

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
 (薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
1	スピオルトレスピマツト60吸入のところ、スピリーバ2.5μレスピマツト60吸入で交付してしまった。	類似している名称であり、最初の2文字で確認するのをとめ、そのまま交付してしまった。○注意力散漫	処方せん、薬情と照らし合わせ、間違いがないかを確認してから投薬を行うようにする。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入	確認を怠った		医薬品		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等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検討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
 (薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
2	処方薬がアレロック錠5mgだったが、アテレック錠5mgを調剤、投薬した。アテレックのシートに高血圧薬と記載されていたため、患者家族がおかしいと疑問をもち、薬局に問い合わせがあった。	名称が類似していたため、感覚で監査していた。	一文字一文字注意して確認する	アレロック錠5	アテレック錠5	確認を怠った				アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違い事例等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。
3	名称が似ていたための間違い	確認を怠った。作業手順の不履行。注意力散漫	スピリーバの引出に、「それはスピオルトではないですか」というメモを貼った。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等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検討しているところである。
4	薬剤の取り間違い	薬品の名前が似ている為	注意してピッキングする	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入	スピオルトレスピマツト60吸入	判断を誤った				スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等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検討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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
5	『スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入150μg』記載の処方箋を受付け。調剤時に薬剤師Aが誤って同じ棚で隣のスピオルトレスピマツト60吸入をピックアップした。監査時に薬剤師Bが違う薬の調剤に気付き発覚。	・同じメーカーの商品の為、薬剤がどちらも類似していた。・薬剤師Aがピックアップした吸入薬の名称をしっかりと確認していない。・薬剤を『あいうえお』順でしまっているため、名称が類似した薬が隣通しであることや薬棚に注意喚起のポップがなかった。☒ ○単純なミス	・ピックアップ時に処方箋を持って、ピックアップした薬とモノが合っているかを確認する。・類似名称の薬がある場合は薬棚に注意喚起のポップをつける。	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入	スピオルトレスピマツト60吸入	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等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検討しているところである。
6	調剤者が間違えてピックアップしたものを名前が似ているためそのまま監査をスルーしてしまった。在宅訪問配薬時に担当者が気付く。	名前が似ており、吸入数も同じだったので思い込みでしっかり監査ができていなかった。	しっかり商品名を確認する。	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入	スピオルトレスピマツト60吸入	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等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検討しているところである。
7	プラビックス、タケキャブの処方が今回よりタケルダ配合錠へ変更となっていたが、タケキャブで調剤した。鑑査・交付時も気が付かず患者に渡ってしまった。患者より薬が変わったはずと問い合わせがあったが、タケキャブのままと回答。その後、医療機関より指摘を受け間違いが発覚した。	思い込みによる調剤にてピックアップミスを誘発。鑑査、投薬した薬剤師も間違いに気が付かず、患者からの聞き取りもきちんに行わなかった。患者からの問い合わせ時も繁忙時であったため確認を怠った。	類似名称の医薬品の注意喚起を徹底する。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠10mg	確認を怠った 患者への説明が不十分であった (怠った)	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	医薬品		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファクター	環境・設 備機器	その他	
8	ルパフィンとルセフィの取違.	棚が隣であったため取違発生した. 似た名称だったため.	直ぐに棚の位置を変更する.	ルパフィン	ルセフィ	連携がで きていな かった	勤務状況 が繁忙 だった	医薬品 施設・設 備		ルパフィンとルセフィの販 売名類似については、薬 剤取違い事例等が複数報 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。
9	一硝酸イソソルビド錠20ミリグラムと硝酸イソソルビド徐放錠20ミリグラムの取り違い	名称の類似した品目の取り違い	監査の徹底。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	確認を 怠った	知識が不 足してい た			硝酸イソソルビドと一硝 酸イソソルビドの販売名 類似については、薬剤取 違い事例等が複数報告さ 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こ ろである。
10	調剤録チェックしていたところ、2日間の処方箋の入力で一硝酸イソソルビド錠20mgを硝酸イソソルビド徐放錠と入力して、そのまま、調剤して、アイトロール錠20mgではなく、フランドル錠20mgをわたした。	硝酸イソソルビドが2種類あることを知らず、フランドル錠しかないと、思いこんでいた。	調剤録、薬品の監査をきちんと行う。似た名称についてはきちんと、チェックする。	アイトロール錠20mg	フランドル錠20mg	判断を 誤った	知識が不 足してい た	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝 酸イソソルビドの販売名 類似については、薬剤取 違い事例等が複数報告さ 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
 (薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
11	【正】 ロフラゼブ酸エチル錠1mg →メイラックス錠1mg 【誤】 ロラゼパム錠1mg→ワイパックス 錠1mg	処方入力	入力では、類似している一般名処 方の時は、一文字ずつ指差し確認 を徹底して行う。初期監査では、 一文字ずつの監査を徹底して行 う。最終監査では、一般名処方 の時は特に注意を払って監査を行 う。薬剤交付では、服薬指導時に 処方箋と薬情の内容一致を確認し ながら指導する。	メイラックス錠1mg	ワイパックス錠1.0		勤務状況 が繁忙 だった 通常とは 異なる心 理的条件 下にあっ た	施設・設 備		ロラゼパムとロフラゼブ 酸エチルの販売名類似に ついては、薬剤取違い事 例等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。
12	類似名称品間違い。(在庫チェッ ク時発見のため患者様への交付 無)	施設処方5件分を限られた時間で 作らなくてはならず、焦ってい た。一包化だけでなく、色線引 き、別包など注意事項が多く気を 遣う調剤だった。	該当患者様の申し送り事項に今回 のヒヤリハット事項を入力し、事 務を含め注意喚起することでス タッフ一丸となり注意する体制づ くりをした。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」		勤務状況 が繁忙 だった	医薬品		ロラゼパムとロフラゼブ 酸エチルの販売名類似に ついては、薬剤取違い事 例等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
(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	関連医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
13	テオドール錠200mg 1錠 分1 7日分のところ、テグレトール錠 200mg 1錠 分1 7日分で調 剤。監査時に気づき、交付には至 らなかった。	○処方せんの見間違い○注意力散 漫	名称の類似や、複数規格の採用が ある医薬品をしっかりと把握し、事 前にミスが起こりやすいポイント という認識を持ち調剤に臨む	テオドール錠200mg g テグレトール錠200 mg	確認を 怠った	勤務状況 が繁忙 だった			テオドールとテグレトール の販売名類似については、薬 剤取違い事例等が複数報告さ 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。
14	処方箋をもって来局。今回より病 院を変えた。しかし、内容は変 わってないはずと。いつもは、ノ ルバスク10mgで処方箋に記載 されているが、ノルバデックスと 記載されていたため、電話で確 認したところ、病院側も入力間 違いに気が付いたが、初診の患 者であったのでこの薬局かわら ず困っていたとのことで、正しい ノルバスクで処方を確認し、患 者には問題なく薬を交付した。	患者が初めての病院で、入力側 の何らかのミスにより生じた事 例と思われる。	日頃より、名前が似ているので 気を付けるようにとあった薬 剤なので気が付いたので、今後 も情報をチェックし、気を付け ていきたいと思う。	ノルバスク錠10mg				その他	ノルバスクとノルバデックス の販売名類似については、薬 剤取違い事例等が複数報告さ 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
(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	関連医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
15	一般名「硝酸イソソルビド」の処方 方で薬剤を選択する際にPmda医 療用医薬品情報検索で検索したと ころ、最初のページに「一硝酸イ ソソルビド」が表示されたため、 同じものと思い込んでしまった。 発注する段階で他の薬剤師が誤り に気付き、事なきを得た。	在庫のない薬剤の為、早く発注し ようとして一文字の違いを見落と してしまった。○単純なミス	一般名が類似の薬剤が多くあるた め、必ず一字一字確認し、レセコ ンに入力して誤りがないかも確認 する。	フランドル錠20mg	確認を 怠った	勤務状況 が繁忙 だった			硝酸イソソルビドと一硝 酸イソソルビドの販売名 類似については、薬剤取 違い事例等が複数報告さ 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。
16	一般名ロフラゼパ酸1mgが処方 されていたが、調剤録作成時に 誤って一般名ロラゼパム錠1mg を選択。GS1チェックはレセコン 用パソコンと連動している為、ロ ラゼパムをピッキングしてもエ ラーが出ず監査へ。監査時に調剤 録が間違っている事に気付き患者 に渡らずに済んだ。	一般名が類似している事が多く以 前から注意は払っていたが、十分 に確認できていなかったと考えら れる。☒ ○処方せんの見間違い ○単純な ミス	ピッキング時には取り間違いがな いよう名前札を大きくし、薬品棚 から一度引き出しを取り出さない と薬をとれないようにし薬品名の 再チェックを促すようにした。調 剤録作成時には選択間違いの多い 薬品の1つとして全員に周知さ せ、作成完了まで何度も確認す るよう徹底するようにした。	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg「日医工」	確認を 怠った		医薬品		ロラゼパムとロフラゼ パ酸エチルの販売名類似に ついては、薬剤取違い事 例等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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
17	カルボシステイン500mg 3錠分3 と同一処方内のアスペノンカプセル 20mg 3P分3に違和感を感じ、 疑義照会。アスペノンカプセル20 mgではなくアスピリン錠20mg の間違いであった。	類似名、同じmg数の薬剤の間違い であった。患者様からの症状の 聞き取りと用量のチェックにより 防止が可能。処方に疑いをもって 処方せんを見ること。		アスペノンカプセル2 0	アスピリン錠20		その他			アスピリンとアスペノ ンの販売名類似につい ては、薬剤取違え事例等 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。
18	今回処方薬：アスペノンカプセル 20mg、サワシリンカプセル2 50mg、プロムヘキシン錠4m g他 処方鑑査時に、処方内容よ りアスペノンカプセル20mg→ アスピリン錠20mgの処方箋入 力間違いが疑われたため、疑義照 会后、アスピリン錠20mgに 変更となる。	名称類似薬の処方箋入力間違い	引き続き、処方鑑査時に正確に鑑 査を行う。処方箋入力時に、頭文 字3文字以上で入力して頂くよう 医療機関に提案する。	アスペノンカプセル2 0	アスピリン錠20		その他			アスピリンとアスペノ ンの販売名類似につい ては、薬剤取違え事例等 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。
19	感冒を訴え頻脈性不整脈の既往の ない患者に対してアスペノンカプ セル20mgが3c分3毎食後4日 分処方されており、他に処方され ているものがクラリス錠200m gムコダイン錠500mgアレグ ラ錠60mgで鎮咳薬なかった 為、アスピリン錠20mgとの処 方オーダーミスを探し疑義紹介ア スペノンカプセル20mgからア スピリン錠20mgに変更とな った	システムによっては「アスへ」と 3文字目まで同じ名称となりえる 名称の似た薬剤であり、患者の日 本語会話が片言でコミュニケー ション不十分になりやすい状況で あった根気よく聞き取ることに より処方ミスに気が付くことが できた	似た名称の薬剤はオーダーミスが あるかもしれないとの心構えで監 査を行う複数言語での対応ツール を準備して患者訴えと処方内容の 食い違いを見逃さない	アスペノンカプセル2 0	アスピリン錠20			医薬品		アスピリンとアスペノ ンの販売名類似につい ては、薬剤取違え事例等 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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
20	<p>アスベリン錠20の処方であったが、直近の退院処方及び以前の定期処方ではアブリジン（アスペノン）であり、鎮咳薬と不整脈治療薬で効能も異なるため疑義照会したところ、正しくはアブリジン20の処方であればいけなかった事が判明。正しい内容で調剤した。</p>	<p>医師、あるいは病院事務員の入力間違い、確認不足。パソコン入力ならではのミスだと考えられる。アスベリンとアスペノンが似ているため。</p>	<p>病歴と薬効を十分に理解したうえで処方箋監査を行う。今回は退院処方が手帳に記載されていたので確認がスムーズにできたが、ない場合も口頭で変更の有無や医師との話をよく聞き取る事が大切である。</p>	アスベリン錠20	アスペノンカプセル20		その他			<p>アスベリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等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。</p>
21	<p>約2ヶ月毎に来局する患者。今回初めて「アテレック錠5mg」が分2で63日分処方された。糖尿病、高脂血症、高尿酸血症の治療歴はあったが、高血圧の薬は初めて処方された。患者への投薬で血圧の聞き取りを行ったところ、特に血圧は普段と変わらないとのことだった。今月から、花粉症点鼻薬と一緒に処方されていた為、担当薬剤師が「アレロック錠5mg」処方の誤りではないかと気づき、医療機関へ連絡を行った。処方医より、「アレロック錠5mg」の誤りであったと、薬剤が変更になった。</p>	<p>薬品名が類似していることが原因。</p>	<p>今回は、たまたま普段からご来局されている患者であったこと、同時に点鼻薬が処方されていたことなどより、既往歴からも注意して、患者に聞き取りを行うことが出来た。投薬の際、患者ごとに体調や検査数値の聞き取りは、とても重要で、急いでいる患者へは特に注意が必要である。類似名称の薬剤について、他にも「ヒヤリ・ハット事例」などを参考に従業員に調剤、投薬の際の注意と疑義照会を徹底していきたい。</p>	アテレック錠5	アレロック錠5			医薬品	<p>アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等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。</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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
22	スピオルトレスピマットとホクナリンテープが処方されていた。	スピオルトレスピマットは吸入時咳き込んでしまう。以前使用していたスピリーバレスピマットとホクナリンテープが良かったと本人から聞き取りをし処方変更になった。	薬剤名が似ているため処方医の入力間違いと思われる。入力時に3文字入力ではなく4文字以上で入力して頂く。	スピオルトレスピマット28吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	判断を誤った	その他	その他	その他	スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等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検討しているところである。
23	フルティフォーム125エアゾール(ICS/LABA)を定期使用中の患者さん。スピオルトレスピマット(LAMA/LABA)追加処方。LABAの成分重複があり、疑義照会。スピリーバ2.5μgレスピマット(LAMA)の処方を提案した。スピオルト削除、スピリーバへ処方変更となった。	定期薬の確認漏れ、合剤について成分の確認漏れ、名称類似による処方間違いなどが考えられる。	薬追加の場合は定期使用薬の確認。合剤については成分を確認、把握。名称類似品の把握。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入			医薬品	その他	スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等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検討しているところである。
24	定期薬のタケルダ配合錠と臨時薬のタケキャブ20で類似した効能効果を含む医薬品の重複であるため処方当日に病院に疑義照会を実施。医師確認したが処方変更ならず、そのまま交付。調剤日翌日患者本人より、タケキャブ20服用後に咽喉・肩の痛みがひどいと電話で連絡あったため、医師に再度疑義照会し、タケキャブ20服用中止となる。	処方に変更がなくても、薬剤師が疑義照会した際には、照会内容を患者本人にも伝え、体調変化があれば早めに薬局に連絡を入れてもらえるような対応を心掛ける。	患者、医師との普段からのコミュニケーション、ちょっとした体調の変化でも相談しやすい対応をする。	タケキャブ錠20mg				医薬品		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
25	脳神経外科の処方せんを持ってきた。今までテグレート100mgを服用していたが、今回テオドール100mgの処方が出ていた。咳や呼吸苦などの症状もなく、医師から変更の話もなかったとのことだったため疑義照会し、入力の間違いであることが判明した。	病院側の入力時の間違い。同じ100mgで読みが似ているか。見間違い、思い込みが考えられる。	変更があった際は、症状や変更について聞いているかを患者様に確認する。読みが似ている場合には特に注意、処方された科にも気を付ける。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg				その他	テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違え事例等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。
26	定期で受診している患者様が来局。処方箋にテネリア錠20mg 1錠 1日1回就寝前と記載があった。本人に血液検査の結果や糖尿病の有無について確認したところ、検査や血糖の指摘はなかったとのこと。今回医師には肩こりについて相談したことを確認したため、処方医に疑義照会したところ、テルネリン錠1mgの間違いだったことがわかり、テルネリン錠1mg 1錠 1日1回就寝前へと変更になった。	入力ミスなどによる類似名医薬品の選択	処方追加時には本人の主訴を確認し、処方が妥当であるか確認を徹底する。	テネリア錠20mg	テルネリン錠1mg		勤務状況が繁忙だった			テネリアとテルネリンの販売名類似については、薬剤取違え事例等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検討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
 (薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
27	一般名タモキシフェン錠が処方されていたが、実際は一般名アムロジピン口腔内崩壊錠錠だった。	先発品の名称の類似が原因。(ノルバデックスとノルバスク)	処方変更になった場合患者さんに変更の意図等を確認する。	タモキシフェン錠10mg「DSEP」	アムロジピンOD錠10mg「YD」			医薬品		ノルバスクとノルバデックスの販売名類似については、薬剤取違い事例等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。
28	いつもノルバデックス10mgの処方が出ている患者様にノルバスクOD5mgが処方されていた為、疑義照会。ノルバデックスの間違いと判明	商品名の類似	薬歴の確認を怠らない	ノルバスクOD錠5mg	ノルバデックス錠10mg				その他	ノルバスクとノルバデックスの販売名類似については、薬剤取違い事例等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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
29	いつもでているマイスリー錠5が処方されておらず、初めてマイスタン錠5が処方されていた。代理で来られたヘルパーさんに尋ねると「マイスリー錠5の服用で転倒しやすいため中止になった。たぶんマイスタン錠5に変更になったのだと思う。」というのでその説明に納得してしまいそのまま調剤して交付した。頭文字一文字が同じ「マ」なので入力ミスもあり得るかもしれないと思い、処方もとの医療機関に電話問い合わせしたところ、「マイスリー錠5と入力するところ、薬名の似ているマイスタン錠5を誤って入力してしまった。」ということが分かり、至急担当ヘルパーさんに連絡して正しい薬を届けてもらい、マイスタン錠5は戻してもらったが、すでに1回分の1錠は服用されていた。幸い健康被害はなかった。	認知症の患者さんでご本人と会話できず、いつもヘルパーさんが処方箋を持ってこられ、お薬のお渡しもヘルパーさんなので、ヘルパーさんからの情報のみで判断することが多い。またヘルパーさんも薬の内容・変更に関しては正確には把握しておらず多少不安を感じていた。後になって、処方箋受け取り時に医療機関に電話で確認していればよかったと反省した。	患者さんの間に、ヘルパーさんなどほかのスタッフが入って、確認があやふやな場合には、忙しくても必ず医療機関に電話で確認する。	マイスタン錠5	マイスリー錠5	連携ができていなかった判断を誤った				マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等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。
30	抗てんかん薬マイスタン錠5mgが処方されていたが、患者に確認したところ、てんかんでは無かった。医師に疑義照会し、マイスリーの処方間違いであることが判明。マイスリー5mgに薬剤変更となった。	名称が似ている医薬品の入力ミスと考えられる。		マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
31	硝酸イソソルビド錠の処方がされていたが、当薬局の薬歴より今まで一硝酸イソソルビドで出ていたことより問い合わせ。一硝酸イソソルビドへ処方変更になった。	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドは名称が似ているので薬局だけでなく病院でも記入ミスがあることがあるため薬歴やお薬手帳などで十分な確認をする。		硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」			医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等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。
32	転院され初めての受診。グループ薬局より前医の処方薬をFAXで送ってもらっていたため、今回の処方薬と確認したところ、前医は「一般名処方」一硝酸イソソルビド錠だったが、今回処方「硝酸イソソルビド錠」だったため、病院に確認する。処方薬の変更となる。	一般名の似ている薬剤であるため、注意する。処方内容をしっかり確認する。	転院された方の処方内容は、お薬手帳などもしっかり確認して変更点などがあつたら、確認するようにする。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「タイヨー」	一硝酸イソソルビド錠10mg「タイヨー」			医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等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
 (薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
33	いつもロフラゼブを服用されている患者様に、新規でロラゼパムの処方があった。以前の服薬指導履歴から、体調は落ち着いており、安定しているとお話を伺っていたため、入力間違いの可能性も考え、患者様に主治医から処方変更の話は聞いているかお伺いしたところ、いつも通り処方を出すと言っているとのこと、疑義照会を行った。その結果、主治医はロラゼパムではなくロフラゼブの処方予定だったようで、処方内容を変更し、主治医の考えていらっしゃる正しいお薬を出すことができた。	名前が似ている点や、また同種効能であるため入力間違いがあったと考えられる。	薬局側としても新しいお薬が出た際、疑わしい点がある場合は交付する前に患者様に確認するよう徹底する。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」				その他	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
1	ロスバスタチンOD錠2.5mgの在庫が不足していたため卸に発注し、納品されたものが錠剤であったのにもかかわらずそれに気付かず、合わせてお渡ししてしまった。在庫調査時に間違いに気づき、患者様はまだ飲まれていなかったため交換させていただいた。	納品伝票も錠剤になっていたため、受け取った事務も間違いに気付かず、薬局に在庫していたものが旧包装だったため、OD錠と錠剤のヒートが酷似していたため気付くのが遅くなった。	発注時、納品の検品時、調剤、監査全てにおいて、薬品名だけでなくミリ数、剤型、メーカー名を複数名で確認するようにする。	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	確認を怠った	その他			ヒューマンエラー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	プロチゾラムOD錠0.25mgでプロチゾラム錠0.25mgでお渡ししてしまった。投薬時に患者様が間違いに気づき指摘を受け再調剤を行った。	以前にも同様のミスがあり、OD錠と普通錠とでメーカーが同じであるとシートが似ているのでメーカーをヨントミとテバに分けるようにしたため患者様がシートの色が違くと発見できた。調剤した薬剤師については思い込みが多く普通錠の方が出る事がおおいのでそのまま迷いなく普通錠を調剤してしまったと思われる。○単純なミス	棚を離れた。ヒヤリハット事例を共有し患者さんとの確認は徹底する。	プロチゾラムOD錠0.25mg「テバ」	プロチゾラム錠0.25mg「ヨントミ」	確認を怠った連携ができていなかった患者への説明が不十分であった（怠った）	技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム	仕組みルールの不備	ヒューマンエラー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	サインバルタカプセル20mgで処方されたがサインバルタカプセル30mgを誤って交付してしまった。患者様が服用前にいつもとシートの色が若干違うので気づき交換して調剤を行った。	サインバルタは20mgも30mgも同じカプセル剤でシートも酷似している、また棚も上下で隣接している為起こったと思われる。	棚を離す事例の共有をする声出し確認をする患者さんと一緒に投薬時に薬を確認する	サインバルタカプセル20mg	サインバルタカプセル30mg	確認を怠った報告が遅れた（怠った）	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備	仕組みルールの不備	ヒューマンエラー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	シロドシンOD錠(4)「DSEP」で調剤するべきところ、シロドシン錠(4)「DSEP」で調剤したことに気が付かず患者に交付した	調剤者が取り違えたことに鑑査者が気が付かず、見た目が似ているために誤りに気が付かなかった。患者に連絡し正しい薬と交換に伺った	普通錠とOD錠は特に見た目が似ているものもあるのでより注意して鑑査する	シロドシンOD錠4mg「DSEP」	シロドシン錠4mg「DSEP」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
5	2019年12月、眼科を受診した患者（81歳男性）が処方せんを持って来局した。処方せんには「ラタノプロストPF点眼液PF0.005%「日点」 10ml 1日1回 両眼」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からラタノプロストPF点眼液PF0.005%「日点」を調剤するところ、別の薬棚にあったラタノプロスト点眼液0.005%「ニッテン」を調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、間違いに気付かず、そのまま患者に薬を交付した。薬剤師Bが薬歴記入時に間違いに気付き、患者に連絡し、正しい薬と交換した。	普段、ほとんどの処方が、ラタノプロスト点眼液0.005%「ニッテン」であった為、処方せんの見間違いと思ひ込みによる確認不足である。	たまにしか処方されない薬品については、薬歴にわかるよう印やチェックを入れ、目立つようにした。また、調剤棚にも名称類似医薬品がある事を記載し、取違え防止の為の注意喚起をした。	ラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」	ラタノプロスト点眼液0.005%「ニッテン」	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた			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
6	ノボラピッド注フレックスペン(超速攻型)処方患者にノボラピッド30ミックス注フレックスペン(混合型)を交付。医師より患者に注射器の色の説明はあり、色の違いが気ついては、トレーナー注フレックスタッチ(時効型)も併用していた為、血糖値が不安定となり医師が気付いた。治療が必要な健康被害は無し。	一包化の患者であり、忙しい時間帯であった。また当薬局の採用品がノボラピッドの製剤は30ミックス注フレックスペンのみだったので、調剤・監査・事務とも間違いに気が付かず患者に渡ってしまった。	インスリン製剤は、各社似たような名前で複数の製剤を発売しているので、規格、色、使用方法をしっかりと確認する。	ノボラピッド注フレックスペン	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
7	<p>ヒルドイドフォーム0.3%1本との記載が処方せんにあった。ご本人はジェネリック医薬品を希望しており、以前にもジェネリック医薬品のヘパリン類似物質油性泡状スプレーをお使いになったことがあった。今回もこのジェネリック医薬品を希望していた。ヒルドイドフォームから変更しようとしたときに、ヒルドイドフォームは1本92gであるのに対し、ジェネリック医薬品は1本100gであったことに気づき、医療機関に問い合わせた上で100gのジェネリック医薬品に変更になった。</p>	<p>処方せんが92g、100gとはなっておらず、1本となっていたため、先発と後発で包装単位が違うことに気づけなかった。</p>	<p>数処方だった場合も包装単位が異なる場合があることを意識して、規格単位まで確認することとした</p>	<p>ヒルドイドフォーム 0.3%</p>	<p>ヘパリン類似物質外用 泡状スプレー0.3% 「日本臓器」</p>		<p>知識が不足していた</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>
8	<p>ビルシカイニド25mgの処方だったが、誤って50mgで調剤してしまった。渡薬直後に渡薬した薬剤師が気づき、患者とすぐに連絡をとり正しい薬と取り換えた。</p>	<p>鑑査の際、薬剤情報に記載された薬の写真と照らし合わせたが、ビルシカイニド25mg「日医工」とビルシカイニド50mg「サワイ」の画像が非常によく似ていたため、誤渡薬となってしまった。</p>	<p>ビルシカイニドカプセルの薬剤情報の写真はカプセルそのもので、色、形が似ているため、ヒートの写真（ビルシカイニド25mg「日医工」は黒字、50mg「サワイ」は赤字）に替えた。また、今回、間違えて渡したビルシカイニド50mgは、現在、当薬局では1名の方にしか処方されていないため、在庫の薬に個人用の（患者名を記載した）タグをつくり、在庫すべき数でくくることで、調剤時に気付くことができるように工夫した。</p>	<p>ビルシカイニド塩酸塩カ プセル25mg「日医 工」</p>	<p>ビルシカイニド塩酸塩カ プセル50mg「サワ イ」</p>		<p>勤務状況 が繁忙 だった</p>	<p>医薬品</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>

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）**

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
9	コントミン2.5mg 1日3錠毎食後の処方に対し手順書通りに調製を開始した。ピッキングをしようとしたところ、コントミン2.5mgの棚にコントミン12.5mgが100錠ひと箱紛れ込んでいることを発見。ヒヤリとした事例。	コントミン12.5mgと25mgの棚は上下で並んでいた。箱のデザインがよく似ており納品時に棚に入れ間違えた可能性あり。	・箱のデザインが似ているためデザインの変更。・棚の位置が上下で並んでいる為、コントミン2.5mgと12.5mgの棚の位置を離して設置する。・棚に回避扉を設置し、棚に薬を入れる際に規格を意識的に確認できるようにする。	コントミン糖衣錠2.5mg	コントミン糖衣錠12.5mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
10	モンテルカストチュアブル5mgで処方されていたが、モンテルカストOD10mgで調剤をしていた。	ヒートの色が似ているにも関わらず、しっかり確認をしていなかった。	監査の徹底	モンテルカストチュアブル錠5mg「明治」	モンテルカストOD錠10mg「明治」	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
11	ウリトスOD錠0.1mgが処方されていたが、ウリトス錠0.1mgで調剤。調剤者本人が処方箋を確認したところ、剤形違いに気付いた。	同薬・剤形違いが存在することをきちんと認識していなかったこと、処方薬の一部分しか見ずに調剤を行ったこと、ウリトスは普通錠とOD錠のパッケージもヒートも似ていること等が、発生要因として挙げられる。	思い込みを防ぐ為処方箋の記載内容をきちんと確認すること、パッケージが類似している為付箋などをつけて区別する工夫が必要である。	ウリトスOD錠0.1mg	ウリトス錠0.1mg	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
12	代理人（患者さんの娘）が処方箋を持って来局した。処方箋には「レンドルミンD錠 1錠 分1 就寝前服用 30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からレンドルミンD錠を調剤するところ、レンドルミン錠を調剤した。薬剤師Bが監査の際、剤型の違いに気づかず、投薬した。月末に、薬剤師Aが薬局内の残薬数の確認をした際、渡し間違えに気が付いた。	薬剤名が語尾の違いだけで似ていたこと、一包化した薬剤もあったため、急がないという気負いもあったと思います。	取り違え防止のため、薬棚に「普通錠」「口腔内」とタグをつけた。また、監査する際には、語尾までしっかり確認するよう注意喚起をした。	レンドルミンD錠0.25mg	レンドルミン錠0.25mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
13	一般名へパリン類似物質クリームが処方される。商品名ヒルドイドクリーム。調剤前に患者様に確認。患者様はヒルドイドソフト軟膏を希望されていたよう。	患者様が商品名を間違えており、また処方時に確認もなかったためヒルドイドクリーム的一般名で処方されてしまった。	患者様には正しい商品名説明。薬局でも処方の際は確認必須にする。特に一般名処方では注意	ヒルドイドクリーム 0.3%	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%		知識が不足していた			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
14	「一般名」へパリン類似物質クリーム0.3%（先発名：ヒルドイドクリーム0.3%）に対して、ピーソフテンクリーム0.3%を調剤するところ、へパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」（先発名：ヒルドイドソフト軟膏0.3%）を調剤した。	へパリン類似物質関連の剤形が多数あり、さらに、ソフト軟膏＝油性クリームと表記されるので、処方せん読み間違いと勘違いが重なって発生したと考えられる。以前から間違いには要注意である意識していたが、内服の処方量が多く、最後に外用剤の処方だったためか、間違えてしまった。	一般名で処方される場合は、一度先発名（ヒルドイドクリームなのかヒルドイドソフト軟膏なのか）に置き換えて、そこから採用されている後発品を選択していくようにする。	ピーソフテンクリーム 0.3%	へパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」	判断を 誤った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
15	ミカルディス（20）35Tだすべきところ、その中にテルミサルタン（20）が7T混在していたと患者から連絡があった。	前後の状況からミカルディスの箱の中にテルミサルタンが混入していたと思われる。シートデザインが似ているため投薬時に気づかずお渡しした。	調剤だなに薬を返す時もきっちり品物を確認する。調剤する時、投薬する時もきっちり1シートずつ確認する。	ミカルディス錠20mg	テルミサルタン錠20mg「DSEP」	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
16	ブラビックス75mgをお渡ししなければならぬところ、クロビドグレル75mgを渡してしまった。	薬を投薬するときに患者本人にも薬を見せて確認してもらっているが、ジェネリックと先発のヒートが似ているために間違ってしまった	投薬するときに薬を見せるだけでなく薬の名前を読んで確認するようにする。	ブラビックス錠75mg	クロビドグレル錠75mg「SANIK」	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	アラミスト点鼻液27.5μg120噴霧用1キットで処方のところ、アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用1キットで調剤。投薬者が鑑査時に気付き正しい薬剤に変更。	見た目が似ていた。アラミスト点鼻液27.5μg120噴霧用はあまり出たことが無い薬剤だった。忙しい時間帯だった。	複数規格がある薬剤は、薬局全体で周知する。間違えやすい薬剤は、注意喚起の札を付ける。	アラミスト点鼻液27.5μg120噴霧用	アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用		勤務状況 が繁忙 だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
18	バルミコート吸入液0, 5mgを調剤しなければならないところ、バルミコート吸入液0, 25mgで調剤されており、鑑査時に発覚。患者様の手には渡っていません。	複数規格が存在しているかどうかという知識的な要因と外観が似ているため。	基本的な調剤行為に関しても、処方箋と調剤したものを再度照らし合わせる。	バルミコート吸入液0, 5mg	バルミコート吸入液0, 25mg	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
19	カムシアLD28錠のうち、4錠のみHD錠が含まれていたが、そのまま交付し、本人の電話で発覚、自宅まで交換しに伺った。	調剤棚の中に4T規格違いのものが含まれていたと考えられる。調剤鑑査システム使用したが4Tのみであり、PTP類似していたため気づかなかった。	鑑査システムを通していても、PTP1枚づづきちんと鑑査する。調剤棚へ戻すときも再確認する。	カムシア配合錠LD「あすか」	カムシア配合錠HD「あすか」	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
20	処方箋に、ヘパリン類似物質クリーム「ラクール」と記載のところ、入力・ピックとも、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」を選択。鑑査もれでそのまま投薬。その後の処方チェックで気づき患者さんに連絡。開封前のため全量を交換処理。	ヒルドイド外用剤に多数の剤型が存在することの周知が不徹底であった。	ピック・入力時に該当薬剤を確認する。鑑査時に処方箋原本との突合せを十分に行う	ピーソフテンクリーム0, 3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0, 3%「日医工」	確認を怠った判断を誤った				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
21	一般名ヘパリン類似物質外用液が処方されたが誤って一般名ヘパリン類似物質軟膏を調剤してしまった。	処方せんの見間違い、単純なミス、焦り。	医薬品名、剤形を最後までしっかりと確認する。	ヒルドイドローション0, 3%	ヒルドイドソフト軟膏0, 3%	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」が処方されていたが、ロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」が調剤されていた。	ODPをする患者様で、一包化作成時に錠剤が大きいことに気づき発覚。調剤棚を調べると箱が似ていたため、納品時に誤って両方を合わせてしまったようだ。幸い患者様へはお渡しされていません。	見た目が似ているとどうしても異なっていることに気が付きにくい。今回の外箱は若干大きさが異なったため、何か違和感を感じた場合はコードを見比べるなどして入れ違いを防いでいきたい。	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」	確認を怠った		医薬品施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
23	ニトログリセリンテープの記載だけでニトログラムと判断し、調剤。患者家族より、いつもと貼り薬変更になったかとの問い合わせあり、ミス発覚。	規格の確認不足。他規格、ジェネリックの知識不足。	他規格、類似薬の棚にそれぞれ注意喚起のシールを貼った。薬品名、規格、ジェネリックの確認徹底。	ニトログリセリンテープ27mg「トローワ」	ニトログラムTTS25mg	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
24	患者様は塗りやすいヘパリン類似物質泡状スプレーを希望していたが処方箋には一般名で記載されており、泡状スプレーが採用していることも分からず、また患者様から希望も聞かなかったためスプレーを処方してしまった。	病院側は他薬局と決めた方式で泡状スプレーを処方することがわかるよう一般名末尾に泡と記載されていたが、当方では気が付かずスプレーで処方した。後のチェックで泡状スプレーと分かった。	一般名に泡状と分かりやすい記載を依頼、また当薬局でもスプレー・泡状と2規格のデモ薬品を置き必ず確認することにする。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	確認を怠った 連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった (怠った)	知識が不足していた	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラー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	ベオーバ50mgを調剤するところ、ベザトールSR200mgを交付してしまった。	包装の類似による思い込みで誤った。	包装名称の確認を徹底する	ベオーバ錠50mg	ベザトールSR錠200mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
26	アラミスト点鼻120噴霧の処方箋に、56噴霧を調剤。投薬時に気づく。	点鼻薬が続けて処方されており、120噴霧が処方の大半を占めており、56噴霧が出たときに気づかず調剤。色、形が似ていることも間違いの原因となる。思い込みによる調剤ミス。	確認をしっかりと行うこと、医師と相談し、一規格に絞る提案をする等の対策を講じる。	アラミスト点鼻液	アラミスト点鼻液27.5μg120噴霧用	確認を怠った	その他	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
27	忙しい時間ではなかった。一般名処方、ヘパリン類似物質クリーム0.3%25g記載あり。ジェネリック希望の患者様だったので、ピソフテンクリーム0.3%を調剤するところ、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で調剤してしまった。監査時に剤形違いがわかり、すぐに調剤し直した。	一般名処方がよく似ており、通常よく出ているヘパリン類似物質油性クリーム0.3%と思い込んで調剤してしまった。きちんと一般名を調べていなかった。調剤後に確認を怠った。	一般名処方、きちんと最後までしっかり読まないで剤形が複数あるので間違いやすい。落ち着いて処方内容を見る。調剤後も再確認する。	ピソフテンクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った判断を誤った				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
28	キプレスチュアブル錠（5）をモンテルカストOD錠（10）でお渡ししてしまった。服用前に患者様がいつもとお薬が違うことに気がついて、病院に確認の電話をしてから、取り換えに来て下さった。	一般名処方だったことと、ヒーの外形や錠剤のサイズが似ているため、取り間違えてしまった。注意力、集中力の欠如による調剤ミス。	モンテルカストOD錠（10）の錠剤ケースに成人量と書いたシールを貼った。	キプレスチュアブル錠5mg	モンテルカストOD錠10mg「タカタ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
29	カタリン点眼用の処方であったが、自店での使用頻度が高いカタリンK点眼用でピッキングを行った。調剤者はカタリン点眼用の存在を把握しておらず、監査システムのエラーが上がったがシステムの不具合と思いきやそのまま調剤を進めた。監査システムのチェックと監査時に間違いに気づき訂正してお渡しした。	自店での使用頻度の高いカタリンKは薬品カセット、頻度の低いカタリンは引き出しに在庫しており、カタリンの存在を知らない人もいた。○作業手順の不履行○処方せんの見間違い	両薬品は外装パッケージもよく似ており、以前に納品時のしまい間違いも起こっていた為、カタリンKのカセットに注意喚起の札を取り付けた。	カタリン点眼用0.005%	カタリンK点眼用0.005%	確認を怠った	知識が不足していた	施設・設備		ヒューマンエラー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	【般】プロチゾラム錠0.25mgのところ プロチゾラムOD錠0.25mgを渡してしまった。	新しく薬剤師が来て2日目だった。プロチゾラム錠0.25mg とプロチゾラムOD錠0.25mgの箱が似ていた。そして隣接して置いていた。	薬剤師全員で薬の再確認、間仕切りを挟んで保管場所を分けた。	プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
31	アムロジピンOD錠2.5mgで処方されていたがアムロジピンOD錠5.0mgと取り間違えてしまった。	業務が繁忙であり薬品名が類似していたため。	繁忙時でこそ落ち着いて行う。自己監査を徹底して行う。監査システムの活用。	アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
32	一般名処方の記載ジフルコルトロン吉草酸エステルクリーム0.1% 20gヘパリン類似物質軟膏0.3% 20gの混合	ジフルコルトロン吉草酸エステルクリーム0.1%をレセコン入力したところ、ネリゾナクリーム0.1%とネリゾナユニバーサルクリーム0.1%が候補にあがり、使用頻度の高いネリゾナクリーム0.1%で入力をした。混合ということもあり、再度基材を確認したところ、ネリゾナクリーム0.1%はo/w型、ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%と混合するヘパリン類似油性クリーム0.3%はw/o型であったため、ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%で入力し直し、調剤に至った。	ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%とネリゾナクリーム0.1%の基材を表記し、全ての薬剤師に周知した。	ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%	ネリゾナクリーム0.1%			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
33	<p>薬剤師Aが先発品で調剤していた薬が、患者さんの希望によりGEへと変わり、調剤をやり直した。（その時に、先発品の Crestol OD錠 82錠を過ってGEのロスバスタチン錠の棚に戻ってしまった。）その後、薬剤師Bがロスバスタチンを調剤。Cubeiで重量のエラーになり、数は合っているのにおかしいと、薬剤師Cにチェックを求めた。輪ゴムを外してよく見ると、調剤した99錠が、ロスバスタチン錠 17錠+ Crestol OD錠 82錠で混在していた。薬剤師Aに聴取し、棚への戻し間違いがあったことが発覚した。</p>	<p>Crestol OD錠とロスバスタチン錠はPTPの見た目が酷似しているため、普段からミスには気を付けている医薬品である。しかし、今回は医薬品を調剤棚に戻す際に、薬品名を、棚と物とで相互にチェックできていなかった。焦って思い込み、棚を見ずに戻ってしまったことが原因と考える。</p>	<p>今回は、OD錠と普通錠だったので重さが異なり、Cubeiでひっかかったが、もしCubeiがなかったとしたら、ひっかけられたのだろうか。例えばオルメテックOD錠とオルメサルタンOD錠であれば、重さも似ておりCubeiでもスルーした可能性がある。</p> <p>対策としては、間違えやすい医薬品、自分が過去に間違えたことのある医薬品を把握し、棚へ戻す際は、他の人の目を通すようにする。それでも間違えようであれば、オルメテックOD錠の棚に施したのと同じように、注意喚起の札をつける必要があるだろう。</p> <p>大丈夫だろうという過信が、重大な過誤へつながることがあるので、1つ1つの作業を責任持って行うことが求められる。</p>	<p>ロスバスタチン錠2.5mg</p>	<p>Crestol OD錠2.5mg</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった</p>	<p>医薬品</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>
34	<p>取り間違い</p>	<p>剤形が2種類あることの知識不足。作業中の意識不足。</p>	<p>外観が似ている医薬品、剤形が数種類ある医薬品の周知を行う。</p>	<p>レンドルミン錠0.25mg</p>	<p>レンドルミンD錠0.25mg</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>知識が不足していた</p>	<p>医薬品</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>
35	<p>処方箋には違う商品名は記入。本人が希望している注射薬でなかった。そのため、疑義紹介して薬変更。その時に注射薬を本人に確認して見せた。赤い色だけで判断。商品名がよく似ていて勘違いして投薬。すぐ気が付き本人に連絡。本人も気が付き未使用。自宅まで訪問し交換する。</p>	<p>担当薬剤師の思い込み勘違い。</p>	<p>レセコン入力時名称を確認しや薬剤情報の写真も確認するようにする。</p>	<p>ヒューマログ注ミリオペン</p>	<p>ヒューマログミックス50注ミリオペン</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>知識が不足していた</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>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器		その他
36	ゾビクロン10mgが処方されていたが、ゾルピデム10mgが調剤された。別の薬剤師が監査時に気づき正しいものと交換した。	一般で処方されており、薬剤名が似ていて規格がどちらも同じ10mg錠があるため、見間違えた。思い込みがあった。処方せんの見間違い 注意力散漫	処方箋を良く見る。思い込みをしないようにする。	ゾビクロン錠10mg「トーワ」	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「トーワ」	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
37	ラタノプロストPF点眼「日点」の処方のところ、ラタノプロスト点眼「ニッテン」で調剤、そのまま投薬。当日午後、過誤が発覚したためすぐに患者と連絡を取り、ご自宅へ伺い、誤った薬剤使用前に正品と交換した。	非常勤薬剤師だったため、同一メーカーでラタノプロストPF点眼とラタノプロスト点眼の二種類があるとの認識に欠けていた。また、調剤した非常勤薬剤師も処方箋を十分に確認しなかった。	非常勤薬剤師に対して類似名称薬剤の具体例を事前に伝えて認識していただく。また非常勤薬剤師であっても調剤時は1文字鑑査の意識で調剤から取り組む。	ラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」	ラタノプロスト点眼液0.005%「ニッテン」	確認を怠った	知識が不足していた			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
38	【正】フルオメソロン0.05%点眼液 【誤】オドメール点眼液0.1%	医事スタッフがGE→GE変更をする際に、類似剤形変更での変更を実施した。その際に成分名は同じだが、規格が異なる医薬品を選択してしまった。その事に、初期監査以降に携わったスタッフが気付かずに薬剤交付してしまった。	外用薬の後発品への変更は類似剤型変更を用いずに行うことを周知した。外用薬の類似剤型変更は基本行わないが、例外として類似剤型変更を用いて後発品への変更を必要とする医薬品（ナゾネックス点鼻液）に関してはレセコンの局内名称に類似剤型変更○と記載した。知識不足からの同様のヒヤリハットが今後も起きることも考慮し、後発品への変更ルールについて、日医工の資料を用いて勉強会を開催する。	フルオメソロン0.05%点眼液	オドメール点眼液0.1%	報告が遅れた（怠った）	勤務状況が繁忙だった 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 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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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」）

