

医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1	婦人科からカルデナリン(0.5) 1T 分1朝食後で処方が出ていたが、患者は血圧の薬を服用していないのと薬が変わることを聞いていない。定期的にカルデミン(0.25) 2T 分2朝夕食後を服用されていたため医師に疑義照会したところそのままとのこと。カルデナリンはカルデミンのこととされていた。再度、カルデナリンは血圧の薬、カルデミンはビタミンDと説明して処方の変更になった。	前回の来局時に患者からカルデミン(0.25)を追加して欲しいと言われたので医師に確認して了解を得たがその時の入力時誤ってカルデナリンで入力された可能性もある。また頭3文字は一緒のため違う薬と気付かなかったと思われる。	似てる名前は最後の1文字までしっかりチェックするようにする。また前回と違う処方の時は患者にもよく確認する。	その他処方入力ミス	処方された医薬品 販売名カルデナリン錠0.5mg  変更になった医薬品 販売名カルデミン錠0.25μg	これら薬剤は販売名の先頭3文字が同じものである。平成23年12月27日付日本ジェネリック製薬協会より発出されている通知「ジェネリック医薬品販売名称の一般的名称への変更について」に基づき、製造販売業者は後発医薬品であるカルデミンの販売名を一般的名称に変更する必要があると考える。

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						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1	本人が来局され調剤実施。テオドール錠100mg2錠朝夕食後の処方に対してテグレート錠100mg2錠朝夕食後と誤って一包化し、薬剤を監査する際に誤りに気付かず交付。1週間後、体調不調を訴え医療機関を受診、入院となる。入院後もお渡しした薬を持参されていたため服用継続されていたが、入院3日後に医療機関薬剤部の薬剤師がテオドールではなくテグレートが調剤されていることに気づき連絡をいただいた。判明した朝食後の服用までに10錠服用されていた。その後は服用中止しとなるが、ふらつきの症状、意識が低下あり主治医管理のもと経過観察中である。	名称の類似する薬剤の取り違いを監査時に気付けなかったこと、薬剤取出しの際に注意喚起できる対策が不十分であったことが原因と考えられる。	テグレート錠の薬品棚に蓋を設置し、取り出す際は2人で処方箋と薬剤を照らし合わせて行うこととした。ミーティングを実施し、取扱に注意を要する薬剤としてスタッフ間で情報を共有した。	確認を怠った	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	調剤の際に処方薬であるテオドール100mgを、誤ってテグレート100mgをピックしてしまった。鑑査の薬剤師が気が付いた。	以前より2剤は名称が似ているという認識があった。注意力散漫していたと思われる。	何度もよく確認する。	確認を怠った	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	
3	類似薬に薬剤変更。医師より患者本人に薬剤変更の説明はされていた。薬剤名が類似していた為、医師が処方オーダー時に薬品名を誤って入力。当薬局での処方鑑査時に、全く薬効の異なる類似名称の薬品に変更になっているため患者に確認したところ医師の説明と処方内容が異なることが判明。疑義照会し処方入力ミスが判明し薬剤変更。			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 販売名ノルバスク  変更になった医薬品 販売名ノルパデックス	ノルパデックス錠とノルバスク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						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
4	内科からナルバデックス10mgが処方されていたので、患者と話をし薬歴を確認すると、当病院の乳腺外科でフェマーラ錠2.5mgが90日処方されていた。フェマーラもなくなる時期なので薬剤の変更かどうか問い合わせをした。循環器内科で抗がん剤を処方することはありえないということで前回のアムロジピンOD5mgから10mgへの変更時に、Drの入力ミスと判明。ナルバスクOD10mgで投薬した。	薬歴の確認不足	同病院他科の薬のチェックを確実にする	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名ナルバデックス錠10mg  変更になった医薬品 販売名ナルバスクOD錠10mg	ナルバデックス錠とナルバスク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。
5	マイスタン錠5mgが処方されていましたが、薬歴にてんかんの記録なく患者に聞き取りをしたところ「入眠剤を希望しました。」と伺ったので、医師に確認したところ「名前が似ていて間違えた。」と返答。マイスタン錠5mg マイスリー5mg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 販売名マイスタン錠5mg  変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5mg	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。
6	マイスタン錠5mg、マイスリー錠5mgが寝る前に処方。今回より寝る前にマイスタン錠5mgが追加となっていたが、てんかんの現病歴ないため疑義照会。マイスタン錠5mgは処方ミスであったことが判明し、マイスタン錠5mgは削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイスタン錠5mg	
7	今回より寝る前にマイスタン錠5mgが追加となっていたが、てんかんの現病歴ないため疑義照会。マイスタン錠5mgは処方ミスであったことが判明し、マイスタン錠5mgは削除となった。	マイスタン錠5mgと同じ用法にマイスリー錠5mgの処方があった。マイスリー錠5mgを処方したつもりであった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイスタン錠5mg	

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						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
8	当時妊娠していた30歳代の女性にリトドリンが処方されていた。しかし、この患者は妊娠16週に満たない為、リトドリンは禁忌であった。これに伴い疑義照会を行ったところ、リトドリンの服用開始を翌月中旬にすることとした。		徹底した処方監査、患者ヒアリング、疑義照会	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リトドリン塩酸塩錠5mg「日医工」	平成22年10月8日付薬食安発1008第1号通知「産婦人科領域における医薬品の誤投与に係る医療安全対策について(メチルエルゴメリンマレイン酸塩製剤及びリトドリン塩酸塩製剤)」に基づき、製造販売業者より医療機関に対して、注意喚起等しているところである。
9	患者本人がいつも他の病院から処方されているのと同じ薬を希望し処方してもらったそうだが、お薬手帳には一硝酸イソソルビドとあったが処方箋は硝酸イソソルビドになっていた。電話で疑義照会し一硝酸イソソルビドに変更してもらった。	医療機関でお薬手帳の内容を確認した際、一硝酸イソソルビドの“一”の文字を見落とししか認識できなかったかと思われる。		その他医療機関の入力ミス	処方された医薬品 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」	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						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
10	プロテカジン錠10mgで処方されていたが後発品へ変更調剤することになりラフチジン錠10mgを調剤すべきところをラニチジン錠150mgで誤って調剤した。監査の時点で誤りが判明し、正しいラフチジン錠10mgで患者にお渡し。		名称は似ているものの、規格が全く異なる薬剤であり調剤の際には名称だけでなく規格まで漏れなく確認すること。	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名ラフチジン錠10mg「JG」  間違えた医薬品 販売名ラニチジン錠150mg「サワイ」	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。

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	レルベア100エリプタ14吸入のところレルベア200エリプタ14吸入を調剤	調剤者の確認不足	基本に忠実に確認事項のチェック、確認工程を抜かずにこなすこと	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レルベア100エリプタ14吸入  間違えた医薬品 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
2	ボグリボースOD錠0.2mg「サワイ」を168錠調製するべきところ、誤ってボグリボースOD錠0.3mgを112錠調製してしまった。最終鑑査に回す前に確認をしたが、錠数の間違いには気づき訂正することが出来たが、規格の間違いには気づかず、そのまま最終鑑査へと回してしまった。最終鑑査を担当した薬剤師が誤りに気付いたため、患者への投薬は無かった。	最終鑑査へ回す前の確認時に錠数にばかり気を取られ、規格の確認を忘れていた事。単純なミス 焦り	薬剤取り揃え補助用の電子機器が導入された。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ボグリボースOD錠0.2mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ボグリボースOD錠0.3mg「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
3	アドエア(500)ディスクス60Bのところ、アドエア(250)ディスクス60Bで調剤・渡薬し、患者が吸入をした。	疑義照会確認後、入力調剤した。患者はお急ぎではあったが、患者の目の前で、処方箋をみながら渡薬した。(今回が初めてではなく前回と同じで、吸入剤の規格に変更はなかった。)	規格違いの場合は、引出を別にする。吸入の回数違いは箱の色が違うので横並びにして、吸入回数の少ない方に旗を立てることにした。薬情も見直し、写真が一致していない場合は直した。調剤者は箱のまま、監査者または渡薬者に渡し、監査者または渡薬者は薬情の写真と一致しているか、処方箋と一致しているか確認してから患者に渡薬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) 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 販売名アドエア500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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
4	一般名処方ロキソプロフェンNaパップ100mgで処方されており、ロキソニンパップで入力するべきところ、誤ってロキソニンテープ100mgを選択。調剤時に気付かず、ロキソニンテープで調剤。鑑査時にも剤形間違いに気付かずスルーし、お渡ししてしまった。	入力者は、選択時、貼付剤の剤形まで十分な確認をせず、よく処方されるロキソニンテープを誤って選択したと思われる。処方せんの見間違いまた、当日の状況は外来が混雑しており、後で取りに来られる方だったため、調剤者は一旦調剤を中断し、他の外来処方箋と並行して作業を進めていた。焦り注意力散漫により、入力間違いに気付かずスルーしてしまった。鑑査者も当日外来が混雑しており、立て続けに鑑査・投薬に追われていたため、疲れもありスルーしてしまったと思われる。	入力時、剤形の箇所は鉛筆で囲うか下線を引いて、確認したことを残す。調剤時は後で取りに来られる方の処方箋の場合には無理に作業を並行しよとせず、他の薬剤師に声掛けを行う。貼付剤の規格・剤形違いの札を作成し、調剤室に貼って注意喚起する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロキソニンパップ100mg  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
5	アムロジピン錠5mgの処方のところ、アムロジピンOD錠2.5mgで調剤。ピッキングシステムでエラーが出たため間違いに気づき、修正した。	以前、アムロジピンの規格が違うとクレームがあった患者だったため、2.5mgと思い込んで調剤した。また、普通錠よりも口腔内崩壊錠のほうが処方頻度が高いため、思い込みをした。	調剤コメントを見てから調剤する	確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「あすか」  間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD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
6	FAXにて処方箋を受け付ける。リバロ錠(2)にて処方箋記載あり。GE希望患者のため、以前よりピタバスタチンCa錠(2)にて調剤していた。しかし今回は、(2)ではなく(1)にて調剤してしまった。鑑査時に気付かず。処方箋原本を持って来局。投薬時にも、気付かず。帰宅後、患者が規格違いに気付いて再来局。誤調剤をお詫びし、正しい薬と取り替える。	忙しい時間帯のFAX受け付けだったため、調剤時の注意が不十分だった。また、ピタバスタチン錠(1)の方が繁用医薬品であるため、今回も(1)だと思い込み、(2)への注意が不十分だった。	紙薬歴のため、薬歴の規格部分に をつけて、注意喚起を促す。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ピタバスタチンカルシウム錠2mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名ピタバスタチンカルシウム錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
7	規格間違い	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 販売名カルボシステイン錠500mg「サワイ」  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
8	一包化調剤をしていたところ、処方箋にウルソ錠50mgと記載されていたのに対し、ウルソ錠100mgで一包化してしまっていた。自宅に届ける患者だったので、お時間を頂き、正しいウルソ錠50mgで調剤し直して後日お届けに伺った。	お届けの患者であり、外来の患者が一段落してから作成しました。処方箋枚数も多く来た日でもあり、判断力や確認が不足していたと思います。	忙しい時こそ、処方箋をよく確認しなければいけないことを再確認しました。特に日数や錠数の多い患者の一包化をする場合は何度も確認するべきだと思いました。	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	処方された医薬品 販売名ウルソ錠50mg  間違えた医薬品 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
9	一般名 ケトプロフェンテープ20mg 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」をピックアップ	処方箋を見間違った。40mgのものと思い込み 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
10	セルタッチパップ140mgのところセルタッチパップ70mgでピックアップ	処方されたものをセルタッチパップ70mgと思い込み 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



**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
11	入力・調剤共に間違えた薬で用意してしまった。ヘパリン類似物質クリーム(ヒルドイドクリーム) ×ヘパリン類似物質クリーム(ヒルドイドソフト軟膏)	患者はクリームが欲しかったが、該当HPでは今まで軟膏しか処方されていないので思い込みで軟膏をだしてしまった。	入力はセット入力に頼らない。調剤は思い込みによる調剤をしない。	確認を怠った その他思い込み	処方された医薬品 販売名ヒルドイド クリーム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
12	患者が処方箋を持って来局。入力後、調剤を行ない患者の元へ。お互いに薬を確認しながら行った所、OD錠では無いことが直ぐに分かったので、即座に正しいものを調剤した。患者には説明とお詫びを行った	少し前に、OD錠の調剤が続いたので、注意喚起が鈍かった	監査システムと一呼吸おいての再監査に心掛ける	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
13	患者が処方箋持って来局。入力後、調剤を行なった。再度、監査したところOD錠ではなく、普通錠の記載と判明。再度作り直して調剤を完了して、患者に投薬	一般名の記載であるため、崩壊錠でない事を見落とした単純なミス	処方箋の指先確認を合わせて行う	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ドンペリドン錠10mg「タナベ」  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
14	2mg錠のところ、1mg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 販売名ピタバスタチンCa・OD錠2mg「トーワ」  間違えた医薬品 販売名ピタバスタチンCa・OD錠1mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
15	メバトルテ錠5mgをメバトルテ錠10mgで取りそろえたが、最終監査で気づき交付には至らなかった。	調剤の頻度が10mgの方が圧倒的に多いため、今回も10mgと思い込んだ。	メバトルテ錠5mgと10mgに回避扉を設置、注意喚起を行った。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メバトルテ錠5  間違えた医薬品 販売名メバトルテ錠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
16	アゾセミド錠30mg「JG」を間違えてアゾセミド錠60mg「JG」で取りそろえたが、最終鑑査で気づき交付には至らなかった。	調剤者が眼の不調で眼帯をしていたため、見間違えた。	回避扉をつけて注意喚起を行った。	確認を怠った 判断を誤った	処方された医薬品 販売名アゾセミド錠30mg「JG」  間違えた医薬品 販売名アゾセミド錠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
17	トランサミン錠250mgが処方されていたが、トランサミンカプセル250mgで取りそろえた。最終鑑査で気づき交付には至らなかった。	トランサミンに錠剤とカプセルがあることを忘れていた。	トランサミン錠、トランサミンカプセル、ジェネリックのトラネキサム酸カプセルがあることがわかるように、回避扉とタグをつけた。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名トランサミン錠250mg  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
18	処方「一般名」ピソプロロール fumarate 塩錠2.5mg 1錠 分1朝食後 42日分ピソプロロール fumarate 塩錠2.5mg「日医工」を調剤、投薬しないといけないところ、ピソプロロール fumarate 塩錠0.625mg「日医工」を間違えて調剤、投薬してしまった。薬剤情報には、正しく記載されていたため患者の家族が気づき、服薬はしなかった。	いつもより患者数が多かった。薬は定期の薬だったので注意を怠った。慣れが招いた単純なミスと思われる。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ピソプロロール fumarate 塩錠2.5mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名ピソプロロール fumarate 塩錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	ジェネリック調剤の際の規格誤り	繁忙の時間帯で処方箋の確認を怠った	処方箋、調剤録の確認を必須と徹底する	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仕組み	処方された医薬品 販売名ピソプロロール fumarate 錠2.5mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名ピソプロロール fumarate 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
20	一般名である、[般]タムスロシンOD錠0.1mg処方のところ、誤って[般]タムスロシンOD錠0.2mgである、タムスロシンOD錠0.2mg「明治」を調剤した。調剤4日後に事務員が処方箋を見返していて、誤りに気がついた。	以前タムスロシンOD錠0.2mg「明治」の服用歴があった。薬局にタムスロシン錠0.1mg「明治」の採用・マスタ登録がなかった。	複数規格の教育。慎重な業務、基本動作の周知徹底。	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 販売名タムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「明治」  間違えた医薬品 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
21	アムロジピン2.5mgが5mgへ増量されていたが、気が付かず入力した。薬剤師も気が付かず2.5mgを調剤していた。患者は医師の説明と違うことに気が付いたが、黙っていた。10日間2.5mgを継続して服用し、調子が良いと医師に申し出たため、薬局の間違いが分かった。医師は2.5mgで継続してよいと患者に伝えられたので、大きな医療事故にはならなかった。	前回同薬と思い込み、入力と調剤を行ったため		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5mg「オーハラ」  間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
22	クレストール2.5mg OD錠が発売され、これまで普通錠だったが、この回からOD錠に変更されていた。変更を見落として入力し、調剤もしていた。患者は医師から剤形変更を聞いていた			確認を怠った その他前回と同じと、思い込んでいた 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名クレストールOD錠2.5mg  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
23	先発薬で処方されていたところを、患者に説明し後発薬に変更となった。変更の説明に気を取られ、規格を間違えて入力し、薬剤師も間違えたまま調剤してしまった。調剤後の点検作業で間違いを発見し、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 販売名エバステチン錠10mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名エバステチン錠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
24	一般名処方。アンブロキシソール45mg錠を、商品名入力するときに、間違えて15mg錠を選び、その結果、1回3錠服用と薬袋に入力され交付してしまった。薬剤師はポノフェン錠15mgが1回1錠 1日3回服用と記載されていると思い込み、ポノフェン15mgで調剤していた。			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 販売名アンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠45mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ポノフェン錠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
25	錠剤の規格を間違えて入力した。監査で気が付き訂正した。汎用品をうっかり入力してしまった			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 販売名エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mg「オーハラ」  間違えた医薬品 販売名エナラプリルマレイン酸塩錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
26	<p>バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」の処方があり、在庫があるはずなのに足りず、調べたところバルプロ酸ナトリウム徐放U顆粒40%「アメル」の在庫がコンピューター在庫より多く、間違えて交付した可能性が疑われた。3ヶ月前の本件患者の調剤時(0.6g/分190日分)の散薬記録紙を確認したところ、バーコードのエラーがあったにも関わらず調剤していた。ご本人にお話をお伺いしたところ、いつもよりさらさらして薬が変わったのかなと思っていた。まだ前のが残っているのので、10月にもらった薬は1回しか飲んでない。その時の体調変化はなかったとのこと。正しいものを再調剤し、交換した。</p>	<p>バルプロ酸後発品には徐放顆粒と細粒があることを失念。同じ棚の手近にある細粒で調剤した。計量時に鑑査システムでバーコード読み取りが出来なかったが、以前細粒が読み取れなかった記憶があり、薬剤が違う可能性を思いつかず、鑑査者に「このバルプロ酸で計量します」と確認を依頼した。その際、「徐放顆粒・細粒」と明言せず、ミスを誘導してしまった。鑑査時、同成分剤形違い散剤が二種あることを認識しておらず、薬剤の確認を怠ってしまった。機器読み取りエラーが起きたことを、バーコード登録責任者に報告していなかった。投薬時、包数があっているかの確認はしたが、中身が違うかもという意識がなかったため、顆粒であるはずなのに細粒であることに気が付かなかった。</p>	<p>計量時に読み取りエラーが出る場合、まず「薬剤の間違い」の可能性が高いことを念頭におき、再度処方箋又は調剤録と突き合わせる。それでも読み取りエラーが出る場合には、処方箋・調剤録と当該薬剤の確認を、鑑査者又は別の薬剤師に依頼する。鑑査時、GE品は規格・剤形・メーカー名までしっかり確認する。鑑査システムのバーコードエラー時は、処方箋・支援票・医薬品を照らし合わせて確認する。エラーが起きた時は、バーコード登録者に報告し、新規採用薬でバーコードが登録されていない時は速やかに登録する。以前からの採用薬で登録されているはずなのにエラーが起きた場合は、原因を究明した上で調剤を行うようにする。</p>	<p>確認を怠った  投薬時、散剤であっても、色や剤型が妥当なものかを見るようにする。ハイリスク薬でもあり、ボトルに「他剤形あり」と注意喚起する紙を貼った。</p>	<p>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」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

発生要因欄へ

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
27	継続処方の患者に対し、今回ニフェジピンCR10mgから20mgへ増量となった。レセコン入力、調剤はニフェジピンCR10mgで実施。監査時に気づき訂正。調剤鑑査システムも入力自体が間違っていたので、スルーとなった。	処方せんの見間違い 焦り 単純なミス 注意力散漫。今までと同じ内容と勘違いして調剤・入力を実施してしまった。	思い込みをなく。処方箋の指差し確認。	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
28	一般名処方、規格誤り、判読ミス	繁忙、調剤頻度が多くない為思い込んでしまった。	処方箋で最後必ず確認する。	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 販売名ランソプラゾールカプセル30mg「サワイ」  間違えた医薬品 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
29	スーグラ錠25mg 処方のところ、50mgを調剤してしまった。	局内在庫に規格が無かった。1包化のため、写真とのチェックができなかった。	処方せんを正しく読み込む。1包化の監査時、番号の確認を徹底する。処方せん入力時、新規格のときは注意喚起する。	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 販売名スーグラ錠25mg  間違えた医薬品 販売名スーグラ錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
30	「一般名」ニフェジピン20mg(12時間持続)のところをニフェジピンCR(20)で調剤していた。今まではCR(20)だったのだが、変更気づいていなかった。後に疑義照会したところ、その前に残薬調整しており、その際に入力間違えた模様で、CR(20)のままよかったが、変更気づいていなかったことが問題。	単純なミス FAXで来た処方せんを入力しており、薬が多かったため、二次元バーコードも読み取れてなかったので、入力も間違えていた。	複数規格あるものの確認を徹底。	確認を怠ったコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ニフェジピン錠20mg「トローワ」  間違えた医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「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
31	処方せんの規格を最後まで見ずに用意した。	処方せんの見間違い		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠30mg「DK」  間違えた医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「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
32	ハルシオン0.125mgのところ0.25mgで用意。薬剤師が確認で発見した。	処方せんの見間違い		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ハルシオン0.125mg錠  間違えた医薬品 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
33	処方せんの見間違いによるもの	処方せんの見間違い		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名オルメテックOD錠20mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
34	カルボシステインはいつも処方されるものが250mgが多かったため、500mgを250mgと思いこんだ。	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 販売名カルボシステイン錠500mg「サワイ」  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
35	一般名処方アンプロキソールのカプセルでの処方だったがアンプロキソールの錠剤15mgでピッキングしてしまった。薬剤師が気づいた。	注意力散漫		確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ムコソレートLカプセル45  間違えた医薬品 販売名アンプロキソール塩酸塩錠15mg「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
36	通常使用量の多いランソプラゾールOD15mgでピッキングしてしまった。	処方医薬品の多さ		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠30mg「DK」  間違えた医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
37	成人の処方でカロナール錠200mgが処方された。通常使用量は300mgが多く、思い込んでピッキングしてしまった。	処方せんの見間違い		確認を怠った	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
38	一般名処方でアロプリノール錠50mgが処方された。アロプリノールでの採用品は100mgしかなく50mgは先発で調剤していた。	一般名処方での思い込みによるもの。 注意力散漫		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ザイロリック錠50  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
39	デパス錠0.25mgのところ0.5mgでピッキングしてしまった。薬剤師が気づいた	使用量の多いデパス0.5mgを思い込みでピッキングしてしまった。 処方医薬品の多さ		確認を怠った	処方された医薬品 販売名デパス錠0.25mg  間違えた医薬品 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
40	マイスリー錠5mgのところ10mgをピッキングして用意するまえに発見した	処方医薬品の多さ 10mgが処方数多かったため思い込みで調剤してしまった。		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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
41	フェブリック10mgで処方箋がきたが前回まで20mgだった。渡すときに気づき取り替える。	前回の確認不足	前回の確認しっかりする	確認を怠った	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 販売名フェブリック錠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
42	一包化の方で エチゾラム0.5mgとエチゾラム1mgを間違える	分包機入力の間違え	確認をしっかり行う	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「トローワ」  間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠1mg「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
43	アダラートCR20mg1錠 1日1回朝食後35日分をニフェランタンCR40mgで調剤、鑑査システムでミスが判明ニフェランタンCR20mgを調剤しなおした。	ニフェランタンCR20の上段にあるCR40を規格の確認を怠り取り揃え調剤してしまった。作業手順の不履行患者が多く立て込んでいた 焦り	薬品名・規格・数量などを声出し指差し確認実行の再確認。複数規格がある薬品の棚に誤調剤防止扉を設置しているがCR40は設置していなかったため設置する。	確認を怠った その他焦りがあった	処方された医薬品 販売名ニフェランタンCR錠20  間違えた医薬品 販売名ニフェランタンCR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
44	正しくはネキシウム10mgのところ、調剤棚位置が上下にあるネキシウム20mgと混ぜて調剤しそうになった。28日分出ており、ウィークリーシートで1枚10mgを取ったあと、もう14カプセル必要と思い、取ったのが20mgであった。その場で気が付き、すぐに10mgへ訂正。		間違いが起こらないよう、あえて上下に配置しているため今後注意して調剤を行う。	確認を怠った 医薬品 施設・設備	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
45	アドエア250が処方されていたが、入力が100のまま調剤、監査をおこなった。薬は250を調剤していたが、投薬時に薬袋をみて薬が異なったため100にかえて患者にお渡しをした。	薬の確認をする際に処方箋ではなく薬袋をみてしまい、慌ててしまった。	入力、調剤、監査での力価の確認。また薬の確認は入力間違いを考え必ず処方箋で行う	確認を怠った連携ができていなか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 販売名アドエア250ディスカス28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
46	MS温シップ(40g)5枚/袋 10袋の処方だったが、MS温シップ(20g)5枚/袋で調剤した。交付直後、薬歴の記載時に交付した薬剤師が間違いに気づき、患者に連絡、交換。	前回は別な病院から20g5枚が処方されていた。コンピュータシステムには1枚の規格でなく、1袋の規格(100g、200g)で登録。さらに40g(200g)の医薬品は薬局に在庫がなく、コンピュータに登録されていなかった。処方MS温湿布「40g」(5枚/袋)10袋の記載。用量がgで記載されておらず、また200gの規格のものが発売されたことも薬剤師が知らなかった。	コンピュータの医薬品名の規格欄に枚数も表示されるように修正。規格が多数あることを局員全員に周知。	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医薬品教育・訓練仕組み	処方された医薬品 販売名MS温シップ「タイホウ」  間違えた医薬品 販売名MS温シップ「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
47	ニフェジピンの一般名処方での持続時間についての判断を誤った。		最後まで処方箋内容をよく確認する。	判断を誤った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ニフェジピン錠10mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	処方日14:30頃、一般名である「[般]カルバゾクロムスルホン酸Na錠30mg」3T3xが処方されたが、誤って「カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠10mg」3T3xを調剤した。当日18:00頃、処方元への一般名報告書作成中に規格間違いに気づき患者宅へ電話連絡するとともに修正後の調剤済薬剤を配達、交換。服薬開始前に交換できた。	・繁忙時間帯で人手が足りず、一次監査、最終監査を投薬者が一人で行った。・薬局在庫が10mg錠のみで30mg規格の存在に思い至らなかった。	・薬剤棚に全規格のシールを貼る。・一次監査～最終監査を別の者が行うよう徹底する。	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[般]カルバゾクロムスルホン酸Na錠30mg  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
49	メトグルコ錠500mg 2錠 30日分の処方をメトグルコ錠250mg 60錠で調剤。それに気付かずそのまま鑑査、投薬してしまった。	投薬時にもメトグルコの話はずいぶんしたのに気付くことができなかった。よく確認をしていなかった。調剤を信じてしまった。作業手順の不履行。	手順を怠らない。1剤ずつしっかり確認する。	確認を怠った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名メトグルコ錠500mg  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
50	アマリール錠1mg 1錠 30日分処方ジェネリック医薬品を希望されており、グリメピリド錠1mg30錠のところグリメピリド錠0.5mg30錠で渡してしまった。	規格を確認していなかった。作業手順の不履行	薬品数が多い時もひとつひとつしっかり確認する。指差し確認も取り入れる。	確認を怠った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名グリメピリド錠1mg「三和」  間違えた医薬品 販売名グリメピリド錠0.5mg「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
51	リンデロンVG軟膏 5g×4本の処方。夜診帯にリンデロンVG軟膏を4本調剤したところ、監査で4本のうち2本がリンデロンVGクリームだと判明した。同日午前帯に薬学生がピッキングミスしたリンデロンVGクリームをリンデロンVG軟膏の箱に誤って戻してしまっていた。	ミスが起こりやすい「軟膏」「クリーム」「V」「VG」といった注意点について薬学生への指導が行き届いていなかったことが要因の一つと考えられる。また調剤者も軟膏とクリームではチューブのラインの色が異なっていたが1本ずつ確認することはせず、「同じ箱から取り出した＝他の薬が混入しているはずがない」という思い込みを持って調剤していた。	使用しなかった薬を棚に戻す場合、剤形まで確実に確認する。可能な限り、他者とのダブルチェックを実施する。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
52	規格の間違い	単純なミス	監査者に渡す前に自己Wチェック	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「アメル」  間違えた医薬品 販売名フルニトラゼパム錠2mg「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	剤形の違い	PDAを使用していたが、見間違えた	2種類の剤形があり、間違えやすいことを知っておく	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ネリプロクト軟膏  間違えた医薬品 販売名ネリプロクト坐剤	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
54	規格の間違い	単純なミス。処方箋を見て調剤時、見間違えた	PDAを使用する	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250mg「サワイ」  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
55	処方箋入力時、セレコックス(200)のところセレコックス(100)で入力してしまった。調剤者が発見	処方箋入力時の入力ミス。単純なミス	規格が複数あることを理解し注意する	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
56	ジゴシン錠0.125mgのところジゴシン錠0.25mgで調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジゴシン錠 0.125mg  間違えた医薬品 販売名ジゴシン錠 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
57	リンデロン-VGクリーム0.12%のところリンデロン-VG軟膏0.12%で調剤。			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 販売名リンデロン-VGクリーム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
58	(正)ピソプロロール fumarate 2.5 0.5錠(誤) " " 0.625 1錠 Do処方であると思い込み前回と同じ内容で調剤。レセコン入力もDoで入力してしまった。	代理人が来局されたため、処方に変更されていることに投薬時も気づかず。処方箋内容の確認を怠った。処方せんの見間違い	Do入力の場合は監査者に声をかける。	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 医薬品	処方された医薬品 販売名ピソプロロール fumarate 錠2.5mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名ピソプロロール 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
59	メモリーOD錠のところ、メモリー錠(普通錠)で調剤し、鑑査にまわった。鑑査者が気づき、患者にお渡しする前に防ぐことができた。取り揃え後、鑑査に出す前には、再確認は行われていなかった。	忙しさの為、処方箋と実際に調剤した薬の確認が十分行われなかったのが要因ではないかと考えます。	忙しい時ほど、取り揃え後の再確認を徹底して行っていく。様々な剤形があるものは、注意喚起をしていく。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メモリーOD錠5mg  間違えた医薬品 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
60	5mgを処方されている人が薬局内でこの人しかいなかった為、10mgを調剤してしまった	繁忙であった為ひとり調剤、患者に見せながらの投薬で患者が気付いた	ひとり調剤の場合は監査時、投薬時慎重に行う	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 販売名ベタキソロール塩酸塩錠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
61	ロキソプロフェンテープの規格を間違えて渡していた。100mg含有のところ50mgのものを渡していたようだ。患者は使ってしまったということ。在庫を確認し、間違いが分かり、お詫びして返金に応じた。			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
62	フルイトラン錠2mg 1mgという処方箋で、いつも注意して調剤しておりました。今回はフルイトラン2mg というところまでしか読まず、それで用意してしまいました。患者がいつもとシートの色が違うとお気づきになり、戻ってきてくださいましたので、交換した次第です。	処方箋を最後まで読まず、途中の2mgというところで2mgを用意してしまったこと。処方せんの見間違い	処方箋をよく確認すること。調剤時に確認する欄に注意喚起を促す記載をしました。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フルイトラン錠1mg  間違えた医薬品 販売名フルイトラン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
63	シリンジ処方のところペンを渡してしまった	薬品名のみを気を取られシリンジではなくペンを手に取っていることに気がつかなかった。本体およびパッケージのいるも異なるので薬情の写真をきちんと見れていなかったと思われる。	成分含量の部分だけでなくシリンジ ペンあるいはペンフィル フレックスペンやパップ テープなどといった規格の部分処方箋に○囲みで印をつけて注意喚起する薬情の写真確認を徹底する投薬時、薬品名のみではなくシリンジ ペンの部分まで声に出してお渡しする	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エンブレル 皮下注50mgシリンジ1.0mL  間違えた医薬品 販売名エンブレル 皮下注50mgペン 1.0mL	ヒューマンエラー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	透析の患者の処方せんがFAXで届いたため、すぐにお渡し出来るように薬剤師が監査まで行った。患者が来局したため違う薬剤師が投薬していたところ患者から「今回からホスレノールの量が増えると聞いているがいつもと同じなの？」と質問された。処方せんを確認したところ規格が間違えており、250mgから正しい500mgへ変更しお渡しすることができた。	透析の患者は数人しか利用しておらずホスレノールの規格に250mg・500mgがあることを気付かずスルーしてしまっただけと思われる。忙しい時間帯であったこともあり注意力散漫になっていたと考えられる。	規格が複数ある薬剤には注意喚起のラベルを棚に貼り間違えを減らすようにする。忙しい時間帯でも集中を切らさずに監査を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ホスレノール 顆粒分包500mg  間違えた医薬品 販売名ホスレノール 顆粒分包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
65	ルネスタ錠1mgが処方されたがルネスタ錠2mgで調剤。最終鑑査で気づき交付には至らなかった。	見つからない薬があったことによる焦り。ルネスタ錠の規格が1つしかないと思ひ込み。	ルネスタ錠に複数規格があることがわかるように、回避タグを付けた。	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
66	一般名処方 薬の在庫の確認に気がむいてしまい、剤形を間違えて入力し、調剤も間違えてしまった。	ステロイド外用剤の一般名処方難しい		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 販売名ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「JG」  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
67	OD錠に変更されていたが、見落として調剤してしまった。患者には嚥下障害などはなく、服用は問題なかった			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 販売名クレステールOD錠5mg  間違えた医薬品 販売名クレステール錠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
68	一般名処方 ロラタジン口腔内崩壊錠10mgの処方でもロラタジン錠10mg「サワイ」を調剤。鑑査者より口腔内崩壊錠であると指摘を受け気づき、調剤しなおした。			確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロラタジンOD錠10mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ロラタジン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
69	フラビタン錠5mg3錠分3毎食後の処方 で、フラビタン錠10mgを調剤。鑑査者が 気づき指摘。調剤しなおした。	当薬局ではフラビタン錠10mgの在庫 しかなく、フラビタン錠だけ確認して規 格を見落としていたと考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名フラビタン 錠5mg  間違えた医薬品 販売名フラビタン 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
70	本来1g包で調剤するところ 0.5g包で調 剤してしまった	確認の不足単純なミス	確認作業の徹底	確認を怠った その他確認が不足し ていた	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
71	ノボラビッド注フレックスペン4本のところ、 ノボラビッド注フレックスタッチを2本調剤 して渡した。発注時に在庫の差異で事務 員が気づく。	フレックスペンの後にフレックスタッチが 発売になったことを知らなかった。広域 処方で、古いタイプ、新しいタイプの製 品が混在しているのを把握してなかつ た。	インシュリンは、すべて用 意したものの名前を読み 上げる。	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 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 販売名ノボラビッ ド注フレックスペ ン  間違えた医薬品 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
72	今回初めてヒアルロン酸ナトリウム0.3%製 剤がされていたが見落としてしまい、今ま で通り0.1%製剤を入力・調剤・交付してし まった。投薬時、今までと同じ薬と説明し たが、患者は特に何も言わず受け取り帰 宅。その後処方箋チェックをしたときに調 剤ミスが判明。患者に連絡し、薬剤を交 換した。幸いにも患者は使用する前 であった。	いつもより人員が足りず、薬局が混み あっており注意が行き届かなかった。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だつ た	処方された医薬品 販売名ヒアルロン 酸ナトリウム点眼 液0.3%「TS」  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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
73	一般名処方でシンバスタチン錠5mgが記載 ラミアン錠を採用していた。10mgも採用されていたので規格違いで10mg錠で調剤した	処方せんの見間違いと10mg錠のほうが使われていたので10mgをピックアップしてしまった。	調剤前の処方せん監査時に一般名処方の場合は調剤する錠剤名を鉛筆で記入することにした	判断を誤った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ラミアン錠 5mg  間違えた医薬品 販売名ラミアン錠 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
74	ベシケアOD錠2.5mgで処方のところ5mg錠で調剤	休日前で午前中だけの営業だったので患者が集中し 焦りから 注意力散漫になった。2.5mgをとったつもりで汎用されている5mg錠をピックアップしてしまった。	混んでいるときも落ち着いて調剤する	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
75	前回までマグミット錠330mgが処方されていて今回500mg錠に変更になっていた。他の処方の変更がなかったのでD0入力機能で前回と同じところを入力し、変更になったところのみ入力を変更しているが、その変更を忘れ確定してしまった。	混んでいて 焦りがあった。	前回と変更になったところには処方せんに印をつけ注意を促す	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
76	一包化処方で、先月より炭酸リチウム錠100「ヨシトミ」が追加になり、自動錠剤分包機へ入力する際、間違っ炭酸リチウム錠200「ヨシトミ」を入力し、分包。監査でも気付かずに、そのまま14日分投薬。その後、2週後にd0処方で来局時も、気付かず200mgのまま14日分調剤・投薬。今回来局時に、監査で判明し、医師へ連絡。「そのまま200mg錠で」との指示があり、患者へ説明・謝罪する。		一包化処方箋の新規・変更入力時は、ダブルチェックを行う。監査時には、識別コードの確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名炭酸リチウム錠100「ヨシトミ」  間違えた医薬品 販売名炭酸リチウム錠200「ヨシトミ」	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
77	規格違いの薬剤をピックアップし、そのまま投薬してしまった。次回来局時、患者よりシート、規格が違ったが説明は聞いていないのでおかしいと申し出あり判明。	処方内容を記憶してピックアップした。薬情を断る患者であり、写真との照合なくそのまま投薬。	必ず処方せんなどと照らし合わせてピックアップをする。監査は別の人が行う。	確認を怠った 仕組み	処方された医薬品 販売名ダオニール錠1.25mg  間違えた医薬品 販売名ダオニール錠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
78	カルボシステイン250mg「トーワ」を500mg「トーワ」で調剤。鑑査者が気がつき患者に渡ることはなかった。	カルボシステイン250mgは「KN」、500mgは「トーワ」で在庫していた。250mg「KN」のメーカー欠品により、250mgの在庫を「トーワ」に変えたばかりだった。「トーワ」をみて500mgとしたと考えられる。	調剤後の再確認の徹底。患者の年齢も考慮する。	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錠250mg「トーワ」  間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
79	エクメットLDが処方されていたが、エクメットHDを調剤し交付してしまった。前回処方との変更点に気をとられ、規格違いを調剤していることに気付かなかった。患者にも薬剤情報提供書と薬を見せながら服薬指導を行ったが、薬剤情報提供書の写真との相違にも気付かずに交付した。患者は始めてみる薬だった。	処方医薬品の多さから、処方の変更点を確認することに気をとられてしまった。エクメットLDの棚にHDが混在していたことに当該薬剤師が気付いたため、交付後すぐに過誤が判明。	処方医薬品が多い、処方の変更点があるなど注意しなければいけないときこそ、薬剤の規格までしっかり見落とさないようにする薬剤情報提供書にも目を通し、同じ薬剤であるかの確認を怠らないようにする	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
80	アムロジピンOD錠5mgで処方されているが、アムロジピンOD錠2.5mgで調剤・鑑査。投薬時に判明し正しいものに調剤した。また、鑑査者は錠剤鑑査システムの実施を怠っていた。	作業手順の不履行	作業手順の徹底	確認を怠った 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「EMEC」  間違えた医薬品 販売名アムロジピンOD錠2.5mg「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
81	アスピリン錠10mgで処方されていたが、アスピリン錠20mgで調剤。鑑査時の、調剤鑑査システムにてエラーが出て、規格間違いを判明。	単純なミス アスピリン錠20mgの使用量が多いが、年齢等の見落としも見られる。	処方せんの確認を徹底。思い込みをなくす。	確認を怠った 教育・訓練	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
82	イグザレルト錠15mgが処方されている患者に対してイグザレルト錠10mgを調剤してしまった。投薬時患者より、「イグザレルトは今まで15mgであったが、10mgに変更になったのか?」との質問あり、誤りに気づいた。	当薬局ではイグザレルトは主に10mgを使用しているの、調剤者は思い込みで10mgを調剤。鑑査者は、イグザレルトは10mgと15mgの2規格あることを知らず、10mgの1規格のみと思い込んでいたので、薬品名のみ見て鑑査してしまった。	イグザレルト錠の箱に、「他規格あり」とのシール貼付。電子薬歴上「申し送り事項」「確認事項」にイグザレルトの規格確認するようにポップアップし、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 販売名イグザレルト錠15mg  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
83	0.3%タリビット点眼液 1本の処方に対し、0.3%タリビット耳科用液 1本を調剤し投薬時にも間違いに気づかず家族に手渡した。帰宅後、1回点眼した後に家族が耳科用液であることに気付き、薬局に連絡があった。耳科用液には防腐剤が入っているが、点眼薬にも使用されている成分であること、場合によっては眼が赤くなる可能性がある事を伝え、その後訪問のうえ薬剤を交換した。患者の症状は特に変わりなかった。	調剤者は、耳鼻科からの処方であったため点眼液と考えず耳科用液を取りそろえた。他の薬剤師が同じ処方箋の散剤を調剤中であり、処方せんをじっくりと見ていなかった。投薬者は眼の症状を家族から聞き取りながら、また耳科用液の袋を認識しながらもそのまま投薬してしまった。鑑査する集中力が切れていた。	・同名で投与経路の異なる薬剤については薬棚にその旨を明示する・処方箋を音読のうえ、調剤を行う・投薬時には薬剤情報提供用紙の写真と現物を確認のうえ投薬する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名タリビット点眼液0.3%  間違えた医薬品 販売名タリビット耳科用液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
84	分包品の計数間違いピーマーゲン散 4.5g分3 の処方のところ、3g分3で交付してしまった。ピーマーゲン散は予製で分包しており、1g/包と1.5g/包があったため、取り違えた。	作業手順の不履行 散剤は全量を秤量して監査すべきところ、これを怠った。	全量を必ず秤量する	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ピーマーゲン散ショーワ  間違えた医薬品 販売名ピーマーゲン散ショーワ	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
85	調剤者はオロパタジン錠5mg「NSKK」を調剤しなければならないところ、オロパタジンODフィルム5mg「マルホ」を調剤。監査者が間違いに気がつき、正しいものを調剤しなおし投薬。	単純なミス	規格、単位までよく見直す。	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 販売名オロパタジン塩酸塩錠5mg「NSKK」  間違えた医薬品 販売名オロパタジン塩酸塩ODフィルム5mg「マルホ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
86	ネキシウムカプセル10mgが処方されていたが、20mgで調剤。	20mgの処方が多いため。		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
87	処方箋を十分に見ずに調剤をしていた			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 販売名リポパトール錠10  間違えた医薬品 販売名リポパトール錠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
88	一般名処方でファモチジン10mgの処方があった。プロスターM10mgで調剤しなければならなかったが、当薬局では9割がプロスターM20mgの処方のため、思いこみでプロスターM20mgを調剤してしまった。			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	処方された医薬品 販売名プロスター M錠10  間違えた医薬品 販売名プロスター M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
89	患者は定期的に内科受診されている方。マグミット錠500mg処方のところマグミット錠330mgでピックアップされていることに気付かず鑑査・投薬した。後日、家族が来局され、「いつもの薬と違う薬が入っているが間違っていないか？」との訴えあった。確認したところ、規格違いでお渡ししていることが判明。謝罪し正しいお薬をお渡しした。以前の残薬を服用しており今回の薬はまだ服用されていないかった。	正月明け・連休明けなどで来局患者の人数も多く、急いで鑑査・投薬を行っていた。当患者からも急いで欲しいと言われ慌しく鑑査・投薬したことで確認を十分に行っていなかったと思う。当薬局で処方されているマグミット錠の規格が330mgが多数であり間違いはないだろうという思い込みがあった。 焦り	薬品名だけでなく正しい規格であるかも処方箋と支援書・薬剤の現物を照らし合わせる。患者及び家族と一緒に確認しながら投薬を進める。	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
90	ロコイドクリームで処方されていたが、ロコイド軟膏で調剤。監査時に判明。誤りを訂正し、調剤した。	処方せんの見間違い 注意力散漫 焦り	ロコイド軟膏とクリームの在庫場所が近い為、手に入る時に剤型を確認するよう注意喚起を促す目印をつける。また、在庫場所の変更。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロコイドクリーム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
91	患者が処方箋を持って来局。入力後、調剤開始。PCで薬歴を確認している時に、0.5μgである事を発見。再度調剤を行なってから、患者に投薬して無事に完了	エディロールは当局では、ほとんどが0.75の調剤が殆どなので、誤認識のまま0.75の方で調剤してしまった。繁忙時間だったので、慌てて調剤してしまった。単純なミス	まずは落ち着いて、読み上げと指のなぞりでチェックを行う	勤務状況が繁忙だった	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
92	調剤者は前回来局された際の処方薬が、(一般名)ニフェジピン徐放錠40mg(24時間持続)であったため、今回処方せんの(一般名)ニフェジピン徐放錠20mgを見た時に単純に減量と思い込んで、24時間持続のCR錠を調剤してしまった。正しくは、(一般名)ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)であり、調剤鑑査の際に別の薬剤師が誤りに気づき、調剤し直した。		ニフェジピン徐放錠は2規格あるということをスタッフ間で注意喚起し、意識する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピン錠20mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ニフェジピンCR錠20mg「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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
93	プロカテロール25 $\mu$ g 14Tのところプロカテロール50 $\mu$ g 14Tをとってしまった	規格を最後まで確認せずにとってしまった	処方箋を最後まで読むこと	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プロカテロール塩酸塩錠25 $\mu$ g「日医工」  間違えた医薬品 販売名プロカテロール塩酸塩錠50 $\mu$ 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
94	処方内容エピナスチン錠10mgのところ、エピナスチン錠20mgにて誤調剤。鑑査時判明にて調剤者に訂正依頼。患者への誤渡はなし。	処方元は門前医療機関。通常使用する薬剤はエピナスチン錠20mgとなり、10mgの処方稀。年齢も70歳代と高齢ではあるが、20mgの使用をするケースが多い年齢であり、調剤者はいつもどおり20mgの処方だろうとの思い込みが生じており、規格チェックが甘くなっていた。	調剤時の規格ベンチェックの徹底。	確認を怠った ルールの不備	処方された医薬品 販売名エピナスチン塩酸塩錠10mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名エピナスチン塩酸塩錠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
95	メブチンドライシロップの処方。調剤者:ドライシロップが処方されていることに気がつかずメブチン顆粒で調剤。監査者:監査時に処方箋と秤量した散剤のレシートの規格(DS0.005%・顆粒0.01%)が違うことに気がつき、調剤ミス判明。すぐに調剤しなおし患者には正しいものをお渡しした。	処方頻度の多いのはメブチン顆粒で、メブチンドライシロップは滅多に処方されることがない。そのため「メブチンドライシロップ」と処方箋記載されているにも関わらず、日頃より扱う頻度の多い「メブチン顆粒」を調剤したものと思われる。	メブチンドライシロップ・メブチン顆粒それぞれに「DS0.005%」「顆粒0.01%」と目立つように注意喚起の表示を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メブチンドライシロップ0.005%  間違えた医薬品 販売名メブチン顆粒0.01%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
96	一般名カルボシステイン250mgで処方記載のところ誤って500mgで調剤を行う。	処方せんの見間違い・規格の処方頻度などにより思い込みによる調剤の実施。調剤終了後の再度確認が適正に実施されていない。	処方記載に関して、薬品名・規格まで確認を行う。調剤時・監査システムにかける前に再度確認を実施する。	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 販売名カルボシステイン錠250mg 「トーフ」  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
97	カロナール錠200mg処方のところ、カロナール300に入力・調剤ともに間違えた。	規格を間違えて入力し、その薬剤情報提供書を見て薬剤師がカロナール300と思い込み調剤を行った。投薬後の確認作業で入力違いが判明した。	忙しいときこそ思い込みでの調剤はせず、処方せんと規格を照らし合わせる。	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
98	(正)メトグルコ500mg60錠を(誤)メトグルコ250mg60錠で調剤し交付。	同処方箋上にあった他在の3/4錠と1/4錠の調剤に気を取られてしまった。呼び出していたタクシーが来てしまいあせっていた。	どんな状況下でも規格確認を徹底する。いつでも平常心を保つ。薬歴の規格部分に印をつける。	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 販売名メトグルコ錠500mg  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
99	マグミット錠330mgが出ていたのにマグミット錠250mgを調剤していた。監査者が気付いて訂正した。	マグミット錠はどちらの規格も同じ引き出しに入れていて、近くに置いているので、規格をよく確認せずに調剤してしまった。	引き出しに注意喚起の紙をつける。	確認を怠った	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
100	1包化調剤 ガスモチン錠2.5mg2錠分2で調剤すべきところガスモチン錠5mg2錠で1包化調剤した。監査時に気づき作り直して投薬した。	ガスモチン錠は5mgが多く処方されており、調剤者はまだ勤務が短く、ガスモチン2.5mg錠に出会っていなかった。イーサーでの調剤時手巻き指示書にも2.5mg錠と記載されていたが、確認を怠った。作業手順の不履行	手巻き指示書と薬品名を規格とともにきちんと確認すること	確認を怠った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ガスモチン錠2.5mg  間違えた医薬品 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
101	患者が持参した処方箋に「バルサルタン錠80mg「ファイザー」1錠1×朝食後」といった記載があったが、間違えてバルサルタン錠160mg「ファイザー」を計数調剤してしまった。繁忙な時間帯であったこともあり、監査を担当した薬剤師も間違いに気付くことができずに交付してしまった。その日のうちに患者自身から連絡があり、謝罪とともに正しい薬を交付した。			確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名バルサルタン錠80mg「ファイザー」  間違えた医薬品 販売名バルサルタン錠160mg「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
102	フルティフォーム125µg56吸入用が処方してあったのに、50µg56吸入用を投与した。翌日在庫を調べて間違いに気付いた。本人に電話したら、開封して吸入した後だったが、用量減少での喘息発作はなかった。2日後に本人来局し、125µgの吸入剤をお渡しした。	フルティフォームに125µgと50µgがあることを知らず、以前にも出ていたので、在庫しているフルティフォームはどれも同じと思い込んで、規格をチェックしなかった。処方せんの見間違い単純なミス	薬の名前を声に出して最後まで読み上げるようにする。	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50エアゾール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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
103	新患で処方せんを持参。処方監査時、一般名処方でフェルピナクパップ(テープ)との記載があることに注目。疑義照会を行い、患者にどちらかを選んでもらうようにとの回答を確認。併せて、処方せん上には薬剤名の下にカッコ書きで温感との記載があったが、それは見逃した。患者はパップ剤を希望された。ジェネリック変更希望あったため、フェルピナクパップ「サワイ」に変更し処方監査を完了。その後、最終鑑査は別の薬剤師が行ったが、そこでも温感の記載を見逃し、患者に交付。同日20時頃、薬歴記載時に誤った薬剤を交付したことに気付き、患者本人に電話連絡。この時点ではまだ交付した薬剤には手をつけていなかった。謝罪し、正しい薬剤に交換させていただき運びとなった。その後すぐに自宅に伺い、フェルナピオンパップと交換を行った。	処方せんの別の事項に注意が行き、記載事項を見逃した。	現在、医薬品として流通している温感タイプのパップ剤とテープ剤の一覧を作成し、処方監査時に確認することが出来るようにした。	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 販売名フェルナピオンパップ70  間違えた医薬品 販売名フェルピナクパップ70mg 「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	処方内容ではアマリール0.5mg普通錠。調剤後の鑑査にてアマリールOD0.5mgが混在しているのを発見。交付前だったため正しく調剤し直し交付した。	キャンセルになった処方薬の戻し間違い及び調剤担当薬剤師の調剤時の確認漏れ。	同種薬の類似剤形やパッケージの類似したものはできるだけ離れた場所に保管する。医薬品を戻す場合には外箱と戻す薬が確実に一致している旨確認徹底。	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名アマリール0.5mg錠  間違えた医薬品 販売名アマリールOD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
105	正)フルメトロン0.02% 誤)フルメトロン0.1%	オドメール0.02%が処方されていたのを先発希望のフルメトロン0.02%に変更しており、名称の変更に気をとられて規格の確認をしなかった。	あまり出ない規格には処方箋にえんぴつで印をつける。先発品 後発品の場合規格を必ず確認する。	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 販売名フルメトロン点眼液0.02%  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	規格の変更を見逃した			確認を怠った	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
107	箱の外観が類似していたため、箱から薬品を取り出した際に規格の確認を怠り、調剤してしまった。	単純なミス 焦り 注意力散漫	箱と中身の規格が一致しているか、処方内容とあっているかを確認して、鑑査は複数人で行う。	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 販売名アルファカルシドールカプセル1μg「テバ」  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「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
108	プラバスタチンNa(5)「サワイ」をプラバスタチンNa(10)「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。すぐに該当患者へ連絡し謝罪。正しいものと取替えに自宅へ伺った。			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
109	ラシックス錠40mg1錠分1朝食後28日分の処方ではラシックス錠20mgを調剤。鑑査者も気づかず患者に服薬指導し交付。患者が自宅で気づき、次の日に来局された。謝罪の上、ラシックス錠40mgに差し替えた。	鑑査者が気づかず、そのまま服薬指導時に薬を患者と確認しながら薬袋に入れる作業を行うが、そこでも気づかなかった。	もう1段階鑑査が必要か検討中。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ラシックス錠40mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
110	トランサミンカプセル250mg 3P分3毎食後3日分の処方でトランサミン錠250mgを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	近隣の医療機関で錠やカプセルの処方の好みが違うため、注意を払わないといけないが、頭のトランサミンだけを見て良く確認せず、数量的に良く出ているトランサミン錠を調剤したことが要因。		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名トランサミンカプセル250mg  間違えた医薬品 販売名トランサミン錠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
111	ピソプロロール2.5mgを0.5Tの所、ピソプロロール5mg 0.5Tにて調剤してしまった。鑑査時に、規格が違っている旨の指摘を受け、誤った規格で調剤したことに気が付いた。	背景:ピソプロロール2.5mgとピソプロロール5mgの包装デザインが似ていたが、引き出しの中で隣接して配置されていた。ピソプロロール5mgが期限切迫医薬品だったため、箱に「先」と記載がされていた。要因:調剤時、ピソプロロール2.5mgの箱を手にしたものの、手にした箱の隣に「先」と記載されていた箱があった為、誤って、5mgの箱から薬を調剤してしまった。2.5mgと5mgの箱のデザインが似ていたため、同じ薬だと思いつき、最終的に手にした箱の確認を怠った。また、半錠にする前の、ヒート段階での確認を怠った。通常はポリムスで、ヒートから錠剤を出す前に、取り間違いが無い確認するのだが、入力が終わるのを待たずに、ヒートから錠剤を出してしまったため、ポリムスでの確認を後回しにしてしまった。 注意力散漫	ピソプロロール2.5mgと5mgの箱を離して保管。最終的に手に取った薬の箱をきちんと確認する。ヒートから錠剤を出す場合は、入力が終わるのを待ち、ポリムスを必ず使用し、調剤した薬に間違いが無いことを確認する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品	処方された医薬品 販売名ピソプロロールフル酸塩錠2.5mg「日医工」  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
112	ユニシア配合錠HDで調剤するところユニシア配合錠LDで調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユニシア配合錠HD  間違えた医薬品 販売名ユニシア配合錠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
113	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」のところアトルバスタチン錠10mg「サワイ」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg「サワイ」  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
114	アーチスト錠1.25mgのところ10mgで調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アーチスト錠1.25mg  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
115	一般名処方、ニフェジピン徐放錠(24時間タイプ)に対しニフェジピンCR錠10mg「日医工」のところニフェジピンL錠10mg「三和」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 販売名ニフェジピンCR錠10mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名ニフェジピンL錠10mg「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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
116	調剤時規格を間違えた	単純なミス(PDAを使用しなかった)	PDAを使用する。処方箋を見て監査者に薬を渡す	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セレネース錠0.75mg  間違えた医薬品 販売名セレネース錠1.5mg	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
117	一般名:ファモチジン徐放錠10mg。ファモチジンD10mgのところ20mgでピッキング 10錠シート	処方箋確認不足 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 販売名ファモチジンD錠10mg「サワイ」  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
118	オルメテック20mgのところオルメテック10mgでピッキング	20mgをピッキングしたと思い込み 単純なミス	ピッキングしたものよく見ます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オルメテック錠20mg  間違えた医薬品 販売名オルメテック錠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
119	一般名:グリメピリド0.5mg。グリメピリド0.5mg「三和」のところグリメピリド1mg「三和」でピッキング 10錠シート	0.5mgと確認しておいて1mgをピッキングしていた。 注意力散漫	ピッキング後処方箋と見比べます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名グリメピリド錠0.5mg「三和」  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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
120	一般名処方でヘパリン類似物質外用液0.3%が処方されたが、ヒルドイドソフト軟膏0.3%を調剤する。監査時も気づかず、前回はヒルドイドソフト軟膏0.3%が処方されており、入力もヒルドイドソフト軟膏0.3%になっていた。患者が帰宅後に気づき、処方医に確認され、処方医より間違いを指摘される。ヒルドイドソフト軟膏0.3%とヒルドイドローション0.3%を交換させていただき謝罪する。	一般名処方のヘパリン類似物質外用液0.3%とヘパリン類似物質軟膏0.3%の見間違い。「処方せんの見間違い」	調剤棚に「外用液」と「軟膏」の見間違い注意の張り紙をし、処方確認の徹底をする。	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
121	インタール点眼が処方されていたが、良く出ているインタール点鼻と思いこんで調剤。投薬時に患者に見せていてエラーに気付いた。			確認を怠った 技術・手技が未熟 だった	処方された医薬品 販売名インタール 点眼液2%  間違えた医薬品 販売名インタール 点鼻液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
122	アムロジピン錠5mg「トーワ」のところアムロジピン錠2.5mg「トーワ」で調剤			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「トーワ」  間違えた医薬品 販売名アムロジピン 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
123	アトルバスタチン5mg「EE」の処方を実ルバスタチン10mg「EE」で調剤	処方入力時アトルバスタチン錠5mg「サワイ」とメーカー違いで入力され、メーカーを変更修正したところ規格まで変更してしまった。そのまま自動バーコード読み取りにて調剤、鑑査でも気づかなかった。	交付時患者との複数比較をさらに徹底する	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	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg「EE」  間違えた医薬品 販売名アトルバスタチン錠10mg「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
124	レキップ錠CR2mgをレキップ錠で調剤	多忙な時間帯の調剤で注意力散漫していた	多忙でも確実に調剤、鑑査を落ち着いて行う	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名レキップCR錠2mg  間違えた医薬品 販売名レキップ錠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
125	「一般名」エチゾラム錠1mgの処方でエチゾラム錠0.5mgを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	エチゾラム錠1mgの処方ほとんどないため、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 販売名エチゾラム錠1mg「トーフ」  間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠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
126	タリオンOD錠10mgの処方でタリオン錠を調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	当薬局でタリオン錠の処方が圧倒的に多く、OD錠であることを確認せず思い込みの調剤。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名タリオンOD錠10mg  間違えた医薬品 販売名タリオン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
127	院内におけるシスプラチン使用後の悪心等へ処方、1日8mg服用に際し、前回までは0.5mg錠を16錠・朝夕服用していた。薬審にて4mg錠の採用が決まり、今回入力・調整の段階で規格誤りで作業が実施された。	薬審情報の共有が中途半端、一部の薬剤師間にての伝達、他規格薬剤の採用状況などリスク考量した伝達となっていない。薬品名のみチェックとなり、いつ規格・用量の変更があるかといったリスク意識が乏しい。	採用薬の回覧・ポイントなどの記載にて予想しうるリスクを伝達。薬品名・規格・数量・服用法の入力・調整における照合の徹底	確認を怠った判断を誤った技術・手技が未熟だった 医薬品教育・訓練 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名デカドロン錠4mg  間違えた医薬品 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
128	「一般名処方」でデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏1%とレスタミンコーワクリームとの混合で処方していたが、メサデルムクリーム1%で調剤し、患者へ渡してしまった。1か月後に同処方を持参した時に、別の薬剤師が気付き判明した。	塗り薬の混合はクリームとクリームを混ぜるものと思い込んでいたため、処方入力のミスに気付けなかった。	塗り薬の混合時は、電子秤のレシートを付け、記録を残すことにした。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メサデルム軟膏0.1%  間違えた医薬品 販売名メサデルムクリーム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
129	ビソプロロール fumarate 錠 2.5mg「日医工」を渡すところをビソプロロール fumarate 錠 0.625mg「日医工」で渡してしまう。幸い患者家族が気づき、謝罪して正しい商品へ変更となった。	処方せんの見間違い 単純なミス		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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
130	スピリーバ吸入用カプセル処方 of 患者に、間違えてスピリーバレスピマットをお渡し。患者家族が気づいて連絡して頂いた。	スピリーバ吸入用カプセルはこの患者ひとりのみで、他はレスピマットでお渡ししていた。ひとりで調剤、投薬をしていた。	自身で調剤した際はきちんと再度調剤薬を鑑査する。	確認を怠った 医薬品 患者側	処方された医薬品 販売名スピリーバ 吸入用カプセル1 8 μg  間違えた医薬品 販売名スピリーバ 2.5 μg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
131	先発品希望によりノルバスクOD錠2.5mgでお渡しするところを、間違えてアムロジピンOD錠5mg「トーワ」でお渡し。すぐ患者が気づいて引き返してきて頂いた。	以前はジェネリックでお渡ししていたが、本人希望により先発品に戻っていた。思い込みでジェネリックを調剤していた。	自身でなるべく調剤、投薬をしない。	確認を怠った 医薬品 患者側	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
132	マグミット500mgで調剤するところを間違えて330mgでお渡し。その後患者より連絡があり、規格間違いに気が付いた。	ひとりで調剤、投薬をしていた。よく処方される規格だと思い込んでいた。	薬歴コメントに規格注意記入。薬情との再確認を徹底する。	確認を怠った 医薬品 患者側	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	内科で定期薬服用中の方。前回に臨時薬でサンリズム50mgが初処方されたが、誤ってサンリズム25mgで入力し、25mgのものをピッキング。鑑査、投薬時にも誤りに気付かず患者にお渡しした。後日、入力内容の再確認時に誤りが判明。在庫もずれており、渡し間違いもあることが確認された。電話にて患者に連絡したところ、服用はまだしていなかった。すぐに謝罪の上お渡しすべきサンリズム50mgに交換した。	緑内障治療中で初めてリーゼが処方されていた為、そちらの確認ばかり意識が取られ集中力が欠けていた。急いでいたため思い込みで確認してしまった。焦り 注意力散漫 処方せんの見間違い	急いでいても必ず処方箋と現物を確認し、入力も間違っていないか確認するよう徹底する。	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 販売名サンリズム カプセル50mg  間違えた医薬品 販売名サンリズム 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
134	定期薬、一包化の処方。前回までアミオダロン塩酸塩速崩錠100mg「TE」の処方だったが、今回アミオダロン塩酸塩速崩錠50mg「TE」に変更となっていることを見落としてしまい、前回通りの100mgの規格で入力・交付。処方箋と入力内容の再確認時に誤りに気づき、判明。すぐに家族に電話連絡したところ、誤ってお渡しした薬はまだ服用前だった。自宅へ伺い、謝罪の上、正しい薬と交換した。	転院を繰り返している方で、処方内容もよく変更になる方。アミオダロン塩酸塩速崩錠100mg「TE」はこの方用に採用したばかりの薬で、鑑査時、他規格が存在することを意識しておらず、薬品名を見て前回通りの薬と思い込んでしまった。今回処方日数変更と利尿剤の種類変更、一包化指示漏れの疑義照会もあり、そちらに意識が向いてしまい確認が疎かになってしまった。処方せんの見間違い 注意力散漫	鑑査時、「薬品名」と「規格」に分けて確認するよう改めてこころがける。新規に採用した薬は、他規格の存在も把握しておく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アミオダロン塩酸塩速崩錠50mg「TE」  間違えた医薬品 販売名アミオダロン塩酸塩速崩錠100mg「TE」	ヒューマンエラー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。ゾルピデム10mg 1T分1就前30日分の処方。GE希望の方。ゾルピデムを1回5mg服用される方のため、ゾルピデム5mgを2T分1就前30日分として代替調剤していた。ゾルピデム5mg、60錠を取り揃えるところ、処方箋通りゾルピデム10mgを30錠取り揃え、鑑査者にまわした。監査時ミス判明。正しく取り揃え、投薬した。	患者情報で、ゾルピデム5mgとして調剤することを把握していたが、処方箋のたの薬剤をピッキングしている間に失念し処方箋通りの規格で取り揃えてしまった。メモが不十分。ダブルチェックが機能していない。 注意力散漫	特記事項は目立つようメモする。ダブルチェックを確実に行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ゾルピデム 酒石酸塩錠5mg 「DSP」  間違えた医薬品 販売名ゾルピデム 酒石酸塩錠10mg 「DSP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
136	調剤者がコニール2mg錠1日1回朝食後49日分を、規格の確認不足からベニジピン塩酸塩錠4mgと思い込み調剤した。鑑査システムで間違いが判明して、調剤者が2mgに調剤しなおした。	処方箋の規格の確認不足から薬品の規格を4mgと思い込み調剤してしまった。処方せんの見間違い	ベニジピン4mgには規格注意扉が設置してあったが、2mgには設置してなかったなので設置した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名コニール錠2  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
137	一般名処方 イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg 2包 分2 朝・夕食後 30日分イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「日医工」60包を投薬しないとけないところ、イコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「日医工」60包を間違えて投薬してしまった。患者の家族が、いつもと違う薬が入っていたのでこれは飲まなかったと薬をそのまま持参された。処方医に経緯を報告し、本日処方分の「一般名」イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg 2包 分2 30日分を削除してもらい、間違っていた分を引き取り、イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「日医工」60包をお渡し、おわびした。	注意力散漫 処方医薬品の多さ	投薬時、患者に確認を今まで以上に丁寧に行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名イコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「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
138	オルメテック錠10mg処方が多い中、今回の患者はOD錠だった。忙しい時間帯でもあり、普通錠で渡してしまった。在庫確認の段階で気が付き、家族へ連絡。シートデザインが似ているので、家族も本人も気が付いていなかった。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
139	ピオフェルミン配合散が処方されていたがピオフェルミン錠でレセコンに入力していた	常勤事務員が休暇にて他薬局の事務員が手伝いに来ていた、出勤直後、掃除をしているところでの患者来局。通常と異なる環境、心理的状況の中での入力、焦りも生じていたと考えられる。その上、通常勤務している薬局ではあまりない手書き処方せんであったため処方せんの見間違いも生じていたと推測される。	規格、剤形までしっかり確認する。通常勤務している薬局では使わない剤形もあることをしっかり認識させる	確認を怠った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医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン配合散  間違えた医薬品 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
140	エクメットLDが処方されていたが、いつも良く出ているエクメットHDだと思い込み調剤。投薬時に患者に説明する際に自分で発見した。	作業手順の不履行		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
141	トランサミンカプセル500mgの処方があり、トランサミンカプセル250mgを調剤。カプセルに500mgの規格はないため疑義照会を行いトランサミン錠500mgに変更。			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
142	酸化マグネシウム錠500mg「ヨシダ」のところ酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」で調剤			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500mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	セチリジン塩酸塩錠10mg「TYK」で調剤するところセチリジン塩酸塩錠5mg「TYK」で調剤			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10mg「TYK」  間違えた医薬品 販売名セチリジン塩酸塩錠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
144	一般名処方「アシクロビル眼軟膏」にて処方。門前処方となり、通常多く見られるのは「アシクロビル軟膏」となる。調剤者は通常通りのものと思い込みが生じゾピラックス軟膏にて調剤。鑑査時判明し調剤者に訂正依頼。患者への誤渡はなし。	記載上非常に酷似している名称。眼軟膏での処方には月に1~2回程度と低頻度。調剤者の思い込みから生じる確認不足が存在していた。	剤形類似品があるという認識を再度しっかりと持ち、確認を怠らないよう徹底。鑑査時の画像鑑査等々にて、鑑査時にもしっかりと、もれなくチェックを実施する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ゾピラックス眼軟膏3%  間違えた医薬品 販売名ゾピラックス軟膏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
145	ビドキサル錠10mg56錠のところビドキサル錠20mg56錠で調剤。	ビドキサル錠20mg分2:28日分という処方だった。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ビドキサル錠10mg  間違えた医薬品 販売名ビドキサル錠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
146	シロスタゾールOD錠100mg「タカタ」を調剤するところをシロスタゾールOD錠50mg「タカタ」で調剤してしまった。当日は棚卸日で、棚卸時に差異に気付き、直ちに患者にTelにて連絡。幸い服用前だったので、すぐに正しい薬と変更した。	一人薬剤師の繁忙時間帯で、規格の監査を怠ってしまった。	繁忙時でも処方箋・裏打ち・薬剤を声を出しながら徹底的に監査を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名シロスタゾールOD錠100mg「タカタ」  間違えた医薬品 販売名シロスタゾールOD錠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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
147	渡薬後に患者よりTELあり。「違うものが入っている。」と。監査時の写真を確認したところ、ソルミラン900mgのところ600mgでお渡ししてしまったことが判明。交換に伺うことを提案したが、拒否され、後日薬局していただき謝罪し、薬を交換した。予備薬を2週間分もっていたため使用はなかった。	規格の確認がおろそかであった。ソルミラン=600mgという思い込みがあった。渡薬時も規格について気に留めずにお渡ししてしまった。	規格の確認までしっかり行う。思い込みをなくして調剤をする。渡薬時にも薬袋内の薬を確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ソルミラン 顆粒状カプセル900mg  間違えた医薬品 販売名ソルミラン 顆粒状カプセル600mg	ヒューマンエラー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	ジクロフェナクNaクリームでお渡しするところを誤って、ジクロフェナクNaゲルで調剤した。鑑査者が鑑査中に誤りに気付いた。	ゲルとクリームの名称の確認を怠ったことが考えられる。単純なミス 注意力散漫 処方せんの見間違い	声出し確認が不徹底だったことが考えられる。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 販売名ジクロフェナクナトリウムクリーム1%「ユートク」  間違えた医薬品 販売名ジクロフェナク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
149	規格間違いマグミット500mgが処方されていたところ、マグミット330mgで調剤してしまった	焦り	ピッキング、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
150	規格間違い	確認を怠った 焦り		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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
151	ガスターD錠10mgの処方でガスターD20mgを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	薬剤師歴は長いが、当薬局の勤務年数の短い薬剤師で、思い込みの調剤と考えられる。		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ガスターD錠10mg  間違えた医薬品 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
152	一般名 エチゾラム錠1mg1錠分1就寝前の処方でエチゾラム錠0.5mgを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	処方内容を良く確認せず調剤したこと。当薬局では0.5mg錠は繁用されていて棚に収納されているが、1mgは数例の処方引き出しに収納されているため意識が低かったことも要因の1つと考える。		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名エチゾラム錠1mg「トーフ」  間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠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
153	セレコックス錠200mg2錠分2朝夕食後49日分の処方でセレコックス錠100mgを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	セレコックス錠200mgの処方がほとんどないため、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
154	オルメテックODのところオルメテックと入力	確認を怠ったため	よく確認をします	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オルメテックOD錠  間違えた医薬品 販売名オルメテック錠	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
155	ミカルディス錠20mgのところ40mgで調剤			確認を怠った	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
156	イルベタン錠50mgのところ100mgで調剤			確認を怠った	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
157	レボフロキサシン1.5%点眼液のところ0.5%で入力・調剤・渡薬。翌日の処方箋入力チェックで判明。	他の薬剤のジェネリック変更に気を取られ、集中していなかった。焦り 注意力散漫	複数規格のある薬剤は規格に入力時にえんぴつでしるしをつけて注意喚起する。処方箋、薬剤情報提供書、調剤した薬剤を必ず確認して説明する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン点眼液1.5%「日新」  間違えた医薬品 販売名レボフロキサシン点眼液0.5%「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
158	ラシックス10mg 1錠のところ20mg 1錠で調剤・渡薬。3日間誤服用あり。週末だったので3日後の処方箋入力チェックで判明。訪問し薬を交換。尿の回数・ふらつきなどいつもと変わりなかったことを確認	処方医薬品の多さ・残薬数の確認や日数調整と煩雑な作業 単純なミス・10mgの在庫がなく、20mgと思い込んで作業をすすめてしまった 焦り・混雑時 注意力散漫 ・混雑時	複数規格のある薬剤は、入力時に規格にえんぴつで印をつけて注意喚起渡薬時に処方箋・薬剤情報提供書、調剤した薬剤を一緒に見ながら確認する。煩雑な作業の時は、時間がかかる旨をきちんと説明して了解を得る	確認を怠った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ラシックス錠10mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
159	ベンズプロマロン25mgのところ50mgで調剤・渡薬・患者が帰った10分後に調剤ミスに気づき謝罪。遠方の方で、残薬のまだあるとのことで、翌週に交換に薬局された。	忙しかった遠方の患者で、車で受診・来局するので車を気にして時々外にでていくため、早く渡そうと焦った	入力時に規格にえんぴつで印をつけて注意喚起処方箋・薬剤情報、調剤した薬が一致していることを必ず確認して渡す。混雑時は、車の中で待ってもらえるようお願いしてみる	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ベンズプロマロン錠25mg 「日医工」  間違えた医薬品 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
160	ムコダイン(500)3錠のところ、カルボシステイン(250)3錠で入力・調剤・渡薬週末だったので翌週の処方箋入力チェックで判明しすぐ訪問した。	1人調剤で多忙だった他にも問い合わせ、一包化調剤の作り直しなど煩忙作業に追われていた	先発品から後発品に変更時は備考欄にえんぴつで変更した薬品名・規格・メーカー名を記入する。複数規格薬剤の規格にえんぴつで印をつけて注意喚起を遵守する。	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
161	ダイアート錠60mg 1錠 分1、朝食後服用 30日分の処方に対して、ジェネリック変更でアゾセミド錠60mg「JG」を調剤しなければならないところ、アゾセミド錠30mg「JG」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。	疑義照会を行う必要のある処方せんであり、患者もお急ぎであったため、あわててしまった。	落ち着いて監査を行い、処方せんと調剤薬とをよく確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アゾセミド錠60mg「JG」  間違えた医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
162	1)6種類の薬剤一包化処方の定期薬2)チラーヂンS錠50μg 3T朝食後で調剤すべきところ、25μg 3T朝食後で調剤しお渡し3)往診の際、Drが内服薬をチェックしたところ、ピンクの錠剤は処方されていないはずと感じ、チラーヂン25ではとの問い合わせがあり、判明4)すでにほとんどが服用済みだったこと、体調変化に気になることがなかったことから、次の処方では間違えない様につけることよると言葉をいただいた。	1)いつも往診後に家族が薬局に取りに見える。二人組みの外来処方受付と重なるタイミングで来局された。少しあせりが生じたこと、定期だからと少し慣れ感が生じていた。2)チラーヂンは3錠ずつ、朝食後に分包しているが、錠剤のμg数のことより、3錠ずつ確実にまいているかどうかに重点をおいて、一包化してしまった。	1)チラーヂンを50μg3錠から75μg2錠に変更してもらった2)75μg錠は50μgや25μg錠とは異なり、引き出しで管理しているため、取り違えを抑えられると考えた。3)一包化の監査の際、錠数だけを確認しがち、錠剤の内容にも間違いがないかを確認する。4)用量により色分けされている錠剤を改めて確認する。5)分包機をレセコンと連動させ、ミスを軽減する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった ルールの不備	処方された医薬品 販売名チラーヂンS錠50μg  間違えた医薬品 販売名チラーヂンS錠25μg	ヒューマンエラー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	チロナミン錠の5μgと25μgを取り違えて分包しようとして錠剤の大きさの違いで気づいた。	注意力散漫、在庫医薬品の把握不足、規格違いの薬の注意喚起方法の欠如が原因と考えられる。	規格の異なる複数の薬の場合には規格の数字に赤いマジックで○をつけたり、職員に存在を徹底することで再発防止を目指す。	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5mcgチロナミン錠  間違えた医薬品 販売名25mcgチロナミン錠	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
164	規格違いに気が付かず処方してしまった	規格を確認できていなかった	規格、メーカーまで声に出して確認する薬情を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 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
165	規格違いを渡してしまった	疑義照会に気を取られ注意力が散漫になっていて監査に集中できなかった	疑義、入力変更があったときはより集中して監査する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名レルベア100エリプタ14吸入用  間違えた医薬品 販売名レルベア200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
166	耳鼻科の処方箋持参。エピナスチン処方あり。入力の段階で20mgのところを10mgで間違えて入力。最初は処方箋みてピックアップしていたので20mgをピックアップしていたが、調剤録の印字をみて10mgの間違いだと勘違いして、10mgをピックアップ。投薬する薬剤師が、入力と薬が間違っていることに気づき、正しい20mgを調剤しなおして投薬した。	調剤録を信じすぎ。	処方箋を再度みて、確認する。	確認を怠った その他チェックミス	処方された医薬品 販売名エピナスチン塩酸塩錠20mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名エピナスチン塩酸塩錠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
167	アムロジピン5mgで調剤するところを10mgで調剤した。アムロジピンの下に書かれてある薬剤がアトルバスタチン10mgであったため見誤った。10錠シート	手順を確認したが不備はなく、処方箋の記載上、薬剤の上下の行間が非常に短いもので見誤った。処方せんの見間違い	定規などを利用し、行間が短い処方でも見間違わないように工夫する。	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
168	アタラックス10mg 蕁麻疹が出た時1日2回まで10回分の処方所の、アタラックス25mgで調剤し渡薬。患者は10回分すべてのみ終わり、2週間後、再受診した際に同じ処方が出て前回、アタラックスの錠剤がピンク色であったとのことで、調剤ミス判明。単位の換算間違い	10mg、25mgを在庫していることを知らなかった。両方とも調剤棚引出「あ」においてあり、10mg、25mgの箱が少し離れた所にあった。初処方であったのに、薬情を見せながらの説明をしなかった。単純なミス 処方せんの見間違い	引出しに複数規格あるものは、隣に並べておくようにする。「規格注意!!」の札を作り、箱につけた。	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 販売名アタラックス錠10mg  間違えた医薬品 販売名アタラックス錠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
169	一般名アトルバスタチン5の処方に対して、誤ってアトルバスタチン10を渡してしまう。調剤した翌々日に在庫数確認したところ、アトルバスタチン10が今回日数分(13錠)少なく、アトルバスタチン5が今回日数分(13錠)多かった為に、今回のミスが判明。すぐに患者宅へ伺い、正しい薬を患者様に渡し、誤って渡した薬を回収した。これまでの残薬分を飲んでいて、今回処方の薬はまだ飲んでなかった。			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	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
170	ピソプロロール(0.625)2錠/分2・朝、夕食後×8日分処方されていた 誤ってピソプロロール(2.5)2錠を調剤 監査時に他薬剤師が間違いに気付き指摘 すぐに正しいピソプロロール(0.625)調剤し直した	薬局が混雑していたこともあり 規格を見間違えて調剤してしまった 焦り	混雑しているこそ 規格・用量などしっかり確認して調剤しなくてはならない	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
171	トピエース8が処方されていたがトピエース4を調剤 最後に処方箋を確認したときに気が付いた	この人は4mgだという思い込み(前々回より8mgに増量)	しっかりと処方箋を規格まで確認	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名トピエース錠8mg  間違えた医薬品 販売名トピエース錠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
172	リリカカプセル25mgを調剤しなければならないところ、リリカかぶせる75mgをおわたしてしまった。			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  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
173	ニフェランタンCR40mgをニフェランタンCR20mgで入力ミス。監査できずそのままお渡しした。	力価違いでの入力ミス、処方箋の見間違い	朝礼にて過誤報告。監査時の徹底	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ニフェランタンCR錠40  間違えた医薬品 販売名ニフェランタンCR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
174	オルメテック錠20mgのところオルメテックOD錠20mgで調剤し、ポリムスで照合の際にエラーになり取り間違いに気付いた。	処方頻度の高いオルメテックOD錠20mgを取ってしまった。	広域処方せんでない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 販売名オルメテック錠20mg  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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
175	トリプタノール錠25mgが処方されていたが、誤って10mgを調剤して渡してしまった。	トリプタノール錠25mgは引き出しに入っているが、いつも調剤棚にある10mgがよく出るので、誤って10mgを調剤した単純なミス。ちょうど昼時で確認する薬剤師も少なくなっており、確認時に焦り、そのまま患者に渡してしまった。患者も急いでいたので、相互に確認もせず渡してしまった。	トリプタノール錠10mgの棚に、25mgは引き出しと書いた注意書きを貼った。患者のファイルにも大きくトリプタノール錠は25mgです。と書いて注意喚起した。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった その他思い込み 施設・設備	処方された医薬品 販売名トリプタノール錠25  間違えた医薬品 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
176	一般名でロキソプロフェンNaテープ100mg(温感)と記載されていたが、気付かず冷感タイプを渡してしまった。	忙しい時間帯で処方箋の確認が不十分であった。	一般名でロキソプロフェンNaテープ100mgは「温感」と「非温」があり、特に注意して調剤する。確認を徹底する。	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「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
177	定期薬で調剤し鑑査し、患者が一旦外出していた為に残置。患者が帰って来られたので鑑査したのとは別の薬剤師が投薬。そこでアムロジピンの規格が違う事を発見し正しい薬に変更してお渡し。	定期薬で薬の内容も多く、鑑査者は思い込みで鑑査してしまっていた。	レセコンのシステムを使って、鑑査時は前回と違うという内容の表示がされていないか必ずチェックする。調剤者も鑑査者も処方箋の規格には鉛筆でチェックを入れて間違いがないか確認する。	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
178	一般名にと商品名の確認に気を取られ、単位の確認を怠った。		処方箋記載内容と商品の規格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 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名プログラフカプセル0.5mg  間違えた医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
179	ヒアレインミニ0.3%120本の処方に対し、ピロー包装のままのヒアレインミニ0.1%100本とヒアレインミニ0.3%20本を調剤	一次監査で使用している監査レンジで開封されて調剤された0.3%を読み込みOKとなっていたため、ピローのままの0.1%包装の確認を怠った	保管などに注意が必要な薬剤でない限り、ピロー包装を開封し確認をするピロー包装のままお渡しする場合でも、必ず包装に記載されている必要事項を確認する	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ヒアレインミニ点眼液0.3%  間違えた医薬品 販売名ヒアレインミニ点眼液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
180	グリメピリド0.5mgの処方であったが1mg錠で調剤してお渡ししてしまった。患者が服用前に気付き来局されてミスが判明した。	当薬局ではグリメピリド1mgの方がよく調剤する規格であったため、処方名から1mg錠と思い込み、DO処方で鑑査の際も注意力が散漫であった。	ピッキング、鑑査の際に処方内容を声に出すなどし、注意力を保つ	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
181	投薬の際、薬を処方箋にて確認すべきところ、薬情、薬袋及び薬歴で確認し、そのまま患者に説明した上で手渡してしまった。2週間後に患者が再来し、リサーチした結果、間違いに気付き、体調等を伺ったが全く変わりはないとのこと。その旨を踏まえて処方医に報告したが、処方に変更はなかった。	薬剤の確認は必ず処方箋で実施すべきところ、字がはっきり見えて色も分かりやすい薬情、薬袋、薬歴で実施してしまった。基本を外れた行為によるミス。作業手順の不履行、注意力散漫。	基本に戻り、調剤が処方箋に基づいて実施されるべきものであることを再認識し、実践し行くことにした。	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	処方された医薬品 販売名コントミン糖衣錠12.5mg  間違えた医薬品 販売名コントミン糖衣錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
182	先月来局時、アロエ末予製を一包0.25gのところ、一包0.5gで作成したものを交付した。今回来局し調剤しているときに、予製の数か合わないことに気づき調べたところ、予製が0.5gになっていることが判明。患者に確認したところ、少し多いと思っていたとのこと。ただ毎服用するわけでもなく、特に問題はなかったのでそのままいたとのこと。お詫びして回収に正しい秤量の物をお渡しし、間違えているものを回収。	予製作成時の確認ミス。単純なミス	予製作成時のダブルチェックの徹底。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アロエ末錠  間違えた医薬品 販売名アロエ末錠	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
183	調剤規格間違い	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 販売名グリメピリド錠0.5mg「三和」  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
184	アセチロールクリーム10%+白色ワセリンの外用剤混合処方。通常単剤にてアセチロールクリーム20%を常用しているクリニック処方医の処方であり、調剤者は思い込みにてアセチロール10%のところ20%にて調剤。鑑査時判明、調剤者の再調剤にて対応。患者への誤渡はなし。	通常処方の通りという思い込みから生じた過誤となる。		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アセチロールクリーム10%  間違えた医薬品 販売名アセチロールクリーム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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
185	一包化調剤においてアマンタジン100mg錠を調剤・分包するところ、アマンタジン50mg錠にて調剤してしまった。	100mg錠は一人にしか出ておらず、思い込みによる間違い。	処方せんの規格まで確認し、普段出ていないことから、患者メモ欄に「100mg錠」と記載し、入力時、調剤時及び鑑査時に注意を促すようにする。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アマンタジン塩酸塩錠100mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名アマンタジン塩酸塩錠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
186	ベンズプロマロン25mgのところ50mg錠で調剤。	25mg錠は使用患者も少なく、50mg錠であるという思い込みがあったと思われる。	薬歴に注意喚起を促すメモにて表示。使用患者が限られるためどの患者なのか情報念頭におく、必ず薬歴・レセコンなど確認作業を怠らないこと。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベンズプロマロン錠25mg「日医工」  間違えた医薬品 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
187	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」を誤ってヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で取り揃え。鑑査時に別物調剤に気付いた。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」は新規採用になったばかり。最初の「ヘパリン類似物質」だけを見てよく出る油性クリームだと判断してしまった。外用2種類のみ簡単な処方だったため見直しをしなかった。	新規採用になった薬の情報共有する。取り揃える時は処方箋と照らし合わせ、薬品名・剤形・規格を最後まで読んで見直す。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
188	一般名処方 ロフラゼブ酸エチル2mg 1錠分1 30日分の処方せん。当薬局では通常1mgの処方であり2mg錠は在庫もなかった。ロフラゼブ酸エチル=「1mg錠」と決めつけてしまい調剤してしまった。監査者が気づき調剤しなおした。(ジメトックス1mg 2錠 分1として調剤)			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジメトックス錠2  間違えた医薬品 販売名ジメトックス錠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
189	1月まで、約1年間、カンデサルタン4mg + アムロジピン5mgで処方。前回より一般名処方カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠で処方、カムシアHD配合錠で調剤。今回一般名処方カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠で処方。カムシアLD配合錠で調剤するところをカムシアHD配合錠で調剤してしまい、後日、調剤録の記録より、入力間違い、患者に電話し確認。判明	処方せんの見間違いと注意力散漫による調剤ミス。前回から降圧剤が変更となり、今回聞き取った血圧と患者も前回と同じといったことにより、前回と同じ規格のものを投薬してしまった。	配合剤の一般名処方の見落とし見誤りについて周知徹底。	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
190	メチコパール錠250μgの処方ではメチコパール錠500μgを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	調剤棚に1つ離れて配置されている。メチコパール錠500μgの方が繁用されているため思い込みで調剤したと考えられる。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メチコパール錠250μg  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
191	一般名処方、ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)に対し、ニフェジピンL錠20mg「三和」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L錠20mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
192	アムロジピンOD錠5mg「トローワ」のところアムロジピン錠5mg「トローワ」で調剤			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錠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
193	トランサミン錠250mgのところトランサミンカプセル250mgで調剤			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 販売名トランサミン錠250mg  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
194	ティアバランス0.1%点眼液のところティアバランス0.3%点眼液で調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ティアバランス0.1%点眼液  間違えた医薬品 販売名ティアバランス点眼液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
195	一般名処方でボグリボース錠0.2mgに対しベイスン錠0.2を調剤するところベイスンOD錠0.2で調剤			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 販売名ベイスン錠0.2  間違えた医薬品 販売名ベイスンOD錠0.2	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
196	パロキセチン錠5mg「タナベ」で調剤するところパロキセチン錠10mg「タナベ」で調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名パロキセチン錠5mg「タナベ」  間違えた医薬品 販売名パロキセチン錠10mg「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
197	患者が小児科の処方せんを持って来局した。処方せんには「ヒルドイドクリーム0.3%、20g/1日1回塗布、300g(100g瓶でお願いします。)」と記載されていた。後発品変更希望であったためピーソフテンクリームで調剤すべきところ誤ってヘパリン類似物質油性クリームで調剤し交付した。交付した後調剤録確認時、間違いに気付き、正しい薬を届けた。	忙しい時間帯であり確認を怠ってしまった。処方せんに記載のコメント「100g瓶でお願いします」に在庫にあるヘパリン類似物質油性クリームを変換対象としてしまった。後発品変換が間違っている可能性を考慮せず思い込みでそのまま調剤を行ってしまった。	使用頻度にかかわらず先発医薬品名の確認を正確に行う。調剤・鑑査時、後発品変換が正しいか確認を行う。	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
198	ベザフィブラートSR錠100mg「サワイ」28錠をベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」28錠へ間違えた。10錠シート	・事務員がベザフィブラート錠に「100mg」と「200mg」の規格があるのを知らなかった。・連休明けのため薬局内が混雑しており、注意力が低下していた。・調剤鑑査での記録が「ベザフィブラート錠200mg」と記載されていることから現物と処方箋での鑑査が実際は出来ていなかった。・レセコンの表示で処方頻度が少ない100mgでは規格の注意喚起のため「100 ベザフィブラート錠」ように規格を前に持ってきていたが、頻繁に処方がある200mgでは注意喚起がなされていなかった。 焦り 注意力散漫	・ベザフィブラートに限らず、複数規格がある薬品の再度周知徹底を局内全員に行う。・200mgでも同様に複数規格の存在の注意喚起をするために、規格を前に移動した。・可能な限り、鑑査者と投薬者が同一人物にならないようにする。・投薬直前時の鑑査も処方箋に基づき行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ベザフィブラートSR錠100mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ベザフィブラートSR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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
199	ティーエスワン配合カプセルT20 56カプセルをティーエスワン配合カプセルT25 56カプセルへ間違えた。ウィークリーシート	1、レセコンの入力及び入力鑑査は正しかった。調剤者はティーエスワン配合カプセルとティーエスワン配合OD錠が一緒の引き出しに入っていて注意喚起の「のれん」に気を付けてカプセルをピックアップしたが規格違いに気付かなかった。さらに薬局内が混雑しており鑑査者も焦りが生じていた。調剤支援リストの記録に間違った規格を記載し数量を書き込んでいることから、現物と処方せんの照らし合わせを怠っている。2、投薬者は、患者からいつもと色が違う気がすると言われたが異変に気付くことが出来ずに前回と変わっていませんと話して終了してしまった。	1、調剤鑑査手順の逸脱があったため、業務手順書の遵守を徹底した。2、ティーエスワン配合カプセルのレセコンの局内名称を【緑】20mg:ティーエスワン配合カプセルや【橙】25mg:ティーエスワン配合カプセルのように製品の箱に書いてある規格の部分の色を先頭にし、その後規格を持ってきて目立たせた。OD錠も、緑【OD】20mgティーエスワン配合、橙【OD】25mgティーエスワン配合として注意喚起をした。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合カプセルT20  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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
200	アザルフィジンEN錠250mg 14錠をアザルフィジンEN錠500mg 14錠へ間違えた。 10錠シート	1、レセコンの入力及び入力鑑査は正しかった。調剤者はアザルフィジンEN錠250mgとアザルフィジンEN錠500mgが引き出し内の隣同士に配置されていて誤って規格違いのものをピックアップしてしまった。鑑査者は調剤支援リストの記録に間違った規格を記載し数量を書き込んでいることから、現物と処方せんの照らし合わせを怠っている。2、投薬者は、患者との相互鑑査でも色・大きさなど異変に気付くことが出来ずに投薬を終了してしまった。	1、調剤鑑査手順の逸脱があったため、業務手順書の遵守を徹底した。2、2規格が存在するアザルフィジンEN錠250mg、アザルフィジンEN錠500mgのレセコンの局内名称はすでに「250mg:アザルフィジンEN錠」、「500mg:アザルフィジンEN錠」のように規格の部分を先頭にして目立たせていた。しかし、鑑査者はアザルフィジンEN錠が2規格あることを知らなかった。改めて複数規格があることを確認し局内全員に注意喚起をした。	確認を怠った	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
201	モービック錠5mgが不足のため、次の日配達でお渡しする事になった。配達後患者から「モービックの10mg錠が入っている」と連絡があり、間違えてお渡ししてしまった事が判明した。	鑑査した薬剤師はモービック錠の規格について気付かなかった。鑑査時忙しかったため注意力が散漫になり、確認を怠ってしまった。	忙しくても規格・数量は必ず確認すること。別の規格がある薬剤には注意喚起を促す付箋などを調剤棚へ貼るようにする。	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 販売名モービック錠5mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
202	発注担当者が当該患者用に入庫したものが残っているのはおかしいと気づき確認したところ、ノボラピッドフレックスタッチが処方されたが、ノボラピッドフレックスペンでお渡ししてしまったことに気づいた。患者に連絡を取り、ご自宅に確認にうかがったところ間違っただけで渡していたことが判明し、お詫びして正しいものと交換しました。間違っただけは使用前で未開封でした。	当該患者にノボラピッドフレックスタッチが処方されたのは二回目、他に使用されている患者はいませんでした。そのため前回調剤、監査した薬剤師にはともに在庫があるとの認識がありました。が今回調剤、監査した薬剤師にはありませんでした。電子カルテへの申し送りの不備もあり。	商品名を語尾まで見るように徹底、電子カルテにフレックスペンでなくフレックスタッチであることを明記、冷蔵庫にも両方の在庫があることを明記しました。	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
203	ベニジピン2mgの処方に、よく使用する4mgで調剤してしまった。患者の家族も、横からいろいろと口を出す状況下で確認が足りなかった。			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 販売名ベニジピン塩酸塩錠2mg「トーワ」  間違えた医薬品 販売名ベニジピン塩酸塩錠4mg「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
204	ニコランジル錠2.5mg「サワイ」14Tをピックアップするところを、ニコランジル錠5mg「サワイ」14Tをピックアップした。薬袋に入れる際に、気がつき、ニコランジル錠2.5mg「サワイ」14Tを取り直した。	当該の2剤の引き出しは、上下に並んでおり、それを取り違えるという単純なミスであった。他の処方せんもあり、少し慌てていたかもしれない。	一人薬剤師の為、受付、ピックアップ、レセコン入力、薬袋記入、監査を続けて行う。ピックアップ時、レセコン入力時、薬袋記入時、監査時、全ての時に、処方箋、薬情、薬を照らし合わせ、注意している。今後もそれを、さらに、注意を払って行う。	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 販売名ニコランジル錠2.5mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ニコランジル錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
205	一般名処方としてデキサメタゾンプロピオン酸エステル外用液が処方されたが、採用薬であるデキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム(ジェネリックとしてプロメタゾンクリーム)と思い込んで調剤してしまった。交付後のチェックで外用液であることが判明して患者に連絡をしたところ今回はクリームで良いとの返答だったため、処方医にその旨を伝えてクリーム剤に変更となった。	通常の採用在庫だけで思い込んでしまった。一般名処方の剤形に対する意識が低かった	採用品以外の処方も十分有りうることを想定して監査をする。調剤時、監査時、投薬時のトリプルチェックを徹底する。	確認を怠った 教育・訓練	処方された医薬品 販売名メサデルム ローション0.1%  間違えた医薬品 販売名プロメタゾ ンクリーム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
206	アスピリンDS2%を調剤しなければならないところ、アスピリン散を調剤しお渡ししてしまった。	単純なミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名アスピリン 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
207	ベネット75を調剤すべきところ、ベネット17.5を調剤してしまった。在庫が合わなかったため、患者宅で確認させてもらい、過誤に気づいた。その場で取り替えたため、大事には至らなかった。	ベネット75はそれまで使っていなかったため、在庫がなくなったことに気づいていなかった。一方、ベネット17.5は使っている方がいたため棚に出してあった。調剤する際に、名前だけで取ってしまい、規格の確認を怠っていた。	複数規格のあるものについては、改めてシールを貼るなどして規格の確認を徹底していきたい。特に薬局に規格の無いものもあるので、調剤時、規格を指差し確認するようしていきたい。	確認を怠った その他思い込みによる調剤	処方された医薬品 販売名ベネット錠 75mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
208	カルボシステイン250の処方箋でカルボシステイン500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 販売名カルボシステイン錠250mg「テバ」  間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg「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
209	エチゾラム錠1mg2錠2x朝夕食後21日分の処方に対し、誤ってエチゾラム錠0.5mg2錠2x朝夕食後21日分を調剤、患者に交付した。後日、患者からの指摘で間違いが判明。正しい薬剤と交換した。	作業手順の不履行	ピックアップした薬剤と処方箋の名称、剤形、規格を照らし合わせ、処方箋にチェックを入れる。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名エチゾラム錠1mg「EMEC」  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
210	一般名:フェキソフェナジン60mg フェキソフェナジン60mg「明治」のところフェキソフェナジン30mg「明治」でピックアップ 10錠シート	フェキソフェナジン30処方とっていた。 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 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「明治」  間違えた医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
211	一般名:フェキソフェナジン60mg フェキソフェナジン60mgのところフェキソフェナジン30mgでピッキング 10錠シート	処方箋をよく確認していなかった。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60mg「明治」  間違えた医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「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
212	薬剤師が、タクロリムス1.0mgで調剤するところを0.5mgで調剤した。調剤録と処方せんを比較して確認をしている際に事務職員により発見された。	監査支援票をみて調剤してしまった。入力チェックが十分でなかった。患者、医師に用量変更の確認ができていなかった。	監査支援票ではなく、処方せんをしっかりと確認する。入力チェックをしっかりと行う。用量変更の確認を十分にする。規格のチェックをしっかりと行う。	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 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 販売名タクロリムスカプセル1mg「ファイザー」  間違えた医薬品 販売名タクロリムスカプセル0.5mg「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
213	朝 患者本人よりアトルバスタチン錠5mg「ケミファ」が入っていると指摘あり判明。前日朝食後にすでに1日分は服用したと報告あり。	調剤時の取り違い・監査時の確認もれ	調剤時の規格の確認を徹底する。監査時も指差し確認や声だしなど強化徹底する。投薬時、薬品名・規格を読み上げながら患者に説明することで再度チェックを行う。	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「ケミファ」  間違えた医薬品 販売名アトルバスタチン錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
214	10mgで調剤すべきところを20mgで調剤した。 10錠シート ウィークリーシート	頻出処方20mgであったため思い込みで調剤した。他に規格があることに対する知識がなかった。単純なミス 焦り 注意力散漫	作業手順書を確認した所、手順に問題がなかった。他規格ある薬剤について理解すると同時に手順書に従って確認を行う。	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 販売名ファモチジン錠10「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ファモチジン錠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
215	ロコイドクリームと白色ワセリンの混合調剤のところ、ロコイド軟膏で調剤していた。患者家族より、いつもと色が違うと来局されて過誤が判明した。	水曜日は午後混雑するのが通常で、更に祭日の前日の夕方まで混雑していた。調剤者、鑑査者共に確認不足であり、秤取った薬剤の記録をレシートを処方箋と一緒にしていたがしっかり確認できていなかったことが原因。	秤量記録も必ず、鑑査時に確認を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロコイドクリーム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
216	サンピロ点眼液1%処方のところ、誤って2%をお渡しした。在庫が違っていたためインシデントに気付き対応。通常2%処方が多いため、処方医に処方を確認したうえで、間違いがないことが判明。家族に連絡し、交換させていただいた。本人は1%のサンピロ点眼液の残薬を使用していたため、2%は開封しておられなかった。	通常、薬局内では2%処方が多いため、投薬薬剤師が監査不十分で、思い込みで投薬してしまった。	思い込みによる調剤を厳重に注意し、全員に注意喚起した。監査レンジの導入を検討する。	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
217	ルボックス25mg錠の処方をルボックス50mg錠で調剤、間違いに気づかず交付した。交付直後に気が付き、患者宅へ訪問交換したため服用は避けられた。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ルボックス錠25  間違えた医薬品 販売名ルボックス錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
218	新患。家族が来局。新患のため、後発品に変更の可否を確認。後発品に変更可を確認後入力。その時に、薬局内に後発品が2社あるで、どちらにするかを確認することに気をとられ、パップ剤であることに気が付かなかった。		処方箋入力時に規格だけでなく、基剤にも印を付ける。更に薬情でも確認することを徹底する。	報告が遅れた(怠った)記録などに不備があった勤務状況が繁忙だった医薬品	処方された医薬品 販売名ロキソニン パップ100mg  間違えた医薬品 販売名ロキソプロ フェンNaテープ1 00mg「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
219	皮膚科でテクスメテン軟膏とヒルドイドソフト軟膏のMIXが処方のところテクスメテンユニバーサルクリームで入力されていたが、調剤・鑑査・投薬で気付かずにテクスメテンユニバーサルクリームとヒルドイドソフト軟膏のMIXで調剤し患者にお渡ししてしまった。後日、入力チェックで入力間違いが判明した。在庫を確認したところ、テクスメテン軟膏とユニバーサルクリームの間違いが判明した。調剤し直して、患者に連絡した後、交換に伺った。数日間使用していたが、刺激感などはなく使っていたとのこと。	テクスメテンユニバーサルクリームとヒルドイドソフト軟膏のMIX処方を普段調剤することが多く、今回もテクスメテンユニバーサルクリームであると思い込み調剤してしまった。他にも入力間違いがあったため鑑査者はそちらに気を取られ、調剤者と鑑査者で調剤内容の確認・伝達が確実にできていなかった。投薬時も処方箋と入力の確認が疎かになっていた。処方せんの見間違い 単純なミス 注意力散漫	全ての作業段階で急いでも思い込みで確認せず、指示書が処方箋どおり正しく入力されているか必ず確認して調剤・鑑査する。処方箋を見ながら薬品を確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テクスメ テン軟膏0.1%  間違えた医薬品 販売名テクスメ テンユニバーサル クリーム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
220	一包化調剤の方。錠剤分包機のカセットへの誤充填。メモリーOD(20)のところメモリー(20)を充填。調剤時に薬品欠品のエラー表示されたため、薬剤師Aは薬剤師Bに「メモリーを充填します」と(メモリーOD)のカセットとメモリー(箱に入った状態)を見せて充填。監査時にメモリーOD(20)ではなくメモリー(20)が分包されていることに気がつき、誤充填が判明。	充填時、薬品名を「メモリー」としか言わず、剤形・規格まで確認せずにいたこと。またメモリーODとメモリーの調剤棚が近く(引き出し上下)、また箱のデザインも類似している。調剤棚から取り出したときも、「メモリーであること」しか確認していなかった。	充填時は薬品名・剤形・規格まで読み上げ、カセットと薬品が相違ないかを指差し確認してから補充する。メモリーOD(20)とメモリー(20)の調剤棚を離して配置した。	確認を怠った教育・訓練	処方された医薬品 販売名メモリーO D錠20mg  間違えた医薬品 販売名メモリー錠 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
221	ピタバスタチン錠1mgを調剤した時に、間に1ヒートだけピタバスタチン錠2mgのヒートを挟まっていた事に、監査の時に気付いた。	ピタバスタチン錠2mgを1ヒートピックアップし、それを棚に戻す時に間違えてピタバスタチン錠1mgの所に入れてしまった。	棚に薬を戻す時には必ず自分以外の職員にも声を掛けて、2名で確認して棚に戻す。ピタバスタチン錠1mgと2mgの棚の間に、他の薬を1つ入れて、1mg錠と2mg錠の間を空ける様にした。注意力散漫	確認を怠った 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 販売名ピタバスタチンカルシウム錠1mg「テバ」  間違えた医薬品 販売名ピタバスタチンカルシウム錠2mg「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
222	クレステール2.5mgが処方されていたが、クレステール5mgを調剤。監査・投薬時も間違いに気が付かず、家族にお渡し。後程、本人から電話があり間違いが判明。薬を整理していた時に気が付いたため、服用はなし。謝罪して、交換に伺った。	クレステールは2.5mg錠、5mg錠ともによく処方ができるため、日ごろから注意しながら調剤・監査をしているが、見逃してしまった。調剤者が調剤の不慣れな新人であったこと、監査者も他の仕事のことを考えながら監査を行い注意力散漫になっていたことが要因と考えられる。	薬歴の確認事項に「薬の規格再度確認!!」と記載。職員間で情報を共有して、クレステールの調剤・監査については今後とも特に注意するように注意喚起。今後、ピックアップ監査システムも導入予定。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クレステール錠2.5mg  間違えた医薬品 販売名クレステール錠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
223	病院より一包化指示のある処方せんFAXが午前中にあり、薬剤師Aが分包、薬剤師BがFAXでの監査を行った。午後から処方せんを持った患者が来局し、薬剤師Bが投薬を行った。その際、家族よりビタミンD製剤を減量するとの説明がDrよりあったとの発言あり。処方せんを確認したところ、FAXでは以前と同じエディロール0.75μgだったが、処方せんは0.5μgだった。	他の薬剤師が投薬中であり、繁忙であった。処方内容が変更になっている場合、FAXが再度送られてくるはずとの思い込みがあった。FAXで調剤準備を行う場合は、処方箋持参時に再度確認する必要があるが、行っていなかった。	FAXでの調剤準備は調剤ではないことを周知。処方せんを基にした調剤を行うようにする。	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



