、処方頻度の高いツムラ抑肝散を調剤してしまい、ポリムスで照合する際にエラーになり、取り間違いに気付いた。	ツムラ抑肝散～との処方を見て、処方頻度の高いツムラ抑肝散で調剤してしまっ	薬の名前は最後までしっかり読む。ポリムスを通す前にもう一度確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
224	先にFAXで葛根湯とPLの処方箋が来た。その後取りに来た人(当人ではない)が、フロモックスも追加になり、差し替えのFAXが来ると告げて一度帰られた。その後再度FAXが来たが、一般名が「セフゾトレンビポキシル」になっておりフロモックスの一般名ではなかった。しかし、フロモックスが追加になると予め聞いていた事務は、それに気付かず「セフカペンビポキシル」で入力し、フロモックスを選択。調剤・鑑査の薬剤師もフロモックスであると聞いていたのと、入力時に「セフゾトレンビポキシル」を鉛筆で消してフロモックスと書いてあるフロモックスと思いついた。一般名がフロモックスでは無い事に気付かなかった。その後、ご本人が取りに来てフロモックスが追加になった事を確認して投薬。投薬後に、別の薬剤師が「セフゾトレンビポキシル」になっていることに気付く、判明した。病院に連絡、確認したところ、本来の処方箋は予定通りフロモックスであり、病院の入力ミスであったことが分かった。	予めフロモックスが出ると思っていたため、入力・調剤・鑑査に関った人間全員が、処方箋の見間違いに思い込みにより気付かなかった。入力者は似た名前の薬であるが、一般名のチェックを怠り間違いに気付かなかった。調剤・鑑査者は訂正してある薬品名の方を確認し、一般名をよく確認しなかった。	入力の際は必ず3文字以上入力し、一文字ずつ確認して入力する。予め変更点や口頭で伝えられている場合は、その変更点に相違がないかしっかりと確認する。一般名の入力も一文字ずつ確認する。	確認を怠った ルールの不備	処方された医薬品 販売名【般】セフゾトレンビポキシル 間違えた医薬品 販売名フロモックス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
225	一般名処方箋でジェネリック希望も調剤時に先発品を調剤		調剤開始時の確認を徹底	確認を怠った その他確認不足	処方された医薬品 販売名フロメタゾン軟膏0.1% 間違えた医薬品 販売名メサデルム軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
226	(一般名)ロスバスタチン錠5mgが28錠処方箋で、ジェネリック希望だったためロスバスタチン錠5mg「DSEP」を調剤したところ、クレストール錠5mgが10錠混ざった状態でゴム止めをしてしまっていることをピッキング検査機をかざして判明。調剤を直し、監査者に渡した。	クレストール錠5mgとジェネリックのロスバスタチン錠5mg「DSEP」はシートがそっくりでよく見ないと見分けがつきにくい。もともとクレストール錠5mg10錠が間違えてロスバスタチン錠5mg「DSEP」の棚に戻されてしまっていて、調剤時でも気が付かず調剤してしまっ。充填間違いと調剤時の確認怠りが重なってしまった事例。	他の職員にも今回の事例を周知させ、棚に戻すときも薬品名等確認して戻すように徹底させる。シートがそっくりな先発品とジェネリックは特に注意。ピッキング検査機での監査も引き続き徹底する。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名ロスバスタチン錠5mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名クレストール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
227	ロキソプロフェンテープ100mg(一般名)が処方され、ロキソニンテープ100の処方入力に対し、ロキソプロフェンテープ100mg「久光」を調剤・交付した。	内服でも同様だが、同成分で2薬剤の採用がある場合は、念には念を入れてチェックするが、微々たる思い込みのせいで違うメーカーの薬剤が患者に行ってしまう事例である。あつてはいけないことだが、同じようなことが起こる可能性が十分ある事例だと思えるので、当薬局だけでなく、皆で共有することで、患者の健康を守って行きたい。	一人の薬剤師が調剤し、もう一人の薬剤師が監査する姿勢を保つことは大事なことであるが、一人薬剤師の薬局・時間帯が発生するし、二人居てももう一人が見てくれるから大丈夫という油断がミスを生むことも結構な頻度で起こるので、他に誰がいようと安心せず、自分が調剤したら、誰かが見てくれていても再度自分でチェックをし、誰かが調剤してくれたら安心せず、きっちり監査するという状況を保って行きたい。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
228	クレストール2.5mg ロスバスタチン2.5mg「DSEP」のところ、ロキソプロフェンNa60mg「日工医」でピッキングした。	色合いだけでピッキングした。棚は上下に分かれていました。○単純なミス	ピッキングする際は必ず薬品名確認してからピッキングします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日工医」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
229	一般名処方でアムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg→アムロジピンOD錠2.5mg「トーフ」で調剤するところ、先発品のアムロジピンOD錠2.5mgで調剤。投薬時に患者に指摘されたことで判明。	バーコード調剤システムの○が出ていない状態で最終監査をしていた。	バーコード調剤の監査システムの○が出ていない場合には、必ず確認をする。業務終了時にも○が出ているか、疑わしいものがないかを確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
230	月に1回定期的に処方箋が入っており、ある月までは「一般名」[般]メトホルミン塩酸塩錠250mg:GL2錠にてメトホルミン塩酸塩錠250mg「トーフ」を調剤していた。翌月からメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」2錠に変更になっていたが、以後5ヶ月間メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーフ」のまま調剤していた。	メトホルミンにMTとGL、2つの製剤があることを知っていたが、その他に気を取られしかり見ていなかったと思われる。レセコン入力システムでも検索すると区別されなくて出てきてしまう。	1、アクシデント報告をもとに学習する。2、GLのジェネリックである「メトホルミン塩酸塩錠250mg:トーフ」の薬剤に「注意:GLのジェネリックです。MTのジェネリックではありません」の札をつける。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」 間違えた医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
231	アンテベート軟膏のところをアンフラベート軟膏を混合しようとした。軟膏つぼに入れた後に薬剤師に指摘されインシデントが判明した。	処方箋を見て、アンテベートをアンフラベートと読み間違えたため発生した。	処方箋をよく見る。計量調剤に入る前に外用薬を取りそろえ、再度確認しながら計量を行う。	確認を怠った 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった 医薬品	処方された医薬品 販売名アンテベート軟膏0.05% 間違えた医薬品 販売名アンフラベート0.05%軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
232	セフゾレピボキシリン錠の処方にセフカペンビボキシリン錠を出してしまった。	不慣れな薬剤師が調剤、監査をした。	棚の商品名に注意するようにしるしをつけた。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セフゾレピボキシリン錠100mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名セフカペンビボキシリン塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
233	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「コタロー抑肝散加陳皮」と記載されていた。薬剤師Aは「ツムラ抑肝散」を調剤してしまったが、誤りに気付かずそのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bは、誤って調剤されていることに気付かず、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aは正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。	他の事を考えながら、調剤をしてしまった。	目の前の調剤に集中する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名コタロー抑肝散加陳皮半夏エキス細粒 間違えた医薬品 販売名ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
234	酸化マグネシウム錠330mgが処方されているところ、カロナール錠200mgがピックアップされていた。監査中に気が付き酸化マグネシウム錠330mgの薬棚を確認したところ、20錠ほどカロナール錠200mgが誤って入っていることに気が付いた。	直前の患者でカロナール錠200mgが処方中止になり薬棚に戻す際に隣にあった酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」の棚に誤って戻したことが原因と考えられる。	両薬剤はPTP包装が似ているので、それぞれの棚の距離を離し、棚に戻す際には2名で確認することとした	医薬品	処方された医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」 間違えた医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
235	カルタンOD500mg処方のところ、在庫のない薬剤であった。後発品希望の患者にて、当薬局に在庫のある同一成分の炭カル錠500mgに変更しようとしたところ、後発品変更の欄に候補で上がらず、炭カル錠500mgを直接入力。その後、調剤、監査、投薬を勧める。	同一成分の薬剤のため、後発品として変更可能であると判断した。	同一成分で、適応の異なる薬剤に対して、その旨を注意喚起する札を設置。	判断を誤った 知識が不足していた 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名カルタンOD錠500mg 間違えた医薬品 販売名炭カル錠500mg「旭化成」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
236	ラタノプロストPF点眼液2.5mlのところ、一般名処方と勘違いして先発品のキサラタン点眼で調製・監査・投薬。投薬後すぐに入力者が不安に思いネットで調べ間違いが判明。2時間後に患者が再来局してくれる事になり、正しい物と交換できた。	スタッフの知識不足。新患・新規病院の処方であった。入力時にPF部分に気になりながらも一般名の一部と判断して先発品を選択。調製者も気にながらながらも調べなかった。監査人は、他患者の監査中でまた残薬処理を気にしながらも入力・調製者を信じて投薬まですり抜けた。	スタッフ同士の連携が取れていなかった。PF部分に気になった時点で調べながら作業を続けるべきだった。調製人も気づいた時点で入力者を信じず調べるべきであった。今後同じ事が起こらないように店舗内ルールとして、不慣れた処方せんの場合はスタッフ同士連携し、気になった際にすぐ調べまた不安な場合は病院に問い合わせるよう規則を作った。	確認を怠った連携ができていなかった判断を誤った知識が不足していたその他GEを一般名処方と勘違い教育・訓練ルールの不備	処方された医薬品 販売名ラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」 間違えた医薬品 販売名キサラタン点眼液0.005%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
237	S・M配合散を調剤するところM・M配合散を調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名S・M配合散 間違えた医薬品 販売名M・M配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
238	ジェネリック医薬品であるブララルカストを用意するところオノンを用意しようとした。	○単純なミス	取り出す際、取りそえる際何度が確認すること	医薬品ルールの不備	処方された医薬品 販売名ブララルカストカプセル112.5mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名オノンカプセル112.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
239	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)が処方されていたところ、誤ってツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)をお渡し。患者帰宅後すぐに気がつき連絡、服用前に交換した。	名称が似ており、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)が25番に対し、ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)が125番と袋の色も同じであり監査を通り抜けてしまい、患者と確認したときも薬剤師、患者ともに気がつかなかった。○単純なミス	監査システムなどの導入も検討する	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
240	一般名プロメタジン6.75mg等配合非ピリン系感冒剤との処方ですが、誤ってサラザック配合顆粒(一般名、プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤)を調剤、交付。			確認を怠った連携ができていなかった知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ビーエイ配合錠 間違えた医薬品 販売名サラザック配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
241	シロスタゾールOD錠50mgを56錠ピッキングするところ、端数の6錠を先発品のプレタールOD錠50mgを取り揃えてしまった。	当薬局のプレタールのGEの採用が「マイン」から「サワイ」に変わり以前よりも先発品の外観が酷似していた。錠剤棚の配置が隣のままであった。○注意力散漫	採用が変更になった時に、外観が酷似していたのでその時に棚の配置を変えるべきであった。取り違えがあつてからは棚の位置を変えて対応	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名シロスタゾールOD錠50mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名プレタールOD錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
242	チモロールXE0.5%が処方されたが、チモブトールXE0.5%を患者に渡した。			確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名チモロールXE点眼液0.5%「ニットー」 間違えた医薬品 販売名チモブトールXE点眼液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
243	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」が処方されていたのに、セフトレピボキシル錠100mg「日医工」をピッキングしていた。監査者から指摘されて、訂正した。	○単純なミス名前が似ていて、最近ではセフトレピボキシルが処方されることが多くて間違えた。	名前を全部しっかり見てからピッキングする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名セフトレピボキシル錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
244	自動分包機のカセッターへの充填ミス。錠剤の大きさが似ていたため分包機からも調剤され、調剤監査でも発見できなかった。	業務多忙による確認不足。自動分包機の薬の充填を薬剤師一人が行っていた。	自動分包機への薬の充填は人員2名によるダブルチェックをする、また調剤監査も徹底する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった施設・設備ルールの不備	処方された医薬品 販売名ミヤBM錠 間違えた医薬品 販売名マグミット錠330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
245	後発のメーカー入力間違い	確認を怠った。単純なミス		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フェキソ フェナジン塩酸塩 錠60mg「三和」 間違えた医薬品 販売名フェキソ フェナジン塩酸塩 錠60mg「EE」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
246	ブラビックスをクロビドグレル「SANIK」に 以前から変更していた患者に、先発を調 剤しそようになった。	外箱が似ている。先発の箱にも大きく 「クロビドグレル」と記載してある。	GEのメーカーを変更する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名クロビドグ レル錠25mg「SA NIK」 間違えた医薬品 販売名ブラビク ス錠25mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
247	一般名処方の処方箋 患者は先発品で の調剤を希望事務の入力は先発のエ カードLDで入力されていたが、ピッキング はジェネリックのカデチアLDを調剤した。 投薬者も処方箋を見て監査したためその ままカデチアLDで投薬した。後日患者本 人が薬が違うとカデチアLDを持参して きた。エカードLDに交換した。	一般名処方が増えたが、患者ごとに先 発・後発の希望があり薬歴には記載さ れているが見落としてしまった。入力さ れた薬袋と照らし合わせることで確認 ができるようにしているが、写真も似て いるためすり抜けてしまった。	一般名処方の場合調剤 するとき情報がないとジェ ネリックで調剤してしまう。 棚の位置を工夫したり、 薬品名に表示に工夫が 必要と思う	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エカード配 合錠LD 間違えた医薬品 販売名カデチア配 合錠LD「あすか」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
248	一般名処方の処方箋にて、患者先発品 希望によりムコスタ錠で調剤すべきの ところ、ジェネリックであるレバミビド錠「ZE」で 調剤。	当薬局でムコスタ錠を使用しているの は1~2名ほどで、他はジェネリックであ るレバミビド錠「ZE」を使用している。 ジェネリックであるという思い込みが あったと思われる。	改めて改善策は設けず、 現在行っている処方箋へ のチェックや薬歴の確認 はしっかり行うこととする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠 100mg 間違えた医薬品 販売名レバミビド 錠100mg「ZE」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
249	「一般名」処方 で いつもはメコバラミン錠 で調剤しているが、メチコパール錠を調剤 してしまった。	確認を怠った。単純なミス	薬歴をきちんと確認する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メコバラミ ン錠500μg「S W」 間違えた医薬品 販売名メチコパ ール錠500μg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
250	加味帰脾湯の処方 を 加味逍遙散で調剤 してしまった。	確認を怠った注意力散漫	処方内容を きちんと最 後まで確認する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ加味 帰脾湯エキス顆 粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ加味 逍遙散エキス顆 粒(医療用)	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
251	一般名処方 でアレンドロン酸35mgの処 方が出ていて、前から飲んでいるファイ ザーのメーカー指定のGEで出している方 だったが、誤ってアレンドロン35「アメル」 を調剤。監査者が間違いに気づく。	アレンドロンのGEが2つ在庫があった。 調剤者が経験が浅かった。〇作業手 順の不履行	薬歴の確認事項に目立 つようにアレンドロン35m gはファイザーで調剤す ると記録した。事務員のレ セコンの頭書きの方にも 記録した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アレンドロ ン酸錠35mg 「ファイザー」 間違えた医薬品 販売名アレンド ロン酸錠35mg「ア メル」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
252	一包化の患者。白内障の手術目的で入 院。入院先の薬剤師より持参した薬の中 にカルボシステイン2錠入っていないとい けないところカルボシステイン1錠とメグ ルコ1錠が入っていたと連絡があり判明。 退院当日患者宅に訪問し自宅の残薬も 間違いがないことを確認した。	一包化機械へのバラ錠充填記録から 当該患者の調剤5日前に失敗した一包 化をばらしてカルボシステインとメグ ルコを充填したことが分かった。その期 間調剤で該当する患者がその他にも4 名いたので自宅に訪問し間違いがないこ とを確認した。結果1錠のみ紛れてし まったと思われる。	一包化の失敗作は失敗し た患者用に使いタレット ケースに戻さない。それ 以外は廃棄。類似した薬 品、一包化したときに類 似していて判別がつきにく い錠剤を再度抽出して薬 局内で学習した。	確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名カルボシス テイン錠250mg 「トーワ」 間違えた医薬品 販売名メグルコ 錠250mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
253	レンドルミンD錠をお渡しするところ、GE品 のプロチゾラムOD錠「サワイ」でお渡しし てしまった。日内棚卸し時、在庫が合わず 判明した。該当患者へ連絡し、謝罪。先発 品と交換した。	普段はほぼGE品のプロチゾラムOD錠 「サワイ」の処方。レンドルミンD錠の処 方はほとんどないが、該当患者は、先 発品を希望されており、いつもレンド ルミンD錠での投薬となっていた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名レンドルミ ンD錠0.25mg 間違えた医薬品 販売名プロチゾ ラムOD錠0.25m g「サワイ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
254	GEを希望している患者だが、コバシル錠4 mgに関しては先発医薬品を希望して いた。しかし、今回GEで調剤を行ってしま っていた。		調剤する前に患者の調剤 メモにきちんと目を通し、 確認をしてから調剤を始 める。	確認を怠った 通常とは異なる心理 的条件下にあった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名コバシル錠 4mg 間違えた医薬品 販売名ベリンド プリルエルブミン錠4 mg「トーワ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
255	一般名処方 ロキソプロフェンNaテープ100mg が処方されており、GEご希望の方だったのにも関わらず、ロキソニンテープを交付した。薬歴記入時に気づき、患者宅へ連絡。今回は「有効成分が同じであればこのままでよい」との申し出があり、変更せずにそのままお使いいただいた。	繁忙時に注意力散漫で確認が徹底していなかったことが最大の要因と思われる。	ピッキングー鑑査とダブルチェックは行なっているが、そこもスルーしてしまったので、再度、スタッフとも手順を確認した。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」 間違えた医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
256	腸溶錠と入力するところ、腸溶錠ではない入力になっていた。	今回よりジェネリックに変更になった。腸溶錠のみの薬効であることを知らず、そのまま腸溶錠でない入力で監査、投薬した。	知らない薬はしっかり調べて、監査、投薬する。	判断を誤った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名サラゾスルファピリジン錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
257	先発希望のところ、ジェネリック品を出してしまった。	混雑している時間帯であった。先発品とジェネリック品を希望してらっしゃる患者であった為、間違えてジェネリックで調剤・投薬してしまった。(一人調剤)	混雑時、一人調剤のときは特に気を付けるように心がける。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カデュエット配合錠3番 間違えた医薬品 販売名アマルエイト配合錠3番「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
258	先発希望の方にジェネリックを調剤・投薬した。	混雑していた為、ジェネリックで調剤してしまった。他の薬の説明に気を取られ、確認が疎かになった。	しっかり確認する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アレロック錠5 間違えた医薬品 販売名オロバタジン塩酸塩錠5mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
259	先発品希望の方であったが、ジェネリック品を調剤・投薬してしまった。	混雑していた。先発とジェネリックが混ざっている人であった。	しっかり確認する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名グラシタキシン錠50 間違えた医薬品 販売名トフィソバム錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
260	違う薬が混じっていたのに気が付かず、調剤・投薬した。	薬の棚の中に違う薬が入っていた。見た目が似ていた為、そのまま出してしまった。	シートを一つ一つ確認する。2つの薬の棚の場所を移した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エカード配合錠LD 間違えた医薬品 販売名カテチア配合錠LD「あずか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
261	間違った薬を調剤・投薬した。	忙しい時間帯であった。薬袋・薬情等が半夏厚朴湯であったため、そのまま調剤してしまった。投薬時、他のことの説明・相談に気がいってしまい、間違いを見逃した。入力時に、よくでる漢方を選んでしまった。	しっかり確認する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
262	処方ではテネリア錠20mgであったが、「テ」でデベルザと思い込んでしまいデベルザ錠20mg調剤してしまった。(患者帰宅後、直ちに薬剤を取り出し、交付違いが判明し、再来局いただき正しい薬剤を再交付した。)	薬剤師が一人の状態での調剤・監査が続き、繁忙な時間帯だったため、通常は使用している監査システムに通ずのを忘れて、そのまま交付してしまった。 ○作業手順の不履行 ○処方箋の見間違い	監査システムに薬剤を通したことを確認してから監査印を押し、調剤の完結を確認してから交付する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名テネリア錠20mg 間違えた医薬品 販売名デベルザ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
263	先発品が処方されていたが、患者希望あり、ジェネリック品に変わるべきだったが、そのまま先発品を出してしまった。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ50mg「EE」 間違えた医薬品 販売名ロキソニンテープ50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
264	一般名処方ではオルメサルタン口腔内崩壊錠20mgの処方をジェネリックのオルメサルタンOD錠20mgで調剤すべきところをオルメテックOD錠20mgで調剤	薬歴の確認漏れ	薬歴を確認してから調剤開始	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名オルメテックOD錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
265	薬剤を取り違えて、交付した。医薬品入荷時点でツムラ12番をツムラ2番の棚に補充してしまった。12番と2番を番号下地色が同じ緑のため、見誤る			確認を怠った 知識が不足していた 施設・設備 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ薬胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
266	名称の間違い。上下棚隣同士。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン点眼液1.5%「わかもと」 間違えた医薬品 販売名レボカバサチン塩酸塩点眼液0.025%「わかもと」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
267	一般名アズレンスルホン酸Na点眼液で、アズラビン点眼液をお渡ししている患者だったがAZ点眼液をお渡ししてしまった	一般名処方アズレンスルホン酸Na点眼液はAZ点眼液でお渡しする方が多いのでAZ点眼液と思い込んでしまった	一般名処方の時、薬歴をしっかりと確認して投薬する	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アズラビン点眼液0.02% 間違えた医薬品 販売名AZ点眼液0.02%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
268	正:ロキソニンテープ100 誤:ロキソプロフェンNaテープ100「三和」	「ろきそ」で検索し沢山の中から選び、選び間違えました。	「ろきそにん」など検索文字数を増して、絞り込み選択しやすくします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ100mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
269	処方箋に書かれた「一般名」ラベプラゾールNa錠10mgを「一般名」ランソプラゾールOD錠15mgと勘違いし集薬した。ピッキングシステムにてエラー表示が出たため間違いに気が付き修正した。患者には正しくお渡しした。	処方せんの見間違いと単純なミス	処方箋の一語一句を確認してから薬を用意する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
270	ボノテオとボナロンの取り換え。監査時に気がついた。	名前、薬効が似ており、思い込んでしまった。○注意力散漫	名称が類似しているということを確認した	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名ボノテオ錠50mg 間違えた医薬品 販売名ボナロン錠35mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
271	一般名処方で処方が出ていて、GE希望の方だったが、調剤者が先発で薬を調剤して印字も先発でした。鑑査者も気づかずスルーしてしまったが、投薬者が投薬時に間違いに気づき、修正し正しいすりを調剤し直してお渡した。	調剤者は思い込みがあった。鑑査者は勤務歴が短く、GEがあることを把握しなかった。	全薬剤師に改めてオゼックスのGEについて周知した。薬歴の確認事項に今回の間違いについて記載した。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名トスフロキサチンシル酸塩錠75mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名オゼックス錠75	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
272	患者薬局。ホスホマイシンDSが1日2g分2で処方されていたが、誤ってワイドシリン細粒を1日2g分2を分包してしまった。鑑査の時点で気が付いたため、患者に誤った薬が渡ることはなかった。	○単純なミスホスホマイシンDSより、ワイドシリン細粒の方が処方頻度が高いため、今回もそうだろうという思い込みがあった。	処方せんの薬剤名を再度確認する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ホスホマイシンカルシウムドライシロップ40%「日医工」 間違えた医薬品 販売名ワイドシリン細粒200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
273	セレスタミン配合錠2錠分2朝夕食後、21日分の処方。過誤のあった次の薬局時に患者本人より、セレスタミン配合錠の10錠シートに混ざるようにハイチオール錠40mgの10錠シートで20錠調剤されていたと申し出あり。手持ち分のセレスタミンが不足したため代わりにハイチオールを服用してしまったとのこと。主訴である痒みは出ず、症状の悪化はなかった。	投薬直前の確認を怠った。長期に渡り同じ処方が続く方で、投薬時の説明も薬よりも体調や変化の確認に比重が置かれていた。調剤鑑査は不慣れなものが行ったこともあり、不十分であった。薬剤棚で隣同士で並んでいる薬剤でも不足したため代わりにハイチオールを服用してしまっただけのこと。主訴である痒みは出ず、症状の悪化はなかった。	鑑査済みと言われたものでも投薬前に改めて投薬者が錠数だけでなく、過誤の可能性を考慮に入れて確認する。また調剤の際、棚に戻す時は元を確認し戻す。鑑査時は錠数だけでなく実物をしっかりと確認して思い込みをなくす。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 間違えた医薬品 販売名ハイチオール錠40	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
274	一般名処方では処方せん名を、セフジニールのところセフトレンと読み違え、セフトレンを交付してしまいました。患者からの指摘により間違いが判明した。	処方せんの見間違いによる単純なミスであったが、処方入力も間違っていたために、調剤録と照らし合わせた際にも間違いに気づくことができなかった。	調剤時の確認、監査時の確認、投薬時の確認の際、一般名処方の際は特に気をつけるようにする。薬局のルールである、鉛筆で薬品名に丸を付ける確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セフトレン カプセル100mg 「日工」 間違えた医薬品 販売名セフトレン ピボキシル錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
275	ジェネリックで処方されていたのに、誤って一般名処方と解釈、先発品で調剤・交付してしまった。	仕事を立て込み、さらに患者の処方は一包化指示があったため焦り確認を怠ってしまった〇焦り	しっかりと処方箋と薬剤を照らし合わせ確認する。一包化した後のヒートの空を再度2人以上で確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プロピベリン 塩酸塩錠20mg「タナベ」 間違えた医薬品 販売名パップ フォー錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
276	薬剤の取間違い	注意力散漫があったと思われる。	調剤・監査者を別の薬剤師が担当し、投薬時の確認も徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名コニール錠4 間違えた医薬品 販売名コバシル錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
277	いつも処方せんでは一般名処方だったが、先発品希望なのでアムロジンOD5mgを調剤していた。いつも担当しない薬剤師が調剤の際に薬歴を確認せず後発品で調剤した	監査の際にバーコード鑑査をするのだが、武田テバは販売移管が多くピッキング鑑査の際に毎回エラー音がでるため、またかと思いそのまま鑑査を通した。通常、患者に渡す際には、薬品を見せて確認しながら渡すのだが、FAXで処方箋が送られてきたものだったこと、他の患者の調剤も重なっており急いだため患者に見せることなく手渡してしまった。調剤・鑑査・交付時と3重のミスが重なった。	作業手順の徹底。鑑査器の情報更新。交付時の確認手順の徹底。	確認を怠った コンピュータシステム ルールの不備	処方された医薬品 販売名アムロジン OD錠5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジン OD錠5mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
278	クラビット錠500mg、0.5錠で処方されていたが、レボフロキサシン錠500mg、0.5錠で調剤を行った。監査時に、調剤したものが気がついて、調剤しなおした。	処方箋にクラビット錠500mg(レボフロキサシン)として記載されており、レボフロキサシンの方に考えが行ってしまい誤ったものを調剤した。〇注意力散漫	商品名なのか一般名なのかよく確認すること。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名クラビット 錠500mg 間違えた医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
279	一般名処方(般)ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏をベタメタゾン酢酸プロピオン酸エステルで調剤。正しくはリンデロンV軟膏で調剤するところ誤ってアンテベート軟膏を調剤した。薬歴記入時に投薬者が気づき患者が使用する前に交換した。	ピッキング時、鑑査時に処方箋の見間違いがあった。当店ではアンテベート軟膏の処方が多いことや処方箋が集中する時間帯であったことが背景にあると思われる。	ピッキング時に外用の一般名処方の確認シートが用意されているが、「ベタメタゾン」というところで使用頻度の高い方だと思い込んでしまった。「ベタメタゾン」に別の医薬品があることがわかるように「吉草酸エステル」「酢酸エステル」のところが色分けして、意識が行き易い様に改善した。商品の成分名と処方箋を照らし合わせることを再度徹底した。	確認を怠った 医薬品 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名リンデロン V軟膏0.12% 間違えた医薬品 販売名アンテベート軟膏0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
280	DO入力した後用法変更を行い、薬剤の変更を行わずにままデータ送信してしまい別の薬剤を投薬してしまった。	入力時薬品の確認見落としを行った。薬剤師は家族分の処方もあり、そちらのほうに意識がいていて確認がおろそかになってしまった。	入力時、まずは薬品を確認変更してから用法を変更することの確認を行った。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名シムビコート タービューレーター 60吸入 間違えた医薬品 販売名バルミコート 200μgタービュー レーター112吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
281	一般名セルトラリン錠25mgの処方に対して調剤を行った際、トラゾドン錠25mgを調剤し患者に渡していた。後日病院に連絡があり、間違えていたことが判明。すぐに薬局より連絡をとり、事実確認を行う。以前より服用しており、数日間残薬があったため患者本人の発見が早く、薬が切れる前日に発見される。当日就寝前の薬が不足するので、郵便局に当日届くことを確認し速達にて配達を依頼し、就寝前の服用に間に合った。間違えて調剤をしたトラゾドンは服用されることなく、後日薬局時に患者本人より回収する。	当日すでに1時間半ほど営業時間を過ぎていたことと急いでいたこと、同時に初めて処方されていたアルプラゾラム錠1/4錠の調剤と説明に意識が行き過ぎたこと、確認と説明の不足があったと思われる。また、棚の配置が劇薬のため、単純なピッキングミスがあった。〇単純なミス 〇焦り	棚の配置は少し開けることとした。2名の薬剤師がかかわっているが、時間外となるときこそしっかりと見直すように注意することとする。また、今後、カメラを使った監査やピッキング鑑査マシンの導入の検討している。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(急った) その他すでに時間外1時間半となっており、急いでいた 施設・設備	処方された医薬品 販売名セルトラリン錠25mg「明治」 間違えた医薬品 販売名トラゾドン 塩酸塩錠25mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
282	デバス錠0.5mgを調剤すべきところでエチゾラム錠0.5mg「トロー」でお渡ししていた	確認を怠っていた。他の薬剤が全て後発品に変更してあったので、デバスも後発品で調剤するという思い込みがあったのかもしれない。	処方箋と薬との突合を徹底する。監査の際にチェックを入れる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名デバス錠0.5mg 間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠0.5mg「トロー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
283	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「トローワ」が処方されたいたが、ロキソニン錠60mgを誤って調剤。監査者が気がつき再度調剤し投薬を行った。	前の患者が、ロキソニン錠60mgだったため、思い込みで調剤を行ってしまった。○注意力散漫	事務員含め周りのものからも先発、後発であることを知らせる体制を作った。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「トローワ」 間違えた医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
284	一包化調剤の患者で、バルサルタン錠(40)「サンド」を分包するところ、間違えて先発品のディオバンOD錠(40)で分包してしまった。投薬後、PTPの殻を確認していたところ、間違いが判明。先発品の一包化は吸湿性があるため、メーカーでも推奨しておらず、いつも後発品で分包していた。すぐに該当患者へ連絡し、作り直したものと交換した。	入職後間もない薬剤師が、集めた薬品をよく確認せず、そのまま分包してしまっ。監査は常に二人体制で行っているが、薬局内は非常に混雑しており、あわただしい中での作業だったため、監査がもれてしまった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名バルサルタン錠40mg「サンド」 間違えた医薬品 販売名ディオバンOD錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
285	一般名処方 先発品希望の方に後発品をお渡ししてしまった。帰宅後ご本人が気が付き取り換えに来てくださった。	処方箋の一般名を見て 後発品と思い込んでしまった単純なミス。	薬袋に印字してある品名もよく確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ガスモチン錠5mg 間違えた医薬品 販売名モサプリドクエン酸塩錠5mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
286	一般名処方 処方でセフゾレピボキシルのところ セフカペンピボキシルと思い込んで調剤しそのままお渡ししてしまった。	名前をよく確認せず調剤してしまっ単純なミス。	成分名がよく似ているものは 最後までよく確かめ、再確認して調剤する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg 間違えた医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
287	ツムラ当帰芍薬散処方のところ 芍薬甘草湯を調剤、監査で間違えに気づいた。	処方箋の品名を見間違えた単純なミス。	注意喚起。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
288	先発品のガスターD10、マイスリー5で調剤するところ、後発品に変更してファモチジンOD10「オーハラ」、ゾルピデム5日医工で調剤。			確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ガスターD錠10mg 販売名マイスリー錠5mg 間違えた医薬品 販売名ファモチジンOD錠10mg「オーハラ」 販売名ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
289	一般名処方: プラバスタチンナトリウム錠10mgに対しメバロチン10を調剤するところプラバスタチンNa10「ケミファ」を調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メバロチン錠10 間違えた医薬品 販売名プラバスタチンNa錠10mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
290	アロプリノール錠100mg「サワイ」を調剤するところウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」を調剤。	棚位置が近く、シートの色などが似ていた。○単純なミス	棚位置を離れた	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アロプリノール錠100mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
291	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「オルメサルタンOD(20)」と記載されていた。薬剤師Aは「オルメサルタンOD(20)」の薬品棚より「オルメサルタンOD(20)」を調剤したつもりだったが、薬品棚に充填されていたのが「オルメテックOD(20)」だった。誤りに気が付かずそのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bは、誤って調剤されていることに気が付き、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aは正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。	「オルメサルタンOD(20)」と「オルメテックOD(20)」の外箱やシートのデザインが、あまりに酷似していることによる充填ミス	薬局内でのヒヤリハット事例の注意喚起	確認を怠った 医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名オルメテックOD錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
292	ツムラ当帰芍薬散が処方されていたが、ツムラ芍薬甘草湯を調剤した。鑑査者はツムラ当帰芍薬散が処方されていることを認識していたが、誤調剤に気づかず薬袋に入れてしまった。投薬者が患者説明時に気づき正しいものと交換した。	調剤者は患者の年齢と芍薬とのことから芍薬甘草湯を調剤したと考えられる。鑑査者は処方薬剤を認識していたにもかかわらず、確認を怠ったものと考えられる。	調剤薬の監査の徹底。漢方薬の名前が似ているものには「注意」の表示を付ける。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	ムコダイン錠500mgの28錠中に22錠のカルボシステイン錠500mg「トローフ」が混ざった状態で交付してしまった。患者の指摘により判明しました。	監査時に十分な確認がなされていなかった。処方せんは先発薬でも、実際の調剤は後発品であることが日常となり、処方せんどおり調剤することは、患者の希望する薬剤が交付できない状況は、以前から調剤している薬剤師には基本が覆されたもので、違和感を感じている。(一刻も早くすべての処方方を一般名処方として頂きたい。合剤もふくめて整備する必要が国にはあると思います。)ムコダイン錠とカルボシステイン錠は隣りどおしの棚に入れて、先発・後発の意識をしていたが、先発の棚に後発の薬剤が混入していた。患者からの指摘を受けて確認したところ、ムコダインの棚に100錠以上のカルボシステイン錠が混入していた。	使用量を考慮して先発薬を調剤台の下の引き出しに移し、区別をはっきりつけるようにした。	確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「トローフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
294	一般名処方でクロビドグレル錠75mg1日1回1T、30日分、先発希望のため、ブラビックス錠75mgをお渡ししたが、10錠シート1枚が後発品が混入していた。患者から連絡があり、交換した。	一般名処方の際、どちらか確認のとき、両方のシートを持ってしまい、後発品を先発品の棚に返却した可能性がある。	返却のときに確認する。監査のとき、すべてのシートの確認する。在庫確認を頻繁にする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ブラビックス錠75mg 間違えた医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
295	一般名処方、メインテート希望の患者に後発品を調剤。次の日に気づき、連絡したが、電話番号を変更していたようだが、30日後に来局した時に説明し、体調も確認したが何事もなかった。	確認不足	指さし確認。薬袋の印字と再確認	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メインテート錠5mg 間違えた医薬品 販売名ピソプロロールフル酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
296	一般名処方ヘルベッサールR希望の患者に、ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル「サワイ」を調剤。ご連絡して説明したら、今回はこのままでいいと確認	確認不足	指さし確認と薬袋の印字と再確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヘルベッサールRカプセル 間違えた医薬品 販売名ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
297	アトルバスタチン錠5mg処方だが、プラバスタチン錠5mgを調剤。説明中に気づき、アトルバスタチン錠5mgを再調剤。	確認不足	指さし確認と薬袋の印字と再確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名プラバスタチンNa錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
298	一般名処方ニューロタン錠25mgを希望の患者に、ロサルタンカリウム錠25「サワイ」を調剤。一包化して調剤の方だったため、交換に伺うと電話したところ、今回はこのままでいいと確認。	確認不足	指さし確認と薬袋の印字と再確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニューロタン錠25mg 間違えた医薬品 販売名ロサルタンカリウム錠25mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
299	白色ワセリン・デルモベート軟膏のミックスを調剤するはずが、誤ってサトウザルベ軟膏とデルモベート軟膏のミックスを調剤した。	白色ワセリン・デルモベート軟膏のミックスも、サトウザルベ軟膏とデルモベート軟膏もよく処方されるため。○単純なミス ○注意力散漫	軟膏の監査をする場合は、軟膏に貼ってある医薬品名を記載したラベルだけでなく、軟膏の色・容器の中身の確認をする。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名白色ワセリン*(マイラン) 間違えた医薬品 販売名サトウザルベ軟膏20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
300	いつも先発であることは頭の片隅にあるのだが、一般名処方の為、確認の時気が付かず処方名であるジェネリック医薬品を出してしまった。	お薬も多く、中にはジェネリック医薬品でお出ししているものもあるため気が付かずにお出しました。Faxもきているため患者が処方箋とともに窓口でお待ちになっているので、早くお渡ししなければというもあって気が付かなかった。○焦り ○処方医薬品の多さ	薬袋、薬品情報にも薬品名、写真があるのでそこから目を通して確認すること。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フォイバン錠100mg 間違えた医薬品 販売名カモスタットメシル酸塩錠100mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
301	まちがえてセフトレンピボキシル塩酸塩錠を渡してしまう。	名前が似ている。	似た名前の薬があることを自覚して慎重に調剤、監査する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セフカペン ピボキシル塩酸塩錠 100mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名セフトレン ピボキシル錠 100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
302	外用薬アルメタ軟膏のところ、アポコート軟膏を渡してしまった。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アルメタ軟膏 間違えた医薬品 販売名アポコート軟膏 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
303	患者の家族が薬局。帰宅後に電話がありミスが判明。ミカムロBPが処方されているところ、ミコンビBPを投薬。本人が薬を確認したところ違う薬であったとのこと。	家族が薬を取りに来たため、本人との確認ができなかった。鎮痛剤など臨時の薬が処方されていたため、そちらに気をとられていた。○注意力散漫○処方せんの見間違い	薬品名、規格の読み上げと照らし合わせを徹底すること。名称や規格の類似するものは特に気をつけること。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ミカムロ配合錠BP 間違えた医薬品 販売名ミコンビ配合錠BP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
304	処方されたメパロチン錠10mg63錠のうち、60錠を正しい薬剤、端数の3錠をメルカゾール錠を調剤、投薬していた。後日、ご本人より連絡があり交換した。	メパロチン錠10mgとメルカゾール錠の棚位置が上下で隣接しており、ピッキング時あるいは前調剤時に端数を棚に戻す際に戻す棚を間違えたものをピッキングしたものと考えられる。さらに、鑑査時にそれに気づかず投薬してしまった。PTPのデザインが金色に緑の文字と配色が似ていたことも原因と考えられる。	PTPデザインが似ているものは棚位置を変更し隣接しないようにする。端数のPTPの鑑査を徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名メパロチン錠10 間違えた医薬品 販売名メルカゾール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
305	ツムラ当帰芍薬散を調剤すべきところを、ツムラ芍薬甘草湯を調剤し、投薬してしまった。投薬時に薬を見て患者が「あれ？」という会話があったが、多忙期であり、そのまま渡してしまった。	処方箋中の「芍薬」という文字を見て、多用される芍薬甘草湯だと安易に認識してしまった。	処方箋のコピーを日常的に取っているが、ツムラの番号を記載する、商品名の注意すべき名称部分に赤丸をするなどの工夫をする。投薬時に患者に薬を見せて相互に確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
306	一般名処方ニフェジピン徐放剤20mgでの処方、該当患者にはいつも日医工のジェネリックを出していた。今回血流改善剤が2種類追加され、そちらの説明や質疑応答をしたうえでお渡しした。患者家族が帰宅後にジェネリックではなく先発品が出ていると電話での連絡があり調剤ミスが判明、後日正しい薬剤と交換した。	今回はじめて出た薬について患者家族から誤解に基づく質問が多々あり、そちらに気を取られ、薬歴にはジェネリック変更の旨が記載されていたが用意された薬剤が先発品と気づかず渡してしまった。調剤した薬剤師も他の患者の調剤が多く、気づけなかった。	処方箋と薬剤、薬歴と薬剤の確認を徹底する。	確認を怠った 教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg 「日医工」 間違えた医薬品 販売名アダラートCR錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
307	ジェネリックをお渡しするところを先発品で渡した。薬歴記入時に気づき、交付して15分後くらいに自宅へ電話。服用前に交換した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロベラミド塩酸塩カプセル1mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ロベミンカプセル1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
308	アダラートCR錠10mgが追加されてアダラートCR錠10mgで調剤していたが、ジェネリック希望の患者であると途中で同様の薬剤師に指摘されて、ニフェジピンCR錠10mg「日医工」に変更した。	調剤前にジェネリック希望の患者かどうかの確認を怠った。	調剤前に薬歴確認することを徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠10mg 「日医工」 間違えた医薬品 販売名アダラートCR錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
309	カデチア配合錠LD「あすか」をカムシア配合錠「あすか」と取り換え一包装して交付内服してしまった。	処方せんの見間違い	カデチアをエカード配合錠に戻し、類似名称の取り違いを防止する	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品	処方された医薬品 販売名カデチア配合錠LD「あすか」 間違えた医薬品 販売名カムシア配合錠LD「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
310	ラベプラゾールNa錠10mg「明治」で処方されていたが、見誤ってランソプラゾールOD錠15mg「テバ」を調剤した。調剤過誤防止システムで調剤ミスが判明。	処方せんの薬剤名を最後までしっかり読んでいなかった。	規格まできちんと確認する。	判断を誤った勤務状況が繁忙だった 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」 間違えた医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
311	先発品希望の患者であったのに、事務員がジェネリックを準備していた。処方薬監査で見逃してしまい、患者にジェネリック医薬品のほうで投薬してしまった。1時間後くらいに在庫確認していた時に先発品とジェネリックの在庫数が1本入れ替わっていることに気づき、思い当たる患者にTELして薬を確認してもらったところ、やはりジェネリックを渡していたので、自宅訪問し交換してもらった。	新しく勤務する予定の薬剤師が来ていて窓口業務を教えながら投薬していたため注意散漫になり監査を怠ってしまった。○注意力散漫	確認の徹底	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ブルスマリンADラインシロップ小児用1.5% 間違えた医薬品 販売名シクロフェナクNaゲル1%「日本臓器」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
312	ピオフェルミンR散とブルスマリンのとり違い	抗生剤の次にはピオフェルミンRが記載されているという思い込み○単純なミス	単純なミスにもすぐに気づける体制をとる。現在の体制で食い止められているため特に変更なし	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ブルスマリンADラインシロップ小児用1.5% 間違えた医薬品 販売名ピオフェルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
313	患者より電話にていつもと違う薬が入っていると判明したばテブレノンカプセル(50)「テバ」を渡すところを誤って先発T医薬品であるセルベックスカプセル50mgを渡していた	監査の時思い込みにて単純ミスをしてしまった	監査時に薬情と照らし合わせて確認することを徹底する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テブレノンカプセル50mg「テバ」 間違えた医薬品 販売名セルベックスカプセル50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
314	誤)ジャヌビア錠50mg→正)グラクティブ錠50mg取り換え	単純なミス	監査の徹底	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム教育・訓練	処方された医薬品 販売名グラクティブ錠50mg 間違えた医薬品 販売名ジャヌビア錠50m	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
315	先発品とジェネリック品取り換え	ひと段落してぼんやりしていた	薬剤の名前をしっかりと確認する	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名オルメテックOD錠20mg 間違えた医薬品 販売名オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
316	ノルバスク錠5mgとタナトリル錠5mgの処方に対して、患者は先発品を希望しており、レセプトの入力も先発品で行ったが、後発品を調剤してしまい、監査でも気が付き、後発品を交付してしまっ。患者本人が、服用前に気が付き、全量を先発品と交換した。	先発品希望の薬歴表書きを見落として調剤・監査を行ってしまった。監査時に調剤された薬を薬歴・入力物と照らし合わせて確認していなかった。	調剤・監査の前に薬歴表書きを必ず確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠5mg 販売名タナトリル錠5 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「明治」 販売名イミダプリル塩酸塩錠5mg「TYK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
317	先発品が処方されていたが患者さんはジェネリック医薬品希望だった。過去の薬歴をよく確認せず処方箋通りに調剤してしまっ。	作業手順の確認は怠っていたが、見落としとして前回と同じジェネリック医薬品を投薬しなかった。他の科の処方箋も同時に受け付けたので見落としに繋がった可能性あり。	過去の薬歴をきちんと確認する。見落としのないように注意を怠らない。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった コンピュータシステムルールの不備	処方された医薬品 販売名ビタバスタチンCa錠2mg「ファイザー」 間違えた医薬品 販売名リハロOD錠2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
318	ガスター10が処方されていたが疑義照会しムコスタ錠に変更になった。その際、1包化していたのでガスター錠とムコスタ錠を入れ替えた。しかし、1包程、ガスターを出さず、フェブリック錠を取り出してしまった。患者に渡した後、取り出した薬の中にガスターに混じってフェブリックが1錠あったので、間違いに気付いた。その後、患者宅に行き取り替えた。		薬を取り出した場合はすぐに確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フェブリック錠10mg 間違えた医薬品 販売名ガスター錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
319	耳鼻科処方箋、ツムラ加味帰脾湯のところツムラ加味までしか見てなくて思い込みでツムラ加味道遙散を調剤した。薬情報の薬の写真と違ったので投薬前に自分で気付いた。	注意力が足りなかった。処方箋を最後まできちんと読んでいなかった。自分の思い込みで調剤してしまった。	名称を最後まで見て、よく確認する。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ加味道遙散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
320	処方箋通りオンコパセルを出さないといけないのに、ジェネリックで出した。忙しかったので思い込みでジェネリックを調剤。	患者が立て込み多忙な時間帯で焦った。確認を怠った。	焦らない。どんな状況でも確認を怠らない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名オンコパセル112.5mg 間違えた医薬品 販売名ブランドルカストカセル112.5mg「日工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
321	一般名処方で先発品希望の患者さまに後発品を交付していた。	注意力散漫	ヒートの裏側の色が異なるので交付時再確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名コンスタン0.4mg錠 間違えた医薬品 販売名アルブラゾラム錠0.4mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
322	(般)ブランドルカストシロップ用10%の処方箋を受けブランドルカストDS10%「サワイ」を調剤した。監査に回す前に先発希望の患者さんであると感じ、オンドライシロップ10%でつくり直した。	お母さんと子供さん2人ともお薬が出ていたため、散剤を早く調剤しようとして確認を怠った。	処方箋を受け取ってから落ち着いて、先発・後発の希望も確認した上で調剤を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オンドライシロップ10% 間違えた医薬品 販売名ブランドルカストDS10%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
323	患者が処方せんを持って来局した。処方内容はガチフロ点眼液だったが、トスフロ点眼液を調剤する。投薬前監査で薬情がガチフロ点眼液だったため、取り間違えに気づいた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ガチフロ点眼液0.3% 間違えた医薬品 販売名トスフロ点眼液0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
324	ビックングミス	焦り	薬剤名を最後まで確認して調剤する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ六味丸エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
325	一般名処方でファモチジン口腔内崩壊錠20mgが処方されていた。閉局後残薬確認した時継続して服用されているメーカーの「JG」ではなく、広域病院採用のメーカー「EMEC」を渡したことに気がついた。すぐ患者さんに連絡を取る。薬は服用されていなかったのだが、事情を説明すると今回はそのままいいと言われたので交換はしていない。	単純なミスその処方までに広域病院の薬を出していたので、頭の中で切り替えできず、そのまま広域病院採用品を出してしまった。	棚替え薬品名の横に病院名を記入して区別	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ファモチジンOD錠20mg「JG」 間違えた医薬品 販売名ファモチジンD錠20mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
326	ロキソニン錠の処方に対して先発品希望にもかかわらずGE薬のロキソプロフェン錠「サワイ」を調剤、投薬してしまう。投薬後薬歴記入時に間違いに気付く。自宅に電話でGE薬で渡したことを伝えたとところのままでよいとの返事。逆に会計が変わることを説明、すぐに清算しに来てくれる。		先発、GEどちらを希望しているかよく確認するよう薬剤師全員に徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
327	(般)セフトレニボキシル錠100mgと記載あり。本来はセフトレニボキシル100mg錠「サワイ」で調剤すべきところ、類似名の(般)セファベンピボキシル錠100mg「YD」で調剤した。	8剤すべて一般名処方の処方箋の中、特に類似している抗生剤名だったが、整形でセフトレニボキシル錠の処方が今まであまりなかった事への思い込み、注意力散漫と処方箋の見間違いで調剤。監査時に間違えの指摘受け、処方通りのセファベンピボキシル錠「サワイ」に交換して投薬した。	この2剤は特に一般名も規格も類似しているのので、調剤前後にしっかりと処方箋を見直すこと。	確認を怠った 判断を誤った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名セフトレニボキシル錠100mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名セファベンピボキシル塩酸塩錠100mg「YD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
328	アムロジン錠処方方をジェネリックのアムロジピン錠を集薬していた	事務員の先発品の有無の知識不足	FAXに赤線で注意喚起する	判断を誤った 知識が不足していた 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アムロジン OD錠2.5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジ ピンOD錠2.5mg 「明治」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
329	アルロイヤーとフロラーズが同成分かと勘違い。	知識不足、確認不足	あまり触ったことのない薬 が出た場合は思い込みで 行動せず、きちんと調剤 前に確認する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アルロイ ヤー点鼻液50μ g 間違えた医薬品 販売名フロラーズ 点鼻液50μg28 噴霧用	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
330	カンデサルタンとカルデナリンの取り間違い	類似の名前	カルデナリンの欄に注意 喚起した	確認を怠った 知識が不足していた 技術・手技が未熟 だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名カルデナリ ン錠2mg 間違えた医薬品 販売名カンデサル タン錠2mg「あず か」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
331	一般名である【般】シアノコバラミン0.02%を処方され先発希望の患者さまに、誤ってソフティア点眼液0.02%を調剤した。	単純ミス	先発品がジェネリック品の どちらを希望か確認し、目 の前で名前を声出し確認 しながら渡す。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名サンコ八点 眼液0.02% 間違えた医薬品 販売名ソフティア 点眼液0.02%	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
332	ツムラ小青竜湯が28日分処方されていたが、調剤で用意されたのが小青竜湯が14日分と麦門冬湯 14日分だった。同じピンク色の背景で見分けがつきにくい。	小青竜湯が在庫が足りないため、上の 棚から補充する際に色が同じ違う薬 (麦門冬湯)を作業手順の不履行により 補充してしまったようだ。	同じ色の包装の漢方は思 い込みで違う番号を無意 識にとってしまう事がある ということを薬局内で情報 共有しスタッフへ注意喚 起した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ小青 竜湯エキス顆粒 (医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ麦門 冬湯エキス顆粒 (医療用)	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
333	テベルサ20mg・ジャヌビア50mgの処方 を、テベルサ20mg・ジャディアンス10mgで 調剤。SGLT2阻害が2種類なので、不審 に思い再度見返した。	ジャ の部分が重複して、同じ糖尿病の 薬のため?		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジャヌビア 錠25mg 間違えた医薬品 販売名ジャディ アンス錠10mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
334	サワシリンカプセル250を後発品に変更 して調剤するところ、サワシリンカプセル2 50のまま調剤。			確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名アモキシシ リンカプセル250 mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名サワシリン カプセル250	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
335	ヘルベッサー(30)を後発品に変更しジル チアゼム塩酸塩錠30mg「サワイ」で調剤 するところベラバミル塩酸塩錠40mg「J G」で調剤。			確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ジルチアゼ ム塩酸塩錠30m g「サワイ」 間違えた医薬品 販売名ベラバミル 塩酸塩錠40mg 「JG」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
336	一般名処方。後発薬のメーカーを間違え て調剤した			確認を怠った 勤務状況が繁忙だっ た 医薬品	処方された医薬品 販売名メコバロミ ン錠500「トーフ」 間違えた医薬品 販売名メコバロミ ン錠500μg「S W」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
337	一般名処方。先発薬を希望する患者 に、誤って後発薬をお渡した			確認を怠った 勤務状況が繁忙だっ た 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名カルナクリ ン錠50 間違えた医薬品 販売名カリジノゲ ナーゼ錠50単位 「日工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
338	ロキソプロフェン錠が処方されていて調剤をしたが、ロケーションが近いレバミピドを誤って調剤してしまい、そのまま鑑査に回ってしまった。	ロケーションが近いため。		判断を誤った 施設・設備	処方された医薬品 販売名ロキソプロ フェンナトリウム錠 60mg「日医工」 間違えた医薬品 販売名レバミピド 錠100mg「EME C」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
339	一般名処方であるが、医師はメーカー変更を不可としている。間違えて当薬局の汎用薬「日医工」のメーカーで調剤したが、「サワイ」へ取り換えた			確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ベニジピン 塩酸塩錠4mg「サ ワイ」 間違えた医薬品 販売名ベニジピン 塩酸塩錠4mg「日 医工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
340	サイレース1mgで調剤するところをGEのフルニトラゼパムで調剤してしまった			判断を誤った その他GE変更を勘 違い	処方された医薬品 販売名サイレース 錠1mg 間違えた医薬品 販売名フルニトラ ゼパム錠1mg「ア メル」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
341	アムロジピン10mg「アスカ」の薬棚へ薬を充填しているときに、「サワイ」の同薬が混入しているのを発見した。同薬を調剤した患者に連絡し、確認したところ、3錠は「サワイ」が混入していることが分かった。お詫びして交換した。医師の後発メーカーの指定があり、複数の後発薬を在庫している。何らかの理由で、端数を棚に戻すときにミスがあったと考えている			確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名アムロジ ピン錠10mg「あす か」 間違えた医薬品 販売名アムロジ ピン錠10mg「サ ワイ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
342	一般名処方、先発薬を希望している患者に、「ケミファ」製の後発薬をお渡ししてしまった。入力は先発薬で行われていた。思い込みにより調剤してしまった。患者に連絡し取り換えた。			確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名バリエット 錠10mg 間違えた医薬品 販売名ラベブラ ゾールナトリウム 錠10mg「ケミ ファ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
343	酸化マグネシウム、マグミットどちらも採用で、患者さんによって違うので間違えてしまった。	2種類採用の為。		確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名マグミット 錠250mg 間違えた医薬品 販売名酸化マグ ネシウム錠250m g「ヨシダ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
344	インスリン注射の違う薬をピッキングしていた。名前が紛らわしい。			確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ヒューマロ グミックス50注ミ リオベン 間違えた医薬品 販売名ヒューマロ グ注ミリオベン	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
345	一般名処方での記載。定時処方でグリマックを調剤しなければならぬ所、誤って先発品のマーズレンで調剤してしまった。	以前は先発マーズレンで調剤経緯あり、思い込みでしっかりと確認せずに調剤してしまった。また、0.5g分包品であり、この患者さんは1回2包服用することから、調剤数の方に気が行ってしまった。	先発、後発品をよく確認して調剤する。薬と薬袋をよく照らし合わせる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名グリマック 配合顆粒 間違えた医薬品 販売名マーズレン S配合顆粒	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
346	納品時に、ツムラ辛夷清肺湯(104番、黄色)の棚にツムラ加味逍遙散(24番、黄色)が入っていたことに気づき、最後に調剤した患者を確認し、本人に電話して薬剤の確認をしたところ、辛夷清肺湯と加味逍遙散の両方が入っていることが分かった。直ぐに患者宅におもむき正しい物と交換した。幸いな事に間違えた方の薬はまだ服用されていない。	ツムラ辛夷清肺湯を7日分調剤する時に、棚の在庫が足りないで、予備在庫の棚から新しい商品を取る時に間違えてツムラ加味逍遙散を開封して調剤したものと思われる。この後別の者が確認している気が付かず患者へ投薬されてしまった。ツムラ辛夷清肺湯(104番、黄色)とツムラ加味逍遙散(24番、黄色)は、色と末尾の数字が同じため、予備在庫の棚は段が異なっていたが、うっかり取り間違えたものと思われる。さらに確認者ともども確認を怠った単純なミスと思われる。	薬袋投入後も再確認を徹底することとした。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ辛夷 清肺湯エキス顆 粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ加味 逍遙散エキス顆 粒(医療用)	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
347	スーグラ(50) 1T1×朝食直前35分(35T)が処方されたところ、スーグラ30Tとともにフォンシーガ(5)5Tが混入。入力:処方通りに入力を行った。調製:スーグラのカセットから5Tに切られたフォンシーガのシートを十分に確認せずに、10T×3枚と一緒に輪ゴムでくっつけてしまった。鑑査:スーグラを鑑査したところ、スーグラの10Tヒート3枚に対してフォンシーガ5Tがくっつけていたことに気が付かなかった。投薬:薬を患者に見せてお渡ししたが、ヒートの色が似ているため気が付かなかった。患者から電話にて、違う薬が5T入っていたとの連絡があり、過誤が判明した。後ほど鑑査者が折り返し謝罪の電話を入れた。患者からは都合のいい日に間違っていた薬を返しに行くから取りこなくていいとの返答をいただいた。後日患者が薬局、フォンシーガ5Tを回収、あらためてスーグラ5Tをお渡しした。	調剤者:普段からピックアップ時には薬剤棚からカセットを引き出して薬剤を取り出すよう心掛けていたが、ヒートが似ていたため5Tのみフォンシーガであったことに気が付かなかった。鑑査者:1枚1枚のヒートを確認しなかった。その他:調剤ミス箱というものを設置しており、ピックアップミスした薬剤をそこから棚に戻すときは2人でチェックするルールになっている。しかし調剤中に多く取りすぎたものに関してはダブルチェックなしで戻していること、中には薬剤棚からカセットを引き出さずに調剤している調剤者も散見される。そのため、カセットに薬剤を戻す際に別のカセットに5T戻した可能性が高い、ヒートの色が似ているため気が付かなかったことも起因する。	調剤:調剤時にカセットから薬剤を取るときは、必ずカセットを引き出すようにするか、カセットを取り出してから行うようにする。輪ゴムでくっつける前に、ヒートに相違がないか確認する。鑑査:輪ゴムでとめたヒートを1枚1枚確認する。その他:フォンシーガとスーグラはヒートの色合いが似ているうえ、カセットが隣に並んでいたため、設置順を入れ替えて同様の過誤が起きないように対策を行った。	確認を怠った医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名スーグラ錠 50mg 間違えた医薬品 販売名フォンシーガ錠 5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
348	一般名処方処方箋にて、バンデル軟膏のところロコイド軟膏で調剤。	一般名が、酪酸プロピオン酸ヒドロコルチゾンとヒドロコルチゾン酪酸エステルで類似しており、同じステロイド軟膏であるので、思い込みもあったと思われる。	ステロイド外用剤で、類似の一般名薬剤については、一般名と薬剤名の一覧表を作成し、調剤カウンターの前方に貼付した。必ず調剤前に、表を確認することとする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名バンデル軟膏0.1% 間違えた医薬品 販売名ロコイド軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
349	一般名:アムロジピン5mg アムロジピン5mg「明治」のところアムロジピン5mg「サワイ」でピックアップした。	処方箋、確認事項よく見ていなかった。 ○処方せんの見間違い	確認事項よく見てからピックアップします。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「明治」 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
350	アロプリノール錠100mgの採用が「サワイ」「タナベ」と2社あるので、一般名処方調剤する際に、今まで処方量の多い「タナベ」で調剤したが、前回は「サワイ」だったのを薬歴で気づいたので、取替えて自宅に行く。	一般名処方では、多数採用しているとどちらを処方したかが分からなくなってしまうことがある。	注意事項として、レセコン入力時にも事務所に確認してもらおう。お互いに声掛けする	確認を怠った 記録などに不備があった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アロプリノール錠100mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アロプリノール錠100mg「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
351	「一般名」処方イルベサルタン錠100mgでの処方。主治医より、患者さんから、前回アバプロ錠100mgという錠剤をもらって服用していたが、処方変更されたのかと尋ねられた。と連絡がきたので発覚したが、まったく調剤したことにも気づいていなかった。在庫を確認してもハッキリせず。現物を持参されたとのことだったが、同じ成分でメーカー違いなので安心して服用して良いと主治医からの助言あり 事なきをへた。	一般名処方になれてなく、イルベタン、アバプロと両剤採用し、同じケースに直していたのが原因	どちらか1剤にして、間違いをなくす。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名イルベタン錠100mg 間違えた医薬品 販売名アバプロ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
352	ロスバスタチンを処方されていたのでロスバスタチンの棚よりシートを6枚取り出したのち鑑査機器にかけた。最終鑑査の目視の際に、ロスバスタチンとクレステールが混ざっていた。クレステールとロスバスタチンを確認し正しい配置にしたのちにロスバスタチンを6枚取り出し鑑査機器にかけ、目視にて確認のち交付した。作業者はクレステールの棚に触れていないとのことなので管理上の戻し間違いと判断する。	単純なミス、注意力散漫、作業手順書に記載なし	薬剤の補充や戻しの際にはなるべく複数人でおこなう	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 教育・訓練 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名クレステール錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
353	一般名の処方箋 ソルビデム酒石酸塩錠10mg 1錠/寝る前×30分 の処方。日医工GEを調剤したが、薬歴を見直したところ「DSEP」メーカー希望とあり 調剤を直して投薬した	ソルビデム10mg「DSEP」を使用しているのは、この患者だけだった。その他のGE希望患者はソルビデム10mg「日医工」を調剤していた為、思い込んだまま調剤してしまった。	薬歴や薬棚に目立つように目印などを付け、薬歴をよく確認してから調剤する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ソルビデム酒石酸塩錠10mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名ソルビデム酒石酸塩錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
354	いつもエビナスチン錠20mgを服用する患者様に、誤って同成分のアレジオン錠20mgを調剤し、お渡ししてしまった。	調剤支援システムの使用怠り	調剤支援システムの使用方法を再度確認。鑑査を行った薬は調剤録にし点等のしるしを付けて漏れないようにする。	確認を怠った 知識が不足していた その他常勤薬剤師ではなかった 医薬品	処方された医薬品 販売名エビナスチン塩酸塩錠20mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アレジオン錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
355	後発品に変更すべきところを見落とし、先発医薬品で調剤。電話でお知らせしたところ、先発でいいとのことそのまま服用してもらったこととなった。以後、先発医薬品に変更。	パソコン入力ミスを見落とし。薬歴との突合せを怠ってしまった。	薬歴のチェックをきちんとする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピソプロ ロールフル酸塩錠0.625mg 「トローフ」 間違えた医薬品 販売名メインテート錠0.625mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
356	以前から後発品希望の方に、変更不可のサインを見落とし、後発品を投薬した。医師に後発品への変更可か問い合わせたが不可とのこと。薬交換に伺った。	後発品希望にきをとられていた。	処方箋の記載を見落とさぬよう注意する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ミカムロ配合錠AP 間違えた医薬品 販売名テラムロ配合錠AP「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
357	従来はバイアスピリン錠100の処方であったが、今回より一般名処方に変更された。薬局ルールで一般名処方の場合で患者によるメーカー指定がない場合の第1優先が「アスピリン錠100「KN」」であったため過去処方を確認することなくレセコンに入力され薬袋に印刷された。処方せんに基づき調剤されたが、バイアスピリンに気づくことなく投薬をしてしまった。薬歴記入時に間違いに気づき、患者に連絡を取り対応した。お薬は患者が服用する前であった。	一般名処方時の優先順位があった為、事務員が過去処方の確認を怠って入力。薬袋、処方せん、薬剤が一致しているために薬剤監査を通りぬけてしまった。患者の目視確認を投薬時にしているが、投薬に時間がかかると患者が怒り出すために薬剤の目視確認ができなかったことが原因と考えられる。	レセコン入力時に必ず過去処方を確認すること。薬剤監査時に電子薬歴の過去処方を確認すること。電子薬歴の過去処方から変更になった薬剤の網掛けの設定を変更し、変更箇所がわかりやすくするように改善しました。	確認を怠った その他一般名への変更	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 間違えた医薬品 販売名アスピリン錠100「KN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
358	今回の処方受付時にメネシットがパーキストンに変更と思い、前回薬歴確認すると前回からパーキストンの処方だった。前回以前はメネシットで入院時から後発品パーキストンが出ていたとのこと。患者に同じ成分だが後発品の処方を先発品で出してしまうと説明しお詫びした。	後発品を先発品で出してはいけないのを忘れていた。	後発医薬品の変更について再確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名パーキストン配合錠L100 間違えた医薬品 販売名メネシット配合錠100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
359	ムコソールdsの処方のところ、前回とおなじ小児用ムコソールバンドsで渡した。後で処方箋と調剤録の突合せ時に事務員が気づき、連絡して交換した。	うっかり前回と同じムコソールバンドsを出してしまった。	前回は関係なく一つ一つの薬名を確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコソールドライシロップ1.5% 間違えた医薬品 販売名小児用ムコソールバンドS1.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
360	FAXIにて処方せん受付後、調剤を行っている。芍薬甘草湯が処方されていたが、調剤者は誤って当帰芍薬散を調剤。最終鑑査者がその誤りに気づき、患者への交付には至らなかった。	漢方薬は、一字違いなど名称が酷似している製剤が多数存在しており、別製剤での調剤や入力時の誤りが発生するリスクが大きい。そのため、当薬局では、調剤や入力時のセルフダブルチェックの際に、漢字一文字ずつに鉛筆で丸を付けての確認作業を行うルールとしている。調剤者はこのルールに則ってセルフダブルチェックを行ったが、「芍薬」の二文字で当帰芍薬散と思いつい込み、そのまま見逃してしまった。また、今回の患者は男性であったが、一般的に、当帰芍薬散は女性特有の症状に対し処方される頻度が多い漢方薬である。薬剤師であれば、その点も製剤の取り違えに誤気付ききっかけとなるはずであるが、今回の調剤者は新人であり、知識が不足していたことも要因の一つと考えられる。	・各漢方薬について、処方対象となる患者群などの特徴を踏まえて学習し、調剤ミスの予防や今後の鑑査業務に活かせるようにする。また、類似名称の製品にはどのようなものが存在するかを把握しておく。・セルフダブルチェックをきちんと行っているつもりでも誤りを見逃してしまうことがあるため、確認作業の際には、思い込みを捨てて行うようにする。	確認を怠った 知識が不足していた ルールの不備	処方された医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
361	処方箋では人工涙液マイティア点眼液8本が記載されていたが、誤ってヒアレイン点眼液0.1%8本をお渡ししてしまった。繁忙で確認を怠ったと思われる。	思い込みによる確認不足が要因と思われる。	スタッフ全員に事例を共有し自己チェックをかけるよう注意喚起した。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名人工涙液マイティア点眼液 間違えた医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
362	カロナー錠500mgが処方されていたが、あやまってメトホルミン錠500mgを投薬その後取り間違えに気が付き患者さんに連絡を取り服用する前に交換することが出来た	休日勤務シフト体制のため薬剤師一人で調剤、監査を行ったため取り間違えに気が付かず患者さんに薬剤を交付したためダブルチェックが行えなかったため ○作業手順書に記載なし	単独勤務時はダブルチェックができないので声だし確認をしてチェックするように改善	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カロナー錠500 間違えた医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
363	一般名でベタメタゾン吉草酸エステル軟膏が処方されたところを、ベタメタゾンプロピオン酸エステル軟膏で入力。調剤は正しかったが、監査時に調剤鑑査システムがエラーをだしたため、誤った薬剤に交換。しかし、入力が誤っていることに気づき訂正。	調剤鑑査システムに頼りすぎると、誤った薬をお渡ししてしまう可能性があった。	調剤鑑査システムがチェックしている項目の再確認。それぞれが、入力内容、調剤内容などをしっかり見直していく。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名テルモゾール軟膏0.12% 間違えた医薬品 販売名サレックス軟膏0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
364	後発ロキソプロフェンNaテープを渡すべきを先発を調剤。鑑査者に指摘される。	思い込み	しっかりと薬歴を確認する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」 間違えた医薬品 販売名ロキソニテープ100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
365	風邪処方ではPA錠処方のところロキソプロフェンを調剤した。患者が薬情と異なることに気づき薬局へ電話し発覚。	忙しい時間であった。ヒートのバーコードが監査システムで読めない4錠と5錠の組み合わせであった。	監査システムを通せないヒート組み合わせであることを意識し監査する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった コンピュータシステム教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名ビーエイ配合錠 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
366	一般名処方ではセルトラリンと処方が出ており、ジェイゾロフトで渡さなければならぬところ、セルトラリンで渡してしまった。		患者メモをよく確認	確認を怠った 技術・手技が未熟だった ルールの不備	処方された医薬品 販売名ジェイゾロフト錠25mg 間違えた医薬品 販売名セルトラリン錠25mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
367	患者は先発品希望だったが、普段通りにGE品で散剤を調剤した。患者に投薬する前に薬歴と調剤報酬の内容を確認したところ先発品希望に気が付き、調剤をやり直した。	子供の服薬コンプライアンスを上げるために後発品を優先に調剤している。ほかのお子さんと同様に後発品で問題ないと思い込みをしていたために間違いを出した。	薬歴と調剤報酬を確認してから調剤を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メジコン散10% 販売名ムコダイン細粒50% 間違えた医薬品 販売名デキストロメトルファン臭化水素酸塩散10%「日医工」 販売名カルボシステインシロップ5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
368	一般名処方・先発品希望の方に後発品で調剤・投薬した。気が付いて患者様にお電話で連絡したところ「後発品でも良い」と回答いただいた。薬価も変わらないため返金なし。次回来られるときに正しい薬情とお薬手帳のシールをお渡しすることになった。	薬品名が先発品と後発品で似ており、なおかつ先発品を在庫していなかったため思い込みで後発品を調剤してしまった。	在庫している後発品の「ピリドキサル錠10mg」の薬品棚に注意喚起のメモを貼り、先発薬品の「ピリドキサル錠」の薬品マスタには「在庫なし」のマークをつけた。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピリドキサル錠10mg 間違えた医薬品 販売名ピリドキサル錠10mg「イセイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
369	アムロジピンOD錠5mg「明治」でお渡しするところ、間違えて先発品のアムロジピンOD錠5mgをお渡ししてしまった。日内棚卸し時、在庫が合わず判明した。該当患者様へはすぐに電話で謝罪。今回に限り先発品の服用でかまわないとのこと、とりかえなしということになった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「明治」 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
370	メチコパールをピッキング後、1包化しようとして、ヒートから出したところ、白色の糖衣錠のはずが、黄色の糖衣錠が出てきた。後発品のメコバラミン500mg(サワイ)だった。メチコパールの薬品棚を確認したところ、後発品のメコバラミン500mg(サワイ)が10錠混在していた。	メコバラミン500mg錠(サワイ)を、薬品棚に戻す際、メチコパール500mg錠の薬品棚に戻したと想像できる。	薬を戻す際に、棚の中にある、シートと、手に持っている戻そうとしているシートを並べて、同じものであることを確認したうえで、戻すようにする。	ルールの不備	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg 間違えた医薬品 販売名メコバラミン錠500μg「SW」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
371	処方指示は、後発医薬品だったにもかかわらず、先発医薬品を調剤し、監査もそのまま交付した。翌日、患者の母親からの電話で発覚した。	薬剤の外観が似ている点、同成分である点、棚は離れていたが同じ区画あった点、また監査時の徹底不足、思い込みが考えられる。注意力散漫。	後発医薬品の使用頻度が高いので、棚の見直しを行った。同一成分については、注意勧告の札をつけた。薬局内で事例を共有し、調剤と監査の業務手順の再確認も行った。	確認を怠った 判断を誤った ルールの不備	処方された医薬品 販売名オロバタジン塩酸塩OD錠5mg「トーフ」 間違えた医薬品 販売名アレックOD錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
372	オングリザ錠5mgを誤ってトラゼンタ錠5mgで調剤してしまった。最終鑑査及び投薬時も気づかずにそのまま交付してしまっ。後日、患者本人より電話があり過誤が発覚した。すぐに患者宅に伺い、正しい薬と交換をし、処方医にも連絡した。すでに6錠服用していたが、健康被害はなかった。	過誤発生時は、昼前ということで混雑していた。同じ糖尿病薬で薬品名の文字数及び規格も同じで、当薬局で処方頻度が高いトラゼンタ錠5mgを思い込みにより調剤してしまっ。最終鑑査者も混雑していたせいで調剤者と同様、思い込みによりそのまま鑑査をしてしまい、投薬者も同様な理由で患者にそのまま交付してしまっ。	今回の事例を受け、経口糖尿病薬の日次棚卸を実施することにした。	確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名オングリザ錠5mg 間違えた医薬品 販売名トラゼンタ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
373	ピ・シプロロール錠0.5mgを調剤するところを、誤ってピソプロロール錠5mgを調剤してしまっ	○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○単純なミス○焦り○注意力散漫	落ち着いて調剤できるように、集中して薬の取り換えを行う。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ピ・シプロ ロール錠0.5mg 間違えた医薬品 販売名ピソプロ ロールファル酸塩 錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
374	先発品希望の患者様のところに後発品を調剤してしまっ	本来は、過去歴、処方せん内容等指さし呼称にて確認するところ、作業手順の不履行で先発品調剤のところ後発品を取りそろえと薬実施してしまっ	今回に限り、調剤時に他の薬剤師を介さずに調剤者と検薬、与薬者が同一であったため発生した可能性が高く、作業手順の履行の鉄則厳守を再確認した。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった その他ルール等問題なし その他指さし呼称確認不良	処方された医薬品 販売名ミカムロ配 合錠AP 間違えた医薬品 販売名テラムロ配 合錠AP「日医工」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
375	混雑時の煩雑な処方内容であった。コタロー三黄瀉心湯カプセルを、コタローのカプセルでよくでる他剤を調剤してしまっ	○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○単純なミス	処方箋を読み上げながらの調剤。文字確認。丸印。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム ルールの不備	処方された医薬品 販売名コタロー三 黄瀉心湯エキスカ プセル 間違えた医薬品 販売名コタロー麻 黄附子細辛湯エ キスカプセル	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
376	定期薬、ビタミン点眼同士の取り換え	○単純なミス 定期薬、ビタミン点眼に対する心の緩み。	どんな時も緊張感をもって調剤。読み上げて調剤する。	確認を怠った その他慣れ コンピュータシステム ルールの不備	処方された医薬品 販売名FAD点眼 液0.05%「サン デン」 間違えた医薬品 販売名サンコバ点 眼液0.02%	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
377	フルイトラン=先発医薬品希望者であったが、当局では後発品の方が多くており、患者モニタリングでもフルイトラン指定とは書いておらずに過去処方判断して	○単純なミス	今後は患者引継ぎ事項に、フルイトランで調剤する旨を書き引き継ぎする。	確認を怠った その他慣れ コンピュータシステム ルールの不備	処方された医薬品 販売名フルイトラ ン錠2mg 間違えた医薬品 販売名トリクロル メチアジド錠2mg 「JG」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
378	一般名処方でニフェジピンが処方されていたが患者が後発品を希望していたがアダラートを調剤	確認不足	処方せん、調剤録との照合の徹底。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピ ンCR錠40mg 「日医工」 間違えた医薬品 販売名アダラート CR錠40mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
379	25mgアリナミンF錠が処方されているところメチコパール錠500μgを渡そうとして患者に薬が違うと指摘されてミスがわかつ	リマプロストアルファデクス錠とメチコパール錠が処方されることが多いので、リマプロストアルファデクス錠とアリナミン錠のところを誤ってリマプロストアルファデクス錠とメチコパール錠で渡そうとした。		確認を怠った その他確認不足	処方された医薬品 販売名25mgアリ ナミンF糖衣錠 間違えた医薬品 販売名メチコパ ール錠500μg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
380	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「日医工」1日11錠寝る前30分を調剤するところ、パロキセチン錠5mg「科研」が30錠渡してしまっ。その時は気づかず、翌月患者さんが来局した際、「前回はいつも(ゾルピデム酒石酸塩錠5mg)と違う薬だったみたいだけどもた元に戻っていて安心した。前回の薬は全然眠れなかった」と言われた。薬局の在庫を確認したところ、ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「日医工」が30錠多く、パロキセチン錠5mg「科研」が30錠足りなかったため、患者さんに確認したところ自宅に1錠だけ残りがあり、パロキセチン5mg「科研」であることを確認した。	○単純なミス忙しい時間で調剤した薬剤師が思い込みで同じ5mgの違う薬を調剤し、監査・投薬した薬剤師も確認を怠り患者さんに交付してしまっ	作業手順を再度確認、徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ゾルピデム 酒石酸塩錠5mg 「日医工」 間違えた医薬品 販売名パロキセチ ン錠5mg「科研」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
381	モンテルカスト錠10mg「ケミファ」を調剤すべき処方箋を、モンテルカスト錠10mg「KM」で調剤し、投薬した。	ジェネリックのメーカーが「KM」と「ケミファ」の2社の採用があった。調剤・監査ともに見落としがあった。○処方せんの見間違い ○単純なミス ○焦り	後発医薬品調剤時は処方箋と調剤された薬剤のメーカー名の確認をしっかりと行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名モンテルカスト錠10mg「ケミファ」 間違えた医薬品 販売名モンテルカスト錠10mg「KM」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
382	今までGEで交付していた患者に、先発で交付した			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ミチグリンドCa・OD錠10mg「フノー」 間違えた医薬品 販売名グルファストOD錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
383	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンを調剤するところ誤ってノボラピッド注フレックスペンを調剤した。	処方中に内服薬の一包化もあったが患者様お急ぎによりまずは注射剤のみほしいとのこと、普段はPCIによる薬剤監査システムを使用しているがお急ぎだったため目視での確認になり確認が不十分になった。	お急ぎの場合でも薬剤監査システムを使用しチェック体制の強化を徹底する。	確認を怠った 連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ノボラピッド30ミックス注フレックスペン 間違えた医薬品 販売名ノボラピッド注フレックスペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
384	風邪症状にてベレックス顆粒が処方された。ベレックス顆粒は処方頻度が高く、あらかじめ12包・21包の束を準備している。3包 4日分処方があり、準備している12包を調製し、最終鑑査にまわした。12包のうち1包がSG顆粒であったが、最終鑑査でも気づかず投薬へ。投薬時にSG顆粒が混在していることに気づき、正しく調製し直した。	調製ミスしたものをミス薬箱から薬剤箱に戻す際に誤って、SG顆粒をベレックス顆粒の箱に戻したと思われる。外観が似ているため、12包を調製する際にもSG顆粒の混在に気がかなかつたと思われる。	薬剤箱に戻す際には2人確認で包装に書かれている薬剤名を照らし合わせて戻すことを徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベレックス配合顆粒 間違えた医薬品 販売名SG配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
385	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」を調剤するところアロプリノール錠100mg「サワイ」を調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠10mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アロプリノール錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
386	ミドドリン塩酸塩錠2mg「サワイ」を調剤するところアマジニウムメチル硫酸塩錠10mg「日医工」を調剤。	同効薬		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ミドドリン塩酸塩錠2mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名アマジニウムメチル硫酸塩錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
387	ツムラの12番の処方が出ていて、調剤者が分3で28日分処方だったので、小包装を2箱開けて調剤。その際誤って、12番1箱と2番1箱を空けて調剤。監査者が間違いに気づく。	ツムラの2番と12番は箱の色が緑で同じだった。番号も末尾が一緒だった。引き出しの中で隣り合った場所に入っていた。	2番と12番の在庫の位置を離して配置した。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
388	錠剤自動分包装机 ワーファリン錠1mgのカセットに誤ってファモチジンD錠20mg9錠が混入していた。一包化調剤後の監査時に、ファモチジンD錠20mgが混入していることを発見。発見時は7錠見つかった。しかし、全体で何錠混入していたのか、いつ混入したのか明確ではなく、錠剤自動分包装机内の在庫数の経緯や、調剤の記録などを精査し、前日に9錠混入したことが判明した。当該日にワーファリン錠を分包した患者宅を訪問し、確認。2名の患者にそれぞれ1錠ずつファモチジンD錠が分包されていた。	ファモチジンD錠20mgのパラカセットに戻す際に、誤ってワーファリン錠1mgのカセットに入れてしまったらしく、一度一包化した薬を残薬調整の必要が発生し、作り直す際に発生したものと推測される。○作業手順の不履行錠剤分包装机に薬を充填するときは、バーコードにてカセットと医薬品をチェックしたのちに行っているが、作り直しの薬を最充填する際には錠剤にはバーコードがついていないため、その作業を行っていなかった。また、一包化調剤後の監査も不十分であった。	再充填薬については、その場で処理せずに、業務終了時等に、複数人で確認して行う。また、再充填の記録を取り、保管する。監査の再徹底。一包化後は分包した薬の数のみ追いかけて監査してしまう傾向にあるので、錠剤の形状もよく確認するように徹底する。	確認を怠った 記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった 教育・訓練 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg 間違えた医薬品 販売名ファモチジンD錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
389	一包化された調剤薬について、正しくはウルソデオキシコール酸錠50mg「トローワ」のところ、アルプラゾラム錠0.4mg「トローワ」が混在していた。患者が入院した先の病院薬剤師が、患者の持参薬を確認した際に、処方内容と調剤されたものに相違があり、発覚した。	自動錠剤分包機を使用し調剤。別の患者の分包の誤り(交付前)があり、それを再調剤しようとして分包したものをバラした際に、アルプラゾラム錠0.4mg「トローワ」14錠(識別コードTw103)を、誤ってウルソデオキシコール酸錠50mg「トローワ」(識別コードTM103)の錠剤カセットに充填した。バラした錠剤を仕分ける際には、錠剤の識別コードを見たが、数字のみを確認した。カセットへの充填の際には、バラした薬剤師の他、もう1名の薬剤師が錠剤のコードを確認したが、その薬剤師は、薬局にアルプラゾラム錠0.4mg「トローワ」が在庫されていることを知らなかった。同じカセットにウルソデオキシコール酸錠50mg「トローワ」とアルプラゾラム錠0.4mg「トローワ」が混在した状態で、一包化調剤を行った。調剤後、薬剤監査を行ったが、監査者は、分包された薬剤の先頭の一包目については、識別コード(TM103)を確認するも、2包目以降については形状・色・錠数の確認のみを行い、アルプラゾラムの混在に気付かなかった。	錠剤の分包誤りなどで一包化薬をバラす場合は、処方箋と照らし合わせを行い、バラした後の薬剤師2名で確認する。自動錠剤分包機のカセットに薬剤を充填する場合も、2名で確認する。また、カセットに識別コードを大きく表示する。薬局で在庫する薬剤については、識別コードを含め、薬局内での情報共有する。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ウルソデオキシコール酸錠50mg「トローワ」 間違えた医薬品 販売名アルプラゾラム錠0.4mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
390	トラネキサム酸錠250mg「YD」の処方のところ思いこみでカルボシステイン錠250mg「KN」を渡していた	単純な確認ミス	薬袋や薬情などで再確認する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名トラネキサム酸錠250mg「YD」 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「KN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
391	兄弟の処方箋で一方の患者さんの薬がザイザルシロップとカルボシステインシロップであり、もう一方の患者さんはカルボシステイン単独であったためザイザルと取り違えてしまった。またカルボシステインの用法用量がザイザルシロップでよく処方される量であった。		シロップの場合は液体の色も重視して監査する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カルボシステインシロップ5%「タカタ」 間違えた医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
392	アムロジピン5mg希望の患者に誤って採用薬アムロジピン5mg「アメル」を交付した。1錠服用後体調がすぐれなかったので服用を中止し3日間飲まなかったが血圧に変動はなかった。体調不良についてはすぐに回復している。	1人で調剤及び監査をしてしまった。	なるべく調剤と監査は違う薬剤師が行う。やむおえず一人調剤監査になる場合は最新の注意を払う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
393	ゾピラックス顆粒40%を調剤すべきところを、バルトレックス顆粒50%に取り違えて調剤をしてしまった。	調剤者は、業務手順書に記入されている、調剤する医薬品の確認(処方薬に○を付ける)を怠ったために間違いに気付かなかった。監査・投薬者も確認の○がないことを確認しておらず、間違いに気付かなかった。○作業手順の不履行○処方せんの見間違い	業務手順書通り、調剤する医薬品の確認(処方薬に○を付ける)を徹底する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ゾピラックス顆粒40% 間違えた医薬品 販売名バルトレックス顆粒50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
394	ミカルデイス錠40mgと記載された処方箋を受け付けジェネリックを希望されました。テルミサルタン錠40mg「テバ」を選ばないといけないところ類似している名前のバルサルタン錠40mg「サンド」に取り間違っていた。最終監査で間違いを発見した。	1. 一般名ではなく商品名で記載された処方箋であったため 2. テルミサルタン錠とバルサルタン錠は、一般名が類似しているため 3. テルミサルタン錠とバルサルタン錠は、用量規格が20mg、40mg、80mgと同一であるため	1. 薬袋に印字された薬品名と調剤した薬剤の組み合わせを徹底する。2. 薬剤棚に注意喚起の印を施した。3. 回転の少ないディオパン錠、バルサルタン錠は、薬剤棚から撤去し、チャック付きビニール袋に入れ引出し棚へ保管するよう改めた。	確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名テルミサルタン錠40mg「武田テバ」 間違えた医薬品 販売名バルサルタン錠40mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
395	処方箋に記載された内容は一般名処方だったため、患者には先発品と後発品どちらでも調剤が可能であった。聞取りで患者は先発希望だったことから入力内容はムコダインシロップだったが、調剤者が誤ってGEであるカルボシステインシロップで調剤してしまった。監査者は入力内容とジャーナルのデータが異なることに気付かず後発品であるカルボシステインシロップを渡してしまった。	一般名処方であることからカルボシステインと処方箋には記載されてくるため、ジャーナルのカルボシステインという文字で問題ないと判断し、先発のムコダインで調剤されていないことに頭が回らなかったことが背景にある。	入力内容とジャーナルの比較を徹底し、印などを付けて同じことがおきないように心掛ける。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコダインシロップ5% 間違えた医薬品 販売名カルボシステインシロップ5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
396	薬局にてマイナス在庫を確認したところ、納品された医薬品と処方入力された医薬品が異なることに気が付いた。処方せん記載は「ソリター-T1号輸液[YD]」となっていたため、その医薬品名で電話発注したところ、「ソリター-T1号輸液」が納品され、そのまま調剤、投薬した。本来調剤すべき医薬品は「YDソリター-T1号輸液」であり、後発品名で処方きたものを先発品で調剤したことになる。			確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名YDソリター-T1号輸液 間違えた医薬品 販売名ソリター-T1号輸液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
397	トライコア(80)と記載された処方箋で、リビディルを調剤しお渡し。患者帰宅後、本人よりいつもと異なる薬が入っているとの電話あり発覚。	単純なミス。調剤した薬剤師、監査投薬した薬剤師双方の思い込みによる調剤・監査ミス。	薬歴の確認、薬情・薬袋との見比べ等基本的なことが疎かにならないようにする。	確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名トライコア錠80mg 間違えた医薬品 販売名リビディル錠80mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
398	フロモックス錠100mgが処方されているのに、セフトレニドピキシル塩酸塩錠100mg[CH]を投薬したが、2〜3分で気づき、電話をして取り替えた。	注意力散漫 単純なミス	一般名、薬効が類似している医薬品を気をつける。	確認を怠った その他うっかりミス	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 間違えた医薬品 販売名セフトレニドピキシル錠100mg「CH」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
399	Rp. クレストール錠2.5mg、同5mg、各1錠/28日分のところ、クレストール錠2.5mgを28錠と、リビトール錠5mgを28錠をとり、監査時に発見された。	・スタッフ1人が欠勤だったため忙しく、あせていた。・同薬で複数規格が処方されることは少ないと思い込み、よく確認せずに5mg錠の別の高脂血症薬をとってしまった。・暑さが続き、体調が万全ではなかった。	・混雑時においても、薬品名・剤型・規格などしっかりと確認する。・再確認を怠らない。・日頃からゆとり休養をとり、体調管理を怠らない。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる身体的条件下にあった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他思い込み 医薬品	処方された医薬品 販売名クレストール錠5mg 間違えた医薬品 販売名リビトール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
400	Rp. カリユニ点眼液のところ、ヒアレイ点眼液0.1% をとり、監査時に発見された。	・眼科棚の引出しに、仕切で分けて、カリユニ点眼液とヒアレイ点眼液0.1%が入っている。(見た目の類似なし)・思い込みでヒアレイ点眼液をとり、その後の確認を怠った。・簡単な処方(カリユニ点眼のみ)だったため、気が緩んだ。	・簡単な処方においても、処方せん・取ろうとしている品の薬品名をしっかりと読み取り、その後の再確認を怠らない。	確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名カリユニ点眼液0.005% 間違えた医薬品 販売名ヒアレイ点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
401	オルメテックOD錠20mgをオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」の棚に入ってしまった。オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」調剤時に誤って調剤、監査時に気づいて発覚。	名前・パッケージ・メーカー・シートのすべてにおいてかなり酷似しており、十分な注意が必要だったがその徹底が不足していた。	患者様のほとんどがオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」を使用しているのので、こちらの棚に注意の文言を書いた紙を張り付けた。調剤・入庫時に必ず見え、確認できるようにしている。	確認を怠った連携ができていなかった その他パッケージ・名称などの酷似 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名オルメテックOD錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
402	レニベース5mg処方。GE希望のためエナラプリル5mgで後発変更のところを、テモカプリル2mgでお渡し。棚卸時の誤差で発覚。数日服用されていたが残りを取り、交換。(次回診察時患者様に確認したところ、腎機能が通常よりもやや低い値だったが、処方変更はなくDrからも特に影響はないとの説明があったとのこと)	繁忙時のため一人の薬剤師が調剤・監査・投薬すべてを担当。同時進行で一包化調剤もあり、また用事で外出しなればいけないなどの心理状態だった。ヒートが似ていることもあり、すべての行程で確認を怠った。	監査時には錠剤と処方箋と薬袋を並べて声だし確認の徹底。投薬時には薬情の写真の横に薬をおいて数回確認することを徹底するようにミーティングで決めた	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品	処方された医薬品 販売名レニベース錠5 間違えた医薬品 販売名テモカプリル塩酸塩錠2mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
403	アテレック錠5 半錠の処方。割線がないため通常つぶして調剤。また薬局予製としてアテノロール錠50 半錠(割線なし)つぶしの予製が常備されている。頻度的にはアテノロール錠50 の頻度が高く、アテと読んだ時点でアテノロール錠と勘違いし、予製を選択してしまった。患者さんが味の違いに気付いたこと、残薬が多く残っていたため、1回服用の半分で服用中止。身体に影響は起こらず。受診を勧めたが、不要とのことでお詫びし、正しいものと交換。障害もあるので自宅に出向きセットされているものすべてで交換して終了。	アテレック、アテノロールの名称の近似。○処方せんの見間違い ○処方医薬品の多さ	アテノロール錠50の半錠つぶしを廃止し、アテノロール錠25の採用。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった ルールの不備	処方された医薬品 販売名アテレック錠5 間違えた医薬品 販売名アテノロール錠50mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
404	一般名処方で、先発品希望のところジェネリック医薬品で調剤してしまった。	思い込み		確認を怠った勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ノルバスク錠5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
405	アトルバスタチン錠10mg「JG」42錠、ウルソデオキシコール酸錠100mg「JG」126錠の処方に対して、アトルバスタチン錠10mgを42錠を調剤するところを、アトルバスタチン錠10mg40錠とウルソデオキシコール酸錠100mgを2錠調剤した。	調剤棚が近く調剤を誤ったこと。包装が似ていたため気づけなかった。作業手順の不履行	端数のヒートまで医薬品、規格、銘柄まで確認する。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠10mg「JG」 間違えた医薬品 販売名ウルソデオキシコール酸錠100mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
406	テグレート錠100mgが処方されていたが、同じメーカーで、外箱が似ていたシンメトレル錠100mgと取り違えてしまった。パーキンソン病治療薬とてんかん治療薬を同じ引き出しに入れていたため、隣同士で置いてあった。更に、調剤ミス防止のためにミズゼロ子を使用するはずが、忙しい時間帯で使用を怠ってしまったため、投薬前に発見できなかった。	ミズゼロ子を使用する決まりになっていたのに、使用を怠ったことが最も大きな原因。また、似た包装の薬を隣同士で配置していたことも、良くなかったと感じた。	どんなに忙しくても、ミズゼロ子は必ず使用する。忙しいときほど、ミズゼロ子を使う意味がある。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テグレート錠100mg 間違えた医薬品 販売名シンメトレル錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
407	約束処方でピオフェルミンR散、ナウゼリンDS、ロートエキス散、ロベミン小児用細粒の混合がある。クリニックからナウゼリン、ロートを除くと記述あり。ロートエキスを抜くところ、ロベミンとロートエキスを間違えて分包した。鑑査の段階でロートエキスの茶色とロベミンのオレンジ色の違いで気づいた。	一人薬剤師で、焦って調剤を行っている。	投薬瓶はすぐに棚へ戻さない。設備投資が可能な30万円のバーコードを読み取って計量記録の導入による鑑査システムを導入する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロベミン小児用細粒0.05% 間違えた医薬品 販売名ロートエキス散「ホエイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
408	コニール錠4を調剤するところベニジピン塩酸塩錠4mg「テバ」を調剤			確認を怠った 仕組みルールの不備	処方された医薬品 販売名コニール錠4 間違えた医薬品 販売名ベニジピン塩酸塩錠4mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
409	レクサプロ(10)が処方されていたが、イグザレルト(10)を調剤していた。投薬前の鑑査で気が付いて正しい薬品を交付した。	思い込みで、鑑査がおろそかになった。 注意力散漫	処方箋と実際にピックアップした薬品を再度確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レクサプロ錠10mg 間違えた医薬品 販売名イグザレルト錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
410	処方「一般名」サラソスルファピリジン腸溶錠250mgが記載されており、ジェネリック医薬品のサラソスルファピリジン腸溶錠250mg「テバ」を調剤したが、患者は先発品のアザルフィジンEN錠250mgをいつも調剤している方だったが、ジェネリックでの調剤を行ってしまった。	処方箋の記載が「一般名」サラソスルファピリジン腸溶錠250mgで思い込みで、同じ名称のジェネリックを調剤してしまった。	思い込みによる調剤ではなく、その患者のこれまでの薬歴をしっかりと確認すれば、先発調剤であることは分かりミスは防げるので、繁忙時間であっても薬歴のチェックはしっかりと行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アザルフィジンEN錠250mg 間違えた医薬品 販売名サラソスルファピリジン腸溶錠250mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
411	一般名処方シルニジピン錠5mgでシルニジピン錠5mg「サワイ」を調剤すべきところ、クロビドグレル錠75mg「SANIK」を調剤した	調剤棚での医薬品配置で、シルニジピン錠5mgサワイとクロビドグレル錠75mgSANIKが上下で一段ちがいであり、PTPシートの色が同色であり、注意力散漫によるミスである。	調剤誤った医薬品について調剤棚の配置を変更した	確認を怠った 医薬品施設・設備	処方された医薬品 販売名シルニジピン錠5mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
412	慢性疼痛の患者が以前より使用のデュロテップ4.2mgをジェネリック薬品に変更を希望したのでデュロテップ4.2mgのジェネリックであるフェンタニルテープ3日用4.2mgを調剤してしまっ。フェンタニルテープ3日用4.2mgは慢性疼痛しか適用性がなかった	デュロテップのジェネリック薬が有ることだけを調べ適用症の確認まではなかった。	ジェネリック薬品への変更時には適応症の確認をしてから交付することを手順書に明記。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名デュロテップMTパッチ4.2mg 間違えた医薬品 販売名フェンタニル3日用テープ4.2mg「HMT」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
413	「一般名処方」シタグリブチリン塩水和物錠にグラクティブ50mg錠を調剤し、お渡しした。前はジャヌビア錠50mgで処方されていた。	単純なミス。注意力散漫	確認をしっかりとする	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠50mg 間違えた医薬品 販売名グラクティブ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
414	アダラートCR40mgを一包化して調剤する時に誤ってニフェジピンCR40mgをピックアップ、一包化した。一包化鑑査時に間違いに気づき、作り直した。	〇処方せんの見間違い 〇焦り同じ成分の先発品と後発品の為、色なども似通っており、間違いに気づきにくかった。	ピックアップ時の処方箋と薬剤の照らし合わせをしっかりと行う。一包化調剤時も再度確認する。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名アダラートCR錠40mg 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンCR錠40mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
