

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						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	<p>60歳代男性に泌尿器科から発行された処方せんを受けて受けた。処方内容は、Rp1.ザイティガ錠250mg1錠分1×14日分朝食後服用, Rp2.【般】セフジニルカプセル100mg3カプセル分3×7日分毎食後服用であった。ザイティガ錠の用法・用量は「プレドニゾンとの併用において、通常、成人にはアピラテロン酢酸エステルとして1日1回1000mgを空腹時に経口投与する。」とされているが、処方ではプレドニゾンの併用は行われておらず、また投与量も250mgと通常の1/4の投与量となっている為処方医に疑義照会を行った。処方内容をRp1.ザルティア錠5mg1錠分1×14日分朝食後服用, Rp2.【般】セフジニルカプセル100mg3カプセル分3×7日分毎食後服用に変更するとの回答あり。この患者は当薬局を利用するのがはじめての方であったため、初回の問診を行った。</p> <p>→背景・要因欄へ</p>	<p>ザルティア錠とザイティガ錠という、どちらも泌尿器疾患に対する医薬品であり、名称が似ていることから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。またザルティア錠を投薬する際に、その禁忌事項の確認が抜けていたことが重なったことも、この事例の発生要因と考える。</p> <p>→その際、お薬手帳の提示があり、抗血小板剤のプラビックス錠等を併用中との申し出があった。詳細を確認した所、今年7月に脳梗塞を発症し、現在治療中であるとのことであった。ザルティア錠は「脳梗塞・脳出血の既往歴が最近6ヶ月以内にある患者」には禁忌とされていることから、処方医に再度疑義照会を行った。処方内容をRp.【般】セフジニルカプセル100mg3カプセル分3×7日分毎食後服用のみとし、今後の検査結果をみて排尿障害治療薬の投薬を検討するとの回答があった。</p>	<p>(1)ザルティア錠とザイティガ錠の選択間違い：平成25年6月にヤンセンファーマ(株)より「ザイティガ錠とザルティア錠の販売名称類似による取り違えのお願い」の文書が配布されたが、医療機関内における注意喚起が十分でなかった又は対策が十分に取られなかった可能性がある。当薬局では「PMDAメディナビ」に登録を行っており、この文書を受け取っており、以前から薬局内で情報の共有を行っていたので、調剤を実施することなく対応できた。今後も、PMDAメディナビからの情報で医薬品の適正使用に関する情報には注意し、薬局内で情報の共有を続けたい。</p> <p>→発生要因欄へ</p>	<p>確認を怠った</p> <p>→(2)ザルティア錠の禁忌事項の確認：処方された医薬品の禁忌事項についての確認は、薬局・薬剤師の重要な役割の一つである。処方内容や併用薬(お薬手帳)の情報から禁忌事項に該当すると考えられる場合には、必ず疑義照会を行ったうえ、疑義が解消してから調剤を行うようにする。(3)疑義照会の回答について：疑義照会の回答の内容についても、その内容に問題があれば再度確認を行う等、十分に検討の上、調剤を行うが重要である。その際には、疑義の内容を明確に伝え、代替案を準備する等の配慮も必要となる。</p>	<p>処方された医薬品販売名ザイティガ錠250mg</p>	<p>ザイティガ錠(去勢抵抗性前立腺癌治療剤)とザルティア錠(前立腺肥大症に伴う排尿障害)の名称類似については、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。</p> <p>しかしながら、薬剤取違え事例等が複数報告されており、いずれも泌尿器科用薬で、販売名が類似していることを鑑みると、注意喚起内容をより充実させた情報提供をあらためて行う必要があると考える。</p> <p>また、今後も同様事例を注視し、発生件数に応じて販売名の変更といった対応も必要であると考えられる。</p>

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

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	アレロック錠5 5mgと処方されていたが、鑑査時にアテレック錠5mgが出ているのに気づかず、患者への投薬前に別の薬剤師が気づくことができず誤交付を防げた。	鑑査時の注意力不足や焦りなどがあり、薬剤の間違いに気づくことができなかった。	鑑査時にコピーの処方箋に対して名称の部分に下線を引きながら、薬剤を確認する。薬剤自体の名称・規格にも注意していく。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アレロック錠5 間違えた医薬品 販売名アテレック錠5	アレロック錠とアテレッ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。
2	処方箋のアレロック錠を投薬するつもりが、アテレック錠を調剤して投薬しかけた。投薬時に別の薬剤師が処方箋内容と患者説明を行った際に過誤に気づき、アレロックに変更して渡した。	単純なミスと焦り	ピッキング時のチェックルーチンをひと手間かけて見直すこととした。	確認を怠った勤務状況が繁忙だった	処方された医薬品 販売名アレロック錠5 間違えた医薬品 販売名アテレック錠5	
3	薬情見ながら渡すとき アレロック5mgとアテレック錠5の間違えに気づき取り替えて渡す	単純ミス	薬歴にアテレック(血圧)とメモした	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 販売名アレロック錠5	

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