**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	「一般名」シロスタゾール錠100mgで処方されていたがシロスタゾールOD錠100mg「サワイ」で調剤をおこなった。終業時の使用薬剤監査においてシロスタゾールOD錠100mg「サワイ」が在庫不足、シロスタゾール錠100mg「サワイ」が在庫過多になり、取り違えに気が付き、当該患者へ連絡し交換した	処方せんの見間違い 最近、OD錠を使用する例が多く、OD錠を選択してしまった		確認を怠った その他読み落とした	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 販売名シロスタゾールOD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
225	次回利用時に、アレロック錠2.5mgの在庫が薬局になかったことで、調剤過誤が判明した。患者家族へ謝罪し、飲み終わっており、体調等に变化なく、健康被害がなかったことを確認し、処方医にその場で報告し、アレロック顆粒へ処方変更となった。	朝早めの受付で、薬剤師の人員配置が少なかった。手書きで処方せんでアレロック5mg分2の指示で、通常はジェネリックの調剤でよい場合には、オロパタジン(5)で調剤をするため、調剤者は週24時間非常勤勤務、鑑査者は12月から雇用した派遣薬剤師で、思い込みと不慣れであったことも影響した可能性がある。	オロパタジンについて、用量設定が小児の場合には2.5mgもあることをしっかり確認して業務を行うよう心掛ける。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アレロック錠2.5  間違えた医薬品 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
226	一般名:エチゾラム0.5mg エチゾラム0.5mg「SW」のところエチゾラム1mg「SW」でピッキング 10錠シート	エチゾラム1mg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 販売名エチゾラム錠0.5mg「SW」  間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠1mg「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
227	一般名:エチゾラム0.5mg エチゾラム0.5mg「SW」のところエチゾラム1mg「SW」でピッキング 10錠シート	エチゾラム0.5をとったつもりだったが1mgのほうをピッキングしていた。単純なミス	ピッキングしたものとよく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エチゾラム錠0.5mg「SW」  間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠1mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
228	エリキウス2.5mgのところエリキウス5mgでピックアップ 10錠シート	規格まで見れてなかった。単純なミス	規格までしっかり確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エリキウス錠2.5mg  間違えた医薬品 販売名エリキウス錠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
229	一般名: プラバスタチンナトリウム10mg プラバスタチン10mg「Nikp」のところプラバスタチン5mg「日医工」でピックアップ 10錠シート	5mgと思って10mgをピックアップした。単純なミス	名前は最後まで確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プラバスタチンナトリウム錠10mg「NikP」  間違えた医薬品 販売名プ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
230	一般名: アトルバスタチン5mg アトルバスタチン5mg「サワイ」のところアトルバスタチン10mgでピックアップ 10錠シート	処方せんの規格をしっかりと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 販売名アトルバスタチン錠5mg「サワイ」  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
231	一般名:アテノロール25mg アテノロール25mg「日医工」のところアテノロール50mg「日医工」でピッキング 10錠シート	50mgと勘違い 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 販売名アテノロール錠25mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名アテノロール錠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
232	メチコパール500μgを調剤するところ誤ってメチコパール250μgを調剤した。	引き出しにメチコパール500μgを充填する際、近くにあったメチコパール250μgを充填し調剤してしまった。鑑査する際、気付かずに患者に交付してしまった。	名称や規格を確認する際は声出しや指差し確認を行う。ストックを置く場所の工夫をする。	確認を怠った 判断を誤った 医薬品 施設・設備	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 販売名メチコパール錠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
233	いつもの処方でお渡しした後、在庫確認でリピートの数が合わなかったため確認すると、5mgのところ10mgを渡した。訪問して交換させていただいた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リピート錠5mg  間違えた医薬品 販売名リピート錠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
234	リスミー2を出すべきを1mgを出してしまった。鑑査した薬剤師が気が付いた。	混雑時、気持ちもあせっていた	落ち着いた気持ちで規格までしっかりとみる。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リスミー錠2mg  間違えた医薬品 販売名リスミー錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
235	規格間違い	注意力散漫		医薬品	処方された医薬品 販売名ピソプロ ロールフル酸塩 錠2.5mg「日医工」  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
236	マグミット(500)を酸化マグネシウム錠500mg「ヨシダ」に変更して調剤するところ、酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」で調剤。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名酸化マグ ネシウム錠500mg 「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
237	2mgセルシン錠30錠調剤するところ2mgセルシン錠20錠+5mg10錠で調剤。	2mgセルシン錠の棚に5mgセルシン錠の箱が混ざっていた。	2mgセルシン錠も5mgセルシン錠も箱のデザインがほぼ一緒で見分けが付きにくい。明確に区別できるようにしてほしい。	確認を怠った 施設・設備	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5mg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
238	一般名処方入力で剤形の選択を間違えました。	一般名入力で成分名からPL配合顆粒を選択してしまいましたが、正しくは、ピーエイ配合錠を選択するべきでした。	一般名入力時は、特に剤形や単位を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 販売名ピーエイ配 合錠  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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
239	規格を確認できていなかった単純なミス ウィークリーシート	作業手順の不履行	手順書を確認したところ 手順書には問題なかった。 手順書を遵守できていなかった単純なミス。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アシノン錠 75mg  間違えた医薬品 販売名アシノン錠 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
240	一般名処方でOD錠を選択するべきところ をOD錠ではない剤形で入力してしまいました。	耳鼻科の一般名処方では、ロラタジンOD錠を入力するべきところをOD錠ではないロラタジン錠で入力してしまいました。	一般名処方時の入力では、選択する薬剤名をしっかりと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 販売名ロラタジンOD錠10mg  間違えた医薬品 販売名ロラタジン錠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
241	鑑査時に一般名処方ではトコフェロール200mg3Capのところパナール100mg3Capで入力されているため前回は間違えていないか確認してみたところ、前回は間違えていた。家族に11月以降どうしていたかを確認すると、一度は他でもらっていた、本人は認知が進み薬は適当に飲みバラバラとのことだった。自宅分は破棄してもらうようお願いした。	一般名 商品名に変換するのに意識がいき、規格の確認が疎かになってしまった。採用薬がパナール100mgのため、パナール100mgと思い込んでしまった。	特に他院所の処方では規格まで気を付けて鑑査する。	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 200mg  間違えた医薬品 販売名パナールN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
242	ネキシウムカプセル10mg処方のところ、20mgで調剤を行った。鑑査システムにて間違いが判明。	当薬局での汎用品が20mgであり、規格の確認を怠った。	処方せん鑑査時、規格も忘れず確認する。汎用品でない規格であった場合には をつける。20mgに注意を促す回避扉設置済み。	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
243	一般名処方: プラバスタチンNa5mg2錠の処方を、毎回メバロチン5mg2錠でお渡ししているが今回メバロチン10mg2錠でお渡し。	処方箋の規格の見間違いによる単純なミス。計数調剤注意喚起システムはクリアしていたが、誤った使用方法で利用した可能性がある。	計数調剤注意喚起システムの使用方法を徹底する。また、投薬時の鑑査方法を徹底する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名メバロチン錠5  間違えた医薬品 販売名メバロチン錠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
244	継続して来局している患者で、門前クリニックの処方せんを持って来局、受付、入力を行った。当時、薬局は混み合っていた。薬局に残薬を持って来られ、疑義照会により残薬調整を行うこととなった。さらに処方内容が前回より変更になっており、オングリザ錠2.5mg オングリザ錠5mg、スーグラ錠50mg フォシーガ錠10mgになっていた。当時、薬局ではフォシーガ錠5mgしか採用しておらず、入力者はフォシーガ錠の規格を5mgと誤って入力してしまった。調剤者は疑義照会を行うとともに変更点を確認し、調剤を行ったが、フォシーガ錠を10mgのところ誤ってフォシーガ錠5mgで調剤し、鑑査者に回した。調剤支援システムのポリムスを導入していたが、入力が誤っていたため、調剤者はフォシーガ錠5mgで正しいと思い込んだ。鑑査者がフォシーガ錠の規格違いに気が付いて、入力および調剤ミスが判明した。ミス判明後に、フォシーガ錠の初期投与用量確認の疑義照会を行い、さらに在庫が無かったため、分譲などの問い合わせを行ったため、さらに時間がかかってしまい、患者をお待たせしてしまった。	フォシーガ錠が5mgしか採用していなかったため、入力者、調剤者ともにフォシーガ錠10mgのところ5mgと思い込んだ。処方せんを良く見ていなかった。残薬調整に気を取られていた。	最初の処方箋監査を確実に行う。他の規格があることを知っておく。ポリムスを信用せず、処方せんと薬剤の照合を徹底する。	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 販売名フォシーガ錠10mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
245	一般名でFAD錠10mgの処方。当薬局ではほとんどが10mg処方だが1名5mg服用の患者がいらっしゃるため両方を在庫している。調剤者はカセッターのFAD錠10mgの在庫が今回処方量足らなかった為、在庫入れから箱をあけたがその際誤って5mg錠の箱をあけ調剤した。鑑査者は10mg錠と5mg錠がまざって調剤されていることに気が付いた。調剤からやり直しを行った。	調剤者が新人薬剤師ということもあり焦りと確認漏れがあった。また、FAD錠=10mg錠という思い込みがあった。	すべての薬剤において普段処方されている規格が処方されるという思い込みをなくす。充填、補充時の確認を薬剤名だけではなく剤形、規格までを必ず確認して行う。また忙しい時間に補充が必要にならないよう朝や夜など決めた時間に補充を行っておく。	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FAD錠10mg「ツルハラ」  間違えた医薬品 販売名FAD錠5mg「ツルハラ」	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
246	マクスルト錠10mgの処方が来たが、調剤者はマクスルトRPD錠10mgを調剤。気付かずに鑑査に回したが鑑査者が気付いた。	当薬局近隣医療機関ではほぼRPD錠しか出たことはなく、在庫もRPD錠しかなかった為調剤者はRPD錠だと思い込んでしまった。該当の処方箋は広域の処方箋であった。ポリムスという入力と調剤医薬品バーコードの突合せを行うシステムを導入している為調剤時エラー表示が出たが、調剤者はマスターの未登録だと思いスルーしてしまった。	ポリムス使用時にエラーが出た際は勝手にマスターエラーと決めつけず、他の人と確認してもらう。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名マクスルト錠10mg  間違えた医薬品 販売名マクスルトRPD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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
247	一般名処方による後発品の規格取り間違いをした。調剤時に薬歴との比較でオオウメガサソウエキスが0.5mgから1.0mgに変更になっていることを確認した。患者より薬の変更については聞いていないと言われたため、過去の処方箋を確認した。すると、三ヶ月前の時点で0.5mgから1.0mgに変更になっていたが、その際間違っ0.5mgの規格をお渡ししていたことが判明した。また、その後2回にわたり同様に1.0mg規格が処方されていたにも関わらず0.5mgの規格をお渡ししていた。担当薬剤師はその間変わっていたが気付くことはできなかった。患者に詳細をお話し、謝罪。今回処方分は1.0mg規格をお渡しした。また、処方医に電話で調剤過誤について報告した。	前回から処方内容が変更されていないだろうと思い込みで調剤してしまった。処方:オオウメガサソウエキス1.0mg・ハコヤナギエキス配合錠誤り:オオウメガサソウエキス0.5mg・ハコヤナギエキス配合錠	調剤時に処方薬の数字のチェックをきちんとする。服薬指導時に患者に変更になったか、前と同じか口頭でしっかり確認する。事務方の入力の際にも変更になっていないか確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エルサメットS配合錠  間違えた医薬品 販売名エルサメット配合錠	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
248	一般名:テオフィリン50mg テオフィリン50mg「サワイ」のところテオフィリン100mg「サワイ」でピックアップ 10錠シート	処方内容よく見れていなかった。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 販売名テオフィリン徐放錠50mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名テオフィリン徐放錠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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
249	ニフェジピンCR20mg「日医工」のところニフェジピンL20mg「サワイ」をピックアップした。	名前しか見てピックアップしていなかった。処方せんの見間違い 焦り	薬品名、規格しっかり確認します。	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「日医工」  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
250	ケトプロフェンパップ60mgのところ、規格違いの30mgで、患者に投薬。	繁忙時、規格の思い込み調剤	ケトプロフェンパップの保管場所を、30mgと60mgを同じ場所にならべました。(2規格あることを、常に認識するため)	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パップ60mg「ラクール」  間違えた医薬品 販売名ケトプロフェンパップ30mg「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
251	10錠シートレンドルミンDのところ、レンドルミンを渡した。	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 販売名レンドルミンD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
252	処方箋にデパケンR200mgと記載されていたがデパケン200mgで計数調剤してしまった。	処方箋の見間違い	デパケンRとデパケンを分かりやすく区別できるように引き出しの取手に注意喚起の印をつける。	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 販売名デパケンR錠200mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
253	カンデサルタン錠2mg「EE」1錠 60日分処方に対し、カンデサルタン錠12mg「あすか」を調剤。	門前病院ではない近隣クリニック処方だったが、とくに見にくい印字ではなかった。前歴チェックも行い、変更なし。調剤に進んだが12mg錠と思い込み調剤。調剤後、処方箋コピーの規格に赤ペンで丸を付けてチェックしたが、印字を12mgと思い込んでいた可能性が考えられる。日頃から、Wチェックを流れ作業的に行っていた。頭で認識できていない。	ものを処方箋に合わせるのではなく、処方箋の規格をモノに合わせる手順でWチェックを行う。声だしも小さい。大きな声で処方箋薬の情報を読みあげること、目と耳からの情報を認識させる。	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2mg「あすか」  間違えた医薬品 販売名カンデサルタン錠12mg「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
254	リボトリール錠(2)処方のところリボトリール錠(0.5)調剤。	土曜日は薬剤師が少ない為、処方量が多く、調剤に時間のかかる患者の予製を事前準備している。この処方18剤。前日取り揃えたものを、当日調剤。日数が変更になっていたため、数を変更して鑑査へ。この調剤後に別件の問い合わせをする事になっていたため焦りがあり、ダブルチェックを怠った。予製に対する、合っているだろうの期待を持っていたとも考えられる。	予製はあくまで、待ち時間短縮のための取り揃えとし、当日鑑査者にまわす者が調剤者として責任を持つ事をスタッフ間で再認識した。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リボトリール錠2mg  間違えた医薬品 販売名リボトリール錠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
255	規格・剤形間違い	単純なミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名シングレアチュアブル錠5mg  間違えた医薬品 販売名シングレア細粒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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
256	クレストールOD錠5mgを間違っ てクレストールOD2.5mgで調剤してしま った。	クレストールOD錠は規格5mgより2.5mg が高い頻度で処方される。そのため、 今回も2.5mgと思い込み調剤してしま った。処方箋内容の確認が不十分で、不 注意だった。 処方せんの見間違い 注意力散漫	処方内容の傾向に囚わ れることなく、処方箋をよ くみて調剤する。規格はミ スによる被害が大きいので、特に注意する。取り間 違いを防ぐために、医薬 品棚の配置を工夫する (1つ間を空ける・規格部 分の色を変えるなど)。	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 販売名クレストー ルOD錠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
257	処方箋指示はラシックス10mg1錠分1朝 10日分のところ、ラシックス20mg錠で交 付なお翌日患者宅在宅訪問し、薬剤をほ かの薬とともに、シートを10分割に切り離 し通常の31日カレンダーにセロテープで はりつけた。	前日の処方日および、調剤室での調剤 の監査を怠った。また在宅到着後、本 人にめまいが生じていたことで、屯用の めまいの薬をのませることになって、そ ちらにとらわれ、ラシックスをはさみで 切るときにmg数を確認しなかった。ラ シックス20mgと10mgはシートの色は 同じだが、20mg錠のほうが10mg錠 より錠剤の大きさが小さく、勘違いをし たことも調剤ミスの要因と思われる。 注意 注意力散漫	調剤監査の徹底	確認を怠った 通常とは異なる心理 的条件下にあった 患者側 その他在宅訪問事 前準備ルールづくり	処方された医薬品 販売名ラシックス 錠10mg  間違えた医薬品 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
258	メインテート(0.625)を56錠お渡しした 中にメインテート(2.5)が混入していた。 投薬直後不安に感じた薬剤師が在庫を 確認したところ、お渡しするべきメインテ ート(0.625)が30錠多く、また処方されて いないメインテート(2.5)の在庫が30錠 減っていた。患者へすぐに連絡し、お薬の 交換へ伺った。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メインテ ート錠0.625mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
259	ミカムロBP91錠でお渡しした中に、1錠だけミカムロAPが混入していた。日内棚卸し時在庫が合わず判明。該当患者へ連絡し謝罪。次回来局時の交換でいいと言われた。			確認を怠った	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
260	患者が処方箋を薬局にもってこられた。処方箋には「アルセノール錠50mg、1錠/分1朝食後、30日分」と記載されていた。薬剤師Aはアルセノール錠25mgの処方が続いていた為、思いこみで同じように25mgを30錠調剤した。そのまま誤りに気付かず監査にまわした。監査にあたった薬剤師Bはアルセノール錠25mgの規格が間違っている事に気付き、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはアルセノール錠50mgを30錠正しく調剤し、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	処方された医薬品 販売名アルセノール錠50  間違えた医薬品 販売名アルセノール錠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
261	規格間違い	知識の不足		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メイラックス錠1mg  間違えた医薬品 販売名メイラックス錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
262	ファモチジン錠20mg「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錠20mg「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
263	ニフェジピンL錠20mg「三和」で調剤するところニフェジピンL錠10mg「三和」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L錠20mg「三和」  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
264	ミノサイクリン塩酸塩錠100mg「サワイ」で調剤するところミノサイクリン塩酸塩錠50mg「サワイ」で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ミノサイクリン塩酸塩錠100mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ミノサイクリン塩酸塩錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
265	ファモチジン錠10mg「オーハラ」で調剤するところファモチジンOD錠10mg「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錠10mg「オーハラ」  間違えた医薬品 販売名ファモチジンOD錠10mg「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
266	ラニラピッド0.05のところラニラピッド0.1で調剤	当薬局ではラニラピッド0.05使用患者は1名のみで、ほかはラニラピッド0.1を使用している。ラニラピッド0.1であるという思い込みがあったと思われる。	基本的な確認事項のチェックをしっかり行うことを徹底。使用患者が少ない薬剤については、患者の把握を行い薬歴でのチェックを徹底。5月より鑑査機器の導入も開始されたため必ず鑑査機器でのチェックを必ず行うこととする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラニラピッド錠0.05mg  間違えた医薬品 販売名ラニラピッド錠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
267	酸化マグネシウム錠500mg「ヨシダ」で調剤するところ、酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」で調剤。			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500mg「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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
268	ツロブテロールテープ2mg「HMT」処方のところ同テープ0.5mg「HMT」をお渡し。前回に引き続きであったため患者が使用時に小さくなったと剤型が変わった事に気づき来局時に訴える。mgを間違えて出した事を謝罪し交換する。	監査が不十分であった。あっていると思いつい込んでしまった。	忙しくても落ち着いて監査をする。	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0.5mg「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
269	後発医薬品の希望有の方。セルタッチパップ70を処方のところ、後発代替調剤としてフェルピナクテープ70「EMEC」で入力し、調剤した。パップテープへの剤形変更は不可であるが鑑査、投薬共に見逃がし、患者へお渡しした。投薬直後、投薬者が今まで継続してセルタッチパップでの処方だったので今回セルタッチパップフェルピナクテープへ変更になっている事に違和感を覚えて判明。患者に電話で誤ったものを渡した事を説明し、お詫びした。この際、患者より剤形や名前は違って成分は同じならこのままで良いとお話があり、そのままにしてしまった。次回の鑑査時に別の薬剤師が誤りに気付いた。患者はフェルピナクテープ70「EMEC」の使用でかぶれはなかった。	調剤時、支援票に処方箋のセルタッチパップの後発変更でフェルピナクテープと記載されていた。後発品変更調剤において外用に関しては剤形変更は認められていないと記憶していたが、支援票の入力がされていたのを見て、パソコンがエラーになっていないのなら正しいのだと誤った判断をしてしまった。投薬時、先発医薬品から後発医薬品への変更の際、外用剤は剤形の変更が不可であることの知識が不足していた。患者が急がれており、投薬前の確認や前回比較等の確認が不十分だった。焦ってしまい、患者とのコミュニケーションが不十分だった。 焦り	先発品から後発品への変更調剤時に関する知識を確認し身につける。疑問点は気づいた時にすぐに調べ、明確にする。どんなに患者が急がれていても少し時間をもらい、投薬前確認、投薬時の必要最低限の聴取は怠らない。	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 販売名セルタッチパップ70  間違えた医薬品 販売名フェルピナクテープ70mg「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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
270	一包化をしている患者で、処方監査時、カルベジロール錠2.5mgのところを誤って1.25mgをピックアップし、他の薬と一包化する。投薬後、再確認した別の薬剤師が気づき、服用前に交換することができた。	患者はずっとカルベジロール錠1.25mgを処方されていた。ピックアップした薬剤師はそのことを覚えており、誤って1.25mgをピックアップしてしまった。鑑査した薬剤師も1.25mgと思いこみ投薬してしまった。投薬時、患者に体調確認もしたが変化ないとの答えだった。		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
271	サインバルタカプセル30mg 2capのところサインバルタカプセル20mg 3capと入力した。前回 ジプレキサ(2.5) 2T, サインバルタ(20) 3cap 今回 ジプレキサ(2.5) 2T, サインバルタ(30) 2cap	サインバルタカプセル30mgは最近採用された薬であり、規格確認を怠った。処方医薬品の多さ	前回の処方内容と照らし合わせて確認する	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
272	リリカカプセル75mgのところ25mgで調剤。			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
273	処方せんには亜鉛華軟膏と記載、入力・調剤は亜鉛華単軟膏で実施されていることを監査で発見。前回の内容も確認したところ、同様の間違いのまま調剤・渡薬。問い合わせし、処方には亜鉛華単軟膏でよかったことを確認した。	薬局に亜鉛華軟膏の在庫がなかったため、亜鉛華=単軟膏と思い込んでしまっていた。	薬品マスタを亜鉛華単軟膏「10%」と入れた。(亜鉛華軟膏のマスタはなし)	確認を怠った	処方された医薬品 販売名亜鉛華軟膏「ホエイ」  間違えた医薬品 販売名亜鉛華(10%)単軟膏「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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
274	アスペリンドライシロップ2%処方のところ、アスペリン散10%で調剤したところ、鑑査で規格の誤りが判明し、正しい物で作り直した。	調剤者の知識経験不足。規格が他にあると予測もできていなかった。	規格や剤形が異なる場合は注意喚起のポップを貼付する。経験不足の調剤者には、散剤は調剤後の視覚での監査が特に難しい為、特に注意する。	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 教育・訓練	処方された医薬品 販売名アスペリン ドライシロップ2%  間違えた医薬品 販売名アスペリン 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
275	メトホルミン500mg処方のところ、250mgで入力、調剤、監査されて投薬した。	施設の患者で、2回目の処方であったが、事務が入力の際に「薬局では登録されていない500mgの規格」であることを薬剤師に伝えてきたため、前回を確認したところ、500mg処方を250mgで入力、調剤、監査されていたことが判明した。既に250mgで服用している途中であったが、判明後、医師に報告し、採血の予定も変更してもらった。薬局に登録していない規格であったためもあり、思い込みがあったと思われる。	規格の500mgに[ ]をつけようとした。	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500 mg MT「ニプロ」  間違えた医薬品 販売名メトホルミン 塩酸塩錠250 mg MT「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
276	処方箋では一般名でアムロジピン口腔内崩壊錠5mgだったが、アムロジピン錠5mgだと勘違いをしてアムロジピンOD錠5mg「ケミファ」を出さなければいけないところ、アムロジピン錠5mg「DSEP」を出してしまった。数日後の薬を発注する際に誤差に気づき患者に連絡。数錠服用していたが体調などには問題なかったことを確認	1人の常勤が休みで非常勤の薬剤師が入っていた。忙しく出すときに間違えてしまい、その後の監査、投薬時にも気づかずに出してしまった	非常勤の薬剤師が入っているときはいつもよりさらに慎重に監査、投薬をすること。処方箋と薬歴を見ながらの監査を徹底する。薬袋にも薬剤名が記入されているので投薬時にも確認すること	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「ケミファ」  間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
277	ユリーフOD4mg のところ ユリーフ4mg でピッキング	OD錠と確認せず名前だけでピッキングした 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
278	一般名 アプリンジン塩酸塩10mg アプリンジン10mg「NP」のところアプリンジン20mg「NP」でピッキング 10カプセルシート	処方箋よく見ていなかった。 処方せんの見間違い	規格よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アプリンジン塩酸塩カプセル10mg「NP」  間違えた医薬品 販売名アプリンジン塩酸塩カプセル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
279	セレコックス200mgのところセレコックス100mgでピッキング	セレコックス100mgと思い込み 処方せんの見間違い	処方せんよく確認します。	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
280	レンドルミンD0.25mg のところレンドルミン0.25mgでピッキング	D錠だと思っていたが普通錠をピッキングしてしまった。 単純なミス	ピッキング後確認します。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
281	一般名 ニフェジピン徐放錠20mg(1) ニフェジピン錠20mg「サワイ」のところ ニフェジピン錠10mg「サワイ」でピッキング 10錠シート	ほかの事をやりながら調剤をしていた。 注意力散漫	調剤するときには作業をとめて行います。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ニフェジピン錠20mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ニフェジピン錠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
282	一般名 アトルバスタチン10mg アトルバスタチン10mg「サワイ」のところアトルバスタチン5mg「サワイ」でピッキング 10錠シート	5mgと思い込み 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
283	規格間違い。予製していたが、予製していたものが間違っていて、監査も見逃していた	単純なミス、注意力散漫、その他の患者では20mgででているので規格の思い込み	予製の紙に注意喚起の表示をする、患者の薬歴シートにも注意喚起の表示をする	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠10「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ファモチジン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
284	一般名 ランソプラゾール徐放錠30mg ランソプラゾールOD30mg「日医工」のところランソプラゾールOD錠15mg「日医工」でピックアップ	ランソプラゾールOD15mg「日医工」と思い込み 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 販売名ランソプラゾールOD錠30mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名ランソプラゾールOD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
285	酸化マグネシウム330mgが処方されていたが、500mgで調剤監査時に薬袋の写真と実物の色が異なる事から判明。	単純なミス 焦り 注意力散漫	多規格のある薬剤については、焦らず処方箋と照らし合わせながら調剤を行う	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」  間違えた医薬品 販売名酸化マグネシウム錠500mg「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
286	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」のところファモチジンD20mg「サワイ」をピックアップ	処方箋見間違い 処方せんの見間違い	処方よく確認します。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
287	アジルバ10mgのところアジルバ20mgでピッキング	ピッキングしたものを10mgの規格と思い込んでいた。 注意力散漫	ピッキング後よくみます。	確認を怠った	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
288	ミスが起こる直前の処方が酸化マグネシウム錠330「ヨシダ」3錠・分3毎食後でミスの回が酸化マグネシウム錠250 6錠・分3になっていた。この時に330との思い込みで調剤していまい、結果一日量が多くなって交付した。また分包だったので監査でも見逃した。	思い込み。分包の時間からの焦り。処方せんの見間違い	酸化マグネシウム錠の規格の再確認。	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
289	ルセフィ錠5mgのところ2.5mgを調剤。ピッキングシステムでエラーが出たため間違いに気づいた。	ルセフィ錠はあまり処方されないため多規格あることを忘れていた。2.5mgのほうが処方確率が高いので思い込んでしまった。	声に出して、薬剤名・数量を読み上げて行う	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
290	ケトプロフェンテープ20mgのところ40mgを調剤。	ジェネリック希望でありジェネリックを調剤することに集中してしまい、規格を間違えてしまった。最終確認を怠った。	声に出して、薬剤名・数量を読み上げて行う	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
291	アテレック(5)のところアテレック(10)でお渡し、帰宅後患者本人が気が付き来局、交換させていただいた。	注意力散漫による単純なミス	注意喚起	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アテレック錠5  間違えた医薬品 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
292	単位の間違い	処方せんの見間違い	○複数規格が存在する医薬品については、調剤時に処方箋に印を入れるようにする。○薬品棚に、複数規格ある旨が分かるよう、カバーを付けた。	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 販売名バルサルタン錠40mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名バルサルタン錠80mg「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
293	口腔内崩壊錠との確認不足	注意力不足による、処方箋の見間違い	調剤、及び鑑査時における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 販売名レンドルミンD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
294	ランタス注ソロスター3本のところランタスXR注ソロスター3本で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ランタス注ソロスター  間違えた医薬品 販売名ランタスXR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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
295	ベシケアOD錠5mgで調剤するところベシケア錠5mgで調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベシケアOD錠5mg  間違えた医薬品 販売名ベシケア錠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
296	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」で調剤するところメトグルコ錠500mg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250mgMT「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
297	プレドニゾン1mg「旭化成」1錠、21日分処方のところ、プレドニン5mgで調剤し、鑑査・投薬で気づかずそのまま患者にお渡しした。後日患者本人が「この薬が入っていた」とプレドニン5mgを1錠薬局に持ってこられた。プレドニゾン1mg「旭化成」とプレドニン5mgの在庫がちょうどずれており、誤って交付したことが判明した。患者は5日間服用していた。体調変化等はなかった。すぐにプレドニゾン1mg「旭化成」16日分を調剤しなおし、お渡しした。すぐに処方医に経緯を伝え、翌日より通常通り1mgの服用でよいと返答いただいた。	プレドニゾン1mgが今回より2錠 1錠に減量になっていたこと、同一処方箋内の別の薬剤で用法の誤りがあり疑義照会を行ったことなどで意識がそちらに向いてしまい、薬品現物の確認がおろそかになってしまった。焦り 注意力散漫	プレドニン5mgとプレドニゾン1mgは調剤過誤が多い薬剤であることを念頭に置き、規格の確認と、確認後の支援票への記載を怠らない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プレドニゾン錠1mg(旭化成)  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	一般名でドネペジル塩酸塩錠5mgが処方。ジェネリック希望の患者のため、ドネペジル塩酸塩錠5mg「日医工」を調剤すべきところ、ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「日医工」で調剤した。別の仕事が入ったため、残りの調剤は他の人に代わった。別の仕事をしている時にOD錠で調剤したことを思いだし、調剤を引き継いだスタッフに伝達・調剤し直してもらったため交付には至らなかった。	ドネペジル塩酸塩錠5mgは上の棚、OD錠は下の引き出しに在庫しているが、引き出しにしかないと思いOD錠を調剤してしまった。別の仕事が入り、ドネペジルのみを調剤して他のスタッフに代わったため自己鑑査はしなかった。	使用頻度の高い棚にある薬を把握する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ドネペジル塩酸塩錠5mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名ドネペジル塩酸塩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
299	薬袋なしで交付の患者にナルバスクOD錠2.5mgを渡すところ、間違えてナルバスクOD錠5mgを渡してしまった。帰宅後、患者より連絡あり。ミスが判明した。お取替えに訪問した。	薬袋なしで交付した患者だった。他の患者と思い込みで調剤した。自分でピッキングして、投薬も一人で行った。	処方せん鑑査、調剤鑑査をなるべく複数人で行う。ピッキング後の確認をなるべく薬情や調剤録で行うようにする。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 医薬品患者側	処方された医薬品 販売名ナルバスクOD錠2.5mg  間違えた医薬品 販売名ナルバスク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
300	アトルバスタチン(5)「サワイ」を服用されている患者。繁盛時に調剤担当者がアトルバスタチン(10)「サワイ」で調剤。監査システム・ミスゼロ子は使用せず鑑査台へ置いた。監査者が薬剤の規格違いに気づき、正しい薬剤に調剤をし直して投薬。患者への実施はなかった。	調剤時の確認不足、および監査システムの不使用によるヒヤリハット事例。	繁盛時であったとしても、目視による再確認と監査システムの使用を徹底する。	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
301	エピナスチン塩酸塩錠10mgが処方されていたが、誤ってエピナスチン塩酸塩錠20mgを計数調剤した。これを再度別の薬剤師が確認したところ、実際の処方箋とは規格の異なる医薬品を計数調剤しているという事に気づいた。	当薬局で処方される内服薬の中で最も多いのがエピナスチン塩酸塩錠20mgであり、今回も処方箋にエピナスチンという文字を確認した瞬間に頭の中ではエピナスチン塩酸塩錠20mgであると変換されてしまっていた。処方せんの見間違い小児ではエピナスチン塩酸塩錠10mgが処方されるケースがあるため、子供連れで来局される患者でエピナスチンが処方されている時は気を付けるように心がけているが、今回は家族の方が別の家族の処方箋を一人で持参されたという事も、処方薬を安易に考えてしまった要因の一つではないかと思う。単純なミス 注意力散漫	よく処方される医薬品であるからこそ、しっかりと規格をチェックしておかないと、このような事態を招いてしまうと思うので、エピナスチンに限らず、すべての医薬品について規格までしっかりとチェックすることを心掛けていきたい。また、今回は他の薬剤師が計数調剤の誤りに気が付いたので、引き続き複数の薬剤師でチェックすることで、誤った医薬品が患者の手に渡ることを防ぐことに繋がると考える。	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 勤務状況が繁忙だった 医薬品	処方された医薬品 販売名エピナスチン塩酸塩錠10mg「ファイザー」  間違えた医薬品 販売名エピナスチン塩酸塩錠20mg「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
302	処方箋はラノコナゾール外用液1%「イワキ」と処方されていたが、調整時にクリームだと思い込んで調整し最終鑑査に回した。最終鑑査者は間違いに気づき、調整し直して投薬。	思い込みで調整してしまった。	必ず剤形まで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	処方された医薬品 販売名ラノコナゾール外用液1%「イワキ」  間違えた医薬品 販売名ラノコナゾールクリーム1%「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
303	ニフェジピン徐放錠(20)(12hr持続)2錠/朝・夕食後×30日分の処方 ニフェジピンCR(20)を調剤 監査時に他薬剤師に間違いに指摘され ニフェジピンL(20)を調剤し直した	患者が多く混んでいたこともあり 12hr持続を見落としてしまった 焦り	混雑時こそ落ち着いて確認	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ニフェジピンL錠20mg「トローワ」  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
304	ロコイドクリームが処方されていて後発薬希望で変換するときに、剤形を間違えて、クリーム剤を軟膏剤で変換してしまった。アボコートクリームは発売中止			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 販売名ロコイドクリーム0.1%  間違えた医薬品 販売名アボコート軟膏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
305	ピソプロロール 2.5mgのところ、調剤、監査とも誤って5mgを入れていたが、患者に交付するときに気がつき、取り換えた			確認を怠った 医薬品ルールの不備	処方された医薬品 販売名ピソプロロールフル酸塩錠2.5mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名ピソプロロールフル酸塩錠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
306	セララ50のところ間違えてピッキングして、そのまま調剤してしまった。患者からの連絡で気がつき、取り換えた			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 販売名セララ錠50mg  間違えた医薬品 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
307	メチコパール250μg処方のところ、500μgを調剤、交付していた。2回誤って調剤したところ、3回目で間違いに気づき250μgで調剤した。その後病院へ報告したところ、医師もメチコパール500μgで処方していたと思っていたことが判明し、次から500μgで処方されるようになった。	普段メチコパール錠500μgの処方しかないため、250μgがあることの認識がなかった。処方せんの見間違い	普段と違う医院や個人病院の処方せんの場合、いつも処方されている薬と規格が違う場合があるので、見慣れている名前の薬でも規格までしっかり確認する。	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 販売名メチコパール錠250μg  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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	オルメテック錠20mgで調剤するところを、オルメテック錠10mgで調剤していた。患者本人からいつもとヒートの色が違うが、主治医から聞いてないが大丈夫か?と連絡が入り調剤ミスに気づく	単純なミス	1人で調剤監査するとき、一呼吸おき、薬袋と確認しながらお渡しする	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名オルメテック錠20mg  間違えた医薬品 販売名オルメテック錠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
309	今回よりラベプラゾール錠20mg1錠に処方変更になっていたことに気づかず、今まで通り10mg1錠で一化していた。監査時に気づいて作り直す	生年月日確認をただで、処方内容の確認を怠り、分包機のデーターを更新せずに古いデーターのまま調剤してしまった。	処方箋入力時に、事務と確認して処方変更あれば連携してミスを減らす。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa塩錠20mg「明治」  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
310	アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」の処方をアムロジピンOD錠5mg「サワイ」で調剤して渡してしまった。6錠ほど服用して患者本人がいつもより錠剤が大きいことに気づき電話がかかり気づく	思い込みによる、処方箋、薬袋の確認を怠ったのが原因。	1人で調剤、監査する時は、気を引き締めて、監査のときは声だし確認する	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「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
311	パルミコート吸入液が0.5mgの処方であったが、パルミコート吸入液0.25mを調剤してしまい、交付時に患者の家族がいつもと色が違うとの指摘があり間違えに気が付いた。その後すぐに交換した。当薬局では初めてパルミコート吸入液をお渡ししたが、以前から使用していたものであった。	パルミコート吸入液は、ほとんどが0.25mgで処方されており、薬局が混雑していたこともあり0.25mgで調剤してしまったものと考えられる。また初めてであったことも要因。	規格、剤型が複数ある医薬品は、調剤時に医薬品を見るまえからしっかりと意識して気を付けておく必要がある。	判断を誤った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名パルミコート吸入液0.5mg  間違えた医薬品 販売名パルミコート吸入液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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
312	一般名処方で、薬剤名に変換するときに、剤形を間違えて入力してしまった。調剤も間違えたままで行った。患者が気がつき薬局局 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 販売名ニゾラール ローション2%  間違えた医薬品 販売名ニゾラール クリーム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
313	一般名処方の外用剤。先発希望の薬歴を見て思い込み、前回と同じ軟膏で調剤。今回はローションだったのに気がつかなかった			確認を怠った 判断を誤った 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
314	点眼液の濃度を間違ってお渡しした。確認が足らなかった。患者から指摘を受けて取り替えた			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 ルールの不備	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 販売名ティアパ 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
315	デルモベート軟膏10g・10%サリチル酸ワセリン混合調剤のところ、5%サリチル酸ワセリンを混合してしまった。	5%サリチル酸ワセリンの混合指示の処方が多く、思い込みで調剤、確認を怠った事が要因と考えられる。処方せんの見間違い	処方箋の規格まできちんと確認する。混合前に、他のスタッフも薬剤の確認をする。	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10%サリチル酸ワセリン軟膏東豊  間違えた医薬品 販売名5%サリチル酸ワセリン軟膏東豊	ヒューマンエラー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	アムロジン5mgの普通錠を服用する患者に、間違えてOD錠で28日分調剤。患者は間違いに気がついたが、半分くらい服用したところで、来局。同じ薬ですということです承して下さった。			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 販売名アムロジン錠5mg  間違えた医薬品 販売名アムロジン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
317	一般名処方のテープ剤で、ロキソプロフェンテープは「ケミファ」を普段は交付する。「タイハウ」社製が温シップということを知らず、通常のコピーをお渡したため、間違いを患者に指摘された。	一般名からは温シップであることが分かりにくい		確認を怠った判断を誤った知識が不足していた医薬品仕組み	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	処方せん記載がピタバスタチンCa口腔錠1mgとされていたが、過誤によって同錠2mgを調剤した。別の薬剤師が監査時にこの間違いを発見できなかった。更に患者に交付した別の薬剤師が間違いを発見できずに交付に至った。処方医が次の通院時に患者が残薬を持参したので気づいて薬局へ連絡があった。健康被害、体調の変化、検査値の異常等は認められていない。	当薬局では通常、ピタバスタチンCa口腔錠2mgが処方される事例が圧倒的に多く、関与した薬剤師が思い込みと注意力散漫で誤りを見過ごしたと史料される。	再発防止対策として以下の事項を申し合わせた。 ・処方せんの記載内容について確実に注意力を持って読み取る。 ・調剤に当たっては先入観・思い込みを排除する ・監査時に処方せんのコピーにおいて規格・数量部分に確認のためのチェックを書き込む ・複数規格の存在する医薬品の収納容器全てにマーキングをして注意喚起を行う。(実施済)	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 販売名ピタバスタチンCa錠1mg 「トーフ」  間違えた医薬品 販売名ピタバスタチンCa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
319	ネキシウムの規格を誤って入力。調剤も間違えていた。訂正して取替え、負担金の差額をお返した			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
320	リリカ25mgを服用していた患者だが、処方が75mgOD錠に変更されていた。薬が増量されていたことに気がつかず、25mgカプセルで投薬した。またリリカOD錠75mgは、発売前で、市場に無い為、医師に疑義照会を行い、カプセルへの変更と、薬の増量を確認した。25mgカプセルを75mgに取り替えた			確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 仕組み	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
321	当該患者は、向精神薬を数種併用している。こんかいデパス錠の規格が0.5mgから1mgへ増量されていたが、入力と調剤両方を、0.5mgで間違っで行なった。患者に連絡し、取替え、負担金の差額をいただいた。			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 販売名デパス錠1mg  間違えた医薬品 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
322	思い込みがあった。成人の女性なので、モンテルカストを10mgで調剤したが、本人が5mgを希望し、医師がそれにあわせる形で5mgを処方されていた。取替えた。入力は5mgで行なっていた。			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 ルールの不備	処方された医薬品 販売名モンテルカスト錠5mg「KM」  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
323	錠剤の規格を間違っで入力。監査で間違いが分かり、訂正した			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 ルールの不備	処方された医薬品 販売名イグザレルト錠10mg  間違えた医薬品 販売名イグザレルト錠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
324	思い込みにより、ピッキングと監査で間違っで成人量を調剤してしまった。患者は5mgの小児量で効果があると言う。患者の指摘で間違いが分かったため、取り替えた。入力は5mgで行なっていた。	当該医師は、成人にキプレス、あるいはモンテルカストを小児量で投与することが多い。		確認を怠ったその他成人に小児量を投与されるので、思い込みで間違っでしまう ルールの不備	処方された医薬品 販売名キプレス錠5mg  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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
1	クラリス錠で処方のところを、クラリシッド錠で調剤、入力し患者にそのまま交付。当日午後の処方せんの入力内容確認時に間違いに気づき患者に連絡、1回分服用していた。処方医にその旨報告し、体調には影響ないと説明あり。その後、患者宅に薬を交換しに行き、謝罪した。	入力内容が合っているという思いこみから、処方せんととの照らし合わせを怠り、入力内容のみを見て鑑査してしまった。	入力内容と処方せんが間違いないかまず確認してから、薬剤の鑑査をする。	確認を怠った	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 販売名クラリシッド錠 50mg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	メトグルコ250mgを調製すべきところ、調剤を担当した者が誤ってメトホルミン250mg「三和」MTを取り揃えて最終鑑査へ回してしまった。最終鑑査を担当した薬剤師が誤りに気付いたため、患者への投薬は無かった。	薬剤名称の頭文字2文字だけを読み薬剤を取り揃えたこと。調剤が終わった後、取り揃えた薬剤と処方せんの確認を行わなかったこと。作業手順の不履行 焦り		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 販売名メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT「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
3	マイティア点眼液2本の処方のところ、マイティア1本とオドメール1本で投薬。昨夜、オドメールを点眼し刺激感あったと、翌朝、薬局に電話があり、ミスが分かり、交換する。ただちに処方医に報告し、「心配はいらないが、気になるようであれば受診を。」と指示を頂き、患者に伝えるが、受診は見送られ、現在変わりなし。	棚への充填ミス。鑑査が不十分。	ミスを周知し、監査強化。充填場所の変更。	確認を怠った	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 販売名オドメール 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
4	門前クリニックより(一般名)ロキソプロフェンナトリウム錠60mgと(一般名)レバミピド錠100mgの処方箋を受け取る。新患のためGE変更可否を伺ったところ、先発品を希望された。調剤者はロキソプロフェンナトリウム錠「三和」とムコスタ錠をピックアップし最終鑑査に回した。最終鑑査時に、入力との相互がある事から間違いに気が付いた。ロキソニン錠に調剤し直して、交付に至った。	ロキソニン錠とロキソプロフェンナトリウム錠「三和」の薬品カセッターが上下に並んでいる事、薬品シートのデザインと錠剤の色が酷似している事より間違いが発生したと思われる。	繁用品ではない先発品のロキソニン錠をカセッターではなく、引き出しに保管する事としピックアップミスを防ぐ。対策を実施してから現在まではミスの発生ないが、引き続き有効な対策であるかどうか観察する事にする。	確認を怠った 医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠 60mg  間違えた医薬品 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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
5	アンブロキシソール錠15mg「タイヨー」が処方されていたがムコソルバン錠15mgで調剤していた。監査者に指摘されて調剤しなおした。	一包化の患者で前回まではムコソルバン錠が処方されていたので分包機の設定はムコソルバンになっていたが、今回変更されていたのに、入力を訂正していなかった。ジェネリック変更希望でない患者だったので変わらないという思い込みがあったのかも。	処方箋を手元において入力確認をする。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」  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
6	スピラゾンとクロベタゾンの間違い一般名処方でプレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステル軟膏(リドメックス)が処方。後発希望のため在庫しているスピラゾンを調剤するところをクロベタゾン酪酸エステル軟膏「テイコク」(キンダベート)で取り揃えてしまった。鑑査者が気づき患者の元へは渡らなかった	単純なミス 処方せんの見間違い 両薬剤の外観が酷似している	両薬剤の一般名・外観が非常によく似ているため保管している薬剤棚を離れた場所に配置し「取り違い注意」の付箋等を注意喚起目的で設置した	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名スピラゾン軟膏0.3%  間違えた医薬品 販売名クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」	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
7	「セイコー」希望の方に「JD」でわたしてしまった	薬歴には「セイコー」で記載してあったが、頭ではわかってるつもりになって薬を見ていなかった	一包化の患者のヒート分も調剤録のメーカー部にチェックを入れる	確認を怠った	処方された医薬品 販売名センノシド錠12mg「セイコー」  間違えた医薬品 販売名センノシド錠12mg「JD」	ヒューマンエラー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	混雑時。一般名:ロフラゼパ酸エチル1mgの処方。GE希望の患者だったためジメトックス1mgのところを、先発のメイラックス1mgで調整。投薬者が気づき訂正した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ジメトックス錠1  間違えた医薬品 販売名メイラックス錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
9	ピオフェルミン錠 3T / 3x56日分で処方されたが、ピオスリー配合錠を用意。監査で発見された。どちらもウィークリーシート。	ピオスリーよりピオフェルミンのほうが調剤する機会が少ないため、ピオの2文字でピオスリーと思い込んでしまった。	処方箋はきちんと確認すること。	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剤  間違えた医薬品 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
10	アムロジン2.5mg 28T処方のところ アムロジピン2.5mg 28Tで調剤	少し混雑して焦りもあったため、とり間違えてしまった	処方箋と錠剤で間違いがないかしっかり照らし合わせる	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジン錠2.5mg  間違えた医薬品 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
11	ニセルゴリン錠5mgの処方のところをニコランジル錠5mgを間違えて調剤し、お渡しした。数日後、患者から連絡があり、間違いに気づき、交換し謝罪した。	調剤・鑑査・投薬を1人でしたため、間違いに気づけなかった。処方患者が少数のため同じ引き出しに入れてあった。	ダブルチェックをしっかりと機能させる。同じ引き出しで近くに置かない。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ニセルゴリン錠5mg「トーワ」  間違えた医薬品 販売名ニコランジル錠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
12	一般名処方ロキソプロフェンテープの処方に対し、先発品希望のためいつもロキソニンテープで調剤している患者に、調剤者が誤ってジェネリックのロキソプロフェンNaテープ三和を調剤。監査者(=投薬者)も気付かず、患者に投薬中、患者よりいつもとパッケージが違うとの指摘があり、誤りに気付いた。入力正しい薬(ロキソニンテープ)でされていた。	ロキソニンテープはほとんどの患者においてジェネリックに変更しているため、薬歴などを確認せず、思い込みで調剤・監査したようだ。	一般名処方処方箋を見ただけでは先発品であるか、ジェネリックであるかは判別できないので、遅くとも投薬前までには調剤録、薬歴は確認するという手順の徹底を行う。電子薬歴上「確認事項」にポップアップされるよう記載。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
13	一般名処方で先発品のボルタレンテープを持って行っている患者に後発品のジクロフェナクナトリウムテープを出すところだった。薬を渡す際に患者本人が気づき正しいものに変更した	かなり混んでいて焦ったのかいつもは後発品か先発品かしっかり確認してから出すが、間違えて出し、監査でも気づかなかった。薬を出そうとしたところ患者本人から指摘された	先発品と後発品でわかりやすいように別の記号で処方箋のコピーに記入し、間違いを防ぐように心掛ける。混んでいても焦らずにしっかり監査する	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ボルタレンテープ15mg  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 「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
14	グルファスト5mgをクレストール5mgと間違えて調剤。	きちんとみていなかったため		確認を怠った	処方された医薬品 販売名グルファスト錠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
15	ツムラ29を2束交付すべき所、ツムラ19と29を混合交付	確認不足。1束取り出し、次の箱をあけてもう1束を取り出した。新しい箱を開ける時に確認を怠り異なる番号の箱をあけた。	確認の徹底	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
16	メジコン配合シロップ アスベリンシロップへ処方変更だった。アスベリンシロップと入力しなければならぬところ、アリメジンシロップで入力。処方箋・調剤録・薬歴に目を通し調剤開始。入力ミスにつられてアリメジンシロップを調剤。監査・与薬時、1.アスベリンシロップなので白色の水薬のはずがピンク色だったこと2.咳止めが処方されたはずなのに、薬剤情報提供書の記載内容に「咳」の文字がなく「鼻水」の文字があったこと、の2点より入力・調剤ミスに気がついた。	入力ミス。薬剤に関する知識不足が原因か？処方箋をきちんと確認していなかったことも原因。調剤：処方箋を見て調剤していない。薬歴に目を通したのであればメジコン配合シロップからの変更であることに気がついてはいたはず。薬効も考えればアリメジンシロップを調剤することに疑問を感じたのでは？	処方箋を見て入力・調剤をする。他薬からの変更なので薬効も考えて調剤・監査を行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アスベリンシロップ0.5%  間違えた医薬品 販売名アリメジンシロップ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
17	ジェネリックのところ、先発品を渡した。	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 販売名ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名ヘルベッサ-R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
18	処方箋の見間違いをした上に、監査を自分でしてしまう、思い込みでの監査となったため、違う薬を渡してしまった。薬の在庫確認の時に分かり、服用前で交換していただいた。	処方せんの見間違い忙しくほかの薬剤師の手が空いてなく、自分でピッキングし、自分で監査してしまった。	違う目での確認を忙しくてもやるようにする	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セフトレンピボキシル錠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「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
19	エクセラゼ配合顆粒調剤時、同じ引き出しにしまっているアデホスコーワ顆粒と取り間違い、そのまま調剤を実施。監査時に、監査者によって、別の薬が調剤されていたことが判明。	調剤する直前に投薬した患者の服薬指導で気になることがあり、それを解決しないまま、その事を考えながら調剤を行ってしまった。調剤時、引き出しの中に入っている薬と、処方せんに記載されている薬が一致している事を確認したものの、確認した薬の隣においてあった箱を取ってしまった。さらに、薬を取った後の確認を怠った。	疑問点を解決するまで、別の作業に取り掛からない。薬を取る前だけでなく、取ったあともきちんと薬が正しいことを確認する。	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 販売名エクセラゼ配合顆粒  間違えた医薬品 販売名アデホスコーワ顆粒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
20	ピソプロロールフマル酸塩 0.625mg「日医工」を調剤しないといけないところ、メインテート錠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
21	ビデュリオン皮下注ペンの処方でトルリシティ皮下注アテオスを調剤。他薬剤師が検薬時発見。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ビデュリオン皮下注用2mgペン  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
22	処方「一般名」シンバスタチン錠5mg分1 寝る前 14日分 シンバスタチン錠5mg「日医工」を調剤、投薬しないといけないところ、シルニジピン錠5mg「サワイ」を調剤、投薬してしまった。いつもと色が違うと思いながら1回分飲んでしまったと患者本人から連絡を受けた。飲んでしまってから、薬剤情報書を確認したら、今まで通りシンバスタチン錠5mg「日医工」と記載されていた。間違いに気づき連絡してこられた。	今回の処方で、新規にSU剤が追加になり、その事に気を取られていた。名称がシで始まり、5mgで終わり類似していたため、早合点した。処方せんの見間違い 注意力散漫		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 販売名シンバスタチン錠5mg「日医工」  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
23	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯(ツムラ12)分3・毎食間(84包)が処方されていたので調剤し監査。監査時にツムラ葛根湯加川きゅう辛夷湯(ツムラ2)が2包混じっている事を発見した。その場で調剤し直し患者には渡らなかった。	12と2の数字が似ている事、また漢方の包装の色が同じであった事より、戻す際に見落としてしまったと考えられる。	戻す際のダブルチェックを徹底する。	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ルールの不備	処方された医薬品 販売名ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
24	ベンザリン細粒1%が処方されていたところ、ベサコリン散5%と取り違えて調剤(分包紙の印字はベンザリン細粒と印字)し、鑑査を担当した薬剤師も使用した薬剤の容器を確認せずに投薬してしまったため、そのまま患者に渡ってしまった。患者は、その日の寝る前に1回服用、夜中に起きて嘔吐した。翌日家族が、薬が違うのではないかと来局された。患者にはすぐに処方を受けている病院を受診してもらった後、状態は徐々に落ち着いた。	調剤者は単純なミスによる取り違いである。鑑査時には薬局が混み合っていたこと、この患者の処方、処方医薬品の多さや取り寄せで対応しなければならぬ薬品もあり通常より手順が煩雑であったこと、患者を待たせてはいけないという焦りがあった。通常、1件の鑑査は一人の薬剤師が行うが、鑑査を急いだため、別の薬剤師と手分けをして鑑査をし、お互いに使用薬剤容器の確認をしていなかった。加えて調剤台や調剤室に十分な広さがなく、調剤台の上に別に何件も鑑査待ちの薬品があり、使用した薬品容器がどれなのか分かりにくい状態であった。	バーコードによる散剤の調剤鑑査システムを直ちに取り入れた。また、鑑査はできるだけ一人で行い、煩雑時には鑑査を慌てず、場合によっては後で自宅へ届けることとした。	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 販売名ベンザリン細粒1%  間違えた医薬品 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
25	一般名処方でモンテルカスト錠10mg1錠、エピナスチン塩酸塩錠20mg1錠分1就寝前14日分処方。(その他、風邪薬7日分、吸入薬、うがい薬の処方あり)GE希望のためGEで調剤。その際、エピナスチン塩酸塩錠20mg「日医工」7錠、ネキシウム10mg7Cで調剤し、渡薬。5日後に患者よりTELあり。薬の説明書にない薬が入っていて、また薬も足りないとのことで判明。	調剤者は処方せん発行のクリニックでよく処方される一般名処方モンテルカスト10mg1錠、ネキシウム10mg1カプセル7日分が一部変更になって処方されていると思いきみ、エピナスチン20mg、ネキシウム10mgで調剤した。渡薬者は一緒に処方されていた吸入薬(シムビコート)が初処方だと思い、吸入操作を指導しなければと気になりながら点検し渡薬。その際、他に処方されていた内服薬が7日分だったこともあり、就寝前の薬が14日分であることを見落としした。処方せんの見間違い 注意力散漫	ネキシウム10mg7C、モンテルカスト10mg7錠はよく処方されうため予製が4人分くらいしてる。(それぞれの調剤棚にはなく風邪薬セットとして別にまとめて予製してある)ネキシウム10mg7Cの予製は中止することにした。	確認を怠った通常とは異なる心理的条件下にあった 医薬品 仕組み	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
26	一般名処方、タナトリル5mgを調剤するところ、間違えて後発薬で調剤した。入力は一先発薬になっていた			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 販売名タナトリル錠5  間違えた医薬品 販売名イミダプリル塩酸塩錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
27	シングレア錠10mg1錠1日1回寝る前5日分処方されていたがジャヌビア錠50mg5錠調剤して渡す	1包化調剤が続いていて患者を長時間待たせていた為焦りがあった。シングレアとジャヌビアの棚が近くにあったのと錠剤の色が類似していて勘違いした。	再度確認を徹底する	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名シングレア錠10mg  間違えた医薬品 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
28	「(般)セフジトレンピボキシル100mg」処方。入力時、誤って一般名が類似している「(般)セファペンピボキシル100mg」としたため、その先発のプロモックス100mgを選択。鑑査投薬時も気が付かずお渡しした。後日、処方せん入力を再度確認した際に間違いが判明。処方日数は7日分でほぼ服用終了している時期であった。処方医に連絡したところ、プロモックスでも問題ないので、処方変更となった。	鑑査時、一般名が似ているため入力間違いに気付かず鑑査を行った。投薬時、処方医は、風邪処方時にはメイクトMSを使われることが多く、プロモックスの処方珍しいと思いつつ投薬した。投薬前の鑑査時に、処方せん記載の一般名と調剤された薬品があっているかどうかの確認が疎かだった。	セフェム系は一般名が類似している。処方箋通り正しく入力されているか1文字ずつ確認を行う。症状に対して調剤された薬品の使用が珍しいと感じたのであれば、もう一度、処方せん記載と調剤された薬品があっているかを見直す。	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「サワイ」  間違えた医薬品 販売名プロモックス錠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



**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
29	<p>定期処方薬としてアトルバスタチン錠5mg「EE」と他2剤が1日1回朝食後服用40日分処方されていた。調剤者は誤ってアムロジピン錠5mg「EMEC」を調剤し、監査者はその誤調剤を見落としてしまった。患者本人はいつもと異なる薬であることに投薬時に気が付き指摘したが、投薬者は誤投薬に気づかなかつた。処方医より検査結果の話患者本人がされてきていたということもあり、その結果による変更だと認識した。次回来局時に元の薬に戻っている事に疑問を感じた患者の訴えで誤調剤が判明した。患者は既にアムロジピン錠5mg「EMEC」を39錠服用した後であり、残薬1錠を持参した。誤った薬を交付してしまった事を謝罪し、処方医へ報告。その結果、採血検査を実施、血圧測定することになった。</p>	<p>思い込みによる調剤を行ってしまい、正しい薬品名を認識して調剤出来なかったこと。監査者・投薬者も確認を怠り、その誤調剤に気づけなかったこと。当日は通常とは異なる人員配置で心理的に焦りがあった可能性があること。処方せんの見間違い 焦り 注意力散漫</p>	<p>当たり前のことだが、処方せん・調剤録に記載された薬品名・用量・数量をしっかりと確認することを徹底する。投薬時に現病名・既往歴についてサマリーを確認することを怠らない。患者主訴をよく聞き、処方内容の変更時・増量時に慎重に聞き取りを行うよう努める。</p>	<p>確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった</p>	<p>処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg「EE」  間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠5mg「EMEC」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
30	<p>ラベプラゾールの処方に対し、ランソプラゾールを計数調剤し、窓口の薬剤師も気づかず、窓口にて患者より指摘を受ける。</p>	<p>計数調剤時、監査時ともに処方せんの見間違いを起こした。また当薬局ではPTPの監査システムを導入しているが、処方医薬品の多さにより面倒だったせいか、監査システムを通さないという作業手順の不履行があった。</p>	<p>処方薬が多くても必ず監査システムを通し、薬剤師の目視確認も徹底することにした。</p>	<p>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</p>	<p>処方された医薬品 販売名ラベプラゾールNa錠20mg「ファイザー」  間違えた医薬品 販売名ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
31	カロナール錠先発品希望の患者へ後発品を投薬	以前ジェネリック希望により使用したが効果不十分と感じたことから先発希望していた。ジェネリック希望の患者が多くなっており誤ってジェネリックで調剤監査投薬。単純なミス 焦り 注意力散漫	ジェネリック希望がより目立つよう調剤待ちの処方箋の上に表示札を付け視認性アップさせる。	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 販売名カロナール錠200  間違えた医薬品 販売名アセトアミノフェン錠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
32	患者が医院にて以前にもらった薬と同じ薬を希望されてロコイド軟膏5gが処方された。しかし自分が以前処方してもらった薬はロコイド軟膏ではなく、「リ」なんとかという白いチューブの薬だと主張された。たしかに当薬局からは9月にロコイド軟膏が処方された記録があり、患者が薬剤師が間違えてリドメックスコーワ軟膏を処方したのではないかと不信に思われている。誤調剤の可能性もあるが、薬は使い切って現物はお持ちではないとのこと。本人の希望にそい、9月に頂いたロコイド軟膏の代金をお返しし、今後このようなことがないように謝罪した。	単純なミス 用意したロコイド軟膏を、患者にお渡しする際に再度処方箋と照らし合わせるという作業を繰り返しているが、確認ミスにより誤調剤が発生した可能性が考えられる。	処方箋とお渡しする薬の照らし合わせを注意深く行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロコイド軟膏0.1%  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
33	先発品名称処方での後発医薬品希望で処方箋のまま用意した。薬剤師が監査前に気づいた。	過去の薬歴注意事項の確認もれ		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アゼルニジピン錠8mg「日医工」 販売名ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名カルプロック錠8mg 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
34	一般名処方での調剤。定期的にお薬を服用中。	思い込みで後発品をピックアップしてしまっている。		確認を怠った	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
35	本来リマプロストアルファデクス錠5 $\mu$ g「サワイ」を交付すべき患者に間違えてプロレナール錠を交付してしまった。後日在庫整理をした際に判明した。患者に連絡を取り健康被害は出ていないことを確認し、間違えて交付したことに對して謝罪した。	当時の薬局内の状況が繁忙であり、確認を怠った。		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名リマプロストアルファデクス錠5 $\mu$ g「サワイ」  間違えた医薬品 販売名プロレナール錠5 $\mu$ 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
36	処方箋の記載がタナトリル錠2.5だったため、前回はイミダプリル2.5で渡しているのに、タナトリルのまま投与。患者宅に伺いイミダプリル2.5に取り替える	前回処方の確認不足	前回の処方をしっかり見る	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2.5mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名タナトリル錠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
37	ミコンビ配合錠APをお渡しすべきところ、ミカムロ配合錠APをお渡ししてしまった。患者が、帰宅後薬を確認していて気付いた。薬情はミコンビ配合錠APになっているがどちらが正しいか?と電話があった。	以前から、間違いやすいとの認識があった。いつもの薬という慣れと焦りで確認が足りなかった。	処方箋を声に出して読み上げ、実際の薬と照合する。焦りそうになったら、深呼吸する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった その他慣れによる確認不足	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
38	定期処方の医薬品に加え、臨時薬として一般名レバミピド錠100mgが記載されていた。以前より先発希望で、定期処方 of 医薬品については希望通り先発品で調剤を行なった。しかし、臨時薬の【般】レバミピド錠100mgについては、ムコスタ錠100mgで調剤すべきところレバミピド錠100mg「サワイ」にて調剤し、交付した。	同処方せん内に特殊な用量の処方があり、気を取られた。また一般名処方のため、成分名を医薬品名と見間違えた。処方せんの見間違い	ピッキング鑑査装置を利用して調剤を行う。処方せんと医薬品、処方せんと入力内容、先発およびジェネリックの照合などの基本動作を徹底する。	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 販売名ムコスタ錠100mg  間違えた医薬品 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
39	一般名でメコバラミンが処方されていた。いつもはメコバラミン「トーワ」を選択してお渡しするところを、割高なメチコパールを渡してしまった。翌朝、事務員がメコバラミン「トーワ」の在庫が変わってないことに気づき、間違いが分かった。直ちに患者に連絡を取ったところ、服用前であった。	当該患者より他院での処方薬について質問をいくつか受けていて、話を頭の中で組み立てながらの調剤であったため、注意力散漫になってしまった。	調剤時には他事をシャットアウトして、その業務に集中する事	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 販売名メコバラミン錠500「トーワ」  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
40	トレリーフOD錠25mgのところトラマールOD錠25mgを調剤し、ポリムスで照合の際にエラーになり、取り間違いに気付いた。	トレリーフOD錠25mgと思い劇薬の棚に行った際、眼に入ってきたよく似た名前のトラマールOD錠25mgを手にとってしまった。	ポリムスで照合する前にもう1度確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名トレリーフOD錠25mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
41	アムロジピンOD錠2.5mgのところアムロジピンOD錠2.5mgを調剤し、ポリムスで照合する際に間違いに気付いた。	他の薬がGEだったm、アムロジピンOD錠2.5mgもGEに変更と思い、GEであるアムロジピンOD錠2.5mgを取ってしまった。	ポリムスで照合する前に、もう1度確認する。	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  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
42	アロチノロール10mgの一般名処方患者で、ジェネリック希望あり前回までジェネリックのアロチノロール「トーワ」を調剤交付していたが、アロチノロール「DSP」を調剤交付してしまった。		一般名処方において、患者のジェネリック希望の確認と調剤する薬品メーカーの確認の徹底	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アロチノロール塩酸塩錠10mg「トーワ」  間違えた医薬品 販売名アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」	ヒューマンエラー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	後発品の調剤拒否の患者に、一般名でセンノシドが処方されたが、先発品のプルゼニド錠ではなく後発品であるセンノサイド錠を調剤交付してしまった。	後発品を拒否される患者が少なく、一般名処方原則として後発品を調剤交付していた。	患者の後発品の希望状況の再確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プルゼニド錠12mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
44	11:00ごろ来局の患者。一包化の処方。今回薬の変更があり、一包化の作り直しがあつた。入力時、一般名処方ではブスコパンが屯用で出ていたが、前回チアトンカプセルが処方されたいた為、誤ってチアトンカプセルを入力。調剤者が一包化作り直し後、頓服などピッキング。その際入力内容を参考にしてしまった。監査時、薬剤取り誤りに気づき訂正。入力訂正。たたくお渡し。	一包化の作り直しがあり気がそちらにいつてしまった。調剤者が一般名処方はまだ慣れておらず、前回内容を参考にしてしまった。処方せんの見間違い 焦り 注意力散漫	処方鑑査をしっかりと行う。最終確認をしっかりと行う。悩んだときは、医薬品の包装の成分名を確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ブスコパン錠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
45	手書きの処方箋で「ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg タイホウ」と記載。後発品変更不可ではなかったが、薬局の後発品優先順に基づき、「ロキソプロフェンNaテープ100mg 杏林」で調剤。来局された患者家族への服薬指導時に、患者が温湿布希望であることを確認。「ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg タイホウ」は他と異なり、ノニル酸ワニルアミドを含み、温湿布であり、他の後発品に変更せず、処方通りで交付。	後発品は先発品と同じという先入観から、メーカー変更して調剤した。ロキソプロフェンテープは多くのメーカーから発売されており、後発品のため、成分名表示で薬品名から温湿布であることがわかりにくい。コンピュータからの出力処方の場合、薬品名に冷感、温感の記載があり場合もあるが、手書き処方せんで成分名、メーカー名しか記載がなかった。	主成分が同じでも添加物により使用感が大きく異なる場合もあり。処方せんに記載される薬品名にわかりやすくその項目を入れてほしい。コンピューターシステム内で、タイホウを選択した場合、温感であることをポップアップアラームで入力者に知らせるとともに、局員にも周知した。	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	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「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
46	前回、ベザフィブラートSR錠は処方箋記載通りの「日医工」の希望があつたが、今回誤って「サワイ」で調剤、お渡ししてしまった。電話連絡したところ、翌日持参していただき、本来希望のものと交換対応。服用はまだされていなかった。	鑑査が不十分であった。ベザフィブラート錠の在庫、複数のメーカーのものがあるという認識がなかった。	薬歴の申し送りやレセコンのメモを利用し、通常の調剤とは異なるものが必要である旨を見えやすい形で残しておく。また複数のメーカーの在庫がある薬品については店舗内で情報を共有、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 販売名ベザフィブラートSR錠200mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名ベザフィブラートSR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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
47	カロナル錠200で調剤するべきであったが、いつも取り慣れている薬剤で調剤をしていた。鑑査で気付いた			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	処方された医薬品 販売名カロナル錠200  間違えた医薬品 販売名アセトアミノフェン錠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
48	アレグラが処方された患者は前から患者の希望でフェキソフェナジン塩酸塩60mg「SANIK」を調剤することになっていた。しかし調剤者の知識が乏しかったため「SANIK」の存在を知らず、よく調剤されるフェキソフェナジン塩酸塩60mg「三和」を出してしまった。鑑査がすぐに気付き正しく調剤された。	「フェキソフェナジン塩酸塩」60mg」までを確認しそのあとの「SANIK」を確認しなかった。	薬剤名を最後まで確認すること。患者の送り、確認事項を確認すること。薬局で採用している後発品を把握すること。(採用している理由があるため)	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60mg「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「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
49	デパス錠にて定期処方のある患者。普段デパスのGE在庫は「EMEC」としているが、該当患者は希望により「日医工」にて調剤しお渡しとしている。本日来局時、調剤において普段の流れからEMECを誤調剤。鑑査時判明し調剤者に訂正依頼。患者への誤渡しはなし。	薬局動線上、患者ごとの調剤ルールを調剤者が確認するのは1テンポ遅れてしまう。通常事務員からの声かけによる連携にてミス防止を試みているが、当事例においては連携が上手くいっておらず、調剤者は普段使用しているEMECにて誤調剤のまま鑑査に回ってしまったものと思われる。	スタッフ連携意識の再周知徹底。	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「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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
50	プロプレス4mgのところカンデサルタン4mg三和で調剤	一般名処方のため、先発希望であったが確認不足によりそのまま一般名のジェネリックで調剤したと思われる	薬歴によるジェネリック希望の確認。最終鑑査前に薬情・薬袋の写真での確認徹底。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プロプレス錠4  間違えた医薬品 販売名カンデサルタン錠4mg「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
51	カロナール錠200mgが処方されていたがカルボシステイン錠250mg「テバ」でピッキングしてしまった。鑑査者が気付いたため患者の手には渡らなかった	単純なミスまず両医薬品の外観が良く似ていた、また保管している棚が両隣になっていた。	保管している棚が両隣だったため、場所を入れ替え離れた場所に配置した。	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 販売名カロナール錠200  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
52	先発品希望の方に一般名処方ドンペリドン錠10mgが処方。入力正しくナウゼリン錠10mgで入力されていたが、先調剤で誤って後発品のドンペリドン錠10mg「サワイ」が調剤されていた。(先調剤を行ったものが誰かは不明)調剤者は先発品希望であることは認識していたが、先調剤で集められた薬が後発品であることに気付かず、鑑査を回してしまった。鑑査時、先発品と後発品の誤りに気付き、交付前の発見に至った。	通常ポリムスを通す手順があるため、入力が正しく行われていれば、読み込んだ際にエラーが表示されるので誤りに気付くはずが、ポリムスを通す手順を省いてしまった可能性があり。作業手順の不履行	ポリムスを通す手順を省かない。調剤ルールを徹底する。先調剤で集められた薬剤が必ずしも正しいと思えない。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ナウゼリン錠10  間違えた医薬品 販売名ドンペリドン錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
53	一般名処方で「大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン配合軟膏」が処方された。ジェネリックの「ヘモポリゾン軟膏」を出さなければならぬところを「ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏」のジェネリックの「ヘモレックス軟膏」で調剤。監査で発見された	どちらも一般名が長いので、「長い名前」のこの用法の薬で判断してしまった。用法とg数が同じなのでよくでるヘモポリゾン軟膏と思い込んで調剤してしまった。	しっかり確認する	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヘモポリゾン軟膏  間違えた医薬品 販売名ヘモレックス軟膏	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
54	一包化調剤にてピレチア25mgが不足したため、機械に補充するときにヒルナミン25mgを補充してしまった。そのため一包化の初めの方はピレチア25mgだが、後ろの方はヒルナミン25mgになってしまった。投薬時に患者と一緒に確認していて発見した。		手順を見直し、遵守する 一包化の監査時に最初と最後を確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピレチア錠(25mg)  間違えた医薬品 販売名ヒルナミン錠(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
55	カルタンOD錠500mgを沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」に変更して調剤するところカルタンOD錠500mg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 販売名沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」  間違えた医薬品 販売名カルタンOD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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
56	ノルバスク錠のところアムロジピン錠「トロー」で調剤。	ノルバスク錠以外の薬は後発品で調剤していた		確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ノルバスク 錠2.5mg 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2.5mg「ト ロー」 販売名アムロジ ピン錠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
57	一般名でクロベタゾン酪酸エステル軟膏の処方が出ていて、事務員が入力間違いで一般名が似ているクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏から先発品のデルモベート軟膏で入力。薬剤師が監査時に一般名の入力間違いに気づく。正しい薬のクロベタゾン酪酸エステル軟膏の先発品のキンダベート軟膏に入力を修正し調剤し直した。	処方せんの見間違い事務員の一般名に対する知識が薄く、似た名前の一一般名を勘違いして入力した。	一般名については名称の最後までしっかり確認し入力するよう徹底。一般名でわかりづらいものがあれば必ず薬剤師に確認するよう徹底。	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 販売名キンダベ ート軟膏0.05%  間違えた医薬品 販売名デルモ ベート軟膏0.0 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
58	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」を調剤するところサラゾピリン錠500mgを調剤。			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腸溶錠500mg「日医工」  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
59	クレメジン細粒分包2gを調剤するところ球形吸着炭細粒分包2g「日医工」で調剤。	他の薬はすべて後発品に変更していた。		確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名クレメジン細粒分包2g  間違えた医薬品 販売名球形吸着炭細粒分包2g「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
60	後発医薬品希望患者にジフルブレドナード軟膏が処方。スチブロン軟膏を入力するところ、先発品が入力されていた。監査薬剤師が気づき事務に修正してもらった。	スチブロン軟膏を採用する前に、この患者にマイザー軟膏が処方されていたことがあり、事務員はマイザー軟膏で変更なしと判断した。	新規採用した後発品の情報を付箋に記入し、レセコン画面近くに貼付し注意を促す。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名スチブロン軟膏0.05%  間違えた医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
61	調剤前に薬歴コメントを見ると「GE希望」とあったためツロブテロールテープ1mgをGEで調剤したが、事務入力では先発品だった。事務レセコンの患者コメントには「GE不可」とあった。患者に確認するとGE不可であったため、先発品で調剤した。	初回担当薬剤師が、新患アンケートの内容を間違えて入力してしまった。	新患アンケートの内容は間違いがないよう注意して入力する。受付のたびにGE希望かどうか、もれなくGEが調剤されているか確認する。	記録などに不備があった	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 販売名ツロブテロールテープ1mg「テイコク」	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
62	外来受診時「アフタシールはいつもと違うのでいらぬ」と本人が持ってきた」と医師から電話連絡あり。いつの薬のものか不明。前回調剤時は監査時の写真が残っており、何で渡したか不明だが、その前の前々回の監査時にはアフタッチで用意していた。	アフタッチが在庫棚で見つからず、アフタシールが目に入った際、アフタッチがアフタシールという名前に名称変更したと思い込んでしまった。監査者は今回の処方より訪問になり、当日訪問予定だったが、カレンダーに分包を貼ったりと時間が気になり、見落としてしまった可能性がある。	似た名前のため、薬品マスタの名称をアフタシール 25µgに変更した。アフタッチとアフタシールの2種類あることを理解する。	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	処方された医薬品 販売名アフタッチ 口腔用貼付剤25µg  間違えた医薬品 販売名アフタシール25µg	ヒューマンエラー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	一般名処方で、メーカーを取り違えて調剤してしまった。当該処方箋は、後発薬もメーカー指定であり、変更不可と記載されていた			連携ができていなかった 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名カンデサルタン錠8mg「ケミファ」  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
64	ノイロトロピンを、誤ってノイロピタンと入力した。薬袋、明細書などノイロピタンとなっており、薬剤師は、謝ってノイロピタンを投薬した。薬歴を記載している時に、間違いを発見。お詫びして取り替えた			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 販売名ノイロトロ 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
65	入力がサワイになっていたことに気が付 かなかった	確認不足	ジェネリックメーカー名 のところに印をつける 薬品 と見比べ声に出してい うようにする	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15m g「トーフ」  間違えた医薬品 販売名ランソプラ ゾールOD錠15m 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
66	MEEKで渡しているが入力がサワイである ことに気が付かなかった	鉛筆でメーカー名までチェックすること をしていたが怠ってしまった薬情の写真 と丁寧に照らし合わせていなかった	鉛筆でメーカー名まで チェックすることを徹底す る薬情の写真とできる限 り照合する	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」  間違えた医薬品 販売名クラリスロ マイシン錠200m 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
67	小児の風邪薬 調剤後、すぐに記録用紙と照らし合わせて間違いに気付いた。本来、すぐに 秤量記録と処方箋を監査すべきだったが、怠り、間違った薬を渡していた。幸い、すぐに気がついたため、取り替えて問題なかった			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 販売名メブチンドライシロップ0.005%  間違えた医薬品 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
68	一般名処方。後発薬を調剤する人に、入力を先発薬で行った。調剤は後発薬で問題なかった。負担金を少し返金した			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	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
69	先発品アダラートCRでの調剤をジェネリックのニフェジンCRで調剤してしまい、患者に渡ってしまいました。	単純なミス 焦り	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 販売名アダラートCR錠  間違えた医薬品 販売名ニフェジンCR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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
70	来局時に、前回もらったパップ剤はそれ以前にもらった物とデザインが違うし、使いにくいとの申し出あり。以前はGEでお渡ししていたが、前は先発品でお渡ししてしまった様子。後発品の方が使用感がよかった様子。お詫びしたが、前回分はそのままでよいとの事。(一般名処方)	パップはテープに比べて使用頻度が少ないため、剤型に気を取られ、先発、後発のチェックが甘くなった。昼の時間帯で、二人薬剤師はいたが、もう一人が手が離せず、一人で調剤鑑査投薬をしたための焦りによる。	一人で業務をこなさなければならぬ時は一呼吸おいて、薬剤、入力等の見直しを行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウム パップ100mg「日医工」  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
71	調剤者がセレクトールをセレコックスに取り違えたが、鑑査者が気が付き交付前に正しく調剤した。	調剤者は10年以上の経験のある薬剤師であり単純なミスと思われる。	鑑査は別の薬剤師が行うことを徹底する。	判断を誤った医薬品	処方された医薬品 販売名セレクトール錠100mg  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
72	薬剤取り違い	ほかの処方内容に間違いがあり、調剤し直しを行った後の鑑査だったため、集中できていなかった。投薬時、調剤量が多くすべての薬品を薬袋の写真と見比べることができなかった。	処方薬の名称・規格の確認を怠らないようにする。処方箋を正面から見る。鑑査方法の変更、まず写真を見比べてから薬袋に入れるようにする。	確認を怠った技術・手技が未熟だった仕組み	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 販売名ダイメジンスリービー配合カプセル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