415	ムコダイン錠250mg、ムコソルバン錠15mg、メジコン錠15mg、アストミン錠10mg、3×6日分で処方されていた。しかし、ムコソルバン錠15mgをクラリス錠50小児用と間違えてお渡ししてしまった。週明けの月曜日に薬をお渡しした患者様からお電話を頂き発覚した。服用前だったので、薬局して頂いた際に薬を交換し謝罪した。	投薬前に確認をしたつもりだったが、前回の処方クラリス錠50mg小児用があり、薬歴でそれを確認した際に誤認してしまったのではないかと考えられる。	投薬の際に薬と薬情を見比べながら説明を行う。ダブルチェックを徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg 間違えた医薬品 販売名クラリス錠50小児用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
416	一般名であるロキソプロフェンNa100mgテープであったが、本来患者希望であるロキソニンテープ100mgを調剤するところ、後発品のロキソプロフェンNaテープ100mgを調剤してしまい、患者に投薬する前の最終監査で発覚。	単純なミス、連携不足。	声かけの不徹底から起きた事例などで、再度調剤ルールにのっとり確認の徹底を行う。	確認を怠った連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 医薬品教育・訓練仕組み	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
417	オルメサルタン口腔内崩壊錠20mgと一般名で処方されており、後発品変更希望の患者さんだったため、後発品を渡すところ、先発品のオルメテックOD錠20mgを渡した。間違いに気が付き、自宅まで交換に伺った。	体調不良もあり、確認を怠った。先発品と後発品のPTPシートがほとんど同じで、間違えた。	先発品とAGでシートの区別がつきにくく、どちらも14Tシートを採用しているため、別メーカーにするか、シートを10Tシートへ変更するか、検討中。	確認を怠った 通常とは異なる身体条件下にあった	処方された医薬品 販売名オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名オルメテックOD錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
418	ツムラ当婦科薬散エキス細粒7.5g、1日3回毎食前、28日分でお渡しするところ、ツムラ当婦科薬散エキス細粒7.5g、1日3回毎食前、27日分とツムラ六君子湯エキス細粒7.5g、1日分でお渡し。投薬時に患者様が気が付き、その場で正しい薬を調剤しなおした。	薬剤を棚へ戻す際、外観が類似している別の薬剤の箱へ誤って戻したため、間違えた。その後気が付かず調剤し、一部混入した。	端数を調剤する際は、調剤・監査共に薬剤名と番号をすべて確認する。薬剤を棚へ戻す際も、必ず薬剤名と番号を確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品ルールの不備	処方された医薬品 販売名ツムラ当婦科薬散エキス顆粒(医療用) 間違えた医薬品 販売名ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
419	エチゾラム0.5mg 2錠で一包化しないといけないところをサアミオン錠が入っていた。	ヒートをとる時に間違えた可能性あり。	一包化を作る前に錠剤の確認を徹底する。	連携ができていなかった 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名エチゾラム錠0.5mg「KN」 間違えた医薬品 販売名サアミオン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
420	プラバスタチンが処方されているところ、シンバスタチンを調剤した。	混んでいる時間帯で集りがあった、名前が似ている、棚位置が近くにある。	調剤時に棚も指さし確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プラバスタチンNa錠10mg「チョーセイ」 間違えた医薬品 販売名シンバスタチン錠5mg「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
421	処方箋では、センノサイド錠と書かれていたが、誤って先発品のプルゼニドで調剤、監査をした。ご本人さまからの連絡で、ミスが発覚した。その日のうちに、自宅へ伺い、薬を交換した。	プルゼニド錠をセンノサイド錠に代替調剤することは、よく行っていること。センノサイド錠で処方があったため、プルゼニド錠への代替調剤と勘違いをしてしまった。当薬局で仕事を始めた日も浅く、慣れていないという要因もある。○処方せんの見間違い ○単純なミス	確認の徹底。薬をお渡しするときに、ご本人さまと一緒に薬を確認するようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名センノサイド錠12mg 間違えた医薬品 販売名プルゼニド錠12mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
422	一般名処方ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏だったため商品名ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏と入力誤りし調剤も誤った。	ベタメタゾンとエステルのみが目に入り相互で誤った。入力時の最終確認が甘かった。	入力後再度内容確認。調剤の際もビックしたものと処方箋があっているか再度確認徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名テルモソール軟膏0.12% 間違えた医薬品 販売名ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
423	処方方はロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」であった。ジェネリック変更により薬局採用の「三和」へ代替を行うところ、昔に採用していた「テバ」と記載して調剤とレセコン入力へ回した。入力者より指摘を受け誤りに気付く。			確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「三和」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
424	ロキソプロフェン10錠シートを調剤したつもりだったが、ロキソプロフェンの下にあるレバミピド10錠シートを間違えて調剤していた。	単純なミス、確認不足によるもの。処方薬が多かったため、十分に確認していなかった。	調剤後きちんと確認を行なう事。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「YD」 間違えた医薬品 販売名レバミピド錠100mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
425	アムロジピンが一般名処方で記載あり。先発品希望の所、後発品で調剤。鑑査で漏れてしまったが、服薬指導時に薬剤師が発見。	処方箋に一般名で記載されているときは先発か後発かを確認してから鑑査の手順だが、未確認のまま鑑査してしまった	処方箋に先発か後発か記載する	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg 間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
426	一般名ベニジピン塩酸塩錠8mgが処方されたが、誤ってカルブロッケン錠8mgをピックアップしてしまった。	降圧剤と8mgに意識が行き、さらに患者が集中してとても忙しい時間帯だったため、作業手順の不履行と焦りがあり勘違いに気が付かなかった。	作業手順通りピックアップ後もう一度薬袋と合わせながらチェックする過程を、忙しくても確実に行う様徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ニコール錠8 間違えた医薬品 販売名カルブロッケン錠8mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
427	先発品・後発品の誤り		鑑査時に事務員により入力された薬品名を確認する	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名イソジンガーグル液7% 間違えた医薬品 販売名イオダインガーグル液7%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
428	先発品希望患者に一般名でカルボシステイン錠500mgと処方あり。ムコダイン錠500mgを調剤する所、間違えてカルボシステイン錠500mgを調剤し、鑑査もすり抜けて患者に交付してしまった。	勤務状況が繁忙であり、調剤者も鑑査者も確認を怠った単純なミスである。	繁忙期でも処方箋または薬袋と医薬品を照合することを怠らないようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「トローフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
429	アダラートCR10、20mgとミカルディス40mgが処方されており、後発希望のためニフェジピンCR10、20mgとテルミサルタン40mgで調剤しなければいけないところ、ニフェジピンCR40mgで調剤してしまった。	状況が忙しく、処方箋の確認がおろそかになった。ほかのニフェジピンの処方とテルミサルタンの40mgという記載につられてしまった。○単純なミス	ピックアップの際の薬剤名の読み上げる。処方箋、薬剤を指さし確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名テルミサルタン錠40mg「JG」 間違えた医薬品 販売名ニフェジピンCR錠40mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
430	一包化ないへの入れ間違い鑑査スルーしてしまう	○単純なミス ○処方医薬品の多さ	鑑査の徹底棚の工夫	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名テラムロ配合錠AP「DSEPI」 間違えた医薬品 販売名テルチア配合錠AP「DSEPI」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
431	11月7日に調剤して渡されたソルビトール液がいつもと味が違う、一口飲んで吐き出したと患者本人から電話あり。全量1680mlのうちの水薬ビンに小分けした180mlの分(500ml+180ml)を飲んだという。回収したものを味見したところイソバイド(抗めまい剤)が混ざっている味がした。お詫びして交換した。	ソルビトール液(500ml)2本+180mlの調剤時、製品の500mlは正しく取りそろえたが、180mlを水薬ビンに小分けした際、同じ保冷庫に入っていたイソバイドシロップ500mlの製品を誤って出し、小分けしたものと思われる。作業手順書に記載なし。	2つの薬品は、同じ大きさ同じ形の容器に入っており取り換えが発生しやすいことから改善策として、イソバイドシロップ70%とD-ソルビトール液コーワは、別の保冷庫に保管する手順に変更し、特に小分けの際は、取り換えがないよう注意を周知した。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名D-ソルビトール経口液75%「コーワ」 間違えた医薬品 販売名イソバイドシロップ70%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
432	ジェネリック希望ではない患者様にジェネリック医薬品を調剤してしまった。鑑査の時に、他の薬剤師により発見されたため、先発品を患者様にはお渡しすることができた。	当薬局ではジェネリックを希望される患者様が大半のため、ジェネリック医薬品を扱うことが多い。○注意力散漫	調剤した後にもう一度その薬に間違いがないかを2重チェックしていかねばいけないと感じた。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 施設・設備	処方された医薬品 販売名クラリス錠50小児用 間違えた医薬品 販売名クラリスロマイシン錠50小児用「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
433	門前であるクリニックからの処方。日頃から、小児へ抗生剤が処方される際、下痢などの消化器症状軽減のため整腸剤が共に処方されるケースが多く、クリニックではピオフェルミンR散がほとんどである。この時はミヤBM細粒が処方されていた。調剤者は誤ってピオフェルミンR散を計量。最終鑑査者が誤りに気づき、患者交付には至らなかった。	調剤者は、計量する全量や分包数などの計画を立てたうえで処方せんに記載し、それを踏まえて調剤するルールとなっている。この時もルールに則って行い、薬品名にも目を通していたが、ピオフェルミンR散が処方されるという思い込みのまま調剤を完了してしまった。	薬品名に目を通すだけでなく、声に出す、または指で追って確認した後で計量を開始する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ミヤBM細粒 間違えた医薬品 販売名ピオフェルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
434	一般名処方ではL-システイン・製品名でシナール配合錠が処方。L-システインはハイチオール錠を調剤した。シナール処方であるがシステインをカルボシステインと思い込み調剤。鑑査者も同一者で鑑査見落とし。投薬時に発見。	焦り・確認不足		確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名シナール配合錠 間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
435	一般名:ロキソプロフェンNaテープ50mgとあり、薬局採用のものを用意し、服薬指導時に確認したところ、温感タイプ希望であり、医師にもその旨を伝えていた。			連携ができていなかった 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名ロキソプロ フェンナトリウム テープ50mg「タイ ホウ」 間違えた医薬品 販売名ロキソプロ フェンナトリウム テープ50mg「ファイ ザー」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
436	ファモチジン口腔内崩壊錠が一般名での処方、この患者様はいつも「EMEC」を使用していたが、誤って「JG」を調剤(メーカー違い)。鑑査時も気が付かなかった。投薬時に投薬者が気が付きいつも使用している「EMEC」でお渡した。	薬歴等でいつも使用しているメーカーの確認を怠ったため。	患者様が使用しているメーカー名をきちんと確認する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ファモチジ ンD錠20mg「EM EC」 間違えた医薬品 販売名ファモチジ ンOD錠20mg「J G」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
437	本来、ボラブレジンOD錠75mgを一包化に入れるはずが、セフジトレンピボキシル錠100mgを入れてしまった。監査する薬剤師が、薬を出した後のヒートが違うのに気づき発覚に至った。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ボラブレジ ンOD錠75mg 「サワイ」 間違えた医薬品 販売名セフジトレ ンピボキシル錠1 00mg「OKJ」	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
438	エビスタ錠60mg、35錠払い出すところ、同効薬のビビアント錠20mg、35錠を患者に払い出し、7日後に患者から間違えを指摘され、薬を交換した。患者は7日間エビスタ錠の残薬を服用し、ビビアント錠は服用されなかった。	業務が多忙だった。	調剤・鑑査時のチェックの徹底	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名エビスタ錠 60mg 間違えた医薬品 販売名ビビアント 錠20mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
439	ムコスタ錠100mgの処方であったが、ムコソルバン錠15mgを調剤。監査で気が付いてすぐに訂正した。	ムコスタとムコソルバンでいずれもムコで始まるため、見誤って調剤してしまった。	薬名類似薬なので知識として予めもっていて普段から注意する。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠 100mg 間違えた医薬品 販売名ムコソルバ ン錠15mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
440	カルナクリン(50)の処方が出ていて、後発品希望の患者だったので、カリジノゲナーゼ(50)「トーフ」をお渡ししないといけないのを、先発品のままお渡ししてしまった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カリジノゲ ナーゼ錠50単位 「トーフ」 間違えた医薬品 販売名カルナクリ ン錠50	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
441	一般名処方「ピペリデン錠」についてタスマリン錠と思い込み調剤して患者さんに渡してしまった。本人からの電話で普段はアキネトン錠を渡していたと判明。			確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名アキネトン 錠1mg 間違えた医薬品 販売名タスマリン 錠1mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
442	アムロジンOD(5)14錠お渡しするところに、マイスリー(5)が3錠混ざってお渡ししてしまった。	前日にアムロジンOD(5)とマイスリー(5)が一緒に出た患者があり、その調剤後にマイスリー(5)を誤ってアムロジンOD(5)の箱に片付けてしまっていた。調剤者・監査者共にそれに気づかず、患者さんに間違えてお渡ししてしまった。		確認を怠った 医薬品 その他片付け間違い	処方された医薬品 販売名アムロジン OD錠5mg 間違えた医薬品 販売名マイスリー 錠5mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
443	患者さんより「私の薬は痛み止めのはずなのに糖尿病薬と書かれている。正しいのか？」と電話があり発覚。カロナールが処方されていたところにメトグルコを入れてしまっていた。	色、形状が似ていてイメージが重なってしまっていたと思われる、思い込みのまま調剤した。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名カロナール 錠500 間違えた医薬品 販売名メトグルコ 錠500mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
444	処方ではベルサンチン錠25mgだが、後発医薬品希望のためジブリダモール錠25mg「JG」でいつもお渡ししている患者に、今回ベルサンチン錠でお渡ししてしまった。お母様よりいつもと違う薬が入っている、との電話連絡があり発覚。服用前に取り換えに伺った。	今回他の処方薬の半錠作成、鑑査に気を取られてしまい、先発品のベルサンチン錠がビッキングされていることに気が付けなかった。	処方薬についてはすべて、処方箋(ジェネリック希望についても確認)、現物、写真付薬袋の3点チェックを行う。	確認を怠った 通常とは異なる心理 的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ジブリダ モール錠25mg 「JG」 間違えた医薬品 販売名ベルサンチ ン錠25mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
445	テブレノン細粒10%「日医工」の処方にてブレノン細粒10%「トーフ」を調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	両剤とも在庫があり、メーカー名まで確認せずに思い込みの調剤になったことが要因と考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名テブレノン細粒10%「日医工」 間違えた医薬品 販売名テブレノン細粒10%「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
446	一般名処方にて非ピリン系感冒錠剤1錠分1夕食後の処方にて、PL配合顆粒を調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	当薬局ではPL配合顆粒の調剤頻度が高いため、錠剤を見落とすことが要因の1つと考えられる。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ピーエイ錠 間違えた医薬品 販売名PL配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
447	患者が処方箋をもって来局した。処方箋には「ヒューマログミックス50注ミリオベン300単位 2キット 夜8単位」と記載されていた。当薬局では、ヒューマログミックス50注ミリオベンは該当患者しか処方されておらず、該当患者の名前を印すようにしていた。しかし、その名前がヒューマログ注ミリオベンに印されており、医薬品名の確認を怠り患者名を確認してピッキングしてしまった。そのまま鑑査でも気付かず投薬してしまった。	日曜日でスタッフ数が少なく、また、夕方薬局内が混みあっていたため、急いでピッキング、鑑査をしてしまったため注意力散漫になってしまった。	特定の患者用の取り置き医薬品は納品時とピッキング時に内容と患者名をよく確認する。また、投薬時にも処方薬と処方箋、ピッキングされた医薬品の確認を慎重に行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヒューマログミックス50注ミリオベン 間違えた医薬品 販売名ヒューマログ注ミリオベン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
448	レンドルミンDの変更不可のチェックなし処方にて、ジェネリック希望のため本来ならプロチゾラムOD錠を調剤しなければならぬところ先発品で調剤してしまった。	薬歴の確認が不十分だった	薬情と薬歴、手帳をしっかり確認する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」 間違えた医薬品 販売名レンドルミンD錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
449	一般名処方、モンテルカスト錠10mg1錠分1夕食後30日分の処方にてプラシルカスト錠225mgを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	疲労もあり、モンテルカストと認識しながらプラシルカストの棚に手が行っていた。		確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった	処方された医薬品 販売名モンテルカスト錠10mg「KM」 間違えた医薬品 販売名プラシルカスト錠225「EK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
450	オメプラール錠10mg1錠分1朝食後28日分の処方にて、ジェネリック希望のため本来なら希望であったためオメプラゾール錠10mg「トーフ」に変更になっていた。気づかずオメプラール錠を調剤した。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	ジェネリックに変更になった場合、付箋にて知らせるシステムになっているが、調剤者がそれに気づかず処方せん通りに調剤したことが要因と考える。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名オメプラゾール錠「トーフ」10mg 間違えた医薬品 販売名オメプラール錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
451	ノイロトピン錠を調剤するところ、ノイロピタン錠を調剤鑑査者も間違えた薬剤が調剤されていることに気付かず、そのまま鑑査・患者へ交付してしまった	単純なミスで、確認をしているつもりでも確認出来ていなかった	調剤棚の2剤の全面にめくらないと取れないような札を貼り付け薬剤名・錠剤の色と共に、薬効も大きく記載して調剤時に必ず注意をするようにした	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 施設・設備 仕組み	処方された医薬品 販売名ノイロトピン錠4単位 間違えた医薬品 販売名ノイロピタン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
452	ブラビックス錠25mgのところレグバラ錠25mgで調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ブラビックス錠25mg 間違えた医薬品 販売名レグバラ錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
453	クレストール錠2.5mgをロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」に変更して調剤するところクレストール錠2.5mgのまま調剤。			確認を怠った 教育・訓練 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」 間違えた医薬品 販売名クレストール錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1	カゼ薬 1日2回 朝食後のところ、食前で入力されていたが、気づかず説明し渡した。翌日の確認時に気づき患者宅に連絡し訂正し謝罪した。	確認が不十分で入力まちがいに気づけなかった。他作業と一緒にして、処方内容の確認を怠った。	薬だけでなく、入力にもまちがいがいないか気をつけて確認する。処方箋入力後、再度もう一度確認してから印刷する。他の作業は一緒にしない。	確認を怠った	関連医薬品 販売名メブチンドライシロップ0.005% 販売名ムコダインDS50% 販売名クラリシッド・ドライシロップ10%小児用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2	ペプリコール錠50mg 2錠 分2 朝食後56日分の処方で、調剤された薬の束に誤って「1回2錠ずつ」と書かれた付箋を挟んで患者に交付した。患者より、服用中に付箋に気づき、途中から2錠ずつ服用していたと翌々月の定期来局時に申し出があり間違いがわかった。体調変化等はなかったとのこと。	1日2錠56日分で112錠調剤された薬剤に対し、1回2錠と思い込み、付箋をつけてたまま渡してしまった。定期服用継続されている薬であり、他の処方変更内容に気を取られ、確認を怠った。	定期処方であっても、毎回全ての薬剤について、処方内容と1回服用量を患者本人と確認する。1日量・用法・処方日数について、処方せんに確実に目を通し、1回量を確認する。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名ペプリコール錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3	アドソルビンとレボフロキサシンの併用について伝え忘れたので、電話にてレボフロキサシンを昼食後に服用後2~3時間経ってからアドソルビンを服用するように伝えた。	知識不足。アドソルビンにアルミニウムが含まれていることを知らなかった。	レボフロキサシンの併用について調べたが、調べもれが生じたため、納得するまで、調べ、分かなければ上司に聞く。自己研鑽をする。	患者への説明が不十分であった(怠った) 知識が不足していた	関連医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg「明治」 販売名アドソルビン原末	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4	入力間違いに気が付かず、メーカー名違いの記載のまま交付した		薬品の写真と薬を見比べる	確認を怠った	関連医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
5	メーカー違いで入力されているのに気が付かず、交付した		薬品の写真と比較 メーカー名も鉛筆チェックする	確認を怠った	関連医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「トワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
6	シロスタゾールOD錠で調剤していて、レセコン入力が普通錠であることに気が付かず交付した		調剤・監査時に薬品名・規格・銘柄だけでなく剤型も確認する	確認を怠った	関連医薬品 販売名シロスタゾールOD錠100mg「サワイ」 販売名シロスタゾール錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
7	グラクティブの錠剤形態変更があったが、患者にお伝えし忘れてしまった。患者はいざ服用しようと思ったときいつも錠剤の形が違うので、他の薬が入っていると思い薬局に連絡。錠剤の変更があったことを伝えていなかった旨を謝罪し、いつもどおり服用するように話をした。患者はその後服用中止することなく服用を続けている。	薬剤師自身錠剤の形状変更したこと事態を忘れていた。	形態変更があったもの棚に注意シールをはった。	患者への説明が不十分であった(怠った)	関連医薬品 販売名グラクティブ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
8	サルタノールインヘラー100μg発作時1瓶が処方された。今回同薬は3回目の処方です。「吸入薬は以前から使っており使い方は知っている」と患者が話されたので説明書を渡すだけで特に使い方は説明しなかった。次の日「薬が出ない。」と持参されたのでどのように使われているのか実演してもらったところ上下逆さまに使用されていた。あらためて使い方を説明した。	本人が使い方を知っていると言われ若い患者なので思い違いをされているとは考えなかった。	吸入薬は使い方を説明しながら手技を確認する。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 通常とは異なる心理的条件下にあった	関連医薬品 販売名サルタノールインヘラー100μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
9	ゾピラックス顆粒40%の最大量をクリニックより問い合わせあり。「水痘症(みずぼうそう)」でみどころを、「単純疱疹」の用量でみて、回答したため、薬用量が少なくなりました。	当番医でかつ、一人薬剤師の時間帯だった。問い合わせで急がされた。	基本的な知識が不足していた。一人で急いで回答せざる得ない場合でも、きちんと確認してから回答すべきだった。	確認を怠った 知識が不足していた 通常とは異なる身体的条件下にあった	関連医薬品 販売名ゾピラックス顆粒40%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
10	精製水が疑義照会により、36mLから16mLに変更になった。交付後、患者の家族より薬剤情報提供書と手帳シールのmL数が異なるご連絡があり、判明した。薬剤情報提供書のみ36mLの記載でお渡し。	薬剤情報提供書には水剤の用量が記載されていないと思い込んでおり、修正が漏れてしまった。	全スタッフに薬剤情報提供書に水剤の用量記載がある事を周知した。	確認を怠った	関連医薬品 販売名精製水「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
11	カルボシステインシロップ5%タカタが処方され、体重換算して量が間違えないことを確認。レセコンからLIQ(高固の水剤定量分注機)に飛ばして空の投薬瓶をセットして分注。計量カップ付きの瓶の蓋に1回2mlと記載するところ、3mlと記載してしまった。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫 投薬瓶にはLIQから出るシールを貼り、シールには日付、名前、用法が記載されているが、そこには1回2mlと書かれていたのを見間違えたのだと思われる。いつも薬局前の道路に駐車して子供を社内に置いたまま来局する患者で、投薬が遅いととても機嫌が悪い、少しでも早く投薬するつもりが、調剤過誤を生んだ。	薬剤師2人だけでなく、事務の職員も確認してもらうようにした。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった その他早く投薬しないと機嫌が悪い患者	関連医薬品 販売名カルボシステインシロップ5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
12	プロマック顆粒 0.5g分包品2包と記載された処方箋で2gという用量で入力してしまった計数調剤に不備はなく、薬袋記載の用法も単位がgでなく包だったため問題なかったが、薬剤情報提供書、お薬手帳の記録はgでの記載だったため過誤となった	処方箋記載の単位と薬価単位が異なること単純なミス	単位が包やgなど多岐にわたる散剤の調剤は注意する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名プロマック顆粒15%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
13	ナウゼリンOD錠10の入力の所、ナウゼリン錠10で帳票類を出し間違えたままお渡し。薬はナウゼリンOD錠10で正しい物を渡しました。	一般名ドンペリドン口腔内崩壊錠10を先発に変更する時に、剤形別のナウゼリン錠10と間違えて選択し、鑑査者もそれに気づかず投薬。	入力者が、口腔内崩壊錠=OD錠という認識がなく、口腔内崩壊錠が普通錠で入力されている事に気がなかったため、今後しっかりと確認した上で入力する様にする。薬剤師側も口腔内崩壊錠と記載があったのでOD錠で入力されているものと勘違いし、しっかりと確認せず投薬したことが原因になったので、作業手順を確認し徹底する。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	関連医薬品 販売名ナウゼリンOD錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
14	門前クリニックの外來患者で、耳がかなり遠く、よく聞き返している。定期でPL配合顆粒が処方されており、GE変更可の方だったので、今回よりGEのトワチーム配合顆粒で調剤、鑑査して投薬を行った。いつも指名した薬剤師が投薬を行っていたが、当日は不在だったため別の薬剤師が投薬を行った。投薬時にGEへ変更になっている旨を説明し、「はいはい」とお答えになっていた。後日、別の処方せんとお手紙を持って来られた。手紙には、いつものPL配合顆粒が勝手に見覚えのないトワチーム配合顆粒へ変更されていた、との指摘だった。投薬の内容が確実に伝わっていなかったことが判明した。	当該患者の耳がかなり遠く、投薬内容が伝わっていなかった。いつも投薬している薬剤師ではなかった為、話の内容をよく聞いていなかった(聞こえていなかった)可能性がある。	処方の変更点を手帳などにははっきりと明記しておく。患者への再確認を徹底する。	患者への説明が不十分であった(怠った)	関連医薬品 販売名PL配合顆粒 販売名トワチーム配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
15	小分けでベネット錠17.5mgを4錠のところを2錠でお渡ししてしまった。			確認を怠った 連携ができていなかった	関連医薬品 販売名ベネット錠17.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
16	アルファロール散1μgが前回まで0.5gで処方されていたものが、今回より1gに増量されていたにも関わらず、投薬時に患者の説明を行わず、そのまま投薬した。その後患者が来局し、薬が増えていないかという指摘があり、増量されていることを投薬時伝えていないことが判明した。	アルファロール散以外に2種の薬剤を分包しており、すべてが長期処方のため、その薬剤に目が行き、この薬剤への注意が散漫になる。	調剤時の患者への確認、投薬時の確認、長期処方により長く待つこととなる患者への対応の改善	その他注意不足	関連医薬品 販売名アルファロール散1μg/g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
17	A病院からB病院に転院。メインテート5mg0.5錠の処方箋が2.5mg1錠の処方へ変更。来局した家族には変更のことを伝えてあったが、2か月してから患者本人から薬が違っていると言われた。半分だった薬が1錠になっていたため、自分で半分にして服用していた。	●月1日:患者の家族が来局。A病院の処方せん持参。メインテート錠5mg、0.5錠で処方。薬剤師Aが投薬。●月2日:患者の別の家族が来局。B病院からメインテート錠2.5mg、1錠で処方。薬剤師Aが投薬。翌月6日:患者本人が来局。B病院からDo処方。薬剤師Bが投薬。同月22日:患者本人来局。問題判明。転院に伴い、メインテート錠5mg0.5錠→2.5mg1錠変更になったことを、来局した家族には伝えてあったが、本人に伝わっていなかった。●月1日と2日に連続して受診しており、翌月6日時点で1か月分の残薬があったことに薬剤師Bは気づけなかったため、本人の勘違いを発見するのが遅れた。	薬の受け取りが家族の場合、変更になった点を薬袋に記入し、患者本人に伝えるようにする。	連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った) 患者側	関連医薬品 販売名メインテート錠2.5mg 販売名メインテート錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
18	来局時に前回処方プログラフ1mgが63日分と77日分と重複して入力されていることを発見。ただし、患者ご持参のお薬手帳には63日分のみが記載されていた。	後日公費のつけかえがあった際に、事務方で処方修正をおこなったがその時に前の処方プログラフ錠1mgをひっばれてきて入力をおこなった。	処方箋の修正をおこなったあとに、再チェックをおこなう	確認を怠った 連携ができていなかった コンピュータシステム 教育・訓練	関連医薬品 販売名プログラフカプセル1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
19	ロゼレム錠8mg、メモリー錠20mg、クエチアピン錠25mgの3種類を粉碎(白っぽい粉)とセンノシド錠12mgの粉碎(黄色い粉)を調剤したが、どちらも「氏名、用法、日付」を印字した。クエチアピン錠に色が着いているので、色が着いた粉が3種類の方だと思い込んで薬袋に入れました。センノシド錠の粉碎は前回まで「氏名、薬品名」で印字しているが、伝達ミスで印字が同じになってしまった。施設に入所されていたので、施設に連絡し、薬を入れ替えてもらった。	監査で思い込んでしまい調剤者に確認せずに監査してしまっ。調剤者が粉碎した薬の空のヒートを1つのカゴに入れて、その上に分包された薬が入っていたため、どの粉がどの薬を粉碎したものが不明瞭だったが、調剤者に確認もしなかった。注意力散漫	粉碎時は薬毎に空ヒート、ジャーナル紙(薬名・錠数記入)をつけてカゴに分ける。不明瞭な点があれば必ず確認する。	報告が遅れた(思った) 記録などに不備があった 判断を誤った 技術・手技が未熟だった ルールの不備	関連医薬品 販売名ロゼレム錠8mg 販売名メモリー錠20mg 販売名クエチアピン錠25mg「アメル」 販売名センノシド錠12mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
20	エリーテン1錠分2朝夕食後のところ2錠分2朝夕食後で入力	思い込みと丁寧に監査できてなかった	用法用量を口に出して監査する	確認を怠った	関連医薬品 販売名エリーテン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
21	よびのアンヒバ坐剤の使い方で1回1本のところ、1日1本で入力していた。気づかずそのまま渡した。翌営業日に入力まちがいに気づき連絡し、謝罪した。以前も使ったことがあり、使用には問題がなかった。	前と同じ坐剤であったので確認を怠ってしまった。入力後、再度確認を怠ってしまった。	同じ薬でも入力まちがいが起こりうるのできちんとその都度確認する。入力後、きちんと確認してから印刷する。	確認を怠った	関連医薬品 販売名アンヒバ坐剤小児用100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
22	一般名処方するとき、レセコン入力時、他メーカーを選択し、説明書などに誤りがあつた。	薬剤師と事務員の連携不足、選択すべきメーカーの医薬品のマークの見落とし。〇無し	薬剤師は印刷物を確認することを徹底、事務員はレセコン入力方法を再度確認。	確認を怠った 報告が遅れた(思った) 通常とは異なる心理的条件下にあった その他思い込み コンピュータシステム 教育・訓練 仕組み	関連医薬品 販売名【般】ゾルピデム酒石酸塩錠10mg 販売名【般】レバミピド錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
23	クエチアピン漸減入力忘れ	確認を怠った為	よく確認をします	確認を怠った		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
24	フルニトラゼパム漸減入力忘れ	確認を怠った為	よく確認をします	確認を怠った		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	ピソプロロール fumaril 朝夕食後のところ夕食後で入力	確認を怠った為	よく確認をします	確認を怠った		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
26	前回は一般名処方だったが、今回はそうではなかった。	調剤録確認を怠った、単純なミス。		確認を怠った	関連医薬品 販売名バンテチン錠シオエ100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
27	違う患者の薬情をお渡ししてしまつた。	処方せんを受け付けたあと他の患者が次々と来局されてお戻り後回して調剤し、翌日取りに来られるということで気が緩んでいた。また監査、投薬時には二人分の薬剤だったため焦りと薬剤を正しく渡そうという気持ちから薬情の名前確認を怠った。	薬剤の確認だけでなく領収書や薬情などその他の確認もしっかり行う。	確認を怠った	関連医薬品 販売名テラレーンS錠50μg 販売名イコサベント酸エチル粒状カプセル900mg「サワイ」 販売名ニューロタン錠25mg 販売名グリメピリド錠1mg「三和」 販売名セレコックス錠100mg 販売名ロキソプロフェンNaパップ100mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
28	前月の調剤の薬について今回、処方医よりクレームが入つた。アムロジピン錠5mg「トローワ」とミグリトール錠75mg「トローワ」のヒートが似ているため、患者が間違えて飲みそうになつた、とのことでした。薬袋から出して薬を管理されている患者でした。	似ていることに、薬局スタッフが気づいていなかったため、注意喚起やほかのGEへの変更の検討ができなかった。	この患者については、相談の上ミグリトールを先発のセイブルに変更した。採用薬をトローワからサワイに変更した。	患者への説明が不十分であった(思った) 知識が不足していた 患者側	関連医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「トローワ」 販売名ミグリトール錠75mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
29	点眼液2種類の処方であり、本数、使用回数が増えているため、投薬時に患者本人に薬を見せて、薬品名と使い方を説明したが、薬袋に入れるときに反対に入れて渡してしまっ。患者が帰宅後に説明と違うことに気づき、薬局に電話されたことにより、ミスが判明した。	夏季休業前の繁忙時で患者の待ち時間が長くなっていたことから、投薬者に焦りがあり、薬袋を確認するという基本をおろそかにしたことによる単純なミスでと言わざるを得ない。	繁忙時であっても基本的に忠実に、患者一人ひとりに向き合って、ミスの無いように気を引き締めていきたいと思う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名レスキュラ点眼液0.12% 販売名ジクアス点眼液3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
30	ノイエル細粒40%0.5g包336包お渡ししなくてはいけないところ168包しかお渡ししなかった。	168gとあり168包と勘違いした。		確認を怠った	関連医薬品 販売名ノイエル細粒40%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
31	メーカー名を間違えてレセコン入力していることに気が付かず、帳票交付してしまった		監査手順を変えて薬品と処方箋の確認を行う	確認を怠った	関連医薬品 販売名ロサルヒド配合錠LD「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
32	薬を配達する際、家の表示がない、電話がつかない、早く手元に届けたいなどの要因が重なり、配達時イクセロンパッチを本人にお渡ししてしまっ。認知症あり、薬品が一時所在不明となった。家族に苦情を言われた。		配達時、渡す方をきっちり確認する。	判断を誤った その他家の表示、電話なし、確認不十分 その他家の表示、電話なし、確認不十分 仕組み	関連医薬品 販売名イクセロンパッチ9mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
33	グラクティブ錠50mg 2錠 1日1回 朝食後 56日分という処方箋を調製していた。1回の服用数が2錠ずつのため通常は「1回2個」のシールをPTPへ貼付して薬剤鑑査へ回すはずが、貼り忘れた。別な薬剤師が薬剤鑑査時に気がついた。	他スタッフへの声かけ等を気にしながら調製していた。1回服用数が2錠ずつと気がついて、用量に丸を付けて意識していたが、貼り忘れた。		確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	関連医薬品 販売名グラクティブ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
34	マグミット錠330mg(1回1錠、1日3回毎食後)が処方された患者に、服薬指導の際「便通に合わせて用量を自己調節するように」と口頭にて説明したが、患者はお腹が緩くなくても1回1錠、1日3回毎食後の用法を守り続け、常に下痢症状が続く状態に陥った。交付から10日後に再受診したところ、下痢症状による膀胱炎と診断された。	「便通に合わせて用量を自己調節するように」と口頭では説明したが、薬情には記載しなかった。患者の年齢を考慮すると、薬情にも記載しておくべきであった。	特別な指示がある場合は口頭での説明だけでなく、薬情や薬袋にも記載するようにする。自己調節が難しい患者には、服用後の体調変化を電話にて伺う等、薬剤交付後もフォローアップするようにする。	患者への説明が不十分であった(怠った)	関連医薬品 販売名マグミット錠330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
35	クラリスロマイシンが処方された患者に、2か月前にベルソムラが処方されていた。薬局されたのが家族の為、ベルソムラが残っているか不明だったが、ベルソムラとクラリスロマイシンは併用禁忌なので、もしベルソムラが残っていたら服用しないようにと説明した。		今後も併用禁忌に気付くよう、注意していく。	その他併用禁忌未然防止	関連医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「日医工」 販売名ベルソムラ錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
36	お薬手帳の内容確認、患者への返却ミスがお薬手帳を調剤室に置き忘れてしまった。他の薬剤師が気が付き投薬中の薬剤師に届けたので、返却しそこなうことはなかったが、重要な個人情報である手帳の取り扱いとしては問題があった。	1. 比較的混雑した時間帯。投薬台がふさがっており、患者の所へ行き座席での投薬を行った。⇒焦り、いつもと違う環境。2. 処方箋が単純であり、早く投薬を終えようという焦りがあった。3. 電子薬歴の内容と薬、入力などの監査を調剤室で終えたが、手帳の内容の確認が不十分であった。きちんと手帳を確認していたら調剤室に忘れることはなかったはずである。⇒手帳内容をしっかりと監査するという意識が薄かった。	手帳内容を必ず確認し、確認しおえた段階でトレイに入れ、「手帳あり」の箇所(手帳持参患者では処方箋欄外へ「手」とメモ書きするルールとなっている)に確認のチェックを付ける。	確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった その他患者座席での投薬	関連医薬品 販売名アズノールがいがい液4%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
37	予製されていたマイザー軟膏とヒルドイドソフト軟膏の1:1混合品に、作成者氏名や日にちが記録されておらず、内容が不確かな薬を投薬することは出来ず、廃棄し、改めて作成することとなった。	ルールが明確に規定されていなかった。従業員に不徹底だった。	ルールを明確化 従業員に周知徹底させた。内容 1. 予製作成者は以下の内容を調剤シートに残す。調剤日 2. 薬には、容器底に薬品名と量、上部に調剤日を記載したシールを貼る。	記録などに不備があった 仕組み ルールの不備	関連医薬品 販売名マイザー軟膏0.05% 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
38	在宅訪問患者。患者は、薬管理のためにラグノスゼリーとアミノバクト配合顆粒をホチキス止めすることを希望していた。監査者(薬剤師A)が患者の希望通りホチキス止めをして薬を用意していた。当該患者の薬剤訪問担当の薬剤師Bが訪問前に内容確認していたところ、ラグノスゼリーにホチキスで穴があき、中身が漏れているのを発見した。	ただホチキス止めればよいだけの単純作業と思い作業にあたっていたため、ラグノスゼリーのシール部分ではなく本体部分にホチキスを止めていることに気がついていなかった。	ホチキス止めは薬剤師訪問の担当薬剤師が行うこととした。	確認を怠った	関連医薬品 販売名ラグノスゼリー一分包16.05g 販売名アミノバクト配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
39	ワンアルファ錠0.5μg夕食後隔日服用から夕食後服用に処方変更があったが、隔日服用のまま入力した。患者に連絡したところ医師からの説明でわかっていると毎日服用しておられた。		入力もダブルチェックする。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 施設・設備 教育・訓練	関連医薬品 販売名ワンアルファ錠0.5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
40	クラリスロマイシン50mg 6錠が処方されて、1日3回 1回2錠とするところ、クラリスロマイシンは1日2回で服用することが多いので、錠剤のタグに、「1回3錠 服用」のタグをつけて交付してしまった。薬袋は1日3回 1回2錠となっていたが、薬のタグが1回3錠だったので患者の家族から問い合わせがあり、間違いが分かった。思い込みによる調剤が間違いの原因だった			確認を怠った 知識が不足していた その他思い込みによるエラー ルールの不備	関連医薬品 販売名クラリスロマイシン錠小児用50mg「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
41	アクトシン軟膏30gのところ20gをお渡し。不足の薬を取りに来た患者に使いかけの端数のチューブを渡していた。後日使いかけのチューブがなくなっていることで間違いに気づいた。不足の10gをお渡しした。			確認を怠った 知識が不足していた 施設・設備 ルールの不備	関連医薬品 販売名アクトシン軟膏3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
42	昼食後に保育園で服用する薬の中に、1日2回服用のアレグラDS 1包を入れてしまった。アレグラは夕方の服用だった。患者の家族から、夕方に問い合わせがあった。昼は結局、保育園では薬は服用しなかったため薬は残っていた。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった ルールの不備	関連医薬品 販売名アレグラドライシロップ5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
43	一包化調剤の患者で予製をしている患者。前回よりボグリボースが患者家族の希望により中止となる。(食直前に服用できず、食後に服用することが多いため)今回、前回とDo処方。しかし、予製されていた一包化には予製カードが訂正されていなかったために、ボグリボースありのままだったが、そのまま予製されていたものを渡薬してしまった。次の予製を点検している際に中止されているボグリボースが入っているため判明。患者は15日間服用してしまった。	予製カードが訂正されていなかった。処方変更となった時の処方箋入力者、渡薬者ともに、当薬局に慣れていなかったため、予製カードが変更となった際のルールが守られておらず、そのまま予製カードを予製カード入れに戻してしまっていた。そのため分包機の入力も訂正もされなかった。予製を作成した薬剤師は、当薬局に慣れていなかったため、前回の処方日数の所には、「処変」と記載があったが、それに気づかず、予製カードをみて作成してしまっ。調剤者は、以前同じ患者で分包印字のインシデントがあり(食直前一食後で印字)それに気をとられ、予製されていたものと、処方箋の確認を怠った。鑑査者は、予製されている薬であり、前回Do処方であったため予製した薬と処方箋の確認を怠った。○作業手順の不履行	処方変更時の新しい予製カードを作る作業の手順を再度確認した。処方変更時は、予製カードの処方内容の所に大きく「処変」と記載することとした。処方箋と予製カードのチェックの徹底。	確認を怠った 仕組み ルールの不備	関連医薬品 販売名ボグリボース錠0.2mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
44	カロナール 70mg 頓用4回分と処方せんに記載。一回0.35gのところ、0.7gでの入力ミス。患者家族へ連絡し、入力誤りについてお詫びして、正しい印刷物をお渡しした。交付した薬剤の量は正しいことも併せて説明した。	カロナール細粒の規格の記載が処方箋になかったため、入力者が単純にmg→g換算してしまった。また、そのことに鑑査者が気が付かなかった。	規格の記載が処方箋にない場合、調剤者は規格と一回量を必ず記載し、鑑査者はそれをチェックすることとした。	確認を怠った	関連医薬品 販売名カロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
45	フロジン外用液に、ネリゾナリユーションを混合して調剤する際に、フロジン液にネリゾナを混合し、中栓を取り付けて、外蓋を取り付けるが、中栓を戻し忘れ、外蓋だけをつけた。使用時に大量にこぼれてしまったので、患者から連絡があった。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 教育・訓練	関連医薬品 販売名フロジン外用液5% 販売名ネリゾナリユーション0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
46	一般名処方、採用していないメーカーの薬を登録し、説明文や会計をそのまま交付してしまった。秤量や服用方法は問題なかった。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	関連医薬品 販売名ロラタジンDS1%「サワイ」 販売名ロラタジンドライシロップ1%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
47	朝食後処方:ドパコール配合錠L100、レチコラン錠250、テルミサルタン錠40「サンド」(混合粉砕)昼食後および夕食後処方:ドパコール配合錠L100、レチコラン錠250(混合粉砕)いずれも混合直後は薄いピンク色であり、施設入居者の担当者にお渡しした。3日経過後に、朝食後のみ褐色に変色したため、当薬局に電話連絡あり。混合粉砕により配合変化あるいは酸化・光による分解が生じたかと判断し、製薬会社(サンド)に確認したが、粉砕後の安定性は不明ということであった。	ドパコール配合錠およびレチコラン錠の安定性から褐色になることが推察できるが、昼食後及び夕食後の粉砕品において、変色が認められないことから、テルミサルタン錠を粉砕したことが原因で変色したと考えられる。	今回の事象は、能書やインタビューフォームに記載がないため、事前対応が困難であり対応が難しい。粉砕後の安定性が不明なときは、服用直前に粉砕していただくか、OD錠への変更を進めることとした。	その他配合変化に関する情報なしで生じた事象	関連医薬品の情報 販売名テルミサルタン錠40mg「サンド」 販売名ドパコール配合錠L100 販売名レチコラン錠250μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
48	タムスロシン 沢井で調剤のところ日医工と説明文章に記載	レセコン入力の際、メーカー変更忘れり数変更し気がとられた	調剤録でメーカー名に○を付け確認する	確認を怠った	関連医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「サワイ」 販売名タムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
49	薬品の印刷ミス。分2指示を分3と印刷し交付。薬の数は分2相当分交付。次の利用時に前回分に入力ミスがあったことが判明。本人に処方箋通り分2で服用していたことを確認。	予約日に合わせるために疑義に日数を変更。その際用法キーもいじってしまったと思われる。薬袋は疑義照会前の分2印刷のものを修正して利用。薬品は印刷しなおしたので間違ったものを交付。入力見直しもれの単純なミス	確認を怠らない	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	関連医薬品 販売名ケイキサレートドライシロップ76%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
50	クロチアゼム倍量訂正後処方通り訂正するときに間違えた	単純なミス		確認を怠った	関連医薬品 販売名クロチアゼム錠5mg「トワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
51	フォリアミン月曜日から日曜日に変わったが気付かず月曜日のまま渡した。	単純なミス		確認を怠った	関連医薬品 販売名フォリアミン錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
52	ボナロンゼリー水曜日のところ木曜日で入力			確認を怠った	関連医薬品 販売名ボナロン経口ゼリー35mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
53	酸化Mg 1日 0.8gの所、入力が0.6gになっていたが、気づかず交付。薬には、まちがいがなく、その旨連絡し謝罪した。	他の薬が追加になっていることに気がとられ、前回より1日量が増えていることに気づけなかった。	do処方と思いきず、確認をする。忙しい時でも確認をしっかりとする。同時に用量もよく確認する。慌てずに入力する。	確認を怠った	関連医薬品 販売名重カマ「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
54	5gチューブのアンテベート軟膏が処方された。7月の末局で、10月までの期限のものをお渡しした。処方頻度から、期限内の使い切りが見込まれ調剤利用に問題なしと判断したが、本人は問題ありと立腹。期限の長いものへ変更した。	患者の性格にもよるが、使用期限に関しては薬剤師の判断のみではなく相手の気持ちも考慮して調剤する必要がある。期限切迫品については、期限が近い旨、および使用に問題がない旨を説明し納得いただいたからお渡しする必要があった。これは作業手順の不履行とみなされる。	製剤の期限に関しては、不定期に検索を実施している他、調剤時や棚卸時の気付きに頼る部分が多い。このやり方では調剤・監査の際にも見落とし可能性が高い。定期的に検索をかけて、注意する必要がある製剤については誰から見ても分かるように区別しておく事がこの様な事態を防止できると考える。	確認を怠った 仕組み ルールの不備	関連医薬品 販売名アンテベート軟膏0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	プロナック点眼液0.1%の用法が1日2回だが、1日3回で処方されていた。入力、鑑査、投薬の段階で気付かず、1日2回でお渡し。内容が判明後、Drに問い合わせした所、1日2回の記載ミスであった。患者には正しい物がわたっています。	業務手順の遵守ができてなかった。入力、鑑査、投薬時、全ての段階で確認不足	業務手順の遵守します。	確認を怠った 知識が不足していた	関連医薬品 販売名プロナック点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
56	前回処方せんからノルバスクOD錠5mgが増量されていた(1日1錠服用から2錠服用となった)。しかし、患者は1日1錠しか服用されていなかった。交付時、薬袋には2錠と記載し口頭でも説明したが、これまで通り1日1錠で服用されていた。	交付時の説明の際にはうなずいていなかったのことで理解されたと判断していたが、増量したことをきちんと把握できていなかった。	分包(一包化)する、もしくは2錠服用する分は他の医薬品をは別の薬袋とする。交付時に患者と一緒に薬袋を見ながら、服用錠数を確認する。	患者への説明が不十分であった(怠った)	関連医薬品 販売名ノルバスクOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
57	水剤瓶のメモリを、1日2回のところを1日3回で記入した			確認を怠った	関連医薬品 販売名ムコダインシロップ5% 販売名小児用ムコソルバンシロップ0.3% 販売名トランサミンシロップ5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
58	メジコン錠が3T分3毎食後10日分で処方されていた患者。ピッキングは正しく30錠でされていたが、1回1Tの服用であるのに、1回2錠の服用のシールを貼って渡してしまうところだった。投薬時、患者と一緒に確認しているときミス判明。訂正してお渡し。	メジコン錠は6錠分3毎食後5日分が出ることが多い為30錠で1束の予製を作成していた。1回2錠服用のシールもあらかじめ貼付してあった。ピッキング時、予製を取ってしまったと考えられる。当日は連休の合間で混雑していた。	監査時は、シールなどが混ざっていないか確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名メジコン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
59	ブラビックス錠75mgが前回までは夕食後だったが今回朝食後に変更になっていたのに、薬局での入力が以前の夕食後のままになっていた。用法変更で間違いなにか問い合わせると今回より変更で間違いはないということで入力を訂正して投薬した。受け取った患者の家族にも用法変更を聞いていることを確認した。	事務員は処方箋をよく確認せずに、前回処方箋をコピーしていた。この患者は他院で夕食後に処方されていて、住んでいる近くの医院で継続処方されることになったが用法が朝食後に変更されていたことがあった。他院の紹介状に朝食後と書かれていたことが理由だったが今までの続きなので同じほうがいいということで夕食後に変更されていた患者だったので、用法変更が間違いのないか不安になった。	入力内容は間違っているかもしれないと思って処方箋とよく見比べる。	確認を怠った	関連医薬品 販売名ブラビックス錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
60	ニフェジピンCR20「日医工」で投薬したが、入力がニフェジピンCR20「サワイ」となっていた。日内棚卸しにて、在庫が合わず、間違いが判明した。すぐに該当患者へ連絡し謝罪。正しい入力情報を送った。			確認を怠った	関連医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「日医工」 販売名ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
61	ザイザルシロップ2.5mL/回の服用に対して、薬杯だけ5mLで記載。鑑査者が気づかず投薬へと回ったが、投薬時に薬袋と実物を用いて、用法を確認して誤っていることに気づき、訂正した。	鑑査者がすでに待っていたため、調剤者は薬札及び、薬杯のWチェックを怠った。(作業手順の不履行)鑑査者は薬杯を見たが、5mLになっていることに違和感を持たなかった。(注意力散漫)	調剤者:Wチェックは必ず行う。鑑査者:特に行かず、手順通り鑑査を行っている	確認を怠った 判断を誤った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	関連医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
62	オロバタジン塩酸塩OD錠5mg「ファイザー」2錠、朝夕食前服用のところ、朝夕食後服用で入力されていたが、気づかず鑑査し、交付してしまった。翌日の処方箋チェック時に、判明した。患者家族に連絡し、訂正・謝罪した。次回薬局時、手帳シール、薬情交換することとした。	繁忙時であり、兄の処方と同じ薬、同じ日数で朝夕食後服用だったため、同じ用法と思い込んでしまった。さきレセコン入力した兄の処方と同じだと思い込みで入力してしまった。	繁忙時でも業務手順を省略せずに、確認する。レセコン入力、入力後のチェックの手順を再確認し、1つ1つ丁寧にを行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名オロバタジン塩酸塩OD錠5mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
63	分2を分3で入力した。	忙しくて入力ミスに気が付かなかった。前回と同じだと思い、入力してしまった。	しっかり確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
64	火傷の患者に医師が「ソフラチュール貼付剤10cm 10.8mg」を処方し調剤。1ヶ月経過しても良くならない為、医師より確認のTEL有り。確認したところ患者へ販売した貼付剤固定用の衛生材料「固定用伸縮性粘着シート」を患者本人、またはご家族が誤って使用していたと判明した。	ソフラチュールと衛生材料の固定用シートの見え目がよく似ていた。患者へ使用法の説明はしたが、見え目が似ている事へは触れていなかった。	見え目が似ている事への知識不足。調剤薬の確認はしても衛生材料等への注意は怠りがち。使用法だけでなく見え目等についての注意喚起を行えるようにする。また、今回の場合ソフラチュールが数回に渡り出ていたので医師への確認も行えた。	連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った) 知識が不足していた	関連医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
65	ザルトプロフェン エラー品あり シートに空包あり			医薬品	関連医薬品 販売名ザルトプロフェン錠80mg「YD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	ベリアクチンシロップを1日2回のところを1日3回で調整。	同時に処方された散剤が1日3回であったため、シロップも1日3回だと思い込んでしまった。投薬前の監査で気づいた。 ○単純なミス ○注意力散漫	調剤に用法を指差し確認するようした。	確認を怠った	関連医薬品 販売名ベリアクチンシロップ0.4%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
67	5ヶ月前までこちらの泌尿器科でエルサメットS配合錠が出ていた。5か月ぶりに薬局。間で外科に入院。外科の門前薬局でエビプロスタット配合DBが出ていた。重複して飲まないように、シートも見せて説明。	入院されていて間が空いていた。		その他手帳で未然に防いだ	関連医薬品 販売名エルサメットS配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
68	患者から、「服用している薬と薬剤情報の薬の写真が異なる」との指摘を受けた。確認したところ、間違った薬を調剤したのではなく、古い写真(錠剤に刻印がされていないときの写真)を掲載していた。	通常はヒートの写真を掲載しているが、一包化する患者だったため、裸錠の写真に変更した。その際に誤って以前の写真を選択してそれを印刷した薬剤情報を手渡した。	患者に渡す薬と薬剤情報の写真の薬とを照らし合わせるようにする。	確認を怠った コンピュータシステム	関連医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
69	セフゾンカプセルが処方されていたが一般名処方箋のセフカペンピボキシル錠100mgがよく処方されているためセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」で入力してしまった。	処方せんの見間違い(頭文字2文字のセフだけを見てよく出る処方との思い込みもありそのまま入力してしまった)。	入力前にすべて読み上げ3文字入力で行う。(般)がついているかどうか確認もする。	判断を誤った	関連医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
70	当薬局では、受付時に処方箋を黄色のクリアファイルに入れている。当該事象発生時、多忙であったが、受付時に規則通り処方箋をクリアファイルに入れた。調剤、投薬後、処方箋が見当たらず、最終的には患者が持ち帰っていた。	クリアファイルに入れたところまでは間違えなかったが、投薬中に席を外した時に患者の家族が誤って持ち帰った可能性がある。	処方箋は速やかに黄色のクリアファイルに入れ、所定の処方箋入れに入れるようにした。	確認を怠った 連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 諸物品 患者側	関連医薬品 販売名アスピリン「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
71	患者Aに投薬した際、別の患者Bの(調剤録と思われる)印刷物を渡してしまい、患者Aからご連絡いただいた。	・先に、患者Bの眼科処方せんを受け、監査まで完了していた。後から、患者B皮膚科処方せん受け付、複数受け付けた。修正入力の際、事務員1は、眼科受け付け時の不要の書類を紙ファイルから抜き忘れたまま、空のファイルとして所定の場所に戻した。・次に、事務員2は、患者Aのレセコン入力の際、所定の場所から紙ファイルを取り、印刷物をはさんで監査にまわした。(紙ファイルの中に、患者Bの書類が残っていることに気ができなかった。) ・患者Aの監査をした薬剤師は、他人の書類の混入に気づかず、監査を終了した。(患者Aの印刷物に不備がないことは確認したが、他人の印刷物が混入しているとは思わず確認を怠った。) ・患者Aに投薬した薬剤師も、他人の書類の混入に気づかず、一緒に渡してしまった。(患者Aの印刷物に不備がないことは確認したが、他人の印刷物が混入しているとは思わず確認を怠った。)	・レセコン入力後の印刷物をはさむファイルを、紙ファイルから透明ファイルにする。(外からみて分かるように)・監査者は、薬品監査のみならず印刷物についても確認を怠らない。印刷物が多いため、処方せんコピー等用済みの書類は、監査の時点でカゴから抜き整理整頓しておく。・投薬者は、薬品のみならず印刷物についても、氏名など最終確認しながら投薬する。また、薬歴記録の際も、最終確認を怠らない。・調剤録、薬情、支援票、処方せんコピー等についても、処方せんと同様に個人情報であるため、厳重に取扱うよう心がける。	確認を怠った 諸物品 仕組み ルールの不備	関連医薬品 販売名パルミコート200μgタービュヘイラー112吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
72	・今回投薬時に、前回の薬情・領収書などの印刷物をお渡ししてしまった。(投薬した薬品に間違いはない)・前回のデータを呼出し、上書き入力してしまったため、9月分は正しく保険請求されているが、10月分の入力がされておらず、保険請求もれとなっていました。・処方せんを整理した別の事務員に指摘された。	・レセコン入力者は、今回受付時、新規入力ボタンではなく、無意識に修正入力ボタンを押して前回データを呼出し、上書き入力してしまった。(ボタン1つの押し間違いのみで、新規入力 or 修正入力になってしまう。入力画面の色も区別も薄く、わかりづらい。)全ての印刷物の日付が、前回の日付で印刷されてしまった。・監査者は、薬品監査を間違いないおこなったものの、書類の日付が違う事に気づかず、監査を終えた。(確認を怠った)・投薬者も、書類の日付が違う事に気づかず、そのまま投薬してしまっ。(確認を怠った) 前回分も同じ薬剤師が投薬しているが、患者との会話もつじつまがあつてしまい、薬歴入力の際ですでに入力したものと勘違いし、間違いに気づかなかった。	・レセコン入力の際、新規入力 or 修正入力ボタンの押し間違いに特に注意を払う。・レセコン業者に、ボタン1つの押し間違いで、新規入力 or 修正入力になってしまう問題の改善を依頼する。新規入力 or 修正入力画面の区別を、一見してわかるよう依頼する。・監査者は、薬品監査のみならず、種々の印刷物についても、日付等の確認を怠らない。・投薬者も、薬品のみならず、種々の印刷物についても日付等の確認を怠らない。また、薬歴記載の際、修正入力画面からではなく、電子薬歴画面からログインすることで、上書き入力ミスの見落としに気付けるようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	関連医薬品 販売名ピソプロロールフル酸塩錠2.5mg「日工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
73	手帳をセットされていないことに気が付かず大至急で確認なく手帳を渡し忘れた	患者にせかさされ確認できないままお渡し		確認を怠った		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
74	一包化指示のある患者。プレドニゾン漸減中であり、今回処方でプレドニゾン中止へ。また、今回より、クレストールOD錠をジェネリックへ変更することとなった。調剤者はプレドニゾンの処方なくなっていることに気が付かず、一包化を作製。クレストールOD錠については、処方監査通りジェネリックに入力を変更して作製を行った。最終監査者が、処方せん、薬袋、一包化のジャーナルを照らし合わせた際に誤りに気づき、患者への交付へは至らなかった。	混雑しており、当患者の後も一包化の作製が控えていた。当薬局では、一包化データの入力ミスを防ぐため、データ入力終了後に、調剤者自ら入力画面と処方せんに照らし合わせ、薬剤名、剤形、規格、一日量、用法に鉛筆で丸を付けてセルフダブルチェックを行った後に分包機にデータを飛ばす決まりとなっている。当事者は、ルール通りセルフダブルチェックを行い一包化データを分包機に流したつもりであったが、薬剤数が多かったこともあり、プレドニゾンの行を見逃してしまっ。	入力の確認後に処方せん全体に目を通し、鉛筆でのチェックが付いている行数と入力画面の行数が合っているかを照合する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名プレドニゾン錠1mg(旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
75	マルツエキス18g服用のところ1gとなっていた	事務員の入力ミス(知識の不足)	事務職員への徹底	確認を怠った 知識が不足していた	関連医薬品 販売名マルツエキス分包*(高田)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
76	処方内容はパテルテープ40でありかつ、パテルテープ40で調剤したが、調剤録で確認できる入力規格はパテルテープ20であった。入力内容の確認漏れであり、投薬後の翌日患者宅に電話。謝罪の上、再説明を行った。	発生日は繁忙であり、当事者本人も心理的な焦りがあった模様。	忙しい時こそ冷静に、を徹底して行くことが改善策と考える。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 施設・設備 ルールの不備	関連医薬品 販売名パテルテープ40	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
77	トラマールが1回4錠の服用であったが、薬につける一回に服用する数を支持する「札」が「1回2錠」の札がついていた。患者が帰宅して、薬袋や薬情に記載されている数字と違うことに気が付いて、薬局に電話した。24時間受付で転送されたが、受けた薬剤師が状況を知っていたため4錠で服用するように指示した。	札の確認を怠った。○単純なミス	1回に複数錠内服の場合は数をよく確認する。	確認を怠った 諸物品	関連医薬品 販売名トラマールOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
78	チモプートルを定期で渡していたが、右目に使用しないといけなのを両目に使用しようとしていた。投薬時の会話の中で判明し、絶対に正常な目には使用しないよう指示。	患者が、眼圧高くない目も緑内障予防のために点眼をせよと自己判断していた。	しっかり疾病と薬の関係を説明し、自己判断しないよう十分注意した	患者への説明が不十分であった(怠った)	関連医薬品 販売名チモプートル点眼液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
79	前回6錠分3で処方されていたが、今回4錠分2に減量されていたのに気づかず、入力。	○注意力散漫処方箋入力を、前回からコピーして、確認を怠った。	処方箋をしっかりと確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「モチダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
80	28日分処方所、18日分で入力。	○注意力散漫前回の処方をコピーし、確認を怠った。	処方箋を確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名カンデサルタン錠8mg「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
81	一般名処方、セフボキシムが処方されていたが、セフカペンと入力。	○注意力散漫セフカペンの方が汎用されるため、入力を誤った。また、同じミリの為、確認を誤った。	処方箋をしっかりと確認する。パソコン画面上、印刷紙面上も再度確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	関連医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」 販売名セフボキシムプロキセチル錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
82	吸入薬 60吸入のもの1本のところ、2本と入力していた。投薬の薬剤師は入力間違いに気が付かなかった。投薬は1本で行った			確認を怠った 技術・手技が未熟だった ルールの不備	関連医薬品 販売名シムビコートタービュヘイラー60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
83	一般名処方ではフロムヘキシム塩酸塩シロップ0.2%が処方されていたが、レセコンの入力がフロムヘキシム塩酸塩シロップ0.08%を選択していた。処方入力監査時に薬剤師が気づき訂正した。	当薬局の採用は、フロムヘキシム塩酸塩シロップ0.08%であった。シロップの規格違いに対する注意が足りなかった。	当店採用のシロップの規格違いに注意する。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	関連医薬品 販売名フロムヘキシム塩酸塩シロップ0.2%「タイヨー」 販売名フロムヘキシム塩酸塩シロップ0.08%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
84	1日1回の薬を1日3回の薬袋へ、1日3回の薬を1日1回の薬袋に入れ間違えた。1週間後の来局時に患者家族から進言あり発覚。	患者に交付する際、話をしながら薬を薬袋に入れたため、薬袋が合っているか確認をしていなかった。○作業手順の不履行、○単純なミス	薬を薬袋に入れるときは、薬袋の品目と手に持っている薬が合っているか確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名ロラタジン錠10mg「サワイ」 販売名ムコダイン錠500mg 販売名ジェニナック錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
85	受診前に残薬の確認をして欲しいと、患者さんが来局された。薬を計数しメモ帳に薬品名と数量を記載。それを受診時に医師に見せ残薬を調整する運びとなった。その中でスピリーバ吸入用カプセルがあったが、メモに記載する際、「シムビコート」と記載してしまった。薬局を出られたあとに患者さんから電話があり、薬品名を間違えていたことが判明。	思い込み、確認不足による事案。○単純なミス	書きっぱなしではなく、書いたものが合っているか、再度確認してからお渡しする。	確認を怠った	関連医薬品 販売名スピリーバ吸入用カプセル18μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
86	ロキソニンテープ21枚を入力した際に、外用剤なので21枚 1回分と自動入力されるが、間違えて気が付かないうちにどこかキーボードに振れたため、10回分と入力してしまっ。そのまま21枚で交付してしまい、会計を大幅に間違っ。レセコンメーカーに1回分とのみ入力できるようにシステムの改善をお願いした			確認を怠った 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム ルールの不備	関連医薬品 販売名ロキソニンテープ50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
87	レクサプロ10mg 1回2錠服用のところ、1回1錠と入力した。調剤時に気が付き訂正した。通常1回1錠のため、思い込みで入力した			判断を誤った 技術・手技が未熟だった ルールの不備	関連医薬品 販売名レクサプロ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
88	外用剤の規格を間違って入力した 調剤は正しく行っていたが、会計 薬情報 明細書などの間違いが起こった			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	関連医薬品 販売名パテルテープ20 販売名パテルテープ40	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
89	一般名処方箋の外用剤で、商品名に変換するとき、50mgの規格を選ぶところ、間違って100mgを選んでしまった。調剤は50mgで行われていた。負担金を計算し、返金した			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	関連医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「日医工」 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
90	規格を間違って入力。よく似た名前が紛らわしい			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 ルールの不備	関連医薬品 販売名ルナベル配合錠ULD 販売名ルナベル配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
91	シダトレン2000JAL ボトル で処方されたが 薬情 手帳シールをまちがえてシダトレン200JAL ボトルで印字し交付していた。薬は正しいシダトレン2000JAL ボトルでお渡し。後日間違いに気づき患者さんに連絡	忙しい時間であり、急ぐあまり注意力が欠如していた	落ち着き監査する	確認を怠った	関連医薬品 販売名シダトレンスギ花粉舌下液2,000JAU/mLボトル 販売名シダトレンスギ花粉舌下液200JAU/mLボトル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
92	マグミットが残っているため、ドクターが処方数を調節していたが、すべて、同じ数で入力した。	いつも残薬は薬局で報告されるため、処方箋上で先に調節がなされることは今までなかったため、思い込みで入力してしまっ。○単純なミス	処方箋を入力したら、必ずすべてを見直す。また投薬時点でも薬袋、薬情をすべて確認する。	確認を怠った 教育・訓練	関連医薬品 販売名マグミット錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
93	ヒベルナ錠25mgが今回より2錠から3錠に増量になっていたが、事務が入力の際に気付かず2錠のままレセコン入力。調剤は3錠で行った。患者へ渡した薬情及びお薬手帳の記載が間違っってしまった。	患者が急いでいた為、通常のルートとは別調剤に。調剤は正しく行われたが、入力チェックの途中で別の作業をしてしまいチェック漏れしてしまっ。	確認作業は一通り終了してから別の作業に取り掛かる。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名ヒベルナ糖衣錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
94	ジェニナックが1日1回2錠で処方されていたが、実際は1錠しか服用していなかった。	服薬指導時に1回2錠服用するということとを口頭と薬袋などで伝えてはいたが十分伝わっていなかった。	指導せんを添付して十分患者に指導。	患者への説明が不十分であった(怠った) 医薬品	関連医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
95	服薬指導の際に問診票が入ってなかったため、患者さんに問診票の記載をお願いしたところすでに記入したといわれた。所在不明で探したところ薬情などを破棄するところに問診票も破棄されていた。	疑義照会がおこなわれたため処方の変更となったため、お薬情報などの帳票類をあらたにたしなおした。その際に不要の帳票を破棄カゴにいれたが問診票も誤って入れてしまっ。	疑義を行った際の帳票類の差し替えは1枚ずつ確認を行い破棄カゴへ入れる	連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
96	ヒューマログミックスミリオベン25の単位が増量となっていたが説明をおこなわなかった。後日連絡をおこなうつもりであったのを忘れ、次回来局時にほかの薬剤師より指摘があり発覚	あとで行おうと思ってカゴにいれていたのを忘れてしまっ。	朝礼でも報告。すぐに対応。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った)	関連医薬品 販売名ヒューマログミックス25注ミリオベン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
97	軟膏の予製剤が以前使用していた白色ワセリンで入力してしまい、薬情、手帳シールなどまちがえたままお渡ししてしまった。	最終監査不十分。	薬が白色ワセリンからプロベトへとときりかわっていることを再度朝礼で報告	確認を怠った	関連医薬品 販売名プロベト 販売名白色ワセリン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
98	処方漏れに気づかず調剤してしまった。	前回残薬調整で、処方から抜けていたことに気づかず調剤した。医師に確認したところ、もう止めにしていとのこと。患者に説明した。	薬歴に預かりの薬があることをもっと目立つように記入する。	確認を怠った	関連医薬品 販売名クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
99	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「プレドニゾロン(5)0.5錠/回」と記載されていた。薬剤師Aは「プレドニゾロン(5)0.5錠/回」を調剤して分割した。分割したものを分包する際に紙幅を60mmにしなければいけないところ、80mm幅で分包。完成したものを確認しているときに間違いに気づき、再度60mm幅で巻き直した。	通常設定が80mm幅の為、何も設定を変更しなければ80mmで出てきてしまう。	データを飛ばす前に再確認の徹底。また、分包されたものの再確認の継続	確認を怠った	関連医薬品 販売名プレドニゾロン錠5mg(旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
100	処方せんには、アスピリン錠20mgと記載されていて、在庫もアスピリン20mgしかなく、確認せずにアスピリン20mgを投薬した。あとで在庫数の合わないことに気がついて確認すると、入力がアスピリン10mgでされていた。患者さんに投薬後、再度処方せんを確認するとアスピリン錠20mgで処方されていたので、入力を訂正、本人にもその旨伝え、薬情など変更させてもらった。入力のみ間違いだったが、手帳や薬情の監査の不足だった。		規格の確認を徹底させるとともに、薬情や手帳の内容にも思い込みでなく、きちんと目を通すこと。	確認を怠った その他思い込みで在庫の中から調剤した	関連医薬品 販売名アスピリン錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	レザルタスHDで処方通り調剤投薬を行っていたが、事務の入力が処方変更前のレザルタスLDIになっており、薬剤情報提供書やお薬手帳の記録が異なっていたが気づかずそのまま薬の変更の説明も無く投薬していた。その後事務が入力に気づき患者へ連絡し説明と各用紙の交換を行った	電子薬歴の前回処方へのチェック不足。血圧確認すれば薬の変更にも気づきがあったかもしれない。	通常決められた投薬前に薬歴をチェックし変更や追加がないかなど確認後に投薬をお子ぬ手順を遵守すること	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) その他通常行いう業務を怠った	関連医薬品 販売名レザルタス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
102	アリセプト錠をアリセプト錠で入力。	処方せんの見間違い	処方箋の確認を怠らないう。複数剤形あるものは注意リストを作成し周知する	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	関連医薬品 販売名アリセプトD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
103	DM患者が「ふらつき・転倒」をすべて低血糖と誤認し安易にブドウ糖を摂取していた。無料のブドウ糖を提供していたのが複数の薬剤師であったこと、そのことを薬歴に記載されたいなかったことが安易な服用に繋がった。		ブドウ糖提供時は必ず薬歴に記載することに加え、Driに情報提供し連携を深める	連携ができていなかった	関連医薬品 販売名ブドウ糖	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
104	7歳の患者 Rp1)ポララミン散1% 1回2mg アスピリンDS2% 1回40mg 1日3回4日分 Rp2)サワシリン細粒10% 1回300mg 1日3回4日分の処方。Rp1)の用量に関して疑義照会実施。薬剤師A→看護師B(看護師Bは処方医Cに確認したのち、薬局へ折り返し電話)薬剤師Aが疑義照会の回答を看護師Bより「全部半分にしてください」と受けたので、処方内容全部なのかと思って「サワシリンもですか?」と聞いたところ「サワシリンもです」と返答があった。そのためRp1)ポララミン散1% 1回1mg アスピリンDS2% 1回20mg 1日3回4日分 Rp2)サワシリン細粒10% 1回150mg 1日3回4日分に変更し調剤。患者に渡した。その数時間後に処方医とは異なる別の医師D(小児科の責任者)より「溶連菌感染なので、サワシリンは元の用量1回300mgに戻すように」と指示があり、サワシリンを調剤しなおし、患者宅へ訪問。先のサワシリンと交換した。	「全部」という言葉が、疑義照会の対象となった薬剤だけを指していたのか、処方内容全体を指していたのかが、曖昧であったことが原因。「全部半分にして下さい」という回答に対して、サワシリンも含むのか薬局側から確認しているが、確認の仕方が不十分だった可能性はある。医療機関側(医師C・看護師B)で「全部」をどのように解釈していたのかは不明だが、電話での返答内容より少なくとも看護師Bは「処方全体」を指していたものと推測される。	用量変更があった際は、薬品名だけでなく変更後の用法用量日数も合わせて復唱すること。	確認を怠った 連携ができていなかった その他確認・情報不足	関連医薬品 販売名サワシリン細粒10% 販売名ポララミン散1% 販売名アスピリンドライシロップ2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
105	商品名プロベトのところ、白色ワセリンで入力されていたが、気づかずに監査し交付してしまっ。当事者本人が気づき、患者家族に連絡し、訂正・謝罪した。薬に間違いなかったでそのまま使用して頂いた。後日、来局され、交換した。	ご兄弟二人共に新患の方で確認事項が多くあり、確認が不十分であった。一般名処方に記載された処方せんで、一般名を商品名と思い込み、入力してしまっ。	商品名と一般名で類似しているものがあるので、在庫を見ながら点数マスタを変更し、すぐに検索・入力できないように改善した。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名プロベト 販売名白色ワセリン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
106	先月まで院内処方での医療機関でもらっていたが、食間の説明をきちんと受けてなく食後30分で服用していた。受診医療機関を変えられて当薬局で薬を渡すことになった。食間の時間を確認したところ、今まで間違っていたことが判明。食後2時間を目安に服用するよう指示した。	食間で飲む事は分かっていたが、意味を理解されていなかった。院内処方薬師ではない事務員に薬剤師ももらっていたので十分な説明を受けていなかった。	食後・食前・食間を説明するときに、もっと具体的に服用の時間を説明する。	患者への説明が不十分であった(思った) 知識が不足していた	関連医薬品 販売名球形吸着炭細粒分包2g「日工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
107	一般名処方アムロジピン錠2.5mgをレセコンに入力しアムロジピンOD錠2.5mgサワイを選択すべきところOD5mgサワイを選択してしまった。監査時にも、保険請求の点検でも気付かず、翌月に薬局された時に気付いた。	一般名処方の薬剤の剤形を変更する時には剤形変更のない時と比べて変換作業が一回増えるため間違える確率が増える。「一般名処方アムロジピン錠2.5mg」を入力→「アムロジピン錠2.5mgサワイ」を選択→「アムロジピンOD錠2.5mgサワイ」へ変換	剤形変更の時には間違えやすくなるかと分かっているため、その時にはいつもより気を付けて点検するように薬剤師も事務員も注意する。	確認を怠った	関連医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」 販売名アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
108	透析の定期処方からプルゼニドが中止になっていたところ気が付かずお渡ししてしまった	薬歴による定期差し替え変更点確認せず	薬歴による定期変更点確認を徹底する	確認を怠った	関連医薬品 販売名プルゼニド錠12mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
109	Rp. アーガメイトゼリー、2個/2× のところ、1個/1× とレセコン入力、監査者に発見された。	・混雑していなかったが、1人が昼休憩のため、レセコン入力作業を1人で進めていた。○焦り・処方薬多数、同処方内の一化化薬あり、分包機へのデータ送信のため別のパソコンで修正が必要だった。・分包機へのデータ送信に誤りのないようにと気を使っていたが、それ以外の薬については確認作業がおろそかになってしまった。・入力後の再確認が不十分だった。	・入力作業を1人で行う際は、ミスが起こりやすいことを認識し、特に集中して作業を行う。・処方薬多数、一化化薬がある等の複雑な処方においても、入力後の再確認を怠らない。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品	関連医薬品 販売名アーガメイト20%ゼリー25g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
110	Rp. ツムラ五積散エキス顆粒のところ、ツムラ五積散エキス顆粒 とレセコン入力し、監査者に発見された。	・金曜日の昼前で、かなり混雑していた。・五積散と五積散とが似ており、見間違えた。・あまり見かけない処方だなと感じながらも、入力後の再確認を怠った。	・混雑時においても、一呼吸おき再確認を怠らない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品	関連医薬品 販売名ツムラ五積散エキス顆粒(医療用) 販売名ツムラ五積散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
111	Rp. モーラステープL40mg、35枚のところ、70枚とレセコン入力、監査者に発見された。	・家族2人で薬局され、2人もモーラステープL40mgが処方されていた。先に入力した方が、モーラステープL40mg、70枚処方であったため、同じく70枚だと思い込んで入力し、確認を怠った。	・似た処方が続いた時は、特に思い込みによる数量間違いなどに注意し、特に意識しながら作業・その後の確認を行う。	確認を怠った その他思い込み	関連医薬品 販売名モーラステープL40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
112	(一般名)アムロジピン錠5mg/30日分のところ、アムロジピン錠5mg「NP」/20日分とレセコン入力、監査時に発見された。	・Do処方であったが、一般名処方入力のため、薬品名・剤形・銘柄など特に気を使って入力していたが、日数を見間違えた。(剤形2種・メーカー3種在庫あり)・少し興奮状態だったか? 再確認を怠った。	・集中力を欠かない。・声に出す。指差し確認する等工夫する。・複数剤型、複数メーカー在庫のある薬品について、少しでも在庫整理する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品	関連医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	腹水の改善目的にて利尿剤のプロセドが新たに処方あり。いつものように朝食後に服用するよう伝え方が取りに来られた方は娘さんであり状況をあまり意識せずに聞かれていたようだったが十分に理解したと思いきやお渡ししたが 3日後 本人から電話ありもう薬がなくなったがどうなんだろうと訴えあり。色々探っていくと1日1回服用なのに他の病院分の1日3回の袋に本人が入れ間違っていたらしく1日3回飲んでしまっていた	他の病院分の薬がたくさんあったため本人が朝昼晩に家で仕分けするときに間違えてしまっていた。	こちらで投薬する薬は1種でも本人にとってはたくさんある中の一つであることを再考し毎日の服薬行動をイメージしながら指導していく必要がある	患者への説明が不十分であった(思った) 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名プロセド錠40mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
114	Rp1. タケキャブ錠20mg/28日分Rp2. タケキャブ錠20mg・サワシリン・クラリシッド/7日分レセコン入力の際、「H.ピロリ除菌薬服用後にタケキャブ錠20mg/28日分服用」とメモ入力したが、正しくは、Rp1. 28日分服用後に、Rp2. を服用だった。	・処方せん備考欄(最下欄)に、服用順序などのメモ書きがあったが、見落とした。・混雑しており、再確認する余裕がなかった。	・H.ピロリ除菌薬処方時のみならず、一化化指示などのコメントも、処方せん備考欄(最下欄)に記載されていることから、必ず備考欄を確認してレセコン入力作業するよう徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	いつも来ている患者さんが広域処方箋である眼科の処方箋を持って来局。一般名:ヒアルロン酸Na点眼液0.1%で処方箋記載されていたものを事務員Aがヒアレイン点眼液0.3%と誤って入力。薬剤師Bがピッキング審査システムでヒアレイン点眼液0.1%を調剤したところ、エラー音が鳴り、入力ミスが発覚。	患者さんが多かったことと、初めて受けた処方箋だったため 焦り	いつもと違う処方せんが来たときは見たことがない薬の場合もあるので、規格までの確認を忘れず行う。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 医薬品	関連医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.1% 販売名ヒアレイン点眼液0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
116	分包済の夕食後の薬がいつも3つなのに4つ入ってたとクレームあり。調べてみたらスィニーであった。3か月以上前まで朝晩でスィニーが処方されていたのでその時の残りであろうと思われる。	以前から夕食後の薬を飲み忘れることが多く、数調整を何度かしていた。	スィニーがビクトーザに変わった時に手持ちの薬が無いかを今一度しておくべきだった、今後も同様のケースが起こりうるので薬剤変更時は手持ちの薬を全て持ってくるよう指示を出す。	患者への説明が不十分であった(思った)	関連医薬品 販売名スィニー錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
117	ブレドニン錠1日1回6錠で処方されていた。1回2錠以上の時は「1回2錠」の黄色のシールを貼って患者様が飲み間違えないようにしている。2錠以上の時はシールの2錠の上から油性ペンで正しい錠数を書き直して出すようにしている。調製者は書き直すのを忘れて最終監査に回してしまい、最終監査者も書き直していないことを見落としてしまった。投薬者(最終監査者とは別の薬剤師)が投薬時に発見、その場で書き直しお渡し。	確認不足。	調製時、最終監査時にしっかり確認するとともに、投薬時にも患者様と一緒に再度確認するようにする。	確認を怠った コンピュータシステム	関連医薬品 販売名ブレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
118	事務が仮入力を行った際に、一般名処方のアミオダロン錠50mgをアミオダロン錠100mgと誤認し入力した。薬剤師が入力内容を確認した時に発覚し、訂正した。	薬局には100mg錠しか在庫がなく、今まで50mg錠は在庫したことがなかった。前回処方量が100mg錠で、今回減量になっていた。	規格の確認を徹底する。	確認を怠った 知識が不足していた	関連医薬品 販売名アミオダロン塩酸塩速崩錠50mg「TE」 販売名アミオダロン塩酸錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
119	外用剤の入力間違い	作業手順の不履行・焦り	面処方で、いつもご主人が電話にて処方内容を伝えてくる。ご主人はせっちな性格のため、早く伝えて電話を切りたがるということもあり、聞きとる方(薬剤師)も心理的負担がかかり焦って聞き間違えた可能性も否定できない。対策としては電話での処方内容のやり取りではなく、FAXなど内容がきちんとわかるやり取りをもって調剤を行う。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった 仕組み	関連医薬品 販売名白色ワセリン「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
120	一般名処方。オメプラゾール錠10mg「MED」の薬袋と、ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」の薬袋を入れ間違いあり。オメプラゾール錠10mg「MED」の薬袋にロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」が入っており、ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」の薬袋にオメプラゾール錠10mg「MED」が入っていた。交付前に気づき、入れ間違いを修正。	鑑査者が夕方からの出勤職員でもあり、気持ちの緩みがでていた。○単純ミス ○注意力散漫	鑑査業務の業務手順、ルールの徹底	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	関連医薬品 販売名オメプラゾール錠10mg「MED」 販売名ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
121	ラニチジン75mg「JG」が5日前に処方。効果不十分のため増量し、本日ラニチジン150mgが処方されたが事務員がそれに気づかず前回Doで入力を行ってしまった。調剤時に薬剤師が誤りに気づき修正。患者様の手元に届く前に誤った文書を回収・訂正を行った。	病院の診療時間が終了間近で混雑が始まり、入力作業に焦りが生じていた。レセコンシステムによる前回処方参照に頼り、確認を怠ったもの。	他規格がある事を再認識させ、前回参照機能と処方箋間での指さし確認を徹底。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった コンピュータシステム	関連医薬品 販売名ラニチジン錠150mg「JG」 販売名ラニチジン錠75mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	一般名称で処方されていた薬の入力を、まちがえて選択していた。気づかず投薬し、同日、他で同じ入力をしていたときにまちがっていたことに気づいた。同日、連絡し謝罪した。次回、新しいシール・薬情を渡すことを説明した。	一般名称医薬品で、よく出る薬の方と思い込み入力がまちがいが起こることに気づかなかった。類似している名称だったため、これで良いと思い込み入力してしまった。	一般名称の場合、複数採用品目ある場合もあるので、入力・調剤に充分注意する。知識を身に付ける。慌てず慎重に入力する。又、入力後にしっかり確認し、ミスのないよう十分に注意をする。	確認を怠った	関連医薬品 販売名重カマ「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	正一人参養榮湯誤一人参湯	過去処方を確認した際、似た名前の薬剤が過去に処方されていたので、同じものと思い、Doで入力した。	漢方も他の薬剤と同じように区切りをつけて、処方せんと入力画面を照らし合わせる癖をつける。	確認を怠った 知識が不足していた	関連医薬品 販売名人参養榮湯エキス 販売名人参湯エキス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
124	12月21日、「一般名」にてサラゾスルファピリジン錠500mgが処方された。当薬局の扱いが腸溶錠のみなので事務員が腸溶錠で入力した。鑑査時に薬剤師が普通錠と腸溶錠で適応が違う事を知っていたため、患者に服用理由を確認した。大腸炎の方で服用していることが分かり、入力を訂正し普通錠の入荷後、お渡しした。	事務員は普通錠と腸溶錠を普通錠とOD錠と同様にとらえていた。	普通錠と腸溶錠は別物になるという事を薬局内で周知、確認を行った。	知識が不足していた	関連医薬品 販売名サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」 販売名サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
125	アローゼン顆粒をユヤマ製全自動分包機(Twin-R93)にて28日分(28g)を分包。その時監査者が粉が不均一になっているのを発見。	当薬局では処方9割が1包化であり、分包機を動かす頻度が高い。その中で、円盤ホッパーのセンサーに誤差が通常より早く表れたものか考えられる。	メーカーに確認し、等薬局の使用頻度では月に1回程度調整が必要であるとの回答。今後これを実施していく。	コンピュータシステム	関連医薬品 販売名アローゼン顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
126	一般名処方1回量0.5錠を規格変更し1錠に換算して行う調剤。入力時に規格変更を手動でしなければいけなかったが、自動入力のまま登録した。	入力には医療事務が基本行うが、この時は不慣れた薬剤師が行った。その薬剤師がそのまま監査業務を行い確認を怠った。○単純なミス	不慣れた薬剤師が入力業務を行う際は細心の注意を払って業務を行う。また、入力した薬剤師が監査をしない。他の薬剤師や医療事務に入力監査をしてもらう。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム その他規格変更を手動で行わなければいけなかった。	関連医薬品 販売名ビソプロロール fumarate 錠2.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
127	患者が処方せんを持参した。内容は、ツムラ葛根湯エキス顆粒とアンブロキシール塩酸塩錠15mgの2種類、5日分であった。レセコン入力時に葛根湯の1日用量を7.5gのところ誤って3gで入力した。調剤・監査者は同一薬剤師であったが、用量入力の誤りに気付かず、処方せん通り1日量7.5gで調剤し患者に交付した。薬袋の表記は1回1包であった。翌日、事務員が入力チェックの際にこの誤りに気付き、入力訂正のうえ新しい領収書を発行した。差額の領収は次回来局時とした。投薬自体は処方せん通りであり患者への健康被害はない。	レセコンへの入力後の再確認と監査時の入力チェックを行うこととしていたが、処方薬は2種類のみで5日分という軽い内容であったこのことが気の緩みを誘発したと考える。○作業手順の不履行	処方内容に係わらず入力後の再確認と監査時の入力チェックを行う手順を改めて徹底する。	確認を怠った	関連医薬品 販売名ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
128	施設患者の薬を薬局で預かっており、施設に配置するとき他の薬に張り付けている。同じエディロールカプセル0.75ugが2名あり、間違っって別の患者指名入りの分包紙を貼ってしまった。	分包紙の中身がエディロールであることと安心して名前を確認しないで張り付けてしまった。○注意力散漫○単純なミス	1)ワークシートに貼り付けた後調印を押す。(責任感を持つため) 2)貼り付け作業終了後は別の薬剤師が貼り付けの確認し、ワークシートに調剤印を押す。	確認を怠った その他流れ作業になっていた。 ルールの不備	関連医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」とベオン錠80mgの併用を確認。ベオン錠80mg削除。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ベオン錠80 販売名ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2	朝食後の薬が8日分余っているといわれ、すべての処方日数が35日分だったので朝夕食後の2剤を31日分、朝食後の3剤を27日分に変更してもらった。			患者側	処方された医薬品 販売名ピソプロロール fumarate 錠5mg「サワイ」 販売名グリメピリド錠1mg「日医工」 販売名トラゼンタ錠5mg 販売名イコサベント酸エチル粒状カプセル900mg「日医工」 販売名フォシーガ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3	定時薬の中にマグミット錠500mg3錠毎食後14日分の処方あり。服薬指導時に服用状況を聴取していると、本人から昼は飲んでいないと申し出があり、本人の同意の上疑義照会。マグミット錠500mg2錠分2朝夕食後14日分に処方変更指示を処方医より受けた。	患者が服用状況を処方医に伝えていなかったことが要因の1つと考える。		患者側	処方された医薬品 販売名マグミット錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4	「ボノテオ錠50mg 1錠 月1回 曜日を決めて。1日1回 起床時 35日分」と記載されている処方せんを持って来られた。同時に処方されている薬剤は、毎日服用する薬剤であったが、35日分の処方であった為、疑義照会を行ったところ、「ボノテオ錠50mg」は、「1日分」に変更となった。	「ボノテオ錠50mg」は、4週間に1回1錠服用する薬剤であるが、同時に処方された毎日服用する他の薬剤と同じ日数にしてしまったと思われる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ボノテオ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
5	「トルリシティ皮下注0.75mgアテオス 0.5ml 5キット」と処方されていた。次回、来院予定日が40日後であった。残薬を患者にお聞きしたところ、「残薬がないので、次回受診日まで足りるようにドクターにお願いしてほしい。」とのこと。ドクターに確認後、「6キット」へ変更となった。	残薬確認が不十分であったと思われる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名トルリシティ皮下注0.75mgアテオス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
6	他の薬品が14日処方に対し、ムコソレートLカプセル45は1日分処方の為、処方医に問い合わせをしました。その結果、他の薬と同様14日分へ変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコソレートLカプセル45	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
7	60歳代女性の方に、ルネスタ錠3mgの処方がありました。通常、高齢者の方には1回2mgまでとなる為、処方医に問い合わせをしたところ、ルネスタ錠2mgに変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ルネスタ錠3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
8	モーラスパップ60mgが出ていた患者が実物を見て、「大きいな、切れるかな」と言うので、どこに貼るのか確認すると足の甲だった。切ることも出来るが90mgの商品があり、本人の見せるとそれでいいと言われたので、処方箋は1日2回腰となっているが使用場所は足の甲で、大きいので30mgを希望していると問い合わせた。モーラスパップ60mg 1日2回腰→モーラスパップ30mg 1日2回足の甲に変更となった。	本人は使用場所を伝えていたが、考慮されていなかった。外用薬だと用法や用量などの指導や指示があいまいで重要だと考えられていないよう。	処方理由を確認し、処方内容との乖離があれば問い合わせる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名モーラスパップ60mg 変更になった医薬品 販売名モーラスパップ30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
9	リリカ25mg 2CP 朝食後 14日分 処方がありました。患者より、次回の予約は28日後で残薬が14CPあると伺ったが、1日2CP服用の為、14日処方では足りなくなるので医師に確認したところ、21日分に処方変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名リリカカプセル25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
10	ロキソプロフェンNa60mgが痛い時に服用で処方ありましたが、1回量が8錠になっていた為、疑義照会を行ったところ1回1錠に処方変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
11	同処方箋内に、クインスロン250mg 朝・夕食後 4錠 7日分の処方箋が2つ出ていた為、医師に確認したところ 1つ処方削除になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クインスロン錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
12	レルベア200エリプタ30吸入用 1日2回 1回1吸入で処方がありました。メーカー確認により、1日2回の過量投与だと健康被害が考えられるとの事だったので、処方医に問い合わせをおこないました。その結果、レルベア200エリプタ30吸入 1日1回1吸入へ変更となりました。	前回処方箋が、アドエア250ディスカス60吸入用 1日2回 1回1吸入だったので、同じように処方したと考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名レルベア200エリプタ30吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
13	リリカOD錠25mg 1錠 朝食後・ねる前 28日分で処方がありました。前回、リリカカプセル25mg 2カプセル 朝食後・ねる前だったので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、リリカOD錠25mg 2錠 朝食後・ねる前 28日分へ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名リリカOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
14	耳鼻咽喉科医院から、オノンドライシロップ 1.4g 1日2回 朝夕食後 7日分の処方あり。お薬手帳より 総合病院小児科よりオノンドライシロップ継続服用中であることが判明。疑義照会し、処方削除となった。	診療所での併用薬の確認不足	薬局だけではなく、受診の際にも、お薬手帳を提示するよう伝えた	その他医師の併用薬確認不足	処方された医薬品 販売名オノンドライシロップ10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
15	診療所(皮膚科)よりセフジニル錠100mg「サワイ」3錠 1日3回 毎食後 5日分の処方あり。受付時インタビューで、同日歯科医院よりお薬手帳には記載がないが、サワシリンカプセル250mg 3C 1日3回 毎食後 5日分の処方されたことが判明。疑義照会にて皮膚科処方削除となった。	歯科医院院内処方のため、お薬手帳への記載がなかった。皮膚科診察の際、併用薬の確認が不十分であった。	併用薬について、お薬手帳に記載がない場合もあるため、インタビューによる確認も徹底する。	その他医師の併用薬確認不足	処方された医薬品 販売名セフジニル錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
16	ツムラ苓桂求甘湯エキス顆粒 2包 朝・夕食前 14日分で処方がありました。定期で他の病院より、ツムラ苓桂求甘湯エキス顆粒処方、服用中の為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ツムラ苓桂求甘湯エキス顆粒 処方削除となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ苓桂求甘湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
17	S・M配合散 3包 1日2回朝・夕食後 51日分で処方がありました。患者への聞き取りより、2包へ減ったと言われたので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、S・M配合散 2包 1日2回朝・夕食後 51日分へ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名S・M配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
18	処方箋に「ベタニス錠50mg 0.5T 分1 朝食後 56日分」と記載あり。(前回まではベタニス錠50mg 1T 分1 朝食後だった)本人に確認したところ、「最近はお調子がいいので半分(減らして)飲んでいました。医師にその旨を伝えたところ、実際の飲み方に処方を変えられた。」との話。ベタニス錠は徐放性製剤で、分割することで徐放性が失われ、薬物動態が変わるおそれあり。急激に血中濃度が上昇することで副作用発現率の上昇も考えられるため、本人に説明、了承の上、医師に疑義照会、「ベタニス錠25mg 1T 分1 朝食後 56日分」に処方変更となる。(半錠で服用時の副作用を確認したが、特になかった)		採用医薬品の分割・粉砕化の可否について、定期的に確認し、職員に周知徹底を図る。徐放性製剤はあらかじめ患者にその旨を伝え、分割して服用しないように指導を行う。	知識が不足していた ルールの不備	処方された医薬品 販売名ベタニス錠50mg 変更になった医薬品 販売名ベタニス錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
19	サインバルタカプセル20mg 3C 3X 毎食後の処方であったが、添付文書の用法と違う為疑義照会する。その結果サインバルタカプセル20mg 1C 1X 朝食後へ変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
20	セレコックス錠100mg 3T 3X 毎食後 他の処方であったが、添付文書の用法と違う為疑義照会する。その結果セレコックス錠100mg 2T 2X 朝夕食後へ変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
21	カロナル錠200mg 2T 2X 他の処方であったが、他の病院からトラムセット配合錠を処方されずで服用中であったため疑義照会する。その結果カロナル錠200mg は削除された。			患者側	処方された医薬品 販売名カロナル錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
22	プロレナル錠5μg 1T 1X 毎食後の処方であったため疑義照会する。その結果プロレナル錠5μg 3T 3X 毎食後に変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名プロレナル錠5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
23	ロキシソニン錠60mg 3T 3X 朝夕食後 他の処方であったので用法について疑義照会する。その結果用法が毎食後に変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名ロキシソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
24	アラセナ軟膏等が処方された患者。内服にバラクルード処方されていた。患者に確認した所、バラクルード服用した頃は無く、今回は単純疱疹で受診。疑義照会の結果、バラクルード⇒バラシクロビルに変更となった。	処方せん入力の際に、頭2文字が同じバラクルードを選択してしまったと考えられる。	新規処方時の聞き取りによる、適応症の確認。	コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名バラクルード錠0.5mg 変更になった医薬品 販売名バラシクロビル錠500mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	エフィエント錠20mg 1錠朝食後 28日分 ブラビックス錠75mg 1錠からの切り替え。用量医師照会したところ、エフィエント錠20mg 1錠 1日、終了後エフィエント錠3.75mg 1錠朝食後 28日に処方変更となる			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エフィエント錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
26	不整脈のある患者に対し、副作用で不整脈が出るコンプト配合点眼液が処方された為、医師に確認して、タブロス点眼液0.0015%に処方変更して貰った。	大きい病院で手術後投薬されており、退院後医院で継続のままコンプト配合点眼液が処方されていた。	医師に連絡し、処方薬を変更して貰い、次回から患者の既往歴をこまめに連絡する。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名コンプト配合点眼液 変更になった医薬品 販売名タブロス点眼液0.0015%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
27	お腹の不調を訴えた患者にミヤBM錠とビオフェルミン錠が各3錠分3毎食後で処方あり。重複と判断し、疑義照会を実施したところビオフェルミン錠が削除となった。	ミヤBMとビオフェルミンが同効薬であることを処方医が見落とし可能性が考えられる。	併用薬との重複だけでなく、1枚の処方箋上でも重複処方は起こり得る可能性があるので注意する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
28	前回、プロブレスで咳が出る様子をみながら継続するかどうか決めるということになっていて、今まではプロブレス錠4mg 0.5Tで出していたが今回プロブレス錠4mgが1Tになっていたので増量で良いか問い合わせた。事務員が対応して医師が書いているので間違いないと返答があった。その後、医師に確認したようで、本人が1Tで飲んでいて話したので1Tで出したと返答があった。ジェネリックに変更しており、プロブレス錠4mg 0.5Tで処方されているが、カンデサルタン錠2mg「あすか」1Tで出しているのだから飲んでるのは1Tだと伝えると再度確認すると言われた。その後、処方をカンデサルタン錠2mg「あすか」1T分1に変更すると返答があった。	ジェネリックに変更している患者は報告しているが、カルテにはその記載をしていないよう。患者の話のみで増量しており、対応した事務員も医師が書いたというだけで返答していた。	規格変更している薬の用量変更の際は慎重に確認する。	確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名プロブレス錠4	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
29	処方箋に、ビタミン配合散 2g 分2 14日分の記載有。用量が添付文書記載の2倍量の為、疑義照会をしたところ、ビタミン配合カプセルB25 2C 分2 14日分に処方変更となった。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ビタミン配合散 変更になった医薬品 販売名ビタミン配合カプセルB25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
30	マグミット錠330mg、3錠 分1 朝食後14日分の処方箋を持参。処方監査にて用法に疑問を感じ患者に状況を確認したところ、便が硬くて排便時に肛門の一部が切れてしまったという話を受けた。便秘薬の処方を受けるのが初めてと聞いたので初回の処方としては多すぎるのではないかと医師に確認したところ、3錠 分3 毎食後の間違いで訂正となった。患者にも処方内容の変更があったことを伝え、変更後の指示に従って服薬するよう指導した。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名マグミット錠330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
31	今まで糖尿病ではない患者、家族が持参した処方せん、テネリア錠20mg3T毎食後14日分の処方、用法、用量について問い合わせ、テルネリン錠1mg3錠毎食後14日分に変更	DRの入力ミス		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名テネリア錠20mg 変更になった医薬品 販売名テルネリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
32	ワーファリン錠0.5mg1錠が処方されていたが、ワーファリン錠1mg1錠でレセプト入力、ピッキングも1mg錠を取りそろえていた。鑑査時に処方0.5mg錠であることに気が付いた。同時に前回までワーファリン1mg3錠が処方されていて1日0.5mgに減量されるのは考えにくいと判断。疑義照会した。医師の処方ワーファリン3.5mgに増量だった。	処方箋を持ってきたのはヘルパーさん。繁忙時に薬局され入力者は処方量が変わったことに気が付いたが規格が変わっていたことに気が付かなかった。ピッキング者も同じ。	薬の規格を必ず確認する。薬歴から処方薬の妥当性を確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
33	当患者は糖尿病を患っており、テネリア錠を服用されている。テネリア錠は他薬局でもらっているため、お薬手帳と初回アンケートにより上記の情報を得ていた。今回より、定時処方をつまら抑肝散エキス顆粒に加え、(一般名)クエチアピン錠25mgが追加となっていた。薬剤師Aが処方入力を行っていたが、糖尿病患者であることと、クエチアピンが糖尿病患者に禁忌であることに気が付かず入力を終了。薬剤師Bが調剤し、処方箋鑑査をした際、糖尿病患者であることに気づき、問い合わせを行ったところ、エビリファイ錠3mgへ変更となった。	新規の薬が処方された際に、飲み合わせに問題がないか確認を怠った。疾病禁忌に関する知識不足。	新規の薬が処方された時は、飲み合わせに問題がないか確認を徹底する。糖尿病他、疾病がすぐにわかるよう、薬歴表紙に赤ペンなどで大きく印をつける。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セロクエル25mg錠 変更になった医薬品 販売名エビリファイ錠3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
34	マルツエキス分包が0.6667包/朝・夕食後・14日分で処方された。この内容でマルツエキスを9本と1/3本で出さなくてはならず、分包品のため、丁度よく出せないと判断した。このため疑義照会を行い15日分にしてもらうことで丁度10本となり、患者・薬局の両方に負担をかけずに薬を渡すことができた。	Drは年齢から適切な量を出すことに専念し、どのように調剤して渡すかまでは意識せず、この処方内容にしてしまったと判断。どうすれば患者と薬局の両方で負担をかけずに調剤・使用できるか考えることが薬剤師業務に求められると感じた事例。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名マルツエキス分包*(高田)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
35	整形外科の処方、痛み止めと胃薬の処方を受けた。薬歴から他病院にもかかっているように思われたが、調剤中に患者ご本人はお薬手帳を持って薬局を出てしまふ。薬剤師は処方箋通り調剤し、患者が戻ってくるのを待った。患者が戻られ、お薬手帳を確認するとタケキャブ服用中であることが分かった。患者は、「他の薬を飲んでいてほしい」と要求。迷った末、Drに疑義照会すると処方のアシノンは削除となった。		患者が「Drに伝えている」としても、薬学的におかしと感じたものは、必ず疑義照会する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アシノ錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
36	患者カウンセリング時、「血圧変わらず、コレステロールについても、薬の変更は何も聞いていない。」と訴え。アトルバスタチン錠5mg 1錠 朝後 中止。アムロジピン錠2.5mg 1錠 夕後 が アムロジピンOD錠5mgNP 1錠 夕後にdose up.おかしいと思ひ疑義照会。アトルバスタチン錠5mg追加。アムロジピンが前回doの2.5mgと減量になる。	医師の処方漏れ。用量間違い。	患者とのコミュニケーションを密にし、処方鑑査を徹底したい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg「NP」 販売名アムロジピン錠2.5mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
37	お薬手帳にて他院でラベプラゾール錠10mgを服用していると確認できた患者に、ファモチジン錠20mgが 2錠分2で処方された。作用が重複していると考え処方医に疑義照会した。ファモチジン錠20mgは処方中止となり、今までどおりラベプラゾール錠10mgを継続する事になった。	今回の処方医にお薬手帳を見せていなかったため、併用薬の確認をしていなかった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠20mg「オーハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
38	2ヶ月前、プレドニン錠5mg 2錠へ増量と、その他、定期内服などの処方渡す。1ヶ月前に発熱のため入院して退院。今回、当薬局へ処方箋を持参。2ヶ月前と同様にプレドニン錠5mg 2錠など定期内服処方。お薬手帳を確認すると、入院時には、プレドニゾン錠1mg 2錠へ変更にて記載あり。疑義照会して確認。プレドニン錠5mg 2錠からプレドニゾン錠1mg(旭化成) 2錠へ変更になる。	通院時の定期受診の診療科と入院時の診療科の違いからなのか、プレドニゾン錠の用量変更の情報共有ができていなかったのかもしれない。	お薬手帳に入院時の処方内容が記録してあり、未然に防ぐことができた。入院時の処方内容を記載することは、重要と考えられる。	医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
39	患者は心臓検査の為、3日前に入院することが決まっていた。処方箋のコメントにメトホルミンを一ヶ月前より内服中止とあったが、患者とも話し合ったうえ、服薬中止の開始は入院前日の誤りでないかとの結論に至り医師に疑義照会。医師は入院前日からのメトホルミンの服薬中止と訂正したきた。	従来の主治医ではなく医師変更により起きたミスと思われる。	薬剤師としては患者の健康被害を防ぐため、患者聴取を徹底し不適合である場合は躊躇せず処方医に疑義照会することを徹底した。	患者への説明が不十分であった(怠った) その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
40	来局時、2週間後より入院してMRI検査と患者より事情聴取した。メトグルコは他剤と一包装指示であったため、疑義照会。入院日朝食後分から休薬の指示を得た。一包装よりメトグルコを取り出して患者に投薬。15日以降のメトグルコなしの一包装には赤ラインをひいて明示した。入院先の病院薬剤師と連携しその旨を報告し、メトグルコ再開日の配慮をお願いした。	医師が新任のため患者への配慮が欠けていたと思われる。	患者聴取を密に行い、不審な処方には躊躇なく疑義照会を行う事を徹底した。	判断を誤った その他新任の医師であった	処方された医薬品 販売名メトグルコ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
41	患者聴取より次の受診日が63日後ということが分かった。本日43日分しか処方されておらず、患者の残薬も0ということを確認したため、疑義照会。処方日数が63日に延長された。	単純なミスと推測される。	患者聴取を徹底し不審と思われる処方箋には躊躇なく疑義照会を行い、患者の健康被害を未然に防ぐことを徹底する。	確認を怠った その他医師の判断ミス	処方された医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