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
4	インベスタン錠1mgとイルベタン錠100mgを取り違えて調剤。最終鑑査で気付き交付には至らなかった。		調剤後の再確認を徹底。処方箋を最初から最後までしっかりみる。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名インベスタン錠1mg 間違えた医薬品 販売名イルベタン錠100mg	インベスタン錠とイルベタン錠の販売名類似については、インベスタン錠の販売名を「クレマスチン錠1mg「日医工）」に変更する対応がなされている。
5	一般名処方でロフラゼブ酸エチル錠1mg。採用薬であるロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」で調剤するところ、ロラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤。	ロラゼパム錠、ロフラゼブ酸エチル錠どちらも全規格を採用している。処方頻度が多い薬剤のため、向精神薬棚に在庫している。棚の設置順はあいうえお順で統一しているため、ロラゼパムとロフラゼブ酸が続いた並び。名称が似ている為、注意が必要であると認識していた(調剤薬も鉛筆で記入していた)にも関わらず間違えた。	両薬剤の同規格である1mg錠を前後にならないよう配置換えを行った。名称が似ているが、メーカー名まで声に出していれば気付けたはず。ダブルチェック時の鉛筆チェックも行っていたが、気付かなかったことはやっぴいなに等しい。流れ作業のような〇付けになっていないかスタッフ同士で確認し合う時間を作る。	判断を誤った 医薬品	処方された医薬品 販売名ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」 間違えた医薬品 販売名ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違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。
6	マイスタン錠10mg1錠 就寝前28日の処方であったが、お薬手帳の記録は前回他薬局にてマイスリー錠5mgが処方されていた。患者に確認したところ同じ薬を増量する旨、医師より説明があったとのこと。疑義照会の上、マイスリー錠10mgに変更になった。	電子カルテで薬剤選択を似た名称の薬と間違えたと思われる。電子お薬手帳のため預かって事前に確認することはできなかったが重要性を再確認した。		その他処方薬の印字違い コンピュータシステム 仕組み	処方された医薬品 販売名マイスタン錠10mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠10mg	マイスタン錠とマイスリー錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
No	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
7	今までと違う病院に変わったため、初診で次回受診まで前医の所で貰った薬が足りなくなる為同じ薬を処方してもらった。用法に服用日の記載が無い、メトトレキサートとフォリアミンが同日服用となっていた。メトトレキサートも用法が違っていた。疑義照会し前回と同じ曜日、用法を確認し投薬した。		薬袋の確認、薬剤に関する知識をしっかりとつける。手帳の確認。	確認を怠った知識が不足していた	処方された医薬品 販売名メトトレキサート錠2mg「タナベ」 販売名フォリアミン錠	平成20年8月29日付薬食安発第0829001号通知「抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与(過剰投与)に関する医療事故防止対策について」、PMDA医療安全情報 No.49「抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与(過剰投与)について(その2)」より、医療機関等に注意喚起等しているところである。 しかし、その後も繰り返し発生している事例があることから、医薬品・医療機器等安全性情報No.344で再周知を行っているところである。
8	前回までノルバスク錠10mgであったところノルバデックス錠10mgで処方せんが印字されていたものを、事務員がそのままレセコンに登録。調剤時に薬剤師が気が付き疑義照会し交付前に正しい処方内容で調剤した。	病院のオーダーリングシステム入れ替えがあり医師が薬品の選択を誤ったものと思われる。	疑いのある処方箋は疑義照会する。	知識が不足していた	処方された医薬品 販売名ノルバデックス錠10mg 変更になった医薬品 販売名ノルバスク錠10mg	ノルバ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→VG誤→V	手入力の際、「V」と「VG」があることを知らず、確認不足のため、選び間違いを発見できませんでした。	「V」と「VG」があることを頭において、入力の際も注意深く確認します。	確認を怠った 知識が不足していた	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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。
2	規格2.5mgを0.625mgで入力。	新規で3枚一包化の入力。その後に患者の来局が続ぎ、焦ってしまい規格チェックがもれた。	焦らない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だっ た	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名未記載	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。