**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
73	一般名処方 カルボシステイン錠250mg 3錠分3毎食後3日分の処方でムコダイン錠250mgを調剤。服薬指導し交付後、患者の家族よりジェネリック品であったことを指摘され気づいた。謝罪の上カルボシステイン錠250mg「トーワ」に変更した。	その外にフロモックス錠75mg、メジコン錠が処方されていた。当薬局はフロモックス錠75mgは先発品しか在庫していなかったため、この2つにつられて、先発品のムコダイン錠を調剤したと考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「トーワ」  間違えた医薬品 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
74	渡薬時に「以前違う薬が入っていた」とフロセミド(20)「NP」4錠を患者より渡された。その場では画像確認ができず、患者本人も「気にしないでいいから」と帰宅された。患者帰宅後に監査時の画像確認したところ前々回調剤時にアゼルニジピン(8)80錠の上にフロセミド(20)が4錠束ねてあった。患者宅へTELし謝罪。次回アゼルニジピン(8)4錠をお渡りする。	監査時は色が似ていたため気が付くことができなかった。アゼルニジピン(8)の方がフロセミド(20)より棚の位置が高いため落下して混入した可能性は考えられない。しかし、両方とも調剤時に赤いヒートが目に入る位置にあり、間に2種類の薬を挟む程度の間隔しかあいていなかったため、ピッキング時に誤って取ったか、戻しの際に誤って戻した可能性が考えられる。	アゼルニジピンの棚を赤いヒートが目に入らない高い棚に変更した。薬を戻す際は棚を落ち着いて棚をよく確認して戻す。ダブルチェックができると望ましい。	確認を怠った 施設・設備	処方された医薬品 販売名アゼルニジピン錠8mg「トーワ」  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
75	「アラセナA軟膏2g」と記載された処方せんで、入力も正しくしていたが、同じ置き場所に入っていた「ケナログ口腔用軟膏2g」を調剤してしまった。患者への説明はアラセナA軟膏についての説明をしてケナログ軟膏をそのまま交付してしまった。在庫薬品数を確認していて間違いが判明。	同じ2g包装の軟膏を同じ置き場所に保管しているが、注意力散漫で確認を怠った。交付時にも説明する内容に意識が集中してしまい、薬品の確認を怠った。	薬品名が目立つように改善し、取り間違いを防ぐ。監査と患者への交付をできるだけ別に薬剤師が行いダブルチェックできるようにする。	確認を怠った 施設・設備	処方された医薬品 販売名アラセナ-A軟膏3%  間違えた医薬品 販売名ケナログ口腔用軟膏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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
76	アスピリンドライシロップ2%の処方箋記載のところ、アスピリン散10%を分包してしまった。投薬時の鑑査の薬剤師が間違いに気が付き、調剤をやり直した。	確認を怠った。処方せんの見間違い。処方箋の記載内容を確認しないまま、アスピリンは散10%と思い込んで調剤を行ってしまったために間違いを起こした。	調剤する前に処方薬を声に出して読み上げて間違いを減らす努力を行う。DS剤においても鑑査システムを活用させる。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アスピリン 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
77	セフジニル細粒が処方されていたが、ワイドシリン細粒を調剤してしまった。	調剤を行った者が、溶連菌感染症だと判って、普段使用するワイドシリンを調剤してしまった。直前にも溶連菌感染しており、前回ワイドシリン使用。今回2度目なので、セフジニルを処方している。思い込みでワイドシリンを使用してしまった。	手に取った薬品と処方箋の薬品名をきちんと確認してから調剤する。その時、他のことは考えないように気を付けるしかない。	教育・訓練	処方された医薬品 販売名セフジニル 細粒小児用10% 「タイヨー」  間違えた医薬品 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
78	一般名処方でブテナフィン塩酸塩クリームと記載されていた。塩酸テルピナフィンクリームを調剤してしまった。	処方せんの見間違い 単純なミス 一般名処方記載と名前が類似していた。また同効薬のため隣の棚に保管してあったため間違い調剤	一般名処方と対応する後発品、先発品の名称一覧を作成。調剤前の処方せん監査時に後発品の薬品名を鉛筆で記入保管棚の配置を離れた。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名ブテナフィン 塩酸塩クリーム 1%「トーワ」  間違えた医薬品 販売名塩酸テルピ ナフィンクリーム 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
79	一般名処方でケトコナゾールクリーム2%で記載。後発品のケトパミンクリームを調剤するところオイラックスクリームで調剤	連休明けで患者が集中 焦りから 注意力散漫となる。作業手順の不履行もあった保湿剤とオイラックスクリーム 保湿剤とケトパミンクリームは汎用処方であったため保湿剤の処方を見た後、オイラックスクリームと思い込み調剤	処方せんを読みあげてから調剤するという作業手順を混んでいるときも徹底する	判断を誤った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ケトパミン クリーム2%  間違えた医薬品 販売名オイラックス クリーム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
80	一般名ベラパミル塩酸塩錠40mgでの処方に対し、当該患者は従来より先発品である「ワソラン錠」での調剤を希望していた。今回、「ワソラン錠」ではなく「ベラパミル塩酸塩錠40mg「タイヨー」」を用いて調剤を行った。	当薬局では、処方箋入力者が一般名処方に対して、過去処方内容から頻用薬以外の物を用いるときは処方箋に薬品名をメモすることになっている。今回は、処方箋入力者が記載を怠ってしまった。調剤者、交付者(同一人物)は、交付時に過去調剤の記録の使用薬品の確認を怠った。作業手順の不履行	インシデント発生の状況を周知し、確認手順の再確認、徹底を図る	確認を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 販売名ワソラン錠 40mg  間違えた医薬品 販売名ベラパミル 塩酸塩錠40mg 「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
81	一般名でカルバゾクロムスルホン酸ナトリウム30mg錠が処方されていたが、カリジノゲナーゼ錠50単位を交付してしまいました。	実務実習生の投薬で、知識不足もあり単純なミスに気が付かなかった。	教育担当薬剤師が横について見守るようにする。	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 販売名カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠30mg 「日医工」  間違えた医薬品 販売名カリジノゲナーゼ錠50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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
82	小児に対して混合シロップ剤の処方あり。カルボシステインシロップ+アスピリンシロップ+単シロップ カルボシステインシロップ+アスピリンシロップ+メブチンシロップと誤って混合してしまった。鑑査時に誤りに気づき、患者交付へは至っていない。	・薬剤師1人での調剤・鑑査を実施していた。・通常はカルボシステインシロップ+アスピリンシロップ+メブチンシロップの組み合わせが多く、今回の処方での組み合わせはあまりないためメブチンシロップの混合を思い込んでしまった。	・処方鑑査時の確実な実施。・調剤前の処方内容再確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名単シロップ *(日興製薬)  間違えた医薬品 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
83	ネキシウムカプセル20mgの処方だったが、ネキシウム10mgで調剤してしまった。	調剤助手と薬剤師が確認したが、気づかずにそのまま調剤してしまった	調剤の際の確認は、薬剤師と調剤助手でさらに注意深くする。調剤助手は患者に渡す、薬剤情報提供書の薬剤画像と薬剤を再度確認する。	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20mg  間違えた医薬品 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
84	ユーロジン処方 GE変更でエスタゾラムを調剤すべきところを、ニトラゼパムを調剤し、交付。	同時処方薬にハルシオン トリアゾラムがあり、ニトラゼパム処方と完全に思っているかと、確認したが、患者側は、GEのヒート認識の確認と受け取ったらしい。お互いの認識の相違も確認作業に至らなかった。	まずは、取り間違えないこと。昼休みに、立つとひとり調剤、即交付になり、ついつい、2度鑑査を忘れる。これを忘れず行う。余裕を持つ。急がない。	確認を怠った その他昼休み中 仕組み	処方された医薬品 販売名エスタゾラム錠1mg「アメル」  間違えた医薬品 販売名ニトラゼパム錠	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
85	「ヒューマログミックス50注ミリオペン」が処方されていたところ、誤って「ヒューマログ注ミリオペン」で調剤してしまった。	「ヒューマログ」という名称だけで判断し「ヒューマログ注ミリオペン」を取ってしまった。名前が似ていたこと、複数規格があることを認識していなかったことによるミス。処方せんの見間違い。	インスリン製剤は患者に与える影響も大きいので、今後は確認をしっかりと行う。	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
86	「S・M配合散」が処方されていたところ、「SG配合顆粒」で調剤してしまった。	名前が似ており、判断を誤った。処方せんの見間違い。	全く効能が異なるため、副作用の原因にもなりかねないミスであるため気を付ける。	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S・M配合散  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
87	「ピタバスタチンCa錠1mg」が処方されていたところ、「プラバスタチンNa錠5mg」で調剤してしまった。	隣り合う棚であり、かつシートの色が似ていたため、取り間違えた。確認不足。注意力散漫。	棚位置を変更した。	確認を怠った判断を誤った医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名ピタバスタチンCa錠1mg 「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
88	ジェネリック医薬品希望の患者に先発品でお渡し	新しく出た薬の割錠があったため、そちらに気を取られてよく確認しないで交付してしまったと思われる。作業手順の不履行、単純なミス、焦り。	カルデナリン1mgの棚にジェネリック:ドキサゾシン1mgと記入。変更のある薬の確認も大事だが、全体の確認も怠らない。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ドキサゾシン錠1mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名カルデナリン錠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
89	一包化調剤の患者 アロプリノール(100)1錠/分1・朝食後のところ アルドメット(125)をピックアップして 調剤一包化調剤してしまった 監査時に他薬剤師が気付き指摘 一包化調剤し直した	アロプリノール(100)とアルドメット(125)在庫の棚が近くに置いてありシートのデザインが似ているため 取り違えて調剤してしまった	似ているデザインは在庫の場所を離して置くことにした	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アロプリノール錠100mg「トーワ」  間違えた医薬品 販売名アルドメット錠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
90	アズノールうがい液20mlの処方が出ている患者に調剤者がアズノール軟膏20gチューブを調剤。監査者が間違いに気づく。	アズノールという記載のみを見て調剤した。 処方せんの見間違い	必ず処方薬の最後まで名称を確認してから調剤をする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アズノールうがい液4%  間違えた医薬品 販売名アズノール軟膏0.033%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
91	リンデロンVGローション処方、ジェネリックへ変更調剤でデルモゾールGローションを調剤するところを、デルモゾールローションで調剤した。	リンデロンVG、Vローションの採用はあるが、ジェネリックはデルモゾールGローションしか採用がないと思込み、よく確認せず調剤した。	リンデロン外用についての先発、ジェネリックの照らし合わせを行い、全スタッフに周知してもらった。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名デルモゾールGローション  間違えた医薬品 販売名デルモゾールローション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
92	一般名処方で知識が不十分のため、デベルザをピッキングすべきを、テネリアをピッキングしてしまった。監査の薬剤師が間違いに気づき調剤をやり直した。			判断を誤った 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名デベルザ錠20mg  間違えた医薬品 販売名テネリア錠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
93	一般名でセフテラムピボキシル細粒を調剤すべきところをセフジトレンピボキシル細粒を調剤してしまった。服薬指導後に投薬した薬剤師が気づき、患者に事情を説明して調剤しなおして交付した。	一緒に調剤した患児の姉妹の薬はセフジトレンピボキシル細粒が処方されており、同じと思ひ込んで調剤・監査してしまった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名トミロン細粒小児用10%  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
94	一般名処方「ロラゼパム錠0.5mg」3T 分3 毎食後の処方のところ、ロゼレム錠を交 付	名称が似ていたため取り違い、監査を 素通りした	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 販売名ロラゼパム 錠0.5mg「サワ イ」  間違えた医薬品 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
95	処方箋はメイアクトMS錠100で受付。患 者はGE希望であったため、本来調剤者セ フジトレンピボキシルで調剤しなければなら ないところ、セフカペンピボキシルで調 剤を行った。監査者がその間違いに気が ついたため、正しいセフジトレンピボキシ ル塩酸塩錠で調剤しなおし、投薬。	単純なミス	薬品箱に注意喚起のポッ プを貼り付けた。	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 医薬品 教育・訓練	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「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	トラムセット配合錠を調剤しなければなら ないところ、エディロール0.75μgを調剤し てお渡ししてしまった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名トラムセット 配合錠  間違えた医薬品 販売名エディロー ルカプセル0.75 μg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
97	カルデナリンOD錠1mgの処方箋がジェネリックへ変更不可のサインがあり処方されていた。カルデナリンOD錠の在庫がなかったため疑義照会でカルデナリン錠の通常錠に変更してもらった。その後の処方箋入力者は、カルデナリン錠1mgで入力するところをジェネリックのドキサゾン錠で入力した。そのままジェネリックで調剤をしてしまった。翌月に同じ処方があったが、薬歴より疑義照会の内容と処方箋入力の違いが判明した。	後発変更不可の処方箋の見落とし。疑義照会の内容が処方箋入力者に的確に伝わっていなかった可能性。	疑義照会をした薬剤師が入力が正しいか再度確認をする。	記録などに不備があった 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 販売名カルデナリン錠1mg  間違えた医薬品 販売名ドキサゾン錠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
98	内科でスピリーバ2.5µgレスピマット60吸入が処方されたが、スピオルトレスピマット60吸入で入力・鑑査・投薬。薬歴作成時に薬剤の間違いに気づき患者本人へ連絡、交換に伺い謝罪した。お渡ししたスピオルトレスピマット60吸入はまだ使用されていなかったため健康被害はなかった。	スピオルトレスピマット60吸入はこれまで処方されたことがなく、薬情・薬袋の作成が出来ていなかった。急いで作ることで、処方入力の整合性確認をしっかりと行っていなかった。鑑査者がそのまま投薬に出たので完全に処方されているのがスピオルトだと思い込んで再確認をしなかった。 焦り	鑑査時は焦らず一呼吸おいて処方入力が正しいのかチェックする。新しく採用した薬で使用すると思われるものは予め薬情・薬袋を作成していつ処方が出てても対応出来るようにしておく。投薬時に必ず処方箋とお渡しする薬剤がそろっているか確認する。	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 販売名スピリーバ2.5µgレスピマット60吸入  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
99	定期薬としてプラバスタチンNa錠10mg「サワイ」を服用されている患者に、誤ってラベプラゾールナトリウム錠10mg「ゼリア」を投薬した。患者から「プラバスタチンが入っておらず、いつもの薬ではないものが入っているが、薬が変更しましたか？」と電話があり誤りが判明した。患者のご自宅を訪問してお詫びし、正しい薬と交換した。	処方内容に変更点が多くあり(降圧剤の規格増量、風邪症状に対する臨時薬5種の追加、シップ使用部位の変更)、変更のない薬の確認がおろそかになってしまった。取り違えた薬剤の名称に「プラ」「ナトリウム」「10mg」と共通点があり、間違いを見落としてしまったと思われる。店内が混み合っており、患者をお待たせしないように確認を急いでしまった。 焦り	店内が混みあっている場合も、処方内容に変更がある場合も、薬剤1つ1つ全てにおいて確実に確認を行う。 鑑査時、投薬者ヘトレーを回す前に再度薬袋に入れた薬と処方箋があっているか確認して間違いのない事を確認してから投薬者に渡す。投薬時、変更のない定期薬についても、可能な限り患者と1つ1つ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 販売名プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ラベプラゾールナトリウム錠10mg「ゼリア」	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
100	エピナスチン20mg「日医工」のところエナラプリル5mg「オーハラ」でピッキング10錠シート	頭ではエピナスチンとと思いながらピッキングしていたが隣のエナラプリルをピッキング 注意力散漫	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エピナスチン塩酸塩錠10mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名エナラプリルマレイン酸塩錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
101	ヒューマログ注ミックスでの処方を書いてヒューマログ注で調剤。薬剤鑑査で気づいた。	名称の類似から、取り違えてしまったと思われる。処方箋の記載の確認を怠った。	保管場所に注意喚起を促す紙を貼る。調剤前に処方箋の規格部分にチェックをする。	確認を怠った医薬品	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
102	先発と後発の入力ミス	確認を怠った 処方医薬品の多さ		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ドグマチール細粒50%  間違えた医薬品 販売名スルピリド細粒50%「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
103	プレドニン錠5mgのところ、プレドニゾン5mg「タケダ」をピックアップ。監査時に間違いに気付いた。	通常の業務ではプレドニゾン5mgで調剤することが多く、処方せんの見間違いでピックアップしてしまった。また忙しい時間帯であったため確認を怠った。監査時にはプレドニン錠で調剤するように注意喚起のコメントも記載もあり、間違いであることに気付いた。	プレドニン錠とプレドニゾン錠の在庫の再認識、また忙しい時間帯であっても、確認を怠らないように注意していく。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg  間違えた医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
104	一般名バルプロ酸徐放錠200mg 2錠 1×夕食後 56日分 処方。後発希望なしの方。デパケンR200mgを調剤し交付が必要だったが、後発品で調剤、投薬した。投薬後薬歴入力しようとしたところ、後発ではなく先発で調剤すべきだったことに気が付き判明。自宅に連絡し、謝罪。その日のうちに交換に伺った。	調剤者と投薬者が変わる時間帯。薬剤師Aがピックアップしてから交代しようと思い、デパケンR200をとるべきところ、バルプロ酸徐放錠200mg「トーワ」をピックアップして鑑査台に置いて交代した。その時、鑑査終了の別の処方があり急いでピックアップして投薬しないと思わず焦っていた。薬剤師Bが鑑査、後発品であることに気が付かず鑑査終了。薬品を見て薬袋に入れたが、思い込みが入りバルプロ酸徐放錠200mg「トーワ」をデパケンR200だと思い込んでしまった。繁忙期で集中力が低下してしまったと思われる。薬剤師Aは投薬時に中を確認はしたが自分でピックアップしていたため、入力と中身があっているかの確認が疎かになってしまった。 焦り	鑑査時、支援票へメモを記入する時は、薬品を目視してから、メモを記入する手順にするよう徹底する。見た目が酷似している後発品と先発品は特に注意して 鑑査を行う。担当交代の際は、焦っている時ほど、無理をせずに別の人に頼むようにする。自分でピックアップしたものであれば、なおさら規格、後発品か先発品の確認をするようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名デパケンR錠200mg  間違えた医薬品 販売名バルプロ酸Na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
105	(一般名)バルサルタン・ヒドロクロロチアジド配合錠を含む11剤の処方。患者はジェネリック医薬品を希望している為、バルヒディオ配合錠をピックアップしなければならぬところ、アムバロ配合錠を調剤。最終鑑査時に間違いに気が付き、正しい薬品に調剤し直して交付に至った。	バルヒディオの一般名(バルサルタン・ヒドロクロロチアジド)とアムバロの一般名(バルサルタン・アムロジピン)が類似している事が原因の1つと考えられる。どちらも配合錠であり含有されている1剤が同成分かつ同効薬の為、思い込んだ事も原因と思われる。	一般名処方から商品名への変換を注意して行う事、思い込みせず自己鑑査を行ってから最終鑑査へ回す。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名バルヒディオ配合錠EX「タナベ」  間違えた医薬品 販売名アムバロ配合錠「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
106	一般名記載でアトルバスタチン5mgをジェネリックで調剤実施。患者希望は先発のためリピール5mgで調剤する必要があった。	一般名処方による記載のみのため見間違いによる調剤を実施。先発希望のため局内ルールにより先発での調剤の指示はあった。	一般名処方記載の頻度が増えているので調剤時の先発・GEに対して薬剤師の記載を局内ルールを統一し見間違いの発生するリスクを減らす。	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 販売名リピール錠5mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
107	一般名処方にてアトルバスタチン錠処方、患者は先発品希望のところジェネリックで調剤	一般名処方であったため、そのまま一般名アトルバスタチン標記であるジェネリックを調剤してしまったと思われる。調剤者の確認不足があったと考えられる。	薬歴確認を再度しっかり行うこと。薬情の写真などで薬剤の確認を視覚でも行うこと。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リピートル錠5mg  間違えた医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg「E 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
108	ピクトーザが処方されたところ、誤ってヒューマログ注をお渡ししてしまった。	冷蔵庫で配置が隣接して取り間違え、その後患者がお急ぎだったため内服の確認はしたものの注射は十分な確認を怠ったまま交付してしまった。	冷蔵庫内でインスリン製剤とGLP-1アナログの間に仕切りを作って、分けておく。開封前後、監査時の確認を欠かさずに行う。	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 販売名ピクトーザ皮下注18mg  間違えた医薬品 販売名ヒューマログ注カート	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
109	後発希望者に先発品お渡しする	単純なミス注意力散漫	先発希望か後発希望か必ず確認する	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小児用細粒10%  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
110	ツムラ抑肝散エキス顆粒 7.5g 1日3回毎食後・56日分の処方だったが、他の薬剤の理論在庫のズレが後日判明して、その原因を調べている時に、ツムラ白虎加人参湯エキス顆粒との一部入れ替わりである可能性が高く、ご自宅に伺い確認したところ、そのとおりだった。56日分中、28日分が白虎加人参湯で調剤されていた。すでに数日分白虎加人参湯を服用を開始したところだったが、謝罪して残っている白虎加人参湯をすべて抑肝散に交換した。	多剤併用の一包化の患者が一度に数名集中したために繁忙で、確認が疎かだったこと。調剤支援システムのバーコードを読み取らせたので理論的には間違いはないはずだが、双方ともに黄色いラベルで、違う薬剤と気付かずに混在してしまった。読み込ませた2箱は正しい抑肝散だったが、別の2箱は白虎加人参湯だったと考えられる。ピッキングする際に、箱と包装の色が同じ黄色、34番と54番という似た数字で気づかなかったと思われる。バーコードを読み取った後に数量不足で追加して違うものを取った可能性、または、納品時にバーコードで収納するのを失念して両者を同じものと勘違いして隣同士に陳列してしまった可能性が考えられた。	漢方薬は番号順に陳列しているため、バーコードによるチェック以外にも、目視で漢方薬の番号を陳列の際に確認することとした。調剤時に混在が無いかを確認する。陳列棚に「色と番号確認」と注意喚起の記載をした。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)  間違えた医薬品 販売名ツムラ白虎加人参湯エキス顆粒(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
111	「一般名処方」ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏5gの処方でリンデロンVG軟膏を調剤。鑑査者が気づき指摘、リンデロンV軟膏を調剤しなおした。	一般名処方最初だけ見て思い込みの処方。当薬局ではリンデロンVG軟膏の方が圧倒的に処方が多いことも要因。		確認を怠った	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-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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
112	つくしAM配合散3.9g分3毎食後14日分の処方です。M配合散3.9g分3毎食後14日分で調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	つくしAM配合散、S.M配合散ともに分包品で採用しており、思い込みの調剤が要因と考える。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名つくしA・M配合散  間違えた医薬品 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
113	「一般名処方」ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「温感」14枚の処方でロキソニンテープ100mg14枚を調剤。鑑査者も気づかず服薬指導の上、交付。後日温感タイプのテープをお願いしたと患者本人から連絡があり気づいた。謝罪の上、ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」と交換した。	一般名処方で温シップと冷シップの区別が「温感」か「非温感」の部分だけで見落としたことが要因。季節が10月で温感を使用するという意識が無かった事も要因と考える。		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
114	「一般名処方」ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「温感」35枚の処方でロキソニンテープ50mg35枚を調剤。鑑査者が気づき指摘。ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」を調剤しなおした。	処方箋上一般名で「温感」「非温感」を良く確認しなかったこと。また入力がロキソニンテープ50mgで入力されていたため、表示されていた薬情の写真につられて、処方箋を良く確認せずに調剤したことが要因。		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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
115	一般名アムロジピン錠2.5mgで処方されていて、先発品のアムロジン錠2.5mgを希望の患者であったが、誤って後発品のアムロジピン錠2.5mg「アメル」で投薬してしまった。患者から連絡があり判明した。すぐに自宅まで交換に伺った。	電子カルテで患者カルテを開くと「アムロジン希望」のポップアップが出るように設定していたが、監査時に見落としてしまった。単純なミス 注意力散漫	電子カルテのポップアップをより目立つように表示を強調した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジン錠2.5mg  間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「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
116	1包化処方初めて一般名アムロジピン徐放錠2.5mgが追加された処方1包化のためイ－サーに入力時アムロジピンOD2.5mgとアムロジンOD2.5mgの入力を間違えた。そのままアムロジン錠で1包化されたが、カセット充填時にアムロジピンでないことに気が付き、調剤者が作り直した。	継続処方の場合、イ－サー入力をそのたびに確認しているが、新しく処方されたものへの確認が入力だけになってしまった	新しく入力したら、再度処方箋との確認作業を繰り返す。	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「トーワ」  間違えた医薬品 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
117	酸化マグネシウム錠330「ヨシダ」を酸化マグネシウム錠330「モチダ」で処方入力、調剤時に気付く。	当日デッドストックのリストアップをしていて、その中に酸化マグネシウム錠330「モチダ」が入っていた。釣られた。処方せんの見間違い 注意力散漫	マグラックスもマグミットとややこしかったが、どうせ変更するなら「ヨシダ」を「吉田」にして欲しかった。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
118	メトホルミン(500)「DSEP」をお渡しするところ先発品のメトグルコ(500)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。すぐに該当患者へ連絡し謝罪。効果は全く同じであるので、今回は先発品で服用していただくことになった。			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500mg MT「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
119	ピソプロロール(0.625)「日医工」でお渡しするところ先発品のメインテート(0.625)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。すぐに該当患者へ連絡し謝罪。お薬は交換した。			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0.625mg「日医工」  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
120	ドキサゾシン(1)「サワイ」で入力するべきところ、間違えて先発品のカルデナリン(1)で入力してしまった。日内棚卸し時在庫が合わず判明した。お薬はいつもの通りのGEでお渡しできており、入力の違いを訂正させていただいた。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ドキサゾシン錠1mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名カルデナリン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
121	正:クラシエ誤:ツムラ	半夏で検索 半夏厚朴はツムラで、あるのだなと思いツムラで絞り込みをしました。	漢方の名称にばかり注意していましたが、メーカー名も区切って気を付けます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラシエ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
122	アイトロール錠20処方所の、アフロクアロン錠20mgを交付。監査で気付かずそのまま患者に交付。その後電話があり判明。患者は服用しておらず、交換、お詫びで解決。	以前アフロクアロンはアイロメートという商品名だったので、非常に名称が似ているので注意していたが、油断していた。単純なミス	2回監査の徹底と投薬時の確認。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アイトロール錠20mg  間違えた医薬品 販売名アフロクアロン錠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
123	一人薬剤師。処方箋記載はセイブル錠25mg、調剤時に誤ってグルファスト錠5mgを調剤。自己監査時に気づき、交付には至らず。共に食直前の糖尿病治療薬。処方箋をよく確認せずに調剤してしまった。	【当事者の行動に関わる要因】「確認を怠った」単純なミス 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	処方された医薬品 販売名セイブル錠25mg  間違えた医薬品 販売名グルファスト錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
124	患者の家族が処方せんを持って来局。処方せんにはアバプロ錠100mgと記載があったが、使用頻度の高いアムバロ配合錠で調剤してしまった。患者の家族が家に帰ってから気が付き、薬局にTELしたことで判った。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アバプロ錠 100mg  間違えた医薬品 販売名アムバロ配合錠「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
125	一般名処方でプラバスタチンNa10mgが処方されていた。今までジェネリックで服用されていて、入力も間違いなく行われていた。調剤を先発のメバロチンで行い、鑑査・投薬時にも気がつかずにそのままお渡ししてしまった。4日後に患者が薬を持って来局され、間違いが判明した。薬は服用していなかった。	薬歴やお薬手帳の確認漏れがあった。作業手順の不履行。単純なミス。	お薬手帳や薬歴で今までの服用状況を確認することを怠らず、投薬時には患者とお薬を相互確認することを徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名プラバスタチンナトリウム錠10mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名メバロチン錠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
126	一般名処方であるベンズプロマロン50mgをゼチーア10mgで調剤してしまう。	他の薬剤と組み合わせでること多く完全に確認不足で調剤してしまう。一人でやっている時間、患者数も減り逆に気を緩めてしまった。	一般名処方だったが良く出る組み合わせが頭にあり、確認不足で調剤してしまう。渡した自分がすぐに気づいて患者宅へ伺い訂正してくる。時間帯上一人となり明らかな確認不足だった。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ナーカリシン錠50mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
127	ミヤBM錠のところピオスリー配合錠で調剤			確認を怠った	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
128	リピートル錠10mgを調剤するところ、後発品に変更してアトルバスタチン錠10mg「サワイ」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 販売名リピートル 錠10mg  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
129	先発品で調剤するところ後発品に変更して調剤した。			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 販売名プロプレス 錠8  間違えた医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「トローワ」 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
130	デパス錠1mgで調剤するところ後発品のエチゾラム錠1mg「フジナガ」で調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名デパス錠1mg  間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠1mg「フジナガ」	ヒューマンエラー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	処方と違う薬剤を監査者に渡してしまった	処方箋入力時にDO入力し、そのままPDAで調剤してしまったため、処方と違う薬を取ってしまった。	入力時処方箋をよく見て、間違えないようにする	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クアゼパム錠15mg「日医工」  間違えた医薬品 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
132	オルメテック40mgのところアジルバ40mgでピッキング	同じ引き出しにあり、40の数字だけ見てピッキングしたため 注意力散漫	ピッキングしたものの処方箋とよく見比べます。	確認を怠った	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
133	一般名:アロプリノール100mg。アロプリノール100mg「サワイ」のところウルソ100mgでピックアップ 10錠シート	アロプリノールをピックアップしたと思い込んでいた。 注意力散漫	ピックアップ後処方箋と見比べます。	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
134	一般名処方:メトホルミン250mg。メトグルコ250mgをメトホルミン250mgMT「日医工」でピックアップ 10錠シート	一般名処方では先発品を希望する患者だったが見逃していた。 単純なミス	よく申し送りを確認します。	確認を怠った	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 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「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
135	一般名処方のセフジトレンピボキシル錠100mgに対してセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」と入力してしまい、セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」でお渡ししてしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セフジトレンピボキシル錠100mg「トーワ」  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
136	端数の処理間違い。	焦りによる確認不足。	棚位置の変更	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プロチゾラム錠0.25mg「テバ」  間違えた医薬品 販売名ロラゼパム錠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
137	リクシアナ錠60mgが処方されていましたが、レザルトスHD錠をピッキング。半錠に割るときに気づきました。	当薬局では基本的に最少包装を採用しており、箱のままアイウエオ順に棚に入れて管理している。今回、両医薬品とも第一三共の薬であり、同じようなデザインの箱が使用されており、また循環器疾患に使用し、かつ、錠剤の形も楕円形で同じくらいの大きさであり、頭の中で勘違いが生じ単純なミスが生じたと考えられる。色は違うので半錠に割るときに気づいたものと考えられる。また、日付を入れて一包化をする人であり、いつから入れるかの確認を本人にしないと一包化が始められないと考えていたため注意力散漫になったことも否定できないと考えられる。	一つ一つの業務をゆっくり考えて実行する。同じ会社の薬は注意が必要であり、今回のことを教訓に職員全体に周知することとする。今後も同じような箱の場合には注意することを具体的な例を踏まえて周知徹底することにする。	確認を怠った医薬品施設・設備	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 販売名レザルトス配合錠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
138	オロパタジン塩酸塩錠5mg「テバ」に変更して調剤するところアレロック錠5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 販売名オロパタジン塩酸塩錠5mg「テバ」  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
139	一般名処方で、タケロンOD錠15で調剤するところランソプラゾールOD錠15mg「トローワ」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 販売名タケロン OD錠15  間違えた医薬品 販売名ランソプラ ゾールOD錠15mg 「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
140	フェブリク錠10mgのところゼチーア錠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10mg  間違えた医薬品 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
141	家族が来局され調剤を実施。この日は処方箋指示で残薬調整があり、家族に服薬指導実施。本人はこの日から施設に入所し、施設スタッフが服薬管理を行っていた。2週間後に施設スタッフが服用薬を整理していたところ、リバスタッチパッチではなくニュープロパッチが入っていることに施設スタッフが気づき調剤ミスが判明。スタッフより連絡があり状況を確認。リバスタッチの残薬があったため、3日間のみニュープロパッチを使用していた。ニュープロパッチ使用による体調変化はないことを施設スタッフに確認し、主治医に報告。即時に交換対応を行い、主治医の指示により経過観察となった。	ご夫婦どちらにもリバスタッチパッチが処方されており、受け取りはご家族の方が来られた。調剤の時点でニュープロパッチと間違えていたが、知識や経験が不十分な点と繁忙時であった点、ペアでの処方である点などが重なり監査作業を怠り間違えたままお渡しをしてしまった。	調剤済み薬は正しいものであるとの思い込みが大きな要因であった。処方箋原本から照合し、薬品名、規格、剤型の確認を徹底し、間違えているものとして監査を行うようにしていく	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 販売名リバスタッ チパッチ4.5mg  間違えた医薬品 販売名ニュープロ パッチ4.5mg	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



**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
142	お渡し後に別の調剤でフルチカゾン点鼻を調剤した際、同引き出しの奥にルゲオン点鼻、手前にフルチカゾン点鼻が入っており、説明の際にお渡ししたものがフルチカゾンであったような気がして確認したところ、ルゲオン点鼻とフルチカゾン点鼻を取り違えたことが判明した。使用前に連絡がつき、正しいものに交換し、謝罪しました。	同引き出しの奥にルゲオン点鼻、手前にフルチカゾン点鼻が入っており取り換えやすい。	保管用の袋に入れて引き出しに入っているが、必ず袋から中身を出して確認をするようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ルゲオン点鼻液2%  間違えた医薬品 販売名フルチカゾン点鼻液50μg「サワイ」28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
143	一包化調剤においてノイロピタン配合錠を調剤すべきところ、ノイロトロピン錠4単位を調剤しました。	確認を怠りました。単純なミス	より丁寧な監査。	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 販売名ノイロピタン配合錠  間違えた医薬品 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
144	一般名処方の特コフェロール酢酸エステルカプセル100mgの処方に対して、パナールNカプセル100mg(トコフェロールニコチン酸エステル)を5回にわたり処方してしまった。	2つの要因が考えられる。1.以前に同じ内容で別薬局で投薬がなされていることをお薬手帳で確認しており、パナールNカプセル100mgの選択が正しいものと思い込んでしまった。2.レセコンへの処方入力時にトコフェロールと入力して検索してしまった為に、酢酸エステル剤とニコチン酸エステル剤の両方が表示されて、100mgカプセル在庫品であるパナールNカプセル100mgを選択してしまった。 作業手順書に記載なし	一般名処方から薬剤を選定する際に、エステルや塩の部分の情報も入力して(トコフェロールサクサンエステル)検索していれば誤選択は防げたと思われ。作業手順書を改定し再発防止に務めることとなった。	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	処方された医薬品 販売名【般】トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg  間違えた医薬品 販売名パナールN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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
145	一般名処方であったので思い込みで出した	繁忙と思い込みで調剤した	監査時にしっかり確認、投薬は確認しながら行う	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名レスポリックス配合顆粒  間違えた医薬品 販売名トーフズレン配合顆粒	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
146	オメプラゾール10mg「ケミファ」でお渡ししている患者に、思い込みでオメプラール錠10mgでお渡し。患者から連絡あり、間違いに気が付いた。	一般名処方だったので、思い込みで先発品を調剤した。	調剤後の再度監査を徹底する。	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名オメプラゾール錠10mg「ケミファ」  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
147	後発品を出すところ、ジェネリック薬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 販売名ローコール錠20mg  間違えた医薬品 販売名フルバスタチン錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
148	処方せん点検時に、デルモゾールGクリームのところデルモゾールG軟膏で入力されていることが分かり、薬も軟膏で渡していた。本人へ連絡すると、使用されていたが、特に問題はなかったとのこと。クリームと交換する。	処方せんは一般名処方[般]ベタメタゾン・ゲンタマイシン配合クリームであり、処方選択時に多くの候補の中から選ぶのに確認を怠り間違ってしまった。また夜間診療の最後の患者であったこと、処方せんが内科3枚、皮膚科1枚であったこと等であわててしまい、点検がおろそかになってしまった。監査システムも用いているが、入力が間違っているため、ミスに気がつかなかった。	処方入力時は軟膏・クリームがあることを念頭におき入力を行う。外用の一般名称を記入した簡易な表を作成し、見て確認を行う。調剤中も調剤録に丸をするなどしてよく見るようにする。	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
149	定期薬でツムラ苓桂朮甘湯を7.5g(3包)毎食前28日分をお渡しした。次に処方箋を持って来局された際に「ツムラ苓桂朮甘湯の中にツムラ麦門冬湯が紛れていた」と言われた。「何包入っていたかは覚えていないが、9包くらいだった気がする」とのことだった。間違えて渡したツムラ麦門冬湯は患者が風邪気味のときに自己判断で服用したため残っておらず、回収できなかった。体調への影響はなかった。	ツムラ苓桂朮甘湯は21包で1束がビニールでシュリンクされている。これが3束と、残り1束はバラになったものを輪ゴムで纏めていた。ツムラ苓桂朮甘湯とツムラ麦門冬湯はラインの色や数字などの外観が似ているため、おそらくこの束にツムラ麦門冬湯が紛れ込んでいたものと考えられる。それぞれの束の一番上にあるのがツムラ苓桂朮甘湯であることと包数が21包あることの確認しかしていなかったため、中にツムラ麦門冬湯が紛れ込んでいることに気付かなかった。 注意力散漫	ツムラ苓桂朮甘湯とツムラ麦門冬湯は包装の色が同じで数字も39と29のため取り間違いやすい。また、どちらも包装単位が42包/箱で購入していたので、今後は、ツムラ麦門冬湯は189包/箱で購入するようにし、棚の位置は離れたところに変えた。投薬・鑑査時、バラを輪ゴムで束ねられている漢方薬は確認時に輪ゴムを外して違うものが紛れ込んでいないか確認を徹底する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
150	ラベプラゾールを取るべきところ、プラバスタチンを取ってしまった			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 販売名ラベプラゾールNa錠10mg「JG」  間違えた医薬品 販売名プラバスタチンNa錠10mg「チョーセイ」	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
151	GEの採用が替わり、レバミピド錠は「タナベ」より「ZE」に替わっていた。処方かんさを行った薬剤師はムコスタ錠よりGEへ変更の記入を処方せんのコピーに書き入れるときに頭の中で旧採用の「タナベ」と思い込み記入してしまった。入力時に自分で気がついた。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「ZE」  間違えた医薬品 販売名レバミピド錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
152	ユーロジン錠2mgで処方されていたのに、リスミー錠2mgで投薬。患者自身が気づいて薬局にTELがあり、服用前に交換した。	パート薬剤師の帰宅後、事務員の急病早退があり、通常と異なる心理状態にあった。数人の患者が待っており、早退する事務員に状況を聞き取りながら調剤してしまった。常連の患者で、処方内容を把握していたことから、睡眠薬・2mgのキーワードでリスミーを調剤していたが、患者と話しながら監査したため、いつもと何か違うと感じながら、処方箋を再度確認したのに気づかなかった。患者の話に気を取られ、投薬時に薬情と薬剤を照らし合わせる手順を飛ばしてしまった。 作業手順の不履行 処方せんの見間違い 注意力散漫	目の前のことに集中する。常連の患者で、聞きたいことがあっても手順を飛ばさない。	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	処方された医薬品 販売名ユーロジン 2mg錠  間違えた医薬品 販売名リスミー錠 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
153	テネリア錠・ジャディアンス錠が処方されたが、テネリア錠・ジャヌビア錠で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジャディア ンス錠10mg  間違えた医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
154	<p>広域病院でヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1%「日点」の処方があり、当薬局には在庫がなかったため別の後発医薬品ヒアロンサン点眼液0.1%で調剤した。PF点眼液は防腐剤無添加の認識はあったが、変更不可の指示はなくコンタクトレンズ使用の患者でもあり問題ないと判断した。家族も大丈夫ならいいとのことだった。その後、院内薬局にメーカー変更した旨をFAXしたところ、院内では防腐剤無添加のため採用したとの経緯あり、本当に問題ないのかと院内薬局の薬剤師より電話が折り返しあった。当薬局は一人薬剤師のため他の店舗の薬剤師にも相談し、院内薬局薬剤師と他の店舗の薬剤師も話をし、まだ未使用だったこともありヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1%「日点」と交換した。</p>	<p>医師、病院薬剤師はPFと記載があれば他のメーカーのものに変更はしないものだと考えていた。薬局薬剤師としては、変更不可でなければ使用上問題なく患者の同意があれば変更可能との見解だった。一人薬剤師のため、その場で他の薬剤師と相談できなかった。</p>	<p>処方箋に変更不可の指示を入れてほしい。それが難しければ、PFと記載があった場合は変更しないでほしい旨を市の薬剤師会経由などで周知させてほしい。</p>	<p>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) 判断を誤った ルールの不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1%「日点」  間違えた医薬品 販売名ヒアロンサン点眼液0.1%</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
155	<p>(正)ブラザキサカプセル75mg28錠を(誤)ブラピックス75mg28錠で調剤し交付。</p>	<p>75mgに印が付いており、そこに気をとられてしまった。監査を通さずに投薬した。</p>	<p>ピッキング時も処方内容をしっかり確認する。監査を通してから投薬する。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ブラザキサカプセル75mg  間違えた医薬品 販売名ブラピックス錠75mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
156	インスリングルルギンBS注キット「FFP」のところインスリングルルギンBS注ミリオペン「リリー」で調剤し、ポリムスで照合の際にエラーになり、取り間違いに気付いた。	処方頻度の高いインスリングルルギンBS注ミリオペン「リリー」を取ってしまった。	キットとミリオペンで名前も違うため、ポリムスを通す前にもう1度確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名インスリングルルギンBS注キット「FFP」  間違えた医薬品 販売名インスリングルルギン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
157	メトグルコ錠500mgのところメトホルミン塩酸塩錠500mgMT「TE」で調剤し、ポリムスで照合の際にエラーになり、取り間違いに気付いた。	他の薬が全てGEに変更のため、メトグルコもGEで取り揃えてしまった。	糖尿の薬は薬品名の下に「後発品への変更不可」とのコメントが入ることが多いため、見落とさないようにする。ポリムスを通す前にもう1度確認する。	確認を怠った	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「TE」	ヒューマンエラー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	一般名「クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物配合錠」で処方されウリンメット配合錠を調剤するところ、処方頻度の高い一般名「クエン酸第一鉄ナトリウム50mg」であるクエン酸第一鉄Na50mg「サワイ」で調剤してしまい、ポリムスで照合の際にエラーになり、取り間違いに気付いた。	【般】クエン酸～との処方を見て、処方頻度の高いクエン酸第一鉄Na50mg「サワイ」で調剤してしまった。	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 販売名ウリンメット配合錠  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
159	(正)プラザキサカプセル75mgを(誤)プラビックス75mgにて調剤	規格に気を取られていた。注意力不足。	ピッキング時も処方内容をしっかり確認。一呼吸おき確認。投薬時も患者と一緒に確認。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プラザキサカプセル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
160	「一般名」スピロラクトン25mgであったため、患者に確認し、ブランド品を出すところ、ジェネリック薬品を出してしまった。	単純なミス 焦り 注意力散漫	事務との連携を取る。薬袋等の確認を行う。	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  間違えた医薬品 販売名スピロラクトン錠25mg「TC」	ヒューマンエラー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	ザイロリック錠100mgが処方されていた。ジェネリック変更を希望しない患者であったが取り揃え時に当薬局で採用しているジェネリック医薬品のアロプリノール錠100mg「サワイ」を取り揃え。ピッキングサポートシステムで確認するとエラー表示。ジェネリック変更を希望しない患者であったことを確認。ザイロリック錠100mgを取り揃え直し監査、投薬を行う。	患者来局が重なっていた時間帯、薬歴にはジェネリック変更を希望しない旨が記載されていたにも係わらず確認を怠った単純なミス。患者も重なっていたため注意力散漫となり焦りも生じていた。	作業手順の確実な実施。周りの環境に左右されないで手順通り確実に実施する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ザイロリック錠100  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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
162	先発品での調剤をすべきところ、ジェネリックでピッキング。	処方せんはジェネリック変更可であったが、ジェネリック不可の患者であった。多忙な状況の中判断を誤った。		判断を誤った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名エパデル ルS900  間違えた医薬品 販売名イコサベン ト酸エチル粒状カ プセル900mg 「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
163	先発希望の患者にGEをピッキングしてしまった。薬歴は確認したが、いざ調剤する時に頭の中で変換してしまっていた。調剤鑑査時に分かった。	忙しい時間で通常の心理状態ではなかった。一般名処方箋のコピーに薬歴確認後、商品名を記入するが、語感が似ており、当薬局ではGEがほとんどなので、誤った。	先発希望を目立たせるため、処方箋コピーの商品名に で囲む。	確認を怠った	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 販売名メトホルミ ン塩酸塩錠250 mgMT「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
164	フェブリク錠10mgを調剤するところゼチーア錠10mgを調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フェブリク 錠10mg  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
165	一般名処方で、タケブロンOD錠15mgを調剤するところランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」で調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名タケブロンOD錠15  間違えた医薬品 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
166	ツムラ六君子湯のところツムラ当帰芍薬散で調剤。	どちらもシートの色が一緒		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ六君子湯エキス顆粒(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
167	一般名処方で、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を調剤するところヒルドイドソフト軟膏で調剤			確認を怠った	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%「日医工」  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
168	一般名処方にてセフカペンピボキシル錠100mgのところセフジトレンピボキシル錠100mgで調剤	一般名が類似していること、調剤者が新人で類似一般名の薬剤についての認識が不足していたこと、また調剤者の確認不足が原因と思われる。	セフェム系の薬剤は一般名が類似している為、調剤室内の目につくところに一般名と商品名の一覧表を作成し貼付している。類似薬剤名の薬についてピックアップしそれを念頭に調剤業務に取り組むこととする。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」  間違えた医薬品 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
169	トランサミン250mg3錠分3の処方であったが、調剤者はレスプレン錠20mg3錠分3で調剤。鑑査者が気がつき、患者に渡ることにはなかった。	調剤者は医療機関からの問い合わせに対応中で、そちらに気をとられていた。	問い合わせ対応が解決するまで調剤を行わない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名トランサミン錠250mg  間違えた医薬品 販売名レスプレン錠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
170	一般名処方であトルバスタチン5mgが処方されていた。ケミファでお渡しすべきところ、リピートル5でお渡ししてしまった。ご本人が気付いて来局された為、陳謝して交換した。	先発希望だが、アトルバスタチンのみGE可の方。薬歴に記入してあったが見落としと思われる。混雑時間帯の為焦りがあり、さらに投薬者がヘルプで細かなルールを把握していなかったと考えられる。	ヘルプが来ている時はいつも以上に監査をしっかりと行う。GE希望の有無を見るだけでなく、個々の薬で対応が違うコメント等がある旨をしっかりと伝達する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった その他ヘルプで慣れていなかった	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg「ケミファ」  間違えた医薬品 販売名リピートル錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
171	一般名処方でもサブリド5mgが処方されていた。先発希望の方にファイザーでお渡ししてしまった。別の薬剤師が予製棚にガスモチン5が残っている事に気付いた為、投薬者に確認。調剤・監査者、投薬者共に予製されていることに気付いていなかった。患者に連絡してお薬を交換した。	エフピーと一緒に処方されており、そちらに気をとられてしまったとの事。一般名処方だったため、名称でGEに誘導されやすいと考えられる。また、年末の混雑による焦りもあったと思われる。	一般名処方は先発かGEが見落としやすいので、薬歴確認をより慎重に行う。薬袋と薬の付け合わせも怠らない。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった その他予製されているのに気づかなかった	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 販売名モサブリドクエン酸塩錠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
172	昨年3月にベクロメタゾン点鼻の処方歴のある患者に今年1月にベクロメタゾン点鼻が処方されていたところ、クロモグリク酸点鼻でお渡し。翌々月に来局時にD <sub>0</sub> 処方をお渡ししたところ、前回と違う薬が入っていると患者から訴えあり。前回ベクロメタゾン点鼻ではなくクロモグリクサン酸点鼻をお渡ししてしまっていたことが判明。昨年使っていた赤いふたの方が良いとの訴えあり、前回処方分のベクロメタゾン点鼻と今回処方分をお渡しした。	同一処方内にクロモグリク酸点眼も処方されており、点鼻もクロモグリク酸点鼻と思いつき監査してしまった可能性がある。クロモグリク酸点鼻はベクロメタゾン点鼻と同じ引き出しに入っているが、クロモグリク酸点鼻のほうが手前に大量に置いてあったためか集中できていなかったためか、誤ってピックアップしてしまった。	処方せんをよく見る、薬情の写真でも確認するよう気を付ける。入力監査や監査時にクロモグリク酸“点鼻”のところにラインを引き注意喚起する。	確認を怠った施設・設備	処方された医薬品 販売名ベクロメタゾン点鼻液50μg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名クロモグリク酸Na点鼻液2%「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
173	エイゾプト懸濁性点眼液1%処方でもコソプト配合点眼液を調剤。鑑査者も気づかず交付。点眼時に家族が気づき薬局に電話にて連絡があり判明した。謝罪の上、エイゾプト懸濁性点眼液と差し替えた。	慌てて容器の色だけを見て調剤し、鑑査者も良く確認せず交付したと考えられる。	どちらも引き出しの中に収納している。場所をできるだけ離して配置した。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名エイゾプト懸濁性点眼液1%  間違えた医薬品 販売名コソプト配合点眼液	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
174	センノシド錠12mg「セイコー」2錠分1就寝前21日分の処方でセンノサイド錠12mgを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	調剤棚が近かったため取り間違えたと考えられる。		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名センノシド錠12mg「セイコー」  間違えた医薬品 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
175	一般名 セフカベンピボキシル錠100mg 3錠分3毎食後4日分の処方でセフジトレンピボキシル錠100mgを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	処方箋の頭の文字だけで判断したと考えられる。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」  間違えた医薬品 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
176	患者はジェネリック医薬品を希望されている方で、他の薬と共にムコダイン錠もジェネリック医薬品で調剤。ムコダイン錠にのみ変更不可のチェックが入っていて、処方医の変更不可の印鑑が押されていることに気づかなかつた。鑑査者がそのことに気づき指摘。調剤しなおした。	変更不可のチェックの見落としが要因と考える。		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「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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
177	<p>アザルフィジンEN錠500mgの処方箋で、後発品であるサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「A薬品」が少し不足であったので卸に電話で発注したところ、サラゾスルファピリジン錠500mg「A薬品」が届いた。名称も用量も会社名も同じことを何度も確認した上で、薬局に在庫のサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「A薬品」と卸から届いたサラゾスルファピリジン錠500mg「A薬品」を混ぜて投薬した。両者は剤形が違い、適用もちがう薬剤であった。交付後、間違いに気づき、患者に連絡し、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「A薬品」と交換した。</p>	<p>同じ成分、同じ規格、同じ会社で、腸溶錠と錠剤という異なる剤形が存在し、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgは抗リウマチ薬、サラゾスルファピリジン腸溶錠は潰瘍性大腸炎の適用があることを知らなかった。ヒートは類似しており、腸溶錠のヒートには腸溶錠の記載はない。箱にはサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgは抗リウマチ薬、サラゾスルファピリジン錠には小さく潰瘍性大腸炎と記載があった。また電話注文の際には「サラゾスルファピリジン腸溶錠」と伝えたが、実際に届いたのは、サラゾスルファピリジン錠であった。箱やヒートが変わったことには気づいたが、包装変更かと思い込んでしまった。投薬時は薬剤師一人であったため、次の日、冷静に他の薬剤師と確認しながら、添付文書に目を通した時に初めてミスに気づいた。</p>	<p>少しでも疑問に感じたら、あらゆる手段で徹底的に調べることが必要である。</p>	<p>判断を誤った 知識が不足していた 医薬品</p>	<p>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」</p> <p>間違えた医薬品 販売名サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
178	<p>ヒアレイン点眼液(0.1)の処方で、いつも後発品(ティアバランス点眼)へ変更していた患者へ、先発品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。患者へ連絡すると、今回にかぎり先発品での使用OKとのことで、入力を訂正し、差額を返金した。</p>			<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ティアバランス点眼液0.1%</p> <p>間違えた医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.1%</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
179	ノボリンR注フレックスペン 300単位 1キットの処方に対し、ノボリン30R注フレックスペン 1キットを間違えて投薬していた。	冷蔵庫内の注文カードと実際の薬品の陳列がずれており、取り間違いが起きた。2人薬剤師勤務体制だったが、薬品名が似ており、確認を怠ったことで監査をすり抜けてしまった。	冷蔵庫内の棚を整理し、思い込みに注意する	確認を怠った勤務状況が繁忙だった その他冷蔵棚が整理できていなかった	処方された医薬品 販売名ノボリンR注フレックスペン  間違えた医薬品 販売名ノボリン30R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
180	処方箋に記載された内容は一般名処方だった。患者は先発医薬品を希望しており、セフカベンピボキシル錠をフロモックスで入力した。しかし調剤したものはフロモックスのGEであり、患者が薬情と実際の医薬品が異なっていることに気付き判明した。	一般名で、先発と後発どちらを使用してもよく、後発品が集められても無意識に正しい薬剤だと認識してしまったことが背景にあると思われる。		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 販売名フロモックス錠100mg  間違えた医薬品 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
181	グルファスト錠10mgを35錠調剤するところ、薬品棚が近かったピオグリタゾン15mgが一部混入しているのに気が付かず渡薬	実務実習受入期間で、ピッキングミスの戻し間違いが考えられる。2剤はPTPヒートの色合いが似ている。監査者もまさかピオグリタゾン錠が混入していると思わず数の確認のみになった	不要になった錠剤を薬品棚に戻す際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 医薬品教育・訓練	処方された医薬品 販売名グルファスト錠10mg  間違えた医薬品 販売名ピオグリタゾン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	分包調剤のコンベア指示にラロキシフェンがあり、指示箋には棚番も印字されていたものの名称類似のタモキシフェンをピックアップしコンベア投入した。最終監査にて発見、調剤しなおしたため患者へは渡っていない。	忙しかったため、指示箋の棚番から錠剤を取るというルールを無視し調剤	どんなに繁忙でもルールに則った調剤を行う。	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ルールの不備	処方された医薬品 販売名ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名タモキシフェン錠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
183	一般名処方バルサルタン錠40mgにおいて、以前より先発医薬品であるディオバン錠40mgを投薬していたが、誤ってバルサルタン錠40mg「タナベ」で投薬。患者の家族は家に帰った後気付いたが、成分が同じなのでそのまま服用し、次回来局時に申し出あり。		一般名処方では、先発希望かどうかの確認を怠らない。	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 販売名バルサルタン錠40mg「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
184	「ツムラ清上防風湯、28日分を「ツムラ防風通聖散」で調剤し、最終鑑査で別物調剤に気付いた。	調剤者の処方箋の見間違い。医薬品名をしっかり見ずに「防風」の部分だけで、良く出る「防風通聖散」を選んだと思われる。注意力散漫なスタッフが調剤補助に入った場合は単純なミスをゼロにするのは難しいが、内規で定めているピックアップ後の自己鑑査を省略しなければ最終鑑査の前で気付けたはず。	調剤したら最後に必ず見直すことを徹底する。ヒヤリハット事例の検討会を全員参加で毎月実施する。	確認を怠った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名ツムラ清上防風湯エキス顆粒(医療用)  間違えた医薬品 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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
185	ランタスXRソロスターのところランタスソロスターと入力	確認を怠ったため	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
186	プリンペラン錠5をテルペラン錠5に変更して調剤するところ、プリンペラン錠5のまま調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名テルペラン錠5  間違えた医薬品 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
187	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)のところツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)で調剤			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)  間違えた医薬品 販売名ツムラ大建中湯エキス顆粒(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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
188	病院の採用薬がアンプロキシソール錠15mg「アメル」から「クニヒロ」へとメーカー変更していたが、もとのままの「アメル」で入力し、薬は「クニヒロ」をお渡ししてしまった。	今まで使用していたアメルを思い込みで入力し、監査チェックでもひっかからなかった。	入力するときに現在採用している薬の前には がいっていることを確認する。	判断を誤った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アンプロキシソール塩酸塩錠15mg「クニヒロ」  間違えた医薬品 販売名アンプロキシソール塩酸塩錠15mg「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
189	病院の採用薬がカルベジロール錠10mg「TCK」のところ、以前の採用薬「サワイ」で入力し、薬は採用薬の「TCK」でお渡ししていた。	最終監査不足	監査時、入力時の注意徹底。薬品マスタ登録の再確認	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「TCK」  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
190	メイアクトMS錠が処方されていて、患者が後発品希望のため、セフジレンピボキシシル錠サワイに変更。取り違えて、セフカペンピボキシシル錠サワイを交付。薬局内での在庫数が合わないため、調査、過誤を発見。患者服用前に正しい薬に交換。	後発品に変更したことで、成分名になり、名称が類似。保管場所が抗生物質用の同じ引き出しだった。メーカーが両方ともサワイのため、シートのデザインも似ていた。同時に処方されてたアラミスト点鼻が在庫不足で欠品になっていて、患者交付時はその説明に気を取られていた。また患者は症状が出たときに服用するように以前から同じ薬を何度か医師から処方されていて、交付時に確認したが、患者自身も違いに気づかなかった。	二つの置き場所を別にし、取り間違いを防止。後発品は先発品と錠剤の色などを似させているため、監査、交付時、錠剤そのものを見て、先発品の処方名と同じかどうかを意識するようにする。	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医薬品施設・設備	処方された医薬品 販売名セフジレンピボキシシル錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
191	患者来局。ツムラの小青竜湯が処方されていたが誤ってクラシエの小青竜湯をピックアップ。鑑査時にて鑑査者が気付いたため、患者の手に渡ることはなかった。	単純なミス普段、小青竜湯が分2で処方されている場合はクラシエの小青竜湯の場合が圧倒的に多く、今回もその思い込みがあったことにより生じた。	ありきたりだと思われる処方でも例外があるということを常に念頭に置いておくようにする。	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 販売名クラシエ小青竜湯エキス細粒	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
192	処方 アフロクアロン錠20mg「サワイ」3T 3×n g7T、調剤 メコバラミン錠500「トーワ」3T 3×n g7T。患者がメコバラミン3回分(3錠)服用後に薬の間違いに気づき持参。アフロクアロンを改めて21錠渡した。	土曜日で忙しかった。	監査の強化。(集中力など)	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 販売名アフロクアロン錠20mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名メコバラミン錠500「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
193	ツムラ29麦門冬湯 5週間のところ 2週間分 ツムラ79平胃散が、混在していた。監査時に発見。	ツムラ29と79でパッケージの色が同一。納品時に棚場所を間違えて混在させてしまっていた。	納品時の再確認と調剤時の確認の徹底	確認を怠ったルールの不備	処方された医薬品 販売名ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)  間違えた医薬品 販売名ツムラ平胃散エキス顆粒(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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
194	正:マイザー軟膏誤:アンテベート軟膏	d0入力しました。部位が違うことに先に気づき修正した為、薬品の確認が漏れてしまいました。	手順通りに順番に確認していきます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイザー軟膏0.05%  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
195	テグレート錠200の処方でデパケンR200を調剤。患者が服用前に薬が違うということで連絡あり。謝罪してテグレート錠200をお渡し。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名テグレート錠200mg  間違えた医薬品 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
196	シュアポスト錠0.5mgの処方でグルファスト錠10mg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 販売名シュアポスト錠0.5mg  間違えた医薬品 販売名グルファスト錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
197	ジェネリック医薬品を調剤すべきところを先発品で調剤した。調剤前処方監査にて、ジェネリック医薬品を調剤できるように指示できていなかった。ウィークリーシート	指示記載の漏れが生じた。単純なミス	ジェネリック医薬品を調剤できるように、指示する工程を抜かしてしまった。手順書に準じた調剤前処方監査が出来ていなかった。手順書は煩雑ではなく見直しは必要なかったが工程が抜けないように最後に最終確認作業を行う。	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 販売名アトルバスタチン錠10mg「サワイ」  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
198	一般名処方 of センノシド錠12mg の処方に対し、センノサイド錠12mg を調剤すべきところを、センノシド錠12mg「セイコー」で調剤を行った。患者本人が直接実物を持って来局され、判明。センノサイド錠12mgをお渡しした。	普段と異なる担当者であったため、一般名処方 of センノシド錠12mg に対して複数採用薬があることを知らなかった可能性が考えられる。また、注意喚起を薬歴に記録してあったが、記録箇所を把握していなかった可能性が考えられる。	汎用薬と異なる薬剤で調剤を行う場合には、薬歴にその旨を記載する。そして、普段と異なる担当者が調剤を開始する前に、その注意点を記録してある箇所を伝えることで、必要な注意確認を行ってから調剤を開始できるよう促す。	その他普段と異なる担当者が調剤を行った	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 販売名センノシド錠12mg「セイコー」	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
199	処方箋通り麦門冬湯で調剤したが、入力 が葛根湯であり、調剤者は自分が間違えたと思い誤った葛根湯で調剤をした。鑑査者は誤った入力、誤った調剤であることに気が付かず投薬者へ回した。投薬時に投薬者が気が付いて修正した。	薬剤監査システムを利用しており、調剤時に正しいもののバーコードを読ませたところエラー音が鳴った為、調剤が間違っていると錯覚してしまった		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
200	セフゾン細粒が処方されていたところを、フロモックス顆粒で調剤。監査時に色が異なることから分かった	抗生剤を見た際に、セフェム系という思い込みから、普段から良く処方のあるフロモックスを手にとってしまった。	処方せんを見て、薬剤が合っているか確認してから調剤を行うことを徹底する。	判断を誤った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セフゾン細粒小児用10%  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
201	処方せんが一般名処方に切り替わったため薬歴にて前回処方を確認して調剤した。ステロネマ注腸が処方されていたのでステロネマ注腸を調剤するはずがペントキサ注腸を調剤。鑑査者も見逃しそうになったがポリムスを通したことで他薬であることが判明。投薬前に気づくことができた。	今回から一般名処方切り替わり慣れていなかった。	処方せんが一般名に切り替わってきているので必ず薬歴を見て何を調剤、鑑査するのかを確認。	確認を怠っ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 販売名ステロネマ注腸3mg  間違えた医薬品 販売名ペントキサ注腸1g	ヒューマンエラー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	ミカルディス錠20mgが処方されている患者に、調剤者がフェブリク錠20mgを調剤。監査者が監査時、誤りに気づいた。	ミカルディス(20)もフェブリク(20)も14錠シートを採用、シートが銀色、錠剤が白く丸い錠剤、というイメージの思い込みで間違えたようだ。	まずは調剤後必ず処方箋と確認してから調剤印を押すことの確認。それでも誤りは発生するので、薬剤バーコードピッキングシステムを導入予定。	確認を怠った	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
203	患者よりいつも使用しているトレシーバとは違うレベミルというインスリンが入っていると連絡がありました。監査レンジ、監査記録からも間違えてお渡ししていることがわかり患者宅に伺い謝罪のうえ交換しました。	冷蔵庫のインスリン製剤の場所替えをおこなっており、以前と同じ場所からとってしまいました。また、監査者は通常処方箋と薬を照らし合わせて監査をしますが、混んでいたため慌てて薬の名前のみ処方箋の裏に記載。	注射でのミスをおこなわないために、処方箋と薬そのものを照らし合わせることを必須とします。	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	処方された医薬品 販売名トレシーバ 注フレックスタッチ  間違えた医薬品 販売名レベミル注 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
204	患者が処方箋を持って来局。入力後調剤開始。患者に見せながら投薬した所。違う薬品である事が判明。再度調剤を行ない、お詫びしてお渡し	一般名処方で、アレルギ <sup>®</sup> -剤で崩壊錠ある事と、ファイザ <sup>®</sup> -製である事は認識していた。取りなれている、エバスチンの方を取ってしまった。単純なるミス	再度、指なぞりの確認の徹底	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロラタジン OD錠10mg「ファイザー」  間違えた医薬品 販売名エバスチン OD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
205	当該患者は薬によってはメーカーを指定しており、当薬局では通常採用しているものとは別に当該患者用に在庫している。レセコンで薬歴管理する際に申し送り、確認事項等に記入することで注意はしていたが、グリクラジド20mgのみメーカー名の記載が漏れていたため別メーカーのものを調剤してしまった。鑑査者が過去の薬歴を確認することで調剤者のミスに気づき、患者に誤った薬が渡る前に防ぐことができた。	繁忙だったことと、レセコンに記入する際のルールの不備が原因だと考えられる。	調剤に関して注意が必要な内容に関しては、必ずレセコン上の申し送り、確認事項に詳細を記載するようルールを決め、徹底する。今回のケースでは、必ず薬品名、規格、メーカー名まで記載することを徹底する。	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 コンピュータシステム ルールの不備	処方された医薬品 販売名グリクラジド錠20mg「NP」  間違えた医薬品 販売名グリクラジド錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
206	「一般名処方 ロサルタンカリウム」の処方箋で ロサルヒド配合錠LDで調剤。	頭3文字しか見ていなかったため。		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 販売名ロサルヒド配合錠LD「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
207	今まではデルモベート軟膏0.05%を使用していた。今回、他院を受診し一般名処方のベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%と記載されていたが、今まで通りデルモベート軟膏を調剤した。その後、誤って調剤したことに気付き患者宅を訪問し交換した。	忙しい時間帯であった。医薬品のピッキングから監査まで一人で実施した為、間違いに気付かなかった。	類似性の高い医薬品の販売名と一般名を対比した表を利用していたが、確認を怠ってしまった。監査までを一人で行わず、対比した表で必ず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 販売名アンテベート軟膏0.05%  間違えた医薬品 販売名デルモベート軟膏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
208	薬剤師Aが監査し、患者情報からジェネリックの希望であることを発見し、ラキソベロン内用液0.75%がジェネリックのピコスルファートナトリウム内用液0.75%「日医工」で調剤されていないことに気付いた。	薬の欠品があり、そちらの方に気を取られ、ジェネリック希望の確認を怠った。焦り	監査業務に集中し、やむを得ず他の業務を行うときは、焦らず始めから確認を行う。	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 販売名ピコスルファートナトリウム内用液0.75%「日医工」  間違えた医薬品 販売名ラキソベロン内用液0.75%	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



**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
209	一般名処方でオフロキサシン眼軟膏が出ていた。患者は先発希望であったが、後発のオフロキシ眼軟膏を調剤してしまった。		患者情報をもとに、先発または後発の希望を正確に認識するように心がける。	確認を怠った技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名タリビッド 眼軟膏0.3%  間違えた医薬品 販売名オフロキシ ン眼軟膏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
210	レナルチン腸溶錠を同成分と思いプロヘパール配合錠で交付	レナルチンの成分がプロヘパールにも入っていたためプロヘパールも同成分と思い込み変更可能と思い変更してお渡し。プロヘパールは配合錠のため他にも成分が入っているため同成分とはならない。	インターネットの薬価サーチや保健薬辞典などの書籍を利用ししっかりチェックする。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レナルチン 腸溶錠100mg  間違えた医薬品 販売名プロヘパー 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
211	GEご希望の方であったが、処方せん通り先発のリンデロン錠0.5mgで調剤し、ポリムスで照合する際にエラーになり間違いに気付いた。	リンデロン錠0.5mgのGEであるベタメタゾン錠0.5mg「サワイ」の存在を知らなかった。	入力時、先発 GEやGE GEや【一般名】先発or GEに変更した場合、処方せん原本に鉛筆書きしているため、参考にする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベタメタゾ ン錠0.5mg「サ ワイ」  間違えた医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
212	一般名でベザフィブラート錠200mgが処方。ジェネリック希望のためベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」で調剤したが、10錠だけベザトールSR錠200mgが混じていた。	ベザトールSR錠200mgとベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」が並列してあり、ベザトールSRを戻すときに10錠混入したと思われる。60錠でくるときに真ん中に入ってしまい、気づかずに投薬した。単純なミス 焦り 注意力散漫	思い込みによるミスを防ぐために、先発品とジェネリックを並列していたがそれが仇になった事例。先発品と後発品はヒートのデザインも似通っているため、間違いやすい。薬局でのミスの傾向から、思い込みのミスのほうが多いため、棚の並列は継続。薬剤充填時や戻すときのダブルチェックと、調剤・監査時のチェック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 仕組み	処方された医薬品 販売名ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」  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
213	その処方箋を発行した病院はほぼすべて一般名である。前回までは「アンブロキシソール塩酸塩徐放錠45mg」だったが、今回から「アンブロキシソール塩酸塩徐放口腔内崩壊錠45mg」になっていた。それまでは先発医薬品であるムコソルバンL錠を調剤していたが、今回も変更がないと思ひ込み、いつも通りムコソルバンL錠45mgで調剤した。本来はGEであるアンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠に変更しなければならず(口腔内崩壊錠に先発品は存在しない)、後にそのことに気が付き患者が服用する前に薬を取り替えた。	一般名処方では成分名と規格が同じであることからいつも同じ内容だと思ひ込み、剤形まで確認しなかったのが原因と思われる。	一般名処方では名称・規格と共に、4剤形と細かいところまで確認していく必要がある。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠45mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ムコソルバンL錠45mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
214	<p>ボルタレンゲル 250gが出ていたのにロキソニンゲルで調剤、投薬していた。薬歴記載時に指摘があり調剤ミスに気付いた。しかし、今までずっとロキソニンゲルだったので変更となったのか問い合わせると、変更ではなく今まで通りでいいとロキソニンゲルに変更となった。結果、薬情などが変更となったので、患者に電話して事情を説明すると、ロキソニンゲルを希望して先生に薬の名前を書いた用紙を渡していたのにということで、実物がロキソニンゲルであればいいと言っていた。</p>	<p>単純なミス 焦り 注意力散漫連休の間で1日中忙しく、注意力が不足していた。今までずっとロキソニンゲルだったので、処方箋はボルタレンゲルと記載してあったがロキソニンゲルとの思い込みがあった。この患者はロキソニンゲルを1回に250gもらうので毎回ではなく数か月に1回しか処方されておらず、ほかの患者はボルタレンゲルが出ることが多いのでいつも出しているボルタレンゲルを選んでしまったのかも。</p>	<p>薬情の写真と実物を見てチェックする。</p>	<p>確認を怠った勤務状況が繁忙だった</p>	<p>処方された医薬品 販売名ボルタレンゲル1%  間違えた医薬品 販売名ロキソニンゲル1%</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
215	<p>一般名ジメモルファンリン酸塩錠10mgの処方でメジコン錠15mgを調剤した。鑑査者が気づき指摘、調剤しなおした。</p>	<p>一般名ジメモルファンリン酸塩錠で咳止めと認識したが、メジコン錠と勘違いして調剤した事が原因。</p>		<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名アストミン錠10mg  間違えた医薬品 販売名メジコン錠15mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
216	<p>ムコダイン錠500mgで調剤するところカルボシステイン錠500mg「サワイ」で調剤</p>			<p>確認を怠った</p>	<p>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」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
217	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」で調剤。	棚が上下		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
218	一般名処方でバラシクロピル錠500mgが処方されており、いつも通りバラシクロピル錠500mg「日医工」で調剤したが、一般名処方にも関わらず変更不可という指示が入っていた。患者本人が先発品で欲しいということでバルトレックス錠500mgで調剤し直した。	一般名処方なのに変更不可という意味不明な処方せんが原因		確認を怠った 仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名バルトレックス錠500  間違えた医薬品 販売名バラシクロピル錠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
219	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「フソー」で調剤			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「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
220	ミノマイシン錠50mgをミノサイクリン塩酸塩錠50mg「サワイ」に変更して調剤するところ、ミノマイシン錠50mg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 販売名ミノサイクリン塩酸塩錠50mg「サワイ」  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
221	一般名モンテルカスト錠10mg1錠分1就寝前60日分の処方でبرانルカスト錠225mgを60錠調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	この患者の調剤の前にبرانルカスト錠の患者が数人続いたため、思い込みでبرانルカストを調剤したことが要因。		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錠10mg「KM」  間違えた医薬品 販売名بران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
222	同効薬コレステロール改善スタチン系は名称が酷似しており、日頃から注意啓発をしていたにもかかわらず、アトルバスタチンをプラバスタチンにて調剤を行い誤りを監査者が見逃した。	スタチン系はすべて酷似した商品名であるため、取り換え防止の注意を喚起していたが今回、調剤の誤り、監査の見逃しがあった。	スタチン系は名称がすべて酷似しているので、処方せんの読み間違いを起こさないよう再度注意を喚起した。また、薬情・薬袋・お薬手帳の記載事項との突合せを徹底してミス回避するよう注意喚起した。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠10mg「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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
223	事例発生時は患者数が多く、調剤を急いで行い監査・投薬を連続で急ぎ行った。継続薬であった為、患者にも見てもらったの投薬だったが、薬品名、包装、番号全て類似していた為、気付かれなかった。帰宅後服薬するに当たり、ひと口なめて、当該漢方薬の味がいつもと違っていた為気づき、連絡を受けて発見される。	繁忙時間であったため、同じ引き出し内に配置してある、半夏厚朴湯と半夏瀉心湯を取り違えた。 注意力散漫	取り違えた2剤は包装が似ている為、取り違い注意の透明フィルターを医薬品上にかぶせた。確認してから調剤するようにワンクッション付けてある。	確認を怠った その他慣れ 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒  間違えた医薬品 販売名クラシエ半夏瀉心湯エキス	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
224	以前からラベプラゾールNa錠10mg「ファイザー」が処方されていたにも関わらず、ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」を調剤した。連休を挟んだため4日後に患者が来局し、いつも違う薬であると指摘され間違いに気づいた。既に4錠服用されていたが体調に変わりはないとのこと。同じ効き目だが成分が違う薬を調剤したことを伝え謝罪、正しい薬をお渡した。	名前が似ていること、ラベプラゾールが減多に出ないことから視認を怠り、思い込みで調剤していた。	成分名から規格まで十分に目を通して確認するようにする。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練 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「ファイザー」  間違えた医薬品 販売名ランソプラゾールOD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
225	【般】クラリスロマイシン錠200mgが処方。ジェネリック希望の患者のためクラリスロマイシン錠200mg「日医工」で入力していたが、クラリス錠200mgで調剤。鑑査者が気づき、交付には至らなかった。	クラリス錠200mgとクラリスロマイシン錠200mg「日医工」は同じ引き出しに入っていて、先に見つけたクラリス錠を取ってしまった(クラリス錠は手前、クラリスロマイシン錠は奥にあった)当患者が午前中最後の方。混雑していたのが、やっと途切れたため少し気が抜けてしまった。20分程前に不足薬が出てしまい、気がかりだった。	引き出しは今まで通り五十音順のまま、名称類似薬・複数規格がある薬・先発やジェネリック品などが同じ引き出しに存在する場合は極力近くに配置し、探す時に気付けるようにする。薬剤を取りそろえる際に伝言メモを確認したら、チェックを付ける。	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 販売名クラリスロマイシン錠200mg「日医工」  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
226	いつも眼科から処方されていたカタリンK点眼用0.005%が門前の診療所から処方されていた。一般名ピレノキシン点眼用0.005%で処方されており、カタリンK点眼用0.005%で入力しなければならないところ、一般名ピレノキシン点眼液0.005%カリーユニ点眼液0.005%で入力してしまい、カリーユニ点眼液0.005%で調剤し、監査もスルーしてしまった。後日、同処方を受け付けた際に別の薬剤師が監査時に入力間違いに気づき、前回の処方内容も確認して間違った薬品を投薬していたことにも気づいた。主治医に報告したところ、両者は防腐剤の使用の有無の違いであるため、患者様が納得しているなら以前の分はカリーユニ点眼液0.005%でも構わないとの返答があった。間違いについて患者様に説明しお詫びした上で、その日の分はカタリンK点眼用0.005%でお渡しした。	普段、門前の診療所からはカリーユニ点眼液が処方されるため、カタリンKは処方されないという思い込みがあった。	患者情報の申し送りに「カタリンK」と記入(電子カルテ)	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名カタリンK 点眼用0.005%  間違えた医薬品 販売名カリーユニ 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
227	一般名処方 アルファカルシドール0.5 1T に対して ワンアルファ0.5 1Tを調剤すべきがアルファロール0.5 1Cで調剤されてしまった	アルファカルシドールは錠剤とカプセルの2剤形ある。処方せんの1Tという単位を見落とす。	調剤棚に2剤形あり注意などのふせんを貼り注意を促す。	勤務状況が繁忙だった その他一般名処方だった	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
228	誤)一般名:ベタメタゾン吉草酸エステル リンデロン正)一般名:ベタメタゾン酪酸エステル アンテベート においての入力ミス。ベタメタゾンの段階で薬剤検索をかけてしまい、第一候補をそのまま入力したことで、別の薬剤で登録してしまった事例。	ベタメタゾンは複数存在し、エステルの違いで別の薬剤になる事を知らなかったことが大きな要因。また処方記載を最後まで読んでいなかったことも原因に挙げられる。 処方せんの見間違い	一般名(今回の事例に従い、特にステロイド)に関しては最後まで読んだうえで入力していくように指導。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アンテベート軟膏0.05%  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
229	GEで調剤するべきところ先発品で調剤した	単純なミス	PDAを使用し、処方箋とその患者のコメントを確認する	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250mg「サワイ」  間違えた医薬品 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
230	先発で調剤するべきところGEで調剤した。その後監査で気づかず患者に交付時に気づいて直した	PDAを使用せず一般名処方調剤者が思い込みで調剤	PDAを必ず使用する	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名リーゼ錠5mg  間違えた医薬品 販売名クロチアゼパム錠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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
231	ムコソルバンL錠をアムプロキソール塩酸塩Lカプセル45mg「サワイ」に変更して調剤するところムコソルバンL錠で調剤。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムプロキソール塩酸塩Lカプセル45mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ムコソルバンL錠45mg	ヒューマンエラー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	一般名処方「テオフィリン徐放錠200(24時間持続)」に対し、ユニフィルLA200を調剤するところテオフィリン徐放錠200「サワイ」で調剤			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
233	アジャストAコーワ錠40mgを調剤するところセンノシド錠12mg「サワイ」で調剤			確認を怠った	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
234	アムロジピン錠5mg「明治」を32錠お渡しすべきところ、クラリスロマイシン錠200mg「日医工」32錠を鑑査で気がつかず交付してしまった。判明後、クラリスロマイシン錠200mg「日医工」28錠を回収し(4錠は、すでに服用済み)、本来交付すべきアムロジピン錠5mg「明治」を32錠交付した。	前回処方されたクラリスロマイシン錠200mg「日医工」と今回処方されたアムロジピン錠5mg「明治」を間違えて調剤し、鑑査でも気がつかなかった。	一連の確認手順を決め、その通りに行く。	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
235	ずっと、タブコム配合点眼液の処方だったが、今回、処方せん見間違えによりタブロス点眼液を渡してしまった。業務終了時在庫確認により判明。交換。未使用のため治療などなし。	名称が似ており、棚割りでも隣り合わせになっている。用法も同じであるため、もともと気を付けていたが確認が足りなかった。投薬時に患者とクスリを見ながら説明しているが、患者も気づかずに持ち帰り、電話で確認をお願いして初めて気づかれた。	調剤棚の引出しケースに名称確認のテープを張り、確認を即した。	確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 施設・設備 仕組み	処方された医薬品 販売名タブコム配合点眼液  間違えた医薬品 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
236	一般名「ロフラゼブ酸エチル錠1mg」と記載されている処方にて、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」を調剤しなければならないところを、クロチアゼパム錠5mg「サワイ」を調剤してしまった。薬剤師が1人しかいない時間帯では事務員が薬剤の確認をするルールを導入している為、そこで発見した。似たような使い方の薬剤である為、よく使うクロチアゼパムに意識が行ってしまったと思われる。		投薬前に適切な調剤に直すことが出来た為、現在の工程で問題ないと考えられる。	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1mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名クロチアゼパム錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
237	患者来局。ピオフェルミン錠を調剤するところ、誤ってピオフェルミン散を調剤してしまった。鑑査者が投薬前に気付き、ピオフェルミン錠に変更した。	処方せんの見間違いピオフェルミンは錠剤よりも散剤で出される方が多く、処方箋を最後まで見ることなく思い込みで調剤してしまった。		患者の年齢等も踏まえ、処方箋を最後までしっかりと目を通す。	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剤  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
238	一般名: アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg アムロジンOD2.5mg希望の方にノルバスク2.5mgをピックアップ 10錠シート	GEではない=ノルバスクと思い込み単純なミス	処方箋よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジンOD錠2.5mg  間違えた医薬品 販売名ノルバスク錠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	
239	コタロー温清飲エキス細粒(57)を誤ってコタロー温経湯(106)で取り揃え。鑑査時に別物調剤に気付いた。	最初の「温」の文字と両方とも3文字であったことが思い込みに繋がったと思われる。この患者にだけ出ている薬で、最近メーカーが本草からコタローへ変更になり認識不足もあった。	処方箋をしっかりと読んで一文字ずつ確認する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名コタロー温清飲エキス細粒  間違えた医薬品 販売名コタロー温経湯エキス細粒	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	