42	バルタンM1回3錠1日3回、セフカペンピボキシル1回3錠1日3回。各毎食後3日分の処方に対し、すぐさま医師が1回量処方と1日処方を間違えていることに気づき疑義照会。その後、バルタンM1回1錠1日3回、セフカペンピボキシル1回1錠1日3回に訂正された。	病院のシステムが従来の1日量処方から1回量処方に変更になって、数カ月医師は新任でもあり入力間違えたと思われる。	処方箋の解析を徹底し不審と思われるものには躊躇なく疑義照会を行う。	確認を怠った その他新任の医師	処方された医薬品 販売名バルタンM錠0.125mg 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
43	定期処方 で マグミット錠330mg 1錠 朝後 28日分 が必要なところ、処方がかかった。以前も処方漏れの記録が薬歴にあったため、疑義照会。処方漏れということで、処方追加となった。	医師の処方漏れ。	患者聞き取りや、処方監査を徹底していく。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名 - 変更になった医薬品 販売名マグミット錠330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
44	「一般名」アジスロマイシン錠250mgが朝・夕食後の分2で処方されていたが、通常は分1が正しいため、疑義照会したところ夕食後の分1に変更になった。		徹底した処方監査、疑義照会	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
45	プラノバル配合錠が処方されており、用法が1日置きになっていた。連日服用する薬なので疑義照会の結果、連日投与に変更になった。		徹底した処方監査、疑義照会	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プラノバル配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
46	11歳の患者にオロパタジン塩酸塩錠5mgが朝・夕食後・就寝前の分3、1日3錠で処方されていた。7歳以上の小児は通常、分2の1日2錠で服用するため疑義照会の結果、朝・夕食後の1日2錠に変更になった。		徹底した処方監査、疑義照会	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オロパタジン塩酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
47	マクサルトRPD錠10mgが処方されていたが、患者は「一般名」プロプラノロール塩酸塩錠10mgを投与中であり、同薬剤は禁忌であるため疑義照会の結果、マクサルトRPD錠10mgはゾーミツ錠2.5mgに変更になった。		徹底した処方監査、疑義照会	確認を怠った	処方された医薬品 販売名マクサルトRPD錠10mg 変更になった医薬品 販売名ゾーミツ錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
48	リンゼス錠が初めて処方。用法が朝食後、3週間の処方であったため、疑義照会。朝食前、2週間の処方に変更。	リンゼス錠は新薬であり、用法をしっかりと確認されていなかったと思われる。	新薬は、用法をしっかりとチェックする。	知識が不足していた コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名リンゼス錠 0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
49	今まで定期服用されていたジャヌビア、ウルソデオキシコール酸の処方箋記載がなく患者に向ったところ、中止などは聞いてないとのこと。疑義照会にて処方箋への記載もれであったことが判明した。		前回処方から変更点がある場合は、十分に患者から聞き取りを行なう。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名ジャヌビア錠50mg 販売名ウルソデオキシコール酸錠100mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
50	50歳の女性が薬局、プレドニゾン(5)が1.5錠で処方されていたが、患者が言うには、Drに今回から量を減らすと言われていたのに1.5錠のまま処方されていたので、疑義照会したところ1錠に変更となった。	処方せんがDo処方のまま作られていたようだ。	患者と信頼関係を築いていけば、患者の方から申し出てくれたり、普段からこの量に対し、患者自身に効き目を聞いていたら未然に防げるかもしれない。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名プレドニゾン錠5mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
51	A病院退院時処方の継続。【般】カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠が処方(カンデサルタン8mgの配合錠)。お薬手帳より、退院時はカンデサルタン錠4mgの処方であったため確認。カンデサルタン錠4mg、アムロジピン錠5mgの処方へと変更となった。(退院時と同じ用量)			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名カムシア配合錠HDI「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
52	A病院退院時処方の継続でアテネジン錠50mgが処方。お薬手帳よりB病院受診されており、シンメトレル錠50mgの処方があったため疑義照会。アテネジン錠50mgは削除となった。	病院でもB病院受診のことは伝えていたが、薬剤名が異なっていたため重複に気付かなかったと考えられる。		確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アテネジン錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
53	フリバス服用中の患者にセレストミンが処方→前立腺肥大禁忌の為疑義照会し削除となった			教育・訓練	処方された医薬品 販売名セレストミン配合	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
54	大黃甘草湯の処方箋が来たが、用法が「けいれん時」とあり本人も足の痛みで受診したとのこと。大黃甘草湯は緩下剤であるため疑義照会したところ芍薬甘草湯に変更になった。	カルテの「甘草湯」の部分のみを見て処方箋を作成したと思われる。		その他医療機関の入カミス	処方された医薬品 販売名ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	歯科の処方箋持参。アジスロマイシン250mg 2T 3日分処方あり。最近の傾向として、アジスロマイシン250がでることほめずらしいので、念のため確認したところ、ジスロマックSR2g 1日分の間違いであったと判明。訂正して投薬した。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名アジスロマイシン錠250mg「トーフ」 変更になった医薬品 販売名ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
56	歯科の処方箋持参。ジスロマック250mg 2T 3日分処方あり。患者より、ボトルに入った薬が出るかと聞いている、との申し出あり。疑義照会したところ、ジスロマックSR 2g 1日分 の間違いであったことが判明した。訂正して投薬した。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg 変更になった医薬品 販売名ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
57	患者の保険番号より、透析患者の可能性を示唆し本人へ事実確認。透析患者へ「一般名」ラフチジン錠10mg 2T/2x 処方あり。透析患者へのH2ブロッカー投与は血中濃度上昇により慎重投与となっているため、疑義照会。エバステル錠(10)へ薬剤変更となる。			連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名ラフチジン錠10mg「AA」 変更になった医薬品 販売名エバステル錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
58	患者本人より薬局へ用法・用量について問い合わせあり。「前回はラミクター錠を200mg/日へ増量となったが、その後めまいや嘔吐の副作用により自己判断で、変更前のラミクター錠100mg/日に減量し服用していた。今回渡されている薬袋にはラミクター錠150mg/日とあるが、どういふことか？」処方内容に誤りはなかったが、担当医・メーカーへ確認。医師より、今回から処方内容の通りに服用するよう指示あり。メーカーにも増量のタイミングに危険性はないか確認したが、専門医の指示のため問題はないだろうとの返答。以上の事から、患者本人へは薬袋の記載通りに服用するよう再度指示。		患者本人へ出来る限り、来局いただくようお願いする。自己判断での増減は危険性がある医薬品であることを再度確認し、医師の指示を遵守するよう教育に努める。	患者への説明が不十分であった(怠った) その他家族代理への投薬 患者側	処方された医薬品 販売名ラミクター錠25mg 変更になった医薬品 販売名ラミクター錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
59	前々回よりジェイゾロフトは残薬もあり中止となっていて、その後処方は無かったが今回処方されたため患者に確認したところジェイゾロフトを服用するとかえって症状が悪化するので服用中止になっていたことがわかった。病院への疑義照会によりカルテには継続服用の記載があり、病院薬剤師を通じてDrに確認したところ処方ミスであったことが判明し、削除となった。	患者と医師のコミュニケーション不足 医師のカルテの更新ミスなど	処方された薬について患者としっかり確認してミスの見落しのないよう注意する。	記録などに不備があった その他医師と患者のコミュニケーション不足	処方された医薬品 販売名ジェイゾロフト錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
60	バルトレックス(500)錠 分3 7日分処方あり帯状疱疹での処方でしたが投薬時患者から口唇ヘルペスと聞き取り。医師に疑義照会しバルトレックス(500)錠 分2 7日分に変更してもらった。	医師は帯状疱疹と口唇ヘルペスで用法用量が違うことが知らなかったと思われる	帯状疱疹と口唇ヘルペスで用法用量が違うことを全員に周知した	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
61	新患。心療内科でうつ治療中であることを聴取。セレストミンが処方されたが、精神病の患者には原則禁忌(症状が悪化する恐れがある)の為、疑義照会し、処方削除となった。	患者が処方元に現病歴について伝えていなかった可能性がある。処方元が現病歴を確認していなかった、またはセレストミンが原則禁忌になっていることを把握していなかった可能性がある。	患者情報の収集に努め、不適切な薬を調剤しないように注意します。	患者側 その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名セレストミン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
62	ルボックスを服用中の方に追加でロゼレムが処方されていた。併用禁忌のにも関わらず調剤してしまい監査時に他の薬剤師が発見した。その後、疑義照会を行いロゼレムが中止となり患者の手に渡らずに済んだ。	金曜日の午前中の忙しい時間帯であった。処方せんに書かれていた薬剤を早く取りそろえることに頭がいっぱいになり焦ってしまっていた。薬歴にもルボックスとロゼレムは併用禁忌の旨が記載されていたにも関わらず確認を怠っていた。	忙しい中でもまずは薬歴と処方箋をしっかりと確認してから調剤を行うこと。リスクの高い薬剤を調剤する場合は特に注意し調剤する処方箋に集中すること。	確認を怠った 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロゼレム錠8mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
63	狭心症の疑いによりイトロール錠20mg(他1剤)が処方された方。翌日に電話にて頭痛、吐き気の発現により医師に電話したところイトロールのみ中止の指示があったと連絡をいただいた。2週後、同症状での2回目の受診。イトロールも処方されていた。本人に確認したところ、中止後から再開はしておらず、今回再開の指示もなかったとのことで、病院へ疑義照会を行った。薬剤師へ確認したところ、2週前の中止指示についてはカルテへの記載がなかった。医師へ確認したところ、処方からイトロールを削除するよう指示があった。	病院側の電話対応における記録不備		その他医療機関の記録漏れ	処方された医薬品 販売名イトロール錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
64	前回1日3回食後服用だったものが、今回は1日2回に減量となっていた。患者に聞いたところDrから特に変更の話はなかったとのことなので疑義照会確認した。			その他薬歴確認後 疑義照会	処方された医薬品 販売名メチコバル錠500μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
65	新患のC型肝炎の患者。処方内容は「ソバルディ錠400mg 1錠 分1 朝食後28日分、レベトールカプセル200mg 2C 分2 朝夕食後 28日分」患者の体重を確認した。添付文書より75kgの場合、レベトールカプセルは1日800mg。患者に「服用するのは初めてで特に減量などは書いていない」と伺った。疑義照会にて確認したところ、「レベトールカプセル200mg 4C 分2 朝夕食後」に変更になった。			その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名ソバルディ錠400mg 販売名レベトールカプセル200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	前回プレドニゾン1mg 2錠で処方されていた患者、医師から今回量を減らすと聞いていると申しで処方方はプレドニゾン5mg 1錠で記載あったため、疑義照会したところ プレドニゾン1mg 1錠の間違いと判明処方変更となった。	医療機関の問題	今回 患者の聞き取りで、疑義照会できて 事無きを得た。今後も、患者に聞き取りをしたうえで疑わしい事例は 疑義照会をする。	その他医療機関の問題	処方された医薬品 販売名プレドニゾン錠「タケダ」5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
67	前立せん肥大の患者にチキジウム臭化物カプセル10mg「サワイ」が処方されていたので、主治医に疑義照会して中止となる。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名チキジウム臭化物カプセル10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
68	クレナフィン爪外用液が48週を超えたので、疑義照会して中止となる。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名クレナフィン爪外用液10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
69	蜂アレルギーのため、初めて内科よりエビベン処方患者。お薬手帳より、他病院泌尿器科よりナフトピジル服用されていることがわかり、併用禁忌になる為、泌尿器科に連絡し、薬の変更を提案。患者に再度泌尿器科へ受診していただき、泌尿器科の薬はエルサメットSへ変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名ナフトピジル 変更になった医薬品 販売名エルサメットS配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
70	前立腺肥大症の患者に禁忌薬のフスコデ配合錠、1日3回食後、1回3錠の処方がされる。疑義照会の際、アスピリン錠20mg1日3回食後1回2錠に変更となった。	新規の患者のため、アンケートを実施した。アンケートには服用薬としてクレストール、アボルブカプセル、ナフトピジル、ザルティアの記載、及び現在の病名である前立腺肥大の記載があった。患者本人にも医師に病歴を伝えてあったことを確認後、疑義照会を行ったところ薬剤が変更となった。以前にも他患者にて同様の事例のある医院である。	新規または久々となる患者にはアンケートの実施、または併用薬・病歴の確認を行う。特にこの医院についてはより注意を払う。	その他病院の確認不足	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名アスピリン錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
71	エクメット配合錠HDを服用中の患者にエクメット配合錠LDの処方があり、変更については患者は聞かされていなかった。病院に疑義照会したところ、エクメット配合錠HDに変更となった。	受診していた病院が一度閉院し、再度開院した。そのため、2度転院をすることになりその間に用量の記載が間違われたと考えられる。患者はお薬手帳を持参しており、薬局側でも記録が残っていたため疑義照会を行うことができた。	転院や他の病院受信の際はお薬手帳の持参を患者にするように呼びかける。薬局側でも変更点については患者に確認を複数回行うようにする。	その他病院の記載ミス	処方された医薬品 販売名エクメット配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
72	男性患者の処方に(月経時10日)と記載あり、調剤者・入力者が性別に気づかず、鑑査者が間違いに気づき疑義照会を行った。その結果、月経時10日の記載が削除となった。	調剤者・入力者の処方箋記載の性別の確認不足により生じた記載事項の誤りを鑑査者が訂正した。	用法に性別のかかわる記載事項があった場合は性別の確認を必ず行う。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった その他記載事項の見落とし その他病院記載ミス	処方された医薬品 販売名クラシエ半夏白朮天麻湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
73	今回の処方内容と前回の処方内容が異なっていたので、投薬時患者に確認したところ、変更をお聞きでなかった。疑義照会の結果前回と同じ処方に変更となった。	処方箋入力ミス。	前回処方との違いを確実に患者にお伝え。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名チラーゼンS錠50μg 販売名L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名未記載 販売名未記載	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
74	新規の患者(他院からの転院)ミカムロAPが処方されていたが、お薬手帳を確認した結果、今まではミカムロBP錠を服用していた事を確認。患者に、診察時に薬を変更する旨の説明を受けたかを確認したが、先生の話を覚えていないとの事だった為、疑義照会を実施。疑義照会后、ミカムロAPではなくBPの誤りだった事が分かり、ミカムロBP錠に変更となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ミカムロ配合錠AP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
75	患者から処方箋を受付。入力者(事務員)がメブチンキッドエアーの吸入器の在庫を確認するため薬剤師に聞いた。対応した薬剤師はメブチンキッドエアーは小児に対して用いる吸入器であることと年齢を見て、処方元の病院の入力間違いではないかと考えた。確認した薬剤師は他の鑑査中であった為、他の薬剤師に患者へ確認させるように指示した。患者に確認した所、メブチンエアーは使ったことがありお医者さんに処方希望を希望してもらったとおっしゃった。疑義照会をした所、メブチンキッドではなくメブチンエアーの間違いであることが分かり、メブチンエアー10μg吸入100回 1キットの処方に変更された。	病院側の入力ミス	あえていうならば、処方箋に関わった薬剤師2名のうち、1名はメブチンキッドエアーについて全く知らなかった。メブチンエアーに関して知識を深めてもらい、自分一人で判断できるようにしてもらおう。	知識が不足していた 医薬品 その他病院側の入力ミス	処方された医薬品 販売名メブチンキッドエアー5μg吸入100回 変更になった医薬品 販売名メブチンエアー10μg吸入100回	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
76	実務実習生が散剤を調剤。アスベリン散10%が処方されており、用量を見るかざりアスベリンDS2%の間違いであったがそのまま調剤。薬剤師が監査で判明。	本来調剤前に薬剤師が処方内容を確認すべきであったが煩雑していたので調剤前の監査を怠っていた。	調剤前の確認を徹底すること。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アスベリン散10% 変更になった医薬品 販売名アスベリンドライシロップ2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
77	テルビナフィン錠2錠2×MAで処方されていたが、テブレノンカプセル2c2×MAの間違いであった。			確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名テルビナフィン錠125mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名テブレノンカプセル50mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
78	麻薬レスキュー薬の屯用一回量の処方誤りを疑い問い合わせ。結果、オプソ内服液5mg(2.5mg)10包、屯用、10回分→オプソ内服液(2.5mg)1包、屯用、10回分に変更となった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名オプソ内服液5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
79	大腸検査後の止血剤とともに、「ここ1週間くらい胸焼けがする」との患者の訴えによりオメプラール20mgが処方されていた。お薬手帳にて、併用薬確認したところ、他科でタケルダを常用されており、大腸検査10日前から休薬していたとのこと。疑義照会したところ、明日からタケルダ再開してよいので、オメプラールは処方削除との回答を得られました。	お薬手帳の大切さを、こちらも改めて確認できましたし、患者も同じように感じていただけだと思います。	次回、検査のあるときにタケルダ休薬する際には、別途PPIなどを処方していただいたほうがよろしいかもしれないことを、患者へお伝えするようにする。(実際に今回もご説明しましたが、次回検査薬など処方ある場合にも提案し、また、患者にもそのように覚えていただく)	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オメプラール錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
80	中止していたランマークが再開になったがデノタスチュアブルの処方が出ていた。	単純なミス		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名デノタスチュアブル配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
81	カロナール500mg3錠分3毎食後、チアトロンカプセル10mg3C分3毎食後 7日分の処方であった。患者の話で腰の痛みと聞き取り。筋肉からくるものだろうと医師から話があったとのこと。他には胃の痛み、お腹の痛みなどもないとのこと。チアトロンカプセル10mgとの処方間違いであったことが判明した。	医師の処方間違い		判断を誤った	処方された医薬品 販売名チアトロンカプセル10mg 変更になった医薬品 販売名テルネリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
82	ベリアクチン散1%について5歳の小児に1日量3gの処方あり、そのまま調剤(分包)を行い監査時用量が多いことが判明。その後疑義紹介にて1日0.3gにてお渡し。	調剤時処方確認を行わずにそのまま調剤を行った、また鑑査システムのチェックもスルーしてそのまま調剤を行ったと思われる。	調剤時は調剤する前に鑑査を行い、しっかり調剤を行う。また小児薬用量の代表的な薬剤の量はしっかり把握する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベリアクチン散1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
83	エチゾラム0.5mg3錠 分3毎食後5日分3錠もでるのはおかしいと処方元に確認したところデカドロン5mg3錠 分3毎食後5日分の間違いだった。	処方元が確認をおこたった。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エチゾラム錠0.5mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名デカドロン錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
84	一般名レバミド錠(ムコスタ)を誤って一般名カルボシステイン錠(ムコダイン)と打ち間違えて処方された	風邪の症状だと思い服薬指導に行ったところ、患者から足が痛くて病院に行ったとおっしゃったので疑問に思い疑義照会を行ったところ今回の問題判明に至った。	病院側にオーダーリングシステムでは2文字入力だと該当する薬が他にも出てくる可能性があるため、3文字まで入力するようお願いする。	コンピュータシステム その他コンピュータへの打ち間違い	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 変更になった医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
85	ドネペジルが新規で処方開始されたが、3mgが28日分処方された。本剤は3mgを14日投与し5mgに用量アップする薬剤なのでその旨疑義照会を行い、3mgを14日、問題なければ5mgを続けて15日目より服用するようとの回答で処方変更となった	処方医の認識で15日目からは(問題が無ければ)5mgに上げるという認識が失念されていたと思われる	類似薬においても用量を段階的に増やす薬剤があるため、一覧にしてまとめることとした	医薬品	処方された医薬品 販売名ドネペジル塩酸塩錠3mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
86	高血圧治療でアムロジピンOD5mgを服用中の患者、今回処方も同様で5mg継続処方だったが、薬局での状態確認で患者より血圧が110とやや低め、家では更に低いこともありたまにだるさや立ちくらみの自覚もあるとのことだった。同じ内容は受診時に医師にいいそびれたとのこと。降圧剤による過高血圧が原因として疑われたため処方医に疑義照会を行ったところ5mgから2.5mgに変更となる	患者が自宅データや自覚所見などをきちんと受診時に伝えることができていない。	自宅データは記録し、受診時に医師に見せること、自覚所見がある場合はデータ表に書き込んだり、別にメモしたりして受診時に間違いなく医師に伝えられるようにすることをアドバイスした	患者側	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
87	コデインリン酸塩散1%が処方されていたが、9か月の乳児に授乳中のため医師へ疑義照会し確認、フスタゾールに変更になりました。	母乳中にどれくらいでかわからないからと、医師は処方したそうでしたが、12歳未満への投与はしないことと指導があるため変更していただきました。	女性の聞き取りの時に、授乳中かどうかをまず確認。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名リン酸コデイン散1%「マルイシ」 変更になった医薬品 販売名フスタゾール糖衣錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
88	同一処方箋に、タムスロシン塩酸塩OD錠とユリフ錠が記載されており、疑義照会したところタムスロシンが削除になった			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
89	ディレグラ配合錠 4錠 朝夕食後 14日分 と処方箋。ディレグラ配合錠に含まれるフェキシフェナジンは食後では70%吸収低下するため、疑義照会。用法が食前に変更。	医師が適切な用法を知らなかったため。	処方監査を徹底する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
90	カムシアHD(カンデサルタンARB含む)が出ている患者にACE阻害剤のエナブラリル5mgMEDが追加になった。併用は尿中アルブミン・タンパク減少効果に優れるが、この患者には腎臓病はなく、eGFRの低下や血清K上昇、過降圧等に注意が必要で、ガイドライン上でも推奨されていないため、疑義照会。医師より、そのまま出してくださいとの回答。変更なし。患者には血圧、体調をチェックし、異常があれば連絡くださいと伝えた。	医師の考えがARBとACE阻害剤は併用するものとの考えのため。	処方監査に力を入れていきたい。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名エナブラリルマレイン酸塩錠5mg「MED」 販売名カムシア配合錠HD 変更になった医薬品 販売名エナブラリルマレイン酸塩錠5mg「MED」 販売名カムシア配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
91	80歳代前半の女性に内科から発行された処方せんを受付けた。処方内容の一部にRp.コルネル錠500mg1回1錠(1日3錠)1日3回毎食後60日分の記載あり。処方せんに検査値の記載もあり、性別・年齢・体重・血清クレアチニン値よりクリアチンクリアランス(推定値)を計算した所、50ml/分未満と算出され、腎機能の低下が推測された。コルネル錠は「腎不全(軽度及び透析中を除く)のある患者には禁忌[組織への石灰沈着を助長するおそれがある。]」とされている為、処方医に疑義照会を行う。処方医より、今回コルネル錠は中止とし、便通等体調を崩すようなことがあれば受診するよう指導依頼あり。コルネル錠500mgの中止の理由と排便の様子が悪化するようなことがあれば受診するよう指導・説明を行った。	年齢による腎機能の低下についての確認が抜けてしまったことも、今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	腎機能の確認により、禁忌薬の投与を未然に防ぐことができた事例であると考え。処方せんに検査値が記載されているケースも増えてきており、処方された医薬品の種類や投与量の妥当性を検査値と照らし合わせて判断が必要となる。その際に、電子機器(電子薬歴)への検査値の登録等により、投与量や医薬品で注意すべき内容の突合を行うことも有益な方法の一つと考える。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名コルネル錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
92	60歳代後半の男性に外科から発行された処方せんを受付けた。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記録によると、前回ゼローダ錠300mgが休業期間の為処方されていなかったことが分かった(14日間連日経口投与し、その後7日間休業する)。今回の処方せんにもゼローダ錠300mgが記載されておらず、患者に確認したところ、「今回は休業期間は終わったので、再開されるはず」との申し出あり。処方医にゼローダ錠300mgの服用状況を報告の上、ゼローダ錠300mgの再開について疑義照会を行う。ゼローダ錠300mg1回5錠(1日10錠)1日2回朝夕食後服用14日分追加となった。	抗がん剤の投与スケジュールが処方に反映されておらず、処方されるべき抗がん剤が記載されていなかった事例である。	必要な医薬品が処方されていなかった場合にも、医師の意図する効果が期待されないことがある。特に休業期間が設定される抗がん剤などの医薬品の場合には注意が必要である。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名ゼローダ錠300	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
93	全身性エリテマトーデス・腎機能低下がある患者にタミフルが処方された為、処方医に腎機能を確認。処方医は腎機能を把握しておらず、患者本人も検査値を持参していなかった為、腎機能が問題にならないリレンザに処方変更。	全身性エリテマトーデスは他の総合病院にかかっており、カゼなど軽微な体調不良は地域の開業医に診てもらっていた。総合病院の薬は他の薬局で処方されたいたので当薬局でも検査値は把握していなかった。	複数の医療機関にかかる場合、患者自身も積極的に情報提供を行うことによりリスクを回避できることを理解する必要がある。	確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名タミフルカプセル75 変更になった医薬品 販売名リレンザ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
94	他院からの継続で【般】ロサルタンK錠50mg 1錠分1朝食後が処方。お薬手帳より前院ではロサルタンカリウム錠100mg 1錠分1で服用されていたことが確認できたため疑義照会。【般】ロサルタンK錠50mg 2錠分1へと変更になった。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ロサルタンカリウム錠50mg「DK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
95	臨時薬局、【般】クラリスロマイシン錠200mgが処方。お薬手帳より他院にてベルソムラ錠15mg服用中であると確認でき、併用禁忌に該当するため疑義照会。ルリッド錠150mgへ変更となった。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名ルリッド錠150	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
96	レスプレンを服用中の患者が咳が悪化したと受診して、メジコンとフスコデが更に処方された。レスプレンを通常通り服用していれば服用重複しなかったが、患者はまだ残薬があり服用していなかった分をメジコンとフスコデと服用すると話された。咳止めが多量しているため疑義照会の結果レスプレンは服用中止の指示に変更となった。	患者のコンプライアンスの悪さが原因。医師も残薬があると把握できていなかった。薬剤師のインタビューにより判明した事例と考えられる。	作業手順を遂行する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名メジコン錠15mg 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名メジコン錠15mg 販売名フスコデ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
97	施設患者。ハルシオン錠0.25mg 1錠寝る前で処方箋。薬歴には前回以前、0.5錠寝る前で服用されていた。おかしいと思い医師に疑義照会。ハルシオン錠0.25mg 0.5錠寝る前に減量となる。	医師の処方せん記載ミス。	処方監査の徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ハルシオン0.25mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
98	カロナール錠の処方をアセトアミノフェン末に変更	以前薬局時に高齢のため薬は全て散剤でもらってると聞き取りあり。今回は錠剤処方だったので付添人に今回も散剤希望と確認。かかりつけ医ではなく、臨時でかかった医療機関のため希望を伝え忘れた。疑義照会にて散剤に変更	付添人へ臨時DRIに錠剤がのめない事を伝えるよう指導	連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名カロナール錠200 変更になった医薬品 販売名アセトアミノフェン末「マルイシ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
99	モーラステープをロキソニンパップに変更	テープ剤はかぶれる。ロキソニンパップは使用歴があり、安心して使える。	受診時に合わない薬があることを伝えるように指導	患者側	処方された医薬品の情報 販売名モーラステープ20mg 変更になった医薬品 販売名ロキソニンパップ100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
100	患者の生活状況を聴取、朝ご飯を食べないので朝の薬は飲まないことがあると判明。確実に服用できる昼食後に用法変更を打診し変更となった。朝食後→昼食後に変更。		常連の方でも生活様式の変更が起きていないが、適宜確認しよりよい指示で交付を行う。	連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名リクシアナ錠30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	アトルバスタチン処方されていたが、手帳にて他院でベザフィブラートの処方を確認。疑義にてアトルバスタチン削除	併用薬伝え漏れ。単純ミス。	患者教育。他院の受診を遠慮せずに伝える事、名称が異なっても効果重複の可能性あり。過剰服用は体に負担になる可能性を説明。	連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg 「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
102	他院にてタケルダ服用中のためランソプラゾール削除。	患者にタケルダに胃薬が配合されているとの認識がなかった。他院常用薬の伝達漏れ。	他院処方を見逃さずに伝える様指導。手帳活用をすすめた。	連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(息付) コンピュータシステム 患者側	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
103	風邪をひいて咳、鼻水が出ることで来局され、臨時処方が出た。お薬手帳に記載されている併用薬や診療科(腎臓内科)より、腎機能低下が疑われたため、患者に確認した所、腎臓が悪いと聴取。最近行った血液検査の結果を持参していた為、それを確認した所、血清クレアチニン値が4.46mg/dL、eGFRが10.8mL/min/1.73m ² であった。また、クレアチンクリアランスを計算した所、9mL/minであった。末期腎不全で高度の腎機能障害があると判断されるため、疑義照会した結果、ロキソニン錠60mg、およびザイザル錠5mgが処方削除となった。透析も検討すべき状態かと思われるが、現時点では透析は行っていないとのこと。	処方元が他科受診の併用薬や合併症をあまり把握していなかったと考えられる。以前からも来局されていたが、薬局でも腎機能については確認できていなかった。お薬手帳の情報から、患者の状態を把握する努力が不十分だったと考えられる。	腎機能等に影響がある薬が処方されていない時でも、患者の合併症などを把握するように努め、必要に応じてすぐに疑義照会できるようにしておく。	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
104	15時半 処方せん受付。白内障の手術後の患者。処方「フロモックス錠(100)3T ソランタール錠(50)3T マーズレンS配合顆粒1.5g 分3 3日分、ロキソニン錠(60)1錠 疼痛時 3回分」併用薬を確認したところ、10種類あった。そのうち、フロモックス(100)2T分2で長期服用中であることがわかった。腎臓の薬は服用していないが、腎臓の数値が低下しているという情報を薬歴から得た。腎機能が低下しているため、フロモックスは分2で服用しているのだからと判断した。今回の処方と重複しているため、疑義照会によりフロモックスは削除になった。			その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 販売名ソランタール錠50mg 販売名マーズレンS配合顆粒 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
105	ロキソプロフェン錠60mg「サワイ」が処方されていたが、くすり手帳にロキソニン錠60mgで胃腸に異常感及び下痢症状が出たので2回服用して中止したとあったので、本人に確認して「止めてほしい」と返事あり。主治医にそのことを疑義照会して、くすり手帳にカロナール錠200mgが処方されたことありと伝える。カロナール錠300mgが1日3回毎食後1回2錠に変更となる。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名カロナール錠300	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
106	レンドルミン錠 1T、ロゼレム錠 1T 分1寝る前 28日分、レンドルミン錠 1T、ロゼレム錠 2T 不眠時 14回分が出ていた。ロゼレムは1日1Tまでで、レンドルミンも高齢者なので2Tは多いのではと問い合わせた。頓服のロゼレムのみ中止と返答があった。	患者が希望して出してもらったようで、用量など調べずに出していた。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロゼレム錠 8mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
107	定期薬のアムロジピン錠2.5mg「ケミファ」とリバロ錠1mgが間隔は近いが出ていたので、何か用事があるのかと思っていたら、薬を見た患者から間違っている、今日は蜂に刺されて来たのと言われて問い合わせた。入力した事務員もおかしいと思ったようだがカルテには定期薬の指示しかなかったそうで、医師に問い合わせた処方内容がプレドニ錠5mg、アレグラ錠60mg、ロブ錠、レバミピド錠100mg「EMEC」へ全て変わった。	処方元の事務職員は疑問を感じたのに確認していなかった。医師がなぜ症状と違う薬を出したのかは不明。		確認を怠った が処方箋に反映されているか確認する。	処方された医薬品 販売名リバロ錠1mg 販売名アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名プレドニ錠5mg 販売名アレグラ錠60mg 販売名ロブ錠60mg 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
108	定期薬を粉砕している患者に錠剤のまま処方されたので問い合わせ変更となった。変更前はブルフェン錠100mg 3T分3 7日分だったが、変更後に発行された処方箋ではコカールDS40% 1.5g分3 3日分になっていた。どちらの日数が正しいのか問い合わせると3日分が正しいと返答があり、3日分を投薬した。	FAXの段階で問い合わせ、電話で変更指示をもらい、日数を変更するとの指示がなかったため、7日分で調剤していたら、監査者より日数が間違っている指摘されて、持参された処方箋を見ると日数が違っていた。FAXのブルフェンの日数が間違っていたよう。	電話での変更指示内容が処方箋に反映されているか確認する。	確認を怠った 報告が遅れた(怠った) 判断を誤った	処方された医薬品 販売名ブルフェン錠100 変更になった医薬品 販売名コカール ライシロップ40%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
109	残薬を利用して14日分になるように調整して処方せんと連絡があったが、持ち込まれた残薬の中に入っていないランソプラゾールOD錠15mg「ケミファ」も減量されて処方してあったので、問い合わせた。ランソプラゾールの残薬を確認せずに処方しており、結局患者に確認すると残薬はあるが数量は不明だったので、計算上の残薬量で処方してもらった。	持参した残薬だけを見て、日数を決めており、処方薬を全て持参しているかどうかを確認していなかった。患者は分包の薬の一部だけ持参しており、全ての残薬を持参していなかった。臨時処方を出す際に、残薬があるはずと前回問い合わせたにもかかわらず定期薬を処方したので、患者は臨時薬を飲み終えた際に定期薬の残りが出たと勘違いしてしまったよう。	残薬調整の場合、数量の過不足や薬剤の処方漏れなどが起こりやすいので実際に服用する内容と間違いがないか確認する。	確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
110	70歳代前半の男性に内科より発行された処方せんを受け付けた。処方内容の一部にRp.エリスロシン錠200mg1回2錠(1日4錠)1日2回朝夕食後服用36日分との記載あり。調剤をする前に患者から話を伺うと、「1週間前に急に発熱など体調が悪くなり、時間外で受診。肺炎を起こしかけているとの事で、今回と同じ薬を4日分出してもらい、体調も回復した。今は発熱などもないが、再発するといけないので今回の薬が出た」との申し出あり。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記録によると神経内科でテグレトール錠200mgとエリキウス錠5mgを併用中であることが分かった。エリスロシン錠はCYP3A4及びP-糖蛋白の阻害作用を有するため、併用によりテグレトールの血中濃度上昇やエリキウスの血中濃度上昇を起こす可能性があるため処方医にこれらの情報提供と共に疑義照会を行った。Rp.エリスロシン錠200mg1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後服用36日分に変更となった。患者にも併用による長期服用により、吐き気や眠気、出血傾向などあればいつでも薬局に連絡を入れるよう説明し、発熱や倦怠感など体調の変化があれば、すぐ受診するよう指導した。	エリスロシン錠を処方するに当たり、現在併用の医薬品についての確認が抜かしてしまったことが今回の事例の発生要因の一つと考える。	エリスロシン錠やイトリゾールカプセルなどCYP阻害作用のある医薬品の相互作用に注意の上調剤を行うよう、薬局内で情報の共有を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エリスロシン錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
111	エディロール0.75μgが1つの処方せんに2箇所記載有り。エディロール0.75μg 1カプセル 朝食後 30日分・エディロール0.75μg 1カプセル 朝食後 28日分疑義照会したところ30日分を削除し、28日分を処方した。	詳細は不明だが、処方箋を入力する際、前回のデータを引用したがエディロールを見落としてしまい、新たに入力してしまった可能性が考えられる。	処方監査を今後もしっかり行う。	技術・手技が未熟だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
112	生後5ヶ月の男児に、バクタ配合錠0.15錠分1朝食後40日分粉砕・ BioフェルミンR散 分2朝夕食後14日分の処方があった。バクタ配合錠はBioフェルミンRに適應しないので疑義照会を行ったところBioフェルミンR散→Bioフェルミン配合散 分2朝夕食後14日分に変更になった。	詳細は不明だがバクタ配合錠に使用できる整腸剤を医師が間違いをしていた可能性が考えられる。	BioフェルミンR散は適應が少ない整腸剤なので使用可能な抗生剤以外の場合はすぐに疑義照会を行う。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名BioフェルミンR散 変更になった医薬品 販売名Bioフェルミン配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	定期薬でマーロックス懸濁配合顆粒とデパス0.5mgが処方されていて、今回処方できなかった。患者にそのことをお伝えしたところ、処方希望だったので疑義照会したところその2剤が追加になった。	詳細は不明だが医師が処方箋をパソコンで入力する際、マーロックスとデパスの処方を消してしまったと考えられる。	定期薬が処方無い場合は患者に確認を行う。	技術・手技が未熟だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名デパス錠0.5mg 販売名マーロックス懸濁用配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
114	患者が精神科の処方せんを持って来局した。処方せんには「ロキソニン錠、3錠/分3毎食後、14日分」と記載されていた。薬歴を確認したところ、リーマス錠200が処方され他の薬剤と一包化して、1回5錠夕食後に服用中であることがわかった。併用によりリチウム中毒を起こすとの報告がある為疑義照会したところカロナール錠300に処方変更された。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 変更になった医薬品 販売名カロナール錠300	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	ブランドカスト112.5mgが一日2回朝・夕食後 2Tで処方されていたが患者自身が4Tで服用歴あり。投薬時に患者からのお話で判明。疑義照会にて一日量が4Tに変更。	医師との患者の意思疎通がうまく出来てなかった。	お薬手帳を医療機関にかかるとは持参してもらい、過去の服用歴を医師に見てもらおうように指導を行う。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ブランドカスト錠112.5「EK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
116	前立腺肥大治療中の患者にPL配合顆粒3g 毎食後 5日分 の処方。禁忌のため疑義照会。PL配合顆粒中止。シスダイ錠250mg 3錠 毎食後 7日分 に変更となる。	処方した医師が、前立腺治療中の旨、カルテを確認していなかった。	処方監査の徹底を行った。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名シスダイ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
117	10日前から受診。咳症状が悪化したため、アストミン錠10mgからフスコデ配合錠に変更となっていた。緑内障治療中のことだったので、フスコデ配合錠は禁忌。疑義照会により、アストミン錠10mgに変更となった。	処方元が患者の現病を把握していなかったと思われる。	特になし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名アストミン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
118	初来局の患者。ラミクタール(25)6錠分3毎食後の処方せんを受付。お薬手帳を確認したところ、以前より他の病院で上記の薬剤を同量、分2朝夕食後で処方されていた。通常1日1~2回服用の薬剤で、用法用量を超えて投与されると重篤な皮膚障害等が出るおそれがあるため疑義照会を行い、用法変更となった。			その他医師の用法への理解不足、お薬手帳確認不足	処方された医薬品 販売名ラミクタール錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
119	病院から送られてきた処方箋のファックス(初診の患者)にイクセロンパッチ9mgが処方されていた。当該病院ではイクセロンパッチは同成分のリバスタッチを採用している。薬剤師Aが疑義照会でリバスタッチに変更すべきところニュープロパッチ9mgへの変更を依頼し、実際に変更になった。そのまま入力・調剤され鑑査に回った。鑑査者Bがイクセロンパッチ9mgからニュープロパッチ9mgへの変更し違和感を覚え、薬剤師Aに確認したところ、リバスタッチパッチ9mgの間違いであることが判明。すぐに鑑査者Bが病院に電話し、謝罪の上リバスタッチパッチ9mgに変更してもらった。	当該病院ではリバスタッチ貼付剤の処方ではリバスタッチパッチで処方することになっており、病院からイクセロンパッチで処方された際は疑義して変更することになっていた。そのためビックキング時に疑義を行ったのだが、変更する薬名「リバスタッチパッチ(アルツハイマー治療薬)」を伝える際に同じパッチ剤である「ニュープロパッチ(パーキンソン治療薬)」と混同してしまい、間違えて伝えた。患者が多く来て混雑していたため慌てており、薬品名が正しいかの確認をせず記憶だけで薬品を伝えてしまった。○単純なミス○注意力散漫	変更が必要な薬は何を何に変更するかについて正確に把握しておく。記憶だけでなく、手元にメモを残して確認しながら行う。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名イクセロンパッチ9mg 変更になった医薬品 販売名リバスタッチパッチ9mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
120	血液検査をして、その結果を処方せんとともに薬局に持ってこられた。血清クレアチニン値が4.27mg/dL、eGFRが11.9mL/min/173m ² 、クレアチニンクリアランスが15mL/minであり、以前よりも悪化していた。医師の判断で、薬の変更はないが毎月血液検査を行う、と聞き取った。その日はそのままお渡しした。翌日、腎機能と該当薬の一覧を持って、医師と面談を行った。医師から「専門医に紹介するが、紹介先受診までは今の処方どおりに服用するように」と指示をうけた。専門医に紹介され、ジャヌビア錠100・ピオグリタゾン錠15・グリメビリド錠3mgが中止になりトラゼンタ錠5mgが開始となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠100mg 販売名グリメビリド錠3mg「三和」 販売名ピオグリタゾン錠15mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名ジャヌビア錠100mg 販売名グリメビリド錠3mg「三和」 販売名ピオグリタゾン錠15mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
121	他病院よりドネベジルOD錠5mgNP、1錠 朝食後 を服用の患者に、ドネベジルOD錠3mgNP 1錠 朝食後 の処方。重複のため、疑義後、ドネベジルOD錠3mgNPが削除となる。	他病院の処方元を医師が把握していなかったため。	処方監査を徹底したい。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名ドネベジル塩酸塩OD錠3mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	定期処方にてセレスタミン配合錠、アラミスト点鼻液が追加。前立腺肥大症治療中であり、入力時にセレスタミン配合錠がエラー表示された為、患者に排尿障害があることを確認。疑義照会により、セレスタミン配合錠は中止され、代わりにモンテルカスト錠5mgが追加となった。	処方元が患者の他院での治療状況を把握していなかったと考えられます。	特になし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 変更になった医薬品 販売名モンテルカスト錠5mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
123	80歳代男性患者が口腔内カンジダ症で来局。皮膚科でフロリドゲル経口用2%が処方されていたが、お薬手帳に別の内科でアゼルニジジン16mgが処方されていた。フロリドゲル経口用2%とが併用禁忌のため、皮膚科の医師に問い合わせた。皮膚科の医師に問い合わせ、フロリドゲル経口用2%をファンギゾンシロップ100mg/mlに変更してもらった。	患者のお薬手帳の情報が医師に伝わっておらず、患者がアゼルニジジン16mgを服用していたことが分からなかった。	医師、患者にお薬手帳の大切さを伝え、今後は患者が薬局のみならず病院においても毎回お薬手帳を見せるように促す。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名フロリドゲル経口用2% 変更になった医薬品 販売名ファンギゾンシロップ100mg/mL	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
124	リスパダール内用液3ml 1本 興奮時4回分 が処方。入力、調剤、入力チェックをして鑑査を開始。鑑査者は鑑査を終えて薬歴を確認した所副作用歴に「リスパダールODで目が上向きになる不随運動の副作用あり」の項目をみて患者に確認をした。患者に確認した所「剤形が違うから気づかなかった。」とおっしゃった。疑義照会をかけて、医師の返答はエビリファイ内用液 6ml 興奮時 4回分 の処方変更になった。	医師の副作用歴があることの確認不足	普段から、薬剤師スタッフが副作用歴を記入させるルールを徹底し続ける、そして鑑査者も薬歴で注意して確認していくこと継続させていく。	その他医師の副作用歴見過ごし	処方された医薬品 販売名リスパダール内用液1mg/mL 変更になった医薬品 販売名エビリファイ内用液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
125	同処方箋内にガチフロ点眼とタリビッド点眼液0.3%があり、ニューキノロン系の点眼が2種処方されているところで疑問を呈した所、眼軟膏の処方と勘違いしていたと医師から連絡あり変更となった。	新しく開業したばかりで処方の入力に不慣れだったと考える。○単純なミス		その他医師の処方間違い	処方された医薬品 販売名タリビッド点眼液0.3% 変更になった医薬品 販売名タリビッド眼軟膏0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
126	門前クリニックの外來患者。内科処方が前回60日分からすべて30日分へ変更になっていた。8剤のうちノルバスクOD錠2.5mgのみが1日量30錠 30日分の記載になっていたため、疑義照会を行ったところ1錠 30日分の誤りであったことが確認できた。	クリニックにてDrが処方入力を行う際に、30日分への変更が1日量も変更されていた可能性がある。	特になし	その他Drの処方入力ミス	処方された医薬品 販売名ノルバスクOD錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
127	定期処方はずべて朝食前。一包化調剤の患者。トラゼンタ錠5mg 1T 朝食後追加となっていた。家族がコンプライアンスに不安。飲み方を1回にしてほしいと申し出。トラゼンタ錠5mgはDPP4阻害剤で用法は1日1回経口投与。食事は影響は関係ないと考え、医師に朝食前を提案。疑義後、トラゼンタ5mg 1T 朝食前 に変更。一緒に一包化を実施した。	患者のコンプライアンス不良。	患者のコンプライアンス向上のために処方監査を徹底し、患者コンサルタントにも力を入れていきたい。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名トラゼンタ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
128	門前医療機関より、ラベプラゾール10gが処方された。この方は他科受診にてファモチジン20を定期服用。PPIとH2ブロッカーの重複にて疑義照会したところ、ファモチジンが削除になり、ルフレン配合顆粒へ変更となった。調剤前に判明したので、患者服薬なし。	医療機関ではお薬手帳を見ていたのかは不明だが、見落としの可能性はある。	今後も併用薬の聞き取りはしっかり行い、発生を予防する	確認を怠った 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa錠10mg「AA」 変更になった医薬品 販売名ラベプラゾールNa錠10mg「AA」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
129	体格の大きい患者、基礎疾患は本態性高血圧のみ。この患者に オグメンチン125SS 3T 毎食後の処方。過少投与。通常、成人には1回2錠を1日3~4回投与するため、医師に疑義照会。6T 毎食後に変更となる。	医師が用法用量を把握していなかった。	処方監査を徹底したい。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名オグメンチン配合錠125SS	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
130	緑内障治療中とっており、薬歴に記録あり。臨時処方でセレスタミン配合錠が処方されたが、入力時に緑内障禁忌でエラーが出たため、患者に現在も緑内障治療中であることを確認の上、疑義照会。セレスタミン配合錠が中止となった。	処方元が患者の治療中の疾病について確認できていなかったと考えられます。	レセコンの機能も活用し、適切な対応をしていきます。	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
131	サービス付き高齢者専用賃貸住宅に入居の方で、居宅療養管理指導を実施している患者。高齢で慢性腎臓病の現病歴がある。嚥下能力の低下に伴い、錠剤が飲めなくなった。施設の方より、粉碎の希望が処方医に出て、処方医は粉碎指示を処方箋に記載した。複数の処方されている薬の中で、ケーサブライ錠600が1日2錠で処方されていた。ケーサブライ錠600は徐放製剤であり、粉碎不可である。粉碎した場合に急激なナリウム吸収により筋肉や中枢系の副作用が発現する可能性がある。かつ、慢性腎臓病なので、高ナリウム血症を起こしやすい因子を持っている。粉碎可能か、散剤で用意できる薬の代替案としてアスバラK散50%の提案を考えた。 →背景・要因欄へ	処方医がシンプルに粉碎希望を言われたため、たった粉碎指示と処方箋に記載したものと考えられる。薬剤の性質に対する知識不足が要因と考えられる。 →ケーサブライ錠600は塩化ナリウム。アスバラK散50%はアスバラギン酸ナリウムと有効成分には違いがある。アスバラK散50%は体内利用率が高いため、ケーサブライ錠600より少ないナリウム量で同等の作用を表すと考えられる。ケーサブライ錠600を1日2錠→16mEq。アスバラK散50%は1g当たり2.9mEq。単純換算であれば、 $16 \div 2.9 = 5.5$ gのアスバラK散50%を1日量として調剤すればいいが体内利用率の関係上、単純換算した値をおよそ2で割った値を処方量として提案をした。つまり、ケーサブライ錠600 2錠→アスバラK散50% 5.5÷2=2.75gを1日量として提案し変更後に定期的な血液検査を行いナリウムの数値を見るように伝えた。その結果、処方アスバラK散50% 2.8gに処方変更となった。		確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ケーサブライ錠600mg 変更になった医薬品 販売名アスバラナリウム散50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
132	9歳の女の子にアルビニー坐剤100が1回1本で処方されていたので疑義照会。アルビニー坐剤200に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名アルビニー坐剤200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
133	ロコアテープ70枚が28日分相当使用とあり疑義照会。35日分に変更。			仕組み	処方された医薬品 販売名ロコアテープ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
134	他の病院からもノイロトピン錠4単位処方あり、今回削除に。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ノイロトピン錠4単位	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
135	家族よりボナロン経ロゼリー35mgが本人がのみにくいといふ訴えあり疑義照会。フォサマック錠35mgに変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ボナロン経ロゼリー35mg 変更になった医薬品 販売名フォサマック錠35mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
136	4歳の女の子にアルビニー坐剤100を1回3/4本で使用しよう指示あり疑義照会。アルビニー坐剤200に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名アルビニー坐剤100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
137	透析を受けている患者。【一般名処方】ファモチジン口腔内崩壊錠20mg1錠1日1回朝食後で処方されていたが、「透析患者への投薬ガイドブック」にて用量を確認したところ、減量が必要と分かり疑義照会を行った。結果、処方差し替えられて、0.5錠1日1回朝食後になった。			その他処方発行側の誤り	処方された医薬品 販売名ファモチジンOD錠20mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
138	プレドニン錠5mgが初日は1日3錠、2～3日目は1日2錠となっていたが、4～5日目は再び1日3錠になっていた。医師はステロイドの漸減を狙って処方していると思われる。後半の服用期間で再度増量になることはおかしいと判断し、4日～5日目の用量について疑義照会を行った。その結果4日～5日目のプレドニン錠5mgは1日1錠に減量となった。	医師も漸減することは意識していたが、コメントに日数を入れつつ、用法・用量も正しく入力することはミスが出やすくなるのかもしれないと判断。	ステロイドの漸減処方によく見られるが、入力の際に間違えやすいことを薬剤師も考慮し、内容やコメントに矛盾がないかを確認することが重要である。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
139	定期処方でも来局、腎機能低下を聴取していた患者。患者が検査結果をお持ちいただいたため、検査値を確認させて頂いたところ、クレアチニン:2.92、推定GFR:19.1と確認できた。今回タムスロシン塩酸塩錠OD錠0.2mg1錠分1夕食後が初処方であった。腎機能が低下している場合は0.1mgから投与を開始のため疑義照会を行ったところ、処方通りで良いとのことであった。またグラクティブ錠50mg1錠分1朝食後が継続処方となっていた。腎機能検査値より、通常12.5mgの投与量、最大でも25mgまでのため疑義照会を行ったところ、処方通り継続で良いとのことであった。	今回は処方変更は行われなかったが、検査値から適正な用量であるか検討し疑義照会を行った。	薬局でも検査値を確認、記録に残していき、適正な用量であるか検討できるようにしておく。	その他処方変更なし	処方された医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」 販売名グラクティブ錠50mg 変更になった医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」 販売名グラクティブ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
140	5歳の小児に適応の無いエリザス点鼻が処方された。疑義紹介の結果アラミスト点鼻に変更になった。	エリザスの適応確認漏れと思われる。	新規薬処方時の添付文書確認を徹底。	その他適応症確認不足	処方された医薬品 販売名エリザス点鼻粉末200μg28噴霧用 変更になった医薬品 販売名アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
141	プリンペランが新規に処方された患者。透析患者に対して1日3回毎食前で処方されていた。透析患者に対しては1/3に減量するとの記載あり。(透析患者への投薬ガイドブック)疑義紹介の結果、自己調節で1日2回までと変更になった。	透析患者に対する用法用量の確認漏れがあったと思われる。	新規処方時に添付文書確認徹底。	その他透析患者に対する用法用量確認不足	処方された医薬品 販売名プリンペラン錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
142	他院よりモンテルカスト細粒を投薬中の患者にオノンが処方。薬効重複のため疑義紹介結果オノンが削除となる。	併用薬の伝え忘れ、確認漏れ。	毎回お薬手帳の確認を怠らない。	その他併用薬チェック漏れ	処方された医薬品 販売名オノンドライシロップ10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
143	0歳の患者。体重8kg程度。カルボシステイン用量が0.55g/日だったため、疑義紹介結果0.48g/日に変更となった。	同時に処方されていたブランドカストも0.55g/日だったため、入力間違いと思われる。	新規処方時の体重確認と用量確認徹底。	その他用量入力ミス	処方された医薬品 販売名カルボシステインシロップ5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
144	ブヨに刺されて皮膚科を受診した患者が来局。処方は「クラリス(200)2T分2.5日分、アレグラ(60)2T分2.5日分、アンテベート軟膏9g1日2回(右足)」だった。薬歴の併用薬にロキソニンとマクサルトが登録されていた。患者に併用薬を確認した際、他にメイアクトを服用している事がわかった。(二日前から5日分臨時薬)医師には伝えていないと言っていたため、疑義照会をした結果、クラリスが削除になった。			その他重複を防止	処方された医薬品 販売名クラリス錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
145	定時薬にパリエット錠10mgが追加された処方せんを持参した患者で、薬歴簿とお薬手帳から他院でラベプラゾール錠10mgが処方されていることを確認。用量としては問題ない量ではあったが2医療機関で重複するため疑義照会を行い、パリエットからムコスタ錠100mgに変更となった。			その他お薬手帳が活用できた	処方された医薬品 販売名パリエット錠10mg 変更になった医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
146	しばら鼻症状のためロラタジン10mgを服用していたが、先月、他院にかかり症状を伝えてエビナスチン20mgが処方されており、聞いたところ両方服用していた。そのため、疑義照会しロラタジン10mgが今回中止になった。体調不良はなかった。	お薬手帳による確認がされなかったか、こちらをやめるよう言われたのに、患者が忘れたのかそまでは確認できませんでした。	聞き取りとお薬手帳の確認をしっかりとる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロラタジン錠10mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
147	センノサイドは、調節して服用しているため残薬があり、本人のみ診察室へ入るため、家族がセンノサイド今回いらないとメモを本人にもたせていたが、薬局でみたら出ていたため中止希望。	本人が、医師に伝えず、メモを見せなかったと思われます。	年配の方の場合、本人だけでなく、家族にも薬の確認が必要。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名センノサイド錠12mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
148	聞き取りにより、緑内障があり、抗コリン薬は飲まないように言われていることがわかり、ビーエイは抗コリン作用のある薬が入っているため疑義照会し、カロナールとフェキソフェナジンに変更になった。	緑内障のことを、医師に伝えていなかった。	緑内障があっても、薬について何も言われていない人が多いので、薬は大丈夫なのかどうかかわからないときは、聞いて良いか患者に確認して眼科医に確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ビーエイ配合錠 販売名- 変更になった医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸錠60mg「EE」 販売名カロナール錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
149	妊娠14週の患者にルテオニン錠5mgの処方があった。16週未満は禁忌の患者から申し出があり医療機関へ疑義したところダクチル錠50mgへ変更となった。	禁忌ではあるが塩酸リトドリンの承認時の対象の少なからず安全性が確認されていないということで指定となっており医師の判断で使われる場合があると認識していたため	禁忌のものは医師の判断とせず疑義する。	確認を怠った 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ルテオニン錠5mg 変更になった医薬品 販売名ダクチル錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
150	胃腸炎の為受診。(般)ファモチジン口腔内崩壊錠10mgが2錠 2x朝夕食後 4日分処方。お薬手帳を確認すると、他医療機関で定期的ガスターD20mgを服用中。処方医に疑義紹介すると、処方中止するので、今飲んでるガスターD20mgをきちんと飲むよう指導する旨の回答有り。	(般)ファモチジン口腔内崩壊錠10mg、ガスターD20mgとも常用薬剤であること。患者自身がお薬手帳の大切さを理解して持参してくれたことで、重複投薬が防げた事象。	お薬手帳の啓蒙を続けていく。	その他お薬手帳を確認する習慣 その他お薬手帳の啓蒙	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
151	クレストール2.5mg錠 13日分処方。しかし、次回の予約日まで薬が足りない為処方医に問い合わせをしました。その結果、次回予約までの日数に変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クレストール錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
152	セルタッチテープ70が、84枚処方あり。1回の処方量70枚を超えていましたので、処方医に確認したところ、70枚へ変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名セルタッチテープ70	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
153	デカドロン錠0.5mg 21日分処方。いつも3日分処方の上副作用の疑いがある為、処方医に確認しました。その結果、3日分へ変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名デカドロン錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
154	高血圧治療の患者に、アムロジピン錠5mg 1T 夕後 をいつも服用。処方箋に記載なし。疑義後、追加。	医師の処方漏れ。	処方監査徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
155	定期薬に加えカロナール錠200mgなどが追加となっていた。投薬時にカロナール錠200mg追加の理由を確認したところ、患者は把握しておらず数か月前まで当該医療機関で処方されていたハルナールD錠0.2mgを希望されていたとのことだった。医療機関に疑義照会を行ったところハルナールD錠0.2mgに変更になった。	当該医療機関で当初前立腺肥大の治療を行っていたが、泌尿器科処方のみ一時期だけ別の医療機関で治療を行っていた。しかし、再度当該医療機関で前立腺肥大の治療を患者が希望したため、今回処方分より泌尿器科処方が増加となった。	定期薬に対して追加や臨時薬があった場合は、診察時の会話内容と処方内容に違いがないか必ず確認する。	その他処方箋発行時の入力ミス	処方された医薬品 販売名カロナール錠200 変更になった医薬品 販売名ハルナールD錠0.2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
156	レミニールOD錠4mg2錠分2での内服開始から4週間経過。今回も同用量での継続処方となっていたため疑義照会。レミニールOD錠8mg2錠分2へ変更となった。	1日8mgでの投与は原則として4週間までとなっているが、処方もとの確認がもれ前回DOで処方してしまったと考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名レミニールOD錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
157	整形臨時処方。ロキソプロフェンNa錠60mg、テブレノンカプセル50mg1日3回毎食後が処方。お薬手帳より他院定期でテブレノンカプセル50mg1日2回朝夕食後の服用中と確認できたため、テブレノン重複について疑義照会。今回処方分のテブレノンカプセル50mgは削除となった。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名テブレノンカプセル50mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
158	初来局、臨時処方。【般】アムロキソール塩酸塩徐放錠45mg3錠分3が処方。徐放錠45mgであれば通常1日1回投与のため疑義照会。【般】アムロキソール錠15mg3錠分3へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロキソール塩酸塩徐放OD錠45mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
159	便秘症で常に マグミット錠330mg 2錠朝夕後 服用中の患者。今回の処方にマグミット錠330mgの記載なし。疑義照会。処方漏れ。追加となる。	医師の処方漏れ。	処方監査。患者からの聞き取りの徹底を行いたい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名マグミット錠330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
160	門前医院と総合病院に通っている患者。糖尿病があり、門前からエクア錠、総合病院からアマリール錠を処方されていた。今回、門前医院から処方箋を持って来局。お薬手帳から総合病院受診時、アマリール錠からトラザンタ錠に変更になっているが、お持ちになった処方箋にはエクア錠の処方あり。患者に併用薬変更を処方医に伝えたこと。エクア錠とトラザンタ錠の併用を考え、照会を迷ったが、処方医に疑義照会するとエクア錠は処方削除となった。	勤務人数が少なくなり、かつ異動してきて日の浅い者が監査し、気づいた件。門前と総合病院の処方を含めると処方医薬品の多さもあった。	糖尿病治療薬の場合には、同効薬を重ねて処方されることは基本的にはないことを周知する。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名エクア錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
161	(般)レバミピド錠100mg3錠分3毎食後で処方があった。お薬手帳より他院でレバミピド錠服用中であることを確認した。重複である事を疑義照会してお伝えし、今回処方分の(般)レバミピド錠100mg3錠分3毎食後は中止になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「DK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
162	処方せん受付時に、前回と同じ処方であることお伝えした。しかし、「医師からはワーファリンの量を変えると云われた」と聞き取り。処方元の医療機関に疑義照会すると、ワーファリン錠2mg⇒2.5mgに増量する予定だったと確認した。ワーファリン2.5mgでお渡しした。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
163	他病院からエビナスチンの処方あり。今回アレグラの処方がでており抗ヒスタミンで系統重複。疑義照会してアレグラ削除となった。	診察の際、併用薬の確認を怠ったため重複してしまったと思われる。	鑑査時に併用薬の確認を行うことを周知した。	その他他院の併用薬チェック漏れ	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
164	ツムラ通導散エキス顆粒(105)7.5g 1日3回 毎食前の処方であったが、他の病院から処方されたツムラ芍薬甘草湯7.5gを1日3回 毎食前に服用中であった。両漢方の含有する甘草の量を合計すると1日量が8gとなり、高齢の患者には多いと思われた。また最近一年間当薬局で扱ったことの無い漢方薬であったため疑義照会した。その結果、医療機関の記載ミスであることが判明し、ツムラ牛車腎気丸(107)7.5g 1日3回 毎食前へ変更された。	門前の医療機関の担当者が 処方内容のレセコンへの入力をメーカー名と識別番号で行い識別番号を打ち間違えた、または識別番号が近い数字であったため選択ミスをしたものと思われる。また患者の併用薬は把握できていなかった。	門前の医療機関が過去一年間で採用した漢方薬の一覧表を作成し医療機関へお渡しした。以降この一覧表にない漢方薬が処方された場合には、照会し新規採用の漢方薬かどうかを確認する旨をお伝えした。また患者の訴えにそぐわない内容の処方であった場合の疑義照会は、今まで通り継続していくことをスタッフ間で確認した。	その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名ツムラ通導散エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
165	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒7.5g 1日3回 毎食前 他4剤の処方であったが、投薬時に患者から便秘の漢方を医師に頼んだと言われた為、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒のまま良いか疑義照会した。その結果医療機関の記載ミスであることが判明し、ツムラ麻子仁丸エキス顆粒7.5g 1日3回 毎食前へ変更となった。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
166	トラマルカプセル25mg 7T 1日4回 朝昼夕食後と寝る前 の処方であったが、服用時のそれぞれの用量が不明であった為疑義照会する。その結果 医療機関の記載ミスであることが判明しトラマルカプセル25mg 4T 1日4回 朝昼夕食後と寝る前 に変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名トラマルカプセル25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
167	タケロンOD錠15mg 3T 1日3回 毎食後の処方であったが、添付文書では1日1回15~30mg服用の薬剤であるため疑義照会する。その結果タケロンOD錠15mgは1T 1日1回 朝食後に変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名タケロンOD錠15	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
168	メトレキサートカプセル2mg 2C 1日2回とのみ記載された処方せんで、用法が抜けていたため疑義照会した。その結果 医療機関のミスであることが判明し、メトレキサートカプセル2mg 2C 1日1回 朝食後へ変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名メトレキサートカプセル2mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
169	リリカOD錠 25mg 2T 1日2回 朝食後の処方であったが、患者から朝夕服用するようことは医師からは聞いていないとのことであった為、疑義照会した。その結果リリカOD錠25mg 2T1日1回 夕食後へ変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名リリカOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
170	メトレキサートカプセル2mg1C1日1回と記載されただけの処方せんで用法が抜けていたため疑義照会した。その結果医療機関のミスであることが判明し、用法は1日1回 朝食後となった。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名メトレキサートカプセル2mg「トーフ」 変更になった医薬品 販売名メトレキサートカプセル2mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
171	今回はプレドニゾン 5mg 0.5T 1日1回 夕食後の処方であった。患者に聴取したところ、前回はプレドニゾン 5mg 1T 1日2回 朝食後の処方だったが、ドクターが夕食後にまとめて1Tの服用に変更しようと言っていたような気がするとのことであった。そこで疑義照会した。その結果患者の言われたとおり、プレドニゾン 5mg 1T 1日1回 夕食後へ変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名プレドニゾン錠「タケダ」5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
172	透析患者にリリカOD75mgが2錠分2ででしたが、TELにて1錠寝る前になった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名リリカOD錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
173	喘息発作ありにて受診。他院にて血圧コントロールのためカルベジロールを服用中。カルベジロールは気管支喘息に禁忌のため疑義照会。カルベジロールは服薬中止し、1週間後に再受診して喘息、血圧の状態を確認することになった。		受診時の病状に対して疾病禁忌にあたる薬剤を服用中でないかの確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名カルベジロール錠10mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名カルベジロール錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
174	ツムラよくいん湯が処方されていて、いぼとりのためという患者面談があったが、在庫なしのため発注。翌日入荷してからあらためて添付文書を確認したところ、いぼとりの適応ないため、疑義照会してコタローのヨクイニンエキス錠に変更となった。製剤名だけで判断してしまっただけがまずかった。			確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ツムラよくいん湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ヨクイニンエキス錠「コタロー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
175	ツムラ葛根湯エキス顆粒 3g 毎食後2時間×分3 14日分 処方がありました。ツムラ葛根湯は1包2.5gの為、3gで間違いないか確認したところ、7.5gに処方変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
176	ツムラ芍薬甘草等エキス顆粒 5g 朝食前・寝る前×分2 14日分 処方がありましたが、他の薬剤は28日分処方でした。患者に聞き取りしたところ、残薬もないとのことでしたので医師に確認したところ、28日分に処方変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
177	フェブリク20mg 1錠 朝食後×分1 21日分 処方がありました。この患者にはフェブリクの処方が初めてで、通常は10mgから開始する薬剤の為、医師に確認したところ20mg→10mgに処方変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェブリク錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
178	13日分処方されていたが、患者のお聞きしたところ、次の受診予約日は31日後とのこと。残薬もなく31日後の次回受診日まで薬がないと困ると話されていたため、疑義照会を行ったところ、31日分へ変更となった。	次回予約日と処方日数の確認が不十分だったと思われる。	患者と薬の残薬確認と処方日数の確認を行ない、次回までお薬があるか確認を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
179	「デザレックス錠5mg 1錠 痒い時 5回分」と処方されていた。デザレックス錠5mgは、1日1回1錠服用の薬剤であり、頓服服用では、1日2回以上服用することも心配されるため、疑義照会を行ったところ「デザレックス錠5mg 1錠 寝る前 5日分」へ変更となった。	用法の確認が不十分であったと思われます。	薬剤の1日服用量と用法の確認を行う。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名デザレックス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
180	一般名:クラリスロマイシン錠200mg 2錠 朝・夕食後 7日分の処方がありました。他の病院で、エリスロシンドライシロップW20%処方、服用中の為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、一般名:クラリスロマイシン錠200mg 処方削除となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
181	リンゼス錠0.25mg 1錠 夕食前 18日分で処方がありました。新薬で14日制限の為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、リンゼス錠0.25mg 1錠 夕食前 14日分へ処方変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名リンゼス錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
182	FAXにて処方せん受付。フロリドゲル経口用も他薬と同じ42日分で処方されていた。通常、7-14日程度の期間内で処方される薬剤であり、以前同じ薬剤が処方された際にも7日間投与であったため、処方日数について疑義照会。医師による処方日数の誤りであったとして、7日分へ訂正となった。	他薬の処方日数に引っ張られ、42日分処方してしまったと考えられる。		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名フロリドゲル経口用2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
183	リマチル錠100mg 2錠 1日2回朝夕食後他2剤の処方。患者が持ってきた血液検査の結果表(他医療機関のもの)を見ると、GFRが41.66mL/min、クレアチニンは1.28mg/dLであり中等度の腎機能低下の状態であった。リマチル錠100mgはネフローゼ症候群等の重篤な腎障害を起こすおそれがあるため、腎障害のある場合禁忌にあたる。そこで疑義照会を行った。その結果リマチル錠100mgは処方削除となった。	他医院で行われた血液検査の結果を今回の処方医に見せてはあったが、腎機能の状態をよく把握しなかった。またリマチル錠の禁忌についての判断ミスがあったものと思われる。	腎機能の低下している患者については機能低下のレベルをつかみ、状況によって疑義照会を行う。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名リマチル錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
184	セレスタミン配合錠 3錠 毎食後 3日分で処方がありました。同病院の眼科より、キサラタン点眼薬処方、使用中。緑内障にはセレスタミン配合錠が禁忌なので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、フェキソフェナジン60mg 2錠 朝・夕食後 3日分へ処方変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
185	一般名 アモキシシリン細粒10% 0.8g 分3 5日分 処方 患者6歳 20kg にて 1日量 0.8g→8g であると考えられる。	○単純なミス	小児薬用剤量の確認。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ワイドシリン細粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
186	EPLカプセル250mg セフジニルカプセル100mg 分3 毎食後 5日分処方。患者、風邪で受診したと言っている。EPL→PLに変更	○単純なミス	確認の徹底	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名EPLカプセル250mg 変更になった医薬品 販売名PL配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
187	歯科受診後の処方フロモックス100mg分3 毎食後 4日分処方。患者 セフェム系抗菌薬で副作用歴あり。フロモックス→クラリス200mg に変更。	○注意力散漫	副作用の確認なども怠らなくにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名クラリス錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
188	フロモックス100mg処方されているが、フロモックスで副作用歴あり、フロモックス→ジェニナックに変更。	○作業手順の不履行	副作用歴の確認なども怠らなくように注意する。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
189	タケキャブ20mg処方されているが、継続しているアムロジピン5mgは中止でよいか？アムロジピン5mg 28日分追加。	○注意力散漫	確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
190	リウマトレックス2mg は7日に1回の薬だが、5日に1回の計算で処方されている。7日に1回に変更。	○単純なミス	確認する。	記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リウマトレックスカプセル2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
191	一般名クラリスロマイシン錠200mgが分3で処方されている。通常は分2だが？→分2に変更。	○注意力散漫	確認する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラリス錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
192	ザイザルシロップ処方されているが、患者4か月、6か月未満にザイザル投与してよいか？ペリアチンに変更。	○注意力散漫	確認する	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
193	薬局が訪問する在宅患者の処方において、「ワーファリン増量」というコメントが処方せんに記載されていた。以前は「1mg×1錠と0.5mg×0.5錠」であり、今回は「1mg×1錠と1mg×1錠」に変更されていた。薬剤師が鑑査中に1mg×2錠の処方でないことに疑問を抱き、処方医に問い合わせたところ医師の間違いが判明し「1mg×1錠と0.5mg×1錠」に変更になった。			その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
194	処方箋の1日分の用量のところに日数が入力されていた。調剤に関わった薬剤師が発見し疑義照会。Drから訂正の了承を受け調剤、薬剤交付			その他用量が多いことに気づき疑義照会	処方された医薬品 販売名モンテルカスト細粒4mg「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
195	週1回製剤のザファテックが、同処方内の他の薬剤の処方日数の49日分と同じ49日処方だった。Drからの特別な指示、他の薬剤の残薬等なしを確認のうえ、疑義照会し7日分へ日数訂正された。	病院が紙カルテから電子カルテへ移行中で、単純な日数の入力ミスと思われる。	電子カルテからの移行に伴う、処方ミスの可能性について当面は特に留意のうえ処方監査を行う。	コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ザファテック錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
196	【般】カンデサルタン錠4mg、【般】アムロジピン錠5mg継続服用されていた方。今回より【般】カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠の処方となっていたため、カンデサルタン錠8mgへ増量が確認を行ったところ、「増量でない」とのことで、前回と同様の処方へ変更となった。	処方医は配合錠にまとめたかったと考えられ、カンデサルタンの用量の違いを確認できていなかった。血圧が安定している患者であったため確認を行った。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名カムシア配合錠HD「サンド」 販売名- 変更になった医薬品 販売名カンデサルタン錠4mg「サワイ」 販売名アムロジピン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
197	整形臨時。【般】ロキソプロフェンNa錠60mg、【般】テブレノンカプセル50mg3C分3が処方。内科定期でレバミピド錠100mg2錠分2服用中のため疑義照会したところ、整形処方のテブレノンは削除となった。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名テブレノンカプセル50mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
198	エクメット錠LD 2錠 朝夕後のdo処方。患者との対話で「医師は薬を強くしますと言った」とのこと。疑義後、エクメットHDに変更となった。	医師の処方せん記載間違い。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名エクメット配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
199	定期処方にベリチーム配合顆粒 1.5g 毎食後 服用中の患者に、ピオフェルミン錠剤 3錠・フェンラーゼ配合カプセル 6C 毎食後 7日分の処方。ベリチーム配合顆粒とフェンラーゼ配合カプセルは共に消化酵素剤。薬効重複のため、疑義照会。フェンラーゼ配合カプセルが中止となる。	医師が併用薬の有無に関してカルテの確認を怠っていた。	処方監査の徹底を行う。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名フェンラーゼ配合カプセル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
200	クラリス錠200mg2錠1日2回朝夕食後5日分の処方あり。お薬手帳よりベルソムラ服用中であることが判り、処方医に照会。トミロン錠100mg2錠1日2回朝夕食後5日分に変更となった。	ベルソムラ錠は併用禁忌薬が多いが、特にクラリスは処方される頻度も高く、注意するよう薬局内で話していた。	クラリスが処方された場合には、ベルソムラの服用がないかの確認を徹底する。また、ベルソムラが処方された患者に対しては、併用薬に注意するよう徹底する。	その他処方時の確認不足	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名トミロン錠100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
201	持参された皮膚科からの処方せんにロラタジン錠10mg「日新」1日1回夕食後あり。お薬手帳より整形外科からオロパタジン錠の服用あることが判明し照会、ロラタジン削除となった。	お薬手帳を持参されたため、薬局で重複投与を発見することができた。	併用薬の確認を徹底するとともに、お薬手帳の毎回の提出を繰り返し依頼する。	その他処方時の確認不足	処方された医薬品 販売名ロラタジン錠10mg「日新」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
202	皮膚科よりサクコルチン配合錠2錠1日2回朝食後の処方あり。お薬手帳より整形外科よりセシタミン配合錠処方され、服用中であることが判明。照会にて削除となった。	お薬手帳の持参があったため、重複を発見できた。	すべての患者に対して、お薬手帳の持参を繰り返し呼びかける。	その他処方時の確認不足	処方された医薬品 販売名サクコルチン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
203	体重21kgの女兒にカロナール細粒20%2g疼痛時・発熱時(とんぶく)3回分の処方あり照会。カロナール細粒20%1g疼痛時・発熱時(とんぶく)3回分に変更となった。	体重の確認を毎回行っているため、処方の間違いに気付くことができた。	体重による処方監査を徹底する。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名カロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
204	耳鼻咽喉科よりアスベリン散10%0.2g、カルボシステインドライシロップ50%「タカタ」0.6g、レベニン散2.5g1日2回朝食後5日分、クラバモックス小児用配合ドライシロップ1.5g1日2回朝食直前の処方あり。お薬手帳にて、小児科よりカルボシステインドライシロップ50%「タカタ」、フルスマリンAドライシロップ小児用1.5%、ホクナリンドライシロップ0.1%小児用処方あり服用中であることが判明。照会にてアスベリン散10%、カルボシステインドライシロップ50%「タカタ」削除となった。	医療費がかからないこともあってか、小児科と耳鼻科の両方を受診する場合が少なくないため、他科受診の確認を行うよう注意している。	小児の家族に対し、他科受診がある場合は、お薬手帳を活用し重複投与を防止するよう繰り返し説明する。	その他処方時の確認不足	処方された医薬品 販売名アスベリン散10% 販売名カルボシステインDS50%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
205	定期処方でユリーフ服用中の方に、臨時でカフコデの処方あり。ご本人に確認したところユリーフは前立腺肥大で服用中とのこと。疑義照会を実施したところ、カフコデ→メジコンに変更となった。	ユリーフとカフコデの処方医は同じ医師であったが、ユリーフ服用中であることを見落とした可能性がある。	臨時で処方があった場合、定期薬との飲み合わせに注意する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名カフコデN配合錠 変更になった医薬品 販売名メジコン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
206	エリキユース錠5mg 1回1錠 1日2回朝・夕食後の処方。投薬時体重を確認したところ55kg、80歳代のため、減量の必要あり。疑義照会後、エリキユース錠2.5mg 1回1錠 1日2回朝・夕食後の処方に変更となった。			その他不明	処方された医薬品 販売名エリキユース錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
207	処方名「一般名」バラシクロビル錠500mg6T 分3毎食後5日分とアラセナA軟膏6gだったが、抗ウイルス薬の内服と外用の併用は保険が通らないので、TELにてフェナゾール軟膏に変更になった。	調剤した薬剤師、処方元の先生の知識不足	他の薬剤師も知らなかったため、情報を共有した。	知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アラセナA軟膏3% 変更になった医薬品 販売名フェナゾール軟膏5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
208	以前より当薬局ご利用の患者。脳神経内科にてテグレート錠200mg2錠分2、デバケンR200mg3錠(2-1)の処方落ち着いていたが、入院中に他科にてテグレート細粒50%0.4g分2に減量、バルプロ酸ナトリウムSy5%12ml分2(3-4)の剤型になっていた。しかし、退院後に脳神経内科にかかった際に以前の処方に戻っており、それでよいと判断したがやはり疑義照会を行ったところ、脳神経内科の医師は入院中に減量になったことを知らずに処方していたことが判明。減量で問題無ければ減量した用量で続けて欲しいとのこと処方変更となった。また、剤型も細粒とSyをご希望されたため、剤型も変更となった。	同じ病院内であったため、脳神経内科の医師も当然他科で入院し、その際の処方量についても把握していると思っていた。	同じ病院内であっても医師が違う場合には必ず変更点を把握しているか、確認を怠らないこと。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名テグレート錠200mg 販売名デバケンR錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
209	定期的に総合病院に通院されている患者。内科より糖尿病性神経障害にサインバルタカプセル20mgを処方されたが、別の曜日に脳神経外科でうつ病に対して定期薬でトレドミン錠15mgを処方されていた。SNRIとして重複していたので疑義照会したところ、リリカOD錠25mgに変更になった。	電子カルテ上は他科にかかっていることはわかるが、他科の薬が常時閲覧できる状態にないとのこと。医師による併用薬確認不足。○処方医薬品の多さ		確認を怠った	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg 変更になった医薬品 販売名リリカOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
210	耳鼻科よりセレスタミン配合錠1錠1日1回就寝前7日分の処方あり。お薬手帳より、神経内科からプレドニゾン錠5mgの処方あり服用中であることが判明。疑義照会にてセレスタミン配合錠中止となった。	診察時、併用薬については何も聞かれず、お薬手帳も提示しなかったとのこと。	薬局だけでなく、受診の際にはお薬手帳を提示するよう伝えた。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
211	ロキソニン錠60mg1錠疼痛時・発熱時(とんぶく)5回分の処方あり。初回インタビューでロキソニンにてむくみの副作用歴があるため、疑義照会。カロナール錠200mg2錠に変更となった。	初回インタビュー時で副作用歴がある場合は薬歴の表紙に記入していたため、気付くことができた。	監査投薬の際に、以前の記録の確認を徹底する。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
212	皮膚科よりタリオンOD錠10mg2錠1日2回朝夕食後5日分の処方あり。お薬手帳の提示はなかったが、インタビューにて花粉症でザイザル錠を服用中であることが判明。疑義照会し、タリオンOD錠削除となった。		お薬手帳を作成。受診の際には毎回提示するよう伝えた。	その他診察時の確認不足	処方された医薬品 販売名タリオンOD錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
213	前回服薬指導時 プレドニン錠5mg 1錠 プレドニゾン錠1mg 3錠 服用しており、減量していく予定を確認していた。処方受付時、プレドニン錠5mg 1錠 プレドニゾン錠1mg 7錠処方されており、薬剤服用歴を確認した当事者薬剤師が前回聞き取り内容とつじつまが合わない事に気が付き、疑義照会を実施 プレドニゾン錠が7錠でなくて2錠であったことが判明した。処方医は7mgに減量する予定だった事を確認した。	○医師処方の際に、プレドニン5mg錠とプレドニゾン錠1mgの記載があったが、プレドニン錠5mgに気が付かず処方量を変更してしまったものと思われる	症状の聞き取りと処方用量の妥当性を薬剤師が判断をし、薬剤服用歴に残していく事で誤処方防止につなげる	判断を誤った	処方された医薬品 販売名プレドニゾン錠1mg(旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	入院しており退院後久しぶりの来局。退院時処方がお薬手帳に記載されていたため今回の処方と内容を照らし合わせたところ、該当医薬品の用量が減量していた。患者に確認したところ診察時に薬の変更は聞いていないと回答あり。疑義照会したところ処方せんの用量の記載に誤りがあり、処方変更となった。疑義照会しなければ期待した効果が得られなかった可能性がある。	病院でも退院時処方の内容をお薬手帳に記載しており、患者が忘れずにお薬手帳を持参したため、今回の誤りに気づくことが出来た。入院、退院などの際にお薬手帳が薬学管理に非常に役に立つと実感出来た事例であった。		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名エチゾラム錠1mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
215	体重よりも少なく処方されていたため疑義照会を行った結果、ワイドシリン20%と10%の規格を間違えたと言われた。	○単純なミス	疑義照会によって正しい用量に変更になったため今後も継続する。	医薬品	処方された医薬品 販売名ワイドシリン細粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
216	定期処方にレバミド錠100mg 3錠 毎食後 を服用中の患者に、化膿を抑えるためフロモックス錠100mg、ロキソニン錠60mgのほかに、レバミド錠100mg NP 3錠 毎食後 5日分。重複のため疑義後削除となる。	医師がカルテを熟読していなかったため。	処方監査の徹底を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名レバミド錠100mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
217	以前クラビット錠を服用時、ひどい下痢を起こしていた事が薬歴に記載されていた。今回クラビット錠500mgが膀胱炎で処方された。患者に確認後、疑義照会をし、パナシ錠100mgに変更になり、ピオフェルミンR錠が追加となった。			その他プレアポイドのため該当なし	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg 販売名- 変更になった医薬品 販売名パナシ錠100mg 販売名ピオフェルミンR錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
218	怪我をしている患者にオーグメンチン配合錠125SS 3錠 毎食後 7日分の処方。用量は1回2錠を3~4回で過少投与の疑い。疑義後、オーグメンチン配合錠125SS 6錠 毎食後 7日分に変更となった。腎・肝機能に問題なしの患者であった。	医師が用法用量について把握していなかった。	処方監査の徹底を行いたい。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名オーグメンチン配合錠125SS	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
219	怪我をしている患者にオーグメンチン配合錠125SS 3錠 毎食後 5日分の処方。用量は1回2錠を3~4回で過少投与の疑い。疑義後、オーグメンチン配合錠125SS 6錠 毎食後 5日分に変更となった。腎肝機能正常患者であった。	医師が用法用量の確認を怠っていた。	処方監査を徹底したい。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名オーグメンチン配合錠125SS	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
220	高尿酸血症の治療でユリノーム錠25mg 3錠 毎食後で服用している患者に、ザイロリック錠100mg 2錠 朝食後が処方された。患者は薬を変えたと聞いているとの事なので、疑義照会。ユリノーム錠削除となり、処方入力消し忘れだったとのこと。	処方の追加、変更の際の処方入力の間違い。	あまり見ない組み合わせで処方された場合や患者の話と異なる場合には念のためでもいいので疑義照会を行う。	その他処方医の確認不足	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
221	処方箋にクレステールOD錠2.5mgの記載があったが、患者が違う薬を飲んでしていると判断する。疑義照会したところ、リハロ錠1mgだった。	一度、閉院したクリニックが再開した。その際にデータの引き継ぎがうまく行っていないようで、他患者でも問合せを行うことがあった。前回は初来局の患者であった。その際は錠剤の薬は手持ちがあったため処方されておらず、本人も薬剤名称が分からずかつ手帳を持っていなかった。	お薬手帳を作成し、持参をお願いする。	その他患者の転院	処方された医薬品 販売名クレステールOD錠2.5mg 変更になった医薬品 販売名リハロ錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
222	本日、皮膚科に蜂窩織炎で受診。ユナシン錠が処方された。当患者の副作用歴(2015年)に、ユナシンで発疹と記録あり、処方医に疑義紹介。ユナシン錠→ホスミン錠へ処方変更となった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ユナシン錠375mg 変更になった医薬品 販売名ホスミン錠250	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
223	3歳、体重14.5kgの患者に、カルボシステインロップ5%テバ 15ml 毎食後 3日分の処方。カルボシステインは30mg/kg/dayを計算すると8.7ml/dayで過量投与。疑義後、カルボシステインロップ5%テバ 9ml 毎食後 3日分に変更となる。	医師の用量計算のミス。	体重監査の徹底をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名カルボシステインロップ小児用5%「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
224	3歳の男の子。目に傷がついているという症例に対して普段使われないフルオロメトロン点眼液0.1%が処方されていた。同じ0.1%で目の傷に対してよく使われるヒアロンサン点眼液0.1%の間違いでないかどうか疑義照会を行ったところその通り、フルオロメトロン点眼液0.1%→ヒアロンサン点眼液0.1%へ変更となった。	病院側で処方入力時打ち間違いがあった。傷や赤みに対してフルオロメトロンが使われることもあり、また%も同じであったので勘違いもあったと推測される。○単純なミス○焦り○注意力散漫	処方内容と患者状態が妥当であるか確認の徹底。医療機関側の入力ミスで疑義照会が発生した場合、疑義照会とともに医療機関側へ注意喚起を行う。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フルオロメトロン0.1%点眼液T 変更になった医薬品 販売名ヒアロンサン点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
225	1か月前からツムラ桂枝朮甘湯エキス顆粒、ツムラ芍薬朮甘湯エキス顆粒、コタロー黄連解毒湯エキスカプセルの3種類を服用し続けている患者が来局した。処方監査、調剤を終え、ツムラ桂枝朮甘湯エキス顆粒、から芍薬朮甘湯エキス顆粒への変更であることを鑑査時に把握して投薬をした。投薬時に、患者から「いつものピンク色の薬(芍薬朮甘湯39番の包装)ではないんですね。おかしい。今日は先生と薬が変更したとかは聞いていない。」とおっしゃった。薬剤師が疑義照会の電話をかけた所、芍薬朮甘湯ではなく桂枝朮甘湯への処方変更となった。病院の入カミスだった。	類似医薬品名による入力ミス。	投薬時に、前回処方との変更を聞いているか患者と確認してお渡しする事で防ぐことができる。	コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ芍薬朮甘湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ桂枝朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
226	0歳の子にザイザルシロップが1日2回で処方。添付文書では1日1回だったため疑義照会にて正しい用法に変更。	年齢によって用法が変わる為、不備が起きやすい。		コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
227	ガスロンNOD2mg、アシンノン75mgが処方されていた。併用にマーズレンS、タケキヤブ(20)の処方があったため疑義照会し、アシンノンは中止となった。症状が悪化していた為、検査までの間、マーズレンSとガスロンNは重複しているが服用して様子見をするようにとの指示があった。			その他プレアボイドのため該当なし	処方された医薬品 販売名アシンノン錠150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
228	以前よりオルベスコ吸入を使用の患者。コンプライアンス不良で残薬あり、前回まで他の吸入・内服のみでオルベスコ処方なし。薬歴をもとに本人に確認したところ、今回は手持ちが終わり再処方を相談したとのこと。処方箋に記載しないため照会し、以前と同じ用法用量で再開となった。	患者本人のコンプライアンス不良及び処方箋の記載漏れ	患者のコンプライアンス改善に資するため、薬歴に基づく確認が正確に行えるよう、次回確認すべき点を押さえた記載を心がけることを薬剤師間で申し合わせた。	患者側	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名オルベスコ200μg吸入ヘラ-56吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
229	めまいのときベタヒスチン錠・アデホス顆粒の処方あり。残薬調整でしばらくベタヒスチンのみの処方だったが今回アデホス手持ち終了。診察時伝えてあるとのこと。照会。アデホスが以前の用法用量で追加となった。	診察時のコミュニケーション、処方箋記載漏れ。	患者からの状況聴き取り、薬歴をもとにした残薬確認をしっかりと行うことを申し合わせた。	その他処方せん記載漏れ	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名アデホスコアワ顆粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
230	一包化の患者でハイボン錠20mgとミオナール錠50mgが中止されていたので、調剤前に薬が中止になっていることを聞いているか患者に確認すると、何かを減らして痛み止めを強いのにすると聞いたと言われた。痛み止めのセレコックス錠100mgは前回のままだったので、変更内容はこれでいいかと問い合わせた。その結果、セレコックス錠100mgをロブ錠60mgに変更と返答があった。	患者には説明していたが、カルテの記載を変更していなかったよう。	患者の話と処方内容が一致しなければ問い合わせる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名ロブ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
231	痛みのため紹介されて、麻酔科ペインクリニックを初めて受診。受診後リリカ75mg1capが記載された処方せんを持参された。本人がリリカ75mg2capで副作用のふらつきが出て中止したことがあると伝えため、処方医は75mgを1capから開始するよう処方したが、薬局では以前リリカ25mg2capでもふらつきが出て継続できなかったとうかがっていたため処方医に疑義照会し、規格を変更しリリカ25mg1capから開始することになった。	転院したばかりで処方医に副作用情報が正確に伝わっていなかった。また、患者本人による処方医への情報伝達が間違っていた。薬局では調剤した内容以外にもお薬手帳に様々な情報を記載していることが医師に十分に浸透しておらず、処方医がお薬手帳の副作用情報の確認を行わなかった。	薬局でもお薬手帳に様々な情報を記載していることを患者本人にも伝える。さらに医師にもお薬手帳を確認していただくよう周知徹底する。	その他周知不足	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
232	スピリーバ吸入用カプセル18μg(7カプセル)28枚(処方内容)28カプセルで調剤交付していたが会計は196カプセルで処方箋通り計算していた。投薬時に会計がいつもより高額だったため患者の指摘により判明。今まで通りの量で処方されると患者は医師に聞いていたとのことと今までの4枚(28カプセル)で疑義照会し変更となった。		外用の処方量は剤形によって異なるため注意するようにする	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名スピリーバ吸入用カプセル18μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
233	一般名ファモチジン口腔内崩壊錠が処方されている患者にガスターDでのアレルギー歴があった。問い合わせをし、プロテカジンに処方変更となった。			その他病院でのアレルギー歴の管理方法 医薬品	処方された医薬品 販売名ガスターD錠10mg 変更になった医薬品 販売名プロテカジン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
234	オーグメンチン配合錠250RSが処方された患者のアレルギー歴にペニシリンアレルギーの記録あり。念のため問い合わせをした結果、オゼックス錠150mgに変更になった。			その他アレルギー歴がだいが昔だった 医薬品	処方された医薬品 販売名オーグメンチン配合錠250RS 変更になった医薬品 販売名オゼックス錠150	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
235	アスベリンシロップの1日量24mLと1回量24mLの間違え。	単純なミス		判断を誤った	処方された医薬品 販売名アスベリンシロップ0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
236	門前クリニック外来の処方箋を持って薬局。処方「リリカカプセル75mg 1C」と「リリカOD錠25mg 14T」の処方があった。疑義照会を行ったところ、「リリカOD錠」はDrの手入力によるミスで「リリカカプセル25mg 1C」の誤りであることが判明した。	おそらくクリニックでリリカOD錠の採用がまだなく、Drが手入力で処方を入力した結果、存在しない薬剤が処方せんに載ってきたと思われる。さらに1日用量も入力も誤っていた。	用量チェックと共に、薬剤名も正しいものか確認を徹底する。	その他Drの処方入力ミス	処方された医薬品 販売名リリカOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
237	虫刺されによりボララミンとマイザ一軟膏処方あり。薬歴のシステムにて線内障の治療中、抗コリン剤禁忌を表示するように設定していたが、警告文が表示され、疑義照会に至り変更になった。	患者側が自己の疾患を把握していなかった為、医師側に説明していない事で、医師側も知らずに禁忌薬を処方してしまった。	他院の治療中の、自己の疾患は医師に伝えるように指示。	医薬品	処方された医薬品 販売名ボララミン錠2mg 変更になった医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
238	不整脈が治まらないのでピルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「日工」からメキシレチン塩酸塩カプセル50mg「サワイ」に変わっていたのに、再度ピルシカイニドが処方されていた。前回は1日3回で出していたレバミド錠100mg「EMEC」も1日2回に戻っていたので問い合わせた。対応してくれた事務員も患者が「また出ているのか」と言っていたので、カルテの指示は間違いはないが医師に確認してみますと言ってくれて確認してもらった結果、ピルシカイニドは中止になった。レバミドは患者に1日3回で飲んでることを確認し、1日3回に変更してもらった。	処方を変更したことを記載していないのか、以前の処方内容で処方されていた。レバミドは不整脈の薬とセットで出されていたので、1日2回のピルシカイニドを出したので2回になってしまっていた。	処方変更したのに、元に戻った場合は間違いはないか確認する。	確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品の情報 販売名ピルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「日工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
239	処方内容が大幅に変わっていたので間違いはないか問い合わせると間違いはないとの返答だったので調剤し、患者に変更を説明していると言われたので再度ワーファリンは中止で間違いはないか問い合わせた。循環器の医師の指示だが、その医師がいないので変更意図が不明で、今回は処方変更せず今までの処方に戻すと言われ、処方箋が差し替えられた。	シベノー・ミオナール・デバス・ナウゼリン・ムコスタ・ワーファリンが中止になっていたので問い合わせたが、具体的な薬品名を言わずに問い合わせたので事務員がカルテの記載と間違いはないので間違いはないという返答だった。大幅な変更にもかかわらず患者に説明がなかった。循環器の医師は週に1回だけ診察しており、毎週火曜日だが、来週の診察が急に中止になったので来週に受診予定の患者にも連絡して受診してもらったと聞いていたので、受診しなかった患者の指示だけを循環器の医師がしていたのかも。	処方内容と患者の話が食い違う場合は確認する。	確認を怠った 連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品の情報 販売名- 変更になった医薬品 販売名シベノー錠100mg 販売名ミオナール錠50mg 販売名デバス錠0.5mg 販売名ナウゼリン錠10 販売名ムコスタ錠100mg 販売名ワーファリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
240	セチリジン塩酸塩錠10mg「MNP」とボララミン錠2mgが出ていたが、患者から1種類しか飲まないと言われているとの申し出があり問い合わせた。前回通りで処方したそうだが、ボララミン錠が中止となった。	前回は院内処方2種類処方されていたが、医師がボララミンを一応出すのでかゆみが強ければ飲んでいいが、セチリジンだけのほうがいいと思うと話したそうで、患者はボララミンは飲んではいけないと受け取りボララミンを全く飲んでいなかった。前回の指示内容が記載されていたのか、単にD ₀ 処方されていたので患者は飲んではいけなかった薬が出たと思ったよう。		確認を怠った 記録などに不備があった 患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品の情報 販売名ボララミン錠2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
241	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(2.5g/包)3包 分1 朝食後と処方がありました。1回量が多いので疑義照会を行ったところ、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(2.5g/包) 1包 分1 朝食後に変更になった。	詳細は不明だが、医師が処方入力操作を誤った可能性ある。	処方監査時、1回の用量が多いときは疑義照会を行う。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品の情報 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
242	定期処方、通常は「アマリール1mg 1錠 朝食後 水曜日、金曜日以外」とあるのだが、今回は「アマリール1mg 1錠 朝食後 水曜日、金曜日」と処方あり疑義照会を行った。結果「アマリール1mg 1錠 朝食後 水曜日、金曜日以外」に変更になった。	詳細は不明だが入力時コンピューター操作を誤った可能性。	前回の処方内容と今回の処方内容を比較し、疑問があれば疑義紹介を行う。	技術・手技が未熟だった コンピュータシステム	処方された医薬品の情報 販売名アマリール1mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
243	「ユーゼル錠25mgとユーエフティ配合カプセルT100 毎食後」と処方あり。毎食後だと効果が減弱するため疑義照会を行った。結果は「食前、食後1時間避けて8時間おき」と用法変更になった。	詳細は不明だが、薬の用法を勘違いしていた可能性が考えられる。	処方監査時に添付文書を用いて用法の確認を行う。	技術・手技が未熟だった コンピュータシステム	処方された医薬品の情報 販売名ユーエフティE配合顆粒T100 販売名ユーゼル錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
244	緑内障治療の患者。キサラタン点眼液の処方。いつもは右目のみ。今回は両目の指示であったため、患者に確認したところ、病状に変化はなく、医師からも説明は何もなかった。疑義照会。用法が両目から右目に変更。	医師の処方せん記載ミス。	処方監査と患者への聞き取りの徹底を行う。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品の情報 販売名キサラタン点眼液0.005%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
245	インスリン用量変更(減量)不備による疑義照会:投薬時に減量の旨を患者から情報収集し疑義照会により変更する	前回と同じ用量にて処方箋記載、違和感などは無く投薬時に患者からの情報にて対応する。	インスリン用量などは変更こなしも患者確認を確実に実施する。	その他前回DO処方であった	処方された医薬品の情報 販売名ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
246	用法間違い: マリゼプ25mg、1週間に1錠服用へ変更(処方記載は連日服用)	比較的新しい薬のため、医師の処方例不足による用量理解不足	処方頻度が低い薬剤など適正な用法・用量を確認し薬剤交付する。	その他医師の用法理解不足	処方された医薬品 販売名マリゼプ錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
247	他院でロブ錠60mgが処方され、服用中の患者にロキシニン錠60mgが処方。重複する為疑義照会した所、ロキシニン錠60mgが削除となった。	処方元が患者の併用薬について確認していなかったと考えられる。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名ロキシニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
248	眼科の処方せんを受付。処方内容はネバナック点眼液とフルメトロン点眼液0.1%。ネバナック点眼液の適応は「内眼部手術における術後炎症」。手術をするのか患者に症状を伺うと、ものもらいと医師に言われたとのこと。疑義照会にて処方内容を確認した所、ネバナック点眼液ではなく、トスフロ点眼液の間違ったことがわかった。			その他病院の処方ミス	処方された医薬品 販売名ネバナック懸濁性点眼液0.1% 変更になった医薬品 販売名トスフロ点眼液0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
249	患者が整形外科の処方せんを持って来局した。処方せんには「【般】ロキソプロフェンNa錠60mg、3錠/分3毎食後、7日分」と記載されていた。投薬時に患者より腎機能が悪化し他の医療機関にて透析の話も出ているとの申し出があったが、整形外科の医師には伝えていないとのことであった。ロキソプロフェンは重篤な腎障害のある患者には禁忌である為疑義照会したところカロナール錠200mgに処方変更された。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名【般】ロキソプロフェンNa錠60mg 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
250	当薬局で耳鼻科初処方の方。副鼻腔炎ということで、治療の一環で抗生物質のグレースビット(50mg)錠が処方された。(その他数種薬剤あり)服薬指導にて、今回の耳鼻科に受診する前に別の耳鼻科にかかっていたが改善が見られず病院を変更したということ聞き取り。前医にて服用していた薬があったかを聞く、薬剤情報文書を出された。服薬期間は8日間で、昨日で服薬を終了したとのこと。こちらでも抗生物質が処方されておりトスフロキサシン(150mg)錠を8日間服用していた。前医の処方薬については、今回の医師には伝えていないということだった。グレースビットと同系統の抗生物質にてすでに8日間治療を、改善が見られていないことから今回グレースビットを使用することに疑義を生じたため医師に問合せ。前医の経緯を伝えたところ、アモキシシリン(250mg)4C/日を1日2回に分けて服用するよう処方指示変更となった。 →背景・要因欄へ	○作業手順の不履行・○焦り…当時は病院が非常に混み合っていたと患者より聞き取り。医師に遠慮して前医の処方方を伝えられなかったとのことだった。医師側も、ニューキノロン系薬剤は濃度依存性でその効果を発揮するが、その他の特にペニシリン系・セフェム系抗生物質に関しては時間依存性で効果を発揮するという認識が一時抜けていた可能性がある。 →アモキシシリンは系統は違うものの本来は1日3回で服用するのが基本であり、薬も効果も時間依存性であるため2回の服用ではなく3回の服用が良いと考えられるため再度疑義。医師は薬量を4C/日くらいにしたいため1日2回服用を指示したとのことであった。アモキシシリンやセフェム系薬剤は薬効が時間依存性であり、一回量を増やすよりは継続的に服用することで本来の抗生物質としての効果を発することを医師に説明。結果的にメイアクトMS(100mg)3T分3の処方に変更となった。	病院の混雑により、医師に伝えることに遠慮を感じることがあるかもしれないが、同じ症状で別の病院にかかっていた場合はその時の治療を伝えることで、医師が反映させより良い医療を提供できるようになることを説明した。こちらとしても、耳鼻科の場合は急性期症状で受診するため、同じ症状で別の病院で治療を受けていて転院してきたということが考えより抜けてしまいがちだが、必ず同症状での治療の有無を確認することが必要ということ改めて周知徹底した。	確認を怠った 報告が遅れた(怠った) 記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名グレースビット錠50mg 変更になった医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
251	臨時処方でザイザル錠5mgが追加となったが、他院でエビナスチン塩酸塩錠20mgを服用中だったため、疑義照会。ザイザル錠5mgが処方削除となった。	処方元が患者の併用薬を把握していなかったと考えられる。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