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
39	ユリノーム錠50mgが処方されて いる患者様の調剤中にユリノーム 錠25mgの棚に50mgが入ってい るのを発見した。	もともと規格値外のものと同様に 並んでいたためピッキングミス や納品のミスが起きやすい状態に なっていた。そのうえ大量の納品 があったため確認を怠ったと考え られる。	幸い箱は空いておらず在庫もずれ ていなかったため、各員に注意喚 起をし規格違いのもの、外観が酷 似したものの距離を離したり棚と 引き出しに分け、納品時調剤時に 間違いがないようにした。	ユリノーム錠50mg	ユリノーム錠25mg	確認を 怠った	その他	施設・設 備		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
40	ヘパリン類似物質外用スプレー 0.3%「ニットー」で調剤するもの をヘパリン類似物質外用泡状スプ レー0.3%「ニットー」と間違えて 調剤。	それぞれの薬があることを把握し ていなかった薬の置き場がはっきり と区別して管理されていなく、見 た目かなり似ているため取り間 違いが発生しやすい状況にあっ た。	それぞれの剤形の薬があることを 置き場に表示し、注意喚起の札を 設置しました。	ヘパリン類似物質外用 スプレー0.3% 「ニットー」	ヘパリン類似物質外用 泡状スプレー0.3% 「ニットー」	確認を 怠った	知識が不 足してい た	施設・設 備		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
41	一般名処方で〔般〕ヘパリン類似 物質外用液でピソフテンロー ションを入力調剤すべきところ、 ヘパリン類似物質油性クリームを 入力調剤してしまった。	他の薬品での在庫不備があり、そ ちらの対応に気を取られ、剤形の 確認を怠った。	剤形が複数ある薬であることを しっかり踏まえ、確認を怠らない よう薬局内で周知する。	ピソフテンローショ ン	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」	確認を 怠った	その他	その他		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
42	ジェニナック錠調剤のところ、 ジャヌビア50mgを調剤してしまっ た。監査時に発見。投薬までには 至らず。	ジェニナックとジャヌビアの棚が 隣合わせであった	類似薬品名の薬の棚は、隣り合わ せにせず段を変えて場所を離す	ジェニナック錠200 mg	ジャヌビア錠50mg	確認を 怠った		医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
43	エリスロシン錠200mgの処方のと ころ、エリスロマイシン錠200mg 「サワイ」を調剤。監査時に誤調 剤に気がついた。	薬剤名称類似。規格mg数も同一で 間違えやすい。	患者薬歴に『エリスロシン：名称注 意!!』の記載追加	エリスロシン錠200 mg	エリスロマイシン錠2 00mg「サワイ」			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
44	漢方薬の処方。「ツムラ大黃甘草 湯」7.5g分3の処方を「ツムラ芍 薬甘草湯」7.5g分3で調剤。監査 時に誤調剤に気がついた。	薬剤名称の類似。ツムラ芍薬甘草 湯の処方は当薬局で頻繁にみかけ るが、ツムラ大黃甘草湯はまれな 処方だった。	患者薬歴に『大黃甘草湯：名称注 意!!』のコメントを記載	ツムラ大黃甘草湯エキス 顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス 顆粒（医療用）			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
45	外観が似ているための取り間違 い。	ヒート棚に近い。	アイミクスは引出に。処方頻度の 高いイルアミクスをヒート棚に。	アイミクス配合錠HD	イルアミクス配合錠H D「トール」	確認を 怠った	知識が不 足してい た	医薬品	ルールの 不備	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
46	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒が処方されていたところを誤ってツムラ抑肝散エキス顆粒を渡ししてしまった。後日患者さんが違う番号の物が入っていたと持って来られ初めて間違いに気づき、謝罪後正しいお薬をお渡しし直した。	門前病院の処方箋ではなかったが、門前病院でよく処方される名前の似た漢方薬と間違えてお渡ししてしまった。門前病院以外からの処方箋の場合は特に気を付けて規格やメーカー名までチェックするように気を付けていたはずだったが注意力が不足していた。この時薬局内に他の件でクレームを訴えておられる方があり薬局内に急な緊張感が漂っていた為 その空気の中当患者様も長くお待ちさせるわけにはいかないと気持ち焦ったのも良くなかった点だと反省しております。またこの患者様には抑肝散が出ていた時期があり この患者様はこの薬を飲まれているというイメージを持っていたのもミスの原因だと思います。	処方箋の薬品名は最後までしっかり見るように気をつけます。門前病院以外からの処方箋の場合にはより注意深く見るように心がけます。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	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		ヒューマンエラー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	ベラパミル処方のところベニジピン錠を取り違えて渡していた。	薬品名称が似ていたことから取違をした。青地のシートに黄の錠剤が似ていた。	薬情の写真と処方箋 患者シートと照らし合わせて実物を確認する。	ベラパミル塩酸塩錠 40mg 「J G」	ベニジピン塩酸塩錠 4mg 「サワイ」	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
48	「一般名」オメプラゾール錠10mgが処方されており、本来であればオメプラゾール錠10「SW」を調剤しないといけないところ、名前のよく似たオルメテックOD錠10mgを調剤してしまった。投薬時に患者さんと薬の確認をしていたところ、見慣れない薬を見た患者さんが「これは何？」と薬の違いに気づかれた。	オメプラゾール錠10「SW」は引き出しに、オルメテックOD錠10mgは棚に置いてあり、取り間違えないように注意はしていたが、処方箋の読み間違いや思い込みなどから起こったと考えられる。○注意力散漫	思い込みで処方箋を見ず、しっかり商品名と規格を確認する必要がある。	オメプラゾール錠 10「SW」	オルメテックOD錠 10mg	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
49	メトホルミン500mgが処方されていたが、「違う薬が入っていた」と患者様から連絡があり確認したところカロナール500mgを渡していた。	どちらともヒートの色が緑で似ていたため、補充し間違えていたと思われる。	補充時、投薬時の確認を徹底する。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	カロナール錠500	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
50	患者が処方箋を持って来局、「シグマビタミン配合カプセルB25、3cp/分3毎食後、28日分」が処方されていた。その患者は一包化をしていた。薬剤師Aが調剤をして薬剤師Bが鑑査、その後に薬剤師Aが一包化を行った。薬剤師Cが投薬前の監査にて錠剤やカプセルの識別コードを確認していたところ、「ピタメジン」と印刷されているカプセルを発見。薬剤師Aに間違いを伝えシグマビタミン配合カプセルB25で作り直し、患者に渡した。監査の段階で誤りに気がついたため、患者には正しい薬を交付した。	全部で84包のうち20包は「シグマビタミン配合カプセルB25」で、64包は「ピタメジン配合カプセルB25」だったことから棚への戻し間違いであると考えられる。棚は会社の方針で薬効別であり、先発品の後に後発品がくるようになっているため、シグマビタミン配合カプセルB25とピタメジン配合カプセルB25は近くに置いてある。また、包装やカプセルの色が似ていることもあり間違えた。	棚に戻すときは一人で戻すのではなく、必ず二人で声を出して確認しながら戻すようにする。	シグマビタミン配合カプセルB25	ピタメジン配合カプセルB25	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
51	スーグラ錠50mg 分1 夕食後28日分のところ スー ज्याヌ配合錠 分1 28日分でビッキング鑑査時に間違いに気が付きました。	錠剤の色が似ており、引き出しの近くに薬を置いていたので間違っ て拾ってしまいました。	薬の位置を離して、二重チェックをして処方内容をしっかり確認します。	スーグラ錠50mg	スー ज्याヌ配合錠	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
52	バイアスピリン錠100mgの場所に、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」が補充してあった	アルミ包装が類似していた同じハ 行で場所が近かった	場所を離れた	バイアスピリン錠100mg	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
53	アスペリン錠20mgとビオスリー配合錠とカルボシステイン錠500mg各1日3回毎食後1錠ずつ4日分処方があった。ピッキング者がビオスリー配合錠の記載をビーエイ配合錠と見間違え、用法用量や同時に出されている医薬品の種類からも間違いに違和感を感じずにピッキングしてしまった。監査者が気付いたためビオスリー配合錠で調剤しなおした。	ビオスリー配合錠とビーエイ配合錠の名前が似ている為、ピッキング者の視力が低下していた為処方せんの見間違いがあった。文字の並びが似ている事やその他の処方薬から判断してビーエイ配合錠と思いこんでしまった。	処方内容は予想せず、使用されている文字の一部のみで医薬品を判断せず、文字を一文字一文字追いつながりながら処方箋を読み、医薬品を確実に把握してからピッキングする。	ビオスリー配合錠	ビーエイ配合錠	確認を怠った	その他			ヒューマンエラー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	ビソフテンクリーム0.3% 25g 5本の処方をヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」25g 5本で調剤して渡してしまった。	ビソフテンクリーム0.3% → 「一般名」ヘパリン類似物質クリーム → 「先発品」ヒルドイドクリーム0.3%と「一般名」ヘパリン類似物質油性クリーム → 「先発品」ヒルドイドソフト軟膏0.3% この2剤が間違いやすい薬と分かっていたが、薬剤師一人の時間帯で気が付くことが出来ずに調剤してしまった。	一般名が似ており間違いやすい薬があることを職員全体で共有し、配置棚に注意喚起を明記するなど対応が考えられる。	ビソフテンクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	ラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」1T1×1朝食後35日分の処方に対し、誤ってロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」を調剤。鑑査者2名も気づかず、3人目の鑑査者が間違いに気づいた。患者には交付前だった。○ウィークリーシート	外観類似（ウィークリーシート、錠剤が黄色、錠剤の大きさが類似）、通常用法が類似（分1朝食後）。○注意力散漫	外観が類似しているため注意すべきであることを共通認識として再確認。	ラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	確認を怠った			その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
56	一般名処方でクロベタゾン酢酸エステル軟膏0.05% 5g が処方されていた。自店舗にはクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」も採用があり、取り間違えた。監査者もそのまま間違いに気が付かなかった。投薬時、薬歴をみて間違いに気がつき患者様に正しいバルデス軟膏をお渡しすることができた。	最初の3文字が同じで%も同じなため、見間違い、思い込みが発生したと思われる。似た名前的一般名だったため処方箋の見間違いをしてしまった。	似た名前の医薬品は多いため最後の文字までしっかりと確認することを徹底する。	バルデス軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	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
57	ジクアス点眼液3%5mL処方のところ、ヒアレイン点眼液0.1%5mLで交付してしまった。	外見色調が似ている。点眼小袋に点眼液を予め入れておく手製をしていた。		ジクアス点眼液3%	ヒアレイン点眼液0.1%	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
58	ツムラ104 辛夷清肺湯が分3、190日分で処方後日、患者様からの電話にてツムラ114 柴苓湯が混ざって入っていることが発覚患者様が薬局に来局され、114 柴苓湯を24包持参された。既に何かは服用されたと確認した。体調変化、健康被害はなく、持参された柴苓湯24包を辛夷清肺湯24包と交換した。主治医に調剤ミスを確認し、経過観察とすることを確認。後日再度電話にて体調変化、健康被害の有無を確認した。	漢方薬を番号順に並べており、104番と114番が近くにあった。2薬剤ともに帯の色が黄色で、3桁番号で似ていた。単純な取り間違いか、棚へ戻す際に戻し間違えてたままになっていたことが考えられる。また、監査時に一つ一つを確認できていなかった。○注意力散漫	全量の番号、薬品名称を確認する。棚に戻す際に番号、薬品名称を確認してから戻す。	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
59	ザイザルシロップ0.05%を調剤するところ、ザジテンシロップ0.02%を調剤した。シロップの単剤投与だったため、処方箋を受け取りまずシロップを水剤瓶に注量し移し替えた。鑑査の為に調剤したシロップを調剤台の上に置いたまま残りの外用薬の調剤を行った。その後自己鑑査した際に本来はザイザルシロップを調剤しなくてはならないのに、ザジテンシロップを調剤してしまったことに気づき、また当薬局にはザイザルシロップの備蓄がなかったため他薬局より分譲してもらい調剤した。患者には正しい薬剤を交付した。	当薬局ではザイザルシロップの備蓄がなく、小児のアレルギーのシロップ剤はザジテンシロップだと思いついていた。またザイザルとザジテンと名前が似ているため注意力散漫によるものだった。	今回は間違えた医薬品のほかにも医薬品が処方されており、それらの調剤の鑑査までに時間があいたことで客観的に鑑査ができず事故を防げたと思われる。今後も水剤や軟膏などの容器に移し替えるもの場合は特に鑑査までに一度時間をあけ、また使用した医薬品は鑑査が終わるまでは棚にしまわないことを徹底し、調剤薬を患者への交付窓口まで持っていき患者とともに確認することも必要だと感じた。	ザイザルシロップ0.05%	ザジテンシロップ0.02%	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
60	ティアバランスが処方されていた所、マイティア点眼液をピッキングしてしまった。	数文字だけみて思い込みで調剤してしまったことが原因	名前が似ていて間違えやすい医薬品はどんなものがあるか覚えておき、ピッキングの際にはより注意する。	ティアバランス点眼液0.1%	人工涙液マイティア点眼液	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
61	一般名処方でセフカベンピボキシル100mgが処方されたが似ている名称のセフジトレンピボキシル100mgを調剤してしまった。患者様にお渡しする際に医薬品情報提供書と違うことに気づき再調剤を行った。	最初の2文字と語尾が同じであることや、規格が同じく100mgであること、抗生剤としての薬効も似ていることから何度も他の薬剤師も間違えている。	シートの色が違うジェネリックにメーカー変更をそれぞれし、対応する。一般名で処方された場合には声出し確認や医薬品情報提供書との照らし合わせを行う。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	確認を怠った患者への説明が不十分であった（怠った）	勤務状況が繁忙だった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
62	ドルモロール点眼液をお渡しするところをプリンゾラミド点眼液を間違ってお渡ししてしまった。ご本人が気がついて電話を下された。未開封だったのでプリンゾラミド点眼液をお届けして交換しました。未開封の状態で気がついたので使用することはなかった。	患者さんとの話しに気をとられて薬の確認をおこたった。混み合っていて焦ってしまった。緑内障の薬で1日2回の用法が同じだったので思い込みがあった。	薬をピッキングする人、投薬する人それぞれで処方箋、薬袋、薬を2回、よく確認すること。患者さんとの話しの前後で薬の確認を怠らないことが必要。	ドルモロール点眼液	プリンゾラミド懸濁性点眼液	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった その他			ヒューマンエラー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	処方箋は一般名で記載されており、「フェルピナクテープ70mg」と記載されていたが、一般名の最初の文字をとらえて、また、前回まで「フルルピプロフェンテープ40mg」が処方されていたため、40mg」が処方されていたため、先発品である「ヤクバンテープ40mg」を調剤してしまった。事務員も薬剤師に言われる通りにレセコンに入力してしまった。薬袋や薬情の薬品名が「ヤクバンテープ」だったため、監査もそのまま通過してしまった。交付時、再度一般名を確認して間違いに気づいて訂正して交付することができた。	患者は継続して受診しており、数回にわたって「フルルピプロフェンテープ40mg」が処方されていた。薬剤師は、同じ症状に対し湿布薬が処方されていたため、また、一般名処方で最初の文字が同じだったため、処方せんの見間違いがあり、前回と同じ湿布薬であると思い込んでしまった。その時間帯は薬剤師が1名のみであったため、自己監査となり、交付の時点まで気が付かなかった。	一般名処方の場合、よく似た名称や、まぎらわしい場合があるため、薬品名、規格などには十分注意して確認するよう薬局内にて再確認した。また、レセコン内の一般名からの検索時にも注意するよう事務員とも情報共有をはかった。外用薬など紛らわしい薬品名には、商品名、一般名の両方を表示するようにした。	セルタッチテープ70	ヤクバンテープ40mg	確認を怠った 判断を誤った				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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
64	リンデロンA点眼液が処方されているところを、リンデロン点眼液で入力、調剤、投薬までできてしまった。	人数が少ないところに、帰宅時の患者来局多数にて、手順がおろそかになり確認不足に至ったと思われる。入力する事務員も思い込みからか確認不足にて間違えた入力をしてしまった。	入力レセコンの薬品名に注意喚起のコメントが入るようにして、色も付けた。処方監査の際にリンデロン液、リンデロンA液など似た名前の物は処方せんに○をつけて確認を行う	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
65	一包化のDTAに1錠分のウルソ50とスルピリド50を間違えてセットしてしまい監査で気付けず投薬してしまった。セットの途中でウルソ1錠不足している事に気づき、ばらしたPTPから見つけてセットした。しかし後からウルソもPTPから見つかり間違えてセットした事が発覚。患者にすぐに連絡し作り直して交換した。間違いにすぐに気付いた為患者はまだ飲んでいなかった。	複数人の一包化の準備でばらしたPTPが混合していた為、大きさも似ておりウルソとスルピリドを取り違えてしまったと考えられる。	複数人の一包化を準備する時はセット終了まではばらしたPTPを混合しないようにする。PTPから見つけてセットする時は刻印を確認する。	ウルソ錠50mg	スルピリド錠50mg「アメル」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	亜鉛単軟膏10gとロコイド軟膏0.1%10g 混合指示のお薬。調剤者は入れた薬が分かるよう容器を監査台に置いておく。また調剤した軟膏容器の表面に入れた薬の名称をシールに書いて貼付。監査兼投薬者がそれを見て処方箋と内容があっているか確認する。今回、名称が似ている亜鉛華（10%）単軟膏で調剤してしまい、シールにも「亜鉛華（10%）単軟膏」と記載があったが、監査者は気付かずそのままお渡ししてしまった。次回受診時（1/28）に同内容の処方が出て、薬の色が違うことに本人が気づき発覚。	亜鉛華軟膏と亜鉛華（10%）単軟膏の名称が似ていた為、また同医院では亜鉛華（10%）単軟膏の方の処方の方が処方されることが多いため、調剤者が処方箋を読み違えと思われる。監査者も先に500gボトルに書いてある名称を見て、先入観をもって処方箋をみため処方せんと違う内容だと気付かなかった。○処方せんの見間違い○単純なミス	間違えやすい薬であることを自覚し、亜鉛華（10%）単軟膏が出たときのみ処方箋の「10%」の下に鉛筆で下線を引いて間違い防止に努める。	亜鉛華軟膏「ニッコー」	亜鉛華（10%）単軟膏「ニッコー」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
67	スルプロチン軟膏1%をお渡しする ところ、スチブロン軟膏0.05%で 交付してしまった。	処方箋のスルプロチン軟膏1%を、 処方頻度の多いスチブロン軟膏 0.05%と読み間違えて入力、調剤 してしまった。監査でも気がつか ず、患者様に一旦は交付してし まった。患者様の使用前に気付い て回収し、正しい薬剤であるスル プロチン軟膏1%を交付した。	名前は似ていても%が違うた め、%までしっかり確認してい れば気付く機会があったと思われ る。規格の確認を徹底し、また名 前が似ている薬剤があることを把 握し、該当薬が処方された際には 十分注意する。	スルプロチン軟膏1%	スチブロン軟膏0.05%	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
68	処方箋 【般】トコフェロール酢 酸エステルカプセル100mgの記 載 事務員ユベランカプセルと入 力 そのまま調剤 監査。投薬時 患者さんから後発品へ変更の希望 あり入力しなおす際に誤りに気が 付いた。	処方箋一般名記載の場合 トコ フェロール酢酸エステル トコ フェロールニコチン酸エステル は名称類似しており入力誤り、調 剤者 監査者も名称をしっかり確 認せずに（処方せんの見間違 い）、入力された帳票類をみて対 応してしまった。	名称が似ている薬剤は、入力間 違っていることあり念入りに処方 箋の記載の確認を怠らないよう にすること。（バーコード入力で あっても処方入力を信じすぎない こと）	【般】トコフェロール 酢酸エステル100mg	ユベランカプセル100 mg	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	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
69	リンデロンV軟膏が処方されてい たが、入力時にリンデロンVG軟膏 で入力。鑑査時にも気付かずリン デロンVG軟膏を交付。処方箋 チェック時に間違いに気付き、電 話連絡し正しいものと交換となっ た。	処方内容に対しての思い込みが あった。	思い込みで鑑査せず、特に名称が 似ている薬剤に関しては見落とし のないよう注意する。	リンデロン-V軟膏 0.12%	リンデロン-VG軟膏 0.12%	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
70	患者は以前に処方されたことがある桂枝茯苓丸の処方をお願いしようとして、医師に薬を見せて処方について相談して今回処方箋が出された。しかしながら、処方されていたのは桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス細粒であった。投薬時に薬剤を見せながら漢方の番号を読み上げて説明したところ、以前の薬と違うことが分かり、処方間違いが発覚した。	良く似た名前の薬剤の間違いが、医師の勘違いか、医師の処方うと、医師に薬を見せて処方について相談して今回処方箋が出された。しかしながら、処方されていたのは桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス細粒であった。投薬時に薬剤を見せながら漢方の番号を読み上げて説明したところ、以前の薬と違うことが分かり、処方間違いが発覚した。	漢方は番号で覚えていることが多く、番号の読み上げが必要。また応用症例もあるので幅広く使われるので、症状の聞き取りと医師の説明と合致しているかなどの詳しい聞き取りが重要だと考えられます。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく 苡仁エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）		その他			ヒューマンエラー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	GE希望のため、ベニジピン2mg「サワイ」でお渡しするところ、ベニジピン2mg「サワイ」とコニール2mgが混在。投薬中の説明時に発覚。薬お渡し時に正しいものでお渡し。○10錠シート	今回の調剤時には、事務員がピッキングを実施した。事務員より間違いなくベニジピンの棚からピッキングしていることを確認済み。薬剤師が調剤棚に在庫補充時に間違えたと思うとのこと回答を確認済み。薬剤師による調剤棚への補充時に、確認が不十分であったため入れ違いが発生したと判断する。また、ベニジピン2mg「サワイ」とコニール2mgの外観が似ていることも原因の一因だろう。○注意力散漫	薬剤補充時の注意を強化するよう注意喚起。ベニジピン2mgの採用メーカーを変更し、コニール2mgと外観の異なるものを採用した。（ベニジピン2mg「トーフ」）	ベニジピン塩酸塩錠2mg「サワイ」	コニール錠2	確認を怠った			教育・訓練	ヒューマンエラー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	トスフロキサシントシル酸塩錠150mg処方だったが、セフトレンピボキシル錠100mgを誤投薬した。	患者が続いていたので確認に不足があり、誤投薬したと思う。錠剤の形は違うが、ヒートの色が類似だった。○注意力散漫		トスフロキサシントシル酸塩錠150mg「タナベ」	セフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
73	ベザフィブラート錠の中にフスコ デが混在しており、監査システム にてバーコードシステムを通して いたが、そのまま患者に交付して しまった。(28T中6T)	調剤棚のベザフィブラート引出の 中にフスコデが混在しており、 ヒートが酷似していたこともあ り、調剤・監査して交付してし まったと考えられる	ヒート酷似のため、場所を移動し た。ヒート1枚ずつ鑑査を徹底す る	ベザフィブラート徐放 錠200mg「トー ワ」	フスコデ配合錠	確認を 怠った		施設・設 備		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
74	同じ引出し内にありピックアップし た薬剤師が間違えて取り出す。箱 を開封後、類似したアルミバック に入っているため、監査時も見落 とす。患者投薬時に、アルミバッ クを開封し、デバイスの色が違う ことを発見。	監査時に箱を開封する方が良いと 思われます。	引出しに、注意喚起の付箋をつけ る。箱はピックアップした薬剤師が 開封せず、監査する薬剤師が開封 する。	レルベア100エリプタ 30吸入用	テリルジー100エリ プタ30吸入用	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	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
75	以前はノボラピッドフレックスペ ンを使用されている患者さんで、 今回の処方ノボリンR注フレッ クスペンで処方あり。間違えてノ ボラピッドフレックスペンでお渡 しました。	以前使用されていたので、思い込 みもあり調剤をしてしまった。注 射剤は似ている名前が多いので注 意が必要である。	インスリン処方の場合は特に確認 必要。投薬の際にも患者さんと一 緒の注射剤の色など確認するよう 徹底する。	ノボリンR注フレッ クスペン	ノボラピッド注フレッ クスペン	確認を 怠った	知識が不 足してい た 勤務 状況が繁 忙だった	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
76	タリオンが記載されていた。後発 品希望者だったので、調剤用の処 方箋のコピーに後発品を調剤者が 誤ってベミロラストと記載監査者 もそのままスルーしてしまい患者 様に投薬した。患者様から薬袋に 記載されている薬品名ともらった 薬と名称が違うと連絡があり、発 覚した。	急に忙しくなり、注意散漫になっ てしまった。似たような薬名で思 い込んでしまった。	忙しいということは理由にならな い。どんなに忙しくても、きちん とチェックする。	ベボタステンベシル酸 塩錠5mg「サワイ」	ベミロラストK錠10 mg「マイラン」	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
77	調剤時にベニジピン塩酸塩4mg「サワイ」とアムロキシソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」の取り違いが発生。シートの色が水色で似通っているが、調剤棚が隣り合っていて設置してしまったために起こった	あいうえお順で調剤棚を設置しているが、たまたまシートの色が似ている劇薬ベニジピンと一般の医薬品アムロキシソールが隣り合ってしまった。以前はアムロキシソールがムソソレートという商品名であった為別の調剤棚にあったが、名称変更で棚の位置を変えたことで起こった。	棚の位置を変更するときは、名称の類似だけでなく、シートの色を類似を考慮して配置する必要がある。	ベニジピン塩酸塩錠4mg「サワイ」	アムロキシソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」			医薬品 施設・設 備		ヒューマンエラー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	ツムラ治打撲一方7.5g3×毎食前7日分の処方だったが、中にツムラ治頭痛一方が4日分混入していた。投薬時に帯が水色で同じだった事、薬剤名が似ていた事から気づかず渡してしまった。次の日に患者さんの家族から違う薬が混ざっていると電話があり発覚。お詫びして差し替えた。2包ツムラ治頭痛一方を服用されていたが、健康被害は無かった。	ツムラ治打撲一方は箱に3日分しかなく、倉庫から新しい箱の薬を持って来る時にツムラ治頭痛一方を持って来て調剤し、投薬時に混ざっている事に気が付かず渡してしまった。全部見て渡したつもりだが、確認を怠った。単純なミス	どんな薬でも間違っているかもしれないと思って投薬時に全部のヒートを確認してから渡す。	ツムラ治打撲一方エキス顆粒	ツムラ治頭痛一方エキス顆粒	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
79	タリビッド耳科用液0.3%の処方患者に誤ってタリビッド点眼液0.3%を調剤した。最終監査にて間違いに気づき患者にはタリビッド耳科用液0.3%を交付した。	名称が類似しており調剤者があやまって調剤した。調剤者は耳科用液と点眼液が両方存在することは把握していたため焦りも原因のひとつと考えられる。	改善策として店舗内で事例を共有し、一定期間「類似名あり」と札を作成し、耳科用液と点眼液の箱に添付することとした。	タリビッド耳科用液0.3%	タリビッド点眼液0.3%			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
80	【処方薬】ヘモレックス軟膏に対し、【調剤薬】ヘモポリゾン軟膏と誤調剤。	後発医薬品希望の患者でした。処方されたヘモレックス軟膏に対応するジェネリック医薬品としてヘモポリゾン軟膏を誤選択してしまった。両剤は包装単位も似ており、間違いに気づかなかったと考える。	先発医薬品・後発医薬品の実合にずれがないように注意する。	ヘモレックス軟膏	ヘモポリゾン軟膏	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
81	一般名でクロベタゾン外用液の処方があったが、バルデスローションとデルトピカローションを間違えてピッキングした。監査時に他の薬剤師が気づき、薬を正しく変更し患者へはお渡しした。	バルデスは一般名クロベタゾン、デルトピカは一般名クロベタゾンと名前の似た薬同士であり思い込み調剤をしてしまった。また急がなければという焦りも原因の一つだと思う。	一文字確認を行う。用法（塗布部位）・患者年齢などもピッキング時に確認する。	バルデスローション 0.05%	デルトピカローション 0.05%	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	2019年11月、クロビドグレル75mg「SANIK」で調剤しなくてはならないところを、誤ってシルニジピン錠10mg「サワイ」で調剤した。2020年1月、クリニック受診時に患者より薬が以前と違うとの話がDr.にあり発覚。誤った薬を服用したことによって吐き気が出たとの苦情あり。患者宅を訪問して謝罪した。	1. クロビドグレル錠75mg「SANIK」とシルニジピン錠10mg「サワイ」が調剤棚の一段違いの場所に配置されており、ピッキングの際に取り間違えた。2. 調剤後に監査を別の薬剤師が行うことによりダブルチェックをしなくてはならないところ、同じ薬剤師がそのまま監査を行ったため間違いを見落とした。3. クロビドグレル錠75mg「SANIK」とシルニジピン錠10mg「サワイ」のヒートの色合いが似ており、投薬時に患者の前で実物を取り出した際にも間違いに気づけなかった。	1. クロビドグレル錠とシルニジピン錠を調剤棚の離れた位置に配置するようにした。2. 業務繁忙時でもダブルチェックを怠らないように徹底した。3. 投薬時にも薬の名称を再度確認するようにした。	クロビドグレル錠75mg「SANIK」	シルニジピン錠10mg「サワイ」	確認を怠った		医薬品 施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
83	一般名処方アムロジピンOD錠10mgに対して、アムロジピンOD錠10mg「トーワ」を調剤するはずが、先発ノルバスクOD錠10mgを調剤し、監査時に判明した。	思い込みによる取り間違い。置き場所は離れているが、当該品を取っているつもりで先発品を手にとっていた。シートデザインは似通っているため気づけなかった。	合っていると思っていても、シートの字を読み確認する手順を癖付ける。	アムロジピンOD錠10mg「トーワ」	ノルバスクOD錠10mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
86	2020年1月11日（土曜日） 9時30分ごろ、65歳女性の患者が整形外科の処方箋を持って来局した。 処方名「ビビアント錠20mg」のところ、薬剤師Aが、その下の棚にある「ピラノア錠20mg」をとってきた。監査をした薬剤師Bもその間違いに気が付かなかった。 交付時に、患者本人から「いつもと薬が違う」と言われ間違いに気が付いた。	ビビアント錠20mgとピラノア錠20mgが近くの棚だったこと。名前が似ていたこと。同じ20mgだったこと。ヒートが紫色で似ていたこと。が原因として挙げられるが、薬剤師の注意力散漫が一番の原因であった。	ピラノアとビビアントの棚を離した。スタッフ全員でこの事案の共有をした。	ビビアント錠20mg	ピラノア錠20mg	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
87	普段扱うことがない漢方だったため、在庫がなく取り寄せることになった。その時に似た名前の薬を間違えてオンライン発注で入力してしまい、入荷後調剤した。投薬する前に別の薬剤師が監査したところ薬剤名が違うことに気が付き訂正した。	薬局内で、ツムラの漢方を検索する際、あいうえお順の表で探しているが、似ている文字にしるしをつけ、違いが分かるようにした。また、必ず薬情に記載される漢方の番号も確認、他の薬剤師が必ず監査することを徹底した。○処方せんの見間違い○単純なミス		苓桂朮甘湯	苓姜朮甘湯	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	一般名処方の読み間違いによる薬剤の取違。ベタメタゾンジプロピオン酸エステル0.64の処方ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏で調剤した	一般名が類似している。両方の薬にワードとしてベタメタゾン、プロピオン酸、エステル、3語の同じワードが入っているため間違えた。	2種類の類似一般名の医薬品があることを理解。最後の含量%を確認徹底するようにする。	リンデロン-DP軟膏	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%「MYK」	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
89	先発希望の患者様。オルメテックをお渡しするところ、GE医薬品のオルメサルタンをお渡ししそうになってしまった。	とても混雑していた時間でヒートも似ていたため確認を怠ってしまった。調剤と投薬が別の者だったため投薬者が気が付き患者様にお渡しには至らなかった。	混雑時は確認がおろそかになりがちであるが、そういうときこそ間違いもおこりやすいのでしっかりと複数人で確認するようにしていきたい。GE医薬品は先発品にヒートのデザインが似ているものも多くヒートを見ながら読み上げる等確認をしっかりとしていきたい。	オルメテックOD錠5mg	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」	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
90	2019年5月13日(月)15時頃に、内科を受診した患者(83歳女性)が処方せんを持って来局した。処方せんには「ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒2.5g/分1朝食後、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒を調剤するべきだったが、ツムラ抑肝散エキス顆粒を調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のでツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒ではなく、ツムラ抑肝散エキス顆粒が調剤されていることに気付かず交付してしまった。患者が施設の入所者であったため、施設の看護師が間違いに気付き連絡をくださった。	当時ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒は採用していなかったため、ツムラ抑肝散エキス顆粒と思ひ込みがあった。	処方箋の受取る時や、処方入力時に、採用しているかどうか分からない薬や新規の薬は他のスタッフ・薬剤師に声をかけるようにする。類似した名称のため、注意するよう付箋をした。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	オランザピン2.5mgの処方であったが、オングリザ2.5mgで調剤、鑑査時に別の薬剤師が気付き正しい薬剤で投薬した	類似薬剤名の取違い○注意力散漫	調剤時に処方薬名と調剤薬名の照合をしっかりと行っていく	オランザピン錠2.5mg「杏林」	オングリザ錠2.5mg	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
92	1歳児にステロイド外用剤Weak処方つもりが VeryStrong剤が処方されていた。	一般名処方となり 名称変更・特に外用剤は 名称が類似 煩雑しているので Drも混乱されているようです。	年齢・部位等加味して 調剤しなければならぬ。	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%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
93	アーチスト(2.5)を541錠(10錠)とコバシル(2)182錠(10錠シート)とその他数種の交付時にお渡ししているが、アルミ包装が酷似しており、交付前のチェック時にアーチストとコバシルを誤認し、計数を勘違いした。	PTPシートのデザインは製薬メーカー各社がなるべく同じにならないようにしてくれているが、アルミ包装は、大きさの同じ錠剤の場合、似通った外観となってしまう。○単純なミス	アルミ包装の片側だけではなく、両面に大きな文字で薬の名前と規格を表示してほしい。または、エーザイ「ユベラ200」のアルミ包装のようにぐるっとデザイン模様を入れてほしい。アルミ包装のままでも識別できる工夫をしてほしい。	アーチスト錠2.5mg	コバシル錠2mg		勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
94	1/10本人来局。12/28 7日分精神科調剤薬について、スルピリド14錠のところ、サイレース錠10錠とスルピリド4錠の抱き合わせ調剤になっていると、現物持参あり。在庫確認で薬局ミスと判断。年末年始は手持ち残薬で服用されていた様子。	精神科薬（スルピリド・サイレース含む）、他3科通院、服薬中の方。可能な範囲で当薬局で調剤対応。12/28精神科処方箋持参、年末年始休暇のため処方日数の変更希望相談あり、クリニックに疑義照会するも変更不可の回答あり。入力調剤の変更、戻しにより外観・色見が似ているヒート2種について今回のミスが起こったと思われる。	処方変更時など、棚からの出し戻し時に誤りがないよう注意が必要。	スルピリド錠50mg「サワイ」	サイレース錠1mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
95	一般名が似ており、薬剤を間違えてレセコン入力後、そのまま鑑査する一してお渡し	確認をおこなった 患者との話し合いの中で矛盾点を見つけて解決できていなかったため前回とおなじ抗生物質だとおもいこんでおわたりしてしまった	患者とよく話、DRはどのように処方していたかをきちんときくことができているなら、ミスに気づけたかもしれないので常に冷静な判断ができるように心がけて仕事をする	シタフロキサシン錠50mg「サワイ」	シフロキノン錠200	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 医薬品	教育・訓練 ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
96	アトモキセチン処方に対しアモキササンで調剤。投薬口にて説明時に発覚。	薬品の名称が似ているため取り違えた。	処方箋の名称・規格・メーカーにチェックを入れる。投薬前に2人以上で確認する。	アトモキセチンカプセル10mg「サワイ」	アモキササンカプセル10mg	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
97	ゼスラン錠3mgの処方計180錠のところゼスラン錠3mg178錠、シングレア錠10mg2錠混ざってお渡し。後日患者さんが来局し持参。	監査システムで画像も残せるため確認したところシングレアが混ざっていることも確認。監査システムで薬剤の重量が合っていたことや外観が類似していたため気づけなかった。	以前から行っているが、棚に戻す時には2人で確認。外観が似ているものは棚をずらす。	ゼスラン錠3mg	シングレア錠10mg	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
98	セレキノン錠100mg84錠を調剤しようとしたところ、隣の棚のゼチア錠が4錠混入しており、端数の4錠をそのまま使って調剤してしまった。シートも似ていたのと、端数のみ混入していたため、気づくのが遅れた。第一監査時に気づき、正しいものに調剤しなおした。	必要数調剤して、棚に戻す時に、隣の棚に戻してしまったと思われる。	間違って調剤したものを戻すときは、繁忙時すぐに戻すのではなく、いったん戻し箱にいれ、落ちてから戻すようにする。	セレキノン錠	ゼチア錠	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
99	ツムラ小青竜湯エキス顆粒が処方されていたが、思い込みで調剤し、類似名称であるツムラ小柴胡湯エキス顆粒をピッキングしてしまった。PORIMUSにより発見。	繁忙期であった。思い込み調剤。	処方箋と見比べながら、指さし声出しを行う。PORIMUSは今まで通り活用。調剤者も自己監査を徹底。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒	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
100	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)が処方されていたが、調剤者がツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)を調剤していた。監査者が鑑査時に気づき、訂正して調剤した。	薬品名の類似ではあるが、初歩的な分ではあるため、声出し、指さし確認などをしっかり行っていれば防げた内容ではある。	さらなる指さし、声出し確認を行って参ります。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	その他	患者側	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
101	6/21にシロスタゾール錠100mg56錠調剤し、患者さんに交付した。7/19に患者さんよりシロスタゾール錠50mg3錠混ざっていたと申し出があり、渡した薬を持参されたので、正しい薬と交換した。	薬を取る時に棚を間違えたのか、あるいは薬を棚に戻す時に違う棚に入れ気づかず取ってしまったなど考えられる。シロスタゾール錠100mgと50mgのシートの外観は似ており、小さく切れば見分けは付きにくいと思われる。	シロスタゾール錠100mgと50mgの棚が隣接していたので、少し離して配置した。また薬を棚に出し入れする時は十分確認する。	シロスタゾール錠100mg「ケミファ」	シロスタゾール錠50mg「ケミファ」	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		ヒューマンエラー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	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(29)を調剤すべきところ、ツムラ小青竜湯エキス顆粒(19)を調剤した。	下1桁が9で包装が似ていたため、自己監査時に見逃した。	番号や包装の色だけではなく薬名を声だし・指差しを処方箋と調剤物と相互に行う。また薬情の写真と照らし合わせることで齟齬を確認する。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒	ツムラ小青竜湯エキス顆粒	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
103	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%「MYK」を調剤すべきところ、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」を調剤した。	ジェネリック薬品の商品名の屋号部分にのみ意識がいき、成分名の確認を怠った。	成分名から屋号にいたるまで商品名はすべて確認する。また類似薬名もあるので声だし・指差しを行い、薬情の写真と調剤物を照らし合わせる。	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%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏	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
104	トフラニール錠25mgで調剤すべきところ、アナフラニール錠25mgで調剤してしまった。	トフラニール錠よりもアナフラニール錠の処方の方が多く、また名称や成分名も類似していることから思い込みよりアナフラニール錠で調剤してしまった。	処方箋を感覚で読み取らず、処方箋をよく読み、正確な調剤を行う。	トフラニール錠25mg	アナフラニール錠25mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
105	【正】リンデロンV G軟膏5g 【誤】リンデロンV軟膏5g	手入力での操作ミス	初期鑑査から投薬までの流れを再度確認し、マニュアルに従った手技を身に付ける。薬剤名が似たものをしっかりと区別できるように採用薬を中心に学習し、似たような名称の物がある場合は注意深くチェックする。	リンデロンV G軟膏0.12%	リンデロンV軟膏0.12%	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	施設・設備		ヒューマンエラー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	混雑時で医療事務が処方入力→計数調剤。処方先発品の商品名タナトリン錠5mg。患者GE希望。GEを誤り、エナプリル錠5mg「トーワ」で調剤。薬剤師が監査システムを用いて確認中に発見。お渡しには繋がらず。	・当薬局採用のタナトリン錠5mgのGEがイミダプリル錠5mg「トーワ」であり、処方が多い類似名称のエナプリル錠5mg「トーワ」と間違えた。○単純なミス・注意力散漫・処方記載が先発品名だった為、処方せんのみで処方内容との照らし合わせが出来なかった。・1人での入力・調剤の焦り。・調剤者が医療事務で処方頻度の低い医薬品(当該薬使用者は当該患者のみ)の在庫・配置がわかっていなかった。○注意力散漫	処方量の少ない医薬品の在庫を理解する。類似名称のある医薬品の注意喚起を行う。定期的なミスの振り返りを行う。	タナトリン錠5	エナプリルマレイン酸塩錠5mg「トーワ」	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 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
107	外用薬類似名称品の間違い	以前、FAX処方箋の患者様がいらしたが、他の患者様投薬中ですぐには対応できなかったことが気に入らず、クレーム。後日他の処方（FAXではない）を持ち来局したが、タイミングが悪く重い処方患者様のすぐ後の来局だった。クレームを出している患者様の処方もやや重めだったので飛ばして対応するわけにもいかず、順番通り対応。今回はきちんと待ってくれたが、説明拒否。監査はしていたが、患者様との現物確認は出来なかった。クレームのこともあったため、焦ってしまった。	棚に仕切りをつけ該当薬品の取り間違いを防ぐ作りにした。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品 施設・設備		ヒューマンエラー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	一包化薬 50日分自動分包機の充填ミスが原因の取り違い ニセルゴリン5mgのカセットにニコランジル5mgが混入していたことを翌月9日補充時に発見、レセコンデータよりニセルゴリン処方の患者をピックアップ、12月19日処方の患者に混入の可能性が発覚した。 投薬した薬剤師に確認をとったところ、はじめの数包は錠剤印字も確認したがその後はあわてていてできなかったと申し出た。 直ちに患者様宅を訪問、ニセルゴリンの代わりにニコランジル混入を確認した。その場で新たに作り直したものと交換した。飲み忘れ残薬があったため3回ほど服用はしていたものの体調不良は今のところ無。	人員不足のため、カセットに薬を補充する時点と一包化薬品の印字確認での作業手順の不履行があった。（確認できる人員がいなかった）ニコランジルの形状を覚えてニセルゴリンの形状を覚えていた薬剤師がいなかった（経験不足） 薬品名が類似していた	時間がかかっても再度作業手順の履行を厳守する。 ニセルゴリンとニコランジルは何回聞いても薬剤師でも間違いやすい品目のため、作業は煩雑になってしまうことを覚悟でニセルゴリンのカセット補充を廃止して、手巻きすることとした。	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」	ニコランジル錠5mg「トーワ」	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
109	一般名処方ではイミダプリル塩酸塩錠5mg記載の処方ではイミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」を交付するところイトブリド塩酸塩錠50mg「さわい」を交付してしまつた。患者帰宅後残薬整理をしていて間違いに気づき薬局に電話にて連絡。直ぐに正しいイミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」を交付し、間違つて交付したイトブリド塩酸塩錠50mg「サワイ」を回収。	今回の事例では名称が類似し、箱のデザインも緑を基調とした似たようなデザインに気がし、間違いに気づき薬局に電話にて連絡。直ぐに正しいイミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」を交付し、間違つて交付したイトブリド塩酸塩錠50mg「サワイ」を回収。	類似名称、デザインなど間違いやすい薬剤に関しては付箋にて注意喚起を記載。	イミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」	イトブリド塩酸塩錠50mg「トーフ」	確認を怠つた	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
110	酸化マグネシウム250mg錠処方のところ、事務員が同じ調剤棚のメトホルミン錠250mg錠をピックアップ、薬剤師が監査時間間違いに気づかずそのまま交付してしまひ、後日家族の方より電話があり間違い発覚しました。患者さんはデイサービスを利用されており、スタッフがいつもと違う薬剤名だと指摘され、薬剤は違うことに気づかれたとのことでした。患者さんは便秘時に頓用されていたため低血糖症状等の健康被害が起ることはありませんでした。	酷似した外観の薬剤を同じ調剤棚の近くの場所に置いているためピックアップミス、また、複雑した中での監査した「つもり」、色調等外観を見て判断した「思い込み」監査が要因だと考えます	酷似した外観の薬剤は近くには置かない。思い込み・つもりの調剤や監査はやめる	酸化マグネシウム錠250mg「モチダ」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」	確認を怠つた	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
111	キンダベート軟膏を交付するところ誤ってメサデルム軟膏を交付してしまつた	外見の色合いが似ている。患者との会話が弾み、薬剤の確認がおろそかになつた	処方箋、調剤録と薬剤を確実に確認し、調剤録に確認のチェックを入れる	キンダベート軟膏0.05%	メサデルム軟膏0.1%	確認を怠つた	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
112	忙しい時ではなかった。一般名処方、セフジトレンピボキシル細粒10%1.5g1日3回毎食後5日分記載あり。先発品希望の患者様だったので、メイアクトMS小児用細粒を調剤するところ、フロモックス小児用細粒10%で調剤していた。ミスに気づかず監査に回した。監査時に、薬剤が違うことに気づきすぐに調剤し直したため、大事には至らなかった。	一般名処方に記載されているセフジトレンを、セフカペンと見間違えてしまった。普段からもセフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒の処方が多く、つい思い込みでしっかり一般名を読み取れていなかった。お昼前でかなり気がゆるみ注意力も散漫していた。	一般名でよく似た薬剤は特に注意して確認して調剤する。集中して調剤する。	メイアクトMS小児用細粒10%	フロモックス小児用細粒100mg	確認を怠った判断を誤った				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
113	臓器移植後の免疫抑制剤の処方であったが、普段目にするものない名称の医薬品が並び混乱した。似たような名前の薬を用意しようとしたが、名称に混乱し冷静な調剤が出来なくなった。サーカネッテンは販売を中止していると、問屋さんから言われて混乱した。	普段目にする頻度の低い薬は、どんな作用かも十分に理解した上で薬の発注を行わないと混乱をする。今回は、サーカネッテンが発売中止をされていて手に入らないという状況だったので間違えて投薬をすることが防げた。	紛らわしい名前の薬は、思い込みをなくし十分に確認して調剤を行うことが大切と考える。	サーティカン錠0.5mg	サーカネッテン配合錠	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
114	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%（商品名：キンダベート軟膏）の処方に対してクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%（商品名：デルモベート軟膏）を入力し、入力の記事を基にピッキングの機械を使用してピッキングしてしまった。薬剤師が患者代理（母）との会話で顔に使用すること、皮膚症状改善のため前回より軽い薬に変えられたことで処方間違いを疑いました。疑義照会の前に処方入力を再確認したところ、薬局での入力間違いがあることがわかり、入力訂正した。	小児科の処方箋で外用ステロイドの一般名処方にはあまり受け経験がなく、経験不足の為一般名を見間違えてしまった。○処方せんの見間違い	外用ステロイド薬の一般名処方には類似の名前が多い為、入力する人は十分にそのことを理解して入力することが大事。最初の何文字かに紛らわされず最後まで薬品名を確認することが必要。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	処方箋では先発品のアレジオンが処方されていたが、GEのアズサレオンを渡してしまった。当日電話あり発覚。服薬前だったので、すべて回収交換しました。	当薬局でアズサレオンがたくさん処方されているが、アレジオンは数名のみ。名前も似ていることから、ピッキングミス、鑑査も通って鑑査様の手へ渡ってしまった。時間帯的に、混雑していたことによる、確認ミス。○処方せんの見間違い○焦り	処方箋との照らし合わせをしっかりとる。処方監査時に、似ている名前場合はチェックを入れるようにした。	アレジオン錠20	アズサレオン錠20	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
116	一般名処方のヘパリン類似物質軟膏0.3%を処方されており、先発希望の患者だったが後発品希望の患者と思いを誤り、後発品のヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」を調剤してしまった。	少し混んでいた時間というもあり、当事者の単純なミス・焦り・注意力散漫が要因と考えられる。	先発・後発希望の患者の区別をはっきりさせるために、先発希望の患者にはタグをつけて明確にわかるよう対策した。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	確認を怠った連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
117	ディオバン錠40mgが処方されており、ジェネリックを希望する患者だったため、ジェネリックを調剤するときに、バルサルタンではなくテルミサルタンを調剤した。調剤した薬剤師は名前が似ていたの で勘違いしており、監査の薬剤師は働き始めて1か月だったため、正しいと思い込んで交付してしま った。以前から服用している薬 であり、いつもの薬と違うことに 患者が気づき、服用せず薬局に連 絡してきたため発覚した。	先発名とジェネリック名をしっかり 把握していなかった。思い込み で監査が甘くなってしまった。	どのような場合でも、監査では1 からしっかりと確認を行う。	バルサルタン錠40mg「サンド」	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	確認を 怠った	知識が不 足してい 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
118	アンブロキシール14錠でお渡しし なければならぬところ、アンブ ロキシール10錠+イミダプリル4錠 でお渡ししてしまった	アンブロキシールとイミダプリル の棚が上下で外観が類似していた	棚の位置を移動し、入れ間違い・ 取り間違いを無いようにした	アンブロキシール塩酸 塩錠15mg「トー ワ」	イミダプリル塩酸塩錠5 mg「トーワ」	確認を 怠った	技術・手 技が未熟 だった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
119	ウラリット配合錠4錠分3朝・夕 食後 56日分処方、全224 錠お渡しのところ、うち24錠を 同ジェネリック品であるクエン メット配合錠にてお渡し。	調剤時に手技未熟である担当が調 剤を行い、同じ場所に保管して あったクエンメット配合錠を24 錠、誤って調剤。鑑査・投薬時 にも見落としてしまった。○注意 力散漫	新規配属者にもマニュアルの徹底 を行い、取り違い防止の取り組 む。また、シートが似ているもの も普段から把握しておくように、 薬剤師間でも情報共有を行う。	ウラリット配合錠	クエンメット配合錠	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	教育・訓 練	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
120	ツムラ当帰芍薬散で処方されてい たのをツムラ芍薬甘草湯で調剤。	作業手順の不履行、処方せんの見 間違い	漢方薬は似ている名称もある為、 名称、番号などきちんと確認して 調剤が必要。	ツムラ当帰芍薬散エキス 顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス 顆粒（医療用）	確認を 怠った		医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
121	一般名処方の処方箋で、医薬品取 り間違いが発生	一般名称が酷似、薬理作用も酷似 の為、取り間違いが発生したと思 われる。	棚を分ける	ランソプラゾールOD錠 15mg「武田テバ」	ラベプラゾールナトリウ ム錠10mg「ケミ ファ」	確認を 怠った		医薬品	教育・訓 練	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
122	外耳炎に対して一般名処方でセフジニルが処方されていた。セフジニルの処方頻度は極めて低く、処方入力者は3文字入力で出てくる処方頻度の高いセフトレンピボキシルを迷わず選択してしまった。当薬局は自動分包機デिमロで散薬調剤。分包スタート時に処方監査されるが、確認者も患者さんが立て込んでいたためそのまま思い込みでスタートさせた。さらに投薬者は在宅対応から帰ってきたばかりで待合室が混みあった為、薬袋監査だけで処方箋との突合せの手順を省いて投薬してしまった。投薬後、すぐに入力ミスに気が付いたが、患者様は既に帰った後だった。	繁忙時の自動分包機は入力さえ間違えなければ早くて正確なので強い味方になる。今回、入力者が処方頻度の低い薬を思い込みで入力してしまった。本来なら2重監査で気付くべきところだが、繁忙時とカセット処方では正確という思い込みがあったため2重監査が効果を発揮できなかった。	セフトレンピボキシルは今まで内部カセットに充填していたが、一般名処方では似たような薬剤があるのでこれを機会に少し時間はかかるが、手作業での秤量品目に切り替えた。これによって入力ミスに対して3重監査となるので今後このような過誤のリスクは低減すると思われる	セフゾン細粒小児用10%	セフトレンピボキシル小児用細粒10%「OK」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	ツムラ柴苓湯エキス顆粒が、処方されていたが ツムラ柴朴湯顆粒を出してしまった	薬局では、薬を、拾う人と、監査して、投薬をする人がおります監査時に、薬が漢字の為 字が似ており字数も同じの為 誤って出してしまった	漢方薬には、それぞれ番号があるので、薬袋には、それがのるので、それを確認する	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラー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	処方シタフロキサシン錠50mgで処方されているところ、シロスタゾール錠50mgで調剤した。	繁忙期に思い込みで類似名称医薬品を調剤した。	間違えやすい医薬品として店舗内で注意を促すため掲示する。	シタフロキサシン錠50mg「サワイ」	シロスタゾール錠50mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
125	ジェネリック医薬品の希望しない で継続して同じ処方薬を服用して いる患者に、リパロ錠2mgのとこ ろ、ジェネリック医薬品を交付し てしまった。慣れから来る確認 不足と、患者と親しく他の話題に 興じてしまい、また、当該ジェネ リック医薬品が先発品と外観が酷 似していることも相まって、この ような間違いが生じたと思う。患 者本人がいつもの薬と異なる外観 の薬が入っていることに気づき、 薬局に連絡。	○単純なミス○注意力散漫 慢 性疾患で通院している患者で、薬 の内用も変更がなかったりする と、注力が散漫になりこのような 単純なミスを犯してしまう。とく に、多くの患者がジェネリック医 薬品を希望するところ、先発品を 希望されていると、調剤でも注意 力散漫になりやすい。	調剤・監査の段階で常に冷静に確 認することが大切。	リパロ錠 2 m g	ビタバスタチンカルシウ ム錠 2 m g 「日医工」	確認を 怠った	勤務状況 が繁忙 だった	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
126	汎用漢方薬の取り間違い、監査ス ルー、投薬時の確認不足	保管場所が近く、包装の色合いが 類似している。監査・投薬時の確 認不徹底。	保管場所の変更	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ疎経活血湯エキス 顆粒 (医療用)	確認を 怠った 患者への 説明が不 十分で あった (怠った)	技術・手 技が未熟 だった		教育・訓 練	ヒューマンエラーや 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」エスタゾラム1mgの 処方せんでしたが、誤ってエチゾ ラム1mg サワイで調剤、監査、 投薬してしまった。	一般名処方せんの見間違いで調剤 し、監査でもミスに気が付かず投 薬に至った。一般名の似ている向 精神薬では、細心の注意を払って いたが繁忙時間であったことも影 響したと思われる。	一般名処方はより注意深く時間を かけて、薬剤名、メーカー名を確 認することを徹底する。	エスタゾラム錠 1 m g 「アメル」	エチゾラム錠 1 m g 「S W」	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			ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
128	処方箋記載は先発品アロチノロール「DSP」であったが、患者様がジェネリックを希望されていたのでアロチノロール「JG」でお渡しすることにし入力されていた。だが、実際にお渡ししたのは先発品のアロチノロール「DSP」であった。患者様が帰宅された後に在庫状況から発覚し、すぐにお詫びの連絡を入れお薬の交換に伺った。	先発品と後発品の名称が同じでシートも良く似ていたため、調剤者、投薬者ともに確認を誤ってしまった。	現在ほぼ使われていなかった先発品の保管場所を変更した。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「JG」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
129	クロチアゼパム錠5mgが処方されていたが、間違っクアゼパム錠15mgを調剤した。鑑査時に気付き、患者さんにはクロチアゼパム錠5mgをお渡しした。	薬品名が類似しており、誤って調剤してしまった。	調剤時は薬品名を最後まで確認する。2人以上で鑑査を徹底する。	クロチアゼパム錠10mg「サワイ」	クアゼパム錠15mg「サワイ」		勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
130	ツムラ猪苓湯エキス顆粒処方のところ、ツムラ葛根湯エキス顆粒を調剤し交付してしまった。同日、患者様から連絡があり間違いに気づきツムラ猪苓湯エキス顆粒と交換させていただきました。	○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫	漢方など、名前や外観が似ている医薬品を予め把握し、普段からミスが起こりやすいものと念頭に置き、調剤業務を行う。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
131	ヒアレイン点眼液0.1%が処方された。患者希望でジェネリック医薬品変更なしだったが、誤って後発医薬品で調剤した。	処方箋の記載は一般名ではなく、商品名だった。当薬局ではほとんどがジェネリック医薬品で調剤しているため、普段と同じように調剤してしまった。名称も似ているため、思い込みで調剤してしまった。○作業手順の不履行○処方せんの見間違い	ピッキング後にもしっかり処方箋と医薬品を照らし合わせて確認する。患者希望を毎回初めに確認し調剤を開始する。	ヒアレイン点眼液0.1%	ヒアロンサン点眼液0.1%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
132	薬剤取り違い。外用薬、薬剤名類似。	同じ棚列に陳列されており、類似薬名であるため、勘違い思い込みがあった。○処方せんの見間違い ○単純なミス○注意力散漫	名称が似ているものをあえて近くに陳列する場合は、目立つような注意喚起が必要。調剤直後の自己での監査も行う。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液 0.015%	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
133	フルバスタチン20mg錠/1×夕食後60日分の処方のところフルスルチアミン25mgを60錠でお渡ししてしまった。患者様が帰宅後気づいてくださり交換したことで服用せずにすみました。	品名が似ているための調剤過誤。 ○処方せんの見間違い	処方箋の品名を最後まで読み取り、調剤した薬品名も最後まで確認し取り間違いを防ぐ。	フルバスタチン錠20mg「サワイ」	フルスルチアミン錠25mg「トーワ」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
134	調剤の際、ミコンビ配合錠APとミカムロ配合錠APを取り間違え、監査も間違えたまま行った。結果誤薬が発生。健康被害は幸いにもなかった。	午前中の繫忙期に患者が来局。前後にも他の患者が待っていた。Do処方であったため監査も甘く、説明もあまりせずに世間話などを行い薬剤を交付。	名称類似性はあるが、外観が異なる為、服用薬剤情報書の写真と現物を見比べることといった監査ルールを設けた。	ミコンビ配合錠AP	ミカムロ配合錠AP	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練ルールの不備	ヒューマンエラー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	アスベリン錠10mgの処方を、アストミン錠10で調剤。	呼吸器科の門前薬局である為、複数の鎮咳薬が使い分けられる状況。	規格や名前が類似している為、しっかりと処方せんの確認をする。（類似薬 アストマリ、アストミン、アスベリン）	アスベリン錠10	アストミン錠10mg	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
136	ツムラ小青竜湯が処方されていたが、間違えてツムラ小建中湯を患者様にお渡しした。	処方箋と薬剤の照合がおろそかになっていったと思われる。また、薬剤の形態も似ていたため。	処方箋と薬品の照合は意識を持って確認し、さらに投薬口で患者様と一緒に確認する。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小建中湯エキス顆粒（医療用）	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
137	類似薬品（配合剤）の取り違い	○単純なミス○焦り○注意力散漫	注意すべき事柄が複数点あると意識が散ってしまうが、基本の監査を怠らないよう十分注意する。	テラムロ配合錠B P 「サワイ」	テルチア配合錠B P 「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラー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	内服薬の取り間違い	ピッキングサポートシステムを導入しているが、酸化マグネシウムケンエー330mg180錠調剤するところ、80錠をケンエーで調剤。100錠を隣にあったマグミットで調剤。100錠はアルミ包装のままであり、バーコードがついていないため、端数のみピッキングサポートシステムを実施。鑑査時に100錠包装の薬品名が違うことに気づき、交換した。実施した薬剤師は新人であり、色が似ているため気づかなかった。	今回は引出しの中に隣り合っていた薬品が混在している状態であった。メーカーごとに仕切りをつけて管理を実施。取り間違いが生じないように区別した。	酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」	マグミット錠330mg	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 施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
139	一般名処方にて、ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mgの処方を、ベタヒスチンメシル酸塩錠と読み間違い、薬を箱から出した所で、処方箋を見直した所、間違いに自分で気付き拾い直し、処方通り調剤した。	処方箋を、しっかり読まず、ぱっと見て調剤に入ってしまった。似た名称の薬を取り違えてしまった。処方せんの見間違い	ぱっと見て調剤せず、似た名称の薬があるものは、特に注意してしっかりと処方箋を読む事。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
140	一般名オロバタジン塩酸塩の処方60日分がでた患者様にジェネリック10日分、先発50日分で調剤しお渡ししてしまった。患者様のご家族が発見され電話にて間違いが発覚した。○10錠シート	薬の棚に先発とジェネリックが混在して入っていた。調剤と監査時それぞれにきずかずお渡ししてしまった。○単純なミス。先発とジェネリックのヒートが似ていた。棚への補充ミス。	薬の棚への補充は確実におこなう。調剤、監査の際はヒート1枚1枚を確認することを徹底するようにする。	オロバタジン塩酸塩0.5錠2.5mg「サワイ」	アレロックOD錠2.5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