3	薬剤の規格の入力を間違えた。	前回とほとんど同じ処方の中で ひとつだけ薬剤の規格が変わっていたのに気が付かなかった。	規格が数字ではないものもあるので よく確認するように気を付ける。	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	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。
4	正→10mg誤→5mg	Doで入力した際に、今回と前回の処方で規格が変わっているのに気付かず、見落としてしまった。	Doでの入力時も、細かく印をつけながら、規格も注意して確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名10mg 間違えた医薬品 販売名5mg	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。
5	外用薬の入力で軟膏とクリームを間違えた。	前回と同じ処方だと思い込み、軟膏で入力してしまったが、今回はクリームに変更になっていた。	成分が同じでも軟膏からクリームなど 変更になる場合があるので その都度、しっかり確認するように気を付ける。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名クリーム 間違えた医薬品 販売名軟膏	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「薬剤取換え」)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品 の情報		
1	似た漢方薬の名前で誤入力 患者帰宅後すぐに気づき未収分回収 薬は正しいものでお渡し済でした	入力者の見間違い		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 販売名ツムラ茵ちん五苓散エキス顆粒(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。
2	前回、先発薬で処方された薬を、後発薬でお渡した。今回は、変更不可のところへレ点のチェックが入っていたが、気がつかず、後発薬に変更して調剤。患者が後発薬では、効果不十分と感じ、医師に申し出て先発薬を希望したためと分かった。取替えた	後発薬に変更して、次の来局での、患者情報の収集が足りなかった。		確認を怠った 技術・手技が未熟だった その他後発薬 変更不可のレ点をつけられた ルールの不備	処方された医薬品 販売名クラリチン錠10mg 販売名ロコイド軟膏0.1% 間違えた医薬品 販売名未記載 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。
3	一般名処方ではないが、銘柄を変えないでもらいたいと、あらかじめ医師から連絡がある。メチコパールはそういう薬の一つだったが、うっかり安価な後発薬にかえて調剤してしまった。			判断を誤った その他医師が銘を指定 変更できない 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名メチコパール錠500μg 間違えた医薬品 販売名未記載	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。
4	一般名処方、患者は先発希望だった。散剤を後発薬で調剤したことに気がつき、交付時に取り替えた			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 ルールの不備	処方された医薬品 販売名ムコダインDS50% 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						PMDAによる 調査結果
事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品 の情報		
5	変更可の処方せんでムコソルバン錠処方。患者はジェネリック希望であったが先発品のままピッキング。	単純な判断ミス	ピッキング後の再確認を行う	判断を誤った 技術・手技が未熟 だった	処方された医薬品 販売名未記載 間違えた医薬品 販売名ムコソルバ ン錠15mg	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	一般名処方なのに薬剤名で先発品を入力してしまった。	ジェネリック不可の患者でしたが、病院がいつもは、先発品で処方してきていたが、今回は、一般名で処方してきたので一般名入力するべきところを前回と同じ先発品で入力を引っ張ってきてしまった。	病院は、いつも通りの薬剤でも ある時から一般名処方に変更している場合があるので 入力時は、よく見て気を付ける。	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。
7	ポピドンヨードゲルをポピドンと読んでしまった	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 販売名ポピドン ヨードゲル10% 間違えた医薬品 販売名ポピドン	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。
8	一般名処方ジェネリックを選択するべきところを先発品で入力してしまった。	一般名処方でしたが、処方箋上でドクターの指示が『PF点眼液希望』とあったが、よく意味を考えずに患者がジェネリック不可の方だったので 先発品で入力したが、正しくはジェネリックを選択するべきだった。	処方箋上の指示は、見落とさないように また、意味をよく理解した上で わからなければ薬剤師に聞いてから入力するように気を付ける。	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					PMDAによる 調査結果	