252	患者は带状疱疹でバルトレックス錠500mg6錠分3毎食後5日分処方される。4日後に再診しバルトレックス錠500mgが7日分処方される。带状疱疹では通常7日間使用なので疑義照会したところ、2日分に変更になる。	医師より間違っって入力したとのこと。带状疱疹で7日間使用することは理解されていた。○単純なミス 添付文書より重要な基本的注意(5带状疱疹の治療においては、本剤を7日間使用し、改善の兆しが見られないか、あるいは悪化する場合には、他の治療に切り替えること。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
253	他病院でカロナール、レバミピドを服用中の患者(お薬手帳より)にセレコックス、レバミピドが処方されたため、疑義照会により処方削除となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名レバミピド錠100mg「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
254	急に眼圧が上昇し、他の眼科から当該処方箋発行医療機関眼科へ紹介された患者。医師よりダイアモックス錠とともにカリウム剤を処方する、との話が患者にあったが、カルシウム剤が処方されていたため、疑義照会となった。	処方箋発行時、医師が薬品名の検索を頭文字3文字で行い、アスバラカリウム錠を選択すべきところアスバラCA錠を選択し、そのまま処方箋が発行されてしまったものと思われる。アスバで検索される、処方医薬品の多さ	同様の事例が続くようであれば、当該医療機関に対し、再発予防の申し入れを行い、薬品選択時に注意喚起を促す処置を行ってもらう。薬局では、薬剤交付時の患者からの聞き取りを丁寧に行い、処方内容に疑義が生じた場合は疑義照会を行う。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アスバラCA錠200 変更になった医薬品 販売名アスバラカリウム錠300mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
255	以前タリオンで、効果不十分で症状悪化のため中止したことがあったが今回処方となっていた。ぎざでアレグラ錠に変更になった。	単純なミス		判断を誤った	処方された医薬品 販売名タリオンOD錠10mg 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
256	抜歯後の患者。数ヶ月前に同様の抜歯の処置を行い、セフトレンピボキシル錠が処方された。その際、口内炎を発症。今回は、抗生剤を変えろという医師の話が患者に対しあったが、今回の抜歯後も、前回Do処方であったため、疑義照会を行った。疑義照会により、セフトレンピボキシル錠から、クラリスロマイシン錠へ処方変更となった。	セフトレンピボキシル錠による副作用と思われる口内炎が発症したが、処方内容の変更には反映されず、前回Do処方でも処方箋が発行された。副作用の記録が漏れたか、処方変更漏れの単純なミス	副作用の有無を聞き取った際には、確実に薬歴へ記録を残す。特に、副作用有り場合は、患者基本情報の副作用欄へ記録し、同様の処方が出た場合に処方鑑査で気づけるようにする。また、お薬手帳の副作用欄にも記載し、患者に他の医療機関受診の際には、副作用情報を伝えるように指導する。	確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名セフトレンピボキシル錠100mg「トローワ」 変更になった医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
257	自己免疫疾患で、プレドニゾン、エディロール、タクロリムス、マーズレンSを服用していた患者。妊娠が分かったため、医師と相談し、タクロリムスが中止となった。他の薬剤は継続して大丈夫か？と、患者より質問あり、確認したところ、エディロールも妊婦には禁忌となっており、疑義照会を行った。疑義照会の結果、エディロールは処方削除となった。	タクロリムスが妊婦には禁忌であると、医師は理解していたが、エディロールも妊婦には禁忌であるとの知識がなかった。判断の誤り。	処方変更があった場合、なぜ処方が変更となったのか聞き取りを行い、その理由を確実に薬歴に記録する。妊娠については、何過目であるかも確認し、出産後の授乳期間についてもフォローできるように薬歴に出産予定日も記録。処方鑑査時に患者情報が確認できるようにする。また、お薬手帳へも妊娠、処方削除の旨を記録し、他の医療機関受診時に、見せるよう患者に指導する。	判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
258	15歳の患者にカロナール200mgが処方されていた。15歳では200mgだと過量投与になる可能性があるため疑義照会をかけて300mgに変更。		薬の量が成人量に満たない患者は錠剤であっても毎回用量を計算すること。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
259	デパケンR200mg 3錠分3毎食後での処方。「R」は半減期長いため、通常1日1~2回での服用のため、疑義照会。デパケン錠200mgに変更となった。	デパケンR錠200mg 3錠分3で処方あり。SGをずっと飲んでしたが、漫然と続けるのはいけないとのことで、SGと交互に使うよう指示され処方されたとのこと。SGを3回飲まれているため、同じ回数での服用のほうがわかりやすいとの判断から、デパケンRを2回にかえていただくのではなく、3回服用できるデパケン錠200mgへの変更を提案した。	患者が、頭痛がひどくとにかく早く薬をもらって帰りたいとの要望があったものの、そのような場合でも、患者への健康被害を発生させないためにも、毅然とした態度と、丁寧な説明にて、お時間をいただくことを了承いただくよう、最善をつくす。	その他患者様が具合が悪く早く帰りたいとの申し出あり	処方された医薬品 販売名デパケンR錠200mg 変更になった医薬品 販売名デパケン錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
260	整形外科の処方、当薬局でお渡ししたことのある、医薬品5種以外に、ポルタレン、ミオナール、ノイロピタンの処方あり。調剤の際には気づかず、投薬の際に、医薬品の説明をしながら、「もしかして?」と感じ「今日はビタミンのお薬処方されるというお話はありましたか?」と伺うと、『ビタミンとは聞いてない。以前3種類だしてもらったことあるが、こんな色ではなかった気がする』とのことだったので、疑義照会して、ノイロロピンと確認。		よく応需する処方せんの場合は、処方の特徴などがあるため、わかりやすいが、今回のように、あまり応需したことのない処方せんの場合、ノイロピタンにも「関節痛」などの適用があるので、難しいが、患者からの聞き取りなので、薬剤師として判断しなければならぬときがあると痛感しました。	その他あまり受けにくい処方せんであった。	処方された医薬品 販売名ノイロピタン配合錠 変更になった医薬品 販売名ノイロロピン錠4単位	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
261	前回、あとでアーガメイトゼリーを処方し忘れたので追加してほしいと連絡があったが、セララが処方されていたのでカリウムが高いのであればセララを中止したほうがいいのではと問い合わせるとセララをダイエットに変更すると記載していたが、処方変更していなかったため次回セララをダイエットに変更する為、今回はそのままと聞いていたが、今回、処方変更されていなかったため問い合わせた。しばらく時間がかかってセララを中止とだけ返答があって、ダイエットは出さなくていいのかと再度問い合わせるとダイエット60が追加となった。	前回、処方変更を忘れていたのに、また処方変更を忘れていたのでカルテの記載が分かりにくいものなのかも。	次回変更となっている場合、確実に変更されるかチェックする。	確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名セララ錠50mg 変更になった医薬品 販売名ダイエット錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
262	2歳の小児にエピナスチン塩酸塩DS1%小児用「日医工」一日一回寝る前0.05g服用の処方が出ていた。年齢に対して用量が少なかったため、疑義照会をした結果、0.5gへ変更になった。	処方せんに不備があった		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名エピナスチン塩酸塩DS1%小児用「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
263	ロキソニンテープ100mg7枚/P 22枚での処方となっております。1P7枚入りですので、処方医に確認した所28枚へ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニンテープ100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
264	シュアポスト錠0.25mg 4錠 1日3回 朝・昼・夕食直前 6日分の処方がありました。これ以上の飲み方が不明の為、処方医に確認をしました。結果、朝1錠・昼2錠・夕1錠という事でした。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名シュアポスト錠0.25mg 変更になった医薬品 販売名シュアポスト錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
265	モーラステープL40mgが同日に、代謝内科より56枚、整形外科より70枚処方があった為本日からテープ追加になった代謝内科へ問い合わせをし、56枚処方削除してもらいました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名モーラステープL40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
266	エビプロスタットDが一般名にて処方された。(処方内容)オオウメガサソウエキス1.0mg・ハコヤナギエキス等配合錠 6T分3毎食前 14日分。GE希望のためエルサメットSにて調剤。エルサメットSは3T分3の製品。監査時に気付かず、投薬時に用量多い事に気付く疑義。3T分3の処方に変更となった。	一般名処方だったため、エルサメット配合錠かエルサメットS配合錠かに気が行ってしまい、用量の確認が不十分になってしまった。また、エビプロスタットDが販売される前はエビプロスタット配合のみであり、用法が6T分3であったため、思い込みがあった。	規格が2剤あり、かつ用法・用量が異なるものは確認を行う。	確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エルサメットS配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
267	当該患者にPL処方あり。この方は前立腺肥大の治療中。疑義照会を行いました。	電子薬歴には前立腺肥大の治療中の旨は記載済みであり、登録してあるため、PLが処方された場合は警告を促すシステムとなっております。	今後も、前立腺肥大や緑内障など、個々の疾病は登録して、未然に防ぐ方針です。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
268	2歳の小児にフロモックス小児用細粒10%が1日量2.3g分3で処方されていた。調剤者は体重を確認せずに調剤にとりかかってしまった。調剤中に鑑査者が体重確認をしたところ13Kgで、この処方量では体重25kg相当量であった為、疑義照会したところ、1.2g分3へ処方変更となった。	薬局内が混みあっていたこともあり調剤者は体重確認を後まわしにしてしまった。また兄弟(7歳)がいたためクリニックで誤って兄弟の体重の用量で処方してしまったことが考えられる。	薬局の状況にかかわらず、体重確認・用量換算を必ず行ってから調剤にとりかかる。このルールを徹底する。また処方元のクリニックは小児が多くない為、参考として小児量換算表をクリニックにお渡しする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
269	眼科にかかられている患者に、日点アトロピン点眼液0.1% 1日2回 両目の処方。患者が「いつもと同じ」とお話ししてきたため、薬歴を確認したところ、前回は1日1回 寝る前 両目 となっていた。用法用量は、1日1~3回 1回1~2滴だが、患者から用法の変更は聞いていないとのことだったので、疑義照会。用法が1日1回 寝る前 両目に変更となった。	医師の処方せん記載ミス。	処方監査を徹底したい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名日点アトロピン点眼液1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
270	ネキシウムカプセル(20)1回1Cap1日2回朝食後で処方。薬剤師Aが調剤。薬剤師Bが入力内容が合っているのみ確認。薬剤師Cが監査。監査時、ネキシウムが1日2回で処方されていることに気がつき、用法用量について疑義照会。ネキシウムカプセル(20)1回1Cap1日1回朝食後へ変更となる。	ファモチジン(10)1回1錠1日2回朝食後を継続服用中の患者。今回よりネキシウムへ変更となっていた。薬剤師AもBも「ネキシウムが1日2回で処方されている」ことには気が付いていたが、そこに何も疑問を感じなかった。「ファモチジン→ネキシウム」へ変更とだけ確認し、その用法用量を確認していなかったことが原因。	日頃より頻用される薬品の用法用量は確認しておく。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
271	カルボシステイン服用で全身発疹の副作用既往歴ある患者。疑義照会の結果、カルボシステイン⇒ムコサールDSIに変更となった。	副作用の記録を見落とし、あるいは患者の伝え漏れ。	投薬時に薬歴の表書き確認を徹底。	その他副作用歴見落とし	処方された医薬品 販売名カルボシステインシロップ5%「タカタ」 変更になった医薬品 販売名ムコサールドライシロップ1.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
272	ビオフェルミンが処方された患者。同時にクラリッドが処方されたため、疑義照会した結果、ビオフェルミンRに変更となった。	ビオフェルミンとRの薬名選択間違い。	ビオフェルミン、R処方時の併用薬のチェックを怠らない。	その他薬名選択ミス	処方された医薬品 販売名ビオフェルミン配合散 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
273	ナウゼリン錠の出ている患者。(4歳)疑義照会の結果坐薬に変更になった。	処方箋入力時の選択間違いと思われる。	処方に疑問点や違和感があればもれなく疑義照会を行う。	その他剤形の選択間違い	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10 変更になった医薬品 販売名ナウゼリン坐剤10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
274	前回との変更点チラーヂン錠⇒1錠、アスバラCA1錠⇒2錠であったが、投薬時患者に確認したところ、Drからは前回と同じ処方と聞いていた。疑義照会の結果、前回と同じ処方に変更になる。	処方入力時に何らかのミスがあったと思われる。	投薬時の変更点の確認を徹底。	その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名チラーヂンS錠50μg 販売名アスバラCA錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
275	0歳の患者。フスタゾールが0.6g/日であったので、疑義照会の結果、0.6⇒0.06gに変更となる。	用量入力ミス	新規処方時の用量チェックを怠らない。	その他処方入力力量ミス	処方された医薬品 販売名フスタゾール散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
276	授乳中である患者に、12歳未満に禁忌となったフスコデ配合錠が処方されていた。処方医に疑義照会し、授乳中にも投与可能なアスピリン錠20mgに変更となった。	作業手順の不履行		確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名アスピリン錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
277	当該患者は3年前までリビトールを服用していたが血液検査にて検査項目(具体的な項目は不明)が上昇したため処方中止となっていた。今回、同一機関より血液検査にてコレステロール値が高くなっていたためリビトールが処方された。鑑査していた薬剤師は副作用歴でリビトールが記載されているので患者に確認を行ったが、以前リビトールが中止となったことを記憶されていなかった。リビトール再度処方でも問題ないか医療機関に疑義照会を行ったところ、リビトールからゼチーアに変更になった。	以前リビトールを服用されていた時期が3年前であった。詳細は不明であるが再度処方となってしまったようだ。	薬歴を活用し処方内容が正しいか判断する。	患者側 その他医療機関側	処方された医薬品 販売名リビトール錠10mg 変更になった医薬品 販売名ゼチーア錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
278	2日前、循環器にてGOT/GPT=56/71。同病院糖尿病内科受診。血液検査の結果GOT/GPT=215/137へ上昇し、内科へコンサルト。内科Drから患者へ「最近変わったことはあったか？」の質問に対し、脊椎脊髄外科よりリリカOD(25)2T2×MAが処方された旨返答。内科Drは、新規処方でも、急性薬剤性肝障害疑いにて、口頭にて患者に中止を指示。在宅訪問患者で、病院より処方せんFAXにて受付。(処方せんには中止指示など記載なし)→訪問看護師より、「一昨日でたリリカOD錠が中止になったので、抜いて欲しい」と連絡あり。実際は、脊椎脊髄外科からは、リリカcap(75)2c2×MA継続服用中、疼痛コントロール不良にて、昨日リリカOD(25)2T2×MA追加処方。内科Drは、リリカcap(75)を服用中のことは把握していなかった様子で、疑義照会にて、リリカcap(75)も中止指示あり。		他科含め中止指示があれば、処方せんに記載して頂く。	連携ができていなかった 通常とは異なる身体的条件下にあった 医薬品	処方された医薬品 販売名リリカOD錠25mg 販売名リリカカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果	
279	今回より一包化と指示が出た処方ではかの薬は28日分なのにレバミド錠100mg「EMEC」2T分2 23日分とリリカプセル25mg 1C分1 14日分のみ日数が違うので別でいいのかが問い合わせた。残薬があるので合わせて28日分になるように出したと返答があったが、残薬は受け取っておらず、残薬があるとの連絡もなかった。患者に残薬を持っているか確認すると分かれているレバミド錠100mg「サワイ」が10包(10T入り)、リリカOD錠25mgが9包(18T入り)、夕食後が1包(本日服用分)持参していた。他院の退院時処方ではレバミドは3T分3、リリカOD錠25は朝1T、寝る前2Tだったので処方変更するのか、リリカは残薬はOD錠で処方カプセルで、14Cと18Tを合わせて28日分にならないかどうするのか再度問い合わせた。結局、レバミドは2T分2へ減量し、残薬10Tと合わせると23日分間違いない、リリカは1T分1 28日分へ減量し、残薬がODなので処方もOD錠25mgに変更し、不足している10日分だけ処方された。	医師は残薬調整することをカルテには記載していたが薬局に連絡しておらず、患者には伝えていたのかもしれないが残薬を出すことも残薬調整することも申し出がなかったことで理解出来ていなかった。実際に出したい処方内容が不明で、残薬調整も間違っていたので混乱してしまった。リリカは残薬がOD錠なのにカプセルで出していたのでそのまま出していれば患者が混乱する恐れがあった。			連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(意った) 判断を誤った	処方された医薬品 販売名リリカカプセル25mg 変更になった医薬品 販売名リリカOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
280	ピラノア錠20mg 1錠 夕食後で処方。取り揃え前に用法が食後になっていることに気づき疑義照会。「空腹時」就寝前に変更となった。	他の抗アレルギー薬では食後で処方されることも多く、ピラノアの処方頻度は少ないので病院側も見落としてしまったのかもしれない。	用法に意味がある薬剤は全スタッフが把握し、早い段階で疑義照会する。最終鑑査では処方箋の内容をすべて読んで見直す。	その他病院側	処方された医薬品 販売名ピラノア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
281	『クレストール(5) 2錠分1 夕食後』という処方内容の投薬時、「これから増やしていかなければならない」と患者より申し出あり。前回の来局は約半年前、「1錠」であった。念のため医師に問い合わせたところ、『クレストール(5) 1錠分1 夕食後』に変更になった。			その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名クレストール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
282	「肺炎で前に飲んでた薬が発売中止になるから他の薬に変わった」という患者にエクセグラン(100)が処方されていた。以前、フオイバン(100)が処方されていたため、医師に疑義照会を行い、フオイバン(100)に変更となった。			その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名エクセグラン錠100mg 変更になった医薬品 販売名フオイバン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
283	他院にて前立腺肥大症の治療を受けている患者に対し【般】プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤が処方されていた。医師の疑義照会したところ、『ツムラ葛根湯エキス顆粒』に変更となった。			その他医療者側の問題	処方された医薬品 販売名トワチーム配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
284	風邪薬の処方箋を持って家族と薬局。お薬手帳で耳鼻科にてカルボシステイン錠(250)4錠 2x朝夕食後で長期服用中。この旨を風邪薬の処方医に連絡。(般)カルボシステイン錠500mg3錠 3x毎食後5日分は処方中止となり、耳鼻科の薬を継続服用の指示が出る。	病院にお薬手帳を提示したかは不明。薬局でお薬手帳を確認することにより、重複服用を防止できた事例		その他お薬手帳を確認する習慣	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
285	皮膚のかゆみでザイザル錠5mgを長期服用している患者。風邪をひいて鼻水がひどいためデザレックス錠5mgが処方。薬効が重複するため処方医に連絡。デザレックス錠5mg 1錠 1x夕食後 5日分は処方削除。	処方薬が多いと臨時処方でも重複する薬がでる場合がある。正確な処方監査が不可欠。		その他きちんとした処方箋監査	処方された医薬品 販売名デザレックス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
286	臨時処方。ミヤBM錠 6錠分3が処方。お薬手帳を確認したところ、他院でミヤBM錠 2錠分2服用中であったため疑義照会。4錠分3(朝食後1錠、昼食後2錠、夕食後1錠)へ変更となり、他院分と合わせて6錠分3となるように服用するようにとの回答であった。	病院ではお薬手帳を見せていなかったと考えられる。		確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
287	定期継続処方。メインテート錠2.5mg 1錠分1朝食後で服用されていた方。今回メインテート錠2.5mg 1錠分2へ変更となっていたが、ご本人が変更について把握されていなかったため疑義照会。変更はなく前回同様の処方とのことだった。	病院側がカルテ訂正する際に誤りがあったよう。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名メインテート錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
288	カルボシステイン錠500mg「トーフ」1T分1夕食後、アンプロキシソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」3T分3 毎食後でていたので、カルボシステインは通常1日3回で、1日1回のみ去痰剤ならアンプロキシソール塩酸塩錠45mgがあると問い合わせた。カルテにカルボシステイン錠と書いていたので事務員はそういった薬がないのでカルボシステイン錠500で用量を同じで入力したそうで、医師に確認してくれた。結局、アンプロキシソール塩酸塩錠45mg「サワイ」1C分1夕食後、カルボシステイン錠250mg 3T分3 毎食後に変更となった。	医師が手書きしたカルテの内容を事務員が入力して処方箋を発行する医療機関で医師の指示が間違っていたが確認せずに入力したので間違った内容で処方された。		確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アンプロキシソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」 販売名カルボシステイン錠500mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
289	ランソプラゾールOD(15)テバ処方あり。薬剤師が薬手帳より他院にてネキシウム(10)服用中であることに気付いた。処方医へ問い合わせ、ランソプラゾール削除となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
290	リマプロスタールファデクス(5)処方あり。薬剤師が薬手帳より他院でプロレナル(5)服用中であることに気付いた。処方医へ問い合わせ、リマプロスタールファデクス削除となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名リマプロスタールファデクス錠5μg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
291	足の痛みで整形外科受診により 痛み止めロキソプロフェンとレバミピドの処方箋を受け。お薬手帳を確認すると 内科でもレバミピドの定期的な服用をしている為 お薬の重複を防ぐ為今回は 整形外科へ疑義照会した。今回のレバミピドの処方は削除となった。	患者がお薬手帳を活用しており 他院の処方箋について把握できる状態であったので 今回 重複を防ぐ事ができた。	今後もお薬手帳の活用を広めると共に 手帳から得られる情報にしっかりと目を通していく。	その他お薬手帳の効果	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
292	ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」1錠夕食後 7日分で処方がありました。同じ病院の代謝内科より、バリエット錠10mg処方、服用中の為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ランソプラゾールOD15mg「トーフ」処方削除になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	ダラシンTローション1% 1MLで処方がありました。1本が20MLだった為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ダラシンTローション1% 20MLへ処方変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ダラシンTローション1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
294	ホクナリンテープ2mg 28枚で処方がありました。他の薬剤が42日分で残薬も無かった為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ホクナリンテープ2mg 42枚へ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
295	耳鼻科でトラマゾリン点鼻液0.118%「AFP」が処方。他院でエフビーOD錠2.5mgを継続服用中の患者で、両薬剤が併用禁忌の為、疑義照会。トラマゾリン点鼻液0.118%「AFP」が処方削除となった。	入力時にレセコンのチェック機能が併用禁忌のエラーが発生。事務員が薬剤師に報告し、対応できました。	特になし。	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名トラマゾリン点鼻液0.118%「AFP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
296	セレコックス100mg 2錠 1日2回 朝・夕食後 処方されていましたが、他病院から処方されているロキソニンを服用中のため、医師に確認したところセレコックスは処方削除になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
297	歯科口腔外科からレボフロキサシ錠が処方されていたが、投薬時にクラビットを飲んで思わぬ副作用が出たことがあると訴えあり。病院のアンケートにも記載したとこのことで疑義照会を行った。その結果セフカペンビポキシルに変更となった。	患者のアレルギー歴をきちんと把握せずに処方してしまったことが背景にある。	投薬時の聞き取りや、過去のアンケートを見返し、特に初めて出る薬に関しては服用して問題がないか確認することが重要	患者への説明が不十分であった(思った)	処方された医薬品 販売名レボフロキサシ錠250mg「DSEP」 変更になった医薬品 販売名セフカペンビポキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
298	一般名で、「クロベタゾールプロピオン酸エステル0.05%軟膏(デルモベート軟膏0.05%)と処方せんに記載があったが、使用部位が「顔」だった。投薬前に患者に確認したところ、「弱めのステロイドを出す」と聞いているとこのことで疑義照会する。「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%(キンダベート軟膏0.05%)の間違いである」とのこと、患者へはキンダベートを投薬した。	処方元は電子カルテを導入していない医師の手書きによる指示を医事課職員がコンピューター入力処方箋を作成している。今回処方箋については、以前からカルテの指示が解読困難(字が汚い)で、一般名が酷似していたため、医事課での処方箋作成時に間違えたと思われる。	ステロイド外用薬については一般名が似ているものが多いため投薬前に使用部位や医師からの指導などを患者から必ず確認するようにする。	その他処方元のミス	処方された医薬品 販売名デルモベート軟膏0.05% 変更になった医薬品 販売名キンダベート軟膏0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
299	ザルティア錠の新規処方あり。最終監査の際に、他科より処方されているニトロールRカプセルと併用禁忌であることに気づいたため、疑義照会。ザルティアは処方削除になった。	〇作業手順の不履行処方箋受付時の処方監査の不履行	処方箋受付時の処方監査を徹底するよう努める。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 仕組み	処方された医薬品 販売名ザルティア錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
300	歯科より「ノベルジン錠50mg 3錠 毎食後」の処方を持って来られた。ノベルジン錠は、初めて処方される薬剤であったため、薬局においてある2017年度版の医薬品添付文書集で調べたところ、ノベルジン錠の適用は「ウイルス病」のみであり、用法も「空腹時」であった。用心のため、メーカーに確認したところ、2017年から「低亜鉛血症」の適応が追加され、用法も副作用低減のため「食後」になったとのこと。そのことを踏まえ、医療機関に疑義照会を行ったところ、「低亜鉛血症」の治療での処方であるとの返答であった。	今まで処方されたことのない薬剤であった。適応が最近追加になっていた。	最新に情報を基に判断する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ノベルジン錠50mg 変更になった医薬品 販売名ノベルジン錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
301	当薬局にずっとかかっている患者が基幹病院の外科の処方せんを持参されたが、その処方内容は既に近医の内科で処方されている薬に含まれていた。薬歴の内容と処方内容から監査し、重複を確認して医師に疑義照会したところ、処方削除になった。もし他薬局に処方せんを持ち込み、方が一お薬手帳を忘れていた場合には確認ができないため、ハイリスク薬が過量投与となり、重大な健康被害を生じた可能性がある。一包化の患者であるため、一旦調剤されると重複を被包で確認できず、わからずに服用してしまう可能性が非常に高い。結果としては重複を避け、致命的な事故を未然に防ぐことができたが、処方自体が削除となったため、薬局としては点数が報われない結果になった。患者の健康被害を未然に防げたためよかったと考えるしかない。	基幹病院に入院した時に、最初外科で入院し、心臓も問題があるということ、更に内科に移されて療養してから退院したらしい。そのときに外科の薬は内科に移管されていて、退院時に基幹病院の内科医から近医の内科医に紹介されていた。外科の医師に疑義照会したところ、その経緯をご存じなかったために処方されたい。患者もよくわからずに受診したようで、前回D _o で処方された模様。	医科の事情は、現状よくありそうなことだと感じた。この患者は薬局をかなりつけにして一元化されていたので、薬剤服用歴と処方せんを照会することで、容易に重複に気づくことができて幸いだった。複数の薬局に行く人は、最低でもお薬手帳を持参しないと、思わぬ致命的な事故が起きる可能性がある。	その他複数の医師が関わっている 仕組み	処方された医薬品 販売名シロスタゾール錠100mg「テバ」 販売名ファモチジンD錠20mg「サワイ」 販売名アゾセミド錠30mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
302	当処方よりスニール錠が中止となり、ジャスピア錠50mgとエケア錠50mgが開始となった。調剤者はジャスピアとエケアが同じDPP-4阻害薬であることに気が付かず調剤を終えた。鑑査者が鑑査時に気づき、疑義照会したところ、エケアからSGLT-2阻害薬のジャディアンス錠10mgに変更となった。	定期処方だと思い込み、注意力散漫な状態で調剤を行った。	定期処方であるなしにかかわらず、常に処方内容に問題がないか意識して調剤をする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エケア錠50mg 変更になった医薬品 販売名ジャディアンス錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
303	60歳代女性。帯状疱疹にてQQ受診。体重47kgと本人から聞き取りし、計算すると予想Ccr39.3となりバラシクロビル3000mg/3xでは過量と思われる疑義に2000mg/2xとなった。	医師によっては腎機能のことなどあまり考慮していない。	腎機能により代謝に影響のある薬剤については適正量をわかりやすく腎機能→表などにてしておく	その他医師の知識不足	処方された医薬品 販売名バラシクロビル錠500mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
304	【般】デキストロメトルファン臭化水素酸塩散45gと処方記載あり。1000倍の量、A薬剤師疑義にて45mgと確認。患者は男性大人39歳だったため、散剤よりは錠剤が良いのではと、監査のB薬剤師が本人に確認して、錠剤となった。疑義を複数回言いかなりお待ちせし本人が怒りぎみだった。	医師処方箋入力時45mgを45gと入力してしまっていた。	散剤の処方の場合、錠剤をのめない小児以外は極力錠剤で出すところをこころがける。散剤だと10倍100倍1000倍ミスしやすい	判断を誤った	処方された医薬品 販売名デキストロメトルファン臭化水素酸塩散10%「日工工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
305	プレドニ錠の処方箋を持ってきたが患者インタビューにてプレドニの継続認められなかったため疑義照会。プレドニ削除になり処方変更となった。	処方ミス		患者側	処方された医薬品 販売名プレドニ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
306	リンゼス錠0.25mgが朝食後に処方されていた。食後では副作用である下痢の症状が多くみられるため疑義照会を行い食前に変更となった。	医師がリンゼス錠0.25mgの用法を理解していなかったと思われる。	新薬でもあるため、鑑査時に注意するよう周知した。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リンゼス錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
307	整形外科の処方箋を応需。調剤前に実施している患者への聞き取りでは腰痛で受診したとの事であった。薬歴においても高血圧の既往などはないため、処方医に問い合わせを行ったところ、セレクトール(100)からセレコックス(100)に処方の変更となった。	医療機関側の要因で発生している事例であるため、詳細については不明だが、薬剤の名称が似通っており、規格も同一であることから、処方内容の入力時にうっかり間違った薬剤を選択してしまったためと思われる。	処方箋を受け取った際の薬歴に基づいた処方監査および患者へ聞き取りは非常に重要であると再認識した。混雑時でもしっかりと実施していくよう各スタッフ間に情報共有を行った。	その他医療機関側の要因 医薬品	処方された医薬品 販売名セレクトール錠100mg 変更になった医薬品 販売名セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
308	不眠ありでベルソムラの処方あり。3日前に咳症状にてクラリスロマイシンが7日分処方あり。クラリスロマイシンは服用継続中であり、ベルソムラと併用禁忌のため疑義照会した。ベルソムラ→ロゼレムに処方変更になった。		現在服用中の薬剤について把握し、飲み合わせの確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠20mg 変更になった医薬品 販売名ロゼレム錠8mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
309	患児を伴い、来局。フロモックス(100) 2錠 分2 で処方有。8歳、体重も30kg弱であった。薬剤師は、分3のほうが効果が高いと考え、患児の家族に服薬を1日3回することができるか確認。3回服薬可能との回答を得、疑義照会。フロモックス(75) 3錠 分3に処方変更となった。	病院でどのような服薬指導をしたのかは不明であるが、βラクタム系の薬は、分3服用すべきである。病院で患者に服薬可能時間のヒアリングが不十分である可能性あり。	分3で服用すべき薬を患者が服用することが出来ないとの理由で、分2で調剤することもあり、必ずしも処方変更になる事例ではないが、薬を効果的に服用させることが出来るように、今後も服用時点のチェックは薬剤師が十分行う必要があると感じた。	患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
310	前回受診時にむくみ改善ありフロセミド20mg中止になっていた。今回処方フロセミド20mg再処方になっていたため、患者に確認したところ現在むくみはなく、主治医からも利尿剤追加の説明はなかったため処方医に確認。フロセミド20mg削除となる。処方医の記載間違えた。	処方内容の変更時の聞き取りにより発見できた		その他医療機関側	処方された医薬品 販売名フロセミド錠20mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
311	プロブレス錠12 ジャヌビア錠50mg 1錠 朝食後で処方がありました。ジャヌビア錠50mg患者の聞き取りより、残薬ある為処方医に問い合わせを行いました。その結果、ジャヌビア錠50mg処方削除となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
312	基礎疾患として心不全、慢性腎不全があり、胸水の貯留、むくみが認められる患者である。今回ラシックスの処方量が(20mg-20mg-0)であった。前回処方時にラシックスの処方量が(20mg-20mg-0)→(20mg-30mg-0)に増量されていた経緯があり、患者に体調変化を確認したところ、「肺の状態は良かったから、前々回の処方量に戻ったのだろう」との回答があった。しかし医師からはラシックス減量の説明があったわけではなかったため、処方医に疑義照会し、ラシックスの処方量を確認した。(20mg-30mg-0)で服用するよう指示があり、ラシックス20mg 2錠 1日2回朝食後 14日分の処方に対して ラシックス10mg 1錠 1日1回昼食後 14日分 が追加処方された。	ラシックスの服用量を調整するために、20mg錠と10mg錠の複数規格を組み合わせ合わせて処方されているため、前回追加となったラシックス10mg錠の処方が見落とされたと考えられる。	服用量などが一目でわかるよう記載することで処方の継続性をチェックする。処方変更があった場合は、患者リサーチを入念に行い、処方医から患者への説明の有無を確認し、少しでも疑問があれば疑義照会する。	その他規格違いの薬剤が複数処方されていたため、医師が処方の不備に気づかなかった。	処方された医薬品 販売名ラシックス錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
313	「プロブレス錠12」と「ジャヌビア錠50mg」が処方されていた。患者から「プロブレス錠12」は残薬があるのので今回いらないと話されていた為、疑義照会を行ったところ、「プロブレス錠12」は削除となった。	残薬確認が不十分だったと思われる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名プロブレス錠12	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
314	整形外科医院に受診した当該患者にエディロールカプセルと鎮痛剤が処方された。体の痛みでの診察と骨密度測定をされた結果のエディロールの処方だったが、お薬手帳によると、他の病院にて、既に毎月ベネット錠とエディロールが継続して処方されていた。処方元に疑義照会し、エディロールのみ削除となった。	処方元では、併用薬に対しお薬手帳のコピーをとりカルテに保存していたが、処方時には見落とされていた。	お薬手帳の確認と患者側への聞き取りを徹底し、確認漏れのないように努める。	その他処方元の確認漏れ	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
315	整形外科より、当該患者にセレコックス錠、レバミド錠、貼付剤が処方された。お薬手帳を忘れてこられたため、薬歴に記載の他院での併用薬を確認したところ、内科よりセルベックス細粒・グリマック配合顆粒・他の散粒混合薬(1日3回)とネキシウムカプセルが現在でも処方されていた。また、前回(約1年前)来局時にも胃薬重複にてレバミド錠が削除されていることから、今回も処方元に疑義照会した。疑義照会後、セレコックス錠とレバミド錠が削除され、貼付剤のみの処方となった。	当該患者が、受診時にお薬手帳を持参し呈示していれば、はじめから外用薬のみの処方になっていたかもしれないが、患者側が併用薬を伝えるときに、「胃薬」を言わない(忘れる)ことが多く、患者の記憶が曖昧であると重複してしまうことが多い。	胃薬が複数処方されている患者に対しては、内服の消炎鎮痛剤の処方をひかえる医師もおられるので、併用薬の確認とお薬手帳持参の啓蒙を続けたい。	その他併用薬の確認漏れ	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名レバミド錠100mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
316	ザジテンDSが処方された患者の薬歴を確認すると、てんかんの既往歴があった		ザジテンドライシロップはてんかん既往歴患者に禁忌のため そのため疑義照会をかけた結果、セルテクトドライシロップに変更へとなった	医薬品	処方された医薬品 販売名ザジテンドライシロップ、1% 変更になった医薬品 販売名セルテクトドライシロップ2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
317	ティーエスワン配合OD錠T20の用法が朝食食後だったので疑義照会。朝夕食後に変更。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合OD錠T20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
318	他院からロキソニン錠60mg内服併用あり。カロナール錠200mg削除			仕組み	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
319	フィコンバ錠4mgが朝食後で処方あり、疑義照会。寝る前に変更。			知識が不足していた教育・訓練	処方された医薬品 販売名フィコンバ錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
320	プロチゾラムOD錠0.25mg「テバ」2錠分2朝夕食後30日分とあり疑義照会。不眠時2錠30回分に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名プロチゾラムOD錠0.25mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
321	他院から定期的にレバミピド錠100mg「TYK」あり。疑義照会により今回のレバミピド錠100mg「TYK」削除。			施設・設備	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「TYK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
322	前回デパケンR錠200mgが1錠朝食後に減量になったのに今回再び2錠朝夕食後で処方あり。疑義照会の結果前回と同じ1錠朝食後。			施設・設備	処方された医薬品 販売名デパケンR錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
323	ゾピラックス錠200 6錠毎食後とあり疑義照会。3錠毎食後に変更。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ゾピラックス錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
324	小児科の処方箋受付時に患者の家族から体重や受診時の症状などの聞き取りを行い、現体重が14kgであることを確認。処方箋ではエリスロシンドライシロップ10% 2.6g(260mg)/日と記載されていた。体重換算すると18.6mg/kg/日となり、添付文書に記載されている用量の25~50mg/kg/日を下回っていた。そこで処方元に疑義照会を行ったところ、用法用量は変更せず、エリスロシンドライシロップ10%からエリスロシンドライシロップW20%に薬剤が変更になった。	医療機関側の要因であるため詳細については判りかねるが、処方箋入力時に、複数ある候補薬剤から間違えた薬剤を選択してしまったためと思われる。	小児の処方箋を応需した際には、必ず体重の聞き取りを行うよう徹底する。さらに調剤を行う前に用法用量も合わせてしっかりと処方監査を実施する。	その他医療機関側の要因 医薬品	処方された医薬品 販売名エリスロシンドライシロップ10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
325	トラマルOD錠25mg 4錠1日4回 毎食後と就寝時、他2剤の処方。患者に併用薬について聴取したところ、現在服用している薬の空のシートを所持していたので調べてみると、セレギリン塩酸塩を服用中であることがわかった。セレギリン塩酸塩はトラマルOD錠と禁忌にあたるため、疑義照会を行った。その結果トラマルOD錠25mgは削除された。	患者が服用中の薬の名前を覚えておらず、またお薬手帳も所持していなかったため、処方医も併用薬を把握できなかったものと思われる。薬局で聴取した際にたまたま空のシートが見つかったため、禁忌薬の併用を避けることが出来た。	併用薬の名前を覚えていない、またはお薬手帳を持っていない患者の場合には、併用薬を知るヒントになることをできるだけ聴取するようにする。	患者側	処方された医薬品 販売名トラマルOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
326	イドメシコワゲル1% 1g 疼痛時、他4剤の処方。前回まではイドメシコワゲル1% 30g が処方されていたため、患者に変更になったのか聴取したところ、前回と同じものを医師にお願いしたことであった。そこで疑義照会した結果、イドメシコワゲル1% 30gへ変更となった。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名イドメシコワゲル1% 変更になった医薬品 販売名イドメシコワゲル1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
327	ロキソニン錠60mg 3錠 1日3回毎食後、他1剤の処方。処方せん受付時に患者から、他の病院でおこなった血液検査の結果がでて、医師から高度の腎機能障害であると伝えられたとの申し出があった。ロキソニン錠60mgは高度の腎機能障害には禁忌にあたるため疑義照会した。その結果、患者は痛みがあり鎮痛薬の使用は避けられないため、高度の腎機能障害には禁忌であるが影響の少ないカロナール錠500mg 3錠 1日3回毎食後へ変更された。	他の病院で行った血液検査の結果を今回の医師に伝えていなかった。	投薬時に腎機能障害・肝機能障害についての情報は、できるだけ収集し得られたデータは、病院へフィードバックする。	患者側	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 変更になった医薬品 販売名カロナール錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
328	セレキノン錠100mg 2錠、ムコスタ錠100mg 2錠 1日2回 朝夕食後、他6剤の処方。ムコスタ錠100mgは継続で服用していたため、セレキノン錠100mgが今回追加で処方されたのか患者に聴取したところ、よくわからないとのことであった。この患者は前回ボルタレンSRカプセル37.5mgが処方されており、今回は同効薬が処方されており、また患者への聴取で症状もあまり変わらないとのことであったため類似薬のセレコックス錠100mgの記載ミスではないかと疑い、確認のため疑義照会した。その結果、セレキノン錠ではなくセレコックス錠の間違えであることが判明し、処方セレコックス錠100mgに変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名セレキノン錠100mg 変更になった医薬品 販売名セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
329	リウマトレックスカプセル2mg 2カプセル 1日2回朝夕食後(前回と同処方)他4剤の処方。投薬の際患者へ聴取したところ、肝機能の数値が少し悪かったので、リウマトレックスカプセル2mgは減量すると医師から伝えられたとのことであった。そこで疑義照会した。その結果、リウマトレックスカプセル2mgは1カプセル 1日1回朝食後へ変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名リウマトレックスカプセル2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
330	テブレノンカプセル50mg 2C 1日2回 朝食後、他1剤の処方。患者への聴取で、他の医療機関から同効薬のソロンカプセル100mgを処方され1日3回毎食後で服用中であることが判明した。そこで疑義照会した。その結果テブレノンカプセル50mgは削除された。			患者側	処方された医薬品 販売名テブレノンカプセル50mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
331	トラマールOD錠25mg 4錠 1日4回毎食後と就寝時、他1剤の処方(前回と同処方)。投薬時に患者から痛みが変わらないので、医師から薬を増やすと言われたとの訴えがあった。そこで疑義照会した。その結果トラマールOD錠25mgは6錠 1日4回 朝食後2錠、昼食後1錠、夕食後2錠、就寝時1錠へ変更となった。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名トラマールOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
332	80歳代の男性に循環器科から発行された処方せんを受付けた。処方内容の一部にRp【般】フロセミド錠20mg1回1錠1日1回朝食後服用35日分と記載あり。薬剤服用歴簿の記録では、前回来局時の処方内容と同じものであった。お薬手帳を確認すると、医療機関入院時の記録が当該薬剤部により記載されており、「●月下旬に入院(持参薬:フロセミド錠は中止)入院中使用薬剤に副作用なし、アドヒアランス良好・自己管理。」と記載あり。患者情報収集時に、フロセミド錠中止の背景を確認した所、「フロセミド錠服用開始して、意識を消失し、入院になった。入院した際に主治医からフロセミド錠は中止すると説明があった。退院後もフロセミド錠は服用しておらず、今回再開の話はなかった」との申し出あり。お薬手帳による病院薬剤師の連絡事項と患者の申し出より、処方医に疑義照会を行った。Rp【般】フロセミド錠20mg1回1錠1日1回朝食後服用35日分は中止するよう回答あり。	入院時の処方の変更が外来の処方に反映されていなかったことが、今回の事例の発生要因の一つと考えられる。しかしながら、病院薬剤師のお薬手帳による入院時の情報が記入されていたことで、不要な医薬品の投薬を未然に防ぐことができたと考える。	調剤を行う前に、薬剤服用歴簿・お薬手帳・問診票・処方せん等の情報源からの得られる情報を精査し、患者に改めて確認を行うことが、安全で正確な調剤には欠かすことが出来ないと感じた。また、病院薬剤師からのお薬手帳などでの薬局薬剤師への情報提供は、患者安全のためにも非常に有用であると感じる。地域-医療機関とシームレスに情報の共有を行い、一人一人の薬物療法を支援できる体制の構築が今後更に必要になってくると感じる。地域の薬剤師会や病院薬剤師会などが連携して、このような体制の整備を図ることも考えなくてはならない。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】フロセミド錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
333	今回猪苓湯の処方があったが、患者受付時のお薬手帳・患者聞き込みにより、他院処方と重複していることが判明した為疑義照会を行った。			その他処方箋受付時の確認にて発覚	処方された医薬品 販売名ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
334	メインベート軟膏80gと白色ワセリン10g(混合)の処方。薬歴より3ヶ月前にメインベート90gと白色ワセリン90gの混合をお渡していた。混合の割合が変わっている為、患者に確認したところ、「特に先生からは聞いていない。症状は前回受診した時よりはよくなってきている。」とのこと。疑義照会にて処方内容を確認したところ、白色ワセリンが10gではなく、100gに変更になった。病院の入力間違いだったことがわかった。			その他病院の入力ミス	処方された医薬品 販売名メインベート軟膏0.1% 販売名白色ワセリン「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
335	レミニールOD錠が処方されたが、他院から同系統のドネペジル塩酸塩錠が処方されているため疑義したところメモリーOD錠に変更になった。	処方の際、他院からの併用薬について把握していなかったと思われる。		その他医療機関での併用薬確認漏れ	処方された医薬品 販売名レミニールOD錠4mg 変更になった医薬品 販売名メモリーOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
336	泌尿器科の処方箋持参。ゾピクロン7.5mg処方あり。手帳で併用薬を確認したところ、ルネスタ1mgあり。本人服用中で、Dr.には話していないようなので、疑義照会した。処方削除となった。			その他クリニックでの確認もれ	処方された医薬品 販売名ゾピクロン錠7.5mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
337	泌尿器科の処方箋持参。かゆみのためにデザレックス処方あり。他院でアレルギーのためにアレロックス服用中と確認。同効薬のため疑義照会したところ、デザレックスは処方中止となった。			その他クリニックで確認もれ	処方された医薬品 販売名デザレックス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
338	歯科の処方箋持参。セフカベンピボキシル処方あり。併用薬確認したところ、内科より風邪のため抗菌薬処方あり。疑義照会したところ、処方中止となった。			その他クリニックでの確認ミス	処方された医薬品 販売名セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
339	商品名での処方だったものが今回より一般名に処方が変わり、前回までニフェジピンCR20mg「日医工」で処方されていた薬が【般】ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)と処方箋に記載されていた。本人へ確認したところ薬変更の話は特に聞いておらず、疑義照会を行い【般】ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)へ処方変更となった。	疑義照会したが医師はニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)をニフェジピンCR20mgと思い込んでいた。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ニフェジピンL錠20mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
340	一包化して服用日を印字している患者にアルダクトンA錠25mgが週に2回 7日分ずつで出ており、他の薬は毎日服用で28日分だった為、問い合わせた。7日分を9日分に変更し、服用日は●/14・18・21・25・28・翌月/3・5・9・12だと返答があった。前回からの続きで印字するとほかの薬が●/14から翌月/11までのため、翌月/12は不要で、週2回は月曜と木曜だと翌月/3だけ火曜となっているが間違いないか再度問い合わせ結局7日分→8日分へ変更となり、翌月の3日は2日へ訂正された。	前回はアルダクトンAの服用回数が変わりとなり、服用開始日が違ったので他の薬は28日分、週に2回で7日分だったが、今回は開始日が同じなのに前回のまま7日分にしてしまった。服用日がカレンダーに書いてあったそうだが、処方箋に記載がなく指示も間違っていた。	間違いやすい用法の場合、違う人間がチェックする。	確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名アルダクトンA錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
341	レルベア200エアプタ14吸入とセレベント50口タディスクが両方出たので併用出来ない問い合わせた。セレベントをレルベアに変更したのでセレベントを中止と返答があった。	中止したつもりが処方箋を発行する際に消し忘れていたそう。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名セレベント50口タディスク	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
342	ロブ錠とデブレンカプセル50からトラムセット配合錠 2T・ナウゼリン錠10 1T分2 朝・夕食後へ変更となっていたが、ナウゼリンが1T分2でいいのか、ナウゼリンはトラムセットの副作用軽減で出されていると思われたが食前でなくていいのか問い合わせた。ナウゼリン錠10 1T分2 朝・夕食後→2T分2 朝・夕食前へ変更となった。	○単純なミス1Tとなっていたのは単純な入力ミスだったが、食後となっていたのは、食前の薬という認識がなかったからのよう。認知症で一包化し服用日を印字しているの、食前・食後と分けて服用が難しいからなのかとも思ったがそうではなかった。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
343	レバミド錠100mg「EMEC」が内科で1T分1 朝食後で出ており、整形で2T分2 朝・夕食後で出ていた。患者に同じ薬が出ていながらどう飲んでいるのか確認すると昼に飲む胃薬がなく、昼は内科よりメコバラミン錠500「SW」が出ているので内科のレバミドを昼に飲んでいてという話だった。内科に事情を伝えてレバミドを実際飲んでる昼に変更出来るか問い合わせた。朝食後から昼食後に変更となった。	患者はお薬手帳を利用していたが、最初に整形外科から処方されたときに在庫のない薬が出ていたので、その対応で調剤師はレバミドの重複を見逃してしまっていた。投薬者は薬歴には重複していると記載していたが対応しておらず、次回から整形の処方では他の薬局で受け取り、内科の処方を当薬局で受け取って、どちらもお薬手帳に記載していたのに何も対応していなかった。調剤師はあまり薬歴を確認しておらず、投薬者が薬歴に記載するが、最初に見逃した調剤師が続けて投薬していたので、見逃しをほかの調剤師が気付かなかった。在庫がないと処方内容のチェックがおろそかになり一度見逃すとそのままになってしまいがち。	すべての調剤師が薬歴を確認し、見逃しをそのままにしないようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レバミド錠100mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
344	耳鼻科処方箋を受け付け、メコバラミンの処方があったが、他院麻酔科にてメコバラミンの処方があることを、お薬手帳、電子薬歴から確認、耳鼻科処方医に疑義照会した結果、カリジノゲナーゼに変更となった。	作業手順の不履行		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メコバラミン錠500μg「NP」 変更になった医薬品 販売名カリジノゲナーゼ錠25単位「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
345	定期薬でサインバルタカプセル20が1C分1で出ている患者に途中でサインバルタカプセル20 1C分1で7日分が出されたのに、本日の定期薬が1C分1だったので増量しなくていいのか問い合わせた。1C分1から2C分1へ変更となった。	臨時処方定期処方に反映されていなかった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
346	臨時処方で久しぶりに受診。薬歴に前立腺肥大症の記録あり。フスコデ配合錠が処方されていたが、排尿障害の患者には禁忌の為、処方入力時にレセコンの監査でエラーがでた。疑義照会した所、アストミン錠10mgに変更となった。	処方元が他院で治療している疾病について把握していなかった。患者が処方元に他院の疾病を伝えていなかった。と考えられる。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名アストミン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
347	処方箋の記載で、ベリアクチン散1%1日量が3gとなっていて通常量より多かったため疑義照会にて処方量変更			その他処方箋のgとmgの入力間違え	処方された医薬品 販売名ベリアクチン散1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
348	2歳の男児に小児科から発行された処方せんを受け付けた。処方内容はRPフロモックス細粒100mg1回0.33g1日3回毎食後5日分であった。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記録によると、前回同じ処方が出された際、下痢により継続が困難となり、整腸剤が追加された記録あり。家族に今回の経過を確認した所、「前回と同じような症状で受診した。今回も下痢が怖い」との申し出あり。前回の状況について処方医に情報提供を行い、整腸剤の追加の検討を依頼した。処方内容をRPフロモックス細粒100mg1回0.33g、ビオフェルミンR散1回0.33g1日3回毎食後5日分に変更となった。	以前の状況について医師と連携を行い、副作用(セフェム系抗生物質による下痢)を未然に防ぐことができた事例と考える。	副作用情報や相互作用等の健康被害を起こす可能性がある過去の情報について、薬剤服用歴簿を活用することで、再発生を未然に防ぐことが可能な場合も多い。このような良い対応ができた事例についても薬局内で共有し、以後の服薬指導・支援に繋げることも大切であると考える。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
349	臨時でレバミピド錠100「ZE」3錠分3毎食後4日分が処方された。同じ医院からテブレノン細粒50%1.5g分3毎食後を服用されているので重複していると考え疑義照会した。レバミピド錠が中止となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
350	フェントステープ2mg1日1枚、アブストラル舌下錠100μg疼痛時1錠と記載された処方箋を応需した。当局でこの患者に麻薬が処方されるのは初めてであったため、患者の家族に麻薬の処方歴について確認したところ、全くの初めての処方であることが判明した。フェントステープは、他の麻薬からの切り替えのお薬であること、アブストラルは、他の麻薬がある一定期間処方され、忍容性が確認されてから開始すること 問い合わせを行い、今回はオキノーム散を処方することになった。	医師は 経験上フェントステープから開始したことがあり、通常、他のオピオイドから切り替える事は知らなかった。	特に注意の必要な薬についての注意事項は、薬剤師もしっかりと知識を付けておく	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アブストラル舌下錠100μg 販売名フェントステープ2mg 変更になった医薬品 販売名オキノーム散2.5mg 販売名-	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
351	胃の不調で受診後 ファモチジン口腔内崩壊錠10mg処方。他院で タケキャブ錠10mgを継続服用している事をお薬手帳で確認。疑義照会で タケキャブ錠の継続服用歴を伝えて 処方削除となった。	2科に定期的に通院しており 今回は胃の不調もあり処方となったが お手帳で他院併用薬を確認出来ており重複を防げた。	今後も他院併用薬について お薬手帳の情報をフル活用していく。	その他お薬手帳の活用	処方された医薬品 販売名ファモチジンOD錠10mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
352	アテレック(10)1日2回1回1錠 朝・夕食後の処方せんを受付。今まで本患者はアテレック(10)1日1回1回1錠 朝食後の服用だった事と、アテレック錠は通常1日1回での服用なので、疑義照会を実施。結果、アテレック(10)1日1回1回1錠 朝食後の誤りだったことが分かった。			その他病院内の要因なので不明	処方された医薬品 販売名アテレック錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
353	ピロリ菌除菌のためランサップ800が処方された。在庫がないため取り寄せにて対応した。服薬指導後にランサップ800の薬剤を後でお届けすることとして患者には帰宅してもらった。その後カルテを確認していたところ、すでに一次除菌をしており、今回は二回目の除菌であったことに気付いて医師に確認の連絡をし二次除菌としてボノピオンへの変更とした。	薬局にランサップ800在庫がなく、処方箋には後発品不可のチェックがあり、ランサップ800の強い処方意図を感じてしまったのと同時に午後4時という遅めの時間帯であったのでランサップ800の急配を行うのに焦りがあった。そのため、一度ランサップ800の一時除菌を行っていたという確認が薬歴でできていなかった。服薬指導後の薬歴記入時にカルテの中にすでにランサップの添付文章が入っており、フェイスシートをみたところ、一度除菌を行ったことがあるということに気付いた。	フェイスシートを必ず確認すること。また、一次・二次除菌を行った場合はカルテのフェイスシートに時系列的に必ず記入すること。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ランサップ800 変更になった医薬品 販売名ボノピオンバック	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
354	メトレート2mgとフロリアミン5mgは週1回服用であるが処方日数が他の薬品と同様の日数56日分で処方されていた。疑義照会したところ56日分→7日分に日数変更になった。	詳細は不明だがパソコンで処方入力をする際、日数の打ち込みを誤ったと考えられる。	処方監査時に薬歴と処方箋の比較をしっかりと行う。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名メトレート錠2mg 販売名フロリアミン錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
355	嚥下困難の患者で錠剤が服用できず、医師の指示にて粉砕して服用していた患者にニフェジピンCR20mg「サワイ」が処方された。ニフェジピンCR20mgは徐放性で粉砕不可の薬品なので、病院へ服用方法の確認の疑義照会をしたところ、医師が徐放性薬剤は粉砕できない事を知らずに処方していたとのこと。粉砕が可能な同じCa拮抗薬のアムロジピン錠5mgへ変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
356	オメプラゾール20mgが処方されていたが、他院でタケキャブ20mgが処方されており服用中の為、疑義照会し確認。オメプラゾールが削除となる。		今後も他院での処方を確認し、作用が重複している薬がないかチェックする。	その他同種同効薬の重複防止	処方された医薬品 販売名オメプラゾール錠20mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
357	用法・用量間違い:1日1回1回2吸入を1吸入の指示	不明	ローテーションなどによる医師の異動も考慮し、内服なども含め初回交付時の容量は特に注意する(確認する)	その他医師の	処方された医薬品 販売名スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
358	錠剤を粉砕して調剤するよう指示があったが、アダラートL錠は粉砕不可のため疑義照会しセバミットR細粒に変更になった。	医療機関側が、アダラートL錠は徐放性製剤であるため粉砕すると徐放性が失われることを知らなかったと思われる。		その他医療機関の入カミス	処方された医薬品 販売名アダラートL錠10mg 変更になった医薬品 販売名セバミットR細粒2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
359	年齢が9ヶ月の小児にゼスラン小児用細粒0.6% 10mg 分2 朝夕食後 7日分と処方されていた。疑義照会したところゼスラン小児用細粒0.6% 1mg 分2 朝夕食後 7日分に変更になりました。	詳細は不明だが医師が小児薬用量の1日量の桁を誤ってしまったのではないかと推測される。	処方監査時に小児薬用量が適正か年齢と体重を確認し、判断する。	知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ゼスラン小児用細粒0.6%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
360	薬歴と処方箋を確認すると、前回トラゼンタ錠5mg→今回テネリア錠20mg、前回ワーファリン錠1mg→今回アムロジピン錠5mgNPIに変更されており、DPP4阻害薬同士の変更は理解できるが、ワーファリンがなくなっている旨、おかしいと思い、患者に聞き取ると、「医師から薬は変えるとは聞いてない」とのこと。疑義後、dの処方となった。	医師の患者処方取り違えがあった。	処方監査、薬歴確認、患者聞き取りを徹底して行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名テネリア錠20mg 販売名アムロジピン錠5mg「NP」 変更になった医薬品 販売名トラゼンタ錠5mg 販売名ワーファリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
361	併用薬にチラーヂンSがあり、甲状腺機能低下症が推測される患者に、甲状腺機能低下症に禁忌であるSM配合散が処方されていた。そのため、処方医に疑義照会を行い、モサプリドであるガスモチン錠5mgに変更となった。	調製者は当該疾患にSM散が禁忌であることを知らず、鑑査者が気付いた。	同様の禁忌該当薬品を再確認した。また、禁忌に対する注意が少ないと感じたため、禁忌について意識するよう話をした。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名S・M配合散 変更になった医薬品 販売名ガスモチン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
362	ユニフィルA錠200mg2錠分2朝夕食後の処方が来た。ユニフィルA錠は徐放製剤の為1日1回の服用が正しいが、気付かず1に処方箋通りに調剤し、鑑査に回した。疑義照会後、用法変更。	当薬局はユニフィルA錠は殆ど処方されない上、調剤者は1年目の新人でありユニフィルA錠の事をよく知らなかったが、用法・用量を確認しないまま調剤し、鑑査に回してしまった。調剤当時、混雑しており空いているパソコンなどがなかったため、用法・用量確認しないうままだった。	用法・用量はパソコンで確認出来なくても添付文書などで必ず確認する。普段触らない薬、用法・用量の分からない薬は特に注意する。	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ユニフィルA錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
363	今回ラミクター錠100mg 2錠 14日分の処方を受付。半年前から2ヶ月前まで同薬剤を徐々に増量し、300mg/dayで一時使用し、最終的には200mg/dayで服用していたが、皮膚症状の疑いで先月より中止となった。その後、ラミクター錠の投与は今回までされず、一か月以上が経過し、血中濃度も消失していると考えられるが、今回再開時の処方が200mg/dayからの開始との処方のため疑義照会を行った。グラクソスミスクラインの薬事情報へ事前に電話をし、ラミクターは最終投与から65時間が経過すると、血中濃度の関係から初期用量より開始となること、さらに併用薬であるリボトリールが代謝酵素阻害の影響があると考えられるとのこと、さらに用量を減らしての投与が勧められるという情報を得てからの疑義照会であった。医師への疑義照会後、医師から処方意図や用量設定に関して説明がなかったが、「その用量でいいのではないか」との返答であった。再度、用量設定についてグラクソスミスクラインのデータをもとに、25mg1錠を隔日投与にする(25mg/2day)ということが良いかどうかを確認した。医師から「患者へはそちらから説明してください。」ということで疑義が終了した。	その後担当MRIに連絡を取ったところ、当該医師はあまりラミクターを使用することには積極的ではなく、用量に関しても小容量からあまり増量することが無い傾向があるとのことであった。院内での勉強会も2か月に一回程度定期的に行っており、MR訪問も細かく定期的に行っているとのことであった。積極的に使うことがあまりないということから、再開時などには用量に問題がないかどうかのチェックを注意深く行う必要があると思われる。	再度ラミクターの血中濃度消失時間と、中止から再開までの期間が空いたら、初回用量での開始にすべきかを再度薬局内で確認。その際に、併用薬をしっかりチェックし、然るべき初回開始用量を選択できるように薬局内で周知した。	確認を怠った 連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った) 知識が不足していた 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名ラミクター錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
364	門前クリニックの外來患者。クラビット錠500mgとピオフェルミンR錠が処方されていた。ピオフェルミンR錠はクラビットの適応が無いため、疑義照会をしたところ、ピオフェルミン錠へ変更となった。	医師の処方ミスと思われる。ピオフェルミンR錠にクラビットの適応があると思いついでいた可能性あり。	特になし	その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名ピオフェルミンR錠 変更になった医薬品 販売名ピオフェルミン錠剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
365	9歳、24kgの患者。フロモックス小児用細粒が1日量0.24gで処方されていた。疑義照会を行ったところ2.4gの誤りであることがわかった。	医師の処方入力ミスによるものと思われる。	特になし。	その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
366	十全大補湯の用法が分2朝・夕食前一分3毎食後に変更になっていたが、患者からは変更は聞いていないとの返答があり、疑義照会となった。その結果、分2朝・夕食前に戻り、今まで通り服用出来ることとなった。			その他プレアボイドの為該当なし	処方された医薬品 販売名ツムラ十全大補湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
367	A病院からすでにザルティア(5)の処方がある方に、B病院からもザルティア(2.5)が新しく処方された。全ての処方せんを当薬局に持参されているため、薬歴より重複が判明し、疑義照会の上、B病院のザルティアが削除となった。泌尿器の症状に不安があるとの事なので、かかりつけのA病院で再度相談するよう指導、また他の病院にかかる際はお薬手帳を必ず提示するようしうした。			その他プレアボイドのため該当なし	処方された医薬品 販売名ザルティア錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
368	ニキビ治療でFAD錠、シービー配合顆粒、ルリッド錠処方。錠剤服用できず、粉碎指示あり。調剤前に粉碎の可否について調べたところ、FAD錠は腸溶錠のため粉碎不可だと判明。疑義照会で強力ピスラーゼ末に変更となった。	医師は14歳患者に普段処方している薬を出そうとしたが、錠剤が飲みえないと言われたので粉碎指示をつけたと思われる。	手間がかかる処方でも、すぐに調剤に取り掛からず時間をかけて最初に処方内容が適切かどうかを見極める。	医薬品 患者側	処方された医薬品 販売名FAD錠「15」タツミ 変更になった医薬品 販売名強力ピスラーゼ末1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
369	トリプタノール錠25mgを継続服用している患者にトフラニール錠10mgが処方された。名称がやや似ており同規格の薬剤があるため、疑義照会を行った。トリプタノール錠10mgの間違えであることが判明した。			医薬品	処方された医薬品 販売名トフラニール錠10mg 変更になった医薬品 販売名トリプタノール錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
370	サインバルタカプセル30mgを継続服用している患者で、処方が無かった。患者に残薬や変更について確認後、疑義照会を行ったところ、サインバルタカプセル30mgが追加となった。	医師は、病院でも間違えがある可能性があるため、患者本人にも内容を確認するように指示していたようだ。しかし、処方内容が一般名で記載されているため患者では気づきにくいと思われる。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名サインバルタカプセル30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
371	緑内障の疑いがあり、ミケランLA点眼使用中の患者にセレスタミン配合錠が処方された。患者は眼科にて眼圧が上がるとは良くないと指示されている様子があり、セレスタミン配合錠服用により眼圧上昇のリスクがあった。症状は鼻炎・鼻づまりなどがあり、抗アレルギー薬は必要であると判断した上で疑義照会を行った。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 変更になった医薬品 販売名アレロック錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
372	ラミクターールは前月から開始されていて、ラミクターール2mg1錠 朝食後14日分(最初の2週間服用)、ラミクターール2mg朝食後3錠(朝2錠-夕1錠)14日分(次の2週間服用)と処方されていた。今回の処方ではラミクターール2mg6錠 朝食後14日分(最初の2週間服用)、ラミクターール2mg8錠 朝夕食後21日分(次の3週間服用)と処方されていた。疑義照会を行い、ラミクターール2mg6錠 朝夕食後14日分(最初の2週間)、ラミクターール2mg8錠 朝夕食後21日分(次の3週間服用)に処方変更になった。	詳細は不明であるがパソコンで処方を入力する際、前回の処方画面に上書きしたのではないかと推測される。	処方内容が漸増になっている場合は前回の処方と見比べ、用法用量に注意する。	技術・手技が未熟だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ラミクターール錠小児用2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
373	緑内障の患者に胃の痛みにてコロパバンが追加された。コロパバンは緑内障患者に対して禁忌に当たるので疑義照会をかけて、以前から服用されていたモサブリドに変更した。	医療機関にて患者の症状が把握できていなかった。	患者に医師に薬を追加してもらおう際はお薬手帳を見せるなど自分の症状を伝えるように教える。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名コロパバン錠10mg 変更になった医薬品 販売名モサブリドクエン酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
374	ツムラ小青竜湯 1日3回 毎食後2時間 3g 7日分で処方ありましたが、一包3gなので医師に確認したところ、3包9gへ処方変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
375	患者、痛み止めと胃薬も希望されたようだが、貼り薬の処方のみだった為医師に確認したところ、ロキソニン(60) 1錠 レバミピド錠100mg「ZE」 1錠 痛い時 30回分 追加になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名レバミピド錠100mg「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
376	チラーヂンS100・リビトール(5)・プロプレス(8)・カルデナリン(2)全て28日分で処方がありましたが、患者からの聞き取りで、28日分では次回の予約日まで足りないことがわかり、医師に確認し全て35日分に処方変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名チラーヂンS錠100μg 販売名リビトール錠5mg 販売名プロプレス錠8 販売名カルデナリン錠2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
377	バクタ配合錠が処方された患者から、「前回出てたカロナールも出して欲しかった」と申し出がありました。熱も出ているようだったので、医師に問い合わせたところ カロナール(200) 2T 痛い時 10回分 処方追加になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
378	前回増量されていたサインバルタカプセル20が1Cに戻っていたので減量なのか問い合わせた。減量ではなく2Cのままでいいと返答があった。	途中でサインバルタだけが出ていたのに定期処方で1Cのままだったので前回問い合わせた1Cが2Cに変更になっていたが、レセコンの入力を訂正しておらず、そのままコピーしたので間違っていた。	疑義照会で変更になった薬剤の次回の処方は注意する。	確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
379	患者の家族が来局。定時薬+フスコデ配合錠が処方。併用薬の記録にはないが、家族へ「緑内障のご疾患は大丈夫でしょうか？」との問いに「眼科に通って、眼圧を下げる点眼使っていると思う」との回答。疑義照会し、削除となった。	いままで、患者ご本人が来局され、緑内障はないとの回答をいただいている。併用薬の記録にも点眼薬なく、院内でもらわれているため、手帳に記録がなかったと思われる。	疾患名の聞き取りでの判断だけではなく、手帳に記録がなかったとしても、「他に目薬などは？」「病院の中でもらっているお薬などはありますか？」など、患者にあわせて聞き取りが必要と改めて実感いたしました。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
380	前回、違う病院にて、エフィエント2.5mgだった患者にエフィエント3.75mgの処方があり、患者の家族に聞き取りをしても、増えるとは聞いていない、そのままと思うとのことで疑義照会。2.5mgへ変更となった。	A病院にて定時受診。そのときは3.75mgであったが、その後、同じ医師の勤務先である大学病院にて入院・手術され、そのときに症状などにより2.5mgに変更となった経緯あり。今回、A病院での診察であったため、カルテが3.75mgだったと思われる、そのままの処方になったようだ。	今回、違う病院の処方せんどちらも、一元管理させていたため、すぐに疑義照会できたが、もし違う薬局でもらわれておらず、患者やご家族もはっきりと把握しておられなかったら、そのまま調剤してしまったとも考えられる。体調変化や残薬の聞き取りから見えてくるものが必ずあるので、同じお薬であっても、聞き取りを怠らずにしっかり行う。	勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名エフィエント錠3.75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
381	【般】フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg4錠分2処方。以前服用されていたとの話を伺ったが、薬局でのお渡しは初めてであったため、処方もとへ処方歴について確認を行った。約4年前に1日100mgでの服用歴あるものの、前回処方から期間も空いているため疑義照会。【般】フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg2錠分2へ変更、初期用量1日50mgでの再開となった。	添付文書上、初期用量1日50mg。用量について確認を行った。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg「TYKJ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
382	【般】バルトレックス錠500mg6錠分6(4時間毎)7日分処方。処方もとへ単純疱疹での処方と確認を行い、単純疱疹の場合、通常1回500mg1日2回投与であるため疑義照会。【般】バルトレックス錠500mg2錠分2へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
383	定期処方ではユリーフを服用されている方に、臨時薬としてピーエイ配合錠の処方あり。疑義照会を実施したところ、ピーエイ配合錠が処方削除となった。	ピーエイ配合錠の処方医がユリーフを服用中であることをご存知無かった可能性がある。	これからの時期、ピーエイやPL顆粒の臨時処方が多くなるので、併用薬、疾病禁忌に注意する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
384	セロクラール錠10mgを定期服用している患者に、エビベン注射液が処方された。セロクラール錠はα遮断作用を有する薬である。エビベン注射液の併用禁忌薬にはα遮断薬との記載があるが、セロクラール錠の併用禁忌薬にはエビベン注射液の記載が無いため、この2剤が併用禁忌かどうか疑問があったため、調剤せず、製薬会社へ問い合わせを実施。その結果、併用禁忌薬に該当することが判明し、医師へ疑義照会を行った。			その他院内での要因	処方された医薬品 販売名エビベン注射液0.15mg 変更になった医薬品 販売名エビベン注射液0.15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
385	カロナール200が9錠分3、毎食後で14日分処方された。監査・投薬者がアンケートの情報から肝障害の既往歴があることに気づき本人に肝臓はもう良くなったのかと聞いたところ、今も定期的に血液検査をしていてGOT、GPTは300~500と高値で主治医にアルコールは避けるように指導されていると回答あり。疑義照会により処方は削除された。	処方医が患者の病歴や数値の確認を怠ったか、見落としと思われる。	病歴のある患者に対し、肝機能、腎機能の数値の確認を徹底することで今この様に未然に防ぐことが出来ると思う。	その他処方医の確認不足	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
386	エディロールカプセル(0.75)錠 サインバルタカプセル(20)錠 朝食後 28日分処方がありました。残薬をエディロール7日分、サインバルタ2日分お持ちだったため、医師に問い合わせ後エディロール21日分、サインバルタ26日分に処方変更してもらいました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg 販売名サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
387	0歳児にザイザルシロップ0.05% 5mL分2朝食後・就寝前 で処方。6か月以上1歳未満の小児には、1回2.5mLを1日1回服用の為、疑義照会した所、2.5mL分1就寝前 に変更となった。	調製時、年齢にも注意していた為、気づくことができた。	特記なし	その他処方元の入カミス	処方された医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
388	緑内障、前立腺肥大症治療中の患者に、セレストミン配合錠処方。入力時にレセコンの監査エラーが表示され、疑義照会した所、セレストミンが削除となった。	レセコンのチェック機能を活用できたことで早い段階で禁忌を確認できた。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名セレストミン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
389	オステラック錠200mgがA内科クリニックで28日分出ている患者に前回出た約2週間後にB病院整形外科よりエドドラク錠200mg(SW)が30日分出ているのをお薬手帳で発見した。患者に確認すると痛み止めが重複していることは分からなかったらしく、これからも通院するというので内科に連絡してオステラックが中止となった。患者には同じ成分の薬が内科と整形で出していたので、内科の方は中止してもらったと説明した。	B病院に入院していて、B病院の退院処方と同じ内容でAクリニックから処方されたので、今まで整形で出していたオステラックが内科で処方されたが患者は整形も受診したので重複処方された。整形の薬は他の薬局で出されていたが、お薬手帳を利用して同じページに内科で出たオステラックが記載されていたのにそのまま出されていた。内科の薬は一包化されており、整形の薬はヒートで一般名処方なのでジェネリックに変更されていた為、患者は同じ成分の薬だと気付けなかったよう。	別の患者だが以前も同じパターンでの重複投与があった。入院中は服用している全ての薬が出されているので退院後に通院するかどうかを確認せずに同じ内容で処方されると重複投与が起こるので注意する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オステラック錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
390	かぜ症状のため耳鼻科よりクラリシッド錠200mg、ムコダイン錠500mg、レスブレン錠20mg、ムコスタ錠100mgが各2錠 1日2回朝夕食後で処方されていた。処方せん鑑査にてムコダイン錠250mgを毎食後で服用中であること、ムコスタ錠100mgは内科で1日1回で服用中であることがわかったため、疑義照会を行った。結果としてムコダイン錠、ムコスタ錠ともに削除となった。	病院において服用中の薬の確認もれ。ムコスタ錠については科が異なるため、確認もれた可能性。	調剤前の処方せん鑑査で、特に当該医療機関以外の処方薬を薬歴で確認することを確実に行う。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 販売名ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
391	当該患者、咳が目立ち、喘息気味である為、医師によりアドエアディスクが今回初処方となった。カルベジロールを定期服用中だったが、今回の症状変化にて、疾病禁忌に該当したため、別薬剤師との相談の元、疑義照会への形となった。医師からは、今回軽度の疾患にて、薬剤治療優先度を考慮し、変更なしをお願いしたい、後程自分からも伝えておくとの返答を確認した。	1人では判断が難しい内容でも、別の薬剤師に相談できる環境を整えていた事が今回の事例に繋がったと考えられる。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名カルベジロール錠2.5mg「サワイ」 販売名アドエア 変更になった医薬品 販売名カルベジロール錠2.5mg「サワイ」 販売名アドエア	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
392	【般】ラベプラゾールNa錠10mg 1錠分1朝食後が処方。お薬手帳より他院にてランゾプラゾールOD錠15mg 2錠分2朝夕食後に服用中であったため疑義照会。今回処方分のラベプラゾールは削除となった。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
393	リクシアナ60mg初回処方の方が体重確認したところ、52kgであった。体重60kg以下の為、疑義照会した。リクシアナ30mgへ変更と回答。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名リクシアナ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
394	在宅の患者へ胆嚢が悪い為、外来受診の病院ではなく、在宅のクリニックから薬を出してもらうことになったと事前に話があった。クリニックより処方されたものを確認すると、ゼチア100mg6T3×と記載があった。世の中には存在しない規格、100mgよりウルソと薬剤を間違えている可能性あり、クリニックへ疑義照会。ウルソ100mg6T3×の間違いと連絡があり処方変更となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ゼチア錠10mg 変更になった医薬品 販売名ウルソ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
395	レボフロキサシム錠250mg「DSEP」が2T分1朝食後で出ていたが定期薬で酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」が2T分2朝・夕食後で出ていたので同時投与を避けるために昼食後に変更出来ないうえに問い合わせた。朝食後から昼食後に変更された。	定期薬との相互作用を気にしていなかった。		確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レボフロキサシム錠250mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
396	バルプロ酸Na細粒40%(400mg/g)0.5g/包12包分2朝夕食後90日分の処方であったが、以前からデバケン細粒40%1.5g(600mg原末)の処方であったため、患者は内容変更と聞いていないことを確認のうえ問い合わせを行い、以前と同じ一日600mgに変更と確認した。	今回新しい病院に移ったため。以前の病院ではデバケン細粒40%600gと処方され薬剤部を通じて問い合わせを行い、600mgと訂正になったことが複数回あり、そのデータが訂正されていないか確認したと思われる。	デバケン細粒は用量を間違えると重篤な体調変化を起こす薬であり、また用量の中が大きい薬であるため倍散の薬の処方ではコンピューターによって入力の方が異なる場合があるが、原末量処方でない場合、処方箋の欄外に原末量を書き押印していたらと間違えがないと思います。	確認を怠った その他病院が変わった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
397	フェブリク錠10mg4錠分2で定期服用中の方。今回も同用量での継続処方となっていたが、患者より、前回の血液検査結果より減量のお話があったと申し出があったため処方医へ疑義照会。フェブリク錠10mg2錠分1夕食後へ減量となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェブリク錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
398	臨時処方。ボラミン散1%他2剤含む散剤混合の処方があったが、緑内障の現病歴がある方。ボラミン散1%が禁忌に該当するため疑義照会。シーサル錠15mg3錠分3へ変更となった。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ボラミン散1% 変更になった医薬品 販売名シーサル錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
399	他の病院で最近ESDを施術された患者にネキシウム20mgが処方された(お薬手帳にその記載は無かった)。その後、胸焼けがするということでもかかりつけ医院でネキシウムの処方があった。薬局で患者の最近の治療情報を得ていたため事象に気が付いた。	かかりつけ医院はお薬手帳に記載されていないネキシウムを把握できていなかった。疑義照会にてかかりつけ医のネキシウムは削除になった。	これからも患者の情報をUPDATEしていく。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
400	喘息の既往歴のある患者にラタチモ点眼液が処方された(前回までラタノプロスト点眼液処方)医師に疑義照会し、トルソプト1%ラタノプロスト点眼液に変更	医師の確認不足		確認を怠った その他医療機関側に要因 その他医療機関側に要因 その他医療機関側に要因	処方された医薬品 販売名ラタチモ配合点眼液「ニッテン」 販売名 - 変更になった医薬品 販売名トルソプト点眼液1% 販売名ラタノプロスト点眼液0.005%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
401	風邪をひき、久しぶりに来局。他院にてレバミド錠100mg、ツムラ半夏厚朴湯が定期処方されているとの記録あり。入力時にレセコンのチェックがかり、重複が判明。疑義照会により、ソロン錠50mgとツムラ半夏厚朴湯が処方削除となった。	レセコンの監査機能を有効に利用できた。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名ソロン錠50 販売名ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
402	過去にロキソプロフェンでめまい・頭痛・吐き気などの副作用が生じたことがある患者で、一度ロキソプロフェンからカロナールに変更となった記録も残っていた。そのため疑義照会を行いロキソプロフェンNa錠60mg・3錠/3×からカロナール錠200mg・3錠/3×に変更となった。	薬歴に副作用歴や薬剤の変更歴を残し、毎回鑑査時に確認していることで患者に禁忌薬を渡さずに済んだ事例。	同じ事例でもあった事実を必ず記録に残すことを続ける。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
403	フラッシュバック症状に対して精神科から桂枝加竜骨牡蠣湯と四物湯が処方されていたが、お薬手帳を確認すると皮膚科から柴胡加竜骨牡蠣湯が以前から処方されていた。Drからは中止あるいは併用するという説明もなかったとのことで、疑義照会を実施。それにより桂枝加竜骨牡蠣湯と四物湯が削除となり、代わりに十全大補湯に変更となった。	漢方だったため、重複することはことはないと思いついてしまった可能性がある。全く同じ物ではないが、竜骨牡蠣湯が同じだったため、気付くことができた事例。	普段から配合されている生薬を調べておき、他の病院から違う漢方が処方されても、大きな重複がないか引っかけられるようにしておくことが必要。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名クラシエ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス細粒 販売名クラシエ四物湯エキス細粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ十全大補湯エキス顆粒(医療用) 販売名-	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
404	今回ミカトリオ錠が初めて処方されていたが、以前にミカトリオ錠の成分の入った薬剤の投与がなかったのと、以前から患者他薬剤(アテディオ錠歴有り)があるがミカトリオ錠との成分一致せずまた血圧が高いとのことでの変更であった為、ミカトリオ錠の初期の使用法としては不備があった為、疑義照会を行い、他薬剤(ザクラス配合錠HD)へ変更となった。		普段から門前クリニックへの情報提供は行っているが、更に情報提供を行ってきたい。	その他確認関連	処方された医薬品 販売名ミカトリオ配合錠 変更になった医薬品 販売名ザクラス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
405	エイゾプト懸濁性点眼液1%が新たに両眼に使用で処方された。同一医療機関同一診療科から前にキサラン点眼液0.005%が左眼に使用で処方されていた。投薬時に使用部位の確認を行ったところ、キサラン点眼液0.005%とエイゾプト懸濁性点眼液1%を併用するように医師から指示が出ていた。二つの点眼液で使用部位が異なるので疑義照会を行ったところエイゾプト懸濁性点眼液1%の使用部位が左眼に訂正された。	前の処方医とエイゾプト懸濁性点眼液の処方医は異なる。	点眼剤数剤併用時に使用部位がそれぞれ異なる場合は、患者に確認を行い処方箋の指示と患者が理解している内容が一致しているか確認を行う。	その他使用部位の入カミス	処方された医薬品 販売名エイゾプト懸濁性点眼液1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
406	前回、風邪にてカルボシステイン錠の処方があったが、患者確認後今回は風邪症状がなくカルボシステイン錠は必要ないと思うとのことで主治医に疑義照会、結果、薬剤削除となった。	クリニックにて削除漏れ	クリニックにて削除漏れの為、薬局にて患者確認などとして確認していく。	その他処方削除忘れ	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
407	ワーファリン錠1mg 1T 分1 夕食後という処方を受けた。投薬時患者から「いつも2錠ずつ飲んでた。減量になると聞いていない」と申し出があったため、問い合わせたところ、2T分1に変更になった。	処方元の病院は移転したばかりであり、カルテの引き継ぎやコンピューターの設定の問題などで1錠のまま処方してしまったのではないかとと思われる。	移転時・新規開局時は、投薬時に服用量に変更がないかを患者に確認する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
408	1.5ヶ月前にイーケブラ2250mg分2、リポトリール6mg分2、ラミクタール400mg分2が90日分処方された。1ヶ月前からビムバット25mg分1から開始され、前の処方に追加して服用と指示されていた。今回、ビムバット100mg分2の処方にリポトリールとラミクタールが同時に処方された。患者は今回も1.5ヶ月前の処方に追加して飲むと思っていたが、リポトリールとラミクタールが重複することに、調剤時気が付いた。疑義照会し本日処方のラミクタールとリポトリールが中止となった。	大きな病院のため安定期の長期処方があったが医師がその残薬の数に気がついていなかったこと、イーケブラの処方もれがあった。臨時処方のため医師の多忙が原因か？	薬歴の確認。残薬の確認。患者の服用状況の確認。	その他医師の多忙	処方された医薬品 販売名ラミクタール錠25mg 販売名リポトリール錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
409	体重8kgの小児患者にサワシリン細粒が処方されたが、一日量が製剤量として0.23gであった。製剤量と成分量の取り違えの可能性が高いと判断し、疑義照会した結果、一日製剤量として2.3gへ変更になった。	処方時に製剤量と成分量を間違えて入力したため、過小量での処方になったと考えられる。		確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名サワシリン細粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
410	整形外科より、ロキソニン錠、タケブロンOD錠が処方された。薬歴には、かかりつけの内科より、セレコックス錠、ガスター錠が処方されており服用中であった。整形外科の処方医へ現在、服用している薬剤について疑義照会したところ、ロキソニン錠とタケブロンOD錠が中止になった。			患者側	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名タケブロンOD錠15	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
411	風邪を引き、内科より臨時で風邪処方(PL配合顆粒、トランサミンカプセル、クラリス、SPTローチ)が出た。眼科より、緑内障の治療中であった。内科よりPLが処方されているが、緑内障治療中である旨を報告したところ、PLが中止になった。			患者側	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
412	ウルソを服用中(他薬局よりもらっている)。肝機能低下している為、肝障害を起こしやすいユリノームの投与は控えたほうが良い旨を医師に疑義照会した。医師より、ユリノームは中止になった。			患者側 その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名ユリノーム錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
413	マイスリーと共にアムロジンを眼前服用指示となっていた。患者に服用方法を確認したところ、眠前に服用指示になっていない、とのこと。疑義照会したところ、処方入力ミスであり、アムロジンは眠前から朝食後に服用方法が変更になった。			その他医師の処方入力ミス	処方された医薬品 販売名アムロジン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
414	自宅で転倒した為、一般名でロキソプロフェンNa錠 60mg 1錠とレバミピド錠100mg 1錠が、頓服服用で処方がありました。鑑査時にお薬手帳を確認したところロキソニン錠100mg 3錠 分3で継続服用中であることが判明しました。系統重複であるため疑義照会し処方削除となりました。	医師と併用薬について話していなかったと思われる。	お薬手帳や投薬時に併用薬について確認するよう周知した。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠100mg 販売名レバミピド錠100mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
415	風邪により門前医院を受診した患者が来局。咽頭痛にてコカール錠200mgが発熱・疼痛時の頓服で処方されていた。しかし、薬歴にて確認したところ、同成分のカロナールにて口腔内のただれの経験があることが判明。患者に確認したのち、医師に疑義照会を行った。コカール錠200mgからイブプロフェン錠200mg「タイヨー」に変更になった。	門前医院が混雑していたため、確認を怠ってしまったと考えられる。	副作用歴がある患者は特に処方鑑査を重点的に行う。	勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名コカール錠200mg 変更になった医薬品 販売名イブプロフェン錠200mg「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
416	緑内障治療中の患者にフスコデ配合錠が処方されたが、レセコンに緑内障治療中と登録されていた為、入力時にチェックがかかった。患者に緑内障治療中であることを再度確認の上疑義照会した所、フスコデが削除となり、アストミンに変更となった。	レセコンのチェック機能が活用された。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名アストミン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
417	サインバルタカプセルが初めて処方された患者に30mgが出ていたので問い合わせた。20mgに変更された。	初回は20mgからと知らなかったのかも。	初回用量からずれていれば問い合わせる。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
418	前回(当月)35日分出ていたのに、本日もまた35日分が出ていた。残薬が3週間分あるのに処方していいのかと問い合わせた。当初の処方方は中止となり、ワゾラン錠だけが3週間分処方された。	残薬を確認せずに定期薬を処方していた。患者は薬はあったが不整脈があるので早めに受診していた。	残薬があるのに処方された場合は確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名サンリズムカプセル25mg 変更になった医薬品 販売名ワゾラン錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
419	ザイザルは通常小児(7歳から15歳未満)には1回2.5mgを1日2回服用だが、5mg1日1回就寝前の処方となっていた。調剤者が疑義照会により医師に確認したところ、5mg1日2回朝食後、就寝前に変更となった。		小児量の確認の徹底を再度スタッフに周知する。	教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
420	患者処方箋にフルタイド100ディスクス。薬歴には定期処方として、フルタイド100エアゾール60吸入用。デバイスの変更かと思ったが、施設の患者のため、直接お話しできない。医師に疑義照会。フルタイド100エアゾール60吸入用に変更となった。	医師の処方せん記載間違い。	薬歴を用いた処方監査の徹底を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名フルタイド100ディスクス 変更になった医薬品 販売名フルタイド100μgエアゾール60吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
421	グリチロン3T、タリオン3T 3x10日分の処方。患者から今日医師から説明を受けた血液検査結果を確認。肝機能の数値が高い。アレルギー関連の話はしていないとのこと。薬歴より、数か月前一度に、グルタチオンの処方あり。タリオン 3T3xの用量、用法は過量であり、タチオンの間違いではないかと疑義照会。タチオンに変更になった。	タチオンとタリオンの名称が似ている。医師の午前中の診察時間ぎりぎりの時間だった。		知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名タリオン錠10mg 変更になった医薬品 販売名タチオン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
422	レルパックス錠5回分と合わせてクリアナール1回錠 5回分頭痛時で処方された。疑義照会したところクリアナールはクリアミンの間違いであることが判明した。合わせてレルパックスとクリアミンは併用禁忌であることを伝え、クリアミンは処方削除となった。			確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名クリアナール錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
423	今回ラシックス錠40の処方があったが、患者お薬手帳確認にて、整形外科よりフロセミド錠20の処方あり、クリニック確認後今回むくみが強いのでラシックス錠40から20へ変更して、整形のフロセミド錠20と併用(合計量40)となった。(クリニックにはお薬手帳を渡してあったとのこと)	お薬手帳にはフロセミド錠20と記載があったが、ラシックスとは気づかず処方されたと思われる。	お薬手帳の活用をしっかりとってもらうようにする。	その他お薬手帳の確認漏れ	処方された医薬品 販売名ラシックス錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
424	A病院を退院後、もともとかかりつけであったB医院を受診された。お薬手帳より、フロセミド錠、スピロラクトン錠はA病院退院時時には中止になっていることが確認できた。しかし、今回のB医院からの処方では、フロセミド錠、スピロラクトン錠が処方再開されていた。患者に入院の経緯をお伺いすると「脱水」であることが確認できた。B医院に疑義照会すると、「脱水に加え、腎機能障害、カリウム値の上昇でフロセミド錠・スピロラクトン錠をしばらく中止するよう指示をしていた」ことが判明した。結果、フロセミド錠40mg、20mg、スピロラクトン錠25mgが処方削除となった。		処方せんへの転記ミスだが、患者への聞き取り、お薬手帳の確認を怠ると見逃していた可能性があるため今後も注意したい。	確認を怠った 記録などに不備があった 連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名フロセミド錠40mg「JG」 販売名フロセミド錠20mg「JG」 販売名スピロラクトン錠25mg「トロー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
425	アロントール錠(100)半錠を朝食後に定期服用している在宅患者に、ガスター錠(20)頓服の臨時処方が出た。患者自身は理解していないが、アロントールの用量から判断して腎機能低下が疑われるため、医療機関に対して患者の腎機能の程度およびガスター減量の必要性の有無について疑義照会を行った。疑義照会の結果、腎機能障害を有していることが判明し、ガスター錠は20mgから10mgに減量となった。		在宅患者は高齢で自身の生理機能の詳細についてはご存知ない場合が多いため、訪問時の通常会話だけでは腎機能の程度などを把握することは困難である。そこで定期処方の内容などから腎機能低下が疑われる場合には、予め処方医にコンタクトをとり、臨床検査値などについての聞き取りを行い情報共有を行っておくことで、臨時処方がでた場合にも各薬剤の至適用量を判断することが可能になるとと思われる。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ガスター錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
426	オルメテックOD錠20mgからレザルタス配合錠HDに変更になっていたが、同じ処方箋の中にCa拮抗薬である一般名アムロジピン口腔内崩壊錠5mgがあり、アムロジピンOD錠5mg「ケミファ」も服用中。本人に確認するも変更するとは聞いていないとの事。医師に問い合わせ、一般名アムロジピン口腔内崩壊錠5mgは削除となった。	最近血圧が安定せずに毎回降圧薬が変わっていたので、処方せんの内容を見間違えたよう。同じ処方箋の中に一般名アムロジピン口腔内崩壊錠5mgがある事を気付いていなかった。	配合錠があると成分の重なりを見落としかちになるので配合の成分を確認するようにする。変更時にはどのような指示を受けているか、今の薬を服用しているかきちんと確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg 販売名レザルタス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
427	体重が16kgの患者。カルボシステインの用量が0.76gであった。疑義照会の結果、0.96gに変更となった。	用量計算ミス、あるいは入力ミスが考えられる。	用量変更時の体重確認を怠らない。	その他用量の入力ミスか	処方された医薬品 販売名カルボシステインシロップ5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 「タカタ」
428	ナウゼリンが食後で処方されていたので、疑義照会した結果、食前に変更となった。	用法の入力ミスが疑われる。	とくに食前等用法に注意が必要な薬剤が処方された時、用法確認を怠らない。	その他用法記載ミス	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
429	ハルシオン(0.25)1錠就寝前で服用中の患者。前回処方方が35日分だったので、ハルシオンが2錠18日分で処方されていた。今回、ハルシオンが2錠分1錠就寝前28日分で処方されていた。疑義照会の結果ハルシオン1錠分1錠就寝前28日分に変更となった。	前回の処方をそのまま28日分にしたと考えられる。	用量チェックの徹底。	その他前回処方方をそのままDoした	処方された医薬品 販売名ハルシオン0.25mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
430	眼科を含めて複数の医療機関に通院しており概ね当薬局にて処方箋を応需している緑内障患者が、内科の処方箋を持って来局した。調剤前の処方監査を行ったところ、今回新たに緑内障に禁忌であるトフラニール錠10mgが処方されていたため処方医に疑義照会を行った。結果として当該薬剤は処方削除となり、処方医からは次回受診時に改めて追加する処方箋について検討するとの回答を得た。	当該患者は複数の医療機関を受診しているが、医療機関側では他医療機関における併用薬や患者病態についての情報が不足していたと思われる。	複数の医療機関を受診している患者に対しては、受診時にお薬手帳を提示するよう指導を行う。薬歴の表書き部分はこまめに更新するように心掛け、特に禁忌薬が存在する場合には、注意喚起を促すような色表示やコメントの記入に努める。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名トフラニール錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
431	小児科の処方箋を受付後に、患者の家族より体重や症状の聞き取りを行い、調剤前の処方監査を実施した。体重7kg弱とのことだったが、小児用ムコソルバンシロップの用量が4mLとなっており、通常用量(0.3mL/kg)の2mLよりかなり多かったため、処方元に疑義照会を行った。疑義照会の結果、小児用ムコソルバンシロップではなく、ムコダインシロップ(0.6mL/kg)の間違いだったことが判明、処方薬剤が小児用ムコソルバンシロップからムコダインシロップに変更となった。	医療機関側の要因であるために詳細については判りかねるが、処方箋入力時に複数ある薬剤候補の中から間違えた薬剤を選択してしまったのではないかと考えられる。	混雑時であっても、必ず調剤前に用量の確認を行うよう徹底する。体重聞き取りができない場合でも、標準体重で用量の計算を行い、大きく異なる場合には疑義照会を怠らないようにする。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名小児用ムコソルバンシロップ0.3% 変更になった医薬品 販売名ムコダインシロップ5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
432	メブチンの量が体重(13-14kg)から考えて少なかったため、疑義照会したところ0.65g/日に変更となった。	体重換算時の計算ミスが考えられる。	用量変更、新規処方時の用量確認を怠らない。	その他用量計算間違い	処方された医薬品 販売名メブチンドライシロップ0.005%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
433	前立腺肥大の患者にセレスタミン処方→疑義照会しリンデロン錠へ処方変更			その他プレアボイド その他プレアボイド	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠 変更になった医薬品 販売名リンデロン錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
434	生後1歳(体重10kg)女児への処方「ゼスラン小児用細粒(0.6%)0.1g(分2)(朝・夕食後)7日分一分量間違いを疑い疑義照会」「ゼスラン小児用細粒(0.6%)→鼻炎の場合の用法は、1回0.06mg/kg×1日2回なので、体重10kgの場合、1回0.1g×1日2回→0.2g/分2が正しい」疑義照会の結果ゼスラン小児用細粒(0.6%)0.1g(分2)→0.2g(分2)に変更となった。」			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ゼスラン小児用シロップ0.03%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
435	リスモダンカプセル(100)3Cap3×Nの処方。患者の検査値を確認した所、血清クレアチニン値が1.77である為、クレアチニンクリアランスを確認したところ、16.7ml/minであった。この値に対して、推奨投与量は100mg/日であるため、疑義照会を行い、推奨投与量へと変更となった。			連携ができていなかった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リスモダンカプセル100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
436	複数科受診でお薬手帳も持参しているが、確認したところ眼科の処方情報だけが抜けていた。その患者に処方された薬がPL配合顆粒で、初来局の患者であったためアンケートを実施していたところ緑内障であることが判明し、目薬を処方されていることが分かった。PL配合顆粒は緑内障に禁忌のため、処方もどに確認したところ葛根湯に変更になった。	眼科で処方内容のお薬手帳シールが発行されていないため、PL配合顆粒の処方もとの医師はそのことに気付かなかった。	お薬手帳シールはすべての医療機関で発行し譲渡すべきである。	記録などに不備があった 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった その他手帳のシール 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名葛根湯	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
437	ディレグラ配合錠 4錠 朝食後 の処方。ディレグラは食事の影響を受け、フェキソフェナジンの効果が70%落ちるため、疑義照会。用法が 朝食前 に変更となる。	医師が用法を熟知していなかった。	処方監査を徹底したい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
438	一般名でニフェジピン錠10mg 1錠 朝食後 の処方せんを受付。→ 通常の使い方でない為、疑義照会するが、紹介状に記載されているので変更なし、と返答される。→ 紹介状先に連絡をして確認すると、ニフェジピン錠10mgの記載間違いであることが判明。→ 再度、疑義照会してニフェジピン錠10mgに変更してもらう。			仕組み	処方された医薬品 販売名ニフェジピン錠10mg「ソルハラ」 変更になった医薬品 販売名ニフェジピン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
439	ブレドニゾン錠5mg 1錠 朝食後、ネキシウムカプセル(10) 1カプセル 朝食後の処方がありました。ネキシウムカプセル(10)が6週以上継続されているが、同剤は非ステロイド性抗炎症薬を長期継続投与している患者を投与対象としている薬剤である為、処方医に問い合わせを行いませんでした。その結果、ネキシウムカプセル(10)⇒ランソプラゾールOD(30)へ処方変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル10mg 変更になった医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠30mg「DK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
440	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒 2包 1日2回 朝・夕食後 で処方がありました。通常、食前か食後2時間服用なので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、朝夕食前へ処方変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
441	ヒルドイドソフト軟膏 25g 5本 (軟膏剤)とマイザー軟膏 5g 2本 (軟膏剤)の処方がありました。使用部位の記載が無かった為処方医に問い合わせを行いました。その結果、ヒルドイドソフト軟膏⇒1日2回 朝・入浴後 手足のかさかさ、マイザー軟膏⇒1日2回朝・入浴後 手足の皮疹へ処方変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3% 販売名マイザー軟膏0.05% 変更になった医薬品 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3% 販売名マイザー軟膏0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
442	ボノテオ錠50mg 4週間に1回の薬ですが、他の薬と同じ日数42日分で処方があった為、処方医に問い合わせました。その結果、2日分へ変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ボノテオ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
443	内科で患者が胃の不調を訴え、一般名でガスターD20mg処方。薬局でのお薬手帳の確認により、整形外科で消炎鎮痛剤とともに同一薬剤が長期処方されていることを確認。お薬手帳を医師に見せていないことを患者に確認したため、医師に疑義照会の上、処方が削除された		他科受診時には必ず併用薬を伝えるよう患者に指導した。	患者側	処方された医薬品 販売名ガスターD錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
444	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒1包3g3包とあり疑義照会。1包2gに変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
445	エリザス点鼻粉末200μg28噴霧用の用法1日2回だったので疑義照会。1日1回に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名エリザス点鼻粉末200μg28噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
446	4歳の患者にメブチンエア-10μg吸入100回処方あり疑義照会。メブチンキッドエア-5μg吸入100回に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名メブチンエア-10μg吸入100回 変更になった医薬品 販売名メブチンキッドエア-5μg吸入100回	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
447	胃ろうの患者にデバケンR100mg粉砕指示で処方のため疑義照会。。薬剤の性質上、粉砕不可、簡易懸濁不可のため、細粒に変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名デバケンR錠100mg 変更になった医薬品 販売名デバケン細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
448	抗生物質の処方なくピオフェルミン錠あり疑義照会。ピオスリー配合錠に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン錠 変更になった医薬品 販売名ピオスリー配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
449	内科と皮膚科でファモチジン錠20mgが重複して処方された。疑義照会の上削除された。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際にはお薬手帳を必ず医師に見せるよう患者に指導した	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
450	ザイザル錠5mg1錠1日2回朝食後で処方あり疑義照会。1日1回夕食後に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
451	ファモチジンD10mgが処方されたが、お薬手帳でネキシウムカプセルを服用していることを確認したため、疑義照会の上削除された。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には医師に必ず併用薬を伝えるよう指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
452	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン処方せんに朝26単位夕24単位とあり。患者は朝24単位夕20単位といわれたので疑義照会。患者のいうことが正しかった。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
453	ファモチジン錠10mg「サワイ」が処方されたが、お薬手帳で定期服用していることを確認したため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
454	ファモチジン錠20mg2錠分2で処方。お薬手帳で1錠分1で継続服用していることを確認したため、疑義照会。1錠での服用を一時中止して、2錠分2で増量して服用するよう医師から指示されたため、患者にその旨伝えた。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠20mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名ファモチジン錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
455	ネキシウムカプセル20mgが処方されたが、お薬手帳でタケキャブ錠を服用していることを確認したため、疑義照会の上削除	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
456	フスコデ配合錠処方、前立腺肥大のため疑義照会。一般名で、デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「NP」6錠分3毎食後に変更。			患者側	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
457	ロキソニン錠が処方されたが、重複処方されていることをお薬手帳で確認したため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
458	歯科でロキソニン錠が頓用で処方されたが、整形外科から定期処方されているため、疑義照会の上削除	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
459	前立腺肥大の患者にビーエイが処方されたため、疑義照会の上削除	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ビーエイ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
460	一般名でファモチジンD錠20mgが処方された。タケキャブ錠10mg服用中のため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
461	緑内障の患者にビーエイ配合錠が処方されたため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬・既往症を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ビーエイ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
462	ファモチジンD錠10mgが処方されたが、タケキャブ服用中のため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
463	カデックス軟膏3本処方有りますが、前月に3本処方有り、まだ残っているので今回はいらぬとの事。処方医に確認したところ、今回の分は削除になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カデックス軟膏0.9%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
464	ファモチジンD錠10mg処方されたが、タケキャブ錠を服用中のため、疑義照会の上レバミド錠に変更	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠10mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名レバミド錠100mg「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
465	ロキソニン錠が処方されたが、他科よりエトドラク錠の定期処方があるため疑義照会。ロキソニン錠服用中はエトドラク錠中止と医師から指示あり、その旨患者に指示	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
466	ムコスタ錠処方されたが、他科処方により定期服用中のため疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠 100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