141	患者が処方箋をもって来局した。処方箋には「般 トコフェロールニコチン酸エステルCap200mg、3Cap/分3毎食後、84日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からユベラNソフトカプセル200mgを調剤するところ、ユベラ錠50mgを調剤したことに気づかず、そのまま監査に回した。	トコフェロールニコチン酸エステルをトコフェロール酢酸エステルと読み間違えてユベラ錠であると思い込んでしまった。また、ユベラ錠とユベラNソフトカプセルの棚の位置が近く、名称が似ていたことも問題があったと考えられる。また、患者が来局した時間は店内が混んでおり、焦りがあった。	処方箋記載の内容を、思い込みではなくしっかり読み込んで、調剤しないといけないと思った。調剤者が監査に回す前に再度薬の内容の確認を徹底する。薬局が混んでいても、落ち着いて確認する必要がある。	ユベラNソフトカプセル200mg	ユベラ錠50mg	確認を怠った 判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
142	アデスタンクリームを出すべきところをスタデルムクリームを出してしまい、後日職員が気づいた	他に処方されていたためまいの薬に気を取られていた○注意力散漫○焦り	似たような名前の薬品は、1字ずつ確認する	アデスタンクリーム1%	スタデルムクリーム5%	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
143	インスリンとマイクロファイブ ロ32Gが記載された処方せんを読 み違い、マイクロファイブラス 32Gで入力、調剤をしていた。在 庫がなく、患者に不足の旨を伝え る際に再度処方せんを確認したと ころ、プラスではなくプロである ことに気づき、入力と調剤ともに 正しいもので行い、患者に交付を 行った。	マイクロファイブラス32Gは一 般的に広く使用されている医療材 料であるが、後に発売されたマイ クロファイブプロ32Gは認知度が 低く、名称も酷似しているため、 調剤した経験がないと見過ごしや すい。○処方せんの見間違い	局内名称でマイクロファイン【ブ ロ】32Gと一目でわかるように設 定を行った。	マイクロファイブプロ 32G4mm	マイクロファイブラ ス32G4mm	確認を 怠った	知識が不 足してい た	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
144	名称類似の薬剤の取り違い一包 指示処方箋応需 L-アスパラギン 酸CaのところL-アスパラギン 酸Kで調剤・一包化してしまった が監査の時点で間違いに気が付き 調剤をし直して、投薬した。	調剤薬剤師は分包する前に別の薬 剤師に内容の間違いが無いか確認 してもらいが2人共、L-アスパ ラギン酸の部分しか確認せず、間 違いに気が付かず調剤・分包して しまった。 L-アスパラギン酸認識出来てい なかった。	各薬剤師に回覧でインシデント事 例を周知した。L-アスパラギン 酸Caは引出し、L-アスパラギ ン酸K棚に在庫していたので両方 があることがわかるように同じ棚 に置くようにシカセッターに注意 喚起のラベルを付けた。	L-アスパラギン酸C a錠200mg「サワ イ」	L-アスパラギン酸K 錠300mg「アメル」	確認を 怠った		医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
145	一般名処方「炭酸ランタン口腔内 崩壊錠500mg」に炭酸ランタン OD錠500mg「フソー」を調剤す るところ、沈降炭酸カルシウムを 調剤してしまいました。	先発医薬品からの後発医薬品への 切り替え・後発医薬品のメーカー 切り替え等が、同時期に重なり、 薬効・名称・規格共に類似してい る二剤の違いに、準備する方も、 監査する方も注意力が不足してい たため。また、同種同効薬の種 類・規格の多さも響いてと思われ ます。	薬剤を確認する時は、薬袋の中を 覗くだけでなく、きちんと薬袋か ら取り出して薬の顔を確認する。 思い込みで調剤しない！ピッキ ング・監査、お互いを頼り過ぎな い。	炭酸ランタンOD錠5 00mg「フソー」	沈降炭酸カルシウム錠5 00mg「武田テバ」	確認を 怠った	その他			ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
146	シルニジピン錠10mg「JG」が 処方されていたがクロピドグレル 錠75mg「YD」をピッキングし てしまった。	処方棚の隣においてあるうえ、 ヒートデザイン色が似ているため 繁忙だったため、焦りがあったた め注意力散漫となっていた。	棚の位置をずらして改善を行っ た。	シルニジピン錠10m g「JG」	クロピドグレル錠75m g「YD」	確認を 怠った	勤務状況 が繁忙 だった	施設・設 備		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
147	メイアクトMS錠100mgの処方があり、患者はGE希望だった。メイアクトMSのGEがセフカベン錠と思ひ込み調剤。監査時に薬剤の間違いが発見された。	普段よく扱う病院の処方箋はセフジトレン（一般名処方）が多く、今回の処方箋は普段取り扱ひの少ない病院からのものであった。また、薬局内が混雑しており注意力が散漫していた。	名前の似ている薬は特に取り間違ひのないよう注意・確認も怠らないようにします。	メイアクトMS錠100mg	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「ファイザー」	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
148	ヘパリン類似物質外用泡スプレーと外用スプレーを間違えて投薬するという患者からの話があり、間違いに気づき交換した。	ヘパリン類似物質外用泡スプレーがいつも処方されていた。そのため、泡スプレーだと思ひ込んでしまい、入力、取り揃え、監査すべての段階において間違いに気づかなかった。処方せんの見間違い。	処方箋を良く見て、薬名をしっかりと確認する。思ひ込みはしないように注意する。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PPP」	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
149	処方製剤名称でロサルタンカリウム錠25mg「NP」のところ、同じニプロから販売されている一般名称、規格が似た薬品、ロスバスタチン錠2.5mg「ニプロ」をビッキング。監査において違う薬品を調剤していたことが判明。	成分名が「ろ」からはじまるもので、棚の位置が近かったこと及び、規格が25mgと2.5mgで似ていたこと、製薬会社と同じであることから処方箋を見間違えて思ひ込みが発生し、ビッキングを間違えました。○処方せんの見間違い○注意力散漫○焦り	2文字目は違う薬剤のため、処方箋をしっかりと一文字ずつ確認すること、今回、監査機器を使った段階でわかったため、監査時に監査機器を必ず利用すること、複数人が調剤に関わることを対策として徹底するように、改めて周知しました。	ロサルタンカリウム錠25mg「NP」	ロスバスタチン錠2.5mg「ニプロ」	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
150	調剤時に処方せんで、ツムラ二朮湯であったが間違えて二陳湯を調剤してしまった。投薬時に患者とのやり取りで効能が異なる事で気が付いて調剤をやり直して対応。	この製剤を調剤するのが初めてでかつ、名称やヒート包装の色などが似ていることが間違いを起こした原因と考えられる。	処方せんに記載された文字、特に名前の似た薬剤やパッケージの似ているものに注意する。	ツムラ二朮湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ二陳湯エキス顆粒（医療用）	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
151	一般名；オロパタジン塩酸塩口腔内崩壊錠5mgの処方あり。先発品調剤希望の方で、アレロックOD錠を調剤するところ、オロパタジンOD錠が調剤されており、そのまま、監査、投薬してしまった。後日、ご家族が薬をお持ちになり発覚した。	外観が似ていることもあるが、注意力不足で監査、投薬してしまった。薬を取りに来られた患者様が薬剤師であったため、投薬時の説明を簡易化したところ、再確認が不十分になってしまった。	外観に惑わされず、シートに記載されている薬品名をしっかりと確認した上で調剤、監査する。投薬時の患者様との確認をしっかりと行う。	アレロックOD錠5	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「サワイ」	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
152	一般名処方、ロラタジンシロップ用1%が1.9g分2朝夕食後5日分の処方があったが、用法、用量に疑義があるため、処方医に照会を行った。処方医は、一般名でクラリスロマイシンシロップ用10%の誤りだった。21日にも同じ要因で処方の間違えが起こっている。	処方医が、処方薬入力時に、先発品の商品名で入力を行い、医療事務が処方箋発行時に一般名処方へと変更して交付している。処方医が先発品の商品名「クラリシッド」で入力しようとしたところ、「クラリチン」を選択してしまい、今回の間違いが起こったと考えられる。薬品名の類似による選択ミス。	名称の類似しているものについては、薬剤選択時に間違えないよう目印をつける等、意識を促すようにする。	クラリチンドライシロップ1%	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用	確認を怠った	その他	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
153	一包化の患者、後発品希望である。処方はノルバスク錠5mgであるが「タカ」で調剤するところだが「タカ」が気付き、アムロジビンOD錠5mgを集薬された。一包化をする際に別の薬剤師が気付き、アムロジビンOD錠5mg「タカ」を集薬した。患者に交付されることはなかった。	先発品のアムロジビンと後発品のアムロジビンの名称が似ていることから起きた間違い。○単純なミス	起きうるミスだということを認識し、業務にあたる。	ノルバスク錠5mg	アムロジジンOD錠5mg	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
154	患者さんが処方せんを持って来局した。処方せんには「エスタゾラム錠1mg 1錠1日1回就寝前30日分」と記載されていた。薬剤師Aは薬棚の引き出しからエスタゾラム1mgを調剤するところ、隣にあったエチゾラム1mgを誤って調剤してしまった。薬剤師Aは自身で監査を行いそこでも間違いに気が付かず、患者の前で再度薬袋と照らし合わせて確認中に間違いに気がついた。薬剤師Aはエスタゾラム1mgを正しく調剤し、再度患者さんの前で確認してお薬を交付した。交付前に気が付いたため、患者さんには正しいお薬を交付した。	エスタゾラムとエチゾラムは薬の配置が隣で名称も類似していた。1人薬剤師で、患者さんが来局した時間帯は店内が混んでいたため焦りがあった。	向精神薬の引き出しの配置を変え、両薬品を離した。またそれぞれの薬品の配置スペースに取り間違い注意のシールを貼った。患者さん交付前の調剤時、監査時の再確認を徹底することとした。	エスタゾラム錠1mg 「アメル」	エチゾラム錠1mg 「トーワ」	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
155	処方箋には「メブチンエア-10μg吸入100回1キット」と記載されていた。薬剤師Aは薬棚から「メブチンエア-」を調剤するところ、その隣の薬棚にあった「メブチンキッドエア-」を調剤して監査にまわした。監査にあたった薬剤師Bも「メブチンキッドエア-」に気づかず投薬してしまった。患者帰宅後、発注の際に「メブチンキッドエア-」を投薬した可能性に気づき、患者宅に連絡、確認し「メブチンキッドエア-」を投薬したことが発覚した。前回の残りがあり、当日分は手付かずであった。すぐに当日分を吸入しないよう指示し、「メブチンエア-」と交換する旨を伝え、後日交換した。当日中に対応できたため、患者が誤った薬剤を吸入することはなかった。	メブチンエア-とメブチンキッドエア-は棚の位置が隣と近く、外観、名称も似ているため取り間違えた。また、患者が来局した時間も終了間際で混雑していたため焦りがあった。	メブチンエア-とメブチンキッドエア-の棚の位置を離れた。また、調剤者がピッキングしたあと、監査に回す前に薬剤の再確認をするよう徹底した。	メブチンエア-10μg	メブチンキッドエア-5μg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備		ヒューマンエラー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	一般名処方、セフトレンピボキシル錠100mg（メイアクト）のところで、セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を封入、患者さん交付時確認で気づく	急いでいた	一般名処方、似た名称には特に気をつける	（般）セフトレンピボキシル錠100mg	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	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
157	オングリザ2.5mg 2錠の処方をオランザピン2.5mgで調剤	似通ったひびきで、薬の取り違い	処方箋をよく確認するまた、疾患から不適切な処方であること認識する	オングリザ錠2.5mg	オランザピン錠2.5mg「トーワ」	確認を怠った	知識が不足していた		教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
158	一包化をしていた（土曜日）。カルボシステイン500mg1錠セットするところ、250mg2錠を分包機にセットしていた。セットしている途中に気づいたため、カルボシステイン250mgを取り除いた。月曜日、土曜日に取り除いたカルボシステイン250mgを使用した。カルボシステイン250mgを使用しようとする、2錠違う薬が混ざっていることに気づいた。土曜日、カルボシステイン250mgを取り除く際に、すでにセットされていたクラリスロマイシンをあやまって取り除いたことが分かり、患者様宅に交換に伺った。服用前だったため、交換した。	カルボシステイン錠250mgを取り除いた際に、数量に気をとられ、刻印を1つずつ確認しなかったことが原因と考えられる。カルボシステイン250もクラリスロマイシン200もサワイを採用だったため、刻印はSW。大きさ・色も似ていたことから、確認が十分出なかったと思われる。注意力散漫	刻印は1剤づつしっかり確認する	クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
159	クラシエ人参養栄湯が処方されていたが、誤ってクラシエ芍薬甘草湯を患者に渡してしまった。	当日は薬剤師1名、事務員（踏力販売者）1名で対応していたが、当時患者が多く来局し、事務員が別の患者の対応をしていたため、薬剤師が一人で受付、レセコン入力、ピッキング、投薬、会計をしていた。薬剤師がピッキングをする際、薬情に記載された薬の画像で薬を判断してしまい、同じ色の包装であるクラシエ人参養栄湯と当薬局で数多く出ているクラシエ芍薬甘草湯を誤ってピッキングし、事務員は別の患者の対応中であつたため、そのまま第三チェックをせずに患者に誤った薬剤を渡してしまった。患者が帰宅した後、在庫チェックで数が合わないことで発覚し、患者に連絡したところ、服用前であつたため、正しい薬と交換して対応した。	・確認する際は、薬情ではなく、処方箋で確認する。・会計前に第三者チェック又はセルフチェックを確実に実施する。・忙しい時も一呼吸おいて対応する。・似たような包装の薬は配置を離す。・事例を関係者で共有し、同じような事例が発生することを念頭に置いて業務に取り組む。	クラシエ人参養栄湯エキス細粒	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	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	ヒューマンエラー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	人参養栄湯が処方されていたが人參湯を調剤し、お渡し。振り返りチェック時に間違いに気づき、患者に電話し交換となった。服用はしていなかった。	一包装などが続いている時間帯で忙しかったという理由もあるが、お腹の調子を整える薬が他に出ていたため人參湯を取ってしまった。また、鑑査時も冒頭の人參という名称が同じなので思い込みで鑑査を通してしまった。○単純なミス○注意力散漫	漢方薬は類似名称が多いので最初から最後まで名称確認するとともに、薬剤情報を用いて漢方の数字もチェックを入れる。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人參湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った患者への説明が不十分であった（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
161	名称が似ており細部までの確認を怠った	単純なミス、焦り	名称を細部まで確認する	アトーゼット配合錠LD	ロスーゼット配合錠LD	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
162	ツムラ五積散エキス顆粒(医療用)が63包が処方され、調剤者が包数を間違えて42包で調剤していたため、追加で21包を取るよう指示を出したが、誤ってツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用)をとってしまった。その後鑑査時も気がつかず、患者に服薬指導を行い、患者が間違いに気がついたため、謝罪訂正してお渡した。	ツムラの漢方薬で五積散(63番)と、六君子湯(43番)の黄色の類似するパッケージを見間違えたものだと考えられる。また、1度に集薬するのではなく、数の間違いで1束21包を改めて集めようとしたため、確認を怠った、目につく43番と63番という数字のみを見て見落としてしまったものと考えられる。	常に指さし、声出し確認を行い、事例の共有に努め、類似事例を減らすことが出来るよう尽力します。	ツムラ五積散エキス顆粒(医療用)63包	ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用)21包	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
163	一般名薬剤師がプラバスタチン10mgをピックアップするべきところをフルバスタチン10mgをピックアップしてしまった事例。鑑査時に別の薬剤師が間違いに気付き誤投薬には至らなかったが、名前が似ている為に注意が必要と考え報告するものである。	コレステロールの薬剤との認識の中、一般名を正確に読み取ることが怠ったために発生してしまった。	必ず口に出して薬剤名を確認するルールになっているが、忙しさにかけて省略されていたとのこと。薬剤名をピックアップ時及び鑑査時に必ず口に出して確認することを徹底し誤投薬を防止することとした。	プラバスタチン錠10mg	フルバスタチン錠10mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練ルールの不備	ヒューマンエラー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	直前に類似名称薬の処方があり、引き間違えた	患者がたてこんでいたため、通常行う鑑査確認を怠った	ピックアップ後、鑑査確認を行い他の職員にも鑑査確認の声掛けをする	ベニジピン塩酸塩錠4「TCK」	ニルバジピン錠4mg「日医工」	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
165	薬を間違って調剤してしまった。	トリヘキシフェニジルとスルピリドは、両方とも「アメル」を使っていた。最初から間違えそうと何度か思っていたが、ついにやってしまった。他にもトリヘキシフェニジルを使っている人は3人いるが、スルピリドと併用。スルピリドだけの方は、多数いる。そのためにトリヘキシフェニジルを持つ機会が少なく最初から嫌な予感があった。レボトミンの使用者は、5mgと25mgともに1人ずつ。引き出しで並んでいればよかったのだが、隣の列に動かしたら、判んなくなってしまった。焦りと単純なミスだった。	当初、処方箋に書かれたメーカーだったが今後メーカーを変える必要がある。注意することと並べておくことが大事だと思い実行する。	トリヘキシフェニジル 塩酸塩錠2mg「アメル」 レボトミン錠5mg	スルピリド錠100mg 「アメル」レボトミン錠25mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった その他			ヒューマンエラー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	一般名処方でヘパリン類似物質外用液0.3パーセント 25グラムの処方 came。当薬局は後発はビーソフテンローション50グラムしかなく、事務職員が25gなので軟膏と入力。薬剤師も気づかず投薬した。その後別の薬剤師が入力チェックしていて、外用液と気づきすぐに患者さんに連絡し交換に伺った。まだ使用していなかったため健康被害等はなかった。外用薬の採用で名称が似ている○	分単純なミスは誰にも起こりうる。わかりにくい一般名がほかにもある。ヒルドイドは剤型も様々。対応一覧表を作りレセコン入力のところに貼付して間違いないようにした。	一般名と商品名の対照表の作成	ヒルドイドローション0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
167	処方箋に後発医薬品銘柄で記載されていた医薬品で、患者様も以前からゾルピデム5mgを服用していた。月末の棚卸にて在庫数量にずれがあり調査したところ、当該患者様にマイスリー5mgをお渡ししたと考えられ、連絡をとったが既に服用終了しており、気が付かなかったとのこと。本件について説明し謝罪した。	ピッキングと監査で2人の薬剤師が確認したにも関わらず、交付してしまった。成分が同じで形態が似ていることによる「思い込み」が原因と考えられる。またピッキング及び監査での作業手順が形だけになってしまっている可能性がある。	声出し確認にて行動を印象づけることとした。	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「明治」	マイスリー錠5mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
168	モーラスパップ60が処方で調剤したつもりがセルタッチパップ140になっていた。湿布を取った時点で補充ミスに薬剤師が気づき問題には至らなかった。	朝、背の低い事務員が自分の目線よりも高い湿布を充填する際、外装が似ていた湿布セルタッチ140をモーラスパップ60の保管場所に誤って充填した。早く補充しなければと焦りがあった様子。	外装が似ている湿布の取り扱いには注意する。間に入ってしまったら監査システムでも感知できないと思うので十分補充作業には気を付ける。特にテープ剤は記載の薬品名だけ違い外装は全く同じものがあるため注意が必要である。	モーラスパップ60mg	セルタッチパップ140	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった		教育・訓練	ヒューマンエラー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	薬剤の取り間違い	一緒に処方されていたミチグリニドと間違えないようにと思いひろってしまった。	糖尿病薬は一般名が類似しているのでより注意をす。	ボグリボースOD錠0.3mg「武田テバ」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
170	一般名でロソーゼットが処方されていたが間違えてアトーゼットを渡してしまった	商品名、一般名ともに似た名前での間違いやすいとの認識はあったが、より慎重に確認することを怠ってしまった 処方せんの見間違い	似た名前がある薬を調剤するときにはより慎重に確認することを徹底する	ロソーゼット配合錠HD	アトーゼット配合錠HD	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
171	Rp.ツムラ当帰芍薬散のところに、芍薬甘草湯をとり監査時に発見された。	・薬品名の類似。・混雑していた。同時に電話対応したりして、「芍薬」とみただけで思い込みで作業し、その後の確認を怠った。	・混雑時においても、処方せん、現物の薬品名を突合せて作業することを徹底する。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
172	R p. ツムラ柴朴湯 のところツムラ柴芥湯をとり、監査時に発見された。	・薬品名の類似。・同処方内に不足薬あり、そちらに気を取られ、薬品名の確認を怠った。	・いかなる状況であっても、処方せん、現物の医薬品名の突合を怠らない。	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴芥湯エキス顆粒（医療用）	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		ヒューマンエラー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	一般名処方で、一般名が似ていた。バルサルタン・アムロジピンベシル酸塩配合剤錠と記載されていたが、誤ってアジルサルタン・アムロジピンベシル酸塩配合剤(1)錠を調剤した、病院は、アムロジピン・アジルサルタン配合剤と一般名で記載されていたため、この患者に以前出ていたザクラスを選択した。	一般名処方で、一般名が似ていた。	処方箋の見間違い。	ザクラスHD	エックスフォージ配合錠	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
174	一般名；アンプロキシール塩酸塩錠が処方されていた。多数の患者様はジェネリックで調剤していたが、この患者様は先発品のムコソルバンを希望しており、定時薬として服用していた。調剤者が希望を知らずにジェネリックで調剤、投薬者がジェネリックであることに気づかず投薬。患者様本人が気づき、翌日薬局に持って来てくれた。	同成分で2つのメーカーを使用しており、個々人によって異なるため、薬歴などで確認する必要があることを全員に徹底していなかった。ヒートが似ていたため、ジェネリックになっていることに気づかなかった。	メーカーを複数使用している薬剤は薬歴などで必ず確認すること。メーカーを複数使用している薬剤を投薬するときには監査を徹底する。	ムコソルバン錠 1.5mg	アンプロキシール塩酸塩錠 1.5mg 「クニヒロ」	確認を怠った	その他	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
175	他院にて「カンデサルタン錠4mg」を服用している患者が受診し、転院のため同様の処方が出るものと推測されるが、「カルデナリンOD錠4mg」に処方変更になっているため、医師に疑義照会した。結果、カンデサルタン成分の先発品である「プロブレス錠4mg」に処方変更となった。	似た薬品名のため誤って処方と考えられる。薬局でも似た名称のため、焦りや確認不足から誤入力や過誤が起こる可能性があった。	普段の業務から、確認の徹底や焦ることのないよう落ち着いて業務を行うことや、お薬手帳と患者さんのお話との相違に気付くことで防げると考えられる。	カルデナリンOD錠4mg	カンデサルタン錠4mg「オーハラ」	確認を怠った		コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
176	テルミサルタンが処方されているにもかかわらず、調剤を行った薬剤師が誤ってバルサルタンを監査の薬剤師に渡してしまった。	名称が似ていたため。○注意力散漫	それぞれの薬品棚に「類似名称あり」の付箋をつけた	テルミサルタン錠40mg「ケミファ」	バルサルタン錠40mg「ケミファ」	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
177	イトブリドが処方されていたにもかかわらず、調剤をした薬剤師が誤ってモサブリドを監査の薬剤師に渡してしまった。	『確認を怠った』類似名称の薬品の取り違い	それぞれの薬品棚に「類似名称有」の付箋をつけた。	イトブリド塩酸塩錠50mg「タナベ」	モサブリドクエン酸塩錠5mg「ケミファ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
178	患者にデザレックス5mgが処方されていたが、間違えてピラノア20mgを調剤した	忙しい時間帯で、焦りもあり、類似医薬品であるピラノアを調剤するという単純なミスをした。	アレルギーの薬は複数種類在庫しているため、アレルギーの薬に関しては名前を指差し確認するようにする。	デザレックス錠5mg	ピラノア錠20mg	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
179	ベタニス錠50mgとベオーバ錠50mgの入力ミス	前回までベタニス錠50mg処方されており、D o入力。今回ベオーバ錠50mgに変更となっている事に気付かなかった。名称類似、規格が同じであることで見落としと考える。	規格先読みはこのような思い込みを生じることも把握したうえで行う必要があること確認。ベタニス、ベオーバと薬品名は最後まで確実に確認する事。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg	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
180	先発品・GEミス	単純ミス		ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	ヒルドイドソフト軟膏		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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
181	L-アスパラギン酸Ca錠200を処方されていたところ、L-アスパラギン酸K300お渡しした。別件で入院された病院の薬剤部から、薬情と薬の内容が違うと連絡があり発覚。幸いまだ一錠も服用されていなかった。	薬品名が似ていたため監査時に気付くことが出来なかった。	薬品名が似ている薬剤については特に注意して監査する。また今回の薬剤に関してはmg数が違うので、そこで間違いに気づくこともできたはずだった。思い込みで調剤や監査をしないよう気をつける。	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「トローワ」	L-アスパラギン酸K錠300mg「アメル」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
182	2019年12月25日(水)11時頃に整形外科を受診した患者(65歳女性)が処方箋を持って来局された。処方箋には「エンブレル皮下注25mg皮下注シリンジ6筒、週1回」と記載されていた。調剤者はエンブレル皮下注25mg皮下注シリンジ4筒とエタネルセプトBS皮下注25mgシリンジ0.5ml「MA」2筒を調剤し、監査そのまま交付してしまった。患者さんは包装変更品だと思い込み1筒使用した。自宅に伺い、健康被害はないことを確認し、正しい物を交付した。	年末で忙しい時間帯だった。従来は箱包装でお渡ししていたが、今回単体のまま6筒調剤されており、包装が類似していたため、後続品の取り違えに気付かなかった。	保管している冷蔵庫に「エンブレル皮下注25mg皮下注とエタネルセプトBS皮下注25mgシリンジ0.5ml「MA」取り違い注意」「なるべく箱のまま交付する。」旨の貼り紙をし局内の調剤者、監査者に注意喚起した。	エンブレル皮下注25mgシリンジ0.5ml	エタネルセプトBS皮下注25mgシリンジ0.5ml「MA」	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	ヒューマンエラー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	エチゾラム0.5mg錠「EMEC」が処方されていたが、確認不足でエチゾラム0.5mg錠「トローワ」を調剤し、別の当事者も監査時に間違いに気づかず、患者様にお渡ししていた。次の来局時に薬のメーカー違いのクレームがあり、間違いに気づいた。	薬剤名が類似していたことおよびトローワ製品が圧倒的に処方頻度が高いために誤ってしまった。○処方医薬品の多さ○単純なミス	調剤および監査時の処方せん記載の確認を徹底。	エチゾラム錠0.5mg「EMEC」	エチゾラム錠0.5mg「トローワ」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
184	一般名処方へヘパリン類似物質ローションの処方が出たときは、患者様に先発かジェネリックかを確認する。	一般名処方ジェネリック希望の確認をしていますが、外用剤は先発品を希望されることがある。	投薬時に医薬品の現物を見せて希望を確認する。	ヒルドイドローション 0.3%	ビーソフテンローション 0.3%	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
185	ツムラ柴苓湯6g分242日分を間違ってツムラ抑肝散を調剤してしまった。	繁忙だったのと、外観が似ておりあまり処方されないものだったので、薬品を取り違えてしまった。 ○処方せんの見間違い	処方箋をよく確認し、薬局内の漢方を把握しておく。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
186	他院からの持込処方箋で、取り扱いのない薬が多数あり、後日再度来局していただくことに。うち一つがアナフラニールで、思い込みでトフラニールを発注。卸から受け取り、ピッキングしている際に、薬袋にアナフラニールと書いてあるのに、トフラニールを取っていることに気付いた。	普段取り扱っていない薬だったため、耳になじみあるトフラニールを思い込みでとってしまったと考えられる。単純なミス	類似医薬品名をのものを勉強し、あらかじめ気をつけられるようにする。	アナフラニール錠25mg	トフラニール錠25mg	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
187	[一般名]ヒアルロン酸Na点眼液0.1%処方。ティアバランス0.1%で調剤しなければならぬところ、ティアバランス0.3%で調剤。投薬説明中に患者さんの「いつもと形がちがうのね」の言葉で発覚。処方箋に記載されている濃度に事務が印をつけていたが見逃していた。	調剤された薬剤を最終監査する前にお呼びする前に投薬台の前に座られ家族の話をはじめられた。そのままの流れで説明に入ってしまった。しっかりと確認、監査を怠った。話が長くなり他にも患者さんが2名おられたので焦った感じがってしまった。○焦りが見逃していた。	名称が類似する薬剤、複数の濃度が存在する薬剤はリストアップし日頃から注意はしているが、更に複数人の目、声掛けで確認し注意をする。また、引き続き患者さんの目での薬剤確認、説明を行う。	ティアバランス点眼液 0.1%	ティアバランス点眼液 0.3%	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
188	カムシアLDの処方であったのにカデチアLDを処方してしまった	名前が似通っていることが原因注意すべき点であったが怠った。一包装につき、ダブルチェックをしやすくするように、PTPのタグを置いておくようにしているが、確認ミス	PTPタグが違っているのと、毎日の在庫確認で早く分かった。	カムシア配合錠LD 「サンド」	カデチア配合錠LD 「テバ」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
189	一般名 アセトアミノフェン（200）が処方 間違えてウルソデオキシコール酸（100）を調剤 監査時・他薬剤師が間違えに気づき指摘 調剤をやり直して アセトアミノフェン200「三和」を投薬した	アセトアミノフェン（200）「三和」とウルソデオキシコール酸（100）「サワイ」のデザインが似ているため 間違えが起きた ○単純なミス	デザインが似ている薬剤は、離れた場所で作る。	アセトアミノフェン錠 200mg 「三和」	ウルソデオキシコール酸錠 100mg 「サワイ」	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
190	トラネキサム酸錠21錠のうち1錠のみベポタスチンOD錠が混入していた	トラネキサム酸の処方が多く、42錠と21錠で予製剤を作っていたがその予製が間違っていた他予製剤に間違いがあり判明した監査機器で読み込んでいたため慢心により確認をおこたり渡してしまったベポタスチンOD錠10mgとトラネキサム酸錠のPTP包装が色、デザインが類似しており端数錠だと気が付きづかった	予製剤を作るときに複数人で確認する。また他薬剤が混入しないような場所で予製剤を作る。監査機器に通す際も錠剤の名称を確認する。端数は数しか機械が読み取れないので投薬時にも再度名称をしっかりと確認する。	トラネキサム酸錠 250mg 「YD」	ベポタスチンベシル酸塩OD錠 10mg 「タナベ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
191	定期の一化薬（継続服用）のロスバスタチンOD錠 2.5mgの患者にロスバスタチン錠 2.5mgで調剤。一化の投薬前監査で気づき調剤し直し投薬。	まず当店舗ではOD錠のみの採用であり素錠の在庫はないのが前提にある中で本部一括購入で店舗に送られてきた薬剤にOD錠と素錠が混在。店舗に素錠の在庫はなく包装、シートも類似しておりOD錠と思い込み確認不良のまま薬剤棚へおさめる。○単純なミス	先入観をなくし複数人で検品。	ロスバスタチンOD錠 2.5mg 「DSE P」	ロスバスタチン錠 2.5mg 「DSE P」	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
192	処方内容は商品名でサアミオン錠 5mg。前回までの薬歴を確認した後発品のためニセルゴリン5mg錠を調剤するところを、間違えてニコランジル5mg錠を調剤。鑑査時、読み上げながら作業をしたため間違えに気付いた。	処方内容が、アスピリン腸溶錠、アムロジピン5mg、カルナクリン50mg錠、ジピリダモール25mg錠とサアミオン錠5mgのため処方解析から狭心症などの心疾患と判断したため、ニコランジル5mg錠を調剤しても気づかなかった。	似た名前のジェネリック医薬品も多いので思い込み調剤をしない。処方箋をみて確認、棚をさわるときに確認をして、常に確認作業をするよう心がけるようにする。間違えを未然に防ぐためにも、読み上げることで確認する。	ニセルゴリン錠 5mg 「サワイ」	ニコランジル錠 5mg 「日医工」	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
193	R p. トレシーバ注フレックス タッチ のところ、ノボラピット 注フレックスタッチが用意してあ り、監査者が発見した。	・トレシーバ注フレックスタッ チ、ノボラピット注フレックス タッチ、ノボラピット注フレック スペン、その他、医薬品名の類似 など多数あり。・冷蔵庫から出す 際、確認を怠った。	・処方せんと現物の医薬品名を、 最初から最後まで突合して作業を 行う。	トレシーバ注フレク スタッチ	ノボラピット注フレッ クスタッチ	確認を 怠った		医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
194	塩化カリウムの散剤処方を作成す る際に、塩化ナトリウムを秤量、 分包（塩化カリウムと印字）し た。秤量システムのジャーナルが 塩化ナトリウムとなっており監査 者が気が付いた。	名称類似と思い込みでしっかり名 称確認せずに作成してしまった。	必ず名称は確認してから調剤する こと。また薬品に名称類似を喚起 する表記をする。監査者も意識し て監査する。	塩化カリウム「フソー」	塩化ナトリウム「オーツ カ」	確認を 怠った		医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
195	メチコパール（500）3T分3 ×30日（計90T）を調剤すべき ところ、メコパラミン（500） SWを56T混在させてお渡しして いた。	外観が似ていたため、端数を戻し 間違えていたか、当該薬局ではほ とんどがメコパラミン（500） SWがでているため、調剤の途中 から思い込みが出たためと思われ る。	取りすぎて、定位置へ戻す場合 は、いったんプール箱にもどし、 落ち着いたときに2人以上で確認 して戻す。ヒート をよく確認す る。	メチコパール錠500 μg	メコパラミン錠500 μg「SW」	確認を 怠った		医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
196	処方薬はツムラ桂枝茯苓丸加よく 苡仁エキス顆粒（医療用）5g 分2 28日分であったが、ツムラ 桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒 （医療用）54包とツムラ桂枝茯苓 丸エキス顆粒（医療用）2包で調 剤してしまった。	実務実習の学生がピッキングした ものを薬剤師が監査投薬した。2 分2 28日分であったが、ツムラ 包だけ他薬が混ざっていたが、気 付かず患者さんに渡した。パッ ケージの色が同じ事と前例のない 間違いだったための監査ミス。 しっかりと監査すれば防げた単純 ミスである。翌日の在庫確認で発 覚し、患者宅に連絡し、交換し た。	漢方薬で名称の類似しているもの は棚をかえた。末尾の番号が同じ ものは、パッケージの色が同じな ので注意することを実習生を含め 薬剤師間で共有した。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく 苡仁エキス顆粒（医療 用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス 顆粒（医療用）	確認を 怠った	知識が不 足してい 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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
197	一般名処方の処方箋において、カデチアHDで調剤すべきところをカムシアHDで調剤	どちらも合剤でありカンデサルタンが含まれ一般名標記の類似、尚且つ薬剤名自体も類似している。調剤時の処方箋の確認不足と合剤薬剤名類似薬の認識またそれらへの注意意識の不足が要因と思われる。	薬剤名類似薬については以前より対象薬剤についてはどんなものがあるか事例を提示し、認識することで注意喚起を行ってきた。また業務手順に則り基本的な確認事項の確認徹底と監査機器の運用を徹底する。	カデチア配合錠HD 「あすか」	カムシア配合錠HD 「サンド」	確認を怠った	知識が不足していた			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
198	アムロジピンを調剤しないといけなところを、オロパタジンにて調剤。鑑査で止めることができず、患者へ交付。後日患者が服用しようとシートを開けたところで薬剤が違うことに気づく。そのため服用はなく、健康被害などもなし。患者より入電があり調剤過誤発覚。すべてを取り換えて対応終了となる。	シートの外観が非常によく似ていた。また、メーカーまで同じであったため、名前の響きなどにつられてしまった可能性はある。直接的な要因ではないと思うが、花粉症の時期ということもありオロパタジンの使用量が増えていた。劇薬と棚を分けていたので、基本的に棚の取り間違えが起こることはないのだが、もしかしたら薬剤を棚に充填する際に、誤って入っていた可能性もある。ただし過誤発覚時点での在庫のずれは当該事象における分しかなかったため、他の処方に影響している可能性は低いと思われる。	名称の響き、外観が似ているので注意して確認。適応疾患名を確認しながら交付する。	アムロジピンOD錠2.5mg「明治」	オロパタジン塩酸塩OD錠2.5mg「明治」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
199	アモキシサンの薬を取ろうとしたらアモキシリンが入っていた	棚の入れ替え後似た名前の薬が近くになったため単純なミス	棚を少しはなす	アモキシサncapセル25mg	アモキシシリンcapセル250mg「NP」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
200	「一般名」クロバタゾン酪酸エステル軟膏0.05%を商品名に変換する時、「一般名」クロバタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%に誤って入力してしまった。本来はキンダベート軟膏のところ、デルモベート軟膏を調剤してしまった。患者の母親が、処方医から軟膏容器のキャップ色を聞いていて、色が違うと言われた事から調剤ミスに気付き、正しいキンダベート軟膏をお渡しした。	○処方せんの見間違い 「一般名」プロバタゾン…の最初の4文字で思い込みによる誤入力、誤調剤を行ってしまった。	外用剤、特にステロイド外用剤は一般名が似ているのでしっかり見比べ確認する、また在庫品については商品名、一般名対比表を作成し事務職員にも周知徹底するようにする。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
201	一般名テルミサルタン80・ヒドロクロロチアジドの処方であったのでテルチア配合錠BPを調剤するところ、テラムロ配合錠BPを調剤した。別の薬剤師が鑑査したところ間違いに気が付き、テルチア配合錠BPに交換した。○10錠シート	繁忙であり名前が似ていたため間違えて調剤してしまった。○注意力散漫	配合剤は名前が長く似ている為、調剤するときは成分名をきちんと確認する。鑑査を徹底する。	テルチア配合錠BP「サワイ」	テラムロ配合錠BP「ニプロ」	確認を怠った患者への説明が不十分であった（怠った）	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
202	名前が類似しているためピッキングミス。監査時に気が付き正しいものへ	単純なミス。3文字目まで名前が同じでノイロピタンが採用したことない薬だった。	確認を怠らない	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
203	一般名シンバスタチン錠10mgの所を一般名シルニジピン錠10mgで調剤してお渡し。お薬を渡してから18日後に患者本人から異なるお薬に気づいて連絡がありました。血圧が下がりすぎるような健康被害はなかったのが幸いでした。	両医薬品共に包装が似ていて間違いに気づくのが遅くなり、渡していたお薬をほとんど服用し終わってしまった。薬剤師が2人いたが、1人の薬剤師がで調剤して同じ薬剤師が投薬した。	薬剤師が2人いるときは調剤した人と説明する人は別にし、監査を徹底する。	シンバスタチン錠10mg	シルニジピン錠10mg	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
204	先発品処方となっているところ後発品調剤してしまった。	薬剤師2名体制で勤務しており、1名が薬を棚から取り揃え、もう1名が監査して仕上げるという流れで調剤にあたっていました。先発メーカー品と後発メーカー品は外観も似ており患者さんのご希望である先発品での調剤をすべきところ、後発品にて取り揃えてしまい監査薬剤師も気付かずにお渡ししてしまった。	先発品、後発品は外観も類似しており今回思い込みによる調剤でミスが発生してしまいました。調剤棚に一目で区別がつくように後発品の薬の名称ラベルに黄色を塗ることにより取り揃え時に後発品であることを意識することと患者さん毎のデータ管理システムの頭書サマリー欄にも「先発品」ご希望である旨を明記し、監査薬剤師が意識した後に監査を開始する業務流れに変更いたしました。	ブラビックス錠75mg	クロビドグレル錠75mg「SANIK」	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
205	ツムラ38番当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒の紙箱の中にツムラ68番芍薬甘草湯エキス顆粒が混在しており、ツムラ38番を処方されたときにツムラ68番と混在調剤をしてしまった。2日後に患者さんから電話連絡があり判明。2回分ほど服用、その後副作用も無く安堵。	ツムラ38番当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒とツムラ68番芍薬甘草湯エキス顆粒の包装がよく似ており前回の調剤後誤ってツムラ38番の紙箱の中にツムラ68番を入れていたと考えられる。確認間違い。まったくの不注意ミスである。	包装が似ているもののピッキングおよび調剤後の収納に対しても細心の注意を払う必要を痛感し、皆で反省会をし周知しました。	ツムラ38番当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒	ツムラ68番芍薬甘草湯エキス顆粒	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
206	錠剤、ヒートの形状が似ていて、調剤棚の位置も近かったため取り間違えた。	繫忙時で確認を怠った。	保管場所の変更。調剤時、監査時、投薬時の確認の徹底。	クラリスロマイシン錠200mg「タイヨー」	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	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
207	アテノロール錠50mg「JG」をピッキングするところ、アロプリノール錠100mg「タナベ」をピッキングしてしまいました。幸いにも、他の薬剤師が気づいて患者には投薬されませんでした。	朝から多忙で、焦り・注意力散漫から単純ミスをしてしまいました。また、錠剤台マスが隣同士だったことも要因でした。	どんなに多忙でも焦らない。注意力散漫にはならない。間違えそうな似た薬剤名の場合は、陳列の工夫をする。	アテノロール錠50mg「JG」	アロプリノール錠100mg「タナベ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
208	【正】 オースギ五虎湯エキス錠 9錠 毎食前 21日 【誤】 オースギ安中散エキスT錠 9錠 毎食前 21日	調剤時、オースギ五虎湯エキス錠とオースギ安中散エキス錠をとり間違えており、鑑査でもその間違いに気づけなかったと思われる。(一部間違いが全て間違いかは現在はまだ不明)	鑑査時にPDAを過信せず、薬剤名、包装番号をしっかりと確認するよう徹底する。PDA運用不備によるヒヤリハットの指示に基づき、PDAの運用を徹底する。外見の似た包装なので棚の位置を同じ場所には置かないで段を変えて配置する。	オースギ五虎湯エキス錠	オースギ安中散エキスT錠	患者への説明が不十分であった(急った)判断を誤った	通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
209	一包化の際、一般名ピンプロロール(2.5)が処方されていたところ、誤って一般名カルベジロール(2.5)を使用して行ってしまった。監査の際、薬剤師が気が付き患者への交付へは至らなかった。	時間帯的にも混雑していたためピッキングは非薬剤師に任せ、用意された錠剤を薬剤師がPTPより取り出し分包機にて一包化を行った。この際、一連の作業を分包機から発行される指示書でのみ確認をし、処方せんと照らし合わせることを怠ったことが最大の原因と考えられる。また今回の薬の取り間違いは薬剤名および薬効の類似によると考えられる。	一包化を行う際は分包機の発行する指示書ではなく、きちんと処方せんと照らし合わせながら行う。また薬の取り間違いに関してはピッキングを行う前に処方せんを見て指差し、声出し確認を行うことを徹底することを薬局全体で共有する。	ピンプロロールフルマル酸塩錠2.5mg「サワイ」	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」	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
210	アイミクス配合錠LDで1包化するところ、イルアミクス配合錠LD「DSPB」で分包	・アイミクス配合錠LDのAGであるイルアミクス配合錠LD「DSPB」はPTPが酷似していること ・イルアミクス配合錠LD「DSPB」が頻出品であるので、確認不足・名前のゴロも似通っている・同メーカー	・薬品名の鍵かっこの有無を必ず確認する ・以前も同薬でヒヤリ・ハット事例が発生しているので定期的に、店内での事例を振り返る ・引続き重点管理棚卸を継続する	アイミクス配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	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
211	テネリア錠20mgが処方されたが、規格が同じで、同じ糖尿病薬で思い込みで調剤してしまった。監査時にPORIMUSで確認中に間違いを発見。患者様にお渡しする前に気が付いたのでヒヤリハット事例となった。	同じ糖尿病薬であり、思い込みで調剤したため。繁忙であったたで思い込みで調剤した。類似名称であった。	思い込み調剤をさけるため、必ず、処方箋を元に確認をし、指差し確認をする。調剤後にピッキング者は自己監査を行う。PORIMUSで必ず確認する	テネリア錠20mg	デベルザ錠20mg	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
212	継続的に服用されているメチコパール錠500μgを投薬すると、間違えてメコバラミン錠500μg「トーワ」を患者さんにお渡ししてしまった。何錠か服用された後、患者さんから報告があり発覚。	ヒートシールの包装が類似していることと、メコバラミン錠500μg「トーワ」をお渡しする患者さんが比較して多いので、先入観で間違えて調剤してしまった。	処方せんの薬品名を末尾までしっかり確認することを再度徹底する。	メチコパール錠500μg	メコバラミン錠500「トーワ」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
213	調剤されたツムラ桂枝茯苓丸加ヨスクイニン28包中、鑑査時にツムラ桂枝茯苓丸3包が見つかる。	○作業手順の不履行○単純なミス 事前に当該漢方薬の箱に誤って医薬品を戻したと考えられる	事例を薬剤師全員に周知。名称・外観が似ているので薬剤を戻す場合にも確認するよう周知。	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨク 苡仁エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス 顆粒（医療用）	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	薬剤納入に際し、非常勤薬剤師が間違えて「トラムセット配合錠」を「トアラセット配合錠」の薬棚に配置してしまった。それに気付かず、「トアラセット配合錠」を処方すべきところを「トラムセット配合錠」を投薬してしまった。投薬後、スタッフが薬棚に間違えて格納されている事に気付き、調べた結果 取り違えて投薬してしまっている可能性がある」と判明した。可能性のある患者に連絡したところ 患者も間違いに気付いたが、どちらも同成分の薬剤であると認識していたため、服用してしまっていた。	背景：多忙の中だった。不慣れな非常勤薬剤師が薬棚に格納した。 要因：不慣れな非常勤薬剤師が薬棚に格納した。両薬剤のPTPデザインが似ているため、気付くのが遅れた。また、処方箋が「トアラセット配合錠」のみ単剤処方であったため、処方する薬剤師がダブルチェックを怠ったのが一番の要因。【当事者の行動に関わる要因】『確認を怠った』○作業手順の不履行	○薬剤の薬棚への格納は必ず、常勤薬剤師またはスタッフが行う。 ○どんな単純な処方箋内容でも、ダブルチェックを必ず行う。	トラムセット配合錠	トアラセット配合錠 「サンド」	確認を怠った	勤務状況 が繁忙 だった その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
215	イノレット30R注5キット調剤のうち、2キットをノボラビッドイノレットで調剤していた。患者本人が気づき使用はしていなかった。	調剤監査システムの機械を導入し調剤に当たっているが、注射薬は複数本処方が出ても機械に通すのは1本のみのため他薬が混入していることに気が付かなかった。またこれらを近い位置に配置していたことにより見た目が似ていることから、誤って取り、最終監査でも気付かず交付してしまった。○作業手順書に記載なし	調剤監査システム使用の手順の見直し。1.注射薬が複数本処方された際は、すべての注射薬を読み取らせることとする。2.イノレット30R注とノボラビッドイノレットを離れた位置に置く。また「他規格あり、注意」のラベルを添える。	イノレット30R注	ノボラビッド注イノレット	確認を怠った		コン ピュータ システム 施設・設 備	教育・訓 練 仕組 み ルー ルの不備	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
216	ヒルドイドクリーム0.3%が100g処方されていました。本薬剤には当店では100gボトルと25gチューブの2種類の包装を在庫しており、患者様の使用状況に応じて、希望される包装を可能な限りご用意するようにしています。しかし、調剤者がヒルドイドクリーム0.3%ではなく、ポアラ軟膏0.12%を調剤してしまい、監査者がそれに気づき、差し替えました。	包装が非常に類似しており、見かけ上は文字と、ほんの少しカラーリングが違うことしか違いがありません。また、名称が「ヒ」と「ポ」で近いため、50音順で在庫を配置した場合に、近くに置かざるを得ない（実際に隣に置かれていました。）ことも要因としてあげられます。	常に指さし、声出し確認を行い、事例の共有に努め、類似事例を減らすことが出来るよう尽力します。また、在庫場所に注意喚起を表記し、置く場所もやや離すことで誤認を減らすようにしました。	ヒルドイドクリーム0.3%	ポアラ軟膏0.12%	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
217	【正】ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒（医療用） 【誤】ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	不足薬品のピッキングの際に、薬局時のデータをそのまま使用。PDAには不足薬品と今回取り間違えた薬品どちらもあったためエラーが鳴らず、誤った薬品をピッキングした。不足薬品の鑑査前に患者が来局。同時に外来対応とザナの充填が重なり急いで鑑査したところ薬品名の誤りに気付かずそのまま交付した。	焦ったときは一度目を離して頭を切り替えて鑑査する。名前が似ている漢方薬は4分割確認だけでなく、漢方の成分ごとに確認する。漢方薬が不足したときは薬品名だけでなく番号と外観の色を記載し、鑑査時に確認する。不足薬品の交付時も患者と中身を確認する。漢方が不足の際は、名前が類似しているものがあるので、不足票に番号や色などを書くなど工夫する。不足のピッキングの際は、必要な薬剤のデータのみをファイルから飛ばし、そもそも他薬が入らないようにする。	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）		勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備		ヒューマンエラー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	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」のところビソフテンクリームが入っていたとTELあり、取り換えにいった	○単純なミス○焦り○注意力散漫 ○処方せんの見間違い	処方箋をよく確認して調剤監査する	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ビソフテンクリーム0.3%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラー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	一般名の処方で最初の文字を確認し、そのまま思い込み調剤	しっかり一言一句成分名を確認していなかった	皮膚科の一般名処方の場合、似た成分名が多いのでしっかり一言一句確認を行うように意識する	デルモゾールローション0.12%	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」	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
220	オメプラゾール10mg「SW」60錠を調剤したが、同日に患者さんから20錠違うものが混ざっていると連絡があった。すぐに伺い謝罪して交換させてもらいました。調剤者に確認したところオメプラゾール錠10mg「SW」の箱の中から取り出したことを確認。アトルバスタチン錠5mg「サワイ」が混入しておりヒートの裏側が似ていたため気づかなかった。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」を棚に戻す際に誤ってオメプラゾール錠10mg「SW」の箱に戻してしまっていた。鑑査時に錠数だけを数えただけで終わってしまったため気づかなかった。	薬を戻す際に十分注意する	オメプラゾール錠10mg「SW」	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
221	同一の患者にカンデサルタン2mg日医工と、イルソグラジンマレイン酸塩2mg日医工が同時に処方された。この2種の薬剤のこの規格はいずれも銀色のシートに濃い緑色の印字で錠剤も白色と、非常に似通っていたため、必要な錠数をかぞえ、束ねようとした際に、お互いが用意したかごの中で混ざり合っており、一見したところ同じものにみえてしまい、非常に間違いやすかった。	同じ会社が製造しており、デザイン、色目が非常に似通っている。規格も同じであるため、余計に間違いやすいと思われる。	PTPシートがいくつも、何種類も出ているときもぼっと見て判断すること無く、一剤ずつ一語ずつしっかり監査していくこととした。	カンデサルタン錠2mg「日医工」	イルソグラジンマレイン酸塩錠2mg「日医工」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
222	泌尿器科よりザルティア錠5mgが処方されていたが、ザイザル錠5mgで入力、調剤されていた。鑑査時に入力が違うことに気づき、訂正した。	〇処方せんの見間違いザルティアをザイザルだと思い込み、入力。調剤前にも入力鑑査も行っていたが、気づかず入力通り調剤した。	似た名前の医薬品が存在するので、しっかりと確認をする。最終的には処方箋と医薬品を照らし合わせる。	ザルティア錠5mg	ザイザル錠5mg	確認を怠った	その他		ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
223	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）とツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）を取り間違えた	よく処方される2つなので配置場所が近い事と、外観が類似している単純なミス 注意力散漫	配置場所を変える、監査の強化	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
224	セルベックスが1日2回で処方されていた。同じ1日2回服用で、医薬品名が似ているセレコックスを間違えて調剤してしまい、後日、在庫のずれから、ミスが発覚した。	忙しかったため、確認が不十分だった。調剤した者と投薬した者は別だったが、間違いはないと思いきみがあった。○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○単純なミス○焦り○注意力散漫	患者に説明する際は、薬情にある薬の写真の横に実際の薬を置き、間違いがないか確認しながら投薬する。	セルベックスカプセル50mg	セレコックス錠100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
225	ツムラ十全大補湯・60日分調剤のところ、6日分がツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯が混在していた。	番号が似ている（38番と48番）ことと、包装が似ているため、収納時に間違えたと考えられる。○単純なミス○焦り○注意力散漫	片付け時・調剤時に、類似品があることを念頭に、作業を行う。	ツムラ十全大補湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
226	ツムラ六君子湯エキス顆粒3包×30日分が処方されていたが、ツムラ六君子湯エキス顆粒86包+ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒24包で調剤。監査時にほかの漢方薬が混ざって調剤されていることに気づき、調剤しなおした。	パッケージの色がツムラ六君子湯とツムラ当帰芍薬散の共に黄緑色であり、色で判断して新しい箱を開封したため、取り間違いが起きて誤ったもので調剤してしまったと考えられる。	印象やイメージで判断せず、しっかりと名称を確認して調剤する。色が似たパッケージのものは近くに配置しないようにする。	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
227	【正】セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」 【誤】セフジニルカプセル100mg「トーワ」	入力ミス	セフェム系抗生物質の一般名は頭が良く似ている為、監査時に出てきた場合は最新の注意を払う必要がある。どんなに沢山の初期監査があってもあせらない。自分の手技を疎かにしない。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	セフジニルカプセル100mg「トーワ」	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	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
228	【正】ツムラ六味丸エキス顆粒を30日交付する。【誤】ツムラ六君子湯エキス顆粒を30日交付した。	11/14処方箋を応需した際、ツムラ六味丸と入力しなければいけないところ、誤ってツムラ六君子湯と入力したことが原因です。初期鑑査、最終鑑査、投薬、交付後チェックで誰も気づくことができず過誤に至りました。	入力手技を見直し、きちんと四分割して入力します。入力した後は2回見直しを致します。焦った時ほど深呼吸し、気持ちを落ち着かせて、入力に集中するように致します。鑑査時は処方せんと薬品との照合を薬品名の最後の文字までしっかり行う。漢方は似た名前が多いことを念頭に注意する。入院中や以前に他薬局で交付を受けていた追加薬に関しても、投薬時に深く聴取して処方の妥当性をしっかり確認する。最終鑑査と投薬のどちらも自分で行う際に、最終鑑査で一度見たからといって安心せず、薬品と処方箋の照らし合わせを徹底する。	ツムラ六味丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った患者への説明が不十分であった（怠った）	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった			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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
229	誤カルボシステインD S50% 0.7g プランルカストD S10% 1 g テルギンG D S0.1% 0.4g 正カルボシステインD S50% 0.7g プランルカストD S10% 1g セチリジンD S1.25% 0.4g	g数にばかり目がいて、薬品名 を見落としていた。 レセコンで入力したデータを電子 天秤に送信して、それを吸い上げ て秤量をするシステムを採用して いるが、入力の段階でミスがあ り、そのまま調剤・鑑査してし まった。 3歳で13kgの子供だとテルギン G0.4g・セチリジン0.4gど ちらの組み合わせも多く、同系 統の薬であることから、g数 みて「いつものセット処方」だ ったので、気づかなかったのが 要因として考えられる。 薬局が通勤・通学前受診の患 者さんで急かされやすい時間帯 であること、さらに休み明けで 繁忙時期で患者数が多いという のも加わって混雑しており、焦 りが生じて数字だけしか見てな かったのではないと思われる。	似たような組み合わせで出やす い薬を普段からチェックしてお き、スタッフ間で情報共有する。 テルギンG0.4gとセチリジン 0.4gの時は処方箋のコピーに マルを打ち、特に気を付けるよ うにと鑑査者に注意喚起する。	セチリジン塩酸塩D S 1.25%「タカタ」	テルギンGドライシ ロップ0.1%	確認を 怠った	勤務状 況が繁 忙だ った	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
230	ロサルタン錠25mg 1T 朝 60 日分 処方後発医薬品希望患者。 当薬局における採用メーカーが複 数あり、ピッキングでその2つが 混在している形で60錠ピッキング されていた。監査時に気づき変更 ピッキング実施。	作業手順の不履行単純なミス 焦り	似たヒートデザイン・色であ ったものもあるが、薬配置に考 慮が必要と感じた。後発医薬 品の同薬複数採用品や規格等 類似しやすい薬配置は隣接を 避ける。	ロサルタンK錠25mg 「ファイザー」	ロサルタンカリウム錠25mg 「ケミファ」	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 ム医 薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
231	2019年12月、口溶けの具合から先発品のハルナールD錠0.2mgを希望し、長年服用している患者に、後発医薬品を調剤した。レセコンの入力は先発品であった。2020年3月にハルナールを調剤したところ、患者より「外見が違」と指摘を受ける。だがレセコンを見る限り、前回と同じとしか考えられなかった。後日、患者が自宅の残薬を確認したところ、12月の調剤ではタムスロシンを渡していたことが判明した。薬物動態的には成分が同じであり、健康被害には至らなかったものの、精神的な被害を与えてしまった。	「この患者は先発品」という情報が頭に入っていた上で薬を取りそろえた。それにもかかわらずミスが発生した。直接の背景・要因としては、思い込み、監査不十分である。後発品が先発品のカセットに入っていた可能性もある。概して先発品と後発品は包装も似ており、頭の中では同等の扱いをしがちであることも、遠因として指摘できるであろう。	調剤に集中するだけでなく、患者に思いを馳せることで、ミスを減らせるであろう。すなわち、患者がなぜ先発品を希望するかという理由を考えれば、先発後発入り乱れる中で、特定の薬剤をピックアップできると思われる。	タムスロシン塩酸塩0.2mg錠0.2mg「サワイ」	ハルナールD錠0.2mg	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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
232	ピッキング間違い。テルチアBPを調剤するところを、間違っテラムロBPをとってしまった監査時に間違いが判明	薬品名がよく似ている為間違えたようです	ピッキングと監査する人が違うように複数人でチェック薬品棚にもコメント書いて注意を促し、スタッフ皆にミスの内容を知らせる	テルチア配合錠B P「DSEP」	テラムロ配合錠B P「ニプロ」	確認を怠った	その他			ヒューマンエラー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	クラシエ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス錠18錠分3毎食前×21日分（378錠）が処方されピッキングしたが、そのうち12錠が誤ってクラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠をピッキングしてしまった。外箱も開封後の薬を包装しているアルミシートも外観、色が酷似しており、番号も12番と2番で似ている。異なるのは薬品名のみを、誤ってピッキングしてしまった。鑑査で気付いたため患者に渡すことはなかった。	○注意力散漫；下ひと桁の数字が同じクラシエの錠剤は外箱、アルミシート共に色や形が酷似しているため、近くに保管していると誤ってピッキングしてしまう可能性がある。	同一色の箱の薬を2種在庫している場合は、片方を透明ビニールに入れて保管するなど、他の薬と区別して取り間違いを防ぐための工夫が必要。	クラシエ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス錠	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠	確認を怠った		医薬品 その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
234	メトグルコ錠500mgの薬品ケースの中に、メトホルミン錠500mg「トーワ」が混入しており、それに気づかず調剤し監査時も投薬時も薬剤の混在に気づかず薬品を交付した。その後、患者より連絡があり事態が判明した。患者服用前であったので、お詫びして正しい薬に交換した。	メトグルコ錠とメトホルミン錠の薬品ケースが隣り合っており、他の患者の調剤時に誤ってメトホルミンをメトグルコのケースに戻してしまった。両方のシートは類似しているので、忙しい調剤時に十分確認できずに誤った薬を交付してしまった。	薬品棚を先発品と後発品に列を分けて配置し直した。また、調剤後の薬を棚に戻す時も、十分注意して呼称しながら戻すことを薬局スタッフで申し合わせた。監査時もすべてのシートを確認する。	メトグルコ錠500mg	メトホルミン塩酸塩錠500mg MT「トーワ」	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施設・設備		ヒューマンエラー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	メコバラミン「SW」とメチコパールの取り違い。	元々名称、形状類似のため毎回注意していたが、薬剤師の監査不足、不慣れた電子薬歴などの環境も重なり間違えてしまった。	薬歴トップに注意事項記載。監査の徹底。	メチコパール錠500μg	メコバラミン錠500μg「SW」	確認を怠った 連携ができていなかった		コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラー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	リピトールとアトルバスタチンとの調剤間違い。	リピトールで処方されているが患者希望により毎回、ジェネリックへ変更。今回、リピトールで調剤、監査者が確認を怠りそのままリピトールでお渡し。アトルバスタチンとリピトール、シートがよく似ているため監査者はアトルバスタチンと認識しお渡し。患者様と最終的に一緒に確認して薬袋に入れるようにしているが、そこも怠っていた。	ピッキング時もおくすり手帳、薬歴等をよく見てから行うようにし、急いで出さないようにする。監査者はシートをよくチェックし患者様と一緒に薬袋へ入れる作業を徹底する	リピトール錠10mg	アトルバスタチン錠10mg NP	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 教育・訓練		ヒューマンエラー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	類似薬効に伴う治療薬で思い込みで取り違えてしまった。	基本通り調剤監査を行う。	注意シールを棚に貼付	ジフェニドール塩酸塩錠25mg「トーワ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	判断を誤った				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