事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品 の情報		
9	先発品で入力するべきところをジェネリックで入力してしまった。	ジェネリックご希望の患者だったのでジェネリックに変えられるものはすべて変換してしまったが、ひとつだけドクターの『×』があったので先発のまま入力するべきだった。	ジェネリックご希望の患者でも 処方箋のドクターの指示をよく見て確認するように気を付ける。	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						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	コメント「6時間あけて」の入力忘れ	確認を怠ったため	よく確認する	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	散剤の入力を間違えた。	一包化の中で散剤が3種類あったが、処方箋通り、それぞれ単独で入力した。正しくは、混合で入力するべきだった。	病院によって一包化の指示の中に混合の指示がない場合があるが、薬歴をよく見て内容を判断して入力するように気を付ける。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
3	用法の入力を間違えた。	同じ薬剤の場合、用法をまとめて入力するべきところを 処方箋通りに入力した。	一包化で薬剤が多い場合、用法の入力を間違えないように気を付ける。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
4	80歳代の男性に内科から発行された処方せんを●月中旬に受け付けた。処方内容の一部にイグザレルト錠15mg1錠分1×朝食後服用があった。服薬指導時に出血の副作用の初期症状と気になる症状があれば電話を入れるよう説明を行った。●月末に便秘の症状があるとのことで電話相談あり。2日に1回排便があるとのことで、腹痛や腹部膨満感などなければ心配ない旨説明した。翌月上旬に2日に1回は排便があるが、便が硬く下着に少し血が付くとの電話連絡あり。少し様子を見て、出血の頻度や量が多くなる、便が黒くなる等あれば、連絡を入れるよう指導した。その月中旬に便が黒くなっているとの電話連絡あり。まず主治医に電話で相談した後できるだけ早く受診するよう勧めた。翌日処方せんを発行した医療機関を受診し、貧血が判明した。入院の必要はないが、来週輸血治療を行うことになったとのことであった。	副作用の相談を継続に受けていたが、「下着が血で汚れる」との報告を受けた際に、すぐ受診を勧めていれば、重篤な副作用の発現を未然に防ぐことができたのではないかと反省している。	副作用の相談を受けた際には、症状の有無により最悪の状況を想定し、早めに対策を取るよう患者に勧めることも重篤な副作用を未然に防ぐ為には必要であると考えます。	患者への説明が不十分であった(怠った)	関連医薬品 販売名イグザレルト錠15mg	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」)

No	事例の内容	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
		背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品 の情報	
5	外用薬の用法入力を間違えました。	アラミスト点鼻薬の用法をいつものように大人の用法で入力してしまいましたが、患者様の年齢が12歳の子供だったので『1日1回両鼻へ点鼻 1噴霧ずつ』入力するべきでした。	アラミスト点鼻薬のお子様の入力の場合は、用法入力を気を付けます。	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。
6	1日1~2回の処方を入力して1日1回と入力してしまった。	足し算確認を行ったあとに「1日1~2回顔に塗る * 顔の傷」というところを「1日1~2回患部に塗る * 顔の傷」というように入力しなおそうと思ったところ、「1日1回患部に」を選択してしまった。	足し算確認を行った後に、数量に関する部分を訂正した場合、再度足し算確認を行う。	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	往診患者の薬を毎週月曜日に訪問してカレンダーにセットする患者。祭日のため次回訪問が1日ずれたが、勝手にヘルパーが毎日入っていると思い込み、残薬を患者宅に置いておけば他職種がセットしてくれると思い込み、特に相談・報告するでもなく訪問日を火曜日に設定。実際には他職種も祭日は一切患者宅に入らないことが分かり、祭日当日分の薬が飲めなかった	複数の職種が入れ替わり立ち代わり訪問している患者だったため、勝手に祭日でも誰かしら訪問するだろうと思ひこんだこと	連携ノートなどを設置し、他職種の動きを知り、連携を図る	連携ができていなかった 知識が不足していた その他連携不備 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。
8	次の患者のお薬手帳を渡してしまう。(2冊渡す)次の患者に渡す時にお薬手帳がないことに気付く	次の患者のお薬手帳と一緒にかごに入っていて、袋と一緒にいれて渡してしまった。	手帳は必ず名前を確認する。薬歴加算がA B Dを確認する。	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。