467	緑内障の患者にピーエイ配合錠が処方されていたため疑義照会。一般名でカロナル錠200mg6錠分3毎食後に処方変更。	患者が既往症を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず既往症を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠 変更になった医薬品 販売名カロナル錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
468	一般名でファモチジンD錠20mgが処方されたが、他科処方でのタケロンOD錠15mgを服用中のため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
469	一般名でファモチジンD錠20mgが処方されたが、他科処方でのタケロンOD錠30mgを服用中のため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
470	ホクナリンテープ2mgが処方されたが、薬歴にホクナリンテープ使用時に手の震えが出たとの記載があったため、疑義照会の上1mgに変更	患者が副作用歴を医師に伝えなかった可能性あり		患者側	処方された医薬品 販売名ホクナリンテープ2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
471	ファモチジンD錠10mgが処方されたが、他科処方でのパリエット錠を服用中のため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
472	ツムラ芍薬甘草湯が2g分2で処方されたため、疑義照会の上5g分2に変更			その他病院側の入力誤り	処方された医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
473	ピオスリー配合錠が処方されたが、他科処方でのピオフェルミン錠を服用中のため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ピオスリー配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
474	一般名でレバミド錠が2回処方されていたため、疑義照会の上1行削除。			その他病院の入力ミス	処方された医薬品 販売名レバミド錠100mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
475	セレコックス錠100mg 2錠 1日2錠朝夕食後、他5剤の処方。患者への聴取で他の病院で処方された、カロナル錠500mgを服用中であることが判明した。そこで疑義照会した。その結果 セレコックス錠100mgは削除された。			患者側	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
476	トラムセット配合錠 2錠 1日2回朝夕食後、他2剤の処方。薬局に保管されている患者の記録に「トラムセット配合錠で足がむくんだ」との記載があったため疑義照会した。その結果トラムセット配合錠は削除された。			患者側	処方された医薬品 販売名トラムセット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
477	リマチル錠100mg 1錠 1日1回朝食後、他3剤 整形外科からの処方。この患者は内科にも通院しており、その病院の医師から「腎機能が低下しているの、整形外科から処方されている薬はあまり服用しないほうが良い」と伝えられたとのことであった。(患者は検査データを持っておらず、また検査値も覚えていなかった。)そこで疑義照会した。その結果、処方医はリマチル錠100mgを服用してほしいとの考えではあったが、今回は腎機能低下の程度が不明であるため、リマチル錠100mgが削除された。また次回受診の際に検査値データを持参するように患者へ伝えてほしいとのことであった。	患者は、内科で血液検査を受け、内科医からの助言および検査結果表をもたせてはいたが、整形外科の医師には伝えていなかった。	患者への聴取の際に得られる腎機能障害についての情報は、できるだけ収集し状況によって疑義照会する。	患者側	処方された医薬品 販売名リマチル錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
478	リリカOD錠75mg 3錠 1日3回毎食後(初処方)、他2剤の処方。添付文書ではリリカOD錠は通常1日150mgを1日2回に分けて服用するとの記載があるが、今回は1日225mgを1日3回となっていたため疑義照会した。その結果リリカOD錠75mgは2錠 1日2回朝夕食後へ変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名リリカOD錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
479	ザイロリック錠100mg2錠1日2回朝夕食後、およびコルヒチン錠0.5mg4錠1日4回毎食後と就寝時(前回はこの薬剤のみ)の処方。患者への聴取では痛風の発作は落ち着いていて痛みは無く、また医師からは薬については何も聞いていないとのことであった。痛風の発作が落ち着いているためコルヒチン錠0.5mgが必要であるか、または予防的に使用するものなのか疑義照会した。その結果コルヒチン錠0.5mgは予防目的でもないことが判明し削除された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名コルヒチン錠0.5mg「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
480	ポルタレンSRカプセル37.5mg 1カプセル1日2回朝夕食後、他1剤の処方。用法が1カプセル分2となっていたため疑義照会した。その結果、ポルタレンSRカプセル37.5mgの用法が1日1回夕食後に変更となった。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名ポルタレンSRカプセル37.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
481	ゾルピデムからベルソムラに処方変更になった患者だが、別の科からのクラシロマイシンを長期に服用していた。疑義照会の結果、ゾルピデムに戻った。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠15mg 変更になった医薬品 販売名ゾルピデム酒石酸塩OD錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
482	一般名でヒルドイドクリーム処方。交付時にピンクのチューブを出すといわれたけど、と患者家族から指摘された。ヒルドイドソフト軟膏の現物を見せると、それをだすと医師から言われたと患者家族が言ったため、疑義照会の上変更となった。	一般名のヒルドイドクリームとヒルドイドソフト軟膏が類似していることによる病院側での入力ミスの可能性		その他病院の入力ミス	処方された医薬品 販売名ヒルドイドクリーム0.3% 変更になった医薬品 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
483	フスコデ配合錠とキシサラン点眼が同一処方せん上に記載されていた。フスコデ配合錠は緑内障禁忌のため、疑義照会。フスコデ配合錠3錠分3→一般名でデキストロメトルフアン6錠分3に処方変更となった。	多剤併用の患者で、22剤が同時に処方されていたため、医師が見落とすと考えられる。		その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名デキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
484	新規の患者にイブプロフェンが3錠分1朝食後で処方されていたので、疑義照会したところ、3錠分3毎食後に変更となった。		徹底した処方監査	確認を怠った	処方された医薬品 販売名イブプロフェン錠100mg「タツミ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
485	フェキシフェナジンが処方されていたが、お薬手帳より他院でロラタジン定時処方あることが判明。同効が薬重複しているの、疑義照会したところ、フェキシフェナジンは削除となった。		徹底した処方監査、お薬手帳の活用。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェキシフェナジン塩酸塩錠60mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
486	「一般名」レバミピドが3錠分1朝食後で処方されていたので、疑義照会したところ、3錠分3毎食後に変更となった。		徹底した処方監査	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
487	30歳代女性の乳房に眼・耳科用リンデロンA軟膏が処方されていたので、疑義照会したところ、リンデロンVG軟膏に変更となった。		徹底した処方監査。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名眼・耳科用リンデロンA軟膏 変更になった医薬品 販売名リンデロンVG軟膏O. 12%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
488	80歳代前立腺肥大の患者にスピリーバ、メジコンが処方されていた。前立腺肥大には禁忌なので疑義照会したところ、シムビコート、アンプロキシソールに変更となった。		徹底した処方監査、正しい記録。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入 販売名メジコン錠15mg 変更になった医薬品 販売名シムビコートタービューヘイラー60吸入 販売名ムコサル錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
489	門前HP以外の処方箋受付。お久しぶりに来局。前回、来局した時は「フェブリク(10)1錠分1」の処方。今回は、「フェブリク(20)2錠分2」処方であった。久しぶりなので、徐々に増量中なのかと思い込み、投薬口へ。患者に話を聞くとコンプライアンスあまり良くないようで、フェブリク(10)を服用中とのこと。急激な増量は、痛風発作を引き起こす可能性があるのでは、疑義照会。尿酸値が高くなったので、増量したいとのこと、「フェブリク(20)1錠分1」となった。		いままでの服用経緯は、分からないことも多いので、特に門前以外のHPの処方は患者にしっかりと確認した上で、投薬を行いたい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フェブリク錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
490	患者にPL配合顆粒 3g 毎食後 5日分の処方。弊社薬局では初処方。患者に確認したところ、飲んだことがあるが、眠気がすごいので飲みたいくない。疑義提案。医師に代替薬として、アセトアミノフェンやトラネキサム酸製剤を提案。疑義後、トラネキサム酸カプセル250mg「トワ」3C 毎食後 5日分 に変更となる。	患者の副作用歴を医師が聞き取り、把握していなかった。	患者との対面での会話を大事にした。	医薬品 患者側	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名トラネキサム酸カプセル250mg「トワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
491	後発品希望の患者で、処方内容は【般】ランソプラゾールOD15mgと【般】イトブリド塩酸塩錠50mg の1錠分1 朝食後 60日分の処方だった。鑑査者がイトブリド50mgの薬を見せながら投薬をした時に「この薬はいつもと違う。今日は薬の変更は聞いていない」とおっしゃった。疑義照会の電話をかけた所、病院側の入力ミスであったことがわかりモサブリドクエン酸塩錠5mg「明治」分1 朝食後 60日分の処方に変更になった。	類似医薬品名による入力ミス。	投薬時に患者とコミュニケーションをとり、薬の内容に関して確認をしてお渡しすることを継続していく。	勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名イトブリド塩酸塩錠50mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名モサブリドクエン酸塩錠5mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
492	頭痛ありにてカロナール(200)が頓服で処方あり。(現在授乳中の方)薬歴表書きに「カロナールで尋麻疹あり」の記載あり。疑義照会して、ボルタレンに変更となった。		処方鑑査時に副作用歴の確認を徹底する。授乳中等の確認も徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名カロナール錠200 変更になった医薬品 販売名ボルタレン錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
493	ツムラ消風散エキス顆粒 通常食前服用のお薬ですが、毎食後での処方だった為、処方医に確認しました。結果、毎食前へ変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ消風散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
494	一包化の指示が入っていましたが、処方1と処方2の日数が違うので、確認の疑義照会を行いました。その結果、処方2の方が、処方1と同じ日数に変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名エペリゾン塩酸塩錠50mg「日新」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
495	今回ジプレキサが増量となっており、投薬時、患者本人に増量になっていることを確認すると「変更は聞いていない」とのこと。医師に疑義照会を行い、薬の増量は処方間違いであったことが判明。	処方監査の時点で、薬の変更を患者にも確認していれば早い段階での発見となった。混雑しており確認業務を怠った。作業手順の不履行	調剤前の段階での情報収集を徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 仕組み	処方された医薬品 販売名ジプレキサ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
496	5歳児に対してプリピナ液のみ点鼻薬として処方されていた。いつも、小児にたいして、プリピナ液を精製水で薄めたものを処方することが多かったため、調製時疑問に思い、処方医に疑義照会したところ、精製水の処方漏れであった。	用量の確認	なし	報告が遅れた(怠った) 勤務状況が繁忙だった ルールの不備	処方された医薬品 販売名- 販売名プリピナ液0.05% 変更になった医薬品 販売名精製水 販売名プリピナ液0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
497	オルメテックOD錠10mg 3T分2朝食後・寝る前と1T分1寝る前と2回出てきていたの間違いを合わせて。オルメテックOD錠10mg 4T分2朝食後・寝る前に変更となった。	定期薬で3T分2朝食後2T寝る前1Tで出ていたのを途中で寝る前1Tが追加となったが用法をまとめていなかった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名オルメテックOD錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
498	ウルソ錠100mgが2T分2朝食後と2T分2昼・夕食後と2回出ていて、リパロ錠1mg 2T分2昼・夕食後で出ていたので、ウルソが2回出ていて、リパロは1日1回の薬だが2回で間違いないかと問い合わせた。ウルソは朝・夕食後が中止となり、リパロは2mg 1T分1夕食後に変更となった。	ウルソは用法を変更したのに、前回の用法の分を削除していなかった。リパロは1日1回だと知らなかったのかも。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ウルソ錠100mg 販売名リパロ錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
499	薬局受付時に併用薬の確認をすると薬局近くの歯科を受診後に処方元医療機関受診したとの話があり歯科で薬も処方されたことがその時判明、処方元受診時には投薬を受けた旨の話はしていないとのことだった。確認するとフロモックス錠100mg3錠分3毎食後3日分処方されていることが確認、処方医に確認、ジェニナックが処方されていたためそちらを処方削除されフロモックス服用するよう指示を受けた		これからも決められた手順通りに受付時確実な確認実施を行っていく	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
500	ロキソプロフェン60mg「EMEC」が頓服で処方されていたが、1回3錠で5回分と指示されていた。疑義照会し、1回1錠へ変更となった			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
501	高齢者70歳代ということであれば、デパス錠は1日1.5mgのはずが1日3mg処方となっていた。疑義照会の結果、1日1.5mgに変更となった。	医薬品情報変更後の確認ミス		報告が遅れた(怠った)	処方された医薬品 販売名デパス錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
502	喘息発作で10日ほど前から入院していた90歳代の女性の家族が、病院Aからの退院処方、プレドニン5mg6錠分1朝食後を2日分と、診療所Bのかかりつけ医からの定期の処方箋を持って来局。入院していた病院の明細書から、プレドニン5mg6錠分1朝食後を入院中の10日間服用していたことが判明し、かかりつけ医に問い合わせ、プレドニン5mg3錠分1朝食後7日分が追加となった。かかりつけ医は入院中の処方を把握しておらず、家族もわからない状況であった。アドエア250エアゾルは継続して使うよう指示があった。	入院中の処方薬の把握ができていなかった。	病院でも、入院中の処方内容をお薬手帳に記載していただきたい。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
503	アスピリン錠200mgが処方された。用量が少ないこと、当該医療機関はアスピリンは10%散を使用することが多いとわかっていたのですぐ間違いに気がつき、疑義照会した。	アスピリン散10%のところ、医院の事務員がアスピリン錠200mgと間違えて入力していた。		確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アスピリン錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
504	透析患者に花粉症の薬としてザイザル錠5mgが処方されたが、当該医薬品が重度の腎障害のある患者には禁忌であったため処方医に問い合わせ、アレジオン錠20に処方変更された。	処方したのは透析の専門医だったが、ザイザル錠5mgが重度の腎障害のある患者に禁忌であることを知らなかったため発生したと考えられる。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg 変更になった医薬品 販売名アレジオン錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
505	タケキャブ(20)を処方された患者が、他院の定時薬としてタケダ配合錠を服用していた。お薬手帳の情報から重複が判明し、疑義照会したところ、タケキャブ(20)は処方削除となった。			その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
506	ロラタジンを投与されたときに、喉のつまり感が生じ、投与中止となった患者に、異性体のデザレックスが投与されていたため、疑義照会した。デザレックスは中止されフェキソフェナジンが投与された			報告が遅れた(急だった) 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名デザレックス錠5mg 変更になった医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
507	患者来局。クラリスが処方されていたがその際持参されたお薬手帳から他科でミノマイシンを服用していることが分かり、患者に確認を取ったところ、クラリスの処方元には伝えていないとのことだったため、処方元に確認を取ったところ、クラリスは削除になった。	お薬手帳が持参されていたため、重複に気が付くことができた。	お薬手帳確認の徹底、忘れの場合は次回持参するよう声掛け。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名クラリス錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
508	内科の処方にてフスコデ配合錠が処方された。他院にて、緑内障、前立腺肥大症の治療を受けているため疑義照会したところ、フスコデ配合錠は処方削除となった。眼科と泌尿器科の調剤は当薬局で行っている。			その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
509	眩暈のため耳鼻科を臨時受診。メチコパール(他2剤)が処方されるが、整形でメチコパール服用中のため疑義にて削除となる。	患者が手帳を活用せず、常用薬を伝えなかった。	手帳活用法の指導。	連携ができていなかった その他患者の伝達不足	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
510	ジスロマックSR成人用ドライシロップ。空腹時に服用すべき薬が食後で処方。処方受付時に気が付き疑義にて食間に変更。	医師による処方選択ミス(単純ミス)と思われる。	今後も起こり得るミス。職員全員に注意喚起。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
511	プログラフ服用中の方で、他院より、アルダクトン処方。併用禁忌のため疑義。アルダクトン処方中止に。	Dr側で併用薬の確認ができていなかった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名アルダクトンA錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
512	ベルソムラを服用中の方。他の医院ビロリ菌除菌のためポノサップが処方された。ポノサップにはクラリスロマイシンがあり、ベルソムラとクラリスロマイシン併用禁忌。ポノサップ処方のDrに連絡したが、連絡がとれなかったため、ベルソムラを処方されているDrに連絡。ベルソムラはいつの間中止するよう指示。その後受診され、ポノサップ服用中の方、ベルソムラの代わりに、ルネスタが処方された。	併用薬を、Dr側でチェックできていなかった。		確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠15mg 変更になった医薬品 販売名ルネスタ錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
513	ワーファリンK(0.5)削除。薬品を確認しながら交付中に患者よりワーファリンの総量3.5→3mgの説明を受けたと言われる。疑義照会にて3mgになる。	医師による単純ミスと思われる。	処方が変わらない人でも確認を徹底する。	勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ワルファリンK錠0.5mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
514	タケルダとファモチジンが1枚の処方箋に記載あり疑義照会にてファモチジン削除。タケルダ常用、体調不良を訴えファモチジン追加となった処方。	医師による、単純なミスと思われる。	処方箋をきちんと読み患者に話を聞くことを今後も徹底する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ファモチジン散10%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
515	以前よりブラビックス錠(25)2錠分1で服用されている患者。医療機関の移転し、移転後→疑義照会にてファモチジン削除。ブラビックス錠が(25)2錠から(75)2錠に変更となり、増量としても1日用量が多いため、疑義照会を実施したところ、(25)2錠の間違いであった。	医療機関の移転にともない、院内システムも変わったと思われる。移転前のシステムから新しいシステムに処方内容を入力し直すときに、規格の間違えたと思われる。	今回の事例以外に、移転前と後の処方で、OD錠と普通錠の違いや、ジェネリックの違いなどの間違いがある。処方変更となっている場合は、患者に変更の話があったか確認のうえ、処方変更の話がなかった場合は疑義照会を実施する。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ブラビックス錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
516	レルベア200エリプタ14吸入が使っているのに腹が張っている感じがするという訴えで前回中止になりセレベント500回転ディスクに変更になっていたはずが、セレベントディスクとレルベアが同時に処方されていたので問い合わせた。レルベアは中止になったが、患者よりセレベントを多く頼んだのに増えてないし申し出があり、再度問い合わせで量が変わった。	中止になった薬を処方しており、本人の希望と異なる数量で処方されていた。		確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名レルベア200エリプタ14吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
517	イトリゾールカプセル50のバルス療法を6年も行って、多い年には2回も行った患者。またイトリゾールが処方されていて定期薬も必要との申し出で問い合わせたが、その際に定期薬ではタケキャブ10が出ているので以前も問い合わせしていたが念のため、処方前にタケキャブは処方しないほうがいいと伝えていた。ランソプラゾールではどうかと聞かれたので同じPPIなので避けたほうがいいと伝えた。その後、処方された内容はタケキャブは21日分に減らされていたが、ファモチジン錠20mg「オーハラ」2分 7日分が出されていたのでファモチジンであっても飲まないほうがいいと問い合わせたファモチジンは中止された。	PPIを飲まないで胃が悪くなるので出したいということでPPIを飲みながらバルス療法を行っていたが、何回もバルス療法を繰り返しているため、去年からはPPIを中止するように問い合わせているが毎回、忘れていたのか同じやりとりをして時間がかかっている。	以前行った問い合わせでも同じ処方でも出される可能性があるため毎回確認する。	確認を怠った 記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠20mg「オーハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
518	手帳でパリエット服用中と確認された患者にファモチジンD錠10mg「サワイ」が処方された。PPIとH2ブロッカーの併用になるため、疑義照会の上レバミビド錠100mg「オーツカ」に変更。	患者が医師にお薬手帳を見せなかった。	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠10mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名レバミビド錠100mg「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
519	ガスターD錠10mg2錠分2定期服用中の患者に一般名でファモチジンD錠20mgが処方されたため、疑義照会の上削除。	患者がお薬手帳を医師に見せなかった	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
520	退院後初めての外来受診をして本薬局に新患として来局。糖尿病薬の処方と血圧の治療としてアジルバ錠とラジレス錠が処方されていたが、投薬者までそのままで調剤される。投薬者が気づき処方医に疑義照会をしてラジレス錠中止になる。	昼前の時間帯で忙しかったこと、最近あまりそういった処方事例がなかったために禁忌の見逃し。	再度禁忌事例を全薬剤師に周知徹底を行う。	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ラジレス錠150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
521	エクメットHD、ジャヌビア50、メトホルミンMT250が処方されていた為、疑義照会した。結果、ジャヌビア50、メトホルミンMT250が削除となった。			その他疑義照会で未然に防げた	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠50mg 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「トローワ」 販売名エクメット配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
522	処方の変更されているので、患者への聞き取りを実施後、医師からは処方を変えろとは言われていないとのこと。おかしいと思い、医師へ疑義照会。医師より、処方のはずが、処方箋に異なる薬を記載してしまっただけとのこと。間違っていたとのこと。	医師による処方箋への処方薬誤記載。	患者との対話を大事にしたい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名レバミビド錠100mg「NP」 販売名イトラコゾール錠50mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名センソシド錠12mg「ファイザー」 販売名カルベジロール錠2.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
523	セレコックス錠100mg 2T 分2 7日分とロコアテープ 21枚 1日2枚11日分が一緒に処方されていた。前回はロコアテープは14枚で7日分となっており、以前からセレコックスとロコアテープは同時に使用出来ないのが7日分ずつで同時に使用しないことになっていた。今回ロコアテープが増量されているので、セレコックスを中止するのかが問い合わせた。ロコアテープは21枚から14枚に変更となり、セレコックスとは同時に使用しないと返答があった。	ロコアテープは吸収がいいので他の鎮痛剤と同時使用しないことになっており、以前も同じ内容で問い合わせたが忘れていたのか同じミスがあった。患者はロコアテープを増量して欲しいと思っているがセレコックスは中止したくないということなので他の定期薬が14日分を出しているため7日分ずつで出されている。患者にも処方元にも理由を説明して伝えているが数か月すると忘れるのか患者が増量を希望して、医師が増量し、薬局から問い合わせるとことを繰り返している。		確認を怠った 記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロコアテープ 販売名セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
524	カルシトリオールカプセル(0.5μg)2カプセル分2朝夕食後に服用している患者が別の医療機関を受診したところ、エディロールカプセル(0.75μg)分1朝食後が処方された。薬歴より判断して医師に問い合わせたところ、エディロールカプセルが削除になった。			医薬品	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
525	小児科でフロモックス細粒服用中の患者。別疾患で皮膚科を受診。セフゾン細粒投与となる。医師に問い合わせたところ、セフゾン細粒中止となる。			医薬品	処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
526	セララ内服中の患者にケイキサレートが追加となった。Kが上昇している患者にはセララが禁忌なため処方中止を疑義照会したところセララが中止となった。	処方医は治療に集中するあまり、禁忌薬の中止という選択肢に気が付かず追加処方を行った可能性が考えられる。 ○注意力散漫	禁忌薬の見落としがないように確認する。	連携ができていなかった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セララ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
527	今回処方にてシロスタゾール錠50とエバデルS900が27日分処方、ノベルジン錠25が19日分処方であったが、普段クリニック定期処方では28日分であり前回の処方にて残薬があった為日数を調整していたが、患者確認にて今回は日数がそろっているため28日分でないと薬が途中で服用できなくなるとのことで疑義照会を行った。		病院側の確認の為薬局での改善はないが、薬局業務としては当たり前のことではあるが引き続き患者等への確認などを入念に行っていく。	その他病院側での確認	処方された医薬品 販売名ノベルジン錠25mg 販売名シロスタゾール錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
528	新患患者が血圧の処方箋を持って来局された。いつもは別のかかりつけの診療所において、定期薬として飲んでいる薬であった。かかりつけの診療所が休診だったため、他のクリニックにて処方をお願いした。処方内容は ロサルヒドHDファイザーであったが、お薬手帳などの提示をお願いしたところ、現物を持っているとのことで、ロサルヒドLDファイザーを渡された。処方内容と患者の現物が一致しないため疑義照会を行った結果、ロサルヒドLDファイザーであることがわかった。	新患の患者が初めて訪れる診療所であるにもかかわらず、お薬手帳などを持たずにかかった。患者の記憶違いにより間違った処方になってしまったと思われる。	当該薬局で過去の薬歴が確認できない状況の時は、お薬手帳を持参してもらい、常用医薬品の規格などがあっているかを必ずチェックする必要があると思われる。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ロサルヒド配合錠HD「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
529	処方箋記載どおり「ユートク」のロキソプロフェンナトリウムテープを調剤し、交付したところ、患者から「温感が処方されているはずだ。」と言われた。当方より病院薬剤部に確認したところ、医師の誤認識による誤記載であると判明。疑義にて薬剤変更として、患者希望の温感タイプ「タイホウ」にて調剤	病院薬剤部によると、温感冷感の識別のため、電子カルテ上にはポップアップによる注意喚起がされるとのことだが、浸透していないかもしれないとのこと。		その他医師の誤認識 医薬品	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNaテープ50mg「ユートク」 変更になった医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
530	ムコダインで顔面浮腫・全身じんまんの副作用歴がある患者へムコダインが処方された。疑義照会してアンプロキソール・クリアナール(以前処方されたことがある医薬品)に変更された。	医師が副作用歴を見落とし安易に風邪薬を処方した。		患者への説明が不十分であった(怠った) 医薬品	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg 販売名- 変更になった医薬品 販売名クリアナール錠200mg 販売名アンプロキソール塩酸塩錠15mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
531	ピロリ菌除菌直後の患者にパリエット錠の処方あり。PPI使用による検査が偽陰性になることがあるので問い合わせを行ったところ、H2ブロッカーであるガスター錠へ処方変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名パリエット錠10mg 変更になった医薬品 販売名ガスター錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
532	ジェニナック錠とロキソニン錠が同時に処方あり。ジェニナック錠はニューキノロン系の抗生物質で併用注意にNSAIDsが挙げられているため問い合わせを行ったところ、マクロライド系抗生物質のクラリス錠に処方変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg 変更になった医薬品 販売名クラリス錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
533	トランサミン散50% アドナ散10% が各1gで処方アドナ散は成人量が0.3-0.9gの薬剤のため確認	処方そのものがおそらく初めて、マスター設定して、1がデフォルト入力されていたか。医師がコンピュータ入力後紙媒体での確認がとれるシステムが病院にないため、気付かずそのまま発行されてしまったのではないかとと思う		確認を怠った	処方された医薬品 販売名アドナ散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
534	体重40kgあるが、カロナール錠200mg 1回1錠でよいか確認 2錠に変更になった。	単純な入力ミスか。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
535	他院で抗アレルギー薬 形状からジキリオンと思われる を服用中だが、【一般名】ケトチフェンシロップが処方されていた。手持ちの量も十分にあるとのこと、疑義照会し削除になった	手帳未持参だったため、病院では併用薬の確認ができなかったと思われる。薬局で現物をみせて確認が取れた。	病院では、聞かれなければ、言わないで来ってしまうケースもあり、手帳未持参の場合は、問診聴取が重要。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名スデルシロップ小児用0.02%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
536	クレメジン細粒が追加されて、1日3回(7時・10時・15時)食後となっていたので、朝の間隔が近いので問い合わせた。このままで出したいと言われたが、患者に食事時間を確認すると7時・12時・18時だったのではやはり7時は問題があると伝え、時間指定ではなく食間指示してもらえば患者と相談してちょうど良い時間を決めると申し出たが時間を教えてほしいと言われたので10時・15時・20時でいいのではと伝え医師に確認してもらった。診察時に本人が夜の8時に飲めるのか不安だと話したので朝に2回にしたので、本人が20時でいいと言えは提案通りでいいと返答があった。患者に説明すると20時の服用は問題ないと言われたので10時・15時・20時に変更となった。	ほかの患者の処方で服用時間を指示することがなく、高齢でもないのに服用時間をなぜ指示しようと思ったか不明。ほかの薬剤などの吸着を防ぐために間隔をあげる必要があるが、その必要性を感じていないのか、食後指示だったり、用法に問題があることが多い。		確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クレメジン細粒分包2g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
537	他院でアレロック顆粒を継続服用中。お薬手帳に記載あり。エビナスチンが同効重複になるが、あわせて服用するか確認したところ、削除になった。	他院での併用薬の確認が病院ではなかったのではないかと。	お薬手帳持参者の手帳の記載チェックし、情報収集をきちんと行う	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エビナスチン塩酸塩DS小児用1%「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
538	血糖、HbA1cが上がったためジャヌビア50mg→100mgへ増量になった。以前ジャヌビア100mg錠で具合が悪くなったことがあったため、また具合が悪くなるのではと不安に思い、ジャヌビア錠100mgではなくジャヌビア錠50mgで処方できないか確認。	以前ジャヌビア錠100mgで具合が悪くなったという情報が診察で見落とされた。	お薬手帳に「ジャヌビア錠100mgで体調不良」と記載し、患者には診察の際医師に診せるよう伝える。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
539	本日、処方箋を持ってきた患者。定期の薬をもらいに来たが、患者と確認中に、前回、同病院の違う医師よりポノテオ錠50mgが処方されていたが、今回の処方に次回服薬分がないことに気付いた。薬歴を確認し、本日診察の医師とは違うが、次回、受診は2か月後、病院にいけないとの申し出。医師に疑義照会。ポノテオ錠50mgを処方した医師にも確認を取ってもらい、ポノテオ50mg 1錠 起床時 2日分追加となる。	患者が、今日診察の医師にポノテオ錠50mgも出してもらえると考えていた。医師もカルテの確認を怠った。	患者の要望をできるだけ聞き取りたい。薬歴を用いた服薬支援に取り組みたい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名ポノテオ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
540	以前フェキシフェナジンで体調不良があったのにもかかわらず処方されていたためザイザルに変更		お薬手帳に副作用記入し医師にもお薬手帳見せるように指導	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェキシフェナジン塩酸塩錠60mg「KN」 変更になった医薬品 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
541	グルコンサンK5mEq3錠が細粒4mEq/g6gに変更になり、今まで15mEqであったが今回細粒で24mEqとなったため医師に確認。その結果6gから4gに変更となった。		剤形が変更になる場合は前回処方量との確認を怠らない	判断を誤った	処方された医薬品 販売名グルコンサンK細粒4mEq/g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
542	ニトレンジピン5mg 2錠から10mg 2錠に変更になっており、極量10mgのため確認。ニトレンジピン10mg 2錠が5mg2錠に変更し、エナラプリル5mgから10mgに変更となった			判断を誤った	処方された医薬品 販売名ニトレンジピン錠10mg「サワイ」 販売名エナラプリル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
543	体重が90kgある患者に対しアジスロマイシン250mg 1錠では過小投与であったので医師に確認し2錠に変更となった			判断を誤った	処方された医薬品 販売名アジスロマイシン錠250mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
544	体重13kgでムコダインDS 1.8g、プルスマリナADS 1gだと過量投与の疑いあり。	体重あたりの適正量が誤っていた。	体重あたりの適正量を確認し処方してもらう。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50% 販売名プルスマリナADライシロップ小児用1.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
545	1歳、体重11kgの小児にザジテンDS1.6g処方されていた。疑義照会の結果、0.6gに変更になった。		今後も処方監査での体重、用量確認は徹底し、小児の体重確認は、必ず行う。また、小児患者保護者には、医師への体重報告は、受診時必ずするように啓蒙する。	確認を怠った その他体重確認抜け	処方された医薬品 販売名ザジテンドライシロップ0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
546	ボラミン散0.2g分2処方。かなり辛い症状で受診しているにも関わらず少量処方。疑義にて1回量と1日量の入カミスと判明。	医師の処方箋入力方法の単純なミス。	通常用量と患者情報を照らし合わせたことにより防げた事例。今後も患者から情報を積極的に聴取する。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ボラミン散1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
547	オングリザ(5)1錠とアマリール(0.5)2錠を分1朝食後で服用してきた患者の処方箋、今回オングリザ2錠に増量あり。持参した家族より検査値上がってしまい薬を増やすと聞き取り。オングリザ過量かつ高齢による腎機能低下の影響も考えられ照会、オングリザ(5)1錠・アマリール(0.5)を3錠に変更となった。投薬時の服薬指導でアマリール増量による低血糖注意を確認。			その他過量処方	処方された医薬品 販売名オングリザ錠5mg 販売名アマリール0.5mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
548	皮膚科で帯状疱疹後神経痛のため、モロバミン錠500「トローフ」、セレコックス錠100mg、ムコスタ錠100mg、トラムセット配合錠が処方。投薬時に患者から整形外科でも同じ痛み止めをもらっていることを聞き取り、疑義照会。重複していたセレコックス錠100mg、ムコスタ100mg、トラムセット配合錠は削除となった。	お薬手帳には整形外科の薬についての記載はなかったため、投薬時まで重複していることに気付かなかった。	お薬手帳にはすべての医療機関の薬剤を1冊で管理するよう呼びかける。	患者側	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名ムコスタ錠100mg 販売名トラムセット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
549	診療内科でベルソムラ(20)服用中で、風邪ので受診した内科でクラリス(200)処方される。併用禁忌なので疑義照会しオゼックス錠に変更となる。	患者がお薬手帳は薬局で出したら良いと思い、医院では出していなかった。	今後は病院、医院でもお薬手帳を出し、医師に併用薬がある事を必ず伝えるように指導する。	連携ができていなかった ルールの不備	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名オゼックス錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
550	【般】ファモチジンD錠20mg2錠分2朝食後が処方。処方された医療機関へ直近の血清クレアチニンを確認したところ、0.67mg/mlであり、クレアチニンクリアランスを計算すると、56ml/minであった。クレアチニンクリアランスより1回20mg1日1回もしくは1回10mg1日2回投与が目安とされているため疑義照会を行ったところ、【般】ファモチジンD錠10mg2錠分2へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠20mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
551	他院で痒み止めとして、アレジオン(20)、アタラックSP(25)を定期で継続して服用中。風邪で内科受診しアレグラ(60)2錠2×処方あり。他院で同効薬服用中のため疑義照会する。アレグラ(60)削除となり、ツムラ2番3包3×に変更になる。	患者がお薬手帳は薬局だけで出せばいいと認識しており、病院では併用薬を伝えなかった。痒み止めと鼻水の薬が同効薬と思わなかった。との事。	医師にも必ずお薬手帳を必ず見せ、飲み薬にかかわらず外用でも医師には伝えるように指導する。	連携ができていなかった ルールの不備	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg 変更になった医薬品 販売名ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
552	服薬指導をしているときに、患者の訴えと違う薬が処方されていることに気がつき、疑義照会した。ステロイドを腕に塗布する指示がされていたが、薬と塗布部位の両方が間違っていた。抗生剤クリームを顔面に塗布し、ステロイドローションを頭と耳に塗布するのが正しい。			確認を怠った 施設・設備 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ボアラ軟膏0.12% 変更になった医薬品 販売名アクアテムクリーム1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
553	耳鼻咽喉科よりザイザルシロップ0.05%が処方された。患者家族からの聞き取りにより過去に熱性痙攣があったとの事で疑義照会を行ったところ、アレジオンドライシロップ1%に変更となった。	処方医の確認漏れおよび薬歴の記入漏れが原因で起きた。	前回来局が3年前であったが、薬歴にも記載がなかった。薬歴記載も行い、医師側と薬剤師側で二重チェックをしていくこととお薬手帳の持参も重要である。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05% 変更になった医薬品 販売名アレジオンドライシロップ1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
554	不眠の症状でベルソムラが新規処方となった。現在副鼻腔炎で耳鼻科にかかっておりクラリスを服用していることをお薬手帳を見て確認。患者への聞き取りでも服用中とのことであった。医師には耳鼻科から薬が処方されていることを伝えていないとのことであった。ベルソムラとクラリスは併用禁忌のため疑義照会をしロゼレムへ変更となった。	お薬手帳を持っており、きちんと処方薬は記録されていたが診察時に医師に提出することなく医師は併用薬を把握していなかった。	お薬手帳は薬局だけではなく診察時に医師に提出し、併用薬を伝えるように指導。	その他医師が併用薬を把握していない	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠20mg 変更になった医薬品 販売名ロゼレム錠8mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
555	腎機能障害患者にファムビル錠が1回500mg、1日2回で処方されていた。クリアチンクリアランス35のため、疑義照会。添付文書に基づき1回500mg、1日1回に変更。	以前から腎機能が悪く、本人も薬に対して敏感になっていた患者。定期的を受診していたため、処方内容を見て疑義が必要と感じた。	腎機能障害患者に対する注意が必要な医薬品の薬局での取り扱いリストを作成し、確認漏れがないように注意する。腎機能障害患者の薬歴に患者メモやポップアップを利用して、必ず確認できるようにする。	医薬品	処方された医薬品 販売名ファムビル錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
556	デュアックの用法が1日2~3回になっていた。服薬指導中に気付く、疑義に変更。	処方監査時に用法に対する確認を怠ってしまった。○注意力散漫	処方箋受付時の内容確認、投薬前の処方箋監査時に確認しながら処方箋コピーにボールペンなどでチェックをつけて注意を引き付ける	確認を怠った 記録などに不備があった 技術・手技が未熟だった 教育・訓練	処方された医薬品 販売名デュアック配合ゲル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
557	腎機能低下のため、アマリール0.5mg錠0.5錠で服用中の患者に対し、アマリール0.5mg錠1錠が処方されていた。	今回は糖尿病代謝内科への受診であった。患者は同病院であるが、心臓血管外科と糖尿病代謝内科の2科を受診しており、糖尿病代謝内科の処方としては前回と同じ内容だった。しかし、前回受診時に採血を行い、その結果を処方医の出向先の病院で聞いており、その際腎機能低下の為、アマリール0.5mgを半錠に減量すると指示が出ていた。今回、増量なのかと疑義を行い、アマリール0.5mg半錠で服用継続することを確認した。	病院の人の都合で半錠を入力できないことが判明し、今後は備考欄に半錠と記入することになった。	連携ができていなかった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アマリール0.5mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
558	のどの痛みが強いとのことで、臨時処方の中にロキソニン錠60mgが処方されていたが、他院でロキソプロフェンNa錠60mgが処方されているという記録があり、入力時に重複のエラーが出た。お薬手帳は持っておらず、患者に確認したが、飲んでいる薬の名前がわからなかった為、調剤した薬局に電話して、内容を確認した所、ロキソプロフェンNa錠60mg 3錠3×毎食後で服用中であることが判明。疑義照会の結果、ロキソニン錠60mgは処方削除となった。	併用薬の登録をしていたことで、レセコンによるチェックがかり、見落としにくい状況になっていた。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
559	生後1歳(体重10.5kg)→「一般名」トスフロキサシントシル酸塩細粒15%(7mg)(朝・夕食後)8日分の処方→体重10.5kgに対して、7mg/日の分量が少なすぎるので疑義照会→120mg/日に変更になった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名オゼックス細粒小児用15%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
560	消化器科での内視鏡検査の後アコファイド錠とプロマック錠が処方されたが、もともと同じ診療所内の他科より定期薬として処方されているプロマック錠と重複するため疑義照会し、消化器科からの処方が削除になった。	定期薬の内容の確認が十分にされていなかった可能性がある。		その他医療機関での併用薬確認漏れ	処方された医薬品 販売名プロマックD錠75	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
561	風邪でアスピリン錠が処方されたが1日10mg3錠だと成人の通常用量に達しないため疑義照会し、20mg3錠に変更になった。	10mgと20mgの入力間違い、あるいは複数規格があることを知らなかった可能性もある。		その他医療機関の入力ミス	処方された医薬品 販売名アスピリン錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
562	今回初めてアフロアクロン処方。手帳より他院でエペリソン定期内服が分かっていたため、同効薬重複となる旨を疑義照会。アフロアクロン処方中止となり、重複回避することが出来た。	病院での併用薬管理が不十分な場合あり。	他院併用薬については手帳・薬情での確認を随時行っていく。	その他病院での併用薬確認不足	処方された医薬品 販売名アフロアクロン錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
563	久しぶりの受診だったため、アンケートの記入を頼む間に調剤、入力作業を行う。アンケート記入に時間がかかっているため薬品だけの鑑査は終了後書き終わったアンケートを確認しながら投薬に臨んだところ、アンケートに線内障チェックが入っていた。もともとボララミンは飲んでいて薬なので多分併用で大丈夫と本人は返答するが、付き添いの家族が他の薬局でも併用に関して何か言われたことがあるような気がするとの話があった為、眼科医師に確認をとったところ、眼圧が高いためボララミンは飲まずに他の薬への変更依頼。同時処方のアレグラはOKとの返答が得られたため、内科に疑義照会しボララミンは削除になる	アンケートを熟読した上で最終鑑査を行う必要があったが、高齢でアンケート記入に時間がかかることから必要な過程を飛ばしてしまい鑑査が不十分だった。また本人の飲んだことがあるから大丈夫という話だけで判断して疑義照会を仮にしなかった場合は、重篤な副作用を起こしていた可能性も高い。	最終鑑査は必ずアンケートも手元にそろった状態で修了してから投薬にあたる	確認を怠った 記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった ルールの不備	処方された医薬品 販売名ボララミン錠2mg 販売名カルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
564	前立腺肥大の患者にフスコデ配合錠が処方され、禁忌のため医師に確認。レスプレレン錠30mgに処方変更となった。		医薬品情報の確認を徹底する。	連携ができていなかった 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名レスプレレン錠30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
565	患者が耳鼻科の処方箋をもって来局した。患者の処方箋に普段耳鼻科では処方のないメジコン散10% 0.8g 5日分 朝夕食後の記載があった。薬剤師がこのまま調剤を行っていたが鑑査時に1歳には明らかに過量ではないかと考え疑義照会を行った。その結果メジコン散10%は0.08gへ変更となった。	○作業手順の不履行処方箋受付時の処方鑑査を怠った。○作業手順書に記載なし調剤時に処方鑑査する手順なし。	受付時に処方鑑査を行う。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名メジコン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
566	アスピリン錠10ミリグラム、カルボシステイン錠250ミリグラムが処方されていたが、体格、症状を考慮すると、成分量が不足である可能性があったため、処方医に確認したところ、アスピリン錠は20ミリグラム錠に、カルボシステイン錠は500ミリグラム錠に変更になった。処方医の規格指定の誤り、もしくは処方箋の記載ミスの可能性がある。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名アスピリン錠10 販売名カルボシステイン錠250mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
567	6才の患者に対してフスコデ配合シロップ一日量3.3mlの処方が出された。「12歳未満の小児には投与しないこと」という重要な基本的注意に則って医師に疑義照会を行った結果、処方変更となった。	2017年7月に使用上注意の改訂が行われた。		その他処方内容に禁忌予定項目あり	処方された医薬品 販売名フスコデ配合シロップ 販売名ムコダインシロップ5% 販売名- 変更になった医薬品 販売名アスピリン散10% 販売名小児用ムコソルバンDS1.5% 販売名ベラチンドライシロップ小児用0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
568	ピラノア錠に関して夕食後の処方箋あり、ピラノア錠は食事との相互作用の観点から空腹時の薬品である為、疑義照会をおこない結果ピラノア錠 夕食後から就寝前へ変更となった。		引き続き門前クリニックへの情報提供と、処方箋受け取り時に漏れのないようにしっかりと確認を行っていく。	その他病院側の確認	処方された医薬品 販売名ピラノア錠 20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
569	緑内障治療を他院眼科で行っている患者に、夜間頻尿でベンキアOD錠5mg 1錠 朝食後 8日分 の処方。禁忌にあたるため、疑義照会。処方が 夜間頻尿に効果のあるユリーフ錠4mg 2錠 朝夕後 8日分 に変更となる。	主治医が他院で緑内障治療が行われていることを知らなかった。	薬歴を活用し、処方監査を徹底したい。	確認を怠った 医薬品 患者側	処方された医薬品 販売名ベンキアOD錠5mg 変更になった医薬品 販売名ユリーフ錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
570	一般名ヘパリン類似物質クリーム0.3%20gで処方箋オーダー。患者がジェネリック希望のため当薬局備蓄のビーソフテッククリーム1本25gで調剤。監査時に調剤録薬情報の用量を確認。疑義照会にて用量を25gへ変更を打診。処方医は先発品ヒルドイドクリーム1本20gでオーダーしていた。結果的には用量25gへ変更していただく。	先発品と後発品で1本あたりの用量の違う薬品が存在していることを知らなかった。	先発品と後発品で1本あたり用量の違う薬品はリストアップする。レセコンの薬品名表示に1本あたりの用量を追記した。	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
571	精神科でフルボキサミンを服用中の患者に総合病院整形外科でロゼレムが処方された。フルボキサミンは、ロゼレムの最高血中濃度、AUCが顕著となり作用が強く現れるため併用禁忌である。そのため、処方医に対して当患者がフルボキサミンを服用中であると問い合わせをしたところ、ロゼレムからベルソムラへ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロゼレム錠8mg 変更になった医薬品 販売名ベルソムラ錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
572	精神科でミルナシプラン処方中の患者に総合病院血液・内分泌科でサインバルタが糖尿病性疼痛として処方された。両方ともSNRIのため、まず精神科の処方医に問い合わせたところ、「どちらか一方にしたい。ご本人に疼痛重視するならばサインバルタ、薬を変えるのに抵抗があるならばミルナシプラン、どちらか選んでもらって」とのことだったため、本人に確認したところミルナシプランの継続を希望された。そのため、総合病院の処方医に問い合わせをしたところサインバルタは中止で様子を見ることになった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
573	デノタスチュアブル服用で以前、錠剤が大きい為、消化器症状を訴えられ、中止になったことがあったが、再度処方された。患者への実物の確認と薬歴の確認で発見し、疑義照会し、薬剤変更になった。			患者への説明が不十分であった(怠った) コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名デノタスチュアブル配合錠 販売名- 変更になった医薬品 販売名L-アスパラギン酸Ca錠200mg「トーフ」 販売名カルフィーナ錠0.5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
574	ネオマレルミンTR錠60mg 2T分2朝夕食後3日分という処方を受けた。初回お伺い票に「緑内障」と記載があり、疑義照会を行ったところ、アレグラ錠60mg 2T分2朝夕食後 3日分に変更となった。	患者は医師に緑内障であることを伝えていなかったようである。診察時の問診不足と考えられる。	ネオマレルミンTR錠は緑内障に禁忌であることをスタッフ全員で確認した。電子薬歴に禁忌として表示されているが、見落としやすい箇所であったため、表示色・表示場所を変更した。	その他診察時の問診不十分	処方された医薬品 販売名ネオマレルミンTR錠60mg 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
575	新レシカルボン坐剤処方時、用法が疼痛時で処方。通常とは違う使用方法の為疑義照会。便秘時へ変更。			患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった 施設・設備 教育・訓練	処方された医薬品 販売名新レシカルボン坐剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
576	サマリに入っていた副作用情報より、バリエットからアシノンに変更	単純なミス		判断を誤った	処方された医薬品 販売名バリエット錠10mg 変更になった医薬品 販売名アシノン錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
577	90才代女性、サービス付き高齢者住宅入所管理されている。食道の腫瘍がかなり大きい食道がんで固形物は禁止と確認していた。食道の空きスペースはわずかで嚥下はできるが刻み食も腫瘍に突っかかることある状態。現在ランソプラゾールOD15mgのみの服用。数ヶ月前まではエディロール0.75、アクトネル服用していたが、その後入院。入院中の服用は施設側も把握できていなかった。今回整形より処方あり。前回(入院前)はなんとか服用できていたが現在はアクトネル服用後必要な30分の座位も維持できないため職員からこのまま継続してよいか相談あり。またアクトネルは食道狭窄に禁忌のため疑義照会。削除になった。	病院での情報は内科、整形で共有されていたものと思われるが、施設では何かアクトネルの服用できていたことを確認していたため今回も処方になった。医師と施設の職員の意識の違いが今回の処方につながったものと思われる。	患者情報の共有、状況の把握が必要。施設と病院との連携が疑われるときは情報提供をそれぞれに行う。	連携ができていなかった その他施設側と病院での認識の違い	処方された医薬品 販売名アクトネル錠75mg 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
578	初回来局の患者。アンケートにて『ニューキノロン系の薬で薬剤性ショック』との記載ありも、ニューキノロン系のアクアチムクリームが処方。直接本人確認にて、医師側でも問診には書いたが、医師から何も指示や説明は受けていないとのこと。処方医の問診見落としを疑い疑義照会。見落としであったことが判明。アクアチムクリームからリンコマイシン系のクリンダマイシンゲルに変更となる。		引続き、アンケートや薬局で得ている情報には注意し、チェックは怠らない。	その他処方医療機関の見落とし	処方された医薬品 販売名アクアチムクリーム1% 変更になった医薬品 販売名クリンダマイシンゲル1%「クラシエ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
579	アジルバ錠20mgが記載された処方箋を受付。患者に話を聞くと、血圧は高くなく、今日は花粉症で受診したとのこと。不審に思い、疑義照会を行った結果、アジルバ錠20mgからアレジオン錠20mgに変更となった			医薬品	処方された医薬品 販売名アジルバ錠20mg 変更になった医薬品 販売名アレジオン錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
580	70代女性の整形外科の処方を受け付けた。処方せんにはユナシン錠375mg 1回1錠毎食後と記載があった。処方せんに記載されていた検査値(身長:150cm代、体重:40kg前半、血清クレアチニン:0.6mg/dL程度)より、クレアチンクリアランス:50mL/minと算出できた。ユナシン錠375mgはクレアチンクリアランス:60mL/min未満の場合、1回375mgを1日1~2回とされているので、処方量の確認のため、疑義照会を行った。ユナシン錠375mg 1回1錠朝夕食後に変更するとの回答があった。	医療機関側が患者の腎機能について確認を怠った、もしくは医薬品の用量の調節が考慮されていなかった。	腎機能の低下によって禁忌または投与量の調節が必要となる医薬品について薬局・病院で周知させておく必要がある。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名ユナシン錠375mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
581	サワシリン(250)が処方されたが、薬局の記録にサワシリンにて発疹あり。Drに疑義照会をかけたサワシリン削除、フロモックス(100)が追加となった。		手帳に、服用してアレルギーが出てしまった薬を記入してDrに見せるよう指導する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名サワシリンカプセル250 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
582	前月に報告したのと同じ病院から、診療所への移管で、また同様の不適合事例が起きていた。患者はかかりつけ医からの紹介で該当病院へ入院していたが、内部でリウマチ科と脳神経外科と消化器内科にかかっており、消化器内科から退院する時に、退院処方リウマチ科の薬がかかりつけの医師に伝達されていた。実際にはリウマチ科はまだ切れておらず、受診もあるし、次回受診も予約されていて、薬の修正も行われていた。該当患者が当薬局にリウマチ科の処方せんを持参したことで重複が判明した。	消化器内科から退院した時に、リウマチ科の薬も一緒に退院時処方としてかかりつけの医師に情報提供されていた。実際に入院時には合わせて服用していたようだが、患者はリウマチ科の薬は病院で、内科の薬は診療所でもらうつもりだったとのこと。病診連携のシステムのうち、病院側から診療所に提供される情報が誤っていたことが原因と考えられる。消化器他内科の薬は処方依頼とともに提供されるべきだが、リウマチ科の薬の処方依頼は依頼すべきではなかった。	患者が薬局を一元化していたため気づくことができた、もし門前の薬局に処方せんを持ち込んでいた場合、気づかずに重複して投薬され、服用していた危険性は十分にあり得る。真因は病診連携のシステム内にあり、特に、病院内部での退院時処方の確認にあると考える。医師は多忙ということであり退院時カンファレンスに出席しないので、こういうことが起きるのかもしれない。複数科を同時に受診している患者が退院する時には、どの薬をかかりつけ医に処方依頼するかを確認すべき。自薬局で2度目が発生しているため、他にも起きている可能性が十分あり得る。病院の薬剤部長には、2度発生していたということで、個人的に情報提供を行うつもりである。	ルールの不備	処方された医薬品 販売名イトラコゾール錠50mg「科研」 販売名リンデロン錠0.5mg 販売名フオサマック錠35mg 販売名ダイフェン配合錠 販売名エディロールカプセル0.75μg 販売名リンデロン散0.1% 販売名イスコチン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
583	整形でカロナールとプリンペランの処方(一般名処方)。他院でモサブリドクエン酸塩錠(分3毎食後)、ネキシウム錠、ビタバスタチンカルシウム錠を服用中の患者。胃薬は消化性潰瘍で服用しているわけではない事、胃薬は定期薬で胃の状態は落ち着いた事を確認した。また、プリンペランとモサブリドは同効薬だが、患者は病院には伝えていない事を伺った。疑義照会にて、他院でモサブリド服用中である旨を伝えた所、プリンペランの処方が削除になった。			その他病院側の併用薬把握不足	処方された医薬品 販売名プリンペラン錠5 販売名カロナール錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
584	整形よりサインバルタカプセル20mg10分1朝食後が処方。肝障害があると記録のあった方であったため、患者にお話しを伺うと、「別病院内科での血液検査で、最近また肝機能が悪くなっていた。」とお話を伺った。検査値については確認できなかったが、サインバルタは高度の肝障害のある患者には禁忌、軽度から中等度の肝障害のある患者には慎重投与であるため疑義照会を行ったところ、重篤な肝障害のある患者には禁忌ではあるが、モービック錠5mg1錠分1朝食後へ変更となった。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg 変更になった医薬品 販売名モービック錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
585	アムバロ錠を服用中の患者にアムロジピン錠2.5mgTTが追加になったが、病院医事による処方箋入力中にアムバロ錠が処方から消えてしまった。薬の減量かと思われたが、患者より血圧高めなので薬が増えるとの情報により疑義照会を行い、アムバロ錠も処方された。			その他院内での確認不足	処方された医薬品 販売名- 販売名アムロジピン錠2.5mg「EM EC」 変更になった医薬品 販売名アムバロ配合錠「サンド」 販売名アムロジピン錠2.5mg「EM EC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
586	体重36kg7歳の小児にフロモックス小児用細粒1g分3、カロナール細粒20% 2.5g分3で処方。用量が少ないため疑義照会を行い変更になった。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg 販売名カロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
587	ヨクイニンエキス錠「コタロー」9錠分3のところ3錠分3で処方されていた。Drの1回量と1日量の勘違い。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名ヨクイニンエキス錠「コタロー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
588	ディレグラ配合錠が28日分処方されたため疑義照会を行い14日分へ変更となった。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
589	患者にセファクロルカプセルとクラリスロマイシン錠が処方されたため、疑義照会を行い、セファクロルカプセルが処方削除となった。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名セファクロルカプセル250mg「トワ」 販売名クラリスロマイシン錠200mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
590	PL配合顆粒とカロナール錠300mgが処方されたため疑義照会を行った。カロナール錠が処方削除となり、ロキソニン錠が処方された。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名カロナール錠300 変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
591	一般名アンブロキシール錠10mgと記載された処方せんを受け付け。アンブロキシール錠には10mgが存在しないため疑義照会。アスピリン錠10mgに変更となる。	○手書き処方せん		確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】アンブロキシール錠10mg 変更になった医薬品 販売名アスピリン錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
592	片頭痛のため初めて医療機関を受診した患者。マクスルト錠が処方された。診察時に元々不整脈の既往があったものの薬物治療を受けていなかったため医師に伝えていなかった。患者は12歳ごろから不整脈の自覚があり、6年前の検査で不整脈陽性であった。24時間ホルター心電図や心エコーの検査を行ったところ、心臓には器質的な異常は見られなかった。しかし、発作が出ると服の上からでもわかるほどの動機を感じたり、発作は30秒ほど落ち着くときもあれば1時間程度続くこともあるとのこと。マクスルト錠は心筋梗塞の既往や虚血性心疾患、またはその症状や兆候のある患者が服用すると不整脈、狭心症、心筋梗塞を含む重篤な虚血性心疾患様症状が現れることがあるため禁忌となっているため上記内容と患者背景について医師に問い合わせたところ削除という運びになった。	患者が医師に十分に情報を伝えていなかった。医師が患者の情報を十分に収集できていなかった。	薬局でも処方内容以外にも患者背景を十分に収集し、薬学的考察を行うことが必要。	その他患者が十分に医師に情報を伝えていなかった。	処方された医薬品 販売名マクスルト錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
593	「ノイロトピン錠4単位 16錠 1日4回 毎食後と就寝前」の処方せんをFaxにて受付。通常ノイロトピン錠は1日4錠での服用なので、通常の4倍量が処方されていることとなる。本患者は他にも、ロキソニン60mg3T分3、ブレドニゾン5mg 1T分1、リリカOD25mg4T分2を服用しており、相当痛みが強い特殊な疾患であることが想像されたので、疑義照会前に製薬メーカーに問い合わせを行った。問い合わせの結果、医師によっては、繊維筋痛症などの疾患でノイロトピン錠を16Tで使用する場合もある旨を確認。病院に疑義照会した結果、疾患名を確認する事は出来なかったが、16Tで問題無いとのことであり、症状からおそらく繊維筋痛症かそれに類似した疾患だろうと思われる。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ノイロトピン錠4単位 変更になった医薬品 販売名ノイロトピン錠4単位	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
594	PL配合顆粒3g3Xの処方あり。薬歴より現病歴に緑内障あり、PL配合顆粒は緑内障に禁忌。患者本人にも緑内障治療中であることを確認。病院へ疑義照会したところ処方変更となった。PL配合顆粒、トランサミンカプセル250は処方削除。アンプロキシソール15 3T3X、フスタゾール10 3T3Xへ処方変更となった。	病院側の処方ミス		その他病院側	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 販売名トランサミンカプセル250mg 変更になった医薬品 販売名アンプロキシソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」 販売名フスタゾール糖衣錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
595	緑内障治療中の患者にフスコデ配合錠が処方された。入力時にレセコンのチェック機能がエラー表示されたため、内容を確認の上疑義照会した所、フスコデ配合錠が処方削除となった。	レセコンに患者が緑内障であることを登録していた為、禁忌薬のチェックがなかったことで、確認漏れが起りこりにくい状態だった。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
596	イムラン錠50mg定期服用中今回尿酸値上昇のためフェブリク錠10mg処方イムラン錠50mgの扱い少なくフェブリク錠10mgとの禁忌失念する処方せん受け取り時の処方鑑査スルーし調剤実施投薬前電子薬歴のチェック機能が気付き、患者にお渡しする前に急いで疑義照会実施。フェブリク錠10mg中止となり調剤しなおす。	忙しい時間帯新規薬品追加時の確認不足取り扱いの少ないお薬による知識不足	新規追加のお薬は添付文書、電子薬歴など併用大丈夫かしっかり確認してから調剤実施	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フェブリク錠10mg 販売名イムラン錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
597	カルボシステイン錠500mg「トローワ」3錠1日1回夕食後との処方あり。処方医に確認の為、疑義照会を行ったところ 1日3回毎食後に変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
598	約5年ぶりの来局の方。臨時処方でムコダイン錠250mg 3錠分3毎食後 処方。お薬手帳に併用薬が記載されており、その中にカルボシステイン錠500mg「トローワ」2錠分2朝・夕食後の記載あり。定期処方でも継続服用されていた為、疑義照会した所、ムコダイン錠250mgが処方削除となった。	5年ぶりの来局でしたが、お薬手帳を持参していただいていたので併用薬の確認ができました。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
599	PL配合顆粒が処方されたが、緑内障治療中だったため、疑義照会を行い、処方削除となった。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
600	パップフォー錠が初回 20mg錠 2T分2朝夕食後 28日分で処方されたため、用法用量を疑義照会し、1錠分1朝食後へ変更になった。			その他医師の勘違い	処方された医薬品 販売名パップフォー錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
601	緑内障治療中の患者へ、トワチーム配合顆粒が処方されたため、疑義照会を行い、処方削除となった			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名トワチーム配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
602	ジスロマック(250)2T1×3日分処方あり。薬剤師が薬手帳より、他院で4日前に同処方あつていていること確認した。処方医へ問い合わせ、ジスロマック削除となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
603	テリボン注射後の吐き気のためメクロプラミドが処方となった。薬剤師が薬手帳より、他院でエディロール、ピビアントが1か月前より開始となっていることに気付いた。テリボン注射主治医へ問い合わせ、他院のエディロール、ピビアントは中止の指示となった。	テリボンは院内での注射であつたため、薬手帳へ記載がなかつた。	薬手帳へ問い合わせの旨記載し、エディロール、ピビアント処方医へもみせるように薬剤師より患者へ説明した。	教育・訓練	処方された医薬品 販売名メクロプラミド 変更になった医薬品 販売名メクロプラミド	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
604	セクターローション処方あり。光線過敏症の既往あることに薬剤師が気付いた。処方医へ問い合わせ、ロキソプロフェンナトリウムゲルへ変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名セクターローション3% 変更になった医薬品 販売名ロキソプロフェンNaゲル1%「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
605	バイアスピリン、エリキウス処方あり。2週間前に他院受診しエリキウス開始、それに伴いバイアスピリン中止指示あつていていた。バイアスピリンが中止になっていないことに薬剤師が気付いた。処方医へ問い合わせ、バイアスピリン削除となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名エリキウス錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
606	レボフロキサシン点眼液1.5%1本処方あり。Pt白内障手術のために受診した。今回は1か月前、目薬はすぐに開始ときいたとのこと。薬剤師が白内障OPE前点眼であれば処方後すぐに点眼ではない可能性に気付いた。処方医へ問い合わせ、次回受診の3日前から開始であること確認した。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン点眼液1.5%「日点」 変更になった医薬品 販売名レボフロキサシン点眼液1.5%「日点」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
607	PL配合顆粒処方あり。緑内障治療中であることに薬剤師が気付いた。処方医へ問い合わせ、PL削除、ムコダイン(500)へ変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ムコダイン錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
608	門前クリニックの外来患者。内科受診。リリカカプセル25mg 2T 頓服 14回分処方あり。リリカでの頓服用に疑義照会をしたところ、1日1回 寝る前 14日分に変更になった。	整形ですすでにセレコックスを服用中の患者に内科Drが追加で出した処方。内科Drが薬剤特性を誤認識していた可能性あり。	特になし	その他処方内容に疑義	処方された医薬品 販売名リリカカプセル25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
609	門前クリニックの外来患者。内科受診後処方せんを持って薬局。受付時に処方せんの内容がDrの言っていたものと異なるとの申し出があった。処方せんにメトグルコ錠250mg 2T 分1 朝食後 60日分 グラクティブ錠50mg 360T 分1 朝食後 60日分 と記載されていた。疑義照会を行ったところ、メトグルコ錠250mg 3T 分2 朝・夕食後(朝2T夕1T) 60日分 グラクティブ錠50mg 2T 分1 朝食後 60日分に変更になった。	Drがメトグルコの処方変更の入力時に誤入力をしてしまった可能性あり。	特になし	その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名メトグルコ錠250mg 販売名グラクティブ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
610	ソランタール錠100mgが風邪で処方。お薬手帳には記載がなかったが、整形定時処方時のハイベン錠200mgを服用中と薬局で管理している併用薬に記載あり。患者に確認したところ継続服用しているとのこと、Nsais重複のため医師に疑義照会の上削除。	患者が医師に併用薬を伝えなかった。	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示。	患者側	処方された医薬品 販売名ソランタール錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
611	患者持参の処方箋にクラビット(250)2錠分1の記載あり。薬歴で以前タリビド服用後嘔吐・入院した副作用歴に気づき本人にも伺って確認。オフロキサシン過敏症禁忌のため照会したところオスフロキサシン(150)3錠分3に処方変更。同系統だがオスフロキサシンは副作用なかったことも薬歴確認。お薬手帳には副作用歴記載済み、活用説明して投薬。		お薬手帳に薬歴からの副作用・禁忌薬等情報を記載し、「どこにかかるときにも同じ1冊を活用して」と説明を心がけることを薬局内で共有。	その他副作用歴の情報	処方された医薬品 販売名クラビット錠250mg 変更になった医薬品 販売名オスフロキサシン錠150mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
612	新規患者にオロパタジン錠OD5mgサワイ2錠 分2朝夕食後にて処方。新患アンケートにて透析を行っている事を確認。患者は医師に透析を行っていることを伝えていたが、オロパタジンが透析患者にて減量が必要である為疑義照会にて減量を提案。症状も軽微な為今回は処方中止にて様子を見たとの医師の判断にて処方中止。		透析患者のみにかかわらず、高齢者に置いては腎機能の低下を考慮して処方されているか用量を確認する。特に注意が必要な薬に関しては腎機能注意の札を貼り付けて注意喚起する。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
613	風邪で内科受診。アレグラ(60)処方。薬局で皮膚科の帰りとされる。院内調剤でお薬手帳がなし。明細書を確認しフェキソフェナジン錠の処方がある事を確認。疑義照会し内科のアレグラ(60)削除となる。	患者が病院で皮膚科の受診を伝えなかった。院内調剤でお薬手帳に内用を貼って来ていない。	診療科に係わらず飲んでる薬、もらっている薬がある場合、必ず病院でも伝えるように指導。	連携ができていなかった ルールの不備	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
614	帯状疱疹にて、アメンナリーフ200mg 1錠分1 朝食後 7日間処方。鑑査・調剤担当薬剤師が新規採用医薬品だった為、添付文書を確認。腎機能などにおいても用量の変更の必要がない薬剤と確認。疑義照会にて 1錠⇒2錠へ変更。		鑑査・調剤時に用法用量の確認を怠らない。新規採用医薬品については、用法用量禁忌などの情報を薬局内に周知する。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名アメンナリーフ錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
615	セフゾン細粒10%小児用(成分量)1.7mg 分3毎食後 10日分の処方で、患者インタビューから体重20kg弱の情報を得て疑義照会。処方せん発行元は、疑義照会簡素化プロトコルをすすめていたらしく、薬剤部が疑義照会窓口で「医師へ確認したが溶連菌感染症で1.7mgで間違いないそうです。」との回答。いろいろと調べた結果、100分の1相当での服薬情報確認できなかったため、もう一度疑義照会。今度は医師へ直接つないでいただくように電話交換の方へお願いした。医師に直接確認したら即答で「170mgの間違いです。」との回答を得た。	病院側で、疑義照会簡素化をすすめているところがあるらしいが、そもそも疑義照会は薬局薬剤師が処方医と直接話しかける唯一の方法である。それを病院の薬剤部が近隣の薬局や薬剤師会との話し合いも行わず単独ですすすめているところに問題がある。今回の事例も薬剤部がほとんどに医師へ確認したのか疑わしい。100分の1の間違いに気づけない薬剤師も問題である。疑義照会を簡素化することは慎重に進めていかないと非常に危険な医療環境になりかねないと思われる。	何度も疑義照会を行うことは薬局としては非常に勇気があることである。病院の疑義照会簡素化は病院だけの問題ではなく地域全体で慎重に進める必要がある。	連携ができていなかった その他病院の疑義照会システムに問題あり その他病院の体制 仕組み	処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
616	緑内障治療中の方。臨時処方にてムコプロロン配合シロップ含む液剤mixの処方があったが、禁忌に該当するため疑義照会。シーサーール散10%とアスベリン散10%の散剤mixへ変更となった。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ムコプロロン配合シロップ 販売名- 変更になった医薬品 販売名シーサーール散10% 販売名アスベリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
617	処方せん受付時、「診察で今日はA1cが上がっていたので、薬を変更すると聞いている」とお話を伺った。処方せんでは前回と同じ、ジャスピア錠50mgのままだった。疑義照会にて、今回よりジャスピア錠100mgに増量であった事を確認した。			確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ジャスピア錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
618	フラベリック(20)が3錠 分3で処方。前回まではこの量で服用していたが、病状が改善してきたため、Drは「1日2回に減らしましょう」と言っていたのに、処方箋は3錠 分3だった。患者からの話を聞いて、病院に電話。1日2回に減量となった。	病院スタッフの入力ミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名フラベリック錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
619	【一般名】ラフチジン錠10mgが処方されたが、定期処方ではラベプラゾールを飲んでいるので、確認の為問い合わせ→削除となった			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラフチジン錠10mg「AA」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
620	新規で受診した大学病院からの処方箋には「左眼点眼」と記載されていたが、患者が近隣のクリニックから処方されていたときは「右眼」に点眼となっていた。家族の話も聞き、特にいつもとは違う眼に使うというコメントが医師からなかったため疑義照会、用法変更となった。(両眼とも緑内障だが右眼が高いためアイソプトは右のみ使用)			その他処方入力間違え	処方された医薬品 販売名アイソプト懸濁性点眼液1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
621	リクシアナ60mg、ワソラン40mgを含む8剤の処方を受付。初回鑑査時にリクシアナ60mgとワソラン40mgの併用に違和感を抱き添付文書で確認したところ、体重60kg超の患者でワソラン併用時はリクシアナの用量を30mgに減量することが分かり、疑義照会を行った。照会の結果、ワソランの処方はそのままリクシアナの量は30mgへ変更になった。	しっかり添付文書を確認した事により併用時の用量ミスに気が付くことができた。	添付文書の用法・用量時欄を重視しがちだが、用法・用量に関連する使用上の注意欄も確認を怠らないようにする。	その他疑義照会	処方された医薬品 販売名リクシアナ錠60mg 販売名ワソラン錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
622	フェキシフェナジン錠60mg錠分2朝夕食後という処方箋を確認。処方箋上に検査値が掲載されており、そこからクレアチニンクリアランスが32.9mL/minと予測され、通常の成人用量では過量になる旨疑義照会。1錠分1朝食後に変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名フェキシフェナジン塩酸塩錠60mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
623	抜歯後の化膿止めとしてセフカペンピボキシル錠100mgが2錠分2で処方。問診票にフロモックスで発疹歴が確認できたため疑義照会。診察時医師は患者から副作用歴は聞いており、そのため通常用量より少なく処方したと回答を得たが、過敏反応は用量によらないことや必要な安易な減量では殺菌に必要な濃度を保てないことなど相談し、第一セフェムへ変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名ケフレックスカプセル250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
624	抜歯後の化膿止めとしてバセトシカプセル250mg 3C分3 3日分の処方箋応需。初回問診票にて他施設で血液透析を受けている患者と分かったため、処方医に透析患者に対する用量としては過量であること進言。バセトシカプセル250mg 2C分2へ変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名バセトシカプセル250	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
625	他院にてリカルボン服用していた患者が転居のため転院。転院先ではリカルボンではなく週1回服用するアレンドロン酸Na35mgを毎週服用へ変更。処方箋掲載の検査値にてCor29と予測され、添付文書には腎障害による減量規定はないものの、CKDガイドラインを参照して疑義照会。Cor35ml/min以下は1/2との記載があることを伝え、2週に1度の服用へ変更となった。	疑義照会の根拠となったデータは添付文書にはなく、医師を説得しにくい。	添付文書に腎障害のグレード別に用量を記載してほしい	教育・訓練	処方された医薬品 販売名アレンドロン酸錠35mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
626	臨時でロキソニン錠60mg 3錠分3毎食後4日分処方あり。胃潰瘍治療中であることを薬歴で把握していたので、禁忌のため疑義照会。ロキソニン錠は処方中止となった。			確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
627	錠剤は吐き出してしまい服用できなくなってきたため今回からいつもの薬を粉砕と指示があった。ニフェジピンCR錠は徐放錠で粉砕不可であり、粉砕すると急激な降圧効果がみられる可能性あり危険なため医師に疑義照会した。その結果ニフェジピンCR錠は中止。ベニジピン塩酸塩錠へ変更となった。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「トーフ」 変更になった医薬品 販売名ベニジピン塩酸塩錠4mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
628	ロコアテープの使用日数確認。30日分から35日分に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ロコアテープ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
629	タケキャブ錠20mgの病名確認。維持療法が必要な難治性逆流性食道炎。			施設・設備	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠20mg 変更になった医薬品 販売名タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
630	定期薬でネキシウムカプセル10mgあり。疑義照会により今回のネキシウムカプセル20mgは10mgに減量。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
631	タケキャブ錠20mg56日分であり病名確認。逆流性食道炎のため56日分から28日分に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
632	ストラテラカプセル10mgの用法確認。2カプセル分1夕食後から分2朝夕食後に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ストラテラカプセル10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
633	同じ医療機関、内科と皮膚科を同時受診。内科の処方にラクビーNが皮膚科の処方にセフゾンカプセルがあった。同時服用により、ラクビーの効果が減弱してしまう。疑義照会をし、ラクビーからエンテロンRに変更となる。	科が異なっていたため、併用注意の組み合わせを見逃してしまったと考えられる。	薬局では科が異なっても一人の患者の処方薬として同時に確認することができる。引き続き、併用注意、併用禁忌、組み合わせの薬剤がないかしっかり確認をしていき、ある場合は疑義照会を行っていく。	施設・設備	処方された医薬品 販売名ラクビー微粒N 変更になった医薬品 販売名エンテロンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
634	ノボラピッド注フレックスタッチの使用単位、処方せんに朝10単位昼12単位夕10単位とあったが患者は昼24単位夕22単位というので疑義照会。患者がいうのがあった。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ノボラピッド注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
635	レキップ錠2mgが1日1回の処方だったので疑義照会。レキップCR錠2mgに変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名レキップ錠2mg 変更になった医薬品 販売名レキップCR錠2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
636	定期薬でバリエット錠10mgあり。疑義照会により今回処方ファモチジンOD錠20mg「YD」削除。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ファモチジンOD錠20mg「YD」 販売名バリエット錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
637	整形外科からセルタッチパップ70が60枚あり、循環器内科から66枚処方あり。疑義照会により循環器内科の66枚削除。			施設・設備	処方された医薬品 販売名セルタッチパップ70	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
638	定期薬でエビナスチン塩酸塩錠20mg「日新」あり、今回アレジオン錠10処方あり疑義照会により削除。			施設・設備	処方された医薬品 販売名アレジオン錠10 販売名エビナスチン塩酸塩錠20mg「日新」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
639	イムラン錠50mgが処方中患者にて禁忌薬フェブリク錠が処方されていた。調剤前にチェックされるべきだが、投薬時に気が付き疑義照会し薬剤変更となった。	処方箋の調剤前のチェック不足	処方せんの確認の徹底。作業手順の再確認	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 教育・訓練 ルールの不備	処方された医薬品 販売名フェブリク錠10mg 変更になった医薬品 販売名ザイロリック錠100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
640	ビクトーザ皮下注 1日1回朝食前1回9mgの処方があった。1回0.9mgの可能性が高く疑義照会したところ、1回0.9mgであった。	単純なミス退院後初来。お薬手帳より退院時処方も1回9mgでの記録であったが、製剤的には9mgでの使用はできない。薬局内でビクトーザの勉強会を行った後に発生した事例であった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ビクトーザ皮下注18mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
641	臨時処方にてピオフェルミン錠3錠分3、クラリスロマイシン錠200mg2錠分2、他薬剤が処方された。クラリスロマイシンとの併用のため耐性のあるR錠が良いと判断し疑義照会したところ、ピオフェルミンR錠3錠分3へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン錠 変更になった医薬品 販売名ピオフェルミンR錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
642	内科臨時処方にて【般】テブレノンカプセル50mg3C分3が処方。整形定期にてムコスタ錠100mg3錠分3服用中のため疑義照会したところ、テブレノンが削除となった。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名テブレノンカプセル50mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
643	小児の患者にカルボシステインDS50%、1日0.3g分3の処方が出た。小児の年齢は4才、体重は17kgであるため、処方量が過少であり疑義照会を行なった。結果、用量が変更になり、1日0.9g分3に変更となった。			確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名カルボシステインDS50%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
644	患者は元々別の病院からアコファイド錠100mgを処方してもらっていたが、今回は定期で受診している別の病院からアコファイド錠100mgを処方してもらい、当薬局に処方せんを持参した。処方内容はアコファイド錠100mg3錠分3毎食後であったため、疑義照会を行い毎食前に変更となった。	普段はアコファイド錠を処方していない病院であり、患者の要望を受けて処方したため、正しい用法を把握せず処方したと思われる。また元々処方してもらっていた病院からの処方では毎食前で処方されており、お薬手帳にも記録は残っていたため、それをしっかりと確認せずに処方したと思われる。		確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アコファイド錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
645	ザイティガ服用中の患者にニトロールが追加になった記録がお薬手帳で判明。ザイティガはニトロールより以前から継続していた。そのためニトロール処方医も低血圧の事象を了承済であると勘違いしたため鑑査時には気が付かなかった。投薬者は患者とのインタビューで気が付いたためザイティガ処方医にニトロール併用していることを報告すると、ザイティガをいったん中止となった。そのときまでにニトロールは実際服用しておらず、併用使用は行われなかった。	○作業手順の不履行他薬局で調剤時に禁忌処方の組み合わせを確認していると思い込んでいた。循環器の医師の判断ではなく泌尿器科の医師に判断ではザイティガが中止となった。降圧作用増強によるめまいふらつき転倒などが発生などが可能性として起こりうる事象であった。	処方医だけでなく双方に医師に確認する。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名ザイティガ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
646	定時薬でカロナール200mg錠を1日4錠服用中の患者に、臨時の感冒薬でロキソニンが処方された。医師に疑義照会したところロキソニンは削除された。	処方医薬品の多さ。単純なミス。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
647	処方箋にアンベック坐剤10mg疼痛時の処方、アンベック坐剤を納品後、調剤をした。しかし、投薬時に発熱であるとの症状を聞き、疑義照会した。アンベック坐剤10mgからアンヒバ坐薬200mgに変更となった。投薬時に気づいたので、医薬品の交付には至らなかった。	処方箋記載間違い	調剤前に事前に症状を聞いているが、その時は詳しく分からない人が処方箋をもってきたので、詳しくは症状が分からなかった。調剤前に、病名と薬の関連について疑義照会をする。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 施設・設備 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アンベック坐剤10mg 変更になった医薬品 販売名アンヒバ坐剤小児用200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
648	緑内障と既往症登録のある患者にピーエイ配合錠が処方されていたため、疑義照会の上ソランタール錠100mg3錠に変更。	受診時緑内障であることを医師に伝えなかった。	既往症について必ず医師に伝えるよう指示	患者側	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠 変更になった医薬品 販売名ソランタール錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
649	ボルタレンSR錠を定時服用している患者にロキソニン錠60mgが処方されていたため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかった。	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指示	患者側	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
650	いつもは他の病院で薬をもらっていたが、今回だけカウンセリングのため違う病院に受診し、いつももらっている薬を処方してもらったと患者から投薬時に聞き取り。しかし、お薬手帳を確認するとメイラックス1mg錠を2錠/2×で服用していたが、今回はメイラックスのジェネリックであるロフラゼブ酸エチル錠2mg・2錠/2×で処方されていた。疑義照会を行い用法の確認を行った結果ロフラゼブ酸エチル錠2mg錠・1錠/2×に変更となった。	医師は自分の動いている病院で採用している薬剤を認識しておらず、同じ薬剤があったため、規格まで確認せず、同じ錠数で処方してしまったものと思われる。	お薬手帳を確認し、前回は他の病院で同一成分の薬剤が処方されているときは、1日の用量まで同じか確認し、異なれば医師からどのように説明を受けているのか聞き取ることが重要。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロフラゼブ酸エチル錠2mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
651	トーフチーム配合顆粒が処方されたが、他病院にて前立腺肥大症の治療薬を服用中のため疑義照会を行い、トーフチーム配合顆粒が処方削除となった。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名トーフチーム配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
652	ユリーフ2mg 2錠分2が、内科より処方患者に、ユリーフ4mg 2錠分2が泌尿器科より処方されたお薬手帳や、内科および泌尿器科の病院などに確認の末、ユリーフ4 2錠分2 処方削除 →ハルナールDO. 2mg 1錠分1に変更	泌尿器科より、ユリーフ4mg 2錠分2が処方お薬手帳によると、内科よりユリーフ2mg 2錠分2より処方患者本人に確認すると、一包化(ユリーフ含む)された薬剤があり、現在も服用中との事泌尿器科に連絡すると、泌尿器科Drには「現在薬は飲んでいない」と伝えていた。内科病院に確認したところ、現在も服用中の薬剤であるが、受診したときに残薬が多数ある事も確認。また薬の管理をしてくれる家族が入院中との事でした。上記より患者は、コンプライアンス不良であるが、内科の処方薬を継続して服用していると考えられたそのため、ユリーフが過剰投与になる可能性もあるため、再度泌尿器科Drに連絡し、薬剤がハルナールDO. 2に変更となった患者の理解力(認知度)が低いこと、キーパーソンの不在などにより、現在の服用薬状況がわからず、また泌尿器科Drに伝えていたことが、実際と異なることを伝えていることなどが今回の要因と考えられる	お薬手帳の確認 服用薬の把握が重複投与防止につながる	連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名ユリーフ錠4mg 変更になった医薬品 販売名ハルナールD錠0. 2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
653	イミグランキッド皮下注 1筒で処方。処方医に連絡後 2筒に変更となる。	イミグランキッド皮下注が 1筒にて処方イミグランキッド皮下注3は 1キットに2筒は封緘されていて 1筒ずつ処方できない。処方元のレセコンに、2筒/キットなどの記載がないため、必要量のみ処方したものを思われる。	同様の処方ミスによる調剤過誤などを防ぐため、レセコン入力画面に2筒で1キットである注意表示を入れてもらうまた薬剤に全員に、伝達をおこなう	医薬品	処方された医薬品 販売名イミグランキッド皮下注3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
654	他院にてリクシアナ錠60mgを服用中の患者にクラリス錠200mg2T分2朝夕食後10日分が処方されたため疑義照会を行い、クラリス錠処方削除となった。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名クラリス錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
655	ピオフェルミン錠が処方されたが、抗生剤の処方がないため疑義照会を行った。ピオフェルミン錠へ変更となった。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン錠 変更になった医薬品 販売名ピオフェルミン錠剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
656	グルコバイ錠が朝夕食後で処方されたため、疑義照会を行い、朝夕食直前へ変更となった。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名グルコバイ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
657	受付時お薬手帳拝見したところ、他院でロキソニン錠 分3で処方されており実際毎日服用しているとの聞き取りから、本日の感冒のために処方された一般名イブプロフェン6錠 分3毎食後の投与について疑義照会。本日処方のイブプロフェン削除となりました。	診察時には手帳を確認していないとのことでした。	引き続き、お薬手帳や聞き取りにて併用薬の確認をしていきます。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名【般】イブプロフェン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
658	前回定期処方の2日後に追加でツムラ防風通聖散エキス顆粒が日数を合わせると26日分で出されていたが、今回は定期処方28日分と一緒に26日分のままで処方されていた。残薬があるのかを確認したが残薬はなく26日分のままの理由は分からないというので問い合わせ。結局全て28日分に変更された。	前回日数調整をしたことを書いていないのか、前回のままコピーして処方されていた。日数が違う理由も確認せずに処方箋を発行していた。		確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名ツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
659	ディオバン錠40mg 0.5T 分1で処方されていたので分包し、投薬する際に薬を見せると1Tのはずだと申し出があり問い合わせると1Tの間違いだたと変更になった。	カルテの記載を事務員が入力して処方箋を発行する医療機関で事務員が入力を間違えた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ディオバン錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
660	メモリー錠5mgとアレグラ錠60mgが各1T 分1 7日分で分包し服用日を印字する指示で服用日は、本日から1週間になっていった。患者が持参したお薬手帳に他院で5日前にメモリー錠5mgが1T 分1 7日分で出されていることが分かり問い合わせ。メモリー錠は中止された。	認知症で1日に何度も受診する患者で最近メモリー錠5mgが1日分だけ処方されていたが、それを見たからなのか他院で7日分処方されており、処方日から重複すると思われる。医師はお薬手帳を確認せずに処方したと考えられる。患者は認知症ということもあり、併用薬を自分で伝えることは難しく、今回はお薬手帳があったので併用が判明したので重複が防げた。	認知症の患者で併用薬を確認することは難しいのでお薬手帳など本人の記憶以外で確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メモリー錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
661	タリビッド眼軟膏とデスバコワークリームが出ていて、投薬時に実物を見せて症状を確認していると、目に使うものなら要らないと申し出があつて問い合わせ。患者がタリビッド眼軟膏とデスバコワークリームのチューブを持参していたので、両方欲しいのかと思つて処方したが不要なら中止すると返答がありタリビッド眼軟膏は中止された。	症状を確認せずに本人の希望もよく確認せずに処方していた。		確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名タリビッド眼軟膏0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
662	胃カメラ実施されたのちの来局、タケキャブ錠20mg 2錠 1日2回 朝夕食後処方。受付時に違和感覚え添付文書確認、1日用量は胃潰瘍の場合1日1回20mg1錠、適宜増減記載もなかった。処方医に確認、20mg1錠1日1回朝食後へ変更となる。	カメラ実施前、ガスターD錠20mg 2錠1日2回 朝夕食後で処方されていたためそれに影響され処方した様子、同剤ではないがPPIは治療中に死亡事例があったものであり用量、使い方に制限がある薬剤である。初めて使われた訳ではないが8週間の期間投与は認識されていたが繁忙にて誤ってしまった様子。	いろいろなシステムを利用し事故を未然に防ぐようにしているが抜けることもあるため違和感を覚えたらそのままにせず今後も確認をしっかりと行っていく	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
663	処方せんでミコンビ配合錠BP1錠 分2 朝・夕食後 で出されていた。しかし、ミコンビ配合錠BPは半錠が原則として不適、利尿剤入っているが、1T分2朝夕食後で良いか疑義照会を行った。ミコンビ配合錠BP1T 分1朝食後に変更			その他医療機関の要因	処方された医薬品 販売名ミコンビ配合錠BP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
664	ルネスタ2mgと他3種類の医薬品処方あり。ルネスタは当薬局では初めて調剤。ご本人は、以前いつか眠剤服用歴があるが、今日は新しいお薬が処方されたようだとのこと。マイスリーの調剤歴有。投薬の段階になって、「苦味が感じられるかも知れませんが」との説明時に、「以前飲んだもので、名前は覚えていないけど、苦くて飲めなかったものがあった」とのこと。副作用情報には記載がなく、ルネスタは不明ではあったものの、可能性が高いと判断し疑義照会。「以前飲んだことのある、マイスリー5mgに変更」となった。	患者、ご自身もお忘れになっていたようではあるが、副作用歴に記載がなく、「あわなかつたお薬」の聞き取りが不十分であったため、投薬まで、気づくことができなかった。	副作用の症状がでたものに関しては、患者ご自身も覚えていらっしゃるが多いため、飲みにくく飲めなかったというお薬の記憶は薄いことが多いので、副作用歴の聞き取りの時には、「あわなかつた」だけではなく、「飲みにくかつた」や「味が苦手で飲めなかつた」のような、表現も合わせて行うようにする。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ルネスタ錠2mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
665	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒が23日分処方されていたが、他の薬剤は30日分であった。前回の薬歴を確認したところ、前回は残薬があったため当該漢方が23日分の処方になっていた。患者に確認したところ、残薬はもうないとのことなので、疑義照会し、23日分から30日分に変更となった。			その他医療機関の要因	処方された医薬品 販売名ツムラ疎経活血湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
666	前回処方、「リリカカプセル(75)1カプセル朝食後」→今回処方、「リリカカプセル(75)4カプセル朝夕食後」で増量幅が大きかったため、処方医に問い合わせ。処方医は削除になった。(この時、患者は席を外していた。)その後、患者が来局。「今日は、2カプセル朝夕食後に増量になっているはず」との訴えあり。再度、問い合わせ。その後、処方医はリリカカプセル(75)2カプセル朝夕食後に変更になった。	処方箋受付時の処方監査が十分でなかったため、2度処方元に疑義照会する結果になった。	処方箋受付時の処方監査の実施。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
667	当薬局で以前から薬歴管理を行っている患者。これまでに腎機能低下と言う情報は得られていなかった。今回処方で、アーガメトゼリー 1日2回 分2で定期処方追加有。同時に(変更理由は不明だが)ディオバン錠80mg 1錠 から セララ錠25mg 1錠への処方変更有り。セララ錠は「高カリウム血症の患者もしくは本剤投与開始時に血清カリウム値が5.0mEq/Lを超えている患者」は禁忌である。今回アーガメトゼリーが追加されていることから、高カリウム血症が疑われるため、処方医に対し疑義照会を行った。(医療機関の薬剤師が間に入って対応)その結果、セララ錠は中止になった。(同時に、ディオバンの処方も再開しないことを確認した)ディオバンからセララに変更された理由は不明のままである。患者家族の話では、「カリウムの薬(アーガメトゼリー)を服用すると血圧が下がりやすくなるから、降圧剤の一部を変更する」という説明があったそうだが、詳細は確認できず。患者家族に依頼し、本日の血液検査の結果を教えてくださいましたところ、カリウム:5.7、クレアチニン:0.88、eGFR:48.3であった。	【前回処方】リビートル錠10mg 1錠、アムロジンOD錠5mg 1錠、ディオバン錠80mg 1錠、エクス錠50mg 2錠、アマリール錠0.5mg 1錠、【今回処方(疑義照会前)】リビートル錠10mg 1錠、アムロジンOD錠5mg 1錠、セララ錠25mg 1錠(疑義照会にて中止)、エクス錠50mg 2錠、アマリール錠0.5mg 1錠、アーガメトゼリー 2個		判断を誤った その他医療機関の要因 その他医療機関の要因 その他医療機関の要因	処方された医薬品 販売名セララ錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
668	耳鼻科の処方箋持参。レボフロキサシン500処方あり。お薬手帳確認したところ、5日前に他院よりレボフロキサシンのみ終わっているところだったので、念のため疑義照会した。レボフロキサシンは処方中止となった。			その他患者さんの申し出忘れ	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠250mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
669	耳鼻科の処方箋を家族が持参。カルボシステインが処方されていて、お薬手帳を確認したところ、小児科でカルボシステインの処方が続いていた。疑義照会したところ、耳鼻科からのカルボシステインは中止となった。			その他患者の申し出忘れ	処方された医薬品 販売名カルボシステインシロップ5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
670	アルファカルシドールカプセル0.5μg 1C朝食後 の処方せん。薬歴を確認すると、4C 朝食後で定期服薬。患者にも確認すると、医師から処方内容の変更は一切聞いていない、疑義照会実施。アルファカルシドールカプセル0.5μg 4C 朝食後に変更となった。	医師の処方せん記載間違い。	薬歴と患者との対話を大事にし、処方監査の徹底を行いたい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名アルファカルシドールカプセル0.5μg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
671	アレロック顆粒、カルボシステインDSの処方だったが、他院にてすでにアレロック顆粒の処方あり継続服用中であることをお薬手帳にて確認、患者家族にも確認。そのため医師に疑義照会し、アレロック顆粒削除となった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アレロック顆粒0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
672	半年前に泌尿器のK医院(院内処方)まで行くのは大変との理由で服用中のユリーフOD4mgをN病院で処方してもらうことになった。その際、OD錠から普通錠での処方となった。その後、N病院(普通錠)とK医院(OD錠)を交互に受診していたため、どちらかの病院でもらうよう話していた。2ヶ月前の投薬時点までは重複服用はしていなかった様子。今回N病院から処方された際にお薬手帳を見て、2ヶ月前にN病院からの処方があった数日後にK医院からも処方があり、重複して服用していたことがわかった。N病院に疑義照会し、中止になった。副作用などの健康被害はなかったとのこと。	患者本人の認知力の低下、普通錠とOD錠の形状が異なるのもあり、別の薬だと勘違いしたこと。お薬手帳を持参しない時はシールを後で自分で貼っていたこと、K医院の医師とも連携が取れていなかったことも原因と思われる。	認知力の低下していると思われる患者が他院にて薬を貰うことになった時は、元の病院に連絡を入れるようにする。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ユリーフ錠4mg 販売名ユリーフOD錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
673	整形外科よりサインバルタカプセル20mgが継続処方となっていたが、むかつきがあり、サインバルタを中止するとの話あり。疑義照会によりサインバルタは処方削除となった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
674	泌尿器科を受診され、レボフロキサシン錠500mg「ニプロ」が処方されていたが、当患者は昨日歯科を受診されており、クラリスロマイシン錠200mg 2錠分2.3日分を服用中であった。疑義照会により、レボフロキサシン錠からクラリスロマイシン錠200mg 2錠分2朝夕食後 8日分に変更となり、歯科の薬を飲み切り後、継続してクラリスロマイシンを服用することとなった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg「ニプロ」 変更になった医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
675	フロリドゲル経口用2% 210g 分3 14日分で処方されていた。内服だが外用のように総量で処方している可能性があり、他院ですでに7日分処方されていたので原則として14日分なので残り6日分となると問い合わせた。やはり入力を外用と間違っており、210gは15gに変更となり14日分は6日分に変更となった。	患者がフロリドゲルを使用すると食べ物のどに通りやすいので希望して出してもらったそう。医師は普段使わないので処方の仕方を知らずに患者希望だけで処方していた。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フロリドゲル経口用2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
676	処方元が門前医院(皮膚科)。「ネオメドロールEE軟膏 3g」の処方箋を応需。患者は、外出。再来た患者に薬を渡そうとすると眼科を受診してきたという。よく患者から話を聞く門前医院からの指示で眼科を受診。診断は、目の周りの発赤はヘルペスウイルスによるものとのこと。病名と処方薬が合わないことから、薬剤師が付き添って門前医院へ。門前医院で再度受診し、処方箋が変更。ネオメドロールEE軟膏中止、バラシクロビル錠の処方となった。	門前医院では、ヘルペスウイルスによる発赤と疑いながらも、判断がつかなかったためネオメドロールEE軟膏を処方していた様子。患者がすぐ眼科を受診することを確認していれば、門前医院はこの処方箋の発行をしなかったであろう。門前医院での患者への説明不足と確認不足で病状を悪化させる可能性がある薬剤を交付するところであった。	処方病院が患者へ他科を受診するよう指示している場合がある。他科受診での診断によって、病名が変更になる可能性があることを念頭に置き、病院でどのように指示され、どのような状況であるのか、患者からよく聞きだすことが適切な薬剤交付に重要であることを改めて痛感した。	その他処方元の患者への説明不足	処方された医薬品 販売名ネオメドロールEE軟膏 変更になった医薬品 販売名バラシクロビル錠500mg「サトウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
677	7歳だが、アレロック顆粒が1gで処方、確認したところ、2gに変更	以前にも処方あり、7歳になっているが、以前のままの用量で処方したと思われる。	体重のみでなく、年齢確認もきちんと行う	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アレロック顆粒0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
678	他院でカルボシステインシロップ服用中だが、カルボシステインシロップが処方。疑義照会し削除になった。	他院の服用薬未確認	併用薬の確認は必須。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名カルボシステインシロップ小児用5%「トロー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
679	他院でエビナスチンDS服用しているが、病院で親告しなかったようで、エビナスチンの処方あり。疑義照会で削除になった。		手帳の持参あり、手帳の確認はきちんと行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エビナスチン塩酸塩DS小児用1%「トロー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
680	同病院の循環器科でネキシウムカプセル20mgが処方されている患者が同病院・整形外科の処方せんを持って来局された。ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」が新規で処方されていた。PPI重複のため疑義照会し、ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」は処方削除となった。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
681	耳鼻咽喉科の処方せんを受付。8歳女児にスルガム(200)2錠分2の処方。約4か月前に、同じ病院からスルガム(100)が処方されていた。特に増量すべき理由も考えられなかったため、医師に疑義照会したところ100mg錠に変更となった。			その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名スルガム錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
682	内科の定時薬の処方にて、タムスロシンOD(0.2)が今回より新たに処方されていた。90歳代の高齢者なので0.1mgより開始すべきではないかと考え、医師の疑義照会を行ったところ0.2mg→0.1mgに変更となった。			その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
683	今回定期で服用中のお薬フロセミド(20)他4品処方なかった為、疑義照会を行い処方医に確認しました。その結果、フロセミド(20)・ニフェentanCR(20)・ジャヌビア(25)・リクシアナ(30)・ドキシサゾン(2)が追加となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名- 販売名- 販売名- 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名フロセミド錠20mg「NP」 販売名ニフェentanCR錠20 販売名ジャヌビア錠25mg 販売名リクシアナ錠30mg 販売名ドキシサゾン錠2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
684	アマリール(0.5)28日分処方ありましたが、残薬が1日分残っているとの事。疑義照会により処方医に確認した所、27日分へ変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アマリール0.5mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
685	がん治療中の患者にイメンドカプセル125mgが14日分処方されていた。患者は2週に1回抗がん剤を投与されており、その投与第1日に125mgを服用し、第2,3日に80mgを服用するスケジュールとなっていることから、疑義照会したところ、1日分に変更となった。		徹底した処方監査、正しい記録。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名イメンドカプセル125mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
686	80歳代の患者にザファテック50mgが毎週月曜日夕食後2錠処方されていた。高齢の為、100mgは過量ではないかと考え、疑義照会したところ、50mgに減量となった。		徹底した処方監査、疑義照会。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ザファテック錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
687	がん治療中の患者にイメンドカプセル125mgが14日分処方されていた。通常同剤は抗がん剤投与第1日に服用、2,3日に80mgを服用するスケジュールなので、疑義照会したところ、同剤は1日分処方に変更となった。		徹底した処方監査、疑義照会。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名イメンドカプセル125mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
688	前回まで手書き処方箋でクレメジン細粒(2g/包)2包2×で処方されており、今回よりオーダリングに変更されており、クレメジン細粒分包2g 2g2×で処方されていたので、用量、用法の確認。疑義照会し4g2×に訂正。	オーダリングになった際、単位がgになっていたので病院が確認しておらず、前回通りの用量に2を入力し処方。		確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名クレメジン細粒分包2g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
689	規格・剤形の間違い		医療機関の事務員の教育が不可欠だが改善は望めない	確認を怠った その他初めからチェックしていない	処方された医薬品 販売名キプレスチュアブル錠5mg 変更になった医薬品 販売名キプレス細粒4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
690	足の痛みがあり、2年ぶりに外科受診、ロキソニン錠60mg3錠分3朝食後が処方された。2年前に薬局で把握していたeGFRは25。8で腎機能の高度低下であったこと、またお薬手帳を確認すると、腎センターより併用薬にケイキサレドリンシロップがあり、現在も腎機能が悪い事が推察できた。ロキソニン錠は重篤な腎障害のある患者に禁忌のため、処方医に疑義照会を行ったところ、ロキソニン錠は処方中止となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
691	患者は長くデバケン錠200mgを1200mg/day/1日2回で服用していたが、減量希望により、セレニカR顆粒40%を1000mg(製剤量2.5g)/day/1日2回に変更になる。セレニカR顆粒40%は1日1回投与なので、疑義照会したところ、1日1回夕食後に変更になる。	医師が入力時に、用法をそのまま変更しなかったようだ。セレニカR顆粒40%の用法用量通常、バルプロ酸ナトリウムとして400~1200mgを1日1回経口投与する。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セレニカR顆粒40%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
692	アジルバ(40)分1 朝食後を含む定期処方に、ミカルディス(20)0.5錠 分1 夕食後が追加された処方せんを応需今回ミカルディス(20)の処方が初回だったため疑義照会したところ、ミカルディス(20)は削除、元々処方があったアダラートCRの増量へと処方変更になった	今回受け付けた病院の透析処方では、ARBの分2処方と比較的頻繁に行われているため、ミカルディスの追加も問題ないと処方鑑査では判断していた初回の適応外処方なので疑義照会かける必要があったが、初回の追加ということを見逃し、処方せん鑑査の段階での疑義照会が行われていなかった	適応外での用法の処方が出ている場合は、必ず一度疑義照会済みであるかを薬歴特記事項にて確認する適応外の用法を受け付けた初回は、必ず疑義照会しその記録を特記事項に残す	判断を誤った その他普段から透析中の患者処方での適応外用法が多い ルールの不備	処方された医薬品 販売名ミカルディス錠20mg 販売名アジルバ錠40mg 販売名アダラートCR錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