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

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	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
238	クラリチンレディタブとシダキュアを併用しており、外観が類似している為患者様が服用を1度間違えたかもしれないというお話があった	クラリチンレディタブとシダキュアの外観が類似している為	裏面の薬品名が印字されているほうをしっかりと確認する。クラリチンレディタブのジェネリックは外観が似てない為ジェネリックへの変更を打診する。	クラリチンレディタブ錠10mg シダキュアスギ花粉舌下錠5, 000JAU			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
239	19種の医薬品を処方した患者。そのうち、アドエア250エアゾール120吸入用 12.0g 1瓶 1日2回（1回2吸入）の所、誤ってアドエア250ディスクス60吸入用 60プリスター 2キット 1日2回（1回2吸入）でお渡ししてしまった。今回、前回同様の処方内容で来局し、不審に感じ過去の処方箋を確認したところ、過去の過誤が発覚した。	アドエア250エアゾール120吸入用は新規処方箋であり、当薬局に在庫が無かったため、疑義照会にて120吸入用1キットから60吸入用2キットへの処方変更の了承を得た。ディスクスであるとの思い込みで、剤形が異なることに気づけなかった。	外用薬は特に類似した名称が多く間違いやすいことを念頭に置き、数字の確認だけでなく、製剤にも様々な種類があることを意識し、より注意深く確認する。また、局内医薬品名に「剤形注意」とコメントをつける。	アドエア250エアゾール120吸入用	確認を怠った	知識が不足していた			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
240	ベタメタゾン吉草酸エステルクリーム0.12%が処方された患者。本来、リンデロンVクリームで調剤すべき所、ベタメタゾン酪酸エステルクリーム0.05%で入力してしまったため、アンテベートクリームで調剤してしまっていた。患者が処方元医師に効き目について相談し、医療機関から連絡を受けたことで過誤が発覚した。	入力ミス。その後の工程でも誤りに気づけなかった。	ステロイドの塗り薬は類似した名前のもので多いことを念頭におき、注意深く薬品名の最後まで確認する。特に間違いを起しやすい薬品名の場合は、局内医薬品名の頭に喚起コメントを設定する。	アンテベートクリーム	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
241	ツムラ当帰湯をお渡しすべき所、誤ってツムラ当帰飲子をお渡ししてしまった。入力確認の際に過誤が発覚。	入力者は誤って入力。処方箋での確認が徹底できていなかったため、間違いに気づけず投薬に至った。	漢方は似たような名前が多く間違いが起きやすいことを念頭におき、慎重に入力を行う。処方箋をもとに一文字ずつ確認を行い、再発防止に努める。	ツムラ当帰湯エキス顆粒（医療用）	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

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

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	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因				
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
242	本来ペブリコール錠50mg 120錠をお渡しすべき所、ペブリコール錠50mg 20錠とユリノーム錠50mg 100錠でお渡ししてしまった。在庫差異から過誤発覚となる。	ヒートのデザインや大きさが類似している上に調剤棚が隣り合わせであった。また、重量鑑査システムでエラーが出たにも関わらず鑑査を完了させてしまった。	早急に調剤棚の位置を変更した。他剤についても、デザインが似ている薬剤の棚を縦横隣どうしにしないよう配慮する。また、重量鑑査システム使用時にエラーが出た際の対応について、全スタッフで確認した。併せて、重量鑑査システムに依存しすぎることなく目視での確認を徹底するよう、再度指導した。	ユリノーム錠50mg	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
243	アスペノンカプセル（20）90cpお渡しすべき所、誤ってアスペノンカプセル（20）27cpとアスペノンカプセル（10）63cpと、規格が混合した状態でお渡ししてしまった。患者からの申し出により、過誤が発覚した。	双方の調剤棚に、誤った規格のものが混在。10mgと20mgの箱が類似しているが、隣接して保管していた。また重量鑑査システムを使用した。理論値（33.3g）と秤量値（33.2g）に差はなく、正しいバーコードを読み秤量したため、誤りに気づけなかった。	保管方法を見直し、取り間違いを防ぐ。規格違いでもヒートのサイズや重さが同じものがあることを認識し、束ねてあるものでも扇状に開き目視確認することを徹底する。	アスペノンカプセル10	確認を怠った判断を誤った			ルールの不備	ヒューマンエラー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	姉妹への処方。どちらもアセトアミノフェンDS40%であり、名前が非常に似ていた。Vマスにて分包後、姉妹のカゴへ入れる際に、間違えて違う方へ入れてしまった（姉の薬を妹のカゴへ、妹の薬を姉のカゴへ）鑑査時に気づき、ヒヤリとした事例	忙しい時間帯であり、また姉妹で名前が似ていたこともあり、姉妹どちらかを確認せずにカゴの中に入れてしまった。○単純なミス○焦り	対策として、カゴの中に入れる際にもしっかりと患者氏名と分包印字氏名が同一であることを確認することを店舗内で徹底する。	アセトアミノフェンDS40%「三和」	連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラー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	メーカー取り違え	いつもの場所に置いてなかった。	必ずメーカー迄確認	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	仕組みルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