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
240	一般名 ロキソプロフェンナトリウムパップ100mgを調剤しなければならないところ、セルタッチパップ70mgをお渡ししてしまった。	単純なミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウムパップ100mg「日医工」  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
241	メトグルコ錠500の処方で、先発品希望の患者に後発品のメトホルミン塩酸塩500「MT」をお渡し。患者が飲む前に気づいて連絡していただいたため発見。			確認を怠った	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500mg MT「TE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
242	カルベジロール錠2.5「ファイザー」の変更不可の処方でカルベジロール錠2.5「サワイ」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 販売名カルベジ ロール錠2.5mg 「ファイザー」  間違えた医薬品 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
243	一般名処方でウルソデオキシコール酸錠100mgが処方されていた。患者は先発品希望ではなく毎回後発品のウルソデオキシコール酸錠100mg「トーワ」で調剤していたが、先発品で調剤してしまった。事務員に薬の確認を行ってもらい薬剤師が監査を行ったが見過ごしてしまった。投薬時、薬袋と薬を確認して渡そうとした際に間違いに気づき調剤し直した。	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、再発予防に努めた。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ウルソデオ キシコール酸錠1 00mg「トーワ」  間違えた医薬品 販売名ウルソ錠1 00mg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例
244	タッチロンテープを調剤すべきところを頻出薬剤がモーラステープであったことからモーラステープで調剤を行った。	思い込みで調剤し確認を怠った。単純なミス 注意力散漫	作業手順書を確認した所、手順書に問題がなかった。手順書の実施を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名タッチロン テープ40  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
245	10mgとPPIとの情報で判断し、結果別薬剤を調剤した。 10錠シート	薬品名の確認ができていなかった。新人スタッフで現場になれていないこともあり、確認作業が不足していた。単純なミス 焦り 注意力散漫	作業手順書を確認した所、手順書に問題がなかった。手順書の実施を行う。	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 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 「サワイ」  間違えた医薬品 販売名オメプラ ゾール錠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
246	ロキソニンテープ100mg希望のところ、ジェネリックで調剤交付していた。	水曜日の午後はいつもたいへん混雑する。処方医薬品の多さで、疑義照会もあって遅れていたのが急いで調剤した。処方元の処方箋がジェネリックが採用で、採用薬を優先するシステムがあり、ジェネリックの銘柄処方の下部に、患者が先発品希望があるとコメントが入る形式であり、見落としてしまったことと、いつもは本人受け取りだが、その時は家族の受け取りだったので確認が不十分であったため。	薬歴の患者の希望をしっかり確認して鑑査を行い、交付時に一緒にくすりは確認していただくことを徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロキソニン 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1 00mg「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
247	ロキソプロフェンNAテープ100mg「ファイザー」のところロキソニンテープ100mgでピッキング	先発品と勘違い 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 販売名ロキソプロ フェンナトリウム テープ100mg 「ファイザー」  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
248	アジルバ40mgのところオルメテック40mgをピッキング 10錠シート	同じ引き出しに入っていた薬で40mgだけ見てピッキング 単純なミス 注意力散漫	よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アジルバ錠40mg  間違えた医薬品 販売名オルメテック錠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
249	10錠シート処方箋で、ウルソ錠であったが、この患者はジェネリック医薬品に変えて出すべきであった。	単純なミス 焦り 注意力散漫ジェネリック医薬品への変更の確認を怠った。	確認	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ウルソデオキシコール酸錠100mg「ZE」  間違えた医薬品 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
250	一般名処方ランソプラゾールカプセル30mgの処方において、薬局在庫なしの為タケブロンカプセルでの調剤を行っていた患者で、採用品のランソプラゾールOD錠を調剤交付してしまった。患者帰宅後に気づき電話連絡、交換を行った。	ほとんどの患者ではランソプラゾール口腔内崩壊錠が処方される中、唯一のカプセル剤処方であった。思い込みで調剤、監査時も気が付かなかった。	一般名処方において、実際に調剤する薬品名の確認の徹底。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名タケブロンカプセル30  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
251	ツムラ五苓散処方をお渡ししてしまった。患者本人が間違いに気づき、服用前に連絡をくださった。	普段は事務が1人いる体制だが、その時は事務が外にでており、薬剤師2人でレセコン入力、調剤、監査をしていた。非常に混雑していた中、他に患者が4名お待ちで、子供が騒がしくしていたこともあり、早くしなければと焦りがでていた。調剤者、監査者とも注意力が散漫しており、確認を怠ってしまった。	どんな状況にあっても、焦らず集中する。似たような名前の薬剤には、注意喚起を促すポップをつける。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)  間違えた医薬品 販売名ツムラ五淋散エキス顆粒(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
252	10錠シート処方箋では、キプレス10mgであったが、患者同意のもと、ジェネリックに変わっていた。それなのに、キプレス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 販売名モンテルカスト錠10mg「KM」  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
253	漢方の見間違いで違う漢方を投与	漢方が二種類あったのと、向精神薬の単位などに気が行ってた為確認を怠った	同じようなミスが起こらないように経過観察	確認を怠った	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)  間違えた医薬品 販売名ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒(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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
254	調剤準備時に、他にも異なる薬で準備されていた薬に気づき、監査時に訂正したが、そのほかに、スピロラクトン錠25mg「テバ」で準備するところを、アルダクトンA25(先発品)で準備されており、それはそのまま投薬してしまった。	後発品で調剤をしている方で、調剤時にそのことに気づかず先発品で調剤を行ってしまったことが原因と考えられる。	事務から調剤室に後発品への変更患者であることを伝えることを再度徹底する。監査時に1個ミスを見つけた時点で、再度他の点も確認すべきである。	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 販売名スピロラクトン錠25mg「テバ」  間違えた医薬品 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
255	ミカルディス20mgをいつももらっていたが、ファモチジンと書いてあるから、ミカルディス20mgと間違えたのだらうと、薬を持参されて患者が来局された。	ミカルディス20mgとファモチジン20mgは外観類似で以前にも調剤過誤が発生している。一ヶ月前に、棚の入れ替えを行ったことも要因になった可能性がある。昼の時間帯で急いでいたことと1剤だからという気の緩みもあった。	PTPが類似の薬剤は思い込みが影響しないよう、1剤でも気を抜かずに確認を行うことを徹底する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった その他1月に保管場所の移動があった。	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 販売名ファモチジン錠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
256	LアスパラギンCa200mgが処方されていたが、アロプリノール錠100mgで調剤されていて、確認せずに1回飲んでしまったと本人から電話をいただいた。	Lアスパラギン酸Ca錠とアロプリノール錠100mgは外観類似で、調剤者、鑑査者、投薬者ともに確認が不十分であったため、保管場所が処方頻度から、Lアスパラギン酸Ca錠は上部に配置、頻用のアロプリノール100mgは目に入りやすい場所であることも関与した可能性がある。	外観類似の薬剤は日ごろから、記憶に留めておき、調剤の度に間違えがないよう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L-アスパラギン酸Ca錠200mg「トーワ」  間違えた医薬品 販売名アロプリノール錠100mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
257	メコバラミン500 $\mu$ g「YD」のところメチコパール500 $\mu$ gでピッキング 10錠シート	薬暦の確認事項を確認し忘れた。単純なミス	確認事項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 販売名メコバラミン錠500 $\mu$ g「YD」  間違えた医薬品 販売名メチコパール錠500 $\mu$ 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
258	一般名:リマプロストアルファデクス5 $\mu$ g オパルモン5 $\mu$ gのところリマプロストアルファデクス5 $\mu$ g「サワイ」でピッキング ウィークリーシート	ジェネリックだと思い込んでピッキングした。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 販売名オパルモン錠5 $\mu$ g  間違えた医薬品 販売名リマプロストアルファデクス錠5 $\mu$ 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
259	アジルバ40mgのところオルメテック40mgをピッキング 10錠シート	近くにあったため取り違えた。40mgだけ見てピッキングした。単純なミス	薬の場所を変えます。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アジルバ錠40mg  間違えた医薬品 販売名オルメテック錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
260	ジアゼパム2mg「アメル」のところフルニトラゼパム2mg「アメル」でピッキング 10錠シート	ジアゼパムをとったと思い込み 単純なミス	ピッキング後とったもの確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジアゼパム錠2mg「アメル」  間違えた医薬品 販売名フルニトラゼパム錠2mg「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
261	一般名:ドンペリドン10mg ナウゼリン10mgのところドンペリドン10mg「アメル」をピッキング 10錠シート	ジェネリック処方と思い込み 単純なミス	処方するもの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 販売名ナウゼリン錠10  間違えた医薬品 販売名ドンペリドン錠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
262	一般名処方、イフェンプロジルがでていたが、患者は先発希望だった。しかし、後発品を調剤してしまい交換した。	先発希望なのに、前回の薬をよく確認しないままお渡ししてしまった。	薬歴、薬情と再度確認する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セロクラーレル錠20mg  間違えた医薬品 販売名イフェンプロジル酒石酸塩錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
263	オフロキサシンゲル化点眼液2本が処方されていた。冷所保存のため冷蔵庫から取り出して調剤を行った。その後鑑査・投薬を実施。周術期の点眼液。投薬は使用開始日を確認しお渡し。使用予定日の後、患者から電話があった。使用感がいつもと違うため薬剤名を見たら、リズモンTGと書いてあるとのこと。そこで取り間違いが判明した。	同じメーカーだったため同じ形の容器。蓋の色も赤系統で似ていた。2剤とも冷所保存のため同じ冷蔵庫に入れていた。リズモンTGは箱から出して保存していたため、薬剤名が明確に見えなかった。投薬は使用開始日を中心に確認していたため薬剤名の確認がおろそかになった。注意力散漫	オフロキサシンゲル化点眼液とリズモンTG点眼液の処方意図が違うことを明確にするため、オフロキサシンゲル化点眼液はあらかじめ2本ずつ小袋に入れて冷所保存とした。(周術期処方で2本セットでしか処方されないため)リズモンTGの置き場に薬剤名の札を設置した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オフロキサシンゲル化点眼液0.3%「わかもと」  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
264	エックスフォージ配合錠が処方され、アムバロ配合錠を調剤したつもりが、アバプロ錠を誤って調剤した。交付後、本人がヒートの違いに気づき薬局に連絡。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 販売名アムバロ配合錠「杏林」  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
265	薬局の昼当番を一人で行っている際に、患者が来店。56日分の処方が多く、予製を56日分作製し対応していたところ、今回は70日分の処方であった。一人であったため、焦って調剤を行ってしまった。同日の在庫チェックの際に他の薬剤師がメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」の在庫が合わないことを発見。患者に電話にて確認を行ったところ、増えた14日分をメトグルコ錠250mgで渡していたことが判明した。同日中に患者宅に赴き、メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」と交換してきた。	処方箋にはメトグルコ錠で記載されていたこと。量の多い処方でも、かつ一人であったため、焦り、急いで調剤を行ったため、確認を怠ってしまった。	一人で調剤する際には、通常時以上に集中する。忙しい時であっても鑑査は落ち着いて、しっかりと時間をかけて行う。	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 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
266	ツロブテロール2mgが処方に出ていたのだがニトロダームTTSが出ていた。枚数とかは数えたのだが違うものが出ている意識がなかった。監査は違う人間で2回しているのだがどちらもスルーしてしまった。患者にも投薬時に見せたのだが何も言われずそのまま投薬してしまった。1時間後に患者からの電話で気付く。	監査ミス。当然気づくはずなのに気付けなかった。開店直後だったのと他のことでバタバタしていたのがあるのだろうか。単純なミス。注意力散漫	監査の徹底を指示。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件にあった ルールの不備	処方された医薬品 販売名ツロブテロールテープ2mg「NP」  間違えた医薬品 販売名ニトロダームTTS25mg	ヒューマンエラー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	レバミピド錠「ファイザー」で一包化されることを「サワイ」で一包化されていた。両方ともカセッターで入っている薬で、補充の際に間違えたものと思われる。	錠剤もカセッターと付け合わせて2人で確認しているが、レバミピドのみ確認して銘柄の確認が漏れたのだと思われる。	両方カセッターが入っていることが間違いにつながるため、処方量が少ない「サワイ」をカセッターの一覧から抜くこととした。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「ファイザー」  間違えた医薬品 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
268	ロキソニン処方患者で、ジェネリックの希望無の患者であったが、ジェネリックでピッキング。	少人数体制での営業日で、患者が集中して来局した為混雑時であった。判断のミスが原因。	落ち着いて調剤、ピッキング後の自己鑑査の徹底。	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「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
269	後発で調剤するところを先発で調剤したという単純なミス。 ウィークリーシート	処方医薬品の多さ 単純なミス 焦り 注意力散漫	手順書を確認したところ 手順書には問題なかった。手順書を遵守できていなかった単純なミス。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった	処方された医薬品 販売名バルサルタン錠80mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ディオパン錠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
270	一包化の患者。1包のみファモチジンD(20)ではなく、アゾセミド(30)が入っていた。鑑査時に発見した。	ファモチジンD(20)はカセットから排出される薬剤であり、よく確認していなかった。カセットに充填する時に、間違えて補充していた。	分包ミスなどで再びカセットに錠剤を戻す際は、他者に識別番号を確認してから充填する。	教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名ファモチジンD錠20mg「日医工」  間違えた医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
271	<p>継続して来局している患者で、朝の込みだした時間帯に来局。前回と同じ処方内容の処方箋だった。薬局ではレバミピド錠は通常「サワイ」を調剤することになっているが、この患者はご希望によりレバミピド錠「アメル」を調剤することになっていた。薬歴の申し送りには「アメル」で調剤する旨が記載してあったが、調剤者は申し送りを見ずにいつもの「サワイ」であると思ひ込み、薬剤を取り揃えた。調剤鑑査支援システムのポリムスを導入しており、薬剤をバーコードで照合したところ、誤りであるアラームがなり取り違いしていることに気が付いた。</p>	<p>作業手順の不履行により、調剤前に薬歴を確認せずに取り揃えを始めていた。処方監査が出来ていなかった。</p>	<p>調剤前は必ず薬歴の患者情報を確認してから、調剤を始める。</p>	<p>確認を怠った勤務状況が繁忙だった</p>	<p>処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「アメル」</p> <p>間違えた医薬品 販売名レバミピド錠100mg「サワイ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
272	<p>ジェネリック変更希望の患者であるがアーチストのみ先発品を希望されている。定期薬3剤処方(内1剤アーチスト錠10mg)、薬歴の表書きにもその旨記載されている。取り揃え時3剤ともジェネリックで取り揃え、最終鑑査時アーチスト錠10mgもジェネリックに変更されていたため先発品へ用意し直した。</p>	<p>患者来局が重なっていたため焦りが生じ薬歴の表書き確認を行った単純なミス。</p>	<p>煩雑な時でも手順通り行う。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名アーチスト錠10mg</p> <p>間違えた医薬品 販売名カルベジロール錠10mg「サワイ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
273	処方薬ピッキング時トリプタノールとトフラニールを取り違えたが最終監査時に気付くことが出来た	混雑時であったので、思い込みでピッキングしてしまっていた、最初の1文字しか確認していなかった	2つの薬品の場所は全く別のところにあったため薬品名・規格をきちんとチェックしていれば防げていたと思われる、ピッキング後もチェックをすることになっていたが正確に行えていなかった薬局内のルールを再度確認して調剤を行うことを徹底する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名トリプタノール錠10  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
274	メチコパール500μg処方ではメコパラミン錠500μg「YD」を希望している方にメチコパール500のままピッキング	メチコパールのままと思い込み 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 販売名メコパラミン錠500μg「YD」  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
275	一般名:ロラゼパム1mg ロラゼパム1mg「サワイ」のところジメトックス1mgでピッキング	ジメトックスピッキングするものと勘違い 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 販売名ロラゼパム錠1mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ジメトックス錠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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
276	マドパー配合錠42Tの中に、2Tだけピソプロロール錠5mgが混ざっていた。患者の投薬時に気が付き、すぐにマドパーと交換した。		マドパーの薬剤棚の1つ上がピソプロロールだったので、調剤時に1つ下のマドパーの所に落ちてしまったと思われる。調剤時と鑑査には、薬が間違っていないかを確認しているが、特に2Tなど端数のものには注意を払う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名マドパー配合錠  間違えた医薬品 販売名ピソプロロールフマル酸塩錠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
277	メトグルコ錠250mgとメトホルミン錠250mgの間違い	思い込み	常に疑う	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 販売名メトグルコ錠250mg  間違えた医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠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
278	スーグラ錠50mgを含む8薬剤の定時処方箋を受け付け。初回鑑査後ピックアップを行い、最終鑑査時にスーグラ錠50mgのところジャヌビア錠50mgで調剤されている事が判明。すぐに処方箋通りのスーグラ錠50mgを調剤し直して交付に至った。	規格50mgにつられて間違えた可能性がある。単純なミス	薬品カセッターは上下に並んでいない為、ピックアップ後の自己鑑査を徹底することが重要と思われる。糖尿病薬は規格50mgの薬品が多く(ジャヌビア50mg、セイブル50mg、スーグラ50mgなど)全て繁用品であるので注意を徹底する。	確認を怠った	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
279	リンデロン-V軟膏0.12%が処方してあったのに、VG軟膏と思い込んで、その後発医薬品ルリクール軟膏0.12%をお渡しした。後発医薬品変更届を書こうとして間違いに気づいたが、すでに病院は業務終了して閉院していたので、翌日、V軟膏処方間違いなかったか確認した。今回からV軟膏に変えた病院側の理由を教えてください。患者に電話で間違いをお詫びして、薬は宅配便でご自宅に送った。	ずっとリンデロン-VGしか出たことがなかったのに、思い込みがあった。処方せんの見間違い。	リンデロンが処方してあったら注意する。声に出して読み上げる。	確認を怠った	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 販売名ルリクール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
280	先発品のプロナック点眼液で調剤しなければいけないところ、他薬と勘違いし、ジェネリック薬で調剤してしまった。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	処方された医薬品 販売名プロナック点眼液0.1%  間違えた医薬品 販売名プロムフェナクNa点眼液0.1%「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
281	エクセグラン錠100mgをゾニサミド錠100mg「アメル」に変更して調剤するところ、エクセグラン錠100mg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 販売名ゾニサミド錠100mg「アメル」  間違えた医薬品 販売名エクセグラン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
282	ムコスタ錠100mgをレバミピド錠100mg「サワイ」に変更して調剤するところ、ムコスタ錠100mg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 販売名レバミピド錠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
283	アマリール錠3mgを調剤するところグリメピリド錠3mg「サワイ」に変更して調剤してしまった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アマリール3mg錠  間違えた医薬品 販売名グリメピリド錠3mg「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
284	以前より先発医薬品であるプロサイリンをお渡していたが、誤って後発医薬品であるベラプロストNaでA薬剤師が調剤してしまった。不足薬もあった為、監査せずそのまま放置。B薬剤師が入荷したお薬を追加調剤。翌日A&B薬剤師はお休みでC薬剤師は監査が済んでいると思い確認せず患者にお渡ししてしまった。患者家族より電話があり、服用前に交換させて頂いた。	作業手順の不履行	不足薬がそろった時点で必ず監査をお願いするようになる。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プロサイリン錠20  間違えた医薬品 販売名ベラプロストNa錠20μg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
285	どちらも分包品で処方頻度がアレロック顆粒の方が多いため0.5gに気をとられ間違えてしまった。投薬時に気づき交換。	混んでいたのが焦ってしまった。	落ち着いて確認をする。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名クラリチン ドライシロップ1%  間違えた医薬品 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
286	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「一般名:アトルバスタチン錠5mg、1錠/分1朝食後、30日分」と記載されていた。薬剤師Aはよく調剤されるアトルバスタチン錠5mg「サワイ」を30錠調剤し、監査へとまわした。監査にあたった薬剤師Bは薬歴を確認し「リピート錠5mg」で出ている事を確認し、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはリピート錠5mg、30錠を正しく調剤し、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 販売名リピート錠5mg  間違えた医薬品 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
287	後発で調剤すべきところを先発で調剤した。	作業手順の不履行	手順書を確認したが手順に不備はなく、手順書に順じた確認ができていなかった。手順書に順じた作業を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠20「サワイ」  間違えた医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
288	アミオダロン100mg「サンド」とサルボグレラート100mg「サンド」の取り間違い。当薬局の配置表の記載ミスと外観酷似から調剤時と検薬時に別々の薬剤師が関与していたが通過し患者に与薬された。但し、毒薬の定期残数確認から過誤が判明。アミオダロン投与患者に連絡をとり該当患者が判明。服用前に回収、交換実施のため健康被害なし。	当薬局の採用薬配置表の記載ミスとPTPの外観酷似	毒薬調剤時の患者名、使用量、残数のノート記載、及び、毎日の在庫量確認。	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 販売名アミオダロン 塩酸塩錠100 mg「サンド」  間違えた医薬品 販売名サルボグレ ラート塩酸塩錠1 00mg「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
289	ジェネリック医薬品希望の患者に一般名処方でドキサゾシン(1)が処方されていた。普段から来局している患者でドキサゾシン(1)「NP」を服用しているが、誤って先発品のカルデナリン(1)をお渡ししてしまった。後日、本人がいつもの薬とシートのデザインが違うと来局され判明。謝罪し正しいものをお渡しした。誤ってお渡しした薬はまだ服用していなかったため全量回収できた。	薬局が混雑していたことや処方薬剤の多い患者だったことから、焦りが生じ起きてしまったと考えられる。	調剤時の患者情報の確認。ピッキングや鑑査時の声出し確認指差し確認の。投薬時の益体との照らし合わせ。以上のことを徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ドキサゾ シン錠1mg「NP」  間違えた医薬品 販売名カルデナ 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
290	ネキシウムC20が処方されていたが、ネシーナ錠25mg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 販売名ネキシウム カプセル20mg  間違えた医薬品 販売名ネシーナ錠 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
291	一般名処方「カンデサルタン4・ヒドロクロチアジド6.25配合錠」処方箋の読み間違えて「カンデサルタン錠4」武田テバを調剤した。監査時に取り違えに気がついた。	文字数が多く読み間違えた。	一般名、特に配合錠は注意して調剤する。	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 販売名カンデサルタン錠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
292	患者より「薬袋にはバルトレックスと書いてあるのに違うものが入っている」と電話があった。いつもバルトレックス錠500mgでお渡ししているところ、バラシクロビル錠500mg「KOG」でお渡ししていたことが判明した。3回服用済みであったが、本日服用しようと思い、ヒートを見たら違うものであることに気が付いたとのこと。処方せんには一般名のバラシクロビル錠500mgと記載があり、よく調剤した後発品でお渡ししてしまった。判明後、すぐにご自宅へ交換に伺った。	別件で疑義照会があり、そのことに気を取られて監査スルーしてしまった。患者カルテの申し送り画面にバルトレックス希望の記載がなかった。作業手順書に記載なし 焦り 注意力散漫	患者カルテの申し送り画面に「バルトレックス希望」と表示されるよう設定を行った。	確認を怠った 記録などに不備があった 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 販売名バルトレックス錠500  間違えた医薬品 販売名バラシクロビル錠500mg「KOG」	ヒューマンエラー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	ヒューマログ注ミリオペンをお渡ししないといけないところをヒューマログミックス50注ミリオペンで調剤し、監査もスルーして投薬してしまった。患者が帰宅後すぐに気づかれ、患者ご自身がご来局くださった。	注意力不足、監査不十分 注意力散漫	電子カルテで患者画面を開いたときにポップアップで過誤報告を閲覧できるようにして注意喚起を行った	確認を怠った	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
294	後発品で調剤すべきところを先発品で調剤した単純なミス 10錠シート	単純なミス 焦り 注意力散漫 作業手順の不履行	手順書を確認したところ 手順書には不備がなく、手順の遵守が出来ていなかった。手順書の遵守を行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベンズプロマロン錠25mg 「日医工」  間違えた医薬品 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
295	30MIXで調剤すべきところをラピッドで調剤した。	作業手順の不履行	手順書の遵守が出来ていなかったため手順書を確認し、手順書どおりに調剤を行う。	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
296	PDAを使用していたが間違えた	PDAでバーコードを読んだときに、アプリが落ちて正しい薬を取ったと勘違いした	PDAでちゃんと正しい薬を取ったかどうか聞いていた時に出る音をちゃんと聞く。もしくは処方せんを見てから監査者に薬を渡す。	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10mg 「ケミファ」  間違えた医薬品 販売名ラベプ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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
297	ノルモナル錠(15)0.5Tを調剤する所、誤ってアルダクトンA錠(25) 0.5Tで調剤してしまった。鑑査前に、調剤した薬剤師が自ら、誤った薬を調剤した事に気が付いた。	ノルモナル錠(15)は0.5Tの処方が多いため、日頃から0.5Tの予製剤を作っていた。アルダクトンA錠(25)についても、0.5Tの処方が多いため、0.5Tの予製剤を作っていた。予製剤は纏めて1箇所に保管しており、同じデザインのボトルに予製剤を入れ、蓋に名称を記載して保管していた。調剤時、調剤者は、ボトルに記載されている名称を確認せず、別のボトルを取ってしまった。また調剤時、再度ボトルの名称の確認をせず、思い込みで調剤してしまった。	予製をまとめて1箇所に保管するのではなく、別々に保管する。調剤時に、きちんと名称を確認してから調剤する。	確認を怠った 医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名ノルモナル錠15mg  間違えた医薬品 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
298	定期薬一包化の処方。フオイバン錠100mgの後発変更不可にチェックが入っていることを見落とし、後発品変更希望のある方だったため、フオイバン錠100mgを後発品のカモスタットメシル酸塩錠100mg「日医工」で入力し、鑑査投薬をした。次に定期の処方箋を持ってこられた際に誤りに気づいた。この際に前回の誤りを謝罪した。体調に変化はなかった。	本薬品のみ処方箋の変更不可欄にチェックがついていることの確認を疎かにしてしまい、患者の後発品変更希望に沿ってカモスタットへ変更して良いと安易に判断してしまった。56日分の一包化薬と他にも多くの薬がある処方であったため気が急いでおり、患者が後発品変更希望有りのためフオイバンが後発品になったことの確認しかなかった。フオイバンは定期薬として以前から処方されていた薬であり、前今回比較を見た際にこれまで、何故これまで先発で出ていたのかをしっかりと確認すべきであった。 処方医薬品の多さ 単純なミス 焦り 注意力散漫	処方箋の特定薬品のみが「変更不可」であることに注意する。定期薬の変更の際、その変更が妥当なものかどうかの確認を処方箋をみながら確実にを行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フオイバン錠100mg  間違えた医薬品 販売名カモスタットメシル酸塩錠100mg「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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
299	DO処方が続く患者さん。のどの関係でFADが継続中だが、誤ってATP20mgを調剤。	PTPデザインが似ており、錠剤の形、色も近い。両方ともにアルファベット3文字。当薬局ではあいいうえお順に調剤だが設定されており、両方ともに「え」で近かったからだろう。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名FAD錠10mg「ツルハラ」  間違えた医薬品 販売名ATP腸溶錠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
300	類似薬品の取り違い(プレドニン5をプレドニゾン5で調剤)			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg  間違えた医薬品 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
301	一般名レバミピド錠100mgの処方でムコスタ100mgを出していた患者にレバミピド錠100mg「YD」を出してしまった 薬の発注時に誤差に気づき患者に連絡 まだ飲んでいなかったので全て交換できた	忙しい時で薬歴を良く見ずにピッキングその後の監査、投薬も気づかれずに出してしまった 先発品を出している患者が少ないことも影響しているかも	先発品と後発品のどちらもあり、間違いやすいことはわかっているので忙しくても薬歴をきちんと確認しながら出す 監査時、投薬時も同じ薬剤師が行っていても改めて見直すように心掛けること	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ムコスタ錠100mg  間違えた医薬品 販売名レバミピド錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
302	一般名 テブレノンカプセル50mg セルベックスカプセル50mgのところテブレノンカプセル50mg「サワイ」でピックアップ	一般名 = GEだと思い込み 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 販売名セルベックスカプセル50mg  間違えた医薬品 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
303	一般名 アテノロール25mg アテノロール25mg「Nikp」のところアテノロール25mg「サワイ」でピックアップ 10錠シート	GEの変更を見逃してしまった。 単純なミス	よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アテノロール錠25mg「NikP」  間違えた医薬品 販売名アテノロール錠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
304	一般名 アトルバスタチン10mg リピトール10mgのところアトルバスタチン10mg「サワイ」でピックアップ	一般名処方のためGEと思い込み 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 販売名リピトール錠10mg  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
305	ナルバスクOD5mgのところアムロジピン5mg「サワイ」をピックアップ	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 販売名ナルバスクOD錠5mg  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
306	一般名 アムロジピン5mg アムロジピン5mg「サワイ」のところベタキシロール5mg「サワイ」でピックアップ	棚が隣にあるのでとり間違えた。 単純なミス	ピックアップ後よく確認します。	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5mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名ベタキシロール塩酸塩錠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
307	ツムラ89番:治打撲一方を調剤するところ、ツムラ59番:治頭瘡一方を調剤した。鑑査者が気付き、調剤し直した。	作業手順の不履行 ピッキング鑑査システムの不使用 単純なミス 漢方薬の番号及び医薬品名が似ていた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ治打撲一方エキス顆粒(医療用)  間違えた医薬品 販売名ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒(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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
308	ブスコパンのところブチルスコポラミン10mg「YD」でピックアップ	処方箋の事務側記載みのがした。GEと 思い込み 単純なミス	よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ブスコパン錠10mg  間違えた医薬品 販売名ブチルスコポラミン臭化物錠10mg「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
309	一般名 ロキソプロフェンナトリウム60mg ロキソプロフェンNA60mg「日医工」の ところフェキソフェナジン60mg「サワイ」 でピックアップ	規格60だけで勘違い 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
310	ノルバスク2.5mg のところアムロジピン2.5mg「サワイ」でピックアップ	GE処方と思い込み 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
311	カルプロック16mgのところアゼルニジピン16mg「日医工」でピッキング	GEと思い込み 処方せんの見間違い	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 販売名カルプロック錠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
312	一般名 メトホルミン塩酸塩250mg メトグルコ250mgのところメトホルミン250mg「日医工」でピッキング	GEと勘違い 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 販売名メトグルコ錠250mg  間違えた医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mg MT「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
313	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒のところツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒をピッキング	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 販売名クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
314	処方内容が複雑な処方をファックスで受け取った。一般名処方でバルプロ酸ナトリウム徐放顆粒40%とあったので、セレニカR顆粒40%で調剤すべきところ、バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」で調剤し、交付した。その日の夜、もう一度処方箋と調剤録を見直した際、誤りに気づき、翌日、まだ服用していなかった薬を正しいものと交換した。	今回が初めての処方ではなく、薬歴に前回の処方を書いてあったので、それを見て調剤すべきところ、確認を怠った。また、監査においても、処方医薬品が多かったため、医薬品名の見落としがあった。	薬歴をよく確認し、前回の調剤を踏まえてから、調剤する。監査においても一つ一つの薬品名の確認をしっかり行う。	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 販売名セレニカR 顆粒40%  間違えた医薬品 販売名バルプロ酸 ナトリウム細粒4 0%「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
315	ネシーナ25mgのところパリエット10mgでピッキング	同じ棚でシートの色が似ていたのと打ちまちがった。単純なミス	薬品名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 販売名ネシーナ錠 25mg  間違えた医薬品 販売名パリエット 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
316	薬剤を取り違えてしまった。	処方せんの見間違い。『芍薬』と見ただけで芍薬甘草湯と間違えてしまった。	処方せんは再度確認すること。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
317	問診表の聞き取りを行った際、ジェネリック医薬品を希望しますかと聞いて先発でと言われたのに希望するに丸を付けてしまった。ほかの薬剤師が服薬指導しているときに気づき患者に確認したところジェネリックのまま大丈夫という事だったのでそのまま薬を交付した。			判断を誤った その他不注意 その他問診表	処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg 販売名ムコスタ錠100mg 販売名フロモックス錠100mg  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「日医工」 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」 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
318	一般名でデキサメタゾン口腔用軟膏0.1%処方。デキササルチンを調剤すべきところ、ケナログを交付。	最終監査を他の薬剤師が行わなかった。単純なミス	最終監査を他の薬剤師が行う、一人の場合は必ず薬剤情報提供書の写真等で識別を行ってから交付する。	判断を誤った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名デキササルチン口腔用軟膏1mg/g  間違えた医薬品 販売名ケナログ口腔用軟膏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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
319	一般名処方エチゾラム1mgで先発希望だった為、本当はデパス1mgでお渡しすべき所、エチゾラム1mg「SW」で調剤。鑑査モレそのまま投薬してしまった。	一般名処方で、焦りによる、薬歴確認もれ、最終鑑査モレ。	落ち着いてしっかり監査する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名デパス錠1mg  間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠1mg「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
320	一般名ケトプロフェンNaテープ20mgの処方先発ご希望のためモーラステープ20mgを渡すところをケトプロフェンNaテープ20mg「日医工」と間違えてしまい患者にお渡しした。次回来局時に貼り心地が違ったという訴えで判明。調剤鑑査漏れ。	他の薬は後発医薬品でよいがモーラステープのみを先発をご希望。処方箋は一般名で書かれていたため。忙しい時間帯で焦りにより確認を怠った。薬歴確認漏れ。	一般名で書かれているとつい後発品で調剤しそうになるが、先発・後発混在時はもう一度踏みとどまって調剤鑑査する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名モーラステープ20mg  間違えた医薬品 販売名ケトプロフェンテープ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
321	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯のところ桂枝加芍薬湯をお渡し、帰宅後患者本人が気が付き 持ってこられた。	処方名の確認不足による単純なミス	注意喚起、多忙であっても確認を怠らない。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒(医療用)  間違えた医薬品 販売名ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
322	一包化作業をしているなかで、当薬局はマグミット錠500mg及びモサブリド錠5mgを汎用するため、本来はマグミット錠500mgを調剤するはずなのに、モサブリド錠5mgをバラ包装からだし、調剤するところだった。形がかなり、違うので直前で気づきマグミット錠に戻した。	汎用しているから、気軽にバラ包装に手をだしてしまった。	汎用しているからといっても調剤前には必ず確認を行うこととした。単純なミス	確認を怠った その他汎用薬の勘違い	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 販売名モサブリドクエン酸塩錠5mg「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
323	いつも一包化にバラ錠つかっているのですが、当店ではマグミット錠 500mgを使うことが多く、たまたま手にしたのがモサブリド錠で危うく調剤するところだった。幸い形がかなり違うため、すぐに気がつきました。	バラ錠は同じところに固めて置いていて、汎用のものはその分間違えリスクがある。単純なミス	今後は汎用品であっても再確認しようと思います	確認を怠った その他汎用薬の勘違い	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 販売名モサブリドクエン酸塩錠5mg「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
324	ノボラビッド30Mixフレックスペンで調剤すべきところをノボラビッド注フレックスペンで調剤した。	作業手順の不履行	手順書を確認したところ手順に不備はなく手順が遵守できていなかった。手順書の遵守を行う。	確認を怠った	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ペン  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
325	処方内容「エスタゾラム錠1mg」のところを「エチゾラム錠0.5mg「EMEC」」で調剤。薬剤師が1人のときは事務員が監査の補助をする体制のため、そのときに発見となった。修整して投薬した。エチゾラムの方が処方回数が多いので、思い込みによるミスであった。		監査体制が活きており、対策は不要。	確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名エスタゾラム錠1mg「アメル」  間違えた医薬品 販売名エチゾラム錠0.5mg「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	同規格の別薬剤を取り間違い	作業手順の不履行 単純なミス	指差し確認声だし確認処方箋と薬とを並列に並べ、名称・規格の確認自己の調剤、監査ルールの見直し、徹底同規格薬品の一覧作成(特に外用について)	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 販売名リバスタッチパッチ18mg  間違えた医薬品 販売名ニュープロパッチ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
327	基本、ジェネリック希望無だが、ノルバスクのみジェネリック希望の患者であったが、先発品のままピッキングを行った。	確認不足	調剤前・後の薬歴・手帳などの確認徹底。	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 販売名アムロジピン錠2.5mg  間違えた医薬品 販売名ノルバスク錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	カルボシステインの一般名処方。トーフの製品を入力するところ、以前採用していた「テバ」で入力してあることを調剤薬剤師が気づき修正した。	カルボシステインは以前「テバ」を採用していた。久しぶりの患者であり、前回来局時は「テバ」が処方されていた。このため間違えてしまったと考えられる。	過去に採用しており現在在庫のないものは 印が表示されるようにする等、区別がつくような工夫をする。	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 「トーフ」  間違えた医薬品 販売名カルボシステイン錠500mg 「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
329	リンデロンVクリーム(一般名処方)とヘパリン類似物質油性クリームとの混合指示の処方箋を受けたが、処方箋を見誤り、リンデロンVGクリームとヘパリン類似物質油性クリームを混合調剤してしまった。監査時に空のチューブがリンデロンVGクリームであることに気が付き、調剤間違いが判明。リンデロンVクリームとヘパリン類似物質油性クリームで調剤しなおした。	リンデロンVクリームが一般名処方だったため、メモ書きで「リンデロンVCr」と書いたのを「リンデロンVG」と見間違えてしまったのが要因と考えられる。処方箋自体の記載をきちんと確認せずに調剤してしまった。	メモ書きだけでなく、必ず処方箋を見ながら調剤する。混合前にピッキングしたものが間違っていないか他職員に確認してもらってから混合する。混合後の空のシートを監査者も必ず確認する。	確認を怠った ルールの不備	処方された医薬品 販売名リンデロン-Vクリーム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
330	オイラックスHクリームで調剤するところオイラックスクリームで調剤。			確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名オイラックスHクリーム  間違えた医薬品 販売名オイラックスクリーム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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
331	一般名でオロパタジン塩酸塩口腔内崩壊錠5mgでの処方があった。以前より先発医薬品であるアレロックOD錠5を渡していたが、誤って後発医薬品であるオロパタジン塩酸塩OD錠5mg「明治」で調剤し交付した。	10錠服用した時点で「いつもと違う気がする」とご本人が来局。ジェネリックで交付してしまった事をお詫びし先発品をお渡しした。		確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アレロックOD錠5  間違えた医薬品 販売名オロパタジン塩酸塩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
332	一般名:ボグリボース0.3mg ボグリボース0.3mg「YD」のところボグリボース0.3mg「サワイ」でピッキングした。	処方をよく見てなかった。処方せんの見間違い	よく確認します。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ボグリボース錠0.3mg「YD」  間違えた医薬品 販売名ボグリボース錠0.3mg「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
333	シプロフロキサシン錠JG100mgでお渡しするところシプロキサシン錠100mgでお渡し。	単純なミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名シプロフロキサシン錠100mg「JG」  間違えた医薬品 販売名シプロキサシン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
334	デパケンシロップはジェネリックのところ先発でお渡ししてしまった。	単純なミス。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名バルプロ酸 Naシロップ5%「フジナガ」  間違えた医薬品 販売名デパケンシ 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
335	アムロジンをジェネリックで調剤	他の薬はジェネリック希望だがアムロジンは先発希望	裏打ち、薬歴をよく見て調剤をする	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジン錠2.5mg  間違えた医薬品 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
336	先発品を調剤	他薬が不均等のために気を取られていた	患者集中の時間帯でも落ち着いて確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠2.5mg「日医工」  間違えた医薬品 販売名アムロジン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
337	ジェネリックで調剤	一般名が多く全ジェネリック希望と思いきみ	裏面の調剤録を確認していなかった。思い込みでなく一掃ずつ再確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名タケプロン OD錠15  間違えた医薬品 販売名ランソプラ ゾールOD錠15m g「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
338	アズノールうがい液とポピドンヨードガーグルの間違い	ポピドンヨードガーグル処方だが、甲状腺切除のため病院に連絡、アズノールうがい液に変更。患者が急いでいたため慌てて投薬したらそのままイソジン投薬した。	薬の変更後は、すぐ処方箋に記入して監査の人にもわかるようにしておく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アズノール うがい液4%  間違えた医薬品 販売名ポピドン ヨードガーグル液 7%「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
339	メイアクトMS小児用細粒10%が一般名「セフジレンピボキシル細粒10%」で処方されていたが、確認を怠り、セフジニル細粒10%であるセフゾン細粒小児用10%を調剤してしまった。	両剤とも頭の三文字がセフジであり、規格も10%と同じである。そのため処方せんの見間違いから誤調剤を行った。	類似名称ありとの表記をつける。監査システムの読み上げ音声にも同様の対策をとる。	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1 0%  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
340	調剤棚が上下であり、名前も類似している為、ドキサゾシンを取るところトリクロルメチアジドで調剤してしまった。ポリムスで照合した際に間違いに気づき、ドキサゾシンを調剤し直した。		棚の順番を変える。見分けが付けやすいようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ドキサゾシン錠1mg「タナベ」  間違えた医薬品 販売名トリクロルメチアジド錠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
341	「ツムラ四逆散エキス顆粒」の処方を「ツムラ四物湯エキス顆粒」と取り違えて調剤。薬剤師が1人の場合は事務員が監査することとしているため、そこで発見となった。正しい調剤をしてお渡した。		現在の監査マニュアルが機能していると判断できる。マニュアルの変更は不要とした。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツムラ四逆散エキス顆粒(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
342	フルボキサミン25mgよりセルトラリン25mgへ変更の処方だったが変更なしと思い込み、フルボキサミンを調剤交付。交付後、セルトラリンへ変更であることに気づき、患者へ連絡、フルボキサミンを回収しセルトラリンを交付しなおした。	2年近くフルボキサミンを処方されており、薬歴からフルボキサミン継続と思い込み、処方箋による調剤監査を怠っていた。		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「ファイザー」  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
343	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%のところ点眼・点鼻用リンデロンA液で調剤。鑑査システム(ポリムス)にて間違いに気がついた。	リンデロン液は似た薬剤名の薬が2種類あるのは知っていたが、薬の場所を探すため棚表を見た時、上段にある点眼・点鼻用リンデロンA液を見てそのまま調剤してしまった。処方せんの再確認ができていなかったために思い込みで調剤してしまった。	リンデロン液は似た薬剤名があることを再認識し、調剤前に処方せんをしっかりと確認してから調剤を開始するようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%  間違えた医薬品 販売名点眼・点鼻用リンデロンA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
344	入院中にレベミル注フレックスペンからノボラピッド30ミックス注フレックスペンに変わり処方せんを持って来局。間違えてノボラピッド注フレックスペンを交付したところ患者が入院中に出た注射と違うと気づき、取り換えた。	「ノボラピッド」「フレックスペン」の文字を見て薬局に在庫しているノボラピッド注フレックスペンと思い込んでしまった。	注射剤には名前が似ているものが複数あることを念頭におき、よく確認する。	確認を怠った 知識が不足していた その他思い込みがあった	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
345	30ミックスを見逃してしまった	電話の対応や混んだ時間帯で急いだことによる単純ミスで、患者も見ても間違いはないと思われてしまった	名称だけでなく、色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 医薬品教育・訓練	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
346	デルモベートスカルプローションをお渡しするところを誤ってデルモゾールGローションをお渡ししてしまった。	前回までと同じ処方と思い込んでしまった。	処方内容を数回にわたって確認する。	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 販売名デルモゾールG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
347	患者が先発品での調剤を希望していたのに、誤って後発品で調剤、交付してしまった。	一般名で処方がきたので、そのままの成分名がつく医薬品で調剤してしまったもよう 注意力散漫	処方箋のわきに必ず鉛筆で患者の希望する医薬品名を記載する	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フェロミア錠50mg  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
348	一般名処方でカンデサルタン含有の合剤だった。カンデサルタンが入っていてHDとなっている薬品がちょうど目に入り、カデチア配合錠HD「テバ」を取ってしまった。処方箋を見直し隣にあるカムシアが正しいことに気付き鑑査者に渡す前に正しい薬剤に変更することができた。			判断を誤った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名カムシア配合錠HD「サンド」  間違えた医薬品 販売名カデチア配合錠HD「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
349	ストミンAを84錠ピックアップする調剤中、2錠アスピリン20mgが混ざっていることに調剤者が気付いた。交付前に気付いたため患者への不都合はなかった。	おそらく調剤棚への戻し間違いの可能性が高い。	調剤棚へ医薬品を戻すとき、入荷した薬を棚に入れる際も、処方箋調剤と同じように注意して戻すようにスタッフへ周知した。	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	処方された医薬品 販売名ストミンA 配合錠  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
350	先発希望であるのに、後発薬をお渡ししていた。患者は3日間ほど服用し気がつき、来局。体調変化はないが、残薬は先発薬へ変更した			確認を怠った 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名カデュエット 配合錠3番  間違えた医薬品 販売名アマレット 配合錠3番	ヒューマンエラー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	門前クリニックの透析患者でクリニックよりFAXで処方せんを受け付け。特別な内容でない限りは透析室にお届けのみして投薬は行っていない。通常通りFAXで受け付け。入力時の申し送りに「シップは先発」とあったが、見落として「GE」という事のみを確認してモーラスパップ30mgの処方タッチロンパップ30mgとして入力。調剤者および鑑査者も鑑査情報に記載されていた。申し送り事項に気付かず、調剤、鑑査を終え、透析室にお届けした。その後透析室の看護師よりTELで、患者からシップが違うと申し出があったと連絡があり、間違いが判明した。	入力時の申し送り事項が集約されていなかった。以前にタッチロンパップの使用歴があり、GEで問題なしとの思い込みがあった。作業手順の不履行により患者情報の確認を怠った。直接患者とお話していないため、すぐに間違いに気付けなかった。	患者情報を確認したのちに調剤、および鑑査を行うという手順を徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟 だった	処方された医薬品 販売名モーラスパップ30mg  間違えた医薬品 販売名タッチロン パップ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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
352	一般名処方に対し先発医薬品と後発医薬品を取り間違えて調剤した	作業手順の不履行、薬歴の確認を怠った。	先発医薬品と後発医薬品どちらを希望しているのか確認をしてから調剤を行う	確認を怠った 医薬品 施設・設備	処方された医薬品 販売名オノンドライシロップ10%  間違えた医薬品 販売名ブランルカスト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
353	「一般名 処方箋」で【般】バルサルタン錠40mg 1錠 朝食後 1×1 の処方ディオバン錠40mgを処方するところ、バルサルタン錠40mg で調剤され、そのまま鑑査して投薬した。ご本人が内服するときに今までの処方薬と違うことにきずかれ、連絡があった。	焦り	処方箋の内容の確認。	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
354	ミカムロ配合錠APを60日分調剤すべきところ、誤ってミコンビ配合錠APをお渡しした。最近までミコンビ配合錠APを服用された。	調剤、鑑査時に誤りに気付かなかった。投薬時はその日新規に追加されたトリクロルメチアジドに重点を置いて説明し、同じ薬袋に入れていたミコンビ配合錠APをお見せした時にも誤りに気付かなかった。発見した日、ミカムロ配合錠APとミコンビ配合錠APの在庫数が合わないことに気付き、原因を調べたところ調剤ミスが判明した。ミカムロ配合錠AP、ミコンビ配合錠AP両方の採用があるとの認識が乏しかった。	・配合錠では特に名称の類似性に注意する。・調剤、鑑査時、ミカムロ配合錠APが淡紅色の錠剤、ミコンビ配合錠APが淡紅色であることを念頭に確認を行う。・ミカムロ配合錠APを使用する患者の電子薬歴を開いたときに、ミコンビ配合錠APと間違っていないか確認する旨をポップアップ表示するように設定した。・ミーティングでスタッフ全員に調剤ミスの情報共有を行った。	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 販売名ミカムロ配合錠AP  間違えた医薬品 販売名ミコンビ配合錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	一般名ゾルピデム酒石酸塩錠5mgの処方 いつも先発マイスリー錠5mgで調剤していたが、患者確認せずに後発医薬品ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サワイ」で調剤してお渡しする。月末の向精神薬の在庫確認で、先発と後発医薬品をまちがって出したことが分かる。本人からの連絡なし	一般名処方、ジェネリックで調剤する。と思い込みで調剤してしまい、薬歴の確認を怠ってしまった。	薬歴を確認 読み上げる	確認を怠った	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 販売名ゾルピデム酒石酸塩錠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
356	一般名処方での処方箋 一般名プラバスタチンナトリウム錠10mgの処方だったので、後発医薬品と思い込み「サワイ」で調剤してしまう。いつもは先発メバロチン錠10mgで調剤してるので、患者から間違っていると連絡があり気づく。服用はされてない。	薬袋、薬情の要らない方で、1人で調剤、監査のため確認を怠ってしまった	薬歴チェックシートで眼で確認。声だし確認する	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「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
357	一般名:ゾルピデム酒石酸塩5mg マイスリー5mgのところゾルピデム5mg「日新」でピッキング	一般名=ジェネリックと思い込んでピッキング 単純なミス	頭書きよく確認します。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名マイスリー錠5mg  間違えた医薬品 販売名ゾルピデム酒石酸塩錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
358	一般名アナストロゾール錠1mgを後発品のアナストロゾール錠1mg「F」で調剤しお渡ししたが、入力が前回の「JG」のままであった。情報提供書の誤り。薬価が異なるため返金発生、会計の誤り。	採用品目の変更時は入力ミスを防止するため、レセコン上変更前の薬品を不採用にする作業も同時に行っている。今回、その作業が行われておらず、前回お渡しした「JG」と「F」の両方が選択できる状態であった。入力業務者は採用が変更になったことを知らず、前回と同じ「JG」を選んだ。また、患者家族危篤の為、急ぎ病院へ駆けつけるとのこと急ぎの調剤依頼があり、大急ぎで調剤、渡薬。焦り	薬局内で採用医薬品が変更になった場合には、旧品目が選択できないように作業しておく手順を省かないようにする。また、次回お渡しする銘柄が変更になる場合は薬歴簿にその旨を記載し注意喚起する。どんなに急いでいても、通常の業務手順を怠らないようにする。	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 その他患者様が急いでいた ルールの不備	処方された医薬品 販売名アナストロゾール錠1mg「F」  間違えた医薬品 販売名アナストロゾール錠1mg「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
359	一般名処方、後発薬で算定しているにもかかわらず、調剤は先発薬のタガメット200mg錠を交付した。患者が気づき来局。お詫びして取り替えた			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 販売名シメチジン錠200mg「サワイ」  間違えた医薬品 販売名タガメット錠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
360	一般名処方。後発薬をお渡しするところ、先発薬をお渡しした。比較的早く気がつき、取替えに伺った。同じ時簡体と同薬が重なり、在庫の確認に気を取られた			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 販売名アナストロゾール錠1mg「NK」  間違えた医薬品 販売名アリミデックス錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
361	一般名処方。後発品で入力していたが、間違って先発薬をお渡しした、すぐに気がつき 取り替えた			確認を怠った 医薬品	処方された医薬品 販売名アシクロピ ル眼軟膏3% 「ニットー」  間違えた医薬品 販売名ゾピラック ス眼軟膏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
362	一般名処方がされ、後発薬希望の患者で、すべて後発薬で調剤するが、ロキソプロフェン錠は、唯一先発のロキソニン錠を希望されている。後発のロキソマリンをお渡ししたので、取り替えた。(入力はロキソニンで行っていた)			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 販売名ロキソニン 錠60mg  間違えた医薬品 販売名ロキソマリ 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
363	ジェネリック希望患者にプロブレス錠が処方されていた。ジェネリック希望と確認していたにもかかわらず先発品のプロブレス錠を調剤、ピッキングシステムでエラーが出たため間違いが判明。カンデサルタンに調剤しなおした。	処方箋は先発品が記入されており、書いてあるとおりに調剤してしまった。	ジェネリック希望患者の場合で先発品が記載されていたら、該当ジェネリックの頭2~3文字を処方箋コピーに記載してから調剤を開始する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名カンデサル タン錠8mg「あす か」  間違えた医薬品 販売名プロブレス 錠8	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
364	吸入薬の入力で、前回と同じ吸入薬を入力してしまった。名称は違うが、単位 容量など同じなので間違ってしまった。			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 販売名アドエア5 0エア-120吸入 用  間違えた医薬品 販売名フルタイド 50µg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
365	患者家族から薬が間違っているとTELあり。取り間違えたことが判明。	通常とは異なる流れでの調剤だったため、監査不足。	投薬前に最終監査を徹底する。	判断を誤った	処方された医薬品 販売名カルボシ ステイン錠500mg 「トーフ」  間違えた医薬品 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
366	抗痙攣剤を調剤したが、同じ棚にある違う薬を秤量し、分包してしまった。監査で見えるまで気がつかなかった。秤量確認、個袋の秤量監査、薬袋の薬名印字など、調剤した薬剤師は十分監査したつもりだった。薬剤を取り違えたことは気がつかなかった。重大な事故になるところだった。	抗痙攣剤の調剤であることを十分認識し、慎重に調剤したが、間違っていた。長期の投薬で使用薬剤の種類が多く、調剤に時間がかかる。焦りがあったかもしれない。		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 販売名ランドセン 細粒0.1%  間違えた医薬品 販売名マイスタン 細粒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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
367	セルトラリン25mgを調剤するところ、トラゾドン25mgを調剤していた。向精神薬で規格が25mgと同じなので、後発薬希望で、一般名の薬で勘違いした。先発名はジェイゾロフトとノリトレンで全く違う薬だった。			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 販売名セルトラリン錠25mg「サワイ」  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
368	一般名カルボシステインでの記載。先発品希望のところを後発品であるカルボシステイン「トーワ」でお渡し。患者家族から連絡があり、判明した。	ピッキング者とバーコード読み取り者が異なっていたため、取り間違えた可能性あり。	GS1コードを使用し、直接バーコードを読み込む。薬情も使用し、監査を行う。	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
369	一般名処方箋で、ジェネリック希望のある患者である事は認識していたはずだが、手が先発品の方に動いたような感じ。検薬時も一般名であったため、間違いのないとの思い込みで交付してしまった。後日、患者より違う薬が交付されたとの連絡により、過誤がわかった。	確認不足による単純なミス	ケアレスミスなので、意識を高める事と、薬歴にジェネリック希望の言葉を大きく記載する事	確認を怠った その他思い込みによる	処方された医薬品 販売名ドキサゾシン錠1mg「テバ」  間違えた医薬品 販売名カルデナリン錠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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
370	分包している患者で、家族から、下剤の追加の申し出があり、疑義照会を行なった。医師から口頭でマグミット330mg錠の追加があり、薬剤師はマグミット330mgで調剤を行なった。事務職は、前々回の履歴から、酸化マグネシウム330mg錠「ヨシダ」を使用するとおもい、入力を行なった。家族が後日、薬の現品と、説明書の薬の番号が違うと電話で問い合わせがあり、入力間違いが分かった。マグミット330の服用歴もあったので同じ薬であることを説明した。不信感を起こしてしまった。			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 販売名マグミット錠330mg  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
371	クラシエとツムラの漢方薬を、思い込みによりツムラで調剤。取り替えた			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 ルールの不備	処方された医薬品 販売名クラシエ小青竜湯エキス細粒  間違えた医薬品 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
372	取り揃え時に、レザルトス配合錠HDをザクラス配合錠HDで取り揃え。鑑査者が気づいて訂正し、正しいものをお渡した。	午前の診察終了間際の時間帯で、薬局が混雑していた。両方良く使われる配合剤なので、取り揃え時に思い込みによる取り間違えをしてしまった様子。	思い込みで取り揃えに入らず、きちんと処方せんをみてから薬剤を取りに行く。取った後も、鑑査にまわす前に確認してから渡すよう徹底していく。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名レザルトス配合錠HD  間違えた医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
373	一般名処方で『コデインリン酸塩散』の処方を受けたが、『ジヒドロコデインリン酸塩散』にて調剤し、監査もすり抜けてしまった。投薬は調剤者・監査者と別の薬剤師が行ったが、投薬時患者からの指摘にて調剤過誤が判明した。	件の処方は面で受けた処方箋であるが、門前のクリニックが『ジヒドロコデインリン酸塩散』の処方を頻繁にしており(予製も用意してある)、処方箋に記載してある薬品名を十分に確認することなく調剤(予製のジヒドロコデインを)してしまった為に起こったと思われる。ジヒドロコデインの調剤がルーチンワーク化してしまっていたのが原因。また、調剤者が退職間近であった為モチベーションが低く、注意力散漫であったのも一要因だと思われる。	調剤者による調剤前・調剤後のダブルチェック、監査者によるトリプルチェックで確認工程を増やし、間違いに気づきやすくする。	確認を怠った通常とは異なる心理的条件下にあった その他通常業務の慣れによるもの 施設・設備	処方された医薬品 販売名コデインリン酸塩散1%「タケダ」  間違えた医薬品 販売名ジヒドロコデインリン酸塩散1%「タケダ」	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	分2のシロップを分3の目盛りで投薬。薬歴記載時に判明。	確認不足。	ミスを周知し、鑑査を徹底する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名セネガシロップ 販売名カルボステインシロップ5%「タカタ」 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
2	サワイでお渡ししているところ、レセコン入力がテバになっていることに気が付かなかった。	剤数がおおく、2科受診・公費使用などであわててしまいジェネリックメーカーの確認ができていなかった。	監査時に薬品・処方箋・薬袋の確認でメーカー名の確認をする	確認を怠った	関連医薬品 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
3	アドエア250からフルタイド200に処方変更になったがアドエア1個のみを回収し、袋から出ていた1本を回収しそびれた。	調剤後の処方変更であった	薬袋の中身を確認することを徹底する外用だから1本と思いつまない	確認を怠った	関連医薬品 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
4	クラバモックスを懸濁液にした際、1回服用量を5mLに調整したにも関わらず、メジャーキャップの2mLのラインに印をつけてしまった。	調剤担当者はクラバモックスの調剤に不慣れ、監査担当は、1回量が少ないと感じて、調剤担当者に確認したが、全量があっていたことに気を取られて、1回服用量のミスを見逃してしまった。	ドライシロップの1日量に応じて、1回量を決定することにした。一覧表を作成、その通りに水で懸濁する	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名クラバモックス小児用配合ドライシロップ	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
5	水剤の目盛りを分3、7日分記入しなければならぬところ、分3、5日分の目盛りでお渡ししてしまった。			確認を怠った	関連医薬品 販売名カルボステインシロップ5%「タカタ」 販売名ブルスマリンAシロップ小児用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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
6	<p>門前クリニックの処方せんを持って患者が来局。受付。今回、定期薬のテブレノンカプセル50mgがプロマックD錠75mgに変更になっていた。GE希望の方なので、ポラプレジングOD錠75mg「サワイ」で入力し、調剤、鑑査した。投薬中に患者のお話から味覚障害のために処方されていることがわかり、適応外使用であることを説明した。その際、患者よりそれなら先発で欲しいと希望が変わったので、入力の訂正を事務員に依頼。この時、投薬者はまだGE品の入った薬袋をカゴから回収していなかった。外来が混雑していたので、入力訂正中に別の患者への投薬を行った。別の患者への投薬終了後、調剤者がプロマックD錠を新たに印刷された薬袋に入れた。投薬者は、調剤者に「プロマックD錠を入れておきました」と言われ、GE品は回収済みと思い込み、新しい薬袋にプロマックが入っている事のみ確認した。すでに薬の説明は終わっていたため、プロマックD錠のみを患者に見せてお渡しした。翌日、患者様本人が来局。昨日の薬が2種類入っていたとお話しされ、プロマックD錠とポラプレジングOD錠のそれぞれが入った薬袋を持参し、両方をお渡ししていたことが判明。どちらか飲んだらいいか分からなかったのでまだ服用していないとお話しされた。謝罪して、ポラプレジングOD錠を回収した。</p>	<p>投薬者と調剤者の連携不足により、誤った薬を抜くという作業ができていなかった。また、説明は終了していた為、薬剤交付時に変更のあった薬のみを確認し、他の薬剤を確認せずに交付してしまった。</p>	<p>外来が混雑していても、変更時はミスプールボックスあるいは棚に入れる過程まで、2名の確認で行う。薬剤交付時に再度確認する。</p>	<p>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</p>	<p>関連医薬品 販売名ポラプレジングOD錠75mg 「サワイ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
7	<p>ジクロフェナクナトリウムテープ30mg「ユートク」をお渡ししたところ入力が「NP」だった</p>	<p>確認不足</p>	<p>お渡しするお薬とお手帳シールの記載内容との照合を行い、また、薬情の写真との照合を行って確認する</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>関連医薬品 販売名ジクロフェナクナトリウムテープ30mg 「ユートク」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
8	ジクロフェナクナトリウムテープ30mg「ユートク」を渡しているのに入力「JG」であるのに気が付かなかった	確認できていなかった	薬情の写真を見て交付する薬と写真の薬とが同じか確認する 監査時はメーカーまで確認する	確認を怠った	関連医薬品 販売名ジクロフェナクナトリウムテープ30mg「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
9	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用 0.8gのところ、0.6gで入力されていたが気づかず鑑査し交付してしまった。同日、入力した事務員が気づき、すぐに患者家族に連絡し、訂正・謝罪した。薬は間違いないので、そのまま服用し、翌日再診時に薬情と手帳シールを交換することとした。	姉妹の処方せんを同時に受け付けており、先を急いでしまった。0.8g 6日分の処方で、8と6を見誤った。	薬剤だけではなく、レセコン入力についても確認する。レセコン入力時と入力後、しっかりと確認する。	確認を怠った	関連医薬品 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
10	薬剤師Aが「リスパダールOD0.5mg 1T寝る前」のところ、誤って「リスパダールOD0.5mg 2T昼食後・寝る前」で入力。事務員がたまたまミスに気づき入力訂正をし、調剤録と薬袋は正しいものに差し替えたが、薬情と手帳ラベルを正しいものに差し替えていなかった。その後しばらくして薬剤師Bが監査したが、薬情と手帳ラベルの内容まではチェックしておらず、訂正前のものをお渡ししてしまった。後日施設の方より連絡があり判明。薬袋の記載は合っていたので正しい用法で服用できていた。	入力訂正をした際に、忙しくて焦りもあり、最後まで作業を完了できなかった。監査時は帳票類の内容の確認まではしていなかった。	入力訂正後、差し替えが完了できない時は他のスタッフに声をかける最終監査者は全ての帳票類の内容を確認する	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	関連医薬品 販売名リスパダールOD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
11	セチリジン塩酸塩DS 0.8G 朝食後とねる前服用のところ、朝食前とねる前で入力されていたが、気づかず鑑査し、交付してしまった。翌営業日の処方せんチェック時に気づいた。患者家族に連絡し、訂正・謝罪した。正しい手帳シール、薬情は次回来局時にお渡しすることとした。	いつもは他の薬局を利用されている方で、しばらくぶりの来局であった。後発医薬品の希望確認などで手間取り、入力確認を怠った。	繁忙時でも急がず、焦らずを心がけて業務にあたる。スタッフ一同で改善策について、話し合い、レセコンの点数マスターを見直した。レセコン入力時、入力後、再度入力間違いが無いか確認をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名セチリジン塩酸塩DS1.25%「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
12	患者は先月に久しぶりに来局。当初入力を行った事務員は、疑義照会が必要とは思わず、入力を開始。手書きの処方箋でかなり読みづらい部分が多かったが、患者は前月に同じ薬を他薬局でもらっていたため、お薬手帳を参考にしつつ入力をすすめた。その後入力をすすめる中で、ラキソベロン内用液の用法がもれていたことに気が付き、薬剤師(Aとする)に疑義が必要な旨を伝える(この時点でウブレチドについては朝食直後の用法で入力が済んでいた)。薬剤師Aは疑義照会を行うにあたり、他の内服薬についても用法の確認が必要と判断、ラキソベロンの用法の疑義とともにいった。結果、ウブレチドの用法は朝食後と確認、疑義内容を処方箋の備考欄に記入した。事務員は疑義照会内容を確認したうえで再度入力をし直したが、ウブレチドに関しては見誤り、当初入力した朝食直後の用法のままにしまった。鑑査・投薬は疑義照会した薬剤師とは別の薬剤師(Bとする)が行ったが、事務員の誤入力には気付かず投薬を完了してしまう。患者は今回再度来局。その際薬剤師(Cとする)が前回処方とウブレチドの用法が違うことに気が付き、前回の処方箋を確認したところ、過誤が判明した。	入力時:事務員は、本来は疑義照会内容の処方箋への記載を受けてその内容を入力すべきところであったが、途中まで入力してから疑義があることに気付く、その疑義照会前に入力した内容を訂正して使用したため、入力ミスにつながった。鑑査時:薬剤師Bは、処方箋(特に疑義照会内容)と入力内容との照らし合わせがしっかりできていなかった。	処方箋鑑査時に処方箋コピーの服用時点にチェックを入れるようにする。	確認を怠った判断を誤った ルールの不備	関連医薬品 販売名ウブレチド錠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
13	処方箋を薬局に預け、一旦外に出られている間に調剤、監査監査を終えて患者が来局時に最終監査者とは別の薬剤師が投薬する際に薬の用法(朝夕食後の所を朝食前寝る前で入力)の入力間違いに気付く、その場ですぐに訂正。	物が間違っていないかに気を取られすぎていて入力間違いを見落としてしまった。	処方箋の原本の用法と印刷物の用法を見比べ、処方箋の原本に鉛筆で入っているかチェックを入れる。	確認を怠った コンピュータシステム	関連医薬品 販売名オロパジン塩酸塩顆粒0.5%「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
14	入力した患者氏名が1文字違いの双子の名前(別の患者氏名)になっていた	名前が一文字違いで性別も同じだったことが気付かなかった要因と思われる	投薬時にフルネームで確認すれば回避できたと思われる	確認を怠った	関連医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
15	患者本人が一人で自身の処方箋を持参。お薬手帳を提出する際、間違えて知人のものを出したが、受け取った事務員も薬剤師も気づかなかった。手帳が別人のものとは思わず、患者の情報を記載して渡してしまった。患者本人が帰宅後に気づき、シールをはがして自分の手帳に貼りなおした。	患者本人が一人で来局しており、別人の手帳を提出するとは予想外だった。人数過少で混雑時だったため、提出された手帳の名前をよく確認せずに、処方箋とセットにして調剤に回した。新しい手帳だったので、シールを貼付する際も別人の手帳とは気づかなかった。監査時も手帳の表紙を確認せず、処方箋と手帳の内容があっていることのみを確認してお渡ししてしまった。単純なミス 焦り 注意力散漫	処方箋受け取り時、シール貼付時、薬剤交付時に手帳の名前と処方箋の名前を確認。何も記載されていない手帳の場合、新しい手帳で間違いがないか患者本人にも確認す。手帳が新しくなる場合には、古い手帳と一緒に提出してもらう。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった患者側	関連医薬品 販売名カンデサルタン錠4mg「あすか」 販売名アダラートCR錠20mg 販売名フェブリク錠20mg 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
16	ブレドニン朝食後2/1不均等入力忘れ	確認を怠ったため	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
17	患者の名前の入力を間違えてしまった。患者は双子で今回受診していない方の名前で入力しお渡し。	処方せんの見間違い	PC画面へ双子注意のコメント入力	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 販売名ビオフェルミンR散 販売名セフジレンピボキシル小児用細粒10%「EMEC」 販売名セチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」 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
18	メバロチン錠5mgをジェネリックに変更して調剤するにあたり、コンピュータの入力に変更前のメバロチン錠5mgのまま入力。	処方せんに記載通り入力することにより、生じた単純なミス。	入力してくれる事務との連携。声かけをしっかりと行う。入力内容と調剤した薬を薬情及び、薬袋で確認することを周知徹底する。	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	関連医薬品 販売名メバロチン錠5 販売名プラバスタチンNa塩錠5mg「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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	ジェネリック変更希望でフルメトロン点眼液0.1%をオドメール点眼液0.1%に変更したのに入力を変更していなかった。	最初に処方箋通りで入力し、変更することになっていて、変更したつもりがされていなかった。薬情の監査をきちんと行っていなかった。	薬情と実物を合わせて監査する。	確認を怠った	関連医薬品 販売名フルメトロン点眼液0.1% 販売名オドメール点眼液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
20	一包化の中の一包に処方されていないグラクティブ錠50mgが混入	焦り・注意力散漫	注意力が落ちているときの鑑査への意識改善、ダブル鑑査にするなど工夫をする。	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	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
21	夕食後の薬剤を誤って朝食後の薬袋に入れてお渡ししてしまった。薬剤交付後に夕食後の薬袋がプリンタに残っていて判明。患者に電話し事情を説明。夕食後で飲んでもらえるようお願いした。	薬剤を薬袋に入れるときに記載内容の確認を怠った。監査時に薬袋の有無を確認しなかった。	最終監査時に薬袋がすべてそろっているかを確認。薬袋の印字を見ながら袋に入れるように心がける。	確認を怠った	関連医薬品 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
22	葛根湯3g分3毎食後7日分の処方箋を受け付けた。3包(7.5g)分3毎食後7日分の処方間違いであると思われるが3g分3のまま入力。調剤は3包分3毎食後7日分で行い薬剤は正しく交付されていたが、入力ミスが調剤録点検で判明した。すぐに患者に連絡し、お薬手帳・薬情差し替えをしてお詫びした。	入力事務は2次元バーコードを利用したため、3g分3毎食後をそのまま入力した。調剤時、ポリムスを使用した。通常であれば総量21包と表示される画面に21gと表示されたこともあり入力ミスに気付かず調剤した。監査は同処方内にレルベア100と200が混在していたため、そちらの確認に気をとられて入力ミスに気付かなかった。単純なミス	漢方薬の入力時は特に1日量に注意して確認を行う。局内名称に1包2.5gの表示をして、調剤・監査時にも1日量に意識が届きやすいよう改善する。	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
23	来局した患者にイメンド(125)とイメンド(80)が中身と薬袋が逆になって入っていたと報告された。今日、治療(病院での点滴)の前にのむために、忘れないよう予めいつものカバンに入れて準備していたのに、イメンド(125)の薬袋からイメンド(80)がでてきたものだから、とてもショックだった。結局プロイメンド(点滴)を打ってその日は対処した。とても時間がかかった。	イメンドの「80mg」「125mg」が同時に処方されたということ、治療の日付を患者にききながらイメンドに日付を記載する、という作業をしながらの投薬だったので、日付かいて薬袋の上においてという風にやってる内に入れ替わってしまったのかもしれない。	同じ名前で規格ちがいのくすりを、別の薬袋で出すとき、色分けをする。例えば、イメンド(125)は赤い台紙なので薬袋に赤で下線をひき、イメンド(80)は緑色の台紙なので薬袋に緑で下線をひく。	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 ルールの不備	関連医薬品 販売名イメンドカプセル80mg 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
24	アルメタ軟膏とプロペトの混合が顔の赤い所に、パンドル軟膏と亜鉛華単軟膏の混合が手首に処方されていた。軟膏を混合した場合、ふたに部位のシールを貼っている。今回、両方の軟膏容器に「手首」のシールを貼ってしまった。	軟膏容器のシールに関しては、チェックのルールが出来ていなかった。	全員にシールまでチェックすると徹底する。	確認を怠った ルールの不備	関連医薬品 販売名アルメタ軟膏 販売名プロペト	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
25	用法の入力が1日1~2回が正しいところ、2~3回と入力されていた。鑑査時に見落とし、投薬時に気付いて訂正した。	メモ書きに、「投薬時に患者より、検査値に関する質問あり」と合ったため、そちらに意識が向いてしまっていた。処方箋で1日1~2回であることは確認していたので投薬時に気付けたが、鑑査の段階では入力間違いを見落としてしまった。	処方箋のスク্যানに対し、外用剤の用法の鉛筆チェックを行う。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	関連医薬品 販売名ジクロフェナクNaゲル1% 「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
26	服用方法の入力を間違えました。	カルタン錠を『毎食後』で入力してしまいましたが、正しくは、『毎食直後』でした。	処方箋の記載事項の一字一句をしっかりと見て入力するように気を付けます。	確認を怠った	関連医薬品 販売名カルタン	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
27	メブチンDS、プルスマリンADS、ムコダインDS 朝夕食後服用のところ、朝夕食前服用で入力されていたが気づかずに監査し、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。次回来局時に、正しい手帳シール・薬情と交換することとした。	繁忙時であり、先を急いでしまい確認を怠った。	処方箋と薬袋、薬歴を、きちんと確認する。繁忙時でも先を急がず、一つ一つ確認しながら入力する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名メブチンドライシロップ0.005% 販売名プルスマリンAドライシロップ小児用1.5% 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
28	今回に前回(前月)のリウマトレックスの日数の入力が誤っている事に気付き判明。「リウマトレックス4C、毎週木曜日朝夕食後、毎週金曜日朝食後、4日分」だったが、木曜日4日分、金曜日5日分として入力してあった。薬剤は正しい量でお渡し。薬袋も手書きで作成していた為正しくお渡し。薬剤情報提供書と手帳シールの日数誤り。	処方箋5枚、2科に渡り、17剤処方があるのでいる方。混雑する時間帯。前々回が5日分だった。日数を修正する際に金曜日だけ漏れてしまった。薬剤、薬袋は正しかった為気づきにくかった。薬情等の日数の確認が不十分であった。作業手順の不履行 処方医薬品の多さ	薬袋にて入力内容が確認できない箇所は調剤録には確認する事を再度徹底した。	確認を怠った	関連医薬品 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
29	メルカゾールの服用時点の入力を間違えました。	前回は『3日ごと』で入力してあったのでそのまま引っ張ってしまいましたが、今回より『月・木曜日』で入力しなおすべきでした。	服用時点など ドクターのコメントは、常に処方箋通りそのままの文言でその都度、入力するように気を付けます。	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
30	カロナールシロップと、ゼスラン、カルボシステインシロップ混合の処方。水剤ラベル、計量チェックの鑑査を行い、最後に水剤ラベルを容器に貼る際、カロナールと混合薬のラベルと逆に貼ってしまった。そのまま投薬した際、ラベルの誤りに気付き、その場で訂正した。	監査終了後にラベルを貼付する際確認を怠った。一剤ずつでなく、まとめて確認し貼付した。内容があっていたことで、気が緩んだことが考えられる。単純なミス 注意力散漫	ラベルと内容は1剤ずつ確認し、終了次第貼付する。	確認を怠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
31	風邪で受診した患者に対し、別な患者の薬情を渡してしまった。	バタバタしていたため、重ねて印刷されていた薬情を取り違えて次の人の薬情を渡してしまった。単純なミス 焦り 注意力散漫	投薬前に薬情の名前を一つ一つ確認する。投薬するときは薬情を患者に見せながら行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名PL配合顆粒 販売名フロモックス錠100mg 販売名ビオフェルミンR錠 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
32	正:食前 誤:食直前入力ミス。処方箋は正しく食前で来ていた。鑑査時に気付かず、投薬しておかしいことに気付いたためその場で訂正した。	それ以外にも当初の入力に誤りがあった部分があるようで、剤数が少ないにも関わらず順番が飛ばされていたため、焦って鑑査してしまった。確認がしっかりできていなかった。	臨時処方に関しては特に、用法をしっかりと鉛筆チェックする。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	関連医薬品 販売名クラシエ葛根湯エキス細粒	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
33	残置薬における冷所保存の一次忘れ	確認不足・思い込み・知識不足	薬袋の確実な確認、ルール再確認	確認を怠った 知識が不足していた	関連医薬品 販売名アルケラン錠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
34	セネガシロップ31ml、フスコデ配合シロップ16ml、キョウニン水5mlの混合で分4毎食後寝る前7日分の処方を目盛り取りを分3で調剤して交付していた。1名の患者のお電話で調剤過誤が判明した。	処方元の約束処方では同じ薬剤で分3で処方されることが多く、思い込みがあり、調剤者も鑑査者も見逃してしまっていた。	液剤の調剤の内規で目盛り出しを優先していたが、整数の指示が出せる処方についてはカップ調剤へ改めて、職員に周知した。	確認を怠った	関連医薬品 販売名フスコデ配合シロップ 販売名セネガシロップ シオエ 販売名キョウニン水「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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
35	カルナクリン3錠と薬品名が記載された手書きの処方箋だった。処方元の採用薬がカリジノゲナーゼ50単位トーフへ変更になったばかりだったので、採用品のジェネリックでの処方と確認して調剤、鑑査を行い、患者へ交付していた。調剤録の確認作業で、前回までのジェネリックの銘柄(カリジノゲナーゼ錠50単位「日医工」と違っていることに気づき、患者宅へ連絡したところ、同じ成分であることは説明したが、前回までと同じ銘柄を希望されたので、使用前であったため、処方医に照会を再度行い、自宅へ伺い謝罪し薬を交換で処理とした。	手書き処方せんで規格が漏れていたこと起因、処方元の採用薬がGEへの変更があったため、調剤時に薬歴の記載の確認を十分行っていなかったことが原因、鑑査時にメーカー変更に気づいていたが、問い合わせ内容を確認していたことから、投薬時にも、患者に銘柄変更が説明できていなかったことが不信感へつながってしまった。	調剤時に電子薬歴でコメントの確認をしっかりと行うことを徹底する。鑑査と交付が別の薬剤師になる場合には申し送りをしっかりと行う。	確認を怠った 施設・設備	関連医薬品 販売名カルナクリン錠50 販売名カリジノゲナーゼ錠50単位「日医工」 販売名カリジノゲナーゼ錠50単位「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
36	前回までアドエアは1日2回吸入だったが、今回から1日1吸入に変更となっていた。その変更に入力時・鑑査時に気付かずに誤った用法が書かれた薬情を渡してしまった。その日のうちに入力が変わっていることに気づき患者に連絡した。患者はきちんとDrから変更点について説明を受けており、Drの指示と異なる使い方をしていた。	前回と同じ薬が出ているとどうしても用法まで同じだと思い込みやすくなり、それが今回のミスになった。	・薬品名・用法・用量・日数を一つひとつ丁寧に確認すること・投薬時にDrから何か変えると説明がなかったかなど患者からもヒントをもらえるような質問・説明を心がける	確認を怠った	関連医薬品 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
37	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「センナリド錠12mg、3錠/分1寝る前、28日分」と記載されていた。薬剤師Aはラベルを「1回2錠」のものがよくでているので確認をせずに手に取り付箋した。そのまま鑑査にまわし、薬剤師Bはラベル「1回3錠」のところ「1回2錠」となっている事に気づき薬剤師Aに誤りを伝えた。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった		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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
38	同一処方箋にピソルボン吸入液・ベネトリン吸入液・大塚生食の混合吸入液とクラバモックス小児用配合ドライシロップ(調剤時にシロップとしている)処方されており、レセコンから出した氏名・使用方法等が書かれたラベル(吸入用・シロップ用)を貼り間違えた。患者がラベル通り吸入薬を服用してしまった。幸いにして吸入薬は、残薬を使っており、クラバモックス小児用配合ドライシロップは吸入していなかった。患者が、処方もとに再受診時、話したところDrからは、下痢もしていないので問題ないと説明された。	忙しく焦ってしまっており、ラベルが似ていたこともあり貼り間違えてしまった。焦り	今までは、最終監査者がラベルを貼っていたが、調剤者がラベルを貼り最終監査に回すようにした。吸入ラベルに書かれている吸入薬の周りを赤マジックで囲むようにした。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 仕組み	関連医薬品 販売名ピソルボン吸入液0.2% 販売名ベネトリン吸入液0.5% 販売名大塚生食注 販売名クラバモックス小児用配合ドライシロップ	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
39	ロキソプロフェンの頓服用法が「腰痛時」を「腹痛時」と入力ミスし監査でスルーした。	処方箋の見落とし、継続処方であった	監査時の入力チェックの徹底	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	関連医薬品 販売名ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「クニヒロ」	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
40	インスリン製剤が前回のレベミル注フレックスペンからトレシーバフレックスタッチへと変更になっていたが、D <sub>0</sub> 処方を入力。薬は正しいのお渡ししていた。	D <sub>0</sub> 処方との思い込みから入力、監査ともスルーした。	入力、監査時のチェック	確認を怠った判断を誤った勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 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
41	水剤3種類混合の用法が食後のところ食間と入力ミス。	臨時処方の水薬は通常食間服用で処方があるため思い込みのミス	朝礼にて事例報告。入力、監査の徹底	確認を怠った連携ができていなかった	関連医薬品 販売名キョウニン水「司生堂」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
42	ヒューマログミックス50ミリオペンが夕食直前のところ夕食直後で入力されていたのをそのままお渡し。本日追加のインスリンで1週間用法間違いのまま使用。整形外科受診時に内科処方インスリンについて患者が疑問に思われ質問、ミスが判明した。主治医に連絡し血糖値への変動、低血糖はおこしていないことを確認	追加のインスリンにいをとられ用法入力ミスをおこした。	薬の追加があった場合は用法も徹底して確認する。	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	関連医薬品 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
43	患者の家族より連絡があり、カルベジロール錠10mgの粉碎後の粉がもれているような感じがするといわれた。包数はだいたい13包くらいといわれたため再度調剤してお渡した。	錠剤が服用できない患者のためD指示のもと粉碎を行っている。1日2回の30日処方のため60包を監査後輪ゴムでまき薬袋にいれているのが一部やぶれた様子	監査時には漏れがないか机にトントンとして確認。輪ゴムも注意してかける。	患者への説明が不十分であった(怠った)	関連医薬品 販売名カルベジロール錠10「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
44	レボフロキサシン500の入力が「MEEK」であることに気が付かず「DSEP」で渡しているのに、そのまま交付してしまった	確認不足	薬情の写真で確認する	確認を怠った	関連医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg「DSEP」 販売名レボフロキサシン錠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
45	処方変更がありカレンダーに充填する際に朝・昼・夕・寝の前と順番に入れていくところ、昼の用法の処方はなく、夕食分にVDSの物を充填してしまった。	用法順に充填しており思い込みもあった。確認もしているが、思い込みがあり見逃してしまった。	本来充填するはずのところには、メモ紙がは入っており気づくことができた。さらに、前後の確認も習慣づけられればさらに発生に頻度は減らせるものとする。	確認を怠った その他イレギュラーな状況 その他イレギュラーな状況	関連医薬品 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
46	今回から中止になった薬があり、監査で気づかず投薬時に気づいたので削除しました。		ついうっかりのミスをしないうちに監査を、重点的に行うようにする。	確認を怠った その他今回中止があった	関連医薬品 販売名グリメピリド錠1mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	アラミスト点鼻液の使用回数は大人の場合1回2噴霧である。4歳の子供は1回1噴霧とするところ、定型文の1回2噴霧と誤って記載して交付した。連絡し訂正した			確認を怠った 知識が不足していた ルールの不備	関連医薬品 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
48	アジルバ20mg錠は朝食後 ジャヌビア50mgは夕食後であるが、薬袋に逆に入れていた。監査時に発見した			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 販売名アジルバ 錠20mg 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
49	今回来られた時に、前回にお渡しした薬の中で、チモロール点眼液3本のうち1本が、同日お渡ししたヒアルロン酸点眼液の6本の薬袋に入っていたと患者から指摘された。点眼液を入れるビニールの個袋が似ているため、混同したようだ。			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 販売名チモロール 点眼液0.5%「テ イカ」	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
50	事務員がイクセロンパッチの用法 1日1回貼付 のところ 1日1回塗布と間違えて入力したその後、監査、投薬した薬剤師は 貼付なっているものと思い込み そのまま、薬剤を交付してしまった。	入力の際は 確認不足による入力ミス。監査、投薬の際には、貼付剤であるので貼付で入力されているもの とい う、思い込みがあり確認を怠った。	監査の際には、用法の入力内容と処方箋を照らし合わせて確認するようにする。	確認を怠った その他思い込み	関連医薬品 販売名イクセロン パッチ4.5mg	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	ボナロン錠35mg 1日1回 起床時(週1回) 35日分で処方がありました。週1回のお薬だったので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ボナロン錠35mg 1日1回 起床時(週1回) 5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
2	【般】レバミピド錠100mg 2錠 1日2回 10日分で処方がありました。他の病院よりレバミピド錠処方があり、現在も服用中とのことだったので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、【般】レバミピド錠100mg 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【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
3	メコバラミン錠500 $\mu$ g「SW」3錠 1日3回毎食後 14日分で処方がありました。他の病院より、メチコバル500 $\mu$ g処方されており、現在も服用中の為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、メコバラミン錠500 $\mu$ g削除となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名メコバラミ ン錠500 $\mu$ g「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
4	モーラステープL40mg 112枚で処方がありました。処方制限枚数70枚を超えていたので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、モーラステープL40mg 70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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
5	ルコナック爪外用液5% 2本(7g)で処方がありました。新薬で平成29年4月までは、1本しか出せない為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ルコナック爪外用液5% 1本(3.5g)へ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ルコナック 爪外用液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
6	リリカカプセル25mg 4CP 1日3回毎食後で処方がありました。1回量が割り切れなかったため、処方医に問い合わせを行いました。その結果、リリカカプセル25mg 4CP 1日3回毎食後(朝1・昼2・夕1)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
7	6歳18kg男児に「一般名」ドンペリドンDS1% 200mg 分3が処方されていた。同DSは1~2mg/kg/日が標準用量なので、200mgは過量ゆえ、疑義照会したところ、20mg 分3に変更となった。		小児用量の確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】ドンペリドンシロップ用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
8	3歳女児にオゼックス細粒小児用15%が分3で処方されていた。同細粒は通常、分2で服用する薬なので、疑義照会したところ、分2に変更となった。		徹底的な処方監査、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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
9	「一般名」レボフロキサシン錠500mgが3T分1で処方されていた。同錠1日3Tは過量ゆえ、疑義照会したところ、1T分1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【般】レボフロキサシン錠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
10	4歳男児に「一般名」セファクロル細粒10%が300g分3が処方されていた。300gは過量だが、300mgは少なめなので、疑義照会したところ、400mgに変更となった。		小児用量の確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】セファクロル細粒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
11	ツムラ大建中湯、「一般名」モサブリド錠5mg、重質酸化マグネシウム、「一般名」ドンペリドン10mgの4種が処方に2回ずつ記載されていた。	処方箋のパソコンの入力を誤ったと考えられる。	処方箋監査をしっかりと行う。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用) 販売名【般】モサブリドクエン酸塩錠5mg 販売名重カマ「ヨシダ」 販売名【般】ドンペリドン錠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
12	イトロール20mgを朝夕食後、1回1錠で服用されていて残薬が20錠であることを医師に伝えたところ処方日数が10日分で処方された。次回予約日が42日後であるが次回までイトロールの日数が不足しているため疑義照会して、32日分にもなった。	残薬調整の誤りと考えられる。	患者に残薬の数量をしっかりと確認し予約日までまにあうか薬剤師で確認を行う。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
13	11歳の男児で37kgの方にジスロマック250mg2錠分1昼食後3日分処方。疑義照会したところ、医師がジスロマック小児用の存在をしらなかった。37kgにはジスロマック小児用カプセル100mg4カプセルが適正であると伝えたところ、処方がジスロマック小児用カプセル100mg4カプセル分1昼食後3日分に剤形変更の上、用量変更となった。	医師がジスロマックの小児の量を把握していなかったと考えられる。	小児の場合は年齢、体重を確認して適性をしっかり判断する。	知識が不足していた	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
14	退院後初外来の来局。アムロジピン錠5mg1錠が処方だが、退院時処方を確認したところ、退院時には2.5mg1錠であったと確認。退院時と同じアムロジピン錠2.5mg1錠へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠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
15	【般】ロペラミド塩酸塩カプセル1mg4カプセル分2が処方され1日4mgの投与となるが、常用量1日2mgのため疑義照会。2カプセル分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【般】ロペラミド塩酸塩カプセル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
16	内科定期にてレバミピド錠100mg服用中。整形臨時処方でテプレノンカプセル50mgが処方されていたため、疑義照会。テプレノンカプセル50mgが処方削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名テプレノンカプセル50mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
17	前立腺肥大の患者に禁忌であるセラピナ配合顆粒が処方されたが、前回も同様の処方があり、疑義照会にて処方変更になったいた。今回も疑義照会し、処方変更となった。		薬歴の頭書きに記録を残し、調剤時に確認した際に気付いたので、前回の対策が活かされた。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セラピナ配合顆粒 販売名-  変更になった医薬品 販売名メジコン錠 15mg 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
18	整形定期でセレコックス錠100mg、2錠分2が追加。他院にてロキソニン細粒10%処方あり、頭痛時と寝る前のだいたい1日2回服用中と聴取したため疑義照会したところ、カロナール錠300mgへ変更となった。			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  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
19	アレロック錠5mg、フェキソフェナジン錠60mgが処方されていたが、同効薬であるため疑義照会。アレロック錠5mgは削除、フルナーゼ点鼻液へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アレロック錠5  変更になった医薬品 販売名フルナーゼ点鼻液50μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
20	前回までユベランカプセル100mg服用されていた方。トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」へ変更となっていたが、GEへの変更であればトコフェロールニコチン酸エステルであるため疑義照会。変更はせず、ユベランカプセル100mgでの継続となった。			確認を怠った	処方された医薬品 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」  変更になった医薬品 販売名ユベランカプセル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
21	酸化マグネシウム「NP」原末 5g分2で処方だが、緩下剤の場合、通常1日2gのため疑義照会。酸化マグネシウム「NP」原末2g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
22	ジャヌビア錠50mgとアクトス錠15mgが各1T分1朝食後で14日分出ていた。前回はジャヌビアをリオベル配合錠LDに変更となっていたがジャヌビアの残薬があったのでアクトス15mgだけ出していたので今回変更しなくていいのか問い合わせた。ジャヌビア錠とアクトス錠は中止となり、リオベル配合錠LD 1T分1朝食後14日分が追加された。	次回変更することをカルテに記載していなかったのかも。	変更予定を記録しておいて、変更されていない場合は問い合わせる。	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 販売名ジャヌビア錠50mg 販売名アクトス錠15  変更になった医薬品 販売名リオベル配合錠LD 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
23	耳鼻科の処方箋を持参。過去に、ジェニナックとبرانルカストと一緒に服用して、20分後に発疹がでた、との副作用情報を聴取していた。今回ジェニナックが処方されていたため、クリニックに疑義照会したところ、グレースビットに変更となった。			その他クリニックでの確認もれ	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg  変更になった医薬品 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
24	耳鼻科の処方箋持参。キプレス細粒が1日2回で処方あり。疑義照会したところ、1日1回に訂正となった。			その他クリニックでの間違い	処方された医薬品 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
25	歯科の処方箋持参。セフカペン処方あり。併用薬確認したところ、クラリスロマイシンあり。系統の違う抗菌薬なので併用しても問題ないが、念のため疑義照会したところ、セフカペン処方中止となった。			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
26	ミカルデイス40mgが63日分と73日分で重複し、いつも出ているミコンビ配合錠APが削除されていたため患者に確認。ミカルデイス40mgを他の薬より10錠多く出してもらったとのことだったため疑義照会し、処方に変更になった。処方医よりミカルデイス40mg63錠を消そうとしてミコンビ配合錠APを消してしまったとのこと。	処方医の間違い。	前回との処方の変更点を把握し、患者としっかり確認を行うことを徹底する。少しでも疑問に思うことは患者に説明し、疑義照会をさせていただく。	その他医師の間違い	処方された医薬品 販売名ミカルデイス錠40mg  変更になった医薬品 販売名ミコンビ配合錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
27	耳鼻科へ副鼻腔炎の治療でかかった透析患者。耳鼻科の医師には透析をしていることを伝えずに処方せんが発行され、薬局で受付時に判明。抗生物質グレースビットは透析患者へ投与できないわけではないが、減量が必要となる。文献から根拠となるデータを提示し処方医へ疑義照会をし、2錠 分2 5日分のところ 1錠分1 隔日投与 3日分へ変更となった。	医院、薬局ともに新規の患者であり「透析」をしている患者と接するのは稀な環境条件もあり、処方の用量を変更する可能性があることを認識できていなかったと考えられる。	初回質問票にて、透析をしているか否かも項目に加えることを検討する。	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 医薬品 教育・訓練	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
28	ベネット75mgが4週に1回になっているのに気付いて問い合わせた。12月は月に1回となっていたが服用日を指示して2日処方されていた為、合わせて伝えた。4週に1回から月に1回に変更になり、今回より毎月27日に服用日を固定してもらうことになった。	前回まで月に1回だったのになぜか今回より用法が変更されていた。12月に2回服用日の指示があった時点で気付くべきだったが、初回は1日分で、その後薬が足りなくなると1日分が追加されたのでミスを見逃してしまった。	ビスフォスフォネート剤は用法が色々あるので毎回注意する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ベネット錠 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
29	退院後の初受診。入院中はフルティフォーム125エアゾール56吸入用を1回4吸入1日2回(1日8吸入)で処方されていた。次回受診日が4週間後であったが、フルティフォーム125エアゾール56吸入用は1瓶のみ処方だったので疑義照会し、フルティフォーム125エアゾール120吸入用を2瓶に変更になる。	院内採用はフルティフォーム125エアゾール56吸入用のみ。年明けで多忙であったため、怠りがあったかもしれない。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フルティ フォーム125エア ゾール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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
30	患者は数年前から、A病院でファモチジンD錠20mgの他高血圧薬など数種類の薬剤を服用中。12月に消化器専門のBクリニックを受診し、胃カメラの結果ピロリ除菌療法をうける。継続治療でタケブロンOD錠15mgを服用。今回A病院を受診しファモチジンD錠20mg他処方される。お薬手帳を確認したところ、タケブロンOD錠15mgを服用していることを確認。A病院に疑義照会し処方削除になる。	患者はA病院でもBクリニックでもお薬手帳を提出したが何も言われなかったとのこと。両医療機関の医師による確認不足が原因と思われる。	患者にも他の医療機関を受診する際は、処方された薬と服用中の薬との併用について問題ないか確認してもらうよう指導する。	確認を怠った その他科受診の確認不足	処方された医薬品 販売名ファモチジンD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
31	フスコデ配合錠が6T分3で出ていたので成人は通常1回3Tだが間違いはないか問い合わせた。6T分3 9T分3に変更となった。	急に使用するようになったので用量を覚えていないよう。	用量がおかしい場合は確認する。	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
32	3歳児に対しブスコパン錠10mgが1回1錠頓服1回分の指示にて処方。過量である旨疑義照会し、1回0.5錠を2回分へ訂正となった。	医師は当初より1回0.5錠で処方したかったようであるが、処方せんへの記載方法が分からず、1回1錠1回分の処方記載となってしまったとのこと。	特になし。	その他医療機関側の要因	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
33	薬歴にて緑内障治療中と聞き取りがあったが受付鑑査時に見落とし、処方通りで調剤。その後鑑査時に薬歴を確認すると緑内障治療中であると気づき、疑義照会にて処方変更になった。	かぜ薬と安定剤の臨時処方処方歴があるかどうかに注目。処方歴はあったがその時は緑内障治療中である事を聞き取っておらず、その後聞き取りしており、今回緑内障である聞き取り後初の処方となったのだが、調剤者は処方歴があった事で病歴の確認を怠った。 作業手順の不履行	処方監査時の病歴確認は処方歴があっても必ず確認し、疑義照会の履歴がない場合は必ず確認する	確認を怠った ルールの不備	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒  変更になった医薬品 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
34	前回ピラノ錠20mgが初処方。今回も同処方があったが、患者からお話を伺ったところ、ピラノを服用したら胃が痛くなり、中止したら治ったとの話を聴取。疑義照会した所、ザイザル錠5mgに変更となった。	医療機関にて、診察時に前回開始の薬服薬による変化について確認できておらず、また患者も医師に伝えていなかった。	変更による影響について確認し、適切な治療が行えるようにします。	患者側 その他医療機関の 確認漏れ	処方された医薬品 販売名ピラノ錠 20mg  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
35	門前病院の処方箋を持って家族が来局。風邪をひいたためカフコデ配合錠が処方。以前より同病院の泌尿器科より処方のエブランチルを服用しており、排尿状況を確認したところ、服薬でようやく自力で排尿できている状態で、症状が重いときは導尿も行っていたとのこと。カフコデ服用による排尿障害のリスクを避ける為、門前病院に疑義照会したところ、メジコンへ変更となった。	同じ病院に受診したためお薬手帳を提出しなかった可能性が考えられる	同じ病院でも受診する科が異なる場合は手帳を提出するように指導を行っていく。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
36	風邪症状で受診。フェキソフェナジンが処方される。お薬手帳にて皮膚科でアレロックを定期服用中であることを確認した。用法も重複しており、同効薬重複のため疑義照会した。フェキソフェナジンは処方削除となった。		現在服用中の併用薬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
37	【般】クラリスロマイシン錠200mg 1T 分1夕食後 7日分 という処方を受けた。定期でベルソムラを服用していた患者であったため、疑義照会を行ったところ、レボフロキサシン錠250mg「トーワ」に変更になった。	医師がベルソムラとクラリスロマイシンが併用禁忌であることを見落としていたと思われる。	クラリスロマイシンのレセコン定型コメントに「ベルソムラ禁忌」と記載。	知識が不足していた	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 販売名レボフロキサシン錠250mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	定期薬でアダラートCR錠20mg 1T分1寝る前を出ていた患者に前回アダラートCR錠10mg 2T分2起床時・寝る前が追加になっていた。本日定期薬が処方され、アダラートCR錠20mg 1T分1寝る前 35日分、アダラートCR錠40mg 1T分1寝る前 35日分、アダラートCR錠10mg 1T分1起床時 15日分を出ていたため、寝る前のアダラートCRは30mgから60mgへ増量で間違いないか問い合わせた。事務員が対応してくれて、カルテには寝る前のアダラートを30mgから40mgに増量と記載しているが医師に確認するということで折り返しの返答となった。結局アダラートCR錠20mgを削除と返答があった。	処方量を変更した際に以前から出ていたアダラートCR錠20mgを削除するのを忘れたよう。	定期処方ではない時の処方変更が定期処方で反映されているか確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アダラート CR錠20mg 販売名アダラート CR錠10mg 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
39	耳鼻科の処方箋を、家族が持参。トスフロキサシンが、体重より多い量で1日3回処方を出ていたため、疑義照会して、体重に合う量で1日2回に訂正となった。			その他クリニックでの間違い	処方された医薬品 販売名トスフロキサシンシル酸塩 小児用細粒15% 「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
40	耳鼻科の処方箋を持参。お薬手帳で確認したところ、皮膚科よりレボフロキサシン250mg処方されて服用中。耳鼻科よりレボフロキサシン500mg処方されていたため、疑義照会したところ、処方削除となった。			その他患者が申し出忘れ	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
41	利尿剤。通常、夜間頻尿の懸念があるため朝もしくは昼に服用するが、夕食後の処方だった。鑑査時に不備に気付かず、患者説明時に気付き、疑義照会。朝食後に変更になった。	・該当患者は夜間～明け方にかけての血圧が高く、以前からアテレックを夕食後に服用していた。そのため、利尿剤に変更となった今回も、誤って夕食後のまま処方がなされたと推察される。・閉店間際の人が少ない時間帯だが、年明けという事でかなり混雑していた。該当患者の処方剤数も8剤と多かつたため焦ってしまい、新規の処方だったにも関わらず用法の不備を見落としてしまった。	今回、当薬局でもよく処方のあるフロセミドだったため、添付文書の見落としもあった。新規の処方時には用法をはじめ、必要事項を全て確認のうえでだすよう心掛ける。	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 販売名フロセミド錠40mg「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
42	患者が処方箋を4枚持って来局。全13品目。調剤者は異動してきて1週間、薬剤師1年目の新人薬剤師だった。今回、メチコパールが「3錠 分1 朝食後」と処方箋に記載してあった。前回処方箋は「1錠 分1 朝食後」である。事務員がそのまま入力した。調剤者は鑑査支援票に変更点を記載したが、用法の疑義に気付かず、そのまま調剤し、鑑査者に回した。鑑査者が用法間違いに気づき、病院へ疑義照会をしたところ、「3錠 分3 毎食後に変更になった。	新人薬剤師であり、異動して間もないことから、作業に不慣れであった。また、処方医薬品の多さがあり、焦りが発生し、処方鑑査という単純なミスを犯したと思われる。	作業手順の徹底と教育を行う。	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
43	整形外科処方箋でレバミピドの処方。内科からレバミピドが定期で処方されており、重複。疑義照会の結果整形外科のレバミピドが削除となる。	整形外科にて内科処方を把握していなかった可能性がある。	他科受診のある患者に関しては、必ず併用の確認。	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「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
44	アスピリンシロップ 1.5ml分3毎食後の処方。年齢に対して用量が少なすぎたので疑義照会した所、アスピリンDs1.5g分3毎食後の間違いであった。	入力時にシロップとDsの選択間違い。	小児の用量確認を怠らない。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アスピリンシロップ0.5%  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
45	吐き気時にナウゼリン錠が出ているが、医師からは坐薬が処方されるときいた。本人1歳。疑義照会の結果ナウゼリン錠坐薬に変更となった。	処方せん入力の際に錠剤と坐薬の選択間違いをしたと思われる。	初回処方時の背景を必ず確認。	コンピュータシステム	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
46	ザジテンが初処方であるが、熱性痙攣の既往あり 疑義照会の結果ブランルカストに変更になる。	熱性痙攣の既往がDrに伝わっていなかった。	新規処方時の添付文書確認を徹底。熱性痙攣の確認。	その他患者の既往確認	処方された医薬品 販売名ザジテンドライシロップ0.1%  変更になった医薬品 販売名ブランルカストDS10%「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
47	0歳の患者。フスタゾールが0.55g/日にて処方。量が多すぎるので疑義照会した所、0.05g/日に変更となった。	用量計算間違い。	新規処方時の用量計算確認を怠らない。	その他用量計算間違い コンピュータシステム	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	リマチル錠100mg 1T 1X の処方であったが、薬歴の記録を見ると高度の腎障害であることが記載されていた為、疑義照会する。その結果プレドニゾン錠5mg 0.5T 1X に変更となった。			患者側	処方された医薬品 販売名リマチル錠 100mg  変更になった医薬品 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
49	クラビット錠250mg 2T 2X 朝夕食後の処方であったが、添付文書上の用法と異なる可能性がある為疑義照会する。その結果クラビット錠500mg 1T 1X 朝食後に変更された。			医薬品	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
50	新患として来局。投薬の前新患アンケートを見て、高血圧の治療中という旨を確認したため、今回処方された薬は服用が可能か添付文書をチェックしたところ、ブラデスミン配合錠は高血圧患者に対して「水及び電解質代謝作用により高血圧症が増悪する恐れがある」ため原則禁忌であるという記載を発見し、処方医に疑義照会を行ったところ、ブラデスミン配合錠は処方削除となりました。	その日は新患が多く、焦りがあった。それに加え、投薬を担当した薬剤師の知識不足により、投薬直前まで原則禁忌であることに気が付かなかった。	新患の場合は、投薬前は電子薬歴に現病歴などのデータが何も入っていない状態なので特に注意して処方された薬について一度添付文書を確認することを徹底する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ブラデスミン配合錠	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
51	緑内障患者にポラミンの処方。疑義にてポラミン処方削除	患者本人が医師に緑内障治療中を伝えなかった。お薬手帳活用不足。	患者へ緑内障と抗コリン剤服用について指導。点眼薬も内服の選択に影響することを説明。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ポラミン錠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
52	ツムラ91処方されている患者にインタビュー。症状と一致しないために疑義。ツムラ19に変更	処方入力時のミス。19と91を逆に入力	症状を聞き取り薬効が合致しているかを確認する。	医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ竹じょ温胆湯エキス顆粒(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
53	レルベア常用している患者にアドエア処方	他科の常用薬を患者側が医師に伝えずに体調変化だけを相談した。	患者教育。手帳等を用い常用薬を伝える事。外用でも必要。	教育・訓練	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
54	小児に新薬ピラノア処方。適応年齢に達しないため疑義。処方変更。	確認不足	医師とともに使用可能年齢を確認	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ピラノア錠 20mg  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
55	ジスロマック類似薬であるクラリスで副作用歴があるのに処方。処方が変更された。	患者および家族による情報伝達不足	患者教育、同じ病院でも医師が異なる時は自分の副作用歴を申し出るよう教育。	連携ができていなかった 知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ジスロマックカプセル小児用 100mg  変更になった医薬品 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
56	同時持ち込みの処方。整形でネキシウム、糖尿でランソプラゾール処方。効能重複のため削除。	患者が糖尿のランソプラゾールを調整服用しているなか、整形で胃薬を希望した。	自分の服用薬を把握しそのうえで希望を伝える様に指導	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 販売名ランソプラゾールOD錠15mg 「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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
57	PL配合顆粒処方だったが、前立腺肥大症治療中、高齢者であったので投与禁忌事例にあたりと判断し疑義照会した。結果カロナル錠200に変更となった。	配合剤にて禁忌薬剤が入っていることがわかりにくかった可能性があった。		医薬品	処方された医薬品 販売名PL顆粒  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
58	アコファイド錠100mgが食後で処方されており、添付文書では食前となっているため、疑義照会し食前の処方へ変更となった。	作業手順の不履行。確認を怠った。		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
59	風邪を引いて、内科でムコダインが処方されており、服用中だった。鼻炎でいつもザイザルを飲んでいて、ザイザルをもらう為に耳鼻科を受診すると、ムコダインと一緒に処方された。重複投与・過量投与にならない様、疑義照会にて、耳鼻科処方のムコダインが削除になった。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
60	ミカルデイス錠20mgが追加になっていたので血圧が上がったのか確認すると、いつもの薬は同じはずで追加の説明も聞いていないというので問い合わせた。定期薬に変更はないということでミカルデイス錠20mgは中止となった。	薬剤毎に番号をつけて、その番号をカルテに記載したものを事務員が処方入力する施設だった。カルテを確認してもらいと、以前出ていた時の薬の番号を間違えて書いていたそうで、その番号のまま処方箋が作成されたので間違ったとのこと。ミカルデイス錠20mgは2014.6まで処方されていたのでカルテにはミカルデイス錠20mgの番号があったそう。	処方変更時に説明を受けていないなどがあれば問い合わせで確認する。	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 販売名ミカルデイス錠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
61	患者は内科に受診し、定時薬の他に臨時薬としてPL配合顆粒が処方されていた。ところが患者は同クリニックの泌尿器科にも受診しており、薬は服用していないが軽い前立腺肥大であった。PL配合顆粒は前立腺肥大の患者に禁忌であり、薬歴表紙に前立腺肥大既往の記載があったため、当事者の薬剤師が疑義照会を行ったところ、薬剤が変更された。	前立腺肥大治療薬の処方歴はなくても、薬歴表紙の疾病既往歴に記録があったことから防げたと思われる。	薬歴表紙確認を毎回行う。	その他疾病禁忌薬の見落とし	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 販売名 販売名 販売名  変更になった医薬品 販売名カロナール錠200 販売名メジコン錠15mg 販売名ムコダイン錠250mg 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
62	耳鼻科の処方箋を持参。レボフロキサシン処方あり。薬歴を確認したところ、13年前に薬疹でたとの記録あったため、疑義照会したところ、メイアクトに変更となった。			その他クリニックでの確認もれ	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠250mg 「サワイ」  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
63	耳鼻科の処方箋持参。プレドニンの漸減療法と思われる記載の処方箋だったが、プレドニン5mg 3T 3×3日分、プレドニン5mg 4T 2×4日分で、2番目にのむ方が1日量が多いため、疑義照会した。2番目の処方が2T/日に変更となった。			その他クリニックでの間違い	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
64	喘息治療中でアドエアディスクスを定期使用中。今回、咳症状のためツロブテロールテープが処方された。2刺激薬重複のため疑義照会を行ない、ツロブテロールテープはテオドールに変更された。		現在服用中の薬剤との飲み合わせ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 販売名ツロブテロールテープ2mg 「HMT」  変更になった医薬品 販売名テオドール錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
65	ユリーフ錠4mg 2T 分2で出ている患者にハルナールD錠0.2mgとステープラ錠0.1mgが追加されたので、重複していると問い合わせた。どうしても出したいということだったが、併用難しいと伝えて何が併用出来るかと聞かれたのでパラプロストカプセルがあると返答したが、結局ウブレチド錠が追加となった。	残尿感があるとの訴えで何か出したかったよう。泌尿器科でハルナールと何かを併用していますよねと言われたが何かが分からず出ている患者名も分からないということで見えて併用出来ると思ったのか不明。	重複処方には問い合わせせていく。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ハルナールD錠0.2mg  変更になった医薬品 販売名ウブレチド錠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
66	歯科の処方せん持参。セフカペンピボキシルとロキソプロフェン処方あり。併用薬を確認したところ、他院でロキソプロフェンを1日3回処方されていたため、歯科からのロキソプロフェンは不要ではないかと考え疑義照会した。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 販売名ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「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
67	耳鼻科の処方箋持参。耳が聞こえないため、併用薬などの聞き取りがうまくいっておらず、今回はじめて併用薬があることがわかった。クリニックも把握できてなかったようで、併用注意のため疑義照会した。他院よりロキソプロフェンの処方あり、耳鼻科よりグレースピット処方により、併用注意。疑義照会したところ、メイアクトに変更となった。			その他クリニックでの確認ミス	処方された医薬品 販売名グレースピット錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
68	エピナスチン塩酸塩DSとبرانلカストDSを定期で服用中の患者。兄弟の処方せんを同時に受付。体重が軽い兄弟の方が薬の増量をされており、当人よりも用量が多く処方。心臓疾患をもたれている為に用量少なく処方されている可能性も考えたが、念のため疑義照会を行うと増量し忘れたとのことで、用量が変更となった。			医薬品	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」 販売名برانل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
69	ランソプラゾールOD錠15mg服用中の患者に他病院からシメチジン錠200mgが処方された。当薬局も初来局で事前情報なし。お薬手帳を確認し、PPI服用中であることが判明。疑義照会を行い、シメチジンからムコスタへと処方変更となった。			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 販売名シメチジン錠200mg「サワイ」  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
70	緑内障の患者にゼスラン錠の処方があったため、疑義照会したところ、削除になった。	薬歴より、既往歴を確認した。		その他既往歴で確認 その他既往歴で確認 その他既往歴で確認	処方された医薬品 販売名ゼスラン錠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
71	緑内障治療中の患者にサラザック(=PL)処方	風邪症候群で受診の患者にサラザック顆粒が処方された。処方医には緑内障の治療中のことを告げていなかったため、疑義照会を行い、影響がないセチリジン10mg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 販売名サラザック配合顆粒  変更になった医薬品 販売名セチリジン塩酸塩錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
72	トランサミンカプセル250mg 6Cap 3xの処方があった患者。過去に1回500mgで食欲不振の副作用があったことが患者からの聞き取りでわかっていた。処方医に疑義照会を行い、処方量の半量(1回250mg)に減量となった。半量であれば問題ないことも過去に確認済みである。	トランサミン500mgで過去、食欲不振の副作用あり		連携ができていなかった	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
73	以前、PL、アストフィリンにて尿閉を起こしたことがある患者。抗コリン剤は投与注意としていた。今回、鼻水止めとしてゼスラン処方。しかし尿閉を起こす可能性が否定できないため、処方医に疑義照会を行い、ジルテックに変更となった。	抗コリン剤で尿閉を起こした患者にゼスラン処方		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ゼスラン錠3mg  変更になった医薬品 販売名ジルテック錠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
74	鼻水が出るとのことで受診し、ゼスランが処方された。患者は妊娠17週目であり、ゼスランは妊婦には投与しないことが望ましいとされている(添付文書より)処方医に疑義照会を行い、影響が少ないジルテックに変更となった。	妊娠17週の妊婦にゼスラン処方		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ゼスラン錠3mg  変更になった医薬品 販売名ジルテック錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
75	前立腺肥大の治療中の患者にPL処方。PLは前立腺肥大には禁忌のため、ジルテックに変更となった。	前立腺肥大の治療中ということを以前に聞き取っており、今回風邪症候群で受診。		確認を怠った	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 販売名ジルテック錠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
76	セレコックス錠とテブレノンカプセルの処方であったが、患者から現在胃潰瘍かもしれないとお話があった為、受診した病院に問い合わせたところ胃潰瘍の治療中である事が判明した。そこで処方医に疑義照会すると両方の薬剤が削除された。			患者側	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 販売名テブレノンカプセル50mg 「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
77	併用薬で緑内障の治療薬(目薬)を使用中であったことがお薬手帳から判明したため、処方医に疑義照会を行い、ゼスラン ジルテックに変更となった。	緑内障の治療中の患者にゼスラン処方		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ゼスラン錠3mg  変更になった医薬品 販売名ジルテック錠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
78	緑内障治療中の患者にPL処方。当薬局にて緑内障の治療薬を調剤し投薬している患者。今回、禁忌薬のPLが処方されたため、処方医に疑義照会を行い、ジルテックに変更となった。			確認を怠った	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 販売名ジルテック錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
79	以前より前立腺肥大の治療を行っている患者。禁忌薬のテルギンGが処方されたため、疑義照会の上、ジルテックに変更となった。	前立腺肥大症治療中の患者にテルギンG処方。		連携ができていなかった	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%  変更になった医薬品 販売名ジルテック錠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
80	外用薬を処方された患者であったが、いつもの内服薬が処方されておらず、手持ちも2日分しかないと思われた為、患者に内服薬は中止されたのか質問してみたところ、医師からは何も聞いていないとのことであった。そこで疑義照会する。その結果いつも通りの内服薬が追加された。			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
81	白内障手術後の薬として腎機能障害時には禁忌薬「ジクロフェナクNa錠25mg 2T2x3日分」処方されていた。手術前確認として眼科病院側カルテを確認。検査値上、重度の腎機能低下が見られたため、疑義照会。ジクロフェナクは中止。代わりに「カロナール錠200mg 頓服疼痛時」で処方となった。	薬局側病院側ともに腎機能障害を把握していなかった。手術前の泌尿器科主治医よりの紹介状により判明。手術前は病院側と連携してカルテを確認しているため、確認が取れ、今回未然に防げた。	腎機能低下時には禁忌薬があることを病院側に伝える	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジクロフェナクNa錠25mg「サワイ」  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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
82	ユリーフとウブレチド服用中の患者にホモクロルシクリジンが出たので問い合わせたが医師はそのまま出すようにという指示で変更されず、患者に尿が出にくくなる恐れがあると説明して投薬していたら、鼻水は止まっているし、尿が出にくくなるなら要らないと言われたので再度問い合わせで中止となった。	下痢になるが尿が出ないほうが嫌だということでウブレチドが出ている患者だが、医師はあまり気にしていなかったよう。患者の希望があれば中止になった。	副作用の可能性がある時は問い合わせる。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ホモクロルシクリジン塩酸塩錠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
83	眼科でタブロス点眼液とコソプト配合点眼液が出ている患者にホモクロルシクリジンが出たので問い合わせた。ホモクロルシクリジンを中止でアレグラ60を2T分2と返答があったが、定期薬でタリオン錠10mg 1T分1 寝る前で飲んでいたので、タリオンを1日1回1Tで追加してはどうかと提案して、タリオン錠10 1T分1 朝食後3日分が追加された。	眼科の薬を把握していなかったのかも。定期薬を考慮せずにその日の症状だけで処方を考えているよう。	併用薬も合わせて監査して問題がある時は問い合わせる。	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 販売名ホモクロルシクリジン塩酸塩錠10mg「NP」  変更になった医薬品 販売名タリオン錠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
84	内科を含む3科の処方せんを持って患者が来局。内科の処方せんにクリアミン配合錠Aが処方されていた。薬歴を確認したところ、外科でイトリゾールカプセルのパルス療法中であることがわかった。クリアミン配合錠とイトリゾールカプセルは併用禁忌である。現在、イトリゾールは休薬期間中であったがメーカーに確認したところ、パルス療法中は休薬期間中も併用は避けるとの回答を得た。また、最終投与後2週間あけてから投与することも判明した。処方医にイトリゾールのパルス療法中、休薬期間中も併用禁忌の旨を伝え、処方が削除になった。	外科でイトリゾールのパルス療法中であったが、処方医が知らなかった可能性がある。	併用禁忌が多い薬を服用中である患者の薬歴には、その薬を服用中である旨を記載し注意喚起する。また、患者本人にも飲み合わせが悪い薬が多い薬であることを伝え、他科に受診する時は該当の薬を服用中である旨を伝えるように指導する。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名クリアミン配合錠A1.0	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
85	メチコパール500µgが2回、重複して処方されていた。			判断を誤った その他医師の入力 間違い	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
86	一般名処方で、20歳代に、200mg 1回1錠の服用指示があった。用量不足を疑義照会し、1回2錠服用に訂正された			医薬品 その他医師の処方ミス	処方された医薬品 販売名【般】アセトアミノフェン錠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
87	ハイペン錠の規格の表示がなく、医師に疑義照会したところ200mgと判明			その他医師 錠剤規格もれ	処方された医薬品 販売名ハイペン錠200mg  変更になった医薬品 販売名ハイペン錠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
88	A病院内科よりロキソプロフェンNa錠60mgとレバミピド錠100mgの処方。当該患者はB病院に定期でかかっている。レバミピド錠100mgを継続服用しており、重複が判明。A病院へ疑義照会しレバミピド錠100mgが削除となる。	A病院で患者が服用している薬の内容を把握していなかった。	患者にお薬手帳を活用するように指導。	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「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
89	B病院より前立腺肥大でハルナールとアボルブを服用中の患者。風邪症状でA病院を受診。PL配合顆粒、イブプロフェン錠100mg、ポラミン錠2mgが処方となる。尿閉の具合を確認すると、出ずらい時があるとの訴えの為、PL配合顆粒、ポラミン錠2mgを服用した際症状悪化の可能性があるので、A病院に前記内容を疑義し処方がツムラ葛根湯に変更となった。	A病院はB病院で前立腺肥大の治療をしていることを把握していなかった。	患者にお薬手帳を活用するよう指導。	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 販売名ポラミン錠2mg  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
90	定期的を受診している患者。今回処方内容は定期処方にドキサゾシン錠2mg「日医工」が血圧が高いとの理由で追加。当該患者は1年ほど前にドキサゾシン錠2mgを服用時、胃のムカつきが発生し中止した経緯があり、疑義照会にて確認を行ったところ、ドキサゾシン錠2mgが削除となった。			その他病院側記録	処方された医薬品 販売名ドキサゾシン錠2mg「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	トラムセットが前回、一包化から外していたので今日も看護師に確認したところ、食欲が無くなるので主治医に相談されて中止にしてもらったと返事あり。しかし、処方せんに記載があるので疑義照会する。			その他疑義照会	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
92	患者が体調を崩し病院を受診。病院は混雑しており、あわただしい雰囲気の中、咳止めや解熱薬を処方した。その後門前の当薬局に来局、常勤事務が処方箋を受け取り通常通り入力を行った。同一人物がピッキングを行い、鑑査に回し常勤薬剤師が監査を行った。本患者はパファリンとルルで蕁麻疹を起こした副作用歴があり、患者に確認したところ成分は不明だが市販薬のパファリンで蕁麻疹はあるという事なので、処方医師に問い合わせをしパファリンで蕁麻疹を起こしたことがあること、パファリンの成分にアセトアミノフェンがあることを伝えた。その後医師からアセトアミノフェンではなくロキシニオンに変更するという連絡を受けた。	病院が混雑し通常の心理状況ではなかったこと単純なミス、焦り	薬歴の確認を徹底すること入力の際にレセコン上でコメントを残すなどをしダブルチェックを徹底する	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 販売名アセトアミノフェン錠200mg (TYK)  変更になった医薬品 販売名ロキシニオン錠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
93	他院でメチコパール錠500μgを服用中の患者にメコパラミン錠500「トーワ」が処方された。重複の為、疑義照会し削除。	処方医が他科受診、併用薬確認を怠った。	薬局でもお薬手帳に記載のない病院からの処方薬もあるので、患者からの聞き取りを必ず行う。特に薬の追加、変更時には十分注意する。	その他処方医の確認不足	処方された医薬品 販売名メコパラミン錠500「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
94	ゼスタッククリーム他の処方であったが、薬局の記録に以前使用後、ひりひり感がでたとの記録があった為疑義照会する。その結果ヘパリン類似物質クリーム0.3%に変更となった。			患者側	処方された医薬品 販売名ゼスタッククリーム  変更になった医薬品 販売名ヘパリン類似物質クリーム0.3%「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
95	テプレノンカプセル50mg 他の処方であったが、薬局の記録にこの薬剤でアレルギーがでたとの記載があった為、疑義照会する。その結果ムコスタ錠100mgに変更された。			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」  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
96	膀胱炎でクラビット錠の処方であったが、薬歴にクラビット錠で副作用の疑いがあることが確認できたため、疑義照会を行った。副作用の「疑い」で他に安全に使用できる抗生剤が定かではないのでやむを得ずクラビット錠を選択したと医師から回答得られた。お薬手帳より直近1年以内にフロモックス錠が他病院から処方されており、副作用も確認されていないことを情報提供したところ、結果的にクラビット錠からフロモックス錠に処方変更となった。	薬歴の副作用歴の記録やお薬手帳の記録が不十分であったと考えられる。	定期的にお薬手帳の副作用情報などの基本情報を更新するように努める。	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 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
97	A病院から3日前に14日分サーカネッテン配合錠が処方されている患者がB病院から同薬28日分の処方箋を持参し来局。A病院の医師が自分と合わないと感じて病院を変えたが、処方されていた薬についてB病院の医師に伝えず受診したため、結果的に重複処方となってしまった。B病院の医師に疑義照会を行ったところ、サーカネッテン配合錠は削除となった。	お薬手帳の使い方の説明や重複投与を防止する重要性についての説明が不十分だったと考えられる。	新規で服用開始する薬を調剤した患者に対して、他の医療機関受診するときは必ず医師へ報告するように注意喚起を徹底する。	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 販売名サーカネッテン配合錠	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
98	同じ小児科から同じ患者が日付が1日違いの2枚の処方箋をもって来局。前日処方では、「クラリスロマイシンDS、カルボシステインDS、ペリアクチン酸、アスピリン酸、ホクナリンテープ1mg、アルピニー坐剤(頓用)」翌日の処方で「タミフルDS、カロナール細粒(頓服)」であった。患者は前日にインフルエンザ陰性と診断されたが、その日は薬局に寄ることが出来なかった。翌朝も熱が上がったため再度病院を受診しインフルエンザ陽性となった。2枚の処方せんを同時にもってきたため、インフルエンザと診断されたのに、クラリスを飲む必要があるか、という事とカロナール細粒とアルピニー坐薬の両方を処方する必要があるか、という内容で疑義をかけた。結果、前日の処方せんからアルピニーとクラリスロマイシンDSが削除となった。	同日に2つの処方せんをもってきたので、気づけた。もし前日の時点で別の薬局で調剤済になっている、アルピニーとカロナール細粒を同時に使わないように注意喚起を行ったり、クラリスの必要性を疑義かけるべきだろう。	特になし。別日調剤であっても気付けるように、これからもお薬手帳を持参してもらい、しっかり確認する事が大切だろう。	その他1日目インフル陰性	処方された医薬品 販売名アルピニー坐剤 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
99	患者の家族が処方箋をお持ちになった時に残薬確認したところ、処方されていた薬(ブラビックス錠、ベザトール錠)に残薬があることが判明。今回処方されなかった薬が2種(プレタール錠、レバミピド錠)あったが、処方されなかった2種は残薬がない事が家族のメモで判明した。Drに疑義照会し、処方されていた薬は削除に、処方されなかった薬が処方されることとなった。		残薬確認をする事でわかることと考える。	その他処方ミス	処方された医薬品 販売名ブラビックス錠25mg 販売名ベザトールSR錠200mg  変更になった医薬品 販売名プレタールOD錠50mg 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
100	<p>普段よりイブプロフェン錠を服用している患者だが、セキ、喉の訴えありで臨時薬が追加となっていた。臨時薬にはロキソニンが処方されていて、重複する事から本人に確認をとり医師に疑義照会した。医師によると臨時薬のロキソニンを優先して服用してほしいとの事。ロキソニン服用中はイブプロフェンを中止して、ロキソニン服用が終了したらイブプロフェン再開するように指導するよう回答あった。イブプロフェンを服用中であり、ロキソニンに切り替える必要性がないのでは?とDrに伝えしたが、ロキソニンが中止となることはなかった。医師からの説明がなかったようで、患者もどのように服用していいか理解していなかった。</p>		<p>同系統の薬が処方されていれば重複は気が付くと思われるが、医師の方針が全く記載されていない事から、どのように服用していいかわからない。疑義照会して方針を確認する必要がある。</p>	<p>その他処方内容説明不足</p>	<p>処方された医薬品 販売名ロキソニン錠60mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
101	<p>コンプライアンスに問題があり一包化して服用日を印字している患者が今月初旬に28日分出ていたが約10日後に薬がないと受診して、7日分だけ出して次回残薬確認となっていたのに、本日28日分出ていたので残薬はどうなったのか問い合わせた。そのままという返事で患者に残薬を確認するともうないということだったので、長期になると管理が難しいようなので日数を減らしてはどうかと再度問い合わせた28日分が14日分に変更となった。</p>	<p>コンプライアンスに問題があることは把握しているのに、残薬確認もせずに今まで通り長期で処方していた。前回の経緯をカルテに記載していないのかも。</p>	<p>受診間隔に問題がある場合は問い合わせる。</p>	<p>確認を怠った記録などに不備があった</p>	<p>処方された医薬品 販売名アゾセミド錠30mg「JG」 販売名シロスタゾール錠100mg「日医工」 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」 販売名オルメテックOD錠10mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
102	セレコックス(100)処方あり。70歳代、他院で腎機能低下指摘あっている患者であることに薬剤師が気づき処方医へ問い合わせ。カロナール(500)へ変更となった。	腎機能低下について患者は認識していたが、受診先の主治医へは伝えていなかった。		その他患者教育	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
103	カロナール(300)処方あり。薬剤師が患者より胃潰瘍治療中であること確認。患者は主治医へも伝えたとのことであったが、禁忌のため薬剤師が主治医へ問い合わせ。カロナール削除となった。			教育・訓練	処方された医薬品 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
104	緑内障の疑いがあるがPL配合顆粒が処方されていた。疑義照会したところカロナール錠200mgに変更になった。	患者が緑内障であることを医師が見落とししていた可能性ある。	薬歴に病歴をしっかりと記入し、禁忌薬を確認する。	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
105	今までグラクティブが処方されていたのだが、今回からトルリシティが始めて処方された。グラクティブ錠50mgは今回も処方に記載されていた。作用点が同じため疑義照会をしたところ、グラクティブ50mgが削除になった。	詳細は不明だが医師が薬効薬理を理解していなかった可能性あり。	初回の薬についてはきちんと薬効薬理を確認して同じ作用点の薬については疑義照会を行う。	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	患者のくすり手帳に緑内障治療の点眼薬の記載有。本人に病名聞いたところ、緑内障の疑いで受診していると返事あり。PL配合顆粒が緑内障に禁忌のため疑義照会する。PL配合顆粒中止。キョーリンAP2配合顆粒に変更された。			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
107	リスモダン服用中の患者にクラリスロマイシン錠が処方された。患者は不整脈の治療中であることは伝えていたが、具体的な服用薬については確認されていなかった。疑義照会によりメイアクトMS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
108	今回トライコア80mgが処方追加になり、セリプロロール100mgが削除になっていた。患者に確認したところ「血圧の薬の変更は聞いていない、またコレステロールの薬が変更で中性脂肪の薬に変更になると聞いている」とのことだった。定期のクレステールがそのまま処方になっており、フィブラートとスタチンは原則禁忌にもなるため疑義照会したところ、クレステールを削除するところを誤ってセリプロロールを削除してしまったとの返答だった。	患者が受けた医師の説明から薬の変更と種類も説明されている。(医師の処方変更内容は伝わっている)医院の事務の入力ミスの可能性あり。	処方箋に疑問点がある場合は必ず疑義照会する。また変更内容を詳細にするために患者にも確認を行う。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名クレステール錠2.5mg  変更になった医薬品 販売名セリプロロール塩酸塩錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
109	今回の患者は錠剤が服用できないとの申し出により処方箋に粉碎の指示の処方だった。その中にキプレス錠があった。キプレスは吸湿性があり粉碎不可のため疑義照会し、キプレスの細粒は年齢的に用量が不足し薬効が発揮されない可能性があるため、同薬効のブランルカストDSの変更を提案して変更した。	13歳のこどもだったが錠剤が服用できないとの申し出で医師より粉碎指示の処方だった。ただ基本的に院内処方の医院のため医院採用の薬を処方箋に記載してそこに粉碎指示を記載した形であった。粉碎可否については調べられてないようだった。	粉碎指示などの調剤のときには粉碎可否も含めて考慮しないといけない。粉碎指示があるときには調べ粉碎不可があるときには代替案を提案できるようにする。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名キプレス錠 10mg  変更になった医薬品 販売名ブランルカストドライシロップ 10%「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
110	久しぶりに来局されたためアレルギー歴などを改めて聞いたところカロナールで蕁麻疹歴があると確認できた。今回カロナールの処方があったため、疑義照会をしてソランタールに変更してもらった。	医師が副作用の確認を怠ってしまった可能性あり。	患者にお薬手帳をみせること、副作用歴があるときには症状も含めて薬品名も医師・薬剤師にお伝えしていただくように説明した。	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300  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
111	めまいにて、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」服用中の患者が、同疾患のために初めて受診した耳鼻科にて、エリスロシン錠100mgが処方された。患者本人聴取により、めまい以外の疾患はないこと、医師からの説明もなかったとのことから、疑義照会によりメリスロン錠6mgに処方訂正になった。	医療機関の処方入力時に、「メリスロン」と入力すべきところを「エリスロ」と誤入力したことが考えられる。	引き続き、患者聴取の徹底を図る	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名エリスロシン錠100mg  変更になった医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	風邪により門前医院を受診した患者が来局。処方箋を確認したところ、カフコデN配合錠が6錠 分3 4日分で処方されていた。しかし、薬歴には以前に患者が禁忌である緑内障の既往があるとの記録が残されていたため、患者にも確認の上、医院に疑義照会を行った。その結果、カフコデN配合錠 6錠 分3からアスベリン錠 20mg 6錠 分3に薬剤が変更となった。	風邪の患者が増えてきて、医院が混雑していた。また開院まもなくの受診だったため、医院での確認が漏れてしまったと考えられる。	開院してしばらくは特に処方漏れや、禁忌処方などが無いことを確認する。	勤務状況が繁忙だった	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
113	タリオンOD錠10mgが処方されたが、投薬時に患者から、他院でザイザル錠5mgが処方されており、継続服用中であることを聴取。同系統の抗アレルギー剤の為、疑義照会した所、タリオンが削除となった。	処方元で患者の併用薬確認が十分行われていなかったと考えられる。	患者の併用薬等、確認を継続します。	その他処方元の確認不足	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
114	他医院からの転院患者。もともと飲まれていた薬を引き継いで今回の処方。患者の手持ちのお薬手帳の記載内容と今回の処方(ベタニス錠50mg)を見比べた結果、転記ミスにより規格違いの医薬品が処方されている事が判明。疑義照会にて、もともと飲まれていた規格(ベタニス錠25mg)に変更。		手帳確認は必須。	連携ができていなかった	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
115	<p>病院内が混雑時に風邪をひき受診。病院では臨時薬として風邪薬を処方され、薬局に来局。薬局では常勤事務が入力・ピックアップを行い、常勤薬剤師が監査を行った。監査時に副作用歴にパファリンでじんましんがあることに気づき、患者に確認した。患者との聞き取りで市販薬のパファリンでじんましんがあること、原因成分は不明であることを確認した。その後医師に一部のパファリンに含まれているアセトアミノフェンが含まれている事、パファリンでじんましんの副作用歴があることを伝え、問い合わせを行い、アセトアミノフェンがロキソニンに変更になった。</p>	<p>病院が混雑しており、通常の心理状態ではなく確認が怠った可能性がある。</p>	<p>副作用歴や禁忌医薬品について確認を徹底すること病院との連携を密にし、情報交換を行う事</p>	<p>確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった</p>	<p>処方された医薬品 販売名アセトアミノフェン錠200mg 「NP」</p> <p>変更になった医薬品 販売名ロキソニン錠60mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
116	<p>ドボネックス軟膏45g処方、チューブの規格が1本10gと30gであったので疑義照会。ドボベツ軟膏15g 3本の処方入力ミスであった。</p>	<p>似た名前の医薬品による取り違え 単純なミス</p>		<p>記録などに不備があった</p>	<p>処方された医薬品 販売名ドボネックス軟膏50μg/g</p> <p>変更になった医薬品 販売名ドボベツ軟膏</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	処方箋を持って患者が来局された。一般名のロキソプロフェン錠60mg 分3毎食後の処方があり、それに基づいて調剤をしていたが当薬局に以前来局された際にロキソニン錠服用により健忘の副作用が出たという記録があった。本人に確認後、処方元に疑義をしてセレコックス100mg 分2朝夕食後の処方に変更となった			連携ができていなかった その他病院の方にフィードバックできてなかった	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
118	患者本人が処方せんを持って来局した。処方されていたのは一般名フルルピロフェンテープ40mgだったが、以前同じ処方が出てフルルピロフェンテープ40mg「ユートク」を調剤し交付。使用してかぶれの副作用が出たとのことで、次回受診時に違う湿布薬に変更となっていた。久々の受診となり、今回一般名フルルピロフェンテープが再度処方されていたため本人に確認、病院に疑義照会をし、一般名フェルピナクテープ70mgの処方となった。			連携ができていなかった その他病院へのフィードバックが出来てなかった	処方された医薬品 販売名【般】フルルピロフェンテープ40mg(10×14cm非温感)  変更になった医薬品 販売名【般】フェルピナクテープ70mg(10×14cm非温感)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
119	整形外科でトラムセットを服用中のため、副作用対策として、エリーテンを朝夕食後で継続服用中の患者。内科より臨時処方としてエリーテンが毎食後で処方。患者本人に伺ったところ、エリーテンを朝夕食後で服用中のため、現在は特に吐き気の症状はないとのこと。疑義照会を実施したところ、内科のエリーテンが処方削除となった。	内科の処方医が整形でエリーテンを継続服用されていることをご存知なかったと思われる。	他科受診の際の重複に注意	確認を怠った	処方された医薬品 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
120	定期的にベルソムラを服用中の患者に、同一処方箋にて臨時薬でクラリスロマイシンの処方あり。併用禁忌薬であるため、疑義照会を実施したところ、クラリスロマイシン服用中はベルソムラの服用を中止していただくこととなった。	ベルソムラとクラリスロマイシンの併用禁忌について知識が不足していた可能性がある。	今回は同一処方箋内での併用禁忌であったが、他科受診等でも同様のことが起こりえる可能性があるため、禁忌薬に注意。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベルソムラ錠15mg 販売名クラリスロマイシン  変更になった医薬品 販売名ベルソムラ錠15mg 販売名クラリスロマイシン	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
121	今回から Crestor が 2.5mg 5mg に変更になっていたが、患者本人は医師より、そのような事を聞かれていなかった。疑義照会の結果、前回と同じ 2.5mg に変更となった。	処方せん入力時の入力ミスか？	薬変更の時の背景を投薬時に患者本人へ聞き取る。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名 Crestor 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
122	7歳の患者にホクナリンテープ2mgが処方された。疑義照会の結果、1mgに変更となった。	処方箋入力時の選択ミス	新規処方時の用量確認徹底。	その他用量の選択ミス コンピュータシステム	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
123	30kgの患者にアレジオンDS0.75g処方 疑義照会の結果1.3g/日に変更となった。	用量の計算間違い又は、処方箋入力時の入力ミス。	初めて処方される薬の用量確認の徹底。	その他処方時の計算間違い コンピュータシステム	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
124	イナビル処方の患者。解熱薬としてロキソニンが処方されていた。疑義照会の結果カロナールに変更となった。	解熱薬選択ミス。	インフルエンザ患者へのNSAIDs処方時の確認。	その他薬剤選択ミス	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
125	咳の頓服として定期薬にフスコデ追加の処方箋を受け付け。薬歴・お薬手帳にてキサラン点眼併用中と確認、眼圧への影響あり緑内障禁忌のため照会したところフスコデ削除となった。	患者がお薬手帳を診察時医師に見せていなかったと思われる。	受診時はお薬手帳を見せるよう活用説明、眼科で避けるべき薬などの情報を記入してもらおうと良いと指導。	患者側	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
126	定期薬に加えシメチジン錠200mg(一般名処方)を含む胃腸薬臨時処方あり。薬歴・お薬手帳にてネキシウムカプセル10mg併用中と確認、同効薬重複のため照会しシメチジン削除。	診察時患者から併用薬について告げていなかったため。	他科受診・併用薬の状況を診察時に伝えるようお薬手帳活用を指導。	患者側	処方された医薬品 販売名【般】シメチジン錠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
127	「一般名」トラネキサム酸カプセル250mg3カプセルが分1朝食後で処方されていた。疑義照会したところ、3カプセルのままであるが、分3毎食後に変更となった。		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【般】トラネキサム酸カプセル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
128	全く初めての患者にトラマールOD50mgが2T分2で処方されていた。通常1回25mgから開始する事から、疑義照会したところ、トラマールOD25mgが2T分2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 販売名トラマール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
129	逆流性食道炎などの定時薬服用中の患者が風邪をひき、臨時薬として「一般名クラリスロマイシンが処方されていた。お薬手帳をみると、他院でベルソムラ内服中を確認し、同剤はクラリスロマイシン禁忌である為、疑義照会したところ、クラリスロマイシンは削除となった。		お薬手帳の活用。	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	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
130	50歳代の女性に整形外科から発行された処方せんを受付けた。処方内容は、Rp.【般】レボフロキサシン錠500mg 1回1錠(1日1錠)1日1回昼食後服用5日分であった。当薬局で管理している副作用歴の記録に「クラビット錠で副作用経験あり」とあり。患者に詳細を伺ったところ、「以前クラビット錠を服用した際に、悪寒等の体調不良があり、1週間点滴を受けたことがある。その時の医師にはクラビット錠が原因だろうと言われた。」とのことであった。得られた情報を処方医にフィードバックを行い、処方の変更を検討してもらった。処方医より処方内容をRp.【般】セフジニルカプセル100mg 1回1カプセル(1日3カプセル)1日3回毎食後服用5日分に変更するとの回答あり。	医療機関での副作用発現歴の記録の確認が抜けてしまったことが、今回の事例の発生要因の一つと考える。	・薬局で副作用歴を管理し、その都度確認を行うことは、患者の健康を守る上で重要であることを留意して調剤を行うことを薬局内で徹底する。・調剤の流れの中に、副作用歴の確認の工程を必ず入れておく。等の方策を取る。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】レボフロキサシン錠500mg  変更になった医薬品 販売名【般】セフジニルカプセル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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
131	50歳代の男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.エクメット配合錠HD1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後服用35日分、【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg:MT250mg1日4錠1日3回朝食後1錠-昼食後2錠-夕食後1錠服用35日分と記載あり。前回はジャヌビア錠50mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用、【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg:MT250mg1回2錠(1日6錠)1日3回毎食後服用であり、検査値の用紙に医師がメモ書きで「メトグルコは同じ量です」と記載されていた。前回のメトホルミン塩酸塩の用量は6錠=1500mgであり、今回はエクメット配合錠HD2錠=1000mg+メトホルミン塩酸塩4錠=1000mg合わせて2000mgと増量となっており、換算誤りの可能性がある為処方医に疑義照会を行った。処方内容はRp.エクメット配合錠HD1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後服用35日分、【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg:MT250mg1日2錠1日1回昼食後服用35日分に変更となった。	配合剤の成分量の換算間違いにより、用量が医師の考えたものより過量になってしまったものとする。	薬局内に配合錠の成分と含量の一覧を掲示し、薬剤師が調剤の時に確認ができるよう情報の共有を行う。	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【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg:MT	ヒューマンエラー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	ゼスタッククリーム他の処方であったが、薬局の記録にゼスタッククリームで副作用の疑いがあるとの記録があった為疑義照会する。その結果ヘパリン類似物質クリームに変更された。			患者側	処方された医薬品 販売名ゼスタッククリーム  変更になった医薬品 販売名ヘパリン類似物質クリーム 0.3%「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
133	ロキソニン錠60mg 3T 3X 他の処方であったが、薬局の記録に腎障害の記載があった為疑義照会する。その結果カロナル錠200mg 3T 3X に変更された。			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
134	手書き処方箋であるため、点眼剤の3種で、規格 用量単位の記載もれがあり、そのままでは調剤できなかった。フルオロメトロン レボフロキサシン プリピナの3剤について、規格 と用量単位が記載されていなかった			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フルオロメトロン 販売名レボフロキサシン 販売名プリピナ  変更になった医薬品 販売名フルオロメトロン0.1%点眼液T 販売名レボフロキサシン点眼液 販売名プリピナ点眼液0.5mg/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
135	ピロリ菌 除菌に用いる薬剤で、タケキャブ10mgが処方されていた。10mgでは適応とならないので疑義照会した。20mgに変更された。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
136	ブランルカスト225mg 4カプセルの処方 は、用量を超えていたため、疑義照会を 行なった。医師のカルテでは112.5mgと 指示があったが、医院の事務員が誤って 入力したことがわかった。112.5mgに訂 正された			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 販売名ブランルカ ストカプセル225 mg「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	投薬時に処方箋の患者名は女性だった が、実際は男性だったので代理人だと思 い話をしていたのだが、話が合わず、男 性自身が受診して薬を処方してもらったと の事だったので、疑義照会したところ別人 で発行していたと判明。	姓名のうち姓の名前、漢字が同じで、 名前も一文字目まで同じであった為発行 ミスに至った模様。監査者も女性の 処方箋である事は分かっていたので代 理人という前提で投薬を実施していた 為別人であるという事にすぐ気づけな かった	投薬時には必ず本人確 認実施し、性別が違っ ている場合代理の方がど うかの確認が取れてから 投薬を実施する	その他発行元が発 行ミス	処方された医薬品 販売名メトホルミ ン塩酸塩錠250 mg MT「DSEP」  変更になった医薬 品 販売名メトホルミ ン塩酸塩錠250 mg MT「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
138	セララ錠25とグルコンサンK細粒が同時 に出っていたので問い合わせた。グルコン サンK細粒をアルダクトンAに変更したら 大丈夫かと返答があったので、セララとア ルダクトンAも併用禁忌であると伝えて、 セララをアルダクトンAに変更すればカリ ウム値に注意して処方が可能と伝えると セララがアルダクトンA錠25 1Tに変更と なった。	インフルエンザにて他院に入院してお り、退院後に同じ内容で処方したそう。 入院施設では禁忌だが処方されていた ので問題があると思わなかったよう。	他院からの継続処方でも 問題がある場合がある と思っ監査する。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名セララ錠2 5mg  変更になった医薬 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
139	風邪薬の臨時薬処方の方。クラリスが初処方追加になっていた。調剤者は薬歴から新規薬と確認し調剤。監査へ回す。監査者は定期処方でベルソムラ服用中と確認。併用禁忌の為疑義照会。医師よりクラリス服用中はベルソムラを中止するよう指示あり。	新規薬がある時は添付文書を確認すべきところ確認を怠った。作業手順の不履行	新規薬追加の時は必ず添付文書を確認し併用注意等確認してから調剤を開始する	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラリス錠 200  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
140	「一般名」ラニチジン150mg1Tが分2で処方されていた。疑義照会したところ、2T分2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 販売名ラニチジン錠150「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
141	前回ヘルベッサ-R(200)1C分1を在庫不備で、ヘルベッサ-R(100)2C分1にして頂いた。今回ヘルベッサ-R(200)2C分1と量が2倍になっていたが、患者は体調に変化ないとコメントだった為、疑義照会を行った。結果としてヘルベッサ-R(200)1C分1と量は前回と同じとなった。		今後も適切な患者ヒアリングを行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヘルベッサ-R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
142	感冒症状を訴える患者に他剤と共に「一般名」カルボシステインが処方されていた。お薬手帳を見ると、2日前に他院で同剤が14日分処方されていることを確認されたので、疑義照会したところ、同剤は削除となった。		お薬手帳の活用	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】カルボシステイン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
143	セフカペンピボキシル錠100mg、トファルコン錠50mgが処方されたが、他院よりクラリス錠200mg、セトラキサート錠200mgが処方されており、服用中であることを確認。疑義照会した所、セフカペン、トファルコンが削除となった。	患者が医師に併用薬を伝えていなかった。処方元が患者の併用薬を確認していなかった。	患者の併用薬確認を徹底します。	患者側 その他処方元の併用薬確認漏れ	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「日医工」 販売名トファルコン錠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
144	数日前に胃痛を訴えていた患者にランサップ400が2シート処方されていた。通常1シートなので、疑義照会を行ったところ、1シートに変更となった。		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 販売名ランサップ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
145	シップ剤が、「インドメタシンパップ70mg 7枚入 10パック」と「スミルテープ35mg 14枚入 8袋」がそれぞれ処方されていた。シップ剤の処方上限70枚を超えているため、疑義照会を行ったところ、「スミルテープ35mg」は、処方中止となりました。	2剤のシップ剤であったため、処方制限枚数を見誤ったと思われます。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名スミルテープ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
146	前回まで処方されて服用していた「アルダクトンA錠25mg」が、今回処方されていない。来院予定日より、早めに来院されており、前回処方分の薬は、まだ残っているとのこと。ドクターからは残薬について説明がなく、残薬を飲んでから今回分を服用するのか、すぐに今回分から服用開始するのかわからないと話されていたため疑義照会を行った。疑義後、今回分から服用開始するようにと返答され、患者にお伝えした。			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 販売名アルダクトンA錠25mg  変更になった医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
147	「バラシクロピル錠500mg」処方されていたが、病院からは「痛い時に飲んで下さい。」と言われたとのこと。「痛い時に服用」の頓服服用の適用はないため、疑義照会を行ったところ、「1日2回朝夕食後服用」であることを確認し、患者にお伝えした。	ドクターの説明を勘違いされたと思われる。		患者からお聞きした内容と処方薬とが合わない場合は、疑義照会を行う。	確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)	処方された医薬品 販売名バラシクロピル錠500mg 「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
148	「アデホスコーワ顆粒10% 3g 分2 朝夕食後」と処方されていた。前回まで「アデホスコーワ顆粒10% 3g 分3 毎食後」と処方されていたため、疑義照会を行ったところ、アデホスコーワ顆粒10% 2g 分2 朝夕食後へ変更となった。	今まで1日量が「3g」であったため、用法が変更となった後も1日量を「3g」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 販売名アデホスコーワ顆粒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	
149	風邪症状の患者が耳鼻科を受診した。医師にお薬手帳を見せずにPL顆粒の処方を出して貰った。来局時にお薬手帳を確認したところ、緑内障点眼液を使用していることがわかり、PL顆粒では緑内障禁忌になっており、処方医に連絡して処方薬を変更してもらった。	患者自身が高齢であるため、自身の治療薬を把握していなかったと考えられる。また、お薬手帳の重要性の理解不足もあると考えられる。 処方医薬品の多さ	お薬手帳の持参率を上げて、利用性の高いものであることの認識を高める。	その他副作用の防止	処方された医薬品 販売名PL顆粒  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	