693	トリプタノール10mg処方(神経内科・今回初めて)における、循環器内科アメリニウムメチル硫酸塩錠との相互作用による作用増強が考えられ(MAO阻害作用)、適正用量であるかの疑義照会を実施。医師再検討の末、1錠から0.5錠へ減量となった。	電子薬歴の処方チェックに該当。添付文書に該当薬剤目の記載はなかったが、薬理作用から作用増強を疑い、疑義照会に至る。	機械化の利点を活用した、品質・安全管理へ、具体的な利用価値・実行項目を再検討する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名トリプタノール錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
694	リクシアナ錠60mg 0.5錠 アゾセמיד30mg 1錠 スピロラクソン錠25mg 1錠 朝食後、24日分で処方がありました。前回は、リクシアナ錠の薬が減るという事で、アゾセמיד・スピロラクソンのみの処方だったので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、リクシアナ錠処方削除となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名リクシアナ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
695	ロルカム錠4mg 2錠、(一般名)レバミピド錠100mg 2錠 1日3回毎食後 12日分で処方がありました。2錠の分3だったので処方医に問い合わせを行いました。その結果、ロルカム錠4mg 2錠、(一般名)レバミピド錠100mg 2錠 1日2回 朝・夕食後へ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロルカム錠4mg 販売名レバミピド錠100mg「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
696	ツムラ小青竜湯 9g 分3 毎食前 28日分処方がありました。患者から『今日は1週間分出すと言われた。』と聞き取りした為医師に確認したところ、7日分に処方変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
697	ベルソムラ20mg 0.5T 不眠時 30回分処方がありましたが、分割不適の薬剤だった為、医師に問い合わせしたところベルソムラ10mg 1T 30回分へ処方変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠20mg 変更になった医薬品 販売名ベルソムラ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
698	9歳男児にモンテルカスト細粒4%の処方。6歳以上はモンテルカストチュアブル錠5mgが適応なので疑義照会したところ、モンテルカストチュアブル錠5mgに変更になる。	医師が終業間際で慌てていたとのこと。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名モンテルカスト細粒4mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名モンテルカストチュアブル錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
699	ディレグラ配合錠1錠1日1回夕食後という処方箋を応需した。使用量、用法共におかしい為疑義照会を行ったところ、デザレックス錠5mg1錠の誤りであったことが判明した。	開始文字が共通であることから、処方入力時の選択ミスであると考えられる。同じ系統の薬剤であることから、医師が発行した際確認していても気づきにくかったかもしれない。	ディレグラ配合錠の用法は食前であり気づきやすいので、注意してチェックしていく。同系統の薬剤で同じ文字から始まる薬剤が複数あると気づかず交付される可能性が高まる。承認審査の際にこういったリスクも考慮すべきはないかと思う。	コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ディレグラ配合錠 変更になった医薬品 販売名デザレックス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
700	17歳小児科受診、障害手帳あり。体重60kg。セフジニル細粒10%小児用「ファイザー」100mgが1日5.4g分3毎食後で処方されており、成人は通常1回100mg(製剤量1g)を1日3回なので疑義照会したところ、1日3g分3毎食後に変更になる。	医師が、終業間際で慌てていたこともあったが、1日9mg(製剤量0.09g)/kgに体重60kgをかけて算出された。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セフジニル細粒10%小児用「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
701	今回処方。病院採用薬品変更に伴い【ジベトス】⇒【メトグルコ】に処方変更。応対前、過去の薬歴(副作用歴)より「メトグルコ」における薬疹歴【あり】を確認。疑義照会の結果、メトグルコへの変更はせず、これまで通りのジベトス処方となる。			連携ができていなかった その他なし その他病院との情報共有不足	処方された医薬品 販売名メトグルコ錠250mg 変更になった医薬品 販売名ジベトス錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
702	リウマチ患者に対し適応外処方となるメソトレキセート錠2.5mgが処方。投与日数もその他の薬剤と同じ90日での処方だった。レセコンへの入力を医療事務が実施。薬剤の在庫がなかったため、処方薬すべて後日投薬になり、患者は帰宅。入力内容のチェックを薬剤師が行なったがメソトレキセートが毎日服用になっていることに疑問を抱かず、薬剤を発注。薬剤納品時に別の薬剤師が処方せんをみて、毎日服用の処方に疑問を抱き医師照会。「継続薬だからと患者に頼まれ、処方せんを書いたので薬の特性が分からない」とのことだった。メソトレキセートは毎日服用しない薬剤であること、リウマチに対して適応外処方であるため副作用救済制度の対象外になってしまうこと、レセプトが通らない可能性があることなどを説明し、添付文書を病院にFAXし、検討してもらった。その後処方医より「リスクの高い薬のようなのできちんといつも診てもらっている病院で処方してもらうよう説明し、患者より同意を得たので今回の処方せんは廃棄してください」との返答があり、対応終了		レセコンにおいて、当該薬剤および関連薬剤についてヒヤリハット登録で用法容量が特殊である旨を登録。経験の浅い薬剤師でも気づきやすい環境を作った。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メソトレキセート錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
703	リウマトレックスカプセル2mg 1カプセル1日1回朝食後 他1剤の処方。受付時に患者から「腎機能が低下している」と他の病院で言われたことがある」とのお話があったが低下のレベルは不明であった。リウマトレックスカプセル2mgは腎障害のある患者には、禁忌にあたるため疑義照会した。その結果リウマトレックスカプセル2mgは削除され、リマチル錠100mgに変更された。リマチル錠100mgも腎障害の方には禁忌薬ではあるが、腎機能の低下を考慮して少ない量で様子を見るということで、1錠1日1回朝食後で様子を見ることになった。	患者は、腎機能が低下していることを知ってはいたが、低下のレベルを把握していなかった。またリウマトレックスカプセル2mgの処方医に伝えていなかった。	患者には相談しやすい雰囲気を作り、会話の中から体調についての情報を出来るだけ引き出し、適宜対応していく。	確認を怠った 患者側	処方された医薬品 販売名リウマトレックスカプセル2mg 変更になった医薬品 販売名リマチル錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
704	クラビット錠と同時にピオフェルミン錠が処方されており、効果が正しく発揮されないことが予想されたため、疑義照会をしピオスリー錠に変更となった。			その他プレアポイドのため	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン錠 変更になった医薬品 販売名ピオスリー配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
705	一般名で「ロキソプロフェンNa錠60mg、ソファルコン錠50mg、モーラスパップXR120mg」の処方せんを受付。お薬手帳にて併用薬を確認したところ、マーズレンS配合顆粒服用中だった。疑義照会にてソファルコンが削除になった。			その他病院の併用薬未確認	処方された医薬品 販売名ラビン錠50mg 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「三和」 販売名モーラスパップXR120mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
706	当該患者は肩の痛みが強いので整形外科を受診した。ロキソプロフェン錠60mg「サワイ」とテブレノンカプセル50mg「サワイ」が処方された。調剤を担当した薬剤師は調剤監査時にテブレノンカプセル50mg「サワイ」を他科で服用している記録を確認した。しかし、定期薬として服用しているのではなく臨時で服用していたと思い込み、そのまま調剤を行った。鑑査を行った薬剤師はテブレノンカプセル50mg「サワイ」を他科で定期薬として服用していることを確認したため、処方医に疑義照会を行ったところテブレノンカプセル50mg「サワイ」が削除となった。	○注意力散漫他科で処方があった記録は確認していたが、記録されている日付から日にちが経過していると思いつき込み定期薬ではなく臨時処方であったと判断してしまっ	電子薬歴では、PC上のカレンダーで交付した薬剤が何月何日まで残っているか確認できるのでその機能も合わせて活用する。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名テブレノンカプセル50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
707	ガスターDが処方されたが、現在定時処方でおメプラゾールを服用中のため疑義照会した。結果、ガスターDが中止になった。			その他医師の処方内容確認不足	処方された医薬品 販売名ガスターD錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
708	他院にて前立腺肥大症の治療薬を服用中。今回、腹痛にてブスコパンが処方された。疑義照会後、ブスコパンが中止になった。			その他医師の情報不足	処方された医薬品 販売名ブスコパン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
709	ガスター錠10mg 2錠 分2が処方されていた。胃症状が改善されず、処方変更。ネキシウムカプセル10mg 2カプセル 分2へ変更となった。疑義照会後、ネキシウムカプセル10mg 1カプセル 分1錠前へ変更となった。			その他医師の知識不足	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
710	前立腺肥大症の治療中。フスコデ配合シロップが処方された。疑義照会後、フスコデ配合シロップは中止となり、アスベリン錠 3錠 分3が処方された。			その他医師の知識不足	処方された医薬品 販売名フスコデ配合シロップ 変更になった医薬品 販売名アスベリン錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
711	症状が無いのに、定時処方以外にアコファイド、ナウゼリン、イトブリドが処方された。疑義照会後、3剤は削除された。			その他医師の思い込み	処方された医薬品 販売名アコファイド錠100mg 販売名ナウゼリンOD錠10 販売名イトブリド塩酸塩錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
712	カルボシステイン500mg 6錠 分3 (用量が多いため、疑義照会後) 3錠 分3へ変更 タリオン5mg 2錠 分2 (腎機能肝機能が問題なく、用量が少ないため疑義照会後) 10mg 2錠 分2へ変更			その他医師の処方入力ミス	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「サワイ」 販売名タリオン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
713	セフボドキシムで薬疹の副作用歴あり。セフゾンが処方されている為、疑義照会した。セフゾンが中止となり、ジェニナックへ変更となった。			その他医師の情報不足	処方された医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg 変更になった医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
714	1歳、体重9.6Kgの幼児に対しムコダインDS50% 1g+オンドライシロップ 1g2x朝・寝前 7日分の処方をそのまま調剤機器で調剤し分包した。投薬時に年齢と体重を確認したところ用量が多いのでは?と感じ疑義照会を行った。この結果ムコダインDS50% 0.5g+オンドライシロップ 0.7gに変更の指示となった。	処方箋を持ち込まれてから処方内容監査が行われることなくレセコン入力され、そのまま調剤機器にて調剤が行われていた。○作業手順の不履行	必ず手順書に従い処方内容監査を行うこと、再度投薬時にも年齢・体重の確認から用量チェックを行うことが必要。	連携ができていなかった その他処方通りに調剤機器を操作 コンピュータシステム 教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名オンドライシロップ10% 販売名ムコダインDS50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
715	アムバロ配合錠(アムロジピン5mg含有) 1T 朝後、アムロジピン錠5mgNP 1T 夕後 服用中の患者に、アムロジピン錠5mgNP 1T 朝後 が追加。アムロジピンは高血圧症の患者に対しては10mg/日まで投与できるとあり、本日処方では15mg/日となり過量投与。医師に疑義照会するも変更なし。	医師の用法用量不順守。	処方監査を徹底し、医師に情報提供を行いたい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「NP」 変更になった医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
716	定期処方でスピリーバ2.5μgレスピマット60吸入を吸入している患者。処方箋にスピリーバ2.5μgレスピマット60吸入の記載なし。前回は残薬調整で処方はなかったが、薬歴と患者カウンセリングで今回は手持ちがないため必要。疑義後、追加となった。	医師が必要な薬の確認を怠った。	処方監査を徹底したい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
717	咳症状で処方あり。お薬手帳にて他院よりナフトビジル服用中を確認。現在、尿の出にくさもあることを聴取した。ベレックス顆粒、カフコデNが禁忌にあたるため疑義照会した。ベレックス顆粒、カフコデNは処方中止になり、アスベリン錠に変更となった。		現在服用中の薬剤、治療中の病態について確認することを徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベレックス配合顆粒 販売名カフコデN配合錠 変更になった医薬品 販売名アスベリン錠20 販売名-	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
718	健康診断でHbA1c:11の結果となり医療機関を受診。初めて糖尿病薬が処方されたが、第一選択薬として保険適用外のエクメット配合錠LD 2T分2朝夕食後 28日分の処方であった。疑義照会したところ、エクメットが中止となり、メトホルミンMT(250)2T 分2朝夕食後へ変更になった。	処方医が糖尿病専門医ではなく、保険適用についても認識が低いと予想された。以前にも同様の事例が見られ疑義照会し変更になった経緯があり。	他系統の配合剤も含め、初回処方時は成分内容と治療経過の確認(聞き取り・薬歴)を引き続き注意する。同事例について処方元の薬剤部へ申し入れを行う。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エクメット配合錠LD 変更になった医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
719	前回処方と処方量(バスタロン軟膏20%)が違い、疑義照会を行った。結果、前回処方と同じ量でよいという事で調剤を行い処方した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名バスタロンソフト軟膏20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
720	昨日他院でカルボシステイン(250)が処方されているが、本日門前病院でカルボシステイン(500)処方あり。疑義照会の結果、本日処方のカルボシステインが削除になる。	併用薬があることをDrに伝えていなかった。または、伝えていたが、確認が漏れた可能性がある。	他院併用薬のチェックを怠らない。	確認を怠った その他患者からDrへ併用薬を伝えていなかった	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
721	広域病院にてシングレア細粒が処方されて服用している。ブランドカストが処方されていたので、疑義照会したところ、カットになった。	患者から、併用薬についての申し出がなかったが、確認漏れによる重複投与。	併用薬の確認徹底。	確認を怠った その他患者からDrへ併用薬を伝えていなかった	処方された医薬品 販売名ブランドカストDS10%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
722	他院からモンテルカスト細粒が処方されており、服用されている。ブランドカストが処方されていたが、疑義照会の結果削除となる。	併用薬について患者からDrに情報提供がなかったが、確認漏れ。	併用薬の確認を怠らない。	確認を怠った その他患者からDrへ併用薬を伝えていなかった	処方された医薬品 販売名ブランドカストDS10%「EK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
723	他院よりオメプラゾール(10)処方の患者。ネキシウムが処方されたが、疑義照会の結果ネキシウムはカットになった。	患者から、Drに併用薬情報が伝わってなかった。情報を把握していたが見落とした。	併用薬の確認を怠らない。	確認を怠った その他患者からDrへ併用薬を伝えていなかった	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
724	12kgの患者。ブランドカスト0.75g/日の処方。用量が少ないので、疑義照会の結果0.85g/日に変更になった。	計算ミス	用量変更、新規処方の時の用量チェックを怠らない。	確認を怠った その他薬用量計算ミス	処方された医薬品 販売名ブランドカストドライシロップ10%「DK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
725	他院でキプレス処方がされている患者。オンドライシロップが処方になったので、疑義照会したところ削除となった。	患者から、Drに併用薬について伝えていなかった。伝えていたが、確認が漏れた。	併用薬の確認を怠らない。	確認を怠った その他患者からDrへ併用薬を伝えていなかった	処方された医薬品 販売名オンドライシロップ10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
726	カロナー(50%)0.02g/日の処方。疑義照会の結果0.2g/日に変更となる。	処方箋入力時の入力ミスが考えられる。	新規処方時の用量確認を怠らない。	その他処方箋入力ミス	処方された医薬品 販売名カロナー 細粒50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
727	患者がかかりつけの内科より、先月におわたした一包化に入っているはずの薬剤クロビドグレル(75)とアトルバスタチン(5)の処方箋を持って薬局。患者はそのくすりが入化に入っていないと勘違いしていた。事前に病院より連絡があり、以前に、他クリニックでもらっていた薬を教えるほしいと連絡があり、こちらで記録のあった薬剤名をお伝えしていた。ただその薬はすでに4ヶ月前から、他クリニックからかかりつけ内科からの処方に移行しており、先月にも処方されて一包化されている薬であったため、処方医に問い合わせしたところ、処方削除となった。	他クリニックでもらっていた薬を教えるほしいと病院側から問い合わせがあった際に対応した薬剤師がなぜ、今、そんなことを聞かれるのか疑問に思ったが、薬局内が混み合っていたこともあり、あまり深く追求することなく、そのまま問い合わせに応じてしまった。他クリニックからの薬は4ヶ月前からすでにかかりつけ内科で処方されており、患者側も理解していると思い込んでいた。	病院側から問い合わせがあった際は、その背景を考え、なぜその情報が必要なのか、病院サイドときちんと連携をとる。ご高齢の患者には、すでにお話し済みのことも重要なことは薬局毎に伝えるようにする。当該事例を薬局内に周知し、再発の予防に努めた。	連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった 患者側	処方された医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg「SANNIK」 販売名アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
728	酸化マグネシウム錠330mg 3T 分3 毎食後とミノマイシン錠50mg 4T 分2 朝・夕食後が同時に処方されていて監査した際に同時服用に問題があると気づき、同時服用でミノマイシン錠の吸収が低下されると問い合わせた。ミノマイシンが10時・寝る前に変更となった。	医師は併用を気にしていなかった。調剤した薬剤師は先に酸化マグネシウム錠を含んだ処方箋を調剤して監査まで終了していたが、あとでミノマイシンが追加となつてミノマイシンだけで調剤したので併用に問題があることを見逃していた。	追加薬が出た際は最初から処方内容を監査する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ミノマイシン錠50mg 販売名酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
729	イトリゾール服用中はPPIを中止したほうが良いと問い合わせたが前回は中止されていたのに、2回目の今回はタケキャブ錠10mgが28日分と中止されないようになっていたので問い合わせた。28日分から21日分へ変更となり、イトリゾール服用中は中止となった。	毎年のようにイトリゾールカプセル50のバルス療法をしている患者。PPIを服用しないと胃が悪くなるということでPPIの併用について避けたほうが良いと問い合わせしていたが今までは中止出来ないことと併用されていた。今回はバルス療法を繰り返しているため効果を上げるためにイトリゾール服用中はPPIを中止したほうが良いと問い合わせた前回は中止されていたのにカルテに記載がなかったのか同じ問い合わせが必要になってしまった。		確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
730	アムロジピン錠5mg「ケミファ」1T 分1 朝食後、アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」2T 分2 昼・夕食後で処方されており、半減期が長く1日1回の薬なので1日3回は多いと問い合わせた。前回と同じなのでそのままと医師が言っていると云われたが、前回はアムロジピン錠2.5mgは朝・夕食後だったので3回ではなかったと返答した。医師は3回で出していたが、処方箋の入力が間違っていた。そこで患者にどういった飲み方をしているのか確認すると1日1回で飲んでいただけと言われたのでアムロジピン錠2.5mgは2T 分1 夕食後となった。	処方箋の入力ミスと患者の服用間違いが重なっていた。医師は添付文書の用法を気にしていない。		確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
731	他院にて前立腺肥大の治療中であることを薬歴の情報から把握しており、ピーエイが禁忌に該当するため疑義照会し、処方変更となった。			その他プレアボイド	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名オロバタジン塩酸塩OD錠5mg「明治」 販売名カロナー錠300 販売名デキストロメトラン臭化水素酸塩錠15mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
732	かねてよりベルソムラ錠20mg服用中の患者に対し内科にてクラリス錠200mgが処方された。併用禁忌のため疑義照会を行いクラビット錠500mgへ処方変更となった。	同病院同診療科での処方だったが臨時薬のため処方医には併用禁忌を見落とされた。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名クラビット錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
733	一般名:エリスロマイシン錠200mgが処方されていたが、今までにエリスロシン錠200mgしか処方されたことがなかったため、紙カルテから処方箋に起こす際に、一般名の選択を間違えた可能性が考えられたため疑義照会。処方医のカルテ記載は「エリスロシン錠200mg」であることを確認し、一般名:エリスロマイシン錠200mgに該当する薬品は「エリスロマイシン錠200mg[サワイ]」であり、エリスロシン錠200mgの一般名:エリスロマイシンステアリン酸塩錠200mgであり別物になることを説明。病院マスターの関係で一般名処方は難しくなり、処方が「エリスロシン錠200mg」へ変更となった。			知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名エリスロマイシン錠200mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名エリスロシン錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
734	定時処方にカロナール錠(300mg)3錠 分3で処方あり。今回、発熱頭痛時にカロナール(200mg)1回2錠 処方があるが、追加するのかわり疑義照会したところ、今回の頓用のカロナールは削除された。			その他医師の処方内容確認不足	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
735	眼科よりセフジニルの処方あり。耳鼻科より、(一般名)セフトレンピボキシル錠100mgが処方された。耳鼻科へセフェム系薬剤が重複している旨を疑義照会したところ、今回のセフトレンピボキシルが削除になった。			その他医師の情報不足	処方された医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
736	前回は他薬局で調剤。今回からヒューマログとトレシーバの用量変更と患者から聞き取り。確認すると前回と同用量だったため疑義照会し、変更。ヒューマログ 朝10時6時6→朝8時6時6トレシーバ 12単位→14単位	処方せんの入力ミス		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ヒューマログ注ミリオベン 販売名トレシーバ注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
737	ディレグラが分2、朝食後と就寝前の用法で処方せんに記載されていたため、疑義照会し、朝夕食前に訂正された。	事前にオロパタジンとディレグラの使用時の注意事項について連携したところ、用法が混同されていたと考えられる。単純なミス	用法について注意すべき品目は保管棚に目立たせて用法を書いたカードを貼っておく。	確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
738	カンデサルタン錠4mg「日医工」を服用中の患者に、処方医が気づかずに一般名カンデサルタン4mgを処方した。重複していることを問い合わせ、アムロジピン2.5mgに変更となった。	医師が定期を確認を怠り、間違えて処方した。	必ず併用薬を確認し、重複を見逃さない	確認を怠った	処方された医薬品 販売名カンデサルタン錠4mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
739	血圧は変わりなく、尿の出が悪いと本人から聞き取る。処方は、一般名フロセミド(40)1T1X朝食後 アゼルニジピン(16)2T1X朝食後。処方医師に電話問い合わせして、フロセミド(40)2T1X アゼルニジピン(16)1T1に処方変更となる。	スピロラクトン(25)4T1x夕食後も服用されていた。		コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名フロセミド錠40mg「NP」 販売名アゼルニジピン錠16mg「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
740	総合病院の耳鼻科に受診して胃が弱いと言って90日(一般名)ファモチジン処方してもらっていたが忘れていて、かかりつけ医でメトグルコ(250)2T2x28日ファモチジン(10)2T2x28日処方されたため 電話問い合わせして削除になる	患者がかかりつけ医に耳鼻科に受診したことを伝えていなかった。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ファモチジンOD錠10mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
741	オフサロン点眼液が15瓶で出ていたので間違いはないか問い合わせた。15瓶は3瓶の間違いで変更となった。	他にも2種類目薬が出ていて、他の目薬はml単位だったので15mlで入力したつもりだったそう。	目薬は単位がmlと瓶の2種類があるので注意する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オフサロン点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
742	アローゼン顆粒が0.5g 便秘時 28回分と1g 便秘時 14回分が同時に出ていたので問い合わせた。0.5gが中止となり、1g 14回分が1.5g 14回分に変更となった。	定期薬で0.5g 便秘時 28回分が出ていたが、途中で1g 便秘時 14回分が出ていたので両方出したよう。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名アローゼン顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
743	前回、薬が多いので体調が悪いのではないかと思い薬を減らしてもらったと話していた患者が以前の処方に戻っていたので薬が元に戻ると聞いていたかを確認すると何も聞いていないと言われたので問い合わせた。ランソプラゾールOD錠15mg・レバミピド錠100mg・ベザトールSR200mg・アミティーザカプセルが中止となって前回と同じ処方に戻った。	処方が変更になった理由をカルテに書いてないのかも。		確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「ケミファ」 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」 販売名ベザトールSR錠200mg 販売名アミティーザカプセル24μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
744	耳鼻科の処方箋で、今回新たにビソプロロールフルマル酸塩錠2.5mg「サワイ」3T分3の処方の記載があった。まず、服用方法が特殊であること、耳鼻科の処方箋であること、本人に確認したところ今日は痰の切れがよく薬を出すや聞いたとのことで、処方間違いではないかと気づきドクターに疑義照会を行った。入力ミスで、ビソルボン錠4mgへの訂正を確認した。	おそらく薬品コードがどちらも「ビソ」で、レセコンへの入力時の薬品選択ミスと思われる。	後発品は成分名でレセコンにおいて薬品コードが同じものが多数あると思われる。そのことを踏まえて特に新規処方の際は患者の薬歴や本人への確認を必ず行って調剤することをスタッフ間で確認した。	記録などに不備があった その他入力ミス コンピュータシステム ルールの不備	処方された医薬品 販売名ビソプロロールフルマル酸塩錠2.5mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名ビソルボン錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
745	耳鼻科の処方箋を家族が持参。ナゾネックス点鼻薬処方あり。11歳だが大人の用法で出ていたので、疑義照会したところ、子供の用法(1回1噴霧)に訂正となった。			その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
746	患者は目の白内障の手術を片目受けていてその際膜が薄く手術に時間かかり、もう片方なしといけないうまくなかったのではないかと患者から聞き取る。一般名カリューニ点眼1日4回両眼→1日4回左目に変更となる。	かかりつけ先生に白内障の手術の有無伝えていなかった。	しっかり既往歴確認。	コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名カリューニ点眼液0.005%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
747	定期処方のシロスタゾール錠が今回処方できなかったため、患者に確認を行ったが診察時特中止のことは聞いていないということであった為、病院へ疑義照会を行い追加となった。	前回処方にて、残薬ある為にシロスタゾール錠を中止したことで病院の入力が今回もそのまま中止のままで入力されてしまったと考えられる。	病院側の問題でもあると思われるが、引き続き薬局側での確認をしっかりと行っていく。	その他患者・クリニック確認不備	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名シロスタゾール錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
748	処方箋ではライゾデグ配合注フレックスタッチ1日2回朝夕食直前 朝20単位、夕14単位となっていたが患者に確認したところ、医師からは朝20単位 夕10単位と聞いているとのことの為、処方医に問い合わせたところ、患者の認識が正解で夕10単位に変更の指示があった。			その他処方医の確認不足	処方された医薬品 販売名ライゾデグ配合注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
749	ムコダインDSの処方だったが、定期処方 で30日分ムコダインDSをすでに服用中の ため重複、プルスマリンA DSに変更とな る。	医療機関の確認ミス	薬歴・お薬手帳のチェッ ク、患者からの情報の聞 き取りを確実にを行う	その他医療機関側の 要因	処方された医薬品 販売名ムコダイン DS50% 変更になった医薬 品 販売名プルスマリ ンAドライシロップ 小児用1.5%	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
750	リビディル錠は添付文書の重要な基本的 注意の項目に、「肝機能検査は投与開始 3カ月後までは毎月、その後は3カ月ご とに行うこと」との記載がある。当該患者へ のリビディル錠の処方は初めてであるに もかわらず、56日分の処方となっており、 次回受診予約も56日後となっていたた め、処方医へ疑義照会し、3カ月後まで は毎月の肝機能検査が必要であることを 伝えた。結果、処方日数は28日分、患者 の次回受診日は28日後と変更になった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名リビディル 錠80mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
751	処方箋のノルスバンテープの貼付部位が 「両頭部」となっていた。ノルスバンテー プの用法は「前胸部、上背部、上腕外部又 は側胸部に貼付し」となっているため、疑 義照会を行った。結果、貼付部位が「前胸 部」に変更となった。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ノルスバン テープ5mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
752	クラビット500mg1錠分1夕食後7日分で処 方されていた。新患のため患者アンケート をとった。アンケートの結果、アベロックス で顔が腫れたという副作用あり。クラ ビットとアベロックスは系統が同じため疑 義照会を行なった。それにより、クラビット が中止になった。フロモックス100mg3錠毎 食後7日分が処方になった。	詳細は不明だがクラビットとアベロク スが同系統ということ医師が把握して いなかった可能性。	調剤時、抗生剤の系統の 確認をしっかりと行う。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラビット 錠500mg 変更になった医薬 品 販売名フロモク ス錠100mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
753	セレコックス100mg 2錠 1日1回朝食後 服用の内容だったが、通常1日2回服用 なので、疑義照会を行った。1日2回朝夕 食後に処方の訂正を確認した。	医師のレセコンへの入力ミスであると考 えられる。	どんな単純な処方内容で あっても、用法用量など の確認を怠らないこと。常 に新しい情報を更新して おくこと。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セレコク ス錠100mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
754	手書きの処方箋で、エビプロスタット錠4 錠(分2朝夕食後)の処方があったが、前 回エビプロスタットDB錠2錠(分2朝夕食 後)だった為、薬品の規格と用量を医師に 疑義照会。エビプロスタットDB錠2錠(分 2朝夕食後)に訂正となり過量投与を未然 に防げた。	医師が、エビプロスタットにSGとDB錠 がある事と、SG錠は2017年3月末で 経過措置切れになっている事を知らな かった。	今後も薬剤の規格を用量 をきちんとチェックし、また 薬歴を確認し以前と違う 薬が出ていないかを確認 していく。	その他過量投与と未 然防止	処方された医薬品 販売名エビプロ スタット錠 変更になった医薬 品 販売名エビプロ スタット配合錠DB	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
755	B型肝炎、バラケートで治療中。医師は腎代謝の薬剤を使用する意思あり。しかしながらカルテには誤って肝代謝の薬剤を記載してしまった。一般名「ラフチジン10mg」を一般名「ラニチジン150mg」に疑義照会にて変更した。	新患であったので合併症や併用薬の確認をしていないとき発覚できた。	今後も代謝と病態を意識して業務に取り掛かる。	連携ができていなかった その他勘違い コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品の情報 販売名プロテカジン錠10 変更になった医薬品 販売名ザンタック錠150	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
756	風邪で受診。鼻水、鼻づまりの症状あり。ティレグラ配合錠処方あり。お薬手帳を確認すると緑内障の治療中。狭隅緑内障だと禁忌、眼圧上昇の恐れから緑内障患者には慎重投与のため疑義照会。ティレグラ配合錠削除。アレグラ(60)に変更となる。	患者が医院で緑内障の治療だと言っていない。	薬局だけではなく医院でも病歴伝えること、お薬手帳を出すように指導。	連携ができていなかった ルールの不備	処方された医薬品 販売名ティレグラ配合錠 変更になった医薬品 販売名アレグラ60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
757	緑内障が現病歴にある患者について、フスコデ配合錠が処方されていた。疑義照会後、フスタゾール糖衣錠10mgに変更となった。	医師側のカルテに緑内障の現病歴の記録がなかったが、薬局側では現病歴の記録があったため変更できた。	医師側のカルテにも過去の病歴を記録しておくようにお願いする。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名フスタゾール糖衣錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
758	前立腺肥大既往歴の患者にPL配合顆粒が処方されていたが、ツムラ小青竜湯エキス顆粒に変更となった。	医師側のカルテ記録に前立腺肥大の記載がなかったが、薬局の薬歴には記録があったため発見できた。	医師側のカルテに前立腺肥大の既往を記録していただく。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
759	80歳代の患者にベルソムラ錠20mgが処方。65歳以上の高齢者は15mgなので疑義照会。	処方医の確認ミス。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
760	他院でザイザル服用中だが、【般】ケトチフェンシロップの処方あり。あわせて服用するのをご確認したところ、ケトチフェン削除になった	他科の併用薬の確認が行われていなかった	併用薬の確認は確実にを行う	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ザジテンシロップ0.02%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
761	70歳代の方にベルソムラ錠20mgが1日1回就寝前で処方された。添付文書には「通常、高齢者には1日1回15mgを就寝直前に経口投与する」とあるので医師に疑義照会を行ったところ、ベルソムラ15mgへ変更となった。			その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
762	イーケブラドライシロップ50%の1日量が200mgで処方された。過少のため疑義照会したところ1日量2gの処方誤りだった。	施設に入所の方で院内のカルテへの投与量の入力ミスの可能性		その他Dr入力ミス	処方された医薬品 販売名イーケブラドライシロップ50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
763	施設を移った患者。元の施設の時から処方に応需。移動後、転院された後の処方ではアグリリンカプセル、イコサベント酸エチル粒状900mgの処方が無く、移動後の施設に問い合わせ。変更は聞いていないと言ったので疑義照会したところ、カルテに反映がされておらず、処方漏れと判明。処方追加になった。			その他Drの処方忘れ	処方された医薬品 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名アグリリンカプセル0.5mg 販売名イコサベント酸エチル粒状カプセル900mg「CH」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
764	お薬手帳で確認した所他病院でコロナール300mgが処方中。頓服で今回コロナール300の処方があったため、同一薬剤の重複があり疑義照会で確認。確認漏れで今回のコロナール300mgが処方中止になった。			その他Drお薬手帳の確認ミス	処方された医薬品 販売名コロナール錠300	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
765	院内処方での病院から転院となり、ノボラビッド30ミックスが処方されたが患者に見せて確認したところ、今までのものと違っていると。確認したところノボラビッド注フレックスタッチであった。	医師の確認ミス		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ノボラビッド30ミックス注フレックスベン 変更になった医薬品 販売名ノボラビッド注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
766	お薬手帳より他病院でネキシウム20mgが継続処方。整形に今回かかり、インフリーS200mgとシメチジン200mgが処方。同種同効で疑義照会したところ処方中止。			その他Drの確認不足	処方された医薬品 販売名シメチジン錠200mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
767	施設を移った方。移動前の施設でコニール4mg0.5錠で服用中。移動後の施設で1錠になって処方があった為、看護師の方に確認した所、変更は聞いていないということだった。疑義照会で確認した所、転院するときのデータの入力誤りがあり、コニール4mg0.5錠に訂正になった。			その他Drの処方誤り	処方された医薬品 販売名コニール錠4	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
768	ブラザキサカプセル75mgとリクシアナ錠60mg 0.5Tと一緒に出ており、ハルシオン錠0.25mgが中止のためにプロチゾラム錠0.25mg「ヨトミ」に変更になったはずが両方出していたので問い合わせた。ブラザキサとハルシオンが中止になった。	他院でフロリドゲルが出されたので定期薬がほぼ中止になり、併用禁忌のハルシオンの代わりにプロチゾラムが出されたが、以前の定期薬に変更になった薬を足しただけの処方になっていた。		確認を怠った 記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ブラザキサカプセル75mg 販売名ハルシオン0.25mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
769	カルボシステインDS50%0.6g3×N、トランサミン散0.3g3×Nの処方あり。薬歴を確認し、体重換算で量が少ないと思われる為、処方医へ疑義照会。カルボシステイン1.1g3×N、トランサミン散0.6g3×Nへ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カルボシステインDS50%「タカタ」 販売名トランサミン散50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
770	フェブリク(20)初回で処方あり。通常尿酸値の急激な低下防ぎため10mgから開始であることに薬剤師が気づき、処方医へ問い合わせた。10mgより開始へ変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名フェブリク錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
771	フェキソフェナジン(60)処方あり。薬剤師が患者より、生理痛の薬を医師へ相談したと聞き取った。処方にはフェキソフェナジンのみであったため薬剤師が処方医へ問い合わせた。フェキソフェナジン削除、ロキソプロフェン(60)へ変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」 変更になった医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
772	緑内障治療のためタブコムが処方となる。気管支喘息で呼吸器科受診している患者からの聞き取りで判明した。タブコムは気管支喘息に禁忌。		βブロッカー点眼薬の処方の患者には気管支喘息の既往歴の聞き取りを徹底する。	その他医療機関	処方された医薬品 販売名タブコム配合点眼液 変更になった医薬品 販売名タブロス点眼液0.0015%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
773	薬歴の併用薬に、他の病院でホスレノール顆粒、沈降炭酸カルシウム等他数種類の記載あったが、透析していることは把握していなかった。薬局側で腎機能数値の確認をとれていなかったため、ご本人に確認。ご本人からは、完全に腎機能破たんしているからある意味数値は落ち着いているし透析をしている。他でもらったことある薬なので大丈夫だと思いますよとの回答あり。念のためDrに確認したところ、病院側でも透析の件把握されていなかったため、ロキソニン錠の処方削除に。		レセコン上でシステム的にもチェックがかかるように、わかる範囲で病名登録も行うようにした。	記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
774	小青竜湯 6g分3で処方あり 薬袋印字したところ包数割切れないため端数で印字されたため発見疑義照会した結果 6g分2の処方だった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
775	今回の処方箋では患者が継続して服用している薬以外に2種類薬が新たに処方されたが、ノイロビタン配合錠が2回重複して処方されていた。患者に症状を確認したところ、手の指のしびれを相談したところ、医師からは脊椎が原因かもしれないため、今後検査を行うと言われ、痛みを抑える薬を処方するといわれたとのことだった。ノイロビタン配合錠が重複して処方されていたため、片方はノイロロビン錠の誤りではないかと薬剤師が判断し、疑義照会したところ、片方の処方がノイロロビン錠へ変更となった。	名称が似ているため、ノイロロビン錠と入力するところをノイロビタン配合錠と誤って入力したと思われる。	今後も薬が新たに追加されたときには、患者の症状を確認して処方と矛盾がないかを確認することを続ける。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ノイロビタン配合錠 変更になった医薬品 販売名ノイロロビン錠4単位	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
776	透析治療中の患者に一般名でセフジトレンビポキシル錠100mg 3錠 分3 毎食後で処方あり。透析中のため血中濃度が高くなる可能性があるため医師に提案一般名セフジトレンビポキシル100mg 2錠 分2 朝食後・夕食後に処方変更			その他透析中	処方された医薬品 販売名セフジトレンビポキシル錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
777	「一般名」シルニジピン錠10mg 6錠 1日2回夕食後での処方あり。最大量の3倍量の処方のため、他剤との間違いを疑い疑義照会にて確認。「一般名」シルニジピン錠10mg 1錠 1日1回朝食後へ変更。確認を怠った際は健康被害を招いた可能性があり。	医師の注意力散漫か？		確認を怠った	処方された医薬品 販売名シルニジピン錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
778	ロゼレム錠8mg 2錠朝夕食後の処方だったが、用法の異常と患者からの訴えから疑義照会にて確認。ロゼレム錠0.5mg 2錠朝夕食後へ変更。確認を怠った際に医師の意図する薬効に至らなかったと思われる。	医師による薬剤の選択ミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロゼレム錠8mg 変更になった医薬品 販売名ロゼレム錠0.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
779	広域病院より退院し近医内科へ転院、処方せんが交付された。現在メインテート2.5mg錠は0.5錠で服用していることがお薬手帳で確認できたが、処方箋は1錠だった。用量変更の説明は受けていなかったため疑義照会した結果、0.5錠に変更になった。	処方医が広域病院の紹介状から処方箋を交付する際、用量を見落としていたよう。		確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名メインテート錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
780	2日前にユニフィルLA200とシングレア10mgが定期処方追加された。2日後風邪をひいて受診。レボフロキサシン500mg、アセトアミノフェン坐剤200mgとともにユニフィルLA200とシングレア10mgも処方されていた。処方が重複していたため疑義照会で削除してもらった。			その他処方重複	処方された医薬品 販売名シングレア錠10mg 販売名ユニフィルLA錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
781	エリキュース(2.5)2T2×MAにて服用中のかた。当日の検査値にてeGFR(対表面積未補正):7.7ml/min、BUN:42.5、CRE:4.47。非弁腹症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制においてクレアチンクリアランス15ml/min未満の患者では禁忌となる為、疑義照会。エリキュースはワーファリンへと変更となった。(エリキュース7日間、ワーファリン7日間の併用ののち、切替予定。)			確認を怠った	処方された医薬品 販売名エリキュース錠2.5mg 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
782	17歳の患者にインクレミンシロップが150mlで出ていて常用量の10倍だと問い合わせた。150mlが15mlに変更となった。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名インクレミンシロップ5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
783	患児は2歳、体重13Kgの男児処方箋を確認したところ、アスベリン散10%が1日量3.54gで処方されていた。体重から換算すると約10倍程度の量であったため、処方または入力時の誤りの可能性を考え、医療機関に問い合わせたところ、下記の通り変更となった。アスベリン散10% 3.54g 1日2回朝夕食後 5日分 →アスベリン散10% 0.35g 1日2回朝夕食後 5日分			確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アスベリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
784	「フォルテオ皮下注キット(600) 28キット、メチコバル錠(500) 3T分3 28日分」の処方を受付。フォルテオ皮下注についての用法の記載が無かったが、通常フォルテオは1本で28日分の薬であるため、28キットという本数に疑問を持ち、疑義照会を実施。照会結果、フォルテオ皮下注キット(600) 1日1回 1回20μg 1キットへ変更となり、28キットは28日分の誤りであった事が分かった。			その他処方せん 記載誤り	処方された医薬品 販売名フォルテオ皮下注キット600μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
785	前立腺肥大症の患者にスピリーバが処方された。疑義照会后、アドエアに変更となった。			連携ができていなかった 通常とは異なる身体的条件下にあった	処方された医薬品 販売名スピリーバ2.5μgレスピマツ60吸入 変更になった医薬品 販売名アドエア250ディスカス60吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
786	風邪により、門前医院を受診後、家族とともに薬局。抗生剤としてパセトシムカプセル250mgが処方されていた。服薬指導をしていところ、家族から抗生剤を服用すると下痢をしやすい体質との申し出あり。今回処方には抗生剤の他にはフェキソフェナジン錠30mg「三和」しか処方されていなかったため、医師に疑義照会を行った。その結果、整腸剤として、ミヤBM錠が追加となった。	今では抗生剤とともに整腸剤が処方されていたが、今回は処方されていない。今までは、下痢しやすいとの申し出は無かったものの、投薬の際の家族との会話にて判明。	子どもは特に抗生剤による下痢が起こりやすいため、抗生剤処方時は下痢をしやすいかの確認を行い、希望があれば整腸剤を追加してもらえよう医師に問い合わせを行う。	患者側 その他母親からの申し出	処方された医薬品 販売名- 販売名パセトシムカプセル250 変更になった医薬品 販売名ミヤBM錠 販売名パセトシムカプセル250	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
787	他の医療機関にてベルソムラ錠15mgを服用中の患者に、クラリスロマイシン錠200mg「トーフ」を調剤してしまい、調剤鑑査において気づき、疑義照会にてセフジレンピボキシル錠100mg「トーフ」に変更となった。	調剤する前に薬歴にて、併用薬を確認しなかった。	調剤する前に薬歴にて併用薬がないかどうか確認する	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「トーフ」 変更になった医薬品 販売名セフジレンピボキシル錠100mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
788	新患の問診表に併用薬、病気なしと記入していた。お薬手帳持っているか聞いたところ、手帳出され、総合病院の皮膚科でブレドニゾン(5)2T1xザイザル1T1x寝る前、フェキソフェナジン2T2xカルフィーナ1T1x服用中と判明。(一般名)セレスタミン3T3x3日 中止。	意志の疎通が難しく疎通が難しい患者で併用薬の聞き取りがうまくいかなかった。	お薬手帳の活用と、推進。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セレスタミン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
789	定期薬でランックス錠40mg処方あり、別の日にフロセド錠20mg 2錠の追加処方箋がFAXあったため定期薬に追加でよいかと疑義照会を行う。疑義の結果処方削除となる。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名フロセド錠20mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
790	2回目の来局で、お薬手帳を持参。咳が良くならないとのことでアストミン錠10mgからフスコデ配合錠に変更となっていた。お薬手帳を確認した所、泌尿器科よりザルティア錠5mgが処方されていた為、患者に排尿の状態を確認。排尿障害があることが確認できたため、疑義照会し、フスコデ配合錠がアストミン錠10mgに変更となった。	初回にお薬手帳の持参がなかったが、持参を促して次に持参していただけたことで、併用薬および合併症を確認できた。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名アストミン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
791	以前よりデプロメル錠50、ロヒプノール錠1を服用されていた。不眠症改善のためロヒプノール錠1がロゼレム錠8mgに変更になった。デプロメル錠50とロゼレム錠8mgは併用禁忌なので疑義照会したところ、ロゼレム錠8mgはベルソムラ錠15mgに変更となった。		1枚の処方箋で併用禁忌の組み合わせが発生した場合は、処方元のシステムを見直す必要があると考える。	その他医院側の問題	処方された医薬品 販売名ロゼレム錠8mg 変更になった医薬品 販売名ベルソムラ錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
792	今までは(一般名)メトレキセートを木、金曜日で服用して、フォリアミンを土曜日に服用していた。今回からメトレキセートを火、水曜日に服用変更となった。今回はフォリアミンが処方されていないので、特に血液検査していないと言われるので病院に問い合わせたらフォリアミン11x朝食後 金曜日内服 4日 追加となる。	フォリアミンの内服日変更に伴い、フォリアミンの記入漏れ。	患者から聞き取る。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名フォリアミン錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
793	定期でベルソムラ錠15mg服用中の患者に対してクラリス錠200の処方。併用禁忌のため疑義照会。クラリス中止となる。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラリス錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
794	患者が来局されたが、処方箋を持っていないので、そのまま帰られた。名字だけ名乗られていたので、PCにて患者検索をすると本日で切れる薬があることが判明。病院へ問い合わせたところ、当患者が受診し、処方箋は発行されていたとのこと。患者宅へ向うが、処方箋はなし。病院へ再度連絡して再発行してもらい、調剤して患者に渡した。	病院が患者に処方箋を渡し忘れたのか、患者が紛失したのかは不明。薬局来局時にその旨をしっかりと確認すべきだった。	処方箋をもたずに来客された場合は、その場で氏名と受診病院診療科などを確認の上、対応する	患者側	処方された医薬品 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名スピロベント 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
795	15日にA院よりクラビット錠500mgが7日分処方された患者に対し、20日にB院よりジェニナック錠200の処方あり。疑義照会したところ、メリアクトMS錠100に変更となる。			勤務状況が繁忙だった 施設・設備 患者側 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg 変更になった医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
796	一般名 クラリスロマイシン錠200mg 1日2錠 分3毎食後で処方されていたため疑義照会を行い1日2回 朝・夕食後に用法変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
797	鼻水が出ることでザイザルシロップが処方。皮膚科でザイザルシロップを継続中であることを以前聴取しており、電子薬歴に登録していた為、入力時に重複によるエラー表示があった。エラーが出た時点で薬剤師に確認することになっていたが、入力した事務ともう一人の事務でお薬手帳を確認し、記載がなかった為現在は服用してしまっていた。鑑査した薬剤師もそのまま確認せず鑑査を完了したが、投薬する薬剤師が電子薬歴を確認している際に、併用薬の記録に気づき、患者の家族に現在もザイザルシロップを服用中であることを確認。疑義照会により、削除となった。	お薬手帳に記載されていない薬でも服用中である可能性があるが、事務員にそういった理解が足りていなかった。レセコンの機能を活用しても、最終的には薬剤師が疑義照会の必要性を判断しなければならぬ為、エラー表示については薬剤師に確認するルールにしているが、その必要性について十分理解できていなかった。	お薬手帳に記載されていない薬でも服用中である可能性があること、エラー表示の薬剤師への確認ルールについて、再度周知、確認し、徹底する。	報告が遅れた(怠った) その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
798	前立腺肥大症と緑内障の既往のある患者にPL顆粒処方あり。疑義照会后、他剤へ変更となった。	医師側の背景要因は不明である。	薬局としては、受付や投薬時に必ず既往歴を確認すること。	確認を怠った その他不明	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
799	家族が薬局。ユリーフOD錠4mg7日分処方方でウブレチド錠5mg、エبرانチルカプセル15mgは14日分処方だった。他院で処方ユリーフOD2mgの残薬が1週間分あるとのことだったが、規格が違うのでドクター間い合わせたところすべて7日分に変更になった。	高齢で2mgと4mgで混乱しそうだったのでドクターの配慮で変更になった。	特になし	その他手帳で確認した	処方された医薬品 販売名ユリーフOD錠4mg 販売名ウブレチド錠5mg 販売名エبرانチルカプセル15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
800	エストラーナテープ(0.72)が1日1枚で処方された。2日に1枚の薬なので間い合わせを行ったところ、2日に1枚に変更になった。	処方医は2日に1枚であることは知っており、処方日数はそれに応じた日数になっていた。貼る日に関しては1日1枚なので、それで良いと考えていた可能性がある。	医師の意識を改善することはなかなか難しい。薬局としてはこういった薬剤は特に注意してチェックしていく。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名エストラーナテープ0.72mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
801	セフジニル錠100mgの処方があったが、患者にセフジニルに対して薬疹歴があったため、処方医に対して薬疹歴を伝えたとこセフカペンピボキシル錠100mgへ変更となった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名セフジニル錠100mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
802	ザイザルシロップ0.05% 5ml 1日2回朝夕食後の処方がきたが、患者が生後10か月のため、処方医へ間い合わせたとこ、ザイザルシロップ0.05% 2.5ml 1日1回朝夕食後に変更になる。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
803	同病院他科でランソゾールOD錠を服用中の患者にタケルダ配合錠が処方された。タケルダは以前も処方されており、今回再開しようとしていた。間い合わせにてバイアスピリンのほうが良いのではないかと提案したところ、バイアスピリンに変更となった。	同病院なので他科の薬剤を確認することは可能だと思いが、以前使っていたものの為問題ないと思いついて処方してしまったと推測される。	配合錠が増えてきたことによりトラブルが増えている印象がある。薬局としては重点的にチェックしていく。同病院なので処方入力時に成分をチャックし警告を表示することは不可能ではないと思われるが、導入しているシステムで可能かどうかは不明。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名タケルダ配合錠 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
804	マグミット330は最初他病院で出ていたが、足りないとのことでかかりつけ医からも出してもらっていた。今回直前に他病院から84日分できていた上にかかりつけ医からもマグミットの処方があった。かかりつけ医に他院からの処方がある事を伝えてマグミットの処方を削除してもらった。	かかりつけ医も定期でいるものと思いが、他院で処方継続したが、他院で処方があるのを把握していなかった。	他院の併用薬は毎回確認しているが、複数の医療機関のお薬を出している場合、見逃しがちになるので他医療機関のお薬の調剤も改めて確認するよう習慣づけること。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名マグミット錠330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
805	PL配合顆粒 ムコダイン錠 メジコン錠が処方されていた。前年にPL配合顆粒を服用して尿の出が悪くなり泌尿器科を受診しPL配合顆粒は服用しないよう言われていたため、疑義照会の結果PL配合顆粒は削除となった。	患者は前立腺肥大症ではなかったが以前副作用が起きていたので削除になった。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
806	吸入がうまくできず薬効が期待できないために疑義照会し薬変更となる			その他吸入がうまく使用できずに効果が得れないために疑義照会し薬変更となる	処方された医薬品 販売名レルベア100エリプタ14吸入用 変更になった医薬品 販売名ツロプテロールテープ2mg「サファイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
807	定期でアイミクス配合錠HD服用中の患者に、アムロジピンOD錠2.5mg「明治」1T 1×A追加。アムロジピンとして1日10mgを超えるため疑義照会。フルイトラン錠1mg 0.5T 1×Mに変更となる。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「明治」 変更になった医薬品 販売名フルイトラン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
808	処方では28日処方であったが、ランタス注ソロスターの用法が1日1回皮下注、1回14単位であると18日分しかないのに、1キットしか処方されていなかった。前回Doなのだが、前回はランタスの残があったため1キットであり、そのままPCでDOをされていたので、医師に電話して2キットに変更された。			その他処方元の単位計算ミス	処方された医薬品 販売名ランタス注ソロスター	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
809	定期で循環器内科よりバリエット錠5mg処方ある患者に対し、同院整形外科よりタケキャブ錠10mg処方あり。効果が重複するため疑義照会。タケキャブ中止となる。			勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
810	投薬の際に本人と一緒に確認したら本人の希望しているのと違う薬が処方されていたとのこと疑義照会し変更となる			その他処方箋の薬間違い	処方された医薬品 販売名リーゼ錠5mg 変更になった医薬品 販売名未記載	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
811	定期でARB服用中の患者に対し、同院他科よりオルメテックOD錠10mgが新規で追加。重複投与となるため疑義照会。オルメテック中止となる。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名オルメテックOD錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
812	抗生剤で服用により下痢が起こることがわかり疑義照会結果、整腸剤を追加してもらい患者の不具合を防げた			その他患者	処方された医薬品の情報 販売名- 販売名セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミンR錠 販売名セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
813	トラムセット配合錠 2錠 分3毎食後という処方があり、3錠分3の間違えかと思ひ、患者に確認したところ、服用されたことがあり、3錠では効果がなく、6錠でもらっているとの情報を得られたので、疑義照会して、6錠分3に変更になった。	たまたま2錠分3という、割り切れない数だったため、確認することができたが、3錠分3での処方であった場合で、患者も気づかれない場合、そのままになりかねないため、用法用量に幅があるお薬の場合は、医師の指示はどうだったかなど、患者からの聞き取りがとても重要になると再確認いたしました。	用法用量に幅があるお薬の場合、特に、患者からの聞き取りを確実に行う。	その他患者さまからの聞き取り	処方された医薬品 販売名トラムセット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
814	トランサミン注射により副作用があることを処方医に伝え忘れ、投薬の際に聞き取りで情報を得て疑義照会トランサミン内服は中止をなす			その他患者	処方された医薬品 販売名トランサミンカプセル250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
815	一般名)カルベジロール錠1.25mg 0.5T 1×夕食後の処方だったが、患者の家族による話と食い違っていたため疑義照会。カルベジロール錠1.25mg 1T 1×夕食後に変更となる。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カルベジロール錠1.25mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
816	スタレボ前回、服用中に途中で中止になっていたのに処方記載あり調剤後に疑義照会し薬が中止変更となる		病院側からも途中で変更があったときに情報共有することが必要	確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名スタレボ配合錠L100 変更になった医薬品 販売名マドバー配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
817	ディフェリンゲルが1日2~3回の使用回数になっていたため、問い合わせ。1日1回の使用に変更となった。			その他医療機関の要因	処方された医薬品 販売名ディフェリンゲル0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
818	もともとユニシア配合錠HD1錠(アムロジピン5mg、カンデサルタン8mg)を服用されていたが、血圧が安定しないためにアイミクス配合錠HD(アムロジピン10mg、イルベサルタン100mg)1錠とアムロジン錠5mg1錠の処方に変更された。アムロジピンとして10mgの増量となり、上限量を超えていたため疑義照会したところ、アイミクス配合錠LD(アムロジピン5mg、イルベサルタン100mg)1錠とアムロジン錠5mg1錠に変更となった。	アイミクス配合錠とユニシア配合錠のHDとLDでアムロジピンの含有量が異なるため。○単純なミス	各配合錠の成分表を医療機関に提示する	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名アイミクス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
819	初めて糖尿病薬が処方されていたため、血液検査をしたか、糖尿病だという話があったかを患者に確認したところ、糖尿病とは言われていないそう。アレロックが眠くなることを話したことが分かり、問い合わせして、デベルザではなく、ピラノアの間違ひだった。			その他医療機関の要因	処方された医薬品 販売名デベルザ錠20mg 変更になった医薬品 販売名ピラノア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
820	鼻症状が出始めた為、ピラノア錠20mgが処方されたが、他院で同系統の抗アレルギー剤であるセルテクト錠30が処方されており、継続服用中との記録あり。血液透析を行っている患者であり、セルテクトもピラノアも用量調節は不要な薬剤だが、重複により副作用が出る可能性は高いと考えられる為、疑義照会を行い、ピラノア錠20mgが処方削除となった。	患者の併用薬や合併症を把握していた為、不適切な薬を調剤することを防げた。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名ピラノア錠 20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
821	これまで通院していた医療機関からの紹介状をもって、近隣の医療機関に初めて受診、処方せんを発行され当薬局に持参。ナトリックス錠2mg1錠朝食後及びその他夕食後4剤が処方されていた。お薬手帳を持参されていたので、お薬手帳を確認したところ、これまでナトリックス錠1mg1錠朝食後で継続されていたことがわかった。患者に医師から増量について聞いているか確認したところ、何も聞いていないとのことだったので、医師に疑義照会した。その結果、これまで通りナトリックス錠1mg1錠朝食後に変更となった。	医療機関側の要因については不明。	引き続き、お薬手帳や患者への聞き取りなど、処方せん以外の情報も収集することにより、処方内容に間違いがないか確認していく。また、お薬手帳を持っていない患者には、お薬手帳の有用性を説明し、活用してもらう。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ナトリックス錠2	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
822	定期継続処方されていたアーチスト10mgとメインテート2.5mgが処方から削除されていた。症状変化について患者に問うも、変化なく薬が減ることも医師から聞いていないとのこと	病院での処方箋発行時の事務的作業の中で削除されてしまった模様。	薬追加・変更・削除されている場合は、特に患者への聞き取りを丁寧に行う。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名アーチスト錠10mg 販売名メインテート錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
823	フェキソフェナジン(60)1剤のみ処方あり。薬剤師が投薬時に患者より生理痛の痛みに対する薬を処方医へ相談したことを聞き取った。フェキソフェナジンを生理痛へ服用することに對して疑問に思い、薬剤師が処方医へ問い合わせた。ロキソプロフェン(60)へ変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸錠60mg「EE」 変更になった医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
824	ユナシン錠(375)3T3×処方あり。処方箋に添付の採血結果より、eGFR46と腎機能低下していることに薬剤師が気付いた。処方医へ問い合わせ、2T2×へ減量となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名ユナシン錠375mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
825	食物アレルギー感作の検査入院のため内服薬は飲まないように入院先の医師に言われていたことを、患者の家族が今日かかった医師に伝えなかった。そのことを伝え、内服薬は中止となった。			患者側	処方された医薬品 販売名テルギンG ドライシロップ0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
826	ワイドシリン細粒200とピオフェルミン配合散との混合で処方せんに記載されていたため確認、ピオフェルミンR散に変更となる。	ピオフェルミンR散と入力するところ、誤ってピオフェルミン配合散と入力したようだ。		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン配合散 変更になった医薬品 販売名ピオフェルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
827	一般名ワーファリン1mg 1T1x朝食後だが、前医では2T1x朝食後で服用していた。血液検査していないようなので先生に確認する。ワーファリン1mg2T1x朝食後に変更となる。	前医からの引き継いだから。	前医のお薬内容の確認。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
828	一般名でロキソプロフェン60が処方されていたがロキソニンで副作用歴があるため確認。カロナールに変更となりました。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「E MEC」 変更になった医薬品 販売名カロナール錠300	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
829	1包3gの分包品であるが15g分3での処方他病院では18g分3での処方歴あり減量であるかどうかの疑義照会	ツムラの漢方薬の多くが1包2.5gであるため		確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ黄耆建中湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
830	他院でタケキャブ20mgが追加処方されている患者に、定期処方で継続してガスターD20mgが処方された。	患者が医師にお薬手帳提示せず、他院にかかったことを診察時伝えなかった。	併用薬追加あった場合には、診察時主治医へ報告するよう患者へ指導。お薬手帳と患者への聞き取りから併用薬について把握徹底する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ガスターD錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
831	当薬局をかりつけ薬局としている患者が、透析施設の医師より11/●にガスターD10が処方された。その4日後他院の肝臓内科医師の処方箋が持ち込まれ、タケキャブ20が処方されていた。薬歴より、透析施設の医師に連絡し、ガスターD10が中止となった。	患者がお薬手帳を持参するのを忘れ、肝臓内科の医師にお薬手帳を見せられなかったため、同種同行業の重複に医師が気付けなかったと思われる。	患者にすべての医療機関にお薬手帳を必ず持参して、医師に見せるように再度指導する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名タケキャブ錠20mg 変更になった医薬品 販売名タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
832	体重8kgに対して用量が多かったので処方医に電話照会し ムコダインDS50%300mg→240mg、アンヒバ坐薬100mg1回1個→3/4個に変更になりました。	調剤に取り掛かる前に必ず薬歴の項目と小児科の場合は体重を確認している。適正な用量ではないことに気が付き疑義照会に至った。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50% 販売名アンヒバ坐剤小児用100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
833	クラリス200が処方されていたが他院でベルソムラ15を継続されていたため疑義照会。パナン100に変更となりました。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名パナン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
834	他院でレバミピド100を服用中だが、病院でレバミピドが処方されたため確認。削除となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
835	今までにアイミクスLDとアムロジピン5の併用の患者が効果不十分とのことでアイミクスHDとアムロジピン5の併用に変更となった。アムロジピンの量が10mgを超えるために疑義照会。アイミクスLDとアムロジピン5の併用になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アイミクス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
836	糖尿病患者で、同じ病院の複数科でリビディル錠80mg1錠朝食後とシンレスタール錠250mg2錠分2朝食後がそれぞれ処方されていた。持参された臨床検査値の経過では、中性脂肪は250~340mg/dLと高値を示しているが、T-CHO、HDL-CHOは低値を、LDL-CHOは正常範囲を示していた。シンレスタール錠は高コレステロール血症には有用性があるが、中性脂肪の低下作用には個人差が大きいと添付文書に記載されており、服用により更なるコレステロールの低下が危惧され、有用性に疑問を生じたため、処方医に疑義照会した。その結果、シンレスタール錠250mgは中止となる。	医療機関側の要因の為不明。	今後も臨床検査値等処方せん以外の情報も収集し、また薬剤の薬理学的特徴をしっかりと理解することにより、患者が服用している薬剤の有効性や安全性を確認していく。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名シンレスタール錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
837	ハルナールD錠0.2mg1日1回 朝食後2錠と処方箋になっていたが、一日の用量を超えていたため電話照会したところ1錠の間違いが判明した。	入院中病院でハルナールD錠0.1mg2錠を服用していたため医師が処方ミスしたと思われる。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ハルナールD錠0.2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
838	前回残薬調整で週1回の薬は5週分、毎日の薬は28日分で処方。今回も同様に処方されていたため、本人に聞き取りの後疑義照会して、28日分から35日分へ変更となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名トルシリンカプセル0.25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
839	リリカだけ7日分、他は14日分で処方。本人より前回は調整してもらったが今日は14日分要る。先生とも話したとのことで疑義照会。リリカも14日分に変更となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名リリカカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
840	糖尿病治療中の患者 前回までテネリア錠20mg 1錠 分1夕食後で処方されていたのだが、HbA1cが7.8と高いため、今回ジャディアンス錠25mg 1錠 分1夕食後へ変更されていた。ジャディアンス錠の用量は通常10mgであることと、用法は朝食前または朝食後となっていることから処方医に疑義照会した。結果、ジャディアンス錠10mg 1錠 分1朝食後へ変更となった。	ジャディアンス錠を使い慣れていない医師だったため、通常量を25mgと勘違いされたのではないかと。(他の糖尿病薬で、25mgと50mg規格があるものもあるため)用法については、なぜかテネリア錠が夕食後で服用されていたため、そのまま薬剤名だけを打ち換えたためだと推測される。	あまり使用経験の薬は特に添付文書をよく確認することが重要である。	判断を誤った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名ジャディアンス錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
841	ベネット17.5mg4錠28日分で処方。前回までは1錠4日分で処方されていたため疑義照会。1錠4日分に変更となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ベネット錠17.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
842	フォサマック35が週1製剤にも関わらず、ほかの薬剤と同じように56日分で処方されていたため疑義照会。8日分に変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フォサマック錠35mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
843	風邪を引いたと言うことで定期処方薬に追加して臨時薬としてEPLカプセルが処方されていた。投薬の際、患者との話から処方内容に疑問があったため疑義照会をした結果ビーエイ配合錠と間違えて処方を行ったと言うことで変更になる			類似名称とまではないが、アルファベットを用いた医薬品名は誤解を生じやすい可能性も否定できない。ビーエイ配合錠を採用する際もこのことについて配慮がなかった可能性があるため、後発医薬品を採用する際は名称については注意が必要と考えられる。	処方された医薬品 販売名EPLカプセル250mg 変更になった医薬品 販売名ビーエイ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
844	5か月 体重6.5Kgの小児にムコダインDS50%600mgの記載があった。過量処方の疑いで疑義照会後ムコダインDS50%200mgに変更となった。	処方箋を受け取った後、薬歴を確認し、小児の場合は体重も確認してから調剤に取り掛かるため過量処方に気が付いた。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
845	前回処方では当該薬品が1錠であったが、今回処方では5錠に増えている。患者にステロイドが増えたのかと尋ねたら、反対に減らすと言われたため疑義照会をして0.5錠の入力間違いであることがわかり変更となった		医師の処方入力するときには、基本間違っている可能性があるという先入観で調剤をおこなった方が良くもされない。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名プレドニゾン錠1mg(旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
846	クレストールとネオオラルは併用禁忌となっているが、調剤者は病院からの処方箋に記載されていたためそのまま調剤を行ってしまった。投薬時に投薬者が気付かず、疑義照会を行いアトルバスタチンへの変更となった。			確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名クレストール錠2.5mg 変更になった医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
847	以前、メイアクトでひどい下痢が起こったとの話を聴取していた為、レセコンの禁止薬に登録していた。本日メイアクトMS小児用細粒が処方されたが、入力時に禁止薬としてエラーが出たため、疑義照会を行ったところ、クラリスドライシロップに変更となった。	レセコンの機能を活用できたことで、確実に確認を行うことができた。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名メイアクトMS小児用細粒10% 変更になった医薬品 販売名クラリスドライシロップ10%小児用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
848	トクレスバンズカプセル30mgが1日6カプセルで処方されていたため添付文書で用量確認。通常量の範囲を超えていたため電話にて疑義照会を行う。1日3カプセルへ用量変更指示あり。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名トクレスバンズカプセル30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
849	前回アモバン錠7.5mgで眠れず1.5Tで飲んでいたので、10mgに変更となった。またアモバン7.5mgで出されていた。また、前回間違えて出されていたので変えてもらったとツムラ半夏厚朴湯が出ていたのでツムラ半夏白朮天麻湯が出ていたので問い合わせた。アモバンは10mgに変更となり、ツムラ半夏白朮天麻湯はツムラ半夏厚朴湯に変更された。	処方の変更されていたのに反映されていなかった。漢方は他院で出されたものと同じものを頼んだのに名前が似ているせいで間違われて、再度間違いが起こるところだった。		確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名アモバン錠7.5 販売名ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名アモバン錠10 販売名ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
850	0歳児、体重9kgにザイザルシロップ5mL2×が処方。1歳以降の用量になるが、間違いではないか確認したところ、2.5mL1×に変更			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
851	プレドニン錠5mgが1回1錠で処方される場所、1回4錠で処方されていた。			その他パソコン操作ミス	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
852	【般】フェキソフェナジン塩酸塩錠30mgが処方。他院でジルテックDS服用中。同効薬になるが合わせて使用するか疑義照会したところ【般】フェキソフェナジン塩酸塩錠30mgは削除になった。	他科の服用薬を確認していなかったと思われる。	お薬手帳に記載あり。申し出はなくても、手帳はきちんと確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
853	喘息にて吸入薬の処方があったが、処方箋の用法に一回の吸入回数に記載されていなかった。患者の症状により吸入回数異なる場合があるため問合により確認。	処方箋記載不備	処方箋記載不備のため、毎回吸入回数を確認する。	記録などに不備があった その他医師の記載不備	処方された医薬品 販売名シムビコートタービューヘイラー60吸入 変更になった医薬品 販売名シムビコートタービューヘイラー60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
854	テルピナフィン塩酸塩クリームが1日2回で処方されたため、疑義照会し1日1回に処方変更されました。			その他処方箋の不備	処方された医薬品 販売名テルピナフィン塩酸塩クリーム1%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
855	【般】アンブロキシール塩酸塩シロップ用4gで処方。13歳、体重58kg。通常成人量を超えるが間違いではないか疑義照会したところ、3gに変更になった			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ブルスマリンADドライシロップ小児用1.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
856	50歳の女性患者が薬局。3日前に受診したが風邪が治らず、再度受診して、マリキナ配合顆粒3g 3×7日分、フロモックス(100)3錠 3×7日分、ムコダイン(500)3錠 3×7日分、シーサール(15)3錠 3×7日分 処方された。薬歴を確認すると、3日前に、ビーエイ配合錠6錠 3×7日分処方されていた。医師に疑義照会して、マリキナ配合顆粒は処方削除となった。	当日担当した医師は、ビーエイ錠を使ったことがなくて、マリキナ配合顆粒と同じ薬剤だと認識していなかったようだ。	患者が今服用している薬剤は、常に確認が必要。特に臨時に処方された薬は、患者も意識していないこと多いので、薬歴、受診状況も毎回口頭で確認が必要だ。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名マリキナ配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
857	前回までは1日量2錠で1日2回朝夕食後に出ていたが、今回2錠1日1回朝食後になっていたので患者に、医師から用法が変わることを説明受けている確認したところ、用法については聞いていないが今日は減量すると説明受けていた。処方内容と患者の話が矛盾しているため疑義照会をした。ユリノーム(50)1錠分1朝食後に変更となった。	錠剤の数と用法をどちらでも変更しなくてはいけなかったところ、数はそのまま用法のみ変更し1日1回朝食後と入力したようだ。	引き続き、患者への聞き取りなど情報収集し処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ベンズプロマロン錠50mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
858	いつもの処方内容に、毎回28日分ずつ処方される薬(3種類)と14日分ずつ処方される薬(5種類)とがあり、すべての薬8種類が処方される回と14日分ずつの薬5種類のみが処方される回とが交互だった。薬歴から今回は8種類すべてが出る回と思われたが、出ていないので患者に確認したところ、残薬もないし、症状が改善したので中止するという説明も受けていないことから疑義照会した。3種類の薬剤が追加処方となった。	医療機関の事務が前回と同じ処方で行ってしまったと思われる。	引き続き毎回、薬歴確認し患者からも情報収集し処方間違いがないように確認していく。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名- 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名ベネット錠17.5mg 販売名ワークミンカプセル0.25 販売名ボルタレンゲル1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
859	他院でペルソムラ錠15mgを服用中の患者に併用禁忌のクラリスロマイシン錠が処方された。医師側は不眠で薬を服用しているのは知っていたが、薬を確認しておらず、薬が変更になっていたのを知らなかった。	患者が医師側におくすり手帳を提出していなかった。医師側は不眠のため薬を服用しているのは確認していたが、薬の名前まで確認できていなかった。	患者におくすり手帳を必ず医師側へ提出するようお願いする。医師側での確認漏れを防ぐため、お薬手帳や聞き取りでの併用薬の確認を徹底する	連携ができていなかった 患者側 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「杏林」 変更になった医薬品 販売名ファロム錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
860	8年前にペースメーカー植え込み術施行後の患者で、感冒症状(鼻汁多く)のため受診。夜遅くの受診でありました患者の症状より心不全増悪も疑われるためにフェキソフェナジン「一般名」(60mg)2錠2x朝夕食後1日分のみの処方、明朝再受診予定であった。しかし、患者は同医師より従来からフェキソフェナジンを同量処方されており重複投与および浮腫悪化や年齢的な酪蛋白の可能性もあり疑義照会を行う。フェキソフェナジン中止となりフルナーゼ点鼻液50μg28噴霧用に変更となる。			その他疑義のため	処方された医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「KN」 変更になった医薬品 販売名フルナーゼ点鼻液50μg28噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
861	ペニシリン系アレルギーのある患者に対してフロモックス処方。薬歴に基づき疑義照会を行い、ホスミンへ変更			その他なし	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名ホスミン錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
862	バナナにて発疹を起こしたことがある患者に対し、バナナが処方。薬歴に基づいて疑義照会を行いミノサイクリンへと変更となった。			その他なし	処方された医薬品 販売名バナ錠100mg 変更になった医薬品 販売名ミノサイクリン塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
863	ユベランソフトカプセル200mgが処方された患者に対し、聞き取りの内容からユベラ錠50mgとの処方間違いではないかと思ひ、疑義照会を行った。その結果ユベランソフトカプセル200mgからユベラ錠50mgへ変更となった。			その他なし	処方された医薬品 販売名ユベランソフトカプセル200mg 変更になった医薬品 販売名ユベラ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
864	年齢4歳でモンテルカストチュアブル5mg「サワイ」が処方されたが、通常6歳以上からなので疑義照会、モンテルカスト細粒「タカタ」に変更。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名モンテルカストチュアブル錠5mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名モンテルカスト細粒4mg「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
865	てんかん治療中の患者に対してベサコリン散が処方。禁忌の為疑義照会を行った結果処方中止となった。			その他なし	処方された医薬品 販売名ベサコリン散5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
866	クレチアピン錠25mg「明治」を処方された患者が、他医療機関からネシーナ錠25mgを服用していたため疑義照会を行った。結果、リスベリドン内用液1mg/1ml「MEEK」0.5mlに変更になった。	他医療機関の併用薬確認が出来ていなかった。	疑義照会に対応する	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名クレチアピン錠25mg「明治」 変更になった医薬品 販売名リスベリドン内用液1mg/ml「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
867	投与日数が1日分だった。他の薬は21日分なので、患者に確認したところ、おかしいとの事だったので疑義照会した。7日分の間違いだった。7日分に変更。	医療機関事務員の単純な入力ミスらしい。	患者からの情報収集に努め、処方間違いのないようにする。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ラシックス錠20mg 販売名アスバラカリウム錠300mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
868	患者への問診でムコスタ服用中とわかったが、処方薬の中にもムコスタがあったので患者にも確認後、疑義照会した。ムコスタ錠は削除となった。	お薬手帳を持って来ていなかったためか、診察時にはムコスタ服用中ということがわからなかったもよう。	お薬手帳を携帯しておくように患者に指導。患者への毎回の問診・併用薬の確認など情報収集に努め、重複服用にならないようする。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
869	アムロジピンOD錠(2.5) 2.5錠 分1朝食後入カミスを疑い疑義照会アムロジピンOD錠(2.5) 1錠 分1朝食後に訂正			教育・訓練	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
870	他院でクレストール服薬中の患者にシンバスタチン処方薬効重複のため疑義照会ゼチーア錠に処方変更(医師へのお薬手帳 未提出)		お薬手帳活用の啓発	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名シンバスタチン錠5mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名ゼチーア錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
871	クラリス錠で薬疹の既往がある患者にクラリス錠処方疑義照会にてサワシリンカプセルに処方変更			確認を怠った 記録などに不備があった 連携ができていなかった	処方された医薬品の情報 販売名クラリス錠200mg 変更になった医薬品 販売名サワシリンカプセル250	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
872	リバスタッチパッチ13.5mg 28日間使用後の処方再度13.5mg忍容性等問題ないため疑義照会リバスタッチパッチ18mgに増量			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リバスタッチパッチ13.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
873	患者の家族が処方箋を持って来局。トラマールOD25、ロキソプロフェン、レバミピドの処方だった。薬歴からエプビーを服用中が判明。トラマールとの併用が禁忌だったため、疑義照会をしたところ、トラマールは削除になった。	処方元の医院が、併用薬を確認していなかったことが要因と思われる。	処方元の医院、また、投薬をする薬局がお薬手帳などで併用薬を必ず確認する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名トラマールOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
874	整形外科でロキソニン錠3錠分3毎食後服薬中の患者に歯科からロキソプロフェンNa錠1錠歯痛時頓用の処方が出たため疑義照会処方中止			確認を怠った 記録などに不備があった 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
875	「一般名」ニフェジピン徐放錠40mg(24時間持続) 1T 分1 朝食後 7日分と処方あり。すでに定期薬でニフェジピン徐放錠40mg(24時間持続) 1T 分1 朝食後で服用中であり、処方通りだとニフェジピン徐放錠40mg(24時間持続) 2T 分1 朝食後で服用となる。ニフェジピン徐放錠40mg(24時間持続) 高血圧症では1回40mg、1日2回まで増量であることから、処方医に疑義照会し、追加分のニフェジピン徐放錠40mg(24時間持続) 1Tの服用方法が分1夕食後に変更となった。			連携ができていなかった 知識が不足していた その他問題なし その他特になし	処方された医薬品 販売名ニフェジピンCR錠40mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
876	70歳代患者にベルソムラ錠20mg1錠寝る前が処方された。疑義照会したところ、ベルソムラ錠15mgに変更となった。	ベルソムラ錠通常成人量と高齢者の用量が違う	高齢者について用法用量確認する	知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
877	ザイザルが処方されたが、他の医療機関でザイザルを継続中の為、問い合わせし処方削除。手帳は持参されていたが他の医療機関は院内処方の為、記載なく薬歴から以前服用されていたので継続の確認をしたところ今も継続中とわかり問い合わせしました。		薬の処方に関係なく、医療機関受診の時にはお薬手帳を提出され、院内処方の場合に記載がなければご本人による記載も勧めました。今回は、お薬手帳に薬局側で記入しました。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
878	ヨーデルが処方されていましたが、残薬があるとの患者の訴えあり、疑義照会処方中止になりました。			その他残薬	処方された医薬品 販売名ヨーデルS糖衣錠-80	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
879	患者は処方箋を持って来局。一般名、ニフェジピン徐放錠(12時間持続)と記載してあった。先発だとアダラートL20をお渡しするところだが、前回まではアダラートCR20を服用していたため、本人に薬を変更する話があったか確認したところ、いづれもどおりのはずだ、とのことだったので疑義照会をして確認。12時間持続ではなく、24時間持続とのことだったので返答だったので、アダラートCR20を調剤してお渡しした。	一般名ニフェジピンの場合、色々な剤形があるため持続時間まで記載しないといけないが、その注意が怠ったと思われる	投薬時に、薬の変更が無かったかどうか、前回どおりでよいかまで確認して薬をお渡しする。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アダラートL錠20mg 変更になった医薬品 販売名アダラートCR錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
880	薬歴より腎不全の既往歴ある患者にプロトビック軟膏0.1%処方。現在の腎機能の具体的な数値は不明だったが、医師に腎不全の既往歴があること、腎障害のある患者には慎重投与であることを確認したところ、処方削除となった。検査結果見ても処方されることに。	医師は患者が腎不全の既往歴があること、プロトビック軟膏が腎障害患者には慎重投与であることを知っていたが、処方されたわけではないと思われた。また、外用は内服に比べ、疾病禁忌等を見逃しやすいのかもしれない。	今後も腎機能低下が疑われる患者は薬歴にわかりやすく記載する。	その他医療機関で確認漏れ	処方された医薬品 販売名プロトビック軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
881	白内障術後の投薬でフロモックス錠100mg・ロキソニン錠60mg(頓服)が処方された。手帳を持参していなかったが、患者様の申し出により3日前に歯科においてインプラントの治療を実施し、セフトレニヒポキシル錠100mg毎食後7日分・ロキソプロフェナトリウム錠60mg「日医工」(頓服)を現在服用中との情報を入力。眼科医に疑義照会後フロモックス錠100mg・ロキソニン錠60mg処方削除となった。			その他医療機関の確認不足	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
882	患者様から処方箋を受付、新患様だった。処方内容はジフルカンカプセル50mg 3カプセル 分1夕食後 1日分とキンダベート軟膏0.05%10g 1本 だった。鑑査投薬者が新患アンケートを確認し、併用薬がハルシオン、ベルソムラ、レクサプロだった。処方薬のジフルカンカプセルとハルシオンは併用禁忌のため処方医に疑義照会をした。疑義照会後、エルシド錠100mg7錠 医師指示通りに使用の処方変更となり、ジフルカンカプセル50mgは処方削除になった。		鑑査前に添付文書を読み、併用薬と処方薬との相互作用を確認していくことを継続していく。	連携ができていなかった その他病院の併用薬確認不足	処方された医薬品 販売名ジフルカンカプセル50mg 変更になった医薬品 販売名エルシド錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
883	整形外科より、ボルタレンSRカプセル37.5mg・ガスターD錠20mg・トラムセット配合錠が処方された。当患者様は近医(胃腸科)よりロキソニン錠60mg・タケロンOD錠15mgを定期薬として処方され服用中であり、今回お薬手帳を持参するのを忘れてしまったとの事。ロキソニン錠60mgについては整形外科医に服用している事を伝えたとの事で、ロキソニン錠60mgは一時中止の指示を得たとの事。タケロンOD錠15mgについては伝えていないとの事で、疑義照会を実施。ガスターD錠20mgの処方が中止となり、ムコスタ錠100mgへ変更となった。			その他お薬手帳の忘れ	処方された医薬品 販売名ガスターD錠20mg 変更になった医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
884	フェブリク(20)錠1xで継続服用中。尿酸値が下がらない為、一般名:アロプリノール(100)錠2x朝夕食後で処方された。どちらも尿酸合成阻害剤の為疑義照会。(一般名)アロプリノール(100)は処方削除。フェブリク(20)が3錠1xに増量になった。			その他重複処方	処方された医薬品 販売名アロプリノール錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
885	一般名:アセトアミノフェン細粒20% 1g(発熱疼痛時)6回分の処方。患者は73kgの体格の14歳男性。アセトアミノフェン細粒は10mg/kgなので用量不足と判断。疑義照会の結果1回2gに増量になった事例。		散剤の時は特に/kgを意識して、体重を確認し計算して確認する習慣が大切。	教育・訓練	処方された医薬品 販売名カロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
886	風邪薬の処方、ザイザル(5)錠1x夕食後 7日分処方。お薬手帳を確認すると、皮膚科よりタリオンOD(10)が継続処方。重複するため処方医に疑義照会。ザイザル錠(5)は処方中止。	患者が病院で申告するとは限らないし、主治医も多忙な時はお薬手帳の提示があっても、確認が浅れる事がある。	調剤の流れの基本に沿って、お薬手帳を必ず確認することが大切。忘れた場合は服用薬剤・使用薬剤(外用剤も含む)を確認することが必要。	その他お薬手帳を確認する習慣	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
887	レミニールOD錠12mg1T/日を2T/日に増量とのことであったが、約1年前、当薬剤の服薬によるふらつきのため、服用量が12mg2T/日から1T/日に減量になっており、また用法用量からも徐々に増量する薬剤なので、ふらつき、めまい等の副作用防止のため疑義照会し8mg2T/日に用量変更した。		引き続き、患者の状態と正しい薬剤の用法用量に基づき監査していく。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名レミニールOD錠12mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
888	前回処方ではパナール錠100mg6Cがユベラ錠50mg6Tに変更になっていたが、今回、両剤とも処方され総投与量が900mgになっていた。単純な処方間違い及び服薬による消化器症状の副作用等が考えられ、疑義照会しパナール錠を中止した。		引き続き薬歴、処方箋の監査から正しい調剤を行うことにする。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名パナールNカプセル100mg 販売名ユベラ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
889	今回ベタニス錠50mgが処方されたがお薬手帳からすでに他の医療機関よりベタニス錠25mgが2T/日で投薬されていたことが確認できた。当薬剤は1日50mg投与の薬剤であるので倍量投与では尿閉、その他副作用が起きる可能性が高い。他医療機関を受診し薬剤が重複投与されていることを伝え処方中止にしていた。		引き続きお薬手帳等での医療機関、薬局から投与された薬剤と重複投与がないよう慎重に確認していくことにする。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名ベタニス錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
890	膝痛にて受診された患者にセレコックス(100)2錠 朝・夕食後およびロコアテープが処方されていたため主治医に疑義照会しセレコックス(100)の用法変更等処方内容の見直しを依頼する。(結果頓服:1日1回上限に変更となる)			連携ができていなかった	処方された医薬品の情報 販売名セレコックス錠100mg 販売名ロコアテープ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
891	患児の家族が小児科の処方箋を持って来局した。処方内容は、ムコダインDS50% 0.6g分3毎食前・ザイザルシロップ0.05% 5ml分2朝夕食前・ホクナリンテープ0.5mg 5枚1日1枚貼付であった。患児のお薬手帳を確認したところ、他病院皮膚科にて同じくザイザルシロップ0.05% 5ml分2朝夕食後を処方されていて、継続服用中であることが判明した。小児科と皮膚科の処方分を合わせて服用するとザイザルシロップ0.05%の過剰投与になるため、小児科側に疑義照会をした。結果、小児科の処方箋からザイザルシロップ0.05% 5ml分2朝夕食前が削除された。	当該患児が小児科を受診した際に、家族から患児が他病院皮膚科を受診して薬を服用している旨を伝えられていなかった。	受診する際は担当医師及び薬剤師等にその都度お薬手帳を見せて、併用薬等を確認してもらうように家族に指導した。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
892	患児の家族が小児科の処方箋をもって来局した。処方内容は、ムコダインDS50% 0.8gと小児用ムコソルバンDS1.5% 0.8gを混合して分2朝夕食前・ホクナリンテープ0.5mg 5枚1日1枚貼付であった。家族に併用薬を確認したところ、他病院耳鼻咽喉科にてカルボステインDS50%・オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%・プラルカストDS10%(いずれもメーカー及び服用量不明)の3つを処方され、現在服用中であることが判明。小児科側に疑義照会し、ムコダインDS50% 0.8gの処方が中止になった。	当該患児が小児科を受診した際家族から、他病院耳鼻咽喉科からの薬を服用していることを伝えられていなかった。	受診する際には必ずお薬手帳を持参し、担当医師や薬剤師等にその都度お薬手帳を見せて併用薬等を確認してもらうよう家族に指導した。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名ムコダインDS50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
893	患児の家族が小児科の処方箋を持って来局した。アレロック顆粒0.5% 1gが分1朝食前処方された。疑義照会したところ、1g分2朝夕食前に用法が変更となった。	事例発生日は土曜日の半日診療で、かつ診療終了間際の時間帯であり医療機関は多忙であった。そのためコンピューターへの入力ミスが発生したと推測される。	処方内容で気になる点があれば疑義照会をきちんと行う。	その他医療機関側の要因 コンピュータシステム	処方された医薬品の情報 販売名アレロック顆粒0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
894	リリカカプセル25mgが処方された。他院からの転院だが転院前は75mgを服用していたらしく、本人も減量の話は聞いていないということで疑義照会し、75mgの処方になった。	処方箋作成の際、薬品名までは確認したが規格までは確認していなかったと思われる。		その他医療機関の入力ミス	処方された医薬品の情報 販売名リリカカプセル25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
895	アストミン散が1.2g3×で処方された。1回服用量が40mgと常用量を超えるため疑義照会しアスベリン散に変更になった。	薬品名を入力の際「アス」までは正しかったがその先を誤ったものとみられる。		その他医療機関の入力ミス	処方された医薬品の情報 販売名アストミン散10% 変更になった医薬品 販売名アスベリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
896	歯科から一般名セフジニルカプセル100mgが処方されたが、患者様から膀胱炎でレボフロキサシンを服用していると申し出あり。疑義照会してセフジニルカプセルが中止となる。			その他疑義照会	処方された医薬品の情報 販売名セフジニル錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
897	デゾラム錠0.5mgが35日分処方されていたので、疑義照会して30日分と修正する。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名 デゾラム錠 0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
898	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「パップフォー」と記載されていた。薬剤師は「パップフォー」で患者に渡そうと思ったが、眼圧の治療歴に対して再確認したところ、「緑内障ではないが高眼圧症でずっと治療している」とのこと。医師に疑義照会して「パップフォー」ベタニスへ変更して患者にお渡し。	医師も緑内障の既往については確認していたが、患者には質問意図が伝わらなかった様子。	特になし	患者への説明が不十分であった(急った)	処方された医薬品 販売名 パップフォー錠10 変更になった医薬品 販売名 ベタニス錠 50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
899	病診連携不備で病院で降圧剤朝夕食後で処方されていたが、診療所で夕食後のみで処方されていた。病院の用法に変更された。	病診連携がうまくいっていなかった	病診連携を密にしてほしい	その他他院との連携ミス	処方された医薬品 販売名 テルミサルタン錠20mg「E」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
900	2か所の病院から同じ薬が同じ日に処方された	患者がほかの病院を受診し薬が処方されたことをもう一つの病院に伝えなかった	患者に複数の病院を受診するときは必ずお薬手帳を持参し、他院で処方された薬を伝えるよう指導した。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名 レンドルミンD錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
901	帯状疱疹で受診され、Drに塗り薬を出そうといわれたが外用の処方なし、疑義照会後アラセナA軟膏3%処方された	Drの処方忘れ	患者とのコミュニケーションを密にする	その他医師の処方忘れ	処方された医薬品 販売名 - 変更になった医薬品 販売名 アラセナA軟膏3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
902	他院で経口消炎鎮痛剤服用中、ロコアテープが2枚/日で処方された。疑義照会後1枚/日に変更され、Drより腎機能のチェックを今後していくので投与してほしいと回答を得た。		患者・Drとのコミュニケーションを密にする	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名 ロコアテープ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
903	診察時、タリビット眼軟膏の手持ちがあるので今回いらないと患者がDrに伝えたのに処方されていた。		患者・Drとのコミュニケーションを密にする	その他処方ミス	処方された医薬品 販売名 タリビット眼軟膏0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
904	トクレスバンズール処方のところ、患者は閉塞型緑内障であり(手帳、薬歴で確認)使用禁忌の為、問い合わせ後削除となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名 トクレスバンズールカプセル30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
905	以前、フロモックス100を服用 副作用歴あり。(手帳・薬歴で確認)問い合わせ後マイアクトMS100に変更となった			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名 フロモックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名 マイアクトMS錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
906	フロモックス小児用量過小の為、問い合わせ。処方意図確認。錠剤服用可能の為、フロモックス錠100mgに変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名 フロモックス小児用細粒100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
915	錠剤服用可能の方が顆粒で処方されていたため。	一般名記載されていれば疑義照会なしに選択出来たと思われる。		連携ができていなかった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名バルトレック クス顆粒50% 変更になった医薬品 販売名バラシクロ ビル錠500mg 「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
916	ペニシリン系抗生物質でじんましんが発生した事がある旨を二人目の薬剤師が薬歴にて確認し、処方されていたワイドシリンが疑義照会によって変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ワイドシリン 細粒20% 変更になった医薬品 販売名未記載	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
917	患者が、授乳中だったので、禁忌ではないが、他の薬が良いのではないかと、疑義照会をし、変更になった			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ナウゼリン OD錠10 変更になった医薬品 販売名プリンペラン錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
918	トランサミン散50%が、150gの分3で処方ありました。Dr.に確認をした所150mgの間違いとの事で、150mgの分3へ変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名トランサミン散50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
919	リビートル錠5mg夕食後処方だが、患者様家族の方より夕食後は飲み忘れが多く、朝食後だとしっかり飲んでいるとの事。朝食後服用でも可能かDr.に確認をした所朝食後へ変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名リビートル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
920	他医療機関より処方された薬と重複しており削除して頂いた。	入院後処方入院時と同様に処方されたため、病院側で見落としがあったと思われる。		連携ができていなかった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ドネベジル 塩酸錠5mg「タナベ」 販売名サアミオン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
921	デザレックス錠5mg 7錠 1日1回 ねる前 7日分で処方がありました。1回の上限が5mgだったので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、デザレックス錠5mg 1錠 1日1回 ねる前 7日分へ処方変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名デザレックス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
922	てんかんの既往歴がある患者にテルギンGドライシロップが処方されていたが、鑑査一人目の薬剤師が薬歴上の情報を発見できず、二人目が発見した。てんかんに誘発するとして、疑義照会をかけ、同薬剤が削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名テルギンG ドライシロップ0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
923	インスリングルグルンBSカート「リリー」1筒で処方がありました。お薬のお手帳を確認したところ、他の病院で、インスリングルグルンBS注ミリオベンが処方されていました。本日の受診は、紹介で来院された為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、インスリンBS注ミリオベン 1筒へ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名インスリングルグルンBS注カート「リリー」 変更になった医薬品 販売名インスリングルグルンBS注ミリオベン「リリー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
924	用法が2×朝夕食後になっていたため、問い合わせ。1×夕食後に変更となった。			その他医療機関の要因	処方された医薬品 販売名アレジオンドライシロップ1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
925	併用薬を確認した際に、セレコックスを服用していることがわかり、疑義照会を行い、処方薬が削除となった。患者が病院へ伝えていなかったため、重複したと考えられる。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
926	6歳児にキプレス細粒が処方されていたが気付かず調剤。服薬指導中に6歳とわかり、疑義照会後キプレスチュアブルとなった。	5日前に同患者が受診し、キプレス細粒で処方されていたときはまだ5歳だったため、Do処方と勘違いして調剤してしまった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名キプレス細粒4mg 変更になった医薬品 販売名キプレスチュアブル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
927	クラビット錠500mgの処方があった。調剤前に薬歴を確認しながら処方せん鑑査を行ったところ、以前は250mgで処方されていた。ご高齢ということもあり、用量について疑義照会したところ250mgへ変更になった。	医療機関側での投薬歴の見落とし。	高齢者は腎機能が低下している可能性が高いため、影響する薬剤については用量の確認を行う。	その他医療機関の投薬歴確認もれ	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
928	一般名処方でもトレキサート錠2mg処方中の患者にミノサイクリン100mgの追加処方有り。トレキサートの副作用(骨髄抑制、肝腎消化管障害、血液障害等)が増強されることがあるため医師に疑義照会の結果、ジスロマック錠に変更指示あり。			判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ミノマイシン錠100mg 変更になった医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
929	セフジレニピボキシル小児用細粒10%「サワイ」0.6gとピオフェルミンR散1.2gの処方箋を受けた。体重12kgぐらいとの患者情報より疑義照会をおこなったところ、容量が反対になっていた。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名セフジレニピボキシル小児用細粒10%「サワイ」 販売名ピオフェルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
930	レルベア200エリプタ30吸入用 1日2回2吸入 の処方箋を受けた。レルベア200エリプタ30吸入用は通常1日1回 1吸入なので疑義照会をおこなったところ、1日1回 1吸入に訂正となる。	前回までシムピコートタービュヘイラー60吸入が出ていて、用法の変更し忘れと思われる。		記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名レルベア200エリプタ30吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
931	(般)クラリスロマイシン 200mg2錠 分2 カルボシステイン500mg 3錠 分3 7日分 の処方箋を受けた。この患者さんのお薬手帳を確認すると ベルソムラ15mgを服用していた。医院に疑義照会を行い抗生剤の変更をお願いした所、クラリスロマイシンからセフジトレンピボキシル似変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】クラリスロマイシン錠200mg 変更になった医薬品 販売名【般】セフジトレンピボキシル錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
932	ロラタジンDS1% 0.5g 分1 1日分 カルボシステインDS50% 1g 分2 7日分 の処方箋を受け取った。患者さん本人から聞き取りをしてロラタジンDSの残薬の無いことを確認して、日数があるのか疑義照会をしたところ、ロラタジンDS1% 7日分に訂正となる。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ロラタジンDS1%「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
933	他病院でコロナールが内服で処方されている患者に、ビーエイ内服とコロナール頓服が処方された。医師に疑義紹介し、他病院のコロナールの内服を中止の指示と、コロナール頓服がロキソプロフェンの頓服に変更になった。	患者の、医師への申告不足。	お薬手帳を医師にも見せるよう教育。	教育・訓練	処方された医薬品 販売名コロナール錠200 変更になった医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「E MEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
934	下痢で受診した患者にガスモチン処方されていた。医師はビオフェルミン錠を処方するつもりが、うっかりミスでガスモチン処方していた。患者との会話や薬歴よりおかしいと考え疑義照会して薬剤変更へ。	祭日明けの週末で患者が多数受診していたので、医師がうっかりミスでカルテに薬剤を記入間違えをした。	しっかり患者と話し、どのような症状なのか徹底して確認する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ガスモチン錠5mg 変更になった医薬品 販売名ビオフェルミン錠剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
935	当薬局にかかられている患者で、前回からランソプラゾールOD30mg、1錠分1錠る前からランソプラゾールOD15mg、1錠分1錠る前に減量になっていたが、今回またランソプラゾールOD30mg、1錠分1錠る前に増量になっており患者は医師から特に指示をうけていなかったため疑義照会をした。ランソプラゾールOD15mg、1錠分1錠る前に変更になった。	ランソプラゾールOD15mgと入力すると減量前のランソプラゾールOD30mgと入力したようだ。	引き続き、処方箋だけでなく薬歴や患者さんへの聞き取りをきちんと確認していく。	その他医療関係側の要因 患者側	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠30mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
936	患者が処方せんを持って来局した。処方内容は一般名レボフロキサシン点眼液1.5%右目3回/日、タリビッド眼軟膏0.3%右目2回/日だが、患者本人は左目に眼帯をつけている。本人に確認すると、右目は全く問題ないと回答を得たため問い合わせ。各右目から左目に変更された。			その他医療関係側の要因	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン点眼液1.5%「杏林」 販売名タリビッド眼軟膏0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
937	胃の調子が悪い患者に、モービック処方されていた。問い合わせで処方削除。	先月から服用開始して胃が調子悪くなっているのに処方された。医師にはそのことは伝えた、処方中止しようとの話だったが、医師が忙しくそのまま処方してしまった。	副作用のモニタリングの徹底	確認を怠った	処方された医薬品 販売名モービック錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