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	関連医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
246	親子二人分のFAXが流れてきていたが、名前が似ていることもあり一人だと思って入力してしまった。調剤した薬剤師も気づかず、投薬担当の薬剤師も気が付かず準備をしていた。患者さんが薬局し再度確認したところ、2名分だったことに気が付いてなおしました。	二人ともいつも来ている患者さんです。FAXが来てからすぐに薬局されるので、慌てて調剤をしていたかもしれません。○単純なミス○焦り○注意力散漫	どんな時も慌てず、焦らず調剤をすることが大切です。入力が間違ってもあるので、入力もしっかり確認しないといけないです。いつもの患者さんだからと思ひ込みで調剤をしないようにしましょう。薬歴で履歴を確認しましょう。	バルプロ酸Na徐放錠100mg「トーワ」リボトリール錠0.5mg アムロジピンOD錠2.5mg「明治」アロプリノール錠100mg「トーワ」	確認を怠った	その他			ヒューマンエラー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	タリオンOD錠10mg 60錠の調剤を行った。投薬直後、タリオンOD錠の薬品棚を確認したところ、ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」が入っていた。タリオンOD錠10mgをお渡しした患者に携帯電話で確認。ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」が8錠混在していた。薬局に引き返して頂き、タリオンOD錠10mg 8錠と交換させて頂いた。	忙しい時間帯。タリオンOD錠10mgとペボタスチンベシル酸塩OD錠10mgを繰り返して調剤していた。薬の箱の外観、ヒートの外観が似ている。調剤台に薬が出しっぱなしになっていた。作業手順書に記載なし焦り	調剤毎に薬品を棚に戻し、先発とジェネリックは外観が似ている薬品が多いので特に注意。	タリオンOD錠10mg ペボタスチンベシル酸塩10mg「タナベ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		仕組み	ヒューマンエラー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	エクア錠50mgからエクメット配合錠LDへ今回から処方変更するところ、両薬剤を間違えて処方されていた。類似薬のダブル処方に疑問を持った薬剤師が確認で疑義をおこなったところ、エクア錠削除となり、エクメット配合錠LDのみとなった。	患者家族からの聞き取りでも今回HbA1c上昇に伴う薬剤変更があったことを確認できており、また、鑑査支援システムからも該当薬があがっていた。他の薬剤の変更もあったため、薬剤変更時に起きた前薬の処方削除し忘れと考えられる。	薬剤の変更があった際には聞き取りをいつも以上に細かく行い、疑問があった際には必ず医師に疑義にて確認すること。	エクア錠50mg エクメット配合錠LD	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
249	プラビックス75mgが処方だったが後発品のクロビドグレル75mg「SANIK」でお渡し。患者本人より連絡があり発覚	各薬剤のシートがよく似ており取り間違いに気づかず確認が漏れてしまった。確認の際の集中力が足りなかった。単純なミス。	鑑査し薬を渡す際にはシートの薬名をしっかりと確認する。注意力散漫にならないよう集中する。	プラビックス錠75mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
250	2018年11月に交付したラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」3瓶の内、1瓶のみがどうしても液が出てこないと患者さんのご家族が2月に薬局に相談に来局。持参していただいたラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」を薬局にて再度開栓操作を試してみましたが、液が出なかったため、新しいものと交換しました。	ラタノプロストPF点眼液0.005%は初回使用時に開栓操作が必要な目薬になっているため、持参していただいた目薬を薬局でも開栓操作を行いました。が、液が出なかったため、メーカーに調査を依頼。調査結果では、ノズル孔の部分に木片様の異物が確認されており、それによりインナープラグが開栓されているにも関わらず、液が滴下されなかったようです。また、この木片様の異物は爪楊枝に類似しているとのことで、患者さんご本人が液が出ないと思ひ、爪楊枝でノズル孔にご自身で穴をあけようとしたのではないかと報告がありました。	高齢の患者さんには定期的にPF点眼液の開栓操作についての確認を行うように心がけるようにする。	ラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」			医薬品 患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
251	一般名ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%で処方あり、患者は先発希望であった。スプレータイプを希望と思ひ、ジェネリック医薬品のヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」で調剤。だが、病院へ確認したところ、医師の処方内容はヒルドイドフォームであったと判明し、ヒルドイドフォームにて再調剤し、患者へ交付。	一般名ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%と一般名ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%の先発品がいずれもヒルドイドフォームであったこと知識不足が原因と思われる。	一般名と先発品の周知。	ヒルドイドフォーム0.3%ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」			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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
252	基幹病院の整形外科にかかることになったPT。地元の先生（整形）から処方されていた薬も新しい先生から処方されることになる。初めて基幹病院の処方箋を持ってきたので、PTのお薬手帳を見ながら確認をすると旧処方箋は「アスパラCa」新処方箋は「アスパラK」。直ぐに処方医に確認し、「KではなくCa」であることを確認した。	地元の整形の先生は院内処方をする先生で、お薬手帳も手書きだった。アスパラカルシウム200とアスパラカルシウム300は似ている名前なので、オーダーするときに間違えたと思われる。		アスパラカルシウム錠300mg		その他	その他		ヒューマンエラー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	リパクレオン錠と一緒にポリフル錠が納品されていたが、外観が類似していたためリパクレオン錠と同じ場所へしまった。後日納品者と別の薬剤師が気づき、直した	パッケージがそっくりであった。注意喚起を促した。	外観類似品を採用している場合、店舗内で情報共有する	ポリフル錠500mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
254	ジェニナック錠200mg4錠1×1日分で処方あり。用量が多いため、疑義照会を行ったところ、ジスロマック錠250mgの間違いであることが判明。ジスロマック錠250mg4錠1×1日分に変更となった。	病院の事務が処方箋の入力をする際に、ジスロマック錠250mgを入力すべきところを、ジェニナック錠200mgと入力してしまった。どちらも薬品名が「ジ」で始まることと、規格が200ngと250mgで似ていたため、入力を間違ってしまったと思われる。	処方箋の内容で、用量や用法が疑わしい場合は、必ず疑義照会することが重要である。	ジェニナック錠200mg ジスロマック錠250mg		その他			ヒューマンエラー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	処方箋を受付後、事務が入力する際にアモキシシリンをアモキサンで入力。薬剤師が調剤前の入力点検でミスに気づき訂正。アモキシシリンで正しく交付できた。	事務が入力業務に慣れておらず、3文字検索で候補を絞っているが、選択する際に類似薬を選択してしまった。混雑時で焦りもあったと思われる。○焦り	アモキシサンの交付実績がしばらく無いことから、検索画面に表示されないようにし、類似名の候補表示を無くした。必要時はマスタ設定を変更するよう常勤職員に周知した。	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
256	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒を60包お渡しすべき所、ツムラ桂枝茯苓丸を18包・ツムラ桂枝茯苓丸加苡仁を42包と混在した状態でお渡ししてしまった。在庫差異から過誤に気づいた。	複数の箱を開封した際、片方に限りPCSを読み込んだ。重量鑑査システムに頼ってしまっている傾向があり、処方箋と医薬品の確認が不十分であった。	類似名称の医薬品が隣り合わせて保管されていたため、保管場所を変更した。PCSや重量鑑査システムを過信することなく、処方箋と調剤薬をしっかりと照らし合わせるよう、全体に周知・徹底した。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	確認を怠った判断を誤った				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
257	本来、重曹錠500mgをお渡しすべき所、誤って沈降炭酸カルシウム錠500mgをお渡ししてしまった。患者から申し出があり、過誤が発覚した。	確認が不十分であった。また、PCS・重量鑑査システムを使用していなかった。	重量鑑査システムの使用を徹底する。システムに過信することなく目視での確認も徹底し、再発を防ぐ。また、重曹錠と沈降炭酸カルシウム錠のヒートが似ており、調剤棚の配置も近かったため場所の見直しも行った。	重曹錠500mg「マイルン」	確認を怠った判断を誤った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
258	混合軟膏を冷蔵庫に置いてあったが渡し忘れた。	自分が鑑査した薬ではなかったが、処方せんの内容をしっかりと確認しなかったので混合の軟膏が冷所保存されているのに気付かず渡し忘れてしまった。		ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」メサデルム軟膏0.1%	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
259	12歳患者にカルボシステインDS50%1.5g夕食後に処方箋記載。疑似照会后1.5g×毎食後に変更	繁忙期による処方箋記載間違い	どんな忙しい時間帯でもゆとりをもって仕事をする	カルボシステインDS50%「トーフ」	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施設・設備	仕組み	ヒューマンエラー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	一般名でクロベタゾン酪酸エステル軟膏の処方確認を怠り、デルモベート軟膏（一般名：クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏）で入力ピックアップ時に用法が顔であったため不自然に思い発覚	一般名処方類似した名前が入力ミス。○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫	一般名処方も多くなっているため類似したものはまとめるように。薬剤師の知識不足もある。ステロイドの強さ、代表的な使用部位、子供に使うか等再確認する	デルモベート軟膏0.05%キンダベート軟膏0.05%	確認を怠った判断を誤った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
261	内科ですでに7種類投薬を受けている患者に新たに頻脈の為ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mgが処方された。階段動作時に息切れするため追加処方と聞き取りしたが、手帳で他科併用薬を確認したつもりであったが、他科併用薬は180日分と長めの投薬の為、お薬手帳に最新で貼っているページから2ページ前に貼っていた。前のページだけめくって他科のシールがないと確認したつもりでいた。電子薬歴には他科併用薬の登録があったが、手帳を1ページめくるだけで併用薬を確認したつもりでいた。患者から他科併用薬があるが飲み合わせは大丈夫か？との声かけで併用薬がある事に気づき、その併用薬の1つにビソプロロールの類似薬のアロチノロール30mg/日が含まれていた。疑義照会でビソプロロール2.5mgは処方削除になった。	手帳を1ページめくる事で併用薬がないと思い込んでしまった。	必ず手帳は数ページめくって他科併用薬の確認を行う。電子薬歴に他科併用薬が登録されているのか必ず確認する。電子薬歴の相互作用チェック機能を毎回チェックを行うルール化する。	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	確認を怠った	その他		ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
262	処方箋記載通りタリオン錠10mgで調剤後、患者様よりジェネリック希望の旨伺ったためベボタスチンベシル酸塩OD錠10mgに変更することになった。再調剤時にベボタスチンベシル酸塩OD錠10mgではなくタリオンOD錠10mgを調剤、投薬の際薬袋に入れる直前に気付いて訂正した。	ベボタスチンベシル酸塩OD錠10mgとタリオンOD錠10mgの保管場所が近く、また外包装・PTP等の色・デザインが酷似していたため取り違えたと思われる。また調剤の際、色・デザインで判断し薬剤名まで確認しなかったためと思われる。	対策1：薬剤を棚から取り出す際、薬剤名まできちんと確認する 対策2：再度処方箋と薬剤名を照らし合わせジェネリックへの変更を確認してから監査に回す 対策3：保管場所を離す 対策4：スタッフ全員で今回の事例を共有し再発防止に努める	ベボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」 タリオンOD錠10mg	確認を怠った		医薬品 施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
263	定期的にノイロトロピンを服用中に患者に、ノイロピタンが処方されていた為、疑義照会・・・ノイロピタン配合錠2T分2→ノイロトロピン錠4単位4T分2に変更となった	今回は薬品名の類似しているもの同士の処方間違いであり、薬局で即気づきやすい事例であった。	定期服用薬からの変更があった場合は、確認を怠らないように常に心掛け	ノイロピタン配合錠				その他	ヒューマンエラー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	後発調剤希望の処方。GS1鑑査システムを通して、鑑査後、一番上のシートが先発の薬剤だった。鑑査が通ったのを不思議に思い、再度重なっているシートを確認したところ10錠シートの1枚だけが、先発、2枚は後発で重なっていた。再鑑査時に気づき、患者さんにはお渡しすることはなかった。	恐らく先発後発の調剤を間違えて、戻し間違いとみられる。シートの色も錠剤もよく似ているので、分かりにくい。	ミスボックスを利用。確認して元の棚に戻す。					ルールの不備	ヒューマンエラー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	同一処方箋内で、一般名：ヘパリン類似物質軟膏 25gと一般名：ヘパリン類似物質軟膏 50gがあり、医院に問い合わせたところ、Dr.が「ヒルドイドソフト軟膏」は一般名では、ヘパリン類似物質軟膏 「ヒルドイドクリーム」はヘパリン類似物質油性クリームを表すことを知らなかったため処方がある様になったとのことで、「ヒルドイドソフト軟膏」50gと「ヒルドイドクリーム」25g処方となった。	処方箋が一般名称の場合、勘違いするような薬剤がある。そのため、しっかり患者さんとコミュニケーションをとることと処方医への確認が必要。	患者さんとコミュニケーションをとることと処方医へ確認	ヒルドイドクリーム0.3% ヒルドイドソフト軟膏0.3%	記録などに不備があった	技術・手技が未熟だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	関連医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
266	患者にはアレジオン点眼液0.05%が処方されていた。処方通りアレジオン点眼液0.05%を調剤したが、交付した薬情にはアレジオンLX点眼液0.1%が記載されていた。用法用量は正しい情報が記載されていたため患者は正しく薬を使用していた。後日調剤録の確認中に間違いに気づき、患者に間違いを謝罪した上で正しい薬情・お薬手帳シールを交付した。	アレジオン点眼液0.05%で薬情に記載されているとの思い込みがあった。○単純なミス○作業手順の不履行	似た新薬が発売された場合は記載間違いがあるものと思っで監査を行う。	アレジオン点眼液0.05%	確認を怠った	その他			ヒューマンエラー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	定期的にご利用されている方の処方せんを受付。通常はプロピタン（50）3錠などの処方されている方。今回の処方せん記載が一般名プロピペリン（10）2錠であり、処方入力に2次元バーコードのためそのまま入力された。調剤者は、いつもの処方だと思い込みプロピタンで調剤。ピッキングシステムのエラーにより処方せん記載薬品と違うことが発覚。患者は、先生から変更になると説明を受けてきたから、処方せんに記載してある薬で問題ないとのこと。薬効が違うために疑義照会をし、プロピタン（50）2錠の処方であることを確認した。	医師が処方せん記載時に名称が似ているために選択したと考えられる。また患者は医師から薬が変更になる説明を受けていたため違った薬で問題ないと思っ込んでいた可能性。		プロピタン錠50mg プロピペリン塩酸塩錠10mg 「タナベ」	確認を怠った		コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	関連医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
268	液剤の薬袋の発行は調剤機器よりレセコンデーターを通じて半自動で薬剤師が発行する仕様になっているが、患者のデーターが前後に苗字違いの同一名の患者が同じ様な処方且つ同一日数だったので、薬剤師が内服液調剤後、薬袋発行する患者を選択間違いし、投薬者も用量と名前のみ確認にて苗字まで確認せず交付に至る。帰宅後、交付時に来局されていた患者父親が服用時に薬袋の氏名が違うことに気づき薬局に確認の電話を入れることにより事象発覚。	同じ名前の（姓違い）患者で似た処方の連続確認の精度の低下	薬袋確認も再度確認徹底。呼称確認の実施。	アスベリンシロップ0.5%	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
269	一般名でセリプロロール塩酸塩錠200mg 2錠／朝夕食後*28日分の記載があった、循環器専門の為、問題ないと思われたが、前回、セレコックス錠100mgの処方があり、痛みを訴えていた。薬剤名が類似しており、セレコックス錠の継続の有無も含め、念のため問い合わせ。一般名でセリプロロール塩酸塩錠200mgではなく、セレコックス錠200mgの間違えであり、訂正の指示が医師よりあった。	類似した薬剤名（頭文字がセで同じ）、規格が同じ事より、PC上で選択ミスがあったと考えられる。	今後も、薬歴、症状なども含めた、総合的な監査を行い、少しでも疑問がある時は、疑義照会にて確認する。	セレコックス錠200mg		その他	コン ピュータ システム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	関連医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
270	<p>クラシエ人参湯エキス細粒7.5g分2で処方。最初はgが包装品と合わない事から話が始まった。「人参湯」であれば分包品は2gもしくは3gのどちらかで1日量でみれば6gとなるはずだが、7.5gの処方であった。患者さんからどのような話を医師とされたか話を聞いていくうちに、希望した薬と異なることが判明。希望した薬の現物を持参して下さり、「人参養栄湯」であることが判明。疑義照会を行い、人参湯から人参養栄湯へと変更となる。医師も普段処方する分野でなく、患者さんに別の病院に都合が悪くて行けないからと頼まれたため、似た名前の薬があることに気付かず処方してしまったとのこと。</p>			<p>クラシエ人参湯エキス細粒 クラシエ人参養栄湯エキス細粒</p>				その他	<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>

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
271	エクメット配合錠HD 1回1錠 朝夕食後が出ている方にトリルシ ティ皮下注0.75mgアテオス が処方された。疑義照会の結果、 エクメット配合錠HDはメトグル コ錠500mg 1回1錠 朝夕 食後に変更となった。	薬剤追加をする際に類似薬効のも のに関して見落としがあった可能 性があり。	今後も疑義照会をきちんと行って いく。	エクメット配合錠HD	メトグルコ錠500mg		その他			ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
272	普段から他院でラベプラゾール錠 が処方されている患者にファモチ ジン錠が追加になった。類似薬効 薬の重複のため疑義照会にて確認 したところ、処方削除となった。	お薬手帳にて併用薬を確認すると いった基本業務を実施することで 健康被害を回避できた。	引き続きお薬手帳の確認により重 複を防いでいく。	ファモチジン錠20m g「トール」					教育・訓 練 仕組 み	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
273	大学病院精神科にて治療中の患 者、別病院にてツムラ半夏瀉心湯 を口内炎治療目的で服用歴あり。 今回精神科主治医に同じものを処 方するよう頼んだが名前が類似し た半夏厚朴湯が処方された。口内 炎治療で使用すると聞き取りした ため疑義紹介し口内炎に適応のあ る半夏瀉心湯に処方変更になっ た。	半夏瀉心湯の処方を患者は希望し たがDrは精神科領域でよく処方さ れる半夏厚朴湯と勘違いした。	患者が以前から服用していた・自 ら処方をDrに頼んだからと言っ て漫然に出さず添付文書で効能効 果を確認し正しい薬であるか確認 する。漢方薬は名前が類似するも のが多いこと・間違えやすいこと を常に考慮する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス 顆粒（医療用）	ツムラ半夏瀉心湯エキス 顆粒（医療用）	確認を 怠った	知識が不 足してい た	コン ピュータ システム	教育・訓 練	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
274	<p>主治医である A 病院の整形外科（他薬局で調剤）と今回該当処方箋の B 病院の整形外科（当薬局で調剤）を 2 つ受診しておられる外来の患者様について。今回臨時薬の五苓散のみの処方であり、定期薬（エディロール C a p0.75、タリージェ錠 5mg）は 1/17 より 14 日分であったため残薬がないことを確認。疑義照会し、処方追加となった。</p> <p>以前から B 病院でラロキシフェンを服用しているにも関わらず、投薬時に A 病院で定期薬として新たにピビアント錠も処方され服用開始していることを発見した。薬効類似薬であるため今回疑義紹介し、B 病院のラロキシフェンを削除していただいた。またご本人のご理解があまり高くなかったためピビアント錠を調剤した薬局にお電話で重複して服用していることを説明、確認できていなかったとのことだった。整形外科に 2 つ受診されているため以後重複注意していただけるようお願いした。</p> <p>また同種同効薬服用によるほてり、多汗のような副作用は現在はないことを確認した。</p>	<p>お薬手帳による併用薬確認が不足していた。患者本人が併用薬を医師に伝えていなかった。</p>	<p>お薬手帳の意義を再確認し、シールを貼るだけ、ハンコを押すだけにならないように意識することが必要。</p>	<p>エディロールカプセル 0.75 μg タリージェ錠 5mg ピビアント錠 20mg ラロキシフェン塩酸塩錠 60mg 「サワイ」</p>			<p>確認を怠った連携ができていなかった</p>	<p>知識が不足していた</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>
275	<p>兄弟で薬局実際の処方では 2 人は違う処方をされていたが、同じ内容のもと誤認兄の薬にアスピリンが入っていない粉薬をお渡ししてしまう。散剤の色の違いから母親が気づき電話にて調剤ミスを確認取り替えに伺うと伝えるが、咳症状は全然出ていないのでこのままでもいいとの申し出。処方医に連絡し、処方内容からアスピリンを削除。</p>	<p>単純なミス営業時間外に来たことにより時間内と同じモチベーションでの業務ができていなかった。</p>	<p>兄弟や複数人の似た処方が来た場合は特に気を付けて調剤・監査し、個人名を薬包紙に印字する。</p>	<p>アスピリン ロップ 2%</p>		<p>確認を怠った</p>	<p>通常とは異なる心理的条件下にあった</p>	<p>教育・訓練</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>	

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
276	首、顔の発疹で、緑内障の為ステロイド剤の使用を眼科医から中止されている患者にプロトピック軟膏小児用が処方された。0歳児で禁忌の為疑義照会したところヘパリン類似物質油性クリームに変更になった。		引き続き患者様の年齢確認を行い薬剤の適正使用を行います。	プロトピック軟膏0.03%小児用	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
277	カデチア配合錠HDが処方になったが、前回まではアムロジピン錠5mgとカンデサルタン錠8mgが処方されていた。患者に確認した所、血圧は変わりなく医師からは二つの薬を一つにまとめると言われた、との事だった。病院に疑義紹介し、カムシア配合錠HDに変更になった。	類似名称による誤りと思われる。	類似名称の薬品の入力時には注意喚起のメッセージを表示させる。処方変更時は患者からの聞き取った内容やこれまでの処方歴と齟齬がないか確認を徹底する。	カデチア配合錠HD「あすか」	カムシア配合錠HD「ニプロ」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
278	処方箋ではピロリ菌除去療法の薬剤が処方されていた。しかし患者に症状をお聞きしたら背中の上の湿疹とのことで食い違っていたため疑義紹介を行った。その結果ピラノア錠に変更となった。	入力の際ピロリ菌、ピラノアとで一文字目が類似していたため間違えたと考える	投薬の際は症状をしっかりと聞き取る	アモキシシリンカプセル250mg「トーワ」 クラリスロマイシン錠50小児用「MEEK」 タケキャブ錠20mg	ピラノア錠20mg			コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
279	患者の父親が、A診療所とB耳鼻咽喉科の処方箋を持って来局した。A診療所は体の痒みで受診し、シングレア細粒4mgが28日分と、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%が処方されていた。 (以下、次ページ)	患者の父親は、体の痒みと鼻汁で同効薬が処方されると思っているが、A診療所の処方内容と、B耳鼻咽喉科の医師Dに伝えていなかったと思われる。	症状の関連性の有無に係わらず、他科受診があれば医師にその内容や処方薬を申し出るように、患者に指導する。お薬手帳や薬歴で他医療機関の処方歴や継続処方の内容を確認し、疑義があれば必ず医療機関に問い合わせる。	【般】ブランルカストシロップ用10%			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
279	A 診療所受診後に、B 耳鼻咽喉科を鼻汁で受診したようで、B 耳鼻咽喉科からは、【般】アンプロキシール塩酸塩シロップ用 1.5%、【般】برانلکاستシロップ用 10% が 7 日分、【般】クラリスロマイシンシロップ用 10% が 5 日分処方されていた。父親は、A 診療所の処方内容を B 耳鼻咽喉科に伝えていなかった。シングレア細粒の処方日数の方が 28 日分と長かった為、B 耳鼻咽喉科に連絡し、事務員 C に、A 診療所の処方内容を伝えた。事務員 C が、B 耳鼻咽喉科の医師 D に確認後、事務員 C より連絡があり、【般】برانلکاستシロップ用 10% が中止となった。			【般】برانلکاستシロップ用 10%			その他		ヒューマンエラー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	ご本人様の症状から察して医療機関に問い合わせる。	漢方薬の名称が類似しており、医療機関のスタッフさんの実績不足もあり処方箋の印刷ミスだった。	医療機関と情報を共有して漢方薬の名称と品番の確認をする。	ツムラ荊芥朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ荊芥朮甘湯エキス顆粒（医療用）			医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
281	患者がエディロールカプセル 0.75μg の記載された処方箋を持参したが、お薬手帳を拝見したところ、他院でカルフィーナ錠を服用しており、これらは類似薬であるため疑義紹介し処方削除になった。	医師のお薬手帳確認の不備があったため。○作業手順の不履行	併用薬の確認を、薬剤師や医師などがダブルチェックするなどの対応が必要である。	エディロールカプセル 0.75μg		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	ルールの不備	ヒューマンエラー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	3歳 女児 体重17kg アレルギー歴なし処方内容 ホスミンシロップ400 1.7g メジコン散1% 0.2g 小児用ムソソルバンド S1.5% 1g 鼻水と咳の症状で上記処方せんを持って来局。ホスミンシンの用量が少なく感じるとともに、ホスミンシンの選択意図が分からず主治医に疑義照会ホスミンではなくポララミンの間違いであることが判明	原因は主治医がレセコン使用時にクリックミス風邪症状で抗生剤の処方がある事も不思議ではない。アレルギー歴もなくホスミンの処方意図が明確にならず疑問に思えた点が、回避につながったと考える。	レセコンの性質上、類似の医薬品が列挙されるケースは少ない。患者背景の聞き取りと主治医の処方意図をくみ取れる知識が必要	ホスミンシロップ 400	ポララミンシロップ 0.04%			コンピュータシステム	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
283	ジスロマック錠250mg 頓用痛む ときの処方のため、疑義照会を 行った。処方誤りであり、ジクロ フェナック錠25mgに変更になっ た。	医薬品名類似の為の選択誤りと考 えられる。	今後も処方に疑わしい点がある場 合は疑義照会を行い、確認して行 く。	ジスロマック錠 250 mg	ジクロフェナクNa錠 25mg 「TCK」	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	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
284	他院にてジクロフェナクナトリ ウム錠が処方されているのにロキソ プロフェン錠が処方されていたた め疑似照会のうえロキソプロフェ ン錠削除となる。	患者様へのききとりの徹底。		ロキソプロフェン錠					その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
285	高血圧症の患者に新たにテルチア 配合錠BP「DSEP」が処方さ れたが、患者は既に他でテルミサ ルタン錠80mg「日医工」を服 用していることと仮に追加服用す るとしてもテルミサルタンが1日最 大投与量オーバーになるため問合 せ。結果、他で服用中のテルミサ ルタン錠80mg「日医工」は中 止し今回のものを服用するように 医師から返答あり。	医師が患者の併用薬を確認してい なかつた、テルチア配合錠BP 「DSEP」の主成分がテルミサ ルタンであることを忘れていた、 テルミサルタンの1日最大投与量 が80mgであることを知らな かつたなどが考えられる。患者の 併用薬をしっかりと確認している医 師はそれ程多くはない。また確認 をしていても高血圧症の患者など で他でもらっている薬剤だけでは 効果不十分と思われた時は別途降 圧剤を追加処方する医師も存在す る。	当然ではあるが処方された薬剤と 患者の併用薬に同効薬、類似薬が ある場合は疑義照会をかけその旨 確認することと、そのためには薬 歴の併用薬の更新を怠らないこと が大切である。	テルチア配合錠BP 「DSEP」	-				その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
286	年始に患者の尿が出ないという事態になったが、かかりつけ医は年始休業中で市内の基幹病院を受診し、処置を受ける。その後、経過確認のため1月7日に再受診し、ハルナール錠が処方された処方箋を受け取り、当局へ持参される。しかし、当該患者は普段から同作用機序のシロドシンを服用中であった。重複投与になるので処方元へ疑義照会したところ、処方が中止となる。	○年末年始でかかりつけ医への相談ができなかった。それゆえ医療機関同士の情報共有もできていなかった。○患者がお薬手帳を持参して受診していなかった。ハルナールの処方元は併用薬を十分に把握できていなかった。○患者は今回処方された薬と普段の服用薬との類似性を知らなかった。	患者自身はかかりつけ薬局としてどこかの処方箋であっても当局をずっと利用していた。そのために今回の重複処方に容易に気づくことができ、患者にかかりつけ薬局による一元管理のメリットを感じさせることができた。患者にはお薬手帳の有効活用を今一度説明し、普段から持参して生活するよう促した。	ハルナールD錠0.2mg				患者側		ヒューマンエラー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	頓服、鼻汁時でツムラ麦門冬湯エキス顆粒が処方。疑義照会にて、ツムラ小青竜湯エキス顆粒の処方間違いと確認。	見た目が同じピンク色で番号も19番と29番、また両方とも3g/包で似ている為、病院で記載ミスしてしまった可能性がある。	頓服の為、服用用法をしっかりと確認出来たことで患者へ交付せず、疑義照会に変更することが出来た。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）			医薬品	その他	ヒューマンエラー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	ムコソルバン処方の患者より痰の症状がないと聞き取ったため、処方医へ確認後ムコスタへ変更となった。	病院側の名称が類似する医薬品の選択ミス	医薬品の選択時、名称が類似するものがあるため注意する。	ムコソルバン錠15mg	ムコスタ錠100mg				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
289	一般名ヘパリン類似物質軟膏0.3%100g処方。患者本人から軟膏はベタベタするため変更して欲しいと相談を受けた。アドヒアランスの不良から症状悪化の恐れがあるため、疑義照会を行った。結果、一般名ヘパリン類似物質外用液0.3%100gに変更になった。	患者が医師へ軟膏の塗布への不快感があると伝えていなかった。	お渡しした薬が問題なく使用出来るかを、投薬時に確認を行う。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ビーソフテンローション0.3%				教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
290	海外在住時の抗生剤服用のチェックを再度して今回、抗生剤に対する呼吸困難が発覚した。	海外在住経験のある方は特に、併用薬のチェック確認が難しい場合がある。ただ問診の中で、服用歴が発覚して、似たような名前から薬剤と副作用が発覚することもある。日本語で無い場合は、せめて、副作用の英語は覚えておくことが今後の対策となる。今回患者がインフルエンザということもあり、問診を取りにくい状況にあった。お薬手帳に副作用のメモが挟まっていたのが幸이었다。	拜啓要因にも記載したが、副作用や、症状、などの英語は記憶しておく必要がある。抗生剤でもantiというキーワードから抗生剤服用でしんどいことがあったとひとけた。ちなみに当該者は英語が話せるわけではない。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「サワイ」		記録などに不備があった	その他		ヒューマンエラー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	(般)ヘパリン類似物質油性ク リーム0.3%と(般)デキサメタゾ ンプロピオン酸エステル軟膏0.1% 混合指示あり。先発・後発医薬品 とも配合可否を調べたところ、配 合不適。疑義照会し、前者を配合 可能なヒルドイドクリームへ変更 していただいた。	おそらく皮膚科の専門医ではな く、配合変化に対する認識が足り なかったのではないかと。	新しい薬同士の混合の場合は、配 合可否をしっかりと確認する。日頃 から最新の情報を手に入れるよう に心がける。	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%	ヒルドイドクリーム 0.3%		知識が不 足してい 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	

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
292	<p>先発品希望のため一般名処方へのパリン類似物質クリームをヒルドイドクリームで調剤したところ「前のものと違う、前のがジェネリックだったのか？前のはピンクだった」と申し出があった。当薬局へは初回来局、お薬手帳なども持参がなかったがヒルドイドソフト軟膏を使用していたと思われる。クリニックは初回ではなく継続受診しているとのこと、前回はローションを使っていたがその前にもらったヒルドイドソフト軟膏の方が調子がよかったため処方医に「クリームタイプ」を処方依頼したとのこと。処方医に剤形変更の問い合わせを行い、ヒルドイドソフト軟膏で調剤・交付した。</p>	<p>患者が「クリームタイプ」と言ったことで処方医が一般名処方のクリーム＝ヘパリン類似物質クリームを処方、希望薬剤の処方に至らなかった。問い合わせの際、ヒルドイドソフト軟膏は一般名処方ではヘパリン類似物質軟膏になることを合わせて紹介した。</p>	<p>患者自身にも複数剤形あること紹介お薬手帳などで自身の使用している薬を把握することが必要。一般名処方と製品名の剤形名称が異なることが問題。</p>	<p>ヒルドイドクリーム 0.3%</p>	<p>ヒルドイドソフト軟膏 0.3%</p>		<p>その他</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>