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
150	カロナール錠200の記載ある処方箋を持参された。お薬手帳確認と本人へのインタビューを行ったところ、他の医院でロルカム錠4mgを含む併用薬があることが判明した。本人の希望もあり鎮痛薬の重複を避けるためにカロナール削除でよいか疑義照会を行った。結果カロナール錠200が削除となった。	鎮痛薬を使用していることが処方医に伝わっていなかったことが原因の一つ		患者側	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
151	アスピリン喘息の患者にジクロフェナクNaクリーム1%とロキソプロフェンNa錠60mgが処方されていた為疑義照会したところ、ジクロフェナクNaクリーム1%は処方削除、ロキソプロフェンNa錠は以前服用し問題なかったカロナール錠に処方変更された。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名【般】ジクロフェナクNaクリーム1% 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- 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
152	患者が消化器内科の処方せんを持って来局した。患者から今回より血液サラサラの薬が追加で処方されたとのことで、処方せんには「プラザキサ錠75mg、2錠/分2朝夕食後、28日分」と記載されていた。薬歴を確認したところ、重大な既往疾患はなく、また特記事項に腎臓に関する記載もなかった。本人に再度確認したが腎障害を指摘されたことはないとのことであった。年齢、併用薬も問題ない為、用量について問い合わせを行なったところ、75mg、2錠/分2朝夕食後から4錠/分2朝夕食後に変更された。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名プラザキサカプセル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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	発熱でボルタレンサボ25mg処方。本人は高齢・認知症であり、家族も遠くにいるためボルタレンサボ使用が困難。付き添いの方もボルタレン使用はできないとのこと。カロナール錠300mgの頓服に処方変更になった。	処方するときに患者背景を理解していなかった。		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 販売名ボルタレンサボ25mg  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
154	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」、レバミピド錠100mg「サワイ」それぞれ頓服で1回3錠の用量で処方あり。疑義照会により1回1錠に変更。			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 販売名ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」 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
155	ボノサップを処方された患者の併用薬を確認したところ、ベルソムラを服用中であった。ベルソムラとボノサップに含まれているクラリスは併用禁忌であり、医師からの指示も特になかったというので疑義照会を行った。医師からボノサップ服用中はベルソムラの服用を中止するよう指示あり。患者にも1週間ほどなら服用しなくても大丈夫だと確認がとれたのでベルソムラを一時中止することになった。	お薬手帳の確認や薬歴に併用薬を記載していたことで発見できたものと考えられる。	今後もお薬手帳や薬歴などで患者の情報の管理を徹底し続けていく。	その他患者様の情報の管理を徹底していた	処方された医薬品 販売名ボノサップパック400  変更になった医薬品 販売名ボノサップパック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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
156	ヒルドイドソフト軟膏・プロペト 軟膏混合の処方がありました。ヒルドイドソフト軟膏100瓶・プロペト 100g 軟膏混合となっていたので、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 100g・プロペト 100g 軟膏混合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
157	クレナフィン爪外用液10% 7.16gで処方がありました。1本3.56gなので、処方医に確認を行いました。その結果、クレナフィン爪外用液10% 7.12g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
158	ロゼレム錠8mg 1錠 夕食後で処方がありました。夕食後は適用外なので、処方医に確認を行いました。その結果、ロゼレム錠8mg 1錠 寝る前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
159	ツムラ葛根湯エキス顆粒 3包 毎食後で処方がありました。通常、食前服用なので、処方医に確認を行いました。その結果、ツムラ葛根湯エキス顆粒 3包 毎食前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
160	ルコナック爪外用液5% 2本で処方がありました。平成29年4月までは1本しかお薬が出せないのので、処方医に確認を行いました。その結果、ルコナック爪外用液5% 1本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 販売名ルコナック爪外用液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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
161	エチゾラム錠0.5mg 3錠 毎食後 28日分で処方がありました。すでに他の病院より、デパス(1)30日分処方があり、高齢者の場合1日1.5mgまでとなっている為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、エチゾラム削除となりました。			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
162	前回カリーユニが1日4回左眼の指示が今回1日4回両目に変更となっていた。薬局での記録を見ると数年前に右眼白内障の手術をしていたので本当に両目に使用なのか眼科問い合わせたところ1日4回左眼の指示の間違いだった。	通常は、前回と今回の処方の変更点を患者へ説明した際に問題なければ、そのままとなるが記録を見返したのがミスの発見に寄与した。	白内障の手術の有無等も病歴に記録で残しておくことがミスの発見につながる。	連携ができていなかった 患者側	処方された医薬品 販売名カリーユニ点眼液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
163	新患で透析をしている方が来局。クラリスロマイシンが成人の常用量(1回200mg 1日2回)で処方されていた為疑義照会。透析患者の標準量である1回200mg 1日1回に変更となった。	処方医が透析時に減量すべき薬剤について把握できていなかった、または透析中であることを把握できていなかったと考えられます。	患者背景をしっかりと確認し、適切な治療が行われるようにします。	その他処方元の確認不足	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」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
164	<p>新患だったので問診をとると牛乳アレルギーと書いてあり、タンナルビン「ホエイ」が出ていたので牛乳アレルギーの方には禁忌だと問い合わせたタンナルビンは中止となった。患者には粉の下痢止めが出ると聞いているかもしれないが、牛乳アレルギーの方は飲めないの今回出ていると説明すると知らなかったと言われた。患者は牛肉・豚肉・小麦粉にもアレルギーがあるとの記載だったのでお薬手帳に記載し、食物アレルギーで使えない薬があるので受診時には手帳のアレルギーの欄を見せて伝えるように指導した。</p>	<p>アレルギーの確認を行っていなかったようで、患者も影響があると思わずアレルギーのことを医師に伝えていなかった。</p>	<p>アレルギーも確認してから調剤する。</p>	<p>確認を怠った知識が不足していた</p>	<p>処方された医薬品 販売名タンナルビン「ホエイ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
165	<p>メジコン錠とカロナール錠200とヒアレイン点眼液0.1が出ていた。ジェネリック変更の希望を確認する際に目薬が変更出来ると伝えると目薬は眼科でもらっている、なぜ出たのか分からないと言われて問い合わせたヒアレインは中止となった。その後、投薬しているとうがい薬が出るはずと言われて再度問い合わせたイソジンガーグルが追加となった。</p>	<p>2回目の来局患者。前回はヒアレインのみで、恐らくヒアレインはイソジンガーグルの間違いだと思われるが、全く違うのになぜ間違ったのか不明。カルテにはイソジンガーグルの指示はなかったそう。</p>	<p>患者の話と異なる場合には確認する。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ヒアレイン点眼液0.1%  変更になった医薬品 販売名イソジンガーグル液7%</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
166	アンテベート軟膏とジクアス点眼液が出ていたが、投薬中に目薬2種類のはずだと患者に言われて問い合わせた。アンテベート軟膏がタプロス点眼液に変更となった。	眼科でもらっている目薬を風邪で眼科に行けないのでかかりつけの内科でもらっていた。医師の指示は目薬で間違いなかったそうだが、事務員が処方箋を発行する際に間違ったそう。		患者の話と処方が違う場合は問い合わせる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アンテベート軟膏0.05%  変更になった医薬品 販売名タプロス点眼液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
167	定期薬でエピナスチン錠20mg「サワイ」1錠夕食後42日分が処方されている。さらに患者が鼻水の症状があると訴えたため医師が一般名処方:フェキソフェナジン(60mg)2錠朝夕食後7日分を処方した。どちらも第2世代H1受容体拮抗薬のため、患者に医師からこれら2種の服用方法については聞いていないということだったので疑義照会を行った。疑義照会の結果フェキソフェナジン60mgが中止となり本草小青龍湯7.5g分3毎食前に変更になった。	詳細は不明だが医師が定期薬のエピナスチン20mgを服用しているのを見落としてしまった可能性がある。		同等の薬効の薬が処方されている薬の場合は患者にまず確認して不明瞭な場合は疑義照会を行う。	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60mg「明治」  変更になった医薬品 販売名本草小青龍湯エキス顆粒-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
168	胃腸炎でホスミン錠、ミヤBM錠、プスコパン錠が処方。薬局で管理している薬剤の中に緑内障の点眼薬があり、緑内障患者にプスコパンが出ていることを疑義照会してプスコパン削除となった				確認を怠った	処方された医薬品 販売名プスコパン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒が、1日3回 毎食前 3g で処方ありましたが、一包量が3gの為 1日量9gではないか医師に問い合わせたところ、3g 9g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
170	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒が、朝食後服用で処方ありましたが、通常、漢方薬は食前または食間に服用する薬である為医師に問い合わせたところ、朝食後から朝食前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
171	アレグラ錠60mg 朝食後 2錠 3日分 で処方ありましたが、通常、1日2回服用の薬の為、医師に問い合わせたところ朝夕食後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
172	高齢者の方にルネスタ錠3mgが処方されましたが、高齢者の方には最大で2mgまでしか処方できなく、医師に問い合わせたところ、ルネスタ2mg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
173	ザイザル錠5mg 1日2回 朝夕食後 2T 28日分 で処方ありましたが、通常、成人には1日2回は適用外の為、医師に問い合わせたところ 1日1回 寝る前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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
174	デパス錠 0.5mgが、向精神薬に指定され、投与日数が30日以内投与に制限された。医師はそれに気がつかず35日分処方。2016年11月からの変更だったので情報が行き届いていなかった			確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 仕組み	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
175	退院後初外来の方、スルピリド錠50mg2錠分1夕食後が処方されていた。退院時は2錠分2朝夕食後だったが、動作緩慢などの副作用発現の疑いがあり、減量のお話があったと伺ったため疑義照会。スルピリド錠50mg1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 販売名スルピリド 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
176	定期処方にてカルボシステイン錠500mg3錠分3服用中の方。耳鼻科を受診され、カルボシステイン錠250mg6錠分3の処方、お薬手帳に「小さい錠剤で飲んでいけるように継続で処方」との記載があり、今後も耳鼻科の受診は継続されることだったため疑義照会。今回の定期処方分のカルボシステイン錠500mgは削除となった。			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
177	トレシーバ注フレックスタッチ 夕食前12単位が継続処方。投薬時、入院中から10単位で自己注射していたとお話を伺ったため疑義照会。10単位で血糖コントロールできているとのことで、10単位へ変更となった。	処方医は12単位で使用していると思っていた。		確認を怠った	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
178	ザジテンカプセル1mg服用中、今回ラスブジン錠1mgが追加。どちらも第二世代抗ヒスタミン薬であり、作用重複となるため疑義照会。ラスブジン錠1mgが削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラスブジン錠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
179	新患、インフルエンザ、イナビルが処方。新患アンケートにて乳製品アレルギーの既往があり、現在も体調悪い時には蕁麻疹が出るかもしれないとお話を伺った。処方医とご相談し、今回はタミフルへ変更となった。			確認を怠った	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 販売名タミフルカプセル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
180	整形でアルファカルシドールカプセル1μgが処方された。お薬手帳より、他院でエディロールカプセル0.75μg服用中と確認していたため疑義照会。アルファカルシドールカプセル1μg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 販売名アルファカルシドールカプセル1μg「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
181	臨時処方にてオーグメンチン配合錠RS375mgが処方された。ペニシリンで副作用歴があり、原則禁忌に該当するため疑義照会。フロモックス錠100mgへ変更となった。			確認を怠った	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
182	90歳、インフルエンザ、イナビルが処方。吸入は難しいとのことで内服もしくは点滴への変更を希望されたため処方医へ相談。タミフルへ変更となった。	またタミフル1回75mg1日2回の処方へ変更となった際、高齢のため腎機能について確認、用量確認を行った。		確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)	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 販売名タミフルカプセル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
183	プロピペリン塩酸塩錠10mg2錠分2で服用中。今回ウリトスOD錠0.1mg2錠分2が追加となっていたが、どちらも抗コリン薬であり、作用重複となるため疑義照会。ウリトスは削除、プロピペリン塩酸塩錠10mgが4錠分2へ増量となった。			確認を怠った	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
184	鼻水が止まらないとのことで【般】ベタメタゾン・d-クロルフェニラミン配合錠が処方された。前立腺肥大症を治療中の患者で、疾病禁忌の薬だが、鑑査時に気づかず、投薬中に前立腺肥大症の記録に気づき、患者に伺ったところ、現在治療中であることを確認。疑義照会により【般】ベタメタゾン・d-クロルフェニラミン配合錠が削除となった。	鑑査台に電子薬歴が設置されておらず、鑑査時に使用している薬歴(紙)が非常に見にくいいため、前立腺肥大治療中であることを見落としてしまったと考えられる。投薬時は電子薬歴を確認できるので、その際に気づき、対応はできた。	現病歴、副作用歴、アレルギー歴、併用薬等の特に薬剤の確認が必要と考えられる項目は意識して確認する。	確認を怠った コンピュータシステム 施設・設備 その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名エンペラシン配合錠	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
185	コムタン錠の、起床時 毎食後、寝る前服用 1日5錠の処方が2回 記載されていた。用量オーバーであったので疑義照会した。	パーキンソン病に対する薬は、使用薬が多く、変更が多いので、主治医が2重に処方したのを気がつかなかっようだ。用量オーバーだったので疑義照会したが、もし、用量内の変更なら、疑義照会しなかったかも知れない。前回同量とか、増量したとか、具体的に指示をもらえると良いのだが		確認を怠った その他薬の種類 用法が複雑だった 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名コムタン錠 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
186	頻尿治療剤が増量された。抗コリン作用があるステープラ 0,1mg錠を服用のところへ、同類薬のベシケアOD錠5mgが処方されていたため疑義照会を行なった。作用が違うベタニス錠50mgへ変更された。	医師の知識不足ある。専門医の受診を薦めるべきか？ ベタニスについても、高齢で初回のため、25mgとすべきだった		判断を誤った 知識が不足していた 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名ベシケア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
187	偏頭痛の疑いの患者に、併用禁忌であるレルパックス錠20mgと、クリアミン配合錠と一緒に処方されていた。疑義照会によりクリアミンが削除された			確認を怠った 知識が不足していた 医薬品 仕組み	処方された医薬品 販売名クリアミン 配合錠A1.0	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
188	他医院でPPIを服用中の人に、H2遮断剤が処方された。お薬手帳で確認し、疑義照会。H2遮断剤 削除された。			確認を怠った 技術・手技が未熟 だった 施設・設備 ルールの不備	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
189	ホクナリンテープの処方もれ。患者からの申し出あり。			確認を怠った技術・手技が未熟だった 施設・設備 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
190	前立腺肥大症の患者にPL配合顆粒が処方された。疑義照会を行ったところ、処方削除となった。	医師が、患者が前立腺肥大症であることを見落とししたと思われる。	レセコンの患者設定で「抗コリン薬」にチェックを入れることを継続して行う。	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	ヒューマンエラー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	80歳代の女性患者が、前回に今まで定期服用していたタイシロール錠20mg 2錠 2×の処方中止して、フランドルテープ40mgに変更になったが、今回は両方の薬剤が処方されていた。	前回のDO処方から、中止された薬剤の削除を、処方入力時に忘れたようだ。	毎回薬歴を前回、前々回までチェックしていくことが大切。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名タイシロール錠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
192	インフルエンザ患者へのポンタール使用	整形にてカロナール定期処方薬として服用、年齢90歳代、プロピオン酸系薬剤がリスク高いとの思い込み	インフルエンザ患者他科NSAID服用の確認実施、インフルエンザ脳症のリスクある薬剤の確認と薬局内伝達	知識が不足していた 仕組み	処方された医薬品 販売名ポンタールカプセル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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	前回来局された際、中止していたエクア錠が再開となったが、今回の処方ではエクア錠が処方されていない。薬は処方箋を薬局に預けた翌日、患者の家族が取りに来局された。投薬時、患者の家族にエクアが中止になったかを確認したところ、受診時は別の家族が付き添っていたためわからないとのことだった。その別の家族に確認してもらったところ、エクアの処方漏れと分かり、疑義照会により追加となった。	処方せんに記載ミスによるものと思われる。	今後も鑑査及び投薬時、変更点に誤りが無いか疑問が解消されるまで確認を行う。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名-  変更になった医薬品 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
194	ネリゾナ軟膏とドボネックス軟膏を塗布する際に混ぜて使われていた患者だが、診察の際に患者が「前に使っていたマイザー軟膏の方が良かった気がする」と伝えたと、ドボネックス軟膏の代わりにマイザー軟膏が処方されたケース。病院の事務スタッフの入力ミスと思われる。投薬時に間違いと思われることを確認し、疑義照会で変更となった。	病院の医師と事務員間での伝達ミス。	処方箋の病院での入力ミスはゼロにはならないので、これまで通り、薬の変更に不自然な点があった場合は、必要ならば患者にも聞き取りを行い、必ず疑義照会を行う。処方箋の入力ミスが続くようならば、病院に申し入れる。	その他病院での勘違い	処方された医薬品 販売名マイザー軟膏0.05%  変更になった医薬品 販売名ドボネックス軟膏50µg/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
195	一般名処方セファペンピボキシル錠100mg3錠分3毎食後3日分、セレコックス錠100mg1錠痛む時5回分の処方薬局で管理している薬歴よりセフェム系薬剤で顔面浮腫、イブプロフェンで手の震えを聴取していた。セレコックスの服用は初めてとのことだが、心配なので服用できるロキソニン錠を希望され疑義照会。セファペンピボキシル錠はクラリスロマイシン錠2錠分2朝夕食後3日分に、セレコックス錠はロキソニン錠60mg1錠痛む時5回分の処方修正指示を医師より受けた。	患者が処方医に伝えていなかったことも原因の1つと考える。		患者側	処方された医薬品 販売名フロモックス錠100mg 販売名セレコックス錠100mg  変更になった医薬品 販売名クラリス錠200 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
196	ウテムリン錠5mg3錠7日分医師の指示通り、という処方あり。用法について疑義照会。処方医より1日3回8時間ごとに服用の用法指示を確認した。			仕組み ルールの不備	処方された医薬品 販売名ウテムリン 錠5mg  変更になった医薬品 販売名ウテムリン 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
197	タブロス点眼液2.5mL1日1回両目の処方。薬歴を確認し以前からタブコム配合点眼液を1日1回右目に使用されていたので、薬剤と用法の変更を考え、患者に確認したところ、変更の旨を聞いていないとのことで疑義照会。以前からの変更なくタブコム配合点眼液2.5mL1日1回右目に処方訂正指示。			勤務状況が繁忙だった	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
198	ワーファリン服用中の患者に併用禁忌であるフロリードゲル経口用が処方された。以前は、慎重投与であったが、最近禁忌になったばかりの為、添付文書で確認し、疑義照会した結果、フロリードゲル経口用が処方削除になった。		フロリードゲル経口用とワーファリンの併用は、慎重投与から禁忌に変わったことを薬局全員で情報共有した。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名フロリード 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
199	シングレア錠10mg1錠を継続して服用していた患者が、今回よりシングレアチュアブル錠5mg2錠に変更となった。チュアブル錠の適応は、6歳以上の小児である為、疑義照会を行った。処方医より、「口頭で、薬局に在庫が無ければ今までのものを出してもらって良い、と患者に伝えている」と返事があったが、シングレアチュアブル錠は小児への適応しかないことに加え、チュアブル錠はフィルムコーティング錠に比べ、AUCが1.2~1.6倍になる等、薬物動態に差があり、それぞれを代用できないことを伝え、処方内容が、今まで通りのシングレア錠10mg1錠に変更となった。	単純なミス処方せんは、県内の総合病院より発行されたものであったが、院内の採用医薬品に変更があり、シングレア錠10mgが削除され、シングレアチュアブル錠5mgが新たに登録となったようだ。処方医は、それぞれを相互に代用できないことを知らず、単純に今までと同じ10mgになるように処方したものとと思われる。	登録医薬品が変更になる際は、剤形変更のみであっても、適応が今までと同じかどうか確認する。	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 医薬品 教育・訓練 仕組み	処方された医薬品 販売名シングレア チュアブル錠5mg  変更になった医薬品 販売名シングレア 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
200	インフルエンザの診断を受け来局。イナビル、麻黄湯、カロナールが処方されていた。その中のカロナールが毎食後4日間で処方されていたため、医師に確認をしたところ、頓服4回分に変更になった。	処方元のクリニックでは、インフルエンザの患者の時多くの場合、カロナールは頓服として処方されていたため、疑問に思い、医師に確認をした。	処方元の処方薬の出し方の特徴を把握しておく。疑問点がある場合は処方医に確認を行う。	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
201	緑内障治療中の患者にPL配合顆粒が処方されており、疑義照会にて処方が削除となった。	作業手順の不履行		確認を怠った 知識が不足していた	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	患者が持参した処方箋に「カルボシステイン錠250mg「テバ」3錠 頓服・発熱時1日2～3回くらいまで」といった記載があった。カルボシステイン錠の効果・効能より、この記載は不適切であると考え処方医に疑義照会を行った。その結果、用法が「3錠分3毎食後」に変更になった。			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
203	ヘリコバクター・ピロリ感染症に対して、ボノサップパック800が処方された患者。薬歴にペニシリン系抗生剤でアナフィラキシー歴があることを確認し疑義照会。自費となるがランソプラゾール、グレースビット、フラジール内服錠へと変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名ボノサップパック800 販売名- 販売名-  変更になった医薬品 販売名ランソプラゾール 販売名グレースビット錠50mg 販売名フラジール内服錠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
204	患者が持参した処方箋に「ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)7.5包 1日3回朝・昼・夕食後」という記載があった。ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)の用法用量から考えて、1日量の記載が間違えているのではないかと考え処方医に疑義照会を行った。その結果、「7.5g 1日3回朝・昼・夕食後」に変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
205	定期薬でジヒデルゴット錠1mgを服用中の患者が来局。お薬手帳を確認したところ、風邪ひいて他院の内科受診されていた。鑑査をしていた薬剤師がその他院の処方薬に一般名クラリスロマイシン錠200mgが処方されている事に気付き、ジヒデルゴットと併用禁忌の為、ジヒデルゴットが処方されている精神科の医師に疑義照会を行った。疑義の結果クラリスロマイシン錠200mg服用中はジヒデルゴット錠1mgは休薬するよう指示が出た。	本来ならば他科受診である内科医に疑義をするべきであったが、患者が既に朝食後クラリスロマイシンを服用していたため、定期薬を処方されている精神科医への疑義を行った。		その他薬局の確認不足	処方された医薬品 販売名ジヒデルゴット錠1mg  変更になった医薬品 販売名ジヒデルゴット錠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
206	ザイザル錠5mg 1T分1 夕食後で処方されていたので、7歳以上15歳未満は1回2.5mgを1日2回朝食後・寝る前になり、ザイザル錠2.5mgはないので5mg 1Tを割ることになると問い合わせた。ザイザル錠5mg 1T分2 朝食後・寝る前に変更となった。	小児をほとんど診ない医師なので、小児では用法が変更になることを知らなかった。	小児で用法が変わる場合があるので注意する。	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	他院から転院目的で受診。紹介状がなく、医師はお薬手帳を元に処方せんを書かれたが、アスパラCA錠200mgが1回1錠、1日1回朝食後で処方される。薬局でお薬手帳を確認したところ、1回3錠、1日1回朝食後で服用中であることがわかり、疑義照会し1回3錠に変更される。	紹介状なしの受診で、忙しい時間帯であったためか確認ミスが生じたと思われる。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アスパラ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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
208	整形外科でロコアテープを処方されている当該患者が、耳鼻科受診をしてイブプロフェンを処方された、ロコアテープの調剤経験がなく貼り薬という安心感からか、そのまま調剤したが、監査時、念のためロコアテープの添付文書を読み返したところ、解熱鎮痛剤との併用を避ける旨記載があったので、耳鼻科医師へ連絡したること、イブプロフェン削除の指示が出た	調剤経験がないとはいえ、テープ剤の併用など問題なさそうという安心感があったと思われる。	調剤経験がない、または浅い薬品については、添付文書を必ず読む。テープ剤の併用に関して安心してはいけない。	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
209	患者は以前より逆流性食道炎の維持療法でタケプロンOD錠15mgを服用していたが、今回お薬手帳を確認したところ、前月より他院にてタケキャブ錠10mgとモサプリド錠5mgが処方され併用していたとのこと。疑義照会し、タケプロンOD錠15mgが中止になる。	患者は呼吸器疾患でA病院からタケプロンOD錠15mg他を服用しており、別のBクリニックで高血圧治療を受けていた。Bクリニックの医師が、タケプロンOD錠15mgを服用していたことを認識されていなかったこと、また、A病院の医師もBクリニックの処方毎回確認できていなかったことが考えられる。		確認を怠った仕組み	処方された医薬品 販売名タケプロン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
210	ロキソニン錠(60)の処方の患者の副作用歴を確認したところ、ロキソニン錠で蕁麻疹の記載があり、ご本人に確認したところ、今回の処方ではロキソニンが出てることを知らなかったとの事で疑義照会を実施。ボルタレン錠(25)に変更となった。	処方医がロキソニン禁忌であることをご存知なく、ご本人もその旨を伝えていなかった。	副作用発生時には薬歴の記録として残しておき、同様の薬が出たときには必ず疑義照会を実施する。	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
211	ファモチジン20mg分2錠 朝・夕食後での処方。薬歴に腎機能低下患者でCRE:1.46と記録あり。腎機能低下みられるため用量に関して疑義照会。ファモチジン10mg分1錠 夕食後に変更となった。			その他医師の処方間違い	処方された医薬品 販売名ファモチジン錠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
212	「一般名」にてバラシクロピル錠500mgが3錠分2、朝夕食後で処方された。腎機能低下患者という情報はなく、腎機能低下患者であっても用量に問題があると判断し疑義照会をした。腎機能は低下しているようでここから間違っていたようだが処方医としては500mgずつ飲んでもらうように処方したつもりだったとのこと。添付文書上のクレアチニンクリアランスの値による用法、用量を伝え、クレアチニンクリアランスは30ということで4錠分2、朝夕食後に訂正となった。	Drの処方ミスと知識不足。薬局が腎機能低下患者と知らなかったことは病院との連携不足かと思われる。	腎機能、肝機能など低下している患者の把握ができるよう聞き取りの強化と病院との連携を密にする必要があると考えられる。	その他医師の知識不足	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
213	ロキソニン錠60mg 1T 1X 昼食後のいつもの処方であったが、患者から今回から1日3回に変更すると聞いたとのことであった。しかし既に他の病院からソランタール錠100mg 2T 2X 朝夕食後で服用中であった為疑義照会する。その結果処方変更はなかった。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
214	芍薬甘草湯エキス顆粒3.75gと疎経活血湯エキス顆粒3.75g 各2X 朝夕食前の処方であったが、通常は同じ量を3X 毎食前で処方されていた為患者に聴取すると、今日から1日量を減らすと医師から言われたとのことであった。そこで疑義照会する。その結果、各々2.5gずつに訂正された。			その他記載ミス	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) 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
215	セレコックス錠100mg 2T 2X 朝夕食後とロキソニン錠60mg 3T 3X 毎食後の両方が処方されていた為疑義照会する。その結果セレコックス錠は削除された。			その他記載ミス	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
216	臨時処方でクラリスロマイシン錠200mgが処方された。お薬手帳により、ベルソムラ錠20mgを継続服用していることを確認。併用禁忌のため、疑義照会した所、クラリスロマイシン錠200mgが削除になり、セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mgに変更となった。	処方元が患者の併用薬を確認していなかった、または確認はしたが、両薬剤が併用禁忌であることに気づかなかつたと考えられます。	継続して患者の併用薬等、確認していきます。	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 販売名セフカベンピボキシル塩酸塩錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	病院で診断を受け処方箋を発行してもらい当薬局に来局。同一処方箋内に入力の際に[般]フェキソフェナジンと[般]セチリジンが処方されていた。同種同効で重複しているため、病院に問い合わせた。処方医から[般]フェキソフェナジンは削除するように指示を受け、セチリジンのみ調剤し患者に交付。	病院が混雑しており、通常の心理状態ではなかった可能性がある焦りがあり確認を怠った可能性がある	処方内容に重複している内容が無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
218	クラリス錠200を含む処方箋を家族が持参した。お薬手帳の確認により、他院でイグザレルト錠15mgの併用があることが判明した。併用注意薬にてクラリス処方医へ疑義照会を行った。結果パナン錠100に変更なり出血リスクの増加を防ぐことができた。			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
219	患者が体調不良で受診。診察後に風邪と診断され、処方箋を発行され当薬局に来局同一処方箋内に抗生剤が二つ処方されていることに気づき、常勤薬剤師が疑義照会を行いセフカペン(100)を削除するよう指示を受けた。	確認を怠った。(焦り)病院が混雑していたため通常の心理状態ではなかった推測する	処方箋を受け取る際に薬剤師が受付監査を行い、別の薬剤師が最終監査を行うなどのダブルチェックを徹底する。常勤事務員に対しても処方箋入力際におかしな点があったら薬剤師に報告するよう連携体制と教育を徹底する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」 販売名クラリスロマイシン錠200mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
220	患者が体調不良にて病院を受診診察後風邪と診断され、処方箋を発行され当薬局にて来局常勤薬剤師が監査中にお薬手帳を確認したところ、他院で該当医薬品が28日分処方されていることを確認し、重複しているため処方医に問い合わせを行った。処方医からは今回処方したフェキソフェナジン(60)は削除し、他院で処方されているフェキソフェナジンを服用するよう指示を受けた。	確認を怠った(焦り)病院が混雑し、通常の心理状態ではなかった可能性がある	お薬手帳の重要性を患者に伝え、持参することを伝えるお薬手帳の確認を徹底する。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「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
221	患者は高血圧の薬を服用し、花粉症の既往歴もある方が来局。今回は花粉症の薬も希望し処方医に相談した。処方医は定期の薬として高血圧を処方し、花粉症の薬も処方し患者は当薬局に来局した。常勤薬剤師が監査を行った際に、50歳代なのに花粉症の薬が小児用量のことに気付いた。処方医に問い合わせを行い成人量のシングレア錠(10)に変更になった	確認が怠った(焦り)病院が混雑時で通常の心理状態ではなかった	処方箋を受けつける際に、用法用量の確認を徹底すること疑問が生じた際は処方医に確認を取るよう徹底する	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名シングレアチュアブル錠5mg  変更になった医薬品 販売名シングレア錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
222	体調不良で病院を受診した。該当患者は風邪で1週間前に受診しており、咳が止まらず薬の手持ちもなくなったため再度受診し風邪と診断された。常勤薬剤師が監査を行い、同じ薬剤師が患者に薬を交付中に咳止めが重複していることに気が付いた。患者に先生から咳止めについて説明があるか確認したところ特にないと返答があったため、処方医に問い合わせを行った。問い合わせをしたところメジコン錠が削除になった	確認を怠った(焦り)病院が混雑しており通常の心理状態ではなかった。	問い合わせを徹底する。処方監査・入力の際でも早く気付くように薬の教育を行い、気づきの場を多く作るような環境整備を行う。	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
223	ブランドカストカプセル112.5mg 2C2 xの処方であった。患者は引っ越してきたばかりで、手帳より継続していた薬を確認したところ、ブランドカスト錠225mg 2錠2 xで服用していた。疑義照会して、ブランドカストカプセル112.5mg 4Cへ処方変更となった。	単純なミス		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ブランドカストカプセル112.5mg「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
224	80歳代女性。薬局門前の小児科医を受診し、ペリアクチン錠が記載された処方せんを持参して来局。お薬手帳を確認したところラタノプロスト点眼液を使用中であることが判明。女性のかかりつけの眼科医にペリアクチンの服用の可否を確認しようと考えて連絡したが、休診のため連絡とれず。そこで処方した小児科医へ連絡し、ペリアクチンからアレジオンへの変更を提案し、了解を得た。	開放性の緑内障であれば服用も可能と考え、眼科医に服用が可能かどうかヒアリングしようと考えた。しかし連絡が取れなかったため、禁忌と考え処方医に相談した。		連携ができていなかった 仕組み	処方された医薬品 販売名ペリアクチン錠4mg  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
225	患者が処方箋を持って来局。処方内容の中にタムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「日医工」6c分3毎食後 8日分の処方があった。処方鑑査していた薬剤師が添付文書上の用法用量と異なる事に気付き医師に問い合わせをした。問い合わせの結果、タムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「日医工」1c分1夕食後と変更となった。			その他医療機関側の原因	処方された医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「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
226	患者が来局。調子が悪かったとのことでジプレキサザイデイス錠5mg 不調時1錠 5回分 が追加となっていた。処方鑑査していた薬剤師が薬歴から当該患者が他院で糖尿病の治療薬を服用している事に気付き、ジプレキサは糖尿病に禁忌のため処方医に疑義照会を行った。照会の結果シクレスト舌下錠5mg 不調時1錠 5回分へと変更になった。			その他医療機関側の原因	処方された医薬品 販売名ジプレキサザイデイス錠5mg  変更になった医薬品 販売名シクレスト舌下錠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
227	患者が来局。今回から一般名フルニトラゼパム錠2mg 1錠分1 就寝前があり、前回の処方の1mgより増量となっていた。処方鑑査していた薬剤師が高齢者にはフルニトラゼパムは1mgまでという事に気付き医師に問い合わせ。結果一般名フルニトラゼパム錠1mg 1錠分1 就寝前に変更となった。			その他医療機関側の原因	処方された医薬品 販売名フルニトラゼパム錠2mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
228	臨時処方でセレスタミン配合錠 頓服 処方がありました。薬歴の現病歴、併用薬に緑内障の記録があったため、患者に確認した所、現在も治療中であることが判明しました。疑義照会した所、セレスタミンが処方削除となりました。	処方元が患者の現病歴を把握していなかった、または把握していたが確認が漏れた可能性が考えられます。患者が医師に現病歴を伝えていなかった可能性もあります。	疾病禁忌等、確認して適切な薬が使用されるように注意します。	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
229	下痢症状にて先行シミヤBM錠を服用していた患者。改善が見られないため本処方よりイリボー錠に変更。初回投与であったが5μg錠で処方されていた。疑義照会により2.5μgへ変更となった。	男性と女性で初回投与量が異なる製剤のため発生したものと思われる。もともと男性のみの適応で、その後女性への適応も拡大された製剤。	特になし	その他医療機関側	処方された医薬品 販売名イリボー錠 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
230	ザジテンシロップの一般名処方がなされたが、日頃処方されない医薬品であること、用量に疑義が生じたため疑義照会して処方変更となる。	医療機関の事務員の確認ミス。	事務員の教育の徹底と、医療人としての自覚の認識。薬局側での疑義徹底。	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 販売名ザジテンシロップ0.02%  変更になった医薬品 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
231	7歳の患者。セフジニル細粒が1日用量0.75gで処方あり。年齢からの平均体重で換算したところ、かなり用量が少なかつたため、疑義照会を実施。1日用量2.25gに変更となった。	1日用量と1回用量を間違えた可能性がある。	調剤時に用量監査する時にも、1日用量、1回用量の違い、また製剤量、成分量の違いに注意する。	知識が不足していた	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
232	定期でカロナールを2錠分2朝夕食後で服用中の患者に、臨時でカロナールが6錠分3毎食後で処方。処方内容が重複しているため医師に疑義照会したところ、臨時のカロナールが2錠分1昼食後に変更となった。			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
233	歯科でロキソプロフェンとタリピッド処方。タリピッドの痙攣誘発作用がロキソプロフェンによって増強されることがあるため処方医に疑義照会したところタリピッドからクラリスロマイシンに変更となった。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名タリピッド錠100mg  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
234	泌尿器科よりザルティア処方あり。事前聞き取りで心疾患について尋ねたところ、ある、とのこと。手帳より他病院で処方された薬を確認し、ニコランマート錠が処方されていることを確認。疑義照会により禁忌であるザルティアをベタニスに変更。フレカイニド、プラノプロフェンの処方がないことを確認し、患者に交付した	長期処方のため手帳が数回前に埋もれており、発見が遅れた。幸い、患者に交付する前に気づき結果的には禁忌を回避した	少なくとも数ページ、期間にして3ヶ月は手帳を遡って確認するルールとする。	その他手帳の過去に遡る確認	処方された医薬品 販売名ザルティア錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
235	シムピコートが久しぶりに処方されていて、用法は以前と同じ1日2回1回2吸入だったが、本人が4吸入を4回吸うことと勘違いしていて、薬が全然減らないので先生に話したら吸う毎に回さないとダメだと言われたと話したので2吸入で間違いはないか問い合わせた。事務員が対応してくれてカルテには1日2回4吸入と書かれていると返答があったが、1回量は4回なのか2回なのかと再度聞くと医師に確認してくれて1回4吸入が正しいと返答があった。患者には1回4吸入のままでいいこと説明し、1回吸う毎にクル・カチを行うよう指導した。	前回処方が3ヶ月前で、その時はきちんと吸入出来ていたようだが、途中で他院に入院し、その時に1回4吸入に変更となり吸入方法を間違えてしまっていた。医師は回数の変更をカルテに書いたつもりだったが、事務員には伝わっていなかった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名シムピコート 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
236	オメプラール錠10mgの処方であったが、投与日数制限の8週を越える処方であった為、疑義照会する。その結果オメプラール錠は削除された。			その他医師チェックミス	処方された医薬品 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
237	セレコックス錠100mgとムコスタ錠100mg他の処方であったが、患者から現在胃潰瘍の治療中であるとお話が有った、そこで疑義照会する。その結果、両薬剤は削除された。			患者側	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	今回もゾルピデム酒石酸塩錠10mgの処方であったが、前回の処方日数からみるとかなり早めであった為患者に聴取したところ、紛失したとのことであった、しかしこれが3回目の紛失であったため、処方医に確認を行ったところ、その通りであったので今回も処方どおり投薬した。			患者側	処方された医薬品 販売名ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「トーフ」  変更になった医薬品 販売名ゾルピデム酒石酸塩錠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
239	緑内障治療中の患者にフスコデ配合錠処方。禁忌の為、疑義照会した所、アストミン錠10mgに変更となった。	処方元で現病歴の把握ができていない、または見落としていた。患者が医師に現病歴を伝えていない。	患者に、医師に現病歴や併用薬について定期的に伝えるように指導する。薬局で見落とさないよう、しっかり確認する。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
240	70歳代の女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.エリキユース錠5mg1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後服用14日分と記載あり。エリキユース錠の用量・用法に関連する使用上の注意として「次の基準の2つ以上に該当する患者は、出血のリスクが高く、本剤の血中濃度が上昇するおそれがあるため、1回2.5mg1日2回経口投与する。・80歳以上・体重60kg以下・血清クレアチニン1.5mg/dl以上」とされているため、念のため血液検査の結果と体重を確認した。血液検査の結果では血清クレアチニン値1.79mg/dlとなっており、体重は「以前は60kg~58kgだったのが、昨日計ると50kgで驚いた」との本人の申し出あり。処方医に上記内容を報告の上、用量の変更の提案を行った。処方内容をRp.エリキユース錠2.5mg1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後服用14日分に変更するが、変更の理由については直接医師が患者に説明を行うとのことで、一度患者さんに医療機関を再受診して頂いた上で、エリキユース錠2.5mgで調剤を行った。	高齢者では体重の変化が起こることがあるので、定期的に測定を行い処方に反映することが求められる。体重の確認が抜かったことが、このような事例の発生要因の一つと考えられる。	投与量の妥当性の確認を薬局でも行うことで、医薬品の安全性の確保に努め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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
241	80歳代の女性に神経内科より発行された処方せんを受付けた。処方内容の一部にRp.アイミクス配合錠HD1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用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、前回は【般】アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mgが処方されていたが、今回はアイミクス配合錠HDに変更となっていることが判明した。アイミクス配合錠HDの使用に関しては、「原則として、イルベサルタン100mg及びアムロジピンとして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、100mg/5mgへの切り替えを検討すること。」とされており、変更には問題があると判断し、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2.5mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用28日分に変更となった。	医療機関でのコンピュータシステムの変更に伴い、処方内容の入力間違いが発生したことが、今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	システム変更時点などにより処方内容の入力間違いの発生が予想される場合には、あらかじめ医療機関と地域の薬局が連携して、誤処方による投薬を未然に防ぐ等対策を取ることが必要になる。	確認を怠ったコンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アイミクス配合錠HD  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
242	40歳代男性に内科より発行された処方せんを受付けた。処方内容の一部にRp. ヒューマログミックス25注ミリオペン5キット1日3回朝昼夕食直前に自己注射(朝:12単位・昼:10単位・夕:10単位)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、前回はヒューマログ注ミリオペンが処方されいた。ヒューマログミックス25注ミリオペンの用法は「通常、成人では1日2回、朝食直前と夕食直前に皮下注射する」とされており、入力間違いも考えられる為処方医に疑義照会を行った。処方内容がRp.注ミリオペン5キット1日3回朝昼夕食直前に自己注射(朝:12単位・昼:10単位・夕:10単位)に変更となった。	インスリン注の名称の入力間違いが今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	以前よりインスリン注の名称の間違いは医療過誤の原因となることが報告されており、調剤時に以前の処方内容や用法・用量を確認の上、慎重に調剤を行うことを薬局・薬剤師間で周知徹底を行うことが重要である。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヒューマログミックス25注ミリオペン  変更になった医薬品 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
243	70歳代の男性に整形外科より発行された処方せんを受付けた。処方内容の一部にRp.プレドニゾロン錠1mg1回0.5錠(1日0.5錠)1日1回朝食後服用91日分の記載あり。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記録によると、前回はプレドニゾロン錠1mg「旭化成」で処方されていることが判明した。患者に処方の変更について確認したところ、「医師からは減量するとの話はなかった」との申し出あり。医薬品名の入力間違いの可能性もある為、処方医に疑義照会を行った。処方内容はRp.プレドニゾロン錠5mg1回0.5錠(1日0.5錠)1日1回朝食後服用91日分に変更となった。	同一成分の規格違いによる入力間違いが今回の事例の発生要因の一つと考える。	前回処方との変更点について、患者に経緯を確認の上調剤を行うことは、処方入力間違い等の発生を未然に防ぐ意味でも重要である。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名プレドニゾロン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
244	80歳代女性に耳鼻咽喉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】レボフロキサシン錠500mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用5日分と記載あり。処方せんに検査値が記載されており、血清クリアチン値、年齢、体重よりクレアチンクリアランスを計算すると46ml/dlであった。【般】レボフロキサシン錠の腎機能低下者(20 CCr<50ml/dl)への投与量は、「初日500mgを1回、2日目以降250mgを1日に1回投与する」とされていることを処方医に情報提供の上、処方の変更を提案した。処方内容はRp.【般】レボフロキサシン錠500mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用1日分Rp.【般】レボフロキサシン錠250mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用4日分(ただし、500mgを本日服用し、明日以降250mgを4日間服用)に変更となった。	腎機能値の確認が抜かったことが、今回の事例の発生要因の一つと考える。	処方せんに検査値が記載されるケースも増えてきていることから、薬局で薬剤師が検査値から処方内容の妥当性を判断することも求められるようになってきた。薬局内で腎機能、肝機能の薬物動態に与える影響や検査値と投与量の関係、医薬品が検査値に与える影響等の勉強会を行う等対応を予め考えておくことも必要となる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】レボフロキサシン錠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
245	泌尿器科の処方せん持参。セフカベン処方あり。他院から同じ薬が処方されたときは、ピオフェルミンR錠と一緒に出されて、下痢が起こらずに済んだ記録あり。本人にも確認したら一緒にもらいたいとのこと。疑義照会して、ピオフェルミンR錠を追加で処方していただいた。			その他患者の申し出忘れ	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」 販売名-  変更になった医薬品 販売名セフカベン ピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	ユーエフティーE配合顆粒T100とユーゼル錠25mgの用法が朝昼夕食後だった。食後服用だとAUC減少するため疑義照会して8時間おきの服用に変更していただいた。	詳細は不明だが薬物動態を把握していなかった可能性。	処方監査をしっかりと行い、疑義照会を行う。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ユーエフティー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
247	耳鼻科の処方箋を家族が持参。メイアクト処方されているが、下痢・血便になるためのめない、とのこと。錠剤は吐いてのめない、とのこと。疑義照会して、クラリシッドDSに変更となった。			その他患者の申し出忘れ	処方された医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg  変更になった医薬品 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
248	うつ病治療中の患者に【般】ベタメタゾン・d-クロルフェニラミン配合錠が処方されたが、精神疾患の患者には原則禁忌の為、疑義照会。当該薬剤は処方削除となった。	処方元が患者の現病歴を把握していなかった、または記録の確認が漏れたと考えられます。患者が処方元に他院の受診状況を伝えていなかった可能性が考えられます。	患者に、診察時に他院の受診状況や併用薬について伝えるように指導する。薬局で見落としがないようしっかりチェックする。	患者側 その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名エンペラシン配合錠	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
249	センノサイドカロナールピオフェルミンR錠で処方あり 特に抗生物質の処方はないため、R錠であると保険請求できない可能性があり。疑義照会し、ピオフェルミン錠剤に変更	医師側の確認不足もしくは入力ミス	整腸剤の処方があった時は、抗生物質の有無、耐性の有無を確認し、最適な整腸剤かをチェックしていく	その他医師側の入力ミス	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
250	30歳代の女性に産婦人科から発行された処方せんを受け付けた。処方内容はR.p.カバサル錠0.25mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用4日分,R.p.クロミッド錠50mg1回1錠(1日1錠)1日1回昼食後服用5日分であった。カバサル錠の高プロラクチン血性排卵障害もしくは乳汁漏出症に対する用量・用法は「通常、成人には1週1回(同一曜日)就寝前経口投与とし、カベルゴリンとして1回量0.25mgから始め、以後臨床症状を観察しながら、少なくとも2週間以上の間隔で1回量を0.25mgずつ増量し、維持量(標準1回量0.25~0.75mg)を定める。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1回量の上限は1.0mgとする。」とされている為処方医に疑義照会を行った。処方内容はR.p.カバサル錠0.25mg1回1錠(1日1錠)1日1回就寝前服用4日分(週1回土曜日に服用),R.p.クロミッド錠50mg1回1錠(1日1錠)1日1回昼食後服用5日分に変更となった。	医薬品の用法の入力間違いが今回の事例の発生要因の一つと考える。	医薬品の用法は副作用等を防ぐ為に決められていることも多いので、薬局で疑義が生じた場合には必ず確認の上調剤を行うことが大切である。また薬局内で、医薬品の用法が決められているものの一覧を作成する等、用法に注意を要する医薬品について周知しておくことも有用である。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名カバサル錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
251	当該患者7歳、体重22kgの小児。処方箋の一般名クラリスロマイシンシロップ用100mgのgとタミフルDSのgが体重と合わないため疑義照会した(処方元のDrは小児は体重からあまり逸脱した用量を処方しない)疑義照会したところ一般名クラリスロマイシンシロップ用100mgとタミフルDSのgが逆に記載していた。	処方元の入力ミスだと思われる。	小児の場合は最初の処方箋確認時に必ず体重を聞いて確認する。他先生からの指示があったかどうかを確認する。	その他処方箋の記載ミス	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシンDS10% 小児用「日医工」 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
252	他院でベルソムラ錠20mgの定期処方があり、服用中の患者にクラリスロマイシン錠200mgが処方された。レセコンのチェック機能により入力時にエラーのポップアップがあり、入力していた事務員が薬剤師に報告。その薬剤師が疑義照会し、変更となった。	処方元が併用薬を把握できていなかった、または併用薬のチェックを行えていなかったと考えられます。	併用薬等しっかり確認し、適切な調剤を行います。	その他処方元の確認不足	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
253	メトトレキサートカプセルとフォリアミン錠の処方であったが、両薬剤とも服用日が同じ(水)となっていた為疑義照会する。その結果メトトレキサートカプセルは(月)に服用日が変更された。			その他医師記載ミス	処方された医薬品 販売名メトトレキサートカプセル2mg「トーワ」 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
254	整形より、デノタスチュアブルの処方あり。薬歴より、併用薬にエディロール服用あったため、デノタスは削除に。		毎回、併用薬を確認し、薬歴更新する。	その他薬歴より未然に防いだ その他薬歴より未然に防いだ	処方された医薬品 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
255	フロモックスと一緒にピオフェルミン錠が処方されていた。調剤者は特に気づかず処方箋どおり調剤。鑑査時フロモックスとの併用であればR錠の方がいいのではないかと思い疑義照会し変更になった	抗生物質と整腸剤の組み合わせについて知識が不足していた。	個々でも日々勉強を行い、薬局内勉強会も定期的に行う。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン錠剤  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
256	授乳中の方。(処方せんにも「授乳中です。」のコメントあり。)臨時処方にてロートエキス散が処方だが、授乳回避の必要あり疑義照会。薬剤が削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロートエキス散 八チ	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
257	ザジテンが新規に処方されたが、熱性痙攣既往のある患者。疑義照会の結果、アレジオンに変更となった。	熱性痙攣既往が伝わっていなかった。あるいは見落とした。	ザジテン新規処方時の熱性痙攣既往確認を徹底。	その他熱性痙攣歴が伝わっていなかった、もしくは見落とした。	処方された医薬品 販売名ザジテンドライシロップ0.1%  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
258	フロモックスが処方になった患者。家族より、抗生物質で下痢しやすいのでいつも整腸剤が出ているが今回は出ていないのでは？と申し出があり。疑義照会の結果 Biofermin R が追加となる。	いつも抗生物質とセットで処方していた整腸剤の処方漏れ。	投薬時、患者(家族)との処方薬確認の徹底。	その他整腸剤の処方漏れ	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-  変更になった医薬品 販売名フロモックス小児用細粒100mg 販売名 Biofermin 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
259	タミフルが前回分と合わせて6日分処方されていた。疑義照会の結果、本日分が3日分 2日分に変更になった。	トータル日数の思い違いがあったと思われる。	日数に制限のある薬剤を調剤する時にはトータル日数の確認を漏れなく行う。	その他処方日数の思い違い。	処方された医薬品 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
260	ザジテンが初めて処方された患者。投薬時熱説痙攣既往を聞きとった為、疑義照会。プランルカストDSに変更となった。	患者から、熱説痙攣既往がDrに伝わっていなかったか、確認が漏れた。	ザジテン新規処方時の既往歴確認を徹底。	その他患者情報確認モレ	処方された医薬品 販売名ザジテンドライシロップ0.1%  変更になった医薬品 販売名プランルカスト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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
261	ザジテンが初めて処方された患者。投薬時に熱説痙攣既往を聞き取ったため、疑義照会。アレジオンに変更となった。	熱性痙攣既往をDrに伝えていなかった、もしくは患者情報の確認モレ。	ザジテン新規処方時の患者情報聞き取り徹底。	その他患者情報確認モレ	処方された医薬品 販売名ザジテンドライシロップ0.1%  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
262	体重11kgの小児にアストリックDSが0.95g/日で処方。量が少なかったため、疑義照会した所、1.2g/日に変更となった。	用量換算ミス	新規処方時、用量変更時、久しぶりに受診した時の体重確認と用量確認を怠らない。	その他用量換算ミス	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
263	ガチフロ点眼液、ピジュアリン眼科耳鼻科用液0.1%、ヒアレイン点眼液0.1%の処方。薬歴より前回はタブコム配合点眼液の残薬があり中止になっていたが、今回の残薬を確認したところ、解消していたので疑義照会。処方医よりタブコム配合点眼液2.5mL1回就寝前の追加処方指示。	診察時に患者が伝えていなかったこと、そのまま前回Do処方になったことが要因と考えられる。		コンピュータシステム患者側	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
264	一般名 セフジトレンピボキシル錠100mg 3錠分3毎食後3日分とロキソプロフェンナトリウム錠1錠疼痛時3回分の処方。本人より錠剤が飲めないと訴えがあり疑義照会。メリアクトMS小児用細粒3g分3毎食後3日分、ロキソプロフェン細粒10%「サワイ」0.6g疼痛時3回分に処方変更指示を処方医より受けた。	患者が錠剤が飲めないことを伝えていなかったことが要因。		患者側	処方された医薬品 販売名メリアクトMS錠100mg 販売名ロキソニン錠60mg  変更になった医薬品 販売名メリアクトMS小児用細粒10% 販売名ロキソプロフェンNa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
265	リリカカプセル150mg 3カプセル分2(朝1、夕2)の処方。腰から足にかけての痛みを訴えていた。リリカ自体が初めての処方でも用量が高容量であったため疑義照会。処方医よりリリカカプセル25mg 3カプセル分2(朝1、夕2)の処方訂正指示を確認。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名リリカカプセル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
266	パキシルCR錠12.5mg 0.5錠分1夕食後28日分の処方。パキシルCR錠が分割できないため疑義照会。処方医よりパキシル錠10mg 0.5錠分1夕食後28日分に処方訂正指示を受けた。			知識が不足していた	処方された医薬品 販売名パキシルCR錠12.5mg  変更になった医薬品 販売名パキシル錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
267	受付時に、ワーファリンの量が3mg 2.5mgに減量になっていることを患者にお伝えしたところ、患者は、ワーファリンの量を増やすって診察時に聞いたような気がするが、Drが書いているとおりでいいとおっしゃられた。ワーファリンの量がDrの意図と違くと健康被害が起きる可能性があることをお伝えし疑義照会させていただく。Drの意図は患者が聞いていた通りワーファリンの増量であったことが判明し、3.5mgに増量に変更となった。			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
268	当該処方よりプロチゾラム錠0.25mgからベルソムラ錠20mgへと変更になった。当該患者の年齢は67歳。一般的には「高齢者」に該当する。高齢者への投与は15mgまでのため疑義照会。15mgへと変更になった。	容姿などの見た目では「高齢者」と呼ぶにははばかられるような方が多くいるため、判断が難しいことがある。		その他「高齢者」という括りの曖昧さ	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
269	テプレノンカプセル50mg 3T 3X 毎食後の処方であったが、他の病院で同効薬を朝夕食後で服用中であった為疑義照会する。その結果テプレノンカプセル50mg は1T 1X 昼食後に変更された。			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
270	サインバルタカプセル20mg が処方されたが、薬局の記録に腎障害との記載があった為疑義照会する。その結果サインバルタカプセルは削除された。			患者側	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
271	テプレノンカプセル50mg が処方されたが、他の病院で既にムコスタ錠100mgが処方されていた為疑義照会する。その結果テプレノンカプセルは削除された。			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
272	ピオフェルミン錠の処方であったが、患者から他の病院でもらって継続服用しているミヤBM錠がよく効いているので、変更できないかとのお話があった為疑義照会する。その結果ピオフェルミン錠はミヤBM錠に変更された。			患者側	処方された医薬品 販売名ピオフェルミン錠剤  変更になった医薬品 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
273	他院定期にてクラリスロマイシン錠200mgを1錠分1朝食後 継続服用中の方。今回インフルエンザ臨時処方にてクラリスロマイシン錠200mg 2錠分2朝夕食後5日分が処方。他院定期分と重複のため疑義照会。今回臨時分が1錠分1夕食後5日分へ変更となった。			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」	ヒューマンエラー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	他院泌尿器科にて前立腺肥大症治療中の方。臨時処方にてムコプロチン配合シロップ含む咳止めシロップが処方だが、禁忌に該当するため疑義照会。シーサール錠15mg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 販売名ムコプロチン配合シロップ  変更になった医薬品 販売名シーサール錠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