938	内科でロキソニン錠を定期的に処方されていたが、ソレト錠が処方された歯科の処方箋を持って来たため歯科の処方医に疑義照会した。結果、ソレト錠が処方削除になりました。お薬手帳は持参していません。		病院ではお薬手帳をあまり確認しないため、薬局ではお薬手帳を必ず確認するように努めること	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ソレト錠80	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
939	イトラコナゾール50mg「MEEK」8錠 1日1回朝食後 7日分患者さんより情報収集して、爪水虫のバルス療法であることを確認して疑義照会した。用法が、1日2回朝夕食直後に変更となった。		今後も処方せんのみならず、患者さんからの情報収集を行ない、疑義がある場合は、疑義照会を行なっていく。	その他疑義照会例	処方された医薬品 販売名イトラコナゾール錠50「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
940	ニコランマート服用中の患者に他科よりザルティア処方。疑義照会しザルティア削除となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ザルティア錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
941	患児の母親が小児科の処方箋を持って来局した。処方内容の説明時に母親からの申し出で、以前アレロック顆粒0.5%で発疹の副作用があった事が判明した。処方内容にアレロック顆粒0.5%が含まれていたため処方医に問い合わせたところ、アレロック顆粒0.5%が中止になった。母親にはお薬手帳の副作用欄にその場で記入してもらい、今後受診する際にはお薬手帳の副作用欄を医師に見せるよう指導した。	母親が医師にはアレロック顆粒0.5%の副作用歴について伝えていなかった。	副作用歴についての確認を丁寧に行う。	その他医師に副作用情報が伝わっていなかった	処方された医薬品 販売名アレロック顆粒0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
942	呼吸器科で気管支喘息の治療を行っており、定時薬としてレルベアを使用していた。その後、吸入ステロイドの使用で口腔カンジダ症を発症したため同病院の耳鼻科を受診し、6/24～アズノールうがい液を使用開始。その後、9/9に口腔カンジダは改善傾向にあるが口腔内の乾燥を訴えたため、サラジェン錠5mgが処方追加に。鑑査中の薬剤師が、サラジェン(ピロカルピン)はコリン作動薬であり、気管支喘息・COPDの患者には投与禁忌であることに気が付き、耳鼻咽喉科に疑義照会して疾病禁忌であることを説明したところ、サラジェンの処方は削除となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名サラジェン錠5mg 販売名アズノールうがい液4%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
943	処方箋に「バラシクロビル顆粒 42g/日分4」と記載されていたが、体重換算すると処方量が多かったので医院に問い合わせし「バラシクロビル顆粒 3.6g/日 分4」に変更になった。	Drが患者の体重を勘違いしたか、意図的に多めに処方したのか。詳しい経過はわからない。ただ、処方医は「多いかな？」と言われたので、症状から判断して許容範囲だったのかもわからない。	たとえば意図的かもしれないと思っても、投与量に問題があればいったん確認する。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名バラシクロビル顆粒50%「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
944	前回と同じ処方でリンデロンVG軟膏が処方されていた。患者の話を聞くと、今回は治療中のクレナフィン外用液が手持ちがなくなったため処方予定だった。			患者側 その他病院受付医師への伝達ミス	処方された医薬品 販売名リンデロン-VG軟膏0.12% 変更になった医薬品 販売名クレナフィン爪外用液10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
945	患者、てんかん既往歴あり。レボフロキサシン処方のため疑義照会。			その他医師確認漏れ	処方された医薬品 販売名レボフロキサシンOD錠250mg「トーフ」 変更になった医薬品 販売名セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
946	前回お久しぶりに当局を利用された患者が1か月ぶりに来局。処方内容はクラビット点眼液1.5% 左眼4回であった。お薬手帳をお忘れのため、改めて副作用やアレルギーなど確認した。クラビット錠で発疹が出たことがあると判明。疑義照会の上、薬剤がベストロン点眼液へと変更になった	前回、しばらくいらしてなかった間に起こった副作用の確認をしてなかった様子。手帳を確認する医師だが、お忘れだったため確認できなかった	お薬手帳への記入を怠らない。引き続き、お薬手帳や患者への聞き取りなど、処方箋以外の情報も収集する。患者には手帳の重要性を強調する	その他医療機関の要因 患者側	処方された医薬品 販売名クラビット点眼液1.5% 変更になった医薬品 販売名ベストロン点眼液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
947	ライソデグ配合注フレックスタッチの処方箋記載の単位数と患者が医師から聞いた単位数が異なっていた。今回が初めての処方箋で、即効型のノボラビッドも併用すると患者が話すので合わせて疑義照会を行った。結果、ライソデグはDrの記載ミス、ノボラビッドは併用指示を確認した。	初めての処方であったため、医師も単位数を迷ったと考えられる。ライソデグとノボラビッドの併用については患者の病態に合わせた医師の判断によるもの。	インスリン単位数に関しては処方箋記載の数字を信用しすぎず投薬時に患者本人や、糖尿病手帳を確認する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ライソデグ配合注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
948	居宅療養指導中の患者で寝たきりの状態だが、意識は鮮明である。最近、夜間不眠となりプロチゾラム処方となる。薬歴より過去入院中にプロチゾラムで薬疹となった経緯があるため処方医に直接確認。ソルピデム5mgに処方変更となる。また、医師電子カルテに禁忌薬として登録してもらった。	連携ソフト(バイタルリンク: 帝人)には挙げていたが電子カルテに転記されていなかった単純なミスだと思われる。		その他電子カルテの副作用薬に設定されていない	処方された医薬品 販売名プロチゾラム錠0.25mg「テバ」 変更になった医薬品 販売名ソルピデム酒石酸塩OD錠5mg「KN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
949	患者 緑内障 既往歴あり。見えづらいと訴えあり。セレスターナ処方のため確認。			その他医師確認漏れ	処方された医薬品 販売名セレスターナ配合錠 変更になった医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
950	処方箋を11月17日に持参されたが、交付日が18日になっていたため、処方医に確認した。18日から服用を開始する指示をしたため、交付日もそのように記載したとのことであった。結果、交付は17日に変更になったが、患者に18日から服用するようによく説明するように指示を受ける。	服用開始日が重要であったため、交付日もそれに合わせたため。	処方箋を受け取った時は、処方内容だけでなく、そのほかの情報もきちんと確認する必要がある。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名タシグナカプセル200mg 変更になった医薬品 販売名タシグナカプセル200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
951	前回血圧高めのためアムロジピンOD2.5mgから5mgに増量になっていたが、今回の処方量が2.5mgに変更になっていた。患者からの聞き取りにより、血圧の変動もなく医師から薬の変更については何も言われなかったとのこと。病院に問い合わせたところ医師のコンピューターの入力ミスとわかり5mg錠に変更になった。			その他入力ミス	処方された医薬品の情報 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
952	レバミピドが処方されていたが、お薬手帳の情報から他院からアンタゴスチン細粒が処方されていた。その薬を知らなかったため、WEBで調べて、同効薬であったため、疑義照会して医師からレバミピドの削除を指示された。	レバミピドもアンタゴスチンも胃粘膜保護作用のある同効の薬である。お薬手帳の提示があったため確認できた。	お薬手帳を必ず確認して、名称を知らなければ必ず確認する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
953	(般)オルメサルタン口腔内崩壊錠10mgが処方。前々回よりアムバロ配合錠が処方されていた。インタビューにより血圧は少し下がった。主治医からは何も説明はなかった。血圧はまだ高めで寒くなっていく時期ではあり、本人が主治医から説明を受けていないことに疑問を持ち疑義照会。アムバロ配合錠に変更になった事例。	疑問を持たずに「血圧は少し下がった」という事だけを鵜呑みにしていたら、血圧がさらに高くなり健康被害が起こった可能性が考えられる。	きめ細かなインタビューと考察が重要。	教育・訓練	処方された医薬品 販売名オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」 変更になった医薬品 販売名アムバロ配合錠「ケミア」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
954	定期処方でカルボシステイン(500mg)1日3回1回1錠朝昼夕食後を服薬中の患者に、感冒症状のため同薬剤が追加処方となった。重複投薬であるため医師に確認、今回処方のうちカルボシステイン追加分は中止となる。	単純なミスと思われる		その他不明	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
955	耳鼻科の処方箋持参。ピオフェルミン錠処方あり。他院などで抗生薬の処方がないと聞き取ったため、R錠でなくてもよいのでは?と思い疑義照会したところ、ピオフェルミン配合錠に変更となった。			その他クリニックでのミス	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン錠 変更になった医薬品 販売名ピオフェルミン錠剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
956	吐き気、下痢、熱38.5℃まで上昇し現在36℃台処方 ナウゼリン 3錠 分3 4日分妊娠している可能性があるかもしれないと代理の方より申し出あり。Drには伝えとあるが妊娠によるものではないだろうとのこと。ナウゼリンは妊婦禁忌のため代理の方に確認したら安全な薬にして欲しいと語があったため疑義照会。ナウゼリン→プリンペランへ変更			その他妊娠ではないだろうとの考え	処方された医薬品 販売名ナウゼリンOD錠10 変更になった医薬品 販売名プリンペラン錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
957	リンゼス錠0.25mgは、1回2錠14日分投与制限だが、1回1錠30日分処方されていたため、疑義照会。	○単純なミス病院側のレセコンに、投与制限チェックが入っておらず、30日処方となった。	投与制限薬剤のチェックを依頼する。	記録などに不備があった 知識が不足していた コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名リンゼス錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
958	アミノレバンEN配合散を投与中の当該の患者へ、薬剤の適応から察するに、重度の肝障害を患っている状態と推測。最近になってペインコントロールが不良にて、カロナールを処方。しかしカロナールは肝障害患者へは禁忌に該当するため、疑義照会。医師側から、転院患者にて医療情報提供書も無く、肝障害レベルが分からないが、最低限の投与回数で様子見するので今回処方変更なしとの回答。			医薬品 その他判断材料不足	処方された医薬品 販売名カロナール錠500 変更になった医薬品 販売名カロナール錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
959	MS冷シップでかぶれが起こっていたのにそのまま継続処方されていたのでDrに確認をとり処方を変更してもらった。	患者様は主治医に話すよりもかかりつけの薬局薬剤師の方が話しやすいのでそこで相談すればよいと思ってDrにはかぶれのことをお話しされなかった。	Drにも薬の副作用などを報告するように指導	連携ができていなかった 患者側 その他患者様と医師とのコミュニケーション不足	処方された医薬品 販売名MS冷シップ「タカミツ」 変更になった医薬品 販売名ロキソニドテープ100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
960	他病院にてラベプラゾール錠10mg服用中なのにネキシウムカプセル20mgが処方されたのでDrに確認し処方から削除してもらった。	Dr側のお薬手帳の確認不足で同じ薬効の薬が処方されたままだった。	薬を新たに処方するときにはDr側でもお薬手帳を確認していただきたい。	判断を誤った その他お薬手帳の確認不足 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
961	患者が地域機関病院で、カテーテル手術を実施することになり、コンブラピン配合錠 1錠 分1 朝食後 が入院の日まで処方。服用歴なし。かかりつけの診療所で バイアスピリン100mg 1錠 朝食後 が以前より継続して処方されており、Drよりバイアスピリン中止等、特別な指示は受けていないとの患者聞き取りだったため、確認のため疑義照会。コンブラピン配合錠→クロビドグレル75mg「SANIK」に変更。バイアスピリンとクロビドグレルを併用して服用の指示。	この患者の地域機関病院と、かかりつけの診療所の両方の処方せんを受け入れており、薬歴、お薬手帳で併用薬を確認できたので、疑義の発見が容易にできた。	配合錠が処方されたときは必ず含まれている成分を確認する。	コンピュータシステム 医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名コンブラピン配合錠 変更になった医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
962	ナウゼリンOD(10)が頓服で1回3錠と処方されていたため疑義照会し 1回1錠に変更となる。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ナウゼリンOD錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
963	当薬局は初めていらっしゃる患者に白内障手術後に使用する薬剤が処方された。併用薬にセレコックス100mg2T2xが含まれることを確認。その後、念のため、病院側に最新の検査値を問い合わせた。総タンパク・アルブミン低値、白血球・リンパ球など低値、eGFR:37.5とのこと。セレコックスをすでに服用されていること、更に腎機能低下を疑い、下記の薬剤に関して疑義照会を行ったユナシン錠375mg3T3xジクロフェナク錠25mg2T2xアスパラカリウム錠2T2x →ジクロフェナク錠・アスパラカリウム錠は削除。ユナシン錠は減量となった		引き続き、手術予定患者さんの併用薬や検査値などを可能な限り確認していく	その他医療機関側の要因 患者側 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ユナシン錠375mg 販売名ジクロフェナクNa錠25mg「サワイ」 販売名アスパラカリウム錠300mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
964	前立腺肥大のある患者さんにPL配合顆粒が頓服・頭痛時で処方される。	投薬中に気づき処方医に疑義照会で処方変更と確認。		確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名キョーリンAP2配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
965	患者さんが副作用を起こしたことがある薬剤が処方されていた	患者さんの意識の問題	患者さん本人が副作用のあった薬剤だが時間がたっているから大丈夫だろうと言ったからと、Drは処方されたようだが、飲んでも大丈夫という保証はないので患者さん自身の副作用についての危機管理をきちんと行ってもらえるよう伝えた次回からは各医療機関にかかるたびに副作用の起きた薬が処方されないようにDrにもきちんと伝えていただくようにいった	その他根拠もなく患者さんが日かたっているから大丈夫だろうとDrに返事をしていったから	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「テバ」 変更になった医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
966	整形外科を受診しロキソニン錠、ネキシウムカプセル20mgが処方された処方箋をもって薬局。持参のお薬手帳で他院でセレコックス錠100mg、ラベプラゾール錠10mg「トローワ」が継続処方されていたため問い合わせ。ロキソニン錠、セレコックスカプセルは中止、ボルタレンサボ25mg、疼痛時7回分のみでの処方に変更。			その他処方医の確認不足	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名ネキシウムカプセル20mg 変更になった医薬品 販売名ボルタレンサボ25mg 販売名-	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
967	循環器を受診している患者が処方せんをもって薬局。新規にルリコン軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合処方あり。薬局にて混合の安定性を調べたところ1週間で分離することがわかり疑義照会を行った。その結果、ルリコンクリームとヒルドイドクリームの混合(4週間安定)に変更された。	患者は他にも足に使用している外用剤があり、コンプライアンス向上の為混合の指示がでたと思われる。しかし外用剤の混合は専門の書籍がないと確認するのは困難であり、皮膚科以外の医師が容易に確認できないことから今回は安定性の検討がされずに処方されたと推察される。	混合でよく用いられる外用剤である。ヘパリン類似物質や白色ワセリンなどの混合に関する情報はより容易に入手できるような環境を整える必要がある。また、時代のニーズにあった配合外用剤の販売も求められている。	確認を怠った 知識が不足していた その他専門外	処方された医薬品 販売名ルリコン軟膏1% 販売名ヒルドイドソフト軟膏0.3% 変更になった医薬品 販売名ルリコンクリーム1% 販売名ヒルドイドクリーム0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
968	リリカOD75mg3T分1で処方せんが記載されていたため、疑義照会。リリカOD25mg3T分1に変更となる。	リリカOD75mgを1回に3Tと、1回量が多いために疑義照会した。	これを機会にリリカODの分1処方には処方せんに鉛筆でO印をつけて注意を促す対策をとった。	その他特になし	処方された医薬品 販売名リリカOD錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
969	11月10日皮膚科受診された患者様が薬局。バイアスピリン錠100mgによる薬疹の可能性あり。次回内科受診時に薬剤変更となる予定だった。11月21日内科受診されたが、処方内容は変わらず。疑義照会となる。患者本人にも処方変更の説明はない状態だった。疑義照会でブラビックス錠75mgに変更となった。	かかりつけ薬局として利用されていた患者様だったので、バイアスピリン錠100mgが変更となることを予測していた。もし、皮膚科の処方箋の受付がなければ、前回Do処方方で調剤していた可能性もある。聞き取りで防止できたかもしれないが、更に対策が必要なケースとなった。	薬歴には記載し、次回は注意するように連絡もとっていたが、お薬手帳も活用して記載するようにしたい。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 変更になった医薬品 販売名ブラビックス錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
970	ツロプテロールテープ2mg処方あり。以前にツロプテロールテープ2mgでひどくかぶれたと薬歴に記載あり。疑義照会すると変更になった。			その他薬歴重要	処方された医薬品 販売名ツロプテロールテープ2mg「HMT」 変更になった医薬品 販売名ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
971	同一医療機関の内科よりアルファロールカプセル1μgが処方されていたが、整形外科よりエディロールカプセル0.75μgが重複投与された。	カルテによる他科服用薬の確認不足。	患者の服薬状況は、お薬手帳、薬歴で薬局が管理する。	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
972	インスリン空打ちの2単位を含めた単位数を処方せんの中に記載してあった	インスリン空打ちを含めた単位数を記載するとDr.が勘違いしていた。O作業手順の不履行	空打ちを含めず実際に打つ単位数を処方せんに記載してもらおうよう指導した	記録などに不備があった 知識が不足していた 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ランタス注シロスター	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
973	薬歴に緑内障であることとその点眼薬の記載あり。カフコデN配合錠が処方されていた。緑内障の患者には併用禁忌のため疑義照会したところメジコン錠に変更になった。			その他薬歴が重要	処方された医薬品 販売名カフコデN配合錠 変更になった医薬品 販売名メジコン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
974	ピーマーゲン配合散新規処方の方で家族との対話により風邪薬をお願いしたという話があった。薬効と合わないため疑義照会で確認した所、PL配合顆粒の打ち間違いと判明。恐らく入力時にピーで検索し、入力を誤ったと考えられる。			その他Dr入力誤り	処方された医薬品 販売名ピーマーゲン配合散 変更になった医薬品 販売名PL配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
975	今回から新規でロトリガ粒状カプセルが処方されていたが、2包分1朝食後の処方添付文書上の1包分1食直後or2包分2食直後の用法と異なるものであった。患者様は「夜はお酒を飲む為、医師が朝食後のみにしてくれた」とおっしゃっていたので、一度調剤を開始したが、服用時間が食直後ではなく食後になっていた事もあり疑義照会を行った。疑義の結果2包分2朝夕食直後に変更となり、1回2包での服用とならずに済んだ。		添付文書と用法が異なる場合の疑義照会の徹底。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロトリガ粒状カプセル2g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
976	オノンが処方されている患者に、新たに一般名でモンテルカストが処方追加された。どちらもロイコトリエン受容体拮抗剤のため併用でいかなを確認し、モンテルカストは処方から削除となった。	処方人力が商品名と、一般名での医師の確認ができなかったと考えられる。	新規の薬については、現行の内容との関連を十分注意して調剤することが大切。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オノンカプセル112.5mg 販売名モンテルカスト錠10mg「KN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
977	内科でベシクアOD5mgが処方されたが、閉塞隅角緑内障の治療中の患者さんだったため、疑義照会を行った。その結果ベタニス50mgへ変更された			確認を怠った 知識が不足していた ルールの不備	処方された医薬品 販売名ベシクアOD錠5mg 変更になった医薬品 販売名ベタニス錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
978	リカルボン、エディロール常用患者に対して、リカルボンのみ中止処方があり、お薬手帳記載内容を確認したところ、他院にてフォルテオ皮下注開始が判明。フォルテオ皮下注使用中患者は血清カルシウム値上昇に注意が必要であり、併用注意として高カルシウム血症を誘発する薬に注意が必要である。処方元に相互作用について疑義照会したところ、エディロールは中止となる。	他院からの常用薬への相互作用に関する情報不足。	併用薬は十分に注意が必要。	連携ができていなかった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
979	外殻石灰化を認めないコレステロール系胆石の溶解で継続治療中の患者に一般名ウルソデオキシコール酸錠100mg、3錠、分3で処方。薬歴やお薬手帳より、今までは問題なく6錠分3で処方継続されていた。患者も減量について何も聞いていないため疑義照会した。その結果一般名ウルソデオキシコール酸錠100mg、6錠、分3に変更となった。	錠剤の用量を6錠と入力するところを3錠と入力したよう	引き続きお薬手帳や患者への聞き取りなど情報収集し、記録、共有していく。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
980	処方内容が、カロナール錠200mg 2錠分3毎食後であった為、疑義照会をしたところ、2錠から6錠へ変更となった。	1日量を入力するところを、1回量で入力したようだ。	引き続き、処方内容を確認して調剤していく。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
981	胃がんの内視鏡手術後にタケキャブを飲んでいた患者が、経過良好でガスターD20に薬が変わっていたが、きちんと説明していたにも関わらず、タケキャブがなくなると誤解していた。ガスターは痰の薬だと思い込んでいた。そのため、近医にタケキャブより優しい薬の胃酸の薬を頼んだらしく、ラベプラゾールが処方されていた。	患者はタケキャブががんの経過の薬だと思っており、飲まなければ悪くなると考えすぎて、頼んだらしい。お薬手帳は持っていたが、医師に見せてはいない。見せるようにもいわれていない。	患者は医科でもお薬手帳を提示するという習慣を、医師会で促進してもらいたいそうすれば変な重複は起きないだろう。	その他患者の誤解	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa錠10mg「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
982	処方箋にツムラ小建中湯9.0gと処方されていたため、一日量が適応上と異なる為疑義をかけた所、ツムラ小青竜湯9.0gの記入間違えであったことが判明、患者には正しい薬剤を調剤で来た	病院側のレセコン入力時に「ショウ」だけ入力し小青竜湯と小建中湯の選択から誤った方を選択し入力、処方箋が発行されたようです	漢方処方では「小」や「大」等で始まる処方名が多いため「ショウ」だけの入力ではなく「ショウセイ」または「ショウケン」の様に二文字目まで入力するように改善を病院側にもお願いした	記録などに不備があった 医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
983	錠剤がのめない児童に錠剤で処方		医師側のカルテの確認	確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名フロモックス錠75mg 変更になった医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
984	12歳の児童にナゾネックス点鼻の処方 1回2噴霧のところ1噴霧となっていた(意図的な少量投与ではなかった)		医師側の添付文書確認	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
985	医師が過去の古い処方内容で処方。薬局での患者さんからの聞き取りなど、確認作業で間違いの可能性が高いと判断し、疑義照会した。	医師の単純な勘違い。	医師も人間なので、処方ミスは必ず出ます。薬局できちんとミスを止める事を徹底することが大切です。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名リリカOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
986	前立腺肥大の患者さんに、禁忌のスピリーバが初めて処方。	患者さんは、病院でお薬手帳を見せる必要があるとは知らずに、見せなかったのが原因と思われます。	患者さんによると、「お薬手帳を見せて下さい」と言わない病院には一切見せていないと言われていました。受診の際には必ず病院にお薬手帳を見せる必要が有ることを患者さんに理解させることが大切だと考えます。	確認を怠った その他お薬手帳を医師に見せていない	処方された医薬品 販売名スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入 変更になった医薬品 販売名セレベント50ディスクス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
987	耳鼻咽喉科よりメリスロン錠6mg 6錠 毎食後 処方有、11月7日に泌尿器科よりメリスロン錠6mg 3錠 毎食後 35日分の処方があり、重複の為Dr.に問い合わせしました。その結果、1日3錠では少ないので、今日の分と合わせて1日6錠にすること。処方1日3錠に変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メリスロン錠6mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
988	服用方法入力ミス			教育・訓練	処方された医薬品 販売名ジクロフェナクナトリウム坐剤50mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
989	定期投薬残薬整理様子なし投薬日数の入力ミス			教育・訓練	処方された医薬品 販売名センソジド錠12mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
990	今回より転院。ジェイゾロフト錠25mg 0.5錠 分1 で処方。お薬手帳より、前病院では、ジェイゾロフト50mg0.5錠で服用されていたことがわかりましたので、ご本人へ確認。変更の説明はないようなので、疑義照会しました。ジェイゾロフト50mg 0.5錠へ変更になりました。			その他病院側の誤り	処方された医薬品 販売名ジェイゾロフト錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
991	医院の事務職員が、医師の指示の薬名を間違えて処方箋を作成したようだ。名前が似た、まったく別の薬が処方されていた。患者への聞き取りの過程で間違いが分かり、疑義照会したところ、訂正された			確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名デザレックス錠5mg 変更になった医薬品 販売名サレックス軟膏0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
992	※レスリンとレスプレンの処方間違いD診療所より、ムコダイン(250)、レスリン(20)、プラコデ配合シロップ、フェキシフェナジン(60)処方あり。内容より感冒症状と考えられたがレスリンが処方されていたため、疑問に思った薬剤師が患者本人に「気持ち落ち着かせる薬(レスリン)が出ているが、そのような薬を出すといわれたのか」と話を聞いたところ、症状は咳のみであった。処方医に疑義照会したところ、レスプレんに処方変更となった。	※プラコデ配合シロップは在庫がなかった。薬剤師A…プラコデ配合シロップの分譲手配とともに、それ以外の薬剤を調剤。薬剤師B…プラコデ配合シロップ以外を監査。他薬局より分譲してもらいプラコデ配合シロップ入手。薬剤師Cが監査。その際、レスリン処方について疑問に感じていた。薬剤師Dが与薬。薬剤師Cよりレスリン処方はおかしいのでは？と伝えられたため、患者に症状についてだけでなく、診察時にどのような薬に関してどのような話があったのかの聞き取りを行った。	処方内容に疑問を感じた際は、早い段階で疑義照会を実施する。分譲など、調剤だけに集中できないような場合は、複数人での対応を心がける。	通常とは異なる心理的条件下にあった その他処方薬の在庫が不足していた	処方された医薬品 販売名レスリン錠25 変更になった医薬品 販売名レスプレ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
993	バスタロンローション100gとマイアロンローション300gの混合の処方箋を応需。そのまま調剤しかけたが、マイアロンローションが以前の処方量よりも極端に増えていることに気が付き、疑義照会したところ、10分の1の量30gに変更となった。	病院事務の注意不十分に気が付かず、に薬剤師も調剤しそうになった。通常であれば入力ミスに気が付いて当然だったが、繁忙時間で見過ごしそうになってしまった。他の薬剤師が、未然に気が付き、疑義照会にいった。	処方箋の内容には常に疑念を持ってチェックするようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 教育・訓練 ルールの不備	処方された医薬品 販売名マイアロンローション0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
994	ドネベジル塩酸塩錠5mgは4週間以上の服薬期間を経て10mgに増量しなければならぬが、5mgを2週間処方後10mgに増量となった。	徐々に増量しなければいけない医薬品だが、5mgの投与期間を見落としており投与直前まで気がつかなかった。	徐々に増量や減量しなければいけない医薬品に関しては、特に用法・用量を調剤前に再度確認する必要がある。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ドネベジル塩酸塩OD錠10mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
995	ミノサイクリンカプセル100mgが朝・夕食後1日1C で処方されていたため脱カプセルを行うのか疑義照会。用法を朝のみに変更するように担当Drから指示あり。患者さんには朝に1カプセル服用するようにお話した。	前回ミノサイクリン50mgが朝食後に処方されていたが、増量の際の指示が誤った形で伝わったものだと思う。	見逃しを防ぐため、用法の確認も忘れずに行うよう心がける。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名塩酸ミノサイクリンカプセル100「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
996	ペニシリンアレルギーの患者にオーグメンチン処方。薬局による聞き取り情報をもとに疑義照会。フロモックスに変更。	医師、患者間での情報交換不足。	薬局で見つけられるよう、患者情報をこまめに聞き取り更新する。	患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名オーグメンチン配合錠250RS 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
997	イナビルの吸入難しい。散剤希望シタミフルに変更になった。	説明不足。病院で1回で済むことしか聞かなかった。薬局でイナビル指導用DVDをみて吸入を断念。	今後も調剤前に服用可否を確認する。特殊な製剤は特に注意する。適切な指導教材を手に入れる。	患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名イナビル吸入粉末剤20mg 変更になった医薬品 販売名タミフルドライシロップ3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
998	セララ再開の処方だったが説明を受けていないと聞き疑義。セララの処方削除。	処方入力の際に医師が参照画面を間違えたか?	処方変更について説明を受けているか確認する。	記録などに不備があった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セララ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
999	以前、レボフロキサシ錠により、副作用あり。疑義照会をして、フロモックス錠に変更になった。			その他処方元の確認ミス	処方された医薬品 販売名レボフロキサシ錠250mg「DSEP」 変更になった医薬品 販売名フロモックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1000	フェブリク新規患者に20mg処方。初回量10mgのため疑義。10mgより開始となる。	初回用量設定の確認不足。	薬局で初めて服用歴の聞き取りを続ける。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名フェブリク錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1001	他院より、転院してこられ、処方元の確認不備により、アムロジピン錠5mgで、処方されたが、血圧の変動もないので、疑義照会をした。もともと2.5mg服用されていたので、ドクター確認し、2.5mgに処方変更になった。			その他処方元の確認不備	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1002	眩暈の処方が循環から耳鼻科に変更。循環器から引き続き眩暈薬が出ていたため疑義。中止となる。	処方医薬品の多さが原因で医師による確認がもれたと思われる。	薬局にて本人からの情報聞き取りを続ける。	報告が遅れた(怠った)	処方された医薬品 販売名ジフェニドール塩酸塩錠25mg「日医工」 販売名アデホスコウワ顆粒10% 販売名メチコパイド錠500μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1003	プラコデ配合散の用量(2.5gでは前回眠気やふらふら感があった)を処方箋通り出そうとした。	プラコデの量が前回2.5g/3回で副作用(眠気、ふらふら感)があったにもかかわらずそのまま投与、患者さんから言われて変更してもらった(1.5g/3回)。	今後は患者さんの薬歴管理をきっちりと行い記録に残す。	記録などに不備があった 技術・手技が未熟だった 施設・設備	処方された医薬品 販売名プラコデ配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1004	門前処方にてピラノア錠が処方。用法が1日1回夕食後となっていた。調剤時に気づかず、最終鑑査時において、ピラノアは食後服用にて薬効低下のため、空腹時服用の薬剤であることに気づく。疑義照会にて用法が就寝前に変更となった。		調剤中において用法までのチェックが疎かになっていた。薬剤特性や特殊用法のものもあるため、最深の注意を怠らない。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピラノア錠 20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1005	クレストール錠2.5mg 1Tとメインテート錠2.5mg O.25Tが出ている患者のお薬手帳を確認すると他院でクレストール錠2.5mg 1Tとメインテート錠0.625mg 1Tが出されていたので、同じものをすでに飲んでいくが增量なのかと問い合わせた。クレストールは增量だが、メインテートは出ていないようだったので出した、もし出ているのなら中止すると返答があった。患者が薬を持参していたのでメインテートが出ていることを確認し問い合わせさせてメインテートは中止となった。	医師は薬を確認したそうだがメインテートが出ていると分からなかった。お薬手帳には記載があったが、一包化されており、いつも処方しているものと規格が違ったので実物を見ただけではメインテート錠0.625mgだと分からなかったのかもしれない。	併用薬は確認していない可能性を考えて確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メインテート錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1006	ユナシン錠(375)3T3×処方あり。添付文書の検査結果欄より、Scr1.26、eGFR47であることを薬剤師が確認した。腎機能による減量の可能性について薬剤師が処方医へ問い合わせし、2T2×へ減量となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名ユナシン錠 375mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1007	ムコダイン(500)3T3×処方あり。薬剤師が薬手帳より、他院でカルボシステイン(500)3T3×継続中であることに気付いた。薬剤師が処方医へ問い合わせし、ムコダイン削除となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1008	PL配合顆粒処方あり。薬剤師が薬歴より緑内障の既往あることに気付いた。薬剤師が処方医へ問い合わせしたところ、PL削除、タリオンへ変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名タリオンOD錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1009	門前クリニックの内科処方。イナビル、(般)ロキソプロフェンNa錠60mg(般)レバミピド錠100mgの3種の処方。インフルエンザ時の解熱剤使用について疑義照会をしたところ、(般)ロキソプロフェンNa錠60mg(般)レバミピド錠100mgが削除になり、カロナール錠200mgが追加となった。	処方医の認識不足	特になし	その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ロキソニ錠60mg 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1010	門前クリニックの内科処方。当薬局では新患のかた。他院からの転院で継続処方(薬剤9種類、一包化指示あり)とのこと。お薬手帳を確認したところ、前回まではメトホルミン錠250mg3Tであったが、今回の処方ではメトホルミン錠500mg3Tになっていた。患者様のご家族は全く同じ処方が出ると聞いているとの事。疑義照会を行ったところ、メトホルミン錠500mg→250mgの誤りであることがわかり、変更となった。	他院からの引継処方処方入力時に規格を誤ってしまったと予想される。	特になし	その他疑義照会	処方された医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1011	定期薬でオメプラゾール錠を飲んでいて患者が、同じ病院から胃痛症状で臨時受診した際にパリエット錠20mgが処方された。オメプラゾール錠を中止するかどうかが聞いているか患者に確認したところ、医師から中止指示はなかったとの事。疑義照会にてパリエット錠20mgがガスター錠20mgに変更になった。PPIとH2ブロッカーの併用になることを伝えたがそのままでよいので併用するように指示あり。	患者は受診時に医師に他に胃薬を同病院でもらっていることを伝えたが、医師は定期薬を見落としたのか「出ていないから大丈夫」と言っていたとの事。	聞き取りの他科併用薬だけでなく、同じ病院で出ている定期薬との同効・同薬理作用の薬が出ていないかのチェックも一つ確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名パリエット錠20mg 変更になった医薬品 販売名ガスター錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1012	75歳女性患者、骨密度が低いとの事でボノテオが初処方になる。基礎情報・併用確認で問題なく調剤鑑査を終了。投薬時服用方法の説明、歯科治療の有無を確認したところインプラントにて治療中と発覚。疑義照会によりボノテオ⇒エディロールにより処方変更になる。		ビスホスホネート系薬剤が新規処方になった場合は、患者からの歯科治療の有無の聞き取りを確実に。継続服用中の患者へも、歯科治療開始時は医師への服用薬の報告を行う様に指導を徹底する。	患者側	処方された医薬品 販売名ボノテオ錠50mg 変更になった医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1013	ムコスタ錠の処方重複していることを手帳で確認したため、疑義照会の上削除。	患者がお薬手帳を医師に見せなかった	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指導	患者側	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1014	患者が同日に歯科と内科を受診、両方の処方箋を受け付けた。歯科でメイアクト、内科でレボフロキサシンが処方されており、抗生剤が重複しているため、内科に疑義照会の上レボフロキサシン削除。	患者が歯科を受診したことを内科の医師に伝えなかった。	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指導	患者側	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1015	ラベプラゾール服用中の患者にファモチジンD錠10mg「サワイ」が処方されていたため、疑義照会の上削除。	患者が併用薬を医師に伝えなかった	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指導	患者側	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1016	クラビット錠250mg18錠分1と処方箋に記載されていたため、疑義照会の上1錠に変更	病院側の単純な入力ミス		その他病院の入力ミス	処方された医薬品 販売名クラビット錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1017	整形外科よりムコスタ錠処方。内科からムコスタ錠が定期処方されていることを手帳で確認したため、疑義照会の上削除。	患者がお薬手帳を医師に見せなかったため	他科受診の際には必ず併用薬を医師に伝えるよう患者に指導	患者側	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1018	92歳の女性の方にグレースビット錠50mgが1回2錠朝食後28日分で処方があり、血液検査をされていたのでクレアチニンクリアランスを計算すると過量だったので疑義照会を行いグレースビット錠50mgが1回1錠朝食後28日分に変更になった。	高齢者ということ、ニューキノロン系の薬は腎機能により用量を調整する場合があるのでクレアチニンクリアランスを計算すると過量ということが判明。		その他疑義照会を行うことが出来たので防げた	処方された医薬品 販売名グレースビット錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1019	A医師からアトルバスタチンの処方があり服用中の患者に、同一病院のB医師からコレステロールが高いのでリバロ新規追加になった。処方監査の際に気が付き病院に疑義照会を行った結果、リバロ削除となる。		今後も処方監査を徹底していく。	連携ができていなかった その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名リバロOD錠2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1020	インデラル新規処方患者がフルタイド吸入薬使用中のため病名を確認したところ喘息のため治療中と確認。喘息患者に禁忌のため疑義照会の結果、インデラルからミグシスに変更となった。		今後も他病院薬・疾患の確認を行い、今回の事例をもとに注意を行っていく。	確認を怠った その他既往歴の確認不足	処方された医薬品 販売名インデラル錠10mg 変更になった医薬品 販売名ミグシス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1021	70歳代の方にベルソムラ20mgの処方指示があった。年齢が高齢者であるため処方元に疑義照会したところベルソムラ15mgに変更になる。	処方元の医師がベルソムラの高齢者に対する用量を理解していなかったため指示だと考える。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1022	ノボラピッド30ミックス注ベンフィル1日3回とランタス注ソスター1日1回の処方指示があった。強化インスリン療法におけるインスリンミックス製剤の使用を疑い処方元に疑義紹介したところ、ノボラピッド注ベンフィル1日3回の間違いであったことが判明し変更となる。	処方元の医師の入力ミスが原因だと考えられる。強化インスリン療法について理解していなければ発見できなかった事例。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ノボラピッド30ミックス注ベンフィル 変更になった医薬品 販売名ノボラピッド注ベンフィル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1023	麻薬がオキシコドン5mg 6錠(1日量30mg)よりオキシコドン5mg 4錠(1日量40mg)へ減量となった。この際、レスキューもオキノム5mg1包よりオキノム2.5mg1包へ減量の処方記載であった。レスキューとしては1/4~1/8の範囲に入る為、患者に投薬時確認するとレスキューの減量は聞いていないとの事、病院へ疑義照会し前回同量のオキノム5mg1包へ変更となった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名オキノム散2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1024	ムコソルバン錠15mg 1T 分1夕食後 7日分 という処方を受けた。分1ならムコソルバンL錠45mgではないかと思い疑義照会を行ったところ、ムコソルバンL錠45mgに変更になった。	医師が電子カルテから医薬品を選択する際に、誤ってムコソルバンL錠45mgではなく15mgを選択してしまったと思われる。	ムコソルバンはL錠45mgと15mgとがあり、どちらも処方元の採用薬である。ムコソルバンは規格によって用法用量が違うことを全スタッフで確認した。また、在庫の中のムコソルバン4L錠45mgと15mgを仕切りで分け、分1と分3が分かるようにした。	知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1025	「ファモチジンOD錠10mgケミファ」と「ラベプラゾール錠10mg明治」が一緒に処方されており、疑義照会で「ラベプラゾール錠10mg明治」が削除になった。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1026	15歳の患者にキプレスチュアブル錠5mgが処方された。疑義照会し、キプレス錠10mg変更となった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名キプレスチュアブル錠5mg 変更になった医薬品 販売名キプレス錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1027	今回モンテルカストは初回で投薬時に症状を確認すると体の痒みで受診されていた。モンテルカストの適応がアレルギー性鼻炎と喘息だった為疑義照会を行ったところデザレックスへ変更となった	同じアレルギー薬でも適応症が異なる事を処方医が理解していなかった。投薬時に症状の確認を行うまでは判断できなかった。	本人に症状を確認の上投薬を行う。適応症について理解しておく。	その他処方ミス	処方された医薬品 販売名モンテルカスト錠10mg「KM」 変更になった医薬品 販売名デザレックス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1028	血糖値上昇のため、1ヶ月前に初めて糖尿病薬(メトホルミン)が処方となったが、今回処方にならなかった。母親に確認すると、医師から「薬減らした」ような主旨の内容を話していたとのこと。採血はしていない。低血糖もなく、採血もしていないのに削除とは考えにくいので、念のため病院に問い合わせ、医師に確認後、追加処方となった。「減らした」のは前回から中止となっていたワーファリンであった。	無脾症候群、右胸心、単心室、単心房の患者体重を減らすにも運動ができず、食事の減量だけでは難しいとのことと糖尿病薬が追加となっていた。		その他医師の処方漏れ	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1029	70歳の男性に整形外科から発行された処方せんを受け付けた。処方せんの記載内容の一部に、Rp. ロコアテープ(7枚/袋)10袋1日2枚35日分(はり薬)1日2回1回1枚【部位:腰】との記載あり。処方せんには血液検査の結果も記載されており、血清クレアチニン値1.9mg/dl、eGFR26ml/分/1.73平方mと腎機能の高度な障害がある可能性が示唆されていた。(1)ロコアテープの用量・用法は、「1日1回、患部に貼付する。同時に2枚を超えて貼付しないこと。」とされており、1日2回の投与は過剰であること(2)重篤な腎機能障害のある患者には禁忌とされており、検査値より使用は控えるべきであると考えられるべきであることの2点を処方医に情報提供を行うと共に疑義照会を行った。ロコアテープは中止し、Rp. フェルナビオンパップ70(7枚/袋)10袋1日2枚35日分(はり薬)1日2回1回1枚【部位:腰】に変更するよう回答があった。	ロコアテープは「本剤2枚貼付時の全身曝露量がフルビプロフェン経口剤の通常用量投与時と同程度に達する」とされており、腎機能低下者には禁忌とされているが、医療機関において、この内容の確認が抜かしてしまったことが、今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	外用剤であっても腎機能低下者への使用が禁忌とされているものもあり、処方監査を慎重に行う必要がある。薬局内で腎機能により使用に注意が必要である医薬品の一覧を作成・掲示する等情報の共有を図ることも必要であると考える。	その他医療機関の要因	処方された医薬品 販売名ロコアテープ 変更になった医薬品 販売名フェルナビオンパップ70	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1030	アドエア50エアゾール120吸入用が処方されていたが、数か月前の処方がアドエア125エアゾール120吸入用だったため、病院へ処方の確認を行ったところ、アドエア125エアゾール120吸入用の間違えであったと判明。	薬局での薬歴管理があったため、処方ミスを未然に防ぐことができ、適正使用に努めることができた。		その他病院の処方間違え	処方された医薬品 販売名アドエア50エアゾール120吸入用 変更になった医薬品 販売名アドエア125エアゾール120吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1031	90歳代女性に泌尿器科より発行された処方せんを受け付けた。処方せんの記載内容は、Rp. ユナシン錠375mg1回1錠1日3回朝食後服用7日分であった。処方せんには血液検査の結果と体重の記載があり、クレアチンクリアランスを計算すると40ml/分以下であることが分かった。日本腎臓病薬物療法学会が編集したの腎機能別薬物投与量ポケットブックでは、投与量1回375mg1日1~2回投与が推奨されており、処方医に情報提供を行うと共に、投与量の再考を依頼した。処方Rp. ユナシン錠375mg1回1錠1日2回朝食後服用7日分に変更するとの回答あり。	高齢者では腎機能の確認の上、投与量の調整が求められるが、医療機関において、この点が抜かってしまった事が今回の事例の発生要因の一つと考える。	腎機能により投与量の調整が必要ない薬品については、腎機能の確認を行ったうえで、投与量の妥当性を判断した上で調剤を行うことが重要となる。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ユナシン錠375mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1032	70歳の女性に内科から発行された処方せんを受け付けた。処方内容の一部にRp. レザルタス配合錠HD1回1錠1日1回朝食後28日分と記載あり。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記録によると併用薬としてエチゾラムとタンドスピロンクエン酸塩があることが分かった。添付文書の情報には、レザルタス配合錠HDの成分であるアゼルニジピンとエチゾラム(ベンゾジアゼピン系薬剤)、タンドスピロンクエン酸塩の併用によりアゼルニジピン及びベンゾジアゼピン系薬剤の作用が増強される恐れがあるとの記載があり。併用薬の情報を処方医に提供の上、相互作用の危険性について説明を行い、処方内容の再考を提案した。レザルタス配合錠HDの処方を中止し、Rp. オルメテックOD錠20mg1回1錠、【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg1回1錠1日1回朝食後28日分に処方に変更となった。	併用薬についての情報が医療機関において不十分であり、相互作用の発現の可能性についての判断ができなかったことが、今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	併用薬の情報を医療機関と共有し、相互作用の発現の有無やその内容や注意点などの協議を行い、より良い処方設計の為に共に意見を出し合うことが重要となっている。相互作用の発生する可能性が複数ある場合などには特に注意する必要がある。医療機関との連携を強めることが求められる。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名レザルタス配合錠HD 販売名- 変更になった医薬品 販売名オルメテックOD錠20mg 販売名【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1033	クラシエ小青竜湯エキス錠 9錠 1日3回毎食前 と処方があったが大量では量が少ないため疑義照会したところツムラ小青竜湯エキス細粒9gの間違いであった。		常用量を常に確認するように周知した。	コンピュータシステム 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品の情報 販売名クラシエ小青竜湯エキス錠 変更になった医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1034	70歳の男性に皮膚科から発行された処方せんを受け付けた。処方内容の一部にRp. アタラックス錠10mg1回1錠1日1回夕食後7日分との記載あり。患者さんから服用状況・体調変化等について情報収集を行った際に、「前回この薬を服用した際には、翌日の昼頃まで眠気が残り、辛かった。」との申し出があった。処方医にこのことについて情報提供を行い、他の皮膚掻痒症治療薬への変更を提案した。処方内容をRp. クラリチン錠10mg1回1錠1日1回夕食後7日分に変更するとの回答があった。	前回の服薬したあとの状況についての情報が、医療機関で十分に収集されなかったことが、今回の事例の発生要因の一つと考える。	薬局において、医薬品の服用状況や服用後の副作用の発現の有無について確認することが重要である。得られた情報を医師と共有し、処方設計に関与することで、医薬品の安全且つ適正な使用に貢献することが、薬剤師には求められる。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名アタラックス錠10mg 変更になった医薬品 販売名クラリチン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1035	総合病院整形外科の処方が当該病院の循環器の処方と全く同じ処方されていた。		科名および残薬の確認を徹底し服薬情報の一元管理に努めるようにスタッフ全員に指導した。	確認を怠った 連携ができていなかった コンピュータシステム 医薬品 施設・設備	処方された医薬品の情報 販売名ワーファリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1036	60歳の女性に内科より発行された処方せんを受け付けた。処方内容の一部にRp. メトグルコ錠250mg1回2錠1日3回朝食後服用56日分 Rp. メトグルコ錠250mg1回2錠1日1回朝食後服用56日分と記載あり。メトグルコ錠250mgが重複して記載されているが、上記処方をまとめてRp. メトグルコ錠250mg1日8錠1日3回朝食後服用【朝食後2錠; 昼食後4錠; 夕食後2錠】56日分の不均等指示での処方として医薬品の調整を行った。監査時に別の薬剤師から、「処方せんの記載間違いの可能性があるので、疑義照会をするべきだ」との指摘があった。処方医に、上記内容について念のため確認をしたいと疑義照会を行ったところ、Rp. メトグルコ錠250mg1回2錠1日3回朝食後服用56日分のみ処方を変更するとの回答があった。	思い込みで医薬品の調整を行っていたが、処方内容に疑義がある場合には、それを確認して解決してから調剤をすべきだった。また、医療機関における処方登録の方法にも問題がある可能性もある。	処方に疑義がある場合には、勝手に判断を行わず、処方医に確認を行ってから調剤を行うことを薬局内で徹底する。また、不均等指示などの特殊な処方の記載方法の場合は、医療機関ごとに記載方法が異なるので、注意して調剤を行う必要がある。	確認を怠った その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名メトグルコ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1037	デザレックスを21日分の処方。まだ発売1年になっていないので、14日分まで。12月になれば、長期投与は可能。		処方元に伝えた。	その他処方元の知識不足	処方された医薬品 販売名 デザレックス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1038	セレコックス錠100mgが処方されていたが、その患者は他の医療機関ですでにカロナール錠500とフェルデン坐剤20mgを服用していたが、カロナール錠500は医師から中止とは聞いていたがフェルデン坐剤20mgについては指示されていないということでした。セレコックスもフェルデンもCOX2阻害薬なので医師に疑義照会したところ。セレコックス服用中はフェルデン坐剤20mgも中止となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名 セレコックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名 セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1039	インフルエンザで咳、鼻水、発熱の症状今回メジコン、ムコダインの処方だが、過去に痒みの副作用歴あり。フスコデ、ビソルボンに変更。			その他副作用歴確認漏れ	処方された医薬品 販売名 メジコン錠15mg 販売名 ムコダイン錠500mg 変更になった医薬品 販売名 フスコデ配合錠 販売名 ビソルボン錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1040	休日診療当番医からの処方。6歳の男児で吐き気の症状で受診。処方医からナウゼリン坐剤60mgが処方されていたが、60mgは成人量となる旨を電話で疑義照会。30mgに変更となった。	小児科専門ではないDrで用量の間違い。		判断を誤った	処方された医薬品 販売名 ナウゼリン坐剤60	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1041	高齢者にもかかわらずカロナール錠500mgの1回最大容量が処方されていた。ご家族から体格の情報を聞き取ったが少し小柄な患者であることもあったので処方元に疑義照会かける。処方元からカロナール錠200mgの入力間違えだったと返答があり、変更した処方内容で調剤し薬剤を交付した	レセコン上の入力で同規格の別用量を選択した為誤った処方内容で入力、誤った処方内容でもカロナール最大容量を超えていなかった為処方箋がそのまま発行されたため。	最大用量内であっても高齢者では注意が必要であるのでカロナール500mg入力時は注意して規格を確認して貰うよう処方元の病院におねがいした	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名 カロナール錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1042	前回までの服用薬をお薬手帳で確認したところ、退院時の処方では「カモスタット錠」処方されていたが、退院後2回目の処方となる今回は「カモスタット錠」が処方されていませんでした。特に変更は聞いていないとの事でしたので、このままで良いか疑義照会したところ、前回と同じように処方追加となりました。	確認不足が原因と思われます。		確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名 - 変更になった医薬品 販売名 カモスタットメシル酸塩錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1043	今まで「ユリーフ」を服用している方に今回「アボルブカプセル」が処方されていた。「ユリーフ」は、残薬があるため、併用が中止か患者様にお聞きしたところ、聞いていないとの事でしたので確認を行った。「ユリーフ」と「アボルブ」併用するようこのことでしたので、そのように患者様にお伝えした。	「ユリーフ」と「アボルブ」の併用服用は、問題ないと考えましたが、患者様がドクターから聞いていないとの事でしたので、患者様に安心して服用していただくために、確認を行いました。		患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名 アボルブカプセル0.5mg 変更になった医薬品 販売名 アボルブカプセル0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1044	吐き気、下痢、熱38.5℃まで上昇し現在36℃台処方 ナウゼリン 3錠 分3 4日分妊娠している可能性があるかもしれないと代理の方より申し出あり。Drには伝えてあるが妊娠によるものではないだろうとのこと。ナウゼリンは妊婦禁忌のため代理の方に確認したら安全な薬にして欲しいと話があったため疑義照会。ナウゼリン→プリンペラン				処方された医薬品 販売名ナウゼリン OD錠10 変更になった医薬品 販売名プリンペラン錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1045	タミフルドライシロップでの処方。タミフルは10才以上は原則禁忌だが、調剤時は気づかずに散剤を計量。監査時に11才と気づき、疑義照会。イナビル2キットに変更	インフルエンザが始めたころで久しぶりの処方のため		その他久しぶりの処方 で10才以上禁忌の認識不足していたため	処方された医薬品 販売名タミフルドライシロップ3% 変更になった医薬品 販売名イナビル吸入粉末剤20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1046	処方箋で(般)トロキシビド錠処方。お薬手帳で他医院からテプレノカプセル処方服用確認のため問い合わせ。今回の処方箋でのトロキシビド錠 削除となる。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名トロキシビド錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1047	門前の内科に定期的を受診している患者様でアレルギーの予防でザイザル錠(5)を服用している患者様が、蕁麻疹で皮膚科を受診。臨時で皮膚科でもザイザル錠(5)が処方された。皮膚科の処方箋は他薬局で調剤され、ザイザルが重複していることは特に説明されることなく交付された。その後内科を受診し、処方箋を当薬局に持ってこられた際にお薬手帳より重複していることがわかり、疑義照会。ザイザル錠(5)は今回は削除になった		定期的を受診している患者様で内容に変更がなくても、臨時で他科を受診することはよくあるので、お薬手帳や口頭で併用薬の確認は必ず行う	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1048	1歳3ヶ月男児の処方せんを応需し、調剤前の処方監査を行ったところ、オノンドライシロップの1日用量が14mgと通常用量をはるかに下回っていた。処方せん受付時の体重聞き取りでは男児の体重は8.5kgであり、体重換算で60mgが妥当と判断。医療機関に疑義照会を行った結果、オノンドライシロップの1日用量は14mgから60mgに変更となった。	医療機関側の要因であるために詳細については判りかねるが、いわゆる単純な入力ミスと思われる。	混雑時であっても、必ず調剤前に用量の確認を行うよう徹底する。体重聞き取りができない場合でも、標準体重での用量計算を行い、大きく異なる場合には疑義照会を怠らないようにする。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名オノンドライシロップ10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1049	処方箋の入力がテルギンGドライシロップ0.1% 25gにて処方。通常容量から10倍での処方のため疑義照会。0.25gへと処方変更となる。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名テルギンGドライシロップ0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1050	アスピリン散10% 250mgでの処方。通常容量から考えると10倍散のため疑義照会。アスピリン散10%から【般】カルボシステインドライシロップ50%へと薬剤が変更となる。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アスピリン散10% 変更になった医薬品 販売名【般】カルボシステインシロップ用50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1051	ヘルベスに対するアストリックDS処方が、許容される上限量を超えていた。	体重当たりの規定量が容易に上限量を超えてしまう	処方時点で正しい処方量を指定できるように処方医に情報提供を繰り返す	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アストリックドライシロップ80%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1052	半年間程度、A病院の整形外科からロキソニン錠を継続服用している患者にB病院整形外科から臨時的にロキソニン錠が重複で処方されていることがお薬手帳より判明。患者は重複服用はしていなかったが、薬に余裕を持ちたかったとのことで、2か所から処方箋をもらっていた。A病院に疑義照会を行い、当日処方のロキソニン錠が削除となった。	患者への保険調剤に関する教育が不足していた。お薬手帳を医療機関ごとに作成していたので、使い方や意義についての説明が不足していた。	お薬手帳の使い方についての患者教育を進めていく。同一薬を複数医療機関でもらえないことを繰り返し説明する。	連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1053	リリカOD75mg錠、1日2錠、1日1回、朝食後で処方されていた。医療機関に問合せをし、1日2回朝夕食後に変更となった。	前回処方がりリカOD25mg錠、1日2錠、1日1回朝食後であり、用量変更したためそのまま処方されていた。		その他処方せん記載内容のミス	処方された医薬品 販売名リリカOD錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1054	てんかんのためデパケンR錠服用中であり、患者家族様より発作も時折あると聞いてきた。デザレックス5mg処方だったが、添付文書の重篤な副作用の項目で、てんかん既往患者において発作の頻度上昇の記載があったので、医療機関に問合せをし、ザイザル錠に変更となった。			その他患者背景	処方された医薬品 販売名デザレックス錠5mg 変更になった医薬品 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1055	カロナール200mg 1回2錠が正しいのだが、1回4錠となっており、調剤時にはそのままであったが、最終監査にて発見。疑義照会することとなった。	調剤時の年齢確認不足や、体重による用量が変わる薬の把握ができていなかった。調剤前の監査がなかった。	調剤前の監査の徹底。その際年齢、体重確認を行う。	医薬品	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1056	ベルソムラ15mgとクラリスロマイシン200併用禁忌	作業手順の不履行。処方医薬品の多さ。	医薬品安全性情報、添付文書の確認をする。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1057	フルオロメトロン0.1%とDMソロン0.1%が処方された。疑義照会。フルオロメトロン0.1%からレボフロキサシン0.5%に変更。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フルオロメトロン0.1%点眼液T 変更になった医薬品 販売名レボフロキサシン点眼液0.5%「TOA」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1058	クラリスロマイシン200とベルソムラ15mgの併用禁忌なのに、他科受診、併用薬の確認不足。	処方医薬品の多さ。	薬手帳、聞き取りでの確認をする。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名レボフロキサシン粒状錠250mg「モチダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1059	整形外科にて処方変更があり、鎮痛剤と一緒に胃腸障害が起こらないようファモチジンが処方された。しかし当患者は内科にて長期にわたりシメチジンを服用中であり、疑義照会をしたところファモチジンは処方削除となった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1060	6歳でチュアブル希望しているにも関わらず細粒で処方		医師のカルテの確認不足。事務員の入カミスの改善	確認を怠った 連携ができていなかった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名キプレス細粒4mg 変更になった医薬品 販売名キプレスチュアブル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1061	処方せんのはブレドニゾン錠1mgの下に「4日おきに服用」とあり、でも患者さまは「5日おきに服用」といわれたというので疑義照会。「5日おきに服用」			施設・設備	処方された医薬品 販売名ブレドニゾン錠1mg(旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1062	アローゼン顆粒5gとあり疑義照会。0.5gに変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名アローゼン顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1063	リンゼス錠0.25mg1錠49日分で処方あり、疑義照会2錠14日分に変更。			医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名リンゼス錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1064	リンゼス錠0.25mg2錠朝食後で処方あり、疑義照会。朝食前に変更。			医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名リンゼス錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1065	分2から、分1へ、減量にすると患者さんには説明があったが、処方量は分2のままであった。	処方入力 of 単純なミスと思われる。	処方内容の確認	確認を怠った 記録などに不備があった 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ニザチジン錠150mg「YD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1066	成人にアスピリン散10%0.12g分3で処方あり、疑義照会。1.2gに変更。			医薬品	処方された医薬品 販売名アスピリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1067	フィコンパ錠4mg1錠朝食後であり、疑義照会。寝る前に変更。			医薬品	処方された医薬品 販売名フィコンパ錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1068	ティーエスワン配合OD錠T20 4錠朝食後で処方あり、疑義照会。朝夕食後に変更。			医薬品	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合OD錠T20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1069	A院でタリオンOD錠10mgを継続服用(お薬手帳確認)のところ、B院でアレロックOD錠5mgが処方されていた。B院の処方医に確認しアレロックOD錠5mgが処方削除になった。			その他患者がお薬手帳を医師に未提示	処方された医薬品 販売名アレロックOD錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1070	処方せん発行時、タムスロシンOD錠0.2mgからユリーフOD錠4mgへ変更する予定が、タムスロシンOD錠0.2mgを削除せず、ユリーフOD錠4mgを併記。			その他発行医の処方誤記	処方された医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1071	前回クラリスロマイシン錠200mg「MEEK」が残っているのにレボフロキサシン錠250mg「DSEP」が出ていたので問い合わせるとクラリスロマイシンを飲み終えたあとにレボフロキサシンを服用と確認していたので残薬がある計算なのにクラリスロマイシンがまた処方されており、前回のアンプロキソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」が残っているのにアンプロキソール塩酸塩カプセル45mg「サワイ」が出ていたので問い合わせた。レボフロキサシンは下痢をしたので中止、アンプロキソール塩酸塩カプセルは中止と返答があった。	残薬を確認せずに処方している。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名アンプロキソール塩酸塩Lカプセル45mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1072	スピオルトレスピマットとアドエア250ディスクが一緒に出ているのでβ2刺激薬が重複すると問い合わせた。スピオルトレスピマットはスピリーバレスピマットに変更と返答があった。	重複を考慮せずに処方している。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名スピオルトレスピマット60吸入 変更になった医薬品 販売名スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1073	アスパラカリウム錠が出ている患者にセララ錠25mgが処方されたので禁忌だと問い合わせた。アスパラカリウム錠を中止するのでセララはそのままでと返答があった。	併用薬を考慮せずに処方している。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セララ錠25mg 変更になった医薬品 販売名セララ錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1074	11/28バリエット10を慢性胃炎とのことで7日分お渡し。11/30薬剤師の聞き取りにより胃カメラによりピロリ菌見つかり除菌開始と確認した。しかし処方除菌薬はなくバリエット10を1週間分、アシノン75が49日分で処方になっていた。疑義照会の結果バリエットは誤りでボノサブ400に変更になった。	11/28の処方をそのまま利用してしまつたものと推測される。PPIとH2ブロッカーの併用から処方不備があると考え患者に確認の結果処方誤りと気づくことができた。	調剤前に処方箋を確認し、患者と確認を行う。きちんとできたため不備のある処方を調剤することなくスムーズに確認作業が完了し、治療につなげることができた。	確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名バリエット錠10mg 変更になった医薬品 販売名ボノサブバック400	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1075	ベザフィブラート200「トローワ」の処方を持って来局。患者聞き取りより前院より同薬の処方があり、残もあるとのこと。疑義照会にて同日の処方削除となった。残薬との重複を避けたことで誤って倍量のリスクを回避することができた。	病院側の処方ミス	薬歴確認、患者からの聞き取りをしっかりと行う。	その他病院側	処方された医薬品 販売名ベザフィブラート徐放錠200mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1076	定期処方5種類の内アマリール0.5mgのみ27日分処方、その他は28日分で処方されていた。前回、アマリール0.5mgは残薬調整していた為そのまま処方されたのでは?と思い医師に確認したところ28日分に処方変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アマリール0.5mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1077	A院でタケキャブ錠20mgを服用していたが、B院よりラベプラゾール錠10mgが処方された。B院の処方医へ疑義照会を行い処方削除になった。(患者はB院の処方医へお薬手帳を提示していなかった)			その他患者が処方医へお薬手帳未提示	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa錠10mg「AA」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1078	A院でアルファカルシドールカプセル(0.25)服用継続中であったが、B院よりエディロールカプセル(0.75)が処方された。B院の処方医へ疑義照会を行い処方削除になった。(患者はB院へお薬手帳を提示していなかった)		患者へお薬手帳の必要性を説明。	その他患者が処方医へお薬手帳未提示	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1079	A院でラベプラゾール錠10mgを服用中であるが、B院の処方医にお薬手帳を未提示であったため、同剤が重複処方された。B院の処方医に疑義照会を行い、アシドレス配合内服液へ変更になった。		お薬手帳の必要性について説明	その他患者がお薬手帳を処方医に未提示	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa錠10mg「AA」 変更になった医薬品 販売名アシドレス配合内服液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1080	オメプラゾール錠20mgを服用中、ピロリ菌除菌治療(一次)を開始することになった。除菌薬内にタケキャブ錠20mgがあったが、同一処方内よりオメプラゾール錠20mgが処方されていた。また今後のピロリ菌再検査にあたり、一次除菌治療後のオメプラゾール継続服用による再検査偽陰性の可能性を相談し、オメプラゾール錠20mgが削除になった。			その他処方医の処方誤記	処方された医薬品 販売名オメプラゾール錠20mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1081	ジャヌビアを50mgにて継続していたが今回から25mgを追加で増量となった。片腎の患者である既往歴があったため、血液検査の記録を持っているか確認した所、CCrが43であり、ジャヌビアは30<CCr<50の場合には最大50mgまでとなるため疑義照会を実施。25mgの追加は削除となり50mgでの継続となった。	HbA1c:7.4。 前回は7.2。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1082	今まで Crestol錠2.5mg1錠及びミカルデイス40mg(GE希望の)テルミサルタン錠40mg「三和」1錠が分1朝食前で服用されていた方が、Crestol錠2.5mgは1錠分1朝食前のまま、ミカムロAP錠(GE希望の)1朝食前、ミカムロAP錠「DSEP」1錠分1朝食後に変更されていた。薬自体は血圧悪化の為ミカムロAP錠への変更で正しいが、ミカムロAP錠だけ朝食⇒食後に変更になっている事については患者は特に医師より用法変更については聞いていなかった。ミカルデイスは食後・食前で吸収が変わるため通常は食後服用ならそのまま食後服用を続ける為、用法変更でよいか疑義照会したところ医師の入力ミスで、両方食前に変更になった。	ミカルデイスがミカムロへ変更になった事に気が取られ、用法が変更になったことに気付かなかった。また、ミカムロにもテルミサルタンが配合されているが、テルミサルタンは食後・食前で吸収が変わるため基本は用法の変更が医師の指示のないまま変わることはおかしい事に気付かなかった。	空腹時に吸収が変わるため、「食直後」「空腹時」などの指定がある薬以外にも食前食後で吸収に影響がある薬もあることを調剤者(新人)が気付かなかった為、薬局内で周知・注意喚起。同効薬の切り替え時に用法変更(服用時点の変更)などないかの確認の注意喚起。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名テラムロ配合錠AP「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1083	てんかんの発作があったため処方が前回から増量になっているが、増量前の投与量になっていた。患者側からそんなはずはないと話があり疑義照会により投与量を変更した。		投与量変更時は速やかに患者様に確認することで投薬までの流れがスムーズになる。受付時の処方監査が大切となる。	勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名バレリンシロップ5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1084	リマプロストアルファデクス錠新規処方され、1T1×で処方。通常、3T3×のため問い合わせた。			確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1085	定時薬として、ベルソムラを服用中に他院よりクラリスの処方追加となった。監査者が電子薬歴の監査情報画面で併用禁忌に気が付き、疑義照会を行いメイアクトに変更になった。	調剤者が併用薬の確認を怠ったため。	併用禁忌薬剤がある薬剤を服用している患者さまの薬歴に注意喚起のコメントを入れて、必ず確認する。	確認を怠った 連携ができていなかった その他調剤時に併用薬を確認しなかった。	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1086	新患で受付時、透析をしていることを確認した。消化器内科から、ヘリコバクター除菌でポノサップと服用後、継続でガスターD20が2錠分2で処方されていた。透析患者でのポノサップの使用並び、ガスターの用量が適切でないことから問い合わせ。ポノサップは中止になり、タケキャブ20錠分2 クラリスロマイシン200 1錠分1 アモキシシリン250 1C 分1朝 透析時は透析直後服用(こちらから処方変更の提案を出しその通りに変更となりました)ガスターD20も添付文書より、透析時は20mgなら透析後のみ、10mgなら毎日服用を問い合わせ、10mg 1錠 分1毎日服用に変更となりました。	医師による透析での用量の認識が不足していたか、透析自体の確認がされていなかったのではと思われる。	聞き取りにより、既往歴を確認することの大切さを感じた。	医薬品	処方された医薬品 販売名ポノサップバック800 販売名ガスターD錠20mg 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名タケキャブ錠20mg 販売名クラリスロマイシン錠200 販売名アモキシシリンカプセル250mg 販売名ガスターD錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1087	中性脂肪が高い患者さまで、ベザフィブラート錠200mg 2錠分2 朝夕食後30日分が新規で処方追加された。検査値を確認するとクレアチニン値が1.08mg/dLでありeGFR値38.0と中等度～高度低下であった。さらに、薬歴より他院の腎センターを受診していることは把握していた。添付文書より、腎機能に対し用量の減量が必要と思いつき処方医に疑義照会すると「腎センターを受診していること把握していなかった。用量の減量ではなく今回は一旦中止にする」との回答を得られた。ベザフィブラート錠は処方削除となった。			確認を怠った 連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名ベザフィブラート徐放錠200mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1088	ラコール経腸用半固形が処方された患者に説明している際、胃痙ではないことが分かり医師の疑義照会。	誤嚥が多くなったため、粘度の高い製剤なら誤嚥しないかと思いついたらしい	処方する側の適応確認の徹底	その他医師の知識不足	処方された医薬品 販売名ラコールNF配合経腸用半固形剤 変更になった医薬品 販売名エンシュア・リキッド	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1089	吹き出物治療でピブラマイシン錠100mg 2錠分2 14日分の処方箋を応需。あまり調剤しない医薬品のため添付文書の確認をしたところ、用量用法の欄に初日は1回100mgを1日2回、その後は100mgに減量して1日1回継続とあり疑義照会した。		処方の際は保険適応用量を医師も確認してほしい	その他処方する側の知識不足	処方された医薬品 販売名ピブラマイシン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1090	11月初めにワルファリンが中止指示となっていたが、往診医の間での情報共有が不十分であったため、定期処方に再度処方追加で出されてしまっていた。処方を受けた薬剤師側にてカルテ内容を確認するとともに、患者・医師にそれぞれ情報を確認。ワルファリンは中止のままであることを確認し、医師に疑義照会することで、処方が中止となった。	往診医の間での情報共有不足	薬剤師間での病院薬局間共有カルテシステム確認の徹底。今回は、上記対応により事故を防ぐことが出来た。	その他医師によるカルテ確認ミス	処方された医薬品 販売名ワルファリンK錠1mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1091	透析患者にマルファ配合内服液が処方されていた。透析患者にアルミニウム製剤は禁忌のため、疑義照会で削除となった。	処方医の知識不足と思われる	処方元の電子カルテシステムに疾患で禁忌薬をチェックできるようにする	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名マルファ配合内服液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1092	患者の年齢81歳、体重は51～53kgだが、エリキユース錠5mgが処方されていた。適正用量は2.5錠2×となるため、疑義照会し変更となった。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名エリキユース錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1093	緑内障患者にPL配合顆粒が処方されていたため、問い合わせにより削除となった。抗コリン作用による緑内障悪化を回避することができた。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1094	定期的に来局する糖尿病の患者様2剤併用継続中。今回そのうちの1剤が3錠分3から分2へ減量。用法は、本来食直前だが「食前での記載」患者様より事前に数値安定にて「服用回数減らす」と医師指示ありにて「疑義照会時は用法の確認を行った。患者様には「今まで通り食直前での服用を指示できた。」	今回は数値の安定で減量になったが病院での用法の入力が間違っていたと疑義照会時確認した。	定期処方の減量 増量時はそこに意識が集中してしまいが、用法など他の部分もしっかり確認を怠らないようにしていく。	その他病院側の入力ミス	処方された医薬品 販売名グルベス配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1095	赤痢アメーバでフラジール治療開始、治療後も症状残存したためフラジール追加投与。しかしながら、症状継続のためフラジールが再々処方となった。そのためフラジール抵抗性のアメーバ赤痢と考え、医師に疑義照会したところ処方の変更になった。	薬歴を駆使することで有効な治療の選択に貢献できたと考えられる。○作業手順書に記載なし	二回目の処方の変更できなかったため、患者へのインタビューをしっかりと行い、完治に至らない原因を早めに模索する。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名フラジール内服錠250mg 変更になった医薬品 販売名アメバロモカプセル250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1096	Do処方で、ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒(医療用)、ツムラ十全大補湯エキス顆粒(医療用)が14日分処方されていた。患者によると、前々回のツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用)(62)、ツムラ竜胆瀉肝湯エキス顆粒(医療用)(76)が処方されているはずとのことだった。疑義照会し、62、76に変更となった。			その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒(医療用) 販売名ツムラ十全大補湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用) 販売名ツムラ竜胆瀉肝湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1097	処方薬の中に【般】クラリスロマイシンが含まれていたが、投薬時に併用薬ベルソムラがあることを確認した。これらの薬剤は代謝酵素の都合で併用禁忌であるため疑義紹介。他に使える抗生剤に何かあるか問われ、同系統(マクロライド)で使用目的に合致する(副鼻腔に適応のある)ジスロマックを提案。上記内容で変更となった。			連携ができていなかった	処方された医薬品の情報 販売名クラリスロマイシン錠200mg「トワ」 変更になった医薬品 販売名ジスロマック錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1098	高齢のため、毎回ヘルパーが代理で来局している患者。カリウム値が高値であったため前々回受診時からカリメート散が処方されていた。前回臨時受診しており、抗生剤が処方されていた。投薬時の記録から、カリメート散を服用してから食欲不振・便秘・浮腫が気になり、翌日から頻尿となったため受診。検査の結果、尿路感染とのことでカリメート散の中止指示、抗生剤が処方されたことを把握。今回投薬時、カリメート散を中止してから食欲も元に戻り、頻尿や尿路感染も落ち着いたとのことだったが、再度カリメート散が処方されていたため疑義紹介。喫緊の高カリウム血症でなければ食餌療法で様子を見ることを提案し、カリメート散の処方が削除となった。その後、カリウム値が問題となることは今のところない。	ヘルパー(ケアマネも)の適切な観察と行動、コミュニケーション力。また、当薬局薬剤師の適切なヒアリングと疑義紹介、薬歴の詳細な記入によってなされた連携ブレイであると思われる。		医薬品	処方された医薬品 販売名カリメート散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1099	他院よりザルティアを服用中。今回ニトロール処方ではザルティアとは併用禁忌のため確認したところニトロールが削除に			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ニトロール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1100	ボルタレンゲル1%が全量2gで処方がありました。1本50gの為、医師に確認したところ2本=100gの間違いであることが分かり、処方変更してもらいました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ボルタレンゲル1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1101	モーラスパップXR240mgが処方されていました。投薬時、患者様より「白いのじゃなくて茶色いのを希望したの・・・」とお話があった為、医師に確認したところモーラスL40mgへ処方変更へなりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名モーラスパップXR240mg 変更になった医薬品 販売名モーラステーブル40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1102	前立腺肥大症で治療中の患者にブスコパンを頓服処方。禁忌のため問い合わせたところ削除となった。	現疾患の見落とし	新規薬処方時の併用、疾患禁忌のチェックを怠らない。	その他現疾患の見落とし	処方された医薬品 販売名ブスコパン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1103	ウリトスが増量になり、1日0.4mg1日1回の処方。添付文書上では1日2回のため、疑義照会したところ、1日2回に変更になった。	前回0.2mg1日1回で処方されており、そのままの用法で処方したと思われる。	新規追加、用量変更時の用法チェックを怠らない。	その他用法記載ミス	処方された医薬品 販売名ウリトスOD錠0.1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1104	A病院にて以前から4週間に一回服用の骨粗しょう症治療薬を服用していた患者がB病院によりB病院を受診、B病院の医師が服用中の薬がB病院で採用ではなかったため、ポナロン錠35mgに変更し4週間に1回の服用の用法で処方を行った。ポナロン錠35mgは1週間に1回服用の製剤であるため当薬局での処方監査時に用法が正しくないことを発見。疑義照会したところ、B病院より転院前の薬の用法との間違いをしたとの回答があり、1週間に1回服用に用法が変更となった	ポナロン錠35mgと類似名称の薬剤に4週間に1回服用する薬剤が存在していることが医師の勘違いに繋がったのではないかと	医師が使用するレセコンで承認されていない用法が入力された場合に注意喚起が行えるようなシステムが必要ではないかと	確認を怠った 連携ができていなかった 医薬品	処方された医薬品 販売名ポナロン錠35mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1105	元々アルプラゾラム0.4mgを2錠2×朝夕食後で服用中の患者様。今回アルプラゾラム0.4mgが4錠2×1に増量されて処方された。年齢が80歳代と高齢のため疑義照会を行い、元々の量であるアルプラゾラム0.4mg2錠2×1に減量された。	年齢の確認漏れがあった可能性がある。		確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名アルプラゾラム錠0.4mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1106	定期薬としてネオオラルを服用中の患者様に、LDLコレステロール高値によりビタバスタチン新規処方された。肝機能は定期的に検査しており問題はなく、腎機能も問題ない患者様。併用禁忌のため疑義照会を行い、ビタバスタチンからベザフィブラートに変更になった。	ネオオラルの定期処方と同病院の他科より処方されているものであるが、今回ビタバスタチンを処方したのは常勤の医師ではなく他病院から支援で来た医師であったため確認が漏れたものと思われる。		確認を怠った ルールの不備	処方された医薬品 販売名ビタバスタチンCa錠2mg「三和」 変更になった医薬品 販売名ベザフィブラート徐放錠200mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1107	前立腺肥大症の患者様にロートエキス散を含む止瀉薬が処方された。疾病禁忌であるため疑義照会を行い、ロートエキス散処方削除になった。	前立腺肥大症は他院で治療中のため、その情報を知るためにはお薬手帳を確認するしか無いが、病院ではその確認が漏れたため疾病禁忌のロートエキス散が処方されたと思われる。		確認を怠った ルールの不備	処方された医薬品 販売名ロートエキス散「ホエイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1108	ボノサップバック400mgの処方を受付。新患であったため、初回アンケートを実施したところ、『ピリン系・ベニシリン系』の副作用歴との記載があった。患者に確認したところ、どちらも子供の頃だが服用により薬疹が出たとのことで、それ以来病院受診時には医師にその旨を伝えるようにしており、今日も診察時に医師に伝えてきたとのことであった。患者に説明の上、医師に疑義照会をし、ボノサップバックは処方削除となり、ピロリ菌については次年度の検査まで経過観察となった。後程、医師からは改めてお礼の連絡があった。	疑義照会時に医師からは、ピリン系の話は聞いていたがベニシリン系の副作用歴の情報については聞き漏れていたとのことであった。		その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名ボノサップバック400	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1109	ツムラ桔梗湯 7.5g 分3 毎食後 → 毎食前へ変更		クリニックの用法の為特記事項なし引き続き薬局側によるしっかりとした監査・確認を行っていく。	その他疑義紹介	処方された医薬品 販売名ツムラ桔梗湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1110	今まで「インスリン・グラルギンBS注ミリオペン 1日1回 タ20単位」と処方されていた患者様に、今回「インスリン・グラルギンBS注ミリオペン 1日1回 タ18単位」と処方されていた。投薬時、ご本人にお聞きしたところ、今までと同じ「20単位」のはずです。と話されていたため、疑義照会を行ったところ、ご本人には、病院で今回から「20単位」に変更です。とお伝えしてメモもお渡ししています。とのことであった。ご本人に確認したところ、メモを持っていらっやって「今回から20単位です。」と記載されていたため、ご本人と再度確認し、今回から「20単位」に変更となっておりますとお伝えした。	病院ではいつもと同じの思い込みがあり、しっかり聞いていなかったと思われます。		患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名インスリングラルギンBS注ミリオペン「リリー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1111	テプレノンカプセル50mg 3C 1日3回 毎食後 他3剤の処方。患者様が5歳児であったが成人量が処方されていたため疑義照会した。その結果テプレノン細粒10% 0.6g 1日3回 毎食後に変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名テプレノンカプセル50mg「トーフ」 販売名テプレノン細粒10%「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1112	テプレノンカプセル50mg 3カプセル 1日3回毎食後 他3剤の処方であったが、他の病院で同じ薬剤を1日1カプセル 朝食後でもらっていたため疑義照会した。その結果テプレノンカプセル50mg は2カプセル 1日2回昼夕食後へ変更された。			患者側	処方された医薬品 販売名テプレノンカプセル50mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1113	サインバルタカプセル20mg 2カプセル 1日1回朝食後 他3剤の処方。前回まではサインバルタカプセル20mgは3カプセル処方されていたが、患者様への聴取で減量するとは医師から聞いていないとのことであった。そこで疑義照会した。その結果サインバルタカプセル20mgは1日1回3カプセルへ変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1114	ボナロン錠35mg 1日1錠 起床時 7日分 他4剤の処方。ボナロン錠35mg は1週間に1錠服用する薬であり、他の薬剤は7日分の処方であったため、疑義照会した。その結果ボナロン錠35mg は1日分へ変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名ボナロン錠35mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1115	トラマールOD錠25mg 5錠 1日4回毎食後と就寝時の処方であったが、不均等で服用する処方なのか、均等に粉砕する処方か不明であったため疑義照会した。その結果、朝食後1錠・昼食後1錠・夕食後1錠・就寝時2錠である事が判明した。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名トラマールOD錠25mg 変更になった医薬品 販売名トラマールOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1116	リリカOD錠25mg3錠1日3回毎食後の処方。リリカOD錠25mgは添付文書では、通常1日2回服用となっているため疑義照会した。その結果朝食後1錠、夕食後2錠へ変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名リリカOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1117	他の病院でセフカペンピボキシルが投薬され服用中であり、お薬手帳へも記載があったが、セフトレニピボキシルが処方されていた。重複と考え処方医に疑義照会し、セフトレニピボキシルが削除となった。	診察時にお薬手帳の確認をしていなかった事、及び患者からも服用中の薬がある旨を医師に伝えていなかった。	診察時にお薬手帳を医師に見せ、服用中の薬がある時はその旨を医師に申し出るように、患者に説明した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セフトレニピボキシル錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1118	PL配合顆粒処方、仮入力後取り揃え、最終鑑査時、以前より前立腺肥大を患い他院にてユリーフ錠4mg服用されていることお聞きしており薬歴にも記載あり。その後手帳でも現在服用されていること確認、禁忌のため問い合わせ、ツムラ小青竜湯へ変更となった	開局後しばらくした時間帯で注意力散漫な状態であったため受付時に気付けなかったと思われる。知識だけでなく電子薬歴でのチェック機能も働いたことで防げた。		判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1119	カルボシステイン錠250mg 6T 1日2回朝夕食後の処方箋記載があり患者さんに確認したところ 痰の切れがよくないので薬を増やしてもらったとの回答を得て疑義照会し 1日3回毎食後に処方変更となった			その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1120	アレジオン錠20mgが処方されていたが、薬歴には、半年前に患者は20mg錠では眠くなるので、アレジオン錠10mgを希望し処方してもらったとの記録があり、再度患者に処方内容について確認し、前回と同じ薬を希望したとの回答を得たので、改めて医師に疑義照会をして、10mg錠へ処方変更となった。	この処方医は、通常アレジオン錠は20mgをよく処方していたために、前回の投与規格をあまり確認せずに処方したものと思われる。		医薬品	処方された医薬品 販売名アレジオン錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1121	A院でユリーフ錠2mg服用中であったが、患者はB院の医師にお薬手帳等の提示をしなかったためユリーフOD錠4mgが処方された。疑義照会によりB院のユリーフOD錠4mgが削除になった。		患者へお薬手帳の必要性を説明	その他患者がお薬手帳を未提示	処方された医薬品 販売名ユリーフOD錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1122	プロゲストン錠2.5mg 1錠 一日一回朝食後で継続服用されていた。9月13日の処方せんでは、プロゲストン錠2.5mg 2錠 分2 朝夕食後に変更になっていたが患者さまに確認したところ、何も聞いておられなかったため疑義照会。処方変更となりプロゲストン錠2.5mg 1錠 分1 一日一回朝食後となった。	処方医の処方入力の打ち間違いと思われる。	投薬時には、患者さまに治療経過について確認が必要。	その他不明	処方された医薬品 販売名プロゲストン錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1123	処方中に、ジェニナック錠とセフジトレンピボキシル錠の記載があり、抗菌剤の重複と考え、疑義照会した。セフジトレンピボキシルがカルボシステイン錠の入力間違いと分かり、処方変更となった。	処方入力時の単純なミスと思われる。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「サワイ」 変更になった医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1124	感冒でカロナール錠200mgが処方された。本人に対して基本情報を確認中にカロナール錠に対してアレルギー歴があることが判明。医師に確認し処方削除になった。			その他患者からのイベント収集にて発覚	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1125	ロラタジン錠が処方されていたが、患者より、以前、抗アレルギー剤を飲んだら眠気が酷くて困ったことがあり、抗アレルギー剤の飲み薬は飲みたくないとの訴えがあり、疑義照会した。ロラタジン錠は削除となり、アラミスト点鼻液に処方変更となった。	患者が処方医に過去の副作用歴等を伝えていなかった事によるものと思われる。		患者側	処方された医薬品の情報 販売名ロラタジン錠10mg「AA」 変更になった医薬品 販売名アラミスト点鼻液27.5μg/56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1126	臨時処方にて【般】レボフロキサシン錠500mg1錠分1昼食後5日分が処方された。80歳代とご高齢のため、腎機能低下が推測されたため、直近の検査値の確認を処方もとの医療機関へ行ったらScr 0.93mg/dlとのことだった。体重から計算するとCcrは50ml/min以下と推測できたため、用量について処方医へ疑義照会を行ったところ、20≤Ccr<50の用量へ変更するようとの回答であった。結果、初回500mg(1日分)、2日目以降250mg(4日分)へ変更となった。		腎機能低下が考えられる場合には、処方もとの医療機関へ採血結果を確認し、薬局でも記録しておく。	確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1127	A院でムコスタ錠100mgを服用中であったが、患者がB院の処方医でお薬手帳を未提示であったためレバミピド錠100mgが処方された。B院の医師に疑義照会し処方削除になった。		お薬手帳の必要性を説明	その他患者yが処方医へお薬手帳を未提示	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1128	A院でネキシウムカプセル20mgを服用中であったが、患者はB院で処方医にお薬手帳を見せなかった。その結果、B院よりネキシウムカプセル20mgが重複処方された。B院の処方医に疑義照会を行い処方削除になった。		お薬手帳の必要性を説明	その他患者が処方医へお薬手帳を未提示	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1129	A院よりフェキシソフェナジン錠60mgを服用中であったが、患者は感冒でB院に受診時、処方医にお薬手帳を提示しなかったためフェキシソフェナジン錠60mgが重複処方になった。		お薬手帳の必要性を説明	その他患者が処方医にお薬手帳を未提示	処方された医薬品 販売名フェキシソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1130	循環器内科の処方受付。定期処方に加え、ニトロベン舌下錠0.3mgが初処方された。お薬手帳より他院泌尿器科にてザルティア錠5mg定期服用中であると確認していた方であった。併用禁忌に該当する旨を循環器内科の処方医へ疑義照会したところ、「症状から、ニトロベンの方を重視するよう」との返答であった。その意向も含め、他院泌尿器科の医師へ連絡をとったところ、「循環器科の治療を優先、ザルティアは服用中止するように」との指示を頂いた。			確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ニトロベン舌下錠0.3mg 変更になった医薬品 販売名ニトロベン舌下錠0.3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1131	臨時処方にてディレグラ配合錠が朝夕食後に処方された。添付文書より、朝及び夕の空腹時に投与のため疑義照会したところ、朝夕食間へ変更となった。		新規に採用した薬剤であったため、今回事例についてスタッフ内へ周知し、その後患者お渡し用の指導せんを取り入れた。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1132	臨時のお薬を受け取りに来た患者家族。糖尿病治療中。ピオグリタゾン錠15mgNP 1T 朝後 10日分の処方。家族様とお話したところ、本日は採血はしていないし、こむら返りの薬をお願いしたとのこと。処方箋間違いを疑い、医師に疑義照会。ピオグリタゾン錠15mgNPは削除。頓服 ツムラ68芍薬甘草湯 2.5g/回 足がつるとき 10回分 が追加となる。	医師の処方せん記載違い。	患者やその家族等への聞き取りを徹底したい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品の情報 販売名ピオグリタゾン錠15mg「NP」 変更になった医薬品 販売名ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1133	整形外科にて【般】アルファカルシドール錠0.5μg定期服用中の方。前回来局時に処方もとの医療機関より、次回からは【般】アルファカルシドール錠0.5μg中止予定との連絡を受けていた。今回来局時に前回同様の処方があったため疑義照会を行ったところ、「カルシウム値上昇のため今回より中止」とのこと。【般】アルファカルシドール錠0.5μgが削除となった。	内科と整形外科の医師が相談され、中止することになっていたようだが、前回同様の処方がされてしまった。前回連絡を受けた際に、薬歴に記録を残していたため対応ができた。		確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品の情報 販売名カルフィーナ錠0.5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1134	患者様が薬局。ラベプラゾール錠(10)とロゼレムの処方。他院から処方されたラベプラゾールを服用しており、薬歴の併用薬欄にも記録があったが調製者は気付かずそのまま調製。最終鑑査にて鑑査者が手帳から重複することに気付き疑義照会。疑義の結果、ラベプラゾール錠(10)が削除になり、重複が避けられた	○作業手順の不履行 ○焦り ○注意力散漫	処方監査を行う際は必ず併用薬欄・手帳をチェックするよう指導	確認を怠った 連携ができていなかった	処方された医薬品の情報 販売名ラベプラゾールナトリウム錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1135	患者が呼吸器内科の処方せんを持って来局した。処方せんには「メジコン錠15mg、6錠/分3毎食後、20日分」と記載されていた。患者より前回の検査でかなり苦しい思いをしたせいか1週間便秘が続いているとの申し出があり、メジコン錠の副作用に便秘があるのであれば対応をお願いしたいとのことであった。そこで処方医に対して問い合わせを行ったところ、酸化マグネシウム錠330mgの処方が追加された。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名- 販売名メジコン錠15mg 変更になった医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」 販売名メジコン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1136	ピレチア25mg1錠 分1起床時の処方だったので、用法からピラノア錠が処方意図ではないかと思い疑義照会をしたところ、眠気の少ない薬剤を処方されたつもりだったが、間違われたそうです。			判断を誤った	処方された医薬品の情報 販売名ピレチア錠(25mg) 変更になった医薬品 販売名ピラノア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1137	ピートルチュアブル250mg錠が食後服用の指示で処方されていたので、効果減弱の旨を医師に問い合わせた結果、食直前服用に指示に変更となる。		医師が多忙な上、透析患者に対する治療のスキルが不足気味なので、こちらが常に必要以上に監査をしっかりと行うしか今のところ方法がない。	知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品の情報 販売名ピートルチュアブル錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1138	ピートルチュアブル錠250mgが食後で処方されていたので、効果減弱のおそれがあるため、医師に問い合わせた結果、食直前服用に変更となる。		担当医師が多忙の上、透析患者への治療スキルが高いとは言えないので、薬局側で常に必要以上の監査を入念に行っていく必要がある。	知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ピートルチュアブル錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1139	ピロリ菌除去において、クラリスロマイシンではなく、エリスロマイシンが処方されていたので、保険適応とならず、効果も期待できないため、医師に問い合わせたところ、クラリスロマイシンに変更となる。	医師の知識不足	監査を通常通りしていれば容易に問題解決できるはず	知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名エリスロマイシン錠200mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1140	他医療機関でブラピックス錠が処方されている患者に、エリキウス錠が処方された。併用は可能であるが、出血のリスクを考えて疑義照会したところエリキウス錠は処方削除になった	処方医が、併用薬の確認を怠っていた。	医師はお薬手帳を見ていないことが多いので、薬剤師が併用薬を把握して重複投与や相互作用を防ぐ。	その他処方医の確認漏れ	処方された医薬品 販売名エリキウス錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1141	ザクラスHDとアムロジピン10mgが同時処方されていた。アムロジピンの量が1日量が15mgになるので、ドクターに電話にて疑義照会。処方変更なし。		合剤の成分を常に確認すること。	記録などに不備があった その他ミスは防げた その他ミスは防げた その他ミスは防げた	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠10mg「トローワ」 販売名ザクラス配合錠HD 変更になった医薬品 販売名アムロジピン錠10mg「トローワ」 販売名ザクラス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1142	ピロリ菌除去において、アモキシシリン錠が1日6カプセルを分2になるところ、分3で処方されていたため、保険適応外、および効果減弱のおそれがあったため、医師に問い合わせたところ、朝夕食後の分2に変更となった。	医師の知識不足	ルーチン処方なので、通常の監査を怠らなければ問題なし	知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アモキシシリンカプセル250mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1143	インフルエンザ感染症にてイナビル・カロナール(300)・メジコン・ムソルバンが処方されていた。パーキンソン病の既往あり、普段からエフビーOD錠を服用されている為、メジコンと併用禁忌なので問い合わせ、フラベリックへ処方変更となった。また、カロナールについては他医療機関から(200)4錠分の処方が続いている事が薬歴より判明、こちらも同時に問い合わせ、処方中止となった。	インフルエンザの罹患者が多く、繁忙であったため、常用している薬のなかの禁忌薬を医師が見逃してしまったと思われる。また併用薬については、患者から医師への申し出があったかどうかは不明。	禁忌薬について注意喚起する。併用薬について、患者さんから医師へお薬手帳を見せる事を習慣づける。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メジコン 販売名カロナール錠300 変更になった医薬品 販売名フラベリック錠20mg 販売名-	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1144	感冒症状にて受診、ビオフェルミン錠、メジコン錠、ムコソルバン錠が処方されていた。調剤前に薬歴を確認、1年前にムコソルバン服用後に発疹があった事が判明、医師に問い合わせた。患者家族はその話を以前にもしていたが、医師側が記録していなかったためか認識されていなかった。その後ビソルボン錠に変更となった。	前回発疹があった時にも処方変更があったが、身体が弱っている時の過剰反応ではないかと言われたとの記録あり。医師は副作用との認識はなかった様子。お薬手帳に明記し交付。	副作用が疑われる事例については、医師に報告し注意喚起する。また副作用が疑われる事例はお薬手帳に明記、必ず医師に見せるよう指導する。	連携ができていなかった その他医師・患者間の伝達不足	処方された医薬品の情報 販売名ムコソルバン錠15mg 変更になった医薬品 販売名ビソルボン錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1145	患者はかねてより睡眠時間が3時間ぐらいいで目が覚めるので困っており、今回医師に相談したところベルソムラ15mgの処方となった。また、咳も出て気になったので合わせて医師に相談し、メジコン錠15mgムコダイン錠500mgクラリス錠200mgと併用処方となった。ベルソムラとクラリスが併用禁忌のため問い合わせとなり、結果、咳の症状は気になる程度のためクラリスが中止となった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 販売名ベルソムラ錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1146	四肢の乾燥による痒みから、顔く掻いてしまい一部、損傷もみられたため、ウリモックスが処方された。投薬時に実際に患部を確認させて頂いたところ、掻き傷が確認されるも出血の跡はなかった。しかしながら、痒みと共に傷の痛みがあるとのことだったので、尿素配合のウリモックスでは更に痛みを強くさせる可能性があるかと判断。出血はなく出血しそうな部位も無かったので、より保湿効果が高く損傷部位の修復にもなる、ヘパリン類似物質油性クリームが妥当と思い、医師に相談したところ、処方変更となる。尚、軽微な乾燥部位には市販の保湿クリームで毎日保護することを、患者本人および家族に勧める。		稀に医師は患者との問診だけで判断して処方する場合がありますので、今回のようなケースでは患者側の了解が得られるなら、薬剤師自らが患部を確認して、診断・処方が適切かどうかを見極める必要がある。	その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名ウリモックスクリーム10% 変更になった医薬品 販売名ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1147	患者は7歳女児で、アドナ30mgが2錠/日で処方されていたため母親に鼻血など出血があるのか確認したところ、出血はないが鼻を診てもらったとのこと。念のため処方医に照会したところアドナ錠30mgではなくアレグラ30mgと返答あり。病院内の事務員の入カミスだったことが判明した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アドナ錠30mg 変更になった医薬品 販売名アレグラ錠30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1148	高血圧の治療のためアバプロ100mg、レニベース5mg、アテレック10mgを服用されているが、今回新しくニューロタン25mgが追加になる。同効薬のため疑義照会したところ、ニューロタンが削除になる。	処方医がアバプロを処方していることに気づかずニューロタンを処方した。		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ニューロタン錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1149	セララ錠を服用している患者が、むくみが出たという訴えで受診した。既にチアジド系利尿剤は処方されていたため、他の利尿剤ということでスピロノラクトンが処方された様子禁忌と伝えて疑義照会したら、柴苓湯に変更された。	むくみが出ている患者には、利尿剤を処方するというのは、よくある処方である。既にチアジド系利尿剤が出ていたので、違う利尿剤を処方された様子。医師は主作用(ナトリウムを下げる)を見て処方する。薬剤師は副作用(カリウムが上がる)を見て処方鑑査する。	繁忙な医師は、むくみ→利尿剤→チアジドはもう処方されている→増やすとカリウムが下がりがすぎる?→カリウムの下がらない利尿剤にしようというアルゴリズムで選んだ模様だが、セララがあるので禁忌である。現時点では薬剤師が処方鑑査するしかないように思われる。	その他ルーチンで行われている	処方された医薬品 販売名スピロノラクトン錠25mg 「トーワ」 変更になった医薬品 販売名ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1150	主治医不在で処方医変更カデュエット3番服用中の患者様に中性脂肪が高い理由でベザトールSR錠200mg新規処方。カデュエット3番はアムロジピンとアルバスタチンが有効成分のためアルバスタチンがベザトールSR錠200mgと原則併用禁忌であることを疑義照会。ベザトールSR錠200mgが削除となる。	カデュエットの有効成分を把握していないものと推測される。	患者様に処方意図を確認を継続し行い、医師から薬の追加を聞いていてもその都度疑義照会を行っていく。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 カデュエット配合錠3番 販売名ベザトールSR錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1151	アスベリン錠10ミリグラム2錠2かけが処方されていたが、体格、症状から用量の不足の可能性があったため、処方元に確認したところ、アスベリン錠20ミリグラム2錠2かけに変更になった		処方元の入力ミスの可能性を考慮し、薬局でチェックを徹底する	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アスベリン錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1152	ゼローダ錠300mgが前回は8錠/2×だったが、今回は6錠/1×になっていた。ゼローダは通常/2×のみの用法で、患者に確認したところDrからも/2×で飲むように説明を受けていた。疑義照会を行った結果/2×に変更となった。	用量を減らした時に、用法を誤って選んでしまったことが背景にあると思われる。	用量と用法が同時に変更となった場合は添付文書や患者の話からそれが本当に意図された内容なのか確認を取ることが重要。	その他Drの処方ミス	処方された医薬品 販売名ゼローダ錠300	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1153	ワーファリン5mg錠2.5錠1夕食後で処方されていた。薬歴により前回処方時は5mg錠1錠であり今回2.5倍量への増量となっていた。徐々に増量している患者だったが、増量幅と投与量が多すぎると考え疑義照会したところ、医師の処方ミスでワーファリン1mg錠2.5錠への減量を意図したものであった。その後の患者への聞き取りによると(処方せんはFAXで受けたため)ひざなどからの出血が止まらないとのことだったため、処方通りに投薬していたら何らかの影響が出たものと考えられる。	処方医の電子カルテ上の薬剤選択ミスだが、これまでの規格でコピーしたためと考えられる。	処方前回は変更された際には内容をよく確認する。患者への確認も大切だが、明らかに異常な変更時には疑義照会を積極的に行わなければならない。	確認を怠った 判断を誤った 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ワーファリン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1154	下痢をしている患者にタンナルビンの処方あり。定時薬としてクエン酸第一鉄50mg「サワイ」が処方されており、タンナルビンと併用禁忌のため、疑義照会を行った。結果、タンナルビンが中止となった。		併用薬情報の収集を徹底する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名タンナルビン「ホエイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1155	風邪薬の希望があったにも関わらず処方されなかった		医師のカルテへの記載徹底。投薬窓口での聞き取りの徹底	確認を怠った その他確認不足	処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg 販売名- 変更になった医薬品 販売名モーラステープ20mg 販売名PL配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1156	モンテルカスト細粒が処方されていたが、薬歴より他の病院でキプレス細粒が処方され継続服用していたため、処方医に疑義照会し、モンテルカスト細粒が削除となった。	診察時に、患者が現在服用中の薬がある事を医師に伝えていなかったため。	患者に対し、診察時には医師にお薬手帳を見せ服用中の薬がある旨を伝えるように指導した。	患者側	処方された医薬品 販売名モンテルカスト細粒4mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1157	疑義照会をしたら変更になりました。	クラビット錠500mg服用して5日後にアキレス腱の痛み生じたことあり。	副作用の説明不足○単純なミス	患者への説明が不十分であった(思った) 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名クラビット錠500mg 変更になった医薬品 販売名セフゾンカプセル100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1158	ラシックス錠40mg処方あり。前回までラシックス錠20mg処方されていた。患者に確認したが、Drから説明はなかった。疑義照会し、入力ミスであることが判明。(ラシックス錠20mgに変更。)	13剤処方されており、確認ミスがあったと思われる。	規格のある薬剤は要注意し、前回との違いを患者・Drに確認してから、調剤を行うことを徹底する。	医薬品	処方された医薬品 販売名ラシックス錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1159	糖尿病でかかっている患者に、休業してた薬が再開になった。その際、医師は処方箋に、グリミクロン1mg 1T 分1 朝食後と記載。グリミクロンは、HA20mgか、40mgしか規格なし。以前服用していた薬は、グリメピリド錠0.5mg「三和」だったため、もしかしたら、一般名グリメピリド1mgを処方する意図ではないかと思ひ、疑義。医師より、グリメピリド1mgの処方意図を確認し、グリメピリド錠1mg「三和」1T分1朝食後で投薬。	成分名と、販売規格(mg数)が一致しなかった。	成分名と規格が合わない時は、どちらを処方したいので、DRでないとは分らないので、疑義を怠らない。	医薬品	処方された医薬品 販売名グリミクロン錠1mg 変更になった医薬品 販売名グリメピリド錠1mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1160	80歳代女性にベルソムラ20mgが処方、医師に疑義照会して15mgに変更になった。	医師の入力ミスか知識不足と思われる		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1161	風邪でスオードが処方された患者が薬局。お薬手帳を確認したところ、スオードと併用禁忌のロコアテープを使用中だったことが分かる。疑義照会にて併用可能なクラリシッドに変更となった。	Drがロコアテープ使用について把握していなかったとのこと	お薬手帳にて発見された事例であり、今後もお薬手帳で併用薬の確認を徹底する	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名スオード錠100 変更になった医薬品 販売名クラリシッド錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1162	痒みあり皮膚科でタリオン錠10mg処方。お薬手帳より、花粉症でタリオンOD錠10mgを服用中であることが確認できたため、疑義照会。処方変更となった。	患者は服用中の薬を医師に伝えておらず、医師は重複していることに気付いていなかった。	今後もお薬手帳の活用を呼びかけ、他科受診でも重複する可能性があることを伝えていく。	患者側 その他医療機関確認漏れ	処方された医薬品 販売名タリオン錠10mg 変更になった医薬品 販売名アレロック錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1163	医療機関Aにてヨード造影剤使用のCT検査をした後、医療機関Bにて高血糖の為、メトグルコが初めて処方された。メトグルコ投薬時に造影剤使用時はメトグルコを服用していると医師に伝えるようにと指導したところ、本日、医療機関Aにてヨード造影剤を使用しCT検査をしたと判明した。メトグルコは、ヨード造影剤との併用により乳酸アシドーシスを起こすことがあるため、造影剤使用後48時間あけると添付文書にて確認し、医療機関Bにて疑義照会した。メトグルコは2日後から服用開始となった。	CT検査の後、患者には説明の用紙はお渡しされたようだが、医療機関Bには、ヨード造影剤を用いたCT検査をし、メトグルコとの併用についての注意喚起はされなかったと思われる。	医療連携は必要だが、薬剤師としてメトグルコ服用時にCT検査をする場合の注意をするようにしていく。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名メトグルコ錠250mg 変更になった医薬品 販売名メトグルコ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1164	同病院の皮膚科でタリオン錠が処方され、内服されているにもかかわらず、同病院の糖尿病内科で、鼻炎があるという事で、フェキソフェナジン塩酸塩錠が処方されていた。同種同効の為、疑義照会后、フェキソフェナジン塩酸塩錠は削除になった。	同病院の処方にもかかわらず、処方医が他科の処方内容も確認せずに処方を行ってしまった事が、原因。しかし、薬局では一元管理出来ていた為発見することが出来た。	少なくとも処方医は同病院の処方内容ぐらいは確認して欲しい。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1165	今回処方にてアミティーザカプセル24μg 2Cap 分1 夕食後の処方あり、前回処方では2Cap 分2 朝・夕食後の処方であったが患者本人に確認を行ったところ今回は2Cap 分1 夕食後の処方となった。疑義照会にて確認をおこなったところアミティーザカプセル24μg 1Cap 分1 夕食後の処方となった。		疑義照会内容の為、引き続き監査等で注意していく。	その他疑義紹介	処方された医薬品の情報 販売名アミティーザカプセル24μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1166	透析患者にレボフロキサシン錠、1日1回500mg、3日分処方。透析患者には、初日500mg、3日以降、250mgを2日に1回と医師に問い合わせたところ、初日500mg、3日以降に250mgの2回服用の指示に変更となる。		透析患者に対する投与設計を十分把握していない医師が突発的に処方する場合があるので、特に専属医師から発行された処方については、十分な監査が必要となる。	知識が不足していた	処方された医薬品の情報 販売名レボフロキサシン錠500mg「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1167	透析患者にセフカペンピボキシル錠100mgが、3錠 分3 5日分処方されていた。透析患者へは同薬剤は1日200mgが適切と医師に問い合わせたところ、1日2回朝夕服用に変更となった。		透析患者の治療に日頃従事していない医師からの処方内容には特に入念な監査が必要とされる。	知識が不足していた	処方された医薬品の情報 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1168	当該患者にレボフロキサシン錠 1日1回500mgで処方されていたが、投薬時に患者側からクラビット錠で過去にアキレス腱炎を発症した旨を知らされ、フロモックス錠なら一度も問題はなかったということで、医師に問い合わせ薬剤変更(フロモックスへ)となる。	リスクファクターの多い患者なので、入念にチェックはしていたが、稀にしか来局されないのが今回の件は初めて聞く例か、薬歴簿への記載忘れかどちらかによる。	定期的に来局される方、稀にしか来られない方、どちらにせよ、定期的に変化の有無を確認しておく、必ず情報共有できるようにしておく必要がある。	記録などに不備があった	処方された医薬品の情報 販売名レボフロキサシン錠250mg「杏林」 変更になった医薬品の情報 販売名フロモックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1169	ロキソニン処方されたがくすりの手帳にはセレコックス2T分2期夕服用中記載あり確認漏れで重複処方されていた為疑義照会し処方中止			その他医療機関の手帳確認ミス	処方された医薬品の情報 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1170	A院よりアンプロキソール塩酸塩徐放性カプセル45mgを服用中であったが、感冒によりB院を受診した際、お薬手帳を処方医へ提示しなかった。そのためプロムヘキシン塩酸塩錠4mgが同効薬重複となった。B院の処方医へ疑義照会を行い削除になった。		お薬手帳の活用を説明	その他患者が処方医へお薬手帳未提示	処方された医薬品の情報 販売名プロムヘキシン塩酸塩錠4mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1171	前回よりベネット17.5mgが歯科治療のため中止になっていた。今回またベネット17.5mgが処方されており、歯科治療は一旦終了したが再開の指示はなかったとのこと。主治医に確認し、ベネット17.5mgは処方削除、引き続き休業することになった。	歯科治療医の経過について、患者から医師へ伝達されていなかった。	処方が少ない歯科の受診・治療状況や併用薬の確認をしっかりと行う。歯科治療がほかの薬物療法に影響することがあることを患者へ説明・指導する。	連携ができていなかった	処方された医薬品の情報 販売名ベネット錠17.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1172	タリオンOD(10)2錠分2での処方。処方箋にクシアチンクリアランス21と記載されているため腎機能低下患者であった。タリオンは腎機能障害患者には1回5mgからの慎重投与となるため疑義照会実施。タリオン(10)1錠分2に変更となった。			その他医療機関の判断誤り	処方された医薬品 販売名タリオンOD錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1173	発熱により解熱用の坐剤が処方されたが、体重より効果が不十分の可能性あり。疑義照会した結果、同坐剤の用量が多い規格に変更となった。もし、変更しなければ、十分な解熱効果が得られなかったと考えられる。	患者の年齢では、坐剤の規格が変更になる境目になることが多いため、病院側で月曜の混雑もあり、体重チェックがもれた可能性がある。	患者の見た目でも体重は予想がつくので、聞き取りに加えて、患者の状態も確認するとより、薬用量のチェックができると思う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アンヒバ坐剤小児用100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1174	風邪の患者に抗生剤とソランタール、セチリジンが処方されていた。セチリジンはDr.が普段使わない薬ですし、患者もアレルギーの症状はないと言ったので念のため疑義照会した。セルベックスの間違いです、と言われた。	Dr.のPC入力ミスです。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セチリジン塩酸塩錠10mg「TOA」 変更になった医薬品 販売名セルベックスカプセル50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1175	エコー検査当日服用の薬についての処方。患者は絶食の指示が出ているがグリミクロン処方あり。疑義照会にてグリミクロン中止となる。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名グリミクロンHA錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1176	鼻水がひどい、と内科を受診した患者にピーエイ配合錠が処方されていた。他の病院(眼科)にて緑内障の治療をしているため、処方元内科に疑義照会したところピーエイ配合錠は処方削除となった。眼科の処方せんも当薬局で調剤しており、ザラカム配合点眼液を使用中である。			その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1177	鼻症状でメキタジン記載の処方箋を受け付け。薬歴・手帳にて緑内障のためリズム点眼使用中と確認。禁忌にあたるので照会し、外用プリピナ液への変更となった。		お薬手帳は同じ一冊をどこでも見せるよう受診時の活用を指導。眼圧に影響する薬は他科でも出る可能性あり、眼科で避けるべき薬について記載してもらおうと良いことを伝えた。緑内障のほか前立腺肥大など他の疾病についても禁忌を注意し、手帳を活用することを薬局内で申し合わせた。	その他併用薬情報が医療機関に伝わらず	処方された医薬品 販売名メキタジン錠3mg「日医工」 変更になった医薬品 販売名プリピナ液0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1178	4歳の女兒にワイドシリン細粒が0.5g/日で処方されていた。他の処方薬より体重が20kg程度と推測されたため疑義照会。5g/日へ変更となる。なお体重は25kgである事も確認。			その他処方ミスの原因は不明	処方された医薬品 販売名ワイドシリン細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1179	1歳の女兒にメブチンシロップとホクナリンテープ(0.5mg)が処方されている。疑義照会の結果メブチンシロップが中止となる。	当該事象発生の前回処方にメブチンシロップが含まれている。この事から前回処方にホクナリンテープを追記したと思われる。		その他不明	処方された医薬品 販売名メブチンシロップ5μg/mL	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)**