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
293	抗うつ薬等を服用の精神科患者にツムラ桂枝加芍薬大黃湯とツムラ四物湯が新規に処方され来局した。薬歴では以前より下痢気味との記録があり、大黃を含む漢方薬の処方に違和感を感じ、聞き取りを開始した。「相変わらず軟便」「Dr.が薬を変更すると言っていた」「薬剤名は聞いてない」「トラウマを治す薬と聞いてます」と回答を得た。インターネットで調べたところ、桂枝加芍薬大黃湯ではなく桂枝加芍薬湯と四物湯で「トラウマ」に対して処方するという情報があり、主治医に問い合わせたところ、桂枝加芍薬湯のつもりだったということが分かり、変更となった。	電子カルテ上で、名称の類似した薬品を選んでしまったのだと思われる。	精神科の患者には、具体的な症状などを言いたがらなかったり聞きづらかったりすることがあるが、今回のように薬歴から違和感を見つけ出し、色々な聞き方で情報を聞き出すことで、Dr.の処方間違いを発見することができると思う。	ツムラ桂枝加芍薬大黃湯 エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキ ス顆粒（医療用）	判断を 誤った		医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
294	患者は整形外科受診中。詳しい検査が必要になり転院が決まっていたが、残薬が無くなってしまい、かかりつけの医師つなぎで薬を処方してもらうことになった。薬局にて整形外科で処方されている薬情を確認したところ、処方薬と異なっていたため医師に疑義照会し、医薬品の読み間違いであったことが判明した。	似ている名称の医薬品であり、用法も同じであることから医薬品を読み間違えた医師による誤処方。医薬品情報と患者背景を確認した薬剤師が気付いた。	薬局で患者の背景や病状を聞き取り、併用薬を確認し、その内容と処方方を照らし合わせる事で、処方ミスに気付くことが可能だと思われます。	ブルゼニド錠 12 mg	ブレドニン錠 5 mg	確認を 怠った		医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
295	セファドール、カロナル、アストミンの処方記載あり。セファドール錠25mgが患者様の症状と合致せず、またカロナル、アストミンの処方から処方意図としては他剤の可能性ありと判断して疑義照会したところ、一般名セファレキシム錠250mgに処方変更となった。	薬の名称が類似、また規格も25mgと250mgで見た目の数値も似通っており、相互に勘違いしやすいとみられる。	投薬時に患者様にめまい等、セファドールの適用に該当する症状があるか必ず聞き取りを行い、疑わしい場合は必ず疑義照会を行う。またスタッフにも事例を共有し、注意喚起を周知する。	セファドール錠25mg	セファレキシム錠250「日医工」	記録などに不備があった		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
296	新規で大学病院への受診、鎮痛剤等と併用でタケキャブ錠10mgが処方される。かかりつけ医でオメプラゾール10mgを定期服用あり。類似薬物であるため重複服用になると判断し、疑義照会にて確認。今回処方出していた、タケキャブ錠10mgを中止するよう担当医より確認し中止となった。	かかりつけ医で服用している薬剤を、本人が把握できていなかった。お薬手帳がうまく活用されていなかった。	薬局で服用している薬剤の再度確認と、お薬手帳を受診する時は提示するよう指示。	タケキャブ錠10mg		連携ができていなかった				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
297	過去に市販の総合感冒薬にて発疹の既往がある患者であった。鼻づまりに対してディレグラが処方となっていたが、過去に発疹を起こしたことがある総合感冒薬の中にエフェドリンが含有されていた。ディレグラには類似成分のブソドエフェドリンが含有されており、エフェドリン含有製剤で過敏症を起こしたことがある場合は禁忌であった。疑義照会により別薬剤に変更となった。	副作用歴のあった薬剤が総合感冒薬であったことから、その中の各種成分に対しての確認が必要であったが、病院受診時には総合感冒薬としか伝達されておらず、ディレグラが処方されてしまっていた。手帳を詳細に確認したところ、銘柄の記載があり、具体的成分も速やかに確認できたことから今回の疑義照会につながった。	副作用歴が特に市販薬であるときには、具体的な銘柄についても確認し、記載しておくことが重要である。患者にもその旨を常時伝え、啓発していく。総合感冒薬など多数の主成分を含んでいるものについては特に詳細に成分を確認し、処方鑑査を行っていく	ディレグラ配合錠	メキタジン錠3mg 「日医工」 モンテルカ ストチュアブル錠5mg 「KN」		知識が不足していた			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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒュー マン ファク ター	環境・設 備機器		その他
300	<p>同院で平成31年2月9日に ترامセツトが処方された際に異常行動（夜中に着替えて出かけようとする、食欲低下、認知症のようにぼーっとしている、普段入れているコーヒーをうまくいれられない等）がみられたとご家族から聞き取りがあり、薬歴・患者メモに記録していた。最初は3錠分3で処方された ترامセツトが異常行動のため1錠分1に減量されたが中止となり、中止後も影響が少し続いていた。今回 ترامセツトと同じ成分を含むワントラム錠が処方されていたため、医師と服用について何か話があったか確認をしたが、来局したご家族は診察室と一緒に入っていないため状況が不明とのことで疑義照会を行った。</p>	<p>以前に ترامセツトを服用した時の異常行動について医師は把握してなかったようだ。</p>	<p>引き続き患者様から得られた副作用の情報を記録に残し、類似薬や同成分含有薬の処方に気を付ける。また、今後は服薬情報提供文書などを用いて病院と患者の副作歴の情報共有を検討していきたい。</p>	ワントラム錠100mg			その他			ヒューマンエラー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	<p>当薬局を初めて利用する患者が来局。労災の処方ではフェルピナクローション3%「ラケール」1本1日数回であった。初回質問票には症状が書かれておらず労災の処方のため打ち身等で使用される薬であると一時は判断。投薬時症状を確認したところ打ち身等による痛みの症状ないこと発覚。詳しく聞くとやけどで受診したことが分かった。症状から処方薬があつてないと判断し疑義照会。ヘパリン類似物質油性クリーム「ニッター」に変更になった。</p>	<p>労災の処方を多く取り扱うクリニックだった為、誤って薬を入力してしまったようだ。</p>	<p>新しく薬をお渡しする際は投薬時に必ず症状を確認する。初回質問票には出来る限りその日受診に至った症状について記載するように患者にお伝えする。</p>	フェルピナクローション3%「ラケール」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニッター」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
302	耳鼻科でニボラジン小児用細粒の処方があったが、投薬時の母親への聞き取りで2Wほど前に皮膚科でオロパタジンOD錠2.5mgが処方され現在も服用中と判明。お薬手帳をさかのぼり28日処方の当該薬を確認できた。類似薬の重複と判断し疑義紹介でニボラジン小児用細粒は処方削除となった。	前回の処方（9日前）では処方医は併用薬を認識して類似薬処方は避けていたが、今回は重複処方となっていた。薬局でも皮膚科の処方が長期処方となっているため、お薬手帳の直近ページでは確認できなくなっていた。母親は、重複と判断し疑義紹介でニボラジン小児用細粒は処方削除となっていた。	長期処方、お薬手帳を数ページにわたり見返さないことと見落とすことがある。また小児は小児科、皮膚科、耳鼻科など数か所を受診している例が多かったり、単純にシールの貼り忘れもあり、手帳確認に加えて同伴者への聞き取りを確実にすることが必要だと思う。	ニボラジン小児用細粒 0.6%		確認を怠った連携ができていなかった				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
303	【般】ベタメタゾン・dクロルフェニラミン配合錠 3錠/分3、ラックビー錠 3錠/分3、 【般】レバミピド錠100mg 3錠/分3 の処方箋。投薬時、患者から胃薬が出ると聞いたと申し出あり。疑義したところ【般】トリメプチンマレイン酸塩錠100mgに変更となった。 セレスタミンとセレキノンの処方オーダーミスだった。	聞き取った症状に一致しない効果の薬剤が処方されており、類似商品名の該当薬があったため。 ○単純なミス	類似商品名があることを理解する。患者から、症状や診察時の様子の聞き取りをしっかりと行う。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠100mg		その他			ヒューマンエラー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	メタクト配合錠LDが頓服めまいのする時として処方されていた。糖尿病の既往歴のない患者のため処方ミスと判断、照会したところメリスロンの入力ミスだった（照会后、差し替えとして交付された処方箋は一般名ベタヒスチンで処方された）		今回は明らかに薬効の異なる判断しやすい処方ミスだったが、普段より類似した名称の薬を念頭に監査できるようオーダーミスへの対応を徹底していく。医院では商品名(メリスロン)での処方入力一般名処方(ベタヒスチン)に変換されるレセコンを使用しているため、混乱の起きないよう照会の際の言葉選びにも留意する。	メタクト配合錠LD	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
305	セレコックス100mg1日2回服用指示のある患者にロコアテープの処方指示もあった。ロコアテープは鎮痛成分の吸収もよく類似作用の内服薬との同時処方は基本的に出来ない為変更していただいた。	処方医の薬の処方時の確認不足と思われる。	ロコアテープ処方時の内服鎮痛剤使用は注意していただくお願いした。	ロコアテープ	ロキソプロフェンNaテープ「科研」	確認を怠った	知識が不足していた		教育・訓練	ヒューマンエラー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	薬剤交付の際、患者が調剤されたノボラピッド30ミックス注フレックスペンを見て、自身はフレックスタッチを使用しているとお話された。ノボラピッド30ミックス注にはフレックスタッチはないことを説明し、疑義照会したところ、ノボラピッド注300単位フレックスタッチの処方入力ミスであることが発覚した。事務員が処方入力をしており、単位数のところを医師が手書きされているようであった。。	事務員が処方を入力しているという時点で問題がある。薬剤名が類似しているの間違い易い。医師の十分な確認が行われていない。見落としがあった。単純なミス	患者に薬剤を交付する際は、患者自身にも薬剤を視認してもらうことが大切である。	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスタッチ	確認を怠った	その他	医薬品	仕組み その他	ヒューマンエラー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	ピラノア錠20mg1錠夕食後の処方が出たが添付文書には空腹時服用との記載がある為、疑義照会の電話をかけて夕食前服用に変更になった。	新規初方が出た場合は患者は処方箋の通りだと思っている為、処方医の意図通りの薬効が望めるか用法用量についてチェックする必要がある。	類似の事例が起こった場合は何度でも疑義照会を行う。	ピラノア				その他		ヒューマンエラー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	ヒューマログミックス25注ミリオペンが1日3回の処方であったため、疑義したところヒューマログ注ミリオペンに変更となる。	名称類似により薬剤選択を誤って処方箋に記載したと思われる。	名称類似の医薬品については、特に注意して処方内容を確認する必要がある。	ヒューマログミックス25注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
309	他病院へ普段かかっている患者が、入院の関係で門前医療機関の処方箋を持って来局。残薬もあるとの事で、4日以内に取りに来るのことで外出。お薬手帳は所持しておらず、薬の経過は不明だが、同じ薬が出ているはずとの患者の娘からの回答有。処方箋受付当日に、普段かかっている病院へ受診し、今回当薬局で受け付けた処方内容と類似した処方を受け取っていた。処方箋受付二日後に患者の娘より、同じような薬が今回出ているかどうかという質問有。門前病院に他病院と処方重複しているため、確認したところ、処方箋ごと削除になるとの回答有。	お薬手帳を持参しておらず、薬の内容が把握できなかったこと。残薬が生じていたため、薬のお渡しの後日となり、処方された薬の内容が当日中に患者の手元に行かなかった事。処方元が他病院との連携を取っておらず、普段かかっている病院に行く可能性を考慮しなかったこと。	病院同士の連携が適切になされる必要がある。お薬手帳を普段から持ち歩いてもらうようにする。	クロビドグレル錠7.5mg「SANIK」ピタバスタチンCa錠1mg「トーワ」レミニール錠8mg テネリア錠20mg アムロジピン錠2.5mg「あすか」				その他		ヒューマンエラー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	新規患者 初回アンケートにてトスフロキサシンによる薬疹あり系統が似ているため疑義すると薬剤の変更	患者さんが薬疹の件つたえれなかったとのこと	薬歴の管理 初回に限らず行う	ジェニナック錠200mg	ファロム錠200mg			患者側		ヒューマンエラー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	処方箋に記載されている医薬品と似た薬効の薬が入院とかでほとんど服用しないで残っている薬があるので、今回はそれを飲みたいとの申し出があり、処方元のDrに確認を取った結果、今回は残薬メパロチン錠5mgを服用し、リピトールが削除になりました。	同じ薬ではなく同種同効の残薬の確認も必要	処方箋の受け取り時の確認が重要	リピトール錠10mg		確認を怠った	その他	その他	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器		その他
312	ヘパリン類似物質油性クリーム+ スチブロン軟膏の用法記載がなく 悪影響のリスクと適正な薬効を得 るため疑義照会 1日1回塗布	薬学思考を用いて疑義照会	今後も継続していく	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」スチブロン軟膏 0.05%					その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
313	一般名処方で似た薬剤名のため、 医療機関での記載ミスと考えられ る。	普段、添付文書記載の用法でない ときは、疑義にて確認が必要であ る。	その都度、処方の用法について、 確認するよう心掛ける。	セフボドキシムプロキセ チル錠100mg 「トーワ」	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「トーワ」			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
314	エンシュア・Hを処方されるべき ところ、エンシュア・リキッドの 処方が出ており、薬歴の履歴と異 なったため、薬局から医療機関に 電話照会したところ、エンシュ ア・Hに処方訂正となった。従 来、エンシュア・Hを処方されて いた患者であり、エンシュア・H を食欲が落ちたときに対応するた めのストックとして常備してい る。今回、使用機会のないまま、 手持ちのものの使用期限が切れて いたことに気付いたため、新しい ものに置き換えることを希望し、 約1年ぶりに医師に処方を依頼し た。その際、口頭で「エンシュ ア」を頼みたいと伝えており、結 果、エンシュア・リキッドが処方 された。	類似の医薬品名称の製品が複数存 在するところに、口頭伝達におけ る、患者-医師間の認識の相違が あったと思われる。また、前回処 方から比較的長く期間が空いてお り、限られた診察時間の中で、医 師がカルテの処方履歴をその場で 確認できなかった可能性も考えら れる。		エンシュア・リキッド	エンシュア・H			その他		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
315	新患。おくすり手帳の持参なし。インフルエンザ患者であり、薬局での感染予防のため病院に持ってきてほしいと門前の病院より依頼あり。フスタゾール散10% 0.3g アスピリン原末 0.75g アレルギン散1% 0.9g 分3毎食後5日分の処方。併用薬は不明だが、症状や年齢などから判断しアスピリン原末の処方に疑問を持ちアスピリン散の間違いではないかと判断し疑義。アスピリン原末→アスピリン原末に処方変更。	病院側が頭文字2文字で入力したと考えられる。	類似名称医薬品については薬局内で注意が必要。処方内容に疑問を持った時には用法用量などだけで判断せず病院側に問い合わせる必要がある。	アスピリン原末「マルイシ」	アスピリン散10%			医薬品	その他	ヒューマンエラー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	当該薬品の投与量に疑義があり病院に照会を行った。薬品名を読み上げたところ、処方箋における薬品名の記載ミスが発覚した。	薬品名が「柴朴湯」「柴苓湯」と類似しているため、医師の処方とは異なる薬品を処方箋に記載してしまったものと思われます。	漢方薬には類似した名称が多いため、漢字ひとつずつをチェックするなど十分に確認する。	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
317	以前クラリチン錠10mgで薬疹の副作用（疑い）があった患者にルバフィン錠10mgが処方された。ルバフィン錠10mgは代謝によりデスロラタジンになるため、クラリチン錠10mgと同様の副作用が出る可能性がある。疑義照会にてジルテック錠10mgに変更になった。	副作用歴がある薬剤はレセコンに登録することにより処方入力できなくなる。しかし今回は代謝物であり、さらに同一成分ではなく類似成分であったため処方入力時には気付かなかった。投薬時に薬剤師が気づき疑義照会を行った。	今回の代謝物だけでなく、同一成分であっても合剤はレセコンの副作用歴チェックにひっかからないことを確認した。監査時特に注意するよう薬局内で認識を統一した。	ルバフィン錠10mg	ジルテック錠10			コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
318	前回手の湿疹にボアラ軟膏とボアラクリームとヘパリン類似物質軟膏のMixが処方されていた患者がヘパリン類似物質軟膏10g、とベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%5gとヨクイニンエキス錠が記載された処方箋を持って来局。患者は医師の処方変更の意図を理解しておらず、薬剤師はヘパリン類似物質の処方量から混合すべき薬剤の記載漏れを疑い疑義照会した。今回医師は乾燥が広範囲に酷いため、保湿剤を全体に塗布し酷い部位にステロイド軟膏を重ねて塗布の処方をしようとしたが、ヘパリン類似物質の容量を前回処方のままにしていたとのこと。ヘパリン類似物質軟膏が25gに変更となり、塗布方法を患者にも説明するよ指示された。	処方の際単純なミスで処方量が記載誤りとなり、患者、薬剤師に処方意図が正しく伝わらなかった。	薬局では疑義があった際には今後処方位置を確認してから投薬をする。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」				その他	ヒューマンエラー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	処方内容はツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒であったが、患者から症状の聴取を行ったところ膝の痛みを訴えており、名称の類似しているツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒の間違いではないかと医療機関に疑義照会した。	医療機関で処方を入力する際、麻杏よく甘湯エキス顆粒と入力するところを、予測変換により検索された麻杏甘石湯エキス顆粒を選択してしまったと思われる。	引き続き患者から症状の聴取を行い、処方内容に間違いがないかどうかを確認していく。	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒（医療用）			医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
320	風邪を引いて近隣のクリニックに受診した。その時に血圧を下げる薬一般名アムロジピン5mgが処方されていた。患者に確認したところ、今日は風邪で鼻水が出血圧の薬は出るはずがないとのこと。疑義照会して確認したところアレルギー剤一般名エピナスチン錠20mgに変更となった。	今回は似たような薬品名でDrの入力間違いだった。	似たような薬品名の薬も多いので、投薬時には患者の症状を確認して薬を出すように注意したい。	アムロジピン錠5mg 「明治」	アレジオン錠20				その他	ヒューマンエラー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	スミルスチック3%が処方される予定が、スミスリンローション5%が処方された。薬局で投薬時に、腰の痛みで薬が追加になると話を聞いたことにより間違いが発覚。疑義照会により変更。	処方箋入力時の薬品選択間違いだと思われる。多くの種類を取り扱っている病院の処方箋は注意が必要。	患者からの話を聞き、処方内容との相違がないかの確認を再度徹底する。似たような名前の薬品には、注意するように印をつける。	スミスリンローション5%	スミルスチック3%	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	ヒューマンエラー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	セレスタミン処方のところをレスタス錠で処方されていた。前回歴から確認し、精神症状の有無、医師への薬の希望などを確認したところ、入力間違いであることが判明した。	2文字の類似	医療機関でのダブルチェックの徹底	レスタス錠2mg	セレスタミン錠			医薬品	仕組み	ヒューマンエラー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	前回総合病院でカリセラム-Na末が処方開始となり、今回はかかりつけ医で処方引継ぎ。その際カリセラム末の処方となっていたため、患者に確認及び医師に疑義照会。カリセラム-Na末へ変更となる。	薬の名称が酷似していたため、処方間違いが起こったと思われる。	引き続きお薬手帳の確認や患者への情報収集等により処方間違いがないか確認する。	カリセラム末	カリセラム-Na末			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
324	一般名：ドキサゾンメシル酸塩錠4mg（先発名カルデナリン錠4mg）の処方。投薬時に他病院で出ていた薬とは違ったため、薬が変わる事を聞いているか確認したところ聞いていなかったため疑義照会。一般名：カンデサルタン錠4mg 1錠の処方ミスであった。	薬局の併用薬の記録と、お薬手帳より、他病院薬との相違あったため疑義照会を行った。おそらくカルデナリン、カンデサルタン、の類似薬の見間違いで、レセコン検査のミスではないかと推測する。	初回の薬の場合は、他病院での処方歴などをお薬手帳で確認の上、患者ヒアリングをしっかりと行い、相違がある場合は必ず疑義照会を行う	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg「JG」			医薬品	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
325	メモリーが寝る前で新規処方あり患者に確認すると 眠れないため薬もらったとのこと疑義紹介しマイスリーへ変更になった	名前が似ているため 誤った可能性あり○単純なミス	今後も患者に確認しながら進めていく	メモリーOD錠5mg	マイスリー錠5mg	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
326	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒 2.5g/分1と処方記載あり。炙甘草湯は、3g/包であったことから用量確認の疑義照会を行ったところ、芍薬甘草湯 2.5g/分1の処方記載間違いであったことが発覚した。	処方記載時の薬剤選択間違いと思われる。ツムラ製品の処方について、名称のみで記載されているため、読み仮名が似ているため識別を誤ったと思われる。	漢方薬の処方や鑑査には、製品番号も記載があると確認しやすい。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	判断を誤った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
327	名称の似通った薬剤の処方ミス（ノイロトロピンのところノイロピタン）	患者より肩痛等治療薬剤処方との情報聴取。処方内容と齟齬があるため疑義確認した尾頃処方ミス判明。	ノイロトロピン、ノイロピタンは相互に処方ミスが存在している可能性。処方内容にミスがないことを裏付ける情報聴取を行った後薬剤の提供を行う。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
328	ぜんそくに使われるツムラ55が処方されていたが、患者に確認したところ咳は出ないと。膝が痛いので医師が処方入力を間違えのを相談したとお話されたのでツムラ78のほうではないかと思いい問い合わせ。痛みの方の漢方にといいことでツムラ78に変更になった。	ツムラ55の麻杏甘石湯とツムラ78の麻杏よく甘湯は名前が似ているので医師が処方入力を間違えてしまった。単純なミス。	処方意図を判断するのが難しい漢方であってもきちんと患者に症状を確認して漢方があるか確認することが大事	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒（医療用）		その他			ヒューマンエラー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	メチエフ散とアドエアが処方された。メチエフ散はカテコールアミンと併用禁忌 エドエアの成分がカテコールアミンと類似の構造を持っているので、医師に疑義照会メチエフ散が削除になった。			メチエフ散10%アドエア50エアゾール120吸入用			知識が不足していた			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
330	メブチン吸入ユニット 1回分にて処方される。用量確認の疑義照会の結果、メブチンエア-10㎍吸入100回 1キットの入力ミスとわかり処方訂正となった。	類似薬品名の薬剤の入力ミス	用法用量等 疑問点があれば必ず疑義照会をする	メブチン吸入液ユニット 0.5mL	メブチンエア-10μg吸入100回			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
331	一般名でクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠の処方有り。患者本人に話を聞くと、貧血で薬が出ると聞いているとの事。クエン酸第一鉄の処方間違いではないかと思いい疑義照会をし、一般名のクエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgに処方変更となった。	一般名がよく似ていた為、処方医による処方間違い	患者本人によく話を聞き、症状と薬が一致しているかの確認をよく行うこと。	ウラリット配合錠	フェロミア錠50mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
332	一般名 ヘパリン類似物質クリーム0.3%と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%の混合の処方原則後発品調剤の方だが、混合不可のため、ベタメタゾンを先発品で調剤したいと疑義照会を行った。医師からの返答はベタメタゾンからジフルブレドナート軟膏0.05%への変更であった。	先発品と後発品で配合の適否が異なることは、医療機関側では判断しにくい。	先発品と後発品で配合の適否が異なる薬もあるため、医師に情報提供を行い、不適な処方を回避していくようにする。	アンフラベート0.05%軟膏	スチブロン軟膏0.05%		その他			ヒューマンエラー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	診察時、リンデロンVGローションが効果的として、処方してもらう旨を伝えしたが、実際の処方方はリンデロンVローションだった。	類似薬による見間違い。	処方医との密な連携	リンデロン-Vローション	リンデロン-VGローション	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
334	定期来局されている患者様が、定期処方に「ファロム錠200mg 1錠 分1夕食後42日分」が追加記載された処方箋を持って来局された。患者様の事前聞き取り確認より、診察時に貧血を指摘されたことを確認。貧血治療用鉄剤ではなく抗菌薬が処方追加されているため疑義照会を行った。結果、ファロム錠は削除、「フェルムカプセル100mg 1カプセル 分1夕食後42日分」の追加処方へ変更となった。	薬剤名称が類似しており処方医が入力を誤った可能性がある。	常日頃から名称の類似する医薬品を把握し、当該処方薬が処方された場合は患者様の事前聞き取りにて間違いがないか十分確認を行う。	ファロム錠200mg	フェルムカプセル100mg		その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
335	ラベプラゾール錠10mg「ケミファ」とファモチジンD錠10mg「サワイ」が同時に処方されていた為、重複投与に該当する事から疑義照会。ファモチジンD錠10mg「サワイ」が削除となった	類似薬効の薬剤も、病院の処方入力の際はそのまま通る場合があり、重複処方されているケースがある。	成分の重複はもちろん、薬効についての重複も検討が必要	ファモチジンD錠10mg「サワイ」		記録などに不備があった	知識が不足していた			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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
336	定期的を受診されている患者に初めてノイロトロピン錠4単位が3錠分3毎食後で処方された。通常の用法用量は4錠分2朝夕食後ということ、デキサメサゾン口腔用軟膏0.1%も一緒に追加になっていたことから疑義照会を行った結果ノイロピタン配合錠の間違いであったことが判明した。	薬品名の頭3文字が同じであることから入力間違えたのだと考えられる。	似た名前の薬品があるものは監査時に注意する。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
337	ノイロトロピン錠の処方があったが、お薬手帳にて他医院により処方があった為患者様に確認した所服用中であったため疑義照会し、削除となった。	患者様が、似たような訴えを複数医院で行ったために、処方薬がかぶってしまった。	お薬手帳の確認を続けていく。	ノイロトロピン錠4単位			その他			ヒューマンエラー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	お薬手帳にて別の病院より類似役のピラノア錠20mgを服用中であつた。同種同効薬のデザレックス錠5mgが処方となっているため確認し当該デザレックス錠5mgが削除となる。	お薬手帳の活用があつたため同種同効薬の併用を未然に防ぐことができた。		デザレックス錠5mg					その他	ヒューマンエラー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	患者は、複数の医療機関を受診しており、お薬手帳を確認したところ、他医療機関でPPIのタケブロンOD錠30mgの処方があるにも関わらず、H2ブロッカーのアシノン錠150mgが処方されていた為、疑義照会した。同効能同作用類似の為、アシノン錠150mgは処方削除となった。	患者には、服用中の薬品名を記載しているお薬手帳を、医師に見せるように伝えているが、見せていないかもしれない。医師に見せても記載を見落としている可能性もある。	患者に、お薬手帳を必ず医師に見せるように伝えた。	アシノン錠150mg			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
340	PL配合顆粒(一般名処方)とコロ ナール錠300mg(一般名処方)が同 一処方箋内で処方された為、アセ トアミノフェンの重複について疑 義照会したところ、コロナール錠 はアストフィリン配合錠に訂正と なった。	医師に問い合わせると、アスト フィリン配合錠を処方するつもり であったが誤って(般)アセトアミ ノフェン錠300mgでPC入力してし まったようだ、とのこと。頭文字 3文字が似ている事が原因のひと つといえるかもしれない。今回た またアセトアミノフェンが他剤 と重複していたため疑義照会を 行ったが、PL配合顆粒ではなく別 の薬剤であったら問い合わせもせ ずに誤ったお薬を投薬すること になった可能性がある。	薬局での未然防止策としては、患 者様の症状に合っている薬かどう かをきっちり聴取した上で投薬を 行う。	コロナール錠300	アストフィリン配合錠		知識が不 足してい た		教育・訓 練	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
341	耳鼻科からトランコロンP配合錠 の処方。事前問診により鼻血が止 まらないため受診したことを聞き 取り、名称類似薬のトランサミン カプセル250mgを処方したかつ たのではないかと思われたため疑 義照会。トランサミンカプセル 250mgに処方変更となった。	販売名の頭文字が3文字一致して いた名称類似薬による選択ミスの 可能性	類似の名前がある薬の処方が来た という情報を、他店舗にも共有す る。	トランコロンP配合錠	トランサミンカプセル2 50mg			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
342	お薬手帳を確認したところ、他院 よりテルネリン錠が処方されてお りました。疑義照会をし今回の処 方から類似薬のエベリゾン錠が削 除になりました。	医療機関の併用薬確認が実施され ていないと思われます。	お薬手帳等をよく確認し重複処方 がないように気を付けたいと思 います。	エベリゾン塩酸塩錠5 0mg 「日医工」					その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
343	ネキシウムカプセル20mgが処方 されたが、お薬手帳より他院から タケルダ処方され服用中であるこ と確認。疑義照会にてその旨伝え ネキシウムカプセル20mg削除と なった。	タケルダのような配合剤を服用し ている場合、処方医も類似成分の 重複を見落とす可能性あり。	今後もお薬手帳の重要性を再認識 し、併用薬の確認を怠らないよう にする。	ネキシウムカプセル20 mg			その他			ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
344	<p>【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠と記載された処方箋を患者が薬局に持ってきた。この患者は普段、ミコンビAPと記載された処方箋を薬局に持ってきており、テルチア配合錠APを調剤しお渡ししている。</p> <p>ミコンビからミカムロに変更でよいか医療事務員を介して医師に確認したところ、今回より変更との回答を得た。医師の勘違いの可能性を考慮し、時間をおいてから、再度医師に直接確認したところ、普段と同じ薬剤を一般名にして記載し処方したと言われたため、普段はミコンビAPが処方されており、一般名処方の記載内容は【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠が正しいことを伝えた。その結果、処方内容が、【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠に変更になった。</p>	<p>先発品の名称から一般名処方に変更する際に似ている薬剤名と困惑してしまった可能性がある。また、当該処方箋にはベザフィブラートからシンバスタチンへの変更もあったため、医師がその変更と勘違いして、1度目の回答は変更でよいと答えた可能性がある。</p>	<p>1度目の回答が納得いかないものである場合には時間をおいてかけなおしたり、聞き方を変えてみたり等工夫をして疑義照会することが大事であるとする。</p>	【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠	【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
345	<p>患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはロキソプロフェン錠60mg「EMEC」3T3×毎食後14日分とタケキャブ錠10mg1T1×朝食後14日分と記載されている。患者が持参したお薬手帳を見ると別の医療機関よりラベプラゾールNa錠10mg「トーフ」1T1×朝食後とセレコックス錠100mg2T2×朝・夕食後の記載あり、現在服用中との事。薬は一包化にしてあり、患者は何の薬を飲んでいるか認識していない。HPでお薬手帳を提出したがDrも類似薬を服用中である事に気がついていなかった。処方元に照会する。結果処方が中止になった。</p>	<p>患者は高齢であり、また、多種の薬を一包化してもらい飲んでいる為、鎮痛剤と胃薬を飲んでいる事を理解していなかった。お薬手帳を細かく見る事により重複を未然に防げたので、お薬手帳の活用が必須になる。</p>	<p>患者からの聞き取りとお薬手帳の活用を徹底する。</p>	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」タケキャブ錠10mg					その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
346	ロキソプロフェンNa錠が毎食前で処方されていたため、処方医へ連絡し、食後へ変更いただいた	ロキソプロフェンNa錠は消化器への影響を考慮し、食後に服用することが一般的である。	食前、食後と似ているが効果や安全性に影響を及ぼすことがあるため、単純なミスがないかを含め、確認することが必要である。	ロキソプロフェンNa錠 60mg「武田テバ」		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
347	6歳の男児が母親と来局。メジコン散10%、クレマレットドライシロップ0.1%、オキサトミドドライシロップ小児用2%が処方されていた。服薬指導時の聞き取りにより患者様がインフルエンザであることが分かった。インフルエンザの治療薬が処方されていないため、病院に疑義照会。オキサトミドドライシロップ小児用2%が削除になり、オセルタミビルDS3%に変更になった。	オキサトミドドライシロップとオセルタミビルDSの名称が似ているため、病院側が処方入力時に間違えたと考えられる。1月という事で風邪やインフルエンザの患者様が增える繁忙期の為、忙しさから確認を怠ったと考えられる。	服薬指導時に患者様の症状を聞き取り、処方薬がその症状に合っているかを必ず確認する必要がある。	オキサトミドドライシロップ小児用2%「日医工」	オセルタミビルDS3% 「サワイ」			コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
348	いくつかの薬剤アレルギーのある患者で、その中にクラビット内服でのアレルギー歴あり。その患者にタリビッド眼軟膏が処方となる。内服と外用の違い、類似薬とはいえ、それでもアレルギー症状が出た例を見たことがあるので、処方もとに疑義紹介。別薬剤に変更となる。	処方元側での確認不足と思われる。	初回受付時にしっかりと手帳を確認し、併用薬だけではなく注意薬剤も薬局側で確認しておいた事が確認できた要因である。情報収集の大切さがわかる事例であった。	タリビッド眼軟膏0.3%	フラビタン眼軟膏0.1%	確認を怠った 連携ができていなかった	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
349	マイザー軟膏・ヘパリン類似物質軟膏混合軟膏100gでは足りないの で問い合わせし、200gに変更	入力ミス		マイザー軟膏ヘパリン類似物質油性クリーム 0.3%「日医工」				その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器		その他
350	アスピリンで蕁麻疹の既往のある患者にピーエイ配合錠が処方されたため、医師に疑義照会し削除となった。	ピーエイ錠は本剤の成分、サリチル酸製剤（アスピリン等）フェノチアジン系化合物又はその類似化合物に対し過敏症の既往歴のある患者に禁忌とされているため、対象となる成分はアセトアミノフェンではあるが念のため処方医師に照会し処方削除となった。	禁忌とされている成分が配合されていない場合もあるため、アレルギー歴の訴えある患者に投薬する場合、より慎重な処方鑑査が必要である。	ピーエイ配合錠			その他			ヒューマンエラー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	咳症状を訴える患者が処方箋を持って来局した。処方内容はツムラ柴苓湯 9g 分3毎食前であった。患者に症状を聞いても、浮腫み・下痢・胃腸炎の症状はなく、処方内容と患者症状と合致せず、疑義照会を行った。疑義照会后、ツムラ柴朴湯 7.5g 分3毎食前に処方変更となった。	ツムラ柴朴湯を入力するところ、ツムラ柴苓湯で入力したようだ。	漢方は似た名前も多く間違えやすいので、引き続き、調剤だけでなく処方内容に間違いがないかを確認していく。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
352	慢性頭痛の患者。医療用ロキソニン、ボルタレンなどは無効。 一般用医薬品のイブA、バファリンAなども無効だが、バファリンプレミアムが良く効いたため、それに近いものを処方してほしいとリクエストした患者に医療用バファリン配合錠A330mgが処方されていた。一般用医薬品のバファリンプレミアムはイブプロフェン/アセトアミノフェン/アリルイソプロピルアセチル尿素/無水カフェインの4成分の配合剤だが、医療用バファリン配合錠A330mgはアスピリンのみが薬効成分。なお医療用バファリン配合錠Aは一般用医薬品バファリンAと主成分は同成分・同用量のため無効と思われたので医師に疑義照会。比較的配合成分が類似しているSG配合顆粒（イソプロピルアンチピリン/アセトアミノフェン/アリルイソプロピルアセチル尿素/無水カフェイン）を提案し、そのように処方変更された。	一般用医薬品のシリーズには同じブランド内でも内容成分が異なるものが多々あり、そこまでは医師が把握されていなかったようだ。	一般用医薬品について確認する際は、名称・記号など細かく聞き取りし、正確に把握するよう努める。	バファリン配合錠A330	SG配合顆粒		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
353	アモキシサンカプセル25mg 3c3 ×2日分という処方をもって患者 が来局した。処方確認時、慢性疼 痛の可能性もあるが用量、日数も おかしく、患者に状況を確認、医 師に問い合わせ、入力時のミスと 発覚。正しい処方内容アモキシ リン250mg 3c3×2日 を調剤 し、交付した。	アモキシサン25mgが整形から処方 されていたため不審に思い、また 用量、日数にも疑問があった為、 患者に確認。ケガをして縫っても らったと聞き取った。名称、数字 が似ているアモキシシリン250m gではないかと推察し、疑義照会 を行った。医師は処方入力時に薬 名を見間違えたと思われるが、確 認もしていなかった可能性もあ る。○注意力散漫		アモキシサンカプセル10 mg	アモキシシリンカプセル 250mg「トーワ」	確認を 怠った		コン ピュータ システム 医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
354	セファクロル250mg 3T/ 毎食後の追加処方あり、調剤・監 査後に患者様との会話で、臨時の 薬については、「眩暈にて受診」 との回答有り。処方内容と異なっ ていた事から、疑義照会し、病院 側の入力間違いにより、セファ ドール25mg 3T/毎食後へ 変更と連絡あり。	セファドールとセファクロルの名 称が似ていたため、入力間違いを してしまったものと考えられる。		セファクロルカプセル2 50mg「日医工」	セファドール錠25m g		その他	コン ピュータ システム		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
355	ヘパリン類似物質油性クリームが 処方されたが前回投薬時痒みが悪 化したとの聞き取りあり医師に確 認したところ削除となった	保湿がより必要な時季であり良く 使用されているヘパリン類似物質 油性クリームを処方したが副作用 の起こりにくい薬剤でもあり副作 用歴の確認を怠ったと思われる	副作用が起こりにくいと思われる 薬剤であっても副作用歴をしまっ り確認していく	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」			その他			ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
356	前立腺肥大症治療中（併用薬はシロドシン、お薬手帳で確認済）の患者にクロフェドリンS配合シロップが処方された。クロフェドリンS配合シロップは前立腺肥大等下部尿路に閉塞性疾患のある患者には禁忌であり服用すると排尿困難をきたす恐れがある薬剤。薬歴にカフコデN配合錠で排尿困難の副作用あり、の記載があったため薬歴情報を元に患者に副作用情報の聞き取りを行ったところ、泌尿器科の医師からカフコデN配合錠及びその類似薬は飲まないよう言われているとの情報も得た。これらの情報を元に、医療機関に疑義照会した結果クロフェドリンS配合シロップの処方削除となった。	医療機関側で疾患・使用中の薬等情報の把握がなされていなかったようだ。	引き続き、お薬手帳や患者への聞き取り等処方箋以外の情報を収集し薬歴に記載し活用することで健康被害を防ぐことを徹底する。加えてお薬手帳の情報記入欄に自身の副作用情報・アレルギー情報を記入して頂き、お薬手帳をよりご活用頂くよう指導。	クロフェドリンS配合シロップ				その他	ヒューマンエラー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	リタリン錠10mgで処方されていたが、類似の名称であるタリオン錠10mgの間違いだった。	珍しい処方、薬局の在庫がない上に、患者の訴えとも異なっていたことから、疑義照会して医師の処方ミスであったことが判明。	患者の主訴と処方内容とを吟味する必要がある。	リタリン錠10mg	タリオン錠10mg			医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
358	今回、新規の処方としてコニール錠4mgが開始となっており、従来から処方されていたヘルベッサRカプセル100mgも同時に処方されていた。同様の薬効のある薬であるため、併用で間違いのないかを問い合わせたところ、ヘルベッサRカプセルは今回削除したつもりだったが、削除し忘れていたことが判明した。	処方追加に気を取られ、処方の取り消しを忘れてしまったのだと思われる。	新規の薬が処方された際には、併用薬や他の処方薬との相互作用だけでなく、類似の薬効の薬が重複していないか慎重に確認し、疑義があれば必ず確認することが重要だと感じた。	ヘルベッサRカプセル100mg				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
359	いつも処方されている薬を今回より違う病院でもらうことになった。お薬手帳より、メチルジゴキシン錠0.1mgを継続して服用していることを確認。しかし処方箋錠は一般名メチルエルゴメトリン錠0.125mgと記載があったため疑義照会を行った。その結果一般名メチルジゴキシン錠0.1mgへ変更となった。	Drが処方箋へ入力の際、似ている名前の医薬品と選択し間違えたと思われる。	お薬手帳の内容や患者さんから服用歴・併用薬等をしっかり確認する。	メチルエルゴメトリン マレイン酸塩錠0.1 25mg「タイヨー」	メチルジゴキシン錠 0.1mg「タイ ヨー」		その他	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
360	患者からいぼの薬を出すと聞いたのだがと言われたが、適応のないツムラよくいんに湯が処方されたので疑義照会しヨクイニンエキスへ変更となった。	似ている名前だが適応が異なる薬剤で、間違えて処方されたと推測される。		ツムラよくいんに湯	ヨクイニンエキス散「コ タロー」			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
361	セレコックス(100)処方意図に対して、処方箋はセレキノン(100)が記載されていた患者インタビューにより、主訴は膝の痛みであり、セレキノンでは、つじつまが合わない事に気付き、疑義照会の上、セレコックスの間違えであることが判明した	セレコックス錠100mgとセレキノン錠100mgが見た目に似ているため、入力間違えがあり、そのまま、処方箋が発行された	薬局でのインタビューを徹底し、処方意図と、処方薬の整合性を確認する	セレキノン錠100mg	セレコックス錠100mg			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
362	<p>当局新患。処方箋にはトリプタノール（10）1錠 頓服 症状のある時 10回分と記載されていた。お薬手帳を確認したところ、ラミクタール、ミグシス、イミグラン点鼻の記載あり。以上の情報からはこの処方が正しいかは判断できず、ご本人に受診の意図と今回の処方薬についてどのような説明を受けているか聞き取りを行った。結果、イミグラン点鼻の処方を希望したら、採用外なのでよく似た内服薬を処方しておくと言われたとのこと。医師が処方時にトリプタン系の薬剤を選択すべきところ、誤ってトリプタノールを選択されたことが判明。疑義照会にて正しい処方薬（マクサルトルPD）に変更となった。</p>			トリプタノール錠10	マクサルトルPD錠10mg				その他	ヒューマンエラー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	<p>スギ花粉の舌下免疫療法を受けている（維持量）、シダトレンの発売中止に伴いシダキュアへ処方変更になると医師より説明は受けてきていた。シダトレン花粉舌下液2000JAU/mLの処方あり、疑義照会でシダキュアへ変更とだけ説明されて、事務がシダキュア花粉舌下錠2000JAUを入力した。薬剤師が5000JAUではないかと気が付き再度疑義照会で規格を確認後、5000JAUを患者へ渡した。</p>	<p>シダキュアの開始量である2000JAUとシダトレンの維持量である2000JAUが同じであるため、知識がない人では間違える要因ではない。</p>	<p>シダキュアの発売中止、処方マスタからの削除に伴いこのミスは無くなると思われる。</p>	シダトレンスギ花粉舌下液2,000JAU/mLパック		記録などに不備があった連携ができていなかった	知識が不足していた	医薬品	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
364	今回患者様にリンゼス錠0.25gが新規で処方されたが、同じ医師から定期薬でアミティーザカプセル0.24μgが処方されているため疑義照会を実施。病院より、アミティーザカプセルは服用を中止するように指示があった。	医師はアミティーザとリンゼスが類似薬という認識が無かったのかもしれない。	処方薬が追加になったときには同医師の処方であっても、処方内容と比較して適正な処方であるか確認する。	リンゼス錠0.25mg	リンゼス錠0.25mg		知識が不足していた			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
365	生後7か月の乳児を連れての母親に授乳婦には注意を要するフスコデ配合錠が処方されたので、医師に確認したところデキストロメトルファン錠15mgに変更となった。	リン酸コデインが授乳婦には禁忌であること、フスコデ配合錠にリン酸ジヒドロコデインが入っていると気付かなかったためか、類似物質であるリン酸ジヒドロコデイン含有のフスコデ配合錠が処方されてしまった。		デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「NP」	フスコデ配合錠		その他			ヒューマンエラー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	新規の患者様が来局。手帳にてザイザル錠5mg、パタノール点眼等併用ありと確認。該当処方元CLには2度目の受診。前回処方ハフトビジル錠であった。効果不十分な為処方薬変更になると医師より本人に説明あり。ザイザル錠5mg1T分1、ベオーバ錠50mg1T分1が処方された。ザイザルは他医院で継続中であることから、他医院受診困難な為処方がされたと予想しました。聞き取りをしていくと手持ちのザイザルが十分にあるとのことだったので、疑問に思いCLに疑義照会をしザルティア錠5mgへ変更となった。	名称の類似による事例であると考えられます。	手帳に記載のある薬剤であったとしても聞き取りを行い処方に疑問が無い確認したうえで調剤を行うべきであった。	ザイザル錠5mg	ザルティア錠5mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
367	2019.11.8にボノサップバック400が処方されたが、2018.5.7に同処方ボノサップバック400の処方歴があったため、疑義照会した→ボノピオンバックに処方変更になった	ボノサップバックとボノピオンバックは名称が似ているため、処方箋発行時の入力で間違えた可能性がある。	薬歴でピロリ菌の除菌薬の歴はかなり過去にさかのぼらないと確認できないことがある。ピロリ菌の除菌が完了したか、できなかったかは特記等の薬歴の見やすい場所に記載しておくこととすぐ確認できる。	ボノサップバック400	ボノピオンバック			コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
368	一般名オメプラゾール錠10mg(1錠1日1回夕食後 28日分)の処方において、お薬手帳にて併用薬を確認したところ、他院(整形外科)よりシメチジン錠200mg「JG」が処方されていました。類似系統薬の重複により処方医に疑義照会したところ、一般名オメプラゾール錠10mgの処方が削除となりました。	今回に事例は、お薬手帳にて併用薬を確認したことで、類似系統薬の重複を避けることが出来、患者様の健康被害を未然に防ぐことが出来たプレアボイド事例でした。プロトンポンプ阻害薬(PPI)やH2拮抗薬を服用している患者様は多いため、特に注意していたことが要因と思われます。	プロトンポンプ阻害薬(PPI)やH2拮抗薬のように処方されることが多い薬剤については、重複に特に注意する必要があると思われる。また併用薬を確認するうえで、お薬手帳は非常に重要であるため、引き続き患者様にお薬手帳を活用していただけるようお薬手帳の重要性を説明する必要があると思われます。さらに確認した併用薬は薬剤服用歴の表紙などに確認しやすいように記載することも重要であると考えられます。	オメプラゾール錠10mg「日医工」		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	
369	オースギ八味地黄丸60丸/日（通常18錠）で処方あり。名前の似ているウチダの八味丸の間違いではないかと思い疑義照会へ。	薬品名酷似のための単純なミス	薬品名の確認	オースギ八味地黄丸料エキスT錠	ウチダの八味丸M	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	

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
370	一般名処方でカルボシステイン500mg 2錠 分2 30日分の処方だったが、前回の処方がカルボシステイン250mg 4錠 分2だったため、内容は同じと考え、一回2錠ずつ服用するように指導してお渡しした。その後、患者さんから1錠ずつ飲むように変更になったはずとの指摘を受け、話を聞いたところ、前回処方されていたクラリスロマイシンと形状が似ているため、薄暗い中で服用した際に一度カルボシステインをクラリスロマイシンの代わりに服用したことがあったため500mg（細長い）に変更になったとのことでした。	投薬する際に、なぜ前回と変更になったのかを、しっかりと聞き取ってお渡しすることが大事。錠剤の形状が似ている場合には似ていない形状のお薬を使用するように心がける。特に、クラリスロマイシンとカルボシステインは同じ金色のシートなので区別のつきやすいものに変更するなど改善すべきと考えた。	クラリスロマイシンとカルボシステインが出るときには見分けがつくよう印をつける、あるいは形状の異なる錠剤を選択する。	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	カルボシステイン錠500mg「テバ」	患者への説明が不十分であった（急った）	勤務状況が繁忙だった		教育・訓練	ヒューマンエラー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	整形より処方があった。患者は背中と腰の痛みで治療中、痛みが和らぎ今回から痛み止めが変わったと言っていた。処方は今までのジクロフェナクNa25mgに代わりノイロピタン配合錠が4錠 分2 朝夕食後となっていた。処方の用法からもノイロピタンの入力違いと確信し疑義、処方薬剤の変更となった。	ノイロピタンとノイロトロピンは薬剤名が似ていることから入力を間違えたと思われる。	痛み止め変更という患者のキーワードもあったが、ノイロピタン配合錠の1日の用量は1～3錠、ノイロトロピン錠は4錠 分2で処方されるのを知っていることが大切。	ノイロピタン錠	ノイロトロピン錠4単位			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
372	新規での整形受診。NSAID s 副作用防止の観点より、ランソプラゾールOD 15mg「ケミファ」が処方される。同患者は内科を定期受診していて、ファモチジン錠20mg 2錠2×で服用あり。類似薬物のため、重複服用になると判断し、疑義照会確認。今回処方のランソプラゾールOD 15mg「ケミファ」が処方中止となった。	整形Drが患者服用薬剤を把握できていなかったため、薬剤処方がなされた。お薬手帳の活用がうまくなされていなかった。	他科受診の際にはお薬手帳を持参するように指導。	ランソプラゾールOD錠30mg「ケミファ」			その他			ヒューマンエラー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	ノイロトロピンが処方されていた患者から症状を聞き取りしていたところ。診察時に相談していたのは、口内炎だった。痛みもないとのこと。類似薬品のノイロピタンではないかと思い照会した。照会后、薬剤変更となった。	名称類似薬品を誤って処方したと思われる。	ヒヤリハットの起こりやすい薬品を把握して、注意することが大事と再確認した。処方薬と患者主訴が一致しているかも毎回確認する。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
374	整形外科よりロキソニンテープ100mg 28枚(1日1回2枚手に貼付)、メチコパール錠500μg 3T分3(毎食後) 28日分、スミスリンローション5% 40g(1日2-3回患部に塗布)の処方箋を受付 Pt本人は肘から手のしびれで受診 Drからはシップを使うほどでは無いので塗り薬を出すとのこと 聞き取った情報を踏まえ、スミスリンローションの用量と用法、適応に疑義があり、処方医に確認 スミルチェックに変更になった。	処方医による入力ミスと名称類似による処方ミスと思われる。	適切な初期鑑査の結果と判断できる患者からの聞き取りで処方意図の確認ができたこと、スミスリンローションの適応(乾癬)と用法用量(1週間に1回30g使用)の把握していたことが、気付くきっかけとなった。	スミスリンローション5%	スミルチェック3%	確認を怠った		コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
375	血糖高値を指摘され、トラディア ンス配合錠APが追加となる。しか し、もともとジャディアンス10 mgを服用しており、同じ成分の 薬剤の追加となるため、主治医に 疑義照会を行った。トラディア ンス配合錠APが中止となり、トラ ゼンタ錠5mgが追加となった。	配合錠による主治医の見落としと 考える。配合錠でも、類似名称に よるものであり、見落としやすい のではないかと。	追加薬剤は特に、併用薬（他施設 処方）とも入念にチェックする必 要がある。	トラディアンス配合錠A P	トラゼンタ錠5mg			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
376	前回（12/7）に降圧剤のオル メサルタンと便秘薬グーフイスが 処方されていたが、今回12/2 4には「血圧が下がらない」との ことで降圧剤が変更となった。変 更点を説明した際に、患者が降圧 剤と便秘を逆に受け止めていたこ とが発覚。つまり便秘薬を毎日朝 食後に、降圧剤を便秘時に服用し ていた（食前30分で）。聞けば 前院から出ていた便秘薬のPTP 色が今回の降圧剤に似ていたた め、そのように信じ込んでいたと のこと。この旨をDrに伝えて、 本人に再受診を促し、結果として 再処方となったものである。	ひとつは、上述のように前院から 出ていた便秘薬のPTP色が今回 の降圧剤に似ていたためそのよう に信じ込んでいたとのことであ り、薬局側としては完全に想定外 のことであった。が、そのような 先入観を払拭できなかったと言 うことは、ある意味では当方の説明 不足であったことも事実である。	想定外含めて様々な気配りや念押 しが必要であることを思い知るこ とができた。この点、今後の業務 にも活かして行きたい。ともあれ プレアボイドできたことはよかつ た。	グーフイス錠5mg	オルメサルタンOD錠2 0mg「DSEP」	患者への 説明が不 十分であ った（怠 った）		患者側		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
377	当薬局を継続的に利用されている 患者が来局した。処方内容に、 シュアポスト錠0.25mg 1 T 1日1回夕食直後で処方が出て いた。添付文書と用法が違うので 疑義紹介したところ、夕食直前に 変更となった。	食直前で入力しようとしたが、間 違って類似している用法で入力し てしまったと考えられる。	用法、特に服用時点を間違えるこ とによって、効果が落ちてしま うもの・副作用が出てしま物など に注意するように徹底。	シュアポスト錠0.2 5mg				その他		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
378	女性の患者さんにアボルブカプセルが処方されていた。疑義照会の結果 アムパロとの間違い	出だしの名前が似ているので間違いが生じたのだと推測される		アボルブカプセル0.5mg	アムパロ配合錠「日医工」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
379	他医療機関で処方のフェキシフェナジンと薬効類似薬ベボタスチンの併用。疑義にてベボタスチン中止	薬手帳の確認不足	薬手帳の確認励行	ベボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」		確認を怠った	その他	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラー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	5歳女児。皮膚科で、クラリスドライシロップ0.5g分1で処方あり。患者の背景により、抗菌剤適用ではないと判断し、医師に確認。クラリチンドライシロップ0.5g分1に変更となる。	クラリチンとクラリスの似た名称による単純なミス。	処方を素直に受け取らず、患者の症状をみて薬のミスに気付くようにする。	クラリスドライシロップ10%小児用	クラリチンドライシロップ1%		その他			ヒューマンエラー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	オーグメンチン配合錠250RSとともに、一般名：セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mgが処方された。通常、併用することは考えにくいため、問い合わせしたところ、セフカベンピボキシル塩酸塩錠が削除になった。	医療機関側での確認不足により発生していると思われる。薬品の選択ミスや削除忘れなどが考えられる。	成分の重複や類似薬の重複などは、適切に問い合わせを実施する	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
382	処方ファミル(250)3錠/日、ミヤBM3錠/日、トランサミン(250)3錠/日が各々7日間分、プレドニン(5)3錠/日、レバミピド(100)3錠/日が各々2日間分となっていた。ミヤBMが処方されている事からファミルではなく名称が似ているファロム(200)の間違いである可能性を考え疑義照会。ファミルからファロムへ変更となる。	疑義照会の際の状況より、カルテは「ファロム」で記載してあったものの医療機関側の事務職員が誤って「ファミル」で入力したと考えられる。頭2文字の「ファ」で検索した結果ではないかと思われる。	特になし。	ファミル錠250mg	ファロム錠200mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
383	アンプロキシール塩酸塩シロップ用3%の処方。普段はアンプロキシール塩酸塩シロップ用1.5%。過剰投与になるため、疑義照会。疑義照会の結果はアンプロキシール塩酸塩シロップ用1.5%液に変更。	名前がとても似てるため、間違っ たと思われる。	患者様とのコミュニケーションを しっかりとる。アンプロキシール は液体やDS、錠剤、規格の違いが 多いので薬局のなかでも、整理し ておく必要がある。	ムコソルバンDS 3%	ムコサルドライシ ロップ1.5%		勤務状況 が繁忙 だった	医薬品	ルールの 不備	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
384	「一般名」ダビガトランエテキシ ラートメタンスルホン酸塩カプセル 75mg（先発品名：ブラザキサ 75mg）と処方箋に記載があり、 患者に服薬指導を始めたところ、 カプセルに変わるとの話は聞いて いない、と言われた。疑義紹介を 行ったところ、クロピドグレル 75mg（先発品名：ブラビックス 75mg）に変更となった。	「一般名」ダビガトランエテキシ ラートメタンスルホン酸塩カプセル 75mgは、商品名：ブラザキサ カプセル75mgであり、患者が服用 していた薬品の先発品名はブラ ビックス75mgであった。医師が 処方箋登録するときに、選択を間違 えたものと考えられる。	必ず患者に薬の変更を伝え、確認 を行ってもらう。	ブラザキサカプセル75 mg	クロピドグレル錠75m g「ケミファ」		その他			ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
385	体重が82キロある患者様がゾフル ーザ20mg×2錠の一般処方箋 をお持ちになりました。患者様 との会話にて体重を確認し疑似照 会の上、2錠から4錠に変更。	医師と患者様との間で、確認が取 れていなかったと考えられる。 用量が判断しづらい場合などに は、患者様より積極的にコミュニ ケーションを取り共有する。		ゾフルーザ錠20mg		連携がで きていな かった	通常とは 異なる身 体的条件 下にあっ た	患者側	仕組み	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
386	ヘパリン類似物質油性クリームが 処方されていた。いつもスプレー が処方されており、前回どおりで 良いか本人に確認したところ、い つもどおりとのことだったので、 医師照会によりヘパリン類似物質 外用スプレーに変更になった。		いつもと違う処方の時は、変更が ないかこまめに患者に確認するこ とが大事だと思われる。	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」	ヘパリン類似物質外用 スプレー0.3%「日 医工」			その他		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
387	薬歴+本人聞き取りで過去にウリモックスクリーム処方時症状悪化したことのある患者に尿素クリーム処方、疑義照会の結果ヘパリン類似物質油性クリームへ処方変更となる	症状悪化の事例発生時から時間が経っていた・複数の外用薬が処方されており情報が混同した等の可能性が考えられる	副作用歴に関しては時間経過に関わらず情報共有を確実にを行う。	ウリモックスクリーム 10%	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」				その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
388	他医療機関で処方のネキシウムカプセルと薬効類似薬ファモチジンの併用。疑義にて ファモチジン中止	薬手帳の確認不足	薬手帳の確認励行	ファモチジン錠20mg 「ケミファ」		確認を 怠った	その他	医薬品	教育・訓 練	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
389	2歳8か月の男児に対し、小児用ムコソルバンシロップが処方。常用量の2倍の処方であったため疑義照会。ムコソルバンとムコダインの名称類似による医師のオーダーリングミスが発覚し、処方変更となった。	医薬品名類似による医師のオーダーリングミス。○単純なミス	オーダー入力時の3文字入力の徹底、薬品名選択時の再確認の徹底。当局としては引き続き体重当たりの薬品量の確認を徹底していく。	小児用ムコソルバンシ ロップ0.3%	ムコダインシロップ5%		その他	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
390	ライトゲン配合シロップの処方があったが、患者様年齢を完全に失念しており、12歳未満にあたるにも関わらず、ジヒドロコデイン含有の医薬品をそのまま調剤してお渡ししようとしてしまった。電子薬歴の処方箋の簡易処方チェックシステムにて発覚。すぐに疑義照会を行い、結果ライトゲン配合シロップのみ処方削除してお渡しした。	ライトゲン配合シロップは以前にも該当患者様に処方されたことがあった。ただし、その際はまだジヒドロコデインが投与禁忌の扱いではなかった。今回、処方歴が過去にあり、またライトゲン配合シロップ自体を咳止めの配合シロップという認識しかしていなかった。ジヒドロコデインが入ったものという認識ができていなかった。結果、調剤、監査では見落としをしまい、投薬の際の電子薬歴の簡易チェックでようやく確認できた。知識不足などもあるが、単純に以前も処方があったという思い込み、注意力散漫があったと思われる。	今後も似たような思い込みや注意力不足による確認を怠ることは考えられるため、まずは環境を整える意味でジヒドロコデイン含有の薬品棚に「12歳未満禁忌」の札をつけて注意喚起をしていく。また定期的にスタッフと確認を行い、ジヒドロコデインが12歳未満の患者様には禁忌であることを確認、再発防止に努めたい。	ライトゲン配合シロップ		確認を怠った	知識が不足していた通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラー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	以前は他の医院で処方されていたリンデロンV軟膏を、近隣の医院で同じ薬剤を処方してもらうこととなったが、処方箋にはリンデロンVG軟膏で記載されていた。処方医に疑義照会したところ、リンデロンV軟膏に変更となった。	名称類似	患者にリンデロンVとリンデロンVGを実際に見せながら聞き取りをする	リンデロン-V G軟膏 0.12%	リンデロン-V軟膏 0.12%			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
392	他医院よりラベプラゾール処方あり。以前よりランソプラゾールを服用しており、お薬手帳にも記載あり。同一薬効のため処方医に確認。ランソプラゾール中止となる。	お薬手帳の確認不足が要因と思われる。	お薬手帳の確認をルーチンとして行う。その際漫然と確認するのではなく、同一もしくは類似薬効について確認する。	タケブロンOD錠15 ラベプラゾールNa錠10mg「JG」		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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
393	以前より、皮膚科でベタメタゾン 吉草酸エステルクリーム0.12%25g とヘパリン類似物質軟膏0.3%25g を混合したものを1日2回四肢に塗 布していた。今回も同じ処方かと 思ったが、ベタメタゾン吉草酸エ ステルクリーム0.12%(10g/本)5本 とヘパリン類似物質軟膏 0.3%(25g/本)25gを混合という処 方だったため、ベタメタゾン吉草 酸エステルクリームを5gチューブ と勘違いして5本と処方したのでは ないかと思い、疑義照会の結果、 どちらの薬剤も25gの処方間違い であった。	5gチューブ製剤は多いが、そのた めに勘違いが発生したと考える。 処方医がよく確認しなかったこと が間違いの原因である。	今後も薬歴の蓄積を継続し、しっ かりと確認することで監査に活か していく。	ノルコットクリーム0. 12%			その他		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例	
394	最近小児科で喘息と診断された子 供が中耳炎の経過観察で耳鼻科を 受診。小児科処方薬があと2日 残っていたため、お薬手帳を見せ て喘息の薬は続けてもらう予定だ が風邪薬は2日で終了と耳鼻科医 に伝えている。	耳鼻科医が考える喘息の薬には、 モンテルカストは該当したがオロ パタジン顆粒は該当しなかった可 能性がある。最近の喘息治療には ロイコトリエン受容体拮抗薬と第 2世代の抗ヒスタミン剤の2種併 用処方が多く、耳鼻科では鼻水に 対して第2世代の抗ヒスタミン剤 を使うことが多いため、重複処方 となる可能性が生じる。	呼吸器系の疾患がある患者の耳鼻 科処方監査については、十分に注 意が必要と考える。	ニボラジン小児用細粒 0.6%		連携がで きていな かった			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	
	小児科の処方、モンテルカスト細粒、オロパタジン顆粒、カルボシステイン、アンプロキシソール、ホクナリンテープであり、持参した耳鼻科処方ムコダイン、ニボラジン小児用細粒だった。母親は耳鼻科医に風邪薬が終わったらこの薬を飲ませてと指示されている。詳細を知りたいと考え母親に風邪薬と言われている薬と喘息の薬はどのように小児科医から説明を受けているのかを聞き取ると、去痰剤2種類（合包）だけが風邪薬で、抗アレルギー剤2種とホクナリンテープはしばらく続けると言われていると判明。そこで、類似薬のオロパタジン顆粒とニボラジン小児用細粒の重複について耳鼻科医に問い合わせ、小児科医の意向を伝えた結果ニボラジン小児用細粒は処方削除となった。									