**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
275	ベネット錠75mg 1錠(今週の土曜起床時服用) 4日分が処方。他処方では28日分で処方、75mgであれば月1回服用のため疑義照会。(週1回であれば17.5mg)ベネット錠75mg 1日分へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベネット錠 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
276	緑内障治療中の方。内科定期で来局、今回ウリトスOD錠0.1mgが追加となっていたが、緑内障の病態不明だったため、眼科に病態の確認するが、眼科主治医へすぐ確認がとれないとの返答だったため、内科主治医に相談。今回は削除になった。			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
277	新患アンケートに甲状腺機能低下症と伺った方。臨時処方にてFK配合散が処方だが、血中Ca濃度上昇で悪影響のため禁忌に該当するため疑義照会。レバミビド錠100mg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FK配合散  変更になった医薬品 販売名レバミビド錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
278	他院にてカルボシステイン錠500mg 3錠分3毎食後で服用中の方。今回臨時処方にてカルボシステイン錠500mg 3錠分3毎食後が処方のため疑義照会。今回処方分のカルボシステインが削除となった。			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
279	今まで「アムロジン錠5mg 朝食後 1錠」の処方があった方に今回「アムロジン錠2.5mg 夕食後 1錠」が追加となっていた。アムロジン錠は、1日1回服用の薬剤である為、疑義照会を行ったところ、「アダラートL20mg 朝食後 1錠」「アダラートL10mg 夕食後 1錠」へ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジン錠5mg 販売名アムロジン錠2.5mg  変更になった医薬品 販売名アダラートL錠20mg 販売名アダラートL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
280	「ザイザル錠5mg」と「エバステル錠10mg」が処方されていた。同種同効薬であるため、疑義照会を行ったところ、「エバステル錠10mg」が削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
281	「リウマトレックスカプセル2mg 2カプセル 朝食後 28日分」と処方されていた。毎日服用する他の薬剤が、28日分であったため、疑義をおこなったところ、「4日分」へ変更となった。			確認を怠った	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
282	胃薬の処方であったが、ガスター錠20mg 2T 2X 朝夕食後と潰瘍または逆流性食道炎の用量であったため、患者に症状を確認してみたところ潰瘍の様な症状ではなく、比較的軽い症状であった、そこで疑義照会する。その結果ガスター錠10mg 2T 2X 朝夕食後に変更された。			患者側	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
283	ロキソプロフェン錠60mg の処方であったが、用法が腹痛時となっていた。添付文書にはそのような用法が無いので確認のため疑義照会したが、用法に変更は無いとの回答であった。			患者側	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
284	処方せん受付監査時、リーゼ錠が本日より追加になっていることを確認したが規格までしっかり確認していなかった。併用などの確認をし事務員へ入力業務を依頼。リーゼ錠の規格が1mgとなっていることを指摘される。当該医薬品には1mgという規格はなく、5mg、10mgの規格のみとなる。指摘を受け先生へ規格の確認、5mgという返答をいただく	処方せんは基本的に印字されているが追加があるとその部分が手書き処方せんとなる。この時3剤が手書き、そのうちの1剤が状況により規格を変えていたためその部分に気を取られリーゼの規格確認が疎かになった。	処方薬の医薬品規格までの確実な確認	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
285	前回ワーファリン錠5mg1錠が処方された患者に、今回ワーファリン錠5mg5錠とワーファリン錠0.5mg1錠が処方された。この患者についてはコンプライアンス向上のため一包化をしており、一包化に時間がかかる旨を伝えると同時に、今回の処方変更について聞いていないか尋ねた。その際、増量すると医師から聞いていないと患者から申し出があった。しかし、ワーファリン5mgからワーファリン25.5mgへの急な増量は考えにくかったため、医師に問い合わせた結果、コンピュータへの入力においてワーファリン錠1mgとのミスだったことが判明した。正しくはワーファリン錠5mg1錠とワーファリン錠0.5mg1錠であると確認し、調剤を行った。	通常、前回の処方内容に変更があっても、患者自身が増量と聞いていなければよほどの場合を除き医師への疑義照会は行っていない。しかし、今回はその量自体に疑問があったため、疑義照会に至った。	病院で、処方箋入力時に規格の間違いによるミスが生じる可能性があることを踏まえ、仮に患者自身が用量の増量を医師から聞かされていたとしても、薬学的な判断を怠らず、その薬剤の使用上限量がオーバーしていないか、また、患者とどのくらい増量するか、相互に確認することを徹底する。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
286	「一般名処方」イミダプリル塩酸塩錠10mg 1錠1日1回朝食後21日分の処方。以前からの継続処方、今回服薬指導時に患者より血圧が高めで増量になったとの話を聴取し、用量が変更になっていないため疑義照会。処方医よりイミダプリル塩酸塩錠10mg 2錠1日1回朝食後に用量変更指示を受けた。	医師の入力ミスが要因。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名イミダプリル塩酸塩錠10mg「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
287	ツムラ半夏瀉心湯エキス細粒7.5g1日3~6回患部に直接塗布7日分の処方。患者に用法について確認したが、はっきりしないため疑義照会。用法について半練り状ににして口腔内に塗布保持し、その後飲み込む処方であると確認し、患者にもその旨説明。	患者が十分に認識できていなかったことも要因の1つと考える。		知識が不足していた患者側	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)  変更になった医薬品 販売名ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(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	ニフラン点眼液0.1%1日4回両目15mLの処方、患者への服薬指導時に処方医より点眼回数を3回に減らすと指示があったことを聴取。疑義照会の上、3回両目に変更指示を処方医より受けた。	処方医が変更の旨を処方箋に反映しなかったことが要因と考える。		コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ニフラン点眼液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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
289	ベルソムラ錠15mg0.5錠分1就寝前14日分の処方。ベルソムラ錠の吸湿性と光安定性を考慮してPTPヒートから出して分包するのは不適と考えて疑義照会。処方医よりルネスタ錠1mg分1就寝前14日分への変更指示を受けた。				医薬品  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
290	0歳8か月女児にタミフルDS 3% が25mgで処方されていた。同DSは1歳未満の場合1回3mgを1日2回が標準用量、女児はBW8.2kgなので、25mgでは過小であるために疑義照会したところ、50mg(3×8.2×2=49.2mg)に変更となった。		小児用量の確認を徹底する。	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
291	5歳女児に「一般名」アムロキソールDS1.5%が15mgと450mgの重複処方されていた。450mgは「一般名」カルボシステインDS50%ではないかと考え、疑義照会したところ、その通りに処方変更となった。		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 販売名アムロキソール塩酸塩細粒1.5%「タイヨー」  変更になった医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
292	錠剤を嚙んで飲む癖がある認知症の患者にパリエットが処方されていた	錠剤を嚙んで飲むという患者情報は、たまたま薬局で管理していたが、通常はさほど重視される情報ではない	フィルムコーティング錠のPPIでは効果が得られないため、比較的ましなタケブロンOD錠を提案した。	その他日常的にさほど重視されない情報によるものだった	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
293	リーゼ顆粒10%を成分量2mg/1xで飲んでいて患者。症状悪化のため同薬9mg/3xに増量となった処方箋を持参された。用量アップについて確認している中、前回分をほとんど飲んでいないこと、処方医へその旨が伝わっていないことがわかった。そのため服用状況と用量設定について疑義照会を行った。結果6mg/3xに減量となった。患者へは用量の変更とともに服用意義を再度伝えた。	患者自身の薬への評価で服用有無を判断してしまい症状が悪化した。さらに服薬状況について再診時に伝えていないことから用量設定が多くなってしまったと考えられた。		患者側	処方された医薬品 販売名リーゼ顆粒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
294	病院の内科と外科から、糖尿病、高血圧の治療薬 6種類が2重に処方された。当該患者は、入院していたときに、内科の薬を外科でもらっていた。疑義照会により削除された			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
295	処方7と処方12のランタスXR注ソロスター1キットの処方がありました。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、処方12のランタスXR注ソロスター1キット削除になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ランタスXR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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
296	クラビット錠500mg 1錠 1日1回朝食後の処方がありました。クレアチニンが40台で腎機能障害が疑われるので処方医に問い合わせを行いました。その結果、クラビット錠250mg 1錠 1日1回昼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
297	コデインリン酸塩散1% 1日40mg 1日2回朝夕食後 錠剤で渡してくださいと処方がありました。コデインリン酸塩錠20mgは、麻薬指定品で、処方医が施用者ではない為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、処方削除となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名コデインリン酸塩錠20mg 「タケダ」	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
298	プリンペラン錠5 3錠 毎食後で処方がありました。通常、毎食前服用なので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、プリンペラン錠5 3錠 毎食前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
299	ジスロマック錠250mg 1錠 1日1回 昼食後で処方がありました。通常、1日1回2錠服用の薬だったので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ジスロマック錠250mg 2錠 1日1回 昼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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
300	炭カル錠500mg 6錠 1日3回毎食後 で処方がありました。炭カルは、胃炎などで使われる薬で、カルタンが高リン血症の改善薬で慢性腎不全の患者さんに使われる薬だったので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、カルタン(500) 6錠 1日3回毎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 販売名炭カル錠500mg「旭化成」  変更になった医薬品 販売名カルタン錠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
301	ベタニス50mg 1日2回 朝・夕食後 1錠 91日分で処方ありましたが、1錠分2で間違いがないか念のため疑義照会を行ったところ、分1朝食後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
302	オメプラール錠20mgが処方されていました。通常8週間まで服用出来る薬剤だが、今回の処方では8週間を超える為医師に問い合わせたところ、オメプラール錠20mgからランソプラゾールOD15mg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 販売名オメプラール錠20  変更になった医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒が毎食後で処方されていましたが、通常、漢方薬は食前または食間に服用する薬剤の為医師に問い合わせたところ、毎食前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
304	透析患者で尿が出にくいとユリーフ(4)が処方された。透析患者では血中濃度が上昇することが報告されているため初めは1日4mgから開始のため疑義照会したところユリーフ(2)に変更となった。	患者が透析中であることを医師が知らなかった可能性がある。またユリーフが透析で抜けにくいという知識不足。	患者背景をよく聞き取り今の患者の状況を理解する必要がある。また、透析中の患者の投与量には注意するように意識する。	その他情報不足	処方された医薬品 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
305	患者が内科の処方せんを持って来局。新患の患者であり、フェブリクが20mgで処方されていた。本人に服用したことがあるかどうか確認した所、初めて服用することだった。フェブリクは初回、10mgで開始することになっているため、処方医に疑義照会を行った。フェブリクが20mgから10mgに変更になった。	医療機関側の要因なので不明。	初回で服用する薬は必ず、開始用量を添付文書で確認して調剤を行う。	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
306	リリカカプセル75mg 1C 1X 夕食後、同25mg 2C 2X 朝昼食後の処方であったが、リリカカプセルは添付文書上は1日2回服用である為疑義照会する。その結果25mgの方は、2C 1X 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
307	EPLが処方されたが、患者に受診理由を確認したところ、感冒との事だったので疑義照会を行いPL顆粒に変更した。しかし、EPL6カプセルだったので、PL顆粒6g分3食後で調剤してしまった。疑義照会をして安心してしまったミスである。			その他疑義照会できた	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
308	ワーファリン1mg 1錠 夕食後の処方があり。前回も同じ処方だったが、薬歴によると途中で皮下出血がひどいので4日間休薬の後0.75mgにするように指示があり、0.75mgを今服用している。疑義照会し0.75mgへ変更。[患者の持っている検査結果を確認:皮下出血時PT-INR=3.96 4日後 1.53 今回 1.86	途中で医師が減量指示したことがカルテに記載がなかったのかあっても見落としがちな書き方だったかもしれないと考える。	2年前には脾臓からの出血でワーファリンが中止になったことも薬歴には記載されており、ワーファリンは少量で効果を発揮する、ほんの0.25mgで目標値をうわまってしまうという認識をこの方には持たないといけないと考える。薬局としては薬歴にわずかな増量でも本人が聞いていない増量は必ず疑義照会することを申し送りしている。	連携ができていなかった	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
309	ツムラ芍薬甘草湯 75g 分3毎食後14日分という処方を受けた。1日量が多いため疑義照会を行ったところ、75g 75gに変更になった。	Drが処方入力の際に小数点を打ち忘れたものと考えられる。	レセコンのマスターメンテナンスに用量の上限を入れている。継続して行う。	コンピュータシステム	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
310	前回処方がグリメピリド錠0.5mg 1T分1だったが、今回処方はグリメピリド錠1.0mg 1T分1に増量になっていた。受付時に患者に確認したが、医師からは薬が増量する説明がなかったと言っていた為、疑義照会した。前回と同じグリメピリド錠0.5mg 1T分1に変更になった。		処方に変更になった際は、必ず患者と事前を確認する。疑わしかった場合は、必ず疑義照会する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 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
311	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒7.5b分3で処方されていたが、1包3.0gなので、疑義照会し、9.0g分3に変更になった。		漢方は、1包2.5gが多いので、それ以外の用量には注意する。	知識が不足していた	処方された医薬品 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
312	メチコパール500μg 3T分3で処方されていたが、シグマピタン配合カプセルB25カプセルを併用中の為、成分が重複することに気付いた。このまま併用するとメチコパールが750μg/回となり、常用量を超えるので、疑義照会した。メチコパール500μgから250μgに減量になった為、シグマピタンと併用可能になった。		薬歴とお薬手帳は、直前の情報だけでなく、必ず数回前までの情報を振り返り確認する。	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg 販売名シグマピタン配合カプセル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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
313	花粉症による眼のかゆみありのため点眼薬を処方してもらったと聴取した。処方されていた点眼薬が抗菌薬のバクシダール点眼であったため疑問に思い疑義照会した。実際の処方バタノール点眼であり、処方箋の入力ミスだった。	名称の類似による入力ミスと思われる。	実際の症状に対する処方薬が適切かの確認を徹底する。	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名バクシダール点眼液0.3%  変更になった医薬品 販売名バタノール点眼液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
314	かぜ症状でクラリス、不眠症状でベルソムラが処方されていた。併用禁忌のため疑義照会し、クラリスメイアクトMSに処方変更された。		処方鑑査時に併用禁忌等の確認を徹底する。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
315	咳症状ありのためツロブテロールテープの処方あり。当該患者は心房細動治療中であり、過去にツロブテロールテープの使用により頻脈の記録があったため、ツロブテロールテープの使用により病態の悪化が考えられるため疑義照会した。その結果、テオドールへ処方変更となった。			現在治療中の疾患に影響を与えないかを考慮して処方鑑査を行なうことを徹底する。	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」  変更になった医薬品 販売名テオドール錠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
316	内科で定期的に来局される患者が、耳の聞こえが悪く他院の耳鼻科に受診され、イソバイドシロップの処方箋をもって来局。内科受診時の情報として、2年前に慢性硬膜下血腫の既往あり、半年前にも血腫はあると診断されていた。耳鼻科の医師へは血腫の既往歴は伝えておらず、お薬手帳の提示もなし。イソバイドシロップは急性頭蓋内血腫に禁忌であり、医師に既往歴等含めて処方薬につき疑義照会后、処方は削除となった。	患者が既往歴について、医師に伝えていなかった。診察時、お薬手帳の提示がなかった。	患者へ、薬手帳は他科受診時には必ず医師へ提示し、既往歴・治療中の疾患について伝えるよう指導。	患者への説明が不十分であった(怠った) 患者側	処方された医薬品 販売名イソバイドシロップ70%分包30mL	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
317	10歳の患児に、デスモプレシン・スプレー2.5協和が処方される。家族に確認したところ、夜尿症の治療をすることになったと聞き取り、疑義照会したところ、デスモプレシン・スプレー10協和に変更される。	デスモプレシン・スプレー10協和の適応症は、「尿浸透圧あるいは尿比重の低下に伴う下記疾患、夜尿症」であるが、デスモプレシン・スプレー2.5協和の適応症は、「中枢性尿崩症」である。医師の話によると、電子カルテでデスモプレシン・スプレー10協和を選択したつもりだったとのこと。規格違いで、適応症の異なる医薬品は他にもある。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名デスモプレシン・スプレー2.5協和  変更になった医薬品 販売名デスモプレシン・スプレー10協和	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
318	ボノテオ錠50mg処方漏れにて疑義照会	ボノテオのみ数が月分であった、他薬は最近症状安定せずスパンが2週間~1ヶ月であった。投薬時に患者から、ボノテオの次回薬がない事インタビューにて情報を取得し、疑義照会に至る。	電子薬歴の処方カレンダーを確認することで対策	確認を怠った 連携ができていなかった 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
319	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「アダラートカプセル10mg、1錠/分1朝食後、56日分」と記載されていた。患者から血圧が高いいつもの薬の他に新しく血圧を下げる薬が追加されたとのことであった。薬歴を確認したところ、糖尿病の薬を服用中であるが重大な既往疾患はなく、腎機能や肝機能の重篤な障害はなかった。そこで処方医に対して用法用量について問い合わせを行ったところ、アダラートカプセル(10)からアダラートCR錠(10)に変更された。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名アダラートカプセル10mg  変更になった医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
320	サインバルタカプセル20mg 1C 1X 夕食後 が初めて処方されたが、お薬手帳を見ると他の病院から既に同じ薬が処方され服用中であった為、疑義照会する。その結果処方が削除された。			患者側	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
321	カタリンK点眼液4回右目の処方。今までは両目で処方を受けており、その週の火曜日に右目の白内障の手術を受けると聴取していたため患者に確認。右目は手術を受けて左目に点眼すると聴取し、処方医に疑義照会。4回左目に用法変更指示。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名カタリンK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
322	クラリチン錠1錠1日1回朝食後7日分の処方。7歳を超えており問題なかったが、本人が錠剤の服用が苦手とのことで、疑義照会し、処方医よりクラリチンレディタブ錠に処方変更指示を受けた。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名クラリチン錠10mg  変更になった医薬品 販売名クラリチンレディタブ錠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
323	シングレア錠10mg1錠分1夕食後5日分の処方。他に一般名処方カルボシステイン錠500mg、一般名処方ツロブテロールテープ2mg、برانلカスト錠225「EK」、ロルカム錠4mgの処方があり。シングレア錠とبرانلカスト錠が重複するため疑義照会。シングレア錠の削除の指示を確認。	今回、シングレア錠以外は継続処方、患者の話しよりシングレア錠を追加したようだが、برانلカスト錠が同種同効薬という認識がなかった様子。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名シングレア錠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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
324	一般名トスフロキサシン錠、ロキソプロフェン錠の処方で服薬指導中に他院でセレコックス錠を服用していることを聴取し疑義照会。ロキソプロフェン錠の処方中止指示。処方医に確認。	お薬手帳を持ってきてなくて、診察時に処方医に併用薬を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
325	一般名アンブロキシール塩酸塩徐放錠45mg、モンテルカストナトリウム錠10mg、アドエア500ディスクス28吸入用の処方があり、薬歴にて定時薬にシングレア錠10mgを確認し疑義照会。モンテルカスト錠10mgは処方削除指示。処方医に確認。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名シングレア錠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
326	患者が循環器内科の処方せんを持って来局した。処方せんには「バイアスピリン錠100mg、1錠/分1朝食後、56日分」と「エフィエント錠3.75mg、1錠/分1朝食後、56日分」と記載されていた。患者よりカテーテル検査に向けて薬を服用することになったとのこと、また以前より胃の調子が悪く空腹時にむかむかするが特に治療は行っていないとのことであった。薬歴を確認したところ、整形外科よりトラムセット配合錠が処方され服用中であるが胃薬の処方しなかった。胃の不調継続しており、バイアスピリン開始されること、高齢であること等を考慮し、予防的PPI内服について医師に相談したところ、ランソプラゾールOD錠15mgが処方追加された。			その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名エフィエント錠3.75mg 販売名-  変更になった医薬品 販売名バイアスピリン錠100mg 販売名エフィエント錠3.75mg 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
327	ミノマイシン錠(50)処方あり。初回の患者問診でミノマイシンで発疹、呼吸困難歴あること、薬剤師が気付いた。処方医へ問い合わせ、ミノマイシン削除。オゼックス(150)へ変更となった。	患者が主治医へミノマイシン副作用歴について話していなかった。また、薬手帳をお忘れてであった。	薬手帳を必ず持参すること	その他患者指導	処方された医薬品 販売名ミノマイシン錠50mg  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
328	幼児用PL配合顆粒処方あり。原則として15歳未満のインフルエンザ患者には投与しないため、患者の家族へ薬剤師が確認したところインフルエンザA型であったとのこと。薬剤師が処方医へ問い合わせ幼児用PL配合顆粒削除、カロナール細粒へ変更となった。			その他処方側	処方された医薬品 販売名幼児用PL配合顆粒  変更になった医薬品 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
329	定期処方にベルソムラ錠20mgが追加となったが、ベルソムラは高齢者には通常1回15mg投与の為、疑義照会。ベルソムラ錠15mgに変更となった。	処方元がベルソムラの適正用量を確認していなかったと考えられます。	適切な用量で薬が使用されるよう、チェックしていきます。	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
330	鼻炎でケトチフェンDSが処方された患者のお薬手帳に、ダイアップ坐薬の記録があった、患者に確認したところ、熱性けいれんを起こす可能性があるようなので、慎重投与ではあるが、処方医へ疑義照会をしたのち、薬剤変更の指示があった	手帳持参のため、内容を確認して、患者確認の上疑義照会に至る、	患者情報や手帳確認が必ずできる患者ばかりではない、患者背景によっては、禁忌だったり、慎重投与だったりする薬剤投薬の場合は必ず口頭で確認することが必要。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ケトチフェンドライシロップ0.1%「タイヨー」  変更になった医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
331	花粉症で受診。カロナール錠200が頓服(発熱時・疼痛時)で処方されたが、患者に確認しても痛みや発熱はなし。処方理由の説明もなかった為、疑義照会。レダコート錠4mg 頓服(鼻症状が強い時)に変更となった。	処方元の医院からは、カロナールもレダコートも頓服で処方されることが多く、頓服薬の処方ということで誤ってカロナールを入力してしまったのではないかと考えられます。	症状にあった薬が処方されているか、確認していきます。	その他処方元の入力ミス	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 販売名レダコート錠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
332	患者が内科の処方せんを持って来局。今回からスピオルトレスピマットが新規で追加になる。スピオルトレスピマットはLAMA+LABAの合剤であるが、定時薬でアドエアを使用中であった。アドエアはICSとLABAの合剤であるため、成分が重複する。そのため処方医に疑義照会を行った。LAMA単剤であるスピリーバレスピマットに処方変更になった。	医療機関側の要因なので不明。合剤であったため処方の重複に気がつかなかった可能性がある。	合剤を調剤するときは薬効が重複しないかどうかを必ず確認する。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
333	4週間前 門前医院より定期薬の処方箋をもって患者が来局。投薬の際に患者からたまたま顔が浮腫むことがあるとの相談あり。処方薬はボグリボースOD錠0.3mg「サワイ」、グリメピリド錠0.5mg「三和」、リオベル配合錠LDの3種であった。処方薬の中で、浮腫みの副作用の可能性があるのは、リオベル配合錠LDに配合されているピオグリタゾンだったが、顔の浮腫みは常にはなく、副作用かは確定できなかった為、服用を継続して浮腫みが続く場合は再度受診するよう説明。2週間前浮腫み症状が治まらない為、再度受診。ツムラ五苓散エキス顆粒が14日分臨時処方された。利尿作用による症状の軽減を行う事となり、経過観察となった。今回定期薬の処方箋を持って来局。処方内容に変更は無かったため、調剤前に浮腫みの状態をお聞きしたところ、浮腫みは続いていて改善していないとのこと。医師からも特に浮腫みについて指摘もなく、相談もしなかったとのことだったため、疑義照会を行った。結果、リオベル配合錠LDからジャヌビア錠50mgに処方変更となった。	医師から浮腫みの指摘は無かったようなので、門前医院には医師が2人おり、情報共有がうまく行われていなかった可能性あり。患者自身も浮腫みの状態が常態化しつつあり、3月13日受診の際に医師に相談していなかった。	経過観察になった場合は薬歴に記載し、次回来局時の注意を促す。来局された際は薬歴を確認し、患者に状態確認を行う。	連携ができていなかった患者側	処方された医薬品 販売名リオベル配合錠LD  変更になった医薬品 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
334	10歳の小児にロキソニン錠が処方されており、15歳未満には禁忌となっているため、疑義照会しカロナール200mg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 技術・手技が未熟だった	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
335	30歳代の女性が初来局。口唇ヘルペスで、アラセナA軟膏 10g と、バルトレックス錠500 500mg 6錠 3×N 7日分の処方有り。単純ヘルペスなので、ドクターに疑義照会して、バルトレックス錠500 500mg 2錠 2×M,A 5日分に変更となった。	ドクターの専門分野でなかったようで、本で調べながら処方したとの患者からの話だった。疾患によって、用法、用量が違くとドクターに説明したら、すぐに納得してくれた。		患者からの情報がなければ、そのままスルーしていた。患者との会話が大切だと感じた。	その他医療機関側の要因	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
336	透析している人にヘルペスにバラシクロビル500mg 2錠5日分がでた。	耳鼻科のドクターなので、透析患者にだす量を認識していなかった？			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 販売名バラシクロビル錠500mg「E E」  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
337	処方内容:(疑義照会前)ツムラ小青竜湯6g分3毎食前30日分 (疑義照会后)6g分2朝・夕食前30日分 当該薬局では、ツムラ小青竜湯は分包品(3g/包)のみを在庫している。入力者は当日他薬局から支援で来ていた事務員で、処方どおりの入力を行った。調剤者は小青竜湯が1包3gであるとの認識から、60包ピックアップした。鑑査・投薬者は処方が6g分3の記載であるとわかっていたが、分包品では処方箋の記載通りにならないことに鑑査時に気付かなかった。投薬時に誤りに気付いたため、ただちに当該医療機関に用法が処方通りで間違いないか疑義照会し、上記のとおり変更となった。	調剤者、鑑査者ともに、分包品の小青竜湯が3g/包であるとの認識はもっていた。入力者は支援で入っていたため、認識していたかどうかは不明。鑑査時に、包数を確認する際に処方箋が「6g(2包)30日」のところにはしか目が向いていなかった。当該薬局ではピックアップ鑑査システムを導入しているが、表記が60包となっていたのも見落としを招いた要因と言える。	当該薬局にて処方の多い漢方について、分包品1包あたりのグラム数を一覧表にしたものを鑑査台の上に用意した。	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	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	

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
338	成人男性にイナビル1キットの処方。用量不適合のため疑義照会。2キットに変更。	処方医の単純ミス	再確認	確認を怠った	処方された医薬品 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
339	異なる医療機関からプロチゾラムが同日に処方され疑義。片方削除。	患者及び医師が他院処方を気にしていなかった。	患者本人に眠剤の処方をもとめる指導	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名プロチゾラムOD錠0.25mg「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
340	クレメジンが食後処方。疑義にて食間に変更	用法選択の単純ミス。	用法確認を徹底	確認を怠った その他うっかりミス	処方された医薬品 販売名クレメジンカプセル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
341	タミフル予防投与。Ccr30以下の人に連日処方。疑義にて隔日に変更。	主治医以外からの処方に対し患者がCcr値をきちんと伝えていなかった。	申告するように指導	確認を怠った	処方された医薬品 販売名タミフルカプセル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
342	ジヒデルゴットとクラリシッドと一緒に処方されていたが調剤者は併用禁忌を見落とし、最終監査者が監査時に気が付いて疑義照会をして薬変更。	調剤者は確認を怠ってしまった。	ジヒデルゴットが処方されている患者のサマリーにクラリス禁忌の注意書きをし、調剤時、監査時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	処方された医薬品 販売名クラリシッド錠200mg 販売名ジヒデルゴット錠1mg  変更になった医薬品 販売名未記載 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
343	ノイロピタン配合錠 4T 分2、メチコパール 500 3T 分3が出ていたのでビタミンB12が重複していると問い合わせた。ノイロピタン配合錠をノイロトロピン錠に変更すると返答があった。	ノイロまで名前が同じなので間違っただろう。		確認を怠った	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
344	当薬局をいつも利用している患者がひざの痛みで整形外科を受診した処方せんを受け付けた。当該処方箋発行医療機関の在宅医療室からの定期処方中にクレメジンカプセルがあるため、腎機能低下ありと判断。数日前在宅訪問時に、ひざの痛みでカロナールの頓用処方あり。腎機能低下の程度は把握していないが、ひざの痛みに頓用処方が出たばかりである。在宅医療室に連絡し、整形外科医が腎機能の低下を知っていたかと、処方箋を持参した家族への、カロナール錠の残数確認を含め、整形外科医への連絡を依頼。後刻、在宅医療室ナースより、セレコックス錠記載の処方箋は削除とするよう連絡があった。	同じ医療機関であっても、患者情報が共有されていない。		その他医療機関の複数科での情報共有不足	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
345	プリンペラン錠5mg 4T 4X 毎食後および就寝時 他の処方であったが、プリンペラン錠は添付文書上は1日3錠であった為疑義照会する。その結果3T 3X 毎食後へ変更された。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	エディーロール0.75 µg の処方であったが、前回まではアルファカルシドールカプセル1 µg が処方されていた、患者から変更理由が分からないとお話があった為、疑義照会する。その結果今まで通りのアルファカルシドールカプセル1 µg に変更された。			その他医療機関	処方された医薬品 販売名エディーロールカプセル0.75 µg  変更になった医薬品 販売名アルファカルシドールカプセル1 µg「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	トランサミンカプセル500mgの処方に対しトランサミンカプセル250mgを調剤。トランサミンカプセル500mgは販売されていないので、疑義照会してトランサミン錠500mgに変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名トランサミン  変更になった医薬品 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
348	ムコサルLカプセル45mg1C分1朝食後30日分の処方、服薬指導時にカプセルは飲みづらくて喉につかえるとの相談があり、ムコサルLカプセルの処方があったため、カプセルも大きく飲みづらいとのことで疑義照会。ムコソルバンL錠に変更指示を処方医より受けた。	患者が処方医にカプセルが飲みづらいことを伝えていなかったことも要因の1つと考える。		勤務状況が繁忙だった患者側	処方された医薬品 販売名ムコサル-Lカプセル45mg  変更になった医薬品 販売名ムコソルバンL錠45mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
349	鼻水症状でPL配合顆粒2g分2朝夕食後3日分の処方あり。薬歴より泌尿器科よりハルナールD錠、エビプロスタットDB錠を服用していることを確認し、疑義照会。PL配合顆粒中止でピラノア錠20mg1錠分1夜3日分の変更指示を処方医より受けた。	処方医に前立腺肥大症の治療を受けていることを伝えていなかったことが要因の1つと考える。	お薬手帳を持って来ていなかったため、お薬手帳を活用するよう指導した。	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
350	トスフロキサシン錠150mg、カルボシステイン錠25mg、ロルカム錠4mg3錠分3毎食後4日分の処方。患者が持参したお薬手帳にて整形外科でロキソプロフェン錠、アズクレニン、リリカカプセルの継続服用を確認し、疑義照会。処方医よりロルカム錠の処方削除の指示を受けた。	患者がお薬手帳を処方医に提示しなかったことが要因の1つと考える。	処方医にも服用中の薬を知らせるためにお薬手帳を提示するよう指導した。	患者側	処方された医薬品 販売名ロルカム錠 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
351	ロルカム錠4mg、一般名トスフロキサシン錠150mg、酸化マグネシウム錠250mg「モチダ」、ミヤBM錠、3錠分3毎食後4日分の処方。トスフロキサシン錠と酸化マグネシウムが併用されているため疑義照会。処方医よりどうしてもキノロン系抗生物質が必要と相談を受け、1日1回服用で良いレボフロキサシン錠を提案。酸化マグネシウムとの服用タイミングをずらすよう服薬指導することで処方医の了解を得て処方変更となった。レボフロキサシン錠500mg分1夕食後で酸化マグネシウム錠を夕食後から2時間後に服用するよう指導。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名トスフロキサシントシル酸塩錠150mg「日医工」  変更になった医薬品 販売名レボフロキサシン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
352	ナトリックス錠1mgが2T分2朝・夕食後 で出ていて、定期薬ではユリーフ錠とフラ ボキサート塩酸塩錠200mg「日医工」が 出ていたので夕食後に飲まないほうがいい のではないかと問い合わせた。ナトリッ クス錠1を2T分1朝食後に変更と返答 があった。	ナトリックスを高血圧で使用しているから 利尿剤という認識がないのかも。	定期薬の内容も考えて用法を チェックする。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ナトリッ クス錠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
353	ミケランLA点眼液2%とキサラタン点眼液 が10ml出ているので4本になるがいい かと問い合わせると2本出したかったとい うことで10ml 5mlに変更となった。	1本5mlだと事務員が勘違いしていた。	量がおかしいと思ったら 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 販売名ミケランLA 点眼液2% 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
354	ゾピクロン錠7.5mg「サワイ」1錠 就 寝前 42日分の処方。向精神薬で30日 までの処方制限がある薬剤の為、疑義照 会。結果、30日分に変更となる。	2016年11月から向精神薬に指定さ れ制限がでた薬。		その他医師の認識 不足	処方された医薬品 販売名ゾピクロン 錠7.5mg「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
355	定期処方にザイザル錠5mgが追加。他 院よりセルテクト錠30が処方され服用中 であり、また透析を行っている患者。ザイ ザルは透析患者には使用不適であり、セル テクトは慎重に使用可能なため、抗アレ ルギー剤としてはセルテクトを使用する 方が適切と考えられる。疑義照会により、 ザイザル錠5mgは削除となった。	処方元が患者が透析を行っていること を把握していなかった、または見落として いた。処方元が患者の併用薬を把握 していなかった、または見落としてい た。と考えられます。	適切な薬物が使用される よう、チェックします。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
356	カルデナリン錠1mg 3錠 毎食後 4日分の処方があったため、疑義照会。カルデナリンではなく、【般】カルボシステイン錠250mg 3錠 毎食後 4日分に変更。	処方箋入力で最初の2文字で検索をかけた可能性がある。通常1日3回で出ることのない薬の為、判断しやすかったが今後も十分注意をしていく。	処方内容、用法の確認を引き続きしっかり行う。おかしいかもと思った時点で疑義照会を行う。	勤務状況が繁忙だった その他入力ミス	処方された医薬品 販売名カルデナリン錠1mg  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
357	腎機能が低下しているとの記録が薬歴にあったが、詳細は不明。患者に伺っても検査値は不明だった為、腎臓の治療をしている病院に問い合わせたが、検査値を教えることはできないとのことで、患者が持っている検査値の記録を家に取りに帰って頂いた。患者が薬局に戻られてから検査値を確認した所、クレアチニン、eGFRとも悪く、腎機能がかなり低下していた為、処方元に疑義照会した所、薬が下記のように変更となった。クラリス錠200mg、フスコデ配合錠 削除ザイザル錠5mg ピラノア錠20mgロキソニン錠60mg カロナール錠200	処方元で患者の腎機能を把握していなかった、または見落としていたと考えられる。	適切な服薬ができるように確認します。	コンピュータシステム その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 販売名フスコデ配合錠 販売名ザイザル錠5mg 販売名ロキソニン錠60mg  変更になった医薬品 販売名- 販売名- 販売名ピラノア錠20mg 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
358	前回途中で介護職員が残薬を持参して一包化して欲しいと言っていると処方元より一包化の指示があった際に Crestor錠5mgが中止と連絡があったが、定期薬処方時に Crestorが処方されていたので中止になったのではと問い合わせた。Crestorは中止となった。	前回の中止の記載がなかったよう。	定期処方以外の時に処方内容に変更があった時は定期処方に反映されているか確認する。	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 販売名 Crestor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
359	患者が処方箋を持って来局。調剤開始。内容と年齢でペリアクチンの容量が少ないと感じ、DrにTELして容量を確認した所、Drの薬品名誤りである事が判明。ペリアクチン フラピタンに変更。容量は2ml/日のままだと回答。正しい物で調剤を完了して、患者にお渡し	HPで患者が沢山いて、転記ミスと思われる	今後も年齢と容量の確認を行う	その他入力違い	処方された医薬品 販売名ペリアクチンシロップ0.04%  変更になった医薬品 販売名フラピタンシロップ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
360	透析患者に定期の薬に加えてリリカ25mg 1×朝食後 隔日服用 の処方。クレアチンクリアランスが15未満の患者には初期用量25mg 1日1回、血液透析後の補充用量25or50mgの為、用法について疑義照会。25mg 1×夕食後の連日服用に処方変更となった。	処方医が添付文書を読み取り間違えたとのこと		医薬品	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
361	泌尿器科の処方箋持参。ピカルタミドOD80処方あり。薬歴を確認したところ、前々回から処方中止になっており、患者に確認したら再開の話も聞いてないとのことなので、疑義照会した。Drは、中止していたことを忘れていた、とのこと、中止の指示あり。			その他クリニックでの間違い	処方された医薬品 販売名ピカルタミドOD錠80mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
362	耳鼻科の処方箋を家族が持参。お薬手帳で確認したところ、小児科よりカルボシステイン服用中で、今回重複して処方されていたため、疑義照会して、削除となった。			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
363	ブランルカスト錠225「EK」が出ている患者にシングレア錠10mgが追加されていたので、同効薬で併用出来ないとの問い合わせた。シングレア錠10mgはエバスチン錠10mg「ケミファ」に変更と返答があった。	以前も同じ患者に同じ内容で問い合わせしているが記録していないのかも。	毎回問い合わせるしかないよう。	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 販売名シングレア錠10mg  変更になった医薬品 販売名エバスチン錠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
364	薬物による腎機能障害になった患者が、状態が回復してきたため広域病院からかかりつけの整形外科に転院。痛みがひどいと訴えあり、セレコックス(100)4錠/朝夕食後と処方されていた。調剤者はそのまま調剤したが、監査者は、セレコックスは重篤な腎障害のある患者に禁忌との記載あり、状態は「重篤」ではなかったが、セレコックスが最大量処方されていたので念のため医師に確認。カロナル(500)3錠/毎食後に変更となった。	腎機能障害の原因となった薬剤はすでに中止になっており、その後腎機能障害は回復しつつあったこと、また整形外科には広域病院からの紹介状を持参しており、医師は患者からもその旨確認していたため、調剤者は腎機能障害があったことを了承の上での処方と判断してそのまま調剤した。監査者は、腎機能障害のある患者にセレコックスが減量されずに処方されていることに疑問を持った。	医師の判断であろうと推測されたとしても薬剤師として疑問を持った場合には、積極的に疑義紹介を行う。	判断を誤った	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 販売名カロナル錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
365	ユリーフで副作用がある人にユリーフが処方され(タムスロシンからの処方変更)、疑義照会せず最終鑑査終了。翌日薬を取りに見えた際に投薬者が気づき疑義照会、タムスロシンに処方を戻す回答。	薬歴の見落とし		確認を怠った	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
366	クラビットで薬疹の副作用のある人にタリビット耳科用液が処方されたが疑義照会せず最終鑑査終了。投薬者が気づき、タリビットはレボフロキサシン過敏症に禁忌であるため疑義照会し処方削除となった。	薬歴の副作用歴の見落とし		確認を怠った	処方された医薬品 販売名タリビット 耳科用液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
367	A医院から紹介でB病院より糖尿病の薬が出ている。A医院から今回アマリール、ネシーナ、メトグルコが処方されているが、不要では？	アマリール、ネシーナ、メトグルコ削除。	鑑査、投薬時の併用薬の確認と聞き取り。	その他併用薬を把握できていなかった。	処方された医薬品 販売名アマリール 1mg錠 販売名ネシーナ錠 25mg 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
368	バクタは1日おきの服用だが、他の薬と同様に31日分処方されていた。疑義照会の結果、16日分に変更となった。	前回から、処方日数が変更となり、日数変更時に隔日服用のバクタも他の薬剤同様31日分にしてしまったと思われる。	鑑査時前回処方との照らし合わせ。	その他日数変更忘れ コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名バクタ配合錠	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
369	ザジテンDSが初めて処方されたが、熱性痙攣の既往のある患者であった。疑義照会の結果、アレジオンに変更となった。	熱性痙攣の既往がDrに伝わっていない。もしくは確認モレ。	新規処方時の表書きの確認と、聞き取り徹底。	その他既往確認モレ	処方された医薬品 販売名ザジテンドライシロップ0.1%  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
370	2歳の患者にホクナリンテープ(1)が処方された。1mg製剤は3歳からの適応なので、疑義照会結果0.5mg製剤へ変更となった。	年齢確認ミス。	新規処方時の用法用量の確認徹底。	その他用量確認ミス	処方された医薬品 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
371	レミニール錠4mgが1T分1で出していたので通常2T分2で飲む薬だと問い合わせた。1T分1朝食後 2T分2朝夕食後へ変更となった。	他の患者に1T分1で出しているのだから2回だという認識がなかったのかも。	添付文書と異なる用法の時は問い合わせる。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レミニール錠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
372	イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「サワイ」が出ていたが在庫がなく、エパデールS600ならあるので変更出来るか問い合わせた。イコサペント酸エチル粒状カプセルは900mgの間違いだったと返答があり、900mgなら在庫があったのでイコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「サワイ」で投薬した。	入院していて久しぶりの処方だったので、処方箋入力時に選択ミスをしていた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「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
373	12歳の女兒にアラミスト点鼻液処方。用法が1回2噴霧であったため疑義照会。(15歳未満は1回1噴霧)	医師が使い慣れていない医薬品であった可能性あり。		医薬品	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
374	<p>ノルバスク錠2.5mg 2T分1 朝食後 14日分、アレロック錠5mg 2T・ホモクロルシクリジン塩酸塩錠10mg「NP」2T分2 朝・夕食後 14日分、ノルバスク錠2.5mg 1T分1 朝食後 14日分、ノルバスク錠2.5mg 0.5T分1 昼食後 1日分の処方処方箋横にノルバスク2.5は1T 2T、ノルバスク2.5 0.5Tはすぐに飲んでもらうとメモがあったので、ノルバスク錠2.5の1T分1は間違いではないかと問い合わせた。これで間違いないと言われたので1回2Tとメモがあるがこれだと3Tになり、前回出ていたファモチジン錠20mg「オーハラ」が出ていないが中止なのかと再度聞くと確認するというので一旦電話を切った。結局、ノルバスク錠2.5mg 1T分1 朝食後 ファモチジン錠20mg「オーハラ」1T分1 夕食後の間違いということで変更となった。</p>	<p>前回処方ファモチジンをノルバスクに変更してしまい、ノルバスクは変更されずに前回の内容がそのまま残ったので重複になってしまった。発行した処方箋を見て、入力内容をチェックしていないのかも。</p>	<p>内容がおかしい時は納得出来るまで問い合わせる。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名ノルバスク錠2.5mg  変更になった医薬品 販売名ファモチジン錠20mg「オーハラ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
375	<p>「ティーエスワン配合ODT25 4錠 分1 夕食後 28日分」で処方されていた。疑義照会したところ「ティーエスワン配合ODT25 4錠 分2 朝夕食後 28日分」に処方変更となった</p>	<p>詳細は不明だが、パソコンでの処方の入力ミスと考えられる。</p>	<p>用法用量をしっかり確認する。</p>	<p>コンピュータシステム</p>	<p>処方された医薬品 販売名ティーエスワン配合OD錠T25</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
376	普段、精神科からベルソムラが処方されている患者に対して、風邪で受診した内科から、併用禁忌に該当するクラリス錠200mgが処方された。患者が今回はお薬手帳を持ってくるのを忘れてしまったが、先日、来局した際に併用薬の確認ができていたので、相互作用を発見して、内科の処方医に対して疑義照会を行った結果、クラリス錠200mgからジェニナック錠200mgへ処方変更となった。	処方医の併用薬に関する確認漏れが原因で起きた。作業手順の不履行。	患者は前回、内科を受診した際に、内科の医師に併用薬のことを伝えていたので、問題が起きないものと思っていた。医師側と薬剤師側で二重にチェックする必要とお薬手帳の重要性を説明しました。	連携ができていなかった その他医師の確認漏れ	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
377	スピリーバ2.5µgレスピマットが1回1吸入、レルベア200エリプタ30吸入が1回2吸入で処方されていたので吸入の数が逆ではないかと問い合わせた。カルテではそのような指示になっていたようで、何か悪いのかと聞かれたので、通常の用量は逆が正しいと伝えて、スピリーバレスピマットは1回2吸入、レルベア200エリプタは1回1吸入に変更となった。	カルテの指示が間違っていて事務員は間違いに気付かなかったよう。以前の処方から間違っていて気付かずに投薬していたのかと不安になったが以前の処方は間違っていなかった。いつもは呼吸器科でもらっているが、薬が足りない時だけかかりつけの内科でもらうので前回は1年前で普段出さないで用法の間違いに気付かないのかも。	用法が添付文書と異なる場合は問い合わせる。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名スピリーバ2.5µgレスピマット60吸入 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
378	サンコバ点眼液が余っているのに処方されていた患者にまたサンコバ点眼液が処方されていたので、本人にいいのかと確認すると、「サンコバ点眼液ではなく、コソプト配合点眼液を頼んだ」と言われたので問い合わせさせてサンコバ点眼液は中止、コソプト配合点眼液が追加となった。	処方する時に残薬を確認していないよう。	患者の申し出と処方が異なる場合は確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名サンコバ点眼液0.02%  変更になった医薬品 販売名コソプト配合点眼液	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
379	中性脂肪上昇でリバロが出ている患者にベザフィブラートが追加処方。併用禁忌だと連絡を入れるとリバロがゼチーアへ変更	注意力散漫		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 販売名リバロ錠2mg  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
380	患者本人が処方せんを持って来局された。足の痛みのためにロキソプロフェン錠60mg1回1錠、レバミピド錠100mg1回1錠、疼痛時5回分の処方があったが、問診にて授乳中であることが判明し、病院のほうにも伝えてないとのことだったため疑義照会。処方削除となった。	患者が授乳中であることを病院で伝えていなかったことが要因であると考えられる。	妊娠、授乳が可能な年齢の女性にはその都度確認を取る	患者側	処方された医薬品 販売名ロキソプロフェン錠60mg「E MEC」 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
381	患者本人が処方せんを持って来局された。骨粗鬆症の治療ということで処方内容はビビアント、エディロールカプセル0.75 各1錠分1朝食後の処方であった。手帳にて併用薬を確認し、問題なかったため投薬したが、投薬中に患者の方から他院で骨粗鬆症の注射をしてもらっているとの話があった。患者の了解を得て、当該クリニックに注射の内容を確認し、エルカトニン注と判明、他院にて本日ビビアント、エディロールの処方があったことを伝えたところ、2剤追加は不要との返答あり。本日処方元の方に疑義照会し、ビビアント削除となった。	お薬手帳には服用している薬は記載していたが、クリニックで実施している注射の内容までは記載してなかったため他院で確認が出来なかった	内服薬だけではなく、点滴や注射の併用についても確認を怠らない	患者側	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
382	患者本人が処方せんを持って来局した。調剤を実施する前に薬歴を確認、患者の副作用歴にオパルモンで動悸がしたとの履歴あり。薬歴を見ても3年前に処方歴があり、その際副作用が出たため中止となっていることが判明。副作用が出たことを病院で患者が伝えていたため、こちらから処方元に改めてフィードバックはしていなかった。今回処方元に3年前に副作用で中止となっていることを伝え、処方削除となった	副作用歴について処方元にフィードバックが出来てなかった	重要と思われる内容については、患者から、処方医に伝えているとの話があっても改めて薬局の方からフィードバックする	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名オパルモン錠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
383	11歳の患者にアレグラ60mgの処方あり。調剤終了後、鑑査者が年齢に対して用量過多と判断し、疑義照会。アレグラ30mgへ変更となった。	単純なミス 注意力散	知識の習得。	確認を怠った医薬品	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
384	ピーエイ配合錠とカフコデN配合錠が処方され、お薬手帳を確認したところ、キサラン点眼液を使用中であった。本人に確認したところ、「緑内障でキサランを使用されているが、処方医にはその旨は伝えていない。」とのこと。疑義照会を実施したところ、ピーエイ、カフコデが中止となり、葛根湯の処方に変更となった。	処方医が緑内障であることをご存知なかった。また、本人も緑内障で使えない薬があることをご存知なかったため、処方医にもその旨を伝えていなかったと思われる。	お薬手帳からの情報も見逃さないようにする。また禁忌薬のある疾患を患っている方には予め、受診の時には必ず患っている疾患を処方医に伝えるように指導する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピーエイ配合錠 販売名カフコデN配合錠  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) 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
385	ツムラ半夏厚朴湯 9g/毎食前×14日分処方 分包品を42包調剤した 監査時に他薬剤師が分包品は1包2.5gと気づき処方医に疑義照会。入力の間違えだった処方薬はツムラ半夏厚朴湯7.5g/毎食前×14日分に変更となった	半夏厚朴湯分包品 1包2.5gと知識はあったのだが そのまま思い込んでしまい調剤してしまった 処方せんの見間違い	粉薬分包品は 1包量をしっかり確認して調剤	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
386	整形外科より、今回初めてケトプロフェンテープ40mgが処方された。投薬時、患者との会話より、以前モーラステープによりかぶれが起こり、使用を中止した過去があることが判明。疑義照会によりロキソニンテープ100mgに変更となった。	薬歴の副作用歴には記録がなく、お薬手帳の副作用歴の欄にも記入がなかったため、気が付かないまま渡してしまうところだったが、投薬時にしっかり患者の話を聞き、情報収集を行ったことで、今回の発見に至った。	初回や追加投与の薬品については、しっかり患者情報の収集を行った上で、説明等を行う事。また、薬歴やお薬手帳の副作用歴の記録は定期的に変更していく事。	記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名ケトプロフェンテープ40mg「東光」  変更になった医薬品 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
387	調剤者がジスロマック錠250mg 1日2錠 1日2回 朝食後 の処方に対して用法用量の疑義照会をせずに調剤をし鑑査者へ渡した。鑑査者は鑑査を終え、投薬へ向かう直前に、ジスロマック錠の用法用量の間違いに気づき、疑義照会をし、1日2錠 分1 朝食後 の用法へ変更になった。	今回の処方薬はRP2個。RP1の処方薬がメジコン錠15mg 1日1錠 発作時。RP2の処方薬がジスロマック錠250mgの処方薬でした。RP1のメジコン錠の発作時の処方薬に対して違和感を抱き、メジコンの用法用量ばかり気になってしまいRP2ジスロマック錠250mgの用法用量についての処方監査への注意が弱ってしまった。	鑑査者に渡す前に一呼吸おく。疑義照会、在庫検索など調剤にひと手間掛かった場合は注意力が散漫になることが多いのであるなら、ペンを使い、処方監査をしたというチェックを入れる。	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
388	今回受診時に頭痛の訴えあり、マクサルトとSGが追加になった。お薬手帳(併用薬確認)と薬歴の既往歴の記載より脳梗塞の既往あり。マクサルトが脳梗塞の既往には禁忌のため疑義照会し、マクサルトが削除になった。	脳梗塞の血栓予防の治療は他院にて行っている。お薬手帳は医師にも確認してもらっていたようだが薬の飲み合わせの確認はされたようだが確認が抜けてしまったようだ。	既往でもしっかり確認する。疑問点があるときには必ず疑義照会をする。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名マクサルト錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
389	約1年ぶりの来局。花粉症で受診され、セレスタミン配合錠が頓服で処方されていた。過去の記録で、トラバタンズ点眼液を使用していると聴取していた為、現在も使用中であり、眼圧が高いことを患者に確認。セレスタミン配合錠は禁忌にあたるため、疑義照会した結果、削除となった。	処方元が患者の併用薬や合併症を把握していなかった、または確認が漏れていたと考えられます。	適切な薬が使用されるよう、チェックします。	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
390	セルベックスカプセル50 2C 分2とレバミピド錠100mg「EMEC」2T 分2で同じ用法で胃薬が2種類出ていたので問い合わせた。セルベックスカプセルはセレコックス錠100mgに変更となった。	名前が似ているので間違ったよう。		確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名セルベックスカプセル50mg  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
391	チアトンカプセルが処方されたが、前立せん肥大の薬が処方されていたので、疑義照会して、チアトン中止と連絡があった。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名チアトンカプセル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
392	ロペミンカプセル1mg 4C 2X 朝夕食後他の処方であったが、添付文書上ではロペミンカプセル1mgは1日2mgまでとなっていた為疑義照会する。その結果 2C 2X 朝夕食後に変更された。			医薬品	処方された医薬品 販売名ロペミンカプセル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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
393	デパス錠0.25mg 1T 1X 就寝時 他の処方であったが、他の病院からゾルピデム酒石酸塩錠5mgを既にもらっていた為疑義照会する。その結果デパス錠0.25mgは削除された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名デパス錠 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
394	トラマールOD錠25mg 他の処方であったが、患者から少し胃の調子が悪いので胃薬も欲しいとのうったえがあった為疑義照会する。その結果テプレノンカプセル50mgが追加された。			患者側	処方された医薬品 販売名-  変更になった医薬品 販売名テプレノンカプセル50mg 「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
395	耳鼻科の処方箋を持参。花粉症で、内服と目薬の処方あり。併用薬を確認したところ、眼科でも同効薬の目薬が処方されていたため、疑義照会して、処方削除となった。			その他患者の申し出忘れ	処方された医薬品 販売名パタノール 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
396	耳鼻科の処方箋を持参。妊娠9ヶ月。サワシリン250mgが3P/日処方あり、妊娠中などを考慮して少な目の処方なのかもしれないとは思ったが念のため疑義照会したところ、6P/日の間違いであることが判明。正しい量で投薬した。			その他クリニックでの間違い	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
397	耳鼻科の処方箋持参。アレルギー内服と一緒にレボカバステチン点眼も処方されていた。併用薬を確認したところ、眼科でパタノール点眼処方あり。同効薬なので必要ないと思い疑義照会したところ、レボカバステチン点眼の処方は中止となった。			その他患者の申し出忘れ	処方された医薬品 販売名レボカバステチン塩酸塩点眼液0.025%「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
398	泌尿器科の処方せん持参。前回は猪苓湯処方、1年ぶりに今回は柴苓湯処方あり。尿たんぱくなど出て処方されているのか患者に聞き取りしたが、出てないとのこと、不審に思って疑義照会したところ、猪苓湯の間違いと判明。正しい処方で調剤して投薬した。			その他クリニックでの間違い	処方された医薬品 販売名ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)  変更になった医薬品 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
399	処方せん受付時に、前回と処方内容に変更がないことをお伝え。すると患者より「ワーファリンの数は変わらないけど小さくする、って言っていたような…」と聞きとり。どういう意味か分からなかったため念のため医療機関に疑義照会する。すると、今回からワーファリン1mg4錠 1mg3錠 + 0.5mg1錠へ減量の予定であったが処方せんに反映されていなかったことが判明。患者には、医師の意図通りに3.5mgへ変更してお渡しすることができた。	医師から患者への「ワーファリンの数は変わらないけど小さくする…」という説明の意味は、ワーファリン1mg4錠 1mg3錠 + 0.5mg1錠にすることで、ワーファリン服用の錠数はともに4錠で変わりがないが3.5mgと減量するという説明であったことが分かった。		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 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
400	他医院でロブ錠60mgが1日3回28日分処方されているので、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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
401	門前クリニック皮膚科と内科の処方せんを持って来局。事務員が通常通り入力。皮膚科からセフゾン、内科からジェニナックが処方されていた。調剤者は抗生剤重複に気付かず、このまま調剤を終え、鑑査者に回した。鑑査者が重複に気付き、クリニックに疑義照会をしたところ、セフゾンが削除となった。	他科処方での、処方鑑査漏れ。確認不足。	処方せん受付時に処方鑑査を確実に行った後、調剤に移る。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ジェニナック錠200mg 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
402	処方[般]オキシコナゾール硝酸塩錠(600mg)1錠 1日1回 寝る前使用 7日分であった。薬剤師は処方内容に疑問点を感じず疑義照会せず調剤を開始した。当薬局にはオキシコナゾール錠はなく在庫も調べ0だった。そのため薬剤師は近隣薬局からの小分けの電話をした。同時に処方箋交付期限延長依頼の疑義照会の電話を事務が行った。近隣薬局の薬剤師に規格と錠数をお伝えした所、処方内容がおかしいと指摘され、調べ直し、処方発行した病院へオキシコナゾール錠の規格と用法用量の疑義照会をした。疑義照会后オキシコナゾール硝酸塩錠の規格は600mgではなく100mgの間違いであることが判明	大学病院の処方箋の間違いが無いという思い込みがあった。知識不足で、規格が100mgと600mgがあること、用法用量が規格ごとに違うことを処方鑑査時に気付かなかった。	知らない薬に関しては、今日の治療薬、添付文書などで用法用量を確認してから疑義照会、小分け依頼の電話をする。	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 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 医薬品 教育・訓練	処方された医薬品 販売名オキシコナゾール硝酸塩錠600mg「F」  変更になった医薬品 販売名オキシコナゾール硝酸塩錠100mg「F」	ヒューマンエラー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	キネダック錠50mg毎食後20日分で処方されていた。疑義照会したところ毎食前に用法変更になった。	今回初めて処方された薬で処方医が用法を誤ったのではないかと推測される。	特に初めての薬に関しては用法用量等記載誤りがないか薬局で処方監査をしっかりと行う。	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
404	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏(10g/本)30本、肛門に塗布で処方されていた。疑義照会したところ3本に変更になった	詳細は不明だが医師がパソコンで処方を入力する際、単位を誤ったのではないかと考えられる。	処方監査をしっかり行う。	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 販売名強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	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
405	マイスリー錠が56日分処方されていたので、疑義照会して30日分に変更してもらった。			その他疑義照会	処方された医薬品 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
406	ディレグラ配合錠 2T分2 朝夕食前 という処方を受けた。ディレグラは通常4T分2のため疑義照会を行ったところ、4T分2に変更になった。	医師がディレグラ配合錠の含有量を把握していなかったと考えられる。	レセコン定型コメントに「1回2錠」と表示されるように設定。	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
407	10歳代女性に子宮収縮止血剤であるメチルエルゴメトリンが処方されていた。前回は低血圧治療薬であるメトリジンであった為に、医師が勘違いされた可能性があると思い、疑義照会を行った。結果、当方推測した通り、メトリジン2mg分2、朝・夕食後に変更となった。		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 販売名メチルエルゴメトリン錠0.125mg「あすか」  変更になった医薬品 販売名メトリジン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
408	70歳代女性にユーエフティ配合カプセルT100が、 / からの服用で14日分処方されていた。患者は同薬剤を現在服用中で服薬する日が重なるため、前回同様に2週投薬1週休薬ならば、次回の服用開始日は / の10日後と推測し、疑義照会を行ったところ、当方推測通りに変更となった。		徹底した処方監査、疑義照会。正しい記録の徹底。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ユーエフティ配合カプセルT100	ヒューマンエラー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	30歳代女性に六君子湯が9g分3で処方されていた。同薬剤は一包2.5gなので、疑義照会を行ったところ、処方間違いであり、小青竜湯が9g分3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 販売名ツムラ六君子湯エキス顆粒(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
410	ジスロマック錠250mg1錠分1で処方。通常250mg2錠分1であるのでこの時点で疑義照会が必要だったが、調剤者はいつもどおり2錠と思い込み調剤。鑑査者も2錠と思い込み鑑査。調剤者が投薬を行い、投薬の際に1錠で処方だったことに気がついた。疑義照会を行い、2錠での処方となった。	混雑していた。	再確認の徹底。最期まで声だし確認を行う。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
411	3歳BW15kg男児に「一般名」ツロブテロールテープ0.5mgとダイアップ坐剤4mgが処方されていた。添付文書によると、ツロブテロールテープは3～9歳には1mg、ダイアップは0.4～0.5mg/kgが標準なので15kgであれば6～7.5mgと計算され、どちらも少なめであることから、疑義照会を行った。結果、ツロブテロールテープは1mgにダイアップ坐剤は6mgにそれぞれ増量となった。		小児用量の確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ツロブテロールテープ0.5mg「サワイ」 販売名ダイアップ坐剤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
412	40歳代男性に虚血性心疾患治療薬である「一般名」硝酸イソソルビドテープが処方されていた。男性は風邪症状で受診し、医師から気管支を広げる貼り薬を処方されたとのことだったので、疑義照会を行った。結果「一般名」ツロブテロールテープ2mgに変更となった。		徹底した処方監査、疑義照会。今後とも患者ヒアリングを確実に行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名フランドルテープ40mg  変更になった医薬品 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
413	40歳代男性に「一般名」カルボシステイン500mgが1T分3で処方されていたので、疑義照会を行ったところ、3T分3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
414	70歳代女性にカロナールが処方されていたが、患者は「痛みなく、必要ないので」ということだった。12月に带状疱疹疑いで同薬剤が処方されていたが、既に痛みは消失していることから、疑義照会を行ったところ、カロナールは削除となった。		徹底した処方監査、疑義照会。患者ヒアリングを継続して行っていく。	確認を怠った	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
415	定期処方薬の中にヘルベッサ-R100 1カプセル服用中の患者に、不眠の訴えがあり、前回までは、エパミール錠1.0mg1錠、ロゼレム錠8mg1錠処方されていたが、不眠が改善されないとのことで、今回、ロゼレム錠8mgからベルソムラ錠15mgに処方変更された、CYP3Aを阻害するヘルベッサ-R100が処方されているためベルソムラ錠15の代謝酵素であるCYP3A4を中等度に阻害しベルソムラの血中濃度を上昇させるので、医師に確認、ベルソムラ錠の用量減量を依頼し、ベルソムラ錠10mgに処方変更していただいた。			その他相互作用	処方された医薬品 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
416	7歳男児にアレロック顆粒0.5% 5mg分2で処方されていた。7歳になったので、10mg分2で処方できることから、疑義照会を行ったところ、10mg分2に変更となった。		小児用量の確認を徹底する。	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
417	50歳代男性にボグリボース0.2mgが毎食前服用で処方されていたので、疑義照会した結果、毎食直前服用に変更となった。		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 販売名ボグリボース錠0.2mg「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
418	40歳代男性に「一般名」アムロジピン5mgが処方されていた。血圧が高い為に、前回アムロジピン5mgからザクラ配合錠HDに変更となっていたことから、疑義照会を行ったところ、前回通りザクラ配合錠HD処方となった。		徹底した処方監査、疑義照会。正しい記録の徹底。	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」  変更になった医薬品 販売名ザクラ配合錠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
419	泌尿器科でナフトピジルOD錠25mgを服用中の患者にフスコデ配合シロップが出ていたので尿が出にくいことはないかと確認すると尿が出にくいと言われたので、禁忌であると問い合わせた。フスコデ配合シロップ・セネガシロップ・キョウニン水・サリパラ液の混合だったが、フスコデ配合シロップのみ中止となった。	咳が出ている患者にコデイン配合の咳止めをよく使うが、緑内障や前立腺肥大などの確認をせずに処方している。	併用禁忌の場合は問い合わせる。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フスコデ配合シロップ	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
420	28日分の定期薬にセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」が2日分出ていたので症状を確認したところ、風邪も怪我もなく、血液検査などもしていないと言うので、処方理由を問い合わせると、カルテに指示はなく、中止となった。	前回の定期処方をコピーした際に、今回は出ていないセフカベンピボキシルを消していなかった。	臨時薬が出ている場合は症状を確認して処方ミスでないかチェックする。	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」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
421	カロナール錠200mgが1.5T分3で出していたので量が少ないが間違いはないか問い合わせた。1.5T分3から4.5T分3へ変更と返答があった。	1回量と1日量を間違っていた。	用量がおかしい時は確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名カロナール錠200	ヒューマンエラー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	70歳代女性に「一般名」ファモチジンD20mgが2T分1で処方されていた。いつもは2T分2なので疑義照会を行ったところ、夕食後の服用で頭痛がすると訴えがあったために、用法用量を減らすつもりが、用法だけの変更となっていた。照会を受けて、1T分1朝食後の正しい処方に変更となった。		引続き疑問に思ったことは、患者・処方医への確認を確実にを行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ファモチジンD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
423	70歳代女性にデパス(1)2Tが処方されていた。高齢者への投与制限でデパスは1.5mgまでとなっているため医師へ疑義照会を行った。その結果、デパス(1)1T、デパス(0.5)1Tへ変更となった。	年齢や用量に注意して調剤していたことで防げたと考えられる。	今後も向精神薬を取り扱う際には年齢、用量に注意していく。	その他投与制限について理解していた	処方された医薬品 販売名デパス錠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
424	タリオン錠5mg2錠1日2回朝食後就寝前30日分の処方。50歳代女性で、体格も腎機能等も問題ないと判断し疑義照会。処方医よりタリオン錠10mgへの処方訂正指示を受けた。			勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
425	ディレグラ配合錠1錠1日1回就寝前7日分の処方。通常と用量、用法が異なるため疑義照会。処方医よりデザレックス錠5mg1錠1日1回就寝前7日分に処方訂正指示を受けた。	新しい薬であったため、薬剤名を間違えたと考えられる。		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
426	抗生物質や漢方の処方以外にホクナリンテープ2mgの処方あり。服薬指導時にホクナリンテープで振戦が時々出ると聴取し、処方医に伝えてなかったことを確認して、疑義照会。処方医よりホクナリンテープ中止の指示を受けた。	患者が処方医に伝えていなかったことも1つの要因と考える。		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
427	20歳代男性。発達障害のある患者。インフルエンザでイナビル吸入用粉末20mg2キットの処方があり、薬局で吸入をするよう勧めて指導。イナビル吸入確認用の練習器具などを使用し練習したうえで吸入を開始した。しかし吸入目からむせるなど吸入できず、処方医に疑義照会。タミフルカプセル2P分2朝夕食後5日分に処方変更。異常行動など十分注意するよう指導した。	時間をかけて吸入の練習をしたが、薬剤が入ると上手く吸入できなかった。		患者側	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 販売名タミフルカプセル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
428	ミヤBM細粒3g分3毎食後4日分の処方 で服薬指導時に粉薬は飲めない と聴取し、疑義照会。処方医よりミヤBM錠6錠分3毎食後4日分に処方変更指示を受けた。	患者が粉薬を飲めないことを処方医に伝えていなかったことが1つの要因。		患者側	処方された医薬品 販売名ミヤBM細粒  変更になった医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
429	患者家族来局。患者家族は一度帰宅された。処方内容は新規処方であったが、特に疑義も見当たらず調剤・鑑査を終えた。数時間後患者家族が再来局した。患者家族に今回追加になったヒドロキシジパモ酸塩カプセルの処方がいたった理由を聞いたところ血圧の上昇のためということであった。処方内容に疑問を感じメーカーに確認したがそのような適応はないという返答であった。処方機関に確認をとったところ、別患者の処方内容であったことが判明した。処方内容はヒドロクロロチアジド錠に変更となった	患者家族がすぐ帰宅された為、新規処方であったが処方内容は確認できていなかった。用法用量としては妥当であったため患者家族来局まで処方ミスに気付かなかった。	新規処方の際は処方理由と処方内容が正しいものかしっかり確認する。代理人の時、処方内容の確認が取れないときは本人に連絡して確認する。	その他医療機関の処方ミス	処方された医薬品 販売名ヒドロキシジパモ酸塩錠25mg「日新」  変更になった医薬品 販売名ヒドロクロロチアジド錠12.5mg「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
430	一般名でセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgが1錠、頓服、膀胱炎時、20回分。疑義照会にて内服、3錠分3、毎食後、7日分に変更。	処方医の意図は伝わるが、病院内医師同士のレセプトや入力方法の知識共有が出来ていないことが原因と考えられる。	保険適応などを把握し、疑義漏れがないように注意する。	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 販売名セフカペンピボキシル塩酸塩錠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
431	透析患者に、一般名フェキソフェナジン60mg2錠、朝夕食後で処方あり。照会后、1錠に変更になった。			その他透析患者に60mg2錠で処方あり、照会后1錠に変更	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」	ヒューマンエラー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	当該患者、前月(日数不明)に脳梗塞にて入院されており、当薬局へ退院時(内科・精神科)の処方箋を持参。同日のその後、以前より通院していた精神科を受診。他薬局にて従来通りの投薬を受ける。(この時点で、バルプロ酸錠が重複しているが、当薬局では確認できず)今回の定期の内科受診時、当薬局を訪れた際に判明。疑義照会にてバルプロ酸錠について確認。本処方からバルプロ酸錠が削除となる。		お薬手帳(電子版含む)の確認の徹底他医療施設との連携の強化(情報提供者の活用等)	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仕組み	処方された医薬品 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



**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
433	新患。フスコデ配合錠が処方されていたが、初回アンケートで緑内障であることを確認。フスコデ配合錠は禁忌であるため、疑義照会した所、アストミン錠10mgに変更となった。	処方元が患者の合併症を確認していなかったと考えられる。	継続して適切な薬が使用されるよう確認します。	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
434	60歳代の女性に歯科より発行された処方せんを受け付けた。処方内容はRp.【般】セフジニルカプセル100mg 1回1カプセル(1日2カプセル) 1日2回朝夕食後服用3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、現在血液透析を受けていて、併用薬としてリオナ錠250mg 1回2錠(1日6錠) 1日3回毎食直後服用を使用中であることが判明した。(1)血液透析を受けられている方に対して推奨される投与量・服用方法は1日100~200mg分1~2透析日には透析後投与であること(2)リオナ錠はクエン酸第2鉄製剤であり、セフジニルとの吸収に影響を与える可能性があるため、用法を1日2回朝夕食後2時間に変更の2点について情報提供及び提案を処方医に行った。(1)透析により作用減弱の可能性はあるが、現時点では処方通りの投与量とする(2)服用方法を1日2回朝夕食後2時間に変更(透析日の用法の変更なし)するとの回答があった。	処方医は患者が透析を受けられていることは承知の上で処方されていたが、併用薬の内容までは把握でき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。	セフジニルとクエン酸第2鉄製剤の併用は禁忌ではないが、薬剤の相互作用を確認し、より効果的な服用時点について処方医に情報提供及び協議を行い、処方に反映させることは医薬品の安全使用のために欠かせないことであるとする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】セフジニルカプセル 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	40歳代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.クレステール錠5mg1回1錠(1日1錠)1日1回夕食後服用Rp2.オルメテックOD錠20mg1回1錠(1日1錠),ゼチーア錠10mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用と記載あり。処方せんに検査値の記載があり、CPK980IU/L台であった。患者情報の収集を行った結果、筋肉痛などの自覚症状はないとのことであった。ロスバスタチン,オルメサルタン,エゼチミブともに横紋筋融解症の副作用報告があり、薬剤性のCPK上昇の可能性も否定できない為処方医に疑義照会を行った。処方医は「検査値異常ではあるが、副作用とは考え難い」と言われていたが、念のためクレステール錠5mgを中止して経過を観察するとの回答あり。患者にクレステール錠5mgの中止の経過を報告の上、横紋筋融解症の初期症状である筋肉痛や褐色尿について説明し、気になる症状があればすぐに連絡を入れるよう指導を行った。	検査値異常について、医師と薬剤師が協議を行い、対応を検討できた事例である。	検査値の異常が薬剤性のものであるかの協議を医師と薬剤師で行い、危険を未然に防ぐ対策をとることは有用なことであるとする。検査値と薬剤の関係について日ごろから薬局内で勉強会を行い、医師と薬剤師が情報を共有し、受診の間に服薬状況や体調変化について電話でチェックを行う等も連携して患者を見守る上でも必要になってくるのではないかと考える。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クレステール錠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
436	70歳代男性に泌尿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.レボフロキサシン錠500mg「DSEP」1回1錠(1日1錠)1日1回昼食後4日分と記載あり。患者情報の収集を行い、血尿の症状があり受診し処方されたことが分かった。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記録では2日前に呼吸器科より咳と発熱のためジェニナック錠200mg1回2錠(1日2錠)1日1回朝食後服用7日分を投薬しており、同じキノロン系抗菌剤が重複することが判明した。処方医に前述の内容について情報提供の上、処方通りの調剤で間違いはないか疑義照会を行った。レボフロキサシン錠500mg「DSEP」を中止するとの回答あり。	併用薬の確認が医療機関で抜かっしまっていたことが、今回の事例の発生要因の一つと考える。	患者の服薬状況を薬局で一元的に管理することで同効薬の重複を未然に防ぐことは、医療安全のためにも有用なことであると考える。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
437	以前からリオベルLDが出ている患者が今回ザファテック100とアクトス15に変更となり、ダイアート30が追加されていた。心不全だとアクトスが禁忌になるので問い合わせた。ダイアート30の病名を確認したが返答がなく、ラシックス20やアルダクトンAなら出せるかと問い合わせがあった。心性浮腫でなければ出せると返答したが結局アクトス15は中止となった。	以前、ダイアート30とアクトス15が出ている患者が査定されたがなぜかと処方箋発行元事務員より問い合わせを受けたことがあり心性浮腫の病名がついていれば査定を受けると伝えていたが注意していなかったよう。	禁忌の可能性があれば問い合わせる。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名アクトス錠 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
438	一般名で「ロフラゼブ酸エチル」が処方されていたが、同時に処方されていたのが「メジコン錠」「トランサミンカプセル」であった。患者に確認すると「風邪をひいた」とのことだったので疑義照会した。医師が処方したのは「メイアクトMS錠」だったが、オーダーリングミスで「メイラックス」が選択され、一般名に変換されて処方された。			コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名メイラックス錠1mg  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
439	退院後初外来で来局。ピオフェルミンR散が処方されていたが、抗生物質の処方ないため疑義照会。ピオフェルミン配合散へ変更となった。	入院中はレボフロキサシンの処方があったため、そのままピオフェルミンR散で処方されていた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ピオフェルミンR散  変更になった医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
440	いつも当薬局を利用している透析患者が、背中のおでき(直径8.5cm)で皮膚科を受診。診察時、透析中の旨を伝え、お薬手帳も見せた。【般】セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 3錠 分3 毎食後14日分 の処方を受け付けた。おできの切開はしていない。セフカペンは高度腎不全の場合、通常1日1回100mgに要減量。透析日は透析後。処方医に分量と用量(14日分)の2点を疑義照会分量は100mg1錠 分1 に減量、用量は処方通りの回答を得た。当該患者は午後透析のため、連日夕食後投与を指示して交付した。	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
441	いつも当薬局を利用している透析患者。耳鼻科受診して、お薬手帳は見せたが、透析中の旨は伝えなかった。タリオン錠は通常10mg2錠分2であるが、高度腎不全の場合、1/4～1/2に減量が必要である。処方医に問い合わせタリオン錠5mg2錠分2に減量になった。	医療機関の要因		その他医療機関	処方された医薬品 販売名タリオン錠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
442	「ユリーフOD錠4mg 2錠 分1 朝食後」と処方されていた。通常「ユリーフOD錠」は、通常「1日2回朝夕食後」であるため疑義照会を行ったところ、「ユリーフOD 4mg 2錠 分2 朝夕食後」へ変更となった。	前回まで「ザルティア錠」を「1日1回朝食後」に服用されていたため、そのままの同じ用法で処方されたと思われる。		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
443	「イグザレルト錠15mg 分1朝食前」と処方されていた。通常、食後服用の薬剤である為、疑義照会を行ったところ、「朝食後」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 販売名イグザレルト錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
444	前回処方追加されていた「タケルダ配合錠」が処方されていなかった。患者は、処方されないと聞いていないとの話されていた為、疑義照会を行ったところ、前回同様に「タケルダ配合錠」処方追加となった。	前回、処方箋の2枚目に追加の「タケルダ配合」が処方されていた為、見逃したものである。		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 販売名タケルダ配合錠	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
445	11歳の患者に「イナビル吸入粉末剤20mg 1キット」処方されていた。通常10歳以上では2キット吸入であるため、疑義照会を行ったところ、2キットに変更となった。			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
446	一般名処方でセフジニル小児用細粒10%が450mg/日を1日3回で処方。1回量が150mgであることは成人用量でも多く、体重を確認したところ17.6kgの為1日150mgと勘違いした可能性が極めて高いため疑義照会実施し1日150mgを1日3回指示に変更となった。			判断を誤った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名セフジニル細粒10%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
447	12歳体重44kgの男児にオゼックス細粒小児用15%が1日120mgで処方されていた。年齢、体重対比少なめなので疑義照会したところ、オゼックス錠150mg 3T分3毎食後に変更となった。		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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
448	整形定期にてベルソムラ錠15mg服用中の方。呼吸器科臨時処方にてクラリスロマイシン錠200mgが処方されていたが、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。	4日前に内科を受診されており、その際にもクラリスロマイシン錠200mgが処方され疑義照会。セフカベンピボキシル塩酸塩水和物錠100mgへ変更となっていた。		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
449	体調不良を訴える60歳代の女性患者が来局。リズムック錠10mg 1錠 朝食後 処方有り。話を聞くと、血圧 172/100 P100と、いつもよりだいぶ高かった。昇圧剤のリズムックを服用するのはおかしいと判断し、ドクターに問い合わせして、リスモダンR150mg 1錠 朝食後に変更となった。	ドクターの勘違いで、薬剤名を書き間違えたようだった。	新しい薬剤が出た時は、どうしてその薬が処方されたのか、患者の話をきちんと聞くことが大切。	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名リズムック錠10mg  変更になった医薬品 販売名リスモダンR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
450	初来局の方、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンが処方。投薬時に患者より継続使用と伺い、いつもと色が違う気がするというお話を伺った。使用中のものをお持ちだったため、確認したところ、ノボラピッド注フレックスタッチであった。疑義照会し、ノボラピッド注フレックスタッチへ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ノボラピッド30ミックス注フレックスペン  変更になった医薬品 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
451	整形臨時処方でレバミピド錠100mgが処方。お薬手帳より、他院にて同系統のマーズレンS配合顆粒、テブレン細粒10%を定期服用中と確認できたため疑義照会。レバミピド錠100mg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 販売名レバミピド錠100mg「MED」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
452	整形臨時処方ではレバミピド錠100mgが処方。お薬手帳より、他院にて同系統のマーズレンS配合顆粒、テブレノン細粒10%を定期服用中と確認できたため疑義照会。レバミピド錠100mg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 販売名レバミピド錠100mg「MED」	ヒューマンエラー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	初めてミカルデイス錠20mg 2T 1X 朝食後の処方ができた事例であったが、ミカルデイス錠は添付文書では1日20mg から開始する薬剤であった為疑義照会する。その結果ミカルデイス錠20mg 1T 1X 朝食後に変更された。			医薬品	処方された医薬品 販売名ミカルデイス錠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
454	セレコックス錠100mg の処方であったが、薬局の記録に現在ネフローゼの治療をされているとの記載があった為、疑義照会する。その結果、処方変更はなくそのまま投薬した。			患者側	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
455	テブレノンカプセル50mg 2C 2X 朝夕食後他の処方であったが、薬局の記録に他の病院からムコスタ錠100mg 1T 1X 朝食後で服用中であるとの記載があった為、疑義照会する。その結果テブレノンカプセル50mg は、1C 1X 夕食後に変更された。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
456	リリカカプセル25mg 3C 1日2回 朝夕食後の処方であったが、用法が抜けていた為、疑義照会する。その結果 朝食後2C, 夕食後1C の用法となった。			その他医療機関ミス	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
457	花粉症で一般名ロラタジン処方あり。ジェネリック希望確認して調剤。投薬時に、今まで服用したことのある花粉症の薬を聞き取ると、OTCクラリチン、アレジオンが無効であり受診されたとわかる。ロラタジンはクラリチンのジェネリックであるため効果出ない可能性高いため、医師に疑義照会。ザイザルに変更される。	患者様が、病院で無効だった薬について医師に伝えなかったことが大きいと思われる。		患者側教育・訓練	処方された医薬品 販売名ロラタジンOD錠10mg「アメル」  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
458	フェキソフェナジン錠60mg「EE」(以下EE)の処方。手帳を確認すると、他院処方の、フェキソフェナジン錠60mg「SANIK」(以下SANIK)の記載があった。その薬について服用していないことが多々あり、残として十分量持っていることが患者インタビューから判明した。「SANIK」で今回の治療も対応できると判断し、処方元へ疑義照会を行った。結果EEは削除となった。	患者の服用状況が良くないせいもあり、手持ち薬と重複してしまった。		患者側	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」	ヒューマンエラー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	クラリス錠50 2錠 分2 の処方あり。患者体重確認で45kg。クラリス錠の用量が少ないと考え疑義照会した。クラリス錠200 2錠 分2に変更となった。	処方元での用量設定が体重を反映していなかった。		その他処方元	処方された医薬品 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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
460	退院時処方と外来処方の重複。	入院中は1つの科から処方されていた薬を退院後は各専門医に処方してもらったため。患者の申告もれと医師の他科処方確認不足。		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
461	体重9kgの患者にムコサル0.9g処方。用量確認の疑義にて0.6gに変更。	単純なミス。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ムコサルドライシロップ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
462	白色ワセリン100gと流動パラフィン100mlの混合処方が2調剤で処方箋に入力されていたので、疑義照会した結果、1調剤に変更になった。		外用で2調剤の処方がきかれた際には、必ず確認する。	教育・訓練	処方された医薬品 販売名白色ワセリン*(日興製薬) 販売名流動パラフィン「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
463	ケアラム錠25mg 2T 分2朝夕食後 28日分の処方箋を受け付けたが、前回からケアラムを服用開始しており、まだ服用期間が21日であった。ケアラムは、添付文書上は、1T分1を4週間服用後に分2に増量することになっている為、疑義照会した結果、分1で7日服用後に分2に増量し、4週間服用することになった。		ケアラム服用が2回目の患者には、分1で4週間服用しているか薬歴やお薬手帳などで必ず確認する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ケアラム錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
464	普段、内科からベルソムラ錠15mgを処方されている患者が、風邪をひいたので内科にかかったところ、クラリス錠200mgが処方された。併用禁忌なので、医師へ疑義照会を行ったところ、クラリス錠200mgからジェニナック錠200mgへ処方変更された。	完全に医師の処方ミスである。	過去にも何度か同様の事例が起きているので、医療機関側のレセプトコンピューターで、併用禁忌のチェックが出来ないか確認する。ベルソムラ錠が処方されている患者には、必ず併用禁忌があることを伝えておく。薬歴に「ベルソムラ錠を服用中なので併用薬に注意！」等のコメントを記録する。	その他医師の処方ミス	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
465	マーズレンS配合顆粒が3g分3で処方されていた。マーズレンは、通常2g/日が通常量なので、量が多いと思い、薬歴と患者のお薬手帳を確認した。他の病院よりマーズレンES配合錠1.0 3T分3で処方されていたため、マーズレン配合顆粒も3gで処方されたと思い、疑義照会した(マーズレンES1.0 3Tは、マーズレン配合顆粒の2gに相当する)結果、マーズレン配合顆粒が2g分3に処方変更になった。		錠剤から散剤などに剤形が変わるときは、添付文書などで必ず用量が同じか確認する。	知識が不足していた	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
466	糖尿病と診断されて初の薬物療法開始の患者。メトホルミン(500)2T2×35日分の処方。通常メトホルミンは1日量500mgより開始の為、疑義照会を行い、メトホルミン(250)2T2×へ変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠500mg MT「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
467	他院にて前立腺肥大症治療中の患者に、咳症状にてフスコデ処方あり。患者はDr.に当該疾患があることを伝えておらず、疑義照会にて伝達。フスコデの処方削除及びレスプレン処方追加となった。			その他患者が前立腺肥大であることをDr.に伝えていなかった。	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 販売名レスプレン錠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
468	プリンペラン錠5mgが毎食後で処方ありましたが、通常は食前服用の薬の為、医師に確認したところ毎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
469	ボナロン35mgが他薬と同じ日数の14日分で処方がありました。ボナロンは通常一週間に一回服用の薬剤の為医師に確認したところ、2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
470	リリカカプセル75mgが処方ありましたが、患者からの聞き取りにより眠気が強く出るとの事だったため医師に確認したところ、リリカカプセル25mgに減量となりました。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
471	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒が3gで処方がありましたが、一包2.5gの為処方量に間違いがないか確認したところ、7.5g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
472	ベネット錠75mg 1錠 起床時(4週間に1回のみ) 1日分で処方がありました。月に1回のみ薬剤だったので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、月に1回に服用へ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ベネット錠 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
473	タケプロンOD錠15 1錠 1日1回夕食後7日分で処方がありました。処方医からタケプロン中止し、ネキシウムカプセル20mgを飲むように前回処方あり。その結果、ネキシウムカプセル20mg 1カプセル 1日1回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 販売名タケプロンOD錠15  変更になった医薬品 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
474	ホクナリンテープ1mg 1枚で処方がありました。12歳だった為、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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
475	風邪症状でデザレックス錠が処方される。定期で鼻水症状に対し、タリオンOD錠の処方あり。同効薬の重複ありのため疑義照会した。デザレックス錠は処方削除になった。		現在服用中の薬剤について把握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
476	居宅療養管理指導を実施している80歳代女性患者。腎臓内科の併用薬の情報より、慢性腎不全を持っていることを薬歴より把握していた。血清クレアチニン血は1.6mg/dl 体重はおよそ38kg クレアチンクリアランスはCockcroft-Gaultの式によると14mg/mlとなり腎不全期である。今回、皮膚科で皮膚の切開をしたため、セフゾンカプセル100mgが3C分3毎食後 5日分処方されていた。セフェム系薬剤は腎排泄なので正常な腎機能の成人量としては通常量だが年齢や腎不全患者という事を考えると過量に思われた。疑義照会をした結果、セフゾンカプセル100mgは2c分2朝夕食後と処方変更となった。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
477	当薬局に総合病院からの処方定期的に持ち込まれる方。一度治療期間終了で処方削除となった薬が徐々に再度使用とすることで処方される。内容はタルセバ150mg錠であり、当薬局での在庫がない為発注をすることとなったが、薬歴を確認したところタルセバ150mg前回使用時に、肝障害を起こしたため100mgに減量となった経緯を確認。処方医を確認したところ、前回処方した医師とは担当が変わっていた。本人にも念のため用量について何か医師より伝えられているかを確認したが、以前一度やめた薬を再開するという以外は伝えられていないということを確認。150mgでの投与開始により再度肝障害を起こす可能性を考え、医師に前回の経緯を伝えたと、減量指示となった。	焦り 作業手順書に記載なし担当医が変わったことにより、以前の情報が伝達されていなかった可能性がある。また疑義照会時のお話から、今回の担当医も低用量から始まった経緯をカルテなどから把握できていないようであった。	患者に対してハイリスクの際処方に関しては、必ず薬歴を確認する。抗がん剤などはなぜ中止になったかなどをしっかりと記載する。当薬局での記録だけではなく、必ずその時の患者の言葉にも耳を傾ける。	確認を怠った記録などに不備があ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
478	ステープラ錠0.1mgとベシケア錠5mgが同時に処方されているので、疑義照会する。ベシケア錠5mgが中止となり、ステープラ錠0.1mgが2錠に増量された。			その他疑義照会	処方された医薬品 販売名ベシケア錠 5mg 販売名ステープラ錠 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
479	前立腺肥大症で排尿障害があるので、フスコデ配合シロップを問い合わせ中止したのに再度処方された。再度問い合わせると今度もフスコデ配合シロップだけが中止された。	禁忌を気にして処方しておらず、以前問い合わせがあって処方しなかったことをカルテに書いていないのかも。	何度も問い合わせるしかない。	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 販売名フスコデ配合シロップ	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
480	ロゼレム錠が夕食後で処方されていたので、食事の影響があるので食後に服用しないほうが良く、睡眠薬なので眠前以外の用法がないと問い合わせた。夕食後から眠前に用法が変更された。	ロゼレムに食事の影響があると知らなかったのかも。	問題のある用法には問い合わせる。	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
481	耳鼻科の処方箋持参。前回、1か月前の受診の際は、カルボシステイン300mg/日処方のところ、今回は450mgに増量。間違いではないかと意義照会したところ、350mg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
482	耳鼻科の処方箋を家族が持参。アレルギー症状のためアレロック顆粒処方あり。薬歴に、アレロックで下痢した記録あり。疑義照会により、アレジオンDS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 販売名アレロック 顆粒0.5%  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
483	耳鼻科の処方箋持参。お薬手帳と患者からの聴取により、昨日までレボフロキサシン服用していたことが判明。耳鼻科から、レボフロキサシン処方されていて、薬変更した方がよいと思われたため疑義照会したところ、セフトレニに変更となった。			その他患者の申し出忘れ	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg「杏林」  変更になった医薬品 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
484	耳鼻科の処方箋持参。ピーエイ錠処方あり。過去にピーエイ錠のんで呂律が回らなくなった記録あったため、疑義照会して、処方中止となった。			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
485	耳鼻科の処方せん持参。お薬手帳と患者からの聴取により、直前までセフトレニ服用していたことが判明。耳鼻科よりセフトレニ処方あり、薬の変更の必要ありと判断して疑義照会したところ、セフカペンに変更となった。			その他患者の申し出忘れ	処方された医薬品 販売名セフトレニピボキシル錠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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	処方せんはセレコックス錠200mg2T分2朝夕食後。初めて服用するという事だったので、関節リウマチがあるか確認したところ関節リウマチはなく、肩や腰が痛いとのこと。セレコックス錠200mgは関節リウマチの適応症しかないのので疑義照会し、セレコックス錠100mgに変更になる。	研修医の医師が、転勤ではじめて処方したとのこと。効能又は効果/用法及び用量下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛 関節リウマチ 通常、成人にはセレコキシブとして1回100~200mgを1日2回、朝・夕食後に経口投与する。変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群、腱・腱鞘炎 通常、成人にはセレコキシブとして1回100mgを1日2回、朝・夕食後に経口投与する。		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
487	リバロOD錠2mg 1錠 朝食後 81日分 チラウジール錠50mg 1錠 朝食後 81日分 メトグルコ錠250mg 2錠 朝夕食後 51日分 スイニー錠100mg 2錠 朝夕食後 71日分の処方に対してメトグルコ錠250mgとスイニー錠100mgの日数確認。日数の変更はなかったがスイニー錠100mgが2錠から4錠に変更になった。			その他入力まちがい	処方された医薬品 販売名スイニー錠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
488	他の医療機関からプレドニン錠5mgとエディロールカプセル0.75µgが処方あり。疑義照会により削除。			連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名プレドニン錠5mg 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
489	同一処方箋にフェキソフェナジン塩酸塩錠「トーフ」60mgとアレグラ錠60mgあり。疑義照会でアレグラ錠60mg削除。			医薬品	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「トーフ」 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
490	同一処方箋にプラバスタチンナトリウム錠10mg「NIK P」とメバロチン錠10mgあり。疑義照会。両方削除でクレステールOD錠5mgが追加になった。			医薬品	処方された医薬品 販売名プラバスタチンナトリウム錠10mg「Nik P」 販売名メバロチン錠10  変更になった医薬品 販売名クレステールOD錠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
491	定期薬で神経内科からリバロOD錠2mgあり。今回循環器内科からクレステールOD錠5mg追加。疑義照会し神経内科のリバロOD錠2mg中止して循環器内科のクレステールOD錠5mgを今日から服用することになった。			医薬品	処方された医薬品 販売名クレステールOD錠5mg 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
492	脳神経外科から定期的にマイスリー錠5mgあり。疑義照会によりゾルピデム酒石酸塩錠5mg「DSEP」削除。			医薬品	処方された医薬品 販売名ゾルピデム酒石酸塩錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
493	A医院からムコスタ錠が定期的に処方されているため確認。疑義照会によりレバミピド錠100mg「TYK」削除。			医薬品	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
494	オルベスコ100 56吸入が約半年振りに出ていたので現在も使っているのかと確認した。現在使用しているものを持っていたので見せて頂くとオルベスコ200 56吸入だった。問い合わせでオルベスコ100 56吸入からオルベスコ200 56吸入に変更になった。	単純なミス以前出ていたのがオルベスコ100だったので入力を間違ったよう。途中で他院によりオルベスコ200を処方されており、それがなくなって出してもらっていた。	間隔があいている場合は現在使っている薬は何か確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オルベスコ100 µgインヘラー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
495	ヒートだと飲まないということで家族の希望でAクリニックとBクリニックの薬をまとめて一包化していた患者がAクリニックの処方箋だけ持参したのでBクリニックの薬はどうするのか確認するとAクリニックで出してもらおうになったと言うので、処方されていないと問い合わせ追加となった。また、前回Aクリニックの薬は残薬調整しており、前回のままだったので残薬を確認してこの処方なのかと問い合わせると残薬確認してないとの返答だったので、家族に残薬を確認し、不足の薬を問い合わせで追加してもらった。	残薬調整しているのに、残薬がどうなったか確認せずに処方している。他院の薬を出すことになったと患者の家族は思っていたが処方箋発行元の医師は把握していなかった。記録が不十分だったのかも。	残薬調整後の処方には注意する。	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 販売名メネント配合錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
496	患者が風邪の症状にて受診して薬を処方してもらったが、皮ふ科で定期でザイザルを服用中であることが薬歴の記録と患者への質問で確認できた。今回同じ作用のアレグラが処方されていたため疑義照会をして削除してもらった。	患者が医師に併用薬を伝えるのを怠ってしまった。	診察の間で口頭だと忘れてしまうこともあるため、お薬手帳を活用してもらい、併用ありますと医師にみせる習慣をつけていただくよう患者に伝えた。	その他医師に併用を伝えていなかった	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
497	花粉症で今回から一般名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg1錠1x寝る前で処方追加。お薬手帳に他の耳鼻科フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「KN」2錠2x朝夕食後の記録有。患者に確認すると、手帳を見せて同じお薬をお願いしたとのこと。添付文書にもフェキソフェナジン塩酸塩として1回60mgを1日2回経口投与とあり、医師に疑義照会。2錠2x朝夕食後に変更となる。	医師が普段処方されないお薬であり、用量用法を確認されなかったのだろう。患者は、手帳を見せていたが用量用法までチェックしていなかったのだろう。	医師の処方が、添付文書の通常用法用量と異なる時は、お薬手帳の情報や患者のお話をよく聞き確認する。	その他クリニック	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」	ヒューマンエラー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	処方せん記載と、患者が継続で飲んでいる用量が違っていた。投薬時、患者がもっていた薬情から判明。病院に疑義をかけ、do処方だということが判明。処方せんが間違っていた。	患者は、新病院ではじめての診察であったが、同系列病院からのデータの移行が不十分だったと考えられる。お薬手帳はもっておらず、投薬時に患者がたまたまもっていた薬情での確認になってしまった。		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
499	整形よりセレコックス、ノイロトロピン、ランソプラゾールが痛みあるために処方される。お薬手帳より同じ医療機関の内科よりプロテカジンの処方があったため薬効重複のため確認したところ、整形のランソプラゾールは削除となる。	同じ医療機関であっても他科同士では相互作用や重複投与がされていない。	院内での重複投与防止システム	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15m g「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
500	近隣診療所よりエンペシドトローチと含嗽用ハチアズレの処方があり。口腔内カンジダと医師から説明があったと確認。エンペシドはHIV患者における口腔内カンジダに用いる薬剤であり、医師に適応を確認。エンペシドトローチ削除、フロリド経口ゼリーへ変更となる。	カンジダのみで薬剤選択したと思われる。	カンジダに用いることができる薬剤の把握	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エンペシドトローチ10mg  変更になった医薬品 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
501	風邪で受診、クラリスロマイシン200mg2錠、フェキソフェナジン60mg各2錠朝夕食後、メジコン錠15mg、アンプロキソール錠15mg各3錠毎食後で処方。過去にランサップで薬疹出たことがある患者のため、ランサップによるクラリスロマイシンが原因であれば、再度起きる可能性を医師に伝え他剤へ変更してもらおう。その結果クラリスロマイシン削除となり、レボフロキサシン500mg1錠昼食後へ変更	過去の薬物アレルギーが医師へ伝わっていなかった。	患者のお薬手帳へ副作用記載するなどして、患者の口からも抗生物質が処方されたときは医師に確認するようしてもらおう。	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」  変更になった医薬品 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
502	ブレドニゾロン錠「タケダ」5mgの漸減をしている方。初め15日間は1錠ずつ。その翌日は飛ばして翌々日～1日おきに服用。処方箋の指示が翌々日になっていたが曜日異なるのに気が付かず。また飛んでる日の分が無いことも気が付かず処方箋監査を終える。薬剤監査を行った別の薬剤師に指摘され誤りに気付く疑義照会を行った。1日は休薬で、翌々日からの1日おきの分の指示は正しい曜日に訂正された。	休薬無しの漸減と思い込んだため、日付・曜日の確認が抜けた。作業手順の不履行 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 販売名ブレドニゾロン錠「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
503	新患。初回アンケートにて緑内障治療中であることが判明。セレスタミン配合錠が処方されていたが、禁忌であるため疑義照会した所、処方削除になった。	処方元が患者の合併症を確認していなかった。また、患者も医師に伝えていなかった。と考えられる。	患者の情報を収集し、適切な薬物療法ができるように管理します。	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
504	ブリアボイド事例。就寝前にザイザルとジルテックの処方があった。光学異性体の関係の薬がセットでの処方は疑われた。患者より症状は中耳炎の疑いとこの事。疑義照会をした結果、ジルテックではなくジェニナックであった。	同効薬の薬が同じ用法で処方。疑義照会の対象となる。	今後も処方監査を徹底する。	その他処方の誤りを確認	処方された医薬品 販売名ジルテック錠10  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
505	ホクナリンテープ2mgとレルベア200エリブタ30吸入用が一緒に出されたので効果が重複すると問い合わせた。ホクナリンテープが中止と返答があった。	以前からホクナリンテープを使用していて、今回レルベアが追加となったがホクナリンテープの中止を忘れたのかも。ただ、問い合わせてもそのままと言われることもあるので、併用を気にしていないのかも。	効能の重複がある場合は確認する。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
506	過去にメイアクトMS小児用細粒服用時に副作用が出た患者に、【般】セフジトレンピボキシル細粒10%が処方された。セフジトレンで副作用歴があることを、ポップアップで出るようにしていた為、入力時に事務員が気づき、薬剤師に報告。その薬剤師は手が離せなかった為、別の薬剤師の投薬が終わった時点で疑義照会をするように依頼。疑義照会した所、クラリスロマイシンDS10%に変更となった。	処方元でセフジトレンによる副作用歴について記録されていなかったと考えられる。	副作用歴の記録を確実にを行い、すぐに気づけるようにしていきます。	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名セフジトレンピボキシル細粒10%小児用「日医工」  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
507	8歳女児へ幼児用PL配合顆粒処方あり。インフルエンザの診断であったことを薬剤師が患者の家族よりききとった。15歳未満のインフルエンザ患者へ原則投与しないため、薬剤師が医師へ問い合わせた。幼児用PL削除、カロナール細粒へ変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名幼児用PL配合顆粒  変更になった医薬品 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
508	60歳代の患者へベルソムラ20mg処方あり。高齢者は15mgのため薬剤師が医師へ問い合わせ。15mgへ変更となった。			教育・訓練	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
509	セレコックス(100)処方あり。薬剤師が他院で腎機能低下指摘あることを薬歴より確認。本人へも再度確認したところ、腎機能悪いとのこと。薬剤師が処方医へ問い合わせ、カロナール(500)へ変更となった。			教育・訓練	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
510	新規でゲンタシン軟膏の処方があり。事前確認時にゲンタシン軟膏が肌に合わず、余計にただれてしまった経験あることを確認。疑義照会を行い、アクアチムクリームへ薬剤変更となる。	患者の情報を引き出す力の不足	事前確認の実施が疑義照会につながった例である。患者様との距離感や聞き取り方法などは今後検討していく必要がある。	仕組み	処方された医薬品 販売名ゲンタシン軟膏0.1%  変更になった医薬品 販売名アクアチムクリーム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
511	同一処方箋内にアベロックスとレボフロキサシンの処方があり、医師へ疑義照会。アベロックスではなく、アレロックを処方したかったとの事。医薬品名が似ている事により間違えてしまったのだと思う。		医薬品名の変更	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 販売名アベロックス錠400mg  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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
512	半年振りに来られた患者。以前からタムスロシン(0.2)を服用中。今回ユリーフ(2)が追加となっており、疑義照会を実施したところタムスロシンが処方削除となった。	半年ぶりに来られており、その間の処方内容は不明。ユリーフが追加になった時タムスロシンとの併用を見落としと思われる。	来局間隔の空いた方は特に処方の変更内容、重複に気をつける。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名タムスロシン塩酸塩OD錠 0.2mg「サワイ」 販売名ユリーフ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
513	0歳の乳幼児におへその炎症を抑える目的で「デルモベート軟膏」が処方されていた。0歳の乳幼児に対して、Strongestが処方されるのは薬剤の選択として疑問が過ぎたこと、また家族も医師から「一番弱い薬を出す」と聞いており、処方内容とズレが生じたため、疑義照会。入力ミスということで「キンダベート軟膏」に変更するよう回答あり。	処方医が今年4月から来られたということもあり、パソコンやシステムの扱いに慣れていないことも考えられる。また、一番弱い薬剤と一番強い薬剤が同時に頭に過ぎたことで、手元の入力が混乱した可能性も考えられる。	まず処方せんから読み取れる情報を収集し、患者からの聞き取りの情報の双方を把握したうえで、薬剤師として判断することが大切だと考えます。	コンピュータシステム 施設・設備	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
514	処方せんにてリン酸コデイン錠20mg「タケダ」で処方きたが、当薬局にはコデインリン酸塩錠20mg「第一三共」しか在庫がなかった。通常一般名+「メーカー名」のものはジェネリック医薬品であることが多いため、後発品変更可の処方箋であった為疑義照会せずにコデインリン酸塩錠20mg「第一三共」に変更しようとした。だがこのリン酸コデイン錠20mg「タケダ」は、ジェネリック医薬品ではなく、同方品であり扱いとしては先発品と同じく疑義照会する必要があった。疑義照会にてコデインリン酸塩錠20mg「第一三共」に変更になった。	リン酸コデイン錠20mg「タケダ」など、一部のもは一般名+「メーカー名」であってもジェネリックではなく同方品であること。同方品は基本的に先発品扱いで、後発品が発売されていない場合は後発品変更可の処方せんであってもその場合のメーカー変更は疑義照会が必要であることを知らなかった。	薬局内で、同方品はジェネリック医薬品のように一般名+「メーカー名」で記載されるが先発品扱いになる事、そのため後発品が発売されていないときは「メーカー名」だけが違う医薬品に変更しようとするときも疑義照会が必要な事を周知。同方品でも後発品が発売されているものは変更できること、医薬品名からは判断できないことなどを薬局の人員で確認した。	判断を誤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 販売名リン酸コデイン錠20mg「タケダ」  変更になった医薬品 販売名コデインリン酸塩錠20mg「第一三共」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
515	耳鼻科の処方せんを家族が持参。4ヶ月ぶりなので体重を確認したところ、体重が増加していた。処方量は変更されてなかったためTELにて確認したところ、体重にあう量に変更となった。			その他クリニックでの確認ミス	処方された医薬品 販売名ブランドカ ストDS10%「E 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
516	耳鼻科の処方せんを家族が持参。体重を確認したところ、体重からの換算量より多いため、疑義照会した。体重に合う量に減量されて出された。			その他クリニックでの確認ミス	処方された医薬品 販売名ケトチフェ ンDS小児用0. 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
517	甲状腺機能低下症の患者にチウラジールが処方された。調剤監査者はお薬手帳を拝見しておらず、以前からチラーゼンを服用している患者と知らずに作業を終了させた。投薬時に手帳を確認したところ、以前からチラーゼンを服用していたにも関わらず、症状が逆転したのか確認した。そのようなことは起こっておらず、以前の処方の引き続きをお願いしたとのことで事象に発覚した。医師に確認したところカルテにはチラーゼンの記載であったが処方箋への転記を間違えていた。との回答を得て、チラーゼンの処方に変わった。	作業手順の不履行	手順書を見直したところお薬手帳の確認ができていなかった。何らかの形でお薬手帳を確認し忘れた、もしくは手帳が調剤監査時者の手元に渡ってなかった可能性がある。情報の一元管理できるように、クリアファイルに処方箋とお薬手帳を一緒にまとめて薬剤といっしょに作業を進めることとした。	記録などに不備があった 施設・設備	処方された医薬品 販売名チウラジール錠50mg  変更になった医薬品 販売名チラーゼンS錠50μg	ヒューマンエラーや ヒューマンファクター に起因すると考えら れた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	アコファイド100mgの処方が今回2回目の処方であった。前回の処方がアコファイド100mg3錠分3毎食前だった。今回はアコファイド100mg3錠分2朝夕食食前の処方になった。患者に確認したところ医師と相談して胃の調子がよいため今回から減量することになったとのことだった。疑義照会したところアコファイド100mg2錠分2朝夕食前に変更になった。	詳細は不明だが医師が処方箋を入力する際、分量の変更をしなかったと考えられる。	処方が前回と変更になった場合は患者にお話をうかがい、処方内容と違う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
519	患者は先発希望の方で後発品名のヘバアクト配合顆粒とオロパタジン塩酸塩錠OD5mg「ファイザー」で処方されていた。患者は今回の後発品は先発品と味が異なり、服用困難であるため疑義照会を行い先発品に変更していただいた。	詳細は不明だが病院は患者が先発品希望であることを把握していない可能性	処方監査を行い、患者に確認して調剤を行う。	患者側	処方された医薬品 販売名ヘバアクト配合顆粒 販売名オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「ファイザー」  変更になった医薬品 販売名リーバクト配合顆粒 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
520	新患で他の病院から紹介されて今回の病院に受診し、当薬局に処方箋をお持ちになられた。お薬手帳は持参されなかった。リウマトレックスカプセル2mg4カプセル分 2週1回 朝夕食後 8日分で処方されていた。投薬時患者に確認したところ週2回で4カプセル分2朝夕食後に服用していることが判明した。患者は今までと服用方法変更はないと今回の医師からお話を聞いていた。処方内容と患者の話がことなるので疑義照会を行ったところリウマとレックスカプセル2mg4カプセル分2週2回 朝夕食後 8日分に変更になった。	詳細は不明だが医師が処方箋のパソコン入力を誤ったのではないかと考えられる。	新患は今まで服用していた薬をしっかりと確認し、齟齬がある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
521	門前クリニックの透析患者の処方箋をFAXで受け付け。「アレジオン点眼液0.5%」と記載されていた。薬の在庫が無かったため、近隣薬局に分譲の依頼をかけた際に「アレジオン点眼液0.05%ですよね?」と言われ、規格が誤りであることに気付いた。クリニックに疑義照会したところ、規格が正しい「アレジオン点眼液0.05%」の処方になった。	クリニックの薬品マスターが誤りであったか、手入力で処方箋を打った可能性あり。アレジオン点眼液は他に規格が無く、規格も正しいものと思い込んでいた。	他に剤形や規格が無い商品でも薬品名の確認を徹底する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アレジオン点眼液  変更になった医薬品 販売名アレジオン点眼液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
522	オノンカプセル112.5mgが処方追加となっていた。他院でシングレア錠10mgが処方されている記録があり、重複する為疑義照会した所、オノンカプセル112.5mgが削除となった。	処方元が患者の併用薬を確認、把握していなかったと考えられる。	併用薬の確認を継続し、適切な薬の使用となるよう注意する。	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
523	一般名でフルニトラゼパム錠1mgが0.5T分1寝る前30日分と1T眠れない時5回分が出ていて、他の薬は35日分だったので、30日分までしか出せないで頓服で出したのではないかと考えて用量が違っていいのか問い合わせた。フルニトラゼパム1mgは頓服も1回0.5Tに変更となった。患者には頓服とあるが実際は出せない5日分だと説明して、寝る前の薬袋にまとめて入れて毎日飲むように指導した。	向精神薬は1回に30日分までしか出せないので頓服で不足分を補ったようだが入力間違えたのかも。	同じ薬品で用量が違う場合は問い合わせる。	確認を怠った	処方された医薬品 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
524	昨日カロナール2006T分3とミオナール502T分2で14日分ずつ出していた患者に本日、ロブ錠2T分2とミオナール錠502T分2が10日分出ていた。重複すると問い合わせるとミオナールは中止、ロブ錠を服用中はカロナールを中止と返答があった。	昨日出したばかりなのに覚えていなかったのかも。	残薬を確認する。	確認を怠った	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
525	投薬時、患者より「次回、内視鏡をするので来院前日は、今回処方した血圧の薬を飲まないように言われたんですが、どの薬か教えて欲しいと質問がありました。」内視鏡をするとの事でしたので血圧の薬が心配でしたので、ドクターに疑義照会したところ、「血圧の薬とは言っていません。検査のため、食事をとってないので、糖尿病の薬をその日の朝飲まないようにお伝えください。」との返答であった。患者に血圧の薬ではなく、「グリメピリド錠」をその日の朝飲まないようにお伝えしました。	患者が思い込みで勘違いされたと思われる。	患者が思い込みで勘違いされないように、具体的な薬剤名を伝えていければよかったと思います。	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 販売名グリメピリド錠1mg「三和」  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
526	「フロリネフ錠0.1mg 0.5錠 1日1回 朝食後」との処方されていた。薬剤販売会社に確認したところ「フロリネフ錠」の錠剤のラインは、半錠するためのラインではありませんので、均一になるかの保証は出来ません。0.5錠として服用する場合は、粉砕して分包することをお勧めします。」との回答であったので、ドクターに疑義照会し、そのようにお伝えしたところ、「0.5錠は粉砕して下さい。」の指示が追加となった。	「フロリネフ錠」に半錠割線のような模様が入っている為、半錠可能と勘違いしてしまう。	随時、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 販売名フロリネフ錠0.1mg  変更になった医薬品 販売名フロリネフ錠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
527	投薬時、患者より「以前処方されて服用しているバイアスピリンについてドクターから何か指示があったのですが、よくわからなくなったので確認をして欲しい。」との要望があった。ドクターに問い合わせたところ、「明日からバイアスピリンは服用中止するようにお伝えしています。」との回答であったため、患者に明日の朝より「バイアスピリン」は、服用中止する様にお伝えする。	薬局で確認してもらおうと思われていたと思われます。		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 販売名バイアスピリン  変更になった医薬品 販売名バイアスピリン	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
528	80歳代女性に整形外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.プレドニン錠5mg1回1錠(1日1錠),セレコックス錠100mg1回2錠(1日2錠),ガスターD錠10mg1回2錠(1日2錠)1日1回朝食後服用と記載あり。処方せんに検査値が記載されており、血清クレアチニン値1.2mg/dl,体重40キログラムであった。これらの値よりクレアチンクリアランスが30ml/分以下であることから、腎機能の低下が疑われることが判明した。セレコックス錠は重篤な腎障害のある患者には禁忌とされており、ガスターD錠はクレアチンクリアランスが30mg/分以下の場合には1回10mg1日1回の投与(又は1回20mg2~3日に1回の投与)を目安にするよう推奨されている為、処方医に対して、これらの情報提供と共に、処方内容について再度検討して頂くよう疑義照会を行った。上記処方内容をRp.プレドニン錠5mg1回1錠(1日1錠),セレコックス錠100mg1回1錠(1日1錠),ガスターD錠10mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後服用に変更するとの回答があった(アドヒラランス向上を狙い、服用時点は朝食後とする)。	医師がどのように判断されたかが薬局では判断できないので、背景・要因は特定することが出来ない。	薬局において、検査値を確認することで、より適切な処方提案ができた事例ではないかと考える。高齢者では腎機能の低下を起している可能性を考慮して、調剤を行うことが求められる。	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 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
529	0歳の女性に皮膚科から発行された処方せんを受付けた。処方せん記載内容の一部にRp.ホスミシンドライシロップ4001回0.3g(1日0.9g)1日3回朝昼夕食後服用と記載あり。患者情報収集時に家族から「他の小児科で見てもらっていたが、専門の皮膚科を受診するよう薦められた」との申し出あり。以前受診していた医療機関の処方内容はRp.ホスミシンドライシロップ4001回0.3g(1日0.9g)、ピオフェルミンR散1回0.266g(1日0.8g)1日3回朝昼夕食後服用であることがお薬手帳の記載より判明した。現在も少し下痢気味との家族からの訴えがあり、耐性乳酸菌製剤の併用が有用である可能性も否定できない為、処方医に現在の排便の状態について情報提供を行うと共に、耐性乳酸菌製剤の併用を検討してもらえないか疑義照会を行った。上記処方内容をRp.ホスミシンドライシロップ4001回0.3g(1日0.9g)、ピオフェルミンR散1回0.266g(1日0.8g)1日3回朝昼夕食後服用に変更するとの回答があった。	処方せん発行時には耐性乳酸菌製剤は不要と考えられていたが、現在の排便の状態についての情報を加味して、処方の再検討を行って頂けたケースである。	患者背景の情報収集を行い、時には医師に処方提案を行うことも、適正な処方設計のためには重要な活動であることを薬局内で共有して行きたい。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ホスミシンドライシロップ400 販売名-  変更になった医薬品 販売名ホスミシンドライシロップ400 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
530	60歳代の男性に外科より発行された処方せんを受付けた。処方せん記載内容の一部に、Rp.ロペミンカプセル1mg1カプセル頓服×14回分吐き気時と記載あり。ロペミンカプセルの効能・効果は下痢症とされており、用法が不適切である可能性があるため、処方医に疑義照会を行った。処方内容をRp.ロペミンカプセル1mg1カプセル頓服×14回分下痢時に変更するとの回答あり。	用法の処方オーダー時にPCへのご入力が今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	医薬品の適応症と用法が一致しているのかの確認を行うことも、薬局・薬剤師には重要な役割の一つと考える。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロペミンカプセル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