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1180	定期薬であるワーファリンが処方されていた。お薬手帳を確認したところ、5日前に別の病院でグラケールカプセル15mgが処方されていた。患者本人に確認したところ、当処方初めであり、医師にワーファリン服用中の旨は伝えておらず、2,3日分は服用済みとのこと。別の病院に連絡して、翌日からグラケールカプセル15mgを中止するように患者に伝えるようにとの回答を得た。ワーファリン処方元にも同様に報告した。	お薬手帳が新しくなっており、ワーファリン処方時のシールが貼られていないものを持っていた。	現在服用中のお薬の情報がすべて記入されているお薬手帳を携帯してもらえよう、お薬手帳交換時には特に注意する。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品の情報 販売名ワーファリン錠1mg 変更になった医薬品 販売名ワーファリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1181	降圧剤等を近医より処方され、定期的に来局していた患者。当日もDO処方であったが、本人より、少し前から血圧が急に高くなってきており、前回一度専門のところで検査を受けるようにと紹介されて病院受診してきたとのこと。特に異常なく、一緒に飲むようにと一ツ薬をもらって服用中。なくなったらこちらで出してもらおうように、電子メールで近医に知らせておくと言われたとのこと。近医に疑義照会、電子メールは届いていたが肝心なところが切れていて判読できず。患者に頼んで自宅にあった薬情を薬局にFAXしてもらい、(般)アムロジピンOD錠5mgと判明。処方追加となる。		これからは、基幹病院等と地域の医療機関との連携が必要な場面がますます増えてくると思われる。ネットがつながることが多いが、不慣れなことやシステムの不備でうまくいかないことも想定される。患者と実際に話をしてコミュニケーションをとっておくことも重要だと思われる。	連携ができていなかった コンピュータシステム ルールの不備	処方された医薬品 販売名 変更になった医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1182	4週間ごとに整形受診してメトトレキサートカプセル2mgが水曜日朝食後3カプセル(配分1-2)、木曜日朝食後1カプセルの処方が通常であるが、今回の処方箋では木曜日の用量が4カプセルに増量になっていた。添付文書では適宜増減で16mg/日までの範囲内ではあるが、急激な増量に不審に思い疑義照会し、1カプセルに変更となる。	医師の入力間違いであるが、テンキーの打ち間違えか?		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名メトトレキサートカプセル2mg「SN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1183	ディレグラが朝夕食後の処方になっていたが医師に疑義照会したところ朝夕食前に変更された	食事の影響が出る薬なので食後より食前に変更された	服用方法に特徴あるものについては意識して投薬に努めたい	その他医療機関側の問題 患者側	処方された医薬品 販売名ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1184	患者は残薬を紙に書いて調整を頼んだものの違う薬が処方された。アゾルガは残薬あり今回はいらぬと言ったがアゾルガが処方されてトラバタンズが削除されていた	医療機関側に問い合わせたところさんさん患者様と話されて処方されてとの事であったが、患者様のメモを見ればすぐにわかることで、医療機関側の確認不足によるものと思われる	高齢の患者様でコミュニケーションが難しいところもあるが、残薬のメモも持参されていたので、確認するなど、今後もしっかり患者様の望むことを聞いていきたい	連携ができていなかった その他医療機関側のコミュニケーション不足	処方された医薬品 販売名アゾルガ配合懸濁性点眼液 変更になった医薬品 販売名トラバタンズ点眼液0.004%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1185	ティーエスワンが2週間服用、1週間休薬の指示で処方された。患者に次回の予約を確認したところ確認したところ、4週間後の日付を申告された。年末年始を挟むため今回だけ2週間休薬とするのかと医師に確認したところ、予約日を間違えたので1週間早めて受診するようにとの指示があった。	予約日の指定間違いであり単純なミス。背景は不明。	薬局でも出来る限り次回の予約日を教えてもらい、薬が足りているかどうか確認していく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合カプセルT20 変更になった医薬品 販売名ティーエスワン配合カプセルT20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1186	泌尿器科処方せん受付。定期ペニケアに今回よりペタニス25が追加。同医療機関の内科よりペタニス25定期服用あり。添付文書用量的には25mg2錠服用問題ないが、泌尿器科医師が内科併用薬について確認していないのでは考え疑義照会。結果、今回処方ペタニスは削除となった。	医療機関側での併用薬の見落とし。(専門外の薬が内科で処方されている、かつ専門の科は受診)	併用薬の確認を電子薬歴・お薬手帳を用いて漏れのないよう行う。	その他確認を怠った	処方された医薬品の情報 販売名ペタニス錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1187	整形外科にてかなり以前からザイロリック錠100mg 2錠/日、ロキソニン錠60mgを3錠/日で継続服用されている。最近になって内科で行った血液検査の結果で腎機能が低下していると聞き、数値を教えてもらったところGFRが30台であることが分かった。そのため、処方Dr.に問い合わせたところ、ザイロリック錠100 1錠/日、ロキソニン錠60mg 2錠/日へ減量変更し、様子をみることになった。	同じ医療機関内であるが、血液検査を行ったのは内科であり、整形外科のDr.は腎機能低下をご存知なかった。	腎機能が低下していると思われる方については、わかる範囲で腎機能を確認する。腎機能低下患者においては、用量を考慮する必要のある薬が出ていないかどうかを確認し、必要に応じて疑義照会を行う。	連携ができていなかった その他処方Dr.が他科で行った検査値を把握していなかった	処方された医薬品 販売名ザイロリック錠100 販売名ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1188	高尿酸血症の治療で定期的に当薬局を利用している患者。数日前にアロプリノール・コルヒチン・ボルタレンなどの定期処方だったが、風邪症状で臨時受診し、気管支炎の診断でクラリス200が処方になった。ここ最近では、たまにコルヒチンを頓服しているとのことだったため、クラリスとコルヒチンの相互作用について医師に疑義照会し、ルリッドかジスロマックへの変更をお願いした結果、ルリッドに変更になった。	臨時での受診のため、主治医ではない医師が診察した。相互作用に気が付かず処方されたものと思われる。		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名ルリッド錠150	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1189	広域病院より紹介状にてクリニックへ、クリニック医師は紹介状のもと処方箋を発行、患者、お薬手帳を持参せず当薬局へ、投薬時に本人に薬を確認してもらったが、本人も記憶があいまいなため、念のため広域病院へ事情を説明し、処方内容を確認、ジャヌビア(50)だが、1日用量が1錠でなく2錠だった。クリニック医師に疑義照会してジャヌビア(50)の1日量を2錠へ変更してもらった。		紹介状などはクリニックのみでなく、薬局にもコピー等にて情報提供してもらったほうがわかりやすい。またお薬手帳は必ず携帯するよう指導を徹底する	連携ができていなかった その他紹介状の記入ミス 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1190	エンドキサン錠50mgで治療中の患者。処方箋を持ってこられ、残薬があり、前回はエンドキサン錠50mg 1T 朝後の処方のみ。今回はそれ以外の処方が処方箋に書かれていた。エンドキサン錠50mgの処方ではなかったお薬手帳と薬歴を用い、病院からの退院時処方と薬歴にある前回処方を確認し、エンドキサン錠50mgの処方漏れを疑い、疑義照会。医師より処方をするのを忘れていたとのこと。エンドキサン錠50mg 1T 朝後 追加となる。	医師の処方漏れ。処方忘れ。	薬歴やお薬手帳を用い、処方監査の徹底を行いたい。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名エンドキサン錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1191	ロブ錠60mg 1Tとセルベックス細粒10% 0.5g 疼痛時 28分が出ている患者に10月からロコアテープが追加されており今回も出されていた。別の薬剤師が投薬時に同時に使用しないように指導していたが問い合わせはしていなかったため今回問い合わせた。患者に確認するとロブを飲んでなくて余っていると言われたので合わせて伝えてロブとセルベックスが中止になった。	ロコアテープは他の消炎鎮痛剤との併用は可能な限り避けることになっているのに処方され、初回には問い合わせがなかった。処方薬が多く調剤に時間がかかるので処方内容のチェックがおろそかになっていた。医師は何度も問い合わせているので知識としては知っていると思うが処方時に併用薬を注意していないよう。	調剤を始める前に処方内容を監査する。	確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロブ錠60mg 販売名セルベックス細粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1192	前回臨時でセララ錠25mgが出たので定期薬のアスバラカリウム錠300mgが中止になったが、今回定期薬にアスバラカリウム錠が出ていたのでセララが終了でアスバラカリウムが再開なのか問い合わせた。アスバラカリウム錠を中止して、セララ錠25mg 1T 分1 朝食後 隔日を追加と返答があった。	前回の処方内容が定期処方に反映されていなかった。		確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名アスバラカリウム錠300mg 変更になった医薬品 販売名セララ錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1193	アリセプト錠5mgが追加になっていたの、他院でアリセプトを飲んでいたので、他院でもらっていたのは2016年だが、こちらでも以前出していたからとそのままいいと医師が言っていると云われたが、6月で中止になっており、消化器系の副作用を軽減するために低用量で出すことになっており以前出していたとしてもしばらく飲んでないので低用量からになると再度伝えてアリセプト5mgから3mgに変更となった。	アリセプトの使用方法を気にしておらず、以前アリセプトを中止した理由は食欲不振だったので慎重にする必要があったがそれも記録していないかもしれない。		確認を怠った 記録などに不備があった 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アリセプト錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1194	サワシリンカプセル250mgが処方されたが、当患者さんは以前、サワシリン細粒服用で、発疹が出たことがあるのを薬歴にて確認したので、疑義照会を行なった。その結果、フロモックス錠100mgへ変更になった。後発品希望の為、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgへ変更して調剤して交付した。サワシリン細粒を処方したDrとサワシリンカプセルを処方したDrは同じでした。サワシリン細粒で発疹が出て受診したのも同病院であった。(Drは違った)	病院側・処方医の確認ミスであるが、それをカバーするのが、薬剤師の努めである。	カルテへの記載が必要。また見逃さないような工夫をして頂きたい。	確認を怠った その他疑義照会事例の為、不明。 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名サワシリンカプセル250 変更になった医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1195	風邪にて患者と母親が門前医院を受診。処方せんをもって薬局へ来局した。受付の際に事務員にトミロン錠にて副作用が出た経験がある記憶があるため、今回の処方内容も見て欲しいとの申し出あり。事務員からの連絡を聞いた薬剤師が薬歴にて確認したところ、トミロン錠100mgにて発疹の服用作用歴があることが判明。処方箋も確認したところ、トミロン錠100mgが処方されていた。医師に疑義照会を行ったところ、ペニシリン系のパセトシンカプセル250mgへ変更となった。	風邪やインフルエンザが流行しており門前医院が非常に混雑していたため、処方時の確認が漏れてしまった可能性あり。	今回は母親からの申し出により早期に副作用歴との照合ができたが、混雑時こそ慎重に薬歴等との確認を心掛ける。	勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名トミロン錠100 変更になった医薬品 販売名パセトシンカプセル250	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1196	クラビット500とビオフェルミンRの処方に関してビオフェルミンRはNQ系との併用が保険適応外であることを伝えたとビオフェルミンR削除となった。	ブレアボイド		その他ブレアボイド	処方された医薬品 販売名ビオフェルミンR錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1197	15kgの子供にカロナール100mg、2/3個で処方実際にはカロナール200mg、2/3個		医療機関の職員の確認徹底	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名カロナール坐剤100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1198	アルダクトンAが追加で処方される。プログラフが定期的に飲まれており、調剤している中、併用禁忌であることは気付かず一酸化調剤をしてしまった。全く気付かず、電子薬歴のシステムで発覚した。	知識不足 一般的な利尿剤で 併用禁忌があるとは思っていなかった。	どの薬でも一度添付文書に目をおし、併用禁忌への抽出力を高める。電子薬歴で新しい薬が色分けでわかるので、新しい薬であれば毎回添付文書を見るように手順つける。	判断を誤った 知識が不足していた コンピュータシステム 医薬品 教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名アルダクトンA錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1199	マルツエキス18g服用のところ1gであった。			確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名マルツエキス分包*(高田)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1200	前立腺肥大の患者にフスコデ配合錠が処方されていた。前立腺肥大の患者に対して禁忌となっているので疑義照会したところアストミンへ変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名アストミン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1201	今までアマリール錠1mg6錠から9錠に増量となった。最高投与量が6mgなので疑義照会を行った		処方変更時には用法・容量の確認を行う	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アマリール1mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1202	初回利用患者様の代理人(妻)が処方せんを持参され、調剤を希望された。処方せんと同時に、患者家族より提示を受けたお薬手帳を確認したところ、現在、当該患者が、眼科にて緑内障で治療中であることが判明した。受診の際に、診療担当医には、お薬手帳も提示し、併用薬と療養状況について、説明をしたとのことだったが、緑内障に禁忌のアレルギン散1%が処方されていた。患者様代理人に、患者様の病状を伺ったところ、右眼はすでに失明・左眼も視野の狭窄がかなり進んでおり、ほとんど視力が出ないとのことだった。処方医へ、疑義照会を行い、相談したところ、処方より、アレルギン散1%を削除するよう回答があった。			判断を誤った その他患者情報を見落とした。	処方された医薬品 販売名アレルギン散1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1203	フェロ・グラデュメット朝食後服用の患者様にクラボット250mg食後の処方。診察時は朝食夜はいつでもいいとのこと。疑義照会して夕食後服用と変更	処方元情報不明		確認を怠った 判断を誤った その他処方元情報不明 その他処方元情報不明	処方された医薬品 販売名クラボット錠250mg 販売名フェロ・グラデュメット錠105mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1204	前回まではツムラ半夏厚朴湯が出ていたのにまたツムラ半夏白朮天麻湯が出ていた。以前他院で出されたものと同じものを頼んだのに名前が似ているせいか間違われて、変えてもらったと話している、ツムラ半夏厚朴湯が出ていたのに再度ツムラ半夏白朮天麻湯が出ていたので問い合わせでツムラ半夏白朮天麻湯はツムラ半夏厚朴湯に変更された経緯があった。今回は妻が代理で処方箋を持参して確認したが、お薬手帳を持参して見せて頼んでいた、薬が変わると聞いていないと言われたので問い合わせた。看護師が患者に聞いて、それを医師に伝えて薬が出されておりカルテにはツムラ半夏白朮天麻湯と書かれていると言われた。妻が本人を呼んで、本人に確認したところやはり残薬調整を頼んだだけで漢方の変更は聞いていないことを確認し処方元に伝えてツムラ半夏白朮天麻湯はツムラ半夏厚朴湯に変更された	漢方を間違ったことをカルテに記録していないのか、一度間違っただけでツムラ半夏白朮天麻湯の記録が残っている同じ間違いが繰り返されている。これで3回目。患者はお薬手帳を持参して希望薬を伝えているのに確認が不十分なのか間違っている。	以前間違った薬剤の調剤は患者に確認してから行う。	確認を怠った 記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(医療用) 変更になった医薬品 販売名ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1205	内科でセフトレキシド錠100mg「日医工」3T 分3 毎食後 3日分が出ていた患者に、その数時間後耳鼻科でサワシリンカプセル250 3C 分3 毎食後4日分が処方されていた。患者に耳鼻科で内科の薬のことは話したのか確認すると何も言わなかったとのこと。耳鼻科に内科で出た薬について情報提供し、併用なのかどうか確認すると内科の薬について何も聞いておらず、サワシリンは中止でいいと返答があった。耳鼻科の医師に内科の薬だけ飲めばいいと確認したので耳鼻科からの薬はなくなったと伝えた。元々、当薬局で薬をもらうつもりで併用についても薬局で聞けばいいと思って何も話さなかったそう。ここで聞けば安心だからと納得して帰られた。	薬局で相談すれば医師に併用薬を伝えなくてもいいと思っていた。患者はお薬手帳を持っていたが、医師は併用薬を確認していなかった。	医師に飲んでいる薬を伝える必要があることを説明していく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名サワシリンカプセル250	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1206	70歳代男性に心臓血管外科から発行された処方せんを受け付けた。処方せん内容の一部に【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠1回1錠1日1回朝食後56日分との記載あり。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記録によると、今回高血圧治療薬が投薬されるのは初回であることが分かった。【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠の用法・用量は、「成人には1日1回1錠(テルミサルタン/アムロジピンとして40mg/5mg又は80mg/5mg)を終日投与とする。本剤は高血圧治療の第一選択薬として用いない。」とされており、また用法・用量に関連する使用上の注意として「テルミサルタン/アムロジピンとして40mg/5mg)については、原則として、テルミサルタン40mg及びアムロジピン5mgを併用している場合、あるいはいずれか一方を使用し血圧コントロールが不十分な場合に、本剤への切り替えを検討すること。」とされている。初回で【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠の投薬は問題であると判断し、処方医に情報提供を行うと共に、急激な血圧低下などの副作用発現のリスクを説明の上、処方書の再検討を依頼した。処方内容は【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg1回1錠1日1回朝食後56日分に変更となった。	配合剤の使用について、初回投与が認められていない医薬品が処方されたが医療機関でチェックがなされず、処方せんが発行されたことが、今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	薬局内で配合剤の初回投与の可否の一覧を作成し、いつでも閲覧・確認が取れるようにすると共に、情報の共有を行う。	その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠 変更になった医薬品 販売名【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1207	90歳代の男性に循環器科から発行された処方せんを受け付けた。処方せん内容の一部に【般】アロプリノール錠100mg1回1錠1日1回朝食後服用63日分と記載あり。処方せんに血液検査の結果についての記載があり、血清クレアチニン値、体重、身長よりクレアチンクリアランスを計算した所、30ml/分に満たないことが分かった。添付文書では「慎重投与」「腎機能障害のある患者[高い血中濃度が持続するので、減量等を考慮すること]とされている。日本腎臓病薬物療法学会の推奨する投与量としては、「1日1回50mg。ただし、この用量では適正な尿酸値コントロールできない場合が多い」とされることを処方医に情報提供を行うと共に、投与量及び処方書の再検討を依頼した。処方内容は【般】アロプリノール錠100mg1回0.5錠1日1回朝食後服用63日分に変更となった。	腎機能が低下している患者への投与量の調整が、医療機関で行われていなかったことが、今回の事例の発生要因の一つと考える。	高齢者では、腎機能の低下が起こっているケースが多い。そのため、血液検査の値等から腎機能の評価を行ったうえで、投与される医薬品や投与量である。薬局で、このような情報を確認し、調剤を行うことは、医療安全上も有益である。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名【般】アロプリノール錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1208	40歳代の男性に心療科から発行された処方せんを受け付けた。処方内容は、Rp1. リフレックス錠15mg1回1錠1日1回ねる前35日分Rp2.【般】エチゾラム錠0.5mg1回2錠1日1回ねる前30日分Rp3.【般】エチゾラム錠0.5mg1回2錠1日1回夕食後5日であった。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記載によると、前回まではリフレックス錠15mgと【般】エチゾラム錠0.5mgは同じ処方日数で処方されており、今回の処方意図はリフレックス錠15mg35日分に合わせて、【般】エチゾラム錠0.5mgがRp2とRp3とで35日分投与されている可能性が高いと考えた。投薬に関する医師・患者・薬剤師が合意の上で調剤が行われた場合にはトラブルが発生するケースは少ないが、当事者以外(例えば入院により他医療機関の看護師など)が新たに関与した場合には、医療事故にもつながるケースもあり、また医薬品医療機器等法に反する危険な行為であると判断し、処方医に疑義照会を行った(その際に、患者自身に服薬状況を確認し、残薬が5日分あることについても情報提供を行った)。処方内容は、Rp1. リフレックス錠15mg1回1錠1日1回ねる前35日分Rp2.【般】エチゾラム錠0.5mg1回2錠1日1回ねる前30日分に変更となった。	年初に次回受診が重なるため、処方医が患者来院日の都合などで、規定の処方日数を延長して処方せんを発行したことが、今回の事例の発生要因の一つと考える。	向精神薬の中には、処方日数の上限が規定されているものもあるが、医師の患者に対する付度等により、所謂「倍量処方」されるケースがある。このことに対する違法性や危険性を医療従事者として把握し、もし求められても、きちんと説明・納得をしてもらうことが必要であると考え、「倍量処方」が疑われる投薬としては、薬局、薬剤師として毅然とした対応が求められる。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名【般】エチゾラム錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1209	40歳代男性に循環器科から発行された処方せんを受け付けた。処方内容の一部にRp.【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg 1回1錠、アタラックス錠10mg 1回1錠1日1回朝食後28日分と記載あり。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記録によると、今回よりアタラックス錠10mgが追加となっていることが分かった。患者に症状の変化について確認したところ、「今回は血圧が下がらず、薬を増やすと医師より説明があった。かゆみなどの症状はない」との申し出があった。処方医に患者の申し出について伝え、処方内容に間違いがないか疑義照会を行った。処方内容はRp.【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg 1回1錠、【般】ヒドロクロロチアジド錠12.5mg 1回1錠1日1回朝食後28日分に変更となった。	医療機関において、一般名でヒドロクロロチアジド錠を呼び出した際に、アタラックス錠(一般名:ヒドロキシジン)が選択されてしまったことが、今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	一般名を処方オーダーする際に、名称の上3文字などで呼び出すと、沢山の選択肢が表示される場合もある。今回の事例の場合には、一般名と商品名が混在して表示されたのではないかと考えられる。医薬品のオーダー時に、複数の医薬品が表示される場合には、このような間違いが起こりにくいように、薬効の表示を行う等の工夫が求められる。また薬局における調剤時にも、このような間違いが起こる可能性についても考慮の上、処方の方針が必要である。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名アタラックス錠10mg 変更になった医薬品 販売名【般】ヒドロクロロチアジド錠12.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1210	以前より処方されていたプリンペラン錠が処方されていないのを見落とし患者本人に指摘された。疑義照会で処方されたが食後になっていたので疑義照会をして食前に変更になった。		薬歴簿をきちんと見る。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名プリンペラン錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1211	FAXで処方せんが送られてきた際に1人の薬剤師が監査したはずなのに、ナウゼリンの用法が食後になっている事の確認を怠り、患者が薬を取りに来てから他の薬剤師が疑義照会を行い食前で投与した。患者さんを無駄に待たした。	注意力散漫	FAXでの処方箋でも気を抜かないで監査する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1212	パーキンソン病のため神経内科のクリニックを受診している患者が、痛みのコントロールのため他病院麻酔科も受診していた。コカール錠200mgの服用を続けていたが、コントロール不良で病院にてトラマールOD錠25mgを採用したことを機にこの女性にも処方を行った。しかし、神経内科でエフビーOD錠2.5を服用中で、禁忌にあたることを調剤時に発見し疑義照会を行った。麻酔科からはトラマールOD錠25mgの処方削除となった。	痛みのコントロールができなかったため病院にて新規採用となったトラマールOD錠を使用したいと考えたとと思われるが、神経内科でエフビーOD錠の服用を続けていることに気付かなかったと思われる。	他の医療機関からの処方内容について確認が必要。	その他確認不足	処方された医薬品 販売名トラマールOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1213	耳鼻科より咳止めと気道粘膜修復剤と共にジェニナック錠朝食後処方あり。年齢と体重(30kg代)から薬物代謝能力の低下が予測されるため減量ないしは多剤へ変更依頼を照会。処方医より、ジェニナックの処方削除の依頼あり。	病院が混雑していた。発熱もあり早く帰りがかったため、薬の処方だけをお願いした。と、患者から聞き取り。		その他他院での患者面会なしの処方発行	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1214	皮膚科でリカバリン(トランサミン)を服用中の患者に他病院にて風邪でトランサミンが処方。疑義照会により削除となる。			連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った) 患者側 仕組み	処方された医薬品 販売名トランサミンカプセル250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1215	他院にてゾニサミド錠100mg「アメル」を服用中の患者に対し、シーサール錠15mgが処方されたが、シーサール錠はMAO阻害剤と併用禁忌のため疑義照会し、アストミン錠10mgへ変更となった。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名シーサール錠15mg 変更になった医薬品 販売名アストミン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1216	久しぶりの来局。ザイザル錠5mgが初めて処方されていたが、他院でタリオン錠10mgをもらって服用中との記録が薬歴にあり。お薬手帳の最新の記録にもタリオン錠10mgの記載があり、来局されているご家族に確認した所、服用していると思う、とのことだったので、疑義照会を行った。結果、ザイザル錠5mgが処方削除となった。	薬歴、お薬手帳の記録とともに、患者に確認することでより確実に併用薬を把握でき、重複投与を防ぐことができたと考えられます。	特記なし	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1217	患者来局。当初ワイドシリンが処方されていたが、過去の薬歴によりワイドシリンにて副作用歴があることが分かり、まず患者に確認したところ、最初は副作用歴があったのはクラリスであるという返答を頂いた。ただ、薬歴にはクラリスの副作用歴は記載されていなかったため、もう一度今度は現物を見て頂きながら確認を行ったところ、副作用があったのはクラリスではなく、ワイドシリンであることが分かった。そのことを踏まえて疑義を行ったところ、ワイドシリンからフロモックスへ変更になった。	患者がワイドシリンをクラリスだったと勘違いをしていたことから、医師にも副作用歴があったのはクラリスの方だと伝えていた可能性がある。	実際に薬を見せて患者に確認を行う。	その他医療機関の確認ミス	処方された医薬品 販売名ワイドシリン細粒20% 変更になった医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1218	オゼックス150mg錠のところオゼックス細粒で処方			確認を怠った	処方された医薬品 販売名オゼックス細粒小児用15% 変更になった医薬品 販売名オゼックス錠150	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1219	眼科でタブロス点眼液とソフト配合点眼液が出ている患者に内科でビーエイ配合錠が出た。患者に眼科で風邪薬など注意する薬があるか聞いているか、目の手術を受けたことがあるかと聞いた。眼科の医師から注意は受けておらず、目の手術も受けたことがないということで内科に問い合わせた。ビーエイ配合錠はブルフェン錠100に変更となった。	患者はお薬手帳を利用しており、以前内科の医師にもお薬手帳を見せていると確認していたがビーエイ配合錠が出されていた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ビーエイ配合錠 変更になった医薬品 販売名ブルフェン錠100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1220	前回まで降圧剤とセレスターナを処方されていた患者が薬局。服薬指導時、今回は鼻は良くなったが、ビリルビンの値が良くないみたいで薬が変わると話があった。しかし、処方前回に続き降圧剤とセレスターナが処方されていた。不審に思い疑義照会を行った結果、セレスターナ2T就寝前服用が中止となり、ウルソ錠50mg3T毎食後に変更となった。	医療機関側が処方箋発行の際、前回データをそのまま引っ張ってきたと思われる。		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名セレスターナ配合錠 変更になった医薬品 販売名ウルソ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1221	当薬局には初めて薬局された患者。お薬手帳の持参はなかった。先日まで今回の処方元の病院に入院していた、退院処方と同じものが出ているはずだとの話だったが、確認していくと、カンデサルタン錠8mg「あすか」は今は服用しておらず、追加になるとも聞いていないとのこと。病院に疑義照会を行い、カンデサルタン錠8mg「あすか」の処方中止となった。	詳しく話を聞くと、患者は外科に入院しており、他の薬は今回の処方医が処方したが、カンデサルタン錠8mg「あすか」は同院の循環器科から追加で処方され、血圧が下がり過ぎたため中止されていた。疑義照会の際、処方医は「Dの処方にしたつもり」と言っており、この経緯を把握していなかった様子だった。病院内での情報伝達が不十分だったと思われる。	病院内で患者への指示を共有する。服薬中止など、現在の服薬状況が分かるようにお薬手帳に記載する。	その他病院内の連携不足	処方された医薬品 販売名カンデサルタン錠8mg「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1222	他院で前立腺肥大にてアボルブの服用を継続している患者様で 薬歴に情報あり。今回 風邪の症状で受診し 禁忌薬である 一般名プロメタジン1.35%配合非ピリン系 処方 患者様に前立腺肥大の治療薬アボルブの継続を確認して 疑義照会し 漢方に変更となった。	併用薬の確認 記録が継続的に行われていたため 禁忌薬の疑義照会がスムーズに出来た。	今後も他院での併用薬の確認は 毎回行っていく	その他薬歴情報	処方された医薬品 販売名サラザック配合顆粒 変更になった医薬品 販売名コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1223	緑内障治療中の患者。フスコデ配合錠が処方されたが、事務員の入力時にレセコンのチェックがかかったため、薬剤師が確認の上疑義照会した所、アストミン錠10mgに変更となった。	レセコンのチェック機能を活用することで、確認漏れが起こりにくい状態になっている。レセコンのチェックがかかった際の対応について、スタッフが理解して適切に対応できている。	特記なし。	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名アストミン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1224	ネキシウムCap定期服用中の患者にピロリ菌感染が認められ、同処方箋においてネキシウム+ボノサップ処方。PPI重複のため処方医に疑義照会後、ネキシウムCap20→ファモチジン錠10に変更。			その他処方ミス	処方された医薬品 販売名ネキシウムカプセル20mg 変更になった医薬品 販売名ファモチジン錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1225	トーフチームが処方されたが、タムスロン服用中で前立腺肥大症があるため疑義照会を行い、トーフチームの処方が削除となった。			その他病院での確認不足	処方された医薬品 販売名トーフチーム配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1226	便秘が主訴の患者に対して、新規の薬剤を便時として処方した。疑義照会にて、下痢止めから下剤へと変更となった。頓服(便秘時)と記載されていたため気が付いたが、定期服用の指示であれば見過ごされた可能性もある。	医師が使い慣れたものではなく、新規の薬剤を処方するケースであったにも関わらず、十分な確認を怠ったためと考えられる。	当該患者に対して新規薬剤が用いられる場合は、処方せんの記載内容だけでなく、患者からのヒアリングも十分行った上で調剤を行う。	その他Drの知識不足	処方された医薬品 販売名イリボー錠5μg 変更になった医薬品 販売名アミティーザカプセル24μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1227	「一般名」メトホルミン塩酸塩錠MT250mgが処方されていた。患者さんのご家族が、栄養が取れてないとのこと、当薬局に半固形栄養食リカバリーニュートリノの購入を依頼された。患者さんの状態を確認したところ、栄養不良状態であることが考えられたため、処方医に連絡したところ、HbA1cの値も良好なため、「一般名」メトホルミン塩酸塩錠MT250mgが中止となった。			その他患者状態変化	処方された医薬品 販売名メトグルコ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1228	スルピリド服用中の患者にプリンペラン錠が処方された。患者は医師にお薬手帳を見せたことだったが、錠体外路症状の副作用が懸念されたため、念のため疑義照会したところ、プリンペラン削除となった。	患者はお薬手帳を見せたものの、多剤を併用中&GE名で記載されていたため、医師が見落としした可能性あり。		その他医師の見落とし	処方された医薬品 販売名プリンペラン錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1229	今まで処方されていない薬が追加になり、定期薬との日数と処方日数が合わなかった。患者様に確認した所、処方の話は無かった。疑義照会で確認した所、以前検査入院で処方されたお薬を誤って今回も記載した事が分かり、疑義照会で処方内容訂正。			その他Dr処方入力ミス	処方された医薬品 販売名グリセリン洗腸「オヲタ」60 販売名ピコスルファートナトリウム内用液0.75%「JG」 販売名ボルタレンサボ25mg 販売名センノシド錠12mg「YD」 販売名塩酸リルマザホン錠1「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1230	7歳オロバタジン塩酸塩顆粒1gだったので用量不足の疑義照会し2gへ	誕生日が来て間もなかった	7歳から用量が増えるので薬剤師としてしっかり確認していく	その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名オロバタジン塩酸塩顆粒0.5%「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1231	7歳でザイザルが5ml2×で処方されていたので疑義照会し10ml2×になった		小児の場合は年齢、体重にあわせて用法用量を確認していく	記録などに不備があった その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1232	メトグルコ朝夕食後(4T、3T)で処方するところ(5T、2T)で処方。処方の書き方がおかしく疑い、判明			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メトグルコ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1233	1歳の女児 体重8.2kg にメブチンドライシロップ 4g 3×7日分処方され、疑義照会で0.4g/日であることを確認して調剤してお渡した。	処方医 処方入力1桁間違い インシデント水際で防げた例プロカテロールは用量間違いは体調に明らかに支障をきたすため注意が必要	自動分包機による調剤であるため、入力がスルーすると自動分包機の画面でのチェック、鑑査が重要となる。・入力時チェック・自動分包機画面でのチェック・鑑査でのチェックこの3点で必ず見落としのないようにする。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名メブチンドライシロップ0.005%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1234	内科でプロノン錠を服用されており、日ごころは泌尿器科でバルナックカプセル、プロクトセディル軟膏処方。今回頻尿について相談され、併用禁忌のベタニス錠が泌尿器科で処方された。病院に疑義照会を行い、ベタニス錠が中止となった。	病院側の併用禁忌の確認ミス。	併用禁忌薬については日ごころから薬歴簿にも記載しておく。	その他病院側の禁忌薬確認ミス	処方された医薬品 販売名ベタニス錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1235	ディレグラ配合錠 2錠 1日2回朝食後処方。通常、成人は1回2錠を1日2回朝夕の空腹時に経口投与となるため、疑義照会を行いました。その結果、4錠 1日2回朝夕食前に変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1236	久しぶりの来局。薬歴の記録に緑内障の記載があり、併用薬の記録でもザラカム配合点眼液を使用中とあった。また、持参されたお薬手帳でも現在もザラカムを使用していることが確認できた。フスコデ配合錠が処方されていたが、緑内障の患者に禁忌の薬であったため疑義照会した所、アストミン錠10mgに変更となった。	レセコンのチェックがかかる箇所には緑内障が登録されておらず、入力時には気が付かなかった。薬歴の記録やお薬手帳の内容を確認することで、禁忌薬の調剤を防ぐことができた。	登録漏れがあるものは、入力時にチェックがかかるように登録をする。	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名アストミン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1237	トリプタノール錠10が処方されたが、以前痛みが悪化した事が有るという事で確認する。サインバルタカプセル20mgに変更される。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名トリプタノール錠10 変更になった医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1238	アーガメイトゼリー20%25gが今回処方なし。患者は中止の指示を受けていなく不明との事。問い合わせして追加となる。カリウムの血中濃度維持は重要であるため、患者が不明と言った場合、処方医に問い合わせる必要がある。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名アーガメイト20%ゼリー25g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1239	1日量0.8と処方だが本来は0.5g			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ツロプテロール塩酸塩DS小児用0.1%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1240	緑内障と前立腺肥大のある患者にビーエイ配合錠が処方された。	お薬手帳の情報にラタプロスト点眼液0.005%とアボルブカプセル0.5mgあり。疑義照会后、ビーエイ配合錠は削除となった。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ビーエイ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1241	ロゼレム服用中の方にフルボキサミン25mgが処方。禁忌の為疑義照会にてフルボキサミン処方削除になった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1242	定期処方でカンデサルタン4mgニプロ1T 朝後 服用の患者様。本日処方が カンデサルタン4mg 0.5T 朝後。患者カウンセリング時、血圧が150~160台で減量の旨、医師から聞いていないとのこと。疑義後、医師による処方記載ミスだったことが判明。カンデサルタン4mg 1T 朝後に変更となる。Do処方。	医師の処方せん記載間違い。	患者への聞き取りを徹底、処方箋、薬歴を用い、処方監査を徹底したい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名カンデサルタン錠4mg「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1243	他病院にてワーファリン服用中の患者様に禁忌薬のフロリドゲルが処方になった。お薬手帳に記載があったため、鑑査時に確認し、疑義照会して、フロリドゲルが削除、ファンギゾンシロップに変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フロリドゲル経口用2% 変更になった医薬品 販売名ファンギゾンシロップ100mg/mL	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1244	メイアクト1.2gで処方。2gに変更となった。			確認を怠った 連携ができていなかった 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名メイアクトMS小児用細粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1245	前々月までアドエア前回アニュイティになり1ヶ月使用、今回もアニュイティの処方せんで来局。継続かと思われたが「1日2回の方が楽になる」と相談していたことを聞き取り、照会したところアドエアに戻す処方であったことを確認。院内での入力ミスの可能性。		体調や薬を使用しているの状況をよく聞き取り、患者の状態や医師の方針に合った薬物治療に取り組む。	その他医療機関での処方発行時	処方された医薬品 販売名アニュイティ100μgエリブタ30吸入用 変更になった医薬品 販売名アドエア250ディスカス60吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1246	セフジニル100mgが処方された患者様来局。患者のアレルギー症状を確認した所、過去抗生剤で蕁麻疹が出た情報を聞き取り、具体的な名前等分らないか確認。セフジニル服用により蕁麻疹が出た記載の紙を見つけ疑義照会。セフジニル中止でレボフロキサシン500mgに変更になった。			その他アレルギー症状	処方された医薬品 販売名セフジニルカプセル100mg「JG」 変更になった医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg「CH」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1247	お腹の調子が悪く、消化器科に受診。パンテチン酸20%、ガスコン40mg、センソンド12mgが処方された。薬局で持っていた情報より他病院内科でガスコン40mgが継続処方されていたため重複。疑義照会で消化器より処方ガスコン40mgを削除してもらった。院内でのお薬手帳の確認漏れが原因。			その他他病院との処方重複	処方された医薬品 販売名ガスコン錠 40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1248	ユリーフOD4mg錠56日分の処方があり、投薬時患者と対話。医師に残薬があることを伝えていて、ユリーフOD4mgが残薬があり、アボルプ0.5mgが残薬が無いと伝えた所、Drが逆の処方をしていた事が発覚。疑義照会でユリーフOD4mgを削除してもらい、必要薬のアボルプ0.5mgを処方してもらった。			その他他病院での残薬聞き取りミス	処方された医薬品 販売名ユリーフOD錠4mg 変更になった医薬品 販売名アボルプカプセル0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1249	妊娠後期の方にモーラステープL40mgの処方があった。妊娠後期の方禁忌のため疑義照会をした所、モーラステープL40からGSプラスターに処方変更になった。			その他禁忌確認不足	処方された医薬品 販売名モーラステープL40mg 変更になった医薬品 販売名GSプラスターC「ユートク」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1250	セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」が3T 分3で出ていた。6歳なのでまず錠剤が飲めるのか、量が多いが体重はどのくらいか問い合わせた。体重は測っていないということで測ってもらったと22.9Kgで錠剤は小さいのなら飲めるという返答だった。やはり量が多いのでセフゾン細粒小児用10%に変更となった。	小児だが体重を確認せずに一緒に来ていた18歳の姉と同じ量で処方していた。イナビルは6歳でも出していいのかと問い合わせがあったが、セフジトレンピボキシルの処方には注意していなかった。普段、小児を診察していないので小児用量が分からないよう。		確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1251	ピラノア錠20mgが夕食後に出ていて、投薬者から空腹時でないといけないのではと言われて問い合わせた。夕食後から寝る前に変更となった。	服用時点を確認せずに調剤していた。医師は最近使い始めた薬なので空腹時服用と思っていたのかもしれない。	調剤前に処方箋の内容を監査してから調剤を始める。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ピラノア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1252	内科でセフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」が出ていたが、患者より一緒に飲んでほしいかと相談があり薬情とお薬手帳を確認すると当日に皮膚科でミノサイクリン錠50mgが出ていたので問い合わせてセフジトレンピボキシルが中止となった。	ヘルペスで皮膚科を受診し、風邪気味で内科を受診していた。医師は併用薬を確認していなかったよう。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1253	ロコアテープが追加となっていたが、セレコックス錠100mgが28日分出ており、同時に使用出来ないといひ合わせた。最初にロコアテープを試し、その後セレコックスを服用するように28日分から21日分に変更すると返答があった。処方元より患者の娘にも同じように説明すると言われた。患者は年末の為か残薬がある状態で受診していたので、残薬のセレコックスもロコアテープを使用する時は服用しないように指導した。その後、患者の娘が薬を持参して薬局し、高齢の母だけで説明を聞いたので痛み止めを飲まないように言われたそうだが、どの薬なのかと聞かれた。この娘は処方元が説明すると話した人とは別の人だった。患者にはモーラステープしも出していたので分からなかったよう。持参した薬のセレコックスの部分にロコアテープを貼った時は飲まないと書いて説明し、持参していた残薬も実物を見せて薬袋のセレコックスの部分に丸をし、残薬の中にもあるので注意するよう指導した。	問い合わせをした際に看護師が患者に説明に来たが、看護師は残薬があることを把握しておらず、その時になって早めに受診した理由を確認していた。残薬があるのに処方変更をして、残薬を把握していないのでその説明がなく患者が混乱してしまう。	患者が高齢なのであとからでも分かるように紙に書いて説明する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名ロコアテープ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1254	アスピリンDS2%での処方量であったが、処方ミスでアスピリン散10%で処方されていた。監査時に気づき、処方医に対して5倍量の処方量であることを疑義照会。処方記載がアスピリン散10%からアスピリンDS2%へ変更となる。	電子カルテの選択ミスが考えられる。	日ごろ処方されない医薬品規格については電子カルテ上に候補表示されないよう設定を行う。	判断を誤った 施設・設備 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アスピリン散10% 変更になった医薬品 販売名アスピリン ドライシロップ2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1255	サワシリンCap250mg3C/3×毎食後で処方あり。eGFR11.4と高度の腎機能低下あり、1回250~500mgを24時間ごとが推奨となるため確認。その結果サワシリンCap250mg1C/1×夕食後に変更となった			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名サワシリン カプセル250	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1256	前回より中止していたクレストール錠が再度処方されていた患者に確認したがよくわからないということで、医師に疑義照会し、削除となった	以前の処方をそのまま貼り付けてしまったと考えられる。○単純なミス		勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名クレストール錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1257	緑内障(閉塞性が不明)の患者にトワチーム処方処方医には伝えていなかったとのこと眼科のほうは休診のため連絡がつかず、念のためトワチーム削除を提案。カロナールに変更	患者が緑内障について重要視していなかった		患者側	処方された医薬品 販売名トワチーム 配合顆粒 変更になった医薬品 販売名カロナール錠300	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1258	ピラノアが夕食後に処方されていた為に薬効のために寝る前に用法を変更するように提案した。		ピラノアが寝る前に用法が変更された。	知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名ピラノア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1259	患者初回問診時にインペスタンで痙攣副作用歴聴取済みの方の事例。短期処方一般名:【般】クレマスチンシロップ用0.1%処方を応需。応対前に電子薬歴でインペスタンで副作用歴を確認。それを受け疑義照会を行い、結果ブランドカストDS10%「日医工」に変更になった。		・引き続き、服薬指導前に薬歴をしっかりと確認していくことを徹底する。・副作用歴など特に重要な情報を確認した際は、医師などへの情報提供が必要な状況であるならば(患者が医師には病院で話していないなど)、積極的に応需先へ情報提供を行っていく。	連携ができていなかった 医薬品 仕組み	処方された医薬品の情報 販売名テルギンG ドライシロップ0.1% 変更になった医薬品 販売名ブランドカストDS10%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1260	タケキャブ錠10mgとファモチジンD錠10mgが同用法だったので間い合わせ。ファモチジンD錠10mg削除になる。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1261	ロスバスタチン2.5mgの処方があり、そのまま調剤しようとして準備したが、前回処方5mgで患者に確認したところ、処方変更に関して、医師より説明が無かったとのことで、疑義照会し、処方入力ミスと分かり、5mgに変更して調剤を行った。	○単純なミス	まず薬歴・患者からの情報収集を調剤の前に徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1262	脳梗塞で入院されていた患者様が退院し、かかりつけ医を再受診。退院時処方そのまま処方したが、患者家族から、今まで定期薬としてかかりつけ医からもらっていた薬を持参薬として入院時にもっていき、それも服用していたと話があったため定期の薬が処方されないのか確認したところ、入院していた医療機関からは持参薬を利用していただけ情報が抜け落ちていたことが判明(医師は退院時処方のみ服用していたと思っていた。)	入院した際に持参薬を一部用いていたが、持参薬を利用していたという情報は退院後に伝達されず、医師は退院時処方のみ服用していたと誤認していた。	持参薬を用いた場合、病院薬剤師もお薬手帳に入院時に服用していた薬剤を記載していただく。	記録などに不備があった 連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名- 販売名- 販売名- 変更になった医薬品 販売名インデラル錠10mg 販売名メマリーOD錠20mg 販売名ブラバスタチンナトリウム錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1263	今回タブロス点眼液が処方されていたが、過去タブコム点眼液定期処方の患者であったため、患者に「薬の変更を聞いていないか?」確認したところ、何も聞かれていない様子だったため医院に疑義照会したところタブコム点眼の入力間違いであることが解った。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名タブロス点眼液0.0015% 変更になった医薬品 販売名タブコム配合点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1264	処方箋通りに調剤。監査時に副作用歴からフロモックスで副作用(めまい・ふらつき)がでた記録を確認し、処方医へ疑義照会。クラリシッドへ処方変更。	処方監査、調剤時に副作用歴の見落としがあった。	処方監査の徹底。	確認を怠った 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 変更になった医薬品 販売名クラリシッド錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1265	ウインタミン細粒が1日24gで処方されていた。常用量をはるかに超えているため疑義照会し0.24gになった。	処方箋入力の際小数点を入れ忘れられたと考えられる。		その他医療機関の入カミス	処方された医薬品 販売名ウインタミン細粒(10%)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1266	リセドロン酸Na17.5mg「JG」が継続処方されたが、患者から聞き取りにより服用後の胃部不快感が現れるのと、週1回の製剤特性上飲み忘れが多いことが判明。医師へ連絡し、毎日服用製剤であり食後服用可能なラロキシフェン錠へ薬剤が変更になった。	継続処方のため、指示通り飲んでいるとの薬剤師側の思い込みや、個々の薬剤における副作用等の確認を適宜行わなかったことが原因と考えられる。	薬剤交付時に副作用の確認をしっかりと行う。疑義照会をしっかりと行う。	その他患者への聞き取りが不十分だった。	処方された医薬品 販売名リセドロン酸Na錠17.5mg「JG」 変更になった医薬品 販売名ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1267	腹部のほてりの訴えで種々の薬を試してきた方。効果が出ないため、今回より不安感の除去のための薬を処方すると医師より話があったと家族(娘)より聴取。今回、追加薬として「ソレントミン錠0.25mg1回1錠 医師の指示通り」が処方されていた。腹部のほてりの訴えはこれまでの薬歴より日中に起きていることがわかっており、おくすり手帳の内容から、他院でレンドルミンが処方されていることがわかっていました。日中の睡眠薬の服用や有効成分プロチゾラムの重複から、疑義照会により薬剤、用法について確認。結果、ソラナックス錠0.4mgの処方間違いであることが判明。用法に関しては患者家族の話の通り、日中の腹部のほてりの訴え時に服用であることが確認された。	カナで「ソ」、アルファベットで「sor」が重なっている薬剤。処方元は電子カルテであるため、薬剤の選択画面で上下になつていた可能性もある。	特になし	その他類似名称	処方された医薬品 販売名ソレントミン錠0.25mg 変更になった医薬品 販売名ソラナックス0.4mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1268	耳の後ろがズキズキ痛むとのことで受診。寝ても治らず片頭痛の疑いでイミグランが処方。薬歴の既往に脳梗塞の記載あり、患者家族に確認するとやはり脳梗塞の既往があることが判明。イミグランは脳梗塞既往のある患者には禁忌の薬剤であったため疑義照会を行い、処方削除。カロナール200mg2錠頭痛時に変更となる。	医師のイミグラン錠の禁忌疾患についての確認不足	薬局内でもイミグランは脳梗塞の既往患者には禁忌であることを周知	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名イミグラン錠50 変更になった医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1269	クラリスが処方されたが、他院にて禁忌であるベルソムラを服用中であることを薬歴・おくすり手帳にて確認。患者に現在も服用中の旨確認後医師に疑義照会。メイアクトに変更。		ベルソムラを飲んでいる旨を他院に受診の際は伝えるよう患者にお伝え。おくすり手帳は必ず見せて頂く。	患者側	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1270	鼻・ノド症状でザイザル30日分を含む処方箋持参の新規患者。お薬手帳を確認したところ皮膚科にてアレグラ服用中、処方医に照会しザイザル削除。		お薬手帳の情報ほどの医療機関にも伝えるよう患者指導することをスタッフ内で再確認。	その他併用薬が伝わっていなかった	処方された医薬品 販売名ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1271	オルベスコ・セレベント吸入併用の患者。前回手持ち調整のためセレベント処方なし、今回は必要だったことを聞き取り照会して処方追加。		薬歴記録から手持ち調整後のフォローも見落とさないように薬局内で再確認。	その他医療機関処方漏れ	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名セレベント50ディスクス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1272	アドエア・スピリーバ吸入併用の患者。前回手持ち調整のためアドエア処方なし、今回もなかったが手持ち終了と確認、照会して追加。		薬歴から調整後のフォローも見落とさないことをスタッフ内確認。	その他医療機関処方漏れ	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名アドエア250ディスクス60吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1273	耳鼻咽喉科より3歳男児にドライシロップ3種の処方ファクスあり。アレジオンとムコダインは体重15~16キロ相当の用量で年齢相応と思われたが、ムコソルバンは0.5g包を1日3包の処方。過量が疑われるので用量を照会したところムコソルバンの処方そのものが削除となり、医師からの削除指示と患者に説明するように、と。来局時ご家族より体重15キロと確認して服薬指導。		小児の処方を受けることはふだんあまり多くないので、薬剤ごとの用法用量に特に注意し添付文書で確認することをスタッフ内で再確認した。	その他医療機関側要因	処方された医薬品 販売名ムコソルバンDS3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1274	ランタスXR注シロスター 11単位で処方ですが、本人様15単位と聞かれてたので、Dr.に確認をした所 15単位へ変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ランタスXR注シロスター	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1275	アミティーザカプセル処方ありますが、患者様より現在便はやわらかい為残薬もあるので、今回処方分は必要ないとの事。Dr.にその旨疑義照会を行いました。その結果、アミティーザカプセル削除になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アミティーザカプセル24μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1276	リン酸コデイン散1%「ホエイ」6g 1日3回毎食後を含む処方箋を受付。薬歴の患者情報より透析患者である事が分かった為、1日量についての疑義照会を行い、透析ガイドラインでの使用量3g 1日3回毎食後に減量	透析患者での常用量を確認する習慣があった為、疑義照会をかけることが出来た。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名リン酸コデイン散1%「ホエイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1277	ご家族が処方箋を持って来局。一般名、ロラタジンロップ1%、0.5gで処方が出ていたが、本人が8歳だった為、用量の確認をしたところ、ロラタジンOD錠10mg、1TIに変更になった。	先月が誕生日で、8歳になったばかりのため、処方医も年齢の確認を怠ったものと思われる。	年齢によって用量が変わる薬は、ちゃんと今の年齢を確認する。	判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ロラタジンDS1%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1278	患者本人が処方箋を持って来局。前回、サインバルタを飲むとむかつきの副作用が出る為、トラムセツに変更になっていたが、今回またサインバルタの処方が出ていたため処方医に確認したところ、サインバルタは削除になった。	医院側のカルテの、前回薬が変更になった経緯の記載を主治医が見落としただけと思われる。	投薬前に以前の薬歴を読み、薬の変更の経緯などをよくチェックするようにする。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1279	キョウニン水が1日量9mlで処方され疑義照会した。処方医より1日量は最高用量にしてほしいと返答があり、1日量6mlを提案し、処方が6mlとなる。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名キョウニン水「マルイン」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1280	患者の夫が(患者本人が歩行困難な為)整形外科の処方せんを持って薬局、セレコックス錠100mgが処方されていたが、お薬手帳の履歴より重複投与であることがわかり、処方医へ問い合わせをし、今回の処方が取り消しとなった。			連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品の情報 販売名セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1281	患者さん本人が処方箋を持って薬局。本人は77歳の成人で、消化性潰瘍も無く、腎臓、肝臓なども正常である。歯痛のため歯科を受診。処方箋は、頓服でカロナール200mg錠、1回1錠と記載。カロナール錠の200mg1錠だと用量が少ないと判断し、疑義照会したところカロナール300mg、1回1錠に変更になった。	医師が200mg錠と300mg錠の判断を間違えたものと思われる。	カロナールは錠剤に規格が何種類もあるため、患者の年や状態を判断して調剤、監査をするように心がける。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1282	小児に大人の用量が処方されており、疑義照会後処方変更になり健康被害を未然に防げた			その他医師の処方入力誤り	処方された医薬品 販売名アレロックOD錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1283	前回同じ抗生剤服用で下痢の消化器症状の発生した患者に、今回同じ薬剤で整腸剤の処方がなかったため、疑義照会後整腸剤の処方が追加となった			その他整腸剤の有無の確認不足	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名ピオフェルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1284	带状疱疹後神経痛での処方。ノイロピタンでもビタミン類の欠乏又は代謝障害が関与すると推定される場合神経痛、末梢神経炎・末梢神経麻痺など痛みに関する適応はあるが、用法が4錠分2朝夕食後と、ノイロトロピンの処方のように考えられるため疑義照会。ノイロトロピン錠4単位に変更となった。			その他頭文字3文字が同じため	処方された医薬品 販売名ノイロピタン配合錠 変更になった医薬品 販売名ノイロトロピン錠4単位	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1285	チャンピックスは12週で禁煙治療が完了する薬だが、最後の処方箋の日数が14日分で良いところを、258日分処方されていたので、問い合わせで14日に変更してもらった	単純なミス、と思われる。	病院のミスなので、薬局では何とも考えられない	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名チャンピックス錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1286	タケルダがいつも処方されている患者に、別の日にタケロンOD30mgが追加されていたので問い合わせで、削除となった	タケルダが合剤、と言うことに気づかなかったため	病院のDr.のうっかりミス	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名タケロンOD錠30	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1287	患者は医師へせき込みは起床時のみで日常では出ていないこと話したが、せき止めが処方されたので疑義照会して削除となった	患者の訴えが医師に伝わらなかった	患者がうまく医師へ伝えられないことも度々あるので、患者のわがままでない限り、患者の意をくんで支えていくことも大切なことと考える	連携ができていなかった その他医療機関側の問題	処方された医薬品 販売名アスベリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1288	66歳女性が市民病院整形外科医の処方せんを持参し来局。処方せんには「ボナロン経口ゼリー35mg、1包/分1起床時、2日分」と記載されていた。患者さまに服用状況を確認したところ、月1回1包との回答をえたが、同じ処方せんに記載された別の薬剤の処方日数は63日であったため担当医師に疑義照会を行ったところ、週1回の服用で、処方量を2日分から9日分に変更するよう指示をうける。患者さまには月1回服用ではなく週1回の服用であることを説明し、処方量を週1回1包9日分に変更し9包分をお渡した。	医師の思い違い及び説明不足		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ボナロン経口ゼリー35mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1289	40歳と若いのにレボフロキサシ錠250mg「DSEP」が1T 分1で出ていたので1Tでいいのか問い合わせた。2Tの間違いということで変更となった。	○単純なミス事務員が入カミスをしただけだった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名レボフロキサシ錠250mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1290	ランサップで発疹歴のある患者にクラリスロマイシンが処方されたため処方医に照会し、セフジニルに変更された。			その他処方医の副作用歴確認不足	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名セフジニル錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1291	フスコデ配合錠 6錠 毎食後 7日分で処方がありました。フスコデ配合錠が重複していたので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、カルボシステイン(250) 4錠 朝夕食後 7日分へ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1292	テルネリン単独処方。新規患者のため、問診票記入してもらったところ、うつの薬服用中とのこと。薬剤名を確認したところ、ルボックスとのこと。併用禁忌のため、処方医に連絡。処方せん自体取り消しに。	医院側での服用薬のチェック漏れ		確認を怠った	処方された医薬品 販売名テルネリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1293	門前クリニックの透析患者様。定期薬でナフトビジルOD錠75mg「日医工」を服用中で現病歴にも前立腺肥大との記載があった。今回臨時でPL配合顆粒が処方されたので、疑義照会を行ったところ、PL配合顆粒が削除になり、ツムラ葛根湯が追加になった。	臨時薬の処方医が担当医ではなかった。	特になし	その他疑義照会	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 変更になった医薬品 販売名ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1294	当薬局の主な処方箋応需先である医療機関は同一科、同一医師の処方処方が多い場合に、2枚に分けて処方箋を発行することがあり、その2枚ともに以下余白の記載がある。病院の不手際でいつも2枚処方箋が発行される患者様が1枚のみ持参され薬局、クロビドグレル錠75mg「SANIK」が処方されている処方箋がお渡し漏れとなっており、お薬のお渡しの際は本人は高齢ということもあり、変更についてはよくわからないというお話だったが、万一処方箋の渡し漏れだった場合を危惧し疑義紹介したところ、思った通りお渡し漏れとのことだった。	医療機関側の不手際のため細かい要因は不明だが、上記のように特別な理由もなく2枚に分けて、かつどちらの処方箋にも以下余白の記載があることが原因の一つであると考えられる。		その他医療機関側のミス	処方された医薬品 販売名- 変更になった医薬品 販売名クロビドグレル錠75mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1295	風邪薬にて来院処方あり。ロキソニンを含む5種類の薬剤が処方。調剤者は副作用歴を確認せず調剤を完了。鑑査者の副作用歴の確認においてロキソニンにて湿疹の歴がある事を確認。疑義照会にてロキソニン⇒ソランタールへ変更。	作業手順の不履行	調剤者は調剤開始前に処方監査をしっかりと行い、併用薬・副作用歴・アレルギー歴・妊娠・授乳などの確認徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 変更になった医薬品 販売名ソランタール錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1296	今回、テルネリンが処方されたが、他の医療機関で併用禁忌のフルボキサミンマレイン酸も処方されて服用していた。疑義照会してテルネリンが削除となった。			記録などに不備があった 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名テルネリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1297	平成29年4月～10月までデザレックス錠5mg 11月13日にフェキシソフェナジン60mg、11月28日にデザレックス錠、12月もデザレックス錠が処方されたが痒み取れず患者が薬の変更を希望したため疑義照会を行いルバフィン錠10mgに変更になった。	医師の患者への問診不足		その他医師の確認不足	処方された医薬品 販売名デザレックス錠5mg 変更になった医薬品 販売名ルバフィン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1298	ノボラビッド注フレックスタッチを(朝6単位、昼6単位、夕4単位)、ランタスRX注ソロスターを(就寝前8単位)で使用されていたが、入院を機に低血糖症状を起こしたため、入院中に単位数が減量となっていた。退院されて処方されたインスリンが入院前と同じ単位数で処方されており、患者に指摘されて問い合わせを行ったところ、ノボラビッド(朝6単位、昼4単位、夕4単位)、ランタスRX(就寝前6単位)となり、入院中の単位数に変更となった。	患者とインスリンの単位数を確認しなければ、変更し気付かなかったと思われる。		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ノボラビッド注フレックスタッチ 販売名ランタスRX注ソロスター	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1299	前々回までの処方(アムロジピン(5)2T2X、タナトリル(5)1T、フルイトラン(2)1T1X)+前回変更になった処方(アイミクスHD1T1X)内容がすべて記載。アムロジピンに関してだけでも1日量20mgになり、疑義照会をかけ、結果前回処方方のアイミクスHD1T1Xになった。	在宅の患者さんだったため、本人または家族に確認が出来ず返答に時間がかかった(診療所内でもわかっているスタップが不在)。在宅訪問中にノートパソコン等でデータ入力をされたと思像できるが、薬局側としては確認しようがない。配合錠のため、成分が隠れてしまうことも多く、多忙時に今回のようなことが起きた場合、過量投与もあり得たかもしれない。	配合錠が多く、うっかり流してしまうことのないように、同成分のみでなく作用の点からもチェックしなければいけないと、喚起された例。配合錠の成分・用量を必ずチェックをし、入力、調剤、監査の3段階でブロックをかけることの徹底。	コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「サンド」 販売名アイミクス配合錠HD 販売名フルイトラン錠2mg 販売名タナトリル錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1300	12歳未満の小児に投与しないフスコデ錠が処方となっていたので、疑義照会しメジコン錠に変更となった			判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フスコデ配合錠 変更になった医薬品 販売名メジコン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1301	定時処方で継続来局の患者様に新規でセレクトール追加で処方。調剤・監査後、投薬時に患者様とお話で痛みでお薬追加になるとの聞き取り。処方薬がお話と合致しないため疑義照会を行い、セレクトール100mg⇒セレコックス100mgへの変更を確認。	単純なミス	新規薬剤追加時は患者様からの聞き取りをしっかりと行い、処方内容と合致するか確認する。名前が類似している薬剤について日頃から意識して調剤・監査を行う。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セレクトール錠100mg 変更になった医薬品 販売名セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1302	前回までキンダベート軟膏、プロベトを各30gで混合していたが、今回、プロベトが40g、キンダベート軟膏が30gの混合指示で処方された。不審に思い疑義照会したところ、入力間違いであることが判明した。	キーボードの隣の数値である為、押し間違えた可能性がある。○単純なミス処方箋発行後に医師が記載内容をしっかり確認できていればよいが、医師の勤務状況を考えてと難しいのかもしれない。	単純なミスに関しては薬局で慎重に確認していくかなと考えられる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プロベト	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1303	トラベルミン配合錠が1錠2×で処方された。分割不可の薬剤であるため疑義照会したところ2錠2×の誤りであった。	前回は1錠頓服だったため入力の際そのままコピーしたと思われる。		その他医療機関の入カミス	処方された医薬品 販売名トラベルミン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1304	妊娠中の方にドンペリドン10mgが処方。禁忌処方のため疑義照会で削除してもらった。			その他禁忌処方	処方された医薬品 販売名ドンペリドン錠10mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1305	耳鼻科の処方箋持参。レボフロキサシン処方されていたが、お薬手帳の記載と本人への聴取から、3日前までレボフロキサシン服用していたことが判明。疑義照会したところ、クラリスロマイシンに変更となった。			その他患者の申し出ミス	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1306	耳鼻科の処方箋を母が持参。お薬手帳を確認したところ、4日前までセフジトレンでいたことが判明。耳鼻科からもセフジトレン出ていたので、疑義照会したところ、セフカペンに変更となった。			その他クリニックでの確認もれ	処方された医薬品 販売名セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1307	耳鼻科の処方箋持参、お薬手帳で併用薬確認したところ、メチコパール服用中とのこと。耳鼻科からもメチコパール処方されていたので、疑義照会したところ、中止となった。			その他併用薬の確認ミス	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1308	元よりリーゼを継続服用していたが、眼科受診した際に狭隅角緑内障であることが発覚。リーゼの禁忌疾患に当たるため、眼科医よりの情報提供書を持参して内科受診。薬局でも情報提供書を確認。内科医からは、同様に禁忌に当たるキュパールの吸入について継続可能との話はあったが、リーゼについての話はなかったという事から疑義照会し、処方削除となった。	継続服用中の複数の薬剤への禁忌疾患が途中で発覚。医師も把握しており一方についての言及はあったが、他方については確認が漏れたのかもかもしれない。	医師と薬剤師の複数人によるチェックにより、疾患の悪化が未然に防げた例である。	医薬品 患者側	処方された医薬品 販売名リーゼ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1309	耳鼻科の処方箋持参。セフジトレン処方されていたが、薬歴に薬疹の副作用記録あったため、疑義照会し、クラリスロマイシンに変更となった。			その他クリニックでの確認ミス	処方された医薬品 販売名セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「EMEC」 変更になった医薬品 販売名クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1310	他病院よりベルソムラの処方があることをお薬手帳より確認。耳鼻科に受診の際にクラリスが処方された。禁忌疾患に当たるため疑義照会したところ、サワシリンカプセルに処方変更となった。	耳鼻科医が併用薬を把握していなかった可能性あり。		医薬品	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名サワシリンカプセル250	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1311	耳鼻科の処方箋持参。セフジトレンとフィンバム処方あり。症状を聞いたところ、良性発作性頭めまい症とのこと。セフジトレンの処方はおかしいと思い疑義照会したところ、ベタヒスチンの間違いだったことが判明し、正しい薬を調剤してお渡しした。	処方箋の記載ミス、背景を聞いたところ、先発名で処方薬を検索して、メリスロンを選ぶところをメリアクトを選んで、そのあと一般名処方に変換されるため、ベタヒスチンのところがセフジトレンで処方されたらしい。		その他クリニックのミス	処方された医薬品 販売名セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1312	耳鼻科の処方箋持参。お薬手帳確認したところ、歯科よりクラリシッド処方されて14日分服用中と判明。疑義照会したところ耳鼻科からのレボフロキサシンは中止となった。患者が、耳鼻科で併用薬のことを言わなかったよう。		歯科よりクラリシッド処方されて14日分服用中と判明。疑義照会したところ耳鼻科からのレボフロキサシンは中止となった。患者が、耳鼻科で併用薬のことを言わなかったよう。	その他患者の申し出忘れ	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠250mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1313	循環器科よりタケルダを継続服用していたが、逆流性食道炎の悪化により他内科よりランソプラゾールの処方があることを手帳より確認。当初は15mgの処方であり、内科医と院外処方を受け付けた別薬局も合計量30mgなので問題ないと把握していたが、途中から30mgに増量、ランソプラゾールの1日用量がオーバーしてしまっていた。循環器科医はランソプラゾールの処方を把握していなかった。疑義照会により合剤のタケルダからバイアスピリンに処方変更。	途中から追加された他院処方を、処方医が把握していなかった。	疾患治療途中から服用する薬剤が増えた場合は、手帳にて医師に情報提供をするよう患者に促した。	医薬品	処方された医薬品 販売名タケルダ配合錠 変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1314	以前錠剤を噛むのでパリエットからタケロンに変更した患者が、最近薬を吐き出すので、お嫁さんが工夫して、薬を粉砕して飲ませているというのを聞き取りから知った。タケロンはコーティング顆粒が破綻すると効果が出ないので、噛むくらいなら大した影響もないが、粉砕すると効果に影響すると思った。患者に、医師に相談してつぶしても効果のある薬にしてみようかと話し、お願いしますということで、服薬情報提供書で医師に報告し、粉砕しても効果のあるタケキャブへの変更を提案し、次回から処方変更された。	元々認知症のある患者で、お嫁さんが服薬に苦慮されていることを薬局側で掴んでいたため、来局の度にその苦勞を聞き取りしていた。	患者が家でどのように薬を服用しているかは、注意していないとわからない。飲み方によって効果に影響のある薬は、投薬時に指導するとともに、時折様子を聞いて、場合によっては医師と連携し、効果の出る方法を選択しなければならぬ。	知識が不足していた 患者側 仕組み	処方された医薬品 販売名タケロンOD錠15 変更になった医薬品 販売名タケキャブ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1315	一般名処方と同じ処方箋の中にアンブロキソール塩酸塩徐放錠45mgとアンブロキソール塩酸塩錠15mgの記載があり、疑義照会。アンブロキソール塩酸塩錠15mgからカルボシステイン錠500mg3錠分3毎食後4日分に処方変更指示。	処方医の選択間違いと考えられる。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg 変更になった医薬品 販売名ムコダイン錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1316	定期薬でランソプラゾールOD錠15mgを処方中の患者さんに、ファモチジンOD錠10mg分2 7日間が追加処方となっていた。患者さんからの聞き取りでは「最近、胃の調子が良くないって相談した」とのことだった。Drに疑義紹介したところ、ランソプラゾールは継続のまま、ファモチジンをアルジオキサ錠100mg分3 3T 7日間への変更となった。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ファモチジンOD錠10mg「トローフ」 変更になった医薬品 販売名アルジオキサ錠100mg「トローフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1317	一般名処方処方の中にモンテルカスト錠10mg、デキストロメトルファン錠15mgの記載があった。お薬手帳にて他院より両剤の処方の記録があり、重複となるため疑義照会。処方医より処方中止の指示を受けた。	患者が医師にお薬手帳を見せていなかったことが要因と考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名モンテルカスト錠10mg「KM」 販売名メジコン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1318	処方の中にバルトレックス錠500mg6錠分3毎食後3日分の処方があり、服薬指導中に整形外科で腎機能が悪いと指摘されたことがあると聴取し、疑義照会。処方医よりバルトレックス錠3錠分3毎食後3日分に処方変更指示を受けた。	腎機能についての情報が処方医に伝わっていなかったことが要因と考えられる。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1319	1年半ぶりに来局された患者。デベルザ錠20mg 1T 分1朝食後、プラダロン錠200mg 3T 分3毎食後、プレドニゾン軟膏が処方されていた。患者からの聞き取りにより、今回は皮膚のアレルギー症状、泌尿器疾患のために受診したことが分かった。糖尿病薬であるデベルザ錠が処方されていたため、疑義照会を行い、デザレックス錠5mg 1T 分1朝食後に変更となった。	デザレックス錠5mgと入力するところをデベルザ錠20mgと入力したようだ。	引き続き、患者インタビューは確実に情報が得られるように慎重に行うこととした。	その他医療機関の要因	処方された医薬品 販売名デベルザ錠20mg 変更になった医薬品 販売名デザレックス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1320	一般名処方処方の中にセフトレニドボキシル錠100mg3錠分3毎食後4日分の処方があり、薬歴にてセフェム系は合わないとの記載があり、本人にも合わないことを確認し、疑義照会。処方医よりクラリスロマイシン錠200mg2錠分2朝夕食後4日分に処方変更指示を受けた。	セフェム系抗生物質が合わないことが処方医に伝わっていなかったことが要因と考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg 変更になった医薬品 販売名クラリスド錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1321	内服薬の服薬指導時、付き添いの家族が、診察時確か3日分と聞いたと言われた。処方箋の投薬日数は30日分で、転倒した打撲の痛みをのみの割には長期でもあるので疑義照会。カルテは3日分だったらしく3日分に変更となった。	病院の事務員がカルテの3を30と間違えてPC入力したようだ。	服薬指導時、患者さんのはなしをよく聞き、疑義があれば必ず疑義照会して確認する。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ジクロフェナクナトリウムSRカプセル37.5mg「オーハラ」 販売名レバミド錠100mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1322	一般名処方処方アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg1錠分1夕食後28日分の処方、服薬指導時にこの薬は1日おきに服用すると聴取した。他の薬と同じ28日分であったため疑義照会。処方医より処方日数を14日分に訂正指示があった。	医師の計算間違いと考えられる。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アムロジンOD錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1323	フォサマック錠5mgの処方処方処方について伝えてると飲み忘れそうだと本人も自信がなさそうであったため、週1回だけ服用する薬もあることを伝え、本人もそちらを希望されたため、疑義照会。フォサマック錠35mg1錠分1起床時4日分に処方変更指示を受けた。	フォサマックの服用方法についての認識が十分でなかったことが1つの要因と考えられる。		勤務状況が繁忙だった 患者側	処方された医薬品 販売名フォサマック錠5 変更になった医薬品 販売名フォサマック錠35mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1324	前回ロラタジン(10)が朝食後処方されていた患者さんに、今回ロラタジン(10)が削除となりピラノア(20)が朝食後処方されていた。食後服用だと効果が減弱する可能性があるため疑義照会を行い、空腹時に変更になった。		初めて処方される薬剤の場合は添付文書を確認して鑑査を行う。	運携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ピラノア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1325	アレンドロン酸ナトリウム水和物錠35mg 1錠朝食前(週1回)30日分の処方。他薬が30日分であったため、処方日数の間違いと判断し疑義照会。4日分に処方日数訂正指示を処方医より受けた。	処方医の単純ミスと考えられる。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アレンドロン酸錠35mg「DK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1326	処方箋の中で、アンプロキシール塩酸塩徐放カプセル45mg1C分1夕食後7日分とアンプロキシール塩酸塩錠15mg3錠分3毎食後4日分が重複していたので疑義照会。処方医よりアンプロキシール塩酸塩錠15mg3錠分3毎食後4日分の処方中止の指示を受けた。	単純な処方間違いと考えられる。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ムコソルバン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1327	新患者で、一般名、イトブリド塩酸塩錠50mg3錠分3毎食後5日分、ネキシウムカプセル10mg1C分1夕食後5日分、チキジウム臭化物カプセル10mg胃痛時4回分の処方、初回問診表で緑内障の治療を受けていることを確認。処方医に疑義照会し、チキジウム臭化物カプセル10mgの処方中止指示を受けた。	緑内障の治療を受けていることを医師に伝えたいなかったことが要因の1つと考える。		患者側	処方された医薬品 販売名チアトロンカプセル10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1328	一般名処方、セフトレニピボキシリン錠100mg、カルボシステイン錠250mg3錠分3毎食後4日分とアセトアミノフェン錠200mg1錠痛い時3回分の処方、持参されたお薬手帳で他院よりアレロック錠5mg、アスピリン錠20mg、ムコダイン錠250mg2錠分2朝夕食後7日分の処方を確認。また4日分は残っていることを確認し疑義照会。今回処方のカルボシステイン錠は処方中止の指示を受けた。	患者がお薬手帳を医師に見せていなかったことが要因と考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1329	処方の中に一般名 レーグルタミン・アズレンスルホン酸ナトリウム水和物配合1g分2朝夕食後4日分の処方あり。薬歴にて他院で昨日ルフレン配合顆粒の処方を確認し、重複のため疑義照会。処方医よりレーグルタミン・アズレンスルホン酸ナトリウム水和物配合1g処方中止の指示を受けた。	処方医に併用薬を伝えていなかったことが要因と考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名マーズレンS配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1330	フェブリク 10mgの処方箋の記載間違いの確認。20mgに変更となる		些細なことでも疑義照会する	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 教育・訓練	処方された医薬品 販売名フェブリク錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1331	皮膚科よりレボフロキサシン錠500mg「DSEP」1錠分1夕食後4日分の処方。薬歴より耳鼻科にてオゼックス錠の処方を確認し重複のため疑義照会。処方医よりレボフロキサシン錠500mg「DSEP」中止の指示。	患者が処方医に服用中の薬を伝えなかったことが要因と考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1332	同日に2か所の処方箋をお持ちになった。内科の処方の中で、ベルソムラ錠15mg1錠分1就寝前3日分の処方あり。耳鼻科の処方の中にクラシロマイシン錠100mg2錠分2朝夕食後4日分の処方があり、ベルソムラ錠と併用禁忌のため内科医師に疑義照会。内科処方医よりベルソムラ錠からマイスリー錠10mgに処方変更指示を受けた。	耳鼻科を先に受診されたようだが、内科で耳鼻科の処方内容を伝えなかったことが要因と考えられる。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠15mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1333	処方箋のなかでクラリス錠200mgとベルソムラ錠20mgの処方の記載があり併用禁忌のため疑義照会。クラリス錠からジスロマックSR成人用シロップ1瓶1日1回に処方変更指示を受けた。	併用禁忌を失念していた様子。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 変更になった医薬品 販売名ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1334	一般名処方、クラリスロマイシン錠200mg、デキスロメトトルファン臭化水素酸水和物錠15mg、プラナルカスト水和物錠225mg2錠分2朝夕食後4日分の処方、薬歴よりこの患者は定時でプラナルカスト水和物錠225mgを服用中の患者であったため疑義照会。処方医よりプラナルカスト水和物錠225mg中止の指示を受けた。	処方医の勘違いと考えられる。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プラナルカスト錠225「EK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1335	スピオルトレスピマットの処方箋を応需。当局には、在庫がないため他薬局より薬を譲り受けた。吸入方法の確認に気を取られ、用法用量に関する確認がおろそかになった。その状況をみていた投薬者以外の薬剤師が用法の誤りに気が付き疑義照会をおこなった。			確認を怠った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名スピオルトレスピマット60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1336	整形外科より一般名、ロキソプロフェンNa錠60mg、ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mg、ロキソプロフェンNaテープ100mgの処方。薬歴にて内科より定時でラベプラゾール錠10mgの服用を確認し疑義照会。処方医よりランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgの処方中止の指示を受けた。	患者が服用中の薬を医師に伝えていなかったことが要因と考える。		患者側	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「トワワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1337	新規患者が広域病院発行の処方箋を持参された。その際、処方箋期限が切れていたため医療機関へ問い合わせたところ、本来発行されてはならない処方箋で破棄するよう返答があった。患者は透析導入したばかり。今まで循環器内科で処方されていた薬剤は透析科(院内処方)からまとめて処方されていたが、診療科の連携が図られていなかったため、循環器内科からも院外処方箋が発行されてしまった。患者本人も服用薬剤について十分把握しておらず、お薬手帳の持参もなかったため、問診からは重複に気が付かない可能性もあった。今回はたまたま処方箋の期限切れで問い合わせたため発覚したが、期限内であれば調剤した可能性もあった。	患者自身、透析導入から日も浅く、自身の薬剤に関する認識がなく、服用中の透析科からの処方も一包化されているため、患者自身が気が付かない可能性は大きい。今処方も一包化の指示があったため、お渡ししていれば重複していた可能性は高い。	問診時に腎不全や透析導入を把握するように努め、透析科からまとめて処方されている可能性を考慮した問診を行う必要がある。また、お薬手帳の有用性を理解してもらい、持参してもらおう努める。	連携ができていなかった その他医療機関内の連携、患者の認識不足 その他病院の電子カルテのチェック機能不足 仕組み	処方された医薬品 販売名ニコランジル錠2.5mg「日医工」 販売名ビソプロロール fumarate 錠2.5mg「日医工」 販売名クロビドグレル錠75mg「SANNIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1338	フルボキサミン処方の患者様に禁忌のロゼレム処方あり疑義にてベルソムラに変更		併用禁忌薬剤についてきちんと把握しておく	判断を誤った	処方された医薬品 販売名ロゼレム錠8mg 変更になった医薬品 販売名ベルソムラ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1339	ロゼレム処方患者様にフルボキサミン処方されたため疑義照会にてタンドスピロンへ変更		処方医・薬剤師ともに併用禁忌薬についての認識を確かにする	その他処方医認識不足	処方された医薬品 販売名フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg「JG」 変更になった医薬品 販売名タンドスピロンクエン酸塩錠5mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1340	ムコスタ錠100mg2錠、ロキソプロフェン錠「EMEC」60mg2錠1日1回朝食後について疑義照会、1日2回朝食後に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg 販売名ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1341	アストミン錠10mg6錠、カロナール錠200mg3錠1日2回朝食後・夕食後について疑義照会、1日3回朝食後・昼食後・夕食後に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名アストミン錠10mg 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1342	ティーエスワン配合OD錠T20 4錠分2朝食後について疑義照会、朝食後に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合OD錠T20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1343	オキサロール軟膏とアンテベート軟膏の混合の用法1日2回、足 1日1回 朝とあり疑義照会。1日2回削除。			施設・設備	処方された医薬品 販売名オキサロール軟膏25μg/g 販売名アンテベート軟膏0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1344	ミオナール錠50mg1錠、メリスロン錠6mg6錠分3毎食後とあり疑義照会。ミオナール錠50mg1錠から3錠に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ミオナール錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1345	患者が高カルシウム血症で入院治療、退院。通院時Drから近隣の医院処方のエディロールは服用を中止するよう家族に話があったが、受診した際、伝え忘れていた。薬局のほうで事前に話を聞いていたので今回の疑義照会、薬剤削除となった。	家族、配偶者も高齢なためか認識が低かったよう	お薬手帳の目立つ箇所に記載。受診時必ず見てもらえるよう指導	その他患者家族がDrに伝え忘れた	処方された医薬品 販売名エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取違え」)

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	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
1	ジェネリック不可患者が今回からジェネリックに変更となった。ジェネリックに変更して入力するはずが、アルファロールカプセルのみ先発品のまま入力を終えてしまった。調剤時のピッキングシステムにエラーが出たため間違いに気づき、入力を修正した。	今回からジェネリックに変更となる薬剤が3つあり、確認したつもりが1つ抜けてしまっていた。	ジェネリックへの変更入力が済んだものから、処方箋コピーにチェックを入れて漏れないようにする。	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名アルファロールカプセル1μg	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	一般名入力からジェネリックを選択するべきところを 先発品からジェネリックへ変更の入力をしてしまいました。	前回までジェネリック不可だった患者が入力の途中で 今回よりジェネリックご希望に変更されたため、一度、一般名入力から先発品で入力を完成させたところで そのままジェネリックへ変更入力してしまいました。	入力中に変更になる場合は、もう一度、一般名入力からジェネリックへ入力するように気を付けます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	一般名処方でOD錠なのにジェネリックを選択してしまいました。	一般名処方でOD錠を選択するべきところを ジェネリックご希望の患者だったので 先発品のジェネリックを選択入力してしまいました。	OD錠の一般名処方、よく確認するように気を付けます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	ムコダイン250mgが処方されている患者。先発品希望であることの確認が不十分により、後発医薬品で調剤。鑑査時に判明し訂正して調剤。	○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	後発医薬品が増えてきているが、思い込みによる調剤の廃止、調剤内規の周知徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ムコダイン錠250mg 間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	後発品希望の患者に先発品を渡してしまった。患者帰宅後に投業者が気づき、お電話で謝罪した。330円の差額が生じたことから、薬の交換に伺うことを患者に提案したが、患者からは、以前は先発品を服用していたのでそのまま良いと言われた。	患者は以前は先発品を服用していた。当該品については、味や匂いの点から先発品を希望する人もいるため、投業者に思い込みがあり、薬歴の確認が不十分だったことよって生じた単純なミスである。	一般名表記の処方箋が増えている中で、先発品か後発品かの選択は今後ますます重要になってくると思われる。基本的に忠実に、患者一人ひとりの状況に応じて適切に対応していくことが大切である。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名エパデルS900	薬剤取違えとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1	立て続けに患者が来局して混雑していた時間帯。70歳代女性(手帳なし)の処方せんと40歳代男性(手帳あり)の処方せん受付。内容は両方継続処方。受付者は続けて2名の処方せんを受付た。2名の処方せんと手帳が混ざってしまった。受付者は誤って、女性の処方せんと共に男性の手帳を回し、男性の処方せんに「手帳なし」のシールを貼った。【70歳代 女性の分】監査時、手帳を確認したところ、最後に確認印つきの当薬局のシールが最後貼ってあったため、併用薬の追加や変更はないだろうと判断した。投薬時、男性の手帳をお渡ししたが、患者より特に申し出はなかった。【40歳代 男性の分】投薬時、「手帳が返されていないなど申し出はなかった。後日、女性の方から「他の人の手帳がある」と連絡が入り、ミスが判明した。	受付時、手帳の名前を確認せず、記憶で処方せんと手帳をセットした。監査時、手帳の名前を確認しなかった。また、手帳の内容をちゃんと見ていなかった。	処方せん受け取り時、その場で処方せんと手帳を洗濯ばさみでとめる。監査時、手帳の名前・7内容を確認して、更新内容がないかも確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	正→不均等投与誤→不均等し忘れ	入力が入り立って、確認をしたつもりだったが注意が足りなかった。	入力前に、処方せんの薬すべてをよく確認する。確認するタイミングを癖づけるよう、入力前にメモでチェックする。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	正→●● ■ 誤→●● △	入力時、正しく入力したつもりだったが下の行を選んでしまい、確認でも見落としてしまった。	入力中の選択は、選択後の画面もよく見て行うよう心がける。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	正:処方日■日誤:処方日△日	最後の確認漏れです。1枚目は確認し直しましたが、2枚目は確認しませんでした。	2枚目以降は氏名、生年月日、保険ナンバーの確認は飛ばして良いが、交付日、病院名以降は確認します。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	患者の名前を、正:●●の●と、誤:△●とした。	思い込みによる見逃しです。	一文字ずつ確認します。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
6	正:不均等あり誤:不均等なし	QRで読み込み、過去処方確認や入力初めの頭文字の確認を怠りました。	入力初めの頭文字の確認を必ず行います。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
7	他の方の薬情混入	不足薬と処方日数変更がありその変更に伴い帳票の差し替えがあった	落ち着いて確認する	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
8	コメント体重→入力忘れ	確認を怠った為	よく確認をします	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
9	施設入居している患者の一斉診療があり、本来処方されるべき患者1名の処方せんが発行されなかった。当該患者分の定期薬が無くなる前日まで気付かず、施設職員が翌朝の薬をセットする段階(前夜21時頃)で不足に気づき、薬局に電話があった。	通常、施設入居者の一斉診療による調剤は、服用を終了する日等が記載された予定リストを確認しながらレセコン入力、調剤調剤、配送を行っており、処方せんが無い場合は入院したか等の確認を施設担当者が行っている。本例では入力から配送までの各段階で不足患者が発生している事が周知されず、入力者(入社6か月)、調剤調剤者(入社4か月)も処方せんが無いことと追及の認識が無かった。また施設担当者は配送時に急いでおり、予定者の確認の漏れがあった。	入力者、調剤調剤者は過去薬局での勤務経験があり、処方せんありきの業務の認識であったため、対物業務から対人業務へ認識をシフトすること、担当者へ入院等の確認を行うよう周知させる現場研修を行った。また、施設担当者は配送前に時間が取れるよう行動し、リストの確認手順を省かないよう認識させ、訪問時には配送先で担当している全患者の残薬状況を確認するよう手順指導した。	確認を怠った 連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 教育・訓練 ルールの不備		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
10	家族のお薬手帳にシールを貼ってしまった。	単純なミス	名前を確かめる。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
11	家族のお薬手帳に間違えてシールを貼ってしまった。	単純なミス	名前確認。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
12	正:服用時点あり誤:服用時点なし	QR読み込みをして用法に週1回の文言なしのものと紐付けされていた為、手入力し直しました。その際、入力していた服用時点が消えてしまいました。そのまま気付かずに戻してしまいました。	横浜鶴ヶ峰病院の用法週1回のもはQRしないで手入力します。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
13	正:腹痛:腰	支払証明書のお渡しがある事、住所の確認が必要な事を同時に考えていました。腹痛である事を分かっていたが、全部で検索し、1つ上の腰を選んでしまいました。	全部で検索するのではなく絞り込みをします。選んだものが正しいか確認します。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
14	正→Rp別誤→Rp一緒	QRで読み込んだ後、Rp別々にせず、そのまま入力を終えてしまった。	外用薬はそれぞれ入力一つずつ用法を入れて調剤料をとるということを理解する。外用薬が処方箋上では一緒であっても、入力ではそれぞれすることを覚える。	判断を誤った 知識が不足していた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
15	正→不均等入れる誤→不均等入れ忘れ	同じ薬品名のをまとめたのは良かったが、焦っていたのもあり、不均等の欄に数を入力し忘れた。	不均等投与の入力の仕方を整理し、覚え直す。次回入力する際すぐわかるように、メモを書いておく。	確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
16	定期的に来局されている患者お薬手帳を持参されていて最終鑑査時に貼ろうとしたら過去の薬歴と薬が異なっていることに気づき名前を確認兄弟のお薬手帳を誤って持参との事でお薬手帳に貼って頂くシールのみお渡ししました。	きちんと受付時に確認できていなかった渡されたお薬手帳が本人のものだと思い込んでいた	受付時に名前が別の人で確認をする調製者も最終鑑査に回る前に再度確認する	確認を怠った コンピュータシステム		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
17	処方箋上では下肢へ塗布であったが、軟膏つばにまたに塗布するよう指示するシールを貼り付けた。	急いで調剤したため、確認を怠った。	貼付したシールが処方箋で指示されている部位と一致しているかを確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
18	点眼液の使用部位を間違えて入力。右目が正しいが、両目と誤って入力した。処方医院も間違えて近医の内科医院で入力。実際は眼科医院だった。2箇所のおやまりだった。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった ルールの不備		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
19	3科受付の薬情の内、皮膚科の複数枚ある中の1枚を渡し忘れた	忙しく慌ただしい状態が続いていて、精神的なゆとりがなくなり冷静な確認ができていなかった。	薬情やお渡しするものチェックを忘れない。薬情に関しては全枚数の内何ページ目目しっかり確認する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
20	当該患者に別の患者の薬剤情報提供書を渡ししまった。当該患者が来局し、内容を確認してほしいと申し出があったため判明。正しいものと交換し、丁寧に詫言した。	立て込んでいたため、2枚組のうち、1枚を取り違えた様子。	交付前に内容をよく確認する	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
21	用量・用法、処方内容変更の入力ミス	処方せんの見間違い	処方箋をしっかりと見て、医薬品の規格・用量、用法を確認して調剤する	その他確認不足		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
22	湿布薬のコメントの入力を間違えました。	新システムになったのに 前回と同じ入力をしてしまいましたが、湿布薬のコメントと後発品になかった理由の入力方法を間違えました。	新システムの入力方法に慣れるよう気を付けます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
23	正：左膝誤：右膝	doで入力しました。どちら側なのか確認ができていませんでした。	区切ってどちら側なのか確認していきます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
24	正：規格違いまとめて入力誤：規格違い別々で入力	気付いていませんでした。	どこの病院であろうと関係なく全て頭文字の確認をします。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
25	正：6日おきあり誤：6日おきなし	服用時点ウィンドウの服用間隔は「〇日おき」か「曜日」のどちらかしか入力できないことを知りませんでした。	曜日の記載がある時は、フリーコメントで曜日を入力し、6日おきで設定します。	知識が不足していた		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
26	正：10/16 誤：10/18	粉碎の加算の有無について考えていました。半錠のリストに記入など。見ていなかったと思います。	確認の流れを身に付けました。半錠のリストに記入など。見ていなかったと思います。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
27	正：10/● 毎食直前誤：10/▲ 毎食前	交付日：チェックが不十分でした。服用時点：チェックが不十分でした。前回までは商品名で処方されていた。今回から一般名で入力しました。	確認の流れを身に付けます。入力前に流れを確認します。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
28	処方箋交付日の入力を間違えました。	3日前の処方日でしたが、気がつかず調剤日と同日で入力してしまいました。	入力完成後のチェックをしっかりとやるように気を付けます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
29	一般名入力から変換するべきところをそのまま入力してしまいました。	病院より前回までは、薬品名そのままでも処方されていましたが、今回から一般名で処方されていたのに気がつかず、前回の入力をそのまま引張ってきてしまいました。	病院の処方内容の記載が 急に一般名に変わってくる事があるので よくチェックして入力するように気を付けます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
30	お薬手帳を別の患者さまにお渡ししてしまった。	患者さまから「違う人のお薬手帳を渡された」と電話があり発覚。		確認を怠った 判断を誤った 勤務状況が繁忙だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
31	別の患者さんの薬歴を取り間違えていた。確認作業で、内容が全く違うので判明。	単純なミスと思われます。	確認を複数回行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
32	お薬手帳を渡し忘れていた。	処方内容に変更があり、その説明に集中していたのでお薬手帳を渡し忘れていた。	お薬を交付する際に、必ずお薬手帳とセットでお渡しすること。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
33	正一塗布誤→点眼	Dの入力したが、用法の回数違ったため手入力で入れ直したところ、点眼で入力してしまった。塗布を見逃してしまった。	入力の手順の確認と、最後の確認の仕方、流れを見直す。1つ1つの薬に意識を持って入力する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
34	以前お薬手帳をお忘れの時に、簡易のお薬手帳を作ってお渡した。今回その簡易の手帳と通常使っている元の手帳を一緒にお持ちいただいたので、2冊をまとめてお渡ししなければいけなかったが、簡易手帳があることに気が付かず元のお手帳のみお返ししてしまった。患者様が帰宅後、調剤者・投薬者とは別の薬剤師が返し忘れたお薬手帳を発見。電話で患者様に事情を説明して謝罪。後日患者様にお返し、そのまた後日薬局した時に今度はきちんと1冊にまとめてお返しした。	基本、お薬手帳は調剤者がシール貼付を確認して監査・投薬者にお渡しし、投薬者は薬歴と照らし合わせて患者様にお返ししている。今回調剤者は当日の手帳シールの貼付は確認したが、簡易手帳には気が付かず監査・投薬者に渡してしまった。投薬者は臨時でシフトに入った者であったため、前回簡易の手帳を作成してお渡ししている旨が薬歴に記載があったのにもかかわらず、それを見逃してしまった。	お薬手帳への記録のルールを再度確認。簡易手帳を作成してお渡しした時や手帳シールの貼付をお渡しして患者様に貼付してもらった時はその旨薬歴にきちんと記録を残して、次回投薬時に必ず確認をする。お薬手帳は大事な患者様の個人情報なので、取扱いに気を付ける。	確認を怠った その他臨時職員の勤務		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
35	血糖降下剤を含む1日3回食前または食後に服用すべき薬を、1日4回食事をした日にそれに合わせて4回服用した。	薬剤師は用法・用量について説明はしたが、患者本人は服用のとき食事にとられていた。薬剤師がそれを想定していなかった。	患者の思い込みも想定した説明が必要。	患者への説明が不十分であった(怠った)		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
36	手帳の渡し間違い	確認を怠った		確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
37	1週間に1回服用の薬剤のコメント入力を忘れました。	1週間に1回服用のお薬が2種類処方されていたのでそれぞれ薬袋に反映されるコメント「〇曜日に服用」を入力するべきでしたが、忘れてしまいました。	「6日おきに服用」の薬剤の入力は、患者様が薬袋を見てわかりやすいようにコメントを忘れずに入力するように気を付けます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
38	用法の入力を間違えました。	一包化の患者様でいつもと同じ入力をしてしまいましたが、今回より就寝前→夕食前が変わっていた事に気が付かず、チェックが洩れました。	いつもと同じ薬剤でも用法が変わっている事があるので 前回の入力を引っ張った時は、用法の変更がないかどうか確実にチェックするように気を付けます。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
39	他薬局で家族のお薬手帳のシールが、間違っただけで貼られていた。	確認不足	お薬手帳をしっかりと、確認し患者にも確認する。	記録などに不備があった その他他薬局の為に不明 患者側 ルールの不備		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。