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
395	以前抗菌薬で蕁麻疹あり、類似薬の処方でしたが疑義照会で抗生剤に変更	薬局の副作用管理に、抗菌薬で蕁麻疹があり、類似薬の抗菌薬の処方があり、疑義照会で抗生剤に変更	薬局で得た情報は、お薬手帳や病院になど伝えて情報の共有	ジェニナック錠200mg	メイアクトMS錠100mg	連携ができていなかった				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
396	一般名クラリスロマイシン200mg1錠分1朝食後の処方あり。患者へ症状について聴取したところ花粉症とのこと。名称類似薬剤であるクラリチンを処方しようとしたと考えられ疑義紹介した。一般名ロラタジン10mg1錠分1朝食後に変更となった。	処方入力時、コンピューターの三文字検索においてクラリチンを選択するところ、クラリスを選択してしまったと考えられる。	引き続き、患者の症状の聞き取りをすること、追加になった薬について医師からどのような説明があったか、患者本人に確認していく。	クラリス錠200	ロラタジン錠10mg「NP」		その他	コンピユータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
397	新規でセルベックスとムコスタが処方。患者に腹痛などの胃腸障害に関する症状がないか確認するも、そのようなものはなかった。語感が似ているセルベックスとセレコックスを誤って記載したことが考えられたため疑義照会した。結果、セルベックスとセレコックスの入力間違いであることが判明。訂正に至る。	要因として、語感が似ていることが挙げられる。	処方内容と患者の訴えに齟齬がないよう確認していく。	セルベックスカプセル50mg	セレコックス錠100mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
398	生後4カ月の男の子にバンデルローションが処方されました。一般的にVery Strongのステロイドは生後4カ月の子供に使用しないため疑義照会を行ったところ、Mediumのバルデスローションへ変更になりました。	医薬品の名称の類似	引き続き、薬局で患者様の年齢等を確認し、医薬品が適切かどうか判断します。	バンデルローション0.1%	バルデスローション0.05%			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
399	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg、カルボシステイン錠250mg、トラネキサム酸錠250mg、カロナール錠200mgが記載されている処方せんを持参された。薬剤服用歴を確認したところ、同じ医療機関の処方で、5日前にロラタジンOD錠10mg 1錠 分1 夕食後 28日分で処方され、交付済であったため、処方医に疑義照会をした結果、フェキソフェナジン塩酸塩錠の処方は取消となった。	同じ医療機関の処方せんでも、定期的（継続的）に処方されている薬剤と、急性疾患で処方される薬剤があり、特に抗アレルギー剤の処方の場合、期間が限定されている処方であることから、薬剤服用歴の確認は重要である。	効能が類似する薬剤の併用については、例えば、既に何らかの薬剤を服用しているのに、効果が発揮されず、類似する薬剤が追加されることもあるので、現在の症状と医師の治療意図を考慮して対応にあたる必要がある。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANKI」		連携ができていなかった	技術・手法が未熟だった	諸物品	仕組み	ヒューマンエラー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	風邪で受診し、抗アレルギー薬を出してもらったが他医院の皮膚科で似たような抗アレルギー薬をもっていたので必要かどうか疑義照会しました	他医院の薬なのでDrがもらっている薬を把握していなかったため	薬手帳をきっちり持っていてもらうか飲んでる薬をDrにちゃんと伝えてもらうようにしてもらう	デザレックス錠5mg			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因				
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他	
401	<p>往診にて診察を受けている90歳女性で、普段はご家族と訪問看護師の介護により生活されている。水分収支の把握のため、蓄尿をしている。以前処方医A（非常勤）からフロセミド錠40mgを処方された際に、それまで1日900mL前後だった蓄尿の量が急激に1500mL前後まで上昇し、ご家族及び訪問看護師が心配になったため、同じクリニックの処方医B（常勤）に連絡を入れたところ、同10mg錠に変更となり、40mg錠は回収する対応となった。当薬局でその経緯を薬歴に記録した。</p> <p>今回処方医Aが患者様宅に往診し、処方せんを発行してご家族が来局された。その処方を確認したところ、フロセミド錠40mgが処方されていたため、疑義照会したところ10mg錠に戻すことになった。</p>	<p>処方医Aと処方医Bの連携が取れていないことによるものと思われる。往診での対応だったため、カルテの確認などが円滑にできず、40mg錠を処方した際にこのようなトラブルがあったという経緯を処方医Aが把握していなかったものと想定される。</p>	<p>今回のように医師同士の連携が取れていないケースなども想定されるため、以前副作用やトラブルが生じた薬剤については、その理由を含めて薬歴に記載するようにする。お薬手帳などにも、類似した事例が発生した場合は記載を促し、他薬局などでも対応できるように患者様やそのご家族にも指導しておく。</p>	<p>フロセミド錠 40mg 「SN」</p>			<p>確認を怠った連携ができていなかった</p>		<p>医薬品</p>	<p>仕組み</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>
402	<p>緑内障治療開始の初診患者。点眼薬の他、内服薬でダイアモックス錠とアスバラCa錠が処方された。ダイアモックス錠の副作用に低K血症があるため通常アスバラK錠が副作用防止として処方されるため疑義紹介。アスバラCaではなくアスバラKの間違いであることが判明しアスバラKに処方変更になった。</p>	<p>アスバラカルシウムとアスバラカリウムは名称が酷似しているため処方入力の際に間違えたと思われる。</p>	<p>アスバラCaは単なるカルシウム剤だからといって漫然とださず、薬剤について効能効果・副作用などを添付文書等で確認し処方の意図を理解して正しい薬剤を交付することを徹底する。</p>	<p>アスバラ-C A錠 200mg</p>	<p>アスバラカリウム錠 300mg</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>勤務状況が繁忙だった</p>	<p>コンピュータシステム</p>	<p>教育・訓練</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>	

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器		その他
403	患者が処方箋を持って来局。Rp.1 ベガモックス点眼 1日4回 右目へ点眼 5ml、Rp.2 クラビット点眼1.5% 1日4回 右目へ点眼 5mlと記載されていた。処方箋をもとに調剤し、薬剤師Aが投薬のために患者本人へ話を聞いたところ「医師からはヘルベスかなと言われた」とのことであった。患者の話を受け、抗生剤2剤の処方でのいのか疑問を持った薬剤師Aは医師へ疑義照会を行った。その結果、ベガモックス点眼はゾピラックス眼軟膏へ処方変更されることとなった。	ゾピラックス眼軟膏とベガモックス点眼の名称が似ていることから、処方医が誤ってオーダーリングしたと思われる。	今後も患者から症状や医師の診断内容などをしっかりと聞き取り、疑義が生じた際には速やかに照会を行う。	ベガモックス点眼液 0.5%	ゾピラックス眼軟膏 3%		その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
404	大学病院ですい臓がんにて加療中。近隣の病院に転院することになった。紹介状持参で受診したがおそらく採用薬の関係で「タムスロシン0.1mg」から、「タムスロシン0.2mg」と変更処方となった。患者様のお話だと「似たような薬剤処方する」と医師からのお話があったと伺い、全身状態考慮し疑義照会し以前より服用の「タムスロシン0.1mg」量に変更となった。	院内採用薬等があり、その関係で規格が変わってしまった可能性がある。	薬歴・手帳の確認 患者様の全身状況確認し適切な疑義照会をする	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「日医工」		連携ができていなかった	その他	コンピュータシステム	仕組み	ヒューマンエラー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	整形外科外来処方箋にて 沈降炭酸カルシウムの処方を受ける患者から胃腸障害なし腎機能低下もなく骨粗しょう症で受診したと聞き取り骨粗鬆症の適応はないため疑義照会しアスパラカルシウムへ変更となる	新規だったため詳しく聞き取りが行えた	患者からの聞き取りと製剤について名前が似ている為注意が必要	沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」	アスパラ-C A錠200			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
406	消化器内科よりリリカ(75)オーグメンチン配合錠(250)RSと一緒に当該アモキシカプセル(25)が3CP分3で処方されていた。当該医療機関からオーグメンチンとアモキシシリン(250)「NP」の組み合わせ処方が多いこと、処方科とアモキシサンの必要性に疑問があった事、3日前に同医療機関の別医師よりオーグメンチン+アモキシシリン(250)「NP」が3日分処方されていたこと、患者家族から前回から同薬継続服用との聞き取り。以上を鑑みて疑義照会を行ったところ、アモキシシリンNP(250)「NP」の入力間違いと判明。変更調剤し投薬した。	今回のケースではプラス要因が重なり疑義照会の必要性を感じる事ができたが、それら全てがなかった場合に疑義照会に至られた。当該医療機関からオーグメンチンとアモキシシリン(250)3文字検索の弊害と規格数の類似と思われる。薬局では、アモキシシリン250mg 3CPとアモキシシリン25mg 3CPの処方では通常用量なため明らかな鑑別は難しい。	対策として、薬局では3文字検索での間違いがあることを周知し、患者の病態をしっかりと聞き取ることが重要と考える。処方元の医療機関、厚生局、メーカーとも情報共有し、周知をお願いしたい。	アモキシカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「NP」	確認を怠った		医薬品	仕組み	ヒューマンエラー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	他院にてシロドシンOD錠4mg服用中の患者に、タムスロシン錠が処方された。作用基調自体の違いがあるが、念のためメーカーに確認すると、「保険請求で通らない例があった」との回答が有り、その旨を処方医に確認したところ削除となった。	まず、患者本人が処方医に他院で服用している事を伝えなかったこと、おくすり手帳を忘れてしまったことが原因と考えられる。また、似たような効能の薬剤でどこまでが保険適用になるかの確認も漏れていた。	おくすり手帳を肌身離さずもっておいてもらう。	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「あすか」			知識が不足していた			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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
408	来局時に、薬の変更点について確認して欲しいと患者より依頼があった。タチオンが中止となっているため患者に確認したところ、「医師が他の薬と被っているのでひとつ中止とする」との発言があった。グルタチオンに係る他の薬剤がないので薬剤師がタリオンと取り違えている(アレロック使用中のためそれと勘違いしたのでは?)と考えて疑義照会をした。そうしたところ、タチオンの中止はなくなり前回と同じ処方となった。	販売名の類似	患者からの発言（中止理由など）をよくきいてよく考える必要がある。	タリオン錠10mg	タチオン錠50mg		知識が不足していた			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
409	デパケン錠200mg4錠分2で処方されていたが、今までデパケンR錠200mgだったため疑義照会したところ、今までと同じデパケンR錠200mg4錠分2に訂正となった。	薬歴を確認、薬の名称が似ている薬の間違えに注意が必要。	薬歴を参照し、変更があれば確認をしてから交付するようにする。	デパケン錠200mg	デパケンR錠200mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
410	いつもの処方に加えて、「ベタヒスチンメシル酸塩」が処方されていた。患者さんに尋ねると、めまいはなく、いつもの薬のみ処方してもらったつもりとのこと。疑義照会したところ、「ベタヒスチンメシル酸塩」は削除になった。	なぜ、ベタヒスチンが処方されていたか、はっきりとはわからないが、ベタヒスチンが本来1日3回服用するくすりなのに、1日2回の処方になっていたことと、この患者さんに日頃からベポタステンベシル酸塩が処方されていたことを考え合わせると、名前が似ているから間違えて追加されたのかもしれない。(同じ処方箋にベポタスチンも処方されていたが)	他の処方箋の調剤時も今回のように、患者さんから話を伺って、おかしいと思ったら、疑義照会して、本来服用する必要のない薬を投薬することのないようにしたいと思います。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
411	患者家族が処方箋を持って来局した。処方内容はクラリスドロップ・オノンドライシロップに加え、「ムコスタ顆粒20% 0.9g 分2 朝夕食後」が処方されていた。当該医療機関で処方された履歴が殆どない薬剤であり、他の処方薬から考えても医療機関の入力ミスが考えられた。疑義照会を行ったところ、「ムコダインドライシロップ 0.9g 分2 朝夕食後」に変更となった。	「ムコ」スタ、「ムコ」ダイ、と薬品名が似ているため入力ミスが起こったと考えられる。	薬局側としては、事例共有を行い同様な疑義があればしっかりと疑義照会を行うことを徹底していく。	ムコスタ顆粒20%	ムコダインDS50%			その他	ヒューマンエラー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	系列病院で前立腺肥大症の治療中でしたが、尿閉傾向の患者さんにマリキナ配合顆粒が処方されました。禁忌薬のため疑似照会によりペボタスチンOD10mgへ変更されました。	系列病院、同システムにてカルテを確認できたと思われませんが病院側の確認不足にてこのような事例が起きたと思われれます。	薬局にてお薬手帳の確認と、患者さん本人への確認の徹底	マリキナ配合顆粒	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	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	
413	(正) ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏の処方のところ(誤) ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯での処方の記載があった。薬歴より以前もツムラ小柴胡湯加桔梗石膏の処方があり、患者本人に確認したところ、症状から判断してもツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯ではないと考えられた。医師に疑義照会したところ、やはりツムラ小柴胡湯加桔梗石膏が正しい。	漢方薬の名称は類似しているものが多く、誤りが生じやすい。しかし、効果は全く異なるものであるため、そのまま投薬すると期待する効果どころか、副作用が発生する危険性がある。薬剤師によるチェック機能が必要である。		ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒(医療用)			医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
414	薬歴よりヒルドイドローションで発疹、かゆみの副作用ありとの事。同成分の「一般名」ヘパリン類似物質油性クリームが処方されたので疑義照会。結果、プロベトに変更された。	副作用の記載があるお薬手帳を医師に見せていなかった。口頭でも伝えていなかった。	お薬手帳は医師にもきちんと見せましょうと患者さんに伝えた。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	プロベト			医薬品 患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
415	発熱、のどの痛みで受診し発熱もあったため鎮痛剤などのほかジェニナックが処方されたが初回問診表に抗生剤で薬疹ありとの記載があり薬名は記載がなかったため投薬で確認したところ1日1回の大きな錠剤との確認がとれたためそれに似たような薬剤をお見せしたところクラビット500mgのジェネリックと確認がとれたため【疑】にて問い合わせをしセファペンピボキシル錠100mgに変更になった。	初回問診表にはおおまかなことしか記入されていなかったためと推測。	初回問診表は投薬名に書き漏れがないか確認してから投薬をおこなうようにする。	ジェニナック錠200mg	セファケンピボキシル塩酸塩錠100mg「ファイザー」	患者への説明が不十分であった（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
416	81歳女性、主治医からツムラ芍薬甘草湯を処方されていた。主治医が別の病院に異動したため、主治医に付いて病院を移った。移った先の病院で、主治医から薬を処方されたが、処方箋にはツムラ桂枝加芍薬湯が記載されていた。薬局にてお薬手帳と患者からの聞き取りから、桂枝加芍薬湯ではなく芍薬甘草湯が正しいのではないかと思い、疑義照会した結果、芍薬甘草湯へと変更になった。	疑義照会の際、医師は芍薬甘草湯を処方したと思っていたと聞き取りした。桂枝加芍薬湯と芍薬甘草湯は名前が似ているため、処方入力時に間違えたと思われる。	漢方薬は名称が似ている薬剤が多いので、処方入力時、薬局での処方箋入力時、調剤・監査時には注意しなければいけない。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
417	服用中のエバステルと薬効類似薬、フェキソフェナジン錠の併用、疑義にてフェキソフェナジン錠 中止	単純なミス	確認の励行	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	その他	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
418	他医療機関で処方の咳止め薬と薬効類似薬デキストロメトルファン錠の併用。疑義にてデキストロメトルファン錠 中止	○単純なミス	確認の励行	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「トーワ」		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	その他	教育・訓練	ヒューマンエラー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	処方箋にはアモキシシリンカプセル250mgが記載されており、投薬時に患者が抗生物質が出ると思われるとのことで病院からもらったとされる説明用紙を見せてくれた。そこにはアモキシシリンと書かれており疑義紹介でアモキシシリンカプセル250mgの間違いと発覚。	病院での入力の際、3文字入力でアモキの250mgなのでばっと見てアモキの部分と25でそれと判断したよう。	ハード面としては病院の入力マスで複数該当のものは表示が異なったり、段がわかるといい。ソフト面は入力者が、採用医薬品で名称類似があることを普段から念頭において仕事をする。入力における過去のインシデント事例に1度は目を通すなどの教育	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」	アモキシシリンカプセル250mg		その他	その他	その他	ヒューマンエラー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	保ちのボルタレン錠25mgと薬効類似薬カロナール錠200の併用について疑義、カロナール錠を頓用に変更	○単純なミス	確認の励行	カロナール錠200		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	その他	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
421	当薬局では初回受付の患者。受付時に処方箋とお薬手帳を出され、「前回と違う薬が出ている」とおっしゃられる。今回処方箋とお薬手帳を比較すると、前回と今回で別の医療機関での処方であり、薬品も前回は「ツムラ苓桂朮甘湯」だが今回は「ツムラ苓姜朮甘湯」で処方されていた。疑義照会を行い、苓桂朮甘湯へ処方変更になった。	よく似た名前の漢方が存在する事による処方ミスである。前回他院での処方を今回の医療機関にて同じものを処方してもらったのとこの。処方を作成する際、薬品の選択を誤った、あるいは今回Drが苓姜朮甘湯のみを把握していた可能性が考えられる。	漢方処方の名前のみでなく、付与されている番号も併記する。例えば今回なら、ツムラ苓桂朮甘湯は39番、ツムラ苓姜朮甘湯は118番であり容易にミスは防げたと考えられる。適応する症状も証も違う漢方処方のため、十分に注意しなければならない。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
422	ジスロマック小児用細粒0.4g分2 朝夕食後7日分で処方あり	ジスロマックとジルテックが名称 類似の為混同して処方してしまっ たと思われる。ジスロマックの標 準的な用法用量と明らかに違うた め医師に確認後処方が間違ってい たことに気が付いた。	名称が似ている薬品はオーダーミ スも考えられるため、用法用量だ けでなく、意図している医薬品か どうかの確認も必要。	ジスロマック細粒小児 用10%	ジルテックドライシ ロップ1, 25%	確認を 怠った		医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
423	患者は尿酸値の高さを指摘され、 泌尿器科に受診した。処方薬は、 アロプリノール錠100mg「タナ ベ」、タムスロシン塩酸塩OD錠 0.2mg「サワイ」、ウラリット- U配合散、コスパノン錠40mgで あった。 薬剤師Aは患者への投薬時、患者が持参したお薬手帳を用いて普段服用している薬の確認を行った。患者 は別の病院にてフェブリク錠40mgを服用しており、薬剤師Aはそれを電子薬歴に記録として残した。し かし、アロプリノール錠100mg「タナベ」との同種同効薬の重複に気付かず、そのまま投薬した。後 日、同患者が再度来局した際に投薬に携わった薬剤師Bが同種同効薬の重複に気付く、ヒヤリ・ハットが 発覚した。薬剤師Bが、処方医にアロプリノール錠100mg「タナベ」とフェブリク錠40mgの重複につ いて疑義照会したところ、アロプリノール錠100mg「タナベ」は処方削除となった。当該患者に重複の 見逃しについてお詫びし投薬。健康被害については特になかったと確認が取れている。	アロプリノール錠100mg「タナ ベ」とフェブリク錠40mgの重複 が、システムのチェックにかから なかった。重複している2種の薬 が同じ作用機序であるという点を 失念していた。○単純なミス○注 意力散漫	同種同効薬の重複として、当該薬 剤がチェックにかかるようシステ ムを改修する。薬効の類似した薬 が処方されていた場合は、システ ムのチェックがかからなくても併 用可能か確認をしてから投薬す る。	アロプリノール錠10 0mg「タナベ」		確認を 怠った 判断を 誤った	知識が不 足してい た勤務 状況が繁 忙だった	コン ピュータ システム		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
424	患者よりアルコール性の肝障害で ビタミンBなどが処方されるとの お話あり。処方内容がノイロトロ ピンであったため、ノイロピタン の間違いの可能性もあり、疑義照 会したところ、医院の事務さんの 入力間違いであった。	薬品名の類似が原因と考えられ る。	患者から処方意図を確認し、疑わ しい点は疑義照会をするべきだと 再確認した。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
425	ブランドカスト225mg1錠分1の処方だったが、お薬手帳など処方歴を確認し念のため疑義照会したところ、モンテルカストチュアブル5mg「タカタ」1錠分1の誤りであった事が判明。	類似名称（ルカスト）のため誤った可能性が考えられる○単純なミス		ブランドカスト錠225「EK」	モンテルカストチュアブル錠5mg「タカタ」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
426	咳、痰が絡む等のどの調子が悪いとのことで臨時に来局した。処方内容はクリアナール錠200mg 2錠 分2朝夕食後、一般名：アンプロキソール塩酸塩錠15mg 3錠 およびフラベリック錠20mg 3錠分3毎食後であった。クリアナール200mgの用法は分3であること、また類似薬のアンプロキソール塩酸塩15mgも処方されていることから疑義照会した。クリアナール錠はなし、クラリスロマイシン錠200mg 2錠 分2朝夕食後に変更となった。	クリアナールとクラリスロマイシンの頭文字が同じことから入力ミスしたようだ。	引き続き処方薬の用法用量を確認し、お薬手帳や患者の聞き取りなども活用して薬の重複に注意していく。	クリアナール錠200mg	クラリスロマイシン錠200mg「科研」		その他			ヒューマンエラー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	疼痛目的で、頓服 ロキソプロフェン錠60mg 1錠 20回分とともに、「セレコックス錠100mg 1錠 20回分」が処方されていた。疑義照会を行い、「セレコックス錠100mg」から「セルベックスカプセル50mg 1C 20回分」へと変更を確認した。	処方せんの入力時 セレコックス錠100mgとセルベックスカプセル50mgと名称が類似しているため、ミスが発生したと考えられる。	名称類似によるブレアボイドは多く発生するため、病院外来処方における採用薬品を取捨選択し、場合によっては、GEへと変更も考慮していく必要があると感じた。	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
428	産婦人科処方、レルミナ錠40mg、2錠/1日2回・朝夕食後、14日分の処方箋を受け取った。レルミナ錠は1日1回、食前服用が通常用量であり、医師に問い合わせたところその通常用法用量に訂正となった。	医師がレルミナ錠を類似薬であるディナゲスト錠の用法で処方してしまったものと思われる。	用法用量の監査を徹底する。	レルミナ錠40mg			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
429	「一般名」カルボシステイン錠250mgが処方された。痰の詰まり等の全く症状が無く、胃部不快感で受診されていた為、処方医へ確認。「一般名」レバミピド錠100mgへ変更となった。	処方入力が発音名ではなく、ムコスタではなくムコダインを入力した可能性有り。	今回のような、先発品同士で名前の似ている薬に注意する。また、投薬時に適応症の確認を徹底する。	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	レバミピド錠100mg「杏林」			コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
430	風邪症状を訴える2歳の患者に対して、アスピリン腸溶錠1.2錠分3毎食後で処方あり。確認の結果、アスピリンDS2%1.2g分3毎食後へ変更となった。	医院の処方入力の際、先頭文字から薬剤を選択する際に誤ってしまったが、気づかずそのまま交付してしまったと考えられる。	薬局においても、類似名薬剤の処方ミスを見逃さないよう注意する。	アスピリン腸溶錠100mg「日医工」	アスピリンドロップ2%	確認を怠った	その他			ヒューマンエラー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	下痢で受診し、下痢止めとしてミヤBM細粒、アルサルミン細粒、タンニン酸アルブミン原末の処方内容だった。アルサルミン細粒は胃粘膜保護薬であるため、その処方について疑義照会し、アドソルビン原末へと変更になった。	医療機関が多忙であり、アルサルミン細粒とアドソルビン原末の名称も類似しているため、処方医の単純な記載間違いであると思われる。	患者の症状については十分に聞き取りを行い、処方内容について疑問があれば処方医へ確認を行うこと。	アルサルミン細粒90%	アドソルビン原末		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
432	以前より当薬局を利用する患者で、同じ病院を受診していた。「アスバラCA錠200」が処方されたが、眼科での処方であり、眼圧を下げる点眼薬を併用しているため「アスバラカリウム錠300」の処方間違いを疑い、処方元に疑義照会。結果「アスバラカリウム錠300」との処方間違いであった。	類似名薬剤の選択間違いが疑われる	処方元の診療科と処方薬剤の効能・効果についても考えて処方監査する	アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
433	アレジオンLX点眼液が1日4回に処方。アレジオンLX点眼液は通常1日2回の用法のため疑義照会をおこない1日2回に変更になった。	アレジオン点眼液は最近発売になってきたばかりで、アレジオン点眼液の用法と混同してしまった可能性がある。	類似の医薬品があることを周知し、用法に間違いがないか確認を徹底しておこなう。	アレジオンL X点眼液0.1%			知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
434	2020年2月15日発生のプレアボイド事例報告。当日眼科にて、タリオン10mgの処方があるが、5日ほど前に他病院皮膚科にてピラノア20mgの処方あり。診察時に伝えておらず。成分は異なるものの、タリオンとピラノアは作用類似であり、重複投薬と見受けられた処方医師に併用の旨を伝えて疑義照会をおこなう。ピラノアはまだ10日分ほど残薬があるとのことなので、ピラノア服用終了後、処方のタリオンの継続の指示あり。処方内容の変更はないものの、併用薬剤の確認により抗アレルギー剤の重複服用を避けることができた	久しぶりの来局ということもあり、お薬手帳の携帯を説明、確認により重複服用回避につながる。	今後もお薬手帳の携帯重要性を説明の上、特に久しぶりに来局された患者様の場合は、併用薬剤確認の徹底およびヒアリングを十分に行う	タリオン錠10mg	タリオン錠10mg			患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
435	肩が痛むときに葛根湯の処方を受けたことがあり、今回他科受診の際に処方医に依頼したところ、クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷が記載されていた。投薬時の患者問診で間違いに気づく。	名称類似薬であるために処方入力の際に間違ってしまったと考えられる。患者からの聴取にて間違いに気づくことができた。	名称類似薬があることの周知、患者への丁寧な問診を心掛ける	クラシエ葛根湯加川 きゅう辛夷エキス細粒	クラシエ葛根湯エキス 細粒			医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
436	溶連菌と診断された6歳女児の患者様。ワイドシリン細粒20% 3.5g/日 分3毎食後 10日分の処方。薬局で管理していた情報から、以前にファロムドライシロップ小児用10%で薬疹症状が現れた経験があること確認。今回処方されたワイドシリン細粒20%と類似骨格であると判断し処方医へ疑義照会。結果、メイアクトMS小児用細粒10% 2.2g/日 分3毎食後7日分に処方変更となった。	薬局で管理していた情報があったため発見できた。	-	ワイドシリン細粒2 0%	メイアクトMS小児用 細粒10%		その他			ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
437	風邪の薬と一緒にムコスタ錠が処方されていたが、患者の問診より、胃の症状はないこと、痰がでると聞き取りをしたため、医師に確認し、ムコダイン錠500mgに処方変更なる。	処方箋入力時に、似通った名称の薬剤を選択してしまったものと思われる。	処方箋入力時に、似通った名称の薬剤を選択しているため、名称の似通った薬剤に関して、アラートを出したりする機能が必要。（処方元医療機関側のシステムに関して）また、薬局では、適切な問診と、処方内容の確認を丁寧に行う必要がある。	ムコスタ錠100mg	ムコダイン錠500mg			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
438	ディレグラ配合錠が1錠 1×夕食後5日分の処方があり、患者に交付前に監査した薬剤師がディレグラ配合錠の通常の用法用量と異なることに気づき同僚薬剤師に相談後、処方医に疑義照会を実施。デザレックス錠5mg 1錠 1×夕食後5日分に処方変更となった。	製品名・薬効が似ており間違えやすいと思われる。調剤前に処方箋の内容確認を怠っていた。	調剤前に用法用量の確認を怠らないようにする。	ディレグラ配合錠	デザレックス錠5mg	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
439	ムコスタによりむかつきでるため服用中止していることおよびリマプロストは整形でもらっている薬に似ていると申し出あり。一旦帰宅後薬を持参され確認後、やはりリマプロストであったため疑義により情報を伝え、レバミピド、リマプロスト処方削除になった。	併用薬などの聞き取りを行う。	先発、ジェネリックで同成分薬剤多いため十分な確認が必要であると思います。	レバミピド錠100mg「サワイ」 リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」				医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
440	クラリチン錠10mgの服用で頭痛・ふらつきの副作用あったがデザレックス錠5mgが処方されていた。デザレックスの添付文書にはロラタジンに対し過敏症の既往歴のある患者には禁忌であったが見逃しており、患者さまよりクラリチンとの類似薬について質問があり確認したところ禁忌であると発覚。疑義紹介によりデザレックス錠5mg→ザイザル5mgへ変更となった。	副作用歴の記載は薬歴にあったが、薬剤師の知識不足により発生した事例。	禁忌薬がある患者さまに新規で薬が処方された場合、禁忌や相互作用について確認を行う。	デザレックス錠5mg	ザイザル錠5mg	確認を怠った	知識が不足していた			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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
441	尋常性ざ瘡で治療中の患者。腕にできものが見られ切開した。2剤の抗生剤セフゾンカプセルとロキシシロマイシン錠が処方されたので医師に確認後、セフゾンカプセルが削除となった。	尋常性ざ瘡の治療を目的に処方した抗生剤と、切開処置後の抗生剤が重なってしまったと思われる。	抗菌剤の投与は耐性菌の面からの単独投与が望ましいので、抗菌スペクトルが類似した抗生剤の併用の場合は疑義照会を行う。	セフゾンカプセル100mg					その他	ヒューマンエラー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	定期処方に追加し、トリノシン顆粒、アストミン、ベタヒスチンが14日分処方あり。アストミン上限量だが咳込んでいる様子はなく、おかしいと思い、お薬手帳を確認したところ、1か月ほど前にトリノシン、ベタヒスチンと共にストミンAが処方されていた。ご本人にも確認し疑義照会。ストミンAの入力違いであった。	アストミンは同クリニックで時々臨時で出されるが、ストミンAが同クリニックから処方されたことは無かった。そのためクリニック受付の方が思い込みで入力してしまったと考えられる。	名称類似品は多くある為、今後もお薬手帳での確認や、ご本人との確認を徹底していく。	アストミン錠10mg	ストミンA配合錠				その他	ヒューマンエラー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	ブスコパン9錠/毎食後で処方であったが、患者に確認したところ、腹痛などの症状は無く、咳止めを頼んだとのこと。ブスコデの入力間違いを疑い、病院に問い合わせをし、処方の入力ミスであることが判明し、正しいブスコデ9錠/毎食後の処方に訂正された。	病院事務員が変わり、慣れていないこともあり、似ている薬の名前を間違えて選んでしまった様子。	処方に少しでも違和感を感じたら、必ず確認することが必要である。	ブスコパン錠10mg	ブスコデ配合錠	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた	コンピュータシステム医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
444	患者は以前からアムロジピン (5) 2TMA×Nで服用していた が、今回はアトルバスタチン (5) 2Tで処方されていた。念の ため疑義照会を行ったところ、ア トルバスタチンではなくアムロジ ピンへ変更となった。	いつも当局をご利用いただいで いる患者さま。お薬手帳をお持ちに なり、定時のアムロジピンではな く、アトルバスタチンが処方され ていた。アムロジピンがいきなり 中断になることは考えにくいこと から患者様に確認を行ったところ、 薬剤が変更になる話は聞いて いない様子でした。以上のことよ り疑義照会を行ったところ、アチ ルバスタチンからアムロジピンへ 戻ることとなった。	お薬手帳を必ず確認する。アトル バスタチンを服用しても違和感の ないご年齢だとしても必ず患者様 と、医師に確認をとる。	アトルバスタチン錠5 mg「JG」	アムロジピン錠5mg 「JG」				その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
445	13歳の患者さんにデザレックス5 mgとモンテルカストチュアブル5 mgが処方された。問診票の内容 と患者さんの話では、花粉症で鼻 が詰まるとの話でした。モンテル カストチュアブル5mgはアレ ルギー性鼻炎の適応症がないので、 医師に疑義照会した。医師よりモ ンテルカスト錠OD錠に変更の連 絡がありました。	医師の思い違いと考えられます。 喘息かアレルギー性鼻炎か特に新 患は注意が必要です。	添付文書の確認。また似ている薬 の適応症の再確認が重要です。	モンテルカストチュア ブル錠5mg	モンテルカストOD錠5 mg				その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
446	患者様がアレジオンL X点眼液 0.1%5mlの処方箋を持参。この 患者様は定期的にアゾルガ配合懸 濁性点眼液を使用しており、今回 は花粉症の予防のための処方かと 思い、問診したところ、花粉症で はないことが判明。疑義照会し、 定期で使用されているアゾルガ配 合懸濁性点眼液に変更となった。	季節柄、アレジオンL X配合点眼 液がよく処方されており、またアゾ ルガ配合懸濁性点眼と頭文字が似 ていることもあり、誤って入力し たものと思われる。	入力した処方と前回処方、カルテ 等を照らし合わせ間違いがないか よく確認して処方箋を発行しなけ ればならない。	アレジオンL X点眼液 0.1%	アゾルガ配合懸濁性点眼 液	判断を 誤った	勤務状況 が繁忙 だった	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
447	他医院にて、ガストローム顆粒、オメプラゾール服用中の患者。肩の痛みのため受診、セレコックスとテブレノンCp処方あり類似薬効服用中のため確認、テブレノンCp処方削除となる			テブレノンカプセル50mg「トーワ」		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
448	「ピラノア錠20mg 1錠 分1 昼食前 28日分」で処方、ピラノア錠20mgは食事の影響により作用が低下するお薬であるため、就寝前（夕食後2時間開けたうえで）服用してもらうように提案。就寝前に変更。	患者様は以前、似たような症状で皮膚科で服用したことがあった。今回、循環器内科で定期薬を処方してもらうことに加えて、皮膚の炎症があったことから医師とのやり取りで服用することになったが、飲んでいたタイミングを伝え忘れていたようで、意思伝達不足と知識不足が背景にあると考えられる○単純なミス	医師にも特殊な条件の医薬品についての情報共有をきちんと行う	ピラノア錠20mg			その他			ヒューマンエラー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	今回処方で定期薬とファロム錠200mgの処方となっており、患者ご本人へ服薬指導を行った際症状等確認したところヘルペスができていたと医師より診断があったとのことだった。ファロム錠は抗菌薬でありヘルペスに対しては効果がないため名称類似しているファムビル（ファムシクロビル）錠250mgの処方ではなかったかと疑い疑義照会したところ、ファムシクロビル錠250mgへ変更となった。	ファロム錠とファムビル錠は名称類似しておりどちらも頻繁に処方がある薬ではないため入力時に誤ってしまう可能性や勘違いで2種を間違えてしまう可能性がある。	服薬指導時の症状の確認。女性の場合、膀胱炎で抗菌薬が処方されることが少なからず見受けられ、またヘルペスにかかりやすい方がみえるため、症状の鑑別や処方内容と患者の訴えに相違がないか丁寧に確認する必要がある。	ファロム錠200mg	ファムシクロビル錠250mg「トーワ」			コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
450	カルボシステイン500mg 「トーワ」3錠毎食後5日分処方 されていた。患者様とお話の際、 痛み止めをもらいに来たと言われ ていたが、処方されておらず、お 薬の内容に食い違いがあったた め、処方医に疑義したところ「カ ルボシステイン500mg錠を削 除し、カロナール500mgを頓 服1回1錠疼痛時5回分に変更」 と指示があった。	名前が類似していることと「50 0mg」同規格であったことによ る入力間違いであると考えられ る。		カルボシステイン錠5 00mg「トーワ」	カロナール錠500	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
451	・前回処方（フロセミド錠20m g、スピロラクソン錠25mg、 ラベプラゾール錠10mg、ゾピク ロン錠7.5mg、マグミット錠330 mg、アレンドロン酸錠35mg、 インソルビドテープ40mg、ワー ファリン錠（1.7mg））から大幅 減量あり。・過去に糖尿病治療歴 なく、心臓疾患の利尿薬中止が適 切ではないと考え、処方内容確 認。・トラゼンタ錠5mg 0. 25錠 朝食後 14日分（新規 処方）から ・トラセミド錠8mg 0.25 錠 朝食後 14日分へ変更とな る（病院の処方ミス）。	病院の類似医薬品処方ミス	なし	トラゼンタ錠5mg	トラセミド錠8mg 「KO」				その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
452	1歳9か月 10kgの患者の母親が処方せんを持参。いつもは門前薬局で薬をもらうが在庫をおいていないとのことで当薬局来局。 ザジテンドライシロップ0.1% 2.5g 1日1回 眠前 4日分の処方であったが、年齢、体重から適切な量とは考えにくいので疑義照会。 ザイザルシロップ0.05% 1.25ml 1日1回 眠前 4日分へ変更の指示あった。 変更後の量にも疑問があったが前回は1回2.5mlで処方したので今回はその半分の量でと指示があったのでそのまま投薬した	ザジテンドライシロップ0.1%とザイザルシロップ0.05%と名前が類似しているので起こった事例と考えられる	引き続き、お薬手帳や家族の情報から、処方以外の情報を収集し、処方内容が間違いないか確認していく。お薬手帳の有用性を説明し、活用してもらう	ザジテンドライシロップ0.1%	ザイザルシロップ0.05%		その他			ヒューマンエラー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	セレロックスでかつて薬疹疑いのある患者にセレロックスが処方される。薬歴に記載されている事項を患者に確認後疑義紹介を行い服用したことがある類似薬のロキソニンに変更となった	比較的安全性の高い薬でも人によって（その時の体調にもよる）薬疹などSEでたことあるので、薬歴にしっかり記載しておくことと投薬時確認をしっかりとすること	薬歴にしっかり記載しておくことと投薬時確認をしっかりとすること	セレロックス錠100mg	ロキソニン錠	記録などに不備があった	勤務状況が繁忙だった	施設・設備	教育・訓練	ヒューマンエラー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	該当症状なく鼻炎症状悪化の患者に対し、トラネキサム酸錠250mg 3錠 3×毎食後 14日分処方された。患者訴えより類似名称のトラニラストではないか疑義照会し、トラニラストカプセル100mg 3カプセル 3×毎食後 14日分へ変更となった。			トラネキサム酸カプセル 250mg 「トーフ」	トラニラストカプセル 100mg 「トーフ」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
455	もともと胃弱の方でガスター10mgを服用中であった。今回臨時薬として、ラフチジン錠処方追加となっており、薬効重複となっていたため疑義照会へ至った。	成分が違うが同じ薬効であるため、疑義照会が必要であった。ファモチジンとラフチジンは成分が違うが、どちらも似た薬効をもつ薬剤。重複して服用することは、効果においても副作用の面からも推奨できない。今回は同じ医療機関ではあるが、処方医が違っていてもあり定期の薬剤の把握不足のために処方になったと考えられる。""		ラフチジン錠5mg 「日医工」					その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
456	お薬手帳を拝見すると、類似品を定期で服用しているので疑義照会する。	前回の薬剤師が、スルーしていてもまた患者さんが診察時にお薬手帳を先生にみせたと発言するが念のため問い合わせをする。		アスベリン錠20					その他	ヒューマンエラー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	耳鼻咽喉科より、喘息様症状にてフルタイドデイスカス処方あり。お薬手帳の提示はないが、投薬時聴取にて声帯手術後からリンデロン点眼・点耳・点鼻液をネブライザーにて使用していることが発覚。ステロイド外用重複のため疑義照会、フルタイド削除となった。	病院の併用薬確認漏れ。ネブライザー使用のため、患者様が併用薬と認識していなかった可能性あり。	診察時、処方時の併用薬確認を徹底。ステロイド外用剤であることと説明することで、類似薬との重複を防ぐ。	フルタイド100デイスカス		確認を怠った患者への説明が不十分であった（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
458	オロパタジン顆粒1g分2朝寝る前14日分処方あり。年齢にて疑似紹介、オロパタジン塩酸塩OD錠5mg2錠分2朝食後寝る前14日分に変更。	医療機関の連携がうまくいかず、医師の意図と異なる処方内容が処方になった。	薬局として、処方箋発行時にミスが起こる可能性を想定し、処方ごとに薬剤、用法用量など正しいか確認をする必要あり。	オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「トーワ」	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「トーワ」		技術・手技が未熟だった	その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器		その他
459	フェルムカプセル100mg 6錠 毎食後 の処方があり、疑義照会 にてファムビル錠250mg 6錠 毎食後へ変更となった。患者様へ の聞き取りから帯状疱疹にて受診 されたことが分かった。	PCへの入力間違いにより発生した ものと考えられる。	3文字目までが類似した医薬品に ついては今まで以上に注意して鑑 査し、患者様への聞き取りもしっ かり行う。	フェルムカプセル100 mg	ファムビル錠250mg	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
460	6歳体重19kg、クラリシッドDS 0.5g分1×30日処方について、処 方用量が体重相当量でないこと、 ご家族様からアレルギーの薬が処 方されると聞いておられた情報を 得て疑義照会をした。医師の処方 入力ミスであり、クラリチンDS 0.5g分1×30日に変更となる。	薬剤名が似ていたため、入力時間 違えたものと思われる。	体重当たりの適正用量の確認、本 人様・ご家族様からの聞き取りに より慎重に判断していく。	クラリシッド・ドライ シロップ10%小児用	クラリチンドライシ ロップ1%	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
461	咽喉癌患者への処方において、一 般名メコバラミン 0.53錠分3の処 方を応需。放射線治療後 嘔声、味 覚障害ほか体調不良の主訴であっ た。メコバラミンも耳鼻科領域で 処方される事は珍しくなく患者に 病態の聞き取りを行っていた。 最終的に咳症状についても受診時 に伝えてあり薬が出るはずとのこ とであったため、患者希望により 問合せを行なった。結果、主治医 の意図していた処方は「メコバラ ミン(メチコバル)」ではなく 「メジコン」である事が判明し た。	医療機関での処方入力が必要品の 頭文字で行う為「メ」の入力で異 なる薬剤を選択してしまった可能 性、字面も「メコバラミン」と 「メジコン」と似ていたためか、 また医師も多少間違いがあった様 子が問合せ時に伺えた。	今後も患者からの聞き取りしっか り行なっていく。	メチコバル錠500 μg	メジコン錠15mg		その他			ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
462	2週間後に受診をしている患者さん。ヘパリン類似物質油性クリーム(一般名)が残っている事を医師には話しておらず、薬局で聞き取りにて発覚。疑義照会実施に、ヘパリン類似物質油性クリーム(一般名)の処方取り消しになった。	続けてヘパリン類似物質油性クリーム(一般名)は処方されており、残ってきていることを医師に言えないでいた。	薬剤師側でも残薬チェックをしつかり継続する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		連携ができていなかった		患者側		ヒューマンエラー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	セフボドキシムプロキセチル錠100mg 3錠 1日3回毎食後で処方あり。通常 2錠 1日2回服用の薬剤である。名前の先頭2文字が同じセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 3錠 1日3回の入力誤りだった。	薬剤名が2文字目まで同じであることでパソコンの薬剤選択画面での選択を誤ったと思われます。	薬剤名の類似している薬剤をリストアップし、日頃から注意しておく。良く処方される薬剤の通常処方量は把握しておく。	セフボドキシムプロキセチル錠100mg「サワイ」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
464	在宅医療を受けCOPD・HOT療養中の男性患者。しばらく詳しい検査ができていないからと、在宅診療医の指示でMRI検査などを目的に大きな病院に1週間程度入院。在宅復帰後、在宅訪問医療機関より「入院中に一部処方内容の変更がありました」と連絡があり、処方箋をFAXにて受領。処方内容を確認したところ、今までも処方されていたガスロンNに加え、ムコスタの追加があり。胃粘膜病後因子増強・潰瘍治療剤として重複するため問い合わせ、ガスロンNが処方削除となった。	退院時の処方内容変更について、入院医療機関と在宅診療医療機関の連携が不十分であった。処方内容に、ガスロンN、ガスコンと名称類似のものもあり、確認不足が起きやすい状況であったとも思われる。	退院時には、医師同士の病診連携のみならず、薬局も退院時情報提供書・薬剤サマリーなどの情報共有をすることが望ましい。	ガスロンN錠2mg		連携ができていなかった		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
465	虚弱体質の患者様。胃腸が弱く、それに伴って皮膚疾患がでてきた。今回、東洋桂枝茯苓丸が処方されていたが、症状より不適。	薬剤名類似の為、間違えたと考えられる。	患者聞き取りの徹底。	〔東洋〕桂枝茯苓丸料エキス細粒	〔東洋〕黄耆建中湯エキス細粒	記録などに不備があった	勤務状況が繁忙だった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラー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	オイラックスクリーム、ヘパリン類似物質油性クリームの混合処方であったがこの二つは混合で液化する配合変化を起こす。そのため疑義照会をすると混合せず別々での処方と指示が出た。	医師が配合変化を知らなかった可能性あり。	普段応需していない医療機関からの同薬剤の混合処方がでた場合は確認したほうが良いだろう。あえて液化状態にして処方をする医師もいるので要確認。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」オイラックスクリーム10%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」オイラックスクリーム10%		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
467	カンデサルタン錠4mgが1日1錠夕食前から増量となり1日4錠朝夕食前で処方されていた。1日最大量12mgを超えていたため疑義照会を行い、カンデサルタン錠2mg1錠朝食前に変更、アムロジピンOD錠2.5mgが1錠夕食前で追加となった。	以前の処方に似た内容があったため、処方記載の際にコピーする内容を間違えたのではないかと考えられる。	前回処方と大きく異なった内容の処方になった場合は、調剤前の事前確認を徹底するとより早期に確実に発見できるのではないかと考えられる	カンデサルタン錠4mg「あすか」		記録などに不備があった	知識が不足していた			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
468	7歳の子供にビーエイ配合錠6Tが処方されていた。幼児用PL6gの間違いであると疑義照会。やはり幼児用PI6gであった。	6gと6Tと似ている、どちらもPLのGE品と用字用語であること	子からも年齢に注意して監査で見逃さない	ビーエイ配合錠	幼児用PL顆粒	記録などに不備があった				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
469	咳と鼻水で受診した患者にデベルザ20mgが処方されていた。疑義照会后、デザレックス5mgに変更となった。	病院側の処方箋入力で誤入力があった。頭文字が同じこと、音感が似ていることが影響していると考えられる。	患者側に詳しく症状を聞くことで、誤投薬を防ぐ。	デベルザ錠20mg	デザレックス錠5mg	記録などに不備があった	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
470	一般名 ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 処方他院からの処方でおメプラゾールを併用されており、類似薬処方のため疑義照会し、ファモチジン中止・タケキャブ錠20mgに変更となった。口頭でおメプラゾールは中止となった。	○単純なミス		ファモチジン錠20「サワイ」	タケキャブ錠20mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
471	処方せんはノイロピタン配合錠の単剤処方であったが、用法が適用と異なる4錠/分2であった。患者本人に主訴を確認したところ、頸肩腕症候群と判断できたため、ノイロトロピン錠の処方意図と判断し、処方医に確認したところその通りであった。	ノイロピタンとノイロトロピンの名称の類似。	患者主訴や用法用量等を十分に確認する。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
472	16Kの小児にセフジニルDS（一般名）0.4g処方あり。用量不適の為確認しセチリジンDS（一般名）へ変更となった。	忙しい時間帯であった為類似名の単純ミスと考えられる。○単純なミス	体重による各薬剤の用量換算を必ず行う必要がある。	セフジニル細粒小児用10%「サワイ」	セチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」	確認を怠った判断を誤った	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
473	リボスチン点鼻液0.025mg112噴霧用を一日四回点鼻、2瓶で処方されていた。患者からの聞き取りより、本来はリボスチン点眼液0.025%を10ml処方する意図がうかがえたので疑義照会したところ、その通りに変更になった。	類似した成分量かつ一日四回の使用回数も同じであるため、間違いが起りやすいと考えられる。	今回は当薬局の採用品にリボスチン点鼻液がなかったので間違いが発覚したが、そのような医薬品群については同様に注意する必要があると考えられる。	リボスチン点鼻液0.025mg112噴霧用	リボスチン点眼液0.025%		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
474	新規開始で「インチュニブ3mg 1T、1日1回夕食後」処方あり。備考欄に「インヴェガ服用方法は治療上必要なため」と記載あり。備考欄と処方薬で薬品が異なる。またインチュニブは3mgで開始することはない。オーダー間違いが疑義照会し、インヴェガ3mgに処方訂正となった。	インヴェガ3mgとインチュニブ3mgの名称類似によるオーダー間違い。どちらもこの処方医はしばしば処方する薬であった。開始量の違いとインヴェガは朝食後投与であるのを覚えて夕食後にするために備考欄にコメントが付けられたことが発見の大きなきっかけとなった。	類似名称の認識と、用法用量の正しい理解が必要。	インチュニブ錠3mg	インヴェガ錠3mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
475	以前よりザルティア錠が継続処方されていた患者に対して、ザルティアの代わりにザイザルが処方されていた。薬局には代理のご家族が受け取りに来ており、処方変更の有無について不明とのこと。病院に問い合わせると、名前が似ていたため間違えて処方されていたことが分かった。	医師のカルテには正しい薬剤が記載されていた。しかし病院では手書きカルテをみて医療事務がPC入力し処方箋を作成しているため、事務職が選び間違えてしまっていた。	処方変更の際には、今後も確認を徹底することで処方ミスを見落とさないようにする。	ザイザル錠5mg	ザルティア錠5mg				その他	ヒューマンエラー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	別の医院で類似薬の処方をもろう、同効約なので疑義照会でカットする	手帳での確認が行われていたが、同名ではなく、同効なので、看護師はスルー。	薬剤師の目を入れる	サインバルタカプセル20mg バイアスピリン錠100mg プラバスタチンNa錠10mg 「サワイ」酸化マグネシウム錠330mg 「ヨシダ」リマプロスタールファデクス錠5μg 「日医工」ネキシウムカプセル10mg	なし なし なし なし なし			施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
477	患者様より痒み止めもらうと医師より聴いていると伺ったが、ボラキス錠2mgが出ていた。適応がないためボララミン錠2mgの間違えでないかと考え医師に疑義照会した。結果ボララミン錠2mgの間違えであった。	名称類似による間違え	引き続き患者応対にて処方内容が適正か確認する	ボラキス錠2	ボララミン錠2mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
478	体調が悪いということで来局した患者様。処方箋には「パントシン細粒」の記述あり。効能的には可能性はあるが用量がおかしかったのでドクターに疑義照会（鑑査者の薬剤師）。ドクターからは「パセトシン細粒」だと返答あり。名前が似通っていて間違えてしまったとのこと。正しい薬名と用法用量を確認して、患者様に交付。患者様への健康被害はなし。	時間的に混んでいたことも影響してか、適応や用法用量を確認せずに調剤（散薬調整）を開始してしまった。○作業手順の不履行○焦り○注意力散漫	鑑査時はもちろんのこと、調剤前に処方薬の妥当性（適応や用法用量）を確認してから調剤することを徹底する。	パントシン細粒50%	パセトシン細粒10%	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	ツムラ当帰芍薬散が新規に処方されたが患者-Dr間では以前出したことのある薬を再開して様子見るとの話だったため疑義照会を行った。疑義照会の結果ツムラ加味逍遙散に変更になった。	ツムラ当帰芍薬散とツムラ加味逍遙散が番号が隣り合わせのため誤って選択されたと考えられる。	どちらも効能効果は似ているものだが、患者さんからの聞き取りですぐに疑義照会ができたため誤って交付されずに済んだ。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）			コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
480	シプロヘブタジンシロップ、カルボシステインシロップ、メジコン配合シロップの3種類がそれぞれ6mLで処方されたが、前回同じシロップ剤でそれぞれ8mL、9mL、8mLで処方されており、量が減量していた年齢、体重的にも今回の処方では少ないため疑義照会をした。結果、8mL、9mL、8mLの処方に変更になった。	病院が忙しかったこと、似たような処方が続いていたことからミスしてしまったと考えられる。	調剤のたびに処方歴、年齢、体重橙から正しい用量になっているかを確認する。	シプロヘブタジン塩酸塩シロップ0.04% 「武田テバ」カルボシステインシロップ小児用5% 「トーワ」メジコン配合シロップ			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
481	ピーソフテンローション処方。問診より乾燥がひどいため、疑義照会により油性クリームを提案し、変更となった。			ピーソフテンローション0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3% 「日医工」			その他		ヒューマンエラー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	ペキロンクリーム処方の患者様が乾燥症状にぬるお薬が欲しかったと疑義にてペキロン→ヘパリンに変更になった	症状の確認が必須	特になし	ペキロンクリーム0.5%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3% 「日医工」	患者への説明が不十分であった (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
483	「一般名処方」ロフラゼブ酸エチル1mg1.5錠分3、7日分と「一般名処方」耐性乳酸菌3gのセットの処方5歳の男の子に対する処方ではない事、抗生剤の処方の疑いが強いことから疑義照会を行う。回答はメイラックス小児用細粒1.5g分3、7日分でした。	クリニックでは処方のオーダーは先発明で行い、「一般名処方」に自動変換を採用している。そのため、メイアクト細粒とメイラックス錠1mgを選択し間違えたと思われる。	耳鼻科であり稀ですがメイラックスの処方もあることがある。出来ればほかの採用に変えてもらいたいが、患者に合わせた処方のため、3文字以上の入力に対応してもらおう。薬局では先発明類似薬などを把握し、入力間違いがないかを事前に把握しておく。	メイラックス細粒1%	メイアクトMS小児用細粒10%		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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
484	後発希望の患者様へヒルドイド フォーム0.3% 182gの処 方（1本92g、缶形状の為小分 け不可）。後発品はヘパリン類似 物質泡状スプレー（1本100 g、缶形状のため小分け不可）で あり、また用量も違う為疑義照会 が必要となった	後発品の泡状スプレーが先に薬価 登録された後に先発品のヒルドイ ドフォームが薬価登録された。そ の際に規格・用量が違った為現場 において患者様をお待たせしてし まったり、病院スタッフの医師へ の取り次ぎ等マンパワーを消費す る事態が発生している。	なし	ヒルドイドフォーム 0.3%					その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
485	かゆみのため他院でザイザル1日1 錠服用中の患者が、かゆみの改善 がないため当該病院を受診しザイ ザル処方を希望した。医師は患者 の希望通りザイザルを処方した。 患者は効果不十分のため、ザイザ ルを1日2錠に増やして服用するた めに当該病院を受診していた。薬 局で薬の手帳を確認した薬剤師が 患者に確認したことで発覚し、当 該病院へ疑義照会を行い、ザイザ ルは中止となり、かゆみ止めとし て外用薬ビスダム軟膏とヘパリン 油性軟膏が処方された。	患者の薬に関する知識不足と安易 な思い込み。また薬の手帳確認を 当該病院医師が怠っていたこと。	症状が改善しないから勝手に用 量を調節して服用することは危険 であり、医師に指示された用法用 量を守って服用することの重要性 を患者に認識してもらう。薬局が 疑義照会を繰り返し行い、お薬手 帳確認の重要性を病院側に認識し てもらい、業務手順を確立しても らう。	ザイザル錠5mg	ビスダム軟膏0.1% ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」	確認を 怠った 連携がで きていな かった	患者側	ルールの 不備	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例	
486	シロップ剤3種類の処方が出た が、患児の母より「前回シロップ 剤を嫌がって飲んでくれなかった ので、粉薬にしてほしい」との要 望があったため、疑義照会をし た。結果、効果の似た散剤3種類 へ変更になった。	もともと患児の母も粉薬にしてほ しい旨を医師へ伝えるつもりだっ たようだが伝え忘れたため、前回 と同じくシロップ剤の処方になっ たと思われる。また、散剤にして ほしい申し出が無い場合、シロッ プ剤での処方が多い医師であるこ とも1つの要因と考えられる。	もともと粉薬を希望している患者 や前は粉薬で出ていた患者等でシ ロップ剤が処方されていた場合に は、調剤前にあらかじめ確認す る。また、初めて薬を服用した場 合、次回に飲めたかどうかの確認 をする。	メジコン配合シロップ カルボシステインシ ロップ小児用5% 「トーワ」アセトアミ ノフェンシロップ小児 用2%「トーワ」	アスベリンドライシ ロップ2%カルボシス テインDS50% 「トーワ」アセトアミ ノフェン細粒20% 「トーワ」			その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例	