**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	70歳代の女性に外科より発行された処方せんを受付けた。処方内容の一部にRp.【般】ジクロフェナクNa錠25mg1回1錠(1日1錠),【般】セフジニルカプセル100mg1回1カプセル(1日1カプセル)1日1回朝食後84日分と記載あり。【般】セフジニルカプセル100mgの用法・用量に関連する使用上の注意として、「本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。」とされている為、処方医に疑義照会を行う。処方内容をRp.【般】ジクロフェナクNa錠25mg1回1錠(1日1錠),【般】レバミピド錠100mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後84日分に変更するとの回答あり。	処方する医薬品のPCへの入力間違いが原因とのことです(背景などは不明)。	処方内容に疑義がある場合には必ず確認し、納得の上調剤を行うことが、医療安全の為に重要である。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】セフジニルカプセル100mg  変更になった医薬品 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
532	50歳代の男性に内科より発行された処方せんを受付けた。処方内容の一部にRp.バラクルード錠0.5mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後91日分と記載あり。バラクルード錠0.5mgの用法は「本剤は、空腹時(食後2時間以降かつ次の食事の2時間以上前)に経口投与する。」とされており、以前の用法は1日1回眠前服用であったことから処方医に疑義照会を行った。処方内容をRp.バラクルード錠0.5mg1回1錠(1日1錠)1日1回寝る前91日分に変更するとの回答あり。	医療機関の電子カルテシステム更新に伴い、再度処方内容を入力する際に、間違った用法で入力してしまったことが、発生要因の一つと考える。	医療機関の電子カルテシステムなど更新時には、地域の薬剤師会などを通して、情報発信と注意喚起を行うことも重要であるとする。	確認を怠った	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
533	80歳代の男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.アクトネル錠75mg1回1錠(1日1錠)1日1回起床時35日分 毎月1日に服用と記載あり。他剤35日分で投薬されており、アクトネル錠75mgの処方日数は1日分が妥当と判断し、処方医に疑義照会を行う。処方内容をRp.アクトネル錠75mg1回1錠(1日1錠)1日1回起床時1日分 毎月1日に服用に変更するとの回答あり。	アクトネル錠の規格は2.5mg,17.5mg,75mgの3規格あり、それぞれ投薬間隔が異なる。投与間隔の処方日数を入力する際に間違えたことが、今回の事例の発生要因であると考える。	規格ごとに服用間隔が異なるビスフォスフォネート製剤の処方日数については、注意して調剤を行うよう、薬局ないで周知しておく。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アクトネル錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
534	70歳代の女性に整形外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.アクトネル錠17.5mg1回1錠(1日1錠)1日1回起床時6日分 週1回服用と記載あり。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記録によると、前回まではアクトネル錠75mgが4週に1回の服用間隔で投薬されていたことが判明した。患者情報収集時に「医師からは薬が変わるとは聞いていない。次回は3ヶ月後に受診することになっている。高齢の為、再々の受診は辛い。」との申し出があった。投与日数と次回受診日が一致しておらず、再度の受診も難しいとのことなので、処方医に患者からの申し出についての情報提供と共にアクトネル錠の用量変更について疑義照会を行った。処方内容をRp.アクトネル錠75mg1回1錠(1日1錠)1日1回起床時3日分 4週間に1回服用に変更すると回答あり。	アクトネル錠の規格は2.5mg, 17.5mg, 75mgの3規格あり、それぞれ投薬間隔が異なる。処方オーダー時に規格を間違えて入力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。	処方通りの調剤でも問題ない事例ではあるが、患者の状況により、処方内容の変更が求められるケースもある。処方変更の際には、変更の理由や体調変化等の状況を確認の上、調剤を行うことが大切であると感じた事例でした。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アクトネル錠17.5mg  変更になった医薬品 販売名アクトネル錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
535	70歳代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.サワシリン錠250mg1回1錠(1日3錠)1日3回毎食後7日分と記載あり。他剤には粉碎の上、調剤を行うよう指示があった。患者家族に確認した所、「嚥下障害があり、錠剤など服用させるのが難しいがなんとか飲ませる」との申し出あり。実際のサワシリン錠250mgも見せて再度確認したが、「こんなに大きいと服用させるのは無理」とのことであった。サワシリン錠には吸湿性があるので、粉碎は不適と考え、同一成分のワイドシリン細粒20%に変更の上、調剤を行うことを処方医に提案した。処方内容をRp.ワイドシリン細粒20%1回1.25g(1日3.75g)1日3回毎食後7日分に変更するとの回答あり。	嚥下障害のある患者に対する医薬品の選択に、薬剤師が介入することで、より適切な医薬品の投薬をすることができた事例と考える。	患者の状態に応じて、医薬品が適切に選択されているかどうかを判断の上、調剤を行うことも重要である。医師に状況をフィードバックした上で処方提案を行える環境を、普段から整備しておくことも必要になってくる。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名サワシリン錠250  変更になった医薬品 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
536	ザルティア(5)処方あり。薬剤師が薬手帳よりニトロペン使用の患者であることを確認。禁忌のため処方医へ問い合わせ、エビプロスタットDBへ変更となった。			教育・訓練	処方された医薬品 販売名ザルティア錠5mg  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
537	12歳男児にアラミスト点鼻液処方。用法が大人量の1回2噴霧であったため、疑義照会にて1回1噴霧に処方変更。			患者側	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
538	薬歴上、授乳中との申し送りのある患者へエストラーナテープが処方。最終鑑査した薬剤師は、患者が現在も授乳中である可能性があることは把握していたが、エストラーナテープが授乳婦に禁忌であることを見逃した。交付時、担当した薬剤師が現在も授乳継続中であることを患者本人より聴取し、疑義照会を行った。処方医より、短期治療であること、治療上必要であることから、授乳継続したままで良いので処方通りと指示あり。	薬歴に記載されている情報と薬剤の特性の結びつけが出来ていなかった。薬剤師としての経験が浅く、知識不足。	薬剤の添付文書確認したうえで、患者情報との擦り合わせを行う癖をつける。交付時に要確認の事項が存在する場合は、自分以外の薬剤師にもその旨伝えておくなどして周知させる。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名エストラーナテープ0.72mg  変更になった医薬品 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
539	患者より心臓の血管が硬くなっているのので何か薬を追加する聞いているいわれたので疑義照会。 Crestor OD錠2.5mg追加。			施設・設備	処方された医薬品 販売名-  変更になった医薬品 販売名 Crestor 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
540	循環器内科よりタケキャブ錠10mgの継続服用中のためネキシウムカプセル20mgの併用要否確認。ネキシウムカプセル20mg削除。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
541	カルボシステイン錠250mg「サワイ」は同一科から定期薬でも処方あり重複確認。カルボシステイン錠250mg「サワイ」削除でアンプロキソール錠15mg「日医工」追加。			施設・設備	処方された医薬品 販売名カルボシステイン錠250mg「サワイ」  変更になった医薬品 販売名アンプロキソール塩酸塩錠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
542	エホチール服用で気分不良の副作用歴がある患者にエホチールが処方される。疑義照会の結果エホチールがカットになる。	患者が副作用情報を医院に伝えていなかった。もしくは確認もれ。	患者情報欄の確認徹底。	その他患者副作用情報の確認モレ	処方された医薬品 販売名エホチール錠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
543	他病院からの引継処方。処方は、アムロジピンOD錠10mg「日医工」とクレステール錠5mgであった。薬の内容が変わるとはお聞きで無かったが、アムロジピンOD2.5mg 10mg、クレステール錠2.5 5mgに変更になっていた。確認の結果、アムロジピンとクレステールがそれぞれ変更になった。	引継前処方の確認もれ。処方せん入力時の規格選択間違い。	他病院からの引継処方時には、規格や成分等の変更が無いか注意。	その他引継前処方の確認モレ コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠10mg「日医工」 販売名クレステール錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
544	カルボシステインとメジコンの用量が少なめだったので疑義照会した所、用量が変更になった。	分3が飲みにくいので分2に変更になったが、1回量を変えていなかったため、用量が少なくなった。	小児処方用量確認を漏らさず行う。	その他計算間違い(分3を分2に変更)	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
545	門前の医師はヘルパンギーナに対してリンデロンA点眼を口腔内に頻用される。リボスチンの使用方法を患者に確かめたところ、口腔内への指示を受けていた。疑義照会の結果リボスチン リンデロンAに変更となった。	どちらも「リ」で始まる薬剤のため、思い違いか、処方箋入力時の選択ミスと思われる。	外用薬の用法は患者にも確認し、疑問点があれば疑義照会する。	その他思い違い。コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名リボスチン点眼液0.025%  変更になった医薬品 販売名点眼・点鼻用リンデロンA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
546	リンゼスが初めて処方された患者。服用が食後であったため、疑義照会した所、食前に変更になった。	初めて処方された薬剤であったため、処方入力が不慣れで用法を食後とした可能性がある。	新規処方時の処方せん確認を徹底。	その他用法の確認ミス コンピュータシステム	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	普段、フェブリク錠10mg、バイアスピリン100mgなど4種の薬剤を、かかりつけ医から処方され服用している患者。普段飲み忘れ防止のため1包化を行っている。今回は、紹介先の病院で検査を行うため、1包化の中身を作り変える必要がでたため来局。しかし、本人が勘違いしフェブリク10mgを抜くように主張。お薬手帳など確認すると、バイアスピリンに赤丸がしてあった。念のため当該病院に問い合わせを行い、バイアスピリン100mgで間違いのないことを確認。	患者本人が検査内容をよく分かっていなかったことが原因と考えられる。	今回と同様に、病院に問い合わせを行う。	その他患者本人の勘違い 患者側	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
548	リボスチン点眼が口腔内投与の指示であった。疑義照会の結果リンデロンAに変更となった。	同様のヒヤリハットあり。	外用薬の使用方法確認と、疑問点があれば速やかに疑義照会を行う。	その他思い違い コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名リボスチン点眼液0.025%  変更になった医薬品 販売名点眼・点鼻用リンデロンA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
549	リボスチンの用法を患者に確認した所口腔内へ使用と指示を受けていた。疑義照会の結果リンデロンAに変更となった。	同様のヒヤリハットあり。	外用薬の使用方法を患者に確認。疑問点があれば疑義照会。	その他薬剤選択ミス コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名リボスチン点眼液0.025%  変更になった医薬品 販売名点眼・点鼻用リンデロンA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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
550	緑内障をお持ちの患者にペントキシベリンクエン酸塩錠15mgが処方された。疑義照会の結果、フスタゾール錠10mg錠に変更となった。	緑内障の現病歴が医院に伝わっていない、もしくは確認モレ。	新規追加時の添付文書確認を徹底。	その他現病歴の確認モレ	処方された医薬品 販売名ペントキシベリンクエン酸塩錠15mg「ツルハラ」  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
551	カルボシステイン250mgと500mgが重複して処方されていた。疑義照会の結果カルボシステイン250mgが削除になった。	処方箋入力時の選択ミス。入力内容の確認モレ。	新規処方時の用法用量確認を徹底。	その他処方確認ミス コンピュータシステム	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
552	サインバルタ20mg 1C 1X 朝食後 他の処方であったが、薬歴の記載に緑内障であるとあった為疑義照会する。その結果サインバルタの禁忌の緑内障ではない為、処方変更はしないとの回答であった。そこでそのまま投薬した。			患者側	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	数年ぶりの来院、来局。以前の来局時には緑内障の既往歴の話なし。本日PL配合顆粒処方、以前にも処方あり。投薬時、眼囲に色素沈着見られ緑内障治療薬の影響ではと本人に確認、緑内障の病名は出なかったが視野狭窄、視力低下の話があり緑内障治療中であることが推測された。処方医へ報告、相談。処方変更となる。	80歳代と高齢で久しぶりの来院でありながら過去処方歴で処方したことによるものと推測される。当薬局でも過去の既往歴情報の更新を受付時に怠った作業手順の不履行。	作業手順の確実な履行。	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
554	シンバスタチン錠5mg「MED」服用中の患者に新たに Crestor OD錠2.5mgが追加となった。患者に確認を取ったが Crestor OD錠2.5mgの追加の旨をはっきりとは把握していなかった。処方医に確認をとったところ入力時のミスで Crestor OD錠2.5mgが追加となっていたようだ。Crestor OD錠2.5mgは削除となった。	処方せん発行時の入力ミス	通常、併用しない薬剤が出ているときは患者にまずインタビューする。また必ず処方医にも確認を行う	その他医療機関の処方ミス	処方された医薬品 販売名 Crestor 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
555	アセトアミノフェンが処方されてきたが、投薬時に患者からセデスAやバファリンプラス服用で喘息が起こり、呼吸困難になったとの報告を受けた。バファリンAは服用できるとの訴えもあったことから、NSAIDsではなく、アセトアミノフェンが発作を起こす原因ではないかと判断した。その旨を疑義照会にてアセトアミノフェンではなく、NSAIDsのロキソプロフェンに変えてもらえないか相談したところ、ロキソプロフェンナトリウムに変更となった。	患者から過去のOTCでの副作用歴を確認し、それに含まれている成分を抽出し、今回の処方で副作用が起こる可能性があると考えることができた。通常ならばNSAIDsが禁忌薬と判断しそうなものだが、バファリンAは服用できると聞き出すことができたため、アセトアミノフェンが禁忌の可能性だと導き出すことができた事例。		記録などに不備があった	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
556	プレドニゾン錠5mg 1T 2X 朝昼食後の処方であったが、プレドニゾン錠が2Xで処方される場合は通常 朝夕食後であるので、疑義照会する。その結果 朝夕食後に変更された。			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
557	テプレノンカプセル50mg 他の処方であったが、他の病院でムコスタ錠100mgをもらっていた為疑義照会する。その結果テプレノンカプセル50mg は削除された。			患者側	処方された医薬品 販売名テプレノンカプセル50mg 「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
558	リリカカプセル25mg 3C 3X 毎食後の処方であったが、リリカカプセルは通常 2X で服用する薬剤である為疑義照会する。その結果、朝食後に2C、夕食後に1C に用法が変更された。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
559	整形外科よりオパルモン錠(1日3錠)と消炎鎮痛の貼付剤が処方された患者の処方調剤時、お薬手帳にて内科での併用薬を確認したところ、ペラプロスト錠20μg(1日6錠)をずっと服用中であった。整形外科の処方元に疑義照会したところ、オパルモン錠が削除され、貼付剤のみの処方になった。	処方元でも患者のお薬手帳のコピーをとっていたが、同種薬であることには気付かなかったと思われる。	患者の併用薬を見逃さないよう注意する。	その他併用薬未確認	処方された医薬品 販売名オパルモン錠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
560	当該患者は、他の整形外科から別の整形外科にセカンドオピニオンとして受診され、サインバルタCp20mg(寝る前に1Cp)とリリカ75mg(1日2回、1日2Cp)、消炎鎮痛の貼付剤が処方された。お薬手帳には過去の処方薬にもリリカが同じ用法・用量で記載があったものの、既に飲みきって残っていない計算であったはずだが、患者に残薬を聞くと、手帳の最終記載日以降にも処方されており、今回の処方分のリリカと同量以上にリリカは残っていた。処方医に問い合わせ、リリカのみ削除され、残薬のリリカを服用するよう指示が出た。	患者が、セカンドオピニオンとしてかかったことをこの整形外科に申告しなかったためか、お薬手帳を提示していなかった。病院の問診でも残薬までは伝えていなかった。	お薬手帳の記載にされていない処方薬があるという可能性も考慮し、残薬を患者に直接確認する。	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	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	クラシエ当帰芍薬散7.5g分3毎食前28日分の処方、本人に服薬指導中に防風通聖散の処方であることが分かり疑義照会。また飲んでる漢方が1日2回の服用であると確認し、クラシエ防風通聖散7.5g分2朝夕食前28日分に処方訂正指示を医師より受けた。	患者がお薬手帳もなく、今まで飲んでた薬を処方医に不確実な情報で伝えた事が要因と考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒  変更になった医薬品 販売名クラシエ防風通聖散料エキス細粒	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
562	インフルエンザの患者で、リレンザ、ゼスラン、カロナール、トランサミン、ムコダインの処方。服薬指導時にカロナールで薬疹の経験があると聴取し、疑義照会、本人から市販のコナリスを服用したことがあるとのことで処方医にそのコナリスの成分がインドメタシンであることを伝えたところ、ソランタールに変更の上、異常があれば飲みやめてすぐに連絡をするよう指示を受け、その旨患者に伝えた。	患者がカロナールの副作用のことを処方医に伝えていなかったことが要因の1つと考えられる。		患者側	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
563	インフルエンザの患者。イナビル吸入粉末剤、「一般名」エピナスチン錠、クラリスロマイシン錠、カロナール錠、カフコデN配合錠の処方。服薬指導時に、抗てんかん薬を服用中と聴取し、カフコデN配合錠の処方されていて、服用経験がないとのことで疑義照会。処方医よりカフコデN配合錠の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の1つと考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名カフコデN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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
564	耳鼻科より一般名フェキソフェナジン錠60mgの処方あり。薬歴より皮膚科でピロリア錠を継続していることを確認し、患者にも処方医服用中の薬を伝えていないことを確認して疑義照会。フェキソフェナジン錠の処方中止の指示を受けた。	患者が服用中の薬を処方医に伝えていなかったことが要因の1つと考えられる。		患者側	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
565	ミヤBM細粒3g分3毎食後で処方。薬歴より粉薬が飲めないと聞いていたため患者に確認後疑義照会。ミヤBM錠6錠分3毎食後に処方変更指示を受けた。	患者が処方医に粉薬を飲めないことを伝えていなかった事が要因の1つと考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名ミヤBM細粒  変更になった医薬品 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
566	マーズレンS配合顆粒1.5g分3毎食後4日分の処方です。服薬指導中に粉薬は飲めないと聴取したため疑義照会。処方医よりムコスタ錠3錠分3毎食後4日分に処方変更指示を受けた。	患者が処方医に粉薬が飲めないことを伝えていなかったことが要因の1つと考えられる。		患者側	処方された医薬品 販売名マーズレンS配合顆粒  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
567	かかりつけの内科より定時の処方にもリクシアナ錠60mg0.5錠分1朝食後の処方が追加されていた。患者は脳神経外科から退院してこられたとのことで退院時の処方と判断し疑義照会。リクシアナ錠30mg1錠に処方変更指示を処方医より受けた。	入院先の病院ではリクシアナ錠は60mgしか採用になっていなかったと考えられる。		仕組み	処方された医薬品 販売名リクシアナ錠60mg  変更になった医薬品 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
568	一般名エバステル錠10mg1錠朝食後7日分の処方。11歳の男児でエバステル錠10mgには小児用量がなかったため疑義照会。処方医より、体格がいいので大人と同じ量を処方したいとのことで7歳より成人量が処方でき1日1回のロラタジン錠を提案。処方医よりロラタジン錠10mg1錠分1朝食後7日分に処方変更指示を受けた。	エバステル錠10mgには小児用量の記載がないが、処方医は他のアレルギー薬と同じような感覚で処方したと考えられる。		知識が不足していた医薬品	処方された医薬品 販売名エバステル錠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
569	新患。初回質問票にてピロリ菌除菌の抗生物質で湿疹がでたと記載があり、疑義照会。クラリスロマイシン錠からセフジトレンピボキシル錠に処方変更指示を処方医より受けた。	副作用について処方医に話していなかったことが要因の1つと考えられる。		患者側	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
570	処方監査時、2歳男児にクラリチンDS0.5g分1朝食後20日分が処方されていたため、疑義照会。処方医よりザイザルシロップ5mL分2朝夕食後20日分に処方変更指示を受けた。	小児の適応年齢について間違った認識があったと考えられる。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名クラリチン ドライシロップ1%  変更になった医薬品 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
571	膀胱炎で受診の方。シプロフロキサシン錠200mg 2錠分27日分処方あり。お薬手帳にて、歯科よりフロモックス錠100mg 3錠分3で服用であり重複すると考え医師に疑義照会 シプロフロキサシンの処方が中止になった。			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 販売名シプロフロキサシン錠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
572	1歳児に、クラリスドライシロップ10%小児用 1回85mg1日3回255mgの処方は常用量の3倍なので疑義照会	主治医の1日量処方との勘違い		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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
573	カフコデN配合錠 6錠カルボシステイン500mg 3錠 分3 4日分フェキソフェナジン60mg 2錠 分2 4日分カロナル500mg 1錠 発熱時 5回分カフコデに含まれるアセトアミノフェンは100mg。急性上気道炎による解熱で使用する場合はアセトアミノフェン1回300~500mgを頓用。カフコデ1回2錠でカロナル500mgを頓服で服用した場合、1回量が発熱時の適応の用量を超えてしまうため問い合わせ。カロナル500mg カロナル300に変更			その他医師の処方間違い	処方された医薬品 販売名カロナル錠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
574	「ボノテオ錠50mg 1日1回 起床時 1錠 37日分」と処方されていた。「ボノテオ錠50mg」は、通常4週間に1回服用の薬剤であるが、他の薬剤も「37日分」であった。「ボノテオ錠50mg」が、毎日服用として処方されていると思われた為、疑義照会を行ったところ、「ボノテオ錠50mg」は、「1日分」へ変更となった。	他の薬剤に同じように毎日服用する薬剤として処方してしまったと思われる。	薬剤の服用法の確認を怠らない。	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
575	処方が「28日分」と処方されていた。投薬時、患者に次回来院日予定日をお聞きしたところ、35日後來院予定との事。残薬もなく、次回予約日まで「28日分」では、お薬が足りなくなるので疑義照会を行ったところ、「35日分」へ変更となった。	次回来院日と処方日数の確認が不十分であったと思われる。	残薬確認と次回来院日と処方日数の確認を行う。	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	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
576	前回追加となった「タケルダ配合錠」が、今回処方薬の中に入っていないかった。患者様に確認しても中止になった話は病院で聞いていないとの事でしたので、疑義照会を行ったところ、「タケルダ配合錠」処方追加となった。	前回、処方追加された薬剤を見逃したと思われる。	前回処方との確認を確実にしない、疑問があれば、疑義を行う。	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タケルダ配合錠	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
577	「フラベリック錠20mg」が処方されていた。「フラベリック錠20mg」は、数日前に処方されており、残薬があったため、疑義照会を行ったところ、「フラベリック錠20mg」は、処方削除となった。	前回、処方した日数についての確認が不十分であったと思われる。	残薬確認を行う。	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
578	「サインバルタカプセル20mg 1日1回 夕食後」と処方されていた。「サインバルタカプセル」は、通常、「朝食後服用」であるため、疑義照会を行ったところ、「朝食後」へ変更となった。		薬剤の用法確認をしっかりと行なう。	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
579	「ジャヌビア錠50mg」が、35日分処方されていた。患者より残薬があるので処方日数を「32日分」にして欲しいとの要望がありました。ドクターに確認したところ、「32日分」変更するように指示があったため、変更してお渡ししました。	診察時に残薬を伝えにくかったと思われます。		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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	C型肝炎治療薬 ダクインザ60mg 1T スンペブラ 100mg 2C 分2 朝夕が開始。だが、不整脈治療薬 プロパフェノン 100mg 2錠 分2 が処方(以前からの継続)されており、禁忌。C型肝炎治療が優先であると考え、プロパフェノンをCKDに注意しながらのピルジカイニドかシベンゾリンコハク酸塩でどうか疑義照会し、シベンゾリンコハク酸塩 50mg 1T 分1へ変更になった。プロパフェノンはまだ家に残薬が多数あるとのことで絶対に服用しないことを繰り返し念を押し、間違えて服用しないように、薬局に持ってきたら薬局で廃棄することを伝える。	添付文書には **アスナプレビル(スンペブラ)臨床症状・措置方法本剤の血中濃度が上昇し、不整脈が起こるおそれがある。機序・危険因子アスナプレビルのCYP2D6阻害作用により、本剤の代謝が阻害される。と記載されているが、処方医は循環器の専門医ではなく、注意がC型肝炎の治療にのみ払われていたものと思われるし、循環器の専門医でもこの相互作用には気がつかなかった可能性も大きい。	CYP1に注目する相互作用と処方提案こそ薬剤師が見逃してはいけないと考える。プロパフェノンは循環器でもメインで使用される薬ではないと思われ、薬剤師も見逃す可能性が大きい。スンペブラのメーカーによる情報提供を今一度してもらいたい。	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 販売名プロパフェノン塩酸塩錠100mg「オーハラ」  変更になった医薬品 販売名シベンゾリンコハク酸塩錠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
581	ルコナック爪外用液5% 2本 処方がありました。新薬のためH29.4.30まで1本しか出せない為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ルコナック爪外用液5% 1本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 販売名ルコナック爪外用液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
582	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 3包 毎食後3日分で処方がありました。通常、毎食前か毎食後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、ツムラ小青竜湯エキス顆粒 3包 毎食前 3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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
583	ツムラ葛根湯エキス顆粒 7.5g ねる前28日分で処方がありました。1日量が7.5gだった為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ツムラ葛根湯エキス顆粒 2.5g 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
584	ツムラ葛根湯エキス顆粒 3包 毎食後で処方がありました。通常、毎食前か毎食後2時間服用の薬剤なので、処方医に確認を行いました。その結果、ツムラ葛根湯エキス顆粒 3包 毎食前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
585	新患で、骨髄異型性症候群、肝硬変の患者。ロキソニンが処方されていたが、ロキソニンは重篤な血液障害の患者、重篤な肝障害の患者には禁忌。疑義照会した所、処方削除となった。(在庫している他の解熱鎮痛剤も同様に禁忌であった。)	処方元が患者の現病歴について把握していなかった、または禁忌を把握していなかったと考えられます。	患者背景や禁忌薬を把握し、適切な薬物使用ができるようにします。	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
586	定期薬でネキシウムカプセル20mgが出ていたが途中で中止になりタケキャブ20へ変更となっていた患者に定期薬と一緒にネキシウム20が出ていたので変更になったのではないかと問い合わせた。ネキシウムは中止となった。	処方変更を定期薬に反映していない。カルテに中止にしたと記載していないのかも。	定期処方以外で変更になった薬剤には注意する。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
587	近医受診し、前回D0処方でレバミピド錠「サワイ」を含む処方あり来局、お薬手帳確認すると、他院整形外科にてセレコックス錠100とレバミピド錠100「NP」を併用中であることが判明。レバミピドの用法用量が重複するため疑義照会を行った。結果、レバミピド錠「サワイ」の処方削除となった。	併用の確認もれ		その他併用未確認	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
588	アクトスを服用している患者で、むくみが続いており、改善しない訴えがあった。診察では薬を中止する話があったようだったが、ジャヌビアのみ減量であった。むくみの原因は、アクトスの可能性があったので、疑義照会した結果、アクトスが中止になった。また、循環器より利尿剤が処方されており、心不全の疑いもあった。アクトスは、心不全に禁忌である為に確認する必要があったと思われる。		投薬にて、疑わしい点があった場合は、必ず疑義照会する。	その他処方箋記載ミス	処方された医薬品 販売名アクトス錠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
589	ニトロペン舌下錠が内服薬区分で10日継続処方となっていたので疑義照会を実施した。1回1錠 10回分に変更となった。	クリニックの事務の経験が浅いため内服薬処方と頓服薬処方を理解出来ない可能性がある。	内服薬と頓服薬の入力間違いは、起こりやすいエラーなので注意を強化する。エラーが起こりやすい医薬品に関してはスタッフ間で情報を共有しておく。	確認を怠った教育・訓練	処方された医薬品 販売名ニトロペン舌下錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
590	マクサルトルPD錠10mgが1回3錠 5日分で処方されていたので疑義照会を実施した。1回1錠 3回分に変更になった。	クリニック事務の経験が浅いため、頓服処方になる薬であることを理解していない可能性がある。内服薬処方と頓服薬処方の理解が出来ていない。	頓服薬処方となる薬については把握しておき、処方時は用法・用量を確認する。入力ミスが発生しやすい事例に関してはスタッフ間で情報共有しておく。	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 販売名マクサルトルPD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
591	セファクロル細粒10%「日医工」が記載された処方箋を持って家族が来局。処方通り調剤を行い投薬しようとした際、薬剤師が薬剤服用歴管理簿より当該薬剤が禁忌薬である事に気付いた。処方医に疑義照会し、処方削除の指示を受けた。	焦り 注意力散漫	「調剤前に薬剤服用歴管理簿確認」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 販売名セファクロル細粒10%「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
592	メサデルムクリーム 3gで処方がありました。1本=5gだったので処方医に確認を行いました。その結果、メサデルムクリーム 3本(15g)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 販売名メサデルムクリーム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
593	整形外科医よりカロナール300mg6錠分3処方あり。薬歴より体重30kgであることを把握していたため過用量となるので疑義照会の上3錠に変更。	使い慣れない医薬品を処方する際は間違える場合が多い。	疑義は必ず照会する。	その他医師が小児用量に不案内であった	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
594	お薬手帳より入院中はノボラピッドが処方されているにも係らず、退院処方ではノボラピッド30Rが印字されていた。またトレーナーが併せて処方されており不審に思った。疑義照会によりノボラピッドに変更。	電子カルテにて医薬品を選択する際、似た名称のものと間違えたと思われる。	気になることは必ず疑義照会する。	その他電子カルテでの医薬品選択ミス	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  変更になった医薬品 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
595	フェブリク錠20mg 2T分2 朝夕食後 という処方を受けた。フェブリク錠20mgは通常は分1の薬のため疑義照会を行ったところ、2T分1に変更になった。	医師がフェブリク錠の用法を把握していなかったと考えられる。	フェブリク錠は1日1回の薬である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
596	4歳児にオロパタジン塩酸塩OD錠5mgが1日2錠で処方されていたため疑義照会を実施した。オロパタジン塩酸塩顆粒 1日1g 朝食後と寝る前服用に変更指示あり	クリニックの事務の経験が浅いためケアレスミスである	オロパタジンの小児の年齢別の1日量を把握して早めにミスを発見する	知識が不足していた 教育・訓練	処方された医薬品 販売名オロパタジン塩酸塩OD錠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
597	ノードマントローチが1.5錠で処方されていたため疑義照会を実施した。	クリニック事務の経験が浅いことによるケアレスミスである	処方全量をダブルチェックするなど注意する	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 販売名ノードマントローチ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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
598	定期処方、ワーファリン服用中。ワーファリン錠1mg 3錠分1夕食後とワイパックス錠0.5mg 0.5錠分1夕食後が処方。ワイパックス初回であり、疑問に思ったため疑義照会。ワイパックスはワーファリン錠0.5mgの間違いであった。(今回ワーファリンの増量であった。)			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ワイパックス錠0.5  変更になった医薬品 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
599	臨時処方にて【般】フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg 1錠分1寝る前 28日分が処方。お薬手帳より、他院にて同様の処方があることを確認したため疑義照会。【般】フェキソフェナジン塩酸塩錠60mgが削除となった。	お薬手帳の確認により重複を回避できた。		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 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
600	耳鼻科の処方せんを受付、デザレックス錠5mg 1錠分1夕食後14日分が処方。同日、皮膚科を受診されており、ピラノア錠20mg 1錠分1午前中空腹時14日分をもらわれていることを確認できたため、耳鼻科処方医へ疑義照会。デザレックス錠5mg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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
601	定期処方で来局。患者より診察時に薬剤を変更するとのお話があったと伺ったが、前回同様の処方だったため疑義照会。フォシーガ錠5mgを継続服用中であったが、今回よりジャディアンズ錠10mgへ変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名フォシーガ錠5mg  変更になった医薬品 販売名ジャディアンズ錠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
602	退院後初外来。ボグリボース錠0.2mg 2錠分2が処方だが、退院時にはボグリボース錠0.2mg 3錠分2であったと確認できたため確認。ボグリボース錠0.3mg 2錠分2へと変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ボグリボース錠0.2mg「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
603	今回からマイスリー(5)が処方追加されていたが、マイスリー(5)2錠分2朝夕食後で処方されていた。疑義照会し、実際はスイニー(100)2錠分2朝夕食後の処方であった。病院側の処方箋入力時のミスであった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイスリー錠5mg  変更になった医薬品 販売名スイニー錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
604	<p>門前病院よりナフトピジルを定期服用されていたが、尿閉があり他病院を受診された。他病院にてユリーフが処方され、ナフトピジルは中止するようにDr指示を受けていた。今回、門前病院よりナフトピジルが定期処方あり。ナフトピジル中止の指示を受けていることを患者が門前病院Drに伝えていなかったため、疑義照会にてその旨をお伝えし、ナフトピジルは処方中止となった。</p>			確認を怠った	<p>処方された医薬品 販売名ナフトピジルOD錠50mg 「日医工」</p>	ヒューマンエラー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	<p>レンドルミンD0.25mgの30日制限のための不足分を貰いに来たついでに、定期の薬の残薬に対して前回新規で処方されたロゼレム8mgが2日分足りないと付き添いの訪問看護の方からお話あり。ロゼレム8mgは処方されていないため、疑義照会による確認の上で2日分が追加となった。</p>	<p>話を聞く限り、処方医とヘルパーの情報の共有がしっかり出来ていなかった事が考えられる。</p>	<p>ヘルパーに医師に対し、服薬状況などの情報をもう少し正確に伝えるよう伝えた。</p>	<p>連携ができていなかった その他ヘルパーと医師の情報共有の不備</p>	<p>処方された医薬品 販売名-  変更になった医薬品 販売名ロゼレム錠8mg</p>	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
606	70代後半の女性に循環器科から発行された処方せんを受付けた。処方せんの記載内容の一部にRp.アルダクトンA細粒10%1回1g(1日1g)1日1回朝食後8日分との記載あり。今回当薬局で調剤を行うのは初めての方であり、処方内容自体は問題ないと判断し、調整を行った。監査時に別の薬剤師から、「この医療機関では、通常はスピロラクトン錠25mgが投薬されることが多いので、一度確認した方がいいのではないか」との提案があり。処方医に「投与量は通常用量ではあるが、いつもはスピロラクトン錠25mg1回1錠(1日1錠)で投与されることが多いので念のため確認させていただいても良いか?」と問い合わせを行った。処方内容をRp.【般】スピロラクトン錠25mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後8日分に変更するとの回答あり。	錠剤と細粒の剤形選択を間違えたことで、投与量が100mgと意図していた用量の4倍量の処方となってしまった。	通常の投与量であっても、薬局内でおかしいと感じたら、処方医に確認の上、調剤を行うことが重要である。また薬局の中では、薬剤師同士が円滑に意見を出し合える環境を整備しておくことも必要だと感じた。	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
607	70代後半の男性に皮膚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】レボフロキサシン錠250mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後7日分と記載あり。また当該処方せんには検査値情報の記載もされており、身長・体重・血清Cr・eGFR値よりクレアチンインクレアランスは50ml/分を超えていることが計算できた。腎機能の状態からは通常用量でも問題ないと判断し、投与量について処方医に情報提供を行うと共に、処方通りの調剤でよいか疑義照会を行った。処方をRp.【般】レボフロキサシン錠500mg1回1錠(1日1錠)1日1回朝食後7日分に変更するとの回答あり。	年齢から投与量を減らしていた可能性もあるが、腎機能の検査値より、妥当な投与量を医師に提案を行い、処方変更がおこなわれた事例である。	腎機能の検査値より、投与量を減らす場合も多いが、今回のケースでは適切な投与量を処方医に提案できた。医薬品の適正使用のため、処方せんに書かれた検査値などの情報を活用することも重要であると感じた。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名【般】レボフロキサシン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
608	トレシーバ注眠前6単位となっていたが、患者より「血糖値低下を受けて、ノボラビット注同様に2単位になったはずだが？医師はそうのように言っていたと思う。」とのコメントを受けて疑義照会したところ、眠前2単位に変更となった。		徹底した処方監査、患者ヒアリング。	確認を怠った	処方された医薬品 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
609	アモバン7.5mg 2Tが処方されていたが、添付文書ではアモバンは最高10mgまでであり、15mgは過量なので、疑義照会したところ、7.5mg 1T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
610	狭心症で多剤併用の患者に、アムロジピン5mgが1T分1と1T分3との処方があり、これまで継続していたニコランジル5mg3T分3が削除されていた。疑義照会したところ、アムロジピン5mg1T分3が削除され、ニコランジル5mg3T分3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 販売名アムロジピン錠5mg「明治」  変更になった医薬品 販売名ニコランジル錠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
611	直腸がんで高血圧を併発している患者にこれまでアバプロ50mgが処方されていたが、当日処方がなかった。患者からは中止とは聞いていないとのコメントあったので、疑義照会を行ったところ、アバプロ50mg 2Tが追加処方となった。		徹底した処方監査、患者ヒアリング、疑義照会。	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 販売名アバプロ錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
612	ラミクタール錠100mg 3錠 14日分の処方を受付。2ヶ月前まで同薬剤を300mg/dayで服用していたが、皮膚症状の疑いで中止。その後、ラミクタール錠の投与は今回までされず1か月以上が経過。にもかかわらず、再開時に300mg/dayから開始との処方のため疑義照会。医師からは意図の説明はなく300mg/dayで処方することで間違いないと返答を受ける。疑義が解消されず、グラクソスミスクラインの薬事情報を電話にて得たところ、ラミクタールは最終投与から65時間が経過すると、初期用量の25mg/dayとなることを確認。グラクソスミスクラインのMRが処方元の医師へ当日中に訪問し、情報提供を行う。翌日、再度、疑義照会するとラミクタール錠100mg 3錠 14日分 ラミクタール錠25mg 1錠 14日分へ変更となる。	MR訪問時の医師からの意見聴取では「再開時の用量は25mg/dayへ戻すことは知っている。今回は患者が300mg/dayから初めてほしいと要望があったから処方した。」と聞いた。グラクソスミスクラインからの情報では、高用量からの開始、再開で死亡例もでているため、医師から処方されたとしても「調剤拒否事由」に該当すると説明を受けた。医師にはMRから再度の情報提供があったようだが、今後も注意が必要と考えている。	局内にて、ラミクタールのメーカー勉強会を実施。同様の事例があったとしても、薬局で食い止められるよう認識を一致させる。	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) 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 患者側 教育・訓練	処方された医薬品 販売名ラミクタール錠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
613	新患。透析中であることをアンケート、及び口頭で確認。ザイザル錠5mgは透析患者には使用不可。また、他院でエピナスチン塩酸塩錠10mgが処方されており、服用中の為代替薬は不要。疑義照会により、ザイザル錠5mgは削除となった。	処方元が患者の現病歴、併用薬の確認をしていなかったと考えられます。	禁忌や重複等、しっかり確認していきます。	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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
614	患者に併用薬を確認した際に、患者家族から「アトピーの痒み止めを服用しているが、名前はわからない」と言われた。鑑査時に別の薬剤師が、今回処方薬に抗アレルギー薬が処方されており、他院での処方薬も抗アレルギー薬ではないかと気づいた。再度患者本人と患者家族に併用薬を確認したところ、アレロックを服用中であることが判明した。疑義照会を行い、エピナスチン塩酸塩DS「トーワ」の処方が削除になった。	患者家族は何を服用しているかわからない様子だった。薬の名前や性状などを挙げ、該当するものがないかの確認を怠った。体調が芳しくなく、鼻水がひどく、普段とは異なる身体状況にあった。 焦り 注意力散漫	色や性状、名前などを挙げ、患者が何の薬を使用しているか思い出す手助けをする。患者が子供の場でも、何の薬を飲んでいるか名前などを覚えていることがあるので、親がわからないようであれば、子供にも確認を行う。患者から話を聞いたときに、思ったことや考えたことをすぐにメモしておき、後から見たときにすぐわかるようにしておく。	確認を怠った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 販売名エピナスチン塩酸塩DS小児用1%「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
615	定期薬28日分と臨時薬のレボフロキサシン錠250mg「DSEP」、カロナール200・レバミピド錠100mg「EMEC」3日分が出ていたが、1か月前と同じ内容だったので再度悪くなったのか患者に確認すると、もう良くなっている、体調も悪くないと言われた。患者はもうもらっておこうかと言われたが、良くなっているのなら飲まないほうがいいので説明してなぜ処方しているのか問い合わせた。理由の返答はなく、臨時薬は中止となった。	前回の定期処方を内容を確認せずそのまま出したのかも。	臨時薬の継続は症状を確認する。	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錠250mg「DSEP」 販売名カロナール錠200 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
616	前回、定期薬でカロナール錠200 6T分3 14日分が出た翌日にロブ錠 2T分2 10日分が出たので問い合わせるとカロナールを中止してロブを服用との返答だった。その患者にまたカロナール錠200が出ていたので、今何を飲んでいるのか確認するとロブは飲み終えてカロナールを飲んでいて、カロナールは残りがあるということだったので、中止になったカロナールの残りがあつたのにほかの薬と同じ14日分が出ていと問い合わせた。カロナールのみ14日分から4日分に減量となった。	カロナール中止を記録していないのがカロナールの残薬を気にしていなかった。	途中で変更のあった薬剤の残薬は把握しておく。	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
617	当該患者がかぜの訴えにて受診。その際にセフゾンが処方されたが薬歴より以前にセフゾンにて首に蕁麻疹がでたことがあり。疑義照会にてセフゾンからクラリスに変更になった。	医師によるアレルギー歴の見落とし	患者には是非お薬手帳を活用していただくために、副作用欄がお薬手帳には記載するところがあること。必ず診察時にアレルギー歴を合わせて伝えてもらうよう患者教育をした。	その他アレルギー歴の見落とし	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
618	今回かぜの症状にてフラベリックが処方されていたが、投薬時に患者より「以前フラベリック服用して聴覚が変になったので削除してほしい」との申し出があった。疑義照会をした結果、咳症状もひどくないことからフラベリック削除して代替はなしとなった。	薬歴にもフラベリックの副作用がでたことあるということは記載していた、初期監査時・最終鑑査でも見逃してしまい、最終的な投薬時に患者からの申し出で気付くことができた。 注意力散漫	薬歴の必要な部分には目を通し、しっかりチェックする。特に副作用歴などあれば必ず薬歴に薬品名も含めて記載しているため、その薬品名もチェックして処方されていないかなどの基本的なチェックの徹底をする。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
619	定時薬でパリエット(10)1錠分1朝食後服用中の患者に、同処方医師より臨時薬としてタケブロンOD(15)1錠分1朝食後5日分の処方あり。疑義照会にて、同効薬パリエット服用中であることを伝え、タケブロン処方の必要性を確認したところ、タケブロン処方削除となった。			その他医師の同効薬重複投与。医療機関側の問題。	処方された医薬品 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
620	当患者は、訪問薬剤管理指導を行っている患者である。定時薬持参のため訪問した際、残薬の中から主治医と同病院の神経内科医から処方されたトリプタノール錠10を見つけた。患者は緑内障であり、トリプタノール錠10は禁忌のため、すぐに主治医に連絡し、処方医と相談の上、服薬は中止となった。尚、代替薬の処方なかった。外来で受診し、ヘルパーが他薬局で調剤された薬を患者に届けたため、トリプタノール錠10処方の情報が届いていなかった。患者は数日服用していたが、健康被害はなかった。	患者から、外来で受診する旨聞いていたが、その後主治医より連絡があり、受診するのは同病院の別医師とのことで、その後処方薬の確認が不十分であった。	患者、ケアマネージャー、主治医など関連する人との連絡を密にし、情報を収集する。	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 販売名トリプタノール錠10  変更になった医薬品 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
621	臨時処方。過去にアスピリン喘息と聴取しており、薬歴に記載あり。ロキソニンが処方されていたが、アスピリン喘息の患者には禁忌の為、疑義照会したところ、削除となった。	処方元が、アスピリン喘息については把握していたが、禁忌について把握していなかったよう。	使用できない薬について確認し、適切に疑義照会を行う	その他医療機関の確認不足	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
622	今回ツムラ潤腸湯追加。ラキソベロン内用液常用中であり、前回パントシン散、カマグ中止。便秘悪化と思い調剤。投薬時、お話し伺うと便秘はラキソベロンの服用量が少し増えているが、パントシン、カマグ中止のまま問題ないとのこと。それよりも、頭痛が気になり医師に相談したとのこと。以前は釣藤散服用していたが、今回変更してみようとお話しされたよう。潤腸湯はツムラ51、ツムラ31に呉茱萸湯という頭痛に使用されるお薬あり。医師に疑義照会すると、ツムラ31呉茱萸湯に変更になった。	便秘の治療もあり、潤腸湯追加だと思ったが、患者のお話から呉茱萸湯の間違ひではないかと疑った。ツムラの番号も51と31と似ており、医師も間違えたのかもしれない。	処方追加の時は、追加理由をしっかりと患者様に確認する。	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名ツムラ潤腸湯エキス顆粒(医療用)  変更になった医薬品 販売名ツムラ呉茱萸湯エキス顆粒(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
623	前回処方でザクラス中止になったにも関わらず、再処方された。患者本人も再開の指示は聞いておらず、疑義照会したところ処方間違いにてザクラスが中止となった。	カルテと処方の連動が取れてなかったと考えられる。	処方だけではなく薬歴と処方を照らし合わせる作業を継続していく。	施設・設備	処方された医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
624	60歳代の男性に心臓血管外科より発行された処方せんを受付けた。処方内容の一部にRp.【般】レボフロキサシン錠250mg1回2錠(1日2錠)1日1回朝食後服用50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、前月中旬に心臓の手術を受け、その後【般】レボフロキサシン錠250mgを継続服用中で、前回は同じ処方内容で14日分であったことを確認した。【般】レボフロキサシン錠250mgが服用開始から30日を越えての服用となり、今回も50日分と長期投薬となるため処方医に疑義照会を行った。今回は【般】レボフロキサシン錠250mgを処方中止とするとの回答あり。	他剤が50日分の処方日数になっており、【般】レボフロキサシン錠250mgもそれに合わせた形で50日分の処方せん記載となってしまうていた。	抗菌剤の長期処方が出た場合には、入力誤りの可能性もあるので、投与期間などの妥当性を検討し、必要であれば疑義照会の上、調剤を行うようにする。	確認を怠った	処方された医薬品販売名【般】レボフロキサシン錠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
625	70歳代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.メブチンキッドエア-5μg吸入100回1瓶喘息発作時1回2吸入との記載あり。プロカテロール塩酸塩のエアゾール薬の用法・用量は「プロカテロール塩酸塩水和物として、通常成人1回20μg(2吸入)、小児1回10μg(1吸入)を吸入する。なお、年齢、症状により適宜増減する。」とされており、1回2吸入では十分な効果を得られないと考えられ、メブチンエア-10μg吸入100回の入力間違いである可能性が高いと判断し、処方医に疑義照会を行った。Rp.メブチンエア-10μg吸入100回1瓶喘息発作時1回2吸入に変更するとの回答あり。	メブチンキッドエア-5μg吸入100回とメブチンエア-10μg吸入100回のPCシステムへの入力間違いが今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	小児用の医薬品との名称間違いは起こる可能性が高い。PCシステム上で入力間違いを未然に防ぐ工夫や医薬品の名称を例えば、小児用メブチンエアに変更する等の工夫も必要であると考ええる。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
626	9歳の患者さま。モンテルカスト錠5mg「KM」の処方せんを持参されたが、小児には適応がない為、疑義照会にてキプレスチュアブル錠へ変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名モンテルカスト錠5mg「KM」  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
627	ゼチーア錠10mg 1錠 1日1回朝食後 28日分 隔日投与 で処方がありました。患者への聞き取りより、予約日が一ヵ月後だった為処方医に問い合わせを行いました。その結果、ゼチーア錠10mg 1錠 1日1回朝食後 14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
628	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒 3包 毎食後7日分で処方がありました。通常、毎食前か毎食後2時間服用なので、処方医に確認を行いました。その結果、ツムラ麦門冬湯エキス顆粒 3包 毎食前 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
629	ベルソムラ錠20mg 1錠 寝る前 21日分で処方がありました。高齢者には1日1回15mgが適用だった為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ベルソムラ錠15mg 1錠 寝る前 21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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
630	ボナロン錠35mg 1日1回起床時 週1回のみ 21日分処方がありました。他の薬剤の処方日数が21日分で、ボナロン錠35mgは週1回服用するお薬だった為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ボナロン錠35mg 1日1回起床時 週1回のみ 3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
631	途中でワーファリン1mgが0.25T追加となっていたが定期薬が以前の1.75Tのままだったので問い合わせた。1.75Tから2Tに変更となった。	定期処方時以外の変更を定期薬に反映させていなかった。	定期処方時以外の変更が反映されているかチェックする。	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
632	リピディル錠80mgで薬疹歴のある患者に、リピディル錠80mgが処方された。疑義照会にて削除となった	処方医に副作用歴が伝わっておらず処方されていた。	患者に重要な既往歴などがある場合は、そのことを医師にも伝えてあるかを確認する薬局から医師への情報提供を行う	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名リピディル錠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
633	新患の患者で門前病院ではなく広域病院の処方せんをFAXにて受付する。アルトイドGが在庫が無い為、その手配などを指示しながら処方監査を実施。その後、処方内容を再確認すると「毎食後」で処方されていることに気が付く。疑義照会を行うと毎食前へ変更となった。	在庫の手配などに先に意識がいったしまった。また他の処方薬の相互作用を確認することに意識が集中してしまった。 注意力散漫		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 販売名アルロイドG内用液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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
634	17:00頃患者来局。処方受付し、調剤。処方変更有。ラシックス中止。ユリーフ追加。同一薬剤師が鑑査・投薬。投薬時、女性に前立腺肥大の薬であるユリーフが処方ある事に気付き、疑義照会。ベシケアに変更となった。	女性に禁忌となっていないため、電子薬歴の鑑査に引っかけなかった。家族と一緒に来局の為、家族のものと思い込んでしまった。変更内容にきを取られたしまった。	処方鑑査の徹底。用法・用量のみでなく、個人情報もしっかりとチェックする。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ユリーフ錠 4mg  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
635	定期処方にセレスタミン配合錠が追加されていたが、入力時にレセコンの監査機能により、前立腺肥大症の為禁忌の表示が出たため、事務員より薬剤師に報告があった。薬剤師が内容を確認し、疑義照会した所、セレスタミン配合錠は削除となった。	処方元が患者の現病歴について把握していなかったと考えられる。	今後も現病歴や併用薬の記録をしっかり行い、監査システム等も活用する。	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
636	パナルジン(100)が初回投与で28日分だったため、添付文書の警告にある2週間投与の上限を超えていたため疑義照会。疑義照会にてパナルジン(100)がブラビックス(25)に変更。			その他Drの確認不足	処方された医薬品 販売名パナルジン錠100mg  変更になった医薬品 販売名ブラビックス錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
637	過去にレキサプロ10mgが処方され、服用により具合が悪くなった経緯あり。薬歴にも記載し、副作用医薬品にも登録していたが、再度処方され医師に上記の件を伝えたところ処方削除となる。	医師の診療カルテに記載されていたが見過ごされた可能性あり。	医師の診療カルテの記載ルールなど検討必要	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レキサプロ錠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
638	セレコックス(100)処方あり。薬剤師が以前、患者よりの問診でかゆみの副作用歴あること確認。主治医へ問い合わせ、ロキソプロフェン(60)EMECへ変更となった。			教育・訓練	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
639	クラリス(200)処方あり。薬剤師が薬歴より薬疹の副作用歴あることに気付いた。処方医へ問い合わせ、オゼックス(150)へ変更となった。			教育・訓練	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
640	体重が43.5kgなので、リクシアナ錠60mgが処方されているが、リクシアナ錠30mgに変更してもらった。			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	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
641	1歳の男児に小児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.アンヒバ坐剤200mg4個 坐剤 発熱時 1回1個 8時間以上あけて 肛門に挿入との記載あり。患者情報の収集時に家族より体重9kg台であることを確認した。前回処方時(同月上旬)にはアンヒバ坐剤100mg1回2/3個使用で投薬されていた。アンヒバ坐剤の投与量は「通常、乳児、幼児及び小児にはアセトアミノフェンとして、体重1kgあたり1回10~15mgを直腸内に挿入する」とされており、1回200mgは過量と判断し、処方医に疑義照会を行った。処方内容がRP.アンヒバ坐剤100mg4個 坐剤 発熱時 1回1個 8時間以上あけて 肛門に挿入に変更となった。	処方をオーダーする際に、規格の確認が十分に行われなかったことが、今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	小児の処方を調剤する場合には、体重や身長などを確認の上、投与量の妥当性を判断の上、調剤を行うことが大切である。	確認を怠った	処方された医薬品 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
642	他院でタケキャブが処方されていた患者にネキシウムカプセル20mgが処方された。Dr.へ他院でタケキャブが処方されている事を報告し、今回処方のネキシウムカプセル20mgの削除を依頼した。	他科受診による処方の重複。		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
643	8歳の子にフロモックス細粒が1日6g処方されていたため、体重に対し多すぎると疑義照会し、1.8gに変更になった。			判断を誤った	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
644	本来1日1回で飲むアジスロマイシンが1日2回で処方されていたため問い合わせ1日1回に変更になった。	注意力散漫		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アジスロマイシン錠250mg 「KOG」	ヒューマンエラー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	腎機能低下の患者にザイザル錠が処方。疾病禁忌のため疑義照会して削除となった。			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
646	患者が来局。処方箋受付時に、前回処方の際にもらった後発品のニフェジピン錠10mgを飲み始めてから足がつる症状があったため、今回は血圧の薬は先発品で貰いたいとおっしゃた。今回処方箋は、アダラートCR10mg 1錠 分1 夕食後、そして変更不可欄にチェックがついていた。調剤者は先発品として処方されていることを確認し、アダラートCR10mgを調剤し、鑑査者へ渡し投薬をした。投薬時に、患者から「先生が先発品のアダラートL10mgに戻してくれると聞いたけどアダラートCR10mgにするとは聞いていない」とおっしゃったため、鑑査者は疑義照会をした。疑義後、アダラートL錠10mg 1錠 分1 夕食後に処方に変更された。	処方箋元の病院の入力ミスの可能性がある。	鑑査者は投薬時に変更内容をきちんと確認してお薬をお渡しすることを実行させる。	教育・訓練	処方された医薬品 販売名アダラートCR錠10mg  変更になった医薬品 販売名アダラートL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
647	0歳11か月、8kgの男児にケトチフェンシロップ用0.1%が一日2.5mg処方されていた。体重比が多い為疑義照会したところ、ケトチフェンシロップ0.1%の一日量は0.5mgへ変更となった。		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 販売名ケトチフェンシロップ0.1%「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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	30歳代女性に「一般名」プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤、カルボシステイン、「商品名」フスコデ配合錠の3種類が、一日分のみの処方となっていたため、疑義照会したところ、3日分の処方とすることとなった。		徹底した処方監査、患者ヒアリング、疑義照会	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 「トーワ」 販売名フスコデ配合錠 販売名トーワチーム配合顆粒	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
649	70歳代男性に「一般名」テブレノンカプセル50mg、ロキソプロフェンNa錠60mgがそれぞれ2C分3、2T分3で処方されていたので、疑義照会を行ったところ、それぞれ2C分2、2T分2に変更された。		徹底した処方監査、患者へのヒアリング、疑義照会。	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 「サワイ」 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
650	60歳代男性にミコンビ配合錠BPが処方されていた。この男性は前回の処方ではミコンビ配合錠APが出ていたため、変更があったことを確認したところ、今回の処方は元のミコンビ配合錠APに変更する事となった。		徹底した処方監査、患者へのヒアリング、疑義照会	確認を怠った	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
651	ムコダインDSとアスピリン散の混合処方につき、投薬時の患者聞き取りにより、滲出性中耳炎と判明、処方医の平素の処方意図より、アスピリンではなく、ペリアクチンの処方ではないかとの判断で疑義照会、結果ペリアクチンに変更となる	平素の処方医の処方意図(選択薬剤)を把握しているため、症状と処方薬の摺合せにより即座に疑義の必要を判断できたと考える	直近の処方薬や、薬歴での聞き取り内容がわかっていたら、投薬前(調剤前)に疑義照会が実施できたと考える	その他薬歴の事前チェックの必要性	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 販売名ペリアクチン散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
652	セレスタミン配合錠が処方になったが、前立腺肥大があるため、疑義照会の結果アレグラ錠に変更になった。			連携ができていなかった 仕組み	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
653	プレドニン錠5mg、最初の5日間は1日5錠。漸減で6日目から1錠に減量。疑義にて4錠の誤り。	タイプミスと思われる。		その他タイプミス	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
654	セルニルトン錠が継続処方されている患者に対し、同じ医師より、PL配合顆粒が追加処方となった。前立腺肥大、排尿困難の既往症があり、医師へ疑義照会したところ、PL配合顆粒は処方削除となった。	当該医師は神経内科の医師であり、セルニルトン錠はもともと他の泌尿器科の処方であった。数か月前より、神経内科の処方と併せてセルニルトン錠が神経内科より処方されていた。医師は患者の前立腺肥大の既往歴と、PL配合顆粒が前立腺肥大、排尿困難がある患者へは禁忌である旨を失念していたものと思われる。	薬歴の患者基本情報、既往歴の登録。また、PL配合顆粒について疑義照会にて、処方削除になった旨も基本情報へ登録する。	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
655	ピソプロロールフマル酸塩錠0.5mg「タイヨー」が印字された処方箋で出されていた。「タイヨー」は2016年9月30日で経過措置が終了し薬価削除になっていた。後発品変更可処方箋だったので、薬局では別メーカーのものに変更して調剤出来るが、医師に薬価削除となっていると連絡した。成分が同じであればどこのものでもいいと言われたが、「タイヨー」の名称変更品「テバ」に変更となった。	薬価削除となった薬がオーダリングで使用出来た理由は不明。医師は名称変更となっていることを知らなかったようで、なぜ問い合わせが来たかも分かっていない様子だった。以前、この施設ではロキソニンテープ100mg「科研」という印字の処方箋を発行したことがあるので、薬品マスタに問題があるのかも。		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 販売名ピソプロロールフマル酸塩錠5mg「タイヨー」  変更になった医薬品 販売名ピソプロロールフマル酸塩錠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
656	手書きでヒビテンG 0.02% 100ml/本 1本 1日1回頭の創にと書かれた処方箋がFAXされた。ヒビテングルコネートには20%しかなく、1本100mlという包装はあるが濃度が大きく異なり、傷の消毒には通常0.05%なので問い合わせた。0.02%という濃度が正しく、100mlと手書きしてあったが「そんなにいらない、30mlで十分」と言われ、結局ステリクロンW液0.02% 30mlに変更となった。	ヒビテンに0.02%がないが手書きだったので、そのまま出されてしまったよう。院内製剤で0.02% 1本100mlのものがあるのかも。		確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ヒビテン・グルコネート液  変更になった医薬品 販売名ステリクロンW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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
657	ザファテック100が出ている患者にジャヌビア25が追加されたので同効薬で併用出来ないと問い合わせた。ジャヌビアが中止となった。	定期薬を考えずに処方しているのか、効能を理解していないのか不明。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ジャヌビア錠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
658	アマリール1mg 0.5T 分1 朝食後で出ている患者にグリメピリド錠1mg「サワイ」1T 分1 朝食後が追加されていたので、有効成分が同じで、グリメピリドとして1.5mg出すということでもいいのかと問い合わせた。返事はしばらくなく、なぜか患者に戻ってくるように指示があり、結局グリメピリド錠1mg「サワイ」1.5Tに変更と返答があった。	最近の処方ジェネリックだが、以前の処方は先発品のままで、途中で追加になると先発品とジェネリックが同時に処方されることになる。名前が違うと成分が同じという認識がないのかも。		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
659	処方内容: ラコールNF(200ml)、3P、分3、7日分 ジェイゾロフト、3T、分3、7日分 処方箋内容に不備あり。ラコールの用法不明。ジェイゾロフトの用法、用量不明でさらに本来、分1の薬だが分3で処方されている。保険記号・番号がで公費負担番号、公費負担医療の受給者番号記入欄に記載されているため、受給者だが公費の番号が不明。被保険者が被扶養者か選択する欄に がついてない。 疑義紹介 ラコールNF(200ml)は3P、分3、毎食後、7日分と確認。ジェイゾロフトは25mgが1T、分1、就寝前、7日分に変更。公費番号確認。被保険者と確認。	保険番号が手書きだったため、普段と違う手法により処方箋を発行したと考えられる。	疑義照会してるので処方医も注意するようにするだろうが、見落としの無いように処方箋の隅々まで確認を徹底する。	記録などに不備があった 技術・手技が未熟だった 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 販売名ラコールNF配合経腸用液 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
660	前回も同じベキロンクリームが処方されていて部位が「背中・おなか」だった。今回も同じ処方がされていたが「背中・おしり」だった為に処方医に疑義照会。「背中・おなか」が正しく入力間違いだった。	病院側の入力間違い	今後も部位に気を付けて間違いを防いでいく	コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名ベキロンクリーム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
661	ツムラ当帰湯処方。投薬時、患者の話による症状と処方薬が合致せず。過去に当帰芍薬散が処方されていた経緯があったため処方元へ内容確認し、当帰芍薬散へ変更となった。	医療機関側の要因。		その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名ツムラ当帰湯エキス顆粒(医療用)  変更になった医薬品 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
662	患者本人が処方箋を持って来局した。他病院にてファモチジン口腔内崩壊錠(10)を2錠分2朝夕食後で継続服用中であった。持ってきた処方箋にもガスター錠(10)2錠分2朝夕食後の記載があり、疑義照会を行ったところガスター錠(10)の処方が削除となった。	患者は手帳を持参していたため、病院側の併用薬の確認不足と推測される。	患者にも病院に併用薬を確認してもらうよう伝える。	その他病院の確認不足	処方された医薬品 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
663	門前医療機関からブランルカストの処方のあった患者。ブランルカストが他の広域病院より長期に処方されており、薬剤重複。疑義紹介の結果、門前医療機関のブランルカストが削除となった。	併用薬がある事の確認漏れ、もしくは患者からDrに併用薬情報を伝え忘れていた。	投薬時のお薬手帳の確認を徹底。	その他併用薬の伝え漏れ	処方された医薬品 販売名ブランルカスト錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	リンゼスが初めて処方された患者。用法が食後であったため、疑義照会結果食前に変更となった。	リンゼス用法を把握していなかった、あるいは入力ミス。	新規薬剤処方時の添付文書の確認徹底。	コンピュータシステム その他入力ミス	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
665	リンデロンV軟膏が処方された患者。投薬時の説明で目の周りに使用するというお話があったので、疑義照会したところ、リンデロンA軟膏に変更になる。	リンデロンA軟膏を処方するところをリンデロンVで処方したと考えられる。	投薬時の患者への聞き取り。	コンピュータシステム その他入力間違い	処方された医薬品 販売名リンデロン-V軟膏0.12%  変更になった医薬品 販売名眼・耳科用 リンデロンA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
666	他病院から紹介状をお持ちになった患者。投薬時の説明で、アボルブとザルティアは泌尿器より処方されていると申し出があり。疑義照会の結果、アボルブとザルティアが削除となる。	患者から、Drへ、泌尿器への受診と併用薬についての申し出がなかったため、重複してしまったと考えられる。	とくに新規処方された薬剤については、本人との確認を怠らない。	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 販売名アボルブカプセル0.5mg 販売名ザルティア錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
667	パラプロスト配合カプセル・エブランチルカプセル15・ユリーフ錠4mgが出ている患者にパルナックカプセル0.2mg・ウブレチド錠が追加されていた。ユリーフ錠とパルナックカプセルは効能重複するので両方出ているのか。また、スピリーバカプセルが出ており前立腺肥大症で排尿障害のある患者には禁忌で、今回追加しているということは症状が悪化しているのではないかと、そうなら中止した方がいいのではないかと問い合わせた。ユリーフは中止、スピリーバは必要なので今回はそのまま出して次回考えると返答があった。	単純なミスユリーフは単に削除忘れだったようだが、スピリーバが禁忌であることは知らなかったよう。	禁忌や同効薬の処方方は確認していく。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ユリーフ錠4mg 販売名スピリーバ吸入用カプセル18µg 販売名パルナックカプセル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
668	メプチン錠50µg 2T 発作時で出ていたがメプチン錠50の在庫がなく、1回2Tで間違いはないか問い合わせ。メプチンエア-10µg100吸入 2キット 発作時の間違いだったと返答があった。	単純なミス処方内容を入力時に事務員が選択間違いしたそう。	今回は在庫がないので気付けたが、処方箋をよく見れば何回分かの記載がなかったのでおかしいと思うべきだった。用法がおかしい場合は薬剤選択ミスの可能性を考えて問い合わせる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名メプチン錠50µg  変更になった医薬品 販売名メプチンエア-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
669	一般名で処方された薬剤が12歳以上の薬剤だった。しかし患者は11歳であり規格が異なる。アレグラ錠60mg がアレグラ錠30mg に変更になった。	医師による年齢確認の不備	年齢確認を怠らない	確認を怠った	処方された医薬品 販売名アレグラ錠60mg 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
670	70歳代の女性患者が来局。口腔内にカビが発症し、フロリドゲル経口用が処方された。この患者は、定期薬としてシンバスタチン錠5mg 1錠を、毎朝服用しており、両薬剤は併用禁忌のため、ドクターに疑義照会して、フロリドゲルからファンギゾンシロップ 2.4ml 3×食後に変更された。	ドクターが定期薬のチェックをしていなかったようだ。	新しく処方された薬剤については、定期薬との併用注意、併用禁忌をしっかりとチェックすることが大切だ。	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%  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
671	ディレグラ配合錠が1日1錠就寝前服用で処方されていたが、この薬の用法用量は1回2錠朝夕空腹時服用となっているため疑義照会したところ1日4錠朝夕食前服用に変更された。			その他医療機関の入力ミス	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
672	先月にティーエスワン配合OD錠T20が28日分処方されていて、今回ティーエスワン配合OD錠T20が28日分処方された。本来であれば2週間休薬する薬剤であるが処方箋には休薬指示がなく、患者本人も医師から休薬の指示を受けていないということで疑義照会を行った。結果、今回の処方箋は削除となり、休薬を2週間行い、2週間後に受診することになった。	原因は不明だが、医師が休薬期間を見誤ったのではないかと	休薬期間を設ける薬剤についてはしっかり把握し、休薬が無い場合は疑義照会を行う。	知識が不足していた	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
673	今回メトグルコ500mg朝夕食後1錠で処方があった。今まではメトグルコ250mg2錠朝夕食後だったのだが、前回からメトグルコ500mg朝食後1錠に用法の変更されていた。今回、前回と異なる用法のため疑義照会した。結果、用法が前回と同様の朝食後1錠に変更になった。	詳細は不明だが処方箋を入力操作を誤ったのではと考えられる。	前回との用法と異なる場合疑義照会を行う。	コンピュータシステム	処方された医薬品 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
674	今回降圧剤の薬剤の変更があった処方箋でナトリックス1mg夕食後1錠であった。ナトリックスの用法は添付文書上、朝食後となっているので疑義照会を行った。結果、ナトリックス1mg朝食後1錠に変更になった。	詳細は不明だが医師が用法を把握していなかった可能性がある。	新しい薬剤については用法用量しっかり確認をする。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ナトリックス錠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
675	前立腺肥大でエビプロスタット服用中の患者に、腹痛のためブスコパンが処方された。ブスコパンは前立腺肥大の患者には禁忌のため、疑義紹介を行った。処方医は、削除との回答だったが、当該患者が以前ストロカインを服用されたことがあり、ブスコパンに変わり、ストロカインの処方となった。	当該患者は、ブスコパンもずっと以前に服用されたことがあり、本人も希望をされていたようだ。患者には、ブスコパンは前立腺肥大の方には飲んでいただけないお薬であることを説明し、ストロカインに変更となった。	患者が、ずっと以前に服用されたことのあるお薬を医師にお願いする場合もあり、その間に、前立腺肥大の発症や緑内障の発症を引き起こす場合もある。当然のことではあるが、その都度患者には病歴、服用歴をきちんと確認することを徹底する。	勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ブスコパン錠10mg  変更になった医薬品 販売名ストロカイン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
676	今までランタス注ソロスターが処方され、疑義照会しインスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」で調剤していた患者の処方、医師から患者に説明もなくランタスXR注ソロスターに変更して処方された。処方箋にはランタスはグラルギンリリーでの記載有。その日には処方医に連絡がつかず、後日確認を行い、今まで通りのインスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」で調剤した。	院内のマスタの都合、前回の処方医と異なるなどが理由として考えられる。ランタスXR注ソロスターでもグラルギンBS注ミリオペン「リリー」への変更が可能だと思ひ込みがあったのかもしれない。	処方薬全般で処方された医薬品名を確認し、変更になった場合には患者に説明を聞いているかの確認をする。ジェネリックへの変更とは異なり疑義照会が必要なものになることを薬剤師も十分理解しておかなければならない。	コンピュータシステム その他医師の確認、 説明不足	処方された医薬品 販売名ランタスXR 注ソロスター  変更になった医薬品 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
677	メトトレキサート錠2mgが3T(2-0-1)分1朝食後の記載だったので、疑義照会した結果、分2朝夕食後に変更になった。		同じような事例が最近起こっていたので、処方箋に○を付けるなどの対策をしていたので、ミスに気付くことができた。	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錠2mg「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
678	レルベア200エリプタが1日1回 1回2吸入で記載されていたので、疑義照会した結果、1回1吸入に変更になった。		外用の用法は、見落としやすいので、○を付けるなどして、確認する。	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
679	患者は足の痛みとしびれがあり、整形外科を受診。オパルモンを処方された。他院(透析科)でドルナーを定時処方されているため、疑義照会しオパルモンの処方中止になった。	患者は透析科からの紹介状を持参し、整形外科を受診した。透析科の医師に確認したところ、紹介状には服用中の薬も記載しているため、整形外科の医師も把握しているはずとのこと。	整形外科の医師が、紹介状の内容をきちんと確認しなかった恐れあり。患者には、受診時にはかならずお薬手帳を持参し、医師にすぐ薬を伝えられるようにする。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名オパルモン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
680	リウマトレックスカプセル2mgとフォリアミン錠5mgが、他の薬と同様に28日分処方になっていた。調剤時は、週1回の服用にも関わらずに28日分で調剤したが、鑑査者が気づき、疑義照会した。28日分から4日分に変更になった。		週1回服用の薬の日数は、他の薬の日数と同じでも見落としやすいので、処方箋に○を付けるなど特に注意する。	知識が不足していた教育・訓練	処方された医薬品 販売名リウマトレックスカプセル2mg 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
681	一般名でモンテルカスト錠10mgが4錠分2朝夕食後の処方箋を応募。調剤者、鑑査者が問題も感じずに調剤完了。服薬指導に当たった薬剤師が本来モンテルカスト錠は1錠分1が正しい用量用法であることに気づき疑義照会。モンテルカスト錠10mg1錠分1就寝前の処方に変更された。	モンテルカストとブランドカストは同効薬であるが用量と用法が大きく異なる。処方する医師も先発品のオンとシングルレアであれば混同しないところ一般名処方するに際して混同したと思われる。	薬局内マスタに1日1回製剤、など入れることで取り違い防止になるか	その他名称の酷似	処方された医薬品 販売名モンテルカスト錠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
682	フロリードゲル処方の患者の調剤に当たり、患者持参のお薬手帳を確認すると定期的にハルシオン錠を服用していることが分かった。フロリードゲルとハルシオンとは併用禁忌に当たり疑義照会した。結果、ファンギゾンシロップへ処方変更になった。	処方医は患者のお薬手帳を確認することがなく、ハルシオン錠を常用していることに気付かなかった。	2016年度の調剤報酬改訂を境にお薬手帳保有率が格段に上がっているので、医師も処方の際には患者のお薬手帳を参照する。	教育・訓練	処方された医薬品 販売名フロリードゲル経口用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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
683	他施設で血液透析を受けている患者へミノサイクリン錠50mg 1錠 分1朝食後の処方箋を応需。透析に関する薬剤のガイドラインからミノサイクリンは透析患者でも減量規定はないことが分かり、1日50mgでは治療効果が得られないかもしれないため疑義照会。1日100mg分2処方へ用量用法変更となった。	透析患者のため通常用量より減量して処方したのかもしれないが、透析患者でも用量は変更しなくてもよい薬剤は多数ある。医師の確認不足か。	薬剤師は透析ガイドラインなど閲覧できるが診療でも用量は変更しなくてもよい薬剤は多い	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ミノサイクリン塩酸塩錠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
684	ニフェランタンCR錠は24時間持続製剤だが医師が10mg錠2錠分2朝夕食後で処方してきたため疑義照会。結果、ニフェランタンCR錠20mg1錠分1朝食後へ変更となった。	処方箋は一般名処方であり、ニフェジピン徐放製剤(24時間)とあったので1日1回で処方すべきであることは事前に分かりえたと思われる。医薬品の特性(24時間持続製剤であること)を医師が知らなかったのか。	24時間製剤を分2で処方する医師は限られるので、繰り返し疑義照会することで医師に理解してもらおう	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ニフェランタンCR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
685	10歳男子(体重56kg)にオゼックス錠150mg 1日3錠(1回1錠1日3回)で処方。大人の最大量であったため処方医に確認したところ、1日2回(1回1錠1日2回)に処方変更。	体重換算したためと推測。		医薬品	処方された医薬品 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
686	1回半錠でのむはずの薬がなく、投薬時の患者の反応がいまいち。病院に確認をしたところ、紹介状の記入ミスが判明。薬はあったのだが、倍の量になっていた。	転院後初めての受診。継続薬とのことだが、名前に見覚えもなく、記憶もあいまい。処方せんには一般名処方書かれていたが、お薬手帳もなく、こちらも確認ができたかった為病院の採用品にあわせることにした。	もし後発医薬品に変えていたら、患者自身も何も思わず飲んでいたかもしれない。加算のことばかり気にするべきではなく、ニーズに合わせた対応が必要と改めて感じた。同時に、お薬手帳の重要さも感じ、案内の仕方など今後の勉強になった。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
687	トピエース4mgは本来1錠分1のところ2錠分2で処方されていた。			記録などに不備があった	処方された医薬品 販売名トピエース錠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
688	ポノテオ起床時服用のところ朝食前で処方			記録などに不備があった	処方された医薬品 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
689	ワイドシリン細粒は20～40mg/kg/日だが、1日あたり製剤量として0.75gで3.75～7.5kgの量であった。患者の家族に体重を確認すると15kgあるとのことで疑義照会を行い、0.75gから2.25g(11.25～22.5kgの量)に変更となった。	3歳児に出た薬で、小児科ではなく、皮膚科からの処方だったため、Drも普段処方し慣れていない可能性があったのかもしれない。		記録などに不備があった	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	ピロリ菌の一次除菌でラベキュアパックがと記載された処方箋を持参された。薬局では新規の患者だったため、問診票を記入してもらったところ副作用歴のところ「昔、ペニシリンで発疹が出た」と書いてあり、パック製剤に含まれているアモキシシリンで副作用が出る可能性があるかと判断。すぐに疑義照会を行った結果、再度患者に病院に戻るよう伝えてほしいと連絡があった。患者に伝え、数時間後ペニシリン系を使用しないピロリ菌の四次除菌(自費)に変更となった処方箋を持参された。その結果ラベキュアパック400からタケキャブ40mg/2x、グレースビット100mg/1x、ミノマイシンカプセル200mg/2x、それぞれ10日分に変更となった。	患者から副作用歴を聞き出し、抗生剤によるアレルギー症状を引き起す可能性があったが、それを未然に防ぐことができた。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラベキュア パック400 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 販売名グレース ビット錠50mg 販売名ミノマイシ ンカプセル100m 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
691	お薬手帳にニューキノロン系薬剤で薬疹の副作用歴がある患者にレボフロキサシンが処方されていた。疑義照会しセフェム系薬剤に変更された	医科でSEを把握していなかった模様問診票を書いて以降に他科で発生した副作用と思われる	患者に医科でもお薬手帳を出すように、また、医科でもお薬手帳の提示を推奨するように広く周知することができれば改善できるだろう。現状では薬剤師が薬歴と処方せんを照らしながらチェックしなければ防げない。	その他医科がSEを把握していなかった	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠250mg 「CH」  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
692	プロラノン1mlで処方されていましたが、一本が5mlの為医師に確認したところ5mlに変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名プロラノン 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
693	ムコダイン500mgが小児科より朝・夕食後×2錠7日分処方だったが、4日前に同医院の耳鼻咽喉科からムコダイン500mg朝・夕食後×2錠 28日分処方あった為、医師に確認したところ小児科から処方のムコダイン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
694	ニキビ治療の処方のため、ルリッド(150)の処方あり。薬歴には、「クラリスロマイシンで薬疹あり」と記載あり。同じ系列の薬だが、薬疹は系列が同じでも薬疹が必ずしも起こる訳ではないとの報告もあり、疑義照会するのを躊躇したが、照会してみると処方変更となった。	ちょうど混みだした時間帯でもあり、焦りもあった。	薬疹歴のある患者には、十分なチェックを行うと共にDrの意思をしっかりと確認していくことが重要であると改めて感じた。	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 販売名ルリッド錠150  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
695	今回40歳代成人女性に「ホクナリンテープ1mg」の処方がありました。通常、成人は2mg使用する為処方医に問い合わせをしました。その結果、「ホクナリンテープ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
696	透析患者に初めてグルファスト錠10mgが3錠分3で処方された。初期用量としては過量なので監査者の疑義照会により5mg3錠分3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 販売名グルファスト錠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
697	循環器科より「マグミット錠330mg」の処方がありました。この方は、消化器科より定期で「マグミット錠330mg」を服用されておりました。重複していたため循環器科処方医に疑義照会したところ、今回処方「マグミット錠330mg」が削除されました。			確認を怠った	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	<p>前回処方と同じ、プレドニゾン5mg1錠分1 朝食後 の処方がありました。患者から炎症少し治まっているので、薬を減らすと先生から言われたと聞き取った為、減量するお薬はないか問い合わせたところ、プレドニゾン5mg1錠 分1 朝食後からプレドニゾン5mg0.5錠 分1 朝食後へ処方変更となりました。</p>			確認を怠った	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
699	<p>他院からの転院で受診され、処方箋を持って患者が来局。シルニジピン(5)2錠分2、オルメテックOD錠(10)2錠分2で処方あり。お薬手帳を確認したところ、シルニジピン(10)2錠分2、オルメテックOD(20)2錠分2で今まで服用されていた。疑義照会を実施したところ、転院前の病院からの紹介状ではシルニジピン(10)1錠分2、オルメテック(20)1錠分2となっているため、今回の規格で処方したとのこと。紹介状の内容が間違っている可能性があったため、処方医療機関に、転院前の病院に確認していただくよう依頼。その結果紹介状に間違いがあり、シルニジピン(10)2錠分2、オルメテック(20)2錠分2に変更となった。</p>	転院時の紹介状の記載ミス。	紹介状にも間違いがあると念頭においておき、お薬手帳や、患者からの聞き取りにて、転院時の処方に間違いはないか確認を行う。	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」 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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
700	降圧剤変更。イミダプリル5mg、ニフェジピン20mgが中止になり、ミコンビBP配合錠に変更となっていた。しかし同処方せんにはフルイトラン2mgもあり、ミコンビBPはテルミサルタンとヒドロクロロチアジドとの配合錠で、サイアザイド系利尿薬が重複していること気付き疑義照会、結果ミカム口AP(テルミサルタン+アムロジピン)に変更となった。	今回は医師の処方ミスを防げたが、他の薬剤師だったら気付けなかった可能性がある。	配合錠が多種存在し、薬効のみの確認で、配合されている成分の確認がおそろかになっている傾向がある。配合錠一覧を活用したり、薬品名に成分名も表示されるようレセコン登録する等、成分の確認を容易にできるようにする必要があると考える。配合錠は注意が必要だということを、この疑義照会報告を通じて周知した	医薬品	処方された医薬品 販売名ミコンビ配合錠BP  変更になった医薬品 販売名ミカム口配合錠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
701	ドネペジル塩酸塩OD錠3mg「日医工」1錠と5mg2錠で処方あり。疑義照会。5mgは1錠の間違いだった。3mg1錠を服用後、5mgを1錠服用することを確認した。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ドネペジル塩酸塩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
702	体重16.5kgだったのでアルピニー坐剤100mgのミリ数確認。200mgに変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名アルピニー坐剤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
703	プレドニン錠5mg5錠からいきなり1錠に減量でいいか確認。1錠から4錠に変更。			施設・設備	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
704	ピラノア錠20mg1錠空腹時分1-24時間毎とあり、疑義照会。就寝前に変更。			施設・設備	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
705	ディフェリンゲル0.1%の用法に「脇、またなどこすれるところ」とあり疑義照会。顔に変更。			施設・設備	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
706	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「DSEP」夕食後で処方あり。就寝前に変更。			施設・設備	処方された医薬品 販売名ゾルピデム酒石酸塩錠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
707	鼻炎の症状が改善せず処方内容が変更となった際に、セレスタミン配合錠が追加された。患者に話を伺った際に、現在緑内障治療中であることが判明。過去にもセレスタミンが処方され、服用したことはあるが、その際には特に自覚する目の状態の変化はなかったよう。疑義照会した所、セレスタミンは処方削除となった。	薬局、医療機関とも、合併症の把握ができていなかった。	合併症や併用薬の把握をしっかりと行い、禁忌等不適切な薬を調剤しないようにする。	確認を怠った 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
708	ツロプテロールテープ 3歳の患者に0.5mgで処方	ツロプテロールは3歳以上から9歳未満までは1mgが適応用量。Dr.に照会したところ、体重が15kg程度だったため0.5mgにしたということであった。しかし、問い合わせの結果、0.5mg 1mg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 販売名ツロプテロールテープ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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
709	15歳 体重50kgの患者にクラリスロマイシン 50mg 4T 分4の処方	中学校3年生の患者。体重が50kgあり、成人量でも可能であるが、処方クラリスロマイシン50mg 4T 分4であった。用量不足ではないかと判断し、Dr.に疑義照会。体重を伝えたところ、成人量での処方(クラリスロマイシン錠200mg「日医工」)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 販売名クラリスロマイシン錠50mg 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
710	モンテルカストとプラナルカストの同時処方	ロイコトリエン拮抗薬の重複を発見。インターネットで調査したところ、耳鼻科で同時処方例があるがナンセンスとの記事があった。Dr.に疑義照会したところ、プラナルカスト削除、モンテルカストを処方することとなった。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名プラナルカストカプセル11 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
711	緑内障治療中の患者に禁忌の薬剤処方。	風邪症候群で受診。当該患者は事前に緑内障の治療中であることをインタビューにて聞き取り済み。今回、アストフィリン、メキタジンが他の薬剤と共に処方されたが、緑内障治療中のため処方医に疑義照会し、先の薬剤が削除となった。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アストフィリン配合錠 販売名メキタジン錠3mg「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
712	テオフィリン副作用歴ありの患者にテオフィリン処方	過去、テオフィリン服用にて嘔吐の副作用があった患者にテオフィリンが処方された。処方医に疑義照会し、レスブレンに変更となった。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名テオフィリン徐放錠100mg 「日医工」  変更になった医薬品 販売名レスブレン錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
713	「イクスタンジカプセル40mg 1カプセル 朝食後 28日分」と処方されていた。「イクスタンジカプセル」は、通常「1日1回160mg服用」である為、疑義照会を行ったところ、「イクスタンジカプセル40mg 4カプセル 朝食後」へ変更となった。	薬剤の服用量の確認が、不十分だったと思われる。	薬剤の適用量の確認を必ず行う。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名イクスタンジカプセル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
714	「エクメット配合錠LD 2錠 1日1回 朝食後」と処方されていた。「エクメット配合錠LD」は、1日2回服用の薬剤であるため、疑義照会を行ったところ、「エクメット配合錠LD 2錠 1日2回 朝夕食後」へ変更となった。	薬剤の用法の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
715	「マイスリー10mg」が処方されていた。前回まで「マイスリー5mg」が処方されており、本人はDrと増量の話はしていないとの事でしたので、疑義照会を行ったところ、前回と同じ「マイスリー5mg」へ変更となった。	入力時に間違ったと思われます。		確認を怠った	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
716	マイスリー錠5mg 2T分2 朝・夕食後 7日分が出ていて、マイスリーは眠剤で用法は寝る前しかないと問い合わせた。メモリー錠5mgの間違いだったと返答があったが、最近メモリーは出ておらず、最初は副作用防止で5mgから開始なので10mgとなり量が多いこと、メモリーも1日1回の薬であることを再度問い合わせた。3月までメモリー5mgを飲んでいたので2Tで良い、用法は1日1回夕食後に変更すると言われたので2Tであれば10mgもあり、1Tで済むかと再度聞いたが結局2Tのままとなった。	メモリーの用法を理解していなかったよう。		確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名マイスリー錠5mg  変更になった医薬品 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
717	手のしびれで受診した患者に一般名でメコパラミンが処方されていた。患者の話を伺い今回の薬がメチコパールであることを伝えると、頭のしびれで数年前から継続服用中の薬であることが判明。一般名で書かれていたため、患者は同じ薬だと気が付かなかったようす。当薬局の記録やお薬手帳にも記載はなく、今回受診した病院でも伝えていないということだった。患者の了承を得て医師へ問い合わせをしたところ、今回のメチコパールは削除となった。	患者からの情報収集を徹底していたことで重複投与を未然に防ぐことができた事例であると考えられる。		患者側	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
718	患者から処方箋受付。1次ピロリ除菌の処方だった。調剤者は処方監査、調剤を終え鑑査者へ調剤されたものを渡した。鑑査投薬者は鑑査を終え、投薬をした。投薬時に鑑査者は「ピロリ除菌は初めてですか？」と聞いた所、「いえ1年前に飲んだことがあります。」とおっしゃったので、医師へ疑義照会の電話をかけた。疑義後、ボノピオンパック 1シート 1日2回昼夕食後 7日分 の処方変更となった。医師は患者がピロリ除菌の薬を服用したことがあるとは聞いていなかったようだった	医師と患者のコミュニケーション不足	投薬時に患者とお薬を服用する経緯、などを確認してお薬をお渡しすることを継続していく。	その他医師と患者とのコミュニケーション不足	処方された医薬品 販売名ボノサップ パック800  変更になった医薬品 販売名ボノピオン パック	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
719	アストフィリン、レスプレンにて副作用経験ありの方に、左記薬剤処方	過去、アストフィリン、レスプレンの同時処方、服用により動悸、振戦の副作用あり。今回、処方されていたので処方医に疑義照会を行い、当該処方薬が削除となった。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名アストフィリン 配合錠 販売名レスプレン 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
720	前立腺肥大治療中の患者にマリキナ配合顆粒処方(先発品:PL配合顆粒)	併用薬や患者への聞き取りで前立腺肥大症の治療中であることを把握していた。風邪症候群で臨時的な処方がされた際、マリキナ配合顆粒が処方された。前立腺肥大症の下部閉塞患者には禁忌のため、処方医に疑義照会を行い、影響がないセチリジンに変更となった。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名マリキナ配合顆粒  変更になった医薬品 販売名セチリジン 塩酸塩錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
721	9歳の患者にホクナリンテープ1mg	以前よりホクナリンテープの1mgを処方されていたことがある小児患者。久しぶりのホクナリンテープの処方だったが、9歳に達していたため、処方医に疑義照会をし、2mg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
722	高眼圧症を治療中の患者にマリキナ配合顆粒(先発:PL)処方	高眼圧症ということは以前より聞き取りしていた。今回は緑内障という診断はされていないものの、抗コリン作用が強い薬剤は避けた方が良いと判断し、処方医に疑義照会を行い、セチリジン日医工に変更となった。		連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名マリキナ配合顆粒  変更になった医薬品 販売名セチリジン塩酸塩錠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
723	クラリスロマイシンで過去に副作用ありの方に左記薬剤の処方	過去、クラリスロマイシン服用で酷い下痢の副作用を起こした方。今処方で当該薬剤が処方されていたため、処方医に連絡し、レボフロキサシンに変更となった。		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錠250mg 「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
724	エビリファイ散1%3g。頓服イライラ時の初回処方で、投与量が通常の10倍程度だったため疑義照会、エビリファイ内用液0.1%3mlを処方したつもりだったとのことで処方内容変更。	処方元のエラーのため発生要因等については不明		確認を怠った	処方された医薬品 販売名エビリファイ散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
725	60歳代の女性に神経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.エフピーOD錠2.5mg1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後28日分の記載あり(メネシッド配合錠との併用)。当薬局で管理している薬剤服用歴簿の記録を確認した所、前回までは1回1錠(1日1錠)朝食後で処方されており、今回から1日2錠に増量となっていることが判明した。エフピーOD錠の用量・用法は、「レボドパ含有製剤を併用する場合:通常、成人にセレギリン塩酸塩として1日1回2.5mgを朝食後服用から始め、2週ごとに1日量として2.5mgずつ増量し、最適投与量を定めて、維持量とする(標準維持量1日7.5mg)。1日量がセレギリン塩酸塩として5.0mg以上の場合には朝食及び昼食後に分服する。ただし、7.5mgの場合は朝食後5.0mg及び昼食後2.5mgを服用する。なお、年齢、症状に応じて適宜増減するが1日10mgを超えないこととする。」とされており、用法の入力間違いの可能性も考えられる為疑義照会を行った。処方内容はRp.エフピーOD錠2.5mg1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後28日分に変更となった。	エフピーOD錠の増量に伴う用法の入力を間違えてしまったことが、今回の事例の発生要因の一つと考えられる。	用法が守られていないと副作用の発現の可能性が高まる場合もあり、用法のチェックも重要となる。医療機関でも適正な用法が入力されたり場合には、処方の入力に継続できないシステムなどの導入により、このような間違いは未然に防げるのではないかと考える。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名エフピーOD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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	フランドルテープ40mg 7枚の処方がありました。代謝内科より、フランドル錠 35日分処方があり服用中の為、処方医に問い合わせを行ないました。その結果、フランドルテープ40mg 削除となりました。	Dr.が併用薬を知らなかったようです。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名フランドルテープ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
727	ツムラ葛根湯エキス顆粒 3g 毎食前で処方がありました。1包2.5gだった為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ツムラ葛根湯エキス顆粒 3包(7.5g) 毎食前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
728	ミドリリンP点眼液 1mlで処方がありました。1本10mlだった為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ミドリリンP点眼液 10mlへ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ミドリリンP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
729	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 3包 毎食後で処方がありました。通常、服用時点が食前か食後2時間のお薬なので、処方医に問い合わせを行いました。その結果、ツムラ小青竜湯エキス顆粒 3包 毎食前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
730	以前よりシロップ剤で処方を受けていた小児。今回は別医療機関からの処方。今回処方がアスピリン散10%0.5g、当年齢の倍量処方だった為問い合わせにて用量変更。	アスピリンシロップ0.5%の処方歴有、医師に手帳を見せたうえで相談していた為、アスピリンシロップ0.5% 5mlの考え方でアスピリン酸10%の用量設定を行ったのではないか。	事前に気付き、疑義照会できた為、改善策無し。手帳等から背景を確認し、適切な処方鑑査が出来た一例として報告。	その他医師側	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
731	1.レボフロキサシン錠500mg 1錠 朝食後 1日分 2.クラビット錠250mg 1錠 朝食後 2日分(レボフロキサシン服用後次の日から)処方がありました。処方箋を受け付けたのが、15時前だった為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、1.レボフロキサシン錠500mg 1錠 夕食後 1日分 2.クラビット錠250mg 1錠 夕食後 2日分(レボフロキサシン服用後次の日から)へ変更となりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠500mg 「DSEP」 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
732	処方箋とお薬手帳により退院時処方よりテルネリン1mgが今回処方、アマリール1mgが削除されていたが、患者からの聞き取りにより筋緊張型の症状なし、糖尿病薬についての減薬などの指示がないこと確認。疑義照会の結果テルネリンではなくテネリア20mgを処方だったことがわかり変更になった。	(背景)門前病院とは別の病院から処方。胆石で入退院を繰り返していた。副作用歴:なしアレルギー歴:なし既往歴:胆管炎、糖尿病、胃潰瘍、逆流性食道炎、胆のう切除歴あり、高血圧今回の処方;ランソプラゾールOD15、スパカール40、ウルソデオキシコール酸塩錠100、リパクレオンカプセル150、カモスタット100、テルネリン1 退院時処方からの変化:アマリール処方なし、テルネリンの追加(要因)医師の処方箋記載時の選択誤りと考えられる。	頭文字3文字検索入力後の薬品の再確認薬局内で薬品名の誤りやすい薬剤の再確認をスタッフ全員と共有した。	記録などに不備があった コンピュータシステム その他頭文字2文字での検索ミス	処方された医薬品 販売名テルネリン錠1mg  変更になった医薬品 販売名テネリア錠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
733	テプレノンカプセル50mg 他の処方であったが、患者からカプセルは飲めないとの訴えがあったため疑義照会する。その結果ムコスタ錠100mgへ変更となった。			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」  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
734	ロキソニン錠60mg 他の処方であったが、患者から手持ちがあるので必要ないとの訴えがあった為疑義照会する。その結果ロキソニン錠60mg は削除された。			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
735	テプレノンカプセル50mg他の処方であったが、既に他の病院からテプレノンカプセル50mgが処方されていたため疑義照会する。その結果テプレノンカプセル50mgは削除された。			患者側	処方された医薬品 販売名テプレノンカプセル50mg 「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
736	ヘパリン類似物質外用泡状スプレーが処方されて調剤したが、患者の付き添いの方から血小板が少ないが問題ないかと質問があった。ヘパリン類似物質外用泡状スプレーは血小板減少症に禁忌であったため、医師に疑義照会をし、ウレパールローション10%に変更。	患者が血小板減少症であることの確認不足	投薬中に患者の既往歴をきいたり、検査値をみる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3% 「日本臓器」  変更になった医薬品 販売名ウレパールローション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
737	セフゾンカプセル 100mg 3カプセル 1日3回 毎食後 5日分 セフゾンカプセル 100mg 1カプセル 1日1回 就寝前 5日分 お薬手帳より、クレメジン細粒服用中であり、腎機能低下患者であることがわかった。処方医に疑義照会を行い減量になった。	他の病院で、検査値付き処方箋の発行があり、市薬剤師会の研修会で、勉強した矢先の出来事であった。	腎機能低下患者への注意薬剤を、薬局内で徹底した。	教育・訓練	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
738	セフゾンカプセル 100mg 3カプセル 1日3回 毎食後 3日分 クラリス錠 200mg 2錠 1日2回 朝夕食後 3日分 初回インタビューでセフェム系抗生物質で薬疹の副作用歴のあることが判明。疑義照会を行い、薬剤変更となった。		今後も副作用歴の確認を徹底する。	教育・訓練	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
739	クラリス錠 200mg 2錠 1日2回 朝夕食後 5日分 バナン錠 100mg 2錠 1日2回 朝夕食後 5日分 お薬手帳より、ベルソムラ錠20mgを服用中であることが判明。併用禁忌のため疑義照会を行い、薬剤変更となった。		今後、ベルソムラ服用中の患者が増えることが予想される。クラリスを処方される患者も多いため、確認を徹底する。また、ベルソムラを調剤する際には併用禁忌薬が記載されたパンフレットを渡し、患者にも注意するよう促す。	教育・訓練	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 販売名バナン錠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
740	皮膚科にてステブロン軟膏が顔に処方 症状が軽度で顔には強いと薬剤師が判断して 問い合わせたところスピラゾン軟膏であったことが判明 医師記載のカルテから処方箋記載ミスと推測できる	新人の事務員の技量 知識の少なさによるミス	部位 診断部位 について 投薬時 確認徹底する	記録などに不備があった 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 販売名ステブロン軟膏0.05%  変更になった医薬品 販売名スピラゾン軟膏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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	エフィエント錠3.75mgはバイアスピリンと併用して服用する薬剤だがバイアスピリンが削除になっていた。疑義照会し患者希望により削除にしたと回答あったが保険適応が通らない事を患者本人と医師に説明しバイアスピリンが追加となった。患者は納得された。	医師がエフィエント3.75mgがバイアスピリンと併用が必要な薬剤であることを知らなかったと思われる	エフィエント3.75mgがバイアスピリンと併用が必要な薬剤である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 販売名エフィエント錠3.75mg 販売名-  変更になった医薬品 販売名エフィエント錠3.75mg 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
742	アデホスコーク顆粒10%が1.5g 分2で出っていたが、めまいの場合1回1gだがこの量でいいのか問い合わせた。1.5g 分2 2g 分2へ変更となった。	外科の医師だったので通常量を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 販売名アデホスコーク顆粒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
743	ラシックス錠20mgとアルダクトンA錠25mg各1T 分1 朝食後 7日分処方されていて、欄外に /10・13・16・19・22とメモがあった。他の薬は14日分を出していた。処方日数と服用日の指示が合っておらず、毎日服用する薬は20日頃になる計算だが、利尿剤だけ22日までであることになりずれるのではないかと思い問い合わせた。7日分 5日分に変更になり、服用日も /10・13・15・17・20に変更と返答があった。	処方日数と服用日をチェックしていなかった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名ラシックス錠20mg 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
744	ロコアテープ 14枚 1日1回貼付、1日2枚、腰に1枚で処方されていたが1日量と使用量にずれがあり、適応が変形性関節症しかないが腰で間違いはないか問い合わせた。1日1回貼付 1日2枚 両膝に各1枚へ変更となった。	患者に貼る場所を確認すると膝と言われたのでなぜ腰で出したのか不明。		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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
745	整形外科にてセレコックスとムコスタが新規で処方された。他院にてムコスタ錠を継続服用中だったため疑義照会して削除した。医院でもお薬手帳を渡そうとしたが不要といわれたとのこと			確認を怠った	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
746	ウルティプロ吸入用カプセルが前立腺肥大症の患者に処方された。処方医に確認したところ、前立腺の治療は終わったので大丈夫との事。しかし、患者聞き取りで、再度泌尿器科受診の経緯がわかり、処方医に説明して、レルベアに処方変更に至った。	学生実習の吸入指導の対象患者として、説明した。その際、前立腺肥大症は、治っているとDrに言われた。しかし、患者聞き取りで排尿痛を訴えられていたので、翌日Drに連絡して、処方変更に至った。	前立腺肥大症の対象患者のマーキングをしっかりと徹底させたい。	報告が遅れた(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 医薬品	処方された医薬品 販売名ウルティプロ吸入用カプセル  変更になった医薬品 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
747	半年ぶりに受診された方。前回DOでの処方であったが、処方内容にあるウルソ錠100mg、アルファカルシドールカプセル0.5μgは他院整形外科にてもらわれている記録をお薬手帳より確認できたため疑義照会。2剤は削除となった。		併用薬の確認を確実に行う。	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 販売名ウルソ錠100mg 販売名アルファカルシドールカプセル0.5μg「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
748	タムスロシン塩酸塩OD錠 0.2mg 1錠 1日1回 朝食後ベサコリン散5% 1g 1日3回 毎食後 の処方あり。お薬手帳より他院にて喘息治療中であることが判明、ベサコリン投与禁忌のため疑義照会。ベサコリン処方削除となった。		お薬手帳による確認を徹底する。	教育・訓練	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	アスピリン散10% 0.24g カルボシステインDS50%「タカタ」 0.72gオンドライシロップ 0.8g 1日2回 朝夕食後7日分の処方耳鼻咽喉科よりあり。お薬手帳より、小児科でシングレア細粒服用中であることが判明し疑義照会。オンドライシロップ削除となった。		小児科と耳鼻咽喉科の両方を受診させる親が少ない。お薬手帳による併用薬の確認を徹底する。	教育・訓練	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
750	ロキソニン錠 60mg 1錠 疼痛時・発熱時 5回分の処方あり。初回インタビューでロキソニンにより喘息発作の歴あることが判明し、疑義照会。カロナール錠 200mg 2錠 疼痛時・発熱時 5回分に変更となった。		初回インタビューによる副作用歴の確認を徹底する。	教育・訓練	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
751	ザイティガ錠250mg処方にて、1日1回食後の用法処方あり、監査者と異なるものが、食事との影響考慮し空腹時服用であることに気付き疑義照会を実施。用法変更して事なきを得る。	欠品による混乱	確実に、電子薬歴等で注意事項参照、要欠品対策。	知識が不足していた	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
752	<p>久しぶりに来局した患者。整形外科より、ロキソニン、ムコスタ、タケキャブが処方。お預かりした手帳を確認したところ、別病院にて3月中にピロリ除菌を行っていたことが判明。除菌の判定を行ったかどうか本人に確認したところ、判定をまだ行っていないとお話し。除菌判定前にPPIが使用されていると、30-40%に偽陰性になることが知られているため、除菌判定前には一定期間のPPI休薬が必要となる。ピロリ除菌を行った病院に疑義照会をして、整形外科からタケキャブが処方となったことを伝えたところ、PPIの服用を控えて欲しいとのことだったので、タケキャブ処方の整形外科に疑義照会し、事情を説明したところタケキャブの処方が削除となった。</p>	<p>整形外科Drは、患者がピロリ菌の除菌を行っていたことを知らず、患者本人もピロリ除菌を行った病院から除菌後から判定までにPPIの服用を控えるよう、説明を受けていなかったため、整形外科から非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制のためタケキャブが処方となったと考えられる。</p>		<p>連携ができていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名タケキャブ 錠10mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
753	<p>定期でメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」服用中の方。前回臨時での来局時に「腎機能が低下しているため、メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」中止の指示があった」と伺っていた。今回定期処方受付、前回定期と同内容でメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」の処方があったため、再開で良いか確認を行ったところ、「中止のままで」との回答でメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」が削除となった。</p>	<p>「腎機能低下のためメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」中止の指示あり」と薬歴に記録があった。</p>		<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
754	内科より臨時処方、カロナール錠200mg 6錠分3毎食後の処方があった。前日、整形よりカロナール300mg 9錠分3の処方があり服用されているため疑義照会。今回分のカロナール錠200mgは削除となった。			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
755	退院後初外来の方。【般】カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠(HD)が処方。退院時処方を確認したところ、退院時にはカンデサルタン錠4mg 2錠と+アムロジピン錠2.5mg 1錠の処方であったと確認できたため、今回増量で良いか確認。増量なく、【般】カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠(LD)へ変更となった。	お薬手帳に退院時の記録がなかったため、病院へ退院時処方の確認を行った。		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」	ヒューマンエラー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	アムロジピン錠5mg 1錠分1朝食後+アムロジピン錠2.5mg 1錠分1夕食後で継続されていた方。今回、夕食後分のアムロジピン錠2.5mg 2錠へ増量となっていたため、アムロジピン錠5mg 2錠分2朝夕食後への変更で良いか確認。「夕食後のアムロジピン錠2.5mgは1.5錠を処方するつもりであった」との回答で、用量が変更となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名アムロジピン錠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
757	白血球減少のため、アザニン錠50mgを半割するよう前回指示があったにもかかわらず、患者に告知なしで1錠に増量されていた。疑義照会したところ半錠に訂正された。	医師の多忙によるカルテの判読漏れと思われる。	患者聴取の情報と処方せんの内容に乖離がないことを確かめ、もし疑義あれば速やかに問い合わせる。	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 販売名アザニン錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
758	従来よりプラバスタチン5mg服用の患者にアトルバスタチン5mgが処方され、告知もなかったことから疑義照会。プラバスタチン5mgに訂正された。	医師のコンピューター項目取り違い。	患者からの情報聴取を徹底して乖離があれば疑義照会を必ず行う。	確認を怠ったコンピューターシステム	処方された医薬品 販売名アトルバスタチン錠5mg「サワイ」  変更になった医薬品 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
759	ウルソデオキシコール(100)の用法が今回より毎食直前となっており、患者聴取からも妥当と思われなかったため、疑義照会。毎食後に変更。	医師の多忙、コンピューター操作の誤り。	疑義のある処方箋には必ず問い合わせしてから調剤を行う。	患者への説明が不十分であった(怠った)コンピューターシステム	処方された医薬品 販売名ウルソデオキシコール錠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
760	ロキソニン錠1錠1xは従来より夕食後に服用されていたが、今回患者への告知なしに朝食前に変更されていた。疑義照会したところ従来の夕食後に変更された。	医師の多忙、カルテの見間違い。	疑義照会を徹底して患者の健康を守るという薬剤師の原則を貫く。	確認を怠ったコンピューターシステム	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
761	レバミピド100mg4錠2xについては明らかに用量過多の為、疑義照会。その後、2錠2xに訂正された。	医師の多忙、単純なミス。	疑義照会を徹底して患者の健康被害を守る。	確認を怠ったコンピューターシステム	処方された医薬品 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
762	本日TSH改善のため従来の週4日から週3日に変更と告知があったにもかかわらず反映されていなかった。疑義照会后週3日に減量変更となった。	医師の多忙、患者への確認もれ。	薬剤師による患者の情報聴取を徹底し、乖離があれば疑義照会を行う。	確認を怠ったその他不明	処方された医薬品 販売名チラーヂンS錠50μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
763	次回の予約日までに不足する量が出ており、疑義照会后ノボラピッド注ペンフィル4筒は5筒に変更された。	医師の多忙、医師の確認もれ。	患者からの情報を聴取し乖離があれば直ちに疑義照会を行う。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名ノボラピッド注ペンフィル	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
764	処方箋受付時に患者より・クラリスで下痢すること、整形外科でロキソニンを飲んでいること、を聞き取った。お薬手帳にてロキソニンを毎食後服用中を確認、お薬手帳の副作用欄にクラリスで下痢の記載ありを確認した。クラリス(200)、ソレトン(80)の処方ありのため疑義照会を行った。クラリス、ソレトンは中止になり、メイアクト、ベレックスの処方に変更された。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名クラリス錠200 販売名ソレトン錠80  変更になった医薬品 販売名メイアクトMS錠100mg 販売名ベレックス配合顆粒	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
765	「一般名」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が、患者は緑内障を合併しており、同薬剤は禁忌となる為に、疑義照会したところ、同薬剤は削除となった。		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
766	「一般名」アカルボースが食後となっていたが、GIは食直前服用なので、疑義照会をしたところ、用法は食直前に変更となった。		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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
767	他剤は28日分処方の患者に「一般名」メトトレキサートカプセルと「一般名」フォリアミンも28日分処方となっていた。週1回投与の超薬剤なので、疑義照会したところ、4日分に変更となった。		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 販売名リウマトレックスカプセル2mg 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
768	9歳女児に「一般名」セフジニル細粒10%が分量100mgで処方されていた。BW32kgなので用量過小と考え、疑義照会したところ、分量300mgに変更となった。		小児用量の確認。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名セフジニル細粒小児用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
769	受け取った処方箋に ディレグラ配合錠 4錠 分2 朝夕食後 7日分。ディレグラ配合錠に含まれるフェキソフェナジンは食後投与の場合、効果が70%程度落ちるため、疑義照会。用法が 朝夕食前 に変更となる。	医師が正しい用法を把握していなかった。	処方監査を徹底する。	知識が不足していた医薬品	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
770	ミノマイシンカプセル100mg 3C 3X 毎食後の処方であったが、あまり使われない処方であったため、疑義照会する。その結果 2C 2X 朝夕食後に変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名ミノマイシンカプセル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
771	テプレノンカプセル50mg の処方であったが、他の病院からレバミピド錠をもらっていた為疑義照会する。その結果テプレノンカプセルは、削除された。			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
772	リリカカプセル25mg 2C 2X の処方であったが、前回リリカカプセル75mg 2C 2X に増量されたばかりであったので、確認の為疑義照会した。その結果前回と同じリリカカプセル75mg 2C 2X 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
773	セレコックス錠100mgとムコスタ錠100mg各2錠 3X 毎食後の処方であった為疑義照会する。その結果各2錠 2X 朝夕食後に変更された。			その他医療機関ミス	処方された医薬品 販売名セレコックス錠100mg 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
774	便秘症の患者に、オースギ大黃甘草湯7.5g 1日3回 毎食前 7日分の処方。過量投与のため疑義照会し、3g 1日3回 毎食前 7日分 に減量となる。	医師がツムラの漢方薬を使い慣れており、2.5g/包との思い込みがあったため。	漢方薬はメーカーごとに1包あたりのグラム数が違う時があるため、処方監査を徹底する。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	処方された医薬品 販売名オースギ大黃甘草湯エキス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
775	クレステール錠2.5mgを1日1回のところ間違っ1日3回で飲んでいて前回は残薬を利用して一包化していた患者に、前回は一包化していたセルベックスカプセルが出ていなかったの本人に確認すると忘れていたと言われたので問い合わせた。セルベックスカプセル50mg 3C分3が追加され一包化した。	入院中にセルベックスカプセルが追加となっており、退院後の定期処方時に処方漏れがあったようで、別の日にセルベックスカプセルのみ処方されており、前回は残薬を使用したため処方できなかった為、今回も処方を忘れてしまったよう。		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-  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
776	新患でアリセプトD5mgが処方されており医療機関に確認したところ新規の服用であることが判明した。添付文書等で初期投与量は、3mgからであることをDRに説明し、3mg投与に変更となった。	新規患者で、持参されたお薬手帳を確認したところアリセプトDの服用歴がなかった。そのため医師に確認した。	アリセプトD5mg アリセプトD3mgに変更	その他疑義照会	処方された医薬品 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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
777	前回と同じ内容でアムロジピンOD錠5mg、ロサルタンカリウム50mg 各1錠1×の処方。投薬時の聞き取りから、数日入院されており、入院中から両剤とも0.5錠1×に減量となっていたため、疑義照会にて、アムロジピンOD錠2.5mg、ロサルタンカリウム25mg各1錠1×に変更となった。			医薬品	処方された医薬品 販売名アムロジピンOD錠5mg「トローワ」 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
778	70歳代の女性に整形外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.トラムセット配合錠1錠頓服×10回分疼痛時服用Rp.トラムセット配合錠1回1錠(1日4錠)1日4回朝昼夕食後と寝る前14日分Rp.【般】メクロプラミド錠5mg1回1錠(1日3錠)1日3回毎食前服14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、前回はセレコックス錠100mg1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後服用が処方されていたが、今回よりRp.トラムセット配合錠1回1錠(1日4錠)1日4回朝昼夕食後と寝る前14日分に変更となっていることが判明した。処方変更について患者より情報収集を行ったところ、「セレコックス錠を服用したためか、夜間に喘息の症状が出るので医師に相談した。処方を変更して様子を見るよう医師からは説明を受けた。 <p align="center">背景・要因</p>	セレコックス錠を中止する代わりにトラムセット配合錠が処方されていたが、患者の申し出や検査値より、処方内容の再検討が必要と薬剤師が判断し、処方医に再考を求めた事例である。処方せんに検査値の記載があり、状況判断する際に参考にすることもできた。処方医と薬剤師が連携することで、より適切な処方に改善できたのではないかと考える。 <p align="center">痛みの症状は随分と良くなり、今はそれほどでもない。」との申し出があった。痛みの症状が改善しているとのことであったが、処方内容ではトラムセット配合錠が頓服と内服で重複して処方されたおり、また処方せんに記載されている検査値では、AST46国際単位/ml、ALT36国際単位/mlと基準範囲ではあるが高めであり、70歳代と高齢でもあるので、処方医に処方通りの調剤で良いか再度検討してもらうために疑義照会を行った。</p> <p align="center">改善策</p>	患者からの情報などから処方適切でない可能性があるかと判断した場合は、処方医に連絡の上協議を行い、より適切な処方提案を行うことが必要である。 <p align="center">Rp.トラムセット配合錠1回1錠(1日4錠)1日4回朝昼夕食後と寝る前14日分Rp.【般】メクロプラミド錠5mg1回1錠(1日3錠)1日3回毎食前服14日分を中止するとの回答あり。患者に処方変更の経緯を説明した上で、痛みの症状が悪化するようなことがあれば早めに受診すること、激しい倦怠感や食欲不振・黄疸など気になる症状があれば、薬局又は医療機関に連絡を入れるよう指導した。</p>	判断を誤った	処方された医薬品 販売名トラムセット配合錠 販売名【般】メクロプラミド錠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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
779	<p>アスピリン喘息の既往ある患者に、今回よりロコアテープが追加。疑義照会により削除となった。</p>	<p>普段から内科を受診、喘息の薬を処方されていた患者が、この度、膝の痛みのため整形外科を受診した。今回初めて、ロコアテープが処方されたが、薬歴より、インテバンSPで喘息発作の既往があったため、医師に問い合わせし、ロコアテープは削除となった。</p>	<p>初回の薬品については特に注意を払い、併用薬、副作用歴、アレルギー歴を再度確認する必要があると感じた。お薬手帳の副作用歴への記入も徹底し、来局の際には、その都度更新していく事。また、薬局だけでなく、病院でもお薬手帳をだすという意識を高めていってもらえるよう、働きかけていきたいと感じた。</p>	<p>連携ができていなかった</p>	<p>処方された医薬品 販売名ロコアテープ</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
780	<p>残薬を利用して調剤して欲しいと持ち込まれたので、一包化することかと確認すると一包化はしなくていいので、残薬に続きで出してほしいと言われた。あとでFAXされた処方と残薬を合わせるとブレドニン錠5mgは1T残り、酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」は5日分不足していたので、再度この内容で間違いのないか、一包化しないということだったので半錠以外はヒートでいいのか問い合わせた。一包化するようにと指示が変わり、残る1Tはデイサービス職員に返却し、酸化マグネシウム錠は7日分処方することとなった。</p>	<p>医師の指示があいまいだったようで、指示を伝える職員も理解出来ないまま薬局に伝えているのでどう調剤していいかが分からなかった上に処方も間違っていた。</p>		<p>確認を怠った</p>	<p>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」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
781	アダラートCR錠20mgが1日3回毎食後で処方されていたので通常は1日1回、効果不十分の場合に1日2回があるだけと問い合わせた。1日3回毎食後から1日2回朝・夕食後に変更となった。	用法を医師が気にしていないよう。		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
782	ボノサップバック400のみの処方箋がFAXされたので定期薬のネキシウムカプセル20はどうするのか問い合わせたら返事のないまま、定期薬が追加された処方箋が再FAXされ、その中にネキシウム20も出ていたので再度問い合わせた。結局、ネキシウムは中止と返答があった。	患者の希望通りで処方し、内容に注意しなかったのかもしれない。		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
783	患者本人が他院からの服薬情報提供書を見せて同じ薬を処方してもらったそうだが、エチゾラム錠が0.25mgで処方されていた。通常1回0.5mg～1mgで処方される薬なので疑義したところプロチゾラム錠0.25mgの誤りだった。	”プロチゾラム”の語尾”チゾラム”のみを見て薬品名を記入したと考えられる。		その他医療機関の入力ミス	処方された医薬品 販売名エチゾラム 錠0.25mg「EM EC」  変更になった医薬品 販売名プロチゾ ラム錠0.25mg 「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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
784	ファンギゾンシロップは久々の処方で、欠品対応のため患者へお伝えし、郵送する事となった。その間、処方鑑査は行われなかった。患者へお伝えした後、事務スタッフに入力を指示。患者希望で先に会計をしたいとの事で、計算したところ、1万円を超えていた為、疑問に思い、薬剤師に確認。過量であることに気付き、疑義照会。150ml/日 1.5ml/日となる。	欠品対応のため、受付時に行うはずの処方鑑査が行われなかった。慣れない薬で知識が不足していた。	欠品時でも受付時に処方鑑査を行う事を徹底する。	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
785	レバミピド錠の処方であったが患者家族へ確認するも胃部症状の相談はしていなかった。処方元へ確認したところメチスタ錠250を処方したかったと回答あり、処方内容の変更となった。	指示メチスタ 勘違いでムコスタ レバミピドとして処方箋記載の変換ミスの可能性も考えられた		医薬品	処方された医薬品 販売名レバミピド錠100mg「サワイ」  変更になった医薬品 販売名メチスタ錠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
786	レルベア200エリプタ14吸入が1日2回で出ていたので1日1回の吸入薬だと問い合わせた。1日1回に変更となった。	普段1日2回のシムビコートやアドエアを使用することが多いので勘違いしたのかも。問い合わせに対応してくれた事務員によればカルテには1日2回と書いてあったそう。		確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名レルベア200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
787	サインバルタ20mg 1C 1X 朝食後の処方であったが、患者から1日おきに飲むように医師から言われたとの申し出があった為、疑義照会する。その結果用法が隔日投与に変更された。			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
788	セレコックス錠100mg 他の処方であったが、患者への聴取で現在胃潰瘍であることが判明したため、疑義照会する。その結果セレコックス錠は削除された。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
789	プレドニゾン錠5mg 1T 2X 昼夕食後の処方であったが、患者から朝夕飲むように医師から言われたとのうたえがあった為疑義照会する。その結果処方が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
790	他院から退院後の初処方。現在退院時処方薬でカンデサルタン8mgを服用中の患者に 一般名カンデサルタン8mgと一般名バルサルタン・ヒドロクロロチアジド12.5mg配合錠が処方されていた。カンデサルタンは16mg用量の上限であり、更にカンデサルタン、バルサルタンは共にARBであることから重複ではないかと疑義照会をした。医師は上記配合錠ではなく本来はジャヌビア50を処方するつもりであったことが判明、疑義照会にて処方変更となった。更に退院時に処方されている薬には他の抗血栓薬などが含まれていて残薬があるため、現在服用中の薬を服用しなくなったから今回の処方薬を服用する指示も追加となった。そのため、残薬調整として投与日数の変更もお願いして了承頂いた。患者にはそのことを説明して投薬、調剤前に疑義照会をしたので、重複投与は避けることができた。	医療機関側の要因の為詳細は不明	医療機関側の要因のため、今後も患者の情報から 疑義がある場合はきちんと確認してから調剤をすることを継続する	その他医療機関側の要因	処方された医薬品 販売名コディオ配合錠EX  変更になった医薬品 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
791	前月にボノサップバック400が出た患者に本日も処方されていたので問い合わせた。	前回処方をそのままコピーして出していたよう。		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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	一硝酸イソソルビド(20)2T2x、ミヤBM錠3T3x処方あり。薬剤師が薬手帳で他院継続分であること確認した。他院後初回の処方であり、薬手帳と記載異なるため処方医へ問い合わせた。一硝酸イソソルビド(10)2T2x、ミヤBM錠6T3x、薬手帳の記載とおりへ変更となった。			教育・訓練	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」 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
793	耳鼻科の処方箋を持参。お薬手帳より、内科からジェニナック処方あり。耳鼻科からも同じジェニナック処方されていたので疑義照会したところ、処方削除となった。			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
794	耳鼻科の処方箋持参。レボフロキサシン錠500mg 2T 1日2回で処方あり。量が多いため疑義照会したところ、レボフロキサシン250mg錠に変更となった。事務の入力間違いだったよう。			その他クリニックでの間違い	処方された医薬品 販売名レボフロキサシン錠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
795	耳鼻科の処方せん持参。セフジトレンピボキシルとフィソパム処方あり。症状はメマイで、中耳炎も前になったけど、抗菌薬が出る話はなかったような話。内容に間違いがないか念のため疑義照会したところ、セフジトレンピボキシルは間違いで中止、ベタヒスチンの処方に変更となった。	クリニックでは、先発で入力すると一般名処方に自動的に変更されるセレコンで。メリスロンと入力？選択？したつもりが、メイアクトを選択したらしい。		その他クリニックでの間違い	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
796	ランサップ400と同時にネキシウムカプセル20mgが同時に処方されていた。ランサップの中にもPPIが入っているため作用重複。			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
797	配合製剤(PL)と一般名処方(アセトアミノフェン)の成分重複を見逃しそうになった。	最初、アセトアミノフェンの処方だけに目が行き、薬局備蓄が20%のカロナールのみだったので、その変更量計算ばかりに気を取られていた。他の薬剤師からアセトアミノフェンの1日最高量計算の確認指摘をされ、PLにもアセトアミノフェンが含有されていることに気づく。総計すると450mg + 1500mg = 1950mg / 日になるので用量オーバーとなり、疑義照会に至り、アセトアミノフェンが処方削除になった。	配合剤の成分・含有量にも配慮を置く。	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	処方された医薬品 販売名PL配合顆粒 販売名アセトアミノフェン「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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	<p>処方せん受付。ロキソニン、メチコパール、ソロンの処方。入力・調剤・鑑査ともに通常どりの手順で実施した。投薬のときに患者より「メチコパールとユベラは長年セットで飲んでるから、追加してほしい。」と依頼があった。メチコパールとユベラは前回の処方まではノイロトロピンの処方に合わせ分2で服用していたが、この回の処方よりノイロトロピンからロキソニンへ処方変更があり、メチコパールのみ分3に増量になっていた。投薬者はメチコパールとユベラはセットで飲んでいるとお伺いしたことから、ユベラも3カプセル、分3で服用していると勘違いしたまま医療機関へ問合せを行った。医療機関より「ユベラN(200)を14日分追加して下さい」と回答をいただき、追加の内容について詳細(用法用量)を復唱して確認することをしなかった。そのため、医療機関では前回と同じ処方の「ユベラN(200)、2カプセル、分2、14日」を追加したが、薬局では「ユベラN(200)、3カプセル、分3、14日」を追加した。問合せにて追加になった箇所の入力を直し、調剤者には計数の確認を依頼した。</p> <p>背景・要因</p>	<p>疑義照会の時、「ユベラとメチコパールはいつもセットで服用しており、お手持ちの薬では足りないので追加を希望されています。」と医療機関へ伝えましたが、「ユベラとメチコパールはセットで服用しており、今回からメチコパールのみ分3に増量になっているが、ユベラは分3に増量しなくても良いか。」と問合せるべきだった。また、追加になった薬剤の用法・用量を確認しなかった。</p> <p>投薬時に患者にユベラが追加になったので、今まで通りメチコパールと一緒に服用するようお伝えし、投薬を終えた。2週間後、医療機関より「2週間前に患者に投薬されたユベラが分3になっているが、分2の間違いではないか確認してほしい」と連絡が入りミスが判明した。</p>	<p>医療機関からの回答には医薬品名・規格・用法・用量・日数までしっかり復唱しながら確認する。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品販売名-</p> <p>変更になった医薬品販売名ユベラNソフトカプセル200mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
799	定期処方にアラミスト点鼻液とトラマゾリン点鼻液が追加となった。処方入力時に、エフピーとトラマゾリンの併用で監査エラーが発生したため、入力者が薬剤師に報告。他院でエフピーOD錠2.5mgを処方され、服用中だったが、エフピーとトラマゾリンが併用禁忌であったため疑義照会。トラマゾリン点鼻液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ます。	レセコンの機能も活用し、禁忌薬を調剤しないようにします。	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
800	3歳一か月の男児への処方。体重12kg(患者家族からの聞き取り)。ジスロマック小児用細粒、メブチンDS、アスベリン散、の各分量(一日量)が、体重に対して、多めだと判断。体重を誤って換算、処方されていることを疑い疑義照会。医師が体重を15Kgと誤解して処方していたことが判明。ジスロマック小児用細粒(150mg 130mg)メブチンDS(35µg 30µg)アスベリン散(40mg 35mg)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 販売名ジスロマック小児用10% 販売名メブチンドライシロップ0.005% 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
801	当薬局で管理している患者の副作用歴に基づき疑義紹介。70歳代男性への泌尿器科からの処方。エルサメットS配合錠、タムスロシン塩酸塩錠を継続服用中の患者。本日、アボルブCapがプラス処方となった。3年ほど前にアボルブ処方歴あり。その際、服用後、女性化乳房の副作用が発現、処方中止となった記録あり、処方通り交付して良いか、疑義紹介。アボルブCap(毎日服用 週に一回服用)と用法変更になった。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
802	ベタセレミンが処方されてきたが、耳鼻科にてタリオンの処方があったため中止になった。		お薬手帳を医師sにも見せてくださいと伝えた。	連携ができていなかった	処方された医薬品 販売名ベタセレミン配合錠	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
803	他病院から皮膚のかゆみでクラリチンレディタブが処方されていたが、花粉症の薬を希望しロラタジンが処方された。お薬手帳から同じ薬が出ていることがわかり疑義照会しカットのなった。			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
804	アルダクトンA錠50mg2錠分2朝昼食後の処方。いままでアルダクトンA錠50mgの処方を出されたことのない医師からの処方だったので、念のため疑義照会する。アルダクトンA錠25mg2錠分2朝昼食後に変更になる。	電子カルテ上の選択間違いと思われる。単純なミス	はじめて処方される薬剤で規格が複数ある医薬品などは注意して疑義照会をする。	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
805	他病院よりニューロタン50mgが処方されている人に、ロサルタンカリウム50mg処方された。100mgまで服用できるが、念のため疑義照会しカットされた。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名ロサルタンカリウム錠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
806	トスキサシンが処方されたが、薬歴に薬疹と書いてあり、疑義照会によりフロモックスに変更になった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名トスキサシン錠150mg  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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
807	前回までオルメテックOD錠20mgが処方されていた患者に、今回オルメテックOD錠10mgが処方されていた。投薬の際に、血圧下がられたのですね。とお話したところ、先生からお薬変更の話は聞いておらず値も今までどおり137&#8722;78で安定とのこと。疑義照会したところ、前回と同じで10mgのはずとの、回答。前回4月の処方せんを確認し前回は20mgであったことをお伝え。前回普通錠の20mg OD20mgに変更いただく疑義照会をしていた歴がり、その際、病院のレセコンでの修正をOD10mgと間違えたようで、手書きのカルテを確認して、今までどおりOD20mgと確認ができた。	患者の聞き取りを怠っていたら、そのままお渡ししていた可能性あり。また、病院側のレセコンの修正間違いについて、前回の疑義照会について、きちんと記録ができていたので、その経緯の推測ができたと思われる。	患者からの聞き取りの本当の大切さ、また、処方せんへの疑義照会の記録、薬歴への記録の大切さを改めて感じました。忙しいときも、絶対怠ってはいけないことだと実感いたしました。	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
808	一般名でプロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤(1剤のみ)の処方箋を受け付け。新患のため情報収集したところ前立腺肥大治療中、禁忌薬に当たるため処方医に疑義照会。「排尿障害があるなら再受診を」との回答、本人に説明し病院に戻られてソランター1剤の処方箋に差し替えとなった。	処方医へ他科受診・併用薬等の情報が充分伝わっていなかったと思われる。	本人病識はあり、お薬手帳持っているがバラバラとのこと、1冊にまとめてどの病院にかかるときでも同じ1冊を必ず持参するよう患者指導。院内処方では手帳記入ない病院があれば薬情をもとにわかりやすく整理するなど、薬局でできる支援を説明。	その他患者・処方医間の情報不足	処方された医薬品 販売名【般】プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤  変更になった医薬品 販売名ソランター	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	レクサプロ10mg錠及びアリセプト3mg錠が処方箋に新しく追加されてきた。薬歴記載の併用薬を確認したところ、サインバルタ30mg錠及びレミニール8mg錠を服用している事が判明した。同種同効薬であるため処方医に疑義照会を行った結果、両剤は削除となった。			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 販売名アリセプト錠3mg 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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
810	鼻水の為ピーエイ配合錠処方。前立腺肥大症の為他病院からアボルブ、ユリーフ処方あり。禁忌(前立腺肥大等下部尿路に閉塞性疾患のある患者)の為医師に疑義照会 ピーエイ配合錠削除となりタリオン錠に変更となる。			コンピュータシステム	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 販売名タリオン錠 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
811	耳鼻科の処方箋を家族が持参。セフジトレン処方あり。過去にのんで具合が悪くなったことがあるとのこと。疑義照会したところ、セフカペンに変更となった。			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
812	他院でペルソムラ錠15mgが処方されており、服用中の患者にクラリスロマイシン錠200mgが処方された。電子薬歴に併用薬を登録しており、入力時に併用禁忌の監査エラーが出た為、入力者の事務員が薬剤師に報告し、薬剤師が疑義照会。セフジトレンピボキシル錠100mgに変更となった。	処方元が併用薬を把握していなかったと考えられる。	適切な薬を調剤できるよう、注意します。	その他処方元の確認不足	処方された医薬品 販売名クラリスロマイシン錠200mg「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