9	軟膏の塗布部位の入力ミス	処方せんの見間違い	処方箋と入力画面の確認をきちんとする。	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。
10	分1朝食後を分3毎食後で入力。	キー操作ミス。慌てていて入力後の確認がもれた。	入力後必ず指差し確認をする。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製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」)

No	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
	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
11	他人の薬情も一緒にお渡ししてしまった。			確認を怠った 諸物品		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
12	痛時を疼時で入力。	トウツウジ“疼痛時”の変換後、疼の文字を削除するところ、誤って痛の文字を削除してしまった。	入力後、指差確認をする とともに、二度チェックする。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
13	家族二人で来局したが、誤って一方のみの処方として入力、調剤、鑑査。投薬は後日のため取り置き。他方が薬を取りにみえ、その際その方の新規処方が入り、投薬前に判明し修正した。			確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
14	処方内容を誤って重複して入力計算していた。調剤録の鑑査を怠り、そのまま投薬。		事務員入力時の確認はもちろん、投薬時にも投薬薬剤師が調剤録を確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
15	コメント朝と眠前の2回にしますの入力忘れ	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。
16	入力ミス	単純なミス	再確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	関連医薬品 販売名ネキシウム カプセル20mg	販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
17	正→貼付剤 お貼りください誤→塗布剤 お塗りください	用法入力時、間違っで選択したまま、最後の内容確認の際も見落としてしまった。	処方箋に、用法の記載が具体的にない場合、自分で書き込みをし、声を出して確認のチェックをする。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製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						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	
18	患者本人より「持って帰った手帳が他人のものでそこに自分の薬の内容のシールが貼られている」と電話あり。順番が前の患者の手帳といれかわっていたことに気が付いた。すぐにご自宅に伺い、おわびし、間違ってお渡ししていた手帳を引き取り正しいものをおわたした。入れ違っていたもうおひとりの方はまだ薬を取りに来ておられず手帳もそのままおあずかりしていたためお渡し前に正しいものに直せた。				確認を怠った	販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
19	違う患者の薬情が間に挟まっていた	文章の名前の確認不足	薬情・明細の名前を一枚ずつ確認する折った裏側から明細の名前を確認する		確認を怠った	販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
20	別の方のお薬手帳に貼って渡してしまった。でも薬局を出たところだったので回収した。				確認を怠った 連携ができていなかった	販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
21	正→お貼りください誤→お塗りください	用法入力時、間違って入力したまま、最後の内容確認の際も見落としてしまった。	入力時に印をつけ、確認の際に目立つようにしておく。		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。
22	用法をからだとするところを患部としてしまった	QR入力	確認の際見落としのないようにする		確認を怠った	販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
23	お薬手帳の渡し間違い	頭文字1文字が同じ苗字である「OA」と「OB」という患者2名が続けて来局されたとき、OAに名称変更の薬があり、それに気を取られていて、OBのお薬手帳がかごに入っているのに気付かずそのままOAに渡してしまった。OAはお薬手帳を持参していなかったが、患者は何もいわなかった。OBの投薬時手帳が無いのに気付いた。	患者から手帳を受け取り調剤かごに入れる際、誰の手帳か声を出して確認する。シールを貼る際及び投薬時にも必ず氏名の確認を怠らない。		確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった	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」)

No	事例の内容	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