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
487	身体の外用が処方されていたが、保湿の外用が必要だったため疑義照会。体の外用処方取り消し、保湿の外用処方追加になった。	医師の指示が医院スタッフに正確に伝わりにくい。	投薬時に処方内容を患者に丁寧に説明、確認する。	ヒルドイドフォーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3% 「ニトール」		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
488	DMの患者。ジャヌビア100mgとトラゼンタ5mgが同時処方になっていた。同種同効薬のため疑義照会した。ジャヌビア→ジャディアンスの間違いであることがわかった。	ジャヌビアとジャディアンスの名称が似ているためと思われる。	薬が追加になるときは併用問題ないか特に注意する必要がある。	ジャヌビア錠100mg	ジャディアンス錠10mg	確認を 怠った	勤務状況 が繁忙 だった	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
489	歯科より来局。歯科治療後の化膿止めとしてケフラール細粒小児用3G分3食後の処方あり、腎機能低下等のない患者のため容量過少と判断し、ケフラールカプセル(250)へ変更を疑義	類似医薬品名のためドクター側の処方ミス	薬剤名称、規格随時確認	ケフラール細粒小児用 100mg	ケフラールカプセル250mg			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
490	9歳男児への(般)モメタゾン点鼻の処方が、1日1回1~2噴霧であった。患者家族からは症状に依って使ってよいと聞いていたとの事。しかし、頓用での適応もなく12歳未満では1日1回1噴霧と規定されている点鼻のため疑義にて確認。結果、他のステロイド点鼻と同様の使用方法で良いと勘違いしていた様子のため、適応通りに1日1回1噴霧へ変更となった。	似たような薬効であっても規定の使用方法が異なるため確認必要		モメタゾン点鼻液50 μg「杏林」112噴 霧用		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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
491	β3受容体阻害薬であるベオーバとベタニスが同時に処方されていた。医師に疑義照会をしたところ、ベタニスがベシケアOD 5mgに変更になった。	泌尿器用薬、「ベ」から始まる薬であるため、医師が入力ミスをしたものと思われる。	似た名前の薬が存在することを認識しておく。	ベタニス錠 50mg	ベシケアOD錠 5mg	確認を怠った		コンピュータシステム 医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
492	一般名処方でテルチアAPの処方を持ってこられて以前の薬に戻るといわれたとのこと以前にテルチア服用無かった為疑義照会をかけた。前回テラムロB P服用中だったのでテラムロA Pに変更になった	配合剤の一般名処方のオーダーは名前が似ているので医師のほうも打ち間違いが出やすいのではないか？	配合薬は名前も長くなるしわかりにくいのでしっかり監査するよう心がける	テルチア配合錠 A P 「トーフ」	テラムロ配合錠 A P 「トーフ」		その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
493	定期でパリエット錠 10mgを分1で服用していた患者が、数日前より消化器症状悪化のため受診。タケキャブ 10mgに変更になった。娘と一緒に来局した際、処方箋を見た娘より、以前、蕁麻疹がでたことのある薬の名前に似ていると訴えがあった。薬局で管理している情報を確認したところ、2018年11月にタケキャブ 10mgの処方があり、蕁麻疹が出た為翌日再受診歴があった。疑義照会したところ、タケキャブ 10mgの処方削除、パリエット分2へ増量となった。	副作用歴の確認がきちんとできていなかったようだ。	引き続き、処方箋以外の情報も収集・管理し、患者への不利益をもたらさないように確認していく。	タケキャブ錠 10mg	パリエット錠 10mg			その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
494	デザレックスとルバフィンが同時処方。耳の痛みにて受診しており、抗A I e 2種処方は珍しく、抗生剤ラスビックと間違っているのではないかと考え、疑義。ラスビックに変更となる。	ラスビックとデザレックスは両方も1日1回の薬で、規格も5mgと75mgで「5」が一緒。発売時より、名前が似ているから間違えないうようにと薬局内でも共有しており全員がすぐに気づけた事例だった。		デザレックス錠5mg	ラスビック錠75mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
495	「アレジオン点眼液0.05% 1本 1日2回点眼」の処方について、添付文書よりアレジオン点眼液0.05%は1日4回点眼が正しい用法であり、薬品間違い又は点眼回数間違いの疑いがあった為、医師に問い合わせした。また、在宅患者であった為、点眼回数が1日2回で済むアレジオンLX点眼液0.1%を提案した。結果、「アレジオンLX点眼液0.1% 1本 1日2回点眼」に処方変更となった。	アレジオン点眼液0.05%とアレジオンLX点眼液0.1%のように、似た薬品が複数あり、薬剤選択・用法選択の違いが起きる可能性がある。	点眼薬は種類により点眼回数様が々である。薬品ごとの点眼回数の違いをしっかりと把握した上で監査する必要がある。	アレジオン点眼液0.05%	アレジオンLX点眼液0.1%		知識が不足していた			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
496	患者は1ヶ月前から近隣の眼科で処方されたアスパラカリウム錠300mgを服薬し始めていて、そこからの紹介でその地域の広域病院に転院、再受診することになった。（以下、次ページ）	「アスパラカルシウム錠200mg」と「アスパラカリウム錠300mg」と処方薬剤の名称も非常に似ているため、処方箋発行の際のコンピューター上での処方薬剤の選択間違いがあったのではないかと考える。	処方薬剤の効能・効果や処方箋発行の診療科の確認も怠らず、その他の情報として患者さんからの話の内容や、お薬手帳からの情報なども相違ないかの確認徹底を行う。	アスパラ-C A錠200	アスパラカリウム錠300mg	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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
496	そこでの診察の内容では、検査と平行して近所の眼科で処方された薬は一旦そのまま継続して様子を見てみましょうということになったようだが、お薬手帳に記載されている近所の医療機関から処方されていた薬と今回広域病院から処方された薬の一部に内容の違いを確認した。 ・近所の眼科から最初に処方されていたもの：アスバラカリウム錠300mg・広域病院から今回処方されていたもの：アスバラカルシウム錠200mg 疑義照会をしたところ、処方薬剤の誤りが確認でき「アスバラカリウム錠300mg」に処方変更になった。			アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg	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
497	クラリスドライシロップ10% 2.3g分1就寝前の処方が、疑義紹介により、クラリチンドライシロップ0.1% 0.8g分1就寝前に変更となった。	クラリスは通常2-3回に分けて飲む薬であるが、副鼻腔炎の際には少量の1回で服用することもあ。そのため、患者保護者に医師の説明を確認したところ、「眠くなる薬だから1回で服用しよう」との内容だった。頻度不明で眠気副作用があるためそれで1回なのかとも思われたが、量については確認をすることができなかった。そのため電話問い合わせをしたところ、名称が似ているクラリチンとの処方間違いであることが発覚した。	本来の用法・用量を把握しておく。疑問点は必ず確認をとる。	クラリスドライシロップ10%小児用	クラリチンドライシロップ1%			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
498	祖父同伴で来局。カロナール300mg 1日3錠 分2 7日分で処方あり、体重は30kg弱との話より、1回量が450mgと体重に対し少々多く思われ疑義照会。300mg 1日2錠 分2へ変更になる。	クリニックの入力間違いであった模様。カロナール規格には200mg 300mg 500mgがあり、通常近似的量の場合200mg×2錠で処方するパターンが多いこと、小児で体重1kgに対し15mg以上で処方されるケースが稀であることから、今回の疑義に繋がった。		カロナール錠300				その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
499	皮膚科より、しもやけに対して「ユベラ軟膏 56g 手・足 1日2回塗布」「ユベラ錠50mg 4錠分2朝・夕食後 30日分」が処方された。持参されたお薬手帳を確認した所、類似薬であるトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」を併用中だった為、疑義照会し、ユベラ錠50mg は処方削除となった。	医療機関側が薬を処方する際に併用薬を確認することが徹底されていない。	他科受診・併用薬の徹底した確認。	ユベラ錠 50mg			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
500	当薬局を継続利用中の患者に新規薬が処方された。アレロック錠51錠 分1 就寝前で処方されていたが用量が少ないため、疑義照会をした。2錠 分2 朝食後・就寝前に処方変更になった。	医療機関にて、類似薬と用量・用法の混同があったようだ。	引き続き、特に新規薬について、用法用量に間違いがないか確認していく。	アレロック錠 5			その他			ヒューマンエラー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	一般名処方でクロチアゼパム錠（5）が処方されたが、薬剤変更チェックが無かったことと患者からの聞き取りにより、前回と同じクロチアゼパム錠の処方ではないかと考えた。疑義照会をした結果、リボトリール（一般名クロチアゼパム）錠（0.5）へ処方変更となった。	医院側において、一般名が似ていたことと、前回処方とのクロスチェックができていなかった。	前回処方との比較チェックを医院側に依頼した。	クロチアゼパム錠 5mg「トーワ」	リボトリール錠 0.5mg		その他			ヒューマンエラー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	アレジオン点眼液 0.05% が 1日2回点眼で処方されていたため用法の確認をしたところアレジオンL X点眼液 0.1% に変更になった。	新しくアレジオンL X点眼液 0.1% が発売になったため、用法についてはあらかじめ注意するようにしていた。	類似薬については添付文書の確認	アレジオン点眼液 0.05%	アレジオンL X点眼液 0.1%	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
503	アモキシシリンカプセル 250mg 2 cap 1日1回就寝前での処方が追加になっていた。患者様に伺った所、風邪をひいているとのことだったので、抗生剤の追加かと思われたが、就寝前1回の服用となっているため疑義照会。アモキシシリンカプセル250mgではなく、アモキサカプセル25mgの間違いであった。	どちらも薬剤名の最初が「アモキ」となっている為、処方薬剤選択ミスが起こった可能性がある。似た名前の薬剤は存在するので、薬剤名をしっかりと確認する必要がある。	薬剤名の見間違いによるミスは、医療機関でも、薬局でも起こりうる。薬剤名は、規格、剤型等しっかり最後まで確認する必要がある。	アモキシシリンカプセル 250mg 「日医工」	アモキサカプセル 25mg		その他			ヒューマンエラー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	エピナスチン塩酸塩錠が処方された患者のお薬手帳を確認すると他院で類似効果薬のアレグラを処方されていた。疑義照会の結果エピナスチンは削除となった。	患者は併用薬をお薬手帳を使わず口頭で医師に伝えていたが、アレグラは伝えていなかった。	お薬手帳を使って併用薬を伝えるように指導した	エピナスチン塩酸塩錠 20mg 「日医工」					その他	ヒューマンエラー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	ご姉妹で受診され、二人の処方。姉（17kg）の処方薬すべての用量が妹の体重（11kg）と同じくらいの量で換算されており、疑義照会して問い合わせ	姉妹の名前が似ていたことも一つの要因と考えられる	ご兄弟の場合は特に、生年月日も含めて体重確認を行う類似している名前については特に注意	برانلکاست DS 10% 「EK」 アスベリン散 10% カルボシステイン DS 50% 「タカタ」 ムコサールドライシロップ 1.5%				患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器		その他
506	今回応需した処方箋において他の薬剤は84日分で処方されていたが、[般]リセドロン酸Na錠2.5mgのみ12日分の処方となっている。薬剤師が患者に残薬がないことを確認。処方医に疑義紹介を行い処方日数が84日分に変更となった。処方医が週1回服用製剤と間違えて処方日数を入力していたことが原因だった。処方日数が変更になったことで当該薬剤が十分に効果を発揮できないことによる骨密度の低下や骨折のリスクを未然に防ぐことができた。	処方箋を発行した医療機関は午前中が繁忙時であり、処方医が確認を怠ったことが原因と考えられる。また、前回処方時に残薬調整を行っており、その処方日数が週1回服用製剤の処方日数と似ていたことも原因と考えられる。	医療機関側の改善策としては、前回の残薬調整時の報告書を次回診察時に反映するシステムの構築、繁忙時であっても剤形・規格をきちんと確認することがあげられる。薬局側の対応策としては、薬品名・剤形・規格の確認を丁寧に行うこと、それぞれの薬剤の特徴をきちんと把握し監査を行う。	リセドロン酸Na錠 2.5mg「サワイ」			知識が不足してい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
507	風邪をひき受診となったが、定期薬も処方されるはずが、処方されなかった。	定期受診の時期に風邪をひき、定期薬と風邪薬がでるはずが、医師は定期薬を見逃し、風邪薬のみを処方した。	医師は、定期受診の日にも確認し診察にあたるが、たまたま漏れることがある。こういうことが起こらないよう薬剤師は薬を交付する際に、定期薬の残薬確認、受診間隔の確認、患者との対話を行う。今事例に類似することは2019年12月25日にも発生しており、上記の改善策により未然に防げていることを合わせて報告致します。	処方もれ	レルベア200エリプタ 30吸入用		その他			ヒューマンエラー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	アスピリンシロップの用量が年齢的に少なかった。	1歳児の患者に、アスピリンシロップが処方されたが、用量が少なかった。あまり小児の受診がないので小児用量に慣れていない様子が伺える	医師は勘違いすることもあると念頭に入れ、薬局側で厳重に体重・年齢で用量を確認する。類似する事例が2019年12月26日にも発生していることを合わせてご報告致します。	アスピリンシロップ 0.5%			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器		その他
509	患者が処方箋を持って来局し処方箋には「ツムラ52薏苳仁湯エキス顆粒7.5g分3毎食前30日分」と記載されていたが、当該患者は前回同医療機関にて「ツムラ125桂枝茯苓丸加薏苳仁エキス顆粒7.5g分3毎食前30日分」が処方されていたため、最初に患者に確認したところ今回も前回の処方内容で継続とのお話が今回のDrからあった様なので疑義照会を行い前回の処方通り「ツムラ125桂枝茯苓丸加薏苳仁エキス顆粒7.5g分3毎食前30日分」へ変更となった。	前回の処方医と今回の処方医が異なっており、「ツムラ薏苳仁湯エキス顆粒」と「ツムラ桂枝茯苓丸加薏苳仁エキス顆粒」と名前が酷似していることから単純な入力ミスだと考えられる。	今後も前回と処方内容が変わった場合は調剤前などでできるだけ早い段階で患者にDrから処方内容の変更の説明があったかなどの聞き取りを行い、間違いなどがなければ確認を怠らない事を改めて徹底していくこととする。	ツムラよく苳仁湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苳仁エキス顆粒（医療用）		その他		その他	ヒューマンエラー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	セチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」0.4g/日分2朝夕食後5日分の処方。お薬手帳とご家族からの聞き取りで、他院から処方されているザイザルシロップ継続服用中と確認したため処方元に問合せし、結果セチリジンDSが削除となった。	患者様がお薬手帳をDrに提示せず、Drも特に確認をしなかった可能性。	お薬手帳の併用薬を現在服用中かどうか口頭でも念のため確認をする必要がある。耳鼻科と小児科などでは似たような薬が処方されることが多いが、患者様はそれぞれを別物と認識しDrに伝えないことも多いので、聞き取りを怠らずにしっかり行いたい。	セチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」					その他	ヒューマンエラー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	処方箋にはボンタールカプセル250mgが処方されていたが、お薬手帳を確認すると他病院で類似薬のロキソプロフェンNa錠60mgをもらっていることが分かり、病院に疑義照会をした結果、処方中止となり重複を防ぐことができた。	患者さんが医師に併用薬を伝えておらず、諸症状に合わせて薬が処方されたためと思われる。	お薬手帳持参の場合は必ず併用薬の有無を確認し、次回以降も把握できるように薬歴に併用薬を記載していく。また、お薬手帳を持っていない方には持参をすすめ、病院受診時には医師にも見せる様伝えていく。	ボンタールカプセル250mg		連携ができていなかった				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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
512	花粉症による目のかゆみに対しレボフロキサシン点眼液が処方となったが、主訴と薬効が合致しないため疑義照会し、レボカバステン点眼液に変更となった。	レボフロキサシンとレボカバステンの名称の類似からくる処方ミスと思われる。	今後とも患者様からの聞き取りをしっかりと行い、処方ミスであっても気づけるようにしたい。	レボフロキサシン点眼液0.5%「ファイザー」	レボカバステン点眼液0.025%「ファイザー」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
513	8品目の処方薬中、一般名トラセミド錠4mg1錠分1夕食後84日分の処方あり。当薬局新規の患者で退院時のシールを貼った手帳をご持参。手帳にトラセミドはなくトアラセット配合錠1錠分1夕食後あり。疑義照会にてトアラセット配合錠の間違いであった。	薬局が家人で聞き取りが困難だったが利尿薬が夕食後に処方されている点と持参された手帳の中に似たような名前の薬品があった点、痛み止めは必要という聞き取りから疑義照会を行い処方ミスに気付いた。痛み止めについてはリリカも処方されておりそれだけでは判断に至らなかったと思うが名称が似ていた点と利尿薬の夕食後処方、トアラセットの用法が同じであった点が疑義照会に繋がった。	今後も持参された手帳をよく確認すること、聞き取りをよく行うこと、処方をよく観察すること。	トラセミド錠4mg「KO」	トアラセット配合錠「DSEP」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
514	年齢と用量から判断すると、本来ならばザイザルシロップの処方であるところを、ザジテンシロップと処方されている。	名称が似ている。	年齢、用量から判断し、名称が似ているので判断がつかないときは必ず疑義紹介にて確認する。	ザジテンシロップ0.02%	ザイザルシロップ0.05%			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
515	処方内容 一般名プロマゼパム錠2mg1T夕食後患者は今回増量すると医師から説明を受けていたため（前回処方レキサルティ錠1mg）疑義照会。一般名プロマゼパム錠2mgからレキサルティ錠2mgへ変更となった。	レキソタン錠2mg（一般名プロマゼパム2mg）とレキサルティ錠2mgの頭文字類似による入力ミス。	引き続き患者からの聞き取りをして、違和感がある場合は疑義照会していく。	レキソタン錠2	レキサルティ錠2mg			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
516	ビーソフテンローションを使用していたが、皮脂欠乏の症状（全身）改善がみられない。使用部位が広範囲であることを考慮しヘパリン類似物質泡状スプレーへの処方変更を提案し変更となる。		今後も患者情報の聞き取りを行い、剤型の適正を判断する。	ビーソフテンローション0.3%	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3% 「日本臓器」				その他	ヒューマンエラー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	医師より、ヤーズでの処方を確認。投薬時患者様と話していること、使っている薬はヤーズではなく、連続的に服用できる、ヤーズフレックスであるという事が判明。疑義照会后、ヤーズフレックスに変わった。	ヤーズ、ヤーズフレックスという似た製品名で、Drも忙しかったことより、間違えて処方された可能性がある。	継続の薬は特に、しっかりと投薬する際に、どの薬を服用していたか確認する必要がある。また、今回は手帳を持参していなかったのが、過去の処方を確認できなかったが、手帳がある際には必ず手帳でも確認する必要がある。	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠	患者への説明が不十分であった（急った）	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
518	処方箋の内容を見ると、生薬の組み合わせがおかしいと判断。サンシシと書いてあるが、サイシンの間違いではないだろうか、予測された。疑義照会にて、医師に確認を取ったところ、サイシンへ変更となった。	似たような名前の生薬には、注意しなければならぬ。処方箋にカタカナで表記してある場合は、特に注意が必要である。例えば、ボウフウとホオブシ、オウギとオウヒなどである。病院のスタッフが、どの程度の薬の知識があるかわからない状況なので、似たような名前の生薬の間違いは、薬剤師が監査時に拾っていく必要があると考える。	医療用の漢方薬は、数種類の生薬の組み合わせによって一つの処方が決まる。これらの生薬の組み合わせを、ある程度理解しておく必要があると思う。生薬一つ一つが温めるものなのか、どのような薬効があるのか、などの知識があれば、あまりにも変な生薬の組み合わせで処方書が書かれている場合、疑問を持つことが出来ると思う。	トチモトのサンシシ	トチモトのサイシン		その他			ヒューマンエラー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	婦人科処方にてニゾラルCとラミシールCが処方されていた。類似の薬効を示すことから、疑義照会后ニゾラルCがリンデロンVGCに変更となった。	○単純なミス○焦り○注意力散漫		ニゾラルクリーム2%	リンデロン-VGC クリーム0.12%	確認を怠った記録などに不備があった				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

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
520	イグザレルト錠15mgを継続服用していたが、前回10mgに減量になった。今回、再び15mgで処方出ている。患者に確認したところ、採血結果にも問題なく、10mgで継続と説明を受けているので、疑義照会したとこと、10mgへ処方変更となった。	処方時に規格の確認漏れがあったのかもしれない。	複数の規格があったり、類似の名称がある医薬品では特に医薬品名の最後まできちんと確認し、正しく把握するように今後も気をつける。	イグザレルト錠15mg			その他			ヒューマンエラー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	人参湯を処方された患者へ服薬指導を行う際に、主訴が貧血とのことだったので不審に思い処方医へ疑義紹介を行ったところ、人参養栄湯の間違いだったことが発覚し処方変更となった。	薬品名が類似していることが要因と考えられる	商品目類似品目に関しては、リストを作成し共有するなどの対策が必要かと思われる	ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	記録などに不備があった				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
522	外耳炎との診断を受け、タリビット耳科用液と点眼・点鼻用リンデロンA液が処方された。リンデロンA液は耳科用ではないため疑義照会を行ったが薬剤の変更は行われず。数十分後、病院より連絡があり処方誤りであったことが確認され、リンデロン点眼・点耳・点鼻用液に変更になった。	類似名称による処方誤り。		点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
523	双子の兄弟で受診（股）へバリン類似物質クリーム（ピーソフテンクリーム）100gを必要としていない方の患者に処方される。疑義照会し、削除となり、必要な方へ処方される。	医療機関側の確認不足。	処方内容と本人の症状が一致しているか、よく確認する。	ピーソフテンクリーム0.3%			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
524	当薬局を普段から利用している患者様が来局、のどの痛みがあるため臨時で追加になったお薬があるという話があった。トラベルミン配合錠が処方されており、医師のコメントで「のど用」の記載があったため、疑義照会を実施したところトラネキサム酸錠250mgに処方の変更となった。	薬剤名が類似しているため、間違えた可能性がある。	医師がコメントをいれてくれる処方箋であり、コメントと患者の話から誤処方を防止することができた。今後も、コメントの見落としや、新規薬追加時に患者に処方理由を確認することで誤処方防止をしていく。	トラベルミン配合錠	トラネキサム酸錠250mg「日医工」		その他			ヒューマンエラー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	スギ花粉症で来局された患者に、一般名【般】ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg（めまいの薬）が処方されていた。処方元の医師に確認したところ処方間違いであり、一般名【般】ペボタスチンベシル酸塩錠10mg（抗アレルギー薬）に変更となった。	一般名、【般】ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgと、【般】ペボタスチンベシル酸塩錠10mgで薬品名が類似している。この2薬剤の組み合わせに関しては、以前にも別患者で、薬局内で薬剤師の薬の取り間違い・事務員の処方入力間違いも起こっていて（いずれも患者に渡す前に気付いていた）気を付けるようにはしていた。今回は医師の処方間違いであり、職種に限らず名称間違いを起こしやすい組み合わせであると考えられる。	処方段階での間違いに関しては、名前が類似した一般名は、代表的な銘柄名を一般名に併記するなど、誰もが簡単に見分けがつくような方策が有用かもしれない。また基本的なことであるが、処方箋に書かれた薬をそのまま患者に出すのではなく、薬局で薬剤師が患者の背景・状態を把握した上で薬を交付していれば、今回同様この手の薬剤名の間違いによる事故は防げると思われる。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
526	他院からの紹介で転院された患者に処方された薬剤に疑義紹介が生じた事例。イルアミクス配合錠HDが処方されたが、前医ではイルトラ配合錠HDが処方されていた。患者からの情報では医師から処方に変更がない旨が伝えられていた。また、アムロジピン錠5mgも同時に処方されており、アムロジピン製剤の過量にもつながるため疑義紹介を行った結果、イルトラ配合錠HDに処方変更となった。	電子カルテで頭文字2文字の検索で入力を行った。その結果、院内採用の薬剤のみが表示されてそのまま入力してしまつたこと。また薬剤名が似ているため入力の間違えに気が付かなかったことであった。	頭文字4文字程度の検索での入力が心がけていただけたとのことであった。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	イルトラ配合錠HD				その他	ヒューマンエラー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	他肛門科からネリプロクト軟膏の処方あり 内科からも強力ポステリザン軟膏処方 医師に確認 強力ポステリザン中止	内科からいつもポステリザン処方してもらっていた 専門医を受診した時類似処方が出る可能性大きい 確認したら重なっていた	他医院を受診した時は定期薬と重複してないか確認を徹底	強力ポステリザン（軟膏）		報告が遅れた（怠った）	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
528	ツムラ清上防風湯エキス顆粒が処方されていたが、服薬指導時に患者様から聞き取った症状や診察内容が一致しないため疑義照会をしたところ、ツムラ清暑益気湯エキス顆粒の誤りであることが判明した。	薬品名の類似が原因と考えられる。	服薬指導時において、患者様からの聞き取りを怠らない。	ツムラ清上防風湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒（医療用）		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
529	整形を定期受診している患者に、定期薬とは異なる医薬品「防風通聖散」が処方されていた。前回までは「防己黄耆湯」が定期薬として処方されており、類似名医薬品のため電子カルテの操作ミスを疑い疑義照会したところ、処方が本来の防己黄耆湯に変更となった。	漢方薬の名前が似ており、病院で電子カルテの入力を誤ったと考えられる。	類似名医薬品の情報を医療機関及び薬局内で共有し、処方ミスの事例をスタッフ全員で共有する。	本草防風通聖散エキス顆粒-M	本草防己黄耆湯エキス顆粒-M			コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
530	一般名：アンプロキシール塩酸塩徐放OD錠4.5mgが1日3錠分3で処方されており、用量超過の疑義照会を行ったところ、一般名：アンプロキシール塩酸塩錠1.5mg 1日3錠分3へと変更になった。	名称の似ている同成分の薬剤であったため。		アンプロキシール塩酸塩徐放OD錠4.5mg「サワイ」	アンプロキシール塩酸塩錠1.5mg「サワイ」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
531	風邪でPL配合顆粒が処方された。患者さんのおくすり手帳を見たところ、アボルブ(0.5)、タムソロンOD(0.2)の服用中であった。このため処方医にこのことを連絡し、PL配合顆粒の処遇を問うた。その結果医師よりPL配合顆粒を中止し、ツムラ葛根湯に変更するようお願いを受けた。	医師がお薬手帳を確認すれば、このようなことは起こらなかったと思います。	なのになぜ起きたのか。病院受付事務がお薬手帳の有無を確認していなかったから。よって、受付事務にやわらかくお薬手帳の有無を確認してくださいね、と言う。当薬局では、このように薬剤変更があった時は「処方変更等連絡票」を以前から渡して、その患者さん、又は類似の患者さんに、そのような事ができるだけ起らないようにしています。	PL配合顆粒	ツムラ葛根湯エキス顆粒	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	ルールの不備	ヒューマンエラー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	フロモックス錠100mg 2錠/分2朝食後が処方されていた。患者様からの聞き取りでは、いつもと同じ薬を頼んだとの事。3ヶ月前からプロマックD錠75mgを継続で服用中の方だったため疑義照会。プロマックD錠75mgに変更となる。	名称が似ていたため、処方入力の際、検索をかけたときに選択を誤ったと思われる。	フロモックスの通常の用法用量と異なっていた事、患者様からの聞き取り、過去の服用歴から判断して疑義照会をかけました。新患さんの場合や薬局に過去の服用歴がない場合にお薬手帳の必要性を感じました。	フロモックス錠100mg	プロマックD錠75			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
533	ヘパリン類似物質泡状スプレーが処方されていたが、患者さんが外用スプレーが処方されると聞いていたため照会。泡状スプレーではなく、ただのスプレーであった。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレーとヘパリン類似物質外用スプレーは名称が酷似しているが、使用感はかなり異なる。		ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PPP」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「サトウ」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
534	一般名 アダバレンゲル10gと なっていたが、アダバレンゲル (ディフェリンゲル)は1本15g のため処方間違いを疑い疑義照 会。デュアック配合ゲルを処方す るつもりだったとの事。	ディフェリンゲルとデュアック配 合ゲルは名称が類似しているため 間違いやすいよう。		ディフェリンゲル0. 1%	デュアック配合ゲル	確認を 怠った		医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
535	循環器科からピンプロロールが開始 になったが、内科処方のアムロジ ピンを中止するか継続するか患者 様が把握されていなかったため照 会。(本人は中止すると思われて いたが、中止とは聞いてないと事 だったため)内科のアムロジピン は継続し、ピンプロロールと併用 することを確認した。	類似薬効のお薬が処方された場 合、併用するのか、切り替えか医 師の処方意図がはっきりしない場 合は確認する必要がある		ピンプロロールフマル 酸塩錠2.5mg「日 医工」	ピンプロロールフマル 酸塩錠2.5mg「日 医工」	患者への 説明が不 十分であ った (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
536	従来「タブコム配合点眼液」が処 方されている患者に手書きで「タ ブロス点眼薬」が処方された。	手書きによる名称類似薬の書き間 違い。	近年割合が増えておりそれに伴い 安易に名称を付けるケースが多く これもその一つ。厚労省の許可に 当たってもその点の配慮が必要と 思われる。	タブロス点眼液0.0 15%	タブコム配合点眼液	確認を 怠った	知識が不 足してい た	医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例
537	ファモチジン錠10mgとベタニス 錠50mgの処方があった。お薬手 帳を確認したところ、他院にてネ キシウムカプセルとベオーバ錠の 処方があったことが確認された。 ファモチジンとネキシウム、ベタ ニスとベオーバのどちらの薬も作 用機序が類似し作用が重複する為 疑義照会した。その結果ファモチ ジンとベタニスが処方削除になっ た。	病院に薬の飲み合わせを伝えてい なかった。	飲み合わせを確認してもらった ため、病院に毎回お薬手帳を見せる よう患者に伝えた。	ファモチジンOD錠1 0mg「オーハラ」ベ タニス錠50mg					その他	ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例

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

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	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
538	アスバラカリウム錠、エディロー ルカプセルの追加処方があり、組 合せに疑問を感じて患者様に確認 したところ、骨密度の低下がある ため、カルシウムの薬がでると医 師から説明を受けていた為、疑義 照会を実施。結果アスバラCA錠へ 処方変更となった。	名称類似の代表例と考えられる。 どのような薬が追加になると医師 から聞いているかの確認をすぐに 行えたため、有害事象はなかった		アスバラカリウム錠30 0mg	アスバラ-C A錠20 0			医薬品		ヒューマンエラーや ヒューマンファクターに 起因すると考えられた事 例