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
813	内科で咳や鼻水などの諸症状の処方が出ており、その中で一般名処方でロラタジン錠10mgの処方が入っていた。薬局で管理する薬歴にて皮膚科でザイザル錠の継続服用を確認し疑義照会。処方医よりロラタジン錠の中止の指示を受けた。	患者が皮膚科で服用中の薬を伝えなかったことが1つの要因と考える。		患者側	処方された医薬品 販売名ロラタジン錠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
814	Crestol錠2.5mg他の処方、前回から変わらない継続処方服薬指導中に、本人からコレステロール値が下がり過ぎないかなので薬を変更しようと言われたと聴取し疑義照会。処方医より Crestol錠2.5mgからリピトル錠5mgに処方変更指示を受けた。	前回記載の薬歴で検査をしたので次回数値が分かる等、前回聴取内容に基づいて服薬指導を進めたので患者も処方医より変更する旨を言われたことを思い出し、疑義照会に至った。		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名 Crestol錠2.5mg  変更になった医薬品 販売名リピトル錠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
815	サンコバ点眼液が5瓶出ており、5瓶で間違いはないか問い合わせると1瓶へ変更となった。	入力の単位が瓶だが、5mlと勘違いしたよう。	目薬の5はmlなのか、瓶なのかで違ってくるので多いと思ったら確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
816	セレコックス錠100mg 1T・ノイロピタン配合錠 1T・レバミピド錠100mg「EMEC」1T 疼痛時 28回分がほかの定期薬と一緒に処方された。疼痛時ということでビタミン剤のノイロピタン配合剤ではなくノイロトロピン錠ではないのか、以前は分1 朝食後だったが疼痛時でいいのかと問い合わせた。ノイロピタン配合錠はノイロトロピン錠に変更で、用法も疼痛時から分1 朝食後に変更すると返答があった。朝食後に変更するのであれば定期薬にセルベックス細粒 1g 分2 朝・夕食後が出ているのでレバミピド錠が重複するのではと確認してレバミピド錠が中止となった。	整形外科から出ていたセレコックス錠100mg・ネキシムカプセル20mg・ノイロトロピン錠を内科でもらうようになり、処方されていたが、最近タケキャブ錠が処方されることになってネキシウムカプセルを中止するのに入力を訂正したら薬品名や用法を間違ったよう。ネキシウムの代わりに胃薬のレバミピド錠を追加したようだが、タケキャブやセルベックスが出ていることを考えていなかった。	間違いやすい名前で症状と薬が合っていないときは問い合わせる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名ノイロピタン配合錠 販売名レバミピド錠100mg「EMEC」  変更になった医薬品 販売名ノイロトロピン錠4単位 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
817	前回別の日に追加されたオルメテックOD錠10mgだけが30日分で定期薬は35日分が出ていたので残薬を確認するとオルメテックOD錠は1Tしか残っておらず、30日分では不足してしまうことが分かったので問い合わせで30日分から34日分に変更となった。	前回30日分で処方したので残薬など確認せずに、前回の30日分のまま定期薬に追加していた。	定期処方時ではない時に処方された場合は残薬に注意する。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
818	70歳代男性に整形外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.カロナール錠500mg1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後14日分と記載あり。患者情報収集時に「現在、他医療機関で肝硬変になりかかりと言われ継続して診察を受けている。今回の痛み止めは痛い時だけ服用するよう言われた」との申し出あり。カロナール錠は「重篤な肝障害のある患者には禁忌」とされているおり、今回の服用方法の指示では副作用の発現の危険及び過量投与である可能性もある為処方医に疑義照会を行う。処方内容をRp.カロナール錠500mg1回1錠頓服×15回分痛みが強い時のみ服用に変更となった。服薬指導においても、カロナール錠服用による肝機能の悪化など副作用発現の危険について説明の上、服薬により体調変換があった場合にはすみやかに受診するか服用を中止してすぐに薬局に連絡を入れるよう指導した。	診察時には患者に服用方法の医師からの口頭での指示があったようであるが、処方に反映されていなかったケースである。本人は医師から指示のあった服用方法を理解していても、家族や入院時など本人以外が確認した場合に意図した服用量より多くの薬を服用し、副作用が発現する危険があったと判断する。	医療上、止むを得ず禁忌である薬が対象の方へ投与される場合も存在するが、その際には必要最小限の投与と留めるべきである。また実際の医師からの服用方法の指示と処方せん記載内容に違いがある場合も、実際の服用方法に記載内容を変更する等確認の上、調剤を行う。	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
819	80歳代の女性に整形外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.トラムセット配合錠1回1錠(1日3錠)1日3回朝昼夕食後14日分と記載あり。当該処方せんに当日の血液検査の値が記載されており、eGFR:50ml/分以下と腎機能の低下があると判断できた。添付文書では、「腎障害者ではトラマドールのT1/2及びAUCは健康成人のそれぞれ最大で1.5倍及び2倍であった」との記載があり、じほう社腎機能別POCKET BOOKによると、「米国添付文書では12時間毎に1回2錠を超えないことが推奨される」とあった。これらの情報を処方医に提供の上、処方の再検討をお願いしたところ、Rp.トラムセット配合錠1回1錠(1日2錠)1日2回朝夕食後14日分に変更するとの回答があった。患者にも処方変更の経緯について説明のうえ、肝障害や嘔吐・便秘などの副作用の注意を伝え、服薬により気になる症状があればすぐに薬局に連絡をいれるよう指導した。	薬局で処方せんに記載されている検査値より腎機能の低下があると考えられる患者に対して処方された内容が不適切と判断し、処方を再検討を医師に提案した事例である。	処方せんに検査値が記載されている場合には、その内容を確認の上、調剤の妥当性について判断を行う必要がある。薬局内で、腎機能、肝機能の低下時など注意が必要な医薬品についての掲示や検査値の読み方についての掲示を行い、薬局内で情報の共有を行うことも大切である。	確認を怠った	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
820	居宅療養管理指導の患者であり、不穏のコントロールが困難な状態が続いており悪化のため処方追加となる。現在バルプロ酸Na800mg服薬中、今回追加で800mg処方されており、体重は40kg未満の高齢者のため医師に1日1600mg服薬でよいのか処方医に確認。処方医がバルプロ酸Na飲ませてないと思い込んでおり、処方変更。バルプロ酸Naは800mgのままフェノバルビタール散100mgに変更となる。	単純なミス		勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名バルプロ酸 ナトリウム細粒4 0%「EMEC」  変更になった医薬品 販売名フェノバ 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
821	新患。トラニラストカプセル処方。初回アンケートで妊娠の可能性があるという回答あり。トラニラストは禁忌になっているが、患者は医師に妊娠の可能性があることを伝え、医師からそれでも飲むように指示があったと聞き出す。念の為疑義照会したところ処方削除となった。	医師は妊娠の可能性があることをご存知なかった様子。患者は伝えたつもりでも医師は確認していなかったのかもしれない。また禁忌であることに気付いていなかった可能性もある。	患者からの聞き取りで医師に伝えてある場合でも、気になることがある時は疑義照会を必ず行う。	患者側 その他病院側	処方された医薬品 販売名トラニラストカプセル100mg 「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
822	入院前はミラベックスLA錠0.375mg 2錠分1の処方だったが入院中にピ・シフロール0.5mg 1錠分1の処方に変更になっていた。患者が持参した退院時処方箋により判明。医師に問い合わせ、退院時処方と同じピ・シフロールに変更。		今後も入院されていた方には入院中に薬剤変更がなかったか確認した上で調剤する。また、そういった方にはお薬手帳の活用をより認識して頂く。	その他事前に確認する方法がなかった	処方された医薬品 販売名ミラベックスLA錠0.375mg  変更になった医薬品 販売名ピ・シフロール錠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
823	フィコンパ2mg1錠分1夕食後14日分で服用されていた。今回増量となりフィコンパ2mg2錠分2朝夕食後35日分に増量になった。フィコンパは分1で服用する薬のため疑義照会を行った。疑義照会の結果、フィコンパ2mg2錠分1夕食後に変更となった。	詳細は不明だが処方医が用法を間違えてしまったのではないかと。	新しい薬の場合は特に用法用量の処方監査をしっかり行い、異なる場合は疑義照会をする。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名フィコンパ錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
824	前回ミカルディス40mg分1朝食後35日分 今回ミカムロAP朝食後分1朝食後42日分に変更があった。前回にはその下の処方にはアミオダロン100mg「TE」、エリキウス錠2.5mg2錠分235日分の処方があったのだが、今回の処方にはこれらの記載がなかった。疑義照会したところアミオダロンとエリキウスは今までどおりの用法用量、42日分で処方追加となった。	詳細は不明だが、医師がパソコンで処方を入力していて、降圧剤を変更した際に、その下にある薬剤を消去してしまった可能性が考えられる。	処方監査のときに前回の内容と今回の内容を比較して、突然中止して体調変化をおこしてしまうと予想される薬剤の場合は、疑義照会を行う。	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 販売名エリキウス錠2.5mg 販売名アミオダロン塩酸塩速崩錠100mg「TE」	ヒューマンエラー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	テプレノンカプセル 3C 3X 毎食後 他の処方であったが、他の病院からすでにムコスタ錠100mg 2T 2X 朝夕食後で処方され服用中であったため疑義照会する。その結果テプレノンカプセルは 1C 1X 昼食後へ変更された。			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
826	リリカカプセル2.5mg4C 2X 昼夕食後の処方であったが、いつも処方される用法ではなかった為疑義照会する。その結果、朝夕食後へ用法が変更された。			患者側	処方された医薬品 販売名リリカカプセル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
827	耳鼻科の処方箋持参。ツロプテロールテープ処方あり。併用薬にレルベア吸入薬あり。2刺激薬が重複するので、疑義照会したところ、ツロプテロールテープは中止となった。			その他クリニックでの確認もれ	処方された医薬品 販売名ツロプテロールテープ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
828	かかりつけクリニックよりメチコパール500μgが処方されたが、他病院より70日分のメチコパール500μgが処方されていたためかかりつけクリニックのDrに疑義照会し削除となった。			その他かかりつけクリニックに併用薬が伝わっていなかった	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
829	緑内障の患者にポララミン錠2mgが処方されたが、疑義照会の結果、ジルテック錠10mgに変更となった。			連携ができていなかった 仕組み	処方された医薬品 販売名ポララミン錠2mg  変更になった医薬品 販売名ジルテック錠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
830	他病院でユリーフ錠4mgが処方されている患者に、別の病院からユリーフOD錠4mgが処方された。疑義照会の結果、ユリーフOD錠は削除された。			連携ができていなかった 仕組み	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
831	90歳代女性他院から処方されていたゲーベッククリーム(60g)/プロスタンディン軟膏(30g)の混合、本日貧血と指摘ありフェロミア錠50mg処方あり。お薬手帳より他院皮膚科では以前から処方されていたこと確認。軟膏・クリーム・配合変化ハンドブック第2版より上記の組み合わせでは2週間でプロスタンディン軟膏の含量が低下することを確認。疑義照会の結果今回はゲーベッククリームのみ処方に変更になった。	他院からでていた処方と同じだったが、通常見ない処方であったことから確認し含量低下が認められることを確認し疑義照会につながった。効果が十分に発揮されないまま使用していた状況を改善できたと思われる。ただし他院で処方されていたときの状況はわからないため医師指示のもとに調剤をされていた可能性はあり。医師の配合変化による含量低下の知識がなかったことも考えられるため当事者職種にいれた。	すでにほかの医療機関で調剤経験があっても当薬局で初めて調剤する場合は配合変化ハンドブックなどでの配合変化の確認を怠らないように薬局内で情報共有、今後の店舗の調剤の指針とした。	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 販売名プロスタンディン軟膏0.003%	ヒューマンエラー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	内科の定期処方でもコスタ錠100mgが処方されている患者に、同病院の外科からムコスタ錠100mgが処方になった。疑義照会の結果、外科のムコスタ錠は削除となった。			連携ができていなかった 仕組み	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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
833	整形外科でメチコパール錠500 $\mu$ gが処方されている患者に、同病院の循環器科からメチコパール錠500mgが処方となった。疑義照会の結果、循環器科のメチコパール錠は削除となった。			連携ができていなかった 仕組み	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500 $\mu$ 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
834	処方より、アンテベート軟膏とドボベツ軟膏の混合指示処方があり、ドボベツ軟膏は元々ステロイド配合剤となり、処方内容としては疑問が生じているものだったが、調整者はそのまま調剤。鑑査時に判明し、疑義照会にてドボベツ軟膏がドボネックス軟膏に変更となった。	処方もとの商品名類似による処方ミスが大元の要因となるが、ドボベツ軟膏の製剤知識が少なく調整時に気づけなかった。		知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ドボベツ軟膏  変更になった医薬品 販売名ドボネックス軟膏50 $\mu$ g/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
835	今回転医してきて、今まではEPLカプセル250mg6カプセル毎食後で服用されていた(お薬手帳を確認した)。今回処方がEPLカプセル250mg3カプセル毎食後であり、患者に確認したところ今までの飲み方で飲んでいくよう医師から指導を受けているとのことだった。疑義照会したところ、EPLカプセル250mg6カプセル毎食後に処方変更になった。	詳細は不明だが、患者の今までの用法用量を誤認していたか、または処方を入力する際、誤った量を入力してしまった可能性が考えられる。	転医してきた場合、今までの内容をお薬手帳と見比べ、患者に薬の変更などないかインタビューを行う。	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EPL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
836	耳鼻科の処方箋を家族が持参。タリビッド耳科用液が、左耳のみの点耳で処方されていた。話をうかがったところ、両耳に不調あるとのこと、用法を疑義照会したところ、両耳に用法変更となった。			その他クリニックでの記入ミス	処方された医薬品 販売名タリビッド耳科用液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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
837	他科でベルソムラ錠 15mg服用中の患者に、クラリシッドが処方された。ベルソムラ、クラリシッドは併用注意であるが、高齢者はリスクが高く、これまで副作用を経験していることから、併用禁忌ととらえている。医師に疑義照会を行ったところ、薬が変更された			確認を怠った 教育・訓練	処方された医薬品 販売名クラリシッド 錠200mg  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
838	耳鼻科からムコダイン250mgを服用中、内科からも処方されたため疑義照会 処方削除となった。お薬手帳記載に用判明	患者の個人情報保護も必要だが、医療情報はある程度開示される必要があるのではないかと。		確認を怠った その他他科受診を患者が医師に伝えない	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
839	患者は医師から薬の増量を聞いていた。処方増量されていなかったため、疑義照会した。1日2回服用から、同薬を1日3回服用に増量されていた			確認を怠った	処方された医薬品 販売名カリクレイン錠10単位 販売名アデホスコワ腸溶錠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
840	患者は医師に、花粉症の症状をばなし、医師は抗アレルギー剤を投薬すると言った。処方箋に記載がないため疑義照会した。抗アレルギー剤が追加された			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
841	同一処方箋上に、カルボシステイン錠 250mgとムコダインDS50%が重複して処方されていた。疑義照会したところムコダインDSが削除になった			確認を怠った	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
842	継続処方のはずが、容量が変更されていた。患者は変更とは聞いていなかったため容量を疑義照会した。メトホルミン5003錠を元の通り2錠に変更された			確認を怠った ルールの不備	処方された医薬品 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
843	門前クリニック内科の処方箋を持って来局。薬局に来られるのは2回目だった。通常通り受付。調剤時に患者情報の現病歴に「緑内障」、「併用薬:緑内障の目薬」とあった。患者に話を聞くと、緑内障治療中であること、本日Drにその旨を伝えていない、とのことだった。ピーエイ錠は緑内障患者には禁忌であるため、疑義照会を行ったところ、ピーエイ錠は削除になり、ツムラ小青竜湯に変更になった。	特になし	特になし	その他なし	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
844	他医院でネキシウムが処方されている。今回同じ薬が処方されたので疑義照会した。削除された			連携ができていなかった	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	ゼストリル10mgが処方されていたため、投薬時に血圧を確認したところ、血圧は変わりなく、風邪をひいているので、薬をもらおうとのこと。疑義照会したところゼスラン錠3mgの誤りと判明した			確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名ゼストリル錠10  変更になった医薬品 販売名ゼスラン錠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
846	他院からリリカ75mg服用中のため、今回処方されたリリカカプセル25mgを疑義照会したところ、削除された。薬局はお薬手帳を確認し、併用薬を知ることができたが、医師は確認していいなかったようだ。			確認を怠った教育・訓練	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
847	<p>患者の家族が処方箋を持ち来局、処方箋には延長の日付が入っていた。(処方箋の使用期間の延長月が2ヶ月前となっていた。)あきらかに延長期間の日付が間違っていたので病院へ問い合わせ。留守番電話になり学会のためお休みとの応答。仕方なく理由を話し代理の家族へ調剤が出来ないことを説明。ただし、この薬は3日間の休薬があったときは初回の量から再開のため、そのことも含め家族へ説明し一旦処方箋をもち帰ってもらう。しばらくしてから病院から電話があり、患者が来局した日まで延長して下さいと連絡があったため、調剤を開始。その後取りに来たのが別の家族だったため、本人が3日間薬を休薬しているか確認して欲しいと薬剤師から伝えた。別の家族が最初に来局した家族へ連絡をとるが仕事でできないとの事。お薬はお渡しするが、3日間の休薬がないことを確認するまでは飲まないように指導。確認がとれたら薬局に連絡を入れてほしい主旨もお話する。その後、3日間の休薬は患者はしていないとの連絡がありそのまま服用継続を指導した。</p>	<p>病院と薬局が連絡が取れなかった事が大きな原因。</p>	<p>なし。</p>	<p>連携ができていなかった 医薬品</p>	<p>処方された医薬品 販売名ラミクター ル錠100mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名ラミクター ル錠100mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
848	<p>調剤時にお薬手帳の確認できておらず、処方通りにパリエット錠を調剤したが、鑑査時に手帳を確認したところ、他科にてネキシウムカプセルを服用していることが分り、疑義照会の上、パリエット錠が削除となった。</p>	<p>作業手順の不履行のため、鑑査時まで手帳の確認を取らなかった</p>	<p>処方箋受付時に手帳の内容を確認するよう徹底した。</p>	<p>確認を怠った 仕組み</p>	<p>処方された医薬品 販売名パリエット 錠10mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

**製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
849	前日に耳鼻科にてネオマレルミンTR錠6mgとセレスタミン配合錠の処方があり、約2週前に受診した皮膚科の処方のピラノア錠も日数上併用しているとかがえられた。本人に確認したところ、他薬局にて併用についての指摘はなくその時点に至るまで(般)オロパタジン塩酸塩錠5mgを含めた4剤を併用していた。そのため医師に疑義照会を行い、(般)オロパタジン塩酸塩錠5mgの処方が削除となった。	患者は継続で(般)オロパタジン塩酸塩錠5mgの処方があった。アトピー性皮膚炎と鼻炎で皮膚科と耳鼻科にも受診していた。耳鼻科・皮膚科で抗アレルギー薬の処方が不足する場合にメンタルでも追加処方をもっており、当薬局では何度か併用しないように日数調節の疑義照会も行っている。	手帳の確認、または併用の口頭確認を行う。患者に対し、受診時に服用薬を医師に伝えるように指示する。またお薬手帳をどの薬局にも持参するよう伝える。	その他ポリファーマシー その他薬局の確認漏れ	処方された医薬品 販売名(般)オロパタジン塩酸塩錠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
850	風邪にてカフコデ配合錠が処方。薬歴に「コデイン禁」の記載があり処方医に疑義照会。アスベリン錠10mgに変更になった事例。	配合錠は複数成分が入っている為注意が必要。採用薬剤の配合錠の主だった成分は、ある程度記憶しておく方が良い。		その他きちんとした薬歴確認	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
851	風邪で咳・痰の症状を訴えて受診。以前他科で貰ったカルボシステイン錠で焼けつくような薬疹が発現した旨薬歴に記載あり。疑義照会にて処方削除になった事例。	カルボシステイン錠は繁用薬剤の為、注意が必要。		教育・訓練 その他薬歴確認の習慣	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
852	アマルエット錠4番「ニプロ」を服用中の患者。採血結果で別の日にクレステール(2.5)が処方。アマルエット配合錠にはアトルバスタチンが含まれている為疑義照会。クレステールが処方中止になった事例。	別の日に処方されると、見落とす可能性が高くなる。薬歴を確認して考察する習慣が大切。		その他配合錠の成分には注意する教育・訓練 その他薬歴の確認と注意力	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	新患で風邪の為受診。エバスチンOD錠10mgが処方。問診でアトピーの為皮膚科でアレグラ錠60mg服用中の記載あり。疑義照会にてエバスチンOD錠10mgが処方削除になった。	記入してもらった問診票に基づき、患者ときちんと対話することが大切。		教育・訓練 その他きちんとした問診	処方された医薬品 販売名エバスチンOD錠10mg「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
854	風邪の為、カフコデ配合錠が処方。薬歴に「カロナール禁」の記載があった。カフコデ配合錠にはアセトアミノフェンが配合されている為疑義照会。アスベリン錠10mgに処方変更となった。	配合錠の成分には注意が必要。		その他患者様との対話 教育・訓練 その他薬歴の確認と注意力	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
855	溶連菌陽性の為(般)セフジトレンピボキシル錠100mg 3錠 3x毎食後 が処方。薬歴副作用欄に「メiakト錠で薬疹の疑いあり」の記載があった。疑義照会で(般)クラリスロマイシン錠200mg2錠 2x朝夕食後へ変更となった事例。	一般名に慣れてくると製品名を忘れがちになる。	薬歴に製品名と合わせて一般名も記載しておくことよ	教育・訓練 その他薬歴を確認する習慣	処方された医薬品 販売名セフジトレンピボキシル錠100mg「CH」  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
856	風邪の為微熱と頭痛で(般)ロキソプロフェンNa錠60mgが処方。整形でメロキシカム錠10mgを継続服用中。疑義照会でロキソプロフェン錠が処方中止になった。	内科は2週間に1回受診。整形は3ヶ月に一回。薬歴を過去に遡らないと見落としてしまう事がある。	直近の薬歴だけではなく、数回前の薬歴まで確認する習慣が大切。	その他薬歴の確認	処方された医薬品 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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
857	泌尿器外科で前立腺肥大の治療中。PL配合顆粒禁忌のため確認し削除。			判断を誤った	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
858	ジェニナックとフェルムの用法が同じだったので確認。ジェニナックは夕食後から朝食後に変更。			判断を誤った	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
859	腎機能低下でフロモックス用量確認。3錠3×2錠2×へ減量。			判断を誤った	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
860	デシコビLTはリトナビルやコピシタットと併用するが処方になかったため確認。デシコビHTへ変更。			判断を誤った	処方された医薬品 販売名デシコビ配合錠LT  変更になった医薬品 販売名デシコビ配合錠HT	ヒューマンエラー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	一般名:レバミピド錠100mg 1錠 痛い時10回分 処方がありました。同病院の循環器内科より、一般名:レバミピド錠100mg 3錠 毎食後 14日分処方服用中の為、処方医に問い合わせを行いました。その結果、一般名:レバミピド錠100mg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



製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
862	定期薬でエフピーOD錠を服用中の方に、同一医療機関の他科より臨時薬としてコルタイジンの処方あり。併用禁忌に該当するため、コルタイジンの処方医に疑義照会を実施。処方医はエフピーとコルタイジンが併用禁忌であることは認識されていたが、コルタイジンの使用回数を減量することであえて処方したとのこと。エフピーとコルタイジンの併用についての製薬会社の見解等もお伝えしたところ、コルタイジンの処方が削除となった。	処方医は普段からコルタイジンを処方されている。	併用禁忌の疑義照会の徹底。	確認を怠った判断を誤った	処方された医薬品 販売名コルタイジン点鼻液	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
863	アンブロキソール錠 15mg 1日3錠が正しいが、45mg錠 1日3回と処方箋に記載されていた。疑義照会し15mgへ変更された			確認を怠った知識が不足していた医薬品仕組み	処方された医薬品 販売名アンブロキソール塩酸塩徐放OD錠45mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
864	体重12kgの3歳児にアセトアミノフェン坐薬200mgが処方された。1個200mgを使用する用記載があった。用量が多いので疑義照会したところ100mg1個使用に訂正指示があった			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 販売名アルピニー坐剤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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
865	男子3歳14kg副作用歴、アレルギー歴：なし既往歴：口唇口蓋炎現病歴；なし今回の処方ミヤBM細粒1g1日3回毎食後アスピリン散10%1.2g一般名；カルボシステインシロップ用50%0.7g1日3回毎食後アスピリンの用量が成人量を超えていることもあり確認。アスピリンドライシロップ2%と間違えて処方になっていた。確認によりアスピリンドライシロップ2%1.2gに変更になり調剤し患者に交付した。	アスピリン散、アスピリンドライシロップどちらも採用のため医師が処方入力時にあやまったものと確認。入力時の医師の確認不足、散とDSの2種を採用しているということの知識不足だった可能性のある事例。	調剤時の年齢、体重、用法用量の確認。監査機能付き電子天秤に年齢、体重別の用法用量をいれて、そこからはずれたものはエラーができるように設定する。	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
866	带状疱疹のため近医皮膚科からパラシクロビル500mg1日4錠 朝夕2錠服用が処方された。大学病院でネフローゼの治療を受けている患者の為、皮膚科医師に疑義照会したところ1日1錠に減量された。ちょうど翌日、大学病院の受診日であることから、翌日病院で相談することになった。腎機能の検査値を持って、皮膚科に受診するよう皮膚科医師から伝言があった。	ネフローゼをかかえている人に、薬の服用に特別の配慮が必要なので、検査値や併用薬を記したものを他科受診時には持参することを、普段から薬局で教育すべきだった。		記録などに不備があった患者側	処方された医薬品 販売名パラシクロビル錠500mg 「アスペン」	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
867	フスタゾールの用量が0.8g/日だったので、疑義紹介の結果0.08g/日に変更となった。	処方入力中の入力ミス(桁間違い)	小児用量は必ず毎回確認を怠らない。	医薬品	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
868	4歳の小児にラクツロースシロップが処方されていたが、小児への適応なし。疑義紹介の結果、モニラックシロップに変更となる。	適応確認せずに、成分のみで処方されたと考えられる。	初めての薬が処方された時は添付文書を印刷して参照することになっているが、適応も見落とさない。	医薬品	処方された医薬品 販売名ラクツロース・シロップ60% 「コーワ」  変更になった医薬品 販売名モニラック・シロップ65%	ヒューマンエラー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	体重25kgの患者。カロナール500mg/回が多いと思われたので、疑義紹介の結果カロナール散20%に変更となった。	処方入力時の選択間違いが考えられる。	初めての処方に関しては用量確認を怠らない。	医薬品	処方された医薬品 販売名カロナール細粒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
870	熱性けいれんの既往がある患者。ケチフェンが処方されていたので疑義紹介の結果、アレジオンDSに変更となった。	熱性けいれんの既往をDrに伝えていなかった、あるいは確認漏れ。	初めて処方される薬は添付文書で禁忌疾患、併用禁忌、用量確認徹底。	医薬品	処方された医薬品 販売名ケチフェンDS小児用0.1%「サワイ」  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
871	前立腺肥大の患者にトラベルミンが処方されていた。薬歴および本人への聞き取りから現在も前立腺肥大の治療中と確認し、処方医に対し疑義照会を行った。その結果、トラベルミンが削除となり代替薬の処方は無かった。			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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
872	他院でシングレアを長期処方された患者。オノンが処方されたので、疑義紹介したところ、オノンが削除になった。	他院でシングレアを処方されていることをDrに伝え忘れた、あるいは確認漏れ。	併用薬の確認も怠らない。電子薬歴の一覧表を必ず確認。	医薬品	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
873	カロナル錠(200)1回5錠 疑義紹介の結果1回2錠に変更。	処方入力時の入力ミス。	新規処方時の用量確認を徹底。	医薬品	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
874	クラリスを定時内服している患者に、ベルソムラ処方。調剤者は1包化だったため、急いで1包化を行い調剤を完了。鑑査者がクラリス・ベルソムラの併用禁忌に気付き、疑義照会にてベルソムラ削除。	調剤者は勤務経験が浅く、ベルソムラ・クラリスの併用禁忌の知識がなかった。急ぐ事に重きをおいた事、一包化指示に気をとられた事で調剤前鑑査をとばして調剤にとりかかってしまった。	新規処方薬追加時はおもちゃ、処方変更がなくてもお薬手帳で併用薬を確認し、服用薬に併用禁忌である薬剤ないかの確認を必ず行ってから調剤につづる。知識向上と情報共有の為、併用禁忌薬一覧を作成する。	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
875	咽頭炎のようで、90歳代 体重35kgの女性に、クラビット250mg 2錠 分2の処方がされた。用量が過量と判断し疑義照会したところ250mg 1日1回投与へ減量された。なお、当該の医師は、クラビット250mg2錠 分2投与を常とし、解熱鎮痛剤としてロキソニン併用する。疑義照会による用法、用量、鎮痛剤の変更には応じない姿勢をとっている。			確認を怠った 記録などに不備があった その他医師の薬の適正使用の観点が欠如している 仕組み	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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
876	ロコアテープが発売され、使用上の注意について連絡を受けている。内服のNSAIDsとは併用しないことになっている。メーカーが十分説明したにもかかわらず、従来のシブ剤と同じようにNSAIDsを併用する処方が行なわれたので疑義照会した。今回はカロナールへ変更された。	NSAIDs内服と併用しないで鎮痛効果が得られるということ。効果に信頼性が感じられないのではないか。		確認を怠った その他医師が薬剤の適正使用に理解が無い	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
877	血液検査を実施しLDLコレステロール値がかなり高かったため、医師がクレステール5mgを処方した。その6日前定時薬としてピタバスタチンカルシウム2mgが処方されていたため、クレステールに切り替えて服用かと患者に確かめてみた。特に医師からの具体的な指示は無く、同種同効薬の重複の可能性もある為、疑義照会する。その結果、医師は定時薬の中にピタバスタチンを処方していることを見落としとしてクレステールを新たに処方してしまったと判明した。クレステールの処方は破棄し、患者は再受診しピタバスタチンを1日4mgに増量となった。	高コレステロール血症のほか、高血圧症・糖尿病・喘息などの12種類が処方されているため、医師が見落としようである。また、「ピオグリタゾン」と「ピタバスタチン」を混同した可能性もある。	このケースを共有し、処方箋と手帳、薬歴、患者からの話をもれなく確認する事で、疑義を見逃さない体制を保つ必要がある。	確認を怠った コンピュータシステム	処方された医薬品 販売名クレステール錠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

製造販売業者によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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
878	<p>昨年からマイスリー錠5服用開始 飲み始めより 朝起きて食べた残骸を見つけるが覚えていないことが何度もあった。怖くて半分にするなどして残薬が多くあった。Drにも話したが聞いてもらえず継続して処方になっていた。以前はレンドルミン錠を服用しておりその時は安心して飲んでいたとのこと。マイスリー錠の一過性前向き健忘の症状の可能性。レンドルミン錠はマイスリー錠より半減期長く前向き健忘はマイスリーより起こりにくいと考えられる。今回、Drに疑義照会した結果レンドルミンD錠への変更となった。</p>		<p>残薬の確認がしっかり出来ていれば、もっと早い段階で服用していない理由を把握でき、患者の不安感を解消できたと思われる。</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>処方された医薬品 販売名マイスリー錠5mg</p> <p>変更になった医薬品 販売名レンドルミンD錠0.25mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者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「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	
1	正:0.02%誤:0.1%	良く出る0.1%を選択してしまいました。保険証を新規登録の場合、足し算計算を省略して行う方法をとってしまいました。	まずは処方箋を先に区切って確認します。新規保険登録であっても必ず足し算計算を行います。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名0.02%  間違えた医薬品 販売名0.1%	規格・剤型間違いと 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	ジェネリック希望の患者の入力を先発品のままで入力してしまいました。	今回は、手書きの処方内容だったので前回までのDO入力ではないと思い込んでしまい、先発品のままで入力してしまいましたが、前回の入力でジェネリックに変更して入力してありました。確認不足です。	前回までの入力でジェネリック変更などよく確認してから 今回の入力を完了させ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	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	患者の希望により後発医薬品へ変更して調剤して、後発品への変更届を当該医院へ情報提供した。2日後、処方医から電話があり、その処方せんが後発医薬品への変更不可であると指摘を受けて確認したところ、後発医薬品への変更不可のチェックがされていた。医師に謝罪し、交換することでお詫し頂いた。すぐに、患者宅を訪問し、先発品と交換した。2日間、後発品を使用していたが、特に問題は無かった。	患者との後発品希望についてのヒアリングで、後発品を希望されたため、そちらに神経が集中してしまっていた。よって、変更不可のチェックを見逃してしまった。	レセコン入力時にこれまでは、変更不可の入力をしていなかったが、入力をする事とした。これによって、変更入力は不可能になり、医療事務と薬剤師のダブルチェックが理論的に可能になる。	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 販売名ヒルドイド ローション0.3% 販売名ヒルドイド ソフト軟膏0.3%  間違えた医薬品 販売名未記載 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	処方箋の指示がジェネリック不可だったのに、ジェネリックで入力してしまいました。	前回と同じ処方内容だったので、入力を引っ張ってきました。前はドクターの指示がジェネリック変更可で、患者も変更希望だったのでジェネリックで入力していましたが、今回よりドクターの指示がひとつの薬剤だけジェネリック×がついていたのに気がつかず、前回と同様の入力をしてしまいました。	入力時、まずは、ドクターの指示、ジェネリックの不可を確認してから入力するように徹底します。	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	薬剤取違いとのことであるが、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
4	副作用歴があるため先発を希望している患者だが、GEで入力、GEで調剤鑑査されていた。投薬時に気づき先発にして渡した。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名モーラス パップ30mg  間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	一般名入力を間違えました。	前回の入力をそのまま引っ張ってしまいましたが、今回より一般名処方に変っていたことに気がつきませんでした。	前回までの薬剤名と変わっていても今回より一般名で処方されてくる場合も多いので確認の上、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	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
6	「一般名」の外用剤を読み間違いそうになった。外用薬の採用包装単位による計数間違い	思い込み 処方せんの見間違い	外用薬の一般名処方の研修会を開いた。	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 販売名アンテベート軟膏0.05%  間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、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
7	後発品希望があったが先発品で調剤	単純なミス思い込み	入力時に、先発品で変更がなかった医薬品に丸印をつけて、調剤もミスしないように注意喚起する。カセッターに後発医薬品、先発医薬品の薬品名、マーカで線をひくなど目立つようにする。	確認を怠った連携ができていなかった その他思い込み ルールの不備	処方された医薬品 販売名未記載  間違えた医薬品 販売名ポラミン錠2mg	薬剤取換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。
8	12公費の生保の患者で ジェネリックご希望だったので 前回と同じようにジェネリックで入力してしまいましたが、今回よりドクターのジェネリック不可のチェックがついていたので 先発品で入力するべきでした。		処方箋のドクターのジェネリック不可の指示を毎回しっかり見て、前回の入力を引用する場合と今回より変更の場合とよく確認してから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	薬剤取換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。
9	処方入力で医薬品入力の間違いをしてしまった		入力でも一文字監査行うようにする	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 販売名未記載	薬剤取換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	広域病院の処方せんをFAXで受け付けた。ジェネリック希望の方で、内服薬はジェネリックに変更している。今回新たに内服薬2種と以前に処方歴があったロキソニンテープ100mgが追加となった。以前もロキソニンテープはジェネリックへ変更していたため、ジェネリックへ変更するようにして処方せん監査を終える。その後調製された薬剤を鑑査するときに、薬歴の表書きを再確認すると「貼り薬は先発希望」と記載があったことに気が付く。調製をやり直した。	ジェネリック希望の方には表書きの右上に「GE」というマークをつけていた。今回の「貼り薬は先発希望」はその下に記載があったが処方せん監査の時には目に入らなかった。 注意力散漫		確認を怠っ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 販売名ロキソニンテープ100mg  間違えた医薬品 販売名未記載	薬剤取違いとのことであるが、販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
11	一般名処方を入力を間違えました。	前回の入力をそのまま引っ張ってしまいましたが、今回より一般名処方に変っていました。	前回の処方入力で引っ張れるものがあったても一般名処方に変っている場合があるので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	薬剤取違いとのことであるが、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	繁忙時、該当患者の次の患者の分の薬剤情報文書が混入。本人の分は漏れなく交付。投薬時患者が見慣れない薬の写真があり判明しその場で抜いて正しくお渡し。	単純なミス薬情が次の人の分と重なっていることに気づかず。当該患者も複数枚の薬情があり枚数に疑いを持たなかった。	薬情は一度1枚ずつすべて確認しての交付ルールの徹底。籠の入れ替えも起こさないよう処方箋を一番上に置くルールも今後徹底する。	確認を怠った勤務状況が繁忙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。
2	ある患者のお薬を別の患者の薬袋に間違えて入れてしまった。	多忙中であり、投薬時の確認を怠った。 焦り 注意力散漫	多忙中でも、お薬ごと、名称、規格、剤形、メーカー名の確認して手渡しするよう心がける。	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教育・訓練		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	用法“お貼り下さい”を“お塗り下さい”で入力。	入力コードの入力誤り。“82124(患部にお貼り下さい)”を“81124(患部にお塗り下さい)”と入力してしまった。	入力後、画面を必ずチェックする。	確認を怠った判断を誤った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	手帳が別の患者のものに入れ違いになっていることに気付いたが、すでにお渡ししてしまった後だった。自宅まで伺い正しい手帳をお渡しして謝罪した。	調剤室にまわってきた時点で手帳が入れ違いになっていた。一人目の監査の時には気づかずそのまま投薬。2人目の時に判明。忙しい時間帯で併用薬のチェックでおかしいなと思いつつ入力してしまっていた。	入力、監査のときに患者の名前の再確認	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		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
5	おくすり手帳の記載シールが患者本人のものではなかった。	単純なミス 焦り	投薬時は手帳、シールも確認して押印する。	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。
6	コメント食後30分と入力忘れ	確認を怠ったため	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。
7	コメント入浴後のところ入用後と入力	確認を怠ったため	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。

製造販売業者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
8	日付コメント入力忘れ	確認を怠ったため	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	コメント1回に20ml.程度使用の入力忘れ	確認を怠ったため	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。
10	服用時点処方なしのところありと入力	確認を怠ったため	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。
11	コメント1回10滴入力忘れ	確認を怠ったため	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。
12	吸入剤の用法の入力を間違えました。	前回の吸入剤の用法入力間違えていたのに、そのまま引っ張ってしまい、見直す必要があったのに怠ってしまいました。	前回と同じ入力でも、思い込みではなく、新たな目で一つ、一つ確認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。
13	受付番号が前後の患者のお薬手帳シールを反対の患者の手帳に貼って交付してしまった。監査も投薬者も気付かず、そのまま投薬印を押してお渡し。翌日気付いた片方の患者から電話連絡をもらって判明した。	注意力散漫	準備の際、事務方は後から印字されるシールを調剤室内の薬剤師に渡す際に確実に名前を伝える。監査・投薬者は処方箋・薬情・薬隊・手帳の名前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 仕組み		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
14	お薬手帳のシールを違う患者の手帳に貼付し、間違った相手に交付した(手帳を渡した患者はその日手帳を忘れていた)	薬は患者毎にトレイで区別しているが、お薬手帳がトレイから出されており誤って手に取り、貼付したと思われる。他の薬局から薬をもらっておらず、自分の薬局のシールしかないことを確認し満足してしまったことも要因	手帳は自分の薬局でしかもらっていない場合も前2~3ページは確認すること	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った)		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
15	朝・夕食後のところ朝食後就寝前と入力	確認を怠ったため	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。

製造販売業者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	用法の入力を間違えました。	整形外科で貼付剤が処方されていたのに塗布剤の用法で入力してしまいました。	貼付剤と塗布剤の用法入力は、コードが似ているので間違えない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。
17	一般名処方の入力を間違えました。	前回と同じ処方だったので前回通り、そのままジェネリックで入力してしまいましたが、処方箋には今回より一般名で記載されていたので一般名処方の入力からジェネリックに変更入力するべきところを気が付きませんでした。	前回と同じ処方に見えても、ドクターが今回より一般名で処方してきている場合があるので入力時、処方箋をよく見て気を付けます。	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。
18	2名分の処方を1枚にまとめて入力	名前の確認を一枚ずつ行う事を怠ったため	一枚ずつよく確認をします	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。
19	漢方薬の服用方法の入力を間違えました。	漢方薬なので「分3 毎食前」で入力してしまいましたが、今回より「分3 朝昼食前・就寝前」に変わっていました。	漢方薬の場合、食前だと思いがちですが、同じ分3でも服用法が変わっている場合があるので確認を重ね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。
20	用法で部位の入力を間違えました。	前回と同じ湿布薬だったので入力をそのまま引っ張りましたが、今回は部位が変わっていました。	一見、前回と同じ入力に見えても部位など詳細をよく確認してから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。
21	正 不均等投与誤 不均等し忘れ	入力がたて続けであったことと、混んでいて焦りがあった。同じ薬が2つあることに気付かず、QRで読み込んだまま、最後の確認でも見落としてしまった。	入力する前に処方箋全体に目を通し、同じ名前の薬があるか先に確認してから入力を始める。	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。

製造販売業者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
22	患者から処方箋とお薬手帳を預かり調剤した。内容が多く、FAXなしの持ち込みで揃うまで待たれる。他の患者の調剤も平行して行ううち、お薬手帳を他の患者の処方と一緒に渡してしまった。患者本人からの指摘で紛失に気付いたが、間違えて渡したと思われる他の患者の電話連絡先が失効しており確認が取れなかった。個人情報に厳しい方で、手帳が見つかったら破棄するよう了承を取った。翌日400km離れた土地から件の他の患者より違う手帳が入っていたと連絡があり、破棄していただくようお願いした。	間違えて渡した他の患者の家族は事前に手帳を持参していないことを伝えていた。渡した後もそのことは覚えていたが間違えて渡した時は失念していた。最初の患者が待つ間、他の処方が溜まってしまい急いでいて確認を怠った。	ゆとりを持って確認をするよう心がける。	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		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
23	2名の処方箋を1名で入力し、調剤、監査し、施設に届けた。配達後、処方箋のチェックを行って調剤過誤を発見し同日、2名分の薬を作り直した。	屯用の処方薬が同じであったため、患者名の確認を怠った。監査時確認が十分でなかった。	印字された患者名も調剤者と鑑査者でダブルチェックを徹底する。コンピュータ入力時、複数枚処方せんがあった場合、患者名を必ず確認する。処方薬から疑義が生じたら再度確認する。薬歴と処方せんの患者名が間違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 その他確認不足。思いこみ。		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
24	お薬手帳を持参した患者と同時刻に来局されたお薬手帳を持参しなかった患者へ、別人のお薬手帳に記録シールを貼付し、交付してしまった。	監査、投薬時の確認不足。	事務担当が手帳シールを名前を確認して仮止めしたのち、薬剤監査者が押印時に手帳の名前を再確認するダブルチェック体制とする。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった 教育・訓練		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
25	正:腹誤:腰	見間違いと確認漏れです。	漢字を部首で区切るを定着させます。	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。
26	双子の男の子。初めて来られた人なのに、もともとあった別の兄弟で入力し、調剤した。			確認を怠った患者側		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
27	処方薬 6剤のうち、3剤について薬が不足していたと1ヵ月後に来局し、苦情をおっしゃった。在庫管理上は全く問題なく、在庫数量が一致していたため、交付の間違いはなかったと判断した。今回不足の薬をお渡しし、次回から1包化してお渡しすることを提案し、それで良いと承諾された			記録などに不備があった その他痴呆症の患者への対応 教育・訓練		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
28	朝食後・夕食後の薬袋を間違えて入れてしまった。	分包している薬などもあり、確認を怠った。	作成前の処方監査。患者家族と一緒に確認してから入れる。	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。