		背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
24	正:腰 腹 背誤:胸 腹 背	辞書登録を使用した。胸腹背両上下肢の両上下肢を削除し、胸を腰に直さなかった。胸との思い込みもあった。	まったく同じでない場合は、辞書登録を使用しないようにする。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
25	正:めやに誤:みやに	パンチミスとチェック漏れ。	自分で手入力したものは一文字ずつ確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
26	渡薬後に患者本人よりTELあり。「こないだの薬を今飲もうとして開けたら、朝の袋に夕、夕の袋に朝が入っていました。」入れ間違えてしまったことを謝罪して、正しい用法に訂正した。	薬袋の確認不足による入れ間違え。	現物と薬袋をよく照らし合わせる。	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。
27	同じ時間帯に2名の患者の処方せんFAXが届いた。医療機関と日数が同じ、どちらも一包化の処方せんであった。受け取った事務スタッフが同一患者の処方せんと思い、1つのトレーに入れて処方監査に回した。処方監査を行った薬剤師も間違いに気付かず監査終了し、調製と入力開始。一包化調製を終了しその他の薬剤(PTPでお渡しするもの)の調製を行おうとした際に、2枚の処方せんの患者名が異なることに気付いた。	処方せん受付時、処方監査時、調製時いずれの段階においても患者名の確認が洩れてしまった。共通項目が3点もあったことで、同一患者からの処方せんと思い込んでしまった。		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。
28	分1寝る前を分1朝食前で入力。	入力コード114(寝る前)でキー操作したつもりが、111(朝食前)と操作していて、そのまま入力確定してしまった。	入力後の画面チェックを徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
29	お薬手帳を渡し忘れ、お届けした			確認を怠った 技術・手技が未熟だった ルールの不備		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。

製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」)

No	事例の内容	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
		背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	
30	他の患者の服薬情報提供書を渡してしまった。患者本人からの電話で判明した。深く謝罪し他の患者の服薬情報提供書については処分していただくよう伝えた。	薬や文書を入れる籠に2人の服薬情報提供書が入っていたが、きちんと確認せず渡したため一緒に入っていることに気づかなかった。同じ時間帯かはわからないが、他の患者の服薬情報提供書を他の薬剤師が探していたがそれも確認しなかった。	忙しい時間帯も、きちんと文書を確認して渡すように心がける。まわりの状況を確認しながら仕事するように心がける。	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。
31	正:塗布誤:点眼	処方箋に塗布と書き込み注意するようにしていたが、確認が漏れた。	書き込みと画面を見比べて確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
32	正:5日目～誤:4日目～	漸減入力で始め4日目～で入力していたが、正しくは5日目である事を確認し、修正2か所を1箇所しか直しなかった。	直したところだけでなく、服用時点の枠を広げて全体を確認する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
33	お薬手帳に医薬品情報を記載するところで、他の患者の情報を記載してしまう。	2名来局されていて、お薬手帳の情報の貼り付けを取り違えてしまっていて、監査者の確認不足で単純なミスである。	監査者に以後気を付けるよう注意喚起している。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
34	小児の薬を家族にお渡し。帰宅後別の家族から本日の内容がお薬手帳に貼られていないと電話あり。電話中に前のページの空いたスペースに貼られていることを電話中の家族が発見。	お薬手帳を貼るときの間違えと、交付時の確認を怠った要因が重なった。	シールを貼って空いてしまったスペースには斜線をひく	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。
35	内服薬で入力するべきところを頓服薬で入力してしまった。	前回と薬剤が同じだったので 用法も同じだと思い込んでしまったが、今回は、頓服で処方されていた。	内服と頓服では、調剤料が違うため お会計に関係してくるので 必ず確認するように気を付ける。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
36	正:塗る誤:貼る	一時保存し、他の処方箋を先に入力した。一時保存するとQR読み込みができなくなる為、手入力した。無意識に貼るで入力してしまった。	QR読み込みができなくなった時、一度受付削除し、新規検索からQRで入力する。	確認を怠った		販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。